

厚生労働科学研究研究費補助金
こころの健康科学研究事業

自殺企図の実態と予防介入に関する研究

平成16－18年度 総括研究報告書

主任研究者 保坂 隆

平成19（2007）年 3月

目 次

I. 総括研究報告	
自殺企図の実態と予防介入に関する研究-----	2
主任研究者 保坂 隆（東海大学医学部教授）	
II. 分担研究報告	
1. 精神科救急における自殺企図者の4年間の追跡調査-----	5 4
分担研究者 酒井明夫（岩手医科大学医学部教授）	
大塚耕太郎（岩手医科大学医学部講師）	
2. 救急医療における自傷-----	6 1
分担研究者 伊藤敬雄（日本医科大学医学部講師）	
3. うつ病患者における自殺企図の行動特性と背景因子-----	7 0
分担研究者 人見佳枝（近畿大学医学部講師）	
4. うつ病およびうつ状態におけるm-ECT治療前後の	
血漿モノアミン代謝産物濃度測定-----	7 9
分担研究者 増子博文（福島県立医科大学医学部講師）	
5. 医療過誤と医師のストレスに関する研究	
—医師の自殺の労災認定と時間管理—-----	8 5
分担研究者 黒木宣夫（東邦大学医学部教授）	
6. 希死念慮尺度（Suicide Intent Scale）日本語版の信頼性と妥当性に関する	
予備的研究-----	1 0 0
分担研究者 松岡 豊（国立精神・神経センター精神保健研究所・室長）	
西 大輔（国立病院機構災害医療センター救命救急科）	
7. 高齢化社会の中での在宅介護者の現状 -----	1 0 9
分担研究者 町田いづみ（明治薬科大学コミュニケーション学部助教授）	
8. 救急現場での自殺の現状-----	1 5 6
分担研究者 岸 泰宏（埼玉医大総合医療センター精神科助教授）	
9. Birlerson 自己記入式抑うつ評価尺度（DSRS-C）による中学生における	
抑うつ傾向に関する調査 -----	1 6 4
研究協力者 伊藤幸生（東海大学医学部医学研究科）	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	1 7 3
IV. 研究成果の刊行物・別刷-----	1 9 5

自殺企図の実態と予防介入に関する研究

主任研究者 保坂 隆（東海大学医学部教授）

【研究要旨】

三次医療施設の救命救急センター4カ所で、共通したケースカードを用いて自殺企図者のケースを集積しその背景因子などを分析した。研究開始から3年目で、1,725例が集積できた。もちろん1,000例を超えた詳細な研究はこれまで本邦にはなく、本研究の第一の特徴となっている。

性別では男性：女性≒1：2であり、既遂者は男性で多く、未遂者は女性が多い、などこれまでの報告と矛盾はない。また自殺企図者には同居者がいることの方が多くことが示されたが、「一人暮らしのほうが多い」という従来の印象とは逆の状況であった。家庭内でのトラブルが原因となる場合が最も多い（データ未掲）ことを考え合わせると、整合性のある結果であると思われる。

男女別に年齢分布を検討すると、女性では20～30歳代に大きなピークがある「一峰性」であるのに対して、男性では同じ20～30歳代にピークがあるのに加えて40～50歳代にもピークがある「二峰性」であった。男性では中高年にもピークがあるとする以前の報告とも一致する。(7)そのため、平均年齢は男性で41.4歳、女性で36.8歳となり、男性で高齢ということになる。しかし、このような従来からの指摘は、本研究でも明らかのように、頻回自殺をする若年の女性が圧倒的に多いためと考えられる。

また、男女とも自殺企図者には同居家族がいることのほうが圧倒的に多い(女性で約80%、男性で約70%)こともわかった。「一人暮らしのほうが多い」という従来の印象とは逆の状況であった。家庭内でのトラブルが原因となる場合が最も多い（データ未掲）ことを考え合わせると、整合性のある結果であると思われる。

また本研究では既遂例が209件あった。(男性=111件、女性=98件)自殺企図例全体の男女別の件数(男性=576件、女性=1,149件)を考えると、明らかに男性では未遂例よりも既遂例が多いことがわかる。

未遂者と既遂者との背景を比較すると、以下のように興味深い結果が得られた。

まず、自殺企図者全体の年齢構成では、女性で二峰性、男性で一峰性であることを示したが、既遂者だけの年齢構成を見ると、男女ともどの年齢でもまったく同じように既遂者が見られることは重要である。「中高年の男性が自殺する」などという図式は持ってはいけない。現実、老々介護の末に自殺する高齢者もいればいじめで自殺する中学生もいる。どの年齢層も自殺に関しては危ない、と思わなければいけない。

また、未遂者も既遂者も単身よりも同居家族が多く、自殺の契機が短期間内にあることがわかった。これは、家族内での葛藤やトラブルが衝動的に自殺未遂に発展してしまう背景を彷彿とさせる。それに対して、既遂者の自殺契機は1週間以上前から存在していることもわかった。「衝動的な自殺未遂に対して、計画的な自殺既遂」という構図が浮かび上がる。

しかも、自殺未遂も既遂も、事前に周囲（家族・友人・医師ら）に相談することが極端に少ないといくことも自殺予防には重要な指摘である。未遂例では男女ともせいぜい約2割、既遂例では男性で約1割、女性でもせいぜい約2割しか事前に相談していなかった。この点に関して、有名な Luoma JB の総説によれば、自殺企図者の19%は企図前1ヶ月間にメンタルヘルスを受診しているし、45%はプライマリケアを受診しているようである。(8) しかし、本研究ではこれらとは全く異なった結果が得られた。自殺企図前に（期間は決めなかったが）医療機関（精神科医および身体科医）への相談では、未遂例では受診中の精神科医に相談した者が男性2%、女性5%に過ぎず、身体科医に相談した者は男性0.4%、女性0.1%にすぎなかった。

相談する場合には、その相手は家族や友人ということが相対的にはやや多く、既遂例男性で家族に9%、友人に3%であり、既遂例女性でも家族に18%、友人に2%であった。そのため、相談された家族や友人が、希死念慮を聞いた時にどのように対応すべきかについてはもっと啓蒙していかなければならない。

最後に男女とも既遂のほとんどは1回目の企図であったことを強調したい。このような解析結果はほとんどないので、非常に重要な所見である。改めて述べると、回数がわかった者では、男性で97% (75/77)、女性で85% (60/71)、合計で91% (135/148)であった。逆に2回目以上の企図だったのはほぼ1割だったということになる。わずか200例あまりが3万人を超える自殺者を代表しているとは言えないので慎重に考察しなければならない。通常の警察白書にもこの点については公表されていないが、岩手県警との協力により企図歴も3年間収集し解析した研究によれば、自殺者12.6% (191/1515)に過去の企図歴が確認されていたという。逆に言えば、本研究で明らかになった、自殺者の約9割は1回目の企図で完遂しているという指摘と同様の結果となっている。本研究ではわずか200件あまり、岩手県では1,500件あまりなので、これらで全国の3万

人を超える自殺者のことは強引に結論は出せないが、どうやら自で亡くなる方の9割くらいは第1回目の覚悟の自殺で完遂していることが示唆されたのではないだろうか。

また、分担研究の中では、在宅介護者の4人に1人は抑うつ状態であり、65歳以上のいわゆる老老介護では、介護者の3人に1人が希死念慮を有していることもわかった。さらに、中学生の4人に1人が抑うつ状態であることもわかった。昨今「いじめ自殺」が話題になっているが、いじめた側が悪い、いじめられる側にも問題があるという議論ではなく、いじめその他が原因でまず中学生が抑うつ的になり、そのような元気のない状態がいじめの対象となり、さらに抑うつ的になり自殺するという構図があることも忘れてはならない。そのために、これまでもプライマリケア医に対して、うつ（仮面うつ病）の見分け方の講習会があったが、同じ程度に、在宅介護者の目の前にいるケアマネージャーや、生徒を毎日見ている教師や養護教諭に対しても、うつの見分け方の講習会があるべきだろうと思っている。

このような結果から、再企図防止も重要であるが、在宅介護者・いじめの対象者・長時間勤務者などのハイリスクの自殺企図者予防群や、周囲にいる家族・ケアマネージャー・教師・職場の上司などに対するへのうつ病や自殺企図に関する啓蒙、すなわち一次予防的な働きかけのほうが、自殺者減少のためには喫緊の課題なのではないかと思っている。

私見ではあるが、交通事故死に関して言えば、春と秋に行われる交通安全週間の効果と思われるが、1万人以上の交通事故死は平成17年には7,000人以下に激減してきた。それを考えると、9月10日に国際的な自殺予防デーがあることは前提としながらも、「自殺予防週間」なるものを自殺が多いと言われる春に（できれば秋にも）新設すれば、予想以上の効果が期待できるのではないかと思っている。その1週間、テレビは新聞でも定期的に自殺・うつなどの言葉が目につき、「こんな症状はありませんか？」「周囲に悩んでいる方はいませんか？」「自殺はあなたの気持ちではなく、病気が持たせているんです。早く専門家に相談しましょう」のようなテロップが流れたり、有識者やタレントなどが発言するようなキャンペーンを意味している。もちろん、「自殺予防週間」では強すぎる表現なので、「こころの安全週間」のようなネーミングのほうが望ましいと思われる。

【分担研究者】

酒井明夫	岩手医科大学神経精神科学・教授
伊藤敬雄	日本医科大学精神神経科学・講師
人見佳枝	近畿大学医学部精神神経科学・講師

黒木宣夫	東邦大学医学部附属佐倉病院精神神経医学研究室・教授
増子博文	福島県立医大精神神経科・講師
松岡 豊	国立精神・神経センター精神保健研究所・室長
大塚耕太郎	岩手医科大学神経精神科学講座講師
岸 泰宏	埼玉医大総合医療センター精神科助教授
町田いづみ	明治薬科大学コミュニケーション学部助教授

【研究協力者】

西 大輔	国立病院機構災害医療センター救命救急科
伊藤幸生	東海大学医学部医学研究科

I . 自殺企図の実態調査

A. 研究目的

【背景】

わが国では自殺による死亡者数は1988~1997年の間は年間22,000~23,000人くらい(平均22,410人)で推移してきたが、1988年に32,863人に急増して以来、ずっと3万人を超える年が続いている。1年間で2万人台から3万人台に1万人増えたことになるので、この増加は非常に極端であると言わざるを得ない。

しかも日本人の死因統計によれば自殺は第6位であるが、15-54歳のいわゆる生産的な年齢を15-19歳、20-24歳のように5歳間隔に区切ってみると、自殺はどの年齢区分でも第1位か第2位になっていることはあまり知られていない。

このような流れのなかで、2000~2010年における「21世紀における国民健康づくり運動」いわゆる「健康日本21」が策定され、この中で自殺による死亡者数を22,000人以下にするという目標値が設定されたのである。(1)そして社会全体として自殺予防対策に取り組む契機とするために急遽設置された「自殺防止対策有識者懇談会」の最終報告(2002年12月)には、早急に取り組むべき自殺防止対策として、うつ病対策が盛りこまれた。その結果、2003年8月には厚生労働省に「地域におけるうつ対策検討会」が発足し、2004年1月には「うつ対応マニュアルー保健医療従事者

のためにー」が Web 上で公開されたのである。(2)また、これと並行して、同年3月には、日本医師会からも「自殺予防マニュアルー一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」が出された。

このように自殺予防は今やまさに国民的な大事業となっているが、予防策を講ずるのと並行して、自殺企図者についての背景因子を詳細に検討するという作業も必要になってくる。これまでも黒澤らにより国内の12施設の救命救急センターに搬送された自殺企図者1,560例を対象とした検討が1991年に報告されている。(4)その中では、既遂・未遂、性別、年齢、精神科診断、転出先などが集計され、当時としては画期的な情報を与えてくれた。しかしその後、同じような規模の検討がなされていないためと、自殺企図者の背景についてさらに詳細に検討する必要があると考え本研究が開始された。

【目的】

本研究では、複数の救命救急センターに搬送される自殺企図者について、その実態を明らかにし、背景因子を詳細に検討することを目的としている。なお本研究の特徴は以下の通りである。

- ①対象は1,000人規模を目標としていること、
- ②全例を精神科医が診察していること、
- ③共通したケースカードを使用す

ること、

④ DSM-IV により Axis-I から Axis-V まで評価していること、などである。

B. 研究方法

【対象】

対象は、岩手医科大学付属病院，近畿大学医学部付属病院，日本医科大学付属多摩永山病院，福島県立医大付属病院の4施設の救命救急センターに自殺企図のために搬送された患者である。

自殺企図の定義は，日本救急医学会に設置された精神保健問題委員会の診断基準に基づいて行われた。(5)すなわち，①本人の陳述のある場合，②遺書または本人からの予告があった場合，③自殺行為の目撃者がいる場合，④司法関係者または剖検によって断定された場合，⑤それ以外でも希死念慮や既往歴その他によって自殺であると考えたほうが妥当性が高い場合，などである。

【方法】

まず，巻末に付録として示したケースカードを作成した。このマニュアルの使用法などについては先行研究(6)の中で検討し，施設間の誤差が生じないように配慮した。

自殺企図者が搬送された場合，特に夜間の場合に，その時点で精神科医が呼ばれるか翌朝診察するかは各施設によって異なるが，いずれにしても精

神科医が出向いて全例を診察して統一されたケースカードに記入した。そして，そのケースカードを主任研究者が集積して統計処理をした。

昨年度から本年度への症例の集積期間は平成15年8月1日より平成18年12月31日(3年5ヶ月間)とした。

【統計解析】

まず自殺企図者の背景因子の記述的統計解析を行った。統計ソフトはSPSS-Version.14.0を使用した。

C. 研究結果

夜間救急時の診察や，翌日退院した症例などもあったために，項目によっては未記載のケースもあった。基本的情報すべてに記載があり，解析対象となり得たケースは4施設で計1,725例であった。そのため，本年度の報告書では，この1,725例についての背景因子を検討した。

平成16年度の報告書に記したが，当初は施設間格差があることを予想していたため，それらをまず検討した。それによれば，1施設だけが都心近郊に位置し，都心で働く独身者のベッドタウンになっているために，独身で一人暮らしが多かった。しかし，その差を除くと，3施設とも同様の傾向であるため，以後の解析は3施設を一緒にして行った。そのため，昨年度は1施設増えたが，同様のことが確認されたため，昨年度同様，本研究報告書でも，4施設を一緒に解析した。

まず，性差に関しては【図—1】の

ように男性 576 名(33%), 女性 1,149 名(67%)で、圧倒的に女性に多かった。さらに【図—2】には男女別の年齢構成(13-92 歳)を示した。それによれば男女とも 20 代にピークがあり、男性では 50 代にももうひとつピークがあることがわかる。そのためか、平均年齢は男性で 41.4 歳、女性で 36.8 歳となり、男性のほうが有意に(P<0.01)高齢ということになる。

次に、男女別の職業を【図—3】に示す。これによれば、男性は女性に比べて、フルタイムの職業に就いていることが多く、逆に、女性は男性に比べてパートタイムの職業に就いていることが多い。男女とも無職が多いことがわかる(30%強)。

なお【図—2】で男性は 20 代と 50 代で二峰性のピークがあったが、職業的には前者は学生・無職であると思われる。

次に、【図—4】には男女別の教育歴を示した。

さらに、【図—5】には男女別の同居者の有無を示した。男女とも、自殺企図者には同居家族がいるほうが圧倒的に多い(女性で約 80%、男性で約 70%)ことがわかった。さらに、【図—6】には男女別の婚姻状況を示した。半分近く(41%)が未婚者であったが、次いで、既婚者(39%)と続いている。男女別で大きな差はなかった。

次に、男女別の精神疾患家族歴を【図—7a】に示した。男女でほぼ同じような傾向であり、家族に精神疾患がある場合は約 14%であった。自殺の

家族歴を【図—7b】に示したが、ほぼ 7%であった。しかし、精神疾患の既往歴の有無は【図—7c】に示したように、企図者の 2/3 には(現在を含めて)既往歴が認められた。(【図—7】は昨年度までの 1,053 例の結果)

さらに、今回の企図が何回目の企図であったのかを【図—8】に示した。それによれば男性では 70%が初回の自殺企図であるのに対して、女性では 45%が初回であったが、約 1/4 (24%)の自殺企図は 5 回目以上の頻回自殺企図者であった。リストカットなどの「パラ自殺」のケースが女性で非常に多いことがわかる。

さらに回数については、既遂例と未遂例で分けて【図—9】に示した。それによれば、未遂でも既遂でも、男女とも初回企図であることは再び明らかであるが、図中上段の既遂例では初回企図が圧倒的に多いことがわかる。

本研究報告書では 1,725 件の自殺企図例が検討されているが、その中で自殺既遂例が 209 件あった。(男性=111 件、女性=98 件)自殺企図例全体の男女別の件数(男性=576 件、女性=1,149 件)を考えると、明らかに男性で未遂例よりも既遂例が多い。(p<0.001)【図—10】

このような多数の既遂例からは貴重な情報が得られると思われるので、既遂・未遂を区別する背景因子の抽出を目的として、以後検討した。

まず【図—11】には男女別・未遂既遂別の年齢分布を示した。【図—2】

を再掲しているが、自殺企図全体の年齢分布（女性では20代にピークがあり、男性では20代と50代のふたつのピークがある点）と未遂例の年齢分布は酷似していることがわかる。しかし、これは未遂例が全企図例の約88% (=1,516/1,725) を占めているので当然かもしれない。一方、【図—11】によれば、自殺既遂例はどこの年齢にもピークは見られず、若年者層から高齢者層までほぼ同程度にみられることがわかる。中高年の男性に自殺による死亡が急増していると言われているが、そのように急増している自殺は、救命救急センターに搬送される以前に警察によって自殺と断定され処理されている可能性が高い。

次に【図—12】に、男女別の自殺企図回数を示した。男性では約70%が初回の企図であることがわかった。それに対して女性では45%が初回、すなわち2回目以降の企図が女性では多いことになる。【図—13】には、これを既遂・未遂別に示したが、男女とも既遂の場合には1回目の企図がほとんどであることを示している。（回数がわかった者では、**男性で97%** (75/77)、**女性で85%** (60/71)、**合計で91%** (135/148) しか、未遂例でも1回目の企図が圧倒的に多く、加えて女性では5回目以上の企図が多いこともわかる。これが、いわゆる「パラ自殺」または「頻回自殺」である可能性が高い。

次に、既遂未遂別の企図前の相談の有無について【図—14】～【図—17】に

示した。これによると、まず未遂例に関して言えば、男性は家族に14%、友人に6%、精神科医に2%、身体科・一般科医に0.4%しか相談して、女性でも家族に18%、友人に11%、精神科医に5%、身体科・一般科医に0.1%しか相談していなかった。

既遂例ではもっと相談する率は少なく、男性は家族に9%、友人に3%、精神科医に2%しか相談して、女性でも家族に18%、友人に2%、精神科医に4%しか相談していなかった。身体科・一般科医にはまったく相談していなかった。

複数に相談している（家族と友人に、という具合に）可能性があるので単純合計はできないが、事前に周囲に相談しているのは未遂例ではせいぜい20%、既遂例では男性で10%、女性で20%くらいではないかと推測される。まとめると、女性に比べて男性の方が相談することは少なく、既遂の方が未遂よりも相談することが少ないと言える。

さらに、【図—18】には、未遂・既遂と同居者の有無を示した。それによれば、未遂も既遂も、同居者がいることのほうが多いことがわかった。単身者が孤独の中で自殺企図するという構図よりも、家族が同居している方が葛藤的になるためではないかと思われる。

また【図—19】には、未遂・既遂による自殺の契機の有無を示した。それによれば、男性でも女性でも、契機が24時間以内にある場合、あるいは、1週間以内にある場合、のいずれの場

合でも未遂例が圧倒的に多いことがわかる。「その他」はおそらく1週間以上に続いていた困難な状況か、時間的には同定できない契機の場合を示していると思われる。既遂で契機が判明している場合には「その他」に分類されることがほとんどであった。既遂例では、もっと長い時間単位のストレスや困苦の積み重ねがあったと推測される。

最後に【図—20】に示したように、既遂例のほうが未遂例と比べて、希死念慮もより強いことがわかった。

最後に、既遂例での自殺企図手段を【表—1】に示した。それによれば、既遂例で多い手段は飛び降り・首つりで、それに農薬が続いていた。

ここまで企図回数にかかわらず解析を続けてきたが、このような単純な解析をすると、結局は2回目以降の自殺企図者（頻回自殺企図者）である若い女性が非常に多いことから、たとえば「自殺企図者は女性が多い」、「女性のほうが若年である」、「女性のほうが既遂が少ない」などの結論に至ってしまう。それに加えて、今回の自殺既遂者のほとんどは1回目の企図である点を考慮に入れて、今回の企図が第1回目である企図者だけを対象にして以下のように解析していった。本研究の昨年度までの対象がここからの分析である。基本的情報すべてに記載があり、解析対象となり得たケースは4施設で計1,053例であった。

まず1回目の企図者は男性=244

名、女性=284名とほぼ同数であり、それぞれの年齢分布を【図—21】に示した。これによれば、【図—21】の研究期間2年分全例の年齢分布ほど若い女性層が目立たなくなり、男女とも各年齢層での企図がみられ50代の企図者も男女とも少なくなることがわかる。性別による既遂・未遂者数は既遂：未遂=45:199（男性）31:253（女性）であり、男性で有意に(p<0.05)既遂者が多いことがわかる。

次に、【図—22】に教育年数、【図—23】に職業を示したが、【図—3】【図—4】と大きな差はないことがわかる。さらに、男女別に既遂・未遂者数を【図—24】に示した。男性で既遂者・未遂者の年齢はそれぞれ、48.2歳・40.1歳であり既遂者のほうが有意に(p<0.01)高齢であった。同様に女性でもそれぞれ51.6歳、38.1歳であり、男性よりも明白に既遂者は高齢であることがわかった。

さらに【図—25】には男女別に同居者の有無が、既遂・未遂に与える影響を示した。これによると、同居者がいないほうが、既遂になってしまうことが男女とも有意に(p<0.01)多いことがわかる。

さらに、【図—26】【図—27】に、精神疾患の家族歴・自殺の家族歴を示した。自殺企図全例での検討では、未遂者は既遂者に比べて、精神疾患の家族歴・自殺の家族歴が有意に多いことを平成17年度の報告書で示したが、1回目の企図者の解析ではこの関係は消失した。さらに【図—28】には精神疾患の既往歴の有無と既遂・未遂の関係を示したが、

これによれば未遂者は既遂者に比べて、精神科の既往歴は男性では有意に(p>0.05)多いが、女性ではこの関係性は消失した。これらは、やはり全例解析の中では若い女性の頻回自殺未遂者が多かったために、1回目の企図者だけの解析では消失した結果であった。

また【図—29】には企図前の相談の有無を示した。それによれば、事前に相談する率は、未遂例での男性で17.6%、女性で34.3%、既遂例では男性で11.9%、女性で21.4%、と非常に低いことがわかる。参考までに全例分析では、未遂例での男性で20.8%、女性で34.6%、既遂例では男性で16.7%、女性で36.6%、であり、未遂例ではほぼ同じかやや少ない相談率であるが、既遂例では、1回目の企図で完遂してしまうケースの事前相談率は男性で約1割、女性で約2割と、非常に低いことがわかる。

さらに、精神科診断や致死性の手段についても検討したが(資料未提示)、全例分析と変わりはない。

D. 考察

研究開始から3年目で目標としていた1,725例になった。もちろん1,000例を超えた詳細な研究はこれまで本邦にはない。性別でいうと**男性：女性≒1：2**であり、既遂者では男性が多く、未遂者では女性が多い、などこれまでの報告と矛盾はない。また自殺企図者には同居者がいることの方が多くが示されたが、「一人暮らしのほうが多い」という従来の印象と

は逆の状況であった。家庭内でのトラブルが原因となる場合が最も多い(データ未掲)ことを考え合わせると、整合性のある結果であると思われる。

男女別に年齢分布を検討すると、女性では20~30歳代に大きなピークがある「一峰性」であるのに対して、男性では同じ20~30歳代にピークがあるのに加えて40~50歳代にもピークがある「二峰性」であった。男性では中高年にもピークがあるとする以前の報告とも一致する。(7)そのため、平均年齢は男性で41.4歳、女性で36.8歳となり、男性で高齢ということになる。しかし、このような従来からの指摘は、本研究でも明らかのように、頻回自殺をする若年の女性が圧倒的に多いためと考えられる。

また、男女とも自殺企図者には同居家族がいることのほうが圧倒的に多い(女性で約80%、男性で約70%)こともわかった。「一人暮らしのほうが多い」という従来の印象とは逆の状況であった。家庭内でのトラブルが原因となる場合が最も多い(データ未掲)ことを考え合わせると、整合性のある結果であると思われる。

また本研究では既遂例が209件あった。(男性=111件、女性=98件)自殺企図例全体の男女別の件数(男性=576件、女性=1,149件)を考えると、明らかに男性では未遂例よりも既遂例が多いことがわかる。

未遂者と既遂者との背景を比較すると、以下のように興味深い結果が得られた。

まず、自殺企図者全体の年齢構成では、女性で二峰性、男性で一峰性であることを示したが、既遂者だけの年齢構成を見ると、男女ともどの年齢でもまったく同じように既遂者が見られることは重要である。「中高年の男性が自殺する」などという図式は持ってはいけない。現実、老々介護の末に自殺する高齢者もいればいじめで自殺する中学生もいる。どの年齢層も自殺に関しては危ない、と思わなければいけない。

また、未遂者も既遂者も単身よりも同居家族が多く、自殺の契機が短期間内にあることがわかった。これは、家族内での葛藤やトラブルが衝動的に自殺未遂に発展してしまう背景を彷彿とさせる。それに対して、既遂者の自殺契機は1週間以上前から存在していることもわかった。「衝動的な自殺未遂に対して、計画的な自殺既遂」という構図が浮かび上がる。

しかも、自殺未遂も既遂も、事前に周囲（家族・友人・医師ら）に相談することが極端に少ないといくことも自殺予防には重要な指摘である。未遂例では男女ともせいぜい約2割、既遂例では男性で約1割、女性でもせいぜい約2割しか事前に相談していなかった。この点に関して、有名な Luoma JB の総説によれば、自殺企図者の19%は企図前1ヶ月間にメンタルヘルスを受診しているし、45%はプライマリケアを受診しているようである。(8) しかし、本研究ではこれらとは全く異なった結果が得られた。自殺企図

前に（期間は決めなかったが）医療機関（精神科医および身体科医）への相談では、未遂例では受診中の精神科医に相談した者が男性2%、女性5%に過ぎず、身体科医に相談した者は男性0.4%、女性0.1%にすぎなかった。

相談する場合には、その相手は家族や友人ということが相対的にはやや多く、既遂例男性で家族に9%、友人に3%であり、既遂例女性でも家族に18%、友人に2%であった。そのため、相談された家族や友人が、希死念慮を聞いた時にどのように対応すべきかについてはもっと啓蒙していかなければならない。

最後に男女とも既遂のほとんどは1回目の企図であったことを強調したい。このような解析結果はほとんどないので、非常に重要な所見である。改めて述べると、回数がわかった者では、男性で97% (75/77)、女性で85% (60/71)、合計で91% (135/148)であった。逆に2回目以上の企図だったのはほぼ1割だったということになる。わずか200例あまりが3万人を超える自殺者を代表しているとは言えないので慎重に考察しなければならない。通常の警察白書にもこの点については公表されていないが、岩手県警との協力により企図歴も3年間収集し解析した研究によれば、自殺者12.6% (191/1515) に過去の企図歴が確認されていたという。これを単純に解釈すると、残る87.4%は初回企図ということになるが、「企図歴が確認されな

ったケース＝初回企図者」というわけではないので、この結果の解釈にも慎重でなければならない。

さらに、身体的に重症の企図者を限りなく既遂者と類似したケースと考えた飛鳥井の報告によれば、その82%が初回企図であったという報告もある。(10)

このように自殺で亡くなる場合には初回企図が多いという報告の一方で、特に諸外国からの報告によれば、既遂者における初回企図者の割合は低くなる。

たとえばフィンランドで1年間で自殺で亡くなった1,397人の心理学的剖検によれば、そのうち56%が初回企図であったとその割合は減少する。(11)しかしその差は何に由来しているのかはわからない。家族的・社会的・文化的・宗教的なことや国民性なども関係するだろうから慎重に考えなくてははいけない。

結論的に言えば、本研究ではわずか200件あまり、岩手県では1,500件あまりなので、これらで全国の3万人を超える自殺者のことは強引に結論は出せない点は前提としていながらも、再企図防止だけでなく、自殺企図者予防群や周囲の家族へのうつ病や自殺企図に関する啓蒙、すなわち一次予防的な働きかけこそ、自殺者減少のためには必要ではないかと思っている。

E. 結論

三次医療施設の救命救急センター

4カ所で、共通したケースカードを用いて自殺企図者を集積しその背景因子などを解析した。3年間で1,725件が集積された。そのうち209例の既遂例があった。

厚生労働省は、平成12年(2000年)より始まった健康日本21というキャンペーンのなかで、自殺者を約1万人減らして従来レベルに抑えることを提言した。しかし、その数はその後も減っていないため、政府の「自殺対策関係省庁連絡会議」は、健康日本21の数値目標を平成17年末に見直し、学校や職域や地域などさまざまな方法で自殺予防策を講じ、向こう10年間で急増する直前のレベルに減少させることを緊急に提言した。(12)

そのうち厚生労働省では、①地域特性に応じた自殺予防地域介入研究、②うつによる自殺未遂者の再発防止研究、のふたつの戦略研究が開始された。前者は、地域における総合的な自殺予防対策を開発するため、調査地域において総合的かつ集中的な自殺予防対策を実施し、自殺率を20%減少しようとするものである。一方、後者は、救命救急センターに搬送されたうつによる自殺未遂者を対象とした無作為化比較介入試験で、自殺関連うつの再発率を30%減少しようという研究である。いずれも、5年間の計画で始まったばかりであるがその成果を期待したい。

しかし、本研究によれば、自殺企図者の8割以上は家族・友人・医師など自分の周囲の者に事前に自殺したいという気持ちを伝えていないことがわかった。

相談するとしたら、友人や家族であることが多く、精神科医・身体科医など医療職への相談は極端に少ない。そのため、相談を受けた友人や家族がどのように対応して受診援助をするのかという啓蒙が必要になってくるだろう。

さらに、本研究のなかでは、自殺で亡くなる場合には繰り返し自殺企図を繰り返すのではなく、1回目の企図で完遂してしまうケースのほうが遙かに多いことがわかった。

また、分担研究の中では、在宅介護者の4人に1人は抑うつ状態であり、65歳以上のいわゆる老老介護では、介護者の3人に1人が希死念慮を有していることもわかった。(町田報告書)さらに、中学生の4人に1人が抑うつ状態であることもわかった。(伊藤報告書)昨今「いじめ自殺」が話題になっているが、いじめた側が悪い、いじめられる側にも問題があるという議論ではなく、いじめその他が原因でまず中学生が抑うつ的になり、そのような元気のない状態がいじめの対象となり、さらに抑うつ的になり自殺するという構図があることも忘れてはならない。そのために、これまでもプライマリケア医に対して、うつ(仮面うつ病)の見分け方の講習会があったが、同じ程度に、在宅介護者の目の前にいるケアマネージャーや、生徒を毎日見ている教師や養護教諭に対しても、うつの見分け方の講習会があるべきだろうと思っている。

このような結果から、再企図防止も重要であるが、在宅介護者・いじめの

対象者・長時間勤務者などのハイリスクの自殺企図者予防群や、周囲にいる家族・ケアマネージャー・教師・職場の上司などに対するへのうつ病や自殺企図に関する啓蒙、すなわち一次予防的な働きかけのほうが、自殺者減少のためには喫緊の課題なのではないかと思っている。

私見ではあるが、交通事故死に関して言えば、春と秋に行われる交通安全週間の効果と思われるが、1万人以上の交通事故死は平成17年には7,000人以下に激減してきた。それを考えると、9月10日に国際的な自殺予防デーがあることは前提としながらも、「自殺予防週間」なるものを自殺が多いと言われる春に(できれば秋にも)新設すれば、予想以上の効果が期待できるのではないかと思っている。その1週間、テレビは新聞でも定期的に自殺・うつなどの言葉が目につき、「こんな症状はありませんか?」「周囲に悩んでいる方はいませんか?」「自殺はあなたの気持ちではなく、病気が持たせているんです。早く専門家に相談しましょう」のようなテロップが流れたり、有識者やタレントなどが発言するようなキャンペーンを意味している。もちろん、「自殺予防週間」では強すぎる表現なので、「こころの安全週間」のようなネーミングのほうが望ましいと思われる。

【文 献】

1) 保坂 隆：休養・こころの健康。多田羅浩三(編集)健康日本21—推進ガイドライン。187-203, ぎょうせい, 東京, 2001

- 2) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-5f.html>
- 3) 日本医師会（編集）西島英利（監修）：自殺予防マニュアル—一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応。明石書店，東京，2004
- 4) 黒澤 尚，岩崎康孝：救命救急センターに收容された自殺企図者の実態—12施設のまとめ。救急医学 15: 651-653, 1991
- 5) 保坂 隆：「自殺企図患者のケースカード」使用の手引き。救急医学 15: 622-624, 1991
- 6) 保坂 隆：厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）平成 15 年度総括報告書「自殺未遂患者と再企図者の背景についての研究」。
- 7) 堤 邦彦：北里大学病院救命救急センターに收容された自殺企図者の実態。救急医学 15: 628-629, 1991
- 8) Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry 159:909-16, 2002
- 9) 高谷友希，智田文徳，大塚耕太郎，ほか：岩手県における自殺の地域集積性とその背景要因に関する研究。岩手医誌 58: 205-216, 2006
- 10) 飛鳥井望：自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討。精神神経誌、96: 415-443, 1994
- 11) Isometsa ET and Lonnqvist JK:

Suicide attempts preceding completed suicide. Brit J Psychiatry, 173: 531-535, 1998

12) <http://www.ncnp-k.go.jp/ikiru-hp/>

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 中山秀紀，大塚耕太郎，酒井明夫，智田文徳，遠藤知方，丸田真樹，遠藤仁，山家健仁，遠藤重厚：岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂患者の横断的調査：通院状況を考慮した自殺予防。精神医学 48: 119 - 126, 2006
- 2) 伊藤敬雄 葉田道雄 原田章子 大熊征司 大久保善朗：自殺未遂者における救命救急センター退院1年後の受療行動と再自殺。精神医学 48, 153-158, 2006
- 3) 伊藤敬雄：自殺未遂者のケア。臨床精神医学 増刊号，287-293, 2005
- 4) 佐藤奈美，大場真理子，阿部正幸，大里雅紀，菅野智美，和田明，増子博文，丹羽真一：福島県立医科大学附属病院高次救急センターにおける自殺企図者の神経精神科的考察（投稿中）
- 5) 増子博文，小林直人，竹内賢，上野卓弥，三浦至，宮下伯容，丹羽真一：

気分障害患者の血漿モノアミン代謝産物濃度の変化から見たm-ECTの奏功機序 (The effect of m-ECT on plasma monoamine metabolites level in patients with mood disorder). 精神医学 48 653-657, 2006

6) 栗崎恵美子, 平岩幸一, 増子博文, 岡野高明, 丹羽真一: ベンゾジアゼピン類のイムノアッセイ法の評価. 法医学の実際と研究 2000; 43:69-73

7) 栗崎恵美子, 林田真喜子, 仁平信, 大野曜吉, 増子博文, 岡野高明, 丹羽真一, 平岩幸一: Triageによる抗うつ薬のスクリーニング. 法医学の実際と研究 2003; 46: 95-98

8) Kurisaki E, Hayashida M, Nihira M, Ohno Y, Mashiko H, Okano T, Niwa S, Hiraiwa K.: Diagnostic performance of Triage for benzodiazepines: urine analysis of the dose of therapeutic cases. J Anal Toxicol. 29:539-43 2005

9) 町田いづみ, 保坂 隆: 高齢化社会における介護者の現状と問題点—うつ病および自殺リスクに関して—. 最新精神医学, 11 : 261-270, 2006

10) 町田いづみ, 保坂 隆: 高齢化社会における在宅介護者の現状と問題点—心身の健康感について—. 訪問看護と介護, 11 : 686-693, 2006

11) 町田いづみ, 保坂 隆: 高齢化社会における在宅介護者の現状と問題点—精神症状を中心に—. 緩和医療学, 8: 279-286, 2006

12) Matsuoka Y, Inagaki M, Sugawara Y, Imoto S, Akechi T, Uchitomi Y: Biomedical and psychosocial

determinants of intrusive recollections in breast cancer survivors. Psychosomatics 2005; 46: 203-211

13) Yoshikawa E, Matsuoka Y, Inagaki M, Nakano T, Akechi T, Kobayakawa M, Fujimori M, Nakaya N, Akizuki N, Imoto S, Murakami K, Uchitomi Y: No adverse effects of adjuvant chemotherapy on hippocampal volume in Japanese breast cancer survivors. Breast Cancer Research and Treatment 2005; 92:81-84

14) Sugawara Y, Akechi T, Okuyama T, Matsuoka Y, Nakano T, Inagaki M, Imoto S, Hosaka T, Uchitomi Y: Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. Supportive Care in Cancer. 2005;13:628-636

15) Nishi D, Matsuoka Y, Kawase E, Nakajima S, Kim Y: The magnitude of mental health service in a Japanese medical center emergency department. Emergency Medicine Journal (in press)

16) Yoshikawa E, Matsuoka Y, Yamasue H, Inagaki M, Nakano T, Akechi T, Kobayakawa M, Fujimori M, Nakaya N, Akizuki N, Imoto S, Murakami K, Kasai K, Uchitomi Y: Prefrontal cortex and amygdala volume in first minor or major depressive episode after cancer diagnosis. Biol Psychiatry (in press)

- 17) 松岡豊, 稲垣正俊, 吉川栄省, 中野智仁, 菅原ゆり子, 小早川誠, 明智龍男, 内富庸介: がん患者における精神的苦痛に関する脳画像研究. 精神保健研究 51:33-38, 2005
- 18) 松岡豊, 吉川栄省: サイコオンコロジーにおける脳画像. 臨床脳波 47(12):748-752, 2005
- 19) 西大輔, 川瀬英理, 松岡豊: がん患者の PTSD 症状とその対応. 緩和医療学 7(2): 12-20, 2005
- 20) 川瀬英理, 松岡豊, 中島聡美, 西大輔, 大友康裕, 金吉晴: 三次救急医療における精神医学的問題の検討. 精神保健研究 51:65-70, 2005
- 21) 川瀬英理, 下津咲絵, 今里栄枝, 唐澤久美子, 伊藤佳菜, 斉藤アンナ優子, 松岡豊, 堀川直史: がん患者の抑うつに対する簡易スクリーニング法の開発—1 質問法と 2 質問法の有用性の検討. 精神医学 47(5):531-536, 2005

書籍

- 1) Matsuoka Y, Nagamine M, Uchitomi Y: Intrusion in women with breast cancer. In: Kato N, Kawata M, Pitman RK (Eds) PTSD: Brain Mechanism and Clinical Implications, pp 169-178, Springer-Verlag, Tokyo, 2006
- 2) Matsuoka Y: Delirium. In Albrecht G. (Eds.) Encyclopedia of Disability, pp377, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 2005
- 3) 広常秀人, 松岡豊: 交通事故. 心

的トラウマの理解とケア第 2 版. 金吉晴編. じほう. 東京, 印刷中

- 4) 西大輔: PDI (Peritraumatic Distress Inventory). 心的トラウマの理解とケア第 2 版, 金吉晴編, じほう, 東京 (出版中)

2. 学会発表

- 1) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 中山秀紀, 遠藤知方, 丸田真樹, 智田文徳, 山家健仁, 遠藤重厚: 自殺企図者と過去 1 年以内の自殺企図歴, 日本精神科救急学会, 2005
- 2) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 中山秀紀, 遠藤知方, 丸田真樹, 智田文徳, 山家健仁, 遠藤重厚: 自殺企図者と自殺企図前の相談状況, 第 18 回日本総合病院精神学会, 松江テルサ, 2005 年 11 月 12 日
- 3) 伊藤敬雄: 自殺企図者への精神科コンサルテーション・リエゾンサービスの役割と課題. 第33回日本救急医学会総会, 2005年10月 (大宮)
- 4) 人見佳枝 大賀征夫 田村善史 切目栄司 花田一志 向井泰二郎 人見一彦 山田真美 杉明美: 急性薬物中毒に対するクリニカルパス. 第 18 回日本総合病院精神医学会. 松江市. 2005.
- 5) 人見佳枝 田村善史 切目栄司 向井泰二郎 人見一彦 坂田育弘: 精神科通院中の過量内服患者における問題点と対策. 第 27 回日本中毒学会総会. 川崎市. 2005.
- 6) 田村善史 人見佳枝 切目栄司 向井泰二郎 人見一彦: 当院での自殺

企図と心理面との関連性についての再検討. 第18回日本総合病院精神医学会. 松江市. 2005.

7) 増子博文, 佐藤葉月, 小山徹平, 山本佳子, 丹羽真一: 症状改善に一致してパロキセチンの副作用としての悪心が再燃したパニック障害の一例: 第61回日本心身医学会東北地方会 (2005年9月10日, 盛岡市)

8) 増子博文, 竹内賢, 三浦至, 佐藤葉月, 小山徹平, 山本佳子, 丹羽真一: 精神症状改善に一致して抗うつ薬(SSRI,SNRI)の副作用としての嘔気が出現した5例: 第62回日本心身医学会東北地方会 (2006年2月18日, 仙台市)

9) 増子博文, 竹内賢, 三浦至, 佐藤早苗, 佐藤葉月, 小山徹平, 山本佳子, 丹羽真一: 精神症状改善に一致して抗うつ薬(SSRI,SNRI)の副作用としての嘔気が出現した5例: 第17回福島県精神医学会 (2006年2月19日, 福島市)

10) 松岡豊: がんのことを繰り返し思い出さず人についての科学. 第5回先端医科学へのアプローチ研究会. 2005/5/14-15 (群馬・水上町)

11) 河野裕太, 丸山道生, 松岡豊, 松下年子, 松島栄介: 消化器がん患者の退院後の心理的苦痛とセルフエフィカシー. 第10回日本緩和医療学会総会・第18回日本サイコオンコロジー学会総会合同大会. 2005/6/30-7/2 (横浜)

12) 松岡豊, 内富庸介: がん患者における侵入性想起の関連因子に関する検討. 第5回日本トラウマティックス

トレス学会. 2006/3/10-11 (神戸)

H. 知的財産権の出願・登録状

況

特にない

付 録

自殺企図者ケースカード

【調査機関など】 岩手 日医 近畿 福島 その他 記者 _____

【I.背景】

- a 基本情報: イニシャル: _____ ID: _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男 女
- b 教育年数: 1小学卒 2中学卒 3高校卒 4短大卒 5大学卒 6他合計 _____ 年 7不明
- c 職業: 1.フルタイム 2.パートタイム 3.主婦 4.定年退職 5.無職 6.学生 7その他 8.不明
- d 同居者: 1.あり 2.なし 3.不明
- e 婚姻状況: 1.既婚・再婚・内縁 2.未婚 3.離婚 4.別居 5.死別 6.その他 7.不明
- f 家族(家族は両親・両祖父母・兄弟のみを含める、配偶者及びその家族などは含めない)について
- 精神科疾患の既往: 1.あり 2.なし 3.不明
- 自殺企図歴: 1.あり 2.なし 3.不明
- g 精神科既往: 1.あり(口通院中 過去の通院歴のみ) 2.なし 3.不明
- h 自殺企図回数: 1.初回 2.2回目 3.3回目 4.4回目 5.5回目以上 6.不明

【II.今回の自殺企図について】

- a 推定日時: 200__年__月__日__時頃 不明
- b 未遂・既遂: 1.自殺未遂(救急施設から転出時に生存しているもの) 2.自殺既遂
- c 身体的重症度: 1.重症(ICU入院) 2.中等症(ICU以外の入院) 3.軽症(入院なし)
- c' レスプレーター使用 1.あり 2.なし
- d 自殺企図手段: 1.医師処方薬(口向精神薬口その他) 2.市販薬物 3.毒物(口農薬口その他)
- 4.刃器(部位 手首 腹部口その他) 5.ガス(口排気ガス口その他) 6.飛び込み
- 7.飛び降り 8.焼身 9.縊首 10.入水 11.感電 12.銃器 13.その他
- e 自殺企図前の相談: 死にたい気持ちを誰かに話しましたか?それは誰ですか?
- 1.あり(口家族 友人 精神科関係者 身体科関係者 その他) 2.いいえ 3.不明
- f 自殺企図契機: 今回の行動の引き金になるような出来事が、なにか直前にありましたか?それはいつありましたか?
- 1.企図24時間以内にあり 2.企図1週間以内にあり 3.その他 4.不明
- g 希死念慮の強さ: 今回の行動について、0を死のうとは全く思わなかった、10を必ず死のうと思ったとすると、どの程度の決意で今回の行動をしましたか?: _____(0~10の値を記載、二つの数字が挙げれば中間値)
- h 自殺企図時にアルコールを飲んでいましたか? 1.はい 2.いいえ 3.不明
- CAGE: 家庭でお酒をお飲みになりますか 1.はい(下記四問について聴取) 2.いいえ(iへ進む)
- これまでに酒量を減らすべきだと思ったことがありますか 1.はい 2.いいえ
- お酒を飲むことを注意されていたことがありますか 1.はい 2.いいえ
- お酒を飲むことに罪の意識を持ったことがありますか 1.はい 2.いいえ
- 気分を落ち着かせるためや二日酔いのために、朝、迎え酒をしたことがありますか 1.はい 2.いいえ
- i ER後の精神科治療: 1.精神科へ入院 2.非精神科へ入院 2.退院・精神科外来 3.なし 4.死亡 5.不明

【III.前回の自殺企図について(再自殺企図症例のみ)】a 企図日: _____年__月__日 不明

- b 自殺企図手段: 1.医師処方薬(口向精神薬口その他) 2.市販薬物 3.毒物(口農薬口その他)
- 4.刃器(部位 手首 腹部口その他) 5.ガス(口排気ガス口その他) 6.飛び込み
- 7.飛び降り 8.焼身 9.縊首 10.入水 11.感電 12.銃器 13.その他
- c 前回の企図直後における精神科医の介入: 1.あった 2.なかった 3.不明

DSM-IV:各軸において複数選択が可能であるが、その場合には、主要なものを同定し、主要項目に○印をつけること。

【AX-I】(大項目(下表 0~14)は必ずチェック。該当診断が表中にあればチェック、なければその他に記載)

0.なし[V71.09] 15.診断保留[799.9]

- 1.児童・小児・思春期に診断される疾患
- 2.せん妄・痴呆・健忘および他の認知障害
せん妄 物質中毒による 物質離脱による 複数の原因による 特定不能
痴呆 アルツハイマー型 脳血管性 その他の理由による 特定不能
- 3.一般身体疾患による精神疾患
せん妄 痴呆 健忘性障害 精神病性障害 気分障害 不安障害 睡眠障害
- 4.物質関連障害 物質依存性障害 物質誘発性障害 物質名
- 5.統合失調症及び他の精神病性障害
統合失調症(妄想型 解体型 緊張病型 判別困難型 残遺型
統合失調感情障害 妄想性障害 短期精神障害 特定不能 その他
- 6.気分障害: *同定すること* →軽症 中等症 重症 精神病像あり(気分的一致/気分と不一致)
部分寛解 完全寛解 同定困難
うつ病性障害 (単一エピソード 反復性 気分変調症 特定不能)
特徴:緊張病性 メランコリー 非定型 産後の発症
双極性障害 I型 II型 気分循環性障害 特定不能
- 7.不安障害 パニック障害 (広場恐怖なし あり) 広場恐怖 恐怖症 社会恐怖
強迫性障害 PTSD 急性ストレス障害 全般性不安障害 特定不能
- 8.身体表現性障害 身体化障害 転換性障害 疼痛性障害 心気症 身体醜形障害 特定不能
- 9.虚偽性障害
- 10.解離性障害: 解離性健忘 解離性遁走 解離性同一性障害 離人症性障害 特定不能
- 11.性障害及び性同一性障害
- 12.摂食障害: 神経性無食欲症 神経性大食症 特定不能
- 13.睡眠障害: 原発性不眠 原発性過眠症 ナルコレプシー 呼吸関連睡眠障害
概日リズム睡眠障害 特定不能 睡眠時随伴症 精神疾患に関連
14. *他のどこにも分類されない衝動制御の障害*
- 15.適応障害: 不安 抑うつ 不安と抑うつの混合 行為の障害 情緒と行為の障害 特定不能

その他の診断: 大項目(上表 1~14)[] 診断名 _____ DSM-IV コード5桁[]
大項目(上表 1~14)[] 診断名 _____ DSM-IV コード5桁[]

【AX-II】 なし 診断保留

- 人格障害[301.xx] 妄想型 統合失調症質 統合失調症型 反社会性 境界性
演技性 自己愛 回避性 依存性 強迫性 NOS Cluster A B C
- 精神発達遅滞 その他 _____

【AX-III】 なし 保留 身体疾患 1. _____ 2. _____ 3. _____

下記 ICD 分類のいずれかをチェックすること(複数ある場合、主要疾患に○印をつけることを忘れずに)

- 感染症・寄生虫 新生物 血液・造血管・免疫 内分泌・栄養・代謝 精神・行動
神経系 眼及び付属器 耳・乳様突起 循環器系 呼吸器系
消化器系 皮膚・皮下組織 筋骨格系・結合組織 尿路性器系 妊娠、分娩・産褥 周産期
先天奇形、変形及び染色体異常 症状、徴候及び異常臨床/検査所見で他に分類されないもの
損傷、中毒及びその他の外因の影響 傷病及び死亡の外因 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービス

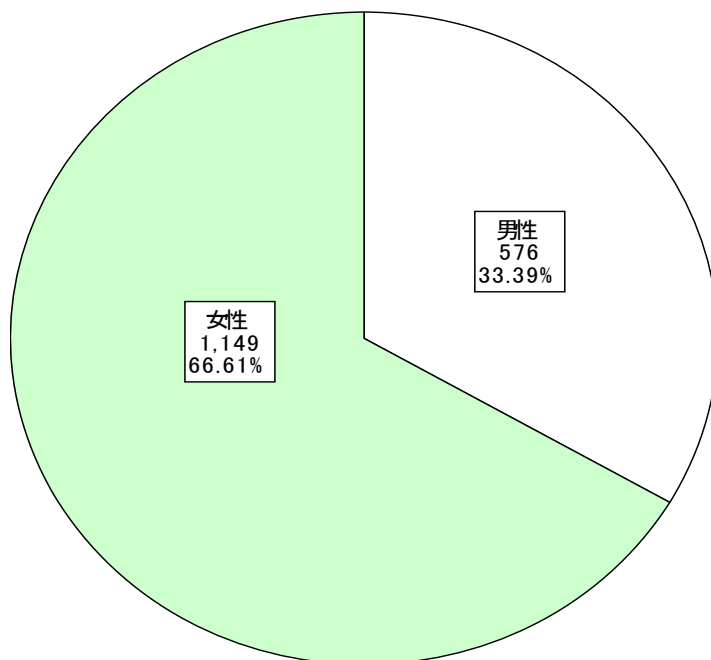
【AX-IV】なし

- 一次支持グループの問題 社会環境の問題 教育上の問題 職業上の問題
住居の問題 経済的な問題 医療機関の利用上の問題
司法・犯罪に関する問題 その他の心理社会的・環境上の問題 病苦

詳述: _____

【AX-V】自殺企図直前の GAF _____ 退院時あるいは精神科併診終了時 GAF _____

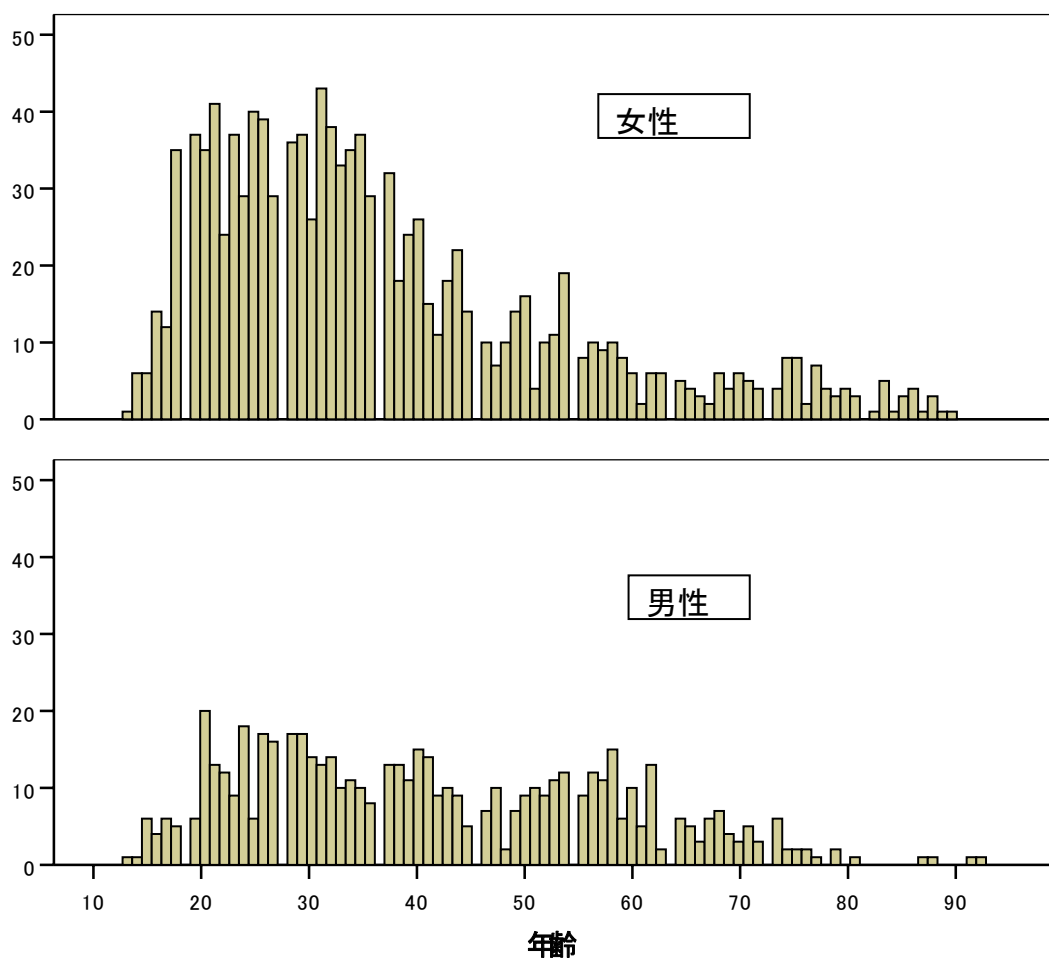
【図—1】性別



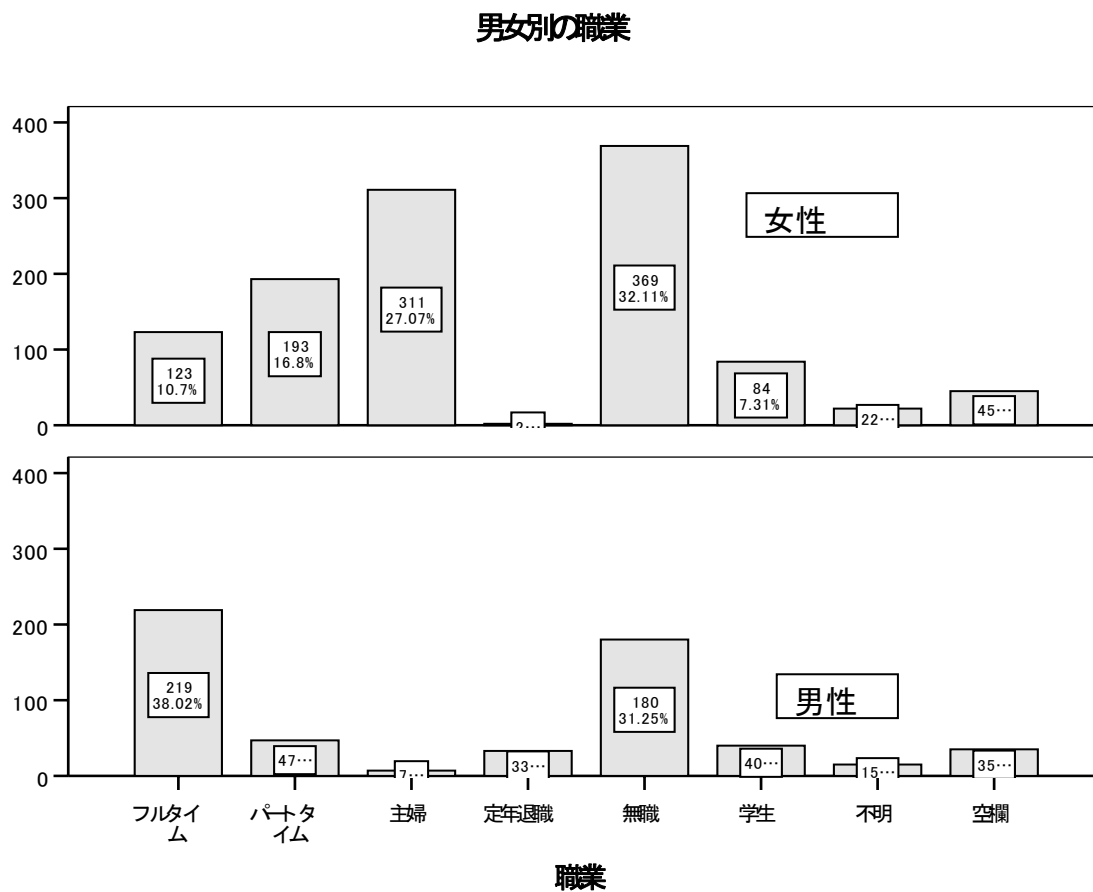
対象

	性別		合計
	男性	女性	
未遂	465	1051	1516
既遂	111	98	209
合計	576	1149	1725

【図—2】男女別の年齢分布



【図—3】 男女別の職業

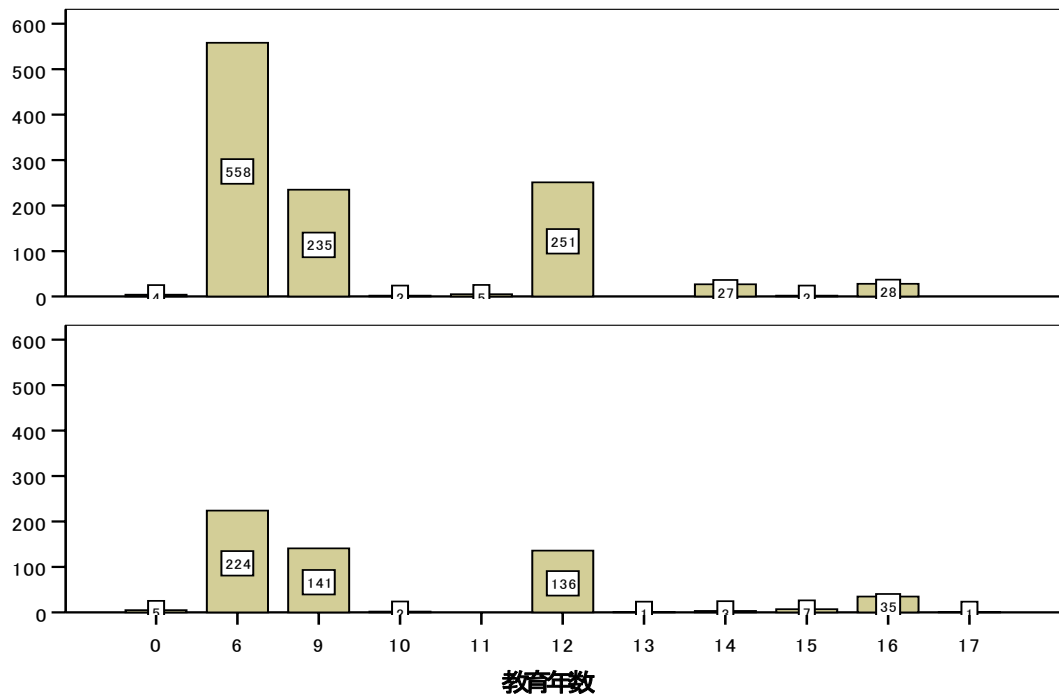


性別と職業

度数		職業								合計
		フルタイム	パートタイム	主婦	定年退職	無職	学生	不明	空欄	
性別	男性	219	47	7	33	180	40	15	35	576
	女性	123	193	311	2	369	84	22	45	1149
合計		342	240	318	35	549	124	37	80	1725

【図—4】男女別の教育歴

男女別の教育歴

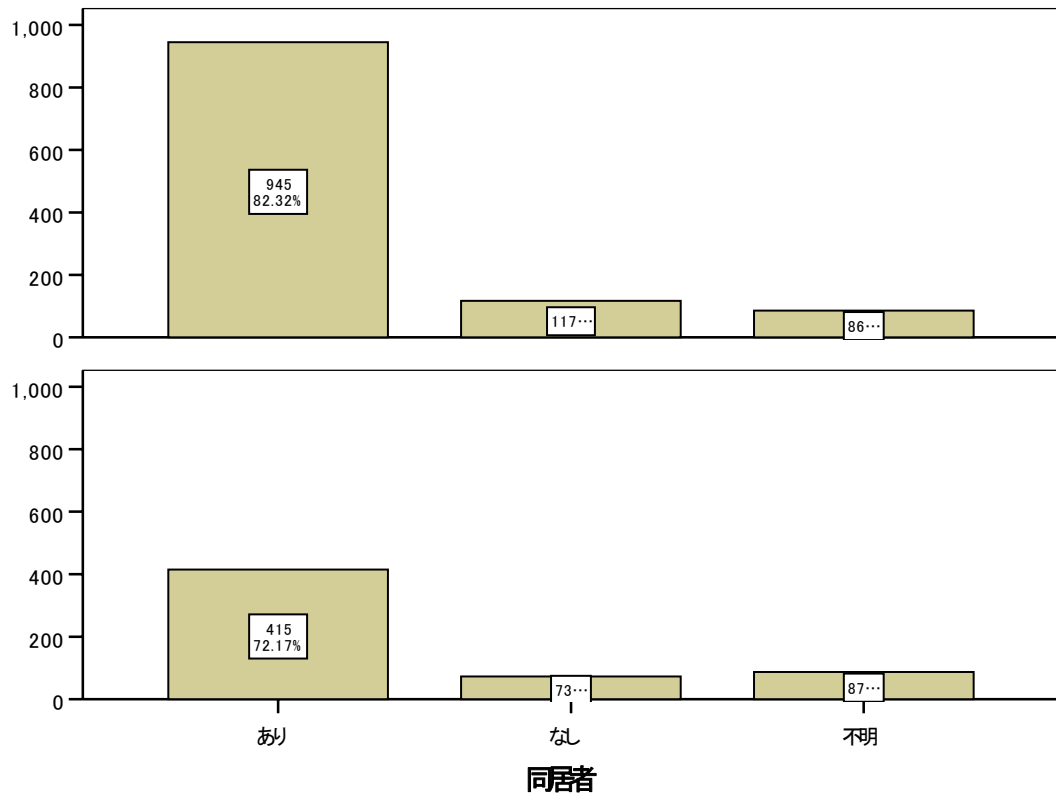


性別 と 教育年数

		教育年数										合計	
		0	6	9	10	11	12	13	14	15	16		17
性別	男性	5	224	141	2	0	136	1	3	7	35	1	555
	女性	4	558	235	2	5	251	0	27	2	28	0	1112
合計		9	782	376	4	5	387	1	30	9	63	1	1667

【図—5】男女別の同居者の有無

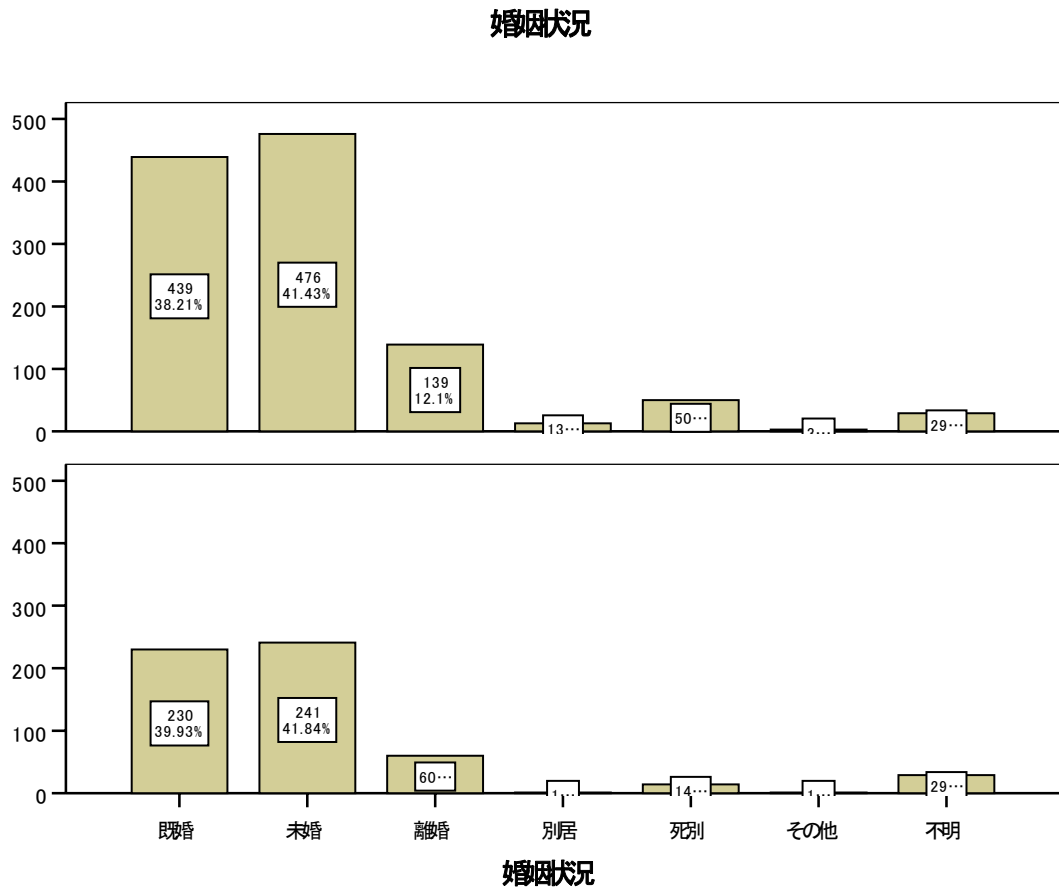
男女別の同居者の有無



性別 と 同居者

		同居者			合計
		あり	なし	不明	
性別	男性	415	73	87	575
	女性	945	117	86	1148
合計		1360	190	173	1723

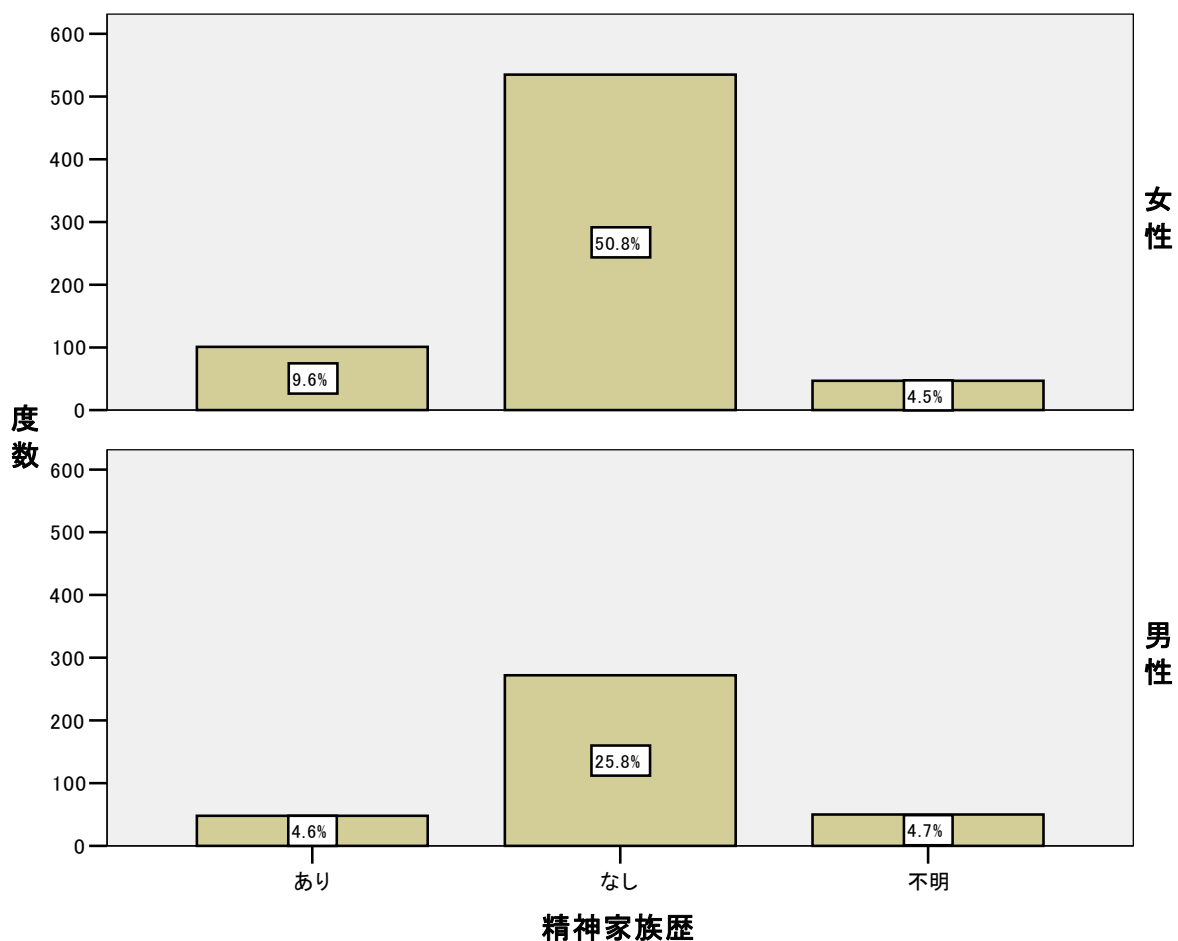
【図—6】男女別の婚姻状況



性別と婚姻状況

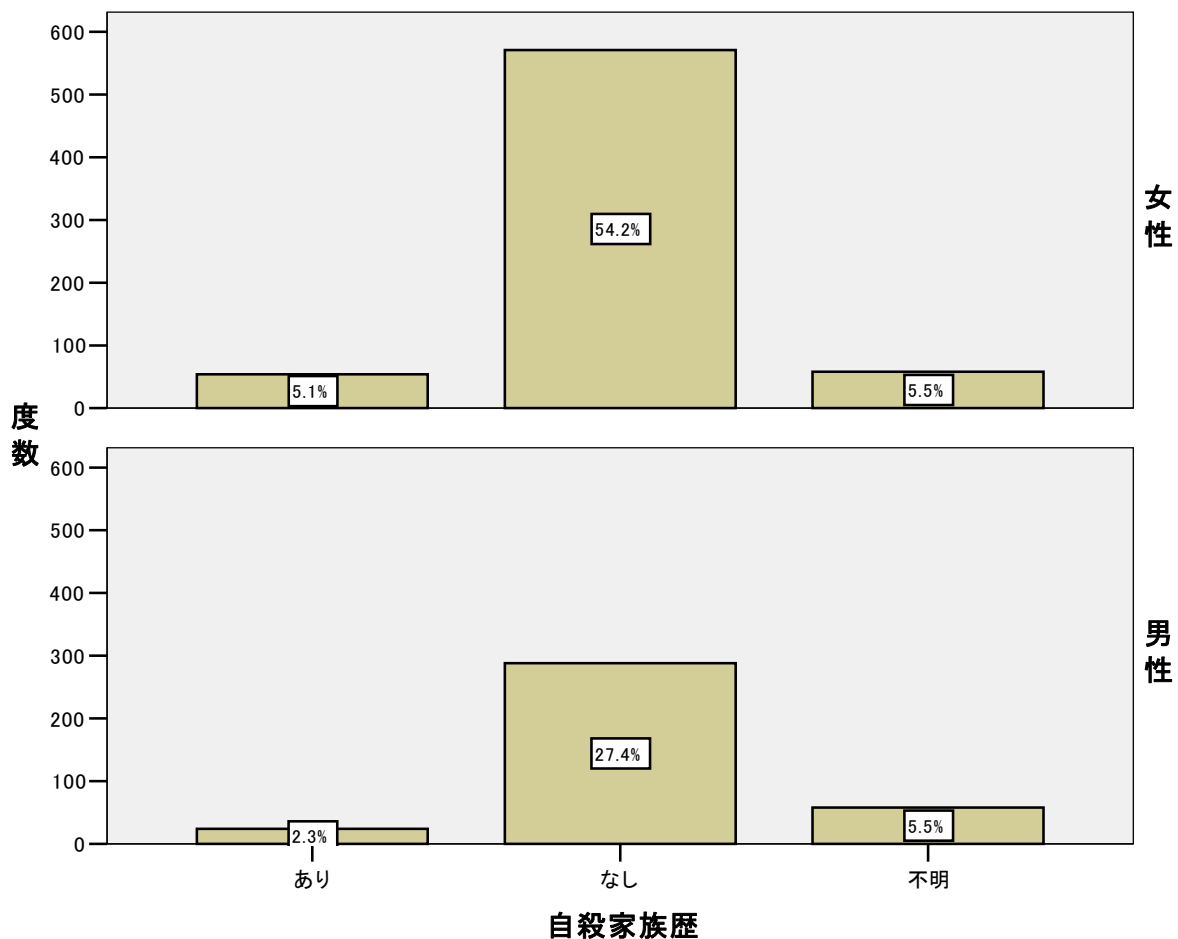
度数		婚姻状況							合計
		既婚	未婚	離婚	別居	死別	その他	不明	
性別	男性	230	241	60	1	14	1	29	576
	女性	439	476	139	13	50	3	29	1149
	合計	669	717	199	14	64	4	58	1725

【図—7a】男女別の精神疾患家族歴



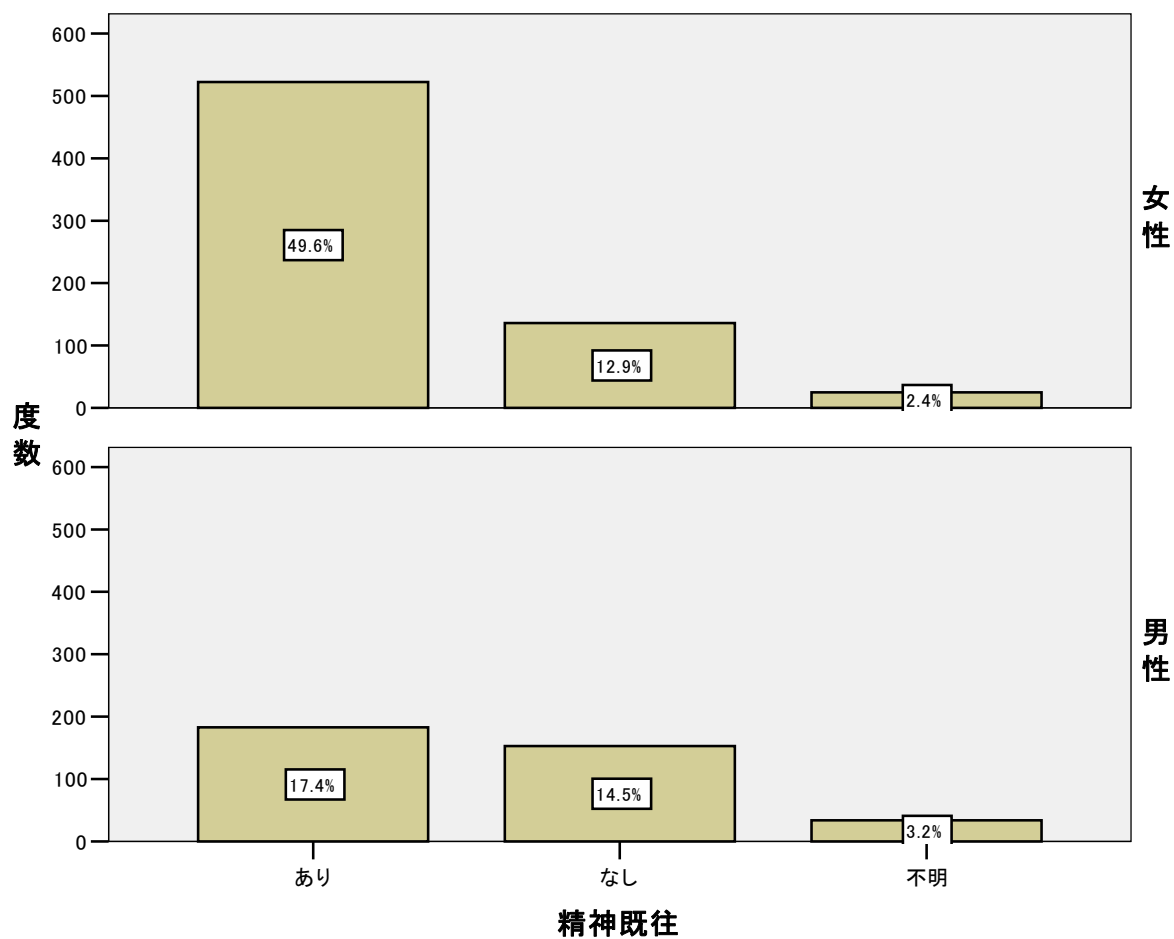
		精神家族歴			合計
		あり	なし	不明	
性別	男性	48	272	50	370
	女性	101	535	47	683
合計		149	807	97	1053

【図—7b】男女別の自殺の家族歴



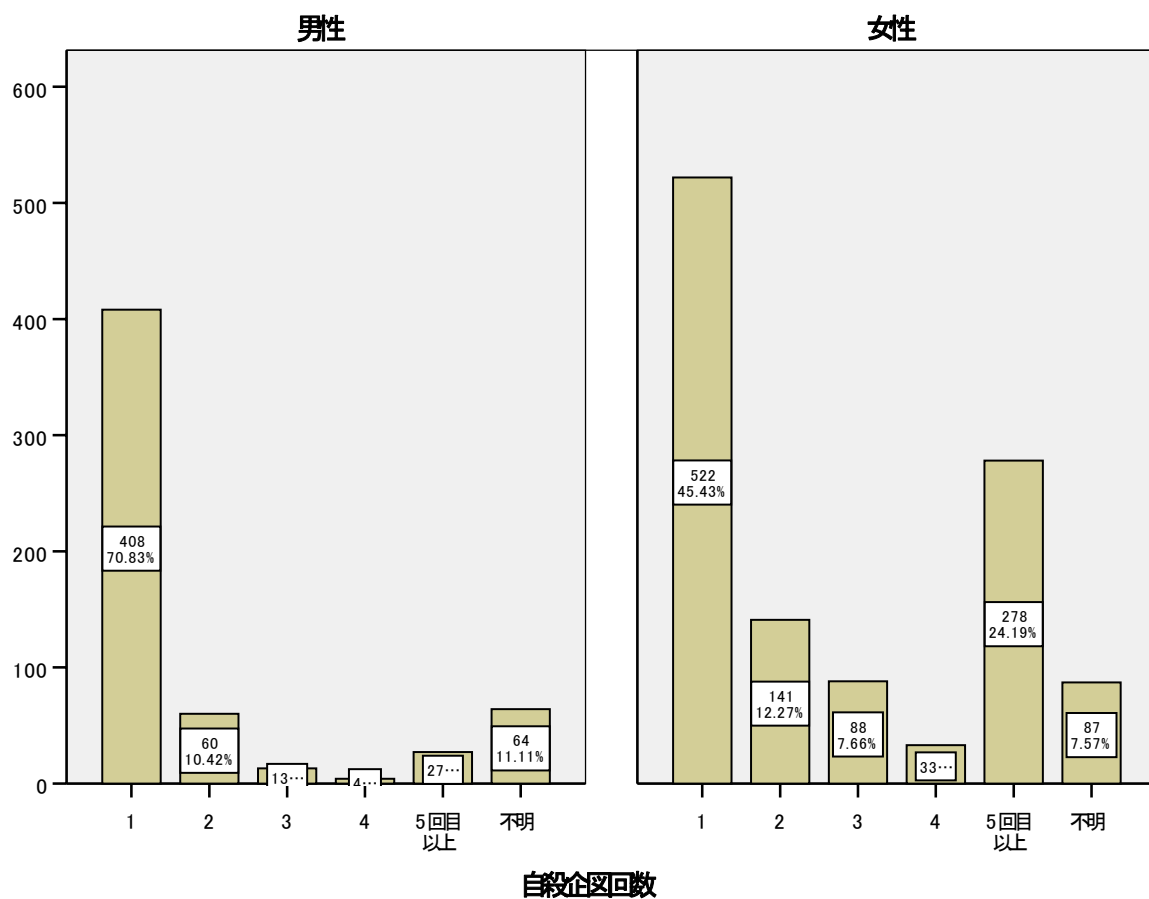
		自殺家族歴			合計
		あり	なし	不明	
性別	男性	24	288	58	370
	女性	54	571	58	683
合計		78	859	116	1053

【図—7c】男女別の精神疾患既往歴



		精神既往			合計
		あり	なし	不明	
性別	男性	183	153	34	370
	女性	522	136	25	683
合計		705	289	59	1053

【図—8】男女別の自殺企図回数



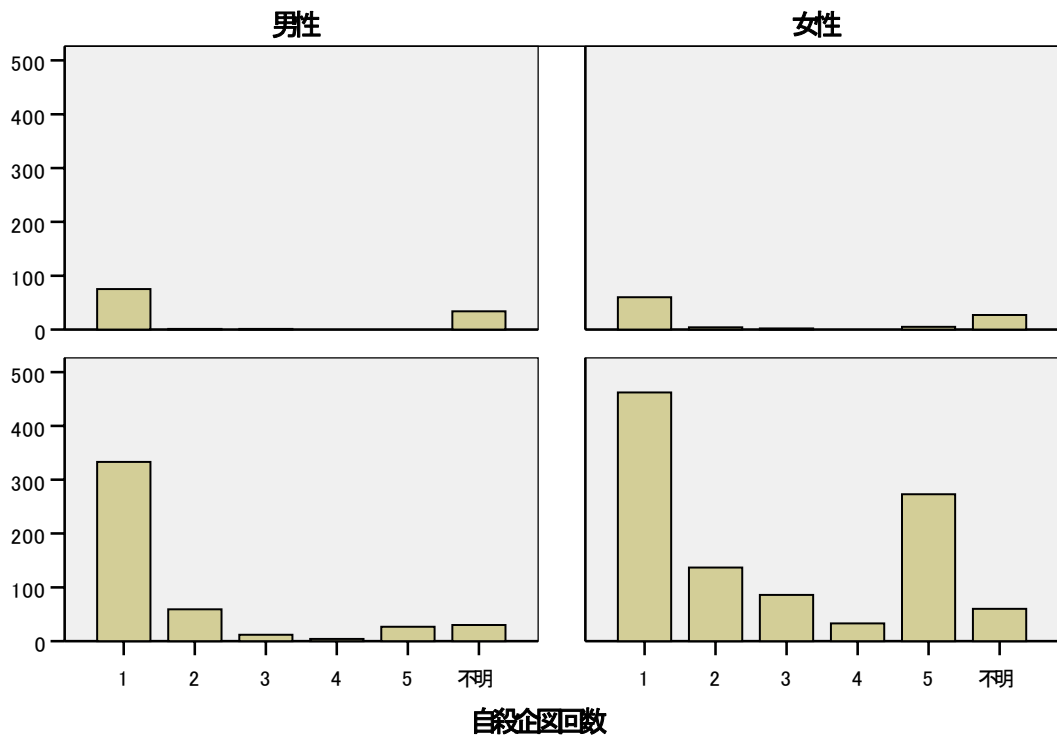
性別 と 自殺企図回数

度数

	性別	自殺企図回数						合計
		1回目	2回目	3回目	4回目	5回以上	不明	
	男性	408	60	13	4	27	64	576
	女性	522	141	88	33	278	87	1149
	合計	930	201	101	37	305	151	1725

【図—9】男女別および既遂・未遂別の自殺企図回数

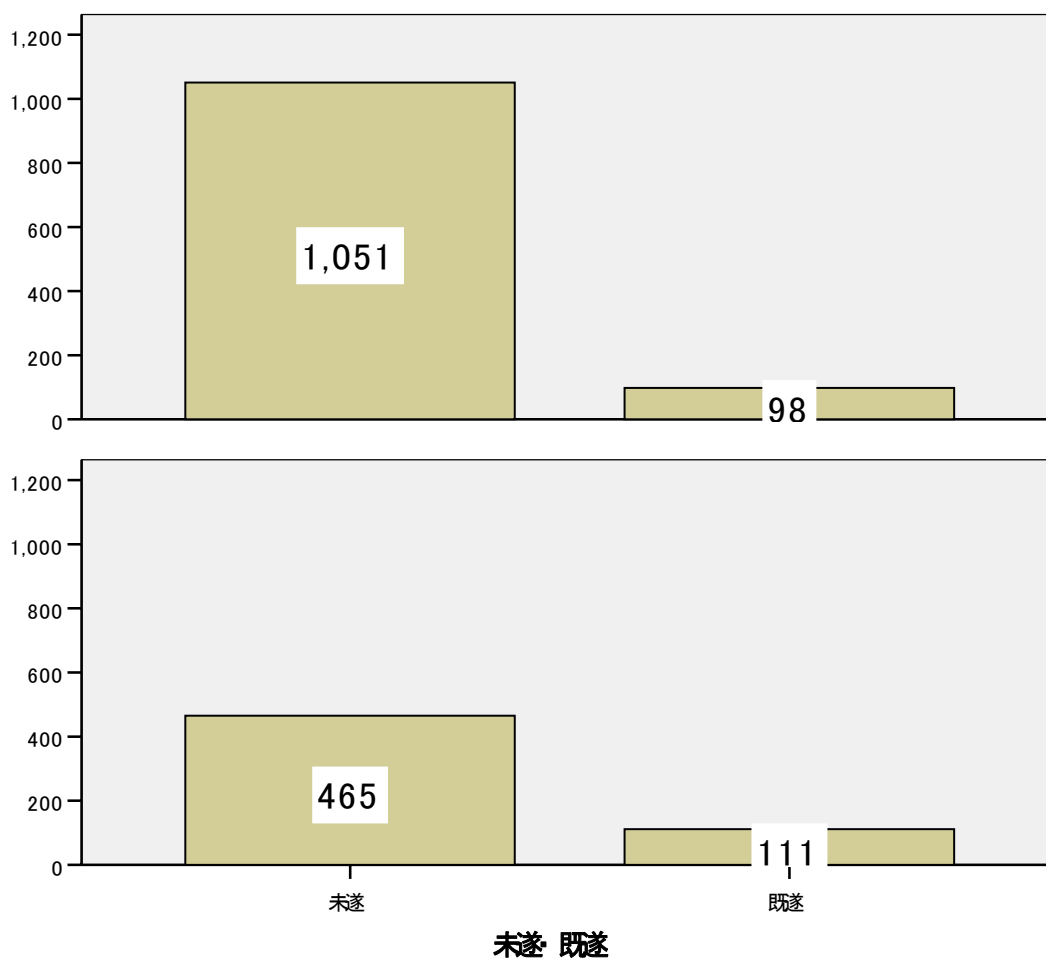
性別・既遂未遂による自殺企図回数



性別 と 自殺企図回数 と 未遂・既遂

未遂・既遂			自殺企図回数						合計
			1	2	3	4	5	6	
未遂	性別	男性	333	59	12	4	27	30	465
		女性	462	137	86	33	273	60	1051
		合計	795	196	98	37	300	90	1516
既遂	性別	男性	75	1	1		0	34	111
		女性	60	4	2		5	27	98
		合計	135	5	3		5	61	209

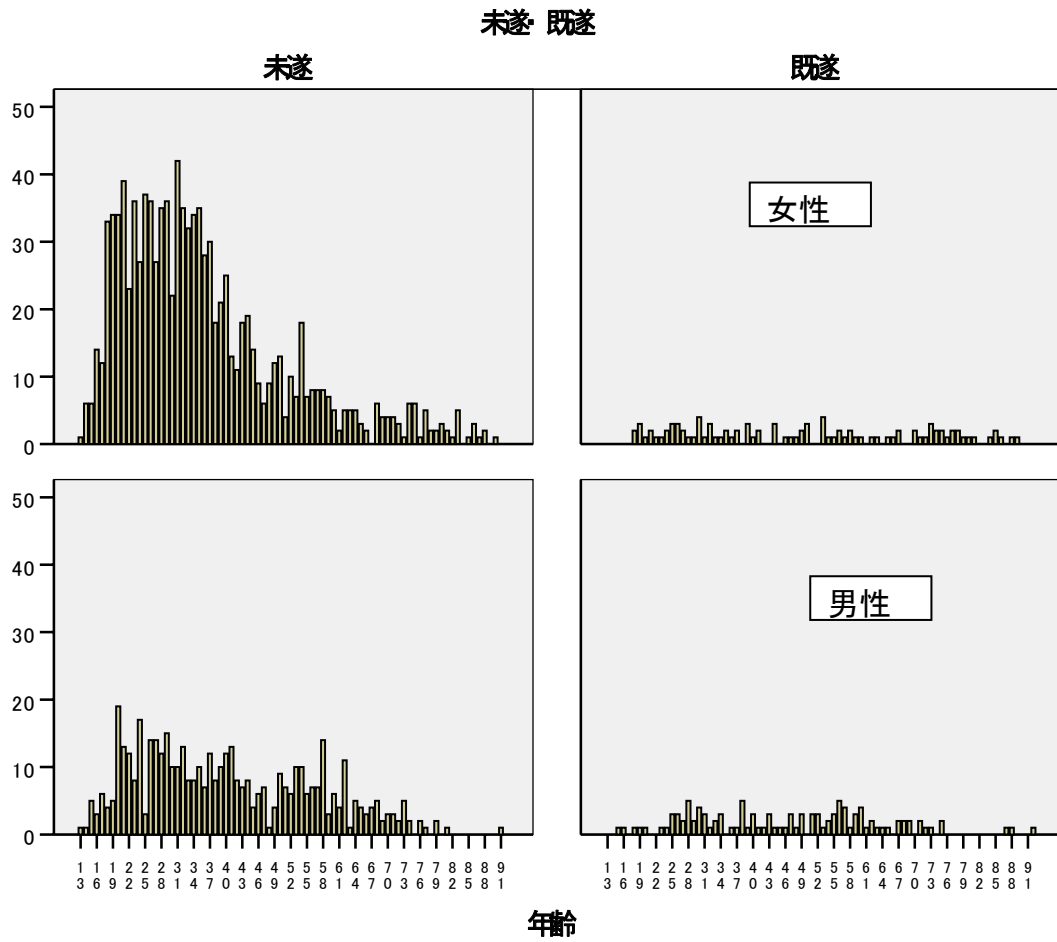
【図—10】男女別の未遂・既遂例



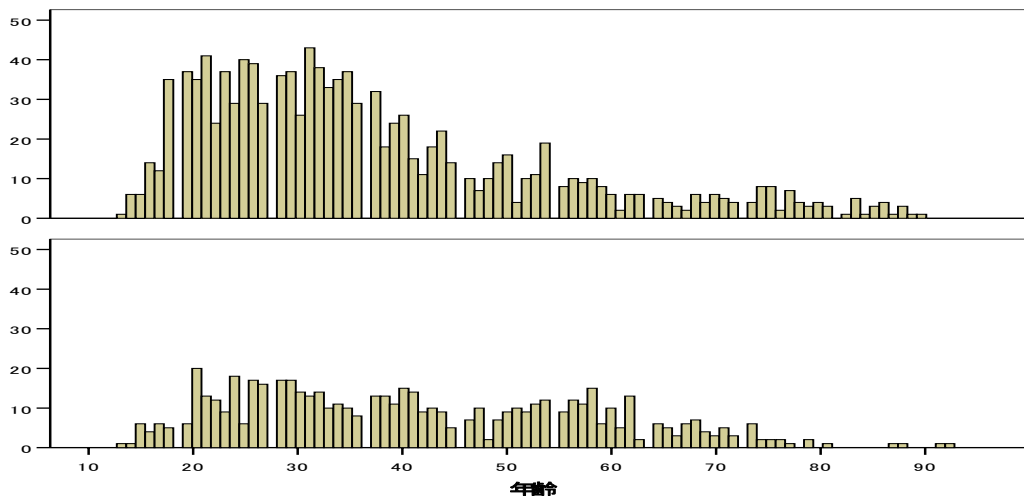
未遂・既遂 と 性別

		性別		合計
		男性	女性	
未遂・既	未遂	465	1051	1516
遂	既遂	111	98	209
合計		576	1149	1725

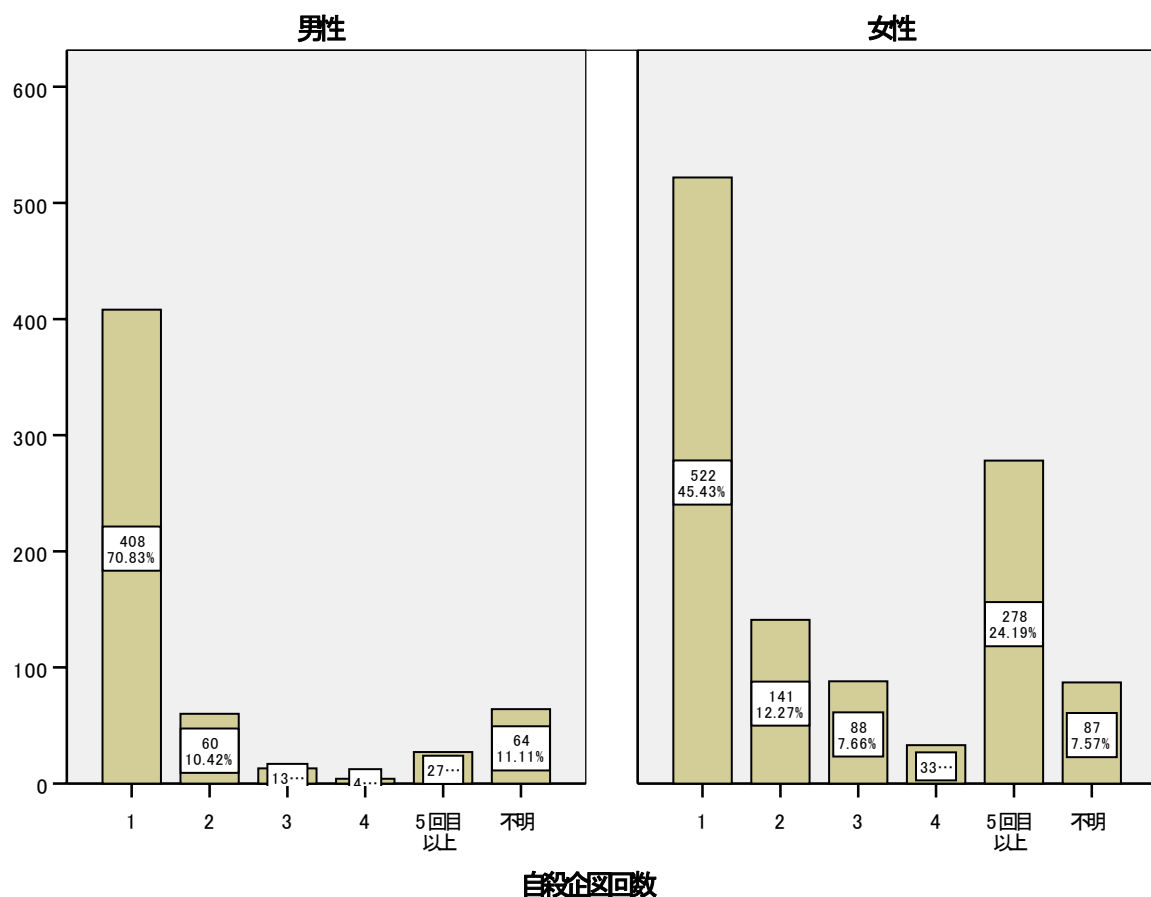
【図—11】男女別・未遂既遂別の年齢分布



【図—2】再掲



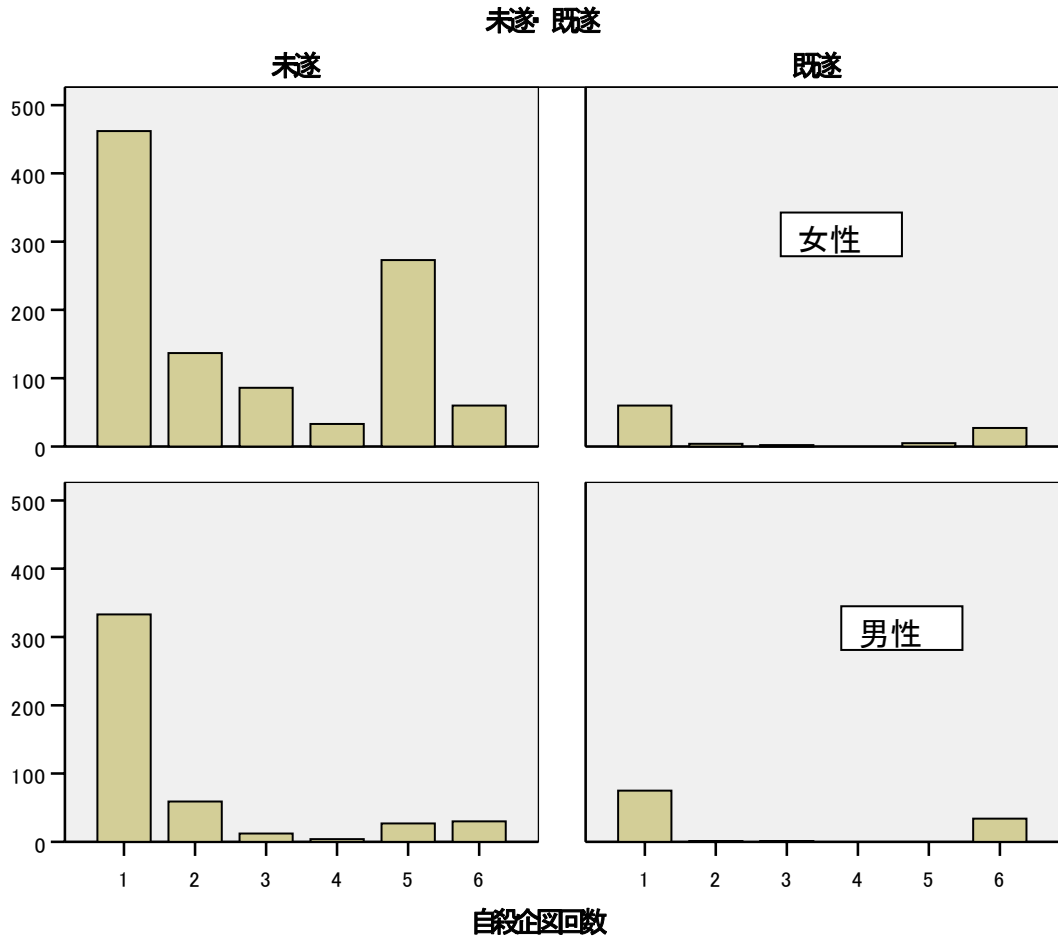
【図—12】男女別の自殺企図回数



性別と自殺企図回数

度数		自殺企図回数						合計
		1回目	2回目	3回目	4回目	5回以上	不明	
性別	男性	408	60	13	4	27	64	576
	女性	522	141	88	33	278	87	1149
合計		930	201	101	37	305	151	1725

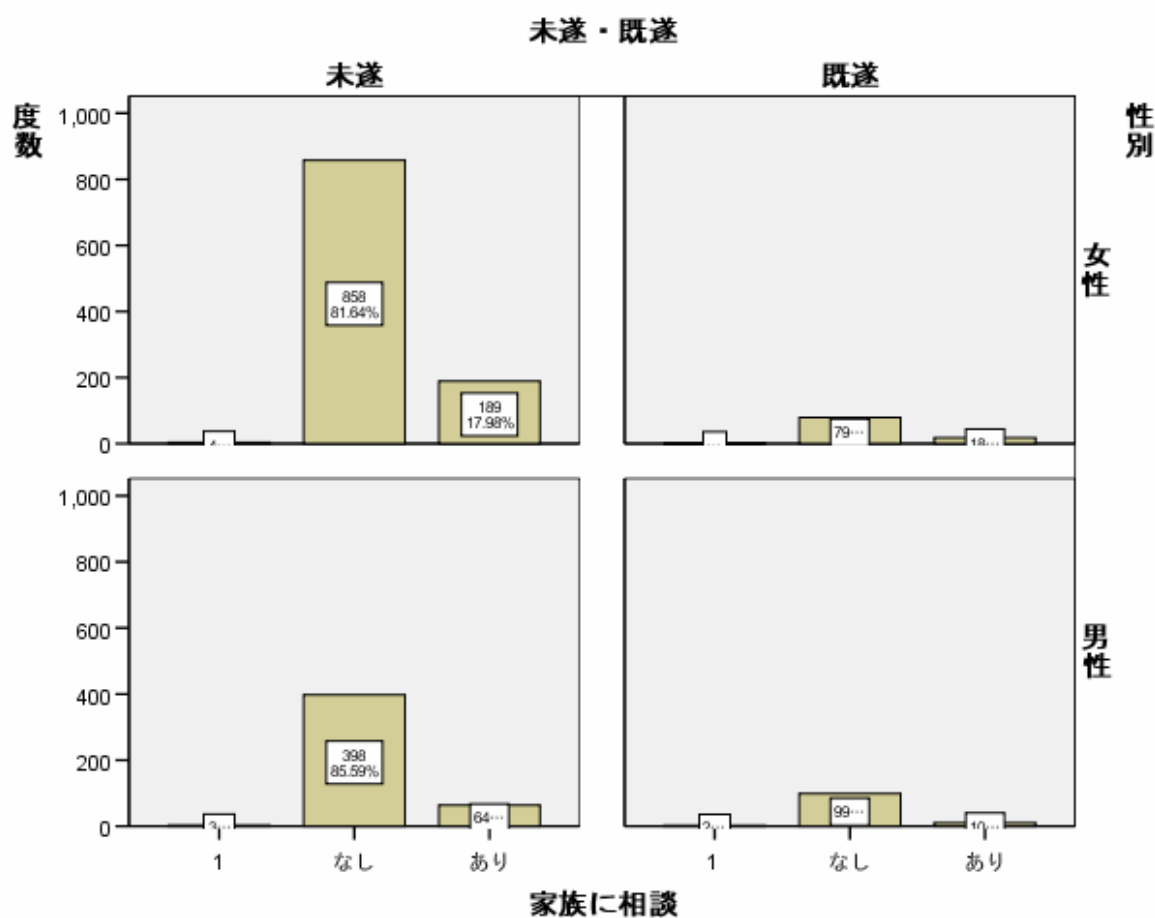
【図—13】男女別・未遂既遂別の自殺企図回数



性別と自殺企図回数と未遂・既遂

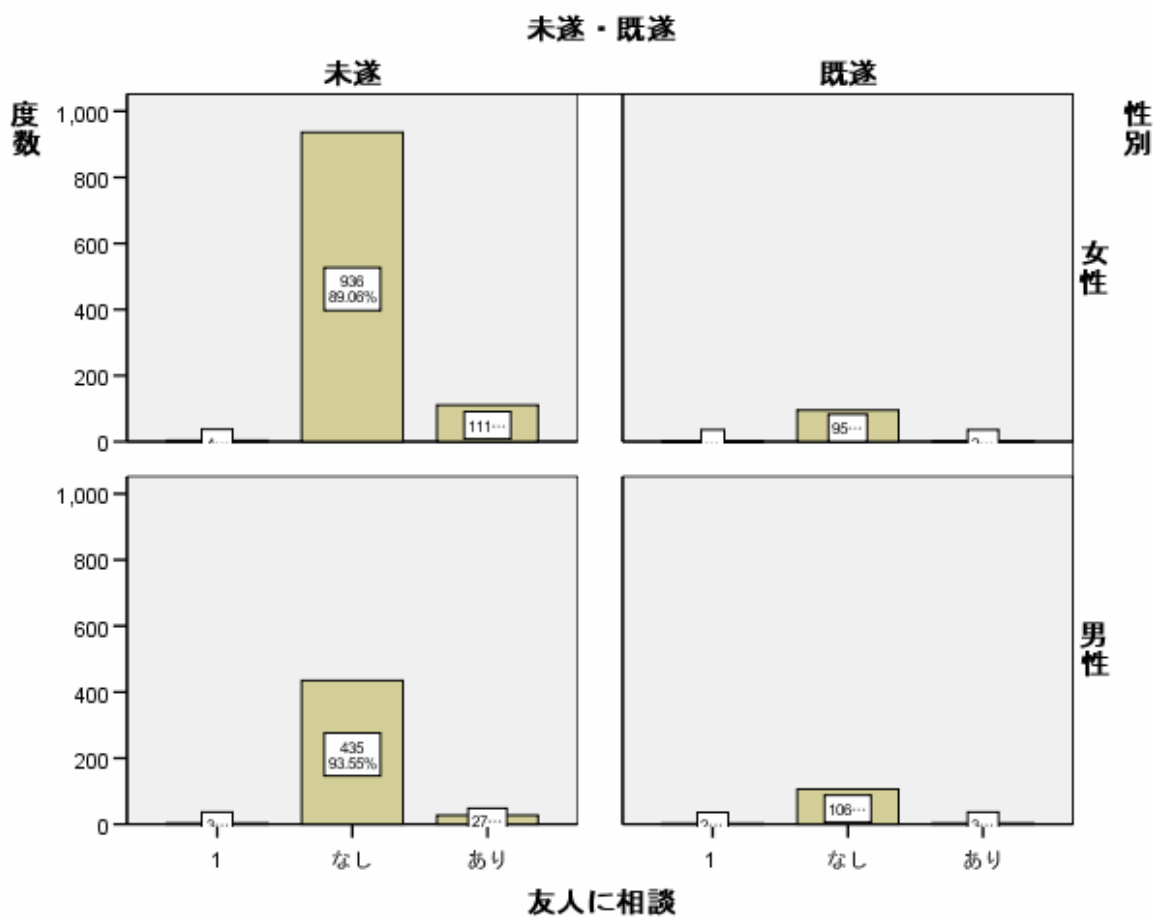
未遂・既遂			自殺企図回数					合計	
			1回目	2	3	4	5回目以上		不明
未遂	性別	男性	333	59	12	4	27	30	465
		女性	462	137	86	33	273	60	1051
		合計	795	196	98	37	300	90	1516
既遂	性別	男性	75	1	1		0	34	111
		女性	60	4	2		5	27	98
		合計	135	5	3		5	61	209

【図—14】既遂未遂別の企図前の家族への相談の有無



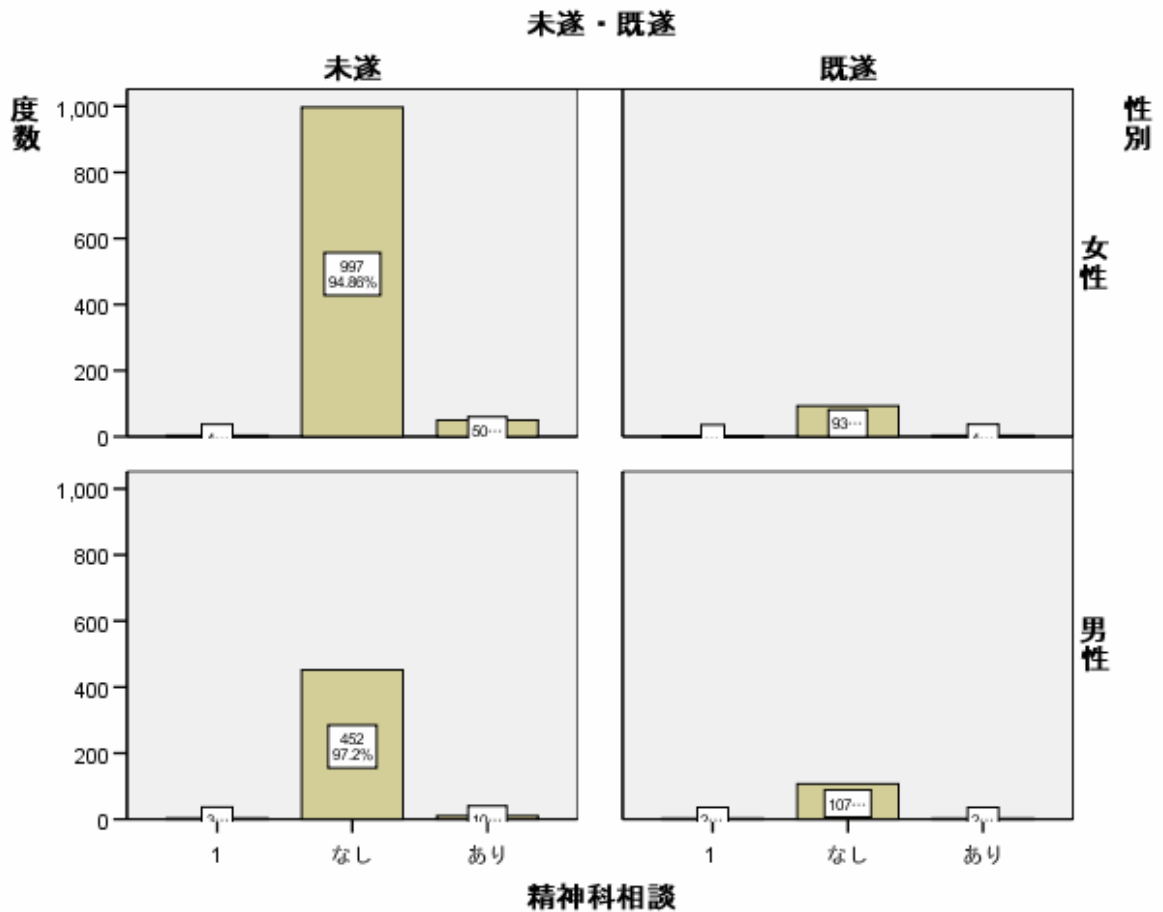
未遂・既遂			家族に相談			合計
			なし	あり	不明	
未遂	性別	男性	398	64	3	465
		女性	858	189	4	1051
	合計		1256	253	7	1516
既遂	性別	男性	99	10	2	111
		女性	79	18	1	98
	合計		178	28	3	209

【図—15】既遂未遂別の企図前の友人への相談の有無



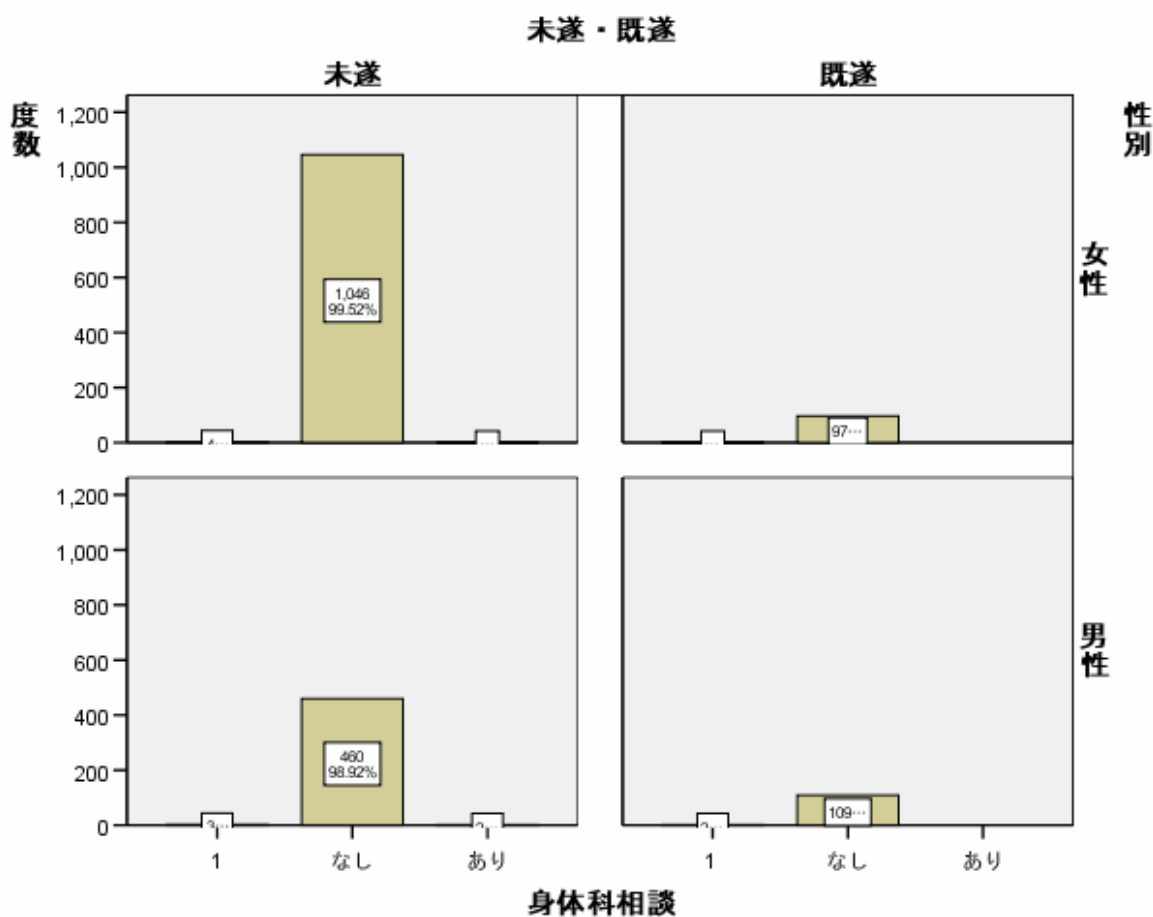
未遂・既遂			友人に相談			合計
			なし	あり	不明	
未遂	性別	男性	435	27	3	465
		女性	936	111	4	1051
		合計	1371	138	7	1516
既遂	性別	男性	106	3	2	111
		女性	95	2	1	98
		合計	201	5	3	209

【図—16】既遂未遂別の企図前の精神科への相談の有無



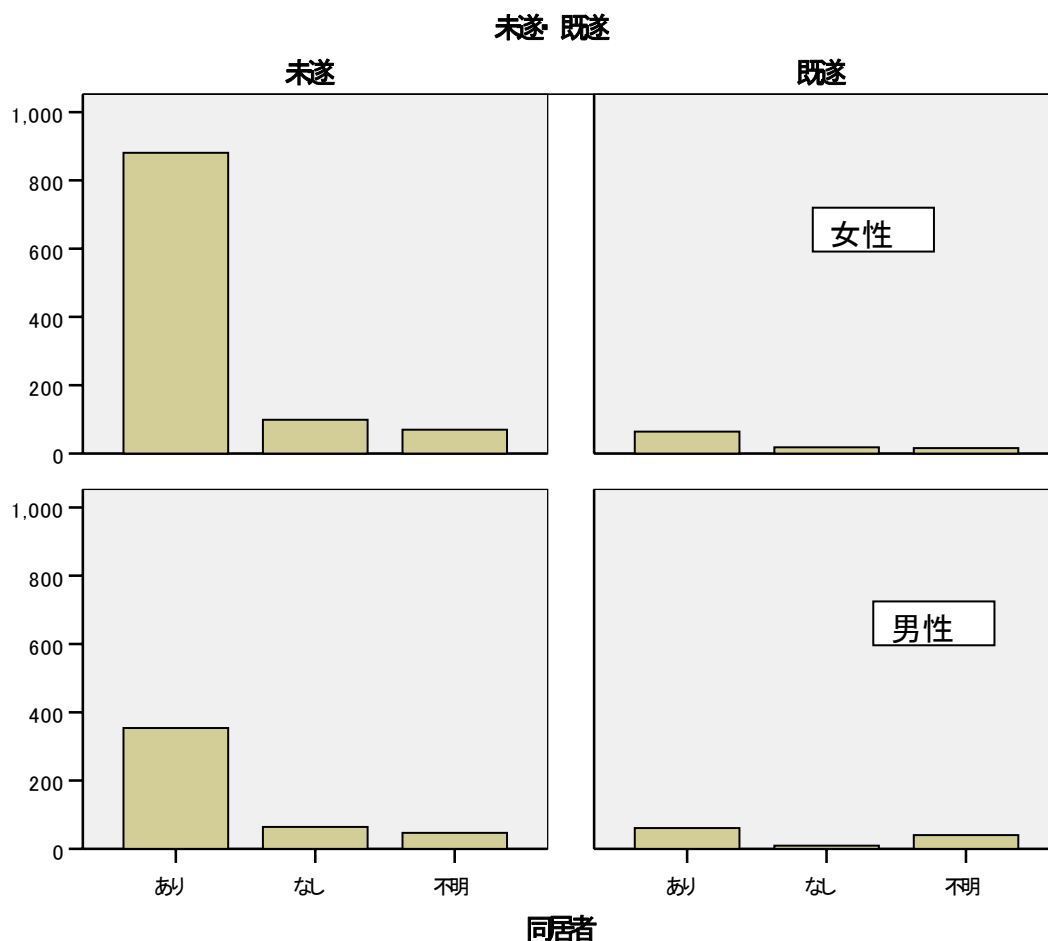
未遂・既遂			精神科相談			合計
			なし	あり	不明	
未遂	性別	男性	452	10	3	465
		女性	997	50	4	1051
	合計		1449	60	7	1516
既遂	性別	男性	107	2	2	111
		女性	93	4	1	98
	合計		200	6	3	209

【図—17】既遂未遂別の企図前の身体科への相談の有無



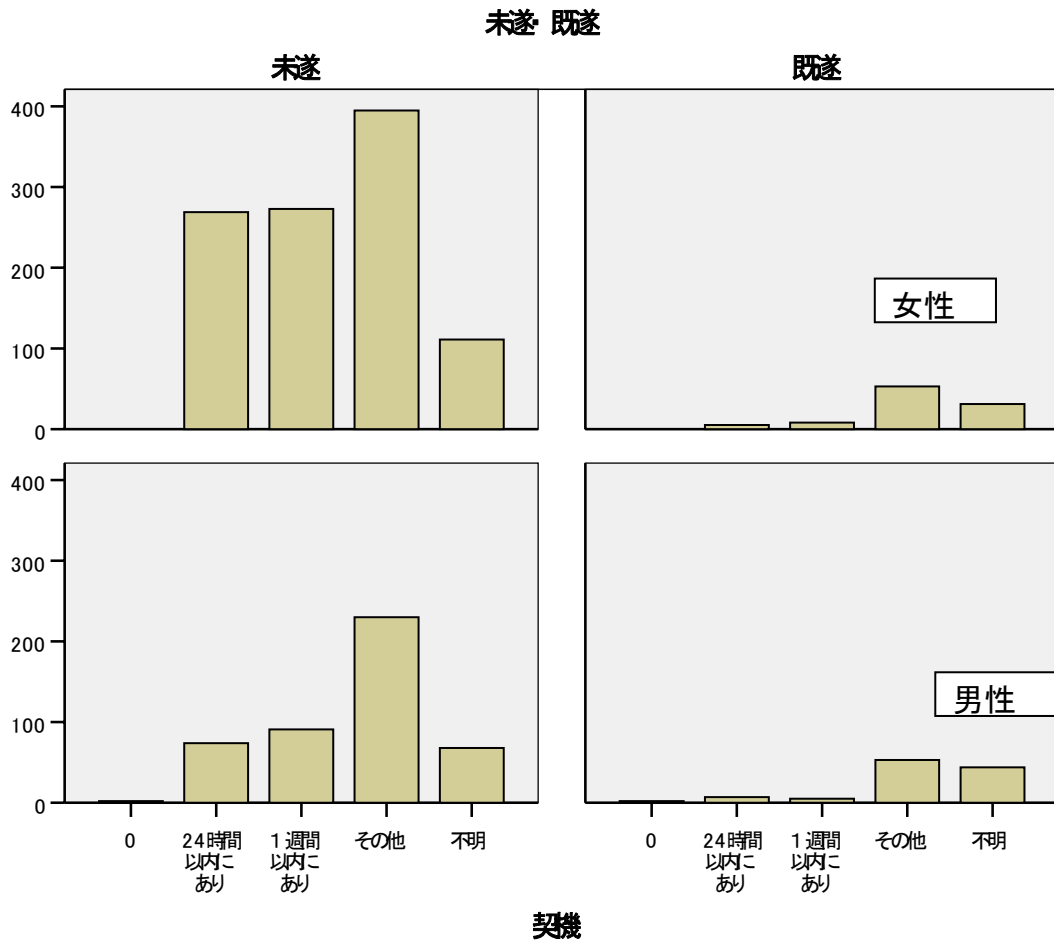
未遂・既遂			身体科相談			合計
			なし	あり	不明	
未遂	性別	男性	460	2	3	465
		女性	1046	1	4	1051
		合計	1506	3	7	1516
既遂	性別	男性	109		2	111
		女性	97		1	98
		合計	206		3	209

【図—18】未遂・既遂と同居者の有無



性別		同居者			合計
		あり	なし	不明	
男性	未遂	354	64	47	465
	既遂	61	9	40	110
合計		415	73	87	575
女性	未遂	881	99	70	1050
	既遂	64	18	16	98
合計		945	117	86	1148

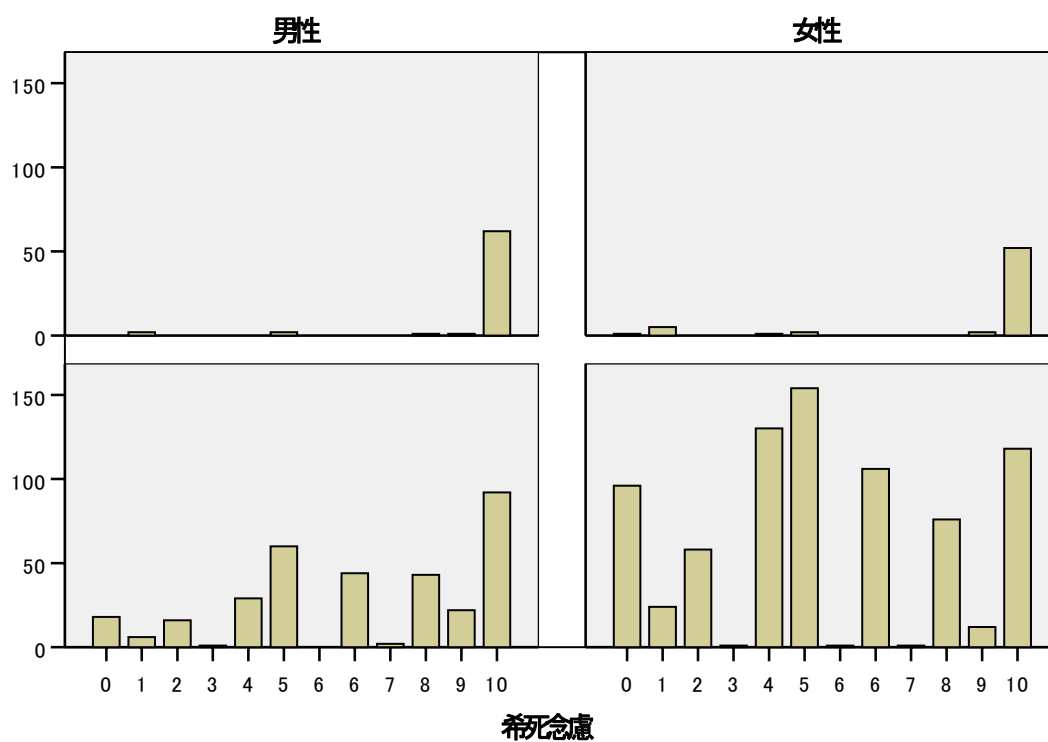
【図—19】未遂・既遂による自殺の契機



未遂・既遂			契機					合計
			なし	24時間以 内にあり	1週間以 内にあり	その他	不明	
未遂	性別	男性	2	74	91	230	68	465
		女性	0	269	273	395	111	1048
		合計	2	343	364	625	179	1513
既遂	性別	男性	2	7	5	53	44	111
		女性	0	5	8	53	31	97
		合計	2	12	13	106	75	208

【図—20】未遂・既遂による希死念慮の強さ

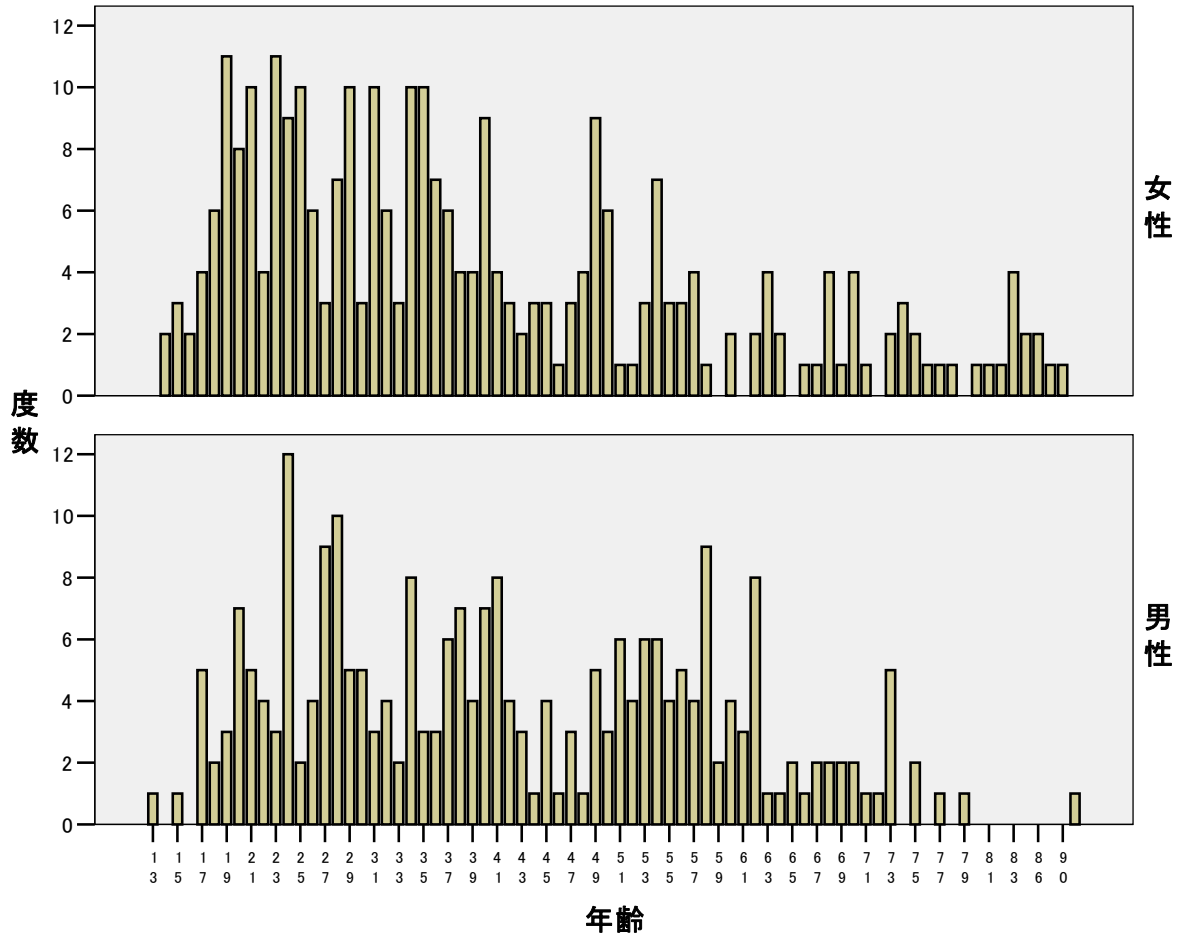
希死念慮の強さ



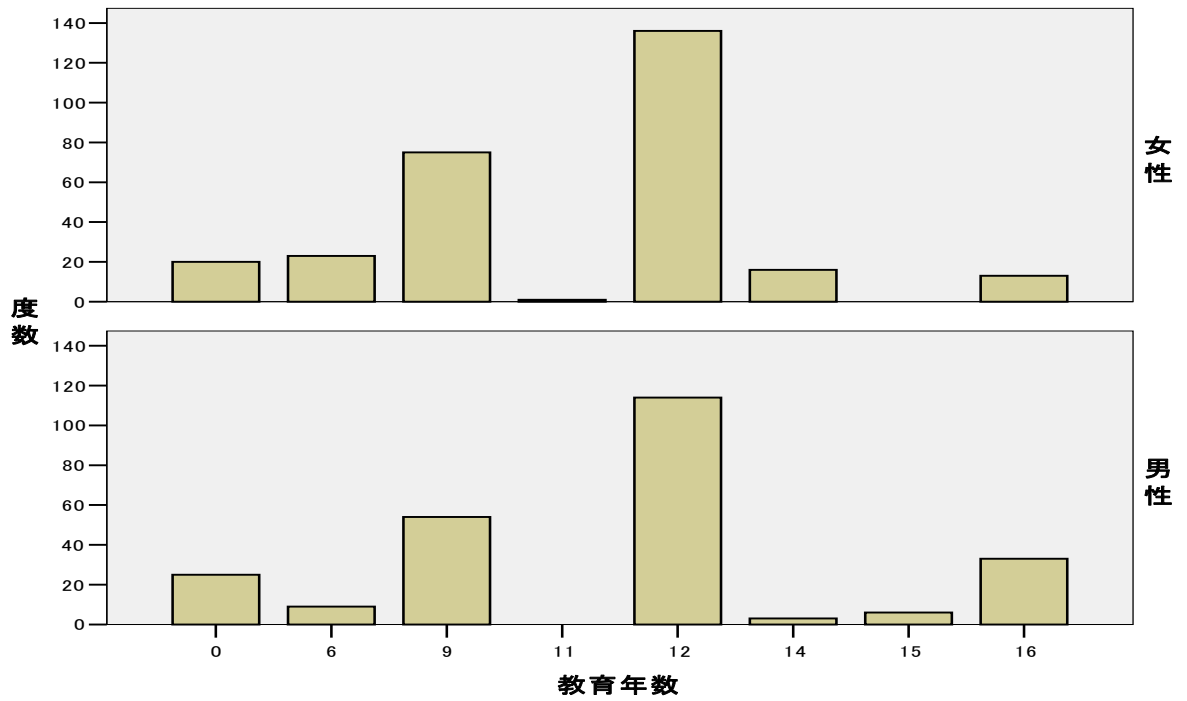
【表—1】既遂例の自殺企図手段

手段	男性	女性	合計
向精神薬	6	10	16
その他処方薬	0	0	0
市販薬	0	1	1
農薬	8	12	20
その他の毒物	0	0	0
手首切傷	4	4	8
切腹	0	1	1
その他切傷	2	1	3
排気ガス	2	0	2
その他ガス	4	0	4
飛び込み	3	2	5
飛び降り	39	34	73
焼身	4	1	5
首つり	39	31	70
入水	0	1	1
感電	0	0	0
銃	0	0	0
その他	0	0	0
	111	98	209

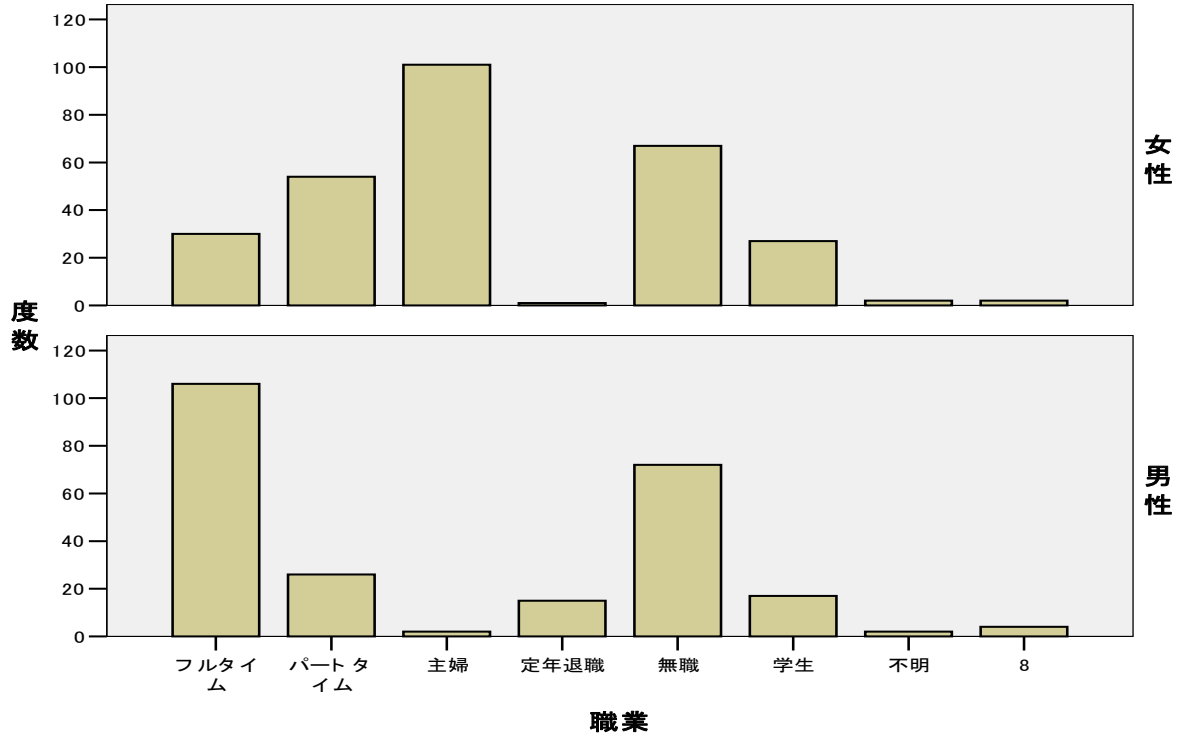
【図—2 1】 初回企図者の年齢分布



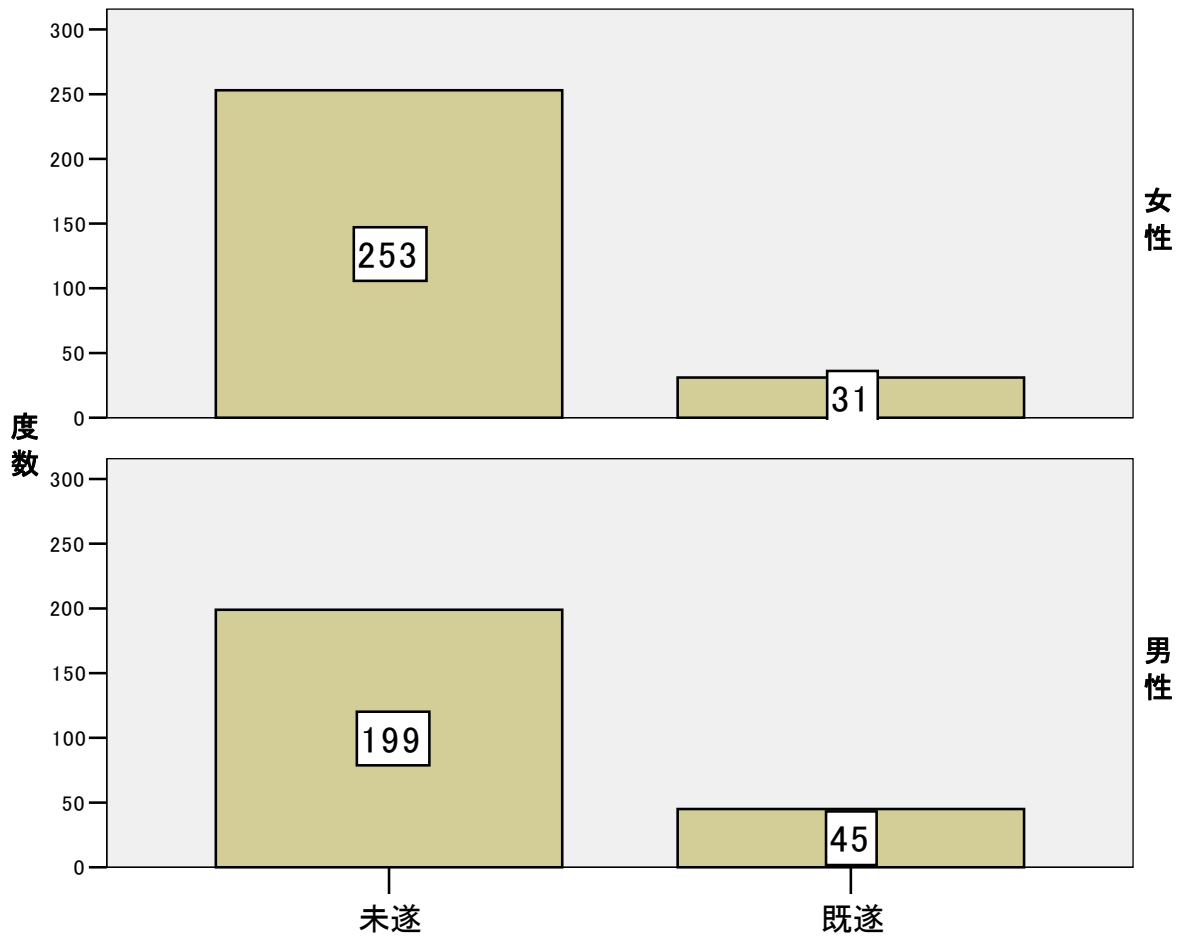
【図—22】 1回目の自殺企図者の教育年数



【図—23】 1回目の自殺企図者の職業



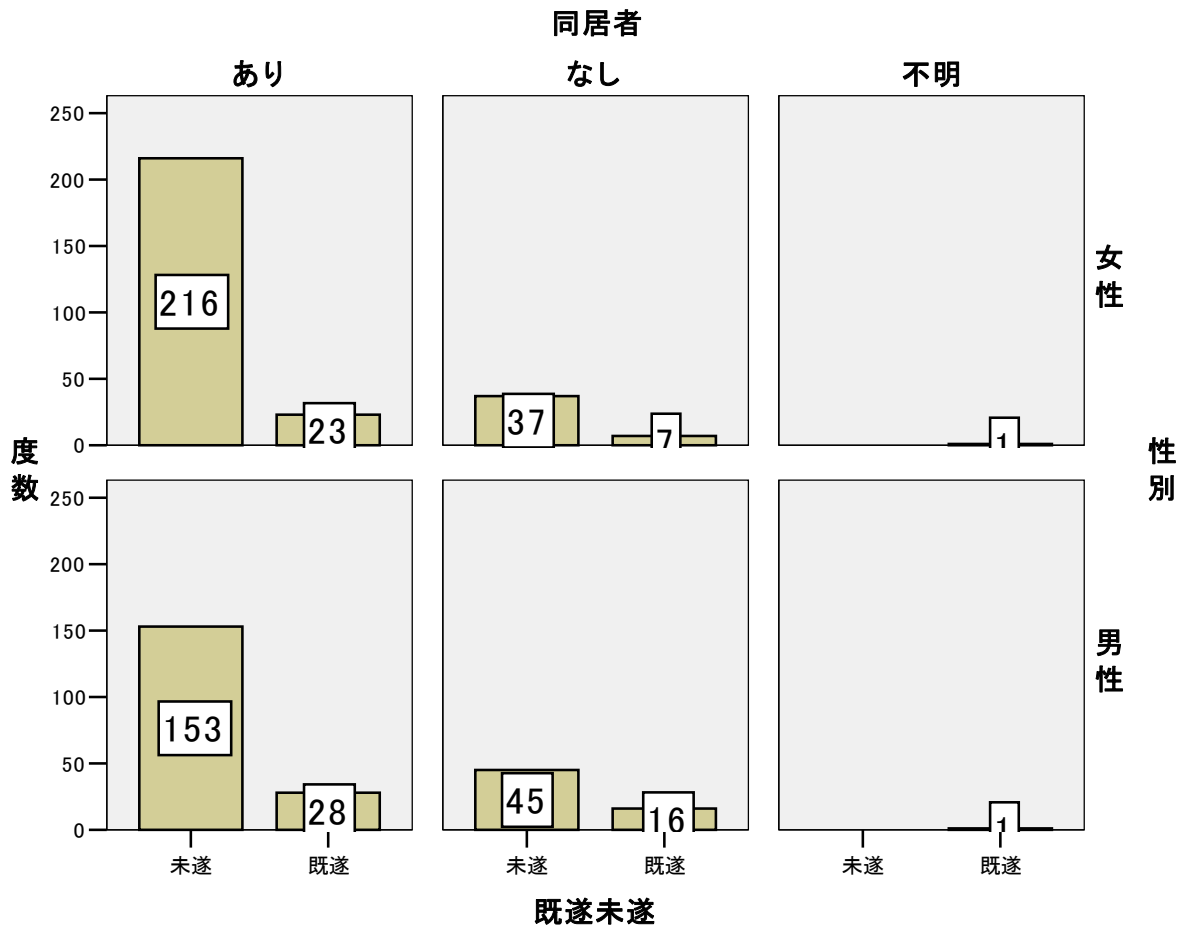
【図—24】 1回目の自殺企図による既遂・未遂者（男女別）



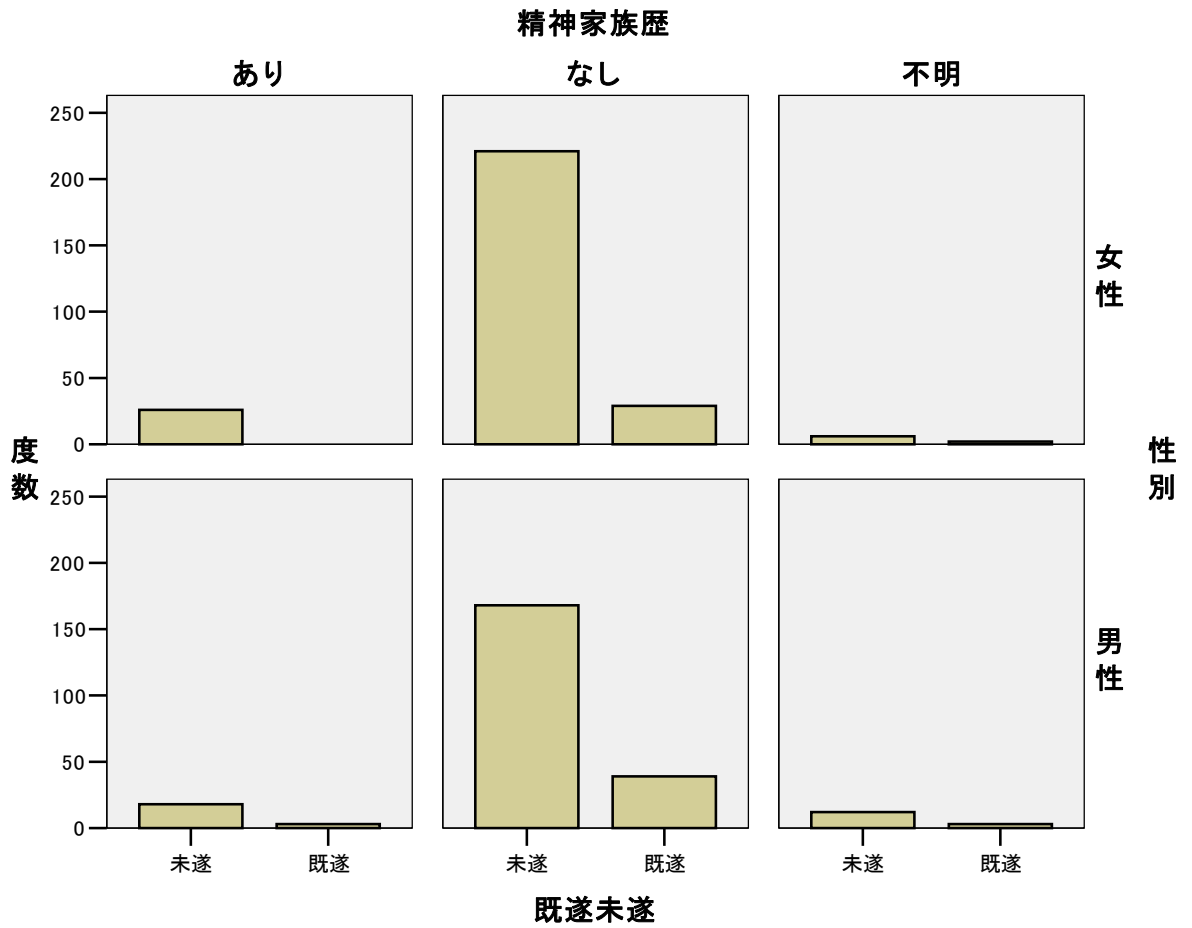
		既遂未遂		合計
		未遂	既遂	
性別	男性	199	45	244
	女性	253	31	284
合計		452	76	528

$P < 0.05$

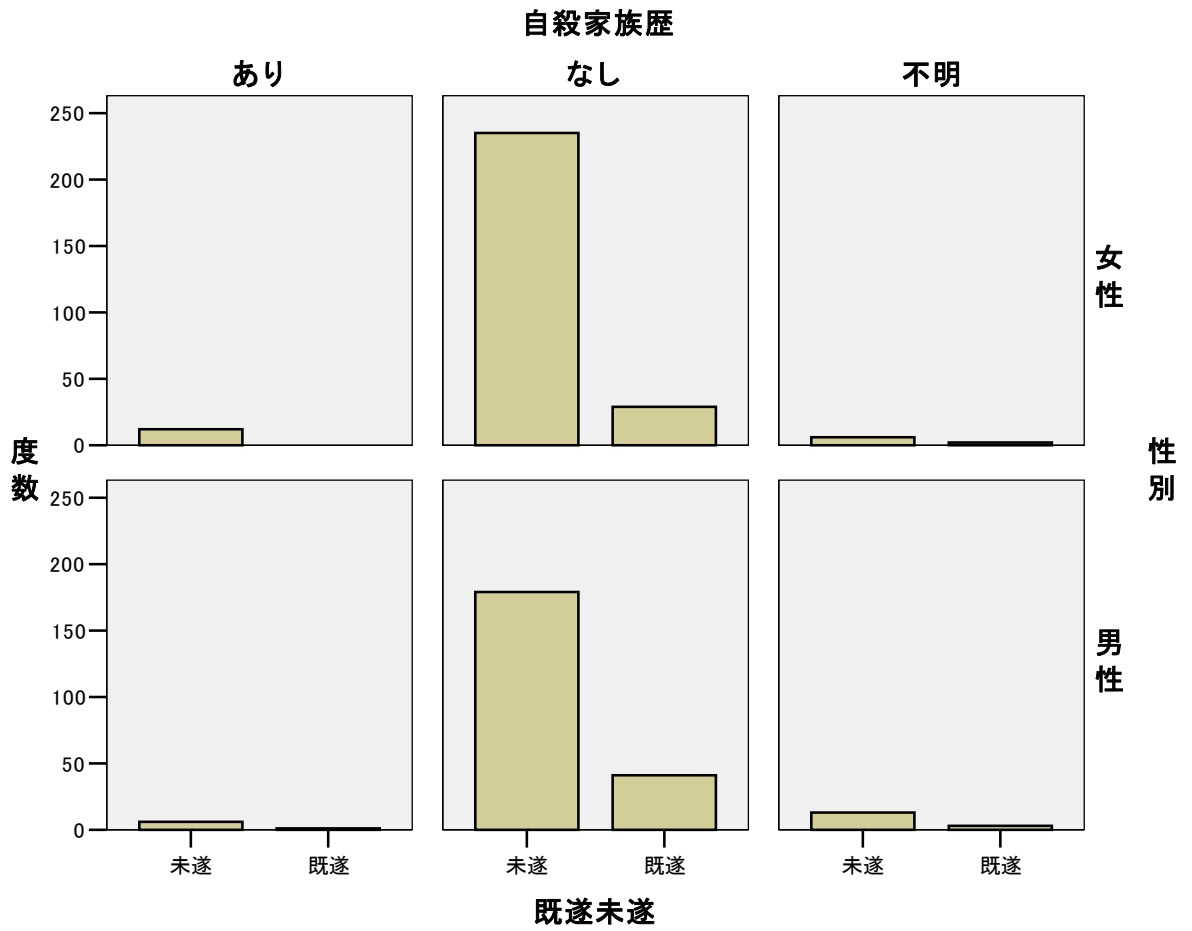
【図—25】 既遂・未遂者（男女別）による同居者の有無



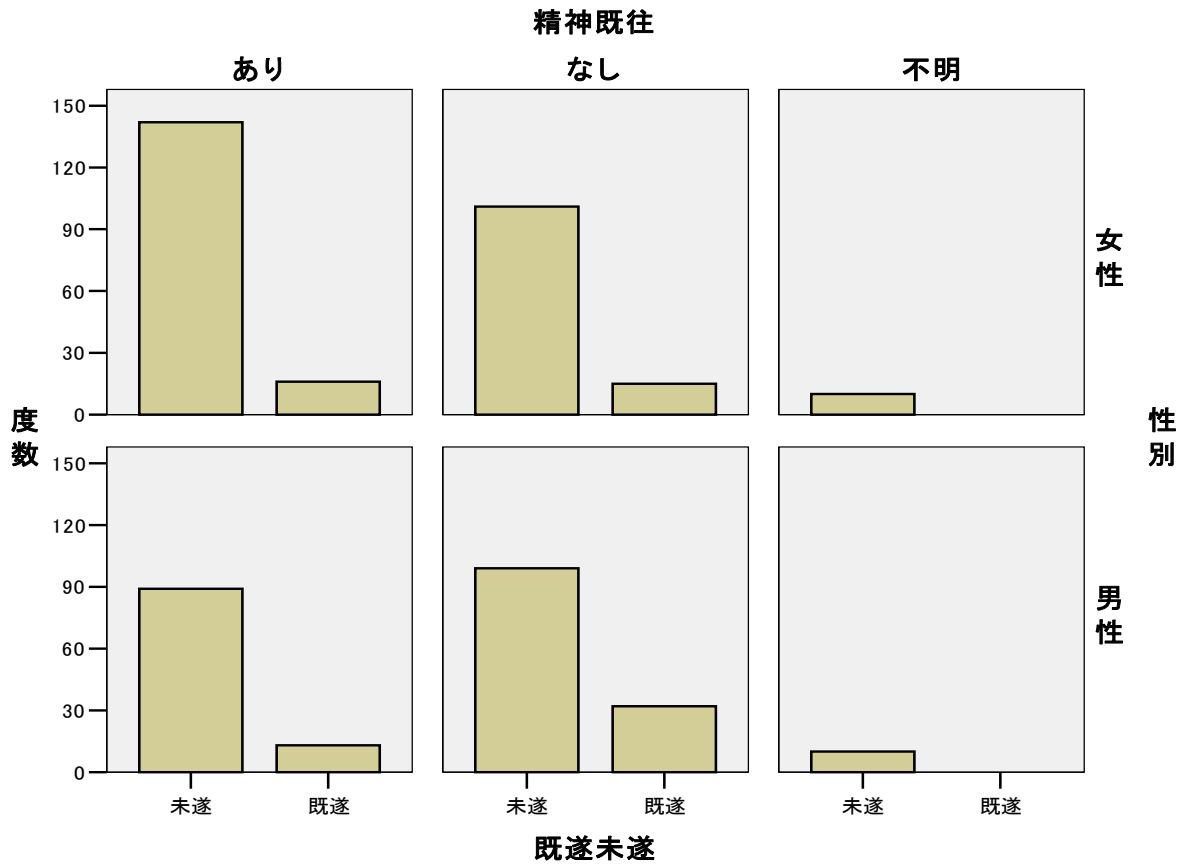
【図—26】 既遂・未遂者（男女別）による精神疾患の家族歴



【図—27】 既遂・未遂者（男女別）による自殺の家族歴



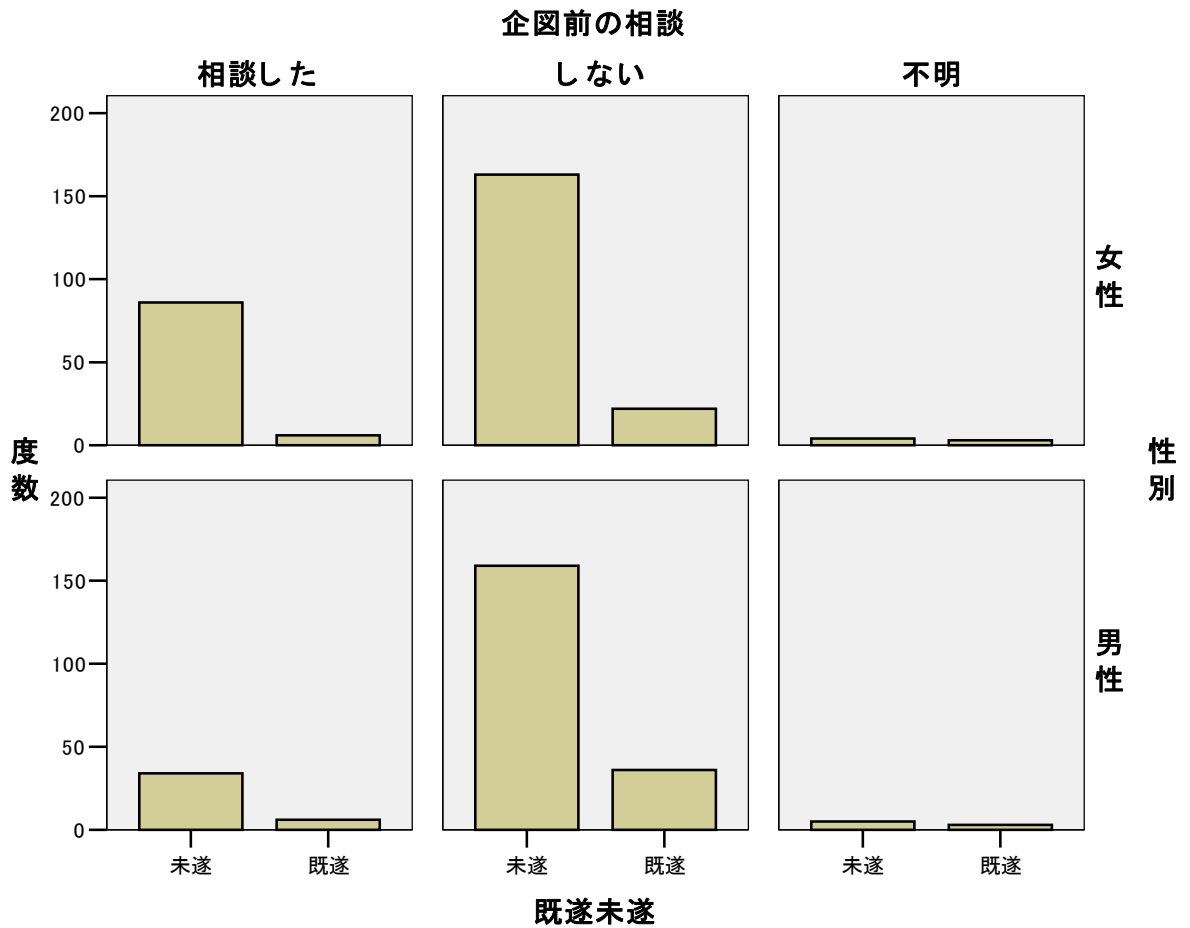
【図—28】 既遂・未遂者（男女別）による精神疾患の既往歴



性別			既遂未遂		合計
			未遂	既遂	
男性	精神既往	あり	89	13	102
		なし	99	32	131
		不明	10	0	10
	合計	198	45	243	
女性	精神既往	あり	142	16	158
		なし	101	15	116
		不明	10	0	10
	合計	253	31	284	

男性 $p=0.023$, 女性 $p=0.404$

【図—29】企図前の相談の有無



性別		企図前の相談			合計
		相談した	しない	不明	
男性	未遂	34	159	5	198
	既遂	6	36	3	45
	合計	40	195	8	243
女性	未遂	86	163	4	253
	既遂	6	22	3	31
	合計	92	185	7	284

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

精神科救急における自殺企図者の4年間の追跡調査

酒井明夫・岩手医科大学神経精神科学講座教授
大塚耕太郎・岩手医科大学神経精神科学講座講師

研究要旨

岩手医科大学附属病院一次二次外来及び岩手県高度救命救急センター（三次外来）での精神科救急における平成14年度の自殺未遂者174名（男性51名，女性123名）を対象とし、その後4年間の自殺再企図の追跡調査を行った。対象（N=174）において、追跡4年の期間中に再企図で精神科救急を受診したものは総計33名（19.0%）であった。性別は男性2名（3.9%），女性31名（25.2%）であり、女性の割合が圧倒的に高かった（ $P=0.001$ ）。再企図までの平均日数は404日であり、絶対危険群（飛鳥井による）が2名，6.1%であった。ICD-10診断では、頻度の高い順に、F4（15名，45.5%），F6（9名，27.3%），F3（6名，18.2%），F2（3名，9.1%）であり、就労状況では無職（20名，60.6%），有職者（8名，24.2%），不明（5名，5.2%）の順であった。企図前の相談状況では、相談者有（21名，63.6%）、無（9名，27.3%）、不明（3名，9.1%）であり、相談先としては精神科10名，身体科1名，職場1名，知人1名，家族6名，不明2名であった。相談時期としては、当日9名，2日～1週間以内4名，それ以上8名，であった。

以上の結果から、自殺企図者の再企図を防ぐ手段として、1）セルフケア体制や認知行動療法等の精神科治療、そして2）直接的支援体制としてのケースマネジメントや関連機関との連携、などの重要性が示唆された。

研究協力者

遠藤重厚・岩手医科大学救急医学講座
教授
磯野寿育・岩手医科大学救急医学講座
中山秀紀・盛岡市立病院精神科

智田文徳・岩手医科大学

神経精神科学講座助手
遠藤知方・同上
丸田真樹・同上
山家健仁・岩手医科大学神経精神科学

講座

A. 研究目的

岩手医科大学神経精神科は、岩手県高度救命救急センターが昭和55年に設立されて以来、24時間体制の精神科救急医療を継続してきた。平成9年度からは岩手県精神科救急事業が開始され、現在、県全体で4医療圏、4基幹病院による精神科救急事業が行われている。そのなかで盛岡医療圏では、岩手医科大学の一次二次救急外来と、岩手医科大学附属病院に併設されている岩手県高度救命救急センターに精神科救急患者が訪れる。特に後者には重症の自殺企図者が搬送される。岩手県高度救命救急センターでは、常勤精神科医と精神保健指定医を中心として、自殺企図者に対して精神医学的評価、治療的介入を行っている。岩手医科大学の精神科救急事業では、盛岡医療圏の精神科救急の1次から3次ケースが受診するため、精神科救急ケースの把握が包括的に可能である体制となっている。

本研究では、岩手医科大学附属病院一次二次外来（以下、一次二次外来）と併設された岩手県高度救命救急センター（以下、三次外来）における自殺企図者を4年間追跡し、自殺企図者の再企図の傾向を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

研究に関する母集団は1年間(2002年1月1日~2002年12月31日)に一

次二次外来と三次外来を受診した症例のなかで、日本救急医学会に設置された精神保健問題委員会の自殺企図診断基準を満たした自殺未遂者174名（男性51名、女性123名）を調査対象とした。

解析項目は、岩手県高度救命救急センター精神科常勤医、岩手医科大学精神科一次二次外来担当日当直医によって記載される「救急外来患者受付情報用紙」（ケースカード）の項目を用いた。企図手段の重篤性に関しては、飛鳥井による絶対危険群と相対危険群の分類を用いた。診断はICD-10を使用した。

再企図に関しては、自殺企図の既往を有し、再び自殺企図を主訴として一次二次外来あるいは三次外来に受診したものと定義した。また、対象に関する精神科救急受診の追跡期間を4年間とした。なお、救急システムを利用していない自殺企図、自殺既遂の追跡調査は出来なかった。

結果の統計処理については、連続数の比較はT検定、比率の検定は χ^2 検定を用い、統計ソフトはSPSS for Windows ver. 13を使用した。

C. 研究結果

(1) 対象症例(N=174)の背景因子、ICD-10診断(表1, 表2)

性別では男性(51名)に対して女性(123名)の割合が圧倒的に高かった。男性では、平均年齢、新患、三次外来、有職者、絶対危険群の割合が有意に高かった。また、ICD-10による主診断で

は、男性ではF3が41.2%（21名）で最多で、次いでF4が27.5%（14名）、F2が13.7%（7名）、F6が7.8%（4名）と続く。

女性では、生涯自殺企図歴、1年以内の自殺企図歴の割合が高かった。ICD-10による主診断では、F4が42.3%（52名）と最多で、次いでF3が31.7%（39名）、F6が9.8%（12名）、F2が8.9%（11名）となった。

(2) 再企図に関する4年間の追跡調査（図1, 表3）

対象症例（N=174）において、追跡4年間に一次二次外来もしくは三次外来の精神科救急を自殺企図で受診したものは総計33名（19.0%）であった。性別では4年間で再企図者は男性51名中2名（3.9%）、女性123名中31名（25.2%）であり、女性の方が有意に再企図者の割合が高かった（ $P=0.001$ ）。全再企図者の再企図までの平均日数は404日であった。

(3) 再企図群（N=33）の実態

再企図群の実態を下記に示した。

- ・ 女性が多い（31名, 93.9%）
- ・ 青年（平均年齢27.9±10.5歳）
- ・ 絶対危険群が2名, 6.1%
- ・ ICD-10診断では多い順に、F4（15名, 45.5%）、F6（9名, 27.3%）、F3（6名, 18.2%）、F2（3名, 9.1%）である。
- ・ 就労状況では無職（20名, 60.6%）、有職者（8名, 24.2%）、不明（5名, 5.2%）である。
- ・ 再企図前の相談状況では、相談者有（21名, 63.6%）、無（9名, 27.3%）、

不明（3名, 9.1%）であり、相談先としては精神科10名、身体科1名、職場1名、知人1名、家族6名、不明2名であった。

- ・ 再企図時の企図前相談時期としては、当日9名、2日前-1週間以内4名、それ以上8名、であった。

D. 考察

4年間の追跡調査から、再企図群は女性、青年という傾向が認められた。また、再企図群の再企図率は女性が高かった。特に、再企図に要した期間は平均404日であり、自殺企図は1年以上にわたって再企図の危険性を有する可能性が示唆された。

当施設では、重症な自殺企図症例に対して、身体科治療と平行して、精神科的治療も十分に行われる。そして、企図後の精神科治療も継続されている場合が多い。しかし、再企図前に相談先を持つものが63.6%あるにも関わらず自殺を企てていることから、ライフイベントなどのストレスに対するコーピング等を促進するような、セルフケア体制や認知行動療法等の精神科的治療も重要と考えられた。一方、再企図時に相談先を持たないものも多いことから、ライフイベント発生時の直接的な支援体制も必要と考えられた。特に、ケースマネジメントなどによる相談体制や関連機関との連携は、自殺企図者の継続治療における直接的支援として重要と考えられた。

E. 結論

精神科救急における自殺企図者の再企図に関する実態を4年間の追跡により明らかにした。

再企図を防ぐ手段として、1)セルフケア体制や認知行動療法等の精神科治療、そして2)直接的支援体制としてのケースマネジメントや関連機関との連携、などの重要性が示唆された。

本調査の限界として、追跡中の自殺企図での日中の一次二次ケース、救急搬送されない既遂例、および自殺念慮による入院例は除外されている。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

学会発表

1. 丸田真樹、大塚耕太郎、中山秀紀、遠藤知方、酒井明夫、遠藤重厚：救急センターを受診した自殺未遂者の症候論的解析. 第102回日本精神神経学会総会, 福岡国際会議場, 平成18年5月11日
2. 磯野寿育、大塚耕太郎、酒井明夫、岩戸清香、遠藤仁、三條克巳、山家健仁、丸田真樹、遠藤知方、中山秀紀、智田文徳、鈴木満、遠藤重厚：高度救命救急センターにおける自殺企図者の実態調査-気分障害と神経症性障害との比較検討-. 第60回東北精神神経学会総会, 秋田県総合保健センター, 秋田市, 平成18年9月17日
3. 山家健仁、大塚耕太郎、酒井明夫、磯野寿育、岩戸清香、遠藤仁、三條克巳、

丸田真樹、遠藤知方、中山秀紀、智田文徳、鈴木満、遠藤重厚：高度救命救急センターにおける自殺企図者の実態調査-自殺企図と動機について-. 第60回東北精神神経学会総会, 秋田県総合保健センター, 秋田市, 平成18年9月17日

4. 遠藤知方、大塚耕太郎、智田文徳、丸田真樹、酒井明夫、磯野寿育、遠藤重厚、中山秀紀：岩手医科大学の精神科救急システムにおける受診患者調査 - 一次二次救急と三次救急の比較検討. 第14回日本精神科救急学会総会, 広島国際会議場, 広島市, 2006年10月18日
5. 大塚耕太郎、酒井明夫、遠藤重厚、智田文徳、中山秀紀、遠藤知方、丸田真樹、山家健仁、磯野寿育、横澤直史：自殺企図者の企図前行動. 第14回日本精神科救急学会総会, 広島国際会議場, 広島市, 2006年10月19日
6. 磯野寿育、酒井明夫、大塚耕太郎、中山秀紀、遠藤知方、丸田真樹、山家健仁、横澤直史、智田文徳、遠藤重厚：高度救命救急センターにおける自殺企図者のICD分類-気分障害(F3)と神経症性障害(F4)の比較検討 -. 第14回日本精神科救急学会総会, 広島国際会議場, 広島市, 2006年10月19日
7. 丸田真樹、酒井明夫、大塚耕太郎、智田文徳、遠藤知方、山家健仁、磯野寿育、横澤直史、川村祥代、遠藤重厚：高度救命救急センターにおける自殺企図者の年代別検討. 第19回日本総合病院精神医学会総会. 栃木県総合文

化センター，宇都宮市，平成 18 年 12 月 2 日

8. 山家健仁，酒井明夫，大塚耕太郎，智田文徳，丸田真樹，磯野寿育，横澤直史，川村祥代，遠藤重厚：高度救命救急センターにおける自殺企図者について - 性差に関する検討. 第 19 回日本総合病院精神医学会総会. 栃木県総合文化センター，宇都宮市，平成 18 年 12 月 2 日

論文発表

1. 酒井明夫、大塚耕太郎、智田文徳：地域介入による自殺予防と自殺企図者へのケア. 第 27 回公開講座講演集 健康講座. 岩手医科大学, pp13-26, 2006
2. 酒井明夫，大塚耕太郎，智田文徳：うつ気分障害への対応 - 自殺防止への手掛かり 自殺企図者へのケアについて 救急センターにおける精神科的取り組み. 人間の医学 42 巻 2 号：76 - 79, 2006
3. 丸田真樹、大塚耕太郎、中山秀紀、山家健仁、遠藤重厚：岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代による比較検討. 岩手医学雑誌 58: 119-131, 2006
4. 遠藤知方、大塚耕太郎、丸田真樹、山家健仁、遠藤重厚：自殺未遂者における 1 次 2 次精神科救急と 3 次精神科救急の比較検討. 岩手医学雑誌 58: 97-107, 2006
5. 大塚耕太郎、酒井明夫：IVその他 7. 精神症状, 救急医学 30(6)：748-750, 2006

6. 大塚耕太郎、酒井明夫：岩手医科大学における精神科救急システム：岩手県盛岡地区の精神科救急の課題と展望. シンポジウム 13「精神科救急医療の課題と展望」. 第 102 回日本精神神経学会総会, 精神神経学雑誌 108 巻 10 号；1058-1061, 2006
7. 大塚耕太郎，酒井明夫：自殺率の高い農村部における自殺防止活動とその結果. 総合病院精神医学雑誌 19 巻 1 号：1-7, 2007
8. Kotaro Otsuka, Akio Sakai, Eri Shibata, Takehito Yanbe, Tomoyuki Yoshida, Hirohisa Isono, Jin Endo, Katsumi Sanjo, Sayaka Iwato, Naofumi Yokozawa, Ema Fujiwara, Pritham Raj: Efficacy of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder with history of frequent suicide attempts. J Iwate Med Assoc 58: 145-148, 2006

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

表 1. 対象

		全症例	男性	女性	P-value
性別	男性	51(29.3)	51	123	
	女性	123(70.7)			
平均年齢		38.2±17.7	44.6±15.9	35.6±17.8	0.002
受診歴	新患	120(69.0)	44(86.3)	76(61.8)	0.001
	再来	54(31.0)	7(13.7)	47(38.2)	
他院通院	無	46(26.4)	42(82.4)	83(67.5)	NS
	有	125(71.8)	8(15.7)	38(30.9)	
	不明	3(1.7)	1(2.0)	2(1.6)	
受診区分	一次二次	55(31.6)	5(9.8)	50(40.7)	<0.001
	三次	119(68.4)	46(90.2)	73(59.3)	
就労状況	無	93(53.4)	20(39.2)	73(59.3)	0.016
	有	55(31.6)	24(47.1)	31(25.2)	
	不明	26(14.9)	7(13.7)	19(15.4)	
生涯自殺企図歴	無	91(52.3)	35(68.6)	56(45.5)	0.005
	有	83(47.7)	16(31.4)	67(58.7)	
1年以内自殺企図歴	無	116(66.7)	42(82.4)	74(60.2)	0.005
	有	58(33.3)	9(17.6)	49(39.8)	
企図手段重症度	相対危険群	144(82.8)	34(66.7)	17(33.3)	

表 2. ICD-10 による主診断

	全体		男性		女性	
	度数	%	度数	%	度数	%
F0	7	4.0	2	3.9	5	4.1
F1	5	2.9	3	5.9	2	1.6
F2	18	10.3	7	13.7	11	8.9
F3	60	34.5	21	41.2	39	31.7
F4	66	37.9	14	27.5	52	42.3
F5	2	1.1	0	0.0	2	1.6
F6	16	9.2	4	7.8	12	9.8

図 1. 再企図無しの割合の計時的推移 (3 群)

再企図無しの割合

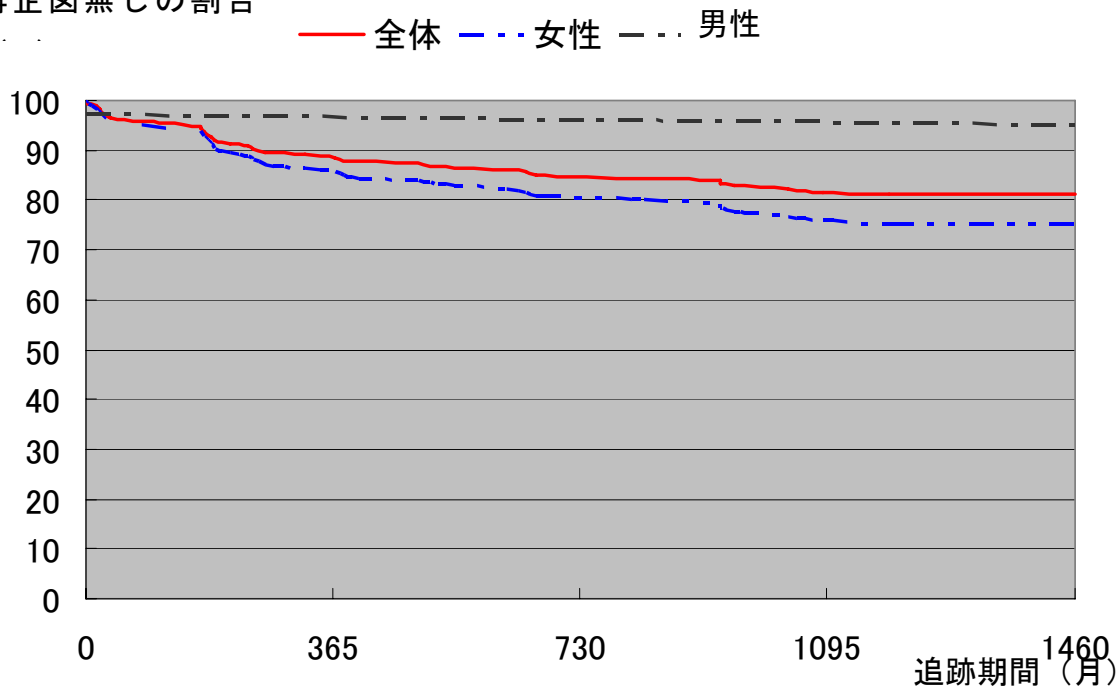


表 3. 追跡期間毎の累積再企図率

	1 年以内	2 年以内	3 年以内	4 年以内
度数 (N=174)	19	26	32	33
累積再企図率				
全体	10.9%	14.9%	18.4%	19.0%
男性	3.9%	3.9%	3.9%	3.9%
女性	13.8%	19.5%	24.4%	25.2%

厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学分野研究事業
研究課題：自殺企図の実態と予防介入に関する研究
分担研究報告書

救急医療における自傷

共同研究者：日本医科大学精神医学教室 講師 伊藤敬雄

はじめに

現代では、社会情勢、社会環境が過去に例をみない速さで変化している。このため従来の価値観が失われつつある。この変化にどう適応するのかという私たちの苦悩は大きい。物質的欲求は満たされても、情緒的な精神面の欲求不満が募る。地域社会では対人交流が稀薄となり、仲間作りが困難なことも多い。生きる不安や孤独感を抱えながら社会生活を送っている。次第に、自らの能力の限界や行き詰まりを感じる。孤立感、疎外感、自身欠如、役割喪失感を感じ、行き場がなくなると危機的な状況にまで追い込まれる。そして、唯一の解決策が自傷・自殺となる場合がある。

こうして考えると、自傷と自殺は「自由意思に基づく行為」というよりは、いわば「追い込まれての行動化」である。自傷・自殺を考えている人は、「いかに生きるか」という苦悩を持ち合わせ葛藤しているとされる。このよ

うな本人の状態を周囲の人が気づくことなく、誰にも相談できずにやむを得ず行動化に至った場合、本人の状況背景をきちんと整理し、理解する必要がある。

救急医療の場は、自傷・自殺未遂者に対して身体的治療が優先される場である。しかし、自傷・自殺未遂の事後に治療者が直接に対応できる危機介入の第一歩の場、事後対策の方向づけを左右する重要な場である。そして、彼らに対して支援体制や環境を提供するための貴重な機会でもある。

本邦の自殺と自傷・自殺未遂の状況

本邦では7年間連続して自殺者が3万人台を越えている。人口10万人あたりの自殺者（自殺率）は25人を越え、先進諸国の中でも極めて高い数値である。2003年度の資料では、本邦の自殺率はリトアニア、ロシア、ベラルーシ、ウクライナなど旧ソ連邦とハンガリー、スロベニアに次いで10位と先進

諸国の中でも極めて高い数値である。しかし、数多くの自殺者は診断も下されず、適切な治療も実施されていない。また、自傷・自殺未遂は既遂の最低10倍は生じているという推計がある。

自傷・自殺未遂者は、その多くが精神疾患の渦中にある。Edwin S. Shneidmanは、自殺未遂者について「救いを求める人」「助けを求める叫び」と呼んだ (Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior: Aronson, 1993)。自殺未遂者が既遂に至る率は自殺者全般の自殺率に比べると非常に高い。自殺未遂者の18% (うち2%は既遂) は1年以内に再企図、およそ7%は9年後には既遂するとされている (Owens D, Horrocks J, House A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. : Br J Psychiatry 181:193-9, 2002)。自傷・自殺未遂行動は、自殺企図への防波堤ともなっている。そのため、自傷・自殺未遂行動者の内面には、強い希死念慮を抱えていることに注意しなくてはならない。事後は早い段階で精神症状の適切な評価の上、精神科医療を継続することが必要である。

一般精神医療における自傷

自傷とは、明確な自殺意図を持たずに自分の身体の一部を損傷する自己

破壊行動の一つである。その不可解にみえる行動に治療者は当惑と緊張、無力感を抱いたりする。かつての自傷行為としては、①統合失調症にみられる自己犠牲的、自己懲罰的な症状機制的に基づくとされている抜毛から身体の一部切断・損壊といった凄惨なもの、②精神遅滞でみられる唐突で粗暴な常道的な自傷行為、③ヒステリー者にみられる演技的、狂言的、詐病的な自傷行為、などが臨床的によく知られている。こうした、自己の身体の一部が自己破壊の対象になっているものをMeningerは「焦点的自殺」と呼んだ (Meninger KA: Man against himself. Harcourt Brace & Wiley. 成田善弘、笠原嘉訳: 青年期境界例の治療 金剛出版, 1979)。これは、自傷行為が自殺を回避するための妥協、そして、過去の攻撃的行為と願望に対して犠牲を捧げることによって償うことを意味すると指摘している。

しかし、最近臨床の場面で遭遇する自傷はこれとは異質の感がある。思春期、青年期の情緒発達障害の状態にある者が、自分の手首や腕を鋭利な刃物で切傷するケースが多くなってきた。男性においては、たばこの火の押しつけ痕を目にする機会が多い。こうした自傷を繰り返す若者の対応に精神医療、救急医療の場ばかりでなく、社会全体が苦悩している。そのような臨床

体験のなかで、必然的に自傷行為に対する問題意識を抱かざるを得ない。最近の、鹿児島大心身医療科チームの調査は、子どものころに家族から精神的暴力を受けた経験のある人は、そうでない人に比べ、リストカットなどの自傷行為に走るリスクが約9倍になると報告している（日本心療内科学会総会, 2006）。こうした行動化は、対象喪失や分離不安の葛藤に基づく些細な失意体験によって生じた怒り、不安、抑うつなどを解消しようとする一つの試みとも考えられている。

救急医療における自傷と自殺未遂

救急医療の場では、明確な自殺念慮から刺傷、切傷にて凄惨な状態で入院してくる場合もある。一方、自ら手首を切るリストカット、腕を切るアームカット、過量服薬による急性薬物中毒をなど、あらゆる自傷・自殺未遂者が身体的初期治療のために入院する場でもある。自殺念慮に乏しい彼らと事後直後に介入するなかで、その多くは、「理解してもらえないという不安と見捨てられ感」「裏切られたという怒りと絶望」、そして、「どうしても良い、放っておいてという投げやりな態度と諦め」といった様々な感情を訴える。

彼らの自傷行為と自殺未遂行動は必ずしも自殺に直結しない。自罰的、顕示的、演技的色彩が行動化の一面に

認められてもすべてではない。つまり、一時的に不安や緊張、抑うつを軽減するための完結的行為である側面が強い。これは、一部の過量服薬者にも当てはまると思われる。過量服薬は身体の一部損傷を伴うものではないが、内臓障害や場合によっては身体機能不全の後遺症を残す場合もある。一時的に意識を失うということで、または、記憶を消却することで一時的な完結を図ることができる。よって、過量服薬ではリストカットと同類の自傷行為の心性を持ち合わせている場合も多いと考えられる。

自傷・自殺未遂者の診察を進めるうえで、本人から、「行動化がどのような結果をもたらすと考えていたか？」「既遂の危険性の高い手段か？」「何らかの予防介入する余地はなかったか？」「綿密に計算されて遂行されたのか？（救出されたのは偶然か？）」「最初から救助の可能性の高い時や場所を選択していたのか？」「救命に対して本人の態度と考えは？」「行動化を通して誰に何を訴えようとしていたのか？」を聞き出す必要がある。そして、治療に当たっては、自殺念慮の深さから自殺の素振りや操作的な行動まで、正確な行動化の状況背景を理解し、本人の意図を把握しなくてはならない。「患者の意図によって生じ自殺に類似しているが、致死的な転帰

をとらない全ての行為」を疑似自殺（parasuicide）と名づけて、詳細に自殺と区別している報告もある（Kreitman N, et al: Parasuicide. Br J Psychiatry 115: 746-747, 1969）。しかし、救急医療の場という特殊環境の中で行動化の背景を彼らから十分に聞き出し行動化の状況背景を明確化することは、環境的、時間的、身体因的に制限があり極めて困難である。また、「故意に自分の健康を害する行為」には自傷行為以外に薬物乱用、拒食と過食も含まれる。よって、本稿では救急医療の入院理由となる自傷行為と自殺未遂を、やむを得ず明確に区別することなく論を進める。

救急医療における自傷・自殺未遂手段の実際

われわれの報告（伊藤敬雄ら：高次救命救急センターに入院した自殺未遂患者とその追跡調査 精神科救急対応の現状を踏まえた1考察. 精神医学 46,2004）では、表1に示すように、自傷・自殺未遂者の64%は過量服薬による急性薬物中毒であった。20歳代まではこの手段が77%を占めた。再自傷・自殺行動を図った者の81%が前回と同じ手段をとった。

急性薬物中毒の場合、入院期間が2日以内のケースは74%であった。実際、致死量に至るほどの薬物量を過量服

薬したケースは概ね20%程度であり、高次の救急医療を行わなくてはならない状況にはないケースが多いと考えられた。また、過量服薬者は、再自傷・自殺行動において84%が同じ過量服薬による手段をとった。救命後の経過において、安易な大量服薬に及ぶ背景にある精神症状・状況因の把握、向精神薬の副作用を含めた薬品情報提供と服薬指導を検討することは、過量服薬による再行動化予防にとって必要である。

また、自傷・自殺未遂者の12%が刺傷・切傷で、そのうちリストカットは50%であった。リストカットによる入院が少ない印象にあるのは、調査先が高次救命救急センターであり、切傷による血管・腱断裂といった重傷者が多いこと、軽傷者は一次・二次救急医療対応が多いことによると考えられる。しかし、リストカットは日常の臨床場面では年々増え続けている印象がある。本人がその気にならない限り、誰も自傷・自殺未遂行動を止めることはできない。特に、リストカットは面倒な準備やお金も要らない手軽さがあり、その気になればいつでも手軽に行動化できる手段である。本邦での自傷研究は、Rosenthalらの「手首自傷症候群（Rosenthal RJ, et al. Wrist-cutting syndrome. Am J Psychiatry 128, 1972）」の紹介に偏

ってしまった経緯がある。価値あるその他の自傷研究検討や実証的なデータの裏付けもないまま、結果として私的な印象や臨床雑感を述べることに終始することが少なくない。こうした事態は、時代の変化から精神医学や心理学がますます取り残されることにつながる。自傷行為、特にリストカットの臨床的特徴を積み上げ、救急医療の場における適切な精神医療のマネージメントを考えていかななくてはならない。

救急医療における自傷・自殺未遂者の精神医学的診断

本邦では自殺既遂者では男性がその70%を占めているが、未遂者では女性が多い。われわれの報告（伊藤敬雄ら：高次救命救急センターに入院した自殺未遂患者とその追跡調査 精神科救急対応の現状を踏まえた1考察. 精神医学46, 2004）では、自傷・自殺未遂者103例では女性が全体の65%を占めた。特に20歳代と30歳代の女性に多かった。

表1に示すように、救命救急センターに入院した自傷・自殺未遂者の精神医学的診断としては、気分障害圏が40%、適応障害が39%とこの2診断群で80%を占めた。また、Ⅱ軸診断で人格障害の診断基準を満たすケースは全体では27%で、Ⅰ軸診断が適応障害で

あるケースの60%に人格障害の診断を満たした。自傷・自殺未遂者に対する精神医学的診断は治療管理上どうしても必要である。自傷行為は、さまざまな疾患を基盤に起こり得るものである。そのため、鑑別診断として人格障害と他の疾患の見極めは重要である。自傷・自殺未遂行動の本来の病理を見落としては、治療が著しく混乱し、治療関係も不毛なものとなり得る。

一方、米国の自傷研究者Favazzaらは、習慣性自傷者のうち、境界性人格障害（BPD：Borderline Personality Disorder）の診断を満たしたものは半分に満たなかったことを報告し、「自傷行為はBPDの典型的な兆候」という見解に疑問を投げかけている（Favazza AR, et al：Self-mutilation and eating disorders. Suicide Life Threat Behav. 1989）。

彼は自傷行為が摂食障害に多く認められるために、摂食障害との関連特徴とその複雑さを指摘している。自傷行為を自殺未遂として誤認されることが多いことも指摘し、「熟慮した自己害症候群：deliberate self-harm syndrome」として知られている衝動調節障害の表現形として考えている。そして、自傷者に宿る離人症、罪業感、拒絶、および退屈な気持ちから逃れるために、幻覚症状、過剰な性的欲求、混沌とした思考と同じような急速で

あるが一時的な救護を提供する、病的な自助努力手段として自傷行為を理解している。

救急医療の場においてはその各種制約ゆえに、精神科医は自傷・自殺未遂者に対して安易に診断を下して納得してしまう場合、暫定診断で本人の診察を完了した気になる場合、または、外来主治医の情報を鵜呑みにして十分な診察なしに診断を付記しておく場合が多い。改めて診断をつける際に精神科医は熟考を必要とし、特に、人格障害の診断には慎重となること、そして単に診断を下すばかりでなく行動化の背景を本人以上に熟考し理解する努力が必要である。

自傷・自殺未遂者に対する医療従事者の捉え方と対応

自傷・自殺未遂者に対する医療従事者、とくに身体科医師の判断に「狂言自殺ではないか？」という捉え方がある。また、家族と知人の要望として自傷・自殺未遂が生じたことへの自責感を回避するために、本人の行動化の意図をかたくなに消去しようとする捉え方がみられることがある。救急医療の場では、必ずしも精神科医が対応できる訳ではない。一次、二次救急医療施設では精神科医の対応は稀である。よって、自傷・自殺未遂者のおかれている状況・性格傾向・精神症状などに

触れることもなく、身体的処置のみで退院してしまうことが多い。

また、生命に危険性が少ない自傷・自殺未遂で入院になった場合、医療従事者は「またか、うんざりする、未熟で操作的な人格障害者」として治療介入前から患者にレッテルを貼ってしまう。そのため、医療従事者は自傷・自殺未遂者への治療・看護意欲を損ない、積極的な精神的アプローチからも遠ざかってしまう。一方、救急医療の場に入院したことで、大多数の自傷・自殺未遂者は、身体に傷を負ったばかりでなく、高額な医療費を請求され、家族・友人に心配と迷惑をかけてしまったという後悔と自責感といった「こころの傷」をも負うことになる。精神医療の介入なくして、状況は何も変わらないまま地域に戻ることにするとすれば、当然ながら行動化を繰り返す者は少なくない。また、地域に同じような精神的問題を抱えた若者が本人の周囲に集まっていれば、触発されて連鎖的、同時多発的に多数の行動化が発生してしまう可能性は高い。

救急医療における危機介入

救急医療の場であっても、医療従事者は自傷・自殺未遂行動の症状機制とその精神力動の究明を行わなくてはならない。自傷の原因となっている精神的苦悩を自傷行為によって解決を

図ろうとしたとするならば、それは合理的な方法ではないと自覚を促さなくてはならない。また、行動化の意味するところを相互に検討を図らなくてはならない。そのうえで、自傷・自殺未遂という行動化での解決ではなく、言葉による相手との感情表現と意思疎通での解決が最良の解決策であることを繰り返し示す必要がある。

救急医療の場は身体治療が中心の場であっても、自傷・自殺未遂者に対応する医療従事者には、力動精神医学と精神療法のある程度の素養が必要とされる。しかし、現状では精神医療への受療が提供されないばかりか、提供されてもその場限りが多い。そして、その質にバラツキが多く、有効性に疑問も多い。よって、救急医療における精神科医の介入にて予後の変化を求めることには現実的には困難である。それでも自傷・自殺未遂者の再行動化の危険性ばかりでなく、自傷の伝染現象をも軽減する対策が必要である。このために、今後、救急医療の場におけるクライシス・カードの導入、積極的な受療援助（アウトリーチ）、ケースマネジメントの施行など積極的な検討が進められることを期待される。

救急医療における事後援助

各施設の報告によれば救命救急センターに1年間に入院した患者のうち

自殺未遂者の割合は7～12%とされている。我々の報告では、救急医療の場における精神科医の介入によって自傷・自殺未遂者全体の81%を、そのうち精神科治療歴のない自殺未遂者の71%を精神医療につなげられた。また、表2に示すように、救命救急センター退院1年後の追跡調査の結果、自傷・自殺未遂者の84%が精神医療を継続受療していた。

しかし、適応障害とⅡ軸診断で人格障害の診断がつくケースは他の診断群と比較して受療率が20%ほど少なかった。また、自傷・自殺未遂複数回症例46例を調査すると、女性が78%、30歳未満が52%、人格障害のケースは50%、30歳未満女性では人格障害の割合が84%であった。さらに、前回の自傷・自殺未遂から行動化による再入院までの自殺未遂間隔が1年未満の症例は78%であった。3ヶ月未満では41%で、その内の76%は人格障害のケースであった。適応障害と人格障害では治療中断例が多く、1年以内に適応障害の27%、人格障害の30%に再自殺を認めた。

この原因として、①適応障害と人格障害の診断基準を満たすケースは、統合失調症圏や気分障害圏と比較して薬物療法の効果が十分期待できないこと、②救命救急センターの入院意味を調査した結果、入院を『不本意』とする症例が人格障害では41%と高値で

あり、救急医療入院を経験しても自身の危機意識が乏しいこと、③精神科治療の認識が希薄で受診意欲が低いため危機早期介入が図りにくいこと、などが考えられる。よって、両診断群の自傷・自殺未遂後の事後対策には課題が多い。

事後対策として、治療継続のためには精神疾患診断に留意した治療方針をたてることが重要である。救急医療の場という特殊な治療環境と制約された時間の中で、身体的重症度に留意した上で、精神科医の介入は自傷・自殺未遂者の事後対策の第一歩となる。そして、救命直後の自傷・自殺未遂者を「地域医療につなぐ橋渡し役」として、救急医療の場における精神科医の存在は重要である。

まとめ

自傷・自殺未遂行動には、虐げられてきた者の「支配に対する抵抗」「相手が復讐できない無言の攻撃」という側面がある。不用意な未熟な対応は、治療関係を泥沼化としてしまうこと

を心しておかねばならない。つまり、自傷行為は治療者に対するSOSでありながら、同時に一種の挑戦として繰り返し表現される。救急医療の特殊で多忙な場においても、われわれは謙虚な気持ちでこの行動化と向き合わねばならない。

救急医療における精神科対応の現状をふまえて望まれることとして、①各施設・個人とのネットワーク化と救急相談窓口の整備、②自傷・自殺未遂患者への対応を迅速に指示・移送できる体制の整備、③身体科と並行して精神科救急に応需できる施設整備、④自傷・自殺未遂患者への精神・心理面での援助体制の整備、⑤医療従事者への自傷・自殺予防教育、⑥自傷・自殺未遂患者への自傷・自殺予防教育と向精神薬に対する正しい知識の教育、⑦自傷・自殺未遂患者への継続的な危機管理体制、があげられる。こうした体系的な整備によって、自傷・自殺未遂者に対する救急医療の場から地域への精神・心理的サポートを円滑に橋渡しできるものと考えられる。

表1 自傷・自殺未遂手段と精神医学的診断 (DSM-IV)・年齢・入院期間

自殺未遂手段	分裂病	気分障害	不安・パニック障害	適応障害	うつ病	人格障害	30歳以下	30歳～40歳	40歳～60歳	60歳以上	計	入院期間2日以上
急性薬物中毒	8	27	5	26	24	34	12	13	7	66 (64)	49 (74)	
刺傷 切傷	4	0	0	8	3	4	4	4	0	12 (12)	3 (25)	
飛び降り 飛び込み 入水	ガス吸引	7	0	4	1	5	4	4	3	16 (16)	0 (0)	
熱傷	0	2	0	0	0	0	0	1	1	2 (2)	0 (0)	
縊首	0	5	0	2	0	1	1	3	2	7 (7)	0 (0)	
計	17 (17)	41 (40)	5 (5)	40 (39)	28 (27)	44	21	25	13	103	52 (50)	

表内数値は症例数 カッコ内は%

表2 調査された自傷・自殺未遂者142例の1年後精神科通院状況

総計	統合失調症	気分障害	不安障害	適応障害	うつ病	人格障害	総計
20例 (14%)	70例 (49%)	3例 (2%)	49例 (35%)	47例 (33%)	142例		
1年後通院状況	19例 (95%)	63例 (90%)	3例 (100%)	34例 (69%)	34例 (72%)	119例 (84%)	
再自殺企図	3例 (15%)	12例 (17%)	0例 (0%)	13例 (27%)	14例 (30%)	28例 (20%)	

厚生労働科学研究事業（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

うつ病患者における自殺企図の行動特性と背景因子

分担研究者 人見佳枝 近畿大学医学部附属病院メンタルヘルス科講師

研究要旨 平成15年8月1日から平成17年7月31日までの24ヶ月間に近畿大学医学部附属病院救命救急センター（以下CCMC）およびメンタルヘルス科に搬送された自殺企図患者298例のうち、「精神疾患の分類と診断の手引き」（以下DSM-IV）にて大うつ病性障害、単一型（DSM-IV296.2）および反復型（DSM-IV296.3）に該当した56例における、自殺企図の行動特性について、その背景因子から検討した。調査に当たっては精神科医が直接面接し、平成16年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」（主任研究者 保坂隆）において使用された自殺企図患者のケースカードを用いた。このケースカードより6種類の要因を選択し、数量化Ⅲ類を用いたカテゴリカル主成分分析を行い、Ward法によるクラスター分析を行った。得られたクラスターの妥当性を検討するため正準判別分析を行った。

主成分分析より得られた第1主成分は「うつ病患者の自殺頻度と対処行動」を表し、第2主成分は「うつ病患者の自殺の動機」を表している。さらにオブジェクトスコアから得た3群についてもいずれも妥当性が認められた。クラスター1群はいわゆる経済自殺の臨床的特徴、クラスター2群および3群は従来より知られている、笠原・木村分類におけるⅢ型うつ病、Ⅰ型うつ病の臨床的特徴をもつものと考えられた。

自殺予防の観点からはクラスター1群、3群に対しては職場や家庭でのスクリーニングテストや疾病理解と対処行動獲得のための心理教育が有用であり、クラスター2群に対しては現時点で長期間にわたる心理支援以外に有効な方策はないと考えられた。

A. 研究目的

本邦では平成10年以降自殺者数が3万人を突破し、以後高止まりの状態が続いている。これについて経済状況との関連が報道でセンセーショナルに取り沙汰されたこともあったが、現在では経済状況の悪化が自殺者増加に直結するのではなく、その間に抑うつがあり、それによる希死念慮こそが主因であることが多くの研究によって明らかとなっている¹⁾²⁾。

このためうつ病の早期発見および予防により自殺者数の減少が期待できるとの予測のもと、専門家によるうつ病の一般的な知識の啓発が書籍、報道や講演活動などを通じて行われてきた。さらにうつ病の生涯有病率の高さや、女性に多い疾患であるとの認識が一般に浸透するにつれ、患者自身や家族による闘病記なども出版されており、これらも患者の受療行動の高まりに貢献していると考えられる。

しかしながら、うつ病と診断される中には様々なタイプの患者が存在する。人格障害の合併例も含め、いわゆる「励ましてはならない」といった程度の疾病教育では対処できない患者も多く、これらを分類し、それぞれに対する適切な対処法を明らかにすることが必須の課題となる。

近畿大学医学部附属病院ではメンタルヘルス科とCCMCとの協力のもと、継続的に自殺企図患者の調査を行っている。今回うつ病患者の自殺企図の行動特性について、その背景因子から検討し、それによる分類をこころみため報告する。

B. 研究方法

対象は平成15年8月1日より平成17年7月31日までの24ヶ月間に近畿大学医

学部附属病院メンタルヘルス科およびCCMCに搬送された自殺企図患者のうち、未遂者でかつDSM-IVにおいて大うつ病性障害、単一型(296.2)または反復型(296.3)に該当した56例である(男性23例、女性33例、平均年齢44.3歳±SD17.2)。

調査には、平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」(主任研究者 保坂隆)において使用された自殺企図患者のケースカードを用いた³⁾。このケースカードより先行研究において重要とされている「年齢」「性別」「自殺企図前の相談」「精神科通院歴の有無」「自殺企図回数」「DSM-IVにおけるAxis4」の6種類の要因を選択し、数量化Ⅲ類を用いたカテゴリカル主成分分析を行った。さらに固有ベクトルから得られるオブジェクトスコアを用いてWard法によるクラスター分析を行った。得られたクラスターの妥当性を検討するため正準判別分析を行った。結果の統計的処理にはSPSS for windows ver. 14.0Jを用いた。患者には研究について口頭で説明し、同意を得た。

C. 研究結果

自殺企図因子の度数分布と因子負荷量、カテゴリ数量化を表1に、説明された分散の固有値と寄与率を表2に示す。表2によれば第1主成分の固有値は2.662、第2主成分は1.247であった。第3主成分の固有値は0.903で1以下であったため省いた。第1主成分、第2主成分の累積寄与率は65.1%であり、うつ病患者における自殺企図について論証可能である。

表1より因子負荷量の絶対値の高いものは「年齢」「性別」「自殺企図前の相談」(第1主成分>第2主成分)、「DSM-IVによるAxis4」(第2主成分>第1主成分)であった。

因子負荷量と数量化データに基づく固有ベクトルの方向性と大きさについては年齢「40歳未満」(0.702、-0.419)、「60歳未満」(-0.105、0.063)、「60歳以上」(-1.295、0.773)であった。性別では「男性」(-0.719、-0.563)、「女性」(0.501、0.392)であった。自殺企図前の相談では「相談せず」(-0.376、-0.161)、「近しいものに相談」(0.939、0.403)、「医療者に相談」(0.939、0.403)であった。精神科通院歴については「通院中」(0.490、-0.437)、「過去の通院歴」(-0.134、0.120)、「なし」(-0.991、0.885)であった。自殺企図回数では「初回」(-0.625、0.019)、「2回から4回」(0.729、-0.022)、「5回目以上」(1.386、-0.041)であった。DSM-IVにおけるAxis4では「一次支持グループの問題」(0.445、0.576)、「社会環境の問題」(-0.552、-0.714)「経済的な問題」(-0.552、-0.714)であった。「近しいものに相談」と「医療者に相談」、「社会環境の問題」「経済的な問題」は同値であった。

第1主成分は「うつ病患者の自殺頻度と対処行動を、第2主成分は「うつ病患者の自殺の動機」を示していると考えられた。

さらに固有ベクトルによって得られるオブジェクトスコアを用いてWard法によるクラスター分析を行った。分析にあたっては日本人の臨床診断分類である笠原・木村分類のI型「性格-状況反応性うつ病」とIII型「葛藤反応性うつ病」の2群を参考にした。II型「循環性うつ病」およびIV型「偽循環病性分裂病」は今回の調査対象ではないため用いなかった。さらに中高年男性のいわゆる経済自殺を考慮して3群にクラスター分類した。

その結果、それぞれのクラスターには

以下の傾向が確認された。1群(23例)は40歳以上60歳未満、男性、自殺企図前に相談せず、初回企図、社会経済問題を認め、いわゆる経済自殺に近い群と考えられた。2群(21例)は40歳代、女性、自殺企図前に相談、精神科通院中、2回以上の企図、一次支持グループの問題を認め、笠原・木村分類III型「葛藤反応性うつ病」に相当するものと考えられた。3群(12例)は60歳以上、自殺企図前に相談せず、初回企図、一次支持グループの問題といった特徴を認め、笠原・木村分類I型「性格-状況反応性うつ病」に近いと考えられた。これら3群をもとに第1主成分をX軸に、第2主成分をY軸に散布図を示す(図1)。

また得られたクラスターの妥当性を検討するため、正準判別分析を行った。2個の正準判別関数を使用し、それぞれを関数1、2とすると固有値は2.674、1.198、分散の%は69.1%、30.9%、正準判別関数係数は関数1では(1.845、0.268)、関数2は(-0.208、1.427)であった。グループの重心関数は1群(-1.344、-0.773)、2群(-1.094、2.320)、3群(1.974、-0.071)であった。分類全体の正答率は87.5%であり、正答率は1群、2群、3群でそれぞれ80.8%、90.5%、88.9%であった。領域マップ作成により図1のクラスターの妥当性が認められた(図2)。

D. 考察

以下、それぞれの群における特徴及び必要と考えられる精神医学的対処について述べる。

クラスター1群はいわゆる働き盛りの中高年男性であり、主に経済、社会的理由により誰にも相談せずに企図に至る人々である。数年前にマスコミを騒がせ

たいわゆる経済自殺はこれに近いものと考えられる。

C. G. Jung は中年期を「人生の正午」とよび、これまでの生き方を振り返って新しい価値観を得、個を確立するために重要な時期であるとした。このためこの時期には危機が伴い、精神疾患や自殺の危険も高まる⁴⁾。さらにこの世代は精神科受診や他者に相談することに強い抵抗を持つことも知られている⁵⁾。このためうつ病の一般的知識がいくら普及しても、それが受療行動に直接結びつく可能性は低い。このため職場での啓発活動及びスクリーニングが重要と考えられる。労働者における自殺について、黒木は「転勤、配置転換などの環境の変化に伴う業務内容の変化、責任の過重負荷などがうつ病発症の大きな要因であること」、「業務上の出来事から3ヶ月以内の死亡が全体の43%、(労災)認定事例では67%を占めていたが、認定事例は業務上の出来事から極めて早期に発症し、発病すると非認定事例に比べ早期に死亡すること」を明らかにしている。また「重症のうつ病に陥った事例が自死に至っているということではなく、特に認定事例に関しては軽症〜中等症のうつ病事例が、誰にも相談することなく精根尽き果てて自死に至る」ことも指摘している⁶⁾。このことより、転勤や配置転換後、早期にスクリーニングテストや専門家による面接などを行うこと、テストで高得点でなくても、食思不振や不眠といったうつ病の前駆症状が認められる場合には早期の精神科受診を勧めることが自殺予防に有用である。

経済的理由による企図や患者が自営業である場合にはこのような対策はとれない。前述の黒木は、労災請求患者においてその64%の家族が精神症状の兆候

に気づいていたことを報告しており、家人に対する疾病教育やスクリーニングテストの配布はある程度有効であろうと考えられる。このことから引き続き、地元の保健医療機関と協力しての活動が必要である。

クラスター2群は主に家族関係を理由に軽度から中等度の企図を繰り返し、精神科に通院中の中年女性である。これは笠原・木村によるうつ状態の臨床的分類のⅢ型「葛藤反応性うつ病」に相当するものと考えられる。これは若年に多く、持続的に葛藤状況にあり、誇張的、愁訴的なものが多いとされる。基礎性格としては未熟、依存的、自信欠如的である。

先行研究において、重症であること、境界性人格障害であること、女性であることと5回以上の自殺企図が関連することが明らかとなっている。反対に自殺企図回数が1回だけであることと関連する項目は一次支持グループの問題がないことである⁷⁾。一次支持グループの問題がある場合、それは休職や薬物によって解決する性質のものではなく、長期間にわたる心理的関わりが必要となる。現在のところストレス対処や心理支援を行っていくしか有効な予防法はないものと思われる。

クラスター3群は自殺企図前に相談せず、初回企図であることは1群と類似しているが、より高齢であることと一次支持グループの問題を認めるところが相違点である。これは男女とも高齢になるにつれ退職などにより家で過ごす時間が増え、家庭内の問題を理由とした企図が起りやすくなるためと思われる。

これらは笠原・木村分類Ⅰ型「性格-状況反応性うつ病」に近いと考えられた。これは基礎性格にメランコリー、執着気質があり、状況変化への不適応や同胞葛

藤などを理由におこり、中高年に多いとされる。「性格-状況反応性うつ病」に対しては休職や抗うつ薬が著効するといわれる。しかしクラスター3群の場合には職場における予防活動も家人による精神症状の気づきも期待できない。また相談に抵抗を持つ世代であることに加えて疾病や保健医療機関についての情報収集も不得手であることが予想される。ハイリスク群を抽出する方法が検討される必要がある。

E. 結論

1. 自殺企図の行動特性からみてうつ病患者は3種類に分類された。
2. 社会的、経済的理由により企図する中高年男性に対しては職場でのスクリーニングにより予防が可能ではないかと考えられた。
3. 家庭内での問題で企図する群に対してはその性差や年齢を考慮して対策をたてなければならない。またハイリスク群の抽出に際して検討が必要である。
4. 一般的な疾病教育からさらに積極的な予防活動が今後必要となるものと考えられる。

文献

1. 人見佳枝ら:自殺企図にいたる動機についての調査-経済的理由による企図を中心に-。総病医 16, 250-256, 2004
2. 田村善史:うつ病患者における自殺企図の行動特性および背景因子に関する研究。近畿大学医学雑誌(受理済) 2007
3. 保坂隆:自殺未遂者と再企図者の背景についての研究。厚生労働科学研究費補助

金(こころの健康科学事業) 2004

4. Jung, CG: The Stages of life. The Collected Works of Carl G. Jung, Vol8, Princeton Univ, Press, 1960
5. 阿部亮他:精神科受診歴の有無による自殺者の特徴。総病医 16, 241-249, 2004
6. 黒木宣夫:労働者における自殺予防に関する研究-労災請求患者調査より-。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」主任研究者 保坂隆, 133-146, 2005
7. 人見佳枝:再企図回数からみた自殺企図の傾向と対策。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」主任研究者 保坂隆, 68-86, 2006

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文発表

1. 田村善史:うつ病患者における自殺企図の行動特性および背景因子に関する研究。近畿大学医学雑誌(受理済) 2007 学会発表
1. 人見佳枝:うつ病患者に対する心理教育。第19回日本総合病院精神医学会, 2006 (宇都宮市)
2. 田村善史:当院における自殺企図者の推移。第19回日本総合病院精神医学会, 2006 (宇都宮市)

1)

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

表1 自殺企図因子の度数分布と因子負荷量, カテゴリ数量化

	度数分布		因子負荷量		
	人数	パーセント	第1主成分	第2主成分	数量化
1.年代			-0.764	0.456	
40歳未満	25	44.6	0.702	-0.419	-0.919
60歳未満	19	33.9	-0.105	0.063	0.138
60歳以上	12	21.4	-1.295	0.773	1.696
2.性別			0.600	0.470	
男	23	40.0	-0.719	-0.563	-1.198
女	33	60.0	0.501	0.392	0.835
3.自殺前の相談			0.594	0.257	
相談せず	40	71.4	-0.376	-0.161	-0.632
近しいもの	11	19.6	0.939	0.403	1.581
医療者	5	8.9	0.939	0.403	1.581
4.精神科通院歴			-0.655	0.584	
通院中	34	60.7	0.490	-0.437	-0.749
過去の通院歴	6	10.7	-0.134	0.120	0.205
なし	16	28.6	-0.991	0.885	1.514
5.自殺企図回数			0.831	-0.025	
初回	35	62.5	-0.625	0.019	-0.752
2回目から4回目	11	19.6	0.729	-0.022	0.877
5回目以上	10	17.9	1.386	-0.041	1.666
6.DSM-IVにおける Axis4			-0.496	-0.642	
一次支持グループの問題	31	55.4	0.445	0.576	-0.898
社会環境の問題	17	30.4	-0.552	-0.714	1.114
経済的な問題	8	14.3	-0.552	-0.714	1.114

1.n=56例:全例自殺未遂者。平均年齢44.3歳 SD17.2

表 2 説明された分散の固有値と寄与率

主成分	固有値	寄与率%
1	2.662	44.3
2	1.247	20.8
3	0.903	15.1

因子抽出法: 主成分分析

主成分分析で得られた第 1 主成分と第 2 主成分の
上位 2 成分で合計寄与率は 65.1%と説明できる。

表3. うつ状態の臨床的分類(笠原木村による、一部改変)

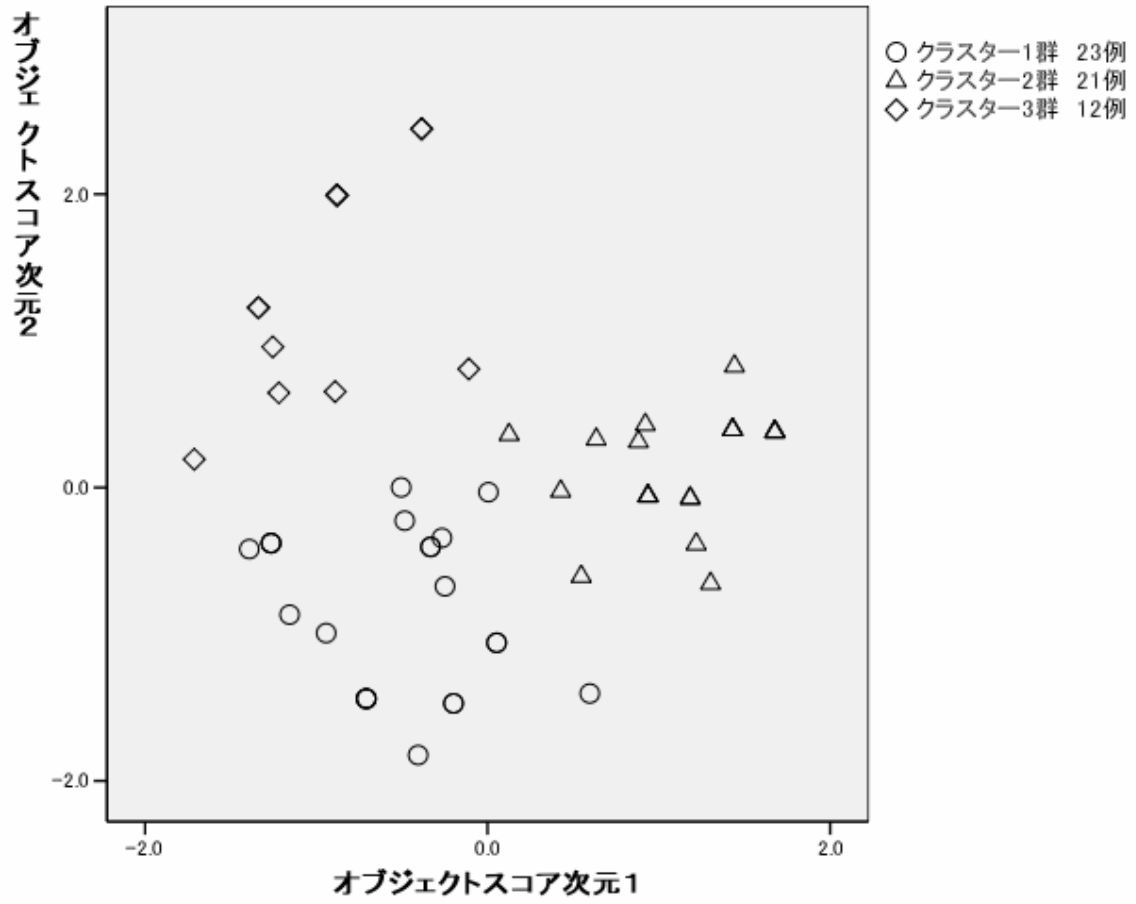
型名	別称	基礎性格	転機・特徴	治療
I型	性格一状況反応性うつ病	メランコリー, 執着	状況変化への不適応, 同胞葛藤など中高年に多い	抗うつ剤、休息著効
II型	循環性うつ病	循環	うつと躁の両相を反復	抗うつ薬、抗精神病薬の併用
III型	葛藤反応性うつ病	未熟, 依存的, 自信欠如的	若年に多い. 持続的に葛藤状況、依存的、誇張的、愁訴的	抗うつ薬の効果少
IV型	偽循環病性分裂病	統合失調症ないし類似の性格	思春期の困難を背景に自殺を含むたび重なる行動化や無気力などの非典型うつ症状	統合失調症に準ずる。

広瀬の「逃避型抑うつ」はIII型に近いとされている。

表4 正答率と誤判定率

		クラスター分類			合計	
		1群	2群	3群		
診断による分類	度数	経済自殺	21	2	3	26
		III型うつ病の自殺	1	19	1	21
		I型うつ病の自殺	1	0	8	9
		合計	23	21	12	56
	%	経済自殺	80.8	7.7	11.5	100
		III型うつ病の自殺	4.8	90.5	4.8	100
		I型うつ病の自殺	11.1	0.0	88.9	100

図1 クラスタ分類による散布図



うつ病およびうつ状態における m-ECT 治療前後の 血漿モノアミン代謝産物濃度測定

分担研究者 増子博文 福島県立医科大学医学部神経精神医学講座

研究要旨

（目的） うつ病およびうつ状態の自殺企図のハイリスク患者において、修正電気けいれん療法(modified electroconvulsive therapy: m-ECT)が有効であることが知られている。今回われわれは、血漿モノアミン代謝産物濃度から見た m-ECT の奏功機序を解明することを目的とした。

（方法） 気分障害入院患者(n=16)を、m-ECT 施行の有(n=5)無(n=11)により 2 群に分け、血漿モノアミン代謝産物(HVA, free MHPG, total MHPG, 5HIAA)の変化を検討した。採血と症状評価(HAM-D)は、入院時および3週後の2回行った。

（結果） HAM-D(n=16)は入院時(26.4±6.5)に比較して3週後(15.6±7.2)に減少した。また m-ECT 施行群(n=5)の減少(26.0±6.2 か 20.2±8.8)と m-ECT 非施行群無(n=11)の減少(26.6±6.9 から 13.4±5.6)の間には差がなかった。

m-ECT 施行群、m-ECT 非施行群ともに血漿 free MHPG 濃度の有意な減少(p=.026)が認められた。血漿 total MHPG 濃度は、m-ECT 施行群でのみ有意に減少した。一方、両群ともに血漿 5HIAA および HVA 濃度は変化しなかった。

（結論） 抗うつ薬が有効であった患者、m-ECT が有効であった患者では、血漿モノアミン代謝産物濃度に差があることが判明した。特に、ノルアドレナリン代謝産物である血漿 MHPG 濃度が SSRI 投与後および m-ECT 施行後に症状改善と一致して低下することが見いだされた。m-ECT は自殺念慮を持つ患者に有効であることが知られており、今後、自殺企図の有無と血漿モノアミン代謝産物濃度の関連を検討することが課題である。

A. 研究目的

うつ病およびうつ状態の自殺企図のハイリスク患者において、修正電気けいれん療法(modified electroconvulsive therapy: m-ECT)が有効であることが知られている。今回われわれは、血漿モノアミン代謝産物

濃度から見た m-ECT の奏功機序を解明することを目的とした。

福島県立医科大学医学部付属病院神経精神科では、同意の得られた全入院患者を対象として入院時および退院時の血漿モノアミン代謝産物濃度を測定している。気分障害に関しては、上記に加えて入院期間中 3

週間毎にも測定している。測定しているモノアミン代謝産物は homovanillic acid (HVA), 3-methoxy-4-hydroxyphenylethylene (MHPG), 5-hydroxy-indole-acetic acid (5-HIAA) の3種類である。MHPGに関しては、free と total を測定している。運動や食事の影響を避けるために、採血の2日前から低モノアミン食を摂取させ、起床時に採血を行っている。

末梢血のMHPGは、中枢神経のノルアドレナリン機能を30%程度反映することが知られているが、free と total のいずれが、より中枢神経の機能と関連するののかについては、十分な結論に至っていない。

m-ECTの奏功機序は明らかでない。一方、うつ病の病態生理にモノアミンが関与することは確実である。そこで、今回われわれは、m-ECTの奏功機序を解明することを目的として、モノアミンに対するm-ECTの作用と抗うつ薬の作用は同じであるとの仮説を立てた。この仮説を検証するために、大うつ病性障害患者におけるm-ECT施行前後の血漿モノアミン代謝産物の変化を測定し、m-ECT非施行群と比較した。

B. 研究方法

福島県立医科大学医学部附属病院神経精神科では、倫理委員会の承認を得て、書面によるインフォームドコンセントを得られた入院患者全員に血漿モノアミン代謝産物濃度(5HIAA, HVA, MHPG)を測定している。特に、気分障害圏の患者は、入院時およびその後3週間ごとに測定している。この中で、m-ECTを施行された症例と、m-ECTを施行されなかった症例の血漿モノアミン代謝産物濃度を比較した。

福島県立医科大学神経精神科に入院したDSM-IV診断基準による大うつ病性障害患者

のうち、入院時および入院3週後の2回にわたって血漿モノアミン代謝産物濃度を測定することができた16名(男性5名、女性11名;24~73歳、平均年齢±標準偏差 52.8 ±15.8歳)を対象とした。上記の気分障害入院患者(n=16)を、m-ECT施行の有(n=5)無(n=11)により2群に分け、血漿モノアミン代謝産物(HVA, free MHPG, total MHPG, 5HIAA)の変化を検討した。採血と症状評価(17項目Hamiltonうつ病評価尺度;HAM-D)は、入院時および3週後の2回行った。

上記の期間内にm-ECTを施行し、かつ血漿モノアミン濃度を測定した対象は、5名、全例女性、平均年齢は52.6±5.6歳(24~73歳)であった。うつ病で、m-ECTを施行しなかった者かつ血漿モノアミン濃度を測定した対象は、11名、男性5名、女性6名、平均年齢は45.7±4.4歳(37~51歳)であった。m-ECT施行群、非施行群ともに、SSRI(フルボキサミンまたはパロキセチン)を主剤にしていた。

モノアミンの測定は、高速液体クロマトグラフィー/電気化学検出器を用いて内部標準法で行った。

m-ECTは、正弦波刺激装置を用い、100-110ボルト、刺激時間は2-5秒であった。施行回数は、原則的には8回とした。

統計処理は、繰返しのある二元配置分散分析を用いた。

(倫理面への配慮)患者背景調査の対象となった情報は、通常の診療行為の際に獲得される範囲内のものである。また、採血量は、日常的な臨床検査での採血量の範囲内の量である。

C. 研究結果

精神科入院患者のうち、気分障害患者の血漿モノアミン代謝産物濃度測定結果を検

討したところ、抗うつ薬が有効であった患者と m-ECT が有効であった患者とでは、血漿モノアミン代謝産物濃度に差があることが判明した。

対象となった患者全体 (n=16) の HAM-D は入院時が 26.4 ± 6.5 、3 週後が 15.6 ± 7.2 であった。m-ECT 施行群 (n=5) の入院時が 26.0 ± 6.2 、3 週後が 20.2 ± 8.8 であった。m-ECT 非施行群 (n=11) の入院時は 26.6 ± 6.9 、3 週後は 13.4 ± 5.6 であった。m-ECT の有無および治療の前後を 2 要因とする繰返しのある二元配置分散分析の結果は、次の通りであった。m-ECT の有無の要因 ; $F=1.43, df=14, p=0.24$; 治療の前後の要因 ; $F=21.1, df=14, p<0.001$; 2 要因の交互作用 ; $F=2.1, df=14, p=0.16$ 。分散分析の結果、治療の前後の要因のみが有意であり、m-ECT の有無によらず治療 3 週後に HAM-D は有意に低下していた。

血漿モノアミン代謝産物 free MHPG、total MHPG、HVA、5HIAA の各治療前後の結果は表に示す通りであった。血漿モノアミン代謝産物濃度について、m-ECT の有無および治療の前後を 2 要因とする繰返しのある二元配置分散分析を行った。その結果は、表の通りであり、血漿 free MHPG 濃度については、m-ECT の有無の要因 ; $F=2.7, df=14, p=0.13$; 治療の前後の要因 ; $F=6.2, df=14, p=0.26$; 2 要因の交互作用 ; $F=1.2, df=14, p=0.16$ であった。血漿 total MHPG 濃度については、m-ECT の有無の要因 ; $F=7.3, df=11, p=0.02$; 治療の前後の要因 ; $F=10.6, df=11, p=0.008$; 2 要因の交互作用 ; $F=11.3, df=11, p=0.006$ であった。血漿 HVA 濃度については、m-ECT の有無の要因 ; $F=0.36, df=14, p=0.56$; 治療の前後の要因 ; $F=0.22, df=14, p=0.64$; 2 要因の交互作用 ; $F=0.082, df=14, p=0.78$ であった。血漿 5HIAA 濃度については、m-ECT の有無の要因 ; $F=2.1, df=6, p=0.20$; 治療の前後の

要因 ; $F=1.26, df=6, p=0.30$; 2 要因の交互作用 ; $F=1.26, df=6, p=0.30$ であった。

m-ECT 施行群、m-ECT 非施行群ともに血漿 free MHPG 濃度の有意な減少 ($p=0.026$) が認められた。血漿 total MHPG 濃度は、m-ECT 施行群でのみ有意に減少した ($p=0.008$)。一方、両群ともに血漿 5HIAA および HVA 濃度には有意な変化はなかった。

D. 考察

抗うつ薬が有効であった患者と m-ECT が有効であった患者との間には、血漿モノアミン代謝産物濃度に差があることが判明した。m-ECT は自殺念慮を持つ患者に有効であることが知られており、今後、自殺企図の有無と血漿モノアミン代謝産物濃度を検討する事が課題である。

今回の研究のオリジナルな点は、うつ病患者血漿 MHPG を薬物療法 (SSRI) の前後に測定しただけでなく、m-ECT の前後にも測定し、両者を比較した点である。服用薬物が三環系抗うつ薬でなく SSRI であった点と、conventional ECT でなくて m-ECT であった点も従来の報告と異なる。

今回の結果では、気分障害患者の m-ECT 施行後には血漿モノアミン代謝産物のうち血漿 free MHPG の減少を認めた。血漿 5HIAA および HVA は変化しなかった。抗うつ薬を服用し、m-ECT は施行しなかった患者でも、同様の結果であった。われわれは、モノアミンに対する m-ECT の作用と抗うつ薬の作用は同じであるとの仮説を立てたが、ノルアドレナリンに対する作用に関しては血漿 free MHPG 濃度の結果からその仮説が正しいことが判明した。ただし、3 週後の血漿 total MHPG 濃度低下は、m-ECT のみに認められたことは仮説に適合しない所見であった。この相違点は、m-ECT が抗うつ薬に抵抗性のうつ病に対して有効な治療手段であ

ることに関連する可能性が考えられる。すなわち、ノルアドレナリンに対する m-ECT の作用は抗うつ薬よりも強く、このことが m-ECT が難治性うつ病に対して有効である理由と考えられた。

うつ病と血漿モノアミン代謝産物の関係については、ノルアドレナリンとセロトニンの機能低下がうつ病の病因に関連していると説明されることが多い。抗うつ薬は脳内のノルアドレナリンやセロトニンの再取り込みを阻害し、抗うつ薬投与により血漿 MHPG 濃度が変化することは既にこれまでも報告されている。例えば、Shinkai らは、血漿カテコラミン代謝産物濃度は大うつ病でスルピリドまたはフルボキサミンへの反応を予測することを報告した。彼らの結果では、スルピリド反応者は血漿 HVA 濃度の治療前に低値を示し、フルボキサミン反応者は血漿 MHPG 濃度の治療前に高値を示した。Ueda らの報告では、血漿 MHPG 濃度はミルナシプランとパロキセチンの反応性に関連しており、ミルナシプラン反応者は治療前の血漿 MHPG 濃度の低値を、パロキセチン反応者は治療前の血漿 MHPG 濃度の高値を示した、とされている。これらの報告をまとめると、SSRI は血漿 MHPG 濃度を減少させ、SNRI は血漿 MHPG 濃度を増加させ、こうした作用が症状改善に関連すると考えられる。今回のわれわれの症例では、SSRI を服用している患者が多く、SNRI を服用している患者は含まれていなかったけれども、われわれの結果でも、SSRI を服用している患者における血漿 MHPG 濃度の減少が認められた。従って、抗うつ薬(SSRI)が脳内のノルアドレナリンの分解を減少させて、ノルアドレナリンの作用を増強させる可能性が示唆された。

次に、m-ECT の効果と血漿モノアミン代謝産物の関連について述べる。ECT 施行前後のモノアミン代謝産物は、髄液において

は検討されてきた。Harnryd らは、髄液 MOPEG (ノルアドレナリンの主要な代謝産物)濃度の ECT 後の有意な増加を報告した。しかし、血漿についてはほとんど報告されておらず、わずかに Werstiuk らの報告があるのみである。彼らは、血漿 MHPG 濃度が、ECT 前には正常対照に比較して高く、ECT 後に減少することを報告したが、この結果は統計学的には有意ではなかった。この Werstiuk らが報告した血漿 MHPG 濃度の ECT 後の減少は、今回のわれわれの報告と矛盾しない結果であった。二つの研究結果に共通するように、うつ症状の改善に一致して m-ECT が血漿 free-MHPG 濃度を減少させたことは、脳内のノルアドレナリン系に作用してうつ症状を改善させた可能性があると考えられた。また、total MHPG の値は m-ECT 施行群入院時が非施行群入院時に比べて高く、これは両群の病態あるいは重症度の違いを反映する可能性がありうる。

入院3週後の血漿 total MHPG 濃度低下は抗うつ薬と m-ECT との相違点であった。この相違点は、前述のように m-ECT がノルアドレナリンにより強く作用することにより抗うつ薬に抵抗性のうつ病に有効な治療手段であることに関連する所見と考えられる。但し、m-ECT 施行群入院時、3週間後の total MHPG は少数例なので、今後の症例の蓄積が必要である。

E. 結論

抗うつ薬が有効であった患者、m-ECT が有効であった患者では、血漿モノアミン代謝産物濃度に差があることが判明した。特に、ノルアドレナリン代謝産物である血漿 MHPG 濃度が SSRI 投与後および m-ECT 施行後に症状改善と一致して低下することが見いだされた。m-ECT は自殺念慮を持つ患者

に有効であることが知られており、今後、自殺企図の有無と血漿モノアミン代謝産物濃度の関連を検討することが課題である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

(1) 増子博文: 様々な環境でみられる精神症状の理解と対応 症状から治療まで 救急医療における精神科的諸問題 自殺企図. 日本医師会雑誌 2004; 131: S185-S186

(2) 大場真理子, 増子博文, 丹羽真一: 様々な環境でみられる精神症状の理解と対応 症状から治療まで 一般外来でみられる精神障害・症状と対策 慢性疼痛. 日本医師会雑誌 2004; 131: S150-S151

(3) 岡野高明, 高梨靖子, 上野卓弥, 石川大道, 板垣俊太郎, 橋上慎平, 宮下伯容, 増子博文, 丹羽真一: 成人発達障害に対する治療の実際. 精神科治療学 2004; 19: 553-562

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

(5) 岡野高明, 國井泰人, 和田明, 高梨靖子, 橋上慎平, 石川大道, 板垣俊太郎, 増子博文, 丹羽真一: 遷延している気分変調性障害における内分泌機能の検討(第1報). 精神科診断学 2004; 15: 61-62

(6) Kurisaki E, Hayashida M, Nihira M, Ohno Y, Mashiko H, Okano T, Niwa S, Hiraiwa K.: Diagnostic performance of Triage for benzodiazepines: urine analysis of the dose of therapeutic cases. J Anal Toxicol. 29:539-43 2005

(7) 増子博文、三浦至、上野卓弥、西野敏、丹羽真一: Ethyl loflazepate の血中濃度に対する fluvoxamine maleate 併用の影響. 臨床精神薬理 2006; 9; 2465-2470

(8) Mashiko H, Miura I, Ueno T, Niwa S: Influence of fluvoxamine maleate on the plasma ethyl loflazepate concentration. Int Clin Psychopharmacology 21: A33-34, 2006

(9) 増子博文、小林直人、竹内賢、上野卓弥、三浦至、宮下伯容、丹羽真一: 気分障害患者の血漿モノアミン代謝産物濃度の変化から見た m-ECT の奏功機序 (The effect of m-ECT on plasma monoamine metabolites level in patients with mood disorder). 精神医学 2006 48 653-657

2. 学会発表

(1) 第 61 回日本心身医学会東北地方会 (2005 年 9 月 10 日、盛岡市)
症状改善に一致してパロキセチンの副作用としての悪心が再燃したパニック障害の一例: 増子博文、佐藤葉月、小山徹平、山本佳子、丹羽真一

(2) 第 62 回日本心身医学会東北地方会 (2006 年 2 月 18 日、仙台市)
精神症状改善に一致して抗うつ薬

(SSRI, SNRI)の副作用としての嘔気が出現した5例：増子博文、竹内賢、三浦至、佐藤葉月、小山徹平、山本佳子、丹羽真一

(3) 第17回福島県精神医学会(2006年2月19日、福島市)

精神症状改善に一致して抗うつ薬(SSRI, SNRI)の副作用としての嘔気が出現した5例：増子博文、竹内賢、三浦至、佐藤早苗、佐藤葉月、小山徹平、山本佳子、丹羽真一

(4) 第102回日本精神神経学会シンポジウム(2006年5月12日、福岡市)

精神科医療における病名告知：増子博文、丹羽真一

(5) 第60回東北精神神経学会総会(2006

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

年9月17日、秋田市)

WAIS-Rと卓越した球技競技者における空間認識能力：笠原諭、増子博文、丹羽真一

(6) 第18回福島県精神医学会(2007年2月25日、福島市)

精神症状改善に一致して抗うつ薬(SSRI, SNRI)の副作用としての嘔気が出現した11例：増子博文、竹内賢、三浦至、小山徹平、山本佳子、丹羽真一

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得 なし

医療過誤と医師のストレスに関する研究

—医師の自殺の労災認定と時間管理—

分担研究者：黒木宣夫 東邦大学佐倉病院精神医学研究室教授

研究要旨：最高裁判所事務総局発表（民事局集計）による「医事関係民事訴訟事件統計」（平成16年）によれば、平成17年度中において、全国の裁判所に新たに提起された医療過誤訴訟の件数（いわゆる新受件数）は1110件にも上り、平成8年度（575件）と比べると、実に2倍近く増加し、医療過誤訴訟の認容率は、平成8年から平成16年までの9年間の平均値で39.9%であるが、平成8年40%、平成10年44%、平成12年46%近年次第に上昇傾向にあることが報告されている。最近、多くの医療機関で目標管理制度や電子カルテが導入され、在院日数短縮、稼働率アップが求められるようになり、病院で働く従業員に過重負荷がかかっていることは論をまたない。判例タイムス908号(96.8.1)以降と、判例時報1567号(96.8.1)以降に掲載されている医療過誤判例286例(医療者側の責任が問われた事例)に関して、医療過誤の内容、判決内容に関して調査したので、その報告をすると同時に労災認定事例、地公災認定事例、行政訴訟後に労災認定された事例をどうして医師のストレス状況と自殺を防止するための手立てについて若干の考察を行う。また、在院時間の把握が曖昧とされている時間管理に関しても某総合病院の調査を実施したので、その結果に関して報告する。

A. 医療福祉業における精神障害の労災補償状況¹⁾

1. 平成16年度の精神障害等の労災補償状況をみると、精神障害の請求件数は524件であり、前年度に比べ77件の増加（17.2%増）、認定件数は130件であり、前年度に比べ22件の増加（20.4%増）している。そして平成16年度の医療福祉関係の請求件数は52件であり、認定件数が20件に及び、製造業(30件)について第2位となっている。

B. 過去の医療過誤裁判事例における分析

1. 調査対象と方法

泉公一弁護士(兵庫県弁護士会所属)²⁾が判例タイムス908号(96.8.1)以降

と、判例時報1567号(96.8.1)以降に掲載されている医療過誤判例を判決言渡日順に紹介しているが、紹介された471例の中で記載十分な事例、救急隊出動の遅れ、学校・スポーツクラブ・刑務所内事故、心霊術者の療法等の記載は除外、また判決で医師、病院側の過失が問われなかった事例91例は除外、要旨の記載で理解できる286例の医療者側の責任が問われた事例について調査・整理してみた。

2.調査結果

1)診療科

診療科(表1)	生存	死亡	殺人	計	%
外科系	37	56		93	33%
内科系	51	43		94	33%
産科(周産期)	23	22		45	16%
整形外科	12	6		18	6%
脳外科	9	17		26	9%
精神科	3	6	1	10	3%
計	135	150	1	286	100%

判決の要旨から読み取れる範囲で診療科別に分類してみた。(表1)

単独の診療科で目立ったのは、産科(周産期)で45件(16%)、脳外科26件(9%)、整形外科18件(6%)、精神科も10件みられた。内科系93件(33%)、外科系94件(33%)であった。

2)医療過誤(出来事)の内容

医療事故で過失が問われた裁判事例の事故内容を内科系、外科系に分けてみると、外科系が全体の63%(181)、内科系が37%(105)であった。その内容は「身体疾患の治療・手術・手技上・処置・治療のミス(帝王切開で仮死・死亡、前立腺手術で括約筋損傷)、誤診、検査不十分で癌の精査をせず死期が早まった、別身体疾患の発現)別疾患を見逃し、増悪(死亡含む)交通外傷、結石+腹膜炎)誤診、検査不十分」「適切な処置・治療の遅れ、治療不十分(高カロリー輸液でB1投与せず)、副作用(ショック)や治療の説明不十分、身体疾患の治療

医療過誤(出来事)の内容(表2)	内科系		外科系		件数	
投薬ミス(結核性髄膜炎でありながら抗生剤投与)	7	6.7%	5	2.8%	12	4.2%
手術・手技・治療に伴う合併症	5	4.8%	43	23.8%	48	16.8%
身体疾患の治療・手術・手技上・処置・治療のミス(帝王切開で仮死・死亡、前立腺手術で括約筋損傷)、誤診、検査不十分で癌の精査をせず死期が早まった、別身体疾患の発現)別疾患を見逃し、増悪(死亡含む)交通外傷、結石+腹膜炎)誤診、検査不十分	15	14.3%	50	27.6%	65	22.7%
手術・処置の説明不十分、術後の残存症状の説明不十分(豊胸手術で段差残存)	2	1.9%	11	6.1%	13	4.5%
適切な処置・治療の遅れ、治療不十分(高カロリー輸液でB1投与せず)、副作用(ショック)や治療の説明不十分、身体疾患の治療で癌の精査をせず死期が早まった、別身体疾患の発現)	46	43.8%	50	27.6%	96	33.6%
別疾患を見逃し、増悪(死亡含む)交通外傷、結石+腹膜炎)誤診、検査不十分	12	11.4%	12	6.6%	24	8.4%
その他(証拠書類の改ざん、臨床試験の承諾得ず、機器欠陥・薬剤にミス)	2	1.9%	4	2.2%	6	2.1%
院内感染(MRSA、緑膿菌、転倒、うつぶせ)	16	15.2%	6	3.3%	22	7.7%
	105	100%	181	100%	286	100%

で癌の精査をせず死期が早まった、別身体疾患の発現)は外科系 55%(100 件) を占め、内科系 63%(61 件)であった。差異があるのは外科系は「手術・手技・治療に伴う合併症」が 24%(43)を占め、内科系は院内感染(MRSA、緑膿菌)、転倒、うつぶせで事故が発生したなどの病棟管理上で発生した事故が 15%(16)を占めていた。(表 2)

3)外科系・内科系からみた法的責任の内容(表 3)

判決の内容(表3)	内科系		外科系		件数	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
観察・注意義務(治療薬の不足・手術遅れで後遺症残存した過失、事前告知違反)、危険性・留意点指導、別の身体疾患発症(ウエルニッケ脳症)した過失	13	12.4%	30	16.6%	43	15.0%
術後管理上の過失・慰謝料、経過観察・注意義務(事前告知)違反	2	1.9%	15	8.3%	17	5.9%
手術・手技・治療が失敗したことによる過失	4	3.8%	19	10.5%	23	8.0%
手術・処置・検査・治療・転医が適正に行わなかった過失	32	30.5%	48	26.5%	80	28.0%
病院側の不法行為・債務不履行責任、生存可能性侵害	33	31.4%	27	14.9%	60	21.0%
問診・告知・説明義務違反・精神的苦痛と損害(2)、延命利益が失われた	16	15.2%	31	17.1%	47	16.4%
精神的損害・苦痛(夫<妻)			2	1.1%	2	0.7%
自己決定に不当な影響を与えた精神的苦痛、自己決定権を侵害	1	1.0%	1	0.6%	2	0.7%
その他(業務上過失致死、患者の同一性確認を怠った過失、偽証罪、虚偽有印公文書作成罪が成立)	3	2.9%	5	2.8%	8	2.8%
厚生省課長の過失責任、製造責任	1	1.0%	3	1.7%	4	1.4%
	105	100%	181	100%	286	100%

「観察・注意義務(治療薬の不足・手術遅れで後遺症残存した過失、事前告知違反)、危険性・留意点指導、別の身体疾患発症(ウエルニッケ脳症)した過失」「術後管理上の過失・慰謝料、経過観察・注意義務(事前告知)違反」「手術・手技・治療が失敗したことによる過失」は外科系 64(35.4%)が内科系 19(18%)より多いが、上記内容の発生は、手術・手技・治療が失敗、あるいは術後管理上の問題、さらに手術の時期が遅れたために後遺障害が残存した場合など外科系の治療過程での医療事故に伴う問題が発生する危険性が高いと言える。「手術・処置・検査・治療・転医が適正に行わなかった過失」「問診・告知・説明義務違反・精神的苦痛と損害(2)、延命利益が失われた」は、内科系 48(45.7%)、外科系 79(43.6%)でほぼ同じ割合で発生していた。しかし「病院側の不法行為・債務不履行責任、生存可能性侵害」などの法的責任の発生は、内科系 3(31.4%)を占めるのに外科系は 27(14.9%)に過ぎなかった。

4)生死からみた法的責任の内容(表 4)

死亡事故に特徴的な法的責任に関しては「延命利益が失われた、裁量逸脱過失」8 件で、手術や早期転院などの医師の判断によっては延命が可能であった事例に対して判決が下されていた。「そ

その他(業務上過失致死、患者の同一性確認を怠った過失、偽証罪、虚偽有印公文書作成罪が成立)」は、同様に死亡事故(死亡 7、生存 1)に多くみられた。「観察・注意義務(治療薬の不足・手術遅れで後遺症残存した過失、事前告知違反)、危険性・留意点指導、別の身体疾患発症(ウエルニッケ脳症)した過失」「手術・手技・治療が失敗したことによる過失」「病院側の不法行為・債務不履行責任、生存可能性侵害」は死亡 62、生存 64 とともに 44%であった。「手術・処置・検査・治療・転医が適正に行わなかった過失」「術後管理上の過失・慰謝料、経過観察・注意義務(事前告知)違反」は死亡 56(39.7%)、生存 41(28.3%)であった。殺人は「精神科で措置入院中の精神分裂病患者が院外散歩中に無断離院して、通行人を殺害した事件」で無断離院を防止すべき注意義務を尽くさなかった過失を問われた。(表 4)

判決の内容(表4)	死亡(殺人1)		生存		件数	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
観察・注意義務(治療薬の不足・手術遅れで後遺症残存した過失、事前告知違反)、危険性・留意点指導、別の身体疾患発症(ウエルニッケ脳症)した過失	19	13.5%	24	16.6%	43	15.0%
術後管理上の過失・慰謝料、経過観察・注意義務(事前告知)違反	12	8.5%	5	3.4%	17	5.9%
手術・手技・治療が失敗したことによる過失	10	7.1%	13	9.0%	23	8.0%
手術・処置・検査・治療・転医が適正に行わなかった過失	44	31.2%	36	24.8%	80	28.0%
病院側の不法行為・債務不履行責任、生存可能性侵害	33	23.4%	27	18.6%	60	21.0%
延命利益が失われた、裁量逸脱過失	8	5.7%			8	2.8%
問診・告知・説明義務違反・精神的苦痛と損害(2)	5	3.5%	34	23.4%	47	16.4%
精神的損害・苦痛(夫<妻)	1	0.7%	1	0.7%	2	0.7%
自己決定に不当な影響を与えた精神的苦痛、自己決定権の侵害			2	1.4%	2	0.7%
その他(業務上過失致死、患者の同一性確認を怠った過失、偽証罪、虚偽有印公文書作成罪が成立)	7	5.0%	1	0.7%	8	2.8%
厚生省課長の過失責任、製造責任	2	1.4%	2	1.4%	4	1.4%
	141	100%	145	100%	286	100%

2.医療事故(出来事)のストレス強度の評価

1999年9月に「心理的負荷による精神障害に係わる業務上外の判断指針」が公表されが、業務上外の判断指針の基本的な考え方は、業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷、個体側要因を総合的に判断して業務上であるか否かを判断するというものであり、判断の要件は、(1)対象疾病に該当する精神障害を発病していること、(2)対象疾病の発病前6ヶ月間に客観的に当該精神障害を

発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷が認められること、(3) 業務以外の心理的負荷及び固体側要因により当該精神障害を発病したと認められないことと規定されている。

この上記判断指針に説明してあるストレス(心理的負荷)の強度を評価すると、出来事に遭遇した心理負荷を軽度「Ⅰ」、中等度「Ⅱ」、高度「Ⅲ」と三段階に分け、上記判断指針では医療事故と精神疾患との因果関係を認めるためには、さまざまな角度から判断することになる。すなわち、1)事故や災害の体験には、ア.「悲惨な事故や災害の体験」をしたことは中等度のストレス「Ⅱ」、修正する着眼点は「事故や被害の大きさ、恐怖・異常性の有無」、イ.被害者が「大きな病気や怪我をした」は高度の心理負荷強度「Ⅲ」、修正する着眼点は「被災の程度、後遺障害の有無・程度、社会復帰の困難等」である、2)「仕事の失敗」「過重な責任の発生」の具体的出来事の中にはア.「重大な人身事故、重大な事故」を「起こした」あるいは「発生に関与した」は心理負荷強度「Ⅲ」で、その強度を修正する着眼点は「事故の大きさ、加害の程度、処罰の有無等」で修正される、イ.「病院(会社)によって重大な仕事上のミスをした」は心理負荷強度「Ⅲ」で、その強度を修正する着眼点は「失敗の大きさ・重大性、損害などの程度、ペナルティの有無」である。ウ.「病院(会社)で起きた事故(事件)について責任を問われた」は心理負荷強度「Ⅱ」で、その強度を修正する着眼点は「事故の内容、関与・責任の程度、社会的反響の大きさ、ペナルティの有無」、等である。

まず被害者の精神疾患発症と医療事故との関係を判断するためには、被害者の「**事故の悲惨・異常性**」と「**大きな病気**」の客観的判断である。判断指針「精神障害等の労災認定P96(労働省労働基準局補償課編、平成12年3月発行、労働調査会)⁴⁾によると「**大きな病気やケガをした**」の判断は、同判断指針では被災の程度、後遺障害の有無、社会復帰の困難性等から判断されるとされている。すなわち、鎖骨骨折程度のケガは、精神疾患発症の有力な原因とはならず、『大きな』とは、完全治癒に不安を残すような大きな病気やケガをした場合のように社会常識的に重篤であると認められる程度の傷病や、以前のような仕事を続けることは到底不可能になるような病気やケガをした場合等を指している。また同指針には「事故や災害の体験」では、「生死に関わる事故への遭遇等心理的負荷が極度のもの」は「特別な出来事」として、総合評価を「強」とすることができると規定されている。この規定は、出来事の心理負荷が極度のものは、それ自体で精神障害を発病させるおそれがあるという考えからであり、出来事に伴う変化を待たずして発病が認められる精神障害としては、逆に言えば出来事のその直後から発病したことが要件となると「精神障害等の労災認定P177」⁴⁾に記載されている。

C. 事例

1.医療事故(出来事)から精神障害を発症した労災認定事例(事例1)

1)事例の概要と精神障害発症の有無

平成X年夏のある日、外科医であるAは、肝内結石の疑いのある患者に対し、当該患者の主治医より内視鏡的逆行性胆道膵管造影検査(ERCP)の要請を受け、検査担当医としてERCPを施行した。

患者は、検査中より痛みと吐き気を強く訴えたため、検査を途中で終了したが、合併症である膵炎を発症した。Aは、この時に「これは医源性で私が作った膵炎だから私が主治医になります」と申出ており、主治医を交替し、その後Aが当該患者の治療を行っていたが、数日後、患者の症状が悪化したため手術を施行することになった。

Aは、毎日頻回に患者の病室をたずね、同僚の内科医師に「自分の施行した検査で患者

が重体に陥ったのは明らかなことなのに謝罪できないのが辛い」とよく口にしていた。

A は、検査から数週後に患者の状態が落ちつくまで2~3日病院に泊まったことがあり、妻によれば患者の容態が落ちついてから普段どおりの勤務に帰ったが、医師損害賠償保険が切れていることを気にしていた。検査1ヵ月後からいらいらして些細なことでも突っかかってくるようになり、2ヶ月後には態度が一変したり、それまで忘れたことのないポケベルを忘れて行くようになった。さらに「医者をやめようか」との発言もあった。

2ヵ月半後に患者の容態が急変し、これを境にそれまで突っかかっていたのが急に突っかかなくなり、好きであったビールをびたりとやめ、それまで止めていた煙草を吸うようになった。さらにこの日を境に患者の家族からの風当たりも強くなり、夜も眠れなくなり睡眠薬を服用するようになっている。そして、外科部長、内科部長、Aらで患者の家族に対して説明を行っている。その翌日Aは、病院で倒れ、点滴を受けている。

その後、患者の容態がさらに悪化し、Aはほとんど病院に寝泊まりするようになり、勤務の合間をぬって患者の病室やナース看護師詰所を頻回に訪室し、患者の状態を聞いている。

妻や病院関係者によれば、傍から見ても相当疲れているようであり、睡眠不足、食欲不振、患者のことになるとおどおどした感じで暗く寡黙になる、うつむいて歩くなどの申述があり、かなりのうつ状態となった。

そして、検査から3ヵ月後の午後、医局で休憩をしていた同僚医師らに対して突然「大丈夫です。自殺なんかしませんから。」と大声で叫び、看護師詰所に出たり入ったりして患者のカルテやモニタ見たりしていた。その翌日、看護師詰所に出たり入ったりを繰り返し詰所にいた看護師に対して「2晩も眠っていないからぼーっとする。ご飯も食べていない。」ともらし、自宅に電話した後、病院の屋上から飛び降りた。以上のことから ERCP 検査が誘因となって検査した患者の状態に連動してAの精神状態も変化してきており、検査で患者が重体になったことに非常に責任を感じ、患者の状態が悪化するのと並行して抑うつ状態が増悪している。自殺数日前には、かなり精神病的な状態で、現実判断力、集中力などの機能にも障害が及んでいるが、「精神病症状を伴ううつ病」と判断でき、典型的なその異常心理状態で自殺にいたったものと推認する。

2)業務外要因(個体側要因)の検討

Aの性格については、Aの妻は、「おおらかで明るく、きちょうめんで責任感が強い人だった」と申述しており、職場上司は、「几帳面、真面目、責任感が強い人だった。」と申述している。Aの性格は、ほとんどの人が共通して、きちょうめんで責任感が強く、まじめであると評価しており、その生活史において、社会生活、家庭生活において良好な適応を示してきており、私生活の上での特に問題となることは認められない。

3)業務と精神障害との関係

Aは、問題となった検査の1ヶ月前にB病院外科医師としてH総合病院から赴任し、診療にあたった。

今回の ERCP 検査は、肝内結石の疑いのある患者の主治医から検査依頼を受けて、Aが検査担当医として検査を施行した患者に合併症である膵炎が患者に発症したものである。

専門医の意見では、膵炎は、稀ではあるが ERCP 検査の合併症として予想されうるものであって、Aもそのことは十分心得ていたが、前任地の病院では、検査の前に本人から承

諾書を取っていたが、ここでは取っていなかったこと、転勤の忙しさに紛れて医師賠償責任保険が切れていたこと、検査後に発症した膵炎の治療に関し、転勤後間もなく、慣れない病院のシステム上、Aの思うように治療や家族への対応ができなかったことなどが大きな精神的な負担になったと思われる。

本事案について「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針³⁾」(以下「判断指針」という。)により、職場における心理的負荷となる出来事について検討すると別表1に例示された出来事の類型として「役割・地位等の変化」、具体的出来事として「転勤をした」に該当し、平均的な心理的負荷の強度は「Ⅱ」である。

また、「検査後の膵炎という合併症を誘発させた医療事故」は「病院で起きた事故(事件)について、責任を問われた」に類推適用でき心理的負荷の強度は「Ⅱ」と判断できる。すなわち、Aの業務上の精神的負担としては赴任したばかりの慣れない病院での自らの責任によって患者を死にいたらしめるような検査後の合併症に対する自責と後悔、検査前に本人から承諾書をとっておらず、医師賠償責任保険が切れていたこと、病院のシステム上、治療や患者家族への対応において、必ずしも自らの医師として知識と良心に基づいて行動できなかったことがあげられ、これらは、発症原因として十分強度な精神的負担であった。特に患者の状態が急変した自殺前の約1か月間の勤務状態は、通常の勤務に加えて当該患者につきっきりであり、これに睡眠障害も加わり、正常な精神を持った人間でも精神的変調を来す可能性があるような心身共に疲弊尽くすような状態であり、業務による心理的負荷の総合評価は「強」と判断できる。

2.業務過重性による自殺

1)管理職の医師の自殺(事例2)

(1)事例の概要：T病院部長である被災職員は、X年からT病院に勤務し、腎疾患を中心とした専門グループを立ち上げ、X+5年からは部長、X+5年6月頃から医長の体調不良、医長業務も担当するようになった。X+5年9月に週4日の非常勤医師1名が体調を崩し、病休となった。

X+6年4月に異動で2人部長であったが、一人の部長が異動したため、本人が内科を統括するようになった。

X+6年5月の末で同科の常勤医師2名退職、医員1名しか補充ができず、常勤2名と非常勤医師1名の3名となった。

X+6年7月に非常勤医師が1名着任し、同科は常勤2名と非常勤医師2名となった。欠員を補充するため大学等に医師の派遣交渉を行っていたが人員は補充されず、精神的負担が大きくなり、自らもX+6年7月に不眠や首の痛みなどを訴え、1カ月職場を休んだ。被災直前のX+6年8月下旬に出身大学に「非常な激務です。このままでは小生は病気になってしまいます」と窮状を訴える手紙を送ったが、医師派遣は難航し、医師派遣を断られた翌日、自宅で薬物注入し、救急搬送された。2週後に多臓器不全のため死亡、内科病床数は総数で129床あり、年間入院患者延実数は1632人(X+5年度)内科の中でも2日に1人は新しい患

者が入院していた。

(2)業務内容

部長職は通常、4～5人の入院患者の主治医となるが、医長の体調不良等により、20～25人の患者の主治医をしていた。(若手医師を指導・ペアでの担当を含む。)外来は1日60～80名、入院は20～25名を担当、また、内科責任部長として、内科全患者の責任を担っていた。手術(シャント手術、カテーテル挿入、腹膜手術等)週2回行っていた。検査に関しては「腎生検は一般病院にしてはかなり多いと思われる、年間約60症例の生検数のすべての症例について本人の立ち会いのもとで行っていた。(同僚職員の「上申書」より。)宿日直 自殺前6ヶ月時間外は月平均99時間であった。臨床研究、受託研究もあったが、カンファレンスは、週2回、1回2～4時間程度であった。レセプト点検は、本人は1週間弱の間に約2,000件の処理していた。その他に病院運営、院内会議、カンファレンス、宿日直・外来診療等調整、学会発表の助言・指導・文献検索等、設備整備に関わる業務があった。

2)長時間残業の末の自殺(事例3)

(1)事案の概要

89年10月から外科医として同病院に勤務。別の病院へ移った1週間後の92年4月、両親宅で薬物を注射して自殺3年勤務した最後の年度の3月中旬ころまでに、うつ病を発症し、転勤から1週間後に、うつ病による自殺念慮から、両親宅で薬物を自己の身体に注射して自殺した。死亡時29歳。「…30年という短い人生をふりかえると…毎日が楽しいとか、生きててよかったと思った事は一度もありませんでした。」「…動機は、毎日の生活に心も体もつかれ、精神的にまいってしまい、休息したいということです。」との遺書を残していた。

(2)業務過重性の有無

	時間外	宿日直	合計
30ヶ月間	150.6	20.0	170.6
12ヶ月間	146.1	21.0	170.6
6ヶ月間	154.2	19.8	174.0

自殺前6ヶ月間、12ヶ月間、30ヶ月間の1ヶ月平均の時間外労働時間と宿日直回数を調べたところ、月平均の残業時間が146～154時間、宿日直回数が19.8～21回であった。恒常的な長時間残業が発生していたことは明らかであった。そして労働基準監督署が自殺前6ヶ月の時間外80.5時間としていたことに対して地裁は本件病院の予算上の理由によるものと判断し、月平均の残業時間が146～154時間、宿日直回数が19.8～21回を採用した。

D.考察

1.医療過誤裁判事例調査より

訴訟医療事故によって精神疾患が発症するためには、前述したような大きな病態を引き起こすほどの事故ということが前提となる。すなわち、純粋に医療事故のために重度の後遺障害が残存し

た程度により被害者の心理負荷強度は「Ⅲ」になる可能性があり、逆に医療事故の影響は少なく、身体疾患そのものの影響で後遺障害が残存した場合は、あらかじめ医師が患者に後遺障害の程度をどのように説明しているかで、患者の後遺障害に対する受け入れが変わり、そのストレス強度は低下するということになる。

次に医療従事者の側からすれば、仕事上のミスのために患者が死亡（加害の程度により強度「Ⅲ」）した場合、判断指針では「責任を問われた」に該当、ストレスは中等度の強度「Ⅱ」ということになり、刑事処分を受け大きな社会的反響を呼んだとなるとストレスは修正されて総合評価も強度「Ⅲ」になる可能性が出てくることになる。

このように患者や医療従事者に精神疾患が発症した場合、医療事故に伴う心理負荷の総合評価が強度「Ⅲ」以上になるようであれば、精神疾患発症との間には相当因果関係が存在するということになる。

「急性咽頭炎の患者に対しステロイド剤の点滴及び非ステロイド消炎鎮痛剤の投薬したところ出血性胃潰瘍になり胃の全摘手術を受けたが、多臓器不全等で死亡(大阪地裁)判例時報 1706・41)のように死に至るほどの疾病でないと医療者、家族が判断考えていない間に死に至ってしまった場合や抗ガン剤を過量投与されて死亡した女子高生の患者を担当した主治医、指導医が業務上過失致死剤で起訴され有罪が確定し、病院側に 7600 万円の支払いが命じられた事件(さいたま地裁・2004.03.25 東京朝刊)、綿あめの割りばしをのどに突き刺し、救急受診した翌日に死亡した事故で、担当医師が検査しなかったために頭蓋内に 7.6cm の割りばしが刺さっているのがわからず局所の処置を投薬のみで帰宅させていた(2002.08.03 東京朝刊)事故のように大きな診断上の誤診をしてしまったために、死亡という取り返しのつかない事態(大きな病気)を引き起こされた場合を考えてみる。その原因が明らかに医師の誤診による場合は、上記判断指針によると患者に致命的な病態(「異常な出来事」は心理負荷強度「Ⅱ」で「生死に関わる事故」を着眼として修正して「Ⅲ」)を引き起こさせ、医師の「仕事の失敗」に該当、具体的出来事は「責任を問われた」で心理負荷強度「Ⅱ」で重大な事件、死亡事故に繋がったという観点から修正して強度「Ⅲ」となり、医療事故に伴うストレスは十分、医療者側、患者(遺族)側双方に精神疾患を引き起こす可能性が相当因果関係をもって存在することになる。

2.業務上認定された事例より

1)労災認定事例からみたメンタルヘルスの必要性

提示した事例 1 の自殺を何故、防ぐことができなかったかということが、まず問題にされねばならない。2 カ月半後に患者の容態が急変した後、A は断酒し、不眠のために睡眠薬を服用し、病院に寝泊まりするようになり、A の抑うつ状態は急激に増悪している。家族、職場とも A の異変に気づきながら、何の手立てもできず A は自死に至った。医師、看護師は健康を守る専門家であり、自らの健康は自ら守るという自己保健義務があることは論をまたないが、A の抑うつ状態の増悪過程を振り返ると、何とか精神状態を保とうと必死に戦っている姿が浮かび上がり、周囲に助けを求めない姿勢が窺われる。

すでに本人自らが実施した検査の合併症により患者の病態が悪化していく過程で A にうつ病が発症していたのは明らかである。注意をしなければならないのは、職場が本人のうつ病発症に気がついていながら、何の配慮もなかったという点が、医療機関におけるメンタルヘルスクアを実施して

いく上で問われるべきである。Aは、うつ病に罹患していたがために判断能力を失っていた可能性があり、ほとんど病院に寝泊りをしていたこと自体が異常な事態と判断される。

この事例は、早期に精神科治療に導入すべき事例であり、医療機関におけるメンタルヘルスケアへの導入や体制の必要性を考えさせられる事例である

事例2は、本来は常勤医師4名と非常勤医師2名体制が、常勤医師2名が退職し、非常勤医師1名が病休となり、患者も4~5名から20~25名を担当、なおかつ内科を統合しなければいけないという新たな業務に伴う責任が発生した。このように退職や病欠で医師不足が深刻化し、部長として人材確保に悩み、出身大学から医師派遣も難航し、派遣を断られた翌日、自宅で自殺した。本来の医療体制に欠員が生じ、業務量が増加、さらに内科部長としての責任が発生し、自らも病気になり、長時間残業が恒常化し、十分強度の過重性が認められ、公務災害として認定された。

事例3は労基署が当初「自殺と業務の因果関係は認められない」として遺族補償給付金を支給しないことを決めたため、提訴されたが、高裁では、1) 最大259.5時間、平均170.6時間に及んでいた、2) オンコール体制や宿直の過重性を評価、3) 医師は裁量性があるがゆえに過重性が増す、4) 外科医の業務の質から、心理的負荷が高い、5) 休日は月平均1~2日しかなく、徹夜勤務を重ねていた、6) 遅くとも自殺の1カ月前にはうつ病にかかっていた等と認定した。労働基準監督署の月平均80時間残業と裁判所の時間外労働の把握が大きく違っていた点で医師の時間外労働の把握を問う地裁判決となった。本件訴訟の意義 裁判所レベルでは、これまで研修医が病院を訴えた損害賠償請求訴訟の認容判決があるだけである。認容判決は医師の自殺訴訟として初めてであり、医師の行政訴訟としても初めてである。今日、医師の過重労働が問題され、過労死も後を絶たない中で、今回の判決の与える影響は大きい。

3. 医師の時間管理に関して

長時間残業に関して「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について³⁾」によれば「極度の長時間労働、例えば数週間にわたる生理的に必要な最小限度の睡眠時間を確保できないほどの長時間労働は、心身の極度の疲弊、消耗をきたし、うつ病等の原因となる場合がある」と記載されているが、実務的には4~5時間の睡眠が数週以上、継続した場合は、長時間労働とうつ病との間には相当因果関係が存在すると判断される。

医師は看護師のように二交代~三交代制で休日夜間対応しているわけではない。宿日直勤務者については、労働基準監督署長の許可を得た場合には、労働基準法上の労働時間、休憩、休日に関する規定は適用が除外される。すなわち、1) 労働時間（労働基準法第32条）、2) 休憩（労働基準法第34条） 労働時間、3) 休日（労働基準法第35条）、4) 時間外・休日労働の割増賃金（労働基準法第37条）が除外されている。一般的許可基準として、1) 勤務の態様・常態としてほとんど労働する必要のない勤務、原則として、通常の労働の継続は許可しない、2) 宿日直手当：1日又は1回につき、宿日直勤務を行う者に支払われる賃金の1日平均額の1/3以上、3) 宿日直の回数・宿直については週1回、日直については月1回を限度、4) その他：宿直については、相当の睡眠設備の設置が決められている。医師、看護師等の宿直の許可基準（一般的基準の取扱い細目）には、1) 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること、2) 夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外に、病院の定時巡回、異常事態の報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温等、特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務に限ること、3) 応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等があり、昼間と同態様の労働に従事することが常態であるようなものは許可しない、4) 夜間に十分睡眠がとりうること、5) 許可を得て宿直を行う場合に、2)のような労働が稀にあって

表6	1週間の院内滞在時間	1週間の宿日直時間	宿日直時の緊急診察件数	緊急診察時間	1日平均睡眠時間	1週間も時間外労働	時間外緊急診察件数	診察時間
件数	58	58	58	58	58	58	58	58
有効件数	58	47	44	42	30	50	43	41
最大	100	52	40	12	7	45	10	11
最小	35	0	0	0	0	0	0	0(0.5)
平均	62.6	14.5	5.9	2.2	4.2	14.6	1.1	1.2
標準偏差	16.7	13.5	8.6	2.9	1.5	9.5	1.9	2

表7	拘束時間	拘束緊急診察件数	拘束診察時間	カンファ時間	会議時間	院外勤務先	院外宿日直回数	院外の勤務時間
件数	58	58	58	58	58	58	58	58
有効件数	45	37	37	53	55	56	49	56
最大	72	10	16	5	10	4	3	47
最小	0	0	0	0	0	0	0	0
平均	17	0.7	0.8	2.4	1.9	1.6	0.4	11.2
標準偏差	19.7	1.7	2.6	1.2	2	0.8	0.7	8.4

医師の時間管理が行われていない医療機関(大学病院300床)における衛生委員会活動の中で実施された調査(表6、7)によると、医師60名から回答が得られた。1週間の院内滞在時間平均時間は62.6時間、1週間の宿日直時間の平均時間は14.5時間、宿日直時の緊急診察件数：5.9、緊急診察時間：2.2時間、1日平均睡眠時間：4.2時間、1週間の時間外労働：14.6時間、時間外緊急診察件数：1.1、緊急診察に要した診察時間は1.2時間であった。次に1週間の平均拘束時間は17時間、拘束緊急診察件数は0.7件、拘束時に呼び出されたときの診察時間は0.8時間、1週間の平均カンファレンス時間は2.4時間、1週間の平均会議時間は1.9時間、1週間の院外宿日直回数は0.4回、院外の1週間の勤務時間11.2時間であった。

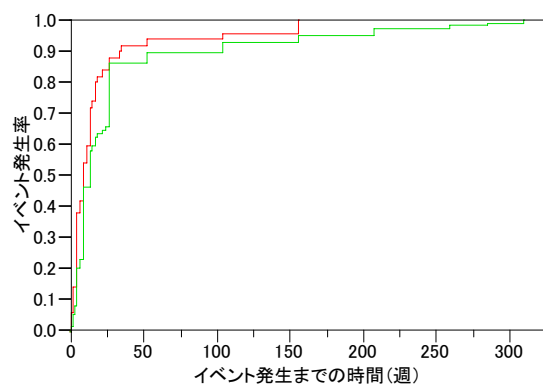
山村⁶⁾は平成15年度災害科学に関する研究の中で発症前に十分な睡眠が確保できなかった55例について「睡眠時間を4時間未満(睡眠時間<4)と4時間以上(睡眠時間>=4時間)で層別化して、生存時間分析(精神疾患発生率)を行った結果：ログランク検定(p=0.0099)、一般化ウイルコクソン検定(p=0.0167)の結果から、十分な睡眠時間の確保ができていない場合に発症までの期間が短いことが確認できたことになる。すなわち、4時間未満の睡眠が20週続いた時点で80%の発症率(イベント発生率0.8)であるのに対し、4時間以上の睡眠では60%(イベント発生率0.6)であった」と報告している。

長時間労働と睡眠時間との関係については、次の報告が参考になるものとする。

NHK調査報告(表8)

睡眠	7.4時間
食事等(食事、身の回りの用事、通勤等の時間)	5.3時間
仕事(拘束時間=法定8時間+休憩1時間)	9.0時間
余暇	2.3時間

総務庁の「平成8年社会生活基本調査報告」及びNHKの「2000年国民生活時間調査報告書⁷⁾」によれば、標準的な労働者の1日の生活時間では、睡眠時間は7.4時間とされている。また、過労死



の新認定基準（平成 13 年 12 月 12 日付け基発第 1063 号通達）⁸⁾の根拠となった「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会報告書」ではこの調査から、睡眠時間と時間外労働との関係について表 2 のとおり報告している。

睡眠(表9)	1日の時間外労働	1カ月間の時間外労働
7.5時間	2時間	45時間
6.0時間	4時間	80時間
5.0時間	5時間	100時間

すなわち、1日の労働時間8時間を超えた時間外労働が2時間程度、4時間程度及び5時間程あり、これが1カ月継続した状態について（それぞれ睡眠は7.5時間、6.0時間、5.0時間。）1カ月の平均勤務日数（休日労働日は含まない。）21.7日に乗じて、1カ月間の時間外労働時間数を概ね45時間、80時間及び100時間としている。内山⁹⁾も平成15年度災害科学に関する研究の中で「4時間睡眠を1週間にわたり続けると健常者においてもコルチゾール分泌過剰状態がもたらされるという実験結果もある。これらを総合すると、4～5時間睡眠が1週間以上続き、かつ自覚的な睡眠不足感が明らかな場合は精神疾患発症、とくにうつ病発症の準備状態が形成されると考えることが可能と思われる。」と報告している。

2006年11月2日に労働安全衛生法等の一部（平成17年法律第108号）¹⁰⁾改正に合わせて改正された労働安全衛生規則では、産業医の職務として面接指導等の実施等が追加され、面接指導の具体的な対象者として、「1週間当たり40時間を超えて労働させた時間が1月当たり100時間を超え、かつ、疲労の蓄積が認められる者」とされている。さらに、衛生委員会の調査審議事項として、長時間にわたる労働による労働者の健康障害の防止を図るための対策及び労働者の精神的健康の保持増進を図るための対策を行うことが記載されている。このような行政施策は、労働者の睡眠確保を守ることで睡眠不足によって誘発される精神疾患や業務災害を防止するためであることは論をまたない。

E. 結論

判例タイムス908号(96.8.1)以降、判例時報1567号(96.8.1)以降に掲載されている医療過誤判例の中で要旨の記載で理解できる286例の医療者側の責任が問われた事例について医師のストレス評価に関して考察を加えた。医師の需給に関する検討会(第4回)、医療機関における過重労働・メンタルヘルス対策に係わる調査報告書・某大学病院の調査結果から医師の時間管理の現状を明らかにし、過重労働による健康障害を防止する目的で改正された労働安全衛生法を遵守するためにも、また睡眠時間と精神疾患発症との観点からも医師の時間管理は避けては通れない問題であることは論をまたない。

文献

- 1) 厚生労働省補償課：精神障害等の労災補償状況 2004、5
- 2) [医療過誤訴訟の近年の現状：全日本弁護士法人](http://www.office-hokuto.com/minji-iryuu-kago.htm#)
<http://www.office-hokuto.com/minji-iryuu-kago.htm#>

- 3) 労働省労働基準局補償課職業病認定対策室：心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針について、1999、9.
- 4) 医師の需給に関する検討委員会(第4回)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/txt/s0425-4.txt>
- 5) 医療機関における過重労働・メンタルヘルス対策に係わる調査結果報告書(平成17年度)P36(表3-4)、P46(表3-14)財団法人、労災保険情報センター、2006
- 6) 山村重雄：長時間残業調査データ生存時間分析解析結果、平成15年度災害科学に関する研究 P157-159
- 7) 総務庁「H8年度社会生活基本調査報告」、NHK放送文化研究所「2000年国民生活時間調査報告書」、『放送研究と調査』2001年4月号
- 8) 厚生労働省：脳・心臓疾患の認定基準の改正について、2001.12.12(平成13年12月12日付け基発第1063号通達)
- 9) 内山真：睡眠と精神障害との関係に関して 平成15年度災害科学に関する研究 P5-28
- 10) 厚生労働省：労働安全衛生法等の一部改正(平成17年法律第108号)2006.11.2

時間外労働に関する調査

年齢()歳 性別(男 女) 名前

所属は下記に○をおつけください。

整形外 眼科 放射線 メンタル 病理 耳鼻科 小児科 麻酔科 内科 皮膚科 産婦人科
外科 泌尿器科 脳外科 内視鏡

1. 最近、1週間の院内滞在時間 時間
2. 最近、1週間の宿日直の時間(平日17～9時、土14～9時、日・祝9～9時) 時間
宿日直時に緊急で診察した件数 ()件
診察に要した時間 時間
宿日直時の1日平均睡眠時間 時間
3. 最近、1週間の時間外労働時間(通常勤務9～17時以外&宿日直以外)は 時間
緊急で診察した件数 ()件
診察に要した時間 時間
4. 最近、1週間で拘束時間は 時間
緊急で診察した件数 ()件
診察に要した時間 時間
5. 最近、1週間のカンファレンスの時間は 時間
6. 最近、1週間の会議に出席した時間は 時間
7. 最近、1週間の院外での勤務先 ()ヶ所
当院外の宿日直の回数()回
院外での勤務時間 時間
8. その他に時間管理やメンタルヘルスに関するご意見があればお書きください。

厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学分野研究事業
研究課題：自殺企図の実態と予防介入に関する研究
分担研究総合報告書

希死念慮尺度 (Suicide Intent Scale) 日本語版の信頼性と妥当性に関する予備的研究

担研究者 松岡 豊 国立精神・神経センター精神保健研究所 室長
研究協力者 西 大輔 国立病院機構災害医療センター 精神科

研究要旨 自殺未遂者の再企図および自殺既遂を予測するため、自殺未遂者の自殺企図時の希死念慮を定量化できる Suicide Intent Scale (SIS) の日本語版を作成し、その信頼性と妥当性を検証するための予備的研究を行った。開発者の許可を得て SIS の原版を日本語に翻訳し、日本語を再び英語に翻訳しなおしたものを開発者に提出して評価を受け、指摘された点を修正して再評価を受けるという手続きを 3 回繰り返して、SIS 日本語版を完成させた。その上で、自殺未遂で国立病院機構災害医療センターの救命救急科に入院し、精神科がコンサルテーションを受けた患者 24 名を対象に、SIS 日本語版を含む質問紙および精神科医による面接を実施した。今後は精神科スタッフの増員、救命救急科との非常に密な連携、多施設共同で対象者を集積すること等の対策を講じ、多数の対象者を集積して本格的な標準化作業を行っていくことが望ましいと考えられた。

A. 研究目的

わが国では 1998 年に自殺者数が急増し、それ以降は年間 3 万人以上を記録し続けている。2003 年のわが国の自殺者は 34,427 人にのぼり、前年から 2,284 人(7.1%)増加した(1)。25 歳から 44 歳までの男性、および 20 歳から 29 歳までの女性において、自殺は死因の第 1 位となっている。自殺は、それに至る過程で自殺者本人が経験する精神的苦痛のみならず、残された者への精神的影響も非常に大きく、また若年死亡の主要な死因となっていることから、社会経済的な損失も大きい。

自殺既遂の主要な危険因子に、自殺未遂歴が挙げられる。Owens らの系統的レビューによると、自殺未遂者の 15%前後が 1 年以内に再び自傷行為を行い、また自傷後 1 年以内に 0.5%~2%、9 年後には 5%が自殺既遂に至る(2)。これは一般人口の数百倍にあたる。従って自殺予防の観点から、自殺未遂者の再企図予防に向けた取り組みは急務である。筆者らは平成 17 年度の本研究で国立病院機構災害医療センターの救命救急センターに新規入院した患者の実態を明らかにしたが、それによると自殺未遂者は全入院症例の 11.5%にのぼった。このような状況にもかかわらず、東京都の全救急告示病院のうち約 80%が精神科を設置していないなど(3)、わが国では救急医療における精神科的な需要は決して十分に満たされているとは言えない。

Suicide Intent Scale(SIS)は、1974 年に Aaron T. Beck らによって開発された、希死念慮に関する 15 項目から成る質問紙である(4)。自殺

未遂時の客観的な状況に関する 8 項目(セクション I)、主観的な希死念慮の強さを確認する 7 項目(セクション II)、その他の 5 項目(セクション III)から構成され、内的一貫性、評定者間信頼性、うつ状態の重症度や絶望感との併存妥当性が確立されている。複数の前向きコホート研究で、特にセクション I が自殺既遂の予測因子として有用であると確認されている(5, 6)。非精神科医師でも実施可能であることから、標準化されればわが国の自殺未遂者の再企図予防に貢献しうると考えられる。

そこで我々は、SIS 日本語版を作成するとともに、それを標準化するための予備的知見を得ることを目的として本研究を行った。

B. 研究方法

まず、開発者の許可を得て SIS 原版を日本語に翻訳し、日本語を再び英語に翻訳しなおしたものを開発者に提出して評価を受け、指摘された点を修正して再評価を受けるという手続きを 3 回繰り返し、SIS 日本語版を完成させた。

そして、2005 年 3 月から 7 月にかけてパイロット研究として 8 人の調査を行い、実施可能と判断し、2005 年 8 月から本調査を開始した。具体的には、自殺未遂で国立病院機構災害医療センター(以下、当センター)の救命救急科に入院し、精神科コンサルテーションを受けた患者を対象に、SIS 日本語版を含む質問紙および精神科医による面接を実施した。適格条件は、1) 本人の叙述で自殺企図時に希死念慮があったことが確認できる、2) 20 歳以上 80 歳未満、3) 文

書による参加同意が得られる。除外条件は、1) 脳画像検査(CT/MRI)で脳実質の障害が認められる、2) 調査に耐えられないほど精神身体状態が不良である、3) 母国語が日本語以外、とした。なお、自殺未遂の定義は世界保健機関ヨーロッパ事務局に準拠し、「死に至らない結果をもたらす行為で、個人が故意に起こした、ほかの人の介入がなければ自分自身を傷つけうる非習慣的なものか、個人が処方量や通常認識されている治療量をこえて故意に物質を摂取するか、実際の、または期待された身体的結果によって、その人が望んだ結果を実現することを目的としたもの」(7)とした。

身体的な初期治療が終わり救命救急科担当医の許可を得た後、患者が退院するまでに研究参加への導入を行った。またSIS日本語版の併存妥当性を検証するため、うつ状態を評価する自己記入式質問紙 Beck Depression Inventory II (BDI-II) (8)、絶望感を評価する自己記入式質問紙 Hopelessness Scale (HS) (9)もSISとともに施行した。年齢、性別などの人口統計学的背景や自殺未遂の手段は面接にて聴取した。

(倫理面への配慮)

研究参加はあくまでも個人の自由意志によるものとし、研究への同意参加後も随時撤回可能であり、不参加による不利益は生じないこと、個人のプライバシーは厳密に守られることについて開示文書を用いて十分に説明した。また本研究により速やかに患者に直接還元できる利益がないことを説明し、調査中に生じる身体的・精神的負担に対しては、可

能な限りその負担軽減に努めた。さらに、利害の対立を避けるため、可能な限り治療と調査を別の精神科医が担当するようにした。なお、研究は当センターの倫理審査委員会で研究計画が承認され(2005年3月29日)、参加者本人からの文書同意を得た後に行われた。

C. 研究結果

研究開始後15ヶ月間に適格者63人のうち35人が研究導入前に退院した。残る28人のうち4人が研究参加を拒否し、24人(85.7%)が調査を終了した。参加者の平均年齢は35.0歳(標準偏差13.1、範囲20-65)で、男性が9人、女性が15人であった。

自殺企図手段別では、大量服薬が13人、刃器による刺創が6人、飛び降りか2人、縊首が2人、服毒が1人であった。10人が自殺企図時点で精神科の治療を受けていた。

SISの平均得点は15.8(標準偏差5.0、範囲5-23)点、セクションIの平均得点は6.5(標準偏差2.7、範囲2-12)点、セクションIIの平均得点は9.3(標準偏差3.5、範囲2-13)点、BDI-IIの平均得点は33.2(標準偏差9.0、範囲9-57)点、HSの平均得点は13.2(標準偏差4.4、範囲1-20)点、であった。

D. 考察

研究導入した自殺未遂者のうち85.7%が研究に参加した一方、対象者の56%が研究導入前に退院した。救命救急センターにおける自殺未遂者を対象とした観察研究は、対象者に精神科的介入が必要であることや

入院期間が短いことなど、実施にあたって困難な点が多い。本研究の結果からは、自殺未遂者を対象とした観察研究は十分可能であるが、それには精神科スタッフの増員、救命救急科との非常に密な連携、多施設共同で対象者を集積すること等の対策が必要であると考えられた。

また、前向きコホートによる2つの先行研究では、それぞれ12年間と5年間の追跡期間中に自殺既遂に至った症例のSIS平均得点はいずれも約15点であり(5, 6)、本研究のSISの平均得点もこれらと同程度の高値を示している。当センターは救命救急科が3次救急施設として年間2500人以上の重症患者を受け入れており、身体的に重症な未遂者の占める割合が比較的高いことがSISの平均得点の上昇につながったと考えられた。

E. 結論

自殺既遂の予測因子として有用であることが示されている Suicide Intent Scale(SIS)の日本語版を開発者の許可を得て作成し、その標準化のための研究を開始した。

今後は精神科スタッフの増員、救命救急科との非常に密な連携、多施設共同で対象者を集積すること等の対策を講じた上で、本格的な標準化作業を行っていくことが望ましいと考えられた。

<引用文献>

1. 警察庁. 平成15年中における自殺の概要資料. 2004.
2. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. Br J

Psychiatry 2002;181:193-9.

3. kenkyukai Is. Byoin Yoran 2003-2004 (in Japanese). Tokyo: Igaku shoin; 2003.
4. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. Maryland: Charles Press; 1974.
5. Suominen K, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. BMC Psychiatry 2004;4(1):11.
6. Harriss L, Hawton K, Zahl D. Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. Br J Psychiatry 2005;186:60-6.
7. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatr Scand 1992;85(2):97-104.
8. Beck AT, Steer R, Brown GK. Manual for Beck Depression Inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
9. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974;42(6):861-5.

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

(2004年)

1. 松岡豊, 中島聡美, 金吉晴: かかりつけ医におけるうつ病スクリーニング介入の有用性—系統的レビューによる検討. 週間日本医事新報 4195: 62-68, 2004. 9. 18.
2. 松岡豊, 松岡素子, 永岑光恵, 中島聡美, 金吉晴: がん患者とPTSD. 臨床精神医学 33 (5): 699-706, 2004

(2005年)

3. Yutaka Matsuoka, Masatoshi Inagaki, Yuriko Sugawara, Shigeru Imoto, Tatsuo Akechi, Yosuke Uchitomi: Biomedical and psychosocial determinants of intrusive recollections in breast cancer survivors. Psychosomatics 2005;46:203-211
4. Eisho Yoshikawa, Yutaka Matsuoka, Masatoshi Inagaki, Tomohito Nakano, Tatsuo Akechi, Makoto Kobayakawa, Maiko Fujimori, Naoki Nakaya, Nobuya Akizuki, Shigeru Imoto, Koji Murakami, and Yosuke Uchitomi: No adverse effects of adjuvant chemotherapy on hippocampal volume in Japanese breast cancer survivors. Breast Cancer Research and Treatment 2005; 92:81-84
5. Yuriko Sugawara, Tatsuo Akechi, Toru Okuyama, Yutaka Matsuoka, Tomohito Nakano, Masatoshi Inagaki, Shigeru Imoto,

Takashi Hosaka, Yosuke Uchitomi: Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. Supportive Care in Cancer. 2005;13:628-636

6. 川瀬英理, 下津咲絵, 今里栄枝, 唐澤久美子, 伊藤佳菜, 齊藤アナ優子, 松岡豊, 堀川直史: がん患者の抑うつに対する簡易スクリーニング法の開発—1 質問法と2 質問法の有用性の検討. 精神医学 47(5):531-536, 2005
 7. 松岡豊, 稲垣正俊, 吉川栄省, 中野智仁, 菅原ゆり子, 小早川誠, 明智龍男, 内富庸介: がん患者における精神的苦痛に関する脳画像研究. 精神保健研究 51:33-38, 2005
 8. 川瀬英理, 松岡豊, 中島聡美, 西大輔, 大友康裕, 金吉晴: 三次救急医療における精神医学的問題の検討. 精神保健研究 51:65-70, 2005
 9. 松岡豊, 吉川栄省: サイコオンコロジーにおける脳画像. 臨床脳波 47(12):748-752, 2005
 10. 西大輔, 川瀬英理, 松岡豊: がん患者の PTSD 症状とその対応. 緩和医療学 7(2): 12-20, 2005
- (2006-07年)

11. Eisho Yoshikawa, Yutaka Matsuoka, Hidenori Yamasue, Masatoshi Inagaki, Tomohito Nakano, Tatsuo Akechi, Makoto Kobayakawa, Maiko Fujimori, Naoki Nakaya, Nobuya Akizuki, Shigeru Imoto, Koji Murakami, Kiyoto Kasai, and Yosuke

- Uchitomi: Prefrontal cortex and amygdala volume in first minor or major depressive episode after cancer diagnosis. *Biol Psychiatry* 59(8): 707-712, 2006
12. Daisuke Nishi, Yutaka Matsuoka, Eri Kawase, Satomi Nakajima, Yoshiharu Kim: Mental health service requirements in a Japanese medical center emergency department. *Emerg Med J* 2006;23:468-469
 13. Yutaka Matsuoka, Mitsue Nagamine, Masatoshi Inagaki, Eisho Yoshikawa, Tomohito Nakano, Makoto Kobayakawa, Eriko Hara, Tatsuo Akechi, Shigeru Imoto, Koji Murakami, Yosuke Uchitomi: Cavum septi pellucidi and intrusive recollections in cancer survivors. *Neuroscience Research* 56(3):344-346, 2006
 14. Masatoshi Inagaki, Eisho Yoshikawa, Yutaka Matsuoka, Yuriko Sugawara, Tomohito Nakano, Tatsuo Akechi, Noriaki Wada, Shigeru Imoto, Koji Murakami, Yosuke Uchitomi: Smaller regional volumes of brain gray and white matter demonstrated in breast cancer survivors exposed to adjuvant chemotherapy. *Cancer* 109:146-56, 2007
 15. Masatoshi Inagaki, Eisho Yoshikawa, Makoto Kobayakawa, Yutaka Matsuoka, Yuriko Sugawara, Tomohito Nakano, Nobuya Akizuki, Maiko Fujimori, Tatsuo Akechi, Taira Kinoshita, Junji Furuse, Koji Murakami, Yosuke Uchitomi: Regional cerebral glucose metabolism in patients with secondary depressive episodes after fatal pancreatic cancer diagnosis. *J Affective Disorders* 99(1-3):231-6, 2007
 16. Yutaka Matsuoka, Mitsue Nagamine, Etsuro Mori, Shigeru Imoto, Yoshiharu Kim, Yosuke Uchitomi: Left hippocampal volume inversely correlates with enhanced emotional memory in middle aged healthy women. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* (in press)
 17. Mitsue Nagamine, Yutaka Matsuoka, Etsuro Mori, Shigeru Imoto, Yoshiharu Kim, Yosuke Uchitomi: Different emotional memory consolidation in cancer survivors with and without a history of intrusive recollection. *J Traumatic Stress*, in press
 18. Mitsue Nagamine, Yutaka Matsuoka, Etsuro Mori, Maiko Fujimori, Shigeru Imoto, Yoshiharu Kim, Yosuke Uchitomi: Relationships between heart rate and emotional memory in subjects with a past history of PTSD. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, in press
 19. 原恵利子, 永岑光恵, 松岡豊, 金吉晴: PTSD 薬物療法の最近の

- 進歩. トラウマティックストレス 4(1): 65-67, 2006
20. 松岡豊, 西大輔: 交通事故と PTSD. こころの科学 129: 66-70, 2006
 21. 松岡豊, 大園秀一: がんと PTSD. こころの科学 129: 83-88, 2006
 22. 西大輔, 松岡豊: 希死念慮の適切な評価. 医学のあゆみ 2007 (印刷中)

著書

(2005年)

1. Yutaka Matsuoka: Delirium. In Albrecht G. (Eds.) Encyclopedia of Disability, pp377, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 2005

(2006年)

2. Yutaka Matsuoka, Mitsue Nagamine, Yosuke Uchitomi: Intrusion in women with breast cancer. In: Kato N, Kawata M, Pitman RK (Eds.) PTSD: Brain Mechanism and Clinical Implications, pp 169-178, Springer-Verlag, Tokyo, 2006
3. 広常秀人, 松岡豊: 交通事故. 心的トラウマの理解とケア 第二版. じほう. 東京, pp163-182, 2006
4. 中島聡美, 松岡豊, 金吉晴: PTSD. チーム医療のための最新精神医学ハンドブック (大野裕編) pp122-130, 弘文堂, 東京, 2006
5. 野口普子, 松岡豊: 救急医療従事者のストレスマネジメント. 救急医療の基本と実際<精神・中毒・災害> (行岡哲男・大田祥一編集), 壮道社, 東京, 2006
6. 西大輔: PDI(Peritraumatic

- Distress Inventory). 心的トラウマの理解とケア 第2版, 金吉晴編, pp316, じほう, 東京, 2006
7. 西大輔, 松岡豊: 心的トラウマと PTSD(外傷後ストレス障害). 救急医療の基本と実際<精神・中毒・災害> (行岡哲男・大田祥一編集), 壮道社, 東京, 2007

学会発表

(2004年)

1. 永岑光恵, 松岡豊, 森悦朗, 藤森麻衣子, 井本滋, 金吉晴, 内富庸介: 刺激の予期状況における心拍が情動性記憶に及ぼす影響. 第34回日本神経精神薬理学会・第26回日本生物学的精神医学会合同大会, 東京, 2004. 7. 21-23.
2. 松岡豊, 中島聡美, 金吉晴: プライマリケアにおけるうつ病スクリーニング 介入は果たして有用か. 第17回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2004. 11.
3. 川瀬英理, 松岡豊, 中島聡美, 西大輔, 金吉晴: 三次救急医療における精神医学的問題の予備的検討. 第17回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2004. 11.

(2005年)

4. 松岡豊: がんのことを繰り返し思い出す人についての科学. 第5回先端医科学へのアプローチ研究会. 2005/5/14-15 (群馬・水上町)
5. 河野裕太, 丸山道生, 松岡豊, 松下年子, 松島栄介: 消化器がん患者の退院後の心理的苦痛とセルフエフィカシー. 第10回日本緩和医療学会総会・第18回日本サイコオンコロジー学会総会

- 合同大会. 2005/6/30-7/2(横浜)
6. 松岡豊, 内富庸介 : がん患者における侵入性想起の関連因子に関する検討. 第5回日本トラウマティックストレス学会. 2006/3/10-11 (神戸)
(2006-07年)
 7. Yutaka Matsuoka, Mitsue Nagamine, Etsuro Mori, Shigeru Imoto, Yoshiharu Kim, and Yosuke Uchitomi: Smaller amygdala volume predicts enhancement in declarative memory caused by emotional arousal in women. Joint Meeting of the 28th Annual Meeting of the Japanese Society of Biological Psychiatry, the 36th Annual Meeting of the Japanese Society of Neuropsychopharmacology, and the 49th Annual Meeting of the Japanese Society of Neurochemistry, Nagoya, 2006 .9. 14 -16
 8. Yutaka Matsuoka, Masatoshi Inagaki, Yuriko Sugawara, Tatsuo Akechi, Yosuke Uchitomi: Biomedical and psychosocial determinants of intrusive recollections in women with breast cancer. 8th World Congress of Psycho-Oncology, Venice, 2006. 10. 18 -21
 9. Eisho Yoshikawa, Masatoshi Inagaki, Yutaka Matsuoka, Makoto Kobayakawa, Yuriko Sugawara, Tomohito Nakano, Tatsuo Akechi, Maiko Fujimori, Shigeru Imoto, Koji Murakami, Yosuke Uchitomi: No adverse effects of adjuvant chemotherapy on hippocampal volume in Japanese breast cancer survivors. 8th World Congress of Psycho-Oncology, Venice, 2006. 10. 18 -21
 10. Yutaka Matsuoka, Mitsue Nagamine, Etsuro Mori, Shigeru Imoto, Yoshiharu Kim, Yosuke Uchitomi: Smaller left hippocampal volume predicts enhanced emotional memory: possible underlying mechanism of cancer-related intrusion. The 65th Annual Scientific Conference of the American Psychosomatic Society, Budapest, Hungary, 2007. 3. 7-10
 11. Mitsue Nagamine, Yutaka Matsuoka, Etsuro Mori, Shigeru Imoto, Yoshiharu Kim, Yosuke Uchitomi: Different emotional memory in women with and without cancer-related intrusion. The 65th Annual Scientific Conference of the American Psychosomatic Society, Budapest, Hungary, 2007. 3. 7-10
 12. 松岡豊, 内富庸介 : がん患者における侵入性想起の関連因子に関する検討. 第5回日本トラウマティックストレス学会. 2006/3/10-11 (神戸)
 13. 廣常秀人, 加藤寛, 堤敦朗, 大

- 澤智子, 神吉みゆき, 福原真紀, 西大輔, 松岡豊, 金吉晴: JR 福知山線事故における負傷者調査-第一報. シンポジウム「トラウマケアの拡がり: 交通災害や輸送災害後の被害者援助」第 5 回日本トラウマティックストレス学会. 2006/3/10-11 (神戸)
14. 永岑光恵, 松岡豊: がんに関連する侵入性想起と情動性記憶の関連. 日本心理学会第 70 回大会. 2006/11/3-5 (福岡)
15. 松岡豊, 永岑光恵, 稲垣正俊, 吉川栄省, 中野智仁, 明智龍男, 小早川誠, 内富庸介: がんに関連した侵入性想起と透明中隔腔開存との関連. 第 19 回日本総合病院精神医学会総会. 2006/12/-2 (宇都宮)
16. 西大輔, 松岡豊, 井上潤一, 本間正人: 致死的手段を用いた自殺未遂者の特徴. 第 19 回日本総合病院精神医学会総会. 2006/12/-2 (宇都宮)
17. 永岑光恵, 松岡豊, 森悦朗, 金吉晴, 内富庸介: 過去 PTSD 診断が刺激の予期状況における心拍数と情動性記憶との関連に及ぼす影響. 第 19 回日本総合病院精神医学会総会. 2006/12/-2 (宇都宮)
18. 永岑光恵, 松岡豊: がんに関連する侵入性想起の有無が情動性記憶形成に及ぼす影響. 第 19 回感情と情動の研究会・第 28 回自律系生理心理を語る会. 2006/12/16 (京都)
19. 長谷川美由紀, 西大輔, 松岡豊, 菊池志津子, 上別府圭子: 看護師の二次的外傷性ストレスと関連要因に関する研究. 第 6 回日本トラウマティック・ストレス学会. 2007/3/9-10 (西東京)
- H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)
1. 特許取得
なし。
 2. 実用新案登録
なし。
 3. その他
SIS 日本語版の著作権は原版の開発者 Aaron T. Beck の許可を得て、西大輔と松岡豊が有する。

高齢化社会の中での在宅介護者の現状

町田いづみ・保坂 隆

【研究要旨】

日本の在宅介護者の現状を明らかにするために、介護者へのアンケート調査を行った。

在宅介護者の年齢は75～84歳をピークに55歳から急増していた。被介護者の年齢のピークも75～84歳にあり、しかも全体の4割近くを占めていた。さらに、被介護者との関係は、65歳以上の介護者の半数以上が配偶者であった。近い将来予想される超高齢化社会は、高齢者が高齢者を介護するという厳しい時代を示唆するものであるが、それは異なる世代の老-高齢者間の介護ではなく、配偶者同士というより高齢の者が介護に当たるという深刻な現状にあることが明らかとなった。さらに2割以上の介護者が5年以上の介護を、また5～6割の介護者が「ひとり」でその介護に当たっていることがわかった。

介護者の心理・身体的要因に関しては、介護者の約4割に心の不調が自覚されていること、さらに、8割の介護者が健康不安を感じていることがわかった。また、介護による生活犠牲感・介護継続困難感・介護負担感・健康悪化感を抱く介護者は4～7割以上に及んでいた。特に65歳以上の高齢介護者では、自覚的な心身の不調に加えてその8～9割の者に治療を要する疾患があった。心身へのストレスの継続や介護へのネガティブな感情は介護の中断やそれに伴う被介護者の入院・入所といった医療・福祉経済、さらには暴力や自殺といった事件事故について考える際にはきわめて重要である。介護は見通しのある限定された期間、安定した状態で行うことはできない。多くの場合は極めて長期間にわたり、被介護者の状態も悪化するかより介護量が増す。長期間、あるいは重篤なストレスに晒されることはうつ病の、さらには自殺の誘発因子となる。

本研究では、在宅介護者の4人に1人が、SDS (Self-rating Depression Scale)による軽度～中等度以上のうつ状態にあることがわかった。さらに、65歳以上の高齢介護者の3割以上に希死念慮があることがわかった。これは高齢介護者が、自殺予防に関する戦略研究のターゲットになるくらいに、自殺に関するハイ・リスク・グループであることを意味している。

介護者のソーシャル・サポート体制に関しては、6割以上の介護者が相談相手をもっているという現状にあって、5割以上の介護者が介護に関する仲間を希望していることがわかった。介護者を支える社会的ネットワークや支援の存在が、介護者の介護負担・抑うつ・健康問題を軽減し、生活の満足感を高めると考えられていることから、より組織的なソーシャルサポート・システ

ムの導入は、介護者の心身の健康維持へのひとつの方法と考えられ、具体的な方法について、今後、検討していきたい。

A. 研究目的

I. はじめに

わが国における自殺による死亡者は、1988 以来 3 万人超を続けている。そして、すでに世界的な社会問題でもある高齢者の自殺に関しても増加傾向にあることは例外ではない。高齢自殺者の実態に関する警察庁（生活安全局地域課資料）の調べによれば、2003 年度の 50 歳以上の自殺者数は 20,143 人であり、これは、1994 年の実に 60.7%（12,170 人）増となる。

さらに、近い将来に予測されるわが国の超高齢化社会は、高齢者が高齢者をケアするという新たな課題をも含んでいる。こうした現状が高齢者にとっての大きなストレスとなることは容易に推測される場所である。ストレス状態の長期化や重症度は、当然「うつ」を引き起こす要因となるため、高齢者の自殺件数の増加は否定できない現実のものであり、その対策は急務である。このような状況の中にあつて、高齢者の新たな問題となるだろう在宅介護の現状を明らかにすることは、高齢者の置かれた環境の整備、またその後、行政的な面を含むサポート・システムを如何に構築するかということについて考える場面では、必要不可欠な基礎的情報となる。

ところで、介護のあり方を考える場合には、被介護者の QOL についてのみ論じるだけでは充分とは言えない。被介護者がいれば当然介護者が存在するのであり、介護の質は両者間の関係性によっても大きく影響を受けるからである。さらに、家族関係や風習といった文化的な要素が多く関わる「介護」について考えようとするならば、当然のことながら、その国の実状が明らかにされ、それらに基づいたサポート・システムを作っていく必要がある。しかし、介護者自体に焦点を当てた日本の研究は、未だ充分とはいえない^{1-2, 9, 11-12, 19-22}。

そこで本研究では、日本の在宅介護の現状を明らかにすることを目的に、介護者へのアンケート調査を行った。

本研究全体の最終目標は、日本の在宅介護の現状を明らかにし、さらに、介護者の健康を増進させるためのプログラムを開発することである。

B. 研究方法

1. 対象と方法

【対象】

某在宅介護サービス企業と契約している介護者（健常者）である。

【方法】

* 質問票：介護者の精神・身体状況やうつ病・希死念慮の実態調査をするための独自の質問票を考案。

* 調査期間：平成 17 年 6 月 1 日～平成 17 年 6 月 30 日

- ①在宅介護者へのアンケート調査の施行。
- ②民間在宅サービス利用者を対象に福祉サービス提供スタッフにより調査用紙を配布。
- ③調査への同意が得られた在宅介護者のアンケートを福祉サービス提供スタッフが直接回収。
- ④データ回収後、直ちに統計学的処理および検討。

2. 対象となる個人の人権擁護上の配慮 倫理上の配慮

- ①調査に先立ち紙面にてインフォームドコンセントをおこない、その後サインにて承諾が得られた者を対象に調査をおこなった。
- ②調査用紙は無記名であり回収後に個人を特定することはできない。
- ③明治薬科大学倫理委員会の承認を得た。

【研究により生じる可能性のある対象者への不利益又は危険性等に対する配慮】

本研究調査における対象者への不利益や危険性はない。

C. 結果

データの回収率

本調査は、民間在宅サービス利用者 51,196 人を対象に行った。回収されたデータは全 8486、回収率は 16.6%であった。各項目の有効回答数および無効回答数を表 1 に示す。

1. 介護者・被介護者の背景

① 介護者年齢区分

介護者の年齢区分を図 1-1 に示す。

介護者の年齢は 55 歳台から増加し 75～84 歳にピークがあった。65 歳以上の高齢介護者は全体の 59%であった。

② 被介護者の年齢区分

被介護者の年齢区分を図 1-2 に示す。

被介護者の年齢は 75～84 歳にピークがあり、この区間だけでも全体の約 4 割近くに占めていた。65 歳以上の被介護者は全体の 89%であった。

③ 被介護者との関係

被介護者との関係を介護者の年代別に図 1-3 に示す。

65 歳以上の介護者の約 5 割が配偶者の介護に当たっていた。これは、娘・息子・嫁を合わせた割合の 2-3 倍以上であった。

④ 年代別介護者の仕事の有無

介護者の仕事状況を介護者の年代別に図 1-4 に示す。仕事を持たない介護者は 65 歳を境に急増していた。

⑤ 介護期間

介護者の介護期間を介護者の年代別に図 1-5 に示す。

⑥ 介護者数

介護に関わる者の人数を介護者の年代別に図 1-6 に示す。

45 歳以上の介護者の半数以上が「1人」と回答していた。65 歳以上の高齢介護者では、約 6 割の者が「1人」での介護であった。さらに、85 歳以上の介護者にあっても 5 割以上が「1人」であった。

⑦ 被介護者の介護レベル

被介護者の介護レベルを介護者の年代別に図 1-7 に示す。

⑧ 被介護者の精神症状

被介護者の精神症状の有無を介護者の年代別に図 1-8 に示す。

被介護者の精神症状については、「介助や介護を受けている方に、不安・ゆううつ・涙もろさ・イライラなどの精神症状がありますか」という問いによって評価した。

⑨ 被介護者の問題行動

被介護者の問題行動の有無を介護者の年代別に図 1-9 に示す。

被介護者の問題行動については、「介助や介護を受けている方には、何か問題行動(だまって外へ出てしまう・暴力など)がありますか」という問いによって評価した。

2. 介護者の心身の状態

① 介護者の抱く不安(経済に関すること)

介護者の「収入や家計に関する不安・心配」について介護者の年代別に図 2-1 に示す。

② 介護者の抱く不安(家族に関すること)

介護者の「介護を受けている方以外の家族の不安・心配」について介護者の年代別に図 2-2 に示す。

③ 介護者の抱く不安(介護に関すること)

介護者の「介護に関する不安・心配」について介護者の年代別に図 2-3 に示す。

④ 介護者の抱く不安(健康に関すること)

介護者の「自身の体力や健康についての不安・心配」について介護者の年代別に図 2-4 に示す。

⑤ 介護者の介護への認知(犠牲感)

介護者の介護への認知のうち「介護による犠牲感」について介護者の年代別に図 2-5 に示す。

犠牲感については「介護のためにあなた自身の生活が犠牲になっていると感じることがありますか」という問いによって評価し

た。

⑥ 介護者の介護への認知（負担感）

介護者の介護への認知のうち「介護による負担感」について介護者の年代別に図 2-6 に示す。

負担感については「あなたは、現在の介護を負担に感じますか」という問いによって評価した。

⑦ 介護者の介護への認知（犠牲感）

介護者の介護への認知のうち「介護継続困難感」について介護者の年代別に図 2-7 に示す。

継続困難感については「これ以上介護を続けることは難しいと感じることはありますか」という問いによって評価した。

⑧ 介護者の介護への認知（健康悪化感）

介護者の介護への認知のうち「介護による健康悪化感」について介護者の年代別に図 2-8 に示す。

健康悪化感については「介護のために、あなたの健康状態が悪くなっていると感じることがありますか」という問いによって評価した。

⑨ 介護者の体の健康感

介護者が自分自身の身体的健康状態をどのように自覚しているかといった「体の健康感」について介護者の年代別に図 2-9 に示す。

体の不調を感じている者は 65 歳を境に 2-3 割台から 5-6 割に増加していた。

⑩ 年代別にみた介護者の心の健康感

介護者が自分の心の健康状態をどのように自覚しているかといった「心の健康感」について介護者の年代別に図 2-10 に示す。

心の不調を感じている者は 65 歳を境にそれまでの 3 割台から 4 割台に増加していた。

⑪ 介護者の年代別治療の有無

介護者が心身の疾患によって医師から治療を受けているか否かについての結果を、

介護者の年代別に図 2-11 に示す。

治療を要する疾患をもっている介護者は 65 歳を境にそれまでの 4-5 割台から 8 割以上に増加していた。

3. 介護者のうつ病と自殺のリスク

① 意欲の減退

介護者の精神症状として「意欲の減退」について結果を介護者の年代別を図 3-1 に示す。

「意欲の減退」は「すべてをめんどうに感じることはありませんか」という問いによって評価した。

② 介護者の SDS による評価

介護者におこなった SDS（ツングのうつ病尺度）の結果を介護者の年代別に図 3-2 に示す。

本尺度では 80 点を満点として、50 点未満を正常群、50 点以上をうつ病群と評価する（軽度：50-59 点・中等度：60-79 点・重度：80 点以上）。

全年代の平均は 23% で、いずれの年代においても、介護者の約 4 人に 1 人に重度から軽度のうつ状態がみられた。その内 65 歳から 74 歳の介護者は 27% で最も高かった。

③ 介護者の抱く希死念慮

介護者の抱く希死念慮に関して、「死んでしまいたいと思うことはありますか」という問いによって評価した。結果を介護者の年代別に図 3-3 に示す。

65 歳以前の介護者の希死念慮が 2 割前後であったのに対して、65 歳以上の高齢介護者では 3 割台になっていた（65 歳からが 29%、75 歳からが 32%、85 歳からが 30%）であった。

④ うつ病治療率

介護者のうち、現在うつ病によって医師からの治療を受けている者の割合について、結果を介護者の年代別に図 3-4 に示す。

うつ病によって、実際に医師から治療を

受けている者の割合はどの年代でも極めて低く、一番高い65歳から74歳でも全体の3.9%であった。平均では2.8%であった。

4. 介護者のソーシャル・サポート

① 相談者の有無

現在の介護に関する相談者の有無について、「ふだん、あなたには、介護について相談できる人はいますか（福祉サービス者は除く）」との問いによって評価した。結果を介護者の年代別に図4-1に示す。

いずれの年代においても介護者の6割の者が相談者が「いる」と回答していた。

② ピア・サポート・グループの希望

介護者の年代別に介護に関する仲間を希望する状況について、「あなたは、介護について相談できる仲間がほしいと感じることがありますか」との問いによって評価した。結果を介護者の年代別に図4-2に示す。

介護に関する仲間を希望する介護者は85歳以上を除くいずれの年代でも5割以上であった。35歳から44歳では、全体の65%の介護者が仲間を希望していることが分かった。高齢介護者に限ってみると、65歳から74歳の割合が最も高く55%であった。

また、結果1-4で示した「介護継続困難」と「介護仲間の希望」($r=.345$ $P<0.01$)、「介護負担感」と「介護仲間の希望」($r=.345$ $P<0.01$)との間には相関関係がみられた。そこで、「仲間希望のある・なし」で2群に分け、介護犠牲感および負担感の検定をおこなった。いずれも両群間には1%水準で有意な差が認められ、継続困難および負担感を感じている介護者は介護に関する仲間を希望していることが示された。

D. 考察

日本の在宅介護者の現状を理解するために、1. 介護者・被介護者の背景要因、2. 介護者の心身の状態、3. 介護者のうつ病と自殺のリスクについて検討し、さらに、4.

介護者への援助として、今後期待される対策について考察する。

1. 介護者・被介護者の背景要因

介護者の年齢は75-84歳をピークに、55歳から増加し、55歳以上の介護者は、全体の81.2%であった。また、被介護者の年齢のピークも75-84歳にあり、65歳から増加し、65歳以上の介護者は全体の87.9%であった。これらの結果から、介護という課題が中高年域に集中していることが数字上でも明らかとなった。

さらに、介護の対象に関しては、65歳以上のいわゆる高齢介護者では、夫・妻といった配偶者を介護している者が全体の半数以上であった。その割合は、娘・息子・嫁婿を合わせた件数の3倍近くに相当した。この同世代介護は次世代の者による介護と比べて、より高齢者が高齢者を介護することを意味する。こうした問題は、今後の超高齢化と少子化社会を控えたわが国においては、ますます深刻になるだろうことは予測に難くない。

さらに、社会との関わりについてみると、仕事をもつ介護者は65歳を境にして急激に減少していた。これは、定年退職の時期と関連すると思われるが、いずれの理由にしても、この時期に社会との関係性が急激に変化することは確かである。つまり、65歳代の介護者は、介護者という役割と同時に、新たな社会環境への適応をも余儀なくされることになるため、より大きなストレスを抱えることが予測される。

次に、介護の身体的負担について、介護期間、介護者数、介護レベルおよび介護者の問題行動・精神症状の有無という点から検討する。

まず介護期間についてであるが、介護3年以上の介護者は、いずれの年代においても3割以上であり、35歳から74歳までの各年代では4-5割に及んでいた。さらに介

護 5 年以上の介護者は、35 歳から 74 歳までの各年代の 2 割以上であった。そして、こうした介護者の 5-6 割の者が自分「一人」で介護をしていること、本調査対象となった被介護者の 3-4 割が要介護 5・要介護 4 であったことから、介護者の身体的負担の大きさが推測される。

一方、被介護者の問題行動（黙って外へ出てしまう・暴力など）に関しては、「少しある」を含めて問題をもつ被介護者は全体の 2 割であり、65 歳以上の高齢介護者が介護する者では 1 割程度であった。しかし、被介護者の不安・ゆううつ・涙もろさ・イライラといった精神症状に関しては、高齢介護者が介護する者の約 4 割に見られた。また、被介護者の精神症状の全体平均は 47%であり、これは介護者のストレス軽減ということだけでなく、被介護者の精神症状への対応といった新たな課題を示すものであろう。

2. 介護者の心身の状態

在宅介護に焦点を当てた研究は、1980 年ころより欧米を中心におこなわれてきた^{3, 10, 14, 19, 23, 24}。それらは主に、認知症の高齢者を介護する介護者の身体的健康度と介護負担に関するもので、そこでは多くの研究が、「介護者の多くが介護負担を感じ、さらに身体的不健康状態にある」ということを示唆している^{17, 18}。

また、認知症患者では多彩な精神症状や問題行動が生じるため、介護者の精神的・身体的負担を増大させ、介護者の生活そのものをも圧迫することが予測される。そして高齢化社会は、同時に認知症患者の増加をも意味することになるため、わが国における介護者の今後は、さらに深刻な状況に向かうものと考えられる。

事実、真野ら¹¹による対照群との比較研究では、在宅介護者は主観的不健康の自覚および、既往歴や最近 1 年間の罹患率、有

病率が有意に高いことを示している。本研究では介護者が抱く不安について、経済・家族・介護・健康の 4 点から調査した。そしていずれの項目においても、またいずれの年代においても、半数以上のものが不安を抱いていることがわかった。特に「健康」に関しては 4 人に 3 人の介護者が不安を抱いていた。

体や心の不調を感じる介護者は 65 歳を境に増加しており、実際に医師による治療を受けている介護者は、65 歳を境にそれまでの 3-5 割台から 8-9 割台に急増していた。つまり、高齢介護者では、自覚的な心身の不調に加えて、実際に治療を要する疾患を持っているということがわかった。

これらの結果は、介護者全体が心身の加重環境にあること、そして特に高齢介護者は、より高い身体的・心理的ストレス状況下にあることを示唆するものであろう。

また、介護への認知では、半数以上の介護者が介護に関するネガティブな意識をもっていることが明らかとなった。つまり、半数以上の介護者が、現在の介護によって生活が犠牲になっている、健康が悪化していると感じ、こうした介護負担感によりこれ以上介護を継続することは困難であると感じているということである。こうした介護への認知は、被介護者の入所や入院といった形で、在宅介護を中断させる、あるいは、被介護者への介護の質に関わる要因であるところから^{15, 16}、被介護者の QOL や医療・福祉経済の効率化について考える場面では重要なポイントである。

3. 介護者のうつ病と自殺のリスク

ここまで、在宅介護者の心身に与える負担要因とその量について考察してきた。ところでストレス状態の長期化や重症度は、当然、「うつ」を引き起こす要因となるため、自殺件数の増加は否定できない現実のものであ。

自殺の背景要因として「うつ病」の存在があげられる。Dorpat ら⁶⁾は、自殺者の心理学的剖検による検討結果から、60歳以上の自殺者の一般的診断として、「うつ病」が最も多いことを報告している。同研究では、40-60歳の自殺者では、アルコール中毒の診断が多かったのに対して、高齢者のうつ病には、アルコール依存症などの合併が少なかったことが明らかにされていることから、高齢者における自殺はうつ病そのもののエピソードであると推測される。

本研究では、在宅介護者の約4人に1人に、SDSによる軽度以上のうつ状態があることが明らかとなった。さらに驚くことは、65歳以上の介護者の3割以上に希死念慮がみられたことであった。しかし、実際にうつ病によって医師から治療を受けている者は極めて低く、2-4%に過ぎなかった。つまりほとんどの介護者は、「ときに」、あるいは「いつも」死にたいと感じながらも、専門的な治療を受けていないことになる。精神科治療に至らない理由に関しては、治療への抵抗によるものなのか、あるいは、うつ状態に伴う認知機能の障害によるものなのかは、本研究では明らかではないが、いずれにしても、少なくともうつ病あるいはうつ病予備軍と言えるだろう介護者のほとんどが、未治療であり、しかもそうした精神状態の中で、介護という重責を担っていることは事実である。

また、欧米の幾つかの研究では、高齢自殺者の多くが、その自殺前に医療を求めていることが示されている。中でも、Clark ら⁵⁾の研究は、高齢自殺者のうち40%の者が、死亡1週間前に何らかの形でプライマリ・ケア医を受診していたことを報告しており、自殺前にプライマリ・ケア医を受診した高齢者の多くが「うつ病」に罹患していたこと、あるいは、身体的自覚症状を自覚していたことになる。

本研究でも、すでに先に述べたように、何らかの心身の疾患について医師の治療を受けている65歳以上の介護者は、8割以上に及んでいたが、一般科医のうつ病の診断率の低い日本では、やはり多くの介護者のうつ病が見逃されていることは推測に難くない。そしてこうした状況は、高齢自殺者の予防を考える上で重要なポイントになるため、今後、精神症状の診断技術や過小評価の現状についての研究によってその事実を明らかにしていく必要があるだろう。

4. 在宅介護者への援助

高齢自殺者の背景要因に関する内外の研究を見ると、まず、Barracough はイギリスの自殺関連の研究から、高齢者の自殺は、他のどのような社会変数よりも「独居」と密接に相関していることを示唆している⁴⁾。

一方、自殺した独居老人の60%は、毎週、家族以外の者の訪問を受けており、98%は、毎週、身内や友人と連絡をとっていたという事実も明らかになっている⁸⁾。すなわち、高齢者の自殺に関与すると言われている「独居」要因は、「一人暮らし」という単に物理的に孤独（一人）であるということ以外に、帰属集団内の社会的・経済的地位関係、社会支援のあり方、さらに当人が現在の生活状況をどのように認知しているかといった「社会的孤独感」との関連を含めて考察する必要があると理解される。

前述したように、本研究では65歳を境に仕事を持たない者が急増していた。このことは、65歳からという年齢は、一時的であるかもしれないが、これまでより社会との関係性が小さくなること、換言すれば「社会的孤独感」を抱きやすいことを推測させる。

Zarit ら²⁴⁾は、介護者の負担に影響する社会的要因として、ソーシャル・サポートの存在をあげている。さらに、在宅介護者の健康状態は、被介護者の疾患の経過およ

び QOL に重要な役割を果たしていること、介護者を支えるより大きな社会的ネットワークや、より満足のいく社会的支援の存在が介護者の介護負担・抑うつ・健康問題を軽減し、人生に対する満足感を高めることが支持されている⁷⁾。

本研究では、介護者の 6 割以上はすでに介護について相談できる対象をもっていた。しかし、このような状況にあっても、介護について相談できる仲間が欲しいと感じる介護者がいずれの年代においても 5 割以上いたことは特記すべきことである。

65 歳以上の高齢介護者の社会活動性に関する特徴として、その多くは未就業者であり、地域との積極的な交流意志をもたなければ外部との接触機会が減少し、引きこもり状態を招きやすい¹²⁾ ことなどを合わせ考えると、ソーシャル・サポート・システムを考える際には、単に役割援助だけでなく、ピア・サポートなどによる積極的な精神面へのケアを含むプログラム作りが重要であると考えられる。

最後に、本研究におけるデータの回収率について考察する。本研究におけるデータ回収率は 16.6%と低かった。この場合、データの偏りが生じる可能性がある。特に、被介護者の介護レベルは、介護者の身体的および精神的問題や他の介護に対する意識などに反映されることが予想される。そこで、介護レベルごとの回収人数を確認したところ、* 要支援 N=979 * 要介護 1 N=1,881 * 要介護 2 N=1,107 * 要介護 3 N=1,021 * 要介護 4 N=1,054 * 要介護 5 N=1,299 であった。つまり、要支援の被介護者を介護する者の回答数が 979 と、わずかに 1,000 を下回っていたものの、他の介護レベルについては、いずれも 1,000 以上のデータが得られていることから、本調査は、各介護レベルの被介護者をもつ介護者の意見を反映できているといえるであろう。

さらに言えば、要介護 1 という比較的介護レベルの低い被介護者をもつ介護者からの回答数が多かったことは、上記した介護者の環境は、さらに厳しい状況に傾く可能性を推測させるものである。

このような現状にあって、介護者をサポートするためのシステム作りは、高齢化社会を迎えるわが国にとっては、早々に取りかかれなければならない課題であると考えられる。

E. 結論

超高齢化社会は、すでに我々日本人にとって避けては通れない現実であるが、そこには未だ大きな課題が山積していることも事実である。介護のあり方を考える場面では、被介護者の QOL についてのみ論じるだけでは充分とは言えない。被介護者がいれば当然介護者が存在するのであり、介護の質は両者間の関係性によっても大きく影響を受けるからである。

しかし、そのためには日本の介護者の身体的・心理的・社会的状況を明らかにすることが必要である。そこで、日本の在宅介護の現状を明らかにするために、介護者へのアンケート調査を行った。

その結果、日本の高齢介護者は身体的、心理的ならびに社会・環境的にストレスの高い状態にあることがわかった。同時に、その 4 人に 1 人がうつ病予備軍であることが示された。

また、65 歳以上を高齢者とするならば、65 歳から 74 歳の介護者は、若い高齢者ということになり、心身ともにタフであることが期待されるが、本研究では、そうした期待とは逆に、その年代の介護者の、ストレスの高さが強調された。

介護という行為は、見通しのある限定された期間、安定した状態で行うことができるものではない。多くの場合は極めて長期

間にわたり、被介護者の状態も悪化するか、より介護量が増す^{1,2)}。このような状況にある介護者に対して、何らかのサポートがなかった場合には、介護者の負担感は長期化、かつ増大することになる。長い期間、あるいは重篤なストレスに晒されることは、うつ病発症の要因でもある。そして、うつ病において最も留意しなければならない問題は「自殺」であることは言うまでもない。

このように考えていくと、今後予測されるわが国高齢化社会は、単なる現象としての問題に止まらず、精神的健康やライフスタイルにも深く関わる問題として捉えていく必要があるだろう。

このような結果を得て、今後早急に、介護者のソーシャル・サポートに関するシステム作り着手したい。

謝辞

本調査を行うにあたり、多大なご協力を賜りました、株式会社コムスンの頭島 潔常務取締役をはじめ、関係スタッフの方々に深く感謝の意を表します。

そして、本調査にご参加して頂きました介護者の皆様に深く感謝の意を表します。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 町田いづみ, 保坂 隆: 高齢化社における介護者の現状と問題点—うつ病および自殺リスクに関して—. 最新精神医学, 世論時報社 (印刷中)

2) 町田いづみ, 保坂 隆: 高齢化社会における在宅介護者の現状と問題点—心身の健康感について—. 訪問看護と介護, 医学書院 (印刷中)

3) 町田いづみ, 保坂 隆: 高齢化社会におけ

る在宅介護者の現状と問題点—精神症状を中心に—. 緩和医療学, 先端医学社 (印刷中)

2. 学会発表

現時点での予定なし

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

なし

【引用文献】

- 1) Arai Y, Ueda T: Paradox revisited: still no direct connection between hours of care and caregiver burden. *Int J Geriatr Psychiatry*: 18(2): 188-189, 2003
- 2) Arai Y: Japan's new long-term care insurance. *Lancet*, 357(9269): 1713, 2001)
- 3) Archbold PG: An analysis parent caring by women. *Home Health Care Services Quarterly*, 3:5-25, 1993
- 4) Barraclough BM: Suicide in the elderly: Recent developments in psychogeriatrics. *Br J Psychiatry*, (Suppl. 6): 87-97, 1971
- 5) Clark DC: Suicide among the elderly: Final report to the AARP Andrus Foundation. Rush-Presbyterian, St Luke's Medical Center, Chicago, Illinois, 1991
- 6) Dorpat TL, Ripley HS: A study of suicide in the Seattle area. *Comp. Psych.*, 1: 349-359, 1960
- 7) Dunkin JJ, Anderson-Hanley C: Dementia caregiver burden: a review

- of the literature and guideline for assessment and intervention, *Neurology* 51(1): 53-67, 1998
- 8) Fried LP: Health promotion and disease prevention. In: *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, 2nd (ed. by Hazzard WR, et al). McGraw Hill, New York, 192-200, 1990
 - 9) 保坂隆, 杉山洋子: 在宅介護者への構造化された介入の効果. *老年精神医学雑誌* 10 卷 8 号 955-961, 1999
 - 10) Kinney JM, Stephenes MAP: Hassles and uplifts of giving care to a family member with dementia. *Psychology and Aging*, 4:402-408, 1989
 - 11) 真野喜洋: 在宅介護者の有病率に関する研究, 在宅医療における家族関係性の解析と介護支援プログラムの開発に関する研究, 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究報告, 20-43, 2003
 - 12) 水野恵理子, 保坂 隆, 荻原隆二, 日向野春総, 真野喜洋: 在宅介護者に対するストレスマネジメントプログラムの効果. *ストレス科学* 14 卷 3 号 191-199, 1999
 - 13) 大浦麻絵, 鷲尾昌一, 森満, 輪田順一, 荒井由美子: 訪問看護サービスを利用する要介護高齢者の性差に関する特徴. *保健師ジャーナル* 61 卷 5 号 420-424, 2005
 - 14) Pearline LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM: Caregiving and the stress process an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30 583-594, 1990
 - 15) Rankin E, Haunt M, Keefover R: Predictions of hospital and clinic based evaluation in dementia. *Clinical Gerontologist*, 14:52-56, 1993
 - 16) Coyne AC, Reichman WE, Berbig LJ: The relationship between dementia and elder abuse. *Am J Psychiatry*, 150:643-646, 1993
 - 17) Schulz R, O' Brien AT, Bookwala J, Fleissner K: Psychiatric and Physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and courses. *Gerontologist*, 35(6) 771-791. 1995
 - 18) Schulz R, Visintainer P, Williamson GM : Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. *J Gerontol*, 45(5): 181-191, 1990
 - 19) 新名恵理, 矢富直美, 本間昭, 坂田成輝: 痴呆老人の介護者のストレスと負担に関する心理学的研究. *東京都老人総合研究所プロジェクト研究報告; 老年期痴呆の基礎と臨床*, 131-144, 1989
 - 20) 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上洋: 在宅介護の状況及び介護ストレスに関する介護者の性差の検討. *日本公衆衛生雑誌* 51 卷 4 号 240-251, 2004
 - 21) Washio Masakazu , Wada Junichi , Tokunaga Shoji, Arai Yumiko, Mori Mitsuru : Long-Term Care Insurance for Elderly and Depression among Caregivers of the Frail Elderly in Urban Japan: A Follow-Up Study . *International Medical Journal* 9(4) 251-255, 2002
 - 22) Washio Masakazu, Inoue Naohide, , Arai Yumiko , Tokunaga Shoji , Mori Mitsuru : Depression among Caregivers of Patients with Parkinson Disease. *International Medical Journal* 9(4) 265-269, 2002
 - 23) Zarit SH, Zarit JM: Families under

stress: Interventions for caregivers
of senile dementia patients.
Psychotherapy Theory Research and
Practice, 19:461-471, 1982

- 24) Zarit SH, Todd PA: Subjective burden
of husbands and wives as caregivers:
A longitudinal study. Gerontologist,
26: 260-266, 1986

表 1 介護者の健康実態に関するアンケート

問 1 介護をされているあなたご自身についてうかがいます。

問 2 介助や介護を受けている方のことについてうかがいます。

1. 介助や介護を受けている方の年齢は	歳
2. 介助や介護を受けている方の性別は	1. 男 2. 女
3. 介護状態は	1. 要介護⑤ 2. 要介護④ 3. 要介護③ 4. 要介護② 5. 要介護① 6. 要支援
4. あなたと介助や介護を受けている方との関係についてうかがいます。 あなたは	1. 夫 2. 妻 3. 娘 4. 息子 5. 嫁 6. 婿 7. きょうだい 8. 孫 9. その他
5. 1ヶ月に平均何回福祉サービスを利用していますか（ショートステイなどは1日を1回として計算してください。また、1日に複数のサービスを利用する場合にも1回と計算してください）。	1. 4回以下 2. 5～8回 3. 9～12回 4. 13～16回 5. 17～20回 6. 21回以上
6. 介助や介護を受けている方には、何か問題行動（だまって外へ出てしまう・暴力など）がありますか。	1. ある 2. 少しある 3. あまりない 4. ない
7. 介助や介護を受けている方に、不安・ゆううつ・涙もろさ・イライラなどの精神症状がありますか。	1. ある 2. 少しある 3. あまりない 4. ない
8. 介助や介護を受けている方は、現在、身体疾患や精神疾患のために治療を受けていますか。	1. 受けている 2. 受けていない 3. わからない

問 3 介護のことについてうかがいます。

1. 介護期間はどれほどになりますか。	1. 一年未満 2. 一年以上三年未満 3. 三年以上五年未満 4. 五年以上
2. あなたを含めて、日常的に介護に関わっている方の人数は何人ですか（福祉サービス者は除く）。	1. あなた一人 2. 二人 3. 三人 4. それ以上
3. ふだん、あなたには、介護について相談できる人はいますか（福祉サービス者は除く）。	1. いる 2. いない 3. わからない
4. ふだん、あなたには、趣味を楽しんだり、くつろいだりする時間がありますか。	

1. ある	2. 少しある	3. あまりない	4. ない
6. あなたが介護のためについやす時間は平均して一日何時間ですか。			
1. 1～3 時間	2. 4～6 時間	3. 7～9 時間	4. 10～12 時間
12 時間以上			
7. 介護のためにあなた自身の生活が犠牲になっていると感じることがあります か。			
1. 感じる	2. 少し感じる	3. あまり感じない	4. 感じない
8. あなたは何か困った問題が起こったとき、多くの場合どのように対処しますか。			
1. 多くの場合、誰かに相談する	2. 多くの場合、自分で解決する	3.	
わからない			
9. 介護のために、あなたの健康状態が悪くなっていると感じることがあります か。			
1. 感じる	2. 少し感じる	3. あまり感じない	4. 感じない
10. これ以上介護を続けることは難しいと感じることはありますか。			
1. 感じる	2. 少し感じる	3. あまり感じない	4. 感じない
11. あなたは、現在の介護を負担に感じますか。			
1. 感じる	2. 少し感じる	3. あまり感じない	4. 感じない
12. あなたは、介護について相談できる仲間がほしいと感じることがあります か。			
1. 感じる	2. 少し感じる	3. あまり感じない	4. 感じない

問4 最近2週間の状態についてうかがいます。

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

1. 気分が沈んでゆううつだ	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
2. 朝方一番気分がよい	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
3. 泣いたり、泣きたくなったりする	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
4. 夜がよく眠れない	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
5. 食欲は普通にある。	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
6. 異性に興味がある	①おおいに	②かなり	③少し	④ない
7. やせてきた	①いいえ	②少し	③かなり	④たいへん
8. 便秘する	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも

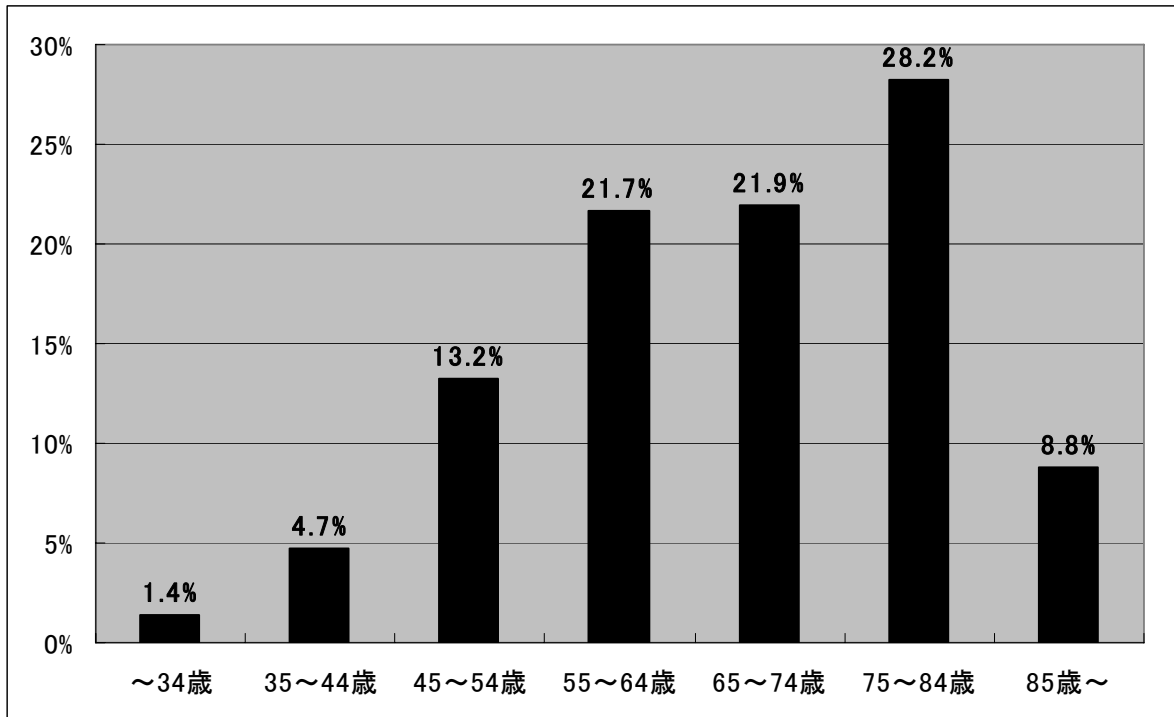
9.心臓がどきどきする	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
10.疲れやすい	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
11.考えはよくまとまる	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
12.何事もたやすくできる	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
13.落ち着かず、じっとしてられない	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
14.将来に希望がある	①おおいに	②かなり	③少し	④ない
15.気分はいつもに比べてイライラする	①いいえ	②少し	③かなり	④たいへん
16.気楽に決心できる	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
17.自分は役に立ち必要な人間だと思う	①おおいに	②かなり	③少し	④いいえ
18.自分の人生は充実している	①たいへん	②かなり	③少し	④いいえ
19.自分が死んだ方が他者にとって良いと思う	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
20.日常生活に満足している	①おおいに	②かなり	③少し	④いいえ

表2 各項目の有効・無効回答数

	ケース					
	有効数		欠損		合計	
	N	パーセント	N	パーセント	N	パーセント
介護者の年齢区分	7879	93.1%	589	6.9%	8486	100.0%
被介護者の年齢区分	7669	90.4%	817	9.6%	8486	100.0%
被介護者との関係	6880	81.1%	1606	18.9%	8486	100.0%
介護者の仕事有無	7699	90.7%	787	9.3%	8486	100.0%
介護期間	7364	86.8%	1122	13.2%	8486	100.0%
介護者数	7009	82.6%	1477	17.4%	8486	100.0%
介護レベル	6995	82.4%	1491	17.6%	8486	100.0%
被介護者の精神症状	7148	84.2%	1338	15.8%	8486	100.0%
被介護者の問題行動	7175	84.6%	1311	15.4%	8486	100.0%

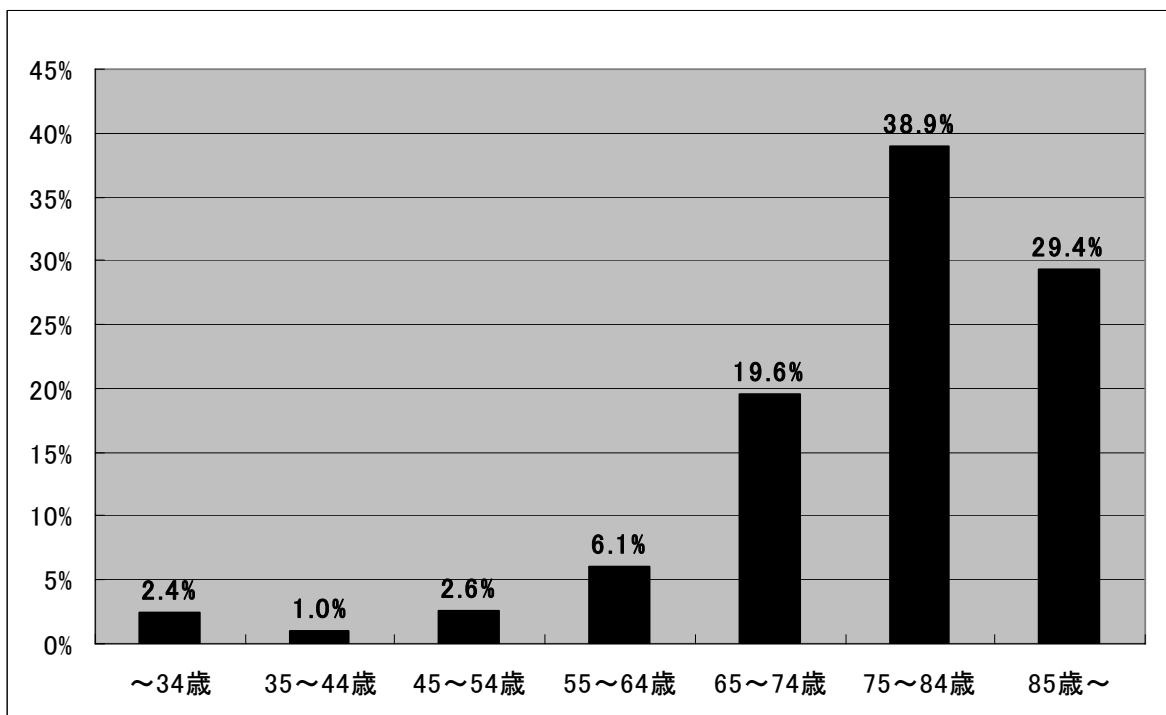
経済不安	7755	91.4%	731	8.6%	8486	100.0%
家族不安	7378	86.9%	1108	13.1%	8486	100.0%
介護不安	7687	90.6%	799	9.4%	8486	100.0%
健康不安	7786	91.8%	700	8.2%	8486	100.0%
介護犠牲感覚	7037	82.9%	1449	17.1%	8486	100.0%
介護負担感	6914	81.5%	1572	18.5%	8486	100.0%
介護継続困難	6872	81.0%	1614	19.0%	8486	100.0%
健康悪化感	7129	84.0%	1357	16.0%	8486	100.0%
介護者の体の健康	7768	91.5%	718	8.5%	8486	100.0%
介護者の心の健康	7590	89.4%	896	10.6%	8486	100.0%
介護者の治療の有無	7383	87.0%	1103	13.0%	8486	100.0%
意欲減退	7750	91.3%	736	8.7%	8486	100.0%
介護者のSDS評価	5710	67.3%	2776	32.7%	8486	100.0%
介護者の希死念慮	7632	89.9%	854	10.1%	8486	100.0%
うつ病治療	7894	93.0%	592	7.0%	8486	100.0%
相談者有無	7227	85.2%	1259	14.8%	8486	100.0%
ピアサポートグループ希望	6874	81.0%	1612	19.0%	8486	100.0%

図 1-1 介護者の年齢区分



【問】 あなたの年齢は 歳

図 1-2 被介護者の年齢区分



【問】 介助や介護を受けている方の年齢は 歳

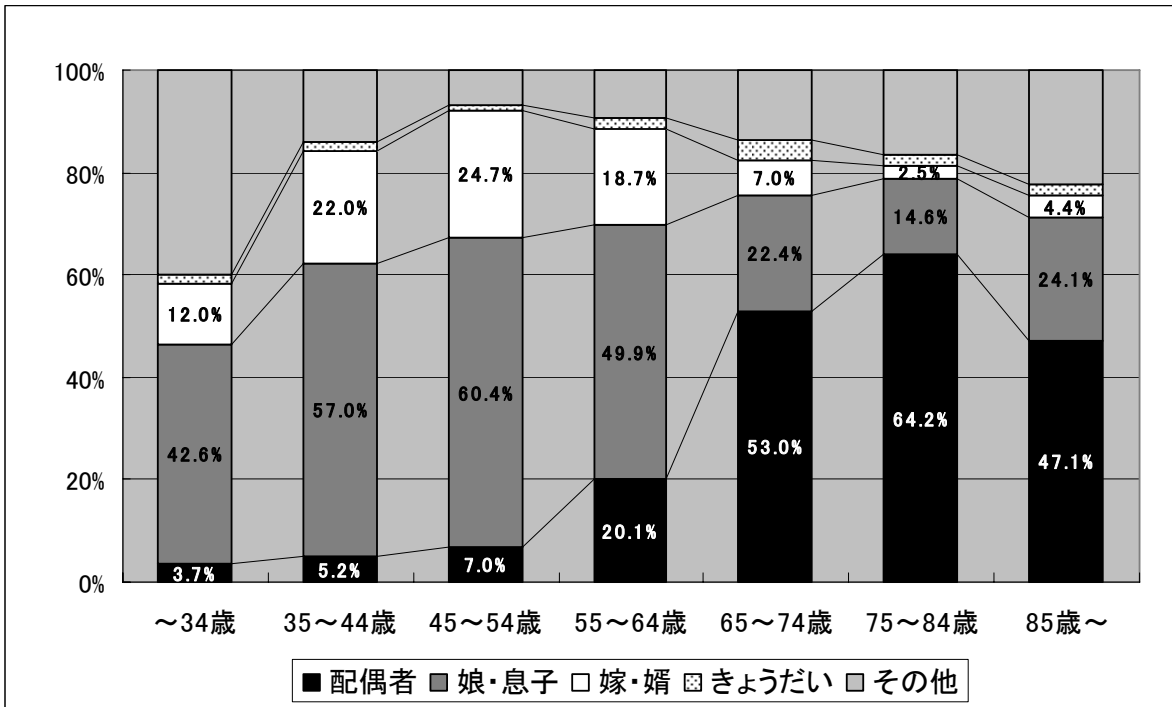


図 1-3 介護者－被介護者関係

【問】あなたと介助や介護を受けている方との関係についてうかがいます。

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

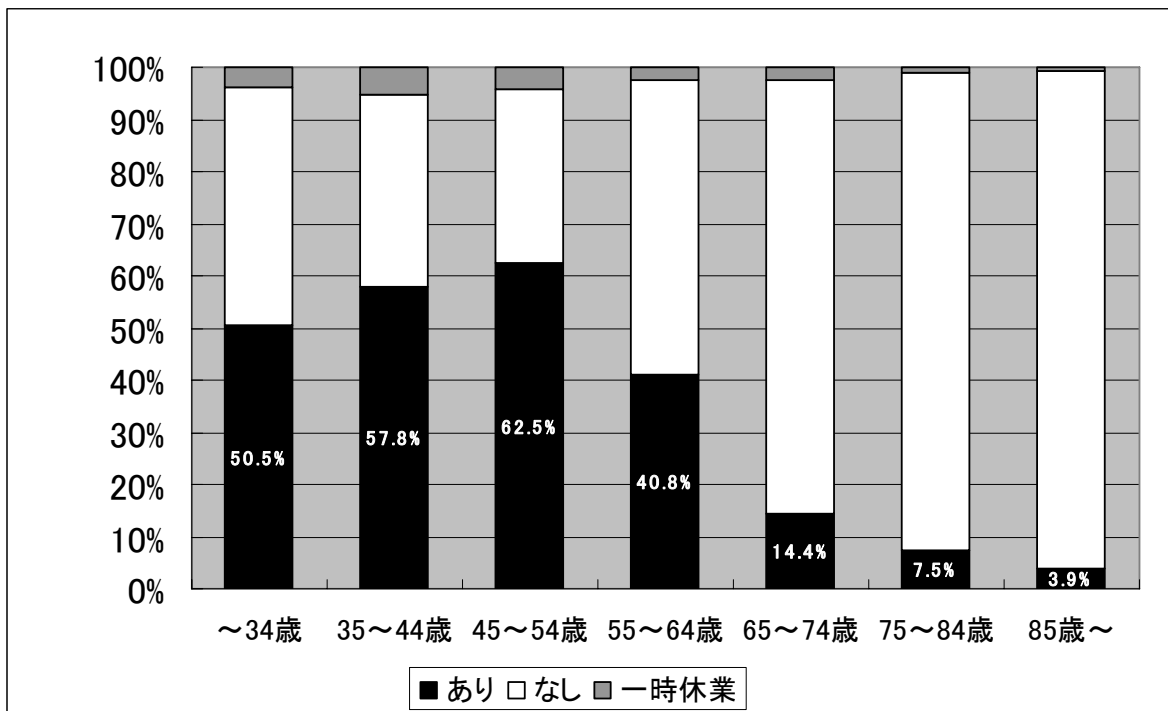


図 1-4 介護者の仕事状況

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

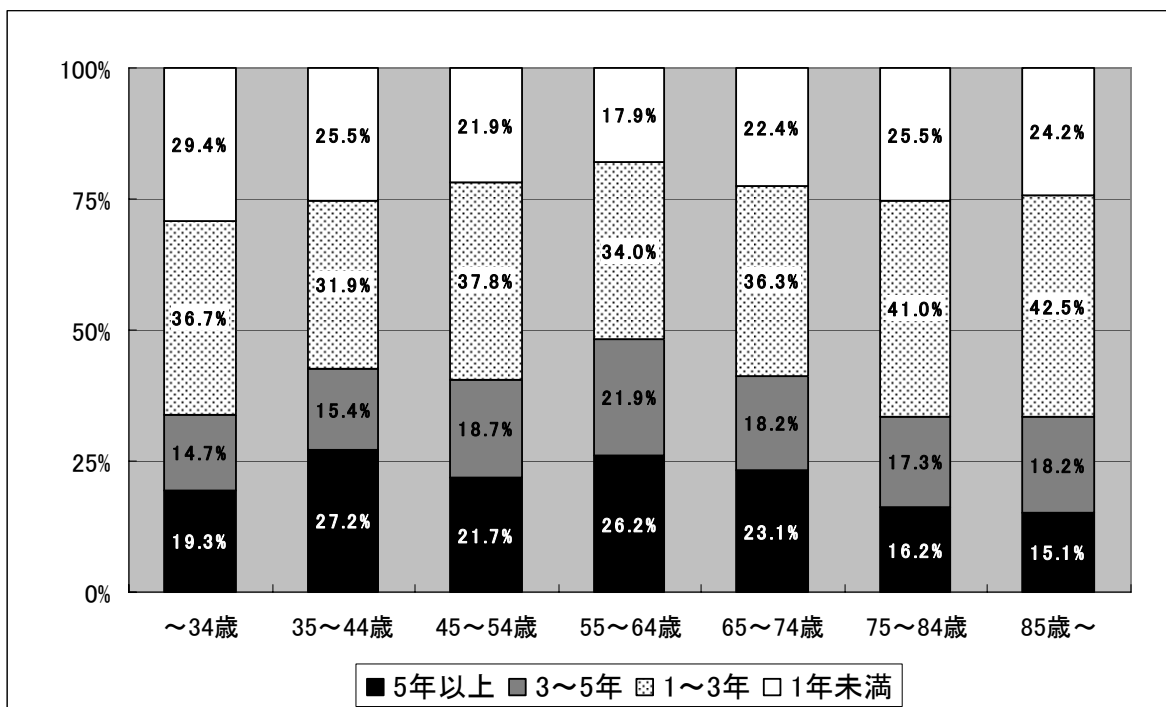


図 1-5 介護期間

【問】 介護期間はどれほどになりますか。

1. 1年未満
2. 1年以上3年未満
3. 3年以上5年未満
4. 5年以上

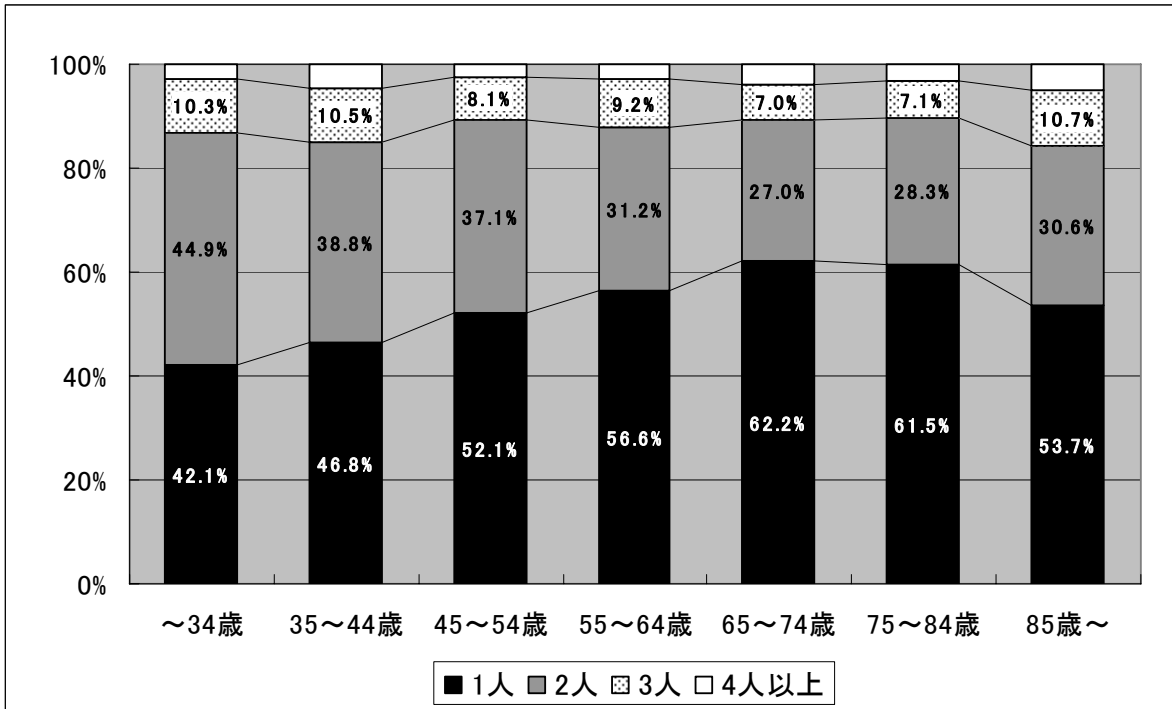


図 1-6 介護者数

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

1. あなた1人 2. 2人 3. 3人 4. それ以上

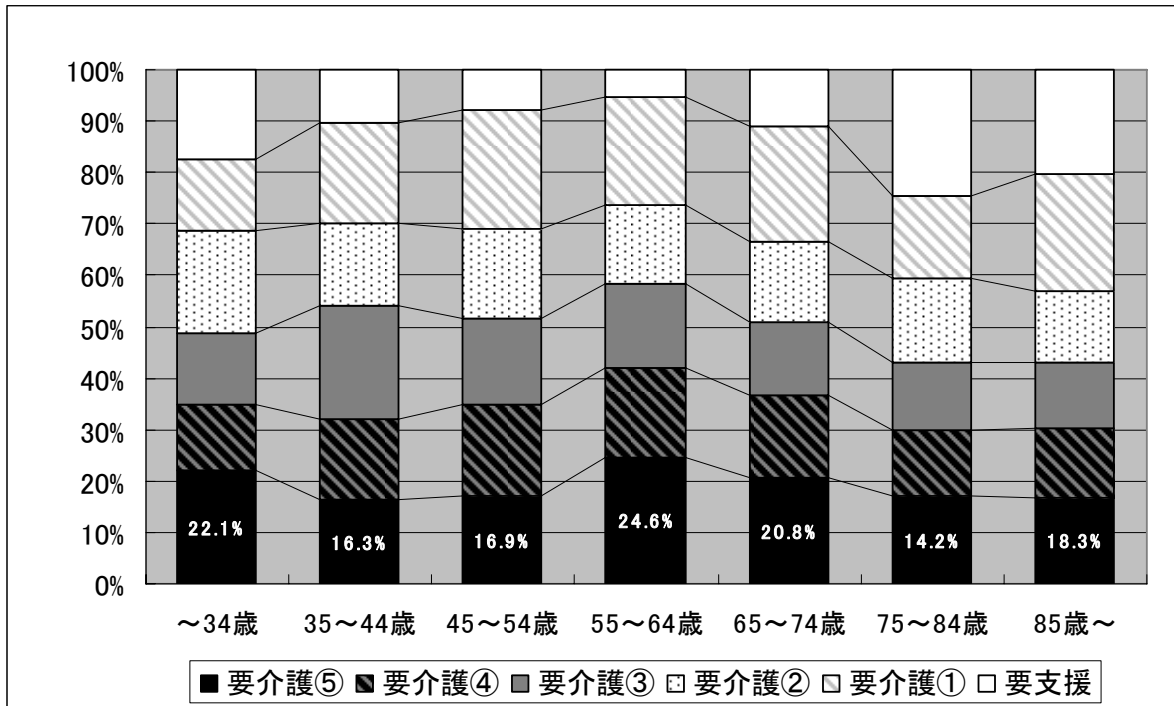


図 1-7 被介護者の介護レベル

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

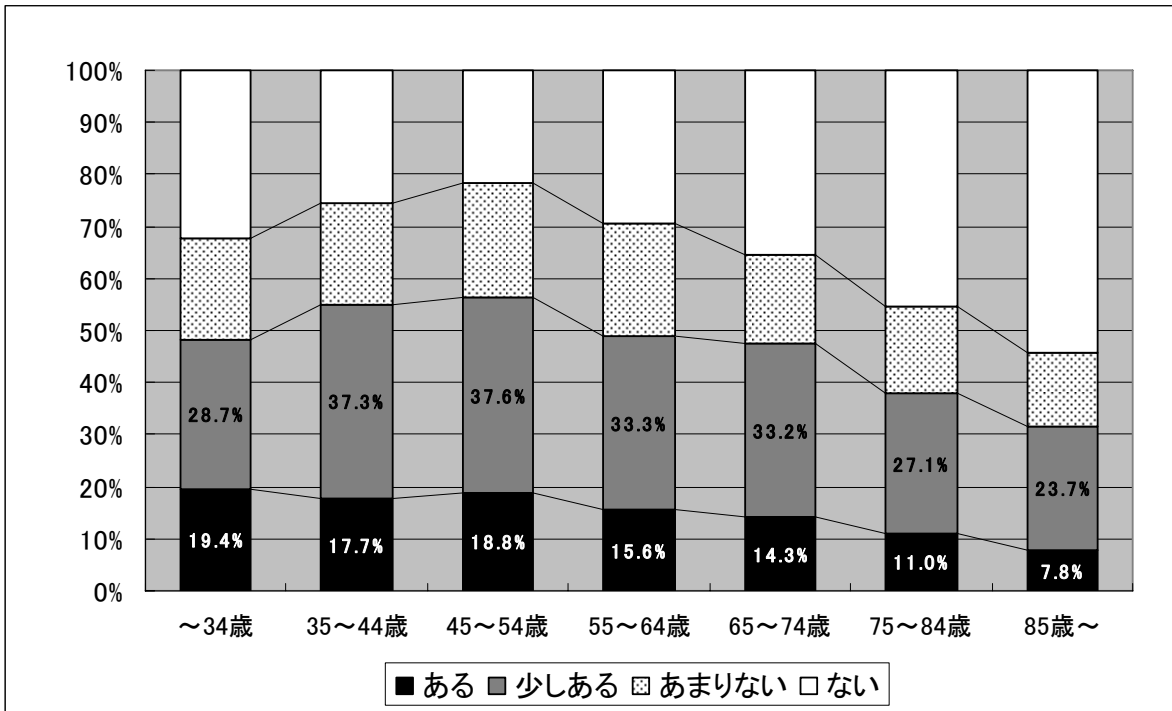


図 1-8 被介護者の精神症状

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

1. ある 2. 少しある 3. あまりない 4. ない

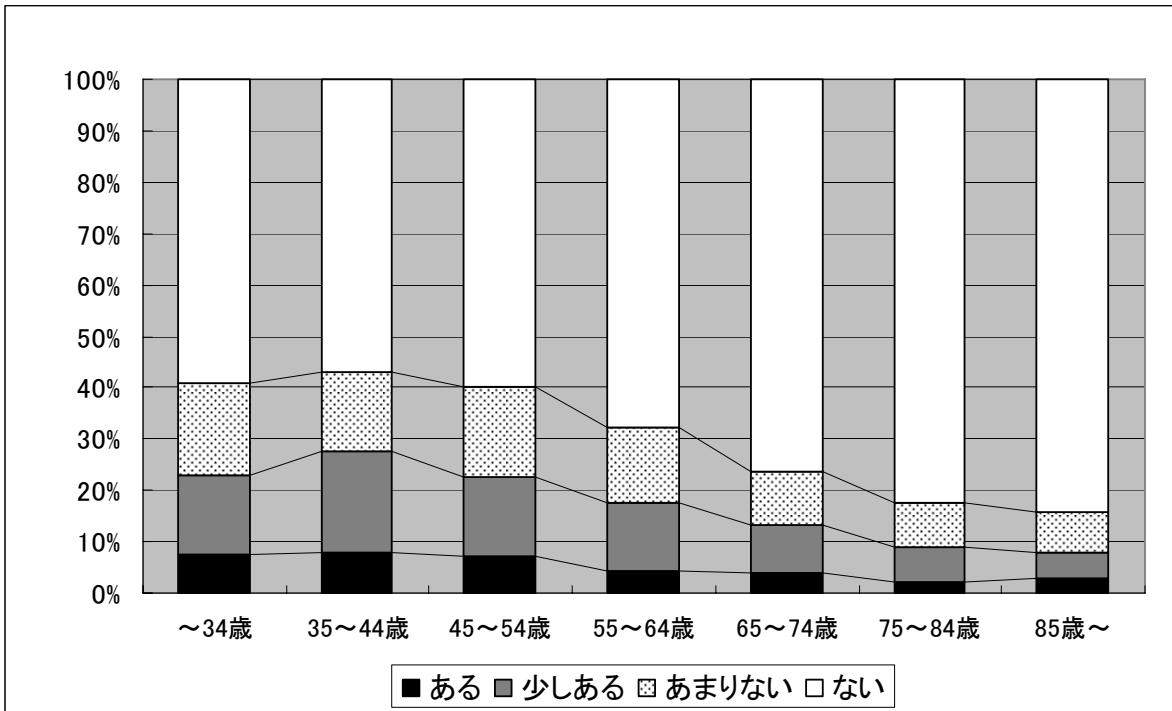


図 1-9 被介護者の問題行動

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

1. ある 2. 少しある 3. あまりない 4. ない

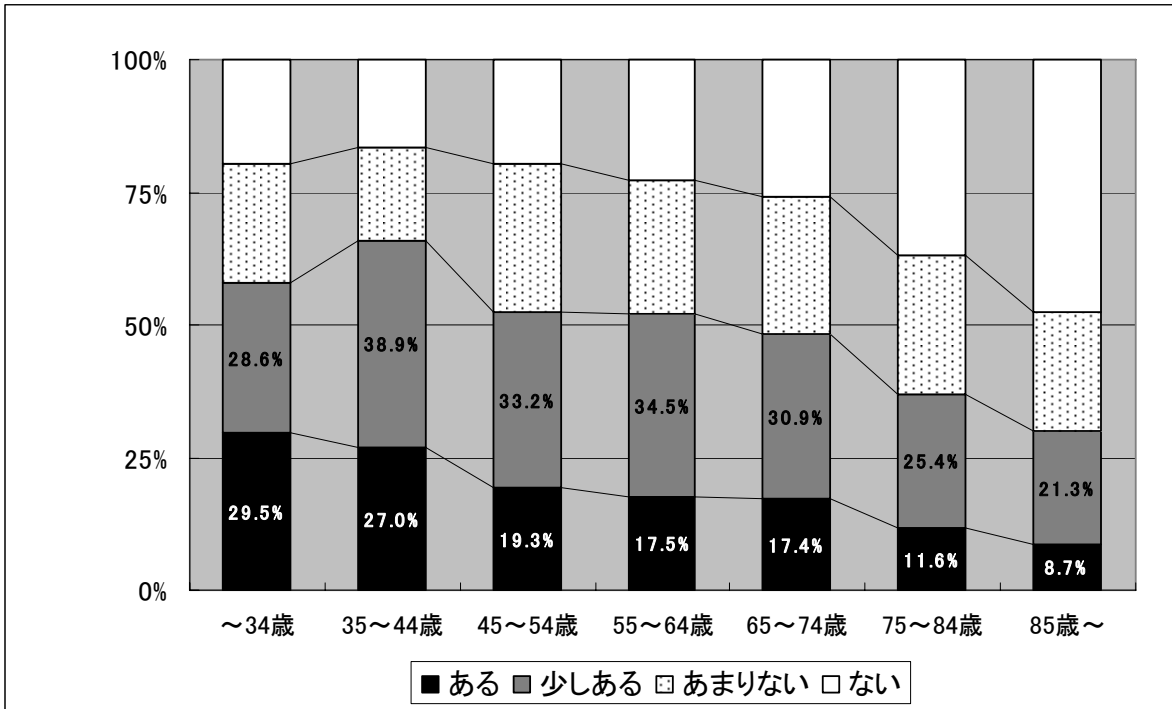


図 2-1 経済に関する不安の有無

【問】現在あなたは、次のようなことについての不安や心配はありますか。 収入や家計に関する不安・心配

1. ない
2. あまりない
3. 少しある
4. ある

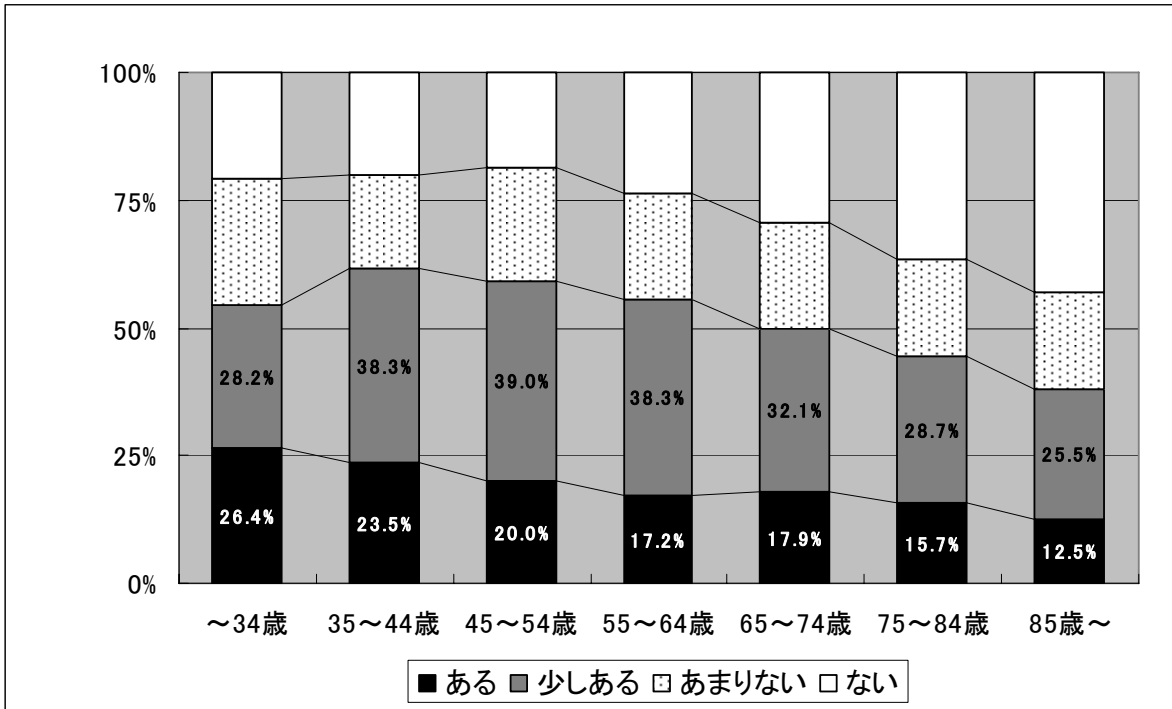


図 2-2 家族に関する不安の有無

【問】現在あなたは、次のようなことについての不安や心配はありますか。 介護を受けている方以外の家族の不安・心配

1. ない
2. あまりない
3. 少しある
4. ある

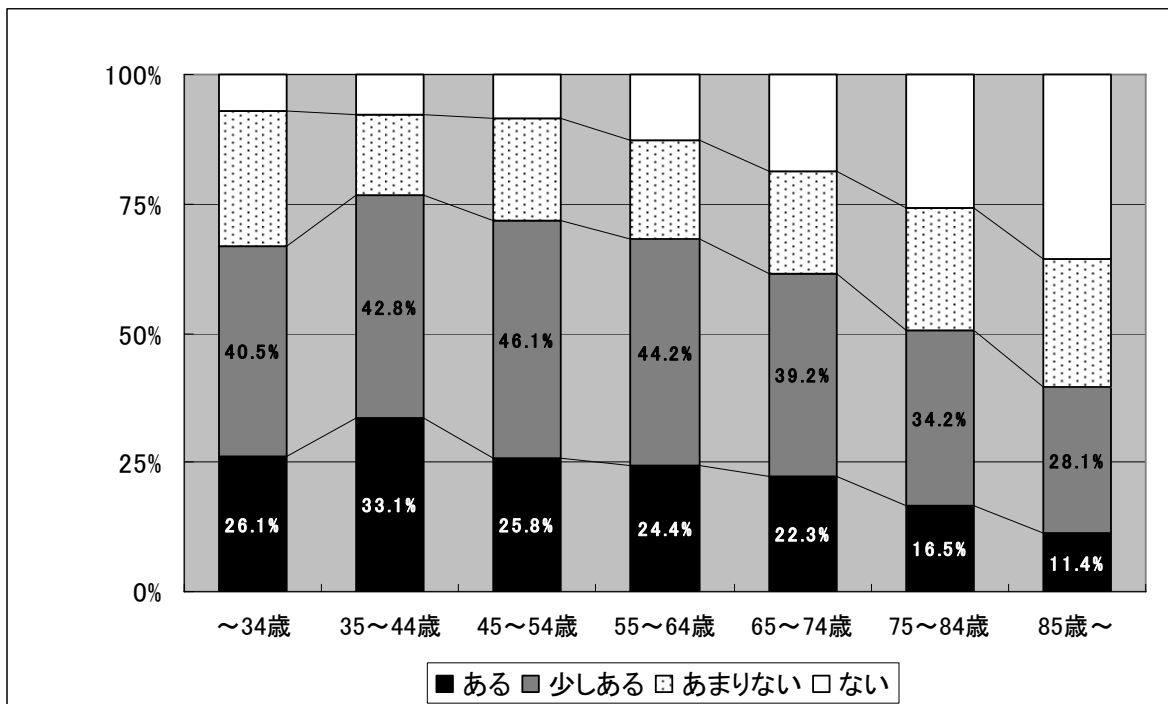


図 2-3 介護に関する不安の有無

【問】現在あなたは、次のようなことについての不安や心配はありますか。 介護に関する不安・心配

1. ない 2. あまりない 3. 少しある 4. ある

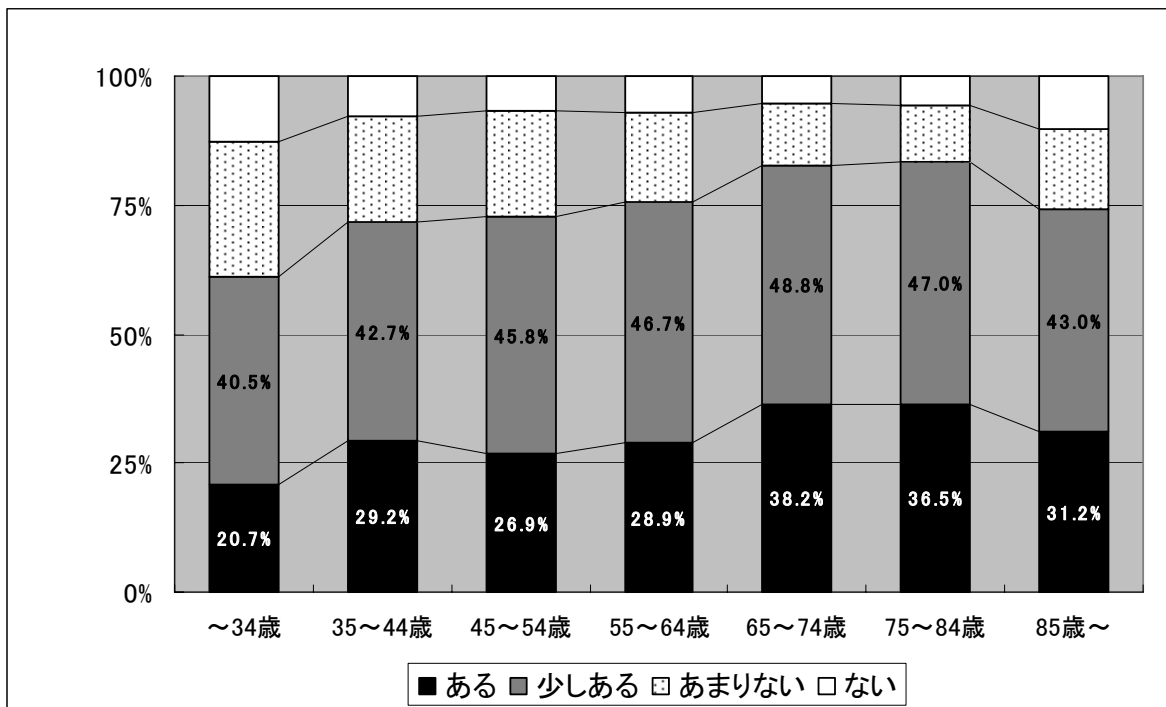


図 2-4 健康に関する不安の有無

【問】現在あなたは、次のようなことについての不安や心配はありますか。 自身の体力や健康についての不安・心配

1. ない
2. あまりない
3. 少しある
4. ある

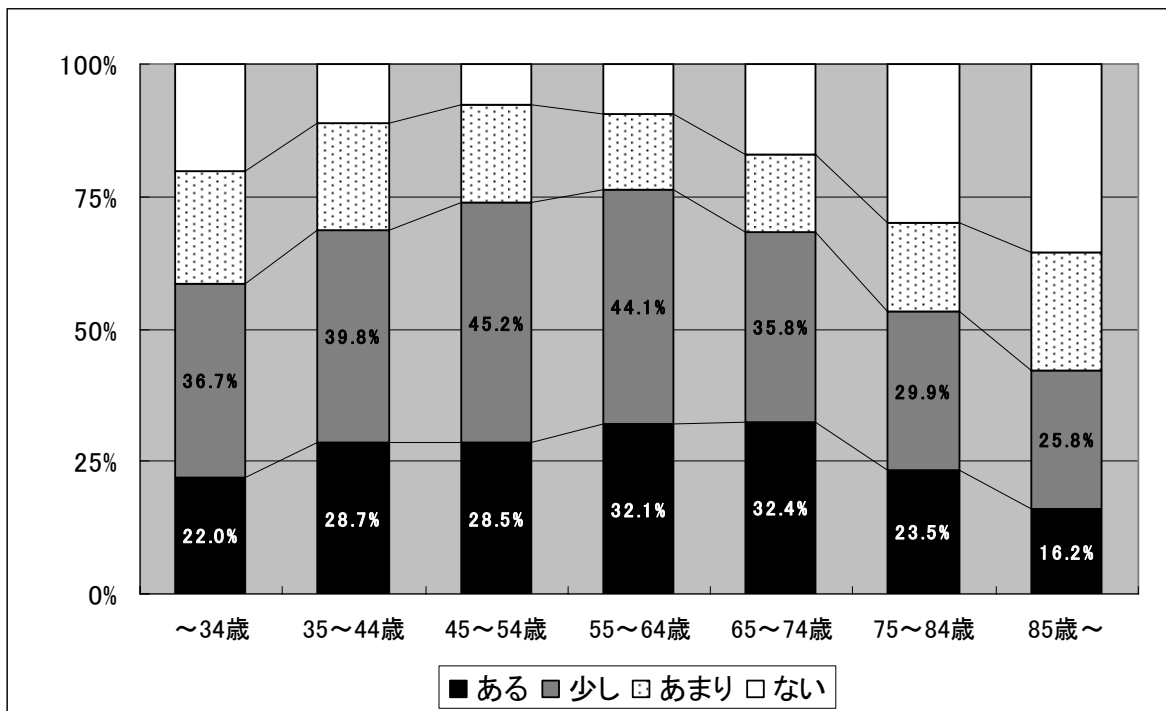


図 2-5 介護による犠牲感

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

1. 感じる
2. 少し感じる
3. あまり感じない
4. 感じない

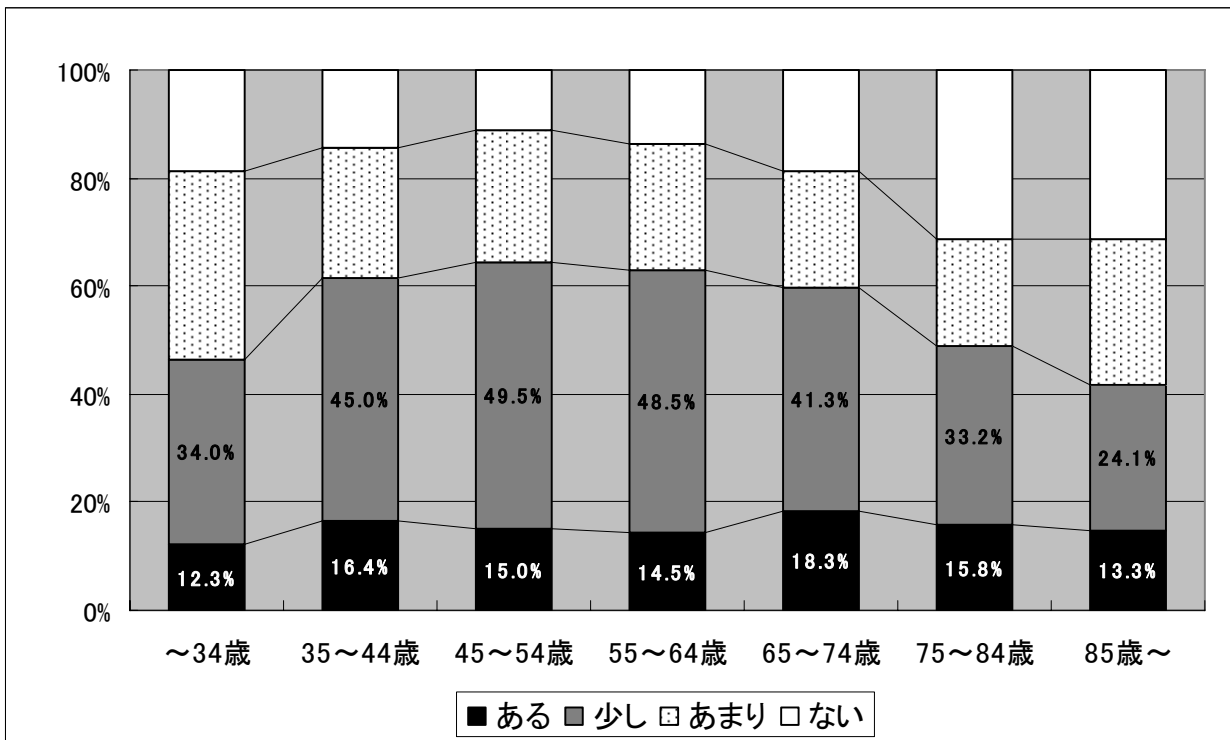


図 2-6 介護に対する負担感

【問】あなたは、現在の介護を負担に感じますか。

1. 感じる 2. 少し感じる 3. あまり感じない 4. 感じない

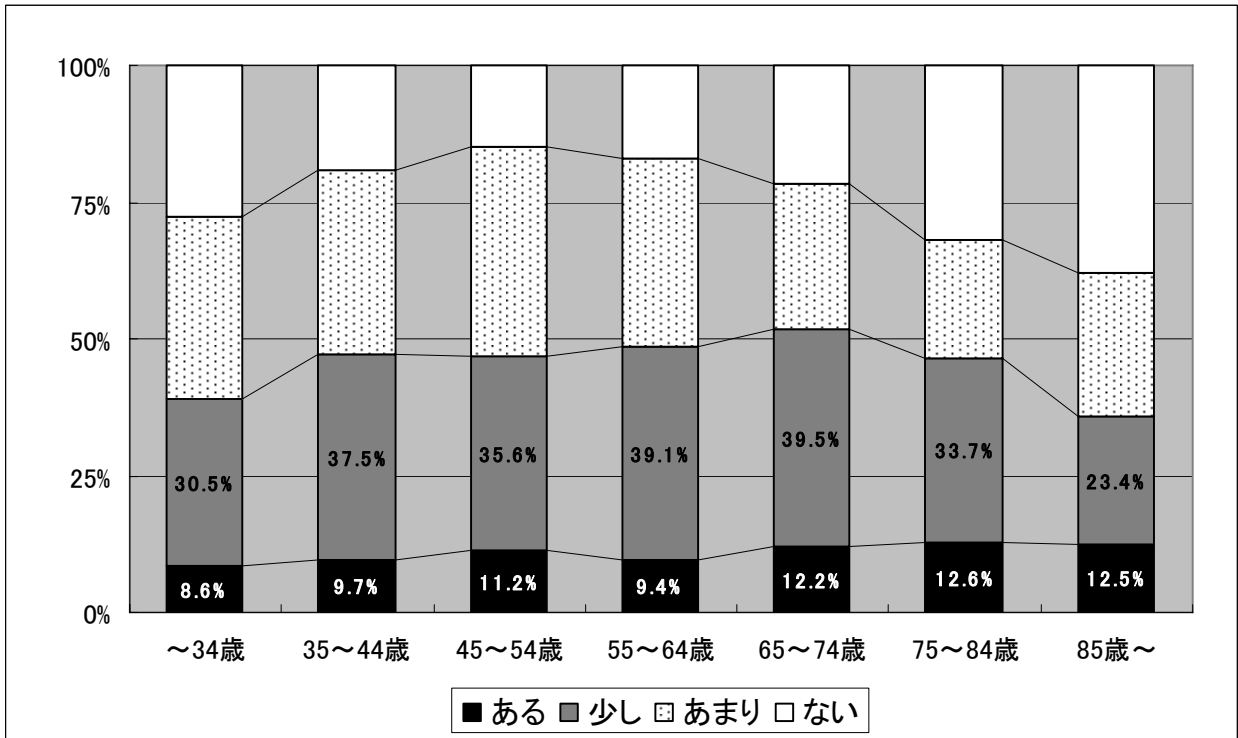


図 2-7 介護継続困難感

【問】これ以上介護を続けることは難しいと感じることはありますか。

1. 感じる 2. 少し感じる 3. あまり感じない 4. 感じない

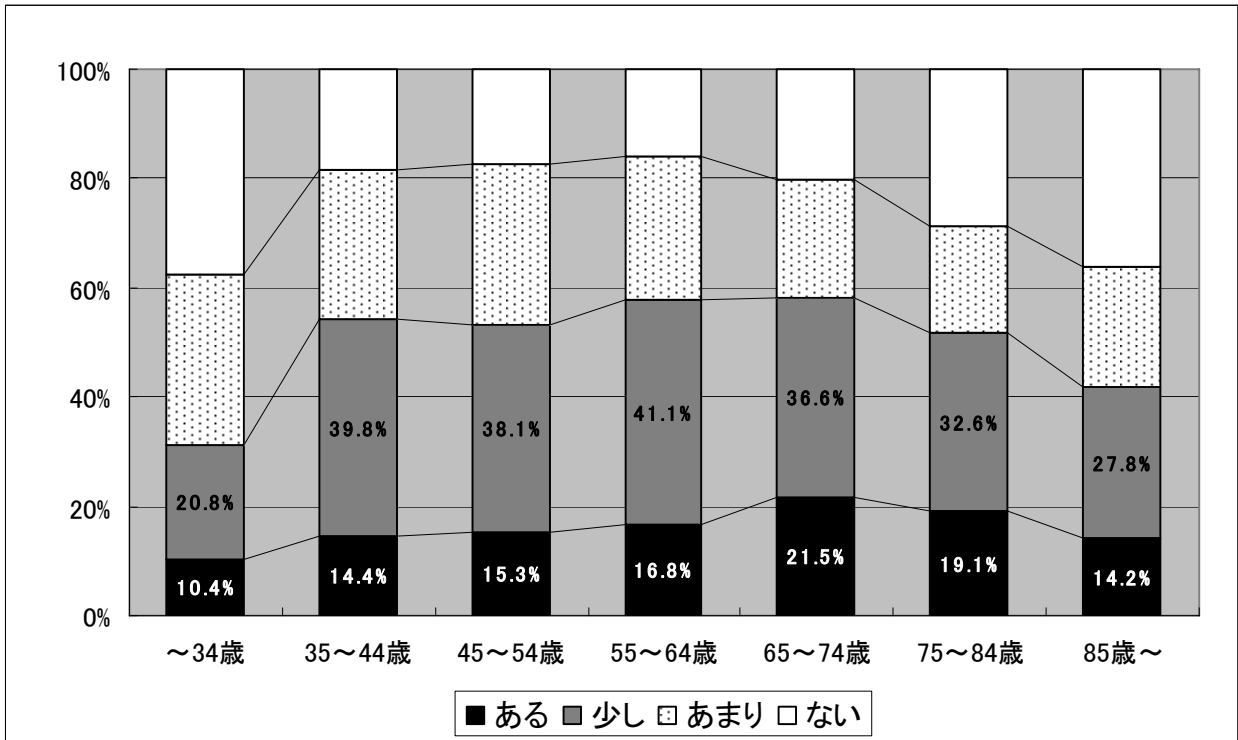


図 2-8 介護による健康悪化感

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

1. 感じる 2. 少し感じる 3. あまり感じない 4. 感じない

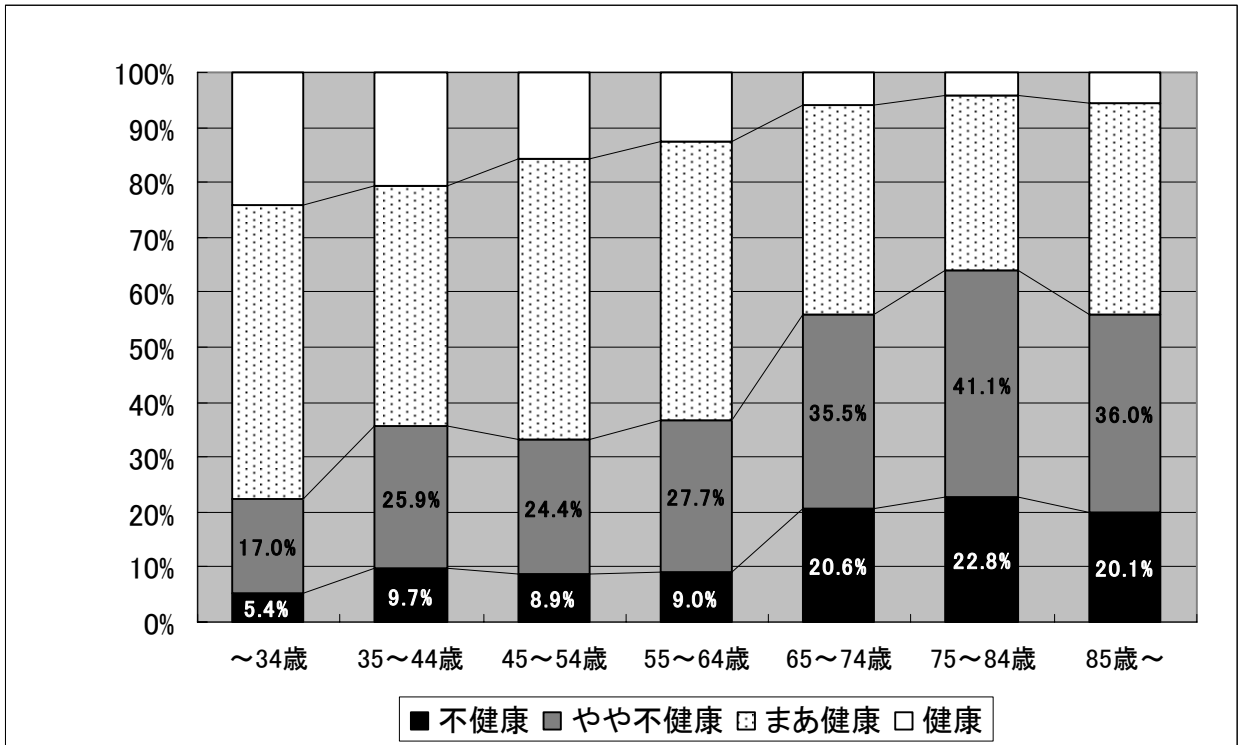


図 2-9 介護者の体の健康感

【問】現在あなたは、ご自身の健康状態についてどのように感じていますか。現在の体の健康状態は

1. 健康 2. まあ健康 3. やや不調 4. 不調

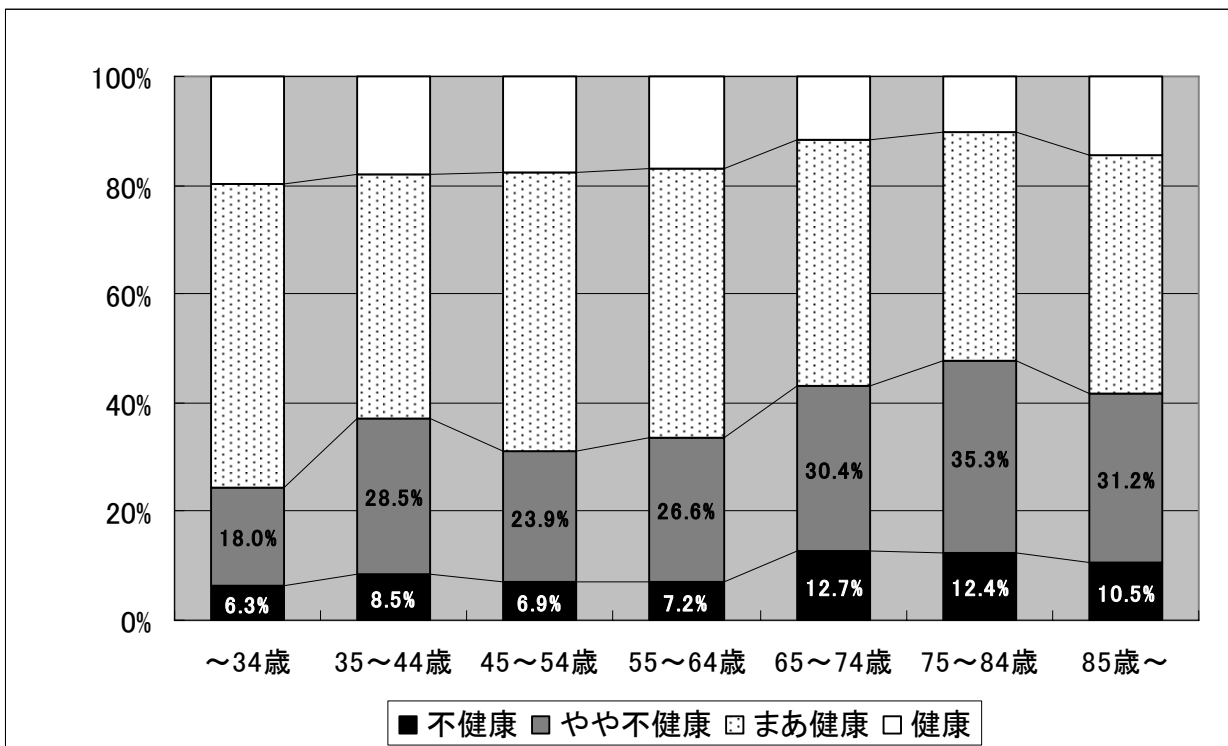


図 2-10 介護者の心の健康感

【問】現在あなたは、ご自身の健康状態についてどのように感じていますか。現在の心の健康状態は

1. 健康
2. まあ健康
3. やや不調
4. 不調

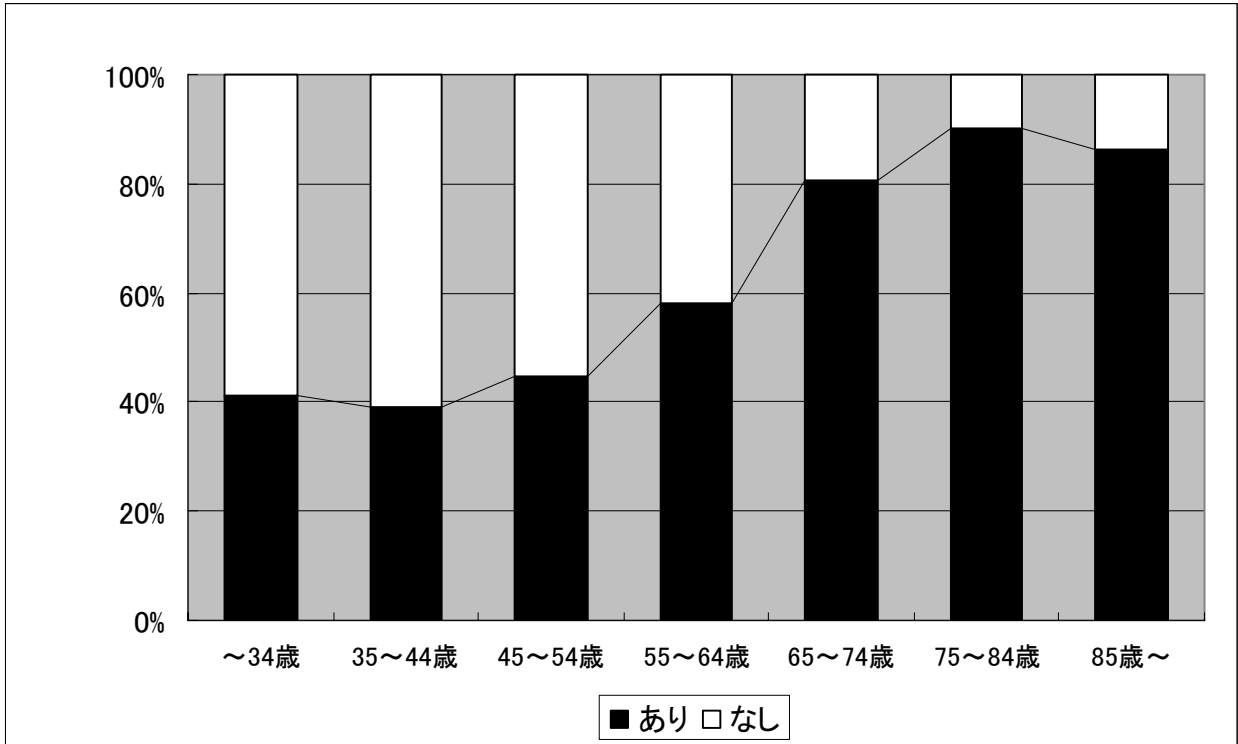


図 2-11 介護者の心身の治療状況

【問】現在、あなたは病気のために医師から治療を受けていますか。

1. はい
2. いいえ

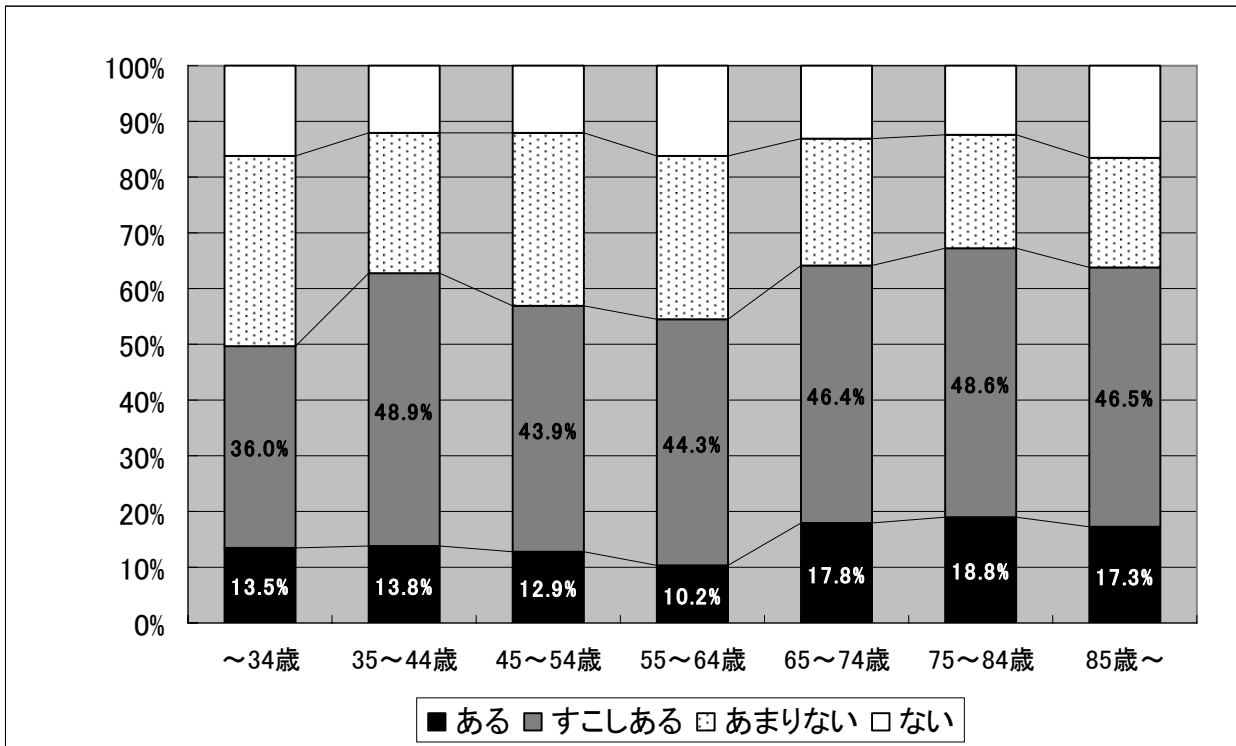


図 3-1 介護者の意欲の減退感

【問】現在のあなたの精神状態についてうかがいます。

すべてをめんどうに感じることはありませんか 1. ない 2. あまりない 3. 少しある 4. ある

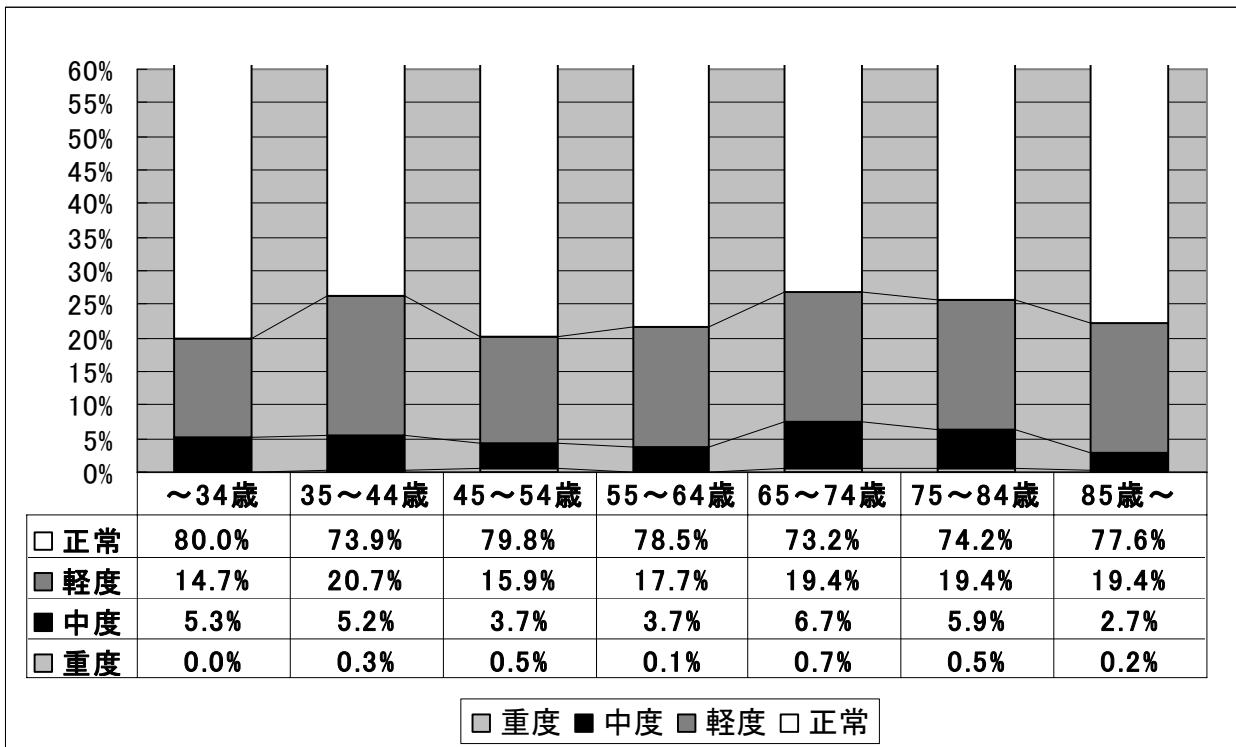


図 3-2 SDS によるうつ病評価

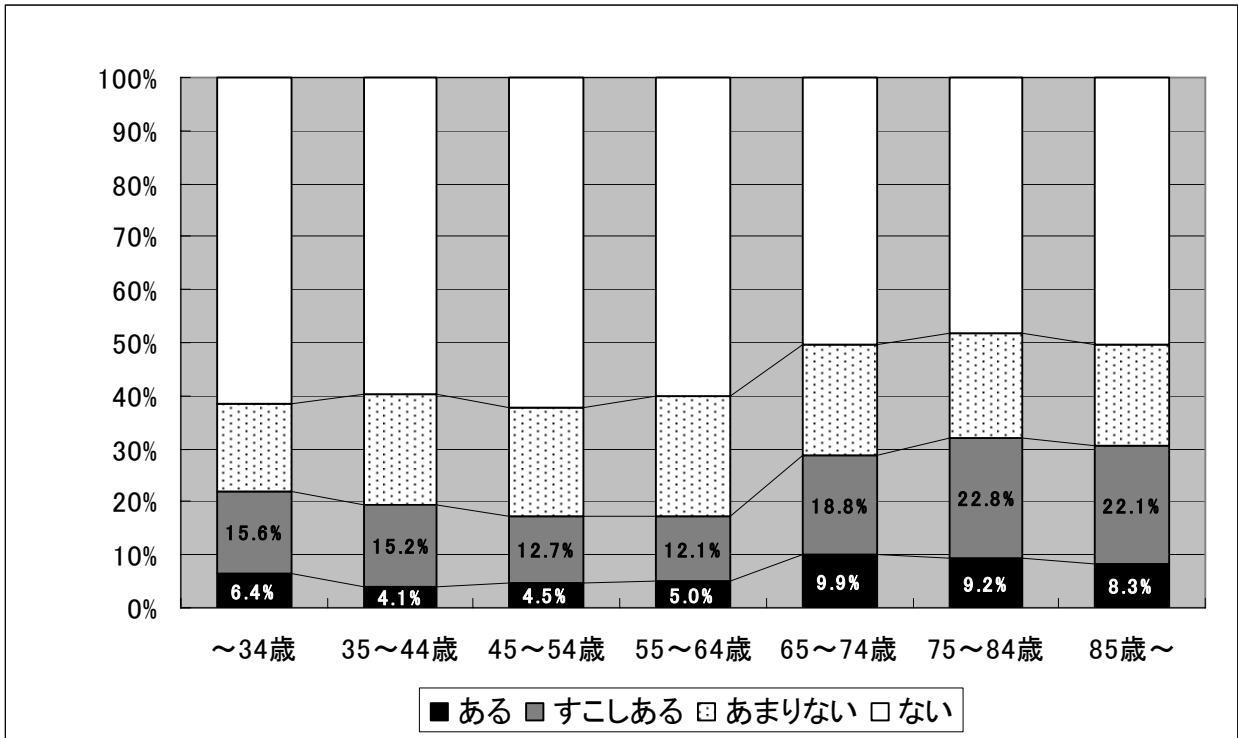


図 3-3 介護者の希死念慮

【問】現在のあなたの精神状態についてうかがいます。
死んでしまいたいと感じることがありますか

1. ない 2. あまりない 3. 少しある 4. ある

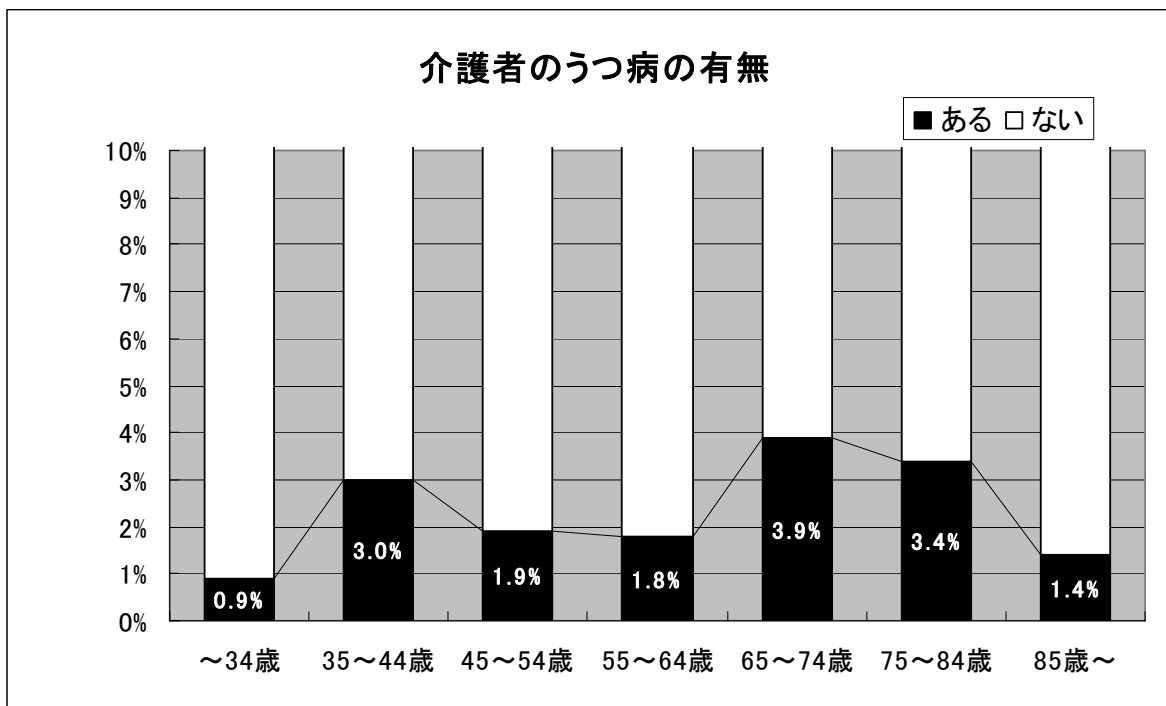


図 3-4 介護者のうつ病の有無

現在、あなたは、病気のために医師から治療を受けていますか。

1. はい 2. いいえ

【問】「はい」と答えた方：その病名は何ですか。

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

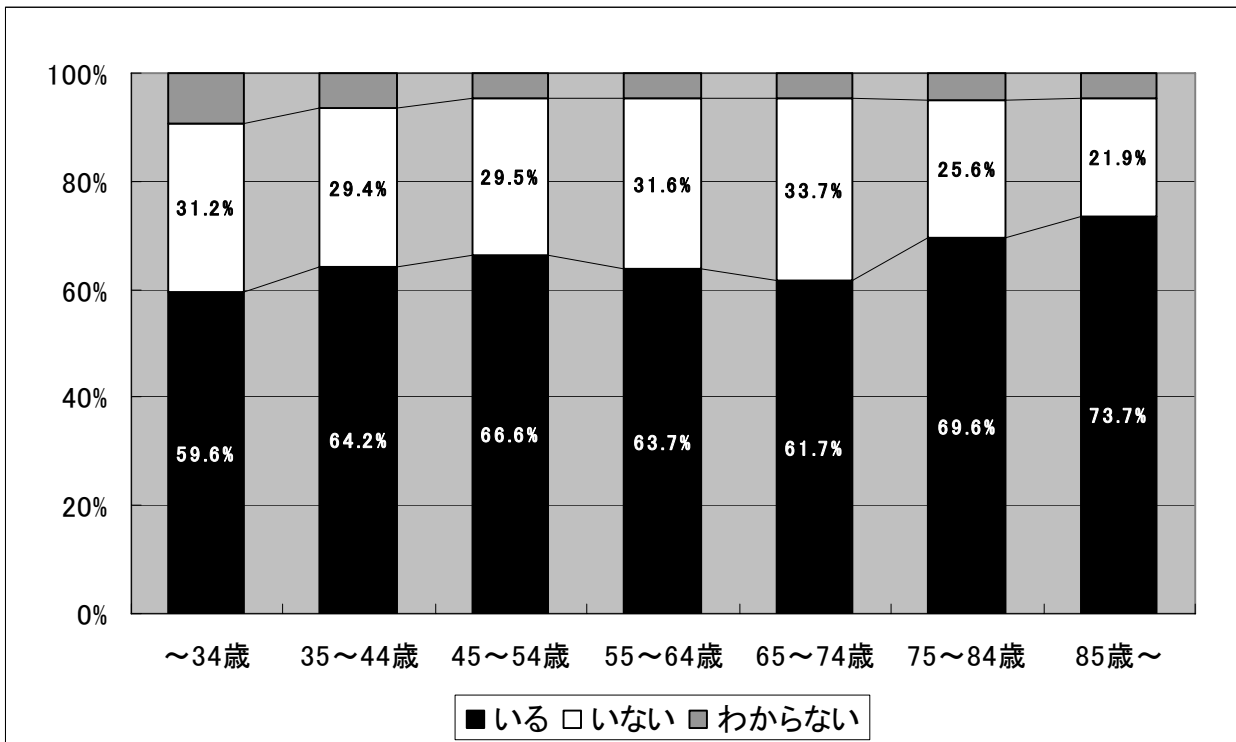


図 4-1 相談者の有無

【問】ふだん、あなたには、介護について相談できる人はいますか

(福祉サービス者は除く)。

1. いる
2. いない
3. わからない

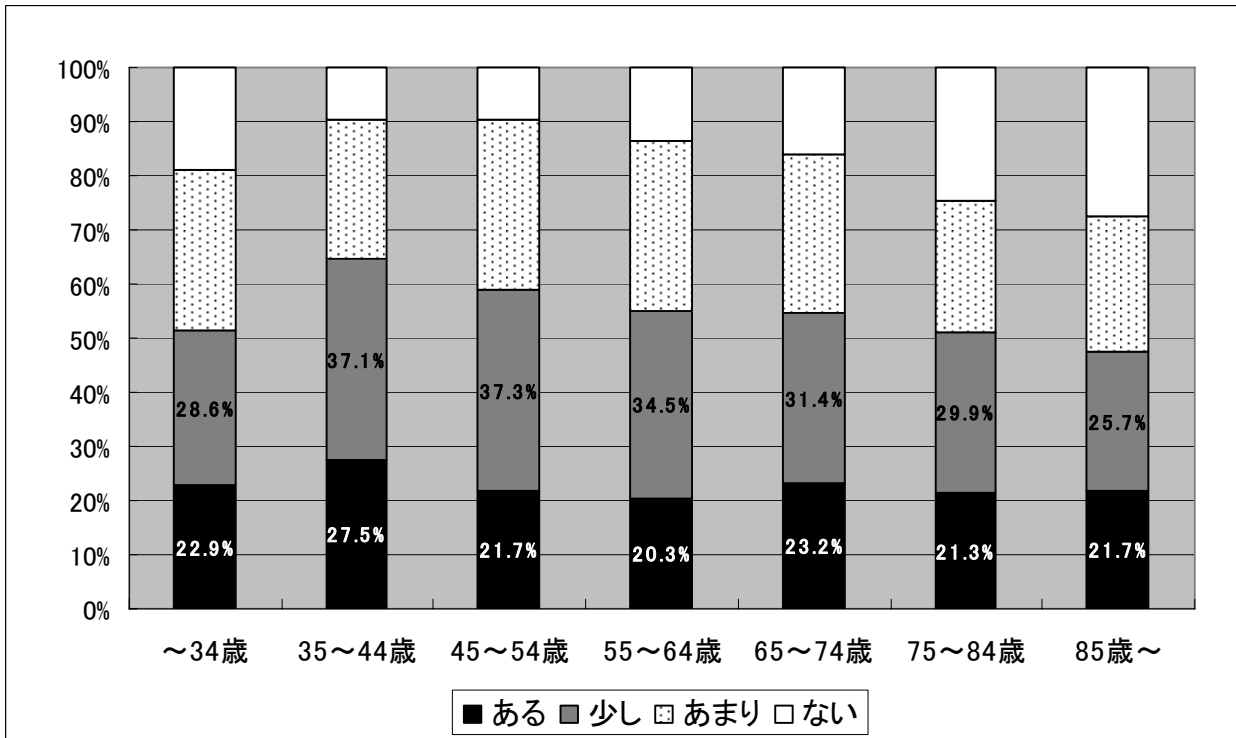


図 4-2 ピア サポートグループ希望の有無

【問】あなたは介護について相談できる仲間がほしいと感じることがありますか。

1. 感じる 2. 少し感じる 3. あまり感じない 4. 感じない

表 1 介護者の健康実態に関するアンケート

問 1 介護をされているあなたご自身についてうかがいます。

1. あなたの年齢は	_____ 歳
2. あなたの性別は	1. 男 2. 女
3. 現在、あなたは仕事を	1. している 2. していない 3. 一時休業中

4. あなたが同居しているご家族の構成はつぎのどれですか。

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

供と親 5. その他

* 未婚の方 ⇒ 6. 単身 7. 親と同居 8. その他

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

その他

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

2. いいえ

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

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

6. 現在あなたは、ご自身の健康状態についてどのように感じていますか。

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

7. 現在のあなたの精神状態についてうかがいます。

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

8. 現在あなたは、次のようなことについての不安や心配はありますか。

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

問2 介助や介護を受けている方のことについてうかがいます。

1. 介助や介護を受けている方の年齢は	歳
2. 介助や介護を受けている方の性別は	1. 男 2. 女
3. 介護状態は	1. 要介護⑤ 2. 要介護④ 3. 要介護③ 4. 要介護② 5. 要介護① 6. 要支援
4. あなたと介助や介護を受けている方との関係についてうかがいます。 あなたは	1. 夫 2. 妻 3. 娘 4. 息子 5. 嫁 6. 婿 7. きょうだい 8. 孫 9. その他
5. 1ヶ月に平均何回福祉サービスを利用していますか（ショートステイなどは1日を1回として計算してください。また、1日に複数のサービスを利用する場合にも1回と計算してください）。	1. 4回以下 2. 5～8回 3. 9～12回 4. 13～16回 5. 17～20回 6. 21回以上
6. 介助や介護を受けている方には、何か問題行動（だまって外へ出てしまう・暴力など）がありますか。	1. ある 2. 少しある 3. あまりない 4. ない
7. 介助や介護を受けている方に、不安・ゆううつ・涙もろさ・イライラなどの精神症状がありますか。	1. ある 2. 少しある 3. あまりない 4. ない
8. 介助や介護を受けている方は、現在、身体疾患や精神疾患のために治療を受けていますか。	1. 受けている 2. 受けていない 3. わからない

問3 介護のことについてうかがいます。

3. 介護期間はどれほどになりますか。	1. 一年未満 2. 一年以上三年未満 3. 三年以上五年未満 4. 五年以上
4. あなたを含めて、日常的に介護に関わっている方の人数は何人ですか（福祉サービス者は除く）。	1. あなた一人 2. 二人 3. 三人 4. それ以上
3. ふだん、あなたには、介護について相談できる人はいますか（福祉サービス者は除く）。	1. いる 2. いない 3. わからない
4. ふだん、あなたには、趣味を楽しんだり、くつろいだりする時間がありますか。	1. ある 2. 少しある 3. あまりない 4. ない

6. あなたが介護のためについやす時間は平均して一日何時間ですか。

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

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

1. 感じる 2. 少し感じる 3. あまり感じない 4. 感じない

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

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

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

1. 感じる 2. 少し感じる 3. あまり感じない 4. 感じない

10. これ以上介護を続けることは難しいと感じることはありますか。

1. 感じる 2. 少し感じる 3. あまり感じない 4. 感じない

11. あなたは、現在の介護を負担に感じますか。

1. 感じる 2. 少し感じる 3. あまり感じない 4. 感じない

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

1. 感じる 2. 少し感じる 3. あまり感じない 4. 感じない

問4 最近2週間の状態についてうかがいます。

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

1. 気分が沈んでゆううつだ	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
2. 朝方一番気分がよい	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
3. 泣いたり、泣きたくなったりする	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
4. 夜がよく眠れない	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
5. 食欲は普通にある。	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
6. 異性に関心がある	①おおいに	②かなり	③少し	④ない
7. やせてきた	①いいえ	②少し	③かなり	④たいへん
8. 便秘する	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも

9.心臓がどきどきする	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
10.疲れやすい	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
11.考えはよくまとまる	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
12.何事もたやすくできる	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
13.落ち着かず, じっとしてられない	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
14.将来に希望がある	①おおいに	②かなり	③少し	④ない
15.気分はいつもに比べてイライラする	①いいえ	②少し	③かなり	④たいへん
16.気楽に決心できる	①いつも	②たいてい	③時に	④いいえ
17.自分は役に立ち必要な人間だと思う	①おおいに	②かなり	③少し	④いいえ
18.自分の人生は充実している	①たいへん	②かなり	③少し	④いいえ
19.自分が死んだ方が他者にとって良いと思う	①いいえ	②時に	③たいてい	④いつも
20.日常生活に満足している	①おおいに	②かなり	③少し	④いいえ

表2 各項目の有効・無効回答数

	ケース					
	有効数		欠損		合計	
	N	パーセント	N	パーセント	N	パーセント
介護者の年齢区分	7879	93.1%	589	6.9%	8486	100.0%
被介護者の年齢区分	7669	90.4%	817	9.6%	8486	100.0%
被介護者との関係	6880	81.1%	1606	18.9%	8486	100.0%
介護者の仕事有無	7699	90.7%	787	9.3%	8486	100.0%
介護期間	7364	86.8%	1122	13.2%	8486	100.0%
介護者数	7009	82.6%	1477	17.4%	8486	100.0%
介護レベル	6995	82.4%	1491	17.6%	8486	100.0%

被介護者の精神症状	7148	84.2%	1338	15.8%	8486	100.0%
被介護者の問題行動	7175	84.6%	1311	15.4%	8486	100.0%
経済不安	7755	91.4%	731	8.6%	8486	100.0%
家族不安	7378	86.9%	1108	13.1%	8486	100.0%
介護不安	7687	90.6%	799	9.4%	8486	100.0%
健康不安	7786	91.8%	700	8.2%	8486	100.0%
介護犠牲感覚	7037	82.9%	1449	17.1%	8486	100.0%
介護負担感	6914	81.5%	1572	18.5%	8486	100.0%
介護継続困難	6872	81.0%	1614	19.0%	8486	100.0%
健康悪化感	7129	84.0%	1357	16.0%	8486	100.0%
介護者の体の健康	7768	91.5%	718	8.5%	8486	100.0%
介護者の心の健康	7590	89.4%	896	10.6%	8486	100.0%
介護者の治療の有無	7383	87.0%	1103	13.0%	8486	100.0%
意欲減退	7750	91.3%	736	8.7%	8486	100.0%
介護者のSDS評価	5710	67.3%	2776	32.7%	8486	100.0%
介護者の希死念慮	7632	89.9%	854	10.1%	8486	100.0%
うつ病治療	7894	93.0%	592	7.0%	8486	100.0%
相談者有無	7227	85.2%	1259	14.8%	8486	100.0%
ピアサポートグループ希望	6874	81.0%	1612	19.0%	8486	100.0%

救急現場での自殺の現状

分担研究者 岸 泰宏（埼玉医大総合医療センター精神科助教授）

【研究要旨】 現在までに日本を含めたさまざまな研究で自殺企図症例の実態が報告されている。 今後は自殺を減らす実践的な方法を模索していく必要がある。そこで、今後の自殺予防に対して、どのような方策が医療現場で必要なのかについて文献検索を行った。 自殺企図者の再自殺企図率は高く、また自殺既遂に至る危険も高いことがわかっている。 救急医療において、再自殺企図予防のため、何らかの体系的な介入を行っていく必要がある。 現在までに、自殺企図症例に対する介入の有効性が示唆されており（確立はされていない）、今後、本邦の救急医療現場に即した介入方法の検討が今後必要であろう。 また、自殺企図前の医療機関受療について、自殺企図前の介入を考えていく上で、今後必要な有用な情報となるため、救急現場で収集していく必要がある。

A. 研究目的

現在までに、日本を含めたさまざまな研究で救急現場における自殺企図症例の実態については報告されている。 今後は自殺既遂を含めた再自殺企図を減らす方法を模索する必要がある。 ここでは、文献レビューを行いながら、どのような研究ならびに情報が今後臨床上必要かについて検討した。

B. 研究方法

自殺企図後の介入についての文献レビューを行った。 また、救急現場での自殺情報について、今後本邦で不足しており、今後収集が必要な点についても検討した。

（倫理面への配慮）

本研究においては、個人情報あるいはヒト生体資料を扱うことはなく、倫理面

の特段の配慮は該当しない。

C. 研究結果ならびにD. 考察

D.

1. 自殺企図症例へのアプローチ

自殺企図（あるいはPara-suicideとも呼ばれる）症例に対しての介入は、自殺予防に対する最も有用な方法である。したがって、救急現場での自殺症例に対する介入はその後の自殺予防にとって非常に重要なものである。 実際には、40-50%の自殺既遂症例は、自殺企図歴があり、自殺企図は自殺既遂を予測する最大の危険因子である¹⁻³。 自殺企図症例の15%が一年以内に再企図し、一年以内に0.5-2%、9年以内に5%が自殺既遂にいたる⁴。 自殺企図は女性が多く、自殺既遂は男性が多いが、ヨーロッパでは若年男性の自殺企図が1980代より増加しているとのデータもある（日本のデー

タはなし)⁵。

自殺企図症例に対する介入は、自殺予防に直結すると予測されるが、現在までのところ、介入方法として、有効性が“確立”されたものはない^{2, 6}。しかしながら、有効性が強く示唆される研究も存在する。

自殺企図後に、身体疾患治療後、精神科フォローアップが薦められるが、25–50%の症例しか外来フォローアップされないことがわかっている^{7–14}（日本のデータなし）。勿論、精神科フォローが必要ない症例も存在するが、フォローされない（治療にのらない）症例は再自殺企図の可能性が高まることもわかっている¹⁵。さらには、精神科に入院したとしても、退院直後、とくに退院一週間以内の自殺が多いこともわかっている^{16, 17}。

これら、自殺企図症例への介入RCT研究は欧米で数は少ないものの存在する（日本における報告は、anecdotal reportの域からは残念ながら出ていない）。Chochrane Reviewによれば²、23のRCTが認められている。いわゆるproblem-solving therapy（認知行動療法主体）では^{18–22}、介入による効果（統計的に有意ではない。症例数の問題が大きく、これからの課題となっている。）も認められている。さらには、“Geen Card (Emergency Card)”による自殺予防効果も認められている^{23, 24}（統計的に有意でない。理由は同上）。これは、自殺企図で入院となった症例に対して、医師はいつでもコンタクトが可能であり、問題が生じた場合には電話でコンタクトをとったり、救急外来を受診するように勧める方策である。また、頻回の自殺企図が問題となる境界性人格障害

症例に対して、認知行動療法の一つであるDialectal Behavior Therapy (DBT) による再自殺企図予防効果 (OR 0.24: 95% CI 0.06–0.93) が認められている^{25, 26}。これらの介入研究が日本では認められないため、今後の介入研究が必要である。

自殺企図後の精神科治療へのコンプライアンスが悪い点は先に述べたが、これに対しての介入も行われている。ベルギーからの報告では¹⁵、自殺企図で救急外来から帰宅した症例に対して、コミュニティー・ケアの訪問看護による受診援助を行うと、受診コンプライアンスはあがり、自殺企図も減る (OR 0.65, 95%CI 0.36–1.19) ことがわかっている。また、自殺の危険性が高い症例で、フォローアップ受診を中止した症例に対して、手紙による医療機関からのコンタクトをとりつづけることにより、自殺既遂率が低下することも報告されている²⁷。つまり、予防的に自殺予防の介入を行うことが大切であり、患者からのニーズに依存したままでは、再企図予防効果は少ない点が示されている。救命救急センターにおいては、自殺企図症例が全体の15%に達する施設もあり²⁸、これらの介入研究による自殺予防効果の検討が期待される。

なお、RCTを行うためには、最低でも297症例から687症例ずつの割付けが必要であり、多大な予算が必要な点を付け加えておく²。

2. Depression in Primary Care

欧米では、表1のような自殺企図前のヘルス・ケア利用に関するデータが存在する²⁹

自殺既遂者は、自殺前一年以内に、ヘル

ス・ケアを利用することが多い。この点に関して、米国とヨーロッパでは差がない。メンタル・ヘルスを利用するよりも、一般医（プライマリー・ケア）を受診していることが多い。日本におけるこれらのデータは知る限り、存在しない。今後の介入を考えるうえで重要である。とくに初老期から老人のプライマリー・ケア受診データは今後の介入を考えるうえで大切である（欧米では77%が一年以内に受診：女性は100%）。今後の介入を考えるうえで、是非必要な情報である。自殺既遂とは異なるものの自殺企図症例を多く扱う救急現場においての情報収集は貴重な情報となる。

自殺既遂の最も大きな原因のひとつは、うつ病によるものである。厚生労働省も“うつ病対策”の重要性を強調している（自殺防止対策有識者懇談会報告：自殺予防に向けての提言 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h1218-3.html>）。一般医さらには産業医のうつ病の早期発見・早期治療を提言しており、

- (1) マニュアル・研修等を利用し、うつ病等の診断および治療、専門家への紹介が適切に実施できるように、かかりつけ医・産業医のうつ病等に関する知識・技術の向上や生涯教育の推進。
- (2) かかりつけ医・産業医から精神科医等への円滑な紹介等が推進できるように、かかりつけ医・産業医と精神科医等との日頃からの連携強化。といった方針をだしている。

これら、教育効果への期待は予測される政策ではある。もっとも影響のあった研究は、スウェーデンのGotland 島による一般医に対する教育

プログラムである（人口6万、18一般医）^{30, 31}。教育プログラムにより、自殺が減少し、また抗うつ剤の処方も増加していた点が報告されている。しかしながら、この研究ではうつ病の予後評価がなされていない点や、大規模なRCTの結果などにより、一般医への教育だけでは、うつ病の改善は望めないことがわかっている³²⁻³⁵。

さまざまな介入研究により、一般医に対するガイドラインの作成とうつ病教育のみでは、うつ病は改善しないことが明らかであり³²⁻³⁵、現在までの研究を活かした方策を導入していく必要がある（残念ながら、日本ではこれらの研究は存在しない）。“教育”さらにはトラディショナルな“連携の提案”では何ら解決しないことは明らかであり、無駄な投資は避けるべきである。一般医療現場におけるうつ病治療成功の鍵は、“ケース・マネジメント”と“精神医療の積極的な関与”である³³⁻³⁵。これらの、新たなコラボレーションをとらない限り、うつ病の治療効果さらには自殺予防には繋がらないと予想される。日本における、新潟県松之山（人口3000人）の老人全員に対するうつ病スクリーニング、精神科医ならびに保健婦による介入による自殺減少の報告は³⁶、一般化はできないものの（対医療費効果の面からも）大いに参考となる。強力なメンタルヘルスの介入さらには保健婦によるケース・マネジメントも行われており、これらの方策を参考とした、一般化できるより効率的自殺予防方法の検討が必要である。

E. 結語

救急医療において、再自殺企図予防のため、何らかの体系的な介入を行っていく必要がある。現在までに、介入効果を示唆される方法もあるが、確立された方法はない。本邦の救急医療現場に即した介入方法の検討が今後必要であろう。また、自殺企図前の医療機関受療について、自殺企図前の介入を考えていく上で、今後必要な有用な情報となる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

該当なし

【文献】

1. Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *Br J Psychiatry*. 1988;152:359-366.
2. Hawton K, Townsend E, Arensman E, et al. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD001764.
3. Rygnestad T. Mortality after deliberate self-poisoning. A prospective follow-up study of 587 persons observed for 5279 person years: risk factors and causes of death. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32(8):443-450.
4. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. Sep 2002;181:193-199.
5. Hawton K, Fagg J. Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents. A study of characteristics and trends in Oxford, 1976-89. *Br J Psychiatry*. 1992;161:816-823.
6. Rhodes AE, Links PS. Suicide and suicidal behaviours: implications for mental health services. *Can J Psychiatry*. 1998;43(8):785-791.
7. Morgan HG, Barton J, Pottle S, Pocock H, Burns-Cox CJ. Deliberate self-harm: a follow-up study of 279 patients. *Br J Psychiatry*. 1976;128:361-368.
8. Turner RJ, Morgan HG. Patterns of health care in non-fatal deliberate self-harm. *Psychol Med*. 1979;9(3):487-492.
9. Adam KS, Isherwood J, Taylor G, Scarr G, Streiner DL. Attempted suicide in Christchurch: three-year follow-up of 195 patients. *N Z Med J*. 1981;93(685):376-381.
10. Rygnestad TK. Prospective study of social and psychiatric aspects in self poisoned patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1982;66(2):139-153.
11. O'Brien G, Holton AR, Hurren K, Watt L, Hassanyeh F. Deliberate self-harm and predictors of out-patient attendance. *Br J Psychiatry*. 1987;150:246-247.
12. Owens DW, Jones SJ. The accident and emergency department management of deliberate self-poisoning. *Br J Psychiatry*. 1988;152:830-833.
13. Macharia WM, Leon G, Rowe BH, Stephenson BJ, Haynes RB. An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services. *Jama*. 1992;267(13):1813-1817.
14. King CA, Segal H, Kaminski K, Naylor MW, Ghaziuddin N, Radpour L. A prospective study

- of adolescent suicidal behavior following hospitalization. *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25(3):327-338.
15. Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Van Remoortel J. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med.* 1995;25(5):963-970.
 16. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet.* 1993;342(8866):283-286.
 17. Dennehy JA, Appleby L, Thomas CS, Faragher EB. Case-control study of suicide by discharged psychiatric patients. *Bmj.* 1996;312(7046):1580.
 18. Gibbons JS, Butler J, Urwin P, Gibbons JL. Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *Br J Psychiatry.* 1978;133:111-118.
 19. Hawton K, McKeown S, Day A, Martin P, O'Connor M, Yule J. Evaluation of out-patient counselling compared with general practitioner care following overdoses. *Psychol Med.* 1987;17(3):751-761.
 20. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *Br J Psychiatry.* 1990;157:871-876.
 21. McLeavey BC, Daly RJ, Ludgate JW, Murray CM. Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide Life Threat Behav.* 1994;24(4):382-394.
 22. Evans K, Tyrer P, Catalan J, et al. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med.* 1999;29(1):19-25.
 23. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry.* 1993;163:111-112.
 24. Cotgrove AJ, Zrinsky L, Black D, Weston D. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *J Adolesc.* 1995;18:569-577.
 25. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(12):1060-1064.
 26. Linehan MM, Heard HL, Armstrong

- HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(12):971-974.
27. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv*. 2001;52(6):828-833.
28. 岸泰宏, 黒澤尚. 救命救急センターに收容された自殺者の実態のまとめ. *医学のあゆみ*. 2000;194:588-590.
29. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):909-916.
30. Rutz W, Walinder J, Eberhard G, et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79(1):19-26.
31. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;85(1):83-88.
32. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355(9199):185-191.
33. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *Jama*. 2003;289(23):3145-3151.
34. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. *Bmj*. Oct 27 2001;323(7319):948-949.
35. Jimenez-Jimenez FJ, Garcia-Ruiz PJ, Molina JA. Drug-induced movement disorders. *Drug Saf*. 1997;16(3):180-204.
36. 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏, 須賀良一, 小熊隆夫, 小泉毅. 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動-老年期うつ病を中心に-. *精神神経学雑誌*. 1998;100:469-485.

【表—1】

自殺既遂前のヘルス・ケア利用 (Inclusion criteria: Psychological autopsy, record reviews, or record reviews plus additional sources of information) :
Review of 40 studies ²⁹

	1ヶ月以内	一年以内	生涯
メンタル・ヘルス利用			
トータル	18.7%	32.1%	53.0%
35歳以下	15.3%	24.0%	38.4%
55歳以上	11.0%	8.5%	19.5%
プライマリー・ケア利用			
トータル	44.8%	76.6%	—
35歳以下	22.8%	62.4%	—
55歳以上	58.0%	77.0%	—

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度（DSRS-C）による
中学生における抑うつ傾向に関する調査

研究協力者 伊藤幸生（東海大学医学部医学研究科）
主任研究者 保坂 隆（東海大学医学部基盤診療学系）

【研究要旨】

中学生における抑うつ傾向について検討するため、Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度（DSRS-C）を用いて調査を行った。対象は静岡県の中学1年生から中学3年生までのすべての項目に回答した計557名（男子285名、女子272名）である。調査の結果、学年間においては1年生>3年生>2年生の順に得点の変化が見られ年齢が上がるごとに得点も上昇するといった過去の報告とは異なる結果となった。また、兄弟の有無や順位関係について有意差はみられなかったが、女子が男子に対して有意に高いこと、さらには抑うつが強くうつ病圏を予測するための臨床的判別点（cut off score 16点）以上のものが24.6%となり今回の調査対象者のほぼ4人に1人に抑うつ症状がみられるという結果となった。

A. 研究目的

わが国における自殺による死亡者数は1998年以来、ずっと3万人を超える年が続いている。日本人の死因統計によれば自殺は第6位であるが、15歳から54歳のいわゆる生産年齢人口を5歳ごとに区切ると自殺はどの年代区分でも1位か2位になっている。また、若干前述の区分と重なるが、50歳以上の自殺者数も1998年以来、2万人を越えている。自殺者が急増し始めたこの時期はバブルおよびバブル崩壊といわれる時期とかさなるため特に関心の対象は中高年、いわゆる「働き盛り」の世代と仕事からリタイアし生活に大きな不安を抱える高齢者が中心とされてきた。仕事や生活に対する不安は大きなストレスであることは想像に難くないが、生活に不安感を持っているからといってそう感じているほとんどの人は自殺にまでいたっているわけでは

ない。この境界を分けるひとつの要因として「うつ病」の罹患が考えられ、うつと自殺に関する多くの研究がなされてきた。就労前の未成年に関するうつの研究についても1980年にDSM-IIIに初めて子どものうつに関する定義がなされて以来研究されてきたがわが国においては近年になってようやく子どものうつの問題に大きな関心が向けられるようになってきている。うつ症状を抱える子どもは、学業成績の低下や対人関係の問題を起こすとの報告や(Puig-Antich et al. 1985)、中学3年生の抑うつ状態を抑うつ尺度（DSRS-C）を用いて検討した結果、DSM-IVの大うつ病エピソードの主症状と尺度因子に近似性を示唆した抑うつ症状に22.8%があてはまり、抑うつ症状をもつ中学生が少なからず存在するという結果を示したもの（傳田ら、2002）などの研究を踏まえ近年、内面的不適応要因として「抑

うつ」との関連を指摘するものも増えている(小保方, 2005)。

しかし、未だ十分に調査されているとはいえ、疫学的調査としてはまだ数が少ないのが現状である。傳田ら(2002)、村田ら(1996)のデータは貴重なものであるが、傳田らの研究は北海道、村田らの研究は福岡という地域の報告である。傳田らは北海道内において地域性に有意差はないとの報告をしているが改めて地域性を考慮する必要もあるのではないかと考えた。

本調査では先行研究を補足・再確認する上でも本州中央部に位置する静岡県においてわが国の中学生の抑うつ状況を調査した。調査尺度として比較的簡便に実施できるうえ、抑うつが強くうつ病圏を予測するための臨床的判別点(cut off score)が設けられている子ども用抑うつ自己評価尺度(Depression Self-Rating Scale for Children; DSRS-C)(Birlleson, 1981)の日本語版(村田ら, 1996)を用いて調査することを目的とした。

B. 研究方法

B-1. 調査対象

対象は静岡県の公立中学校1年生から3年生計566名(男子290名, 女子276名, 1年生209名(男子102名, 女子107名), 2年生167名(男子92名, 女子75名), 3年生190名(男子96名, 女子94名)である。調査の目的と実施方法および個人情報取り扱いに関する説明を校長をはじめ全教職員に対し窓口となった養護教諭と連携して実施した。生徒および保護者に対しては学校保健委員会にて総括を説明した。調査は各クラスにて担任教諭が「こころの調査」として取り扱い説明をした後、設問内容の理解を深めるために生徒個人の黙読だけでなく1問ずつ教員による音読によって実施された。

なお、本研究は著者の所属する東海大学の倫理委員会にて承認を得ている。

B-2. 調査手続き

2006年8月に質問紙を配布し各クラスにおいて学級活動の時間に全校一斉に実施された。対象者は調査票を記入した後、クラスごと封筒に入れ厳封したものを著者が直接回収し集計した。

B-3. 調査内容

まず、フェイスシートにて情報の管理・取り扱いについて、良い答え・悪い答えというものはないこと、思ったとおりに答えてほしいことなどの説明に加え、性別、学年、兄弟の有無および兄弟関係を確認した。

抑うつ症状の測定には、子ども用抑うつ自己評価尺度(Depression Self-Rating Scale for Children; DSRS-C)(Birlleson, 1981)の日本語版(村田ら, 1996)18項目を採用した。尺度の信頼性と妥当性は、ともに高い水準であることが示されている。回答は、「いつもそうだ(2点)」、「ときどきそうだ(1点)」、「そんなことはない(0点)」の3件法で行われる。また中には反転項目が設定されているが、採点の際には変換し合計得点を算出する。得点の高いものが抑うつ症状の高いものとされる。

なお、統計ソフトはSPSS14.0を使用した。

C. 結果

C-1. 抑うつ傾向の解析について

解析対象者は子ども用抑うつ自己評価尺度(Depression Self-Rating Scale for Children; DSRS-C)のすべての項目に回答した計557名(男子285名, 女子272名)とし、全対象者(566名)中、1問でも欠損のあるもの(9名)は除外した。本尺度全体の α 係数は $=.827$ となり内的整合性は示された。合計得点の平均は全体で11.6点であっ

た。合計得点の分布を図1に示す。加えてDSRS-Cの回答得点構成(%)および各項目の平均と標準偏差を表1に示した。

DSRS-Cを作成したBirlleson(1981)は、抑うつ状態を示し、気分障害の範疇に含まれる児童と、それら判断にあてはまらない児童との本尺度による判定のためのcut off scoreを15点と設定しているが、DSRS-Cの日本語版を作成した村田ら(1996)によれば、日本においては16点がcut off scoreとして妥当であるとしているため、本研究においても同様にcut off scoreを16点に設定した。また、DSRS-Cの適応年齢は、Birlleson(1981)では7歳から13歳とされていたが、その後青年期にも適応が可能との報告もあり(Firth and Chaplin, 1987)、国内における日本語版においても中学3年生までの調査研究がある(傳田ら, 2002)。内容についても内的整合性が示されており($\alpha = .85$)、加えて本尺度は小学生にもわかるように高い語彙能力も認知能力も必要とせず、簡便に適用できること、さらに妥当性もあると判断できるため、本研究でも中学生に対して使用することとした。また、項目ごとにおける差についての比較検討は検定の多様性の観点から今回は行わず、合計得点のみを解析の対象とした。

C-2. 抑うつ傾向の男女差について

DSRS-Cの合計得点の平均は男子10.8点、女子12.4点であった。男女間においてWilcoxonの順位和検定を実施したところ $P=0.002^{**}$ と示され、有意差が認められた。また、cut off score16点以上のものは男子59名(男子の20.7%)、女子78名(女子の28.6%)の計137名(全体の24.6%)であった(図2)。

C-3. 抑うつ傾向の学年差について

DSRS-Cの合計得点に基づき学年間(1年

生207名:平均11.57点, 2年生161名:平均11.95点, 3年生189名:平均11.29点)においてKruskal-Wallis検定を実施したところ $P=0.800$ と示され有意差は見られなかった。平均値は2年生>1年生>3年生の順に得点が高い傾向が見られた。加えて学年ごとの合計得点分布を図3に示す。また、cut off score16点以上のものは1年生51名(16点以上全学年の37.2%)(1年生の24.6%:男子17名16.8%, 女子34名32.1%), 2年生45名(16点以上全学年の32.8%)(2年生の27.9%:男子20名22.7%, 女子25名34.2%), 3年生41名(16点以上全学年の29.9%)(3年生の21.6%:男子22名22.9%, 女子19名20.4%)であった(図4)。

C-4. DSRS-Cと兄弟の有無および兄弟の順位関係との関連について

DSRS-Cの集計得点に基づき兄弟のいるものと一人っ子との間(兄弟あり488名:平均11.72点, 一人っ子69名:平均10.62点)においてWilcoxon順位和検定を実施したところ、 $P=0.179$ と示され有意差は見られなかった。また、兄弟の順位関係による類型分類(一人っ子69名(12.4%), 年上の姉妹のみいる211名(37.9%), 年下の弟妹のみいる215名(38.6%), 上下ともにいる62名(11.1%))間においてKruskal-Wallis検定を実施したところ、 $P=0.1557$ と示され兄弟の有無と同様に有意差は見られなかった。

D. 考察

本研究の目的は、子どもの心的要因として問題とされつつある「抑うつ」について中学生を対象に調査することであった。調査の結果、学年間および兄弟の有無や順位関係について有意差はみられなかったが、女子が男子に対して有意に高いこと、さらにはcut off score16点以上のものが

24.6%いるという点に関しては若干本研究の数値のほうが高く出ているが傳田ら(2004)の報告 22.8%に近似した結果となった。ただ24.6%となるとほぼ4人に1人ということになるため、これが現代の病理と恣意的にいうよりは、傳田ら(2004)も cut off score の検討を今後の課題としているようにさらなる症例検討が必要と考えられる。しかしながら、上記研究で DSRS-C の構成内容は DSM-IV の大うつ病エピソードの主症状としてとりあげられ、児童・青年期の抑うつ症状と成人の大うつ病エピソードとの近似性が示唆されたことは単純に cut off score の設定の変更で済まされるような問題ではなくアセスメント全体の問題として慎重に検討していく必要があると思われる。

E. 結論

本研究では調査対象となった中学生の4人に1人(24.6%)に抑うつ症状がみられるというかなり高い結果が示されたが、先行研究の値と比べても近似していることからわが国において中学生の抑うつ症状に関して地域差がないこと、また、子どもの自殺に関して「いじめ」だけでない重要な要因であることが示唆された。今後、本研究での尺度項目以外の内外要因を含めた調査研究が必要であること、さらには自己記入式の限界や false positive の問題を十分に考慮しつつも躁病エピソードなどに見られる易怒性のようなものついて、普段は静かに落ち着いているようにみえるが突然キレたり、不登校になったりするといったものを単なる抑うつ症状だけでなく内外因子から多面的に捉える調査を検討していくことも必要ではないかと考える。

【参考文献】

警察庁生活安全局地域課 2007 平成 17 年中における自殺の概要資料

Puig-Antich, J., Lukens, E., Davis, M. et al. 1985 Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: I. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 500-507.

傳田健三・賀古勇輝・佐々木幸哉・伊藤耕一・北川信樹・小山司 2004 小・中学生の抑うつ状態に関する調査—Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度(DSRS-C)を用いて児童青年精神医学とその近接領域, 45, 424-436.

小保方晶子・無藤隆 2005 中学生の非行傾向行為と抑うつ傾向の関連 *心理臨床学研究* 第23巻 第5号 533-545.

Peter Birleson 1981 The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 22, 73-88.

村田豊久・清水亜紀・森陽二郎・大島祥子 1996 学校における子どものうつ病—Birleson の小児期うつ病スケールからの検討 *最新精神医学*, 1, 131-138.

Firth, A. & Chaplin, L. 1987 Research note :The use of the Birleson depression scale with a non-clinical sample of boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 79-85.

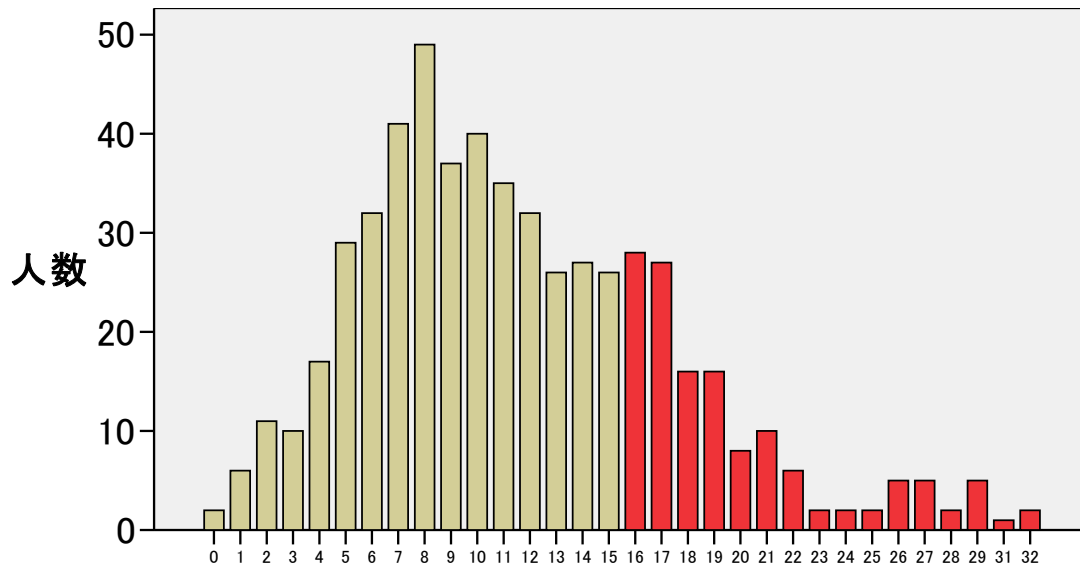


図1 DSRs-C合計得点の分布

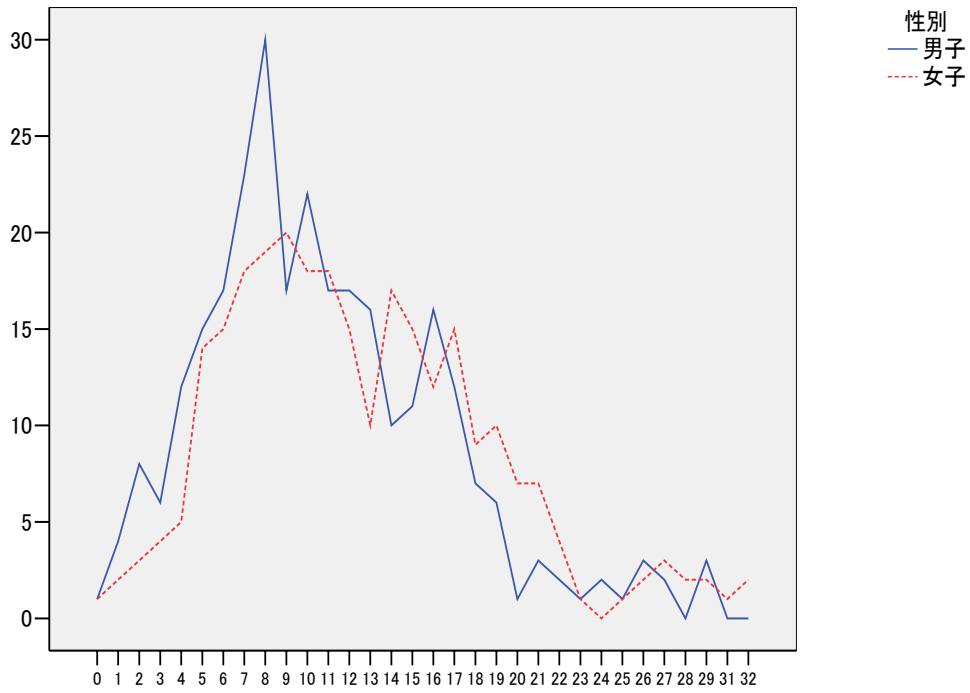


図2 DSRS-C(抑うつ尺度)合計得点(男女別)

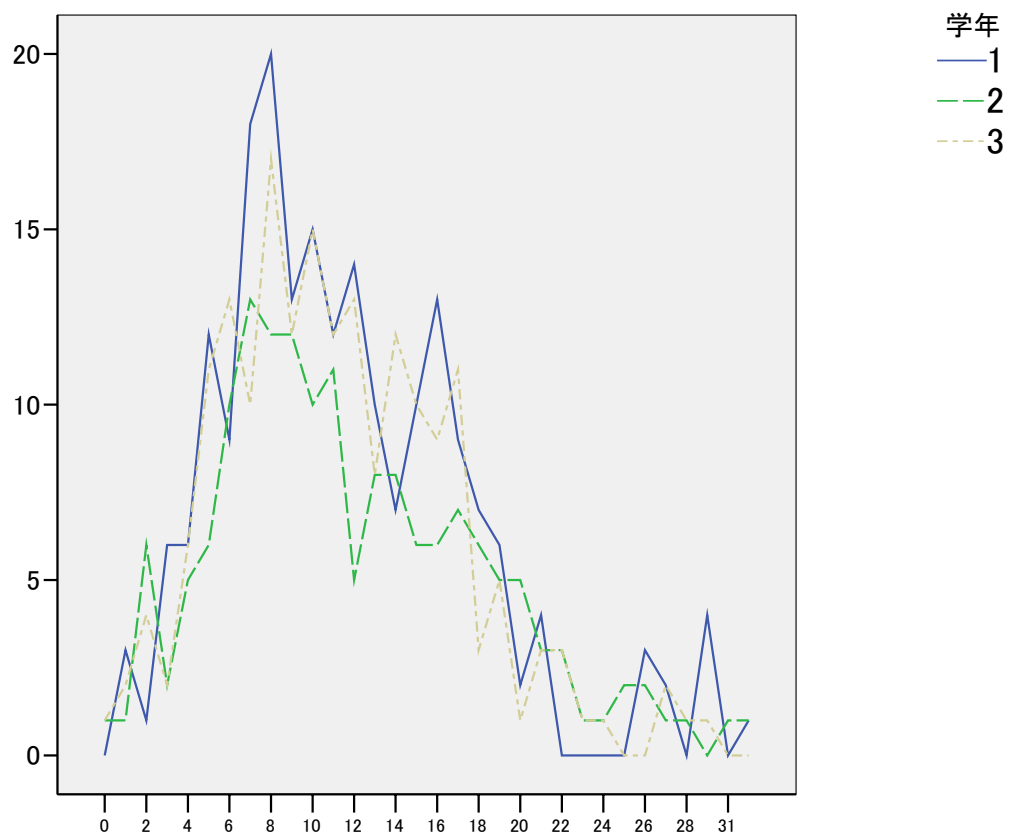


图3 DSRs-C 得点分布(学年差)

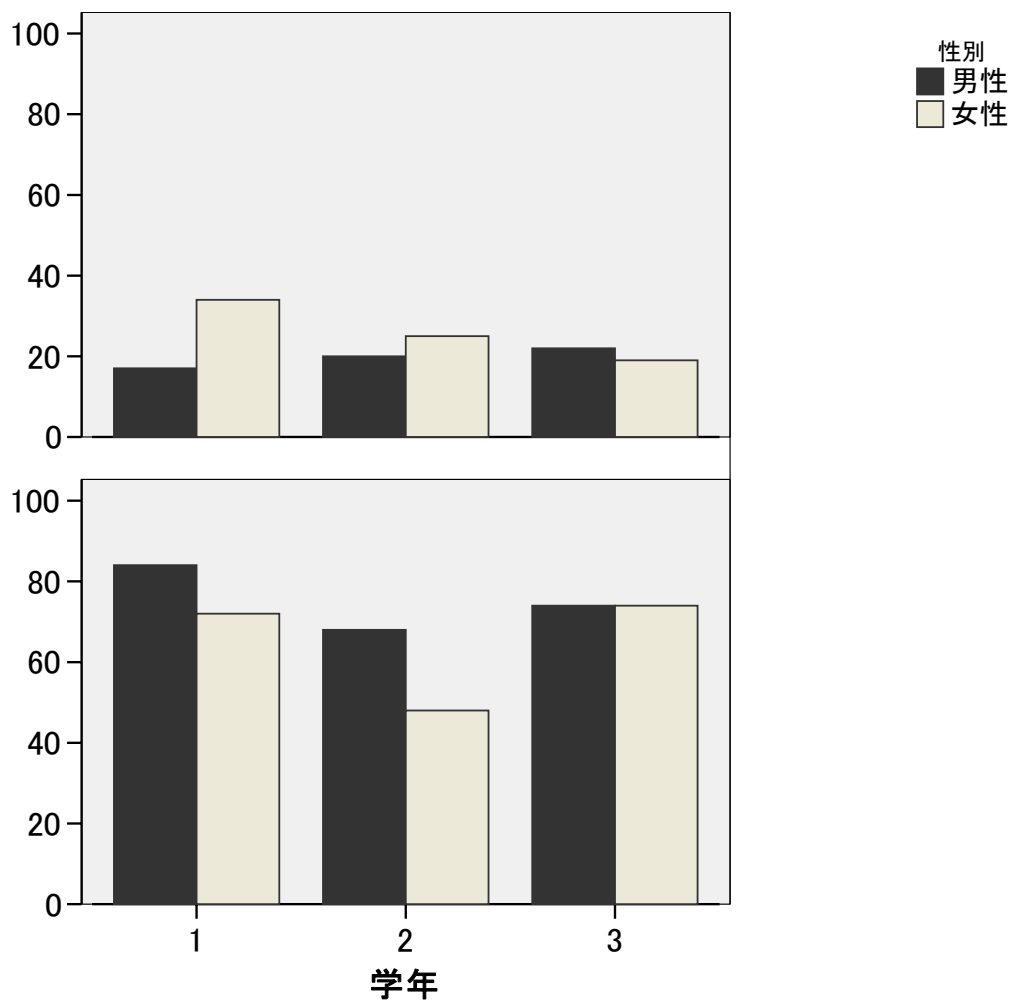


表1 DSR5-Cの得点構成(%)と項目平均と標準偏差

No	項目内容	得点比率(%)			項目平均(点)	標準偏差
		0	1	2		
1	楽しみにしていることがたくさんある(反転)	42.8	48.8	8.5	0.66	0.62
2	とても良くねむれる(反転)	35.0	45.9	19.1	0.84	0.71
3	泣きたいような気がする	51.5	38.7	9.8	0.58	0.66
4	遊びに出かけるのが好きだ(反転)	70.6	21.8	7.6	0.37	0.62
5	逃げ出したいような気がする	49.0	40.7	10.3	0.61	0.66
6	おなかがいなくなるがよくある	28.8	54.9	16.3	0.87	0.66
7	元気いっぱいだ(反転)	45.6	44.0	10.4	0.65	0.66
8	食事が楽しい(反転)	59.8	33.7	6.6	0.47	0.61
9	いじめられても自分で「やめて」と言える(反転)	34.1	40.8	25.1	0.91	0.76
10	生きていてもしかたがないと思う	68.1	24.6	7.3	0.39	0.62
11	やろうと思ったことがうまくできる(反転)	11.3	66.7	21.9	1.11	0.56
12	いつものように何をしても楽しい(反転)	63.7	32.4	3.9	0.40	0.56
13	家族と話すのが楽しい(反転)	59.9	30.9	9.2	0.49	0.66
14	こわい夢を見る	51.3	40.5	8.1	0.57	0.63
15	ひとりぼっちの気がする	54.2	36.8	9.0	0.55	0.65
16	落ち込んでいてもすぐに元気になれる(反転)	39.8	41.7	18.6	0.79	0.73
17	とても悲しい気がする	59.1	33.6	7.3	0.48	0.62
18	とてもたいくつな気がする	34.9	46.4	18.8	0.84	0.71

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

【書籍】

- 保坂 隆（編集）：シリーズ臨床研修医指導の手引き「精神科」。診断と治療社，東京，2004
- 保坂 隆：Type A. 樋口輝彦（監修）久保木富房・中村純・山脇成人（編集）：ストレス疾患ナビゲーター。138-139，2004
- 保坂 隆，佐藤 武：精神疾患に起因する身体症状・身体疾患。坂田三允（編集）精神看護エクスペール3「身体合併症の看護」：21-38，2004。
- 武内克也，酒井明夫，大塚耕太郎：2004，オランザピン・糖尿病，in 新規抗精神病薬のすべて，136-139，先端医学社，東京
- Matsuoka Y: Delirium. In Albrecht GL (Ed) Encyclopedia of Disability, SAGE, Thousand Oaks, in press
- Matsuoka Y, Nagamine M, Uchitomi Y: Intrusion in individuals with breast cancer. In: Kato N, Kawata M, Pitman RK (Eds) PTSD: Brain Mechanism and Clinical Implications, Springer-Verlag, Tokyo (in press)
- 中島聡美，松岡豊，金吉晴：PTSD. チーム医療のための最新精神医学ハンドブック（大野裕編）弘文堂，東京(印刷中)
- 保坂 隆（編集）：神経症性障害とストレス関連障害。精神科臨床ニューアプローチ。メジカルビュー社，東京，2005
- 保坂 隆（編集）：児童精神障害。精神科臨床ニューアプローチ。メジカルビュー社，東京，2005
- 保坂 隆（編集）精神科専門医にきく最新の臨床。中外医学社，東京，2005
- 保坂 隆：現代社会とストレス関連障害の概念。保坂 隆（編集）神経症性障害とストレス関連障害。9-12，メジカルビュー社，東京，2005
- 保坂 隆：他科とのリエゾン精神医学での注意点。上島国利・立山萬里（編集）精神医学テキスト。283-288，南江堂，東京，2005
- 保坂 隆：レンドルミンD錠の効果的使用法。上島国利（編集）睡眠障害診療のコツと落とし穴。56-57，中山書店，東京，2006
- 保坂 隆：身体疾患患者の精神疾患合併率について。保坂 隆（編集）精神科専門医にきく最新の臨床。82-84，中外医学社，東京，2005
- 保坂 隆：身体疾患患者への集団精神療法。保坂 隆（編集）精神科専門医にきく最新の臨床。161-163，中外医学社，東京，2005
- 保坂 隆：大病に罹患したらどんな気持ちになるの？。上島国利，平島奈津子（編集）全科に必要な精神的ケア，10-11，総合医学社，東京，2006
- 保坂 隆：リハビリ中の患者さんの対応で気をつけることを教えて？。上島国利，平島奈津子（編集）全科に必要な精神的ケア，12-13，総合医学社，東京，2006
- 保坂 隆：人工透析患者の心理について教えて？。上島国利，平島奈津子（編集）全科

- に必要な精神的ケア, 14-15, 総合医学社, 東京, 2006
- 酒井明夫：『標準精神医学（第3版）』、医学書院、東京、2005（分担執筆）
 - 酒井明夫：『気分障害（精神科臨床ニューアプローチ2）』、メジカルビュー社、東京、2005（分担執筆）
 - 酒井明夫：『神経症性障害とストレス関連性障害（精神科臨床ニューアプローチ3）』、メジカルビュー社、東京、2005（分担執筆）
 - 酒井明夫：『魔術と狂気』、勉誠出版、東京、2005
 - 酒井明夫：『新規抗精神病薬のすべて』、先端医学社、東京、2005（分担執筆）
 - 酒井明夫：『精神科必修：『精神科医療の基本 - 第1巻：異常な精神現象の理解』、日本精神神経学会・中島映像製作所、新潟市、2005（DVD）
 - 酒井明夫：『うつ病診療のコツと落とし穴』、中山書店、東京、2005（分担執筆）
 - 智田文徳・酒井明夫：『精神科：専門医にきく最新の臨床』、中外医学社、東京、2005（分担執筆）
 - 酒井明夫：『今日の治療指針 2006 年版』、医学書院、2006（分担執筆）
 - 伊藤敬雄：肝移植後の続発性不眠症に対する高照度光療法とアロマセラピーの実践。編集 上島国利, 中山書店, 東京 2006 pp 168-170
 - 伊藤敬雄：一般病棟入院中に生じた精神性不眠への環境調整を主とした治療法。編集 上島国利, 中山書店, 東京 2006 pp 175-177
 - 黒木宣夫（分担）：家族と産業保健スタッフとの連携、メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック。日本産業精神保健学会編集 85-95、2005.4 中山書店
 - 黒木宣夫（分担）：労災認定の基礎知識、職場のメンタルヘルスハンドブック（第2版）学芸社 65-75 2005
 - 黒木宣夫（分担）：外傷後ストレス障害、神経症性障害とストレス関連障害。メジカルビュー社、94-103 2005. 5
 - 黒木宣夫（分担）：職場のメンタルヘルス。星和書店 69-81, 2005
 - 黒木宣夫（分担）：司法精神医学『民事法と精神医学』-労災における認定制度-。中山書店 288-300, 2005
 - 黒木宣夫（分担）：健康生活コーディ第3章-3 健康生活についてとこころの病気-。千葉県健康-7, 2005
 - 黒木宣夫（分担）：うつ病診療の落とし穴 -過労自殺の予防・家族が気づいた特徴-。中山書店 186-187, 2005
 - 黒木宣夫（分担）：うつ病診療のコツと落とし穴 -精神障害の労災認定・自殺の労災認定-。中山書店 188-189, 2005
 - 黒木宣夫（分担）：職場における PTSD と労災認定 精神科-専門医にきく最新の臨床-。中外医学社 280-283、2005
 - 黒木宣夫（分担）：司法精神医学『民事法と精神医学』-不法行為に対する損害賠償請求-。中山書店 76-84, 2005
 - 黒木宣夫（分担）：精神障害等の労災認定をめぐる状況：心の病〈治療と予防の現在〉。労働調査会：P100-121, 2004.

- 黒木宣夫 (分担) : 労災認定の仕組みと治癒・等級認定について、心の病〈治療と予防の現在〉。労働調査会 : P100-121, 2004
- 黒木宣夫 (分担) : 家族と産業保健スタッフとの連携、メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック。日本産業精神保健学会編集, 85-95, 2005, 中山書店
- 黒木宣夫 (分担) : 賠償・補償における精神的養陰の問題点 : 医療事故紛争の予防・対応の実務。新日本法規 346-365, 2005
- 黒木宣夫 (分担) : メンタルヘルス・マネジメント検定試験 公式テキスト、マスターコース精神障害の労災認定。大阪商工会議所編 中央経済社 7-17, 2006
- 黒木宣夫 (分担) : 精神保健福祉白書 2006 年版 転換期を迎える精神保健福祉。労災補償の動向とメンタルヘルス対策。中央法規出版 76-78, 2006
- 黒木宣夫 (分担) : 産業人メンタルヘルス白書 2006 年版長時間残業と疲労がメンタルヘルスに及ぼす影響。財団法人 社会経済生産性本部 メンタル・ヘルス研究所 25-33 2006
- 町田いづみ 服薬援助のための 医療コミュニケーション スキルアップ。星和書店 2005, 10
- 町田いづみ 実践医療コミュニケーション学 Q&A じほう 2006, 3
- Yutaka Matsuoka: Delirium. In Albrecht G. (Eds.) Encyclopedia of Disability, pp377, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 2005
- Yutaka Matsuoka, Mitsue Nagamine, Yosuke Uchitomi: Intrusion in women with breast cancer. In: Kato N, Kawata M, Pitman RK (Eds) PTSD: Brain Mechanism and Clinical Implications, pp 169-178, Springer-Verlag, Tokyo, 2006
- 廣常秀人, 松岡豊 : 交通事故. 心的トラウマの理解とケア第二版. じほう. 東京, pp163-182, 2006
- 保坂 隆 : ストレス根絶の本。ぶんか社文庫。東京, 2006
- 保坂 隆 : 産業メンタルヘルスの実際。診断と治療社, 東京, 2006
- 保坂 隆 : 「頭がいい人」は脳のリセットがうまい。中公新書ラクレ, 東京, 2006
- 保坂 隆 (編集) : これから始める向精神薬療法スペシャルテクニック。診断と治療社, 東京, 2006
- 保坂 隆 (監修) 町田いづみ : コミュニケーションの上手な方法。照林社, 東京, 2006
- 保坂 隆 (編集) 精神科リスクマネジメント。中外医学社, 東京, 2007
- 保坂 隆 : 大病に罹患したらどんな気持ちになるの?。上島国利・平島奈津子 (編集) 全科に必要な精神的ケア, 10-11, 総合医学社, 東京, 2006
- 保坂 隆 : リハビリ中の患者さんの対応で気をつけることを教えて?。上島国利・平島奈津子 (編集) 全科に必要な精神的ケア, 12-13, 総合医学社, 東京, 2006
- 保坂 隆 : 人工透析患者の心理について教えて?。上島国利, 平島奈津子 (編集) 全科に必要な精神的ケア, 14-15, 総合医学社, 東京, 2006
- 保坂 隆 : リエゾン精神医学。日本病院管理学会学術情報委員会 (編集) 医療・病院管理用語辞典。220, エルセビアジャパン, 東京, 2006
- Matsubayashi H, Hosaka T, Makino T. : Impact of psychological distress in infertile Japanese women. In Morgan JP. (ed.) Perspectives on the Psychology of

Aggression. Nova Science Publishers, Inc.111-124, New York, 2006

- 保坂 隆：虚血性心疾患。上島国利・久保木富房（監修）抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・気分安定薬の使い方。アルタ出版。232-235, 2002
- 保坂 隆：身体化障害，疼痛性障害・心気症。今日の治療指針 2007。705，医学書院，東京，2007
- 保坂 隆：地域における連携・本橋 豊（編集）：自殺対策Q & A。152-154，ぎょうせい，東京，2007
- 伊藤敬雄：腎機能障害・腎不全。これから始める向精神薬療法スペシャルテクニック（編集：保坂隆），診断と治療社，東京 2006 pp 225-234
- 伊藤敬雄：腎透析科。これから始める向精神薬療法スペシャルテクニック（編集：保坂隆）診断と治療社，東京 2006 pp 235-242
- 伊藤敬雄，大久保善朗：子供の睡眠障害，不眠症。小児科 金原出版（印刷中）
- Yutaka Matsuoka，Mitsue Nagamine，Yosuke Uchitomi：Intrusion in women with breast cancer. In: Kato N, Kawata M, Pitman RK (Eds.) PTSD: Brain Mechanism and Clinical Implications, pp 169-178, Springer-Verlag, Tokyo, 2006
- 広常秀人，松岡 豊：交通事故。心的トラウマの理解とケア第二版。じほう。東京，pp163-182, 2006
- 中島聡美，松岡 豊，金吉晴：PTSD。チーム医療のための最新精神医学ハンドブック（大野裕編） pp122-130，弘文堂，東京，2006
- 西大輔，松岡 豊：心的トラウマと PTSD(外傷後ストレス障害)。救急医療の基本と実<精神・中毒・災害>（行岡哲男・大田祥一編集），壮道社，東京，2007(印刷中)
- 野口普子，松岡 豊：救急医療従事者のストレスマネジメント。救急医療の基本と実<精神・中毒・災害>（行岡哲男・大田祥一編集），壮道社，東京，2007（印刷中）
- 町田いづみ：服薬援助のための医療コミュニケーション スキルアップ 星和書店 2005, 10
- 町田いづみ：実践医療コミュニケーション学 Q&A じほう 2006, 3
- 町田いづみ 保坂 隆：24 の臨床シーンでわかる コミュニケーションの上手な方法 照林社 2006

【雑誌】

- 保坂 隆：在宅介護者の健康度と支援の必要性。精神医学 46: 562-563, 2004
- 保坂 隆：集団精神療法。CLINICAL NEUROSCIENCE 22: 216-217, 2004
- 保坂 隆：がん患者への集団精神療法。臨床精神医学 33: 627-633, 2004
- 保坂 隆：不眠症の予後決定因子。成人病と生活習慣病 34:901-903, 2004
- 加藤雅志，保坂 隆：特殊な環境で見られる精神症状。日本医師会雑誌特別号「精神障害の臨床」。S179-S182, 2004
- 加藤雅志，保坂 隆：身体疾患と精神科受診。こころの科学 115:30-36, 2004

- 保坂 隆：コンサルテーション・リエゾン精神医学からの精神障害の見方と治療姿勢。
精神科 4: 379-383, 2004
- 保坂 隆：一般身体疾患に対する精神的ケア。Pharma Medica 22: 47-49, 2004
- 加藤雅志, 保坂 隆：「医療コミュニケーション」について。臨床透析 20: 13-17, 2004
- 保坂 隆, 平井啓, 福原裕一, 高橋為生, 堀 三郎：健診受診者のコーピングスタイル
と血液生化学指標との関連。総合健診 31: 601-608, 2004
- 保坂 隆：妄想・幻覚の原因と診断のコツ。JIM 14: 848-851, 2004
- 保坂 隆：リエゾン精神医療における集団療法。精神科リエゾンガイドライン（精神科
治療学 Vol.19 増刊号）172-174, 2004
- Okuyama T, Wang XS, Akechi T, Mendoza TR, Hosaka T, Cleeland CS, Uchitomi Y: Adequacy
of cancer pain management in a Japanese cancer hospital. Jpn J Clin Oncol 34:37-42, 2004
- Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T: Increased depression and
anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of
stress. Gen Hosp Psychiatry 26: 398-404, 2004
- Matsubayashi H, Iwasaki K, Hosaka T, Sugiyama Y, Suzuki T, Izumi S, Makino T.: Response:
Spontaneous contraception after ten years of onfertility, giving up in-vitro-fertilization (IVF)
treatments, adoption of a child and two ovarian pregnancies: a case report. Tokai J Exp Clin
Med. 29: 201, 2004
- 保坂 隆：ストレスとA型行動パターン。埼玉県臨床工学技士会会誌 13: 11-16, 2004
- Matsubayashi H, Shida M, Kondo A, Suzuki T, Sugi T, Izumi S, Hosaka T, Makino T.:
Preconception peripheral natural killere cell activity as a predictor of pregnancy outcome in
patients with unexplained infertility. Am J Reprod Immunol 53: 126-131, 2005
- Kamiyama K, Yamami N, Sato K, Aoyagi M, Kyoya M, Mizuno E, Uemura M, Kawamoto Y,
Okuda M, Togawa S, Shibayama M, Hosaka T, Mano Y.: Effects of a structured stress
management program on psychological and physiological indicators among marine hazard
rescues. J Occup Health. 2004 Nov;46(6):497-9.
- Okuda M, Uemura M, Yamami N, Ogiwara R, Mano Y, Hosaka T, Mizuno E, Aoyagi M.: A study
on fatigue and health disturbance in caregivers of the elderly at home. プライマリ・ケア 27:
9-17, 2004
- 武内克也, 酒井明夫：2004, 「Risperidone 内用液を使いこなす第2回：急性期への対応
（その2）」, 臨床精神薬理 7:127-135
- 酒井明夫：2004, 「精神医療：癒しの多様性」, 教育と医学, No. 607: 78-86
- 武内克也, 酒井明夫：2004, 「Risperidone 内用液を使いこなす第3回：コンプライアンス
の向上を目指して」, 臨床精神薬理 7:295-303
- 酒井明夫：2004, 「精神医学史探訪III：笑うデモクリトス」, 精神科 4(1):44-48
- 武内克也, 酒井明夫：2004, 「Risperidone 内用液を使いこなす第4回：再発再燃防止の
可能性と再発再燃時の対応について」, 臨床精神薬理 7:447-456
- 大塚耕太郎, 星克仁, 智田文徳, 黒澤美枝, 中山秀紀, 遠藤知方, 高谷友希, 丸田真樹, 高橋紀
子, 荒木三奈, 佐藤セイ子, 関合征子, 北島顕浩, 千葉俊美, 鈴木順, 西信雄, 大野裕, 岡
山明, 酒井明夫：2004, 久慈地域における自殺予防の取り組みについて：自殺多発地

- 域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模研究、
北リアスの汐 8:95-101
- 武内克也, 酒井明夫: 2004, 「Risperidone 内用液を使いこなす第 5 回: 適応外疾患への応用 (その 1)」, 臨床精神薬理 7: 723-731
 - Otsuka, K. and Sakai, A.: 2004, Haizmann' s Madness: the Concept of Bizarreness and the Diagnosis of Schizophrenia, History of Psychiatry 15(1):073-082
 - 酒井明夫: 2004, 「精神医学史探訪 IV: ヘラクレスの泡」, 精神科 4(3):205-210
 - 藤原恵真, 大塚耕太郎, 道又利, 黒澤美枝, 星克仁, 渡邊温知, 奥山雄, 野村豊子, 智田文徳, 酒井明夫: 2004, 老人保健施設に入所中の中等度アルツハイマー型痴呆患者に対する回想法の効果, 精神科治療学, 19(4) :513-518
 - 武内克也, 酒井明夫: 2004, 「Risperidone 内用液を使いこなす第 6 回: 適応外疾患への応用 (その 2)」, 臨床精神薬理 7:917-926
 - 武内克也, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 遠藤知方, 奥山雄, 高谷友希, 金沢ひづる, 柴田恵理: 2004, 統合失調症の救急外来対応における risperidone 内用液の有用性: risperidone 内用液導入前後の比較と検討, 臨床精神薬理 7:809-819
 - 及川暁, 酒井明夫: 2004, 介護老人保健施設における痴呆の治療環境, Cognition and Dementia 3(2):172-176
 - 伊藤欣司, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 中山秀紀: 2004, 臨床研修必修化に向けた精神科救急からの主張, 精神科救急 7:23-27
 - 武内克也, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 遠藤知方, 丸田真樹: 2004, 脊髄小脳変性症の興奮、衝動行為に risperidone 内用液が有効であった 1 例, 神経内科 60(2):183-188
 - 酒井明夫: 2004, 「精神医学史探訪 V: シャルル 6 世の煉獄」, 精神科 4(5):332-338
 - 武内克也, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 遠藤知方, 奥山 雄, 高谷友希, 柴田恵理, 金沢ひづる, 丸田真樹: 2004, 老年期発症の音楽幻聴, 精神科治療学 19(6):763-769
 - 金沢ひづる, 大塚耕太郎, 酒井明夫, 間藤光一, 高谷友希, 柴田恵理, 丸田真樹, 山田聡敦, 中山秀紀, 智田文徳, 武内克也, 川村 諭: 2004, 慢性甲状腺炎 (橋本病) によって周期性錯乱状態を呈した一例: FT₃ 値と精神症状の関係, 精神科治療学 19(6):757-762
 - 大塚耕太郎, 酒井明夫: 2004, 自殺予防における介入の意義, 臨床精神薬理 7: 1111-1117
 - 酒井明夫: 2004, 書評「高齢者薬物療法—精神疾患治療へのアプローチ」(村崎光邦, 大谷義夫編著), 老年精神医学雑誌 15(6)781
 - 黒澤美枝, 西 信雄, 野原 勝, 大塚耕太郎, 酒井明夫, 岡山 明:2004, 医療従事者のうつ病患者への対応に関連した知識・意識について: 自殺多発地域における地域介入研究より, 日本医師会雑誌 131(11):1791-1797
 - 智田文徳, 酒井明夫, 高谷友希, 青木康博: 2004, 地域と医療機関の連携による自殺予防活動, 最新精神医学 9(4):301-310
 - 智田文徳, 酒井明夫, 高谷友希, 青木康博: 2004, 自殺予防活動におけるプライマリ・ケアの役割, Pharma Medica22(8):15-18
 - 酒井明夫: 2004, 「精神医学史探訪 VI: カリグラの逸脱」, 精神科 5(1):52-58

- 大塚耕太郎, 酒井明夫 : 2004, うつ対策と自殺予防, *ストレス科学* 19(1) : 70-77
- Chida, F., Okayama, A., Nishi, N. and Sakai, A. : 2004, Factor Analysis of Zung Scores in a Japanese General Population, *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 58: 420-426.
- 酒井明夫 : 2004, 精神医学史の機能。精神神経学雑誌 106(6) : 744.
- 酒井明夫 : 2004, 「精神医学史探訪 VII : 酪酐するアレクサンドロス大王」, *精神科* 5(3) : 231-237
- 川村諭, 酒井明夫, 智田文徳, 山家健仁, 吉田智之, 武内克也, 大塚耕太郎, 間藤光一 : 2004, プロゲステロン製剤が有効であった周期性精神病の 1 例, *精神科* 5(3) : 254-258
- 鈴木満, 奥山雄, 金沢ひづる, 間藤光一, 布澤文理, 酒井明夫 : 大脳白質の細胞生物学的研究 : White Matter Disease の病態理解を目指して, *脳と精神の医学* 15(3) : 301-310
- 酒井明夫 : 2004, 「精神医学史探訪 VIII : カンビュセス 2 世の暴虐」, *精神科* 5(5) : 393-397
- 大塚耕太郎, 酒井明夫, 大野 裕, 黒澤美枝, 智田文徳, 中山秀紀, 星克仁, 関合征子, 松川久美子, 稲田昌博, 橋本 功, 長岡重之, 深瀬享三 : 2004, 中高年の自殺とその防止対策。 *臨床精神医学* 33(12) 1565-1575
- 黒澤美枝, 坂田清美, 板井一好, 小野田敏行, 小栗重統, 酒井明夫, 西信雄, 岡山明 : 2004, 住民を対象としたうつ病教育の実際。 *岩手公衆衛生学雑誌* 16(2) : 34-45
- 大塚耕太郎, 酒井明夫, 武内克也, 間藤光一, 柴田恵理, 丸田真樹, 山田聡敦, 高谷友希, 山家健仁, 福本健太郎, 磯野寿育, 遠藤知方 : 2005, 焦燥感、不眠、持ち越し効果にクアゼパムが奏功した大うつ病の中老年男性症例。 *新薬と臨床* 54(1) : 46-50
- 酒井明夫 : 2005, 「精神医学史探訪 IX : アンティオコス 1 世の脈拍」, *精神科* 6 : 52-56
- 武内克也, 酒井明夫 : 2005, 抗精神病薬内服液の特徴とその使用法, *脳* 21, 8(1) : 65-68
- 大塚耕太郎, 酒井明夫 : 2005, 自殺多発地域における自殺予防の取り組み, *みやこ医報* 3-4.
- Nishi, N., Kurosawa, M., Nohara, M., Oguri, S., Chida, F., Otsuka, K., Sakai, A. and Okayama, A. : 2005, Knowledge of and Attitudes toward Suicide and Depression among Japanese in Municipalities with High Suicide Rates, *Journal of Epidemiology* 15(2):48-55.
- 伊藤敬雄, 葉田道雄, 木村美保 ほか : 高次救命救急センターに入院した自殺未遂患者とその追跡調査 -精神科救急対応の現状を踏まえた 1 考察-。 *精神医学* 46, pp 389-396, 2004
- 伊藤敬雄 : 介護ストレス以外の高齢者虐待の原因 -ADL が自立していた四症例報告からの検討-。 *臨床精神医学* 33, pp 1617-1622, 2004
- 伊藤敬雄, 大久保善朗 : アルツハイマー型痴呆患者におけるメラトニン療法。 *老年医学* Vol. 42, pp 2001-2006, 2004
- 伊藤敬雄, 大久保善朗 : 日常診療に用いられる薬剤の上手な使い方と服薬指導 1 9. 睡眠導入剤。 *成人病と生活習慣病* Vol. 35, pp 95-99, 2005
- Kishi, Y., Meller, W.H., Swigart, S.E., Kathol, R.G, Are the patients with post-transplant psychiatric consultation different from other medical-surgical consultation inpatients? *Psychiatry Clin Neurosci*, 2005;59(1):19-24

- Kishi, Y, Meller, W.H., Kathol, R.G., Swigart, S.E.: Timing of psychiatric consultations: Clinical characteristics related to the timing of consultation Psychosomatics 2004;45(6):470-476
- Kishi Y, Konishi S, Koizumi S, Kudo Y, Kurosawa H, Kathol RG. Schizophrenia and narcolepsy: a review with a case report. Psychiatry Clin Neurosci 2004;58(2):117-24
- 岸 泰宏 : 脊髄損傷, 四肢切断。精神科リエゾンガイドライン (精神科治療学編集) 委員会, 星和書店, 東京, 2004, pp231-235
- 岸 泰宏, Kathol RG : DPCと精神科。医学のあゆみ 212; 706-707: 2005
- 岸 泰宏 米国の終末期医療システムの動向。日本サイコロジ学会ニューズレター37; 12: 2004
- 加藤雅志, 岸 泰宏 : DRS-R-98-せん妄への臨床的応用。最新精神医学 9(4); 311-315: 2004
- Mashiko H, Kurita M, Shirakawa H, Ohtomo K, Hashimoto M, Miyashita N, Niwa S: Case of bipolar disorder successfully stabilized with clonazepam, valproate and lithium after numerous relapses for 47 years. Psychiatry Clin Neurosci. 58: 340-341, 2004
- 佐藤勝彦, 菊地臣一, 丹羽真一, 増子博文 : 心理的評価からみた慢性腰痛に対する抗うつ薬の有効性と問題点。臨床整形外科 39:1421-1425, 2004
- 栗田征武, 佐藤忠宏, 大友好司, 白川久義, 西野敏, 増子博文, 丹羽真一 : アルツハイマー型痴呆の行動心理学的症候(BPSD)に対し fluvoxamine と quetiapine の併用療法が奏効した1例。精神科 治療学 19: 1479-1484, 2004
- 竹内賢, 小林直人, 増子博文, 丸浩明, 村川雅洋, 丹羽真一 : 電気けいれん療法時における発作持続時間の予測の試み。精神科治療学 199: 1115-1120, 2004
- 佐藤勝彦, 菊地臣一, 大谷晃司, 増子博文, 丹羽真一 : 脊椎・脊髄疾患に対するリエゾン精神医学的アプローチ(第3報) 腰仙椎部退行性疾患に対する手術成績に關与する精神医学的問題の検討。臨床 整形外科 39:1145-1150, 2004
- 岡野高明, 高梨靖子, 上野卓弥, 石川大道, 板垣俊太郎, 橋上慎平, 宮下伯容, 増子博文, 丹羽真一 : 成人発達障害に対する治療の実際。精神科治療学 19: 553-562, 2004
- 石川大道, 岡野高明, 宮下伯容, 高梨靖子, 板垣俊太郎, 橋上慎平, 増子博文, 丹羽真一 : 成人における ADD,ADHD の診断と検査画像との関連。精神科治療学 19:451-456,2004
- 高梨靖子, 岡野高明, 宮下伯容, 石川大道, 板垣俊太郎, 橋上慎平, 増子博文, 丹羽真一 : 成人における ADD,ADHD の診断と検査 治療のための診断と検査。精神科治療学 19: 443-450,2004
- 岡野高明, 高梨靖子, 宮下伯容, 國井泰人, 石川大道, 増子博文, 丹羽真一 : 成人における ADHD,高機能広汎性発達障害など発達障害のパーソナリティ形成への影響 成人パーソナリティ障害との関連。精神科治療学 19: 433-442, 2004
- 増子博文 : 様々な環境でみられる精神症状の理解と対応—症状から治療まで—救急医療における精神科的諸問題—自殺企図。日本医師会雑誌 131: S185-S186, 2004

- 大場真理子, 増子博文, 丹羽真一: 様々な環境でみられる精神症状の理解と対応—症状から治療まで—一般外来でみられる精神障害・症状と対策—慢性疼痛。日本医師会雑誌 131:S150-S151, 2004
- 渡辺和之, 菊地臣一, 紺野慎一, 丹羽真一, 増子博文: 整形外科患者に対する精神医学的評価のための簡易質問表(BS-POP) 妥当性の検討。日本脊椎脊髄病学会雑誌 15: 158,2004
- 岡野高明, 國井泰人, 和田明, 高梨靖子, 橋上慎平, 石川大道, 板垣俊太郎, 増子博文, 丹羽真一: 遷延している気分変調性障害における内分泌機能の検討(第 1 報)。精神科診断学 15:61-62, 2004
- 黒木宣夫, 岡野憲一郎, 加藤進昌: PTSD をめぐって—心因性精神障害にエビデンスを求めて—。精神医学 46(5): 458-459, 2004
- 黒木宣夫: PTSD をめぐって—日常・法的書類上の PTSD 診断と訴訟事例—。精神医学 46(5): 452-453, 2004
- 黒木宣夫: 医学的専門講座—精神疾患の発症機序・診断及び精神疾患に起因する自殺の公務災害認定上の留意点等について—。月刊・災害補償 449(6): 3-14, 2004. 6
- 黒木宣夫: 心の病気でみられる身体症状—交通事故後の身体的愁訴と PTSD 診断—。今月の治療・総合医学社 12(7): 71-74, 2004
- 黒木宣夫: —PTSD の労災認定—産業精神保健と精神療法。精神療法 30(5): 518-524, 2004
- 黒木宣夫: 【特別企画 自殺予防】—自殺の労災補償と予防—。こころの科学 118(11): 40-44, 2004
- 黒木宣夫: 労災認定された自殺事案における長時間残業の調査産業精神保健 12(4): 291-295, 2004
- 黒木宣夫: PTSDの臨床的エビデンス。中山書店5(5): 538-539, 2004
- 大西 守, 黒木宣夫: 職場復帰と診断書をめぐって。臨床精神医学 33(7): 895-898, 2004
- 黒木宣夫: PTSD の労災認定—産業精神保健と精神療法—。精神療法 30(5): 518-524, 2004
- 黒木宣夫: 労災認定された自殺事案における長時間残業の調査。産業精神保健 12(4): 291-295, 2004
- 黒木宣夫: 自殺念慮者への危機介入。日本外来精神医療学会誌 4(2): 6-10, 2004
- 黒木宣夫: 【特別企画 自殺予防】—自殺の労災補償と予防—。こころの科学 118(11): 40-44, 2004
- 黒木宣夫: 日常臨床、法的書類上の PTSD 診断と精神科医の PTSD に関する意識調査 精神経誌 107(7) 734-751, 2005
- 黒木宣夫: 総合病院におけるメンタルヘルスケアの確立に関して。総病精医 18(2) 122-130, 2006
- 黒木宣夫: PTSD 診断と訴訟。精神経誌 108(5): 475~481, 2006
- 黒木宣夫: 労働者の睡眠と精神疾患。産業精神保健 14(3): 155-159, 2006
- Nobuo Kuroki: The Survey of Cases Involving Prolonged Overtime that were Determined to be Occupational Accident by Local Labor Bureaus. J Bull Soc Psych 14(Supplement) 131-136, 2006
- 黒木宣夫: PTSD をめぐって —心因性精神障害にエビデンスを求めて—。精神医学 46(5):

458-459, 2004. 5

- 黒木宣夫：PTSD をめぐって－日常・法的書類上の PTSD 診断と訴訟事例－精神医学 46(5)：452-454, 2004. 5
- 黒木宣夫：PTSD の臨床的ビデンス。EBM ジャーナル 5(5)：538-539, 2004
- 黒木宣夫：メンタルヘルスにおける危機管理－自殺と労災補償－。健康管理 601(7)：29-38, 2004
- 黒木宣夫：心の病気でみられる身体症状－交通外傷後の身体的愁訴と PTSD 診断－。今月の治療, 総合医学社 12(7)：71-74, 2004
- 黒木宣夫：ストレスのメカニズムと対処の仕方。厚生労働 59 巻 1 号 41, 2004. 11
- 黒木宣夫：過労自殺防止には、上司の役割も重要。厚生労働 59 巻 1 号 28, 2005. 2
- 黒木宣夫：PTSD(惨事ストレスも含む)に関して。産業保健 21 巻 40 号 2005. 4
- 黒木宣夫：過労自殺の特徴と労災認定。Medical Practice(M. P.)22(6) 2005. 6
- 黒木宣夫：健康のヒト－人事異動は説得ではなく部下の不満を聞く姿勢で－。厚生労働 60(5)41, 2005
- 黒木宣夫：自殺の防止には過度な責任感を負わせない配慮が必要。厚生労働 60(8)53, 2006

- 黒木宣夫：プライバシーに配慮した障害者の把握確認ガイドライン－とくに把握確認方法に関して－。産業精神保健 14(2)：113-117, 2006
- 黒木宣夫：障害者雇用率。産業精神保健 14(2)：127, 2006
- 黒木宣夫：精神障害と労災認定－産業医のための精神医学。Phama Medica24(5)：41-44, 2006
- 保坂 隆：疲労感への医療援助－無気力から過労死まで。総合臨床 55：31-34, 2006
- 保坂 隆：緩和医療におけるサイコオンコロジー。臨床外科 61：173-175, 2006
- 保坂 隆, 小島卓也：「新卒後臨床研修制度の実際的問題」のまとめと意義。精神神経学誌 107：563-564, 2005
- 保坂 隆：コンサルテーション－リエゾン。心療内科 10：6-10, 2006
- 保坂 隆：身体疾患患者への精神療法。精神科 8：122-126, 2006
- 保坂 隆：高齢者のリエゾン精神医療とサイコエデュケーション。老年精神医学雑誌 17：272-276, 2006
- 保坂 隆：看護学生のストレスチェック。プチナース 15(4)：47-52, 2006
- 保坂 隆：新医師臨床研修制度。医学のあゆみ 217：337, 2006
- 保坂 隆：がん患者・家族の精神状態とケアの必要性。消化器・がん・内視鏡ケア 11(1)：50-52, 2006
- 保坂 隆：消化器がん患者・家族のメンタルケア。消化器・がん・内視鏡ケア 11(2)：46-49, 2006
- 保坂 隆：新医師臨床研修制度。医学のあゆみ 217：337, 2006
- 守屋明子, 保坂 隆：精神科デイケアにおけるスタッフチームの情報共有。精神科臨床サービス 6：138-141, 2006
- 保坂 隆：在宅介護者のうつ病。医学のあゆみ 218：972-973, 2006
- 保坂 隆：自殺企図は減らすことができるか？医学のあゆみ 218：1039-1040, 2006

- 保坂 隆：サイコオンコロジーの概念と我が国の現状。日本臨床 65：109-114, 2007
- 保坂 隆：緩和医療におけるコミュニケーション。緩和医療学 9：1-2, 2007
- 保坂 隆：緩和医療におけるコミュニケーション—精神科医の立場から。緩和医療学 9：41-46, 2007
- 保坂 隆：患者本人への非告知のケース。消化器・がん・内視鏡ケア 11(3)：60-63, 2006
- 保坂 隆：がんを否認する患者と「がん=死」と思った夫のケース。消化器・がん・内視鏡ケア 11(4)：41-45, 2006
- 保坂 隆：ソーシャル・サポート。消化器・がん・内視鏡ケア 11(5)：37-40, 2006
- 保坂 隆：こころの道しるべ10カ条。消化器・がん・内視鏡ケア 11(6)：42-46, 2006
- 保坂 隆：自殺企図者の背景—自殺企図者1,000例の検討。医学のあゆみ, 2007
- 丸田真樹, 大塚耕太郎, 中山秀紀, 山家健仁, 遠藤重厚：岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代による比較検討。岩手医学雑誌 58：119-131, 2006
- 遠藤知方, 大塚耕太郎, 丸田真樹, 山家健仁, 遠藤重厚：自殺未遂者における1次2次精神科救急と3次精神科救急の比較検討。岩手医学雑誌 58：97-107, 2006
- 大塚耕太郎, 酒井明夫：IVその他7. 精神症状, 救急医学 30(6)：748-750, 2006
- Kotaro Otsuka, Akio Sakai, Eri Shibata, Takehito Yanbe, Tomoyuki Yoshida, Hirohisa Isono, Jin Endo, Katsumi Sanjo, Sayaka Iwato, Naofumi Yokozawa, Ema Fujiwara, Pritham Raj: Efficacy of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder with history of frequent suicide attempts. J Iwate Med Assoc 58: 145-148, 2006
- 高谷友希, 智田文徳, 大塚耕太郎, 坂田清美, 青木康博：岩手県における自殺の地域集積性とその背景要因に関する検討。岩手医学雑誌 58 巻, 3 号, 205-216, 2006
- 智田文徳, 大塚耕太郎, 酒井明夫：2006, 岩手県の自殺予防対策について, 心と社会 37(3)34-40
- 智田文徳, 酒井明夫, 高谷友希, 大塚耕太郎, 吉田智之：自殺につながる社会因子。精神科 8 (5)：352 - 358, 2006
- 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳：うつ気分障害への対応 - 自殺防止への手掛かり 自殺企図者へのケアについて 救急センターにおける精神的取り組み。人間の医学 42 巻 2 号：76 - 79, 2006
- 大塚耕太郎, 酒井明夫：岩手医科大学における精神科救急システム：岩手県盛岡地区の精神科救急の課題と展望。シンポジウム 13「精神科救急医療の課題と展望」。第102回日本精神神経学会総会, 精神神経学雑誌 108 巻 10 号;1058-1061, 2006
- 大塚耕太郎, 酒井明夫：自殺率の高い農村部における自殺防止活動とその結果。総合病院精神医学雑誌 19 巻 1 号：1-7, 2007
- Kotaro Otsuka, Akio Sakai, Toshio Okudera Eri Shibata, Koichi Matcho, Satoshi Kawamura: Oral contraceptive administration prevents relapse of periodic psychosis with hyperprolactinemia. Psychiatry and Clinical Neurosciences 61: 127-128, 2007
- 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳：地域介入による自殺予防と自殺企図者へのケア。第27回公開講座講演集 健康講座。岩手医科大学, pp13-26, 2006

- 伊藤敬雄：自殺防止を目指した薬物療法 ー救急医療の立場からみた自殺企図の現状と課題ー臨床精神薬理 Vol. 9, NO. 8 2006 pp 1535-1544
- 伊藤敬雄：救急病棟での自殺未遂者への精神医療。日本医事新報 No. 4277 2006 pp 89
- 伊藤敬雄：救急医療における自傷。こころの科学 No. 127 pp24-29
- Y.Hitomi：A case of folie à trios. Swiss Archives of Neurology and Psychiatry. 157. 35-36. 2006
- 人見佳枝：Olanzapine の追加投与が有効であった退行期うつ病の 2 例. 精神科治療学. 21. 635-639. 2006
- 人見佳枝：サルコイドーシス. 精神科治療学. 21 増刊号. 症状性（器質性）精神障害の治療ガイドライン. 114-115. 2006
- 増子博文：様々な環境でみられる精神症状の理解と対応 症状から治療まで 救急医療における精神科的諸問題 自殺企図. 日本医師会雑誌 2004; 131: S185-S186
- 大場真理子, 増子博文, 丹羽真一：様々な環境でみられる精神症状の理解と対応 症状から治療まで 一般外来でみられる精神障害・症状と対策 慢性疼痛. 日本医師会雑誌 2004; 131: S150-S151
- 岡野高明, 高梨靖子, 上野卓弥, 石川大道, 板垣俊太郎, 橋上慎平, 宮下伯容, 増子博文, 丹羽真一：成人発達障害に対する治療の実際. 精神科治療学 2004; 19: 553-562
- Mashiko H, Kurita M, Shirakawa H, Ohtomo K, Hashimoto M, Miyashita N, Niwa S：Case of bipolar disorder successfully stabilized with clonazepam, valproate and lithium after numerous relapses for 47 years. Psychiatry Clin Neurosci. 2004; 58: 340-341
- 岡野高明, 國井泰人, 和田明, 高梨靖子, 橋上慎平, 石川大道, 板垣俊太郎, 増子博文, 丹羽真一：遷延している気分変調性障害における内分泌機能の検討(第1報). 精神科診断学 2004; 15: 61-62
- Kurisaki E, Hayashida M, Nihira M, Ohno Y, Mashiko H, Okano T, Niwa S, Hiraiwa K：Diagnostic performance of Triage for benzodiazepines: urine analysis of the dose of therapeutic cases. J Anal Toxicol. 29:539-43 2005
- 増子博文, 三浦至, 上野卓弥, 西野敏, 丹羽真一：Ethyl loflazepate の血中濃度に対する fluvoxamine maleate 併用の影響. 臨床精神薬理 2006; 9; 2465-2470
- Mashiko H, Miura I, Ueno T, Niwa S：Influence of fluvoxamine maleate on the plasma ethyl loflazepate concentration. Int Clin Psychopharmacology 21: A33-34, 2006
- 増子博文, 小林直人, 竹内賢, 上野卓弥, 三浦至, 宮下伯容, 丹羽真一：気分障害患者の血漿モノアミン代謝産物濃度の変化から見た m-ECT の奏功機序 (The effect of m-ECT on plasma monoamine metabolites level in patients with mood disorder). 精神医学 2006 48 653-657
- Eisho Yoshikawa, Yutaka Matsuoka, Hidenori Yamasue, Masatoshi Inagaki, Tomohito Nakano, Tatsuo Akechi, Makoto Kobayakawa, Maiko Fujimori, Naoki Nakaya,

- Nobuya Akizuki, Shigeru Imoto, Koji Murakami, Kiyoto Kasai, and Yosuke Uchitomi: Prefrontal cortex and amygdala volume in first minor or major depressive episode after cancer diagnosis. *Biol Psychiatry* 59(8): 707-712, 2006
- Daisuke Nishi, Yutaka Matsuoka○, Eri Kawase, Satomi Nakajima, Yoshiharu Kim: Mental health service requirements in a Japanese medical center emergency department. *Emerg Med J* 2006;23:468-469
- Yutaka Matsuoka, Mitsue Nagamine, Masatoshi Inagaki, Eisho Yoshikawa, Tomohito Nakano, Makoto Kobayakawa, Eriko Hara, Tatsuo Akechi, Shigeru Imoto, Koji Murakami, Yosuke Uchitomi: Cavum septi pellucidi and intrusive recollections in cancer survivors. *Neuroscience Research* 56(3):344-346, 2006
- Masatoshi Inagaki, Eisho Yoshikawa, Makoto Kobayakawa, Yutaka Matsuoka, Yuriko Sugawara, Tomohito Nakano, Nobuya Akizuki, Maiko Fujimori, Tatsuo Akechi, Taira Kinoshita, Junji Furuse, Koji Murakami, Yosuke Uchitomi: Regional cerebral glucose metabolism in patients with secondary depressive episodes after fatal pancreatic cancer diagnosis. *J Affective Disorder* (in press)
- Yutaka Matsuoka, Mitsue Nagamine, Etsuro Mori, Shigeru Imoto, Yoshiharu Kim, Yosuke Uchitomi: Left hippocampal volume inversely correlates with enhanced emotional memory in middle aged healthy women. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* (in press)
- Masatoshi Inagaki, Eisho Yoshikawa, Yutaka Matsuoka, Yuriko Sugawara, Tomohito Nakano, Tatsuo Akechi, Noriaki Wada, Shigeru Imoto, Koji Murakami, Yosuke Uchitomi: Smaller regional volumes of brain gray and white matter demonstrated in breast cancer survivors exposed to adjuvant chemotherapy. *Cancer* (in press)
- 恵利子, 永岑光恵, 松岡 豊, 金吉晴: PTSD 薬物療法の最近の進歩. *トラウマティック ストレス* 4(1): 65-67, 2006
- 松岡 豊, 西 大輔: 交通事故と PTSD. *こころの科学* 129: 66-70, 2006
- 松岡 豊, 大園秀一: がんと PTSD. *こころの科学* 129: 83-88, 2006
- 西 大輔, 松岡 豊: 希死念慮の適切な評価. *医学のあゆみ* 2007(印刷中)
- 町田いづみ: 職場における心理臨床—病院職員のメンタルヘルス— *臨床心理学* Vol. 4 No. 1(58-62) 2004
- 町田いづみ, 佐藤 武, 岸 泰宏: 治療計画を立てるための患者評価尺度 (INTERMED) 看護学雑誌 Vol. 68 (342-353) 2004
- 町田いづみ, 岸 泰宏, 佐藤 武, 保坂 隆: 治療計画のための患者評価尺 (INTERMED) の応用 *日本総合病院精神医学* Vol. 16 No. 2 (147-157) 2004
- 町田いづみ: リエゾンと緩和 耳鼻科からのコンサルト—鼻の変形を訴える患者— *精神科* Vol. 4 No. 1(41-43) 2004

- 町田いづみ：リエゾンと緩和 ICUからのコンサルトー自殺再企図の可能性ー精神科 Vol. 4 No. 3 (201-204) 2004
- 町田いづみ：患者・家族のストレス 緩和医療学 Vol. 6 No. 2 (76-80) 2004
- 町田いづみ：リエゾンと緩和 内科からのコンサルトー一般科入院をくり返すアルコール依存症患者 精神科 Vol. 4 No. 5 (328-331) 2004
- 町田いづみ：患者さんの「こころ」アセスメントー統合失調症ーNURSE SENKA Vol. 24 No. 6 (58-61) 2004
- 町田いづみ：患者さんの「こころ」アセスメントー自殺企図ー NURSE SENKA Vol. 24 No. 7 (60-63) 2004
- 町田いづみ, 保坂 隆：危機モデルと悲哀の仕事 緩和医療学 Vol. 6 No. 3 (56-60) 2004
- 町田いづみ：リエゾンと緩和 外科からのコンサルトー緩和ケアにおける心理的アプローチー精神科 Vol. 5 No. 1 (48-51) 2004
- 町田いづみ：せん妄スクリーニングツール医学のあゆみ Vol. 211 No. 9 (85-86) 2004
- 町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション(1)薬事新報 第 2347 号 (13-15) 2004
- 町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション(2)薬事新報 第 2349 号 (25-27) 2004
- 町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション(3)薬事新報 第 2352 号 (14-16) 2005
- 町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション(4)薬事新報 第 2354 号 (13-15) 2005
- 町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション(5)薬事新報 第 2356 号 (31-33) 2005
- 町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション(6)薬事新報 第 2358 号 (25-27) 2005
- 町田いづみ：薬剤師のための医療コミュニケーション(7)薬事新報 第 2360 号 (25-27) 2005
- 町田いづみ, 保坂 隆：高齢化社会における在宅介護者の現状と問題点 訪問看護と介護 Vol. 11 No. 7 (686-693) 2006
- 町田いづみ, 保坂 隆：高齢化社会における介護者の現状と問題点ーうつ病および自殺リスクに関してー 最新精神医学 Vol. 11 No. 3 2006
- 町田いづみ, 保坂 隆：高齢化社会における在宅介護者の現状と問題点ー精神症状を中心にー緩和医療学 Vol. 8 No. 3 (276-286) 2006
- 町田いづみ, 岡田 史：「うつ病」教育の知識・認識効果について. 最新精神医学 (印刷中)
- 町田いづみ：がん患者の家族心理とその対応 緩和医療学 vol. 7 no. 2 p. 30(146)-35(151)
- 町田いづみ, 保坂 隆：患者・家族に学ぶ医療コミュニケーション「リフレーミングの技法」緩和医療学 vol. 7 no. 2 p. 77(193)-80(196)
- 町田いづみ, 保坂 隆：患者・家族に学ぶ医療コミュニケーション「睡眠障害・反応タイプ」緩和医療学 vol. 7 no. 3 p. 103(323)-106(326)

- 町田いづみ, 保坂 隆: 患者・家族に学ぶ医療コミュニケーション「告知」緩和医療学 vol. 7 no. 4 p. 81 (429)–84 (432)
- 町田いづみ, 保坂 隆: 患者・家族に学ぶ医療コミュニケーションII「ラポールの形成につながる「傾聴」「共感」」緩和医療学 vol. 8 no. 1 p. 87 (87)–89 (89)
- 町田いづみ, 保坂 隆: 実習に役立つコミュニケーション・スキル: コーピング・スタイル プチナース 第14巻第4号 84–87 2005
- 町田いづみ, 保坂 隆: 実習に役立つコミュニケーション・スキル: リフレーミング プチナース 第14巻第6号 80–83 2005
- 町田いづみ, 保坂 隆: 実習に役立つコミュニケーション・スキル: 転移 プチナース 第14巻第8号 66–69 2005
- 町田いづみ, 保坂 隆: 実習に役立つコミュニケーション・スキル: 患者さんの理解度をアップさせるスキル プチナース 第14巻第9号 64–67 2005
- 町田いづみ, 保坂 隆: 実習に役立つコミュニケーション・スキル: 心のすれ違いをなくすスキル プチナース第14巻第10号 64–67 2005
- 町田いづみ, 保坂 隆: 実習に役立つコミュニケーション・スキル: 相手の言動に巻き込まれないスキル プチナース第14巻第11号 62–65 2005
- 町田いづみ, 保坂 隆: 実習に役立つコミュニケーション・スキル: 危機的状態にある患者心理を理解する① プチナース第14巻第12号 42–45 2005
- 町田いづみ, 保坂 隆: 実習に役立つコミュニケーション・スキル: 危機的状態にある患者心理を理解する② プチナース 第14巻第13号 42–45 2005
- 町田いづみ, 保坂 隆: 実習に役立つコミュニケーション・スキル: 家族とのコミュニケーション プチナース第14巻第15号 42–45 2005
- 町田いづみ, 保坂 隆: 実習に役立つコミュニケーション・スキル: 一般病棟でみられるうつ状態への対応法 プチナース 第15巻第1号 36–39 2006
- 町田いづみ, 保坂 隆: 実習に役立つコミュニケーション・スキル: 睡眠障害を訴える患者さんへの対応法 プチナース 第15巻第2号 36–39 2006
- 町田いづみ, 保坂 隆: 実習に役立つコミュニケーション・スキル: せん妄患者さんへの対応法 プチナース 第15巻第3号 36–39 2006
- 町田いづみ: 医療スタッフに期待される「コンサルテーション・リエゾン薬剤師」I – コンサルテーション・リエゾン概念導入の試み – 薬局 Vol. 57 No. 7 139–144 2006
- 町田いづみ: 医療スタッフに期待される「コンサルテーション・リエゾン薬剤師」II – コンサルテーション・リエゾン概念導入の試み – 薬局 Vol. 57 No. 8 114–118 2006
- Ogawa-Yasui R, Tsuji Y, Hasegawa S, Yakushiji A, Matsuoka Y: Applicability of a group psychosocial support for breast cancer patients at a Japanese regional hospital setting. Jpn J Gen Hosp Psychiatry 16:278–281, 2004
- Inagaki M, Matsuoka Y, Sugahara Y, Nakano T, Akechi T, Fujimori M, Imoto S, Murakami K, Uchitomi Y: Lack of association between hippocampal volume and a first major depressive episode after the cancer diagnosis

- in breast cancer survivors. *Am J Psychiatry* 161:2263-2270, 2004
- Sugawara Y, Akechi T, Okuyama T, Matsuoka Y, Nakano T, Inagaki M, Imoto S, Hosaka T, Uchitomi Y: Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. *Supportive Care in Cancer* 2005 Jan 25 (in press)
- Matsuoka Y, Inagaki M, Sugawara Y, Imoto S, Akechi T, Uchitomi Y: Biomedical and psychosocial determinants of intrusive recollections in breast cancer survivors. *Psychosomatics* (in press)
- Yoshikawa E, Matsuoka Y, Inagaki M, Nakano T, Akechi T, Kobayakawa M, Fujimori M, Nakaya N, Akizuki N, Imoto S, Murakami K, and Yosuke Uchitomi: No adverse effects of adjuvant chemotherapy on hippocampal volume in Japanese breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* (in press)
- 松岡 豊, 中島聡美, 金吉晴: かかりつけ医におけるうつ病スクリーニング介入の有用性—系統的レビューによる検討. *週間日本医事新報* 4195 (2004年9月18日): 62-68
- 吉川栄省, 小早川誠, 松岡 豊, 明智龍男, 内富庸介: リエゾン精神医学におけるうつ病—サイコオンコロジー. *Clinical Neuroscience*, 22:173-175, 2004
- 松岡 豊, 松岡素子, 永岑光恵, 中島聡美, 金吉晴: がん患者と PTSD. *臨床精神医学* 33 (5): 699-706, 2004
- 松岡 豊, 田代学, 吉川栄省, 内富庸介: 神経画像を用いたサイコオンコロジーの展望. *最新精神医学* 9(5): 445-449, 2004
- 川瀬英理, 下津咲絵, 今里栄枝, 唐澤久美子, 伊藤佳菜, 斉藤アンネ優子, 松岡 豊, 堀川直史: がん患者の抑うつに対する簡易スクリーニング法の開発—1 質問法と 2 質問法の有用性の検討. *精神医学* 47 (印刷中)
- 西 大輔, 川瀬英理, 松岡 豊: がん患者の PTSD 症状とその対応. *緩和医療学* 7 (印刷中)
- 松岡 豊, 永岑光恵: PTSD の薬物療法—系統的レビューによる検討. *外来臨床精神医学会機関誌* 2(印刷中)
- 松岡 豊, 中島聡美, 川瀬英理, 西 大輔, 金 吉晴, 大友康裕: 交通事故被害者へのパロキセチン投与の精神的ストレス軽減に対する有効性の検討: 我が国の交通事故被害者における精神疾患有病率. *精神薬療研究年報* 37(印刷中)
- 川瀬英理, 松岡 豊, 中島聡美, 西 大輔, 大友康裕, 友保洋三, 金 吉晴: 三次救急医療における精神医学的問題の検討. *精神保健研究* 50 (印刷中)
- 松岡 豊, 稲垣正俊, 吉川栄省, 中野智仁, 菅原ゆり子, 小早川誠, 明智龍男, 内富庸介: がん患者における精神的苦痛に関する脳画像研究. *精神保健研究* 50 (印刷中)
- Matsubayashi H, Shida M, Kondo A, Suzuki T, Sugi T, Izumi S, Hosaka T, Makino T.: Preconception peripheral natural killere cell activity as a predictor of pregnancy outcome in patients with unexplained infertility. *Am J*

Reprod Immunol 53: 126-131, 2005

- Sugawara Y, Akechi T, Okuyama T, Matsuoka Y, Nakano T, Inagaki M, Imoto S, Fujimori M, Hosaka T, Uchitomi Y.: Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. Support Care Cancer. 2005 Jan 25;
- 保坂 隆, 寒河江和子, 堀 美智子: 患者とのコミュニケーション—睡眠導入薬を例に一調剤と情報 11:147-156, 2005
- 保坂 隆: 病院経営からみたメンタルケア。医療経営 249: 70-71, 2005
- 保坂 隆: スポーツとうつ病・統合失調症・認知症・てんかん。臨床スポーツ医学 22:291-295, 2005
- 保坂 隆: リエゾン精神医学—がん患者の心のケア。緩和医療学 7: 117-118, 2005
- Ichimura A, Matsumoto H, Kimura T, Okuyama T, Hosaka T.: Change in mental disorder distribution among suicide attempters in mid-west are of Kanagawa. Psychiatry & Clin Neurosci 59: 113-118, 2005
- 保坂 隆: 人間ドックとメンタルヘルスについて。人間ドック 20:112-127, 2005
- 保坂 隆: スポーツ精神医学。総合病院精神医学 17: 300-302, 2005
- 保坂 隆: 身体科医と精神科医の連携。総合臨床, 54: 3082-3085, 2005
- 保坂 隆, 小島卓也: 新医師臨床研修制度の現状と課題—精神科七者懇卒後研修問題委員会より。精神神経学雑誌 107: 836-840, 2005
- 保坂 隆: パニック障害以前の不安神経症。最新精神医学 10: 623-624, 2005
- 保坂 隆: 疲労感への医療援助—無気力から過労死まで。総合臨床 55: 31-34, 2006
- 保坂 隆: 緩和医療におけるサイコオンコロジー。臨床外科 61: 173-175, 2006
- 保坂 隆, 小島卓也: 「新卒後臨床研修制度の実際的問題」のまとめと意義。精神神経学雑誌 107: 563-564, 2005
- 保坂 隆: コンサルテーション—リエゾン。心療内科 10: 6-10, 2006
- 保坂 隆: 身体疾患患者への精神療法。精神科 8: 122-126, 2006
- 大塚耕太郎, 酒井明夫, 武内克也, 間藤光一, 柴田恵理, 丸田真樹, 山田聡敦, 高谷友希, 山家健仁, 福本健太郎, 磯野寿育, 遠藤知方: 2005, 焦燥感、不眠、持ち越し効果にクアゼパムが奏功した大うつ病の中老年男性症例, 新薬と臨床 54(1)46-50
- 酒井明夫: 「精神医学史探訪 IX: アンティオコス1世の脈拍」, 精神科 6(1)52-56, 2005,
- 武内克也, 酒井明夫: 2005, 抗精神病薬内服液の特徴とその使用法, 脳 21, 8(1)65-68
- 大塚耕太郎, 酒井明夫: 2005, 自殺多発地域における自殺予防の取り組み, みやこ医報 3-4.
- Nishi, N., Kurosawa, M., Nohara, M., Oguri, S., Chida, F., Otsuka, K., Sakai, A. and Okayama, A.: 2005, Knowledge of and Attitudes toward Suicide and Depression among Japanese in Municipalities with High Suicide Rates, Journal of Epidemiology 15(2)48-55.
- 酒井明夫: 2005, 岩手県高度救急救命センターにおける自殺企図者の実態調査, in 「厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業『自殺企図の実態と予防

介入に関する研究』平成16年度報告書」, 2005年3月, pp. 45-50

- 酒井明夫 : 2005, 「ヒポクラテス集成」における狂気治療について, 精神医学史研究 9(1) 28-33
- 酒井明夫 : 2005, 自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究, in 『自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究 (主任研究者: 酒井明夫)』 (厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業平成14~16年度総合研究報告書) 1-15
- 酒井明夫 : 2005, 自殺多発地区における自殺の要因の解析と予防に関する研究, in 『自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究 (主任研究者: 酒井明夫)』 (厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業平成14~16年度総合研究報告書) 33-38
- 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳 : 2005, 住民および医療従事者に対する意識調査による介入ポイントの検討, in 『自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究 (主任研究者: 酒井明夫)』 (厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業平成14~16年度総合研究報告書) 42-46
- 大塚耕太郎, 智田文徳, 酒井明夫 : 2005, 医療従事者に対するうつ病の啓発活動の効果調査, in 『自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究 (主任研究者: 酒井明夫)』 (厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業平成14~16年度総合研究報告書) 93-103
- 大塚耕太郎, 酒井明夫, 大野裕, 橋本功 : 2005, うつ病のスクリーニングを目的とした教育アプローチに関する研究, in 『自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究 (主任研究者: 酒井明夫)』 (厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業平成14~16年度総合研究報告書) 104-121
- 大塚耕太郎, 酒井明夫, 大野裕, 橋本功 : 2005, 久慈地域のモデル地区におけるスクリーニングに関するパイロット研究, in 『自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究 (主任研究者: 酒井明夫)』 (厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業平成14~16年度総合研究報告書) 122-135
- 酒井明夫 : 2005, 岩手県高度救急救命センターにおける自殺企図者の実態調査 - 性差に関する検討を中心に -, in 『自殺企図の実態と予防介入に関する研究 (主任研究者: 保坂隆)』 (厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業平成16年度総合研究報告書) 45-50
- 三條晃, 金野吉晃, 清野幸男, 三浦廣行, 大塚耕太郎, 酒井明夫 : 2005, 神経精神科治療によって改善した開咬を伴う顕著な舌突出症, 日本歯科心身医学会雑誌 19(1・2) 67-73
- 酒井明夫 : 2005, 「精神医学史探訪 X : 誇り高きアイアス」, 精神科 6(5) 493-497

- 石郷岡純, 酒井明夫:2005, 精神科における EBM と NBM はどうあるべきか, Psychiatriist 5, 4-60
- 大塚耕太郎, 酒井明夫, 伊藤欣司, 武内克也, 間藤光一, 遠藤知方, 丸田真樹, 柴田恵理, 高谷友希, 金沢ひづる:2005, 抑うつ症状を伴った強迫性障害に対するパロキセチンの治療効果, Pharma Medica 23(6)121-123
- Otsuka, K., Takaya, Y., Maruta, M., Endo, T., Kamaraju, L. S. and Sakai, A. : 2005, A Case of Refractory Schizophrenia with Adverse Effects Induced by Psychopharmacological Treatment, Journal of Iwate Medical Association 57(1)75-77
- Otsuka, K., Sakai, A., Shibata, E., Fujiwara, E., Okudera, T. and Kamaraju, L. S. :2005, A Depressive State with Overdevelopment of the Frontal Sinus Followed by Cognitive Deficits, Journal of Iwate Medical Association 57(2)195-197
- 酒井明夫 : 2005, 書評「改定版 精神医学救急ハンドブック」(計見一雄著), 精神科救急 8, 87
- 酒井明夫:2005, 「精神医学史探訪 XI:メアリ・グローヴァーの発作」, 精神科 7(1)61-66
- 武内克也, 酒井明夫, 伊藤欣司, 大塚耕太郎, 遠藤知方, 奥山雄, 丸田真樹, 柴田恵理, 金沢ひづる, 高谷友希 : 2005, 統合失調症初発例の興奮に対する olanzapine 20mg 投与の有効性, 精神科治療学 20(3) : 315-322
- 酒井明夫 : 2005, 書評「精神医学エッセンス」(濱田秀伯著), こころの科学 123, 126
- 酒井明夫 : 2005, 「精神医学史探訪 XII: マージョリー・ケンプの言語」, 精神科 7(3)244-249
- 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳, 中山秀紀 : 2005, 自殺予防とプライマリケア, 総合臨床 54(12)3128-3134
- 大塚耕太郎, 酒井明夫:2005, 自殺をめぐるリスクマネジメント:自殺予防, 臨床精神医学増刊号 281-286
- 酒井明夫 : 2006, 自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究, 平成 16 年度厚生労働科学研究「こころの健康科学研究成果発表会(研究者向け)報告書」, 25-32
- 中山秀紀, 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳, 遠藤知方, 丸田真樹, 遠藤仁, 山家健仁, 遠藤重厚 : 2006, 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂患者の横断的調査, 精神医学 48(2)119-126
- 酒井明夫 : 2006, 妄想の足跡, こころの科学 126, 84-87
- 伊藤敬雄, 葉田道雄, 大久保善朗 : 幻肢痛と断端痛に対する SNRI の治療経験 -4 症例報告-. 臨床精神医学 Vol. 34, NO. 6 2005 pp 829-834
- 伊藤敬雄 葉田道雄 原田章子 大熊征司 大久保善朗 : 自殺未遂者における救命救急センター退院 1 年後の受療行動と再自殺。精神医学 Vol. 48, NO. 2 2006 pp 153-158
- 伊藤敬雄, 葉田道雄 大久保善朗 : 幻肢痛および断端痛に対する SSRI、SNRI の有効性。ペインクリニック Vol. 26, NO. 7 2005 pp 975-979

- Takao ITO, Michio HADA 1 Shinkichi HAYASHI , Yoshiro OKUBO: Three cases of elder abuse introduced to the psychoneurology department by other sections. Psychogeriatrics 2005; 5 (1): A17
- 伊藤敬雄 : 自殺未遂者のケ。臨床精神医学 増刊号, 2005 pp 287-293
- 佐藤奈美、大場真理子、阿部正幸、大里雅紀、菅野智美、和田明、増子博文、丹羽真一 : 福島県立医科大学附属病院高次救急センターにおける自殺企図者の神経精神科的考察 (投稿中)
- 増子博文、小林直人、竹内賢、上野卓弥、三浦至、宮下伯容、丹羽真一 : 気分障害患者の血漿モノアミン代謝産物濃度の変化から見た m-ECT の奏功機序. 精神医学 (印刷中)
- 栗崎恵美子、平岩幸一、増子博文、岡野高明、丹羽真一 : ベンゾジアゼピン類のイムノアッセイ法の評価. 法医学の実際と研究 2000; 43:69-73
- 栗崎恵美子、林田真喜子、仁平信、大野曜吉、増子博文、岡野高明、丹羽真一、平岩幸一 : Triageによる抗うつ薬のスクリーニング. 法医学の実際と研究 2003; 46: 95-98
- Kurisasi E, Hayashida M, Nihira M, Ohno Y, Mashiko H, Okano T, Niwa S, Hiraiwa K : Diagnostic performance of Triage for benzodiazepines: urine analysis of the dose of therapeutic cases. J Anal Toxicol. 29:539-43 2005
- 黒木宣夫 : 過労自殺の特徴と労災認定. Medical Practice (M. P.) 22 (6) 2005. 6
- 黒木宣夫 : 日常臨床、法的書類上の PTSD 診断と精神科医の PTSD に関する意識調査. 精神神経誌 107 (7) 734-751, 2005
- 町田いづみ : がん患者の家族心理とその対応. 緩和医療 vol. 7 no. 2 p. 30 (146)-35 (151)
- 町田いづみ : 患者・家族に学ぶ医療コミュニケーション「リフレーミングの技法」 vol. 7 no. 2 p. 77 (193)-80 (196)
- 町田いづみ : 患者・家族に学ぶ医療コミュニケーション「睡眠障害・反応タイプ」 vol. 7 no. 3 p. 103 (323)-106 (326)
- 町田いづみ : 患者・家族に学ぶ医療コミュニケーション「告知」 vol. 7 no. 4 p. 81 (429)-84 (432)
- 町田いづみ : 患者・家族に学ぶ医療コミュニケーションII 「ラポールの形成につながる「傾聴」「共感」」 vol. 8 no. 1 p. 87 (87)-89 (89)
- 町田いづみ : 実習に役立つコミュニケーション・スキル: コーピング・スタイル プチナース 第14巻第4号 84-87 2005
- 町田いづみ : 実習に役立つコミュニケーション・スキル: リフレーミング プチナース 第14巻第6号 80-83 2005
- 町田いづみ : 実習に役立つコミュニケーション・スキル: 転移 プチナース 第14巻第8号 66-69 2005
- 町田いづみ : 実習に役立つコミュニケーション・スキル: 患者さんの理解度をアップさせるスキル 第14巻第9号 64-67 2005
- 町田いづみ : 実習に役立つコミュニケーション・スキル: 心のすれ違いをなくすスキル

第14巻第10号 64-67 2005

- 町田いづみ : 実習に役立つコミュニケーション・スキル : 相手の言動に巻き込まれないスキル 第14巻第11号 62-65 2005
- 町田いづみ : 実習に役立つコミュニケーション・スキル : 危機的状態にある患者心理を理解する① 第14巻第12号 42-45 2005
- 町田いづみ : 実習に役立つコミュニケーション・スキル : 危機的状態にある患者心理を理解する② 第14巻第13号 42-45 2005
- 町田いづみ : 実習に役立つコミュニケーション・スキル : 家族とのコミュニケーション 第14巻第15号 42-45 2005
- 町田いづみ : 実習に役立つコミュニケーション・スキル : 一般病棟でみられるうつ状態への対応法 第15巻第1号 36-39 2006
- 町田いづみ : 実習に役立つコミュニケーション・スキル : 睡眠障害を訴える患者さんへの対応法 第15巻第2号 36-39 2006
- 町田いづみ : 実習に役立つコミュニケーション・スキル : せん妄患者さんへの対応法 第15巻第3号 36-39 2006
- Yutaka Matsuoka, Masatoshi Inagaki, Yuriko Sugawara, Shigeru Imoto, Tatsuo Akechi, Yosuke Uchitomi: Biomedical and psychosocial determinants of intrusive recollections in breast cancer survivors. *Psychosomatics* 2005;46:203-211
- Eisho Yoshikawa, Yutaka Matsuoka, Masatoshi Inagaki, Tomohito Nakano, Tatsuo Akechi, Makoto Kobayakawa, Maiko Fujimori, Naoki Nakaya, Nobuya Akizuki, Shigeru Imoto, Koji Murakami, and Yosuke Uchitomi: No adverse effects of adjuvant chemotherapy on hippocampal volume in Japanese breast cancer survivors. *BreastCancer Research and Treatment* 2005; 92:81-84
- Yuriko Sugawara, Tatsuo Akechi, Toru Okuyama, Yutaka Matsuoka, Tomohito Nakano, Masatoshi Inagaki, Shigeru Imoto, Takashi Hosaka, Yosuke Uchitomi: Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. *Supportive Care in Cancer*. 2005;13:628-636
- Eisho Yoshikawa, Yutaka Matsuoka, Hidenori Yamasue, Masatoshi Inagaki, Tomohito Nakano, Tatsuo Akechi, Makoto Kobayakawa, Maiko Fujimori, Naoki Nakaya, Nobuya Akizuki, Shigeru Imoto, Koji Murakami, Kiyoto Kasai, and Yosuke Uchitomi: Prefrontal cortex and amygdala volume in first minor or major depressive episode after cancer diagnosis. *Biol Psychiatry* (in press)
- Daisuke Nishi, Yutaka Matsuoka, Eri Kawase, Satomi Nakajima, Yoshiharu Kim: The magnitude of mental health service in a Japanese medical center emergency department. *Emergency Medicine Journal* (in press)
- 川瀬英理, 下津咲絵, 今里栄枝, 唐澤久美子, 伊藤佳菜, 齊藤アンナ優子, 松岡 豊,

- 堀川直史：がん患者の抑うつに対する簡易スクリーニング法の開発—1 質問法と 2 質問法の有用性の検討. 精神医学 47(5):531-536, 2005
- 松岡 豊, 稲垣正俊, 吉川栄省, 中野智仁, 菅原ゆり子, 小早川誠, 明智龍男, 内富庸介：がん患者における精神的苦痛に関する脳画像研究. 精神保健研究 51:33-38, 2005
- 川瀬英理, 松岡豊, 中島聡美, 西大輔, 大友康裕, 金吉晴：三次救急医療における精神医学的問題の検討. 精神保健研究 51:65-70, 2005
- 松岡豊, 吉川栄省：サイコオンコロジーにおける脳画像. 臨床脳波 47(12):748-752, 2005

【鑑定意見書】

- 黒木宣夫：平成 16 年(行ウ)第 518 号公務外認定処分取消請求事件 TN 氏に関する医学的見解(自殺訴訟)1~32 東京地裁 2005. 6
- 黒木宣夫：平成 15 年(純)第 18 号遺族年金等不支給取消請求事件(1)SF 氏に関する医学的見解(自殺訴訟)1~26 名古屋地裁 2005. 10(2)「ストレス—脆弱性」理論に依拠する判断指針に対する批判に関して1~11
- 黒木宣夫：平成 16 年(わ)第 7802 号 損害賠償事件大阪地裁 2005. 10
- (1) A 子に関する医学的見解(PTSD 訴訟)
 - (2) 第 5 回公判の証言に関する医学的見解
 - (3) K 医師(甲 28 号)鑑定意見書に関する医学的見解

IV. 研究成果の刊行物・別刷