

Characteristics of Suicidal Patients Admitted to the Emergency Unit; Retrospective Study on the First Attempt and Repetition of Suicide Attempt

Nobuaki ETO¹⁾, Taisuke KITAMURA²⁾, Keiichi TANAKA²⁾,
Hiroyasu ISHIKURA²⁾, and Ryoji NISHIMURA¹⁾

¹⁾ *Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Fukuoka University*

²⁾ *Department of Emergency and Critical Care Medicine, Faculty of Medicine, Fukuoka University*

Abstract : Background: More than 30,000 people died from suicide every year for the last decade in Japan. The actual situations of suicidal behaviours in this country, however, have not been revealed sufficiently yet. The authors conducted a study on suicide attempts among the patients admitted to the emergency and critical care centre of Fukuoka University Hospital, which is located in an urban area of Japan.

Objective: To investigate the characteristics of the first attempters and repeaters, and to find the clues of the primary prevention and secondary prevention of suicide attempt.

Subject and method: There were 115 suicidal patients admitted to this centre from April 2006 to December 2007. Of those 115, we investigated 78 attempters by interviewing them or gathering the information from their family, associates and the patients' physicians. We also evaluated suicide intent, dissociative symptoms and impulsivity by using Suicide Intent Scale (SIS), Dissociative Experiences Scale (J-DES), Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11).

Results: Of 78 subjects, 39 subjects had performed suicidal actions for the first time, and 39 subjects had previous attempts. Over half of the whole subjects had risk factors of single, separated, widowed, divorced (59%), unemployed (67%), and no history of psychiatric treatments (65%). As for the situation of each suicide attempt, 59% of them had nobody around and 72% did not call for help. The average points of SIS were the following: objective part of SIS (SIS-I) 6.34, and subjective part (SIS-II) 8.65. The average points of J-DES (N=50) and BIS-11 (N=50) were 15.5 and 52.5 respectively.

Dividing into the first attempters and repeaters, characteristic demographic data of each group was the following:

The first attempters had the tendency to be middle-aged and older (over 45-year-old, 56%), male (54%). Over half of them had no history of psychiatric treatments (56%), and diagnoses of mood disorder (33%) and neurotic disorder (36%) were prevalent in them.

Whilst repeaters were prevalent in under 45-year-old (77%), female (79%), unemployed (85%) patients. Mood disorder (33%) and personality disorder diagnoses (28%) were common. Sixty-two per cent of them repeated suicidal action within one year from previous attempt, and up to 72 per cent within two years.

Conclusions: Some different characteristics were found between the first attempters and repeaters. This data on characteristics of severe suicide attempters may be useful for the primary prevention and the secondary prevention of suicide attempt.

Key words : Suicide Attempt, Suicide Prevention, Emergency Medicine, Repetition of Suicide Attempt, Retrospective Study

救命救急センターに搬送された自殺企図者の特徴 —自殺予防に向けた初回自殺企図および自殺企図の再発に関する後方視的研究—

衛藤 暢明¹⁾，喜多村泰輔²⁾，田中 経一²⁾，
石倉 宏恭²⁾，西村 良二¹⁾

¹⁾ 福岡大学医学部精神医学教室

²⁾ 福岡大学医学部救命救急医学講座

要旨:背景:平成10年にわが国の自殺者が3万人を超えて以降,自殺に関する問題は大きな社会問題となっているが,その実態解明は十分に行われていない.われわれは3次救急を担う医療機関である福岡大学病院救命救急センターに搬送された自殺企図者に関する調査を施行した.

目的:自殺企図者の特徴を明らかにすることを本研究の目的とし,調査の対象となった自殺企図者が,特に初回の自殺企図であるか,再企図であるかという視点から検討し,自殺企図の一次予防(未然に防ぐ)および二次予防(再企図の防止)の方法について考察した.

対象と方法:平成18年4月から平成19年12月の21ヶ月間に,115人の自殺企図者が救命救急センターに入院となった.精神科医による本人の面接,もしくは心理学的剖検に倣った家族や知人などからの情報聴取により115人中78人の自殺企図者に関する詳細な情報を得る事ができ,この78人を解析の対象とした.自殺の意図の強さをSIS(Suicide Intent Scale)によって評価し,自記式の心理学的評価スケールを用いて解離症状および衝動性を,それぞれJ-DES(Dissociative Experiences Scale)およびBIS-11(Barratt Impulsiveness Scale, 11th version)によって評価した.

結果:対象者78人中39人が初回自殺企図者,39人が再企図者であった.人口統計学的特徴で,対象者全体の半数を超える者で示した自殺の危険因子は,独身および別居,死別,離婚の合計(59%),働いていない(67%),精神科受診歴あり(65%)であった.また,自殺企図の状況に関しては,周りに誰もいなかった(59%),誰にも助けを求めなかった(72%)の2項目で半数を超えていた.自殺の意図の強さ(SIS)では,客観的環境(SIS-I)の平均得点は6.34,自己申告(SIS-II)の平均得点は8.65であった.心理学的側面からの評価では,対象者全体のJ-DESの平均得点は15.5(調査対象:50人)であり,BIS-11の平均得点は52.5(調査対象:50人)であった.

初回自殺企図者と再企図者に分けた場合,いくつかの項目で異なる特徴を認めた.初回自殺企図者の特徴として,中高年(45歳以上:56%),男性(54%),精神科受診歴のない者(56%)があげられ,精神科的診断(ICD-10)診断分類としては,F3の気分障害(33%)およびF4の神経症性障害(36%)が多く認められた.一方,再企図者では,若年(44歳以下:77%),女性(79%),就労していないこと(85%)を特徴として認め,精神科的診断はF3の気分障害(33%)とF6の人格障害(28%)が多かった.また後方視的に見た場合,再企図者の62%が前回の自殺企図から1年以内に,72%が2年以内に自殺企図の再発に至っていた.

結論:初回自殺企図者と再企図者ではいくつかの点で特徴の違いを認めた.本研究で明らかになったこれらの重症自殺企図者に関する特徴は,自殺企図の一次予防および二次予防において役立つものと考えられた.

キーワード:自殺企図,自殺予防,救急医療,自殺企図の再発,後方視的研究

はじめに

わが国では平成10年に年間の自殺者が3万人を超えて以降,先進国の中でも上位に位置する高い自殺率を保ち続け,既に大きな社会問題となっている.¹⁾このような事態を受けて,わが国では2006年には自殺対策基本

法,2007年には自殺総合対策大綱が策定されるなど,国としての動きも始まっている.^{2),3)}しかし,自殺総合対策大綱の中で述べられているように,自殺の実態解明は始まったばかりであり,更なる調査が必要な状況にある.

実際には,自殺の実態調査や自殺予防活動を進める上でいくつかの困難が存在している.自殺の原因を例にとれば,自殺に至る原因は多面的・複合的なものであるこ

とが指摘されており、個人的な要因に加えて社会的な要因も踏まえて検討する必要がある。^{3), 4)} そのため、実質的な調査の際には多くの事象を扱わなければならない。また、自殺者の傾向は地域や文化的背景により一様でなく、自殺予防に向けた取り組みも個々の地域や対象となる集団により大きく異なるため、自殺の実態調査は、集団の特徴を明らかにした上で様々な要因を詳細に検討する必要がある。

自殺に関する調査の方法として、これまで大きく分けて2つの方法が取られてきた。一つは自殺者(既遂者)に対するもので、記述疫学的研究や心理学的剖検(psychological autopsy)により自殺の実態解明を行うものである。もう一つは自殺既遂者と共通の特徴を有していると考えられる重症自殺企図者に対する調査であり、自殺企図の後に医療機関での処置を受けて一命を取り留めた自殺未遂者から情報を得る方法である。一つ目の既遂者に対する調査のうち、記述疫学的研究は大規模な集団を対象とするものであり、一定の地域における自殺者の傾向を調査する際に用いられる。心理学的剖検研究は、本邦では系統的に行われたものとして25症例の家族に対して実施された先行研究にはじまり、近年になり大規模な調査も開始されたが、わが国の文化的背景も相まって海外の研究と同等の成果を得るまでには至っていない。⁵⁾ 二つ目の重症自殺未遂者を対象とした調査は、救急医療体制の整備に伴い可能となったものである。重症自殺企図者を自殺既遂者に近似した集団とみることを前提としており、自殺者に関する間接的な研究方法として近年特に注目されるようになってきた。^{6), 7)}

今回、われわれは、福岡大学病院救命救急センターに搬送された自殺企図者を対象とした調査を行い、精神医学的・心理学的評価に加えて社会的な要因について検討した。さらにこれらの自殺企図者について、初回の自殺企図者と自殺企図の再発者(再企図者)とに分け、初回の自殺企図者からは自殺企図を未然に防ぐ方法について、また再企図者からは自殺企図の再発を防ぐ方法について検討することを意図して、後方視的にそれぞれの特徴を明らかにすることを試みた。

対 象

福岡大学病院救命救急センターは3次救急を担う医療機関であり、専門的治療が必要な身体的に重症の患者が入院患者の殆どを占める。当センターに入院となった患者のうち、自殺企図者を保坂らの自殺企図者のケースカードに倣って表1のように定義した。また、このケースカードに従って、自殺企図者のうち救命救急センターでの処置により救命され退院時に生存していた者を未遂者、死亡した者を既遂者と定義した。⁸⁾

表1 自殺の定義

以下の1.~5.のうち少なくとも1項目を満たしたとき自殺と断定
1. 本人の陳述がある場合
2. 遺書または本人からの死の予告(電話・メールなど)があった場合
3. 自殺行為遂行中の目撃者がいる場合
4. 司法関係者または剖検により自殺と断定された場合
5. 上記のいずれも認められない場合であっても、障害機転が周囲の状況から考えて不自然なものであり、かつ、本人からの自殺意思が不明の場合は、以下の2項目以上が認められれば自殺とする。
(1)希死念慮があった
(2)自殺企図の既往がある
(3)精神科疾患の既往があるか、現在も治療中である。または、明らかな精神症状があったことを第三者が陳述する
(4)明らかな契機があるか、明確な動機がある
(保坂隆:救急医学, 第15巻第6号, 1991) ⁸⁾

平成18年4月から平成19年12月までの21ヶ月間に当センターに入院となった自殺企図者は115人であり、主たる自殺企図の手段は表2に示す通りであった。同期間中に、自殺企図が原因で同センターに複数回入院となった者はいなかった。またこの中の39人が退院の時点で死亡(既遂者)し、76人が生存していた(未遂者)。

これらの115人の自殺企図者のうち、7人の既遂者を含む78人についての情報聴取が可能であり、以下の解析対象とした。

表2 自殺企図者全体の用いた自殺企図の手段

自殺企図の手段	人数(%)
中毒	39(34%)
薬物(医用薬物)	22(19%)
薬物(市販薬)	2(2%)
農薬/殺虫剤	6(5%)
化学薬品	2(2%)
家庭用品	2(2%)
ガス(CO中毒を含む)	5(4%)
飛び降り	24(21%)
刺器・刃器の使用	10(9%)
縊首	33(28%)
入水	2(2%)
焼身	7(6%)
自殺企図者全体	115(100%)

方 法

1. 面接による調査

研究対象となった患者については精神科医が面接を行い、自殺企図の手段、自殺企図の状況の他、人口統計学的・社会的状況についての聞き取り調査を行った。具体的な項目として、年齢、性別、婚姻状態、同居者の有無、就労状況、身体疾患（自殺企図以前に生活の障害となる身体疾患）の有無、物質依存（アルコール依存、薬物依存）の有無、精神科受診歴、精神科の受診状況を調査した。過去に自殺企図歴がある場合は、過去の自殺企図の回数と時期に関する情報を聴取した。過去の自殺企図については、自殺の意図があったこと、医療機関での処置を受けた（外来・入院を問わない）ことを条件として定義した。さらに精神科的診断に関して検討を行い、ICD-10に基づくFコード別に分類した。⁹⁾

救命救急センターに入院になった後、身体的治療や身体的な障害、もしくは精神障害（精神病状態、重症のうつ状態、せん妄など）のために患者本人に対する直接の面接が行えない場合は、患者の救命救急センター入院期間中に家族や知人の面接、および前医（精神科医・心療内科医）からの情報提供に基づき調査を行った。退院時に死亡退院となった患者（既遂者）についても、心理学的剖検の方法に倣い、上記の項目に関して調査した。患者本人の面接が行えず過去に精神科受診歴がない場合も、予想される精神科的診断を付け、ICD-10のFコード別に分類した。

2. 人口統計学的、心理・社会的背景の評価

自殺に関連する様々な危険因子の存在が明らかになっているが、自殺の危険度を包括的に表す標準的な基準は存在しない。危険因子を組み合わせ相対的な自殺の危険度の比較を目的として、本研究ではSAD PERSONSスケールを使用することとした。¹⁰⁾ このスケールは表3に示すように、各項目を1点として10点満点で自殺の危険度を評価する目的で考案された。個々の項目の細則は規定されていないことや、地域・文化的背景により自殺者の分布が異なるため、原本をそのまま使用せず、一部の項目で基準を修正し以下のように定義した。

- ・ 年齢 (Age) : 20歳未満、もしくは45歳以上
通常、思春期と高齢者とされるが、中高年の男性が1998年以降の自殺者増加の最大要因となっていることを考慮し、45歳以上を基準とした。
- ・ 社会的援助の欠如 (Social support deficit)、組織的な計画 (Organized plan) : いずれも明確な基準はないが、面接で得られた情報を基に判断し認められた場合にそれぞれ1点加えることとした。
- ・ 身体疾患 (Sickness) : 身体疾患については、前記

表3 SAD PERSONS スケール^{F)}

<p>項目が存在する時 1pointとする。</p> <p><input type="checkbox"/> Sex (性別) : 男性に既遂者が多い</p> <p><input type="checkbox"/> Age (年齢) : 高齢者と思春期 (45歳以上と20歳未満)</p> <p><input type="checkbox"/> Depression (うつ病) : 特に絶望感のある時</p> <p><input type="checkbox"/> Previous attempt (自殺企図の既往) : 特に深刻な企図の既往</p> <p><input type="checkbox"/> Ethanol abuse (アルコール乱用) : およびその他の薬物の乱用</p> <p><input type="checkbox"/> Rational thinking loss (合理的思考の欠如) : 命令する幻聴や脳器質症候群など</p> <p><input type="checkbox"/> Social support deficit (社会的援助の欠如) : あるいは援助が得られないと感じる</p> <p><input type="checkbox"/> Organized plan (組織的な計画) : 意志、自殺手段の入手</p> <p><input type="checkbox"/> No spouse (配偶者がいない) : 別居、離婚、死別、単身</p> <p><input type="checkbox"/> Sickness (病気) : 特に慢性の消耗性疾患</p> <p>0～2 = 危険性は低い 3～4 = 注意深く観察 5～6 = 精神科への入院を強く考慮する 7～10 = きわめて危険性が高い、入院または収容</p>
--

と同様に、生活全般に支障を来すような身体疾患が認められた場合に1点とした。

3. 自殺の意図に関する評価

自殺企図の状況および自殺企図に対する本人の言明特徴を基に、自殺の意図を評価する目的で、Suicide Intent Scale (SIS) 自殺意図測定尺度を用いた。^{11), 12)} このスケールはAaron T. Beckらによって開発された自殺の意図に関する質問紙であり、I. 自殺未遂に関わる客観的状況8項目、II. 自己申告（主観的な自殺念慮の強さ）7項目、III. その他の側面 5項目から成る。通常、I. 客観的状況とII. 主観的希死念慮を全体の得点として評価する。採点は0, 1, 2点の3件法で、I. 客観的状況は0-16点、II. 主観的な自殺念慮の強さは0-14点の範囲内で得点を付ける。

通常、本人の自殺企図に関する言明に基づいた主観的な評価 (SIS-II) が評価の際に必要な。本研究では既遂者や未遂者の中でも植物状態により本人との面接ができなかった者も対象としたため、このような場合には家族や救急隊からの情報に基づいた客観的な状況の確認によりSIS-Iの得点を付けた。また、未遂者で自殺企図後の面接が可能であっても自殺企図時の状況を記憶していない場合があり、このような場合にもSIS-Iのみを評価した。¹³⁾

4. 心理学的側面の評価

自殺企図もしくは自傷に関連した精神症状・心理学的特徴として、衝動性、解離症状が注目されているが、それぞれの評価尺度として以下の2つの自記式質問紙を用いた。これらは自殺行動後に意識障害を残さなかった未遂者に対してのみ施行されたが、意識障害から回復した可能な限り早い時点で、精神科医による説明を行った後、本人の文書による同意を得られた場合に行った。

1) Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11)¹⁴⁾

自記式衝動性スケール

合計30の質問項目から成り、3つの下位尺度より構成され、この下位尺度の点数と3つを合わせた総得点により衝動性を評価する。回答は4段階の程度のうち、当てはまるものに丸を付ける方法で記入する。採点は衝動性の高いものから4, 3, 1, 0とし評価し、総得点は0-120点で分布する。

2) Dissociative Experiences Scale (J-DES): 日本版 DES

自記式解離性体験スケール¹⁵⁾

思考、感情、経験が意識や記憶へ統合されないために一時的にあるいは持続的に人格の統合性が失われる状態を解離という。J-DESは解離性体験の重症度を連続的な軸でとらえる目的で開発された評価尺度の一つである。回答の形式は100mmのvisual analogue response scaleを用い、0%から100%までの体験頻度を各項目5mm刻みで評点化し、28項目の評点の平均値をDESの得点として算出した。

5. 解析

過去の自殺未遂がその後の自殺の最も強力な危険因子であり、臨床上特に関心の払われる事項であることから、自殺企図歴の有無に基づき、解析対象者を初回自殺企図者と再企図者に分け、それぞれの特徴を比較した。

初回自殺企図者と再企図者との間で各要因の頻度または平均値(標準偏差)を比較した。比較においては、いずれかの群に欠損値(または該当しない項目)がある場合には、項目ごとに有効な結果の得られた対象についてのみ解析した。カテゴリーの比較の場合は χ^2 検定を、連続量の場合には対応のない t 検定を実施した。統計解析には、すべてSPSS version 16.0 for Windows (SPSS Inc.)を用いた。

以上の方法に基づく本研究は、福岡大学病院臨床研究審査委員会で承認されたプロトコールに沿って行われた。

結 果

1. 初回自殺企図者および再企図者の用いた自殺企図の手段

解析対象者を、初回自殺企図者と再企図者に分け、それぞれの救命救急センターへの平均入院期間および用いた自殺企図の手段の内訳を表4に示す。78人の対象者のうち、39人が初回自殺企図者(自殺企図の既往なし)であり、39人が再企図者(自殺企図の既往あり)であった。救命救急センターの平均入院期間は、対象者全体でみると11.0日、初回自殺企図者が8.48日、再企図者が13.5日であった。

表4 初回自殺企図者および再企図者の用いた自殺企図の手段

	対象者全体	初回自殺企図者	再企図者
人数	78	39	39
平均入院期間(日)	11.0	8.48	13.5
自殺企図の手段			
中毒	36 (46%)	14 (36%)	22 (56%)
薬物(医用薬物)	22 (28%)	6 (15%)	16 (41%)
薬物(市販薬)	2 (3%)	0 (0%)	2 (5%)
農薬/殺虫剤	6 (8%)	4 (10%)	2 (5%)
化学薬品	2 (3%)	0 (0%)	2 (5%)
家庭用品	2 (3%)	2 (5%)	0 (0%)
ガス(CO中毒を含む)	2 (3%)	2 (5%)	0 (0%)
飛び降り	12 (15%)	7 (18%)	5 (13%)
刺器・刃器の使用	9 (12%)	5 (13%)	4 (10%)
縊首	15 (19%)	12 (30%)	3 (8%)
入水	2 (3%)	1 (3%)	1 (3%)
焼身	4 (5%)	0	4 (10%)

表5 初回自殺企図者および再企図者の人口統計学的特徴

		対象者全体	初回自殺企図者	再企図者	
人数		78	39	39	
退院時の状態	(既遂：未遂)	7:71	5:34	2:37	
年齢	平均年齢(歳)	40.5	43.8	37.1	
	標準偏差	16.8	20.0	12.2	n.s.
	(人数) < 45歳	52 (67%)	22 (56%)	30 (77%)	P< .10
	(人数) ≥ 45歳	26 (33%)	17 (44%)	9 (27%)	$\chi^2 = 3.69$
性別	男性	30 (38%)	21 (54%)	8 (21%)	P< .05
	女性	49 (62%)	18 (46%)	31 (79%)	$\chi^2 = 9.28$
婚姻状態	独身	29 (37%)	17 (44%)	12 (31%)	
	別居, 死別, 離婚	17 (22%)	6 (15%)	11 (28%)	
	既婚	32 (41%)	16 (41%)	16 (41%)	n.s.
同居者	あり	64 (82%)	33 (85%)	31 (79%)	
	なし	15 (19%)	7 (15%)	8 (21%)	n.s.
就労状況	働いている (アルバイト・パートを含む)	21 (27%)	16 (41%)	5 (13%)	P< .05
	働いていない	52 (67%)	19 (49%)	33 (85%)	$\chi^2 = 9.42$
	その他	5 (6%)	4 (10%)	1 (3%)	
身体疾患	あり	15 (19%)	7 (18%)	8 (21%)	
	なし	63 (81%)	32 (88%)	31 (79%)	n.s.
精神科的診断 (ICD-10)	F0	2 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	
	F1	5 (6%)	2 (5%)	3 (8%)	
	F2	10 (13%)	4 (10%)	6 (15%)	
	F3	26 (33%)	13 (33%)	13 (33%)	
	F4	18 (23%)	14 (36%)	4 (10%)	
	F6	14 (18%)	3 (8%)	11 (28%)	
	F8	1 (1%)	0 (0%)	1 (3%)	
	なし	2 (3%)	2 (5%)	0 (0%)	
物質依存	あり	24 (31%)	10 (26%)	14 (36%)	
	アルコール依存/疑いあり	22 (28%)	9 (23%)	13 (33%)	
	薬物依存/疑いあり	2 (3%)	1 (3%)	1 (3%)	n.s.
	なし	54 (69%)	29 (74%)	25 (64%)	
精神科受診歴	あり	51 (65%)	17 (44%)	34 (87%)	P< .05
	〈不安定な治療関係〉	34	10	24	$\chi^2 = 16.37$
	なし	27 (35%)	22 (56%)	5 (13%)	
SAD PERSONS スケール	平均点	4.55	4.25	4.85	
	標準偏差	1.17	1.07	1.20	
	0-4点	38 (49%)	25 (66%)	13 (33%)	
	5-10点	40 (51%)	14 (34%)	26 (67%)	

自殺企図の手段についてみると、初回自殺企図者で目立って多かったのは中毒(36%)、縊首(30%)で、再企図者においては中毒(56%)が最も多い自殺企図の手段であった。

2. 解析対象者の人口統計学的背景と精神科的評価

解析対象者の救命救急センター退院時の状態、人口統計学的背景(年齢、性別、婚姻状態、同居者の有無、身体疾患の有無)と精神科的評価(ICD-10による精神医学的診断、アルコールもしくは薬物への依存の有無、精

精神科受診歴), ならびに SAD PERSONS スケールの得点の比較を, 表 5 に示す. 前記のように初回自殺企図者, 再企図者はそれぞれ 39 人ずつであり, 初回自殺企図者には 5 人の既遂者が, また再企図者には 2 人の既遂者が含まれた.

対象者全体の平均年齢は 40.5 歳であり, 初回自殺企図者および再企図者の平均年齢を比較した場合には有意な違いを認めなかったが, 45 歳以下の占める人数では, 再企図者が少ない傾向を示した ($\chi^2=3.69$, $P<.10$). 男女別でも有意な差を認め, 再企図者において女性が多い傾向を示した ($\chi^2=9.28$, $P<.05$).

本研究では自殺に関連すると言われている項目について調査を行った. 自殺の危険因子になる項目で, 対象者全体で見た場合に割合が半数を超えていたのは, 就労状況の中の「働いていない」(67%)と, 婚姻状態の中の「独身」と「別居, 死別, 離婚」を合わせたもの(59%)であった. また精神科受診歴のない者が 65% を占めた. 初回自殺企図者と再企図者では, 就労状況および精神科受診歴で有意な差異を認めた. すなわち, 初回自殺企図者では就労しており, 再企図者では就労していない者が多かった精神科受診歴のない者が多かった ($\chi^2=9.42$, $P<.05$). 精神科受診歴は初回自殺企図者で少なく, 再企図者で多

かった ($\chi^2=16.37$, $P<.05$).

対象者全体の精神科的診断では, F3 の気分障害が 33%, F4 の神経症性障害が 23%, F6 の人格障害が 18%, F2 の統合失調症・妄想性障害が 13% の順で多かった. 精神科的診断において初回自殺企図者と再企図者の割合の違いを認めたものは F4 の神経症性障害と F6 の人格障害であり, 初回自殺企図者では, それぞれ F4 の神経症性障害が 36%, F6 の人格障害が 8% であったのに対し, 再企図者ではそれぞれ F4 が 8%, F6 が 28% であった.

SAD PERSONS スケールでは, 入院の適応が考えられる 5 点以上の割合は, 対象者全体では 51%, 初回自殺企図者では 34%, 再企図者では 67% であった.

3. 自殺企図の状況

表 6 に解析対象者の自殺企図の状況 (自殺企図に用いた手段の併用の有無, 周囲に誰がいる状況であったか否か, 組織立った準備や計画がなされていたか, 飲酒をしていたか, 遺書の有無, 誰かに助けを求めたか) について, 初回自殺企図者と再企図者に分けそれぞれの項目で認められた割合を示す.

自殺企図の状況を比較する際に用いる各項目の割合に関して, 初回自殺企図者と再企図者の間で有意な差異は

表 6 自殺企図の状況

人数			対象者全体	初回自殺企図者	再企図者	
			78	39	39	
自殺企図の手段		複数の手段を併用	14 (18%)	8 (21%)	6 (15%)	n.s.
		単一	64 (82%)	31 (79%)	33 (85%)	
周りに誰かいたか		いた	30 (38%)	13 (33%)	17 (44%)	n.s.
		いなかった	46 (59%)	24 (62%)	22 (56%)	
		不明	2 (3%)	2 (5%)	0 (0%)	
組織立った準備・計画		(+)	26 (33%)	14 (36%)	12 (31%)	n.s.
		(-)	52 (67%)	25 (64%)	27 (69%)	
自殺企図時の飲酒		(+)	21 (27%)	10 (26%)	11 (28%)	n.s.
		(-)	51 (65%)	25 (64%)	26 (67%)	
		不明	6 (8%)	4 (10%)	2 (5%)	
遺書の有無		あり	26 (33%)	15 (39%)	11 (28%)	n.s.
		なし	50 (64%)	22 (56%)	28 (72%)	
		不明	2 (3%)	2 (5%)	0 (0%)	
誰かに助けを求めたか		求めた	19 (24%)	7 (18%)	12 (31%)	n.s.
		求めなかった	56 (72%)	31 (79%)	25 (64%)	
		その他	3 (4%)	1 (3%)	2 (5%)	
SIS	SIS-I (客観的状況)	平均得点	6.34 (N=71)	6.63 (N=36)	6.57 (N=35)	n.s.
		標準偏差	3.45	3.8	3.48	
	SIS-II (主観的意図の強さ)	平均得点	8.65 (N=50)	8.62 (N=24)	8.50 (N=26)	n.s.
		標準偏差	2.98	2.93	3.09	

認めなかった。また、自殺の意図の強さを示すスケールとして SIS-I (客観的環境) および SIS-II (自己申告) の得点の平均を示す。対象者全体のそれぞれの平均得点は、SIS-I 6.34, SIS-II 8.65 であった。SIS の評価において、SIS-I, SIS-II ともに初回自殺企図者と再企図者との間で有意な差異は認めなかった。

4. 精神科受診歴のない者の自殺企図後の精神科的診断

救命救急センターに入院となる以前に精神科受診がなく精神科的な評価を受けた事がない者に限定した場合に、自殺企図後に新たに付けられた ICD-10 の分類に基づく精神科的診断を表 7 に示す。過去に精神科受診歴がなかった者は対象者全体では 27 人いたが、初回自殺企図者に特に多く認められ、22 人を占めた。初回自殺企図者で自殺企図後に新たに付いた精神科的診断では F3 と F4 が目立ち、それぞれ F3 が 9 人、F4 が 8 人であり、この 2 つが 77% を占めた。

5. 再企図者の過去の自殺企図の回数と前回の自殺企図からの期間

再企図者のみを対象とし、確認された過去の自殺企図の回数を表 8 に、前回の自殺企図からの期間を表 9 に示す。過去の自殺企図の回数では、1～3 回が特に多く、それらを合わせると再企図者の 76.9% を占めた。前回の自殺企図からの期間についてみると、再企図者の 15%

が前回の自殺企図から 1 週間未満の期間で再発していた。また累積した割合をみると 1 年以内に 62% が、2 年以内に 72% が再企図していた。

6. 心理学的側面 (解離症状, 衝動性) の評価

表 10 に対象者全体と、初回自殺企図者および再企図者それぞれに分けた J-DES および BIS-11 の平均得点を示す。対象となった自殺未遂者のうち、同意が得られ、J-DES および BIS-11 の自記式心理学的スケールの施行が可能だった者は 50 人であり、その中に初回自殺企図者 22 人、再企図者 28 人が含まれた。対象者全体の J-DES の平均得点は 15.5, BIS-11 の平均得点は 52.5 であった。それぞれの初回自殺企図者、再企図者の平均得点には有意な差異を認めなかった。

考 察

1. 自殺企図者に関する研究の文献的考察

本研究の対象となった患者の特徴として、都市型の 3 次救急を担う救命救急センターに搬送された者であることを考慮する必要がある。これまでの救命救急センターに収容された自殺企図者に関する調査とわれわれの先行研究の比較から、当センターが都市部に立地する 3 次救急の救急医療機関と同様の特徴を備えていることが指摘される。今回、対象となったサンプルは重症自殺企図者と

表 7 精神科受診歴のない者の自殺企図後の精神科的診断

		対象者全体 (人)	初回自殺企図者 (人)	再企図者 (人)
精神科的診断 (ICD-10)	F0	2	1	1
	F1	1	1	0
	F2	1	0	1
	F3	10	9	1
	F4	9	8	1
	F6	2	1	1
	F8	0	0	0
	なし	2	2	0
	合計	27	22	5

表 8 再企図者 確認された過去の自殺企図の回数

回数	再企図者 (人)	(%)
1 回	11	(28.2%)
2 回	9	(23.1%)
3 回	10	(25.6%)
4 回	4	(10.3%)
5-7 回	3	(7.7%)
8 回以上	2	(5.1%)
合計	39	(100%)

しての代表性を有すると考えられる。^{6), 16), 17)}

また、本研究では自殺および自殺企図に関する危険因子を包括的に検討した。それぞれの因子については、対象も手法も異なる様々な研究、例えば心理学的剖検や自殺未遂の追跡調査、一般人口との比較などから導きだされたものであるが、本研究においては重症自殺企図者という比較的まとまりをもった集団についてそれぞれの因子を検討している。

海外の研究によると、6～7割の自殺者（既遂者）は初回の自殺企図で死亡しており、その大半が精神疾患に罹患していたと推測されているにも関わらず、精神科医療は受けていなかったとされる。^{18), 19), 20)} そこから自殺を招きうる精神疾患を早期に発見し、治療につなげることが自殺を未然に防ぐ方法であると考えられている（一次予防）。一方で、既遂者の3～4割に先行する自殺企図歴があることも明らかになっている。自殺未遂者の追跡調査（前方視的調査）では、自殺企図の後1年以内に1～3%が自殺で死亡し、5年以内に9%が自殺により死亡するという結果が示されている。²¹⁾ 以上のような調査結果から、如何にして自殺企図の再発を防ぐか（二次予防）が自殺予防のもう一つの焦点になっている。²²⁾

以上の先行研究を踏まえ、以下では今回の研究対象となった初回自殺企図者および再企図者を含めた重症自殺企図者の特徴、初回自殺企図者の特徴、再企図者の特徴をそれぞれ分けて考察する。

2. 初回自殺企図者と再企図者に共通に見られた特徴

今回の調査では、一般人口との比較や追跡調査などか

ら明らかになっている自殺の危険因子とされている項目を包括的に調査し、それぞれが重症自殺企図者においてどの程度認められるかを確認することができた。人口統計学的特徴で、対象者全体の半数を超える人たちが示した自殺の危険因子は、独身および別居、死別、離婚の合計（59%）、働いていない（67%）、精神科受診歴あり（65%）であった。また、自殺企図の状況についてみると、対象者全体で自殺の意図が高いと判断される項目は、周りに誰もいなかった（59%）、誰にも助けを求めなかった（72%）の2項目であった。自殺の状況に関するいずれの項目でも初回自殺企図者および再企図者の比較で、統計的に有意な差異を認めなかった。自殺企図者の特徴の詳細については、少数ながらも国内の他の施設からの報告があり、いくつかの共通点を認めた。^{23), 24)} これらは3次救急の医療機関に搬送された重症自殺企図者の共通した特徴を表していると考えられた。

自殺の意図の強さについて見ると、自己申告による評価（SIS-I）と客観的状況の評価（SIS-II）において初回自殺企図者、再企図者の間では差異を認めず、その得点は海外における先行研究に比較しても高い得点となった。²⁵⁾ これは本研究の対象が3次救急の医療機関に入院となった人たちであり、特に身体的に重症な者を対象としたことによると考えられた。

また、心理学的側面について見た場合、初回自殺企図者と再企図者を比較して、解離症状の尺度および衝動性の尺度に関して両者の有意な平均得点の差異は認めなかった。既遂者において解離症状が自殺企図時に存在していた可能性を指摘する研究や、自殺未遂者の衝動性に

表9 再企図者 前回の自殺企図からの期間

期間	再企図者	(%)	累積%
1-6日	6	(15%)	15%
7-13日	1	(3%)	18%
2週-3ヶ月	5	(13%)	31%
4-6ヶ月	4	(10%)	41%
7-12ヶ月	8	(21%)	62%
13-24ヶ月	4	(10%)	72%
2-5年	6	(15%)	87%
6-10年	5	(13%)	100%
全体	39	(100%)	

表10 心理学的側面の評価 J-DES および BIS の得点

	対象者全体	初回自殺企図者	再企図者	
J-DES 平均得点	15.5 (N=50)	12.7 (N=22)	17.6 (N=28)	n.s.
標準偏差	13.0	10.3	14.6	
BIS 平均得点	52.5 (N=50)	53.0 (N=22)	52.2 (N=28)	n.s.
標準偏差	16.0	15.0	17.0	

関する先行研究があり、今後、重症自殺企図者を対象とした他施設との比較も可能になっていくものと期待される。^{26), 27), 28)}

3. 初回自殺企図者の特徴と一次予防への示唆

初回自殺企図者の特徴として、致死性の高い縊首という自殺企図の手段を用いる割合が高いこと、45歳以上で男性の割合が高いこと、就労状況では危険因子とされる無職・失業よりは就労そのものはできている割合が高いことが明らかとなった。また、半数以上において精神科受診歴がなく、精神科への受療行動に移る前に自殺企図に至っていることが多いことも確認された。これは既遂者を対象とする心理学的剖検の結果との共通点を持つ。自殺企図を契機として、初めて精神的な評価をなされた場合に、ICD-10コードにおいて気分障害を意味するF3および神経症性の障害を意味するF4が7割以上を占めていた。このことから、うつ病、もしくはうつ状態を伴いやすい神経症性障害の治療を適切に行うことにより自殺を予防できる可能性が示された。

先行研究では初回の自殺企図において半数以上が既遂となるとされ、いかに初回の自殺企図そのものを防ぐかが自殺予防の一つの焦点であると言える。本研究から、自殺に関連する危険因子の中でも、45歳以上の男性で、就労の有無に関わらず、精神障害としてうつ病、もしくは抑うつ状態を伴いやすい神経症性の精神障害を伴っている人が、一次予防の中心となることが示唆された。これらの自殺の危険の高い人に対して、うつ病・抑うつ状態を伴う精神障害を早期発見し、精神科的治療に結びつけることが重要であると考えられた。

4. 再企図者の特徴と二次予防への示唆

再企図者の特徴として、45歳以下で女性に多いこと、自殺企図の手段としては中毒が多いことが挙げられる。就労している割合は低く、精神科受診率は87%と高いものの、多くの方が治療関係が安定しないことが明らかとなった。ICD-10による精神障害の分類では、初回自殺企図者と同様にF3の気分障害が3分の1を占める一方で、F6の人格障害と診断される割合も多いことが指摘される。

過去の自殺企図の回数について見ると、1～3回であった再企図者の合計が8割近くになったことから、3次救急の医療機関に搬送されるような致死的な自殺企図に至るまでに少数回の自殺企図しかないことが明らかとなった。この調査結果は、いわゆる自殺企図のリピーターとみなされる者であっても、必ずしも多くの再企図を伴わずに致死的な自殺企図に至ることを示唆している。

また、前回の自殺企図からの期間についてみると、再企図者の62%が1年以内に、72%が2年以内に自殺企

図を再発していた。少数ではあるが、前回の自殺企図から1週間以内に再企図していた者も15%いた。前回の自殺企図からの期間を検討することにより、自殺企図のあった場合に、その後どの程度フォローすべきかという示唆が得られる。今回の結果からは、1年から2年のフォローアップ期間が妥当であり、また自殺企図から1週間以内でも再発が起こりうることに注意すべきであると考えられた。

これらの再企図者の特徴はいずれも自殺企図の再発を防ぐ（二次予防）際に注意すべき因子であり、自殺未遂者のフォローアップに役立つものと思われた。

5. 本研究の限界

本研究においては既遂者の他、未遂者のうち植物状態の患者、意思の疎通が図れない頭部外傷患者、精神病症状の著しい患者からは直接、本人からの情報を得る事はできなかった。これにより情報のバイアスが生じた可能性がある。

また、115人の連続する自殺企図者のうち、37人が本研究から除外された。除外理由は、入院当日の死亡や専門的な身体的治療の必要性による転院が主であったが、自殺企図者全体の32%にあたり、結果に影響した可能性がある。特に既遂者が多く除外された点は方法上の大きい問題点である。

以上のような問題点があるものの、重症自殺企図者の症例を対象として多面的な検討を行った研究は少なく、特に現在必要とされている自殺に関する実態調査としての意義は大きいと考えられた。

結 語

福岡大学病院救命救急センターに入院となった自殺企図者を対象とし、自殺に関連する因子を中心にその特徴についての調査を行った。初回の自殺企図者と再企図者に分け、それぞれの特徴から、自殺企図の一次予防ならびに二次予防に関して考察した。同様の研究はわが国ではほとんどなく、本研究の意義は大きいと考えられる。

謝 辞

本研究の実施にあたっては、財団法人臨床研究奨励基金の助成があった。

文 献

- 1) 警察庁生活安全局地域課：年次別自殺者数。平成19年中における自殺の概要資料 (http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki10/h19_zisatsu.pdf)。2008。
- 2) 自殺対策基本法。平成十八年六月二十一日法律第八十五号。

- 2006.
- 3) 自殺総合対策大綱 (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougou/taisaku/pdf/t.pdf>). 2007
 - 4) Wasserman D, 渡邊美寿津訳: ストレス—脆弱性モデルと自殺に至る経過. Wasserman D 編著, 小林章雄, 坪井宏仁, 高橋祥友監修: 自殺予防学 医師・保健医療スタッフのために, pp.13-30, 学会出版センター (東京), 2006.
 - 5) 張賢徳: 日本での心理学的剖検調査実施を考える: 人はなぜ自殺するのか 心理学的剖検調査から見えてくるもの 初版, 勉誠出版 (東京), 2006.
 - 6) 黒澤 尚, 岩崎康孝: 救命救急センターに収容された自殺企図者の実態: 12 施設のまとめ. 救急医学 15; 651-653, 1991.
 - 7) 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害: 生命的危険性の高い企図手段を用いた自殺失敗者の診断学的検討. 精神神経学雑誌 96: 415-443, 1994.
 - 8) 保坂 隆: 「自殺企図患者のケースカード」使用の手引き. 救急医学 15: 622-624, 1991.
 - 9) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders; Clinical and Diagnostic Guidelines. World Health Organization (Geneva), 1992 (融道男, 中根充文, 小見山実, 岡崎祐士, 大久保善朗監訳: ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン 新訂版. 医学書院 (東京), 2005)
 - 10) Patterson WM, Down H., Bird J, Patterson GA: Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. Psychosomatics 24 (4) : 343-349, 1983.
 - 11) Beck AT, Schuyler D, Herman I: Development of suicidal intent scales. Maryland, Charles Press, 1974.
 - 12) Jamison KR: Night falls fast. Understanding Suicide. New York. Random House, Inc. 1999. (ケイ・ジャミソン著, 亀井よし子訳: 早すぎる夜の訪れ 自殺の研究. 東京. 新潮社. 2001.)
 - 13) 衛藤暢明, 喜多村泰輔, 田中経一, 西村良二: 救命救急センターに搬送された自殺企図者の精神医学的評価—平成 18 年度のリエゾン活動から—. 福岡大学医学紀要 35 (1), 2008.
 - 14) Someya T, Sakado K, Seki T, Kojima M, Reist C, Tang SW, Takahashi S: The Japanese version of the Barratt Impulsiveness Scale, 11th version (BIS-11): Its reliability and validity. Psychiatry and Clinical Neuroscience 55, 111-114, 2001.
 - 15) Umeshue M, Matsuo T, Iwata N, Tashiro N: Dissociative Disorders on Japan: A pilot study with the dissociative experience scale and semi-structured interview. Dissociation 9 (3): 182-189, 1996.
 - 16) 岸 康宏, 黒澤 尚: 救命救急センターに収容された自殺者の実態のまとめ. 医学の歩み 194: 588-590, 2000.
 - 17) 衛藤暢明, 岩永亜樹, 浦島 創, 喜多村泰輔, 田中経一, 西村良二: 福岡大学病院救命救急センターに搬送された自殺企図者の実態—平成 14 年度~平成 17 年度の調査—. 福岡大学医学紀要 35 (1), 2008.
 - 18) Maris WR: Suicide Attempts and Methods. In: Maris WR, Berman AL, Silverman MM (eds), Comprehensive Textbook of Suicidology, pp.284-308, The Guilford Press (New York), 2000.
 - 19) Isomestä ET, Lönnqvist JK: Suicide attempts preceding completed suicide. Br J Psychiatry 173: 531-535, 1998.
 - 20) Clark DC, Horton-Deutsch SL: Assessment in absentia: The Value of The Psychological Autopsy Method for Studying Antecedents of Suicide and Predicting Future Suicides. In: Maris RW, Berman AL, Maltsberger JT, Yufit RI (eds), Assessment and Prediction of Suicide, pp.145-201, The Guilford Press (New York), 1992.
 - 21) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Br J Psychiatry 181: 193-199, 2002.
 - 22) Sakinofsky I: Repetition of Suicidal Behaviour. In: Hawton K, Heeringen K (eds), The International Handbook of Suicide Attempt and Attempted Suicide, pp.385-404, John Wiley & Sons Ltd (West Sussex, England), 2000.
 - 23) Yamada T, Kawasaki C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, Furuno T, Kishida I, Odawara T, Sugiyama M, Hirayasu Y: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a clinical emergency unit in an urban area. BMC Psychiatry Nov7; 7 (1): 64, 2007.
 - 24) 中山秀紀, 大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳, 遠藤知方, 丸田真樹, 遠藤 仁, 山家建仁, 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横断的調査 通院状況を考慮した自殺予防. 精神医学 48 (2): 119-126, 2006.
 - 25) Harris L, Hawton K, Zahl D: Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. Br J Psychiatry 186: 60-66, 2005.
 - 26) 張 賢徳: 自殺の生物学的原因究明の現状と今後の展望. 精神医学 43: 1286-1294, 2001.
 - 27) Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM: Towards a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 156: 181-189, 1999.
 - 28) Brown GL, Linnoila MI: Impulsivity, Aggression, and Associated Affects; Relationship to Self-Destructive Behavior and Suicide. In: Hawton K, Heeringen K (eds), The International Handbook of Suicide Attempt and Attempted Suicide, pp.589-606, John Wiley & Sons Ltd (West Sussex, England), 2000.
- (平成 24. 1. 11 受付, 平成 24. 3. 8 受理)

