

図 2-7 介護継続困難感

【問】これ以上介護を続けることは難しいと感じることはありますか。

1. 感じる 2. 少し感じる 3. あまり感じない 4. 感じない

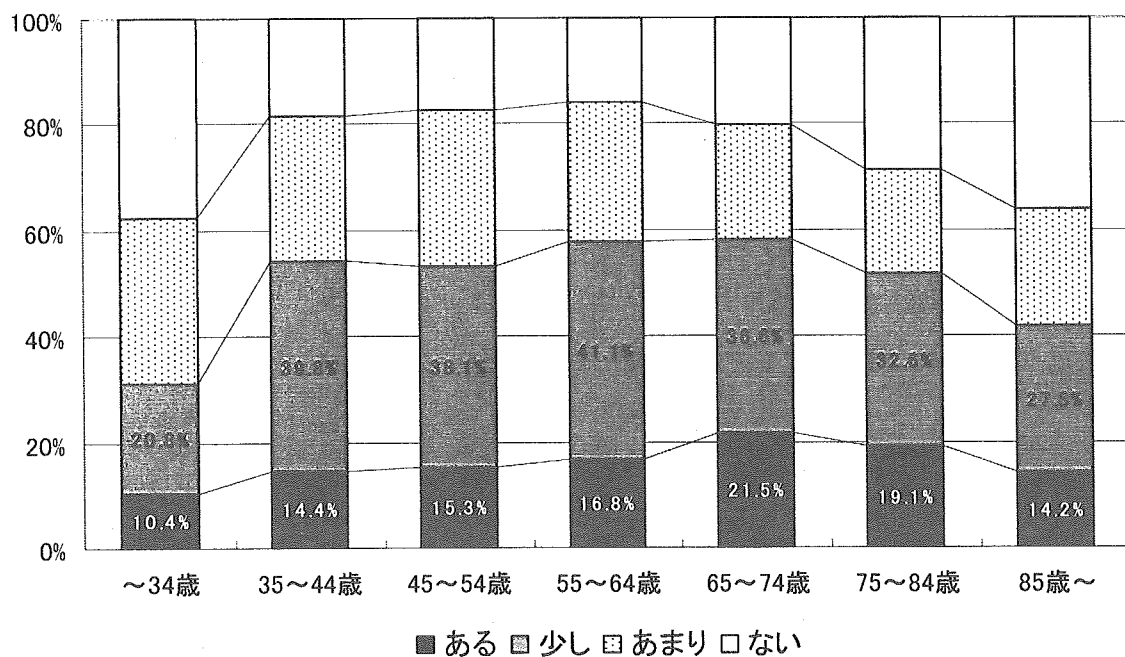


図 2-8 介護による健康悪化感

【問】介護のために、あなたの健康状態が悪くなっていると感じることがありますか。

1. 感じる
2. 少し感じる
3. あまり感じない
4. 感じない

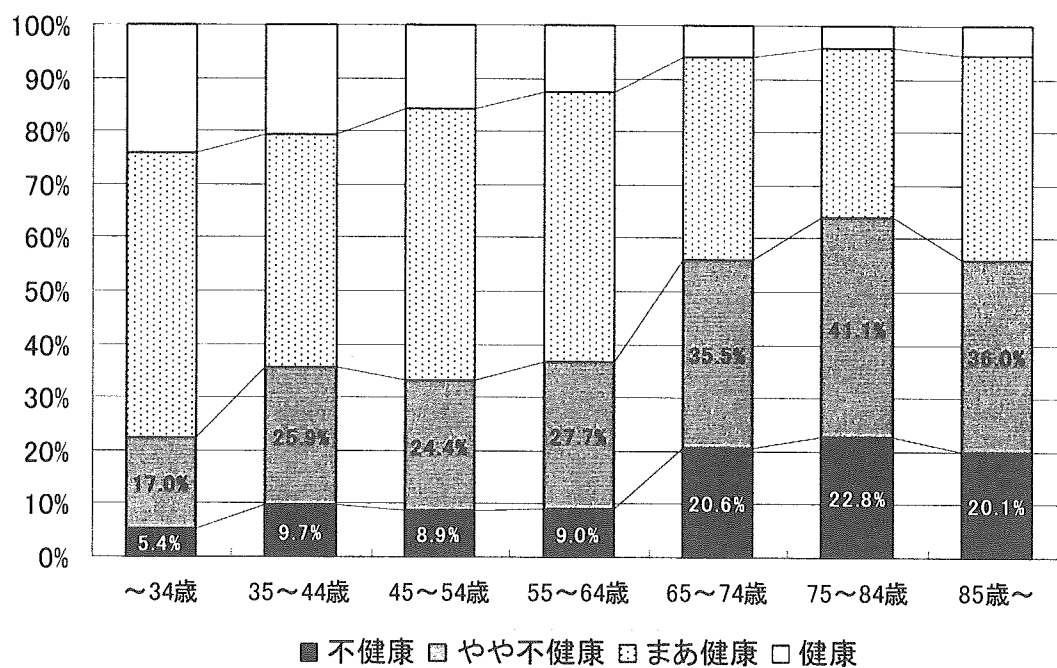


図 2-9 介護者の体の健康感

【問】現在あなたは、ご自身の健康状態についてどのように感じていますか。現在の体の健康状態は

1. 健康
2. まあ健康
3. やや不調
4. 不調

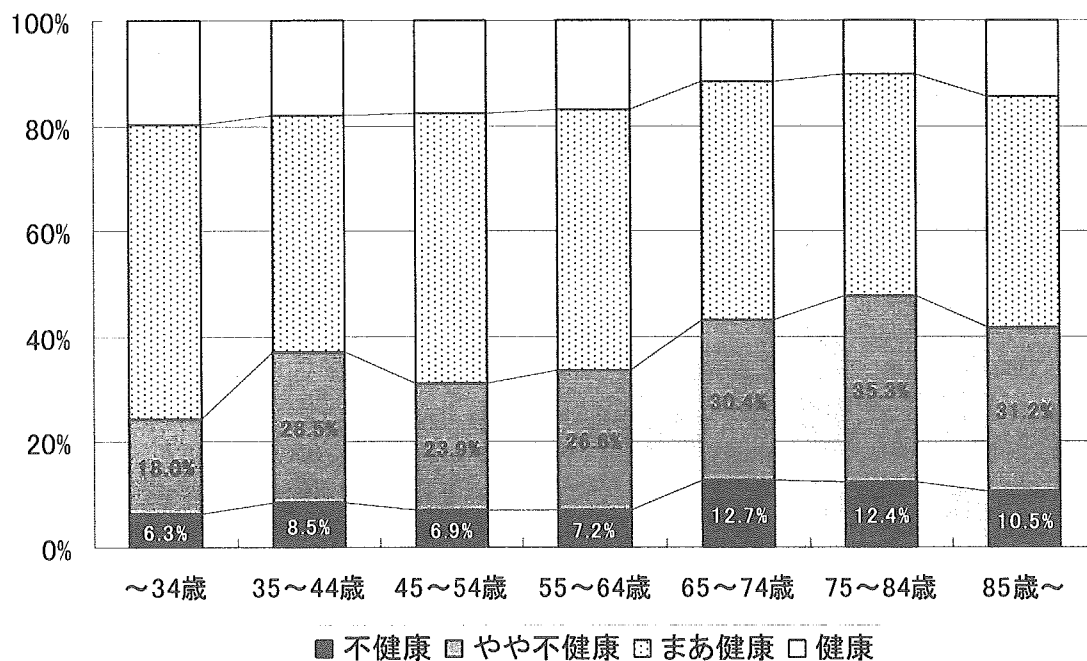


図 2-10 介護者の心の健康感

【問】現在あなたは、ご自身の健康状態についてどのように感じていますか。現在の心の健康状態は

1. 健康
2. まあ健康
3. やや不調
4. 不調

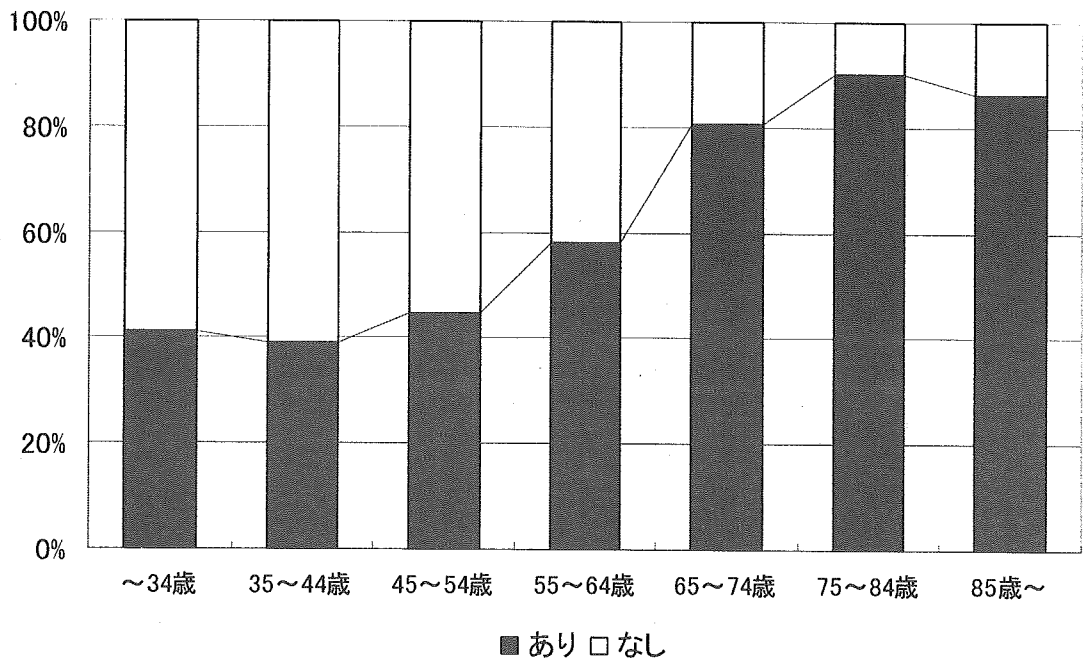


図 2-11 介護者の心身の治療状況

【問】現在、あなたは病気のために医師から治療を受けていますか。

1. はい
2. いいえ

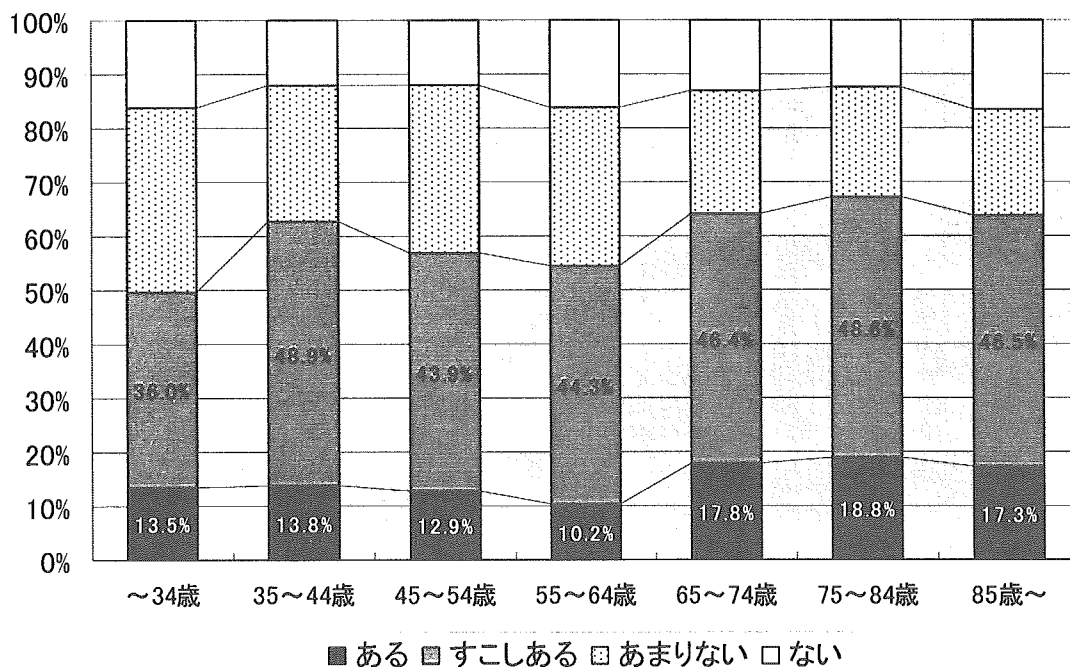


図 3-1 介護者の意欲の減退感

【問】現在のあなたの精神状態についてうかがいます。

すべてをめんどうに感じるがありますか

1. ない 2. あまりない 3. 少しある 4. ある

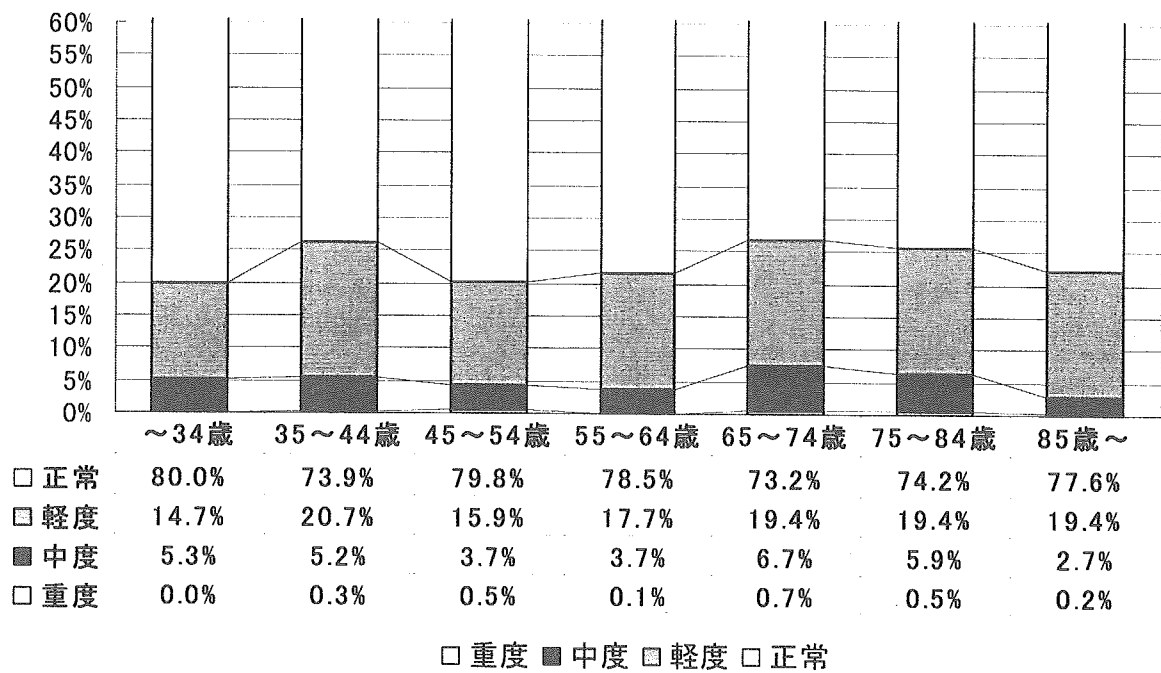


図 3-2 SDS によるうつ病評価

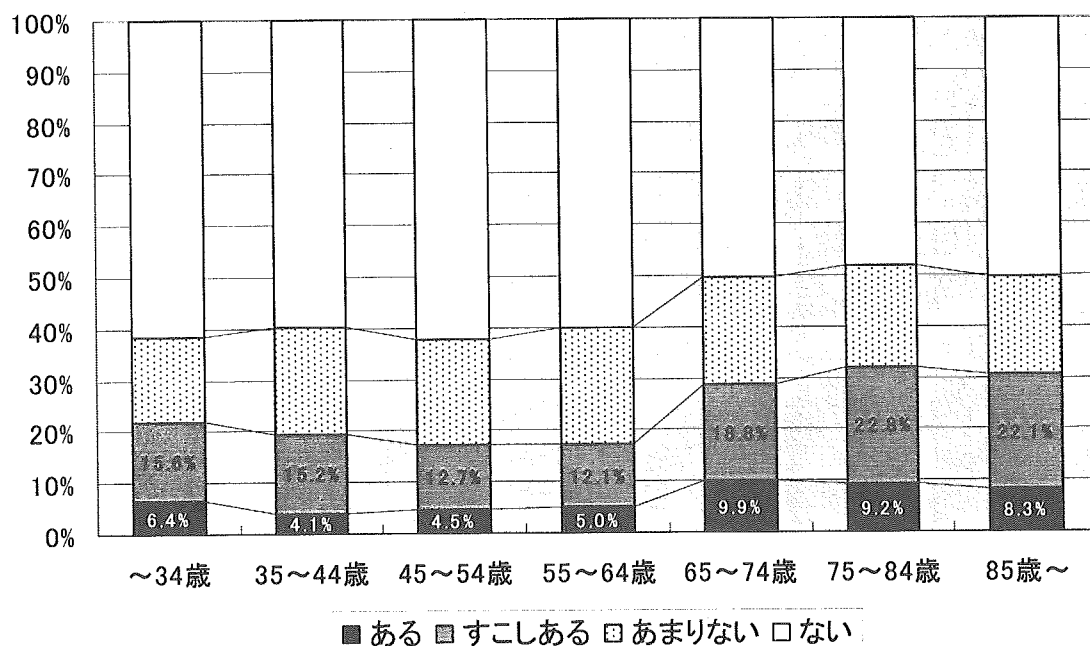


図 3-3 介護者の希死念慮

【問】現在のあなたの精神状態についてうかがいます。

死んでしまいたいと感じることがありますか

1. ない 2. あまりない 3. 少しある 4. ある



### 介護者のうつ病の有無

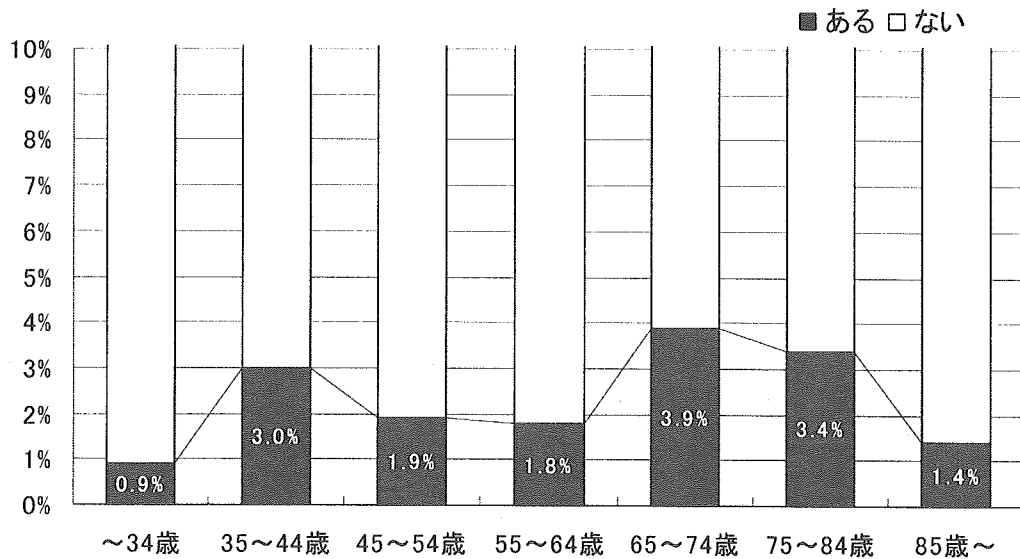


図 3-4 介護者のうつ病の有無

現在、あなたは、病気のために医師から治療を受けていますか。

1. はい 2. いいえ

【問】「はい」と答えた方：その病名は何ですか。

1. 高血圧 2. 脳卒中 3. 十二指腸潰瘍 4. 過呼吸症候群  
 5. 糖尿病 6. 肝臓の病気 7. かぜ 8. 不眠症 9. 心臓の病気  
 10. 胃潰瘍 11. 骨折 12. うつ病 13. その他

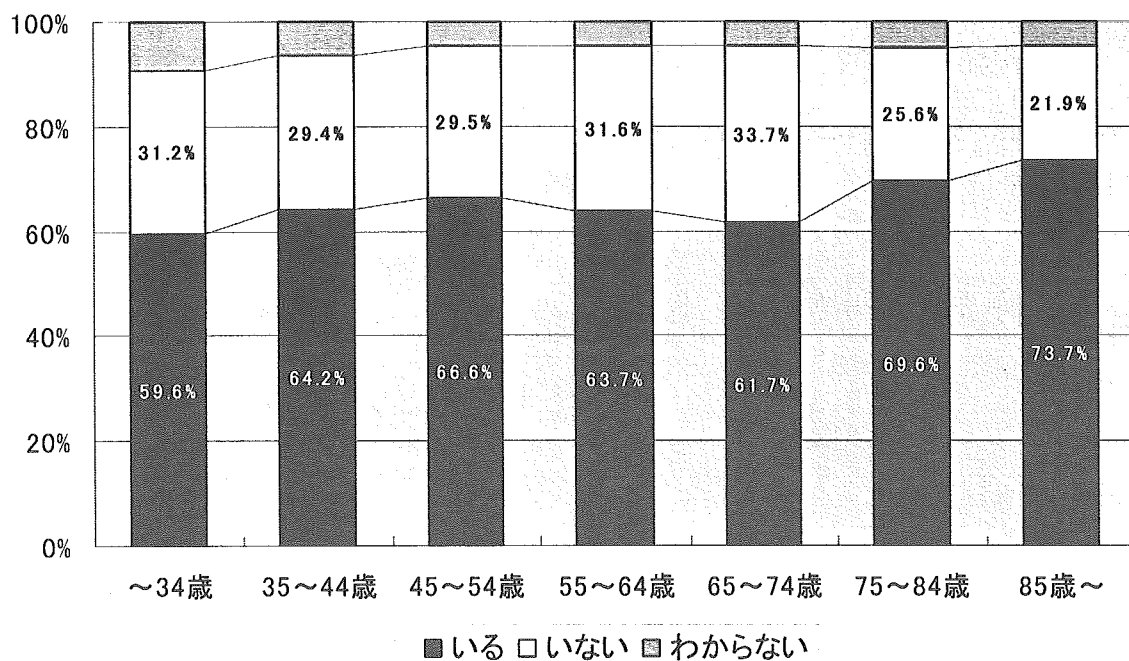


図 4-1 相談者の有無

【問】ふだん、あなたには、介護について相談できる人はいますか  
 (福祉サービス者は除く)。

1. いる 2. いない 3. わからない

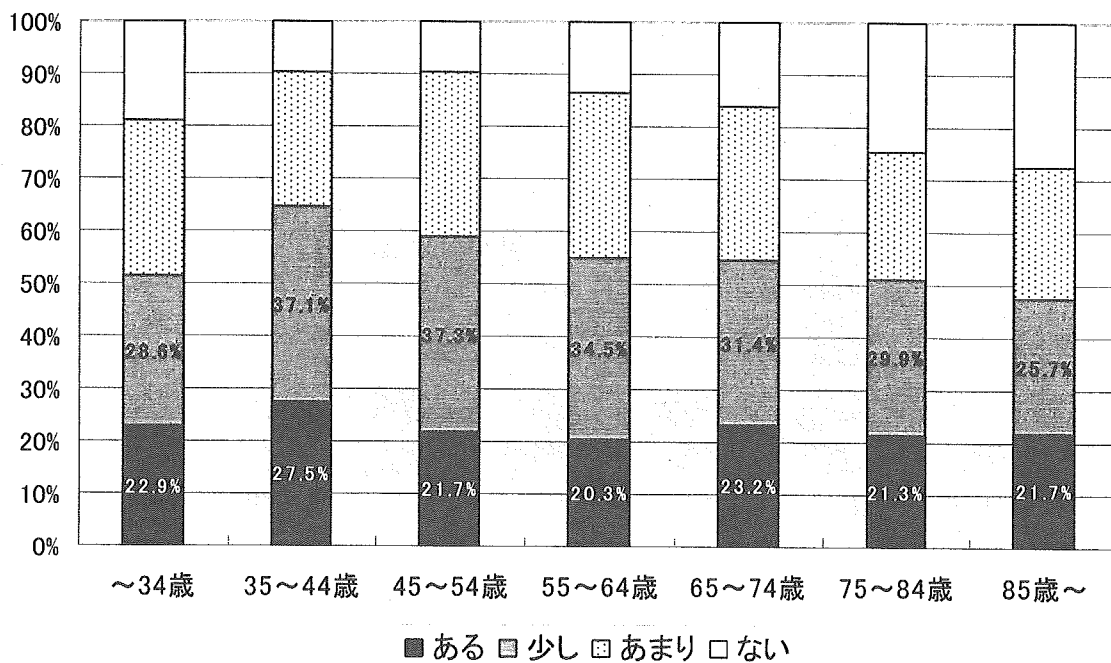


図 4-2 ピア サポートグループ希望の有無

【問】あなたは介護について相談できる仲間がほしいと感じることがありますか。

1. 感じる
2. 少し感じる
3. あまり感じない
4. 感じない

## 災害医療センターにおける自殺未遂者の実態研究

研究協力者

松岡 豊 国立精神・神経センター精神保健研究所室長  
西 大輔 国立病院機構災害医療センター救命救急科

【研究要旨】 国立病院機構災害医療センターの救命救急センターに新規入院した自殺企図者の実態を明らかにするとともに、自殺企図手段で自殺既遂のハイリスク群を分類できるかどうか試みた。平成16年2月から平成17年1月までの1年間に新規入院した全症例について、診療記録をもとに年齢、性別などの人口統計学的背景や入院の経緯、入院時診断名などについて後方視的に調査した。自殺企図者の場合は自殺企図手段、精神科既往歴も調査した。また、飛鳥井の分類を参照し、自殺企図手段によって自殺未遂者を絶対的危険群と相対的危険群に分類し、その特徴を比較した。全入院症例は死亡と蘇生後脳症を除くと年間2148人であり、自殺未遂者はその11.5%にあたる247人であった。このほかに45人の自殺企図者が搬送されたが、42人は死亡し、3人が蘇生後脳症となった。自殺未遂者をその企図手段から絶対的危険群と相対的危険群に分類すると、絶対的危険群は相対的危険群よりも高齢で男性が多く、精神科の治療を受けていない人が多かった。この特徴は自殺既遂者と類似するもので、絶対的危険群は既遂の危険が高く、より充実した精神科的介入を必要とすることが示唆された。

### A. 研究目的

国立病院機構災害医療センター（以下、当センター）は東京都立川市に位置し、多摩地区の中核的病院の1つである。当センターには年間約2500人の救急搬送患者が入院しており、そのなかには自殺未遂者も多いが、その実態はまだ明らかにされていない。

Linehanは、自殺未遂者を既遂者と多くの共通点を持ち既遂の危険が高い絶対的危険群と、既遂者とはかなり異なった特徴を持つ相対的危険群に分けることができると述べている(2)。かりにその通りであれば、自殺未遂者の再企図予防対策を講じる上で、この

分類は有用となりうる。

既にわが国では保坂らによって、人工呼吸器による治療の必要が生じるほど重篤な身体状態に至った症例を自殺既遂ハイリスク群とすることで、ハイリスク群の特徴を明らかにしようとする試みがなされている(3)。しかし、当センターでは軽症もしくは中等症の大量服薬（急性医薬品中毒）の症例に対して誤嚥予防のため気管内挿管し人工呼吸器を用いることが少なくなく、人工呼吸器使用の有無によって身体的重症度を判定することは困難である。

そこで本研究では、当センターの救命救急センターに新規入院した自殺

企図者の実態を明らかにするとともに、人工呼吸器使用の有無には拠らない方法で自殺既遂のハイリスク群を分類できるかどうかを試みることを目的とした。

## B. 研究方法

平成16年2月から平成17年1月までの1年間に当センターの救命救急センターに新規入院した全症例について、診療記録をもとに年齢、性別などの人口統計学的背景や入院の経緯、入院時診断名などについて後方視的に調査した。自殺企図者の場合は自殺企図手段、精神科既往歴について調査した。また、飛鳥井の分類を参照した上で(1)、自殺企図手段によって自殺未遂者を絶対的危険群と相対的危険群に分類し、その特徴を比較した。すなわち、1) 縊首、2) 10m以上または建物の4階以上からの飛び降り、3) 電車への飛び込み、4) 刃器による切創で臓器損傷または出血性ショックを起こしたものの、5) 気道熱傷または体表面積の30%以上におよぶ熱傷、6) 青酸カリや灯油など毒物の服用、以上いずれかの自殺企図手段をとった自殺未遂者を絶対的危険群とし、上記以外の企図手段をとった自殺未遂者を相対的危険群とした。

なお、自殺未遂の定義は世界保健機関ヨーロッパ事務局に準拠し、「死に至らない結果をもたらす行為で、個人が故意に起こした、ほかの人の介入がなければ自分自身を傷つけうる非習慣的なものか、個人が処方量や通常認識されている治療量をこえて故意に物質を摂取するか、実際の、または期待された身体的結果によって、その人が望んだ結果を実現することを目的としたもの」(4)とした。

参加者の背景は男女別に示し、その

特徴を $\chi^2$ 検定ならびにt検定を用いて比較した。すべての統計解析は両側検定とし、有意水準は0.05とした。解析はSPSS Version 12を用いた。(倫理面への配慮)

本研究は病院既存のデータベースをもとに、氏名や病院IDなどの個人情報特定されない様式で新たに作成したデータベースを用いた後方視的研究であり、倫理的問題は生じないと判断した。

## C. 研究結果

2004年2月から2005年1月までの間に当センターICUに搬送された患者2572人の内訳は、男性が1623人(63.1%)、女性が949人(36.9%)であり、平均年齢は56.9(標準偏差22.1、範囲0-99)歳であった。病院到着後24時間以内に396人(15.4%)が死亡し、28人(1.1%)が蘇生後脳症となった。死亡と蘇生後脳症を除く全入院症例は2148人であった。

自殺企図者は292人で、うち42人が既遂(死亡)し、3人が蘇生後脳症となり、247人が自殺未遂者として軽快退院した。死亡と蘇生後脳症を除く全入院症例のうち、自殺未遂者は11.5%にのぼった。

既遂者と未遂者の平均年齢はそれぞれ52.4(標準偏差18.2)歳と36.0(標準偏差16.3)歳であり、男性の割合は既遂者が64%であったのに対し、未遂者は34%が女性であった。また、自殺企図時点で精神科治療を継続していたのは既遂者では45%であったが、未遂者は63%であった。これらの差はいずれも統計学的に有意であった( $p < 0.01$ )。既遂者の自殺企図手段は縊首26人(62%)、飛び降り11人(26%)、電車への飛び込み3人(7%)の順に多く、未遂者のそれは大量服薬

172人(69%)、飛び降り19人(8%)、刃器による刺創19人(8%)の順に多かった。

さらに自殺未遂者を絶対的危険群と相対的危険群に分類したところ、絶対的危険群は51人、相対的危険群は196人であった。平均年齢はそれぞれ42.4(標準偏差18.3)歳と34.3(標準偏差15.3)歳であり、男性の割合は前者が59%であったのに対して後者は27%であった。自殺企図時点で精神科治療を継続していたのは、前者では43%、後者では68%であった。これらの差も統計学的に有意であった( $p<0.01$ )。

#### D. 考察

自殺未遂者は当センターの救命救急センター全入院症例の11.5%を占めており、わが国の他の3次救急医療施設と比較しても、当センターの自殺未遂者が非常に多いことが確認できた(5)。

また、絶対的危険群は年齢、性別、精神科既往歴などの点で相対的危険群とは明らかな相違を認めた。わが国の自殺既遂者は中高年の男性で精神科既往歴がない者が多く(6)、これらの特徴は本研究における自殺既遂者にも見られた。したがって、絶対的危険群は自殺既遂者との共通点が多く、本研究で試みた絶対的危険群と相対的危険群の分類は一定の有用性があると思われた。自殺未遂はその重症度に関わらず自殺既遂の危険因子であり、すべての自殺未遂者が十分な精神科的介入を受けることが望ましいのは言うまでもないが、人員不足をはじめとする精神科的な資源の限界があっても、絶対的危険群に分類されるような自殺未遂者に対しては特に充実した精神科的介入が求められると思

われる。

また、個々の症例を詳細に見ていくと、相対的危険群に分類される自殺未遂者のなかにも非常に既遂の危険が高いと考えられる場合がある。たとえば100錠以下の急性医薬品中毒であっても、家族の長期旅行中など発見される可能性がきわめて低い時機を意図的に選んでいたり、遺言や生命保険など死後の準備を入念に行っていたりする症例などでは、身体的には軽症であっても希死念慮が強い状態が持続し、既遂の危険が切迫しつづけていることがある。

自殺未遂者の将来の自殺既遂を高い精度で予測する因子は現時点では明らかになっていないため、様々な角度から既遂の危険度を評価していく必要がある。本研究で試みた分類や、性別、年齢などの人口統計学的因子にも一定の有用性はあるが、今後は自殺企図時の状況や希死念慮の強さを定量化できるような客観的評価法を開発し、これまでに知られている危険因子と相互に補完しながら、再企図予防の対策を講じていく必要があると考えられる。

#### E. 結論

当センターの救命救急センターには年間292人の自殺企図症例が搬送され、そのうち42人は死亡し、3人が蘇生後脳症となり、247人が自殺未遂者として入院した。全入院症例は死亡と蘇生後脳症を除くと年間2148人であり、自殺未遂者はその11.5%であった。

自殺未遂者をその企図手段から絶対的危険群と相対的危険群に分類すると、絶対的危険群は相対的危険群よりも高齢で男性が多く、精神科の治療を受けていない人が多かった。この特徴は自殺既遂者と類似するもので、絶

対的危険群は既遂の危険が高く、より充実した精神科的介入を必要とすることが示唆された。

(引用文献)

1. Asukai N. Suicide and mental disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995;49 Suppl 1:S91-7.
2. Linehan MM. Suicidal people: One population or Two? New York: the New York Academy of Sciences; 1986.
3. 保坂隆. 平成 15 年度 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 総括研究報告書 自殺未遂患者と再企図者の背景についての研究; 2004.
4. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85(2):97-104.
5. 伊藤敬雄, 山寺博史, 黒澤尚, 岸泰宏, 原田章子, 横田裕行, et al. 高度救命救急センターにおける精神科 consultation-liaison service を開始して. *総合病院精神医学* 2002;14:63-74.
6. 阿部亮, 塩入俊樹, 西村明儒, 主田英之, 染矢俊幸. 精神科受診歴の有無による自殺者の特徴. *総合病院精神医学* 2004;16:241-248.

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Matsuoka Y, Inagaki M, Sugawara Y, Imoto S, Akechi T, Uchitomi Y:

Biomedical and psychosocial determinants of intrusive recollections in breast cancer survivors. *Psychosomatics* 2005;46:203-211

2. Yoshikawa E, Matsuoka Y, Inagaki M, Nakano T, Akechi T, Kobayakawa M, Fujimori M, Nakaya N, Akizuki N, Imoto S, Murakami K, Uchitomi Y: No adverse effects of adjuvant chemotherapy on hippocampal volume in Japanese breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment* 2005;92:81-84
3. Sugawara Y, Akechi T, Okuyama T, Matsuoka Y, Nakano T, Inagaki M, Imoto S, Hosaka T, Uchitomi Y: Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. *Supportive Care in Cancer*. 2005;13:628-636
4. Nishi D, Matsuoka Y, Kawase E, Nakajima S, Kim Y: The magnitude of mental health service in a Japanese medical center emergency department. *Emergency Medicine Journal (in press)*
5. Yoshikawa E, Matsuoka Y, Yamasue H, Inagaki M, Nakano T, Akechi T, Kobayakawa M, Fujimori M, Nakaya N, Akizuki N, Imoto S, Murakami K, Kasai K, Uchitomi Y: Prefrontal cortex and amygdala volume in first minor or major depressive episode after cancer diagnosis. *Biol Psychiatry (in press)*
6. 松岡豊, 稲垣正俊, 吉川栄省, 中

野智仁, 菅原ゆり子, 小早川誠, 明智龍男, 内富庸介: がん患者における精神的苦痛に関する脳画像研究. 精神保健研究 51:33-38, 2005

7. 松岡豊, 吉川栄省: サイコオンコロジーにおける脳画像. 臨床脳波 47(12):748-752, 2005
8. 西大輔, 川瀬英理, 松岡豊: がん患者のPTSD症状とその対応. 緩和医療学 7(2): 12-20, 2005
9. 川瀬英理, 松岡豊, 中島聡美, 西大輔, 大友康裕, 金吉晴: 三次救急医療における精神医学的問題の検討. 精神保健研究 51:65-70, 2005
10. 川瀬英理, 下津咲絵, 今里栄枝, 唐澤久美子, 伊藤佳菜, 斉藤アンナ優子, 松岡豊, 堀川直史: がん患者の抑うつに対する簡易スクリーニング法の開発—1 質問法と2 質問法の有用性の検討. 精神医学 47(5):531-536, 2005

#### 書籍

1. Matsuoka Y, Nagamine M, Uchitomi Y: Intrusion in women with breast cancer. In: Kato N, Kawata M, Pitman RK (Eds) PTSD: Brain Mechanism and Clinical Implications, pp 169-178, Springer-Verlag, Tokyo, 2006
2. Matsuoka Y: Delirium. In Albrecht G. (Eds.) Encyclopedia of Disability, pp377, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 2005
3. 広常秀人, 松岡豊: 交通事故. 心的トラウマの理解とケア第2版. 金吉晴編. じほう. 東京, 印刷中
4. 西大輔: PDI (Peritraumatic Distress Inventory). 心的トラウ

マの理解とケア第2版, 金吉晴編, じほう, 東京 (出版中)

#### 学会発表

1. 松岡豊: がんのことを繰り返し思い出す人についての科学. 第5回先端医科学へのアプローチ研究会. 2005/5/14-15 (群馬・水上町)
2. 河野裕太, 丸山道生, 松岡豊, 松下年子, 松島栄介: 消化器がん患者の退院後の心理的苦痛とセルフエフィカシー. 第10回日本緩和医療学会総会・第18回日本サイコオンコロジー学会総会合同大会. 2005/6/30-7/2 (横浜)
3. 松岡豊, 内富庸介: がん患者における侵入性想起の関連因子に関する検討. 第5回日本トラウマティックストレス学会. 2006/3/10-11 (神戸)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
特記すべきことなし。



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

自殺念慮の出現から企図に至る時間経過の短い患者の臨床特徴

佐久総合病院精神神経科 狩野正之

【研究要旨】

自殺念慮の出現から企図に至るまでの期間（自殺前期間）の短い患者の自殺は防ぎ難い。本研究では、95例の自殺未遂患者を対象とし、自殺前期間について長期型、超短期型、短期型、および混合型に分類し、各群の臨床特徴（性、年齢、精神疾患の種類、自殺意図の強さ）を調べた。長期型は自殺意図の強い中高年期大うつ病が多かったのに対し、超短期型は自殺意図の弱い成・壮年期女性の適応障害が多かった。短期型は中年期男性の閾値下うつ病が多く、自殺意図は中等度が半数を占めていた。混合型は思春期および成壮年期のパーソナリティ障害であった。自殺前期間が短い患者の臨床特徴は、近年増加している中高年自殺者の特徴と類似しており、これを防止する方略の必要性が示唆された。

A. 研究目的

わが国で近年、自殺多発地域において気分障害に対する精神科介入が実践され、成果を上げている<sup>1,2)</sup>にも関わらず、自殺総件数が減少しないのはなぜだろうか<sup>3)</sup>。推測される一因は、自殺念慮者の受診行動を促す介入が衝動的な自殺には間に合わないことだろう。自殺念慮の発生から企図に至るまでの期間（以下、自殺前期間；presuicidal period）が長い場合、自ら受診行動を起こさなくとも、自殺念慮を暗示させる抑うつ症状が周囲の人に認識されることで介入可能であるのに対し、自殺前期間が短い患者は周囲の人に認識されないまま企図に至っていると考えられる。自殺防止のために、そうした患者の臨床特徴を明らかにする必要

があるが、これまでそうした統計学的臨床研究は少ない。そこで今回、自殺前期間が短い自殺未遂者の臨床特徴を長い患者と比較した。なお精神疾患診断のうち気分障害の下位分類について、今回、大うつ病と閾値下うつ病（subthreshold depression, subsyndromal depression）<sup>4~6)</sup>に分けた。閾値下うつ病は、DSM-IVでは定義されていないが、大うつ病の基準を満たさず、かつ他の精神障害の診断基準も満たさないで抑うつ症状をもつ場合とした（すなわち小うつ病、気分変調症、および抑うつ気分を伴う適応障害を含む）。

B. 研究方法

対象は、1992年6月1日から1999年5月31日までの7年間にA総合病院急患室を受診した自殺未遂者75例（全例入

院)のうち企図前に精神科で未治あるいは治療中断の49例, および2003年4月1日から2004年3月31日までの1年間にB総合病院高次救命救急センターに搬入された自殺未遂者72例(入院65例, 外来診察7例)のうち企図前に精神科で未治療あるいは治療中断(2カ月以上)の46例の合計95例である。対象の中には、いわゆるリストカッティングは含まれていない。自殺念慮の消長過程は薬物や精神療法に影響され得るので、今回、精神科未治療患者あるいは2カ月以上の治療中断患者を対象とした。

方法は、診療録を基にした後方視的コホート研究である。2病院とも精神科は無床の1人体制であり、他科から精神科への紹介は救急外来搬入時あるいは患者の意識が清明となった日に行われ、問診は筆者により行われた。対象の調査項目は、性、年齢、精神疾患診断、未遂歴、精神科治療歴、自殺企図手段、自殺の動機、自殺の意志に関わる企図時の状況(遺書の有無、発見されないような状況を選んだか、「致死量を調べて服毒した」などの完遂を示す言動の有無)、黒澤の基準を用いた企図後の面接による精神的重症度<sup>7)</sup>、身体的入院治療期間、希死念慮および自殺念慮の出現時期である。

自殺前期間について、今回、24時間以内を超短期群、2日前から3週間以内を短期群、4週間以上1年以内の患者を長期群とした。少数ではあるが、1年を越えて希死念慮が持続していながら急激に自殺念慮が高まる者があり、これを混合群とした。なお自殺念慮は希死念慮(死に対する漠然とした意識)から段階的に移行する<sup>8)</sup>が、今回、自殺念慮の起始は自殺企図を明確に考え始めた時期とした。

自殺念慮の出現時期は企図の当日から数カ月前まで幅広く、さらに数年間希死念慮が続きそれが浮動する場合もあり、しかも明言できる患者は少ないことから、これを明確に決めることは難しい。希死念慮および自殺念慮の出現時期について、患者の記憶に頼ることの曖昧性があり、また回想が聴取時の感情に影響されることに注意が必要である。これらを考慮し、正確な聴取を心がけたが、一方で、それが企図前の苦痛を思い起こさせ心理的侵襲とならないように、十分なラポールをつけることに配慮した。

自殺意図の強さについて、今回、Beck's Suicide Intent Scale<sup>9)</sup>を参考にし、①精神的重症度、②身体科入院治療期間、および③遺書の有無や発見されないような工夫の有無(ひとけのない場所を選んだなど)という自殺の状況から、表1のように点数化し新たな尺度を作成した。総合得点が、7点以上を最重度、5~6点を重度、3~4点を中等度、2点以下を軽度と評価した。

本研究は診療録を基にした後方視的な統計研究であり、匿名性に十分に配慮した。

### C. 結果

対象とした95例(男性37例, 女性58例; 平均年齢43.1歳, 標準偏差19.4歳, 幅14~90歳)の性・年齢構成は、男性が10代2例(2%), 20代5例(5%), 30代4例(4%), 40代9例(9%), 50代10例(11%), 60代4例(4%), 70代2例(2%), 90代1例(1%), 女性が10代9例(9%), 20代12例(13%), 30代14例(15%), 40代7例(7%), 50代4例(4%), 60代2例(2%) 70代5例(5%), 80代5例(5%)と、男性では

40～50代が多く、女性では20～30代が多かった。手段は服薬が51例(54%)と最も多く、次いで刃器14例(15%)、毒物9例(9%)、ガス8例(8%)、飛び降り4例(4%)、焼身4例(4%)、縊首3例(3%)、入水2例(2%)であった。動機は家庭内の問題が31例(33%)と最も多く、次いで交友関係13例(14%)、うつ状態に基づくもの10例(11%)、幻覚妄想に基づくもの10例(11%)、職場内の問題9例(9%)、身体的問題8例(8%)、経済的問題7例(7%)、動機不明5例(5%)、その他2例(2%)の順であった。精神疾患診断では、閾値下うつ病が30例(32%)と最も多く、次いで大うつ病27例(28%)、適応障害(抑うつ気分を伴うものを除く)17例(18%)、パーソナリティ障害8例(8%)、統合失調症6例(6%)、妄想性障害4例(4%)、その他2例(2%)であった。併発症では、解離性障害が2例(2%)、パーソナリティ障害が4例(4%)あった。企図時、アルコール飲酒者は11例(12%)あった。未遂歴は20例(21%)にあった。精神科治療歴なしが78例(82%)、治療中断が17例(18%) (自院3例、他院14例)であった。入院期間は0～143日、中央値4日、平均13日であった。精神的重症度は、重症28例(30%)、中等症23例(24%)、軽症44例(46%)であった。自殺意図が最重度の者は3例(3%)、重度21例(22%)、中等度31例(33%)、軽度40例(42%)であった。

自殺念慮の出現から企図に至るまでの期間が1日以内(超短期)は38例(40%)、2日～3週間(短期)は30例(32%)、4週間以上(長期)は22例(23%)、また1年以上にわたり慢性持続的に希死念慮があり3週間以内の短期に急激に出現した者が5例(5%)あった。

表2は、各自殺前期間別に性、年齢構成、精神疾患診断、自殺企図手段、自殺の動機を示した。超短期群は成年前期の女性が多く、疾患では適応障害と閾値下うつ病が多かった。短期群は成年中期の男性が多く、疾患では閾値下うつ病が多かった。長期群は老年期の大うつ病が多かった。混合群は成年前期が多く、すべてパーソナリティ障害であった。

#### D. 考察

自殺未遂者の自殺意図の強さに関するスケールでは、従来、Beck's Suicide Intent Scale<sup>9)</sup>が知られているが、項目数が多く、実用が難しい。今回、精神と身体の高重症度に自殺状況を加味して評価することが適切と考え、スケールを作成した。本スケールの信頼性と妥当性は確かめられておらず、今後、検討されねばならないが、本研究の結果は、自殺前期間の短い患者にも自殺意図の強い者があることを明らかにし、その対策の必要性を示した。

性別では、長期群と混合群では男女ほぼ同率であるのに対し、超短期群では女性が多く、短期群では男性が多かった。Birtchnell & Alarcon<sup>10)</sup>は、男性は数週ないし数カ月が約半数を占めていたのに対し、女性では過半数が瞬間的であったという。Katsumata<sup>11)</sup>は、男性は2、3日～2、3カ月、女性は当日ないし前日の者と4カ月以上前からに分かれると述べている。今回の結果は、先行研究と自殺前期間の分け方が異なるが、性差があること、女性では自殺前期間が短いことで一致している。

年齢構成では、長期群は成年中期が多いのに対し、超短期群は成・壮年期、

短期群は中年期、混合群は思春期、成・壮年期が多かった。これは、年代による発達課題の違いが自殺心理の違いに反映された結果と思われる。これまでも若年者の自殺は衝動的であることが指摘されている<sup>12)</sup>。

基礎にある精神疾患では、長期群は大うつ病が多かったのに対し、超短期群は適応障害と閾値下うつ病、短期群は閾値下うつ病、混合群はパーソナリティ障害が多かった。これは、Polyakova<sup>13)</sup>らが、大うつ病では1週間から数カ月が多かったのに対し、適応障害では数分から数日であり半数が1週間以内であったとする報告と矛盾しない結果であった。Baca-Garcia<sup>14)</sup>は衝動的な企図と抑うつとの欠如との関連を指摘している。

黒木<sup>15)</sup>は、労災請求自殺事例を調査し、周囲にはわからないが、本人の中では精神状態に何らかの変化が起こっており、周りの目に見えないから症状が確認できないものがあると述べている。このような精神障害は閾値下うつ病の可能性があると思われる。閾値下うつ病は一つの疾患概念ではなく、最近の海外の論文で使用される概念であり、小うつ病、気分変調症、大うつ病に発展する途中の状態、非定型うつ病、場合によっては抑うつ気分を伴う適応障害も含む論文もある。抑うつ症状が臨床的に閾値下にあることから周囲の人に精神的異常を認知されにくく、受診行動に結びつかないと思われる。思春期の閾値下うつ病が後に大うつ病と自殺傾向に関連する可能性が指摘されている<sup>5)</sup>。症状が閾値下であるために見逃され、自殺防止の対象からはずれないように注意する必要がある。

笠原<sup>16)</sup>は、ある安定状態(心理的恒常

性)から次の安定状態(恒常性)へと移行途中の中間段階(谷間)において、自殺の生じる危険が高いことを指摘している。「閾値下うつ病」は、種々の下位分類のうつ病を含み、それらが互いに移行する可能性があるという意味において、笠原の言う「中間段階」と言える。確定診断を付けるまでの暫定的診断名となるかもしれないが、自殺者の病理を示している可能性があり、同時に、救急外来の現場で患者の治療と対処を決定する上で実用的な概念である。

自殺意図の強さでは、自殺前期間の長期群は強い者が多かったのに対し、超短期型は弱い者が多く、短期群と混合群は中等度の者が多かった。これまで自殺者の衝動性と致死性の相関について、正逆の矛盾する見解がある<sup>17)</sup>。双極型気分障害の混合状態のように「自殺前期間」が長くとも企図が「衝動的」に起こることは希ではなく、自殺の「衝動性」と「自殺前期間の短いこと」は同義ではないこと、また自殺意図の強さと致死性が必ずしも一致しないことに注意を払う必要があるが、今回の結果は、自殺の衝動性と致死性の相関について従来の矛盾する考えが、衝動的企図をいくつかに分類することで説明される可能性を示している。

## E. 結論

95例の自殺未遂患者の自殺前期間を分類し、各群の臨床特徴を調べた。そのうち自殺前期間が短い未遂者は、中等度の自殺意図を持ち、中年男性が多く、基礎となっている精神疾患の多くは閾値下うつ病であった。この一群の患者が、現在増加している中高年うつ病の一群と一致する可能性がある。