

第6回 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム

【議事次第】

1. 日時 : 平成22年7月27日(火) 19:00~20:30
2. 場所 : 厚生労働省 専用第18—20会議室(17階)
3. 議事 : 向精神薬の投与に関する有識者からのヒアリング

(発表者)

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

薬物依存研究部診断治療開発研究室長

松本 俊彦氏

昭和大学救命救急センター・救急医学講座准教授

三宅 康史氏

埼玉精神神経科診療所協会会長

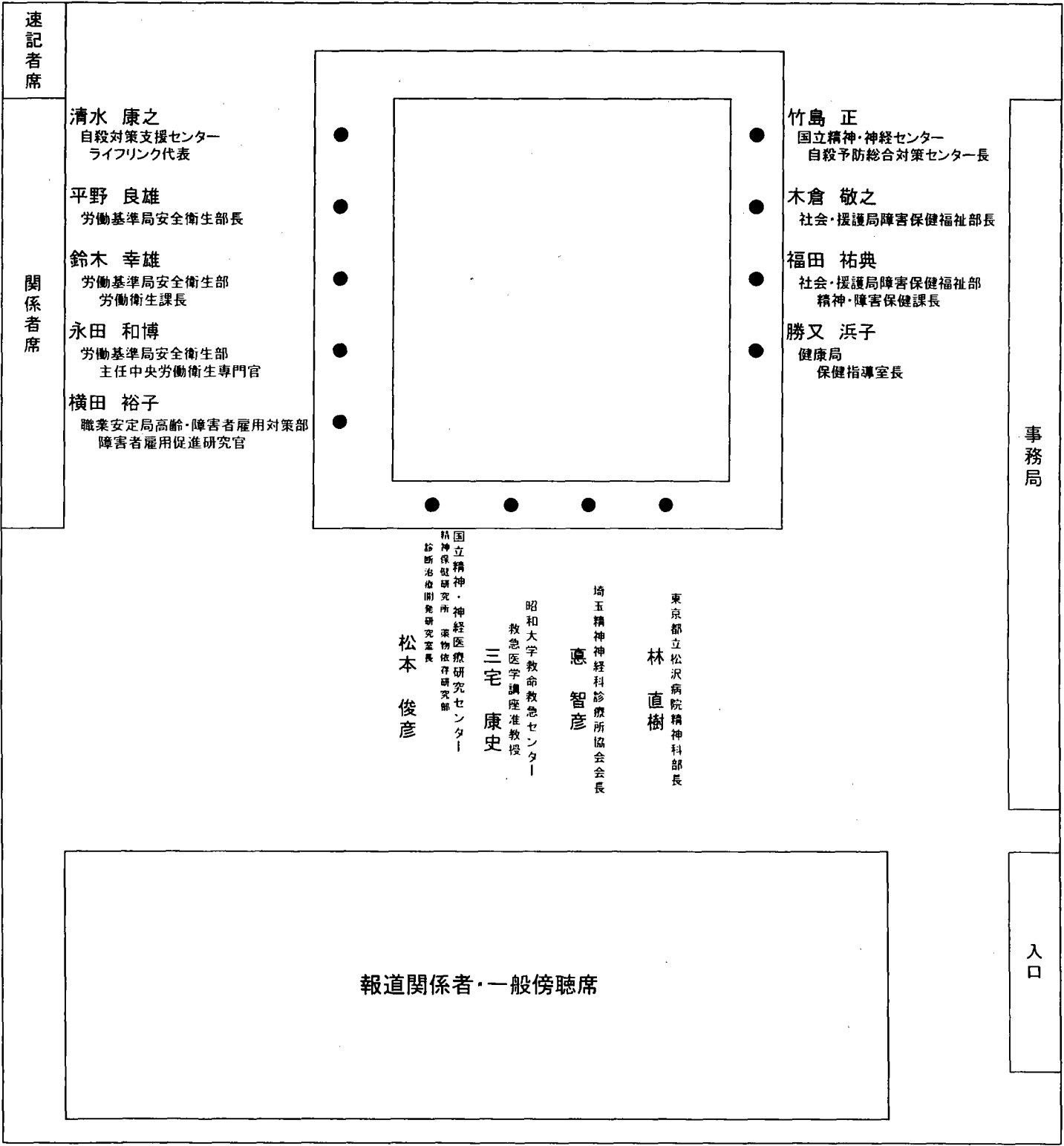
いさお
憲 智彦氏

東京都立松沢病院精神科部長

林 直樹氏

第6回 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム 会合

日時：平成22年7月27日(火)
 19:00 ~ 20:30
 場所：専用第18-20会議室(17階)



速記者席

関係者席

清水 康之
 自殺対策支援センター
 ライフリンク代表

平野 良雄
 労働基準局安全衛生部長

鈴木 幸雄
 労働基準局安全衛生部
 労働衛生課長

永田 和博
 労働基準局安全衛生部
 主任中央労働衛生専門官

横田 裕子
 職業安定局高齢・障害者雇用対策部
 障害者雇用促進研究官

竹島 正
 国立精神・神経センター
 自殺予防総合対策センター長

木倉 敬之
 社会・援護局障害保健福祉部長

福田 祐典
 社会・援護局障害保健福祉部
 精神・障害保健課長

勝又 浜子
 健康局
 保健指導室長

事務局

入口

国立精神・神経医療研究センター
 精神保健研究所 薬物依存研究部
 診断治療開発研究室長
 松本 俊彦

昭和大学救命救急センター
 救急医学講座准教授
 三宅 康史

埼玉精神神経科診療所協会会長
 恵 智彦

東京都立松沢病院精神科部長
 林 直樹

報道関係者・一般傍聴席

第6回

自殺・うつ病等対策 プロジェクトチーム

【配付資料】

- ・事務局資料 (P 1～P 8)

- ・松本先生資料 (P 9～P 34)

向精神薬乱用と自殺 「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」から見てきたこと
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
リストカッターの自殺

- ・三宅先生資料 (P 35～P 70)

レジュメ
自殺未遂患者への対応

- ・恵先生資料 (P 71～P 88)

埼精診 自殺調査結果
精神科診療所通院者の自殺の特徴について

- ・林先生資料 (P 89～P 94)

見落とされてきた疾患：境界性パーソナリティ障害 (BPD)



平成22年6月24日
障害保健福祉部精神・障害保健課
照会先：林(修)
(電話) 内線 3053
直通 03(3595)2307

報道関係者 各位

いわゆる向精神薬の処方に関する注意喚起について

厚生労働省は、近年、毎年3万人を上回る自殺者を一人でも減らすための取り組みを進めております。このような観点から、本日、都道府県、日本医師会、精神科医療関係団体に、標記に関する通知を発出いたしました。

これは、最近の厚生労働科学研究の結果において、自殺時に、いわゆる向精神薬(抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬、抗精神病薬等)の過量服薬を行っていた例が多く認められた(直接の死因は、縊首、飛び降りなど、薬物以外である場合を含みます)こと等を踏まえ、いわゆる向精神薬の投与の際には、自殺の可能性について評価を行うとともに、自殺の可能性のある患者への長期投与や多量投与を避け、適切な処方を行うよう、注意を促すものです。

資料1 通知本文

資料2 「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」結果概要

障精発0624第1号
平成22年6月24日

都道府県・指定都市
精神保健福祉主管部局長 殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課長

向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について

平素より精神保健福祉行政の推進にご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、最近の厚生労働科学研究において、精神科に受診していた自殺者が、自殺時に向精神薬その他の精神疾患の治療薬（以下、「向精神薬等」という。）の過量服薬を行っていた例（薬物が直接の死因ではない場合を含む）が多くみられるという結果が出ております。また、最近の報道にもみられるように、向精神薬等の適切な処方について国民の関心が高まっていること等も踏まえ、自殺念慮等を適切に評価したうえで、自殺傾向が認められる患者に向精神薬等を処方する場合には、個々の患者の状況を踏まえて、投与日数や投与量に注意を払うなど、一層の配慮を行っていただくよう、管下医療機関に周知方お願い申し上げます。

- (社) 日本医師会 会長
- (社) 日本精神科病院協会 会長
- (社) 日本精神神経科診療所協会 会長
- (社) 日本自治体病院協議会 会長
- (社) 日本総合病院精神医学会 理事長
- 精神医学講座担当者会議 会長
- 国立精神医療施設長協議会 会長
- (社) 日本精神神経学会 会長

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部精神・障害保健課長

向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について

平素より精神保健福祉行政の推進にご協力を賜り、ありがとうございます。

また、自殺者が毎年3万人を超える高い水準で推移しているなか、救急医療機関や一般の医療機関においては、うつ病等の精神疾患の患者を発見し適切に専門医療機関に紹介するとともに、精神科医療機関においても医療の一層の質の向上を図るなど、自殺者を減らすための対策にご尽力を賜っておりますことに、御礼申し上げます。

さて、最近の厚生労働科学研究において、精神科に受診していた自殺者が、自殺時に向精神薬その他の精神疾患の治療薬（以下、「向精神薬等」という。）の過量服薬を行っていた例（薬物が直接の死因ではない場合を含む）が多くみられるという結果が出ております。また、最近の報道にもみられるように、向精神薬等の適切な処方について国民の関心が高まっていること等も踏まえ、自殺念慮等を適切に評価したうえで、自殺傾向が認められる患者に向精神薬等を処方する場合には、個々の患者の状況を踏まえて、投与日数や投与量に注意を払うなど、一層の配慮を行っていただくよう、貴会員に周知方お願い申し上げます。

平成 21 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」

研究代表者 加我 牧子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究分担者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
松本 俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
高橋 祥友（防衛医科大学校防衛医学研究センター）
平山 正実（聖学院大学大学院）
川上 憲人（東京大学大学院医学系研究科）

1. 研究目的

本研究は、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」を実施することにより、(1)将来におけるわが国での広範な心理学的剖検の実施可能性、ならびに心理学的剖検データベース・システムのあり方について検討すること、(2)公的機関の地域保健活動のなかで接触可能であった自殺事例の臨床類型を明らかにして、自殺予防の介入ポイント・遺族支援のあり方について検討すること、を目的とした。

2. 研究方法

都道府県・政令指定市のうち、参加要件を満たす自治体から順次調査を実施した。情報収集方法は、資格要件を満たす 2 名 1 組の調査員による遺族 1 名に対する半構造化面接調査であって、平成 19 年 12 月から平成 21 年 12 月末日までに 76 名の自殺既遂者についての調査面接を終了した。また、自殺既遂事例と地域・性別・年齢を一致した対照群の調査も実施し、自殺既遂事例の特徴について数量的分析を行った。

3. 既存資料と本研究の対象との比較

平成 21 年 12 月末日での段階で、面接票が到着した「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」76 事例の対象者の属性について、厚生労働省の人口動態統計、警察庁の自殺の概要資料との比較を行った。

人口動態統計との比較の結果、性別でみた自殺者数では、男性が女性よりも多く、人口動態統計と本調査で同様の結果となった。年齢階級別でみた自殺者数では、本調査では人口動態と比べて 20 代と 30 代の割合が高く、60 代の割合が低いという結果となった。地域別でみた自殺者数では、本調査では人口動態と比べて、東海北陸・近畿の割合が高く、九州の割合が低いという結果になったが、その割合に大きな差

はみられなかった。自殺の手段別でみた自殺者数では、縊首の割合が最も高かった。本調査では人口動態と比べて、飛び降りと薬物の割合が高く、鋭利な刃物や鈍器などの事例はゼロという結果となった。

自殺の概要資料との比較の結果、性別でみた自殺者数では、男性が女性よりも多く、自殺の概要資料と本調査で同様の結果となった。地域別でみた自殺者数では、本調査では自殺の概要資料と比べて東海北陸・近畿の割合がやや高く、九州が低いという結果となったが、その割合に大きな差はみられなかった。本調査と自殺の概要資料とでは職業分類に若干の違いがみられるが、本調査における「自営者：雇い無し」、「自営者：雇い有り」を自殺の概要資料における「自営業・家族従業者」に対応させて、また「被雇用者」を「被雇用者・勤め人」に対応させて、「主婦／主婦」を「無職者」に計上して、死亡時の職業について比較を行ったところ、本調査では自殺の概要資料と比べて、「被雇用者・勤め人」の割合が高く、「無職者」の割合が低いという結果となった。なお、本調査の職業分類における「家族従業者」の自殺者はゼロであった。

4. 自殺予防のための介入ポイント

以下の6つの解析をもとに、自殺予防のための介入ポイントを提示（2009年9月の記者発表で報告済み）

(1) 自殺の手段方法からみた検討

「基礎調査」において平成21年12月末時点で調査センターに記入済みの面接票が到着した76事例を、主たる自殺の手段によって分類したうえ、多数の事例が該当した縊首、飛び降り、ガスの3群について、心理社会的特徴に関する変数、ならびに死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断の比較を行った。

縊首、飛び降り、ガスの3つの手段による自殺既遂者の特徴のうち、最も顕著な差が認められたのは年齢階級であった。縊首がすべての年齢階級にわたって見られたのに対し、飛び降りは若年群（39歳以下）に90.9%、ガスは中年群（40～59歳）に75.0%と、特定の年齢階級と有意に関連した。臨床診断では、有意差が認められた精神障害はなかったが、縊首群と飛び降り群にのみ事例が確認され、ガス群では皆無の精神障害がいくつかあった。飛び降りが若年群に多いことから、学校教育年齢における衝動性制御能力の獲得が自殺予防につながる可能性が示唆された。

(2) 職業の有無からみた検討

「基礎調査」において平成21年12月末時点で調査センターに記入済みの面接票が到着した76事例を対象として、死亡時の職業をもとに有職者と無職者の2群に分

類し、心理社会的特徴に関する変数、ならびに死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断について比較を行った。

有職者は既婚の中老年男性を中心として、死亡1年前のアルコール関連問題や死亡時点の返済困難な借金といった社会的問題を抱えていた事例が多かった。無職者では、有職者に比べて女性の比率が高く、青少年の未婚者が多く認められ、有職者にみられたような社会的問題は確認されなかった。また、有職者では死亡時点で罹患していたと推測される精神障害としてアルコール使用障害が多く認められた。

(3) 精神科治療の有無からみた検討

「基礎調査」において2009年12月末時点で調査センターに記入済みの面接票が到着した76事例を対象として、精神科受診群と非受診群の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、精神科治療の受療状況に関する情報についても分析を行った。

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）と非受診者（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、また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。さらに、受診群のうち57.8%も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おり、55.6%の者が死亡前に自傷・自殺未遂を経験していた。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18.9%と非受診群に比べ高く、非受診群では適応障害が16.2%と高いという点で有意差がみられた。受診群の受療状況のパターンでは、89.5%が死亡前1ヶ月内という自殺の直前に受診をしていた。

(4) アルコール問題からみた検討

「基礎調査」において平成21年12月末時点で調査センターに記入済みの面接票が到着した76事例を対象として、アルコール問題群と非アルコール問題群の2群に分類し、心理社会的特徴に関する変数、ならびに死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断について比較を行った。

死亡1年前にアルコール関連問題を抱えた自殺事例には、40代と50代を中心とした中老年男性かつ有職者という特徴が見られ、さらに、習慣的な多量飲酒、自殺時のアルコールの使用、事故傾性、死亡時点の返済困難な借金、アルコール依存・乱用の診断が可能な者が81%に認められるといった特徴が認められた。また、アルコール関連問題の有無で、自殺前の精神科受診歴に差はなかったものの、アルコール関連問題を標的とした治療・援助を受けていた事例は皆無であった。

(5) 借金問題からみた検討

「基礎調査」において平成 21 年 12 月末時点で調査センターに記入済みの面接票が到着した 76 事例のうち、30 歳以上 65 歳未満の 39 事例を分析対象として、精神医学的および心理・社会的問題の経験率を算出し、負債群と非負債群で比較を行った。

負債群では、自営業者、離婚経験者、睡眠時のアルコール使用者が多く、非負債群と年収では差はないものの、経済的問題を抱えていた者が多いことが認められた。また、両群ともに高い割合で精神障害に罹患しており、かつ、負債群では適応障害の有病率が非負債群に比べて有意に高いにもかかわらず、死亡前一年間の援助希求や精神科受診をしていない傾向が示された。

(6) 青少年の自殺既遂事例に見られる背景要因

「基礎調査」において平成 21 年 12 月末時点で調査センターに記入済みの面接票が到着した 76 事例のうち、30 歳未満であった 20 事例を分析対象として、精神医学的および心理・社会的問題の経験率を算出するとともに、男女の経験率を比較した。

全体の 8 割に何らかの精神障害への罹患が認められ、若年世代においても精神障害への罹患が自殺の重要な危険因子となり得ることを示唆しているものと思われた。精神医学的診断以外の心理・社会的変数では、過去の自殺関連行動の経験、親との離別、精神障害の家族歴、不登校経験、いじめ被害経験といった変数において、4 割から 6 割の経験率が確認され、特に女性の事例において、こうした危険因子の累積が多く認められた。また、不登校経験者の 75.0%は学校に復帰しており、目先の学校復帰もさることながら、学校教育現場における長期的な視点に立った精神保健的支援の必要性が示唆された。

5. 心理学的剖検の症例対照研究

調査センターにおいて 2008 年 1 月から 2009 年 7 月までに収集された 20 歳以上の自殺事例 52 例について、性別、年齢および地域を一致させた対照群を住民基本台帳から抽出し、事例群と同一の面接票を用いてその近親者に対して、対照群本人の情報を聞き取り、これをすでに収集されている事例群の情報と比較した。

自殺のサインでは、死について口に出すこと、過去 1 ヶ月の身辺整理、不注意や無謀な行動、身だしなみを気にしなくなることが自殺のリスクと強い関係にあった。以前の自傷・自殺未遂の経験、失踪や自殺以外の過去 1 年間の事故の経験、親族や友人・知人の自殺および自殺未遂も、自殺と強い関係があった。公共料金の滞納、借金返済期限の遅れなど問題のある借金が自殺リスクと有意に関連していた。職業

関連要因では、配置転換や異動に関する悩みがある場合に自殺の相対リスクが有意に高かった。心理社会的要因では、子供時代の虐待やいじめ、家族や地域との交流の少なさが自殺リスクと有意に関連していた。身体的健康に関しては、ADLの低下を伴う身体的問題がある場合に自殺リスクが増加していた。睡眠障害がある場合にも自殺の相対リスクが高かった。飲酒者でも自殺の相対リスクが高く、特にアルコールを眠るために使用する場合に相対リスクが高かった。大うつ病の他、アルコール乱用・依存、精神病性障害、不安障害が自殺と有意に関連していた。



向精神薬乱用と自殺

「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」から 見えてきたこと

松本俊彦

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

自殺予防総合対策センター 副センター長

薬物依存研究部 診断治療開発研究室長

自殺予防総合対策センターによる心理学的剖検調査 「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」

自殺予防と遺族支援のための基礎調査

TOP

はじめに

この国の現状による死に脅かされる者は、平成10年に登場して以降、毎年2万人を超え続けるペースで増加しており、自殺対策の重要性は社会全体の大きな課題となっています。

自殺は、単にひとつの理由から起こるのではなく、さまざまな要因が複雑に積み重なり発症すると考えられています。このため、自殺防止の対策を講じていくためには、どのような経緯で自殺が起こったのかを明らかにするための実態調査が必要不可欠です。平成16年6月には、政府の自殺対策の強行である自殺総合対策大綱が定められましたが、その中でも「自殺予防のための調査の推進」において、ご遺族からの御協力をもって自殺の背景要因を探る、心理学的剖検の手法を用いた調査等を継続的に実施することとされています。

自殺予防総合対策センターでは、厚生労働科学研究費補助金により、自殺の真相を明らかにするため、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」を実施してまいります。

2006.06.09 自殺予防と遺族支援のための基礎調査ホームページ

「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」にご協力ください

53自治体協力

168名の調査員養成

31自治体から76の自殺既遂事例を収集

自殺既遂事例の検討から見えてきたこと

症例対照研究 オッズ比(95%信頼区間)		自殺既遂事例内での類型分析
精神医学 的問題	<ul style="list-style-type: none"> ●うつ病性障害 6.20(3.54-10.86) ●アルコール使用障害 3.13(1.52-6.46) 	<ul style="list-style-type: none"> ●アルコール問題を呈した事例の特徴 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 中高年男性、有職者 ➢ アルコール問題に対する治療・援助なし ●精神科受診事例の特徴 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 50%が精神科治療中 ➢ 自殺時に向精神薬を過量摂取 ➢ 若年者
社会・経済 的問題	<ul style="list-style-type: none"> ●返済困難な借金 38.43(4.96-297.97) ●仕事上の悩み 4.19(1.34-13.04) 	<ul style="list-style-type: none"> ●借金を抱えた事例の特徴(非借金事例との比較) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 自営業、離婚経験、睡眠時のアルコール使用、援助希求の乏しさ ●有職者と無職者との比較 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 有職者:中高年男性、アルコール問題、借金 ➢ 無職者:若年女性、未婚
生活歴上 の問題	<ul style="list-style-type: none"> ●幼少期の被虐待歴 5.34(1.59-17.93) ●学校でのいじめ被害 3.59(1.45-8.88) ●身近な人の自殺・自殺未遂歴 27.89(6.58-118.17) 	<ul style="list-style-type: none"> ●青少年事例の背景要因の分析 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 4~6割に不登校、いじめ被害 ➢ 親との離別、精神障害の家族歴 ➢ 過去の自殺関連行動経験 ➢ 不登校経験後75%が学校復帰

精神科治療と自殺に関する類似の調査

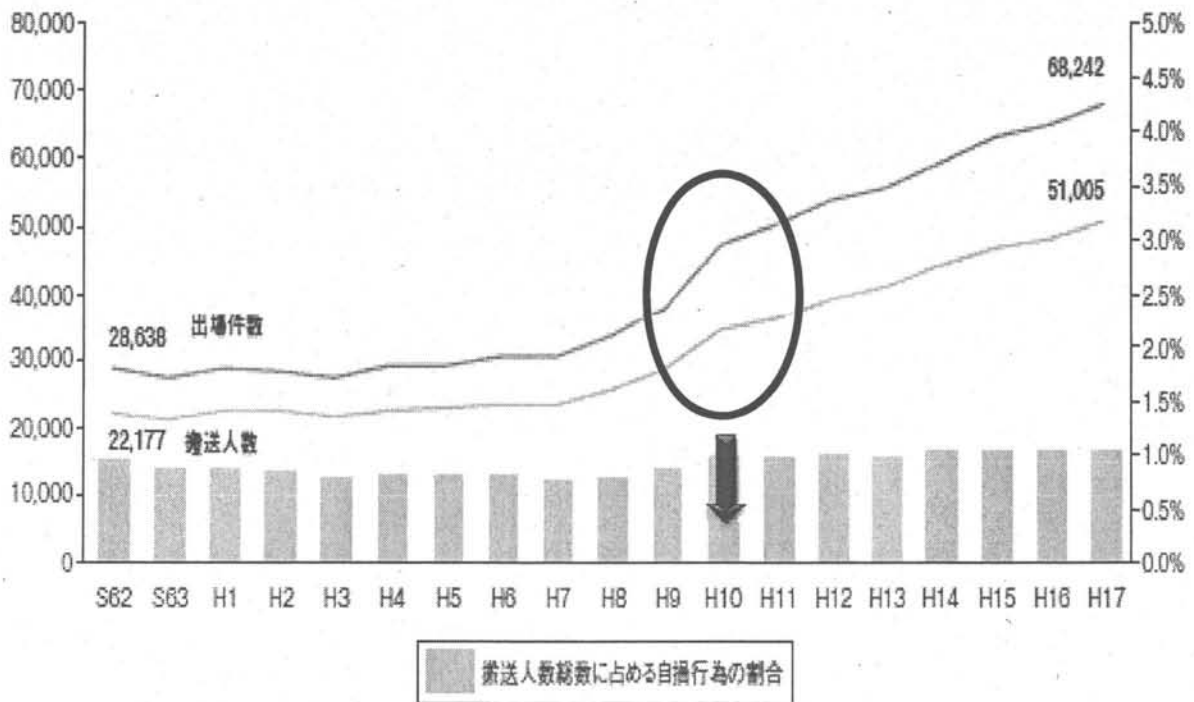
東京都による聞き取り調査

- ・自殺既遂者の52%が精神科治療中

全国自死遺族連絡会の調査

- ・自殺既遂者の69%が精神科治療中

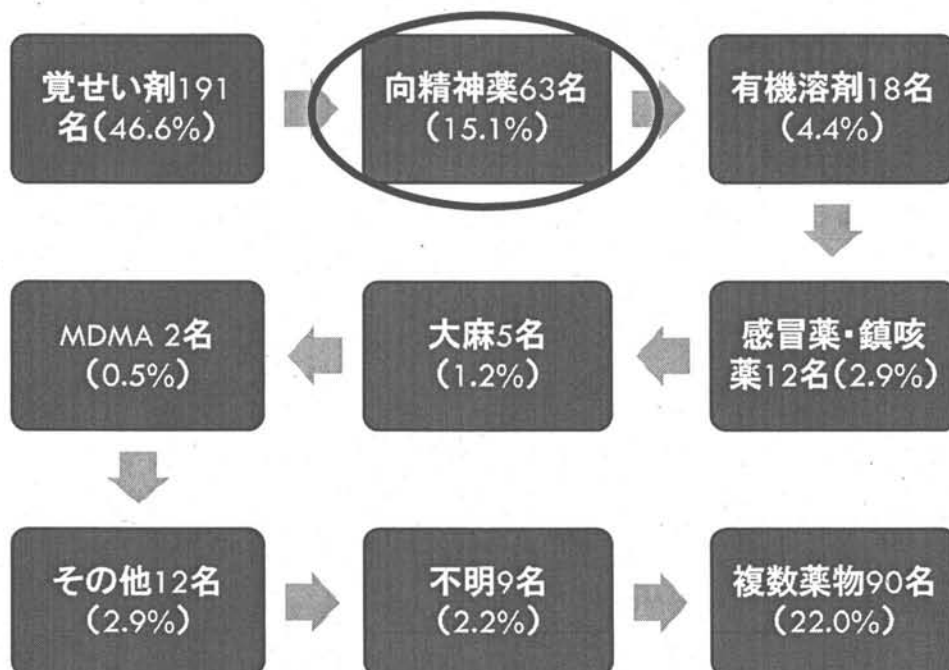
自損行為による救急車出動件数



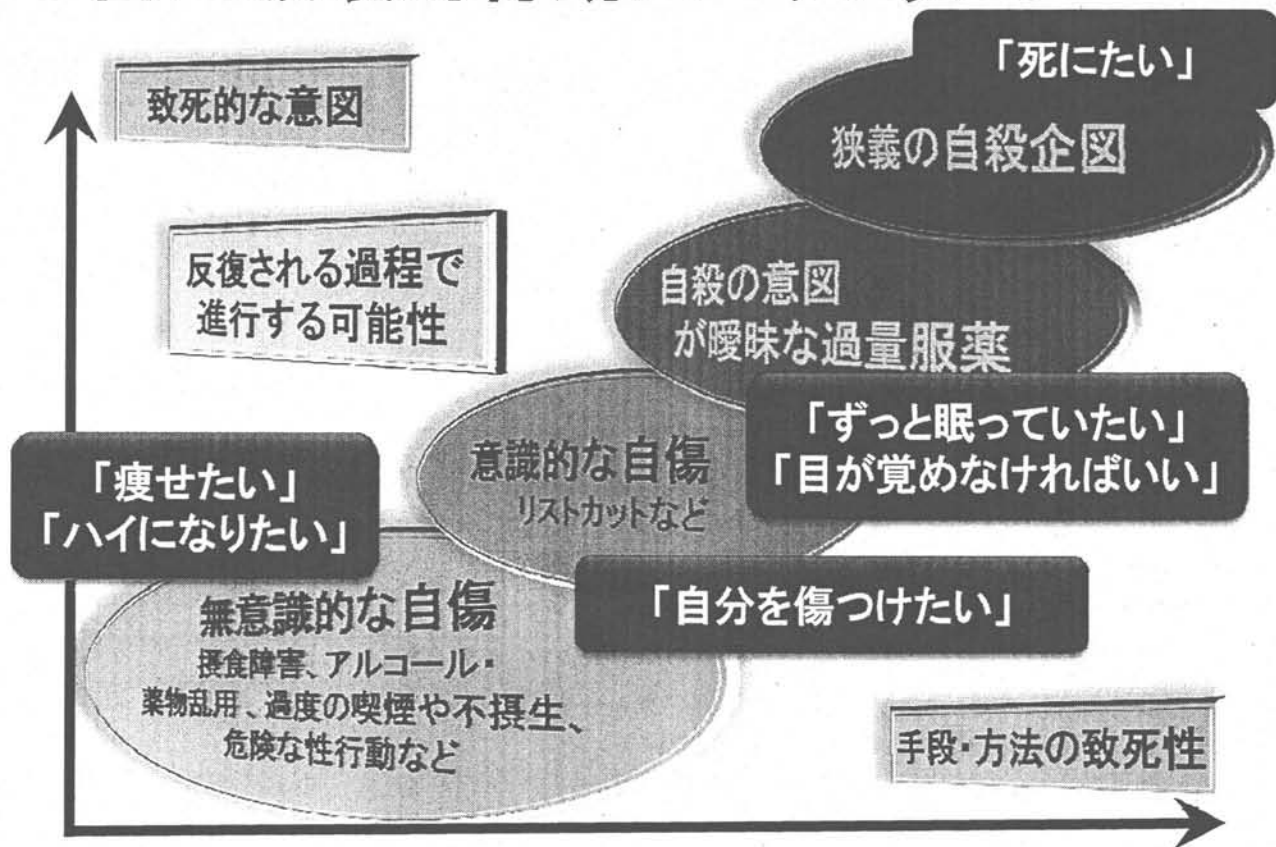
救急自動車による自損行為の出場件数及び搬送人数の推移(内閣府:平成20年度版自殺対策白書より引用)

薬物乱用・依存患者402名(厚労科研伊藤班調査:2009年12月1ヶ月間で7箇所の専門病院に受診した患者)の調査

～向精神薬は第2の乱用薬物である～



自己破壊的行動スペクトラム



向精神薬の乱用を防ぐために

薬剤師を自殺対策に巻き込む

- ・ 乱用の疑いある患者・家族への声かけ
- ・ 主治医への積極的なフィードバック
- ・ 市販薬剤(OTC)購入への積極的介入
- ・ 「おくすり手帳」の有効活用

レセプト・チェック活用

- ・ 社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会からの医療機関や患者本人へのフィードバック

規制は根本的解決ではない

- ・ 向精神薬乱用は比較的若年者に多い
- ・ 中高年・高齢者の受療行動を阻害しない配慮が必要

根本的な問題解決に向けて

援助者の支援

- ・精神科医の孤立無援状況や社会資源のなさが、多剤大量療法につながっていることもある

援助者が抱く陰性感情の克服

- ・自傷・ODを繰り返す若者はしばしば援助者に挑戦的・挑発的
- ・「面倒な」患者を診る医療者に対する正当な評価

「つながり」を作れる時間の保証

- ・ODを繰り返す若者の人間不信、エモーショナル・リテラシーの乏しさ
- ・「心のつながり」を構築するには一定の時間が必要
- ・特に過量服薬後、自殺未遂後の外来診察には十分な時間が必要

向精神薬乱用・依存の治療体制整備

- ・わが国の薬物依存症医療はあまりにお粗末
- ・アルコール医療に比しても低く評価されている?

総合的な精神保健医療対策を!

～キャンペーンだけではなく、援助の質の向上を～

総合的対策のなかで、置き去りにされた精神科医療

精神科医療へのアクセスを高めるだけでは不十分

精神科医療の質の向上が必要

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

日本社会精神医学会雑誌 Vol.18 No.3 (2010) 別刷

■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の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」²⁵⁾(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、かつ調査協力に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 N=20	非精神科受診群 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)
年齢別階級*			
人口動態的変数	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)
家族構成 (同居家族)			
社会的背景	独居	2(10.0%)	4(17.4%)
	核家族世帯 (夫婦のみ、親と未婚の子)	10(50.0%)	11(47.8%)
	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問

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近に受診していた。

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、概観する際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を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病性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・怠薬が認められたのは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定期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²¹⁾、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が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、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

リストカッターの自殺

松本 俊彦*

抄録：2000年にカリスマ的リストカッターである「南条あや」の遺稿集『卒業式まで死にません』が刊行されて以降、精神科臨床の現場でリストカットを繰り返す自傷患者と遭遇することが急激に増えた。このような自傷患者のなかには、処方薬の過量服薬を繰り返す者も少なくなく、救急医療の現場では過量服薬患者が問題となっている。リストカットなどの自傷行為は、その行為だけを見れば自殺企図と峻別されるが、長期的には重要な自殺のリスク要因であり、援助の対象とすべき問題である。しかし、わが国の精神科医療者のなかでは、リストカットや過量服薬を繰り返す患者に対する否定的な感情を持ち、近年の自殺対策のなかでかかりつけ医から精神科医への紹介促進の動きとは裏腹に、いままって援助に忌避的な者も少なくない。本稿では、リストカッターにおける自殺のリスク要因について論じるとともに、彼らをめぐる今日の精神科医療の問題点を指摘した。

精神科治療学 25(2) : 237-245, 2010

Key words : *self-injury, wrist-cutting, suicide, risk factor*

I. リストカッター「南条あや」の死

2000年頃から、精神科外来ではリストカットを繰り返す女性患者が急激に増加した。筆者は、そうした患者たちから何度となく、「先生は、南条あやの『卒業式まで死にません』¹⁾を読みましたか？」と質問されたものである。当時、自傷患者のあいだで南条あやはカリスマ的存在となっていて、数多くの追従者・模倣者を生み出していた。

Suicide of self-injurers.

*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

〔〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1〕

Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D.: Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

南条あや(本名:鈴木純)は、両親の離婚や学校での苛酷ないじめといった状況のなかで、中学1年頃よりリストカットを繰り返すようになった。もっとも、彼女の問題はリストカットだけではなかったように思われる。遺稿集¹⁾を読むと、彼女は時々、ヨーグルトやゼリーしか口にしないという極端なダイエットも繰り返しており、摂食障害への罹患も疑われる。

ともあれ、数年間に及ぶ自傷行為の果てに、彼女は高校3年時には精神科での入院治療も受けた。そのようななかで自らの精神科医療利用体験を綴った日記がネット上に公開されると、彼女はたちまち「メンヘル系ライター」として注目を集めるようになった。『卒業式まで死にません』は、それらの日記をまとめた遺稿集にあたる。

彼女は、1999年3月30日—高校の卒業式の20日後—に死亡した。その日の午後、彼女は一人でカラオケボックスに入店し、大量の向精神薬を服用

して昏睡状態に陥り、そのまま帰らぬ人となったという。享年18歳であった。ただし、彼女が服用した向精神薬の量は致死量に満たず、かねてより頻回のリストカットや献血（これも「瀉血」という一種の自傷か）による慢性貧血の状態にあり、また、死後の解剖において心臓弁膜に異常が見出されたことから、死因は「推定自殺」と曖昧に濁されている。

南条あやという存在は、彼女の信奉者だけでなく、精神科医療関係者にも無視できない影響を与えたように思う。彼女の日記には、処方薬の飲み心地をソムリエのように批評したり、気軽に過量服薬したりするありさまが描かれているが、初めてそれを讀んだとき、筆者は、現代精神科医療の暗部を拡大鏡で見せつけられた気がして慄然としたのを覚えている。当時すでにわが国では、精神科クリニックの急増に伴って過量服薬によって救急搬送される患者の増加が問題となり始めていた。「うつ病はこころの風邪、早めに精神科へ」などといった口当たりのよい啓発の副作用かもしれない。その結果、彼女の死と前後して、巷には「リストカット患者はお断り」という理由から患者を断る精神科クリニックが増え始めた。無理もない話である。処方薬を乱用し、インターネット上でリストカットした血まみれの腕の写真や主治医の発言を公開する患者など、確かに煩わしいことこの上ない。それでいて、まともに治療をしようと思えば長い診察時間が必要となり、現行の診療報酬制度下ではあまりにも効率が悪すぎる。

とはいえ、現実には南条あやが死亡している以上、リストカッターたちが死なないという保証などどこにもない。いいかえれば、「リストカットじゃ死なない」といえたとしても、「リストカットする奴は死なない」とはいえない。その意味では、自殺予防の観点では、「リストカッターお断り」として援助の埒外に弾き出して済まされる問題ではないのである。

本稿では、こうした「リストカッター」たちの自殺について考えてみたい。

II. なぜ彼らはリストカットを繰り返すのか？

1. 自傷と自殺の違い

まずはここから始めよう。自殺とは、致死的な目的から、致死性の予測をもって、現実には致死性の高い損傷を自らの身体に加えることを指すが、一方、自傷とは、自殺以外の目的から、非致死性の予測をもって、故意に非致死的な損傷を自らの身体に加える行為とされている²¹⁾。ここでいう「自殺以外の目的」とは、たとえば、周囲に対する何らかの意思伝達の意図であったり、解離症状を軽減するためであったりするが、なかでも最も多い自傷の理由が、怒りや緊張などの不快感情への対処である²²⁾。つまり、自傷とは、誰の助けも借りずに苦痛を緩和する孤独な対処方法であり、意図の点で自殺とは峻別されるべき行動である。

WalshとRosen²³⁾は、Shneidman²⁴⁾の自殺に関するメタ心理学的知見を踏まえて、自殺と自傷の差異を明らかにしている（表1）。Shneidmanによれば、自殺とは、耐えがたく、逃れられない、果てしなく続く精神的苦痛のなかで、唯一自分に残された「脱出口」であるという。すなわち、自殺を考える者は、もはや自力ではどうにも状況を変えられないという絶望感と無力感のなかで、「楽になるには、一切の意識活動を終焉させるしかない」と確信する心理的視野狭窄の状態に陥り、自らを傷つけるわけである。

一方、自傷とは、苦痛を一時的に緩和する試みである。すなわち、自傷者の苦痛は間歇的・断続的な性質のものであり、そのような不快な意識状態を短期間だけ変化させ、混乱した意識状態を再統合するために自らを傷つける。もちろん、本来であれば、間歇的な苦痛の原因（たとえば、虐待やいじめ）を取り除くことこそが根本的かつ建設的な解決策であるのはいうまでもないが、虐待やいじめの加害者が到底かなわないほど強大な相手であったり、加害者に制止を要請してかえって深刻な事態に陥った経験を持つ者もいよう。そのような場合、次善の策としてとられるのが、苦痛を体験する自らの意識状態を変容させることで困難な状況に適應する、という方法である。

表1 メタ心理学的視点に基づく自傷と自殺の違い
(文献21より引用)

特徴	自殺	自傷
苦痛	耐えられない、逃れられない、果てしなく続く痛み	間歇的・断続的な苦痛
目的	唯一の最終的な解決策	一時的な解決策
目標	意識の終焉	意識の変化
感情	絶望感 無力感	疎外感

その生理学的メカニズムには不明な点が多いが、自傷者の場合、自傷がもたらす「身体の痛み」には「心の痛み」を一時的に抑えるという不思議な鎮痛効果があることが知られている¹⁸⁾。事実、習慣性自傷者では、自傷直後には脳内モルヒネ様物質エンケファリンの血中濃度が上昇しているという報告¹⁹⁾があり、このことが、自傷の「心の痛み」に対する鎮痛効果と関係している可能性がある。したがって、自傷とは、「心の痛み」を一時的に鎮めるために、自傷という方法で自らに「身体の痛み」を与える方法なのである。あるいは、こういってもよい。自傷とは、「死にたいくらいつらい状況」を「生き延びるために」行われる行動なのである、と。

自傷者の多くは、こうした、自傷がもたらす鎮痛効果を偶然に、あるいは、自殺企図の失敗や他の自傷者の模倣を通じて発見し、以後その行動をまるでお守りのように携えて生きることとなる。ある17歳の女性患者は、かつて筆者に次のように語った。

「父はいわゆる仕事人間でほとんど家におらず、母は新興宗教に熱中していた。だから、学校でのいじめのことも話せなかった。それで、小学校5年のときに『もう死のう』と思って初めてリストカットをした。もちろん、死にはしなかったけど、気持ちがすごく楽になった。誰も私を助けてくれないけど、『これ』さえあれば生きていけると思った」

2. 自傷アディクションという死への迂回路化

自傷がもたらす「心の痛み」に対する鎮痛効果は、きわめて速やかに発現する。苛酷な状況を根

本的・建設的な方法で変化させるよりも、圧倒的に簡単に迅速な困難の解決をはかることができるので、またたく間に手放せない行動となってしまふ。

しかしその一方で、自傷には反復される過程で耐性を生じやすいという欠点もある。繰り返すほどに主観的な疼痛閾値は上昇し、当初と同じ切り方では「心の痛み」を鎮めるのに不足するようになり、また、鎮痛効果の持続時間が短くなってしまふのである。そのため、何回も自分を傷つけたら、より深く切ったりしなければ、かつてと同じ効果が得られなくなってしまうのである。ときには、手首や腕だけで足りなくなり、他の身体部位を切ったり、あるいは、切るだけではなく、頭を壁に打ちつけたり、火のついたタバコを皮膚に押しつけたりする者もいる。

さらに困ったことに、自傷を繰り返すうちに以前よりもストレスに対して脆弱になってしまうという変化も見られる。以前だったら気にもとめなかったささいな出来事にも「身体の痛み」が必要となるわけである。このため、最終的には、いくら切っても「心の痛み」を埋め合わせるのに追いつかない状態—「切ってもつらいが、切らなきゃなおつらい」という状態—に陥ってしまうのである。これは自傷のアディクション化である。

Favazza²⁰⁾は、この自傷のアディクション状態のことを「反復性自傷症候群 Repetitive Self-mutilation syndrome」と呼んでいる。自傷によって自分をコントロールしているつもりが、いつしか自分が自傷にコントロールされてしまう事態である。Favazzaによれば、この段階に到達した自傷者は、もはや禁止や叱責によってはその行動をコントロールできない状態にあり、その行動自体を治療の対象とする必要があるという。反復性自傷に至った者の生き方は、次第に自暴自棄ともいいうる独特なすさみ方を呈する。たとえば、自虐的に自らを「リストカッター」などと呼ぶなど、否定的自己同一性を確立する。あるいは、自傷した際に出た血液で絵を描いたり、自傷創の写真をインターネット上に掲載したりするなど、一見グロテスクとも思える行動をとることも少なくない。こうした行動は、援助者側の陰性感情を刺

激し、彼らの苦痛を過小視させてしまう。

一般に反復性自傷者は、「生き延びるために」自傷を繰り返しながら日々をすごすうちに、皮肉にも以前よりも自殺念慮を強めている傾向がある。実際、彼らはしばしば、「消えてしまいたい」「いなくなりたい」といった消極的な自殺念慮ともとれる言葉を口にする。もっと直截に「死にたい」という言葉を漏らすことも稀ではない。そしてあるとき、ふだん自傷に用いているのとは別の方法で自殺企図に及ぶことがある。

要するに、苛酷な現在を生き延びるためのこのアディクション行動は、死への迂回路でもあるのである。現在の死を回避するのに役立つかもしれないが、未解決の問題はそのまま残り、緩徐に未来の死をたぐり寄せている可能性がある。

Ⅲ. 自殺リスクの高いリストカッターの特徴

1. 自傷患者の3年間の追跡調査から

すでに述べたように、自傷と自殺とは峻別されるべきであるが、Owensら¹⁰⁾のメタ分析は、十代における1回以上の自傷経験は10年後における自殺既遂による死亡のリスクを数百倍に高めることを明らかにしている。このことは、自傷が自殺のリスク要因であることを意味している。もちろん、現実にはすべてのリストカッターが自殺企図に及んだり、自殺既遂に至ったりするわけではない。

筆者ら¹¹⁾は、自傷患者の自殺リスクを明らかにするために、精神科通院中の女性自傷患者81名を3年間追跡したことがある。その結果、3年間追跡し得た67名のうち、50名(74.6%)が何らかの自己破壊的行動を行っており、15名(22.4%)が致死性の高い自己破壊的行動(医療機関で治療が行われなければ明らかに死亡していたと考えられる身体損傷を伴うもの)に及んでいたことが明らかにされた(表2)。

続いて、3年間以内に致死性の高い自己破壊的行動が見られた群と見られなかった群とのあいだで、追跡調査開始時点に収集した情報に関して比較を行った(表3)。情報として採用した変数は、年齢や生活状況、外傷体験、自傷行為の様態

(開始年齢や継続年数、頻度や嗜癖性の自覚など)、随伴する精神医学的問題(過量服薬の既往、生活機能、衝動性、摂食障害傾向、衝動性、アルコール乱用)といったものである。その結果、致死性の高い自己破壊的行動が見られた群では、強姦被害の体験、ならびに市販薬の過量服薬体験が有意に高率であり、また、アルコール依存のスクリーニング尺度である日本語版AUDIT(Alcohol Use Disorder Identification Test)¹²⁾得点、および、神経性大食症のスクリーニング尺度である日本語版BITE(Bulimic Investigatory Test of Edinburgh)¹³⁾得点も有意に高かった。要するに、リストカッターの自殺リスクは、①強姦被害の経験、②市販薬を過量服薬した経験、③アルコール問題、④摂食障害の傾向という4つの要因に関連し、意外なことに、自傷頻度や身体損傷の程度といった自傷自体の重症度とは関連していなかったのである。

さらに筆者らは、交絡因子の影響を除去して、致死性の高い自己破壊的行動と特に密接に関連する要因を明らかにするために、上述した単変量比較で有意差の見られた項目を独立変数として多変量比較を行った。すると、致死性の高い自己破壊的行動と有意に関係する変数として、BITE得点(オッズ比、1.066:95%信頼区間、1.002-1.141)だけが抽出された。これは、BITE得点が1点上昇するに伴って、致命的な自己破壊的行動をするリスクが1.066倍高まることを意味している。

2. 自己破壊的行動スペクトラム

自身が行った調査の結果、さらには内外の先行研究で明らかにされた知見をもとに、最近、筆者は図1のような自己破壊的行動スペクトラム¹⁴⁾を考えるようになった。縦軸に行為にあたっての致死的な意図の強さをとり、横軸に客観的な行為がもたらす身体損傷の致死性をとる。すると、一方の極に、明確な致死的な意図から、縊首や飛び降り、飛び込みなどといった致死性の高い方法による「自殺企図」を想定すると、もう一方の反対の極には、摂食障害やアルコール・薬物乱用が布置されることとなる。

摂食障害やアルコール・薬物乱用は、「死にた

表2 自己破壊的行動の手段・方法(文献10より引用)

自己破壊的行動の内容(重複回答あり)	3年間の経過が判明した対象者 N=67	
	何らかの自己破壊的行動あり 74.6%(50名)	
	致死性の高い行動	致死性の低い行動
	22.4%	68.7%
自己切傷・刺傷・熱傷	7.5%	58.2%
過量服薬	19.4%	35.8%
服毒	0.0%	4.5%
縊首	1.5%	6.0%
高所からの飛び降り	7.5%	0.0%
車・電車などへの飛び込み	0.0%	0.0%
溺水	1.5%	0.0%
その他	0.0%	0.0%

い」あるいは「自分を傷つけたい」という意図からではなく、「痩せたい」「ハイになりたい」という意図から行われる。また、1回の拒食や過食・嘔吐、あるいは精神作用物質の摂取で健康が損なわれるわけではないが、かつてMenninger¹²⁾によって「慢性自殺」と名づけられたように、長期間繰り返されることで健康被害が顕在化する。さらに、すでに述べたように、自傷患者に摂食障害やアルコール・薬物乱用が併存すれば、致死性の高い自己破壊的行動のリスクが高まる。なお、HarrisとBarracough⁹⁾のメタ分析によれば、患者の自殺死亡率が最も高い精神障害の診断は摂食障害である。また、海外にはアルコール・薬物乱用が自殺のリスク要因であることを示す研究が多数存在する¹³⁾。以上を踏まえれば、摂食障害やアルコール・薬物乱用は「無意識的な自傷」と名づけることには異論はあるまい。

「無意識的な自傷」の1つ上の段階には、「意識的な自傷」がある。これにはリストカットが含まれる。これはMenningerのいう「局所性自殺」である。つまり、「死にたいくらいつらい状況を生き延びるために」身体の一部を犠牲にする行為であり、致命的な意図はない。しかし、「自分を傷つけている」という意図は意識されている。なお、自傷者のなかにはアルコール・薬物乱用や摂食障害傾向を呈する者が少なくないことから、「意識的な自傷」と「無意識的な自傷」は近縁的

な関係があるといえる。

「意識的な自傷」の1つ上の段階には、過量服薬などの「自殺の意図が曖昧な過量服薬」がある。PattisonとKahan¹⁷⁾は、非致死性の予測がつきにくく、身体損傷の状況を視覚的に確認できないという理由から、過量服薬を自傷概念から除外している。たしかに過量服薬した患者は、意識回復後に「とにかく眠りたかった」「嫌なことを忘れたかった」などと、一見、自殺とは異なる意図を述べる一方で、「ずっと目が覚めなければよかった」などと、死を願うかのような言葉をもらすことも珍しくない。その意味では、過量服薬は自傷と自殺の中間、あるいは双方にまたがる地点に位置づけられるべきである。

筆者らの調査⁹⁾では、過量服薬はリストカット歴の長い自傷者に多いということが明らかにされている。最初の過量服薬は、通常、反復性自傷の段階に到達して「鎮痛効果」が得られなくなった自傷者が、自殺行動として行うことが多いが、そこで自殺既遂に至らなかったものの、過量服薬を持つ、あたかもパソコンを強制終了させる瞬間のような「不快気分に対する強力なりセット効果」を発見し、苛酷な状況を「生き延びるために」これを繰り返すようになる場合がある。しかし筆者の臨床経験では、最終的に致命的な行動によって既遂に至った者のなかには、自殺既遂に至る前に何回も過量服薬を繰り返した果てに縊首や飛び降

表3 3年間の経過が判明群・非判明群との調査登録時変数の比較(文献10より引用)

		致死性の高い自己破壊的行動 (N=67)		p value
		あり N=15	なし N=52	
調査登録時年齢(歳(SD))		27.4 (7.6)	25.8 (7.1)	0.476
生活歴に関する変数	17歳以下の親からの身体的暴力	20.0%	32.7%	0.344
	17歳以下の肉親からの性的暴力	20.0%	19.2%	0.947
	17歳以下の他人からの性的暴力	33.3%	21.2%	0.330
	親のネグレクト	20.0%	15.4%	0.671
	親の言語的虐待	40.0%	42.3%	0.873
	親の配偶者虐待場面の目撃	3.0%	19.2%	0.600
	親の性交場面を目撃	33.3%	17.3%	0.179
	親の精神疾患の存在	6.7%	23.1%	0.157
	学校時代のいじめ被害	66.7%	67.3%	0.963
	その他のいじめ	40.0%	34.6%	0.702
	強姦の被害(18歳以降)	46.7%	15.4%	0.010*
	その他の性的被害(セクハラなど)	40.0%	38.5%	0.914
	配偶者からの身体的虐待	13.3%	17.3%	0.714
	配偶者からの性的暴力	0.0%	7.7%	0.268
	配偶者以外の家族成員からの暴力	6.7%	19.2%	0.247
	強盗や恐喝の被害	6.7%	9.6%	0.725
	近親者の自殺	33.3%	17.3%	0.179
	近親者の事故死・突然死	33.3%	32.7%	0.963
	交通事故の被害	53.3%	32.7%	0.145
	家庭の経済的破綻	13.3%	21.2%	0.500
自然災害などへの罹災	6.7%	3.8%	0.642	
戦争・地域紛争への罹災	0.0%	0.0%	—	
その他の心的外傷体験	33.3%	46.2%	0.377	
登録時の生活状況	単身生活	6.7%	8.7%	0.804
リストカットの様態に関する変数	最初にリストカットした年齢(歳(SD))	20.3 (8.7)	20.2 (7.2)	0.971
	リストカット期間(年(SD))	7.2 (8.6)	5.5 (4.9)	0.363
	登録時1ヵ月以内の自己切傷	53.3%	63.5%	0.478
	10回以上の自己切傷経験	80.0%	73.1%	0.587
	自己切傷創の縫合処置経験	40.0%	26.9%	0.330
	心理的抵抗	73.3%	78.8%	0.652
	抑制喪失	73.3%	84.6%	0.315
	嗜癖性の自覚	86.7%	82.4%	0.694
随伴する精神医学的問題および生活機能に関する変数	過去における処方された向精神薬の過量服薬	93.3%	75.0%	0.124
	過去における市販薬の過量服薬	73.3%	38.5%	0.017*
	GAF(点(SD))	41.5 (16.6)	47.5 (11.3)	0.110
	AUDIT(点(SD))	8.6 (9.9)	3.9 (5.7)	0.023*
	BITE(点(SD))	30.9 (10.2)	19.5 (11.2)	0.001*
	BIS-11(点(SD))	76.7 (14.1)	71.7 (11.0)	0.154
ADES(点(SD))	5.1 (2.0)	4.9 (2.4)	0.889	

*p<0.05

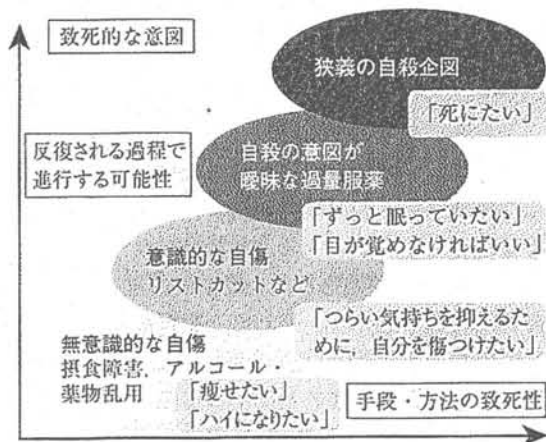


図1 自己破壊的行動スペクトラム (文献11より引用)

りといった致死的な行動をとった者もいる。そう考えれば、「自殺の意図が曖昧な過量服薬」を「自殺企図」に最も近接する場所に位置づけるのはきわめて妥当なことであるように思われる。

以上からわかるように、これらの自己破壊的行動の各段階は、反復によって進行しうる連続的な関係のなかで捉えることができる。もちろん、エスカレート速度には個人差があり、患者によっては各段階を直線的に進行するのではなく、停滞や逆行、あるいは複数の段階が混在している場合もありうる。さらに、自傷患者の追跡調査でも触れたように、強姦被害などの外傷体験はこのプロセスの促進要因となる可能性もあろう。

いずれにしても、自殺予防のためにはこの全段階の自己破壊的行動に対する介入が必要である。その意味では、2008年の自殺総合対策大綱の一部改正（「自殺対策加速化プラン」）¹²⁾は、自殺ハイリスク者対策として「思春期・青年期の自傷行為」や「アルコール・薬物依存」を追加した点で、高く評価されるべきものである。

IV. 自殺既遂となったリストカッター

前に紹介した筆者らの追跡調査は、所詮は重篤な自殺未遂を指標とした研究であるので、厳密には、得られたリスク要因を自殺既遂のものと同義には捉えられない。

実は、その調査では、追跡期間中に自殺既遂に至った対象者が1名だけ存在した。ここでは、その自殺既遂事例を紹介しておきたい。なお、症例提示にあたっては、個人が特定されないように、症例の本質を歪めない範囲で大幅な修正を行っている。

〔症例〕調査登録時20歳女性、死亡時22歳（追跡開始1年10ヵ月時点）

DSM-IV-TR 診断：特定不能の解離性障害、神経性大食症・排出型、境界性パーソナリティ障害
生活歴：教育に厳格な両親によって養育され、幼少時から繰り返し体罰を受けていた。中学時代までは真面目な生徒であったが、高校進学後、両親に対する反発から夜遊びをするようになった。そのなかで、遊び仲間の男性数人からの強姦被害に遭遇し、しかも相手がわからないまま妊娠した。しかし、家族からは「ふしだらな女」と非難され、警察に被害届を出せないまま、中絶手術を受けた。手術後、高校を中退した。

調査登録までの病歴：中絶手術後（17歳時）より拒食、過食・嘔吐が始まった。また、18歳頃よりリストカットや過量服薬を頻回に繰り返すようになり、家族に対する暴力も問題化した。さらに、歓楽街で見知らぬ男性と性交渉を持ち、しかも、後でそうした性的逸脱行動を覚えていないという解離性健忘も見られるようになった。この頃、家族に精神科に連れて行かれ、強引に閉鎖病棟入院させられた。家族との関係が悪循環的に自己破壊的行動をエスカレートさせている印象があり、主治医の提案により、退院後、症例は生活保護を受給しながらアパート単身生活を開始した。これ以後、症例の自己破壊的行動は著しく減少し、まもなくボランティアで介護の仕事もするようになった。

調査登録時点の状況：症例のリストカット開始年齢は18歳であり、約2年間の数十回に及ぶリストカット歴があったが、調査登録時には3ヵ月近く止まっていた。過量服薬も多数回の経験があったが、登録時は半年ほどしていなかった。また、自記式評価尺度上、著明な神経性大食症傾向と解離傾向が認められた。

その後の経過：症例は、介護のボランティアを通じて恋人ができ、まもなく半同棲状態となった。やがて症例は就労を焦り、コンビニエンスストアでのアルバイトを始めたが、仕事の負担は大きく、解離性健忘が頻発するようになった。そんな矢先、バイト先の飲み会で泥酔した症例は、同僚男性と不本意な性交渉を持った。翌日より症例はそのことを深刻に自責する一方で、本来の恋人との性交渉が苦痛となった。にもかかわらず、恋人が半ば強引に交渉を求めると、症例は解離状態に陥ることが増えた。まもなくリストカットと過食・嘔吐が再発し、処方薬の過量摂取が繰り返された。

自殺既遂の状況：症例は、恋人との半同棲は苦痛であったが、といて両親との同居にも抵抗感を覚えた。そこで、主治医は自殺防止の観点から精神科病院への入院に踏み切った。しかし、症例は同じ病棟のある男性患者を不可解な理由で非常に恐れ、職員の間隙を突いて離院してしまい、そのまま退院となった。離院した病院への再入院は叶わず、仕方なく主治医は複数の精神科病院に入院の依頼をしたが、いずれの病院からも断られた。離院から1週間後のある早朝、症例は縊首によって死亡した。

本症例は幼少時から様々な外傷体験が蓄積するなかで、最終的に深刻な性被害体験を契機に、多方向性の自己破壊的行動が顕在化し、最終的に自殺既遂に至った。世帯分離による単身生活は、短期的には家族内の悪循環を解決するのに成功したが、長期的には危機的状況を回避するための選択肢を狭めた可能性は否めない。

ここに登場する主治医とは筆者自身である。いまでも耳の奥にこびりついて忘れられないのは、入院を断られる際に何度も聞かされた、「当院ではパーソナリティ障害の患者は受けない」という冷淡な声である。精神科医から冷遇されるリストカッターたちはつくづく不幸な患者だと思いが、彼らに熱心に関わる精神科医もまた同業者の冷淡な対応に曝されることがある。

V. リストカッターの自殺予防のために

これまで自殺対策においては、「自殺既遂者の90%以上が自殺直前には何らかの精神障害に罹患した状態にあるが、実際に精神科治療を受けている者はごくわずかである¹⁾と認識されていた。しかし、筆者らが実施した心理学的剖検調査²⁾では自殺既遂者の46%が、そして、東京都が実施した自死遺族からの聞き取り調査³⁾では自殺既遂者の52%がそれぞれ精神科治療中の自殺であった。さらに筆者らの調査では、精神科治療中の自殺既遂者は、縊首や飛び降りなどの致死的行動に及ぶ際、処方薬を過量に摂取し、おそらくは酩酊状態にあったと推測されることが明らかにされている³⁾。これでは、精神科薬物療法とは治療の名のもとに行われる自殺補助となってしまふ。

もちろん、反論は数多くあろうし、その大半は正当な主張であろう。ただ、それでも、「DSMによってうつ病概念が拡大し、『ニセモノのうつ病』の人にまで医療が提供されている」という意見にだけは与するつもりはない。こうした主張には、必ずリストカッターたちを「医療を混乱させるニセモノの病人」に貶める意図が隠されているものである。

現在、わが国で展開されている様々な自殺対策のなかで、いまだに手つかずの領域が1つだけ残されている。それは、精神科医療の質の向上、とりわけリストカットや過量服薬を繰り返す患者への対応能力の向上である。何も、「精神療法の技能向上に努めよ」という意味ではない。そうした患者を援助する際に見られがちな否定的態度をほんの少しでも変えること。それだけでも多少とも救える患者が増えるはずである。

文 献

- 1) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B. et al.: A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br. J. Psychiatry*, 125: 355-373, 1974.
- 2) Bertolote, J.M., Fleishmann, A., De Leo, D. et al.: Psychiatric diagnoses and suicide: Revising the evidence. *Crisis*, 25: 147-155, 2004.
- 3) Chynoweth, R., Tonge, J.I. and Armstrong.

- J.: Suicide in Brisbane: A retrospective psychosocial study. *Aust. N.Z. J. Psychiatry*, 14: 37-45, 1980.
- 4) Coid, J., Allolio, B. and Rees, L.H.: Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet*, 2: 545-546, 1983.
 - 5) Favazza, A.R.: *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, 2nd ed. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996.
 - 6) Harris, E.C. and Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 170: 205-228, 1997.
 - 7) 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎ほか: 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. *日本社会精神医学会雑誌*, 2010 (印刷中).
 - 8) 廣尚典: CAGE, AUDITによる問題飲酒の早期発見. *日本臨床*, 172: 589-593, 1997.
 - 9) 松本俊彦, 山口亜希子, 阿瀬川孝治ほか: 過量服薬を行う女性自傷患者の臨床的特徴: リスク予測に向けての自記式質問票による予備的調査. *精神医学*, 47: 735-743, 2005.
 - 10) 松本俊彦, 阿瀬川孝治, 伊丹昭ほか: 自己切傷患者における致死的な「故意に自分を傷つける行為」のリスク要因: 3年間の追跡調査. *精神経誌*, 110: 475-487, 2008.
 - 11) 松本俊彦: 自傷行為の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」若者たち—. *日本評論社*, 東京, 2009.
 - 12) Menninger, K.A.: *Man against himself*. Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1938.
 - 13) 内閣府: 自殺対策加速化プラン (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/plan.pdf>)
 - 14) 中井義勝, 濱垣誠司, 高木隆郎: 大食症質問表 Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE) の有用性と神経性大食症の実態調査. *精神医学*, 40: 711-716, 1998.
 - 15) 南条あや: *卒業式まで死にません*. 新潮社, 東京, 2000.
 - 16) Owens, D., Horrocks, J. and House, A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry*, 181: 193-199, 2002.
 - 17) Pattison, E.M. and Kahan, J.: The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am. J. Psychiatry*, 140: 867-872, 1983.
 - 18) Russ, M.J., Roth, S.D., Lerman, A. et al.: Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. *Biol. Psychiatry*, 32: 501-511, 1992.
 - 19) Shneidman, E.S.: *Suicide as Psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson Inc., Lanham, 1993.
 - 20) 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—. 東京都福祉保健局, p.41-44, 2009.
 - 21) Walsh, B.W. and Rosen, P.M.: *Self-mutilation—theory, research, & treatment—*. Guilford Press, New York, 1988.

第6回自殺・うつ病対策等対策プロジェクトチーム

平成22年7月27日精神・障害保健課

- ・ 診療の過程での自殺リスク評価
- ・ 処方工夫
- ・ 投与期間
- ・ 医師への普及方法等、医療の質の向上に向けた取り組み

自殺未遂患者への対応

救急外来(ER)・救急科・
救命救急センターの
スタッフのための手引き

日本臨床救急医学会
平成21年3月

目次

発刊に際して	iii
手引きを使用するにあたって	v
I. 自殺未遂患者ケアの全体の流れ	1
II. 救急医療の現場での自殺未遂患者への 対応のフローチャート	3
i) 情報収集 ii) 自殺企図の手段と重症度の確認 iii) 自殺企図の有無の確認 iv) 現在の死にたい気持ち(自殺念慮・希死念慮)の確認 v) 危険因子の確認 vi) 外来での対応と入院適応の評価 vii) 入院後-ICU、病棟での対応 viii) 退院時までに行うべきこと 1. 確認すべきこと、やるべきこと 2. 退院の判断に慎重を期す患者とは 3. 精神科へのコンサルテーション 4. 医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士の役割	
III. 対応の流れ(看護師編)	17
IV. 対応の注意点	20
■ 対応の基本 ■ すべきこと ■ してはいけないこと	
V. 家族への対応	24
VI. 再企図予防に関する情報提供	25
あとがき	26

平成21年度 自殺未遂者ケア研修

救急医療版

厚生労働省主催
一般社団法人日本臨床救急医学会共催

プログラム (※東京・大阪会場共通)

- 開会挨拶 10:20～10:30
厚生労働省 社会・健康政策推進部 精神・障害保健課 心の健康づくり推進室
成瀬 竜一郎
- 演題1「自殺未遂者対応がなぜ必要か」 10:30～10:50
講師 山田 耕彦 (横浜市立大学附属市民総合医療センター 精神医療センター)
- 演題2「自殺未遂者ケアガイドラインについて」 10:50～11:10
講師 大原 隼太郎 (大手医科大学神経精神科)
- ワークショップについての説明 11:10～11:30
説明者 三宅 雅文 (昭和大学医学部総合医学講座)
河西 千枝 (横浜市立大学医学部精神医学教室)
- 休学 11:30～12:30 -----
- ワークショップ「救命救急医療施設における自殺未遂者対応」 12:30～14:10
休学 14:10～14:20
- 演題3「地域の自殺対策の取り組み」 14:20～14:40
講師 高橋 千枝 (横浜市立大学医学部精神医学教室)
- 成果物の見直しとディスカッション 14:40～16:20
- 演題4「自死遺族への対応と支援」 16:20～16:40
講師 加藤 文彦 (社会福祉法人協栄会 若手福祉職員)
- 閉会挨拶 16:40～
厚生労働省 社会・健康政策推進部 精神・障害保健課 心の健康づくり推進室
成瀬 竜一郎

ファシリテーター

【大阪会場】

安部 直紀子 (大阪大学) 宮本 浩子 (大阪大学) 山下 亮平 (奈良県立医科大学)
尾崎 明博 (関西大学) 藤田 隆行 (関西医科大学) 佐藤 真 (近畿大学) 杉本 達典 (関西医科大学)
入江 佳穂 (近畿大学) 松尾 貴裕子 (関西大学) 山田 聡子 (関西医科大学)

【東京会場】

伊藤 敬雄 (日本医科大学) 三宅 雅文 (大手医科大学) 中野 美智子 (北里大学)
川崎 義典 (日本医科大学) 川村 博代 (大手医科大学) 中村 光 (大手医科大学)
平野 千枝 (横浜市立大学) 山田 高穂子 (横浜市立大学) 山本 真司 (北里大学)

自殺未遂者ケア研修[2010年1月 東京会場]



委員会企画

『自殺未遂者のケアに関する検討委員会』

自殺企図者への対応

—救急医療スタッフのためのリソース—

委員会企画

自殺未遂者のケアに関する
検討委員会

自殺未遂者への対応 —救急医療スタッフのためのリソース—

平成21年春に会員の皆さん全員に配布した『自殺未遂者への対応 —救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き—』(厚労省のHPからも無料でダウンロードできる)は役に立っているでしょうか。「見ないうちに何処かにいった」「書いていることは尤もだが、そこまで患者に向える時間がない」「具体的にどの場面でどう使えばいいのか」との声も聞こえてきそうです。そこで当委員会では、この手引きをテキストとして平成22年1月に東京と大阪で『自殺未遂者ケア研修』(厚労省主催、日本臨床救急医学会共催)を救急医療スタッフ向けに開催し、症例をもとにファシリテータとともにワークショップを行いました。今回、参加できなかった会員の皆さんにその内容の一部を紹介いたします。さらに、チーム医療で対応する自殺企図患者ケアの中で大きな力となっている精神保健福祉士(PSW)と臨床心理士の活動や、現状で手に入る自殺未遂者ケアのための社会資本についても紹介したいと思います。当委員会は、悩める現場の医療スタッフの力となるべく今後も新たな活動を予定しています。また、会場で会員の皆さんの生の声を聞かせていただければ幸いです。

座長：三宅康史(昭和大学医学部 救急医学)

- ・『自殺未遂者のケアに関する検討委員会』の取り組み
三宅康史(昭和大学医学部 救急医学)
- ・WS症例1. 致死性の高い自殺手段をとったうつ病患者の一例
山田朋樹(横浜市立大学医学部精神医学)
- ・WS症例2. 抑うつ状態の女性リピーターの自殺企図例
大塚耕太郎(岩手医科大学精神科)
- ・自殺未遂者へのPSWの関わり
山田素朋子(横浜市立大学医学部精神医学)
- ・自殺未遂者への臨床心理士の関わり
高井美智子(北里大学大学院医療系研究科・医療心理学)
- ・自殺対策に関わる機関とその窓口
成重竜一郎(前厚労省社会・援護局 障害保健福祉部精神障害保険課心の健康係)
- ・質疑応答

精神疾患を有する救急患者に対応する 病院への補助事業を拡充しました！！

- 救急医療現場において精神疾患を有する患者の対応が大きな課題となっています。
- 精神・身体両方の治療を行う受け入れ救急医療機関を強化するために、厚生労働省は平成22年度から、精神科救急医療体制整備事業を拡充しました。

拡充のポイント

- 救急救命センターなどの救急医療機関において、精神・身体の治療を必要とする患者の入院治療に備えるための空床確保料などの補助が受けやすくなりました。
- 地域の搬送ルールに基づいて、精神・身体合併症患者を積極的に受け入れる救急医療機関に対する、当直謝金などの補助を創設しました。
- 精神・身体合併症患者を後方搬送するための補助が受けやすくなりました。

※精神科救急医療体制整備事業とは

- ・都道府県が、精神医療相談、精神科救急情報センター、搬送体制、精神科救急医療、身体合併症救急医療等を地域特性に合わせて確保するための事業です。
- ・都道府県が実施主体となり、国が1/2を補助するもので、平成22年度は約23億円を予算計上しております。

※都道府県での実施状況については、都道府県の精神保健福祉担当課にお問い合わせ下さい。

詳細につきましては下記の連絡先にお問い合わせ下さい
事業に関する説明や資料の提供をさせていただきます



厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課 精神科救急医療担当
課長補佐 寺谷 03-5253-1111(内線3067)
teratani-toshiyasu@mhlw.go.jp

日本臨床救急医学会 自殺未遂者のケアに関する検討委員会 現在の活動内容と今後の予定

- ・自殺未遂者への対応『手引き』の実用テキストとしてのFAQ集の作成(今年度末)
- ・精神科救急患者への初期対応法を学ぶ初期診療コースの開発とガイドブックの発行

[Psychological Emergency Evaluation & Care :PEEC™]

- ・精神科関連学会とのcollaboration
- ・救急医療の現場スタッフへワークショップの提供
(今年度東京、大阪、仙台で開催予定)

自殺未遂患者への対応

救急外来(ER)・救急科・
救命救急センターの
スタッフのための手引き

発刊に際して

わが国における年間の自殺者数は平成10年（西暦1998年）に3万人を超え、その後も2万5千人前後から3万人程度で推移している。この問題については社会全体で取り組む必要があることから、平成18年（同2006年）に自殺対策基本法が施行され、その翌年には自殺総合対策大綱が示された。つまり、前者において自殺未遂者に対する支援が明文化され、引き続きそのような支援の重要性についてより具体的に言及されるに至ったというわけである。自殺を図ったり、自傷に及んだりした患者らへのケアについての期待はこのように漸次高まって現在に至っている。

さて、我々の救急医療の現場においては、上記のような患者らに稀ならず対応している。これらの自殺企図、自傷関連行動は、自殺を遂げてしまうという観点からみるなら、その危険因子の中で最も大きなものである。つまり、自殺を予防しようという取り組みをするなら、我々の現場でそのような患者らに適切なケアを展開することが極めて重要であるということである。そのような患者らについて医学的には、身体的な診療と精神医学的な診療とが同時に行われ、後者の場合の多くにおいて患者自身の健康に関する問題、家族との問題、経済的な問題などが明らかとなり、心理社会的な側面からの支援なども求められることとなる。

論理的に言うなら、臨床の現場において上記のような診療、支援について時宜を逸することは許されない。しかし、我が国の実情をみると、救命救急センターなど病院の救急部門に精神科医が配されている例は少なく、多くの場合は精神科医にコンサルテーションを行うか、または精神科医が病院にいないのでそれすらできないという水準にある。日本臨床救急医学会は医師、看護師、救急隊員、その他のコメディカルらが協働して良質なケアを達成しようとするものである。そこで、救急医療の現場において精神科医による具体的な支援が直接的に得られない状況でそのような患者に遭遇しても、我々スタッフが一定程度には臆することなく対応し、その後に遡ってもそれなりに適切なケアであったと評価されるような「手引書」を作成するに至った。

この「手引書」は、精神科医が直接的に具体的な介入をする水準には、はるかに及ぶものではない。このことは当然であるが、精神科医の支援が得られない現場においても「できればこのようなケアを実践されたい」という内容を示している。医療の質という観点からみれば、「乏しいストラクチャーにも関わらず、この程度のプロセスは宜しく」ということ示した、まずは第1版である。救急医療の最前線に位置する我々にとって、自殺企図、自傷関連行動を示した患者らへの対応の手引きとして大いに活用されることが期待される。そのようであれば、引き続き改訂版へと発展することができると思われる。

本手引きの発刊により我々の現場でのケアの質が向上し、患者によりよい医療が提供できることを切に希望するところである。

平成21年3月31日
日本臨床救急医学会代表理事
有賀 徹

「自殺未遂患者への対応：救急外来(ER)・救急科・救命救急センターの スタッフのための手引き」作成班

有限責任中間法人 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」

担当理事

有賀 徹 (昭和大学)

委員長

三宅 康史 (昭和大学)

委員

大塚耕太郎 (岩手医科大学)

岸 泰宏 (日本医科大学)

坂本由美子 (関東労災病院)

守村 洋 (札幌市立大学)

柳澤八恵子 (聖路加国際病院)

山田 朋樹 (横浜市立大学)

協力

伊藤 弘人 (国立精神・神経センター)

河西 千秋 (横浜市立大学)

本手引きは、平成20年度厚生労働科学研究費補助金
(自殺未遂者および自殺遺族等へのケアに関する研究)
の研究班と共同して原案を作成し、その支援を受けて
日本臨床救急医学会が作成した。

手引きを使用するにあたって

- 1) この手引きは、救急部門において自殺を企図した患者へのケアを行うときに、関与する救急部門のスタッフが参照するのに適するものとしてまとめられた。
- 2) この手引きで想定されているのは、精神科医による具体的な支援が現場において直接的にすぐには得られないという状況である。病院に精神科医が勤務していなければ当然であるが、勤務していてもしばらくは連絡がとれない状況も含まれる。
- 3) この手引きに沿って患者のケアが開始されるのは、患者の身体的な診療に一定の目処が付き、患者の意識が回復してからである。このようなアプローチの具体的なタイミングについては本文を参照されたい。
- 4) この手引きは、患者が自殺を図ろうとする危険性を測り、精神状態の変化を把握し、再企図への危険因子を探るなど、医療チームとして可能な限り適切なケアの方法を示している。同時に、患者にとって安全な退院、引き続き外来診療などへの連携なども含んでいる。これらは、我々の現場における限られた医療資源の範囲内であっても、当面の、実践可能な効率的な方法である。ここには我々医療者にとっての安全を確保する観点も込められている。
- 5) この手引きには、身体的な問題に対処するにあたり、精神医学的な診断を下すアルゴリズムなどについては記述されていない。精神科医による具体的な支援が現場においてすぐには得られない状況で、可能な限りという条件のもとで、初療の段階から標準的なケアを行い、精神科専門医への円滑な連携を試みる方法が記載されている。
- 6) 救急部門のスタッフにとって、自殺企図、精神科受診歴、再企図、薬物中毒、自傷行為などの情報は、救急診療の要請があっても尻込みする理由となっていることを否めない。この手引きは、そのような“苦手意識”を克服し、ケアの全般にわたる“不安・心細さ”を和らげる一助となるであろう。そうであれば、この手引きの目的の大半は達成される。
- 7) この手引きは、該当する救急患者のケアなどについて経験豊かな医師や看護師によって作成されている。しかし、その内容は、我々の現場における限られた医療資源の範囲内での方法についてであって、必ずしも医学的に明確な根拠に基づいているものではない。言わば、当面の“手引き”であって、標準的な医療を示す“ガイドライン”と呼ぶ水準には至っていない。このことを十分に認識しつつ、関与するスタッフ各位にはこの手引きを積極的に利用し、批判を加えていただきたい。多方面からのご意見を踏まえた上で、第2版、第3版へとバージョンアップしていきたいと考えている。

平成21年3月31日

日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する委員会」委員長

三宅 康史

※自殺企図とは、自殺を意図して行った行為をいう。自殺未遂とは自殺企図の結果、生存している場合をいう。死に至った場合は自殺（既遂）となる。

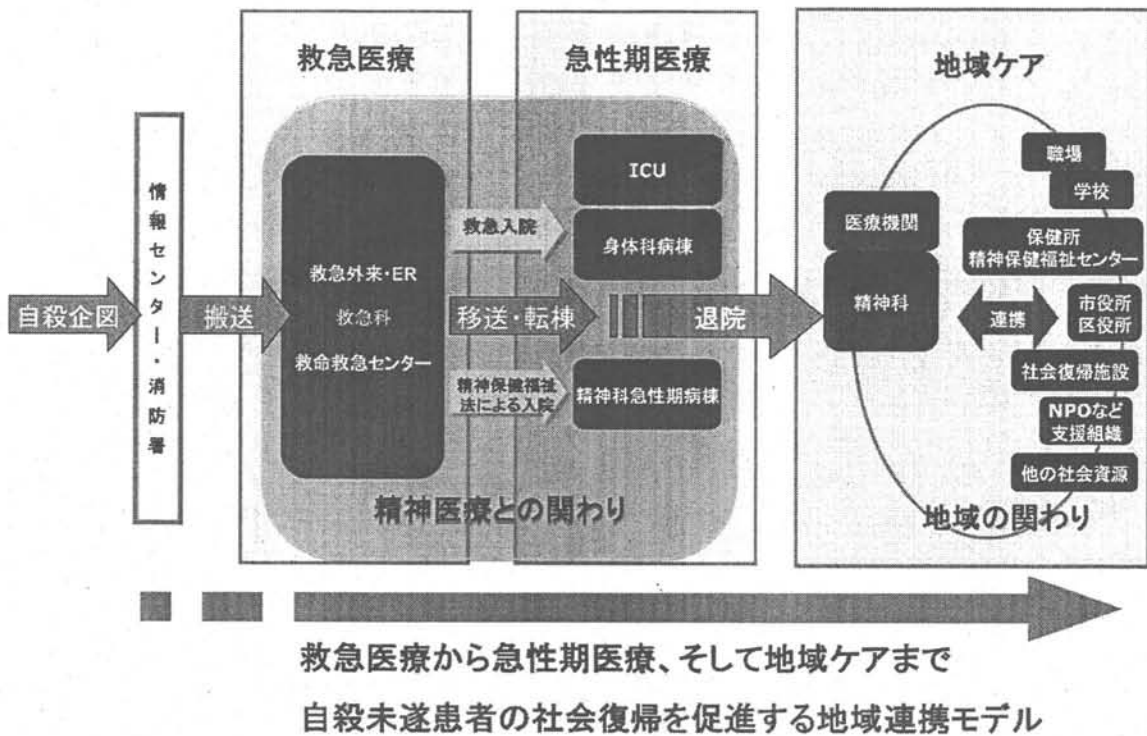
目次

発刊に際して	iii
手引きを使用するにあたって	v
I. 自殺未遂患者ケアの全体の流れ	1
II. 救急医療の現場での自殺未遂患者への 対応のフローチャート	3
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><ul style="list-style-type: none">i) 情報収集ii) 自殺企図の手段と重症度の確認iii) 自殺企図の有無の確認iv) 現在の死にたい気持ち（自殺念慮・希死念慮）の確認v) 危険因子の確認vi) 外来での対応と入院適応の評価vii) 入院後－ICU、病棟での対応viii) 退院時までに行うべきこと<ul style="list-style-type: none">1. 確認すべきこと、やるべきこと2. 退院の判断に慎重を要する患者とは3. 精神科へのコンサルテーション4. 医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士の役割</div>	
III. 対応の流れ（看護師編）	17
IV. 対応の注意点	20
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"><ul style="list-style-type: none">❶ 対応の基本❷ すべきこと❸ してはいけないこと</div>	
V. 家族への対応	24
VI. 再企図予防に関する情報提供	25
あとがき	26

I. 自殺未遂患者ケアの全体の流れ

自殺企図により医療機関へ搬送された患者は、その後も自殺の危険性が高いため、再度の自殺企図を防ぐことが重要である。自殺未遂患者に対して救急医療、急性期医療、そして地域ケアを通して、社会復帰に結びつけていくことが目標となる。下記に自殺企図者のケアの流れについて、概念図として示した。本手引きの該当する部分は主に救急医療と急性期医療の部分である。

自殺未遂患者ケアの診療モデル



【危機介入^(注)】

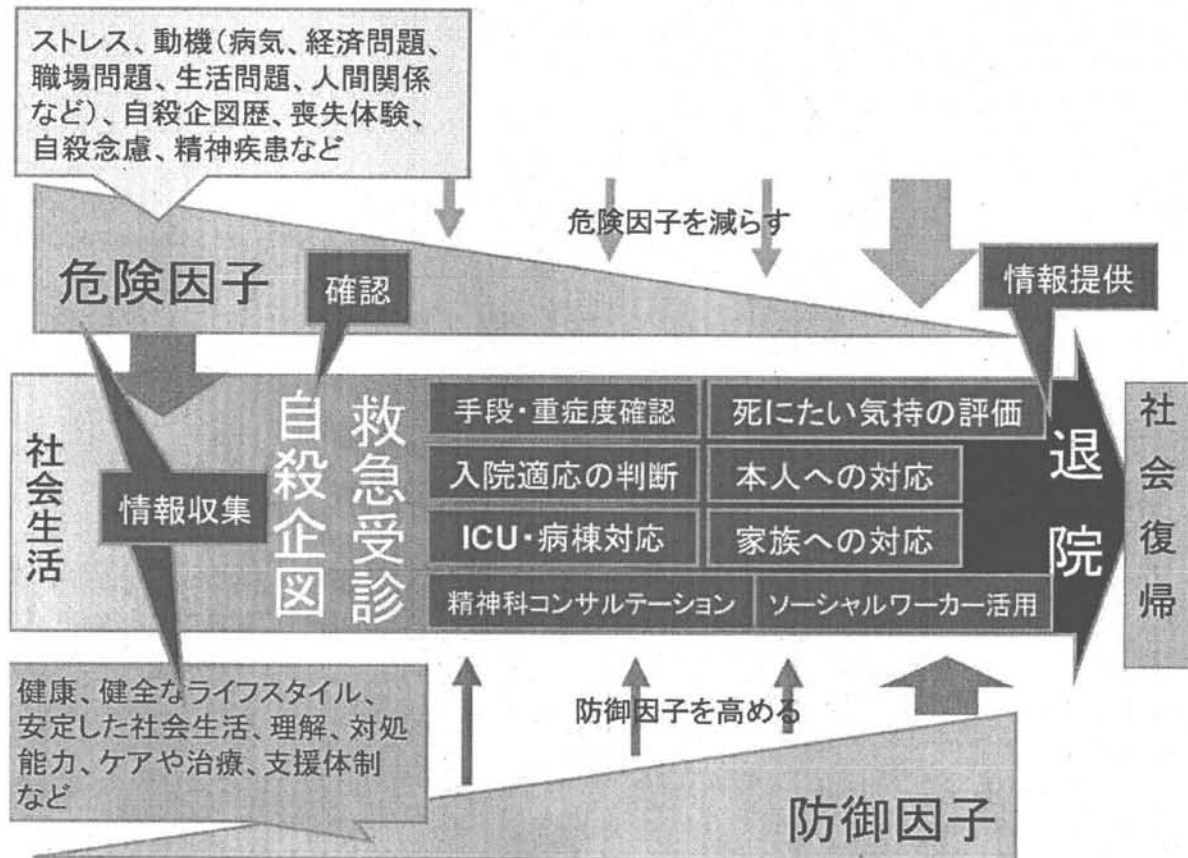
自殺未遂患者の多くは精神医学的な問題を抱えており、自殺企図の予防を含めた心のケアを実施する必要がある。医療機関では自殺企図者に対して、身体的・精神的な治療を並行して行い、また精神科医など専門医とも連携をとる体制作りが求められる。

(注) 危機介入とは、自殺の危険性を回避させるために、自殺企図発生後に①即時的、②効果的、③具体的、④集中的、⑤短期的な対応を行い、社会復帰につなげることである。

【救急医療から急性期医療、そして地域ケアへ向けて】

救急受診後の急性期医療では、身体的治療に加えて、自殺未遂患者の背景にある精神障害への対応が必要である。精神医療の導入とともに、ケースワークを通じて、自殺未遂患者や家族へのさまざまな支援が必要であり、そのための連携体制の構築が必要となる。また自殺未遂患者には、継続的な精神医療と心理社会的支援が必要である。

救急医療における自殺未遂患者ケアの流れと対応



自殺には、図で示したようなさまざまな危険因子が存在することが知られている。

図は自殺未遂患者のケアのストラテジーを簡略に示している。青の部分はフローチャートでも示した自殺未遂患者のケアとして実践すべき項目である。救急医療の従事者は自殺未遂患者のそれぞれの危険因子や防御因子を把握し、危険因子を減らし、防御因子を高めることで、自殺企図の再発危険性を減らすことができる。

救急医療は自殺未遂患者に対するケアのフロントラインであり、再発を予防するための拠点にもなり得る。

II. 救急医療の現場での自殺未遂患者への対応のフローチャート

救急医療の現場では、身体的なケアだけでなく、自殺未遂という行為に対しても即時的なケアが必要である。自殺未遂患者ケアの目標としては以下の二つが重要である。

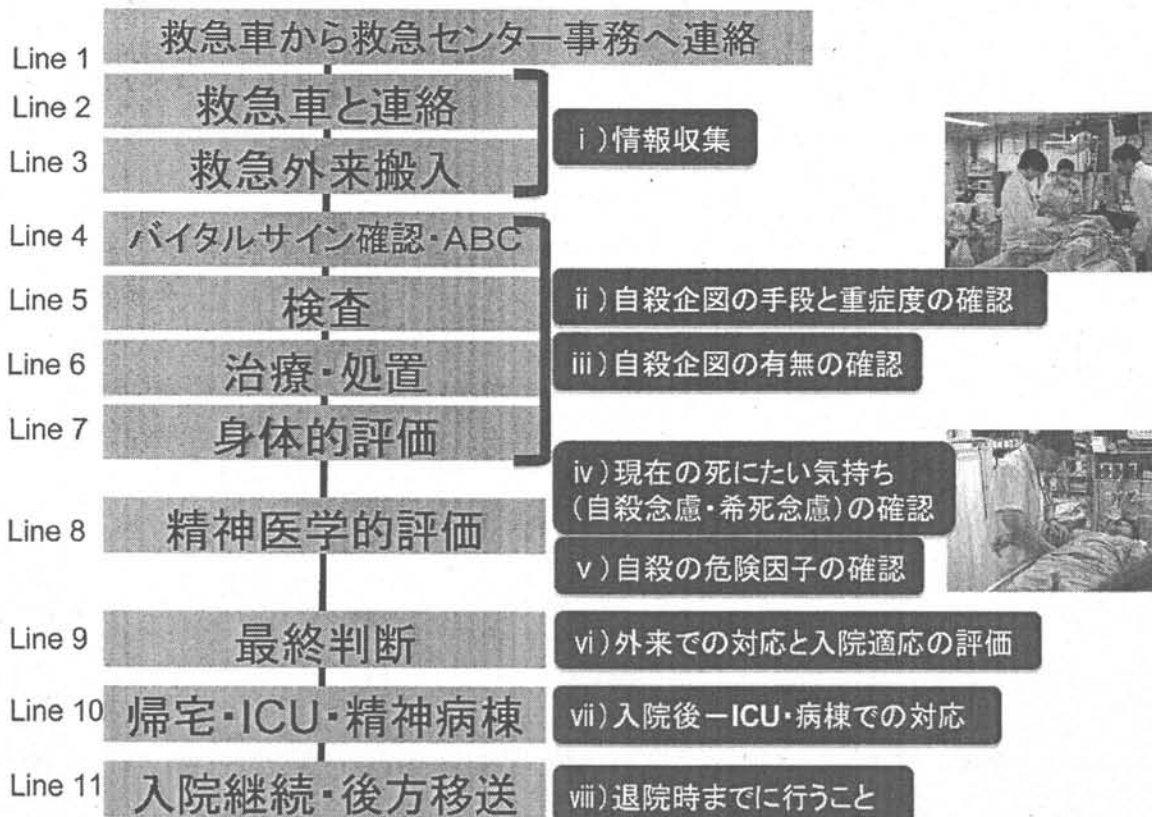
自殺未遂患者ケアの目標

1. 身体的および精神医学的評価および治療
2. 自殺の再企図防止

実際には、下記のフローチャート (Line1～11) に沿って自殺未遂患者への診療を行うが、その際にとくに重要と思われる事項を i から viii に示した。

以下では、これらの事項について解説する。

自殺未遂患者のケア：現場でのフローチャート



i) 情報収集

患者が救急医療機関に搬送されたら、身体治療に関わる処置、検査だけでなく、直ちに下記に示した項目を、救急隊および家族や周囲から得ることが望ましい。受傷状況に関する情報把握は、身体治療を行う上で必要不可欠であるとともに、精神的ケアの方針を定める上でも欠かすことができない。

	救急隊	家族や周囲
バイタルサイン	●	
企図手段	●	●
発見状況	●	●
受診歴	●	●
生活状況	●	●
家族や支援者	●	●
遺書・動機	●	●
経緯・現病歴		●
その他の情報	●	●

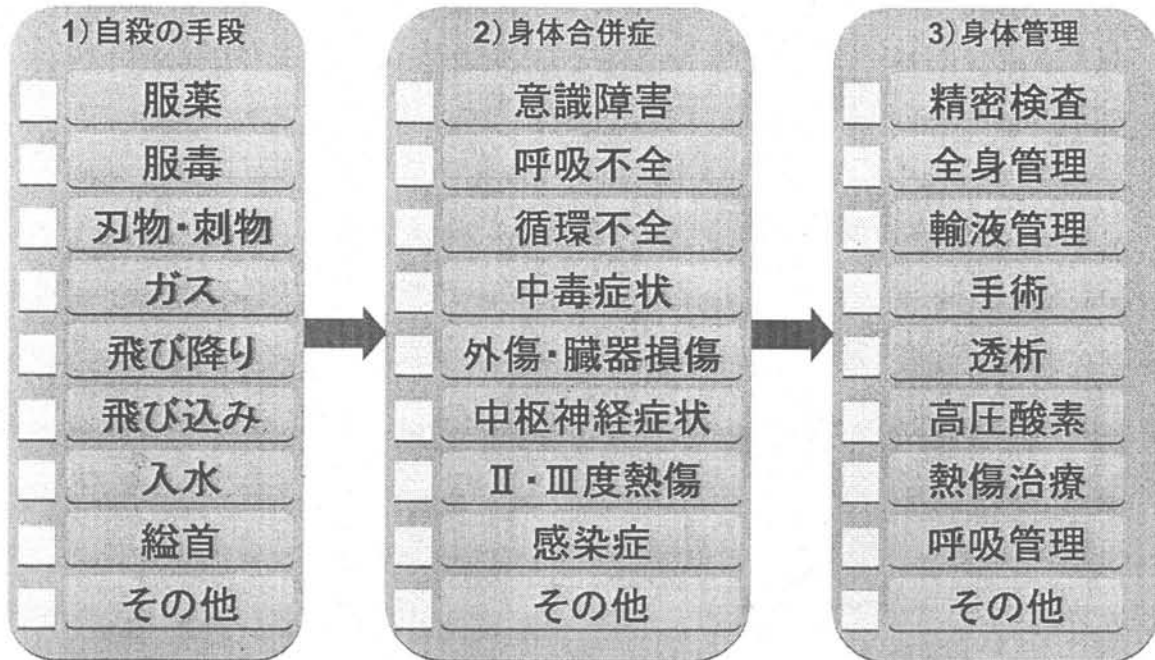
自殺企図者に関して、精神医学的なケアを含む救急医療を開始し、方針を決定する上で、救急隊から事実を正確に確認する必要がある。加えて、家族からも、これまでの経緯や動機などを確認する必要がある。

精神科医へのコンサルテーションの上で、下記の情報も非常に役立つ。

- ・年齢 ・性別 ・婚姻歴 ・精神科への自発的受診希望の有無
- ・主訴 ・病歴 ・精神科既往歴 ・家族歴

ii) 自殺企図の手段と重症度の確認

自殺企図の手段を確認し、身体所見の重症度から予測される身体管理を検討する。身体所見の重症度が高く、身体管理が必要とされる場合、身体科病棟での身体的治療を実施することが優先される。



1) 手段の確認

本人、家族、救急隊などから得た情報をもとに手段を確認する。必要によって尿中薬物検査、血中濃度測定などを行い、さらに原因の特定をすすめる。

2) 身体所見の把握

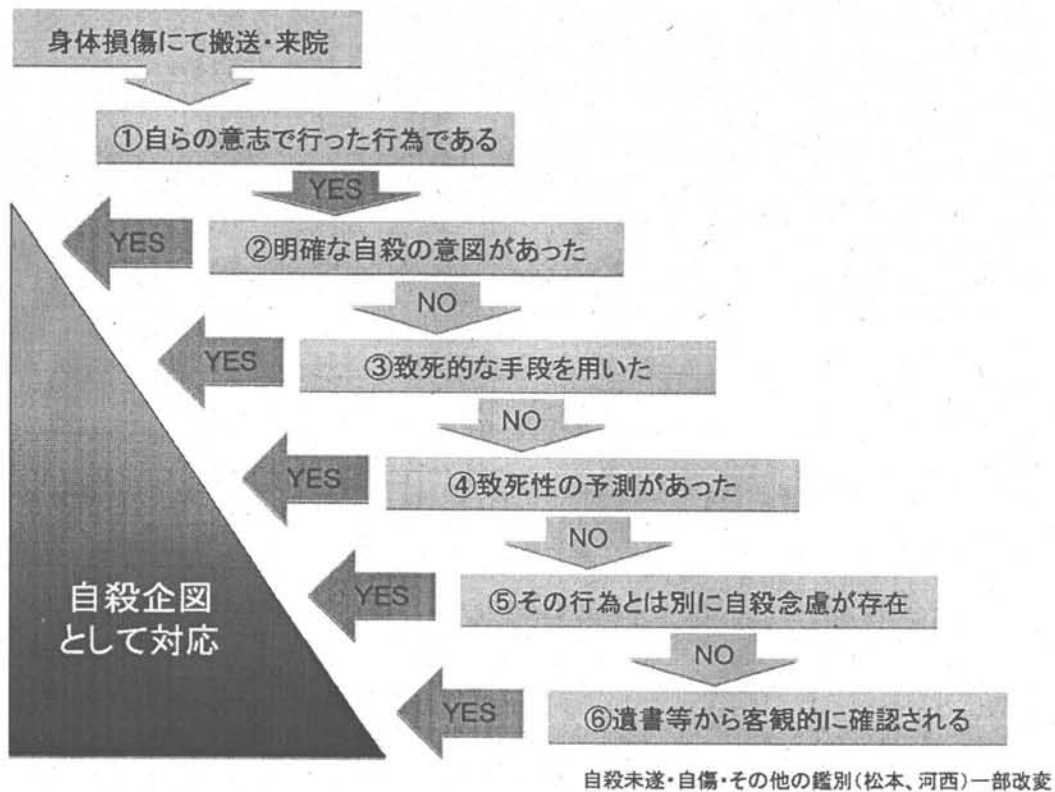
自殺企図に複数の手段を用いる場合や、それまでに自傷行為を繰り返している場合も少なくないため、十分に身体的検索を行う。

3) 身体管理

手段や身体所見をもとに、まず必要な身体管理を実施する。

iii) 自殺企図の有無の確認

今回の受診が自殺企図であることを、できる限り正確に確認する必要がある。



自殺企図の有無の確認

犯罪被害、薬物酩酊、身体疾患等を否定するために、自殺企図であったか否かの確認が必要である。以下の点から判断する。

①自らの意志で行った行為であるか？

他人から無理にその行為を強制されたなどであれば、否定的である。

②明確な自殺の意図があったか？

「症状が改善しないので、薬を多く飲んで治そうと思った」などであれば、否定的である。

③致命的な手段を用いたか？

「コーヒーを500cc飲んだ」など、客観的に死ぬ可能性のない手段であれば、否定的である。

④致死性の予測があったか？

「気持ちが楽になる程度の量の薬を飲んだ」などという場合は、否定的である。

⑤その行為とは別に自殺念慮が存在するか？

「落した物を拾おうとして道路に飛び出した」というような場合は、否定的である。

⑥遺書等から客観的に確認されるか？

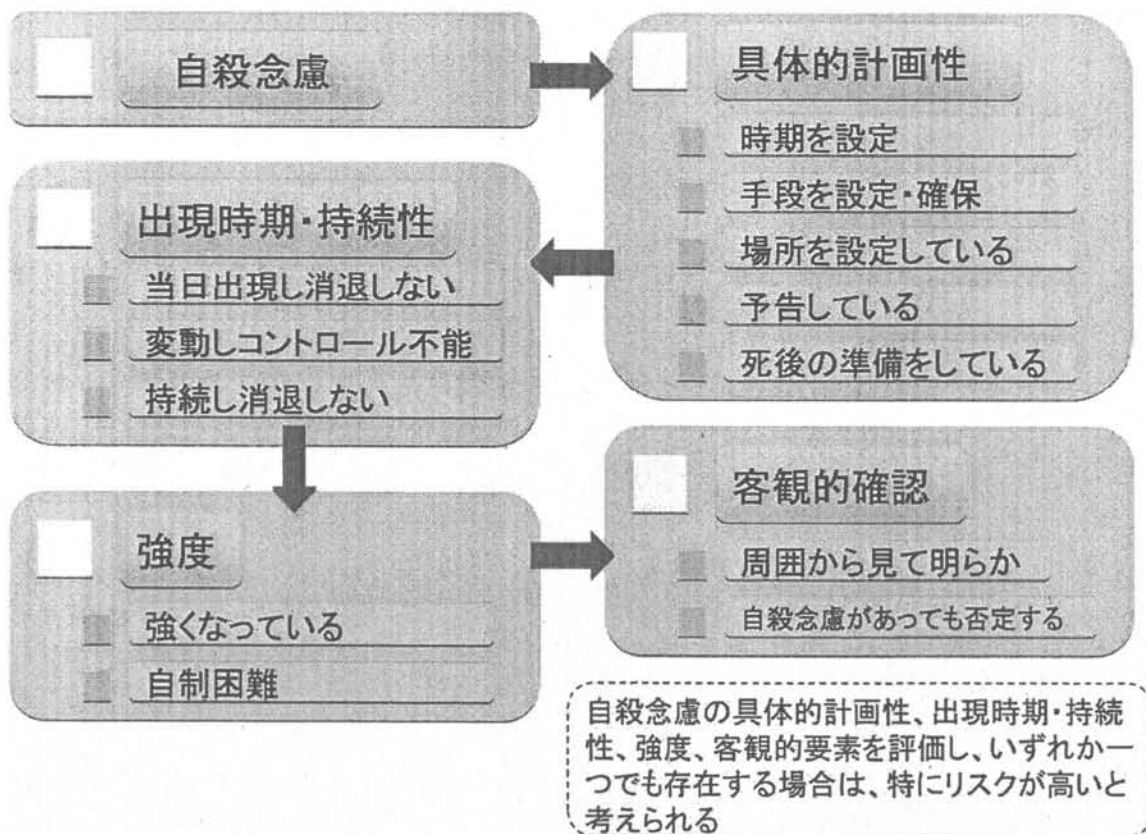
iv) 現在の死にたい気持ち (自殺念慮・希死念慮) の確認

自殺念慮を確認することは、自殺未遂患者のケアでもっとも重要なことのひとつである。強い
か弱い、いつからあるのか、どのような状況で自殺念慮が出現するのか、実際に自殺の再企図
の計画を立てているのか、ということ把握する必要がある。明らかに身体的に重症度が高い場
合には、入院を前提に話が進むが、身体的に重症でない場合には、帰宅させた上で精神科の外来
治療につなげるべきか、それとも精神科病棟での入院治療が必要か、ということ判断する。

死にたい気持ち (自殺念慮・希死念慮)

「死にたい」という直接的言動だけでなく、「いなくなりたい」「ずっと眠っていたい」という
間接的言動も自殺を願望する、あるいは示唆することがあるので注意を払わなければならない。
これらがあれば、以下を確認する。直接的に「死にたくなることはありますか」と聞くことがた
められる場合は、「死んでしまいたいくらい辛いことは…」「もういなくなってしまうと思
うことは…」などと尋ねる方法もある。

- ①希死念慮：死を願う気持ちのことだが、自殺までは考えていない場合
- ②自殺念慮：自殺という能動的な行為で人生を終わらせようという考え方
- ③計 画 性：自殺の手段や場所、決行時間まで具体的に考えている場合には、自殺の危険が高い



1. 具体的計画性

自殺を具体的に計画している状況は、自殺の危険性が高いと判断される。

1) 時期を計画している

例) 「〇月〇日に」とか「〇の記念日に…」等

2) 手段・方法を計画している、確保している

例) 練炭を買っている、ロープを用意している等

2. 出現時期・持続性

衝動的に高まる、あるいは変動が激しく制御不能、慢性的に、あるいは日常的に持続し消退しない、等は危険性が高い。

3. 強度

強く確信的な希死念慮・自殺念慮は危険性が高い。

4. 客観的要素

本人が言明していなくても、希死念慮・自殺念慮が周囲から見て明らかな場合、あるいはそれらがあるのに否定する場合は危険性が高い。

v) 危険因子の確認

自殺念慮を認めた場合というまでもなく、自殺念慮を否定している場合でも、自殺の危険因子を認めた場合は自殺の再企図の危険性が高いと考える必要がある。

<input type="checkbox"/>	過去の自殺企図・自傷行為歴
<input type="checkbox"/>	喪失体験 身近な者との死別体験など
<input type="checkbox"/>	苦痛な体験 いじめ、家庭問題など
<input type="checkbox"/>	職業問題・経済問題・生活問題 失業、リストラ、多重債務、生活苦、生活への困難感、不安定な日常生活
<input type="checkbox"/>	精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み うつ病、身体疾患での病苦など
<input type="checkbox"/>	ソーシャルサポートの欠如 支援者の不在、喪失など
<input type="checkbox"/>	企図手段への容易なアクセス 「農薬、硫化水素などを保持している」、「薬をためこんでいる」など
<input type="checkbox"/>	自殺につながりやすい心理状態 絶望感、衝動性、自殺念慮・希死念慮、孤立感、易怒性、悲嘆、不安など
<input type="checkbox"/>	家族歴
<input type="checkbox"/>	その他 診療や本人・家族・周囲から得られる危険性

自殺企図者の再企図を防止するために、現在の死にたい気持ちと危険因子を相互に考慮して、判断していく必要がある。

vi) 外来での対応と入院適応の評価

①入院適応について

救急外来を受診した自殺未遂患者（自傷患者の一部を含む）については基本的に入院治療をまず考慮すべきである。その理由として以下の三点が挙げられる。

- 1) 自殺再企図を防ぐため集中的な治療介入を行う場を提供する
- 2) 精神科へのつなぎを行うための猶予となる時間を捻出するため
- 3) 入院自体が精神安定作用をもたらすこと

原則として、頑なに入院を拒否している場合を除けば、入院を勧めることが望ましい。しかし、精神科病棟への入院ではないためハード、ソフト両面において精神症状への関与に限界があることを患者家族に説明しておく。

②基本的な対応法

1) 自発的受診

意識障害がなく、患者自らまたは家族などの説得に応じて受診するケース。希死念慮が強い場合には、とくに入院を考慮する。

2) 非自発的受診

意識障害があり救急車搬送により受診するケースと、患者は拒否しているが、家族などが連れてきたケースとがある。前者は多くの場合JCS2桁以上で救急医療施設への入院となる。後者にも入院を勧めるが、充分時間をかけて説得しても拒否されることが多い（→その際の対応は③へ）。

3) 違法行為者の場合

他害行為と自傷行為を同時に行った患者や、麻薬等の違法使用が原因で自損行為を行った患者であっても、診療の上で差別してはならない。いかなる時でも治療は身体症状の程度に応じて行う。他害行為については警察への通報が必要であり、患者に麻薬等の使用があると診断した医師は「麻薬及び向精神薬取締法第58条の2」によって氏名、住所、年齢及び性別並びにその者を麻薬中毒者又はその疑いのある者と認めた理由を患者の居住地の都道府県知事へ届けなければならない。

4) 激しい精神症状が存在する場合

興奮状態となって暴れたり来院後も自傷行為を行うような場合には、自殺再企図につながる危険物を排除し、一人で行動しないようにするなど安全確保および保護を行う。著しい精神症状で身体的治療が十分に行えない場合、向精神薬による鎮静を考慮する。また、医療スタッフの安全確保に注意をはらう。

精神科医がすぐに診察できる状況であれば診察を要請するが、それが不可能であれば付添いの家族などに要請する。単独での受診であればすみやかに病院から警察へ通報し保護を依頼する。

③外来で帰宅させるときの注意点 [vii-② (p.12) も参照]

自殺未遂患者を帰宅させる場合は、精神科医療機関（かかりつけ医が精神科医療機関の場合はかかりつけ医も検討）へ紹介することが望ましい（近隣に精神科医療機関がない場合には、本人、家族と帰宅後のケアについて具体的に話し合う必要がある）。

- 拒否が強く入院の説得に応じない患者であっても、帰宅間際に再度入院を促してみる（例：「入院した方が安全と思います」）。
- 家族などには、帰宅後も患者からできるだけ目を離さないように要請し、できるだけ早く（当日、翌日が望ましい）精神科医療機関への受診を“家族同伴”できるように勧めておく。
- 原則として単独では帰宅させない。身元不明者は警察対応が必須で、保健所、精神科救急窓口への連絡も必要である。
- 常勤の精神科医がいる病院では、日中はもちろん夜間・休日でもできる限り診察を依頼し、不可能であれば電話等でアドバイスを求める。
- かかりつけ医の有無にかかわらず、受診に至る経過と処置に関する内容を簡潔に記載した診療情報提供書を作成して持たせる。
- 精神科医療機関へは医師やケースワーカーから直接連絡するよう努める。身体所見の重症度、病歴、治療経過、自殺の危険性、家族等の支援状況、本人の受診の意志などを伝える。紹介にあたっては受診予定の日時等を確認して、その上で情報提供書を作成することが望ましい。また、夜間等で医療機関に連絡がとれずに帰宅させる場合でも、紹介先の精神科医療機関や受診日、受診時間、受診形態（家族同伴など）を具体的に話し合うことが望ましい。