

Table 3. (Continued)

	Total n	n (%)	Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
History of self-cutting						
Yes	36	14 (38.9)	0.92 (0.31–2.71)	0.879		
No	22	9 (40.9)	(Reference)			
History of suicide attempt						
Yes	49	24 (49.0)	5.76 (1.16–28.48)	0.032	4.02 (0.69–22.23) [†]	0.120
No	14	2 (14.3)	(Reference)		(Reference)	
Jumping						
Yes	7	5 (71.4)	4.17 (0.74–23.4)	0.105		
No	56	21 (37.5)	(Reference)			
Hanging						
Yes	7	4 (57.1)	2.06 (0.42–10.10)	0.373		
No	56	22 (39.3)	(Reference)			
Gas						
Yes	2	0 (0.0)	–	–		
No	61	26 (42.6)	–			
Other suicide attempt						
Yes	6	2 (33.3)	1.45 (0.25–8.60)	0.679		
No	57	24 (42.1)	(Reference)			

[†]Adjusted for psychiatric diagnosis and history of suicide attempt. [‡]Adjusted for history of admission in psychiatric department and suicide intent at recovery. [§]Adjusted for psychiatric diagnosis. [¶]Adjusted for history of admission in psychiatric department.
 ADES, Adolescent Dissociation Experience Scale; CI, confidence interval; K10, Kessler Psychological Distress Scale; OR, odds ratio.

discharge. Contrary to expectations, depression at recovery was not associated with increased risk of reattempt of suicide during the follow-up period. Risk factors for attempted suicide might be different from those for completed suicide. Also, contrary to

expectations, dissociation at recovery was not associated with suicide attempt within a year after discharge although dissociation was seen as associated with suicidality in a previous study.²³ There may be several explanations for this. First, while the previous study

Table 4. Lethality of suicidal behavior before the index admission for drug overdose and after discharge

	Suicidal behavior within a year after discharge n (%)				Total
	Violent suicide attempt	Non-violent suicide attempt	Self-cutting	No suicidal behavior	
History of suicide attempt before the index admission					
Violent suicide attempt	6 (50.0)	2 (16.7)	2 (16.7)	2 (16.7)	12 (100.0)
Non-violent suicide attempt	2 (5.7)	14 (40.0)	6 (17.1)	13 (37.1)	35 (100.0)
Self-cutting	0 (0.0)	1 (14.3)	2 (28.6)	4 (57.1)	7 (100.0)
No suicidal behavior	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	11 (91.7)	12 (100.0)
Total	8	18	10	30	66

History of suicide attempt before the index admission was associated with suicidal behavior within a year after discharge ($P < 0.001$ in ordinal logistic regression).

utilized an outpatient clinic, we utilized the patients who were admitted to the emergency department due to drug overdose. The average level of dissociation in the participants of this study might be relatively high, and thus having dissociation might not predict reattempt. Second, the number of subjects might be too few to produce the statistical power to detect differences between groups based on those exposures. Unexpectedly, those who denied suicidal ideation at recovery were more likely to attempt suicide than those who mentioned suicidal ideation but denied suicidal behavior. There are at least two possible explanations for this. First, those who had affective instability denied suicidal ideation at recovery even though they had it when they attempted suicide. Affective instability was found to be a risk factor for suicide.²⁴ Second, those who denied their suicidal ideation might have a relatively high level of suicidal ideation and wanted to reject further help or to avoid admission to the psychiatric department, and therefore might not speak about their suicidal intent even though they had it. A negative relation between a higher level of suicidal ideation and help-seeking intentions was shown in the previous study.²⁵ However, there was no significant difference of distributions of the patients who denied their suicidal ideation at recovery between the follow-up patients and those lost to follow up, which might be due to the small number of samples. Future study should utilize more samples and investigate help-seeking intention of the patients. Third, denial of suicidal ideation might reflect a 'cathartic effect' of suicide attempt (decreased suicidality following a suicide attempt).²⁶

We found that the lethality of the previous suicide attempt was associated with the lethality of suicidal behavior after discharge. This result is consistent with a previous study, which showed that the worst suicidal ideation in life was associated with an increased risk of suicide.²⁷ Also, it is possible that patients with an aggressive personality tend to repeat a violent method in attempting suicide.²¹

There are several limitations to this study. Because the participants were recruited from only one hospital in Tokyo, it is unlikely that the results of this study can be generalized to the whole of Japan. As there were 55 patients who were potentially eligible but not included in the cross-sectional survey, there might be a possibility of selection bias despite some similarities in demographic characteristics between participants and non-participants in the survey.

Among 190 patients admitted due to overdose, only 66 patients (35%) were followed up. As the follow-up rate was low, the suicide rate might be either overestimated or underestimated. The rate might be underestimated because a study following up self-poisoning reported that the least cooperative patients tended to repeat their acts of self-poisoning.²⁸ On the other hand, the suicide rate might be overestimated because more seriously ill patients might keep going to psychiatrists and be followed up. We did not obtain the information on how many reattempts have been conducted by each patient during the follow-up period. Because the sample was relatively small, the statistical power may be low. In addition, considering the low follow-up rate, the findings from this study should be interpreted with caution. Further, because we did not obtain information about what kinds of interventions (i.e. psychotherapy, case management, only medication) have been conducted for each patient during the follow-up period, we could not evaluate the effects of those interventions.

Even taking these limitations into consideration, the suicide rate within a year after admission for self-poisoning was substantial. This means that clinicians in Japan should carefully evaluate the suicide risk of patients who are admitted for drug overdose. As psychiatric diagnosis of personality disorder and denial of suicide intent at recovery were associated with increased risk for suicide attempt after discharge, these factors may be more reliable than mental health status at recovery when predicting future suicide attempt. As this study showed that a history of lethal suicidal behavior was associated with lethal suicidal behavior after discharge, clinicians should be especially careful about patients with a history of suicide attempts using lethal methods even though they remain engaged in psychiatric services. This may also mean that medication is not enough to prevent repetition of a violent suicide attempt, and that social and psychological supports, such as case management and intensive contact, are required to prevent the suicide of patients with a history of suicide attempt.^{9,29}

A similar study with more participants and a more efficient follow-up method is required to obtain more precise information about the incidence and risk factors for suicide within a short period after self-poisoning. Also, the effectiveness of social and psychological support for suicide attempters by drug overdose, in addition to psychiatric medication, should be investigated.

Conclusions

The rate of fatal and non-fatal suicide attempt within a year after admission for self-poisoning was substantial. Psychiatric diagnosis of personality disorder and denial of suicide intent at recovery were associated with increased risk for repetition of suicide attempt after discharge. Clinicians should pay attention to the means of previous suicide attempts because lethality of previous suicide attempt before the index admission was associated with lethality of suicidal behavior after discharge.

ACKNOWLEDGMENTS

This study was supported by a grant for hospital research at Tokyo Metropolitan Fuchu Hospital in 2008 and 2009. We would like to thank the psychiatrists at Tokyo Fuchu Metropolitan Hospital for their cooperation and assistance in conducting this research. All of the authors declare that there is no conflict of interest.

REFERENCES

1. Japan Cabinet Office. Annual report on suicide prevention measure in 2011; 2011.
2. World Health Organization. protocol of SUPRE-MISS; 2002.
3. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br. J. Psychiatry* 2003; 182: 537–542.
4. Nordström P, Samuelsson M, Åsberg M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 91: 336–340.
5. Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *Br. J. Psychiatry* 1988; 152: 359–366.
6. Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lonnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study. *Am. J. Psychiatry* 2004; 161: 562–563.
7. Owens D, Wood C, Greenwood D, Hughes T, Dennis M. Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study. *Br. J. Psychiatry* 2005; 187: 470–475.
8. Nakagawa M, Kawanishi C, Yamada T *et al.* Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: A retrospective chart review. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 32.
9. Nakagawa M, Yamada T, Yamada S, Natori M, Hirayasu Y, Kawanishi C. Follow-up study of suicide attempters who were given crisis intervention during hospital stay: Pilot study. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2009; 63: 122–123.
10. Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H *et al.* Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: A pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 64.
11. Vijayakumar L, Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatr. Scand.* 1999; 99: 407–411.
12. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langstrom N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: National long term cohort study. *BMJ* 2010; 341: c3222.
13. Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, Andrews G. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol. Med.* 2003; 33: 357–362.
14. Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, Libero DZ, Smith SR. Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1997; 185: 491–497.
15. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ *et al.* Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol. Med.* 2002; 32: 959–976.
16. Rural and Regional Health and Aged Care Services Division. Victorian Population Health Survey 2001. Victorian Government Department of Human services; 2002.
17. Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M *et al.* The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2008; 17: 152–158.
18. Matsumoto T, Imamura F. Association between childhood attention-deficit-hyperactivity symptoms and adulthood dissociation in male inmates: Preliminary report. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2007; 61: 444–446.
19. Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A, Asami T, Iseki E. Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2004; 58: 191–198.
20. Umesue M. Dissociative experience scale. In: Nakatani Y (Series ed.) *Psychiatry Review*. Vol. 22. Life Science Cooperation, Tokyo, 1997; 98–100.
21. Dumais A, Lesage AD, Lalovic A *et al.* Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 1375–1378.
22. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry* 2002; 181: 193–199.
23. Foote B, Smolin Y, Neft DI, Lipschitz D. Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2008; 196: 29–36.
24. Neeleman J, Wessely S, Wadsworth M. Predictors of suicide, accidental death, and premature natural death in

- a general-population birth cohort. *Lancet* 1998; 351: 93–97.
25. Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Suicidal ideation and help-negation: Not just hopelessness or prior help. *J. Clin. Psychol.* 2001; 57: 901–914.
 26. Sarfati Y, Bouchaud B, Hardy-Baylé MC. Cathartic effect of suicide attempts not limited to depression: A short-term prospective study after deliberate self-poisoning. *Crisis* 2003; 24: 73–78.
 27. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat. Behav.* 1999; 29: 1–9.
 28. Gardner R, Hanka R, Roberts SJ, Allon-Smith JM, Kings AA, Nicholson R. Psychological and social evaluation in cases of deliberate self-poisoning seen in an accident department. *BMJ* 1982; 284: 491–493.
 29. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D *et al.* Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bull. World Health Organ.* 2008; 86: 703–709.

研究

報告

生前に自殺関連行動のあった事例の生存時間に影響する心理社会的要因*

心理学的剖検による検討

亀山晶子^{1,6)} 勝又陽太郎²⁾ 松本俊彦^{3,6)} 赤澤正人⁴⁾
 廣川聖子⁵⁾ 小高真美⁶⁾ 竹島 正^{6,7)}

抄録

精神医学 55 : 1155-1163 2013

本研究では、心理学的剖検の手法により収集された自殺既遂者のうち、生前に自殺関連行動のあった事例の情報をもとに、初回の自殺関連行動から既遂までの生存時間に関わる心理・社会的要因を検討した。その結果、中高年以上の者、アルコール関連障害のある者、自殺関連行動時に医療行為を受けていない者の生存時間が短いことが示された。したがって、後の既遂を防ぐためには、自殺関連行動時に救急医療機関などでの身体的治療に加え、アルコールの問題や精神的な問題についても注意深くアセスメントした上で、早期に適切な精神医学的対応を行っていくことの重要性が示唆された。

Key words

Suicide, Suicide behavior, Psychological autopsy

はじめに

WHO は自殺予防対策を全体的 (universal)、選択的 (selective)、個別的 (individual) の3つのレベルに分類し、各レベルの介入が一体となった包括的介入戦略を推奨している²⁵⁾。わが国の自殺予防対策では、2006年の自殺対策基本法成立以降、これまで全体的予防介入に多くの資源が投入されてきたが、今後の対策では特定のハイリスク要因を抱えた集団や個人に対する選択的・個別的

介入を拡充させていく必要性が指摘されており¹³⁾、実際2012年に見直された自殺総合対策大綱でも同様の方向性が示されている。

自殺のリスクを高める要因の中でも、過去の自殺企図歴は将来の自殺既遂を予測する上で特に重要なリスク要因である²⁰⁾。また、自殺を意図しない自傷行為であっても自殺企図のリスクが高いこと⁴⁾や、自傷行為が繰り返されるほど後の自殺のリスクが高まること²⁶⁾から、自殺予防のためには自傷行為から自殺未遂を含めた自殺関連行動

2013年3月13日受稿, 2013年9月24日受理

* Psychosocial and Psychiatric Factors Related to Survival Time of Suicide Completers with Suicide Behavior Episode : A study using a psychological autopsy method

1) 日本大学文理学部人文科学研究科 (〒156-8550 東京都世田谷区桜上水3-25-40), KAMEYAMA Akiko : Institute of Humanities and Social Sciences, College of Humanities and Sciences, Nihon University, Tokyo, Japan

2) 以下の著者所属, 英文表記は文末に掲載

0488-1281/13/¥500/論文/JCOPY

(suicidal behavior ; SB) を呈するものへの選択的・個別的介入が必須である。これまでのところ、わが国も含めた各国の自殺予防対策では、上記の自殺企図歴に着目し、救急救命センターにおける自殺未遂者への早期介入などによって自殺の再企図を減少させようという試みが数多く取り組まれている^{5,9)}。

とはいえ、集中的な個別的介入を SB に及んだ者のすべてに対して行うには、人的資源の限界がある。確かに SB 経験者は一般人口と比べて自殺のリスクが高い一群ではあるが、他方で、救命救急センターに搬送された自殺企図者の中で自殺既遂に至った者は約 1 割程度^{10,21)}にとどまり、介入の効率性という観点から、SB エピソードだけをもってただちに近い将来における自殺の危険因子と捉えることに疑義を唱える見解もある^{3,21)}。したがって効率よく介入を行うためには SB 経験者の中でも、近い将来、実際に既遂にまで至ってしまうような、特に重篤な事例の特徴を詳細に検討し、その介入方法をよりいっそう包括的かつ洗練させたものに発展させていく必要がある。

これまで、SB 経験者を対象とした先行研究から、SB を繰り返していることが自殺リスクを高め⁷⁾、さらに、SB を複数回繰り返す者ほど最後の SB から既遂までの時間が短くなることが明らかにされている²⁶⁾。しかし、実際の臨床場面では、こうしたリスク要因の有無の評価は将来の自殺リスクの高さを見積もる指標とはなり得ても、自殺既遂までの時間的切迫度を見立て、個々の切迫度に応じた対応方法を検討する際の指標としては不十分である。SB 経験者の中でも時間的切迫度の高い者をアセスメントするためには、SB 経験を有する自殺既遂者の情報をもとに、SB エピソードが確認された時点から自殺既遂に至るまでの時間を調べ、その長短に関連する要因を明らかにすることが有用と考えられる。特に、既遂までの時間の短さに関連する要因が明らかになれば、SB 患者のうち、より早期に重点的に個別的介入をする必要のある者を特定することができると考えられる。

以上のことから、本研究では、過去に SB 経験を持つ自殺既遂事例の情報を収集し、各事例の初回 SB から既遂に至るまでの時間に影響を及ぼす要因を明らかにすることによって、SB への介入による効果的な自殺予防対策について検討することとした。また、生存時間の長短に有意に影響を及ぼす要因について考察を行うことで、過去の SB という重大な自殺リスクを抱えた者に対して自殺予防のための介入を行うことができる時間を少しでも延長させるための手立てや、限られた時間の中で再度の自殺企図の危険性を可能な限り低減させるための手段について検討を行いたい。

方法

本研究は、心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」²³⁾(以下、基礎調査とする)から得られたデータをもとに分析を行った。本研究における方法を説明する前に、本研究の母体にあたる基礎調査²⁴⁾の概要について説明しておく。

1. 心理学的剖検の手法による「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」について

1) 対象

この調査は、基礎調査への協力が得られた 53 か所の都道府県：政令指定都市において、2007 年 12 月より実施されている。対象となる自殺事例は、53 か所の自治体において、2006 年 1 月～2012 年 3 月の間に地域住民から発生した自殺のうち、死亡後、各地域の精神保健福祉センターにおける個別の遺族相談もしくは遺族のつどいなどで、その遺族と接触のあった自殺者を対象候補者とした。その上で、遺族の精神状態が調査に耐える状況にあり、かつ調査協力で同意を得られた自殺既遂による死亡者を、最終的な対象とした。2012 年 3 月末時点で 33 地域計 96 事例の調査が完了している。

2) 方法

基礎調査では、対象者の遺族に対し、独自に作成された面接票に準拠した半構造化面接を行った。面接は、原則として精神科医と保健師などが

表 1 分析対象者の属性と SB の特徴, 既遂手段

	男性 (n=10)		女性 (n=11)		全体 (n=21)	
	人数	%	人数	%	人数	%
年齢						
～29 歳	3	30.0%	6	54.5%	9	42.9%
30～39 歳	2	20.0%	4	36.4%	6	28.6%
40 歳～	5	50.0%	1	9.1%	6	28.6%
SB 回数						
1 回	3	30.0%	5	45.5%	8	38.1%
2～5 回	7	70.0%	4	36.4%	11	52.4%
日常的	0	0.0%	2	18.2%	2	9.5%
初回 SB 手段						
縊首	1	10.0%	3	27.3%	4	19.0%
投身	0	0.0%	1	9.1%	1	4.8%
過量服薬	4	40.0%	1	9.1%	5	23.8%
自己切傷	4	40.0%	6	54.5%	10	47.6%
その他 (意図的な交通事故)	1	10.0%	0	0.0%	1	4.8%
既遂手段						
ガス	4	40.0%	0	0.0%	4	19.0%
縊死	4	40.0%	8	72.7%	12	57.1%
服毒	1	10.0%	0	0.0%	1	4.8%
過量服薬	0	0.0%	2	18.2%	2	9.5%
投身	0	0.0%	1	9.1%	1	4.8%

ら構成される 2 名の調査員によって行われた。調査員 2 名のうちの 1 名は必ず研究班の行った 3 日間の調査員トレーニング (遺族ケア, 調査の内容, 模擬面接) を修了した者とし, もう 1 名は調査員トレーニングのうち, 遺族ケアの研修内容を学習していることを必須とした。なお, 情報収集源となる遺族の条件としては, 死亡直前まで対象と同居もしくはそれに準じる緊密な接触があった者 1 名とし, 優先順位は配偶者, 父母, 子の順とした。

本研究は, 国立精神・神経センター (現, 国立精神・神経医療研究センター) 倫理委員会の承認を得て実施された。また, 調査の実施にあたっては, そのつど各地域の精神保健福祉センターにおいて継続的な遺族ケアを提供できる体制があることを確認した。

3) 面接票の調査変数と面接手続き

基礎調査で用いた面接票は, 北京自殺研究・予防センターの実施した心理学的剖検調査¹⁹⁾をもとに作成され, いくつかの改良を経てパイロットス

タディ¹²⁾によってその妥当性が確認されている。調査票は, 生活出来事, 特定の生活歴, 死亡の状況, 仕事の状況, 経済的問題, 生活の質, 身体的健康, 心の健康問題に関する質問から構成されていた。また, 各自殺事例の精神医学的診断については, 調査員を務めた精神科医が, 遺族からの聞き取りによって得られたすべての情報を用いて, DSM-IV²⁾に準拠した臨床診断を行った。

2. 本研究における方法

1) 対象

本研究では, 基礎調査において 2012 年 3 月末時点で調査センターに記入済みの面接票が到着した 96 事例のうち, 生前に 1 度でも自殺関連行動 SB が確認された 21 事例を分析対象とした。21 事例の性別, 年齢, SB 回数, 初回 SB 手段, および自殺既遂時の手段については表 1 に示した。

2) 分析方法

本研究の分析では, SB が行われ始めた時点から死亡までの時間に関連する要因を明らかにするため, まず面接票および各事例の情報から, 初回

表 2 自殺関連行動のあった 21 事例の生存時間比較

		平均生存時間 (年)	2 年生存率 (%)	2 年生存率の 95%CI (%)	p 値	
人口動態学 的変数	年齢	～29 歳 (n=9)	4.2	44.4	11.8～76.9	0.02
		～39 歳 (n=6)	6.2	66.7	29.1～100.0	
		40 歳以上 (n=6)	1.2	16.7	0.0～46.4	
	性別	男性 (n=10)	2.8	30.0	1.5～58.4	0.21
		女性 (n=11)	4.9	54.5	25.1～83.9	
	居住形態	独居 (n=3)	3.0	33.3	0.0～86.6	0.79
同居者あり (n=19)		4.1	44.4	21.5～67.3		
自殺関連行 動(SB)の 特徴	初回 SB 時年齢	～29 歳 (n=13)	5.0	53.8	26.8～80.8	0.002
		～39 歳 (n=3)	4.6	66.7	13.4～100.0	
		40 歳以上 (n=5)	0.5	0.0	—	
	初回 SB 手段	縊首 (n=4)	2.5	25.0	0.0～67.5	0.29
		縊首以外 (n=17)	4.2	43.8	19.4～68.1	
		過量服薬 (n=6)	6.0	50.0	10.0～89.9	0.09
		過量服薬以外 (n=15)	2.9	35.7	10.6～60.7	
		自己切傷 (n=8)	3.4	50.0	15.3～84.7	0.58
		自己切傷以外 (n=13)	4.1	33.3	6.6～59.9	
	SB 時の身体的 医療処置	医療処置あり (n=14)	5.3	57.1	31.2～82.9	0.001
		医療処置なし (n=6)	1.2	16.7	0.0～46.5	
	何らかの精神障害への罹患	あり (n=18)	3.5	38.9	16.3～61.4	0.53
なし (n=3)		6.0	66.7	13.3～100.0		
アルコール関連 障害	あり (n=4)	0.6	0.0	—	0.006	
	なし (n=17)	4.7	52.9	29.1～76.6		
大うつ病性障害	あり (n=9)	3.1	33.3	2.5～64.0	0.36	
	なし (n=12)	4.5	50.0	21.7～78.2		
気分変調性障害	あり (n=3)	5.3	66.7	13.3～100.0	0.57	
	なし (n=18)	3.7	38.9	16.3～61.4		
双極 I 型障害	あり (n=2)	9.5	50.0	0.0～100.0	0.08	
	なし (n=19)	3.3	36.8	15.0～58.5		
全般性不安障害	あり (n=4)	2.8	50.0	1.0～99.0	0.49	
	なし (n=17)	4.1	41.2	18.3～64.0		
統合失調症	あり (n=3)	1.6	0.0	—	0.27	
	なし (n=18)	4.3	50.0	26.8～73.1		
パーソナリティ 障害	あり (n=4)	6.3	35.3	12.7～58.2	0.29	
	なし (n=17)	3.3	75.0	32.4～100.0		

の SB 時から死亡までの期間(生存時間)を算出した(単位:年)。その後、各 SB 事例の生存時間の説明変数として、先行研究⁸⁾で示されている SB と関連する臨床的特徴や SB の発生要因を参考に、以下の変数を取りあげた。具体的には、①人口動態学的変数:死亡時年齢(29 歳以下/30～39 歳/40 歳以上)、性別(男性/女性)、死亡時の居住

形態(独居/同居者あり)、②SB の特徴:初回 SB 時年齢(29 歳以下/30～39 歳/40 歳以上)、初回 SB 手段(縊首/過量服薬/自己切傷)、SB 時の身体医学的処置(処置あり/処置なし)、③臨床診断(いずれかの精神障害への罹患の有無、アルコール関連障害、大うつ病性障害、気分変調性障害、双極 I 型障害、全般性不安障害、統合失調症、パー

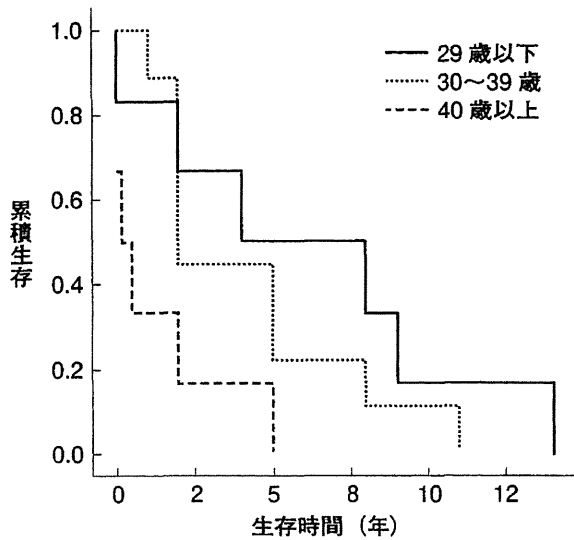


図 1 年齢による Kaplan-Meier 曲線

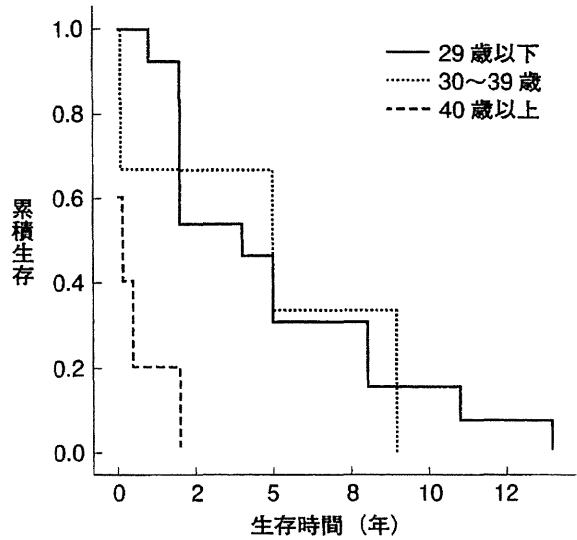


図 2 初回自殺関連行動時年齢による Kaplan-Meier 曲線

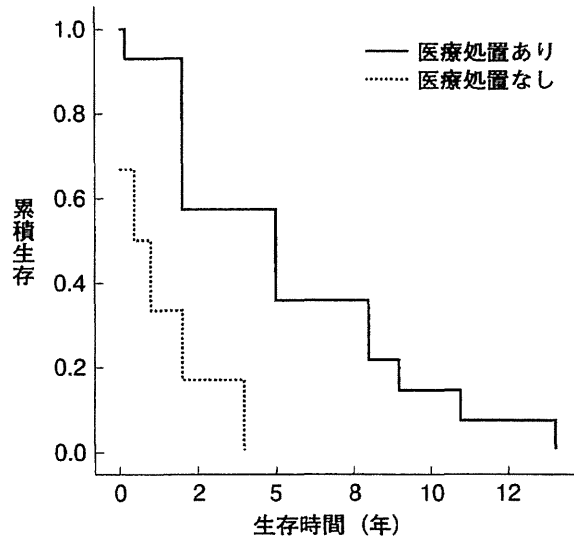


図 3 自殺関連行動時の身体医学的処置による Kaplan-Meier 曲線

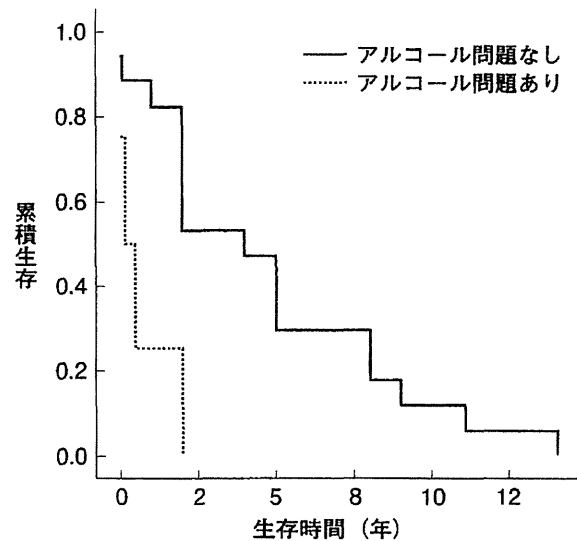


図 4 アルコール関連障害の有無による Kaplan-Meier 曲線

ソナリティ障害)について、各要因の群ごとに Kaplan-Meier 法で生存率を求めた。各群の生存率の差の統計的検定にはログランク検定を行った。統計的分析には、SPSS version 16.0 (SPSS, Chicago)を用い、両側検定にて $\alpha=0.05$ 未満を有意とした。

結果

各説明変数における平均生存時間と 2 年生存

率、ログランク検定結果の p 値を表 2 に示した。群間で生存率に有意差のあった変数は、年齢、初回 SB 時年齢、SB 時の身体医学的処置、アルコール関連障害であった。

次に、これら有意差の認められた 4 つの変数について、Kaplan-Meier 曲線を示した(図 1~4)。年齢では、29 歳以下(平均生存時間 4.2 年、2 年生存率 44.4%)、30~39 歳(平均生存時間 6.2 年、

2 年生存率 66.7%) と比較して 40 歳以上 (平均生存時間 1.2 年, 2 年生存率 16.7%) の生存時間が有意に短かった (図 1)。初回 SB 時年齢でも, 29 歳以下 (平均生存時間 5 年, 2 年生存率 53.8%) ・ 30~39 歳 (平均生存時間 4.6 年, 2 年生存率 66.7%) と比較して 40 歳以上 (平均生存時間 0.5 年, 2 年生存率 0.0%) の生存時間が有意に短かった (図 2)。SB 時の身体医学的処置では, SB 時に身体医学的処置を受けていない者 (平均生存時間 1.2 年, 2 年生存率 16.7%) の生存時間が医学的処置を受けていた者に比べて有意に短かった (図 3)。アルコール関連障害の有無では, アルコール関連障害のあった者 (平均生存時間 0.6 年, 2 年生存率 0.0%) の生存時間がなかった者に比べて有意に短かった (図 4)。

考察

本研究では, 自殺既遂者のうち, 生前に SB があった事例において, SB から死亡までの生存時間に関連する要因の検討を行った。分析の結果, 死亡時年齢, 初回 SB 時年齢, SB 時の身体医学的処置の有無, アルコール関連障害の有無によって生存時間が有意に異なることが示された。本研究の対象者はすべて自殺による死亡者であり, 実際には自殺を防ぐことができなかった事例ではあるものの, 以下ではこれら生存時間の長短に有意に影響を及ぼす要因について考察を行うことで, 過去の SB という重大な自殺リスクを抱えた者に対して自殺予防のための介入を行うことができる時間を少しでも延長させるための手立てや, 限られた時間の中で再度の自殺企図の危険性を可能な限り低減させるための手段について検討を行いたい。

まず, 初回 SB 時年齢, 死亡時年齢ともに, 40 歳以上の者において初回 SB 時から死亡までの平均生存時間が 1.2 年と他の年代に比べて 3 年以上短く, しかも初回 SB 時から 2 年以上生存している者の割合もわずか 16.7% に過ぎなかった。故意の自傷 (deliberate self-harm) で総合病院を受診した患者を長期間追跡した海外の先行研究で

は, 15 年の追跡期間中一貫して年齢階級が高くなるほど自殺既遂のリスクは高く, しかも年齢階級が高くなるほど初期の追跡段階で自殺既遂に至る者の割合が高いことが明らかにされているが⁶⁾, 本研究の結果はこうした先行研究の結果と一致するものであったと考えられる。

また, SB 時に身体医学的処置を受けた者と受けていない者では, 処置を受けた者のほうが生存時間は有意に長かった。もちろん, 本結果から, SB 時に身体医学的処置を受けることが, その後患者にどのような影響を及ぼすのかについての具体的なメカニズムを明らかにすることはできない。しかし, SB が将来の自殺を予測する重要なリスク要因²⁰⁾であることをふまえば, SB 時に援助を求めないことは, 結果的に将来の自殺既遂のリスクを見過ごし, 適切な専門的援助に導入する機会を逸してしまうことにもつながる。近年は特に自殺対策の広がりによって, 救急医療と精神科医療の連携が促進されてきていることから, 少なくとも SB 時に病院に援助希求を行ったほうがその後の精神科受診などの専門的援助に繋がる可能性は高くなり, 自殺予防のための介入を行うきっかけとなるかもしれない。

さらに, アルコール関連障害が認められた事例では, 4 事例すべてが初回 SB から 2 年以内に自殺既遂しており, 平均生存年数も 0.6 年と非常に短かった。これまでの先行研究でも, アルコール関連障害患者における高い自殺念慮の経験率や自殺企図経験が報告されている¹⁶⁾だけでなく, アルコールの薬理作用は衝動性を亢進させ自殺行動を促進させることや¹¹⁾, 多くのアルコール依存患者は大量飲酒時に重篤な自殺企図を行っていることが指摘されていることから¹⁴⁾, 初回 SB の段階でのアルコール関連障害のアセスメントが必須であると考えられる。また, 同時に, アルコール関連障害を持つ者は初回 SB 後比較的短時間で自殺既遂に至ってしまうことから, SB が生じる前から積極的にアルコールの問題に介入していくこともまた自殺予防のために必要であると言える。

以上のことから, 40 歳以上の中高年や医療機

関への援助希求の少ない者、アルコール関連障害を持つ者については、SB 後の自殺リスクを過小評価せず、早急な専門的治療につなげられるよう、家族や専門家に周知していく必要があるだろう。また、近年、弁証法的行動療法などの心理療法が自殺企図や自傷行為などの SB の減少に効果をもたらすことも明らかにされており¹⁷⁾、本研究で有意な関連性が認められた要因を有する SB 経験者に対して SB を減少させるよう個別的に介入していくことも重要である。

本研究では多変量解析を行っていないため、対象者の生存時間に有意に影響を及ぼした変数間の関連性を明確に説明することはできない。しかし、本研究で示されたこれらの関連要因(中高年、援助希求のなさ、アルコール問題)は、これまで男性の自殺における関連要因として指摘されてきた問題である^{1, 18, 22)}。本研究において死亡時 40 歳以上の事例群の大多数が男性事例で占められていたこと(表 1)もふまえると、今後、中高年男性の SB 経験者における自殺リスク要因といった観点から研究知見を積み重ねていく必要があると思われる。

最後に、本研究の限界として、以下の点が挙げられる。まず、本研究は、主体的に調査協力を申し出た遺族からの情報収集によるものであるために、対象の代表性に関するバイアスを除外することはできない。また、心理学的剖検で収集される情報は、あくまでも回答者が把握していた情報のみに限られるため、遺族が認知していない SB 経験や自殺既遂者本人の内的状況を正確に把握することは困難である。本研究では自殺既遂者の SB 経験を行動的側面のみに限って収集することによって客観性を担保することを試みたが、一方で、広義の SB 概念には自殺念慮や自殺の計画といった認知的側面が含まれる場合もあり、その意味では、本研究の対象者にも遺族に認知されづらい SB が存在していた可能性は否定できない。たとえば本研究においては初回 SB から既遂までの時間と死亡時のうつ病性障害の診断の有無との間に有意な関連性は認められなかったが、SB に自殺

念慮を含めた場合には有意差が認められた可能性もあるだろう。次に、本研究は自殺既遂者の中だけで既遂までの時間の長短を比較検討しているため、本研究結果から示された要因が自殺既遂のリスク要因とは断定できない。たとえば、本研究で中高年よりも既遂までの時間が長かった若年事例であっても、最終的には既遂に至っていることをふまえば、自殺予防の観点からは既遂までの時間に関わらず、すべての SB 事例において十分に注意していく必要があるだろう。さらに、本研究は少数事例での検討のため、より安定した知見を得るには今後さらに事例数を増やし、生存事例との比較を通じて自殺既遂へのリスク要因を検討する必要があるだろう。

以上のような限界はあるが、本研究には以下のような意義がある。まず、従来の SB に対する介入の臨床試験では、深刻な自殺ハイリスク者が除外される傾向にある、といった研究デザイン上の問題点^{15, 24)}によって、ハイリスクな SB 経験者の特徴を把握できていない可能性があるのに対し、本研究は実際に既遂に至った者を対象とし、より臨床的にハイリスクな SB 経験者の特徴を示しているといえる。さらにこれまで SB と自殺のリスクについての研究の多くが救急外来に搬送された事例や精神科の入院患者を対象とした生存事例によるものが多いのに対し、本研究では自殺既遂者を対象とすることで、SB が行われてから実際に既遂に至るまでの時間を分析し、SB と自殺既遂の実態を把握する一知見としての意義がある。また、本研究の結果から、これまでの先行研究で示唆されてきたアルコールと SB との関連が確認され、これまで自殺のリスクが高いとされる自殺企図者の特徴と一致する知見が得られた。今後は、より多くの事例を集め、SB における自殺のリスクや介入のポイントについて明らかにしていくことが望まれる。

結論

本研究では、心理学的剖検の手法により収集された自殺既遂者のうち、生前に自殺関連行動の

あった事例の情報をもとに、自殺関連行動から既遂までの時間に関わる要因を検討した。その結果、中高年以上の者、アルコール関連障害のある者、自殺関連行動時に医療行為を受けていない者の生存時間が短いことが示された。そこで、限られた時間内で自殺の再企図を防ぐためには、自殺関連行動時には医療機関において身体的治療に加え、アルコールの問題や精神的な問題についても注意深くアセスメントした上で、早期に適切な精神医学的対応を行っていくことが望まれる。本研究から、自殺の再企図や既遂を防ぐ上で、救急医療機関と精神保健的機関の連携により、自殺関連行動時における精神保健的対応を重点的に行っていくことの重要性が示唆された。

謝辞

本研究は、平成 22 年度～24 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」(主任研究者:加我牧子)の分担研究「自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究」によるものである。調査にご協力いただいたご遺族の方々、ならびに調査員としてご協力いただいた各都道府県政令指定都市職員の方々に心より御礼申し上げます。

文献

- 1) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他: 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. 日アルコール・薬物医学会誌 45 : 104-118, 2010
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994
- 3) 飛鳥井望: 自殺の危険因子として精神障害 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
- 4) Dulit RA, Fyer MR, Leon AC, et al : Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 151 : 1305-1311, 1994
- 5) Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, et al : Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters : A randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ 86 : 703-709, 2008
- 6) Hawton K, Zahl D, Weatherall R : Suicide following deliberate self-harm : Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. Br J Psychiatry 182 : 537-542, 2003
- 7) Hawton K, van Heeringen K : Suicide. Lancet 373 : 1372-1453, 2009
- 8) 林直樹, 五十嵐雅, 今井淳司, 他: 自殺関連行動を呈する精神科入院患者の診断と臨床特徴: 都立松沢病院入院例の検討. 精神経誌 111 : 502-526, 2009
- 9) Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, et al : A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). BMC Public Health 9 : 364, 2009
- 10) 保坂隆: 平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺企図の実態と予防介入に関する研究. 総括研究報告書, 2006
- 11) Hufford MR : Alcohol and suicidal behaviour. Clin Psychol Rev 21 : 797-811, 2001
- 12) 川上憲人, 竹島正, 高橋祥友, 他: 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究: 症例・対照研究による自殺関連要因の分析. 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究. 総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, pp 7-26, 2007
- 13) 自殺予防総合対策センター: WHO 日本視察報告書. 2012
- 14) Klimkiewicz A, Ilgen MA, Bohnert AS, et al : Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. Alcohol Alcohol 47 : 571-577, 2012
- 15) Linehan MM : Dialectical Behavior therapy. In : Todd J, Bohart AC, ed. Foundations of Clinical and Counseling Psychology. 3rd ed. Waveland Press, Long Grove, pp 298-299, 1998
- 16) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, 他: 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. 精神医学 51 : 109-117, 2009
- 17) Miller AL, Rathus JH, Linehan MM : Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. Guilford Press, 2007 (高橋祥友訳: 弁証法的行動療法—思春期患者のための自殺予防マニュアル. 金剛出版, 2008)
- 18) Murphy GE : Why women are less likely than

- men to commit suicide. Compr Psychiatry 39 : 165-175, 1998
- 19) Phillips MR, Yang G, Zhang Y, et al : Risk factors for suicide in China : A national case-control psychological autopsy study. Lancet 360 : 1728-1736, 2002
 - 20) Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, et al : Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide : National long term cohort study. BMJ 342 : c3222, 2010
 - 21) 佐々木健至, 岩田健, 佐々木皆里, 他 : 手段の生命的危険度による自殺関連行動患者の分析. 精神医学 51 : 521-531, 2009
 - 22) Suominen K, Isometsä E, Haukka J, et al : Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide : A 5-year follow-up study after deliberate self-harm. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39 : 720-724, 2004
 - 23) 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. 国立精神・神経センター精神保健研究所, pp 7-41, 2008
 - 24) Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, et al : The interpersonal theory of suicide. Psychol Rev 117 : 575-600, 2010
 - 25) World Health Organization : Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes. 2010
 - 26) Zahl DL, Hawton K : Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk : Long-term follow-up study of 11, 583 patients. Br J Psychiatry 185 : 70-75, 2004
- (2) 以下の筆者所属, 英文表記]
- 2) 新潟県立大学人間生活学部, KATSUMATA Yotaro : Faculty of Human Life Studies, University of Niigata Prefecture
 - 3) 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薬物依存研究部, MATSUMOTO Toshihiko : Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
 - 4) 公益財団法人ひょうご震災記念 21 世紀研究機構兵庫県こころのケアセンター, AKAZAWA Masato : Hyogo Institute for Traumatic Stress, Hyogo Earthquake Memorial 21st Century Research Institute
 - 5) 埼玉県立大学看護学科, HIROKAWA Seiko : Department of Nursing, Saitama Prefectural University
 - 6) 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, KODAKA Manami, TAKESHIMA Tadashi : Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
 - 7) 独立行政法人国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部, Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

今日の精神疾患治療指針

編集 樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・朝田 隆・中込和幸

●A5 頁1012 2012年
 定価: 本体14,000円+税
 [ISBN978-4-260-01380-2]

専門医が自らの治療法を紹介する好評書『今日の治療指針』の精神疾患版。個別の疾患および関連する諸問題など計343項目について、最新かつ実践的な臨床情報を提供する。処方例や非薬物療法などの治療に関する内容はもちろん、診断、検査、患者・家族への説明のポイントなどの情報も収載しており、臨床上の疑問点については必ず何らかの情報にたどりつくことができる。精神科臨床書籍の決定版と呼ぶにふさわしい1冊。

わが国の自殺の現状と自殺予防に期待する薬剤師の役割

松本俊彦

Current Situation of Suicide in Japan, and What Pharmacists Contribute for Suicide Prevention

Toshihiko Matsumoto

Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry; 4-1-1 Ogawahigashi-machi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan.

(Received February 13, 2013)

In Japan, a national countermeasure has been forwarded since the enactment of the Basic Act on Suicide Countermeasures in 2006 and the Comprehensive Suicide Prevention Initiative in 2007. The distinctive policy of the Japanese countermeasure is expressed as the word, “comprehensive,” which means that suicide prevention may not only be carried out only by mental health measures but also by comprehensive measures including chance of administrative practices. This policy is proper, although mental health measures appear to be too simple inclining to psychiatric treatments for the classic type of “depression” by a pharmacotherapy. The authors have insisted that mental health measures including psychiatric treatments are also required to be more comprehensive. This paper describes that benzodiazepine (BZ)-abuse problems including overdosing by suicidal intents have got worse recently as psychiatric clinics have increased and most of BZ abusers obtain the abused drugs from psychiatrists. This current situation indicates that pharmacists need to monitor psychiatrists’ prescribing behavior and qualities of psychiatric treatment is required to be refined, suggesting pharmacists may be one of the “Gate Keeper,” as supporting resources for suicide prevention. Additionally, this paper explained that basic attitudes and responses acquired by pharmacists as a supporter for suicide prevention.

Key words—benzodiazepine abuse; pharmacist; prevention for drug abuse; overdosing; suicide prevention

1. はじめに

わが国の自殺者総数は、1998年に一挙に3万人を超えて、以後、現在まで14年間高止まりのまま推移している。急増当初、職場においても家庭においても責任ある立場にある中高年男性の自殺が目立っていたが、最近2、3年のうちに、自殺者の年代的なピークはこれからの日本を背負って立つべき若年層へと推移する動きをみせている。いずれにしても、わが国では20–50代という生産人口にあたる年代における死因の第1位が「自殺」であり、自殺がもたらす国全体の損失は極めて深刻である。

こうした状況のなかで、2006年には自殺対策基

本法が制定され、その法律に基づいて、2007年には、わが国の自殺対策の問題意識と目標を明記した自殺総合対策大綱が閣議決定された。その結果、わが国の自殺対策は、「可能であればやる」という単なる努力目標ではなくなり、国や自治体、さらには民間の様々な組織や団体が取り組まねばならない義務へと変わったことになる。

本稿では、わが国における自殺対策の文脈のなかで薬剤師が果たす役割を明らかにするために、まずはわが国における自殺の実態とその対策の課題を論じ、薬剤師に直接関係する、精神科治療薬乱用の実態と問題点に論じたい。そのうえで、自殺予防のゲートキーパーの一人として薬剤師が心得ておくべきことを述べたい。

2. わが国における自殺の実態とその対策のあり方

2-1. わが国における自殺の実態 戦後のわが国における自殺者数の推移には3つのピークがあっ

The author declares no conflict of interest.

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)

e-mail: tmatsumo@ncnp.go.jp

本総説は、日本薬学会第132年会シンポジウム S37 で発表したものを中心に記述したものである。

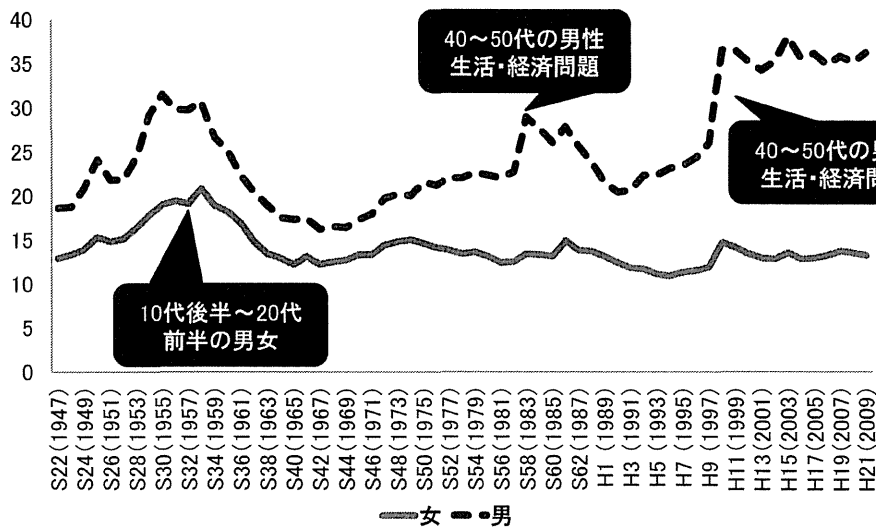


Fig. 1. Change of Suicide-Death Rate in Japan

た (Fig. 1). 1つ目は、1953年から1960年にかけての若年層を中心とする自殺の急増であり、2つ目は、石油危機後の長引く不況の影響下でみられた1983年から1987年にかけての中高年齢層を中心とする自殺の急増であった。そして、3つ目が、周知のように、1998年から14年間に続いている、現在における自殺者数の高止まり状態であり、その背景には、バブル崩壊後の経済不況、さらにそれに伴う雇用や労働環境の悪化があった。しかし、強調しておかねばならないのは、これら3つのピーク時以外の時期も、わが国の自殺者数は他の国と比べて低くはなかったということである。それにもかかわらず、わが国は長い間これといった自殺対策をとってこなかった。

わが国が保健福祉行政の施策として自殺対策に取り組み始めたのは、遅まきながら1998年の自殺急増からさらに2年の月日を経た2000年のことであった。けれども、その時点では対策はいまだ不完全なものと言わざるを得ないものであった。というのも、それは「健康日本21」に掲げられた「心の健康づくり」における数値目標として「自殺者数減少」が示されただけで、本質的にはうつ病予防対策に留まっていたからである。わが国が本格的な自殺対策に乗り出すには、実際にはそれからさらに数年を要した。

すなわち、自殺者数が減少しない状況が続くなかで、まずは2002年に自殺防止有識者懇談会による

「自殺予防に向けての提言」が出され、その3年後の2005年に、参議院厚生労働委員会で自殺問題に関する集中審議が行われて、「自殺に関する総合的対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」が採択された。そして、2006年に参議院議員有志を中心に議員立法として自殺対策基本法が成立し、自殺対策は、単なる努力目標ではなく、国として真摯に取り組むべき課題として位置づけられた。

翌2007年6月には、基本法を受けて自殺総合対策大綱が閣議決定されたわけだが、その名称に付加された「総合対策」という表現こそ、わが国の自殺対策を象徴するキーワードである。言い換えれば、わが国における自殺対策の特徴は、「総合的」という言葉に要約できるのである。

実は、この「総合的」という言葉には2つの意味がある。以下にこの2つの「総合的」の意味を解説しておきたい。

2-2. わが国の「総合的な」自殺対策について

2-2-1. 「総合的」にこめられた1つ目の意味

「総合的」という言葉が含む、1つ目の意味は、メンタルヘルス対策に限定されない、様々な社会的問題への行政的施策も含めた包括的な対策ということである。これは、1998年における自殺急増の背景には、バブル崩壊後に急増した多重債務やリストラによる生活苦、あるいは、リストラこそ回避したものの、一人当たりの労働が過重となり、うつ病に罹患する……といった社会的状況があったという認

識に基づいている。

これは、極めて妥当な見解だと言えよう。自殺の背景には、たいてい複数の問題が関係している。それはメンタルヘルスの問題だけではなく、職業的問題、経済的な問題、家族や友人、恋人との関係、介護や子育ての負担、身体的健康に関する悩みなど、多岐にわたっている。また、高い場所や駅のホーム、危険な薬物を入手し易い環境など、自殺の手段へのアクセスし易さも影響する。要するに、人は1つの問題が原因で自殺へと至ることは稀なのである。たとえ一見、何か1つの出来事が原因となっているように思えても、実際にはその出来事は、単に「最後の一押し」程度の影響を与えたにすぎないことの方がはるかに多い。

例えばいま、多重債務のために自殺を考えている中高年男性、あるいは、配偶者からの暴力に悩み、自殺を考えている女性を想像してみしてほしい。こうした人たちの自殺を防ぐには、どんな支援が必要であろうか？「いまは何も考えずに精神科で治療を受けなさい」と助言し、精神科に連れていけばよいのであろうか？ そうではあるまい。

もちろん、冷静な判断を回復できるように精神科治療やカウンセリングは大切である。いかなる現実的な困難に追い詰められている人も、自殺におよぶ直前にはその9割以上がなんらかの精神障害の診断ができる状態を呈しており、正常な判断能力を失ったなかで自殺行動におよんでいると言われている。その意味では、メンタルヘルス支援は必要である。しかし同時に、債務処理の支援や困窮した生活状況に対する経済的支援、あるいは、暴力のない安全な場所を確保し、生活の保障をするような支援がなければ、自殺の危険を本当の意味で回避することはできないのである。

こうした考えに基づき、自殺総合対策大綱では、行政機関に様々なセクションを越えて、全省庁的、全庁的に取り組むことが謳われている。つまり、自殺対策は、国レベルで言えば厚生労働省だけ、都道府県レベルで言えば健康福祉局や福祉保健局だけ、市町村レベルで言えば健康推進課や障害福祉課だけの問題ではなく、すべての省庁や部局が横断的に連携して進めて行くべきものである。だからこそ、わが国における自殺対策は、全省庁の調整を行う内閣府を責任官庁として推進されている経緯があ

る。

2-2-2. 「総合的」にこめられた2つ目の意味
次に、もう1つの「総合的」の意味について述べておきたい。

ひとくちに自殺対策と言っても、その中身は一樣ではない。というのも、自殺対策は、方針や対策の異なる3つの要素から構成されているからである。

(1) 予防

1つ目の要素は、「予防」である。これは、人々が自殺を考えたり、行動を起こしたりすることがないように、また、何か問題を抱えてもすみやかに支援を受けることができるように、「こころの健康づくり」やアルコール・薬物乱用防止に関する啓発活動（講演会やポスター、チラシ配布）を行い、保健福祉的な支援や専門的な治療を受けることに対する抵抗感を取り除く活動である。また、家族や職場の同僚が身近な人のメンタルヘルス問題や自殺のサインに気づき、未然に危険を回避できるような知識を提供することも重要な予防活動でもある。

最近では、静岡県富士市から始まり、全国に広がった、『睡眠キャンペーン』などは、その代表的な取り組みと言える。この取り組みは、ともすれば「うつ病などの精神障害になるのは意志や心が弱いからだ」と思い込んで、専門的治療を受けようとしないうつ病の発症を回避する傾向があると言われている。そこでこの啓発事業では、うつ病の症状として広くみられ、かつ、比較的抵抗感の少ない「不眠」を前面に出し、これをキーワードにしてテレビやラジオなどの影響力の強いメディア媒体を活用して啓発活動を展開するという方法をとったわけである。

(2) 危機介入

2つ目の要素は、「危機介入」である。これは、既に自殺の危険が差し迫っている人、なかでも自殺未遂者のように、実際に自分の身体を傷つけたものの、今回は、幸にして既遂には至らなかった人たちに対する、専門的かつ集中的な支援を意味する。自殺の危険因子としては、他のいかなる要因よりも突出して重要なのは、自殺未遂歴の存在である。とりわけ自殺未遂後1年以内は再企図率が極めて高い。

しかしわが国には、精神科医が常駐している救命

救急センターは極めて少なく、自殺未遂によって救命救急センターに搬送された人の多くは、そこで身体医学的な治療を受けるとそのまま退院となっている現状がある。また、海外の救急医療スタッフのあいだでは、こうした自殺未遂患者のことを『God-damn syndrome (邦訳すると、「こんちくしょう症候群」)』という隠語で呼ぶ習わしがあるとされており、そうした陰性感情が、患者の身体的治療のみを行って早期退院させたり、自殺リスクを過小評価したりする態度に影響を与えている可能性もある。実際、自殺未遂行動は、しばしば医療スタッフはもちろん、家族、友人、同僚といった身近な人から怒りなどの陰性感情を引き出し、そうした感情が、自殺行動の背景にある精神障害や他の現実的困難を適切に評価し、必要な治療や支援へとつなげるといった対応を妨げてしまうことは少なくない。

そこで、「危機介入」に対する対策として、救命救急センターにおける精神医学的評価やソーシャルワーク機能の充実とともに、医療関係者を始めとする様々な援助者が抱いている、自傷や自殺未遂を繰り返す患者に対する陰性感情の低減が必要なのである。率直に言ってわが国における自殺対策の現状では、この「危機介入」に関してはあまりにも課題が残されているが、いくつかの大学病院や大規模総合病院では、救命救急センターに精神科医や専属ケース・マネジャーを常駐させ、自殺未遂者に対する総合的支援とフォローアップを提供し、意義ある成果が得られている。

(3) 事後対応

3つ目の要素は「事後対応」、すなわち、既に発生してしまった自殺への対応である。これは、残された身近な人たち—遺族、恋人、友人、同僚、そして援助者など—への支援やケアを意味する。

なかでも、家族に対する支援はとても重要である。確かに、身近な人の自殺に遭遇した人は、意識のどこかに「苦境における選択肢の1つ」として自殺がすり込まれるためか、将来における自殺リスクが高くなる。その意味で自死遺族の心理的ケアは大切であるが、実はそれよりも先に必要なのは、一家の大黒柱を喪った遺族に対する法的な手続きや経済的な支援に関する情報提供であろう。こうした情報が、行政機関の様々な相談窓口で手に入れるような体制の整備が望まれる。

また、心理的ケアに従事する援助者は、遺族の心理について十分に知識と理解を持つておく必要もある。援助者の不用意な発言が遺族をいっそう傷つけるといった事態は、稀ならず起きている。ともすれば援助者は、来談した遺族に対する「うつ状態から回復させる」とか「早く元気になってほしい」とかいった目標を抱きがちである。しかし当の遺族は、「ただ故人の話を聞いてもらおう」ことだけを望んでいたりと、「自分が気づかずにあの人を死なせてしまった。私がいけないのだ。だから私は楽になってはいけない。この苦痛から逃げないことが私に与えられた罰なのだ」などと考えていることがある。ちなみに、遺族にとっては、「自殺予防」という言葉もつらい言葉の1つであることを理解しておく必要がある。なぜなら、その言葉を耳にするたびに、「サインに気づけなかった」「守れなかった」という罪悪感を刺激されてしまうからである。

自殺総合対策の難しさは、単に自殺予防だけでなく、事後対応のように自殺予防とは矛盾する対策をも同時に進めていかなければならない、という点にある。しかしそれでも私は、この矛盾こそが重要であると考えている。理由は2つある。1つは、自死遺族の語りのなかには、将来の自殺を防ぐのに役立つ経験が含まれているからである。筆者の私的な経験を振り返ってみても思うのだが、身近で発生する自殺の多くは、「青天の霹靂」のように発生する。いわゆる「自殺のサイン」などといったものの多くは、事後に「そういえば……」といった感じで気づかれるものといってもよいだろう。つまり、私たちの知恵は限られたものなのである。だからこそ、過去の自殺から多くを学び、それを未来の自殺予防に生かしていく必要がある。

また、遺族の語りはそれだけで、将来の日本からこうした悲しみを減らす対策が必要とされることの根拠となる。私は、「自殺は個人的な問題であって、国や自治体が莫大な税金を投入してまですることなのか」と質問されることがあるが、いつも内心、「まずは、ご遺族の方たちの話を聞いてほしい」と苦々しく感じる。自殺予防に取り組むすべての援助者は、遺族の深く、癒えることのない悲しみを知る必要がある。

2-3. 「総合対策」における精神保健医療の役割と課題 精神保健に限定しない「総合対策」とは、

読み方を変えれば、「精神保健的対策だけでは自殺は防げない」ということを前提とした対策と理解することもできる。このことは、自殺リスクの高い精神障害と日常的な対峙する精神科医療の責任が軽減したことを意味するのであろうか？

もちろん、そんなことはない。海外で実施されてきた、心理学的剖検の手法を用いた自殺既遂者の調査^{1,2)}では、「自殺既遂によって死亡した者の90%以上が死の直前になんらかの精神障害に罹患していた」ことが明らかにされている。要するに、そもそもの原因が家族関係や借金であったとしても、あるいは過重労働であったとしても、自殺に至る最終的な共通経路は精神障害なのである。その意味では、精神科医療は自殺に傾く者を水際で食い止める役割を担わざるを得ない状況はなんら変わらない。

今日、国内の様々な地域では一般住民を対象とした、「うつ病は心の風邪」といった内容の啓発的な講演会が数多く開催され、また、プライマリケア医から精神科医への紹介に対して診療報酬加算をする施策もとられるなど、精神科受診はますます促進されている。こうした施策の根拠となっているのが、やはり海外の心理学的剖検研究の知見²⁾—自殺既遂者が罹患していた精神障害のなかでも最も多いのが「うつ病」であるが、そのほとんどが精神科治療を受けていない—である。未治療のうつ病患者を精神科治療につなげることは、自殺予防の至上の命題なのである。

しかし、正直に告白すれば、筆者は、「精神科治療を受ければ自殺しないですむ」といった神話を無邪気に信じる気持ちにはなれない。今日、都市部の精神科外来はどこも患者で混雑し、一人ひとりの患者に対して丁寧に時間をかけているゆとりなど、どう考えてもない。診療報酬として通院・在宅精神療法が加算できる5分ぎりぎりの診察でテンポよく患者を捌いて行かざるを得ないし、実はそれが最も経済効率がよい方法でもある。あえて極端な表現をさせて頂くと、精神科の外来診察室で最も主流を占めている診療スタイルは、「夜眠れているか？ 飯食っているか？ 歯磨いたか？ また来週……」という、いわば「ドリフターズ診療」である。もちろん、短い診察時間では解決策が見あたらぬ場合も少なくないが、そんなときには、「とりあえずお薬を追加しておきます」という慣用句で、食い下がる患者

の語りに句読点を打ち、診察を強制終了させるわけである。こういった診療で、果たして自殺を考えるほど追い詰められた人を助けることができるのだろうか？

衝撃的な事実がある。最近行われた自殺既遂者の調査^{3,4)}では、その多くが自殺時点で精神科治療中であったことが明らかにされている。われわれが実施している心理学的剖検調査では自殺既遂者の46%³⁾が、また、東京都が独自に実施した自殺者遺族に対する聞き取り調査では52%⁴⁾が、それぞれ精神科治療中であったのである。このことは、従来いわれてきた、「自殺既遂者の多くが精神科治療を受けていない」という説が神話でしかない可能性を示しているとは言えないだろうか？

われわれの調査³⁾からは、さらに驚くべき知見が得られている。それは、精神科受診歴を持つ自殺既遂者は、縊首や飛び降りといった最期の致死の行動に際して、処方された治療薬を過量摂取したことによる、一種の酩酊状態のなかで自殺行動に至った可能性が高い、というものである。いささか極端な見方ではあるが、もしも本当にそのような実態があるとするれば、精神科医が向精神薬を処方したことが、結果的に自殺を幫助することになったという誹りを受けないとも限らない。

もちろん、こうしたデータは、あくまでも自ら進んで調査に協力した自死遺族だけが聞き取りの対象となっている、という点に注意する必要がある。その意味では、わが国の自殺既遂者全体を反映しているとは言えないデータである。とはいえ、最近、ある救急医が怒りに打ち震えながら筆者に吐いた言葉を思い起こすと、このデータがあながち真実から大きくかけ離れた結果とは思えないのである。ちなみに、その言葉とは、「精神科クリニックが増えても、自殺が減るのではなくて、過量服薬による自殺未遂が増えただけではないか？」というものであった。実際、そのことを支持する事実もある。⁵⁾

以上のことを考えれば、自殺リスクが高まった人を単に精神科医療につなげることを促す対策だけでなく、つなげた後の治療や援助の質の向上が求められている。また、精神科医療につなげた結果が、精神科治療薬の乱用・依存、あるいは過量服薬による自殺企図を増やすだけの結果に終わってしまったのは、それこそ元の木阿弥である。その意味では、精

精神科薬物療法が適切なものであるかどうかをモニタリングする仕組みが必要である。

いずれにしても、精神保健医療的な支援にはまだまだ多くの課題が山積されている状況である。したがって、「総合的対策」という看板の下で、精神保健医療的な支援か、支援資源の1つのオプションとして矮小化されることがあってはならないであろう。

3. 精神科治療薬乱用・依存の実態

これまで筆者はわが国における自殺対策について述べ、そのなかで現状の精神保健医療対策の課題として、過量服薬などの精神科治療薬乱用の問題をとり上げた。実は、この精神科治療薬乱用問題は自殺対策だけでなく、薬物依存の臨床現場でも問題となっている。なかでも、近年、睡眠薬や抗不安薬などの精神科治療薬の乱用が増加しており、乱用薬剤として多いのは、処方頻度の高さから、ベンゾジアゼピン系、若しくはその近縁薬剤である。

こうした精神科治療薬乱用の背景には、わが国の精神科医療のあり方が無視できない影響を与えている可能性がある。最近では、わが国の精神科医療にみられる多剤大量療法に対する批判的な報道も増えたが、ある意味で、こうした批判は遅きに失したという印象もある。実は、この問題は、ダルク (Drug Addiction Rehabilitation Center; DARC) のように地域で薬物依存者支援に携わってきた援助者のあいだでは、精神科治療薬依存患者の増加として、10年以上前より認識されていた。

本章では、精神科治療薬乱用の実態と乱用者の臨床的特徴、さらには、薬物依存臨床からみえてきた精神科医療の問題点について述べたい。

3-1. 精神科治療薬乱用の実態

3-1-1. 「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」 われわれは、わが国における薬物乱用・依存者の実態を把握するために、全国の精神科病床を有する医療施設を対象として、1987年以来隔年で「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態に関する調査 (以下、病院調査)」⁶⁾を実施してきた。この調査は、毎回ほぼ同じ方法論で実施されており、わが国の医療機関における薬物関連障害患者に関する悉皆調査として唯一のものである。

この調査の最新のものは2010年に実施されている。2010年の調査では、全国の精神科病床を有す

る医療施設1612施設 (国立病院機構44施設、自治体立病院139施設、大学医学部附属病院83施設、民間精神病院1346施設)を調査対象施設として実施された。具体的には、2010年9-10月の2ヵ月間に、全国1612の調査対象施設に外来受診若しくは入院した、ICD-10の「F1:精神作用物質使用による精神及び行動の障害」の診断に該当する全患者のうち、問題となっている精神作用物質 (主たる薬物) がアルコール以外の者を対象候補者とした。その結果、1021施設 (回答率63.3%) から回答が得られ、うち135施設 (13.2%) から、合計953例の薬物関連障害症例が報告された。ここから、同意が得られなかった症例 (230例)、及び性別、年齢、主たる乱用薬物に関する情報が欠損している症例 (52例) を除外した結果、671症例 (調査期間に調査協力施設に受診若しくは入院した全症例の70.4% : 男性475例、女性196例) が最終的な分析対象となる薬物関連障害症例となった。

3-1-2. わが国第2位の乱用薬物としての精神科治療薬 2010年に収集された薬物関連障害症例671例を主たる乱用薬物別に分類したところ、覚せい剤361例 (53.8%)、鎮静薬 (睡眠薬・抗不安薬) 119例 (17.7%)、多剤57例 (8.5%)、有機溶剤56例 (8.3%)、鎮咳薬20例 (3.0%)、大麻18例 (2.7%)、鎮痛薬12例 (1.8%)、その他28例 (4.2%) という結果になった。

この結果が意味することは2つある。1つは、1987年に本調査が開始されて以来一貫して覚せい剤につぐ第2位の乱用薬物であった有機溶剤がいにその地位を降り、代わりに鎮静薬がわが国第2位の乱用薬物となった、という事実である。Figure 2は、本調査における各種の「主たる薬物」が全対象に占める割合の推移を経年的に示したものである。調査実施年によって調査対象施設の回答率や症例総数が異なるので単純な比較はできないが、Fig. 2からも明らかなように、1993年以降、有機溶剤を主たる薬物とする症例の割合が年々急激に低下している一方で、鎮静薬を主たる薬物とする症例の割合は緩徐に上昇しつづけ、2008年調査の時点で、既に有機溶剤 (15.1%) と鎮静薬 (12.4%) の割合の差が相当に縮まっていたが、2010年調査でついにその順位が入れ替わったわけである。

もう1つは、精神科医療は薬物依存の問題をいよ

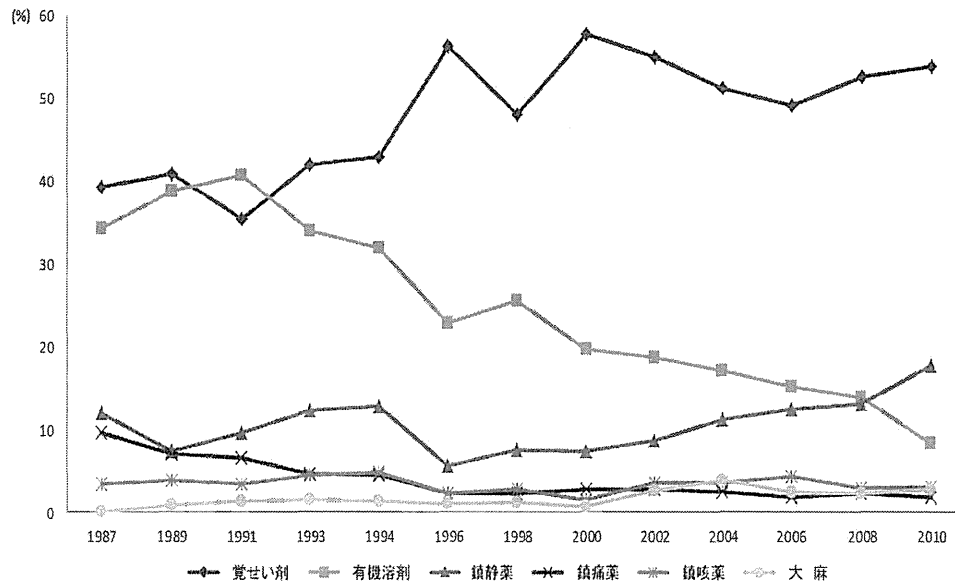


Fig. 2 Change of Patients-Proportions (%) by Types of Abused Drugs

いよ避けることができなくなった，ということである。これまでわが国の薬物関連障害と言えば，覚せい剤や有機溶剤といった規制薬物によるものが中心であり，これらの薬物の場合，使用自体が犯罪を構成する行為であった。このため，薬物誘発性精神病性障害の消退後に残る，「覚せい剤依存」については，司法的問題として治療対象から除外する余地が残されていた。しかし，わが国の薬物関連障害臨床の現場では，司法的対応では解決できない薬物関連障害患者の占める割合が年々大きくなっており，今や「使用障害（依存ないしは乱用）」を医学的治療の対象とせざるを得なくなっていると言えるであろう。

3-2. 精神科治療薬乱用患者の臨床的特徴

3-2-1. 生活背景の特徴 病院調査のデータを用いて筆者ら⁷⁾は，鎮静薬関連障害患者の臨床的特徴を明らかにするために，一貫してわが国の薬物関連障害臨床の中心の問題である覚せい剤関連障害患者との比較を試みた。その結果，鎮静薬関連障害患者は，様々な点で覚せい剤関連障害患者と異なる臨床的特徴を持っていることが明らかにされた。すなわち，鎮静薬関連障害患者は，覚せい剤関連障害患者に比べて，女性の比率が高く，比較的若年であることに加え，暴力団や非行グループとの関係を持つ者，逮捕・補導歴を持つ者が顕著に少なかったのである。これには，鎮静薬が，覚せい剤のような，反

社会的集団との交流を介して遭遇する規制薬物ではないことが関係していよう。

3-2-2. 薬物初回使用動機の特徴 興味深いのは，薬物初回使用動機に関する，鎮静薬関連障害患者と覚せい剤関連障害患者との相違であった (Table 1)。覚せい剤関連障害患者では，「誘われて」，あるいは，「好奇心・興味から」や「刺激を求めて」という動機から薬物使用を開始していた者が多かったのに対し，鎮静薬関連障害患者では，「不眠の軽減」，「不安の軽減」，「抑うつ気分の軽減」，あるいは「自暴自棄になって」という動機から薬物使用を開始した者が多いという特徴がみられた。このことは，仲間からの圧力や刺激・快楽希求のなかで開始される覚せい剤とは対照的に，鎮静薬の場合には，苦痛や困難の軽減という正規の医学的治療，若しくは一種の「自己治療」⁸⁾として使用が開始された可能性を示唆している。

3-2-3. 診断・状態像の特徴 鎮静薬関連障害患者と覚せい剤関連障害患者とでは，薬物関連障害に関する最も重要な ICD-10 診断 (F1 診断) にも顕著な違いがみられた。覚せい剤関連障害患者の約 67% が精神病性障害若しくは残遺性障害・選発性精神病性障害を主要な診断としたのに対し，鎮静薬関連障害患者の場合には，その約 80% が依存症候群若しくは有害な使用という診断がなされていたのである。このことは，覚せい剤関連障害患者の場合に