

では17%(12例/70例), 不安障害圏では0%, 適応障害圏では27%(13例/49例)に再自殺を認めた。また, 人格障害を診断できる症例では, 他と比較すると自殺率として高い30%(14例/47例)が通院を継続していた。

適応障害圏と人格障害を診断できる症例では, 他と比較すると受療率は約7割と低く, 再自殺率は約3割と高い傾向にあった。適応障害圏と人格障害は, 他の精神科診断群と比較して精神科受療の動機付け, 症状安定の維持, 自殺予防の困難さが伺えた。

8. CCM 退院 1 年後調査時の再自殺企図の自殺手段

表 15 に CCM 退院 1 年後に調査された再自殺企図例 28 例の企図手段を示す。前回と同じ自殺手段をとっていた症例は 79%(22 例/28 例)であった。CCM 入院時の自殺手段が大量服薬の場合 88%(15 例/17 例)が同じ手段で再自殺を図った。この結果は, 表 5 と表 6 の複数回自殺企図手段の結果と近似した結果となった。また, 飛び降り, ガス吸引では各 1 例ずつ同じ手段で完遂した。

9. 救命救急センター入院に対する『不本意』意識

精神科救急という場面では, 患者の受診意思の欠如による西山⁸⁾のいう「堅い(ハードな)救急」のもとで治療介入を行わなくてはならない。そこで自殺未遂患者に対して, CCM の入院が『不本意であったか』という調査を行った。自殺企図例 347 例(男性:女性=117:230)のうち, 回答可能であった症例は 270 例(男性:女性=78:192)であった。入院を『不本意』とした症例は 17%(46 例/270 例), 男性では 5%(4 例/78 例), 女性では 21%(42 例/192 例)と女性が有意に高かった(χ^2 test, $p<0.01$)。『わからない』とした症例は 35%(95 例/270 例), 男性では 27%(21 例/78 例), 女性では 39%(74 例/192 例)であった。人格障害を診断できる 104 例中, 回答可能であったうち, 『不本意』とした症例は 40%(34 例/86 例), 『わからない』とした症例は 52%(45 例/86 例)であった。つまり, CCM の入院を『不本意』もしくは『わからない』とした症例

は52% (141例/270例) を占め、とくに人格障害例では92% (34例/86例) にのぼった。以上から、自殺企図の半数、とくに、人格障害例ではその9割がCCM治療を肯定的に捉えていなかった。

D. 考察

1. 自殺企図によるCCM入院のリスク

当院CCM入院患者総数に占める自殺企図例の割合は17%である。これは、岸ら⁹⁾が報告した救命救急センター計9施設の自殺者の割合(1.2%から15.6%、平均2.7%)と比較して高かった。この理由として、①一次救命救急水準の消防搬送が多い、②病院診療所連携の発展による地域医療機関からの紹介が多い、③精神科医療機関が地域に多いこと(当院から3km圏内に5病院、精神科診療所が4医院、総合病院精神科外来が3病院)、が考えられる。

こうした地域性の中で、自殺企図によるCCM入院のリスクは、女性、20歳代から30歳代の青年期が高かった。また、女性では初回自殺企図例では適応障害、複数回自殺

企図例ほど女性の割合が高く、適応障害圏と不安障害圏の女性、とくに人格障害を診断できる女性症例が極めて多かった。これは、精神医学的診断群からも、何らかの精神的負担や葛藤状況を青年期女性が抱えているからではないかと考えられる。一方、男性では初回自殺企図例に気分障害圏が多かったことは、社会経済的な影響を考慮する必要がある。

2. 複数回自殺企図

自殺未遂者の再自殺率は20~30%台¹⁰⁾とされており、再自殺は1年以内が多いとされている¹¹⁾。企図間隔における男女差は認められなかったが、1年未満に9割が再自殺企図を図っていた。とくに、年齢層別では10歳代女性例では6割弱が1ヶ月未満に再自殺企図を図っていたことが特徴的であった。自殺企図未遂例では、未遂後1年間の精神状態観察が再自殺の予防から重要であると考えられる。

本研究では、複数回自殺企図例は男性に比較して女性が3.4倍であった。自殺企図

回数では、自殺企図が3回と5回以上に占める割合では女性が高く、5回以上の自殺企図は40歳代未満が総計で8割を占めた。複数回自殺企図例では10歳代を含めて思春期と青年期の女性にリスクが高い傾向にあった。これは、CCMの自殺企図のリスクとして女性が高いことと何らかの相関があると考えられる。

精神医学的診断では、複数回自殺企図例では適応障害圏と不安障害圏の女性、とくに人格障害を診断できる女性例がリスクとして高かった。これらの診断群は、①統合失調症圏や気分障害圏と比較して薬物療法の効果が十分期待できないこと、②CCM入院さえも『不本意』『わからない』である症例が人格障害では多数であり、自殺企図を経験しても患者自身の危機意識が乏しいこと、③精神科治療の認識が希薄で受療意志と意欲が低いため治療者も危機早期介入が図りにくいこと、が再自殺企図を高めた要因として考えられる。自殺企図の心理特性として「問題解決の戦略を変えられない」という認知の硬直¹²⁾が知られており、これ

が企図後の治療中断や再自殺に影響を与えていたと考えられる。適応障害と人格障害の自殺企図未遂例への医学的対応、とくにCCMにおける限られた時間の中でのCLSによる適切な対応に関しては今後の課題である。

3. 多量服薬による自殺企図

自殺企図例の7割強は多量服薬による自殺企図で、この数字は岩崎ら⁶⁾が報告した34%と比較しても極めて高かった。複数回自殺企図例では同手段がその多数を占め他。また、同手段の9割以上が再自殺企図に同手段を用いていた。急性薬物中毒は自殺企図手段として各年齢層で高い割合を示した。とくに、20歳代から30歳代における全体に占める割合高い一方、入院期間も短く、CCM入院が相当の身体的重症度を満たさない場合が多いと考えられた。岩崎ら⁶⁾が報告してからすでに10年を経過しており、この間に、①薬物の氾濫と多様な入手経路、②薬剤の危険性に対する認識希薄化・安易な認識、が進んだことが考えられる。服薬

自殺企図患者では CLS において努力をしても、①多量服薬行動に容易に至る背景にある精神症状・状況因の把握、②副作用など薬品情報提供と服薬指導、に対する現実の困難さが伺えた。

4. 完遂の可能性が高い自殺企図

身体的重症度が高いと考えられる自殺企図手段（焼身、縊首、飛び降り・飛び込み・入水・ガス吸引、リストカット以外の切傷・刺傷、農薬・毒物服薬）は、40歳代以上の壮年期に多く、とくに、気分障害圏においては焼身、縊首が多かった。この CCM 入院期間は、多量服薬による急性薬物中毒よりも長期化しやすかった。また、初回自殺企図例では複数回自殺企図例と比較して、身体的重症度が高いと考えられる自殺企図手段が多かった。よって、壮年期の気分障害圏の早期発見と早期治療は、重篤な結果をもたらす自殺企図を回避できる可能性が示唆される。さらに、完遂の可能性の高い自殺手段を選択して CCM に入院した症例では、自殺回数にかかわらず退院後の精神科経

過観察に注意が必要である。自殺未企図未遂後の気分障害圏・分裂病圏の患者、壮年期の患者に対して、CLS による適切な精神科的对介入が行えるために、①前医と詳細に患者情報を交換しインターベンションを行なう、②自殺企図を踏まえて、退院後の精神科受療、生活の仕方、物事の捉え方に関して患者・家族と相談し、ポストベンションを図る必要がある。

5. 自殺企図例の身体科治療

CCM ではその役割から、生命の危機的狀態を脱した後の長期的な入院は不可能である。過去の報告では、自殺企図未遂例の一般病院への転院は 29.9%とされている⁶⁾。本研究では精神疾患入院患者全体の身体科病院への転院は 3%と極わずかであった。この理由として、①自殺企図例の多くが積極的な身体疾患治療を必要としない症例であった、②当院では精神症状を抱えながらも全身状態が安定するまで CCM 集中治療室・CCM フォローアップ病棟で入院治療の継続が可能なこと、によると考えられる。しかし、

今後の CCM への精神疾患入院患者増加による需要を考えれば、当院のこうした対応には限界がある。身体的重症度の低い CCM 入院が多く、身体的には CCM 入院が適当か疑問のある症例が多いことが示唆されたことから、①高次救急センターにおいて身体科治療と精神科治療を並行して施行できる一層の施設整備、②一次、二次身体科救急医療にて精神科医の配置と介入を可能にすること、もしくは、③精神科救急医療において軽症の自殺企図例の身体科処置に対応できる態勢を整えることなどが、今後の課題と考える。

一方、身体的重症度が高いと考えられる自殺企図手段の多くは、初回自殺企図、気分障害によることが多かった。よって、身体科治療を優先しながら、CCM 医療スタッフと連携を図り、身体状態に応じた適切な薬物療法と精神療法を GLS において提供をしないといけない。その上で、精神科状態を CCM スタッフにフィードバックして、CCM における身体治療計画を適時修正して行く必要があると考えられる。

6. 精神疾患受療歴のない自殺企図例

精神疾患受療歴のない自殺企図例の割合は 4 割を占めていた。地域医療型精神医療の進展が言われる中で、「救いの叫び」を周囲に相談できないばかりか、周囲に気が付かれずにただ孤独と疎外感に葛藤している人は比較的多いと考えられる。CCM 入院患者から「精神科の敷居が高い」、「周囲の目や偏見から精神医療を希望しても治療に來られなかった」、「心の悩みを抱えていてもどこに行ったらいいのかわからなかった」という意見が聞かれた。精神医療を患者自ら必要としていても、何らかの理由で精神科受療につながっていない症例が確認された。精神科医療機関・精神科関連福祉施設などが地域精神保健に関する広報活動・支援活動・啓蒙活動を行政とも協力して積極的に行うこと、それによって精神保健の重要性を一般に認識され、精神保健相談・精神科受診機会が増えていくのではないかと考えられる。

7. CCMにおけるCLSの役割

CCM退院後、CLSによって7割を精神科受療に結び付けられた。この理由としてCLSにて、①診察場所と時間を患者の状態に配慮して臨機応変に対応、②CCM入院までの経過を把握し患者の立場に共感し受容、③CLSの役割として患者に精神科受療への橋渡し役であることを説明し精神科受療必要性の理解を求めたこと、によると考えられる。また、CLSによる円滑な連携を図るために、④CCMスタッフにCLSの啓蒙と精神疾患への偏見と不安の除去を目的で精神疾患教育を行っていることも大きいと考える。

自殺企図回数で比較すると、初回自殺企図例では精神科治療に2割を結び付けられず、完遂が複数回自殺企図例に比して多かった。初回自殺企図の場合には、精神科重症度がとくに男性において高い反面、精神科受療意識がとくに女性において希薄であることが多いことが伺えた。複数回自殺企図例では、前医に治療関係があるものが多く、CLSによって9割の症例を再紹介できた。また、身体的重症度の低いCCM入院が

多く、身体的にはCCM入院が適切か問題のある症例が多いと考えられた。精神科受療をしつつも再自殺企図の予防と防止が容易でないことを伺えた。一般的に、自殺企図未遂における受療行動研究では、通院中断例の割合は差があるが36%¹³⁾、20%~70%^{4)、11)}とされ、未遂後十分なケアを受ける前に中断しているとされる。この数字と比較して、当院CCM退院の1年後の精神科受療状況は、総計では84%を維持していた。CLSによる危機介入が、自殺企図未遂患者にとって精神科治療の継続に少なからず奏効したと考えられる。

一方、適応障害圏と人格障害を診断できる症例では、他と比較すると受療率として低い約7割であった。これらの治療脱落の要因として、①報告されているように神経症圏⁶⁾、または社会的不適応状態¹⁴⁾にある、②自殺企図例の半数が必ずしも望んだ治療でない入院である、③精神疾患受療歴のない患者の受療意識と意欲の問題、といった患者側の問題も考えられる。

8. 精神科救急への期待

自殺企図例の半数は積極的な身体疾患治療が不要な症例であった。精神科救急がその地域の「精神保健・医療構造の陰画」¹⁵⁾と言われて久しい。CCM 入院を『不本意』と評した症例が存在する現状を踏まえて、患者の受診意思の有無による「堅い救急」と「柔らかい」救急体制⁸⁾、一般救急システムに準じた段階的施設分類¹⁶⁾の整備が一刻も早く達成されるべきである。

E. 結論

CCM に入院した自殺企図例とその1年間の追跡調査を通して、精神科救急対応の現状を踏まえて望まれることとして、①各医療機関が現状で対応可能な能力に応じた責任を果たし、②各施設・個人とのネットワーク化と救急相談窓口の整備、③自殺未遂患者への対応を迅速に指示できる体制の整備、④人権にも考慮した移送制度の構築、⑤身体科と並行して精神科救急に応需できる施設整備、⑥自殺未遂患者への精神・心理面でのアフターケアの整備、⑦自殺未遂

患者への継続的な危機管理体制、⑧自殺予防相談・対応窓口といった自殺予防の施策、⑨自殺予防の教育・向精神薬に対する正しい教育、があげられる。こうした体系的な精神科救急と地域でのアフターケアの整備によって、自殺未遂者への精神・心理的サポートを円滑に施行できるばかりでなく、自殺予備軍への自殺防止につながるものと考えられる。

自殺企図による CCM の入院は、企図者にとると半数が必ずしも望んだ治療でないことが判り、とくに、人格障害例ではその9割が CCM 治療を肯定的に捉えていなかった。また、CLS では、精神疾患受療歴のない患者への対応、受療意識と意欲が希薄な症例への対応を担っている。自殺企図後の治療に当たっては、単に身体的治療に終始することなく、自殺企図者の精神的問題を捉えた上で、適切な CLS を通して精神的支援を行なうとともに、自殺予防の観点からも、退院後の精神科受療の必要性を認識してもらう役割を CLS は担っていると考えられる。

文 献

- 1) 警察庁生活安全局地域課：平成15年中における自殺の概要資料, 2004
- 2) 加藤伸勝：Consultation-Liaison Psychiatryの展望. 臨床精神医学6：1433-1436, 1977
- 3) 伊藤敬雄, 黒澤尚, 岸泰宏, 他：高次救命救急センターにおける精神科 consultation-liaison service を開始して-精神科医の果たす役割-. 総合病院精神医学誌 14：63-74, 2001
- 4) Adam KS, Valentine J, Scarr G, et al：Follow-up of attempted suicide in Christchurch. Aust NZ J Psychiatry 17：18-25, 1983
- 5) Rygnestad T：A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. Acta Psy Scand 77：328-331, 1988
- 6) 岩崎康孝, 黒沢尚, 山本保博, 他：第三次救急施設に搬入される自殺未遂者の自殺企図前後の精神科治療の経過について. 精神科治療学9：183-195, 1994
- 7) 伊藤敬雄, 黒澤尚, 大久保善朗, 他：高次救命救急センターに入院した自殺未遂患者とその追跡調査-精神科救急対応の現状を踏まえた一考察. 精神医学46, 389-396, 04
- 8) 西山詮. 堅い精神科救急（緊急鑑定）の実体と改革. 精神経誌86：89-119, 1984
- 9) 岸康宏, 黒沢尚：救命救急センターに收容された自殺企図者の実態のまとめ. 医学のあゆみ 184：588-590, 2000
- 10) Sakinofsky I：Repetition of suicidal behaviour. In: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Hawton K, van Heeringen K, ed. John Wiley & Sons, Chichester, 385-404, 2000
- 11) Norrdstrom P, Samuelsson M, Asberg M：Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. Acta Psychiatr Scand 91：336-340, 1995
- 12) Williams JMG, Pollock LR：The psychology of suicidal behaviour. In: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Hawton K, van Heeringen K, ed. John Wiley & Sons, Chichester, 79-93, 2000
- 13) 狩野正之, 柴田信義, 横川新二, 他：自殺未遂者のアフターケアにおける精神科通院継続性-求助行動段階および精神疾患との関連-. 総合病院精神医学 15：32-44, 2003
- 14) 加藤正明：社会と精神病理. 弘文堂, 東京, 43-62, 1976
- 15) 飛鳥井望 (1998). 精神科救急医療システムの構築と実際の諸問題. (飛鳥井望, 分島 徹編)精神科救急医療. 金剛出版. 東京. pp7-18.
- 16) 西山詮. 平成5年度精神科救急医療システムに関する研究 (地域システム班)：分担報告書. 1994

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

現在まで未発表。

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

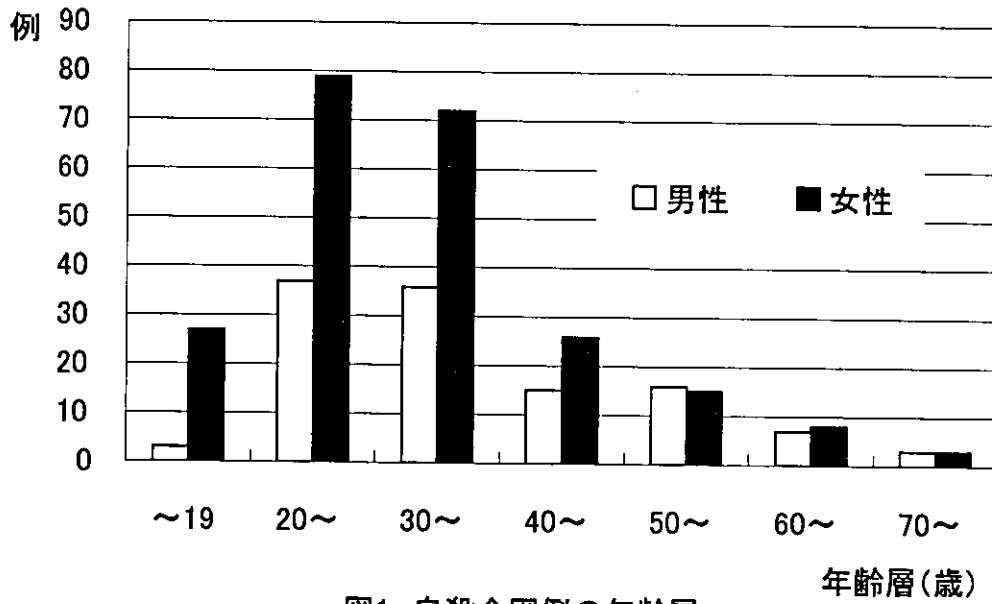


図1 自殺企図例の年齢層

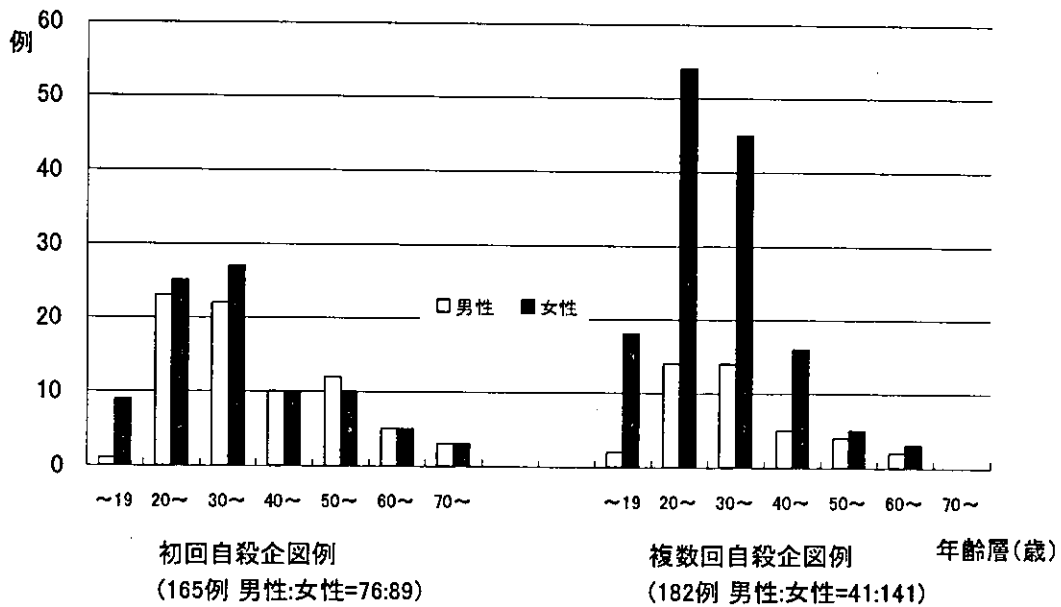


図2 年齢・性別の自殺企図例数

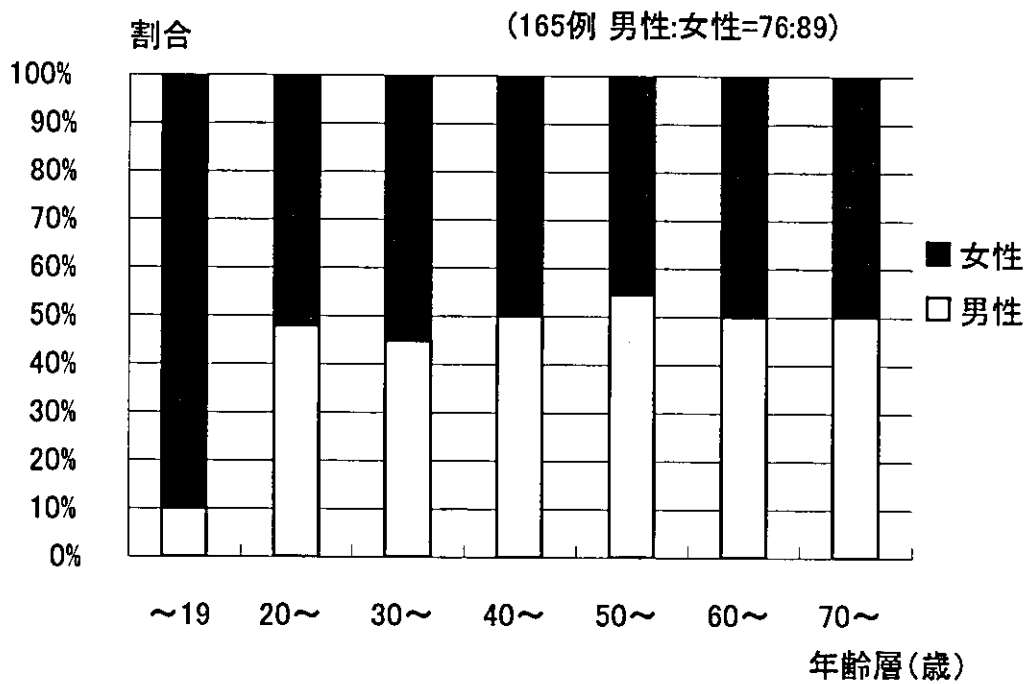


図3 初回自殺企図例の年齢別男女比

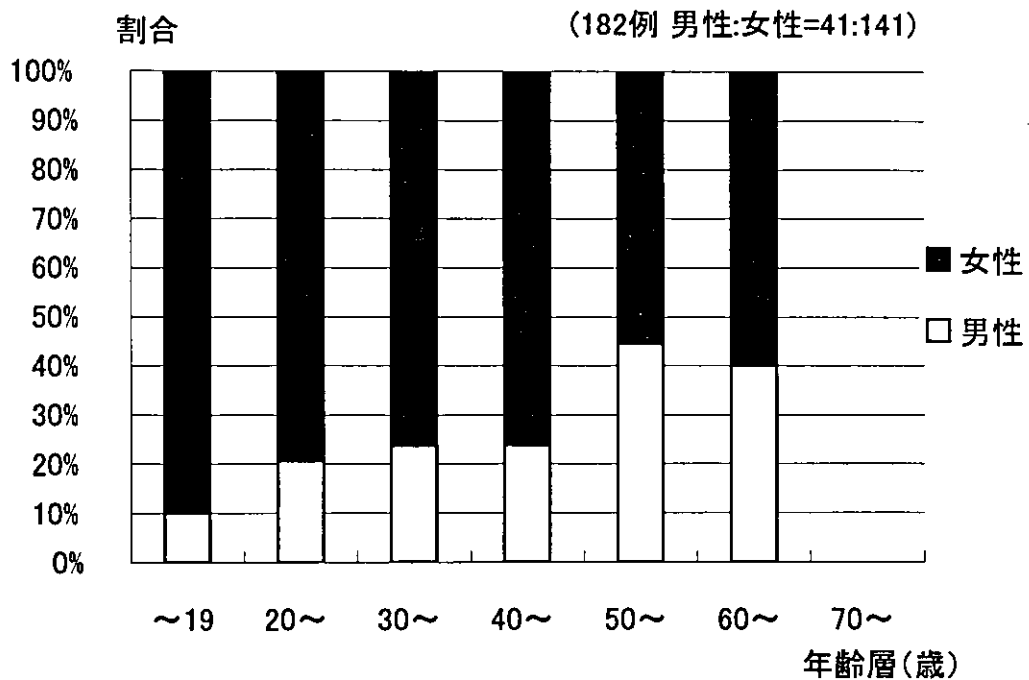


図4 複数回自殺企図例の年齢別男女比

図5 自殺企図例の性差別精神医学的診断分類

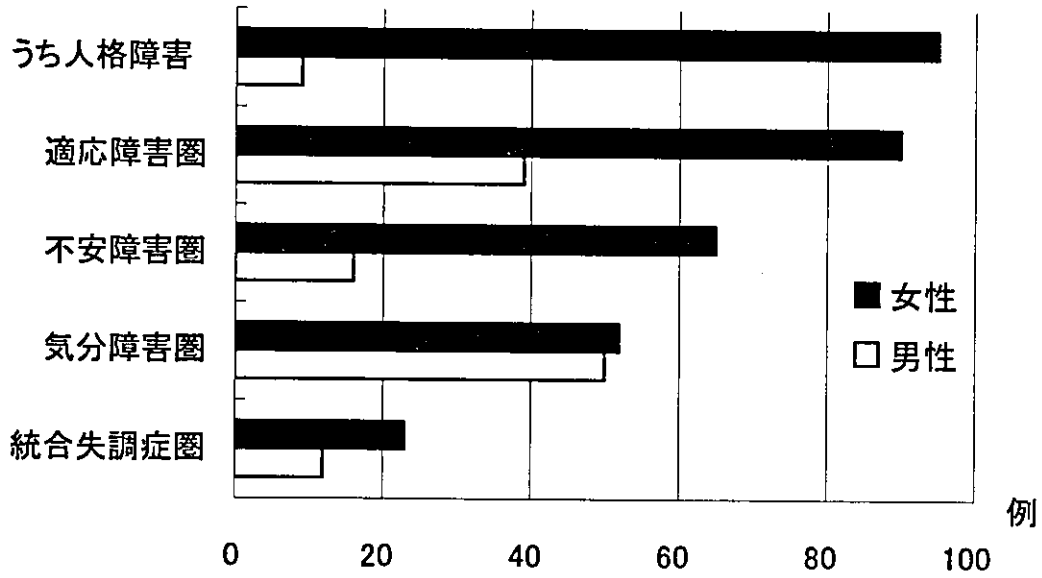


図6 初回自殺企図例の精神医学的診断分類

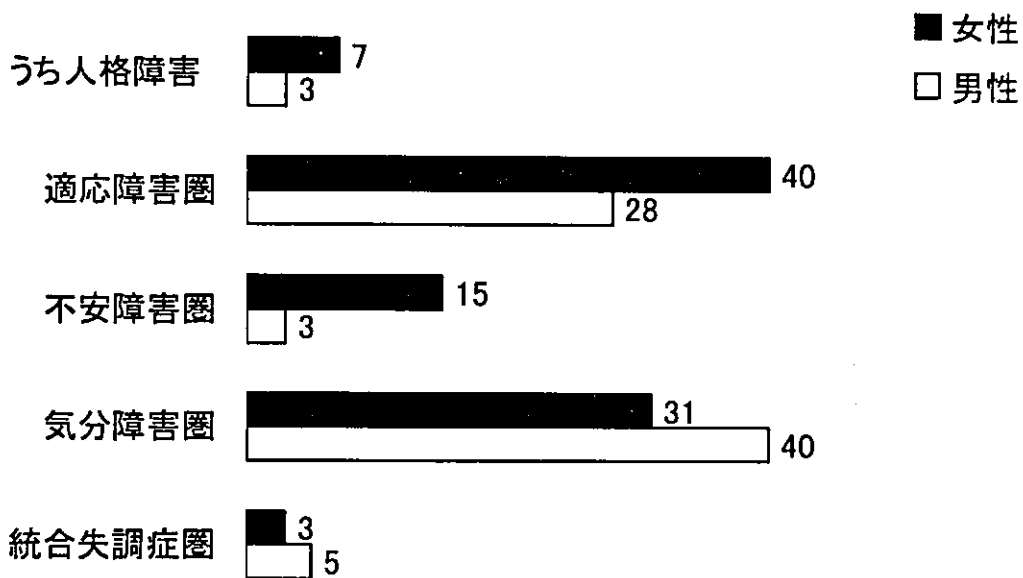


図7 複数回自殺企図例の精神医学的診断分類

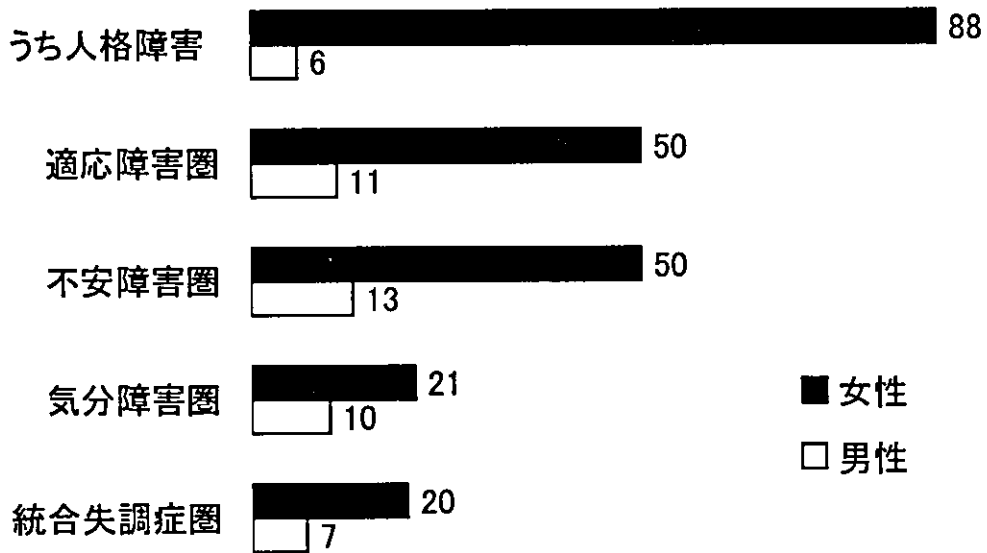


表1 初回自殺企図男性例の年齢別自殺企図手段 (76例)

年齢層	向精神薬市販・他薬物	農薬・毒物	切傷・刺傷	ガス	飛び込み・飛び降り	焼身	縊首	入水
～19	0	0	0	0	0	0	1	0
20～	12	5	1	1	0	2	0	2
30～	7	0	1	3	2	7	0	2
40～	2	1	1	1	0	0	1	2
50～	1	0	1	2	0	6	0	2
60～	1	0	2	0	0	1	0	1
70～	1	0	1	0	0	0	0	1

表2 初回自殺企図女性例の年齢別自殺企図手段 (89例)

年齢層	向精神薬	市販・他薬物	農薬・毒物	切傷・刺傷	ガス	飛び込み・飛び降り	焼身	縊首	入水
～19	6	2	0	1	0	0	0	0	0
20～	19	3	1	0	2	0	0	0	0
30～	19	3	1	0	1	2	0	1	0
40～	7	0	0	1	0	1	0	1	0
50～	5	0	0	0	0	3	0	2	0
60～	2	0	1	1	0	1	0	0	0
70～	0	0	0	1	0	1	0	0	1

表3 複数回自殺企図男性例の年齢別自殺企図手段 (41例)

年齢層	向精神薬	市販・他薬物	農薬・毒物	切傷・刺傷	ガス	飛び込み・飛び降り	焼身	縊首	入水
～19	1	0	0	1	0	0	0	0	0
20～	10	0	1	0	1	2	0	0	0
30～	11	0	0	2	1	0	0	0	0
40～	4	0	0	0	0	0	0	1	0
50～	0	0	0	0	0	2	0	2	0
60～	0	0	0	1	1	0	0	0	0
70～	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表4 複数回自殺企図女性例の年齢別自殺企図手段 (141例)

年齢層	向精神薬	市販・他薬物	農薬・毒物	切傷・刺傷	ガス	飛び込み・飛び降り	焼身	縊首	入水
～19	14	1	1	1	0	1	0	0	0
20～	49	0	2	1	0	2	0	0	0
30～	40	1	1	0	0	2	0	0	1
40～	15	0	0	0	0	0	0	0	1
50～	3	0	0	1	1	0	0	0	0
60～	1	0	1	0	0	0	1	0	0
70～	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表5 複数回自殺企図（男性 41例）の自殺企図手段

		前回の自殺企図手段			
		向精神薬	市販・他薬物	切傷・刺傷	ガス
今回の自殺企図手段	向精神薬	25	1	0	0
	農薬・毒物	0	0	1	0
	切傷・刺傷	1	0	3	0
	ガス	1	1	0	1
	飛び込み・飛び降り	2	0	1	1
	縊首	2	0	0	1

太字斜体は前回と今回が同一の自殺手段

表6 複数回自殺企図（女性 141例）の自殺企図手段

		前回の自殺企図手段					
		向精神薬	市販・他薬物	農薬・毒物	切傷・刺傷	飛び込み・飛び降り	入水
今回の自殺企図手段	向精神薬	114	2	0	6	0	0
	市販・他薬物	0	0	0	2	0	0
	農薬・毒物	2	0	1	1	0	1
	切傷・刺傷	2	0	0	1	0	0
	ガス	1	0	0	0	0	0
	飛び込み・飛び降り	3	0	0	2	0	0
	焼身	0	0	0	0	1	0
	入水	1	0	0	1	0	0

太字斜体は前回と今回が同一の自殺手段

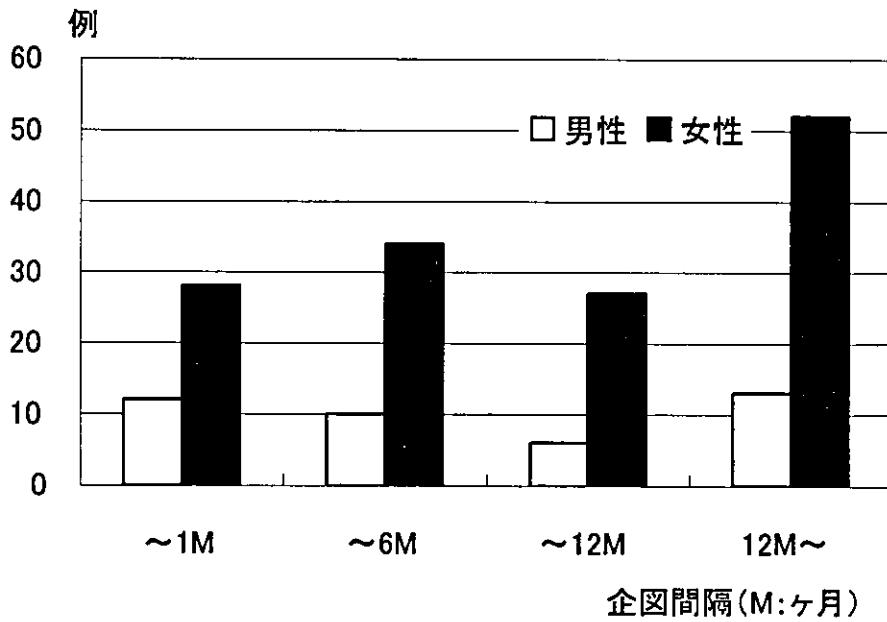


図8 複数回自殺企図例(182例)の企図間隔

表7 複数回自殺企図(男性 41例)の年齢別の企図間隔

年齢層 (歳)	企図間隔(M:月)			
	~1M	~6M	~12M	12M~
~19	1	0	0	1
20~	2	3	4	5
30~	6	5	2	1
40~	0	1	0	4
50~	1	1	0	2
60~	2	0	0	0
70~	0	0	0	0
総計	12	10	6	13

表8 複数回自殺企図（女性 141例）の年齢別の企図回数

年齢層 (歳)	企図間隔 (M: 月)			
	~1M	~6M	~12M	12M~
~19	10	1	3	4
20~	8	13	16	17
30~	5	18	5	17
40~	3	2	2	9
50~	1	0	1	3
60~	1	0	0	2
70~	0	0	0	0
総計	28	34	27	52

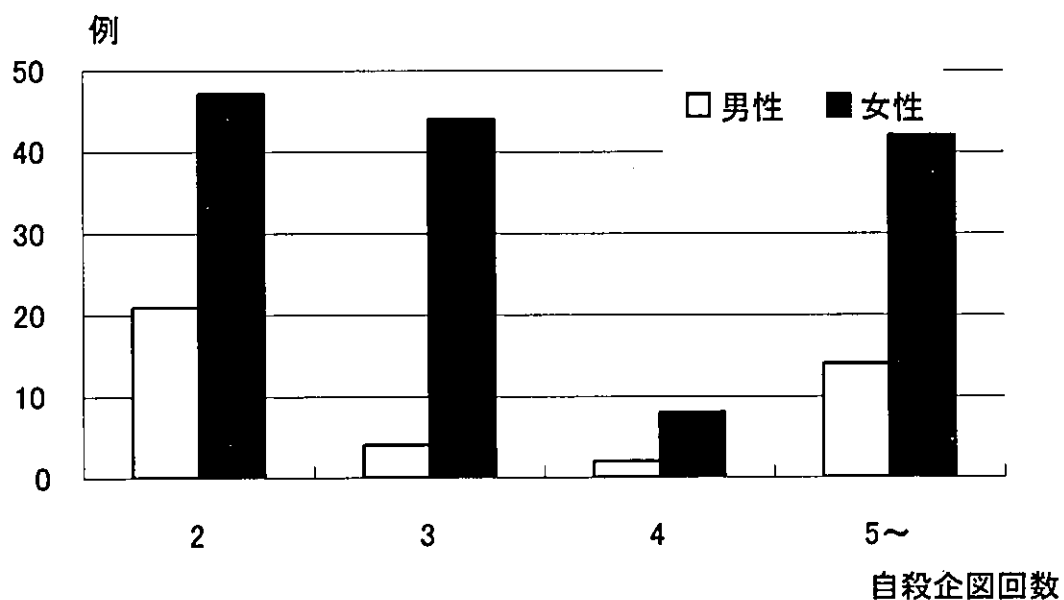


図9 複数回自殺企図例の性別による企図回数 (182例)

表9 複数回自殺企図（男性 41例）の年齢と企図回数

年齢層 (歳)	企図回数 (回)			
	2	3	4	5～
～19	0	0	0	2
20～	11	0	1	2
30～	3	2	0	9
40～	4	0	0	1
50～	2	1	1	0
60～	1	1	0	0
70～	0	0	0	0
総計	21	4	2	14

表10 複数回自殺企図（女性 141例）の年齢と企図回数

年齢層	企図回数			
	2	3	4	5～
～19	5	5	0	8
20～	14	20	4	16
30～	14	18	3	10
40～	6	1	1	8
50～	5	0	0	0
60～	3	0	0	0
70～	0	0	0	0
総計	47	44	8	42

表11 複数回自殺企図（男性 41例）の精神医学的診断分類と企図回数

	企図回数（回）				総計
	2	3	4	5～	
統合失調症圏	5	2	0	0	7
気分障害圏	7	2	1	0	10
不安障害圏	5	0	1	7	13
適応障害圏	4	0	0	7	11
うち人格障害	5	0	0	1	6
総計	21	4	2	14	41

表12 複数回自殺企図（女性 141例）の精神医学的診断分類と企図回数

	企図回数（回）				総計
	2	3	4	5～	
統合失調症圏	7	7	1	5	20
気分障害圏	11	8	0	2	21
不安障害圏	11	18	4	17	50
適応障害圏	18	11	3	18	50
うち人格障害	19	26	6	37	88
総計	47	44	8	42	141

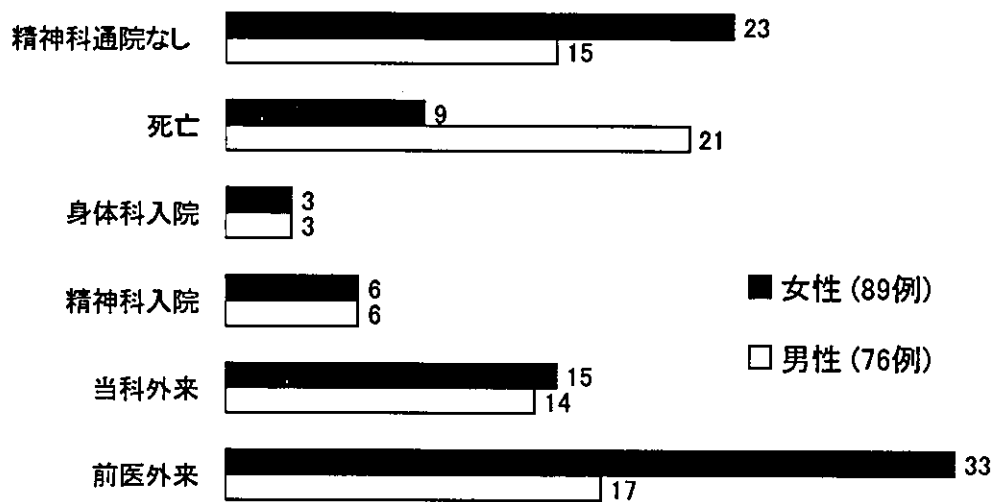


図10 初回自殺企図例のCCM退院後の受療行動

数字は例数

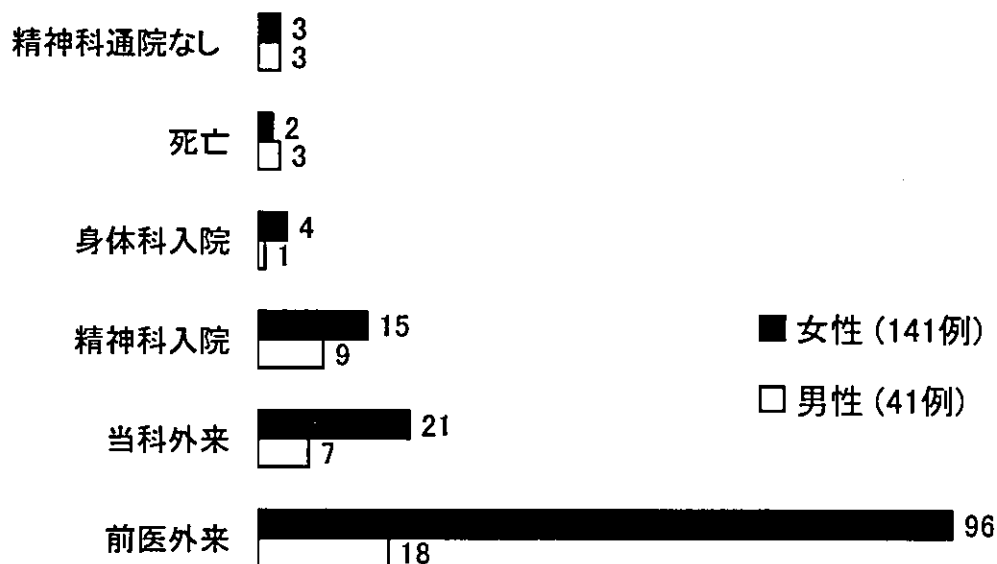


図11 複数回自殺企図例CCM退院後の受療行動

表 13 精神疾患受療施設別の CCM 退院後受療施設

退 院 後 治 療 施 設	CCM入院前治施設				総計
	総合病院精神科	精神科	精神科	心療内科外	
他院・前医の外来	14	23	50	19	106 (41)
当科外来	10	4	7	49	70 (27)
精神科入院	10	9	14	10	43 (17)
身体科入院	6	4	9	10	29 (11)
CCM退院時に終了	0	0	0	12	12 (5)
総計(例)	40	40	80	100	260

括弧内は割合
(%)

表14 調査された自殺企図未遂例142例の1年後精神科受療状況と再自殺企図

	統合失調症圏	気分障害圏	不安障害圏	適応障害圏	うち人格障害	総計
当科外来	4	35	2	29	24	70
1年後通院状況	4 (100)	31 (89)	2 (100)	18 (62)	16 (67)	51 (73)
再自殺企図	2 (50)	6 (17)	0	10 (34)	10 (42)	18 (26)
精神科入院	6	22	1	14	17	43
1年後通院状況	6 (100)	21 (95)	1 (100)	11 (79)	14 (82)	33 (47)
再自殺企図	1 (17)	5 (23)	0	3 (21)	4 (24)	9 (21)
身体科入院	10	13	0	6	6	29
1年後通院状況	9 (90)	11 (85)	0	5 (83)	4 (67)	25 (86)
再自殺企図	0 (0)	1 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
総計	20	70	3	49	47	142
1年後通院状況	19 (95)	63 (90)	3 (100)	34 (69)	34 (72)	119 (84)
再自殺企図	3 (15)	12 (17)	0 (0)	13 (27)	14 (30)	28 (20)

括弧内は割合 (%)