

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ている¹²⁾。さらに統合失調症患者の自殺に関しては、その80%前後が死亡直前まで規則的な通院治療を継続しており、また最終受診の直前に死亡している者が多いことが報告されている¹¹⁾³²⁾。これらの先行研究の結果はいずれも、統合失調症が自殺リスクの高い疾患であるとされながらも、その予測が非常に困難であることを指摘している。統合失調症者では経過の予測も困難であり、また受診時には目立った徴候は認められず、症状の悪化を隠す例もあるなど、治療者も企図直前までその予告徴候・自殺念慮が捉えにくい。あるい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く、家族や支援者が気付かないことも多い。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³³⁾、たとえば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、単に精神科受診につなげ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。

なお、非受診者の特徴について言い添えておくと、本調査の対象者においては適応障害の診断がつく者が有意に多く認められていた。この背景には、何らかの社会的問題を抱えていた者が最終的に自殺既遂に至ったという結果ゆえに、死亡後の診断にて適応障害という診断名が適用された事例が含まれた可能性があり、自殺行動に発展しなかった場合には、

果たしてこうした精神医学的診断に該当したかどうかについては、いささか疑問が残る。

2) 精神科受診者における自殺のリスクファクター

本研究では、精神科受診群、中でも若年群で、自殺時に向精神薬を過量に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、精神科受診者においては、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。向精神薬の過量摂取そのものは、縊死や飛び降りには比較的死傷性の低い自己破壊的行動である³¹⁾。しかし自殺の意図がなく非致死的な量で自己投薬していた場合であっても、その脱抑制効果から致死的な自殺行動を促進することが知られている⁹⁾²⁰⁾。本研究の結果は、若年群に対する向精神薬の処方において、より注意を払う必要があることを示唆しているといえる。

加えて、受診群では有意に既遂前に自傷・自殺未遂を経験していた。自傷・自殺未遂が自殺のリスクファクターであることは既に知られており、Owensら²²⁾は10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おける死亡のリスクを数百倍に高めると報告している。本研究の結果は、自傷・自殺未遂があったからこそ精神科治療につながった可能性は否定できない一方で、精神科医療において、ハイリスク者である自傷・自殺未遂者へのケアが看過されがちであることを示唆している可能性も考えられる。さらに本研究の対象における自傷・自殺未遂の経験については、その傾向が“精神科治療を受けていた若年の女性”においてより顕著であるという結果であった。この結果は、若い精神科患者、中でも女性患者の場合には、リストカットをはじめとする自傷行為という手段そのものの非致死性によって、自殺リスクが過小に評価されていた可能性がなかったのかどうか気になるところである。

また、本研究では、精神科受診群48名のう

ち42名(87.5%)が自殺前1ヶ月以内という自殺の直前に精神科に通院していた。また、受診群の80%以上が精神科薬物療法を受けており、20.8%は死亡1年以内に入院治療も受けていた。この結果が示唆しているのは、精神科受診群の多くが、ある程度、本格的な精神科治療を受けていたにもかかわらず自殺既遂に至ったという可能性である。いいかえれば、現状の精神科医療では、自殺予防という目的に十分に機能できていない可能性がある。実際、今回の対象者において、受診群は、非受診群に比べ自身の問題に対し何らかの援助希求行動を取る能力は高かった。精神科医療サービスへの満たされないニーズが自殺行動を促進させる可能性について指摘する報告もあり²⁵⁾、自殺はその援助希求の内容が非効果的であった結果とも言えるが、当事者のニーズに十分にコミットすることが出来ない医療者側への提言とも捉えることが出来るかもしれない。

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、死亡前に精神科受診行動がみられた自殺既遂事例のほとんどが、20～30代に属していたという事実である。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見せている。むしろこの10数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であり、その文脈において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は以下の三点が示唆された。

一つは統合失調症の自殺の実態と危険因子を解明し、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において、メンタルヘルス問題としてはうつ病対策に重点が置かれていたが、今後はこれに加え、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。

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おり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用によるものであることも指摘されている²⁶⁾。また、死亡前に精神科診療所に通院していた自殺既遂者の約10%が、向精神薬過量摂取による自殺であったとの報告もある²⁴⁾。精神科受診が、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¹⁷⁾、ならびに、近年問題となっている偽装処方箋、インターネットによる違法入手といった問題³⁰⁾である。向精神薬の販売規制により若年者における自殺者数が減少したという報告もあり¹⁴⁾¹⁵⁾、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から、向精神薬の処方・入手ルート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。

そして最後は、自傷行為のみられる若年者——特に若い女性精神科患者——への対応能力の向上である。警察庁の自殺統計においても、自殺者における既遂前の自殺未遂歴については20代という若い年齢で最も多く認められており、また全ての年齢階級で女性の割合が多いことが示されている²¹⁾。このような実態をふまえ、先にも述べた「自殺対策加速化プラン」には、強化すべき施策の1つとして自傷行為を繰り返す若年者に対する支援の必要性が付加された。過量服薬やリストカットといった“一見致死性の低い”行為は、ややもすると単にアピールとして受け取られ、医療者からも否定的な感情を向けられがちである。だが自傷・自殺未遂者に対しては身体的治療を施して終わりではなく、自殺既遂のハイリスク者であるという意識のもと、より

注意を向けて支援をしていく必要があることを、医療者側は改めて認識すべきであると言える。

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二つの点を挙げておく。

第一の限界は、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。

第二の限界は、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。

以上の限界があるとはいえ、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研究としての十分な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生存する精神科受診者との比較、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。

E. 結論

本研究では、心理学的剖検の手法を用いて収集した自殺既遂事例の情報をもとに、死亡前1年間に精神科受診をしていた一群の臨床的特徴について、精神科受診がみられなかった群との比較を通し心理社会的ならびに精神医学的特徴についての検討を行った。

本研究は、自殺既遂事例内での比較によるものであり、方法論的限界も多い研究ではあ

ったが、精神科受診の有無による自殺既遂者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考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 高橋祥友, 平山正実, 亀山晶子, 竹島 正: アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検を用いた検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 45 (2): 104-118, 2010
- 2) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 高橋祥友, 川上憲人, 渡辺直樹, 平山正実, 竹島 正: 死亡1年前にアルコール関連問題を呈した自殺既遂者の心理社会的特徴. 精神医学 52(6): 561-572, 2010
- 3) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 高橋祥友, 川上憲人, 渡辺直樹, 平山正実, 亀山晶子, 横山由香里, 竹島 正: 死亡時の就労状況からみた自殺既遂者の心理社会的類型について～心理学的剖検を用いた検討～. 日本公衆衛生雑誌 57 (7): 550-559, 2010
- 4) 亀山晶子, 松本俊彦, 赤澤正人, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 竹島 正: 負債を抱えた中高年自殺既遂者の心理社会的特徴. 精神医学 52 (9): 903-907, 2010
- 5) 赤澤正人, 松本俊彦, 立森久照, 竹島 正: アルコール関連問題を抱えた人の自殺関連事象の実態と精神的健康への関連要因. 精神神経学雑誌 112 (8): 720-733, 2010
- 6) 松本俊彦: 物質使用と暴力および自殺行動との関係. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 45 (1): 13-24, 2010
- 7) 松本俊彦: 地域保健従事者のための精神保健の基礎知識: 自殺問題から明らかに

- なる精神科医療・精神医学の課題. 公衆衛生 74 (4): 325-329, 2010
- 8) 松本俊彦: アルコール・薬物の乱用・依存と自殺予防. 日本精神科病院協会雑誌 29 (3): 251-257, 2010.
 - 9) 松本俊彦: 地域保健従事者のための精神保健の基礎知識: 自殺問題から明らかになる地域保健の課題 1. 公衆衛生 74 (5): 419-422, 2010
 - 10) 松本俊彦: 自傷と自殺～「死にたいくらい」のつらさを生き延びる子どもたちの隠された傷. 月刊少年育成 650 (5): 16-21, 2010
 - 11) 松本俊彦: 青年期の自殺とその予防—自傷行為に注目して—. ストレス科学 24 (4): 229-238, 2010
 - 12) 赤澤正人, 竹島 正, 松本俊彦, 江口のぞみ: 自殺の心理学的剖検からみたこれからの自殺対策. 保健の科学 52 (7): 441-446, 2010
 - 13) 松本俊彦: リストカットを超えて～「故意に自分の健康を害する行為」をどう捉えるか～. 青年期精神療法 7 (1): 4-14, 2010
 - 14) 松本俊彦: 教育講演Ⅲ: 職場における自殺予防～アルコール問題と自殺. 産業精神保健 18 (4): 296-300, 2010
2. 学会発表
- 1) 松本俊彦: 自殺総合対策における精神科医療の課題～総合的な精神保健的対策を目指して～. シンポジウム 18「自殺予防と精神保健医療の役割」自殺対策における自殺とは何か. 第 106 回日本精神神経学会学術総会, 2010. 5. 21, 広島
 - 2) 松本俊彦: 自殺総合対策における精神科医療の課題～総合的な精神保健的対策を目指して～. 第 16 回日本精神神経科診療所協会総会・学術研究会 メインシンポジウム「こころの絆の再構築—地域から自殺対策を考える—」, 2010. 6. 20, パシフィコ横浜
 - 3) 松本俊彦: 専門講座Ⅱ 自傷行為の理解と援助～アディクションと自殺のあいだ. 第 32 回日本アルコール関連問題学会, 2010. 7. 16, 神戸
 - 4) 松本俊彦: 教育講演Ⅲ 職場における自殺予防～アルコール問題と自殺. 第 17 回日本産業精神保健学会, 2010. 7. 17, 金沢
 - 5) 松本俊彦: 若者のサブカルチャーと自殺. 第 34 回日本自殺予防学会総会 シンポジウムⅢ「減らない自殺—社会・文化的な視点から考える」, 2010. 9. 11, 大妻女子大学, 東京
 - 6) 松本俊彦: 3 学会合同シンポジウム 4「物質使用障害と自傷・自殺～最近の研究から」, 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 7, 小倉
 - 7) 松本俊彦: 公開講座「自殺予防と精神科救急」. 第 18 回日本精神科救急学会, 2010. 10. 15, 大阪
 - 8) 深井美里, 兼城佳弘, 松本俊彦, 石川雅久, 井上英和, 大竹智英, 塚本哲司, 関口隆一, 杉山 一: 精神科救急情報センターにける自殺防止の取り組み. 第 18 回日本精神科救急学会, 2010. 10. 15, 大阪
 - 9) 松本俊彦: 嗜癖問題と自傷・自殺. シンポジウム「自殺予防と嗜癖」, 第 21 回日本嗜癖行動学会, 2010. 11. 21, 岡山衛生会館
- 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) 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) Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G.: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *B.M.C. 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. 勉強出版, 113-137, 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., Glespie, 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) 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>
 - 17) 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
 - 18) 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
 - 19) Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L.: Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry* 159:909-916, 2002
 - 20) 森田展彰, 岡坂昌子:薬物使用障害者の自殺. *精神科治療学* 25(2): 213-221, 2010
 - 21) 内閣府：平成21年版 自殺対策白書, 2009
 - 22) Owens D, Horrocks J, House A (2002) Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *Systematic*
 - 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 : 888-99, 1959
 - 24) 里村淳, 恵智彦, 田代巖, 他 : 精神科診療所通院者の自殺の特徴について. *日精診ジャーナル*第4回理事会号: 165-169, 2010
 - 25) Suominen K, Isometsa E, Suokas J, et al: Completed suicide after a suicide attempt: a

- 37-year follow-up study. Am J Psychiatry: 161:562-563, 2004
- 26) 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
- 27) 高橋祥友：自殺のリスクマネジメント 第2版。pp 14-37, 医学書院, 東京, 2006
- 28) 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, pp 7-41, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2008
- 29) 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—, pp 41-44, 2009
- 30) 東京都薬事審議会部会：都における薬物乱用対策をより効果的に推進するための基本的な考え方 2007。
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kenkou/kenkou_anzen/shingikai/kakoshingikai/shingikai191023/files/3siryo191023.pdf#search='インターネット%20向精神薬入手'
- 31) Walsh BW, Rosen PM：Self-Mutilation: Theory, Research, and Treatment. Guilford Press. New York; 1988.
- 32) 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
- 33) Zisook, S., Byrd, D., Kuck, J., et al.：Command hallucination in outpatients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 56：462-465, 1995

表1 死亡前1年間の精神科受療行動の有無による心理社会的特徴の比較

N=88

		精神科受診群 N=48	精神科非受診群 N=40	P値	
人口動態的変数	性別**			0.007	
		男性	29(60.4%)	35(87.5%)	
		女性	19(39.6%)	5(12.5%)	
	平均年齢*	37.7(SD=14.0)	45.8(SD=16.8)	0.017	
	年齢別階級*			0.02	
	若年群(39歳以下)	32(66.7%)	16(40.0%)		
	中年群(40~59歳)	13(27.1%)	15(37.5%)		
	高齢群(60歳以上)	3(6.3%)	9(22.5%)		
	死亡前1年間の重症身体疾患あり	12(25.0%)	8(20.0%)	0.619	
	死亡前1年間の医療機関受診あり(精神科除く)	32(66.7%)	31(77.5%)	0.344	
	医療機関受診から死亡までの平均日数(日)*	20(SD=43.7)	49.2(SD=72.7)	0.04	
	死亡前1ヶ月間に1週間以上持続した身体の不調あり	27(56.3%)	22(55.0%)	1	
	医療機関の受診あり*	22/27(81.5%)	10/21(47.6%)	0.029	
	かかりつけ医あり***	38(79.2%)	17(42.5%)	0.001	
	心の健康問題への援助希求行動あり***	48(100.0%)	4(10.0%)	<0.001	
	自殺時の過量摂取あり**	27(56.3%)	10(25.0%)	0.005	
医学的問題	薬物; 向精神薬***	22(45.8%)	2(5.0%)	<0.001	
		(重複回答あり)			
		睡眠薬***	17	2	0.001
		抗精神病薬*	7	0	0.015
		安定剤*	7	0	0.015
		抗うつ薬**	10	0	0.002
		アルコール	8(16.7%)	5(12.5%)	0.765
	鎮痛剤	1(2.5%)	1(2.1%)	1	
	農薬	0	1(2.5%)	0.455	
	その他有害物質	2(4.2%)	3(7.9%)	0.656	
	自傷・自殺未遂経験あり**	26(54.2%)	8(20.0%)	0.002	
	親族・知人の自殺未遂・既遂あり	29(60.4%)	24(60.0%)	1	
社会的背景	被虐待経験	7(14.6%)	3(7.5%)	0.336	
	婚姻歴あり**	23(47.9%)	31(77.5%)	0.008	
	離婚歴あり	1(2.1%)	5(12.5%)	0.088	
	死亡時点の有職者*	24(50.5%)	29(72.5%)	0.048	
	両親との離別経験あり	9(18.8%)	6(15.0%)	0.778	
	死亡前1年間の転職経験あり	9(18.8%)	4(10.0%)	0.367	
	死亡前1年間の休職経験あり	6(12.5%)	3(7.5%)	0.502	
	死亡前1年間の返済困難な借金経験あり**	5(10.4%)	14(35.0%)	0.008	

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

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) N=86 注1)

	精神科受診群	非精神科受診群	P値
	N=47	N=39	
精神疾患の有無	45(95.7%)	32(82.1%)	0.073
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	2(4.3%)	0	0.5
広汎性発達障害	1(2.1%)	0	1
精神遅滞	1(2.1%)	0	1
せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害	1(2.1%)	0	1
認知症	1(2.1%)	0	1
物質関連性障害	8(17.0%)	10(25.6%)	0.426
アルコール使用障害	6(12.8%)	10(25.6%)	0.167
アルコール依存	4(8.5%)	6(15.4%)	0.501
アルコール乱用	2(4.3%)	4(10.3%)	0.404
薬物使用障害	2(4.3%)	1(2.6%)	1
薬物依存	2(4.3%)	0	0.498
ニコチン依存	0	1(2.6%)	0.453
統合失調症および他の精神病性障害***	11(23.4%)	0	0.001
統合失調症**	9(19.1%)	0	0.003
その他の精神病性障害	2(4.3%)	0	0.498
気分障害	32(68.1%)	22(56.4%)	0.37
大うつ病性障害	26(55.3%)	20(51.3%)	0.829
気分変調性障害	8(17.0%)	5(12.8%)	0.764
双極Ⅰ型障害	2(4.3%)	0	0.498
双極Ⅱ型障害	1(2.1%)	1(2.6%)	1
不安障害	7(14.9%)	4(10.3%)	0.747
全般性不安障害	5(10.6%)	3(7.7%)	0.724
強迫性障害	2(4.3%)	0	0.498
パニック障害	1(2.1%)	2(5.1%)	0.588
身体表現性障害	0	1(2.6%)	0.453
心気症	0	1(2.6%)	0.453
解離性障害	1(2.1%)	0	1
摂食障害	2(4.3%)	1(2.6%)	1
神経性無食欲症	1(2.1%)	1(2.6%)	1
神経性大食症	1(2.1%)	0	1
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	0	3(7.7%)	
病的賭博	0	3(7.7%)	0.089
適応障害**	0	6(15.4%)	0.007
パーソナリティ障害	4(8.5%)	3(7.7%)	1

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

注1)2名の対象者については精神科医師の判断がつかなかったためN=86とした

表3 死亡前1年間の精神科受診の状況

	全体(N=48)	男性(N=29)	女性(N=19)
最期の受診科は精神科	32(84.2%)	24(82.8%)	15(78.9%)
精神科受診から自殺までの期間			
～3日以内(入院中含む)	19(39.6%)	13(44.8%)	6(31.6%)
～1か月内	23(47.9%)	12(41.4%)	11(57.9%)
～3か月内	1(2.1%)	1(3.4%)	0
3か月～	2(4.2%)	1(3.4%)	1(5.3%)
不明	3(6.3%)	2(6.9%)	1(5.3%)
受診から死亡までの平均日数(日)	20.0(SD=43.7)	21.6(SD=48.6)	17.2(SD=35.6)
死亡前1年間の投薬	39(81.3%)	24(82.8%)	15(78.9%)
死亡前1年間の治療の中断・怠業	12(25.5%)	7(25.0%)	5(26.3%)
死亡前の1年間治療効果			
良くなっていた	11(22.9%)	7(24.1%)	4(21.1%)
安定していた	3(6.3%)	0	3(15.8%)
変化なし	9(18.8%)	5(17.2%)	4(21.1%)
悪化していた	22(45.8%)	15(51.7%)	7(36.8%)
不明	3(6.3%)	2(6.9%)	1(5.3%)
死亡前1年間に精神科への入院経験あり	10(20.8%)	5(17.2%)	5(26.3%)
入院中	2(20.0%)	0	2(40.0%)
死亡1ヶ月前	1(10.0%)	0	1(20.0%)
死亡3ヶ月前	1(10.0%)	1(20.0%)	0
死亡6ヶ月以上前	5(50.0%)	3(60.0%)	2(40.0%)
時期不明	1(10.0%)	1(20.0%)	0

表4 精神科受診群における男女間の比較

N=48

		男性	女性	P値
		N=29	N=19	
平均年齢*		41.3(SD=13.6)	32.1(SD=13.1)	0.02
年齢別階級				0.33
人口動態的変数	若年群(39歳以下)	17(58.6%)	15(78.9%)	
	中年群(40~59歳)	10(34.5%)	3(15.8%)	
	高齢群(60歳以上)	2(6.9%)	1(5.3%)	
死亡時点の有職者		18(62.1%)	6(31.6%)	0.08
自殺時の過量摂取あり		18(62.1%)	9(47.4%)	0.38
薬物; 向精神薬		14(48.3%)	8(42.1%)	0.77
医学的問題	(重複回答あり)			
	睡眠薬	10(34.5%)	7(36.8%)	
	抗精神病薬	4(13.8%)	3(15.8%)	
	安定剤	6(20.7%)	1(5.3%)	
	抗うつ薬	5(17.2%)	5(26.3%)	
自傷・自殺未遂経験あり*		12(41.4%)	14(73.7%)	0.04
結婚歴あり		16(55.2%)	6(31.6%)	0.14
社会的背景	死亡前1年間の転職経験あり	4(13.8%)	5(26.3%)	0.45
	死亡前1年間の休職経験あり	5(17.2%)	1(5.3%)	0.38
	死亡前1年間の返済困難な借金経験あり	5(17.2%)	0	0.14
精神医学的診断	アルコール関連性障害	6(20.7%)	0	0.69
	精神病性障害	7(24.1%)	4(22.2%)	1
	気分障害	18(62.1%)	14(77.8%)	0.34
	不安障害	5(17.2%)	2(11.8%)	1
	パーソナリティ障害	5(17.2%)	2(11.8%)	1

*p<0.05

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」
分担研究報告書

自殺手段の実態と自殺予防に関する研究

研究分担者 福永 龍繁（東京都監察医務院）

研究協力者 谷藤 隆信（東京都監察医務院）

研究要旨：

【目的】2009 年の東京都区部自殺者に関して、精神疾患との関連性を検討した。

【方法】自殺者の死因を調査する過程で得られる情報に関し、病歴・通院状況・自殺手段を集計するとともに、精神疾患との関連性を分析した。

【結果】2009 年の自殺者件数は 2,003 件であった。男女比は 2.14 で男性優位であった。病歴調査では男女とも精神疾患を持つ割合が高く、特に女性で顕著であった。通院状況の調査では、死亡前に定期的に病医院へ通院していた割合が高かった。また、この通院中の割合は、病歴に精神疾患を持つ群では顕著に高かった。自殺の手段として向精神薬をもちいる割合は、病歴に精神疾患を持つ群は、病歴に精神疾患を持たない群より高かった。

【考察】自殺者は、病歴として精神疾患を持つ割合が高かった。また、精神疾患を持つ自殺者は、自殺の手段として向精神薬をもちいる割合が高いことから、通院先から向精神薬を入手し、過量摂取した処方薬を自殺の手段としてもちいた可能性が高いことが推測された。

【結論】東京都区部全域の自殺者の背景から、自殺と精神疾患の関連性が明確となった。今後の自殺者の実態解明を進めるためにも重要である。

A. 研究目的

日本における自殺者は 1998 年以来、年間 3 万人を超える。2009 年の 10 万人当たりの自殺率は 24.4 人であり、他国と比較して高い水準にある。従って、日本では、自殺対策は喫緊の課題となっている。自殺を防止するための効果的な対策を講じるためには、まず、自殺者の実態を把握しなければならない。自殺の背景はさまざまにあるものの、先行研究によると、自殺は、精神疾患と関連性が高いとされている。しかし、東京都区部全域の自殺者に関して、その背景にある精神疾患との関連性を明らかにした報告はない。

そこで、本報告は、東京都区部の自殺者を対象として、自殺者の死因を判断する過程で調査した生前の情報を分析することにより、自殺と精神疾患の関連性を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

分析の対象は、2009 年の東京都監察医務院（以下、東監医）の検案例であり、死亡の種類が自殺の事例である。分析対象のデータは、監察医が死因を調査する際に取得する、死亡者の生前の情報である。具体的には、1) 年齢、2) 性別、3) 病歴、4) 通院状況、5) 自殺手段である。なお、3)、4) の項目は、選択肢からの回答形式であり、5) は、国際疾病分類（ICD-10）第 20 章疾病及び死因の外因から選択する。

分析の手順は、まず、自殺と精神疾患の関連性の概要を捉える。そして、自殺者の病歴として、精神疾患に注目し、1) 性、2) 年齢、3) 通院状況、4) 自殺手段の 4 項目に関して検討する。以上の分析により、精神疾患を持つ自殺者の特徴を明確にする。

（倫理面への配慮）

研究の倫理面については、「疫学研究に関する

る倫理指針」を遵守し、東京都監察医務院倫理委員会の承認を得て行った。

C. 研究結果

1. 母集団の件数

2009年、東監医で取り扱った自殺者の件数は2,003件（男性1,358件、女性645件）であった。そのうち、行政解剖は101件である。

2. 自殺者と精神疾患の関連性の概要

(1) 自殺者の病歴

東監医で調査する死亡者の病歴は、16種類である。具体的には、1) 高血圧、2) 糖尿病、3) 高脂血症、4) 虚血性心不全、5) その他の心・血管系疾患、6) 脳血管障害、7) 結核、8) 気管支喘息、9) その他の呼吸器疾患、10) アルコール性肝疾患、11) 消化器疾患、12) 腎・泌尿器疾患、13) 精神疾患、14) 神経疾患、15) 癌・悪性腫瘍、16) その他である。なお、13) 精神疾患には、躁鬱病、統合失調症、アルコール依存症、神経症などが含まれる。

本報告では、自殺の背景として精神疾患に注目するため、先の16種類を、精神疾患を中心とした3項目に集約して分析する。Ⅰ群) 精神疾患だけを持つ群（上記の13のみ）、Ⅱ群) 精神疾患とその他の疾患を持つ群（上記13と13以外のいずれかを持つ）、Ⅲ群) その他の疾患を持つ群（上記の13以外の疾患を持つ）、さらに病歴がない、もしくは調査できない例として、Ⅳ群) 不詳を置く。このⅠ～Ⅳに関する男女別の分布割合を、図1と図2に示す。

精神疾患を持つ者の割合は、男性33%、女性65%であった。また、精神疾患だけを持つ事例の割合は、男性24%、女性52%であった。

(2) 自殺者の通院状況

東監医で調査する死亡者の通院状況には、1) 加療中、2) 過去に加療・現在未加療、3) 健康（著患なし）、4) 病的状態・未加療、5) 不詳がある。なお、加療中とは、診療科は問わないものの、病医院へ定期的に外来受診し

ていたことが確認されたものである。1)～4)の選択条件の詳細を表1に示す。男性の通院状況の割合を図3、女性の通院状況の割合を図4に示す。

加療中である事例は、男性49%、女性74%であった。

(3) 自殺手段

東監医で調査する死亡者の自殺手段は、国際疾病分類（ICD-10）第20章疾病及び死因の外因から選択する。男性の割合を図5、女性の割合を図6に示す。

自殺の手段として最も多いのは縊死であり、男性61%、女性47%であった。次いで、高所からの飛び降り、男性17%、女性24%であった。また、向精神薬をもちいた割合は、男性2%、女性7%であった。

3. 精神疾患の有無による比較

(1) 精神疾患の有無による自殺者の年齢分布の比較

病歴に精神疾患だけを持つ自殺者（Ⅰ群）の年代分布を図7に示す。また、病歴に精神疾患以外の疾患を持つ自殺者（Ⅲ群）の年代分布を図8に示す。Ⅰ群とⅢ群の年齢分布を比較すると、精神疾患だけを持つⅠ群の分布は、Ⅲ群と比較した場合、明らかに若年層にピークがある。また、女性のほうが若年化する。

(2) 精神疾患の有無による自殺者の通院状況の比較

病歴に精神疾患を持つ自殺者（Ⅰ群＋Ⅱ群）の通院状況を表2に示す。また、病歴に精神疾患以外の疾患を持つ自殺者（Ⅲ群）の通院状況を表3に示す。

自殺者が死亡前に加療中であった割合は、精神疾患を持つ自殺者（Ⅰ群＋Ⅱ群）では、男性85.1%、女性91.0%であった。精神疾患以外の病歴を持つ自殺者（Ⅲ群）では、男性31.2%、女性42.6%であった。

(3) 精神疾患の有無による自殺手段の比較
病歴に精神疾患以外の疾患を持つ自殺者(Ⅲ群)に関する自殺手段の割合を表4に示す。また、病歴に精神疾患を持つ自殺者(I群+Ⅱ群)に関する自殺手段の割合を表5に示す。さらに、病歴に精神疾患だけを持つ自殺者(I群)であり、精神疾患を持つ割合が高い年代(20~40歳代)だけに調査対象を限定した結果を表6に示す。また、表4~6の関係図を図9に示す。

自殺の手段として、向精神薬をもちいた割合は、精神疾患を持たない自殺者(Ⅲ群)では、男性1.8%、女性0.2%であった。また、病歴に精神疾患がある自殺者(I群+Ⅱ群)では、男性5.0%、女性10.0%であった。さらに、病歴に精神疾患だけを持つ自殺者(I群)であり、精神疾患が特によく見られる年代(20~40歳代)では、男性6.1%、女性13.8%であった。

D. 考察

2009年における東京都区部の自殺数は、2,003件であった。1998年以来、顕著な増減はない。男女比(男/女)は、2.14であり男性優位である。自殺者の病歴に関し、精神疾患を中心とした集計を行うと、精神疾患を持つ割合は、男性33%、女性65%であった。また、精神疾患だけを持つ割合は、男性24%、女性52%であった。自殺者では、精神疾患を持つ割合が高く、この傾向は、女性に顕著である。

自殺者の通院状況は、加療中である事例が多い。男女別の割合は、男性49%、女性74%である。加療中とは、死亡者に持病があつて、病医院へ定期的に外来受診していたことが確認された事例を意味する。受診科を特定するためには、詳細な調査が必要となるものの、病歴として精神疾患が多いことを考慮すると、精神科である可能性が高い。また、表2と表3に示した、精神疾患の有無からみた自殺者の通院状況では、自殺者が死亡前に加療中であつた割合は、精神疾患を持つ自殺者(I群

+Ⅱ群)は、男性85.1%、女性91.0%であるのに対し、精神疾患以外の病歴を持つ自殺者(Ⅲ群)は、男性31.2%、女性42.6%である。このことから、やはり、自殺前に精神科に通院していた可能性が高い。

自殺の手段として向精神薬をもちいた割合は、男性2%、女性7%である。この男女差の原因は、病歴に精神疾患を持つ割合(男性33%、女性65%)が女性優位であることに関連する可能性がある。そこで、精神疾患の有無により、自殺の手段として、向精神薬をもちいた割合を比較する。病歴に精神疾患を持たない自殺者(Ⅲ群)は、男性0.2%、女性1.8%であるのに対し、精神疾患がある自殺者(I群+Ⅱ群)は、男性5.0%、女性10.0%である。さらに、病歴に精神疾患だけを持つ自殺者(I群)のなかで、精神疾患が特によく見られる年代(20~40歳代)に関して、自殺の手段として向精神薬をもちいた割合を調査すると、男性6.1%、女性13.8%となる。

自殺にもちいた向精神薬の入手先は、不明である。しかし、病歴に精神疾患を持つ自殺者では、加療中である割合が他と比較して高い。さらに、このような自殺者では、自殺の手段に向精神薬をもちいる割合が、他と比較して高い。このことから、精神疾患を持つ自殺者は、通院先から向精神薬を入手し、過量摂取した処方薬を自殺の手段としてもちいた可能性が高いことが推測される。

E. 結論

東京都区部の自殺者に関して、精神疾患との関連性について検討した。自殺者では精神疾患を病歴として持つ事例が多かつた。さらに、病歴として精神疾患を持つ自殺者は、精神科に通院している可能性が高いとともに、このような自殺者は、自殺の手段として向精神薬をもちいることが、他の自殺者と比較して多いことが明確となった。このことから、自殺者の背景として、精神疾患が大きく関連していることは間違いない。さらに、死亡前に精神科と思われる病医院に通院中であるこ

と、また、自殺の手段として過量摂取した処方薬をもちいた可能性が高いこと、これらのことが東京都区部全域の自殺者の背景から推測されたことは、自殺者の実態解明を進めるためにも重要な手掛かりとなるに違いない。今後、精神疾患の詳細な病名や診断の背景に関する詳細な検討が必要と考える。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

福永龍繁. 監察医からみた自殺ー東京 23 区の実態とデータ活用, 予防に向けてー (教育講演 3). 第 7 回日本うつ病学会総会, 2010.6.12, 金沢. 要旨: プログラム抄録集 p.64.

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

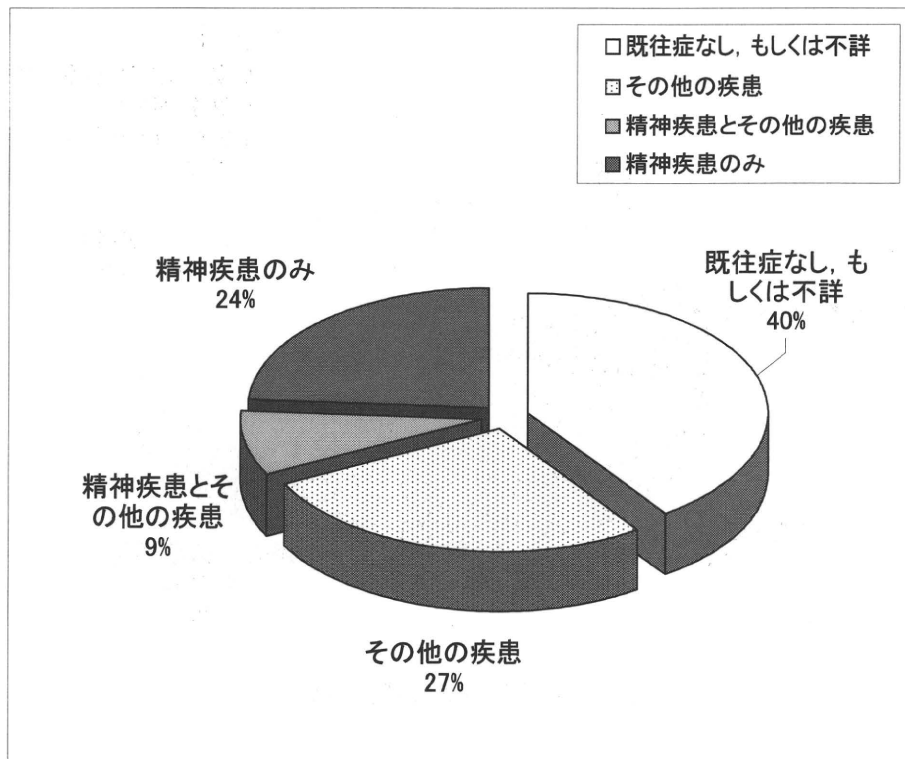


図1. 自殺者の病歴 (男)

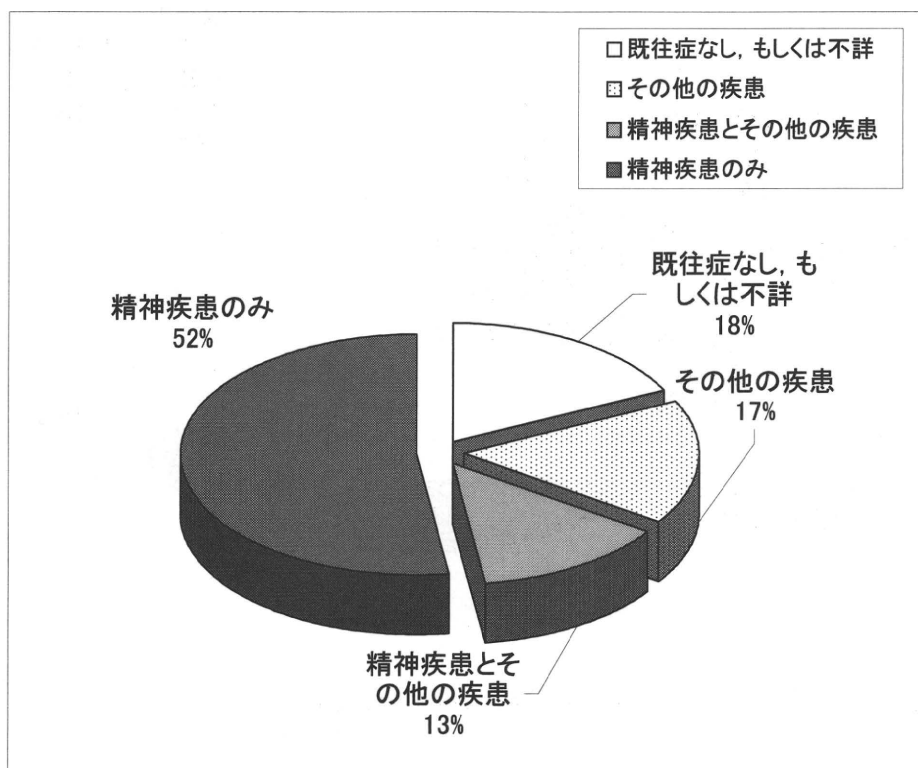


図2. 自殺者の病歴 (女)

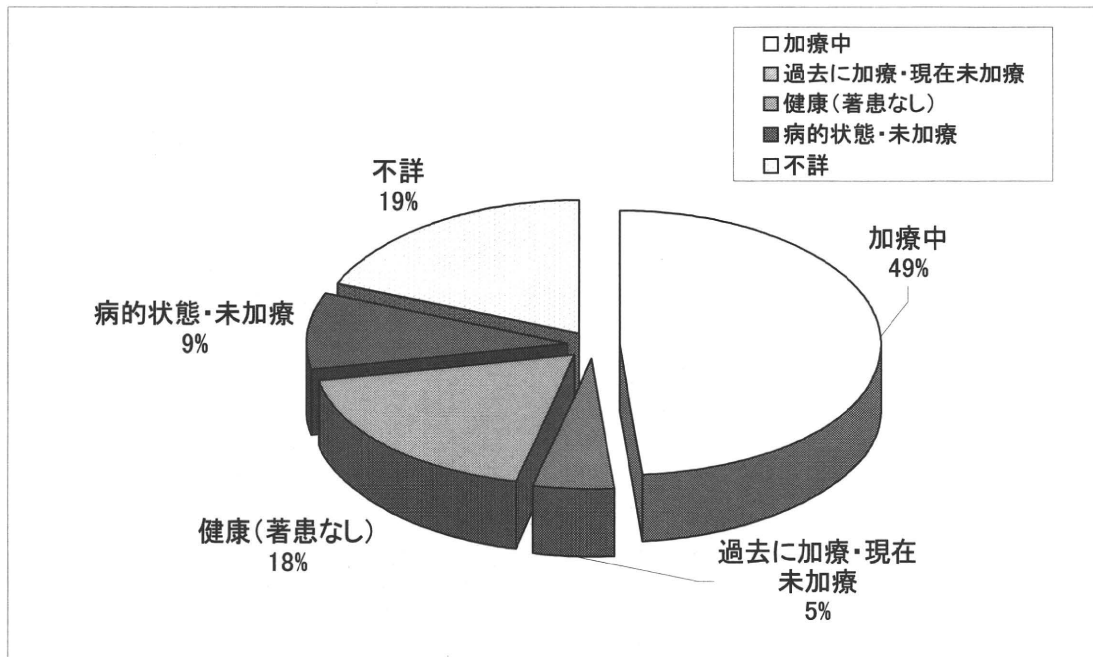


図3. 自殺者の通院状況 (男)

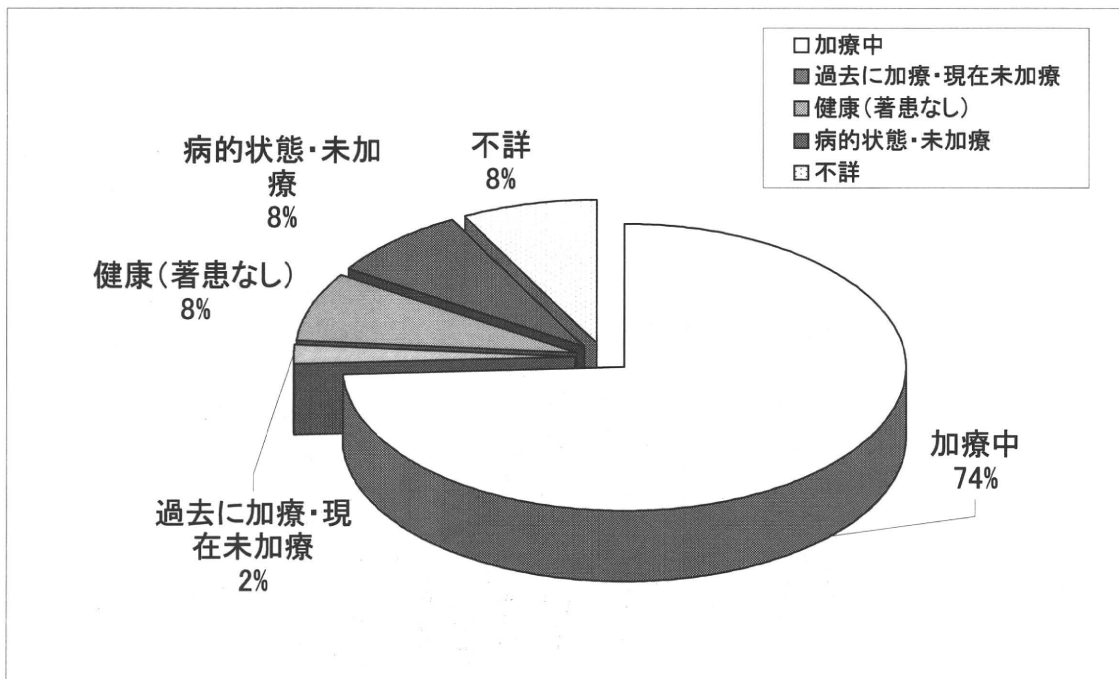


図4. 自殺者の通院状況 (女)

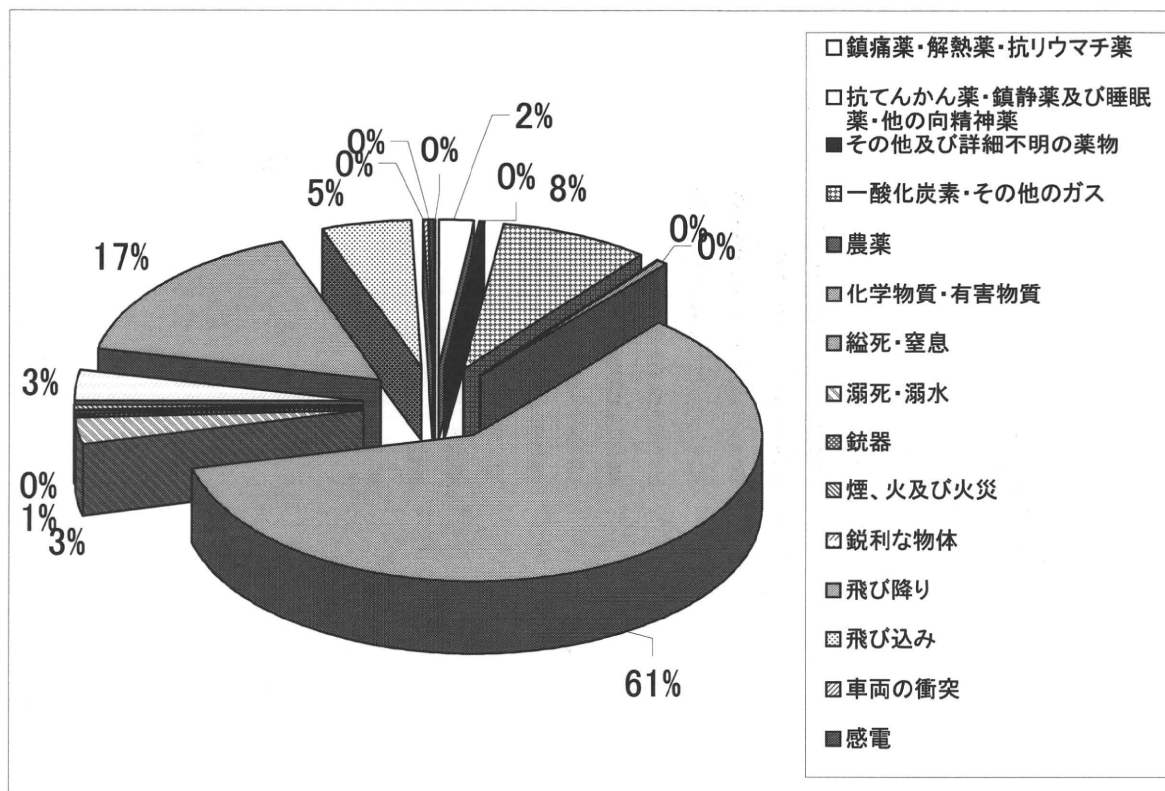


図5. 自殺手段 (男)

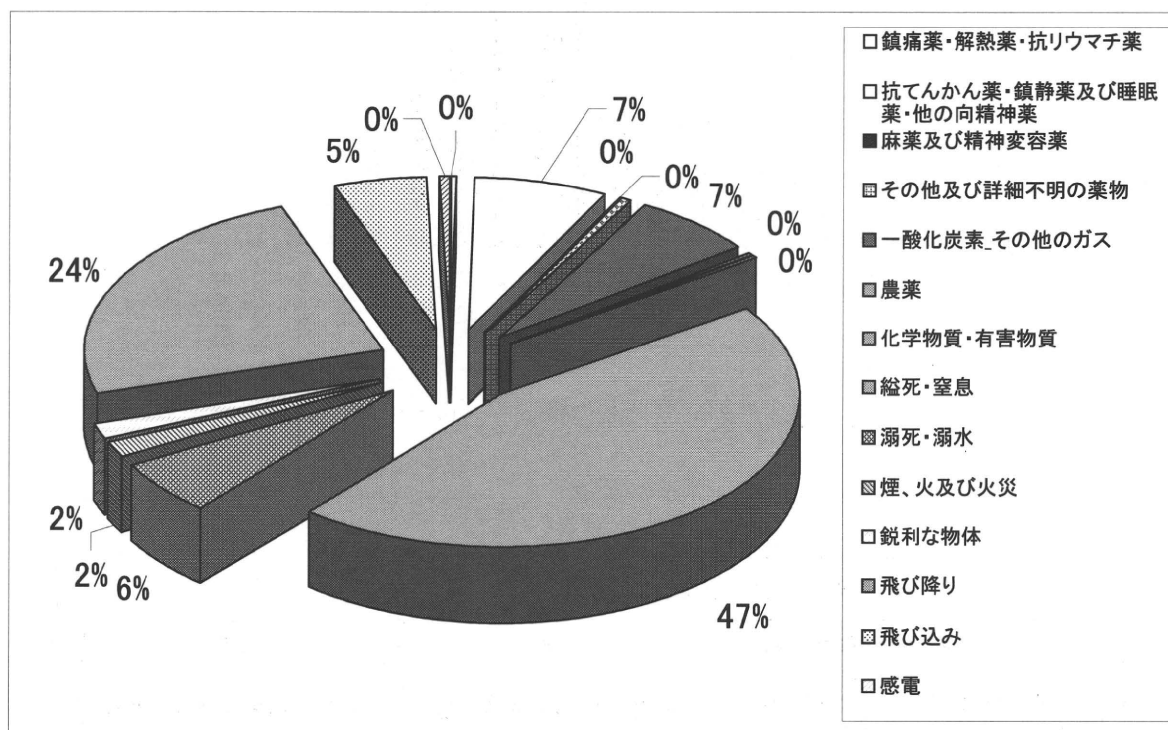


図6. 自殺手段 (女)

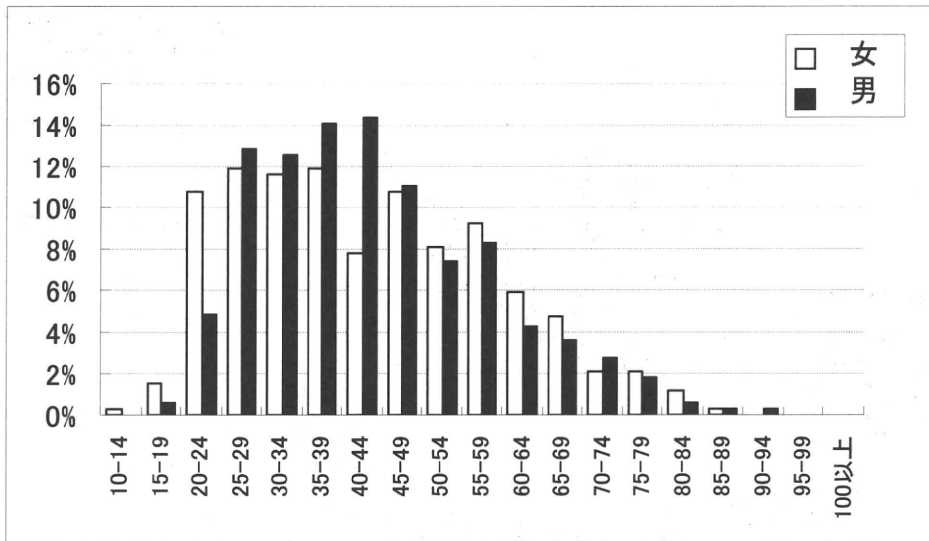


図7. 精神疾患をもつ自殺者（I群）の年代別割合

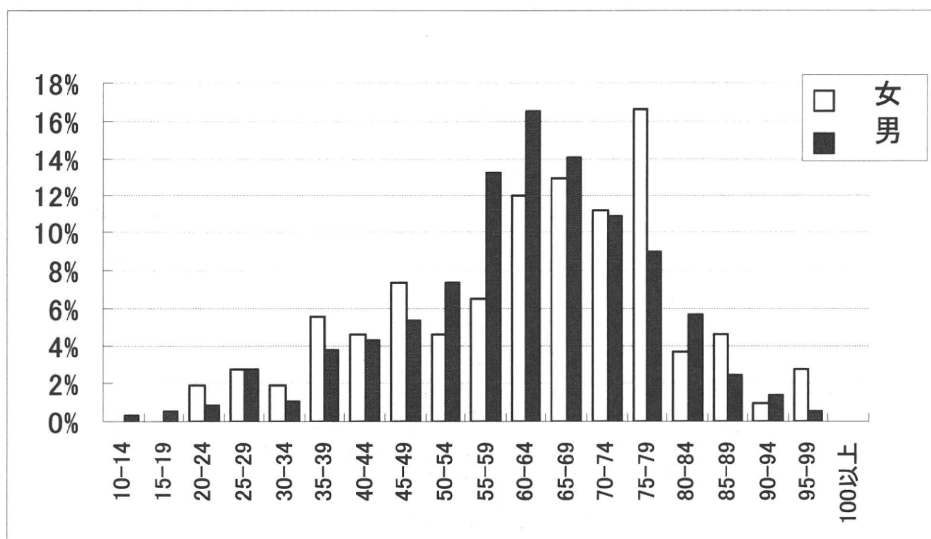


図8. 精神疾患以外の病歴をもつ自殺者（III群）の年代別割合

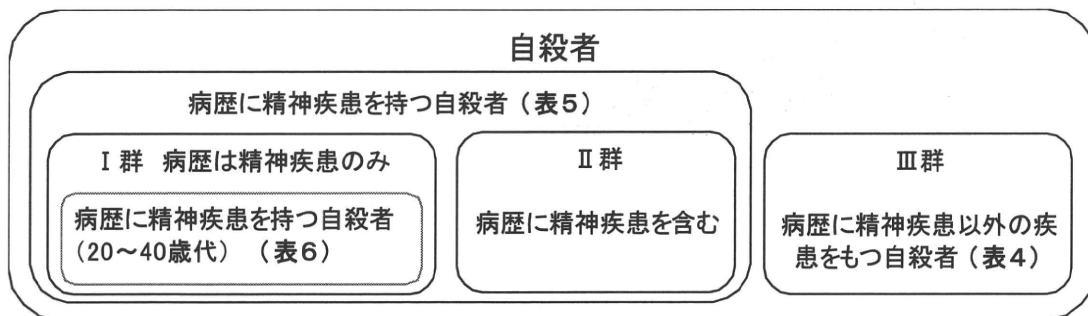


図9. 自殺手段の表の解説図

表 1. 自殺者の通院状況の選択条件

加療中	死亡者には生前に持病があつて、病医院へ定期的に外来受診していたことが確認された場合が該当する。また、風邪などで不定期に受診していた場合は該当しない。
過去に加療・現在未加療	死亡前の一定期間、病医院へ定期的に外来受診していたことが確認されず、過去に病気で加療していたが現在(死亡前)は、健康であった場合が該当する。
健康	死亡前の一定期間、病医院へ定期的に外来受診していたことが確認されず、過去に病気で加療していたなどの病歴ありの事実がないことと認められる場合が該当する。
病的状態・未加療	死亡前の一定期間、病医院へ定期的に外来受診していたことが確認されず、日常で食欲不振や息切れ、寝たきり等の病的な訴えがあつた場合に該当する。

表 2. 病歴に精神疾患を持つ自殺者（Ⅰ群＋Ⅱ群）の通院状況

	加療中	過去に加療・ 現在未加療	健康	病的状態・ 未加療	不詳
女	91.0%	1.4%	0.0%	6.4%	1.2%
男	85.1%	4.3%	0.0%	10.2%	0.5%

表 3. 病歴に精神疾患以外の疾患をもつ自殺者（Ⅲ群）の通院状況

	加療中	過去に加療・ 現在未加療	健康	病的状態・ 未加療	不詳
女	42.6%	3.1%	22.9%	10.8%	20.6%
男	31.2%	5.2%	27.0%	9.0%	27.6%

表 4. 病歴に精神疾患以外の疾患をもつ自殺者（Ⅲ群）の自殺手段

	女	男	計
1 縊死、絞首及び窒息	50.7%	62.0%	59.8%
2 飛び降り	22.9%	14.1%	15.8%
3 一酸化炭素、その他のガス	8.1%	9.2%	9.0%
4 飛び込み	3.6%	4.9%	4.7%
5 溺死・溺水	7.2%	3.9%	4.6%
6 鋭利な物体	1.3%	3.4%	3.0%
7 煙、火及び火災	2.2%	0.7%	1.0%
8 感電	0.4%	0.5%	0.5%
9 抗てんかん薬・鎮静薬及び睡眠薬・他の向精神薬	1.8%	0.2%	0.5%
10 その他詳細不明の薬物	0.4%	0.2%	0.3%
11 車両の衝突	0.0%	0.3%	0.3%
12 その他及び詳細不明の化学物質	0.4%	0.2%	0.3%
13 鎮痛薬・解熱薬・抗リウマチ薬	0.4%	0.1%	0.2%
14 銃器の発射	0.0%	0.1%	0.1%
15 農薬	0.0%	0.1%	0.1%
16 麻薬及び精神変容薬	0.4%	0.0%	0.1%

表 5. 病歴に精神疾患を持つ自殺者（Ⅰ群＋Ⅱ群）の自殺手段

	女	男	計
1 縊死・窒息	43.4%	55.7%	49.7%
2 飛び降り	24.9%	20.8%	22.8%
3 抗てんかん薬・鎮静薬及び睡眠薬・他の向精神薬	10.0%	5.0%	7.4%
4 一酸化炭素_その他のガス	5.9%	6.3%	6.1%
5 飛び込み	5.7%	5.0%	5.3%
6 溺死・溺水	5.0%	1.8%	3.4%
7 鋭利な物体	2.1%	2.9%	2.5%
8 煙、火及び火災	1.2%	0.5%	0.8%
9 その他及び詳細不明の化学物質	0.5%	0.9%	0.7%
10 その他詳細不明の薬物	0.5%	0.7%	0.6%
11 農薬	0.2%	0.5%	0.3%
12 感電	0.5%	0.0%	0.2%
13 鎮痛薬・解熱薬・抗リウマチ薬	0.2%	0.0%	0.1%
14 車両の衝突	0.0%	0.0%	0.0%
15 銃器の発射	0.0%	0.0%	0.0%
16 麻薬及び精神変容薬	0.0%	0.0%	0.0%

表 6. 病歴に精神疾患を持つ自殺者（Ⅰ群）であり、20～40 歳代の自殺手段

	女	男	計
1 縊死・窒息	41.9%	48.7%	45.4%
2 飛び降り	19.8%	25.9%	22.9%
3 抗てんかん薬・鎮静薬及び睡眠薬・他の向精神薬	13.8%	6.1%	9.9%
4 一酸化炭素_その他のガス	9.7%	9.6%	9.7%
5 飛び込み	6.5%	4.8%	5.6%
6 鋭利な物体	1.4%	2.2%	1.8%
7 溺死・溺水	3.2%	0.4%	1.8%
8 その他詳細不明の薬物	0.9%	0.9%	0.9%
9 その他及び詳細不明の化学物質	0.9%	0.9%	0.9%
10 煙、火及び火災	1.4%	0.0%	0.7%
11 鎮痛薬・解熱薬・抗リウマチ薬	0.5%	0.0%	0.2%
12 農薬	0.0%	0.4%	0.2%
13 車両の衝突	0.0%	0.0%	0.0%
14 銃器の発射	0.0%	0.0%	0.0%
15 感電	0.0%	0.0%	0.0%
16 麻薬及び精神変容薬	0.0%	0.0%	0.0%