

自殺者の実態とその分析に関する一考察

A Study on the Trend for Suicide and its Analysis from my Own Experience

上 平 忠 一*

Chuichi UWADAIRA

I. はじめに

年間の自殺者数が1998年に32,863人となり、前年に比べて約8,000人以上の急増となって以来、2011まで連続13年間3万人を超えている。このような現状のなかで自殺を予防対策することが国民的な課題となり、2006年6月に、自殺対策基本法が成立した。この法案の基本理念は、「自殺対策は国、自治体、医療機関、事業主、学校、民間団体など関係機関で相互に連携して実施しなければならない」というものである。2007年6月に、内閣府が自殺対策の指針として自殺総合対策大綱を策定した。そのなかで、自殺対策の基本認識として、(1) 自殺は追い込まれた末の死であり、(2) 自殺は防ぐことができ、(3) 自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発しているという3点を指摘している。さらに、2008年に、自殺総合対策大綱改正を行い、自殺を予防するための当面の重点施策を次の9項目を列挙している。(1) 自殺の実態の解明、(2) 国民の気づきと見守り、(3) ゲートキーパーの養成、(4) こころの健康づくり、職場のメンタルヘルス、(5) 適切な精神科医療の導入、(6) 社会的な取組み、(7) 自殺未遂者の再企図防止、(8) 遺された人の苦痛緩和、(9) 民間団体との連携である。2010年5月に、厚生労働省の自殺・うつ病等対策プロジェクトチームが「誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して～厚生労働

省における自殺・うつ病等への対策～」を発表し、そのなかで「今後の自殺防止のための厚生労働省之対策 五本柱」を提言している。2011年7月に、厚生労働省は、地域医療の医療計画にこれまでのがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の四大疾病に、新たに精神疾患を加えて「五大疾患」とする方針を決め、職場でのうつ病や高齢化に伴う認知症の患者数の増加に対して重点的な対策を提唱している。

自殺の原因・動機として様々なものが指摘されている。警察庁統計による自殺の原因・動機の上位3つでは、1位 健康問題(うつ病、身体の病気)、2位 経済・生活の問題(多重債務、生活苦、事業不振)、3位 家庭問題(夫婦関係の不和、家族の将来悲観)となっている⁹⁾。一方で、自殺者の多くが精神的に何らかの病気を抱えているといわれ、心理学的剖検によると、自殺者の約9割が自殺時に精神障害に罹患していることが判明している²⁾。

さて、上記のような自殺の予防対策に国を挙げて取り組んでいる状況のなかで、私たちは、これまで自殺関連行動およびそれに関わる精神障害に関する報告・研究を発表してきた。それらのタイトルを年代順に列挙する。「自殺に至った慢性分裂病の症例」(1991年)¹⁶⁾、「大量服薬による抗うつ薬急性中毒の1症例」(1992年)¹⁷⁾、「自殺に至ったループス精神病の1症例」(1993年)¹⁸⁾、「醤油多量飲用により食塩中毒を呈した自殺未遂の2症例」(1994年)¹⁹⁾、「精神分

*非常勤講師

裂病男性患者の自殺未遂症例の検討」(1995年)²⁰⁾、「アルファー昏睡を呈した急性薬物中毒の1症例」(1996年)²¹⁾、「パラコート(農薬)中毒の1症例」(2005年)²³⁾、「選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)投与の初期に自殺した老年期うつ病の検討」(2009年)²⁴⁾などが代表的な先行研究である。今回、自殺の実態および自殺に至る要因や過程を調査分析し、自殺学に寄与することを目的に、私たちは自分たちが経験した多数の自殺例を総合的に検討し、若干の考察を行った。

II 対象と方法

対象は1985年4月から2008年3月まで過去23年間にA病院精神科に通院あるいは入院している精神障害者で、筆者が主治医として関わりをもっているなかで自殺に至った患者18人である。

方法は、医療機関の診療録と報告書および看護記録等ならびに遺族への聞き取りに基づいて、対象者の年齢、性別、診断名、病歴、職業、家族歴、既往歴、生活歴、治療形態、精神科入院期間、自殺の手段・場所・季節、自殺未遂歴、自殺の家族歴、自殺時の精神症状・状態像、希死・自殺念慮、自殺の動機、遺書等について調査を行った。

ここでA病院の概要を記述すれば、同病院は地方都市に立地する病床数では中規模の精神科病院である。同時に精神科作業施設、精神科デイケア、重度認知症患者デイケア、社会復帰施設(援護寮、入所授産施設、地域活動支援センター)、共同生活介護(ケアホーム)、共同生活援助(グループホーム)、相談支援事業等を併設している。

III 結果

自殺に至った18例の症例に対する調査検討した結果は表1に示した。

1. 年齢・性別

対象となった全症例の平均年齢は51.7歳であり、40歳代が5例(約30%)で最も多く、次に30歳代が3例と続き、50歳代、60歳代、70歳代、80歳代が各2例、

ならびに10歳代、20歳代が各1例である。また、男女比の結果は男性:女性=8:10であり、男女ほぼ同数である。

2. 診断

診断(ICD-10)は統合失調症が10例であり、次に4例のうつ病が続き、神経症性障害2例、アルコール依存症と器質性精神障害が各1例に認められた。統合失調症の病型分類は緊張型統合失調症が10例中6例と最も多くに認められ、妄想型統合失調症が1例、および鑑別不能型統合失調症が3例に出現していた。破瓜型統合失調症は1例に認められた。うつ病では、うつ病エピソードおよび反復性うつ病性障害がそれぞれ2例に認められた。神経症性障害の2例はともに老年期に発症した神経症性障害である。

3. 基礎疾患の罹病期間

全症例における基礎疾患の罹病期間の平均期間は約12.1年である。各疾患における平均罹病期間を述べると、統合失調症の平均罹病期間は約15.6年であり長期間に及んでいる。そのうち、罹病期間が20年以上に及ぶ症例が3例(30%)に認められる。一方、うつ病の平均罹病期間は約3.6年であり、老年期神経症のそれは約2.5年であり、ともに短期間である。

4. 職業

職業別分類では無職が最も多く、18例中9例の半数に認められた。主婦が3例、生徒が1例であり、これらの数字を含めた無職の合計は13例なり、全体の7割強を占めた。それ以外の職業では、2例の技能工(工員)と、自営業(林業)、労務作業員(土木作業員)、会社員(販売従事者)がそれぞれ1例であった。

5. 配偶者の有無

配偶者の有無では、無が比較的に多く、18例中11例に認められた。このうち死別あるいは離別したケースが過半数の6例にみられた。一方、配偶者を有する者が7例と少なかった。

6. 治療形態

治療形態は大きく分けて2つに分類できる。ひとつがデイケアを含めた外来治療であり、もう一方は入院治療である。外来治療を行った者は18例中13例と

比較的が多かった。自殺したうつ病症例は自殺時にすべて外来治療を実施していた。一方、入院治療は5例に認められ、すべて統合失調症である。そのうち開放病棟に入院していた症例が4例と圧倒的に多く認められた。このように外来治療や開放病棟での治療と、自殺防止と両立させることの困難さが指摘でき、精神科治療の落とし穴がある。

7. 入院期間・入院回数

精神科入院の既往あるいは在院中の症例は12例に認められた。それらの平均入院期間は5年4ヶ月である。疾患別の平均入院期間をみれば、9例の統合失調症の在院期間は約6.9年である。一方、うつ病の在院期間は非常に短く、2ヶ月である。平均入院回数は4.9回である。

8. 最終診察あるいは入院から自殺までの期間

外来治療を行っている症例は最終診察から自殺までの期間を調べ、入院患者では最終入院から自殺までの期間を調べた。ただし、症例5および症例13に関し、ともに死亡推定時間が曖昧のために、本項目では除外して検討した。最終診察から死亡までの平均期間は約3.8週であり、1ヶ月以内に自殺を執行している症例が12例中10例と圧倒的に多数である。一方、最終入院後に自殺を執行している症例の平均期間は約5.4年である。

9. 自殺の手段と場所

自殺の手段¹⁾は縊首、入水、飛び降り、服毒、焼身、ガス等多種多様である。そのなかで最も多くみられた手段が既遂率の高い縊頸であり、18例中6例に認められ、次に入水および服毒が各3例ずつに認められ、飛び降り、焼身、轢死、一酸化中毒例が各1例ずつにみられた。その他の手段として、特殊なものと思われる自殺の手段として、山中にて白骨死体で死亡している例が2例ある。

自殺の場所は外来患者では生活空間である自宅において実行され、13例中9例と過半数を占める。自宅近くの1級河川への飛び降りや踏切への飛び込みの例および自宅近くの空き地にて焼身自殺例がそれぞれ1例ずつである。一方、入院患者では、病室において自殺の実行されている例が2例で、病院近くを流れる1級河川への飛び込みや橋脚からの飛び降り例が

各1例である。

10. 自殺の季節

自殺の季節を四季に分け、3月～5月を春とし、6月～8月を夏、9月～11月を秋、冬を12月～2月として検討した。その結果、春の季節が6例で最も多く、従来から指摘されている報告に一致した^{5, 12)}。そのほかに、冬 5例、夏 4例、秋 3例の順であった。

11. 自殺未遂の既往歴、企図回数

自殺未遂の既往は7例に認められた。その手段として、服薬・縊首・飛び降りが最も多く、そのほかに、入水、服毒など多彩に認められる。企図回数は平均1.7回である。

12. 自殺の家族歴

自殺の家族歴は5例に認められ、その内訳は、父親が縊首で自殺した1例、母親が入水自殺した1例、兄弟が服薬自殺・飛び降り自殺をした例が3例である。

13. 自殺念慮

自殺念慮が14例に認められた。4例に自殺念慮が認められなかった。後者の内訳は3例が統合失調症であり、残り1例は老年期心気神経症である。

14. 自殺時の精神症状・状態像

自殺時の精神症状・状態像は抑うつ状態が最も多く6例にみられ、次に幻覚妄想状態が4例に認められた。そのほかに心気状態および寛解状態 2例、残遺状態、興奮・不穏状態がそれぞれ1例に認められた。不明の2例はいずれも山中で発見された例である。

15. 自殺の動機、遺書

自殺の動機は多くの要因が絡んでおり、必ずしも1つに当てはめることは困難であり、複合要因が認められている場合が多い。最も多く使用されているものは警察庁の統計にみられる自殺の原因・動機の分類である。本研究では、主に自殺の直接誘因となったと思われる動機を取り出して、分析した。しかし、自殺は少なくともbio-psycho-social(生物学的・心理的・社会的)な状況のなかで発生するので、また、死亡から長期間を経ている例も存在し、自殺の同定は非常に難渋した症例もあった。今回の分析の結果、

最も多くみられた動機は孤独感であり、5例に認められた。次に、将来に対する希望喪失感・不安および病的体験に基づくものでそれぞれ4例に認められた。さらに、衝動性に基づくものが2例にみられた。精神

的苦痛、家族の死、不安・焦燥、activation syndrome が各1例に認められた。なお、不詳が3例にみられた。遺書はわずかに3例にみられたが、多くの例では認められなかった。

表1-1 自殺症例 その1

症例	年齢(歳)	性別	診断名	罹病期間(年)	職業	配偶者	治療形態	入院期間	入院回数	最終診断／入院から自殺までの期間
1	55	男性	統合失調症(緊張型) F20.2	30年	無職	無(離別)	入院(閉鎖)	約20年間	10	4年11ヶ月
2	83	女性	老年期心気神経症 F45.2	2年	無職	無(死別)	外来	0	0	4ヶ月
3	73	女性	うつ病エピソード、高血圧 F32.1	3年	無職	有	外来	0	0	1ヶ月と2週間
4	39	女性	統合失調症(緊張・破瓜型) F20.2	16年	工員	無	外来	5年5ヶ月	8	3週間
5	66	男性	アルコール依存症、高血圧、高尿酸血症 F10.5	29年	林業	有	外来	2年2カ月間	2	不明
6	41	女性	統合失調症(緊張型) F20.2	14年	主婦	有	入院(開放)	4年5ヶ月	15	3ヶ月
7	25	女性	統合失調症(鑑別不能型) F20.3	4年	無職	無	外来	4ヶ月	1	2週間
8	16	女性	統合失調症(緊張型) F20.2	2年3ヶ月	高校生	無	外来	0	0	1ヶ月
9	48	女性	統合失調症(緊張型) F20.2	28年	無職	無(離別)	入院(開放)	15年6ヶ月	4	11年8ヶ月
10	31	女性	ループス精神病 F06.3	11年	主婦	有	外来	2ヶ月	1	1日目
11	76	女性	老年期心気神経症 F45.2	5年	無職	有	外来	0	0	5日目
12	44	女性	反復性うつ病性障害 F33.2	6年	主婦	有	外来	0	0	3ヶ月
13	49	男性	統合失調症(緊張型) F20.2	15年	土木作業員	無(離別)	入院(開放)	7年	3	不明
14	55	男性	統合失調症(鑑別不能型) F20.3	21年	無職	無	外来(テイクア)	1年11ヶ月	2	5日目
15	36	男性	統合失調症(鑑別不能型) F20.3	9年	会社員	無(離別)	外来(テイクア)	7ヶ月	3	11日目
16	66	男性	反復性うつ病性障害 F33.2	2年7ヶ月	工員	無(死別)	外来	2ヶ月	1	11日目
17	47	男性	統合失調症(妄想型) F20.0	17年	無職	無	入院(開放)	6年6ヶ月	9	4年10ヶ月
18	80	男性	うつ病エピソード F32.3	3年	無職	有	外来	0	0	3日目

表1-2 自殺症例 その2

番号	年齢(歳)	性別	自殺手段	自殺場所	自殺季節	自殺未遂の既往	自殺の家族歴	症状・状態像 自殺時の精神	自殺念慮	自殺の動機	遺書
1	55	男性	縊頸	病室	冬 (12月)	有(3回):飛び降り・縊首・入水	有:母(入水)	抑うつ感情、自殺念慮、焦燥感、困惑	有	将来に対する希望喪失感・不安、衝動性	無
2	83	女性	入水	自宅	春 (5月)	無	無	心気状態	有	不詳	無
3	73	女性	縊頸	自宅	冬 (2月)	無	無	抑うつ状態	有	孤独感	無
4	39	女性	入水	犀川	冬 (12月)	無	無	残遺状態	無	将来に対する希望喪失感・不安、孤独感	無
5	66	男性	その他	山中	夏 (6月)	無	無	不明	有	不詳	無
6	41	女性	飛び降り	橋脚	夏 (7月)	有(1回):服薬	有:兄(飛び降り)	幻覚、妄想状態	有	病的体験	有
7	25	女性	縊頸	自宅	秋 (11月)	無	無	寛解状態	無	将来に対する希望喪失感・不安、孤独感	無
8	16	女性	服毒	自宅	秋 (11月)	有(3回):飛び降り・縊首・入水	無	興奮・不穏	有	衝動性・攻撃性	有
9	48	女性	入水	千曲川	秋 (9月)	無	有:姉(服薬)	寛解状態	有	将来に対する希望喪失感・不安、孤独感	無
10	31	女性	轢死	踏切	春 (3月)	有(1回):服薬	無	抑うつ状態	有	精神的苦痛	有
11	76	女性	縊頸	自宅	春 (4月)	無	無	不安・焦燥・心気	無	不安・焦燥感、疾病恐怖	無
12	44	女性	焼身	空き地	春 (5月)	無	有:父(縊首)	抑うつ状態	有	孤独感	無
13	49	男性	その他	山中	夏 (8月)	有(1回):飛び降り	有:姉(服薬)	不明	有	不詳	無
14	55	男性	ガス	自宅	冬 (12月)	無	無	幻覚妄想状態	無	病的体験	無
15	36	男性	服毒	自宅	春 (5月)	有(2回):服薬・縊首	無	幻聴	有	病的体験	無
16	66	男性	縊頸	自宅	冬 (12月)	無	無	抑うつ状態	有	家族の死	無
17	47	男性	服毒	病室	春 (3月)	有(1回):服薬	無	幻聴	有	病的体験	無
18	80	男性	縊頸	自宅	夏 (7月)	無	無	抑うつ状態	有	Activation syndrome	無

IV 症例提示

ここに各疾患の代表的な症例を5例挙げ、詳述する。なお、プライバシー保護に充分配慮して記載した。

症例01 死亡時50歳代、男性、無職

【診断】 統合失調症(緊張型) ICD-10:F20.2

【初診時主訴】 多弁、精神運動性興奮

【家族歴】 母親が60歳代にうつ病にて入水自殺をしている。

【既往歴】 40歳代に、帯状疱疹に罹患。

【生活史】 地方都市に5人同胞の第1子として出生し、弟3人と妹2人がいる。高等小学校を中位の成績で卒業し、上京し工場に約1年半勤務した。敗戦後、帰郷し、某工業に10数年間工員として勤務した。20歳代で結婚したが、すぐに離婚した。20歳後半から某製作所に数年間勤務。40歳代歳から別の製作所に就職し、数年間勤務した。

病前性格は小心、内気、温和、孤独である。

【現病歴】

X-7年(25歳)頃に、精神運動性興奮にて発病する。これまでの入院歴は10回である。罹病期間30年のうち、精神科病院入院期間は20年間に及ぶ。

X-4年(28歳)5月から同年11月の6ヶ月間、およびX-2年(30歳)7月から同年11月までの4ヶ月間の2回にわたり、精神運動性興奮を呈し、P病院に入院する。

X年(32歳)4月初旬、精神運動性興奮を呈し、同年同月にA病院に第1回目入院(6ヶ月間)。インシュリン・ショック療法を実施。同年10月に退院。

X+1年(33歳)4月15日に家出をし、約1ヶ月間近くの山に入り飲まず食わずの生活を送っていた。同年5月に往診によりA病院に2回目入院(4ヶ月間)。当時抑うつ的で希死念慮が認められた。インシュリン・ショック療法の実施。同年8月から院外作業に参加。同年9月に、院外先に行かず、無断離院しそのまま退院となる。この時に、「疲れる」と院外作業を嫌がり、どこか遠くに行きたいと周囲に漏らしていた。同年10月頃、首都圏の建設現場で土方として働く。X+2年2月頃から仕事にも出ず、食事も摂らず、宿舎で布団をかぶって寝ていることが多くなる。同年2月に弟が首都圏の現場に出向き、本人は弟と一緒に帰郷した。同月末に、用水地の管理人とトラブルがあり、警察署に保護された。

X+2(34歳)2月に3回目入院(3年5か月間)となる。精神運動性興奮状態である。入院後、ESTを15回施行後、落ち着いてくる。X+3年6月に、近くの工場の院外作業に出る。X+5年(37歳)7月に退院し、同じ院外先工場に引き続き就職する。

X+7年(39歳)5月の連休に、会社の慰安旅行で東北地方に行ったが、そのときに、理屈っぽく、反抗的であった。夜中に出歩き、警察官に保護された。X+7(39歳)年5月上旬に亜昏迷状態で、4回目の入院(4ヶ月間)。入院後、ESTを15回施行後、昏迷はとけ、活発となる。同年9月末に退院。

X+8年(40歳)3月に、母親が入水自殺をする。この頃に、不眠、食欲不振が出現し、昏迷状態がみられた。同年3月下旬に、5回目の入院(9か月間)。入院時に、幻聴や自殺念慮が認められた。ESTを10回施行する。入院2ヵ月後、多弁、多動となり、活動性亢進状態が1ヶ月間続いた。同年10月に、院外作業に参加し、同年12月中旬に退院。この頃に、父親が死亡し、弟たちも家を去り、自宅にて一人暮らしが始まった。

X+9年(41歳)3月下旬、不眠、食欲不振が出現し、行動が纏まらなくなった。同年4月上旬の往診・入院時昏迷状態(6回目)にあり、1年2か月間入院。入院中、抑うつ気分、自殺念慮が認められ、左手首に自傷行為がある。ESTを10回併用し、2ヶ月後、改善してくる。同年8月に、開放病棟に転棟。病識も出現し、院外作業に出て、X+10年6月末に退院に至る。

X+10年(42歳)9月、会社で行動に纏まりを欠き、街を徘徊しているところを警察に保護され、7回目の入院となる。同年10月初旬の入院時所見は関係被害妄想や妄想気分が認められた。7年2ヶ月間入院。入院2ヶ月後、落ち着いてくる。再び院外作業を再開する。X+11年5月頃、意欲低下、自発性低下が出現し、同時に抑うつ気分や自殺念慮が認められた。X+12年1月に、なお意欲低下、自発性低下が継続し、仕事の能率も悪い。院外作業を中断する。意欲減退、自発性減退などの陰性症状が前景に出ている。しかし、X+14年4月に、院外作業に出る。X+15年1月に、軽躁状態で、多弁、多動で落ち着かない。約1ヶ月間続く。X+16年4月に、Q工場に院外先を変更する。X+17年1月に、関係被害妄想、妄想気分、感情の易変性が出現するものの、職場を短期間休むことで対応する。同年10月に、腕のかぶれ(接触性皮膚炎)が出現し、同工場

の院外作業を中止する。同年12月に、不眠、易刺激性、攻撃性、脱線行為など脱抑制状態が1ヶ月間出現する。

X+17年(49歳)2月に、就職口を自ら捜した工場に就職し、退院。この時には異常体験の訴えはなく、陰性症状が前景に出ている状態である。同年4月から高等訓練校に通う。かなり無理をしている印象。同年11月に、不眠、易怒的となり、攻撃性が出現し、11月中旬より仕事を休みがちなり、同時に外来通院も中断する。会社を退職する。

X+18年(50歳)1月に、不眠、落ち着かなくなり、裸体となったり、まさかりで壁を削ったり、テレビや

茶箆筒を転倒し、興奮が出現する。同年1月初旬、家族に付き添われて8回目の入院(5年間)。弛緩性昏迷状態。点滴の実施。1週間後、なお亜昏迷状態であり、約2ヶ月間継続する。同年4月に脱抑制状態(3週間)。同年6月に、亜昏迷状態となる。妄想気分や世界没落体験、自殺念慮が認められる。同年7月、自動車の前に飛び込もうとする衝動行為がある。X+19年5月、なお希死念慮、罪業妄想、微小妄想が強く持続する。ESTを12回実施する。X+19年9月、攻撃的で、活動性が亢進する。他患に暴力を振るう。X+19年12月、再び抑うつ的となる。X+20年7月、抑うつ、念慮が強いため、ESTを6回施行。抗うつ薬の投与。X+21年1月、活発となる。X+22年9月、再び抑うつ的となる。希死念慮が出現し、罪責的、悲観的で元気がなく、抑うつ状態である。同年11月中旬、ベランダから飛び降り自殺を図り、恥骨・坐骨骨折を起こす。「自殺は、自然にそうってしまった」と答える。同年11月下旬、タオルで首を締め付ける自殺未遂が生じる。同年12月中旬、かなり活発となる。X+23年11月、再び抑うつ的となり、食欲不振、頭痛、倦怠感を訴え、イライラ感、困惑感を認めた。同年の12月中旬、病室の鴨居に縊死。遺書は無かった。

<症例01の小括>

- 1) 自殺時50歳代の緊張型統合失調症の男性。
- 2) 20歳代に、精神運動性興奮にて発病し、50歳代のときに自殺(縊死)した。全経過は30年であるが、その3分の2の約20年間入院生活を送った。主症状は精神運動性興奮、衝動性、昏迷であり、そのほかに幻覚妄想、抑うつ気分、自殺念慮、

気分変動を伴い、多彩であった。とくに、抑うつ症状の強いときに自殺念慮を伴い自殺の危険性が高かった。

- 3) 自殺について、
 - ①数回の自殺未遂(飛び降り、首を絞める、自傷行為)の既往があり、約1年後に自殺既遂が起こっている。
 - ②自殺の動機は将来に対する漠然とした希望喪失感・不安、衝動性であった。
- 4) 自殺の家族歴が認められ、母親がうつ病で自殺している。

症例15 死亡時30歳代、男性、無職

【診断】 統合失調症(鑑別不能型)

ICD-10:F20.3

【初診時主訴】 不安、焦燥感、感情鈍麻

【家族歴】 精神神経疾患の負因なし。

【既往歴】 30歳代に、第5腰椎分離症に罹患。

【生活史】 地方都市に3人同胞の2番目として出生する。本人は地元の小・中学・高校を中位の成績で出て、上京し、専門学校に進学した。20歳代の初めに首都圏にある製作所に勤務する。20歳代後半に帰郷し、別の製作所に転職する。30歳代のとき、見合い結婚する。1年後に、協議離婚。

その後は、公営アパートに母親と二人だけの生活であった。離婚後、職場を転々とし、長続きしなかった。病前性格は神経質、くよくよする、小心で分裂気質ある。

【現病歴】

X-2年1月にP病院を初診する。当時の主症状は不眠、盗汗、焦燥感であった。ボーとして話しかけにも返事がないなど感情鈍麻が背景に認められ、統合失調症と診断された。職場ではしばしば被害的になり作業能率も悪かった。ときに亜昏迷状態に陥ることや抑うつ感を訴えることがあった。

X-2年2月に子どもの出生がある。その頃から、経済的な不安や自信欠如の訴えが増え、会社を休み、自宅で無為的自閉的な生活を送る。

X年(31歳)4月にA病院を紹介され、4月上旬に第1回目医療保護入院となる。このときの所見は不安、焦燥感の症状が認められ、背景に感情鈍麻を伴う神経衰弱状態であった。入院後しばらくすると落ち着い

てくる。2ヵ月後外泊を重ねて退院する。

X+3年10月頃から精神症状が悪化し、外来通院が中断する。その後、B 医療機関にて散発的に治療を受けていた。

X+5年9月中旬のある夜に、素足で徘徊するなど異常行動が出現し、あるいは興奮し、包丁で自分の腹を突く行為や蛆殺しの殺虫剤を飲もうとする自殺企図がみられ、翌日にA 病院に第2回目の入院となった。入院時所見は、話かけに応ぜず、硬い表情で目を閉じている。体を緊張させて拒絶が認められ、ときどきお経のような言葉を早口で喋るが、疎通性がとれず、昏迷状態であった。2日間で昏迷状態は脱した。幻聴や作為体験が存続し、入院当時を回想して、「男の人の声で何も喋ってはいけなと聞こえてきたので、何も喋らなかつた。」と幻聴体験に支配された状態で、同時に憑依状態を認めた。さらに眩暈、立ちくらみ、心悸亢進など身体的な訴えが多く、不安・恐慌発作がみられた。

入院2週間後、幻聴・妄想が背景化し、落ち着いてくる。1ヵ月後、無気力である。しかし、退院請求が強く、焦燥感が目立ち、排尿困難、口唇乾燥など身体的な訴えが多い。その後無気力、意欲低下が認められ、ときに厭世感を訴え、希死念慮が出現した。4ヵ月後、自宅への外泊やデイケアに参加する。

X+6年1月に退院。退院時は無気力、意欲低下を示し、中等度の残遺状態であった。その後、デイケアに週2回参加し、多少活発となってきた。X+6年3月に退職の手続きのために会社を訪問するが、そのときに大勢の人をみて具合が悪くなったという。

X+6年3月中旬頃、自宅にて有機溶剤の殺虫剤を服用し、自殺を図った。遺書はなかつた。すぐに家族に発見され、E 病院に移送された。そこで、胃洗浄、下剤の投与、PAM (プラリドキシムヨウ化メチル) の治療により、身体的に軽快してきた。しかし、移送2日目頃から不穏傾向が出現した。「死ぬと聞こえてくる。人の声で聞こえた」「死ぬつもりで蛆殺しを飲んだ」と述べ、幻聴体験が顕著となり、3月下旬にA 病院に転院した。転院時昏迷状態である。4日後に昏迷が解けてくる。幻聴が認められ、それに支配された行動がある。舌を咬んだり、寝巻きの腰紐で縊首未遂をする。「死ぬ」と聞こえてきたのでそれに応じていたという。その後、昏迷状態に数回陥る経過を辿り、同年5月初旬にはなお異常体験が継続していた。

しかし、同年5月初旬頃から高熱、咳嗽が出現し、胸膜炎と診断され、その治療のためにE 病院に転院した。身体的には改善傾向にあったが、転院10日後に死亡した。

〈症例15の小括〉

- 1) 30歳代の統合失調症(鑑別不能型)の男性
- 2) 20歳代後半のときに、神経症的な訴えで、精神科を初診し、30歳はじめから、私たちのところで治療関係を持ち、3回の入退院を繰り返し、全経過は7年間である。2回目の入院時に服薬自殺未遂が認められ、昏迷状態、幻覚妄想症状が出現する。
- 3) 自殺企図にて、有機リン中毒を生じ、肺炎(胸膜炎)を併発し、不幸な転帰を辿った。有機リン中毒の症状は呼吸障害と縮腫、徐脈が認められ、特異的な生化学的診断補助法として血漿コリンエステラーゼの低下がみられる。
- 4) 今回の自殺企図のエピソードについて検討を行うと、
 - ①デイケアを中断し、怠棄していたこと⇒外来のフォローアップの不十分さ
 - ②会社を退職したこと、失業したこと⇒自殺企図の動機の一部となり、症状を悪化させた可能性がある。
 - ③急性に異常体験が前景に出現し、それに支配された行為として自殺企図が衝動的に行われた。
 - ④自殺未遂の既往がある。その種類は、服薬自殺未遂、割腹自殺未遂、舌の噛み切り、縊首未遂など多様である。
 - ⑤離婚歴があり、無職である。

症例16 自殺時60歳代、男性、工員

【診断】 反復性うつ病性障害 ICD-10;F33.2

【初診時主訴】 不眠、食欲不振、抑うつ気分、意欲低下

【家族歴】 妻が乳がんで60歳代に死亡。その後、独身の弟と二人きりの生活を送る。2人の子どもはともに結婚し、独立している。

【既往歴】 特記すべきことなし。

【生活史】 地方都市の高等小学校を卒業後、数年間外国で過ごす。敗戦後、帰郷し、建築関係に従事し、

建築関連の店を独立して開業した。しかし、うつ病を発病し、半年後に閉店となった。その後、弟と一緒に運送業を開業し、現在に至る。

病前性格は几帳面、律儀な、曲がったことが嫌い、執着気質でいわゆるメランコリー親和型性格である。

【現病歴】

34歳頃に、抑うつ状態になり、1年間のわたり市内の開業医に治療を受けた。その後、大きな変化もなく30年間を経過した。

X年5月(64歳)に、再び不眠、食欲不振、頭重感、倦怠感が認められ、抑うつ気分、意欲低下を呈し抑うつ状態が出現した。一生懸命にやろうと思っても仕事に手がつかない。妻が病気の看病などのストレスが認められた。同年8月中旬に、A病院を初診となる。抑うつ状態である。薬物療法と支持的精神療法を実施する。薬物療法として、抗うつ薬と抗不安薬が投与された。X年10月になると、大分元気になる。

X+1年1月に寛解状態となり、外来治療を終了した。

X+1年3月に、仕事に従事すると、再び抑うつ状態が出現し、再診。同年4月中旬に、A病院に初回入院(2ヶ月間)。入院時所見：自殺念慮および日内変動を伴う抑うつ状態である。入院中の経過は、薬物療法と支持的精神療法により1ヵ月後に大分改善する。この頃に外泊を試みるも、再び抑うつ気分が強まり、抑うつ状態に波が観察された。その後、家庭内適応を目的に短期間の外泊を重ねれば寛解状態にて同年6月に退院する。退院後は、外来通院が規則正しく行われ、1~2週間に1度診察を受けていた。その間に意欲低下、抑うつ気分など軽うつ状態が波状に出現し、うつ状態の遷延化した病像が持続した。

X+1年12月中旬の診察が最終診察となった。このときの具体的な訴えを記述すると、以下ようになる。「ぼちぼちやっている」「今年を振り返ると、最低だった」「食事が美味しくない」といい、自己の状態を良い時と比べると70%であると自己評価している。なお軽うつ状態が継続している。

X+1年(66歳)12月末の朝早くに、自宅の居間で縊死しているところを帰宅した家族が発見する。遺書はなかった。

<症例の小括>

1) 60歳代のうつ病の男性で、30歳代にうつ病の病相を呈しことがあり、今回の外来通院中(外

来最終受診後11日目)に自宅で縊死したケース。

- 2) 軽うつ状態が継続し、うつ状態が遷延化していた。最終診察時にも自殺企図の差し迫ったサインは認められなかった。
- 3) 妻の癌による死亡がうつ病の心因の1つ、あるいは遷延化の要因として指摘できる。
- 4) 本症例では寛解状態になり、すぐに外来治療を終了している。現在の経験から考えると、この点は早すぎると思われる。寛解状態に達しても約半年間外来通院の必要性を告知しておくことが大切である²⁶⁾。

症例11 自殺時70歳代、女性、無職

【診断】 老年期心気神経症 ICD-10:F45.2

【初診時主訴】 頑固な不眠

【家族歴】 特記すべき事項なし。

【既往歴】 40歳代に、不眠、神経衰弱が約1ヶ月間出現し、精神科にて通院治療を受けた。

【生活史】 田舎の高等小学校を卒業後、自宅の家事手伝いをしていた。20代に結婚し、上京し、洋服の仕立ての仕事をして生計をたてた。敗戦後地元疎開をした。その後、現在まで同地で細々と服飾関連の仕事をしている。夫は若い頃から病弱であり、本人が一生懸命に働いてきた。3人の子どもはそれぞれ独立し家を出た。現在は本人たち老夫婦二人だけで生活をしている。

病前性格は神経質、内向的で社交性に乏しい。

【現病歴】

X-5年9月(71歳)に、不眠を主訴に近医を受診し、エチゾラム(0.5mg)3錠の投与を受けた。

X年3月(76歳)に、親戚の結婚式が2~3回あり、それへの参列が気になり始め不眠を訴えた。同医院からプロチアゾラム(0.25mg)1錠を投与されるも、不眠の訴えは継続した。

X年4月中旬に、同医院からA病院を紹介され、家族と一緒に受診となった。この時の所見は、頑固な不眠を主訴として、「神経を遣う体質人間だ」「人と話をするときには気を使う性格だ」と述べ、焦燥感が強く認められた。「入床時に、1合位お酒を飲むと2~3時間はよく眠れるが、朝まで長くて困る」と入眠障害を訴え、下半身の冷感や疾病恐怖を認める。「微熱があるのに、内科の先生は薬も出さない。」と内科医に対

する不満・不平を表現する。さらに、「内科医から睡眠剤を飲むのは駄目と言われるし、空腹時に薬を飲むと体に害がある」と睡眠剤に対する葛藤を認める。このように初診時所見は、睡眠障害や微熱(36.9℃)、手指振戦など些細な身体的症状を執拗に訴え、心気および不安焦燥状態が認められた。

外来時の治療方針として、本人から入院希望があるが、外来通院で治療する。その理由は、まず、入院するほど状態が悪くないこと、および入院について家族(配偶者)の協力が得られにくく、不十分であることがあげられた。状態像は不安・焦燥・心気状態であり、抑うつ・自殺念慮は認められなかった。次に、微熱という身体症状に関して内科で精査を受けることを提示することが挙げられた。

【外来通院の経過】 2回だけ受診。

翌日外来を再診している。このときも前日と同様な病像であった。

病院初診日の午後、同じ開業医を受診し、内科的に異常がないことを指摘されている。

X年4月中旬の早朝に自宅で縊死していたところを家人に発見される。遺書はなかった。最終診察日から5日目である。

＜症例11の小括＞

- 1) 70歳代の老年期心気神経症の女性、初診後5日目に不幸な転帰(縊死)を辿った症例。
- 2) 本症例は老人で、不安・焦燥感の強い心気症状を呈する症例では自殺企図を生じる可能性を示唆している。不安・焦燥・心気症状は自殺のサインとして把握することの可能性を指摘している。
- 3) 鑑別診断では老年期うつ病がある。一般に老人のうつ病像は不安・焦燥が強いかわるいは不定の身体的愁訴が前景にたつて、抑制が目立たないのが特徴と言われる。しかし、本症例では抑うつ感情や食欲不振はほとんど認められなかった。
- 4) 自殺の動機は不安・焦燥感、疾病恐怖といえるが、本症例の場合に家族の温かい援助があればと思われ、家庭内に問題(配偶者)があった可能性が推測された。これらのことは、不安・焦燥症状以外のほかの要因、例えば、心理社会的要因などを考慮すべきであることを

示唆している。

症例10 自殺時30歳代、女性、主婦¹⁸⁾

【診断】 ループス精神病 (ICD-10;F06.3 器質性気分障害)

【初診時主訴】 不眠、食欲不振、抑うつ気分、意欲減退、自殺企図

【家族歴】 母親は本人が10代のときに大腸がんで死亡。それ以外に特記すべきことはなく、精神神経疾患の負因はない。

【既往歴】 特記事項はない。

【生活史】 地方都市に2人同胞の次女として出生。可愛がられ、甘やかされて育った。短大を卒業後、家電メーカーに3年間勤務する。20歳代で結婚し、女兒を出産した。

病前性格は几帳面、真面目、律儀、責任感が強い、執着気質である。

【現病歴】

20歳のとき、手指、顔面に紅斑および微熱が出現し、内科、皮膚科に入院し、SLE(全身性エリテマトーデス)の診断で治療を受けていた。29歳のときに自殺念慮を伴う抑うつ状態が数週間続き、Q 病院精神科の治療を受けた。30歳の10月中旬に再び抑うつ状態が出現し、精神安定剤の過量服用による自殺未遂でX年11月にA病院精神科に入院した。当時プレドニゾロン1日30mgを服用していた。

入院時所見は抑うつ気分、不安・困惑、意欲減退、食欲不振などを訴え、睡眠障害(早朝覚醒、熟眠感喪失)、精神運動制止、自殺念慮および日内変動が認められ、内因性うつ病に類似した重度の抑うつ状態を呈していた。同時に、手指、手背部、足指、膝に紅斑が生じていた。身体所見は身長153cm、体重53kg、血圧100/72mmHgであり、栄養状態は良好であった。

入院後の経過：(X年11月～X+1年1月=63日間)

抑うつ状態の治療、とくに自殺の防止を最重視し、薬物療法(抗うつ薬：アモキサピン 75mg、クロカプラミン 50mg、イミプラミン 75mg、マプロチリン 20mg。抗不安薬：クロチアゼパム 30mg、エチゾラム 2mg)および精神療法(支持的精神療法)を実施した。入院当初から父親や夫の面会があり、その後退院時まで一時期を除き、ほとんど毎日面会があった。

1週間後、抑うつ状態が少し改善し、食事の味がわ

かるようになった。

10日後、この頃、「病気は治るか」とか「どうしたら元の自分に戻れるか」と執拗に訴え、不安、焦燥感が強く、同時に「50%くらい良くなったが、なにか幕の張ったような感じが頭のなかにあって行動ができない」と離人症状を伴っていた。

2週間後、この頃になると手指や足の紅斑はかなり軽快してくる。この間、精神症状は日内変動を示しながら、徐々に軽快に向かっていった。

3週間後、入院に対して父親との葛藤が表面化する。本人は入院継続を希望するが、父親は外泊中家事も普通にできるし、すぐにも退院してもらいたいと要求し、娘婿との軋轢を語り、娘夫婦への不満、批判を激しく訴えた。一方、夫は舅と一緒に住むことに嫌気がさしてきたと患者に漏らす。このように家庭内での深刻な葛藤状況にあった。再び抑うつ状態が増悪した。このときの治療者の対応は、以下の通りである。①外泊を中止し、自殺しないことを再度約束する。②父親、子どもとの面接を一時控える、③病気は治癒すると何回も保証を与え精神的アプローチを試みる、④抗うつ薬を増量するというものであった。この際、父親および夫へのカウウセリングで、家庭内調整を行い、家庭内の不安・緊張を除去するように努めた。

40日後、手指および足の皮疹は軽快した。このときの血清補体価（基準値30-40U/ml）は41.5U/ml、血沈は16mm/hを示し、血清免疫学的に明らかなSLEの活動性は認められなかった。

12月下旬、なお日内変動を伴う抑うつ状態が続き、「2つの自分がある。ひとつはうつ病の自分であり、もう1つはテキパキした自分である。今はテキパキした自分がうつ病の自分に取り込まれていて苦しい」と自我の二重構造を訴えた。この頃の大学ノートには、「苦しいので、死にます」と希死念慮が記載されていた。正月外泊後、かなり活発となった。1月中旬にプレドニゾロンが減量され、20mg/日となった。63日目に退院となった。

【退院後の経過】

退院後帯状疱疹に罹り、1ヵ月後から再び抑うつ状態が出現した。抗うつ薬が増量になったが、次第に抑うつ状態が強まっていった。これと並行して、皮疹が増悪し、プレドニゾロンが30mg/日と増量になった。退院1ヵ月半後に、外来を単独で受診したが、不

安・焦燥感の比較的少ない抑うつ状態であったために、自殺しないことを約束させたり、悪化したときの再入院の話など精神療法および抗うつ薬の点滴療法を実施した。しかしその数時間後に遺書を残し、自宅近くの踏み切りにて轢死（飛び込み自殺）した。このときの血清免疫学的所見によればSLEの活動性は抑えられていた。

〈症例10の小括〉

- 1) 死亡時30歳代の主婦で、10年前からSLEに罹患し、その治療のために副腎皮質ホルモンを服用している。
- 2) 診断はSLEの経過中にみられた抑うつ状態を生じたループス精神病である。その病像は内因性うつ病に酷似したものである。診断の根拠は、精神症状の出現・増悪期が身体症状の出現・増悪期と一致していれば、SLEの精神症状である可能性が極めて高いことによる。また、ステロイド精神病との鑑別が重要である。ステロイド精神病は、ステロイド投与後に発症し、ステロイド減量あるいは中止によって精神症状の軽快が認められる。
- 3) ループス精神病と自殺に関しては、SLEの経過中に抑うつ状態を呈したループスうつ病の場合、自殺の危険性が高く、病前性格や患者—主治医関係および家庭環境などを考慮する必要がある。

V 考察

1. 本研究の特徴について

私たちはこれまで自殺に関する報告・研究を実施してきた。そのなかで「精神分裂病男性患者の自殺未遂症例の検討」において、入院中の統合失調症の自殺未遂に焦点を当てて、調査分析を行い、自殺未遂時の精神病像と残遺状態との時間的關係を基準に急性増悪群、持続性病的体験群、慢性情意減弱群を抽出し、一定の成果を得た²⁰⁾。

本研究の特徴の一つは、著者が主治医として長期間治療的関わりを持っていた症例であり、一部の症例を除き、対象症例の全経過を詳細に把握しうることができた点である。一方、自殺時の実相を調べ

るために考案された方法として、シュナイドマンらによる心理学的剖検がある³⁾。これは、「なぜ死を選ぶに至ったかを調べること」、「死への心理過程を検討すること」、「故人がどのように感じ、考え、行為に及んだかを調査すること」を意味している。それは、入手可能なあらゆる情報を用いて故人の人生をたどり、自殺に至った原因を究明する方法である。しかし、今回の研究では心理学的剖検の方法を採用しなかった。その理由は自殺後故人をよく知っている人々に面接することがプライバシーの問題を含めて必ずしも完全に遂行できなかったためである。というのも私たちが自殺を知ることができたのは自殺後の時間的経過をかなり経ていたことや、電話等で連絡が取れたとしても、悲嘆に打ちひしがれている家族に自殺の状況を詳しく聞くことに躊躇があったことによる。また、その時の家族の対応も必ずしも協力的でなかったことによる。このように私たちが心理学的剖検を実施することにはなお困難な状況が横たわっている。

近年の研究では、統合失調症の自殺は抗精神病薬の登場より病初期よりも慢性期に増加を示唆する報告^{7, 25)}が多い。統合失調症の罹病期間と自殺の関係については、船橋の報告⁴⁾では平均11.4年であり、本研究では平均15.6年であり、統合失調症性残遺状態を呈しながら、なお再燃傾向を呈している時期に自殺企図が認められた。

自殺と統合失調症の病型に関する報告によれば、入院中に自殺既遂した統合失調症の病型について報告した志村¹¹⁾の論文によれば、緊張型統合失調症が35.3%、妄想型統合失調症29.4%であり、破瓜型統合失調症17.6%で最も低く、緊張型が多いという点で本研究と類似の結果を示していた。また、統合失調症者自殺既遂96例を分析した上島ら⁷⁾の報告は、慢性欠陥型が32.3%、妄想型21.8%であり、緊張型18.8%で最も低く、慢性期の自殺が増加すると指摘し、統合失調症の長期経過が自殺に及ぼす影響を考察している。

本研究の特徴のもう一つは疾患や治療形態の多様性にあり、疾患別では、統合失調症(F2)、うつ病(F3)、神経症性障害(F4)、アルコール依存症(F1)および器質性精神障害(F0)と広範囲に及びほぼ主要な疾患を網羅しているといっても過言ではない。さらに、治療形態では外来治療が入院治療に比べて比較的多

数を占めており、船橋ら⁴⁾の報告に一致し、近年の地域精神科医療に重点をおいた治療状況の現況の一部を見て取ることができる。同時に、そこには外来治療や開放病棟での精神科治療と、自殺防止とを両立されることの至難さがみとれる^{16~24)}。

2. 自殺既遂時の精神症状と状態像

自殺既遂時の精神症状および状態像は自殺者本人から聴取することができないので、本人の直前の言動や周囲からの情報により推測し、同定することになる。この場合に、本人の生前の言動および周囲の情報の質と量が決め手となる。私たち医療関係者にとっては本人との診察が最も確かな情報源と思われる。本研究の外来診療における最終診察から自殺までの期間は平均期間が約3.8週間であり、ほぼ1ヶ月以内に自殺している。その結果、外来診察時の精神症状あるいは状態像を自殺既遂時のそれとみなして代用することが妥当である。さらに入院時の場合には、死亡直前の診察時の精神症状あるいは状態像をもって自殺時の状態とすることが妥当である。

自殺実態白書2008⁶⁾によれば、相談機関に行っていた人のうち、自殺で亡くなるまでの「ひと月以内に行っていた人」は62%に認められ、相談先の内訳は精神科53%およびそのほかの医療機関23%であったという。このように自殺の直前に精神科を受診しているとい実情があり外来診察の重要性が指摘できる。

さて、本研究にみられた自殺時の精神症状あるいは状態像でもっと多くみられたものは抑うつ状態である。抑うつ状態は感情の抑うつ・悲哀感、意欲制止、思考制止を三主徴とする状態である。抑うつ状態において希死念慮または自殺念慮を随伴することが多いという事実がある。抑うつ感情は絶望感や厭世観と結びつき、自殺念慮を最も密接な関係にある。抑うつ感情を生じる代表的精神疾患はうつ病である。それ以外にも統合失調症や神経症性障害、器質性あるいは症状性精神障害などがあげられる。次に幻覚妄想状態が認められている。先の私たちの研究²⁰⁾では急性増悪群に該当するもので、幻覚妄想などの陽性症状が自殺企図の前に再燃を示唆する症例である。ここで、本研究で取り上げた症例の自殺時の精神症状を記載する。症例6(女性)では、「天国にいる

夫と話をしている。それで幸せ。天国の夫のもとに行きます」と遺書を残して自殺をしている。症例14(男性)では、住み慣れた自宅を出て、単身アパート暮らしを始めた矢先に一酸化炭素によるガス自殺を決行している。電波体験、被害妄想が継続していた。症例15(男性)は、「死ぬつもりで蛆殺し剤を飲んだ」と幻聴体験に基づく自殺であった。症例17(男性)は、「薬を飲めという声が聞こえてきたので、そうした」と異常体験に支配されての自殺である。

3. 自殺予防の観点から

自殺と精神障害との関係は、19世紀以来の論争であり、すべての自殺が精神障害によるという意見と、一部の自殺が精神障害に関係しそれ以外は正常者によるという意見との対立に集約された。この論争の結果、自殺は一部が精神障害、他は正常という見方が主流を占めるようになった²⁾。しかし、1950年代に登場した「心理学的剖検」という方法によりその論争に決着をみて、「自殺者の90%近くが精神障害者である」との結論に達している³⁾。さらに、「60%近くが生前に自殺念慮を伝えていたこと」「約半数が自殺の1か月前に医師にかかっていたこと」などが発表されている²⁾。

また、自殺実態白書2008⁶⁾によれば、自殺の背景には様々な要因が潜んでおり、1人当たり平均4つの要因を有していると報告している。そのなかで最も強い要因として、うつ病を指摘し、生活苦や家族の不和が連鎖し、それらが重畳すると自殺の危険度は上昇するという。したがって、自殺予防の観点から自殺を減少させるには、社会的経済的アプローチに加えて医学的アプローチとしてうつ病対策が肝要となる。

2010年5月に、厚生労働省の自殺・うつ病等対策プロジェクトチームが「誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～」を発表し、そのなかで「今後の自殺防止のための厚生労働省之対策 五本柱」を提言している。柱1として、普及啓発の重点的実施、柱2 ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築、柱3 職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実、柱4アウトリーチ(訪問支援)の充実、最後に柱5として精神保健医療改革の

推進の五本柱がうたわれている。高橋ら¹³⁾は1998年に新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動を実施し、自殺のおそれのあるうつ病老人を発見し、このように治療することにより老人自殺率の激減の成果を得ている実例がある。河西⁸⁾は自殺対策の3つの方法論を提唱している。それによれば、1つが自殺方法・手段への対策、2つ目が地域における対策、3つ目がハイリスク者の対策であり、それぞれの対策が具体的に提案されている。高橋¹⁵⁾は自殺予防とうつ病治療の関係を論じた。そこでは、うつ病ばかりではなく、アルコール依存症、薬物乱用、統合失調症、パーソナリティ障害などの精神障害のほか、経済苦や対人関係のもつれから自殺を図る人を指摘し、最初のターゲットとして「うつ病」が自殺予防の主眼に置かれた状況を説明している。

本研究では、自殺の動機として、最も多くみられたものは孤独感であり、将来に対する希望喪失感・不安や病的体験が指摘された。そのなかで、病的体験によるものは幻覚妄想症状に基づき自殺が企図されていて、すべての症例が統合失調症に属していた。将来に対する希望喪失感・不安も同様にすべての症例が統合失調症に該当していた。一方、孤独感は寛解状態や残遺状態を呈する統合失調症やうつ病に幅広く認められた。これらの結果、自殺予防の観点を医学的な見方をすれば、統合失調症やうつ病などの精神障害の治療において自殺の可能性を念頭に置くことが重要となる。同時に、これらの治療の難渋さが指摘できるといえる。

また、自殺の危険因子を詳細に検討した報告¹⁴⁾によれば、重要な危険因子として、10因子を抽出し、その第一に自殺未遂歴を、次に精神障害の既往を指摘している。過去に自殺を図ったが救命された人でも、約10人に1人は、将来、同様の行為を繰り返して、自殺により死に至ることがいわれている。本報告でも自殺未遂の既往歴は7例(38.8%)と高率に認められている。自殺予防の観点から、自殺未遂者およびその家族に対する適切な対応が要求される¹⁰⁾。

文献

- 1) 飛鳥井 望：自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—。精神経誌、96(6)；1994

- 年、415-443 頁
- 2) 張 賢徳：人はなぜ自殺するのか—心理学的剖検調査から見えてくるもの—。勉誠出版、東京、2006 年
 - 3) 張 賢徳：自殺予防との関係からみて。精神神経誌、111 (6) ; 2009 年、674-679 頁
 - 4) 舟橋 龍秀：慢性統合失調症患者の自殺。精神科治療学、25 (2) ; 2010 年、153-158 頁
 - 5) 稲村 博：自殺学。東京大学出版会、東京、1977 年
 - 6) 自殺実態解析プロジェクトチーム編：自殺実態白書 2008 (第 2 版)。NPO 法人自殺対策支援センターライフリンク、東京、2008 年
 - 7) 上島 国利、津村 哲彦、大内 美知枝ほか：精神分裂病者の自殺について—既遂 96 例の分析から—。精神医学、23 (9) ; 1981 年、893-902 頁
 - 8) 河西 千秋：自殺予防学。新潮選書、東京、2009 年
 - 9) 警察庁生活安全局生活安全企画課：平成 22 年中における自殺の概要資料。警察庁、2009 年
 - 10) 大塚耕太郎、酒井 明夫、山家 健仁ほか：自殺未遂者ケア。精神科治療学、26 (10) ; 2011 年、1247-1254 頁
 - 11) 志村 豁、荒川 文雄、堀切 明：精神病院における自殺—解放療法 25 年間における精神病患者の自殺—。春原 千秋編：自殺。精神科 MOOK 16、金原出版、1987 年、161-170 頁
 - 12) 春原 千秋編集企画：自殺。精神科 MOOK 16、金剛出版、東京、1987 年
 - 13) 高橋 邦明、内藤 明彦、森田 昌宏ほか：新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動—老年期うつ病を中心に—。精神神経誌、100 (7) ; 1998 年、469-485 頁
 - 14) 高橋 祥友：自殺の危険—臨床的評価と危機介入—。金剛出版、東京、1992 年
 - 15) 高橋 祥友：自殺予防。岩波新書、東京、2006 年
 - 16) 上平 忠一：自殺に至った慢性分裂病の症例—その臨床経過をめぐって—。精神神経誌、93 (2) ; 1991 年、115 頁
 - 17) 上平 忠一、滝澤 謙二、彦坂 愛子：大量服薬による抗うつ剤急性中毒の 1 症例—その臨床症状と治療—。精神科治療学、7 (7) ; 1992 年、791-796 頁
 - 18) 上平 忠一：自殺に至ったループス精神病の 1 症例—その臨床症状と治療経過—。精神科治療学、8 (5) ; 1993 年、587-591 頁
 - 19) 上平 忠一、遠藤 謙二、遠藤 利治ほか：醤油多量飲用により食塩中毒を呈した自殺未遂の 2 症例。精神科治療学、9 (12) ; 1994 年、1395-1400 頁
 - 20) 上平 忠一：精神分裂病男性患者の自殺未遂症例の検討—自験例を中心として—。精神科治療学、10 (9) ; 1995 年、1019-1027 頁
 - 21) 上平 忠一：アルファ昏睡を呈した急性薬物中毒の 1 症例。臨床脳波、38 (10) ; 1996 年、725-729 頁
 - 22) 上平 忠一：自殺企図後に急性ジストニアおよび過呼吸発作が消失した境界例の 1 症例。精神神経誌、99 (7) ; 1997 年、711 頁
 - 23) 上平 忠一：パラコート(農薬)中毒の 1 症例。上田市医師会報、35 (11) ; 2005 年、13-15 頁
 - 24) 上平 忠一：選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)投与の初期に自殺した老年期うつ病の検討。長野大学紀要、30 (4) ; 2009 年、231-238 頁
 - 25) 安田 素次：精神分裂病患者の自殺企図について。精神神経誌、94 (2) ; 1992 年、135-170 頁
 - 26) 吉村 玲児：自殺予防の観点から見たうつ病の治療。精神神経誌、109 (9) ; 2007 年、822-833 頁