

意味すると指摘している。

しかし、最近臨床の場面で遭遇する自傷はこれとは異質の感がある。思春期、青年期の情緒発達障害の状態にある者が、自分の手首や腕を鋭利な刃物で切傷するケースが多くなってきた。男性においては、たばこの火の押しつけ痕を目にする機会が多い。こうした自傷を繰り返す若者の対応に精神医療、救急医療の場ばかりでなく、社会全体が苦悩している。そのような臨床体験のなかで、必然的に自傷行為に対する問題意識を抱かざるを得ない。最近の、鹿児島大心身医療科チームの調査⁴⁾で、子どものころに家族から精神的暴力を受けた経験のある人は、そうでない人に比べ、リストカットなどの自傷行為に走るリスクが約9倍になると報告している。こうした行動化は、対象喪失や分離不安の葛藤に基づく些細な失意体験によって生じた怒り、不安、抑うつなどを解消しようとする一つの試みとも考えられている。

3. 救急医療における自傷・自殺企図者

救急医療の場では、明確な自殺念慮から刺傷、切傷にて凄惨な状態で入院してくる場合もある。一方、自ら手首を切るリストカット、腕を切るアームカット、過量服薬による急性薬物中毒をなど、あらゆる自傷・自殺企図者が身体的初期治療のために入院する場でもある。自殺念慮に乏しい彼らと事後直後に介入するなかで、その多くは、「理解してもらえないという不安と見捨てられ感」「裏切られたという怒りと絶望」、そして、「どうでも良い、放っておいてという投げやりな態度と諦め」といった様々な感情を訴える。

彼らの自傷行為と自殺企図行動は必ずしも自殺に直結しない。自罰的、顕示的、演技的色彩が行動化の一面に認められていても全てではない。つまり、一時的に不安や緊張、抑うつを軽減するための完

結的行為である側面が強い。これは、一部の過量服薬者にも当てはまると思われる。過量服薬は身体の一部損傷を伴うものではないが、内臓障害や場合によっては身体機能不全の後遺症を残す場合もある。一時的に意識を失うということ、または、記憶を消却することで一時的な完結を図ることができる。よって、過量服薬ではリストカットと同類の自傷行為の心性を持ち合わせている場合も多いと考えられる。

自傷・自殺企図者の診察を進めるうえで、本人から、「行動化がどのような結果をもたらすと考えていたか?」「既遂の危険性の高い手段か?」「何らかの予防介入する余地はなかったか?」「綿密に計算されて遂行されたのか? (救出されたのは偶然か?)」「最初から救助の可能性の高い時や場所を選択していたのか?」「救命に対して本人の態度と考えは?」「行動化を通して誰に何を訴えようとしていたのか?」を聞き出す必要がある。そして、治療に当たっては、自殺念慮の深さから自殺の素振りや操作的な行動まで、正確な行動化の状況背景を理解し、本人の意図を把握しなくてはならない。「患者の意図によって生じ自殺に類似しているが、致命的な転帰をとらない全ての行為」を疑似自殺 (parasuicide) と名づけて、詳細に自殺と区別している報告もある⁵⁾。しかし、救急医療の場という特殊環境の中で行動化の背景を彼らから十分に聞き出し行動化の状況背景を明確化することは、環境的、時間的、身体因的に制限があり極めて困難である。本稿では救急医療の入院理由となる自傷行為と自殺企図を、やむを得ず明確に区別することなく論を進める。

4. 救急医療における自傷・自殺企図の手段の特徴

当院の救命救急センターで身体科入院

が少ないのは、当院では誤嚥性肺炎、悪性症候群など内科疾患を救命救急センターにおいて、継続して診察する体制が整っていることによると考える。また、精神科入院は12%(38例/327例)であった。よって、過量服薬による入院の場合、治療において必ずしも高次の救急医療の場を必要としないケースが多いと考えられた。また、救命後の経過において、再び過量服薬で再行動化を図る症例が多かった。よって、安易な大量服薬に及んでしまう背景にある精神症状・状況因の把握、向精神薬の副作用を含めた薬品情報提供と服薬指導を検討することは、過量服薬による再行動化予防にとって必要である。

リストカットによる入院が少ない印象にあるのは、調査先が高次救命救急センターであり、切傷による血管・腱断裂といった重傷者が多いこと、軽傷者は一次・二次救急医療対応が多いこと、または、3km以内の近隣に300床を越える精神科単科病院が3施設あり、その場において通院者は縫合処置程度が行われている場合が多いこと、などによると考えられる。しかし、リストカットは日常の臨床場面では年々増え続けている印象がある。当院治療圏の精神科・心療内科クリニック通院者がリストカットをした場合、外科的処置において当院救急外来を紹介され精神的評価のために精神科が呼ばれる場合が多い。

本人がその気にならない限り、誰も自傷行為と自殺企図を止めることはできない。特に、リストカットは面倒な準備やお金も要らない手軽さがあり、その気になればいつでも手軽に行動化できる手段である。本邦での自傷研究は、Rosenthalらの「手首自傷症候群」⁶⁾の紹介に偏ってしまった経緯がある。価値あるその他の自傷研究検討や実証的なデータの裏付けもないまま、結果として私的な印象や臨床雑感を述べることに終始すること

が少なくない。こうした事態は、時代の変化から精神医学や心理学がますます取り残されることになる。自傷行為、特にリストカットの臨床的特徴を積み上げ、救急医療の場における適切な精神医療のマネジメントを考えていかななくてはならない。

5. 自傷・自殺企図者の精神医学的診断

当院の調査で、自傷・自殺企図者に思春期後期、青年期前期の女性が多かったことは、治療圏である多摩ニュータウン内に5大学が集結し、また再開発にて都心に通勤する单身生活者や新婚世帯も多く生活していることによる地域特性が考えられる。

自傷・自殺企図者に対する精神医学的診断は治療管理上どうしても必要である。自傷行為は、さまざまな疾患を基盤に起こり得るものである。そのため、鑑別診断として人格障害と他の疾患の見極めは重要である。自傷・自殺企図行動の本来の病理を見落としては、治療が著しく混乱し、治療関係も不毛なものとなり得る。一方、米国の自傷研究者Favazzaら⁸⁾は、習慣性自傷者のうち、境界性人格障害(BPD: Borderline Personality Disorder)の診断を満たしたものは半分に満たなかったことを報告し、「自傷行為はBPDの典型的な兆候」という見解に疑問を投げかけている。彼は自傷行為が摂食障害に多く認められるために、摂食障害との関連特徴とその複雑さを指摘している。自傷行為を自殺企図として誤認されることが多いこと、また「熟慮した自己害症候群: deliberate self-harm syndrome」として知られている衝動調節障害の表現形として考えている。そして、自傷者に宿る離人症、罪業感、拒絶、および退屈な気持ちから逃れるために、幻覚症状、過剰な性的欲求、混沌とした思考と同じような急速であるが一時的な救

護を提供する、病的な自助努力手段として自傷行為を理解している。

救急医療の場においてはその各種制約ゆえに、精神科医が自傷・自殺企図者に対して安易に診断を下して納得してしまう場合、暫定診断で本人の診察を完了した気になる場合、または、外来主治医の情報を鵜呑みにして十分な診察なしに診断を付記しておく場合が多い。改めて診断をつける際に精神科医は熟考を必要とし、特に、人格障害の診断には慎重となること、そして単に診断を下すばかりでなく行動化の背景を本人以上に熟考し理解する努力が必要である。

6. 自傷・自殺企図者に対する医療従事者の捉え方と対応

自傷・自殺企図者に対する医療従事者、とくに身体科医師の判断に「狂言自殺ではないか？」という捉え方がある。また、家族と知人の要望として自傷・自殺企図が生じたことへの自責感を回避するために、本人の行動化の意図をかたくなに消去しようとする捉え方がみられることがある。救急医療の場では、必ずしも精神科医が対応できる訳ではない。一次、二次救急医療施設では精神科医の対応は稀である。よって、自傷・自殺企図者のおかれている状況・性格傾向・精神症状などに触れることもなく、身体的処置のみで退院してしまうことが多い。

また、生命に危険性が少ない自傷・自殺企図で入院になった場合、医療従事者は「またか、うんざりする、未熟で操作的な人格障害者」として治療介入前から患者にレッテルを貼ってしまう。そのため、医療従事者は自傷・自殺企図者への治療・看護意欲を損ない、積極的な精神的アプローチからも遠ざかってしまう。一方、救急医療の場に入院したことで、大多数の自傷・自殺企図者は、身体に傷を負ったばかりでなく、高額な医療費を請求され、

家族・友人に心配と迷惑をかけてしまったという後悔と自責感といった「こころの傷」をも負うことになる。精神医療の介入なくして、状況は何も変わらないまま地域に戻ることになるとすれば、当然ながら行動化を繰り返す者は少なくない。また、地域に同じような精神的問題を抱えた若者が本人の周囲に集まっていれば、触発されて連鎖的、同時多発的に多数の行動化が発生してしまう可能性は高い。

7. 救急医療の場における自傷・自殺企図者への危機介入

救急医療の場であっても、医療従事者は自傷・自殺企図行動の症状機制とその精神力動の究明を行わなくてはならない。自傷の原因となっている精神的苦悩を自傷行為によって解決を図ろうとしたとするならば、それは合理的な方法ではないと自覚を促さなくてはならない。また、行動化の意味するところを相互に検討を図らなくてはならない。そのうえで、自傷・自殺企図という行動化での解決ではなく、言葉による相手との感情表現と意思疎通での解決が最良の解決策であることを繰り返し示す必要がある。

救急医療の場は身体治療が中心の場であっても、自傷・自殺企図者に対応する医療従事者には、力動精神医学と精神療法のある程度の素養が必要とされる。しかし、現状では精神医療への受療が提供されないばかりか、提供されてもその場限りが多い。そして、その質にバラツキが多く、有効性に疑問も多い。よって、救急医療における精神科医の介入にて予後の変化を求めることには現実的には困難である。それでも自傷・自殺企図者の再行動化の危険性ばかりでなく、自傷の伝染現象をも軽減する対策が必要である。このために、今後、救急医療の場におけるクライシス・カードの導入、積極的な受療援助（アウトリーチ）、ケースマネジ

メントの施行など積極的な検討が進められることを期待される。

8. 救急医療の場における事後援助

救急医療の場における精神科医の介入によって救命された自傷・自殺未遂者全体の81%を精神医療につなげられた。また、救命救急センター退院1年後の追跡調査が可能であったケースの84%が精神医療を継続受療していた。しかし、適応障害と人格障害では、他の診断群と比較して治療中断例が多く、また、1年以内に再自傷・自殺企図が認められた。この原因として、①適応障害と人格障害の診断基準を満たすケースは、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、②救急救命センターの入院意味を調査した結果⁷⁾、入院を『不本意』とする症例が人格障害では41%と高値であり、救急医療入院を経験しても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診意欲が低いため危機早期介入が図りにくいこと、などが考えられる。よって、両診断群の自傷・自殺未遂後の事後対策には課題が多い。

事後対策として、治療継続のためには精神疾患診断に留意した治療方針を立てることが重要である。救急医療の場という特殊な治療環境と制約された時間の中で、身体的重症度に留意した上で、精神科医の介入は自傷・自殺企図者の事後対策の第一歩となる。そして、救命直後の自傷・自殺企図者を「地域医療につなぐ橋渡し役」として、救急医療の場における精神科医の存在は重要である。

E. 結論

自傷行為と・自殺企図行動には、虐げられてきた者の「支配に対する抵抗」「相手が復讐できない無言の攻撃」という側面がある。不用意な未熟な対応は、治療関

係を泥沼化としてしまうことを心しておかねばならない。つまり、自傷行為と自殺企図行動は治療者に対するSOSでありながら、同時に一種の挑戦として繰り返し表現される。救急医療の特殊で多忙な場においても、われわれは謙虚な気持ちでこの行動化と向き合わねばならない。

救急医療における精神科対応の現状をふまえて望まれることとして、①各施設・個人とのネットワーク化と救急相談窓口の整備、②自傷・自殺企図患者への対応を迅速に指示・移送できる体制の整備、③身体科と並行して精神科救急に必需できる施設整備、④自傷・自殺企図者への精神・心理面での援助体制の整備、⑤医療従事者への自傷・自殺予防教育、⑥自傷・自殺企図者への自傷・自殺予防教育と向精神薬に対する正しい知識の教育、⑦自傷・自殺企図者への継続的な危機管理体制、があげられる。こうした体系的な整備によって、自傷・自殺企図者に対する救急医療の場から地域への精神・心理的サポートを円滑に橋渡しできるものと考えられる。

引用文献

1) Edwin S. Shneidman: Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior: Aronson, 1993

2) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review: Br J Psychiatry. 181:193-199

3) Meninger KA: Man against himself. Harcourt Brace & Wiley. 成田善弘、笠原嘉訳: 青年期境界例の治療 金剛出版, 1979

4) 第10回日本心療内科学会学術大会, 2006

5) Kreitman N, et al: Parasuicide. Br J Psychiatry 115: 746-747, 1969

6) Rosenthal RJ, et al.
Wrist-cutting syndrome. Am J
Psychiatry 128, 1972

7) 伊藤敬雄ら：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1考察. 精神医学46, 2004

8) Favazza AR, et al: Self-mutilation and eating disorders. Suicide Life Threat Behav. 1989

F. 健康危険度情報

本研究において、健康危険情報に該当するものはなかった。

G. 研究発表

論文発表

1. 伊藤敬雄 葉田道雄 原田章子 大熊征司 大久保善朗：自殺未遂者における救命救急センター退院1年後の受療行動と再自殺. 精神医学 48, 153-158, 2006

2. 伊藤敬雄：自殺未遂者のケア. 臨床精神医学 増刊号, 287-293, 2005

学会発表

1. 伊藤敬雄：自殺企図者への精神科コンサルテーション・リエゾンサービスの役割と課題. 第33回日本救急医学会総会、2005年10月（大宮）

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

自殺未遂手段	分裂病圏	気分障害圏	不安・パニック障害	適応障害	うち人格障害	10歳～	30歳～	40歳～	60歳～	計	入院期間2日以内
急性薬物中毒	8	27	5	26	24	34	12	13	7	66 (64)	49 (74)
刺傷 切傷	4	0	0	8	3	4	4	4	0	12 (12)	3 (25)
飛び降り 飛び込み 入水 ガス吸引	5	7	0	4	1	5	4	4	3	16 (16)	0 (0)
熱傷	0	2	0	0	0	0	0	1	1	2 (2)	0 (0)
縊首	0	5	0	2	0	1	1	3	2	7 (7)	0 (0)
計	17 (17)	41 (40)	5 (5)	40 (39)	28 (27)	44	21	25	13	103	52 (50)

表内数値は症例数

カッコ内は%

表1 自傷・自殺未遂手段と精神医学的診断 (DSM-IV)・年齢・入院期間

	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
総計	20例 (14%)	70例 (49%)	3例 (2%)	49例 (35%)	47例 (33%)	142例
1年後通院状況	19例 (95%)	63例 (90%)	3例 (100%)	34例 (69%)	34例 (72%)	119例 (84%)
再自殺企図	3例 (15%)	12例 (17%)	0例 (0%)	13例 (27%)	14例 (30%)	28例 (20%)

表2 調査された自傷・自殺未遂者142例の1年後精神科通院状況

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

再企図回数からみた自殺企図の傾向と対策

分担研究者 人見佳枝 近畿大学医学部附属病院メンタルヘルス科講師

【研究要旨】 平成 15 年 8 月 1 日より平成 17 年 12 月 31 日までの 29 ヶ月間に、近畿大学医学部附属病院に自殺企図を主訴に受診した患者 297 名に精神科医が直接面接し、平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（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（主任研究者 保坂隆）において作成された自殺企図患者のケースカードを用いてデータを集積した。搬送された時点での自殺企図が何度目なのかを患者より聴取し、初回企図群、2～4 回目の企図群、5 回目以上の企図群に分類して、年齢、性別、職業の有無、未遂と既遂の別、自殺企図前の相談の有無、身体的重症度、DSM-IV-TR の多軸診断における Axis2（人格障害、精神遅滞）、Axis4（心理社会的および環境的問題）について主に比較検討した。

その結果、性別、重症度、Axis2、Axis4 において有意差が認められた。身体的重傷度が高いほど企図回数は少なく、一次支持グループの問題が存在し、女性で、境界性人格障害と診断されているほど企図回数は多かった。精神科診断において、初回企図の患者では気分障害が最多であった。上記結果より考えると再企図予防がより有効なものは初回、男性でかつ一次支持グループの問題がない重症企図例であり、これらを一定期間フォローアップする必要性が推察された。

A. 研究目的

近畿大学医学部附属病院は平成 8 年以降、救命救急センター（以下 CCMC）との密接な協力体制のもと、継続的に自殺企図患者についての報

告を行ってきた。平成 15 年度以降は厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）に参加し、自殺企図患者の背景調査および予防介入に関する報告を行っている。平成 16 年度の報告書において当施設では、重症

の初回企図者と軽症の頻回企図者とに異なる介入方法が必要とされることを報告したが、今回企図回数別にみたさらに詳細な分析を行い、予防がより有効と考えられる対象について検討した。

B. 研究方法

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（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（主任研究者 保坂隆）において作成された自殺企図患者のケースカードを用いて平成 15 年 8 月 1 日から平成 17 年 12 月 31 日までの 29 ヶ月間に近畿大学医学部附属病院に自殺企図患者として搬送された 297 例のデータを集積した。搬送された時点での自殺企図が何度目なのかを患者より聴取し、初回企図群、2～4 回目の企図群、5 回目以上の企図群に分類して、年齢、性別、職業の有無、未遂と既遂の別、身体的重症度、自殺企図前の相談の有無、DSM-IV-TR の多軸診断における Axis2（人格障害、精神遅滞）、Axis4（心理社会的および環境的問題）との関連について比較検討した。Axis1（臨床疾患）および Axis3（一般身体疾患）については企図回数との比較検討は行わなかったが、前者はその概要につき提示し、後者においては自殺企図の理由として病苦を挙げた患者について Axis4 の結果とと

もに表記した。希死念慮の強さおよび Axis5（機能の全体的評定）はその平均値を示し、自殺企図との関連について考察した。結果の統計的処理については SPSS for Windows ver.14 を使用した。

C. 研究結果

対象症例（N=297）の中で初回企図群は 109 例、2～4 回目の企図群は 56 例、5 回目以上の企図群は 132 例であった。

1. 年齢との関連

企図回数と年齢とを図 1 に示す。初回企図は 20 歳代、50 歳代、40 歳代の順に多く認められ、5 回目以上の企図は 20 歳代、30 歳代で顕著であった。70 歳代以上の年代では 5 回目以上の企図は認められなかった。カテゴリ回帰分析において企図回数との有意差は認められなかった。

2. 性別との関連

対象症例の中で女性は 199 例、男性は 98 例であった。企図回数と性別とを図 2 に示す。カテゴリ回帰分析を行ったところ有意差 ($p=0.000$) が認められ、企図回数の多さと女性であることは関連するといえた。

3. 職業との関連

企図回数と職業の有無との関連を図 3 に示す。対象症例において、仕事に従事していない者は 200 例、従事している者は 83 例、その他は 14 例で

あった。今回の調査においては、学生は何らかの社会活動に参加している者と考え、仕事に従事している者の中に含めた。カテゴリ回帰分析において企図回数との有意差は認められなかった。

4. 未遂、既遂との関連

企図回数と未遂、既遂の別との関連を図4に示す。対象症例において未遂は282例、既遂は15例であった。既遂例においてはそれまでの企図回数を聴取できないことが多く、単純な比較はできないため分析は行わなかった。聴取し得た範囲において初回企図群が11例、2~4回目の企図群と5回目以上の企図群がそれぞれ2例であった。

5. 企図回数と身体的重症度との関連

企図回数と身体的重症度との関連を図5に示す。軽症は95例、中等症は83例、重症は119例であった。ヒストグラムによると5回目以上の企図群における軽症企図と初回企図群における重症企図に大別されることが視覚的に明らかであった。カテゴリ回帰分析において有意差が認められ、企図回数の少なさと重症であることは関連した($p=0.000$)。

6. 企図回数と自殺企図前の相談との関連

企図回数と自殺企図前の相談と

の関連を図6に示す。相談しなかった者は193例、相談した者は81例、不明は23例であった。初回企図群、2~4回目の企図群、5回目以上の企図群すべてにおいて相談しなかった者が最多であった。企図回数との関連は認められなかった。

7. Axis1 (臨床診断) の概要

図7、8、9に初回企図群、2~4回目の企図群、5回目以上の企図群における臨床診断を示す。初回企図群では気分障害が最多であるが、2~4回目の企図群では気分障害が最多ではあるものの、精神病性障害や適応障害との差が顕著でなくなる。5回目以上の企図においては解離性障害が最多となり、気分障害と適応障害がほぼ同数であった。

8. 企図回数と Axis2 (人格障害、精神遅滞) との関連

境界性人格障害が Axis2 に含まれる疾患群の中で最多であったため、これについてカテゴリ回帰分析を行ったところ、有意差が認められ境界性人格障害であることと企図回数との多さとは関連した($p=0.000$)。

9. 企図回数と Axis4 (心理社会的および環境的問題) との関連について

図10に企図回数と Axis4 との関連について示す。Axis4 では一次支

持グループの問題が最多であったためこれについてカテゴリ回帰分析を行ったところ有意差を認めた。一次支持グループの問題が存在しないことと企図回数の少なさは関連した。(p=0.000)また企図の理由として病苦を挙げたものは11例であり、重症は8例、中等症は1例、軽症は2例であった。20歳代が2名でそれ以外は全員50歳代以上であり、多くは糖尿病性壊疽、化膿性脊椎炎、腰椎骨折、パーキンソン病など可動性が制限される疾患であった。

10. 希死念慮の強さおよび Axis5 (機能の全体的評価) について

図11に対象症例のうち希死念慮の強さについて聴取し得た229例について示す。平均値は5.288であった。ヒストグラムによると0と答えた者と10と答えた者との二極化が認められた。希死念慮の強さと重症度は必ずしも一致せず、希死念慮の強さが10であると答えた者76例のうち34.6%にあたる27例が軽症企図者であった。逆に希死念慮の強さが0であると答えた70例のうち、25%は重症企図者であった。

Axis5の併診終了時の平均値は39.17であった。ヒストグラムを図11に示す。20が最多であるがこれは入院せずに帰宅する軽症例が50例お

り、来院時と帰院時の値が両方とも自殺企図が存在する場合にコードする20になることによる影響と考えられた。

D. 考察

1. 年齢との関連

総数においては20歳代と30歳代がそれぞれ75例、77例と最多であり、その後高齢になるにつれて下降していく。これと相反して初回企図者の割合は20歳代から40歳代において30~40%であり、50歳代以降は60%を越え、漸増している。こころの健康科学研究事業「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」平成16年度総括研究報告書(以下平成16年度報告書)において50歳から69歳までの自殺企図者において初回企図が多く、かつ重症が多いことが報告され¹⁾中高年における自殺予防の重要性が強調された。しかし初回企図の総数においては20歳代の方が多く、これらの年代に対する啓発も必要である。若年層に対する予防活動は、現在試みられているような地域での講演や職場でのスクリーニングでは不十分なことが推測されるため、異なった方法が必要と考えられる。

2. 性別との関連

平成16年度報告書において自殺企図行動における性差と、性別を念頭に置いた介入活動の必要性が示唆され

た²⁾。企図回数との関連においても性差は顕著であり、前年度の調査を裏付ける結果となった。女性において致死性の低い企図手段が用いられることが多いことはよく知られているが、女性において5回目以上の企図を行う者が有意に高い事実により、女性はこれらを繰り返す傾向があると考えられた。さらに企図の理由または背景が、Axis4における一次支持グループの問題と考えられた者が5回目以上の企図群で突出しており、これらの多くが女性であることから、女性が家人やそれに準じる人物との問題を背景に、軽症かつ頻回の企図を繰り返し行っていることが明らかとなった。

3. 未遂、既遂、重症度との関連

既遂者に対する調査が不十分であるため比較が困難であるものの、2~4回目、5回目以上の企図群においても既遂が数例認められた。また平成16年度報告書においての指摘と同様、軽症の頻回企図者と重症の初回企図者との二極化が認められた。

4. DSM-IV-TR との関連

Axis1における初回企図群の気分障害の割合は42%であるが2~4回目の企図群、5回目以上の企図群においてはそれぞれ14%、18%であった。初回、重症企図においては気分障害の占める割合が高いことが知られており¹⁾、これを裏付ける結果と考えられた。

適応障害は初回企図群で2番目、2~4回目の企図群で3番目、5回目以上の企図群で3番目であり、それぞれ23%、10%、17%であった。CCMCでの入室期間は比較的短期間となるため、その間に得た情報のみで診断せざるを得ない。自殺企図に至る背景には程度の差こそあれ抑うつが存在する。このため問診上心因となる明確なエピソードを認め、抑うつを訴える精神科通院中でない患者の場合に、暫定的に適応障害と診断される場合が多いことが推測される。適応障害は平成16年度報告書において人格障害とともに、他の精神科診断群と比較して精神科受療の動機づけ、症状安定の維持、自殺予防が困難な疾患であると指摘されている³⁾。通院が一定期間を越えると人格障害の診断基準を満たす者も少なくないものと思われる。

また2~4回目の企図で気分障害の次に多く認められた診断は精神病性障害であった。病的体験などにより企図するものの頻回企図には至らず、多くは数度に止まるようであった。

5回目以上の企図群において最多であった診断は解離性障害であった。多くは手首切創などの後受診し、「企図時の記憶がない」などと述べる者であり、このため内省にも乏しく、これらの群の予防は困難であると考えられた。

Axis2においても同様であり、人格障害、精神遅滞ともに短期間での診断は困難であり、初回企図の場合はその多くがAxis1のみの診断にとどまるものと考えられる。ただし前者の場合は多くが精神科に通院中であるため、情報提供がありかつ、問診内容からそれらが裏付けられる場合には診断されていると思われる。5回目以上の企図群において境界性人格障害の診断が有意に高いのは疾患自体の特徴もあるが、通院期間が一定期間を越えて診断が確定することにもよるものと推察された。

Axis3についてはその存在と企図理由が必ずしも一致しないため、企図理由を病苦と答えたものについて調査を行った。症例数は少ないものの、高齢者が可動性の障害される慢性疾患を悲観して企図し、CCMC搬送後にうつ病もしくは適応障害と診断されている場合がほとんどであった。このような患者が総合病院以外で加療を受けている場合、わざわざ他の精神科に通院するには著しい困難があることが予想されるため、主治医である身体科医がうつ病の治療を容易に行えるよう、情報提供をより一層行う必要性があると思われた。

希死念慮の強さは企図の重症度と必ずしも関連せず、0か10かに二極化する傾向があり、このためこの数値

のみを以て再企図の危険を予想することは困難であった。同様に機能の全体的評価においても、治療開始時の評価は自殺企図を認める場合には20と定義されており、軽症から重症まで全てそのようにコードせざるを得ない。終了時にも比較的長期間入院する重症例の場合は疾患によっては精神科治療の効果が得られ、評価が高くなることが予想される。逆に処置のみを受けて入院せずに帰宅する軽症例の場合は治療開始時と同等の評価に止まることとなり、評価は重症度を反映するものにはならない。このため機能の全体的評価を治療効果の判定にする場合、対象となる疾患の重症度を一定にする必要があると考えられる。

E. 結論

1. 初回企図群は気分障害と診断される症例が多く、予防的観点から重要である。
2. 初回企図群は若年層にも多く認められることより彼らを対象とした自殺予防活動も必要である。
3. 再企図予防がより有効なものは初回、男性でかつ一次支持グループの問題がない重症企図例である。
4. 女性は一次支持グループの問題によって軽微な再企図を繰り返す傾向がある。
5. CCMC在室時の短期間に行う精神科診断は通院歴がない場合、暫定的

にならざるを得ない。

6. 希死念慮や機能の全体的評価と重症度は必ずしも関連せず、対象となる症例の重症度を一定にする必要がある。

文献

- 1) 人見佳枝：「重症度別に見た自殺企図の実態と再企図に関する研究」厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」平成 16 年度総括研究報告書 82-85 2005
- 2) 酒井明夫：「岩手県高度救命救急センターにおける自殺企図者の実態調査：性差に関する検討を中心に」厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」平成 16 年度総括研究報告書 45-50 2005
- 3) 伊藤敬雄：「救命救急センターに入院した複数回自殺企図者の特徴と退院後受療行動からみた問題点-精神科救急対応の現状を踏まえた一考察-」厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」平成 16 年度総括研究報告書 51-81 2005

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1) 人見佳枝 大賀征夫 田村善史 切目栄司 花田一志 向井泰二郎 人見一彦 山田真美 杉明美：急性薬物中毒に対するクリニカルパス。第 18 回日本総合病院精神医学会。松江市。2005。

2) 人見佳枝 田村善史 切目栄司 向井泰二郎 人見一彦 坂田育弘：精神科通院中の過量内服患者における問題点と対策。第 27 回日本中毒学会総会。川崎市。2005。

3) 田村善史 人見佳枝 切目栄司 向井泰二郎 人見一彦：当院での自殺企図と心理面との関連性についての再検討。第 18 回日本総合病院精神医学会。松江市。2005。

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

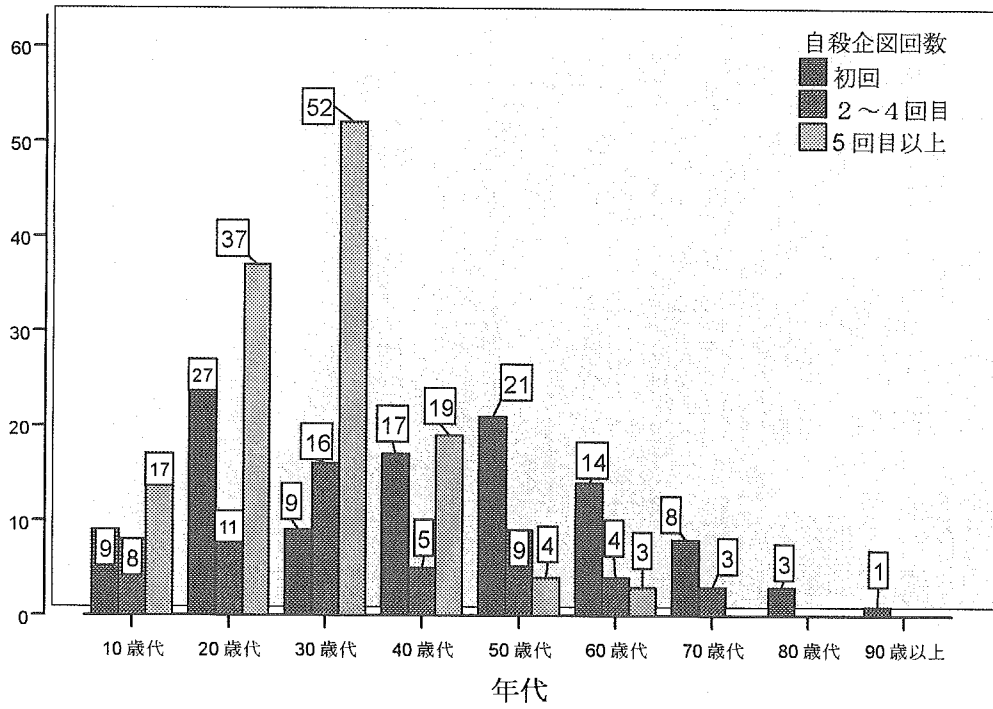


図 1

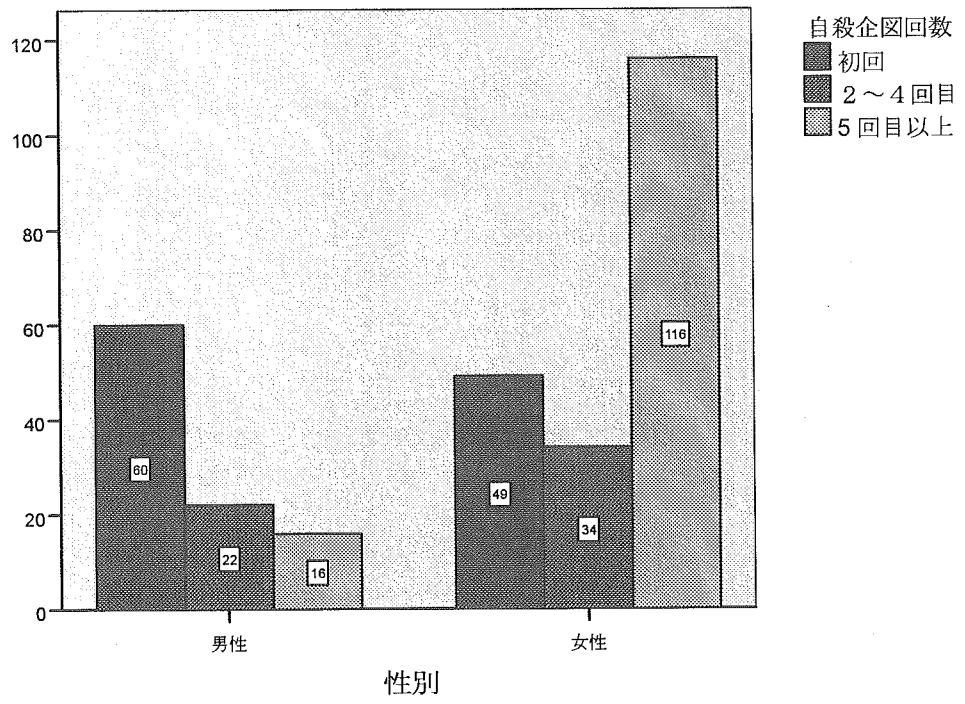


图 2

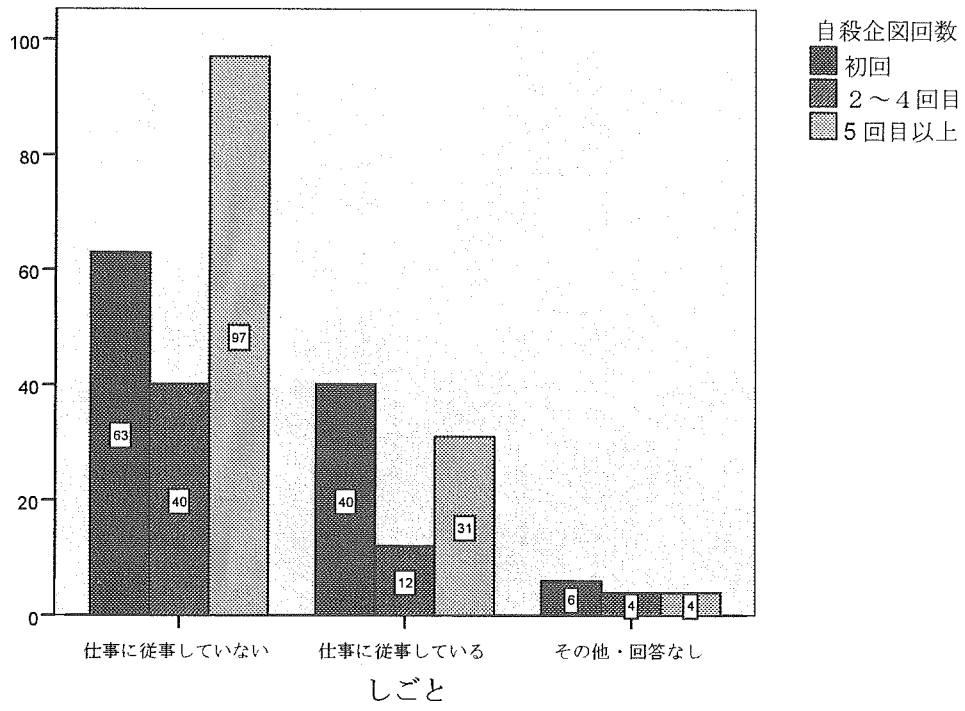


図 3

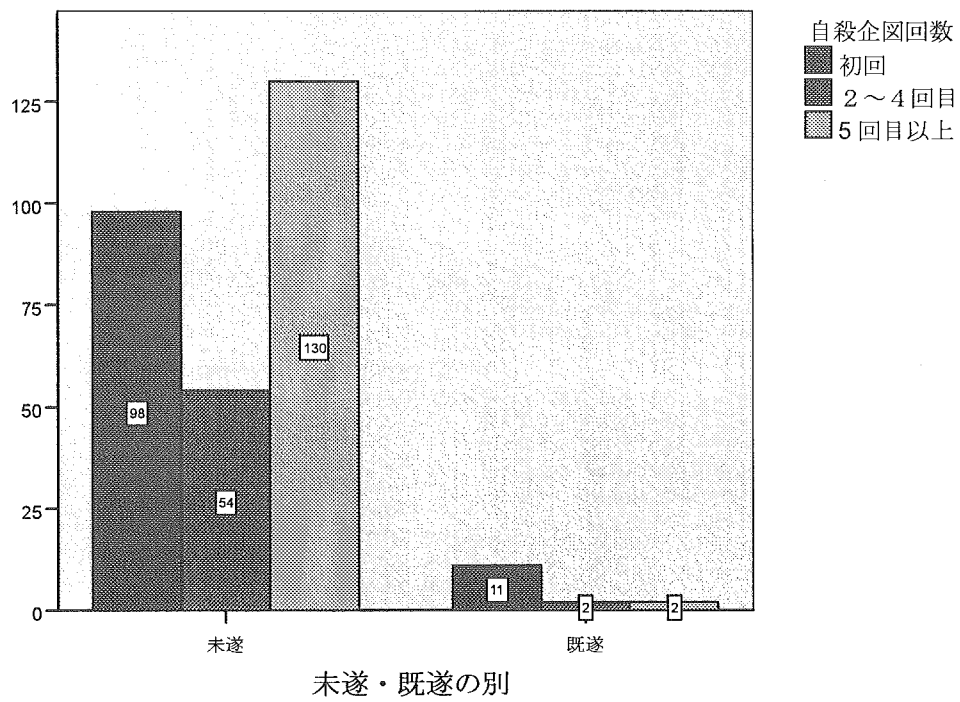


図 4

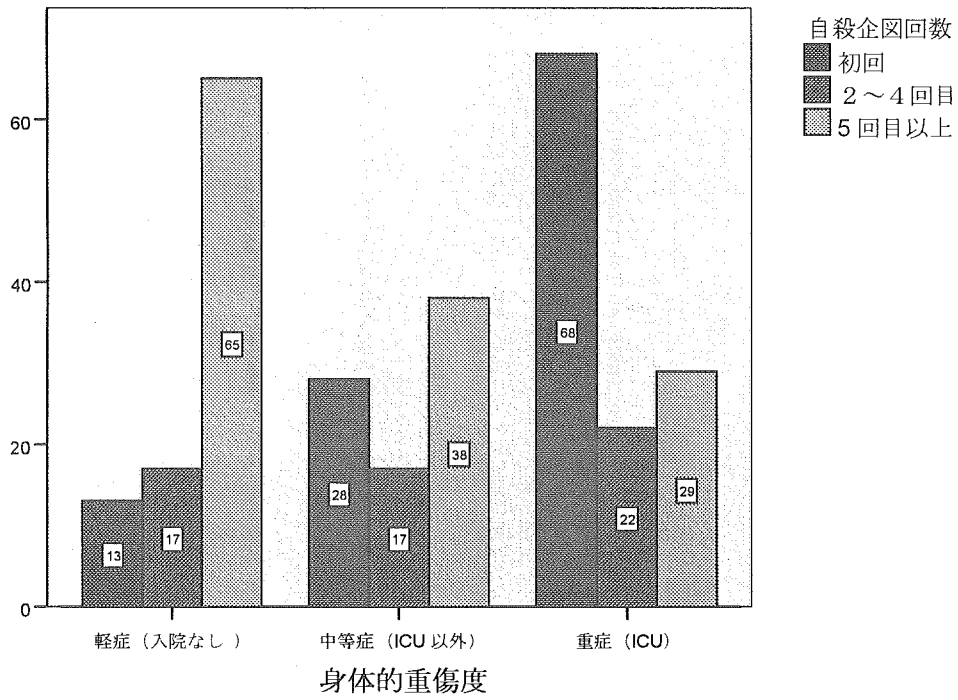


図 5

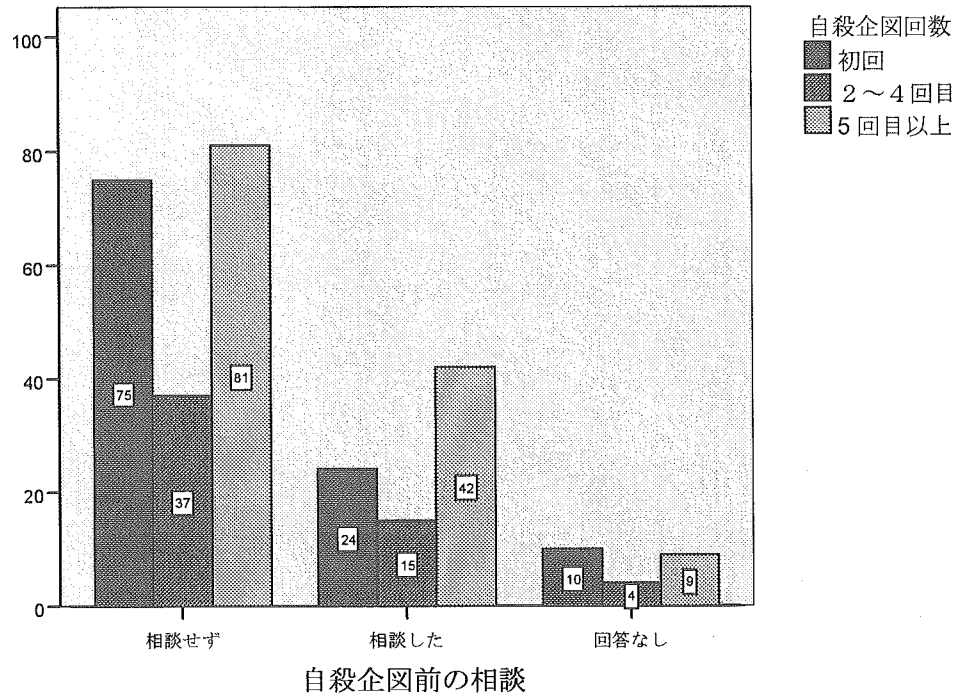


図 6