

- 2004/11/26-27 (東京)
12. 稲垣正俊, 吉川栄省, 松岡豊, 小早川誠, 中谷直樹, 藤森麻衣子, 中野智仁, 秋月伸哉, 明智龍男, 内富庸介: がん体験後の大うつ病・小うつ病と前頭前野及び扁桃体体積の関連について: 第17回日本総合病院精神医学会総会. 2004/11/26-27(東京)
 13. 松岡豊: サイコオンコロジーにおける脳画像研究. シンポジウム「精神疾患の脳画像研究の進歩」. 第34回日本臨床神経生理学会学術大会. 2004/11/17-19 (東京)
 14. 松岡豊, 中島聡美, 金吉晴, 大友康裕: 交通事故被害者へのパロキセチン投与の精神的ストレス軽減に対する有効性の検討: 我が国の交通事故被害者における精神疾患有病率. 第37回精神神経薬物治療研究報告会. 2004/12/10(大阪)
 15. 松岡豊, 永岑光恵: PTSDの薬物療法. シンポジウム「PTSDの外来治療をめぐって」. 第5回日本外来臨床精神医学会学術大会. 2005/1/23(東京)
 16. 中島聡美, 松岡豊, 金吉晴, 渡辺真俊: 新潟県中越地震における被災地への国および関連機関と学会による支援活動. シンポジウム「災害と救援」. 第4回日本トラウマティックストレス学会. 2005/3/25-26 (東京)
 17. 川瀬英理, 西大輔, 中島聡美, 松岡豊: 救命救急センターにおける心的外傷. シンポジウム「一般医療とトラウマ」. 第4回日本トラウマティックストレス学会. 2005/3/25-26 (東京)
3. その他
特になし.
- H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む.)
1. 特許取得
特になし.
 2. 実用新案登録
特になし.

厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業)
分担研究報告書

救急現場での自殺の現状

分担研究者 岸 泰宏 (東海大学医学部精神科講師)

【研究要旨】 現在までに日本を含めたさまざまな研究で自殺企図症例の実態が報告されている。 今後は自殺を減らす実践的な方法を模索していく必要がある。そこで、今後の自殺予防に対して、どのような方策が医療現場で必要なのかについて文献検索を行った。 自殺企図者の再自殺企図率は高く、また自殺既遂に至る危険も高いことがわかっている。 救急医療において、再自殺企図予防のため、何らかの体系的な介入を行っていく必要がある。 現在までに、自殺企図症例に対する介入の有効性が示唆されており(確立はされていない)、今後、本邦の救急医療現場に即した介入方法の検討が今後必要であろう。 また、自殺企図前の医療機関受療について、自殺企図前の介入を考えていく上で、今後必要な有用な情報となるため、救急現場で収集していく必要がある。

A. 研究目的

現在までに、日本を含めたさまざまな研究で救急現場における自殺企図症例の実態については報告されている。 今後は自殺既遂を含めた再自殺企図を減らす方法を模索する必要がある。 ここでは、文献レビューを行いながら、どのような研究ならびに情報が今後臨床上必要かについて検討した。

B. 研究方法

自殺企図後の介入についての文献レビューを行った。 また、救急現場での自殺情報について、今後本邦で不足しており、今後収集が必要な点についても検討した。

(倫理面への配慮)

本研究においては、個人情報あるいは

ヒト生体資料を扱うことはなく、倫理面の特段の配慮は該当しない。

C. 研究結果ならびにD. 考察

D.

1. 自殺企図症例へのアプローチ

自殺企図(あるいはPara-suicideとも呼ばれる)症例に対しての介入は、自殺予防に対する最も有用な方法である。したがって、救急現場での自殺症例に対する介入はその後の自殺予防にとって非常に重要なものである。 実際には、40-50%の自殺既遂症例は、自殺企図歴があり、自殺企図は自殺既遂を予測する最大の危険因子である¹⁻³。 自殺企図症例の15%が一年以内に再企図し、一年以内に0.5-2%、9年以内に5%が自殺既遂にいたる⁴。 自殺企図は女性が多く、自殺既遂は男性が多いが、ヨーロッパでは

若年男性の自殺企図が1980代より増加しているとのデータもある(日本のデータはなし)⁵。

自殺企図症例に対する介入は、自殺予防に直結すると予測されるが、現在までのところ、介入方法として、有効性が“確立”されたものはない^{2, 6}。しかしながら、有効性が強く示唆される研究も存在する。

自殺企図後に、身体疾患治療後、精神科フォローアップが薦められるが、25-50%の症例しか外来フォローアップされないことがわかっている⁷⁻¹⁴(日本のデータなし)。勿論、精神科フォローが必要ない症例も存在するが、フォローされない(治療にのらない)症例は再自殺企図の可能性が高まることもわかっている¹⁵。さらには、精神科に入院したとしても、退院直後、とくに退院一週間以内の自殺が多いこともわかっている^{16, 17}。

これら、自殺企図症例への介入RCT研究は欧米で数は少ないものの存在する(日本における報告は、anecdotal reportの域からは残念ながら出ていない)。Chochrane Reviewによれば²、23のRCTが認められている。いわゆるproblem-solving therapy(認知行動療法主体)では¹⁸⁻²²、介入による効果(統計的に有意ではない。症例数の問題が大きく、これからの課題となっている。)も認められている。さらには、“Geen Card (Emergency Card)”による自殺予防効果も認められている^{23, 24}(統計的に有意でない。理由は同上)。これは、自殺企図で入院となった症例に対して、医師はいつでもコンタクトが可能であり、問題が生じた場合には電話でコンタクトをとったり、救急外来を受診するよ

うに勧める方策である。また、頻回の自殺企図が問題となる境界性人格障害症例に対して、認知行動療法の一つであるDialectal Behavior Therapy (DBT)による再自殺企図予防効果(OR 0.24; 95% CI 0.06-0.93)が認められている^{25, 26}。これらの介入研究が日本では認められないため、今後の介入研究が必要である。

自殺企図後の精神科治療へのコンプライアンスが悪い点は先に述べたが、これに対する介入も行われている。ベルギーからの報告では¹⁵、自殺企図で救急外来から帰宅した症例に対して、コミュニティ・ケアの訪問看護による受診援助を行うと、受診コンプライアンスはあがり、自殺企図も減る(OR 0.65, 95%CI 0.36-1.19)ことがわかっている。また、自殺の危険性が高い症例で、フォローアップ受診を中止した症例に対して、手紙による医療機関からのコンタクトをとりつづけることにより、自殺既遂率が低下することも報告されている²⁷。つまり、予防的に自殺予防の介入を行うことが大切であり、患者からのニーズに依存したままでは、再企図予防効果は少ない点を示されている。救命救急センターにおいては、自殺企図症例が全体の15%に達する施設もあり²⁸、これらの介入研究による自殺予防効果の検討が期待される。

なお、RCTを行うためには、最低でも297症例から687症例ずつの割付けが必要であり、多大な予算が必要な点を付け加えておく²。

2. Depression in Primary Care
欧米では、表1のような自殺企図前のヘルス・ケア利用に関するデータが存在す

る²⁹

自殺既遂者は、自殺前一年以内に、ヘルス・ケアを利用することが多い。この点に関して、米国とヨーロッパでは差がない。メンタル・ヘルスを利用するよりも、一般医（プライマリー・ケア）を受診していることが多い。日本におけるこれらのデータは知る限り、存在しない。今後の介入を考えるうえで重要である。とくに初老期から老人のプライマリー・ケア受診データは今後の介入を考えるうえで大切である（欧米では77%が一年以内に受診：女性は100%）。今後の介入を考えるうえで、是非必要な情報である。自殺既遂とは異なるものの自殺企図症例を多く扱う救急現場においての情報収集は貴重な情報となる。

自殺既遂の最も大きな原因のひとつは、うつ病によるものである。厚生労働省も“うつ病対策”の重要性を強調している（自殺防止対策有識者懇談会報告：自殺予防に向けての提言 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h1218-3.html>）。一般医さらには産業医のうつ病の早期発見・早期治療を提言しており、

- (1) マニュアル・研修等を利用し、うつ病等の診断および治療、専門家への紹介が適切に実施できるように、かかりつけ医・産業医のうつ病等に関する知識・技術の向上や生涯教育の推進。
- (2) かかりつけ医・産業医から精神科医等への円滑な紹介等が推進できるように、かかりつけ医・産業医と精神科医等との日頃からの連携強化。といった方針をだしている。

これら、教育効果への期待は予測される政策ではある。もっとも影響

のあった研究は、スウェーデンのGotland 島による一般医に対する教育プログラムである（人口6万、18一般医）^{30, 31}。教育プログラムにより、自殺が減少し、また抗うつ剤の処方も増加していた点が報告されている。しかしながら、この研究ではうつ病の予後評価がなされていない点や、大規模なRCTの結果などにより、一般医への教育だけでは、うつ病の改善は望めないことがわかっている³²⁻³⁵。

さまざまな介入研究により、一般医に対するガイドラインの作成とうつ病教育のみでは、うつ病は改善しないことが明らかであり³²⁻³⁵、現在までの研究を活かした方策を導入していく必要がある（残念ながら、日本ではこれらの研究は存在しない）。“教育”さらにはトラディショナルな“連携の提案”では何ら解決しないことは明らかであり、無駄な投資は避けるべきである。一般医療現場におけるうつ病治療成功の鍵は、“ケース・マネジメント”と“精神医療の積極的な関与”である³³⁻³⁵。これらの、新たなコラボレーションをとらない限り、うつ病の治療効果さらには自殺予防には繋がらないと予想される。日本における、新潟県松之山（人口3000人）の老人全員に対するうつ病スクリーニング、精神科医ならびに保健婦による介入による自殺減少の報告は³⁶、一般化はできないものの（対医療費効果の面からも）大いに参考となる。強力なメンタルヘルスの介入さらには保健婦によるケース・マネジメントも行われており、これらの方策を参考とした、一般化できるより効率的自殺予防方法の検討が必要である。

E. 結語

救急医療において、再自殺企図予防のため、何らかの体系的な介入を行っていく必要がある。現在までに、介入効果が示唆される方法もあるが、確立された方法はない。本邦の救急医療現場に即した介入方法の検討が今後必要であろう。また、自殺企図前の医療機関受療について、自殺企図前の介入を考えていく上で、今後必要な有用な情報となる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

該当なし

【文献】

1. Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *Br J Psychiatry*. 1988;152:359-366.
2. Hawton K, Townsend E, Arensman E, et al. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000 (2):CD001764.
3. Rynnestad T. Mortality after deliberate self-poisoning. A prospective follow-up study of 587 persons observed for 5279 person years: risk factors and causes of death. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32 (8):443-450.
4. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. Sep 2002;181:193-199.
5. Hawton K, Fagg J. Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents. A study of characteristics and trends in Oxford, 1976-89. *Br J Psychiatry*. 1992;161:816-823.
6. Rhodes AE, Links PS. Suicide and suicidal behaviours: implications for mental health services. *Can J Psychiatry*. 1998;43 (8):785-791.
7. Morgan HG, Barton J, Pottle S, Pocock H, Burns-Cox CJ. Deliberate self-harm: a follow-up study of 279 patients. *Br J Psychiatry*. 1976;128:361-368.
8. Turner RJ, Morgan HG. Patterns of health care in non-fatal deliberate self-harm. *Psychol Med*. 1979;9 (3):487-492.
9. Adam KS, Isherwood J, Taylor G, Scarr G, Streiner DL. Attempted suicide in Christchurch: three-year follow-up of 195 patients. *N Z Med J*. 1981;93 (685):376-381.
10. Rynnestad TK. Prospective study of social and psychiatric aspects in self poisoned patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1982;66 (2):139-153.
11. O'Brien G, Holton AR, Hurren K, Watt L, Hassanyeh F. Deliberate self-harm and predictors of out-patient attendance. *Br J Psychiatry*. 1987;150:246-247.
12. Owens DW, Jones SJ. The accident and emergency department management of deliberate self-poisoning. *Br J Psychiatry*. 1988;152:830-833.
13. Macharia WM, Leon G, Rowe BH, Stephenson BJ, Haynes RB. An overview of interventions to improve compliance with appointment keeping for medical services. *Jama*. 1992;267 (13):1813-1817.
14. King CA, Segal H, Kaminski K, Naylor MW, Ghaziuddin N, Radpour L. A prospective study

- of adolescent suicidal behavior following hospitalization. *Suicide Life Threat Behav.* 1995;25(3):327-338.
15. Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, Henderick H, De Bacquer D, Van Remoortel J. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychol Med.* 1995;25(5):963-970.
 16. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet.* 1993;342(8866):283-286.
 17. Dennehy JA, Appleby L, Thomas CS, Faragher EB. Case-control study of suicide by discharged psychiatric patients. *Bmj.* 1996;312(7046):1580.
 18. Gibbons JS, Butler J, Urwin P, Gibbons JL. Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *Br J Psychiatry.* 1978;133:111-118.
 19. Hawton K, McKeown S, Day A, Martin P, O'Connor M, Yule J. Evaluation of out-patient counselling compared with general practitioner care following overdoses. *Psychol Med.* 1987;17(3):751-761.
 20. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *Br J Psychiatry.* 1990;157:871-876.
 21. McLeavey BC, Daly RJ, Ludgate JW, Murray CM. Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide Life Threat Behav.* 1994;24(4):382-394.
 22. Evans K, Tyrer P, Catalan J, et al. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med.* 1999;29(1):19-25.
 23. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry.* 1993;163:111-112.
 24. Gotgrove AJ, Zrinsky L, Black D, Weston D. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *J Adolesc.* 1995;18:569-577.
 25. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(12):1060-1064.
 26. Linehan MM, Heard HL, Armstrong

- HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(12):971-974.
27. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv*. 2001;52(6):828-833.
28. 岸泰宏, 黒澤尚. 救命救急センターに収容された自殺者の実態のまとめ. *医学のあゆみ*. 2000;194:588-590.
29. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):909-916.
30. Rutz W, Walinder J, Eberhard G, et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79(1):19-26.
31. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;85(1):83-88.
32. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;355(9199):185-191.
33. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *Jama*. 2003;289(23):3145-3151.
34. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. *Bmj*. Oct 27 2001;323(7319):948-949.
35. Jimenez-Jimenez FJ, Garcia-Ruiz PJ, Molina JA. Drug-induced movement disorders. *Drug Saf*. 1997;16(3):180-204.
36. 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏, 須賀良一, 小熊隆夫, 小泉毅. 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動-老年期うつ病を中心に-. *精神神経学雑誌*. 1998;100:469-485.

【表—1】

自殺既遂前のヘルス・ケア利用 (Inclusion criteria: Psychological autopsy, record reviews, or record reviews plus additional sources of information) : Review of 40 studies ²⁹

	1ヶ月以内	一年以内	生涯
メンタル・ヘルス利用			
トータル	18.7%	32.1%	53.0%
35歳以下	15.3%	24.0%	38.4%
55歳以上	11.0%	8.5%	19.5%
プライマリー・ケア利用			
トータル	44.8%	76.6%	-
35歳以下	22.8%	62.4%	-
55歳以上	58.0%	77.0%	-

分担研究報告書

自殺未遂者の企図前後における精神科受診行動研究

研究協力者 狩野正之 (佐久総合病院精神神経科部長)

【研究要旨】

本研究では、自殺未遂者の受診行動を調べ、自殺の危険のある者の精神科受診行動を促進させるための方略を提言した。対象は一総合病院急患室に搬入された自殺未遂者 83 例である。方法は、企図前の受診行動の進展段階を調べ、さらに退院後 1 年間の通院継続状況および通院脱落の関連要因を分析した。その結果、企図前の精神科未受診者は 57% を占めており、未受診の理由は患者の認知面の問題および医療体制にあった。退院 1 年後の通院脱落率は対照とした外来新患との間で有意な差はなかった。企図後の通院脱落は企図前の受診行動の進展段階と有意に関連しており、企図前の受診行動が進展している患者は遅滞している患者より企図後の受診行動が継続していた。また企図後の通院脱落は精神疾患診断とも有意に関連しており、気分障害患者は、神経症圏や統合失調症圏よりも継続していた。以上より、自殺者の精神科受診行動を阻害する要因は患者の認知面および治療体制にあり、自殺予防ではその改善が必要であると考えられる。

A. 研究目的

自殺者の約 90% は精神障害が基礎にあると知られている。自殺念慮のある精神障害者を企図前あるいは未遂後に受診行動に結びつけることは、自殺予防上、他科外来や地域からのアクセスが良いという利点をもつ総合病院精神科の重要な役割である。Greer & Bagley (1971) は、企図後の患者を精神科で継続してフォローした群はしなかった群より再企図が有意に少なかったことを示している。しかし、自殺念慮をもつ精神障害者の多くは、企図前あるいは企図後において医療機関への受診行動が継続しにくい。その原因は何であろうか。自殺未遂者は自殺念慮の強さの点で完遂者と同質の集団ではないが、自殺念慮の強さのスペ

クトラムは連続しており、自殺予防戦略の上で未遂者の調査は有用である。本研究では、総合病院急患室へ搬入された自殺未遂者の企図前の受診行動の阻害要因を調べることに、さらに企図後に精神科で介入した後の治療脱落関連要因を分析することを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

1990 年 6 月 1 日から 1999 年 5 月 31 日までの 9 年間に館林厚生病院急患室に搬入された 95 例の自殺未遂患者のうち、黒澤の定義 (1988) に当てはまり、かつ以下を除いた 83 例を対象とした。除外基準は、① parasuicide (自殺意図が不明確で、かつ自

殺手段が非致命的〔少量の服薬あるいは腱や神経に達しない手首自傷〕患者) 7 例。身体的に入院治療を必要としないため帰宅させ、精神的なフォローのためには外来通院を指示した。②急患室から、あるいは当院入院後に有床総合病院精神科または他科併設精神科病院へ転院した 4 例、③入院中に再企図し死亡した 1 例である。1996 年 6 月 1 日から 1998 年 5 月 31 日までの間に当科外来を初診した 588 例を対照群とした。その脱落率と関連要因は以前、報告した(狩野ら, 2001)。対象群の調査期間は対照群より長かったので、1990 年 6 月~1995 年 5 月と 1995 年 6 月~1999 年 5 月の 2 期間に分けて対象の背景について χ^2 検定したが、有意な差はなかった。

調査施設は自治体立で一次・二次救急を担う 363 病床の地域基幹病院である。精神科は無床で常勤医 1 名である。自殺未遂患者の治療は、自殺念慮が消失するまでの期間、個室で家族を付き添わせ、身体科の依頼により精神科でリエゾン診療した。退院時に外来通院に必要なおよその期間を伝え、退院日から約 1 週間後の初診日を決めた。通院治療は約 2 週間の間隔で行った。入院から外来を通じて精神科では小精神療法および薬物療法を行った。以上の手順の中で、外来初診日の予約および急患室と外来の精神科医を同じにすることが治療継続要因として報告されている (Torhorst and colleagues, 1987, 1988, 1999)。本研究では、これらを確認した。

2. 方法

診療録をもとに、83 例の対象について、退院日から 1 年間における治療関係の転帰、患者特徴、企図前に精神科を受診しなかった患者の未受診の理由を調べた。治療関係の転帰は、通院継続、終結、死亡、他院通院紹介、他院入院紹介、脱落に分類した。終結は、症状が改善し患者と同意の上で治

療を終結する旨が診療録に記載されている場合である。脱落は、受診予約日を 2 カ月過ぎても来院しない場合とした。脱落の 2 カ月後に同じ精神疾患で再通院する患者はいなかった。

患者特徴の調査項目は、性、年齢、居住地、結婚歴、家族構成、職業、企図前の受診行動の段階、精神疾患診断、企図手段(複合手段では主となる手段を計数)、自殺の動機、入院時の身体および精神的重症度、入院病棟、入院期間、退院時の精神的重症度および受療意欲である。企図前の受診行動について、行動を起こしたか否かで分け、さらにその進展度から行動(援助希求行動 help seeking behavior: HSB)を 4 段階分けた。すなわち精神的問題(希死念慮に限らない)を認知する前で病識の完全な欠如している段階(HSB-1)、精神的問題のある程度認知したが、病気であるという意味づけが不十分である(病識が不完全)か、あるいは受診に抵抗があり受診する前の段階(HSB-2)、受診行動を起こしたが中断した段階(HSB-3a)、および受診行動が継続している段階(HSB-3b)である。精神疾患診断は ICD-10 分類を基に、統合失調症圏(F20-F29)、気分障害(F30-F39)、神経症圏(F40-F48) およびその他に分けた。

3. 統計解析

対象の退院時を追跡開始時点とし、脱落をエンドポイントとし、生存分析を用い、脱落関連要因を調べた。脱落の経過は Kaplan-Meier 曲線を用いて表した。自殺未遂群と対照群の脱落率の比較では、患者特性のうち有意な差のある変数を Cox の比例ハザードモデル(重回帰型生命表法)を用いて補正した。脱落要因の検討は、2 群間の単変量解析ではログランク検定を用いた。3 群以上ではログランク検定で一様性の仮説の検定を行い、各 2 群間は一般化ウィルコクソン検定を用いた。多変量解析では

Cox の比例ハザードモデルを用いた。その当てはまり具合を検証し、赤池の情報量基準 (AIC) が最小となるような要因の組み合わせを調べた。その他の検定では、 χ^2 検定を用いた。2×2 分割表では Yates の補正を行った。以上の分析は統計ソフト HALWIN ver. 5.44 を用い、 $p < 0.05$ を有意とした。

C 結果

1. 対象の患者特徴 (表 1, 表 2)

対象群の特徴は、女性が多く、気分障害および神経症圏が多く、また薬物手段が多いことで、従来の一次・二次救急施設に搬入される自殺未遂患者とほぼ一致していた。

対象群の特徴を外来新患群と比べると、性、住所、結婚歴、精神科治療歴、精神疾患診断、GAF 得点の 6 つの項目で有意な差がみられた。

主な疾患別に企図手段と動機をみると、気分障害では、薬物が非薬物手段より多く (74% vs 26%)、動機は現実的葛藤が病的体験より多かった (74% vs 26%)。統合失調症圏では、薬物より非薬物手段がやや多く (42% vs 58%)、全例、病的体験に基づいていたが、2 例は現実的葛藤も伴っていた。神経症圏では、薬物が非薬物手段より多く (88% vs 12%)、全例現実的葛藤に基づいていた。以上の疾患別特徴は先行研究と一致していた。

2. 企図前における精神科への受診行動

企図前に精神科への受診行動を起こさなかった患者 (HSB-1, 2) は 47 例、57% だった (HSB-1, 5 例, HSB-2 42 例)。受診行動を起こさなかった理由は (重複を許して計数)、病識が欠如している (完全から不完全まで) 患者が最も多く、45 例 (抑うつ症状 16 例, 不安症状 21 例, 精神病症状 8 例) だった。抑うつ症状を認識していない患者では、食欲低下や倦怠感などの身体症状を訴え、他科開業医を受診したが、精神科治療や精神

科紹介がなされなかった患者が 7 例あった。また精神科受診に対する心理的抵抗を述べた患者が 5 例あった。これらの患者の家族も心理的抵抗を示していた。

企図前に精神科への受診行動のあった患者は 36 例 (HSB-3, 4; 当院 10 例, 他院 26 例)、43% あり、そのうち 12 例は受診後に中断 (HSB-3) していた。中断理由については、全例、症状が改善したためであることを述べた。

3. 入院中のリエゾン診療状況

GAF 得点は入院時には全例重症であったが、退院時には全例で自殺念慮は消失した。入院期間は平均 30 日、中央値 10 日、幅 1~606 日であった。

4. 退院後 1 年間における精神科受診行動 (表 3)

1 年後の脱落率は 36% であり、その多くは 3~6 カ月までの治療初期に脱落していた。死亡は通院中の再企図既遂であった。

対象群と外来新患群の累積通院継続率について、両群間で有意な差のあった 6 項目について補正したが、両群間で通院継続率は有意な差はみられなかった。

5. 退院後における精神科受診行動の脱落関連要因 (表 2)

対象の脱落について、ログランク検定による単変量解析では、企図前の受診行動の段階 ($p < 0.001$)、精神疾患分類 ($P < 0.001$) および受療意欲 ($P = 0.005$) で有意な差がみられた。

多変量解析では、精神疾患診断分類 ($P = 0.003$) および企図前の受診行動の段階 ($P = 0.005$) が有意な脱落関連要因として抽出された。

救助行動段階別の累積通院継続率では、通院継続患者 (HSB-3b) の企図後の通院継続状況は良好であり、一方、認知前の患者 (HSB-1) は 3 カ月以内に全例脱落していた。通院を開始したが中断した患者 (HSB-3a)

は、有意差はみられなかったものの継続患者 (HSB-3b) より脱落し易かった。2 群間の脱落率では、認知前の患者 (HSB-1) と通院継続患者 (HSB-3b) ($P<0.001$) および通院中断患者 (HSB-3a) ($P=0.011$) の間で、また受診前の患者 (HSB-2) と通院継続患者 (HSB-3a) の間で有意な差があった ($P=0.002$)。その他の 2 群間では有意な差はなかった。

精神疾患別の累積通院継続率では、気分障害は神経症圏 ($P<0.001$) および統合失調症圏 ($P=0.032$) より有意に継続しやすかった。その他のいずれの 2 群間でも有意な差はなかった。

D. 考察

自殺未遂者の企図前における受診行動について、行動を起こしている割合が外来新患と比較し有意に多かったが、自殺念慮という重篤な精神症状を考慮すれば未受診が約半数あることは問題である。未受診の理由の多くは病識欠如であった。この中には完全な欠如から不完全なものまであり、また希死念慮に対する病識とその他の精神症状に対する病識が含まれている。これらは「不安を外的に行動として発散するが内的体験として構築できない」(笠原, 1976) という自殺者の心理特性によるのであろうが、内的体験として構築する能力の生来的な欠如によるのか、「解離」(張, 2001) あるいは「認知の狭窄 cognitive and perceptual constriction」(Schneidman, 1992) などの一時的な状態によるのか、あるいは両者によるのかは明らかではなく、このような自殺者の認知機能の問題に関する解明が必要である。さらに患者や家族の精神科受診に対する心理的抵抗に代表されるように、援助希求行動が起こせない場合もある。援助希求行動を起こしにくいのが患者の社会的認知障害のためだとすれば、社会が患者を

援助するシステムが必要である。ところが、今回、開業医 general practitioner を受診したが適切な対応がなされなかった場合があったように、自殺念慮者の援助希求行動に大きな役割を果たすはずの開業医が、精神医学的知識が乏しくうつ病患者を見逃してしまうことが受診行動遅延の社会的理由として少なくない。一方、企図前受診行動が中断してしまった患者は、その理由として治療により一時、症状が改善したことをあげていたが、これは治療継続の必要性が理解されていなかったと言える。今回の調査では明らかにされなかったが、薬物の副作用や治療方針の問題などで医師との治療関係が構築されていなかった可能性や病院までの通院距離の問題、精神科治療に対する偏見などが混在していた可能性もある。

企図後の通院継続状況を外来新患の初診後のそれと比べると、脱落が初期から始まり、次第に増加し、やがて一定の値となるという経過は似ており、1 年後の脱落率は両群間で有意な差はみられなかった。自殺未遂者が入院治療を受け、治療関係を構築する機会があったことを考慮すれば、外来新患と同様に脱落したことは問題である。脱落関連要因として、予想通りに、企図前の受診行動の段階が抽出された。我々の外来新患でも治療歴の有無が有意な脱落要因であったことから、企図前の受診行動の段階は自殺未遂者に非特異的な要因であるが、未治療のうちでも問題を認識していない段階の者は通院 3 カ月以内にすべて脱落しており、また、たとえ企図前に通院歴があっても中断した者は企図後も脱落し易いという特徴があった。これは、精神症状を内的体験として構築していない患者と企図後の治療関係を作ることの困難さに起因するであろうが、また自殺者の心理特性として知られる「問題解決の戦略を変えられない」という認知の硬直 cognitive rigidity

(Williams, 2000) によるのかもしれない。したがって、自殺者の企図前の受診行動の段階に配慮して治療関係を構築すること、すなわち受診行動段階が進展していなかった患者では認知面の問題、あるいは患者を取り巻く家族や地域社会の問題に留意することが企図後の治療継続、ひいては再企図予防につながるであろう。

本研究では、もう一つの脱落関連要因として精神疾患が抽出され、神経症圏および統合失調症圏が気分障害より脱落しやすかった。疾患別の脱落の違いは我々の外来新患では認められなかったことから、これは自殺未遂者に特異的な脱落要因である。自殺未遂者の神経症圏では、自己の状態が精神科治療の対象となるという認識に乏しい者、企図を契機に家族と話し合っただけで解決される者、家族が治療の必要性を認めない者があった。こうしたケースに対してソーシャル・ワーカーやリエゾン心理士を介入させることが一つの対策である。統合失調症圏では、精神的な回復期治療の必要性を認識しにくく、一般病棟では行動制限はできないので、身体面および精神面への急性期治療が中心とならざるを得ず、治療動機づけが不十分であったことが脱落しやすさの原因と推測される。病的体験に基づいて企図した統合失調症圏に対して、総合病院で病棟構造上の救急対応能力を高めること、包括的な合併症治療システムを確立させる必要がある。気分障害は外来新患と比べ有意に多く、自殺予防の重要な対象である。今回、気分障害の企図後の通院継続性が良好であったことは、リエゾン治療が成功していた結果と言える。無床総合病院精神科における自殺未遂患者のアフターケアの可能性を示唆しているが、医療法上、身体治療が終了すれば気分障害患者を退院させなければならないことが限界となる。

E. 結論

企図前の受診行動を阻害する問題は、第一に患者の認知面にあるが、第二に医療体制や治療者がそうした患者を援助できない面にある。自殺未遂後の受診行動の脱落は、企図前の受診行動および精神疾患診断と関連していた。企図前において精神科受診行動を促すためには、他科医や一般住民への精神医学的知識の啓蒙、また患者の認知面の異常に留意して治療関係を構築することが重要である。企図後の再企図予防のためには、企図前の受診行動が遅滞していた患者ではその要因を把握すること、また精神疾患に応じた合併症治療体制の検討が要請される。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

狩野正之、柴田信義、横川新二、間島竹彦：自殺未遂患者のアフターケアにおける精神科通院継続性一求助行動段階および精神疾患診断との関連一、総合病院精神医学、15、32-44、2003

2. 学会発表

狩野正之：自殺未遂患者のアフターケアにおける精神科通院継続性一求助行動段階および精神疾患診断との関連一、第17回日本総合病院精神医学会総会、2004、東京

H. 知的財産の出願・登録状況

なし

本研究の統計処理に関して、群馬大学医学部社会環境医学部講座生態情報学小山洋教授のご助言を賜った。

表-1 精神科外来新患と自殺未遂者の患者特徴の比較

項目	外来新患 (n=588)	自殺未遂患者 (n=83)	P値
性			0.030
男性	255 (43)	25 (30)	
女性	333 (57)	58 (70)	
年齢			0.558
29歳以下	146 (25)	25 (30)	
30~49歳	176 (30)	22 (27)	
50~69歳	163 (28)	19 (23)	
70歳以上	103 (18)	17 (21)	
居住地			<0.001
市内	272 (46)	58 (70)	
市外	316 (54)	25 (30)	
保険			<0.001
健保本人	179 (30)	19 (23)	
健保家族	169 (29)	25 (30)	
国保	235 (40)	29 (35)	
その他	5 (1)	10 (12)	
結婚歴			<0.001
未婚	155 (26)	41 (49)	
既婚	356 (61)	27 (33)	
離婚, 死別	77 (13)	15 (18)	
家族の有無			0.598
単身	43 (7)	8 (10)	
家族有り	545 (93)	75 (90)	
職業			0.618
有り	219 (37)	28 (34)	
無し	369 (63)	55 (66)	
精神科治療歴			<0.001
有り	87 (15)	36 (43)	
無し	501 (85)	47 (57)	
精神疾患			<0.001
気分障害	152 (26)	38 (46)	
神経症圏	253 (43)	25 (30)	
統合失調症圏	54 (9)	12 (15)	
その他	129 (22)	8 (10)	
精神症状 (追跡開始時)			<0.001
軽症	54 (9)	63 (76)	
中等症	335 (57)	14 (17)	
重症	199 (34)	6 (7)	
受療意欲 (追跡開始時)			0.343
積極的	489 (83)	73 (88)	
消極的, 拒否的	99 (17)	10 (12)	

表2 自殺未遂者の1年後通院脱落の単変量解析および多変量解析

変数	例数	脱落数 (脱落率, %)	P 値	
			単変量解析	多変量解析
全体	83	30 (36)		
性			0.302	—
男性	25	12 (48)		
女性	58	18 (31)		
年齢			0.879	—
29歳以下	25	10 (40)		
30~49歳	22	8 (36)		
50~69歳	19	6 (32)		
70歳以上	17	6 (35)		
居住地			0.475	—
市内	58	19 (33)		
市外	25	11 (44)		
保険			0.807	—
健保本人	19	7 (37)		
健保家族	25	9 (36)		
国保	29	10 (35)		
その他	10	4 (40)		
結婚歴			0.377	—
未婚	41	13 (32)		
既婚	27	10 (37)		
離婚, 死別	15	7 (47)		
家族の有無			0.478	—
単身	8	4 (50)		
家族有り	75	26 (35)		
職業			0.707	—
有り	28	11 (39)		
無し	55	19 (35)		
援助希求行動の段階			<0.001	0.005
HSB-3b	24	4 (17)		
HSB-3a	12	3 (33)		
HSB-2	42	18 (43)		
HSB-1	5	5 (100)		
精神疾患			<0.001	0.003
気分障害	38	7 (18)		
神経症圏	25	12 (48)		
統合失調症圏	12	6 (50)		
その他 a	8	5 (63)		

企図手段			0.831	—
薬物	47	17 (36)		
非薬物 b	35	13 (37)		
自殺の動機			0.983	—
現実的葛藤	55	18 (33)		
病的体験 c	28	12 (43)		
飛鳥井分類 (入院時)			0.823	—
絶対的危険群	8	4 (50)		
相対的危険群	75	26 (35)		
忽滑谷分類			0.22	—
軽症群	45	16 (36)		
中等症群	30	9 (30)		
重症群	8	5 (63)		
入院期間			0.176	—
1~10日	42	14 (33)		
11日以上	41	16 (39)		
GAF 得点			0.591	—
軽症	63	22 (35)		
中等症	14	5 (36)		
重症	6	3 (50)		
受療意欲 (退院時)			0.005	—
積極的	73	22 (30)		
消極的, 拒否的	10	8 (80)		

単変量解析はログランク検定による P 値

多変量解析は Cox の比例ハザードモデルによる P 値

a: パーソナリティ障害 5 例, 物質関連障害 2 例, 器質性精神障害 1 例

b: 刃器 13 例, 毒物 11 例, 飛び降り 4 例, 入水 2 例, 縊首 2 例, ガス 2 例, 焼身 1 例

c: 家庭内の問題 29 例, 仕事上の問題 8 例, 身体的問題 7 例, 経済的問題 2 例

d: 現実的葛藤のないうつ状態 14 例, 妄想状態 14 例

表—3 退院日からの期間と治療関係の転帰別累積人数(%)

転 帰	退院日からの期間				
	2 週間	1 カ月	3 カ月	6 カ月	1 年
通院継続	58 (70)	52 (63)	37 (45)	32 (39)	28 (34)
治療終結	12 (15)	13 (16)	15 (18)	15 (18)	16 (19)
他院紹介	3 (4)	4 (5)	7 (8)	8 (10)	8 (10)
死 亡	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)
通院脱落	9 (11)	13 (16)	23 (28)	27 (33)	30 (36)

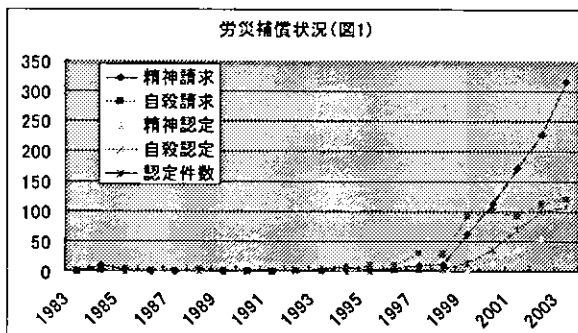
労働者における自殺予防に関する研究
—労災請求患者調査より—

分担研究者 黒木宣夫（東邦大学佐倉病院精神医学研究室助教授）

【研究要旨】 1998年度よりわが国の自殺者総数は三万人を突破した状態が続いており、特に中高年男性の自殺者の増加は、男性全体の今までの平均寿命を引き下げるほどの影響を与え、深刻な社会問題として受け止められている。この背景には近年のめざましい科学技術の革新、終身雇用制の崩壊、製造業の外注化、分社化、就業形態の多様化、さらにリストラに伴う早期退職者の増加など就業者を取り巻くストレスは多様化し、企業の廃統合・倒産が続発の中で完全失業率の増加等が中高年層を直撃している。2003年度の自殺者総数は34427人であり、過去最高を記録し、被雇用者7470人(25%)、自営業者4215人(12%)、管理職735人(2%)を占め、労働者の自殺は、全体の36%(12420)を占めていた。また労災請求事案も急増しており、労働者の自殺を防止するための研究が必要と考え、某機関に請求された事例95例(過去5年間)に関して、認定事例、非認定事例に分類して検討を加えた。今回の労災請求事例調査結果から考えると、認定・非認定事例を問わずに転勤、配置転換などの環境の変化に伴う業務内容の変化、責任の過重負荷等がうつ病発症の大きな要因であることが明らかになった。また、業務上の出来事から3ヶ月以内の死亡は全体の43%(41)、特に認定事例67%(18)をも占めていたが、認定事例は業務上の出来事から極めて早期に発症し、発病すると非認定事例に比べ早期に死亡することが明らかになった。

A. 近年の労災認定の動向

1. 精神障害の労災補償状況の推移
現在までの精神疾患の労災補償



状況²⁾³⁾については図1のとおりである。1983年から2003年までの21年間に精神疾患に係わる労災請求件

数は1586件(自殺626件)であった。平成14年度の請求件数は341件(自殺請求112件)で、三分の一(100件)が認定されており、自殺の認定は43件であった。この43件のうち2例は脊椎損傷や塵肺で療養中に病状が急変し極度の苦痛を伴った上での自殺のため過労自殺とは言えない。したがって14年度の過労自殺件数は41件となる。最近の労災請求の特徴は、図1でわかるように精神疾患請求件数が一直線上に急増しており、自殺請求件数を大きく上回っている。特に01年度から業務上認定に関して、精神疾患認定件数が自殺認定件数を逆転した。

2. 1999～2003年までの5年間の認定事案の概要²⁾

1) 性別：過去5年間（1999～2003年）

性別(表1)	H11年	H12年	H13年	H14年	H15年	計	%
男	12	24	48	76	77	237	72%
女	2	12	22	24	31	91	28%
合計	14	36	70	100	108	328	100%

の労災認定事案は328件であり、男性が72% (237) を占め、女性は28% (91) であった。

年齢(表2)	H11年	H12年	H13年	H14年	H15年	計	%
29歳以下	4	7	24	25	25	85	26%
30～39歳	3	8	20	25	39	95	29%
40～49歳	3	11	11	23	22	70	21%
50～59歳	3	6	11	20	19	59	18%
60歳以上	1	4	4	7	3	19	6%
合計	14	36	70	100	108	328	100%

2) 年齢：年齢は、40～49歳は21% (70)、50歳以上が24% (78)、39歳以下が55% (180) で、認定指針公表後の2年間に比べ、若干若い人の労災認定が増加傾向にあることが明らかになった。

3) 業種：建設・運輸関係が最も多く26%

業種(表3)	H11年	H12年	H13年	H14年	H15年	計	%
製造業	2	5	16	15	27	65	20%
建設・運輸	7	12	14	31	20	84	26%
卸・小売業	1	5	9	8	11	34	10%
金融・保険	0	2	2	7	3	14	4%
保健・衛生業	0	5	11	3	10	29	9%
その他の事業	4	7	18	36	37	102	31%
合計	14	36	70	100	108	328	100%

(84) を占め、製造業20% (65)、卸・小売業10% (34) であった。林業、漁業、鉱業、その他が31% (102) であった。

4) 職種：情報処理技術者、医師、教員などの専門技術職が最も多く25% (81)、次に管理職19% (61)、事務職が13% (41) 重機オペレーター、大工などの技能職15% (50)、サービス職が9% (31)、販売

職8% (27) であった。

職種(表4)	H11年	H12年	H13年	H14年	H15年	計	%
専門技術職	4	12	16	21	28	81	25%
管理職	3	10	15	18	15	61	19%
事務職	0	2	11	19	9	41	13%
販売職	1	4	8	4	10	27	8%
サービス	1	1	4	13	12	31	9%
運転手等	1	0	5	9	8	23	7%
技能職	4	3	8	11	24	50	15%
その他	0	4	3	5	2	14	4%
合計	14	36	70	100	108	328	100%

5) 疾病名 (ICD-10)：認定された事案の診断名は気分障害55% (179)、神経症性障害45% (148) であった。

疾病分類(表5)	H11年	H12年	H13年	H14年	H15年	計	%
F0. 症状性を含む器質性精神障害	0	0	0	1	0	1	0%
F3. 気分(感情)障害	8	19	41	55	56	179	55%
F4. 神経症性障害	6	17	29	44	52	148	45%
合計	14	36	70	100	108	328	100%

B. 調査対象と方法

某労働局に精神障害の請求があり、精神障害専門部会で検討がなされた95例(過去5年間)に関して、認定事例、非認定事例に分類して検討を加えたので報告する。事例は特定できないよう倫理面の配慮を行った。

C. 調査結果

1. 年齢

年齢(表1)	非認定	認定	件数
20～29	22	32%	4
30～39	17	25%	9
40～49	19	28%	5
50～59	7	10%	8
60～69	2	3%	1
70～	1	1%	1
	68	100%	27
			100%
			95
			100%

非認定事例は20代が32% (22) を占

めているのに対し、認定事例は4例(15%)に過ぎない。また50歳以上の事例に関しては、非認定事例は14%(10)に過ぎないが、認定事例は34%(9)を占めていた。

2. 家族構成

非認定事例は単身者12%(8)、二世

家族構成	非認定	認定	件数
三世代	6	7	13
単身	8	2	10
二世	53	14	67
不明		1	1
夫婦	1	3	4
	68	27	95

代78%(53)が多いが、認定事例は三世代26%(7)が多くみられた。

3. 職種

職種	非認定	認定	件数
その他	1		1
営業職	15		15
管理職	11	14	25
技能職	8	2	10
事務職	15		15
専門技術職	16	9	25
販売職	2	2	4
	68	27	95

認定事例は管理職52%(14)、専門技術職33%(9)が多く、非認定事例は表3で示したように営業、事務職などさまざまであった。

4. 業種

認定事例で多いのは建設業30%(8)、製造業22%(6)、電気通信事業15%(4)、卸小売業15%(4)であった。非認定事例は、建設19%(13)、製造13%(9)、金融保険業13%(9)、卸小売業12%(8)が多くみられたが、さまざまな業種からの請求がみられた。

5. 企業規模

認定事例は大企業が41%(11)、小

業種	非認定	認定	件数
医療	2		2
印刷業	1		1
卸・小売業	8	4	12
金融・保険業	9		9
建設業	13	8	21
交通運輸業	4	2	6
情報処理	7	2	9
電気通信事業	2	4	6
不動産業	2		2
製造業(重工業)	9	6	15
トンネル掘削	1		1
自動車販売	1		1
保健・衛生業	1		1
その他	8	1	9
	68	27	95

企業も30%(8)、非認定事例も大企業が35%(24)、小企業も31%(21)を占め、全体の37%(35)は大企業の事例であった。

企業規模	非認定	認定	件数
小企業	21	8	29
中企業	20	3	23
大企業	24	11	35
不明	3	5	8
	68	27	95

6. 出来事の類型

出来事の類型	非認定	認定	件数
出来事なし	9		9
仕事の失敗、過重な責任の発生	10	10	20
仕事の質・量の変化	13	11	24
事故や災害の体験	3	2	5
身分の変化等	2		2
対人関係のトラブル	9	1	10
役割・地位等の変化	22	3	25
	68	27	95

仕事の失敗、顧客とのトラブルなど業務上の出来事が見当たらないのに労災請求がなされた事例が9例みられた。

認定事例に関しては、仕事の質や量に大きな変化がみられた事例が47%(11)、仕事に失敗して過重な責任が発生した事例も37%(10)みられた。

7. 出来事の内容