

【特集 メンタルヘルスにおける家族支援の意義】

## 自死遺族への支援

Support for people bereaved by suicide

川野健治<sup>1)</sup>

Kenji Kawano

### 自死遺族の経験する問題－生活上の混乱

2007年に自殺総合対策大綱が閣議決定されて以降、自死遺族支援は常にとりくむべき重点課題の一つであった。7年が経過し実践例やデータは決して十分とはいえないが、海外の研究を含め重要な知見も得られている。本稿では、自死遺族の経験する問題を3つにわけて整理し<sup>1)</sup>、その上で、支援のあり方について検討していくことにしたい。

大切な家族を失って最初に経験することになる、それゆえに最も優先されるべき問題は、生活上の混乱に対する対応である。故人との死別の際しての諸手続きの中には、それまでの生活では意識していないものが少なくない。死亡届等はいつまでにどこに提出すべきなのか、葬儀費用の補助が受けられるのか、故人の所有していた各種の免許、会員資格、銀行などの口座や財産についての手続き、当人のクレジットカードやインターネットの解約の時期や方法も調べたことはないかもしれない。このような一つ一つの作業は、悲嘆過程に向かい、喪の作業に取り組む時間を自死遺族から奪うことになる。

一方、故人が家計を担っていた場合には、その家族は収入の確保が問題になる場合もある。また、子供が成長すると教育費などの負担が増す。自殺に関連して借金が残される場合では、相続放棄の手続きを期限内に実施する必要がある。さらに、自殺に関連した不動産の瑕疵について（賃貸住宅で自殺が発生すると借り手がなくなる等）、損害賠償を求められるケースもあるなど、経済的な問題は軽視できない。

生活の混乱は、直接的にストレスとなり自死遺族

の生活の質に影響を与えるばかりでなく、十分な休養をとり喪の作業に取り組むための時間を奪うことによって、精神的身体的な回復の過程、そして悲嘆過程を妨げる可能性があり、その支援は重要である。

### 心身の不調

自死遺族が経験する問題の二つ目は、心身の変化と不調に関するものである。自死遺族には自然死の遺族に比べいくつかの指標で精神健康の悪化がみられるという報告がある。たとえば藤井らは、検案書が発行される際に同意を得た17名のうち、死別から8ヶ月の時点でK6の「気分・不安障害相当」は17.6%、「重症精神障害相当」は11.8%、IES-RによるPTSDハイリスクは58.8%だったとしている<sup>2)</sup>。また川野は、自死遺族グループと接点をもつ自死遺族111名に質問紙調査を行い、気分・不安障害相当が48%であったと報告している<sup>16)</sup>。

ただし、このようなメンタルヘルスの状況は、自死遺族に限らず、殺人・事故などの「暴力的死別」の遺族に共通するものである<sup>25)</sup>。たとえば子供を失った親の研究では、全般的精神健康および心的外傷後ストレス症状は、事故および自死の遺族のほうが乳幼児突然死症候群の遺族よりも高かったが、事故死と自死の間では差がなかった<sup>7)</sup>。また、自死の遺族では子供を亡くした後うつ、不安、夫婦関係の悪化が見られるものの、交通事故の遺族との差は（交通事故遺族の方がうつが高い以外）ほとんどなかった<sup>2)</sup>ことが報告されている。一方、親を亡くした子供の研究では、自死遺族はうつ病とアルコール・薬物乱用がコントロール群と比べて高いものの、事故遺族との差はない<sup>2)</sup>。アルコール・物質関連障害について他の研究もみられ<sup>12)</sup>、また、肥満になりやすい<sup>34)</sup>という報告もあるが、いずれも自死と他の死因との間での差は見出されていない。

1) 国立精神・神経医療研究センター  
自殺予防総合対策センター  
Center for suicide prevention, National Center of Neurology and Psychiatry

死別や大きな喪失のあとに経験する心理的変化はグリーフプロセス=悲嘆過程と呼ばれ、そのプロセスの捉え方については、多様なモデルが提案されている。段階説はグリーフのある側面を経験したのちに、次の側面に移行するというような不可逆な過程として捉えるもので、Kübler-Rossが示した「否認と孤立」「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」の5つの段階がよく知られている<sup>20)</sup>。これに対して、フェーズ間の遷移として捉えるのが、Neimeyerの「回避」「同化」「適応」という提案である<sup>26)</sup>。段階説のように個々の(感情)状態を表すのではなく、3つのフェーズは死別の経験への取り組み方、つまり回避する、同化する、適応するといった認知や行動にも関わる能動的な表現が用いられている。ここからグリーフプロセスは主体的な過程であると特徴づけられ、したがってその軌跡は一様ではなく、たとえば人によっては3つのフェーズを行きつ戻りつするなど、段階説では想定されていないグリーフの姿が説明される。一方、Wodenは、「喪失の現実を受け入れる」「グリーフの痛みを消化していくこと」「故人のいない世界に適応すること」「新たな人生を歩み始める途上において、故人との永続的なつながりを見つけること」の4つを課題として提示している<sup>36)</sup>。この課題の達成を目安として、悲嘆過程の支援を検討できる。ただし、これらのモデルのうちどれが最もよくグリーフを捉えているのかについては、まだ十分にわかっていない<sup>18)</sup>。たとえばKübler-Rossの段階説はこれまで多様に批判されてきているが、実証的な裏づけがあるとする研究もある<sup>22)</sup>。そこで本稿では特に断りがない限り、グリーフプロセス=悲嘆過程とは、喪失に伴う感情的な反応の変化のみならず、心身状態の変化全体について表すものとする。

悲嘆過程では驚愕、茫然自失、否認・歪曲、離人感、自責、抑うつ、不安、怒り、記憶の加工、非難、他罰、疑問、合理化、隠蔽、救済感、二次的トラウマなど、多様な心理反応がみられる<sup>33)</sup>が、自殺という特殊な経験に対する自然な反応であって決して異常ではない。そして、一定期間の後にこれらの反応は減衰していく。

これに対して複雑性悲嘆は、通常の悲嘆とは異なり、悲嘆反応が強いレベルで長時間にわたり持続し、社会的・職業的・その他の領域における障害をきたした状態である。故人への思慕、恋しさ、熱望と分

離の苦痛がその中核にあり、さらに、死を受容できず怒りを感じることで、呆然とした感覚あるいは喪失後の感情の麻痺、死や故人を想起させるものの回避、故人のいない人生は虚無で無意味であるという感覚、他者を信じることの困難などアイデンティティや社会的機能の困難についての症状が、死別後6ヵ月にわたってみられる。さらにこのような心理的苦痛ばかりでなく、自殺念慮の高まり<sup>6)</sup><sup>21)</sup>やうつ病など精神障害の併存<sup>1)</sup><sup>30)</sup>がみられることから、治療の対象とするべきではないかという指摘があり、DSM-5およびICD-11の改定に向けて診断基準の提言が行われてきた。その結果、2013年に改定されたDSM-5では、Persistent bereavement disorder(持続性複雑死別障害)として精神障害として採択されたが、診断基準については今後研究を進めるべき疾患のところで取り上げられている<sup>25)</sup>。

複雑性悲嘆の一般集団の有病率については2.4%から4.8%(DSM-V)、日本の研究では死別から10年以内の複雑性悲嘆の罹患率は2.4%という報告がある<sup>10)</sup>。この数字と比べると、自死遺族の複雑性悲嘆の有病率は高いことが報告されている。たとえば、一般住民1445人を対象としたInventory of Complicated Griefを用いた調査では、含まれた22人の自死遺族の18.1%<sup>19)</sup>、60人の自死遺族を対象に同じスケールを用いた調査では43.3%<sup>24)</sup>、死別後3ヶ月以内の配偶者もしくは一親等の153人の自死遺族にInventory of traumatic griefを用いた調査では38%<sup>12)</sup>、子どもを自死で失った自死遺族に同じくInventory of Traumatic Griefを用いた調査では死別から平均15ヶ月の時点で78%が複雑性悲嘆に該当した<sup>7)</sup>と報告されている。なお、遺体をみた親は悪夢と侵入性想起を多く経験するものの、直感的な理解とは異なり、見ていない親と比べて不安やうつの症状に差がみられないという報告があり<sup>27)</sup>、複雑性悲嘆のプロセスについては、さらなる研究が必要である。

## 対人関係の問題

悲嘆反応とメンタルヘルスに関するシステマティックレビュー<sup>31)</sup>では、自殺と他の死因との間で一般的なメンタルヘルスの指標、うつ、PTSD、不安、希死念慮に差はないものの、自死の場合、遺族がスティグマの存在や恥を感じ、死因が自殺であ

ることを隠す傾向にあることを指摘している。これらは、自死遺族が生活上の問題や心身の不調について援助を求め難くすると考えられる。自死遺族支援グループに関連する111名を対象とした調査では、約半数が必要なときに支えや助けが得られなかったと回答しており、その理由としてあげられていたのは、1. 自責の念があり助けを求めるときではないと考えていること、2. 誰かに話しても聞いてもらえなかったという経験であった。後者について客観的な被害の有無というより主観的経験であることに着目し、「二次的傷つき体験」と呼ぶ<sup>15)</sup>。

この調査では、自死遺族と接する機会のある様々な関係について、この二次的傷つき体験と助けられた経験を尋ねてみると、家族、親戚、友人、近隣住民、上司・同僚などは、自死遺族にとって支援の提供者となる頻度が高いのと同時に、高い頻度で二次的傷つき体験の相手にもなっている。つまり、両者はコインの裏表であり、自死遺族の関係への志向性(死別初期の、誰かに聴いてほしいという思い)から始まり、体験(受け入れられたり、傷つけられたりすること)から生まれる二つの表現形である。この二次的傷つき体験がメンタルヘルスに影響を与える可能性について検討したところ、家族、親戚、友人、他の遺族との間で二次的傷つき体験があると、K6での気分不安障害相当のカットオフポイントを超える可能性が高くなる、すなわちメンタルヘルス状況が悪くなることがわかった。このように二次的傷つき体験で生活問題や心身の不調全般に対する援助希求を押し留め、それぞれの問題の解決を遅くしている可能性があるばかりではなく、メンタルヘルスそれ自体に影響を与えている可能性がある。

また、これまであげた3つの問題の背景に、自殺に対する文化や習慣、社会制度上の問題、あるいは偏見の問題をみることができる。これらは自死遺族個人の経験する問題として扱うと典型的なマイクロマクロ問題となるため、ここでは直接的には言及していないが、自死遺族支援においてきわめて重要な側面であることは強調しておきたい。

### 生活支援

では上記の3つの問題群に対して、どのような支援が提供され得るのだろうか。生活上の混乱に対して考えられる支援は、まず適切な情報提供である。

大倉らは故人の続柄ごとにフォーカス・グループ・インタビューを実施し、自死遺族が望む情報提供のあり方について以下の点を共通項目として抽出した<sup>25)</sup>。

1. 自殺と判明した直後から葬儀後までに実施、
2. 遺族コーディネーターのような新しい職種や体制による実施、
3. 警察や行政死亡窓口、葬儀社などの既存の専門家が自死遺族に特化して関わる、
4. 口頭ではなくリーフレットや冊子をさりげない形で封入して提供する。

現在、自死遺族支援のためのリーフレットは都道府県の子精神保健福祉センター等で配布されているほか、さまざまな団体が情報を発信している。

また、福祉制度の利用ならば社会福祉士や精神保健福祉士、相続放棄や借金の問題などは弁護士や司法書士など法律の専門家の支援が有効な場合が少なくない。今日、日本社会福祉士会、日本精神保健福祉士協会、全国司法書士会連合会などの職能団体やその部会は、自殺対策や自死遺族支援に積極的に関わっている。弁護士会の中には自殺対策のワーキンググループを設置している場合もあり、自死遺族支援に関しては自死遺族支援弁護団、自死遺族権利擁護研究会など自主的にとり組んでいるグループもある。なお、日本司法支援センター(通称法テラス)は、相談料について減免する仕組みを利用することができるため、経済的な問題を抱えた遺族の最初の法律に関する相談先として適切である。加えて、自殺の経緯について遺族が過労死裁判をすすめる場合にも、法的な支援は必要になる。

### 心身の不調についての支援

一方、悲嘆過程は先に述べたように、自殺という特殊な経験に対する自然な反応であって決して異常ではない。そして、一定期間の後にこれらの反応は減衰していくものであるから、特に支援は必要ないということもできる。ただし、ここまで述べてきたように、生活上の問題や対人関係の問題を含めた環境が、経験に向きあい悲嘆過程を歩む機会や資源を損なっている可能性がある。それは複雑性悲嘆への危険性を高めるともいえる。

今日の日本において、自助グループと支援グループは、悲嘆過程を歩む自死遺族にとって最も充実した自死遺族支援の資源である。その詳細については後に改めて述べる。ただし、このようなグループにすべての人が参加できるわけではない。開催時間・場

所が不都合な人、社会的な偏見が気になって参加しづらい人、そのようなグループに参加することを好まない人もいます。

このような場合、入手しやすい資源として関連書籍が考えられる。たとえば川島(2014)が作成した、自死遺族の悲嘆過程を促進するためのワークブックは、自宅で時間があるときに、自分一人ででも取り組むことができる(あるいは、家族や友人、カウンセラーと一緒に取り組むことも推奨されている)<sup>18)</sup>。このワークブックではナラティブ死生学という立場を表明しており、1. 自分自身のやり方でそれまでの人生観や世界観を再構成する、2. 自らの経験を他者と語りなおすことで意味を再構成する、3. 遺族それぞれのやり方でグリーフを十分に経験するとしているが、これは先に述べた Neimeyer の悲嘆過程モデルに近いもので、死別に関するストーリーを何度も生成すること、また語ることを重視する点が特徴といえる。これ以外にも、周囲の大人や教師が自死遺児の悲嘆過程について知り、それを支える方法について、米国の遺児支援の民間団体ダギーセンターが作成したガイドラインの日本語訳が出版されている。また、いくつかの自死遺族支援団体や個人が本を出版しており、ここから他者の経験を学ぶことができるので、それらの本を紹介することも支援となるだろう。ただし、これらの評価については報告されていない。

その意味では、書籍ではないがイギリスの国営医療サービス NHS が提供している遺族のための手引き Help is at hand は、2008年に作成されたのち、どのような立場の人が入手しているのか、また手にした時期は適切だったか、個々の章は助けになったかといった点から評価が試みられていることは興味深い<sup>19)</sup>。この手引きは自死遺族支援に関する情報を幅広く網羅しており、実際的な問題として遺族が早い時期に経験する警察での取調べ等や葬儀、遺書の扱いや生命保険などについて触れ、次に死別の経験として、悲嘆など遺族が経験する心理過程とそれへの対処の仕方、特別な支援ニーズとして、子を亡くした親、児童、若者、高齢者、性的少数者、学習障害のある人についての支援について述べている。さらに友人や同僚にできることについて触れたあと、支援のための資源として以下のものが紹介されている。死別に関する支援組織、自助グループ、自殺予防に積極的なグループ、スピリチュアルカウ

ンセリング、死別カウンセリング、葬儀、経済問題と遺書、検死に関連する組織、その他の支援組織と Web サイト情報、読書案内などである。

一方、介入方法については、海外では一定の検討が進められている。Mcdaid らは、自死遺族に対する介入の有効性についてのシステムティックレビューを行い、グループセラピーや家族 CBT を用いた 8 つのプログラムを検討したところ、うつや不安について効果が示唆されたが方法的に改善すべき点も多く、結果は安定的ではないと結論づけた<sup>23)</sup>。これに対して Szumilas らも、自死遺族へのポストベンションプログラムについてシステムティックレビューを行い、学校、家族、そしてコミュニティを基盤とした 16 のプログラムについて検討したが、自殺あるいは自殺未遂にたいして抑制的な効果をもつプログラムはなかった<sup>32)</sup>。ただし、いくつかの副次的指標について有効だったとの報告がある。学校を基盤としたプログラムでは、カウンセリングによる介入では効果が得られなかったが、グループでのデブリーフィングタイプの介入と教育プログラムが自己効力感を押し上げる効果があったとしている。また、学校職員向けの教育プログラムによって関連する知識の増加があった。家族向けプログラムでは、うつや不安の軽減がいくつかのプログラムで報告されているほかに、自殺現場へのアウトリーチプログラムが遺族会への参加や援助希求を促進する効果があることが指摘されている。コミュニティベースのプログラムでは統計的に意味のある効果は見出せなかった。ただし、Comans らは、コミュニティベースでのポストベンションに取り組んで、費用対効果として 803 オーストラリアドルの節約と質調整生存年での 0.02 年の改善がみられるとしている<sup>5)</sup>。

複雑性悲嘆については、Wittouck らのメタアナリシスが報告されている<sup>35)</sup>。事前予防もしくは治療 (treatment) についての 14 のランダム化比較試験について検討した。9 つの事前予防には、2 つの認知行動療法と 3 つの筆記を用いた取組、3 つのグループアプローチと 1 つの個人療法が含まれていた。他方、5 つの治療には 3 つの個人を対象とした認知行動療法と二つの短期集団精神療法が含まれていた。プール解析の結果、治療は事後に複雑性悲嘆を改善し、さらに時間をおいたフォローアップ期ではその効果が増大することが示された。事前予防では効果を見出すことができなかった。日本でも、近

年は複雑性悲嘆に焦点をあてた認知行動療法が実施される医療機関があり、またそのトレーニングを受ける機会もある。

一方、薬物療法については、複雑性悲嘆に伴ううつについて、オープントライアルが行われている段階で、三環系抗うつ薬は複雑性悲嘆には効果はないが、複雑性悲嘆に並存するうつ状態の改善を示した。またSSRIでは悲嘆症状の軽減が報告されているが、有効性が実証されたとはいえない段階である<sup>25)</sup>。

### 対人関係の問題についての支援— グループの紹介

自死遺族が支援を求めにくい心理にある場合があること、仮に求めても二次的な傷つき体験をすることがあること、さらに生活上の問題や心身の不調とそれへの対処について情報提供や意見交換、実際的な支援などがその対人関係を介して必要な遺族に伝えられることを考慮すると、当事者同士の出会う場である自助グループ/支援グループは、自死遺族支援の大切な資源であることはいうまでもない。(なお、ここでは、自死遺族が運営し、とくに自死遺族がその経験を語り合う「つどい」において自死遺族のみが参加し、専門家などのファシリテーターを置かない等の形態で運営しているグループを自助グループ、それ以外の形態で自死遺族支援に関わるグループを支援グループと呼ぶことにする。)

日本の自死遺族支援において、これらのグループの成立は初期の重要な目標であった。2007年に閣議決定された自殺総合対策大綱においても、「地域における民間団体が主催する自助グループ等の運営、相談機関の遺族等への周知を支援する」ことを、自死遺族支援の第一の重点目標として掲げ、厚生労働省の研究班はその活動に資するために「自死遺族を支えるために～相談担当者のための指針～」を作成している。

遺族にこれらのグループを紹介することは、有力な支援である。日本での自死遺族支援に関連したグループの全体像を把握する報告等はないが、2014年の時点で自助グループの相互交流を場として機能している全国自死遺族連絡会のHPには29の自助グループについて連絡先が示されている。一方、NPO法人ライフリンクのHPには68の自死遺族の「つどい」の連絡先が示されているが、こちらは自

助グループ、支援グループの両方が記載されている。また、全国の都道府県や政令指定市の精神保健福祉センターや保健所には、地域のグループの情報があり、紹介を受けることができることが多い。つまり、ほとんどの都道府県ではグループを紹介することができる。

このようなグループの機能についての研究では、具体的な支援と経験の共有があることは報告されているが<sup>14) 23) 37)</sup>、まだ十分とはいえない。自死遺族自助/支援グループの質的な改善方法の開発は、多様な形態の遺族支援にとっても重要である。そこで川野らは、支援グループの運営者・スタッフ、参加者と研究者による共同研究の形式で、神奈川県4市市の自死遺族支援グループ活動の評価を行い、これを通して、自死遺族支援グループの評価モデルを提案し、その課題を提示した<sup>17)</sup>。この研究は4つのサブテーマから成っているが、自死遺族支援グループの活動を評価するためには、指標として「相互扶助の10の原理」について検討を行った。フェイゲルマンらは、シュルマンが提唱した「相互扶助の原理」<sup>29)</sup>を援用して自死遺族支援グループへの参加の効果について検討を行っている<sup>8)</sup>。本研究では、フェイゲルマンらの検討を加味して自死遺族支援グループの機能を示す「相互扶助の10項目」を作成した。

神奈川県4市市の支援グループの行政スタッフ、参加者(自死遺族当事者)、神奈川県4市市以外の自治体が運営している支援グループのスタッフに、この10項目について自分たちのグループでどの程度大切にしているのかを尋ねると、④～⑩ではこの3群の評価にずれがあった。具体的な相互支援、さらに対社会的な活動に価値を見出すかどうかは、自死遺族の支援グループ間の特徴を考える手がかりと言えるかもしれない。ただし、この研究では自助グループについては検討されていない。

このように、日本において自助/支援グループは、自死遺族のニーズに広く対応する役割を持ちながら、その評価研究は十分ではない。自死遺族支援を狭い意味の「効果」「機能」だけで問うべきではないという議論もあり得るが、支援の質を高めるためには、まずはプロセス評価に積極的に取り組むべき時期にあるのではないだろうか。

表 1. 相互扶助の10項目

	項 目	全体平均値	
		頻度	大切さ
①	自分とよく似た悩みや経験を持つ他の参加者に出会い、自分は一人ではないと感じている	2.89	2.98
②	普段は話せない話題(故人に対する怒りや他人への失望感、自殺念慮、負担からの解放感など)について口にしている	2.73	2.93
③	他の人から非難されることも、また他の人を非難することもなく、お互いの気持ちに寄り添っている	2.84	2.96
④	他の参加者が問題を解決するのを手助けしている	1.91	2.11
⑤	のこされた者としての経験(遺品を片付けた、カウンセラーに相談した等)を参加者同士で共有する場となっている	2.44	2.63
⑥	様々な意見を交換することで、自分や他人の信念について深く考える機会になっている	2.02	2.33
⑦	他の参加者に対して何かを求めたり、期待を持つことを通じて、お互いに助け合っている	1.69	1.84
⑧	グループに参加することが、困難な状況や人に対応する方法を学ぶ機会となっている	1.96	2.30
⑨	親しい人の自死という経験を、不十分なメンタルヘルス対策、自殺対策の資金不足、うつ病や自殺への偏見といった、社会的な問題とむすびづけている	1.85	1.91
⑩	社会的な活動に参加し、自分の意見を主張している	1.46	1.85

### 「自死遺族」カテゴリの連続性

最後に、ここまで前提としてきた「自死遺族」という言葉が指し示す範囲を考えておきたい。英語圏、特に北米では suicide survivors という表現が、自殺で遺された人を称して使われることがある。Carel によると、この survivors という言葉を歴史的にたどると、当初は自殺で遺されることのインパクトを表現するために用いられていたのが、単に遺された人自身を示すようになり、遺された家族や友人という定義が登場し、さらに自殺で遺されたことで強いストレスを感じたものという定義や、関係性があれば親族関係とは限らないという議論などがあった<sup>4)</sup>。医学的には誰が強いストレスを感じたかを同定できることが重要であるが、実際に確度の高い予測は難しく、そこで別のアプローチとして死別による外傷体験に暴露したかどうかとする提案もあったという。誰かの自殺を経験して支援ニーズが必要とした人の、故人との関係性を数え上げると家族・友人をはじめ 28 種の関係性が見出せることからその外延的定義もゆらぐこと、あるいは survivors ということばが自殺未遂者と混同しやすいことなど、カテゴリとしての見直しの必要性を示唆した上で、「A nested model of suicide survivorship= 自死遺族性の入れ子モデル」を提案している。つまり、4 重の円を描き、最も外側には suicide exposed= 自殺に暴露、次に suicide affected= 自殺に影響される、さらに suicide bereaved, short term= 自殺で遺された・短期、最も内側の円は suicide bereaved,

long term= 自殺で遺された・長期と示されている。このモデルは、自殺で遺された者の全体像を支援や健康の側面から適切に捉えることができるのではないかと提案している。たとえば家族は、4 つのどの自死遺族性を示す可能性もある。日本においても、自死遺族とは誰なのか、個々の支援はどこまで届くべきなのか、といった議論が必要だろう。

本特集のテーマが家族支援であり、本稿はその 1 つの領域としての自殺であるから、その意味では自死遺族支援という表現が不適切というわけではない。ただし、より広く自殺で遺された者の支援を考えるうえでは、「遺族」という言葉は使い勝手がよくない場合がある。たとえば、セクシャルマイノリティの方がパートナーを自殺で亡くした場合、法的には自死「遺族」ではない。とすると、ここまで述べてきた問題はより複雑になり、たとえば故人の葬儀に出られない、福祉サービスが申請できないといったことが起こる。これらの問題を整理するためにも、狭義の遺族を包含した、より包括的な言葉が必要となる。

また逆に、自殺問題に関連した家族支援をテーマとするなら、自死遺族だけではなく、自殺未遂者家族の支援についても検討すべきであるが、本稿では紙幅の関係で割愛した。自殺未遂が自殺の最大の危険因子であることは知られており、その点では未遂者家族と遺族の間には、支援の連続性が想定されるべき場合がある。たとえば、地域で支援していた自殺未遂者が再企図をして亡くなった場合、それまでの支援者と家族の関係性が、自死遺族支援を容易にする場合もあるし、逆に困難にする場合もあるだろう

う。つまり自殺対策の現場においては、未遂者家族への支援と自死遺族への支援は、連続しているのである。

さらに、自殺対策は自殺の実態把握から始まる。自死遺族は自殺対策において単に支援される存在ではなく、不幸にして起こってしまった経験から学び、より自殺の起こりにくい社会作りに貢献し得る主体であることも確認しておきたい。

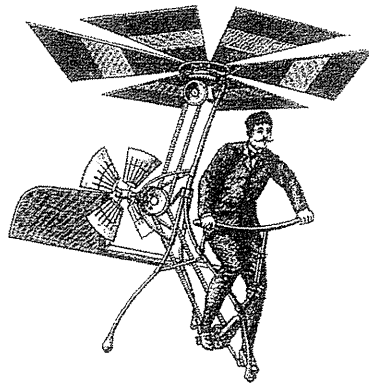
## 文 献

- 1) Boelen PA, Prigerson HG: The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257: 444-52, 2007.
- 2) Bolton JM, Au W, Leslie WD et al: Parents bereaved by offspring suicide: a population-based longitudinal case-control study. *JAMA Psychiatry* 70: 158-67, 2013.
- 3) Brent D, Melhem N, Donohoe MB et al: The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am J Psychiatry* 166: 786-94, 2009.
- 4) Cerel J, McIntosh JL, Neimeyer RA et al: The Continuum of "Survivorship": Definitional Issues in the Aftermath of Suicide. *Suicide Life Threat Behav*: 2014.
- 5) Comans T, Visser V, Scuffham P: Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide. *Crisis* 34: 390-7, 2013.
- 6) Dell'osso L, Carmassi C, Rucci P et al: Complicated grief and suicidality: the impact of subthreshold mood symptoms. *CNS Spectr* 16: 1-6, 2011.
- 7) Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A: Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud* 27: 143-65, 2003.
- 8) Feigelman B, Feigelman W: *Surviving After Suicide Loss: The Healing Potential of Suicide Survivor Support Groups*. *Illness, Crisis & Loss* 16: 285-304, 2008.
- 9) 藤井千太, 明石加代, 松田一生他: 自死遺族の心の健康状態 - 兵庫県監察医務室を介して行った自死遺族支援の試みから. *精神医学* 54: 191-200, 2012.
- 10) Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S et al: Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord* 127: 352-8, 2010.
- 11) Groot MH, Keijsers J, Neeleman J: Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide Life Threat Behav* 36: 418-31, 2006.
- 12) Hamdan S, Melhem NM, Porta G et al: Alcohol and substance abuse in parentally bereaved youth. *J Clin Psychiatry* 74: 828-33, 2013.
- 13) Hawton K, Sutton L, Simkin S et al: Evaluation of a resource for people bereaved by suicide. *Crisis* 33: 254-64, 2012.
- 14) Jordan JR, McMenemy J: Interventions for suicide survivors: a review of the literature. *Suicide Life Threat Behav* 34: 337-49, 2004.
- 15) 川野健治: 自死遺族の悲嘆と期待されるコミュニケーションの欠如. *ストレス科学* 24: 24-32, 2009.
- 16) 川野健治: 自死遺族の精神保健的問題. *精神神経学雑誌* 113: 87-93, 2011.
- 17) 川野健治, 川島大輔, 白神敬介: 自死遺族支援グループ評価研究報告書 (未公刊), 2013.
- 18) 川島大輔: 自死で大切な人を失ったあなたへのナラティブ・ワークブック. 新曜社通信, 東京, 2014.
- 19) Kersting A, Braehler E, Glaesmer H et al: Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord* 131: 339-43, 2011.
- 20) Kübler-Ross E: *On death and dying*. Macmillan, New York, 2001. (鈴木晶訳: 死ぬ瞬間 - 死とその過程について. 中公文庫, 東京, 2001.)
- 21) Latham AE, Prigerson HG: Suicidality and

- bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 34: 350-62, 2004.
- 22) Maciejewski PK, Zhang B, Block SD et al: An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA* 297: 716-23, 2007.
- 23) McDaid C, Trowman R, Golder S et al: Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *Br J Psychiatry* 193: 438-43, 2008.
- 24) Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG et al: Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide Life Threat Behav* 35: 498-506, 2005.
- 25) 中島聡美: 自死遺族の複雑性悲嘆に対する心理的ケア・治療. *精神科* 25: 57-63, 2014.
- 26) Neimeyer RA: *Lessons of Loss: A guide of coping*. McGraw-Hill, New York, 2006. (鈴木剛子訳: 大切なものを失ったあなたに - 喪失をのりこえるガイド. 春秋社, 東京, 2006.)
- 27) Omerov P, Steineck G, Nyberg T et al: Viewing the body after bereavement due to suicide: a population-based survey in Sweden. *PLoS One* 9: e101799, 2014.
- 28) 大倉高志, 市瀬晶子, 田邊蘭他: 自殺者遺族が望む「情報提供のあり方」の探求 続柄を考慮した語りの比較分析. *自殺予防と危機介入* 31: 74-83, 2011.
- 29) Shulman L: *The skills of helping individuals, families groups and communities*. Thomson; Wadsworth, CA, 2006.
- 30) Simon NM, Shear KM, Thompson EH et al: The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry* 48: 395-9, 2007.
- 31) Sveen CA, Walby FA: Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide Life Threat Behav* 38: 13-29, 2008.
- 32) Szumilas M, Kutcher S: Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Can J Public Health* 102: 18-29, 2011.
- 33) 高橋祥友: 自殺、そして遺された人々. 新興医学出版社, 東京, 2003.
- 34) Weinberg RJ, Dietz LJ, Stoyak S et al: A prospective study of parentally bereaved youth, caregiver depression, and body mass index. *J Clin Psychiatry* 74: 834-40, 2013.
- 35) Wittouck C, Van Autreve S, De Jaegere E et al: The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 31: 69-78, 2011.
- 36) Woden J: *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (4th edition)*. Springer Publishing Company, New York, 2008. (山本力監訳: 悲嘆カウンセリングー臨床実践ハンドブック. 誠信書房, 東京, 2011.)
- 37) 良原誠崇: 自死遺族を対象とするサポートグループの実践とその特徴: 参加者のグループへの志向と継続動向から. *コミュニティ心理学研究* 12: 117-28, 2009.



# これからの自殺予防対策が向かう先



Kawano Kenji

川野健治

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

「自殺対策の精神医療化」という  
ディスコース

わが国の自殺予防対策が向かう先について、  
どのように論じることができるか。今後の正確  
な予測は筆者には荷が重い。ここでは議論のと  
ば口として、自殺対策官民連携協議会議でのあ  
るやりとりを取り上げてみたい。(一部要約して  
抜粋)。

ある民間からの委員が、「全般的にとにかく  
精神的な疾患、うつ病対策に偏っている感が否  
めない。ゲートキーパーの養成でも大体はメン  
タルケアが中心。(中略) 個人の心の問題に至

るまでに追い込まれた、追い込まなければな  
らなかつたさまざまな要因がある。その具体的  
な対策に対する研修・支援対策と、相談を受け  
ることができる人材育成研修をしてほしい」と  
発言している。これに対して、内閣府の担当官  
からは「もとから絶たないとだめだという発想  
ですね。自殺対策というのを総合的にやってい  
るといのは、まさにそういった問題意識でや  
っていて、そのために内閣府の組織ができて、  
こういった幅広い形でやっているということな  
のですね。(中略) ゲートキーパー養成でも偏  
っているというご指摘ですね。我々としてはそ  
ういった精神医療分野の人以外の方のゲートキ  
ーパー養成といったところでもやっていて、幅

広くいくようには思っています」という回答が  
なされている。しかしその委員からはさらに、  
「目の前の人が精神疾患であるかどうかその判  
断ができるスキルを身につける研修ではなく、  
困っていることを的確に判断して具体的な解決  
ができる相談先につなぐ人材育成をしてほし  
い」と発言が追加される。これに対して担当官  
は、「ゲートキーパーはつなぐということなの  
で、力を置いてやっている」と回答してい  
る。

注目したいのは、この言説の齟齬がどのよう  
に形成されているのかという点である。

わが国の自殺の「医療化」については、北中  
の指摘がある。一九九八年の自殺の急増以前で

は、精神医学者も自殺を社会的・実存的な問題として語ることがあり、安易に医療と結びつけることには抵抗を示していた。それが一九八〇年以降に登場したDSM-IIIの大口つ病概念によって、うつがいわば「苦悩の慣用表現」となった。また、新世代抗うつ薬によって、うつが比較的治療しやすい病として認識されたことで、自殺を精神的なモデルで説明しやすくなったと北中は指摘している。

さらに、うつはストレス概念と「簡略化して」結びつけられた。つまり、本来のストレスー脆弱性モデルでは、環境(ストレス)と個人(解釈等)の相互作用が前提されているが、ストレス「測定」のツールである心理的負荷評価法が開発されたことで、個人の解釈の部分は希薄化して、「ストレス(↓出来事の解釈)↓うつ病↓自殺」というフレームが優先されたのである。このようにして、たとえば睡眠時間を確保するために労務管理をするというように、環境が身体に与える影響を社会が管理すること⇨自殺予防という考え方が、とくに産業界では中心的になったと北中は述べている。過労への着目は日本の労働環境を改善するうえで有効であったという利点もあり、自殺への見方が偏るのではないかと懸念も示されている。

ただし、自殺を医療に位置づけて語りやすくなったからといって、ただちにすべての自殺対

策が精神医療モデルで構成されるわけではない。たとえば、内閣府自殺対策推進室が作成した『誰でもゲートキーパー手帳』に示されているのは、気づき、傾聴、声かけ、つなぎ、見守りという役割である。精神医療に結びつく情報としては、自殺につながるサインや状況の項目の一つに「精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み」があること、自殺を防ぐために有効なもの九項目の一つに「医療や福祉などのサービス」が挙げられているにすぎない。つまり、ゲートキーパー養成がメンタルケアに偏っているのだとしても、それは源流の内閣府の対策からではなく、川下に流れるなかで読みかえられていた可能性もある。たとえば、各地のゲートキーパー研修を企画する段階、講師が研修する段階、あるいは研修参加者が解釈する段階、その情報が人口に膾炙される段階かもしれない。

### 自殺のプロセスのイメージ

わが国の自殺対策の指針は二〇〇七年に閣議決定され、二〇一二年に見直しが行われた自殺総合対策大綱に求めることができる。そこには基本的な考え方の第一項として、社会的要因も踏まえ、総合的に取り組むことが明示されている。

ゲートキーパー養成は、内閣府がテキスト、手帳、DVDを準備して推進する自殺対策のメニューである。つまり、「社会的要因も踏まえたゲートキーパー養成」とは、日本の自殺対策の典型といってもよい。

では、先のような「精神医療化」への読みかえ(が起きていると仮定して)、それを促進する要素は何か。一つには、ゲートキーパーになる者の不安が挙げられる。経験のないゲートキーパー候補者が自殺念慮をもつ人に対応することを想像してみると、「なぜ死にたいと思うのか」そして「もし死にたいと言われたら、どうしたらよいのか」について知りたくないのではないだろうか。つまり、初めて自殺予防に関心に向ける人ほど「自殺の危険性が強い場面」に注目せざるを得ない。そして、ゲートキーパーを養成する側は、広義の精神医療を根拠に情報を提供することになるだろう。

もう一つ、精神医療化の鑄型を提供するものとして、自殺総合対策大綱の第二章「自殺対策の基本的考え方」の第三項にある、以下のような対策の分類枠組みを挙げることができる。

#### 自殺対策は、

1) 事前予防・心身の健康の保持増進についての取組、自殺や精神疾患についての正しい知識の普及啓発等自殺の危険性が低い段階

で予防を図ること、

2) 自殺発生の危機対応・現に起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐこと、

3) 事後対応・不幸にして自殺や自殺未遂が生じてしまった場合に家族や職場の同僚等他の人に与える影響を最小限とし、新たな自殺を防ぐこと、

の段階ごとに効果的な施策を講じる必要がある。

多くの自治体が自殺対策を計画するときに参照してきたこの枠組みでは、事前予防の段階でのみこころの健康問題について明確に言及している。しかし、自殺という出来「事」の発生「前」と「後」というカテゴリーは、この三つが時系列で連続していることを含意している。

つまりこの枠組みは、心身の健康が悪化していく一連の過程において、その最も悪い状態が自殺であるという前提のもとで、それぞれの状態に対応することを自殺対策としている。前の一文の「自殺」を「病氣」と置き換えてみれば、これが医療モデルによく合致することがわかる。

また、WHOからは、自殺既遂事例の最終局面ではほとんどが精神疾患に罹患しているという情報発信がされている。あるいは、自殺予防総合対策センターが紹介しているニュージラ

ンドの自殺予防戦略図や、近年民間団体が紹介している自殺の経路の模式図など、自殺の最終段階ではうつなどの精神疾患に罹患しているというイメージは自殺対策の関係者に共有されている。

つまり、わが国の自殺対策は総合対策であるが、個別の支援場面を想像すると「自殺の危険性は徐々に高まる。最終場面では専門的な対応が必要である」という枠組みをもちやすい。そのため、自殺対策は精神医療モデルの色を帯びることになる、というのが筆者の仮説である。

### わが国の自殺対策の動向

——地域自殺対策強化基金と大綱の見直し

ここで、わが国の自殺対策の近年の動向について確認しておきたい。

まず、二〇〇九年の補正予算において「地域における自殺対策力」を強化するため、当面三年間の対策に係る「地域自殺対策緊急強化基金」が造成された点は重要である。翌二〇一〇年一〇月には、「住民生活に光をそそぐ交付金」が創設され、基金の財源とすることも認められたことから、基金へ約一七億円の積み増しがなされた。

また、東日本大震災の影響が全国に広がって

いることから、二〇一一年度第三次補正予算により、基金に三七億円が積み増され、期限は二〇一二年度まで延長された。この基金は、人口や自殺者数等に基づき各都道府県に配分され、国が提示した「対面型相談支援事業」「電話相談支援事業」「人材養成事業」「普及啓発事業」「強化モデル事業」の五つのメニューのなかから、各都道府県が地域の実情を踏まえて選択し実施した。また、市町村は、市町村事業計画に基づき申請に対して都道府県から交付される助成金を活用して、事業を実施した。

この基金については、内閣府に「地域自殺対策緊急強化基金評価・検証チーム」<sup>(5)</sup>が編成され、地域における二〇一一年度の基金事業について効果検証が行われた。「自殺者数の減少」や「自殺率の減少」について、基金事業が果たした役割を評価することは難しいとしながら、基金の本来の目標である「地域の自殺対策力の強化」という点では効果があつたと結論づけている。そのなかで、普及啓発の事業は国民の自殺対策への理解促進の基盤をつくったが、今後はそこに留まることなく、より実践的な事業に展開することが望まれるとされている。

二〇一二年七月には、先に述べたように自殺総合対策大綱の見直しが行われた。ポイントとされたのは、①地域レベルの実践的な取組みを中心とする自殺対策への転換を図る必要性、②

未遂者向けの対策、そして③国、地方公共団体、関係団体、民間団体等の取組みの連携・協力の必要性であった。また、自殺対策の基本的な考え方として、④自殺や精神疾患に対する偏見を無くす、⑤社会経済的な視点を含む包括的な取組みが重要（生活困窮、児童虐待、性暴力被害、ひきこもり、性的マイノリティ等の関連分野との連携）、⑥若年層への取組みの必要性・重要性、⑦自殺未遂者対策も言及されている。すなわち、地域が主体となってより実践的な事業を展開することが、二〇一二年以降のわが国の自殺対策の方向性として確認できる。

さらに、二〇一五年二月に開催された全国自殺対策主管課長等会議では、地域自殺対策強化交付金の概要が説明されたが、ここでは従来とは異なる補助率が呈示された。つまり、従来は地域自殺対策強化事業での国の補助率は10/10で、都道府県や市町村の負担分はなかった。しかし、二〇一五年度の地域自殺対策強化事業においては、たとえば都道府県なら若年層対策事業や自殺未遂対策などでは10/10だが、経済情勢対策事業、相談会の実施やゲートキーパー養成などでは3/4、そして啓発では1/2というように、補助率に傾斜がつけられたのである。これは、前記の大綱見直しの方角と一致するものである。

### これからの総合的な自殺対策

——地域診断と理論的枠組みの採用

地域が主体となって、若年層対策や自殺未遂者対策などについて、キャンペーンや講演会などの普及啓発活動ばかりでなく、より実践的な事業に取り組み。ここにおいて、先に述べた自殺対策の精神医療化の枠組みが影響するだろうか。

わが国の自殺未遂者対策は、複数の自治体で展開されている地域連携の実績がある。また、「自殺対策のための戦略研究」（厚生労働科学研究費補助金）の一環として、「自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネージメントの効果…多施設共同による無作為比較研究」（通称ACTION-J）が実施された。このケース・マネージメントは、自殺未遂者の自殺再企図を長期間抑止することはできなかったものの、六ヶ月にわたって強気に抑止するという科学的知見も得られている。

そのなかでも、いち早く動き出した取り組みとして、厚生労働省の研究班の成果を受けて、日本臨床救急医学会が作成した『自殺未遂患者への対応—救急外来（ER）・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き<sup>4</sup>』と、それをもとに実施されている研修がある。

この手引きを読み、あるいは研修に参加した救命救急センタースタッフから、「これを実践するために、（自分の職場である）救命救急センターに精神医療スタッフが常駐している環境が必要である」という意見が出されることがあると聞く。手引きの冒頭で「想定されているのは、精神科医による具体的な支援が現場において直接的にすぐには得られないという状況である」ことが述べられているにもかかわらず、である。

この齟齬が、手引きの内容が実際に精神医療的な専門性の高さを備えているためなのか、あるいは、研修参加者の精神医療化の枠組みがその評価に影響したのかについては、ここでは判断できない。指摘しておきたいのは、いずれの地域自殺対策強化事業においても、「精神医療の専門家が地域に少ないのでできない」という判断に傾きやすくなる可能性である。二〇一一年度に普及啓発事業が優先されたのは、それが手をつけやすかっただけでなく、他の事業に「（精神医療であるための）手のつけにくさ」を感じているからだとしたら、補助金率の傾斜以外にも、今後の総合対策の進展のためには工夫が必要かもしれない。

もちろん、前記は仮説に仮説を重ねた類推である。その不確かさは承知のうえで、二つの工夫の可能性を指摘しておきたい。

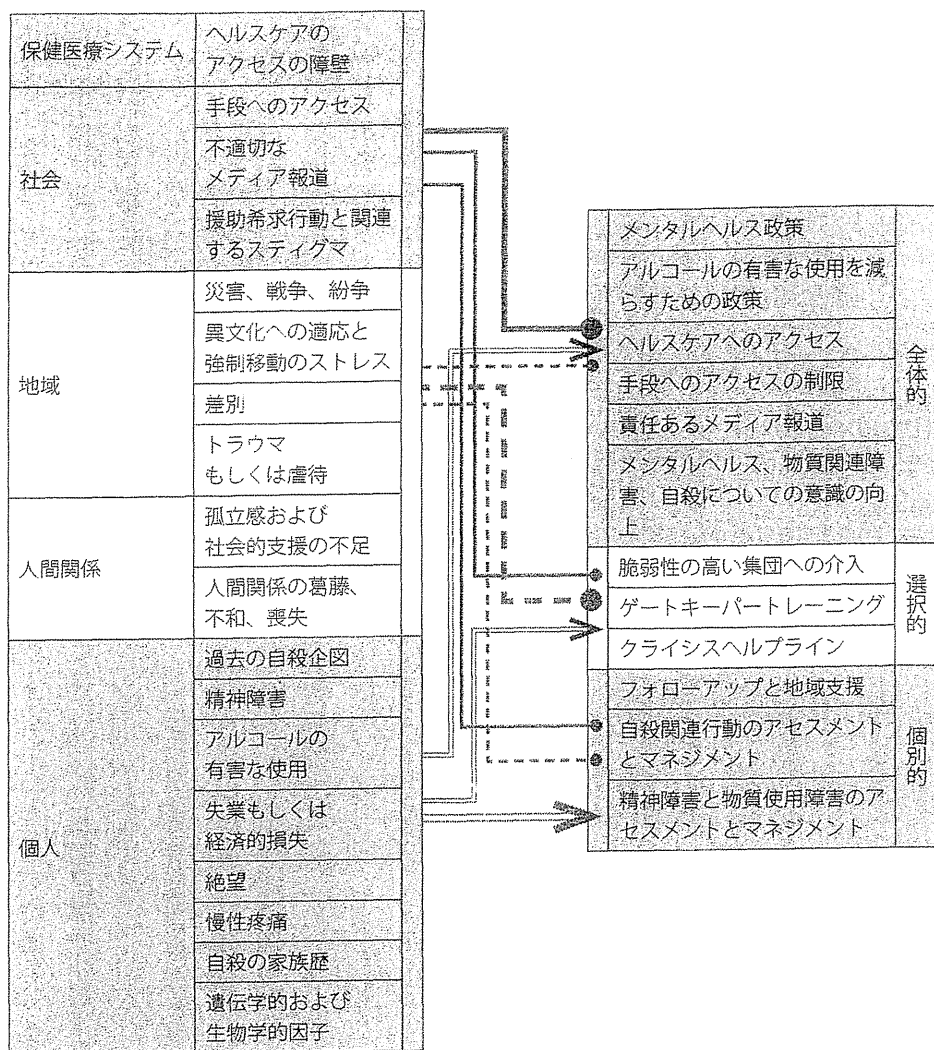


図1 主要な自殺の危険因子と関連する介入 (文献3)

一つ目は、自殺対策のための地域診断である。たとえば、地域自殺対策強化事業の若年層対策の一つとして訪問相談が挙げられている。この事業の実施を検討するとき、「もし訪問先の若者の背景に精神障害があったとすると、精神医療の専門職が不可欠である」と考えるな

ら、精神医療資源の不足している地方ではこの事業にはコストがかかりすぎる。その場合、先行して取り組むべきことは、この地域で訪問相談を必要としている若年層の実態を把握することである。学校不適応が課題であるなら、たとえば都道府県の臨床心理士会に訪問相談員の仕

組みをもちかける。就労が問題なら、たとえば全国に一六〇箇所あるサポートセンターと医療機関との協力体制をつくってから、ゲートキーパー研修を行うのはどうだろう。実際に求められているニーズと既存の社会資源を検討することが、総合的なアプローチを可視化していくと思われる。

二つ目は、自殺対策を検討するうえでの枠組みとして、事前対応、危機介入、事後対応ではなく、全体的、選択的、個別的予防介入という理論的フレームワークを意識することである(図1参照)。すでに述べたように、前者を前提として自殺対策を構想すると、自殺のプロセスに沿った時系列の自殺対策がイメージされやすく、自殺企図者への対応の難しさばかりに焦点があたることから、精神医療資源が対策の必須条件になりがちである。実際には、自殺にかかわる要因も介入方法も多様である。精神障害と自殺念慮への対応という一点に固着せず、複眼的に危険因子と介入方法を検討することが、総合的な自殺対策を展開していくうえで有効であると思われる。

現在わが国は、自殺率の低下を示し、世界からも注目される自殺予防活動を展開している。二〇一四年には世界自殺レポート<sup>(3)</sup>の作成のための会議が東京で開催された。このレポートでは、ヘルスケアサービスは、その核となる構成

# こころの科学180

HUMAN MIND March・2015

■好評発売中／本体1,420円+税 ■雑誌コード：63956

創刊30周年記念増大号

特別企画 **統合失調症治療の現在**  
福田正人・村井俊哉・笠井清登=編

10年ぶりの統合失調症特集。この間の進歩と将来に向けての展望を探る。

### ■座談会

統合失調症治療の未来——人生も心も脳もリカバリー  
池淵恵美・村井俊哉・笠井清登・福田正人・杉原玄一・熊倉陽介

#### I 統合失調症治療の現在

IMRでリカバリー！——EBP ツールキット普及の中で

.....吉見明香・加藤大慈・平安良雄

認知機能を改善する取り組み.....最上多美子

こころのリスク・早期段階での支援と治療.....松本和紀

抗精神病薬の効用と限界.....大森哲郎

こころと身体は健康はひとつなかり.....熊倉陽介

世界に広がる当事者研究.....向谷地生良

仲間を支える仲間の力.....松本キック(松本ハウス)

みなさんに知ってほしい——家族ゆえの悲しみと、家族なら

ではの強さと生きる知恵.....夏苺郁子

フィンランドとベルギーの精神医療改革——発病早期の治療

vs 長期入院の解消.....伊勢田義

#### II 統合失調症の研究最前線

コホート研究が明らかにする統合失調症.....安藤俊太郎

統合失調症でみられる脳形態変化——病態解明から臨床応

用に向けて.....高橋 努

自我の脳科学から考える統合失調症——精神病理学と脳科学

のありうべき連携.....前田貴記

遺伝と遺伝子研究を正しく理解する.....石塚佳奈子・木村大樹・尾崎紀夫

分子・細胞から見直す統合失調症.....柳下 祥・西岡将基

統合失調症の精神病理学——三つの側面、それぞれの課題

.....深尾憲二郎

#### III さまざまな立場からの統合失調症論

統合失調症とリカバリー——若手精神科医の体験から

.....樋端佑樹

早発性認知症から精神分裂病、統合失調症へ——スティグ

マの哲学.....石原孝二

統合失調症患者の職罪.....青島多津子

質問促進/パンフレットの経験と統合失調症診療における活

用の可能性.....白井由紀・内富庸介

壺弘先生の統合失調症研究——その生涯と研究の歩み

.....齋藤 治

【精神科主任教授アンケート】統合失調症を考える

■創刊30周年記念エッセイ.....風祭 元・山下 格・山口勝一

■連載

この病、この一曲(17)「風」.....井原 裕

精神科から世界を眺めて(24)【最終回】24人のピリー・ミ

リガン.....風野香樹

脳を過って私が生まれるとき——精神科医のバンセ(5)私と

いう現象は命がそうであるように閉鎖系なのか.....兼本浩祐

物語未満を支える心理療法(6)物語未満の世界と子どもの

心理療法.....草野知子ほか

日本評論社

http://www.nippyo.co.jp/

要素として自殺対策を組み込む必要があると指  
摘している。早期発見や効果的なマネジメント  
は、人々が必要なケアを受けることを確実にす  
るための鍵と考えられる。さらに、わが国の状  
況に即していえば、地域の健康計画、福祉計画  
の構成要素としても自殺対策を組み込むこと  
で、多くの領域の連携がより効果的になると考  
えられる。

これからの自殺対策が向かう先とは、たとえ  
ば、地域診断と理論を背景に、精神医療領域か  
らリスクアセスメントの方法を提案し、生活困  
窮者支援から訪問相談員、民間就労支援団体に  
は委託して拠点を提供してもらおうというよう  
に、地域の実態に応じた実践をローカルに構想

するなかで、そのデザインやノウハウを世界に  
向けて発信していくことが求められる、そのよ  
うな自殺対策ではないだろうか。

### 【文献】

(1) 内閣府政策統括官(共生社会政策担当) 自殺対  
策推進室「自殺対策官民連携協働会議第二回議事録」  
(<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kaminrenkei/>)  
(二〇一五年三月一日取得)

(2) 北中淳子「労働の病、レジリエンス、健康への  
意志」『現代思想』四一巻七号、七二―八〇頁、二〇一  
三年

(3) 世界保健機構(自殺予防総合対策センター)訳  
『自殺を予防する―世界の優先課題』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、二〇一四年

(4) 日本臨床救急医学会『自殺未遂患者への対応―

救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッ  
フのための手引き』二〇〇九年

(5) 内閣府政策統括官(共生社会政策) 自殺対策担  
当「地域自殺対策緊急強化基金の検証・評価につい  
て」(<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kinin/>) (二  
〇一五年三月一日取得)

(かわの・けんじ) 臨床心理学

## 向精神薬の過量服用は安全なのか

—監察医務院から見てきた自殺の実態—

福永 龍繁\* 谷藤 隆信\* 鈴木 秀人\* 引地和歌子\*

抄録：医薬品の過量服用による自殺事例に関して、その既形ならびに服用した薬物成分の特徴を知ることが目的として、死体検案書類と剖検記録を後方視的に調査した。結果として女性、20～30代の若年層に多いという特徴を認めた。また、剖検例より検出した薬物成分は phenobarbital, chlorpromazine, paroxetine が検出件数上位の3成分であった。致死事例より検出された薬物分析結果は精神科診療の現状を示すものであり、今後さらなる研究の必要性があると考えられた。 精神科治療学 30(3) : 321-324, 2015

Key words : overdose, suicide, fatal case, forensic medicine, medical examiner

### I. はじめに

法医学領域で取り扱う自殺事例の手段、死因を詳細に解析することは、自殺予防対策を考える上で重要である。自殺の手段は、時代とともに変遷し、その種類は性・年代により異なるという特徴がある。

実際に、東京都監察医務院の事業概要<sup>1)</sup>より2012年の東京23区の自殺例を調べると、薬毒物中毒が金自殺に対して占める割合は7.5%であるが、30代の女性に限れば13.8%を占めている。この年齢層の女性の自殺例に高い割合を占める薬毒物中毒による自殺とは、大部分が医薬品の過量服用による致死事例であり、農薬、化学薬品等によるもの

は少数である。

医薬品過量服用患者の臨床像に関しては、精神医学領域や救急医療からの報告は多くあるものの<sup>2,3)</sup>、致死事例を調査対象とした報告は少数のみである。今回我々は、東京23区的全自殺事例より医薬品の過量服用による事例に関して、死体検案書類ならびに剖検記録の後方視的調査を行った。

### II. 方法

#### 1. 調査対象

調査対象は、2009～2013年における東京23区的全自殺事例の中で、死因が国際疾病分類第10版(ICD-10)のT36～T50.9(薬物、薬剤及び生物学的製剤による中毒)の事例とした。

自殺・他殺・事故の別の判断は、警察官による検視結果に基づくものであり、死因の決定は、監察医による検案・剖検所見に基づくものである。

#### 2. 調査項目

年齢、性別とした。調査対象の中で剖検時に血

Psychoactive drugs and overdose deaths—Report from Tokyo Medical Examiner's Office.

\*東京都監察医務院

(〒112-0012 東京都文京区大塚4-21-18)

Tatsushige Fukunaga, M.D., Ph.D., Takanobu Tanifuji, M.B.A., Hideto Suzuki, M.D., Ph.D., Wakako Hikiji, M.D., Ph.D.: Tokyo Medical Examiner's Office, 4-21-18, Otsuka, Bunkyo-ku, Tokyo, 112-0012 Japan.

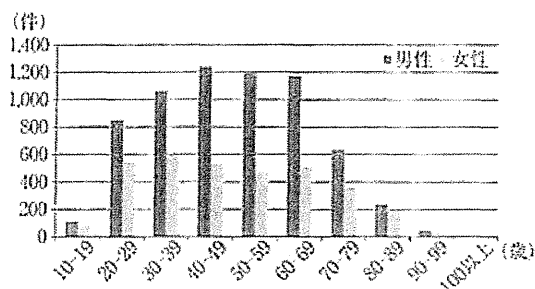


図1 全自殺事例の年代分布  
(2009～2013年, 東京23区)

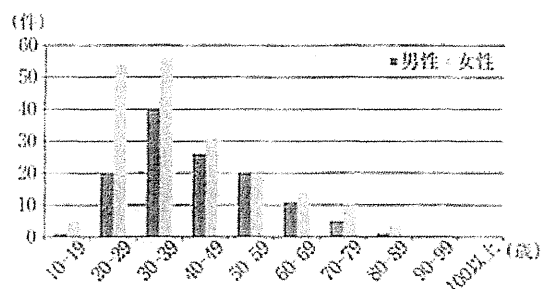


図2 医薬品の過量服用による自殺事例の年代分布  
(2009～2013年, 東京23区)

液を採取した事例に関しては、薬物分析結果より検出した薬物成分の種類、死因に最も関与した薬物、血中エタノール値を項目に加えた上、検案書類および剖検記録より後方視的調査を行った。なお、本研究において、死因に最も関与した薬物とは、検案・行政解剖を施行した監察医が検案情報、剖検所見、薬物分析結果、病理組織検査結果を考慮した上で判断した薬物である。薬物の集計は①抗精神病薬、②睡眠薬、③抗うつ薬、④抗てんかん薬、⑤その他に分類した。

### 3. 事例報告

薬物の過量服用による自殺の事例として、①ベタミン<sup>®</sup>錠、②ベンゾジアゼピン系睡眠薬の事例をそれぞれ提示する。

## III. 結 果

### 1. 医薬品の過量服用による死亡と判断された自殺事例の概形

調査対象年の全自殺事例は9,845件、調査対象事例は317件(男性124件、女性193件)であった。したがって、全自殺事例の約3.2%は医薬品の過量服用による死亡と判断された自殺事例となる。平均年齢は41.2歳(男性42.8歳、女性40.2歳)であった。性差を調査すると、全自殺事例は男2:女1、調査対象事例は男1:女1.6であり、調査対象事例では、女性が多いという特徴を認めた。

また、全自殺事例と調査対象事例の年代分布の比較を行った結果を図1、図2に示す。調査対象

事例のピークは、全自殺事例よりも男女ともに若年層(男性は30代、女性は20～30代)にあるという特徴を認めた。特に、女性では全自殺事例に対して、20代は10.0%、30代は9.4%という明らかに高い割合であった。

### 2. 医薬品の過量服用による自殺事例の血液より検出された薬物成分の特徴

調査対象事例317件のうち、行政解剖を施行して、剖検時に血液を採取可能であった事例は107件(男性39件、女性68件)であった。平均年齢は40.3歳(男性40.8歳、女性40.0歳)であった。この107件より検出された薬物成分数は276、一症例平均2.6、最小検出数は1、最多検出数は8であった。症例より検出した薬物成分数を、検出成分数(事例件数)に従い表記すると、1成分(36件)、2成分(23件)、3成分(24件)、4成分(10件)、5成分(8件)、6成分(1件)、7成分(4件)、8成分(1件)であった。

また、頻出に検出された薬物成分の結果を表1に示す。上位よりphenobarbital 34件、chlorpromazine 30件、paroxetine 29件、pentobarbital calcium 18件、zolpidem 15件であった。

死因に最も関与した薬物を①抗精神病薬、②睡眠薬、③抗うつ薬、④抗てんかん薬、⑤その他に分類した結果は、上位より、抗精神病薬36件(33.6%)、睡眠薬23件(21.5%)、抗うつ薬19件(17.8%)、抗てんかん薬18件(16.8%)、その他11件(10.3%)であった。

剖検時に採取した血液よりエタノールが検出さ



表1 医薬品の過量服用による自殺事例の剖検例より検出した薬物成分件数

phenobarbital	34
chlorpromazine	30
paroxetine	29
pentobarbital calcium	18
zolpidem	15
levomepromazine	12
quetiapine	11
sodium valproate	11
amobarbital	9
bromazepam	8
carbamazepine	7
diazepam	6
bromvalerylurea	6
その他	80
合計	276

(2009~2013年, 東京23区)

れた事例は、12件(11.2%)であった。これは、腐敗による死後産生を考慮した補正(血中エタノール濃度-血中n-プロパノール濃度×20)を行い、かつ、現在の日本における飲酒運転の基準値に従い、血中濃度0.3mg/ml以上を有意として集計したものである。

### 3. 事例報告

#### 1) ベゲタミン<sup>®</sup>A錠の過量服用による致死事例

60代、女性、単身の生活保護受給者である。自殺企図の有無は確認できない。介護ヘルパーにより自宅ベッド上、仰向けの状態で発見された。救急隊到着時、心肺停止状態、死後硬直出現のため病院搬送されなかった。死亡者の傍らにはミネラルウォーターと327錠分のベゲタミン<sup>®</sup>A錠の空包があった。室内には他の薬剤の散在を認めたが、空包はベゲタミン<sup>®</sup>A錠のみであった。知人に叱責されたことによりショックを受けた旨を担当医に話していたという。遺書は発見されなかった。

病歴は脳梗塞がある他、9年前より統合失調症により精神障害1級の認定を受け、現在は精神科クリニック受診中であった。最終受診は死亡7日前、処方薬はlevomepromazine, risperidone, trihexyphenidyl hydrochloride, lorazepam, olanzapine, milnacipran hydrochloride, chlorpromazine, ベゲタミン<sup>®</sup>A錠, nitrazepam, estazolam, であった。

行政解剖の結果、胃内容物はサーモンピンク色を呈し(ベゲタミン<sup>®</sup>A錠の錠剤の色に似る)、血液の薬毒物分析よりphenobarbital 94.3 $\mu$ g/ml(致死域)、chlorpromazine 0.598 $\mu$ g/ml(中毒域)、paroxetine 4.39 $\mu$ g/ml(致死域)が検出された。死因は急性向精神薬中毒と診断された。

#### 2) ベンゾジアゼピン系睡眠薬の過量服用による致死事例

30代、男性、妻と子どもが一人いるが現在別居中である。過量服用による自殺未遂歴3回が確認されている。携帯電話に知人宛に世話になった旨のメールとともに服用した大量の空包の写真があった。生活保護受給者であるが、土木作業のアルバイトもしていた。知人より土木作業の仕事を紹介され、死亡当日、午前6時頃、知人が車で迎えにきたときには酒臭があり、ボーっとした状態であったという。現場までの車内では寝続け、現場到着後も同様に寝続けた。知人が妻に電話で状況を説明すると、妻は「睡眠剤を服用すると丸1日寝ていることもある」とのことであった。昼過ぎ、知人が様子を見たときはすでに呼吸停止の状態であった。

自宅には、缶チューハイの空き缶と薬剤を大量に服用した痕跡あり、遺書も発見された。加療中であるが、診療科は不明である。処方薬はflunitrazepam, triazolam, brotizolam, ベゲタミン<sup>®</sup>A錠, ベゲタミン<sup>®</sup>B錠, etizolam, ethyl loflazepam, である。

行政解剖の結果、血液の薬毒物分析よりflunitrazepam 0.42 $\mu$ g/ml(中毒域以上)、phenobarbital 20.4 $\mu$ g/ml(治療域)、chlorpromazine 0.03 $\mu$ g/ml(治療域)、paroxetine 0.41 $\mu$ g/ml(治療域以上致死域未満)、etizolam 0.41 $\mu$ g/ml(治療域未満)が検出された。Flunitrazepamは体内摂取されたのち、代謝されるのが早いという特徴を持つ薬剤であり、剖検時の血液より中毒域以上の濃度が検出されたことより、死亡時はより高濃度であったと推測され、死因は急性睡眠薬中毒(ベンゾジアゼピン系)と推定された。

#### IV. 考 察

東京23区の全自殺事例より、医薬品の過量服用による自殺事例の遺体血液を薬物分析した結果、検出件数の上位3成分は phenobarbital, chlorpromazine, paroxetine であった。これは、筆者が2012年に報告した薬物に関連した異状死分析結果と同様であったが<sup>2)</sup>、今回は調査対象を自殺事例に限定しており、自殺の手段として用いられた薬物という意味合いを持つ。

この3成分はベゲタミン<sup>®</sup>錠の組成成分である。仮にこの3成分がベゲタミン<sup>®</sup>錠に基づくならば、本剤は東京23区の薬物に関連した異状死のみならず、自殺事例からも頻回に検出されたことになる。そして、ベゲタミン<sup>®</sup>錠は過量服用患者では検出されにくいことを考え合わせれば<sup>1)</sup>、自殺事例に特異的に出現した可能性があると考えられる。今後さらに、該当事例の検案書類に記載された処方薬と検出薬物成分を照合することによって、致死例に特徴的に出現する処方薬であることを確認する必要がある。

他に特徴的であったこととして、過量服用患者から最も検出されたというベンゾジアゼピン系睡眠薬<sup>4)</sup>は、本調査では4件 (flunitrazepam) と少数であった。今後事例数を増やす等により詳細な解析が必要であるが、これらの相違は本調査対象が致死事例であることやベンゾジアゼピン系睡眠薬が代謝の早い薬物であること等が原因として考えられる。

また、医薬品の過量服用による自殺事例の性別と年齢分布を調査した結果より、その概形を見ると、女性、20~30代の若年層に多いという特徴を認めるとともに、11.2%にアルコールの同時摂取を認めた。これらの特徴は、救急搬送された過量服用患者の臨床像と類似しており、薬物乱用・依存、自殺目的使用の背景に共通する重要な因子である可能性がある。

事例報告1症例目は、本調査において最も検出された3成分からなるベゲタミン<sup>®</sup>錠による自殺事例である。現場の状況からはベゲタミン<sup>®</sup>A錠以外の薬剤の摂取は確認できず、血液中からもベ

ゲタミン<sup>®</sup>A錠の成分以外は検出されなかった。直近の通院は1週間前であることから、現場のベゲタミン<sup>®</sup>A錠の過量服用の痕跡より、過去の処方薬を手元に蓄積していた可能性が推定される。2症例目は、過量服用患者より最も検出されているベンゾジアゼピン系睡眠薬による自殺事例である。検視時では過量服用による自殺未遂歴が3回ほど確認されているが、妻による「睡眠剤を服用すると丸1日寝ていることもある」との発言は頻回にわたる過量服用が推測される。提示症例は日常診療において薬の内服状況の確認を行うことの重要性を示唆しているものと考えられる。

#### V. おわりに

東京都監察医務院における医薬品の過量服用による自殺事例の性・年齢の特徴および血液より検出された薬物成分に関して報告した。監察医制度の意義は、一体一体の死因究明に留まらず、得られた結果を社会に還元することにある。医薬品の過量服用による自殺事例の調査、特に検出した薬物成分に関する調査は、臨床医学に対して大きな意義があると考えられる。今後もより精緻な調査により医薬品服用に基づく自殺の実態を明らかにし、有効な予防施策の確立に繋げていく必要がある。

#### 文 献

- 1) 赤羽晃寿, 松村健一, 山口大介ほか: 向精神薬による大量服薬自殺未遂を繰り返す患者の前医処方内容の検討. 臨床精神医学, 43: 545-552, 2014.
- 2) 福永龍繁: 監察医務院から見えてくる多剤併用. 精神科治療学, 27: 149-154, 2012.
- 3) 松本俊彦, 井出文子, 銘苅美世: 過量服薬は自殺と自傷のいずれなのか—自殺意図の有無による過量服薬患者の比較—. 精神医学, 55: 1073-1083, 2013.
- 4) 大倉隆介, 見野耕一, 小縣正明: 精神科病床を持たない二次救急医療施設の救急外来における向精神薬加療服用患者の臨床的検討. 日本救急医学会誌, 19: 901-913, 2008.
- 5) 武井明, 目良和彦, 宮崎健祐ほか: 総合病院救急外来を受診した過量服薬患者の臨床的検討. 総合病院精神医学, 19: 211-219, 2007.
- 6) 東京都監察医務院: 事業概要平成26年版, 2014.

## 児童・青年期における自殺の危険因子と保護因子

—何がどこまで明らかにされているのか—

齊藤 卓弥\*

抄録：近年，中高年層の自殺者数は大きく減少し，特に50代，60代では自殺死亡率が1998年以前の水準に回復している一方で，児童・青年期においては中高年層と異なり，減少傾向が認められない。児童・青年期の自殺の危険因子と保護因子は必ずしも成人の危険因子と保護因子に一致しない。自殺の危険因子と従来注目されていた心理社会的な因子に加えて脳の発達，遺伝子発現，あるいはエピジェネティックな因子が自殺に関与することが明らかになってきている。本稿では，最近明らかになった児童・青年期の自殺への危険因子について，どの程度まで生物学的にわかってきたのかを含めて概説する。

精神科治療学 30(4) ; 497-504, 2015

Key words : suicide, protective factors, risk factors, child and adolescent

## I. はじめに

日本において自殺者数が急増し年間3万人を超えた1998年には全年齢層において自殺者数の増加が認められたが，中でも40代以降の中高年男性において自殺者数の顕著な増加が認められ，それが1998年以降のわが国の自殺の特徴とされていた。しかし，平成26年版自殺対策白書<sup>15)</sup>によると，近年では中高年層の自殺者数は大きく減少し，特に50代，60代では自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺による死亡者数）が2013年時点で1998年以前の水準に回復している一方で，10代から30代の若

年者においては自殺者数の推移は中高年層と異なる傾向を示し，2013年時点で1998年と同水準かそれより高い自殺死亡率を示している。また，15歳～34歳においては2012年における死因の第1位が自殺となっており，欧米諸国と比較しても高い自殺死亡率となっている。

児童・青年期の自殺の危険因子と保護因子は必ずしも成人の危険因子と保護因子に一致しないものであり，児童・青年期の自殺の予防を推進していくには不可欠な要因である。また，近年，自殺の危険因子と従来注目されていた心理社会的な因子に加えて脳の発達，遺伝子発現，あるいはエピジェネティックな要因が自殺に関与することが明らかになってきている。

本稿では，最近明らかになった児童・青年期の自殺への危険因子について，どの程度まで生物学的にわかってきたのかを含めて概説する。

Protective and vulnerability factors for suicide in child and adolescents—how far we know the evidence—

\*北海道大学大学院医学研究科児童思春期精神医学講座  
〔〒060-0815 北海道札幌市北区北15条西7丁目〕

Takuya Saito, M.D., Ph.D.: Department of Child and Adolescent Psychiatry, Graduate School of Medicine, Hokkaido University, Nishi 7, Kita 15, Sapporo-shi, Hokkaido, 060-0815 Japan.

## II. 心理社会的な危険因子

国内のレビューをみると、若年の自殺既遂者の特徴および危険因子についての報告は、日本においては警察庁統計がほぼ唯一のものである。平成25年の警察庁統計<sup>15)</sup>によると、平成25年における30歳未満の自殺既遂者3,348人中、健康問題が自殺の原因・動機と推定された者が1,081人(32.3%)と最も多く、その約90%は精神疾患に関連したものであった。勤務問題が自殺の原因・動機と推定された者が488人(14.6%)で2番目に多く、家庭問題が自殺の原因・動機と推定された者が428人(12.8%)で3番目に多かった。ただし、警察庁統計については異常死の捜査で得られた情報を集計しているため、自殺の原因・動機を特定を目的とした評価や精神医学的視点からの評価を行っていない点に報告の限界がある。成重らの重篤な自殺未遂者を対象とした調査<sup>16)</sup>では、対象56人で、年齢は13歳から18歳、平均16.38(±1.54)歳であった。また、男性は14人で平均16.36(±1.28)歳、女性は42人で平均16.38(±1.64)歳であり、男女比では女性が多かったが、平均年齢に有意差は認められなかった(Studentのt検定,  $p=0.961$ )。成重らは、対象となった56人中、解離性健忘の状態で搬送され、自殺企図時の状況を全く覚えていなかった1人を除いた55人について、自殺企図の原因・動機と考えられる事象を同定した。55人の原因・動機数はそれぞれ1個から4個であり、合計123個、一人あたり平均2.2個であった。大分類で見ると、「健康問題」が60個で最も多く、以下「家庭問題」、「男女問題」、「学校問題」が多かった。「その他」への分類も18個認められ、「家庭問題」に次ぐ個数であった。大分類内での複数該当を除き、実人数で考えると、「健康問題」に該当した者は49人であり、原因・動機特定者の89.1%が何らかの「健康問題」が原因で自殺企図に至っていた。「健康問題」については1件が「病気の悩み(身体の病気)」に該当した以外はすべて精神疾患関連の項目に該当しており、「病気の悩み(身体の病気)」に該当した例は「病気の悩み(うつ病)」にも該当していたため、実際には「健康問

表1 海外の自殺既遂者を対象とした心理学的剖検の結果から挙げられた危険因子

1. 性差
2. 年齢
3. 過去の自殺行動
4. 精神疾患
5. 反抗挑戦性障害あるいは素行障害
6. 家族因子
7. 学校・ピアプレッシャーを含めたライフイベント
8. 過去の虐待を含めたストレス体験

題」に該当した49人全員が何らかの精神疾患により自殺企図に至った例であった。細分類中最も該当件数が多かったのが、「健康問題」の「病気の悩み(うつ病)」と「健康問題」の「病気の悩み(その他の精神疾患)」で、それぞれ25件であった。以下、「その他」の「その他」が13件、「家庭問題」の「親子関係の不和」と「その他家族関係の不和」、「健康問題」の「病気の悩み(統合失調症)」がそれぞれ7件となっており、それ以外の分類はすべて5件以下であった。また、最近の報告では、男性では自閉スペクトラム症、女性では境界性パーソナリティ障害が危険因子となることが報告されている。

以下に、海外の自殺既遂者に対して心理学的剖検が行われ、その中でも既遂者を対象に設定したうえでの自殺の危険因子を比較したものから、自殺の危険因子をレビューし、列挙したエビデンスを中心に紹介する。自殺の危険因子として複数の因子が挙げられている(表1)。

### 1. 性差

性差に関しては、16歳未満は77.1%が男性、16歳以上は87.6%が男性と性差が認められ、対照群と比較して有意に自殺で死亡する男性が多い<sup>1)</sup>。火器へのアクセスの容易さ、アルコール依存症との合併、男性特有の合併症のありかたも性差に関与する因子と考えられている。女性の自殺既遂者は男性の自殺既遂者よりも過去の精神科入院歴(42% vs 12%)、過去1年間の精神科入院歴(42% vs 8%)がともに有意に高く、過去1年間(47% vs 21%)および過去1ヵ月間(47% vs 7%)の