



日本臨床救急医学会



JA-RSA



厚生労働大臣指定法人・一般社団法人

いのち支える自殺対策推進センター

いのち支える Japan Suicide Countermeasures Promotion Center (JSCP)

自傷・自殺未遂レジストリ JA-RSA 2024年報告書

2024年9月

日本臨床救急医学会

いのち支える自殺対策推進センター

目次

1. はじめに	1
2. 概要	1
2. 1 JA-RSA の概要	1
2. 2 研究参画機関等	2
2. 3 累積登録件数	3
3. 集計結果	4
3. 1 性別と年代	4
3. 2 自傷・自殺未遂が行われた時間帯	5
3. 3 希死念慮	6
3. 4 手段の傾向：性別	7
3. 5 手段の傾向：年代別	8
3. 6 転帰の傾向：全体	9
3. 7 各受診後転帰に占める手段：入院症例	10
3. 8 各受診後転帰に占める手段：帰宅症例	10
3. 9 各受診後転帰に占める手段：死亡症例	11
3. 10 高次医療ユニット（ICU・HCU）入院症例の1か月後転帰の傾向	11
3. 11 各1か月後転帰に占める手段：退院症例	12
3. 12 各1か月後転帰に占める手段：入院継続・転院症例	12
3. 13 各1か月後転帰に占める手段：死亡症例	13
3. 14 精神科コンサルテーション実施の有無	14
4. 総括	15
5. 展望	15
6. 謝辞	15
参考：自傷・自殺未遂レジストリ 症例登録参加機関一覧（2023年12月31日時点）	16

1. はじめに

自傷・自殺未遂は、将来的な自殺の重要なリスクファクターであることは広く知られており、世界保健機関は各国に自傷・自殺未遂を把握するためのサーベイランスシステムの構築を呼びかけている。しかし、これまで本邦においてはサーベイランスシステムが存在せず、自傷・自殺未遂の実態を十分に把握することができなかった。このため、自傷・自殺未遂を経験した者への支援体制は、未だ多くの課題を抱え、改善が求められる状況にある。

このような中、2021年度より三宅 康史（帝京大学医学部附属病院高度救命救急センター長）を代表者とした研究グループは、厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター（以後「JSCP」）革新的自殺研究推進プログラムの研究委託を受け、研究課題名「自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐための救急医療における自傷・自殺未遂レジストリの構築」（課題番号 JPSCIRS20210103）を立案した。一般社団法人日本臨床救急医学会（以後「JSEM」）「自殺企図者のケアに関する検討委員会」内に「自殺企図者のレジストリ構築ワーキンググループ」（2022年に「自傷・自殺未遂レジストリ運営ワーキンググループ」に改称）を設置し、救命救急センターにおける自傷・自殺未遂例の登録システム「自傷・自殺未遂レジストリ；JAPAN Registry of Self-harm and Suicide Attempts」（以後「JA-RSA」、HPアドレス <https://sites.google.com/jscp.or.jp/jarsa/JA-RSANET>）のプロトタイプを構築した。その後、研究代表者所属機関である帝京大学医学部附属病院を含む9箇所の共同研究機関において、2021年度に試験運用を行い運用面、安全面の検証を行った。

2022年度には、上述のプロトタイプをもとに、JSEMとJSCPが協働で運用する形で、全国規模の継続的な自傷・自殺未遂レジストリとして、救命救急センターを対象にJA-RSAの本運用を開始することとした。運用開始に先立ち、厚生労働省 社会・援護局 自殺対策推進室長、JSEM 代表理事、JSCP 代表理事の三者が連名で、全国の救命救急センター長宛にJA-RSAへの参加を依頼した。2022年11月に研究参画の意思を示した機関を対象として一括倫理審査を行い、承認を得た後、同年12月1日より症例登録が開始された。2023年12月31日までに研究参画機関は57機関となり、受診した症例の登録数は1,987件となった。

全国的かつ持続的なレジストリ構築と運用による初めての成果を示すこの報告書が、自傷・自殺未遂者の支援に活用され、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現の一助になることを期待するものである。

2. 概要

2.1 JA-RSAの概要

1) 研究デザイン

観察研究（レジストリ研究）

2) 対象症例

JA-RSAの登録対象症例は、2022年12月1日の研究開始後に研究参画機関の救命救急センターを受診し

たすべての自傷・自殺未遂者である¹。自傷・自殺未遂者とは、自ら故意に身体損傷をもたらすような行為をおこなった者であり、来院時心肺停止や外来で死亡が確認された者を含む²。

3) 主な調査項目

- 基本情報（年齢，性別，国籍など）
- 来院手段
- 自傷・自殺未遂の手段
- 自傷・自殺未遂の場所
- 自傷・自殺未遂時の薬物やアルコールの使用（種類や量など）
- 希死念慮の有無およびその確認者
- 医療情報（受診日時，自傷・自殺未遂の日時，来院時バイタルサイン，身体的診断，入院の有無・入院先および転帰）
- 既往に関する情報（受傷以前の ADL，身体疾患の既往歴，精神科医療機関の受診歴・通院状況・入院歴，自傷・自殺未遂歴など）
- 社会経済状況（職業，生活環境，家族関係，生活保護の受給，障害者手帳の有無など）
- 妊産婦該当の有無
- 他の支援機関などへの連携や情報提供の有無

4) データ収集と入力方法など

登録対象症例に関するデータは，研究参画機関が通常診療のなかで取得する情報である。JA-RSA 登録のための新たなデータ収集は行わない。収集するデータには，個人を特定できる情報は含まれない。

各研究参画機関の協力者がオンラインのレジストリプラットフォームを用いてデータを登録する。

5) 倫理的配慮

「ヘルシンキ宣言に基づく倫理的原則」および「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」「個人情報保護法」など，国の法令・指針・ガイドラインに従っている。

JA-RSA に関する対象者の同意はオプトアウト方式で取得している。登録対象者が JA-RSA に自らに関する情報が登録されることを拒否する場合，情報をレジストリに登録せず，一旦登録された情報についても抹消する。

2. 2 研究参画機関等

2023 年 12 月 31 日時点で，参加意思を示し倫理審査を終えた研究参画機関は 57 機関であった。段階的に JA-RSA への症例登録が開始され，2023 年 12 月 31 日までに登録を開始した機関は 44 機関であった。

¹ JA-RSA は三次救急医療機関である救命救急センターで運用されており，診療所や二次救急医療機関等に搬送された自傷・自殺未遂者については対象としていない。

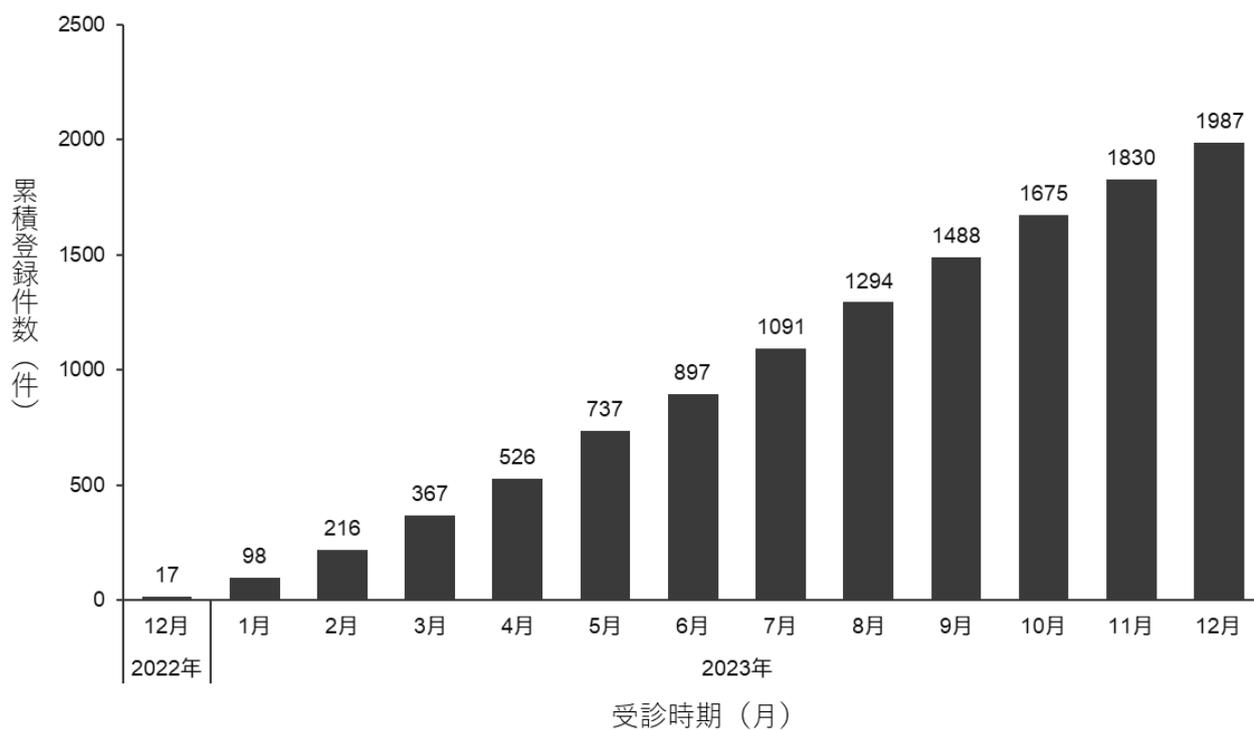
² 諸外国での自傷・自殺未遂レジストリでは，外来での死亡が確認された症例は除外しているものもあるが，JA-RSA では来院時心肺停止や外来での死亡症例も登録対象としている。

なお、全国の救命救急センターは 2023 年 12 月 1 日時点で 304 機関である。

2. 3 累積登録件数

2023 年 12 月 31 日までに受診し、JA-RSA に登録された症例は、1,987 件であった（図 1）。

図 1 累積登録件数の推移



3. 集計結果

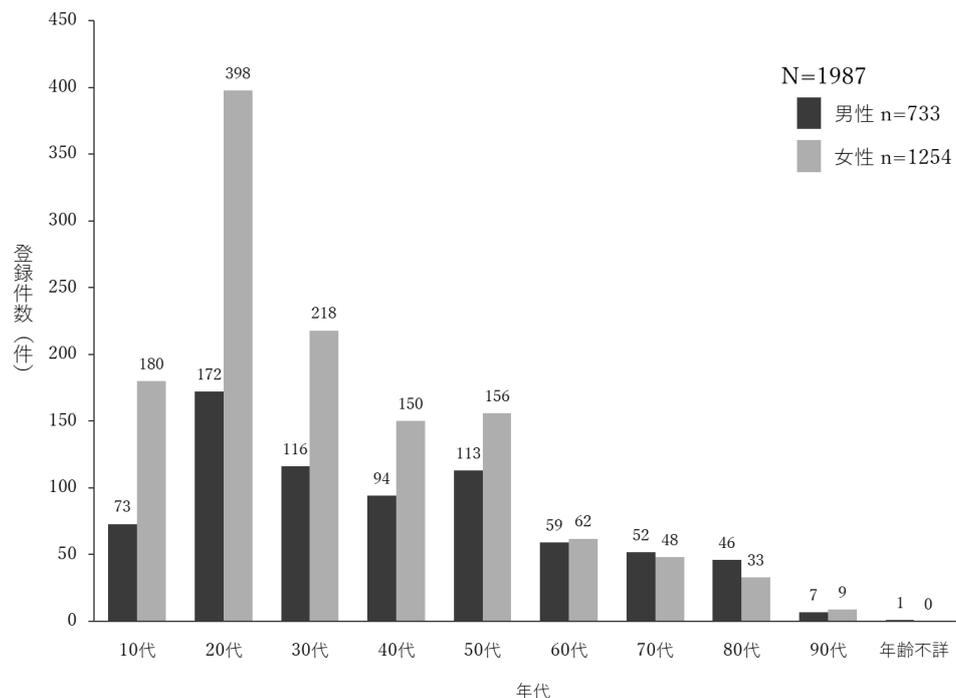
3.1 性別と年代

男性は 733 件 (36.9%)、女性は 1,254 件 (63.1%) であった。年代別の分布は、20 歳代が 570 件 (28.7%) と最も多く、次いで 30 歳代が 334 件 (16.8%) であった (表 1)。年代別の分布を男女別にみると、10~20 代では女性が男性の 2 倍以上と多かったが、30~50 歳代で男女差が小さくなり、60 歳以上では男女差はほぼなかった (図 2)。

表 1 基本情報 (性別と年代)

総数	N = 1987	N	%
性別			
	男性	733	36.9%
	女性	1254	63.1%
年代			
	10歳代	253	12.7%
	20歳代	570	28.7%
	30歳代	334	16.8%
	40歳代	244	12.3%
	50歳代	269	13.5%
	60歳代	121	6.1%
	70歳代	100	5.0%
	80歳代	79	4.0%
	90歳代	16	0.8%
	年齢不詳	1	0.1%

図 2 年代別の分布 (性別による比較)

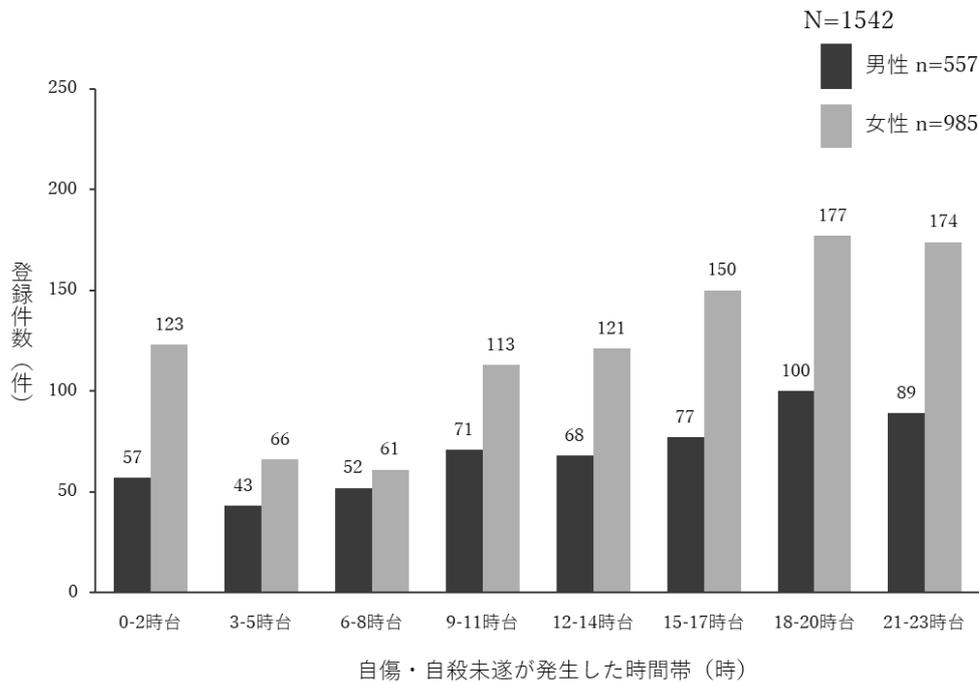


3. 2 自傷・自殺未遂が行われた時間帯

自傷・自殺未遂が行われた時間帯を3時間ごとの区分で見ると、男性では18-20時台が最も多く100件（18.0%）で、次いで21-23時台が89件（16.0%）であり、深夜から朝（3-8時）は少なかった。女性でも同様の傾向がみられ、18-20時台が最も多く177件（18.0%）、次いで21-23時台が174件（17.7%）であり、深夜から朝（3-8時）は少なかった（図3）。

なお、自傷・自殺未遂が行われた時間帯が不明な症例は男性176件、女性269件であった。

図3 自傷・自殺未遂が行われた時間帯



3. 3 希死念慮

来院時の死にたい気持ち（希死念慮³）については、「あり」が 694 件（34.9%）, 「なし」が 356 件（17.9%）, 不明が 937 件（47.2%）であった（図 4）。救命救急センター退出時の希死念慮については、「あり」が 400 件（20.1%）, 「なし」が 924 件（46.5%）, 不明が 663 件（33.4%）であった（図 5）。なお、不明には希死念慮の確認がなされなかった場合や、来院時心肺停止や全身状態の不良などにより希死念慮の判断ができなかった場合などが含まれる。

図 4 来院時の希死念慮

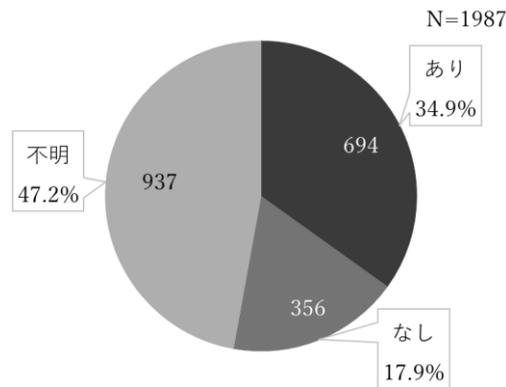
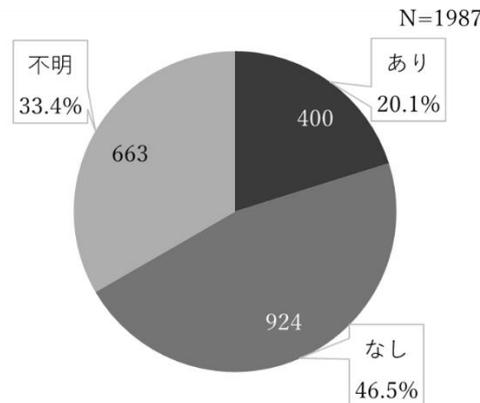


図 5 救命救急センター退出時の希死念慮

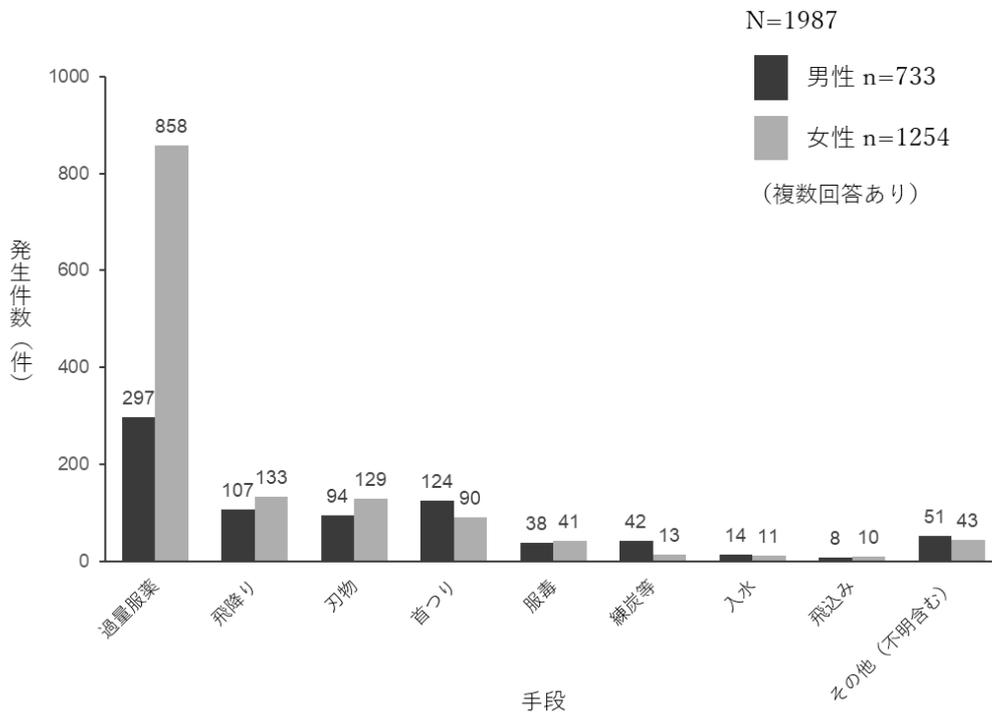


³ 日本臨床救急医学会「自殺未遂患者への対応 救急外来（ER）・救急科・救命救急センタースタッフのための手引き」では、死にたい気持ち（希死念慮・自殺念慮）を確認することとしており、希死念慮は死を願う気持ちのことだが自殺までは考えていない場合を指し、自殺念慮は自殺という能動的な行為で人生を終わらせようという考え方を指すとしている。救命救急センターにおいては、希死念慮と自殺念慮を明確に区別することは困難であり、少なくとも死を願う気持ちがあることとして希死念慮を確認したかどうか、またその結果を収集している。そのため希死念慮ありには自殺念慮ありの場合も含まれる。希死念慮の確認ありは救命救急センターの医師、看護師などのほか、精神科医やリエゾンチームスタッフなど様々な職種が実施する場合があります、職種を問わず少なくとも1回確認がなされていることを指す。

3. 4 手段の傾向：性別

自傷・自殺未遂の手段別の発生件数を男女別にみると、男女ともに過量服薬が最も多く、男性では 297 件 (40.5%)、女性では 858 件 (68.4%) であった。次いで、男性では首つりが 124 件 (16.9%)、飛降り が 107 件 (14.6%) と多く、女性では飛降りが 133 件 (10.6%)、刃物が 129 件 (10.3%) と多かった (図 6)。⁴なお、手段は複数選択であり、その他 (不明を含む) はその他の手段を少なくとも 1 つ用いている場 合および手段に有効な回答がない場合である。また、複数選択であるため、手段別の発生件数の合計と症 例数の合計は一致しない。以後も手段に関する集計は同様である。

図 6 自傷・自殺未遂の手段別の発生件数：性別

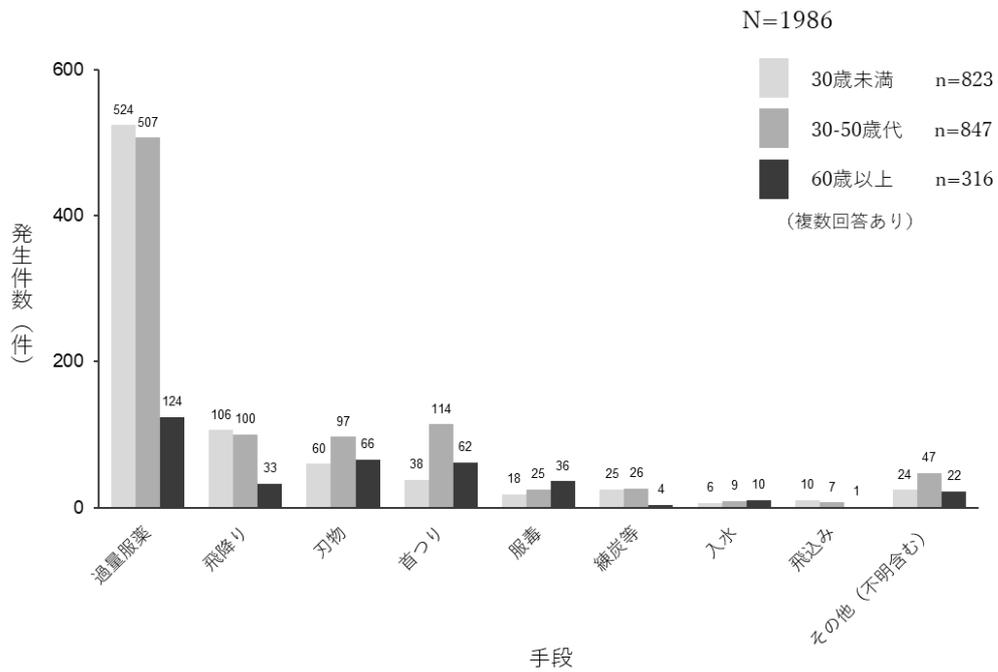


⁴ 過量服薬は「医薬品、医療機器などの品質、有効性及び安全性の確保などに関する法律」第 2 条で定義された医薬品の服用をいい、服毒はガソリン、農薬など医薬品以外の固体や液体を服用することをいう。入水は水中に身を投げる事、水をためた浴室などで溺水することをいう。飛び降りとは高所からの飛び降り、飛び込みは走行中の電車、自動車などへの飛び込みまたは横臥をいう。

3. 5 手段の傾向：年代別

自傷・自殺未遂の手段別の発生件数を30歳未満、30-50歳代、60歳以上の年代別にみると、いずれの年代も過量服薬が最も多く、30歳未満では524件（63.7%）、30-50歳代では507件（59.9%）、60歳以上では124件（39.2%）であった。次いで多いのは、30歳未満では飛降り106件（12.9%）、30-50歳代では首つりが114件（13.5%）、60歳以上では刃物が66件（20.9%）であり、年代ごとに違いがあった（図7）。なお、本項目は複数選択である。

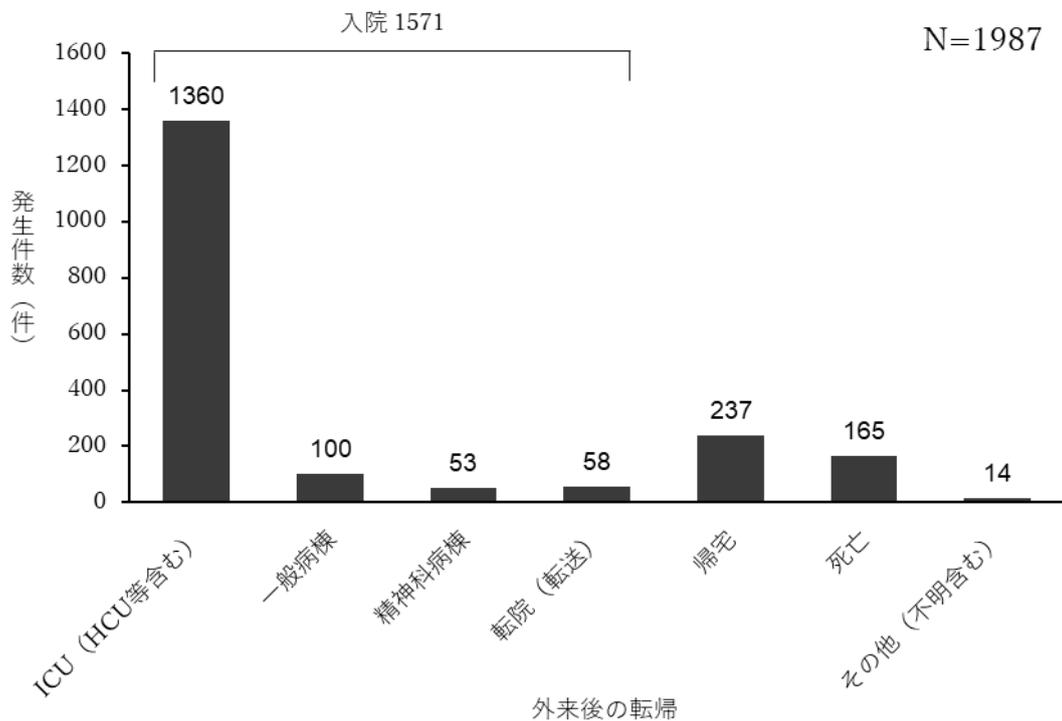
図7 自傷・自殺未遂の手段別の発生件数：年代別



3. 6 転帰の傾向：全体

救命救急センター受診後の転帰は、入院（転院含む）が 1,571 件（79.4%）、帰宅が 237 件（12.0%）、死亡が 165 件（8.3%）であった。入院となった 1,571 件のうち、1,360 件（86.6%）が ICU（HCU 等含む）⁵への入院であり、一般病棟への入院は 100 件（6.3%）、精神科病棟への入院は 53 件（3.4%）であった（図 8）。

図 8 救命救急センター受診後の転帰

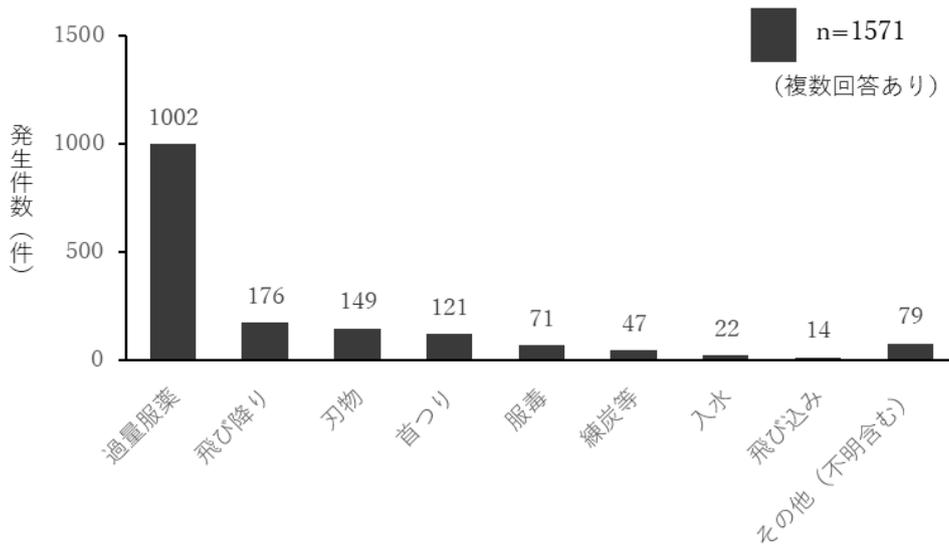


⁵ ICU（集中治療室）とは、生命の危機にある重症患者を受け入れる、24 時間の濃密な診療体制とモニタリング機器、生命維持装置などを整備した診療ユニットを指す。HCU（高度治療室）は一般的に ICU（集中治療室）よりも救急度の低い患者が入室する病棟とされ、HCU は ICU ほどではないが重症化や急変のリスクがある患者が入室する病棟として運用されていることが多い。

3. 7 各受診後転帰に占める手段：入院症例

救命救急センター受診後に入院となった症例のうち、過量服薬が 1,002 件 (63.8%) で最も多く、次いで飛び降りが 176 件 (11.2%)、刃物が 149 件 (9.5%) であった。その他の手段については図に示したとおりである (図 9)。

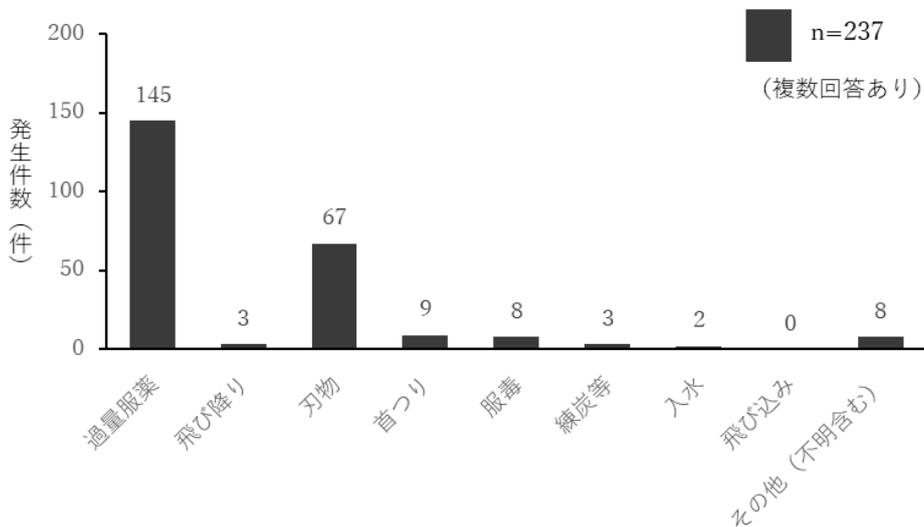
図 9 入院症例の手段



3. 8 各受診後転帰に占める手段：帰宅症例

救命救急センター受診後に帰宅となった症例のうち、過量服薬が 145 件 (61.2%) で最も多く、次いで刃物が 67 件 (28.3%) であった。その他の手段については図に示したとおりである (図 10)。

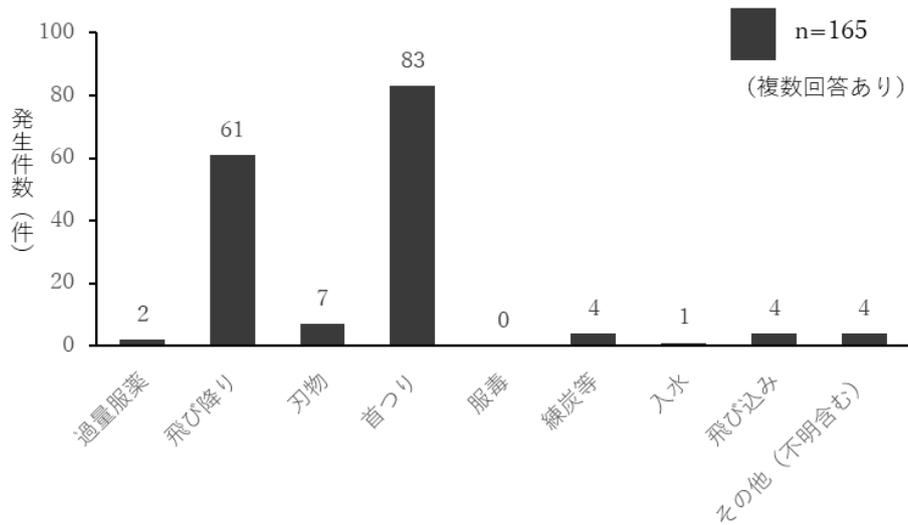
図 10 帰宅症例の手段



3. 9 各受診後転帰に占める手段：死亡症例

救命救急センター受診後に死亡が確認された症例のうち、首つりが83件（50.3%）で最も多く、次いで飛び降りが61件（37.0%）であった。その他の手段については図に示したとおりである（図11）。

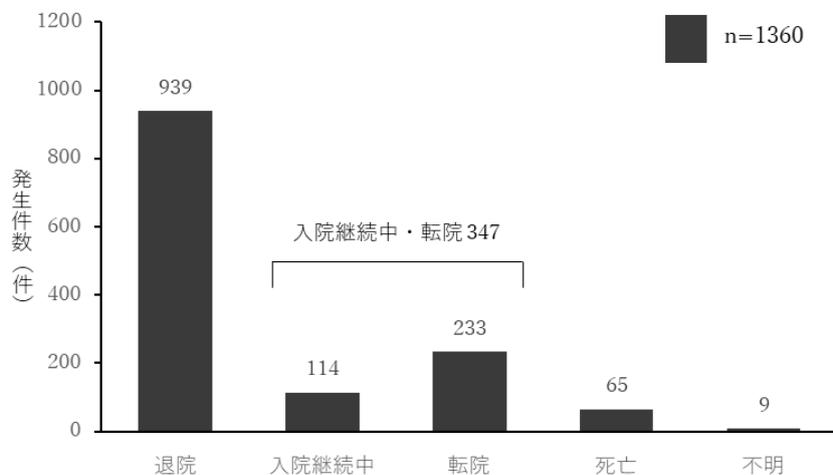
図11 死亡症例の手段



3. 10 高次医療ユニット (ICU・HCU) 入院症例の1か月後転帰の傾向

救命救急センター受診後の高次医療ユニット (ICU・HCU) に入院した症例における受診1か月後の転帰は、退院が939件（69.0%）で最も多く、次いで転院が233件（17.1%），入院継続中が114件（8.4%），死亡が65件（4.8%）であった（図12）。

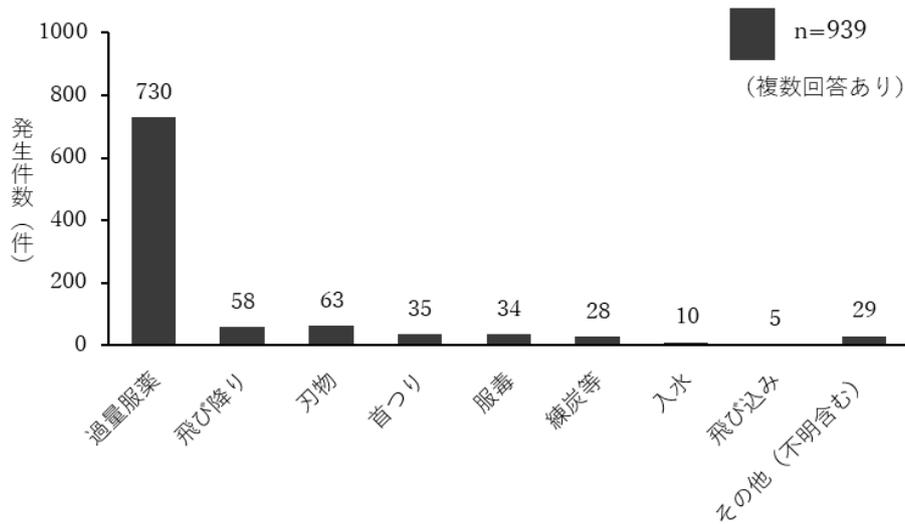
図12 高次医療ユニット入院症例の受診後1か月の転帰



3. 1 1 各1か月後転帰に占める手段：退院症例

受診後、高次医療ユニットに入院し、1か月以内に退院した症例のうち、過量服薬が730件(77.7%)で最も多く、次いで刃物が63件(6.7%)、飛び降りが58件(6.2%)であった。その他の手段については図に示したとおりである(図13)。

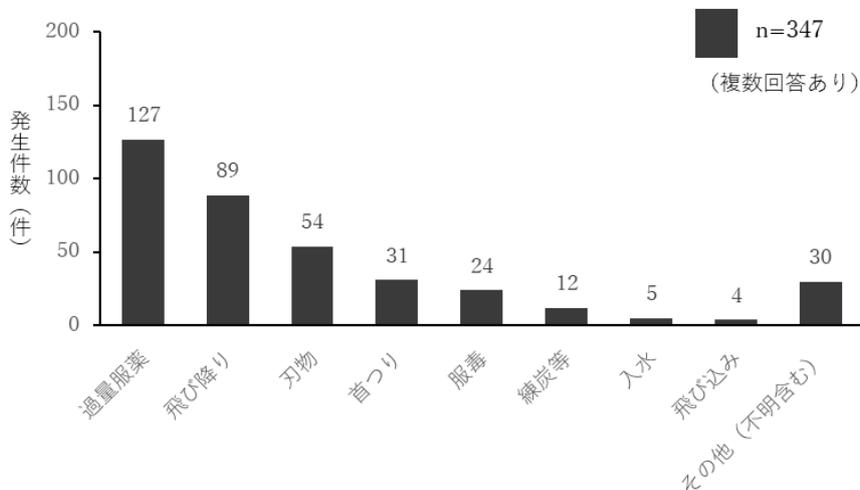
図13 高次医療ユニットに入院した症例のうち、受診後1か月以内に退院した症例の手段



3. 1 2 各1か月後転帰に占める手段：入院継続・転院症例

受診後、高次医療ユニットに入院し、1か月後に入院継続または1か月以内に転院した症例のうち、過量服薬が127件(36.6%)で最も多く、次いで飛び降りが89件(25.6%)、刃物が54件(15.6%)であった。その他の手段については図に示したとおりである(図14)。

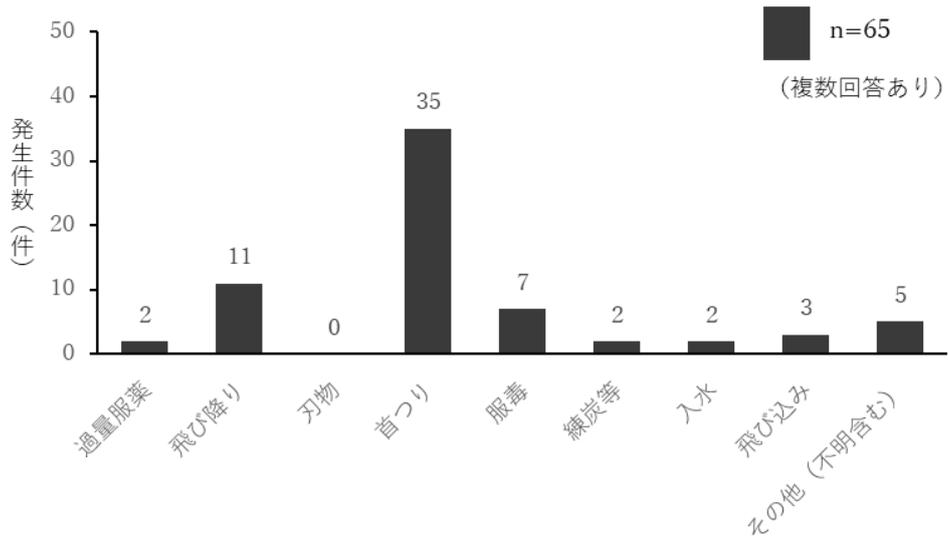
図14 高次医療ユニットに入院した症例のうち、受診1か月後に入院継続または転院した症例の手段



3. 13 各1か月後転帰に占める手段：死亡症例

受診後、高次医療ユニットに入院し、1か月以内に死亡した症例のうち、首つりが35件（53.8%）で最も多く、次いで飛び降りが11件（16.9%）、服毒が7件（10.8%）であった。その他の手段については図に示したとおりである（図15）。

図15 高次医療ユニットに入院した症例のうち、受診後1か月以内に死亡した症例の手段

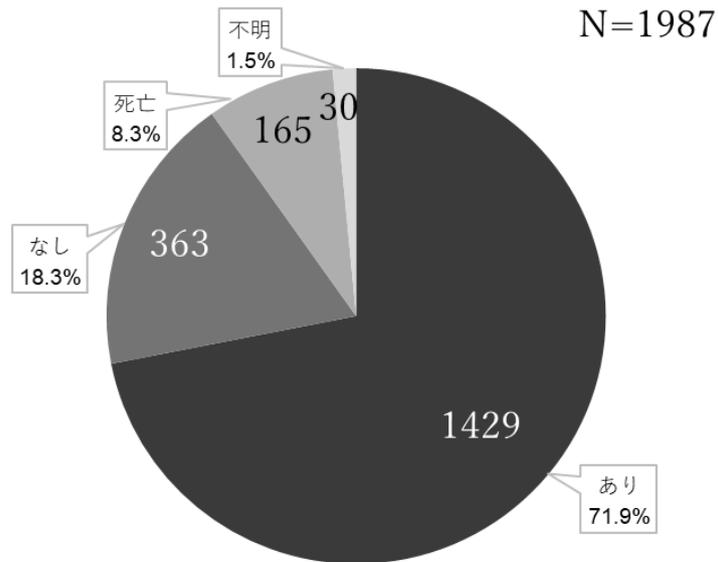


3. 1 4 精神科コンサルテーション実施の有無

精神科コンサルテーションについては、実施ありが 1,429 件 (71.9%)、実施なしが 363 件 (18.3%)、外来死亡が 165 件 (8.3%) であった (図 16)。

なお、実施なしには、全身状態の不良などにより精神科コンサルテーションができなかった場合などが含まれていた。

図 16 精神科コンサルテーション実施の有無



4. 総括

JA-RSA は本邦で初めての全国的・継続的な自傷・自殺未遂者のレジストリである。本報告書では、JA-RSA の登録症例のうち 2022 年 12 月 1 日から 2023 年 12 月 31 日までに受診した症例の概要を報告した。

本報告書の対象症例においては、年代別では 20 歳代・30 歳代が多く、性別では半数以上が女性であった。手段としては過量服薬が最も多かった。これらの結果は、自傷・自殺未遂に関する国内外の報告と概ね一致する。また、救命救急センター受診後の転帰は、大部分が入院加療であり、帰宅症例は 12.0%にとどまった。入院先としては ICU (HCU を含む) などの高次医療ユニットへの入院が最も多かった。

登録症例に占める外来での死亡は 8.3%であった。外来での死亡の解釈においては、各消防本部において運用されている不搬送プロトコルに該当しない院外心肺停止症例があることや、救命救急センターに搬送される患者は重症例が多いことに注意が必要である。

精神科コンサルテーションが実施された登録症例は、71.9%であった。精神科コンサルテーションが実施されなかった理由については、自由記載項目からは、精神科等のかかりつけを受診する方針としたことや、全身状態の不良などコンサルテーション実施を妨げる様々な事情があることが伺われた。

JA-RSA は貴重な自傷・自殺未遂症例の診療実態を収集しているが、結果の一般化および解釈には注意を要する。医療機関の受診に至らない自傷・自殺未遂例がある一方で、高度な総合的医療が必要と判断された症例が救命救急センターに搬送されているためである。また、現状では、JA-RSA に参加している救命救急センターは全国の救命救急センターの約 2 割にとどまっている点にも留意が必要である。

5. 展望

今後、JA-RSA で収集される継続的な自傷・自殺未遂者のデータの分析を通して、自傷・自殺未遂者へのより効果的な支援や自殺対策の立案・推進に資する知見の創出が期待される。特に、自傷・自殺未遂が行われた背景や手段の分析からは、その傾向を明らかにすることができる。これらの知見はハイリスクグループへの支援や手段の規制等を通じた自殺対策に寄与することが期待される。また、自傷・自殺未遂者の診療における精神科コンサルテーションや支援機関との連携の実施状況の分析から得られる知見は、質の高い自傷・自殺未遂者ケアを広めるための施策に貢献することが期待される。今後、全国の救命救急センターの実態をよりよく反映したデータに基づき適切な分析を行っていくためにも、残る 250 か所以上の救命救急センターのレジストリへの参加が鍵となる。今後、全国の救命救急センターの参加に向け、レジストリシステムの改良や成果報告を行いながら積極的に働きかけを行っていききたい。

6. 謝辞

JA-RSA へ参加し、症例登録にご協力くださった研究協力機関の方々に厚くお礼申し上げます。

また、JA-RSA の調査票構築にあたり多大なご協力をいただいた札幌医科大学医学部神経精神医学講座 河西千秋先生、岩手医科大学医学部神経精神科学講座 大塚耕太郎先生、日本医科大学多摩永山病院 岸泰宏先生、沼津中央病院 日野耕介先生に、心よりお礼申し上げます。

自傷・自殺未遂レジストリ；JAPAN Registry of Self-harm and Suicide Attempts

研究代表者 三宅康史

運営委員 青木藍・岩間雄大・小林論史・問田千晶・橋本聡・半谷まゆみ・福田吉治・山下智幸（五十音順）

厚生労働大臣指定法人・一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター
 一般社団法人 日本臨床救急学会

参考：自傷・自殺未遂レジストリ 症例登録参加機関一覧（2023年12月31日時点）

地域名	機関名
北海道・東北地方	札幌医科大学附属病院 旭川医科大学病院 東北大学病院 石巻赤十字病院 日本海総合病院 秋田赤十字病院 秋田大学医学部附属病院
関東地方	帝京大学医学部附属病院 杏林大学医学部附属病院 日本大学病院 東京都立多摩総合医療センター 聖路加国際病院 日本赤十字社医療センター 東海大学医学部附属病院 医療法人徳州会湘南鎌倉総合病院 独立行政法人国立病院機構高崎医療センター 前橋赤十字病院 SUBARU 健康保険組合太田記念病院 足利赤十字病院 自治医科大学附属病院
中部地方	長野赤十字病院 慈泉会相澤病院 信州大学医学部附属病院 石川県立中央病院 富山県厚生農業協同組合連合会 高岡病院 岐阜大学医学部附属病院 聖隷浜松病院 中東遠総合医療センター

近畿地方	三重県立総合医療センター 医療法人社団 洛和会音羽病院 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター 国立病院機構 大阪医療センター 大阪大学医学部附属病院 大阪公立大学医学部附属病院 堺市立総合医療センター 日本赤十字社和歌山医療センター
中国・四国地方	岡山大学病院 倉敷中央病院 高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター
九州地方	佐賀大学医学部附属病院 長崎大学病院 熊本赤十字病院 済生会熊本病院 宮崎県立延岡病院

(厚生労働省「救命救急センター設置状況一覧」(2023年)順)