

## I 救命救急センターでの研究

本邦には第三次救命救急センターという世界的に見ても特殊な施設があり、自殺の研究に役立つ。第三次救命救急センターに搬送される症例は重症例が多く、自殺未遂症例と自殺既遂症例の境界症例から情報を実際に得ることが可能である。救命救急センターに搬入された症例を対象に以下の研究を行った。

精神病性障害の症例においても、2症例は病的異常体験（幻聴や妄想）に左右されたわけではなく、うつの心性が自殺企図に強く関与していた。

### 1. 救命救急センターに自殺未遂にて収容された症例の実態（平成10年度）

（報告済みのため簡単にまとめる）

1998年4月1日～1998年12月31日まで日本医科大学付属病院高度救命救急センターに収容された自殺企図症例の検討を行った。このうち、精神科診断面接の行えた60症例について検討を行った。いままでの報告同様にすべての自殺企図症例に対して精神科診断をつけることが可能であった。その内訳は、精神病性障害（精神分裂病など）が15症例、大うつ病が18症例、適応障害が25症例、その他2症例であった。適応障害の中には、閾値下うつ病（小うつ病）も含まれており（11症例が自殺企図を除いた症状においても小うつ病の診断基準を満たす）、うつ病性障害による自殺企図が最も多かった。うつ病は治療可能な疾患であるため、うつ病に対する啓蒙を行うことで自殺企図を防ぐことが可能である点があらためて示唆された。また、

大学病院高度救命救急センターにおける精神科 consultation-liaison service を開始して “自殺企図症例に対する精神科医の果たす役割を中心に  
(平成12年度)

## 1.はじめに

本邦における consultation-liaison 精神医学の概念は、1977年の加藤らの紹介以降全国に普及してきた。そして、現在、医療法改正に伴う精神医療環境の変化に関わらず、院内に於ける重要な機能である consultation-liaison service (以下、CLS) を中心とした精神科を設置する総合病院が増えることが期待されている。CLS活動の経年的変化に関する過去の報告は、大学病院や総合病院におけるものが主であった。われわれは、高度救命救急センター(以下、CCM)に搬送された、精神疾患関連患者のCCM入室状況における実態調査を行った。併せて、CCMにおけるCLS活動を開始した結果を通して、CCMにおいてCLSを担う精神科医の必要性と有益性に関して若干の考察を加えた。

## 2. 対象および方法

### 1. 日本医大付属多摩永山病院におけるCLS活動

日本医大付属多摩永山病院は、東京都南多摩地域と神奈川県多摩区北部を診療圏とし、病床総数は402床、うち、CCMは22床を有する。診療科

は15科に及び、神経科(精神科)は1998年新設(週3日診療)され、1999年6月より平日全日診療を開始した。そして、同年8月より、CCMにおけるCLSを毎日実施することになった。われわれのCLSは、日々のconsultationに柔軟に対応するとともに、定期のミーティングや回診には出来る限り参加する体制を取っている。CLS担当医師は3名(2名が精神保健指定医)であり、毎日、担当医師(1名以上の精神保健指定医)によってCCMのCLSが施行されている。対象は、自殺未遂者、精神疾患既往者、そして安静加療に支障を来す精神症状を呈しているケースなど、精神科的対応が必要とされるCCM入室者である。そして、各ケースに対して、初診時状態像診断、精神医学的診断、治療方針・対応に関する助言、そして、退院・治療継続といった諸問題解決への介入活動を役割としている。

### 2. 対象

対象例は、CLS開始後、1999年8月から2000年7月までの1年間にCCMに入室した症例総数840例のうち、CLSを施行した精神科関連疾患入室患者131例(総数の16.6%)とした。比較例は、CLS開始前、1998年8月から1999年7月までの1年間にCCMに入室した症例総数787例(同15.8%)のうち、精神科関連疾患入室患者と判断される124例とした。

### 3. 方法

調査方法は、1999年6月以前の症例に関しては、診療録からレトロスペクティブに行った。対象例の性別、年齢構成、身体疾患、初診時状態像診断、精神医学的診断 (ICD-10)、入院診療期間、精神医療既往歴、入院期間、退院後経過について、とくに、自殺行動による入室例に関しては自殺手段、自殺回数、前回自殺行動からの間隔について調査した。そして、調査結果に関してCLS開始前後の比較検討を行った。

### 3. 結果

#### 1. 救命救急センターの年間入院患者推移

図1に1993年からのCCM年間入室患者総数推移を年度ごとに示す。入室患者総数は、ほぼ毎年増加傾向を示し、1993年の705例と比較して、6年後の2000年では927例と1.3倍に増加した。また、精神科関連疾患で入室した患者数は、1993年の62例と比較して、6年後の2000年では148例と2.4倍に増加した。入室患者総数に占める精神科関連疾患入室患者数の割合は、折れ線グラフで示したように、1993年の8.8%から2000年では16.0%と1.8倍に増加している。このように、CCMにおける入室患者総数の増加と比較しても、精神科関連疾患で入室する患者数の増加、また、その占める割合の増加は顕著であった。

#### 2. 精神科関連疾患入室患者の性差・年齢層と入室までの移送手段

精神科関連疾患入室患者の性差別では、CLS施行前後の期間でいずれも女性例が男性例よりも多かった(女性比; 1998.8.~1999.7: 63/124例; 51%, 1999.8.~2000.7: 78/131例; 60%)。

図2は、CLS施行後の期間で、精神科疾患入室患者の年齢別性差と、そのうち自殺行動で入室した患者割合の性差を示す。精神科関連疾患入室患者は、男性53例(年齢幅 17歳~90歳)、女性78例(同18歳~82歳)の計131例であった。なお、男女間における精神科関連疾患入室患者の年齢別症例数(Mann-Whitney's U Test 補正危険率; 0.80)、男女間における自殺行動入室患者の年齢別症例数(同; 0.57)ともに有意差は認められなかった。

しかし、各年齢層別に見てみると、精神科関連疾患入室患者は、20歳代~50歳代で女性入室患者数が男性例を上回っていた。とくに、20歳代、40歳代と50歳代では、女性/男性比が1.8~1.9と圧倒的に女性が上回っていた。

自殺行動入室患者の割合は、全体で79%(自殺関連入室患者/精神科関連疾患入室患者; 103例/131例)、男性例が68%(同; 36例/53例)、女性例が86%(同; 67例/78例)を占めた。その割合は、60歳代で男性例が女性例を上回っていた以外、他の年齢層では女性例が高かった。また、男性例では40歳代を谷にして二峰性を示し、女性例では10歳代~30歳代にかけて80%以上の高値を示していた。

精神科関連疾患入室患者のCCM入室までの移送手段は、消防91%(119

例/131例), 家族5% (6例/131例), 友人3% (4例/131例), 警察2% (2例/131例) と, CCMという性質上, 消防による救急車搬送が主体であった。

### 3. 精神科関連疾患入室患者の初診時状態像診断

精神科関連疾患入室患者には, まず, 初診時に状態像診断を下している。

図3は, 初診時状態像診断の性差を示す。女性例では, 抑うつ状態 (78例中28例, 36%) と薬物中毒性意識障害 (同25例, 32%) が突出していた。また, 不安状態 (同11例, 14%) と共に, 以上の3状態像の症例数はいずれも男性例の2倍であった。男性例では, 抑うつ状態と不穏状態 (53例中13例, 25%), 脳器質性意識障害 (同12例, 23%), 薬物中毒性意識障害 (同10例, 19%) の順であった。不穏状態と脳器質性意識障害は女性例よりも多く, とくに, 脳器質性意識障害は女性例に比して症例数は4倍で, 全体における割合も女性例4%対して23%を占めた。

図4は, 年齢層別に初診時状態像診断の割合を示す。薬物中毒性意識障害は, 10歳代〜30歳代で32〜40%を占め, 50歳代〜60歳代でも20%を越え二峰性を示していた。脳器質性意識障害は, 50歳代〜70歳代にかけて増加し25〜43%を占めていた。抑うつ状態は, 20歳代〜50歳代と70歳代にかけて30〜43%を占め, これらの年齢層において上位の割合を示した。不安状態は10歳代と30歳代 (20%〜30%), 不穏状態は20歳代と40歳代〜50歳代 (15〜24%)

に多かったものの, 一定の傾向は認められなかった。

### 4. 精神科関連疾患入室患者の精神医学的診断 (ICD-10)

精神科関連疾患入室患者には, 退院時に改めて精神医学的診断 (ICD-10) を下している。

図5は, 精神医学的診断群の性差を示す。男女間における精神医学的診断群の症例数, 性差別症例数の割合ともに有意差が認められた (Mann-Whitney's U Test 補正危険率; < 0.001)。症例数では, 男性例において精神分裂病圏と気分障害圏が各28%と多く, 器質性精神病・痴呆群とアルコール依存症群が各13%となっていた。性差別症例数の割合では, 器質性精神病・痴呆群とアルコール依存症群, かつ, 精神分裂病圏において女性例よりも高値を示した。女性例では, 気分障害圏 (42%), 適応障害 (31%) が突出していた。また, 不安・パニック障害が12%を占め, 以上の3群は性差別症例数の割合が男性例よりも高かった。

図6は, 年齢層別に精神医学的診断群の割合を示す。10歳代〜30歳代では適応障害 (24〜38%), 40歳代〜60歳代では気分障害圏 (46〜50%), 60歳代〜70歳代では器質性精神病・痴呆群 (23〜43%) が, 各年齢層において高い割合を示した。気分障害圏は, 10歳代 (10%) 以外の各年齢層において割合 (28〜50%) として上位を占めた。また, 精神分裂病圏は各年齢層に20%

前後（14〜21%）と比較的平均的な割合を占めた。

#### 5. 自殺関連入室患者の自殺行動に関して

表1は、自殺行動回数と年齢層・性差別症例数を示す。精神科関連疾患入室患者の79%を自殺関連入室患者が占めた。本稿での自殺行動回数とは、自殺行動にて医療機関に受診した回数のみを示している。CCM入室時が、初回自殺であった患者が57例と自殺関連入室例103例の55%を占めた。自殺関連入室患者の88%(91例/103例)までが、自殺行動回数3回までの患者であった。初回自殺行動に限っては男女比がほぼ半数ずつであったものの、自殺行動回数が2回以上の症例は女性例が78%(36例/46例)を占め、頻回例ほど女性例の割合が高かった(図7)。自殺行動回数が4回以上の症例は、92%(11例/12例)と圧倒的に女性例が占め、その女性例11例の73%(8例/11例)が20歳代であった。また、2回以上の症例のうち48%(22例/46例)が、二軸に人格障害の診断基準を満たしていた。とくに、10歳代〜20歳代における自殺行動回数が4回以上の症例は、全例が人格障害であった。

精神医学的診断群との関係では、自殺行動回数が1回と2回では、気分障害圏が各41%(24例/58例)、58%(11例/19例)と各回数の最高値をとった。適応障害の比率も1回と2回では各40%、21%であったが、2回では各43%(6例/14例)、5回以降では各回症例数は少ない

ものの、5回、9回、10回が各100%、7回が67%、8回が50%と多数を占めた(図8)。

表2は、2回以上の自殺行動患者における、前回からの自殺行動間隔と年齢層・性差別症例数を示す。30歳代までは、前回からの自殺行動間隔が3ヶ月未満の症例が47%(17例/36例)と、約半数を占めた。40歳代以降の中・高年齢層では、3ヶ月以上の症例が80%(8例/10例)と、30歳代までの青年層と比較して、自殺行動間隔がやや長い傾向にあった。

2回以上の自殺行動患者の精神医学的診断群別は、気分障害圏39%(18例/46例)、適応障害37%(17例/同)、分裂病圏22%(10例/同)の順で、不安・パニック障害は1例のみであった。気分障害圏と適応障害では、1年未満に再自殺行動を図る例が、各々83%(16例/18例)、94%(16例/17例)と殆どであった。一方、分裂病圏では、1年以上経ってから再自殺行動を図る例が60%(6例/10例)と多数を占めた。

自殺行動手段に関しては、急性薬物中毒が、不安・パニック障害の全例(5例/5例)、気分障害圏66%(27例/41例)、適応障害63%(26例/41例)と過半数を占めた。分裂病圏では、47%(8例/17例)と約半数に留まった。また、熱傷は気分障害圏が全例(2例/2例)、縊首は気分障害圏71%(5例/7例)と適応障害29%(2例/同)、飛び降り・飛び込み・入水は気分障害圏41%(7例/17例)、分裂病圏と適応障害が29%(5例/同)であった。熱傷、縊首や飛び降り・飛び込み・入

水といった完遂の可能性の高い自殺行動手段をとった診断群は、気分障害圏34%(14例/41例)と分裂病圏29%(5例/17例)であった(図9)。年齢層では、20歳代までは急性薬物中毒が80%以上を占めた。40~50歳代では、急性薬物中毒以外の自殺行動手段が半数以上を占めるようになり、50~60歳代では、前記した完遂の可能性の高い自殺行動手段が50%弱を占めた(図10)。

#### 6. 精神科関連疾患入室患者の身体合併症

精神科関連疾患入室患者における、身体合併症を有し積極的な処置が必要であった症例は、40%(52例/131例)、81件であった。内訳は、切傷・刺傷39%(20件/同)、肺炎・感染症39%(15件/81件)、骨折39%(17件/同)、内臓損傷・障害39%(14件/同)、熱傷39%(2件/同)、脳損傷・障害39%(5件/同)、電解質異常39%(8件/同)であった。CCM退院後、身体的疾患のために当院以外の身体科病院に転院した症例は、9例(8例が理学療法、1例が腎移植目的)であった。よって、CCMにおける精神科関連疾患入室患者では、身体的合併症の比率は比較的少なく、半数以上は、CCMに入室したのにも関わらず、積極的な身体疾患処置が不要な症例であった。

#### 7. 精神科関連疾患入室患者の入院期間

図11に、精神科関連疾患入室患者

の入院期間を示す。まず、CCM入室後3病日以内に退院した症例が、全体の53%(69例/131例)を占めていた。診断群別では、気分障害圏では、2病日の入院症例31%(15例/48例)を頂点に、4病日以上入院していた症例も平均して多く、15病日以上入院した症例も23%(同11例)認められた。一方、精神分裂病圏では、2病日の入院症例38%(9例/24例)と15病日以上入院した症例46%(同11例)が多く、二峰性を示した。適応障害では、2病日の入院症例の38%(11例/29例)を頂点に、3病日以内の入院症例が72%(同21例)を占め、以降は漸減を示した。不安・パニック障害群では、1病日の入院症例が一番多く、2病日以内の入院症例が70%(7例/10例)と多数を占めた。反対に、器質性精神病・痴呆群は、15病日以上にわたる入院症例が67%(6例/9例)と多数を占めた。

#### 8. 精神科関連疾患入室患者の精神疾患通院歴とCCM退院後経過

表3に、精神科関連疾患入室患者の精神疾患通院医療機関とCCM退院後経過を示す。CLS施行前後の各1年間における、精神科関連疾患入室患者の精神疾患通院医療機関別症例数に有意差が認められた(Mann-Whitney's U Test 補正危険率; $<0.05$ )。全体的に割合の変化を見ると、この1年間で入室前に精神疾患通院歴を持たない入室者の割合が34%(42例/124例)から39%(52例/131例)へと増加、精神科病院からの割合が31%(38例/124例)から

24%(31例/131例)へと減少している点が目立った。

CLS施行後、精神科病院と精神科医院に通院歴のある入室者の各々84%(26例/31例)、67%(16例/24例)とその多数が、CCM退院後に前医へ通院を継続した。総合病院精神科と心療内科への通院歴入室者では、各々50%が前医へ通院、各々11%、33%が他院身体科へ転院した。精神疾患通院歴がない入室者の29%(15例/52例)は、おもに本人の精神科通院必要性の認識欠如・通院拒否からCCM退院にて治療終了となっていた。しかし、21%(11例/52例)は精神科への入院治療の必要性から精神科病院へ転院となり、また、46%(24例/52例)が当院神経科へ通院継続(うち、2000年12月末の時点で治療終了が12例)となった。よって、CLS施行前は精神科医の診察なしで、そのまま退院していた精神疾患通院歴を持たない入室者を、CCMにおけるCLS施行にて、何らかの形で精神科医療に橋渡しが出来た症例は67%(35例/52例)に上った。

#### 4. 考察

入室者総数の増加と比較して、CCMにおける精神科関連疾患入室患者数の増加が顕著に上昇していたこと、また、その占める割合も16%にまで増加していることから、CCMにおける精神科consultation-liaison service (CLS)の必要性がとても重要である。少なくとも薬物中毒に関する適切な教育と治療システムでさえ体系的に整備さ

れていない現状では、精神科関連疾患入室患者が減少することは難しく、今後とも精神科関連疾患入室患者の割合は上昇していくことが予想される。このため、CCMにおけるCLSの重要性はますます重要になってくると考えられる。

精神科関連疾患入室患者の性差別では女性が多く、20歳代～50歳代では圧倒的に女性が上回っていた。40歳代男性入室患者を除けば男女を問わず、自殺行動入室患者が精神科関連疾患入室患者の大多数を占ていた。よって、自殺行動入室患者が自殺行動を再発させないように、CCM入室時の状態把握とともに患者背景の迅速かつ適切な理解、そして、それらに基づく今後の対応をCCMスタッフ、家族と前主治医を含めて協議・検討することが、CCMにおけるCLSにとって重要な課題となると考えられる。とくに、割合が高かった10歳～30歳代入室患者、とくに女性入室患者に関しては、その年齢層・性差という特徴的な背景を念頭に置いてとくに注意を払う必要があると考えられる。

初診時状態像診断を性差別では、女性例で男性例に比して抑うつ状態、薬物中毒性意識障害と不安状態が高かった。これは、女性例で、とくに10歳～30歳代女性入室患者に自殺行動手段として薬物大量服薬が関係している。大量服薬時の薬物中毒性意識障害と共に、意識障害が軽度で済み、むしろ、覚醒時の抑うつ状態、不安状態において精神科医の診察を受ける

こととなった症例が多かったことを示すと考えられる。男性例では、女性例より不穏状態と脳器質性意識障害が多かった。これは、50歳代～70歳代にかけて、とくに、男性例でアルコール依存症、脳器質疾患などに基づく入室者が多かったことによると考えられる。

精神医学的診断群では、30歳代までの若年層において、不安・パニック障害と適応障害が多かった。これは、環境・状況因に容易に反応しやすいために、社会適応や対人関係構築に支障を来し、短絡的な自殺行動に走り易いといった、年齢的背景に基づく精神的未熟性・脆弱性と関係があるのではないかと考えられる。40歳代～60歳代では気分障害圏が約半数を占めていた。これは、加齢とともに神経症圏・適応障害による入室が減少し、相対的に気分障害圏に基づく自殺行動が高くなったことによると考えられる。60歳代以降で器質性精神病・痴呆群が高い割合を示したことは、せん妄や脳器質疾患に基づく精神症状が多かったことによると考えられる。

自殺関連入室患者について、とくに、多数を占める薬物中毒性意識障害による入室者は、覚醒とともに意識・身体状態が落ち着いていれば、CCMという入院施設上、やむを得ず退院となることが多い。しかし、精神科関連疾患入室患者の79%を自殺関連入室患者が占め、その88%が自殺行動回数が3回までの患者、かつ、多くが1年以内に再自殺行動を凶っていたことが解

った。よって、自殺関連入室患者にはCCM入室時から再自殺予防のために、CLSによる精神科医の積極的な介入、そして、退院後も精神医学的関わり合いを継続させるために、精神医療の方向付けを提案・指示することが必要である。また、自殺行動回数が多数回の症例、とくに、10歳代～20歳代における4回以上の症例は、全例が人格障害であった。よって、自殺行動回数が多数回に及ぶ症例に関しては、CCM入室時の状況と経過を通院先である精神科医療機関（前医）に報告するとともに、CLSを施行するにあたり、前医から入室者への治療介入上の注意や関わり合い方などに関する情報提供を受けるなど、前医と密接に連絡を取り合うことが必要である。そして、CCMにおけるCLSによる精神科医の介入と治療経験から、CCM退院後の外来通院において、患者への早期危機介入を図れるような提案を前医に提供できることが望まれる。一方、自殺行動回数が1～2回では、気分障害圏が多く、その自殺行動手段としては、既遂に至る可能性が強い縊首、熱傷、飛び降り・飛び込みなど、身体科的にも重症例が多かった。また、40歳代以降の患者も既遂に至る可能性が強い自殺行動手段を凶り、自殺行動間隔も若年層と比較して3ヶ月以降が多くを占めていた。よって、気分障害圏、もしくは、40歳代以降の自殺関連入室患者に関しては、自殺行動回数・期間とは関係なく、身体疾患をしっかりと治療するとともに、この間、まだ希死念



慮が強く残っている可能性、かつ、自殺行動後のカタルーシスという特異な精神状態に置かれる可能性もあり、CLSによるCCMスタッフへの適切な指示と助言、かつ、身体状況が許す限り、CCMスタッフと協力の上で積極的な精神科医療の実施が大切であると考えられる。

精神科関連疾患入室患者の入院期間は、3病日間以内に退院した症例が全体の約半数を占めていた。これは、CLSによって、早急の精神状態の把握と患者への危機介入、かつ身体状態を考慮した精神状態にあったCCM退院後の方向付けを、CCMスタッフに適切に指示・施行されなくてはならない。精神科関連疾患入室患者において、精神疾患通院歴を持たないの割合が増加していることは、CCM入室時からの適切な精神医師の介入が必要とされることが考えられる。また、不安・パニック障害の発作症状で入室した症例などは、当初の状態が身体疾患によるものか精神疾患によるものなのか判断としないことが多い。身体疾患の検索とともに、精神疾患の既往歴などを精神医学的に綿密に問診していくことは、重要な治療指針となる。

こうした場面では、精神科医の精神医療に熟知と経験を積んだ精神科医が必要とされる。気分障害圏による入室患者の入院期間が長期化の傾向にあった。これは、自殺行動による熱傷や刺傷・裂傷といった、生命に関わる重大な身体疾患を抱えていたことによる身体疾患治療の長期化が原因

と考えられた。精神分裂病圏では二峰性を示した。これは、前方のピークでは大量服薬による急性薬物中毒による入院、後方のピークでは単科精神科病院に長期入院している患者の身体疾患急変による身体疾患治療の長期化が原因であると考えられた。適応障害では、3病日間以内に退院した症例が大多数を占めた。これは、その多くが大量服薬による急性薬物中毒による入院であったことによると考えられた。よって、精神科関連疾患入室患者に早急な対応・精神医学的診断を下すこと、CCMスタッフに治療方針・対応に関する助言の伝達を下すためにも、また、CCM入院長期化による精神症状の変遷・変化に対する適切な精神的ケアに対して、臨床経験豊かな精神科医によるCLS、もしくは診察が随時可能な状況にあることがCCMに精神科関連疾患入室患者を抱えるにあたって望ましいと考えられる。

CLS施行後、精神科病院・医院に通院歴のある入室者は、多くがCCM退院後に前医へ通院を継続していた。CLSにて得られたCCM入室時の各種情報の提供が、CCM退院後の前医への通院において重要な役割を果たしていると考えられる。また、精神疾患通院歴を持たない入室者は、精神科関連疾患入室患者における割合が増加傾向にあった。一部の症例では、CLSにてその必要性を十分にCCM退院に入室者に理解が進まなかったこともあり、CCM退院時に治療終了となっていた。しかし、CLS施行にて、

7割弱の症例を何らかの形で精神科医療に橋渡しをすることが出来た。これは、精神症状の経過観察、自殺行動予防といった医療サイドの有益性ばかりでなく、精神医療の敷居が高く、また、周囲の目や偏見から精神医療を希望しても治療にのらなかつた症例や、心の悩みを抱えていてもどこに行ったらいいのか解らなく、悩んでいる内に症状が悪化してしまった症例を精神医療に乗せることが出来るといった、患者サイドの有益性も見逃すことは出来ない。

#### 【文献】

- 加藤伸勝：Consultation-Liaison Psychiatryの展望。臨床精神医学6：1433-1436, 1977
- 加藤伸勝：Liaison Psychiatry。精神医学19：202-203, 1977
- 佐藤雄，森本修充，石蔵礼二ほか：大学病院での精神科コンサルテーションの動向。臨床精神医学25：1535-1542, 1996
- 森岡壮充，齋藤浩，寺田道元ほか：市立総合病院におけるコンサルテーション・リエゾン活動の動向。臨床精神医学29：753-759, 2000
- 山本賢司，伊賀富栄，行山武史ほか：大学病院におけるconsultation-liaison serviceについて。臨床精神医学27：1283-1291, 2000
- 岩崎康孝：精神科救急；新版精神医学事典（編集代表：加藤正明）。弘文堂。東京，pp447, 1993
- 林宗義：地域精神医療と精神科救急。臨床精神医学13：599-608, 1984
- 厚生省保健医療局精神保健課監修：我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成7年度版, 1996
- 計見一雄：精神科救急医療システムに関する研究- 地域特性などを踏まえた効果的な精神科救急医療システム構築のための諸要素についての実証的検討および実務的な指針の作成-。厚生科学研究費補助・精神保健医療研究事業平成6年度研究報告書，厚健出版，1994
- 山崎敏雄，計見一雄，平田豊明，津久見一郎ら：精神科救急医療の高度化に関する研究。日本精神病院協会雑誌11：65-84, 1992

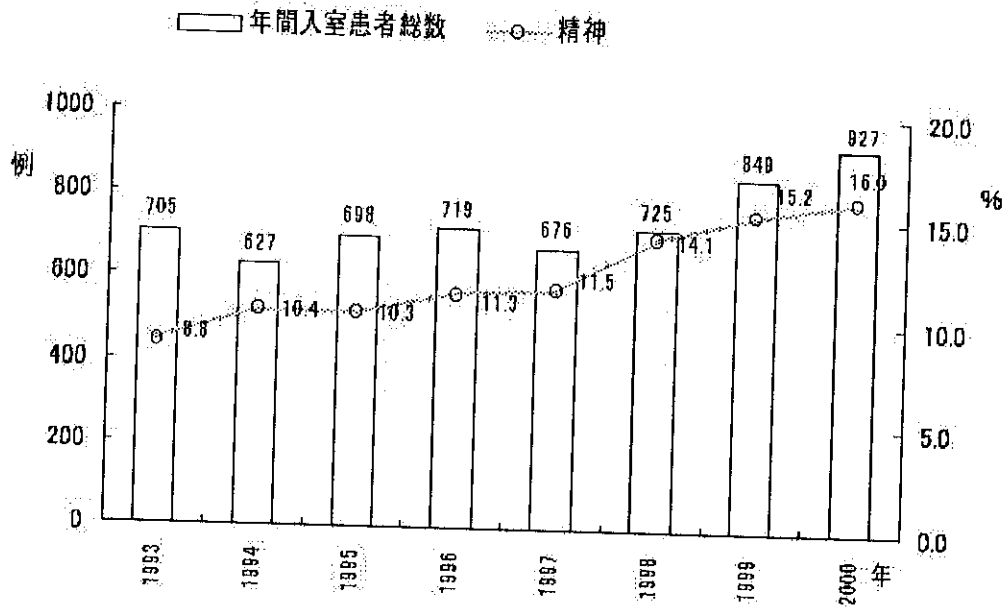


図1 多摩永山病院救命救急センターの年間入室患者推移

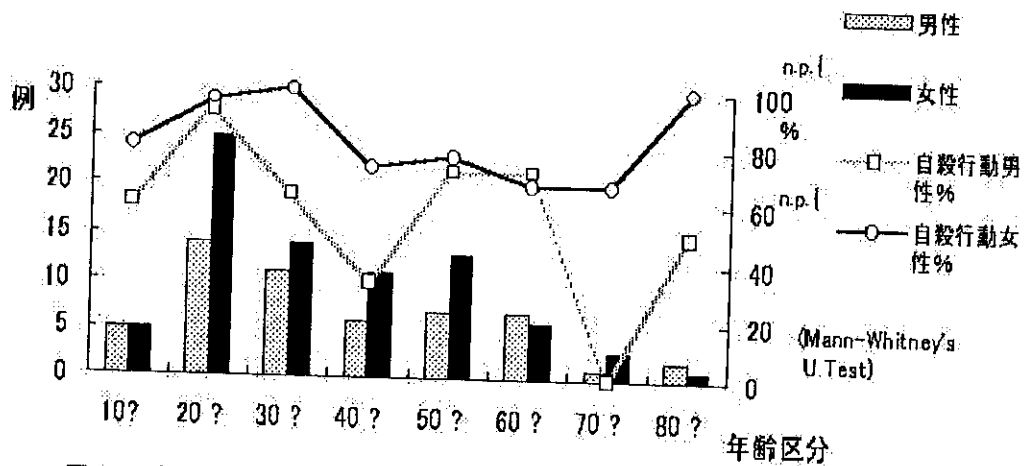


図2 精神科関連疾患入室患者年齢別性差・自殺関連入室患者割合 (1999.8? 2000.7)

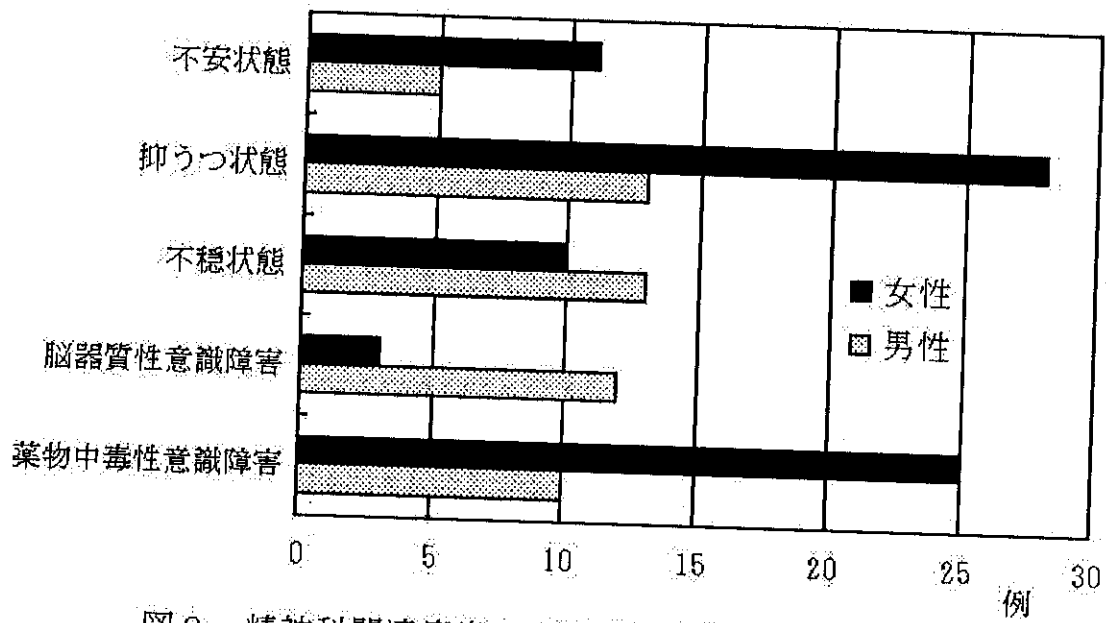


図3 精神科関連疾患入室患者初診時状態像診断の性差

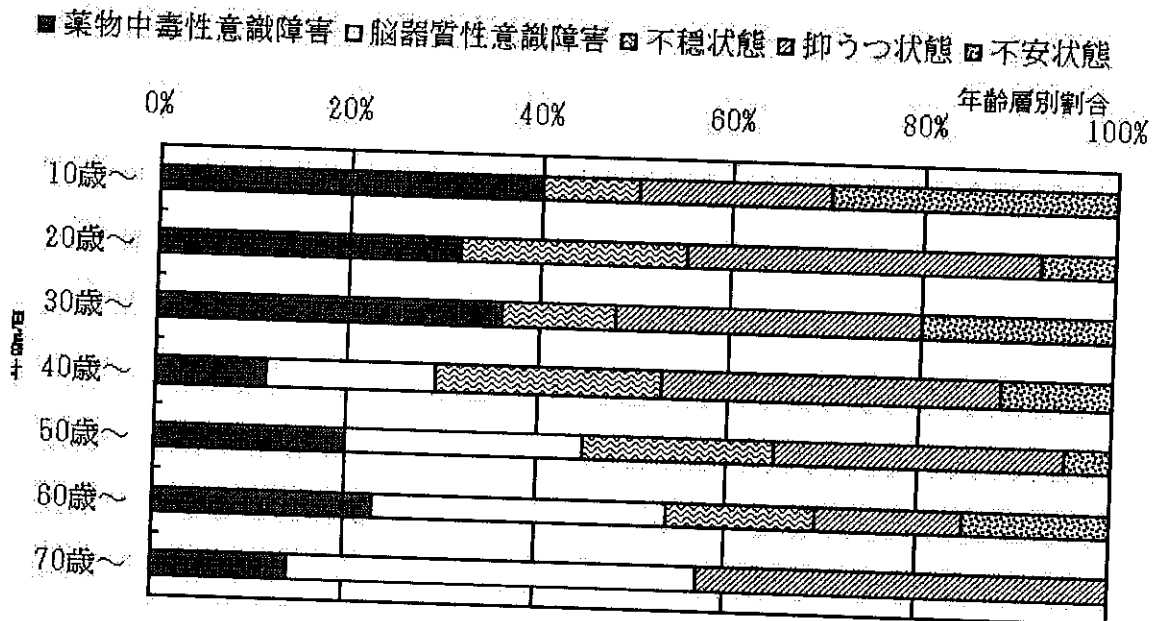


図4 精神科関連疾患入室患者の状態像分類

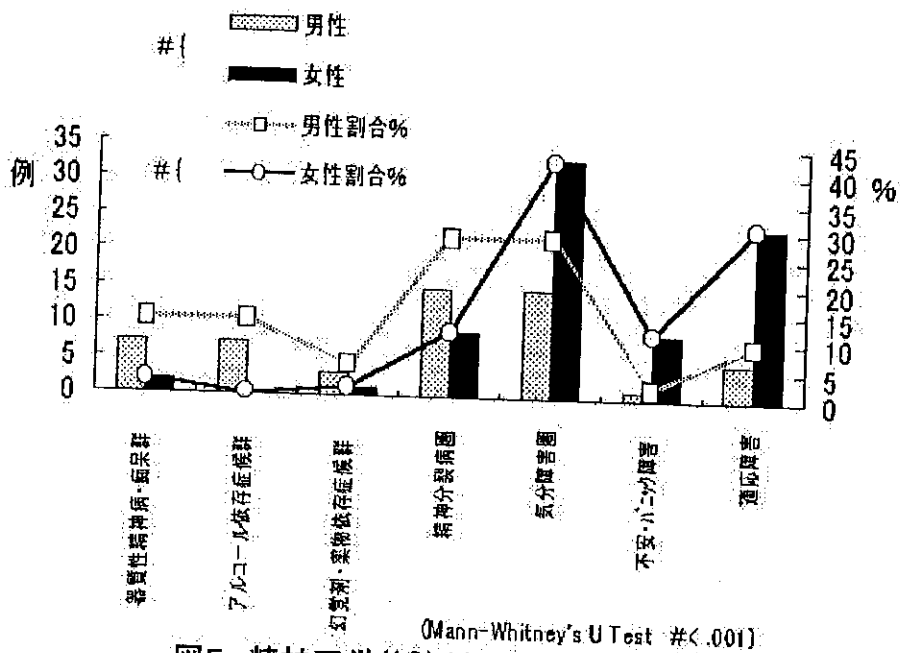


図5 精神医学的診断群 (ICD-10) の性差

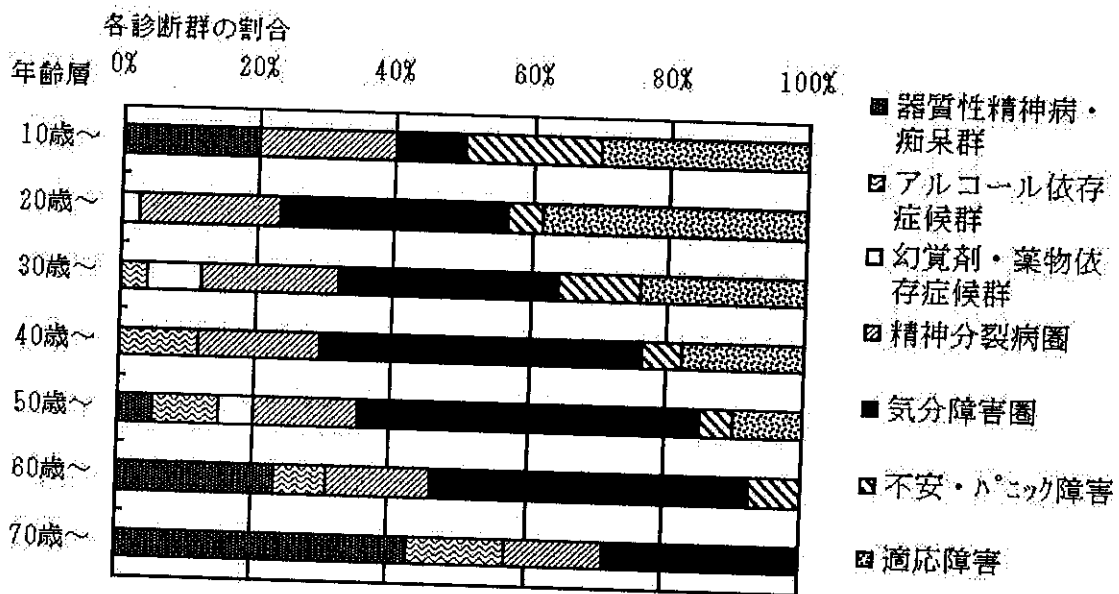


図6 精神医学的診断群 (ICD-10) の年齢層別

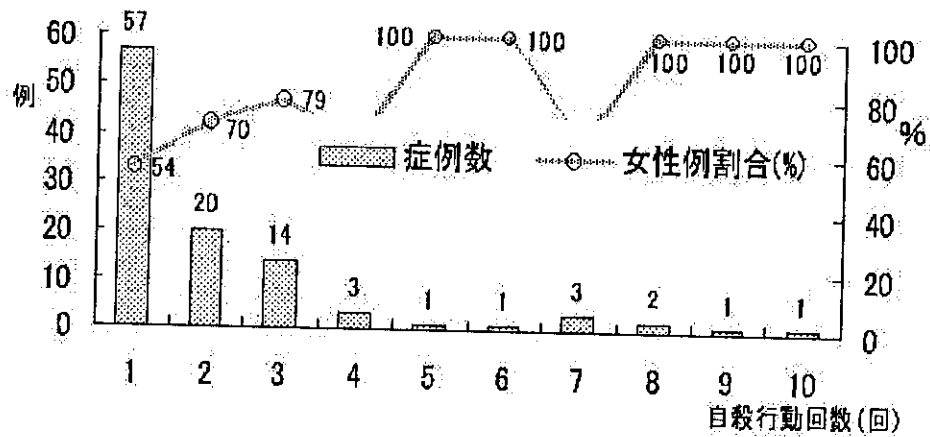


図7 自殺関連入室患者の自殺行動回数

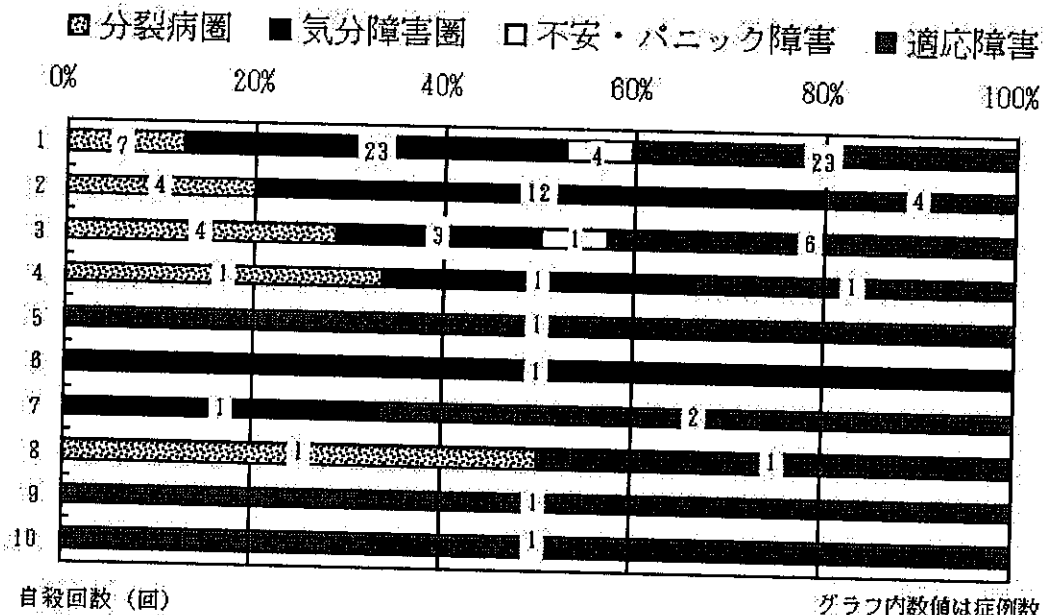
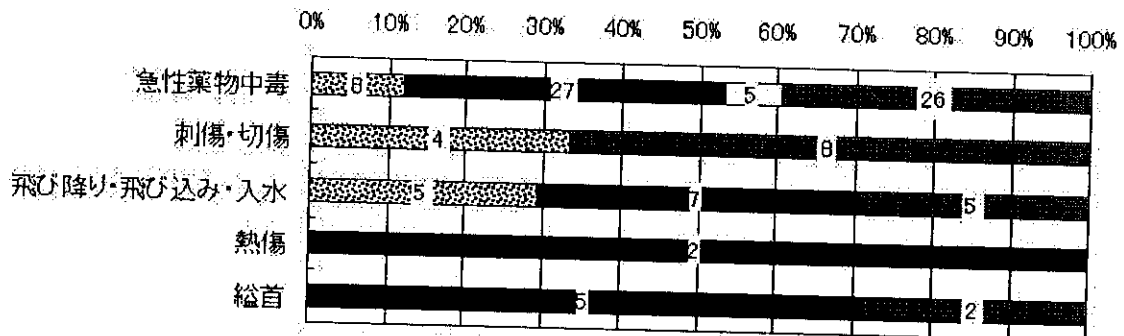


図8 自殺行動回数と精神医学的疾患群

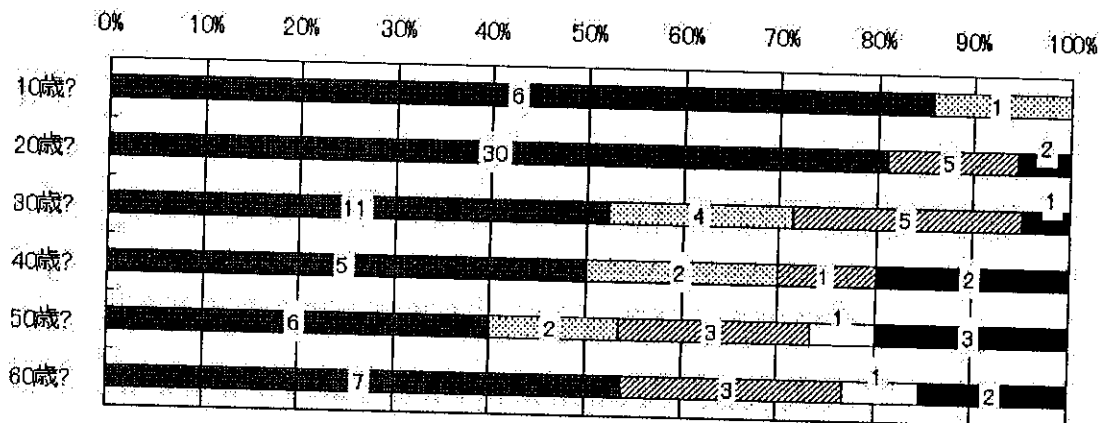
■ 分裂病圏 ■ 気分障害圏 □ 不安・パニック障害 ■ 適応障害



グラフ内数値は症例数

図9 自殺行動手段と精神医学的診断

■ 急性薬物中毒 ■ 刺傷・切傷 ■ 飛び降り・飛び込み・入水 □ 熱傷 ■ 縊首



グラフ内数値は症例数

図10 自殺行動手段と年齢層

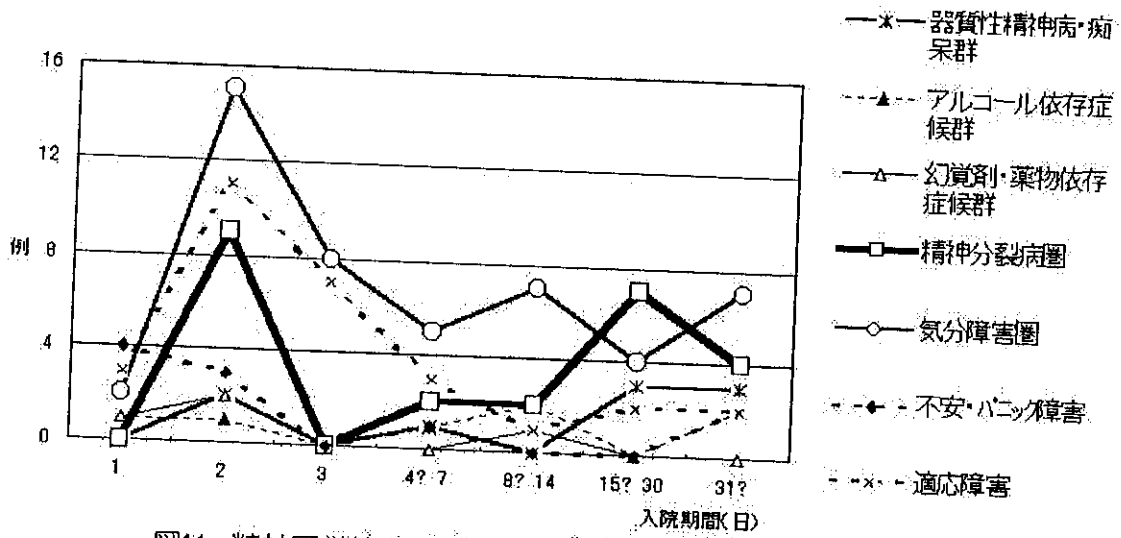


図11 精神医学的診断群(ICD-10)別の入院期間

自殺回数	10歳～		20歳～		30歳～		40歳～		50歳～		60歳～		70歳～		総計	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1	2	1 (1)	0	0 (4)	5	4	6	6	4	7	5	3	1	3	26	31
2		1	2	4 (8)	2	6 (2)	2 (1)	2		1						
3		1 (1)	3	4 (4)	3 (3)		1		2							
4				2 (2)						2						
5				1 (1)					1							
6						1										
7		1 (1)		1 (1)		1										
8				2 (1)												
9				1 (1)												
10				1 (1)												
															0	1

表1 自殺行動回数と年齢層・性差 ( )内は人格障害の症例数



自殺間隔	全例		10歳～		20歳～		30歳～		40歳～		50歳～		60歳～	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1週間以内	0	3 (2)				1 (1)		2 (1)						
～1ヶ月	0	5 (4)				2 (2)		3 (2)						
～3ヶ月	2	9 (7)		2 (2)	2	3 (3)		2 (2)		1				
～1年	3	14 (1)		1	2	8 (1)		3				1		
～3年	3 (1)	3			1	1 (1)	2				1	1		1
3年～	2	2 (1)				1				1		1		
									2 (1)	1				

表2 前回からの自殺行動の間隔と年齢層・性差 ( )内は人格障害の症例数

治療歴 前医	総合病院精神科	精神科病院	精神科医局	心療内科	なし	計
1998年8月～1999年7月	15	38	26	3	42	124
1999年8月～2000年7月	18	31	24	6	52	131
CCM退院後経過	0	0	0	0	0	0
CCM退院時終了	0	1	0	0	15	16
前医	9	26	18	3	0	54
他院精神科	3	0	2	1	11	17
他院身体科	2	2	1	2	2	9
当科外来終了	0	2	0	0	12	14
当科外来継続中	4	0	5	0	12	21
計	18	31	24	6	52	131

CLS開始前1998年8月～1999年7月とCLS開始後1999年8月～2000年7月までの各1年間におけるCCMに入室した精神科関連疾患入室患者の年齢別症例数: Mann-Whitney's U-Test ※ P<0.05

表3 精神科関連疾患入室患者の精神疾患通院医療機関とCCM退院後経過

### 3. 救命救急センターでの自殺統計表 についての提案(平成12年度)

#### Summary

1990年に日本救急医学会精神保健問題委員会(現在は廃止されている)において“自殺企図患者のケース・カード”が作成されている。多くの施設で現在も使用されているが、約10年が経過したこともあり、今回厚生科学研究“自殺の実態および自殺予防策の検討に関する研究”班では今までのケース・カードの長所・短所をふまえて、改訂版を試案し、それぞれの項目を採用した根拠・解説を行った。

#### 背景

自殺既遂者に関する行政からの発表は警察警察庁保安部企画課の「平成XX年における自殺の概要」があり、この概要は自殺既遂者に関する種々の要因を分析している。一方、厚生省は「自殺死亡統計」を数年おきに発表する他は、詳細に分析した発表はない。資料によれば、毎年年間20000人以上の人が自殺にて死亡しており、最近の自殺死亡者の増加は著しい。1998年度の自殺死亡者の伸びは著しく、前年度と比較して約35%増加している。32863人が自殺にて死亡しており、これは1947年に記録をとり始めてから最も多い自殺死亡者数である。これは人口10万対26.0に達する。自殺未遂者となると、おおよその数字もはっきりとしていな

いが、自殺完遂者の数倍から数十倍といわれている。本邦には、第3次救命救急センターという世界的にみて特殊な医療施設が存在しており自殺研究に寄与することが可能である。つまり、第三次救命救急センターに搬送される自殺企図症例は重症例が多く、かつて言われていた自殺未遂症例と自殺既遂症例の境界症例を扱っている事が多い。したがって、通常の医療では救命しきれなかった症例が救命される事が多くなり、より自殺完遂に近い症例から精神医学的情報を得ることが出来る。自殺企図者であり“自殺完遂者”とは異なるものの、第3次救命救急センターといった最重症症例を扱う施設での調査は、psychological autopsy とならび自殺の実態・予防にとって重要である。そこで、日本救急医学会に設置された「精神保健委員会」は同一施設内での継続的な研究や各施設間の比較研究が可能になるように自殺企図の診断基準を定め、それをもとにしたケース・カードを作成していた(1-2)。このケース・カードは日本救急医学会を通じて多くの救急医療施設に普及し使用されるようになった。ケース・カード作成より10年が経過し、今回厚生科学研究“自殺の実態および自殺予防策の検討に関する研究”班では今までのケース・カードの長所・短所をふまえて、改訂版を試案した(附表)。以下に、それぞれの項目について説明を行う。

- 自殺の定義について

救急医療の現場では、患者が自殺企図であるのかないのかは、臨床の場面で迷うことが多い。前回のケース・カードでは、自殺企図かどうか分からない場合には、1.希死念慮があった 2.自殺企図の既往がある 3.精神疾患の既往があるか、現在も治療中である。または、明らかな精神症状があったことを第三者が陳述する 4.明らかな契機があるか、明確な動機がある の4項目のうち2項目に該当すれば自殺企図と判定している。信頼性を高めるために2項目以上といった条件が加わっているが、その根拠が乏しいため、新たなケース・カードでは自殺企図と判断され、ケース・カードに挙げた自殺の定義に当てはまらない場合（自殺の定義 1: 本人の陳述がある 2: 遺書または本人からの予告があった 3: 自殺行為の目撃者が存在 4: 司法関係者または部検により断定）には特記事項として記すこととした。

- 自殺未遂

自殺未遂の定義についても議論は残るが、前回のケース・カードと同様（救急施設からの転室時に生存しているもの）とし、救急施設内で死亡した症例は自殺既遂とすることで区別した。

- 自殺企図手段

自殺企図手段に関しても、前回の

ケース・カードに準拠した。薬物の自殺企図に関しては、具体的な薬物名を記載することとした。このことにより、医師からの処方薬ならびに市販薬で自殺企図に頻用されている薬物名を知ることが可能になるからである。簡単に記載できる場所は、選択ではなく具体的な記載を行うことでより詳細な情報を得ることが出来るようにした。

- 自殺企図症例の評価

簡単に評価できる11項目を順番に並べた。1から順番に評価していくことで、記入漏れがないように留意したつもりである。それぞれについて解説する

#### 自殺企図時のアルコール飲用の有無

約20%の自殺既遂症例は企図時に急性中毒状態にあると判断される(3)。アルコールの影響下にある場合には、判断を誤らせ、衝動性が高まることが知られている(4)。アルコールを乱用していると、より深刻な自殺念慮、より重度の自殺意図、より致命的な自殺企図、より頻回の自殺企図と関連があるとされている。実際に救命救急センターでの調査でも、15%の症例で自殺企図時にアルコールの使用が認められている(5)。しかし、26%の症例では企図時にアルコールの影響があったかどうかの記入漏れがあり、今回のケース・カードでは独立した項目を設けた。

## 自殺企図回数

一般的に、自殺企図歴はもっとも重要な自殺既遂あるいは企図の危険因子のひとつとされている(6)。自殺企図後に自殺既遂にいたる危険性は、自殺企図1年以内では一般人に比べて約100倍自殺既遂の危険性が高く、その後危険率は下がるものの企図後8年間は自殺既遂危険性が持続するとされている(7)。自殺企図歴がある症例は、その後再度自殺企図に至る危険性は高く、重症の大量服薬症例の50%は自殺企図歴があるという(8)。救命救急センターに搬入される症例の特徴をみる、ならびに自殺企図回数は症例の今後の経過観察のうえで重要な情報になる。

## 自殺企図前の社会的要因

自殺という行動にいたるには社会的な要因が引き金になっていることがある。これらの社会的要因を特定することとした。

たとえば、経済的な面について例をあげる。昨今の報道では、失業をはじめ経済的困難さと自殺との関連性が指摘されている。しかしながら、多くの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。社会・経済面が自殺に影響を与えているとの報告は散在するものの(9)、多くの報告では、経済状況・失業と自殺の関係についてはあまり関連性がないとされている(10-14)。つまり、自殺企図症例を分析すると、精神科疾患・

精神科的要因を考慮にいれると、経済状況・失業は自殺企図と関連性は少ないとしている報告が多い。本邦においてはこれらの報告はなく、これら社会要因を救命救急センターならびにそれに準じる施設で調査することにより貴重な情報が収集されることとなるであろう。

さらに、厚生省あるいは警察警察庁保安部企画課より発表される現在までの本邦での調査報告では、自殺の動機について“家庭問題”“病苦”“経済生活問題”“勤務問題”“男女関係”“学校問題”“アルコール症・精神障害”といった区分で分けているが、この中で最も多いのが“病苦”となっている。たしかに病苦(身体疾患の存在)は自殺の危険因子であることが欧米での研究でも指摘されている。しかしながら、精神科疾患の合併がない症例、つまり身体疾患のみに罹患している症例の自殺企図は、ごくまれであるとされている(15-20)。これらの情報を得るために、社会的要因のなかに身体疾患での病苦の項目を付け加えた。

## 今回の自殺企図に対しての言明・特徴

自殺企図を救急の現場で評価する場合に最も大切なのはその自殺の特徴を同定することである(Kishi Y and Kathol RG. in press)。特徴を同定することにより、その後の治療方針が決まってくる。衝動によるのか、計画(うつ病に伴う自殺念慮など)によるのか、精神病症状(幻聴に支配され