

## 質問表

質問表の最初の説明文をよくお読みになってから、あまり深く考えず、第一印象を大切にしてお答え下さい。

なまえ： \_\_\_\_\_ 性別  男性  女性

年齢： \_\_\_\_\_

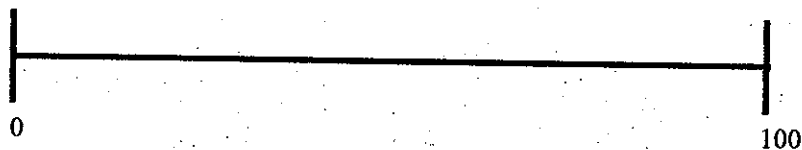
記入日： \_\_\_\_\_

この一ヶ月のことについてお聞きします。

当てはまる項目がありましたら□に  をつけて下さい。

- 腹痛
- 腰痛
- 腕、足、関節痛（膝、足の付け根など）
- 生理痛
- 頭痛
- 胸痛
- めまい
- 意識がなくなる
- 気分の落ち込み、希望がない
- 動悸
- 息切れ
- 疲れやすい、活力低下
- 食欲がない
- 便秘、下痢
- 嘔気、嘔吐
- 眠りにくい、ぐっすり眠れない
- 何をするにも興味、喜びがない
- 死ねるものなら死んでしまいたい
- 排尿に関する問題
- 手足が震える

痛みのあるかたに質問です。 あなたの痛みの強さは、下のものさしで表すとどこに相当しますか？ 0は「痛みがない」で100が「想像できる最も激しい痛み」を示しています。 現在の痛みの強さに相当するところに印（○）をつけて下さい。



以下の質問にお答え下さい。 □に✓ ならびに\_\_\_に御記入下さい。

1. 婚姻状況を教えてください  
□ 未婚 □ 結婚 □ 離婚 □ 別居 □ 死別

2. お子さんはいますか  
□ はい \_\_\_人 □ いいえ

3. 家族構成を教えてください  
自分を含めて \_\_\_人で住んでいる

4. どんなお仕事をしていますか(いましたか)?

\_\_\_\_\_  
今も仕事を続けていますか?

- はい □ いいえ

おやめになったのは今の病気が原因ですか?

- はい □ いいえ

5. 家でお酒は飲みますか  
□ はい □ いいえ

「はい」とお答えの方に質問です。

- これまでに酒量を減らさすべきだと思ったことがありますか?  
□ 飲酒を注意されていただったことがありますか?  
□ 飲酒することに罪の意識を持ったことがありますか?  
□ 気分を落ち着かせるためや二日酔いのために、朝、迎え酒をしたことがありますか?

6. いつから今回入院あるいは通院中となった病気にお罹りですか?

\_\_\_年 \_\_\_ヶ月前から

病名(症状) \_\_\_\_\_

7. 現在、いちばん気になっていることは、なんですか?

- 病気のこと  
□ お金のこと  
□ 仕事のこと  
□ 家庭や家族のこと  
□ 法的なこと

8. 将来についての展望についてお聞かせ下さい

- 将来について特別悲観も失望もしていない  
□ 将来に対して失望的である  
□ 将来に対する希望も何もない  
□ 悩みから解放されるときはこないと思う  
□ 将来に対する希望はまったくなく、よくなることはないように思う

9. 現在のあなたの気持ちをお聞かせ下さい。以下のひとつに✓してください。

- 自分から死のうという気は全くない  
□ 自分自信の死や他人の死、あるいは死全般についてよく考える  
□ 事故で死んだらいいというような漠然とした死への期待感がある  
□ 私が死んだ方が家族にとってはむしろよいだろうと思う  
□ 自分から死ぬことを考えることはあるが実行はしようとは思わない  
□ できさえすれば私は自殺してしまいたい  
□ どうやって自分から死ぬかという計画がある  
□ 自殺を最近試みた

それは現在お罹りの病気のためですか?

- はい □ いいえ

この1週間のあなたのからだや心の状態についてお聞きいたします。まず、下の20の文章を読んで下さい。

それぞれのことがらについて、

この1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合はA、

週のうち1~2日ならB、

週のうち3~4日ならC、

週のうち5日以上ならD、のところを○でかこんでください。

- |                                    |   |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|---|
| 1 普段は何でもないことが煩わしい。 ……………           | A | B | C | D |
| 2 食べたくない。食欲が落ちた。 ……………             | A | B | C | D |
| 3 家族や友人から励ましてもらっても、気分が晴れない。 ……………  | A | B | C | D |
| 4 他の人と同じ程度には、能力があると思う。 ……………       | A | B | C | D |
| 5 物事に集中できない。 ……………                 | A | B | C | D |
| 6 憂うつだ。 ……………                      | A | B | C | D |
| 7 何をするのも面倒だ。 ……………                 | A | B | C | D |
| 8 これから先のことについて積極的に考えることができる。 …………… | A | B | C | D |
| 9 過去のことについてくよくよする。 ……………           | A | B | C | D |
| 10 何か恐ろしい気持ちがある。 ……………             | A | B | C | D |
| 11 なかなか眠れない。 ……………                 | A | B | C | D |
| 12 生活について不満なくすごせる。 ……………           | A | B | C | D |
| 13 普段より口数が少ない。口が重い。 ……………          | A | B | C | D |
| 14 一人ぼっちで寂しい。 ……………                | A | B | C | D |
| 15 皆がよそよそしいと思う。 ……………              | A | B | C | D |
| 16 毎日が楽しい。 ……………                   | A | B | C | D |
| 17 急に泣きだすことがある。 ……………              | A | B | C | D |
| 18 悲しいと感じる。 ……………                  | A | B | C | D |
| 19 皆が自分を嫌っていると感じる。 ……………           | A | B | C | D |
| 20 仕事が手につかない。 ……………                | A | B | C | D |

あなたが最近のことをどのように感じているかお尋ねするように編集されています。次に挙げてある14の設問を読み、それぞれについて4つの答えのうち、あなたのこの1週間のご様子に最も近いものに○をつけてください。それぞれの設問に長く時間をかけて考える必要はありません。パッとまず頭に浮かんだ答えのほうが正しいことが多いからです。

1. 孤独感を感じますか？
  - (1) ほとんどいつもそう感じる
  - (2) たいていそう感じる
  - (3) 時々そう感じる
  - (4) 全くそう感じない
2. 以前楽しんでいたことが今でも楽しめませんか？
  - (1) 以前と全く同じくらい楽しめる
  - (2) 以前より楽しめない
  - (3) すこししか楽しめない
  - (4) 全く楽しめない
3. まるで何かひどいことが今にも起こりそうな恐ろしい感じがしますか？
  - (1) はっきりあって、程度もひどい
  - (2) あるが程度はひどくない
  - (3) わずかにあるが、気にならない
  - (4) 全くない
4. 笑えますか？ いろいろなことのおかしい面が理解できますか？
  - (1) 以前と同じように笑える
  - (2) 以前と全く同じようには笑えない
  - (3) 明らかに以前ほどには笑えない
  - (4) 全く笑えない
5. くよくよした考えが心に浮かびますか？
  - (1) ほとんどいつもある
  - (2) たいていある
  - (3) 時にあるが、しばしばではない
  - (4) ほんの時々ある
6. 機嫌が良いですか？
  - (1) 全くそうでない
  - (2) しばしばそうではない
  - (3) 時々そうだ
  - (4) ほとんどいつもそうだ
7. のんびり腰掛けて、そしてくつろぐことができますか？
  - (1) できる
  - (2) たいていできる
  - (3) できることがしばしばできない
  - (4) 全くできない
8. まるで考えや反応がおそくなったように感じますか？
  - (1) ほとんどいつもそう感じる
  - (2) たいへんしばしばにそう感じる
  - (3) 時々そう感じる
  - (4) 全くそう感じない
9. 胃が気持ち悪くなるような一種おそろしい感じがしますか？
  - (1) 全くない
  - (2) 時々感じる
  - (3) かなりしばしば感じる
  - (4) たいへんしばしば感じる
10. 自分の身なりに興味を失いましたか？
  - (1) 明らかにそうだ
  - (2) 自分の身なりに十分な注意を払っていない
  - (3) 自分の身なりに十分な注意を払っていないかもしれない
  - (4) 自分の身なりには十分な注意を払っている
11. まるで終始動きまわっていなければならないほど落ち着きがないですか？
  - (1) 非常にそうだ
  - (2) かなりそうだ
  - (3) 余りそうではない
  - (4) 全くそうではない
12. これからのことが楽しみにできますか？
  - (1) 以前と同じ程度にそうだ
  - (2) その程度はいぜんよりやや劣る
  - (3) その程度は明らかに以前より劣る
  - (4) ほとんど楽しみにできない
13. 急に不安に襲われますか？
  - (1) 大変しばしばそうだ
  - (2) かなりしばしばにそうだ
  - (3) しばしばでない
  - (4) 全くそうでない
14. 良い本やラジオやテレビの番組を楽しめますか？
  - (1) しばしばそうだ
  - (2) 時々そうだ
  - (3) しばしばではない
  - (4) ごくたまにしかない

たいへんお疲れさまでした。 つけ忘れがないかもう一度確認下さい。  
ご協力いただきまことにありがとうございました。

## II. 身体疾患急性期における自殺念慮の検討

身体疾患と自殺に関する検討により、大うつ病が大きな役割りを担っていることが示されているが、自殺念慮と精神科疾患についての評価を標準的な精神医学的・社会医学的スケールならびに精神科構造面接を使用して前向きに行った研究は認められない。これらの研究を新たに行うとなると、膨大な人員が必要となり、さらには統計学的に有用なデータを収集するには膨大な時間が必要となる。そこで、現在存在する米国のデータを使用し（米国アイオワ大学、ロバート・ロビンソン教授所有のデータを使用）身体疾患に伴う自殺念慮とそれに関連する要因について検討中である。現在までの結果についての概略を以下に述べる。

496 症例の身体疾患の急性期（301 脳梗塞脳梗塞症例、65 頭部外傷症例、70 心筋梗塞症例、60 脊髄損傷症例）に、精神科構造面接ならびにうつ病重症度尺度、認知機能尺度、身体疾患重症度尺度、社会サポート状況などを調査した。

そのうち、33 症例が自殺企画（単なる自殺念慮ではなく、方法まで考慮したもの）をもち、3 症例が自殺企図に至った（この36 症例:7.3%を自殺企画群として検討をおこなった）。

自殺企画は、疾患による差は認められなかった。様々な背景因子

でコントロールしたところ、自殺企画は、うつ病性障害、とくに大うつ病との関連性が深いことが示された。疾患重症度は、自殺企画が生ずる独立した危険因子ではないことが示された。さらに、社会ネットワークの欠如は自殺の独立した危険因子であることが示された。

さらに、身体疾患に伴いうつ病を発症している症例の約15~30%の症例が自殺企画を持っていることが判明した。うつ病の中でも自殺念慮をもっている症例は、より重症のうつ病であり、身体疾患重症度が悪く、認知機能の低下している症例に認められた。さらに、社会的引きこもり、関係念慮、ならびに希望の喪失を認める症例に自殺企画が多いことが認められた。

うつ病性障害を持たず、自殺企画をもつ症例が8 症例認められた。危険因子として、若年、高学歴、精神疾患罹患歴が挙げられた。この8 症例のフォローアップにおいては（6 症例のフォローアップが可能）1 症例のみがフォローアップ時にも自殺企画を呈していた。ただし、この症例においても、精神疾患罹患歴が認められた。

現在までの、データ解析によると、身体疾患急性期においては、約7%の症例に自殺の危険性が高い状態が認められる。これは、大うつ病との関連性が深く、さらに社会サポートが低い症例に多く認められること

が判明した。うつ病性障害を持たずに自殺企画を訴える症例は、フォローアップにおいても自殺企画を訴えるのは6症例中1症例に認められるのみであり、合理的な自殺念慮は非常に少ない点が示された。

次年度には、さらなるデータの検討を行い、また、フォローアップ・データの検討を行い身体疾患における自殺念慮とその関連する因子について報告する予定である。



### III がん患者における自殺念慮

自殺は日本において6番目に多い死因である。最近の不況を反映しマスコミなどでは経済苦がその原因として取り沙汰されている。しかし実際には病苦による自殺が最も多く、増加傾向にあるのが現実である。病苦の中で一般に良く見られ、治癒率が低く、心理的に大きなストレスとなる疾患はがんである。日本でもがんによる告知が一般的になるにつれ、患者自身が自分の病氣、時にはその予後までも知り得ることが多くなってきている。緩和ケアが進歩したとは言え、最後まで痛みなどの症状を取りきれなくなり、耐えがたい苦しみの中で患者さんが安楽死を望み、また、時には自ら死を選択するようなケースが多い。このようなことから安楽死、自殺補助に関して国際的に議論がなされており、実際に安楽死が実施されている国もある。

一方で最近では一般身体疾患に併発するうつ病の問題がクローズアップされてきている。それらは入院日数の延長など医療経済的負荷となるほか、心筋梗塞のように実際に予後因子に関わって来る疾患もある。そして自殺の背景としてのうつ病は一般人口の中でもかなりの割合を示しており、また治療可能な疾患である。がんにおいてもうつ病の罹患率に関して最近では注目を集めており、欧米では相当数の患者がうつ病を呈しており、特に希死念慮を訴える患者の大

部分はいづ病に罹患していると報告されている。しかし、日本ではこのような問題に関する報告はほとんどない。またこれらの患者の希死念慮がどのように変化していくのかと言ったことに関する臨床的知見は皆無に等しい。そこで今回は国立がんセンター中央病院、東病院に精神科コンサルテーションのあった症例のうち自殺に関する依頼を検討し、うつ病の割合、及び希死念慮の経過をまとめた。

#### 方法及び対象

国立がんセンター中央病院、東病院では精神科コンサルテーション時に年齢、性別、就労状況、がんの部位、病期、PS痛み、受診理由、DSM-IVによる精神科診断を記載するシート（コンサルテーションシート）を作成しデータベース化している。PSとはPerformance Statusの略でEastern Cooperative Oncology Groupにより定義された患者の身体機能スケールで、0から4までの段階に分かれている。0は全く症状がない場合で、4はベッド上にねたきりのケースである。これらのシートより、国立がんセンター中央病院、東病院に精神科が併設された1996年7月から、1999年8月までの間に精神科に紹介された症例のうち自殺に関する依頼に関して検索した。また、大うつ病に関してはその診断基準には身体状況（がんや抗がん剤によるもの）を除外しなければならない。しかしそれらの鑑別はしばし出来ないことが多く、病因論的なアプ

ローチはがん医療の中では有用でないことが多い。そのためわれわれは、脳転移、電解質異常など明らかに病状に関与している場合を除き、大うつ病の診断基準を満たすものを大うつ病と診断しがんによる気分障害の診断をつけないこととした。また症状、精神科治療、及びその転帰に関しては患者チャートより検討した。

## 結果

上記の期間に1312例の精神科コンサルテーションがあった。このうち自殺に関連する問題のため紹介された症例は45例(3.4%)であった。そのうち8例は自殺企図によるもの、24例は死にたいという訴えのため、4例は持続的な鎮静を要求、すなわち患者がずっと眠らして欲しいと訴えたために紹介されたケースであった。また7例は安楽死要求のための紹介であった。自殺企図症例の内訳は大うつ病が1例、適応障害が4例せん妄が3例であった。また自殺企図の方法は大うつ病の症例では投身しようとしているところを発見された症例が1例、適応障害では2例が刃物で腹部を刺し、1例が手首を切り、1例が首をつり、せん妄では1例が投身しようとしているところを発見、1例が呼吸カニューレを首に巻きつけているところを発見された。すべて未遂であった。平均年齢は59±11歳で28例(62%)が男性、既婚再婚しているケースが37例(82%)であった。またがんの部位では肺がんが10例(2

2%)と最も多く、続いて頭頸部がんが7例(16%)乳がんが6例(13%)であった。病期ではⅢ期以上の進行がんが43例(96%)であり、PS3以上とがんによる身体症状のため高度に日常生活が障害されている症例が35例(78%)であった。また病名告知は45例(100%)にされていたが、予後告知などそれ以上のがんに関する情報がどのくらい告知されているかに関しては不明である。

次にカルテの記載よりがん患者の死を望む理由を抜粋した。理由が不明瞭なもの、いくつかの理由の記載があるものがある為パーセンテージは不正確なものであるが、からだ辛いからと言う記載が8例(18%)にみられ家族や周囲の人たちに迷惑をかけると言うものが8例(18%)生きていても仕方ないと書かれているものが7例(16%)この先どうなってしまうのか不安であるといったものが4例(9%)麻痺や手術により声が出なくなったなどがんにより身体機能が障害されたことが3例(7%)であった。また不安発作がこわい、警察が追ってくるなどの記載も1例ずつみとめられた。

DSM-IVによる精神医学的診断では、43例(96%)に精神医学的診断がつき2例(4%)には精神医学的診断がつかなかった。最も多かったものがうつ病性障害で23例(52%)に達し、続いて適応障害が9例(20%)せん妄が9例(20%)でこれら3つをあわせると全体の92%に上っ

た。

せん妄の症例では経過により希死念慮は動揺するため評価の対象にすることは出来なかった。そこでうつ病性障害及び適応障害の症例に関し、その背景因子と経過につき検討を行った。薬物療法としては1例を除き抗鬱薬を使用した。主剤として三環系が16例(70%)非三環系が3例(13%)でメチルフェニデートを使用した症例が1例あった。その他1例に対しては発熱、食欲不振に対して、ステロイドを使用した結果、病状が改善し希死念慮が消失した。全症例に対して個人簡易支持的精神療法を施行した。認知行動療法、集団療法や行動療法【リラクゼーションやイメージ療法】などは施行されなかった。その結果11例(47%)の症例で希死念慮は消失し9例(40%)の症例では希死念慮は消失しなかった。また3例がせん妄に移行し評価することが出来なかった。精神科介入後、自殺企図、再企図した症例はなかった。

次に希死念慮が消失した群としなかった群でその背景因子を比較した。年齢、婚姻、病期、痛みの有無、身体症状がどれだけ日常生活を障害されているか、では有意差は認められなかった。希死念慮の消失しなかった群は男性、及び高学歴の傾向があった。また精神科併診後の生存期間を比較すると消失した群では平均生存期間が211日中央値134日、消失しなかった群では平均生存期間が22日、中央値が15日だった。Kaplan-Meier法

により生存曲線を近似しLogRank検定を施行したところ、希死念慮が消失しなかった群は消失した群に比較して、有意に精神科併診後の生存期間が短かった。

考察

一般人口においては自殺の危険因子として、男性、60歳以上であること、婚姻(離婚、死別)精神疾患(精神分裂病、うつ病)薬物乱用、自殺企図歴、などが要因として考えられてきた。がん患者においては、うつ病、希望がないこと、痛み、せん妄、自制を失うこと、疲労困憊、不安などが自殺の危険因子として示唆されてきた。今回の調査においてもこのような危険因子を持つ症例がほとんどであった。

また、今回の結果、自殺に関する問題で紹介された症例は、その大部分に何らかの精神医学的問題があることが示唆された。最も頻繁に見られた疾患は気分障害特に大うつ病性障害でこれは欧米での先行研究と矛盾しないものであるが日本における唯一の先行研究である森田らの報告とは食い違う。これは臨床的枠組みが違うことがその要因と考えられる。森田らの研究ではホスピスの患者である。終末期がん患者においてせん妄が多いことはよく知られることであるが、それ以外の場合は気分障害が多くその中でもうつ病性障害の頻度が多い。これらの病期による疾病構造の違いが、結果に影響を与えていると考えられる。今回の知見は

がん患者の希死念慮の最も大きなリスクファクターは気分障害であった。次に多かったのは譫妄であった。せん妄は破綻した行動と自殺の原因としてまたよく知られている。これらの二つの疾患が多かったことは他の報告にも矛盾しない。がん医療に携わるスタッフはこれらの状態を良く理解した上でがん患者が死にたいと訴えたときはアプローチするべきである。今回対象となった症例は進行がんで身体的にも状態の悪い症例であったが、その大部分は精神医学的問題を含んでおり、精神医学的介入によりある程度希死念慮を緩和されることが分かった。

キューブラーロスには死に至る5つの過程を心理的なモデルとして提出し、多くの精神医療に携わる人に受け入れられてきたが、今回の結果によりがん患者の抑うつ状態は受容に至る前の正常反応でないということに注意を励起するべきである。そして半分以上の症例で、精神医学的介入のあと希死念慮は消失している。また希死念慮の消失しなかった群は消失した群に比べて精神科の併診後の生存期間が有意に短かった。このことは気分障害の治療にはある一定の時間が必要であることを示している。すなわち抗鬱薬が効果を発現した2週間を越えてはじめて希死念慮も消失する。消失しなかった群は生存期間の中央値が15日であり、この点を裏付けている。したがって、うつ病の治療可能性は患者の生命予後に関わ

っており、特に終末期の症例ではより、早期の発見が重要となる。最近では精神医学的簡便な質問紙によるうつ病のスクリーニングを使用しており、日本では有用に使われている。これらのツールは非常に有用ではあるが、実際にはほとんど実施されておらず機能していないに等しい。実際現場では使いにくい面もあるようである。また、予後が2週間から3週間と限られた症例では薬物療法的には何もガイドラインがないのが現状であり今後の検討が必要である。

IV 自殺企図症例の評価における実践的な分類：経済苦が強く影響し自殺企図に至った症例の検討ならびに経済ならびに自殺との関連性について

経済苦のため自殺企図に至った実際の2症例について検討を行った。これらの症例は自殺企図により搬送された。自殺企図後の評価では、精神科的診断面接を施行すると、大うつ病の診断基準を満たしていることが判明した。経済活動においても、大うつ病が影響を与えていることが明らかであり、その証拠として、比較的単純なソーシャル・ワーキングにより、経済的な事態は解決した。これらの症例は、大うつ病の治療が施され、自殺念慮消失が確認され退院となった。

上記典型的症例を含めた経済的苦境と自殺との関連性について

上記症例は大うつ病に罹患していた。不幸やライフ・イベントが先立ったといしても、大うつ病の診断基準を満たすなら、“心因反応”と了解してはいけない。経済的苦境、失業、家を失うなどの著明な先立つ要因が存在していたとしても、大うつ病の存在自体が自殺に影響を与えている。

経済的苦境や失業と自殺がどのような関係になっているかについては、さまざまな報告がある。LewisとSloggett(1998)の報告によれば、社

会ならびに経済的な政策が自殺率を減少させることができると述べている。英国のデータを使用して、1981年の失業が、それ以後の1983～1992年の自殺にも強く影響していると報告している。しかしながら、多くの報告では、失業と自殺の関係についてはあまり関連性がないとしている。Makine(1999)のスウェーデンからの報告によれば、1920年～1941年の失業率と自殺は相関があるとされていた。1990年代に入り、スウェーデンでは失業率が増加したため、自殺の増加が懸念された。しかし、そのようなことは実際には起きなかった。さらに、1990年～1994年の間に、スウェーデンでの失業は5倍に増加したにも関わらず、自殺率は14%減少したという事実が報告されている。

さらに、Hintikkaら(1999)によるフィンランドよりの報告では、1985年～1995年の失業率ならびに離婚率と自殺率の関連性は薄いとされている。New Zealandよりの報告では(Beautrais et al, 1998)、302症例の重度の自殺企図症例を分析した結果、精神科疾患・要因を考慮にいれると、失業は自殺企図と関連性は少ないとしている。また、スイスからの報告では(La Harpe & Dozio, 1998)、1991年～1995年の自殺率は、失業ならびに経済構造の変化にも関わらず、減少しているとしている。これらの報告を考慮にいれると、失業・経済的困難と自殺の関連性は薄く、おそらく存在していないものと考えられる。

### 自殺企図にいたる3つの要因

自殺に関連する3つの要因として Biological (生物学的)、Social (社会的)、Personal (心理・性格的) が挙げられる。 Biological なものとしては、精神疾患への脆弱性が挙げられる。 Social なものとしては、経済的な困難などが挙げられ、 Biological な要因と絡み合い脆弱性のある人に精神症状を引き起こす。 Personal な要因としては、性格傾向、問題が生じたときの処理方法、セルフ・イメージなどが挙げられ、 Social な要因がどの程度 biological な脆弱性に影響を与えているかを決定し、症状の発現に寄与している。 これら3つの要因が絡み合い、自殺という行動が生じるわけであるが、マスコミを含めた多くの報道では Social な要因ばかりに目が行き、その他の要因については無視されているのが現状である。

実際には、うつ病に対する biological な要因がストレスフルな状況において自殺企図に至らせる最も大きな役割を演じている。多くの報告において、大うつ病の発症とストレスフルなライフ・イベントの関連性が判明している (Paykel 1978, Costello 1982, Surtees et al 1986, Kendler et al 1995, 1999)。さらに踏み込んだ研究では (Kendler et al 1995, 1999)、生物学的な要因 (遺伝的な要因) がうつ病に対する脆弱性のみでなく、うつ病前に存在するライフ・イベントへの暴露についても決定する要因になってい

ると示唆している。したがって、マス・メディアにより強調されている、うつ病よりもライフ・イベントが重要といった誤りを払拭していく必要がある。

システムティックな研究により、この事実は裏付けられている。自殺既遂症例のうち、精神科疾患のつかない症例は5%以下とされている。本邦においても、自殺企図症例を詳細に分析してみると、ほぼすべての症例で精神科診断がつくことは前年度の研究報告で報告している。

### 自殺企図症例の評価

自殺未遂症例は自殺企図症例の数十倍の頻度で認められるため、医療現場において自殺企図症例を扱う頻度は非常に高い。しかしながら、多くの施設では、自殺企図症例の評価方法において確立したものが無いのが現状である (とくに精神科医師のいない病院ならびに医療施設では)。そこで、自殺企図症例を評価する上で分類を作成した。

自殺企図症例を評価する際に、先程の Biological, Social, Personal な要因が自殺行動の影響を与えていることを認識するのがまず必要である。つぎに最も重要な点として、表1に挙げた4つの自殺の原因を明らかにする必要がある。

biological, social, personal な要因がどの程度であろうと、あるいはその他の危険因子がいくつであろうと、どのように自殺企図症例を治療してい

くかには自殺の特徴を直ちに明らかにしていく必要がある。たとえば、精神病的であり、自殺が幻聴により左右されて行われたものであったなら、入院治療が必要となり、なおかつ精神療法の治療が必要となる。うつ病は合併していることもあるし、ないこともあるが、精神病は確実に評価していく必要がある。通常はこういった症例は外来治療が行われることはない。

もしも、大うつ病が存在していたなら、自殺念慮や自傷行為はこの症候群の症状の一つである。自殺企図は頻繁に行われる。本報告書I. 総合病院における自殺予防策の検討でも述べたが、大うつ病は自殺の危険因子であることが判明している。自殺は大うつ病の打つ病相で起こる。うつ病相以外で起きることはまれである。多大なストレスの後に生じた大うつ病であっても、大うつ病の治療を行う必要がある (Depression Guideline Panel, 1993)。ほとんどの症例では抗うつ剤あるいは電気痙攣療法が適応となる (Depression Guideline Panel, 1993)。治療によりうつ病が改善していけば自殺念慮も無くなるため、うつ病で自殺を行った症例は入院治療が適応となる。

おそらく最も多い自殺の特徴は、衝動をコントロールできなくなってしまうことであろう。患者は、誰かに対するあてつけ、自分の意見を通すためなどに行うこともある。多くのこれらの自殺はアルコールやその他の薬物と関連している。アルコール

やその他の薬物を使用すると、衝動性が高まり、判断能力が欠如する。実際に、自殺で死亡した症例を検討すると、20%の症例が自殺時にアルコールや薬物により酩酊していた状態であるとされている。衝動的な自殺は境界性人格障害や反社会性人格障害の症例でも頻繁に認められる。これらの自殺は急激に起きた個人的な出来事に反応して起こすことが多い。うつ病ならびに精神病症状については、アルコールならびに薬物の影響下から離れた後には、多くの症例では認めない。

これらのカテゴリーに分類される症例については、異なった治療方法をとっていく必要がある。急激なクライシスに伴って自殺企図が行われているため、それらの要因は急速に解決されてしまう傾向がある。ほとんどの衝動的な自殺の場合、患者は自分のした行為を後悔し、もう二度としないと口にする事が多い。これは、とくにアルコールならびにその他の薬物の影響が無くなった場合にはなおさらである。うつ病ならびに精神病が認められない場合、向精神薬の使用は必要ではない。支持的療法ならびに危機介入を外来で行うことで充分である。葛藤状況が解決されていない場合には、数時間あるいは1日程度院内で経過観察をする必要があることもある。入院治療は通常必要ない。

衝動的自殺はアルコールの影響下でおきることが多いが、アルコー

ル影響下にある患者がうつ病がない  
というのを意味しているわけではない。  
とくに、アルコール依存症の症  
例ではなお更である。約10-30%の  
アルコール依存症症例は、評価を行う  
とうつ病が合併していることがわか  
っている。したがって、アルコール  
影響下にある自殺症例が搬入されて  
きた場合には、うつ病に関する質問を  
必ず行う必要がある。アルコールの  
影響が無くなった時点でもうつ病が  
存在していたなら、うつ病の治療を開  
始する必要がある。

Philosophical な自殺は昨今注  
目されている。しかしながら、全自  
殺症例の5%以下にすぎない。最も  
頻繁に認められるのは、身体疾患治療  
の現場である。もはや痛みを耐え  
ることが出来ない、近親者の経済的  
ならびに社会的な面、現在のリビング  
・シチュエーションに満足できないな  
どの理由により死を口にしたり、自殺  
企図を行ったりする。こういった症  
例が現在自殺幫助ならびに安楽死の  
問題につながっている。

しかしながら、身体疾患の場  
においても、必ずうつ病をはじめとし  
た精神科疾患を除外しておく必要が  
ある(I. 総合病院における自殺予防策  
の検討を参照)。ほとんどの身体疾  
患に伴う自殺には、うつ病性障害が関  
与している。

これら Philosophical な自殺の  
鍵となるのは、意志決定能力があり、  
精神疾患の一部として自殺が認めら

れない点である。判断に影響を与え  
るうつ病、精神病、アルコール関連障  
害、あるいはその他の精神科障害が認  
められない場合には、意志に反してま  
で病院内に留めておくことはできな  
い。しかしながら、これらの場合でも  
大多数の症例は、自殺企図にいたる  
ことは少ない。身体的なニード、た  
とえば痛みのコントロールや臨床的、  
社会的、経済的なサポートを最大限に  
利用し、さらに自殺を行うことの近親  
者や友人に与える影響等を話しあう  
ことで、ほとんどの症例は自殺を選ば  
なくなる。

まとめ

自殺企図症例を評価する場合  
には4つの自殺の特徴(原因)、つま  
り psychosis, depression, impulsive,  
philosophical を特定し、その後の治療  
方針を決定していくことが重要であ  
る。これらを行うことで、biological,  
personal, social な要因を特定していく  
ことにも繋がる。

社会ならびにプライマリーケ  
アーを行う医師に、自殺の4つの特徴  
ならびに biological, personal, ならびに  
social な面が自殺に与える影響を啓蒙  
していくことが自殺予防の実践で最  
も大切なことである。



表 1

Psychosis (精神病によるもの)

Major Depression (大うつ病)

Philosophical (倫理的)

Poor Impulse Control (衝動性の欠如)

#### 結論ならびに今後の課題

今年度の研究 II, III, IV より、うつ病性障害と自殺の関連性を社会ならびに初期治療に携わる非精神科医に啓蒙していく必要性が示唆された。とくに、自殺は Biological, Social, Personal な要因が絡みあって起こるにもかかわらず、マスコミ等の影響により、Social な面が強調されつづけている。正しい情報を社会に知らせることにより、これらを正していく必要が示唆された。がん治療の現場からは、自殺念慮を持つ症例は精神医学的問題を抱えており、より早期からの精神科的介入により自殺念慮の消失が認められることが実際に示された。今

後は、現在進行中の身体疾患治療の現場における簡便なスクリーニング方法を確立し、うつ病評価尺度、自殺念慮評価等との関連性を検討していく。さらに、身体疾患急性期ならびに慢性期における自殺念慮の相違点等についても検討していく予定である。

#### 研究発表

##### 学会発表

吉川栄省、明智龍男、岸泰宏、他：がん患者における希死念慮-その精神医学的背景と経過. 第12回日本総合病院精神医学会、佐賀、1999年12月