

20030711

厚生労働科学研究研究費補助金
こころの健康科学 研究事業

自殺未遂患者と再企図者の
背景についての研究

平成15年度 総合研究報告書

主任研究者 保坂 隆
平成16(2004)年3月

目 次

I. 総合研究報告

自殺未遂患者と再企図者の背景についての研究

・・・・・・・・ 1

保坂 隆

(資料) ケースカード

(資料) 表 1-39

II. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・ 58

III. 研究成果の刊行物・別刷・・・・・・・・ 59

自殺未遂患者と再企図者の背景についての研究

主任研究者 保坂 隆 東海大学医学部専門診療学系精神科学 教授

研究要旨

自殺の予防に不可欠な疫学的調査を行うために、平成 15 年 8 月から平成 16 年 1 月までの半年間に、岩手医科大学付属病院・近畿大学医学部付属病院・日本医科大学付属多摩永山病院・東海大学医学部付属八王子病院・東海大学医学部付属病院の 5 研究施設の救命救急センターに来院したすべての自殺企図患者を対象とし、各施設の精神科医が共通のケースカードを用いて、詳細な背景と DSM-IV 診断基準に基づく精神疾患を調査した。自殺企図が引き起こした身体疾患の重症度によって、患者を二群に分類し、重篤な身体的状況に至る自殺企図症例を、自殺既遂に近い「自殺既遂ハイリスク群」として、その特徴を明らかにした。結果は、(1) 40 歳以上、(2) 既婚者、(3) 初回の自殺企図、(4) 主観的な強い希死念慮、(5) 1 週間以上にわたる葛藤状況、(6) 自殺企図時の飲酒の有無、(7) うつ病の罹患、の 7 項目が有意であることが明らかとなった。今後調査を重ね症例数をさらに集積することによって、「自殺既遂ハイリスク群」の特徴は、より明らかとなり、自殺予防のための、病院・地域・行政レベルの介入研究へ発展できる可能性が広がった。

【分担研究者】

酒井 明夫

岩手医科大学医学部精神科学教授

人見 佳枝

近畿大学医学部精神神経科教室精神科学講師

伊藤 敬雄

日本医科大学付属多摩永山病院精神神経科医局長
青木 孝之

東海大学医学部専門診療学系精神科学講師
市村 篤

東海大学医学部専門診療学系精神科学助手

A. 研究目的

【背景】

まず、研究の背景について述べる。

わが国では1988年から1997年までの10年間の年間平均自殺者数は22,410人であったが、1998年に32,863人となり、以後連続して3万人を越え、交通事故による死亡者数の約3倍という深刻な事態となっている。¹⁾ 自殺は生産年齢人口や医療費の多大な損出でもある。自殺の予防の必要性が強く認識されている。

自殺の予防に当たっては、自殺がどのような背景で行われているのかを理解する必要がある。海外では、戦争の影響²⁾、災害の影響³⁾、経済的不況や失業の影響⁴⁾、年齢層の特徴⁵⁾、性差による相違⁶⁾、社会的階級による特徴⁷⁾、教育の違い⁸⁾、天候や季節との関連⁹⁾、地域差¹⁰⁾、

精神疾患との関連^{11), 12)}などの結果が報告されている。

ところか、わが国では自殺未遂患者も含めた自殺企図患者に関する本格的調査は少ない。黒澤らは、1991年、国内の救命救急センター12施設の1560例を対象として、性差、平均年齢、自殺既遂率、自殺企図手段、精神疾患分類、自殺未遂者の転出先の調査を行った。それによると、性差は女性/男性は0.84から3.10、平均年齢は33.9歳から40.8歳、自殺既遂率は28%、自殺企図手段は、企図者全体で薬物・毒物が39.7%と最多、既遂者で飛び降りが46.3%と最多、未遂者で薬物・毒物が50.4%で最多、精神疾患分類は神経症圏が38.3%と最多、転出先は自宅が37.5%と最多という結果であった。また黒澤らは、2000年、やはり国内の救命救急センター11施設の735例を対象として、自殺既遂率、自殺既遂者の企図手段、自殺未遂者の企図手段、ICD-10による自殺未遂者の精神疾患分類、自殺未遂者の転出先の調査を行った。それによると、自殺既遂率20.8%、企図手段は、既遂者で縊頸が42.1%と最多、未遂者で薬物・毒物が66.4%と最多、精神疾患分類はF4が32.6%と最多、転出先は自宅が最多であった。これらの結果は、単なる実態報告ではあったが、規模が大きく、かつ報告例のないものであり、貴重な価値があったといえる。

その一方、これらの先行調査では、自殺企図患者の背景等に関する調査を行っておらず、わか国における自殺企図の発生に関連する要因等については未だ不明である。また精神疾患については評価を行っているものの、「分裂病圏」「うつ病圏」などといった、大枠のみであり、詳細な精神科診断は行われていない。診療記録をレトロスペクティブに調べたものであり、データの質としては劣ることは否めない。

【目的】

そこで本研究では、救命救急センターに搬送される自殺企図者の背景について調査し、その特徴について明らかにすることを目的とする。本研究の特徴は、

- 1 多施設研究であること：5施設での研究であり、2年間の集積があれば1000例規模の大きなものとなる。
- 2 対象となる自殺企図患者全例を、精神科医が評価に当たること。全施設とも精神科医が常駐しており、連続的なデータを取ることができる。
- 3 評価をDSM-IVに則って、可能な限り構造化して行うこと。DSM-IVで評価することは、その性質上多軸評定であり、I軸の臨床疾患の評価のみならず、II軸で人格障害や精神遅滞の有無や評価が判定でき、III軸で背景となる身体疾患についても評価が可能と

なり、IV軸で関連する心理社会的要因が明らかとなり、V軸で機能の全体的評定ができる。すなわち、DSM-IVで評価することか、自殺企図患者の背景調査に直接つながることを意味する。また、日常の精神科臨床で頻用されており、特殊な評価方法でないという利点がある。

以上、研究目的を要約すると以下の2点である

- 1 自殺企図患者の背景を明らかにする。
- 2 自殺企図が引き起こした身体疾患の重篤度によって、患者を二群に分類し、重篤な自殺企図を行う、いわゆる「自殺既遂ハイリスク群」の特徴を明らかにする。

B 研究方法

【対象】

岩手医科大学附属病院・近畿大学医学部附属病院・日本医科大学附属多摩永山病院・東海大学医学部附属八王子病院・東海大学医学部附属病院の5研究施設の救命救急センターに来院したすべての自殺企図患者とする。本研究における自殺企図の定義は、以下の4項目のうち1つ以上を満たすものとする。

- 1 本人の陳述(「希死念慮の強さ」を0-10で評価し、0であった場合は不適格とする)

- 2 遺書または本人からの予告
- 3 自殺行為の目撃者が存在
- 4 司法関係者または剖検により断定

【調査方法】

- 1 既存の自殺に関する研究及び、研究参加医師らの臨床経験をもとに調査項目を収集し、ケースレコードを作成する。ケースレコード上の項目は、日常臨床活動で得られるものに限定する。多施設研究であり、数多くの医師が調査に当たることから、評価者間による評価の一致性が問題となることが予想される。そこで、ケースレコードを記載するためのマニュアルを作成し、データ収集の方法を統一する。
- 2 各救命救急センターに搬送された自殺企図患者を連続的サンプリングする。
- 3 精神科医が、可及的速やかに患者の評価を行う。患者の評価には、原則的には精神科医としての臨床研修を終えた医師が評価にあたることとし、研修医による評価に関しては、上級医が指導を行うこととする。
- 4 各施設におけるケースレコードを、月一回、東海大学研究事務局へ郵送し、事務局でコンピュータに入力を行う。

【ケースレコードに関するマニュアル】

(調査に用いたケースレコードは付表参照。)

プライバシーに関する情報が多く含まれるため、紛失等がないよう、管理には細心の注意を払うこ

と。

調査開始後、毎月月末に、一か月分を東海大学研究事務局に郵送すること。事務局において、データをコンピュータ入力する。その際、欠損値が見つければ事務局より問い合わせを行う。

複数の施設で、かつ複数の医師が評価に当たることから、評価者間による評価の一致性が問題となることが予想される。そこで、本マニュアルにおいて、データの記載にあたって、判断に迷うことが予想される点などについて、事前に方針を示す。

各項目において、「不明」という項目が用意してある。「不明」は最小限であるべきであるが、「書き落とし」と区別する必要があることから、やむを得ず情報が得られない場合は「不明」をチェックすること。

I-a 基本情報 年齢等、記載漏れがないように注意すること。ID に関しては、プライバシーの問題を考慮し、各施設独自に、研究登録番号とする。研究登録番号は、患者に対して登録順に1から順に整数を割り当てるものとする。IDと研究登録番号の管理にあたっては、添付のIDと研究登録番号の対照表のフォーマットを利用されたい。その対照表は、後日不明な点があった場合、再調査を行った際に必要となる。対照表の管理は、各施設内で厳密に行うこと。

I-b 教育年数 文部省認定の教育機関で受けた教育年数を合計する(専門学校は教育年数に含まな

い)。中退時・在学中は前学歴までの通算とする。
浪人・留年は1年に数えない。例 小学卒=6年、尋常高等小学校卒=8年、中学卒=9年、旧制中学卒=11年、高校卒=12年、短大卒=14年、大学卒=16年、大学中退=高卒=12年、小学校在学中=00年
×注 一般の診療で問われる機会が少ない項目であるので注意する。せん妄などで情報が得られない場合など、やむを得ない場合は「不明」とする。

I-c 職業 現在の状況をチェックする。「フルタイム」週40時間以上業務にあたるもの、「パート」週40時間に満たない就業とし、これらは、休職中であってもそれぞれの職業があてはまるものを選ぶ。「無職」病気による中途退職を含む。「学生」文部省認定の教育機関に通学中の場合のみ学生とする。専門学校は「その他」とする。

I-e 婚姻 内縁関係は「既婚」に含まれることに注意する。

I-f 家族に関する情報 家族の定義は3親等まで、すなわち両親・両祖父母・兄弟のみを含めるものとする。配偶者及びその家族などは含めない。

I-g 精神科既往 入院・外来を問わず、一度でも精神科・心療内科受診歴があれば「あり」とする。

II-a 推定日時 時間が不明であるだけであれば、不明としなくても良い。厳密に日付けが確定できなくても、高い可能性で推測できる場合には、その日付けを記載すること。

II-b 未遂・既遂 救急施設から転出時に生存しているものを自殺未遂とし、転出時に死亡しているものを自殺既遂とする。

II-c 身体的重症度 便宜上、ICUに入院した例を重症、ICU以外に入院した例を中等症、入院しなかった例を軽症として記載する。

II-c 'レスピレーター使用 身体的重症度を調べる項目で、人工呼吸器の使用の有無についてチェック。

II-e~h について これらの質問は、いずれも本人に直接尋ねる必要がある。質問の仕方を調査者間で一定に保つため、ケースレコード上に、質問そのものをイタリックで記載してある。可能な限り、この質問文を用いて調査を行うことが望ましい。

II-e 自殺企図前の相談 ここでは、自殺企図前の希死念慮について、誰かに救いを求めたか、求めたとすれば、誰に求めたのかについて調査することを目的とする。

II-f 自殺企図契機 ここでは、契機の内容ではなく、契機が「いつ発生したか」という時間について調査することを目的とする。よって、この項ではその内容について記載する場所は用意していないが、ここで得られた内容は、DSM-IVのAx-IVに必ず反映させること。

II-g 希死念慮の強さ 幅をもって回答があった場合は、中間値をとることとする。例えば、本人が6

から8と答えた場合は、中間値をとって7と記載すること。10以上の回答があった場合は、10とする。例えば、本人が13と答えた場合は、10と記載すること。本人が回答につまるような際は、「深く考えないで、だいたいいいですよ」と促す。II-h アルコール CAGE では、第一問で「はい」と答えたもののみ、続く四問の質問を行う。

II-i ER 後の精神科治療 救命救急センター退出後の精神科治療について記載する。入院・外来とも、施設の自他は問わない。

III 再自殺企図症例 自殺企図回数が初回の場合には記載不要である。過去の出来事のため不明な場合も多いと思われるが、可能な範囲で記載すること。

DSM-IV 記載について

精神科診断については、「精神疾患の分類と診断の手引」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition DSM-IV)に基づいて診断を行う。各軸において、複数の項目が該当する場合には複数選択が可能であるが、その際には主要項目を明確にし、その項目に○印をすること。また各項目とも、初診時に情報が不足している場合を考慮し、「保留」という選択肢を用意しているが、可能であれば終了日までに診断を明らかにし、記載を変更すること。

Ax-I 0~14の大項目のいずれかは必ずチェックすること。シートの表中には、主要診断を掲載して

いるが、本表から5桁のコードを決定することが不可能な場合は、成書に当たり、診断及びコードを「その他の診断」の部分に記載すること。

Ax-II 人格障害については、なるべく細分類を明らかにする事が望ましいが、どうしても評価困難な場合は、Clusterのみを記載しても良い。

Ax-III 身体疾患については、患者の精神疾患の背景として最も適切な時点で評価すること。原則的には、自殺企図の患者では、自殺企図直前の身体状況に関するものとし、今回の自殺企図によって生じた身体疾患は含まれないことに注意すること。身体疾患の分類は、ICD-10に則った分類を挙げてある。複数選択が可能であるが、その場合、主要疾患を明確にし、その疾患名に○印をつけること。

Ax-IV IV 軸は、心理社会的および環境的問題で、精神疾患の診断、治療、予後に影響することのあるものを記録するためのものである。各カテゴリーに含まれる例を以下に示す。

一次支持グループの問題 家族成員の死、家族内の健康問題、別居、離婚または不仲による家族崩壊、家族からの離別、親の再婚、性的または身体的虐待、親の過保護、子供の無視、不適切なしつけ、同胞との不和、同胞の誕生

社会環境の問題 友達の死または失うこと、不適切な社会的支持、独り住まい、異文化受容における困難、疎外、ライフサイクルの変化への適応(定年退職など)

教育上の問題 文盲、学業上の問題、教師や級友

との不和、不適切な学校教育

職業上の問題 失業、失業の危機、ストレスの強い勤務日程、困難な勤務条件、仕事の不満、転職、上司や同僚との不和

住居の問題 家なし、不適切な住居、安全を欠く居住地区、地区の住人または家主との不和

経済的な問題 極度の貧困、不十分な収入、不十分な生活保護

医療機関の利用上の問題 不適切な保健サービス、保健施設への輸送機関欠如、不適切な健康保険

司法・犯罪に関する問題 逮捕、拘置、訴訟、犯罪の犠牲

その他の心理社会的・環境上の問題 天災、戦争、他の敵意に遭遇、カウンセラー、ソーシャルワーカー、または医師など、家族以外の世話人との不和、社会福祉関係機関の欠如

病苦 DSM-IVの分類にはないが、この項目を付け加えることとする

Ax-V GAF は、心理的・社会的・及び職業的機能のみについて評価するものであり、その評価には、身体的制約による機能の障害を含めない。本調査においては、初回の GAF は、自殺企図直前時を評価することとし、退院時あるいは精神科併診終了時の GAF は、担当精神科医が関与を終了する時点を評価することとする。

GAF スコアについては下表を参照されたい。GAF の各範囲の記載は、2つの部分から成る。第1の部分は症状の重症度に関するもので、第2の部分は機能に関するものである。GAF スコアは、症状の

重症度または機能レベルのどちらかかその範囲の10点の中で当てはまる点数である。両者のレベルが不一致の場合、常に悪い方が反映されるべきである。GAF 評価には以下の方法が推奨されている。

第一段階 最高のレベルから始めて、「その人の症状の重症度または機能レベルのどちらかがその範囲の記述に示されているよりも悪くないか？」と問うことで、各範囲の評価を行う。

第二段階 その人の症状の重症度または機能レベルのどちらか悪い方に最もよく適合する範囲に到達するまで、尺度を下のほうに移動していく。

第三段階 不十分な途中停止でないことを再確認するために、すぐ下の範囲を見る。その範囲は、その人の症状の重症度および機能レベルのどちらにも重過ぎるようにすべきである。そのようになっていれば、適切な範囲に到達している。そうでなければ第二段階に戻って、尺度の下方移動を続ける。

第四段階 選択された10点のごとの範囲の中で、1つの GAF 得点を決めるために、その人がその10点の範囲の最も高いほうまたは最も低いほうで機能しているかを考える。

スコア	評価のポイント
100-91	広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で対応不能のものは認められない。 本人に多くの長所があるために、他の人々から期待されている。症状はなにもない。

90-81	症状が全くないか、ほんの少しだけである(例 試験前の軽い不安)。すべての側面でよい機能が保たれ、広範囲の活動に興味を持って参加し、対人関係がスムーズで、生活に大体満足しており、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例 たまに家族と口論する)。
80-71	症状があったとしても、心理社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例 家族と口論した後の集中困難)。社会的、職業的または学夜の機能へのわずかな障害以上のものではない(例 学校で一時遅れをとる)。
70-61	いくつかの軽い症状がある(例 抑うつ気分と軽い不眠)。または社会的、職業的または学校での機能にいくつかの障害がある(例 時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的機能は、かなり良好であって、有意義な対人関係もかなりある。
60-51	中等度の症状(例 感情が平板で、会話が回りくどい、時に恐慌発作がある)、または社会的、職業的、学校における中等度の障害(例 友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
50-41	重大な症状(例 自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しばしば万引きする)、または、社会的、職業的または学校での機能における重大な障害(例 友達がいない、仕事が続かない)。
40-31	現実検討か意思伝達に多少の障害(例 会話が時々非論理的、あいまいになり、脆絡がなくなる)、または仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分など多くの側面での著しい障害(例 抑うつ的な男が友人を避け、家族の養育を顧慮せず仕事をしない。子どもが年下の者を殴ったりし、家で反抗的で、学校では勉強をしない)。
30-21	行動は相当に妄想や幻覚に影響されている。または意思の伝達や判断に著しい障害がある(例 滅裂、ひどく不適切な振る舞い、自殺念慮にとらわれていることが時々生じる)、または、ほとんどすべての生活領域で機能することができない(例 1 日中床に就いている。仕事も家庭も友達もない)。
20-11	自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例 死を明確に想定していない自殺企図、しばしば暴力的になる、躁病性興奮)、または時に最低限の身の清潔

	維持ができない(例 弄便)、または意思伝達の著しい障害(例 ひどい滅裂か無言症)。
10-1	自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例 何度も暴力を振るう)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または死ぬことを想定した重大な自殺行為。
0	情報不十分
(備考) 精神的健康と病気という1つの仮想的な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を評価する。身体的(または環境的)制約による機能の障害は含めない。また、それが適切なら、アンカーポイントの中間の値を用いることもよい。	

【統計解析】

- 1 自殺企図患者の背景 記述的統計解析を行う。
- 2 「自殺既遂ハイリスク群」の特徴 自殺企図の結果、人工呼吸器による治療の必要が生じる程度の身体的結果が発生した場合を「自殺既遂ハイリスク群」と規定し、患者をハイリスク群、ローリスク群に二分する。この二群間において、単変量解析を行って背景を比較する。単変量解析で有意であった変数のみを独立変数として、ロジスティック回帰分析を行う ($p < 0.05$)。

【倫理面への配慮】

本研究で使用するケースレコード上の項目は、いずれも日常臨床の中で収集されるデータである。つまり、本研究に登録されることによって、対象者には何ら負担は生じない。よって患者からインフォームトコンセントを得る必

要はないと考える。患者にデメリットが生じないよう、対象者のプライバシー保護には、最大限の配慮を行う。例えば、ケースレコード上には ID 番号等、患者を特定することが可能な情報は掲載せず、患者の識別は ID—研究登録番号対象表を用いて行うこととする。また、研究報告書などにも、個人が同定されないように、詳細な家族背景の記述は避ける。

(調査に用いた ID—研究登録番号対象表は、付表参照。)

【目標症例数・症例集積期間】

症例集積期間は、平成 15 年 8 月から 16 年 1 月までの 6 ヶ月間とする。16 年 1 月に中間解析を行うが、これまでの各施設の患者実績から、その期間の対象症例数は約 250 例と推測される。最終目標症例数は 1000 例とし、症例集積期間を 2 年間の予定とする。

C 研究結果

目標症例数は 250 例であったが、497 例の集積が得られた。

研究結果を表に示す(表 1～表 39)。

自殺既遂者は 28 名、自殺未遂者は 469 名であった。自殺既遂者の割合は、自殺企図者の 5.6%であった(表 1)。

身体的な治療に人工呼吸器が必要であった、

いわゆる自殺既遂ハイリスク群は 110 名、それ以外の自殺既遂ローリスク群は 387 名であり、自殺既遂ハイリスク群の割合は 22.1%であった。なお、自殺既遂者はすべてハイリスク群に属した(表 2)。

身体的な重症度を別の視点で見ると、ICUに入院した者は 110 名、ICU以外の入院した者は 316 名、入院しなかった者は 71 名であった。自殺既遂ハイリスク群は ICU入院に属し、自殺既遂ローリスク群のなかには、入院治療が不要な軽症も含まれていた(表 3)。

年齢は、40 歳以上の 35.4%がハイリスク群であり、39 歳以下の 15.0%に比べ、有意に高かった(表 4)。

性差は、男性の 34.7%がハイリスク群であり、女性の 13.5%に比べ、有意差が認められた(表 5)。

教育年数は、12 年(高校卒)の自殺企図者における割合は 58.7%で最も多かったが、ハイリスク群は 15.0%であった。ハイリスク群に関しては、14 年以上(短大卒以上)の高学歴の割合が 31.1%と有意に高かった(表 6)。

同居者の有無に関しては、同居者のいる者の 21.2%がハイリスク群であり、独居者の 22.1%と、ほぼ同率であったが、ハイリスク群の 81.7%は、同居者のいる者であった(表 7)。

婚姻状況は、既婚者の 27.0%がハイリスク群

であり、未婚者の 17.4%、その他の 18.2%に比へ、有意差があった(表 8)。

家族に精神科疾患の既往のある者の 19.0%がハイリスク群で、既往のない者の 20.5%とほぼ同率であったか、ハイリスク群の 75.5%は、家族の精神科疾患の既往のない者が占めていた(表 9)。

家族に自殺企図歴のある者の 18.6%がハイリスク群で、ない者は 20.4%であった。家族に自殺企図歴のない者は、ハイリスク群の 82.6%であった(表 10)。

現在精神科に通院している者は 17.2%がハイリスク群であったが、通院していない者の 27.8%がハイリスク群であり、精神科に通院していない者の自殺の危険度は高かった(表 11)。

自殺企図回数においては、初回の危険度が高く、25.5%がハイリスク群で、2~4回の 21.7%、5回以上の 7.0%より高く、ハイリスク群の 64.2%を占めた(表 12)。

自殺企図者全体の自殺企図手段は、医師処方薬によるものが 49.1%と最多で、なかでも、向精神薬によるものが最も多かった。次いで、刃器によるものが 16.7%と多く、なかでも手首を切る者が多かった。以下、市販薬物、農薬、飛び降りの順で多かった(表 13)。

ハイリスク群の自殺企図手段は、医師処方薬によるものが最多で、なかでも向精神薬に

よるものが多いことは自殺企図者全体と同様だが、その比率は 27.5%であり、自殺企図者全体の比率よりも低かった。次いで刃器が多かったが、腹部を刺した者が最も多かった。毒物・カス 飛び降り・焼身 縊首など、致死的な手段の比率は、自殺企図者全体と比較して高くなっている(表 14)。

自殺企図前に相談した者の 18.7%はハイリスク群であり、相談しなかった者の 20.6%がハイリスク群であった。ハイリスク群の 72.5%は、相談しなかった者で占められた(表 15)。

相談者の内訳は、家族が最も多く、次いで、友人、精神科関係者の順であった(表 16)。

自殺企図契機においては、1週間以上前からの誘因がある者のリスクが高く、ハイリスク群の 67.4%を占め、40.3%がハイリスク群であり、24時間以内の衝動的な契機による者の 11.3%、1週間以内のけいきによる者の 13.6%に比べ、有意差が認められた(表 17)。

希死念慮に関しては、主観的なものではあるが、ハイリスク群の割合は、1~5 が 6.9%、6~10 が 25.1%で、6~10 はハイリスク群の 86.1%を占めた。希死念慮の主観的程度が高いと、自殺の危険度が高くなることが明らかになった(表 18)。

自殺企図時のアルコール摂取においては、飲酒していない者のリスクが高かった。飲酒して

いない者は、ハイリスク群の 86.7%を占め、21.7%がハイリスク群であり、飲酒していた者の 11.5%に比べ、有意差が認められた(表 19)。

転帰は、退院し精神科外来へ通院する者が最も多く、次いで精神科へ入院する者が多かった。精神科へ通院しない者が 11.5%おり、自殺未遂者に対する精神科ケアの困難さの一面がうかがえた(表 20)。

再自殺企図者は 215 名で、自殺企図者全体の 43.3%であった。前回の自殺企図時に、精神科医の介入を受けたものが 69.3 であったが、直後の介入のみで自殺企図の予防は困難であることを示した結果となった(表 21)。

自殺企図者の 92.4%に Axis-I の診断がなされた。自殺企図者と精神疾患の関連が深いことが示された(表 22)。

Axis-I による自殺企図者全体の診断分類では、気分障害が 38.6%と最多で、次いで適応障害の 30.5%、統合失調症及び他の精神病性障害が 12.0%、不安障害、物質関連障害、解離性障害の順であった。(表 23)。

Axis-I によるハイリスク群の診断分類では、気分障害が 65.3%と最多であった。自殺企図者全体の比率より、はるかに多いという特徴があった。次いで統合失調症及び他の精神病性障害、適応障害の順であったが、適応障害の比率は 10.2%と自殺企図者全体の比率よりも明らか

に低かった。気分障害と適応障害は、ハイリスク群とローリスク群との間に有意差があった(表 24)。

気分障害を有する者は明らかに身体的な重症度が高かった。ハイリスク群の 65.3%は気分障害であり、気分障害を有する者の 36.2%はハイリスク群に属し、気分障害を有しない者の 11.6%に比べると、明らかに高率であった(表 25)。

適応障害による自殺企図は、気分障害とは逆の結果であった。適応障害を有する者は、ハイリスク群の 10.2%にしかすぎず、ハイリスク群に分類された者は 7.1%であり、適応障害を有しない者の 36.2%に比べ、明らかに低かった(表 26)。

Axis-II に関しては、短期間での診断が困難であったためか、診断保留が全体の 19.5%であった。30.8%が Axis-II に相当した。うち 96.1%は人格障害の診断であった。(表 27)。

人格障害を有する者は、ローリスク群に分類されるものが多かった。ハイリスク群に分類された者は 12.2%で、人格障害を有しない者の 30.4%と比較すると明らかに低率で、ハイリスク群の 80.6%は人格障害のないものであった(表 28)。

自殺企図者全体の人格障害の診断分類を示す。B群が 83.0%を占め、なかでも境界性人格

障害を有する者と自殺企図の関連が深いことが明らかであった（表 29）。

ハイリスク群の人格障害の診断分類でも B 群が最多であり、なかでも境界型人格障害を有する者の比率が最も高く、自殺企図者全体の傾向と同様であった（表 30）。

Axis-III においては、身体疾患を有している者のリスクが高いことが示された。身体疾患を有する者は、31.8%がハイリスク群であり、身体疾患を有しない者の 18.8%に比べて、有意差が認められた（表 31）。

Axis-III による自殺企図者全体の診断分類では、呼吸器系・消化器系・神経系などが比較的多かったが、特定の疾患と自殺企図との関連は明らかではなかった（表 32）。

Axis-III によるハイリスク群の診断分類でも、呼吸器系・消化器系・神経系などが比較的多かったが、特定の疾患と自殺企図との関連は明らかではなかった（表 33）。

Axis-IV については、心理的・社会的ストレスがある者が、ハイリスク群の 84.6%を占めた（表 34）。

Axis-IV による自殺企図者全体の診断分類では、一次支持グループの問題が 42.7%と最も多く、自殺企図の原因として、家庭内の葛藤は、大きな問題であることが示された。次いで、社会環境の問題、職業上の問題の順であった（表

35）。

Axis-IV によるハイリスクの診断分類では、一次支持グループの問題が最も多かったが、その比率は自殺企図者全体に比べると 29.0%と低かった。次いで、社会環境の問題、職業上の問題の順は同様であったが、経済的な問題と病苦の割合が多くなっている点が特徴的であった（表 36）。

Axis-V による自殺企図者全体の GAF の平均値は、自殺企図直前が 17、救急施設から転出時が 45 であった（表 37）。

Axis-IV によるハイリスク群の GAF の平均値は、自殺企図直前が 12、救急施設から転出時が 36 であった。自殺企図者全体の平均値よりも、いずれも低い値であった。自殺企図直前の GAF の数値よりも救急施設から転出時の GAF の数値のほうが高い傾向にあるが、これが精神科医の介入による者といえる根拠はなかった（表 38）。

有意差の認められた、年齢・性差・教育年数
同居者の有無 婚姻状況・家族の精神科疾患の
既往・家族の自殺企図歴・精神科通院状況・自
殺企図回数・自殺企図前の相談・自殺企図契
機 希死念慮の強さ 自殺企図時の飲酒・気分
障害の有無・適応障害の有無 人格障害の有
無・身体疾患の有無・心理的社会的ストレスの
有無を独立変数として、ロジスティック回帰解

析を行った。有意差が残った変数は、年齢・婚姻状況・自殺企図回数・希死念慮の強さ・自殺企図契機・自殺企図時の飲酒・気分障害の有無の7変数であった(表39)。

D 考察

本研究で明らかにになったことは、自殺既遂ハイリスク群の特徴である。自殺既遂ハイリスク群は、身体的に重症度が高く、自殺に最も近い群といえる。従来、自殺者の背景については不明なことが多く、今回の調査で、医学的に自殺者に最も近い背景を浮き彫りにすることができた。平成15年8月1日から平成16年1月31日までの半年間に、5施設に搬入された自殺企図者497例のうち、ハイリスク群は110例であった。ローリスク群との明らかな差は、結果で示したとおりで、(1)40歳以上、(2)既婚者、(3)初回の自殺企図、(4)強い希死念慮、(5)1週間以上にわたる葛藤状況、(6)自殺企図時の飲酒のない者、(7)気分障害の罹患の7項目であった。この結果は、自殺企図の予防において重要である。すなわち、自殺企図の既往のない40歳以上の既婚者で、1週間以上にわたる葛藤状況によって気分障害(うつ病)に罹患しており、強い希死念慮を認める者は、極めて自殺に至る可能性が高いため、できるだけ早期に発

見し、精神科的治療を行う必要があることを示している。

今後、得られた結果を様々な角度で検討してみる必要もある。たとえば、今回の結果には示さなかったが、施設間格差や地域格差の検討や、前回の自殺企図から今回の自殺企図に至るまでの期間や背景や、精神科通院中にもかかわらず自殺既遂ハイリスク群となってしまった者の検討や、同居者がいても自殺に関する相談が出来なかった者の背景などである。

自殺の予防が困難であることは従来の研究から明らかではあるが、欧米においては、自殺予防の対策は、わが国より進んでおり、ある程度の実績はあがっている。この理由として、自殺の疫学的研究が数多くなされているからであり、この点において、わが国の自殺に関する疫学的研究の立ち遅れは明白であり、今回の調査は貴重なものであると思われた。

自殺による死亡例を減少させるには、病院レベル・地域レベル・行政レベルなどさまざまな介入が必要ではあるが、この研究で得られた項目に対して介入を行うことによって、自殺者を減らすことが充分期待できると思われた。

今後症例数を目標の1000例集積することによって、「自殺既遂ハイリスク群」の特徴は、より明らかになり、介入研究へ発展できるのは確かである。

E 結論

救命救急センターに搬送された自殺企図患者のうち、重篤な身体状況を呈したケースを「自殺既遂ハイリスク群」（自殺による死亡者に近い群）として、その特徴を明らかにした。

この結果から、たとえば、40歳以上の「うつ病」の患者に対して、頻回にフォローアップしたり、その原因に対する集中的な精神科的介入を行ったり、早期の入院治療に導入するなど、自殺既遂の予防に効果的な方法が推測された。

今後、症例数をさらに集積し、危険因子を明らかにすることによって、それぞれの介入方法を考え、実際に試行し、その効果を検討する研究へと発展させていく必要があることが示唆された。

F 研究発表

学会発表

市村 篤、保坂 隆、他 自殺企図によって身体的に重篤な結果を来した患者の心理社会的特徴。日本総合病院意学会誌 15 (supplement) 121、2003 (第16回日本総合病院精神医学会総会)

人見佳枝、他 自殺企図に至る動機についての調査救命救急センターに搬送された自殺企図者の検討。日本総合病院意学会誌 15 (supplement) 151、2003 (第16回日本総合病院精神医学会総会)

人見佳枝、他 救命救急センターに搬送された自殺企図者の検討。日本総合病院意学会誌 15 (supplement) 152、2003 (第16回日本総合病院精神医学会総会)

参考文献

- 1) The National Police Agency White paper on police 2001, Japan Times (2002)
- 2) Somasundaram DJ, Rajadurai S (1995) War and suicide in northern Sri Lanka Acta Psychiatr Scand 91 1-4
- 3) Etienne G, Maricic-Jo Kresnow, John P, et al (1998) Suicide after natural disasters N Engl J Med 338(6) 373-378
- 4) Gunnell D, Lopatatzidis A, Dorling D, et al (1999) Suicide and unemployment in young people Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995 Br J psychiatry 175 263-270
- 5) McClure, G m (2001) Suicide in children and adolescents in England and

- Wales 1970-1998 Br J psychiatry 178
469-474
- 6) Gunnel D, Wehner H, Frankel S (1999)
Sex differences in suicide trends in
England and Wales Lancet 353 (9152)
556-557
- 7) Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T (2001)
Suicide rates from 1960 to 1989 in
Norwegian physicians compared with
other educational groups Soc Sci Med
52(2) 259-265
- 8) Singh GK, Yu SM (1996) Trends and
differential in adolescent and young
adult mortality in the United States,
1950 through 1993 Am J Public Health
86(4) 560-564
- 9) Flisher AJ, Parry CD, Bradshaw, et al
(1997) Seasonal variation of suicide
in South Africa Psychiatry Res 66(1)
13-22
- 10) Wilkinson D, Gunnel D (2000) Youth
suicide trends in Australian
metropolitan and non-metropolitan
areas, 1988-1997 Aust N Z J Psychiatry
34(5) 822-828
- 11) Lesage AD, Boter R, Grunberg F, et al
(1994) Suicide and mental disorders
- a case control study of young men Am
J Psychiatry 151(7) 1063-1068
- 12) Cheng ATA (1995) Mental illness and
suicide a case control study in East
Taiwan Arch Gen Psychiatry 52
594-603

【調査施設】 岩手 日医 近畿 八王子 東海 記載者 _____

【I 背景】

- a 基本情報 登録番号 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男 女
- b 教育年数 1 小学卒 2 中学卒 3 高校卒 4 短大卒 5 大学卒 6 他(合計年数を記載) _____ 年 7 不明
- c 職業 1 フルタイム 2 パートタイム 3 主婦 4 定年退職 5 無職 6 学生 7 その他 8 不明
- d 同居者 1 あり 2 なし 3 不明
- e 婚姻状況 1 既婚・再婚・内縁 2 未婚 3 離婚 4 別居 5 死別 6 その他 7 不明
- f 家族(家族は両親 両祖父母・兄弟のみを含める、配偶者及びその家族などは含めない)について
- 精神科疾患の既往 1 あり 2 なし 3 不明
- 自殺企図歴 1 あり 2 なし 3 不明
- g 精神科既往 1 あり(口通院中 過去に通院歴のみ) 2 なし 3 不明
- h 自殺企図回数 1 初回 2 2回目 3 3回目 4 4回目 5 5回目以上 6 不明

【II 今回の自殺企図について】

- a 推定日時 200__年__月__日__時頃 不明
- b 未遂・既遂 1 自殺未遂(救急施設から転出時に生存しているもの) 2 自殺既遂
- c 身体的重症度 1 重症(ICU 入院) 2 中等症(ICU 以外の入院) 3 軽症(入院なし)
- c' レスピレーター使用 1 あり 2 なし
- d 自殺企図手段 1 医師処方薬(口向精神薬口その他) 2 市販薬物 3 毒物(口農薬口その他)
- 4 刃器(部位 手首 腹部 その他) 5 ガス(口排気ガス口その他) 6 飛び込み
- 7 飛び降り 8 焼身 9 縊首 10 入水 11 感電 12 銃器 13 その他
- e 自殺企図前の相談 死にたい気持ちを誰かに話しましたか?それは誰ですか?
- 1 はい(口家族 友人 精神科関係者 身体科関係者 その他) 2 いいえ 3 不明
- f 自殺企図契機 今回の行動の引き金になるような出来事が、なにか直前にありましたか?それはいつありましたか?
- 1 企図24時間以内にあり 2 企図1週間以内にあり 3 その他 4 不明
- g 希死念慮の強さ 今回の行動について、0を死のうとは全く思わなかった、10を必ず死のうと思ったとすると、どの程度の決意で今回の行動をしましたか? _____ (0~10の値を記載、二つの数字が挙げれば中間値)
- h 自殺企図時にアルコールを飲んでいましたか? 1 はい 2 いいえ 3 不明
- CAGE 家庭でお酒をお飲みになりますか 1 はい(下記四問について聴取) 2 いいえ(1へ進む)
- これまでに酒量を減らすべきと思ったことがありますか 1 はい 2 いいえ
- お酒を飲むことを注意されていたことがありますか 1 はい 2 いいえ
- お酒を飲むことに罪の意識を持ったことがありますか 1 はい 2 いいえ
- 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 1 はい 2 いいえ
- i ER後の精神科治療 1 精神科へ入院 2 非精神科へ入院 3 退院 精神科外来 4 なし 5 死亡 6 不明

【III 前回の自殺企図について(再自殺企図症例のみ)】 a 企図日 _____年__月__日 不明

- b 自殺企図手段 1 医師処方薬(口向精神薬口その他) 2 市販薬物 3 毒物(口農薬口その他)
- 4 刃器(部位 手首 腹部 その他) 5 ガス(口排気ガス口その他) 6 飛び込み
- 7 飛び降り 8 焼身 9 縊首 10 入水 11 感電 12 銃器 13 その他 14 不明
- c 前回の企図直後における精神科医の介入 1 あった 2 なかった 3 不明

DSM-IV 各軸において複数選択が可能であるが、その場合には、主要なものを同定し、主要項目に○印をつけること。

【AX-I】(大項目(下表 0~15)のいずれかは必ずチェック。該当診断が表中にあればチェック、なければその他に記載)

- 0 なし 16 診断保留
- 1 児童・小児・思春期に診断される疾患
- 2 せん妄・痴呆・健忘および他の認知障害
せん妄 [物質中毒による 物質離脱による 複数の病因による 特定不能]
痴呆 [アルツハイマー型 脳血管性 その他の理由による 特定不能]
健忘性障害 特定不能の認知障害
- 3 一般身体疾患による精神疾患
せん妄 痴呆 健忘性障害 精神病性障害 気分障害 不安障害 睡眠障害
- 4 物質関連障害 物質依存性障害 物質誘発性障害 物質名
- 5 統合失調症及び他の精神病性障害
統合失調症 [妄想型 解体型 緊張病型 判別困難型 残遺型]
統合失調感情障害 妄想性障害 短期精神障害 特定不能 その他
- 6 気分障害 同定すること→軽症 中等症 重症 精神病像あり(気分的一致/気分と不一致)
部分寛解 完全寛解 同定困難
うつ病性障害 [単一エピソード 反復性 気分変調性 特定不能]
特徴 緊張病性 メランコリー 非定型 産後の発症
双極性障害 [I型 II型 気分循環性障害 特定不能]
- 7 不安障害 パニック障害(広場恐怖なし あり) 広場恐怖 恐怖症 社会恐怖
強迫性障害 PTSD 急性ストレス障害 全般性不安障害 特定不能
- 8 身体表現性障害 身体化障害 転換性障害 疼痛性障害 心気症 身体醜形障害 特定不能
- 9 虚偽性障害
- 10 解離性障害 解離性健忘 解離性とん走 解離性同一性障害 離人症性障害 特定不能
- 11 性障害及び性同一性障害
- 12 摂食障害 神経性無食欲症 神経性大食症 特定不能
- 13 睡眠障害 原発性不眠症 原発性過眠症 ナルコレプシー 呼吸関連睡眠障害
概日リズム睡眠障害 特定不能 睡眠時随伴症 精神疾患に関連
- 14 他のどこにも分類されない衝動制御の障害
- 15 適応障害 不安 抑うつ 不安と抑うつの混合 行為の障害 情緒と行為の障害 特定不能

その他の診断 大項目(上表 1~14)[] 診断名 _____ DSM-IV コード5桁[]
大項目(上表 1~14)[] 診断名 _____ DSM-IV コード5桁[]

【AX-II】 なし 診断保留

- 人格障害 妄想型 統合失調症質 統合失調症型 反社会性 境界性
演技性 自己愛性 回避性 依存性 強迫性
NOS 情報不足で分類困難な場合、右記 Cluster のみをチェック。 A B C
- 精神発達遅滞 その他

【AX-III】 なし 保留 身体疾患 1 _____ 2 _____ 3 _____

下記 ICD 分類のいずれかをチェックすること(複数ある場合、主要疾患に○印をつけることを忘れずに)

- 感染症 寄生虫 新生物 血液・造血器 免疫 内分泌・栄養・代謝 精神 行動
神経系 眼及び付属器 耳・乳様突起 循環器系 呼吸器系
消化器系 皮膚・皮下組織 筋骨格系 結合組織 尿路性器系 妊娠、分娩・産褥 周産期
先天奇形、変形及び染色体異常 症状、徴候及び異常臨床/検査所見で他に分類されないもの
損傷、中毒及びその他の外因の影響 傷病及び死亡の外因 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービス

【AX-IV】 なし 保留

- 一次支持グループの問題 社会環境の問題 教育上の問題 職業上の問題
住居の問題 経済的な問題 医療機関の利用上の問題
司法 犯罪に関する問題 その他の心理社会的 環境上の問題 病苦

詳述 _____

【AX-V】 併診開始時 GAF _____ (評価不能な状況) 併診終了時 GAF _____ (評価不能な状況)

調査施設] 岩手 防衛 日医 近畿 八王子 東海

研究登録 番号	ID	登録日	研究登録 番号	ID	登録日
1	200	年 月 日	21	200	年 月 日
2	200	年 月 日	22	200	年 月 日
3	200	年 月 日	23	200	年 月 日
4	200	年 月 日	24	200	年 月 日
5	200	年 月 日	25	200	年 月 日
6	200	年 月 日	26	200	年 月 日
7	200	年 月 日	27	200	年 月 日
8	200	年 月 日	28	200	年 月 日
9	200	年 月 日	29	200	年 月 日
10	200	年 月 日	30	200	年 月 日
11	200	年 月 日	31	200	年 月 日
12	200	年 月 日	32	200	年 月 日
13	200	年 月 日	33	200	年 月 日
14	200	年 月 日	34	200	年 月 日
15	200	年 月 日	35	200	年 月 日
16	200	年 月 日	36	200	年 月 日
17	200	年 月 日	37	200	年 月 日
18	200	年 月 日	38	200	年 月 日
19	200	年 月 日	39	200	年 月 日
20	200	年 月 日	40	200	年 月 日