

認知症, 統合失調症, 気分障害の患者以外への退院支援が増加している。介入患者の病名が多様化し, 病気の特徴を理解しながら, 利用可能な制度を紹介し, 支援方法を考える困難さがある。

4. 支援内容

転院支援, 施設入所は全体の 1/4。介護保険や障がい者自立支援サービスを利用しての在宅サービスの調整が増加している。

5. 支援回数

介入患者数の増加に伴い, 支援回数も増加している。支援項目別では, 転院・施設入所支援が 770 回 (35%), 他職種との連絡調整等の間接的支援が 628 回 (28%) である。

自宅以外に退院する患者の退院支援に, 時間がかかる事が分かる。

6. 退院先

転院数, 施設入所者数は増加しているが, 割合では在宅 (地域) へ退院している患者が全体の 3/4 である。

理由としては, 環境調整を行って自宅退院する患者が増えた事, 若年者への支援は増加している為と考えられる。

7. 平均在院日数 (PSW 介入症例)

PSW が介入した症例に限定した場合の平均在院日数は毎年度 10 日ほどずつ短縮している。

早期退院の工夫として, 以下の四点を実施している。

- ①入院後 2 週間以内に担当医に介入の必要性を確認。
- ②病棟に行く回数を増やし, 情報収集と情報共有に努める。
- ③高齢者の場合は, 早期に介護保険の申請を行う。
- ④看護師を対象とした勉強会への参加。

【まとめ】介入患者数は増加。病名や年齢も多様化。しかし, 在院日数は減少している。このことから, 退院支援における PSW の役割や重要性は大きいと考えられる。

7 精神通院自立支援医療受給者の自殺率について

阿部 俊幸

新潟県精神保健福祉センター

【目的】平成 19 年から 21 年まで 3 年間の精神通院にかかる自立支援医療受給者 (以下「受給者」と略) について, 同期間の人口動態調査死亡票との照合により自殺率を算出し非受給者と比較した。

【方法】新潟市保健所を含む県内 13 保健所の各担当者が各年度の管内受給者延べ 69,208 人について, 厚生労働省より二次使用の許可を得た管内分の人口動態調査死亡票との照合を行ない, 受給者の各疾病分類, 所得区分別の自殺を抽出した。同期間における県全体の自殺数と各年 10 月 1 日現在の県推計人口から算出した自殺率を母比率として Poisson 分布による有意確率を統計電卓 DA Stats で算出し, 検定を行った。各疾病分類, 所得区分の母比率との比較ではそれぞれ多重比較法である Holm 法により全体としての有意水準を 5% とする棄却水準の調整を行った。受給者全体, 及び疾病分類別で有意となった各項目に関しては非受給者との比較による寄与危険度, およびそれに対象者数を乗じ 3 で除して 1 年当たりの寄与数を算出した。

【受給者の基本属性】平成 23 年 7 月 31 日現在の新潟市在住を除く受給者 19389 人の平均年齢は 46.9 ± 16.5 才, 男女比は 1:1.05 であった。

【結果】県平均と比較して受給者の自殺率は有

表 1 全受給者の自殺率

	対象者数	自殺数	自殺率(人口10万対)	P値	有意 寄与危険度	寄与数
受給者	69,208	181	261.5	<0.0001 *	235.3	54.3
非受給者	7,117,011	1,866	26.2			
計	7,186,219	2,047	28.5			

表 2 各疾病分類別の自殺率及び寄与数

	対象者数	自殺数	自殺率	P値	有意 寄与危険度	寄与数
F0(器質性)	2,214	1	45.2	0.9355		
F1(精神作用物質)	1,427	9	630.7	<0.0001 *	604.5	2.9
F2(統合失調症)	27,633	56	202.7	<0.0001 *	176.4	16.3
F3(気分障害)	22,842	87	380.9	<0.0001 *	354.7	27.0
F4(神経症性障害)	2,084	5	239.9	0.0008 *	213.7	1.5
F5(生理的障害)	180	1	555.6	0.1000		
F6(パーソナリティ障害)	866	5	577.4	<0.0001 *	551.1	1.6
F7(知的障害)	3,409	1	29.3	1.0000		
F8(発達障害)	729	0	0.0	1.0000		
F9(小児期青年期)	247	0	0.0	1.0000		
G40(てんかん)	7,513	6	79.9	0.0443		

(自殺率, 寄与危険度の単位は人口十万対, 寄与数の単位は人/年)

意に高く、非受給者の約10倍であった(表1)。疾病分類別では5区分が、所得区分別では全ての所得区分が有意に高かった(表2)。

【考察】心理学的剖検研究により後方視的に自

表3 所得区分別の自殺率

	対象者数	自殺数	自殺率(人口10万対)	P値	有意
生活保護	6,405	10	156.1	<0.0001	*
低所得1	16,629	52	312.7	<0.0001	*
低所得2	9,370	15	160.1	<0.0001	*
中間所得	1,053	6	569.8	<0.0001	*
中間所得1	16,540	40	241.8	<0.0001	*
中間所得2	16,981	49	288.6	<0.0001	*
一定所得以上	2,230	4	179.4	0.0082	*

殺者の多くに生前の精神疾患の存在が推定できること<sup>1)</sup>、重症自殺企図者の多くに精神疾患が認められること<sup>2)</sup>は知られているが、前方視的な精神疾患有病者の自殺率の報告は多くない。本研究では自殺の実態把握の一環として受給者の自殺率を県平均と比較した。性、年齢、職業といった要因の交絡を調整していないが、受給者全体では非受給者の約10倍の自殺率で、診断書の主たる精神障害のICD-10コードに基づく疾病分類別では順にF1, F6, F3, F4, F2が有意に高い。寄与数はF3, F2の両者で受給者全体の約79%を占めていた。

ただし、今回の調査では氏名と生年月日の一致をもとに受給者の自殺を把握したため、受給決定後の氏名の変更により把握漏れが生じ受給者の自殺率を過小評価している可能性がある。自立支援法精神通院医療は年度単位であるのに対し人口動態統計は暦年で把握するため、両者に3ヶ月の期間のずれがあることも考慮すべきである。また、受給は通院患者の申請に基づき行われるため、より重症な患者も多いと考えられる入院者や、逆に申請しないことも多い通院頻度の低い軽症者、経済的な事情等により申請をしない通院者、さらに通院もしていない患者に関しては把握できず、今回の結果で各疾患の有病者全体の自殺率を論ずることはできない。

受給者数は近年増加傾向にあり、今後高齢化等による有病率の増加や長期入院患者の地域移行に伴い、さらに増加することが予想される。本研究でハイリスクであることが確認された受給者

に焦点を絞った自殺対策も必要と考えられる。

【まとめ】受給者の自殺率は、県平均より有意に高く、疾病分類別ではF1, F6, F3, F4, F2が有意に高かった。非受給者との比較による寄与数ではF3, F2が受給者の寄与全体の約8割を占めた。

## 【文献】

- 1) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33: 395 - 405, 2003.
- 2) Tomoki Yamada, et al: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry* 7: 64, 2007.

## 8 新潟県下越地区3市町村における就学児健康診断の実態について

稲月まどか

医療法人黒川病院

【はじめに】発達障害や子供虐待による情動や行動の障害を有する子供の増加に伴い、地域保健や教育場面でもそれらの子供に対する実効性のある対応が求められている。医療はそれらと連携しつつ、診断や治療を通して、障害の根幹を見据えながら、個人の生活の質や将来の展望などを患者さんや家族と共有しながらガイドし、見守る役割を課せられている。その性質上医療はあくまで患者さんの前では個人的なものである。しかし今日発達障害や発達行動上の困難を示し、適応障害を持つ子供たちや、子供を取り巻く家族の問題は増加の一途にあり、目の前の患者さんの対応だけでは全体の底上げにならず不十分になってきている。

演者は地域にあって、適応の困難を持つ子供や家族に対し、医療が貢献できることを模索すべく、予防的な観点で地域の保健活動に携わっている。

新潟県下越地区では三歳児健診後の公的健診