

Table 3. Scales in the suicidal and non suicidal patients

	Non-Suicidal	Suicidal	F	P
	Median (Q3-Q1)	Median (Q3-Q1)		
HDRS	7.0 (7.0)	17.0 (10.5)	37.688	<0.001
PSE	8.0 (11.0)	22.5 (15.75)	43.547	<0.001
JHFI	3.0 (8.0)	6.5 (6.0)	5.489	0.020
MMSE	26.0 (6.0)	26.0 (8.0)	2.398	0.122
STC	4.0 (2.0)	5.0 (3.0)	5.454	0.020
SFE	0.132 (0.158)	0.188 (0.175)	6.525	0.011

Wilks' Lambda = .89, DF 6;390,  $p < .0001$

Abbreviations: HDRS: Hamilton Depression Rating Scale, PSE: Present State Exam, MMSE:

Mini-Mental State Examination, JHFI: Johns Hopkins Functioning Inventory, STC: Social Ties Checklist,

SFE: Social Functioning Exam

Table 4. Multivariate two-way layout analysis of variance of the HDRS, PSE, JHFI, MMSE, STC and SFE scores for suicidal patients and depressed patients

	DF	F	P
<b>Adjusted Model</b>			
PSE	3	121.272	.000
HDRS	3	54.754	.000
JHFI	3	6.264	.000
MMSE	3	2.319	.075
STC	3	2.833	.038
SFE	3	8.277	.000
<b>Suicide plan</b>			
PSE	1	13.607	.000
HDRS	1	14.067	.000
JHFI	1	.431	.512
MMSE	1	.009	.925
STC	1	3.539	.061
SFE	1	3.370	.067
<b>Depressive disorders</b>			
PSE	1	63.471	.000
HDRS	1	22.260	.000
JHFI	1	6.916	.009
MMSE	1	4.544	.034
STC	1	.085	.770
SFE	1	1.099	.295
<b>Suicide * Depressive disorders</b>			
PSE	1	.097	.756
HDRS	1	.317	.574
JHFI	1	1.186	.277
MMSE	1	3.446	.064
STC	1	.333	.564
SFE	1	1.166	.281

Table 5 Scales in the suicidal and non-suicidal patients with major depressive disorder

	Non-Suicidal	Suicidal	F	P
	Median (Q3-Q1)	Median (Q3-Q1)		
HDRS	14.0 (6.0)	18.0 (10.5)	10.524	.002
PSE	21.0 (10.0)	28.0 (11.25)	9.427	.003
JHFI	4.0 (8.0)	7.0 (7.75)	3.325	.071
MMSE	26.0 (7.0)	24.0 (9.5)	3.315	.072
STC	4.0 (2.0)	5.0 (3.0)	1.557	.215
SFE	0.175(0.185)	0.188 (0.2205)	.272	.604

Wilks' Lambda = .84, DF 6;87,  $p < .0171$

Table 6. Autonomic (Vegetative) and Psychological symptoms for suicidal major depression

	Odds Ratio	95% CI
<b>Autonomic symptoms</b>		
Autonomic Anxiety	0.890	0.245-3.231
Anxious Foreboding	1.209	0.326-4.483
Morning Depression	1.778	0.447-7.072
Weight Loss	1.212	0.355-4.143
Delayed Sleep	0.725	0.206-2.547
Subjective Anergia	0.346	0.081-1.479
Early Awakening	1.851	0.515-6.611
Loss of Libido	0.825	0.232-2.934
<b>Psychological symptoms</b>		
Worrying	0.795	0.228-2.765
Brooding	1.091	0.310-3.837
Loss of Interest	0.610	0.178-2.091
Hopelessness	3.259	0.988-10.753
Social Withdrawal	5.363	1.489-19.315
Self-depreciation	0.624	0.149-2.621
Lack of Self-confidence	1.648	0.430-6.317
Simple Ideas of Reference	5.242	1.365-20.127
Guilty Ideas of Reference	1.196	0.335-4.274
Pathological Guilt	0.615	0.171-2.214
Irritability	0.607	0.189-1.948

Autonomic symptoms:  $-2\log$  likelihood chisquare = 67.617, df = 8, p = 0.865

Psychological symptoms:  $-2\log$  likelihood chisquare = 84.150, df = 11, p = 0.004

Table 7. Follow-up outcomes of initially suicidal patients

	Diagnosis	Initial In-hospital	3 month follow-up	6 month follow-up	9 month follow-up	12 month follow-up	24 month follow-up
1	Stroke	Major	N/A	Major Suicidal	-	N/A	Non-depressed Non-suicidal
2	Stroke	Major	N/A	Non-depressed Non-suicidal	-	N/A	N/A
3	Stroke	Major	N/A	N/A	-	Minor Non-suicidal	N/A
4	Stroke	Major	N/A	N/A	-	N/A	Non-depressed Non-suicidal
5	Stroke	Non-depressed	N/A	N/A	-	N/A	Non-depressed Non-suicidal
6	Stroke	Major	Minor Non-suicidal	Major Non-suicidal	-	Non-depressed Non-suicidal	Non-depressed Non-suicidal
7	Stroke	Major	Minor Non-suicidal	N/A	-	N/A	N/A
8	Stroke	Major	Major Non-suicidal	N/A	-	N/A	N/A
9	Stroke	Minor	Non-depressed Non-suicidal	N/A	-	Non-depressed Non-suicidal	N/A
10	TBI	Major	N/A	Non-depressed Non-suicidal	Minor Suicidal	Non-depressed Non-suicidal	
11	TBI	Major	Non-depressed Non-suicidal	Non-depressed Non-suicidal	Non-depressed Non-suicidal	Minor Non-suicidal	
12	MI	Major	N/A	N/A	Non-depressed Non-suicidal	N/A	
13	MI	Major	Major Suicidal	N/A	N/A	N/A	
14	MI	Non-depressed	N/A	Non-depressed Suicidal	N/A	N/A	
15	SCI	Major	Non-depressed Suicidal	Major Suicidal			
16	SCI	Non-depressed	Non-depressed Non-suicidal	N/A			
17	SCI	Major	Major Non-suicidal	Major Suicidal			
18	SCI	Major	Minor Suicidal	Non-depressed Suicidal			
19	SCI	Major	Non-depressed Non-suicidal	N/A			
20	SCI	Non-depressed	Major Non-suicidal	N/A			
21	SCI	Non-depressed	Minor Non-suicidal	N/A			
22	SCI	Non-depressed	Non-depressed Non-suicidal	Major Suicidal			

Major: major depression Minor: Minor depression N/A: not assessed

Table 8. Univariate comparison between non-depressed suicidal (n=8) and non-depressed non-suicidal

(n=313) patients

	Non-Suicidal	Suicidal
Age, Median year (Q3-Q1) #1	57.0 (25.8)	41.5 (28.3)
Sex, male, n (%)	220 (70.3)	6 (75.0)
Marital Status, married, n (%)	130 (44.7)	2 (25.0)
Race, African American (%)	168 (54.9)	3 (37.5)
Education, Median year (Q3-Q1) #2	11.0 (5.0)	12.0 (4.0)
Family psychiatric history, n (%)	95 (21.0)	11 (32.4)
Personal psychiatric history, n (%) #3	72(24.3)	4 (50.0)
Personal history of alcohol abuse/dependence, n(%)	37 (12.7)	1 (12.5)

#1:  $F = 4.53$ ,  $DF = 1;310$ ,  $p = .0341$

#2:  $F = 3.83$ ,  $DF = 1;308$ ,  $p = .0512$

#3: Fisher's exact test;  $p = .1109$

## 2. 生命を脅かされる疾病に罹患した症例の自殺念慮（リハビリテーション期）---脳梗塞、頭部外傷、心筋梗塞、脊髄損傷の症例---（平成12年度）

### はじめに

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---において、急性期の自殺念慮とそれに関連する背景を報告した。身体疾患に罹患した急性期において、自殺念慮はうつ病、社会サポートの減少と相関があった。しかしながら、前調査では、リハビリテーション期に自殺念慮が出現した症例については触れていなかった。Misselによると(1)、リハビリテーション病院における精神科コンサルテーションの15%は自殺の危険性についてであったとしている。したがって、リハビリテーション期の自殺リスクのアセスメントは重要である。

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、リハビリテーション期における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。また、自殺念慮に急性期とリハビリテーション期における相異についても調査した。

対象・方法ならびに統計  
前報告参照。

### 結果

496症例が急性期に評価され、33症例（4MI, 7SCI, 3TBI, 19stroke）が自殺念慮をもち、3症例（1MI, 1SCI, 1stroke）が自殺企図を行っていた。これら36症例（7.3%）を急性期自殺念慮発現症例（acute-onset suicidal patients）と定義した。フォローアップ期間中に1度以上評価が可能であったのは293症例（46MI, 51SCI, 57TBI, 139SCI）であった。このうち、急性期に自殺念慮がなく、フォローアップ期間中に自殺念慮が出現した症例（delayed onset suicidal patients）は33（11.3%）症例（2症例の自殺企図症例を含む）であった。11症例（1MI, 3SCI, 4TBI, 18stroke）が3ヶ月、9症例（2TBI, 7stroke）が6ヶ月、2症例（1MI, 1TBI）が6ヶ月、4症例（2TBI, 2stroke）が12ヶ月、7症例（1MI, 6Stroke）が24ヶ月のそれぞれフォローアップ時に自殺念慮が出現した。自殺念慮の出現時に、大うつ病の診断基準を満たす症例は24症例（72.7%）、小うつ病は3症例（9.1%）、うつ病性障害をもたない症例は6症例（18.2%）であった。うつ病性障害を持たない6症例のうち、4症例は急性期あるいは自殺念慮出現後のフォローアップ時に大うつ病の診断基準をみたしていた。

238症例はフォローアップを通して自殺念慮を認めなかったた

め、非自殺念慮グループ (non-suicidal group) とした。

## 背景

背景については、Table 1 に示す。年齢、性別、人種、教育年数、精神科家族歴においては3つのグループ間に差は認められなかった。acute-onset suicidal group で未婚率が高い傾向が認められた。また、精神科罹患歴、アルコール乱用歴も acute-onset group で多かった。

## acute onset と delayed onset suicidal group の差 自殺念慮出現時

自殺念慮出現時のそれぞれの評価尺度を Table 2 に示す。6つのスケールの Multivariate analysis of variance では2群間で有意差が認められた (Wilks' Lambda = .758,  $F = 2.552$ ,  $df 6;48$ ,  $p = .032$ )。Univariate analysis により、acute onset 症例は自殺念慮出現時に JHFI スコアが高かった (より障害されていた)。また、acute onset 症例では MMSE スコアも障害されている傾向が認められた。

## delayed onset 症例と non-suicidal 症例の差

フォローアップできた 293 症例のうち、41 症例がフォローアップ時に自殺念慮を呈した (33 症例が delayed onset suicidal patients であり、8 症例が acute-onset suicidal patients で、フォローアップ時にも自殺念慮が持

続していた)。acute-onset suicidal ideation はフォローアップ時においても自殺念慮出現のリスクファクターであった (Fisher's exact test,  $p = .005$ )。

急性期に delayed onset suicidal patients を予測することが可能かどうか、delayed onset suicidal patients と non-suicidal patients の比較を行った。

Univariate analysis の結果を Table 3 に示す。PSE 得点が delayed onset suicidal ideation と関連していた。教育年数の高さ、非黒人、精神疾患罹患歴、うつ病性障害への罹患、HDRS、SFE スコアの悪さもまた、delayed onset suicidal ideation と関連傾向が認められた。

つぎに、Univariate analysis にて  $p < .10$  であった危険因子を含んだ、multivariate analysis を行った (Table 4)。高い SFE 得点 (より社会機能が障害) が delayed onset suicidal patients と関連が認められた。高い教育年数も関連傾向が認められた。

## 考察

本研究において、生命を脅かされる疾病に罹患した症例の 11.3% に、リハビリテーション期 (3~24ヶ月後) に自殺念慮が出現することがわかった。それゆえ、約 20% の症例 (acute 7.3%, chronic 11.3%) の症例が2年間の間に自殺念慮をもつことになる。

急性期の自殺念慮の報告では、うつ病性障害、とくに大うつ病との強い関連が認められた。本研究でも、



82%の *delayed onset suicidal patients* は自殺念慮出現時にうつ病性障害に罹患していた。つまり、急性期、慢性期を問わず、自殺念慮を有する症例のほとんどは、うつ病性障害に罹患していることを示している。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。急性期ならびに慢性期において、うつ病の発見と治療が最も重要であることを示している。6症例の *delayed onset* 症例が自殺念慮が認められた時にうつ病性障害に罹患していなかったが、そのうち4症例は急性期あるいは自殺念慮が認められた後にうつ病性障害に罹患していた。これら4症例の自殺念慮はうつ病性障害の前駆症状あるいはうつ病部分完解による残遺症状である可能性が高い。それゆえ、“*rational*”な自殺念慮は慢性期においても稀であることを示している。

急性期の評価において、*delayed onset* 症例は *non-suicidal* 症例と比較して社会サポートが劣っていることが示された。したがって、*delayed onset suicidal ideation* は社会サポートの低下が引き金になっている可能性が高い。また、高学歴も危険因子であることが示されており、高学歴症例に適切な社会サポートを行うことが、身体疾患にともなう自殺予防にとって重要であるかもしれない。

*acute onset* と *delayed onset suicidal ideation* には、いくつかの差が

認められた。*acute onset* 症例は、より脆弱性因子（精神疾患罹患歴、アルコール乱用歴）が強く、また社会的要因が強い（未婚）。評価尺度においても、自殺念慮出現時に ADL ならびに認知機能が悪かったことが示された。しかしながら、前報告において、急性期の自殺念慮発現には ADL は独立危険因子でないことが示されており、単純な *acute onset* と *delayed onset* の比較では ADL に差が認められるものの、*acute onset suicidal ideation* は単なる *psychological reaction* ではないことに留意しておく必要がある。このように、*acute onset* と *delayed onset* にいくつかの差は認めるものの、臨床的には相似したものの方がより重要である。それは、大うつ病ならびに社会機能が両者に深く関わっていることである。前報告により、うつ病が改善すれば自殺念慮も消失し、うつ病が改善しない症例では自殺念慮も持続することが示されている。それゆえ、自殺予防において、プライマリーケアならびにリハビリテーションに携わる医師に対しての、うつ病と自殺に関連する教育が最も重要であろう。統合された *Behavior health care team approach* がケアの質を改善するばかりか、自殺予防になるはずである。

## 文献

Missel JL. Suicide risk in the medical rehabilitation setting. *Arch Phys Med Rehab.* 1978;59:371-376

- Guze SB, Robbins E. Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970;117:437-438
- Miles CP. Conditions predisposing to suicide: A review. *J Nerv Ment Dis* 1977;164, 231-246
- Murphy GE. On suicide prediction and prevention. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:342-344
- 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
- Katon W, Gonzalez J: A review of randomized trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care. *Psychosomatics* 1994; 35:268-278
- 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

Table 1: Background Characteristics

	Non-Suicidal (n=238)	Acute onset suicidal (n=36)	Delayed onset suicidal (n=33)
Age, Median year (Q3-Q1)	52.0 (34.0)	41.5 (39.5)	46.5 (28.0)
Sex, male, n (%)	167 (70.2)	23 (63.9)	19 (57.6)
Marital Status, married, n (%) #1	100 (42.0)	7 (20.6)	14 (42.4)
Race, African American (%)	124 (52.8)	17 (48.6)	12 (36.4)
Education, Median year (Q3-Q1)	11.0 (4.0)	12.0 (3.25)	12.0 (4.0)
Family psychiatric history, n (%)	56 (23.7)	11 (32.4)	10 (30.3)
Personal psychiatric history, n (%) #2	59 (24.9)	21 (60.0)	13 (39.3)
Personal history of alcohol abuse/dependence, n (%) #3	24 (10.1)	11 (32.4)	2 (6.1)

#1: Chi-square = 5.825, df=2, p=.054

#2: Chi-square = 19.116, df=2, p<.001

#3: Chi-square = 15.120, df = 2, p=.001

Table 2: Scores obtained at the onset of suicidal ideation

	Acute-onset suicidal Median (Q3-Q1)	Delayed-onset suicidal Median (Q3-Q1)	F	P
PSE	22.0 (16.0)	18.5 (13.5)	2.603	.113
HDRS	17.0 (11.0)	15.5 (11.25)	.086	.771
JHFI	6.0 (6.0)	0.0 (4.5)	11.005	.002
MMSE	26.0 (8.5)	28.0 (8.0)	3.293	.075
STC	5.0 (3.5)	5.0 (3.5)	.002	.964
SFE	0.188 (0.175)	0.2145 (0.204)	.463	.499

Wilks' Lambda = .758, F = 2.552, DF 6,48, p=.032

Abbreviations: HDRS: Hamilton Depression Rating Scale, PSE: Present State Exam, MMSE: Mini-Mental State Examination, JHFI: Johns Hopkins Functioning Inventory, STC: Social Ties Checklist, SFE: Social Functioning Exam

Table 3: Univariate analyses of demographic and psychiatric variables in the initial in-hospital evaluation between the delayed-onset suicidal patients and non-suicidal patients.

	Non-Suicidal (n=238)	Delayed onset suicidal (n=33)
Age, Median year (Q3-Q1)	52.0 (34.0)	46.5 (28.0)
Sex, male, n (%)	167 (70.2)	19 (57.6)
Marital Status, married, n (%)	100 (42.0)	14 (42.4)
Race, African American (%) #1	124 (52.8)	12 (36.4)
Education, Median year (Q3-Q1) #2	11.0 (4.0)	12.0 (4.0)
Family psychiatric history, n (%)	56 (23.7)	10 (30.3)
Personal psychiatric history, n (%) #3	59 (24.9)	13 (39.3)
Personal history of		
alcohol abuse/dependence, n (%)	24 (10.1)	2 (6.1)
Diagnosis of depressive disorders #4		
Major or Minor depression, n (%)	82 (34.5)	17 (51.5)
Scores obtained at the initial In-hospital evaluation		
PSE, Median (Q3-Q1) #5	8.0 (11.0)	12.0 (11.0)
HDRS, Median (Q3-Q1) #6	8.0 (6.0)	11.0 (10.0)
JHFI, Median (Q3-Q1)	2.5 (7.0)	4.0 (11.0)
MMSE, Median (Q3-Q1)	26.5 (5.0)	27.0 (9.0)
STC, Median (Q3-Q1)	4.0 (2.0)	3.0 (3.0)
SFE, Median (Q3-Q1) #7	0.125 (0.169)	0.158 (0.298)

#1 Chi-square = 3.115, p=.078

#2 F = 3.239, DF = 1;264, p = .073

#3 Chi-square = 3.114, p = .078

#4 Chi-square = 3.639, p = .056

#5 F = 4.171, DF = 1;269, p = .042

#6 F = 3.354, DF = 1;265, p = .068

#7 F = 2.845, DF = 1;269, p = .093

Abbreviations: HDRS: Hamilton Depression Rating Scale, PSE: Present State Exam, MMSE: Mini-Mental State Examination, JHFI: Johns Hopkins Functioning Inventory, STC: Social Ties Checklist, SFE: Social Functioning Exam

Table 4. Logistic regression analyses of demographic and psychiatric variables in the initial in-hospital evaluation for delayed-onset suicidal patients

	Odds Ratio	95% CI
Race, African American	0.681	0.290-1.600
Education	1.126#	0.993-1.277
Personal psychiatric history	1.367	0.590-3.167
Depressive disorders (major or minor depression)	1.492	0.518-4.299
PSE	0.979	0.894-1.072
HDRS	1.062	0.939-1.200
SFE	25.405 *	1.661-388.574

The -2log likelihood chisquare for this model was 174.004 (df = 7, p=.025)

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

### 3.総合病院で自殺念慮を有する症例に関する調査 (平成12年度)

#### (呼吸器内科病棟における希死念慮)

内科病棟において、意識生命で言語的疎通がとれる症例を対象に希死念慮を調査した。スクリーニング用紙、HADSを使用して評価した。希死念慮のあった症例は39症例中9症例(23%)であった。希死念慮のあった症例はすべてうつ病性障害(大うつ病3症例、小うつ病6症例)に罹患しており、介入において希死念慮が消失する可能性が示唆された。

そこで、総合病院全体でみたらどうかを検討するため以下の研究を行った。

#### 【身体診療科の入院患者(一般病棟)における自殺念慮について】

##### 1. はじめに

近年、自殺者が増加する傾向にあり、その誘因として過労や環境への不適応反応など社会的ストレスの問題が注目され、その対応について検討されるようになってきている。また身体疾患が誘因になることも少なくなく、身体治療の経過中に自殺企図に至る例もある。そこで一般身体診療科の入院患者における自殺念慮について調査し、医療現場での自殺の予防や対処について検討した。

##### 2. 対象と方法

対象は神奈川県中央部に位置する340床の一般病院に入院している患者である。なお小児科入院患

者と意識障害およびコミュニケーション不能の患者は除外した。

方法はアンケート形式によって自殺念慮の有無を調査した。調査の目的と方法についての説明とともに質問内容を記載した用紙を入院時に渡し、数日以内に回収した。そして、自殺念慮を有していると回答した患者に対しては、精神科医が面接して精神疾患の有無について検討した。

質問内容は、「この数日間、死にたいと考えていますか?」という質問に対して、「はい」あるいは「いいえ」のどちらかの答を選んでもらう二択法であった。なお調査期間は平成12年11月から12月の2か月間であった。

### 3. 結果

調査期間内の入院患者数は、1349名であったが、アンケート用紙を配布したのは712名であった。このうち回収して有効回答と判断できたものが、260例であり、回答率は36.5%であった。なお、回答されたもののうち自殺念慮を肯定しながら、面接では否定したり、面白半分回答したと述べられたものなどは無効回答と判断して、それらの5例は除外した。

有効回答260例の内訳は男性138例(平均年齢56.5±16.3歳)、女性122例(平均年齢60.4±14.7歳)であった(有意差なし)。

この内で自殺念慮があると回答したものは、17例（男性9名：平均年齢59.3±8.8歳，女性8例（平均年齢56.5±16.3歳）であり，割合は約6.5%であった（男女比および年齢に有意差なし）。

対象となった患者の身体疾患は，イレウス，胃がん・肺がん，骨折，前立腺肥大など外科系疾患が87例（女性：45例，男性：42例），糖尿病，高血圧，肺炎，脱水，貧血，白血病などの内科系疾患が173例（女性：80例，男性：93例）であった。

各々の群で自殺念慮を有している例は，内科疾患群で12例（6.9%），外科疾患群で5例（5.7%）であった（有意差なし）。

さらに疾患を悪性疾患（がん・白血病など）と良性疾患とに分類して比較したところ，悪性疾患群で自殺念慮を有しているのは28例中3例（10.7%），良性疾患群では232例中14例（6.0%）であった（有意差なし）。

アンケート調査で自殺念慮を認めた17名に対して面接調査を行い，精神疾患の合併の有無について調査した。使用した診断基準はDSM-IVである。結果は，大うつ病の基準を満たすものが11例，気分変調症が3例，抑うつ気分を伴う適応障害が2例であり，合計16例が従来うつ病または抑うつ神経症と診断された。残りの1例は妄想性障害であった。

#### 4. 考察

まず，回答率が低い点に関して若干の考察を述べる。患者や家族から「身体を治すために入院しているのだから，死ぬなんてことは考えたくない。」「死にたくないから治療しているんだ。」「死ぬことを考えているか，など質問されるのは心外だ。」などの苦情が多く聞かれた。また治療を担当する主治医や看護婦からも「死」についての話題は患者に治療への抵抗感や治療関係に不自然さを生じて好ましくない，といった意見も少なくなかった。これらの点から身体の病気を治す場である一般病院で「死」に関する話題を取り上げることに患者および家族ばかりでなく，治療に携わっている医療スタッフ側にも抵抗感があり，未だに医療現場では「死をタブー視する傾向」があることが考えられた。このような心理的な問題や周囲の環境が，自分の抱えている自殺の気持ちを言葉に表出したり，他者に相談したりすることをできなくさせてしまっている。そのことが患者の苦悩を強めてしまうことにもなり，自殺念慮の発見が遅れたり不適切な対応が行われたりしてしまう可能性が高くなるといえる。

つぎに自殺念慮と精神疾患との関連について検討する。身体疾患の治療目的で一般病院に入院している患者のうち，自殺念慮を有する割合は約6.5%であり，男女差も認められず，基礎の身体疾患での外科系および内科系，あるいは良性および悪性との関連でも特異性は認められなかつ



た。また、自殺念慮を有する患者の背景にはうつ病などの精神疾患の存在を認めた。その大部分は気分障害と適応障害であり、従来の診断でいううつ病と抑うつ神経症であった。したがって身体疾患自体と自殺念慮との関連はなく、患者に合併している精神疾患の存在が重要であると考えられた。つまり自殺念慮を抱く患者は精神疾患に罹病しており、精神的な疲弊が関連しているため、適切な対処にとって精神疾患のスクリーニングが重要になってくる、といえる。身体疾患に合併した精神疾患がスクリーニングできて、適切に診断・治療がなされれば、

患者の苦痛は軽減され、症状の一つである自殺念慮も消褪して自殺企図の予防につながる。また精神疾患の診断により、医療スタッフ側の対応法に配慮が生じて、精神面へのケアも十分に行われ、自殺念慮の存在も早期発見が可能になり、自殺の事故防止に役立つものと考えられた。以上から、うつ病をはじめとした精神疾患のスクリーニングが自殺の予防に重要であると考えられた。

#### 4.がん患者における自殺念慮(平成11年度)(報告済みのため簡単に触れる)

病苦の中で一般によく見られ、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気、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、自殺幫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。

がんにおける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うつ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。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、東病院にて、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して依頼された症例とした。

#### 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(22%)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、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。

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の検討を行った。薬物療法とは1例を除き抗うつ薬が使用されていた(1例は発熱、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) 全症例に対して個人簡易支持的精神療法を施行した。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消失しなかった群でその背景因子を比較した。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中央値134日、消失しなかった群で中央値が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った。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あった。次に多かったのはせん妄であった。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。

キュープラーロスは死に至る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いれられてきたが、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。すなわち抗うつ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。