

表1 自記式質問票における自己切傷の様態に関する質問内容

項目	具体的な質問の形式
① 最初に自己切傷した年齢, 自傷期間	あなたが最初に自傷行為(わざと自分の身体を切る)を行ったのは何歳ですか? また, 最後に自傷したのは何歳ですか?
② 1ヶ月以内の自己切傷	最近1ヶ月以内に自傷行為をしましたか?
③ 10回以上の自己切傷経験	あなたはこれまで10回以上, 自傷行為をしたことがありますか?
④ 自己切傷創の縫合処置経験	あなたは自傷した傷の治療のために, 病院で「縫合処置」を受けたことがありますか?
⑤ 心理的抵抗	あなたはこれまでに自傷行為を止めたいと思ったことがありますか?
⑥ 抑制喪失	あなたは「もう自傷はやめよう」と自分自身に誓ったのに, つい自傷してしまったことがありますか?
⑦ 嗜癖性の自覚	あなたは, 自傷行為は「癖になりやすく, エスカレートしやすい, いわば, 依存症のようなものである」と思いますか?
⑧ 必要性の自覚	あなたは「自傷行為は自分が生きる上で必要なもの, できれば止めたくない」と思いますか?

と自記式評価尺度を実施し, これに合わせて担当医による精神医学的評価を実施した。

(1)自記式質問票：生活歴, 自己切傷の様態, 随伴する問題行動に関する自記式質問票を独自に作成した。まず生活歴に関する変数としては, 自傷行為との関連が指摘されている様々な心的外傷体験^{19,22,39)}に焦点をおき, 様々な虐待やネグレクトの他に学校におけるいじめや近親者の自殺なども含む Trauma Event Check-List (TECL)³²⁾ 全23項目をそのまま質問文として採用した。また, 自己切傷の様態については, 表1に示す質問を作成し, 自己切傷の回数, 縫合処置経験, 最近の状況, 心理的抵抗, 抑制喪失, 嗜癖性と必要性の自覚を評価した。なお, 年齢に関する質問以外は, いずれの項目でも「はい/いいえ」による回答を求め, 自己切傷期間については, 最後に自己切傷した年齢と最初に自己切傷した年齢の単純な差から算出した。

随伴する精神医学的問題としては, 「過去における処方された向精神薬の過量服薬(過量服薬の定義としては, 「自己判断で指示量以上服用すること」とした)」、「過去における過量服薬に対する医学的治療(点滴, 胃洗浄などの治療)」、「過

去における市販薬(感冒・鎮痛薬など)の過量服薬」の経験の有無を尋ね, やはり「はい/いいえ」による回答を求めた。

(2)自記式評価尺度：さらに DSH 行動のリスク要因と指摘されているアルコール乱用^{11,12)}, ならびに, 自己切傷患者の臨床的特徴として数多くの報告がなされている神経性大食症傾向^{21,22,25)}, 衝動性^{7,21,39)}, 解離傾向^{5,19,22,25,39)}を評価するために, 以下の既存の評価尺度を用いた。

①Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)²⁰⁾：AUDIT は, 10項目からなる, アルコール問題に関する自記式評価尺度である。日本人の場合, アルコール依存症の診断のカットオフは10~14点であるといわれている²⁰⁾。

②Bulimia Investigatory Test of Edinburgh (BITE; 大食症質問票)¹⁴⁾：BITE は, 33項目からなる神経性大食症に関する自記式評価尺度である。日本語版の信頼性と妥当性は確認されており, 総得点25点以上で, DSM-IV¹⁾における神経性大食症の臨床診断との一致率が96%以上になるという²⁸⁾。

③Barratt Impulsiveness Scale, 11th version

(BIS-11)³⁰⁾: BIS-11 は、衝動性に関する自記式評価尺度であり、日本語版の信頼性と妥当性は確認済みである³³⁾。

④Adolescent Dissociative Experience Scale (ADES)²⁾: ADES は、30 項目からなる解離性障害のスクリーニングを目的とした自記式評価尺度であり、10 点満点で 4.0 点以上の症例では何からの病的な解離症状の存在が示唆されるといわれている。我々が作成した日本語版²²⁾は、高い内部一貫性、ならびに、自己切傷患者の解離傾向に関する、A-DES を用いた海外の研究との交差妥当性が確認されている^{2,39)}。

(3)各担当医による評価:精神医学的診断と GAF 評価:調査実施施設で診療する 4 名の担当医 (共著者である 2 名の常勤医 [阿瀬川・伊丹], 他 2 名の非常勤医) が、主要な DSM-IV¹⁾ の I 軸障害を 1 つだけ診断した。その 1 つの I 軸障害を選択するにあたっては、「患者の主訴や現在の生活機能障害に最も大きな影響を及ぼし、その結果、当面の治療課題として最重要であること」を選択条件とした。なお、本研究では、日常診療のなかでの II 軸診断の精度を考慮し、調査項目としなかった。また、各担当医は、調査登録時点における生活機能を評価するために GAF を採点するとともに、調査登録時における家族や内縁関係者などとの同居の有無についても問診した。

2) 3 年後の評価

3 年後の追跡評価は 2007 年 6~10 月に実施した。途中の受診状況にかかわらず、対象者のうち、上述の調査期間に受診した者、もしくは、他院に転医した者で現在も治療を継続しており、かつての担当医が他院担当医から情報を得ることができた者に関して評価を行った。この条件は、調査登録から一貫して治療を継続していた者のみを対象とした前報²⁷⁾に比べ、対象者の範囲を広げることが意図したものである。

具体的な方法としては、各担当医が、診療のなかで、調査登録から 3 年経過時点 (2007 年 6~8 月) までの期間における、あらゆる DSH 行動

(自己切傷をはじめとする様々な自傷、もしくは自殺企図などの故意に自分を傷つける行動) の有無とその手段・方法について直接質問した。その際、各担当医には、それぞれの行動が、「医学的治療を行わなければ生命的な危機に陥ったと思われるもの (致死的な DSH 行動)」であったか、「医学的治療を要さなかったもの、もしくは、医学的治療を行わなくとも生命的な危機には至らなかったと思われるもの (非致死的な DSH 行動)」であったかを判定してもらった。他院転医者については、かつての担当医が現在の主治医に依頼して同じ情報を収集するように努めた。

DSH 行動の重症度判定の基準は、各担当医の臨床経験に委ねられていたが、いくつかの原則は定めた。たとえば過量服薬により医療機関で処置を受けた場合でも、外来だけでの対応にとどまったものは含めず、少なくとも救急病棟に入院し、「もしも医療機関に受診しなければ死亡した可能性が高いものであること」を重視すること、あるいは、高所からの飛び降りや縊首、走行する電車や自動車への飛び込みなど、致死性の高い方法によるものであることなどであった。したがって、たんに「医学的治療を要する過量服薬であったか否か」を指標とする前報²⁷⁾よりも、はるかに重篤な DSH 行動をエンドポイントとして設定したことになる。なお、このような重篤な DSH 行動が近い将来における自殺と密接に関係していることは、すでに複数の研究が証明している^{8,12)}。

ところで、本研究における「致死的」とは、英語における“fatal”ではなく、Douglas ら⁸⁾のいう“near-fatal”に相当するものである。英語圏の研究における“fatal DSH”とは、通常、死亡に至った DSH 行動、すなわち“completed suicide”と同じ意味を持つが、“near-fatal”とした場合には、縊首や飛び降り、喉・胸部・腹部などを切るといった致死性の高い方法・手段による自損行為、入院して ICU 管理を要するような過量服薬など、重篤な自損行為を意味する表現となる⁸⁾。その意味で深刻な自殺未遂といってよい事例が多く含まれることになるが、自殺の意図を問

わなないという点で、厳密には自殺未遂と同義ではない。

なお、今回の追跡期間中、各担当医は、前報²⁷⁾で明らかにされた DSH 行動のリスク要因 (BITE 高得点で示される神経性大食症症状を呈する者、幼少期の性的虐待歴を持つ者) に関する知識を共有しており、そのような特徴を持つ患者に対しては、「ハイリスク群」という認識を持って日常診療に臨んでいた。具体的には、過量服薬により致死的な事態を招く危険性の高い薬剤の処方ができるかぎり控えるとともに、定期的に問診による自殺念慮のモニタリングをするように努めた。したがって、追跡期間中に、こうした治療的関与が経過に影響を与えた可能性は除外することはできない。

3. 統計学的検討

集計された対象者のデータは、3年間の経過中における、致死性 DSH 行動の有無にしたがって2つの群に分類され、その2群間で、調査登録時に収集した自記式質問票、自記式評価尺度、ならびに担当によって収集された情報を比較した。

統計学的検討には、SPSS Version 15.0J for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL) を用い、比率の比較では Pearson の χ^2 検定、変量の比較では Student の t 検定を行った。いずれの検討においても、両側検定で5%未満の水準を有意とした。さらに、交絡因子の影響を除去して致死性 DSH 行動に関連する要因を明らかにするために、この2群間比較によって有意差 ($p < 0.05$) の得られた項目を独立変数とし、致死性 DSH の有無を従属変数として2項ロジスティック回帰分析を行った。その際、投入された独立変数のうち、2群間の単変量比較において p 値の大きかった変数から順次除去して適切なロジスティック・モデルを求めるといふ、変数減少法を用いた。

III. 結 果

調査登録を行った対象者 81 例のうち、3年間の経過が判明した者は 67 例 (82.7%) であった。

このうち、3年間の追跡終了後の情報収集期間に A 精神科クリニックを受診した者は 61 例であり、残りの 6 例については転医先の担当医から情報を得た。

経過の判明した 67 例中、3年間の追跡期間中に何らかの DSH 行動に及んだことがあった者は 50 名 (74.6%) にのぼり、そのうち、少なくとも1回以上致死性 DSH 行動に及んだことがあった者は 15 名 (22.4%)、少なくとも1回以上非致死性 DSH 行動に及んだことがあった者は 46 名 (68.7%) であった。また、自殺既遂による死亡者が 1 名存在した。この結果にもとづいて、3年間の経過が判明した者は、致死性 DSH 行動の見られた群 (15 名) と見られなかった群 (52 名) に分類された。

表 2 に、経過の判明した 67 名における、致死性および非致死性 DSH 行動の具体的な手段・方法を示す。致死性 DSH 行動では、過量服薬を用いた者が最も多く、次いで自己切傷・刺傷・熱傷と高所からの飛び降りが多かった。他方、非致死性 DSH 行動では、自己切傷・刺傷・熱傷を用いる者が最も多く、次いで過量服薬という順であった。非致死性 DSH 行動には高所からの飛び降りなどの致死性の高い方法は含まれていなかったが、縊首を用いる者がいた。これは、自分の手で自分の頸部を締めることによるものであり、担当医によって、縄や紐を用いる致死性の高い方法とは異なるものと判断された。

表 3 に、調査登録時対象者 81 名、3年間の経過が判明した者 67 名、ならびに3年間の経過中に非致死性 DSH 行動に及んだ者 46 名、致死性 DSH 行動に及んだ者 15 名における主要な DSM-IV I 軸診断の分布を提示する。いずれの場合にも気分障害を主要な I 軸診断としている点できわめて相似したプロフィールとなっていた。なお、調査登録者全体の各評価尺度得点、ならびに全般的特性については、すでに別のところ²⁸⁾で報告している。

表 4 の左側は、3年間の経過が判明した者 67 名と判明しなかった者 14 名とのあいだで、調査

表2 致死性的/非致死性的な DSH の手段・方法

DSH 行動の内容 (重複回答あり)	3年間の経過が判明した対象者	
	N=67	
	何らかの DSH 行動あり	
	74.6%	
	致死性的な DSH 行動あり	非致死性的な DSH 行動あり
	22.4%	68.7%
自己切傷・刺傷・熱傷	7.5%	58.2%
過量服薬	19.4%	35.8%
服毒	0.0%	4.5%
縊首	1.5%	6.0%
高所からの飛び降り	7.5%	0.0%
車・電車などへの飛び込み	0.0%	0.0%
溺水	1.5%	0.0%
その他	0.0%	0.0%

DSH ; deliberate self-harm

表3 対象の主要な DSM-IV I 軸診断の内訳

	気分障害	不安障害	解離性障害	摂食障害	他のどこにも分類されない衝動制御障害	身体表現性障害	精神病的障害	物質使用障害	計
調査登録時の対象者の人数(人)	38	12	12	7	5	3	2	2	81
対象全体に占める各診断の占める割合(%)	46.9%	14.8%	14.8%	8.6%	6.2%	3.7%	2.5%	2.5%	100%
3年間の状況が判明した者の人数(人)	33	12	9	6	3	1	2	1	67
判明者全体に占める各診断の占める割合(%)	49.3%	17.9%	13.4%	9.0%	4.5%	1.5%	3.0%	1.5%	100%
3年間に非致死性的な DSH 行動をした者の人数(人)	20	10	7	4	2	1	1	1	46
非致死性的な DSH 行動をした者全体に占める各診断の割合(%)	43.5%	21.7%	15.2%	8.7%	4.3%	2.2%	2.2%	2.2%	100%
3年間に致死性的な DSH 行動をした者の人数(人)	8	3	1	2	0	0	1	0	15
致死性的な DSH 行動をした者全体に占める各診断の割合(%)	53.3%	20.0%	6.7%	13.3%	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	100%

登録時に収集した、自記式質問票、自記式評価尺度、および担当医によって収集された GAF や生活状況に関する比較の結果を示したものである。経過が判明した群で、過去における過量服薬に対する医学的治療を受けた経験が有意に多く認められたが ($p=0.01$)、年齢や生活歴に関する変数、自己切傷の様態、随伴する精神医学的問題などの項目に関しては、有意差は認められなかった。

表4の右側には、3年間の経過が判明した者のうち、致死性的な DSH 行動の見られた群と見られなかった群とのあいだで、調査登録時に収集した情報(生活年に関する変数、登録時の生活状況、自己切傷の様態に関する変数、随伴する精神医学

的問題・生活機能) に関して比較を行った結果を示してある。その結果、致死性的な DSH 行動の見られた群では、見られなかった群に比べて、(18歳以降の) 強姦の被害を体験している者 ($p=0.01$)、ならびに過去における市販薬の過量服薬 ($p=0.017$) を経験している者が有意に多く、また、AUDIT 得点 ($p=0.023$) および BITE 得点 ($p<0.001$) も有意に高かった。

表5は、上述した表4の「致死性的な DSH 行動の見られた群/見られなかった群」の2群間における単変量比較で有意差の見られた項目を独立変数として投入し、致死性的な DSH 行動に関するロジスティック回帰分析を行った結果である。表4

表 4 3年間の経過が判明群・非判明群との調査登録時変数の比較

		3年間の経過		p value	3年間の経過における致死的なDSH行動(N=67)		p value	
		判明 N=67	非判明 N=14		あり N=15	なし N=52		
調査登録時の情報	調査登録時年齢 (歳±SD)	26.1±7.1	26.0±5.4	0.965	27.35±7.6	25.8±7.1	0.476	
	生活歴に関する変数	17歳以下の親からの身体的暴力	29.9%	35.7%	0.666	20.0%	32.7%	0.344
		17歳以下の肉親からの性的暴力	19.4%	14.3%	0.654	20.0%	19.2%	0.947
		17歳以下の他人からの性的暴力	23.9%	50.0%	0.050	33.3%	21.2%	0.330
		親のネグレクト	16.4%	28.6%	0.287	20.0%	15.4%	0.671
		親の言語的虐待	41.8%	35.7%	0.674	40.0%	42.3%	0.873
		親の配偶者虐待場面の目撃	17.9%	21.4%	0.758	3.0%	19.2%	0.600
		親の性交場面を目撃	20.9%	21.4%	0.964	33.3%	17.3%	0.179
		親の精神疾患の存在	19.4%	0.0%	0.072	6.7%	23.1%	0.157
		学校時代のいじめ被害	67.2%	57.1%	0.473	66.7%	67.3%	0.963
		その他のいじめ	35.8%	28.6%	0.604	40.0%	34.6%	0.702
		強姦の被害 (18歳以降)	22.4%	7.1%	0.193	46.7%	15.4%	0.010*
		その他の性的被害 (セクハラなど)	38.3%	28.6%	0.471	40.0%	38.5%	0.914
		配偶者からの身体的虐待	16.4%	28.6%	0.287	13.3%	17.3%	0.714
		配偶者からの性的暴力	6.0%	7.1%	0.868	0.0%	7.7%	0.268
		配偶者以外の家族成員からの暴力	16.4%	14.3%	0.843	6.7%	19.2%	0.247
		強盗や恐喝の被害	9.0%	21.4%	0.177	6.7%	9.6%	0.725
		近親者の自殺	20.9%	21.4%	0.964	33.3%	17.3%	0.179
		近親者の事故死・突然死	32.8%	7.1%	0.053	33.3%	32.7%	0.963
		交通事故の被害	37.3%	21.4%	0.256	53.3%	32.7%	0.145
		家庭の経済的破綻	19.4%	14.3%	0.654	13.3%	21.2%	0.500
	自然災害などへの罹災	4.5%	0.0%	0.420	6.7%	3.8%	0.642	
	戦争・地域紛争への罹災	0.0%	0.0%	—	0.0%	0.0%	—	
	その他の心的外傷体験	43.3%	28.6%	0.308	33.3%	46.2%	0.377	
	登録時の生活状況	単身生活	8.2%	0.0%	0.551	6.7%	8.7%	0.804
	自己切傷の様態に関する変数	最初に自己切傷した年齢 (歳±SD)	20.2±7.5	18.2±5.3	0.346	20.3±8.7	20.2±7.2	0.971
		自己切傷期間 (年±SD)	5.8±5.8	7.4±6.1	0.389	7.2±8.6	5.5±4.9	0.363
1ヶ月以内の自己切傷		61.4%	50.0%	0.438	53.3%	63.5%	0.478	
10回以上の自己切傷経験		74.6%	64.3%	0.429	80.0%	73.1%	0.587	
自己切傷創の縫合処置経験		29.9%	35.7%	0.666	40.0%	26.9%	0.330	
心理的抵抗		77.6%	71.4%	0.619	73.3%	78.8%	0.652	
抑制喪失		82.1%	64.3%	0.137	73.3%	84.6%	0.315	
嗜癖性の自覚		83.3%	92.9%	0.365	86.7%	82.4%	0.694	
必要性の自覚	25.4%	14.3%	0.078	13.3%	28.8%	0.224		
随伴する精神医学的問題および生活機能に関する変数	過去における処方された向精神薬の過量服薬	79.1%	64.3%	0.234	93.3%	75.0%	0.124	
	過去における市販薬の過量服薬	46.3%	28.6%	0.224	73.3%	38.5%	0.017*	
	過去における過量服薬に対する医学的治療	52.2%	14.3%	0.010*	73.3%	46.2%	0.063	
	GAF (点±SD)	46.2±12.8	49.7±14.1	0.360	41.5±16.6	47.5±11.3	0.110	
	AUDIT (点±SD)	5.0±7.0	5.0±8.6	0.994	8.6±9.9	3.9±5.7	0.023*	
	BITE (点±SD)	22.0±11.9	18.4±13.1	0.313	30.9±10.2	19.5±11.2	0.001*	
	BIS-11 (点±SD)	72.8±11.8	71.6±10.8	0.717	76.7±14.1	71.7±11.0	0.154	
	ADES (点±SD)	5.0±2.3	4.1±2.8	0.205	5.1±2.0	4.9±2.4	0.889	

DSH; deliberate self-harm; SD, 標準偏差; GAF, Global Assessment of Functioning; AUDIT, Alcohol Use Disorder Identification Test; BITE, Bulimia Investigatory Test of Edinburgh; BIS-11, Barratt Impulsiveness Scale 11th version; ADES, Adolescent Dissociative Scale
* p<0.05

の比較において p 値の大きい変数から順次除去する (p 値の大きい順に, AUDIT 得点, 過去における市販薬の過量服薬, 強姦の被害, BITE 得点) という変数減少法の手続きを行った結果, 最終的に抽出された独立変数のうち致死的な DSH 行動に関係することが明らかにされたのは,

BITE 得点 (p=0.043; Odds ratio, 1.069; 95% 信頼区間, 1.002-1.141) であった。これは, BITE 得点が 1 点上昇するにしたがって, 女性の自己切傷患者が致死的な DSH 行動をする相対リスクが 1.069 倍高まることを意味している。ここで, 調査登録時点における BITE 得点の

表5 致死的なDSH行動に関するロジスティック回帰分析

	独立変数	B	Exp (B)	95 % C.I.
最初のステップ	BITE 総得点	0.640	1.063	0.997-1.139
	強姦の被害	1.233	3.430	0.770-15.288
	過去における市販薬の過量服薬	1.198	3.312	0.748-14.663
	AUDIT 得点	0.050	1.052	0.970-1.140
最終のステップ	BITE 総得点*	0.067	1.069	1.002-1.141
	強姦の被害	1.336	3.803	0.871-16.608
	過去における市販薬の過量服薬	1.273	3.571	0.828-15.403

C.I., Confidential Interval; *, p=0.043

致死的なDSH行動に関する予測精度を検討するために、ROC (Receiver Operating Characteristic; 受信者操作特性) 曲線を作成し、その予測精度を検討した。一般にROC曲線とグラフのx軸・y軸とで囲まれた、曲線下方の面積が0.5の場合には「偶然と同程度の」、0.6以上の場合には「中程度の」、そして0.7以上では「比較的優れた」予測精度を示す。そこで、我々の得たBITE得点を用いてROC曲線を作成したところ、その下方面積は0.778であった。また、ROC曲線の頂点にあたる2つのBITE得点(25点と26点)においては、感度0.8、特異度0.71~0.75という良好な結果であった。

IV. 考 察

本研究は、女性の自己切傷患者の3年間の追跡期間における致死的なDSH行動のリスク要因を検討したものである。我々はすでに、同じサンプルを1年間した追跡調査²⁷⁾から、医学的治療を要する過量服薬や自己切傷のリスク要因を検討しているが、本研究は以下の2つの点でその先行研究とは異なっている。1つは、追跡調査の期間を延長するとともに、途中で一旦治療を中断した者や他院に転医した者も評価対象に加え、追跡率を高める努力を行った点である。もう1つは、評価するアウトカムとして、「医学的治療を行わなければ生命的な危機に陥ったと思われる(=致死的なnear-fatal)」DSH行動という、自殺の代理変数を設定することで、より自殺のリスク要因に近い

結果を得ようとした点である。

1. 自己切傷患者のDSH再企図率

本研究では、3年間の経過中において、女性自己切傷患者のうち、何らかのDSH行動に及んだ者は74.6%にのぼり、非致死的なDSH行動に及んだ者は68.7%(46名)、致死的なDSH行動に及んだ者は22.4%(15名)に認められた。また、1.5%(1名)に自殺既遂が認められた。以上の結果は、自己切傷患者の大半が治療経過中にDSH行動を呈し、2割以上の者が致死性の高いDSH行動に及ぶことを示唆している。

先行研究の多くは、精神科に受診した自己切傷患者ではなく、自殺企図による身体損傷のために救急病院に受診した者を対象として、その再企図率を追跡調査したものである。それらの研究によれば、自殺企図で救急病院に受診した者における1年以内の再企図率は9%³⁸⁾、13.6%¹⁷⁾、16~17%^{3,10,29)}と報告されている。長期間の追跡を行った調査では、10年間で25%に自殺企図、12%に自殺既遂³⁵⁾、13年間で31.6%に自殺企図、2%に自殺既遂¹¹⁾という結果が報告されている。また、我々の調査と同じ追跡期間を設定したものとしては、過量服薬をした若年者を対象とした2.8年間の追跡調査(9.5%)⁹⁾、あるいは、自殺未遂者ではないが、ヘロイン依存者を対象として3年間の追跡調査を行い、その自殺企図率(11.6%)を報告した研究がある⁷⁾。

本研究は、厳密な意味で自殺企図を評価したも

のではないことから、これらの先行研究とそのまま比較することには慎重であるべきだが、それでもあえて比較を行うと、3年間で致死的な DSH の企図率が 22.4% という数値は明らかに高い割合といえる。もちろん、本研究は、自殺の意図を評価せずにあくまでも身体損傷の致死性/非致死性を判断している点に注意は必要であるが、しかし他方で、本研究は、救急病院に受診した自殺未遂者を対象としたものではなく、あくまでも精神科通院中の自己切傷経験者を対象としたものである。それゆえ、先行研究との条件の違いは、本研究の結果を矮小化する理由とはならないように思われる。それどころか、対象者の多くが追跡期間中に継続的な精神医学的治療を受けていたことを考えると、むしろ深刻に受け止めるべき結果であるように思われる。要するに、本研究の結果は、非致死的な自己切傷をしている患者でも、将来、別の方法・手段によって致死的な DSH をするリスクが高いことを示しているのである。

なお、本研究では、DSH 行動の結果が致死的、もしくは非致死性であるかによって、それに用いられた手段・方法に相違が見られた。非致死的な DSH 行動では、自己切傷・刺傷・熱傷が最も多かった一方で、致死的な DSH 行動では、過量服薬が最も多かった。自己切傷・刺傷・熱傷などの身体への直接的な自傷行為を行う者では、高率に過量服薬が見られるが^{22,25,27)}、自己切傷をはじめとする自傷と過量服薬とでは、それぞれがもたらす結果の致死性には違いがあると考えられた。このことは、過量服薬歴と将来の自殺企図との密接な関係を指摘する先行研究^{17,34)}の知見とも一致している。

2. 自己切傷患者における致死的 DSH 行動のリスク要因

本研究では、1年間の追跡調査の結果と同様²⁷⁾、自己切傷の反復性や心理的抵抗感、抑制喪失などの様態は、治療経過中の致死的な DSH 行動の有無には関係していなかった。致死的な DSH 行動のリスク要因として、単変量解析では、成人後の

強姦被害、市販薬の過量服薬歴、神経性大食症傾向 (BITE 得点)、アルコール乱用 (AUDIT 得点) を示唆する項目が抽出された。自殺企図・自殺既遂を指標した先行研究では、性的暴力の被害体験を自殺行動のリスク要因であると指摘するものはいくつか存在し^{27,38)}、すでに述べたように、過量服薬歴を自殺のリスク要因とする研究も少なくない^{17,34)}。また、アルコールをはじめとする物質乱用についても自殺のリスク要因とする報告は枚挙にいとまがない^{6,11,12)}。追跡できた対象者が調査施設での治療継続症例に限定され、追跡期間も短かった前報²⁷⁾では、これら3つの変数はリスク要因として同定されなかったが、今回の調査では、海外における自殺企図・自殺既遂を指標とする先行研究と一致する知見を得ることができたといえる。

そうしたなかで、本研究独自の知見として強調すべきなのは、多変量解析においても有意な変数として抽出された神経性大食症傾向という特徴であろう。というのも、自己切傷などの自傷を行う患者における高率な神経性大食症の併発に関する報告は数多く見られる一方で^{21,22,25,27)}、自殺や重篤な DSH 行動との関係に言及している報告は少ない¹⁶⁾。ほとんどの大規模調査では、そもそも調査変数として採用されていないというのが実情である。いいかえれば、従来の自殺研究において、神経性大食症傾向は重要視されてこなかったといっていよいであろう。しかし、本研究では、多変量解析によって最終的に抽出された変数は BITE 得点だけであり、ROC 曲線による検討でも、BITE 得点の予測精度は高く、DSM-IV 神経性大食症のカットオフである 25 点付近²⁸⁾では十分な感度と特異度を示すことも明らかにされた。

この結果はきわめて興味深いものと思われる。すでに我々は、調査開始時点の横断的検討から、医学的治療を要する過量服薬歴と BITE 得点²⁵⁾——特に自己誘発嘔吐の項目²⁶⁾——との密接な関連を報告し、また、1年経過時点における検討においても、医学的治療を要する自己切傷と BITE 得点との密接な関連についても指摘している²⁷⁾。

これらの知見に加えて、今回、3年間経過時点における致死的な DSH 行動のリスク要因として、再び BITE 得点の重要性を明らかにしたわけである。Vajda と Steinbeck³⁶⁾ は、自殺未遂をした青年期患者の再企図のリスク要因として、気分障害以外の精神障害に罹患していることをあげているが、神経性大食症はまさにそうした精神障害に該当するのかもしれない。

それにしても、これほど神経性大食症が重要でありながら、本研究において致死的な DSH 行動を行った患者の DSM-IV の主要 I 軸診断の多くは気分障害であり、摂食障害であった者がわずかに 15 例中 2 例 (13.3%) であったのは不思議なことである (表 3)。いうまでもないことであるが、BITE 得点の高さはそのまま神経性大食症の臨床診断とは異なるものであり、あくまでも神経性大食症の症状を評価しているにすぎない点に注意すべきである。しかし逆にいえば、本研究は、BITE 得点に示される潜在的な神経性大食症症状がいかに看過されやすいかを示しており、もしも BITE を実施していなければ、今回のような知見が得られなかった可能性は否定できない。その意味では、自己切傷患者に対するスクリーニングとして BITE を実施し、潜在する神経性大食症傾向を評価することには、一定の臨床的意義があると考えられる。

今回の調査では、自傷に密接に関係するとされているアルコール乱用、神経性大食症傾向、衝動性、解離傾向などの変数を指標としており、抑うつや不安などの一般的な変数を採用していないので、今後、それらの一般的な変数を含めた検討が必要である。しかし、それでも我々は、自傷・自殺などの DSH 臨床において神経性大食症症状の持つ意義は大きいと考えている。すでに我々は、男女を問わず自己切傷を呈する者における潜在的な神経性大食症傾向を指摘しており^{22,24)}、また、様々な自傷や過量服薬などをくりかえす一群の摂食障害患者——その病型の多くが神経性大食症である——を多衝動性過食症と名づけ、通常の摂食障害とは一線を画して捉える研究者もいる²¹⁾。こ

のように考えると、神経性大食症は、摂食障害の下位類型にとどまらない、自己破壊的行動と密接に関連する非特異的な症候といえるのかもしれない。

3. 本研究の限界

最後に、本研究の限界について述べておきたい。本研究における主要な限界は以下の 6 点である。第 1 に、単一施設における比較的小さいサンプルの調査であることから、結果の一般化には一定の限界が伴う。第 2 に、自記式質問票および担当医による直接聴取という情報収集方法を採用したため、reporting bias や recall bias の可能性は除外できない。第 3 に、本研究では、診断精度の問題から II 軸診断を実施しておらず、II 軸診断が DSH 行動に与える影響に関する検討がなされていない。今後は、構造化面接による正確な II 軸診断を用いた研究が必要である。第 4 に、本研究は、追跡期間中における致死的な DSH 行動の有無のみを問題としているが、DSH 行動の頻度を考慮した検討がなされていない。第 5 に、本研究では、気分障害に関する変数を採用しておらず、気分障害と神経性大食症傾向との関係が検討されていない。

そして最後の限界としては、本研究はあくまでも 3 年間の経過が判明した者のみを分析の対象としたことがあげられる。この点についていえば、経過判明した 67 例の対象は、非判明群に比べて、過去における過量服薬に対する医学的治療の経験を持つ者が多く (表 4)、随伴する精神医学的問題が重篤であった可能性が推測される。しかし、経過判明群 67 例における主要 I 軸診断の構成は調査登録患者と同じであり (表 3)、両群間で自己切傷の様態や GAF 得点に差がなかったことは、付言しておきたい。

以上の限界にもかかわらず、本研究は、我々の予備的な研究²⁷⁾とともに、現時点では、精神科クリニックを受診した自己切傷患者における治療経過中の自殺行動を評価した、わが国最初の前方視的研究として、重要な臨床的意義がある。今後

は、多施設ならびに地域住民を対象として、II軸診断，ならびに、自殺に関係する重要な変数といわれている社会・経済的要因¹²⁾を含めた、DSH行動に関する大規模調査が実施されることが期待される。

V. ま と め

本研究は、一精神科クリニックに受診した全女性患者のうち、これまで1回以上自己切傷を行ったことがある者81例を対象として、3年間に及ぶ追跡調査を行い、追跡期間中における致死的DSH行動のリスク要因を検討したものである。

3年間の経過について情報が得られた67例を検討した結果、22.4%に致死的なDSH行動が認められた。また、そのような行動に及んだ者では、調査登録時点において、強姦被害の体験、市販薬の過量服薬歴、神経性大食症傾向、アルコール乱用が有意に多く認められた。なかでも、BITE得点に示される神経性大食症傾向は、将来の致死的なDSH行動を予測するリスク要因であることが確認された。

以上により、非致死的な自己切傷をしている女性患者は、将来、致死的なDSH行動に及ぶ可能性が高いが、そのリスク評価にあたっては、BITEを用いた予測が有用である可能性が示唆された。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C., 1994
- 2) Armstrong, J., Putnam, F.W., Carson, E.B.: Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES). *J Nerv Ment Dis*, 185; 491-497, 1997
- 3) Bancroft, J., Marsack, P.: The repetitiveness of self-poisoning and self-injury. *Br J Psychiatry*, 131; 394-399, 1977
- 4) Christiansen, E., Jensen, B.F.: Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*, 41; 257-265, 2007
- 5) 張 賢徳, 竹内龍雄, 林 竜介ほか: 自殺行為の最終段階についての研究「解離」仮説の提唱と検証. *脳と精神の医学*, 10; 279-288, 1999
- 6) Crawford, M.J., Wessely, S.: Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self harm? Cohort study. *BMJ*, 317 (7164); 985, 1998
- 7) Darke, S., Ross, J., Williamson, A., et al.: Patterns and correlates of attempted suicide by heroin users over a 3-year period: findings from the Australian treatment outcome study. *Drug Alcohol Depend*, 87; 146-152, 2007
- 8) Douglas, J., Cooper, J., Amos, T., et al.: "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *J Affective Disord*, 79; 263-268, 2004
- 9) Goldacre, M., Hawton, K.: Repetition of self-poisoning and subsequent death in adolescents who take overdoses. *Br J Psychiatry*, 146; 395-398, 1985
- 10) Gunnell, D., Bennewith, O., Peters, T.J., et al.: Do patients who self-harm consult their general practitioner soon after hospital discharge? A cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37; 599-602, 2002
- 11) Hall, D.J., O'Brien, F., Stark, C., et al.: Thirteen-year follow-up of deliberate self-harm, using linked data. *Br J Psychiatry*, 172; 239-242, 1998
- 12) Hawton, K., Fagg, J., Platt, S., et al.: Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *BMJ*, 19; 306; 1641-1644, 1993
- 13) Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., et al.: Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *Br Med J*, 325; 1207-1211, 2002
- 14) Henderson, M., Freeman, C.P.L.: A Self-rating Scale for Bulimia, the "BITE". *Br J Psychiatry*, 150; 18-24, 1987
- 15) Jenkins, G.R., Hale, R., Papanastassiou, M., et al.: Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. *BMJ*, 325 (7373); 115, 2002
- 16) Kandel, D.B., Raveis, V.H., Davis, M.: Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors, *Journal of Youth and Adolescence*, 20; 289-309, 1991
- 17) Kapur, N., House, A., Dodgson, K., et al.: Effect of general hospital management on repeat epi-

sodes of deliberate self poisoning : cohort study. *BMJ*, 325 (7369) ; 866-867, 2002

18) Kapur, N., Cooper, J., King-Hele, S., et al. : The repetition of suicidal behavior : a multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry*, 67 ; 1599-1609, 2006

19) Kisiel, C.L., Lyons, J.S. : Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 158 ; 1034-1039, 2001

20) 廣 尚典 : CAGE, AUDIT による問題飲酒の早期発見. *日本臨床*, 172 ; 589-593, 1997

21) Lacey, J.H., Evans, C.D.H. : The impulsivist : a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addiction*, 81 ; 641-649, 1986

22) Matsumoto, T., Azekawa, T., Yamaguchi, A., et al. : Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58 ; 191-198, 2004

23) Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Chiba, Y., et al. : Patterns of self-cutting : A preliminary study on differences in clinical implications between wrist-and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiat Clin Neurosci*, 58 ; 377-382, 2004

24) Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., et al. : Characteristics of self-cutters among male inmates : Association with bulimia and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 ; 319-326, 2005

25) 松本俊彦, 山口亜希子, 阿瀬川孝治ほか : 過量服薬を行う女性自傷患者の臨床的特徴 : リスク予測に向けての自記式質問票による予備的調査. *精神医学*, 47 ; 735-743, 2005

26) 松本俊彦, 阿瀬川孝治, 山口亜希子ほか : 過量服薬を行う女性自傷患者の臨床的特徴 第2報—食行動異常との関連について—. *精神医学*, 47 ; 1093-1101, 2005

27) 松本俊彦, 阿瀬川孝治, 伊丹 昭ほか : 自傷患者の治療経過中における「故意に自分の健康を害する行為」: 1年間の追跡調査によるリスク要因の分析. *精神医学*, 48 ; 1207-1216, 2006

28) 中井義勝, 濱垣誠司, 高木隆郎 : 大食症質問表 Bulimia Investigatory Test, Edinburgh (BITE) の有用性と神経性大食症の実態調査. *精神医学*, 40 ; 711-716, 1998

29) Owens, D., Horrocks, J., House, A. : Fatal and

non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*, 181 ; 193-199, 2002

30) Patton, J.H., Stanford, M.S., Barratt, E.S. : Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*, 51 ; 768-774, 1995

31) Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., et al. : Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 14 ; 276-281, 2005

32) 四戸智昭, 齋藤 学 : 家族内の児童虐待による PTSD スクリーニングテストに関する研究—TECL (Trauma Event Check-List) の開発の試み—. *アディクションと家族*, 19 ; 242-249, 2002

33) Someya, T., Sakado, K., Seki, T., et al. : The Japanese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11) : its reliability and validity. *Psychiatry Clin Neurosci*, 55 ; 111-114, 2001

34) Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., et al. : Completed suicide after a suicide attempt : a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry*, 161 ; 562-563, 2004

35) Tejedor, M.C., Diaz, A., Castillon, J.J., et al. : Attempted suicide : repetition and survival—findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 100 ; 205-211, 1999

36) Vajda, J., Steinbeck, K. : Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*, 34 ; 437-445, 2000

37) Walsh, B.W., Rosen, P.M. : 2. Distinguishing self-mutilation from suicide. *Self-mutilation : Theory, Research, & Treatment* (ed. by Walsh, B.W., Rosen, P.M.). Guilford Press, New York, p.15-38, 1988 (松本俊彦, 山口亜希子訳 : 自傷行為—実証的研究と治療指針—. 金剛出版, 東京, 2005)

38) Yen, S., Shea, M.T., Sanislow, CA., et al. : Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 161 ; 1296-1298, 2004

39) Zlotnick, C., Shea, T., Recupero, P., et al. : Trauma, dissociation, impulsivity, and self-mutilation among substance abuse patients. *Am J Orthopsychiatry*, 67 ; 650-654, 1997

Risk Factors of Near-fatal Deliberate Self-harm Behavior in Self-cutting Patients :
A Three-year Follow-up Study at a Psychiatric Clinic

Toshihiko MATSUMOTO¹⁾, Takaharu AZEKAWA²⁾, Akira ITAMI²⁾, Tadashi TAKESHIMA¹⁾

1) *National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

2) *Shioiri Mental Clinic*

Non-fatal self-injurious behavior such as cutting oneself is often performed without suicidal intent to cope with emotional distress, although it is well-known to have a close association with future suicidal behavior. However, it is unclear what kinds of clinical features are presented by such self-injuring patients with a higher suicidal tendency. In the present study, we conducted a three-year follow-up study of female self-injuring patients to examine the risk factors of "near-fatal" deliberate self-harm behavior (DSH).

The subjects were 81 female outpatients who had cut themselves at least once, and who had consulted a psychiatric clinic from June 2004 to July 2004. Initial assessments included traumatic life events, clinical features of self-cutting, histories of self-poisoning, alcohol abuse (Alcohol Use Disorders Identification Test : AUDIT), impulsivity (Barratt Impulsiveness Scale, 11th version : BIS-11), symptoms of bulimia nervosa (Bulimia Investigatory Test, Edinburgh : BITE), dissociation (Adolescent Dissociative Experience Scale : ADES), Global Assessment of Functioning (GAF) score, and axis I diagnosis of DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 4th version). After three years, we investigated whether the subjects had committed fatal DSH during the follow-up term.

We obtained information on fatal DSH from 67 subjects during the follow-up term. Fifteen of the 67 (22.4%) had committed near-fatal DSH at least once, and one subject committed suicide by fatal DSH. Monivariate analysis revealed that in the initial assessment, the subjects with near-fatal DSH episodes more frequently reported a history of victimization by rape in adulthood and a history of OTC (over-the-counter) drug self-poisoning, and had higher scores on the BITE and AUDIT than those without near-fatal DSH episodes. Further, multivariate analysis demonstrated that only the BITE score was a significant factor in predicting future near-fatal DSH.

In conclusion, symptoms of bulimia nervosa may have important clinical implications. The BITE may be a useful tool to assess future suicidal behavior in female self-cutting patients.

<Authors' abstract>

<Key words : self-injury, deliberate self-harm, suicide, risk factor, follow-up study>

連載 自殺対策の視点

第2回

自殺の多様性（「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」から

国立精神・神経センター精神保健研究所

自殺予防総合対策センター

自殺実態分析室長 松本俊彦

国立精神・神経センター精神保健研究所

精神保健計画部 勝又陽太郎

なぜ、「心理学的剖検」なのか？
現実的な実態把握方法

行政的な施策として、効果的かつ効率的に自殺対策を進める際に、最も優先的に行われなくてはならないのは、各地域における自殺の実態把握です。それでは、自殺の実態把握には、どのような方法が用いられてきたのでしょうか。

これまで、わが国では自殺の実態を把握する方法として、主に厚生労働省の「人口動態統計」および警察庁の「自殺の概要資料」などのマクロ統計が有用な基礎資料として用いられてきました。

しかし、いずれも、把握できる自殺の実態には限界があることは、前月号の本稿「自殺統計の見方・読み方」参照）で言及されていた通りです。どちらの統計も、あたかも航空写真の鳥瞰風景だけを頼りにあるまちの様子を知ろうとするのにも似て、隔靴搔痒の感は拭えず、きめの細かい自殺対策の基礎資料とするには、いささか心許ない面があります。

それでは、どのような調査によって実態を把握したらよいのでしょうか。

まず思いつく方法として、最もエビデンス水準の高い疫学的手法であるコホート調査があります。この手法は、あらかじめ設定された調査項目に関する情報を前向きに収集していくという意味で、その情報の精度はかなり高いと言えます。

けれども、こと自殺に限っては、次の二つの点で現実的とは言えません。第一に、この調査には莫大な時間を要します。いままさに喫緊の問題である自殺に関して、数年の間、まだ実態が把握できていないから対策は立てられない、とする理屈は成り立ちません。第二に、自殺は人口一〇万人あたり二〇〜二五人程度という頻度で発生する、まれな現象です。このような現象に関して、その危険因子を求めることには、統計学的な限界があります。

もう一つの研究方法として、「自殺未遂」という代理変数を用いて、自殺の危険因子を同定するという方法があります。けれども、これに関しても、実は相当に致死性の高い方法による重篤な自殺未遂者を対象と

した研究ですら、既遂者とは性別の比率や罹患する精神障害に大きな齟齬を生じてしまうことが指摘されています。

これらのことを踏まえると、「心理学的剖検」——自殺既遂者の近親者などからの聞き取りを通じて、故人が自殺に至るまでのプロセスを明らかにする研究方法——という手段が、実は最も現実的な実態把握の方法と言えるのです。

自殺に至るプロセスを把握する「心理学的剖検」とは？

わが国において、「心理学的剖検」という言葉が広く知られるようになったのは、二〇〇七年六月に閣議決定された自殺総合対策大綱（以下、大綱）によってであると考えるでしょう。

大綱には、「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入のポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施す

図1 自殺予防総合対策センターにおける「心理学的剖検」の概要



る」と明記されています。

「心理学的剖検」という研究手法は、一九五八年にシュナイドマン (Shneidman) によって、当初は不審死の死因を明らかにするための調査手法として、開発されたものです。すなわち、検死官や監察医の依頼を受けた心理学者が、自殺者の遺族や職場の同僚、友人などから自殺前の言動を詳細に聴取し、故人の「意図」を検証することで、検死官や監察医による判断に貢献することが、期待された目的でした。その意味では、「剖検」という禍々しい名前は、そもそもその目的を反映したものであるでしょう。

しかし、この調査をはじめすぐにシュナイドマンは、それが自殺に至るプロセスと自殺直前の心理状態を理解するのに役立つことに気づき、持続する「精神痛」と

「心理的視野狭窄」によって、人が自殺に追い詰められていくプロセスを、メタ心理学的手法によって明らかにしました。一九五九年には、米国のロビンズ (Robbins) が世界で最初の多数例に対する心理学的剖検調査を実施し、自殺者の九〇%がその直前に精神障害に罹患していたこと、また六〇%近くが生前に自殺念慮を訴えていたこと——を明らかにしています。

ロビンズらの研究を契機として、海外のさまざまな国において、心理学的剖検の手法による調査が実施され、国家的な自殺対策を進めるうえで大きな寄与をしてきました。そのなかでも有名なのが、フィンランドにおける国家的規模の心理学的剖検調査です。この大規模な調査から得られた情報は、自殺率を三〇%減少させることに成功した国家的自殺対策の重要な基礎資料となりました。

わが国初の全国規模の心理学的剖検研究

わが国における心理学的剖検研究は、まだ黎明期にあります。そうした状況のなかで、国立精神・神経センター精神保健研究所では二〇〇五年より、将来における全国的な心理学的剖検の実施を目指し、厚生労働科学研究「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」(主任研究者：北井暁

子)において、方法論の整備を進めてきました。二〇〇五年度には、研究班では「心理学的剖検に関するフィージビリティに関する研究」において、二地域、五事例の自死遺族に対する半構造化面接を実施し、心理学的剖検の実現可能性を確認しました。

この成果を踏まえ、二〇〇六年度「心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究」においては、前年度よりも調査実施地域と対象とする自殺者事例を広げ、二二地域、二八事例の自殺者遺族に対して調査を実施しました(図1)。このパイロットスタディにおいては、年齢・性別・地域を一致させた、生存者対照群を設定した数量的分析も行いました。そこから明らかにされたのは、次のような事柄でした。

すなわち、自殺事例では、過去一か月以内における不注意や無謀な行動、睡眠の問題、自殺未遂歴を持つ者が多く、六七・九%に自殺直前に何らかの精神障害への罹患が認められ、そのなかでも、うつ病は自殺事例の四〇%を占めていました。

また、自殺事例群では、過去六か月間の心的負担となる生活出来事の数が多く、過去一か月以内の生活の質および家族外の交友の頻度が低く、健康問題によりADL(日常生活活動)が低下している者、過去一年以内の重症身体疾患の罹患者の割合も、多く認められました。

これらのことから、わが国の自殺においても、うつ病などの精神障害の影響は無視できないものであること、不注意や無謀な行動、睡眠の問題が自殺のサインとして重要であること——などが示唆されました。

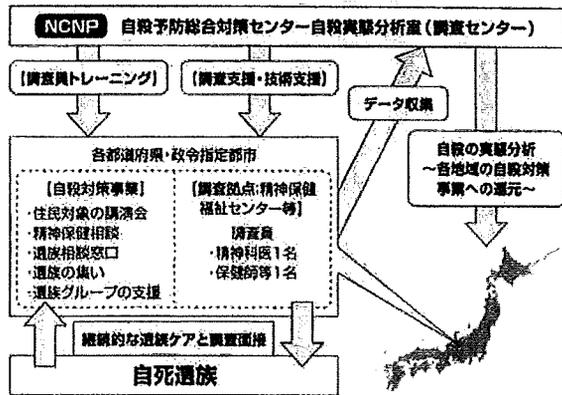
パイロットスタディでは、数量的分析だけでなく、定性的な事例分析も行いました。すなわち、各事例について、自殺に至るまでの継続的プロセスを整理したライフチャートを作成し、ストレスに曝露された自殺事例が、どのような対処行動やサポート希求行動をとったのかを検討したのである。その結果から見えてきたのは、自殺という現象を「借金」「いじめ」「過労」などといった単一のラベルで類型化することのむずかしさです。

たとえば、一見するといわゆる「借金自殺」のように見えても、実は借金以前から存在するギャンブルへのめり込みや「一攫千金」的な事業へのこだわりが借金を増大させ、最終的に自殺へと至った事例もあったのです。このことは、いわゆる「借金自殺」も実はそれに先立って、精神保健的問題が存在する場合があることを示唆しています。

自殺予防と遺族支援のための基礎的調査とその課題

現在、私たちの心理学的剖検研究は、二

図2 「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の体制



〇〇六年十月に国立精神・神経センターに設置された自殺予防総合対策センター。自殺実態分析室を中心に、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査（以下、基礎調査）」として継続されています。

調査は、全国の六四都道府県・政令指定都市に協力を要請し、このうち五三自治体の協力を得て、二〇〇七年十二月より開始されています。

もともと、私たちが実施している基礎調査には、二つの主要な問題点があります。

第一の問題は、対象の代表性に関するものです。わが国の自殺の実態を解明するという趣旨からすれば、自殺者全数に対する調査、もしくは何らかの方法で自殺者全体からランダムに対象を抽出するような科学

的な研究デザインが、求められるところでしよう。しかし、突然、調査協力依頼の知らせを受ける自殺遺族の心情を考慮すれば、そうした疫学調査は倫理的に問題があると言わざるを得ません。

そのため、最終的に私たちは、その遺族が精神保健相談や遺族の集いなどを通じて地域保健機関につながった自殺事例のうち、遺族ケアなどの提供を通じて、調査に耐えられる心理状態にあると判断された遺族にのみ、調査協力を依頼することにした。現時点では、疫学調査としての科学性よりも、遺族ケアの視点を優先する、というスタンスをとることにしたわけだ。

第二の問題は、守秘義務を含めた調査員の資格や技術、さらには各地域の公的機関における遺族ケアの体制に関するものです。この問題を解決するために、私たちは調査員候補者の資格を厳密に定めるとともに、研究班が主催する調査員研修を修了していることを条件としています。私たちは、すでに三日間に及ぶ三回の調査員トレーニングを開催し、合計一六八人の精神科医・保健師などに調査員としての資格を付与しています。また、各地の公的機関における遺族ケア体制の拡充を支援するために、自殺予防総合対策センター自殺実態分析室に「調査センター」を開設し、各公的機関の遺族ケアに関する技術的援助が行える体制も整えています（図2）。

このように、私たちは本調査に参加協力することを通じて、地域保健従事者が直接に遺族の声に耳を傾け、そのニーズを受け止めることを通じ、地域における遺族ケアの質の向上がはかれるのではないかと期待しています。

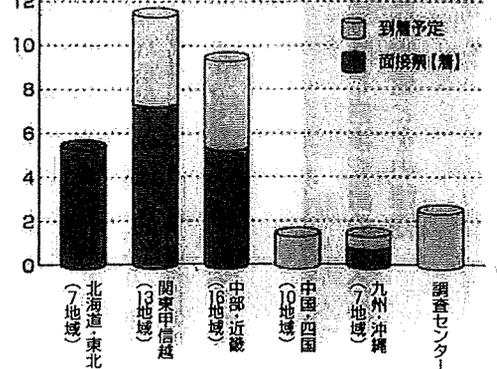
そして、この取り組みによって、各地の公的機関において、遺族ケア体制が広がっていけば、将来的には調査に協力する遺族が増え、結果として、対象の代表性を確保することも可能となるのではないかと考えています。

「基礎調査」から見えること 不定愁訴、睡眠障害、うつ症状

本原稿を執筆している二〇〇八年十月十四日現在、全国一四自治体の三二自殺事例に対する遺族への聴き取り調査を終了しており、私たちの自殺実態分析室には、すでに二二事例分の調査票が届いています（図3）。

各地域の調査拠点である精神保健福祉センターが、各自死遺族とアクセスした方法は、地域によって実に多様です。地道な訪問による地域保健活動、あるいは精神保健福祉センターが開催する自死遺族の集いを通じてアクセスできる場合、また死亡検案医師を通じて紹介されてくる場合、さらには死亡届を提出する際に役所で調査パンフ

図3 各地域における「基礎調査」実施状況
(2008年10月14日時点の中間集計)



レットを見た遺族の方から連絡があった場合など、実にさまざまです。

ここで試みに、現在までに自殺実態分析室に記入済み調査票が届いた、二二事例に関する単純集計の結果を示しておきたいと思えます（表1）。

表1に提示した変数は、調査項目のごく一部に過ぎませんが、いずれも海外の先行研究において、すでに自殺の危険因子とされているものです。少数事例の中間集計結果ではありますが、そこには現段階でもすでにいくつか特徴的な傾向が認められています。

最も顕著な結果と言えるのは、医学的問題に関する項目でした。すなわち、自殺直前に「その他の身体症状（比較的軽微な身体疾患や原因のはっきりしない身体不調の愁訴）」「睡眠障害」「大うつ病性障害」と

平成20年11月15日発行
(毎月1回15日発行)
定価 1部900円(本体857円)
年間購読料10,800円
(本体10,284円)送料とも

編集・発行人 財団法人日本公衆衛生協会
北川定謙
東京都新宿区新宿1-29-8
製作・販売 株式会社ライフ出版社
デザイン ポンプワークショップ
ディー・トライブ、ダイキ、
美創
印刷・製本 東京速水印刷株式会社

公衆衛生情報編集委員

委員長
柳澤健一郎 (日本公衆衛生協会企画委員)
委員
山本尚子 (全国衛生部長会)
佐藤恭信 (全国保健所長会)
高野健人 (衛生学公衆衛生学教育協議会)
大場エミ (全国保健師長会)
入山文郎 (全国保健センター連合会)
編集事務局 ライフ出版社 徳田 武

事務局だより

平成20年11月号より、本誌の発行が大幅に遅れ、ご迷惑をお掛け致しております。読者、関係者の皆様には、心よりお詫びを申し上げます。本号より、少しずつ元のスケジュールに戻せるよう、編集作業を詰めてまいりたいと考えております。また、定期購読のご契約の関係上、年度内に3月号の発行を完了させる予定ですので、何卒ご容赦ください。(徳田)

●編集事務局/株式会社ライフ出版社

〒113-0033
東京都文京区本郷1丁目 20-7
安藤ビル301
TEL.03-3815-3714
FAX.03-3815-3715
E-mail Public-Health@clock.ocn.ne.jp



巻頭グラビア ひろがるヒューマンネットワーク
ホームレスの支援を、看護職として……

訪問看護ステーションコスモス代表 山下真実子さん(看護師・ケアマネジャー)

緊急特集

健康危機管理のフレーム—ICSの可能性(後編)

「健康危機管理対応広域援助システム検討会」要旨

- ・自然災害時における広域連携について=わが国におけるICS、IAPの妥当性と有用性
- ・新型インフルエンザ対策における自然災害体制の活用とICS、IAPの妥当性と有用性

連載 自殺対策の視点

遺族のケア

—国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター自殺対策支援研究室 川野健治氏

連載 公衆栄養情報

食育白書について

—内閣府食育推進室 参事官補佐 河野美穂氏

連載 ひゅーまんさーびすのカタチ

手術室の感染制御

—東京大学 医学系研究科・医療環境管理学
医学部附属病院・手術部 齋藤祐平氏

記事は予告なく変更される場合がございます。ご了承ください。

編集後記

●本誌の発行が遅れて申し訳ありませんが、みなさまにおかれましては、よい年を迎えられたことと思います。平成二十一年は、政治と経済の行方が気になる年になるのでしょうか。●さて、今月号では「健康危機管理のフレーム—ICSの可能性(前編)」と題し、アメリカ合衆国国土安全保障省連邦危機管理局連邦オペレーションセンターの副センター長、バートン・A・クラーク氏による、アメリカの危機管理における指揮命令システムに関する講演要旨を掲載しました。平成二十年度厚生労働科学研究費補助金健康安全・危機管理対策総合研究推進事業外国人研究者招へい事業「健康危機管理に関する講演会」を編集したものです。複数の組織間の指揮命令系統を統一し、協働して災害支援にあたる危機管理システムということですから、新型インフルエンザ対策の構築に余念のない関係者のみなさまのお役に立つと思います。●また、巻頭グラビア「ひろがるヒューマンネットワーク」では、これもまた新型インフルエンザをはじめとした感染症対策に奔走する検査ナース、厚生労働省仙台検査所検査衛生課の小堀曜子さんをご紹介しています。あまり知られていない検査ナースですが、このような専門家が存在しているからこそ、わが国の検査は機能しているのでしょう。●「今月のトピックス」では、茨城県の麻しん対策のポイントについて、茨城県福祉保健部保健予防課健康危機管理対策室の永田紀子氏、入江ふじこ氏に執筆をいただきました。麻しんについては、その集団発生がマスコミに騒がれたことは記憶に新しいところです。国では、麻しん排除計画の一環として、第Ⅲ期と第Ⅳ期を麻しん風しんワクチンの定期予防接種の対象として加える補足的な対策を展開しています。その接種率は軒並み低い水準であったようですが、茨城県においては集団接種の推進により比較的高い接種率を確保されています。そのあたりの対策の秘訣を本稿ではご披露いただいた次第です。多くの自治体でも、参考にしたいものです。●連載「自殺対策の視点」では、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」から自殺の多様性について解説いただきました。今後の対策の視点が絞られていくことが期待されます。●巻末グラビア「輝くまち、ここにあり」では、千葉県栄町の川崎吉則氏にご登場いただきました。関係各課の政策を横につなぐヘルスプロモーションの視点で町政を展開し、大学でも教鞭をとるといふユニークな町長さんです。●アメリカではオバマ新政権が発足しましたが、公衆衛生の分野でも、CHANGEが起るかもしれません。いろいろな情報をキャッチしながら、ご活躍ください。(入山文郎)

研究

報告

物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験*

松本俊彦^{1,2)} 小林桜児³⁾ 上條敦史⁴⁾ 勝又陽太郎²⁾
 木谷雅彦 赤澤正人 竹島 正^{1,2)}

抄録

精神医学 51 : 109-117 2009

入院中のアルコール使用障害患者 244 名, および薬物使用障害患者 90 名を対象として, 自記式質問紙を用いて過去の自殺念慮・自殺企図歴, ならびに現在の自殺念慮を調査した。その結果, アルコール・薬物使用障害患者は自殺念慮(アルコール 55.1%, 薬物 83.3%, $p < 0.001$) および自殺企図(アルコール 30.6%, 薬物 55.7%, $p < 0.001$)の経験者が多く, 調査時点で自殺念慮を呈する者も少なくなかった(アルコール 9.8%, 薬物 19.1%, $p < 0.05$)。こうした傾向はアルコール使用障害患者よりも薬物使用障害患者で顕著であったが, 物質使用障害患者が女性である場合, 36 歳未満である場合には, 主乱用物質の種類には関係がなく, 自殺念慮・自殺企図歴や現在の自殺念慮は高率に認められた。

Key words

Substance use disorder, Suicide attempt, Suicidal ideation, Inpatient

はじめに

わが国の自殺による死亡者数は, 1998 年に 3 万人を超え, 以後その水準で推移している。その背景には, バブル崩壊後の不況後に急増した多重債務や過重労働などの社会的要因の影響があるといわれ, 現在, 社会的要因も視野に入れた総合的

な自殺対策を推進することが求められている¹⁹⁾。とはいえ, 自殺の原因・動機で最も多いのは依然として「健康問題」であることから明らかなように¹⁹⁾, いまもって精神保健的施策が自殺対策の中心であることに変わりはない。

ところで, わが国における自殺に関する精神保健的施策としては, 早くより厚生労働省を中心に

2008 年 4 月 11 日受稿, 2008 年 7 月 25 日受理

* History of Suicidal Ideation and Suicide Attempt in Inpatients with Substance Use Disorder

- 1) 国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター (〒187-8553 小平市小川東町 4-1-1), MATSUMOTO Toshihiko, TAKESHIMA Tadashi : Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan
- 2) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部, KATSUMATA Yotaro, KITANI Masahiko, AKAZAWA Masato : Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 3) 神奈川県立精神医療センター芹香病院, KOBAYASHI Ohji : Kanagawa Psychiatric Center Kinkoh Hospital
- 4) 誠心会神奈川病院, KAMIJO Atsushi : Seishinkai Kanagawa Hospital

うつ病の早期発見・早期治療に関する取り組みがなされてきた¹⁹⁾。しかしながらその一方で、物質関連障害の臨床の中で、少なくない患者の自殺に遭遇した筆者らは、その施策がうつ病に偏り過ぎたものではないか、という違和感を抱き続けてきた。実際、意外に知られていないことであるが、わが国の物質関連障害の専門家は早くから物質関連障害患者における高率な自殺関連行動を指摘しており^{17, 20, 21, 27, 28)}、このことは、少なくとも専門家の臨床的実感の中では事実として認識されてきた。

海外においては、早くより、物質関連障害はうつ病に次ぐ自殺に密接に関係する精神障害として重要視されてきた経緯があり^{3, 9, 24~26)}、自殺者の少なくとも 2~3 割はその行為の直前に物質関連障害に罹患しているといわれてきた⁶⁾。たとえば、先進的な国家的対策によって自殺死亡率の減少に成功したフィンランドでも、その 10 年あまりにおよぶ息の長い自殺対策の最初に実施した心理学的剖検研究において、自殺者の 93% になんらかの精神障害への罹患が認められ、うつ病 (66%) とともにアルコール乱用・依存 (42%) への罹患が高率であったことが明らかにされている¹⁶⁾。こうした文脈で考えれば、わが国の自殺対策がうつ病偏重で進められ、物質関連障害が置き去りにされた形となっている実情には、いささか不思議な印象を抱かざるを得ない。

とはいえ、わが国の自殺対策において物質関連障害が重視されてこなかったのは故なきことではない。とりわけ、対策の根拠となるデータがないことは、大きな理由の 1 つであろう。わが国における試行的な心理学的剖検研究^{8, 13)}によれば、自殺者の 40% 程度にうつ病の罹患が推測されたのに対して、アルコール依存などの物質関連障害への罹患が推測された者はわずかに 4~6% であった。この数値は、北米の 32.0% はもとより、ヨーロッパの 18.2%、あるいは、アジア諸国の 14.2% といった諸外国における数値⁶⁾と比べても著しく低い。また、生命的危機に瀕する重篤な自殺企図者を対象とした研究²⁾でも、若年・中年層では一

定の割合で物質関連障害に罹患する者が存在するものの、わが国の自殺者の多数を占める 50 歳以上の年代層では、うつ病圏の精神障害に罹患する者が圧倒的に多かった。ちなみに張⁸⁾は、わが国の自殺者における物質関連障害罹患率が低い理由として、日本人には体質的に多量のアルコールを摂取できない者が多く、薬物汚染も欧米ほど深刻でないことを挙げている。

しかし、本当にわが国は自殺対策において物質関連障害を重視しなくてもよいのであろうか？そこで今回我々は、わが国における物質関連障害と自殺との関係を明らかにするために、物質関連障害専門病院に入院した物質使用障害患者を対象として、自殺念慮や自殺企図の経験に関する調査を行い、国内外の先行研究との比較検討を行った。

対象と方法

1. 対象

対象は、2002 年 6 月~2003 年 9 月に神奈川県立精神医療センターせりがや病院(以下、せりがや病院)に入院し、入院後 3 日間の解毒期間を終了して依存症入院治療プログラムへの参加に同意した全患者 353 名のうち、DSM-IV¹⁾のアルコール・薬物使用障害の基準を満たし、重篤な精神病症状や認知症症状がない者 334 名である。

このうち、主乱用物質がアルコールであった者は 244 名(男性 202 名, 女性 42 名; 平均年齢 49.3±11.4)であり、主乱用物質が薬物であった者は 90 名(男性 60 名, 女性 30 名; 平均年齢 33.9±8.5)であった。なお、主乱用物質を薬物とする者の詳細は、覚せい剤 52 例, 揮発性溶剤 12 例, 市販鎮咳剤 6 例, 睡眠導入剤 5 例, メチルフェニデート 5 例, 市販鎮痛剤 4 例, 多剤同時乱用 4 例, 麻薬類 1 例, その他 1 例であった。

ここで、調査実施施設の機能と特徴について述べておく。せりがや病院は、わが国でも数少ない専門医療機関として、地域におけるアルコール・薬物使用障害治療の中核を担っている。患者の大半は神奈川県全域と東京都の一部から来院してい

る。原則として入院治療は、任意入院・開放病棟・患者自治会に集団プログラムを中心として行われている。そのため、慢性精神病症状や重篤な認知症症状により、非自発的入院を要したり、治療プログラムに適応できない患者は、他の物質関連障害専門病院に比べて少ない可能性がある。

2. 方法

本研究では、我々が独自に作成した自記式質問票によって情報収集を行った。具体的な質問内容は、以下の2つである。第一に、「これまで真剣に死にたいと考えたことはありますか？(自殺念慮歴)」であり、第二に、「真剣に死にたいと考えてなにか行動を起こしたことがありますか？(自殺企図歴)」というものである。いずれの質問も、「はい」もしくは「いいえ」で回答する方式をとった。

また我々は、Beck うつ病尺度第Ⅱ版 (Beck Depression Inventory II ; BDI-II)⁴⁾も実施した。この尺度は21項目からなる自己記入式のうつ病評価尺度であり、その日本語版の妥当性も確立されている¹⁵⁾。本研究では、BDI-IIの総得点、ならびに現在の自殺念慮を問う「質問9」の回答を分析の対象とした。なお、現在の自殺念慮を抽出するにあたっては、問題を明確にするために持続的な自殺念慮に限ることとし、「質問9」における「自殺したい」と「チャンスがあれば自殺するつもりである」のいずれかを選択した場合に、「現在の自殺念慮あり」と判断した。

我々は、対象者にこれらの質問票・評価尺度を、入院して急性中毒から脱した段階(原則として入院後2~3日目頃)に配布し、翌日に回収した。なお本研究は、神奈川県立精神医療センター倫理委員会の承認を得て実施された。

3. 統計学的分析

得られた結果は、自殺念慮歴、自殺企図歴、ならびにBDI-II質問9の「自殺したい」「チャンスがあれば自殺するつもりである」への該当(現在の自殺念慮)に関して、アルコールおよび薬物使用障害の間で比較を行った。また、下位分析として、各群について男女別、年代別による分析も

行った。年代別の比較に際しては、自殺対策では35歳以下を境にして若年者と中高年とを区別することが多いことから、本研究でも36歳未満/36歳以上という年代分類を用いた。さらに、中等度うつ病の可能性を示唆するといわれている、BDI-II総得点25点をカットオフとして、25歳未満か以上かという分類による分析も行った。

統計学的検討には、SPSS Version 15.0J for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL)を用い、比率の比較にはPearsonの χ^2 検定を、変量の比較にはStudent-t検定を使用した。いずれの検討においても、両側検定で5%未満の水準を有意とした。

結果

表1に、アルコールおよび薬物使用障害群のBDI-II総得点の比較、ならびに、質問9の回答状況の結果を示す。BDI-II総得点は、薬物使用障害群は、アルコール使用障害群よりも有意に高かった。また、質問9において、「自殺したいと全く思わない」を選択した者は、アルコール使用障害群の48.0%、薬物使用障害群の22.3%にとどまり、その一方で、「チャンスがあれば自殺するつもりである」を選択した者が、アルコール使用障害群の2.9%、薬物使用障害群に至っては8.5%に認められ、この選択肢全体の比率に関して、両群間で有意差が認められた($p<0.001$)。

表2に、アルコール・薬物使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験者の割合を比較した結果を示す。両群ともに自殺念慮歴(アルコール55.1%、薬物83.3%、 $p<0.001$)および自殺企図歴(アルコール30.6%、薬物55.7%、 $p<0.001$)は高率に認められたが、いずれの割合も特に薬物使用障害群で高かった。また、BDI-IIの質問9で、現在における自殺念慮の存在を認めた者の割合についても、薬物使用障害群で有意に高かった(アルコール9.8%、薬物19.1%、 $p<0.05$)。

さらに、自殺念慮歴、自殺企図歴、および現在の自殺念慮に関して、性別、年代別、BDI-II得点に下位分析を行った。まずは、自殺念慮歴に関する下位分析の結果について述べる。女性の場

表1 アルコール・薬物使用障害入院患者における BDI-II 総得点および質問 9 の結果

	アルコール使用障害 N=244	薬物使用障害 N=90	df	t
BDI-II 総得点(平均点 ±SD)	19.6±11.7	26.5±11.7	335	4.824***
質問 9			df	χ^2
自殺したいとは全く思わない	48.0%	22.3%	3	20.769***
死にたいと思うことはあるが、自殺を実行しようとは思わない	42.2%	58.5%		
自殺したい	7.0%	10.6%		
チャンスがあれば自殺するつもりである	2.9%	8.5%		

***p<0.001

BDI-II ; Beck Depression Inventory-II

表2 アルコール・薬物使用障害入院患者における自殺念慮・自殺企図の経験率の比較

	アルコール使用障害 N=244	薬物使用障害 N=90	df	χ^2
真剣に死にたいと思ったことがある(自殺念慮歴)	55.1%	83.3%	1	21.534***
男性	49.4%	79.7%	1	16.334***
女性	81.1%	90.3%	1	0.284
36歳未満	80.6%	83.3%	1	0.102
36歳以上	50.6%	83.3%	1	11.113**
BDI-II 25点以上	75.7%	94.4%	1	8.019**
BDI-II 25点未満	43.1%	66.7%	1	6.284*
真剣に死のうとして実際に行動を起こしたことがある(自殺企図歴)	30.6%	55.7%	1	16.139***
男性	23.3%	49.1%	1	13.330***
女性	62.2%	67.7%	1	0.632
36歳未満	54.8%	54.2%	1	0.003
36歳以上	26.1%	58.6%	1	12.240***
BDI-II 25点以上	45.7%	59.3%	1	2.239
BDI-II 25点未満	21.6%	50.0%	1	10.771**
質問9:「自殺したい」「チャンスがあれば自殺するつもりである」該当者	9.8%	19.1%	1	5.408*
男性	8.5%	19.4%	1	5.735*
女性	16.3%	18.8%	1	0.078
36歳未満	18.2%	16.1%	1	0.065
36歳以上	8.5%	25.0%	1	7.888**
BDI-II 25点以上	57.9%	42.1%	1	0.042
BDI-II 25点未満	50.0%	50.0%	1	0.106

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

BDI-II ; Beck Depression Inventory-II

合は、アルコール・薬物使用障害両群間で自殺念慮歴に差がなく、いずれの群でも経験者は高率であったが(アルコール 81.1%, 薬物 90.3%), その一方で、男性の場合は、薬物使用障害群で有意に高率であった(アルコール 49.4%, 薬物 79.7%, p<0.001)。年代別では、36歳未満の場合は両群間に差がなく、いずれの群でも高率であった一方

で(アルコール 80.6%, 薬物 83.3%), 36歳以上の場合には、薬物使用障害群のほうがアルコール使用障害群よりも有意に高率であった(アルコール 50.6%, 薬物 83.3%, p<0.01)。また、BDI-II 得点による分類では、25点未満および以上のいずれにおいても薬物使用障害群のほうがアルコール使用障害群よりも有意に高率であった(25点以