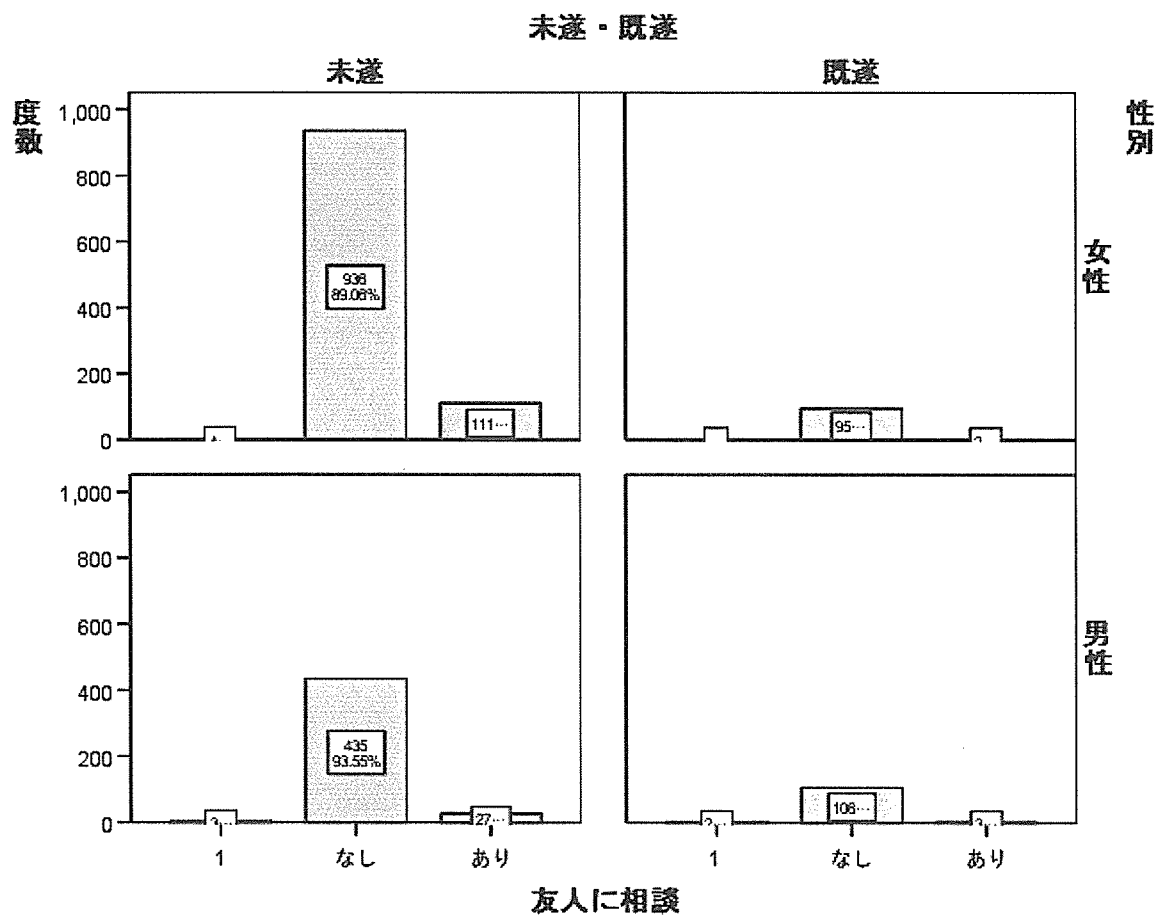
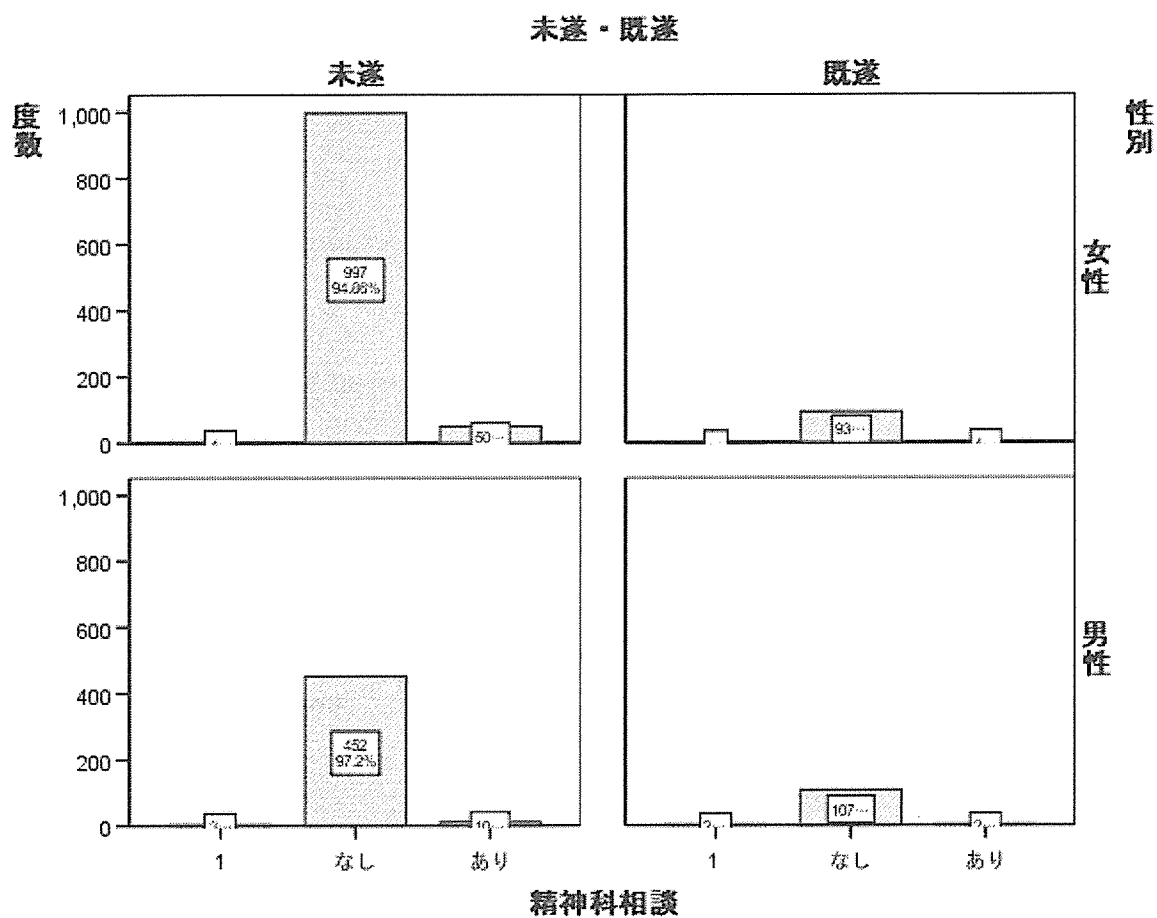


【図—15】既遂未遂別の企図前の友人への相談の有無



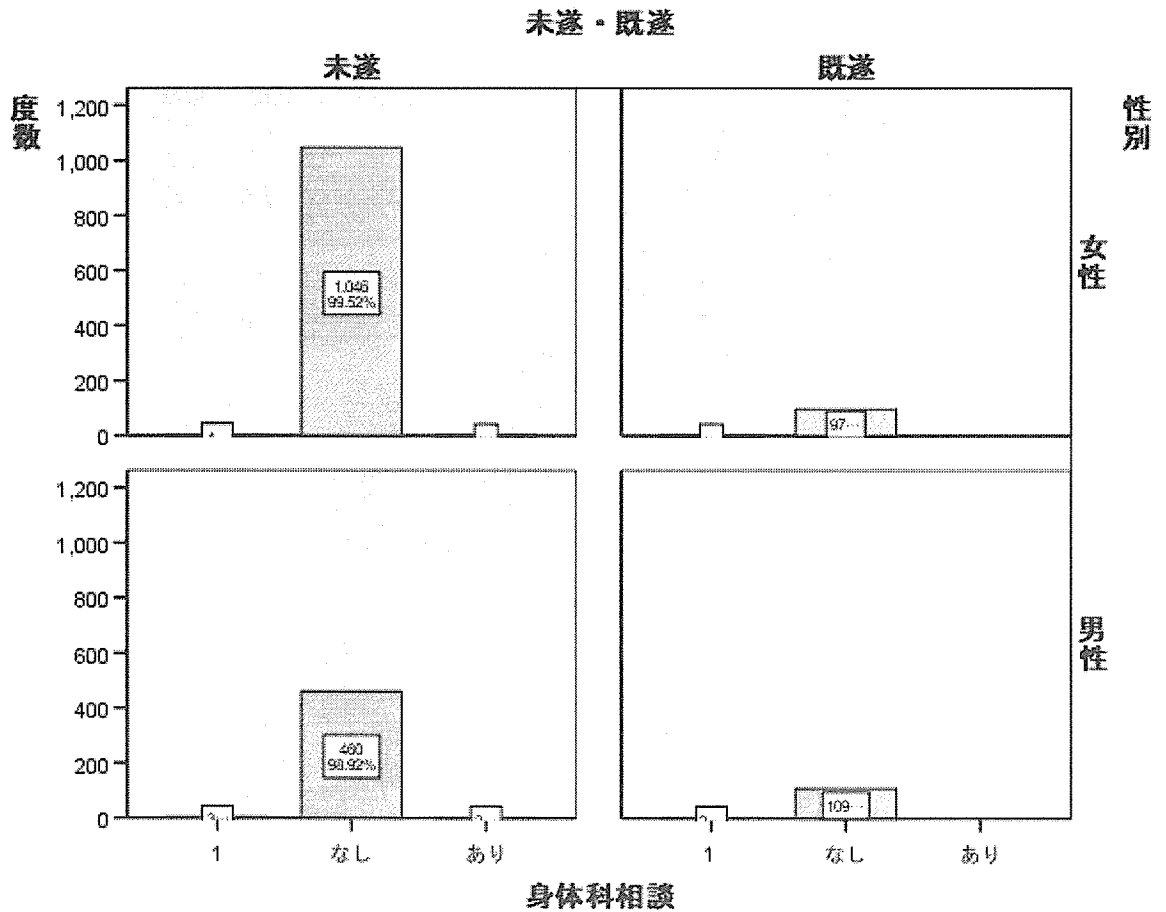
| 未遂・既遂 |    |    | 友人に相談 |     |    | 合計   |
|-------|----|----|-------|-----|----|------|
|       |    |    | なし    | あり  | 不明 |      |
| 未遂    | 性別 | 男性 | 435   | 27  | 3  | 465  |
|       |    | 女性 | 936   | 111 | 4  | 1051 |
|       |    | 合計 | 1371  | 138 | 7  | 1516 |
| 既遂    | 性別 | 男性 | 106   | 3   | 2  | 111  |
|       |    | 女性 | 95    | 2   | 1  | 98   |
|       |    | 合計 | 201   | 5   | 3  | 209  |

【図—16】既遂未遂別の企図前の精神科への相談の有無



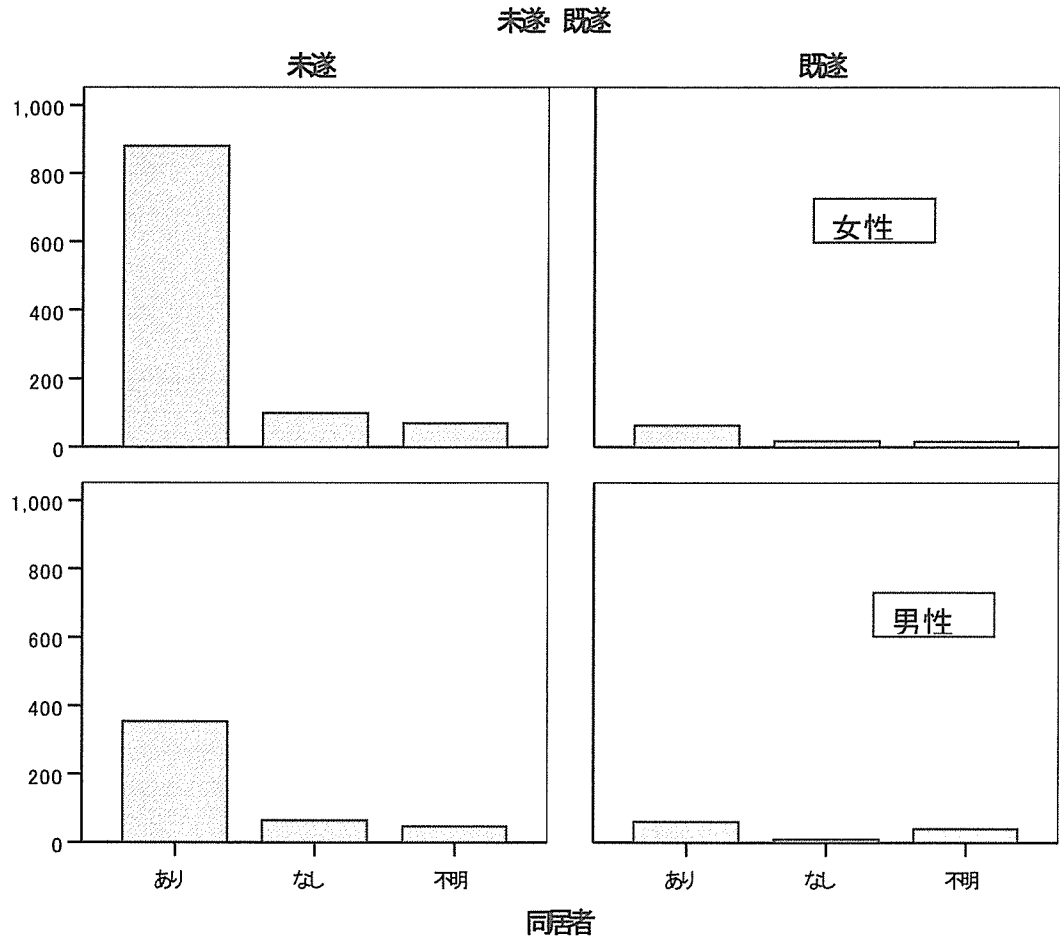
| 未遂・既遂 |    |    | 精神科相談 |    |    | 合計   |
|-------|----|----|-------|----|----|------|
|       |    |    | なし    | あり | 不明 |      |
| 未遂    | 性別 | 男性 | 452   | 10 | 3  | 465  |
|       |    | 女性 | 997   | 50 | 4  | 1051 |
|       |    | 合計 | 1449  | 60 | 7  | 1516 |
| 既遂    | 性別 | 男性 | 107   | 2  | 2  | 111  |
|       |    | 女性 | 93    | 4  | 1  | 98   |
|       |    | 合計 | 200   | 6  | 3  | 209  |

【図—17】既遂未遂別の企図前の身体科への相談の有無



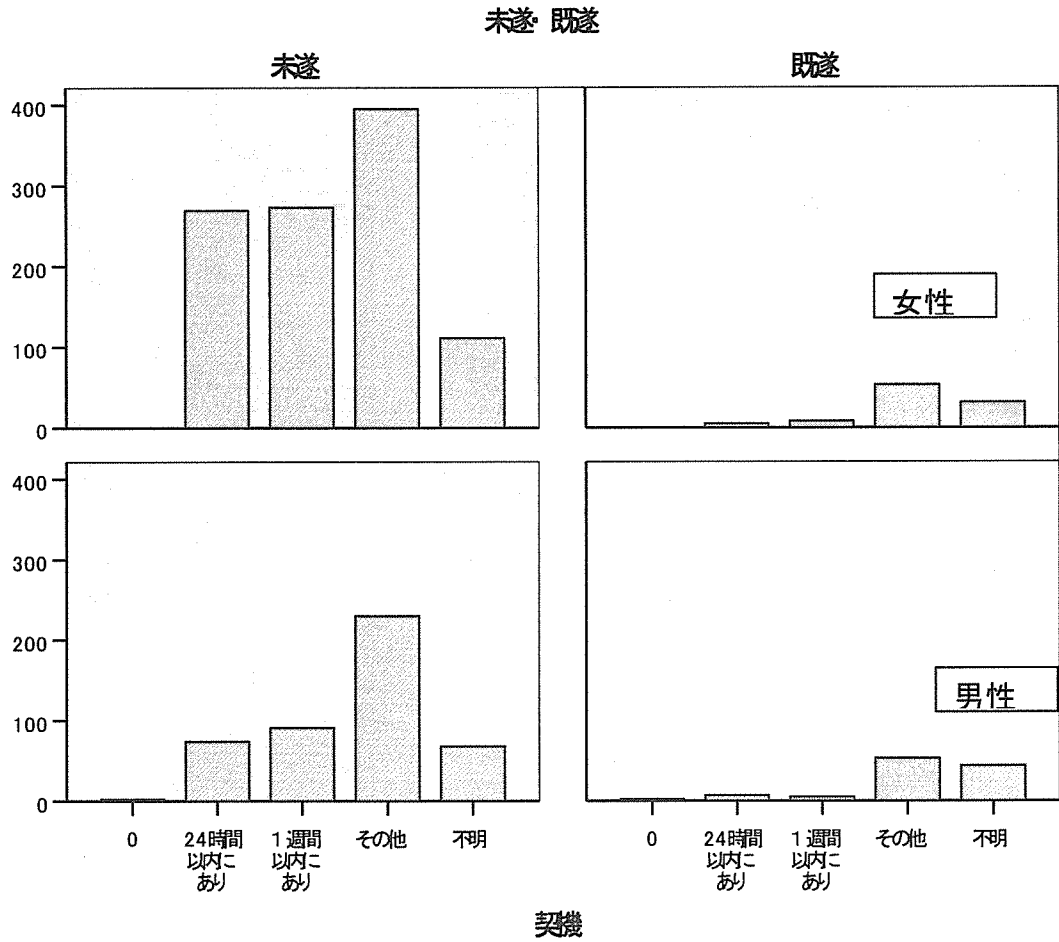
| 未遂・既遂 |    |    | 身体科相談 |    |    | 合計   |
|-------|----|----|-------|----|----|------|
|       |    |    | なし    | あり | 不明 |      |
| 未遂    | 性別 | 男性 | 460   | 2  | 3  | 465  |
|       |    | 女性 | 1046  | 1  | 4  | 1051 |
|       |    | 合計 | 1506  | 3  | 7  | 1516 |
| 既遂    | 性別 | 男性 | 109   |    | 2  | 111  |
|       |    | 女性 | 97    |    | 1  | 98   |
|       |    | 合計 | 206   |    | 3  | 209  |

【図—18】未遂・既遂と同居者の有無



| 性別 |    | 同居者 |     |    | 合計   |
|----|----|-----|-----|----|------|
|    |    | あり  | なし  | 不明 |      |
| 男性 | 未遂 | 354 | 64  | 47 | 465  |
|    | 既遂 | 61  | 9   | 40 | 110  |
|    | 合計 | 415 | 73  | 87 | 575  |
| 女性 | 未遂 | 881 | 99  | 70 | 1050 |
|    | 既遂 | 64  | 18  | 16 | 98   |
|    | 合計 | 945 | 117 | 86 | 1148 |

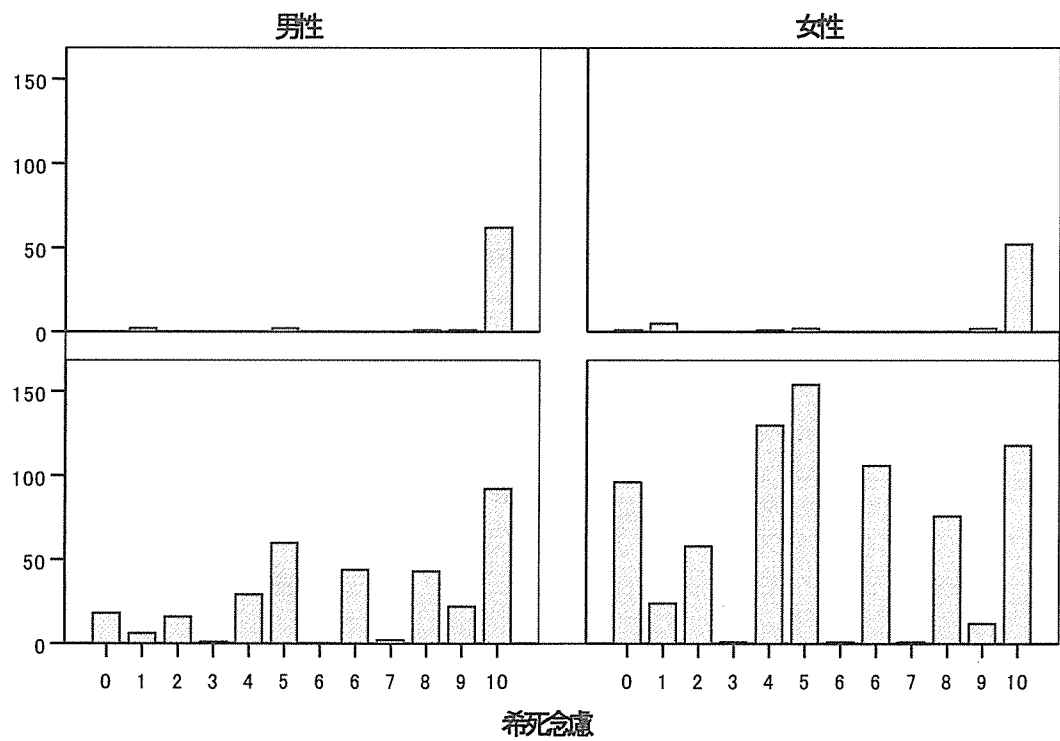
【図—19】未遂・既遂による自殺の契機



| 未遂・既遂 |    |    | 契機 |                |               |     |     | 合計   |
|-------|----|----|----|----------------|---------------|-----|-----|------|
|       |    |    | なし | 24時間以内<br>内にあり | 1週間以内<br>内にあり | その他 | 不明  |      |
| 未遂    | 性別 | 男性 | 2  | 74             | 91            | 230 | 68  | 465  |
|       |    | 女性 | 0  | 269            | 273           | 395 | 111 | 1048 |
|       |    | 合計 | 2  | 343            | 364           | 625 | 179 | 1513 |
| 既遂    | 性別 | 男性 | 2  | 7              | 5             | 53  | 44  | 111  |
|       |    | 女性 | 0  | 5              | 8             | 53  | 31  | 97   |
|       |    | 合計 | 2  | 12             | 13            | 106 | 75  | 208  |

【図—20】未遂・既遂による希死念慮の強さ

希死念慮の強さ



【表—1】既遂例の自殺企図手段

| 手段     | 男性  | 女性 | 合計  |
|--------|-----|----|-----|
| 向精神薬   | 6   | 10 | 16  |
| その他処方薬 | 0   | 0  | 0   |
| 市販薬    | 0   | 1  | 1   |
| 農薬     | 8   | 12 | 20  |
| その他の毒物 | 0   | 0  | 0   |
| 手首切傷   | 4   | 4  | 8   |
| 切腹     | 0   | 1  | 1   |
| その他切傷  | 2   | 1  | 3   |
| 排気ガス   | 2   | 0  | 2   |
| その他ガス  | 4   | 0  | 4   |
| 飛び込み   | 3   | 2  | 5   |
| 飛び降り   | 39  | 34 | 73  |
| 焼身     | 4   | 1  | 5   |
| 首つり    | 39  | 31 | 70  |
| 入水     | 0   | 1  | 1   |
| 感電     | 0   | 0  | 0   |
| 銃      | 0   | 0  | 0   |
| その他    | 0   | 0  | 0   |
|        | 111 | 98 | 209 |

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

精神科救急における自殺企図者の4年間の追跡調査

酒井明夫・岩手医科大学神経精神科学講座教授  
大塚耕太郎・岩手医科大学神経精神科学講座講師

研究要旨

岩手医科大学附属病院一次二次外来及び岩手県高度救命救急センター（三次外来）での精神科救急における平成14年度の自殺未遂者174名（男性51名，女性123名）を対象とし，その後4年間の自殺再企図の追跡調査を行った。対象（N=174）において，追跡4年の期間中に再企図で精神科救急を受診したものは総計33名（19.0%）であった。性別は男性2名（3.9%），女性31名（25.2%）であり，女性の割合が圧倒的に高かった（ $P=0.001$ ）。再企図までの平均日数は404日であり，絶対危険群（飛鳥井による）が2名，6.1%であった。ICD-10診断では，頻度の高い順に，F4（15名，45.5%），F6（9名，27.3%），F3（6名，18.2%），F2（3名，9.1%）であり，就労状況では無職（20名，60.6%），有職者（8名，24.2%），不明（5名，5.2%）の順であった。企図前の相談状況では，相談者有（21名，63.6%），無（9名，27.3%），不明（3名，9.1%）であり，相談先としては精神科10名，身体科1名，職場1名，知人1名，家族6名，不明2名であった。相談時期としては，当日9名，2日～1週間以内4名，それ以上8名，であった。

以上の結果から，自殺企図者の再企図を防ぐ手段として，1）セルフケア体制や認知行動療法等の精神科治療，そして2）直接的支援体制としてのケースマネジメントや関連機関との連携，などの重要性が示唆された。

研究協力者

遠藤重厚・岩手医科大学救急医学講座  
教授

磯野寿育・岩手医科大学救急医学講座

中山秀紀・盛岡市立病院精神科  
智田文徳・岩手医科大学



## 神経精神科学講座助手

遠藤知方・同上

丸田真樹・同上

山家健仁・岩手医科大学神経精神科学講座

### A. 研究目的

岩手医科大学神経精神科は、岩手県高度救命救急センターが昭和55年に設立されて以来、24時間体制の精神科救急医療を継続してきた。平成9年度からは岩手県精神科救急事業が開始され、現在、県全体で4医療圏、4基幹病院による精神科救急事業が行われている。そのなかで盛岡医療圏では、岩手医科大学の一次二次救急外来と、岩手医科大学附属病院に併設されている岩手県高度救命救急センターに精神科救急患者が訪れる。特に後者には重症の自殺企図者が搬送される。岩手県高度救命救急センターでは、常勤精神科医と精神保健指定医を中心として、自殺企図者に対して精神医学的評価、治療的介入を行っている。岩手医科大学の精神科救急事業では、盛岡医療圏の精神科救急の1次から3次ケースが受診するため、精神科救急ケースの把握が包括的に可能である体制となっている。

本研究では、岩手医科大学附属病院一次二次外来（以下、一次二次外来）と併設された岩手県高度救命救急センター（以下、三次外来）における自殺企図者を4年間追跡し、自殺企図者の再企図の傾向を明らかにすることを目的とした。

### B. 研究方法

研究に関する母集団は1年間（2002年1月1日～2002年12月31日）に一次二次外来と三次外来を受診した症例のなかで、日本救急医学会に設置された精神保健問題委員会の自殺企図診断基準を満たした自殺未遂者174名（男性51名、女性123名）を調査対象とした。

解析項目は、岩手県高度救命救急センター精神科常勤医、岩手医科大学精神科一次二次外来担当日当直医によって記載される「救急外来患者受付情報用紙」（ケースカード）の項目を用いた。企図手段の重篤性に関しては、飛鳥井による絶対危険群と相対危険群の分類を用いた。診断はICD-10を使用した。

再企図に関しては、自殺企図の既往を有し、再び自殺企図を主訴として一次二次外来あるいは三次外来に受診したものと定義した。また、対象に関する精神科救急受診の追跡期間を4年間とした。なお、救急システムを利用していない自殺企図、自殺既遂の追跡調査は出来なかった。

結果の統計処理については、連続数の比較はT検定、比率の検定は $\chi^2$ 検定を用い、統計ソフトはSPSS for Windows ver. 13を使用した。

### C. 研究結果

- (1) 対象症例(N=174)の背景因子、ICD-10診断（表1、表2）

性別では男性（51名）に対して女性（123名）の割合が圧倒的に高かった。男性では、平均年齢、新患、三次外来、有職者、絶対危険群の割合が有意に高かった。また、ICD-10による主診断では、男性ではF3が41.2%（21名）で最多で、次いでF4が27.5%（14名）、F2が13.7%（7名）、F6が7.8%（4名）と続く。

女性では、生涯自殺企図歴、1年以内の自殺企図歴の割合が高かった。ICD-10による主診断では、F4が42.3%（52名）と最多で、次いでF3が31.7%（39名）、F6が9.8%（12名）、F2が8.9%（11名）となった。

（2）再企図に関する4年間の追跡調査（図1、表3）

対象症例（N=174）において、追跡4年間に一次二次外来もしくは三次外来の精神科救急を自殺企図で受診したものは総計33名（19.0%）であった。性別では4年間で再企図者は男性51名中2名（3.9%）、女性123名中31名（25.2%）であり、女性の方が有意に再企図者の割合が高かった（ $P=0.001$ ）。全再企図者の再企図までの平均日数は404日であった。

（3）再企図群（N=33）の実態

再企図群の実態を下記に示した。

- ・ 女性が多い（31名、93.9%）
- ・ 青年（平均年齢27.9±10.5歳）
- ・ 絶対危険群が2名、6.1%
- ・ ICD-10診断では多い順に、F4（15名、45.5%）、F6（9名、27.3%）、F3（6名、18.2%）、F2（3名、9.1%）である。

- ・ 就労状況では無職（20名、60.6%）、有職者（8名、24.2%）、不明（5名、5.2%）である。
- ・ 再企図前の相談状況では、相談者有（21名、63.6%）、無（9名、27.3%）、不明（3名、9.1%）であり、相談先としては精神科10名、身体科1名、職場1名、知人1名、家族6名、不明2名であった。
- ・ 再企図時の企図前相談時期としては、当日9名、2日前-1週間以内4名、それ以上8名、であった。

#### D. 考察

4年間の追跡調査から、再企図群は女性、青年という傾向が認められた。また、再企図群の再企図率は女性が高かった。特に、再企図に要した期間は平均404日であり、自殺企図は1年以上にわたって再企図の危険性を有する可能性が示唆された。

当施設では、重症な自殺企図症例に対して、身体科治療と平行して、精神科的治療も十分に行われる。そして、企図後の精神科治療も継続されている場合が多い。しかし、再企図前に相談先を持つものが63.6%あるにも関わらず自殺を企てていることから、ライフイベントなどのストレスに対するコーピング等を促進するような、セルフケア体制や認知行動療法等の精神科的治療も重要と考えられた。一方、再企図時に相談先を持たないものも多いことから、ライフイベント発生時の直接的な支援体制も必要と考えられた。特に、ケースマネジメントな

どによる相談体制や関連機関との連携は、自殺企図者の継続治療における直接的支援として重要と考えられた。

#### E. 結論

精神科救急における自殺企図者の再企図に関する実態を4年間の追跡により明らかにした。

再企図を防ぐ手段として、1)セルフケア体制や認知行動療法等の精神科治療、そして2)直接的支援体制としてのケースマネジメントや関連機関との連携、などの重要性が示唆された。

本調査の限界として、追跡中の自殺企図での日中の一次二次ケース、救急搬送されない既遂例、および自殺念慮による入院例は除外されている。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 学会発表

- 丸田真樹, 大塚耕太郎, 中山秀紀, 遠藤知方, 酒井明夫, 遠藤重厚: 救急センターを受診した自殺未遂者の症候論的解析. 第102回日本精神神経学会総会, 福岡国際会議場, 平成18年5月11日
- 磯野寿育, 大塚耕太郎, 酒井明夫, 岩戸清香, 遠藤仁, 三條克巳, 山家健仁, 丸田真樹, 遠藤知方, 中山秀紀, 智田文徳, 鈴木満, 遠藤重厚: 高度救命救急センターにおける自殺企図者の実態調査-気分障害と神経症性障害との比較検討-. 第60回東北精神神経学会総会, 秋田県総合保健センター, 秋田市, 平成18年9月17日
- 山家健仁, 大塚耕太郎, 酒井明夫, 磯野寿育, 岩戸清香, 遠藤仁, 三條克巳, 丸田真樹, 遠藤知方, 中山秀紀, 智田文徳, 鈴木満, 遠藤重厚: 高度救命救急センターにおける自殺企図者の実態調査-自殺企図と動機について-. 第60回東北精神神経学会総会, 秋田県総合保健センター, 秋田市, 平成18年9月17日
- 遠藤知方, 大塚耕太郎, 智田文徳, 丸田真樹, 酒井明夫, 磯野寿育, 遠藤重厚, 中山秀紀: 岩手医科大学の精神科救急システムにおける受診患者調査-一次二次救急と三次救急の比較検討. 第14回日本精神科救急学会総会, 広島国際会議場, 広島市, 2006年10月18日
- 大塚耕太郎, 酒井明夫, 遠藤重厚, 智田文徳, 中山秀紀, 遠藤知方, 丸田真樹, 山家健仁, 磯野寿育, 横澤直史: 自殺企図者の企図前行動. 第14回日本精神科救急学会総会, 広島国際会議場, 広島市, 2006年10月19日
- 磯野寿育, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 中山秀紀, 遠藤知方, 丸田真樹, 山家健仁, 横澤直史, 智田文徳, 遠藤重厚: 高度救命救急センターにおける自殺企図者のICD分類-気分障害(F3)と神経症性障害(F4)の比較検討-. 第14回日本精神科救急学会総会, 広島国際会議場, 広島市, 2006年10月19日
- 丸田真樹, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智

田文徳, 遠藤知方, 山家健仁, 磯野寿育, 横澤直史, 川村祥代, 遠藤重厚: 高度救命救急センターにおける自殺企図者の年代別検討. 第19回日本総合病院精神医学会総会. 栃木県総合文化センター, 宇都宮市, 平成18年12月2日

- ⊗ 山家健仁, 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳, 丸田真樹, 磯野寿育, 横澤直史, 川村祥代, 遠藤重厚: 高度救命救急センターにおける自殺企図者について - 性差に関する検討. 第19回日本総合病院精神医学会総会. 栃木県総合文化センター, 宇都宮市, 平成18年12月2日

#### 論文発表

1. 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳: 地域介入による自殺予防と自殺企図者へのケア. 第27回公開講座講演集 健康講座. 岩手医科大学, pp13-26, 2006
2. 酒井明夫, 大塚耕太郎, 智田文徳: うつ気分障害への対応 - 自殺防止への手掛かり 自殺企図者へのケアについて 救急センターにおける精神的取り組み. 人間の医学 42 巻 2 号: 76 - 79, 2006
3. 丸田真樹, 大塚耕太郎, 中山秀紀, 山家健仁, 遠藤重厚: 岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代による比較検討. 岩手医学雑誌 58: 119-131, 2006
4. 遠藤知方, 大塚耕太郎, 丸田真樹, 山家健仁, 遠藤重厚: 自殺未遂者における1次2次精神科救急と3次精神科

救急の比較検討. 岩手医学雑誌 58: 97-107, 2006

5. 大塚耕太郎, 酒井明夫: IVその他 7. 精神症状, 救急医学 30(6): 748-750, 2006
6. 大塚耕太郎, 酒井明夫: 岩手医科大学における精神科救急システム: 岩手県盛岡地区の精神科救急の課題と展望. シンポジウム 13「精神科救急医療の課題と展望」. 第102回日本精神神経学会総会, 精神神経学雑誌 108 巻 10 号: 1058-1061, 2006
7. 大塚耕太郎, 酒井明夫: 自殺率の高い農村部における自殺防止活動とその結果. 総合病院精神医学雑誌 19 巻 1 号: 1-7, 2007
8. Kotaro Otsuka, Akio Sakai, Eri Shibata, Takehito Yanbe, Tomoyuki Yoshida, Hirohisa Isono, Jin Endo, Katsumi Sanjo, Sayaka Iwato, Naofumi Yokozawa, Ema Fujiwara, Pritham Raj: Efficacy of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder with history of frequent suicide attempts. J Iwate Med Assoc 58: 145-148, 2006

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

表 1. 対象

|                  |       | 全症例        | 男性         | 女性        | P-value |
|------------------|-------|------------|------------|-----------|---------|
| 性別               | 男性    | 51 (29.3)  | 51         | 123       |         |
|                  | 女性    | 123 (70.7) |            |           |         |
| 平均年齢             |       | 38.2±17.7  | 44.6±15.9  | 35.6±17.8 | 0.002   |
| 受診歴              | 新患    | 120 (69.0) | 44 (86.3)  | 76 (61.8) | 0.001   |
|                  | 再来    | 54 (31.0)  | 7 (13.7)   | 47 (38.2) |         |
| 他院通院             | 無     | 46 (26.4)  | 42 (82.4)  | 83 (67.5) | NS      |
|                  | 有     | 125 (71.8) | 8 (15.7)   | 38 (30.9) |         |
|                  | 不明    | 3 (1.7)    | 1 (2.0)    | 2 (1.6)   |         |
| 受診区分             | 一次二次  | 55 (31.6)  | 5 (9.8)    | 50 (40.7) | <0.001  |
|                  | 三次    | 119 (68.4) | 46 (90.2)  | 73 (59.3) |         |
| 就労状況             | 無     | 93 (53.4)  | 20 (39.2)  | 73 (59.3) | 0.016   |
|                  | 有     | 55 (31.6)  | 24 (47.1)  | 31 (25.2) |         |
|                  | 不明    | 26 (14.9)  | 7 (13.7)   | 19 (15.4) |         |
| 生涯自殺企図歴          | 無     | 91 (52.3)  | 35 (68.6)  | 56 (45.5) | 0.005   |
|                  | 有     | 83 (47.7)  | 16 (31.4)  | 67 (58.7) |         |
| 1年以内自殺企図歴        | 無     | 116 (66.7) | 42 (82.4)  | 74 (60.2) | 0.005   |
|                  | 有     | 58 (33.3)  | 9 (17.6)   | 49 (39.8) |         |
| 企図手段重症度<br>(飛鳥井) | 相対危険群 | 144 (82.8) | 34 (66.7)  | 17 (33.3) | <0.001  |
|                  | 絶対危険群 | 30 (17.2)  | 110 (89.4) | 13 (10.6) |         |

表 2. ICD-10 による主診断

|    | 全体 |      | 男性 |      | 女性 |      |
|----|----|------|----|------|----|------|
|    | 度数 | %    | 度数 | %    | 度数 | %    |
| F0 | 7  | 4.0  | 2  | 3.9  | 5  | 4.1  |
| F1 | 5  | 2.9  | 3  | 5.9  | 2  | 1.6  |
| F2 | 18 | 10.3 | 7  | 13.7 | 11 | 8.9  |
| F3 | 60 | 34.5 | 21 | 41.2 | 39 | 31.7 |
| F4 | 66 | 37.9 | 14 | 27.5 | 52 | 42.3 |
| F5 | 2  | 1.1  | 0  | 0.0  | 2  | 1.6  |
| F6 | 16 | 9.2  | 4  | 7.8  | 12 | 9.8  |

図 1. 再企図無しの割合の計時的推移 (3 群)

再企図無しの割合

(%)

—— 全体 - - - 女性 - - - 男性

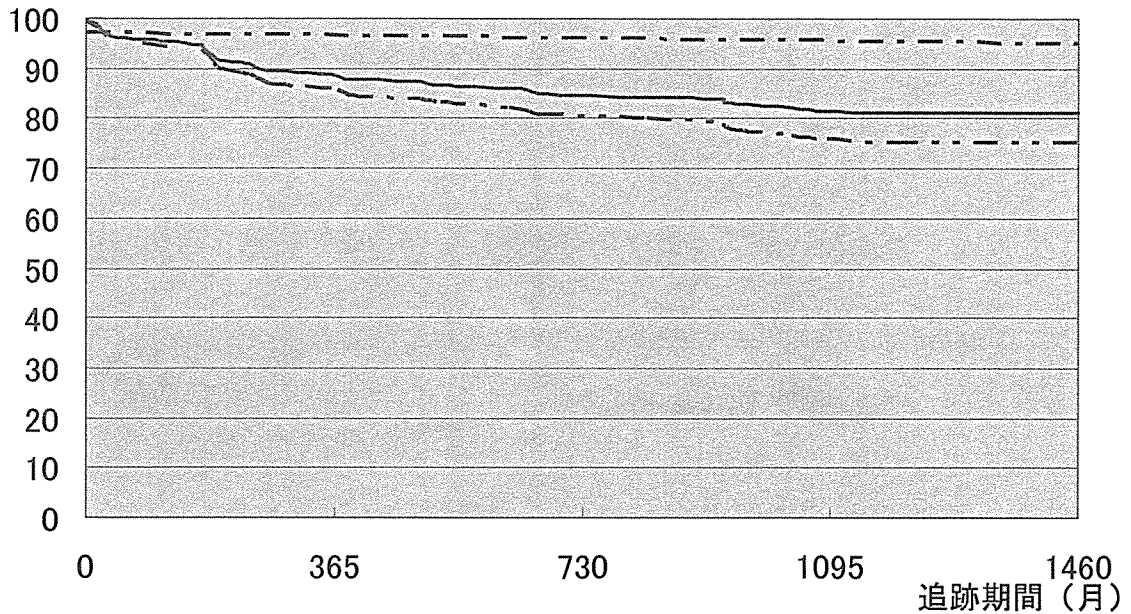


表 3. 追跡期間毎の累積再企図率

|            | 1 年以内 | 2 年以内 | 3 年以内 | 4 年以内 |
|------------|-------|-------|-------|-------|
| 度数 (N=174) | 19    | 26    | 32    | 33    |
| 累積再企図率     |       |       |       |       |
| 全体         | 10.9% | 14.9% | 18.4% | 19.0% |
| 男性         | 3.9%  | 3.9%  | 3.9%  | 3.9%  |
| 女性         | 13.8% | 19.5% | 24.4% | 25.2% |

厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学分野研究事業  
研究課題：自殺企図の実態と予防介入に関する研究  
分担研究報告書

## 救急医療における自傷

共同研究者：日本医科大学精神医学教室 講師 伊藤敬雄

### A. はじめに

現代では、社会情勢、社会環境が過去に例をみない速さで変化している。このため従来の価値観が失われつつある。この変化にどう適応するのかという私たちの苦悩は大きい。物質的欲求は満たされても、情緒的な精神面での欲求不満が募る。地域社会では対人交流が稀薄となり、仲間作りが困難なことも多い。生きる不安や孤独感を抱えながら社会生活を送っている。次第に、自らの能力の限界や行き詰まりを感じる。孤立感、疎外感、自身欠如、役割喪失感を感じ、行き場がなくなると危機的な状況にまで追い込まれる。そして、唯一の解決策が自傷・自殺となる場合がある。

こうして考えると、自傷と自殺は「自由意思に基づく行為」というよりは、いわば「追い込まれての行動化」である。自傷・自殺を考えている人は、「いかに生きるか」という苦悩を持ち合わせ葛藤しているとされる。このよ

うな本人の状態を周囲の人が気づくことなく、誰にも相談できずにやむを得ず行動化に至った場合、本人の状況背景をきちんと整理し、理解する必要がある。

救急医療の場は、自傷・自殺未遂者に対して身体的治療が優先される場である。しかし、自傷・自殺未遂の事後に治療者が直接に対応できる危機介入の第一歩の場、事後対策の方向づけを左右する重要な場である。そして、彼らに対して支援体制や環境を提供するための貴重な機会でもある。

### 本邦の自殺と自傷・自殺未遂の状況

本邦では7年間連続して自殺者が3万人台を越えている。人口10万人あたりの自殺者（自殺率）は25人を越え、先進諸国の中でも極めて高い数値である。2003年度の資料では、本邦の自殺率はリトアニア、ロシア、ベラルーシ、ウクライナなど旧ソ連邦とハンガリー、スロベニアに次いで10位と先進

諸国の中でも極めて高い数値である。しかし、数多くの自殺者は診断も下されず、適切な治療も実施されていない。また、自傷・自殺未遂は既遂の最低10倍は生じているという推計がある。

自傷・自殺未遂者は、その多くが精神疾患の渦中にある。Edwin S. Shneidmanは、自殺未遂者について「救いを求める人」「助けを求める叫び」と呼んだ (Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior: Aronson, 1993)。自殺未遂者が既遂に至る率は自殺者全般の自殺率に比べると非常に高い。自殺未遂者の18% (うち2%は既遂) は1年以内に再企図、およそ7%は9年後には既遂するとされている (Owens D, Horrocks J, House A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. : Br J Psychiatry 181:193-9, 2002)。自傷・自殺未遂行動は、自殺企図への防波堤ともなっている。そのため、自傷・自殺未遂行動者の内面には、強い希死念慮を抱えていることに注意しなくてはならない。事後は早い段階で精神症状の適切な評価の上、精神科医療を継続することが必要である。

#### 一般精神医療における自傷

自傷とは、明確な自殺意図を持たずに自分の身体の一部を損傷する自己

破壊行動の一つである。その不可解に見える行動に治療者は当惑と緊張、無力感を抱いたりする。かつての自傷行為としては、①統合失調症にみられる自己犠牲的、自己懲罰的な症状機制的に基づくとされている抜毛から身体の一部切断・損壊といった凄惨なもの、②精神遅滞でみられる唐突で粗暴な常道的な自傷行為、③ヒステリー者にみられる演技的、狂言的、詐病的な自傷行為、などが臨床的によく知られている。こうした、自己の身体の一部が自己破壊の対象になっているものをMeningerは「焦点的自殺」と呼んだ (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)。これは、自傷行為が自殺を回避するための妥協、そして、過去の攻撃的行為と願望に対して犠牲を捧げることによって償うことを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は、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（日本心療内科学会総会, 2006）。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。

#### 救急医療における自傷と自殺未遂

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・自殺未遂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、「どうしても良い、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未遂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

認められてもすべてではない。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で、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・自殺未遂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、致死的な転帰

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 (Kreitman N, et al: Parasuicide. Br J Psychiatry 115: 746-747, 1969)。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。また、「故意に自分の健康を害する行為」には自傷行為以外に薬物乱用、拒食と過食も含まれる。よって、本稿では救急医療の入院理由となる自傷行為と自殺未遂を、やむを得ず明確に区別することなく論を進める。

#### 救急医療における自傷・自殺未遂手段の実際

われわれの報告 (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) では、表 1 に示すように、自傷・自殺未遂者の 64% は過量服薬による急性薬物中毒であった。20 歳代まではこの手段が 77% を占めた。再自傷・自殺行動を図った者の 81% が前回と同じ手段をとった。

急性薬物中毒の場合、入院期間が 2 日以内のケースは 74% であった。実際、致死量に至るほどの薬物量を過量服

薬したケースは概ね 20% 程度であり、高次の救急医療を行わなくてはならない状況にはないケースが多いと考えられた。また、過量服薬者は、再自傷・自殺行動において 84% が同じ過量服薬による手段をとった。救命後の経過において、安易な大量服薬に及ぶ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。

また、自傷・自殺未遂者の 12% が刺傷・切傷で、そのうちリストカットは 50% であった。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。本人がその気にならない限り、誰も自傷・自殺未遂行動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 (Rosenthal RJ, et al. Wrist-cutting syndrome. Am J Psychiatry 128, 1972)」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つながる。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ージメントを考えていかななくてはならない。

#### 救急医療における自傷・自殺未遂者の精神医学的診断

本邦では自殺既遂者では男性がその70%を占めているが、未遂者では女性が多い。われわれの報告（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）では、自傷・自殺未遂者103例では女性が全体の65%を占めた。特に20歳代と30歳代の女性に多かった。

表1に示すように、救命救急センターに入院した自傷・自殺未遂者の精神医学的診断としては、気分障害圏が40%、適応障害が39%とこの2診断群で80%を占めた。また、Ⅱ軸診断で人格障害の診断基準を満たすケースは全体では27%で、Ⅰ軸診断が適応障害で

あるケースの60%に人格障害の診断を満たした。自傷・自殺未遂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・自殺未遂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（Favazza AR, et al：Self-mutilation and eating disorders. Suicide Life Threat Behav. 1989）。

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。自傷行為を自殺未遂として誤認されることが多いことも指摘し、「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、精神科医は自傷・自殺未遂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ことが多い。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。

#### 自傷・自殺未遂者に対する医療従事者の捉え方と対応

自傷・自殺未遂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・自殺未遂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・自殺未遂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・自殺未遂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・自殺未遂者への治療・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・自殺未遂者は、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。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。

#### 救急医療における危機介入

救急医療の場であっても、医療従事者は自傷・自殺未遂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