

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」
分担研究報告書

自殺の精神医学的背景に関する研究

研究分担者 高橋 祥友（防衛医科大学校防衛医学研究センター）

研究要旨：

【目的】自殺予防対策を効果的に実施するためには、自殺の実態を正確に把握する必要がある。その目的のために心理学的剖検に基づく調査を実施し、現時点までに収集された情報と、先行研究の知見を比較検討する。

【方法】「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」において 2009 年 12 月末までの段階で、調査面接を完了し、面接票への記入が完了している 76 事例について、先行研究と比較しながら、自殺の精神医学的背景に関して検討した。

【結果】精神障害（とくにうつ病、アルコール関連問題）、身体疾患、睡眠障害、自殺未遂歴、借財などといった危険因子に関して、先行研究とほぼ一致する知見が得られた。現段階で得られたデータのみからの結果であるが、精神科治療歴を有する者が多く含まれた点や、統合失調症やパーソナリティ障害の診断に該当する事例が比較的少ない点などについては、本調査結果の新たな知見と考えられた。自殺者の年代の特徴を考慮した自殺予防対策の必要性も示唆された。

【結論】自殺者が最後の行動に及ぶ前に精神障害の診断に該当していた率が高い点が明らかにされたが、実際以上に精神科的診断が下されている可能性について考察した。また、精神科治療を受けていたにもかかわらず自殺が生じた例について、リスク評価を困難にしている要因についても考察した。先行研究によってこれまでに明らかにされてきた知見がわが国でも当てはまるものであるか否かについて確認することは、自殺の危険性をより正確に予測することにつながると考えられるため、今後も事例を積み重ねることによってさらに検討を進めていく必要がある。

A. 研究の目的

自殺を予防するには、まず自殺の実態を把握する必要がある。しかし、自殺は比較的頻度の低い現象であるため（2009 年のわが国の自殺発生頻度は、人口 10 万人につき約 25 件である）、前方視的研

究を実施しようとする、莫大な対象数が必要となる。そこで、海外では心理学的剖検(psychological autopsy)という後方視的手法を用いて自殺研究がさかんに行われてきた。

厚生労働科学研究「自殺の実態に基づ

く予防対策の推進に関する研究（主任研究者 北井暁子）」において、平成 17 年度「心理学的剖検に関するフィージビリティに関する研究」、ならびに平成 18 年度「心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究」を実施した。これらの成果を踏まえ、平成 19 年 12 月より、全国規模による、心理学的剖検の手法を用いた自殺の実態調査（「自殺予防と遺族支援のための基礎調査（以下、本調査）」）を実施してきた。

本分担研究の目的は心理学的剖検によって得られたデータの意義と限界を精神医学的に検討することである。本計画の知見はすでに本報告書内で他の研究者よりまとめられているので、ここでは先行研究と比較した上で、本研究の意義と限界について考察する。

B. 研究方法

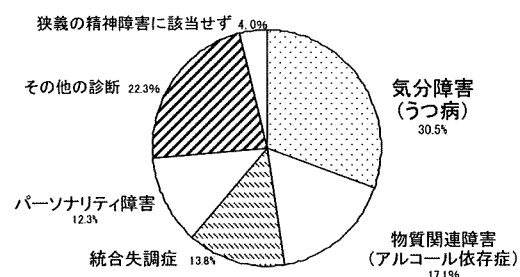
心理学的剖検は、1950 年代末から 1960 年代初頭にかけて米国で Farberow や Shneidman らにより開発された¹⁾。死は、自然死、事故死、自殺、他殺に分類されるが、しばしばこのうちのどれに該当するか不明の場合がある。本来、心理学的剖検とは不審死を解明する手法として開発された。たとえば、薬物の過量服用が死因であることは明らかだが、それが事故死なのか、自殺なのか定かではないことがある。そこで、身体的な剖検だけでは不明の部分、行動科学的手法を用いて明らかにしようとしたのが、当初の心理学的剖検の目的であった。

不審死が生じた場合、調査の主旨を十分に説明し、同意を得たうえで、故人をよく知っている人々（家族、友人、知人、同僚、医療関係者など）から情報を得たり、関連書類を検討したりすることによって、死が生じた経過を検証していく。

その後、自殺であることがすでに明らかかな事例に対しても心理学的剖検が応用されるようになり、自殺の背景を明らかにする調査の基礎となっていく。

最近では、自殺の実態を調べる上で、心理学的剖検が広く用いられている。WHO(世界保健機関)が実施した多国間共同調査の結果を図 1 にまとめた²⁾。15,629 人の自殺者について、最後の行動に及ぶ前にどのような精神障害に罹患していたかが調査された。それによると、「狭義の精神障害に該当せず」（「診断なし」と「適応障害」）はわずかに 4%に過ぎない。自殺に及ぶ前に 96%の人が何らかの精神障害の診断に該当した。そして、生前に適切な治療を受けていた人となると、1～2割程度に留まっていた。したがって、精神障害の早期発見と治療によって自殺予防の余地は十分に残されていると WHO は強調している。

図 1：自殺と精神障害



また、Cavanaghらの総説によると、約90%の自殺者が最後の行動に及ぶ前に何らかの精神医学的診断に該当していた³⁾。WHOの調査と同様に、「診断なし」はきわめて少なく、1割に満たない(表1)。

表1：心理学的剖検についての先行研究 meta-analysis (Cavanagh et al., 2003)

精神障害(+)	
91% (81~98%)	14研究
90% (88~95%)	9症例対照研究
治療歴(+)	
29% (22~37%)	10研究
46% (25~60%)	9症例対照研究

これらの先行研究における知見と比較検討することによって、本調査結果の意義とその限界について考察するのが、本報告書の目的である。

(倫理面への配慮) 本研究の実施においては、研究代表者の所属する国立精神・神経センター倫理委員会において承認を得ている。

C. 結果

他の報告と重複する部分があるため、本報告書における考察に必要な箇所について表1にまとめた。精神科医による臨床診断では、74事例中66事例(89.2%)に何らかの精神医学的診断が認められた。半構造化面接による分類では、76事例中46事例(60.5%)が何らかの精神障害の診断に該当した。概観を把握するために、気分障害、物質関連障害(主としてアルコール依存症)、統合失調症、パーソナリティ障害、不安障害、その他の診断、診

断なしとして、表2にまとめた。なお、診断のパーセンテージの合計が100%を超えているのは、同一人物に複数の診断が下されている例があるためである。

表2：精神医学的診断のまとめ

診断	精神科医による (n=74)		半構造化面接による(n=76)	
気分障害	47	63.5%	34	44.7%
物質関連障害	15	20.3%	12	15.8%
統合失調症	7	9.5%	7	9.2%
パーソナリティ障害	7	9.5%	0	0.0%
不安障害	11	14.9%	12	15.8%
その他	17	23.0%	1	1.3%
なんらかの診断あり	66	89.2%	46	60.5%
診断なし	8	10.8%	30	39.5%

精神医学的診断が下されていた66例中30事例(45.5%)に複数の精神医学的診断を認めた(comorbidity: 重複診断)。また、半構造化面接による操作的診断では、46事例(60.5%)に何らかの精神医学的診断が認められ、そのうちの16事例(34.8%)に重複診断が認められた。さらに、38例(50.0%)に過去1年間における精神科受診歴を認め、そのうち継続した治療が認められたのは、36例(47.4%)であった。

D. 考察

1) 自殺者に占める精神障害の割合について: 実際以上に精神障害と診断されている可能性はないだろうか

すでに指摘したように、WHOの研究

をはじめとして、自殺者が最後の行動に及ぶ前に精神障害の診断に該当していた率はきわめて高かったと指摘する研究が最近では多い。本研究においても、精神科医による診断を下されていた例において、89.2%が何らかの精神障害に該当していたと判定された。

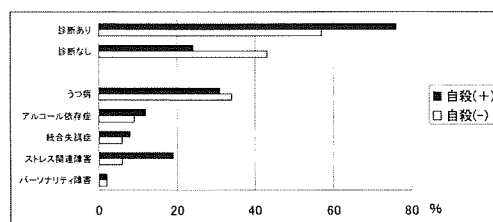
ただし、これは比較的最近の傾向であり、以前の報告ではこれほど高率ではなかった。たとえば、1970年代の加藤の総説では自殺者に認められた精神障害の率を10~20%と指摘していた⁴⁾。さて、それでは、なぜ以前の報告と最近の報告では、自殺者に認められた精神障害の率に差があるのだろうかという疑問が当然のことながら生じる。そこで、次のような点について検討した。

我々の未発表の報告では、96例の自殺者を検討した結果、76%で精神障害に該当していたと判定された。これは自殺者をよく知る人々に面接した結果をまとめた報告書を複数の精神科医が再読し、診断を判定したものである。

なお、一般に心理学的剖検では、調査者は故人が自殺によって死亡したことを前もって知ったうえで、調査を実施する。そこで、自殺という事実が精神医学的診断を下す際に何らかの影響を及ぼしてはいないかという点について再検討した。自殺が生じたという事実を知っている精神科医が報告書を読んで精神障害の有無を判定した場合と、自殺という事実を前もって取り除いた記述を読んだ他の精神科医が精神障害について診断した場合を

比較した。前者を「自殺(+)」群、後者を「自殺(-)」群とする。その結果を、図2にまとめた。

図2：自殺について知っている場合と知らない場合の診断の差



その結果、自殺が生じたことを知っている場合には、精神障害が存在したと判断した事例が76%であったのだが、自殺が生じたことを調査者が知らずに判定した場合には、その率が57%であった。

心理学的剖検の抱える問題点のひとつとしてChilesは次のような指摘をしている⁵⁾。「故人に面接することは不可能であるし、故人を知る人々は自殺が起きたことに大きな影響を受けてしまっている可能性がある。自殺は精神障害であったことのサインだと考えていると、この思いこみを確認するような出来事や言動を思い出してしまうかもしれない。うつ病は一般人口でよく認められる精神障害であるので、おそらくそのために既遂自殺者にもっとも多く認められる診断になってしまっているのかもしれない」。うつ病だけでなく、たとえば、境界性パーソナリティ障害のように、診断基準の一項目として自傷行為が挙げられている精神障害がある。そのため、自殺が起きたことを知っている、精神障害を示唆するよ

うな話を被調査者がしたり、調査者がその診断を下す率が高まってしまう可能性も否定できないと考えられる。

調査対象となった故人が自殺によって死亡しているという事実をあらかじめ知っている場合には、精神医学的診断がより高率に下される可能性がこの結果から示唆されるのではないだろうか。

2) 精神科受診歴

精神科受診歴に関して本研究から明らかになった点として、次のような特徴がある。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）の割合は、76例中38例（50.0%）であった。とくに若年層で受診していた事例が多く、65.8%を占めていた。さらに受診していたにもかかわらず死亡した事例の中に統合失調症と考えられる事例が多かった。

それとは対照的に、従来の報告では、自殺者が最後の行動に及ぶ前に精神科受診をしていた率はかならずしも高くなかった。たとえば、WHOの報告では適切な治療を受けていた者となると、自殺者のせいぜい1～2割に過ぎないと指摘されている。

前述した未発表の我々の報告は、同一機関においてある期間に生じた自殺を無作為に96例について心理学的剖検を実施した調査である。自殺後2～4週以内という比較的短期間のうちに心理学的剖検が実施され、被面接者の数も20～30

名と多く、他の関連情報量も豊富であった。その調査結果の要点は以下のようにまとめられる。

- ① 自殺者が最後の行動に及ぶ前に何らかの診断に該当していたと判定された例は76%だった。その内訳は、気分障害（大部分がうつ病）31%、アルコール依存症12%、統合失調症8%、ストレス関連障害19%、パーソナリティ障害2%、その他4%だった。
- ② 適切な精神科治療を受けていた者は、精神障害の診断に該当した自殺者全体の17%にとどまった。
- ③ なお、診断によって、自殺者が生前に治療を受けていた率が異なった。気分障害に罹患していたと判断された者のうち、治療を受けていたのは24%だった。その他、アルコール依存症では18%、ストレス関連障害では6%と低率だった。
- ④ 対照的に、統合失調症の診断に該当すると考えられた自殺者の生前の受診率をもっとも高く、75%が精神科治療を受けていた。

精神科治療を継続中であっても自殺が起きる可能性について、統合失調症患者の治療にあたる者は十分な注意を払う必要がある。統合失調症患者の自殺のリスク評価が困難であることをさまざまな調査が指摘しているが、この調査でもその傾向が示唆されていた。統合失調症患者は、うつ病患者のようにならずしも

病状の重篤度と自殺の危険の評価が並行しないことや、元来、引きこもりがちで、円滑な対人関係を保つことができないために、自殺念慮を他者に対して適切に表出できないといった点が、統合失調症患者の自殺の危険を適切に評価することを困難にしている原因であるかもしれない。

Chiles とも次のように指摘している⁵⁾。
「統合失調症患者に対しては自殺の危険の評価に細心の注意を払うべきである。自殺の危険に関する質問をし、『表出された感情に注意を払うだけではなく、かならず自殺念慮について質問する』という鉄則を忘れてはならない。活動性の低下や無関心は統合失調症の症状であり、治療者の質問に対して、患者は平板で単調に答える。自殺について語り、その感情が言葉の意味を強めている、不安そうで、抑うつ的で、絶望感の強い人に比べると、この平板な感情を示す統合失調症の人は、『救いを求める叫び』を深刻に発しているようには見えないことがある。しかし、感情の表出に乏しいからといって、統合失調症患者が述べていることの重要性を過小評価してはならない。感情の表出が乏しいということは、自殺の危険が低いということではない。患者が何を語っているかが問題なのであって、どのように語っているかが問題ではない」

3) 今後検討すべき課題

本研究において明らかになった点については、対象数が小さく、その偏りも否

定できないことから、結果は控えめに受け止める必要があり、さらに詳しく自殺と精神障害の関係について明らかにしていく必要がある。とくに自殺との関連が指摘されている三大精神障害(気分障害、アルコール依存症、統合失調症)に関して、従来、次のような特徴が明らかにされているが、わが国においてもこのような知見が同様に該当するのかさらに検討すべきである⁶⁾。詳細な病像の検討は正確な自殺の予測につながり、予防対策の基礎となると考えられる。

1. 気分障害

①**病期**: 先行研究では、発症直後と回復期にとくに自殺の危険が高まると指摘されている。それ以外にも、重症期、混合期(躁病相とうつ病相の混合期)、遷延期(慢性化した状態を呈する時期)などと自殺の危険が指摘されてきた。なお、急速交代型(躁病とうつ病の病像が短期間に激しく入れ替わる型)の患者についても同様の指摘がある。

②**症状**: 強い不安・焦燥感、衝動性の制御不能、深刻な絶望感、無価値感、幻覚妄想、身体化、認知障害、合併する器質疾患などと自殺の危険との関連を指摘されている。

③**パーソナリティ**: 依存型(周囲の人々に過度の依存を示すタイプ)、未熟・依存型(未熟で問題解決能力が低いものの、周囲から差し伸べられた援助に容易に満足せず、敵対的な態度を取りがちなタイプ)が自殺の危険との関連を指摘されて

いる。うつ病に特徴的といわれる執着性格と自殺の危険については系統的な研究はほとんどない。

④**希死念慮、自殺未遂歴**: 深刻な自殺のほめかしや自殺未遂歴が将来の自殺を予測する指標となり得ると指摘されてきた。

⑤**他者の自殺**: 潜在的に自殺の危険の高い重症の患者にとって、他者の自殺が自らの行動化の契機となり得る。

⑥**飲酒**: うつ病患者がセルフ・メディケーションとしてアルコールを誤用し、衝動性をコントロールする能力が低下した事態を招いた結果、自殺行動が誘発される可能性が指摘されてきた。また、長期にわたる多量飲酒の影響で抑うつ症状が悪化するとの指摘もある。

⑦**身体疾患や薬物による二次性の抑うつ状態**: 中高年以上の世代では身体疾患が及ぼす中枢神経系への影響や、身体疾患の治療のために服用している薬物の影響によって、二次的な抑うつ状態を呈し、自殺の危険をきたしている例がある。

⑧**拡大自殺**: うつ病では自傷の危険ばかりでなく、配偶者や子どもといった強い絆のある他者に攻撃が向けられ、自殺・他殺（いわゆる心中）が生じる可能性もある。そこで、他者に向けられた攻撃性に関する評価も必要になる。

2. アルコール依存症

①**年齢**: 多量飲酒開始からかなり長期間経過した後にアルコール依存症の診断に該当する状態になるため、アルコール

依存症患者の自殺は中高年の世代で起きることが多いとされている。若年のアルコール依存症患者の自殺の特徴にはどのようなものがあるのか十分に明らかにされていない。

②**合併する身体疾患や対人的な問題**: アルコール依存症では、身体、精神、対人関係といった面でも問題が現れてくる。合併する身体疾患や対人関係の問題が自殺にどのように関連しているのか今後明らかにしていく必要がある。

③**自殺の契機**: アルコール依存症患者の場合、自らの主導権を発揮できずに、重要な関係にあった他者から一方的に見捨てられるという経験が、自殺の契機になるとの指摘がある。自殺の直前に重要な対人関係の破綻が存在したか、そして、それが自殺とどう関連していたか明らかにする必要がある。

④**アルコール依存症の既往と現時点での断酒と自殺の関連**: 以前にアルコール依存症と診断されたものの、その後、断酒が継続できている人と、健康な人との間には、自殺率に明らかな差があるのだろうか。断酒期間が長期にわたっていたとしても、かつてアルコール依存症の診断に該当した人は、健康人と比較して、自殺率が高いのだろうか。

⑤**事故死と自殺**: アルコール依存症患者が事故死したと判定されている事例の中で、実際には自殺者とそのプロフィールが酷似している例が多いとの指摘がある。アルコール依存症患者の事故死の中に、実は自殺と判断すべき事例は存在し

ないだろうか。

⑥**治療上の問題点**:一般的にはアルコール依存症の治療には完全断酒が原則とされている。しかし、飲酒から断酒への性急な変化を強いることが、時に飲酒による固有の防衛機制を破綻させてしまい、かえってきわめて危機的な状態に患者を追いやる危険がある点について齊藤らは警鐘を発している⁷⁾。

3. 統合失調症

①**自殺の予測は困難か**:精神科の専門医からさえも、統合失調症患者の自殺の予測が困難であるとの意見がしばしば発せられる。統合失調症患者の自殺例では、精神科受診の割合も高い。統合失調症患者と他の診断を下されている患者との間で、実際に自殺のリスク評価の困難さに差は認められるのだろうか。

②**人口動態学的特徴**:統合失調症患者においては、他の診断と比べて、比較的若年の男性で自殺が生じる可能性が高いとの指摘が多い。統合失調症患者において自殺が生じる年齢の特徴は存在するのだろうか。

③**臨床像の特徴**:以下のような臨床像と自殺の関連が指摘されてきた。

- a) **急性症状に支配された行動**:幻覚や妄想といった急性の精神病症状に直接影響されて、自殺が引き起こされるとの指摘が従来は多かった。
- b) **急性症状の消褪直後の状態**:活発な精神病症状が比較的短期間のうちに沈静化されたものの、急性期に病的症状

のために自らが起こしたさまざまな問題行動について理解した結果、自殺の危機が生じる事例もある。急性症状が消褪した後にも患者を保護する視点は欠かせない。

- c) **一見症状が安定した慢性経過をたどる患者**:近年の薬物療法の進歩によって、活発な精神病症状がコントロールされ、長期にわたって地域で生活を送ることができる統合失調症患者も増えてきた。しかし、長期にわたる闘病の結果、活発な病的症状は認めないものの、さまざまな人生の問題に直面し、絶望したあげく、自殺を図るといった事例も最近は増えているという指摘がある。
- d) **抑うつ症状**:統合失調症患者が抑うつ症状を呈した際の自殺の危険は、うつ病患者と同様に対処する必要がある。
- e) **生と死の境界が不分明な患者**:健康な人に比べて、まさに生と死の境界が不分明としか表現のしようのない統合失調症患者の存在を指摘する臨床家もいる。

④**医原性の自殺**:治療薬が惹起した副作用に、治療者も患者も気づかずに、それが放置されたために起きた自殺の報告例がある。たとえば、治療薬によって惹起されたアカシジアについて患者が新たな症状が出現したと信じて、自殺に及んだ症例報告がある⁸⁾。あるいは、時期尚早に減薬したために、病状が再燃し、自殺に及んだという例もある。

⑤**入院との関係**:本来、入院治療は病状

の改善を目的としたものであるが、入院自体が患者の絶望感を強めてしまい、自殺の契機になったという事例の報告がある。また、入院治療が終わり、退院によって患者のサポート体制が弱まった結果、退院の直前・直後に現実社会における問題に直面して自殺が生じるといった報告例もある。

⑥契機となるストレス:他の疾患の患者ほど、統合失調症患者の自殺では、人生のストレスとの関係は十分には明らかではないとの意見がある。

⑦自殺未遂歴:他と比較して、統合失調症患者の自殺例では、自殺未遂歴が顕著には認められないとの指摘もある。

⑧自殺の手段:統合失調症患者では、致死性が高く、救命が困難な手段を、自殺企図の際に用いると指摘されている。

従来指摘されてきた以上のような病像の特徴について、わが国においても該当するか、さらに検討を重ねていく必要がある。

E. 結論

本調査を含めて最近実施された心理学的剖検の調査を見ると、自殺者が生前に精神障害の診断に該当していたと考えられる率がきわめて高いと指摘する報告が多い。しかし、対象者が自殺によって死亡していたという事実をあらかじめ知った上で心理学的剖検を実施しているために、精神科診断が高率であるとの結果が生じている可能性について考察した。

さらに、生前に精神科受診をしているにもかかわらず、自殺に終わっている例について、自殺の危険評価を困難なものにしている点に関しても考察した。今後さらに事例を重ねることによって、自殺の危険と密接に関連する可能性のある病像について明らかにすべきである。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

高橋祥友: うつ病と自殺. 上島国利・編「新しい診断と治療のABC 9 気分障害 改訂第2版」, pp.248-255, 最新医学社、2009

高橋祥友・編著: セラピストのための自殺予防ガイド. 金剛出版、2009

高橋祥友: 自殺の危険の高い患者に対する精神療法的アプローチ. 精神科治療学、Vol.24 増刊号「精神療法・心理社会療法ガイドライン」, pp.268-269, 2009

高橋祥友: 家族への接し方. 精神科治療学、Vol.24 増刊号「精神療法・心理社会療法ガイドライン」, pp.273-275, 2009

高橋祥友: 自殺. 山内俊雄・総編集「精神科専門医のためのプラクティカル精神医学」, pp.565-570, 中山書店、2009

高橋祥友、竹島正・編: 自殺予防の実際. 永井書店、2009

高橋祥友: 自殺の危険因子. 高橋祥友、

- 竹島正・編「自殺予防の実際」, pp.24-33, 永井書店、2009
- 高橋祥友：自殺の危険の高い患者に対する長期治療. 高橋祥友、竹島正・編「自殺予防の実際」, pp.179-189, 永井書店、2009
- 高橋祥友：群発自殺. 高橋祥友、竹島正・編「自殺予防の実際」, pp.227-233, 永井書店、2009
- 高橋祥友：わが国の自殺の現状. 特集「死を受容する社会と文化：生と死をめぐる時代的風景」, pp.54-62, 神奈川大学評論, No.63, 2009
- 高橋祥友：自殺. 金生由紀子、下山晴彦・編「精神医学を知る：メンタルヘルス専門職のために」, pp.129-132, 東京大学出版社, 2009.
- 高橋祥友：新訂 老年期うつ病. 日本評論社, 2009.
- 高橋祥友：自殺予防の基礎知識；精神科医の立場から. 本橋豊・編「ライブ 総合自殺対策学講義」, pp.8-55, 秋田魁新報社, 2009.
- 高橋祥友：職場のメンタルヘルスの進め方. 総合臨床、58(3): 491-492, 2009
- 高橋祥友：自殺. 日本社会精神医学会・編「社会精神医学」, pp.227-237, 医学書院, 2009.
- 高橋祥友：子どもの自殺とその予防. チャイルドヘルス、12(1): 40-44, 2009
2. 学会発表等
- 高橋祥友：うつ・自殺予防に一般医、看護師は何ができるか. 秋田県医師会うつ病予防対策研修会. 2009.1.16.
- 秋田
- 高橋祥友：ポストベンション. 広島大学保健管理センター. 2009.2.7.広島
- 高橋祥友：自殺予防の基礎知識. 自殺予防に向けた相談機関等合同研修会. 2009.3.13.金沢
- 高橋祥友：メンタルヘルスに関わる医療者に必要な自殺予防の基礎知識. 福岡県医師会. 2009.4.9. 福岡
- Takahashi, Y., Takeshima, T., Matsumoto, T., Shimizu, K., Yamamoto, T., Kikuchi, A.: Suicide prevention in Japan: Past, present and future. 42nd American Association of Suicidology Annual Conference. 2009.4.17. San Francisco, USA
- 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺予防の基礎知識. 足立区医師会. 2009.5.21.東京
- 高橋祥友：自殺の危険は予測可能か？和歌山県精神科病院協会専門研修会. 2009.6.5.和歌山
- 高橋祥友：ポストベンション：自殺で遺された人へのケア. 筑波大学. 2009.6.12.つくば
- 高橋祥友：子どものための自殺予防マニュアル：作成の背景. 平成21年度生徒指導主事会議. 2009.6.25.東京
- 高橋祥友：自殺のリスクマネジメント. 信州うつ病治療フォーラム. 2009.6.12. 松本
- 高橋祥友：自殺予防の基礎知識：うつ病に焦点を当てて. ルーテル学院大学. 2009.7.21.三鷹

高橋祥友：自殺のリスク評価と精神療法に焦点を当てて。第6回うつ病学会。2009.7.31.東京

高橋祥友：自殺対策の基礎知識。第3回自殺総合対策企画研修。2009.8.24.東京

高橋祥友：自殺予防の基礎知識。獨協医科大学。2009.9.18.宇都宮

高橋祥友：気づきと絆で自殺を防ごう。自殺対策シンポジウム in 徳島。2009.9.19.徳島

高橋祥友：気づきと絆で自殺を防ごう。自殺対策シンポジウム。2009.10.12.米子

Takahashi, Y., Yamamoto, T., Kikuchi, A., Takeshima, T., Matsumoto, T., Kawano, K., Inagaki, M., Katsumata, Y., Akazawa, M., Kitani, M., Hirokawa, K. : Suicide in Japan; Past, present and future. 2nd World Congress of Asian Psychiatry. 2009.11.9. Taipei, Taiwan

Takahashi, Y., Yamamoto, T., Kikuchi, A., Takeshima, T., Matsumoto, T., Kawano, K., Inagaki, M., Katsumata, Y., Akazawa, M., Kitani, M., Hirokawa, K. : The mass media and suicide in Japan. 2nd World Congress of Asian Psychiatry. 2009.11.9. Taipei, Taiwan

高橋祥友：中高年からの自殺を防ぐ。自殺予防市民フォーラム。2009.11.21. 富山

高橋祥友：気づきと絆で自殺を防ごう。静岡いのちの電話 2009 年度自殺予防講演会。2009.11.28.静岡

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

- | | |
|-----------|----|
| 1. 特許取得 | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他 | なし |

I. 引用文献

1. Farberow, N.L. & Shneidman, E.S. (Eds.), The Cry for Help. New York: McGraw-Hill, 1961.
2. World Health Organization: Suicide Rates. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/, 2004
3. Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M. et al.: Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. Psychol Med 33(3): 395-405, 2003
4. 加藤正明：自殺と精神病・神経症。大原健士郎・編：現代のエスプリ別冊「自殺学2. 自殺の心理学・精神医学」p.147-156, 至文堂、1975
5. Chiles, J.A. & Strosahl, K.D.: Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2005（高橋祥友・訳：自殺予防臨床マニュアル。星和書店、2008）
6. 高橋祥友：新訂増補 自殺の危険；臨床的評価と危機介入。2006
7. 斉藤学：アルコール依存者の自殺企図について。精神経誌, 82:786- 792, 1980.
8. Drake E.R. & Ehrlich, J.: Suicide

attempts associated with akathisia. Am
J Psychiatry, 142:499-501, 1985.

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」
分担研究報告書

自殺の社会的背景に関する研究

(1) 自死遺族のメンタルヘルスニーズに関する調査

研究分担者 平山 正実（聖学院大学大学院）

研究協力者 若月 友直（聖学院大学総合研究所）

研究要旨：

【目的】本研究は、精神科外来を訪れた自死遺族（以下遺族とする）20名を対象として、遺族などに対する自殺予防のための介入ポイント等を明確化するとともに、かれらのメンタルヘルスニーズを知り、その支援のあり方についての知見を得、行政及び社会への貢献、とくに地域保健活動を円滑に行う目的で行われた。

【方法】都内の某精神科クリニックを受診した遺族20名に対してメンタルヘルスニーズに関する調査を行なった。

【結果および考察】遺族と自死者の関係でみると、受診した遺族は、子どもが自死者の場合が13名（65%、母数は20名、特に記載がない場合は以下同様とする）と最も多く、しかもその内母親の場合が11名（55%）と最も多かった。遺族の精神症状の中では、罪責感（12名）と自死を隠しておきたいケース（11名）がほぼ同数ある。このことは、遺族の相談システムの構築とメンタルヘルスニーズとの関係を考える際に、罪責感の緩和に関する問題を考慮することが、重要であることを示唆している。精神疾患等の既往歴を調べたところ、遺族11名（55%）、自死者15名（75%）が既往歴を有していた。また遺族間で、配偶者や親子間の考え方や感情のズレを呈したケースが9名（45%）あった。後追い自殺願望を訴える遺族は10名（50%）で、その内多量服薬例2名、首をつろうとした例が1名あった。これらの事実は、自殺予防と遺族支援とが、決して無関係ではないことを示唆している。自殺予告を思わせるサインについては、10例がSOSを自殺前に発信している。このことは、遺族に対する専門家の自殺予防対策や一般への自殺を防止するための啓発活動を行なう際に、記憶されるべきことである。なお、本調査を行った結果、自死者のうち6名が、自死者や遺族の誕生日、退職日、婚約日、叙勲日、入学式や卒業式、外国からの帰国時など、ライフ・コースにおける「けじめ」の時に自殺を執行していることがわかった。これらの知見は、自殺防止に関する情報提供を行う際に、留意すべきである。

【結論】① 後追い自殺願望を訴える遺族が10名（50%）であったことは、自殺予防と遺族支援とが、決して無関係でないことを示唆している。

② 精神疾患等の既往歴を調べたところ、遺族11名（55%）、自死者15名（75%）が既往歴を有していたことは、地域保健活動の中でこのようなハイリスク家族の早期発見と支援が必要であることを示唆している。

A. 研究目的

わが国の自死者数は、平成21年度も3万人を超える状態が続いており、深刻な社会問題となっている。すでに、平成18年6月、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自死者の親族等に対する支援の充実を図ることを目的とする自殺対策基本法が成立した。そして、平成19年6月に定められた「自殺総合対策大綱」には自殺予防のための介入ポイント等を明確化するために、「心理学的剖検」の手法を用いて、遺族、親族などに対する面接調査を継続的に実施するとしている。本研究は、この趣旨にのっとり、遺族におけるメンタルヘルスニーズに関する調査を行った。本調査を行った目的は、遺族のメンタルヘルスニーズを知ることにより、自死者類型に呼応した遺族支援のあり方についての知見を得ることによって、地域保健活動における遺族ケアに関する指針を整備すると同時に、遺族のメンタルヘルスニーズを知ることによって、遺族の後追い防止のための介入ポイント等を明確化することにある。

B. 研究方法

一般からアクセス可能な地理的範囲

に存在し、遺族ケア体制の整っている民間ボランティア団体や地域において精神保健の相談にのっている保健師などの紹介、それに加えて、報道機関（テレビ、新聞）の情報などによって、都内の某精神科クリニック（以下クリニックとする）を受診した遺族20名に対して、心理的剖検の項目を参考にして、自殺予防の介入ポイント等の明確化と、遺族支援のあり方についての知見を得ることにより地域保健活動における遺族ケアに関する指針を作成するために、カルテより遺族のメンタルヘルスニーズに関する調査を行った。この調査は、クリニックを平成17年3月から平成21年11月までの57か月間に受診した遺族のうち、受診時点からさかのぼること3年以内に自死者を出した遺族20名について、メンタルヘルスニーズについて調査した。調査の具体的方法は、これらの事例の間診結果とそのカルテの分析を行った。分析項目については、平成19年12月国立精神・神経センター精神保健研究所が作成した自殺予防と遺族支援のための基礎調査・面接票を参考にした。

〈倫理的配慮〉

本研究に際しては、聖学院大学大学院内に設置されている倫理委員会の承認を得

ている。なお、事例の記述にあたっては、個人の特定が可能であると思われる情報を削除、もしくは事例の本質に影響しない範囲で加工し、最大限の匿名化に配慮した。

C. 研究結果

(1) 事例の一覧

表1に、調査対象となった20名のプロフィールを示す。

表1 事例の一覧

事例	自死遺族			自死者			
	年代	性別	精神疾患等の既往歴(*)	遺族との関係	年代	性別	精神疾患等の既往歴
1	20代	男性	うつ病	同胞	20代	男性	自殺未遂歴、うつ病
2	40代	男性	-	子ども	10代	男性	-
3	60代	女性	うつ病	子ども	30代	女性	母親と共存関係、摂食障害
4	50代	女性	-	子ども	10代	男性	-
5	20代	男性	不登校、ひきこもり、家庭内暴力	同胞	10代	女性	不登校、家庭内暴力
6	30代	女性	アルコール依存症	配偶者	40代	男性	-
7	50代	女性	-	子ども	10代	男性	不登校、家庭内暴力
8	80代	女性	うつ病	子ども	60代	女性	うつ病
9	50代	女性	-	子ども	20代	女性	摂食障害、覚醒剤、アルコール依存症、異性依存症
10	40代	女性	うつ病	子ども	10代	男性	不登校、家庭内暴力、昼夜逆転、対人恐怖、引きこもり
11	60代	女性	うつ病	子ども	20代	男性	統合失調症性感情障害、うつ病

12	40代	女性	うつ病	子ども	20代	男性	うつ病
13	40代	女性	-	子ども	10代	男性	うつ病
14	70代	男性	-	子ども	30代	女性	統合失調症性感情障害
15	70代	女性	不眠症	子ども	不明	男性	自殺未遂歴あり
16	40代	女性	うつ病	子ども	20代	女性	リストカット歴あり
17	50代	女性	-	親	70代	女性	うつ病
18	50代	男性	-	配偶者	50代	女性	統合失調症
19	50代	女性	-	息子の従弟	不明	男性	うつ病
20	40代	女性	不眠症	同胞	40代	男性	統合失調症

*今回の受診及び自死発生以前のもの

(2) 自死遺族に関するもの

自死者と自死遺族（以下遺族と記す）との関係において、特徴的なことは、子どもが自死した事例が13名（65%）で最も多いこと、母親が相談に来た事例が11名（55%）で高い比率を占めていることがわかった。また、家族内で配偶者との間で生ずる考え方や感情のズレや親子間で生ずる考え方や感情のずれが認められた。

受診した遺族の年齢分布を調べたところ、親の年代に相当する40代が6名（30%）、50代が6名であり、40代と50代を合わせると12名（60%）を占めていた。

遺族がクリニックを受診した主な経緯を調べたところ、遺族を支援する自助グループが開示しているインターネットのサイトに掲載されているクリニックの遺族外来の存在を知り受診したケースが5名（25%）、家族の紹介や本によって知った者が各々3名（15%）であった。

自死者が出てから、遺族がクリニック

を受診するまでの期間を調べたところ、6 か月以内が7名(35%)、7 か月から1年以内が6名(30%)であった。このように、自死者が自死してから1年以内に受診した遺族は、13名(65%)であった。

遺族が、受診してから通院した期間は、6 か月以内が10名(50%)、7 か月から1年以内までが4名(20%)であった。このことから、遺族の受診期間は、1年以内が14名(70%)であることがわかった。ちなみに1年から2年通院したものは4名(20%)であった。

遺族が、今回の受診及び自死発生以前から、精神科既往歴等があるものは11名(55%)であった。その内訳は、うつ病が、7名(64% ※1))で最も多く、不眠症2名(18% ※1))、不登校・家庭内暴力1名(9% ※1))、アルコール依存症1名(9% ※1))であった。

遺族である配偶者間および親子間に考え方や感情のズレを呈したケースが9名(45%)認められた。

遺族が、受診時、訴えた精神症状の中で、最も多かったのが罪責感と怒りで各12名(複数回答)であった。また、「後追い自殺をしたい」といった自殺願望を訴えたケースが10名(50%)あった。その中で、多量服薬したものが2名、実際に首をつろうとしたものが1名あった。

後追い自殺願望の背景を調べてみると、親戚からの批判、故人への思慕、再会への希望、配偶者の無理解、社会(世間)の偏見、既往にある精神疾患等の影響な

どが認められた。

遺族が、自死者の命日に、さまざまな心身症状を現わすいわゆる「命日反応」を呈した事例は10名(50%)あった。また、遺族の二次被害については6名が訴えた。遺族が身内の自死をしたという事実を開示しなかった事例は11名(55%)であった。

医療者の遺族に対する対応に不満を訴えたものが8名(40%)あった。

遺族の内、複数の者が同時に悲嘆反応を呈した事例が3件あった(母と子2件、父母と子1件)。

(3) 自死者に関するもの

自死者の精神疾患等の既往歴を調べたところ、不登校、家庭内暴力3名(18% ※2))、うつ病3名(18% ※2))、統合失調症性感感情障害2名(12% ※2))、統合失調症2名(12% ※2))、リストカット1名(6% ※2))であった。このことから、自死者が自死を決行する前に、精神疾患などの既往をもつものが、17名(85%)にも及ぶことがわかった(表1)。精神疾患の診断上の特徴としては、不登校・家庭内暴力、自殺未遂歴、リストカット、摂食障害など、青少年の精神病理を呈する事例が多かったことである。

自死者が、自死を決行する引き金となった出来事を調べてみると、離婚、別居、不倫、両親の不仲、同胞の婚約、借金、配偶者の叙勲、インターネットサイトによって知り合った人との心中などがあつた。

自死者の自死予告とみられるサインに

については、10例（50%）がSOSを発信していた。

自死者は、自他の誕生日、退職日、叙勲日、婚約式、入学式、卒業式など、人生のライフコースの中で、“けじめ”となるべき重要な時に、自死を執行している事例が6名（30%）もあった。

D. 考察

今回、自死遺族（以下遺族とする）のメンタルヘルスニーズに関する調査を施行するにあたって、調査対象をクリニック受診者に限定したのは、理由がある。

現代の日本においては、まだ、精神科を受診することは、よほどの覚悟がいる。従って敷居の高い精神科を受診する遺族は、そうでない一般の遺族と比較すると、深い悲嘆や深刻な悩みをかかえている可能性があるのではないかと考えた。今回、事例化したケースの60%が、周囲に身内が自死したという事を告知していないということは、かれらの心の葛藤が、いかに大きいかということを物語っている。

一般の遺族に対する聞き取り調査では見えなかった遺族に対するメンタルヘルスニーズを浮き彫りに出来ることを期待して、この調査を施行した。

今回の調査で、明らかになったことは、外来を訪れた遺族は、母親が多く（11名=55%）、しかも、自死者は子どもが多かった（13名=65%）。

自殺対策白書（平成21年度）の、学生・生徒の自死者数についての自殺統計によれば、平成15年以降増加傾向にあり、平

成20年の前年に比べ99人（11.3%）増加したという（1）。青少年（30歳未満）の自死者全体に占める割合は12.4%（平成20年）で、そう多くはないが（2）、外来を訪れた遺族の多くは、子どもを亡くした親であったことは、注目されて良い。事実、自死遺族支援団体「グリーフケア・サポートプラザ」の分かち合いの会に出席した遺族の内、最も多かったのは、子どもを亡くした親であるということも、このことを裏づけている（3）。子を失った夫婦が、考え方の相違や感情的行き違いによって、精神的緊張状態が持続し、離婚や別居に至ることも少なくない（4）（5）。われわれの呈示した事例でも、夫婦間葛藤をもたらしたケースが認められた。さらに、そうした夫婦間葛藤から、子どもが、不登校や家庭内暴力など、病的症状を呈した例も認められた。

ところで、遺族が、クリニックの外来を訪れた経緯を調べたところ、遺族を支援する自助グループやそのグループが開示しているインターネットのサイトに、クリニックの名前が掲載されていたため受診したという事例が多かった。また、少数ではあるが、地域保健活動に従事している保健師が紹介してくれた事例もあった。このような紹介経路を調査した結果、自助グループや市町村の役場や保健所と、後方支援に位置するクリニックや病院との間をもっと密接にネットワーク形成をすることが大切であると思われる。

自死者が自死を執行してから、遺族がクリニックを受診するまでの期間は、1

年以内が13名(65%)、2年以内に広げると17名(85%)であった。また、このクリニックを受診した時点からどのくらいの期間で診療が終了したかを調べたところ、1年以内が14名(70%)で圧倒的に多く、2年以内に広げると18名(90%)であった。以上のデータから、自死という出来事が起り、さまざまな精神症状を呈してクリニックを受診する遺族は、2年以内に訪れる者が多く、しかも、受診してから、2年以内に診療を終結しているケースが多いことがわかった。

今回の調査結果によると、遺族は、クリニックを受診する以前に精神科通院歴があるものが11名(55%)あった。その内訳は、表1にも示したごとく、うつ病7名(64%(※1))が多かった。うつ病の事例を分析してみると、家族内に、精神疾患等の患者をかかえているために、精神的に介護疲れのため反応性のうつ状態に陥っているケースが多いことがわかった。自死者の精神疾患等の通院歴を有する者は17名(85%)に及んだ。

このように、家族内に、精神疾患等、メンタルヘルス上問題ある人々が、自死者を出すまでの期間、複数同居しているということは、かれらの家庭は、ハイリスク家族である可能性がある。われわれは、平成19年度に地域の精神保健活動に従事している保健師から聞き取り調査を行った。その結果、自死者が出る確率が高いのは、ハイリスク家族であることを明らかにした。ハイリスク家族とは、家庭内に、精神疾患等(うつ病、

統合失調症、人格障害、アルコール依存症)の既往歴がある者がいることが、基本的特徴である(6)。われわれが調査した20事例の一般的傾向としても、遺族や自死者の中には、こうした精神疾患等の既往をもつものが多く、保健師の証言と符合するところが多くあった。

自殺対策をたてるためには、このようなハイリスク家族に属する人々の相談支援、体制の整備充実を図ると共に、国民全体に対する啓発活動等を通じて、自死や精神疾患に対する正しい知識を普及し、これらに対する偏見を減らしていくことに併せて、精神疾患に対する適正な医療体制の整備を行っていく必要がある(7)。この中で、適正な医療体制の整備の中には、自殺未遂者及びその家族と自死遺族をきちんと診察できる精神科医を育て、連携作りをすることも含まれる。

遺族の訴える精神症状としては、罪責感を訴える者12名(60%)が、最も多かった。われわれは、かつて、精神医学的立場から介入が必要と思われる自死遺族は、大別すると、自罰型と他罰型に分けられることを指摘した(8)。

自罰型は、故人が自死するに至った責任はすべて自分にあると決めつけ、遺族が自死した人が生存していた時にとった、さまざまな言行を責めるタイプである。今回、われわれが呈示した事例も、攻撃性が内に向く罪責感を訴える自罰型と、外に向く怒りを伴う他罰型があることがわかった。

自罰型に特徴的な罪責感が、さらに進

むと無力感、絶望感、自己否定感に囚われ、最終的には後追い自殺願望へと変化していく。

われわれが今回、調査した事例でも10名(50%)が、後追い自殺をしたいと訴え、その内、2名は、実際に多量服薬し、1名は首をつろうとしたとなっている。このように、罪責感を強く訴えるケースは、後追い自殺の可能性が強い。このような事例には、徹底した専門家の介入を行うことが、当事者の自殺を予防することになるのであって、重要な遺族対策の一つとして、銘記される必要がある。

他罰型の遺族は、配偶者や子ども、同胞、医療従事者、他の遺族、行政職員、その他の関係者を傷つけることがある。そのため遺族支援対策を立てる際は、怒りの感情の処理の仕方についても考慮する必要がある。

ところで、われわれは、遺族が、身内の自死という事実を開示することを拒んだ事例が11名(55%)あったことを報告した。

このように死亡原因を言わなかったり、別の死因を告知したり、葬儀すら行わなかった事例もある。遺族が身内の自死を隠すケースに対して、さらに良く聞いてみると、当事者の罪責感と深く関係している事例が少なくなかった。

自殺対策白書では、遺族は「自殺を死因として語ることに躊躇することが少なくなく、そのため身近な自殺を自分もしくは、家族などの一部のみにとどめ孤立し、周囲を交えた悲嘆の過程が妨げられ

るという事態がおこります」と記している(9)。このように、遺族が自殺を死因として語ることに躊躇することの背景には、かれらの強い罪責感が存在する。このことから、罪責感を緩和することが、かれらのメンタルヘルスニーズであるといえよう。もちろん、われわれは、一般人に対して、自死遺族に対する差別、偏見をなくし、自死者とその遺族の名誉を守るために、啓発活動を行う必要がある。しかし、遺族の罪責感の処理に対して無関心であるとしたら、遺族支援対策も気配りを欠いたものになると考える。

自死者は自死を執行する前に、さまざまなSOS信号を発信している(SOSを発信しているものは10名=50%)。遺族も同じように色々な心的危機のサインを発信する。この点に関して、われわれが呈示した事例のうち10名(50%)が、命日反応と思われる精神症状を呈示したことに注目したい。

命日というのは、自死者が自死した日であり、一種の記念すべき日である。われわれがここで、取り上げた遺族と関係のある自死者の死亡日を分析したところ、興味深いことに、自死者や遺族の誕生日や退職日、叙勲日、婚約式、入学式、卒業式、帰国日など人生のライフコースの中で、記念となる日の前後で、“けじめ”をつける様に自死していることがわかった(6名=30%)。さまざまな心身症状を呈する遺族の命日反応と、人生におけるイニシエーションと思われる記念日前後に自死が行われているという事実をつなぎ

あわせてみると、今後の自殺予防ならびに遺族対策に裨益することがあるように思われる。

本研究の限界

ここで呈示した事例は、20名にすぎない。この点は、今後事例を増やし、より真実に近いデータの集積を行わなければならないと考えている。また、「心理学的剖検データベース」の項目を活用すべく努力したが、いくつかの点で限界があった。すなわち、予めデザインされた項目を全て網羅的に把握していないこと、取り上げたケースが期日関係において、かならずしも、データベースの指示どおりでなかったことなどの限界があった。しかし、今回の調査では、診察回数が1～21回以上にわたっており、一般の聞き取り調査より、より深くまで、遺族と自死者との関係を聞いた事例が少なくなかった。

E. 結論

今回の自死遺族のメンタルヘルス調査は、遺族などに対する自殺予防のための介入ポイント等を明確化するとともに、かれらのメンタルヘルスニーズを知り、その支援のあり方についての知見を得、行政及び社会へ貢献すること、その中でもとくに地域保健活動を円滑に行う目的で行われた。

① 本研究の調査対象は、精神科外来患者に限定した。ここで対象となったものは、自助グループや地域の精神保健活動

に従事する保健師が、明らかに、精神科を受診した方が良いと思われるケースや、自ら心身の悩みを訴え、自発的に訪れた事例であって、一般の遺族と比較すると、重症例であることが特徴である。

② この調査の対象となった事例は、自死が起きてから2年以内に受診しているものが多く、しかも、受診してから2年以内に治療を終結しているものが多い。従って施策、介入などに関していえば、自死が発生してから4年間介入及びフォローを行う必要があると考える。

③ 本調査の対象となった遺族は、保健師からの紹介や自助グループの支援者から直接紹介されるか、そうした自助グループのホームページに、受診施設が紹介されているのを見て来所したものが多い。

④ この調査によって明らかになったことは、遺族と自死者に、精神疾患等の既往歴を持つものが多く、自死が決行される前に、すでに、ハイリスク家族であるケースが多いことがわかった。このことから、保健師等の精神保健活動に従事する者は、これらのハイリスク家族に対して、日常業務の中で、積極的に介入することによって、自死を予防し、不幸にして、自死が起った場合は、事後対策を速やかに行う必要があることが明らかにされた。

⑤ 事例の分析を通して、受診したケースの中では、子どもを失った親が多いことがわかった。今後、子どもの自殺未遂者及びその家族と遺族支援に向けて、行政及び社会、精神保健分野の一層の努力