

Thesis

自殺企図患者の動機別臨床的検討

総合医療センター 神経精神科（メンタルクリニック）

松木 麻妃

【目的】日本では1998年以降、毎年3万人以上が自殺によって死亡している。うつ病の早期発見および治療をはじめ自殺防止のためのさまざまな研究、実践活動が活発に行われているが、自殺者数の明確な減少は生じていない。このような現状を踏まえ、新たな自殺防止対策のため、自殺企図の動機とそれに関係する諸因子に注目し、自殺企図の動機別に自殺企図患者の特徴を検討した。

【方法】2004年10月から2007年3月までの2年6か月間に埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センターに入院して救命された自殺企図患者のうち、自殺企図の動機を患者自身が述べることできた206人を対象とした。これらの患者を自殺企図の動機別に「健康問題」、「経済問題」、「家庭・男女問題」、「その他」に分類し、その他を除く各群について、社会人口動態学的因子、医学・医療的因子、自殺企図手段および回数を調査し、各群の特徴を検討した。

【結果】うつ病性障害の頻度は全群で高く、6割から7割に達した。群別にみると、健康問題群の特徴は、女性が多い、50歳以上の患者が多い、身体表現性障害の頻度が高い、パーソナリティ障害の頻度が低い、身体疾患をもつ患者が多い、精神科以外の診療科の受診率が高い、初回の自殺企図が多いなどであった。経済問題群の特徴は、男性が多い、30～49歳および50歳以上の患者が多い、フルタイム勤務者が多い、衝動制御の障害とパーソナリティ障害の頻度が高いなどであった。家庭・男女問題群の特徴は、女性が多い、10～29歳および30～49歳の患者が多い、パーソナリティ障害の頻度が高い、自殺企図の既往歴をもつものが多いなどであった。

【結論】自殺企図の動機別に分けた各群はそれぞれ異なった特徴を有しており、精神科医の診療技術の向上をはじめ、地域医療との共同的ケア (Collaborative Care) の充実、経済問題の相談業務を行っている人たちとの連携システムの構築など、個々の特徴に即した自殺防止対策が必要であると考えられた。

緒言

1998年に日本の自殺者数は初めて年間3万人を越え、以降現在まで毎年3万人以上が自殺によって死亡している。この間、自殺防止を目的としたさまざまな活動が行われてきたが、自殺者数の明確な減少は生じていない。

自殺に至る経緯は事例ごとに異なるが、何らかのストレス因子を契機として、うつ病性障害などの精神障害が生じ、自殺に至ることが多いと考えられている¹⁾。したがって、自殺者、および本研究で対象とする自殺企図患者についても、自殺または自殺企図に関係するストレス因子を調べ、それに基づいて患者を分け、それぞれの特徴を詳しく検討することは今後の自殺防止対策を講じる上で有用である可能性が高い。

このようなストレス因子は一般には自殺の動機と呼ばれるものに該当するであろう。こうした自殺の動機に関する重要な資料は警察庁調査である²⁾。この調査では、自殺の動機が、健康問題、経済生活問題、家庭問題、勤務問題、男女問題、学校問題、その他、不詳という8つのカテゴリーに分類されているが、この分類も実態をよく表していると思われる。しかし、この調査には方法上いくつかの問題点がある。その1つは、精神科を受診していたなどの理由により警察官が精神障害に罹患していたと判断した自殺者は、身体疾患やその苦痛を悩んだ患者などと同じカテゴリーである健康問題による自殺に分類されるということである。上に述べたように、精神障害と精神障害発病の契機になったストレス因子を同列に取り扱うことは精神医学的にみて誤りであり、警察庁分類そのものに基づいて精神医学的な研究を行うことはできない。

精神医学の領域で自殺または自殺企図の動機に注目

した先行研究は比較的少ない。その中で、身体疾患と自殺または自殺企図との関係についてはいくつかの論文があるが³⁻⁶⁾、これらについては考察の部分で述べることにしたい。また、経済生活問題による自殺は、近年増加しつつあることもあり²⁾、特に注目されている。これに関する先行研究に、人見ら⁷⁾による経済生活問題による自殺企図患者に関する論文がある。この論文では、経済生活問題による自殺企図患者には中高年男性が多く、その大多数がうつ病性障害に罹患していること、このような自殺企図に近年の不況が大きな影響を与えていると推定されることなどが指摘され、経済生活問題による自殺を防止するためにはうつ病性障害の早期発見と治療が重要であるという結論が述べられている⁷⁾。うつ病性障害の早期発見と治療の重要性について異論はないが、筆者は日常臨床において自殺企図患者と接する中で、同論文に述べられているような特徴に一致しない症例が稀ではないことも経験している。すなわち、確かにうつ病性障害は多いが、それ以外の精神障害およびうつ病性障害と他の精神障害が併発している患者も少なくないこと、患者の述べる経済生活問題は不況に関係するものばかりでないことなどである。なお、健康問題と経済生活問題以外の自殺の動機については、勤務問題や学校問題と自殺の関係に関する総説^{8,9)}はあるが、実際の調査に基づく発表はほとんどない。

こうした現状を踏まえ、筆者は埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センターに入院した自殺企図患者について病歴調査を行い、自殺企図の動機、より正確に言えば患者が述べた自殺企図の理由によって患者を分類して、それぞれの臨床的、社会的特徴を検討してきた。そのうち、健康問題および経済問題による自殺企図患者についてはすでに発表した^{10,11)}。本稿では、家庭問題と男女問題による自殺企図患者についてもその特徴を調査して、既報と併せて自殺企図の動機別にみた自殺企図患者の臨床的、社会的特徴を明らかにし、今後の自殺防止についても考察することにした。

目 的

本研究の目的は、新たな自殺防止対策のため、自殺企図患者について、自殺企図の動機に基づいて患者を分類し、各群の臨床的、社会的特徴を明らかにすることである。

対象と方法

埼玉医科大学総合医療センター高度救命救急センターに搬送され、入院した自殺企図患者は原則として全員、精神科に紹介されている。2004年10月1日から2007年3月31日までの2年6か月間に精神科に紹介されたこのような自殺企図患者は256人であった(調査期間中に複数回紹介された患者もいるが、その場合

には第1回紹介時点のみを採択した)。このときの自殺企図の判定であるが、希死念慮が比較的弱い場合も自殺企図に含めた。すなわち、患者が「死なないかもしれないが、これで死ぬならその方がよいと思った」などと述べた場合も自殺企図に含めた。

これらの患者について病歴調査を行い、まず自殺企図の理由を調査した。自殺企図患者は、自殺企図の理由として、患者自身が苦痛とを感じるさまざまな具体的問題を述べることが多い。このような患者の陳述に基づいて自殺企図の理由を判定した。分類項目は、警察庁調査²⁾の項目の主要部分を援用して、健康問題、経済問題、勤務問題、家庭問題、男女問題、学校問題とし、「精神障害またはその悪化」、「分類困難」、「不明」の3項目を追加した。

このうち、健康問題については緒言で述べたような問題点があり、判定には警察庁調査と異なる方法を用いた。すなわち、身体疾患の有無にかかわらず、患者が身体疾患または身体症状に関わる苦痛を自殺企図の理由として述べた場合のみを健康問題による自殺企図と判定した。また、自殺企図の理由として具体的な問題を述べず、幻覚や妄想、対象のない抑うつ気分と希死念慮などのような精神症状の強い影響下に自殺企図が生じたと考えられる患者もいる。この場合に「精神障害またはその悪化」とした。そのほかに、患者の述べた自殺企図の理由が前記のいずれの項目にも該当しないか、患者の陳述が曖昧で理由の分類が困難であった場合に「分類困難」とした。さらに、短期間の入院や陳述拒否などのために自殺企図の理由に関する話し合いが困難であったものを「不明」とした。複数の理由をあげた患者もいるが、その場合には患者が主な理由として述べたものを採択した。

このようにして判定した自殺企図の理由はTable 1のようになる。このうち、自殺企図の具体的な理由を述べなかった精神障害またはその悪化(33人)と不明(17人)を除くと、何らかの自殺企図の理由を述べたものは206人となり、この206人を以下の調査の対象とした。また、以下の調査では、家庭問題および男女問題はいずれも主に親密な人物との人間

Table 1. 患者の述べた主な自殺企図の理由

	人(%)
健康問題	36(14)
経済問題	40(16)
勤務問題	19(7)
家庭問題	61(24)
男女問題	32(13)
学校問題	4(2)
精神疾患またはその悪化	33(13)
分類困難	14(5)
不明	17(7)
合計	256

関係上の問題が主要な意味をもっていたため、これらを述べた患者を「家庭・男女問題群」として一括し(93人)、さらに分類困難な患者、および症例数の少なかった勤務問題と学校問題の患者を「その他の症例」とまとめた(37人)。したがって、以下の調査では、「健康問題群」(36人)、「経済問題群」(40人)、「家庭・男女問題群」(93人)、「その他の症例」(37人)の4群を比較し、それぞれの特徴を検討することになる。

この4群、206人についてさらに詳しい病歴調査を行った。調査項目は、年齢、性別、教育年数、職業、配偶者および同居者の有無などの社会人口動態学的因子、精神疾患の分類と診断の手引き新訂版(以下、DSM-IV-TR)¹²⁾第I軸診断と第II軸診断、身体疾患の有無、精神科およびその他の診療科受診の有無、自殺企図の手段と自殺企図歴とした。このうち、DSM-IV-TR第I軸診断については、筆者らは日常臨床で、器質性精神障害、物質関連障害、精神病性障害、気分障害、不安障害、身体表現性障害、衝動制御の障害、適応障害についてその有無を判定し、可能な場合には下位分類を決定している。また、救命救急センター入院中という短期間に第II軸診断、特にパーソナリティ障害の診断を確定することは困難な場合が多いが、患者の診察、家族の陳述、精神科を受診している患者ではその精神科医からの情報などを併せることで、少なくともパーソナリティ障害の有無、さらにDSM-IV-TRのA群、B群、C群のいずれが疑わしいかまでは判定できる場合が多い。また、身体疾患の有無については、診断が確定され、患者に継続的な治療が必要と伝えられていた場合に身体疾患ありと判定した。

さらに、健康問題群については、自殺企図の理由として身体症状の苦痛をあげたにもかかわらず明確な

身体疾患をもたない患者が比較的多かったため、身体疾患の有無によって2つのサブグループを分け、この2群の比較検討も行った。同様に経済問題群は、患者の陳述の内容が多様であったため、陳述の内容を整理分類して3つのサブグループを分け、この3群の比較検討も行った。

統計学的検討には、Fisherの正確確率検定、ANOVAおよびScheffe法による多重比較を用い、有意水準は5%とした。また、患者の述べた経済問題の具体的内容の整理分類には、筆者、研究指導者、研究協力者の3人の協議によるKJ法を用いた。

本研究の倫理面への配慮についてであるが、本研究は介入研究ではなく、診断と治療のみを目的とした日常臨床の結果に関する後ろ向きの病歴調査である。これを徹底するため、調査においては日常臨床で行った診断と治療の記録の集計のみにとどめ、本研究のための特別な追加調査は行わなかった。また、集計の際には匿名化を徹底して行うなど患者の個人情報の保護にも十分に配慮した。

結 果

1. 4群の比較

1) 症例数

症例数は、家庭・男女問題群が93人(45%)で、4群中最も多かった。以下、経済問題群40人(19%)、その他の症例37人(18%)、健康問題群36人(18%)の順となった。

2) 社会人口動態学的因子 (Table 2)

性別は、男性の比率が経済問題群(60%)とその他の症例(57%)で高く、健康問題群(36%)と家庭・男女問題群(24%)では低値であり、4群間に有意差があった。

Table 2. 社会人口動態学的因子

		健康問題群 (36人)	経済問題群 (40人)	家庭・男女問題群 (93人)	その他の症例 (37人)	全体 (206人)	p (Fisherの正確確率検定)
		人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	
性別	男性	13(36)	24(60)	22(24)	21(57)	80(39)	<0.001
	女性	23(64)	16(40)	71(76)	16(43)	126(61)	
年代	10～29歳	4(11)	8(20)	36(39)	23(62)	71(35)	<0.001
	30～49歳	11(31)	18(45)	41(44)	9(24)	79(38)	
	50歳以上	21(58)	14(35)	16(17)	5(14)	56(27)	
職業	フルタイム勤務	9(25)	17(43)	31(33)	14(38)	71(35)	0.019
	失業中	6(17)	11(28)	20(22)	10(27)	47(23)	
	主婦	11(31)	6(15)	26(28)	1(3)	44(21)	
	その他	10(28)	6(15)	16(17)	12(32)	44(21)	
配偶者	あり	16(44)	21(53)	42(45)	10(27)	89(43)	0.134
同居者	あり	31(86)	31(78)	83(89)	27(73)	172(83)	0.088
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	p (ANOVA)
年齢(歳)		52.4(18.3)	43.7(14.0)	34.9(13.7)	31.3(14.3)	39.0(16.4)	<0.001
教育年数(年)		11.2(2.4)	11.4(2.1)	11.8(2.4)	12.4(2.5)	11.7(2.4)	0.197

職業の「フルタイム勤務」71人のうち自営は7人。職業の「その他」は、パートタイム勤務(18人)、学生(13人)、引退後(13人)。年齢に関するScheffe法による多重検定の結果は、健康問題群 対 経済問題群: $p = 0.089$, 健康問題群 対 家庭・男女問題群: $p < 0.001$, 健康問題群 対 その他: $p < 0.001$, 経済問題群 対 家庭・男女問題群: $p = 0.022$, 経済問題群 対 その他: $p = 0.004$, 家庭・男女問題群 対 その他: $p = 0.652$

(松木麻妃, 松木秀幸, 堀川直史. 「経済問題」による自殺企図患者の臨床的検討. 精神科治療学 2011;26(5):633-42. より許可を得て転載)

年齢についても4群間に有意差があった。平均年齢は健康問題群(52.4歳)で最も高く、次いで経済問題群(43.7歳)、家庭・男女問題群(34.9歳)、その他の症例(31.3歳)の順となった。多重比較でも、健康問題群と家庭・男女問題群およびその他の症例の間、経済問題群と家庭・男女問題群およびその他の症例の間にそれぞれ有意差があった。年代としてみたときにも4群間に有意差があった。50歳以上のものは健康問題群(58%)と経済問題群(35%)に多く、家庭・男女問題群(17%)とその他の症例(14%)に少なかった。これと反対に、10歳から29歳までの比較的若年のものは、その他の症例(62%)と家庭・男女問題群(39%)に多く、健康問題群(11%)と経済問題群(20%)に少なかった。

職業も4群間に有意差があった。フルタイム勤務者は経済問題群に多く(43%)、主婦は健康問題群(31%)と家庭・男女問題群(28%)に多かった。また、職業の「その他」には、パートタイム勤務、学生(高校生、大学生、専門学校生)、引退後が含まれているが、これは健康問題群(28%)とその他の症例(32%)に多かった。

配偶者および同居者ありの比率はその他の症例で他群よりもやや低かったが(それぞれ27%と73%)、4群間に有意差はなかった。教育年数についても、4群間に明確な差異はなく、有意差もなかった。

3) 医学・医療的因子 (Table 3)

a) DSM-IV-TR 第I軸診断 (重複あり)

うつ病性障害は4群全てにおいて頻度が最も高く、60%から72%に達した。4群間に有意差があった精神障害の診断は、身体表現性障害と衝動制御の障害であった。前者の頻度は健康問題群で他群よりも高く(28%)、後者の頻度は経済問題群で高かった(18%)。

なお、これらの精神障害の診断には重複があり、各精神障害が互いに関連している可能性があるが、本稿では4群における精神障害の基本的特徴を調査する

ことを目的に、各精神障害は独立であると仮定した上で統計学的検討を行った。

b) DSM-IV-TR 第II軸診断

第II軸診断(確診および疑診)ありと判定された症例は206人中50人(24%)であった。その多くはB群パーソナリティ障害(疑診)37人であり、そのほかにA群パーソナリティ障害(疑診)1人、C群パーソナリティ障害(疑診)6人、精神遅滞(確診または疑診)6人となった。この第II軸診断の有無について、4群間に有意差があった。すなわち、第II軸診断ありの頻度は家庭・男女問題群およびその他の症例で他群よりも高く(いずれも32%)、これに対して健康問題群で第II軸診断ありと判定された患者はいなかった。

c) 身体疾患の有無

身体疾患をもつものは65人(32%)であった。その内訳は多様であり、本態性高血圧症(10人)、糖尿病(9人)、悪性腫瘍治療後経過観察中(6人)などが多く、いずれも慢性の身体疾患であった(詳細は文献⁹⁾に記載)。また、全員が在宅患者であり、重篤な身体状態のために器質性精神障害と診断されたものはいなかった。こうした身体疾患をもつ患者の比率は健康問題群で高く(72%)、4群間に有意差があった。

d) 自殺企図時の受診状況

精神科以外の診療科を受診していた患者は34%であった。4群を比較すると、この比率は健康問題群で高く(92%)、4群間に有意差があった。

精神科を受診していた患者の比率は52%であり、家庭・男女問題群とその他の症例でやや高く(それぞれ60%と57%)、健康問題群と経済問題群でやや低かったが(それぞれ42%と38%)、4群間に有意差はなかった。

4) 自殺企図の手段と回数 (Table 4)

a) 自殺企図手段 (重複あり)

自殺企図手段については、服薬(向精神薬)が最も

Table 3. 医学・医療的因子

		健康問題群 (36人)	経済問題群 (40人)	家庭・男女問題群 (93人)	その他の症例 (37人)	全体 (206人)	p (Fisherの正確確率検定)
		人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	
DSM-IV-TR 第I軸診断	うつ病性障害	26(72)	28(70)	56(60)	23(62)	133(65)	0.533
	適応障害	3(8)	7(18)	17(18)	2(5)	39(14)	0.173
	物質関連障害	4(11)	6(15)	13(14)	4(11)	27(13)	0.946
	精神病性障害	5(14)	1(3)	7(8)	4(11)	17(8)	0.272
	身体表現性障害	10(28)	1(3)	1(1)	0(0)	12(6)	<0.001
	衝動制御の障害	0(0)	7(18)	3(3)	0(0)	10(5)	0.002
	不安障害	2(6)	0(0)	2(2)	1(5)	5(2)	0.396
DSM-IV-TR 第II軸診断	何らかのパーソナリティ障害・精神遅滞	0(0)	8(20)	30(32)	12(32)	50(24)	<0.001
	(A群パーソナリティ障害疑診)	0(0)	0(0)	0(0)	1(3)	1(0)	
	(B群パーソナリティ障害疑診)	0(0)	5(13)	23(25)	9(24)	37(18)	
	(C群パーソナリティ障害疑診)	0(0)	2(5)	3(3)	1(3)	6(3)	
	(精神遅滞確診または疑診)	0(0)	1(3)	4(4)	1(3)	6(3)	
身体疾患	あり	26(72)	9(23)	24(26)	6(16)	65(32)	<0.001
精神科以外の診療科受診	あり	33(92)	5(13)	24(26)	5(14)	69(34)	<0.001
精神科受診	あり	15(42)	15(38)	56(60)	21(57)	107(52)	0.0501

DSM-IV-TR 第I軸診断のうち、器質性精神障害(症例なし)は本表から除外した。

(松木麻妃, 松木秀幸, 堀川直史. 「経済問題」による自殺企図患者の臨床的検討. 精神科治療学 2011;26(5):633-42. より許可を得て転載)

多く、全体の41%に達した。各群における比率も4群全てにおいて最も高かったが、家庭・男女問題群とその他の症例で特に高く(それぞれ51%と43%)、健康問題群と経済問題群で低かった(それぞれ22%と33%)。その他の手段については、症例数が少なく、十分な検討を行うことが困難であった。

なお、自殺企図手段には重複があり、各自殺企図手段の間に関連のある可能性があるが、先に精神障害の診断の項で記載したと同様の理由で、各自殺企図手段を独立と仮定した上で統計学的検討を行った。

b) 自殺企図回数

自殺企図回数は、初回の自殺企図であった患者が健康問題群に多く(67%)、3回以上自殺企図を繰り返していた患者は家庭・男女問題群に多い(37%)などの傾向があったが、4群間に有意差はなかった。

2. 各群の結果

以下、これまでの結果を群ごとにまとめる。また、健康問題群と経済問題群については、方法の部分で述べたように、サブグループに分けて検討した結果も記載する。なお、その他の症例は、残遺カテゴリーと考えることができること、実際にも他群よりも若

年者が多く、DSM-IV-TR第II軸の診断ありの頻度が高かったが、そのほかには明確な特徴がみられなかったことなどにより、以下特別の検討は行わないこととする。

1) 健康問題群

a) 健康問題群のまとめ (Table 2, 3, 4) (Fig. 1)

健康問題群は全体の18%であり、頻度は家庭・男女問題群、経済問題群に次いで第3位であった。健康問題群の特徴は、(1) 女性が多い(64%)、(2) 平均年齢が高く(52.4歳)、年代でも50歳以上の患者が多い(58%)、(3) 身体表現性障害の頻度が他群よりも高い(28%)、(4) パーソナリティ障害または精神遅滞の頻度が低い(0%)、(5) 身体疾患をもつ患者が多い(72%)、(6) 精神科以外の診療科の受診率が高い(92%)、(7) 初回の自殺企図が比較的多い(67%)などとなるであろう。

b) 健康問題群を身体疾患の有無によって2分したときの結果

健康問題群には、実際に身体疾患をもつ患者26人ともたない患者10人が含まれていた。そこで、身体疾患の有無によって健康問題群を2つのサブグループに分け、これまでと同じ調査項目についてまとめた(Table 5)。

Table 4. 自殺企図手段と自殺企図回数

自殺企図手段	健康問題群 (36人)	経済問題群 (40人)	家庭・男女問題群 (93人)	その他の症例 (37人)	全体 (206人)	p (Fisherの正確率検定)
	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	
服薬 (向精神薬)	8(22)	13(33)	47(51)	16(43)	84(41)	0.017
その他の手段	7(19)	10(25)	10(11)	3(8)	30(15)	0.095
刃物の使用 (手首以外)	7(19)	8(20)	10(11)	3(8)	28(14)	0.250
服薬 (向精神薬以外)	6(17)	2(5)	10(11)	8(22)	26(13)	0.125
投身	3(8)	0(0)	14(15)	7(19)	24(12)	0.014
服毒	6(17)	5(13)	6(7)	2(5)	19(9)	0.222
刃物の使用 (手首)	2(6)	5(13)	5(5)	2(5)	14(7)	0.480
自殺企図回数						
1回目	24(67)	21(53)	34(37)	19(51)	98(48)	0.050
2回目	3(8)	6(15)	18(19)	2(5)	29(14)	
3回目以上	7(19)	12(30)	34(37)	8(22)	61(30)	
不詳	2(6)	1(3)	7(8)	8(22)	18(9)	

「その他の手段」の内訳は、ガスの使用、縊首、焼身、飛び込み、入水である(重複あり)。

自殺企図回数の検定では不詳を除外した。

(松木麻妃, 松木秀幸, 堀川直史, 「経済問題」による自殺企図患者の臨床的検討. 精神科治療学 2011;26(5):633-42. より許可を得て転載)

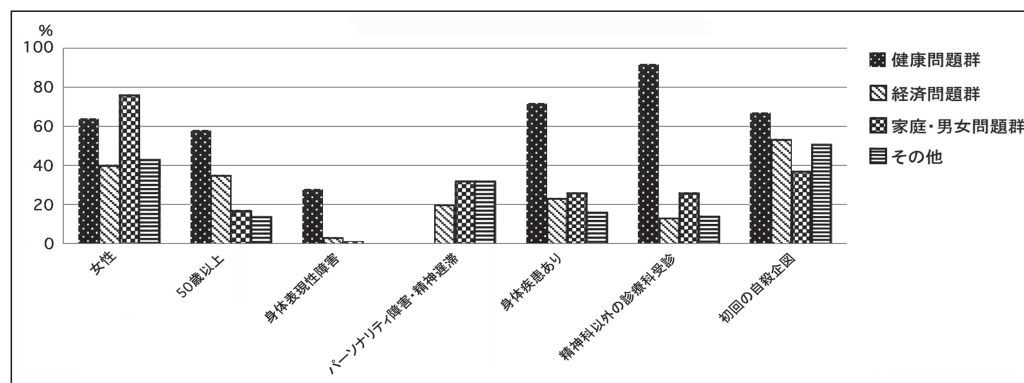


Fig. 1. 健康問題群の主な特徴.

この2つのサブグループで明確な差異がみられた項目は身体表現性障害の頻度である。身体疾患をもたない患者では、10人中8人(80%)が身体表現性障害と診断されたのに対し、身体疾患をもつ患者における身体表現性障害の頻度は12%であった。なお、身体疾患をもたない患者10人のうち身体表現性障害と診断されなかった2人はいずれも統合失調症慢性期の患者であり、自殺企図の理由として強い全身倦怠感と易疲労を述べた。また、身体疾患をもちつつ身体表現性障害と診断された3人は、その身体疾患によって説明し得ない多様な身体症状を訴えた患者である。

そのほかには2つのサブグループ間に明確な差異はなかった。うつ病性障害の頻度は身体疾患をもつ患者

(73%)とともたない患者(70%)で同等であった。精神科以外の診療科を受診していたものの比率は、身体疾患をもつ患者では96%であったが、身体疾患をもたない患者でも80%に達していた。精神科を受診していたものの比率も、身体疾患をもつ患者(42%)とともたない患者(40%)で大きな差異はなかった。

2) 経済問題群

a) 経済問題群のまとめ (Table 2, 3, 4) (Fig. 2)

経済問題群は全体の19%で、家庭・男女問題群に次いで多かった。経済問題群の特徴は、(1)男性が多い(60%)、(2)30～49歳および50歳以上の患者が多い(合計80%)、(3)フルタイム勤務者が比較的多い(43%)、(4)衝動制御の障害の頻度が他群に比較して

Table 5. 健康問題群の身体疾患の有無による比較

		身体疾患あり (26人)	なし (10人)	健康問題群全体 (36人)
		人 (%)	人 (%)	人 (%)
性別	男性	10(39)	3(39)	13(36)
	女性	16(62)	7(70)	23(64)
年代	10～29歳	2(8)	2(20)	4(11)
	30～49歳	8(31)	3(30)	11(31)
	50歳以上	16(62)	5(50)	21(58)
職業	主婦	8(31)	3(30)	11(31)
	フルタイム勤務	7(27)	2(20)	9(25)
	失業中	4(15)	2(20)	6(17)
	その他	7(27)	3(3)	10(28)
配偶者	あり	12(46)	4(49)	16(44)
同居者	あり	21(80)	10(100)	31(86)
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
年齢 (歳)		53.5(17.4)	49.5(21.2)	52.4(18.3)
教育年数 (年)		10.9(2.0)	12.9(3.1)	11.2(2.4)
		人 (%)	人 (%)	人 (%)
DSM-IV-TR 第I軸診断	うつ病性障害	19(73)	7(70)	26(72)
	適応障害	3(12)	0(0)	3(8)
	身体表現性障害	3(12)	8(80)	10(28)
	精神病性障害	3(12)	2(20)	5(14)
	物質関連障害	4(15)	0(0)	4(11)
	不安障害	1(4)	1(10)	2(6)
DSM-IV-TR 第II軸診断	何らかのパーソナリティ障害・精神遅滞	0(0)	0(0)	0(0)
	(A群パーソナリティ障害疑診)	0(0)	0(0)	0(0)
	(B群パーソナリティ障害疑診)	0(0)	0(0)	0(0)
	(C群パーソナリティ障害疑診)	0(0)	0(0)	0(0)
	(精神遅滞確診または疑診)	0(0)	0(0)	0(0)
精神科以外の診療科受診	あり	25(96)	8(80)	33(92)
精神科受診	あり	11(42)	4(40)	15(42)
自殺企図手段	服薬 (向精神薬)	5(19)	3(30)	8(22)
	刃器の使用 (手首以外)	5(19)	2(20)	7(19)
	その他の手段	3(12)	4(40)	7(19)
	服薬 (向精神薬以外)	6(23)	0(0)	6(17)
	服毒	5(19)	1(10)	6(17)
自殺企図回数	1回	17(65)	8(70)	24(67)
	2回	3(12)	0(0)	3(8)
	3回以上	4(15)	3(30)	7(19)
	不詳	2(8)	0(0)	2(6)

職業の「その他」の内訳は本文とTable 2に記載。自殺企図手段の「その他の手段」の内訳は本文とTable 4に記載した。

(松木麻妃, 松木秀幸, 堀川直史. 「健康問題」による自殺企図患者の臨床的検討. 精神科治療学 2009;24(3):343-51. より許可を得て転載)

高い(18%), (5) パーソナリティ障害または精神遅滞の頻度が比較的高い(20%)などであろう。

b) 経済問題群を3つのサブグループに分けたときの結果

患者が述べた経済問題の具体的内容は多様であり、KJ法を用いて、これらをまず次の5種類に整理分類した。すなわち、(1) 本人または家族のリストラによる失業のための収入減少(7人、経済問題群40人の18%、以下同じ)、(2) 本人または家族の減給やリストラ後の転職に伴う収入減少(5人、13%)、(3) 本人または家族が営んでいる事業の不振・倒産による収入減少(6人、15%)、(4) 本人のギャンブルやその他の浪費による負債と返済の苦痛(14人、35%)、(5) 数年またはそれ以上にわたり定職がないか仕事を転々とするなどの不安定な生活を続け、経済的にも行き詰まり状態に陥ったもの(8人、20%)である。このうち、(1)から(3)を、患者自身が近年の不況の強い影響を指摘していたためもあり、「不況に係る収入減少」と一括し(18人、45%)、(4)の「負債と返済の苦痛」、(5)の「不安定な生活」の3つのサブグループについて、これまでと同じ調査項目についてまとめた(Table 6)(Fig. 3)。

i) 不況に係る収入減少を述べた患者

不況に係る収入減少を述べた患者は18人であった。Table 6およびFig. 3からみて、経済問題群の3サブグループにおけるこれらの患者の特徴は、次のようになるであろう。すなわち、50歳以上の患者が多く(50%)、平均年齢も高い(47.5歳)。失業中の患者の比率が高く(39%)、それ以外の患者も収入減少とそれによる経済的困窮や生活の変化を述べ、この状況の中で抑うつ症状が生じ、全員がうつ病性障害または抑うつ気分を伴う適応障害と診断された。抑うつ症状以外に強い精神症状はなく、他の第I軸診断および第II軸診断ありと判定されたものはいなかった。医療機関受診率が低く(精神科28%、精神科以外の診療科6%)、今回が初回の自殺企図であったものが多い(72%)、な

どである。

ii) 負債と返済の苦痛を述べた患者

負債と返済の苦痛を述べた患者は14人であった。これらの患者の特徴は、フルタイム勤務(50%)と主婦(29%)の比率が比較的高い。うつ病性障害(64%)と適応障害(14%)以外に衝動制御の障害の頻度が高く(50%)、初回の自殺企図であったものが少ない(29%)などであろう。

このサブグループについては、衝動制御の障害の診断基準を満たす場合と満たさない場合があるものの、14人全員にギャンブルやその他の理由による浪費がみられ、その結果として負債と返済の苦痛が生じていた。この問題は数年以上持続し、14人中10人に今回と同じ理由による自殺企図の既往があった。また、抑うつ症状を伴うことが多く、主にこの抑うつ症状のために6人が精神科を受診していた。しかし、こうした問題はあっても、7人はフルタイムの就労を維持し、他の4人が主婦であった。これについては実際にどの程度の社会的・家庭的な機能を果たすことができていたのかが問題になるが、今回の調査では明確な資料が得られなかった。

iii) 不安定な生活を送ってきた患者

このサブグループは8人であった。特徴は、年齢が比較的若く(平均年齢36.9歳)、年代では30～49歳の患者が多い(75%)。職業ではパートタイム勤務などの「その他」の比率が高く(38%)、配偶者と同居者ありのものの比率が低い(それぞれ13%と50%)。うつ病性障害(75%)と適応障害(13%)以外に物質関連障害(75%)の頻度が高く、パーソナリティ障害または精神遅滞の頻度も高い(50%)。さらに、精神科受診率が高く(50%)、自殺企図回数では3回目以上のものが多い(50%)、などであろう。

このサブグループの患者8人はいずれも数年以上にわたり定職がないか仕事を転々とするなどの不安定な生活を続け、次第に経済的にも行き詰まり状態に陥っていた。精神症状では、7人に比較的明確な抑

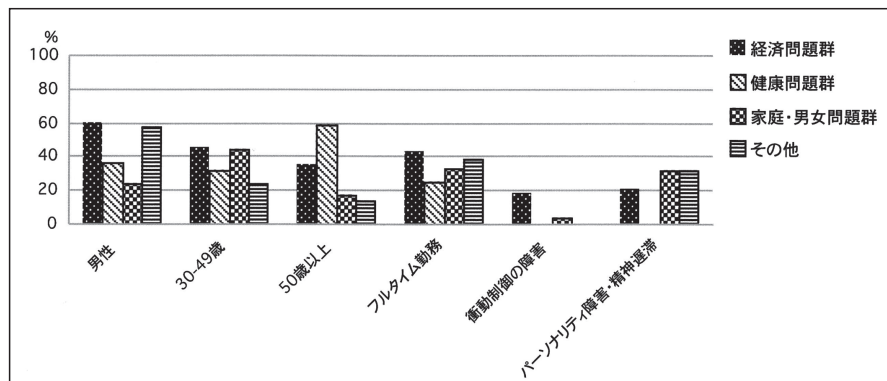


Fig. 2. 経済問題群の主な特徴。

うつ症状がみられ(症状が数年以上持続していたもの5人, 環境因子などに関係して抑うつ症状が繰り返し生じていたもの2人), このうち6人にはアルコール乱用または依存が併発していた。また, パーソナリティ障害または精神遅滞が疑われたものも半数(4人)に達し, この4人はこれまでも自殺企図を繰り返していた。抑うつ症状が目立たなかった1人は統合失調症慢性期の患者であり, 長期間定職につかず, 自宅に閉居していた。このサブグループに共通することは, 家族や社会とのつながりが少ないということである。すなわち, 4人は単身生活であり, 同居者のいた他の4人も同居者から孤立した生活を送り, 今回の経済的な行き詰まりについても同居者に支援などを求めていなかった。

3) 家庭・男女問題群

a) 家庭・男女問題群のまとめ(Table 2, 3, 4) (Fig. 4)

家庭・男女問題群は最も多く, 全体の45%を占

めた。この群の特徴は, (1) 女性が多い(76%), (2) 平均年齢が低く(34.9歳), 年代でも10～29歳および30～49歳の患者が多い(合計83%)。 (3) パーソナリティ障害または精神遅滞の頻度が高い(32%), (4) 自殺企図の既往歴をもつものが多い(56%)などであろう。

考 察

1. 自殺企図の理由に注目することの有用性および今回の調査から得られた所見

健康問題群および経済問題群のサブグループ, 家庭・男女問題群について, 主要な結果をTable 7にまとめた。また, 結果の部分で各群および各サブグループの特徴としてあげた事項に下線を引いた。

患者の述べる自殺企図の理由に注目するという今回の調査方法は, 自殺企図患者の臨床的, 社会的特徴を理解するために有用であると思われる。すなわち, この方法によって自殺企図患者を分類して検討する

Table 6. 経済問題群の具体的内容別にみたサブグループの臨床的特徴

		不況に係する収入減少(18人)	負債と返済の苦痛(14人)	不安定な生活(8人)	経済問題群全体(40人)
		人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
性別	男性	10(56)	8(57)	6(75)	24(60)
	女性	8(44)	6(43)	2(25)	16(40)
年代	10～29歳	4(22)	3(21)	1(13)	8(20)
	30～49歳	5(28)	7(50)	6(75)	18(45)
	50歳以上	9(50)	4(29)	1(13)	14(35)
職業	フルタイム勤務	7(39)	7(50)	3(38)	17(43)
	失業中	7(39)	2(14)	2(25)	11(28)
	主婦	2(11)	4(29)	0(0)	6(15)
	その他	2(11)	1(7)	3(38)	6(15)
配偶者	あり	11(61)	9(64)	1(13)	21(53)
同居者	あり	14(78)	13(93)	4(50)	31(78)
		平均(SD)	平均(SD)	平均(SD)	平均(SD)
年齢(歳)		47.5(17.2)	42.7(11.2)	36.9(7.4)	43.7(14.0)
教育年数(年)		11.1(2.0)	11.6(1.8)	11.8(2.5)	11.4(2.1)
		人(%)	人(%)	人(%)	人(%)
DSM-IV-TR 第I軸診断	うつ病性障害	14(78)	9(64)	6(75)	29(73)
	適応障害	4(22)	2(14)	1(13)	7(18)
	衝動制御の障害	0(0)	7(50)	0(0)	7(18)
	物質関連障害	0(0)	0(0)	6(75)	6(15)
	精神病性障害	0(0)	0(0)	1(13)	1(3)
	身体表現性障害	0(0)	1(7)	0(0)	1(3)
DSM-IV-TR 第II軸診断	パーソナリティ障害・精神遅滞	0(0)	4(29)	4(50)	8(20)
	(B群パーソナリティ障害疑診)	0(0)	2(14)	3(38)	5(13)
	(C群パーソナリティ障害疑診)	0(0)	2(14)	0(0)	2(5)
	(精神遅滞確診または疑診)	0(0)	0(0)	1(13)	1(3)
身体疾患	あり	3(17)	4(29)	2(25)	9(23)
精神科以外の診療科受診	あり	1(6)	3(21)	1(13)	5(13)
精神科受診	あり	5(28)	6(43)	4(50)	15(38)
自殺企図手段	服薬(向精神薬)	5(28)	6(43)	2(25)	13(33)
	その他の手段	4(22)	3(21)	3(38)	10(25)
	刃器の使用(手首以外)	3(17)	4(29)	1(13)	8(20)
	刃器の使用(手首)	3(17)	1(7)	1(13)	5(13)
	服毒	3(17)	1(7)	1(13)	5(13)
	服薬(向精神薬以外)	1(6)	0(0)	1(13)	2(5)
自殺企図回数	1回	13(72)	4(29)	4(50)	21(53)
	2回	2(11)	4(29)	0(0)	6(15)
	3回以上	2(11)	6(43)	4(50)	12(30)
	不詳	1(6)	0(0)	0(0)	1(3)

職業の「その他」の内訳は本文とTable 2に記載。自殺企図の「その他の手段」の内訳は本文とTable 4に記載した。

(松木麻妃, 松木秀幸, 堀川直史. 「経済問題」による自殺企図患者の臨床的検討. 精神科治療学 2011;26(5):633-42. より許可を得て転載)

ことにより、Table 7に示したような従来に比較してより詳細な所見が得られた。

1) 健康問題群および経済問題群について得られた所見 (Table 7)

特に重要であると思われる所見は、経済問題群について、患者の陳述を「不況に關係する収入減少」、「負債と返済の苦痛」、「不安定な生活」の3種類に分類整理することができたこと、これに基づいて経済問題群を3つのサブグループに分けたときに、それぞれが異なる特徴を示したことであろう。これは、緒言で述べた経済問題による自殺企図患者の不均質性という筆者の臨床的経験にも一致している。なお、同じく緒言で引用したこのような患者に関する先行研究⁷⁾の結果は、今回の調査でいうと、経済問題群の一部、すなわち「不況に關係する収入減少」を述べた患者の所見に一致するということになる。

同様に、健康問題群の患者の大多数が、身体疾患とその苦痛を悩むものと、身体疾患をもたない身体表現性障害の患者に2分されたという結果も重要な所見であろう。

また、このようなサブグループを比較することによって、いくつかの具体的な所見が得られる。まず気づくことは、「健康問題群・身体疾患あり」の患者と

「経済問題群・不況に關係する収入減少」を述べた患者が、多くの重要な項目についておおむね等しい特徴を示したということである。すなわち、比較的高齢の患者が多く、精神障害はおおむねうつ病性障害に限られ、そのほかの診断が少ない。パーソナリティ障害または精神遅滞と診断された患者がいない。今回が初回の自殺企図であった患者が多いなどである。これらの特徴は、以下に述べるように、自殺未遂と既遂の關係に関する議論が一定の結果に達していないことを忘れてはならないが、古くから既遂者の特徴として指摘されてきた内容¹³⁾に一致し、これらの「健康問題群・身体疾患あり」の患者および「経済問題群・不況に關係する収入減少」を述べた患者では、その後の既遂の危険性が強いと推定することも可能であろう。

さらに、「健康問題群・身体疾患なし」の患者も、うつ病性障害に身体表現性障害が併発していることを除けば、上の2のサブグループとおおむね等しい特徴を示した。このサブグループの患者についても、その後の既遂の危険性が強いと考えることができるであろう。

以上3つのサブグループ、すなわち「健康問題群・身体疾患あり」、「健康問題群・身体疾患なし」、「経済問題群・不況に關係する収入減少」の間の相違点は、

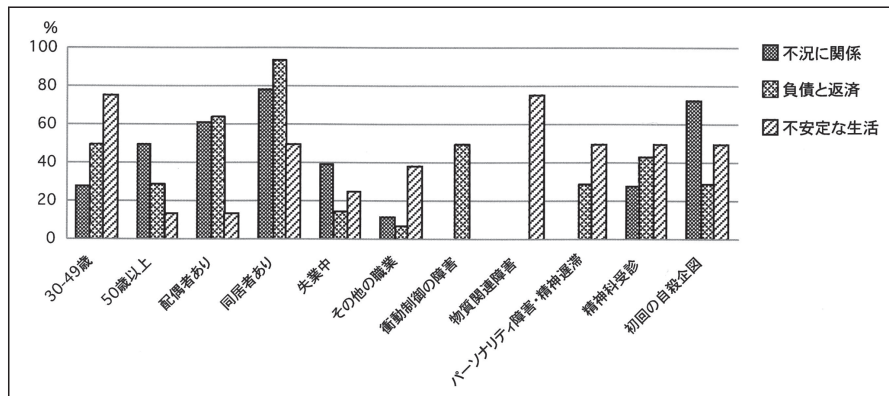


Fig. 3. 経済問題群のサブグループの比較.

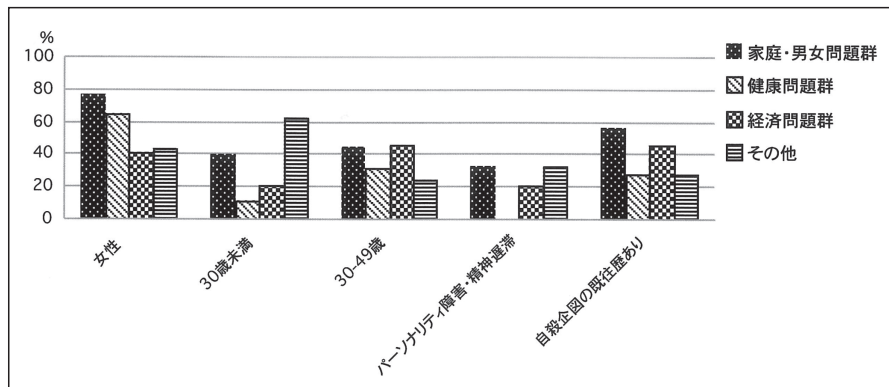


Fig. 4. 家庭・男女問題群の主な特徴.

患者の受療行動にある。健康問題群の患者は、身体疾患の有無にかかわらず、8割以上が精神科以外の診療科を受診していた。これに対し、「経済問題群・不況に関係する収入減少」を述べた患者の中で医療機関を受診しているものは少数であった。すなわち、精神科以外の診療科の受診率は6%であり、精神科の受診率も28%にとどまっていた。これは今後の自殺防止を考えるときの重要な出発点となるであろう。

2) 「経済問題群・負債と返済の苦痛」を述べた患者と家庭・男女問題群の類似性 (Table 7)

経済問題群のうち「負債と返済の苦痛」を述べた患者と家庭・男女問題群の患者の間には重要な類似点がみられた。すなわち、比較的若年のものが多く、主要な精神障害はうつ病性障害であるが、そのほかにパーソナリティ障害または精神遅滞と診断されたものが約3割に達し、6割から7割の患者が自殺企図を繰り返していたなどである。

これらの自殺企図を繰り返す患者、特に身体損傷の比較的軽い手段による自殺企図を繰り返す患者について、一部の医療者は自殺の危険性を軽視することがある。しかし、Moscicki¹⁴⁾が「既遂は数回ないし数十回の未遂の最終的な結末である」と述べているように、このような患者についても、その後の既遂の危険性を考え、十分な自殺防止対策を講じることが必要であろう。

3) 「経済問題群・不安定な生活」を送ってきた患者の特徴 (Table 7)

経済問題群のうち「不安定な生活」を送ってきた患者は他とは異なる特徴を示していた。すなわち、このサブグループの患者は数年以上にわたり定職がないか仕事を転々とするなどの不安定な生活を続け、次第に経済的な行き詰まり状態に陥っていた。また、うつ病性障害、アルコール依存・乱用、少数ではあるが慢性期統合失調症、さらにパーソナリティ障害や精神遅滞など多様な精神医学的問題が認められた。さらに、自殺に関係するとりわけ重要な特徴と思われることは、家族や社会とのつながりが少ないということであろう。

2. これまでの文献との異同について

ここで、これまでに知られている文献との異動についても簡潔にまとめておきたい。

1) 身体疾患と自殺の関係

身体疾患が自殺および自殺企図の重要な危険因子の1つであることはすでによく知られている³⁻⁶⁾。特に、重篤な慢性身体疾患、終末期、および身体的欠損、強い疼痛、呼吸困難などを伴う場合¹⁵⁾、さらにうつ病性障害が併発したときに自殺および自殺企図が起こりやすい⁶⁾。

今回の調査においても、「健康問題群・身体疾患あり」の患者は慢性身体疾患やその苦痛を自殺企図の理由として述べ、さらに精神医学的な診察でこうした身体疾患が重要なストレス因子になってうつ病性障害が発病していると判定された患者が7割以上に達していた。

2) 身体表現性障害における自殺と自殺企図

明確な身体疾患はないが、身体表現性障害の患者にはさまざまな身体症状が生じ、患者に強い苦痛を与える。しかも、精神科医および精神科以外の診療科の医師との治療関係に問題を生じる場合が稀ではなく、家族関係が混乱すること多い¹⁶⁾。このような状況の中で、自殺が高い頻度で生じるのではないかと推定されるが、身体表現性障害における自殺に関する研究は少ない¹⁷⁾。これまでの研究でほぼ確認されていることは、身体表現性障害の亜型のうち身体化障害、疼痛性障害、身体醜形障害において自殺傾向が上昇するということである¹⁷⁾。さらに、疼痛性障害については、うつ病性障害が併発したときに自殺傾向が強まることが指摘されている¹⁸⁾。これは重要な所見であり、おそらく疼痛性障害以外の身体表現性障害の各亜型に共通の所見であろう。今回の調査でも、身体表現性障害にうつ病性障害が併発したときに自殺企図が生じていた。

3) 衝動制御の障害および物質関連障害における自殺と自殺企図

衝動制御の障害、特に病的賭博は社会的な影響も強い深刻な事態である。衝動制御の障害と自殺の関係

Table 7. 患者の述べた自殺企図の理由による自殺企図患者の分類とその特徴：まとめ

	健康問題群			経済問題群		家庭・男女問題群
	身体疾患あり	身体疾患なし	不況に関係する収入減少	負債と返済の苦痛	不安定な生活	
性別	女性が多い(62%)	女性が多い(70%)	一定の傾向なし	一定の傾向なし	一定の傾向なし	女性が多い(76%)
年齢	50歳以上が多い(62%)	50歳以上が多い(50%)	50歳以上が多い(50%)	一定の傾向なし	30～49歳が多い(75%)	10～49歳が多い(83%)
職業	一定の傾向なし	一定の傾向なし	失業中が多い(39%)	一定の傾向なし	その他が多い(38%)	一定の傾向なし
配偶者	あり 46%	49%	61%	64%	13%	45%
同居者	あり 80%	100%	78%	93%	50%	89%
主要なDSM-IV-TR 第I軸診断	うつ病性障害(73%)	うつ病性障害(70%) 身体表現性障害(80%)	うつ病性障害(78%)	うつ病性障害(64%) 衝動制御の障害(50%)	うつ病性障害(75%) 物質関連障害(75%)	うつ病性障害(60%)
DSM-IV-TR 第II軸診断	あり 0%	0%	0%	29%	50%	32%
身体疾患	あり (全員あり)	(なし)	17%	29%	25%	26%
精神科以外の診療科受診	あり 96%	80%	6%	21%	13%	26%
精神科受診	あり 42%	40%	28%	43%	50%	60%
自殺企図の回数	初回 65%	70%	72%	29%	50%	37%

に関する研究は少ないが、病的賭博の患者における希死念慮および自殺企図の頻度が高いことを述べたカナダの研究¹⁹⁾があり、最近の日本の研究²⁰⁾でも病的賭博の患者の1年間の自殺企図率は27%で、大うつ病性障害の自殺企図率よりも高かったと報告されている²⁰⁾。さらに、病的賭博にうつ病性障害または物質関連障害が併発したときに自殺の危険性が強まることも指摘されているが¹⁹⁾、これはとりわけ重要な所見であろう。

物質関連障害については、希死念慮の頻度が高く、自殺による死亡が多いことがよく知られている²¹⁻²⁴⁾。また、物質関連障害のうちアルコール関連障害における自殺の危険因子として、男性、50歳以上、単身生活、社会的サポートの不足、失業中、大量の飲酒、持続飲酒、アルコール関連障害の治療歴と家族歴、その他の物質関連障害の併発、大うつ病性障害の併発、重症身体疾患の併発、自殺企図の既往歴などが挙げられている²⁵⁾。これらのうち、単身生活、社会的サポートの不足、うつ病性障害の併発、自殺企図の既往歴などは、今回の調査の「不安定な生活」を送ってきた経済問題群の患者の特徴に一致している。

3. 今後の自殺防止について

以上の結果に基づいて、今後の自殺防止について検討する。今回の調査は、一施設の救命救急センターに入院した自殺企図患者のみを対象にしたものであり、当然であるが、その結果をそのまま一般化することはできない。それとともに、今回の調査の対象は救命された自殺企図患者、すなわち自殺未遂者であり、その結果から自殺そのものの防止を考えることにも慎重でなければならないであろう。そこで、まず自殺未遂と既遂の関係について、現在の考え方を整理しておきたい。

1) 自殺未遂と既遂の関係

自殺未遂と既遂の関係や異同については、これまで多くの議論があった。研究の流れをみると、両者の相違を重視する考え方から両者の連続性を重視する考え方に変化しつつあるように思われる。

たとえば、1980年代の重要な総説¹³⁾には、「既遂は、未遂と異なり、男性、45歳以上の人、身体疾患をもつ人、うつ病患者に多く、パーソナリティ障害患者に少ない」と記載されている。これに対して最近は、Diekstraら²⁶⁾が「既遂が高齢の男性と重症精神障害患者に多いことを別にすると、既遂と未遂に関係する社会的因子の相違は程度の違いでしかなく、既遂に影響を与える社会的因子は未遂にも同様の影響を与える」と述べ、Moscicki¹⁴⁾も未遂から既遂までを一連のスペクトルとみる考え方を提唱している。実際に、未遂者がのちに既遂に至る頻度は高く、既遂者における未遂の既往の頻度も高い。日本の総説²⁷⁾によると、「自殺未遂者はその後3～20%が自殺によって死亡し、未

遂者におけるその後の既遂の危険率は一般人口における自殺率の50～140倍に上昇する。一方、既遂者における未遂の既往の頻度は30～60%に達し、未遂の既往は、自殺の危険因子の中で最も重要なものの1つである」と記載されている。

このような研究の流れはあるものの、現時点で未遂と既遂が同一の臨床的、社会的特徴をもつとまではいえないであろう。以下、未遂者から得られた今回の結果のうちどれが既遂の防止に有用であるかという点を十分に考え、その後の自殺防止について検討する。

2) プライマリケアにおけるうつ病診療の充実

自殺は精神医学的症状であるとともに、今回の調査の結果も示すように、さまざまな社会事象との関係が深い。自殺防止は精神科医の重要な役割であるが、それとともに社会全体が取り組むべき課題でもある。こうした社会的な取り組みの中で最も重要なものの1つがプライマリケア（以下、PC）におけるうつ病診療の充実であり、これはすでに国策として実行されている。

今回の調査でも、特に健康問題による自殺企図患者の8割以上が精神科以外の診療科を受診していたことからみて、PCにおけるうつ病診療の充実が自殺防止に関わる重要な課題であることが再確認されたといえるであろう。PCにおけるうつ病診療充実のために現在行われていることの1つは、PC医を対象にしたうつ病と自殺に関する啓発活動である。今回の調査の結果から、これに追加すべきであると思われる項目は、身体疾患とうつ病および自殺の関係、身体表現性障害の理解とその適切なマネジメント⁶⁾、身体表現性障害とうつ病および自殺との関係などであろう。

PCにおけるうつ病診療充実と関係して現在行われているもう1つの試行は、PC医がうつ病患者を精神科医に紹介しようとするときのシステムの整備である。しかし、うつ病患者は非常に多く、全てのうつ病患者を精神科医が診察することは困難であり、患者の中には精神科への紹介を拒否するものもいる。これらを踏まえて、現在主に米国で試みられている地域連携の新しい方法が共同的ケア (collaborative care) である^{28, 29)}。これは、うつ病患者は精神科に紹介するという考え方に代わる新しい発想であり、「地域として行ううつ病診療」ということもできる。共同的ケアの要点は、PC医がうつ病患者を診療するが、それとともに共同的ケアに関する教育を受けたケースマネジャー（看護師、心理士などが担当する）が定期的に患者と電話で連絡をとり、症状、抗うつ薬の副作用などを質問して患者の疑問に答えるという受療支援を行い、精神科医はケースマネジャーにスーパービジョンを行うというシステムである。この共同的ケアは有効であり、抗うつ薬の服薬アドヒアランスおよび抑うつ症状の改善率が上昇することが明らかにされている^{28, 29)}。さらに詳

しいこと、具体的な事項などは最近の総説³⁰⁾を参照されたい。なお、筆者らは地域のPC医と協力してこの共同的ケアの試行を開始したが、まだ症例数が少なく、現時点でまとまった結果を述べることは困難である。

共同的ケアと自殺防止の関係であるが、大うつ病性障害または気分変調性障害と診断された60歳以上の患者を対象に1年間の共同的ケアを行った研究³¹⁾によると、希死念慮をもつものの頻度は研究開始時点で介入群と対照群で同等であったが、6ヵ月後、12ヵ月後、さらに共同的ケアが終了した18ヵ月後、24ヵ月後も、介入群で対照群より有意に低値であったと報告されている。共同的ケアは自殺防止にも有用であろうと推定されるが、研究が少なく、まだ確定的な所見とはいえないであろう。

3) 経済問題の相談に関わる人たちとの連携

経済問題、特に失業、事業の業績不振、負債などについての相談事業が、自治体、ハローワーク、地域の弁護士会などによって行われている。今回の調査結果のうち特に「経済問題群・不況に係る収入減少」を述べた患者の医療機関受診率が低かったことを考えると、こうした相談事業を適切な形で自殺防止対策に組み込むことも重要であろう。

今回の調査の結果から現在の相談事業に追加すべきであろうと思われることは次の2点である。1つは、こうした相談事業に関わる人たちを対象に、うつ病および自殺の危険性の高い人の発見、医療機関への紹介方法、さらに病的賭博をはじめとする衝動制御の障害の患者における自殺の危険性、特にうつ病を併発したときに自殺の危険性が強まることなどに関する啓発活動を行うことである。今ひとつ、さらに重要と思われることは、精神科医と相談事業に関わる人たちの間に有効な連携システムを作ることである。このときに、弁護士会による活動は組織的であり、継続的に行われていることから、弁護士会との連携は特に効果が大きいと思われる。筆者らは地域の弁護士会と連携システムについての相談を開始したところであるが、生産的な方向で議論が進められている。

4) 精神科医の能力を高めるという課題

上に述べたように「経済問題群・不況に係る収入減少」を述べた患者の精神科受診率は低かったが、それ以外の患者はいずれも約半数が精神科を受診していた。特に最も患者数の多い家庭・男女問題による自殺企図患者の精神科受診率は60%で最も高かった。また、孤立が問題になる「経済問題群・不安定な生活」を送ってきた患者も50%が精神科を受診していた。これらを考えるまでもなく、精神科医は今後の自殺防止のために自らの臨床的能力を高めるように努力しなければならない。

そのために最初に思うことは、DSMを正確に活用すること、すなわち多軸診断とそれに基づく包括

的治療の重要性を忘れることなく実行することである。これは本来すべての日常臨床において不可欠であるが、自殺企図患者のその後の診察や自殺防止を考えるとときには、第I軸の精神障害の診断と、具体的な問題、すなわち第III軸および第IV軸の問題とその対応を患者と話し合うことの両方が同等の重要性をもつことになる。

そのほかに、パーソナリティ障害の適切なマネジメントを学び、実行できるようになること、さらに身体表現性障害と物質関連障害について適切な治療とマネジメントを行う能力を養うことも重要である。なお、物質関連障害の自殺防止を試みる際に行うべきことが発表されている³²⁾。すなわち、精神医学的治療、身体的治療、医療におけるサポートなどを受けやすくすること、家族および社会的サポートの再構築、問題解決能力の開発、自殺手段へのアクセス制限などである。これらについても、より具体的に、実際にどのようにして実現していくのかを工夫しなければならない。

4. 本研究の限界について

最後に今回の研究の限界を述べておきたい。

上に述べたように、今回の調査は、一施設の救命救急センターに入院した自殺企図患者のみを対象にしたものであり、その結果をそのまま一般化することはできない。これに関係して、症例数も限られており、特に自殺の動機によって症例を分類し、各群の特徴を検討しようとしたときには、症例数がさらに減少する。今後、多施設共同研究なども計画されるべきであろう。

また、本研究は救命された自殺企図患者、すなわち自殺未遂者を対象にしたものであるが、その結果に基づいて自殺そのものの防止についても検討した。このときには、特にどの所見が既遂の防止に有用であるかという点を十分に考えて考察を進めたが、一般に未遂と既遂の関係に関する一定の結論が得られていないこともあり、考察の妥当性などについて不確実性が残ることになる。

さらに、各群および各サブグループの特徴として記載したことのうち、名義データについては多重比較を行うことが困難であった。また、各サブグループの比較のときには、統計学的手法の過剰使用を避けるために、統計学的検定を行わなかった。すなわち、各群および各グループの特徴をあげたが、これらは統計学的に確認された所見とはいえない。これについては今後、方法をさらに精密にして、より明確な所見を提示しなければならないと考えている。

最後に、本研究の対象は自殺企図の具体的な理由を述べることでできた患者である。そのため、自殺企図の具体的な理由を述べることでできなかった患者、実際には主として強い精神症状そのものによって自殺

企図が生じた患者ははじめから除外されている。したがって、本研究は自殺企図全体を取り扱ったものではないということも本研究の限界の1つであると考えている。

結 語

自殺企図患者を動機別に分類し、各群について社会人口動態学的因子、医療・医学的因子、自殺企図手段および回数などを調査した。動機別各群はそれぞれ異なった特徴を有しており、自殺防止を考えるときに、各群の特徴を正しく理解し、それぞれに即した精神医学的治療および社会的対策を検討、実施することが重要である。

謝 辞

稿を終えるにあたり、ご指導を賜りました埼玉医科大学総合医療センター神経精神科（メンタルクリニック）堀川直史教授に心より感謝いたします。

文 献

- 1) 張賢徳. 自殺既遂者中の精神障害と受診行動. 日本医事新報1996;3789:37-40.
- 2) 警察庁生活安全局地域課：平成21年中における自殺の概要資料 (http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki81/210514_H20jisatsunogaiyou.pdf)
- 3) Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. Arch Intern Med 2000;160:1522-6.
- 4) Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997;170:205-28.
- 5) 岸泰宏, 堀川直史, 松木秀幸, 松木麻妃, 内田貴光, 國保圭介, 他. 身体疾患と自殺：主に総合病院入院患者の自殺防止, 地域のプライマリーケア医との連携による自殺防止活動. 総合病院精神医学 2007;19:15-22.
- 6) Mackenzie TB, Popkin MK. Suicide in the medical patient. Int J Psychiatry Med 1987;17:3-22.
- 7) 人見佳枝, 田村善史, 向井泰二郎, 人見一彦, 坂田育弘. 自殺企図に至る動機についての調査：経済的理由による企図を中心に. 総合病院精神医学 2004;16:250-6.
- 8) 高橋祥友. 職場における自殺予防. 産業ストレス研究 2003;10(4):265-72.
- 9) 中根晃. 学校のメンタルヘルスケアと精神科医の関わり. 精神科治療学 2008;23(11):1325-9.
- 10) 松木麻妃, 松木秀幸, 堀川直史. 「健康問題」による自殺企図患者の臨床的検討. 精神科治療学 2009;24:343-51.
- 11) 松木麻妃, 松木秀幸, 堀川直史. 「経済問題」による自殺企図患者の臨床的検討. 精神科治療学 2011;26:633-42.
- 12) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association 2000. (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳, DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引き新訂版. 東京:医学書院; 2004.)
- 13) Kreitman N. Die Epidemiologie des Suizids und Parasuizids. In Kisker, K.P. (ed.): Psychiatrie der Gegenwart 2, dritte Aufl. Springer, Berlin 1986;87-106.
- 14) Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. Suicide Life Threat Behav 1995;25:22-35.
- 15) 堀川直史, 山崎友子, 星真由美, 永田俊彦. ある総合病院における他科入院患者の自殺について. 精神科治療学 1991;6:695-703.
- 16) 堀川直史. 疼痛性障害における病名告知と説明. 精神科治療学 2004;19:169-74.
- 17) 堀川直史, 倉持泉, 樋渡豊彦, 大村裕紀子, 國保圭介, 内田貴光, 他. 身体表現性障害における自殺. 精神科治療学 2010;25:179-86.
- 18) Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. Psychol Med 2006;36:575-86.
- 19) Hodgins DC, Mansley C, Thvgesen K. Risk factor for suicide ideation and attempts among pathological gamblers. Am J Addict 2006;15:303-10.
- 20) 田中克俊. いわゆるギャンブル依存症の実態と地域ケアの促進. 厚生労働科研究費補助金(障害保険福祉総合研究事業)平成20年度分担研究報告 2009.
- 21) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Pathological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 2003;33:395-405.
- 22) 松下幸生, 樋口進. アルコール関連障害と自殺. 精神経誌 2009;111:1192-202.
- 23) Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch. Gen. Psychiatry 1990;47:383-92.
- 24) Wilcox HC, Conner KR, Cain ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. Drug Alcohol Dependence, 2004;76(suppl):11-9.
- 25) Sher L. Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. Scientific World Journal, 2006;6:1405-11.
- 26) Diekstra RFW, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. Suicide Life Threat Behav 1995;25:36-57.

- 27)堀川直史. 自殺念慮・自殺未遂. 臨床精神医学講座第17巻リエゾン精神医学・精神科救急医療(山脇成人, 黒澤尚編). 東京:中山書店; 1998. p. 381-90.
- 28)Bower P, Gilbody S, Richards D, Janine J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry* 2006;189:484-93.
- 29)Williams JW Jr, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:91-116.
- 30)堀川直史, 倉持泉, 樋渡豊彦, 大村裕紀子, 國保圭介, 内田貴光, 他. 精神科以外の診療科との連携, コンサルテーション・リエゾン精神医学とプライマリケアにおける精神医学. *精神科治療学* 2010;25:61-9.
- 31)Unützer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams JW Jr, Hunkeler E, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1550-6.
- 32)松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 赤澤正人, 他. 物質使用障害者における自殺念慮と自殺企図の経験. *精神医学* 2009;51:109-17.