

て)によるのか、あるいは操作的(境界型人格障害でみられることが多い)な自殺企図なのかを特定するために独立した項目を設けた。

#### 精神科疾患既往歴の有無

#9の項目とも関連するが、自殺企図の95%以上は精神疾患の症状によるとされている(15,21-23)。これらの情報を得るために既往歴ならびに通院状況の項目を設けた。

#### 身体疾患の有無

先にも述べたが、身体疾患に罹患していたかどうかは自殺の疫学のなかで重要な点であるため独立した項目を設けた。

#### この数週間の精神症状

#4の項目ならびに#9の項目にも関連するが、具体的な精神症状についての項目を設けた。たとえば、精神分裂病という診断がついている症例でも、大うつ病性エピソードにより自殺にいたることも多い(24)。これらの状況を認識するために具体的な精神症状の項目も必要と判断した。

#### アルコールに関して

アルコール依存・乱用は自殺企図にいたる独立した危険因子であることが知られている(15,25-32)。救急医療の現場でもアルコール依存症を簡単にチェックできるようにCAGEの項目を設けた(33)。4項目の質問からなる。4項目のうち、2

項目以上があてはまれば、スクリーニング上アルコール依存症となる。本邦での職域健康診断で、敏感度77.8%、特異度92.6%という結果がでている(34)。

#### 精神疾患分類

救急現場では精神疾患の詳細な分類は不可能であるため、大まかな分類とした。ICD-10に準拠した疾患分類とした。

#### 自殺企図前の医療施設受診

約50%の自殺既遂症例は企図前1ヶ月の間に医療施設を受診しているという(35-36)。これらの情報は自殺予防の観点からも重要であるためこの項目を設けた。

#### 収容中の精神科医の介入

#### 収容後の転帰

救急医療における精神科の関与についての現状と今後の方向性を検討するうえで必要な項目と判断した。

#### おわりに

今回の改訂版のケース・カードでは、救急医療の現場で自殺企図症例から情報を得て、多施設間で検討を行うために必要なエッセンスを盛り込んだつもりである。救急医療の現場で、使用しやすいように出来るだけコンパクトにまとめた。

文献

1. 黒澤尚、守屋裕文、保坂隆、他：救命救急センターにおけるリエゾン精神医学の実態（救命救急センターにおける精神科的ケアの問題点）。救急医学 1990;14:13-18
2. 保坂隆：自殺企図患者のケースカード使用の手引き 救急医学 1991;15 622-625
3. Buzan RD, Weissberg MP. Suicide: risk factors and therapeutic considerations in the emergency department. *J Emerg Med* 1992;10:335-43
4. Hirshfeld RMA. Algorithm for the evaluation and treatment of suicidal patients. *Primary Psychiatry* 1996;3:26-29
5. 岸泰宏：平成8年度厚生科学研究報告書“自殺の実態および自殺予防策の検討に関する研究”
6. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav* 1995;25:22-35
7. Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry* 1987;150:145-153
8. Stern TA, Mulley AG, Thibault GE. Life-threatening drug overdose: precipitations and prognosis. *JAMA* 1984;251:1983-1985
9. Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*. 1998;317:1283-6
10. Makinen IH. Effect on suicide rate of having reduced unemployment is uncertain. *BMJ* 1999;318:941
11. Isacson G, Holmgren P, Druid H, Bergman U. The utilization of antidepressants a key issue in the prevention of suicide. An analysis of 5281 suicides in Sweden 1992-94. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96: 94-100
12. Hintikka J, Saarinen PI, Viinamaki H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. *Scand J Public Health* 1999;27:85-8
13. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Unemployment and serious suicide attempts. *Psychol Med* 1998; 28:209-18
14. La Harpe R, Dozio A. Economic crisis and suicide in Geneva: 1991-1995. *Arch Kriminol* 1998;202:69-74
15. Robins E, Gassner S, Kayes J, et al. The communication of suicidal intent: A study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry* 1959;115:724-733
16. Kishi Y, Robinson RG. Suicidal plans following spinal cord injury: A six month study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1996;8:442-445
17. Kishi Y, Kosier JT, Robinson RG. Suicidal plans in patients with acute stroke. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:274-280
18. Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT. Suicidal plans in patients with stroke: Comparison between acute onset and

- delayed onset suicidal plans. *International Psychogeriatric* 1996;8:623-634
19. Brown JH, Henteleff P, Barakat S, Rowe CJ. Is it normal for terminally ill patients to desire death? *Am J Psychiatry* 1986;143:208-211
  20. Liebenluft E, Goldberg RL. The suicidal, terminally ill patient with depression. *Psychosomatics* 1988;29:379-386
  21. Dorpat TL, Ripley HS. A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry* 1960;1:349-359
  22. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974;125:355-373
  23. Rich CL, Young D, Fowler RC. San Diego suicide study: I. Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:577-582
  24. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors of suicide. *Schizophr Bull* 1990;16:571-589
  25. Carlson GA, Rich CL, Grayson P, Fowler RC. Secular trends in psychiatric diagnoses of suicide victims. *J Affect Dis* 1991;21:127-132
  26. Adams DM, Overholser JC. Suicidal behaviors and history of substance abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1992;18:343-354
  27. Beskow J. Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatr Scand* 1979;277(Suppl.):1-138
  28. Crumley FC. Substance abuse and adolescent suicidal behavior. *JAMA* 1990;263:3051-6
  29. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis CN. Symptoms of depression, suicidal behavior and use of substances in Greece: A nationwide general population survey. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:159-66
  30. Murphy GE. Suicide and substance abuse. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:593-594
  31. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:459-63
  32. Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:383-392
  33. Ewing JA: Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire. *JAMA* 1984;252:1905-1907
  34. 廣尚典. CAGE、AUDIT による問題飲酒の早期発見. アルコール関連障害とアルコール依存症 *日本臨床* 1997;55:589-593
  35. Rich CL, Young D, Fowler RC San Diego suicide study: young vs. old subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:577-582
  36. Fawcett J, Clark DC, Busch KA. Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Psychiatry Ann* 1993;23:244-255

自殺の定義：以下のうち1つでも満たせば自殺とする

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: 自殺行為の日撃者が存在 4: 司法関係者または部検により断定 それ以外の場合には特記事項に記すこと あてはまる□にX \_\_\_\_\_に記入を

症例 (イニシャル) \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 男 女 同居人 あり なし

自殺遂行推定日時: \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時頃 不明

自殺未遂 (救急施設からの転室時に生存しているもの)  自殺既遂

自殺企図手段 (多手段・多部位などの場合にはすべてに X)

医師から処方された薬物 (薬物名 \_\_\_\_\_)

市販の薬物 (薬物名 \_\_\_\_\_)

毒物・農薬 (品名 \_\_\_\_\_)

ガス (都市ガス プロパンガス 排気ガス)

飛び込み (軌道車 自動車)

飛び降り (自宅の建物 自宅以外の建物 構築物【橋・歩道橋など】 その他 \_\_\_\_\_)

刃器、刺器 (ガラス片を含む): 部位 手首 頸部 胸部 腹部 それ以外 (\_\_\_\_\_)

焼身 (揮発油 ガス その他)

縊首 入水 感電 銃器 爆発物 その他 (\_\_\_\_\_)

#### 自殺企図症例の評価

1. 自殺企図時にアルコールを 飲用していた 飲用していない 不明

2. 自殺企図回数 初回 2回目 3回目以上

3. 自殺企図前の社会的要因 家庭・家族 対人関係 経済状況 仕事  
身体疾患 (具体的に \_\_\_\_\_) での病苦 その他 (\_\_\_\_\_)

4. 今回の自殺企図に対しての言明・特徴

衝動的に行った 計画して行った 幻覚・妄想に左右されて行った

誰かへのあてつけで行った 周囲の関心がほしいから その他 \_\_\_\_\_

5. 精神科疾患既往歴が ある (病名: \_\_\_\_\_) 通院中 通院歴あり

6. 身体疾患への罹患 ある (急性疾患 慢性疾患 (6ヶ月以上)) なし

7. この数週間の精神症状: 毎日のように憂鬱 楽しめていたことが楽しめない  
不眠 突然の不安・おびえ・息苦しさ 幻覚 妄想

8. 家庭で酒を飲む はい いいえ

これまでに酒量を減らさすべきだと思ったことがある

飲酒を注意されていらだったことがある

飲酒することに罪の意識を持ったことがある

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る

9. 精神症状がある場合、その疾患は (多重回答可)

器質性精神障害 (痴呆、脳腫瘍など)

精神活性物質 (アルコール・覚せい剤など) による障害

精神分裂病・妄想性障害 気分 (感情) 障害 (うつ病、躁うつ病)

神経症性障害・ストレス関連障害 人格の障害

その他 (\_\_\_\_\_)

特定不能

10. 自殺企図前に医療施設を受診 あり \_\_\_\_\_日前 (精神科 身体科) なし

11. 収容中に精神科医の介入 あり なし

収容後の転帰:

自宅 同施設の精神科 同施設の非精神科 他施設の精神科 他施設の非精神科

その他

特記事項:

#### 4. 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 (平成 11 年度)

(報告済みのため簡単にまとめる)

救命救急センター、あるいは救急外来において自殺未遂症例を扱うことは医療スタッフにとって頻繁に認められる。したがって、自殺未遂・自殺企図症例の分類、その後の対応方法が重要となる。ここでは、自殺の分類ならびにその対応方法を議論し、報告した。また、経済的側面と自殺について多々報道されているが、その関係についてレビューを行った。

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。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さまざまな報告についてレビューを行った。それによると、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。

## 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、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、なおかつ精神病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。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)。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いるものである。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。

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。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。

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、身体疾患の場合においても、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。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)



### 救命救急センターでの研究のまとめ

救命救急センターでの研究は、自殺既遂に近い症例から自殺の情報を直接得られるため、自殺の研究に役立つ。救命救急センターでの自殺企図症例の精神医学的分析により、的確な精神医学的治療的介入によりその後の自殺を予防することが可能な症例が多いことがあらためて示された（気分障害ならびに神経症性障害は treatable な症候群であるため）。

救命救急センターでのコンサルテーション・リエゾン精神医療現場よりの報告では、精神科医療の自殺企図症例に対する重要性が示唆された。もっとも大きな点は、精神科医療に関わっていない自殺企図症例に対して、コンサルテーション・リエゾン精神科医が関わることで、大多数の自殺企図症例はその後の精神科医療に橋渡しすることが可能であり、その後の再自殺を防止することが可能となる。現在までの研究により、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。自殺企図歴のある10-20%が自殺既遂に至り、これは自殺既遂の約50%に相当するとされる。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年間は自殺既遂の危険性は持続する。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。このような事実より、自殺企図症例に対するその後の精神医学的介入は自殺予防に重要であり、総合病院におけるコンサルテーション・リエゾン活動が自殺予防に寄与する役割は大きい。

救命救急センターは現在では100を超え、これらの施設から自殺に関する報告が多い。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（平均20%が自殺既遂）、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も多い。したがって、通常の医療では救命しきれなかった症例も救命される事が多くなり、より自殺既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“自殺既遂者”とは異なるものの、救命救急センターといった重症症例を扱う施設での調査は、自殺の実態・予防にとって重要である。今後は個々の施設での報告よりも多施設での報告が自殺の現状を知る上で有用であり、同一のフォームを利用した自殺症例の情報収集を行うことが自殺の実態ならびに予防を行ううえで有用である。そこで、本研究班では簡単でかつ重要な情報を得ることが可能な自殺のケース・カードを作成した。今後、この自殺ケース・カードが使用されることで、多施設よりのまとまった報告が可能となる。

コンサルテーション・リエゾン

ン精神科医療を行うことが可能な施設においては、自殺企図症例のその後の対応が可能となる。しかしながら、自殺企図症例が搬送されてくることが多い総合病院における“総合病院精神科”の実態は満足のものではない。いわゆる総合病院といわれる施設は約1200施設全国に存在するが、約630施設（50%強）にしか精神科は設置されていない。このことが意味するのは、自殺企図症例が搬送された場合に、50%近くの施設では非精神科医師が自殺企図症例に対応し、その後の方針を決めなくてはならない。そこで、本研究班では、自殺企図を分類し、自殺企図症例を診た際の対応についてまとめた。机上のものでなく、より実践的な分類とし、自殺企図症例の対応についてまとめた。これらの自殺の分類を啓蒙していく必要が強く勧められる。

## II. 身体疾患に伴う自殺念慮の研究

身体疾患に伴う自殺念慮に関して、以下の研究を行った。

### 1. 生命を脅かされる疾病に罹患した症例の自殺念慮（急性期）---脳梗塞、頭部外傷、心筋梗塞、脊髄損傷の症例---（平成11年度～平成12年度）

身体疾患に伴う精神医学的・社会医学的な評価を前向きに、さらに精神科構造面接を施行し評価を行うのは、人員的にも時間的にも非常に困難である。本邦においては、身体疾患に伴う精神疾患について、構造面接を使用し縦断的に評価を行っている研究は非常に少ない。さらに、身体疾患に伴う自殺念慮は10%内外と予測され、統計学的な意味付けを行う症例を収集するのは非常に困難である。そこで、今回は米国において収集されたデータを使用して、身体疾患に伴う自殺念慮についての検討を行った。

はじめに

身体疾患に罹患することは、自殺企図あるいは自殺念慮の著明な危険因子となる。Mackenzie and Popkin (1)による報告では、一般人口とくらべて、身体疾患に罹患した症例では自殺の危険性が高いとしている。たとえば、DeVivo らによると(2-3)、脊髄損傷を受傷した症例(SCI)の6.3%は自殺にて死亡していたことを報告し、これは一般人口にくらべて4.9倍

の高率であるとしている。頭部外傷症例は一般人口に比べて2倍以上の自殺の危険性があるとしている(4)。てんかんの症例では一般人口に比して5倍とされている(5-6)。しかしながら、身体疾患症例であろうと、きちんとした精神科診断が行われると、自殺念慮を持つ症例ではうつ病性障害あるいはアルコール関連障害をもっている症例がほとんど指摘されている(7)。以前のわれわれの研究で、脳梗塞ならびに脊髄損傷症例に伴う自殺念慮は、うつ病、物質・アルコール依存歴、不適切なソーシャル・サポートとの関連を指摘した(8-10)。さらに、終末期の症例でも、自殺念慮を持つ症例のほとんどは、うつ病性障害に罹患していると報告されている(11-12)。それゆえ、自殺を含めてうつ病性障害のアセスメントを行うことが精神科プラクティスのみならず、プライマリーケアにおいて重要である。

本研究では生命を脅かされる疾患、脳梗塞(Stroke)、頭部外傷(traumatic brain injury: TBI)、心筋梗塞(myocardial infarction: MI)ならびに脊髄損傷(spinal cord injury: SCI)に罹患した症例の、自殺念慮ならびにそれに関連する背景について調査した。くわえて、自殺念慮の持続期間を調査するため、フォローアップ期間にも同様の調査を行った(3,6,9,12,24ヶ月後)。

方法

対象は順次米国内の病院(The Johns

Hopkins Hospital, The University of Maryland Hospital, Sinai Hospital of Baltimore, Montebello Hospital Center) に入院した Stroke, TBI, MI, ならびに SCI 症例とした。496 症例 (301 stroke, 65 TBI, 70 MI, 60 SCI) に対して、自殺念慮を調査した。フォローアップも 24 ヶ月にわたって調査した。

### 精神科的評価

身体疾患に罹患した症例の気分、認知、身体疾患重症度の評価に適切と認められている種々の標準化された評価尺度を用いた(13)。気分の評価として、Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)を使用した(14)。認知機能の評価には Mini-Mental State Examination (MMSE)を使用した(15)。MMSE は重度の身体疾患においても認知機能の評価に適切であることが示されている(16-17)。日常生活活動度の障害(ADL)には Johns Hopkins Functioning Inventory (JHFI)を使用した(13)。スコアは 0 から 27 の範囲であり、高得点ほど重症であることを示している。また、社会機能の評価として Social Ties Checklist (STC) ならびに Social Functioning Exam (SFE) を用いた(18)。STC では social connection がどの程度患者に存在しているかを示す尺度であり、0 から 10 で表される(高得点ほど social support が少ないことを示す)。また、SFE は social functioning に対する満足度の評価であり 0.00~1.00 で評価される(高得点ほど満足度が低い)。

半構造化面接である Present State Exam (PSE)を用いて、うつ病ならびに不安障害の症状を評価した(19)。この面接により Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)の診断に必要な症状を抽出した(20)。この検査後に大うつ病(major depression) 小うつ病(minor depression) ならびに全般性不安障害(generalized anxiety disorder) の診断を行った。自殺念慮の評価は自殺に関して真剣に考慮しているときのみ“存在”とし、漠然とした自殺念慮の場合は存在していないものとした。この調査の特徴上、一時的あるいは受動的な自殺はカウントしなかった。

また、うつ病の症状を、Davidson ならびに Turnbull の分類(21)に基づき自律神経的(autonomic)と心理学的(psychological)症状に区分した。

### 統計

いくつかのスケールは正規分布を示していないため、すべての統計方法に nonparametric procedure を使用した。カテゴリカルな項目に関しては chi-square test (あるいは Fisher's exact test) を使用した。グループ間での、背景、精神科評価尺度、精神症状の比較には、logistic regression analysis を使用し、alpha error を防止した。同様に、6つの評価尺度を分析する場合には、nonparametric analog of multivariate analysis of variance based on ranks (24)を使用した。

## 結果

496 症例を評価したところ、33 症例(4MI, 7SCI, 3 TBI, 19 Stroke)が自殺念慮を持っており、3 症例 (1MI, 1SCI, 1Stroke) が自殺企図を行っていた。これらの 36 症例(7.3%)を、自殺念慮グループ(suicidal plan group)とした。残りの 460 症例は自殺念慮を持っておらず、非自殺念慮グループ(non-suicidal group)とした。4つの疾患間で自殺念慮の頻度に差は認められなかった。

## 患者背景と精神科診断

Table 1 に患者背景ならびに精神科診断の univariate analyses を示す。2 群間で性別、人種、教育年数、精神科家族歴に差は認められなかった。自殺念慮群は有意に若年であり、未婚であった。さらに、精神疾患罹患歴ならびにアルコール乱用歴が自殺念慮群で高かった。自殺念慮群では、大うつ病ならびに全般性不安障害に罹患している症例が有意に多かった。

つぎに、自殺念慮の背景ならびに精神科的リスク・ファクターをその他の因子でコントロールし算出した(Table 2)。Model 1 は背景についてのみの Multivariate analysis の結果である。未婚が自殺念慮と有意に相関していることがわかった。つぎに、精神科的リスク・ファクターを含めた multivariate analysis を行った(model 2)。精神科的リスク・ファクターが加わると、未婚は自殺念慮との関連性はなくなり、うつ病性障害のみが自殺念慮と

相関していた。精神疾患罹患歴は自殺念慮と相関傾向がみとめられた。

## 各種評価尺度と自殺念慮の関係

各種評価尺度の中央値 (Medial) を Table 3 に示す。HDRS, PSE, JHFI, MMSE, STC, SFE スコアの multivariate analysis of variance において両群間で有意差が認められた。Univariate test において、自殺念慮群は有意に HDRS, PSE, JHFI, STC, SFE 得点が高かった (障害されていた)。

つぎに、自殺念慮とうつ病性障害の相互作用を調べるため、HDRS, PSE, JHFI, MMSE, STC, SFE を用いた multivariate two-way layout analysis of variance による解析を行った(Table 4)。この6つの尺度では、自殺念慮とうつ病性障害に overall の相互作用は認められなかった(Wilks' Lambda = .984, DF 6;388, p = .384)。自殺念慮ならびにうつ病性障害は PSE ならびに HDRS 得点と有意に相関していた。JHFI 得点には、自殺念慮ではなく、うつ病性障害と相関が認められた。逆に、STC と SFE 得点では、うつ病性障害ではなく、自殺念慮と相関傾向が認められた。

## 自殺念慮をもつ大うつ病と自殺念慮をもたない大うつ病症例の比較

この調査では、105(21.2%)症例 (20MI, 14SCI, 19TBI, 52 Stroke) が大うつ病の診断基準をみたしていた。このうち、26(24.8%)が自殺念慮をもっていた。

Logistic regression analysis を患者背景ならびに精神科的要因で行ったところ、自殺念慮群と非自殺念慮群で差は認められなかった ( $-2 \log \text{likelihood chisquare} = 97.596, \text{df} = 8, p = .126$ )。

評価尺度の multivariate analysis においては、自殺念慮をもつ大うつ病と自殺念慮をもたない大うつ病症例において差が認められた (Table 5)。自殺念慮をもつ大うつ病症例は、うつ病の重症度が高く (HDRS)、また ADL (JHFI) ならびに認知機能 (ADL) がより障害されている傾向が認められた。

うつ病症状を自律神経的 (autonomic) と心理学的 (psychological) 症状に区分したのものについても 2 群間で検討した。logistic regression analysis において自殺念慮と自律神経症状の間に相関は認められなかった ( $-2 \log \text{likelihood chisquare} = 67.617, \text{df} = 8, p = .865$ )。しかしながら、心理学的症状においては 2 群間で overall な有意差が認められた ( $-2 \log \text{likelihood} = 84.150, \text{df} = 11, p = .004$ )。Social withdrawal ( $p = .010$ ) ならびに simple idea of reference ( $p = .016$ ) が有意に自殺念慮をもつ大うつ病症例と関連が認められた。hopelessness もまた、自殺念慮をもつ大うつ病と関連傾向が認められた ( $p = .052$ )。

#### 自殺念慮のフォローアップ

急性期に評価した症例のうち、292 症例 (46MI, 51TBI, 56SCI, 139

Stroke) が 3, 6, 9, 12 ならびに 24 ヶ月後のフォローアップで、少なくとも 1 回は評価された。急性期に大うつ病に罹患している症例は、フォローアップにおいて自殺念慮をもつ有意な危険因子であった。18 (10.1%) が非うつ病であり、6 (13.7%) が minor depression, 16 (22.9%) が major depression の診断が急性期についていた ( $\text{chisquare} = 6.903, \text{df} = 2; 289, p < .05$ )。

急性期に自殺念慮をもっていた 36 症例のうち、22 症例のフォローアップが可能であった (Table 7)。これらの症例のうち、16 症例はうつ病性障害に罹患していた (15 major depression, 1 minor depression)。フォローアップにおいて、この 16 症例中、11 症例はうつ病性障害が改善しており、自殺念慮も消失していた。うつ病が改善しなかった症例では、自殺念慮が消失していなかった。

#### うつ病性障害をもたない自殺念慮症例

8 症例がうつ病性障害をもたない自殺念慮症例であった (2stroke 2MI, 4SCI)。非自殺念慮非うつ病症例 ( $n = 313$ ) と自殺念慮非うつ病症例の Univariate analysis にける比較では、自殺念慮症例は有意に若年であり、また教育年数が高く、精神疾患罹患歴が多い傾向が認められた (Table 8)。

フォローアップにおいて、この 8 症例中 6 症例が少なくとも 1 度の評価を受けた (Table 7)。5 症例はフォローアップにおいて自殺念慮は消

失しており、1症例（精神疾患罹患歴あり）のみが自殺念慮が持続していた。

#### 考察

本調査により、生命を脅かされる疾病に罹患した急性期症例の7.3%が自殺念慮をもつことが判った。ちなみに内科外来症例やプライマリーケア症例の報告では2-7%が自殺念慮を持っているという(25-27)。本研究ではまた、自殺念慮とうつ病性障害、とくに大うつ病との関連性が認められた。これは、たとえ身体疾患に罹患していたにせよ、うつ病が自殺の最も重要な要因であるとのコンセンサスと矛盾しない(2,28-30)。さらに、急性期にうつ病に罹患していることは、急性期のみならず慢性期（フォローアップ）においても自殺念慮を抱く危険が高まることが判明した。

急性期において、ほとんどの自殺念慮症例（80%）がうつ病性障害に罹患していた。20%の自殺念慮症例はうつ病性障害に罹患していなかったが、これらの症例が“Philosophical”あるいは“Rational”な自殺念慮症例に分類されるであろう。これらの症例は、decision-makingの能力もあると考えられ、精神科疾患がないにも関わらず自殺を望んでいた。これらの症例が自殺幫助あるいは安楽死の議論に繋がっている。しかしながら、本調査において、5/6症例はフォローアップにおいて自殺念慮は消失していた。つまり、Rationalな自殺念慮は“Transient”

であることを示していると考えられる。このことは、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といった臨床上のわれわれの経験を裏付けている。

その他に興味深い結果として、うつ病が改善すると自殺念慮は消失し、うつ病が改善しない症例では自殺念慮は消失しなかったことである。それゆえ、プライマリーケアに携わる医師への“うつ病”と“自殺”の関係についてに教育が非常に重要となる。実際、Rutzらは(31)スウェーデンのある島において、一般医に教育プログラムを行ったところ、自殺率の低下が認められたと報告している。本調査においても、適切なプライマリーケア、とくにうつ病のアセスメントが自殺率を低下させえるという仮説を支持している。

この研究において、身体疾患重症度は独立した自殺の危険因子ではないことが判明した。つまり、自殺念慮は単なる“心因反応”とは異なる。社会サポートの低下は自殺念慮と独立した関係があることも示されており、Social Work Interventionもまた、うつ病性障害の同定とともに重要であることが示された。

大うつ病症例のなかで、自殺念慮を示す症例は約25%であった。この数字は身体疾患をもたないうつ

病 (functional depression) と比べて高いのであろうか? 約三分の一の外來うつ病症例が自殺念慮を示しているという(32-33)。しかしながら、これらの症例は治療を求めてきた症例である。したがって、単なる数字の比較から、身体疾患をもつうつ病症例の自殺念慮が高いのか低いのかを論じることはできない。より重要なのは、プライマリーケアにおいて、うつ病が見逃されている点である。総合病院において、精神疾患を持っている症例のわずか 11%のみが退院時に精神科診断をうけていたにすぎない(34)。さらに、Postらによると(35)、プライマリーケアでうつ病を見逃されていた 98 症例をフォローアップしたところ、32%の症例が 1 年後にも見逃されていたままであった (半数は自殺念慮あり)。Wells(36)によると、一般内科におけるうつ病の治療は、質的にもアウトカムでも不適切であるとしている。本調査が示したように、身体疾患に伴ううつ病の四分の一の症例が自殺念慮を抱いていたことより、身体疾患急性期におけるうつ病のシステムティックな同定と治療が必要なのは明らかである。それゆえ、コンサルテーション・リエゾン精神科医の役割が重要となる。Integrated medical and psychiatric care もまた、身体疾患に伴う精神障害の治療に効果的であることが示されている(37-38)。高度のうつ症状、身体機能ならびに認知機能の高度の障害、社会サポートの不足、社会的引きこもりや疑い深さを

示すような身体疾患に伴ううつ病症例には、より一層の自殺の予防が必要である。

#### 文献:

1. Mackenzie TB, Popkin MK. Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med* 1987; 17: 3-22.
2. DeVivo MJ, Black KJ, Richards JS, et al. Suicide following spinal cord injury. *Paraplegia* 1991;29:620-627
3. DeVivo MJ, Black KJ, Stover SL. Causes of death during the first 12 years after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74:248-254
4. Achte KA, Lonnquist J, Hillbom E. Suicides following war brain injuries. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1971;225:3-94
5. White SL, McLean AEM, Howland C. Anticonvulsant drugs and cancer. *Lancet* 1979;2:458-461
6. Hawton K, Fagg J, Marsack P. Association between epilepsy and attempted suicide. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1980;43:168-170
7. Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH Jr, Gassner S, Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1959; 49: 888-899
8. Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT. Suicidal plans in patients with stroke: Comparison between acute onset and



- delayed onset suicidal plans. *International Psychogeriatric* 1996;8:623-634
9. Kishi Y, Kosier JT, Robinson RG. Suicidal plans in patients with acute stroke. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:274-280
  10. Kishi Y, Robinson RG. Suicidal plans following spinal cord injury: A six month study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1996;8:442-445
  11. Brown JH, Henteleff P, Barakat S, Rowe CJ. Is it normal for terminally ill patients to desire death?. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 208-211
  12. Liebenluft E, Goldberg RL. The suicidal, terminally ill patient with depression. *Psychosomatics* 1988;29:379-386
  13. Robinson RG, Benson F. Depression in aphasic patients: Frequency, severity and clinical-pathological correlation. *Brain Lang* 1981;14:282-291
  14. Hamilton MA. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62
  15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198
  16. Rabins PV, Folstein ML. Delirium and dementia: diagnostic criteria and fatality rates. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 149-153
  17. Robinson RG, Kubos KL, Starr LB, Rao K, Price TR. Mood changes in stroke patients: relationship to lesion location. *Compr Psychiatry* 1983;24:555-566
  18. Starr LB, Robinson RG, Price TR. The social functioning exam: An assessment for stroke patients. *Soc Work Res Abstr* 1983;18:28-33
  19. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. Measurement and classification of psychiatric symptoms. London: Cambridge University press. 1974
  20. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC. 1994
  21. Davidson J, Turnbull CD. Diagnostic significance of vegetative symptoms in depression. *Br J Psychiatry* 1986;148:442-446
  22. Fedoroff JP, Starkstein SE, Parikh RM, Price TR, Robinson RG. Are depressive symptoms nonspecific in patients with acute stroke? *Am J Psychiatry* 1991;148:1172-1176
  23. Jorge RE, Robinson RG, Arndt S. Are there symptoms that are specific for depressed mood in patients with traumatic brain injury? *J Nerv Ment Dis* 1993;181:91-99
  24. Conover WJ, Iman RL. Rank transformations as a bridge between parametric and nonparametric statistics. *American Statistician*

- 1981;35:124-129
25. Zimmerman M, Lish JD, Lush DT, Farber NJ, Plescia G, Kuzma MA. Suicidal ideation among urban medical outpatients. *J Gen Intern Med* 1995;10:573-576
  26. Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Farber L. Suicidal ideation in primary care. *J Gen Intern Med* 1996;11:447-453
  27. Lish JD, Zimmerman M, Farber NJ, Lush DT, Kuzma MA, Plescia G. Suicide screening in a primary care setting at a Veterans Affairs Medical Center. *Psychosomatics* 1996;37:413-24
  28. Guze SB, Robbins E. Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970;117:437-438
  29. Miles CP. Conditions predisposing to suicide: A review. *J Nerv Ment Dis* 1977;164, 231-246
  30. Murphy GE. On suicide prediction and prevention. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:342-344
  31. Rutz W; von Knorring L; Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand* 1989;80:151-4
  32. Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC, Kaplan ML, van Praag HM, Harkavy-Friedman JM. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients. I: Description and prevalence. *Am J Psychiatry* 1993;150:108-112
  33. Zisook S, Goff A, Sledge P, Shuchter SR. Reported suicidal behavior and current suicidal ideation in a psychiatric outpatient clinic. *Ann Clin Psychiatry* 1994; 6:27-31.
  34. Mayou R, Hawton K, Feldman E. What happens to medical patients with psychiatric disorders. *J Psychosomatic Res* 1988;32:541-549
  35. Rost K, Zhang M, Fortney J, Smith J, Coyne J, Smith GR Jr. Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:12-20
  36. Wells KB. Depression in general medical settings: implications of three health policy studies for consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 1994;35:279-296
  37. Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines: Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995;273:1026-1031
  38. Kishi Y, Kathol RG: Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting, The type IV program. *Psychosomatics* 1999; 40:345-355

Table 1. Univariate analyses of demographic characteristics

	Non-Suicidal	Suicidal
Age, Median year (Q3-Q1) #1	56.0 (28.0)	44.0 (39.0)
Sex, male, n (%)	307 (66.7)	23 (63.9)
Marital Status, married, n (%) #2	184 (42.2)	7 (20.6)
Race, African American (%)	250 (55.3)	17 (48.6)
Education, Median year (Q3-Q1)	11.0 (4.0)	12.0 (3.3)
Family psychiatric history, n (%)	95 (21.0)	11 (32.4)
Personal psychiatric history, n (%) #3	117 (26.6)	21 (61.8)
Personal history of alcohol abuse/dependence, n (%) #4	51 (11.7)	11 (32.4)
Mood disorder #5		
No-mood disorder	313 (68.0%)	8 (22.2%)
Minor depression	68 (14.8%)	2 (5.6%)
Major depression	79 (17.2%)	26 (72.2%)
GAD #6		
Non-GAD	368 (80.0%)	20 (55.6%)
GAD	92 (20.0%)	16 (44.4%) *

#1:  $F = 5.54$ ,  $DF = 1;484$ ,  $p = .0190$ , #2: Chi-square = 6.11,  $DF = 1;468$ ,  $p = .0135$

#3: Chi-square = 18.92,  $DF = 1;472$ ,  $< .0001$ , #4: Chi-square = 11.75,  $DF = 1;468$ ,  $p = .0006$

#5: ChiSquare = 47.61,  $DF = 2;492$ ,  $p < .0001$  #6 ChiSquare = 11.71,  $DF = 1;494$ ,  $p = .0006$

\* all suicidal GAD patients fulfilled the criteria for mood disorders (i.e., combined disorder)

Abbreviations: Q = quartile; Q3-Q1 = 75<sup>th</sup> percentile minus 25<sup>th</sup> percentile

Table 2. Logistic regression analyses of demographic variables only (model 1) and demographic and psychiatric variables for suicidal patients

	Model 1 #1		Model 2 #2	
	Odds Ratio	95% CI	Odds Ratio	95% CI
Age	0.985	0.964-1.007	0.998	0.974-1.023
Male Sex	1.181	0.540-2.585	1.133	0.457-2.808
Marital Status, married	0.382*	0.151-0.970	0.496	0.184-1.336
Race, African American	0.770	0.358-1.656	0.782	0.343-1.781
Education	1.027	0.915-1.152	1.046	0.921-1.188
Family psychiatric history			1.166	0.483-2.813
Personal psychiatric history			2.495#	0.919-6.775
Personal history of alcohol abuse/dependence			2.229	0.760-6.539
Depressive disorders (major or minor depression)			6.702**	2.549-17.622
GAD			0.842	0.355-1.998

#1 logistic regression model containing demographic variables only. The -2log likelihood chisquare for this model was 230.312 (df = 5, p=.058)

#2 logistic regression model containing demographic and psychiatric variables. The -2log likelihood chisquare for this model was 190.836 (df = 10, p<.001)

\* <.05, \*\* <.01, # <.10