

Assessment of Suicidal Patients Admitted to the Emergency and Critical Care Center of Fukuoka University Hospital Consultation-Liaison Service (April 2006 to March 2007)

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

¹⁾ Department of Psychiatry, Fukuoka University Faculty of Medicine

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

Abstract : The authors conducted studies of suicide attempts among the patients admitted to the emergency and critical care center of Fukuoka University Hospital. From April 2006 we started a thorough investigation of these patients, especially regarding their psychiatric diagnoses. There were 73 suicidal patients admitted to the emergency unit during a one-year (from April 2006 to March 2007), of those 22 died as a result of each suicidal attempt, and 51 survived at the point of discharge from the emergency unit. Regarding the methods of suicide employed, poisoning (including ingestion of drugs and CO poisoning) was the most prevalent (28 patients), followed by hanging (22), jumping from a high place (11), cutting or piercing themselves with a sharp instrument (7) in order of frequency. The psychiatric diagnoses (ICD-10 criteria) of all suicidal patients included 35% of F3, 18% of F4, 11% of F6, and 10% of F2. To investigate these patients, we identified some issues when assessing them psychiatrically ; they include the difference of methodological approaches between patients who actually committed suicide and those who attempted suicide but survived, the problems resulting from the environment where their physical conditions (and/or) therapies should be the first consideration. We also found some tendencies of suicidal patients which make them difficult to assess ; including their psycho-social isolation and psychiatric symptoms (e.g. psychosis, dissociation, emotional instability). The role of psychiatrists in assessing suicidal patients in the emergency unit may be important for promoting suicide prevention.

Key words : Suicide Attempt, Consultation - Liaison Service, Emergency Medicine, Psychiatric Diagnosis

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

衛藤 暢明¹⁾ 喜多村泰輔²⁾ 田中 経一²⁾
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教室

要旨 : 平成18年度より福岡大学病院救命救急センターに搬送される自殺企図者については、従来のコンサルテーションに加えてリエゾン担当の精神科医が積極的に評価・介入を行う形で実態調査を行ってきた。平成18年度に救命救急センターに入院となった自殺企図者は73人であり、そのうち22人が既遂者、51

人が未遂者であった。既遂者と未遂者を合わせた自殺企図者全体では、自殺企図の手段の内訳は、中毒が28人で最も多く、縊首が22人、飛び降り11人、刺器・刃器の使用が7人の順で多かった。精神科的診断についてみた場合、気分障害（F3）が35%を占め、神経症性障害（F4）が18%、人格障害（F6）が11%、統合失調症および妄想性障害（F2）が10%となった。リエゾン精神科医がこれまで以上に自殺企図者の評価を行うことで、救命救急センターに搬送される自殺企図者の実態がより詳細に明らかになるとともに、精神科的な評価の際の問題点も認識されるようになった。その中には、既遂者と未遂者の評価に関する方法的違いや、未遂者の場合に通常精神科的な診察とは異なる環境での評価であること、評価を困難にする自殺企図者に特有の傾向などが含まれた。自殺予防の実践にあたって、救急医療の現場で自殺企図患者の対応をするリエゾン精神科医が精神科的な評価を行う意義は大きいと考えられた。

キーワード：自殺企図，リエゾン，救急医療，精神科的診断

はじめに

救急医療体制の整備に伴い、自殺企図者が身体的治療目的で救急医療の現場に搬送されるようになって、それに関連した報告も多くみられるようになってきている。こうした自殺企図患者が総合病院に入院となった場合、コンサルテーション・リエゾンサービス（consultation-liaison service）を通じて精神科医が関わることが多い。その際、患者の精神的問題が同定され、身体科からの依頼の後に精神科医が対応する場合をコンサルテーション、精神科医の側から精神科と身体科に共存する病態を見つけ出し、より早く広範囲に対応する場合をリエゾンとして厳密には区別する¹⁾。

福岡大学病院救命救急センターは三次救急を担う施設であり、集中的な治療を必要とする自殺企図者が搬送される。自殺企図後の精神科的介入は、これまで救命救急センターの医師からの依頼を受ける形のコンサルテーションが行われ、精神医学的な評価、治療の検討、再自

殺企図予防を目的としたケース・マネジメントなどがなされてきた。平成18年度からは従来のコンサルテーションに加えて、救命救急センター担当の精神科医師から積極的に精神医学的な評価や治療を提供する形のリエゾン精神医療での自殺企図者に対する介入を試みている。より多くの自殺企図患者に対して精神医学的な視点からの評価・介入を行うことで、自殺企図の実態がより詳細に把握できるようになったと同時に、救急医療の現場で精神医学的な評価を行う際の問題点も明らかとなってきた。

本稿では、平成18年度の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対するリエゾン活動を報告し、そこで精神医学的な評価を行うことや精神科的な介入における問題点について考察した。

対象と方法

平成18年4月から平成19年3月までの期間において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に、精神科的評価および介入を目的とした調査を行った。ここでは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²⁾。救命救急センターへの入院後、身体的な治療や障害のために患者本人から直接、面接による情報収集が行えない場合は、家族や前医（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。

結 果

1. 平成18年度に福岡大学病院救命救急センターに入院となった患者数（月別の推移）

平成18年4月から平成19年3月までの期間に救命救急センターに入院となった患者の総数は972人であった。このうちの73人が自殺企図者であり、自殺企図者は全体

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，1991²⁾より

の入院患者の7.5%を占めた。月毎の入院者数、自殺企図者数、入院患者に占める自殺企図者の割合を表2に示す。

全体の入院患者が各月67人から95人であるのに対して、自殺企図者の数は月によって大きな差があり、3人から13人であった。全体に占める割合を見ても3.8%から15.5%と月によってばらつきがあることが示された。

2. 平成18年度の自殺企図者の詳細

1) 自殺既遂症例の詳細（年齢、性別、自殺企図の手段、精神科的診断）

平成18年度の自殺既遂者（救命救急センターを死亡退院となった者）の年齢、性別、自殺企図の手段、精神科的診断（ICD-10の診断分類³⁾）を表3に示す。男性は10人、女性は12人であり、平均年齢は50.8歳であった。自

表2 平成18年度月別の救命救急センター入院患者数と自殺企図者の割合

	入院患者数 (人)	自殺企図者数 (人)	入院患者に占める自殺 企図者の割合(月毎)
平成18年 4月	95	5	5.3%
5月	92	8	8.7%
6月	73	8	11.0%
7月	84	13	15.5%
8月	74	3	4.1%
9月	67	5	7.5%
10月	82	4	4.9%
11月	72	5	6.9%
12月	89	6	6.7%
平成19年 1月	88	4	4.5%
2月	78	9	11.5%
3月	78	3	3.8%
合 計	972	73	7.5%

表3 既遂者における自殺企図の手段と診断、評価・介入の有無

症例	年齢	性別	自殺企図の手段	診断分類（ICD-10）	評価・介入
既遂1	20歳代	男性	5.縊首		特定できず*
既遂2	20歳代	女性	5.縊首		特定できず
既遂3	20歳代	女性	5.縊首	F3	
既遂4	30歳代	男性	5.縊首	F2	
既遂5	50歳代	男性	5.縊首	F3	
既遂6	50歳代	男性	5.縊首	F3	
既遂7	50歳代	女性	5.縊首	F3	
既遂8	50歳代	女性	5.縊首		特定できず
既遂9	50歳代	女性	5.縊首	F3	
既遂10	50歳代	男性	5.縊首		特定できず
既遂11	60歳代	男性	5.縊首	F3	
既遂12	70歳代	男性	5.縊首		特定できず
既遂13	70歳代	男性	5.縊首		特定できず
既遂14	80歳代	男性	5.縊首		特定できず
既遂15	80歳代	女性	5.縊首		特定できず
既遂16	30歳代	男性	3.飛び降り	F3	
既遂17	30歳代	女性	3.飛び降り		特定できず
既遂18	30歳代	男性	3.飛び降り		特定できず
既遂19	40歳代	女性	3.飛び降り	F4	
既遂20	50歳代	男性	3.飛び降り		特定できず
既遂21	40歳代	男性	1-6.中毒(ガス)		特定できず
既遂22	50歳代	男性	10.焼身		特定できず

注)「中毒」については、1-1.医用薬物 1-2.市販薬 1-3.農薬・殺虫剤 1-4.化学薬品 1-5.家庭用品 1-6.ガス（煉炭の使用を含む）に分類している。

*意識障害もしくは鎮静により本人からの情報聴取できず、家族からの情報聴取をもとにした診断

表4 未遂者の自殺企図の手段、診断、評価・介入の有無と転帰

症例	年齢	性別	自殺企図の手段	診断分類 (ICD-10)	評価・介入	退院後の転帰
未遂1	20歳代	女性	1-1.中毒 (医用薬物)	F6		2-2.当院身体科入院
未遂2	20歳代	男性	1-1.中毒 (医用薬物)	F3		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂3	20歳代	女性	1-1.中毒 (医用薬物)	F4		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂4	20歳代	女性	1-1.中毒 (医用薬物)	F3		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂5	20歳代	女性	1-1.中毒 (医用薬物)	F6		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂6	20歳代	女性	1-1.中毒 (医用薬物)	F6		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂7	20歳代	男性	1-1.中毒 (医用薬物)	F4		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂8	30歳代	女性	1-1.中毒 (医用薬物)	F6		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂9	30歳代	女性	1-1.中毒 (医用薬物)	F6		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂10	30歳代	女性	1-1.中毒 (医用薬物)	F3		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂11	40歳代	女性	1-1.中毒 (医用薬物)	F2		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂12	40歳代	女性	1-1.中毒 (医用薬物)	F4		1-2.自宅退院 (精神科受診なし)
未遂13	50歳代	男性	1-1.中毒 (医用薬物)	F4		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂14	60歳代	女性	1-1.中毒 (医用薬物)	F3		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂15	60歳代	男性	1-1.中毒 (医用薬物)	F3		1-2.自宅退院 (精神科受診なし)
未遂16	20歳代	女性	1-2.中毒 (市販薬)	F3		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂17	40歳代	女性	1-3.中毒 (農薬・殺虫剤)	F4		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂18	50歳代	女性	1-3.中毒 (農薬・殺虫剤)	F3		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂19	60歳代	女性	1-3.中毒 (農薬・殺虫剤)	F3		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂20	70歳代	女性	1-3.中毒 (農薬・殺虫剤)	F3		1-2.自宅退院 (精神科受診なし)
未遂21	50歳代	男性	1-4.中毒 (化学薬品)	F2		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂22	10歳代	男性	1-5.中毒 (家庭用品)	F4		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂23	20歳代	女性	1-5.中毒 (家庭用品)	F4		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂24	30歳代	男性	1-6.中毒 (ガス)	特定できず***		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂25	30歳代	女性	1-6.中毒 (ガス)	F6****		1-2.自宅退院 (精神科受診なし)
未遂26	30歳代	女性	1-6.中毒 (ガス)	F3		3-2.他院身体科入院
未遂27	40歳代	女性	1-6.中毒 (ガス)	特定できず**		3-2.他院身体科入院
未遂28	20歳代	女性	4.刃器・刺器	F3		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂29	30歳代	女性	4.刃器・刺器	F4		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂30	30歳代	男性	4.刃器・刺器	F6		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂31	30歳代	女性	4.刃器・刺器	F3		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂32	30歳代	男性	4.刃器・刺器	F3		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂33	40歳代	男性	4.刃器・刺器	F2		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂34	50歳代	男性	4.刃器・刺器	F3		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂35	40歳代	男性	5.縊首	F3		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂36	40歳代	女性	5.縊首	F4		1-2.自宅退院 (精神科受診なし)
未遂37	50歳代	男性	5.縊首	F1*		3-2.他院身体科入院
未遂38	60歳代	男性	5.縊首	F3*		3-2.他院身体科入院
未遂39	60歳代	男性	5.縊首	F1		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂40	70歳代	男性	5.縊首	F3*		3-2.他院身体科入院
未遂41	70歳代	男性	5.縊首	F1		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂42	10歳代	女性	3.飛び降り	F4		1-1.自宅退院 (外来通院あり)
未遂43	20歳代	男性	3.飛び降り	F2		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂44	20歳代	女性	3.飛び降り	F3		3-1.他院精神科入院
未遂45	30歳代	女性	3.飛び降り	F2		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂46	30歳代	女性	3.飛び降り	F4		3-2.他院身体科入院
未遂47	40歳代	男性	3.飛び降り	F2		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂48	20歳代	男性	10.焼身	F4		(無理心中であったため警察介入あり)
未遂49	30歳代	男性	10.焼身	F6		2-2.当院身体科入院
未遂50	30歳代	女性	10.焼身	F3		2-1.当院精神科 (西別館) 入院
未遂51	60歳代	女性	6.入水	F0		1-2.自宅退院 (精神科受診なし)

注) * 意識障害もしくは鎮静により本人からの情報聴取できず、家族からの情報聴取をもとにした診断

** 早期の転院 (高圧酸素療法目的) により診断に関する情報を得られなかった症例

*** 身体的後遺症 (CO 中毒後の記憶障害) により診断に関する情報を得られなかった症例

**** 休日の自己退院により精神科医による評価が行えず、救命センター退院後、主治医に連絡し確認したもの

自殺企図の手段に注目すると、既遂者では、縊首が15人、飛び降りが5人、中毒が1人と焼身が1人となった。

既遂者に対する精神科医の評価もしくは家族への介入は、22例中6例（27%）に対して行われた。ここでいう評価・介入とは、心理学的剖検の手法に倣う形で⁴⁾、自殺企図以前の状況を知る家族や知人、精神科医からの情報聴取を救命救急センター入院後に新たに行ったことを指す。この際、精神科的診断の判定には SCID⁵⁾ に準じる形で患者の精神症状を確認していく面接を行った。評価・介入がなされず、精神科受診歴がある者に関しては、前医（精神科医ないし心療内科医）の診断を最終的な診断とした。

この方法によると、既遂者22症例中9例（41%）で何らかの診断をつけることが可能であったが、13例（59%）では特定できなかった。精神科的診断が特定された症例のうち、3例には自殺企図以前に精神科受診歴がなく、家族や患者についてよく知る人物との面接に基づいてリエゾン精神科医が予測される診断をつけることとなった。患者以外の情報提供者から得られた情報に基づく診断確定の方法（心理学的剖検）がとられた症例のうち、診断が特定されなかった者は1例（症例：既遂1）のみであった。

何らかの精神科的診断の付いた患者のほとんど（9例中7例）が ICD-10 の診断分類における「気分障害」（F3）であった。F3 以外の残りの2例には自殺企図以前に精神科の受診歴があり、前医によってそれぞれ「統合失調症」（F2）と「神経症性障害」（F4）と診断されていた。また、救命センター入院後に精神医学的評価を行った5症例のうち、2症例（症例：既遂7、既遂11）に

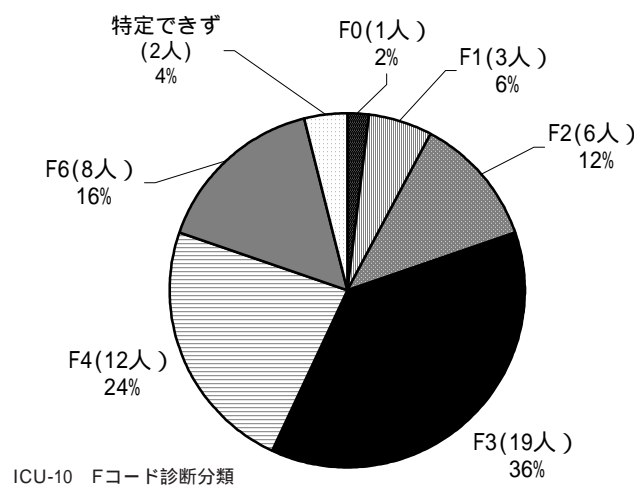
いて「アルコール依存」もしくは「アルコール乱用」の疑いがあった。

2) 自殺未遂症例の詳細（年齢、性別、自殺企図の手段、精神科的診断、転帰）

平成18年度の自殺未遂者（救命救急センター退院時に生存している者）の精神科的診断（ICD-10 の診断分類）を表4に示す。未遂者には、男性21人、女性30人が含まれ、平均年齢は40.5歳であった。自殺企図の手段別では、中毒が27人、刺器・刃器の使用が7人、および縊首が7人、飛び降りが6人、焼身が3人、入水が1人の順に多く認められた。

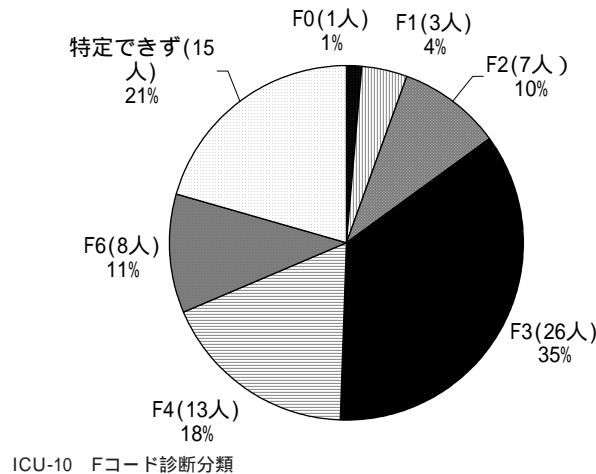
原則的に未遂症例については精神科医が評価を行うこととしているが、例外については脚注に示した。未遂とされる症例であっても意識障害や鎮静が必要なために本人からの情報収集が行えなかった症例（症例：未遂24、未遂37、未遂38、未遂40）については、既遂者と同様に家族や前医（精神科医、心療内科医）からの情報収集を行った。未遂症例で精神科受診歴がなく、かつ救命救急センター入院後にリエゾン精神科医の介入がなかったために診断の特定ができなかった者は1人（症例：未遂27）であった。介入は行われたが、自殺企図以前の記憶障害により診断が特定されない症例もあった（症例：未遂24）。表4に示した精神科的診断に関しては、前医の診断と異なる場合もあったが、ここでは救命救急センター入院後、新たに精神科医が評価したものを最終的な診断として記載した。自殺未遂者（51人）についての精神科的診断の分布を図1に示す。

退院後の転帰について見ると、自宅退院（精神科外来受診あり）が18人で最も多く、当院精神科（西別館1階



F0:症状性を含む器質性精神障害（痴呆、脳腫瘍など） F1:精神作用物質使用による精神および行動の障害（アルコール、覚醒剤など）
 F2:統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害 F3:気分（感情）障害（うつ病、躁うつ病）
 F4:神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 F5:生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群（摂食障害など）
 F6:成人の人格および行動の障害（パーソナリティ障害） F7:精神遅滞 F8:心的発達の障害
 F9:小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 その他:特定不能

図1 自殺未遂者（51人）の精神科的診断 ICD-10



F0:症状性を含む器質性精神障害(痴呆、脳腫瘍など) F1:精神作用物質使用による精神および行動の障害(アルコール、覚醒剤など)
 F2:統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害 F3:気分(感情)障害(うつ病、躁うつ病)
 F4:神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 F5:生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群(摂食障害など)
 F6:成人の人格および行動の障害(パーソナリティ障害) F7:精神遅滞 F8:心的発達障害
 F9:小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 その他:特定不能

図2 自殺企図者全体(73人)の精神科的診断 ICD-10

病棟)入院が17人でこれに次いだ。その他、他院身体科へ転院となった者が6人、当院身体科への転科が2人、他院の精神科へ転院して引き続き入院となった者は1人であった。また、救命救急センター退院後に精神科への外来通院をしなかった者には、身体的な障害(植物状態)により受診できない4人が含まれた。その他、精神科受診を拒否した者は2人であった。

3) 自殺企図者全体の自殺企図の手段、精神科的評価
 既遂者、未遂者を合わせた自殺企図者全体では、平均年齢43.6歳であり、男性35人、女性38人となった。全自殺企図者に占める未遂者の割合は70%であり、平成14年から平成17年までとほぼ同程度であった。手段別に見ると、全自殺企図者では中毒が28人で最多であり、縊首が22人、飛び降り11人、刺器・刃物の使用が7名、焼身が4人、入水が1人の順に多く認められた。

前述のように既遂者、未遂者それぞれに精神科医の評価・介入が行われたが、自殺企図者全体では、73人中55人に対して精神科医の評価あるいは介入がなされた。以下の考察でも触れるが、未遂者のほとんどが自殺企図の状況や病歴の聴取が行えるのに対して、既遂者本人からの情報収集はできないため、両者の精神科的診断は単純に比較できない。しかし、自殺企図者を全体としてみた場合の傾向を捉えることにもそれなりの意義があり(後述)、救命救急センター入院後に得られた最大限の情報に基づいて自殺企図者全体である73人の精神科的診断の分布を図2に示す。

考 察

1. 自殺企図者の定義に関して

自殺企図の定義は調査、研究により異なり、必ずしも一定したものではないが、一般的には本人の自殺の意図の確認をもってなされることが多い。今回は保坂らの自殺企図者のケースカードの定義を採用したため、必ずしも本人の自殺の意図の確認がなされているわけではなく、表1の5.にあたる障害発生時の状況から自殺企図と判断される者を含んだ。結果的に平成17年度までと比べて広い範囲の対象を自殺企図とした可能性があるが、自殺企図時の記憶が曖昧になり自殺の意図がはっきりしないことも多い患者を対象にする場合には、むしろ実態に合った定義であると思われる。自殺未遂者は約15%が1年以内に再企図し、9年以上の追跡調査で約5%が自殺を既遂するというデータがあることから⁶⁾、救急医療の現場に搬送された自殺企図者は将来の自殺の高リスク群であり、このような危険を認識した上で身体的な治療と並行して精神科的な評価・マネジメントを行うことは重要な事柄であると考えられる。

2. 平成17年度までの救命救急センターでのリエゾン活動との比較

診療体制の違いについて述べると、平成17年度までは救命救急センター(身体科)の医師が精神科へ診療依頼を行った後に精神科的評価や介入がなされていた。平成18年度からは精神科医が救命救急センターへ出向いて行く形で、自殺企図者については可能な限り評価を行うよ

うにしている。これにより、身体的な治療目的で早期の転院が必要となった症例（症例：未遂27）および休日中に自主退院をした症例（症例：未遂25）を除いて、精神科的な評価を行うことができた。これは自殺未遂者の96%が救命救急センター入院後に精神科的介入を受けたことになり、これまで以上に当院救命救急センターに搬送された自殺企図者の実態について詳細に把握し、検討することが可能になった。

また、精神医学的評価が今後の本人の治療に直接関係することがない場合、すなわち既遂者や植物状態となった症例に対する評価は、平成18年度から新たな試みとして行っているものであり、自殺企図者の全体像の把握を目的としている。さらに、これらの患者の家族の一部に対して必要と考えられる精神科的なアプローチ（カウンセリングや薬物療法）、すなわちポストベンションを行うようになったこと⁷⁾、平成17年度までと異なる点として挙げられる。

3. 平成18年度の自殺企図者の精神科的評価について

平成18年度の自殺企図者の精神科的診断については、可能な限り情報を収集し診断確定を試みたが、家族や知人からの情報のみを根拠とせねばならない既遂者と、本人との面接が可能で精神医学的評価のための情報を精神科医が直接集めることのできる事が多い未遂者とは自ずと情報の質が異なったものとなる。そのため、何らかの診断確定がなされたとしても同等の情報として比較することはできないため、以下では既遂者と未遂者に分けて検討し、最後に両者を合わせた場合の精神科的評価について考察した。

1) 既遂者の精神医学的診断

既遂者では、22例中9例でのみ何らかの精神科的診断を特定することができたにすぎない。しかし、これら9例のうち7例が気分障害（ICD-10コードのF3）であったことは注目に値する。気分障害については既に精神科的診断が確定されている場合も多く（7例中4例）、また家族から情報収集した場合でも故人の症状と関連した客観的な状態が比較的想起されやすいことが理由に挙げられる。心理学的剖検においては、患者の主観が診断に重要な位置を占めるような疾患（たとえば不安障害、適応障害、人格障害）の精神医学的診断の判定が困難になることが指摘されているが⁸⁾、これと関連して今回の結果は、気分障害以外の精神障害では自殺企図以前に精神科的な治療に結びつきにくい、あるいは周囲の人々に症状を認知されにくいという実態を反映しているのかも知れない。しかし、今回の調査では既遂者の心理学的剖検による精神医学的評価を行った割合が少ないため、この点については今後さらなる検討が必要である。

家族・知人からの情報に基づいて救命センター入院後

に精神医学的評価を行った6症例のうち、2症例（症例：既遂7、既遂11）においてアルコール依存もしくはアルコール乱用の疑いがあったが、いずれの症例でもアルコールが生活上の問題となっていたにも関わらず精神科的な治療には結びついていなかった。アルコールと自殺の関係は従来から指摘されており⁹⁾、精神科的な治療の有無に関わらず自殺既遂者におけるアルコール依存（乱用）の有無についての検討は重要であると考えられた。

症例の既遂1では、故人を知る数人の家族・知人に面接を行った上で精神医学的に妥当な診断が見出されなかったため「特定できず」とした。これは精神医学的診断が付かない可能性のほか、心理学的剖検を目的とした面接で得られた情報収集が不十分であったために診断を見逃していることも考えられた。その他、心理学的剖検を方法論的に見た場合に、誰を情報提供者として選んだのか、情報提供者と故人との関係から生じるバイアスをどう評価するか、また情報提供者の記憶の信頼性はどうか、といった問題点も指摘されており⁴⁾、これらも既遂者の精神医学的評価を行う際の課題と考えられる。

2) 未遂者の精神医学的診断

未遂者の精神科的診断に関する評価は、平成17年度以前と比べ平成18年度以降は詳細に検討してきた。図1に示された未遂者の精神科的診断は、平成14年度から平成17年度までと比べた場合、F2の統合失調症および妄想性障害とF3の気分障害の割合はほとんど変わらなかった。しかし、平成14年度から17年度では7%だったF4の神経症性障害は、平成18年度では24%となり、また平成14年度から17年度で9%だったF6の人格障害は、平成18年度では16%となり、割合は多くなっていた。一方、診断が特定されなかった症例は、平成14年から平成17年度では31%を占めていたのに対して、平成18年度では4%と極めて少なかったことから、平成17年度まで評価できていなかった部分が、今回新たに明らかになったものと考えられる。

未遂症例のうち直接患者本人からの情報を得られなかった症例の自殺企図の手段について見てみると、縊首が未遂37、未遂38、未遂40の3症例、中毒（ガスの使用）が未遂24、未遂27の2症例となった。縊首の3症例はいずれも植物状態となって他院へ転院していた。また、中毒（ガスの使用）の2症例は、一酸化炭素中毒に対する高圧酸素療法を行う設備が当院にないために転院となった症例であった。縊首によって植物状態となる症例、および一酸化炭素中毒に対する高圧酸素療法が必要となる自殺企図症例については、いずれも救命センター入院期間中に患者本人からの情報収集ができず、このような症例が必ず存在するという状況は今後も変わらないだろう。たとえ未遂とされる症例であっても、精神科的な評価ができない場合もあることを認識しておく必要があ

り、当院の救命救急センターで自殺企図者の精神科的評価を行う際の一つの限界と考えられた。

3) 自殺企図者全体の精神科的診断

上述のように既遂者と未遂者とは、自殺企図に関して得られる情報の質が異なる。また既遂者、未遂者の平均年齢の違いに表れているように集団の性質としての違いがあることが予想される。しかし、三次救急を担う施設に搬送された自殺企図者は、いずれも生命的危険性の高い手段を用いており、救命救急センターでの身体的治療によりかろうじて死をまぬがれた者が未遂者であるとするならば、これらの自殺企図者はいずれにしても既遂者全体に近似した集団であるといえる。三次救急の医療機関に入院した自殺未遂者に関する研究が自殺予防の観点から注目されている根拠もここにあり¹⁰⁾、当院救命救急センターに搬送された自殺企図者全体の精神科的診断の分布を見ることは自殺既遂者の実態を明らかにする上で重要な示唆を与える。このような理由から図2に既遂者、未遂者を含んだ精神科的診断の分布を示した。

今後、精神科医による評価を可能な限り多く実施することで、自殺者の実態により近い結果が得られるものと期待される。

4. 救命救急センターでの自殺企図者（未遂者）に対する精神科的評価

救命救急センターに入院となった自殺企図者（未遂者）に精神科医が関わるようになり、自殺企図者の実態は詳細に把握されるようになったが、同時に自殺企図直後に精神科的な評価を行う上で大きな影響を与えよう問題点も認識されるようになった。以下に、救急医療の現場で精神科的評価を行うこと、自殺企図者の特徴に基づく問題の2つに分けて考察する。

1) 救急医療の現場で精神科的評価を行うことについて

当然のことながら、救命救急センターは身体的な治療が優先される場であるが、これは精神科的な評価を行なう場合には必ずしも最良の環境でないことを意味する。必要な身体的な検査や処置が優先されるため、精神科的な評価は入院中いつでも可能なわけではなく、精神科的な診察の途中でも、検査や処置が優先される。また、身体的な障害や治療による制限があり、ベッド上から動く事ができないために、やむを得ず大部屋での病歴・病状聴取を行う事も多い。このような条件により、たとえ患者本人から情報を得られたとしても、特にプライベートな内容に関しては、個室を使用する通常の精神科外来診察で得られる情報とは性質が異なるものであることが推測される。

精神科外来での初診と比較した場合の違いについて付け加えると、身体的な治療のための情報収集が急がれる

救命救急センター入院直後の状況で得られた情報の中には、精神科的に重要な情報がないことも多い。前医の精神科的診断や処方されている薬剤の服薬状況、患者の簡単な生活状況以外の情報を、精神科以外の医療スタッフが得る機会は少なく、自殺企図や精神科的な評価に必要な情報を精神科医が新たに集めることが必要となり、一般的に自殺企図患者以外の精神科コンサルテーションよりも時間も要する。

また、入院直後は意識障害や身体的障害のために患者本人と話ができない場合も多い。このような事情から、初期の段階での情報は、周囲の人（家族や知人、目撃者）からの情報に偏りがちであり、リエゾン精神科医も本人以外から自殺企図前の状態や、自殺企図の状況を聞くことが多くなる。このために実態と異なる情報に基づく判断を生む可能性も否定できない。情報提供者である家族との関係が不安定である、もしくは患者本人が周囲から孤立している場合、情報源については特に注意を払う必要がある。

2) 自殺企図者の特徴に基づく問題

一部の自殺企図者においては、自殺企図の前後の記憶がはっきりせず曖昧なままで、自殺企図に至った状況や自らの心理状態を説明することが非常に困難になる場合がある。原因として、自殺企図の際に用いた薬剤（向精神薬）やアルコールの影響や、煉炭などを用いた自殺企図の場合にみられる記憶障害をもたらすような物質（CO中毒）の影響、精神症状としての解離症状¹¹⁾などが考えられる。さらに自殺の意図そのものを否認する場合も存在する。

自殺企図直後には精神症状は変化しやすく、自殺企図の当時と身体的な治療を経て精神科的な評価を受けた際の精神症状は異なる。患者は身体的な治療が終結すれば救命救急医療の現場から去っていくが、そのとき判断の根拠となる精神状態の評価は限られた時間の中で行われたものでしかなく、十分でないことも多い。短期間であったとしても退院後の精神科的フォローを行うことは、このような限界を補う意味でも重要である¹²⁾¹³⁾。

救命救急センターで初めて精神科受診に至る場合、精神科受診そのものに対する拒否や、自殺として扱われることに対し反感をあらわにするケースもあるが、まれであった（全未遂者51人中2人）。むしろ、これまで扱われなかった、あるいは無視されてきた患者自身の抱えている問題や、心理状態にあらためて注目し、重要な問題として話し合いがなされることに満足したり、安心したりすることのほうが圧倒的に多いためと思われた。

5. 未遂者の救命救急センター退院後の転帰について

平成18年度の未遂者の退院後の転帰について見ると、当院精神科（西別館1階病棟）に入院となった者が17人

（未遂者の33%）となり，平成14年度から平成17年度と比べて大幅に増加していた（平成14年度は9人，平成15年度は9人，平成16年度は4人，平成17年は12人）。これには2つの理由が考えられる。第一に自殺企図患者に関して当院精神科へ転科する際の受け入れ側の体制が整ってきたことがある。第二に，これまで救命救急センターでの精神科的評価が行われていなかったような症例についても新たに介入を始めたことで，精神科での入院治療が必要と判断される症例が増えたことがあげられる。精神科への継続した入院が可能になれば，自殺企図直後の不安定な状態にある患者のより慎重な評価ができるのに加えて，必要なマネジメントについて十分検討することも可能となる。

精神科受診を拒否した者が2人（未遂者の4%）いたことについては，切迫した自殺の危険性（医療保護入院の必要性）がなければ基本的に患者本人の受診の意思が尊重される精神科の診療の際の原則から考えると，今後も一定の割合で存在するものと思われる¹⁴⁾。再自殺企図の危険性の高い自殺未遂者を，身体的な治療の後に精神科的にどうフォローアップしていくかについてはこれからの課題といえる。

結 語

平成18年度に当院救命救急センターに搬送された自殺企図者の実態を報告した。また，自殺企図者の評価を行っていく上で明らかになった問題点について考察した。救急医療にとどまらず全体的なシステムとして自殺予防を行うという視点に立った場合，自殺企図直後に救命救急センターでリエゾン精神科医が評価を行うことの意義は大きいと考えられた。

文 献

- 1) Strain JJ: Liaison psychiatry. In: Rundell JR, Wise MG (ed), The Essentials of Consultation-Liaison Psychiatry, pp. 3-11, American Psychiatry Press (Washington, DC), 1999.
- 2) 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.
- 3) 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)
- 4) 張賢徳: 自殺研究における多数例研究の意義. 精神医学 38: 477-484, 1996.
- 5) First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Biometrics Research Department (New York), 1997. (高橋三郎監修, 北村俊則, 岡野禎治監訳, 富田拓郎, 菊池安希子共訳: 精神科診断面接マニュアル SCID 使用の手引き・テスト用紙. 日本評論社(東京), 2003.)
- 6) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Br J Psychiatry 181: 193-199, 2002.
- 7) 高橋祥友, 福間 詳: 自殺のポストベンション 遺された人々への心のケア, 医学書院(東京), 2004.
- 8) 張賢徳: 日本の自殺と精神障害の関係 東京調査の結果. 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. pp. 113-137, 勉誠出版(東京), 2006.
- 9) 長沢 崇, 吉野相英: アルコール関連社会問題 ハードコア飲酒運転者・自殺. 最新精神医学 12: 23-28, 2007.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) Russ MJ, Kashdan T, Pollack S, Bajmakovic-Kacila S: Assessment of suicide risk 24 hours after psychiatric hospital admission. Psychiatric Services 50: 1491-1493, 1999.
- 13) 高橋祥友: 自殺の危険の高い患者に対する治療の原則. 精神療法 33: 493-500, 2007.
- 14) 狩野正之, 柴田信義, 横川新二, 間島竹彦: 自殺未遂者のアフターケアにおける精神科通院継続性 求助行動段階および精神疾患診断との関連. 総合病院精神医学 15: 32-44, 2003.

(平成19.10.1受付, 20.1.8受理)