

大阪府 自殺未遂者実態調査報告書

平成 24 年 3 月
大 阪 府
関西医科大学附属滝井病院

要旨

当報告書は、大阪府内の自殺企図者の実態を把握することにより、自殺未遂者に対して再企図を防止するための支援の方策を探ることを目的とし、府内の救命救急センターにソーシャルワーカー等を配置し、カルテからの情報による「基礎調査」と自殺未遂者からの聞き取りによる「面接調査」についての報告である。

平成23年の1年間に救命救急センターに搬送された自殺企図者は1535例（未遂者1254例、既遂者281例）であった。自殺未遂者は、66%が女性で20代、30代に多く、71%に精神科受診歴があり、薬物による企図手段が53%を占めていた。これらは過去の救命救急センターの調査報告と一致した。新たな知見として、生活保護受給者が31%と高率であったこと、身体重症度が1次救急・2次救急相当の症例が44%を占めたこと、自殺企図と関連が深いといわれている飲酒行動については確認されていなかったこと、企図手段によって救命救急センターでの入院期間が大きく異なり飛び込みや飛び降り、焼身による手段で特に長くなっていることが判明した。既遂者の調査では、大阪府の自殺者のデータとの比較から19歳以下の若年者、20歳代～60歳代の女性は救命救急センターに搬送される率が高く、40歳代以上の男性、70歳代以上の女性は搬送される率が低いことが判明した。

支援の方策については、定期的な調査担当者会議での事例検討によって、担当者のスキルアップを図ることが出来た。しかし、救急医療現場で自殺未遂者に対して再企図防止につながる支援が出来る人材はまだ少なく、今後の養成の必要が示唆された。また、救命救急センターにソーシャルワーカー等を配置しても、介入や支援ができない事例が存在した。

各救命救急センターに搬送された自殺企図者の実態調査は過去に多く報告されているが、我々の知る限りでは都道府県単位での1年間の共同調査は初めてであり、大阪府内全体の傾向を知る上でも重要な調査であり、今後の施策につながる貴重なデータが得られた。本調査の結果をもとに、今後、大阪府自殺対策連絡協議会の中の自殺未遂者支援部会において、自殺未遂者への支援の方策について、協議・検討を行っていく。

目 次

I. はじめに.....	1
II. 調査の概要.....	3
III. 結果.....	8
1.救命救急センターへの搬送者数	
2 基礎調査の結果	
3.面接調査の結果	
IV. 考察.....	21
資料.	28
謝辞.	37

I. はじめに

全国の自殺者数は平成 10 年以降年間 3 万人を超える状況が続いており、大阪府の自殺者数も平成 10 年以降は毎年 2000 人前後で推移している。自殺対策は国の施策の中でも重要視されるようになってきている。

当事業の目的は、大阪府内の救命救急センターにソーシャルワーカー等を配置し、府内の自殺企図者の実態を把握するとともに、自殺未遂者に対しては支援の方策を探ることである。

実態調査を行う理由は、平成 18 年に政府の定めた自殺総合対策大綱にも実態解明のための調査の実施が明記され、自殺対策は地域の実態に即して実施することが重要であるからである。

実施場所に救命救急センターを選んだ理由は、全国で救命救急センターに搬送された患者の 10%以上が自殺企図者であるという報告が多数あり、自殺企図者が集中するからである。

自殺未遂者への支援を重視した理由は、自殺未遂の既往がその後の自殺既遂の最大のリスク因子であり、自傷を行った者の 15%前後が 1 年以内に自傷を繰り返し、自殺既遂が 0.5-2%に認められると報告されているからである¹⁾。日本臨床救急医学会でも自殺未遂者への対応を重視して「自殺未遂患者への対応救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引」を平成 21 年 3 月に発刊している。

当報告書では、平成 23 年 1 月～12 月の 1 年間に大阪府内の全救命救急センターに搬送された自殺企図者の全例調査（基礎調査）の結果を示し考察を加えた。また自殺未遂者への支援を目的に行った聞き取り調査（面接調査）から支援策についての考察を加えた。

Ⅱ. 調査の概要

- 目的 : 1. 大阪府内の救命救急センターに搬送された自殺企図者の実態を把握する
2. 自殺未遂者に対しては再企図を防止するための支援の方策を探る。
- 実施施設 : 大阪府内の救命救急センター
- 期間 : H22年1月1日～H24年3月31日
- 方法 : 大阪府が救急医療機関に事業委託し、救急医療機関が雇用したソーシャルワーカー等の調査担当者を配置し、調査を行う。
なお2か所の救急医療機関は事業委託せず、基礎調査について協力いただいた。
- 事業内容 :
① 自殺企図で搬送された患者のカルテからの情報を全例調査
(以下、基礎調査) 調査内容は基礎調査票に示す(資料 A-1,2)
② 退院後のソーシャルワーク、必要に応じてアウトリーチ
③ 同意の取得できた例は、詳細な背景調査(以下、面接調査)
調査内容は面接調査票に示す(資料 B No.1,2,3,4)
同意書・同意撤回書を資料 C に示す
④ 月1回の調査担当者会議及び事例検討会を開催
- 自殺企図の定義 : 状況から自損行為と判断できればすべて自殺企図とした
- 既遂者の定義 : 来院時心肺停止(CPA)、24時間以内の死亡、24時間以上治療した後の死亡のいずれも自殺企図による既遂者とした
- 調査担当者 : 精神保健福祉士(PSW)、社会福祉士(MSW)等の有資格者で、自殺企図患者の対応の経験は問わず、配置後に上記の調査担当者会議や事業関係者の援助によって技術の習得を行った。
- 基礎調査 : 大阪府内の救命救急センターに搬送された自殺企図症例を調査した。
平成22年1月～3月は1か所、平成22年4月～12月は4か所、平成23年1月～5月は13か所、平成23年6月～12月は大阪府内の全救命救急センター(14か所)で調査した。
情報はカルテから取得可能なものとし、調査担当者が平成23年の途中に配置された場合には、さかのぼって平成23年1月1日からの情報を取得することとした。
- 面接調査 : 本人の同意を得た事例について詳細な聞き取りによる調査を行った。
平成22年4月～23年3月は4か所、平成23年4月～12月は12か所の救命救急センターで調査した。調査担当者が期間の途中に配置された場合には、医療機関内での体制が整った時期から調査を開始した。
- 費用 : 平成21年度 1,526,400円(執行額)
平成22年度 20,007,727円(執行額)
平成23年度 48,294,059円(予算額)

今回の報告書ではH23年1月1日～H23年12月31日の基礎調査内容を記載し、同期間に大阪府の救命救急センターに搬送された自殺企図者の実態を示す。

また面接調査についてはH22年4月1日～H23年12月31日の21カ月間の調査内容を記載する。

実施した施設名と配置した調査担当者の詳細を以下に示す

H22年1月1日～H22年3月31日は下記1か所で実施した。

病院名	人数	職種	雇用形態
大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター	1名	PSW	非常勤・事業雇用

H22年4月1日～H23年3月31日は下記4か所で実施した。

病院名	人数	職種	雇用形態
大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター	1名	PSW	非常勤・事業雇用
関西医科大学附属滝井病院	1名	PSW	非常勤・事業雇用
近畿大学医学部附属病院	1名	PSW	非常勤・事業雇用
大阪府立泉州救命救急センター	1名	PSW	非常勤・事業雇用

H23年度中は下記14か所で実施した。

病院名	人数	職種	雇用形態
大阪大学医学部附属病院	1名	MSW	常勤・病院職員
大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター	2名	MSW PSW	常勤・病院職員 非常勤・事業雇用
大阪府三島救命救急センター	1名	MSW	常勤・病院職員
関西医科大学附属枚方病院	1名	臨床心理士	非常勤・事業雇用
関西医科大学附属滝井病院	1名	PSW	非常勤・事業雇用
大阪府立中河内救命救急センター	2名	看護師 作業療法士	常勤・病院職員 非常勤・事業雇用
近畿大学医学部附属病院	1名	PSW	非常勤・事業雇用
大阪府立泉州救命救急センター	1名	PSW	非常勤・事業雇用
大阪市立総合医療センター	基礎調査について協力		
独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター	2名	MSW PSW	常勤・病院職員 非常勤・事業雇用
大阪赤十字病院	基礎調査について協力		
大阪警察病院	1名	MSW	常勤・病院職員
大阪市立大学医学部附属病院	1名	MSW	常勤・病院職員
大阪府立急性期・総合医療センター	1名	PSW	非常勤・事業雇用

大阪府立急性期・総合医療センター：地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立急性期・総合医療センター

実施施設の規模と精神科医の配置について以下に示す。

	病床数 H23.1 現在			精神科医の配置状況		
	病院全体	救命センター	精神科病床	病院	救命センター	院内の当直
大阪大学医学部附属病院	1076	20	52	常勤	院内リエゾン	有
大阪府済生会千里病院 千里救命救急センター	343	43	0	非常勤	院内リエゾン	無
大阪府 三島救命救急センター	/	41	0	/	非常勤	無
関西医科大学附属枚方病院	744	20	0	常勤	院内リエゾン	無
関西医科大学附属滝井病院	500	40	39	常勤	常駐	有
大阪府立 中河内救命救急センター	/	30	0	/	非常勤	無
近畿大学医学部附属病院	941	30	0	常勤	院内リエゾン	有
大阪府立 泉州救命救急センター	/	30	0	/	非常勤	無
大阪市立 総合医療センター	1063	30	55	常勤	院内リエゾン	有
独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター	658	30	0	常勤	院内リエゾン	無
大阪赤十字病院	1021	39	42	常勤	院内リエゾン	有
大阪警察病院	525	32	0	常勤	院内リエゾン	無
大阪市立大学医学部 附属病院	982	30	40	常勤	院内リエゾン	有
大阪府立 急性期・総合医療センター	768	18	34	常勤	院内リエゾン	有

大阪府立急性期・総合医療センター：地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立急性期・総合医療センター

Ⅲ. 結果

1. 救命救急センターへの搬送者数

(表 1)

施設	年間全搬送者数	自殺企図による搬送者数		
		企図者総数	未遂者数	既遂者数
A	3773	278	244	34
B	1098	185	159	26
C	736	158	126	32
D	1019	143	110	33
E	2155	109	91	18
F	592	108	90	18
G	816	90	71	19
H	3502	81*	53*	28*
I	1475	77	59	18
J	746	73	58	15
K	600	69	49	20
L	1072	67	56	11
M	1043	60	54	6
N	6411	37	34	3

自殺企図者総数 : 1535 例
自殺未遂 : 1254 例
自殺既遂 : 281 例

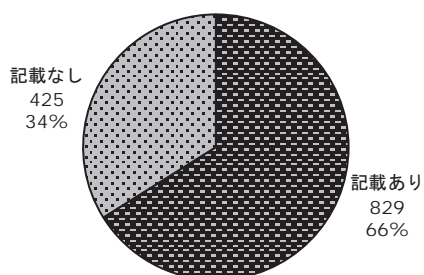
上記文中の施設名 A～N は、前述の施設名の表記順とは無関係である。

*施設 H は、調査期間が平成 23 年 6 月 1 日～12 月 31 日の 7 カ月間である。

2. 基礎調査票の結果

a. 希死念慮の確認と有無（未遂者についてのみ調査）

希死念慮の確認（グラフ1）



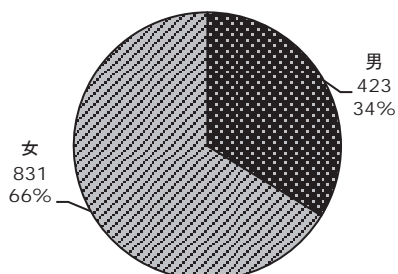
自殺企図時点の希死念慮を確認することは、行為自体が自殺を目的としたか否かを判断するために重要であるし、搬送後の希死念慮を確認することは、再企図が差し迫っているか否かを判断するために重要である。

本調査では希死念慮の時点は問わないこととした。すなわち自殺企図時点における希死念慮か、救命救急センターに搬送後の希死念慮かのどちらかの確認が行われていれば「記載あり」とした。

本項目の意義は、救命救急センターにおいて、希死念慮に着目して確認が行われているか否かを調査することであり、66%の症例で確認がとれていた。過去の大規模な調査報告がなく、比較はできないが、高い率であると考えられる。

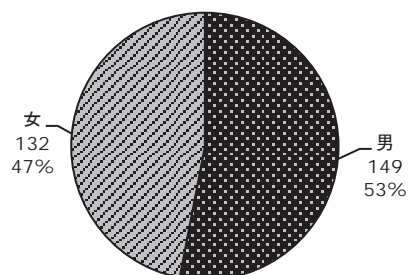
b. 性別

未遂者性別（グラフ2）



未遂者については約3分の2が女性で、約3分の1が男性である。

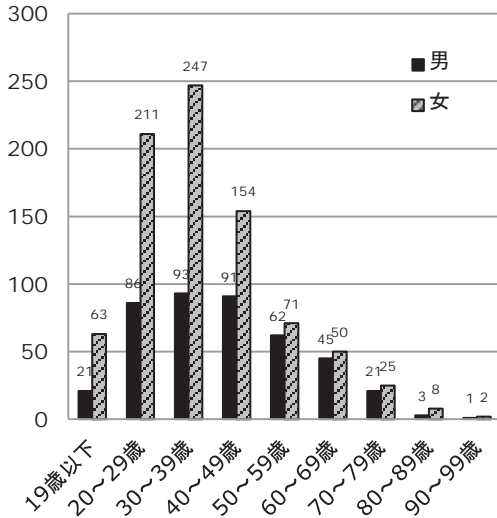
既遂者性別（グラフ3）



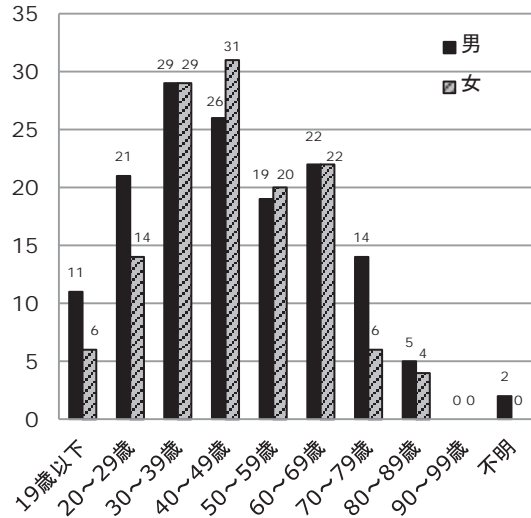
既遂者については男性の方がやや多い。これらは全国4か所の救命救急センターに搬送される自殺企図症例を3年5カ月間調査した保坂の報告²⁾と一致している。

c. 性別の年齢階級

未遂者性別と年齢（グラフ4）

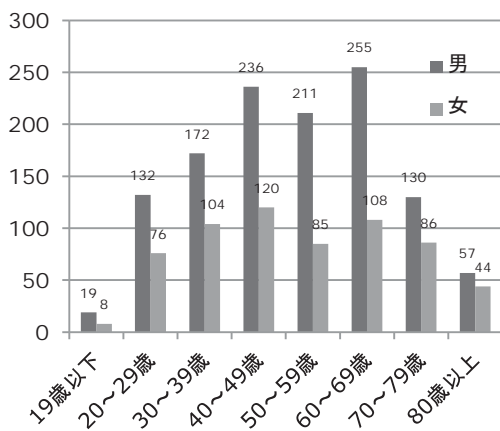


既遂者性別と年齢階級（グラフ5）



（参考）平成23年大阪府の自殺者のデータの暫定値 内閣府経済社会総合研究所のデータより抜粋

（グラフ6）



（表2）

	自殺既遂者（男性）			自殺既遂者（女性）		
	大阪府全体	救命救急センター	搬送の割合	大阪府全体	救命救急センター	搬送の割合
～19歳	19	11	58%	8	6	75%
20歳代	132	21	16%	76	14	18%
30歳代	172	29	17%	104	29	28%
40歳代	236	26	11%	120	31	26%
50歳代	211	19	9%	85	20	24%
60歳代	255	22	9%	108	22	20%
70歳代	130	14	11%	86	6	7%
80歳～	57	5	9%	44	4	9%
不詳	0	2		0	0	
合計	1212	149	12%	631	132	21%

未遂者については、女性が男性に比べて40代以下、特に20代・30代で多く、50代以上では男女差は明らかではなかった（グラフ4）。

既遂者については、男女ともに30代・40代が最も多かったが、未遂者における著しい男女差はみられなかった（グラフ5）。男性が3分の2を占め、50代・60代が最も多い全国の自殺者数とは異なる結果であった。

未遂者、既遂者ともに前述の保坂の報告²⁾と同様の傾向であった。

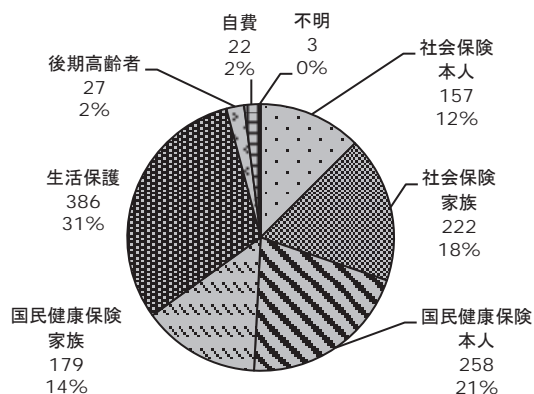
暫定値であるが参考データとして大阪府の平成23年の自殺者の年齢階級をグラフ6に示

した。大阪府の自殺者における顕著な男女差（男>女）は、今回の既遂者調査では30代～60代ではみられなかった。また女性では、70代以上の自殺者が今回の既遂者調査に比べて多かった。しかし男性では、大阪府の自殺者は40代～60代が多いのに対して、本調査の既遂者では、30代～40代が多かった。

表2は、平成23年の大阪府の自殺者のデータと、本調査の既遂者数を性別・年齢階級別に並べ、大阪府全体の自殺者のうち救命救急センターに搬送された割合を示した。性別、年齢によって搬送の割合が異なる。

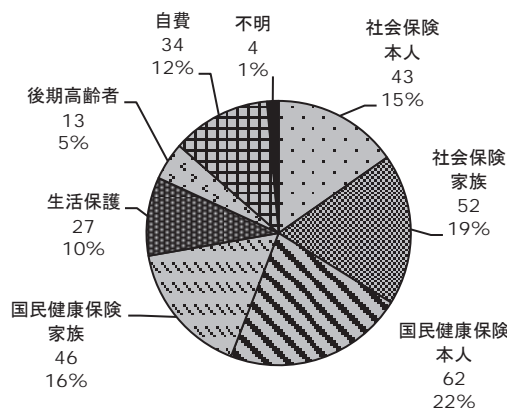
d. 保険種別構成割合

未遂者保険種別（グラフ7）



未遂者における生活保護受給者の比率（31%）は、大阪府における受給者 2.9%と比較しても極めて高いことが特徴的である。

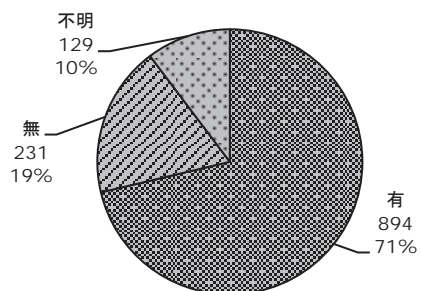
既遂者保険別（グラフ8）



既遂者では生活保護受給者の比率が下がり、自費の比率が上がる。自費が多くなる理由は、カルテ上の退院までに身元が判明しない症例が存在するからである。未遂者における自費は行旅病人が退院までに生活保護の受給ができない場合である。

e. 精神科受診歴

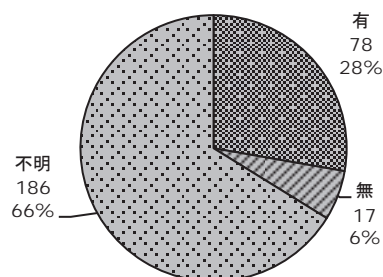
未遂者精神科受診歴（グラフ9）



未遂者の精神科受診歴は71%であった。前述の保坂の報告²⁾では、既遂者と未遂者を分けていないが、現在通院中と過去に通院歴ありが全体の70.0%（不明例は5.6%）と本調査と一致した結果であった。

松原らの報告³⁾では、本調査より厳密に自殺を定義したうえで、未遂者では164人中113人（69%）に通院歴があり、既遂者では17

既遂者精神科受診歴（グラフ10）



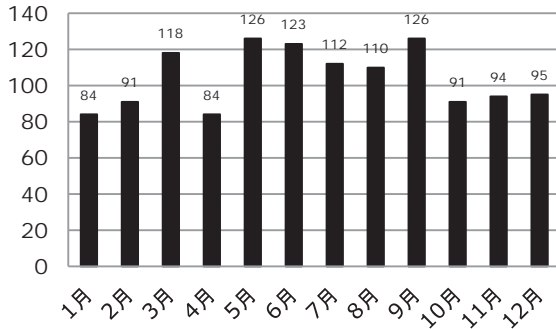
名中5名（29%）に通院歴があった。阿部ら⁴⁾は、監察医が検案・解剖した5161人を対象とした調査で、既遂者の精神科受診率は1981年から2001年の21年間では概ね20~30%で推移したと報告している。

本調査における受診歴を確認できた既遂者では、80%以上で精神科受診歴があったが、不明が66%と多かった。

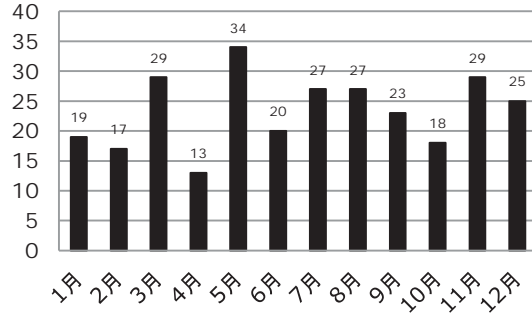
f. 企図日時・曜日

【月別企図者数】

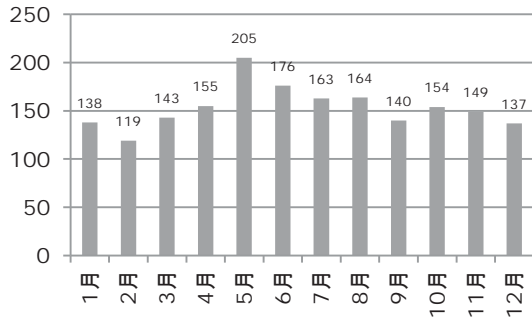
未遂者搬送月（グラフ11）



既遂者搬送月（グラフ12）



（参考）平成 23 年大阪府の自殺者のデータの暫定値（グラフ 13）

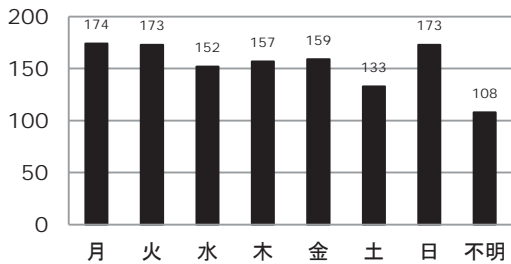


月別の分類においては、[企図した月]≒[搬送された月]と考え、上記には搬送された月を示した。

本調査の未遂者・既遂者と大阪府の自殺者データは、5月がもっとも多く概ね近い傾向を示していると考えられる。

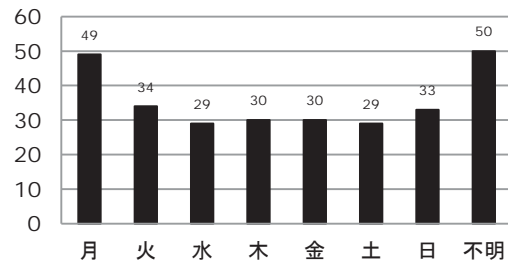
【曜日別企図者数】

未遂者企図曜日（グラフ14）



未遂者は土曜日に少ないこと、既遂者は月曜日に多いことが特徴である。

既遂者企図曜日（グラフ15）



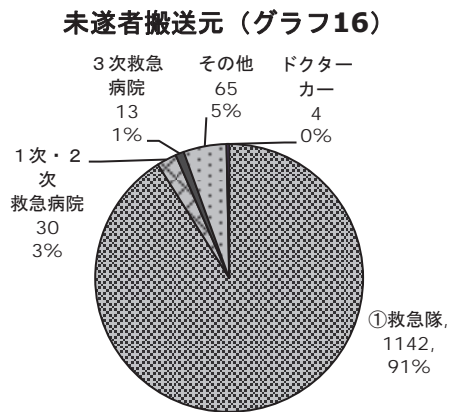
既遂者が月曜日に多いことは過去の報告に一致する。

【24 時間別企図者数】

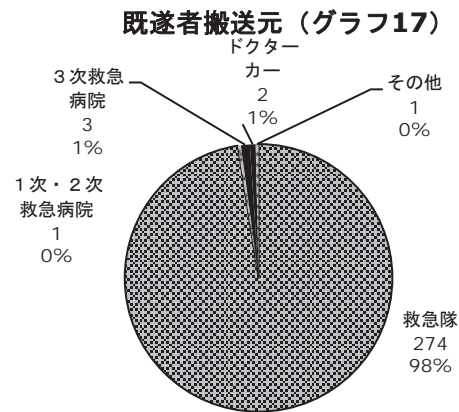
未遂者 1254 中 329 例が不明、既遂者 281 中 111 例が不明で、欠損値が多いため掲載し

ていない。

g. 搬送元



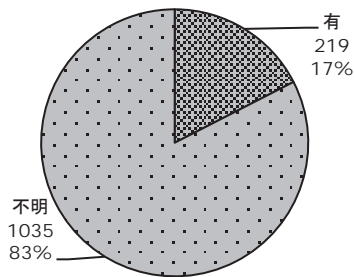
救命救急センターであるので、多くは救急車による搬送である。



3次救急病院からの搬送（救命救急センター一間の転送）がそれぞれ1%ずつある。

h. 企図時の飲酒の有無（未遂者のみについて調査）

未遂者企図時の飲酒 (グラフ18)



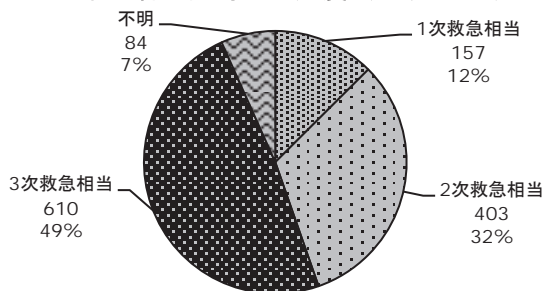
過去の自殺既遂者に対する調査からは、特に中高年男性の自殺者において、飲酒した状態で自殺企図に至る等、自殺に際してのアルコールの有害使用が知られている。

本調査では、自殺企図時に飲酒が確認されたのが17%であった。その他のほとんどの場合はカルテ記載がなかった。

海外のデータであるが Cherpitel ら⁵⁾は、自殺未遂で救急受診した者の40%にアルコールが検出されると報告しており、飲酒は希死念慮がある人に自殺行動を後押しすることが懸念されている。日本においては飲酒についての関心が低く、多くのケースで確認が行われていないものとする。

i. 搬送時の重症度（未遂者のみについて調査）

未遂者企図時の重症度 (グラフ19)

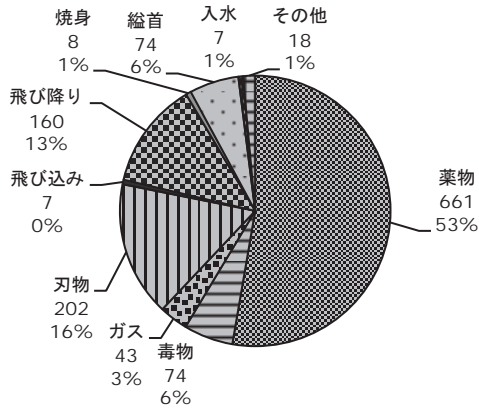


44%が1次・2次救急相当であった。軽症であっても受け入れ先が見つからなければ救命救急センターが最終の受け入れ先になっていることなどを反映していると考えられる。

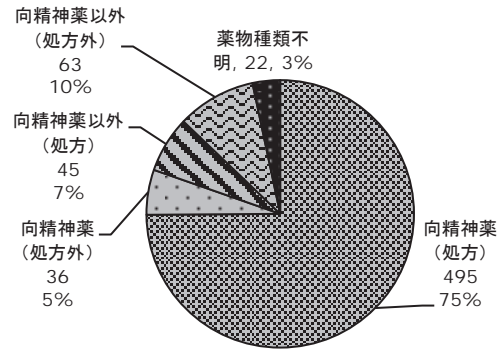
j. 企図手段（複数の手段であれば、重症度を高い方を優先した）

【自殺未遂者】

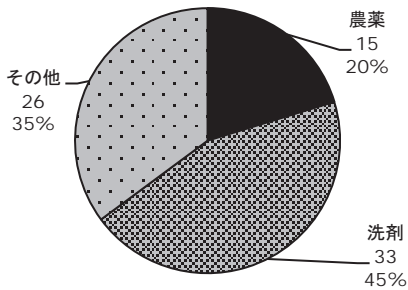
未遂者企図手段（グラフ20）



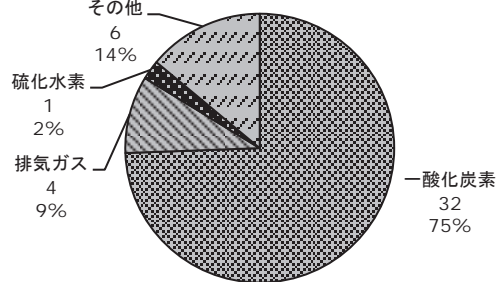
未遂者薬物種別（グラフ21）



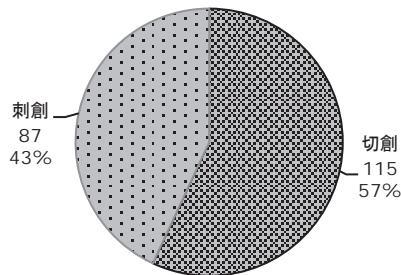
未遂者毒物種別（グラフ22）



未遂者ガス種別（グラフ23）



未遂者刃物創別（グラフ24）



未遂者の手段は多くの報告と同様、薬物が半数以上を占め、その中でも処方された向精神薬が最も多い。向精神薬（処方外）は市販の睡眠補助薬を指す。

毒物は家庭内にある洗剤が最も多い。

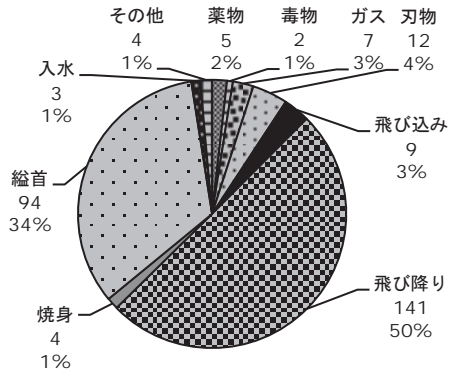
ガスは一酸化炭素が最も多かった。硫化水素は致死率が高いために未遂例では1例のみ

であった。排気ガスは一酸化炭素中毒を呈する機会が多いが、複数のガスを含むためにここでは別項目として記載している。

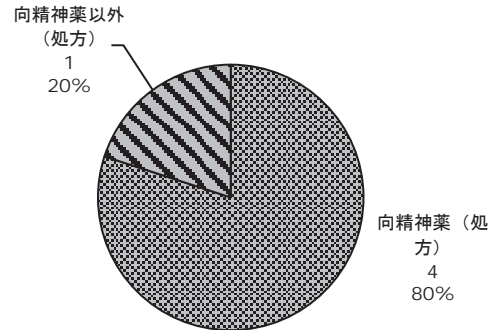
刃物は、軽症の切創は2次救急病院で扱うことも多く、救命救急センターではリストカットを含む切創が57%にとどまっている。

【自殺既遂者】

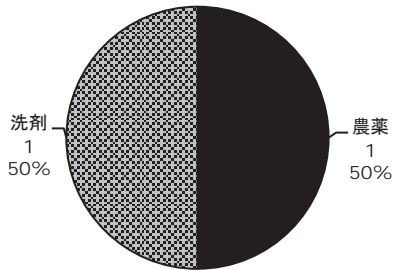
既遂者企図手段 (グラフ25)



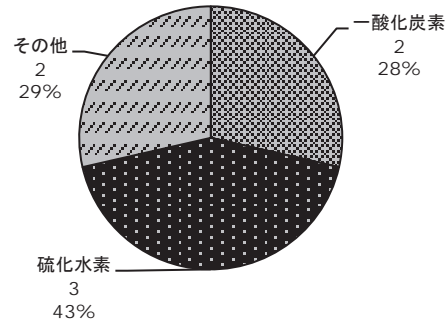
既遂者薬物種別 (グラフ26)



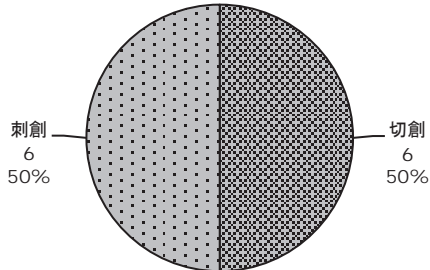
既遂者毒物種別 (グラフ27)



既遂者ガス種別 (グラフ28)



既遂者刃物創別 (グラフ29)



既遂者では保坂の報告²⁾と同様、飛び降りが最も多かった。

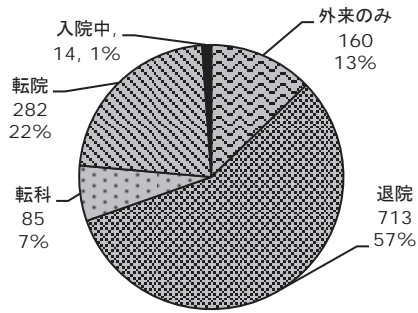
薬物による既遂例は4例が処方された向精神薬であり、死の転帰を辿っていることに留意する必要がある。

洗剤と農薬による既遂例は、各1例のみであった。

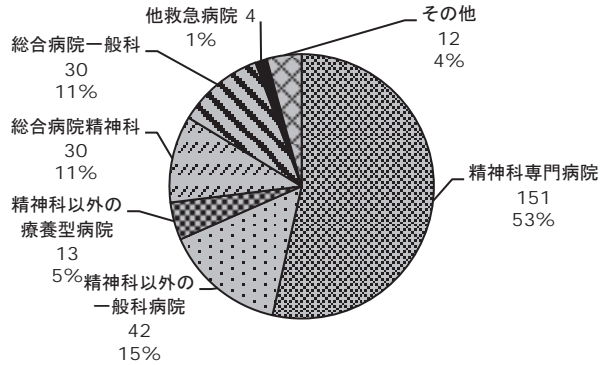
ガスでは、硫化水素が3例あり、引き続き対策が望まれる。

a. 転帰（未遂者のみにについて調査）

未遂者転帰（グラフ30）



未遂者転院先詳細（グラフ31）



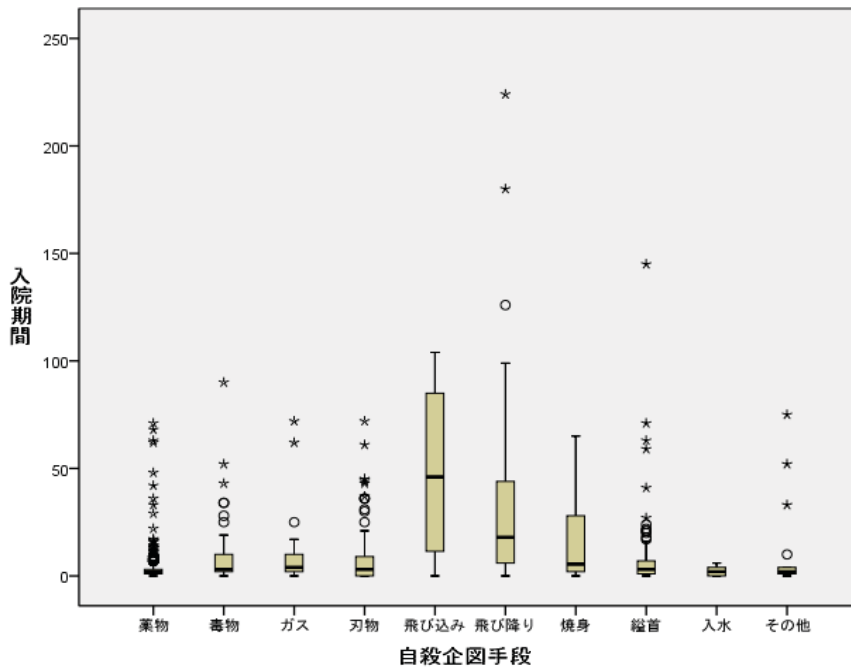
帰宅（外来のみ+退院）が70%である。転科とは院内他科への移動を示す。

退院の83%（589例）は相談機関または精神科・心療内科へ紹介されていた。外来のみでも58%（92例）が紹介されており、限られた時間の中で次につなげる対応がとられて

いたと考える。

転院では、精神科への転院（精神科専門病院+総合病院精神科）が64%で、精神科以外の療養病院または一般科病院、総合病院一般科への転院は31%であった。

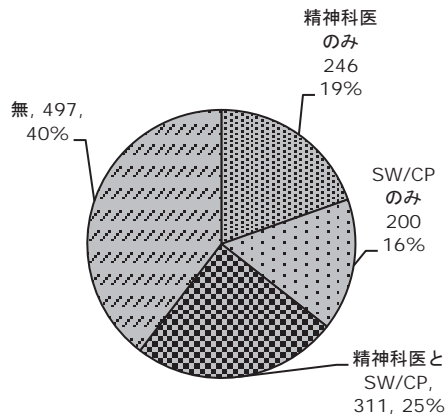
未遂者の企図手段と入院日数（グラフ32）



企図手段によって入院日数にばらつきがあり、飛び込み、飛び降り、焼身が他の手段に比べて長い。

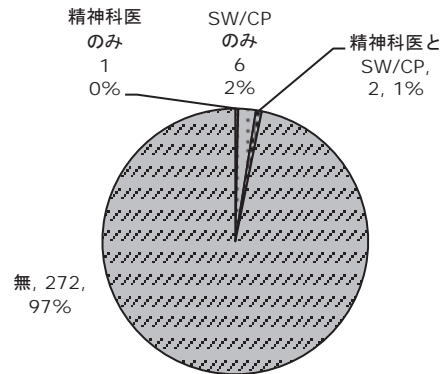
b. 自殺企図者ケアのスタッフ介入の有無

未遂者スタッフの介入（グラフ33）



未遂者の場合、60%の症例で精神科医、またはソーシャルワーカー(SW)・心理士(CP)、または両方で介入が来ている。夜間・休日に入院して早期に退院となる症例も多く、調査担当者を配置しても40%の症例には接触できていない。

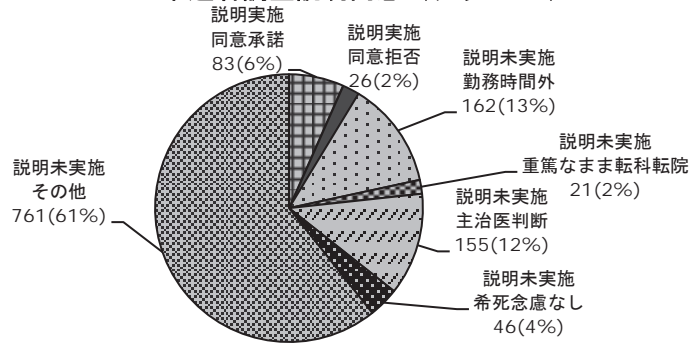
既遂者スタッフの介入（グラフ34）



既遂者の場合、「スタッフ介入」とは資料(A-2)にあるように家族への介入を指している。97%において介入がなされていなかった。

3. 面接調査

未遂者調査説明同意（グラフ35）



自殺企図者の詳細な実態調査には、面接による聞き取りが不可欠である。

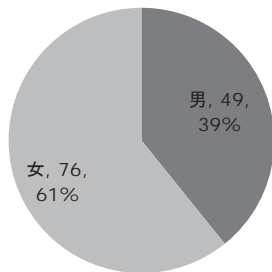
今回の調査では、ほとんどの施設が平成23年の途中に調査担当者を採用しており、採用前に搬送された症例については、面接調査の同意を得るための説明が実施できていない（基礎調査はカルテ情報からの取得であるので、1年間の全例調査が行われている）。それらの症例が「説明未実施 その他」に分類されている。

それらを除外すると、面接調査の同意をえるための説明が実施できたものは22%（493例中109例）で、同意承諾ができたものは17%（493例中83例）である。説明が実施できれば76%（109例中83例）で同意を得ている。

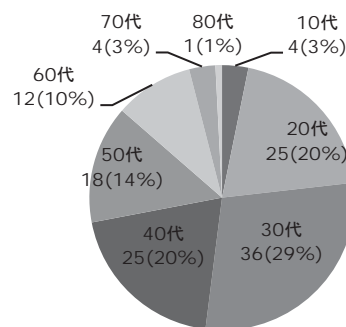
以下に平成23年の面接調査に前述した4施設での平成22年の面接調査を加えた計125例の結果を示す。

a. 面接調査で同意した症例の背景

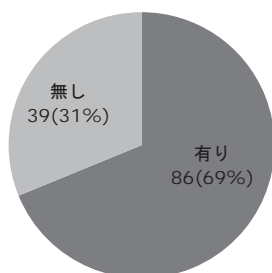
男女比（グラフ36）



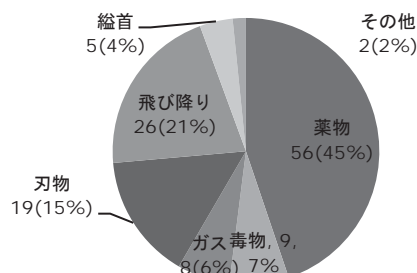
年代別（グラフ37）



精神科受診歴（グラフ38）



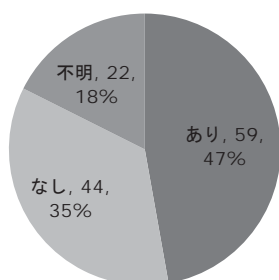
手段別（グラフ39）



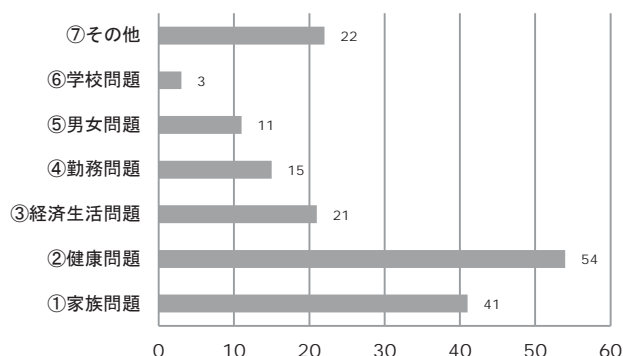
これらは基礎調査でも提示した項目である。基礎調査と比較し、男性の割合がやや高くなり、10代・20代の割合が減少して30代・50代・60代の割合が増え、手段では薬物が減り（53%→45%）、ガスと飛び降りが増えている（3%→6%、12%→21%）。

急性薬物中毒は若年女性に多いことが知られているが、入院期間が極端に短いため他の企図手段と比較し介入できる機会が少ないことが、面接調査の症例背景に影響を与えていると考える。

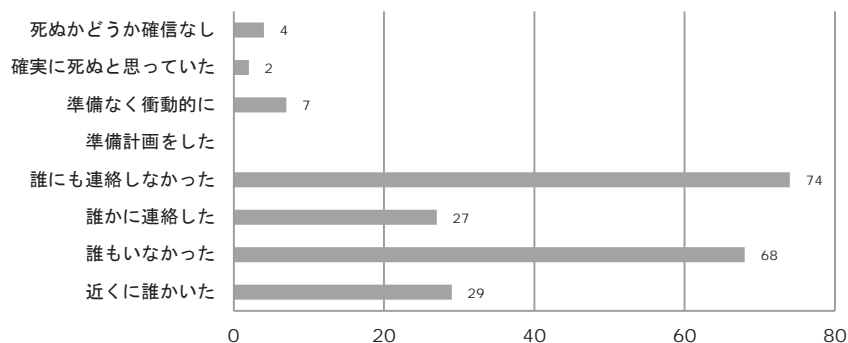
b. 自殺企図歴 (グラフ 40)



c. 自殺企図の動機 (グラフ 41)



d. 自殺企図時の状況 (グラフ 42)



47%が過去に自殺企図歴があった。
 動機は警察庁資料と同様に複数回答で分類項目も一致させた。
 健康問題が多くついで家族問題、経済問題と続く。全国の自殺者のデータでは、健康問題が1位で、2位は経済問題で健康問題の2分の1程度、3位は家族問題で健康問題の4分の1程度である。それに対して本調査の同

意者では経済問題が少なく、家族問題が多かった。
 状況は、「誰もいない」ところで、「誰にも伝える」ことなく決行している場合が多かった。

IV. 考察

【救命救急センターの自殺未遂症例の実態】

未遂者の66%が女性で、20代、30代に多く、企図手段の53%は薬物であり、71%に精神科受診歴があった。この結果は過去の救命救急センターの調査報告と一致するが、都道府県単位で1年間を網羅した調査研究は過去に存在せず、今後の大阪府の自殺未遂者対策において貴重なデータが得られた。

新たな知見としては、66%の症例で希死念慮の確認が行われていた。日本臨床救急医学会が発行する「自殺未遂患者への対応救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引」においても希死念慮の確認が重要であることが書かれている。他の調査がないために比較することはできないが、大阪府では救急医療スタッフが積極的に希死念慮の確認を行っているのではないかと考える。

飲酒については83%の症例で不明であった。自殺企図と飲酒の関連が指摘されており、再企図の防止には必要な情報であると

考える。本調査結果からは飲酒問題が軽視されているのではないかと推定される。

保険種別構成割合では、生活保護受給者が31%であった。生活保護受給者と自殺企図については後述する。

搬送時の重症度では1次相当・2次相当が合わせて44%存在した。平成22年のデータであるが、総務省消防庁が発表した「平成22年の救急出動状況(速報)」において、大阪府内の「自損」による救急出動件数は7356件であった。本調査では1535件であり、1次・2次救急医療施設も大きな役割を果たしていることが予想されるが、救命救急センターに搬送される自殺企図患者の半数近くが身体的重症度では対象外であったことは今後の対策の参考になるであろう。

転帰は外来のみと退院をあわせて70%であった。未遂者の支援を考えるには、居住地の保健センター・保健所などの地域との連携が重要であると考えられる。

【救命救急センターの自殺既遂症例の実態】

都道府県単位で、1年間の自殺者と医療機関に搬送された自殺既遂者を比較したデータは過去に存在せず、今回の調査が初めてである。表2からは19歳以下の若年自殺者では、男性の58%、女性の75%が救命救急センターに搬送されていることがわかった。

男女を比較すると女性の方が救命救急センターに搬送される率が高かった。女性の既遂者では20歳代～60歳代で概ね20%以上が救命救急センターに搬送されていた。

男性は40歳代以上で、女性は70歳代以上で救命救急センターに搬送される率が下がっていた。

平成23年の大阪府のデータが暫定値であるという点、救命救急センターに搬送された既遂者が最終的に自殺と判定されたかの確認が取れていないという点、また救命救急センター以外に2次救急医療機関にも既遂者が搬送されておりそれらが今回の調査で把握できていないという点に検討の余地が残る。

下記の表3は大阪府で1年間における10歳以上の男女における手段別自殺死亡者数で、平成15年～19年の平均値である⁶⁾。平成23年の手段別自殺死亡者数が公表されていないために、このデータを掲載した。

(表3) 大阪府で1年間における10歳以上の男女における手段別自殺死亡者数(2003年～2007年の平均値)

手段	男性(人)	女性(人)	合計(人)
薬物	26.0	35.0	61.0
ガス・蒸気	152.2	24.0	176.2
農薬	4.2	4.0	8.2
縊首	972.2	318.0	1290.2
溺死	27.6	23.8	51.4
煙・火	13.6	6.2	19.8
鋭利な物体	46.4	15.2	61.6
飛び降り	190.6	137.4	328.0
飛び込み	45.4	24.2	69.6
総計	1492.0	591.6	2083.6

単純な比較はできないが、飛び降りによる既遂症例の約40%が救命救急センターに搬送されたのに対し、縊首による既遂症例では約7%であり、手段によって搬送される割合が大きく異なる。また、ガスによる既遂症例や入水による既遂症例（溺死）では搬送される率が低いと考える。飛び込みによる既遂は人目の多いところで企図されるため、高い確率で搬送されることが予想されたが、13%程度しか搬送されていないことが意外な点であった（飛び込みは年々減少しており、平成23年の既遂症例を把握する必要があり、考察には慎重を要する）。

【生活保護受給者の自殺企図について】

平成23年7月の厚生労働省社会・援護局保護課による資料「生活保護受給者の自殺者数について」⁷⁾によると、平成22年の生活保護受給者の自殺者数は全国で1047人で、自殺率は55.7と日本全体の自殺率(24.9)の2倍以上である。これは生活保護受給者で精神疾患の割合が高いことが背景にあるとみられている。実際に一般人口に占める精神疾患患者の割合は推定2.5%であるのに対して、生活保護受給者に占める精神疾患または精神障がい

【自殺企図患者と入院日数について】

本調査では未遂者の入院日数についてもデータを得ることが出来た（グラフ32）。薬物は入院期間が短く、飛び込み、飛び降り、焼身で長くなっている。飛び込み、飛び降りでは多発骨折や骨盤骨折、焼身では熱傷の治療に長期間を要すると考えられる。熱傷治療では転院や転科による治療が困難で救命救急センター内で退院まで治療することが多いが、外傷では、リハビリテーション目的の転院は一般的である。しかし、飛び込み・飛び降り

【未遂者支援について】

本事業では、面接調査事例以外でも自殺未遂者に対するソーシャルワークが行われた。ここでは日本臨床救急医学会が発行する「自殺未遂患者への対応 救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引」に記載されている一般的なソーシャルワークについて記載する。

・救命救急センターでの支援

救命救急センターでは次々に新しい患者が搬送されその対応に追われるため、退院後に継続して患者に関ることができない。それが精神科でのソーシャルワークとの大

これらのことから、救命救急センターに搬送される率が高い既遂者は、①19歳以下の若年者、②60歳代以下の女性、③飛び降り、これらの症例は救命救急センターを足掛かりに、大阪府の自殺者の実態を詳細に把握できる可能性があると考えられる。逆に搬送される率が低い既遂者は①40歳代以上の男性、②70歳代以上の女性、③縊首であり、これらの症例については救命救急センター以外で実態を把握するシステムの構築が必要であると考えられる。大阪府内では警察との連携が徐々に進んでおり、今後の発展が期待される。

有する者の割合は16.4%である。

一方、上記の生活保護受給者の自殺者数：1047人は自殺者数全体の3.3%にあたるが、本調査では未遂者の31%、既遂者の10%を占めた。大阪府の生活保護受給者の割合は2.9%(大阪市:5.0%)であり全国平均(1.4%)より高いが、それを考慮しても今回の調査での割合は極めて高い値であると考えられる。

生活保護受給者のメンタルヘルスについての調査が必要であると考えられる。

による外傷は他の外傷による骨折症例と違って転院調整が進まず、結果長年に救命救急センターの病床を占有することになっている。

今回は転院が進まない理由についてまで調査できていないが、調査担当者や事業協力施設医師に聞き取りした範囲では、自殺企図を理由に受け入れを断られる症例が多いという。

転院先となるリハビリ病院等でも精神科医療が充実することが望まれる。

きな違いである。もう一つの大きな違いは、病状が安定すれば即座に退院、転院する機会が多く、患者と関る時間が限られていることである。

それゆえ、短い時間で患者の問題点を整理し、退院後に支援が可能な機関に確実に繋ぐことが重要で、このようなソーシャルワークを行うには高い技術を要する。

・かかりつけ医との連携

グラフ9のように、自殺企図患者は精神科受診率が高く、多くはかかりつけ医を持つ。かかりつけ医との連携は救命救急セン

ターに入院となった時点で診療情報提供を依頼することから始まる。診療時間内であればほとんどのケースで迅速な情報提供を得ることが出来ている。グラフ 30 の説明に記載したように退院時には 83% で精神科医療機関や相談機関に紹介されていた。ほとんどのケースがかかりつけ医への紹介であるが、患者がかかりつけ医への情報提供を拒否する場合もある。その際は、入院した時点ですでにかかりつけ医へ連絡していることを伝え、再発防止には自殺企図に至った経緯をかかりつけ医と話し合うことが重要であると伝えることが望ましいと考える。

・地域との連携

グラフ 30 のように、救命救急センターに搬送された自殺未遂者の 70% は、自宅へ退院となる。退院後に支援が可能な機関として、かかりつけ医以外に保健センター・保健所、役所の各部署に連絡することも多い。特に家族支援の乏しい患者では“地域の目”に頼らざるを得ない。しかし、現場の実感としては、問題点を共有し支援に積極的な地域とそうでない地域があるように感じる。救命救急センター退院後に、地域で支援できる体制が存在することは極めて重要であり、大阪府内でもさらなる充実を図る必要

【面接調査について】

本事業では同意を取得できた症例でさらに詳細な面接調査を行った。月 1 回の担当者ミーティングでは、それらの症例をもとに検討会を行い、技術の共有に努めた。個人が特定できるような情報を多く含むために、本報告書では具体的な内容については記載しないが、自殺企図に至る経緯、問題点、“一歩進んだ”ソーシャルワークについての検討がなされた。

自殺企図に至る経緯については、最終的には不眠、抑うつ気分の後、死ぬしかないという視野狭窄に陥り行為に至っているが、それまでに様々な危機要因が起こっていることが明らかになった。これについては NPO 法人ライフリンクが行った聞き取り調査でも同様の結果が報告されている⁸⁾。

しかし、グラフ 42 の自殺企図についてだれにも相談しなかった症例が多いことと同様に、それらの危機要因に対しても相談していない症例が多かった。

“一歩進んだ”ソーシャルワークは、前述のかかりつけ医との連携、地域との連携、精神科入院の調整に加えて、問題となっている危機要因の解決策を提示するなど自殺未

があると考えられる。

・精神科医療機関への入院

グラフ 30、31 のように本調査では 282 人が転院となり、そのうち 151 人が精神科病院へ転院となった。精神科病院へ転院する際によく問題となるのは、身体治療に関する認識のギャップである。救命救急センター側は、「この程度の身体治療であればこの医療機関でも行える」と考え、精神科病院では「そのような身体治療を行える体制ではない」と考えるようなケースである。精神科医療における診療報酬や精神科医療を民間に頼る日本の実情から、精神科病院で身体治療が十分行えないことはやむを得ない。しかし、必要な身体治療内容を具体的に記載することで、受け入れが可能だった例もある。このようなギャップを埋めるには、救命救急センターに精神科医療をよく知る人材を配置し、精神科医療側は救命救急センターの実情を知るような機会を持つことが必要と考える。救命救急センターに本事業のような調査担当者を継続的に配置する体制の構築、精神科医療でケースワークを担う PSW が救命救急センターで短期間の研修が積めるような体制の構築を提案したい。

遂者の背景にさらに踏み込んだものである。本調査では、誰にも相談していなかった借金問題を入院期間中に法的手続きを進めるに至った症例、今まで関りの乏しかった家族に自殺企図についての心理教育を行い今後の協力を構築できた症例、飲酒の問題を自覚できていなかった患者に対して飲酒時に問題が発生していることを自覚させて、退院後に確実に自助グループに繋げた症例、精神症状の悪化が自殺企図の原因であった患者に対して症状増悪のサインを明らかにして再発予防の提案を行った症例、脳梗塞後の認知機能低下で仕事上のミスが増え、それを思い悩んで自殺企図に至ったが周囲はそのことを理解できていなかった症例に対して、家族に十分な説明を行い職場の理解を得るに至った症例、キーパーソンが高齢の親であり精神的孤立から自殺企図に至った症例に対して、兄弟に来院していただき、キーパーソンの交代を確約できた症例など、限られた時間内で様々な工夫を凝らしたソーシャルワークが行われた。

今後も継続的に技術の蓄積と後進の教育を行っていく必要があると考える。

グラフ 36～39 にあるように面接調査の同意を得た群と未遂者全体の群では、背景が異なっていた。軽症の自殺企図者が面接調査に含まれていない可能性がある。Comtois KA⁹⁾ は、明らかに致死的でない自傷でもその後の 1 年以内に約 1%が既遂に

至ると報告している。軽症の自殺企図者であっても再発予防は重要であるが、十分な介入が困難な可能性が示唆され、それらの者に対していかに介入するかが今後の課題である。

【ケース・マネージメントのできる人材配置について】

本調査では、精神疾患患者に対応する機会が多いことを想定して PSW を中心に人材を配置した。

岩本ら¹⁰⁾ は精神科医が救命救急センターに常駐することによって、自殺未遂患者の入院期間が短縮されたと報告している。その理由として自殺未遂患者に対して当日から介入し、精神医学評価、ソーシャルワークを行い、地域社会資源の導入などの見通しを早期から立てることを精神科医が行っているからであると考察している。本調査でも調査担当者が入院当日から介入し、ソーシャルワークを行い、社会資源の導入の見通しを立てている。本調査では調査担当

者の配置前後の比較はできていないが、入院期間の短縮化には貢献できると考える。

本事業を行うに当たって、人材を集めるのに難渋した経緯もあり、今後は人材育成のためのシステムの構築と啓発活動が必要である。

困難例を抱え込まなければいけない、時間的余裕のない中でのソーシャルワークなど、ソーシャルワーカー自身のメンタルヘルスケアが必要であると考え、本事業では定期的な担当者会議を開き、支援に努めた。その他にも勉強会、メーリングリストなどの体制も有効ではないかと考える。

【自死遺族への介入の場としての救命救急センター】

表 2 のように大阪府内の男性の自殺者の 12%、女性の自殺者の 21%が救命救急センターに搬送されて、死亡確認が行われている。この値だけでも、救命救急センターは自死遺族への介入の場として重要な施設であるといえる。しかし、グラフ 34 のように救命救急センターでは既遂者の家族への介入がほとんど行われていなかった。この事

は大きな問題点であり、今後の明確な課題である。

また、これまでの結果から救命救急センターでは、特に①19 歳以下の若年者、②60 歳代以下の女性、③飛び降りの自死遺族について高い確率で介入できる可能性が示唆された。

引用文献

- 1) Mościcki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. Psychiatr Clin North Am. 1997 Sep;20(3):499-517. Review.
- 2) 保坂 隆 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. 厚生労働科学研究研究費補助金 平成 18 年 3 月
- 3) 松原敏郎、河合宏治、本田真広、他
山口県総合医療センター救命救急センターにおける自殺企図患者の現状.
精神医学 50(4) : 329-335, 2008
- 4) 阿部亮、塩入俊樹、西村明儒、他 精神科受診歴の有無による自殺者の特徴.
総合病院精神医学 16(3) : 241-249, 2004
- 5) Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC.
Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature.
Alcohol Clin Exp Res. 2004 May;28(5 Suppl):18S-28S. Review.
- 6) 自殺予防総合対策センター 自殺対策のための自殺死亡の地域統計 1973 - 2009. ;
<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/genjo/toukei/>
- 7) 厚生労働省社会・援護局保護課 第 4 回社会保障審議会生活保護基準部会
生活保護者の自殺者数について. ;
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ifbg-att/2r9852000001ifhr.pdf#search='生活保護率 平成 22 年'>
- 8) 特定非営利活動法人ライフリンク “1000 人の声なき声”に耳を傾ける自殺実態調査. ;
<http://www.lifelink.or.jp/hp/top.html>
- 9) Comtois KA. A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide.
Psychiatr Serv. 2002 Sep;53(9):1138-44. Review.
- 10) 岩本洋子、山田朋樹、河西千秋、他
救命センターに入院した自殺未遂患者の在院期間の調査. 精神医学 52(1) : 87-90, 201

資料

(資料 A-1)

自殺未遂者実態調査・基礎調査票

○希死念慮のカルテ記載

①有 → a.希死念慮有(時点) b.希死念慮無 c.希死念慮不明
②記載無

1. 年齢 ① () 歳 ②不明
2. 性別 ①男 ②女
3. 居住地 ① () 市町村 () 区 ②不明
4. 保険 ①社会保険(本人・家族) ②国民健康保険(本人・家族) ③生活保護
④後期高齢者 ⑤自費
5. 精神科受診歴 ①有 ②無 ③不明
6. 企図日時 ① ___月 ___日 (曜日) ___時台(24時間表記) ②不明
7. 搬送日時 ___月 ___日 (曜日) ___時台(24時間表記)
8. 搬送元 ①救急隊 ②1次・2次救急病院 ③3次救急病院
④その他()
9. 企図時の飲酒 ①有 ②不明
10. 搬送時の重症度 ①1次救急相当 ②2次救急相当 ③3次救急相当 ④不明
11. 企図手段(複数回答可)
①薬物【 a.向精神薬(処方・処方外) b.向精神薬以外(処方・処方外)】
②毒物【 a.農薬 b.洗剤 c.その他()】
③ガス【 a.一酸化炭素 b.排気ガス c.硫化水素 d.その他()】
④刃物【 a.切創 b.刺創 部位(首・腕・胸・腹・その他())】
⑤飛び込み ⑥飛び降り ⑦焼身 ⑧縊首 ⑨入水
⑩その他()
12. 転帰(最終) / 入院期間()日
①外来のみ【a.精神科・心療内科紹介 b.相談機関紹介() c.その他()】
②退院 【a.精神科・心療内科紹介 b.相談機関紹介() c.その他()】
③転科 ()科
④転院 【a.精神科専門病院 b.精神科以外の一般科病院 c.精神科以外の療養型病院
d.総合病院(精神科・一般科) e.他救急病院()
f.その他()】
13. その他特記事項
(例えば、途中転科、転院し、再入院した例、その日付けなど)
〔

〕
14. 調査同意説明
①説明実施 → a.同意承諾 b.同意拒否
②説明未実施 → a.担当者の勤務時間外に入退院した b.重篤なまま他科・他院に移った
c.主治医等が説明を理解できる状態にないと判断した
d.希死念慮なし e.その他()
15. スタッフの介入
①精神科医師 ②ソーシャルワーカー・心理士 ③無

(資料 A-2)

既遂症例・基礎調査票

1. 年齢 ① () 歳 ②不明
2. 性別 ①男 ②女
3. 居住地 ① () 市町村 () 区 ②不明
4. 保険 ①社会保険(本人・家族) ②国民健康保険(本人・家族) ③生活保護
④後期高齢者 ⑤自費
5. 精神科受診歴 ①有 ②無 ③不明
6. 企図日時 ① ___月 ___日 (曜日) ___時台 (24 時間表記) ②不明
7. 搬送日時 ___月 ___日 (曜日) ___時台 (24 時間表記)
8. 搬送元 ①救急隊 ②1次・2次救急病院 ③3次救急病院
9. 企図手段 (複数回答可)
①薬物 【 a.向精神薬 (処方・処方外) b.向精神薬以外 (処方・処方外))
②毒物 【 a.農薬 b.洗剤 c.その他 ())
③ガス 【 a.一酸化炭素 b.排気ガス c.硫化水素 d.その他 ())
④刃物 【 a.切創 b.刺創 部位 (首・腕・胸・腹・その他 ())
⑤飛び込み ⑥飛び降り ⑦焼身 ⑧縊首 ⑨入水
⑩その他 ()
10. 入院期間 ___日
13. その他特記事項
〔 _____ 〕
15. 家族へのスタッフの介入
①精神科医師 ②ソーシャルワーカー・心理士 ③無

* 死因が自殺か否かの判断は正式には検死後に決まりますが、ここではその確認までは不必要です。担当者の判断で自殺による死と考えられたら「既遂症例としてください」。

* 搬送後に死亡されるケースもあります。「未遂者・基礎調査」では救命センター内で死亡の転帰をたどった症例は除外しておりますので、一旦救命センターに入院後に死亡した症例は「既遂症例」としててください。

* 自殺企図で入院 → 合併症で救命センター内で死亡 という流れもあるかと思いますが、これも含めていただいて、「その他特記事項」の項目に記載して下さい。

* CPA (心肺停止) で搬送となった症例は、企図日時、住所地等が不明な症例が多くありますので、分かる範囲で記入していただければ十分です。

(資料 B No.1)

フェイスシート(自殺未遂者実態調査)

Study No.				作成日	年	月	日
ID							
フリガナ							
氏名				生年月日	年 月 日 (歳)		
住所							
連絡先①				連絡先②			
家族構成				生活状況			
同胞	人 第 子			住居	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸(家賃 円) <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 住宅ローン有 <input type="checkbox"/> 差し押さえられている		
婚姻状況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚(同居・別居) <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別						
キーパーソン	氏名	続柄()		TEL			
緊急連絡先	氏名	続柄()		TEL			
身体科 既往歴							Rp)
精神科 既往歴							最終受診日(年 月 日)
							Rp)
性格傾向							
アレルギー							
嗜 好	酒 (1)頻度 <input type="checkbox"/> ①飲まない <input type="checkbox"/> ②毎日飲む <input type="checkbox"/> ③週()日ぐらい飲む						
	(2)種類・量(/日)						
	タバコ(本/日) その他()						
宗 教							
学 歴	<input type="checkbox"/> ①義務教育以前 <input type="checkbox"/> ②高卒 <input type="checkbox"/> ③専門学校卒 <input type="checkbox"/> ④短大卒 <input type="checkbox"/> ⑤大卒 <input type="checkbox"/> ⑥大学院卒						
職 歴							
収 入	<input type="checkbox"/> ①本人給与 <input type="checkbox"/> ②扶養 <input type="checkbox"/> ③年金 <input type="checkbox"/> ④障害年金 <input type="checkbox"/> ⑤資産 <input type="checkbox"/> ⑥生活保護 <input type="checkbox"/> ⑦その他()						
保 険	<input type="checkbox"/> ①社会保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> ②国民健康保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> ③生活保護 <input type="checkbox"/> ④後期高齢者 <input type="checkbox"/> ⑤その他()						
利用している 制度・社会 保障	<input type="checkbox"/> ①自立支援医療 <input type="checkbox"/> ②特定疾患 <input type="checkbox"/> ③介護保険 <input type="checkbox"/> ④ひとり親家庭医療費助成 <input type="checkbox"/> ⑤障害者医療 <input type="checkbox"/> ⑥身体障がい者手帳()級 <input type="checkbox"/> ⑦療育手帳() <input type="checkbox"/> ⑧精神障がい者保健福祉手帳()級 <input type="checkbox"/> ⑨その他()						

Study No.	
過去の自殺企図	
自殺企図歴	無：有(回) 過去の企図手段/時期
今回の自殺企図の概要	
推定日時	年 月 日 曜日 時頃
手 段	<input type="checkbox"/> ①薬物 a. 向精神薬(処方・処方外)(種類: 量:) b. 向精神薬以外(処方・処方外)(種類: 量:) c. その他()
	<input type="checkbox"/> ②毒物 a. 農薬 b. 洗剤 c. その他()
	<input type="checkbox"/> ③ガス a. 一酸化炭素 b. 排気ガス c. その他()
	<input type="checkbox"/> ④刃物 a. 切創 b. 刺創 ※部位(首・腕・胸・腹・その他())
	<input type="checkbox"/> ⑤飛び込み 【①～⑨の具体的内容】
	<input type="checkbox"/> ⑥飛び降り
	<input type="checkbox"/> ⑦焼身
	<input type="checkbox"/> ⑧縊首
	<input type="checkbox"/> ⑨入水
	<input type="checkbox"/> ⑩その他
エピソード 動 機	<input type="checkbox"/> ①家庭問題 【具体的内容】
	<input type="checkbox"/> ②健康問題
	<input type="checkbox"/> ③経済生活問題
	<input type="checkbox"/> ④勤務問題
	<input type="checkbox"/> ⑤男女問題
	<input type="checkbox"/> ⑥学校問題
	<input type="checkbox"/> ⑦その他
	<input type="checkbox"/> ⑧不明
自殺企図 時の状況	<input type="checkbox"/> 助けてくれそうな人が近くにいた <input type="checkbox"/> 誰もいなかった
	<input type="checkbox"/> 自殺することを誰かに連絡した <input type="checkbox"/> 誰にも連絡はしていなかった
	<input type="checkbox"/> 遺書を用意していた <input type="checkbox"/> 遺書などは用意していなかった
	<input type="checkbox"/> 自殺のための計画や準備をしていた <input type="checkbox"/> 準備などはなく衝動的に行なった
	<input type="checkbox"/> 確実に死ぬだろうと思っていた <input type="checkbox"/> 死ぬかどうか確信がなかった
自殺未遂 内省	<input type="checkbox"/> 後悔：(死に切れなかった、失敗した、別の手段をかんがえている…)
	<input type="checkbox"/> 受容：(助けもらったことには感謝しているが、生きていくことについては不安がある…)
	<input type="checkbox"/> 反省：(馬鹿なことをした、恥ずかしいことをした、家族に迷惑をかけて申し訳ない、二度としない…)
転 帰	<input type="checkbox"/> ①退院 <input type="checkbox"/> ②転科(科) <input type="checkbox"/> ③転院() <input type="checkbox"/> ④死亡
紹介方法	<input type="checkbox"/> ①本人に紹介状を渡して行くように指示 <input type="checkbox"/> ②転院・転科先に電話等で連絡してつなぐ <input type="checkbox"/> ③同伴受診した
精神科 診断	
身体科 診断	
処置 治療計画	
かかりつ け医療機 関 又は 関係機関	TEL
	TEL
	TEL
	TEL

(資料 B No.3)

Study No.	アセスメントシートNo.1	資料B No.3
リスクアセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ●これまでの自殺未遂歴／自己破壊的エピソードなど ●精神疾患の既往／精神科受診歴 ●今回の自殺未遂についての考え／自殺意図の強度 ●喪失体験の有無・内容／親しい人に自殺者があるか／強迫的観念の有無・内容／解決の難しい問題の有無・内容／性格 など 	
環境のアセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ●家族状況(同居か、独居か／家族からの支援状況は) ●経済状況(仕事・収入・家計状況など) ●これまでの相談歴(抱えている問題についてこれまで誰かに相談をしたか・その時の反応はどうだったか／回りに助けてくれる人はいたかなど) ●今後の相談について(相談する気持ちの有無／今後相談できる人や機関があるかなど) 	
その他アセスメント		

(資料 B No.4)

Study No.	アセスメントシートNO.2	資料3 No.4
短期目標		
長期目標		
プラン		
モニタリング		
再プラン		
その他	(機関としての支援体制の課題・地域の課題など)	

(資料 C)

患者様・ご家族様へ

委託調査の協力をお願い

自殺を防ぐことを目的に、救急医療機関が大阪府からの委託を受けて実施している調査にご協力をお願いします。

この調査は、当院の精神保健福祉士などの資格を有した相談員が、患者様やご家族に面接いたします。可能な範囲でお答えください。

その内容によっては、調査だけではなく、相談機関の紹介を行ったり、地域の関係機関と連携し、問題の解決や軽減のための方法などを一緒に考え、支援いたします。

- * 調査への費用負担はありません。
- * 同意しない場合、なんら不利益になることはありません。
- * 調査に同意した後でも、やめることができます。その際は、それまでにお聞きした内容はこの調査に使用せず、当院で責任をもって破棄いたします。

個人情報の保護について

- 守秘義務を守ります。
守秘義務を守り、データの保管には最大限の保全を図ります。
- 調査で得た個人情報については、個人が特定されないよう数値化したうえで、大阪府に報告します。氏名、住所など個人が特定されるような情報は一切含まれませんのでご安心ください。
- 調査結果については、個人が特定されない形で、学会・学術講演会・学術雑誌等で報告をさせていただきますことがあります。

説明年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明担当者： _____

この調査に関するお問い合わせ先
(実施医療機関)

(委託者)

大阪府健康医療部保健医療室
地域保健感染症課精神保健グループ
電話：06-6941-0351 (内 2587) FAX：06-4792-1722

(資料 C)

病院院長様

同意書

私は、「委託調査の協力をお願い」についての説明を受け、
内容を十分に理解しました。

その上で、調査に協力することに同意します。

説明年月日：平成_____年_____月_____日

説明者氏名：_____

署名年月日：平成_____年_____月_____日

本人署名：_____

(資料 C)

病院院長様

同意撤回書

私は、平成_____年_____月_____日 「委託調査の協力のお願い」について同意しましたが、その同意を撤回することになりました。

署名年月日：平成_____年_____月_____日

本人署名：_____

謝辞

まず、大阪府域の自殺未遂者の実態を把握するため、調査についてご協力いただいた全救命救急センターの方々に、お礼申し上げます。

また、本報告書を作成するに当たって、自殺未遂者支援部会の委員の方々、自殺未遂者実態調査検討会の委員の方々、各救命救急センター施設長の方々にたくさんの貴重なご意見をいただきました。さらに、現場の調査にあたった調査担当者の方々は多忙な中で多大な労力を費やしていただきました。近畿大学医学部附属病院の和田照平氏、大阪府済生会千里病院の岩間紀子氏、大阪府立泉州救命センターの住田緒理依氏、精神保健福祉士の野上智子氏には、事業の開始当初から尽力していただきました。

この場を借りて感謝申し上げます。

そして本調査のすべての過程に尽力し、情報の管理を行っていただいた山田妃沙子氏、報告書の作成に全面的にバックアップいただいた青柳宇以先生、板東宏樹先生、織田裕行先生、高瀬勝教先生の関西医科大学自殺予防グループの皆さまには心より感謝申し上げます。

この事業が、今後の大阪府の自殺対策、さらには住みよい社会の構築に役立つことを願います。

関西医科大学精神神経科 自殺予防グループリーダー 杉本達哉

執筆者

○杉本達哉	関西医科大学精神神経科	自殺予防グループリーダー
山田妃沙子	関西医科大学精神神経科	自殺予防グループ
青柳宇以	関西医科大学精神神経科	自殺予防グループ
板東宏樹	関西医科大学精神神経科	自殺予防グループ
織田裕行	関西医科大学精神神経科	自殺予防グループ
高瀬勝教	関西医科大学精神神経科	自殺予防グループ
田近亜蘭	関西医科大学精神神経科	
木下利彦	関西医科大学精神神経科	
中谷壽男	関西医科大学救急医学科	
廣常秀人	独立行政法人国立病院機構大阪医療センター	
和田照平	近畿大学医学部附属病院	
佐藤 篤	近畿大学医学部附属病院	
岩間紀子	大阪府済生会千里病院	
住田緒理依	大阪府立泉州救命救急センター	
野上智子	精神保健福祉士	
高橋裕美	大阪大学医学部附属病院	
北角洋子	大阪府三島救命救急センター	
福田やとみ	関西医科大学附属枚方病院救命救急センター	
廣野二美	大阪府立中河内救命救急センター	
太田裕子	独立行政法人国立病院機構大阪医療センター	
但井満則	大阪警察病院	
井波有紀子	大阪市立大学医学部附属病院	
延原文緒	地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立急性期・総合医療センター	
釘田妙子	大阪府こころの健康総合センター	
福村和美	大阪府こころの健康総合センター	

本報告書に係る実施主体

大阪府健康医療部 保健医療室 地域保健感染症課

事業受託者

関西医科大学附属滝井病院

自殺未遂者実態調査検討会委員

所 属	役 職	委 員 名
大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター	教授	嶋津 岳士
大阪府済生会千里病院千里救命救急センター	副センター長	林 靖之
大阪府三島救命救急センター	所長	秋元 寛
関西医科大学附属枚方病院 救命救急センター	教授	北澤 康秀
関西医科大学附属枚方病院 精神神経科	助教	杉本 達哉
関西医科大学附属滝井病院 精神神経科	助教	織田 裕行
大阪府立中河内救命救急センター	所長代行	加藤 昇
近畿大学医学部附属病院 精神神経科学教室	臨床心理士	佐藤 篤
大阪府立泉州救命救急センター	所長	松岡 哲也
独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 救命救急センター	診療部長	定光 大海
独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 精神科	科長	廣常 秀人
大阪警察病院救命救急センター	救命救急科部長	岸 正司
大阪府立大学医学部附属病院 救急部	救命救急センター長	溝端 康光
地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立急性期・総合医療センター	救命救急センター長	藤見 聡
地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立急性期・総合医療センター 精神科	主任部長	松永 秀典
地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立精神医療センター総合治療科	副部長	岩田 和彦
大阪市こころの健康センター	所長	以倉 康充
堺市健康福祉局健康部精神保健福祉課	課長	植西 昌彦
堺市こころの健康センター	所長	森川 将行
大阪府健康医療部保健医療室医療対策課	課長	金森 佳津
大阪府健康医療部保健医療室地域保健感染症課	課長	永井 仁美
大阪府茨木保健所	所長	谷口 隆
大阪府こころの健康総合センター	所長	松浦 玲子



大阪府

健康医療部保健医療室 地域保健感染症課

〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目1番22号

TEL06(6944)7524/ファックス06(4792)1722