

精神科入院患者自殺調査報告書 (第2版)

令和8年3月

新潟県精神保健福祉センター

新潟市こころの健康センター

目次

I. 要旨	1
II. 調査概要	1
III. 結果.....	2
1. 自殺数および率	2
(1) 同期間の県との比較.....	2
(2) 年度別の推移	2
2. 年齢階級別	2
3. 性別	3
4. 性別入院形態別	4
5. 疾病分類別	5
6. 場所別	7
7. 発生推定または発見の時刻.....	8
8. 手段	8
9. 特定手段（再掲）	11
10. クロス集計	11
(1) 性別	11
(2) 65歳未満と65歳以上の比較.....	12
(3) 場所別手段	12
IV 考察	13
(1) 県との比較	13
(2) 前回調査（第1報）との比較	13
(3) 文献的考察	14
文献	14
表目次.....	16
図目次.....	16
付 資料1 新潟県内精神科入院患者自殺調査研究実施計画書	
資料2 医療保護入院者・任意入院者事故発生・終結届	

I. 要旨

自殺の実態把握の一環として平成18年度から23年度までの6年間を調査した第1報¹⁾に引き続き、令和元年度から6年度までの6年間に新潟市保健所を含む新潟県(以下、県)内13保健所に報告された精神科病院(いわゆる総合病院の精神科病棟を含む、以下同じ)における事故報告を閲覧し、そのうち自殺とみなされた30人の性、年齢、疾病分類、入院形態、自殺場所、発生推定または発見の時刻、手段、特定手段(再掲、トイレのフックまたは自室のカーテンレールを用いた縊首)の有無の8項目を調査した。入院患者の自殺率は、第1報に比べほぼ半減していたが、男女とも同期間の県の自殺率より有意に高く、疾病分類別では気分障害(F3)、神経症性障害(F4)、統合失調症(F2)の3分類が有意に高かった。

II. 調査概要

1 目的

県内精神科病院入院患者(以下「入院患者」)の自殺の実態について調査し、自殺予防の基礎資料とする。

2 調査の実施主体

新潟県精神保健福祉センター(以下、「県センター」)

新潟市こころの健康センター(以下、「市センター」)

3 方法

- (1) 対象：県内の精神科病院における事故報告のうち自殺とみなされるもの
- (2) 入力および分析方法：各精神科病院が所管の保健所に報告し、県障害福祉課または市センターに集約された事故報告を県センター所長または市センター所長が閲覧し、上記対象者について調査項目を所定のエクセルファイルに入力し分析した。
- (3) 対象期間：令和元(2019)年度から同6(2024)年度まで6年間
- (4) 調査項目：性、年齢、疾病分類(ICD-10、分類名は略称)、入院形態(任意、医療保護、措置・その他)、自殺場所(ただし院外の場合は外出・外泊許可の有無)、発生推定または発見の時刻(1時間単位での特定が可能な場合のみ)、手段(縊首、入水、飛び降り、その他)、特定手段(再掲、トイレのフックまたは自室のカーテンレールを用いた縊首)の有無の8項目
- (5) 解析方法：項目別集計とクロス集計に加えて、疾病分類に関しては同期間の県の自殺率を母比率としてpoisson分布による検定を行い有意水準は5%とした。なお、自殺率算出の分母に用いた性別、年齢階級別、疾病分類別、入院形態別の各入院患者数は精神保健福祉資料(630調査)²⁾、県の自殺率の分子は自殺統計(「地域における自殺の基礎資料」)³⁾A5表都道府県別集計(住居地)の令和元(2019)年から同6(2024)年までの自殺数、分母は各年10月1日現在の推計総人口(外国人を含む)の6年間の計を用いた。
- (6) 倫理的配慮

本調査は全国精神保健福祉センター長会研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

III. 結果

1. 自殺数および率

(1) 同期間の県との比較

6年間の自殺数は30人で、年平均5人、平均年齢は58.3±20.0歳、男女比は1:1.14であった。同期間の県の自殺率20.3（人口10万対）と比べ、入院患者10万人あたりの自殺率は68.7で3倍を超え有意に高かった。

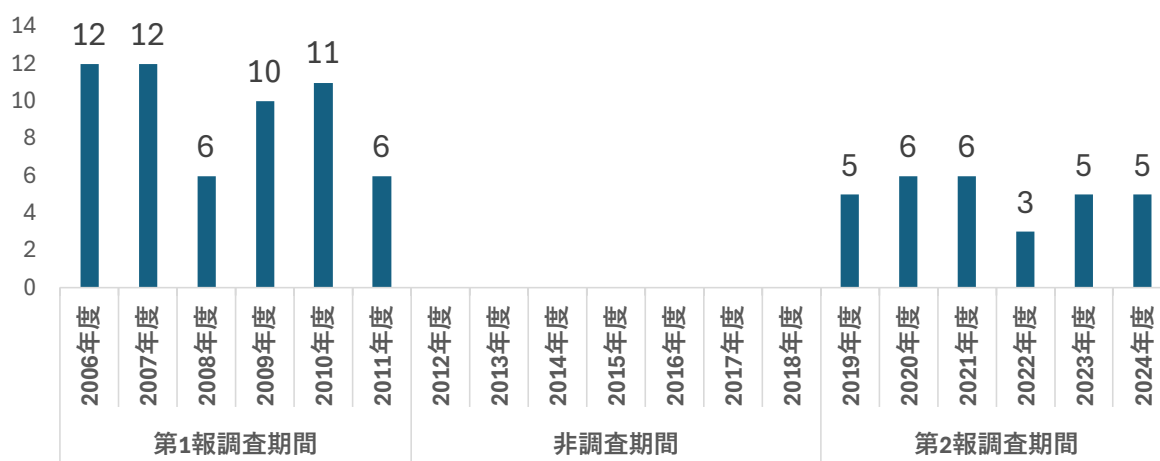
表1 入院患者と県の自殺率の比較（人口10万対）

	人口	自殺数	自殺率	p値	有意
入院患者	43,679	30	68.7	<0.001	*
県	12,977,899	2,632	20.3		

(2) 年度別の推移

以下、本報告書では第1報の結果を含む数表等については(参考)と付記する。第1報から通算した年度別自殺数の推移(参考)は図1の通りで、第2報の自殺数30は第1報57の53%とほぼ半減していた。

図1 年度別自殺数の推移(参考)



2. 年齢階級別

年齢階級別自殺率（表2）を同期間の県（表3）と比較しグラフを描画した（図2、図3）。630調査と自殺統計では年齢区分が異なるため単純な比較はできないが、県は50歳代の25.5と80歳以上の32.5を除き20歳以上は20.8から21.8の間で推移するのに対し、入院患者は20-39歳が201.0と最も高く、以後加齢に伴い低下する傾向を認めた。

表 2 入院患者年齢階級別自殺数及び率(患者 10 万対)

	自殺数	患者数	自殺率
20歳未満	0	369	0.0
20-39歳	5	2,487	201.0
40-64歳	13	13,312	97.7
65-74歳	6	11,851	50.6
75歳以上	6	15,660	38.3
計	30	43,679	68.7

図 2 入院患者年齢階級別自殺率(入院患者 10 万対)グラフ

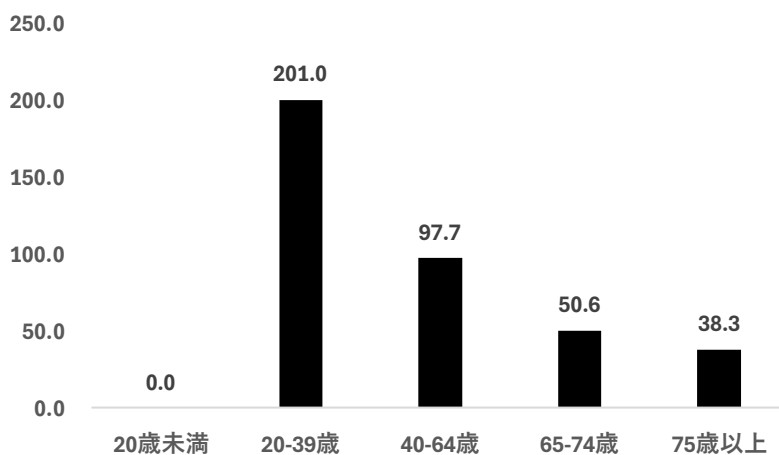
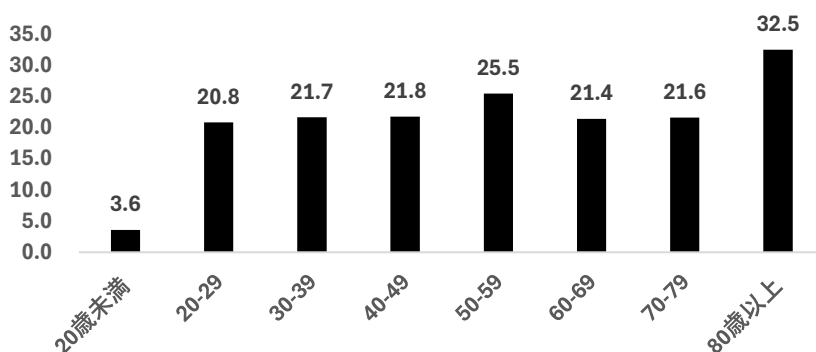


表 3 県年齢階級別自殺数及び率(人口 10 万対)

	自殺数	推計人口	自殺率
20歳未満	71	1,995,771	3.6
20-29	211	1,012,058	20.8
30-39	275	1,269,452	21.7
40-49	373	1,714,210	21.8
50-59	434	1,703,934	25.5
60-69	385	1,801,906	21.4
70-79	398	1,843,037	21.6
80歳以上	485	1,493,050	32.5
計	2,632	12,833,418	20.5

図 3 県年齢階級別自殺率 注、図 2 とは縦軸の目盛りと横軸の年齢区分が異なる。



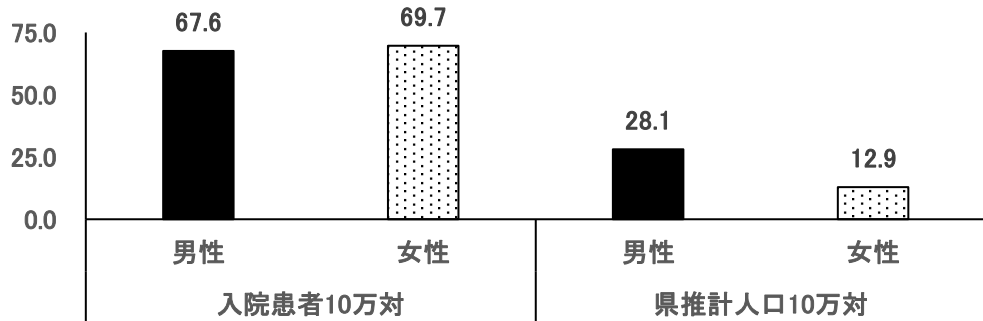
3. 性別

性別自殺率は男女とも県より有意に高い。近年、国、県とも自殺率は男性が女性の 2 倍以上であることが一般的だが入院患者の自殺率は性差が少ない(表 3、図 4)。

表 4 性別自殺率県との比較 (10 万対)

		人口	自殺数	自殺率	p値	有意
入院患者	男性	20,715	14	67.6	0.0204	*
	女性	22,964	16	69.7		
県	男性	6,303,742	1,771	28.1		
	女性	6,674,157	861	12.9		

図 4 性別自殺率県との比較



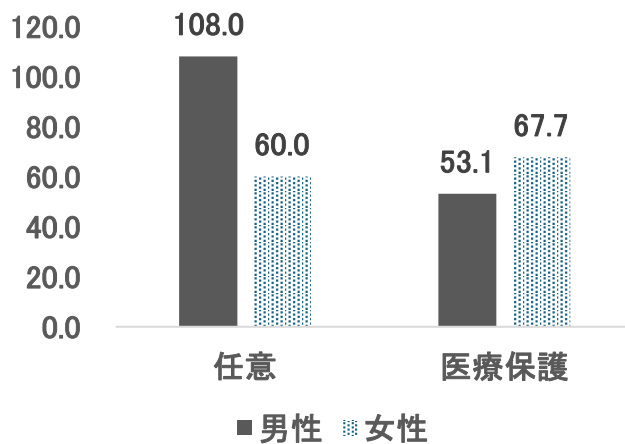
4. 性別入院形態別

医療保護対任意の入院形態別自殺数の比は 1.7 : 1 であった。その他の入院形態では措置・その他入院患者の自殺が 1 人あった。医療保護と任意について性別に自殺率を比較すると女性では入院形態別の差は少ないが、男性では任意が医療保護の 2.0 倍であった (表 7、図 7)。なお、措置・その他の自殺数は 1 人で患者数も少なく偶然変動が大きく影響するため評価は困難と考えグラフの描画は省略した。

表 5 性別入院形態別自殺数および率 (入院患者 10 万対)

	自殺数			患者数			自殺率		
	任意	医療保護	措置	任意	医療保護	措置	任意	医療保護	措置
男性	6	8	0	5,555	15,065	95	108.0	53.1	0.0
女性	4	11	1	6,664	16,256	44	60.0	67.7	2272.7
合計	11	19	1	12,219	31,321	139	90.0	60.7	719.4

図 5 性別入院形態別自殺率 (措置・その他入院を除く)



5. 疾病分類別

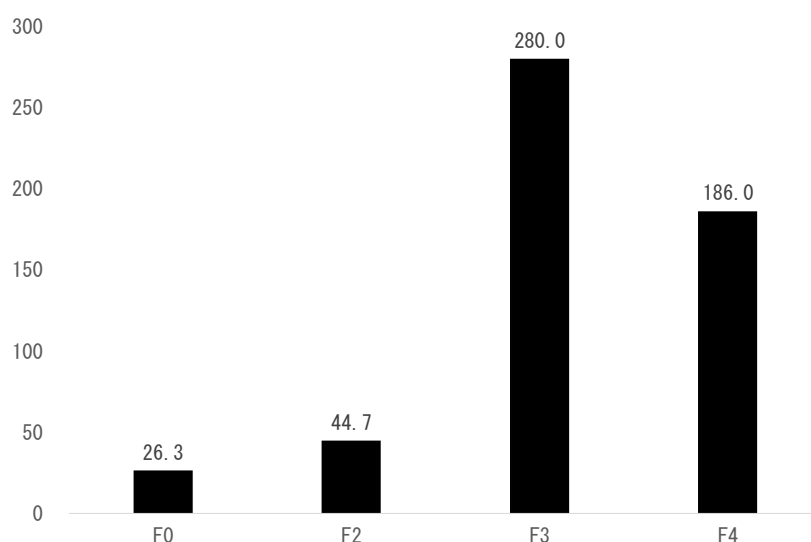
自殺者の報告があった4疾病分類(F0、F2、F3、F4)について、同6年間の県の自殺率20.3(人口10万対)を母比率とするpoisson分布による比率の検定を多重比較法(Holm法)⁴⁾を用いて全体としての有意水準を5%として行った。自殺率の高い順に気分障害(F3)、神経症性障害(F4)、統合失調症(F2)の3分類が県より有意に高かった。

表 6 疾病分類別自殺率

	患者数	自殺数	自殺率	p値	有意
F0(器質性)	11,420	3	26.3	0.204	
F2(統合失調症)	22,383	10	44.7	0.011	*
F3(気分障害)	5,000	14	280.0	0.000	*
F4(神経症性障害)	1,075	2	186.0	0.019	*

※ 分類名不明を除外したため自殺数の合計は表1と一致しない。

図 6 疾病分類別自殺率(入院患者10万対)



自殺率算出の分母である入院患者数は第1報では精神保健福祉年度報告⁵⁾を用いたが、同期間の精神保健福祉資料(630調査)に出典を統一し、あらためて第1、2報合計の疾病分類別自殺率(参考)を算出した(表7、図6)。同自殺率(参考)はF6が最も高く、以下F3、F4、F7、F2、F0、F1の順であった。ただし、F6は自殺数が2、患者数も531人と少ないため偶然変動の影響は大きく評価には注意を要する。

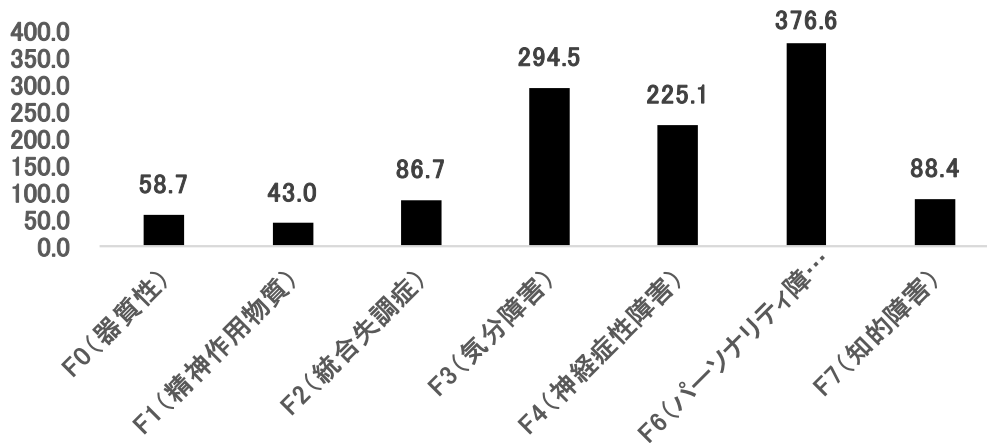
表 7 (参考、第1報第2報合計) 疾病分類別自殺率(入院患者 10 万対)

	第1報(参考)		第2報		合計(参考)				
	患者数	自殺数	患者数	自殺数	患者数	自殺数	自殺率	p値	有意
F0(器質性)	9032	9	11421	3	20453	12	58.7	0.004	*
F1(精神作用物質)	1152	1	1176		2328	1	43.0	0.325	
F2(統合失調症)	21291	28	22538	10	43829	38	86.7	0.000	*
F3(気分障害)	3818	12	5011	14	8829	26	294.5	0.000	*
F4(神経症性障害)	702	2	1075	2	1777	4	225.1	0.001	*
F5(生理的障害)	118		179		297	0	0.0	-	-
F6(パーソナリティ障害)	279	2	252		531	2	376.6	0.008	*
F7(知的障害)	1113	2	1149		2262	2	88.4	0.091	*
F8(発達障害)	75		364		439	0	0.0	-	-
F9(小児期及び…)	55		108		163	0	0.0	-	-
G40(てんかん)	460		220		680	0	0.0	-	-
その他	40		355		395	0	0.0	-	-
合計	38135	56	43848	29	81588	85	104.2		

※ 分類名は略称、診断名不明を除く

第1、2報の12年間に自殺者の報告があった7疾病分類について、同期間の県の自殺率25.0(人口10万対)を母比率とするpoisson分布による比率の検定を多重比較法(Holm法)を用いて全体としての有意水準を5%として行った。自殺率の高い順にF3(気分障害)、F2(統合失調症)、F4(神経症性障害)、F0(器質性)、F6(パーソナリティ障害)、F7(知的障害)の6分類が県より有意に高かった。

図 7 (参考、第1報第2報合計) 疾病分類別自殺率グラフ(入院患者 10 万対)



6. 場所別

病室が16人で全体の53.3%を、院外は6人で20.0%、院外のうち許可を得た外出・外泊が5人と8割を占めた。第1報(参考)と比べ第2報では病室、その他院内の割合が増え、無断外出の割合が大幅に減った。

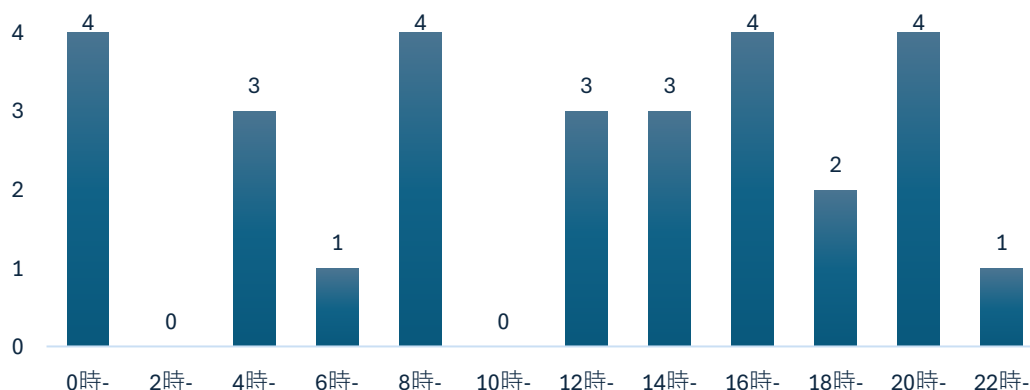
表 8 場所別自殺数および割合

	第1報(参考)		第2報		合計(参考)	
	自殺数	割合	自殺数	割合	自殺数	割合
病室	24	42.9%	16	53.3%	40	46.5%
保護室	3	5.4%	1	3.3%	4	4.7%
その他院内	7	12.5%	7	23.3%	14	16.3%
外出・外泊	11	19.6%	5	16.7%	16	18.6%
無断外出	11	19.6%	1	3.3%	12	14.0%
合計	56	100.0%	30	100.0%	86	100.0%

7. 発生推定または発見の時刻

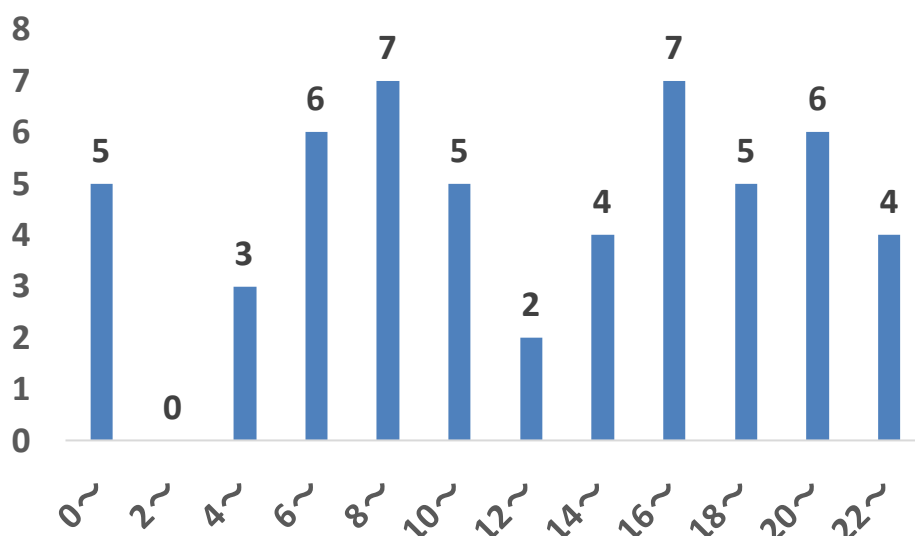
自殺の発生推定時刻、それが不明な場合は発見時刻が1時間単位での特定が可能であった29例について2時間ごとに集計しグラフ化した。「0時～」、「8時～」、「16時～」、「20時～」の4つの時間帯がそれぞれ4人と多い。

図8 時間帯別自殺件数グラフ



院外例は時刻の特定が難しいこと、医療者による自殺予防の管理が及び難いことを考慮し、第1報と第2報をあわせ院内例で時刻が特定された54例に限って同様にグラフを描画した。8時～と16時～をそれぞれピークとする二つの好発時間帯を認めた。

図9 時間帯別自殺件数(参考、第1報第2報合計)



8. 手段

第2報では手段の8割が縊首で、以下入水、飛び降りが各1割前後であった。第1報(参考)との比較では縊首の割合が増え、入水と飛び降りはほぼ同割合であった。一方で第1報で3件あった飛び込み・その他は無かった。

表 9 手段数および割合(参考、第1報第2報合計)

	第1報(参考)		第2報		合計	
	自殺数	割合	自殺数	割合	自殺数	割合
縊首	40	70.2%	24	80.0%	64	73.6%
入水	7	12.3%	3	10.0%	10	11.5%
飛び降り	6	10.5%	3	10.0%	9	10.3%
飛び込み・その他	3	5.3%	0	0.0%	3	3.4%
記載なし	1	1.8%	0	0.0%	1	1.1%
合計	57	100.0%	30	100.0%	87	100.0%

時期は異なるが県の10年間(平成9から18年度)の死因が自殺である死亡票の調査結果⁶⁾との比較ではガス、薬物が無く、入水、飛び降りがそれぞれ1割前後であることは第1報、第2報で共通している(図9、10、11)。

図 10 第 2 報手段割合

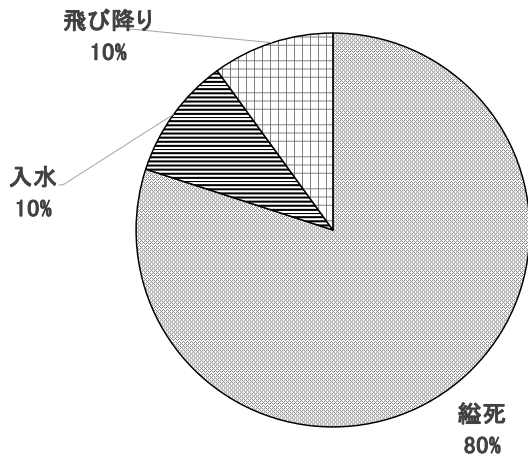


図 11 (参考) 第 1 報手段割合

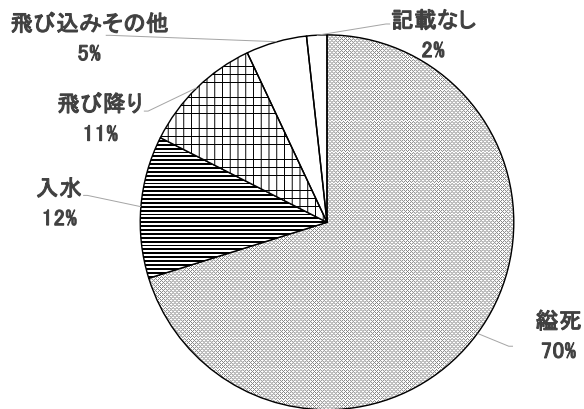
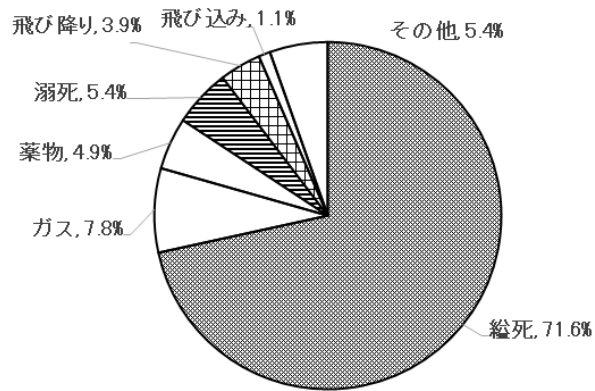


図 12 県手段割合 (平成 9 から 18 年度、7842 人)



9. 特定手段（再掲）

第1報と同様にトイレのフックまたは自病室のカーテンレールを用いた縊首を特定手段（再掲）として把握した。第1報(参考)では57人中トイレのフックが3人、自病室のカーテンレールが6人で、計9人は全体の16%を占めていたが、第2報では特定手段は自室のカーテンレールを用いた1人(3%)のみであった。

10. クロス集計

性別、65歳未満と65歳以上別、場所別の3項目について他の項目とのクロス集計を行った。

(1) 性別

① 疾病分類

男女ともF3の占める割合が最も多い。男性でF0、女性でF2の割合が多い以外は目立った性差を認めない。

表 10 性別疾病分類別自殺数および割合

数	男性	女性	合計	割合(%)	男性	女性	合計
F0	2	1	3	F0	14%	6%	10%
F2	4	6	10	F2	29%	38%	33%
F3	7	7	14	F3	50%	44%	47%
F4	1	1	2	F4	7%	6%	7%
不明	0	1	1	不明	0%	6%	3%
合計	14	16	30	合計	100%	100%	100%

② 入院形態(前出)

③ 手段

縊首が最も多いのは男女共通だが、それ以外では男性で飛び降り、女性で入水が多い。

表 11 性別手段別自殺数および割合

数	男性	女性	合計	割合	男性	女性	合計
縊首	10	14	24	縊首	71%	88%	80%
入水	1	2	3	入水	7%	13%	10%
飛び降り	3	0	3	飛び降り	21%	0%	10%
合計	14	16	30	合計	100%	100%	100%

④ 時間帯

一日を表の通り三区分し性別に発生時間帯の割合を算出した。性別の差は無かった。

表 12 性別時間帯別自殺数及び割合

数	男性	女性	割合	男性	女性
未明(0-7)	3	3	未明(0-7)	25%	25%
日中(8-15)	4	4	日中(8-15)	33%	33%
夜間(16-23)	5	5	夜間(16-23)	42%	42%
	12	12		100%	100%

(2) 65 歳未満と 65 歳以上の比較

前述の通り入院患者の自殺率は若年者ほど高い傾向がある。そこで 65 歳未満の 18 人と 65 歳以上の 12 人の 2 群に分け各項目ごとに両者の割合を比較した。

① 疾病分類

65 歳未満では F2(44%)、65 歳以上では F3(58%) が最も多い。

表 13 年齢群別疾病分類別自殺数および割合

数	F0	F2	F3	F4	不明	合計
65才未満	1	8	7	2	0	18
65才以上	2	2	7	0	1	12
合計	3	10	14	2	1	30
割合	F0	F2	F3	F4	不明	合計
65才未満	6%	44%	39%	11%	0%	100%
65才以上	17%	17%	58%	0%	8%	100%
合計	10%	33%	47%	7%	3%	100%

② 入院形態

65 歳未満では医療保護が約 7 割と多くを占め、65 歳以上では医療保護と任意が同数である。

表 14 年齢群別入院形態別自殺数および割合

数	任意	医療保護	措置・その他	合計
65才未満	4	13	1	18
65才以上	6	6	0	12
合計	10	19	1	30
割合	任意	医療保護	措置・その他	合計
65才未満	22%	72%	6%	100%
65才以上	50%	50%	0%	100%
合計	33%	63%	3%	100%

③ 場所

65 歳未満で保護室、無断外出が各 1 人みられた。

表 15 年齢群別場所別自殺数および割合

	病室	保護室	その他院内	外出・外泊先	無断外出	合計
65才未満	9	1	4	3	1	18
65才以上	7	0	3	2	0	12
合計	16	1	7	5	1	30
	病室	保護室	その他院内	外出・外泊先	無断外出	合計
65才未満	50%	6%	22%	17%	6%	100%
65才以上	58%	0%	25%	17%	0%	100%
合計	53%	3%	23%	17%	3%	100%

(3) 場所別手段

場所と手段の組み合わせでは病室での縊首が最も多く全体の半数を占める。院内は 24 人中 21 人(88%)、院外は 6 人中 3 人(50%)を縊首が占める。

表 16 場所別手段別自殺数および割合

数	病室	保護室	その他院内	外出・外泊先	無断外出	合計
縊首	15	1	5	3	0	24
入水	0	0	0	2	1	3
飛び降り	1	0	2	0	0	3
合計	16	1	7	5	1	30
割合	病室	保護室	その他院内	外出・外泊先	無断外出	合計
縊首	50%	3%	17%	10%	0%	80%
入水	0%	0%	0%	7%	3%	10%
飛び降り	3%	0%	7%	0%	0%	10%
合計	53%	3%	23%	17%	3%	100%

IV 考察

(1) 県との比較

入院患者の自殺率は、男女とも県より有意に高かった。しかし、一般的に病状がより重く、家族等の支援機能もより弱い者が入院すると考えられるにもかかわらず、申請時点で入院患者を含まない新潟県管轄分の自立支援（精神通院）医療受給者 17,270 人を平均 4.7 年追跡して得られた自殺率⁷⁾125.1（患者 10 万人年あたり）に比べ 68.7 と低かった。これは精神科入院医療の自殺予防への寄与、すなわち、病状悪化リスクへの暴露の減少、服薬管理、生活習慣改善、医療者による病状観察等に加え、物理的に手段が限定される、等の効果を示唆していると考えられる。特に 65 歳未満で県との差が大きかった理由としては精神科病院は医療者と患者が周囲に多く存在し手段を実行に移すための行動力や体力がより多く要求されるため高齢の入院患者では手段を実行し既遂に至ることが難しい、長期入院患者は高齢者が多く病状が安定していることが多い、年齢階級別の疾病割合も入院患者は地域と異なる等のいくつかの理由が考えられるが、その詳細は今回の調査では不明である。

(2) 前回調査(第 1 報)との比較

COVID-19 の我が国での患者初確認は令和 2(2020)年 1 月、感染症法 5 類に移行したのは令和 5(2023)年 5 月でありその間 3 年あまりをいわゆるコロナ禍の期間とすると第 2 報の対象期間、すなわち令和元(2019)年度から同 6(2024)年度までの 6 年間はそのすべてを含んでいる。内藤⁹⁾らは COVID-19 パンデミック期間中の精神科受診患者の自殺関連事象の変化を報告しており、当県の入院患者の既遂もパンデミックの影響を受けた可能性がある。結果として自殺率は 68.7 と 2006 年度からの 6 年間を対象とした第 1 報¹⁾150.7 の約 46%であったが、その原因としては

- ① COVID-19 パンデミック中のクラスター発生予防を目的とする病棟間移動・外出・外泊の制限強化、
- ② 特定手段を用いた自殺の減少(第 1 報 9 人→第 2 報 1 人)が示すように第 1 報の結果⁸⁾を契機とした各精神科病院の対策の奏効、
- ③ この期間の県の自殺率低下(前回 29.3→今回 20.3)と同様の減少トレンド、
- ④ 入院患者の高齢化に伴い自殺率が高い若年患者の相対的減少、

が考えられる。自殺場所の第1報との比較でも病室、その他院内の割合が増え、無断外出の割合が大幅に減っていたが、これも①の外出等移動制限強化の結果と考えられる。

しかし、第1報より自殺率は第2報で半減以下であったとはいえ、入院患者の自殺率は依然として一般県民より有意に高く対策の余地は残されていると考えられる。

(3) 文献的考察

精神科入院患者の自殺に関する先行調査は、杉田の日本精神病院協会（当時）会員病院の調査¹⁰⁾、杉山らの日本医療機能評価機構の認定病院患者安全推進協議会会員病院の調査¹¹⁾、森の愛知県精神科病院協会の調査¹²⁾、大類らの日本精神科病院協会および自治体病院協議会加盟の精神病床を有する病院の調査¹³⁾、石井の日本精神病院協会医療問題検討委員会事故報告の分析¹⁴⁾、角南の日本精神科病院協会医事賠償保険の報告事例の分析¹⁵⁾

があげられる。これら6つの調査のうち自殺率が算出されているのは、杉田の調査で患者10万対152.3、森の調査で同129、大類らの調査で同154.5であり、第2報の結果同68.7はそれらの値の2分の1以下であった。疾病分類別では、杉田らの調査は当時の呼称で精神分裂病が同143と第2報のF2（同44.7）より高く、躁うつ病も同461で第2報のF3（同280.0）より高い。また、森の調査ではF2が同119とやはり第2報より高く、F3も同330で第2報より高かった。ただし、これらの先行調査の手法は前4者はいずれも病院に対するアンケートで、有効回答率は順に57.2%、64.2%、92.7%、22.2%と、本調査と同様に同一県内を対象地域としている森のものを除き高くない。また、石井、角南の分析は各病院からの報告に基づく調査だが、報告数がそれぞれ年平均40件、55件で、同様に全国の精神科病院協会会員病院を対象とした杉田の調査の年間284件と比べ少ない。それらに対し、本調査は新潟県および政令市である新潟市の精神保健福祉法事務処理要領を根拠とする知事並びに政令市長への報告の閲覧であるため、精神科病院協会会員以外も含む県内全ての精神科病院およびいわゆる総合病院精神科病床が対象であり悉皆（しっかい）性に特徴がある。

しかし、無断外出例で外出後いつまでの自殺を報告すべきか等報告の基準は各病院の判断にゆだねられる部分もあり、各例の人口動態統計上の死因分類との一致は確認していない。また、性、年齢といった他の要因の交絡は調整していない。

入院患者の自殺は患者にとって不幸な転帰であり、病院にとっても事後対応や関係者の心理的負担を考えれば、予防すべき事故であることはいうまでもない。疾病分類別自殺率はF3が最も高かったことのほか、若年ほど県との差が大きいこと、手段と場所の組み合わせでは病室内の縊首が半数を占めたこと、COVID-19パンデミックに伴う外出・移動制限の強化が第2報での半減の一因と考えられる等、その特徴が明らかになったことは、さらなる予防の参考になるものと思われる。

文献

- 1) 新潟県精神保健福祉センター、新潟市こころの健康センター：精神科入院患者自殺調査報告書 <https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/405608.pdf>

- 2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 : 精神保健福祉資料(630調査) <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>
- 3) 厚生労働省社会・援護局総務課自殺対策推進室 調査分析係 : 地域における自殺の基礎資料 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000140901.html>A5 表 都道府県別集計
- 4) 永田 靖, 吉田 道弘: 統計的多重比較法の基礎, サイエンティスト社, 東京都, 87p, 1997
- 5) 新潟県福祉保健部 : 福祉保健福祉年報, 2008年から2013年まで
- 6) 新潟県精神保健福祉センター : 人口動態調査死亡票分析結果・表9(自殺手段) (<http://www.pref.niigata.lg.jp/seishin/1219860086902.html>)
- 7) 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 <https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/405619.pdf>
- 8) 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, 32(8):89-93, 2013.
- 9) 内藤大, 豊田直人, 三井信幸: COVID-19流行による精神科受診患者の自殺関連事象の変化について-北海道大学病院における後方視的研究-. 精神神経学雑誌, 126(1):20-29, 2024.
- 10) 杉田多喜男 : 精神科医療における自殺とその予防対策 日本精神病院協会会員病院の自殺実態調査から. 日精協誌, 20(5):452-482, 2001
- 11) 杉山直也, 岩下覚, 河西千秋 他: わが国の医療施設における自殺事故の大規模調査 I -精神科医療施設における自殺事故-. 精神神経学雑誌, 110(11):1038-1044, 2008
- 12) 森隆夫 : 愛知県内精神科病院の実態調査に基づく自殺リスク要因の評価. 精神神経学雑誌, 114(12):1414-1419, 2012
- 13) 大類真嗣, 廣川聖子, 赤澤正人ほか : 精神科医療機関における自殺の経験および自殺予防に役立っていると考えられる取り組み. 精神神経学雑誌, 114(12):1420-1427, 2012
- 14) 石井一彦 : 精神科病院における医療事故. 日精協誌, 20(3):244-256, 2001
- 15) 角南譲: 自殺の切迫性をどう評価するか - 自殺未遂者への対応を通して. 日精協誌, 31(10):1064-1070, 2012

表目次

表 1 入院患者と県の自殺率の比較（人口 10 万対）	2
表 2 入院患者年齢階級別自殺数及び率（患者 10 万対）	3
表 3 県年齢階級別自殺数及び率（人口 10 万対）	3
表 4 性別自殺率県との比較（10 万対）	4
表 5 性別入院形態別自殺数および率（入院患者 10 万対）	4
表 6 疾病分類別自殺率	5
表 7 （参考、第 1 報第 2 報合計） 疾病分類別自殺率（入院患者 10 万対）	6
表 8 場所別自殺数および割合	7
表 9 手段数および割合（参考、第 1 報第 2 報合計）	9
表 10 性別疾病分類別自殺数および割合	11
表 11 性別手段別自殺数および割合	11
表 12 性別時間帯別自殺数及び割合	11
表 13 年齢群別疾病分類別自殺数および割合	12
表 14 年齢群別入院形態別自殺数および割合	12
表 15 年齢群別場所別自殺数および割合	12
表 16 場所別手段別自殺数および割合	13

図目次

図 1 年度別自殺数の推移（参考）	2
図 2 入院患者年齢階級別自殺率（入院患者 10 万対）グラフ	3
図 3 県年齢階級別自殺率 注、図 2 とは縦軸の目盛りと横軸の年齢区分が異なる。	3
図 4 性別自殺率県との比較	4
図 5 性別入院形態別自殺率（措置・その他入院を除く）	4
図 6 疾病分類別自殺率（入院患者 10 万対）	5
図 7 （参考、第 1 報第 2 報合計） 疾病分類別自殺率グラフ（入院患者 10 万対）	6
図 8 時間帯別自殺件数グラフ	8
図 9 時間帯別自殺件数（参考、第 1 報第 2 報合計）	8
図 10 第 2 報手段割合	10
図 11 （参考）第 1 報手段割合	10
図 12 県手段割合（平成 9 から 18 年度、7842 人）	10

資料1

新潟県内精神科入院患者
自殺調査研究実施計画書

2025年6月20日

新潟県精神保健福祉センター
新潟市こころの健康センター

研究実施予定期間：倫理審査委員会許可日～2025年9月30日まで

目次

1. 研究の背景	2
2. 研究の意義・目的	2
2.1 意義	2
2.2 目的	2
3. 研究対象者	2
4. 研究対象者遺族に説明して同意を得る方法	2
5. 研究方法	2
5.1. データの収集	2
5.2 分析項目	2
5.3. 分析方法	2
5.4. 報告書作成及び公表	3
6. 研究実施期間	3
7. 比較項目	3
7.1 主要比較項目	3
7.2 副次比較項目	3
8. 倫理的事項	3
8.1. 遵守すべき諸規則	3
8.2. 個人情報とプライバシーの保護	3
9. 研究の費用負担	3
10. 研究実施計画書の承認、逸脱	3
10.1 研究実施計画書等の承認及び改訂	3
10.2 研究実施計画書からの逸脱	3
11. 情報の保管／管理	4
12. 研究のモニタリングおよび監査の必要性について	4
13. 研究成果の帰属と研究結果の公表	4
14. 研究責任者及び研究分担者（○印：研究責任者）	4
15. 参考文献	4

1. 研究の背景

精神科病院における自殺は新潟県内において例年 10 件前後が報告されている。自殺はまれな出来事だが患者本人にとっての不幸であることはもちろん、病院関係者にとっても防止すべき重大な事故であり、実態を明らかにする調査研究が必要である。新潟県及び新潟市では管内各精神科病院から制度として所定の様式による事故報告を徴収しており、その疫学的な分析により予防に資する研究が求められている。

2. 研究の意義・目的

2.1 意義

精神科病院における自殺の予防が実事例を集計し分析した疫学的情報に基づいたものとなる。

2.2 目的

新潟県内における精神科病院(いわゆる総合病院の精神科病棟を含む)内の自殺を疫学的に記載し、一般県民の自殺率、平成 18 年度から平成 23 年度までの間を対象として実施した精神科入院患者自殺調査(以下、前回調査)の結果と比較する。さらに、結果を公表することにより予防の一助とする。

3. 研究対象者

令和元(平成 31)年度から令和 6 年度まで、新潟県または新潟市に報告のあった事故報告書(措置入院者事故発生・終結届(別記第 15 号様式)および医療保護入院者・任意入院者事故発生・終結届(別記第 40 号様式))のうち研究責任者(新潟県精神保健福祉センター所長)または研究分担者(新潟市こころの健康センター所長)が自殺既遂例とみなしたもので、予想される例数は 60 例である。

4. 研究対象者遺族に説明して同意を得る方法

本研究は、既存の行政上の報告を用いる研究であり、自殺者本人からは同意を取ることが不可能である。そこで、それに代わる手段として研究についての情報を研究対象者遺族に公開(県・市両ホームページへの掲載: オプトアウト)し、事故報告が利用されることについて、研究対象者遺族が拒否できる機会を保障する。

5. 研究方法

5.1. データの収集

令和元年度から令和 6 年度までの県管轄病院分の事故報告について新潟県福祉保健部障害福祉課が保存する事故報告書を県センター所長が閲覧し、自殺既遂者を抽出して下記 5.2 の分析項目を所定の Excel 形式の表へ入力する。同様に市管轄病院分について同事故報告から自殺既遂者を市センター所長が抽出し、所定の表へ入力する。合計で 60 例程度と予想される事例について、県管轄分と市管轄分を集約したデータを両研究者が共有する。性別・疾病分類別自殺率算出の分母となる入院患者延べ数は各年度の精神保健福祉資料(630 調査)の合計による。

5.2 分析項目

性、年齢、疾病分類(いわゆる F section)、入院形態(任意、医療保護、措置)、時刻(24 時間制で発生または発見の時刻が 1 時間単位での特定が可能な場合のみ)、場所(病室、保護室、その他病院敷地内、外出・外泊先、無断外出先)、手段(縊死、入水、飛び降り、その他)、(再掲)特定の手段(トイレのフック、自病室のカーテンレールを用いた縊死)による自殺の有無

5.3. 分析方法

項目別集計、クロス集計、同期間の県の自殺率を母比率とした poisson 分布による比率の検定、前回

調査の自殺率との χ 二乗検定による比率の検定

5. 4. 報告書作成及び公表

報告書作成は県精神保健福祉センター所長が主に行い、市こころの健康センター所長は必要に応じ援助する。報告書の公表は県・市それぞれのホームページで行う。

6. 研究実施期間

研究実施期間：全国精神保健福祉センター長会倫理審査委員会（以下、倫理審査委員会）許可日から令和7年9月30日まで

（調査対象期間 平成31年4月1日～令和7年3月31日発生分）

7. 比較項目

7.1 主要比較項目

同期間の一般県民の自殺率との比較

7.2 副次比較項目

自殺率の前回調査との比較、特定手段を用いた自殺数の対前回調査比較

8. 倫理的事項

8.1. 遵守すべき諸規則

本研究に関係するすべての研究者は、ヘルシンキ宣言（世界医師会1964年ヘルシンキ総会採択、その後の修正を含む）及び人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（令和3年文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第1号）に従って本研究を実施する。

8.2. 個人情報とプライバシーの保護

上記研究者は、研究対象者の個人情報保護について、適用される法令、条例を遵守する。また、研究者は、研究対象者の個人情報及びプライバシー保護に最大限の努力を払い、本研究を行う上で知り得た個人情報を漏らしてはならない。研究者がその職を退いた後も同様とする。研究者は、研究対象者を特定できる情報（氏名、生年月日、イニシャル、住所等）を所定のExcel形式の表へ入力しない。また、研究者が研究で得られた情報を公表する際は、集計結果のみとする。

9. 研究の費用負担

本研究では、企業からの資金や便益等の提供はなく、研究者が企業とは独立に計画し実施するものである。

10. 研究実施計画書の承認、逸脱

10.1 研究実施計画書等の承認及び改訂

研究責任者は、研究開始前に研究実施計画書を倫理審査委員会へ提出し、研究の実施に関して倫理審査委員会及び所属組織上位者の承認を得る。

10.2 研究実施計画書からの逸脱

研究実施計画書及び指針等からの逸脱について、以下のとおり規定する。

- 1) 研究責任者又は研究分担者は、研究実施計画書からの逸脱があった場合は、逸脱事項とその理由を全て記録し倫理審査委員会に報告しなければならない。
- 2) 研究責任者又は研究分担者は、当該臨床研究について、指針等に適合していない程度が重大である事案を知った場合には、速やかに倫理審査委員会及び所属組織上位者に報告し、必要な対応をした上で、その対応の状況・結果についての所属組織上位者による厚生労働大臣等への報告・公表に協力しなければならない。

11. 情報の保管／管理

研究責任者は、研究等の実施に係わる文書（申請書類の控え、両センター長からの通知文書、各種申請書・報告書の控）を新潟県精神保健福祉センターの鍵のかかるロッカーに保管する。保管期間は、研究の終了について報告された日から5年を経過した日又は研究結果の最終の公表について報告された日から3年を経過した日のいずれか遅い日までの期間とする。

12. 研究のモニタリングおよび監査の必要性について

本研究は侵襲を伴わず介入も行わないため、モニタリングおよび監査については実施しない。

13. 研究成果の帰属と研究結果の公表

本研究で得られた成果は、新潟県と新潟市に帰属する。研究結果の公表は、両県・市ホームページで報告書を公開する形で行う。研究責任者及び研究分担者は研究終了後、投稿論文・学会発表として公表する。

14. 研究責任者及び研究分担者（○印：研究責任者）

	氏名	所属	職名
○	阿部 俊幸	新潟県精神保健福祉センター	所長
	福島 昇	新潟市こころの健康センター	所長

15. 参考文献

精神科入院患者自殺調査報告書. 新潟県精神保健福祉センター・新潟市こころの健康センター. 2012.
<https://www.pref.niigata.lg.jp/uploaded/attachment/405608.pdf>

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, 32(6); 89-93, 2013

令和 7 年 7 月 17 日（倫理審査委員会許可日）

「新潟県内精神科入院患者自殺調査」 へご協力をお願い

—平成 31(2019)年 4 月 1 日から令和 7(2025)年 3 月 31 日までの間に

新潟県内精神科病院内で自殺された患者様のご遺族へ—

【病院内事故報告の調査研究への使用のお願い】

新潟県精神保健福祉センターと新潟市こころの健康センターでは、以下の疫学研究を行っております。内容をご確認ください。

（1）研究の概要

【研究の背景】

精神科病院（いわゆる総合病院の精神科病棟を含む）における自殺は新潟県内において例年ほぼ一定の件数が報告されています。自殺はまれな出来事ですがご本人にとっての不幸であることはもちろん、病院関係者にとっても防止すべき事故であり、その実態を明らかにすることにより少しでも予防につながる研究が必要です。

【研究の意義】

精神科病院における自殺予防が実事例を分析した正確な情報に基づいたものとなることが期待されます。

【研究の目的】

この研究は、県内精神科病院内の自殺の実態を調べることを主な目的としています。

そのため、対象調査期間中に自殺された患者さんの事故報告のデータを使用させていただきます。

（2）研究の方法

- ① この調査研究は全国精神保健福祉センター倫理審査委員会で審査され、新潟県障害福祉課長、新潟市保健衛生部長の承認を受けて行われます。

研究期間：倫理審査委員会許可日 ～ 令和 7(2025)年 9 月 30 日まで

対象調査期間：平成 31(2019)年 4 月 1 日～令和 7(2025)年 3 月 31 日まで

- ② 今回の調査研究では上記の対象調査期間中に病院内（外泊中を含む）で自殺された患者さんの事故報告データを集計し、性、年齢、精神疾患の診断の分類、入院形態、時刻、場所（病室、保護室、その他病院敷地内、外出・外泊先）、手段について調査します。
- ③ 病院から県または市への定例の事故報告で得られたデータを使用する研究であり、新たな検査や費用が生じることはなく、また、データを使用させていただいたご遺族への謝礼等もありません。
- ④ 使用するデータには個人が特定できる情報は含まれません。
- ⑤ 調査研究の成果は、集計結果として学会や科学専門誌などの発表に使用される場合がありますが、個人情報を使用されないためご本人やご遺族のプライバシー漏洩等の心配はありません。
- ⑥ 調査研究の結果、得られた報告書の著作権は新潟県と新潟市に帰属し、ご遺族には帰属しません。
- ⑦ この調査研究は、特定の企業・団体等からの支援を受けて行われるものではなく、利益相反状態にはありません。

⑧ 研究組織（利用する者の範囲）

・情報の分析と報告書のとりまとめを行う研究者

新潟県精神保健福祉センター 所長 阿部 俊幸（研究責任者）

新潟市こころの健康センター 所長 福島 昇（研究分担者）

本研究に関するご質問等がありましたら下記の連絡先までお問い合わせ下さい。

ご希望があれば、他の研究対象者の個人情報及び知的財産の保護に支障がない範囲内で、研究計画書及び関連資料を閲覧することが出来ますのでお申出下さい。

また、ご遺族としてデータ使用について同意をいただけない場合には、令和7年9月30日までにお手数ですが下記の連絡先まで連絡ください。

【照会先および研究への利用を拒否する場合の連絡先】

新潟県精神保健福祉センター 所長

研究責任者：阿部 俊幸

T E L : 025-280-0111(代) F A X : 025-280-0113

【研究代表者】

新潟県精神保健福祉センター 所長

研究責任者：阿部 俊幸

資料 2

別記第 40 号様式（第 22 条、第 23 条関係）

医療保護入院者・任意入院者事故発生・終結届

年 月 日

新潟県知事 様

病 院 名
管理者氏名 印

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律事務処理要領第 22 条の規定により、次のとおり届け出します。

入 院 者	住 所			性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日(歳)	
	病 名		入院形態	医療保護・任意	
			入院年月日	年 月 日	
保 護 者	住 所				
	氏 名		続 柄		
事故の区分	無断退去 ・ その他 ()				
事故発生の 状況及び経過					
今後の事故 防止対策					

注 1) 発生届を行うときまでに事故等の終結をみている場合は、発生と終結同時の届書とする。

注 2) 「事故発生の状況及び経過」欄及び「今後の事故防止対策」欄については、必要事項を具体的に記載すること。

注、措置入院者事故発生・終結届様式はほぼ同様のため添付を省略