

新潟県自立支援医療（精神通院医療）  
受給者自殺調査報告書

令和5年4月

新潟県

# 目次

I. 要旨	1
II. 調査概要	1
1. 目的	1
2. 実施主体	1
3. 方法	1
(1) 対象者名簿の作成	1
(2) 死亡票情報の取得	2
(3) 死亡票、死亡個票と対象者名簿の照合	2
4. 作業および公表にあたっての留意事項	2
III. 結果	2
1. 基本属性と平均追跡期間	2
(1) 性	2
(2) 年齢	2
(3) ICD-10 疾病分類	2
(4) 平均追跡期間	3
(5) 全死亡および自殺の性別標準化死亡比(SMR)	4
2. 属性別自殺率	5
(1) 性別	5
(2) 年齢階級別	5
(3) 疾病分類別	6
(4) 処方薬剤種類数別	6
3. 多変量解析	8
IV. 考察とまとめ	11
1. 調査の背景	11
2. 先行調査と今回の仮説	11
3. 今回の調査方法の特徴	11
4. 主な調査結果についての考察	12
5. 本調査の限界	13
6. まとめ	14
文 献	14

# 図表目次

表 1	ICD-10 コードと疾病分類名の対応表.....	3
表 2	性別 ICD-10 疾病分類（分類名は略称）別対象者数および性別割合.....	3
表 3	追跡期間別自殺数および自殺率（単位は 10 万人年当たり、以下同じ）.....	4
表 4	全県の性別年齢階級別人口・自殺・全死亡数、対象者の年齢階級別人口.....	4
表 5	対象者の全死亡および自殺の性別 SMR（標準を 100 とする）.....	4
表 6	性別自殺数および自殺率（単位は 10 万人年当たり）.....	5
表 7	年齢階級別自殺数および自殺率（単位は 10 万人年当たり）.....	5
表 8	疾病分類別自殺数および自殺率（単位は 10 万人年当たり）.....	6
表 9	疾病分類別自殺の有無別平均年齢(自殺数が 3 未満の疾病分類を除く).....	6
表 10	薬剤種類数別自殺数および自殺率（単位は 10 万人年当たり）.....	7
図 1	全薬剤種類数別自殺率（単位は 10 万人年当たり）.....	7
表 11	処方薬剤種類数別自殺数および自殺率その 1、F2 への抗精神病薬.....	7
表 12	処方薬剤種類数別自殺数および自殺率その 2、F3,F4,F5,F6 への抗うつ・抗不安・気分安定薬 3 分類の合計.....	8
図 2	統合失調症群薬剤種類数別累積生存率曲線（自殺以外の死因は追跡打ち切りとする）.....	9
図 3	気分障害・神経症等群(F3,F4,F5,F6)薬剤種類数別累積生存率曲線（自殺以外の死因は追跡打ち切りとする）.....	9
表 13	統合失調症群の多変量調整ハザード比及び 95%信頼区間.....	10
表 14	気分障害・神経症等群の多変量調整ハザード比及び 95%信頼区間.....	10

# I. 要旨

平成 26 年と 27 年の 2 年間に開催された新潟県・新潟市合同の判定会議の答申に基づき支給が認定された県管轄分の自立支援医療（精神通院医療）申請（手帳同時申請を除く、以下同様）にかかる診断書について、厚生労働省に統計法第 33 条第 1 項第 1 号の申出を行い調査票情報の提供を受け、平成 26 年から令和元年まで 6 年間の県内の死因が自殺である死亡票情報と照合した。調査対象者の自殺は 102 人が把握され、自殺の SMR は同期間の新潟県を 100 とした場合 573 であった。自殺の関連要因について調査したところ、認定からの期間が短いほど自殺率が高く、性別では男性が女性の 1.6 倍であった。年齢階級別では 20 歳代が最も高く、次いで 70 歳代が高かった。統合失調症群と F3, F4, F5, F6 を一括した気分障害・神経症等群の 2 群についてそれぞれ行った Cox の比例ハザード分析では、気分障害・神経症等群で男性、「その他」薬を除く処方薬剤種類数合計の 2 項目のハザード比が有意に高かった。

# II. 調査概要

## 1. 目的

自立支援医療（精神通院医療）受給者の属性別の自殺率を調査し、自殺予防、適切な同医療と精神保健福祉の向上に資するとともに県内精神科医療機関等関係機関に情報提供を行なうため、平成 26 年と 27 年の 2 年間に開催された新潟県・新潟市合同の判定会議の答申に基づき認定された県管轄分の受給者について平成 26 年から令和元年まで 6 年間の自殺の関連要因を調査する。

## 2. 実施主体

新潟県

福祉保健部障害福祉課

精神保健福祉センター

## 3. 方法

### (1) 対象者名簿の作成

平成 26 年と 27 年の 2 年間に定例月 2 回、計 24 回開催された新潟県・新潟市合同の判定会議の答申に基づき支給が認定された新潟県管轄分の自立支援医療（精神通院医療）（手帳同時申請を除く）申請にかかる診断書のうち、処方薬剤種類数の特定が不可能であった 755 件を除く 17,872 件について、同期間内の受給者台帳を元に生年月日、住所、氏名、認定にかかる判定会議開催年月日を特定し、2 年間で複数回認定された受給者の 2 回目以降の診断

書のべ 602 件を除外した。最終的に分析の対象とした実人員（以下、「対象者」）は 17,270 人であった。

#### (2) 死亡票情報の取得

統計法第 33 条第 1 項第 1 号の申し出に基づき、厚生労働省より平成 26 年から令和元年まで 6 年間の新潟県（新潟市を含む）に住所を有する日本人の人口動態調査（基幹統計調査）死亡票情報（前年以前発生分を含まない）について

- ① 死亡票のうち死因の状況符号に自殺のコード（X60 から X84）があるものの提出年月、届出地市町村番号、事件簿番号、生年月日、死亡年月日
  - ② 死亡個票の処理年月、届出地市町村番号、事件簿番号、死亡年月日、住所、氏名、生年月日
- の提供を受けた。

#### (3) 死亡票、死亡個票と対象者名簿の照合

届出地市町村番号、提出年月、事件簿番号について上記(2)の①と②を照合し、死因が自殺である死亡票について生年月日、住所、氏名を特定した。それを(1)と照合して対象者の自殺の有無を把握した。また全死亡に関して同様の照合を行い対象者の死亡年月日を把握した。

### 4. 作業および公表にあたっての留意事項

作業にあたっては個人情報保護のため定められた手順に従い、結果の公表は個人の特定ができないよう集計結果のみとした。なお、本調査は「3. 方法」のとおり厚生労働省の人口動態調査の調査票情報を利用し独自集計したものであり、本報告書の集計結果は公表数値とは一致しない場合がある。

## III. 結果

### 1 基本属性と平均追跡期間

#### (1) 性

対象者 17,270 人の男女比は 1 : 1.09 と女性が多い。自殺者 102 人の男女比は 1.49 : 1 と男性が多い。

#### (2) 年齢

認定にかかる判定会議開催時点における対象者の平均年齢（±標準偏差）は 47.47 ± 15.72 歳、うち自殺者の平均年齢は 48.13 ± 14.31 歳であった。

#### (3) ICD-10 疾病分類

性別 ICD-10 疾病分類(表 1)別の対象者数および性別の割合は表 2（分類名は略称）のとおりであった。

表 1 ICD-10 コードと疾病分類名の対応表

F0	症状性を含む器質性精神障害
F1	精神作用物質使用による精神および行動の障害
F2	統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
F3	気分(感情)障害
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
F5	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
F6	成人のパーソナリティおよび行動の障害
F7	知的障害
F8	心理的発達障害
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、特定不能の精神障害
G40	てんかん

表 2 性別 ICD-10 疾病分類 (分類名は略称) 別対象者数および性別割合

	男	女	合計
F0(認知症)	241 ( 49.0% )	251 ( 51.0% )	492 ( 100.0% )
F1(精神作用物質)	279 ( 83.8% )	54 ( 16.2% )	333 ( 100.0% )
F2(統合失調症)	3068 ( 50.6% )	2998 ( 49.4% )	6066 ( 100.0% )
F3(気分障害)	2505 ( 41.0% )	3598 ( 59.0% )	6103 ( 100.0% )
F4(神経症性障害)	357 ( 34.5% )	678 ( 65.5% )	1035 ( 100.0% )
F5(生理的障害)	7 ( 12.1% )	51 ( 87.9% )	58 ( 100.0% )
F6(パーソナリティ障害)	50 ( 27.6% )	131 ( 72.4% )	181 ( 100.0% )
F7(知的障害)	505 ( 58.4% )	360 ( 41.6% )	865 ( 100.0% )
F8(発達障害)	379 ( 71.5% )	151 ( 28.5% )	530 ( 100.0% )
F9(小児期青年期)	127 ( 70.6% )	53 ( 29.4% )	180 ( 100.0% )
G40(てんかん)	750 ( 52.6% )	677 ( 47.4% )	1427 ( 100.0% )
合計	8268 ( 47.9% )	9002 ( 52.1% )	17270 ( 100.0% )

#### (4) 平均追跡期間

対象者ごとに認定にかかる判定会議の開催日を追跡の起点とし、死亡者は死亡日、それ以外は令和元年末日を終点とする追跡期間を算出した。対象者の平均追跡期間は  $4.72 \pm 0.87$  年で、うち自殺者の平均追跡期間は  $1.91 \pm 1.40$  年であった。今回の調査では転出、継続申請しない等による受給資格喪失は把握していないため、4年未満での追跡終了は死亡者のみで、少ない年で205人、多い年で256人とほぼ一定であった。それに対し追跡期間4年以上では大部分が死亡情報が無いまま令和元年末日を迎えるため、追跡終了となる対象者数は大幅に増える。

なお、同5年以上6年未満は4年以上5年未満に比べほぼ半減しているが、その理由は令和元年(2019)末日に追跡5年以上で追跡が終了した対象者の多くは認定が比較的少ない平成26年(2014)に認定を受けていることによる。すなわち、平成22年4月1日からそれまで毎年必要であった診断書の提出が2年に一度になったため、年度内に認定された受給者数は平成22年度は少なく平成23年度は多く、以後年度ごとに増減を繰り返している。以上のとおり追跡終了となる対象者数は年ごとに変動はあるものの、表3の追跡期間別10万人年当たりの自殺率は追跡期間が長くなるほど低下していた。

表3 追跡期間別自殺数および自殺率（単位は10万人年当たり、以下同じ）

	対象者数(A)	自殺数(B)	平均追跡年数(C)	追跡人年(A*C)	自殺率(B/(A*C))
1年未満	215	33	0.493	106.0	31133.5
1年以上2年未満	208	28	1.507	313.5	8932.7
2年以上3年未満	205	16	2.505	513.5	3115.7
3年以上4年未満	256	16	3.497	895.2	1787.2
4年以上5年未満	10672	8	4.497	47,992.0	16.7
5年以上	5714	1	5.555	31,741.3	3.2
合計	17270	102	4.723	81,566.2	125.1

(5) 全死亡および自殺の性別標準化死亡比(SMR)

6年間の全死亡は1110人が把握された。同期間の新潟県(新潟市を含む)人口を基準集団、対象者を観察集団として人年法により性別平均追跡期間(男性4.685±0.932年、女性4.758±0.816年)を用いて算出した全死亡と自殺の性別標準化死亡比(SMR)は表5の通りであった。なお、SMRの算出に用いた表4の新潟県内の年齢階級別人口は厚生労働省人口動態統計を、年齢階級別全死亡数および同自殺数は新潟県福祉保健年報を、いずれも本調査のため独自集計したものであり公表されている数値とは異なる場合がある。

表4 全県の性別年齢階級別人口・自殺・全死亡数、対象者の年齢階級別人口

県人口(六年計)	0~	10~	20~	30~	40~	50~	60~	70~	80~	計
男	525000	624000	593000	766000	930000	861000	1050000	754000	486000	6589000
女	500000	590000	549000	723000	888000	844000	1067000	887000	945000	6993000
全県全死亡数(六年計)										13582000
男	148	115	333	585	1,528	3,595	11,382	19,854	50,009	87,549
女	123	60	145	328	856	1,715	4,446	10,056	70,117	87,846
全県自殺数(六年計)										175395
男	0	45	182	234	315	362	327	235	261	1961
女	0	22	54	78	101	88	159	144	213	859
対象者数										2820
男	32	408	807	1475	1905	1738	1498	350	55	8268
女	9	288	1000	1727	1894	1658	1736	551	139	9002

表5 対象者の全死亡および自殺の性別SMR(標準を100とする)

	対象者全死亡数	全死亡SMR	対象者自殺数	自殺SMR
男	672	332.3	61	473.3
女	438	306.2	41	810.5
男女計	1110	320.9	102	572.5

## 2. 属性別自殺率

以下、各属性について分類項目ごとに平均追跡年数と対象者数の積による追跡人年を算出し、それを分母とし自殺数を分子とする追跡 10 万人年当たりの自殺率を算出した。

### (1) 性別

性別では男性が高い。

表 6 性別自殺数および自殺率（単位は 10 万人年当たり）

	対象者数(A)	自殺数(B)	平均追跡年数(C)	追跡人年(A*C)	自殺率(B/(A*C))
男	8268	61	4.685	38735.58	157.5
女	9002	41	4.758	42831.52	95.7
計	17270	102	4.723	81566.21	125.1

### (2) 年齢階級別

年齢階級別では 20～29 歳が最も高く、次いで 70～79 歳が高い。

表 7 年齢階級別自殺数および自殺率（単位は 10 万人年当たり）

	対象者数(A)	自殺数(B)	平均追跡年数(C)	追跡人年(A*C)	自殺率(B/(A*C))
0～	41	0	5.057	207.337	0.0
10～	696	1	5.019	3493.224	28.6
20～	1807	14	4.904	8861.528	158.0
30～	3202	16	4.834	15478.468	103.4
40～	3799	24	4.765	18102.235	132.6
50～	3396	21	4.679	15889.884	132.2
60～	3234	20	4.566	14766.444	135.4
70～	901	6	4.409	3972.509	151.0
80～	194	0	4.08	791.52	0.0

### (3) 疾病分類別

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、特定不能の精神障害)が最も高く、F1(精神作用物質による障害)がそれに次ぐ。ただし、両者とも自殺数はそれぞれ2人、3人と少数であり評価には注意を要する。自殺数が最も多いのはF3、次いでF2で両者の合計84人は自殺者102人の82.3%を占めた。

表8 疾病分類別自殺数および自殺率(単位は10万人年当たり)

	対象者数(A)	自殺数(B)	平均追跡年数(C)	追跡人年(A*C)	自殺率(B/(A*C))
F0(認知症)	492	0	4.311	2121.0	0.0
F1(精神作用物質)	333	3	4.513	1502.8	199.6
F2(統合失調症)	6066	29	4.668	28316.1	102.4
F3(気分障害)	6103	55	4.769	29105.2	189.0
F4(神経症性障害)	1035	6	4.861	5031.1	119.3
F5(生理的障害)	58	0	4.926	285.7	0.0
F6(パーソナリティ障害)	181	1	4.799	868.6	115.1
F7(知的障害)	865	1	4.7	4065.5	24.6
F8(発達障害)	530	3	4.904	2599.1	115.4
F9(小児期青年期)	180	2	4.858	874.4	228.7
G40(てんかん)	1427	2	4.761	6793.9	29.4
合計	17270	102	4.723	81566.2	125.1

自殺数が3未満の6疾病分類(F0、F5、F6、F7、F9、G40)を除く5疾病分類について自殺の有無別の平均年齢を比較した。自殺群の平均年齢はF8(発達障害)が最も低い。自殺群と非自殺群の比較ではF8(発達障害)とF4(神経症性障害)で自殺群の平均年齢が高く、F1(精神作用物質)、F2(統合失調症)、F3(気分障害)では両者の差は比較的少ない。

表9 疾病分類別自殺の有無別平均年齢(自殺数が3未満の疾病分類を除く)

	自殺群		非自殺群	
	平均年齢	数	平均年齢	数
F1(精神作用物質)	55.4	3	57.1	330
F2(統合失調症)	47.3	29	49.2	6037
F3(気分障害)	49.9	55	49.5	6048
F4(神経症性障害)	47.9	6	41.1	1029
F8(発達障害)	41.0	3	25.1	527

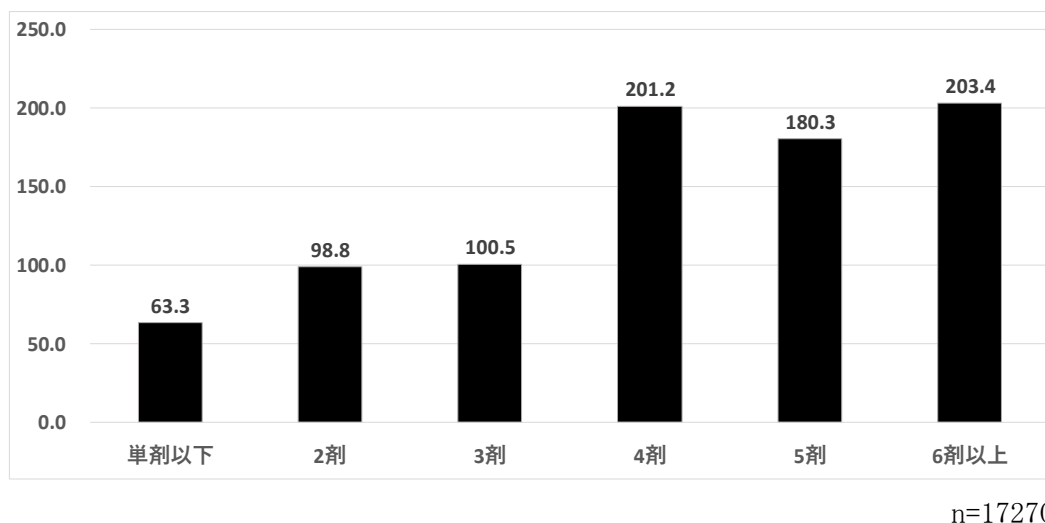
### (4) 処方薬剤種類数別

「その他」薬(緩下剤、抗パーキンソン病薬、解熱薬、各種漢方薬、生活習慣病治療薬、ビタミン剤など)を除く7分類(抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬、抗不安薬、睡眠薬、抗てんかん薬、抗認知症薬、抗酒薬)の薬剤種類数を合計し、単剤以下から6剤以上までの6カテゴリーに分類してそれぞれの自殺率を算出した。4剤処方群の自殺率が5剤より高く6剤以上とほぼ等しい、2剤と3剤がほぼ等しいなどの例外もあるが、全体としては種類数が増えるに伴い自殺率が高くなる傾向を認めた(図1)。

表 10 薬剤種類数別自殺数および自殺率（単位は 10 万人年当たり）

	対象者数(A)	自殺数(B)	平均追跡年数(C)	追跡人年(A*C)	自殺率(B/(A*C))
単剤以下	3633	11	4.78	17365.7	63.3
2剤	3844	18	4.739	18216.7	98.8
3剤	3776	18	4.745	17917.1	100.5
4剤	2767	26	4.671	12924.7	201.2
5剤	1671	14	4.646	7763.5	180.3
6剤以上	1579	15	4.671	7375.5	203.4
合計	17270	102	4.723	81566.2	125.1

図 1 全薬剤種類数別自殺率（単位は 10 万人年当たり）



疾病分類と処方薬剤種類数の組み合わせに関するサブグループ分析として統合失調症 6066 人への抗精神病薬について、及び気分障害・神経症等群 (F3、F4、F5、F6) の計 7377 人への抗うつ・抗不安・気分安定薬 3 分類の種類数合計について、それぞれ処方なし、単剤、2 剤以上の 3 分類に集約し比較した。結果は表 11, 12 のとおりであった。統合失調症の処方なしは 115 人 (1.9%)、気分障害・神経症等群の処方なしは 449 人 (6.1%) といずれも少なく偶然変動の可能性も高いが、両サブグループとも処方なし、2 剤以上、単剤の順に自殺率が高かった。

表 11 処方薬剤種類数別自殺数および自殺率その 1、F2 への抗精神病薬

	対象者数(A)	自殺数(B)	平均追跡年数(C)	追跡人年(A*C)	自殺率(B/(A*C))
処方無し	115	1	4.776	549.2	182.1
単剤	3117	13	4.694	14631.2	88.9
2剤以上	2834	15	4.635	13135.6	114.2
合計	6066	29	4.668	28316.1	102.4

表 12 処方薬剤種類数別自殺数および自殺率その 2、F3, F4, F5, F6 への抗うつ・抗不安・気分安定薬 3 分類の合計

	対象者数(A)	自殺数(B)	平均追跡年数(C)	追跡人年(A*C)	自殺率(B/(A*C))
処方無し	449	5	4.734	2125.6	235.2
単剤	2112	16	4.782	10099.6	158.4
2剤以上	4816	41	4.789	23063.8	177.8
合計	7377	62	4.784	35291.6	175.7

### 3. 多変量解析

#### (1) ハザード比一定性の検討

自殺の関連要因としての年齢、性別、疾病分類、処方薬剤種類数（「その他」薬を除く）は、相互に関連するため分析には多変量解析が有効と考えられる。対象者の自殺 102 人のうち 91 人（89.2%）は F2 から F6 が占め、それ以外の 6 疾病分類（F0、F1、F7、F8、F9、G40）の自殺率は低いか、自殺の絶対数が少ない。そこで、統合失調症群 6066 人、気分障害・神経症等群 7377 人の 2 群について多変量解析を試みた。ハザード比一定性の検討として処方薬剤種類数の合計を「その他」薬を除きそれぞれ単剤以下を 1、2 剤を 2、3 剤を 3、4 剤を 4、5 剤以上を 5 と置き換え、横軸の単位を年とし Kaplan-Meier 法による累積生存率曲線を描画した。なお、自殺以外の死亡はその時点での追跡打ち切りとして扱い、判定会議開催時点で死亡していた 11 例は計算エラー防止のため便宜的に追跡期間を 0.1 年とした。

図 2 統合失調症群薬剤種類数別累積生存率曲線（自殺以外の死因は追跡打ち切りとする）

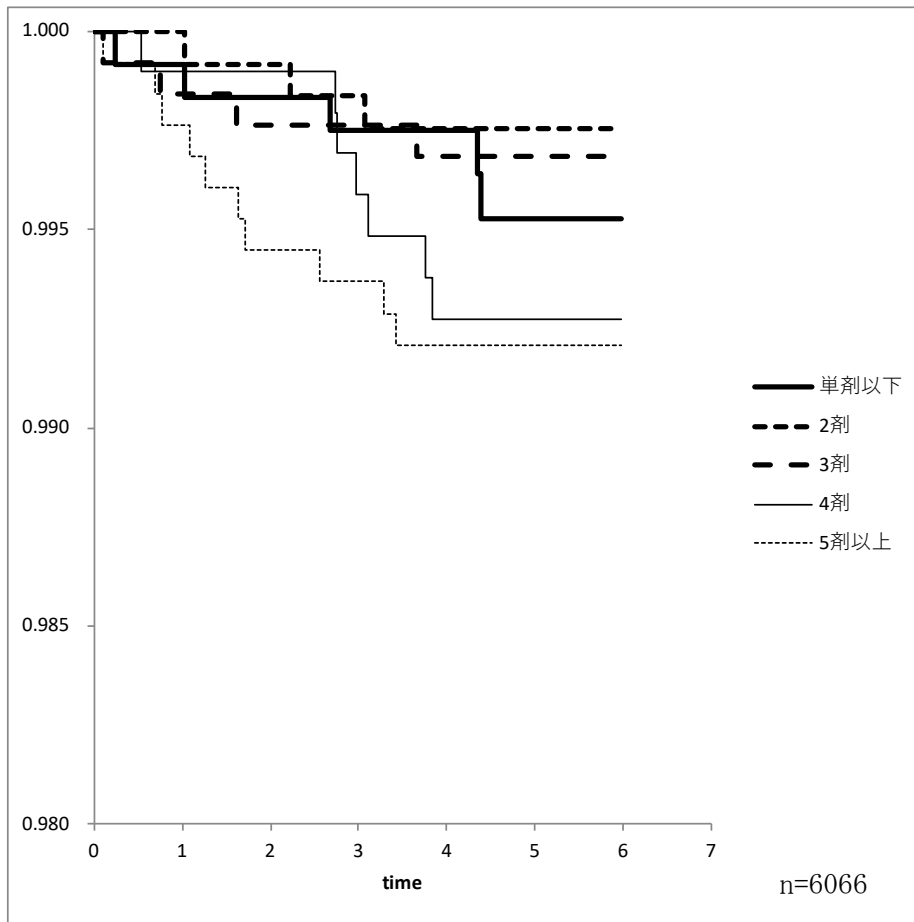
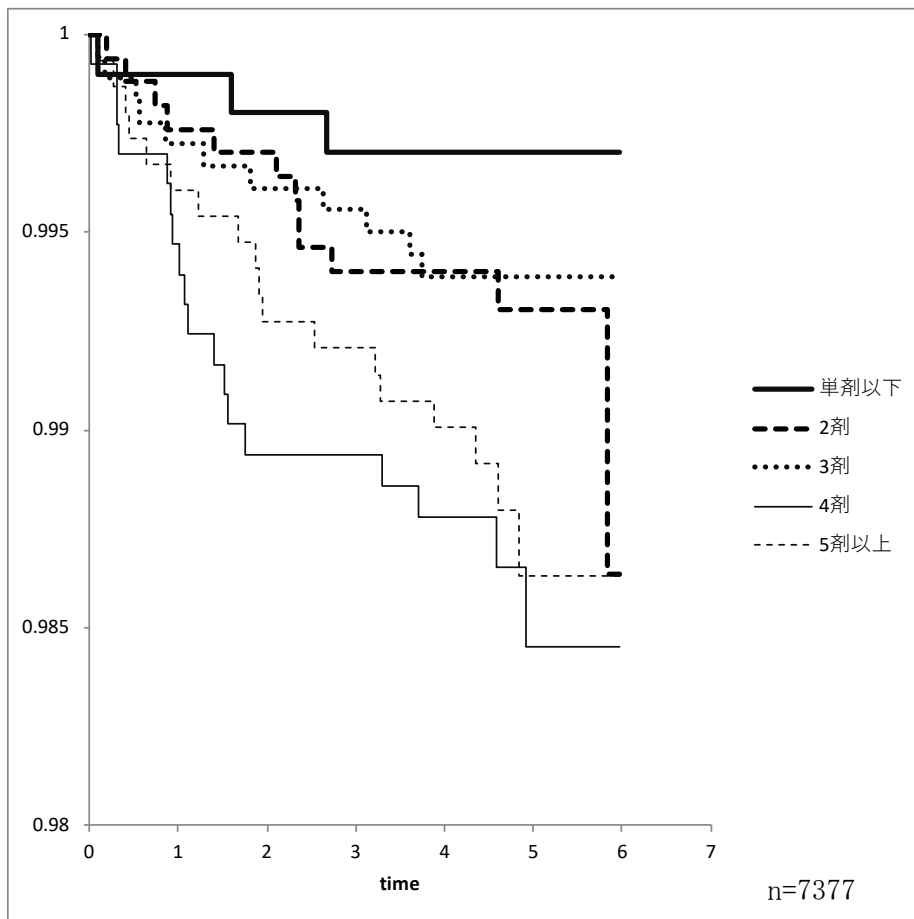


図 3 気分障害・神経症等群 (F3, F4, F5, F6) 薬剤種類数別累積生存率曲線（自殺以外の死因は追跡打ち切りとする）



(2) 各要因の調整ハザード比

両グラフとも年数の経過と薬剤種類数に応じ自殺に関し生存率が低下する比例ハザード性が成立する、と目視により判断した。年齢、変換後の薬剤種類数をいずれも連続変数として扱い、性は男性を1（参照カテゴリー）、女性を2として統合失調症群、気分障害・神経症等群の2群について上記3説明変数を強制投入し、自殺をエンドポイントとしたCoxの比例ハザードモデルによる調整ハザード比及び95%信頼区間を算出した。結果はそれぞれ表13、表14の通りで、気分障害・神経症等群で男性、および薬剤種類数の2項目で多変量調整ハザード比が有意であったが、統合失調症群では有意となった要因は無かった。

表 13 統合失調症群の多変量調整ハザード比及び95%信頼区間

	係 数	標準誤差	P 値	有意	調整ハザード比	同95%信頼区間	
						下限値	上限値
年齢	-0.0083	0.0139	0.5515		0.9917	0.9650	1.0192
性	-0.3263	0.3771	0.3869		0.7216	0.3446	1.5110
薬剤種類数	0.2521	0.1341	0.0600		1.2868	0.9895	1.6734

\*\*：P<0.01を有意とした。

表 14 気分障害・神経症等群の多変量調整ハザード比及び95%信頼区間

	係 数	標準誤差	P 値	有意	調整ハザード比	同95%信頼区間	
						下限値	上限値
年齢	0.0068	0.0093	0.4661		1.0068	0.9886	1.0254
性	-0.7313	0.2576	0.0045	**	0.4813	0.2905	0.7973
薬剤種類数	0.2728	0.1000	0.0064	**	1.3136	1.0798	1.5980

\*\*：P<0.01を有意とした。

## IV. 考察とまとめ

### 1. 調査の背景

障害者総合支援法第五十二条第一項に基づく自立支援医療（精神通院医療）の申請について、新潟県は新潟市と共同で定例月 2 回開催される判定会議の事務局を担当している。

一般に精神疾患が自殺の原因または誘因であることは広く認識されている。瀧澤<sup>1)</sup>は人口動態死亡票の後方視的調査で精神疾患と自殺との関連を論じており、当県の松之山研究<sup>2)3)</sup>では高齢者へのうつ病を主なターゲットとする介入が自殺率の低下をもたらしたと考えられている。また新潟県と新潟市が協同で実施した県内精神科病院入院患者自殺調査<sup>4)</sup>では、精神科病院事故報告に基づく疾病分類別自殺数を分子、精神保健福祉年度報告の同入院患者数を分母として疾病分類別の自殺率を算出した。

しかし、入院、通院を問わず事前の精神医学的診断と自殺既遂の関連の研究は、web 上の検索による限り韓国国民健康保険コホート<sup>5)</sup>、スウェーデン人の全住民ベースのコホートにおけるアルコール使用障害との関連の研究<sup>6)</sup>、同じくスウェーデンにおける双極性障害との関連の研究<sup>7)</sup>、台湾における統合失調症患者の自殺率および自殺手段に関する研究<sup>8)</sup>、アメリカのメディケア統合失調症患者の生涯自殺リスクに関する研究<sup>9)</sup>などが挙げられるが、同一の集団について複数の疾病分類の自殺リスクを比較したものは必ずしも多くはない。

### 2. 先行調査と今回の仮説

当県の自立支援医療（精神通院医療）受給者の自殺率については平成 22 年に平成 19 年から同 21 年まで 3 年間の自殺について、厚生労働省に統計法第 33 条第 1 項第 1 号に基づく申し出を行い調査票情報の提供を受け調査した。県内全 13 保健所の精神保健福祉担当者が死亡個票を閲覧し各管内の受給者台帳と照合、受給者の自殺を把握したところ、3 年間で約 69,208 人の受給者から 181 人の自殺を把握し、10 万人当たりの年間自殺率は 261.5 であった。なお、同 3 年間の新潟県の全人口の平均の年間自殺率は同 28.5 で受給者の自殺率はその 10 倍に近かった。また ICD-10 疾病分類別の自殺率は F1（物質使用障害）が最も高かった<sup>10)</sup>。今回はその結果を踏まえ以下の 3 点を仮説として調査した。

- ① 自立支援医療受給者の自殺率は非受給者の 10 倍程度である。
- ② 11 疾病分類（F0 から F9、G40）の自殺率について性、年齢を調整してなお F1（物質使用障害）が最も高く、ついで F3（気分障害）が高い。
- ③ いずれの疾病分類も処方薬剤種類数が多いほど自殺率は高い。

### 3. 今回の調査方法の特徴

県管轄保健所管内をまたぐ異動による自殺の把握もれを防ぎ、さらに受給者ごとの追跡期間をもとに人年法により、より精密に自殺率を算出するため、本調査では県管轄分の受給者名簿と厚生労働省より提供を受けた死亡情報を一括して照合した。具体的には新潟市以外に居住する新潟県民の平成 26 年と 27 年、2 年間の手帳同時申請を除く自立支援医療（精神通院医療）受給認定に関し、死亡情報と診断書（第 5 号様式（第 4 条関係））記載内容、対象期

間内の受給者名簿を照合し、性、年齢階級、主たる精神障害の ICD-10 疾病分類、処方薬の種類数別に自殺率を算出した。本調査は受給者の認定にかかる診断書の多くが精神保健指定医による記載であることに加え、複数の指定医の合議による判定会議において受給が適当との答申がされており、精神医学的診断に関し客観性が高いと考えられる。

#### 4. 主な調査結果についての考察

##### ① 追跡期間別自殺率

追跡期間は最長で6年間だが2年ごとに区切って自殺数を比較した場合、最初の2年間は61人、次の2年間は32人、最後の2年間は9人と2年ごとにほぼ半減している(表3)。仮説①に関し、自立支援医療受給者の自殺率はSMRで572.5と県平均の10倍までは至らなかったが、これは前回調査は期間が3年間であったのに対し、今回は6年間と追跡がより長期間に及んだため認定からの期間が長いほど自殺率は下がることを反映したと考えられる。加えて今回は調査期間3年間について各年の受給者数の合計を自殺率算出に当たったの分母としたが、今回は期間内の申請の継続を確認していないため、軽快等により継続申請がされなかった者も分母に含むことも自殺率を下げる方向に働いたと考えられる。

##### ② 疾病分類別自殺率

仮説②に関しては、自殺の絶対数が少なく評価が難しい疾病分類ではあるがF9が最も高く次いでF1で、F1が最も自殺率が高いという仮説は成立しなかった。ただし、率としてはF1はF3やF2を上回っており引き続き注意は必要である。

##### ③ 薬剤種類数別自殺率

仮説③について、新潟県精神通院自立支援医療診断書調査報告書(第2版)<sup>11)</sup>において「抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬を主とする処方パターン」として処方パターンの類似が観察され、性別で女性に多い点も共通しているF3, F4, F5, F6の4疾病分類を気分障害・神経症等群と一括して多変量解析したところ、薬剤種類数が多いほど自殺率が高いという仮説を支持する結果となった。一方、統合失調症群に関しては同様の分析で有意な結果は得られなかった。

ただし、一般に病状が重いほど付加的に処方薬剤数が増えていくことが多いと考えられるから、気分障害・神経症等群について得られた上記の結果は薬剤種類数の多さが自殺の原因とする因果関係よりは、むしろ病状の重さが処方薬剤種類数の多さと同時に自殺率の高さをもたらしたと考えるのが自然である。疾病分類と薬剤の組み合わせを限定した、気分障害・神経症等群の抗うつ・抗不安・気分安定薬3分類の種類数合計に限ったサブグループ分析、統合失調症群の抗精神病薬に限ったサブグループ分析で、いずれも処方なしの自殺率が最も高く、単剤より2剤以上の自殺率が高い傾向を認めたこともそれを示唆している。すなわち単剤で治療開始した後は薬剤そのものの効果や同時に開始される精神療法の効果により治療開始前より自殺率は下がるが、病状が重く処方薬剤を追加せざるを得ない患者は自殺率が高くなるのではないかと、この新たな仮説が成り立つ。この新たな仮説を証明するには重症度を関連要因に加えた分析が必要であろう。

## 5. 本調査の限界

本調査の限界は

- ① 対象者は精神疾患の通院患者のうち自立支援医療（精神通院医療）の受給を申請し、要件を満たしたものに限られる。さらに診断書様式が異なる手帳同時申請は含まれないため精神科通院患者はもとより自立支援医療（精神通院医療）受給者全体を代表するデータでもない。申請が新規申請か継続申請か、追跡期間内のその後の継続申請の有無も分析していない。
- ② 照合に用いた自殺にかかる死亡票は新潟県内に住所を有する日本人に限られるが、氏名から判断する限り外国籍と思われる自立支援医療受給者も少なからず存在するため把握された自殺はその分過小である可能性が高い。
- ③ 死亡票に県外転出者の自殺は含まれないため自殺率算出の分子は過小に、一方で分母となる追跡人年は本来減ずべき数そのままとなり結果として過大に、計算されている可能性がある。また、転出者の各種属性が対象者全体と異なる選択バイアスの可能性もある。
- ④ 対象者は県内在住者に限られ診断した医療機関も県内に所在するものがほとんどである。得られた結果は当県の地域特性を反映している可能性が高く普遍性に乏しい。
- ⑤ 全死因 SMR も同期間の全県を 100 とした場合 321 と高かった。先行研究では死因に関し自殺と明確な境界を定めがたい事例もある不慮の事故等もあわせて分析したのものも多いが、今回の調査では不慮の事故等は分析の対象としていない。
- ⑥ 処方薬剤種類数は、申請時点のものであり、その後の処方の変更は把握していない。また、いわゆる頓服も含め処方された薬剤の服薬状況(アドヒアランス)は不明である。「その他」薬の内訳として () 内に F8、F9 に多く処方されるアトモキセチン塩酸塩、メチルフェニデート塩酸塩の記載がある場合も上記処方薬剤種類数には計上していない。以上のほか、新潟県精神通院自立支援医療診断書調査報告書(第2版)<sup>11)</sup>「IV. まとめと考察、(3) 調査の限界」に記載の通り同診断書を元にした処方薬剤種類数の把握にはさまざまな限界がある。
- ⑦ 多変量解析にあたりその他薬を除く処方薬剤種類数の合計を 0 から 5 までの整数に集約し、疾病分類も統合失調症、気分障害・神経症等群(F3, F4, F5, F6)の2分類に大別したがいずれも情報を集約することの妥当性は検証していない。

以上の7点があげられる。

## 6. まとめ

精神科外来における必要かつ十分な投薬治療と精神療法等は自殺予防、精神障害者の QOL 向上や地域生活の定着の観点から重要と考えられる。各指定自立支援医療機関には診断書（第 5 号様式(第 4 条関係)）の作成と同医療の提供について、判定会議委員各位には日頃の適正な判定について、それぞれ感謝申し上げるとともに、制度の円滑な運用のため今回の調査結果も参考とされ引き続き御理解・御協力をお願いしたい。新潟県は本調査結果の活用等により精神保健福祉の向上を図っていきたいと考えている。

## 文 献

- 1) 瀧澤 透. 人口動態調査死亡票における自殺死亡者の精神疾患について. 日本公衆衛生雑誌 2012; 59:399-406.
- 2) 新潟県精神衛生センター. 昭和 60・61 年度 精神衛生事故防止対策事業の結果について. 松之山研究アーカイブ資料 1987.  
(<https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/96211.pdf>、令和 5 年 4 月 7 日アクセス)
- 3) 高橋邦明, 他. 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-. 精神神経学雑誌 1998; 100(7): 469-485.
- 4) 阿部 俊幸, 福島 昇. 新潟県内精神科病院入院患者の自殺について. 日本精神科病院協会雑誌 2013; 32:847-851.
- 5) Woorim Kim. Mortality in Schizophrenia and Other Psychoses: Data from the South Korea National Health Insurance Cohort 2002-2013. Journal of Korean medical science 2017;32(5) :835-842. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28378559/>、令和 5 年 4 月 7 日アクセス)
- 6) Edwards A. C., Ohlsson H., Sundquist J, et al : Alcohol Use Disorder and Risk of Suicide in a Swedish Population-Based Cohort. AM J PSYCHIATRY 2020; 177:627-634. (<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2019.19070673>、令和 5 年 4 月 7 日アクセス)
- 7) C. Hansson, et al : Risk factors for suicide in bipolar disorder: a cohort study of 12 850 patients. Acta Psychiatrica Scandinavica 2018;138(5) : 456-463. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6220973/>、令和 5 年 4 月 7 日アクセス)
- 8) Chun-Hung Pan, et al : Incidence and method of suicide mortality in patients with schizophrenia: a Nationwide Cohort Study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2021;56(8) :1437-1446(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33245380/>、令和 5 年 4 月 7 日アクセス)
- 9) MARK OLDFSON, et al : SUICIDE RISK IN MEDICARE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA ACROSS THE LIFE SPAN. JAMA Psychiatry 2021;78(8) :876-885

(<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2780429>、令和5年4月7日アクセス)

- 10) 阿部 俊幸. 精神通院自立支援医療受給者の自殺率について. 第48回全国精神保健福祉センター研究協議会プログラム・演題集 2012 :40-41.  
( [https://www.zmhwc.jp/pdf/nenpo/nenpo2404\\_2.pdf](https://www.zmhwc.jp/pdf/nenpo/nenpo2404_2.pdf)、令和5年4月7日アクセス)
- 11) 新潟県精神保健福祉センター. 新潟県精神通院自立支援医療受給者診断書調査報告書(第2版). 2016. ( <https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/89064.pdf>、令和5年4月7日アクセス)

## 診 断 書 ( 精 神 通 院 医 療 )

氏 名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生( 歳)		男 ・ 女
住 所			
① 病名 〔ICDコードは、 F00からF99まで 又はG40のいづ れかを記載し てください。〕	主たる精神障 害	病名( )	ICDコード( )
	従たる精神障 害	病名( )	ICDコード( )
	身体合併症		
② 発病から 現在までの 病歴 〔発病状況、治療 の経過その他参 考となる事項を 詳しく記載して ください。〕	(推定発病時期 年 月ころ)		
③ 現在の病状、状態像等(治療を中止すれば出現する可能性のある症状を含みます。) (該当する番号を○印で囲んでください。)			
1 抑鬱状態 (1)思考・運動抑制 (2)易刺激性・興奮 (3)抑鬱気分 (4)その他( )			
2 そう状態 (1)行為心迫 (2)多弁 (3)感情高揚・易刺激性 (4)その他( )			
3 幻覚妄想状態 (1)幻覚 (2)妄想 (3)その他( )			
4 精神運動興奮及びこん迷の状態 (1)興奮 (2)こん迷 (3)拒絶 (4)その他( )			
5 統合失調症等残遺状態 (1)自閉 (2)感情平板化 (3)意欲の減退 (4)その他( )			
6 情動及び行動の障害 (1)爆発性 (2)暴力・衝動行為 (3)多動 (4)食行動の異常 (5)チック・汚言 (6)その他( )			
7 不安及び不穏 (1)強度の不安・恐怖感 (2)強迫体験 (3)心的外傷に関連する症状 (4)解離・転換症状 (5)その他( )			
8 てんかん発作等(けいれん及び意識障害) (1)てんかん発作 (発作型( ) 頻度( )) (2)意識障害 (3)その他( )			
9 精神作用物質の乱用、依存等 (1)アルコール (2)覚醒剤 (3)有機溶剤 (4)鎮静・催眠剤 (5)その他( ) (ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害 エ その他( ))			
10 知能・記憶・学習等の障害 (1)知的障害(精神遅滞)(ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度) (2)認知症 (3)その他の記憶障害( ) (4)学習の困難(ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他( )) (5)遂行機能障害 (6)注意障害 (7)その他( )			
11 広汎性発達障害関連症状 (1)相互的な社会関係の質的障害 (2)コミュニケーションのパターンにおける質的障害 (3)限定した常同的で反復的な関心と活動 (4)その他( )			
12 その他( )			

④ 上記③の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等を詳しく記載してください。  
(病名のICDコードがF4の場合は、生活能力障害の有無に関わる症状を詳しく記載してください。)

⑤ 現在の治療内容(該当する番号を○印で囲んでください。)

1 投薬治療 (( )内に薬剤の種類数を記載してください。)

(1)抗精神病薬( ) (2)抗鬱薬( ) (3)気分安定薬( ) (4)抗不安薬( ) (5)睡眠薬( )  
(6)抗てんかん薬( ) (7)抗認知症薬( ) (8)抗酒薬( ) (9)その他(薬剤の名称: )

※ 薬剤の種類数の記載については、当該薬剤の種類数が3以上の場合は、当該薬剤の名称及び当該薬剤を処方した理由を記載してください。

[ ]

2 精神療法等

(1)支持的精神療法 (2)認知行動療法 (3)家族療法・指導 (4)集団精神療法  
(5)その他( )

3 訪問看護指示の有無 (1)有 (2)無

4 その他( )

⑥ 今後の治療方針(該当する番号を○印で囲んでください。)

- 1 通院治療を継続する必要がある。
- 2 通院治療が不要となる可能性がある。
- 3 入院治療の可能性がある。
- 4 その他

[ ]

⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況(該当する番号を○印で囲んでください。)

- 1 未就学児 2 就学中 3 無職在宅 4 就労((1)正社員 (2)パート (3)その他)
- 5 居宅介護(ホームヘルプ) 6 共同生活介護(ケアホーム) 7 自立訓練(生活訓練)
- 8 共同生活援助(グループホーム) 9 5~8以外の障害福祉サービス( )
- 10 生活保護 11 精神科デイ・ケア又はナイト・ケア 12 精神科訪問看護・指導
- 13 その他( )

⑧ 備考(判定の参考となる事項を記載してください。)

年 月 日

医療機関所在地

名 称

電 話 番 号

診 療 担 当 科

医師氏名(署名又は記名捺印)