

Neurosci, 256 : 372-381, 2006.

- 7) Picardi, A., de Girolamo, G., Santone, G., *et al.* : The environment and the staff of residential facilities. Data from the Italian 'PROGRES' national survey. *Community Ment Health J*, 42 : 263-279, 2006.
- 8) Santone, G., de Girolamo, G., Falloon, I., Fioritti, A., Micciolo, R., Picardi, A., Zanalda, E. for the PROGRES Group : The process of care in residential facilities. A national survey in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40(7) : 540-50, 2005.
- 9) Ruggeri, M., Leese, M., Slade, M., *et al.* : Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. The South Verona Outcome Project 8. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39 : 60-68, 2004.
- 10) Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., *et al.* : Social network in long-term diseases : a comparative study in relatives of persons with schizophrenia and physical illnesses vs. a sample from general population. *Soc Sci Med.*, 62 : 1392-1402, 2006.

■原著論文

統合失調症者における自殺行動とその予防に関する臨床的研究

山口大樹¹⁾, 藤井千代²⁾, 辻野尚久¹⁾, 武士清昭¹⁾, 西井ヘルベルト¹⁾, 水野雅文¹⁾

抄録:

統合失調症は自殺の危険性が高い疾患であることが知られているが、自殺に至る心理過程について詳細に検討した研究は少ない。本研究では致死性の高い自殺行動を起こした統合失調症者への半構造化面接を行い、自殺に至る心理過程を精神病理学的に検討するとともに、自殺行動前の本人の精神状態に関する家族の認識についても調査した。その結果、精神病症状の急激な悪化時は自殺の危機が特に高まること、心理社会的要因に関連する抑うつ状態に留意することが重要であると考えられた。また本人の援助希求行動や精神症状の変化を見逃さないためには、教育現場を含め、広く社会に対して統合失調症についての情報提供が必要であることが示唆された。さらに、幻覚妄想が主体の統合失調症者では希死念慮の発現から自殺行動に至るまでの期間が非常に短かったことから、適時に専門的な介入をするために、地域における精神科危機介入システムの構築が望まれる。

日社精医誌 18: 34-51, 2009

索引用語: 統合失調症, 自殺, 援助希求行動, 定性的研究, 心理学的剖検
schizophrenia, suicide, help seeking behavior, qualitative study, psychological autopsy

はじめに

平成20年6月に警視庁より発表された自殺の概要資料によると、平成19年中における我が国

の自殺者の総数は33,093人にのぼり、前年に比べ938人(2.9%)増加した¹⁴⁾。1998年以来年間自殺者3万人台という深刻な事態が続いていることを受け、平成18年10月28日には自殺対策基本法が施行されるに至っているが、自殺対策の基礎となる実態調査も十分には実施されていないのが現状であり、我が国の自殺予防対策は未だ手探りの状態が続いているといっても過言ではない。

自殺には多様な背景因子が複雑に関与していることが知られているが、精神疾患が自殺の背景要因として特に重要であることは多くの先行研究の報告により明らかであり^{5, 7, 34, 35)}、自殺予防は精神科医療における重大な課題のひとつであるといえる。特にうつ病と自殺の関連についてはこれまでに数多くの検討がなされており、うつ病の早期発見早期治療に取り組んだ結果、自殺者数を減少させることに成功したとの報告もある^{28, 32)}。

英文タイトル: A clinical study on suicidal behavior and its prevention in people with schizophrenia

受付日: 2009年4月5日受付 受理日: 2009年5月8日受理

著者連絡先: 山口大樹 (東邦大学医学部精神神経医学講座)

〒143-8541 東京都大田区大森西 6-11-1

TEL: 03-3762-4151, FAX: 03-5471-5774

Email: seventhheaventokyo@hotmail.com

Corresponding author: Taiju Yamaguchi

Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Toho University

6-11-1, Ohmori-nishi, Ohta-ku, Tokyo, 143-8541, Japan

¹⁾ 東邦大学医学部精神神経医学講座

Taiju Yamaguchi, Naohisa Tsujino, Kiyooki Takeshi,

Herbert Nishii, Masafumi Mizuno: Department of

Neuropsychiatry, School of Medicine, Toho University

²⁾ 埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科

Chiyo Fujii: Department of Social Work, Saitama Prefectural University

一方統合失調症もうつ病と同様に、自殺の危険性が非常に高い疾患であることが知られている。先行研究によれば、統合失調症の生涯自殺率は4.9～13%であり^{3, 18, 24)}、自殺危険率は一般人口の8倍以上であるとされる⁹⁾。自殺が起こる時期については、初回エピソードあるいは病初期に多いという報告もあれば^{2, 16, 23)}、自殺の3分の1は45歳以降に起きているという報告もあり¹⁰⁾、一定の見解は得られていない。統合失調症の自殺の危険因子に関しては様々な側面から検討がなされており、最近の総説の中では社会的孤立や家族内のストレス、将来の病状悪化への不安、絶望感といった心理社会的な要因や障害の現実直面することによる抑うつや絶望感が着目されている²⁵⁾。一方で安田は、統合失調症の自殺未遂例のほとんどが再燃増悪期にあり、生活上の心因が動機となったものはなかったと報告しており³⁷⁾、統合失調症の自殺の背景を検討することの困難さがうかがえる。

自殺の原因を詳細に検討するには、自殺既遂者の関係者から事情聴取や診療録など広範な情報を得て故人の人生を再構築し、個々の自殺の実態を把握する試みである心理学的剖検 (psychological autopsy)¹⁷⁾ という手法が広く用いられており、統合失調症の自殺に関する研究においても、この手法を用いることが多い。しかし、心理学的剖検は自殺者本人からではなく関係者から情報収集を行うことになるため、自殺に至るまでの本人の心理過程を詳細に検討できないという限界がある。特に統合失調症に関しては、家族や周囲の者にとって統合失調症性の異常体験については判断が困難な場合が少なくないとも指摘されている¹⁾。そこで、重篤な自殺未遂を行った集団を既遂者集団に準じる集団と考え自殺失敗者 (failed suicides)⁴⁾ と定義してインタビューを行い、心理学的剖検からは得られない本人からの情報を関係者からの情報と併せて検討することは、より有効な自殺予防対策のためにも意義のあることと考えられる。

本研究では、統合失調症と診断された自殺失敗者に対して半構造化面接を行い、発症から自殺行動に至るまでの経過、自殺行動時の精神症状、希死念慮から自殺行動までの心理過程の発展様式

などについて検討した。さらに自殺失敗者の家族への詳細な面接を実施することにより、自殺行動前の精神状態に対する本人の認識と家族の認識の相違点を分析した。これにより、統合失調症者が自殺行動に至るまでの心理過程の特徴、および自殺行動を予防できなかった要因に関する検討を行い、統合失調症の自殺予防対策についての考察を加えた。

対象と方法

1. 対象

2007年1月1日から2008年8月31日の調査期間において、東邦大学医療センター大森病院精神神経科外来に通院中もしくは入院中の患者の中で、国際疾病分類第10改訂版 (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines, World Health Organization, 以下、ICD-10)³³⁾ において統合失調症 (F20) および統合失調症型障害 (F21) と診断され、その治療経過中に致死的な自殺行動が認められた症例、もしくは致死的な自殺行動を契機に精神科受診に至り、ICD-10において統合失調症および統合失調症型障害と診断された症例を対象とした。

調査期間中に上記条件に該当する症例は12例であり、その中で本研究への参加の同意を得られた7例を対象として面接調査を行った。なお本研究は東邦大学医療センター大森病院倫理委員会による承認を受けている。

2. 方法

調査対象となった各症例とその家族に対して、半構造化面接による面接調査を自殺行動から1年以内に行った。面接は全症例の全面接を個別に著者の一人 (山口) が行った。質問項目は表1のとおりである。本人の面接に際しては、陳述内容の一貫性と再現性、面接時および面接前後の本人の精神状態に十分留意し、記録が面接時の異常体験に修飾される可能性をできるかぎり排除するよう努めた。

表1 半構造化面接における質問項目

〔本人に対する質問〕	
・精神的に不調であるという認識の有無	・自殺行動に関連のある心理社会的要因
・精神病であるという認識の有無	・自殺行動時の健忘の有無
・精神科受診の必要性についての認識の有無	・命令幻聴の有無
・過去の自殺行動の有無とその手段	・今回の自殺手段
・自殺行動時の精神症状	・家族との関係性
・急激な精神症状悪化の有無とその時期	・精神症状についての援助希求行動の有無
・漠然とした希死念慮の出現時期	・希死念慮についての援助希求行動の有無
・具体的な自殺念慮の出現時期	
〔家族に対する質問〕	
・本人との関係性	
・精神的に不調であるという認識の有無とその時の状態・行動（自殺行動前／行動時）	
・精神病であるという認識の有無（自殺行動前／行動時）	
・精神科受診の必要性についての認識とその対応（自殺行動前／行動時）	
・自殺の可能性についての認識とその対応（自殺行動時）	

面接により得られた記録は、グラウンデッド・セオリー・アプローチ (grounded theory approach) の継続的比較分析法を用いて、それぞれの症例を比較することによってその特徴を分析した。この方法は、インタビューや観察から得られた情報を文章化し、特徴的な単語などでコード化しデータを作成し、データ同士を比較することによって、データに含まれる概念の普遍性と特殊性を見出していく質的検討方法として広く用いられている³⁰⁾。

各症例は、まず自殺行動時に幻覚妄想状態が主体であった群（以下、幻覚妄想群）と抑うつ状態が主体であった群（以下、抑うつ状態群）に分類し、それぞれの群の特徴を整理した。次に、本人の援助希求行動 (help seeking behavior) とそれに対する家族の気づき、本人の精神状態に関する家族の認識に注目し、家族が本人の精神科受診の必要性を認識していた群（以下、認識群）と認識していなかった群（以下、非認識群）に分類し同様に検討した。

結 果

面接により得られた記録をコード化しまとめたものを表2に示す。7例の一般的背景は、男性6例、

女性1例であり、平均年齢は35.8歳 (SD ± 6.8歳、最小値26歳、最大値47歳) であった。発症から自殺行動までの期間は平均106.1カ月 (SD ± 141.1カ月、最小5カ月、最大432カ月) であり、精神科受診歴がある症例は3例であったが、定期的に通院していたものは1例のみであった。

自殺行動に至るまでの本人の心理過程を詳細に検討し、本人と家族の認識の違いを明確にするため、各症例について調査結果の一部を以下に呈示する。最初に客観的に事実であることが確認できた情報を「客観的事実」として記載し、次いで本人、家族の陳述を記載する。なお、プライバシー保護の観点から、個人を特定できないように一部変更を加えている。

1. 症例呈示

症例1：40歳 男性

〔客観的事実〕

同胞2名中第1子長男として出生。遺伝負因は否定。発達および発育には特に問題はなし。家族関係は良好。大学工学部を卒業後は会社員として勤務していたが、27歳時に会社を退職している。退職後は家族所有のマンションで単身生活をしており、自営業の手伝い程度は行なっていたが、社会的な交流はほとんどみられなかった。4月12日、

表2 各症例の特徴：精神症状と本人および家族の認識

事例	症例1	症例2	症例3	症例4	症例5	症例6	症例7
一般的背景							
受傷時年齢(歳)	40	34	30	26	32	42	47
性別	男性	男性	男性	男性	女性	男性	男性
同居者の有無	単身生活	父母と同居	単身生活	父母と同居	父母と同居	単身生活	兄と同居
家族との関係性	良好	良好	不良	良好	良好	不良	不良
最終学歴	大学卒業	高校卒業	大学中退	専門学校卒業	大学卒業	大学卒業	専門学校卒業
職業	無職	無職	無職	無職	会社員	無職	無職
結婚歴	未婚	未婚	未婚	未婚	未婚	離婚	未婚
診断	統合失調症	統合失調症	統合失調症	統合失調症	統合失調症	統合失調症	統合失調症
発症年齢(歳)	27	32	26	25	26	40	10
発症から自殺行動に至るまでの期間(ヶ月)	156	20	42	3	68	22	432
精神科受診歴	未受診	未受診	未受診	未受診	通院中	通院中断	通院中断
自殺行動の既往 (時期) (回数) (手段)	なし	なし	なし	なし	なし	あり (受傷11日前) (数回) (棟炭・槍首)	あり (X-1年7月) (1回) (腹部刺傷)
本人の陳述							
自殺行動時の精神症状 (下線は本人が一番辛いと自覚していた、もしくは顕著であった症状)	「飛び降りる」という幻聴 被害関係妄想 妄想伝播 不眠 社会的ひきこもり	被害関係妄想 注釈妄想 妄想伝播 自己臭妄想 聴覚過敏 社会的ひきこもり 抑うつ気分 焦燥感 不眠	幻聴 被害関係妄想 抑うつ気分 焦燥感 不眠 社会的ひきこもり	「死ぬ」という幻聴 被害関係妄想 妄想伝播 抑うつ気分 焦燥感 不眠	「死ぬ」という幻聴 被害関係妄想 妄想伝播 焦燥感 不眠	抑うつ気分 意欲低下 被害関係妄想 妄想伝播 情動の平板化 社会的ひきこもり 不眠 食欲不振 飲酒量増加	抑うつ気分 意欲低下 社会的ひきこもり 焦燥感 不安感
急激な異常体験の増悪時期	約10日前	6日前	約40日前	約10日前	約30日前	なし	なし
漠然とした希死念慮の出現時期	出現せず	4日前	直前	約10日前	6時間前	40日前	50日前
具体的な自殺念慮の出現時期	出現せず	直前	直前	直前	6時間前	11日前	直前
自殺行動に関連のある心理社会的要因	なし	なし	なし	なし	なし	アパートの建て替え	自宅の立ち退き
自殺行動時の健忘	なし	なし	なし	なし	なし	あり	なし
命令幻覚	あり	なし	なし	あり	あり	なし	なし
自殺手段	飛び降り	槍首	槍首	飛び降り	飛び降り	棟炭	腹部刺傷
精神症状についての援助希求行動	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり
希死念慮についての援助希求行動	なし	なし	なし	なし	あり	なし	あり
家族の陳述							
統括	父親、母親	父親、母親	母親	父親、母親	母親	姉	兄
自殺行動前	精神的に不調であるという認識(その時の状態・行動)	なし	なし	なし	あり (夜中に家を飛び出した)	あり (幻聴、被害妄想がみられた)	なし
	精神病であるという認識	なし	なし	なし	あり	あり	なし
	精神科受診の必要性の認識	なし	なし	なし	あり	あり	なし
自殺行動時	精神的に不調であるという認識(その時の状態・行動)	あり (全裸となり警察に保護された)	なし	なし	あり	あり (独語と不眠がみられ、「死にたい」と言語化)	なし
	精神病であるという認識	なし	なし	なし	あり	あり	なし
	精神科受診の必要性の認識(その対応)	なし	なし	なし	あり (脳外科を受診)	あり (かかりつけ精神科を受診)	なし
	自殺の可能性についての認識(その対応)	なし	なし	なし	なし	あり (かかりつけ精神科を受診)	なし

一人で外出しA市の宗教施設の前で下着一枚で動かない状態となっているところを警察に保護された。同日21時に家族に引き取られ、自室に戻ったが、翌日午前3時にマンションの6階より飛び降りた。

〔本人の陳述〕

27歳時に仕事を退職したときは精神的な不調

は自覚していなかった。仕事が辛くて、自分で思うようにできなかったので退職した。その頃からインターネットやビデオで自分の考えていることや個人情報が出ていっているような気がしたが、特に家族に相談することはなかった。家族にもなんとなく伝わっているような気がしていた。最初に精神的な不調を自覚したのはX-1年8月頃。

特に理由もなく、自分のことを悪くいう声が聞こえるようになり眠れなくなった。その時もすぐに治まったので気にしていなかった。特に病気だとも思っていなかったのも、家族に相談することはなかった。X年4月から、また声が聞こえるようになった。4月12日は、なぜかわからないけどA市に行けば、昔好きだった女の子に会えるような気がして家を出た。A市に行こうとしていたのに、B市に着いてしまって、なぜか電車に乗れなかったもので歩いてA市に行って、映画を観ようと思って市内をフラフラしていた。宗教施設の中にいた女性を見て、なぜか好きだった女の子のような気がして、『そこに入るためには金持ちではいけない』という声が聞こえてきたので、下着一枚になってしまった気がする。警察に保護されたときのことは曖昧で、何を言ったかも覚えていない。21時頃家に帰ってきて、一度寝ようと思って部屋に戻った。布団に入ったけれど眠れなくて、マンションの階下の住民が、なんとなく自分の友達のような気がして会いにいった。その部屋に行き呼ぶ鈴を押したが、出てこないから部屋に戻ろうと思った。その時に『マンションから飛び降りろ、飛び降りても宙に浮かぶ』と聞こえてきたので宙に浮かぶと思って飛び降りた。下に落ちたときに「痛い、宙に浮くはずじゃなかったのかよ」と思った。死のうと思ったことは一度もないです。〔家族の陳述〕続柄：父親、母親

27歳時に会社を辞めた時に、一時期元気がなくなって部屋に閉じこもるようになった。その時は上司に騙されたと言っていた。毎日帰宅する時間も遅かったし、仕事が大変だったんだと思った。精神的な病気だとはまったく思っていなかったのも、精神科受診が必要だと感じたこともなかった。幻聴があるということはまったく気がつかずなかったし、相談されたこともなかった。あまり部屋から出なかったけど、実家の仕事はたまに手伝っていたし、何度かアルバイトもしていた。別々に住んでいたけど、食事は家族でとっていたので毎日顔を会わせていた。X年4月上旬頃からは、元気がなくふさぎこんでいて、一点をみつめてなにかを考え込んで、話しかけても返答がなく

なった。ソファにもたれかかっている時の表情がちょっと変だなとは思った。4月11日に一緒に外出をした時は元気はなかったけど、特に普段の様子と変わったことはなかった。4月12日に警察に保護された時は、「あそこは裁判所だ」、「お前は何回か死んだ」、「人を殺さなきゃいけないんだけど、自分にはできない」、「自分でも考えたくないのに考えてしまう」などと本人が言っていたということを警察から聞いて、警察に無理やり連れてこられたのでパニックになったのだと思った。家に帰った後も元気はなかったけど落ち着いていた。部屋に戻って寝ると言っていたので、部屋に一人で帰した。その時も精神的な病気だとは考えもしなかった。死にたいという発言もなく、飛び降りるとは考えてもいなかった。

症例2：34歳 男性

〔客観的事実〕

同胞3名中第1子長男として出生。遺伝負因は否定。発達および発育には特に問題はなく、性格はまじめで几帳面であった。家族関係は良好。高校卒業後は工場に就職するが、21歳時に退職。その後は定期的な就労はしていない。同時期に腋臭の手術を行ったが、手術後も腋臭のことを気にする状態は続いていた。元来、ジョギング、サイクリングなどのスポーツが好きで一人で外出していたが、X-1年頃からは外出することが少なくなり、X-1年10月には「盗聴されているような気がする」という発言がみられた。その点を除けば普段の生活は周囲からみて特に変わったことはなかったが、X年4月9日夕方、母親が外出し自宅に一人になった際に階段の手すりにビニール紐をかけ縊首を企図した。

〔本人の陳述〕

臭いのことは高校生の頃から気にしていた。クラスの友人から「このクラス臭う」と言われたり、鼻をつまんで態度で示された。21歳時に腋臭の手術をしたが、その後もずっと気になっていた。X-2年8月頃から盗聴されているような感じがしていた。外出すると、タクシーに監視されているような気がして、信号機が赤になったり踏切

が遮断したりするのは誰かが自分を観察しているからだと思った。家族に相談したことはなかった。X-1年10月頃からは、理由はわからないがやくざに狙われていると思った。車やバイクのライトが自分に嫌がらせをしているような気がして、テレビや新聞が自分のことについて報道しているような感じだった。その時に一度「盗聴されているんじゃないか」と母親に相談をしたが、盗聴されると思って迂闊には相談できなかった。その後もだんだん追われている感じが強くなって、車のライトや音がすごく気になっていたが、実害がないので、そのままにしていた。X年4月3日から、車のクラクションや犬の鳴き声、飛行機の音などがずっと聞こえていた。これはやくざが嫌がらせをしているに違いないと思って、夜も眠れなくなってイライラしていた。4月5日に死にたいと考えようになった。X年4月9日は、具体的に何かがあった訳ではないが、やくざからの嫌がらせが続くことが辛くて、追い込まれて、突然パニックになってしまった。「もう限界だ、死ぬしかない」と突然思った。直前までまったく死ぬ気はなかった。それまでも気分が沈む感じはあったけれども、それで死のうと思ったことは一度もなかった。

〔家族の陳述〕続柄：父親、母親

今まで精神的な不調を感じたことはなかった。腋臭については本人に「そこまで気にしなくいいのではないかと」伝えていた。退職した時は電車の中で周りの人が自分を避けていると悩んでいた。そのことが退職した原因だとは思うが、特に精神的な病気だとは思わなかった。「盗聴されている」と相談された時には、「気にしすぎじゃないか」と伝えた。外に出ないのは腋臭を気にしているからだと思っていた。精神科を受診させようと考えたことはなかった。部屋で過ごす時間が多かったが、食事は家族でとっていたし、口数は少なかったが、食事中に会話もしていた。X年4月9日も普段と変わった様子はなかった。夕方に買い物から帰ってきたら、階段の手すりですぐ首を吊っていた。すごく気のしっかりした性格だったので本当にびっくりしたけど理由はわからなかった。

症例3：30歳 男性

〔客観的事実〕

同胞3名中第1子長男として出生。遺伝負因は否定。発達および発育には特に問題はなし。幼少時より家族関係は希薄であった。大学を中退後はアルバイトを転々としていたが、29歳時より家族の勧めで単身生活を開始。しかしアルバイトが続かないため、消費者金融からの借金をして生活費に当てていた。X年6月10日、家賃滞納のために下宿先を強制退去となり、実家に帰省した。帰省した日に「声が聞こえてくる」というメモを家族に渡したが、その後はほとんど家族と話すことはなく多くの時間を自室で無為に過ごしていた。6月12日より梱包業務のアルバイトを始めた。同日17時に、アルバイト先のトイレに梱包用のビニール紐を持ち込み縊首を企図した。

〔本人の陳述〕

26歳時から、『使えない』、『頭が悪い』といった声が聞こえてきた。自分でもおかしいなとは思っていたが、そのうち治まるだろうと思っていた。その後もアルバイトをするたびに声が聞こえてくるので仕事が続けられなかった。そのために家賃が払えなくなり借金をするようになった。X年5月から声がずっと続くようになり、誰かに追われているんじゃないか、盗聴や盗撮されているんじゃないかと思った。6月に家賃が払えなくなって、アパートを解約されてしまった。借金のことや、アパートを解約されたことはあまり気にしていなかった。「まあ、どうにかなるだろう」と考えていた。X年6月10日、実家に帰省した時に、初めて家族に声が聞こえてくることを相談した。実家に戻っても声が続くので気が滅入っていて、夜も眠れなかった。「外に出れば声も治まるのではないか」と思ったので、12日からアルバイトを始めた。アルバイト先でも声が聞こえてきて集中できなかった。まさかアルバイト先まで追われるとは思ってなかった。辛くなった。16時頃より、ますます声がひどくなったので、発作的に「死ぬば楽になれるのではないか」と考えて、ビニール紐で首を吊った。直前まで死のうという気持ちはなかった。

〔家族の陳述〕続柄：母親

中学生の頃から無口でほとんど話さなかった。幼少時を含めて、今まで精神的におかしいとは感じたことはなかった。大学を中退したことや就職しなかったことは不思議に思ったが、精神的異常だとはまったく考えなかった。29歳時、アルバイトをしても長続きしないで、自宅にこもるようになっていたので、「甘えているのではないか」、「自立させなければ」と思い、単身生活をさせた。電話してもでないことが多かったけれど、もともと口数も少ないし話すこともないので気にしていなかった。本人からはほとんど連絡がなかったが、弟に様子を見にいってもらっていた。仕事をしていなかったことや借金のことはまったく知らなかった。今にして思えば、借金が苦しくて自殺しようとしたのではないかと思う。X年6月10日に実家に帰ってきた時に、「声が聞こえてくる」と書いたメモを渡されたが、それを見ても精神病だとは思わなかった。引っ越しも手伝わないし、家に帰ってきても何もしない状態だったので、疲れているのかなと思っていた。精神科への受診についてはまったく頭にもなかった。6月11日は家で引っ越しの荷物の片付けをしていた。6月12日の朝も変わったことはなかった。朝ごはんも一人で食べていたので何をしていたかはわからない。「行きます」といって外出した。まさか自殺をするとは考えもしなかった。

症例4：26歳 男性

〔客観的事実〕

同胞2名中第2子次男として出生。遺伝負因は否定。発達および発育には特に問題はなし。両親は不仲であるが、本人と両親の関係性は良好。専門学校を卒業後は、アルバイトをしながら音楽活動を行っていた。X-1年11月中旬頃より母親を罵倒するような発言がみられるようになった。12月にはアルバイトも辞め、天文学や宗教についてまともな話し続け、突然笑いだすような言動や、夜中に突然家を飛び出すといった行動がみられるようになった。X年1月になると、家族ともほとんど話さなくなり、自室にこもる時間が多くなっ

たため、X年1月22日に家族の勧めで近医脳外科を受診するが、定期的な通院には至らなかった。2月12日朝、母親が本人の部屋を掃除しようと部屋に入った際に自宅を飛び出し、そのまま近隣マンションの5階より飛び降りた。

〔本人の陳述〕

X-1年11月に友人と口論となり仲違いをしてしまった。その頃から、休む間もなく妄想みたいなことをしていた。非現実的なことばかり考えていた。12月上旬から頭の中で突然声が聞こえ、通りすがりの人も自分の悪口を言っているような気がした。盗聴器がつけられている気もしたし、自分の考えていることが外に伝わっているような感じもあった。父親には「自分の気持ちが外に伝わっているのではないか」と相談したが「そんなことはあり得ない」と言われた。自分でも精神的におかしいと思って、インターネットで調べて自分は統合失調症だと思った。病院に行っても治らなと思ったので病院には通院しなかった。X年1月からどんどんひどくなって、何人もの知らない男女の声で『死ね』という声が聞こえてくるようになって、普通にしていられなかった。2月上旬に「こんなに辛いのなら死んでもいい」と初めて漠然と考えた。2月12日も朝から『死ね』という声は聞こえていたけれど、直前まで死ぬ気はなかった。母親が部屋に入ってきて、自分に構ってほしくなかったから「出て行ってくれ」と言ったのに、出て行ってくれなくて、それでイライラして家を飛び出した。その時には「もうだめだ、死ぬしかない」と考えていた。マンションの上にあがった時には頭が真っ白で何も考えられなかった。飛び降りようとして下をみると子どもがいたので、「ぶつかったらまずいな」と思い、場所を変えて下に人がいないことを確認してから飛び降りた。すごく怖かったけど、死ねば何かが変わるような気がした。

〔家族の陳述〕続柄：父親、母親

X-1年11月下旬から怒りっぽくなって、12月中旬から星がどうか、ピラミッドがどうかと意味不明なことを言うようになった。夜中に突然家を飛び出した時にこれはおかしいと思って、精

精神科を受診することを勧めたが、本人が受診してくれなかったもので、どうしていいかわからなかった。「殺してくれ」と泣きながら言ってきたので、その時は自殺してしまうかもしれないとは考えた。X年1月からはほとんど話さなくなったので、1月22日に脳外科を受診させた。本人は通院する意思がなく、薬もほとんど飲んでいなかった。2月からは眠れてなかったようだが、それまでの様子と特別変わったことはなかった。2月12日は午前中から食事もとらないで部屋に閉じこもっていた。部屋に掃除をしに入ったら突然出て行ってしまった。なんで出て行ったのか理由はわからなかったが、まさか自殺をするとは思わなかった。

症例5：32歳 女性

〔客観的事実〕

同胞2名中第1子長女として出生。妹がうつ病の診断で精神科通院中。発達および発育には特に問題はなし。家族関係は良好。高校2年時に3か月ほど不登校がみられ、半年程カウンセリングに通ったことがある。1年浪人の後大学に入学し、卒業後は会社員として就職した。X-6年に、職場の人間関係でのストレスを契機に幻聴や被害妄想が出現し近医精神科に半年程通院するが、精神症状が改善したため診療を自己中断している。その後も精神症状は安定し、仕事もきちんと行っていた。X-2年、仕事の研修中に交通事故を起こしたことを契機に幻聴、被害妄想、注察妄想、考想伝播が再燃し精神科を受診した。それ以後は定期的に通院し、オランザピン10mgを中心に薬物加療されていた。X年7月上旬より仕事を休むようになり、不眠、独語が出現したため、8月2日にかかりつけ精神科を受診した。8月5日、「これから死に行く」という発言がみられたため、心配した家族の付き添いのもと、かかりつけ精神科を再度受診した。診察終了後、帰宅途中に高速道路を走行中の車から突然飛び出し、高架下を流れていた運河に飛び降りた。

〔本人の陳述〕

16歳時に、友人とうまく会話ができなくなった。26歳の時に仕事がうまくいかなくなって倒れて、

しばらく精神科に通院した。よくなって仕事もできるようになったので通院をやめた。X-2年の時には、電車の中でみんなに見られていたり、自分の話がインターネットに流れているような感じがして、押入れの中から誰かがキーボードを打っている音がずっと聞こえていた。それで母親の勧めで精神科を受診した。きちんと通院していたけれど、特に春から夏にかけてAさんとBさんの声が続いていた。しばらくすると声は治まるんだけど、またしばらくすると声が聞こえてきて、それで自分も面白くなってきちゃって。AさんとBさんはいいことも悪いことも言ってくれる。幻聴なんだろうなと思うが、そうじゃない気もする。AさんとBさんは実在する気がする。Aさんは警察の人みたいで、Aさんに連絡をとる時は警察のホームページにアクセスしてご意見箱に投書していた。X年7月頃からはAさんやBさんの偽物が出てきてワーワーと悪口を言ってきた。それで会社に行けなくなった。8月4日に中学時代の同級生の声で『私は友達じゃない』と聞こえてきた。それで悲しくなって、ずっと考えていて夜も眠れなかった。その時には死にたいとは思わなかった。でも夜通しずっと悲しくて、8月5日の朝に死のうと決意した。その時に何人もの知らない人の声で、『入水自殺をして死ね、ドザエモンになっちゃえよ』とか『同級生を9人殺してお前も死ぬんだよ』とか聞こえてきた。母親に「死にたいから死にに行く」って言ったら病院に連れて行かれた。主治医と話している時には声は聞こえなかったもので、死にたいことをきちんと話せなかった。話が終わったら『どうしてこういうことを言わなかったんだ』『入水自殺をして死ね』と声がまた聞こえてきて、高速道路を走っている途中に運河が見えたので、車の扉を開けて飛び降りた。このまま走っている車に轢かれたら、その人に迷惑をかけると思うと思ったので、高速道路の外壁までいって、そこから下の運河に飛び降りた。その時はワーワーといろんな人の声で『飛べ飛べ』と囃したてられているようだった。

〔家族の陳述〕続柄：母親

16歳時に学校に行かないで、家で泣いてばか

りいた。その時はカウンセリングに半年ほど通院して、学校にも行けるようになったので気にしていなかった。浪人時代にすこし暴力的になったが、大学に入学したら落ち着いた。26歳時、勤めていた会社を辞めた時に、どこかという訳ではなかったが少しおかしいと感じたので精神科を受診させた。半年くらいでよくなったので、そのまま行かなくなった。X-2年、会社の研修中に、「誰かが部屋に入ってくる」と言ったり、新聞を買い込んできたりして、明らかにおかしいと感じたので精神科を受診させた。その後は普段の生活と変わったこともなかったので、幻聴もなかったと思っていた。一人で受診していたので病名は知らない。今まで死にたいと口にしたことや、死ぬそばりをみせたことは一度もない。X年7月下旬には独りごとを言ったり、夜も眠れていなかったりしたので、8月2日にかかりつけ精神科を受診させた。8月3日は落ち着いていたが、8月5日朝に「死にたい」と言って泣いていたので、自殺してしまうかもしれないと思って、かかりつけの精神科に連れて行った。診察室には一人で入ったので、主治医とどんな話をしたのかはわからない。その帰り道に車から突然飛び降りた。最初は車に轢かれたと思ったが、すぐに運河に飛び込んだとわかった。幻聴と眠れていなかったことが自殺の原因だと思う。

症例6：42歳 男性

〔客観的事実〕

同胞3名中第3子長男として出生。母親が49歳で自殺（縊首）しており、次姉は統合失調症。幼少期の発達および発育には特に問題はないが、中学校3年時に1年間引きこもりがあり、1年遅れて高校に進学している。その後は高校・大学時代を通じて特に問題はなかった。大学卒業後は会社員として就職するが短期間で退職し、その後は実家の所有するアパートの一室に住みこみ、アパートの清掃、家賃管理などを行っていた。社会的交流は乏しく、家族との交流もほとんどみられない状態であった。30歳時に周囲の反対を押し切りフィリピン人女性と結婚するが、40歳時に離婚

している。離婚後X-2年12月より飲酒量も増加し食事もほとんど摂取できない状態となったため、家族の勧めで近医内科を受診し、診察した医師の勧めで1月10日に精神科を受診となった。その際には抑うつ状態とアルコール依存傾向を指摘されているが、1回のみの通院で自己中断となっていた。X年9月上旬、居住中のアパートが、老朽化に伴い建て替えられることとなった。10月2日に1回目の練炭自殺を企図した。10月6日に臀部熱傷のため近医にて身体的な処置を受けるが、精神科受診にはつながらず、10月12日に残っていた練炭を使用して2回目の練炭自殺を企図した。

〔本人の陳述〕

X-2年12月頃から、理由はわからないがインターネットで自分の情報が知れ渡るようになったり、アパートの隣の住民に嫌がらせされるようになった。怖くて夜も眠れないので酒をたくさん飲んで寝ていた。嫌がらせを受けていることは友人には相談した。体調が悪くなって食事が取れなくなったので、X-1年1月に内科を受診した。その時に精神科を勧められたが、自分では体調が悪いだけで、精神的な病気だとは思わなかったので通院しなかった。その後も嫌がらせは続いていた。X年9月、アパートの建て替えをするためのお金がなくて悩んでいた。何もする気がおきず、一日中寝てばかりいた。その頃から「いつかは死ぬし、考えていてもしかたがないな」と漠然と死ぬことを考えていたが、自殺を決意したのは10月1日だった。10月2日に死のうとしたときは苦しかったので途中でやめた。（臀部熱傷のため）尻が痛かったので、近くの病院で処置をしてもらった。その後も何度か首を吊ろうしたが、苦しくて途中でやめた。10月12日は練炭が余っていたので、それを使って死のうと思った。その時のことはあまり覚えていない。

〔家族の陳述〕続柄：長姉

15歳時に登校拒否があった時にはどうしたんだろうと思った。その後、学校に行くようになったので特には気にしていなかった。本人が30代の頃に父親が亡くなり、その時には喪主もやって、相続の手続きなどもしていた。父親が亡く

なった後は、半年に1回くらいしか連絡をとって
いなかった。いつ離婚したのかも知らなかった。
X-2年12月頃に、本人の友人から私に連絡がき
て、本人が食事もほとんど取らなくなって酒ばかり
飲んでることを知った。友人には「苦しい」っ
て相談したみたいだったが、もともと口数は少な
くてほとんど話さなかったし、私とは気があわな
かったので、私は何も相談されていない。食事を
届けに家に行っても食べないし、玄関の扉を開け
ないで窓越しに話をする程度だった。元気もない
し痩せてきていたので、X-1年1月に内科を受
診させた。その時は食事が取れていないので体調
が悪いのだと思った。精神科を紹介されたが、精
神的な病気だとは思えなかった。通院する必
要があるとは思わなかった。本人も行きたがらな
いし、それ以上は通院を促さなかった。今回、自
殺未遂をしたことは後から聞いて初めて知った。
自殺の理由はまったく心当たりがない。

症例7：47歳 男性
〔客観的事実〕

同胞3名中第3子次男として出生。遺伝負因は
否定。兄と同居しているが、家族関係は希薄であ
った。専門学校卒業後は飲食店に勤務するが25歳
時に退職し、以後閉居的な生活となり、42歳時
からは認知症の父親の介護を中心とした生活と
なっていた。X-1年7月10日に父親から暴言を
浴びせられた後、興奮状態となり、翌11日に腹
部を包丁で刺傷。当院に搬送され緊急手術が行わ
れ、同日当科に医療保護入院となった。統合失調
症と診断され、入院後はリスペリドン2mgを中
心とした薬物療法により、入院当初認められた幻
聴、被害関係妄想、自己臭妄想、抑うつ気分は改
善し9月30日と退院となった。退院後はX年1月
まで定期的に通院していたが、その後は診療を中
断していた。2月に父親が死去。3月上旬、道路
拡張のため自宅の立ち退きが決定した。3月22日、
引越しの準備中に手元にあった刃渡り10cmの刃
物で腹部を刺傷した。

〔本人の陳述〕

10歳頃より『あいつはどうしようもないね』と

か、自分の悪口をいう声が聞こえるようになった。
単独行動が多かったのも、誰かに相談するという
ことはなかった。X-2年に、自宅でねずみよけ
のスプレーをまいたら、その臭いが取れなくなっ
てしまった。ほかにも電化製品が次々に壊れるよ
うになって、それは自分が家にいるためだと思っ
た。だんだん普段できていたこともできなくなり、
X-1年6月には階段から落ちて手を切ってしま
い、父親の介護ができなくなった。それで死んだ
ほうが楽だなと思ったが、自分が死んだら周りの
人に迷惑をかけてしまうことがわかっていたので
我慢していた。でもなにか嫌なことがあったら、
もう無理だろうなとは思っていた。7月10日に父
親に余計なことを言われて、雨どいを壊したり暴
れてしまった。翌日台所にあった包丁で腹を刺し
た。その時のことはよく憶えている。10歳から
ずっと自分の悪口を言っているような声は聞こえ
ていて辛かったが、それは関係ないと思う。一度
精神科に入院して、退院した後は臭いや幻聴もな
くなったので自分では病気は治ったと思っていた。
だけど、退院した後は何もやる気が起きないし、
風呂にも入れなくなって、通院する気力もなくな
ってしまった。その時も兄に「死にたい」と相
談したが、兄には「そんなことやめろ」と言われ
た。X年3月13日頃から、「何もできないし、もう
だめだ。生きていたってしょうがないな」と漠然
と考えていた。なにもやる気がなくて、引越
しの準備も思うように進まなかった。X年3月22
日も引越しの準備をすることになっていたが、ゴ
ミ袋を買うことを忘れ、「兄に怒られるのも嫌だし、
死んだほうが楽だな」と考えて腹を刺した。

〔家族の陳述〕続柄：兄

25歳時に仕事を辞めた時には、調子は悪そう
だったが、精神的な病気だとは思わず、「だらし
がない奴だ、気持ち弱いな」と考えていた。幻
聴については、精神科に受診するまでまったく
気がつかなかった。だけど、幻聴みたいなものは
誰でもあると思う。一緒に住んでいたが、生活は
バラバラだったので、話すことはほとんどなかつ
た。X-1年7月頃に「死にたい」と言って、ハサ
ミを腹に押し付ける仕草はしていたが、弱音を吐

いているだけだと思っていたので、「そんなことはやめろ」と怒っていた。その時も精神的な病気だとは思えなかった。精神科に受診した後も、特に病気の説明はされていない。X年3月に腹を刺した時も、なぜ自殺しようとしたのかわからない。家では何もしていなかったが、家事の負担もかけなかったし、普段と変わった様子はなかったと思う。通院をするようには言ったが、本人が通院しなかったのもそのままにしていた。「死にたい」と言われたときも、言っているだけだと考えていた。X年3月22日も親戚が来ていつも同じように普通に挨拶をしていた。2階に上がって降りてきたら腹を刺していた。引越しの忙しい時期にどうしてそんなことをするんだと呆れてしまった。本人は話をしても無駄と思ったのではないか。

2. 幻覚妄想群と抑うつ状態群の比較

自殺行動時の状態像は、幻覚妄想状態が主体の症例は5例、抑うつ状態が主体の症例は2例であった。幻覚妄想群（症例1～5）では全例において自殺行動に関連のある心理社会的要因は認められず、自殺行動の約6～40日前頃より特に誘因なく幻聴、妄想などの異常体験が急激に悪化していた。本人が自覚的に最も辛かった症状は、症例1, 3, 4, 5では幻聴、症例2では被害関係妄想であった。幻聴が最も辛かったと述べた4症例のうち、症例1, 4, 5では命令幻聴（command hallucination）が認められた。また、いずれの症例も自殺行動時のことを明確に記憶していた。希死念慮の出現から自殺行動までの期間に関しては、希死念慮が出現していないにもかかわらず自殺行動に至った症例1を除き、漠然とした希死念慮の出現から具体的な自殺念慮へ発展し、実際に自殺行動に至るまでの経過が非常に急速であることが特徴的であった。

一方で抑うつ状態群（症例6, 7）では、それぞれアパートの建て替え、自宅の立ち退きという明らかな心理社会的要因があり、漠然とした希死念慮の出現から自殺行動に至るまでには40～50日という比較的長い時間的経過があることが確認された。また、いずれの症例も、過去に自殺未遂歴

があった。症例7は自殺行動時のことを明確に記憶していたが、症例6では練炭を使おうと考えたところまでで記憶が途切れ、自殺行動時の健忘が認められた。

3. 認識群と非認識群の比較

家族が本人の精神科受診の必要性を認識していた例は2例、まったく認識していなかった例は5例であった。認識群（症例4, 5）は、いずれも家族と同居し、家族との関係性も良好であった。いずれの症例でも家族が本人に精神科受診を促しているが、症例4では本人の抵抗が強く精神科受診には至っていなかった。また病前適応が良好であり、発症時の本人の状態変化が周囲から比較的容易に観察できたことが特徴であった。

非認識群（症例1, 2, 3, 6, 7）のうち症例6と症例7は、精神科受診歴があるものの治療が中断されていた。いずれも家族との関係性が悪く、精神症状についての援助希求行動があったにもかかわらず家族が精神的な不調を認識しておらず、治療再開には至っていなかった。また症例7では希死念慮についての援助希求行動があり、過去の自殺未遂を承知していたにもかかわらず、家族は自殺の可能性あることを認識していなかった。精神科受診歴のない症例1～3では、発症から自殺行動に至るいずれかの時点（以下、自殺行動前）になんらかの精神病を疑わせる症状や、精神症状についての援助希求行動があったことを家族も確認しているが、全例で精神科受診につながっていなかった。症例1では、下着一枚で警察に保護され意味不明な言動が見られたことについて「パニックになった」と解釈し、症例2, 3では、「盗聴されていると相談された（症例2）」「声が聞こえると書いたメモを渡された（症例3）」という明確な援助希求行動があったにもかかわらず、家族はその訴えに無関心であった。症例1～3は、いずれも病前の適応が不良であり、家族との関係性の良し悪しにかかわらず、顕在発症前から周囲との社会的交流がほとんどなかったことが特徴であった。

考 察

1. 自殺に至る心理過程について

1-1 精神症状と心理社会的要因について

本研究の幻覚妄想群では、全例において、自殺行動前には特に誘因なく異常体験の強度および頻度が急激に増大していた。またこの群においては、本人にとっては異常体験そのものが最大の苦痛をもたらすものであり、一般的には大きなストレス因となりうる出来事も、本人にとっては（その時点では）大きな問題とはなっていない場合もあるということを考慮すべきと考えられる。症例3では、借金やアパートの解約という、周囲から見れば自殺の要因となりうるような出来事も、本人は大きな問題とは捉えていない。これは、本人にとっては、異常体験による苦痛が一般的な心理社会的ストレスを凌駕するほどに圧倒的なものであった可能性を示唆するものである。先行研究においても精神病症状の急激な悪化時には自殺の危険性が高まるとの報告があり^{11, 38)}、精神病症状が急激に悪化した際には、たとえ希死念慮が出現していなくても自殺の可能性に十分注意を払った対応をすべきであると考えられる。このような場合には、本人の抱える心理社会的な問題について念頭におきつつも、薬物調整や入院治療などによる精神病症状のコントロールが優先されるべきであろう。

本研究においては、幻覚妄想群の5例中3例に『マンションから飛び降りろ、飛び降りても宙に浮かぶ（症例1）』、『死ぬ（症例4）』、『入水自殺をして死ぬ、飛べ飛べ（症例5）』といった命令幻聴が認められた。症例5は命令幻聴に従って自殺行動に及んでいるが、症例4については命令幻聴に従ったのではなく、むしろその幻聴を苦痛に感じ命令幻聴から逃れるために自殺行動に及んでいる。命令幻聴が自殺の危険因子であるか否かについてはいくつかの研究が行われているが、命令幻聴と自殺行動との明らかな関連性については否定的な報告が多い^{11, 12, 27)}。しかしながら、統計学的な関連性がなくても臨床的には命令幻聴に注意を払うべきであるとの指摘もあり^{8, 38)}、本人

が自ら命令幻聴を訴えることは少ない²⁶⁾ことも考慮すると、臨床場面で命令幻聴について確認することは自殺予防の観点から重要であると考えられる。この際には、単に命令幻聴の有無のみならず、その侵襲性や自覚的な苦痛の大きさなどにも留意すべきである。

抑うつ状態群では、いずれも持続する幻覚妄想が存在するものの、「アパートの建て替えをするためのお金がなくてどうしようと悩んでいた。何もする気がおきず、一日中寝てばかりいた（症例6）」、「何もやる気が起きないし、風呂にも入れなくなった（症例7）」といった重度の抑うつ状態も同時に存在していた。またそれぞれアパートの建て替え（症例6）、自宅立ち退き（症例7）という明らかな心理社会的要因が認められ、それらの要因が抑うつ気分の悪化に関与していた。2例とも、本人は幻覚妄想の存在よりも抑うつ気分に対してより大きな苦痛を感じており、抑うつ気分が自殺行動に至る主要な推進力であったと推測された。統合失調症に抑うつ状態が認められることは多く¹³⁾、そのような場合には、抑うつ状態に対する適切な治療とともに、環境変化等の心理社会的要因への対応も重要となると考えられた。

本研究においては幻覚妄想が主体であった群と抑うつ気分が主体であった群の2群に分類することができたが、実際には明確に区別できない例も存在すると考えられ、今後さらに多数例での検討を重ねる必要がある。

1-2 自殺行動の最終段階について

自殺失敗者への面接以外の方法では知り得ない自殺行動の最終段階について、精神病理学的・社会精神医学的検討を加える。

自殺に至る心理過程では、希死念慮を起点に自殺念慮の段階を経て自殺行動に至るという、階層的な発達が認められるとされている⁶⁾。ほとんどの人は、生きたいという願望と死にたいという願望の間を最後まで激しく揺れ動いているものであり³¹⁾、階層的発達の初期段階で介入することが自殺予防につながると考えられる。

本研究では、抑うつ状態群の2例において、自

殺行動への心理過程（以下、心理過程）の階層的発達が明らかであった。症例6では、アパートの建て替えを契機に希死念慮が生じ、次第に抑うつ気分が悪化して自殺念慮に発展している。致死的な自殺行動を起こす前に数回の自殺行動を起こしているが、途中で行動を中断しており、まさに「生きたいという願望と死にたいという願望の間を揺れ動いている」状態であったと考えられる。最終的に致死的な自殺行動に及んだ際の記憶は途中から途切れており、自殺念慮の強い高まりから解離を引き起こし、自己コントロールを失った状態で目的を遂行したものと推察される。症例7についても、漠然とした希死念慮が続いていた時期に家族に「死にたい」と伝えており、「生きていてもしょうがない」と考えつつも一方で生きたいと思うという、気持ちの揺れ動きが観察される。この症例は、最終的には「ゴミ袋を買い忘れた」という些細な出来事を契機に致死的な自殺行動に及んでおり、重度の抑うつ状態のためストレス耐性が極度に低下していたことがうかがえる。抑うつ状態群におけるこのような心理過程の発展は、うつ病の場合と類似しており⁶⁾、統合失調症においても抑うつ状態が主体の場合には、うつ病の自殺予防対策に準じたアプローチが有効であると考えられた。すなわち、抑うつ状態群では漠然とした希死念慮の出現から自殺行動に至るまでには幻覚妄想群と比較して長い時間的経過があり、この期間に適切な介入をすることにより自殺行動を予防する余地は残されているといえる。したがって、できるだけ早い段階で、抑うつ状態とそれに関連する心理社会的要因の存在に気づくことが重要である。

一方、幻覚妄想群においては、心理過程の階層的発展は必ずしも明らかではなかった。症例1では、「死のうと思ったことは一度もない」にもかかわらず、命令幻聴に従って6階から飛び降りるという行為に至っている。症例2、4では、漠然とした希死念慮の出現から自殺念慮に発展するまでには1週間前後の期間があるが、この期間は抑うつ状態群と比較すると非常に短い。症例3、5では希死念慮と自殺念慮がほぼ同時に発生しており、自殺行動までの期間は症例2、4よりもさらに短いた

め、心理過程の発展について観察することは困難であった。このことは、幻覚妄想が主体の症例の場合、希死念慮が存在する場合には、それが漠然としたものであっても非常に緊急性の高い状態と判断して対処すべきであることを示唆している。

また幻覚妄想群においては、症例6で見られたような解離性健忘は全例で認められず、自殺行動直前の自分の行動や心理状態について詳細に記憶していた。症例4では、「イライラして家を飛び出し」「マンションの上にあがった時には頭が真っ白で何も考えられなかった」ほど極度の興奮状態にあるにもかかわらず、「飛び降りようとして下をみると子どもがいたので、ぶつかったらまずいなど思い場所を変えて下に人がいないことを確認してから飛び降りた」というように、周囲の状況を冷静に観察している。症例5も、命令幻聴に『飛べ、飛べ』と囁かされたとしても、「このまま走っている車に轢かれたら、その人に迷惑をかけてしまうと思ったので、高速道路の外壁まで行って、そこから下の運河に飛びおりた」というように、周囲の状況を把握した上で自殺行動に及んでいる。これは、「もうだめだ、死ぬしかない（症例4）」と追いつめられるほどの圧倒的な異常体験があっても、その体験に完全に支配されているわけではなく、ある程度の判断力が残されている場合があるということを示している。さらに、本人の陳述からは、彼らは「死にたい」のではなく「苦痛から逃れたい」ための手段として自殺行動を起こしたということがわかる。このことから、異常体験に支配された了解不能の自殺のように見える場合でも、「耐えがたい苦痛からの逃避」という彼らなりの理由があつての行動である可能性を念頭において対応する必要があると考えられる。異常体験が本人にとっていかに強い苦痛をもたらすものであるかということは、自殺の最終段階における本人の主観的な体験からもうかがい知ることができ、精神病症状のコントロールの重要性が改めて示唆される。また、異常体験の辛さに共感する姿勢（幻覚妄想の内容への共感ではない）を示すことや、その苦痛を和らげる手段があることを伝えることは、幻覚妄想状態の極期にあっても自殺予

防の観点から重要な意味を持つということを、精神科サービスの提供者および家族に周知させることも重要であると考えられる。

2. 本人の精神状態と自殺可能性に対する家族の認識について

非認識群5例に関して、家族が本人の精神科受診の必要性を認識できなかった背景について検討を加える。

まず本人と家族の関係性について着目すると、家族との関係性が悪かったことが、本人からの「苦しい(症例6)」「死にたい(症例7)」といった援助希求行動に対し適切な対応がとられなかった要因といえる。症例6および症例7は、家族との関係性が希薄であるのみならず、社会的にも孤立していた。このため本人が抑うつ状態であることは誰からも気づかれることなく、適切な介入もなされないまま、漠然とした希死念慮が自殺念慮へと発展し最終的に自殺行動に至ったものと推察され、社会的なサポートの重要性が示唆される。このことから、単身生活の場合や家族と同居していても関係性が希薄な場合、自殺予防のためには、地域のネットワークの構築^{20, 36)}など本人のサポート体制を確保することが必要であると考えられる。

さらに注目すべきことは、精神病に関する知識不足の問題である。警察に保護された際の意味不明な言動(症例1)や、「盗聴されている(症例2)」、「声が聞こえてくる(症例3)」という訴えがあったにもかかわらず、精神科受診を考えることもなかったという家族の陳述からは、精神病の代表的な症状が、一般にはあまり知られていない状況が見て取れる。そのため、たとえ本人からの援助希求行動があっても、それが病気の徴候であるという認識には結びつかないものと考えられる。家族のみならず、本人にも精神病についての知識が不足しているということは、「(声が聞こえてくることは)おかしいなとは思ったが、そのうち治まるだろうと思っていた(症例3)」等の陳述から推察される。また、症例4のように「自分でも精神的におかしいと思ってインターネットで調べて、統合失調症だと思った」にもかかわらず、治療に関

しての正確な知識がないため「病院に行っても治らない」と思いしまい、ある程度の病識がありながら治療の機会を逃す例もある。このことから、単に統合失調症という病気の存在や症状についての知識を広めるだけでは不十分であり、治療によって病状を改善できるということも同時に伝えていく必要があることがわかる。我が国の学校教育ではメンタルヘルスの授業はほとんど行われておらず、精神病の好発年齢である児童生徒に精神病の知識を得る機会が提供されていないという状況については、精神疾患の早期介入の観点からも問題提起がなされている²¹⁾。統合失調症の自殺予防のためには、まず統合失調症そのものへの早期介入が重要と考えられ、医療福祉領域での取り組みのみに留まることなく、教育現場や産業界での啓発活動なども視野に入れていく必要があると思われる。

次に認識群2例について、精神科受診の必要性および精神病であるということについての認識がありながら、自殺行動を予防できなかった要因について検討する。症例4については、家族は本人が精神病である可能性を認識して精神科受診を促しているが、本人に拒否されたことで対応に困り、脳外科を受診させている。しかしその後脳外科から精神科へつながることなく、自殺行動に至っている。このことは、精神的な問題に関しての相談窓口の周知や、危機的な状況に対してアウトリーチでの介入を含めた対応のできる地域レベルでの危機介入システムの必要性を示唆するものである。さらには、身体科と精神科の連携の強化も必要であると考えられる。

症例5については、家族は自殺の危険性についても十分認識しており、すぐにかかりつけの精神科を受診させるという適切な対処行動をとっている。それにもかかわらず自殺行動を予防できなかった原因は、主として主治医と家族の連携不足であると考えられる。この症例では、家族からの情報を主治医が把握していれば、入院などの処置により自殺行動を予防できた可能性が高く、医療の側から家族に対して積極的に連携をとることの重要性を改めて認識させられる。

先行研究では、25年以上の超長期にわたり外来で比較的良好な状態を維持できている統合失調症者においては、本人の病識や服薬観が良好であることや、本人の病識や服薬感が不良の場合でも家族からの十分なサポートがあることが特徴であったとされている²²⁾。これは、一旦精神科受診につながった後も、良好な状態を維持するためには本人および家族に対して継続的に心理教育を行っていくことが必要であることを示唆したものであるが、自殺予防の観点からは、心理教育の実施にあたっては、病気についての説明、通院や薬物療法の必要性についての説明はもとより、精神症状の悪化や希死念慮が見られた際の具体的な対応方法などについて話し合うことも重要であると考えられる。ただし病識に関しては、統合失調症であることを認識することにより自殺の危険性が高まるとの報告もあり²⁰⁾、統合失調症という病気と向き合うことの難しさを周囲が理解した上で対応するよう十分留意すべきである。また日常的な臨床場面では、家族に対する心理教育を行う場合は高EEの家族メンバーを対象としがちであるが、低EEの家族メンバーに対する心理教育の必要性を示した報告もあり¹⁹⁾、可能であれば、本人に関わる家族全員が統合失調症についての理解を深めることができるよう働きかけることが望ましい。統合失調症もうつ病と同様に自殺の危険性が高い疾患であること、しかし自殺の徴候を早期に周囲の者が認識し適切な対処をすることによって自殺行動を予防できる可能性があるということを、今後広く社会に向けて情報発信していくべきであろう。

3. 本研究の限界と心理学的剖検との相違点について

本研究は対象例が7例と少数であり、一部の統合失調症者の自殺行動を検証したにすぎない。したがって今後さらに対象例を増やして検討していくことが必要である。また、自殺行動を起こした本人の陳述については、記憶の誤認がある可能性や、陳述内容が面接時の精神症状に影響される可能性について完全に除外することは不可能であるという問題もある。しかしながら、自殺直前の精神状態を把握するためには、自殺失敗者に対する

面接を行う以外の手段はなく、本研究で用いた手法は心理学的剖検では知りえない情報を補うことができるという点で意義のあるものであると考えられる。また本人の陳述と、客観的事実および家族の陳述を比較することにより、心理学的剖検で得られたデータを解釈する際に留意すべき点についても知ることができる。

本研究において、症例6は精神科初診時には抑うつ状態とアルコール依存傾向を指摘されるのみにとどまり、統合失調症の診断には至っていなかった。家族からも、自殺行動前に幻覚や妄想の存在を疑わせるような陳述は得られず、「元気がない」、「食事も取らず痩せてきた」という、むしろうつ病を疑わせるような情報となっている。この症例では、精神科初診時の情報と家族の情報を併せて検討しても、心理学的剖検のような後方視的調査ではうつ病に分類されてしまう可能性が高いと考えられる。先行研究においても、周囲からの情報のみでは原因のはっきりしない自殺の背景に、精神病前駆状態や統合失調症が存在する可能性についての指摘もあり¹⁵⁾、心理学的剖検においては、統合失調症と自殺既遂との関連が実際より低く見積もられている可能性があることを考慮すべきであろう。

また症例1は、『マンションから飛び降りろ、飛び降りても宙に浮かぶ』という命令幻聴に従って、「宙に浮かぶはず」と考えて6階から飛び降りるという行動に至ったものであり、希死念慮、自殺念慮とも経過中にまったく出現していない。この行動は、客観的な事象から判断すると「自殺行動」であるが、本人からの陳述を考慮すると、実際には自殺の意思のない「事故」であったことがわかる。このことは、希死念慮や自殺念慮が出現していなくても、幻覚や妄想に左右されて自ら起こした行動により死に至ったものが、事後の状況から自殺と判断されている例もありうることを示唆している。

心理学的剖検の実施は、自殺既遂者に関する実証的研究において不可欠ではあるが、本研究で用いた手法で得られた結果も併せて検討することによって、より有効な自殺予防対策に結びつくもの

と考えられる。

結 論

本研究では、致死性の高い自殺行動を起こした統合失調症者7例とその家族を対象に、自殺に至る心理過程を精神病理学的に検討し、自殺行動前の本人の精神状態に関する家族の認識について調査した。その結果、精神病症状の急激な悪化が認められた際には特に自殺の危険性が高くなる可能性があるため、早急な介入が必要なこと、抑うつ状態の存在を見逃さないように留意することが重要であると考えられた。適切な介入をすることで統合失調症の自殺行動を予防できる可能性は十分にあり、そのためには、今後教育現場を含め広く社会に対して統合失調症に関しての情報提供を行っていくとともに、地域における包括的なサポート体制および精神科危機介入システムを構築していくことが必要である。

なお、この研究の要旨は、第28回日本社会精神医学会（平成21年2月27、28日、宇都宮）にて発表した。

文 献

- 飛鳥井望：自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—, 精神経誌 96: 415-443, 1994
- Brown, S.: Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 171: 502-508, 1997
- Caldwell, C.B., Gottesman, I.I.: Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull* 16: 571-589, 1990
- Cantor, C.H., Hill, M.A., McLachlan, E.K.: Suicide and related behaviour from river bridges. A clinical perspective. *Br J Psychiatry* 155: 829-835, 1989
- Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., et al.: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 33: 395-405, 2003
- 張賢徳, 竹内龍雄, 林竜介, 他：自殺行為の最終段階についての研究：「解離」仮説の提唱と検証, 脳と精神の医学 10: 279-288, 1999
- 張賢徳：精神科医からのメッセージ, 人はなぜ自殺するのか, 心理学的剖検調査から見えてくるもの, 勉誠出版, 東京, 2006
- Harkavy-Friedman, J.M., Kimhy, D., Nelson, E.A., et al.: Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. *J Clin Psychiatry* 64: 871-874, 2003
- Harris, E.C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170: 205-228, 1997
- Heilä, H., Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., et al.: Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 154: 1235-1242, 1997
- Hellerstein, D., Frosch, W., Koenigsberg, H.W.: The clinical significance of command hallucinations. *Am J Psychiatry* 144: 219-221, 1987
- Hendin, H.: Suicide: a review of new directions in research. *Hosp Community Psychiatry* 37: 148-154, 1986
- Jones, J.S., Stein, D.J., Stanley, B., et al.: Negative and depressive symptoms in suicidal schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 89: 81-87, 1994
- 警視庁生活安全局地域課：平成19年中における自殺の概要資料
- Knittel, D., Munn, G., Simmer, E.: Prodromal psychosis as an etiology of suicide: a case report and review of the literature. *Am J Forensic Med Pathol* 29: 238-241, 2008
- Limosin F, Loze J.Y, Philippe A, et al.: Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients. *Schizophr Res* 94: 23-28, 2007
- Linehan, M.M., Curphey, T., Shneidman, E.S.: Investigation of equivocal suicide. *JAMA* 184: 924-929, 1963
- Miles, C.P.: Conditions predisposing to suicide: a review. *J Nerv Ment Dis* 164: 231-246, 1977
- Miura, Y., Mizuno, M., Yamashita, C., et al.: Expressed emotion and social functioning in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 45: 469-474, 2004
- 水野雅文, 佐久間啓, 村上雅昭 (編)：精神科地域ケアの新展開—OTPの理論と実際—, 星和書店, 東京, 2004
- 水野雅文：精神疾患に対する早期介入, 精神医学 50: 217-225, 2008
- 水野雅文, 山下千代, 渡邊衛一郎, 他：精神分裂病超長期外来通院者の特徴—病識と薬に対する構えについて—, 日社精医誌 8: 171-181, 2000
- Munk-Jørgensen, P., Mortensen, P.B.: Incidence and other aspects of the epidemiology of schizophrenia in Denmark, 1971-87. *Br J Psychiatry* 161: 489-495, 1992

- 24) Palmer, B.A., Pankrantz, V.S., Bostwick, J.M.: The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 62: 247-253, 2005
- 25) Pompili, M., Mancinelli, L., Ruberto, A., et al.: Where schizophrenic patients commit suicide: a review of suicide among inpatients and former inpatients. *Int J Psychiatry Med* 35: 171-190, 2005
- 26) Rogers, R., Gillis, J.R., Turner, R.E., et al.: The clinical presentation of command hallucinations in a forensic population. *Am J Psychiatry* 147: 1304-1307, 1990
- 27) Rudnick, A.: Relation between command hallucinations and dangerous behavior. *J Am Acad Psychiatry Law* 27: 253-257, 1999
- 28) Rutz, W., Walinder, J., Eberhard, G., et al.: An educational programme on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 79: 19-26, 1989
- 29) Siris, S.G.: Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol* 15: 127-135, 2001
- 30) Strauss, A., Glaser, B.: The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research: Chicago: Adline, 1967
- 31) 高橋祥友: 自殺の危険 臨床的評価と危機介入. 146-153, 金剛出版, 東京, 1992
- 32) 高橋邦明, 森田昌宏, 須賀良一, 他: 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺防止活動と8年後の成果. *精神経誌* 98: 1094-1095, 1996
- 33) 融道男, 中根允文, 小宮山実監訳: ICD-10 精神および行動の障害. 医学書院, 東京, 1993
- 34) 山下千代: 自殺の危険性をはらむ精神疾患. *ストレスと臨床* 18: 30-35, 2003
- 35) 山下千代, 福岡詳, 下園壮太, 他: 陸上自衛隊における自殺のアフターケア(2) 心理学的剖検法を用いた自殺要因の検討. *日社精医誌* 12: 125, 2003
- 36) 山下千代: 危機行動への予防と介入 自傷・自殺行為. *精神科臨床サービス* 4: 440-444, 2004
- 37) 安田素次: 精神分裂病患者の自殺企図について. *精神経誌* 94: 135-170, 1992
- 38) Zisook, S., Byrd, D., Kuck, J., et al.: Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 56: 462-465, 1995

abstract

A clinical study on suicidal behavior and its prevention in people with schizophrenia

Taiju Yamaguchi ¹⁾, Chiyo Fujii ²⁾, Naohisa Tsujino ¹⁾, Kiyoaki Takeshi ¹⁾,
Herbert Nishii ¹⁾, Masafumi Mizuno ¹⁾

Suicide is one of the most significant causes of unexpected death among people with schizophrenia. However, little research has been conducted to determine the psychological process culminating in suicide. In this study, semi-structured interviews were conducted of subjects with schizophrenia who exhibited nearly fatal suicide attempt. Their psychological processes leading to suicide were analyzed and the families' recognition of the psychiatric state of these subjects prior to the onset of the suicide attempt was studied. It was found that rapid exacerbation of psychotic symptoms was particularly associated with suicidal crisis; also, it was found that it is of particular importance to pay attention to a depressive state related to psychosocial factors in these subjects. The promotion of mental health literacy in general public including those engaged in education is inevitable to respond properly to help seeking behavior or changes in psychiatric symptoms of subjects with schizophrenia to intervene and prevent suicide attempts. It was also found that in subjects with schizophrenia characterized mainly by hallucinations and delusions, the expression of suicidal ideation is closely related to suicide attempt. Thus, for appropriate professional intervention, the establishment of a psychiatric crisis intervention system in the community is expected.

JPN Bull Soc Psychiat 18 : 34-51, 2009

¹⁾ Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Toho University²⁾ Department of Social Work, Saitama Prefectural University

長期在院者の退院支援と地域生活における困難について

——制度・システムの視点から——

安西里実*, 水野雅文**

抄 録 長期在院者の退院支援と地域生活における困難について，特に制度・システムの視点から論じた。

長期在院者が地域生活を開始しそれを長年にわたり維持しているモデルとして，筆者らが退院促進として取り組んできた福島県郡山市における「ささがわプロジェクト」を例にとり，その実現のためのプロセスと体験から現行制度やシステムを振り返り，地域生活を困難にする理由を考察した。その結果，市町村事業である相談支援事業の硬直した運用，住居の確保におけるスティグマの壁，高齢化に伴い新たに生じる法と制度の狭間にとり残される当事者の存在，精神障害領域における雇用の創出の困難さ，などが地域生活を一層困難なものとしていっていると考えられた。

当事者のQOLの向上やライフスタイルの獲得という視点に立ち，資源不足を補うような環境への働きかけと，長所を活かし持てる能力をのばしていく個人への働きかけの両者が求められている。

精神科臨床サービス 9 : 323-328, 2009

キーワード：統合失調症，長期入院，スティグマ，障害者基本法，退院促進

はじめに

厚生労働省は平成16年9月に「入院医療中心から地域生活中心へ」に向けた精神保健医療福祉の改革ビジョンを示し，向後10年間で退院可能な精神障害者の解消を目指すとしている。これまで大阪府での取り組みをモデルに，全国的に精神障害者退院促進モデル事業が進められ，平成20年度には，「精神障害者地域移行支援特別対策事業」が新規事業として位置づけられ，都道府県の必須事業となった。なお平成18年度には障害者自立支援法が施行され，都道府県および市町村の障害

福祉計画において「退院可能精神障害者」に関する減少目標値を設定し，それに伴い必要となる退院の受け入れ体制の整備をしていくこととなり，医療と福祉の連携による退院支援の推進が目指されている。障害者自立支援法においては，障害者施策の3障害一本化，利用者本位のサービス体系への再編，就労支援の抜本的強化，支給決定の透明化，明確化，安定的な財源の確保などにより，障害者が地域で安心して暮らせる社会の実現と，自立と共生の社会の実現を目指している。

さらに現在，各都道府県において取り組まれている「精神障害者地域移行支援特別対策事業」では，地域体制整備コーディネーターや地域移行推進員が医療機関と地域支援機関への働きかけや連携を行うことで，精神障害者の地域生活への移行を進めていくとされている。

このように施設から“押し出す”ための準備は

あんざい さとみ，みずの まさふみ

*アイ・キャン

[〒963-0198 福島県郡山市安積4丁目3-1]

**東邦大学医学部精神神経医学講座