

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¹⁾、重症自殺企図者の多くに精神疾患が認められること²⁾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

は教育機関で行われる就学児健診が最後になっており、その在り方と現状を検討すべく実態を調査した。

【結果】調査したのは新潟県下越地区で演者が就学指導委員として関わっている3市町村である。就学指導委員会開催時点で診断名を有するか、発達行動上の適応障害が大きく特別な教育的ニーズを持つと考えられる子供の実数とその診断名をH21年H22年の2年間調査した。就学指導委員会に期待されている役割や位置づけは地域によって若干の違いがあり、指導委員会にあがる事例に関して保護者の同意がある地域と必要のない地域がある。就学の前に地域の保健と福祉・教育が情報を共有し、その時点での年長児における有病率が確認できる。就学時健診で確認できた発達障害並びに行動障害の有病率は、6%から38%まで地域・年度によってかなりばらつきがあった。同年に行った三歳児健診のデータを合わせて検討してみるとここ数年、年間出生数が減る中でかえって発達障害特性や行動障害を有する子供の数はふえており、受診者に占める割合は年度と地域を対応させるとH22年のA町を除き三歳児健診のほうが有意に多かったが、町村部ではH22年の就学時健診において多動、衝動統制困難、乱暴、注意障害、気分のむらなどの行動障

害を示す子供の割合が高くなっていった。

【考察】三歳児健診と就学児健診での発達・行動障害の出現率の違いは、健診目的の違いや、背景となる集団構成の違い、就学までに子供が発達し問題が改善している可能性、逆に環境要因によって行動障害が生じてきている可能性、経時的に発達・行動障害の子供が増えてきている可能性など複数の要因が考えられた。

今後とも子供の有り様の集団としての変化と、そこへの介入や子育て支援策などについて考察していきたい。

II. 特 別 講 演

1 「統合失調症の分子遺伝学」

新潟大学保健管理センター

講師

渡 部 雄一郎

2 「GABA 神経伝達と精神神経疾患:

GABA 合成酵素遺伝子欠損マウスを用いた研究」

群馬大学大学院医学系研究科

遺伝発達行動学分野 教授

柳 川 右千夫