

図 1. 再企図無しの割合の計時的推移 (3 群)

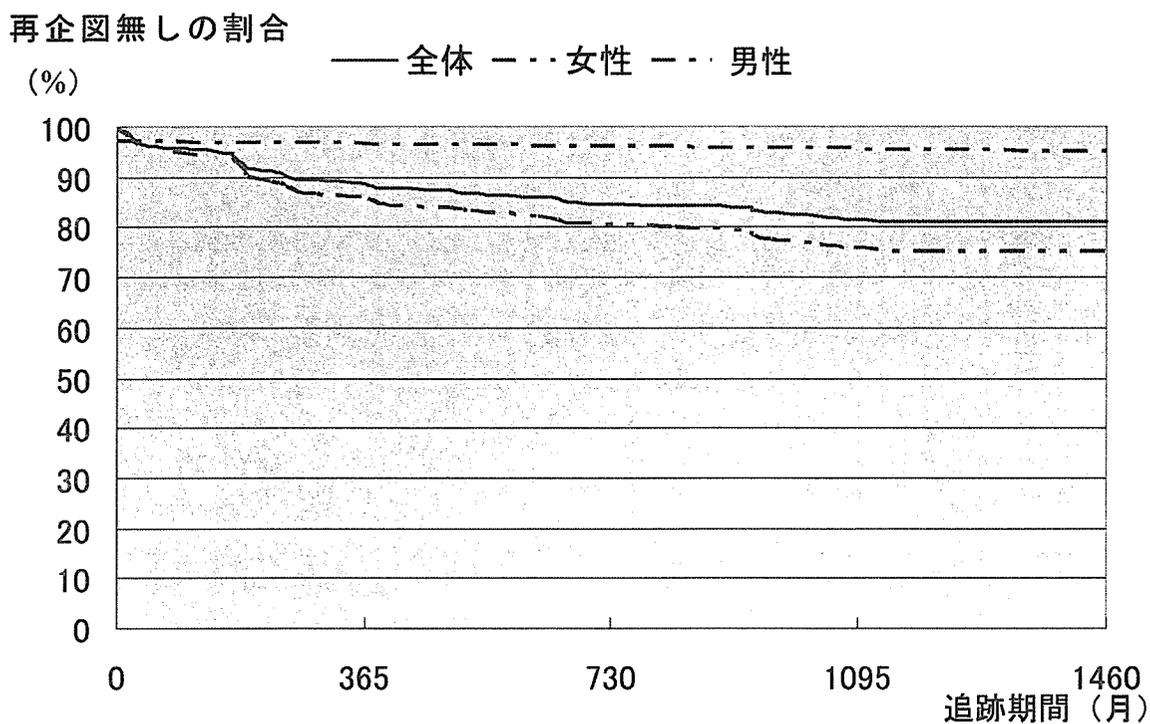


表 3. 追跡期間毎の累積再企図率

	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

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。その不可解にみ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基づくとして、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た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 (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・自殺行動を凶った者の 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。

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するとすれば、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。

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

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・自殺未遂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・自殺未遂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・自殺未遂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。

救急医療における事後援助

各施設の報告によれば救命救急センターに1年間に入院した患者のうち

自殺未遂者の割合は7～12%とされている。我々の報告では、救急医療の場における精神科医の介入によって自傷・自殺未遂者全体の81%を、そのうち精神科治療歴のない自殺未遂者の71%を精神医療につなげられた。また、表2に示すように、救命救急センター退院1年後の追跡調査の結果、自傷・自殺未遂者の84%が精神医療を継続受療していた。

しかし、適応障害とⅡ軸診断で人格障害の診断がつくケースは他の診断群と比較して受療率が20%ほど少なかった。また、自傷・自殺未遂複数回症例46例を調査すると、女性が78%、30歳未満が52%、人格障害のケースは50%、30歳未満女性では人格障害の割合が84%であった。さらに、前回の自傷・自殺未遂から行動化による再入院までの自殺未遂間隔が1年未満の症例は78%であった。3ヶ月未満では41%で、その内の76%は人格障害のケースであった。適応障害と人格障害では治療中断例が多く、1年以内に適応障害の27%、人格障害の30%に再自殺を認めた。

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救命救急センターの入院意味を調査した結果、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た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・自殺未遂者の事後対策の第一歩となる。そして、救命直後の自傷・自殺未遂者を「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。

まとめ

自傷・自殺未遂行動には、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・自殺未遂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応需できる施設整備、④自傷・自殺未遂患者への精神・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・自殺未遂患者への自傷・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・自殺未遂患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・自殺未遂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。

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

自殺未遂手段	精神医学的診断 (DSM-IV)				うち人格障害	年齢				計	入院期間(日)
	分裂病	気分障害	不安障害	適応障害		10歳～30歳	30歳～40歳	40歳～60歳	60歳～		
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	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

	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 (60%)	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%)

厚生労働科学研究事業（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

うつ病患者における自殺企図の行動特性と背景因子

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日から平成17年7月31日までの24ヶ月間に近畿大学医学部附属病院救命救急センター（以下CCMC）およびメンタルヘルス科に搬送された自殺企図患者298例のうち、「精神疾患の分類と診断の手引き」（以下DSM-IV）にて大うつ病性障害、単一型（DSM-IV296.2）および反復型（DSM-IV296.3）に該当した56例における、自殺企図の行動特性について、その背景因子から検討した。調査に当たっては精神科医が直接面接し、平成16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）「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」（主任研究者 保坂隆）において使用された自殺企図患者のケースカードを用いた。このケースカードより6種類の要因を選択し、数量化Ⅲ類を用いたカテゴリカル主成分分析を行い、Ward法によるクラスター分析を行った。得られたクラスターの妥当性を検討するため正準判別分析を行った。

主成分分析より得られた第1主成分は「うつ病患者の自殺頻度と対処行動」を表し、第2主成分は「うつ病患者の自殺の動機」を表している。さらにオブジェクトスコアから得た3群についてもいずれも妥当性が認められた。クラスター1群はいわゆる経済自殺の臨床的特徴、クラスター2群および3群は従来より知られている、笠原・木村分類におけるⅢ型うつ病、Ⅰ型うつ病の臨床的特徴をもつものと考えられた。

自殺予防の観点からはクラスター1群、3群に対しては職場や家庭でのスクリーニングテストや疾病理解と対処行動獲得のための心理教育が有用であり、クラスター2群に対しては現時点で長期間にわたる心理支援以外に有効な方策はないと考えられた。

A. 研究目的

本邦では平成10年以降自殺者数が3万人を突破し、以後高止まりの状態が続いている。これについて経済状況との関連が報道でセンセーショナルに取り沙汰されたこともあったが、現在では経済状況の悪化が自殺者増加に直結するのではなく、その間に抑うつがあり、それによる希死念慮こそが主因であることが多くの研究によって明らかとなっている¹⁾²⁾。

このためうつ病の早期発見および予防により自殺者数の減少が期待できるとの予測のもと、専門家によるうつ病の一般的な知識の啓発が書籍、報道や講演活動などを通じて行われてきた。さらにうつ病の生涯有病率の高さや、女性に多い疾患であるとの認識が一般に浸透するにつれ、患者自身や家族による闘病記なども出版されており、これらも患者の受療行動の高まりに貢献していると考えられる。

しかしながら、うつ病と診断される中には様々なタイプの患者が存在する。人格障害の合併例も含め、いわゆる「励ましてはならない」といった程度の疾病教育では対処できない患者も多く、これらを分類し、それぞれに対する適切な対処法を明らかにすることが必須の課題となる。

近畿大学医学部附属病院ではメンタルヘルス科とCCMCとの協力のもと、継続的に自殺企図患者の調査を行っている。今回うつ病患者の自殺企図の行動特性について、その背景因子から検討し、それによる分類をこころみたため報告する。

B. 研究方法

対象は平成15年8月1日より平成17年7月31日までの24ヶ月間に近畿大学医

学部附属病院メンタルヘルス科およびCCMCに搬送された自殺企図患者のうち、未遂者でかつDSM-IVにおいて大うつ病性障害、単一型(296.2)または反復型(296.3)に該当した56例である(男性23例、女性33例、平均年齢44.3歳±SD17.2)。

調査には、平成16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)「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」(主任研究者 保坂隆)において使用された自殺企図患者のケースカードを用いた³⁾。このケースカードより先行研究において重要とされている「年齢」「性別」「自殺企図前の相談」「精神科通院歴の有無」「自殺企図回数」「DSM-IVにおけるAxis4」の6種類の要因を選択し、数量化Ⅲ類を用いたカテゴリカル主成分分析を行った。さらに固有ベクトルから得られるオブジェクトスコアを用いてWard法によるクラスター分析を行った。得られたクラスターの妥当性を検討するため正準判別分析を行った。結果の統計的処理にはSPSS for windows ver. 14.0Jを用いた。患者には研究について口頭で説明し、同意を得た。

C. 研究結果

自殺企図因子の度数分布と因子負荷量、カテゴリ数量化を表1に、説明された分散の固有値と寄与率を表2に示す。表2によれば第1主成分の固有値は2.662、第2主成分は1.247であった。第3主成分の固有値は0.903で1以下であったため省いた。第1主成分、第2主成分の累積寄与率は65.1%であり、うつ病患者における自殺企図について論証可能である。

表1より因子負荷量の絶対値の高いものは「年齢」「性別」「自殺企図前の相談」(第1主成分>第2主成分)、「DSM-IVによるAxis4」(第2主成分>第1主成分)であった。

因子負荷量と数量化データに基づく固有ベクトルの方向性と大きさについては年齢「40歳未満」(0.702、-0.419)、「60歳未満」(-0.105、0.063)、「60歳以上」(-1.295、0.773)であった。性別では「男性」(-0.719、-0.563)、「女性」(0.501、0.392)であった。自殺企図前の相談では「相談せず」(-0.376、-0.161)、「近しいものに相談」(0.939、0.403)、「医療者に相談」(0.939、0.403)であった。精神科通院歴については「通院中」(0.490、-0.437)、「過去の通院歴」(-0.134、0.120)、「なし」(-0.991、0.885)であった。自殺企図回数では「初回」(-0.625、0.019)、「2回から4回」(0.729、-0.022)、「5回目以上」(1.386、-0.041)であった。DSM-IVにおけるAxis4では「一次支持グループの問題」(0.445、0.576)、「社会環境の問題」(-0.552、-0.714)「経済的な問題」(-0.552、-0.714)であった。「近しいものに相談」と「医療者に相談」、「社会環境の問題」「経済的な問題」は同値であった。

第1主成分は「うつ病患者の自殺頻度と対処行動を、第2主成分は「うつ病患者の自殺の動機」を示していると考えられた。

さらに固有ベクトルによって得られるオブジェクトスコアを用いてWard法によるクラスター分析を行った。分析にあたっては日本人の臨床診断分類である笠原・木村分類のI型「性格-状況反応性うつ病」とIII型「葛藤反応性うつ病」の2群を参考にした。II型「循環性うつ病」およびIV型「偽循環病性分裂病」は今回の調査対象ではないため用いなかった。さらに中高年男性のいわゆる経済自殺を考慮して3群にクラスター分類した。

その結果、それぞれのクラスターには

以下の傾向が確認された。1群(23例)は40歳以上60歳未満、男性、自殺企図前に相談せず、初回企図、社会経済問題を認め、いわゆる経済自殺に近い群と考えられた。2群(21例)は40歳代、女性、自殺企図前に相談、精神科通院中、2回以上の企図、一次支持グループの問題を認め、笠原・木村分類III型「葛藤反応性うつ病」に相当するものと考えられた。3群(12例)は60歳以上、自殺企図前に相談せず、初回企図、一次支持グループの問題といった特徴を認め、笠原・木村分類I型「性格-状況反応性うつ病」に近いと考えられた。これら3群をもとに第1主成分をX軸に、第2主成分をY軸に散布図を示す(図1)。

また得られたクラスターの妥当性を検討するため、正準判別分析を行った。2個の正準判別関数を使用し、それぞれを関数1、2とすると固有値は2.674、1.198、分散の%は69.1%、30.9%、正準判別関数係数は関数1では(1.845、0.268)、関数2は(-0.208、1.427)であった。グループの重心関数は1群(-1.344、-0.773)、2群(-1.094、2.320)、3群(1.974、-0.071)であった。分類全体の正答率は87.5%であり、正答率は1群、2群、3群でそれぞれ80.8%、90.5%、88.9%であった。領域マップ作成により図1のクラスターの妥当性が認められた(図2)。

D. 考察

以下、それぞれの群における特徴及び必要と考えられる精神医学的対処について述べる。

クラスター1群はいわゆる働き盛りの中高年男性であり、主に経済、社会的理由により誰にも相談せずに企図に至る人々である。数年前にマスコミを騒がせ

たいわゆる経済自殺はこれに近いものと考えられる。

C. G. Jung は中年期を「人生の正午」とよび、これまでの生き方を振り返って新しい価値観を得、個を確立するために重要な時期であるとした。このためこの時期には危機が伴い、精神疾患や自殺の危険も高まる⁴⁾。さらにこの世代は精神科受診や他者に相談することに強い抵抗を持つことも知られている⁵⁾。このためうつ病の一般的知識がいくら普及しても、それが受療行動に直接結びつく可能性は低い。このため職場での啓発活動及びスクリーニングが重要と考えられる。労働者における自殺について、黒木は「転勤、配置転換などの環境の変化に伴う業務内容の変化、責任の過重負荷などがうつ病発症の大きな要因であること」、「業務上の出来事から3ヶ月以内の死亡が全体の43%、(労災)認定事例では67%を占めていたが、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」を明らかにしている。また「重症のうつ病に陥った事例が自死に至っているということではなく、特に認定事例に関しては軽症〜中等症のうつ病事例が、誰にも相談することなく精根尽き果てて自死に至る」ことも指摘している⁶⁾。このことより、転勤や配置転換後、早期にスクリーニングテストや専門家による面接などを行うこと、テストで高得点でなくても、食思不振や不眠といったうつ病の前駆症状が認められる場合には早期の精神科受診を勧めることが自殺予防に有用である。

経済的理由による企図や患者が自営業である場合にはこのような対策はとれない。前述の黒木は、労災請求患者においてその64%の家族が精神症状の兆候

に気づいていたことを報告しており、家人に対する疾病教育やスクリーニングテストの配布はある程度有効であろうと考えられる。このことから引き続き、地元の保健医療機関と協力しての活動が必要である。

クラスター2群は主に家族関係を理由に軽度から中等度の企図を繰り返し、精神科に通院中の中年女性である。これは笠原・木村によるうつ状態の臨床的分類のⅢ型「葛藤反応性うつ病」に相当するものと考えられる。これは若年に多く、持続的に葛藤状況にあり、誇張的、愁訴的なものが多いとされる。基礎性格としては未熟、依存的、自信欠如的である。

先行研究において、重症であること、境界性人格障害であること、女性であることと5回以上の自殺企図が関連することが明らかとなっている。反対に自殺企図回数が1回だけであることと関連する項目は一次支持グループの問題がないことである⁷⁾。一次支持グループの問題がある場合、それは休職や薬物によって解決する性質のものではなく、長期間にわたる心理的関わりが必要となる。現在のところストレス対処や心理支援を行っていくしか有効な予防法はないものと思われる。

クラスター3群は自殺企図前に相談せず、初回企図であることは1群と類似しているが、より高齢であることと一次支持グループの問題を認めるところが相違点である。これは男女とも高齢になるにつれ退職などにより家で過ごす時間が増え、家庭内の問題を理由とした企図が起りやすくなるためと思われる。

これらは笠原・木村分類Ⅰ型「性格-状況反応性うつ病」に近いと考えられた。これは基礎性格にメランコリー、執着気質があり、状況変化への不適応や同胞葛

藤などを理由におこり、中高年に多いとされる。「性格-状況反応性うつ病」に対しては休職や抗うつ薬が著効するといわれる。しかしクラスター3群の場合には職場における予防活動も家人による精神症状の気づきも期待できない。また相談に抵抗を持つ世代であることに加えて疾病や保健医療機関についての情報収集も不得手であることが予想される。ハイリスク群を抽出する方法が検討される必要がある。

E. 結論

1. 自殺企図の行動特性からみてうつ病患者は3種類に分類された。
2. 社会的、経済的理由により企図する中高年男性に対しては職場でのスクリーニングにより予防が可能ではないかと考えられた。
3. 家庭内での問題で企図する群に対してはその性差や年齢を考慮して対策をたてなければならない。またハイリスク群の抽出に際して検討が必要である。
4. 一般的な疾病教育からさらに積極的な予防活動が今後必要となるものと考えられる。

文献

1. 人見佳枝ら:自殺企図にいたる動機についての調査-経済的理由による企図を中心に-。総病医 16, 250-256, 2004
2. 田村善史:うつ病患者における自殺企図の行動特性および背景因子に関する研究。近畿大学医学雑誌(受理済)2007
3. 保坂隆:自殺未遂者と再企図者の背景についての研究。厚生労働科学研究費補助

金(こころの健康科学事業)2004

4. Jung, CG: The Stages of life. The Collected Works of Carl G. Jung, Vol8, Princeton Univ, Press, 1960
5. 阿部亮他:精神科受診歴の有無による自殺者の特徴。総病医 16, 241-249, 2004
6. 黒木宣夫: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-。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」主任研究者 保坂隆, 133-146, 2005
7. 人見佳枝:再企図回数からみた自殺企図の傾向と対策。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業「自殺企図の実態と予防介入に関する研究」主任研究者 保坂隆, 68-86, 2006

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

論文発表

1. 田村善史:うつ病患者における自殺企図の行動特性および背景因子に関する研究。近畿大学医学雑誌(受理済)2007
学会発表
1. 人見佳枝:うつ病患者に対する心理教育。第19回日本総合病院精神医学会, 2006(宇都宮市)
2. 田村善史:当院における自殺企図者の推移。第19回日本総合病院精神医学会, 2006(宇都宮市)

1)

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

表1 自殺企図因子の度数分布と因子負荷量, カテゴリ数量化

	度数分布		因子負荷量		
	人数	パーセント	第1主成分	第2主成分	数量化
1.年代			-0.764	0.456	
40歳未満	25	44.6	0.702	-0.419	-0.919
60歳未満	19	33.9	-0.105	0.063	0.138
60歳以上	12	21.4	-1.295	0.773	1.696
2.性別			0.600	0.470	
男	23	40.0	-0.719	-0.563	-1.198
女	33	60.0	0.501	0.392	0.835
3.自殺前の相談			0.594	0.257	
相談せず	40	71.4	-0.376	-0.161	-0.632
近しいもの	11	19.6	0.939	0.403	1.581
医療者	5	8.9	0.939	0.403	1.581
4.精神科通院歴			-0.655	0.584	
通院中	34	60.7	0.490	-0.437	-0.749
過去の通院歴	6	10.7	-0.134	0.120	0.205
なし	16	28.6	-0.991	0.885	1.514
5.自殺企図回数			0.831	-0.025	
初回	35	62.5	-0.625	0.019	-0.752
2回目から4回目	11	19.6	0.729	-0.022	0.877
5回目以上	10	17.9	1.386	-0.041	1.666
6.DSM-IVにおける Axis4			-0.496	-0.642	
一次支持グループの問題	31	55.4	0.445	0.576	-0.898
社会環境の問題	17	30.4	-0.552	-0.714	1.114
経済的な問題	8	14.3	-0.552	-0.714	1.114

1.n=56 例:全例自殺未遂者。平均年齢 44.3 歳 SD17.2

表 2 説明された分散の固有値と寄与率

主成分	固有値	寄与率%
1	2.662	44.3
2	1.247	20.8
3	0.903	15.1

因子抽出法: 主成分分析

主成分分析で得られた第 1 主成分と第 2 主成分の
上位 2 成分で合計寄与率は 65.1%と説明できる。

表3. うつ状態の臨床的分類(笠原木村による、一部改変)

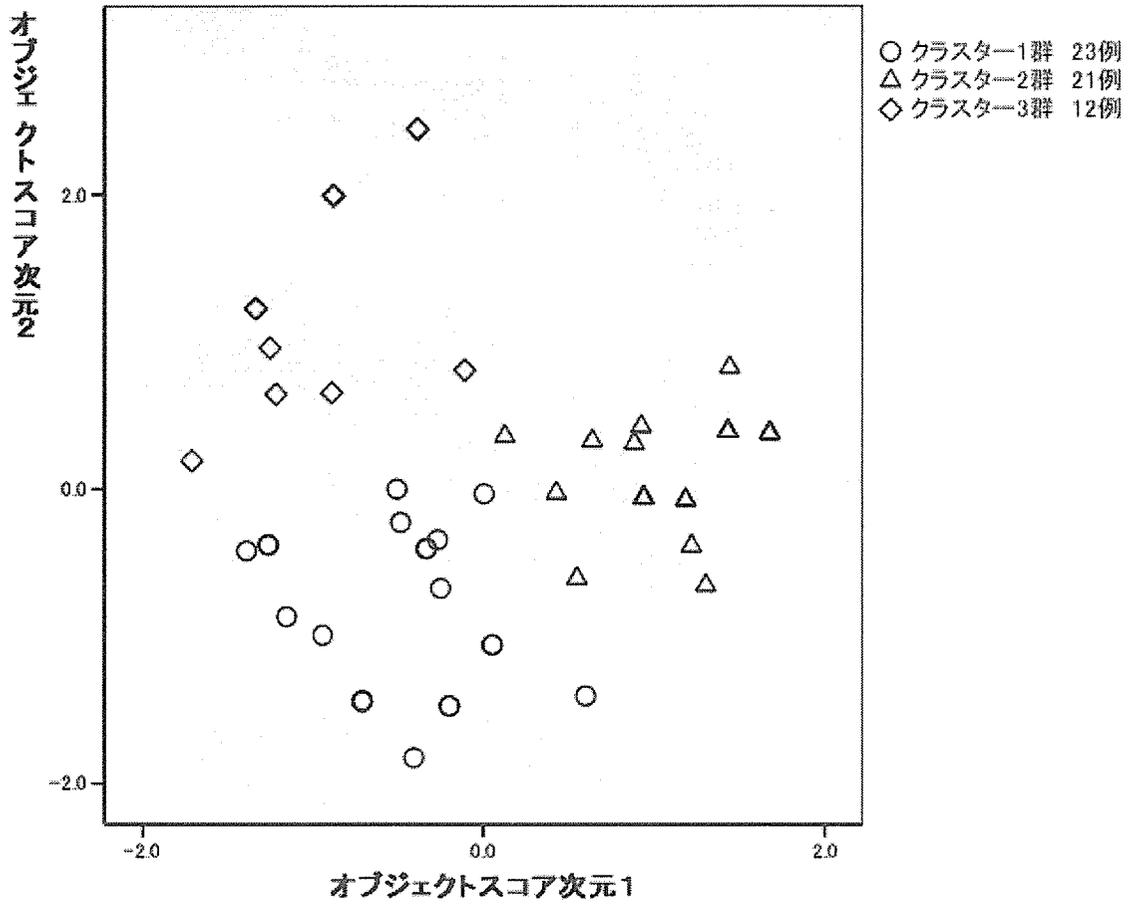
型名	別称	基礎性格	転機・特徴	治療
I型	性格一状況反応性うつ病	メランコリー、執着	状況変化への不適応、同胞葛藤など中高年に多い	抗うつ剤、休息著効
II型	循環性うつ病	循環	うつと躁の両相を反復	抗うつ薬、抗精神病薬の併用
III型	葛藤反応性うつ病	未熟、依存的、自信欠如的	若年に多い、持続的に葛藤状況、依存的、誇張的、愁訴的	抗うつ薬の効果少
IV型	偽循環病性分裂病	統合失調症ないし類似の性格	思春期の困難を背景に自殺を含むたび重なる行動化や無気力などの非典型うつ症状	統合失調症に準ずる。

広瀬の「逃避型抑うつ」はIII型に近いとされている。

表4 正答率と誤判定率

			クラスター分類			合計
			1群	2群	3群	
診断による分類	度数	経済自殺	21	2	3	26
		III型うつ病の自殺	1	19	1	21
		I型うつ病の自殺	1	0	8	9
		合計	23	21	12	56
	%	経済自殺	80.8	7.7	11.5	100
		III型うつ病の自殺	4.8	90.5	4.8	100
		I型うつ病の自殺	11.1	0.0	88.9	100

図1 クラスタ分類による散布図



うつ病およびうつ状態における m-ECT 治療前後の

血漿モノアミン代謝産物濃度測定

分担研究者 増子博文 福島県立医科大学医学部神経精神医学講座

研究要旨

（目的） うつ病およびうつ状態の自殺企図のハイリスク患者において、修正電気けいれん療法(modified electroconvulsive therapy: m-ECT)が有効であることが知られている。今回われわれは、血漿モノアミン代謝産物濃度から見た m-ECT の奏功機序を解明することを目的とした。

（方法） 気分障害入院患者(n=16)を、m-ECT 施行の有(n=5)無(n=11)により2群に分け、血漿モノアミン代謝産物(HVA, free MHPG, total MHPG, 5HIAA)の変化を検討した。採血と症状評価(HAM-D)は、入院時および3週後の2回行った。

（結果） HAM-D(n=16)は入院時(26.4±6.5)に比較して3週後(15.6±7.2)に減少した。また m-ECT 施行群(n=5)の減少(26.0±6.2 か 20.2±8.8)と m-ECT 非施行群無(n=11)の減少(26.6±6.9 から 13.4±5.6)の間には差がなかった。

m-ECT 施行群、m-ECT 非施行群ともに血漿 free MHPG 濃度の有意な減少(p=.026)が認められた。血漿 total MHPG 濃度は、m-ECT 施行群でのみ有意に減少した。一方、両群ともに血漿 5HIAA および HVA 濃度は変化しなかった。

（結論） 抗うつ薬が有効であった患者、m-ECT が有効であった患者では、血漿モノアミン代謝産物濃度に差があることが判明した。特に、ノルアドレナリン代謝産物である血漿 MHPG 濃度が SSRI 投与後および m-ECT 施行後に症状改善と一致して低下することが見いだされた。m-ECT は自殺念慮を持つ患者に有効であることが知られており、今後、自殺企図の有無と血漿モノアミン代謝産物濃度の関連を検討することが課題である。

A. 研究目的

うつ病およびうつ状態の自殺企図のハイリスク患者において、修正電気けいれん療法(modified electroconvulsive therapy: m-ECT)が有効であることが知られている。今回われわれは、血漿モノアミン代謝産物

濃度から見た m-ECT の奏功機序を解明することを目的とした。

福島県立医科大学医学部附属病院神経精神科では、同意の得られた全入院患者を対象として入院時および退院時の血漿モノアミン代謝産物濃度を測定している。気分障害に関しては、上記に加えて入院期間中 3