

原著論文

死亡前に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調査

廣川聖子，松本俊彦，勝又陽太郎，木谷雅彦，赤澤正人，
高橋祥友，川上憲人，渡邊直樹，平山正実，竹島 正

■原著論文

死亡前に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調査

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

抄録：

心理学的剖検調査による自殺既遂事例から、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を検討した。

死亡前に精神科受診をしていた者では、若年群（39歳以下）が60%を占め非受診群に比べ死亡時の年齢が優位に低く、また半数の者が自殺時に治療目的で処方された向精神薬を過量摂取していた。さらに、統合失調症に罹患していたと推測される者の割合が20%と非受診群に比べ有意に高いことが明らかにされた。

これらの結果から、比較的高齢の成人に対する自殺対策では従来からの精神科受診を促進する施策を進めていく一方で、若年成人に対しては、統合失調症に罹患した者への対策、ならびに精神科治療薬の過量服薬を防止するための対策を講じる必要性があると考えられた。

日社精医誌 18 : 341-351, 2010

索引用語：自殺，心理学的剖検，統合失調症，過量服薬

suicide, psychological autopsy, schizophrenia, overdose

英文タイトル：Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers who consulted a psychiatrist prior to death: A psychological autopsy study.

受付日：2009年9月30日受付 受理日：2009年11月17日受理

著者連絡先：廣川聖子（国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部）

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

TEL：042-341-2711 FAX：042-346-1950

E-mail: hirokawa-s@ncnp.go.jp

Corresponding author: Hirokawa Seiko

Department of Mental Health Administration,

National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry,

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

¹⁾ 国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部

Toshihiko Matsumoto, Yotaro Katsumata, Masahiko Kitani, Masato Akazawa, Tadashi Takeshima: Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

²⁾ 国立精神・神経センター 精神保健研究所 自殺予防総合対策センター

Toshihiko Matsumoto, Tadashi Takeshima: Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

³⁾ 防衛医科大学校防衛医学研究センター行動科学研究部門

Yoshitomo Takahashi: Division of Behavioral Sciences, National Defense Medical College Research Institute, Tokorozawa, Japan

⁴⁾ 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

Norito Kawakami: Department of Mental health, Graduate school of Medicine, The University of Tokyo, Bunkyo-ku, Japan

⁵⁾ 関西国際大学人間科学部人間心理学科

Naoki Watanabe: Faculty of Human Science, Kansai University of International Studies, Hyogo, Japan

⁶⁾ 聖学院大学総合研究所

Masami Hirayama: General Research Institute, Seigakuin University, Ageo, Japan

1. はじめに

わが国の自殺者数は、1998年に3万人を超えて以降、11年に渡りその水準で推移している。こうした自殺の急増の背景には借金や生活苦といった経済・生活問題が関係しているといわれているが、しかしそれでもなお、自殺の原因・動機として最も大きな割合を占めているのは、精神障害をはじめとする健康問題である。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りながらも、その多くが精神科治療を受けていなかったことが報告されている^{4,7,23)}。このような認識に基づいて、自殺リスクの高い者をいかにして精神科治療につながかが自殺対策における重要な課題とされ、最近でもプライマリケア医からの精神科医への患者紹介に診療報酬加算(精神科医療連携加算)がなされるといったような施策も開始されている。

しかしその一方で、精神科治療につながっているながらも、自殺既遂に至ってしまった事例も存在する。実際、治療経過中における担当患者の自殺を経験したことがある精神科医療従事者は少なくない。このように、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、精神科治療の質を向上させ、ひいては今後の自殺対策をいっそう推進させることに資するはずであるが、我々の知るかぎり、このような観点から行われた自殺既遂者の研究は存在しない。

そこで本研究では、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、自殺既遂者の臨床的類型を検討した。よって、ここにその結果を報告するとともに、わが国における自殺予防対策の課題について若干の考察を行いたい。

2. 対象と方法

1. 「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」について
本研究の方法を説明する前に、本研究の母体に

あたる、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」²⁶⁾(以下、基礎調査)の概要を説明しておきたい。

1) 対象

この調査は、全国64都道府県・政令指定都市のうち、我々の調査協力の依頼に応じてくれた53カ所の自治体において、2007年12月より実施されている。対象となる自殺事例は、各協力自治体において、①2008年1月1日～2010年3月に地域住民から発生した自殺のうち、②死亡時年齢が20歳以上の自殺既遂による死亡者であり、③死亡後、各地域の精神保健福祉センターにおける個別の遺族相談や遺族のつどいなどで遺族と接触のあった自殺者を対象候補者としている。その上で、遺族の精神状態が調査に耐えうる状況にあり、かつ調査協力で同意を得られた自殺既遂による死亡者を、最終的な対象としている。

2) 方法

基礎調査では、対象者の遺族に対し、独自に作成された面接票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。調査員2名のうちの1名は必ず研究班の行った3日間の調査員トレーニング(遺族ケア、調査の内容、模擬面接)を修了した者とし、もう1名は調査員トレーニングのうち、遺族ケアの研修内容を学習していることを必須としている。なお、情報収集源となる遺族の条件としては、死亡直前まで対象と同居もしくはそれに準ずる緊密な接触があった者1名とし、優先順位は配偶者、父母、子の順となっている。

調査は国立精神・神経センター倫理委員会の承認を得て実施されており、調査の実施にあたっては、その都度、各地域の精神保健福祉センターにおいて継続的な遺族ケアを提供できる体制があることを確認するように努めている。

3) 面接票の調査変数と面接手続き

基礎調査で用いた面接票は、海外の心理学的剖検研究のレビューとわが国での心理学的剖検パイロットスタディ¹⁶⁾に基づいて作成されたものであり、生活出来事、特定の生活歴、死亡の状況、

仕事の状況、経済的問題、生活の質、身体的健康、心の健康問題に関する質問から構成されている。また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すべての情報を用いてDSM-IV¹⁾に準拠した臨床診断を行うものとしている。

2. 本研究における方法

1) 対象

上述の基礎調査において、2009年4月末時点で調査票の回収があった43事例を本研究の対象とし、そのうち、特に「死亡前1年間に精神科もしくは心療内科の受診歴があった者」に着目して分析を行った。なお、死亡前1年間に精神科もしくは心療内科への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」と分類した。精神科受診群の抽出条件は、基礎調査面接票の「H.心の健康問題に対する援助希求」セクションにおいて、「最期の1年間にストレスや心の健康問題にて医師または他の専門家に相談したり治療を受けたことがある」に該当する者のうち、相談先が「精神科・心療内科」であった者、ならびに、「X.身体的健康」セクションにおいて、「最期の1年間にいずれかの医療機関を受診したことがある」に該当する者のうち、受診科が「精神科・心療内科」であった者とした。

参考までに、43事例が死亡時に居住していた地域ブロックの内訳は、中部・近畿地域が17名(39.5%)、次いで関東甲信越地域が13名(30.2%)、北海道・東北地域が8名(18.6%)、中国・四国地域が3名(7.0%)、九州・沖縄地域が2名(4.7%)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。

2) 分析方法

基礎調査において収集された自殺既遂事例に関する情報について、精神科受診群と精神科非受診群の2群間で比較を行った。比較に用いた変数としては、高橋によって指摘されている²⁵⁾自殺の危険因子(自殺未遂歴、精神疾患の既往、サポートの不足、性別、年齢、喪失体験、自殺の家族歴、

児童虐待)の他に、1998年以降の自殺急増に関与しているとされる様々な社会的要因を反映する項目(借金などの生活・経済問題、リストラ・失業・転職といった雇用問題)を基礎調査の情報から抽出した。

具体的には、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カ月前の身体の不調、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ならびにその家族歴)、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体験、死亡1年前の離婚経験、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。

なお、精神科受診群については、「心の健康問題に対する援助希求」のセクションから得られた精神科治療の受療状況(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)に関する情報を整理し、分析を行った。

統計学的解析にあたっては、SPSS Ver.17.0J for Windowsを用い、2群間における比率の比較にはFisherの直接法を、連続量の比較にはStudentのt検定を用い、いずれの場合も両側検定で5%未満の水準を有意とした。

3. 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(表1)

1) 人口動態的変数

対象者43事例のうち、死亡前1年間に精神科もしくは心療内科の受診歴があった者(精神科受診群)は20名(46.5%:男性17名、女性3名)で、非受診者(非受診群)は23名(53.5%:男性22名、女性1名)であった。

精神科受診群の平均年齢は39.3歳(SD=13.1)で、非受診群の平均年齢51.0歳(SD=16.5)と比べて有意に若年であった。便宜上、各群における対象者を若年群(39歳以下)、中年群(40-59歳)、高齢群(60歳以上)という3つの年代別に分類してみ

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

	精神科受診群		非精神科受診群	
	N=20		N=23	
性別	男性	17(85.0%)	22(95.7%)	
	女性	3(15.0%)	1(4.3%)	
平均年齢*		39.3(SD=13.1)	51.0(SD=16.5)	
人口動態的変数	年齢別階級*			
	若年群 (39歳以下)	12(60.0%)	6(26.1%)	
	中年群 (40~59歳)	7(35.0%)	9(39.1%)	
	高齢群 (60歳以上)	1(5.0%)	8(34.8%)	
職業	自営業	2(10.0%)	6(26.0%)	
	非雇用者	10(50.0%)	11(47.8%)	
	無職	8(40.0%)	5(21.7%)	
死亡時点の有職者		12(60.0%)	17(73.9%)	
慢性的な身体疾患あり		4(20.0%)	7(30.4%)	
死亡1年前の一般診療科受診あり		14(70.0%)	16(69.6%)	
かかりつけ医あり		15(75.0%)	11(48.8%)	
心の健康問題への援助希求行動あり		20(100.0%)	3(13.0%)	
自殺時の過量摂取あり		12(60.0%)	6(26.1%)	
医学的問題	薬物：向精神薬**	10(50.0%)	1(4.7%)	
	(重複回答あり)			
	睡眠薬	9	1	
	抗精神病薬	4	0	
	安定剤	4	0	
	抗うつ薬	3	0	
アルコール		4(20.0%)	3(13.0%)	
自傷・自殺未遂経験あり		6(30.0%)	4(17.4%)	
近親者の自殺経験あり		13(65.0%)	16(69.6%)	
平均同居家族数		3.2(SD=1.36)	2.8(SD=1.20)	
社会的背景	家族構成 (同居家族)			
	独居	2(10.0%)	4(17.4%)	
	核家族世帯	10(50.0%)	11(47.8%)	
	(夫婦のみ、親と未婚の子)			
	複数世帯	8(40.0%)	8(34.8%)	
	被虐待経験	4(20.0%)	2(8.7%)	
離婚経験あり	0	3(13.0%)		
両親との離別経験あり	3(15.0%)	5(21.7%)		
死亡1年前の転職経験あり	1(5.0%)	0		
死亡1年前の失職経験あり	1(5.0%)	1(4.3%)		
死亡1年前の休職経験あり	5(25.0%)	2(8.7%)		
借金経験あり	13(65.0%)	9(39.1%)		

*p<0.05, **p<0.01 Fisher's exact test

ると、両群の年齢構成には著しい違いがみられた。すなわち、精神科受診群では若年群が60.0%とその大半を占めていたのに対して、非受診群では中年群が最も多く、39.1%を占めていた。

また、死亡時の職業に関する比較では、両群間で有意な差は認められず、両群とも60%以上の者が死亡時に何らかの職に就いていた。職業別の比較でも統計学的に両群間で有意差は認められなかった。

2) 医学的問題

慢性的な身体疾患の有無、死亡前1年間の一般診療科受診の有無とその内容については、両群間で有意差は認められなかった。また、精神科受診群のほうがかかりつけ医を持つ傾向がみられたが、有意な差は認められなかった。

自殺時の物質使用については、死亡時に薬物(向精神薬)を医師の指示より多く服用していた者が、精神科受診群で有意に高率であった(p<0.01)。自

表2 死亡時点で罹患していたと推測される精神医学的診断による精神障害の内訳

	(重複診断あり)	
	精神科受診群 N=20	非精神科受診群 N=23
精神疾患の有無	19(95.0%)	18(78.3%)
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		0
精神遅滞	2(10.0%)	0
せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害	1(5.0%)	0
認知症	1(5.0%)	0
物質関連性障害	4(20.0%)	7(30.4%)
アルコール使用障害	2(10.0%)	7(30.4%)
アルコール依存	1(5.0%)	3(13.0%)
アルコール乱用	1(5.0%)	4(17.4%)
薬物使用障害	2(10.0%)	0
薬物(アルコール以外の物質)依存	2(10.0%)	0
統合失調症および他の精神病性障害*	5(25.0%)	0
統合失調症*	4(20.0%)	0
短期精神病性障害	1(5.0%)	0
気分障害	14(70.0%)	12(52.2%)
大うつ病性障害	12(60.0%)	12(52.2%)
気分変調性障害	4(20.0%)	4(17.4%)
双極II型障害	2(10.0%)	1(3.4%)
不安障害	3(15.0%)	2(8.7%)
全般性不安障害	2(10.0%)	1(4.4%)
強迫性障害	1(5.0%)	0
パニック障害	1(5.0%)	1(4.4%)
摂食障害	1(5.0%)	0
神経性大食症	1(5.0%)	0
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	0	3(13.0%)
病的賭博	0	3(13.0%)
適応障害	1(5.0%)	2(8.7%)
パーソナリティ障害	3(15.0%)	1(4.4%)
その他の種類の精神障害	0	2(8.7%)

* $p<0.05$ Fisher's exact test

殺以前の自傷・自殺未遂の経験については精神科受診群でやや多い傾向がみられたが、有意差を示すには至らなかった。また、自殺未遂・既遂の家族歴については両群間に有意差は認められず、両群の60%以上の者が身近な存在の自殺を経験していた。

3) 社会的背景

同居家族の有無、家族構成、被虐待体験や親との離別経験、死亡1年前の離婚経験、死亡1年前の転職・失職・休職の経験、借金の有無、といった社会的要因に関しては、両群間で有意差はみられなかった。なお、精神科受診の有無に関わらず、自殺者の80%以上が家族と同居していたが、これは基礎調査が生前同居していた近親者からの聞き取りという情報収集方法を行っていることによる対象選択バイアスを反映したものであると考えられる。

き取りという情報収集方法を行っていることによる対象選択バイアスを反映したものであると考えられる。

2. 精神医学的診断による精神障害の内容(表2)

表2に、精神科医の臨床診断に基づく精神医学的診断を比較した結果を示す。

今回の分析の対象となった43事例のうちの37名(86.1%)が、死亡時点で何らかの精神障害に罹患していることが推測された。なかでも最も多く見られた診断名は気分障害であり、全対象者の60.5%に認められた。また、精神科受診群では、非受診群に比べて、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かった($p<0.05$)。

表3 死亡1年前の精神科受診に関する状況 N=20

最終受診が精神科もしくは心療内科	17(85.0%)
最終受診から自殺までの期間	
～3日以内(入院中含む)	10(50.0%)
～1カ月内	7(35.0%)
～3カ月内	2(10.0%)
～不明	1(5.0%)
精神科への通院期間	
死亡直前に初診のみ	2(10.0%)
1年未満	5(25.0%)
1年～5年未満	6(30.0%)
5年以上	7(35.0%)
死亡1年前の投薬	18(90.0%)
死亡1年前の治療の中断・怠業	4(20.0%)
死亡1年前における精神科への入院経験	5(25.0%)

3. 精神科受診に関する状況(表3)

自殺事例43名のうち、死亡前1年間に精神科もしくは心療内科にかかっていた20名について、受療状況のパターンを整理した。

1) 最終受診から自殺までの期間

精神科受診群20名のうち、最期に受診した診療科が精神科もしくは心療内科であった者は17名(85.0%)であった。最終受診から自殺までの期間をみると、最も多かったのは自殺から3日以内で、入院中の2名を含め受診者の半数を占めていた。受診から1カ月以内の事例と合わせると85.0%であり、かなりの事例が自殺の直前に受診していた。

2) 精神科・心療内科への通院期間

死亡直前に初診だけを受けた者が2名(10.0%)、1年未満の通院歴を持つ者が5名(25.0%)認められたものの、精神科受診群の13名(65.0%)が1年以上の継続的な精神科治療歴を持っていた。

3) 精神医学的治療の内容

精神科受診群のうち、死亡前の1年間に精神科薬物療法を受けていた者は18名(90.0%)であった。また、そのうち治療中断もしくは服薬の自己中断・怠業が認められたのは4名(20.0%)であった。さらに、精神科受診群20名中5名(25.0%)に精神科入院治療の経験が認められた。なお、この入院経験者5名のうち、3名は死亡前1年以内に入院を経験しており、残りの2名については入院中の自殺であった。

4. 考察

1. 自殺既遂者の精神科受診率

本研究では、対象となった自殺既遂者43名のうち、37名(86.1%)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、また、20名(46.5%)が死亡前1年以内に精神科に受診した経験が認められた。

本研究で得られた自殺既遂者の精神障害罹患率は国内外の先行研究とほぼ一致する結果であるが^{5,7)}、しかし既遂者における精神科治療の受療率については、フィンランドで実施された心理学的剖検調査¹⁹⁾をはじめとする、国内外の著名な先行研究と一致しなかった。たとえば、Fosterら¹⁰⁾の報告では死亡前1年間の精神科受診率は37%であり、Applebyら³⁾の報告では24%、Boardmanら⁶⁾の報告では36%となっており、いずれも我々が得た数値よりも低い。GP制度の浸透など、プライマリケアレベルでの精神科治療システムはわが国と異なる点もあり、概観するにはその点も考慮する必要があるが、このような先行研究との不一致の原因として無視できないのは、対象選択におけるバイアスである。本研究の対象は、わが国における全自殺を代表するサンプルとは到底言うことができない、極めて少数のサンプルである。研究対象の収集にあたっては、全国の都道府県・政令指定都市に呼びかけたものの、わが国ではいまだ自殺に対する偏見が根強く、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はなかったのが実情である。したがって、本研究で得られた既遂者における高い精神科受診率という結果も、精神科治療につながっていた自殺既遂者の家族ほど本研究に協力する傾向があることを反映したという予測も成り立つ。また、本研究は、その情報収集方法のために、単身生活や親族と疎遠な状況にあった自殺既遂者はあらかじめ対象から除外されているという事情があったことも無視できない。統合失調症者の最も高い受診動機は家族による促しであるとされ

ていることから¹³⁾、同居家族が存在するほうが精神科に受診しやすいという可能性も考えられる。これらの要因が、本研究の結果に反映された可能性は十分にあるであろう。

しかしその一方で、本研究の結果を支持する先行知見もある。張らは、東京都内で実施した心理学的剖調査から、「自殺者の46%は自殺時に精神科治療継続状態であった」と報告しており⁸⁾、また、最近公表された、東京都福祉保健局による自死遺族からの聞き取り調査においても自殺既遂者の54%が死亡2週間前に精神科・心療内科に相談していたことが明らかにされている²⁸⁾。この2つの先行研究に共通しているのは、いずれも東京都内で実施された調査であるという点であり、このことは首都圏を含む関東甲信越・中部近畿地域の都市部在住者の割合が高い本研究の対象と類似した特徴と理解することもできる。都市部では近年、精神科クリニックが急増し、その数はこの10年ほどで2倍近くに増えている¹⁷⁾。身近に治療機関が増えたことが精神科医療へのアクセスのしやすさにつながっているとも考えられる。その意味では、今回得られた結果は「大都市における自殺既遂者の特徴」として一定の妥当性を持つ可能性もある。

なお、人口動態的変数を用いて、本研究における対象の属性について触れておくと、平均年齢は45.6歳 (SD=16.0) であり、男女比ならびに有職者・無職者の比率はそれぞれおよそ10:1、2:1となっている。これらのことから、本研究の対象は、わが国における自殺者の全数統計と比較した場合、やや有職者の割合が高いものの、平均年齢と男女比においてはほぼ一致する集団であると推測される。

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、精神科受診群では、自殺直前における精神障害の罹患率に差がないにもかかわらず、非受診群に比べて死亡時の年齢が有意に低いという結果が得られた。この結果は、スティグマ軽減のためのメンタルヘルス問題に関する啓発活動が

盛んになって以降に育った若年層は、精神科に対する心理的抵抗感が低く精神科受診率も高いという、Luoma²⁰⁾の指摘と一致している。逆にいえば、この結果は、比較的高齢層では、精神科受診に対する抵抗感の強さを反映しているとも考えられる。

また本研究では、精神科受診群・非受診群のいずれでも気分障害に罹患していると推測された者が最も多かったが、その一方で精神科受診群では、非受診群に比べ、統合失調症および他の精神障害に罹患している者の割合が有意に高かった。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として知られており、自殺の相対危険率は一般人口の8倍以上であると報告され¹²⁾、なかでも若年男性の統合失調症患者は自殺のリスクが高いといわれている。

さらに本研究では、精神科受診群20名のうち17名(85.0%)が自殺前1カ月以内に精神科に受診しており、13名(60.5%)が1年以上におよぶ継続的な精神科治療歴を持っていた。また、精神科受診群のほとんどが精神科薬物療法を受けており、治療中断もしくは服薬の自己中断・怠業が認められたのは20.0%にとどまっていたことが明らかにされた。さらに、25.0%の事例は死亡1年以内に入院治療も受けていた。この結果は、精神科受診群の多くが、少なくとも表面的には本格的な精神科治療を受けており、にもかかわらず自殺既遂に至った可能性があることを意味している。こうした背景に、精神科医療における自殺リスクの評価の不十分さや、あるいは、自殺の意図の表出への対応の不適切さがあったのかは、本研究で得られた情報から明らかにすることはできない。

ここで考慮すべきなのは、精神科受診群において比較的高率に認められた統合失調症についてであろう。すでに安田ら²⁹⁾は、統合失調症に罹患していたと推測される自殺者の85%は精神科治療中であったと報告し、舟橋ら¹¹⁾は、精神科通院中に自殺した統合失調症患者の60%が最終受診から10日以内の自殺であり、74%の患者が自殺直前まで規則的に通院していたと報告している。これらの先行研究はいずれも、自殺リスクが高い

疾患であるとされながらその予測には非常な困難さがあることを指摘している。統合失調症者では対人接触が乏しいために、自ら進んで自殺念慮を周囲に訴えることもない一群が存在することを臨床の場では経験する。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いるため³⁰⁾、たとえ本人が自殺念慮を訴えていない場合であっても、病的症状の全般的状態を適切にとらえ、自殺のリスク評価をしばしば実施することが予防につながる可能性があることを、本研究の結果も示唆していると言える。また、統合失調症者では精神科医療へのアクセスが他の精神疾患に比べ高いと考えられる今回の結果は、臨床で関わる精神科医療従事者・地域にてその生活を支える種々の関係者ともに、単に精神科に受診するだけで自殺リスクが低減できるという思い込みから考えを新たにすることの必要性を示唆しているとも言えよう。

ところで、本研究では、精神科受診群では自殺時に向精神薬を過量服用している者が多いという結果も得られた。この結果は、精神科受診群においては、本来治療薬として医師から処方された向精神薬が、むしろ自殺行動を後押しする道具として用いられた可能性を示唆するものと言えるであろう。というのも、向精神薬の過量摂取そのものは比較的致死性の低い自己破壊的な手段・方法であるが、脱抑制効果のために、致死的な自殺行動を促進することが知られているからである⁹⁾。

3. 自殺予防の課題と提言

本研究から得られた知見のなかで特に重要なのは、精神科治療を受けながらも最終的に自殺に至った事例のほとんどが、20～30代に属していたという事実である。従来わが国で展開されてきた自殺予防対策としては、地域住民への啓発活動によるメンタルヘルス問題に対するスティグマ軽減であり、精神科医療連携加算をはじめとする、プライマリケア医を介しての精神科受診促進であったが、こうした対策は、精神科受診に対して強い抵抗感を抱く高齢者には有効な施策である可能性が高い一方で、精神科受診に対する抵抗感が

比較的少ない若年の成人——それもとりわけ大都市部の若年成人——に対しては、不十分な施策である可能性がある。

我々は、若年層を視野に入れた自殺対策こそが、今後の自殺予防対策の課題ではないかと考えている。というのも、わが国の自殺は、1998年に中高年男性を中心に急増したものの、実は2005年を境に中高年の自殺は減少傾向をみせている。むしろこの11年間確実に増加し続けている年代は20代、30代である²¹⁾。こうした状況を考えれば、20～30代という比較的若年の成人をターゲットとした自殺対策はまさに喫緊の課題といえるであろう。

その文脈でいえば、本研究から若年成人の自殺対策を進める上でのポイントとして示唆されたのは、次の2点であった。一つは統合失調症の自殺を解明し、何らかの予防策を講じることである。これまでわが国の自殺対策は、メンタルヘルス問題としてはうつ病に重点を置いた展開をしてきたが、今後は、これに加えて、統合失調症に罹患する者の自殺予防に努めていく必要がある。折しも2008年の自殺総合対策大綱の一部改正において、「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ており、その実態と危険因子の解明が急がれるところである。

もう一つは、治療のために処方された向精神薬の乱用をいかにして防ぐかである。近年、救急医療の現場では、処方された向精神薬の過量摂取はきわめて深刻な問題となっている²⁾。救急医療機関に搬送される自殺未遂患者の大半が、向精神薬の過量服薬によるものであることも指摘されており²⁴⁾、その数は年々増加している。精神科に受診することが、皮肉にも自殺関連行動に際しての手段・方法へのアクセスを高めてしまう側面があることは否めない。とりわけ危惧されるのは、近年、向精神薬の長期処方許可される状況になったことが、向精神薬の乱用や過量摂取を促進している可能性である¹⁸⁾。これら向精神薬の処方に係る課題について詳細な実態把握を進め、その実態に則した対策をとっていく必要がある。かつて

英国では、市販薬パラセタモール（アセトアミノフェン）を過量摂取する若年者が増加したが、このような事態に対し製薬会社が1箱に含まれる錠剤の数を減少させたところ、若年者の自殺は減少した^{14, 15)}。このように、自殺につながる手段・方法へのアクセスの制限は、すでにエビデンスの確立した対策であることも強調しておきたい。

さらに向精神薬の処方に関していえば、向精神薬による薬理作用は若年者や高齢者では異なるにもかかわらず、現在の精神科治療においては両者に対して同様の処方がなされている可能性がある。特に若年者への抗うつ薬の投与に関しては自殺関連事象（自殺念慮・自殺行動）を誘発するリスクが指摘されているが^{22, 27)}、その処方および治療ガイドラインについては現段階では明確化されていない。今後、この点についても早急に検討していく必要があるのではないだろうか。

4. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界があるが、ここでは特に主要な2つの点を挙げておく。

第1の限界は、考察の冒頭でも触れたように、対象の代表性である。本研究の対象者は、あくまでもその遺族が各地域の精神保健福祉センターにおける遺族ケアなどにアクセスし、調査に同意した者に限られている。しかも、単身の自殺既遂者などは前提として調査対象から除外されている。したがって、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。

第2の限界は、対象となっている自殺既遂者に関する情報源が家族であるという点にある。同居していたとはいえ、家族が知り得る範囲には自ずと限界があり、さらにまた、記憶想起のバイアスが混入した可能性も否定できない。

以上の限界にもかかわらず、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。今後は、さらに対象数を増やすとともに、年齢、性別、居住地を一致させた対照群との比較、およ

び人口動態統計などの全数データの参照などを通じて、精神科治療を受けながらも自殺既遂に至ってしまう要因を明らかにし、精神科医療の質の向上に寄与する必要がある。

5. まとめ

本研究では、心理学的剖検の手法による自殺既遂事例の検討から、死亡1年前に精神科受診をしていた一群の臨床的特徴を検討した。そのなかで、死亡前に精神科受診をしていた者では、比較的若年の成人が多く、自殺時に向精神薬を過量摂取している者が多く、また、統合失調症に罹患していたと推測される者が多いことが明らかにされた。これらの結果にもとづいて、若年層にターゲットを絞った自殺対策を進める上での今後の課題について検討した。

なお、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。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は心より御礼申し上げます。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994
- 2) 安藤俊太郎, 松本俊彦, 重家里映, 他: 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) Arseneault-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 - 精神神経学雑誌 96: 415-443, 1994
- 6) 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
 - 7) Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., et al.: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 33: 395-405, 2003
 - 8) 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. 113-137, 勉誠出版, 2006
 - 9) De Leo, D., Evans, R.: Chapter 10: The impact of substance abuse policies on suicide mortality. In: (De Leo D, Evans R) *International Suicide Rates and Prevention Strategies*, 101-112, Hogrefe & Huber, Cambridge, 2004
 - 10) Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R.: Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 170: 447-452, 1997
 - 11) 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
 - 12) Harris, E.C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170: 205-228, 1997
 - 13) 橋本俊明, 猪狩 中, 金 英雄, 他: 外来精神分裂病患者の受療状況について. *精神医学* 31: 137-143, 1989
 - 14) Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J., et al.: UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *BMJ* 329: 1076-1079, 2004
 - 15) Hawton, K., Townsend, E., Deeks, J., et al.: Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ* 322: 1203-1207, 2001
 - 16) 川上憲人, 竹島 正, 高橋祥友, 他: 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, pp.7-26, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2007
 - 17) 厚生労働省: 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 第19回資料 医療施設調査 2009. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0618-7b.pdf>
 - 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) Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E.T., et al.: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 49(Suppl 1): S111-116, 1995
 - 20) 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
 - 21) 内閣府: 平成20年版 自殺対策白書, 2008
 - 22) 岡田 俊: 児童青年期のうつ病性障害に対する抗うつ薬の使用・併用療法の是非. *臨床精神薬理* 12: 263-272, 2009
 - 23) Robins, E., Murphy, G.E., Wilkinson, R.H., et al.: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 49: 888-899, 1959
 - 24) 鈴木博子: 大学病院精神科の時間外診療における自殺企図者の実態. *医学のあゆみ* 194: 541-544, 2000
 - 25) 高橋祥友: 自殺のリスクマネジメント 第2版. 医学書院, pp.14-37, 2006
 - 26) 竹島 正, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他: 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, 7-41, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2008
 - 27) 田島 治: 抗うつ薬の光と影. *臨床精神薬理* 11: 1803-1811, 2008
 - 28) 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 -, 41-44, 2009
 - 29) 安田泰次: 精神分裂病患者の自殺企図について. *精神神経学雑誌* 94: 135-170, 1992
 - 30) Zisook, S., Byrd, D., Kuck, J., et al.: Command hallucination in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 56: 462-465, 1995

*abstract***Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers who consulted a psychiatrist prior to death: A psychological autopsy study.**

Seiko Hirokawa¹⁾, Toshihiko Matsumoto^{1, 2)}, Yotaro Katsumata¹⁾, Masahiko Kitani¹⁾,
Masato Akazawa¹⁾, Yoshitomo Takahashi³⁾, Norito Kawakami⁴⁾, Naoki Watanabe⁵⁾,
Masami Hirayama⁶⁾, Tadashi Takeshima^{1, 2)}

The present study used a psychological autopsy method to clarify the psychosocial and psychiatric differences between suicide completers who did or did not consult a psychiatrist within one year prior to their death.

Suicide completers who consulted a psychiatrist were significantly younger than those who did not; furthermore, half of them were likely to overdose by taking the psychotropic drugs prescribed by the psychiatrist. As well, a diagnosis of schizophrenia was more frequently found in the former group than in the latter.

Our findings suggest that to prevent suicide of young adults, there is a need to prevent the misuse of prescribed drugs and to investigate suicide-related risk factors in schizophrenia patients.

JPN Bull Soc Psychiat 18 : 341-351, 2010

¹⁾ Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

²⁾ Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

³⁾ Division of Behavioral Sciences, National Defense Medical College Research Institute, Tokorozawa, Japan

⁴⁾ Department of Mental health, Graduate school of Medicine, The University of Tokyo, Bunkyo-ku, Japan

⁵⁾ Faculty of Human Science, Kansai University of International Studies, Hyogo, Japan

⁶⁾ General Research Institute, Seigakuin University, Ageo, Japan