

## 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いことが示されたが、「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、そのような元気が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」という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）しかし、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%しか相談していず、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なり、男性は家族に9%、友人に3%、精神科医に2%しか相談していず、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いことが示されたが、「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、本研究でも明らかなように、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、未遂者も既遂者も单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ではないので、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。わずかに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かったケース＝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。明石書店, 東京, 2004

4) 黒澤 尚, 岩崎康孝: 救命救急センターに収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収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

特にない

## 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ーう  
つ病および自殺リスクに関してー. 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  
ー心身の健康感についてー. 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  
点ー精神症状を中心にー. 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）

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 ☐ 記載者 \_\_\_\_\_

【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 口過去の通院歴のみ) ☐ 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' レスピレーター使用 ☐ 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 口手首 口腹部口その他) ☐ 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 口友人 口精神科関係者 口身体科関係者 口その他) ☐ 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だけ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 口手首口腹部口その他) ☐ 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(☐ 気分一致/☐ 気分不一致)

☐ 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. 他のも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

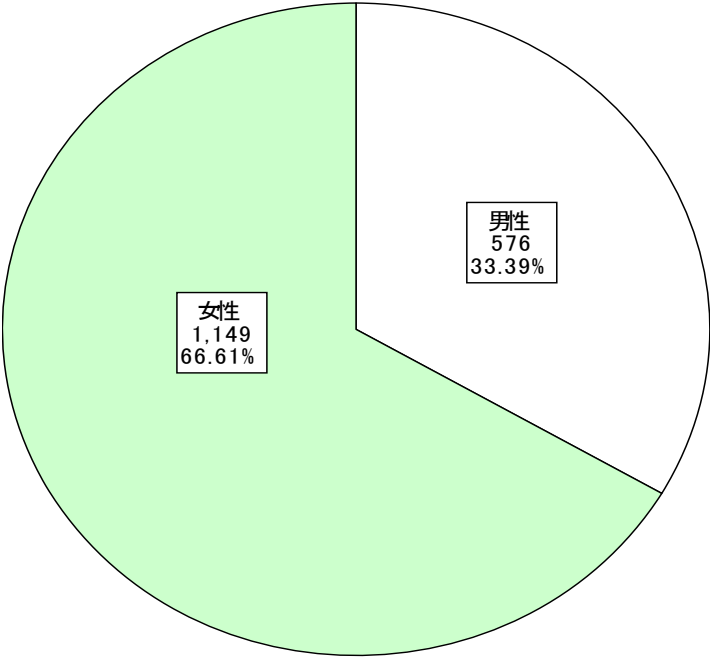
☐ 司法・犯罪に関する問題 ☐ その他の心理社会的・環境上の問題 ☐ 病苦

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 \_\_\_\_\_

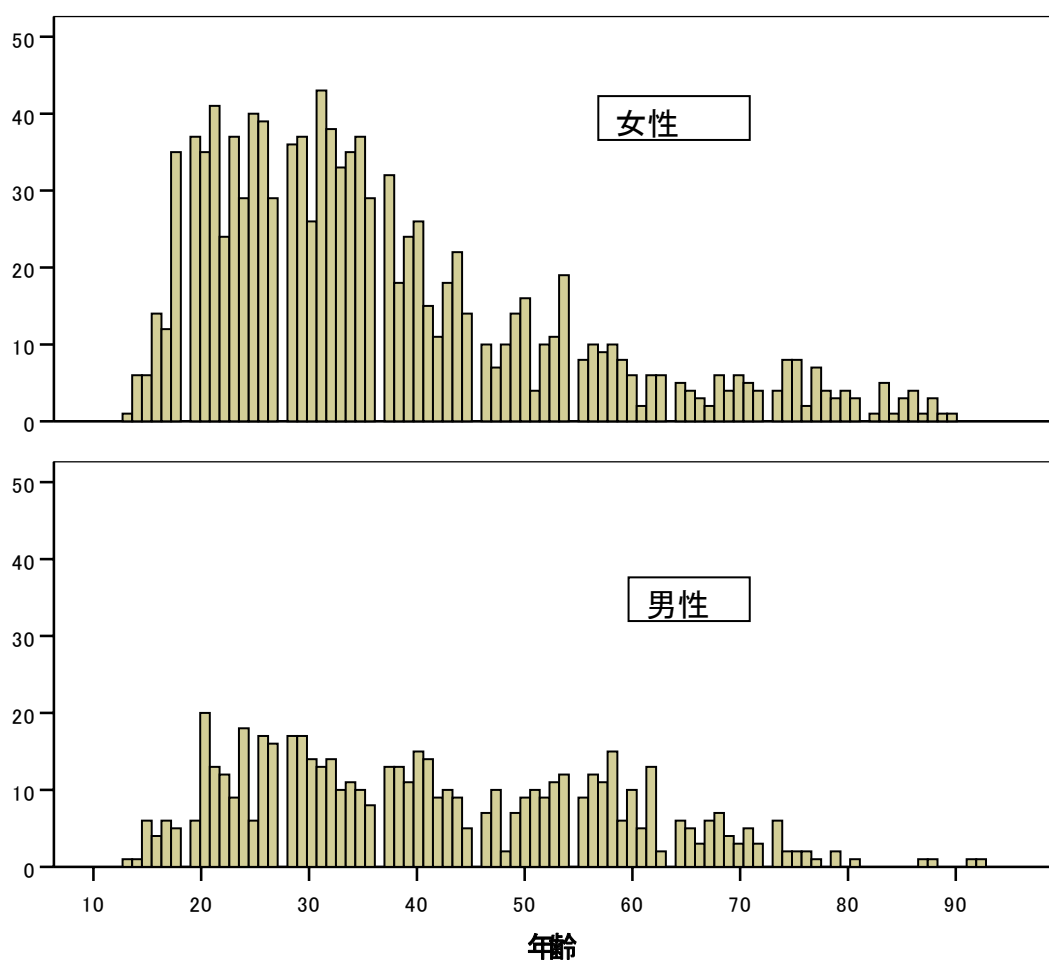
【図—1】性別



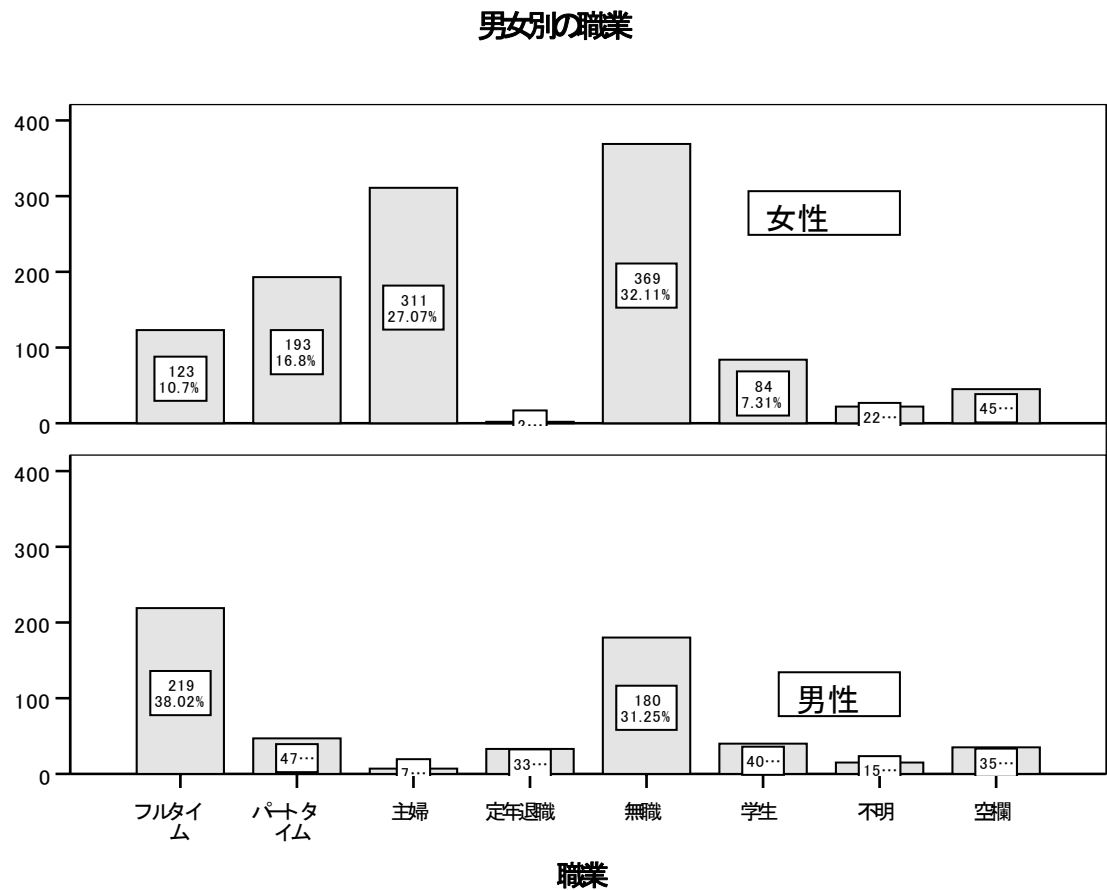
対象

	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



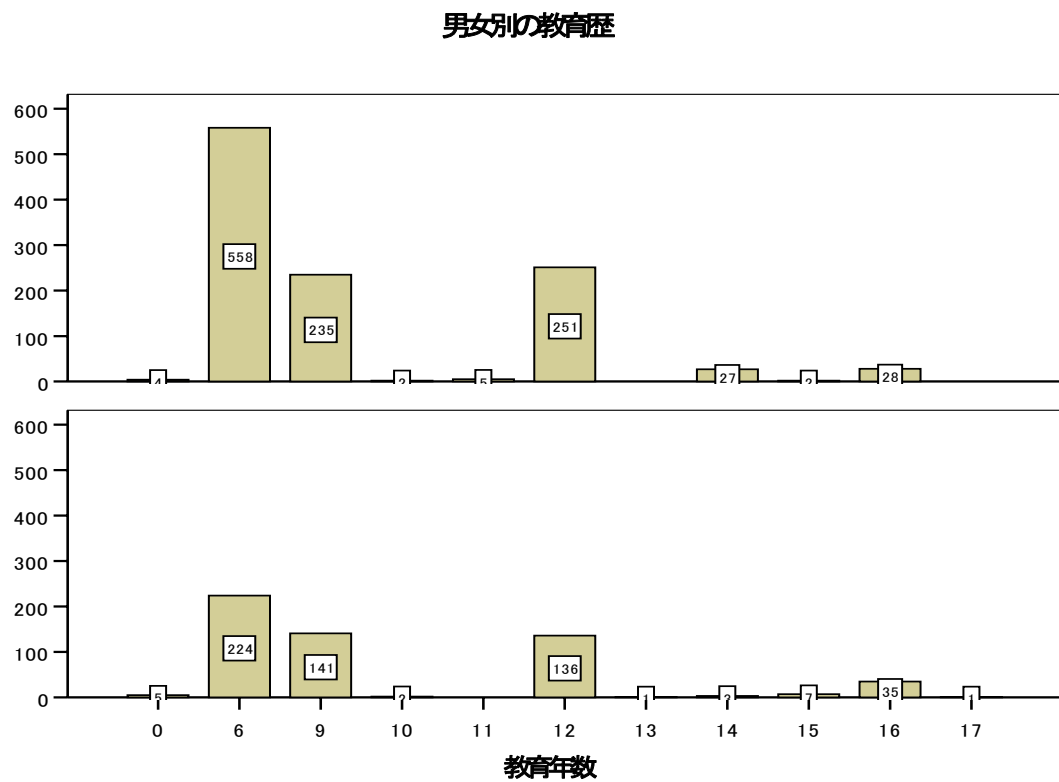
【図—3】 男女別の職業



性別と職業

度数		職業							
		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
	女性	123	193	311	2	369	84	22	45
合計		342	240	318	35	549	124	37	80

【図—4】男女別の教育歴

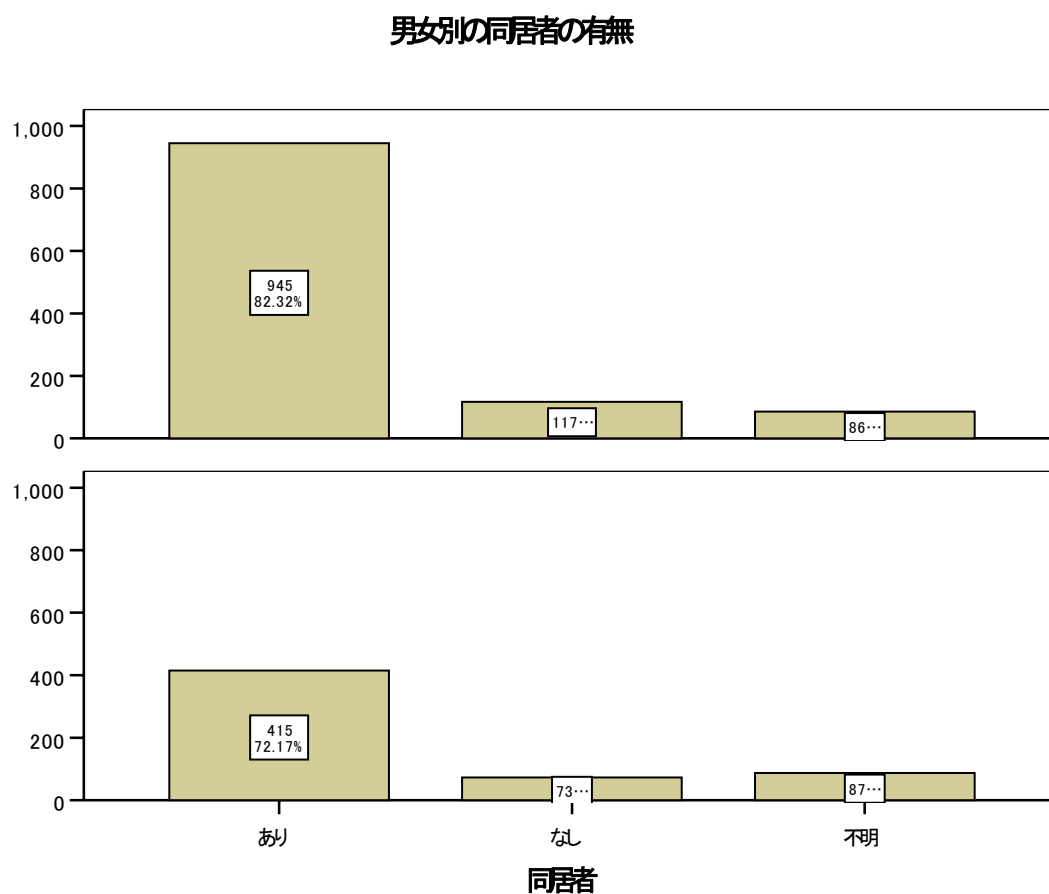


性別 と 教育年数

		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



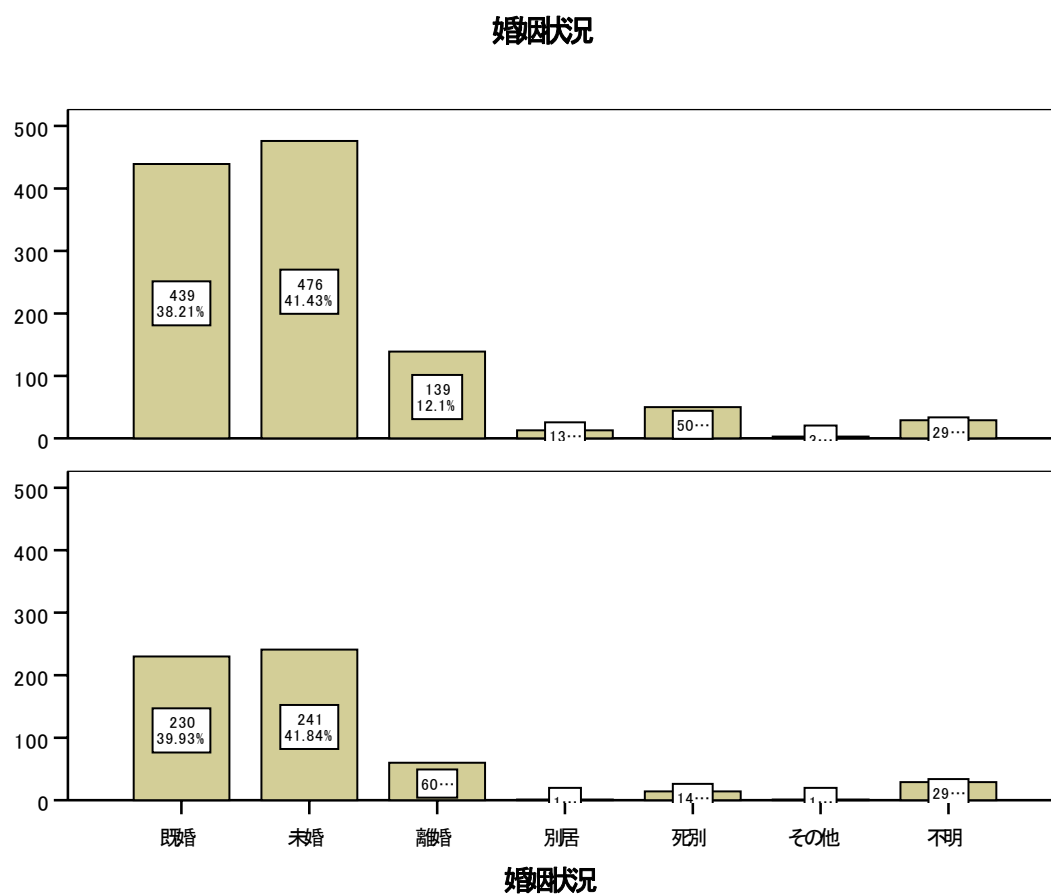
【図—5】男女別の同居者の有無



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

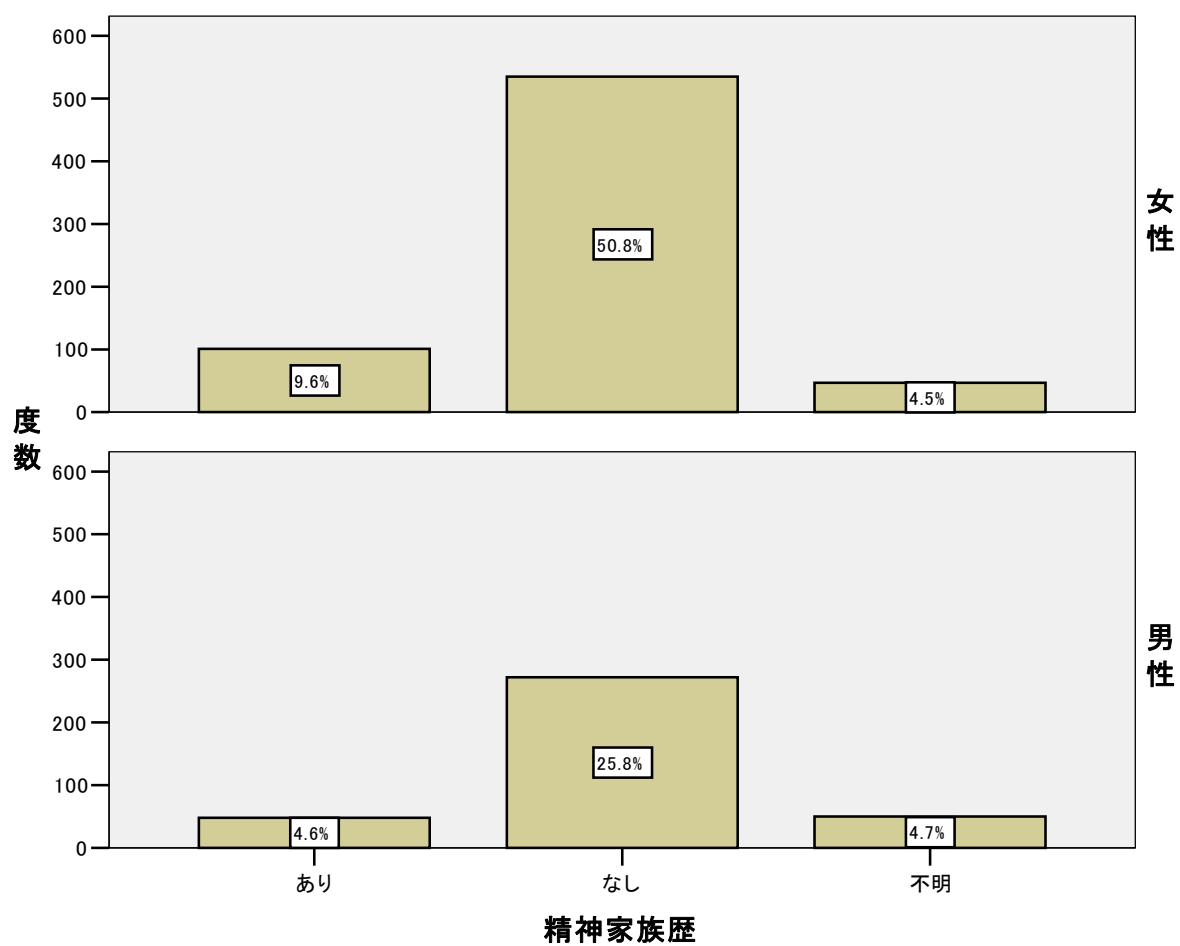
【図—6】男女別の婚姻状況



性別 と 婚姻状況

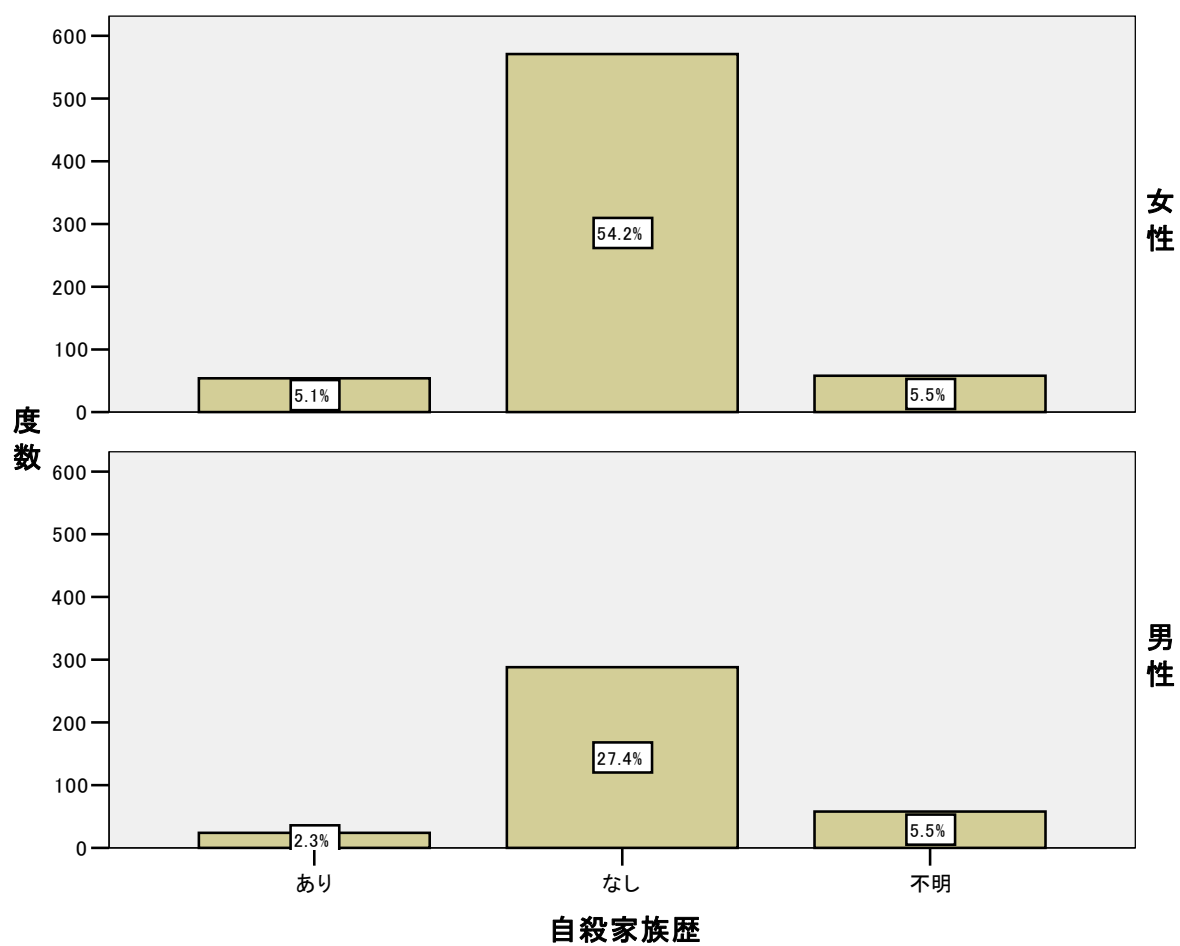
度数		婚姻状況							合計
		既婚	未婚	離婚	別居	死別	その他	不明	
性別	男性	230	241	60	1	14	1	29	576
	女性	439	476	139	13	50	3	29	1149
合計		669	717	199	14	64	4	58	1725

【図—7a】男女別の精神疾患家族歴



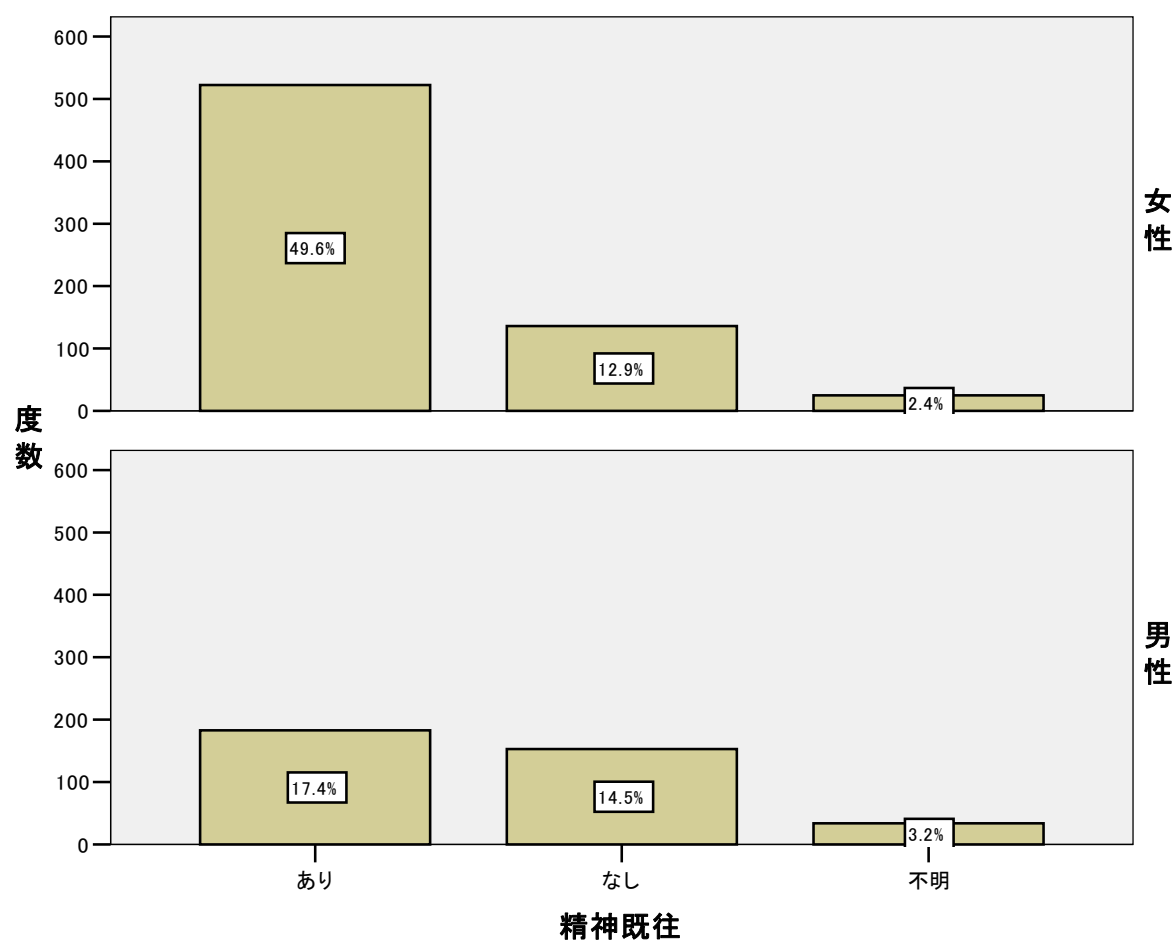
		精神家族歴			合計
		あり	なし	不明	
性別	男性	48	272	50	370
	女性	101	535	47	683
合計		149	807	97	1053

【図—7b】男女別の自殺の家族歴



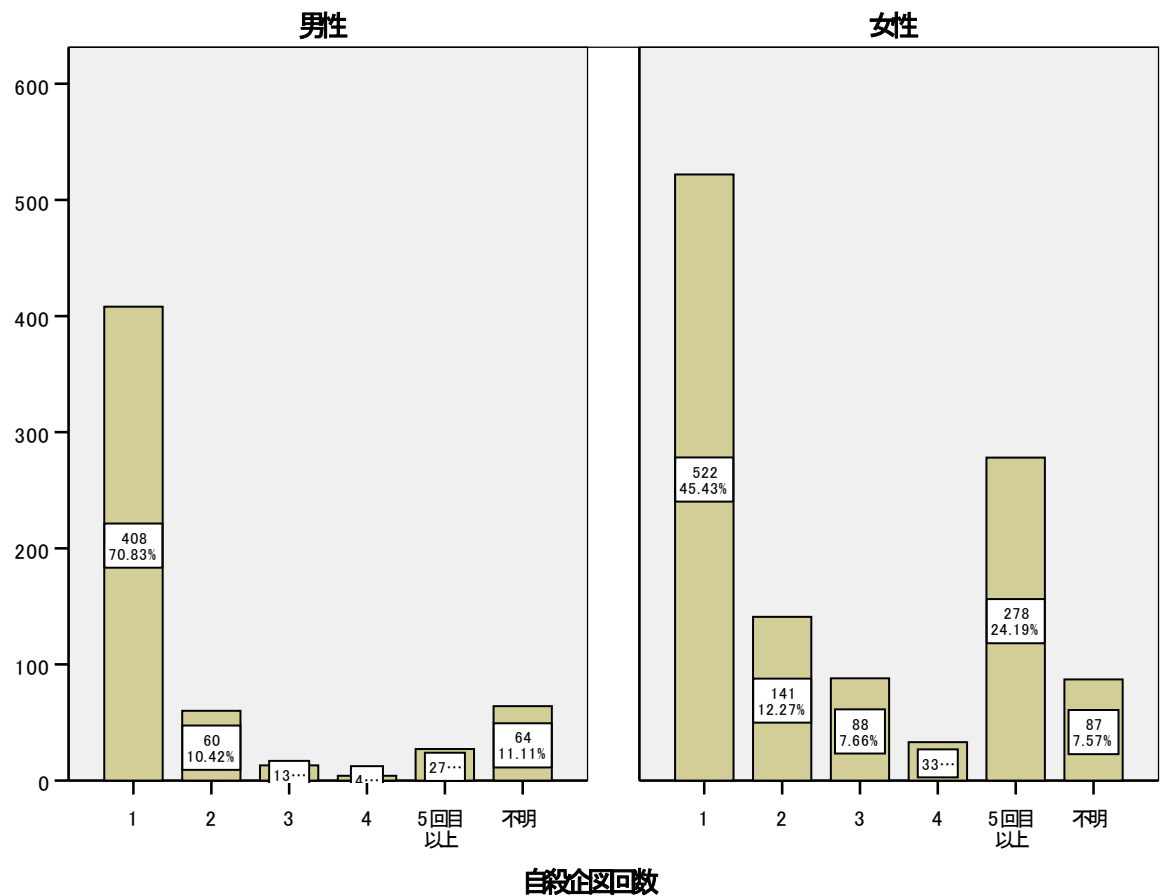
		自殺家族歴			合計
		あり	なし	不明	
性別	男性	24	288	58	370
	女性	54	571	58	683
合計		78	859	116	1053

【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

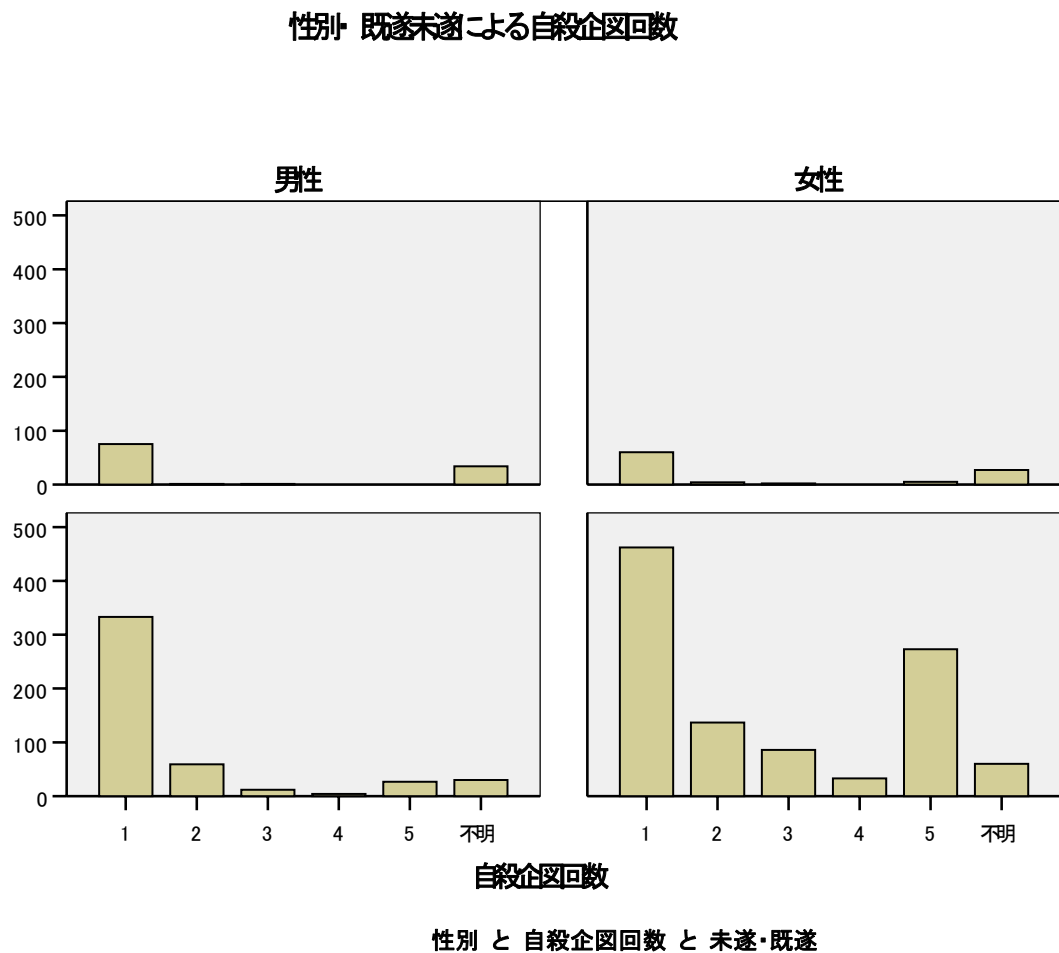


性別 と 自殺企図回数

度数

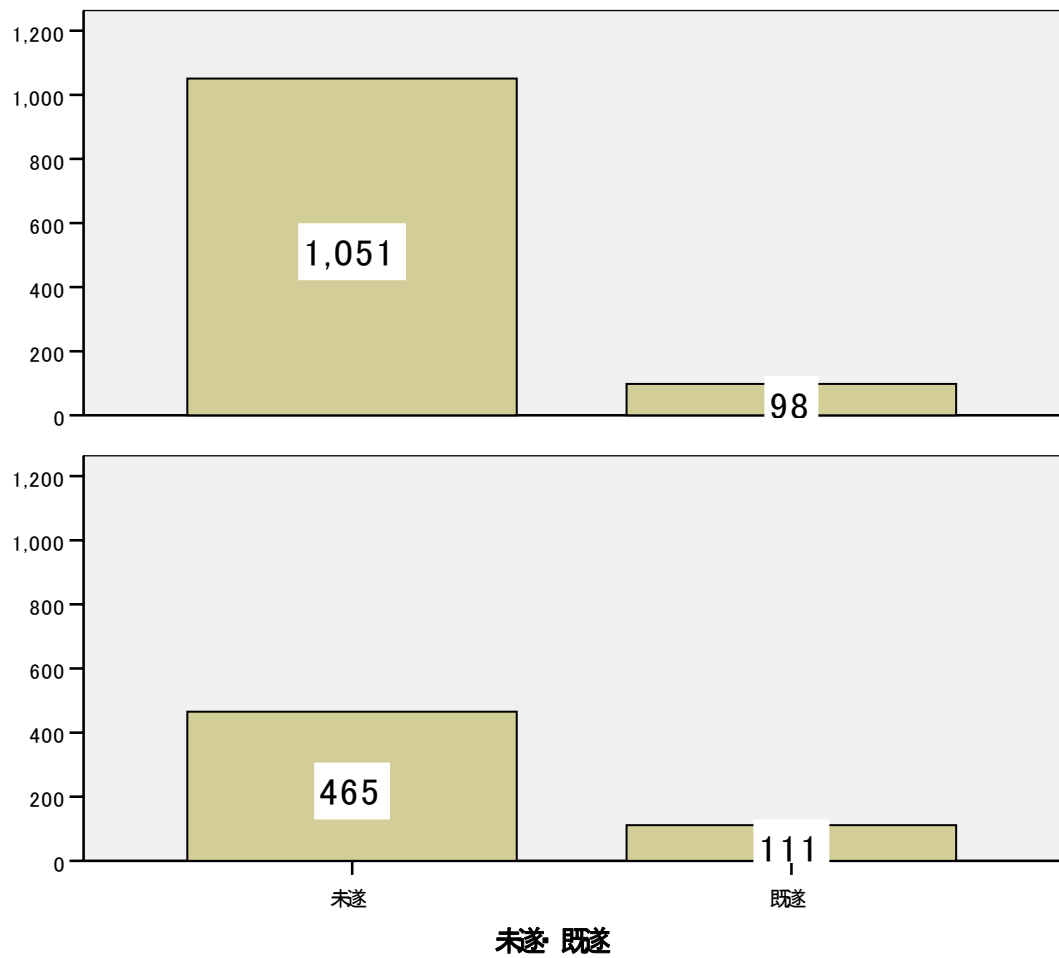
		自殺企図回数						合計
		1回目	2回目	3回目	4回目	5回以上	不明	
性別	男性	408	60	13	4	27	64	576
	女性	522	141	88	33	278	87	1149
合計		930	201	101	37	305	151	1725

【図—9】男女別および既遂・未遂別の自殺企図回数



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— 1 0】 男女別の未遂・既遂例

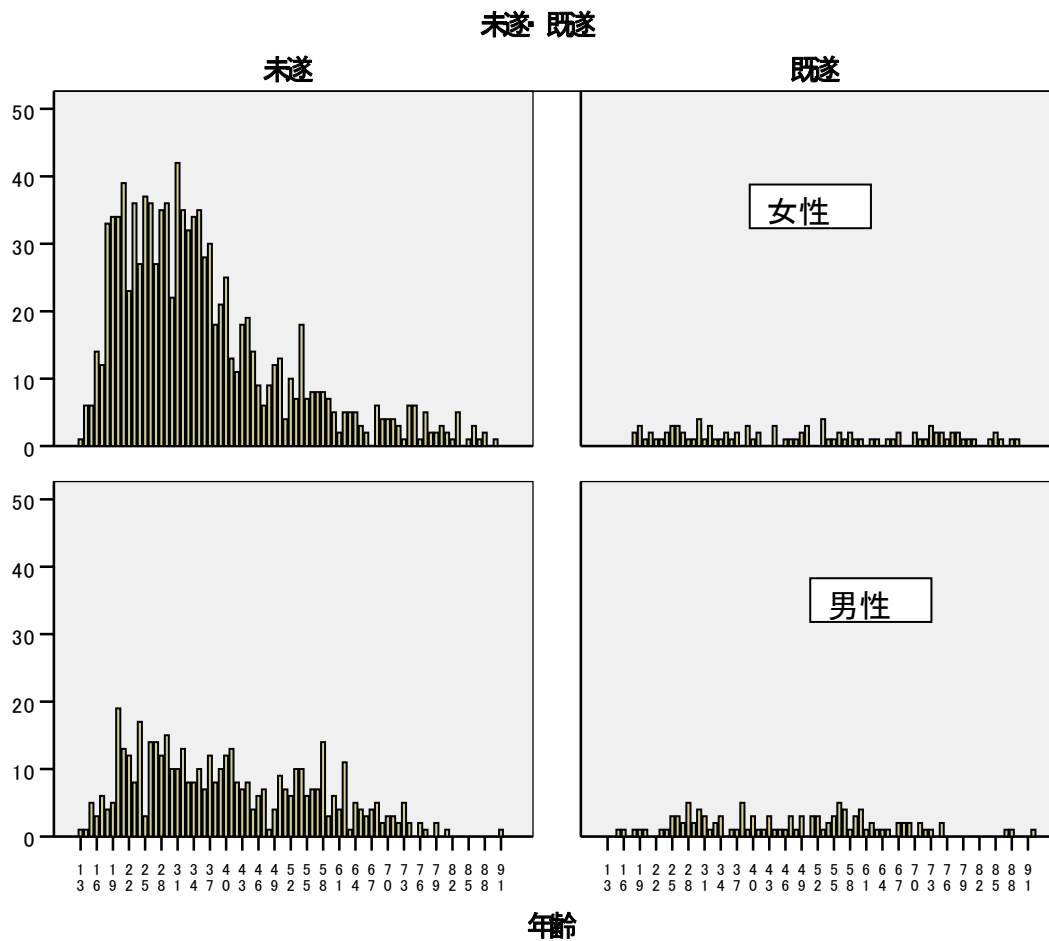


未遂・既遂 と 性別

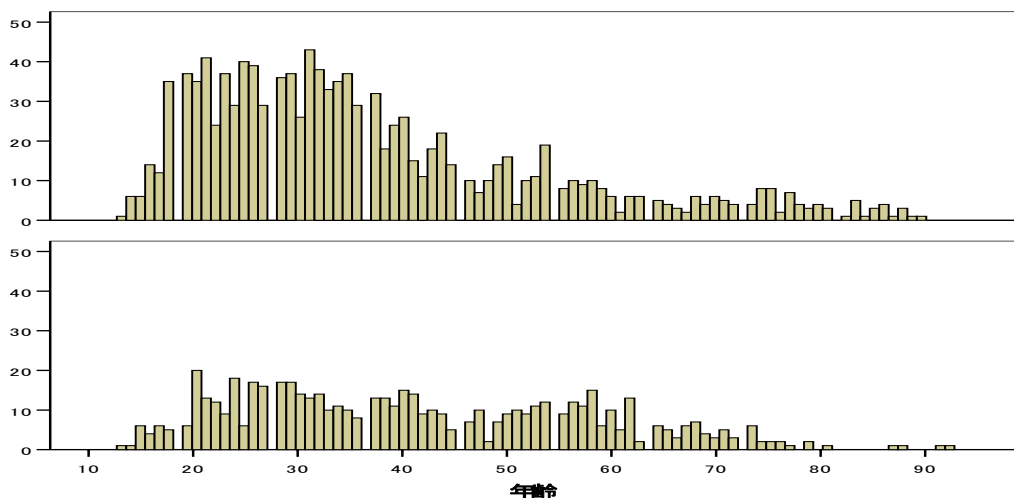
		性別		合計
		男性	女性	
未遂・既	未遂	465	1051	1516
遂	既遂	111	98	209
合計		576	1149	1725



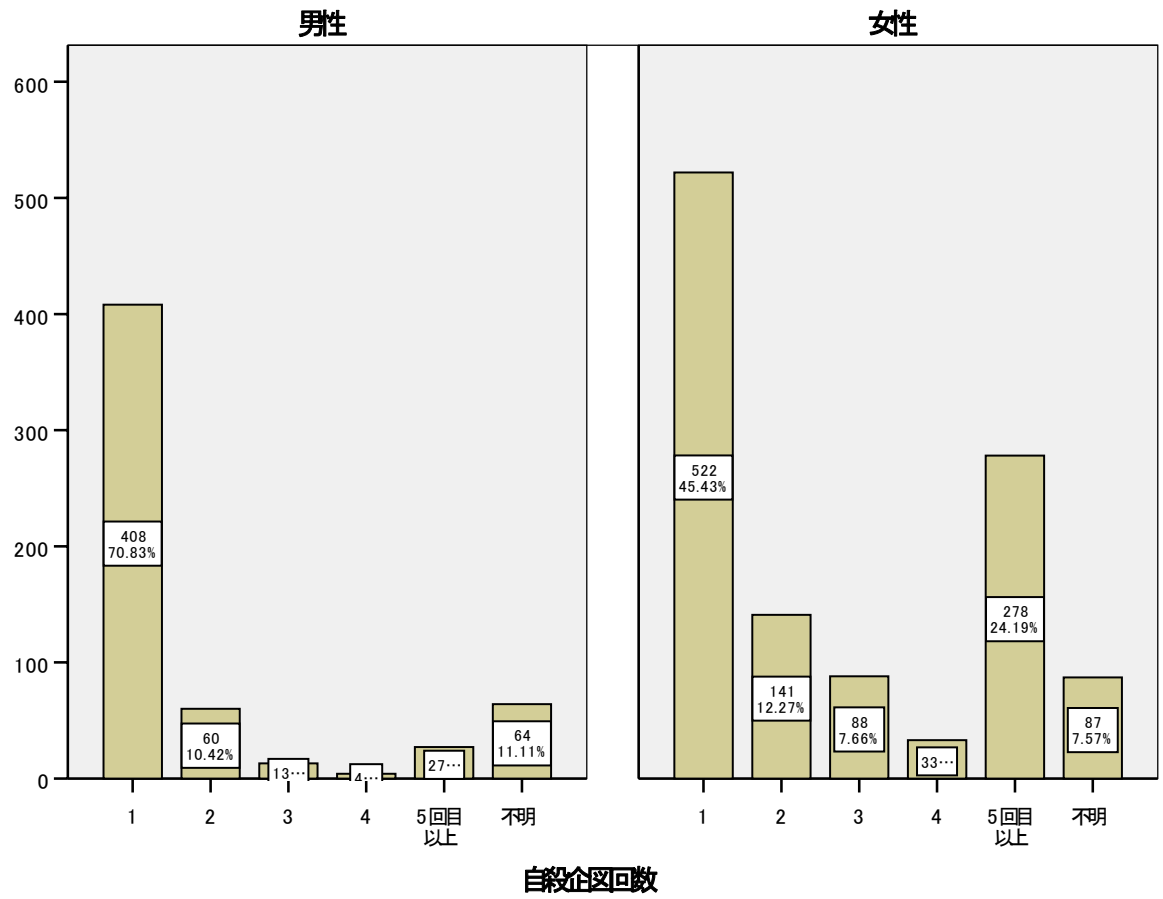
【図—11】男女別・未遂既遂別の年齢分布



【図—2】再掲



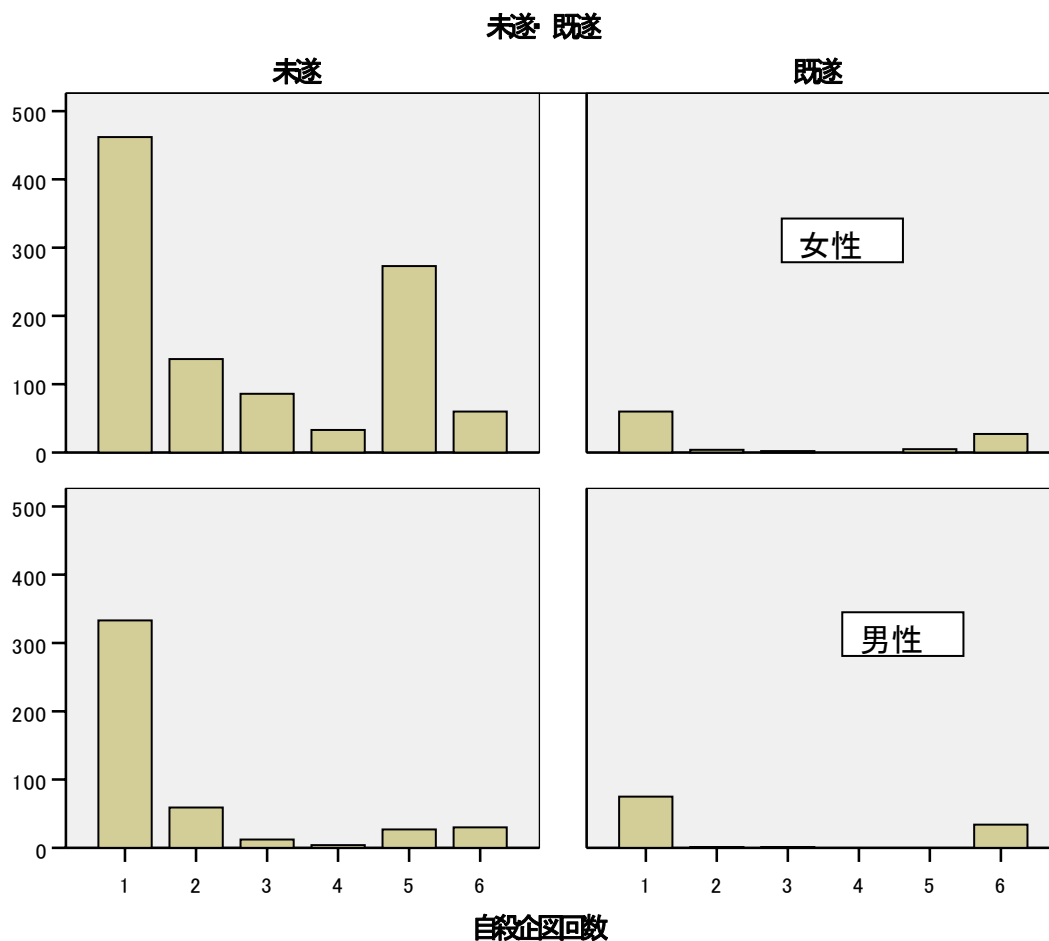
【図—12】男女別の自殺企図回数



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

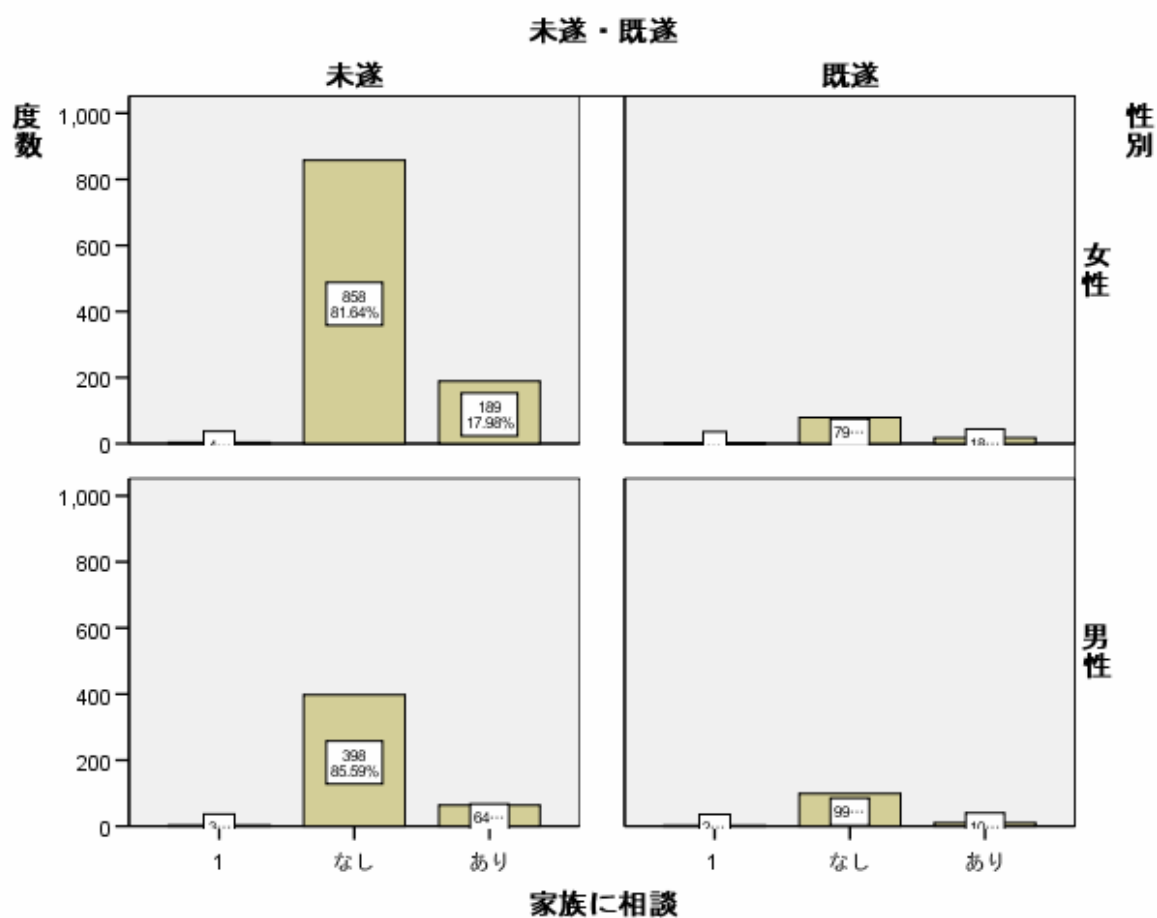
【図—13】男女別・未遂既遂別の自殺企図回数



性別と自殺企図回数と未遂・既遂

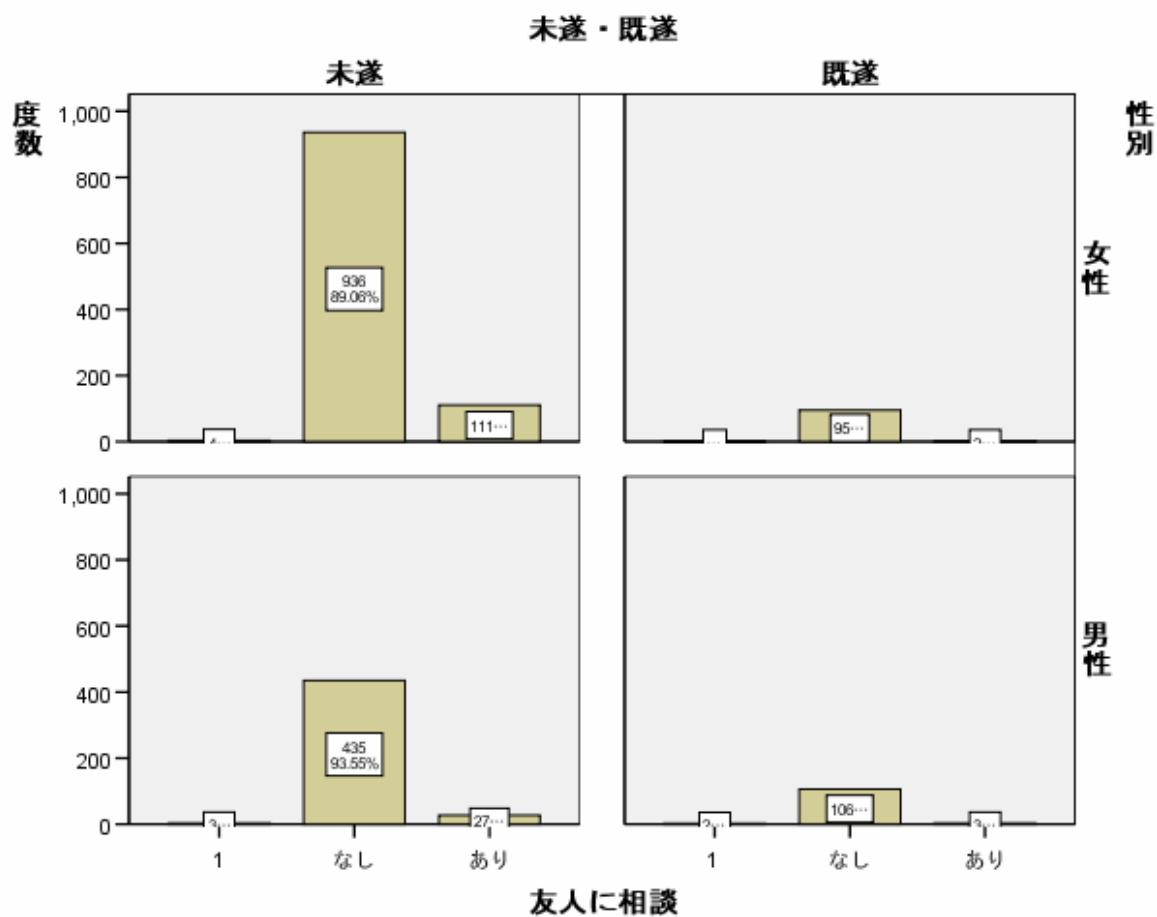
度数			自殺企図回数						合計
未遂・既遂	性別		1回目	2	3	4	5回目以上	不明	
未遂	性別	男性	333	59	12	4	27	30	465
		女性	462	137	86	33	273	60	1051
	合計		795	196	98	37	300	90	1516
既遂	性別	男性	75	1	1		0	34	111
		女性	60	4	2		5	27	98
	合計		135	5	3		5	61	209

【図—14】既遂未遂別の企図前の家族への相談の有無



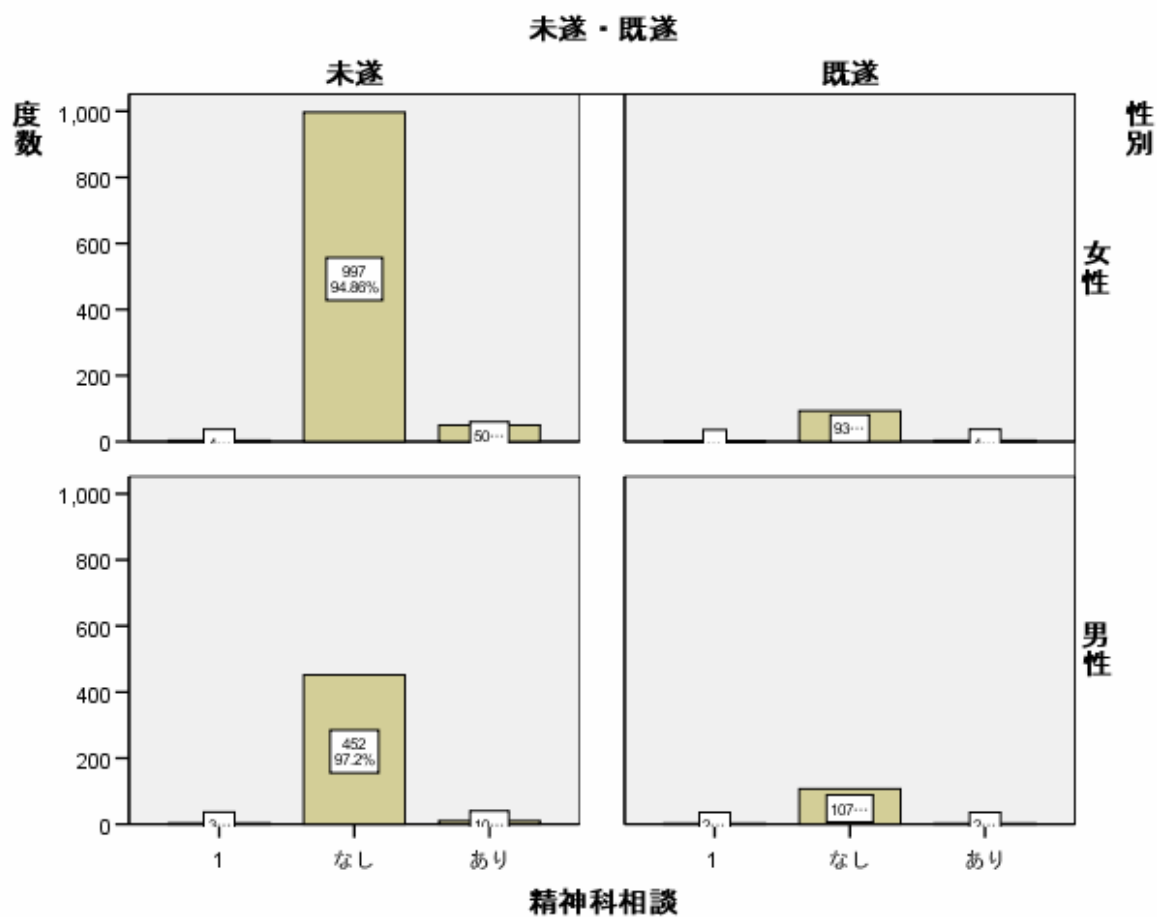
未遂・既遂			家族に相談			合計
			なし	あり	不明	
未遂	性別	男性	398	64	3	465
		女性	858	189	4	1051
	合計		1256	253	7	1516
既遂	性別	男性	99	10	2	111
		女性	79	18	1	98
	合計		178	28	3	209

【図—15】既遂未遂別の企図前の友人への相談の有無



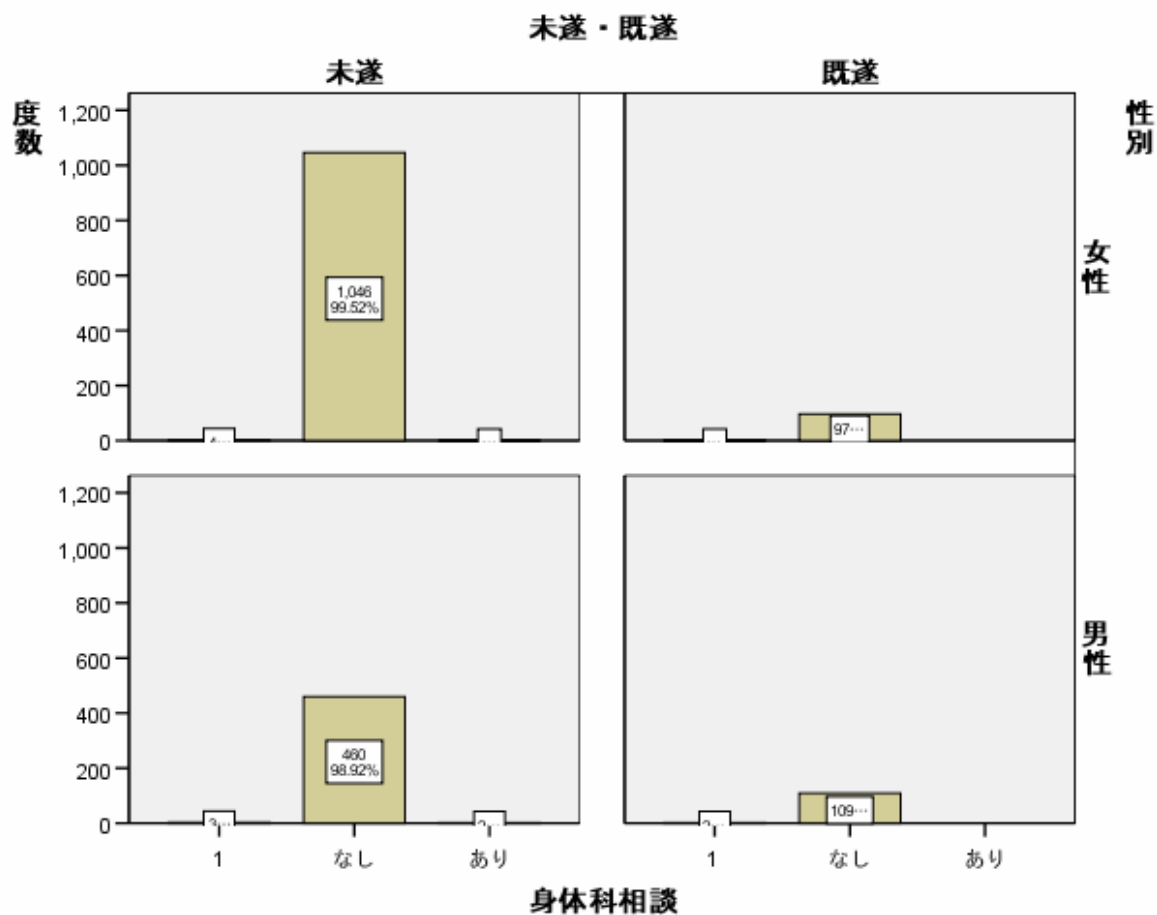
未遂・既遂			友人に相談			合計
			なし	あり	不明	
未遂	性別	男性	435	27	3	465
		女性	936	111	4	1051
	合計		1371	138	7	1516
既遂	性別	男性	106	3	2	111
		女性	95	2	1	98
	合計		201	5	3	209

【図—16】既遂未遂別の企図前の精神科への相談の有無



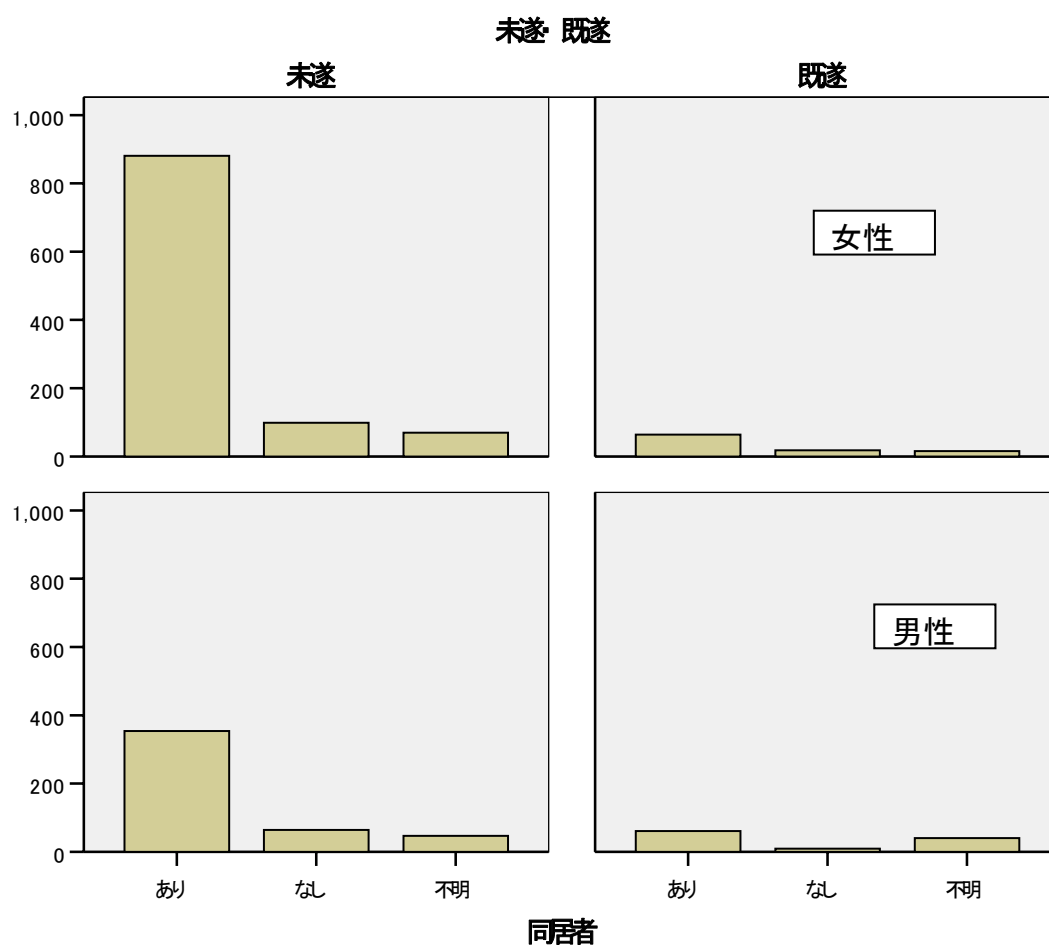
未遂・既遂			精神科相談			合計
			なし	あり	不明	
未遂	性別	男性	452	10	3	465
		女性	997	50	4	1051
	合計		1449	60	7	1516
既遂	性別	男性	107	2	2	111
		女性	93	4	1	98
	合計		200	6	3	209

【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

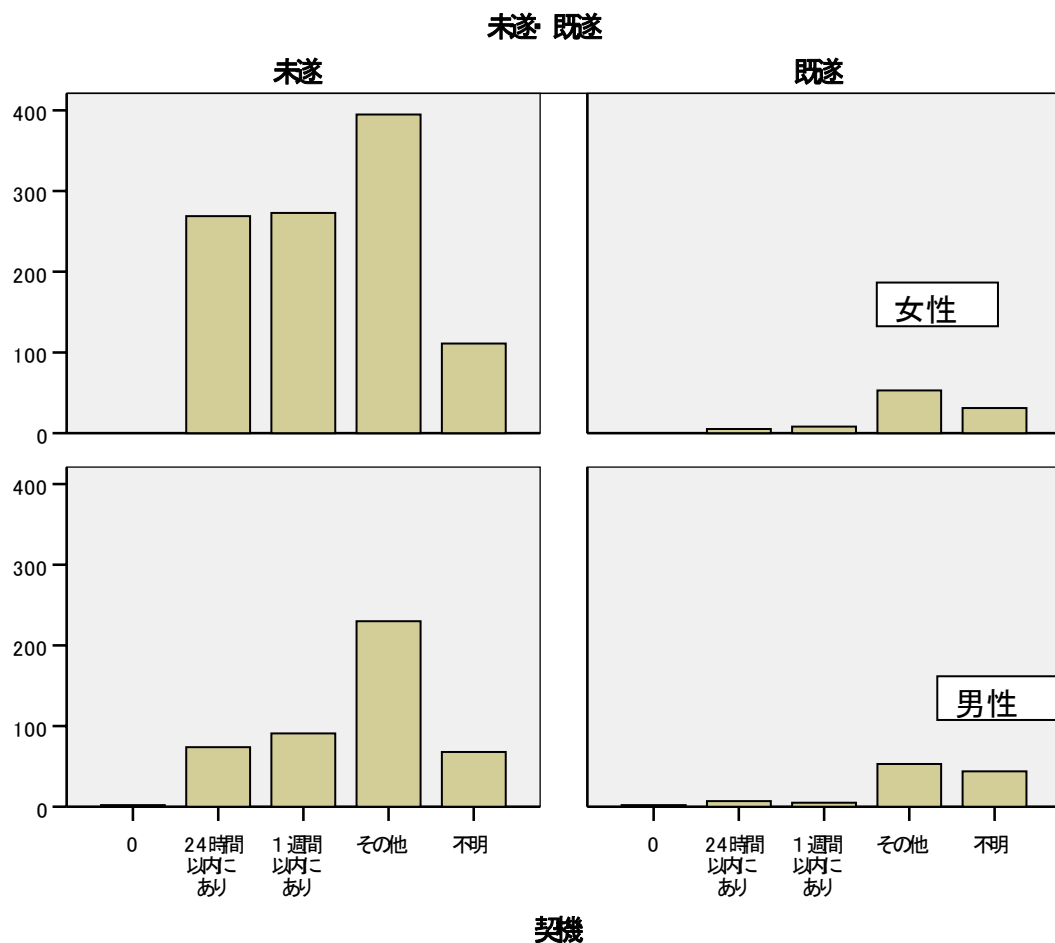
【図—18】未遂・既遂と同居者の有無



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

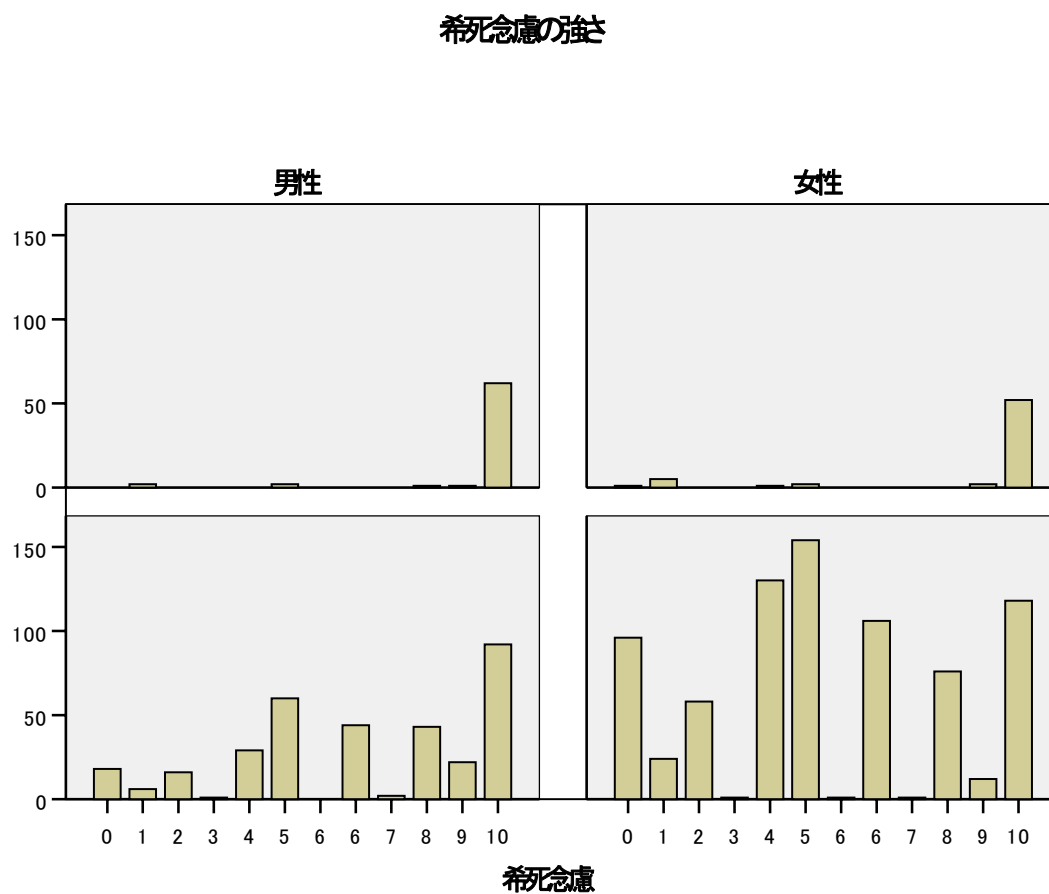


【図—19】未遂・既遂による自殺の契機



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

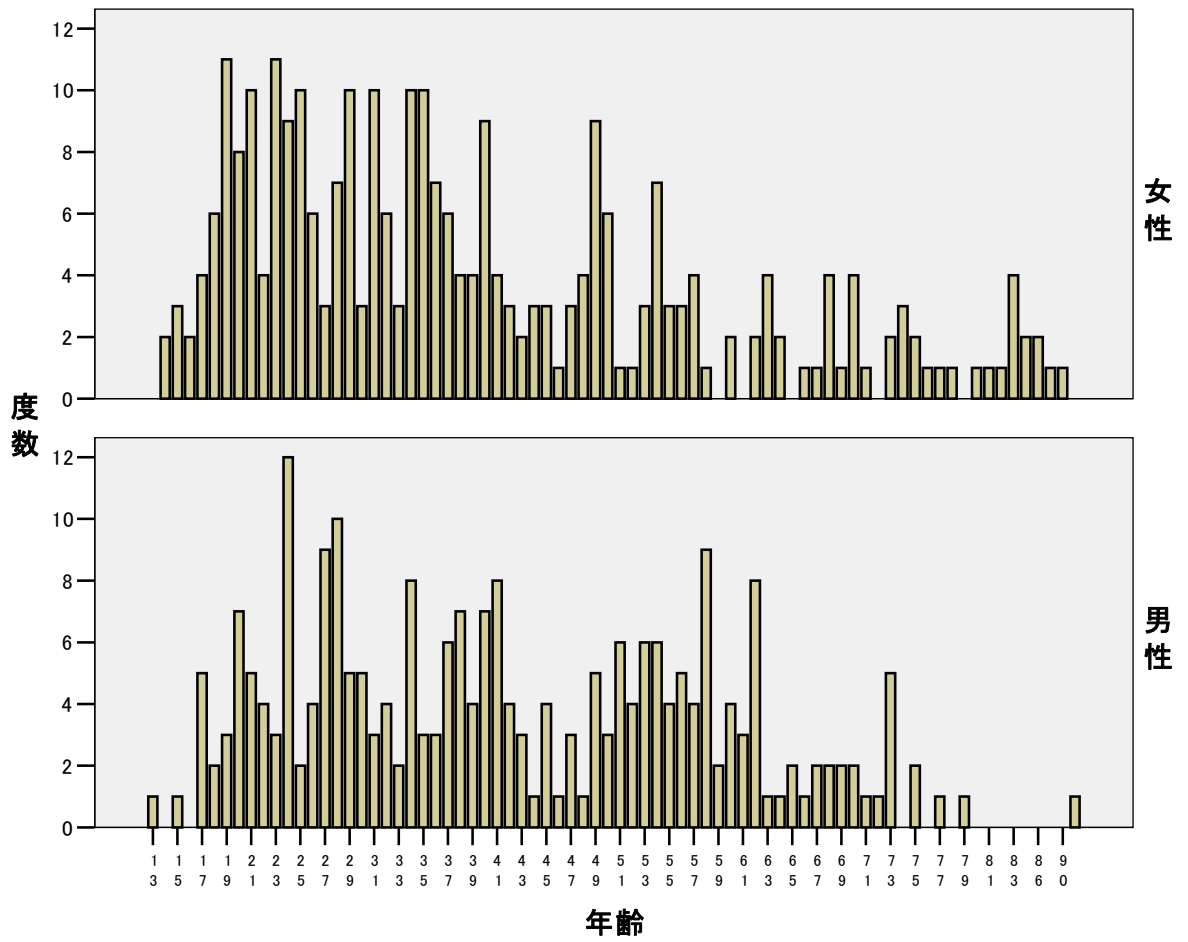
【図—20】未遂・既遂による希死念慮の強さ



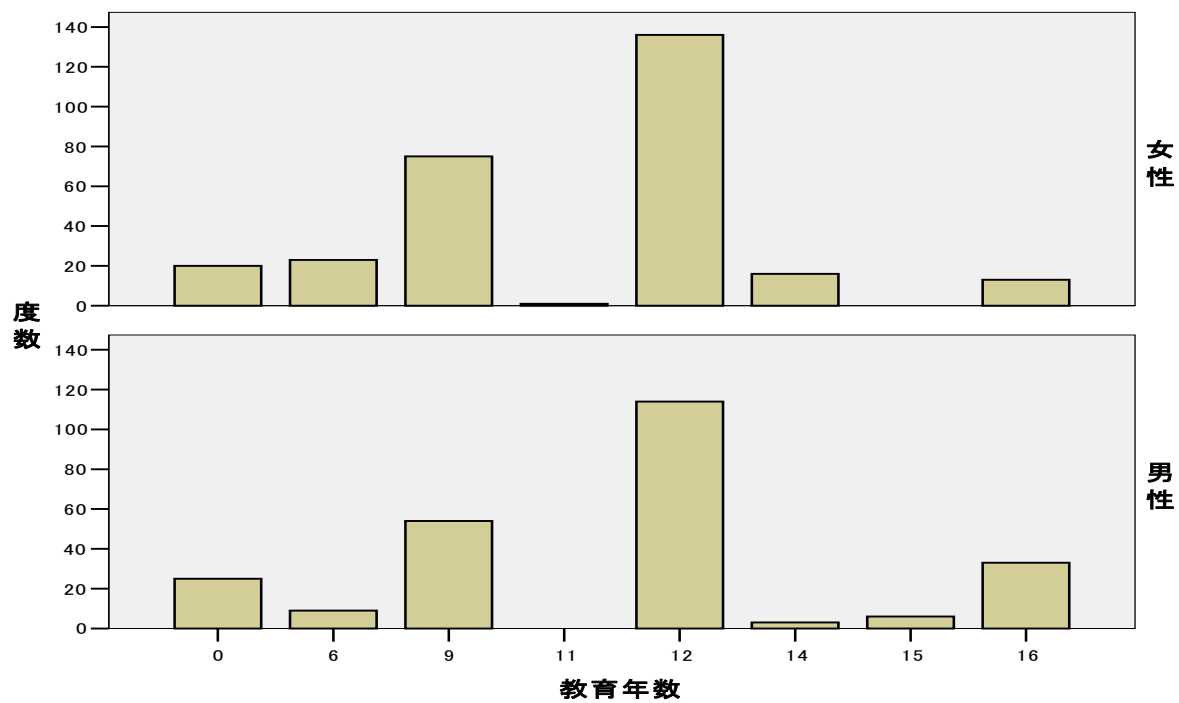
【表—1】既遂例の自殺企図手段

手 段	男 性	女 性	合 計
向 精 神 薬	6	1 0	1 6
そ の 他 処 方 薬	0	0	0
市 販 薬	0	1	1
農 薬	8	1 2	2 0
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	3 9	3 4	7 3
焼 身	4	1	5
首 つ り	3 9	3 1	7 0
入 水	0	1	1
感 電	0	0	0
銃	0	0	0
そ の 他	0	0	0
	1 1 1	9 8	2 0 9

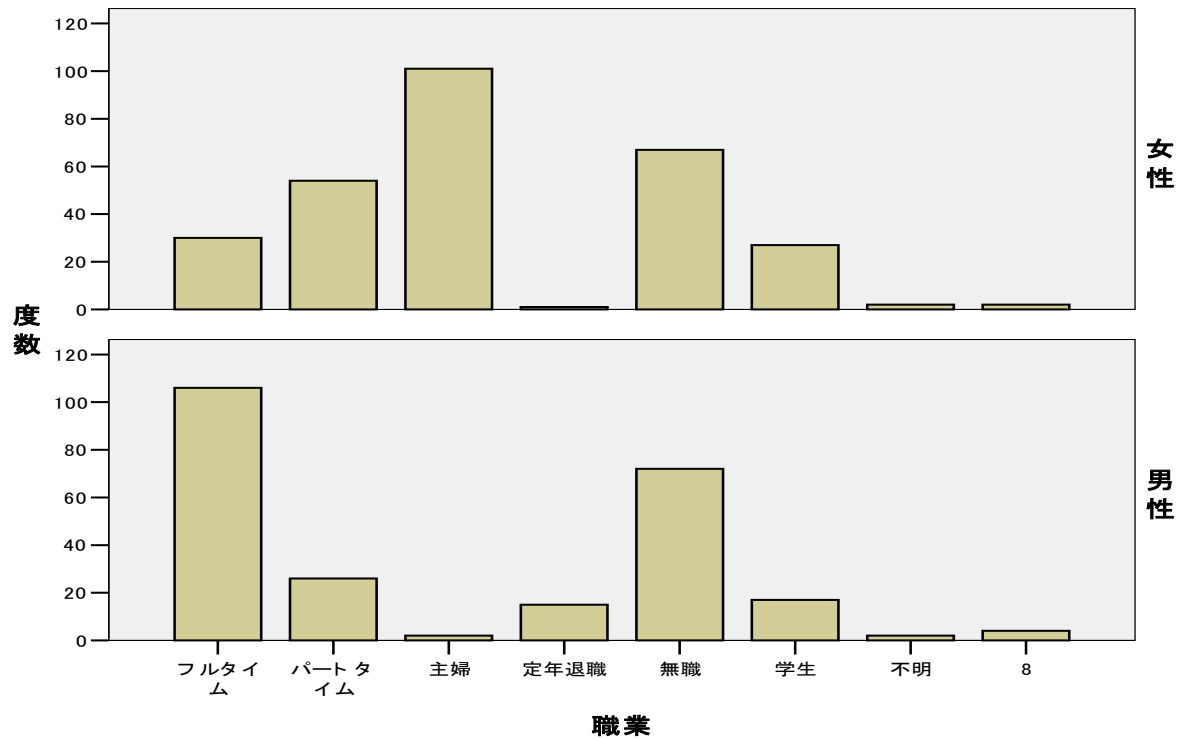
【図— 2 1】 初回企図者の年齢分布



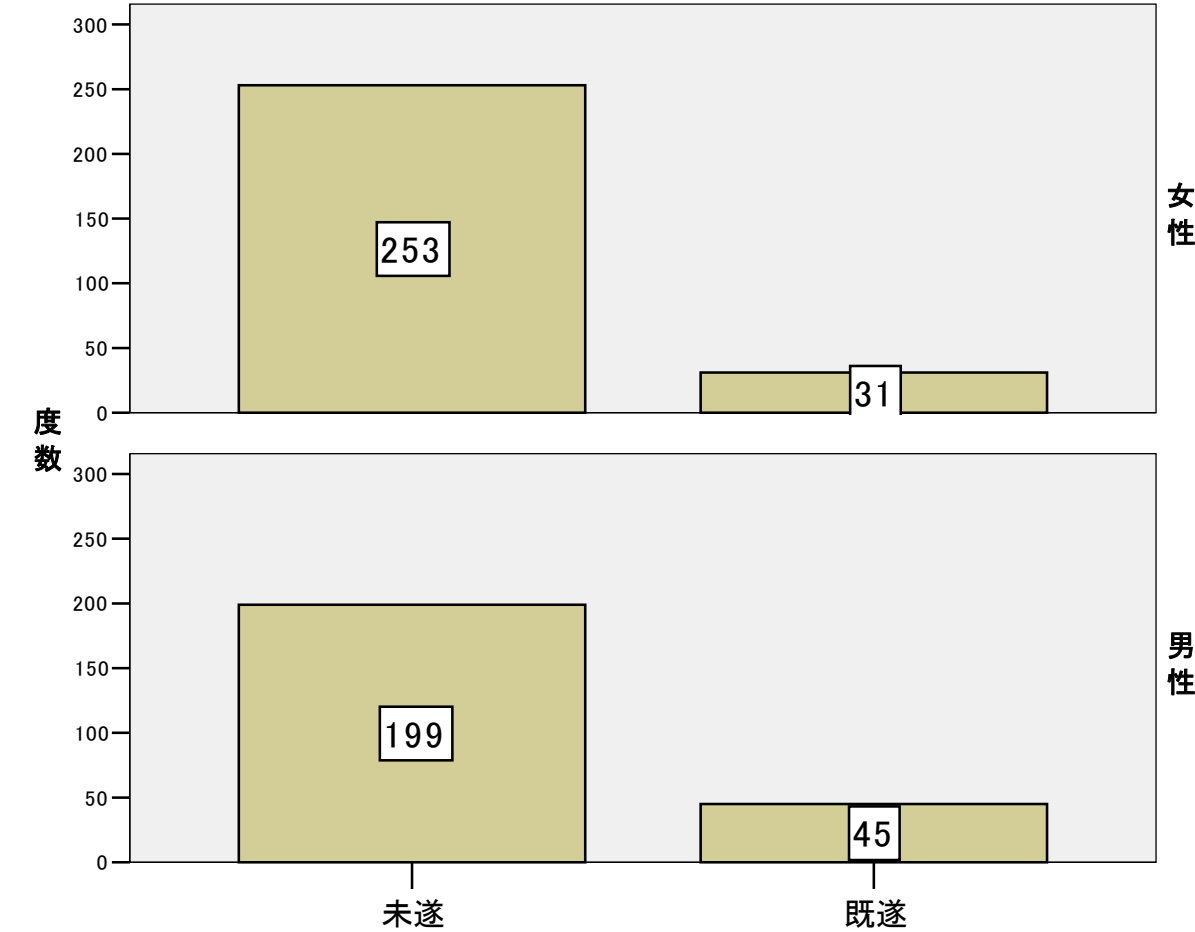
【図—2 2】 1 回目の自殺企図者の教育年数



【図—23】 1回目の自殺企図者の職業



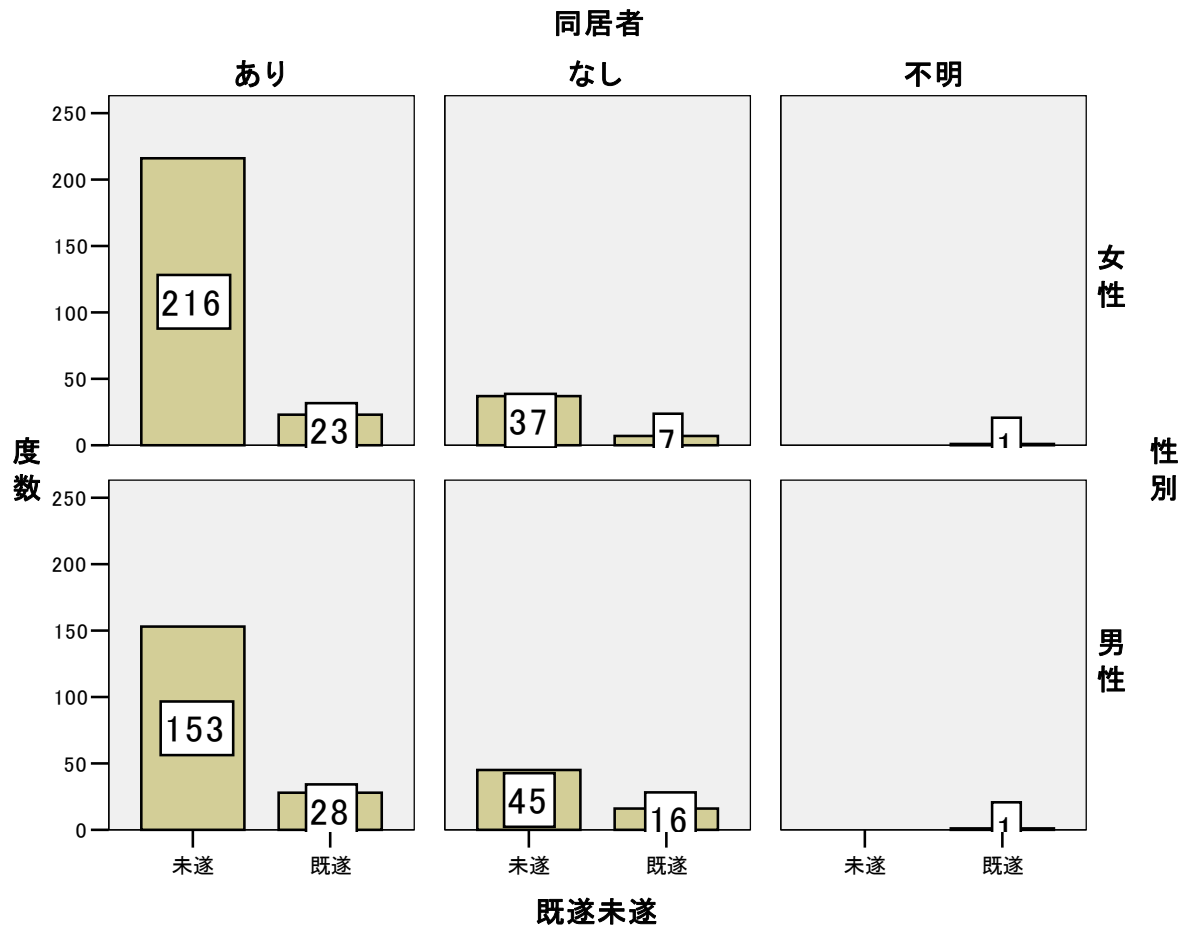
【図—2 4】 1 回目の自殺企図による既遂・未遂者（男女別）



		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

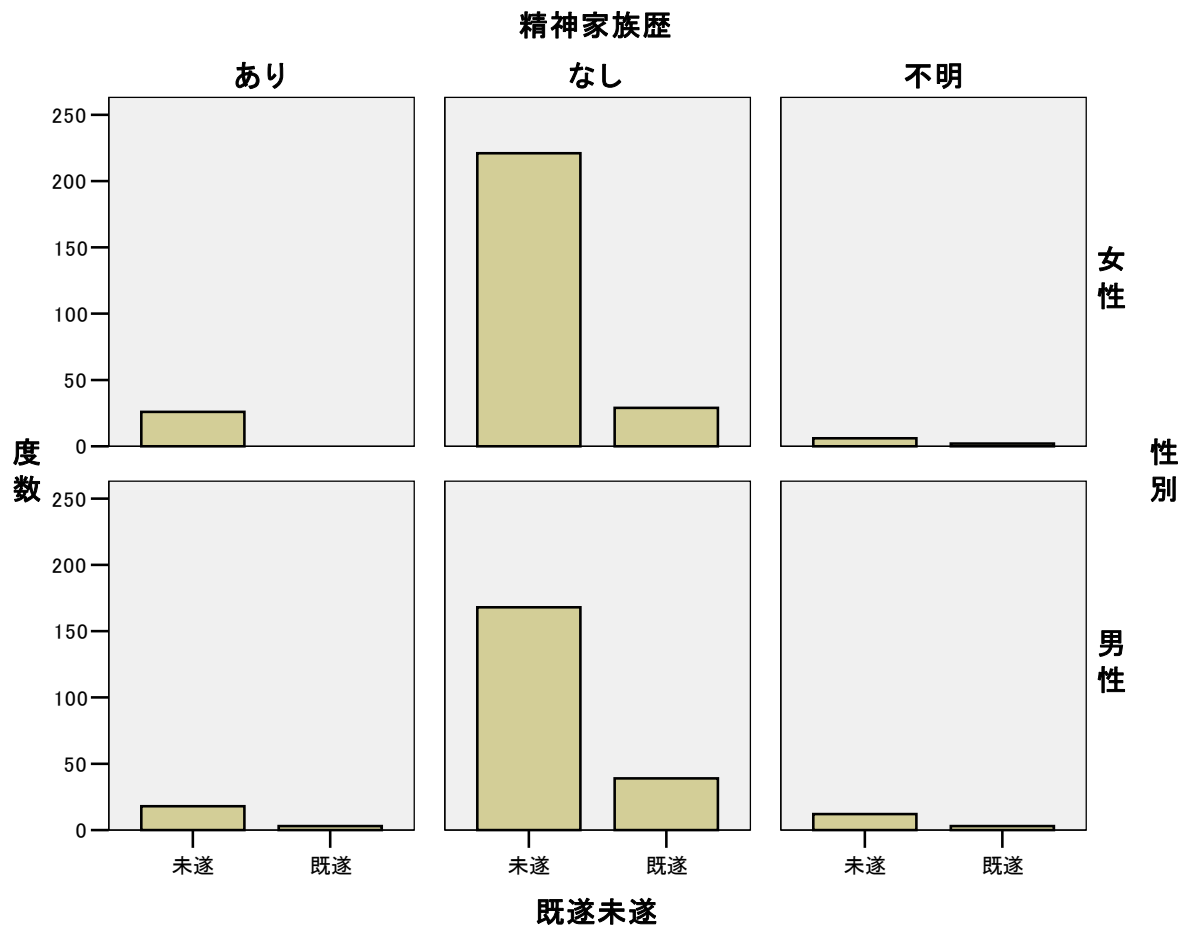
P<0.05

【図—25】既遂・未遂者（男女別）による同居者の有無

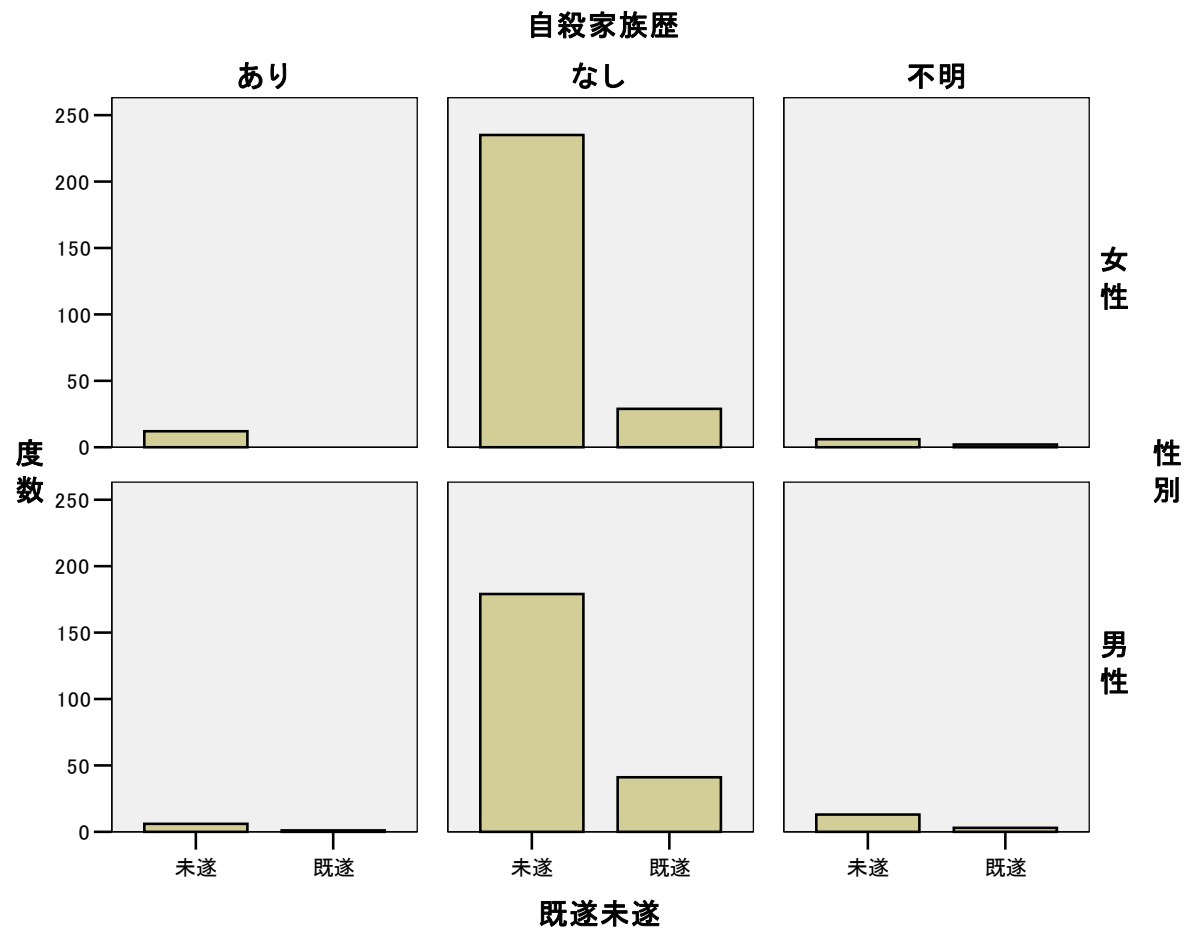




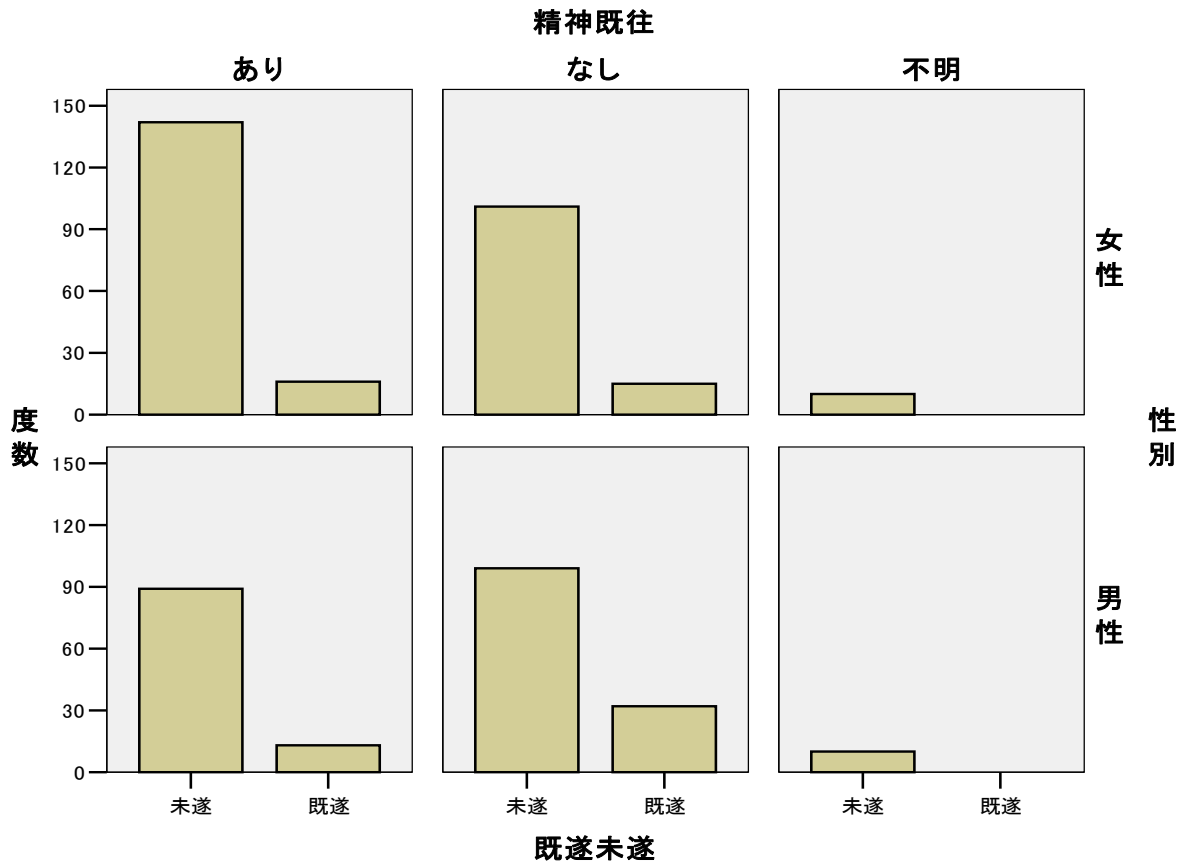
【図—26】既遂・未遂者（男女別）による精神疾患の家族歴



【図—27】 既遂・未遂者（男女別）による自殺の家族歴



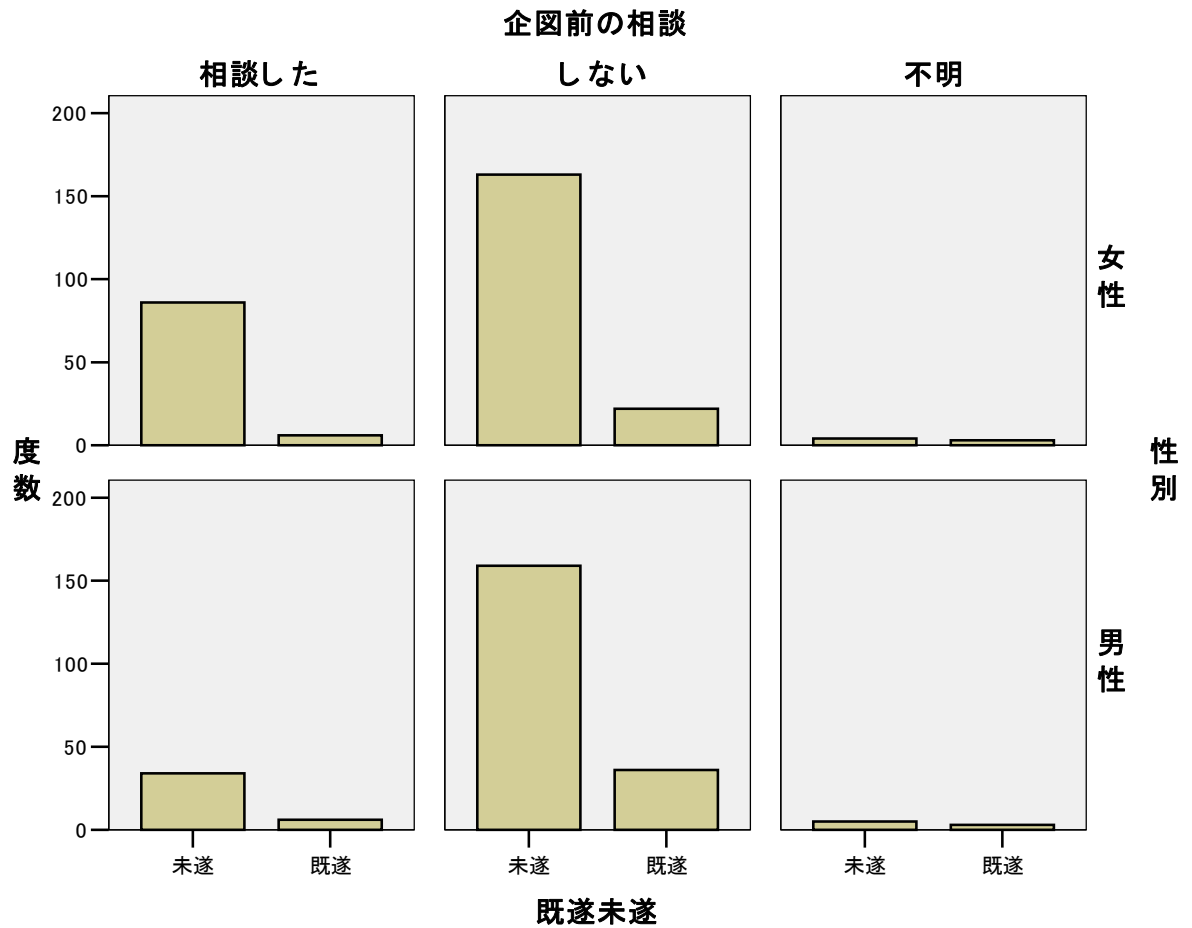
【図—28】既遂・未遂者（男女別）による精神疾患の既往歴



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