

宮崎大学医学部附属病院および宮崎県立宮崎病院における 自殺関連行動症例の後方視的検討 ——「並列モデル」が可能な医療機関での調査——

古郷 央一郎^{1,2)}, 武田 龍一郎³⁾, 三好 良英¹⁾, 松尾 寿栄¹⁾,
雨田 立憲⁴⁾, 河野 次郎^{1,2)}, 落合 秀信⁵⁾, 石田 康¹⁾

Yoichiro Kogoh, Ryuichiro Takeda, Ryoei Miyoshi, Hisae Matsuo, Tatsunori Ameda, Jiro Kawano,
Hidenobu Ochiai, Yasushi Ishida : Retrospective Study of Suicide-related Behaviors at Miyazaki
University Hospital and Miyazaki Prefectural Miyazaki Hospital : Examination at Medical Institutions
Performing both Physical and Psychiatric Treatment in Parallel

宮崎県において、宮崎大学医学部附属病院と宮崎県立宮崎病院は身体治療と精神科診療を並行して行う「並列モデル」が可能な基幹救急医療施設である。上記2施設において、2012（平成24）年4月1日から2017（平成29）年3月31日までの5年間に自殺関連行動により救急外来受診となり、精神科診療を要した589例の内訳を後方視的に検討した。対象症例を年齢群別に若年群（～34歳）、中高年群（35～64歳）、高齢群（65歳～）の3群に分け比較検討した。若年群は203例、中高年群は304例、高齢群は82例であった。若年群では、女性、自殺企図歴あり、投身を手段選択、F43（重度ストレス反応および適応障害）やF6（成人のパーソナリティおよび行動の障害）の診断、睡眠薬定期処方なし、身体治療後に受診病院の精神科外来受診となる転帰の症例が有意に多かった。若年者への慎重な向精神薬処方を心がけていることや、身体治療後も受診病院の精神科が継続してかかわるよう努めていることがうかがえた。中高年群では、自殺企図歴あり、精神科通院中、過量内服を手段選択、睡眠薬多剤処方あり、かかりつけの精神科外来受診や入院となる転帰の症例が有意に多く、自殺関連行動リスクに関して慎重さを欠いた評価を受けている可能性が示唆された。高齢群では、男性、身体的重症例、初回の自殺企図、精神科受診歴なし、服毒を手段選択、F3（気分障害）、受診病院の精神科入院や適時受診となる転帰の症例が有意に多く、症状の言語化や援助希求が少ない高齢者に対する慎重な自殺関連行動リスク評価や一次予防を中心とした自殺予防の重要性が示唆された。各年齢群における自殺関連行動症例の特徴に応じて、必要な予防策は異なる可能性がある。今後も本研究を進め、地域における効果的な自殺予防システムの構築に寄与したい。

<索引用語：自殺企図，自殺関連行動，自殺予防，年齢群，救命救急センター>

はじめに

日本の自殺死亡率は主要先進7カ国のなかでも高く、特に15～34歳の若い世代で死因の第1位が自殺となっているのは先進国では日本のみである¹²⁾。年間自殺者数に関しては近年減少傾向にあるものの、依然として2万人を超えている。平成28年の自殺対策基本法改正を受けて、平成29年に自殺総合対策大綱が見直され、閣議決定された。自殺死亡率を先進諸国の現在の水準まで減少することをめざし、対人支援・地域連動・社会制度のレベルに分けて自殺対策を総合的に推進し、年齢層に応じた対策、特に若年層に対する自殺対策を進めるといった具体的な内容を掲げている¹⁰⁾。

自殺関連行動が生じる背景は、健康問題以外にも、多重債務、長時間労働、失業などの社会的要因が複雑に絡み合っており、具体的対策の実施が求められている。全国でも自殺死亡率が高い宮崎県は、賃金水準の低さ、自己破産率の高さ、離婚率の高さなど、経済的、社会的に脆弱な点が多くみられ、社会的な取り組みや支援は進んでいるとは言いがたい。年代別自殺死亡率を全国と比較すると、60代以上の高齢層では全国より自殺死亡率が高く、40代以下の世代はその低下率が小幅にとどまっている¹¹⁾。

また、宮崎県内の救急医療機関を対象にした調査結果では、約81%が今後自殺企図者への精神的ケアを充実させる救急医療機関と精神科医療機関とのネットワークづくりが必要と回答しており¹¹⁾、精神科のない救急医療機関と単科精神科医療機関との十分な連携、いわゆる「縦列モデル」⁹⁾が不十分である実態が明らかとなった。そのため、身体治療に加え精神科診療の必要性も高い自

殺関連行動症例は、身体治療と精神科診療を並行して行う「並列モデル」⁹⁾が可能な施設でなければ対応が難しい。上記のような症例に関して、宮崎県では主に宮崎大学医学部附属病院と宮崎県立宮崎病院の2施設を中心に対応している。いずれも救命救急センターと精神病床を有し、精神科医による24時間診療が可能である。われわれ並列モデルが可能な医療機関の精神科医は、救急医と密に連携をとり、入院加療を含めて自殺関連行動症例に日々対応している。本稿では、このような背景を有する上記2施設において、身体治療を要する自殺関連行動症例について後方視的に調査し、主に年齢群別の特徴について紹介する。また、各年齢群別に自殺予防のあり方を検討していく。

I. 対象と方法

2012(平成24)年4月1日から2017(平成29)年3月31日の5年間、宮崎大学医学部附属病院および宮崎県立宮崎病院において、救急外来を受診した症例のなかから自殺関連行動を理由に精神科診療を要した症例を抽出して、性別、年齢、受診経路、身体的転帰、自殺企図手段、自殺企図歴、精神科診断(ICD-10)、精神科転帰、直前までの精神科受診状況、内服薬の処方内容などを、診療録を閲覧して後方視的に検討した。診療録上自殺企図手段が複数記載されている場合は、転帰に最も影響するであろうと推測される手段を1つ選択して採用した。精神科診断において、F4(神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害)のうちF43(重度ストレス反応および適応障害)は区別して集計した。自殺企図手段、精神科診断においては、全体の5%未満の項目は「その

著者所属：1) 宮崎大学医学部臨床神経科学講座精神医学分野, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

2) 宮崎県立宮崎病院精神医療センター, Department of Psychiatry, Miyazaki Prefectural Miyazaki Hospital

3) 宮崎大学安全衛生保健センター, Health Care and Security Center, University of Miyazaki

4) 宮崎県立宮崎病院救命救急科, Department of Emergency Medicine, Miyazaki Prefectural Miyazaki Hospital

5) 宮崎大学医学部病態解析医学講座救急・災害医学分野, Department of Critical Care and Disaster Medicine, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

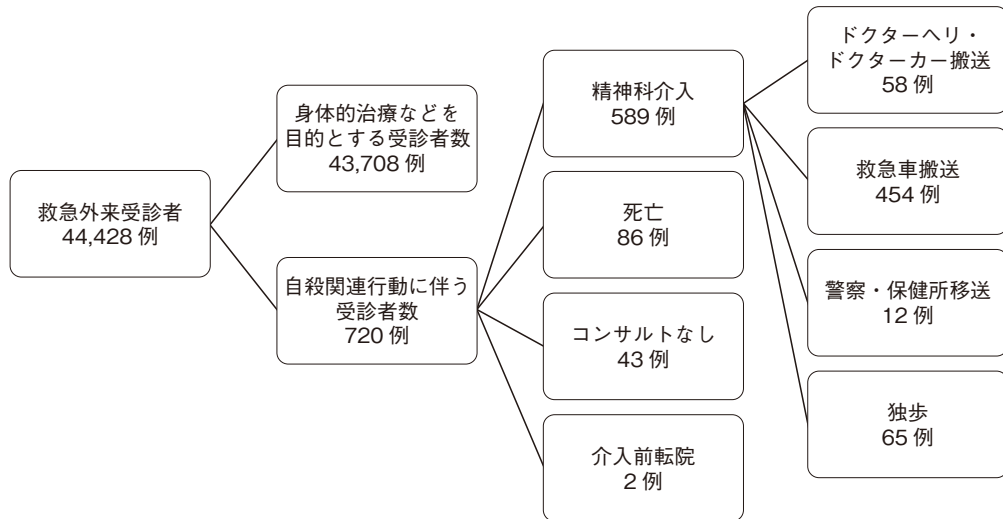


図 対象2施設の救急外来を受診した症例の内訳 (平成24年4月1日～平成29年3月31日)

他」に含めて検討した。次に、厚生労働省健康日本21や欧米の先行研究^{2,3)}を参考に、若年群(～34歳)、中高年群(35～64歳)、高齢群(65歳～)の3群に分け、統計学的手法を用いて比較検討した。本研究は宮崎大学医学部医の倫理委員会、ならびに宮崎県立宮崎病院倫理委員会の承認を得て行った。

統計的分析には、SPSS version 23.0 (IBM Japan) を用い、Pearson の χ^2 検定、残差分析を行った。両側検定にて5%未満の水準を有意とし、調整済み残差が+1.96以上であれば有意に多く、-1.96以下であれば有意に少ないと判断した。統計学的検討の際は、「その他」「不明」は除外して検討した。

II. 結 果

1. 救急外来受診者の内訳

5年間において、対象2施設の救急外来を受診した症例の内訳を図に示す。自殺関連行動に伴い受診となった症例は720例であり、救急外来を受診した症例の1.6%を占めていた。そのうち精神科診療を要した症例は589例で、自殺関連行動症例に対する精神科介入率は81.8%であった。精神科診療に至らなかった131例の内訳は、搬送時心

肺停止や覚醒せずに死亡した症例が86例、救急外来から精神科コンサルテーションに至らず帰宅した症例が43例、精神科介入前に身体科病院、かかりつけの精神科病院へ転院となった症例が2例であった。

2. 精神科診療を要した症例の属性

自殺関連行動後に精神科診療を要した症例の内訳を表1に、年齢群で区別した結果を表2に示す。性別は男性が199例(33.8%)、女性が390例(66.2%)と女性の比率が高かったが、70代以上に限ると男性が上回った。男性は30代と70代で二峰性を示し、女性は20～40代が多数を占めた。

受診経路は、ドクターヘリ・ドクターカー搬送症例や救急車搬送症例が9割近くを占め、ICU入室や身体科病棟への入院など、身体治療を優先された症例が383例(65.0%)であった。今回、ドクターヘリ・ドクターカー搬送症例やICU入室を要した症例を身体的重症例と定義したところ、589例中80例(13.6%)が身体的重症例であった。

自殺企図手段は、過量内服を選択した症例が304例(51.6%)と最も多く、刺器・刃器の使用105例(17.8%)、服毒47例(8.0%)と続いた。「その他」の内訳は、入水17例(2.9%)、焼身9

表 1 自殺関連行動後に精神科診療を要した症例の内訳

		人数 (n=589)	男性 (n=199)	女性 (n=390)
年齢	10代	44 (7.5%)	13	31
	20代	103 (17.5%)	21	82
	30代	131 (22.2%)	50	81
	40代	121 (20.5%)	32	89
	50代	84 (14.3%)	31	53
	60代	42 (7.1%)	17	25
	70代	42 (7.1%)	22	20
	80代	17 (2.9%)	9	8
	90代	5 (0.8%)	4	1
受診経路	ドクターヘリ	31 (5.3%)	16	15
	ドクターカー	27 (4.6%)	10	17
	救急車	454 (77.1%)	151	303
	警察	6 (1.0%)	3	3
	保健所移送	6 (1.0%)	4	2
	独歩	65 (11.0%)	15	50
転帰	ICU入室	31 (5.3%)	18	13
	身体科病棟	352 (59.8%)	120	232
	精神科病棟	107 (18.2%)	43	64
	帰宅	93 (15.8%)	15	78
	その他	6 (1.0%)	3	3
重症 (ドクターヘリ or ドクターカー or ICU)		80 (13.6%)	41	39

自殺関連行動後に精神科診療を要した症例の内訳で、() は全体における割合。

例 (1.5%)、練炭 9 例 (1.5%)、分類困難 14 例 (2.4%) であった。自殺企図手段別の身体的重症例の割合は、過量内服では 17 例 (5.6%)、刺器・刃器の使用 18 例 (17.1%)、服毒 10 例 (21.3%)、投身 18 例 (39.1%)、縊頸 6 例 (15.8%)、その他 11 例 (22.4%) であった。「その他」の内訳は入水 3 例 (17.6%)、焼身 3 例 (33.3%)、練炭 3 例 (33.3%)、分類困難 2 例 (14.3%) であった。

精神科診断に関しては、F3 (気分障害) が 187 例 (31.7%)、F6 (成人におけるパーソナリティおよび行動の障害) が 122 例 (20.7%)、F43 (重度ストレス反応および適応障害) が 98 例 (16.6%) と続いた。「その他」の内訳は、F8 (心理的発達障害) が 20 例 (3.4%)、F7 (知的障害) が 15 例 (2.5%)、F1 (精神作用物質使用による精神および行動の障害) が 14 例 (2.4%)、F0 (症状性を含む器質性精神障害) が 12 例 (2.0%)、F9 (小児

期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害) が 2 例 (0.3%)、不明が 1 例 (0.2%) であった。

精神科介入後の症例の転帰は、精神科入院となったものが 280 例 (47.5%)、精神科外来となったものが 236 例 (40.1%)、定期通院不要となったものが 68 例 (11.5%) であった。その他 5 例 (0.8%) は精神科介入後に死亡転帰となった症例であった。

3. 年齢群間での属性の比較

統計学的手法を用いて年齢群間で比較した結果を表 2 に示す。性別に関しては、若年群では女性が有意に多く、高齢群では男性が有意に多かった。身体的重症度に関しては、高齢群では身体的重症例が有意に多かった。自殺企図歴に関しては、若年群や中高年群では自殺企図を繰り返している症例が有意に多く、高齢群では初回の自殺企

表2 年齢群で区別した自殺関連行動症例の内訳

		計 (n=589)	若年群 (n=203)	中高年群 (n=304)	高齢群 (n=82)	significance
性別	男性	199 (33.8%)	54 (26.6%) [-2.7]	104 (34.2%) [0.2]	41 (50.0%) [3.3]	P=0.001 $\chi^2=14.345$ $\phi=0.156$
	女性	390 (66.2%)	149 (73.4%) [2.7]	200 (65.8%) [-0.2]	41 (50.0%) [-3.3]	
身体的重症度	重症	80 (13.6%)	20 (9.9%) [-1.9]	43 (14.1%) [0.4]	17 (20.7%) [2.0]	P=0.048 $\chi^2=6.059$ $\phi=0.101$
	非重症	509 (86.4%)	183 (90.1%) [1.9]	261 (85.9%) [-0.4]	65 (79.3%) [-2.0]	
自殺企図歴	あり	370 (62.8%)	145 (71.4%) [2.7]	203 (66.8%) [3.3]	22 (26.8%) [-8.3]	P<0.001 $\chi^2=68.426$ $\phi=0.353$
	なし	178 (30.2%)	49 (24.1%) [-2.7]	71 (23.4%) [-3.3]	58 (70.7%) [8.3]	
	不明	41 (7.0%)	9 (4.4%)	30 (9.9%)	2 (2.4%)	
精神科受診歴	あり	417 (70.8%)	143 (70.4%) [-0.1]	241 (79.3%) [4.6]	33 (40.2%) [-6.5]	P<0.001 $\chi^2=46.999$ $\phi=0.283$
	なし	168 (28.5%)	58 (28.6%) [0.1]	62 (20.4%) [-4.6]	48 (58.5%) [6.5]	
	不明	4 (0.7%)	2 (1.0%)	1 (0.3%)	1 (1.2%)	
自殺企図手段	過量内服	304 (51.6%)	110 (54.2%) [0.6]	169 (55.6%) [2.7]	25 (30.5%) [-4.6]	P<0.001 $\chi^2=74.233$ $\phi=0.371$
	刺器・刃物の使用	105 (17.8%)	33 (16.3%) [-0.9]	57 (18.8%) [0.9]	15 (18.3%) [0.0]	
	服毒	47 (8.0%)	7 (3.4%) [-3.0]	16 (5.3%) [-2.4]	24 (29.3%) [7.6]	
	投身	46 (7.8%)	25 (12.3%) [2.8]	17 (5.6%) [-1.9]	4 (4.9%) [-1.1]	
	縊頸	38 (6.5%)	15 (7.4%) [0.6]	14 (4.6%) [-1.8]	9 (11.0%) [1.7]	
	その他	49 (8.3%)	13 (6.4%)	31 (10.2%)	5 (6.1%)	
精神科診断	F3	187 (31.7%)	33 (16.3%) [-5.0]	112 (36.8%) [1.7]	42 (51.2%) [4.3]	P<0.001 $\chi^2=60.122$ $\phi=0.338$
	F43	98 (16.6%)	39 (19.2%) [2.0]	42 (13.8%) [-2.7]	17 (20.7%) [1.2]	
	F4 (F43 以外)	42 (7.1%)	10 (4.9%) [-1.1]	26 (8.6%) [0.9]	6 (7.3%) [0.1]	
	F6	122 (20.7%)	60 (29.6%) [4.9]	61 (20.1%) [-1.3]	1 (1.2%) [-4.7]	
	F2	76 (12.9%)	22 (10.8%) [-0.5]	48 (15.8%) [1.5]	6 (7.3%) [-1.6]	
	その他	64 (10.9%)	39 (19.2%)	15 (4.9%)	10 (12.2%)	
	その他	64 (10.9%)	39 (19.2%)	15 (4.9%)	10 (12.2%)	
睡眠薬種類数	なし	212 (36.0%)	91 (44.8%) [3.4]	81 (26.6%) [-4.8]	40 (48.8%) [2.2]	P<0.001 $\chi^2=31.787$ $\phi=0.238$
	1~2 剤	279 (47.4%)	88 (43.3%) [-1.3]	154 (50.7%) [1.9]	37 (45.1%) [-0.9]	
	3 剤以上	71 (12.1%)	13 (6.4%) [-3.0]	53 (17.4%) [4.2]	5 (6.1%) [-1.9]	
	不明	27 (4.6%)	11 (5.4%)	16 (5.3%)	0 (0%)	
精神科転帰	受診病院の精神科入院	244 (41.4%)	75 (36.9%) [-1.7]	123 (40.5%) [-0.5]	46 (56.1%) [3.1]	P<0.001 $\chi^2=65.589$ $\phi=0.335$
	かかりつけの精神科外来	172 (29.2%)	59 (29.1%) [-0.1]	107 (35.2%) [3.3]	6 (7.3%) [-4.6]	
	適時受診	68 (11.5%)	30 (14.8%) [1.8]	23 (7.6%) [-3.1]	15 (18.3%) [2.1]	
	受診病院の精神科外来	43 (7.3%)	28 (13.8%) [4.4]	14 (4.6%) [-2.6]	1 (1.2%) [-2.3]	
	かかりつけの精神科入院	22 (3.7%)	1 (0.5%) [-3.0]	16 (5.3%) [2.0]	5 (6.1%) [1.3]	
	新規の精神科外来	21 (3.6%)	8 (3.9%) [0.3]	10 (3.3%) [-0.4]	3 (3.7%) [3.4]	
	新規の精神科入院	14 (2.4%)	1 (0.5%) [-2.2]	9 (3.0%) [1.0]	4 (4.9%) [1.6]	
	その他	5 (0.8%)	1 (0.5%)	2 (0.7%)	2 (2.4%)	
	その他	5 (0.8%)	1 (0.5%)	2 (0.7%)	2 (2.4%)	

年齢層ごとに3群に分けて記載、計の()は全体における割合、若年群、中高年群、高齢群の()はそれぞれの群のなかでの割合、[]は残差分析による調整済み標準化残差の値。

図症例が有意に多い結果であった。精神科受診状況については、中高年群では精神科通院中の症例が有意に多く、高齢群では精神科受診歴のない症例が有意に多かった。自殺企図手段に関しては、若年群では投身が有意に多く、中高年群では過量内服が有意に多かった。高齢群では服毒を企図手段として選択した症例が有意に多かった。精神科診断に関しては、高齢群ではF3が有意に多く、若年群では、F43、F6が有意に多かった。定期処方を受けていた睡眠薬種類数に関しては、中高年群では3剤以上多剤処方されている症例が有意に

多く、若年群や高齢群では処方を受けていない症例が有意に多かった。精神科転帰に関しては、若年群では受診病院の精神科外来となる転帰が有意に多かった。中高年群ではかかりつけの精神科外来や入院となる転帰が有意に多かった。高齢群では受診病院の精神科入院、新規の精神科外来、適時受診となる転帰が有意に多かった。

III. 考 察

各年齢群の特徴および自殺予防のあり方について考察する。若年群では、自殺企図を繰り返して

いる症例が有意に多かったが、睡眠薬を定期処方されていない症例が有意に多かった。自殺企図手段に関しては、他年齢群と比較して投身を選択した症例が有意に多かったが、過量内服については他年齢群と有意差はなかった。精神科転帰に関しては、身体治療後に受診病院の精神科外来となる転帰が有意に多かった。若年者では抗うつ薬により activation syndrome や自殺関連行動の危険性が高まるという報告があり⁴⁾、常識になりつつあると言っても過言ではない。近年、若年者の高い自殺死亡率への早急な対策が求められており、本研究では睡眠薬のみの検討であり一概には言えないが、若年者への向精神薬の処方には慎重にならざるを得ない現状が推察された。また、自殺未遂者の自殺の標準化死亡比は 38.36 倍で最大のリスクであると報告されており⁵⁾、受診病院の精神科は自殺企図を繰り返す傾向がある若年者に対して、身体治療終了後も継続してかかわるよう努めていることが示唆された。精神科診断に関しては、F43 (重度ストレス反応および適応障害)、F6 (成人におけるパーソナリティおよび行動の障害) が有意に多かった。精神科診断に関して、本邦における、救命救急センターに搬送された思春期の自殺企図症例研究を中心としたレビューでは、8 割以上に精神疾患が認められ、なかでも適応障害圏は多く、薬物療法のみならず環境への介入も必要であると報告されている¹⁹⁾。さらに、救命救急センターに入院となった自殺未遂症例において、35 歳未満の若年群では非若年群に比して、パーソナリティ障害と診断された症例が有意に多く、若年群の自殺未遂者については他年齢群とは異なった心理社会的特徴を有していることが示され、若年者の特徴に合わせた自殺対策が必要であるといった報告もある¹³⁾。また、英国の若年者の自殺既遂者に関する心理学的剖検の研究では、若年者の自殺に社会的・対人関係の背景要因 (ライフイベントなど) の数が関連しているとし、また因子分析で臨床的次元として 2 つの因子、自殺当時の重篤な精神疾患 (うつ病など) の存在と、慢性の行動障害を呈する疾患群 (パーソナリティ障害や

自傷の既往など) を背景に有することを挙げている²⁾。これらの先行研究と本研究の結果を踏まえると、本研究における若年群の自殺関連行動の背景には、慢性の行動制御あるいはストレス対処能力の未成熟さなどの問題を抱えている症例が他年齢群よりも相対的に多いことが推測され、自殺予防の観点からは、これらの症例への治療的なアプローチを発展させていくことが今後さらに求められるのではないかと考える。

中高年群では、自殺企図手段としては、過量内服を選択している症例が有意に多く、睡眠薬多剤処方を受けている症例も有意に多かった。これらのことから、中高年群では自殺関連行動、特に過量内服リスクに関して、慎重さを欠いた評価を受けている可能性が示唆された。向精神薬多剤併用と過量内服との関連性に関する調査では、処方されている向精神薬の種類が多いほど過量内服する薬剤も多くなり、手元の薬剤を衝動的に内服する傾向が強いという報告がある¹⁶⁾。また、過量内服での自殺企図症例は再企図のリスクが高く、過量内服による自殺企図歴のある症例では、睡眠薬投与量が自殺企図歴のない症例に比べ有意に多いとの報告がある¹⁾。つまり、向精神薬を多剤併用されている過量内服症例はより重症化や再企図のリスクが高いため注意を要すると考える。また中高年群では、精神科通院中である症例が有意に多いにもかかわらず、自殺企図を繰り返している症例が有意に多くみられた。このことは、中高年群については精神科医療のみでなく、他の社会資源や福祉サービスなどの連携も重要であることを示唆するものと考えられる。精神科転帰に関しては、身体治療後にかかりつけの精神科外来や入院となる転帰が有意に多いことから、自殺関連行動で受診となった病院の精神科主治医はかかりつけの精神科主治医へのフィードバックの徹底、自殺予防策に関する情報提供、研修会開催を行い、かかりつけの精神科主治医は睡眠薬をはじめとする向精神薬の適正使用指導、慎重な処方を心がけ、多職種支援の積極的検討を行うことなどが、中高年群における自殺予防策となり得ると考える。

高齢群では、男性が有意に多く、精神科診断は気分障害圏が有意に多かった。また、精神科受診歴のない症例が有意に多く、初回の自殺企図である症例が有意に多かった。自殺企図手段に関しては、服毒を選択している症例が有意に多く、身体的重症例が有意に多かった。高齢者は自殺既遂率が高く、背景にはうつ状態の存在が指摘されている¹⁸⁾。若年成人のうつ病と比較して高齢者のうつ病が適切に診断される率は低く、有効な治療を受けているうつ病の高齢者は5人に1人と報告されている¹⁵⁾。また、うつ病の男性は女性に比べて、勧められた治療を受けることが少なく、症状の言語化や援助希求が少ないため、うつ病を発見しにくいといわれている⁶⁾。本研究においても高齢群では、周囲は自殺念慮に気づいておらず、適切に精神科医療へつながっていない症例が有意に多いことが示唆された。本研究対象2施設の所在する宮崎市では、うつ病患者の早期発見、早期治療のため、二次予防としてかかりつけ医による精神科紹介システムが運用されている。しかし、かかりつけ医の繁忙さや関心の低さから有効に機能しているとは言い難く、高齢者においては一次予防を中心とした自殺予防活動も必要と考える¹⁴⁾。人口規模の小さな地域ではあるが、65歳以上の高齢者を対象として一次予防を中心とした自殺予防活動を行い、自殺死亡率の低減を実証した報告がある¹⁷⁾。人員確保や行政機関との連携など課題は多いが、情報通信技術（ICT）化や遠隔診療、人工知能（AI）などを用いたシステムの構築で実現は不可能ではないと考える。また、高齢群の精神科転帰に関して、高齢群は精神科入院となる割合が他年齢群と比較して有意に多い点からは、既遂リスクの高い高齢群の精神症状を十分に評価、対応しているように見えるが、同様に適時受診となる割合も他年齢群と比較して有意に多く、症状の言語化や援助希求の不得手に自殺企図後のカタルシスが重なることで、治療を要する精神状態を見逃している可能性も考えられる。自殺関連行動で受診となった病院の精神科主治医は、高齢群における自殺関連行動リスク評価には、他年齢群以上に

慎重を期する必要があると考える。

本研究の限界として、当該地域の基幹医療施設とはいえ、宮崎県内2施設のみでの調査であり、本研究期間の宮崎県における自殺既遂者数から推測される自殺関連行動症例数のうち、本研究対象症例はその一部にすぎない。このため宮崎県における自殺関連行動症例の全体像を示したとはいえ、研究結果を過度に一般化することは慎むべきである。今後は調査対象施設を、精神科医不在の救急医療機関や、精神科単科病院、精神科診療所などへと広げ、身体治療と精神科診療の並列介入までは要さなかった自殺関連行動症例も含めたさらなる検討を要すると考える。また、本研究では死亡転帰となった症例は解析対象から除外しており、本研究結果は自殺未遂者に限られたものであることに留意し、今後は既遂者に関する検討も自殺予防策を講じるうえでは重要と考える。さらに今回検討を行えなかった物質依存の問題も自殺の重要な要因の1つであり⁷⁾、特に1人あたりの焼酎消費量が多い宮崎県では、アルコール問題に焦点をあてた研究は取り組むべき今後の課題である。

おわりに

本研究は、身体治療と精神科診療の双方を要する自殺関連行動症例に関する地方医療の実態、その一端を示したものである。その結果、各年齢群における自殺関連行動症例の特徴に応じ、異なる予防策を講じる必要があるのではないかと考えた。対象2施設のうち県立宮崎病院精神科では、医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士で自殺対策チームを結成し、自殺関連行動症例に対して、自殺再企図予防を目的としたACTION-J研究⁸⁾に基づくケース・マネージメント介入を行っている。上記取り組みを継続し、県内全域へ広めていくことで、宮崎県全体の自殺死亡率低下へとつながることを期待したい。また、今後も本研究を進め、地域における効果的な自殺予防システムの構築に寄与したい。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 赤羽晃寿, 村松謙一, 山口大介ほか: 向精神薬による大量服薬自殺未遂を繰り返す患者の前医処方内容の検討. 臨床精神医学, 43 (4); 545-552, 2014
- 2) Appleby, L., Cooper, J., Amos, T., et al.: Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *Br J Psychiatry*, 175; 168-174, 1999
- 3) David-Ferdon, C., Crosby, A. E., Caine, E. D., et al.: CDC grand rounds: preventing suicide through a comprehensive public health approach. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 65 (34); 894-897, 2016
- 4) Hammad, T. A., Laughren, T., Racoosin, J.: Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry*, 63 (3); 332-339, 2006
- 5) Harris, E. C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170; 205-228, 1997
- 6) Hinton, L., Zweifach, M., Oishi, S., et al.: Gender disparities in the treatment of late-life depression: qualitative and quantitative findings from the IMPACT trial. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14 (10); 884-892, 2006
- 7) 石田 康, 河野次郎, 岩本直安ほか: 宮崎県の自殺の現状と対策. 日本社会精神医学雑誌, 22 (3); 310-314, 2013
- 8) Kawanishi, C., Aruga, T., Ishizuka, N., et al.: Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 1 (3); 193-201, 2014
- 9) 厚生労働省: 精神科救急医療体制に関する検討会報告書 (平成 23 年 9 月 30 日) (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001q5su.html>) (参照 2018-03-15)
- 10) 厚生労働省: 自殺総合対策大綱 (平成 29 年 7 月 25 日閣議決定) (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000131022.html>) (参照 2018-12-22)
- 11) 宮崎県: 宮崎県自殺対策行動計画第 3 期計画 (<https://www.pref.miyazaki.lg.jp/fukushihoken/kenko/shakaifukushi/20170605073957.html>) (参照 2018-03-15)
- 12) 内閣府: 平成 30 年版自殺対策白書. p.7-13, 2018
- 13) 成重竜一郎, 川島義高, 澤谷 篤ほか: 救命救急センターにおける若年自殺未遂者の特徴. 児童青年精神医学とその近接領域, 56 (2); 179-189, 2015
- 14) Ono, Y., Sakai, A., Otsuka, K., et al.: Effectiveness of a multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempts: a quasi-experimental study. *PLoS One*, 8 (10); e74902, 2013
- 15) Sarkisian, C. A., Lee-Henderson, M. H., Mangione, C. M.: Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care? *J Gen Intern Med*, 18 (12); 1001-1005, 2003
- 16) 佐藤玲子, 山田朋樹: 精神科医の立場から. 中毒研究, 23 (1); 16-21, 2010
- 17) 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏ほか: 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. 精神経誌, 100; 469-485, 1998
- 18) 高橋邦明, 佐藤 新: 老年期の自殺の疫学. 老年精神医学雑誌, 10 (8); 932-939, 1999
- 19) 渡辺由香, 尾崎 仁, 松本英夫: 子どもの自殺. 児童青年精神医学とその近接領域, 56 (2); 137-147, 2015

Retrospective Study of Suicide-related Behaviors at Miyazaki University Hospital and Miyazaki Prefectural Miyazaki Hospital : Examination at Medical Institutions Performing both Physical and Psychiatric Treatment in Parallel

Yoichiro KOGOH^{1,2)}, Ryuichiro TAKEDA³⁾, Ryoei MIYOSHI¹⁾, Hisae MATSUO¹⁾,
Tatsunori AMEDA⁴⁾, Jiro KAWANO^{1,2)}, Hidenobu OCHIAI⁵⁾, Yasushi ISHIDA¹⁾

1) *Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Miyazaki*

2) *Department of Psychiatry, Miyazaki Prefectural Miyazaki Hospital*

3) *Health Care and Security Center, University of Miyazaki*

4) *Department of Emergency Medicine, Miyazaki Prefectural Miyazaki Hospital*

5) *Department of Critical Care and Disaster Medicine, Faculty of Medicine, University of Miyazaki*

Miyazaki University Hospital and Miyazaki Prefectural Miyazaki Hospital are able to perform both physical and psychiatric treatment in parallel. We retrospectively examined 589 cases during a five-year period between April 1, 2012 and March 31, 2017 involving individuals who visited the emergency room of these two institutions for suicide-related behavior and received psychiatric treatment. We divided the cases into a young group (up to 34 years old), a middle age group (35–64 years old), and an elderly group (65+ years old), and conducted the examination. The young group consisted of 203 cases, the middle age group consisted of 304, and the elderly group consisted of 82. In the young group, a high percentage were women, and they had repeated suicide-related behavior, chose jumping as the suicide attempt method, were diagnosed as being F43 (reaction to severe stress, and adjustment disorders) or F6 (disorders of adult personality and behaviour), had no sleeping prescriptions, and visited the psychiatric wing of either hospital after finishing physical treatment. It was suggested that sleeping pills were prescribed carefully to young people, and that the psychiatrists on staff endeavored to maintain a relationship with the patients after the physical treatment was finished. In the middle age group, a high percentage exhibited repeated suicide-related behavior, and they chose overdose as the suicide attempt method, had a history of psychiatric consultation, had received multiple prescriptions for sleeping pills, and continued going to or being hospitalized at psychiatric hospitals that they visited for regular treatment after physical treatment. A lack of carefulness was noted when it came to the evaluation of suicide-related behavior risk for the middle age group. In the elderly group, a high percentage were men, and they had severe cases, had never attempted suicide before, had no psychiatric consultation history, chose poisoning as the suicide attempt method, were diagnosed as being F3 (mood disorders), and were hospitalized in the psychiatric wing of either hospital after having finished physical treatment with no periodical follow-up. It is difficult for elderly people to talk about their symptoms and

to ask others for support, demonstrating that careful evaluation of suicide-related behavior risk and primary suicide prevention are needed. In each age group, the characteristics of the suicide-related behavior were different ; therefore, the necessary precautions may differ. We plan to develop this study and build an effective suicide prevention system in Miyazaki in the future.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : suicide attempt, suicide-related behavior, suicide prevention, age group, critical care center>
