

精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴： 心理学的剖検による76事例の検討

廣川聖子¹⁾，松本俊彦^{2,3)}，勝又陽太郎⁴⁾，木谷雅彦⁵⁾，赤澤正人⁶⁾，
亀山晶子⁷⁾，高橋祥友⁸⁾，川上憲人⁹⁾，渡邊直樹¹⁰⁾，平山正実¹¹⁾，
竹島 正^{2,3)}

Seiko Hirokawa, Toshihiko Matsumoto, Yotaro Katsumata, Masahiko Kitani,
Masato Akazawa, Akiko Kameyama, Yoshitomo Takahashi, Norito Kawakami,
Naoki Watanabe, Masami Hirayama, Tadashi Takeshima

本研究では心理学的剖検の手法を用いた自殺の実態調査において情報収集がなされた自殺既遂事例のうち、死亡前1年以内に精神科受診行動がみられた一群の臨床的特徴について明らかにした。

調査によって情報収集がなされた76事例を対象として、死亡前1年間に精神科受診歴があった者（精神科受診群）と非受診者（非受診群）の2群に分類し、心理社会的特徴および精神医学的診断について比較を行った。また精神科受診群については、その受療状況などの臨床的特徴についての分析を行った。精神科受診群と非受診群の割合は、同率の38例（50.0%）であった。受診群でやや女性が多く、39歳以下の者が65.8%を占めており、非受診群に比べ有意に若年であった。また、非受診群に比べ、受診群では自殺時の向精神薬の過量摂取、死亡前の自傷・自殺未遂経験が有意に高率であった。精神医学的診断では、共通して最も多かった診断名は気分障害（63.5%）であったが、受診群で統合失調症の割合が非受診群に比べ高く、非受診群では適応障害が高いという傾向がみられた。受診群の精神科受療状況をみると、90%近くが死亡前1ヵ月内という自殺の直前に受診をしており、65.7%が1年以上の治療期間を有していた。さらに、受診群を男女で比較すると、女性で有意に若年であり（平均年齢30.1歳；SD=12.3）、また死亡前の自傷・自殺未遂歴については女性患者において80%以上の経験率を有していた。これらの結果から、今後の自殺対策の方向性として、若年成人への対策、特に、統合失調症に罹患した者への対策、精神科治療薬の過量服薬を防止するための対策、さらに自傷行為がみられる女性患者への対策を講じる必要があると考えられた。

<索引用語：自殺，心理学的剖検，若年成人，過量服薬，自傷行為>

著者所属：1) 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科 2) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 3) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター自殺予防総合対策センター 4) 新潟県立大学人間生活学部子ども学科 5) 元独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 6) 兵庫県こころのケアセンター 7) 日本大学文理学部人文科学研究科 8) 筑波大学医学医療系災害精神支援学 9) 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野 10) 関西国際大学人間科学部人間心理学科 11) 聖学院大学総合研究所

本論文は、PCN誌に掲載された最新の研究論文¹⁶⁾を編集委員会の依頼により、著者の1人が日本語で書き改め、その意義と展望などにつき加筆したものである。

はじめに

わが国の年間自殺者数は、長きにわたり3万人以上という水準のまま推移してきた。先ごろ発表された警察庁の自殺統計によれば、2012年の自殺者数は15年振りに3万人を下回り、これまでの自殺対策による一定の成果が示されたとも考えられる。とはいえ、世界的にみても日本の自殺死亡率は8位と依然高い水準にあり²²⁾、さらなる対策の充実を目指し、昨年、自殺総合対策大綱の見直しが行われた。

自殺の背景にあるとされる経済・生活問題など、複雑多岐な要因の中でも、特に重要な要因であるのは、精神障害の存在である^{6,9)}。事実、これまでに多くの先行研究にて、自殺者の90%以上が自殺直前に何らかの精神障害に罹患した状態にあったことが報告されている^{4,8)}。こうしたことから、これまで自殺リスクの高い者をいかにして精神科治療につなぐかが、自殺対策における重要な課題とされてきた。

しかしその一方で、精神科治療に結びついていながらも、自殺既遂に至ってしまった事例も存在する。このような、精神科治療を受けながらも自殺既遂に至った者の臨床的特徴と問題の焦点を明らかにすることは、よりよい精神科医療の追求と、自殺対策の発展に資するものと期待される。

本研究では、心理学的剖検の手法を用いて死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の臨床的特徴を明らかにし、今後のわが国における自殺予防対策の課題について検討した。

I. 研究方法

1. 対象および調査方法

本研究は、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センターにて実施している、心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」(以下、基礎調査)をもとにしている。調査対象の選定基準など、基礎調査の詳細については、我々のこれまでの報告²⁶⁾を参照していただきたい。本研究で扱う自殺事例は、基礎調査におけるデータのうち、2006年

1月から2009年12月に死亡した76事例である。

基礎調査では、遺族に対し、独自に作成された面接票^{17,26)}に準拠した半構造化面接を行う。面接は、原則として精神科医と保健師などから構成される2名の調査員によって行われる。各事例の精神医学的診断については、調査員を務めた精神科医が、遺族からの聞き取りによって得られた全ての情報を用いてDSM-IV¹⁾に準拠した臨床診断を行う。

なお、調査は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施されている。

2. 分析方法

研究対象の76事例において、「死亡前1年間における精神科もしくは心療内科への受診歴の有無」に着目して分析を行った。死亡前に受診行動が認められた者を「精神科受診群」、それ以外の者を「精神科非受診群」と分類し、以下に挙げる変数について、2群間で比較を行った。また、精神科受診群については男女間での比較分析を行った。

比較に用いた変数は、調査票の項目のうち、①人口動態的変数(性別、年齢、年齢階級、職業)、②一般医学的問題(死亡1年前の重症の身体疾患、死亡1年前の一般診療科受診歴、自殺の状況、自殺関連行動の既往)、③社会的背景(家族構成、幼少期における被虐待経験や親との離別、死亡1年前の離婚、死亡1年前の転職・失職・休職歴、死亡時点の返済困難な借金)、および④DSM-IVに基づく精神医学的診断である。さらに、精神科受診群については、その受療状況(最終受診時期、精神科通院期間、薬物療法の状況、入院治療の有無)についても分析を行った。

II. 結果

1. 死亡1年前の精神科受療行動の有無による心理社会的特徴

死亡1年前の精神科受診行動の有無による心理社会的特徴について、表1に示す。

対象者76事例において、精神科受診者と非受診者の割合は、同数の38例(50.0%)であった。性

表1 死亡前1年間の精神科受療行動の有無による心理社会的特徴の比較 (N=76)

		精神科受診群 (N=38)	精神科非受診群 (N=38)	
人口動態的変数	性別**			
	男性	22 (57.9%)	33 (86.8%)	
	女性	16 (42.1%)	5 (13.2%)	
	平均年齢**	36.8 (SD=13.9)	46.3 (SD=17.2)	
	年齢別階級*			
	若年群 (39歳以下)	25 (65.8%)	14 (36.8%)	
	中年群 (40~59歳)	11 (28.9%)	15 (39.5%)	
	高齢群 (60歳以上)	2 (5.3%)	9 (23.7%)	
	死亡時点の有職者	21 (55.3%)	27 (71.1%)	
	死亡前1年間の重症疾患あり	9 (23.7%)	8 (21.1%)	
	死亡前1年間の一般診療科受診あり	24 (63.2%)	30 (78.9%)	
	かかりつけ医あり**	30 (78.9%)	17 (44.7%)	
	既遂時の過量服用あり**	22 (57.9%)	10 (26.3%)	
医学的問題	薬物；向精神薬*** (重複回答あり)	19 (50.0%)	2 (5.3%)	
	睡眠薬***	15	2	
	抗精神病薬*	7	0	
	安定剤*	6	0	
	抗うつ薬**	8	0	
	アルコール	7 (18.4%)	4 (10.5%)	
	鎮痛剤	1 (2.6%)	1 (2.6%)	
	農薬	0	1 (2.6%)	
	その他有害物質	0	3 (7.9%)	
		自傷・自殺未遂経験あり**	20 (52.6%)	7 (18.4%)
		平均同居家族数	3.0 (SD=1.2)	2.8 (SD=1.2)
	幼少時の被虐待経験あり	7 (18.4%)	3 (7.9%)	
社会的背景	婚姻歴あり**	17 (44.7%)	29 (76.3%)	
	離婚歴あり	1 (2.6%)	5 (13.2%)	
	両親との離別経験あり	8 (21.1%)	6 (15.8%)	
	死亡前1年間の転職経験あり	9 (23.7%)	4 (10.5%)	
	死亡前1年間の休職経験あり	6 (15.8%)	3 (7.9%)	
	死亡前1年間の返済困難な借金経験あり*	4 (10.5%)	13 (34.2%)	

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

別は、受診群でやや女性が多く、平均年齢は受診群で36.8歳 (SD=13.9) であり、非受診群の平均年齢46.3歳 (SD=17.2) と比べて有意に若年であった。対象者を若年群 (39歳以下)、中年群 (40~59歳)、高齢群 (60歳以上) という3つの年

別で分類すると、精神科受診群では若年群が65.8%とその大半を占めていた。

自殺時の物質使用については、死亡時に向精神薬を過量に服用していた者が受診群で有意に高率であり (p<0.001)、特に若年層で多く認められ

た。自殺以前の自傷・自殺未遂の経験については受診群で有意に高く、半数以上の者が自傷・自殺未遂を経験していた。

なお、死亡時に居住していた地域ブロックの内訳は、東海北陸・近畿地域が25名(32.9%)、次いで関東・信越地域が24名(31.6%)、北海道・東北地域が13名(17.1%)、中国・四国地域が8名(10.5%)、九州地域が6名(7.9%)であり、本研究の対象の中で多くの割合を占めていたのは、首都圏を含む関東甲信越・中部近畿の比較的都市部であった。また、人口動態的変数について本研究の対象をわが国における自殺者の全数統計と比較した場合、やや男性、若年層、有職者の割合が高いものの、ほぼ一致する集団であると推測された。

2. 精神医学的診断による精神障害の内容

対象76事例のうち、精神科医の判断がつかなかった2名を除く74名を精神医学的診断の分析対象とした。74事例のうち、66名(89.2%)が、死亡時点で何らかの精神障害に罹患していたことが推測された(表2)。最も多くみられた診断名は両群とも気分障害であり、全対象者の63.5%に認められた。精神科受診群では、非受診群に比べ統合失調症に罹患していたと推測される者の割合が有意に高く($p < 0.05$)、また非受診群では受診群に比べ適応障害の診断がつく者の割合が有意に高いという傾向がみられた($p < 0.05$)。

3. 精神科受診に関する状況

死亡前に精神科を受診していた38名について、その受療状況を整理した(表3)。

38名のうち、最後に受診した診療科が精神科であった者は32名(84.2%)であった。最終受診から自殺までの期間をみると、自殺から3日以内の受診(入院中も含む)が16名(42.1%)で、1ヵ月以内という直近の受診は90%近くに及んだ。治療歴については、死亡直前に初診だけを受けた者が2名(5.3%)、1年未満の通院が5名(13.2%)であり、25名(65.7%)が1年以上の精神科治療歴を有していた。死亡前の1年間に精神科薬物療

法を受けていた者は30名(78.9%)であり、そのうち治療中断もしくは服薬の自己中断・怠薬が認められたのは8名(21.1%)であった。

4. 精神科受診群における性差による比較

受診群38名について、男女間にて心理社会的特徴、精神医学的診断、精神科受療状況に関して比較を行った(表3, 4)。受診群においては男性に比べ女性で有意に若年であり、その平均年齢は30.1歳($SD = 12.3$)であった。年齢層別でみても、男性では若年群と中年群がほぼ同数であったのに対し、女性ではその90%近くが30代以下の若年群であった。この他、特に男女間で相違がみられたのは自殺既遂以前の自傷・自殺未遂経験の有無であり、女性の精神科患者における経験率は81.3%と、顕著に高いものであった。

Ⅲ. 考 察

1. 自殺既遂者の精神科受診率

本研究では、自殺既遂者の約90%が自殺直前に何らかの精神疾患に罹患した状態にあったと推測され、国内外の先行研究とほぼ一致する結果であった⁴⁵⁾。だが、既遂者における精神科受診率については、諸外国における先行研究^{3,7,12)}ではいずれも30%前後であるのに対し、我々が得た数値は50%と高いものであった。この結果は、精神科医療につながっていた既遂者の家族ほど、精神科医療につながっていたにもかかわらず何故自殺を防ぐことができなかつたのかという思いから、本研究に積極的に参加した可能性があるとも推測できる。しかしその一方で、本研究の結果を支持する知見もある。張らが東京都内で実施した心理学的剖検調査¹⁰⁾や、東京都福祉保健局が実施した自死遺族からの聞き取り調査²⁷⁾では、いずれも自殺者の約50%が自殺時に精神科治療継続状態にあった。これらの調査はいずれも東京都内で実施されたものであることから、自殺既遂者における高精神科受診率という特徴は、本研究においても対象の多くを占めていた、首都圏を含む都市部在住者における特徴と理解することもできる。

表2 死亡時に罹患していたと推測される精神医学的診断（重複診断あり）（N=74^{a)}）

	精神科受診群 (N=37)	精神科非受診群 (N=37)
精神疾患の有無	36 (97.3%)	30 (81.1%)
通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害		
広汎性発達障害	2 (5.4%)	0
知的障害	1 (2.7%)	0
知的障害	1 (2.7%)	0
せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害		
認知症	1 (2.7%)	0
認知症	1 (2.7%)	0
物質関連性障害		
アルコール使用障害	6 (16.2%)	9 (24.3%)
アルコール依存	4 (10.8%)	9 (24.3%)
アルコール依存	3 (8.1%)	6 (16.2%)
アルコール乱用	1 (2.7%)	3 (8.1%)
薬物使用障害		
薬物使用障害	2 (5.4%)	1 (2.7%)
薬物依存	2 (5.4%)	0
ニコチン依存	0	1 (2.7%)
統合失調症および他の精神病性障害*		
統合失調症*	7 (18.9%)	0
統合失調症*	7 (18.9%)	0
気分障害		
気分障害	27 (73.0%)	20 (54.1%)
大うつ病性障害	21 (56.8%)	18 (48.6%)
気分変調性障害	8 (21.6%)	5 (13.5%)
双極 I 型障害	2 (5.4%)	0
双極 II 型障害	1 (2.7%)	1 (2.7%)
不安障害		
不安障害	7 (18.9%)	4 (10.8%)
全般性不安障害	5 (13.5%)	3 (8.1%)
強迫性障害	2 (5.4%)	0
パニック障害	1 (2.7%)	2 (5.4%)
身体表現性障害		
身体表現性障害	0	1 (2.7%)
心気症	0	1 (2.7%)
解離性障害		
解離性障害	1 (2.7%)	0
摂食障害		
摂食障害	1 (2.7%)	2 (5.4%)
神経性無食欲症	1 (2.7%)	1 (2.7%)
神経性大食症	0	1 (2.7%)
他のどこにも分類されない衝動制御の障害		
病的賭博	0	3 (8.1%)
病的賭博	0	3 (8.1%)
適応障害*		
適応障害*	0	6 (16.2%)
パーソナリティ障害		
パーソナリティ障害	4 (10.8%)	3 (8.1%)

*p<0.05

a) 2名の対象者については精神科医師の判断がつかなかったためN=74とした。

2. 死亡1年以内に精神科受診歴のある自殺既遂者の特徴

本研究では、精神科受診歴のある自殺既遂者において、以下の4つの特徴が認められた。

1) 向精神薬の過量服用

本研究における精神科受診群では、自殺既遂時に向精神薬の過量服用が多く認められていた。向精神薬の過量摂取自体は飛び降りや縊首などに比

表3 死亡前1年間の精神科受診の状況

	全体 (N=38)	男性 (N=22)	女性 (N=16)
最期1年間に精神科治療を受けていた	36 (94.7%)	21 (95.5%)	15 (93.8%)
最期の受診科は精神科	32 (84.2%)	18 (81.8%)	14 (87.5%)
精神科受診から自殺までの期間			
～3日以内 (入院中含む)	16 (42.1%)	10 (45.5%)	6 (37.5%)
～1ヵ月内	18 (47.4%)	8 (36.4%)	10 (62.5%)
～3ヵ月内	2 (5.3%)	2 (9.1%)	0
3ヵ月～	1 (2.6%)	1 (4.5%)	0
不明	1 (2.6%)	1 (4.5%)	0
受診から死亡までの平均日数 (日)	21.3 (SD=53.7)	30.1 (SD=70.6)	10.0 (SD=10.5)
精神科初診から最終受診までの期間			
死亡直前に初診のみ	2 (5.3%)	1 (4.5%)	1 (6.3%)
1年未満	5 (13.2%)	3 (13.6%)	2 (12.5%)
1年～5年未満	11 (28.9%)	4 (18.2%)	7 (43.8%)
5年以上	14 (36.8%)	11 (50.0%)	3 (18.8%)
不明	6 (15.8%)	3 (13.6%)	3 (18.8%)
死亡前1年間の投薬	30 (78.9%)	18 (81.8%)	12 (75.0%)
死亡前1年間の治療の中断・怠業	8 (21.1%)	5 (22.7%)	3 (18.8%)
死亡前1年間の治療効果			
良くなっていた	10 (26.3%)	6 (27.3%)	4 (25.0%)
安定していた	2 (5.3%)	0	2 (12.5%)
変化なし	7 (18.4%)	5 (22.7%)	2 (12.5%)
悪化していた	17 (44.7%)	10 (45.5%)	7 (43.8%)
不明	2 (5.3%)	1 (4.5%)	1 (6.3%)
死亡前1年間に精神科への入院経験あり	7 (18.4%)	2 (9.1%)	3 (18.8%)

べ致死性の低い手段であるが²⁹⁾、自殺の意図の有無に関わらず不安解消のために用いていた場合であっても、その脱抑制効果により結果として致死的な自殺行動を促進することが知られている¹¹⁾。本研究の結果も、治療の目的で処方された向精神薬が、不適切な使用方法により自殺行動を促進してしまった可能性を示唆している。さらに今回の対象においては、向精神薬の過量服用は若年群に多く認められており、若年者への処方の際にはより慎重に処方薬の服用状況や個人の衝動性、対処行動の傾向などの把握に努める必要があると考えられる。

2) 自傷・自殺未遂経験

自傷・自殺未遂が自殺のリスクファクターであ

ることは既知のとおりであるが²³⁾、精神科受診群で有意に既遂以前に自傷・自殺未遂を経験していたという本研究の結果は、その行為により精神科治療に結びつくことができた可能性もある一方で、精神科医療の現場で自傷・自殺未遂者へのケアが看過されがちである可能性を示唆している。特に本研究の精神科受診群においては、“若年の女性”で既遂前の自傷・自殺未遂の経験がより顕著であり、また女性患者では最終受診から平均10日という短期間で既遂に至っていた。この結果から、特に若い女性患者において、自傷行為の内容が致死性の低いものである場合や行為が反復的な場合に、その自殺リスクが過小に評価される傾向があることが推測される。

表4 精神科受診群における男女間の比較 (N=38)

		男性 (N=22)	女性 (N=16)
平均年齢**		41.7 (SD=13.1)	30.1 (SD=12.3)
人口動態的変数	年齢別階級*		
	若年群 (39歳以下)	11 (50.0%)	14 (87.5%)
	中年群 (40~59歳)	10 (45.5%)	1 (6.3%)
	高齢群 (60歳以上)	1 (4.5%)	1 (6.3%)
死亡時点の有職者		15 (68.2%)	6 (37.5%)
自殺時の過量摂取あり		14 (63.6%)	8 (50.0%)
医学的問題	薬物；向精神薬 (重複回答あり)	12 (54.5%)	7 (43.8%)
	睡眠薬	9 (40.9%)	6 (37.5%)
	抗精神病薬	4 (18.2%)	3 (18.8%)
	安定剤	5 (22.7%)	1 (6.3%)
	抗うつ薬	4 (18.2%)	4 (25.0%)
	自傷・自殺未遂経験あり**	7 (31.8%)	13 (81.3%)
社会的背景	結婚歴あり	13 (59.1%)	4 (25.0%)
	死亡前1年間の転職経験あり	4 (18.2%)	5 (31.3%)
	死亡前1年間の休職経験あり	5 (22.7%)	1 (6.3%)
	死亡前1年間の返済困難な借金経験あり	4 (18.2%)	0
精神医学的診断 ^{a)}	物質関連性障害	5 (22.7%)	1 (6.7%)
	統合失調症	4 (18.2%)	3 (20.0%)
	気分障害	15 (68.2%)	12 (80.0%)
	不安障害	5 (22.7%)	2 (13.3%)
	パーソナリティ障害	3 (13.6%)	2 (13.3%)

*p<0.05, **p<0.01

a) 精神科医の判断がつかなかった1名を除いたため、精神医学的診断のみ女性N=15とした。

3) 統合失調症

また、本研究の受診群では非受診群に比べ、統合失調症患者の割合が有意に高く、また、統合失調症では他の精神疾患に比べより精神科受診率が高いという結果であった。統合失調症は、うつ病やアルコール依存症とともに自殺に密接に関連する精神障害であり^{15,31)}、自殺の相対危険率は一般人口の8倍以上にも及ぶ¹⁴⁾。だが、統合失調症に罹患していた自殺者の約80%は精神科治療中で自殺直前まで規則的に通院していたとの報告もあり^{13,30)}、このことは統合失調症が自殺リスクの高い疾患でありながら、その予測が治療者をはじめ周囲にとって非常に困難であることを示している。このような患者では急性症状の悪化が自殺のリスクと並行することも知られており³¹⁾、たとえ

本人が自殺念慮を訴えていない場合であっても、客観的なモニタリングに伴い、随時自殺のリスク評価を実施することが予防につながる可能性があると考えられる。

4) 若年

本研究では、精神科受診・非受診で精神障害の罹患率に差がないにもかかわらず、受診群は非受診群に比べ有意に年齢が低かった。これは、Luoma¹⁹⁾の指摘同様、わが国でも、メンタルヘルス問題に関する啓発活動の結果、若年層では精神科受診に対する抵抗感が軽減していることが推察される。また、本研究では、受診群の約70%が1年以上に及ぶ精神科治療歴をもっていた。しかもそのほとんどが薬物療法を受けており、治療中断や服薬の自己中断・怠薬が認められたのは20%ほ

どにとどまっていた。この結果は、精神科受診群の多くが継続した薬物療法を受けていたにもかかわらず、自殺既遂に至ったという可能性を示唆しており、薬物療法中心になりがちな治療構造・治療関係では、自殺予防の目的に十分に機能しきれていない可能性がある。若年群をはじめとする精神科受診につながったハイリスク者に対しては、適切な薬物療法に加え、患者が精神科治療に何を望んでいるか、家族環境の調整を含めた社会的支援のニーズに敏感である姿勢、社会的支援につなげていく態勢を精神科医療がもつことが求められているのではないだろうか。

3. 自殺予防の課題と提言

本研究から得られた知見から、20~30代の若年成人、特に都市部在住の若年成人においては、すでに精神科受診のハードルは低く比較的治療につながりやすいにもかかわらず、その自殺を阻止しきれていないという可能性が示唆された。実際、わが国の自殺者数において、この十数年で確実に増加し続けている年代は20代、30代である²⁰⁾。本研究結果から示唆された、若年成人の自殺対策を進める上でのポイントを以下に示す。

1つは統合失調症患者に焦点をあてた自殺予防対策である。2008年の自殺総合対策大綱の一部改正でも「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」として統合失調症が取り上げられたが、その実態と危険因子の解明が急がれる。

もう1つは、向精神薬の乱用の予防である。向精神薬の過量服用により救急医療機関に搬送される自殺未遂患者の数は年々増加している²⁾。その背景に、2008年の診療報酬改定に伴う向精神薬の長期処方認可や、重複受診、インターネットなどによる違法入手が影響している可能性も危惧されている^{18,28)}。向精神薬の処方・入手ルートに係る課題の実態把握を進め、アクセスの制限などその実態に則した対策を講じる必要があるという我々の提言に基づき、厚生労働省では向精神薬・過量服薬対策ワーキングチームが発足し、2010年9月には向精神薬乱用・過量服薬防止のために薬

剤師を活用するなどの通達が出されていることも併せて述べておきたい。

そして最後は、自傷行為のみられる若年者、特に若い女性精神科患者への対応能力の向上である。警察庁の自殺統計においても、自殺者における既遂前の自殺未遂歴については20代で最も多く認められており、また全ての年齢階級で女性の割合が多いことが示されている²¹⁾。過量服薬やリストカットなどの一見致死性の低い自傷行為は、ややもすると単なるアピールとして受け取られ、医療者からも否定的な感情を向けられがちである。だが自傷・自殺未遂者に対しては身体的治療を施して終わりではなく、自殺既遂のハイリスク者であるという意識をもち、より注意を向けて支援をしていく必要がある。

自殺対策においては、全体的予防介入（全集団）、選択的予防介入（リスク集団）、個別の予防介入（ハイリスクな特定個人）の3つを組み合わせた対策が効果的であるとされ、昨年行われた自殺総合対策大綱の見直しの中では、今後は特に選択的予防介入、個別の予防介入を強化する必要性があることが述べられている。また、同見直しの中では、精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的視点を含む包括的な取り組みの重要性も示されている。自殺の問題とも絡む生活困窮、児童虐待、性暴力被害、ひきこもり、性的マイノリティなどの関連分野との連携支援についても体制を整え、今後展開を進める必要がある。本研究から得られた知見が、従来の自殺に関する啓発活動、精神科受診促進に加え、今後の選択的、個別の介入の発展の資料となることを期待したい。

おわりに

—今後の展望—

本研究は、心理学的剖検の手法により、死亡前の精神科受診の有無によって自殺既遂者の一部の臨床像の違いを検討したわが国最初の研究としての意義があると思われる。しかし、本研究には、対象の代表性や情報収集方法など、いくつか限界があり、本研究の結果をただちにわが国における

自殺既遂者の一般的特徴として受け止めることはできない。

心理学的剖検調査は、米国やフィンランドではその協力依頼に対する応諾率は80%以上であり²⁴⁾、当然、応諾率が高いほど、より詳細で現実的な自殺の全体像に迫ることが可能となる。また、心理学的剖検には、調査という要素だけでなく、遺族・関係者のケアもその重要な目的として含まれる。しかし我々が実施している基礎調査では、応諾を得ることはもとより、遺族にアクセスする段階で非常に苦慮しているのが実情である。わが国においてははまだ自殺や自殺に至った要因が不名誉で恥ずかしいものであるという誤った社会通念が根強く、身近な者を自殺で失った家族が積極的に調査に協力することは容易でないことが推測できる。遺族へのアクセスの観点からも、多機関での心理学的剖検の実施可能性を検討した研究結果²⁵⁾からは、監察医務機関や救命救急センターなどといった、遺族と接する機会の多い機関を拠点とすることが必要との考え方が示されている。個別的な要素に照らした対策を講じるためにも、また遺族ケアの目的からも、これらの調査体制の整備を図り、わが国での心理学的剖検の普及を目指したいと考えている。

本研究は、平成20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究（主任研究者：加我牧子）」の分担研究「心理学的剖検の実施および体制に関する研究」によるものである。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

謝 辞 調査にご協力いただいたご遺族の方々、ならびに調査員としてご協力いただいた各都道府県政令指定都市職員の方々に心より御礼申し上げます。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994
- 2) 安藤俊太郎, 松本俊彦, 重家里映ほか : 気分障害患者とパーソナリティ障害患者における過量服薬の臨床的相違. 精神医学, 51 ; 749-759, 2009
- 3) Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., et al. : Suicide within 12 months of contact with mental health service : national clinical survey. Br Med J, 318 ; 1235-1239, 1999
- 4) Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G. : Psychiatric diagnoses in 3275 suicides : a meta-analysis. BMC Psychiatry, 4 ; 37, 2004
- 5) 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もちいた自殺失敗者の診断学的検討—. 精神経誌, 96 ; 415-443, 1994
- 6) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., et al. : A hundred cases of suicide : clinical aspects. Br J Psychiatry, 125 ; 355-373, 1974
- 7) Boardman, A. P., Grimbaldeston, A. H., Handley, C., et al. : The North Staffordshire suicide study : a case-control study of suicide in one health district. Psychol Med, 29 ; 27-33, 1999
- 8) Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., et al. : Psychological autopsy studies of suicide : a systematic review. Psychol Med, 33 ; 395-405, 2003
- 9) Cheng, A. T. : Mental illness and suicide. Arch Gen Psychiatry, 52 ; 594-603, 1995
- 10) 張 賢徳 : 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. 勉誠出版, 東京, p.113-137, 2006
- 11) De Leo, D., Evans, R. : The impact of substance abuse policies on suicide mortality, International Suicide Rates and Prevention Strategies (ed. by De Leo, D., Evans, R.). Hogrefe & Huber, Cambridge, p.101-112, 2004
- 12) Foster, T., Glespie, K., McClelland, R. : Mental disorders and suicide in Northern Ireland. Br J Psychiatry, 170 ; 447-452, 1997
- 13) 舟橋龍秀 : 精神分裂病者における自殺についてその実態と危険因子および予防. 医療, 55 ; 159-163, 2001
- 14) Harris, E. C., Barraclough, B. : Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry, 170 ; 205-228, 1997
- 15) Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., et al. : Schizophrenia and suicide : systematic review of risk factors. Br J Psychiatry, 187 ; 9-20, 2005
- 16) Hirokawa, S., Matsumoto, T., Katsumata, Y., et al. : Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death : A psychological autopsy study of 76 cases. Psychiatry Clin

Neurosci, 66 ; 292-302, 2012

- 17) 川上憲人, 竹島 正, 高橋祥友ほか: 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究: 症例・対照研究による自殺関連要因の分析. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」総括・分担研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, p.7-26, 2007
- 18) 窪田 彰: 診療報酬改定と精神科医療への影響. 精神科治療学, 24 ; 1007-1010, 2009
- 19) Luoma, J. B., Martin, C. E., Pearson, J. L.: Contact with mental health and primary care providers before suicide : A review of the evidence. Am J Psychiatry, 159 ; 909-916, 2002
- 20) 内閣府: 平成24年版 自殺対策白書. p.7-11, 2012
- 21) 同書. p.32
- 22) 同書. p.34
- 23) 高橋祥友: 自殺のリスクマネジメント 第2版. 医学書院, 東京, p.14-37, 2006
- 24) 高橋祥友: 自殺の精神医学的背景に関する研究: 心理学的剖検の成立過程とわが国における調査事例が増加しない点に関する考察. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, p.57-66, 2008
- 25) 竹島 正, 大類真嗣, 廣川聖子ほか: 自殺の心理学的剖検に関する研究. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」総括・分担研究報告書. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 東京, p.13-23, 2012
- 26) 竹島 正, 松本俊彦, 勝又陽太郎ほか: 心理学的剖検の実施および体制に関する研究. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, p.7-41, 2008
- 27) 東京都福祉保健局編: 自殺実態調査報告書—自死遺族からの聞き取り調査—. p.41-44, 2009
- 28) 東京都薬事審議会部会: 都における薬物乱用対策をより効果的に推進するための基本的な考え方. 2007 (http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kenkou/kenkou_anzen/shingikai/kakoshingikai/shingikai191023/files/3siryu191023.pdf#search='インターネット%20向精神薬入手')
- 29) Walsh, B. W., Rosen, P. M.: Self-Mutilation : Theory, Research, and Treatment. Guilford Press, New York, 1988
- 30) 安田泰次: 精神分裂病患者の自殺企図について. 精神経誌, 94 ; 135-170, 1992
- 31) Zisook, S., Byrd, D., Kuck, J., et al.: Command hallucination in outpatients with schizophrenia. J Clin Psychiatry, 56 ; 462-465, 1995