

自傷・自殺未遂レジストリ JA-RSA 2025年報告書

2025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 研究参加機関等..... | 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・自殺未遂がおこなわれた時間帯..... | 5 |
| 3. 3 自殺念慮・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 救命救急センター受診後の転帰..... | 9 |
| 3. 7 救命救急センター受診後の転帰別の手段：入院症例..... | 10 |
| 3. 8 救命救急センター受診後の転帰別の手段：帰宅症例..... | 10 |
| 3. 9 救命救急センター受診後の転帰別の手段：死亡症例..... | 11 |
| 3. 10 入院症例の受診1か月後の転帰..... | 12 |
| 3. 11 精神科コンサルテーション実施の有無..... | 13 |
| 4. 総括..... | 14 |
| 5. 展望..... | 14 |
| 6. 謝辞..... | 14 |
| 参考：自傷・自殺未遂レジストリ 症例登録参加機関一覧（2024年12月31日時点）.... | 15 |

1. はじめに

我が国では、年間で約 2 万人もの命が自殺によって失われており、深刻な状況が続いている。自殺を防止するためには、背景にあるリスク要因を明らかにしたうえで、実態に即した施策を実施していく必要がある。中でも、自傷・自殺未遂の経験を有することは自殺の重要なリスク要因である。そのため、自傷・自殺未遂者の再度の自殺企図を防止するための支援が必要であるが、自殺未遂者等への効果的な支援をおこなうための方策や、支援の政策的枠組みを検討する過程において、自傷・自殺未遂者の情報を継続的に蓄積し、実態を把握していくことが不可欠である。世界保健機関（WHO）は、自傷・自殺未遂に関するサーベイランスシステム構築を各国に呼びかけており、我が国においても、2022 年に閣議決定された「自殺総合対策大綱」における当面の重点施策のひとつとして自殺未遂者に関するデータベースの構築が盛り込まれた。

このような背景のもと、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（研究開始時）]を代表者とする研究グループの試験運用を経て、一般社団法人日本臨床救急医学会（以下「JSEM」）と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（以下「JSCP」）が協働運用する形で、我が国で初めての、オンラインによる全国規模かつ継続的な自傷・自殺未遂症例登録システムである自傷・自殺未遂レジストリ（JAPAN Registry of Self-harm and Suicide Attempts: JA-RSA）を構築した。

2022 年 12 月 1 日に症例登録を開始して以来、2024 年 12 月 31 日までに全国 78 の救命救急センターが参加し、症例登録数は 4,521 件となった。本報告書は、登録開始から約 2 年間で蓄積された自傷・自殺未遂症例の概要を示すものである。

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加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。本レジストリでは、登録対象となる自傷・自殺未遂者を「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」と定義しており、来院時心肺停止や外来で死亡が確認された者を含む²。

¹ JA-RSA の研究参加機関は、三次救急医療機関である救命救急センターであり、診療所や一次・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。

3) 主な調査項目

- 施設情報
- 基本情報（年齢、性別、国籍など）
- 医療情報（受診日時、自傷・自殺未遂の日時、来院手段、自殺念慮・希死念慮の有無、自傷・自殺未遂の手段、自傷・自殺未遂の場所、バイタルサイン、自傷・自殺未遂時の薬物の使用、身体的診断、入院の有無・入院先および転帰、妊産婦についての情報、他の支援機関等へのつながりの有無など）
- 既往に関する情報（WHO PS、身体的健康問題の治療歴、精神科の受診歴、精神科の通院状況、精神科の入院歴、自傷・自殺未遂歴など）
- 社会経済状況（生活環境、配偶者・パートナーの有無、同居人の有無、生活保護の利用の有無、障害者手帳の利用の有無、職業など）

4) データ収集と入力方法など

JA-RSA で収集するデータは、研究参加機関において通常診療のなかで取得する情報であり、JA-RSA に登録することを目的とした追加のデータ収集はおこなわない。また、収集するデータには、個人を特定することができる情報は含まれない。同一人物が異なる時期に自傷・自殺未遂をおこない、研究参加機関を受診した場合は、別症例として登録される。

データ収集はオンラインのレジストリプラットフォームでおこなう。データ登録者は登録対象となる症例の受診後、遅滞なく診療録から必要な情報を抽出し、症例の登録をおこなう。受診後、概ね1か月以内に転帰を含む項目を入力する。

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・ガイドラインに従い実施する。

登録対象者の同意はオプトアウト方式で取得している。登録対象者が自らに関する情報の登録を拒否する場合、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。

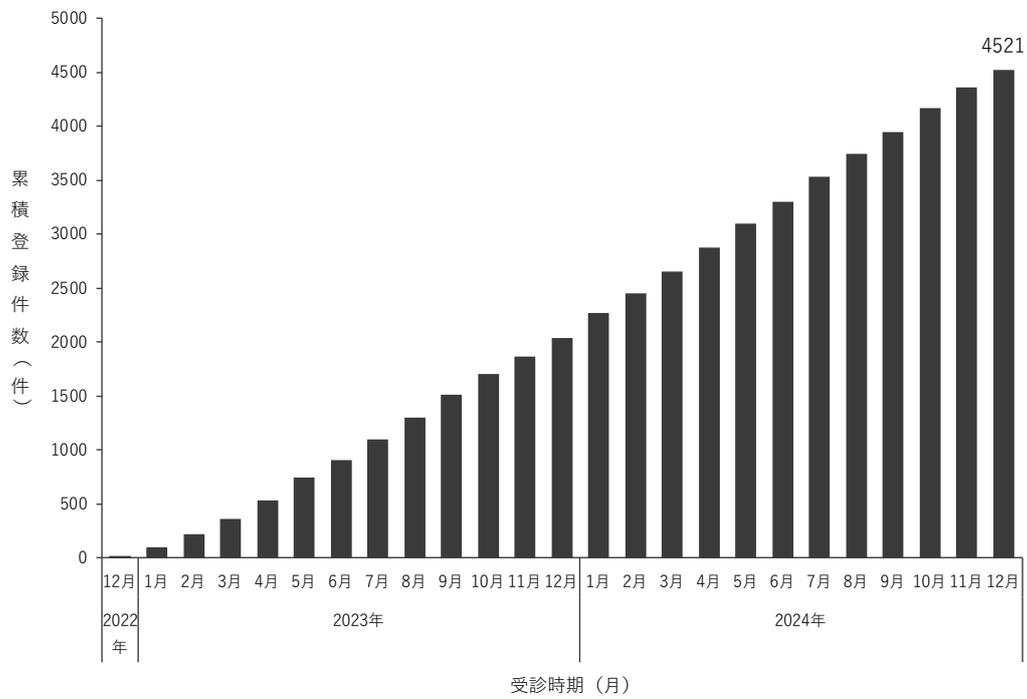
2. 2 研究参加機関等

全国の救命救急センターを有する医療機関が研究に参加することが可能である。2024年12月31日までに78機関が倫理審査を完了し、47機関が症例登録を開始した。なお、全国の救命救急センターは2024年12月31日時点で308機関であった。

2. 3 累積登録件数

JA-RSA に登録された 2024 年 12 月 31 日までの受診症例は、4,521 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

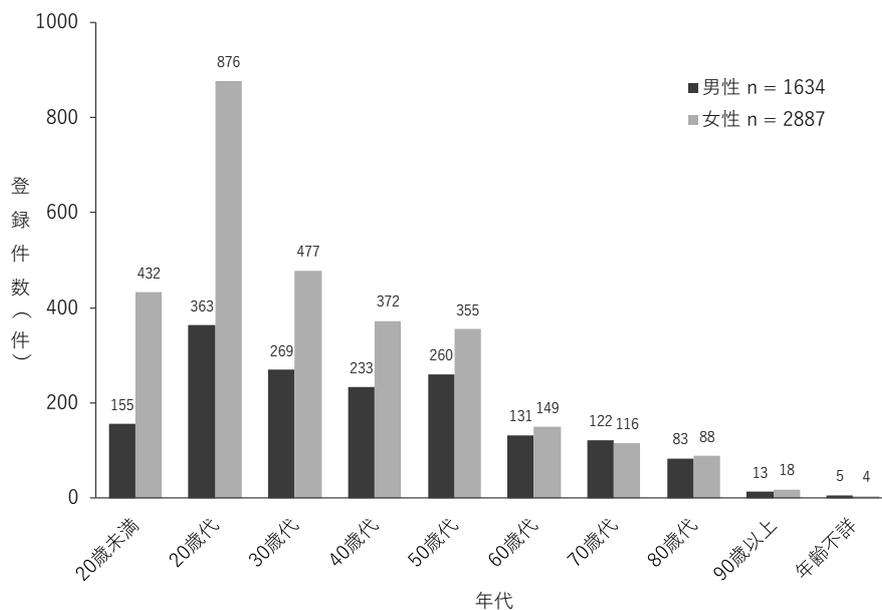
男性は 1,634 件 (36.1%)、女性は 2,887 件 (63.9%) であった。年代別の分布は、20 歳代が 1,239 件 (27.4%) と最も多く、次いで 30 歳代が 746 件 (16.5%) であった (表 1)。年代別の分布を男女別にみると、10~20 代では女性が男性の 2 倍以上と多かったが、30 代以上では、年代が高いほど男女差が小さかった (図 2)。

表 1 基本情報 (性別と年代)

| | 2022年* | | 2023年 | | 2024年 | | 合計 | |
|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| | 該当件数 | 割合 | 該当件数 | 割合 | 該当件数 | 割合 | 該当件数 | 割合 |
| 性別 | | | | | | | | |
| 男性 | 5 | 29.4% | 748 | 37.0% | 881 | 35.5% | 1634 | 36.1% |
| 女性 | 12 | 70.6% | 1273 | 63.0% | 1602 | 64.5% | 2887 | 63.9% |
| 年代 | | | | | | | | |
| 20歳未満 | 1 | 5.9% | 255 | 12.6% | 331 | 13.3% | 587 | 13.0% |
| 20歳代 | 7 | 41.2% | 579 | 28.6% | 653 | 26.3% | 1239 | 27.4% |
| 30歳代 | 1 | 5.9% | 342 | 16.9% | 403 | 16.2% | 746 | 16.5% |
| 40歳代 | 2 | 11.8% | 252 | 12.5% | 351 | 14.1% | 605 | 13.4% |
| 50歳代 | 2 | 11.8% | 275 | 13.6% | 338 | 13.6% | 615 | 13.6% |
| 60歳代 | 2 | 11.8% | 122 | 6.0% | 156 | 6.3% | 280 | 6.2% |
| 70歳代 | 1 | 5.9% | 101 | 5.0% | 136 | 5.5% | 238 | 5.3% |
| 80歳代 | 1 | 5.9% | 78 | 3.9% | 92 | 3.7% | 171 | 3.8% |
| 90歳以上 | 0 | 0.0% | 16 | 0.8% | 15 | 0.6% | 31 | 0.7% |
| 年齢不詳 | 0 | 0.0% | 1 | 0.0% | 8 | 0.3% | 9 | 0.2% |

*2022年は12月1日~12月31日までの1ヶ月間のデータ。

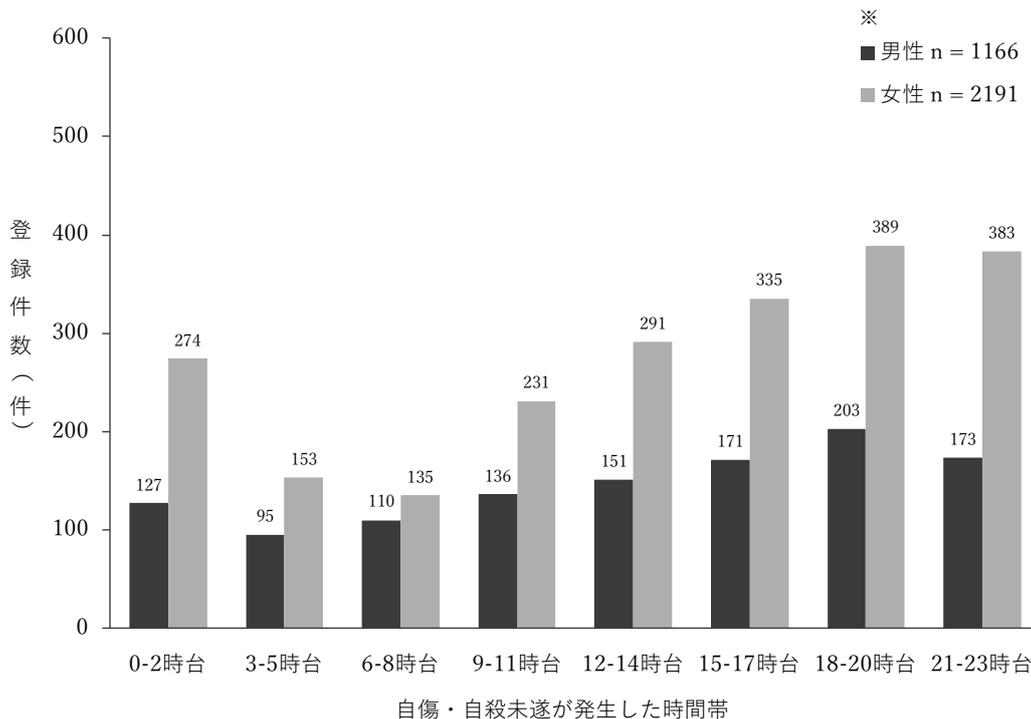
図 2 年代別の分布 (性別による比較)



3. 2 自傷・自殺未遂がおこなわれた時間帯

自傷・自殺未遂がおこなわれた時間帯が明らかだった症例は、男性 1,166 件(71.4%)、女性 2,191 件(75.9%)だった。そのうち、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 203 件 (17.4%)、次いで 21-23 時台が 173 件 (14.8%) であった。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 389 件 (17.8%)、次いで 21-23 時台が 383 件 (17.5%) であった。深夜から朝 (3-8 時) は少なかった (図 3)。

図 3 自傷・自殺未遂がおこなわれた時間帯



※自傷・自殺未遂がおこなわれた時間帯が不明な症例は除く。

3. 3 自殺念慮・希死念慮

来院時の死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮³）については、「あり」が1,553件（34.4%）、「なし」が800件（17.7%）、不明が2,168件（48.0%）であった（図4）。救命救急センター退出時の自殺念慮・希死念慮については、「あり」が889件（19.7%）、「なし」が2,115件（46.8%）、不明が1,517件（33.6%）であった（図5）。なお、不明には自殺念慮・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自殺念慮・希死念慮の確認ができなかった場合が含まれる。

図4 来院時の自殺念慮・希死念慮

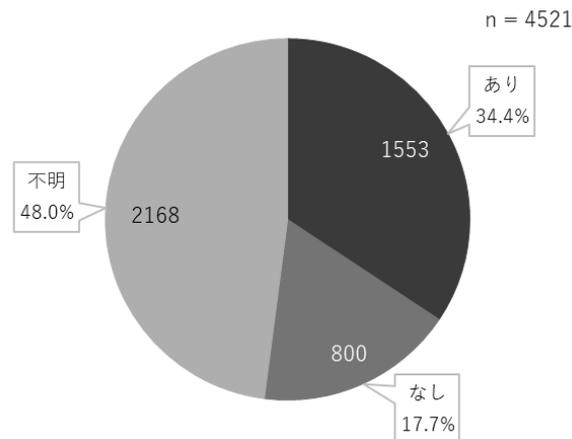
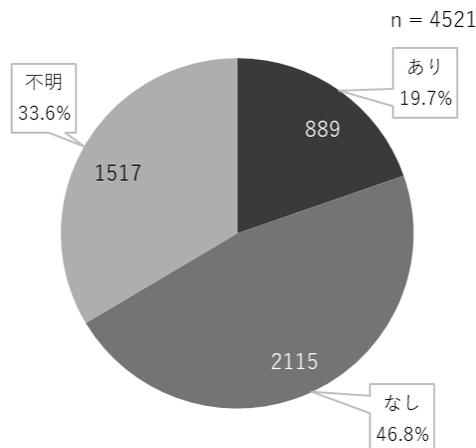


図5 救命救急センター退出時の自殺念慮・希死念慮

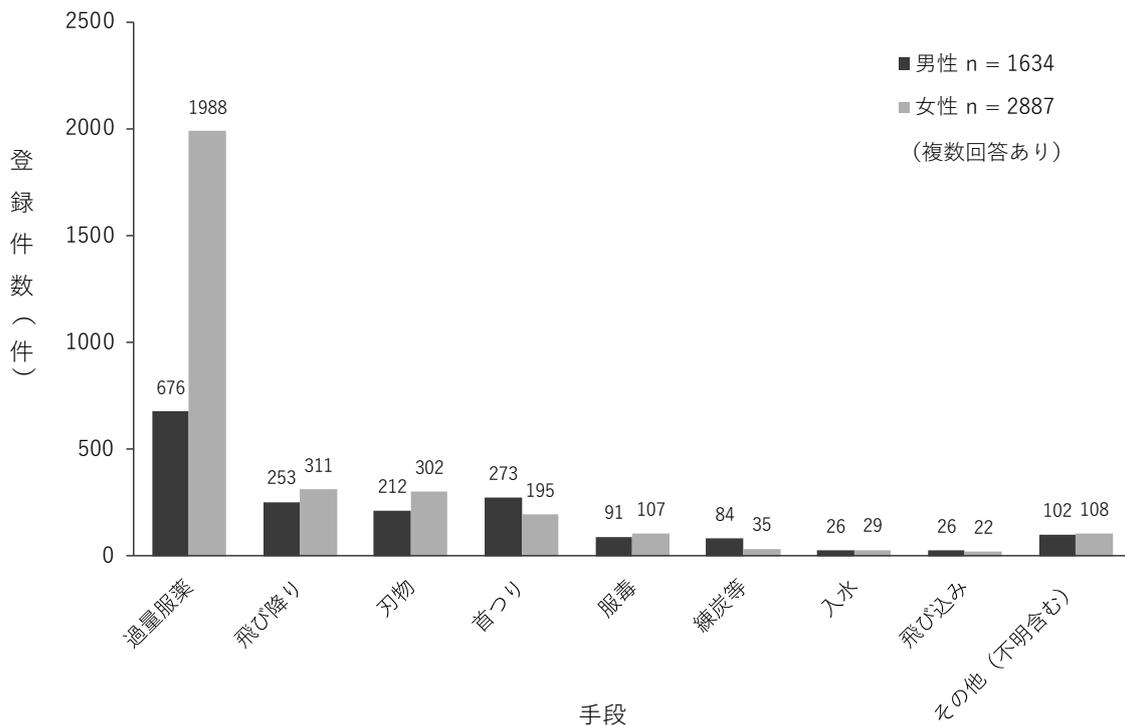


³ 日本臨床救急医学会「自殺未遂患者への対応 救急外来（ER）・救急科・救命救急センタースタッフのための手引き」では、死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮）を確認することとしており、希死念慮は死を願う気持ちのことだが自殺までは考えていない場合を指し、自殺念慮は自殺という能動的な行為で人生を終わらせようという考え方を指すとしている。救命救急の現場においては、希死念慮と自殺念慮を明確に区別することは困難であるため、自殺念慮・希死念慮として収集している。自殺念慮・希死念慮の確認は救命救急センターの医師、看護師などのほか、精神科医やリエゾンチームスタッフなど様々な職種が実施する場合があります、職種を問わず少なくとも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⁴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676件(41.4%)、女性では1,988件(68.9%)であった。次いで、男性では首つりが273件(16.7%)、飛び降りが253件(15.5%)、女性では飛び降りが311件(10.8%)、刃物が302件(10.5%)であった(図6)。なお、その他(不明を含む)はその他の手段を用いている場合や手段が不明の場合を示す。また、複数選択可能であるため、手段別の登録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

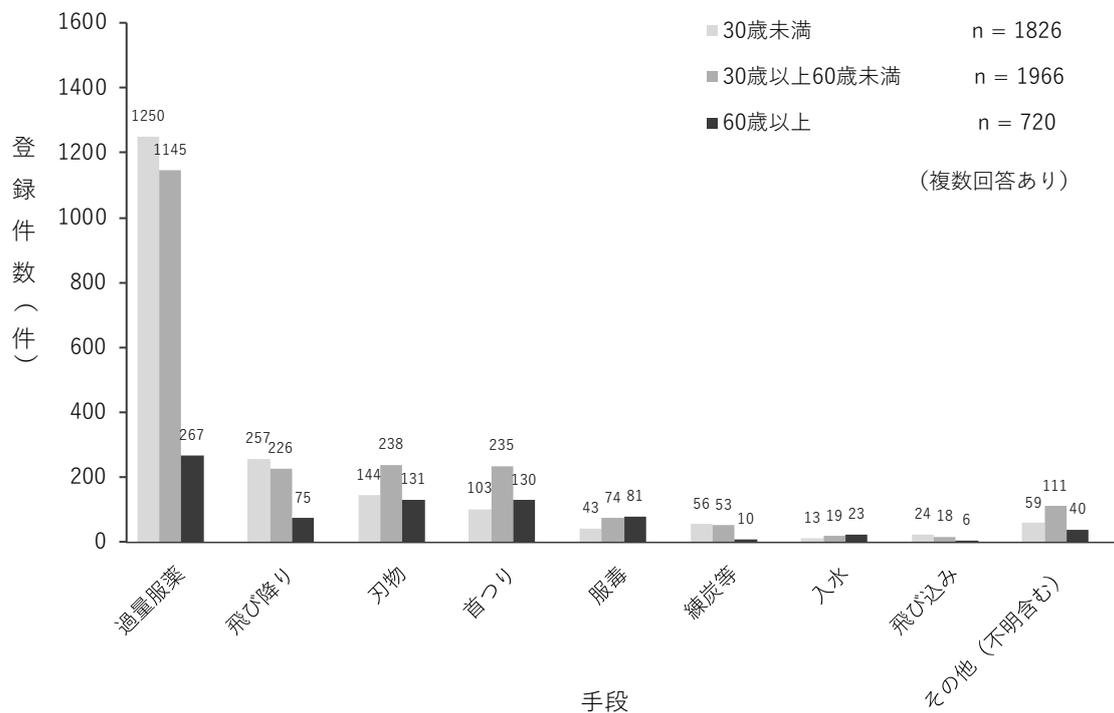


⁴ 過量服薬は「医薬品、医療機器などの品質、有効性及び安全性の確保などに関する法律」第2条で定義された医薬品の服用をいい、服毒はガソリン、農薬など医薬品以外の固体や液体を服用することをいう。入水は水中に身を投げる事、水をためた浴室などで溺水することをいう。飛び降りは高所からの飛び降りをいい、飛び込みは走行中の電車、自動車などへの飛び込みまたは横臥をいう。

3. 5 手段の傾向：年代別

自傷・自殺未遂の手段を30歳未満、30歳以上60歳未満、60歳以上の年齢区別にみると、いずれの年齢区分でも過量服薬が最も多く、30歳未満では1,250件(68.5%)、30歳以上60歳未満では1,145件(58.2%)、60歳以上では267件(37.1%)であった。次いで多いのは、30歳未満では、飛び降り257件(14.1%)、刃物144件(7.9%)であった。30歳以上60歳未満、60歳以上では、刃物[順に、238件(12.1%)、131件(18.2%)]、首つり[順に、235件(12.0%)、130件(18.1%)]であった(図7)。なお、本項目は複数選択である。年齢不詳は本項目の集計対象から除いている。

図7 自傷・自殺未遂の手段別の発生件数：年代別

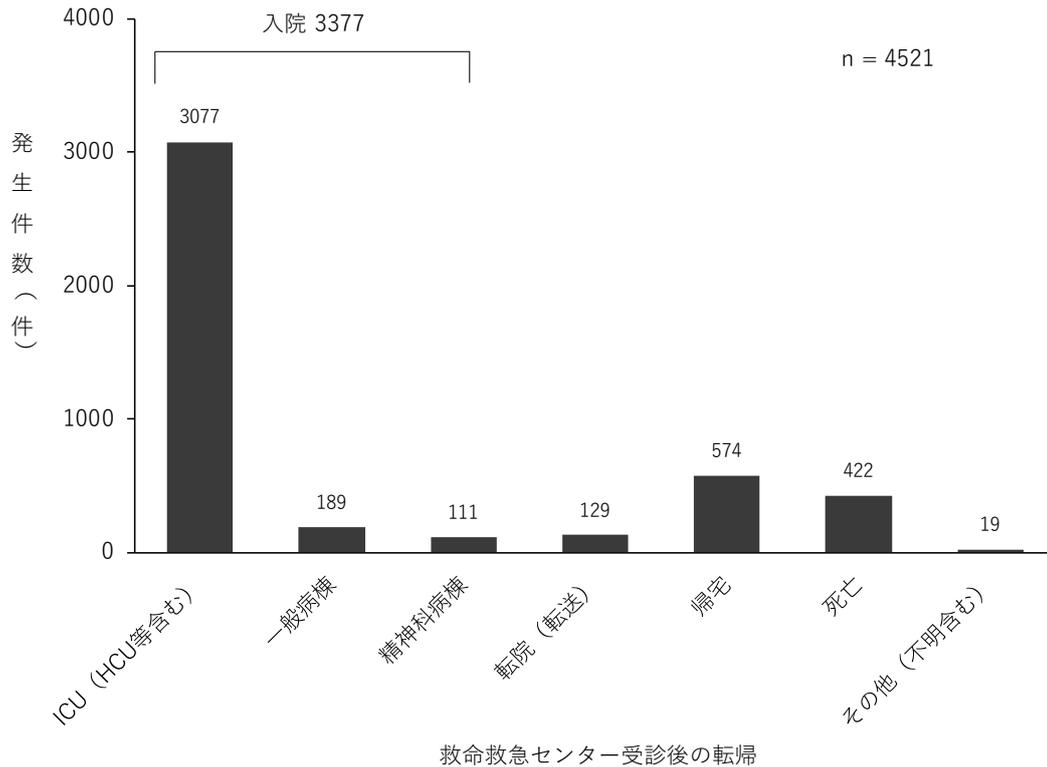


※年齢不詳は本項目の集計対象から除いている。

3. 6 救命救急センター受診後の転帰

救命救急センター受診後の転帰は、入院が 3,377 件 (74.7%)、帰宅が 574 件 (12.7%)、死亡が 422 件 (9.3%)、転院 (転送) が 129 件 (2.9%) であった。入院となった 3,377 件のうち、ICU (HCU 等含む)⁵への入院が 3,077 件 (91.1%) で最も多く、次いで一般病棟への入院が 189 件 (5.6%)、精神科病棟への入院が 111 件 (3.3%) であった (図 8)。

図 8 救命救急センター受診後の転帰

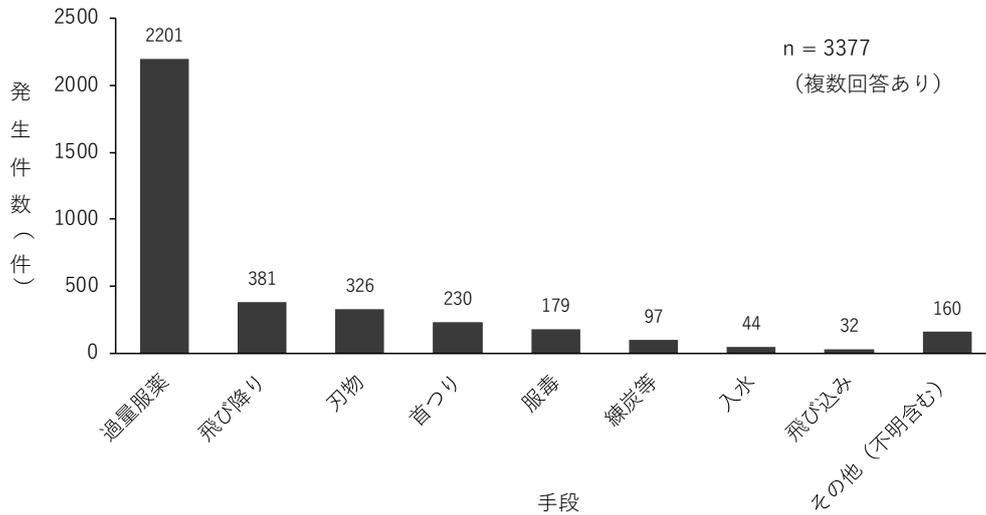


⁵ ICU (集中治療室) とは、生命の危機にある重症患者を受け入れる、24 時間の濃密な診療体制とモニタリング機器、生命維持装置などを整備した診療ユニットを指す。HCU (高度治療室) は一般的に ICU (集中治療室) よりも救急度の低い患者が入室する病棟とされ、HCU は ICU ほどではないが重症化や急変のリスクがある患者が入室する病棟として運用されていることが多い。

3. 7 救命救急センター受診後の転帰別の手段：入院症例

救命救急センター受診後、入院となった症例のうち、過量服薬が 2,201 件（65.2%）で最も多く、次いで飛び降りが 381 件（11.3%）、刃物が 326 件（9.7%）であった（図 9）。

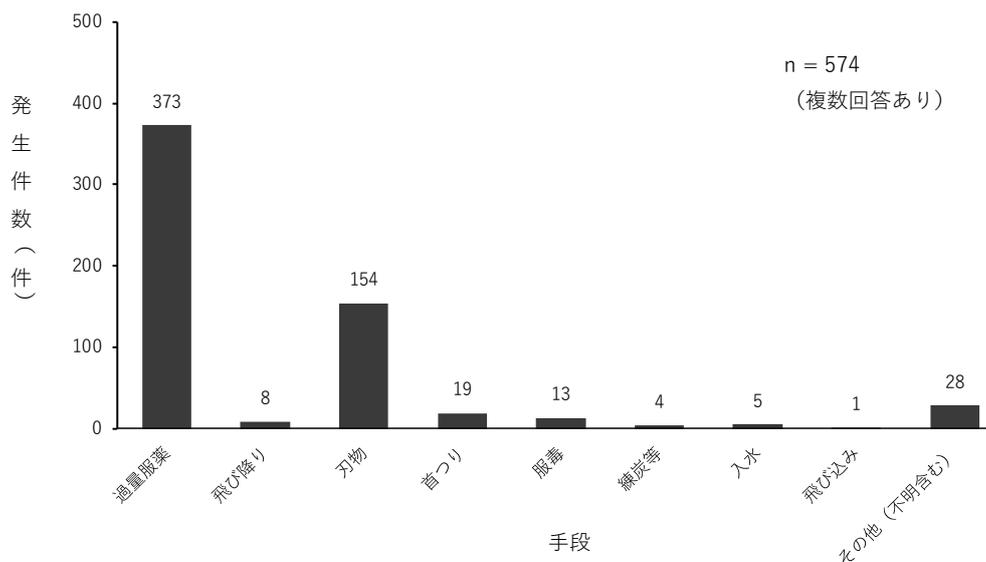
図 9 入院症例の手段



3. 8 救命救急センター受診後の転帰別の手段：帰宅症例

救命救急センター受診後、帰宅となった症例のうち、過量服薬が 373 件（65.0%）で最も多く、次いで刃物が 154 件（26.8%）、首つりが 19 件（3.3%）であった（図 10）。

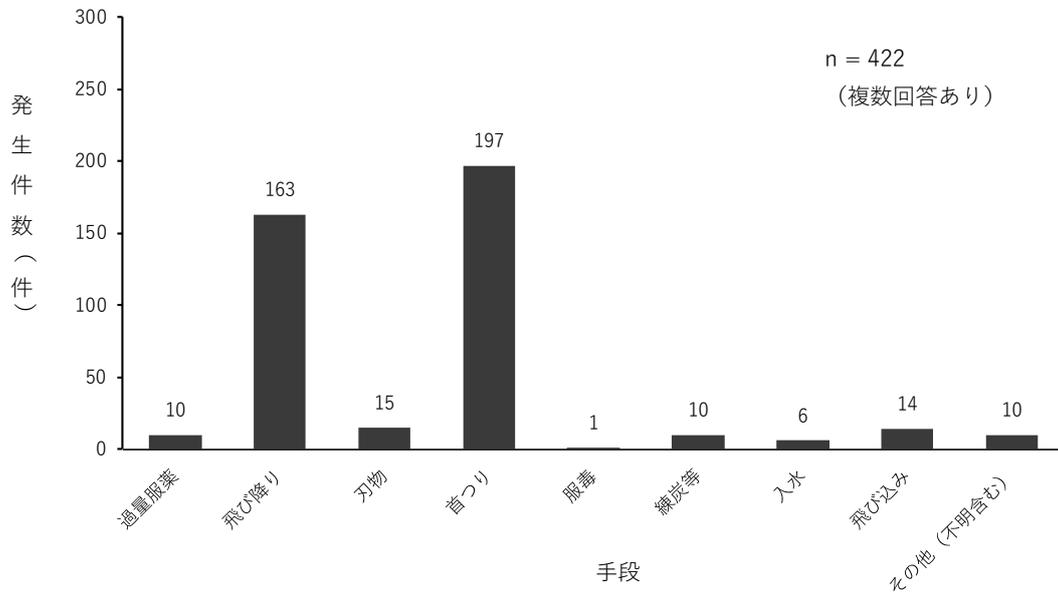
図 10 帰宅症例の手段



3. 9 救命救急センター受診後の転帰別の手段：死亡症例

救命救急センター受診後、死亡が確認された症例のうち、首つりが 197 件（46.7%）で最も多く、次いで飛び降りが 163 件（38.6%）、刃物が 15 件（3.6%）であった（図 11）。

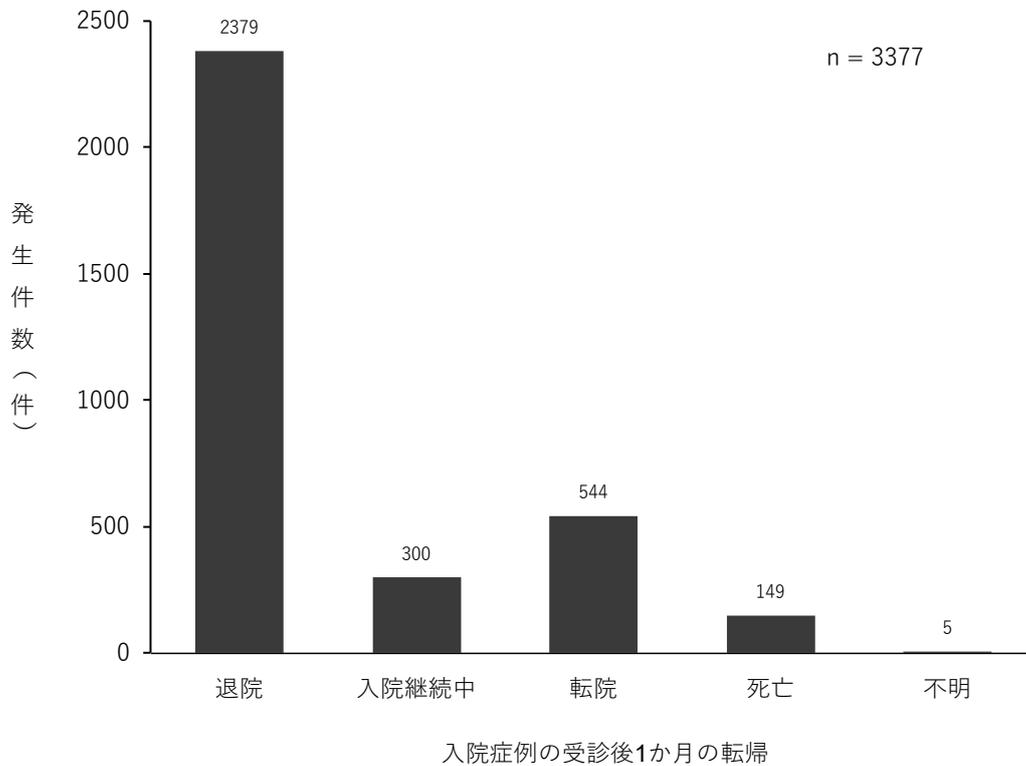
図 11 死亡症例の手段



3. 10 入院症例の受診1か月後の転帰

入院症例の受診1か月後の転帰は、退院が2,379件（70.4%）で最も多く、次いで転院が544件（16.1%）、入院継続中が300件（8.9%）、死亡が149件（4.4%）であった（図12）。

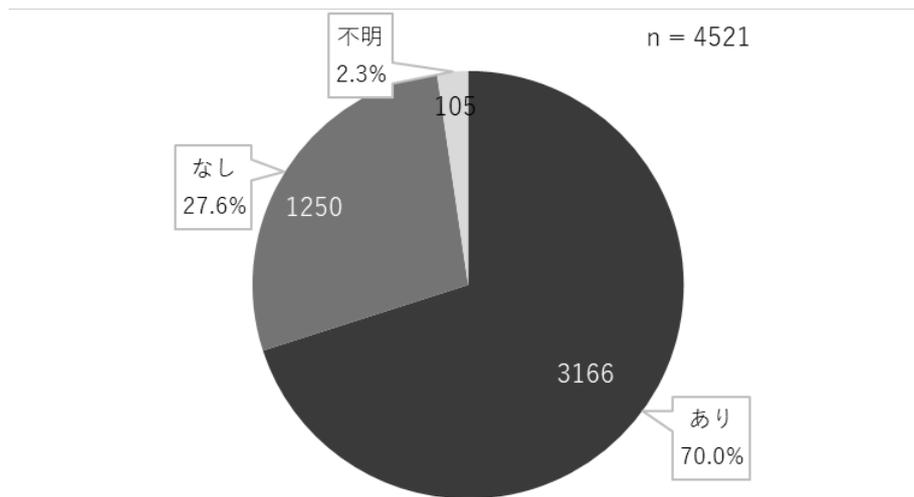
図12 入院症例の受診1か月後の転帰



3. 11 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は、実施ありが 3,166 件 (70.0%)、実施なしが 1,250 件 (27.6%)、不明が 105 件 (2.3%) であった (図 13)。なお、実施なしには実施しなかった場合だけでなく、全身状態の不良などにより精神科コンサルテーションを実施できなかった場合が含まれる。

図 13 精神科コンサルテーション実施の有無



4. 総 括

本報告書では、2022年12月1日から2024年12月31日までの約2年間でJA-RSAに登録された自傷・自殺未遂症例の概要を報告した。

JA-RSAに登録された4,521症例のうち、性別で見ると女性(63.9%)の割合が高く、年代別では20代(27.4%)、30代(16.5%)の割合が高かった。自傷・自殺未遂に用いられた手段別に見ると、過量服薬(男性:41.4%、女性:68.9%)の割合が最も高く、特に年代が若いほど過量服薬の割合が高い傾向がみられた。救命救急センター受診後の転帰は、入院(74.7%)の割合が最も高く、そのうち91.1%がICU(HCUを含む)への入院であった。受診後の転帰別に手段を見ると、入院または帰宅となった症例では過量服薬(入院:65.2%、帰宅:65.0%)の割合が最も高く、死亡した症例では首つり(46.7%)や飛び降り(38.6%)の割合が高かった。入院症例の受診1か月後の転帰は、退院(70.4%)の割合が最も高かった一方で、入院継続(8.9%)や転院(16.1%)を必要とする症例も一定数見られた。精神科コンサルテーションが実施された症例は70.0%であった。これらの結果は、昨年度の報告と概ね一致している。また、性別や年代、手段の特徴については、国内外の過去の報告と類似の傾向が認められた。

なお、JA-RSAは救命救急センターのみを対象としているため、高度かつ総合的医療を必要とする症例が多く含まれている可能性がある。自傷・自殺未遂者の中には、医療機関を受診しない場合や、救命救急センター以外の医療機関を受診する場合も存在するため、結果の解釈には慎重を要する。さらに、JA-RSAへの参加機関は増えているものの、症例登録を開始している機関は全国の救命救急センターのうち47機関であり、一部地域の実態が反映されていない可能性がある点にも留意が必要である。

5. 展 望

JA-RSAは、自傷・自殺未遂に関する継続的なデータ収集と分析により得られた知見を、医療機関における自殺未遂者等への支援や、支援の社会的な枠組み作りに還元することを目指して運用されている。特に近年では、若年層の自傷・自殺未遂が増加傾向にあり、その対策が急務である。JA-RSAには若年層の症例データが多く蓄積されているため、これらのデータの分析を深めることにより若年層の自傷・自殺未遂の現状や課題を把握できる可能性がある。さらに、2025年1月以降に受診した症例では、自傷・自殺未遂の原因・動機や精神科コンサルテーション時の詳細情報、診療・連携における課題などの情報も収集している。これらのデータも加えた分析もおこなうことで、自傷・自殺未遂の実態のみならず、支援現場における課題が明らかになることが期待される。

2025年7月までに、既に症例登録を開始している機関も含めて、全国で92の救命救急センターが参加を表明している。今後、さらに多くの救命救急センターの参加を得られるように働きかけをおこなっていくとともに、データ利活用の促進とJA-RSAを起点とした情報発信をおこない、自傷・自殺未遂者支援の全国的な底上げにつなげたい。

6. 謝 辞

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

また、JA-RSA調査票の構築・改訂にあたり、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 日野耕介先生からの支援に心より感謝申し上げます。

研究課題 「救急医療機関における自傷・自殺未遂レジストリの運用およびデータ利活用」

研究代表者 三宅康史

運営委員 飯島有哉・岩間雄大・小林諭史・鈴木航太・茂野綾美・寺山毅郎・問田千晶・橋本聡・半谷まゆみ・福田吉治・前田保瑛・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（2024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 秋田赤十字病院 秋田大学医学部附属病院 日本海総合病院 |
| 関東地方 | 足利赤十字病院 自治医科大学附属病院 独立行政法人国立病院機構 高崎総合医療センター 前橋赤十字病院 SUBARU 健康保険組合太田記念病院 杏林大学医学部附属病院 帝京大学医学部附属病院 東京都立多摩総合医療センター 日本大学病院 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 医療法人徳洲会湘南鎌倉総合病院 |
| 中部地方 | 富山県厚生農業協同組合連合会 高岡病院 石川県立中央病院 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 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 |

| | |
|----------------|--|
| <p>近畿地方</p> | <p>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 独立行政法人国立病院機構 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 大阪医科薬科大学病院 日本赤十字社和歌山医療センター</p> |
| <p>中国・四国地方</p> | <p>岡山大学病院 倉敷中央病院 地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立広島市民病院 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター</p> |
| <p>九州地方</p> | <p>佐賀大学医学部附属病院 長崎大学病院 熊本赤十字病院 独立行政法人国立病院機構 熊本医療センター 済生会熊本病院 県立延岡病院</p> |

(厚生労働省「救命救急センター設置状況一覧」(2024年)順)