

自殺の心理学的剖検からみた これからの自殺対策

赤澤 正人

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精神保健計画研究部流動研究員

竹島 正

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長,
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精神保健計画研究部長

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

江口のぞみ

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学修士課程



これからの自殺対策

自殺の心理学的剖検からみた これからの自殺対策

赤澤 正人¹⁾, 竹島 正²⁾, 松本 俊彦³⁾, 江口のぞみ⁴⁾

1. 自殺の実態を把握するために—心理学的剖検とは—

自殺対策基本法にもとづいて定められた、政府が推進すべき自殺対策の指針である自殺総合対策大綱（以下、大綱）には、自殺を予防するための当面の重点施策のひとつに自殺の実態を明らかにすることがあげられており、「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺にいたる経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するために、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査を継続的に実施する」と明記されている。

心理学的剖検とは、当初は不審死の原因解明を目的としたものであったが、自殺で亡くなられた方の家族や知人を対象に、遺族ケアを前提に聞き取り調査を行ない、故人の生前の様子や言動を詳細に聴取し、自殺に関連する要因を明らかにしようとするものである。

心理学的剖検には、遺された人々をケアするという側面があることを強調しておく。心理学的剖

検の概念をつくったシュナイドマンは、心理学的剖検を通じて遺族ケアの必要性を認識するとともに、面接における傾聴が遺族の心理的苦痛を和らげることに気づき、ポストベンション（遺された人へのケア）という言葉もつくっている。つまり、心理学的剖検は遺族支援を念頭に置いた上で、自殺の実態を解明するための研究手法として用いられるのである。

2. 心理学的剖検の学術的意義

心理学的剖検による自殺の実態把握の研究は、多くの国において実施され、自殺予防対策を進める上で大きな寄与をしてきた。これらの研究はそのデザインから第一世代と第二世代に分類することができる。

第一世代の研究は、1950年代に始まった自殺事例に関する遺族からの聞き取りをもとに、自殺の実態を把握するものである。なかでも有名なのは、フィンランドの国をあげての心理学的剖検で、自殺者の9割以上に精神障害への罹患が推測さ

筆者：1) あかざわ まさと（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精神保健計画研究部流動研究員）

2) たけしま ただし（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長、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精神保健計画研究部長）

3) まつもと としひこ（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）

4) えぐち のぞみ（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学修士課程）

れ、その大半が適切な精神科治療を受けていなかったことが明らかとなり、その後の自殺予防に関する国民意識の高まりと自殺死亡率の減少に大きく貢献したとされる。

第二世代の研究は、1990年代以降の心理学的剖検による症例対照研究である。これは、自殺事例群を生存事例群と比較することで、自殺の危険因子を統計学的に明らかにするという手法であり、自殺の危険因子を疫学的に同定できるというメリットがある。海外には心理学的剖検による症例対照研究が20以上存在しており、未治療の精神障害や、過去の自傷行為歴、経済的困難、社会的孤立等といったさまざまな自殺の危険因子が同定されている。そして、多くの研究が、自殺には複数要因が関与していることを明らかにしており、自殺の危険因子に対してさまざまな角度からの介入が必要であると指摘している。

このように、心理学的剖検は症例対照研究と合わせて、自殺予防を考える上で学術的意義が高く、諸外国で多用されている研究手法である。わが国でも、試行的な心理学的剖検が数例実施されているが、症例対照研究も含めた大規模の心理学的剖検はこれまでのところ実施されていない。

われわれは2007年度から2009年度にかけて、53地域の都道府県・政令指定都市の協力を得て、想起バイアスによる事実誤認等を考慮した上で、2006年1月以降の自殺事例で、かつ自殺者と同居していた遺族への聞き取りを基本原則として、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（以下、基礎調査）」を実施した。基礎調査は、事前に実施した調査員研修を受講した各地域の精神科医と保健師等地域保健従事者の2人の調査員が行ない、33地域76人の遺族から協力を得ることができた。この数では自殺者全体のごく少数であり、しかも偏った集団に過ぎないという批判は甘んじて受けるが、たとえこれが数百を超える事例数であっても、偏った集団であることに変わりはない。そもそも年間3万人を超える自殺者を代表して、なおかつ調査前後の遺族ケアをも前提とした上でのサンプリングは、

倫理的問題や遺族ケアの体制等を考慮すると困難を極めることは容易に想像がつく。このため、われわれは学術的価値を確保するため、基礎調査と並行して症例対照研究を実施し、自殺に関連する要因を明らかにすることとした。すなわち、第二世代の研究を実施することとしたのである。具体的には、自殺事例群と性別、年代（同一5歳階級）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、自殺事例群と同じ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、対照群145事例と自殺事例群との比較を行なった。なお、先行研究における症例対照研究では百数事例を扱ったものが多く、本研究はそれらと比較して遜色ないものと思われる。

少し前置きが長くなってしまったが、基礎調査と症例対照研究から得られた知見をもとに、今後の自殺対策のあり方について若干の考察を行ないたい。

3. 基礎調査からみた自殺者の特徴

1) 精神障害に関する特徴

自殺事例に対する精神科医による臨床診断を表1に示す。自殺事例の9割近くに精神障害への罹患が推測され、大うつ病性障害、気分変調性障害とアルコール使用障害（アルコール依存・乱用）、全般性不安障害の順に多くなっていた。WHOが、心理学的剖検の手法を用いた多国間共同調査にもとづく結果をまとめたところによると、自殺者の95%は、自殺の直前に何らかの精神障害の診断が可能な状態であったことがわかっている。その他にも、自殺者の多くが最後の行動に及ぶ前に何らかの精神障害に罹患していたとする研究が多い。その意味では、精神障害の早期発見と治療が自殺予防にとって重要な課題であることが改めて確認されたといえる。

2) 世代別にみた自殺の特徴

あらゆる年齢層で自殺が起こる中では、各世代における特徴に配慮した対策が求められる。基礎

表1 基礎調査における精神科医による臨床診断（重複診断あり）

いずれかの精神障害への罹患人数	n=74	(%)
	66	(89.2)
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	(2.7)
広汎性発達障害	1	(1.4)
精神遅滞	1	(1.4)
せん妄、認知症、健忘障害、および他の認知障害	1	(1.4)
認知症	1	(1.4)
物質関連障害	15	(20.3)
アルコール依存	9	(12.2)
アルコール乱用	4	(5.4)
薬物(アルコール以外の物質)依存	2	(2.7)
ニコチン依存	1	(1.4)
統合失調症および他の精神病性障害	7	(9.5)
統合失調症	7	(9.5)
気分障害	47	(63.5)
大うつ病性障害	39	(52.7)
気分変調性障害	13	(17.6)
双極Ⅰ型障害	2	(2.7)
双極Ⅱ型障害	2	(2.7)
不安障害	11	(14.9)
全般性不安障害	8	(10.8)
強迫性障害	2	(2.7)
パニック障害	3	(4.1)
身体表現性障害	1	(1.4)
心気症	1	(1.4)
解離性障害	1	(1.4)
摂食障害	3	(4.1)
神経性無食欲症	2	(2.7)
神経性大食症	1	(1.4)
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	3	(4.1)
病的賭博	3	(4.1)
適応障害	6	(8.1)
パーソナリティ障害	7	(9.5)

2人の対象者については精神科医の判断がつかなかったためにn=74とした。

調査からみた世代別自殺者の特徴について述べておきたい。

(1) 青少年 (30歳未満)

青少年自殺既遂者の8割に精神障害への罹患が認められ、大うつ病性障害が39%、気分変調性障害が28%、統合失調症が17%となっていた（重複診断あり）。

心理・社会的特徴では、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特徴において、4割から6割の経験率が確認され、特に女性において、こうした危険因子の累積が多く認められた。青少年における自殺の危険因子として、諸外国の先行研究では、精神障害とともに、自殺未遂歴、複雑な家庭状況、いじめ・退学・長期欠席といった学校生活上の出来事といった要因の関与が指摘されている。基礎調査からも同様の傾向が確認されたといえ、幼少期における家庭や学校におけるさまざまな問題が、青少年の自殺の危険因子として示唆された。

(2) 中高年 (30～64歳)

中高年自殺既遂者の9割以上に精神障害への罹患が認められ、大うつ病性障害が57%、アルコール使用障害が23%、気分変調性障害、全般性不安障害が15%となっていた（重複診断あり）。

うつ病が自殺に関連する主要な精神障害であることはいうまでもないが、基礎調査からは、アルコール使用障害を含めたアルコールに関連する問題が、中高年の自殺の特徴として浮かび上がってきたことを強調しておきたい。海外の研究をみると、アルコール依存・乱用と自殺の関連性に言及したものが多数ある。また、アルコール依存・乱用は他の精神障害を合併することが多く、特にうつ病が合併した場合には、自殺リスクがはるかに高まることが指摘されている。

基礎調査において、死亡1年前に、アルコール依存・乱用にかかわらず何らかのアルコール関連問題を抱えていた中高年は3割で、40歳代と50歳代を中心とした男性有職者がほとんどであった。この特徴からみえてくるのは、仕事や何らかのストレスに対して、アルコールで対処している働き盛りの中高年男性の姿である。彼らの多くは、異動・配置転換や資金繰りの借金といった職業上のストレスを、アルコールで一時的に気を紛らわせたり、不眠に対してアルコールを使用したりといった、アルコールの誤った対処が認められた。

また、アルコール関連問題を抱えていた人は、

平均すると2つの精神疾患を合併していて、アルコール使用障害と気分障害、なかでもうつ病との合併がもっとも多く確認された。また精神科受診していながらも、アルコールの問題に対する精神医学的支援を受けていた事例は皆無であったことも特徴であった。

(3) 高齢者 (65 歳以上)

高齢自殺既遂者の7割近くに精神障害への罹患が認められ、大うつ病性障害が56%ともっとも多くなっていた(重複診断あり)。

何らかの身体の不調や睡眠の問題を抱えており、かかりつけ医等を受診していた点については、他の世代と相違はみられなかったが、精神科受診まで至った割合は低率(22%)であった。高齢者世代における精神科受診率の低さは、自殺者の多くが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とする先行研究と一致するところである。推測の域を出ないが、精神障害へのスティグマ、精神科医療に対する偏見や、本人の精神障害罹患に対する否認が、高齢者の精神科受診に影響していることが考えられる。

4. 症例対照研究からみた自殺の危険因子

心理学的剖検による症例対照研究から、うつ病は自殺の危険因子であることが改めて確認された。さらにうつ病だけでなく、アルコール使用障害、精神病性障害、不安障害も自殺と関連する重要な危険因子であり、今後の自殺予防の中で取り上げられるべき精神障害であると考えられた。

また、生活歴における子ども時代の学校でのいじめや暴力、両親からの虐待といった被害体験は自殺と関連する危険因子であることがわかった。これらは、すでに述べた青少年の自殺の特徴とほぼ一致するところである。

そして睡眠障害、飲酒者、眠るためのアルコールや睡眠薬の使用が自殺と関連する危険因子であることがわかった。先のアルコール使用障害における危険因子と合わせて、アルコールの問題と自

殺の関連性は症例対照研究からも示唆された。睡眠の問題は、うつ病や自殺リスクの指標としてよく取り上げられるが、眠るためのアルコール使用は自殺リスクを高めることも強く周知すべき事実と思われる。また、安易かつ処方を守らない睡眠薬の使用によるリスクにも注意すべきである。

さらに、死に関する発言や、身の整理、身だしなみの乱れ、事故傾性(自分の安全や健康を守れない状態で自己破壊的といってもよい行動)、友人知人を含む身近な人の自殺や自殺未遂、本人の自殺未遂、失踪も自殺の危険因子であることがわかった。これらは以前から指摘されている自殺の危険因子であるが、症例対照研究からもその妥当性が示されたといえる。

他にも、労働状況では、正規・非正規・無職の雇用形態の違いは自殺との有意な関連は認められなかったが、休職および配置転換や異動に関して悩みがあった場合に、自殺と関連すると考えられた。そして、返済困難や多重債務といった問題のある借金も、自殺と関連すると考えられた。

5. 自殺予防の介入ポイント

これらの研究結果をふまえて、今後の対策における自殺予防の介入ポイントとして次のことを提言したい。

1) 青少年の自殺予防対策の推進

1998年の自殺者急増以降、一貫して自殺死亡率が増加傾向を示し続けてきた世代は、大綱において「青少年」として一括されている30歳未満の青年および若年成人である。こうしたことから、若年世代の自殺予防対策はわが国における今後の大きな課題である。幼少時や若年時に発症した精神障害や、家庭や学校の問題に対する支援の不足、薬物乱用、ストレス状況への対処能力の低さ、経済的困窮等さまざまな要因が考えられるが、その詳細把握はこれからといえるだろう。

基礎調査と症例対照研究からは、特に学校や家庭でのさまざまな問題(不登校、いじめ、親との

離別、虐待等)が、将来の自殺の危険因子として浮かび上がった。幼少期の何らかの被害体験は、当然それらが発見された時点において早期に介入されるべき重要な問題であるが、十分な支援がなされなかった場合や、表面的あるいは一時的に問題が解決したかのような場合には、自殺のリスクを抱えた状態でその後の人生が続く可能性があることを、広く周知すべきと思われる。教育関係者をはじめ、児童、青少年の育成にかかわる支援者への啓発や、教育機関と保健機関・精神科医療機関との垣根を越えた連携による、青少年への支援、あるいは家庭への早期介入が重要である。

2) 中高年のアルコールの問題と自殺の関連性についての啓発

中高年男性は、援助資源につながりにくい集団と考えられており、中にはアルコールで一時的に対処している人もいるだろう。また、睡眠のための飲酒は、自殺の危険因子である。そのように考えれば、アルコールに関連する問題と自殺の関連性についての住民向け啓発活動が必要である。アルコール依存・乱用レベルだけが問題なのではなく、アルコールが精神作用物質であり、その薬理作用が抑うつ状態を悪化させ、自身に対する攻撃性や衝動性を高め、心理的視野狭窄を促進させることで自殺行動のリスクを高めるという事実を、社会に発信していかなければならない。

また、アルコールの問題を抱えていた人が、アルコールの問題に対して何の介入もなされていなかったこと、平均して2つの精神障害を併存していたことを考慮に入れると、不眠やうつ病の背景にアルコール関連問題が存在する可能性を排除しないような、臨床科医に対する啓発と診断能力の向上、ならびにアルコール使用障害とその他の精神障害の合併も考慮した治療・支援体制の充実も必要であるように思われる。

わが国における精神保健領域の自殺対策は、うつ病に重点がおかれてきた経緯があり、その他の精神障害による自殺のリスクが看過されてきた可能性は否定できない。われわれの研究からは、ア

ルコールに関連した問題が、わが国の自殺予防対策において決して無視できない課題であることが示唆されたといえる。自殺予防総合対策センターでは、断酒会員を対象にした自殺予防のアンケート調査結果を掲載し、また中高年のアルコール問題の啓発ポスターを作成するなどして、アルコールと自殺の問題について警鐘を鳴らしてきており、今後の活動継続が重要である。

3) メンタルヘルス支援の一層の充実

精神障害全般に対するメンタルヘルス支援の充実が、自殺予防につながる可能性にも言及しておきたい。生活上の何らかの問題をきっかけとして精神障害に罹患した場合、あるいは生まれながらにして、もしくは人生の比較的早期の段階において精神障害を抱えた場合であれ、生きづらさを軽減するような精神保健的支援が必要である。

その一例が、悩みを抱えた人が訪れる相談窓口の連携である。例えば負債を抱えた自殺のハイリスク者には、経済的・法的介入と精神保健的介入は相補的な支援として提供されるべきであり、そのためにも司法と精神保健との連携が強く求められる。また、すでに述べたように、学校を中心とした教育と、子どもの福祉にかかわる精神保健との連携が、青少年の自殺予防で期待される。こうした異なる分野の支援者による「顔の見えるネットワーク」の構築が、自殺予防の視点からみたメンタルヘルス支援の充実につながると思われる。

6. まとめ

心理学的剖検の手法を用いた基礎調査と症例対照研究から、今後の自殺対策の方向性について述べてきた。簡潔にまとめると、精神保健領域におけるメンタルヘルス支援の充実に加えて、中高年のアルコール関連問題からみた自殺予防や、家庭や学校での問題を抱えたまま成長し生きづらさを感じている青少年の自殺予防を積極的に推進していく必要があるということである。

わが国の自殺予防対策で重視されてきたキャン

ペーン活動の重要性は認識しているが、その効果や意図せぬ副作用についてはその後の慎重な検証が必要である。新たな自殺予防対策を進めていく際には、そうしたキャンペーンのあり方についても注意を払わなければならないだろう。その上で、2008年10月に行なわれた大綱の一部改正（自殺対策加速化プラン）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」において言及された、アルコールの問題と青少年の自殺予防について、自殺のハイリスク者対策として、その取り組みに重点を置いて推進していかなければならない。

基礎調査によって、地域における自殺予防や遺族ケアの推進がみられ、今後の各地における自殺予防の取り組みの基盤ができたこともまたひとつの成果と思われ、今後もこうした活動を継続していくことが重要であろう。自殺対策の中心的な役割を担う地域保健従事者や医療従事者が、遺族の声に直接触れる体験には重要な意義がある。遺族の語りに耳を傾けることは、援助者としての自分

に何が求められ、何ができるのかを明らかにすることにつながるはずである。

自殺予防には社会全体での取り組みが求められるが、精神保健の視点を抜きにした社会的な取り組みはありえない。自殺のリスクでもある精神障害への対策は、自殺を考える人々の心の健康に対する必要不可欠な支援である。望まずして人生の中で生きづらさや、困難を抱えている人に寄り添いながらの支援が求められるのである。

文 献

- 1) 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。平成21年度総括・分担研究報告書，国立精神・神経センター精神保健研究所，pp. 67-194, 2010.
- 2) 松本俊彦ほか：心理学的剖検で自殺の実態を解明し，予防に生かす。精神科看護，34(12)：38-44, 2007.
- 3) 内閣府：平成21年版自殺対策白書。佐伯印刷，2009.

Skin picking in Parkinson's disease: A behavioral side-effect of dopaminergic treatment?

doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02069.x

IMPULSE CONTROL DISORDERS (ICD) as well as repetitive compulsive behaviors are increasingly being recognized in patients with Parkinson's disease (PD), and have been attributed to the use of dopaminergic medications, and in particular to the use of dopamine agonists.¹

Skin picking (SP) is a self-injurious, repetitive behavior that can cause significant tissue damage. It is included as an example of a potential ICD not otherwise specified in the DSM-IV-TR. SP has also been categorized as a stereotypical movement disorder, in that it is a disorder that is 'repetitive, driven and nonfunctional'.² Patients with SP often have important psychiatric comorbidity.³ Here we report a case of a PD patient who developed SP while being treated with levodopa and a dopamine agonist. The behavior was noted to resolve upon discontinuation of the dopamine agonist.

A 51-year-old man had a 10-year history of PD. His initial symptoms consisted of a left hand tremor at rest and left-sided rigidity. In February 2008, the patient was brought to the clinic by his wife who complained that her husband had recently been 'picking' at his head. The skin picking had started a few weeks prior to the visit. There was no history of hair pulling behavior or of dermatological disease. In addition to levodopa 500 mg/day, entacapone 1000 mg/day and ropinirole 3 mg/day, the patient took medications for chronic lower back pain (metaxalone, fentanyl patch, hydromorphone), and had also been treated since 2003 with paroxetine and lorazepam for mild depression and anxiety. The ropinirole had been added to the patient's levodopa regimen in April 2006 to treat wearing-off symptoms related to the patient's PD. The patient's ropinirole dosage had been increased one month before the visit from 2 mg per day to 3 mg per day. Examination revealed the presence of five erythematous excoriated lesions of a diameter of 4 mm and depth of 2 mm on the patient's frontal scalp. He denied any itching or tactile or visual hallucinations involving the scalp area. Neurological examination revealed findings consistent with the diagnosis of idiopathic PD. In the 'ON' state, the patient scored 14/108 on the motor part of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale. He was mildly dyskinetic, had pressured speech and hyperactive behavior. The patient was tapered off ropinirole while the remainder of his medication regimen remained unchanged. After having been off ropinirole for two months, the patient and his wife reported that he had stopped picking at his scalp. His hypomanic behavior had also resolved. Formal neuropsychological testing revealed a mild subcortical dementia as well as mild depression and anxiety.

While ICDs such as pathological gambling or compulsive shopping have been described as side-effects of dopaminergic treatment in PD, to the best of our knowledge SP has not previously been reported in PD. Although the patient was on other psychoactive medications that may have contributed,

Neither of the authors have any financial disclosures to report.

the fact that the SP resolved upon discontinuation of his dopamine agonist supports the hypothesis that this behavior could represent a behavioral side-effect of dopaminergic medication similar to other ICDs. ICDs in PD may be induced in predisposed patients by dopaminergic treatment, and in particular dopamine agonists, probably via excessive stimulation or sensitization of dopamine receptors in mesolimbic structures.⁴

In conclusion, we report a PD patient who developed a new onset SP, in the context of dopamine agonist therapy. Given the potential self-injurious nature of this behavior, physicians should monitor patients for the development of this possible behavioral complication of dopaminergic therapy.

REFERENCES

- 1 Weintraub D, Siderowf AD, Potenza MN *et al.* Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in Parkinson disease. *Arch. Neurol.* 2006; 63: 969–973.
- 2 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994; 612–613.
- 3 Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T *et al.* Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60: 454–459.
- 4 Lawrence AD, Evans AH, Lees AJ. Compulsive use of dopamine replacement therapy in Parkinson's disease: rewards systems gone awry? *Lancet Neurol.* 2003; 2: 595–604.

Winona Tse, MD¹ and Thomas D. Hälbig, MD²

¹Department of Neurology, Mount Sinai School of Medicine, New York, New York, USA and ²Fédération de Neurologie, Centre Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Email: winona.tse@mssm.edu

Received 12 August 2009; revised 8 November 2009;

accepted 24 December 2009.

School problems and suicide in Japanese young people

doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02064.x

SUICIDE AMONG YOUNG people has become a serious public health problem worldwide.¹ As well as psychiatric disorders, school problems (such as bullying or absence from school) have also been associated with suicidal behaviors in adolescents and young adults.^{2–4} This issue has never been examined in a young Japanese population. From November 2006, we conducted a study on suicide-completers nationwide in Japan using a psychological autopsy method and a semi-structured interview of the closest bereaved in cooperation with 54 prefectural Mental Health Welfare Centers (MHWC). Our subjects were suicide-completers whose bereaved consulted the prefectural MHWC and consented to participate in our study. As of June 2009, we collected the psychosocial information of 15 Japanese suicide-completers under the age

of 30 from 10 prefectural MHWC (eight male and seven female subjects; mean age 23.7 ± 4.42). Of the 15 cases, the average period between the death and the time of the survey was 16.2 ± 23.6 months. Of the 15 young suicide-completers, 12 cases (80%) had psychiatric disorders meeting DSM-IV criteria⁵ at the time of death, including the primary diagnoses of schizophrenia (two cases; 13.3%), mood disorder (six cases; 40%), substance use disorder (two cases; 13.3%), adjustment disorder (one case; 6.7%), and avoidant personality disorder (one case; 6.7%). Additionally, 11 cases (73.3%: five male and six female subjects) had histories of school-related problems, including three cases (20.0%: one male and two female subjects) with histories of school refusal (absence from school for over a month without any somatic disorder), three cases (20.0%: three male subjects) who had suffered bullying during their school lives, and five cases (33.3%: one male and four female subjects) with both problems.

The present study was preliminary owing to the small sample size, biased sample representation and lack of controls. In addition, we were not able to clarify the association between school-related problems and the onset of psychiatric disorders in this study. However, the prevalence of these school-related problems appears to be rather high. Our findings lead us to the following speculation: school-related problems such as school refusal and bullying, as well as psychiatric disorders, may be closely associated with suicide in Japanese adolescents and young adults. This indicates that a suicide prevention strategy in school may be required. To clarify whether these school-related problems are risk factors for completed suicide in Japanese young people, we are now planning a case-control study.

ACKNOWLEDGMENTS

The present study was supported by the Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare.

REFERENCES

- 1 Bertolote JM, Fleischmann A, Leo DD, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br. J. Psychiatry* 2003; 183: 382–383.
- 2 Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2006; 47: 372–394.
- 3 Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; 373: 1372–1381.
- 4 Klomek AB, Sourander A, Niemelä S *et al.* Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2009; 48: 254–261.
- 5 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.

Yotaro Katsumata, MA,¹ Toshihiko Matsumoto, MD, PhD,^{1,2}
Masahiko Kitani, MA,¹ Masato Akazawa, PhD,¹
Seiko Hirokawa, MA¹ and Tadashi Takeshima, MD, PhD^{1,2}

¹Department of Mental Health Administration and ²Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

Email: ykatsu@ncnp.go.jp

Received 26 August 2009; revised 27 October 2009; accepted 8 December 2009.

寄稿

自殺予防対策の発展に向けて
心理学的剖検の実践

勝又 陽太郎 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研究員/臨床心理士



●勝又陽太郎氏
2005年 都立大学
院人文科学研究科修
士課程修了。精神科
クリニックの臨床心
理士やスクールカウ
ンセラーとして臨床
経験を積みながら、06
年より国立精神・神
経センター精神保健

研究所の流動研究員として自殺予防研究に従事。2010年より現職。

わが国では現在、1年間に約3万人の人が自殺で亡くなっています。しかし、なぜこれほどまでに多くの人が自殺で亡くなるのかは、いまだ説明されていません。

自殺予防の専門家の間では、自殺の原因は1つではなく、多数の要因が複雑に絡み合っている、との認識が一般的です。すなわち、わが国における自殺の特徴を説明するためにも、その背景に「どのような要因が存在したのか」だけでなく、複数の要因が「どのような人にとどのように関連していたのか」を明らかにする必要があります。これらの要因を詳細に分析するためには、警察庁の統計や厚生労働省の人口動態統計といった集合的なマクロ統計だけでは不十分であり、個別の自殺既遂者の情報を事例レベルで収集することが必要不可欠です。しかし残念なのがわが国では、こうした研究はこれまでほとんど実施されてきませんでした。

自殺予防対策に直結する
心理学的剖検

世界各国では、こうした自殺既遂者の事例レベルでの情報収集において心理学的剖検 (psychological autopsy) と呼ばれる手法が用いられ、これまでも数多くの研究が行われてきました。心理学的剖検とは、家族や友人など周囲の人からの情報収集によって、故人の生前の様子を明らかにしようとする調査手法の総称です。

心理学的剖検は、比較的短時間で個別事例の豊富な情報収集が可能である反面、自殺者本人の主観的なデータが収集できないといった欠点があります。事例レベルでの研究では、心理学的剖検のほかにもコホート研究など前方視的にデータを収集していく方法や、自殺既遂者の代わりに自殺未遂者から情報収集を行う方法などが用いられることがありますが、いずれも完璧なデータ収集方法とはいえず、調査にかかる時間やコスト、あるいは母集団の特徴 (例えば未遂事例では女性が多く、精神疾患のパターンが自殺既遂者と異なる) などさまざまな短所を抱えています。したがって心理学的剖検は、もちろんその調査手法に限界はあるものの、数あるデータ収集方法の中でも自殺予防対策に直結する「現実的な方法」として、多くの国で第一に選択されてきた手法であると言えるでしょう。

筆者らは2005年度から、この心理

●表 自殺予防の介入ポイント

	青少年(30歳未満)	中高年(30~64歳)	高齢者(65歳以上)
特徴と留意点	●学校・家庭でのさまざまな問題(不登校・いじめ・親との関係など) ●早期発症の精神障害による社会参加困難 ●精神科治療薬の服用	●社会的問題(借金)を抱えた人の背景にあるアルコール問題 ●アルコールによる不眠・依存とうつ病の合併 ●アルコール問題に対する援助を要していない	●低い精神受容力 ●低い精神受容力
介入ポイント	●学校・家庭と保健機関・精神科医療機関との連携促進による早期介入 ●精神科治療薬の適正使用のための対策 ●精神障害者の家族支援	●アルコールとうつ病に併発するメンタルヘルスプロモーション推進 ●精神科医のアルコール問題に対する診断・治療能力の向上	●かかりつけ医のうつ病に対する診断能力の向上および精神科受診の促進

学的剖検を用いた研究準備を進めてきました。そして07年度からは、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」という名称で、全国53地域の協力を得て本格的な調査を実施しています。

調査は、原則としてトレーニングを受けた精神科医師と保健師などから構成される2名の調査員による半構造化面接によって行われます。また、調査に用いた面接票は、海外の心理学的剖検研究のレビューと予備調査の結果に基づいて作成されたもので、家族歴、生活歴、自殺前の行動、死亡状況、過去の自傷・自殺企図歴、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、援助希望といった幅広い観点からの質問で構成されています。なお、この調査は、基本的には各地域において遺族ケアなどの支援を受けていらっしゃるご遺族にご協力いただきましたが、なかにはパンフレットなどをご覧になって直接われわれのセンターにご連絡をいただき、調査への協力を申し出てくださったご遺族もいらっしゃいました。

背景要因相互の関連性を
立体的にとらえる

09年12月末の時点で、76事例の自殺既遂事例について面接調査が終了し、現在もなお、少しずつ事例数を積み重ねています。筆者らは、これまでに収集されたデータをもとに、さまざまな角度からわが国の自殺の背景要因に関する分析を行っているところです。

例えば、自殺既遂者の仕事と心理・社会的特徴との関連に関しては、無職の自殺既遂者では若年成人が多いのに対して、有職の自殺既遂者では中高年男性が多く、これら有職の自殺既遂者は、無職の自殺既遂者と比較して、借金を抱えており、うつ病などの気分障害に加えて、アルコール使用障害に罹

患している者が多いといった特徴があることが明らかになりました。この結果からは、働き盛りの中高年男性が、借金などの困難な問題を抱えた際に、悩みを紛らすために大量に飲酒する中でうつ病に罹患するなど精

神状態を悪化させている可能性が推察されます。

このように、自殺既遂者の背景にあるさまざまな要因間の相互の関連性を立体的にとらえることによって、借金、うつ病、アルコールと一つひとつの問題への介入を単独で考えるだけではなく、専門家同士が連携し、自殺予防のための介入方法をより精緻化していく必要性が浮かび上がってきます。なお表には、筆者らがこれまでにに行った分析をもとにして発表した、自殺予防の介入ポイントを提示しました。

遺族が故人の自死を語る時

最後に、調査にご協力くださったご遺族にとって、亡くなった方の話をすることとどのような意味があるのか、ご遺族の感想とともに筆者の考えを述べたいと思います。

多くのご遺族にとって亡くなった方の話をすることは、少なからず辛い体験であることは容易に察しがつきます。ご遺族の中には、調査後に「いろいろ思い出して辛かった」という感想を率直に述べる方がおられます。筆者の実感としては、こうした声は、比較的短期間で時間が経過していく、ご自身の中で気持ちの整理がついておられる方から多く聞かれるように思います。一般的には、「気持ちの整理がついた人ではない」とこういった調査への協力は無理だ」と思われがちかもしれませんが、実際に調査を実施すると、むしろ「気持ちの整理がついている人ほど、詳細を思い出そうとする」という印象が強く出てきました。

一方で、死別後1か月にも満たない間に調査への協力を申し出てくださったご遺族も数多くおられました。こうした方々からは、むしろ調査をきっかけに前向きに生きていきたい、という感想が多かったように思います。

「喪の作業」を進める契機に

私たち人間が、大切な人を喪った体験を心の中で整理できている状態というのは、いわば、故人がどんな人で、どんな人生を送って、どのように亡くなっていったのか、その故人の人生に自分がどのように関わっていたのか、という故人と自分との一連の「物語」が一貫して整理されている状態と言えます。この物語を整理する心理学的プロセスを精神医学や心理学では「喪の作業」と呼びますが、このプロセスの中では、他者とのコミュニケーションが欠かせません。

私たちは、葬儀などで親しい人とともに故人を偲ぶ中で、他者から見た故人の生前の姿を思い浮かべ、そして自分と故人との心理的距離感を相対化するうちに、故人との関係性の物語を整理していきます。しかし、自殺者のご遺族の多くは、自殺だということを周りに人に隠していたり、あるいは家族の中でもその話題に触れずにいるうちに、結果として他者とのコミュニケーションを経ないまま時間が経過していきます。実際、調査の中で、「初めて他人に話した」という方も少なくありません。もちろん、辛い体験をいつまでも誰にでもただ単に話せばよいというものではありませんが、少なくとも自分自身で話をする決心をされたご遺族にとって、心理学的剖検に協力することはまさに、故人の人生を振り返り、自身の「喪の作業」を進める契機となつたのではないかと思います。

*

自殺対策基本法では、自殺の防止に加え、自死遺族への支援の充実も明記されていますが、実は自死遺族支援の起源はこの心理学的剖検にあると言われています。心理学的剖検の手法を確立させたEdwin Shneidman博士は、自殺の起こった後の事後対応を意味する「ポストベンション」という言葉の生みの親でもあります。このように、心理学的剖検は、自殺防止対策を考える上で有用な調査方法であると同時に、自死遺族支援との繋がりもある重要な概念です。したがって、その役割は「故人の死から学ぶ」という単純なものではなく、むしろ「確かにこの世に生きた人の人生」をご遺族、そしてわれわれの残りの人生に共に引き継いでいく作業にあるのではないかと考えています。

「診断の達人」による臨床研修指南

ティアニー先生の臨床入門 Principles of Dr. Tierney's medical practice

「診断の達人」「鑑別診断の神様」と呼ばれる米国の内科学者、ローレンス・ティアニー氏が日本の医学学生・研修医のために、臨床医学の学び方と診療の仕方を書いた。医師としての成長に不可欠な、ティアニー氏ならではの臨床経験が凝縮されている。本書で初めて紹介されたティアニー氏による「症例思考のスキル」も注目。医学学生・研修医必読のシリーズ第2弾。

ローレンス・ティアニー
カリフォルニア大学サンディエゴ校医学部
松村正巳
医学部臨床研修センター長(2009) 内科 専門医

ティアニー先生の
臨床入門
名図に学ぶ
「症例思考のスキル」
医学部臨床研修センター長(2009) 内科 専門医

エビデンスに基づく「統合腫瘍学」、本邦初の教科書

がんの統合医療

Integrative Oncology

▶オックスフォード大学出版より発売された定評ある原著の邦訳版。西洋医学とそれを補うエビデンスに基づいた医療としての補完代替医療との有機的な結びつきを目指す統合腫瘍学。がんをテーマとして解説、ヒト臨床試験の結果を中心に蓄積された文献やデータベースに基づいた最新の情報を掲載。がん診療に関わる医師を中心に、看護士、薬剤師等が関心し関連した医療従事者全般に向けた、本邦初、国内唯一のテキスト。

監訳
伊藤 陽子
上島 悦子
大分大学医学部付属病院
生体細胞増殖学講座 教授
大分大学医学部付属病院
がんセンターがん研究科 教授

定価6,300円(本体6,000円+税3%)
A5変 四632 B105 2010年
ISBN 978-4-69592-653-9

第29回日本社会精神医学会：

シンポジウム1 いきるを支える—若年者の自殺予防に向けて

若年自殺既遂者の心理社会的特徴と 予防対策

勝又陽太郎

■第29回日本社会精神医学会：シンポジウム1 いきるを支える—若年者の自殺予防に向けて

若年自殺既遂者の心理社会的特徴と予防対策

勝又陽太郎

索引用語：若年自殺既遂者，心理学的剖検，危険因子

young suicide completers, psychological autopsy, risk factor

1. 若年自殺者の動向

わが国では青少年の自殺死亡率は中高年や高齢者と比べて低いものの、10代後半から20代にかけての各年代で、自殺は死因の第1位を占めており¹⁾、決して過小評価すべき問題ではない。また、1998年の自殺者急増以降、わが国では自殺者の中で大きな割合を占める中高年世代に主たる関心が向けられてきたが、実は、一貫して自殺死亡率が増加傾向を示し続けてきた年代は、自殺総合対策大綱において「青少年」として一括されている30歳未満の青年および若年成人である³⁾。にもかかわらず、わが国において青少年の自殺既遂に関する実証的知見は決して多いとは言えない。

本論では、まず、主として海外の先行研究の知見をもとに、これまで明らかになっている若年者の自殺の危険因子について整理した後、筆者らがこれまでに行った心理学的剖検調査の結果をもとに、わが国における若年自殺既遂者の心理・社会的特徴および若年者の自殺に対する介入ポイント

について論じる。

2. 若年者の自殺の危険因子

主として海外で実施された先行研究によれば、若年者の自殺の危険因子は多岐にわたっている。年齢にかかわらず、将来の自殺行動を予測する最も重要な指標は過去の自殺企図歴であり^{5,9)}、未成年者において自殺企図歴を認める場合、男子で30倍、女子で3倍も自殺率が高まるといった研究報告もある¹³⁾。

精神障害への罹患も、他の年代同様、若年者にとっても自殺既遂を予測する重要な危険因子であり、気分障害、物質関連障害、不安障害、パーソナリティ障害などが自殺既遂と密接に関連しているとされ、重複障害も多くの事例で認められる^{5,9)}。同様に、成人を対象とした研究では極度の衝動性や攻撃性といったパーソナリティのスタイルが自殺企図の危険を高めていることが示唆されているが⁹⁾、思春期の自殺行動に関してもこうした衝動性や攻撃性の影響は大きく、行為障害などの破壊的行動障害への罹患が自殺企図と強く関連していることが明らかにされている⁵⁾。

また、同性愛や両性愛といった性的志向が自殺行動を予測することも明らかにされている⁵⁾。思春期の同性愛者は、異性愛者に比べて自殺未遂に及ぶ率が2倍～6倍も高いということが明らかにされているが⁹⁾、こうした自殺未遂の危険は、カミングアウトをする18歳～19歳ころに最も高くなるとの報告もある⁴⁾。

英文タイトル：Psychosocial and psychiatric characteristics of young suicide completers and prevention of suicide among young Japanese people

著者連絡先：勝又陽太郎（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）

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

TEL: 042-341-2711 FAX: 042-346-1884

E-mail: ykatsu@ncnp.go.jp

Corresponding author: Yotaro Katsumata

Center for Suicide Prevention

National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

若年者の自殺をめぐっては、周囲の環境やその環境との相互作用の中で生じる問題も無視できない。中でも最も注目すべき問題は、家族に関連した問題であり、自殺の家族歴、家族内の葛藤、被虐待経験、ホームレス状態といった要因が若年者の自殺に関連しているとの研究報告はこれまでも数多くなされている^{5,9)}。また、若年者にとって家族同様に重要な環境である学校との関連においても、ドロップアウトの問題(学業不振や退学、長期欠席)²⁾、いじめ被害の経験等が将来の自殺企図に関連しているとの報告も見うけられる⁸⁾。さらに、若年者の自殺を論じる上で忘れてはならないのが、自殺の「感染」あるいは「群発自殺¹⁴⁾」と呼ばれる問題である。思春期は全年代の中で自殺行動が群発する最も危険の高い年代であり、家族のみならず周囲の友人の自殺行動によって影響を受けるだけでなく、メディアによる自殺報道からも大きな影響を受けることが指摘されている^{5,9)}。

若年者の中でも、とりわけ未成年者の自殺は「いじめ自殺」のように単一の要因のみを取り上げて報道されることも多いが、自殺に関連する要因は先に示した通り多様であり、これらの要因が複数絡み合って生じるのが自殺という現象である。多くの先行研究の知見からは、長期にわたって認められる危険因子に直近の危険因子が加わった場合に自殺の危険が高まるとされており⁹⁾、若年者の自殺の危険性をアセスメントする際にも、こうした危険因子が存在するか否かのみではなく、どのように関連し合っているのかを時間軸の中で立体的に把握する必要がある。

3. 日本における心理学的剖検研究

さて、これまで主に海外で行われた研究をもとにして若年者の自殺の危険因子について論じてきたが、ここからは筆者らが行った国内での調査結果をもとにして若年自殺既遂者の心理・社会的特徴について考察を進めていきたい。調査結果の提示に先立ち、ここではまず「心理学的剖検 (psychological autopsy)」と呼ばれる手法を用い

て筆者らが行った自殺の実態調査の概要について簡単に触れておくことにする。

「心理学的剖検」とは、自殺者の遺族や生前関係のあった周囲の人から情報を得ることによって、自殺の背景要因や自殺に至った経緯を明らかにする研究手法であり、これまでも世界各国で同様の手法を用いた自殺の実態調査が実施されてきた。筆者の所属している研究班では、2005年度からこの心理学的剖検の手法を用いた自殺の実態調査研究の準備を進め、2007年度からは「自殺予防と遺族支援のための基礎調査(以下、『基礎調査』と略)」の名称で、本格的な調査に取り組んできた¹⁵⁾(図1)。

この基礎調査では、精神保健相談や遺族の集いなどを通じて、各地域の精神保健福祉センターなどにつながったご遺族のうち、遺族ケアなどの提供を通じて調査に耐えられる心理状態にあると判断された方から調査にご協力をいただいた。また、実際に調査にあたるのは、法律によって守秘義務を課せられているとともに、必要に応じて適切な心理的ケアを提供することができる、精神科医や保健師などの専門職であり、調査に先立って3日間の調査員トレーニングを受講してもらった。なお、調査は、2009年12月末までの段階で76事例の面接調査が完了しており、現在様々な観点から解析を進めているところである。

また、筆者らの研究班では、基礎調査において得られた自殺事例の解析に並行して、症例対照研究のデザインでの調査・解析も進めている⁷⁾。具体的には、基礎調査にて2008年1月～2009年7月までに収集された20歳以上の自殺事例群49例と年代(同一5歳階級)・性別・地域が一致する生存事例を対照群として抽出し、抽出された対照事例の成人の同居者1名(配偶者、父母、子、その他の順の優先順位)から事例群(自殺既遂者)と同様の面接票を用いて情報収集を行い、事例群と対照群のデータの比較を行っている。

以上の調査概要を見ておわかりのとおり、この調査にはサンプル数や情報収集源など数多くの方法論上の限界があり、この結果をすぐにそのままが国の自殺者の特徴として一般化できるもので

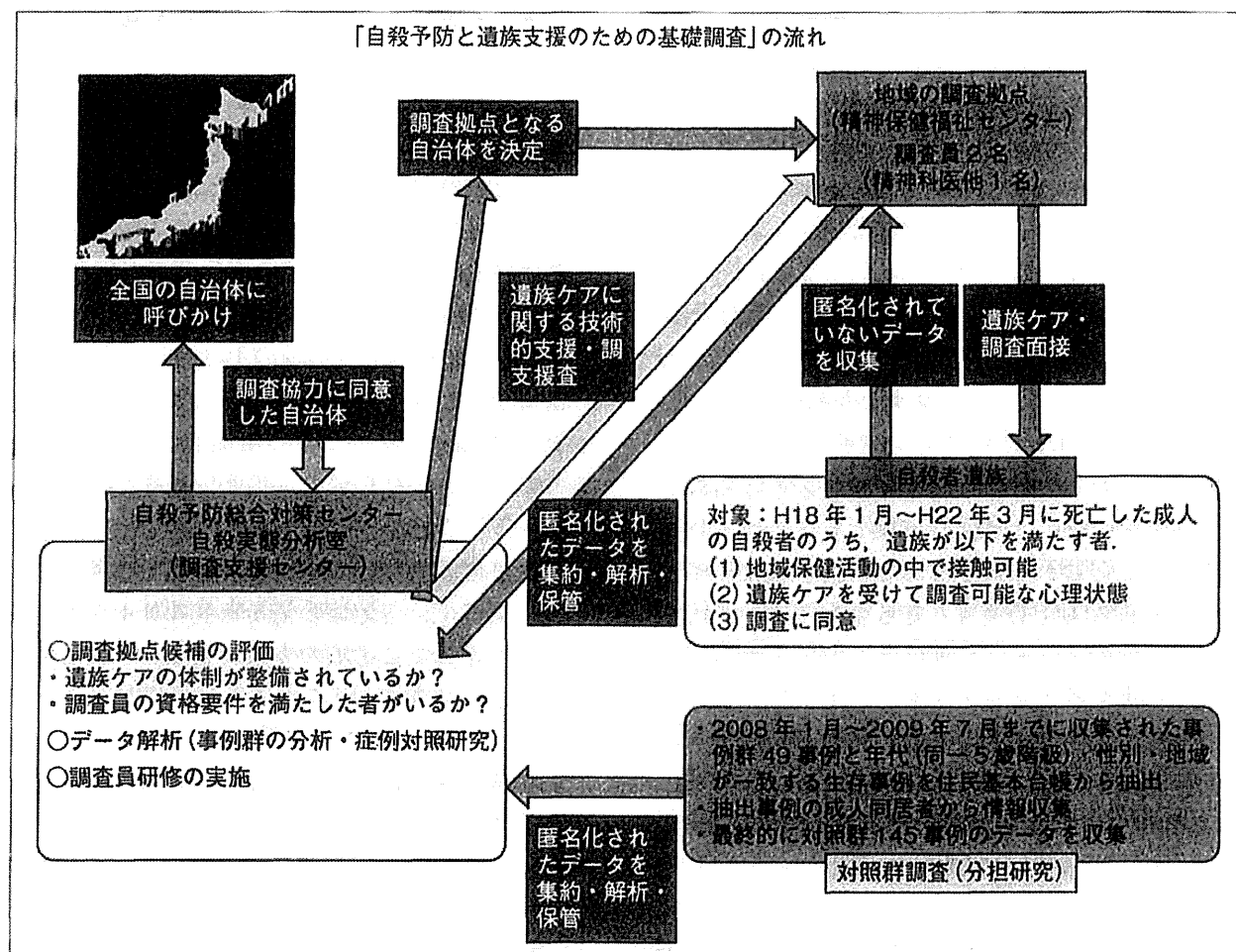


図1 「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の概要

はないことに注意する必要がある。しかしながら、自殺既遂者に関する実証的知見は国内に数少ないため、本論ではこの基礎調査の結果を中心に若年自殺既遂者の心理・社会的特徴および若年者の自殺予防の介入ポイントについて論じることにした。

4. 心理学的剖検調査から見てきた若年自殺既遂者の特徴と介入ポイント

基礎調査で得られた情報をもとに、まずは、青少年事例における生前の精神医学的問題について整理を行った。死亡時の精神障害への罹患は青少年事例全体の8割の者に認められ、主診断の半数以上がDSM-IVの気分障害の診断に当てはまっ

た¹²⁾。また、重複障害は約3割の事例において確認された¹²⁾。

海外の先行研究でも自殺既遂の危険因子として重要視されている生前の自傷行為や自殺未遂歴は、6割の事例において認められた¹²⁾。さらに、18歳未満での親との離別経験と精神障害の家族歴がいずれも5割前後の事例に認められ、いじめや不登校などの学校生活上の問題についても4割から5割の事例において確認された¹²⁾。こうした複雑な家庭状況や学校生活上の出来事が若年者の自殺に影響を与えることは、先に示した先行研究でもすでに指摘されていることではあるが、基礎調査では男子に比べて女子の事例においてこうした危険因子が数多く累積している傾向が見られた。

さて、基礎調査で収集された自殺事例のうち、

半数の者は死亡前1年以内に精神科を受診していたことが明らかにされている¹²⁾。もちろんこの調査におけるサンプルの偏りは顕著であり、結果の解釈に注意を要することは言うまでもないが、これら生前に精神科を受診していた事例の特徴を非受診群と比較して見てみると、比較的若年の成人事例が多いことが明らかとなった⁶⁾。また、精神科に受診していた事例では、死亡時の精神障害の診断で統合失調症への罹患が推測される者も少なくなく、比較的継続的な治療関係を持っていたが、最後の行動には治療薬の過量摂取の影響が疑われる事例も多かった^{6, 12)}。

さらに、死亡時の就業状況から基礎調査で情報を収集した自殺事例の特徴を見てみると、有職者では既婚の中高年事例が多かったのに対して、無職者では未婚の若年事例が多いという結果が得られた^{1, 12)}。

症例対照研究の結果からは、中学生以前の学校でのいじめ・暴力被害や両親からの暴力・無視の経験が、成人になってからの自殺の危険因子であることが明らかとなった⁷⁾。これらの結果は青少年事例に限定した解析によるものではないが、海外の研究成果とあわせて考えれば、こうした幼少期の被害体験がわが国の青少年の自殺にも関連していることが推察される。

以上、基礎調査の結果から得られた青少年自殺者の特徴を踏まえ、現段階で青少年の自殺予防の介入ポイントとして考えられるのは以下の3点である。第一に、教育機関や地域の保健医療機関との連携による精神障害の早期発見・早期治療の促進、および人生早期から多くの困難を抱えた者に対する縦断的・横断的な連続性をもった支援サービスの充実である。第二に、統合失調症患者の自殺への対応である。古くより統合失調症患者の自殺を予測することの難しさは多くの精神科医によって指摘されているが、今後の自殺予防研究や臨床実践において避けては通れない課題であることは間違いないだろう。最後に、向精神薬の誤用を防ぐための対策である。精神科に受診することで皮肉にも「過量服薬の道具」へのアクセスを容易にしてしまうことがないようにする必要がある

だろう。

5. まとめ-自殺予防対策における学校と精神保健との連携可能性-

先にも述べたとおり、自殺は多様な危険因子が複雑に関連し合って生じる現象である。自殺を防ぐためにはこうした様々な危険因子に対して介入可能な専門家同士の連携が必要不可欠であるが、若年者に限らず、どの年齢層の自殺においても精神障害が共通の危険因子であることを踏まえれば、精神保健従事者と他の専門家や専門機関との効果的な連携が、今後のわが国の自殺予防対策においても重要な鍵となるように思われる。特に若年者の自殺予防という観点からは、精神保健従事者と学校(教育機関)との連携は欠かせない。ここでは筆者の教育現場での経験をもとに、先に介入ポイントの一つとして示した精神保健と学校との連携可能性について論じることで、本論のまとめとしたい。

精神保健と学校との連携のあり方を考える際、まず第一に、精神保健の専門家や専門機関が学校での援助の限界を補うという視点をもった関わりが可能であろう。学校における教育相談の構造は、当然のことながら専門の援助機関よりもはるかに不安定である。また、児童・生徒に対してどんなに専門的援助が必要であったとしても、当該学校への所属関係がなくなってしまうと学校側が継続的に援助に関わることは難しくなる。したがって、こうした学校としての援助の限界を補う形で地域の精神保健の専門家や専門機関が学校に関わるといった役割は重要だろう。また、近年、学校の中でも総合学習の時間などを活用した一般児童・生徒向けの「こころの健康授業」等の需要が増えてきている。自殺総合対策大綱には、「児童生徒に対する自殺予防に資する教育や普及啓発の実施」が明記されていることから¹⁰⁾、今後、学校によっては、こうした「こころの健康授業」の一環として自殺予防を目的とした授業を計画する場合に、地域の精神保健の専門家が連携を深めていく余地は十分にあるだろう。ただし、こうした

取り組みを行う際にも学校の「教育の場」としての位置付けを忘れてはならない。具体的には、専門機関が行う治療・援助であっても、学校という場が持つ「成長モデル」に合致する形で、児童生徒の「成長」や「発達」に寄与するような関わり方や説明を意識する必要があるのではないだろうか。

第二に、地域の精神保健の専門家の側から、情報収集源や他の地域資源にアクセスするための媒体として学校を積極的に用いるといった関わり方も可能かもしれない。学校は、確かに「援助資源」としてみなすには脆弱であるが、一方で、学校は親や他の地域の大人と接触することが容易であるとともに、教師も含めた複数の大人が子どもの日常生活に直接関与できるため、学校と連携することによって、子どもや周囲の環境に関する細かな情報収集が可能となり、学校を介して他の地域資源とも連携できる可能性を秘めていると思われる。

ここまで精神保健と学校との連携のポイントを示してきたわけであるが、実は自殺の危険性が高い事例のように、専門機関同士の連携が必要と思う事例ほど、実際の連携は難しい、と筆者自身は感じている。その背景要因は多様であるが、一つの大きな要因として困難な問題を抱えた子どもの親や他の家族も子ども同様に困難な問題を抱えており、心理的、経済的な面で子どもの援助資源として期待ができないといった状況が挙げられる。さらに、子ども自身が未成年者であることも他の援助機関との連携を妨げる障壁となり、まさに「援助不足の負の連鎖」が生じてしまうのである。こうした困難な事例が学校内で事例化した際に円滑な連携体制をとれるようにするためにも、日ごろから精神保健の専門家が学校と継続的な交流を行い、学校を一つの資源とした地域のセーフティネットを構築しておくことが必要と思われる。

文 献

- 1) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他: 死亡時の就労状況から見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, 公衆衛生学雑誌, (印刷中)
- 2) Bridge, J.A., Goldstein, T.R., Brent, D.A.: Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47: 372-394, 2006
- 3) 藤田利治: 自殺対策のための自殺死亡の地域統計. 2009 (web page: <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/genjo/toukei/index.html>)
- 4) Garofalo, R., Wolf, R.C., Wissow, L.S., et al.: Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 153: 487-493, 1999
- 5) Hawton, K., van Heeringen, K.: Suicide. *Lancet* 373: 1372-1381, 2009
- 6) 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他: 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 18: 341-351, 2010
- 7) 川上憲人, 江口のぞみ, 土屋政雄, 他: 心理学的剖検の症例対照研究. 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. 総括・分担研究報告書, 145-182, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2010
- 8) Klomek, A.B., Sourander, A., Niemelä, S., et al.: Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 48: 254-261, 2009
- 9) Miller, A.L., Rathus, J.H., Linehan, M.M.: *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents* (高橋祥友 訳: 弁証法的行動療法 思春期のための自殺予防マニュアル) 金剛出版, 東京, 2008
- 10) 内閣府: 自殺総合対策大綱, 2007
- 11) 内閣府: 平成21年版自殺対策白書, 2009
- 12) 松本俊彦: 心理学的剖検における精神医学的診断の妥当性と数量的分析に関する研究. 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. 総括・分担研究報告書, 67-143, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2010
- 13) Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., et al.: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry* 53: 339-348, 1996
- 14) 高橋祥友: 自殺の危険. 金剛出版, 東京, 1992
- 15) 竹島 正: 心理学的剖検の実施および体制に関する研究. 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. 総括・分担研究報告書, 9-65, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2010



心理学的剖検

勝又陽太郎 竹島 正

Key Words

psychological autopsy, risk factor, suicide

1 はじめに

Psychological Autopsy (心理学的剖検)は、自殺者と生前に関係のあった周囲の人(家族、友人、知人、同僚、主治医など)から、故人の生前の様子を詳細に聞き取って自殺の背景要因を明らかにする調査手法であり、現在では自殺予防対策の基礎となる自殺の実態を把握するためのデータ収集法として広く世界的に用いられている。本論では、世界および日本における心理学的剖検の歴史的展開と、心理学的剖検研究の貢献および限界について総括を行うとともに、今後の展望について考察を行う。

2 Psychological Autopsyの歴史

1. 起源

Psychological Autopsyという言葉は、アメリカの著名な自殺学者である Shneidman による造語であり、1958年にロサンゼルス郡検死官事務所からの依頼を受けた Shneidman らが、不審死の死因を明らかにすることを目的として開発し

た調査的アプローチを指す¹³⁾。

1950年代当時のロサンゼルスでは、ヘロインなどの違法薬物やバルビタール剤やトランキライザーといった処方薬を使用した者の死亡例が数多く見られたが¹⁴⁾、こうした薬物による死亡の多くは、事故死なのか自殺死なのかを判別しがたいものであった。死を正確に分類・登録し、統計資料を作成することは、公衆衛生上の問題への介入や犯罪の抑止といった行政施策の観点からも重要な意味を持つわけであるが、基盤となる統計資料の精度を上げるためにも、不審死を正確に分類することは必要不可欠な作業だったわけである。

Shneidman が用いた死の分類は、自然死(natural death)、事故死(accidental death)、自殺(suicide)、他殺(homicide)のそれぞれの頭文字をとってNASH分類と呼ばれている¹³⁾。従来から検死業務に携わっていた病理学者らは、死亡事例に見られる内臓疾患や身体損傷、臓器の機能不全や死亡前に用いられた科学物質といった客観的な死の原因については、ある程度正確に特定することができた。しかしながら、特に、自殺であったかどうかの判別には、死の「意

Psychological Autopsy

KATSUMATA Yotaro and TAKESHIMA Tadashi 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 [〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1]

図」や「動機」といった心理学的な要因を検討する必要がある。同じ溺死であっても、それが偶然川に落ちて溺れたのか(事故死)、自ら川に飛び込んで溺れたのか(自殺)、あるいは誰かに川に突き落とされたのか(他殺)といった死の様式について明らかにすることは困難を伴った。Shneidmanは故人の生前の様子をよく知る人物から故人の情報を聞き取る心理学的剖検の手法を用いて、不審死における死の意図について検討し、病理解剖やその他の検査所見とあわせて最終的な死亡判定に貢献したのであった。

2. 自殺予防研究における方法論の発展

先に示した通り、心理学的剖検の当初の目的は検死の援助にあったが、その後、この調査手法は自殺予防研究へと応用されるようになっていった。現在、心理学的剖検は、自殺予防研究の分野において、「自殺で遺された人に対して、故人の生前の情報を、後方視的(retrospective)に聞き取る」というデータ収集方法の総称を指すものとして用いられている。このように、心理学的剖検が自殺予防研究における1つの「調査方法論」としてその位置を確立するに至るプロセスの中で、後述するRobinsらの研究は¹²⁾、遺族への聞き取りにおいて構造化面接を採用するなど科学的な研究デザインの流れを作ったという意味で、心理学的剖検を自殺予防研究に应用する際の方法論的発展に大きく寄与したと思われる。

Robinsらは、1956年5月から1957年5月までの1年間に、セントルイス地域において検死官が自殺と判断した134事例を対象に、死亡前の精神医学的診断、自殺意図の表出、過去1年以内の受診行動などについて検討を行った¹²⁾。データの収集は、死亡後数週間から数カ月の間に親しい友人あるいは親族に対して主たる調査面接を行ったうえで、その他の関係者からも補足的に情報を収集し、さらに病院の受診記録なども資料として用いた。このとき、主たる調査面接で用いられた質問項目の95%以上の項目は、「はい」もしくは「いいえ」で回答する構造化された

質問形式が採用されていた。

心理学的剖検の手法を用いて自殺の背景要因を明らかにする研究は、こうして1950年代後半から対照群をおかない記述的な研究デザイン(第1世代の心理学的剖検研究)で開始された⁹⁾。その後、1990年代以降は、心理学的剖検を利用した症例・対照研究(case-control study)のデザインが採用されるようになり(第2世代の心理学的剖検)、生存事例あるいは他の死因による死亡事例を対照群として設定し、自殺事例と同様の調査を実施して結果を比較することで、自殺の危険因子を統計的に明らかにする試みが世界各国で行われている⁹⁾。

3 心理学的剖検の適用

1. 心理学的剖検の役割と貢献

繰り返しになるが、心理学的剖検の当初の目的は自殺による死亡かどうかの判別にあった。その意味で、自殺の判別の精度を高めたことは、まずもってこの手法の大きな貢献の1つとして挙げられるだろう。その後、心理学的剖検は自殺予防研究においても大きな役割を果たすこととなったわけであるが、その中でも特に、数々の自殺の危険因子(risk factor)を明らかにすることに貢献した意義は大きい。

心理学的剖検によって明らかにされた自殺の危険因子は多岐にわたっており^{3,10)}、その詳細については割愛するが、ここでは危険因子の1つである自殺前の精神医学的問題に関して、心理学的剖検を用いた研究成果について簡潔に触れておくことにする。

Bertoloteらは¹⁾、1959年から2001年にかけて世界各国で出された32の心理学的剖検を用いた研究論文に関してレビューを行い、全部で15,629の自殺事例を抽出し、生前一度でも精神科受診が認められた自殺者(7,424事例)の精神医学的診断と、一般人口における自殺者(8,205事例)の精神医学的診断についてそれぞれまとめた。その結果、90%以上の自殺者に生前の精

神疾患が認められ、両群においてうつ病などの気分障害が最も多く確認された。また、統合失調症は精神科受診事例において2番目に多かったが、一般人口における自殺事例では4番目の多さであった。さらに、物質関連障害は、一般人口における自殺事例では2番目に多かったが、精神科受診事例では6番目の多さであり、気分障害と物質関連性障害の合併が、一般人口における自殺事例で最も多く確認された。こうした知見は、自殺予防対策における精神医学的な治療の重要性を提起するための重要な資料として活用された²⁾。

4 日本における心理学的剖検

「Psychological Autopsy」を「心理学的剖検」と邦訳し、日本に心理学的剖検の手法を最初に紹介したのは、1966年からロサンゼルス自殺予防センターでShneidmanと仕事をともにした経験を持つ、大原健士郎であった³⁾。しかしながら、その後、日本における心理学的剖検を用いた自殺予防研究は、公表されている論文を調べる限りではごく少数にとどまっております⁴⁾、日本での大規模な心理学的剖検研究の実施は困難であるといわれてきた⁵⁾。

1998年の自殺者急増以降、国を挙げての自殺対策の推進が必要との認識から、2006年6月には参議院内閣委員会委員長提出による自殺対策基本法が公布、同年10月には施行となり、自殺予防対策に関する法整備が進められた。さらに、2007年6月には、自殺対策基本法に対応した政府の総合的な自殺対策の指針である、自殺総合対策大綱が閣議決定された。こうした国の総合的な自殺予防対策の中で、自殺の実態把握は重要な施策の1つとして位置付けられているが、そのための方法論として、自殺総合対策大綱の中では、「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入のポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的

剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」と心理学的剖検の手法について明記されている。

このような日本の自殺予防対策における自殺の実態把握の要請に応えるべく、わが国では、2005年から国立精神・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（現・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）を中心に、心理学的剖検を用いた全国規模の調査研究が進められてきた。この研究では、まず、北京自殺研究・予防センターで実施された心理学的剖検全国調査票をもとに独自の面接票が開発され、2005年にはフィージビリティスタディ（実現可能性調査）が実施された。さらに、2006年には、サンプル数を増やしてパイロットスタディが実施され、個々の事例の検討と同時に、症例・対照研究のデザインで定量的な解析も行われた。そして、2007年から2009年にかけては、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」と名称を改め、全国53の調査地域で本格的な調査が行われた。この調査の成果は、論文として国内外のさまざまな学術雑誌に掲載されているとともに、自殺対策白書にも「自殺予防のための介入ポイント」として公表されている⁶⁾。

5 心理学的剖検研究の限界と自殺予防研究における方法論の相対化

さて、自殺予防研究において重用されてきた心理学的剖検であったが、当然のことながら方法論的な限界も数多く指摘されている¹⁰⁾。そもそも心理学的剖検で用いる主なデータは亡くなった本人からではなく家族や知人からの聞き取り調査によるものであり、しかも後方視的に自殺者の人生を再構築する方法であるため、聞き取った情報には振り返りのバイアスが生じることになる。したがって、多角的に多くの情報を集めることで、データの精度を高めることはできたとしても、自殺者本人が実際に経験したすべての出来事を把握することは原理的に不可

能である。また、調査の項目や手続きが標準化されているわけではないため、研究間でばらつきが生じてしまうといった問題点も指摘されている。特に、調査対象者の選定方法や調査員の聞き取り能力、あるいは設定する対照群の属性によっても、結果に影響が出ることが懸念される。さらに、心理学的剖検では、親しい人の自殺を経験し、精神的な衝撃を受けたと想定される人を調査対象者とするため、倫理的な観点から情報収集以前に対象者の心理的なケアが前提となることはいうまでもない¹⁰⁾。

このように心理学的剖検には方法論上の限界はあるものの、数多くの自殺予防研究に用いられてきた背景には、それ相応の理由があるからだと考えられる。心理学的剖検以外の自殺の背景要因を明らかにするための研究手法としては、ある特定の集団を前向きな時間軸で追跡するコホート研究、人口動態統計などのマクロな統計資料を用いた記述疫学的な研究、それから自殺未遂などの代理変数を用いた研究のおよそ3つの方法が挙げられる。コホート研究は、おそらく現状考えられる中で最も科学的精度の高い研究デザインではあるが、研究にかかるコストが大きいことや研究結果が得られるまでに時間がかかってしまうため、自殺対策のような緊急に対処する必要がある問題にはなかなか適用しにくい。また、記述疫学的手法は、限られたマクロ統計資料から全体的な自殺の動向を把握するにとどまり、自殺の背景要因や自殺に至るまでの過程を詳細に検討することはできない。一方、自殺未遂などの代理変数を用いた研究では、自殺を企図した本人からの聞き取りが可能であるため、一見するとよい結果が得られそうではあるが、実際の既遂者は世界各国ほぼ共通して男性が多いにも関わらず、未遂者では女性が多いといったことから、そもそも対象の母集団が異なっているのではないかとの指摘もある。こうして考えてみると、心理学的剖検による後方視的な研究は、自殺既遂者の詳細な背景情報をもとに比較的短期間で結果を示すことが

可能であり、緊急性の高い自殺予防対策に対応するための「現実的」な自殺の実態把握方法であるといえるだろう。

6 心理学的剖検研究の展望

自殺は単に1つの原因から生じるわけではなく、その背景にさまざまな要因が関連しているという認識は、すでに自殺問題に関わる研究者の間では常識的な考え方である。先にも述べた通り、これまで多くの心理学的剖検研究(特に症例・対照研究)によって、精神医学的問題をはじめとした、数多くの危険因子が明らかにされてきた。しかしながら、自殺という現象を危険因子の有無だけで説明することは、はたして可能だろうか。自殺者の多くが複数の危険因子を抱えていたことはすでに研究によって明らかにされているが¹⁰⁾、危険因子を多く抱えているからといってすべての人が自殺をするとは限らない。このことを説明するためには、危険因子と同様に、自殺行動を抑制させるような保護因子(protective factor)の役割を明らかにする必要があるとともに、自殺に至るまでの時間的な経過の中で、危険因子や保護因子がどのように相互作用していたのかについても十分考慮に入れる必要があるだろう。近年、定量的研究に並行した形で、こうした自殺の背景にある複雑なプロセスを扱う定性的研究の試みもいくつか見られるようになってきた⁷⁾。第一世代の心理学的剖検研究は個々の自殺の背景要因の有無を見いだし、第二世代の研究では各要因が自殺に特化した要因なのかどうかを(すなわち危険因子なのかどうかを)数量的に明らかにしてきた。こうした研究の積み重ねを踏まえたうえで、今後は、各要因間の詳細な横断的・縦断的関連性を明らかにしていく第三世代の心理学的剖検研究へと、さらなる研究方法の発展が期待される。

文献

- 1) Bertolote JM, Fleischmann A : Suicide and psy-