

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

職域・地域連携の自殺対策——精神科病院からの提言——

三 根 芳 明 (西八王子病院)

西八王子病院における新規入院者（のべ 787 名）に占める自殺企図者は平成 18 年から平成 20 年にかけて 111 名、14 % に認められた。自殺手段では過量服薬が 44 % と一番多く、次いで刃物による自傷 26 %、縊首 6 %、飛び降り 6 %、入山 3 %、入水 3 % の順だった。自殺企図者の主診断はうつ病 35 %、パーソナリティ障害 20 %、適応障害やストレス反応などの心因反応群が 15 %、統合失調症 15 % などであった。自殺企図者の紹介元では精神科クリニック 37 %、精神科病院 24 %、一般病院 14 %、救急外来 13 %、当院外来 10 % の順で、日頃からの連携の重要性が示唆された。

自殺予防にむけて精神科病院としてできることは、安全で包括的な治療提供である。特に難治性うつ病や外来治療での遷延化例は入院治療が有用で、入院適応として、① 薬物無効例、② 療養環境が悪く十分な療養が期待できない例、③ 生活リズムが乱れている例、④ 休職期間が 6 か月以上におよぶ遷延例、⑤ 薬物依存性が強い難治例、⑥ 診断が確定できない難治例、⑦ 併発精神障害や身体疾患をもつ遷延例、⑧ 従来からの入院適応例（自殺リスクが高い、拒食、拒薬、重篤な妄想があるなど）が考えられた。

<索引用語：自殺，入院治療，うつ病，ストレスケア病棟，入院適応>

はじめに

WHO の調査¹⁰⁾ によれば自殺企図者の 95 % が精神障害を患っていたことが確認されている。そのために精神科病院としては精神障害を有する人々に、より安全な環境で包括的な治療を提供することが使命であると考ええる。そのためのメリットについて、特にうつ病の入院治療の観点より述べてみたい。併せて当病院の現状および自殺と精神障害との関連について述べる。

1. 西八王子病院の自殺統計

私が勤務する西八王子病院は精神科 182 床、内科 45 床の中規模精神科病院に属する。東京郊外、八王子市の緑豊かな山間部に位置し、うつ病やうつ状態を専門的に治療するストレスケア病棟の運営に力を入れている。

西八王子病院における新規入院患者にしめる自

殺企図者数を表 1 に示す。平成 18 年から 20 年までの新規入院患者数はのべ 787 名、うち自殺企図をおこして入院してきたものは 111 名 (14 %) だった。平成 18 年に 61 名 (17 %) であったが、翌年、翌々年にはそれぞれ 33 名 (13 %)、17 名 (8 %) と減少している。これは八王子近辺の自殺企図者数が減少したわけではなく、平成 18 年の看護基準の改定以降、当院の看護師数が減少したため新患をそれまでのように受け入れられなく

表 1 西八王子病院における新規入院患者にしめる自殺企図者数

	新規入院患者数	自殺企図患者 (%)
平成 18 年	325 名	61 名 (19 %)
平成 19 年	259 名	33 名 (13 %)
平成 20 年	203 名	17 名 (8 %)

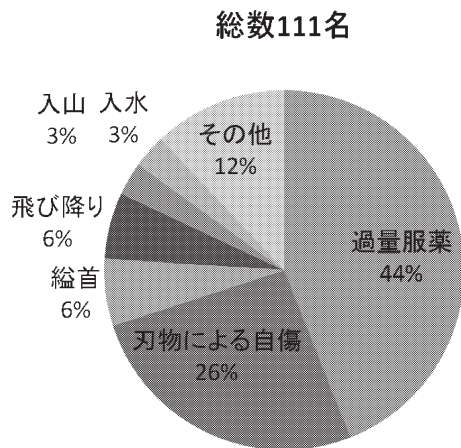


図1 新規入院自殺企図患者の自殺手段
(H 18～20 年)

なったためである。当院の関連大学病院である S 大学病院でも、救命センターへ搬送された自殺企図者を看護師不足によりそのまま入院へ繋げることができずに返す場合が多くなったと聞いている。いわゆる医療崩壊の影が自殺企図者の受け入れにも反映されている。この点は是非政治レベルでの解決策が望まれる。

年代別での新規入院自殺企図者数は、20 歳代 (33 名) が一番多く、30 歳代 (29 名)、40 歳代 (17 名)、50 歳代 (11 名)、60 歳代 (7 名)、70 歳代 (6 名) などの順であった。10 歳代 (5 名) を除くと若年層ほど多かった。図 1 は新規入院自殺企図者の自殺手段だが、過量服薬 44 %が一番多く、次が刃物による自傷 26 %で、以下縊首 6 %、飛び降り 6 %、入山 3 %、入水 3 %の順であった。新規入院自殺企図患者の主診断内訳 (図 2) は順にうつ病 35 %、パーソナリティ障害 20 %、適応障害やストレス反応などの心因反応群が 15 %、統合失調症 15 %などであった。なおパーソナリティ障害や心因反応群の多くはうつ状態を呈していた。図 3 は自殺企図入院者の紹介元であるが、精神科クリニックが 37 %と一番多く、次いで精神科病院 24 %、一般病院 14 %、救急外来 13 %、当院の外来 10 %となっている。その他の内訳は Employee Assistance Program (EAP) からと

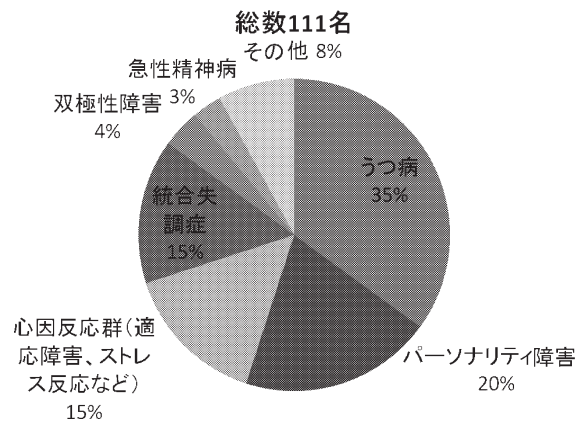


図2 新規入院自殺企図患者の主診断 (H 18～20 年)

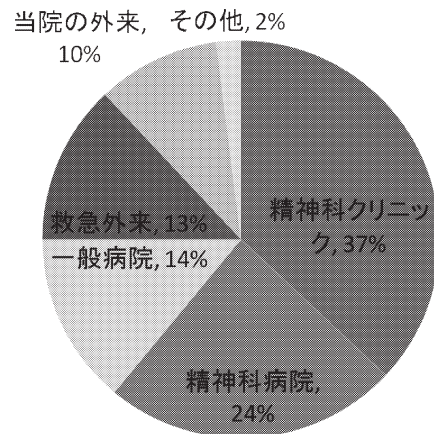


図3 自殺企図入院患者紹介元 (H 18～20 年)

産業医からの紹介がそれぞれ 1 %ずつだった。救急外来の医療機関を除いては通常患者の入院紹介元とほぼ同じ割合であった。日頃からの連携連絡の重要性が示唆された。

2. 自殺と精神障害との関係

うつ病性障害と自殺の相関はばらつきがあるが 29 %～88 %と報告⁷⁾されている。いずれにしても多くの自殺者がうつ病をはじめとした精神障害を合併していることは重要な点で、われわれ医療機関としてもその治療を提供することが使命であると考え、

自殺にかかわる特定の症状を米国精神医学会ガイドライン²⁾は次のように述べている。1) 不安と自殺企図との関係はなお不明瞭であるが、不安に対してベンゾジアゼピンと第二世代抗精神病薬、抗けいれん薬によって短期間で改善するかもしれない。2) 絶望は自殺リスクに関係している要因で、診断と独立していることが確認されている。3) 命令調の幻聴は幻覚のある患者がそれに従うか否か研究結果は一致していない。4) 衝動性と攻撃性は、気分障害と統合失調症の自殺に関係しているが、Borderline personality disorder (BPD), PTSD では同義とは認められない。また自殺の発生時期については以下の時期に発生しやすいと報告している。1) 気分障害のうつ病相期。2) 統合失調症再発からの回復した時期。3) アルコール、薬物障害の使用時期。なお不安障害、自殺企図歴は精神障害の診断カテゴリーではないが、後の自殺に関係する重要な因子であるという。従来からうつ病における自殺の危険が高いのは回復期が強調されてきたが、米国精神医学会ではむしろ病相期をあげている。飛鳥井¹⁾はうつ病の危険が最も高いのは早期の段階と述べているが、うつ病はどの時期も自殺との関係性が高いということであろう。鎌田³⁾は精神病の前駆期と発症後1年間はリスクが高く、危険因子としては抑うつと絶望の重要性を指摘している。

3. 入院とうつ病治療

ストレスケア病棟での治療経験より、うつ病の入院治療の有用性を実感しているが、外来治療で効果が乏しい場合は入院治療に切り替えることが重要であると考ええる。しかし現状は1年以上も休職や自宅療養していても外来治療を漫然と続けている症例も少なくはないと思われる。徳永⁹⁾は症状が軽症だからといって、外来治療の回復が容易であるとは言いがたく、むしろ一定期間の外来治療や自宅療養で回復に至りにくい場合は、うつ病治療専門病棟への入院治療に切り替えることが重要であると述べている。またうつ病治療専門病棟であるストレスケア病棟を設置する13病院を対象

とした調査では、全入院者数13334人(2007年3月現在)のうち、自殺発生件数は25件、自殺発生率0.019%と少ない自殺率であったことをあげ、一般精神科病棟よりうつ病専門病棟のほうが自殺防止効果が大きかったと述べている。

入院治療の利点として鈴木ら⁶⁾は、入院環境は外来診療に比べ治療者側に時間的ゆとりがあることを指摘し、入院環境で重視すべきこととして以下のことをあげている。1) 詳細な生活史を検討できる。病前性格や対人関係の問題を再検討できる。うつ病の遷延化要因(職務内容、職務時間、人間関係など)を特定できる。2) 診断を再検討できる。Parkerら⁵⁾は重症うつ病の18%は双極性障害だったと報告しているが、双極性障害の可能性を検討できる。不安障害(49%)、パーソナリティ障害(31%)および摂食障害(5%)による二次的うつ病を再検討できる。3) 身体疾患の治療ができる。身体疾患を合併したうつ病患者はうつ病エピソードの回数が多く、現在のエピソード期間が長く、また抑うつの重症度、機能低下が強いと言われており¹¹⁾、身体疾患の治療も必要である。これに加え、十分量十分期間といわれる薬物療法がなされていたのかも再検討する必要性をあげている。

さらに入院治療のうつ病回復因子として以下の点が考えられる。

1) 集団療法的効果

うつ病同質者集団に入り、医療スタッフに囲まれた環境は、「職場スタッフや家庭人としての私」という責任感を軽減し、安心して治療に専念できる場が提供される。徳永⁹⁾は回復傾向にある患者の動きを同じ患者としての目で確認できることをあげ、「治癒像の視覚化」と呼んでいる。これとは逆に後述する症例Aは他の入院患者が回復に3か月かかっていることを見て、ショックを受けたがそれが自己の病を認識し受け入れる契機につながった。いずれにしても治療者は集団力動に心を配り、治療的に配慮することが重要である。

2) 生活リズムの規則化

規則正しい睡眠リズム、食習慣、体操や散歩へ

の動機づけなどは基礎体力をつけ、自立的な活動を開始する良い契機となる。また睡眠表を毎日記録することにより、自らの状態の把握を容易にする。ある双極2型障害の症例はそれまでの自由奔放な生活リズムを修正したところ、ラピッドサイクラーの波が収まり病状も安定した。

3) 治療プログラムへの導入

治療者が有能であっても時間的余裕がなければ精神療法も効果が乏しい。また多職種かつ複数の治療チームによる働きかけは外来治療では困難である。精神療法的働きかけや家族療法も入院環境のほうが容易である。また薬物療法と同等の効果が確認されている認知行動療法や対人関係療法のプログラム導入も可能である。そのほか芸術療法や作業療法、自律訓練法など必要に応じたプログラムへ導入できる。

これらを踏まえ、以下の場合は入院適応と考える。

- ① 難治性うつ病といわれる薬物療法無効例：投与期間が十分期間といっても抗うつ薬を（2週から4週かけて）十分量まで増量した後、効果がでるまでさらに8週間何もしないで待つということは、臨床場面ではまずないだろう。せいぜい4週間くらいではないだろうか。そうすると1剤で6週から8週かかる計算になる。仮に無効だった場合、アルゴリズムに従って第4段階までかかるのに24週から32週（約6か月から8か月）だろう。それ以上の漫然とした治療は効果が乏しいと考える。
- ② 療養環境が悪く十分な休養が期待できない例：職場が気になり休まらない、主婦は家事が気になり家庭で休まらない、感情的になりやすい家族がいる、本人や家族、職場スタッフの病気に対する認識が低く再発を繰り返すものなど。
- ③ 生活リズムが乱れている例：睡眠リズムの乱れや、不規則な食事習慣、気まますぎる生活を送る例は、規則正しい生活を身につけることで症状の改善につながることも多

い。

- ④ 休職期間が6か月以上におよんでいる遷延例：小川⁴⁾の研究によると過去5年間で6か月以上休職しているものは有意に復職しにくかった。
- ⑤ 薬物依存性が強い難治例：背景に不安障害やパーソナリティ障害の合併がみられたり、薬物調整や生活指導が外来では難しい場合が多い。
- ⑥ 診断が確定できない難治例
- ⑦ 併発精神障害や身体疾患を持つ遷延例
- ⑧ 従来からの入院適応例：自殺リスクが高いもの。拒食、拒薬のみられるもの。重篤な妄想がみられるものなど。

4. 症例提示

症例A 20歳代後半、男性

〈生活歴・起始経過〉2人兄弟の第1子。病前性格は人見知りする、人付き合いが苦手。専門学校卒業後、イラストレーターとして就職した。

20歳代前半仕事上のストレスのため意欲低下、不安感、体調不良が出現した。出社できなくなりX-5年にBクリニックを受診した。治療を開始したものの、職場の人間関係がうまくいかず、強い不安感、焦燥感および眠気がみられ軽快と悪化を繰り返し休みがちであった。職場でうまくいかない人がいる、気分が晴れない、疲れがとれない、眠気が強い、怒りっぽくなる、物に当たってしまうなどの訴えが続いた。X-1年に退職して実家に戻りフリーのイラストレーターになったが、仕事が入らずに不安感が増大した。X年1月ベルト、ネクタイで自宅そばの駐車場で首吊りを試みようとしたが、物音に気付いた家人に止められた。家人、本人ともに入院を希望し紹介されて来た。それまで種々の新規抗うつ薬が試みられたが無効だった。

〈入院後経過〉2週間以上続く意欲の低下、興味・喜びの低下、抑うつ気分、行動の抑制、睡眠障害、自責感、希死念慮などから診断は大うつ病とした。入院時うつ病評価尺度（SDS）68点、

ハミルトンうつ病評価尺度 24 点 (17 項目)。他罰的ではないが、回避傾向を認めた。規範に対しては好意的ではなくストレスに感じるようであった。倦怠感や眠気が強く、症状が慢性化してきており、薬物反応性が悪かったことより樽味のディスチミア親和型うつ病⁸⁾を想起させた。入院目的として睡眠リズムの改善、薬物調整、発病のいきさつや自分の性格を振り返る「心の整理」とした。

元来自分の気持ちを言葉で伝えることが苦手で、当初不安などを訴えてこなかった。2 週間程して、同室患者が元氣そうであるにもかかわらず 3 か月も入院していることを聞き、不安感が増大し、夜勤帯に荷物をまとめて退院すると言い出した。とりあえず主治医と電話で話し思い止まった。翌日家族を交えて話し合い、今後週末は外泊しながら治療を続けることで納得した。しばらくして再び退院したい思いが募り、帰院時刻を過ぎても院外の喫煙場所にたたずんで戻らないことがあった。そのため退院まであと 1 か月と入院期間を明確化し、言葉によるコミュニケーション能力の改善を治療目標として設定しなおした。また外泊中にビールが飲みたいと言いだし父親と衝突したことがあったが、病棟看護師へ電話して話すことで落ち着き、相談することの効果を実感したようだった。その後徐々に他患者との交流が自然にできるようになり、OT プログラムで感想を述べたり、スタッフに相談してくるようになった。

退院時に今回の入院ではとても大切なことを気付いたと言ひ、家族との絆、考え方の転換方法、対人関係の作り方をあげた。当初入院は挫折のイメージがあったが、今は反対によかったと述べた。抗うつ薬は 1 種類のみ使用されていたトリプタノールを中止した。退院時 SDS 29 点、ハミルトンスコア 1 点 (17 項目) に改善していたが、躁状態を疑わせる症状は観察されなかった。

それまでの外来治療の反応が悪い遷延化例であ

る。自殺企図を契機として入院治療へ繋がった。入院により初めて自己の病気に向き合うこととなり、当初は受け入れられずに退院しようとしたが、スタッフや家族の介入および治療の枠組みを本人を交えて話し合い、組み直していく過程で、徐々にうつ病患者としての自己を受け入れられるようになった。このことは入院という治療集団の場において、より有効に作用したと考えられた。

文 献

- 1) 飛鳥井 望：精神科医療における自殺とその予防対策：精神障害による自殺の実態。日精協誌，20 (5)：13-16, 2001
- 2) 自殺行動の評価と精神医学的ケア：米国精神医学会治療ガイドコンペンディウム。医学書院，東京，2006
- 3) 鎌田康宏：自殺予防とうつ病の治療。臨床精神薬理，9：155-156, 2006
- 4) 小川哲男：うつ病患者の復職にあたって有用な判断材料は何か？ (第 5 回日本うつ病学会総会でのポスター発表より)
- 5) Parker, G.B., Malhi, G.S., Crawford, J.G., et al.: Identifying "Paradigm failures" contributing to treatment-resistant depression. J Affect, 87; 185-191, 2005
- 6) 鈴木枝里子, 坂元 薫：入院の診立て・判断—うつ病慢性期の場合—。精神科治療学，24；425-430, 2009
- 7) 高橋祥友：自殺：気分障害治療ガイドライン (上島利編)。医学書院，東京，p. 164-172, 2004
- 8) 樽味 伸：現代社会が生む“ディスチミア親和型”。臨床精神医学，34：687-694, 2005
- 9) 徳永雄一郎：ストレスケア病棟における入院治療の適応—外来・入院の比較検討—。精神科治療学，24；321-325, 2009
- 10) WHO: Suicide Rates by country, year and gender. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/, 2004
- 11) Yates, W.R., Michell, J., Rust, A.J., et al.: Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR* D. Gen Hosp Psychiatry, 26; 421-429, 2004