

# 自殺と統合失調症の関連性について ～看護師による、統合失調症患者への自殺予防ケア～ Relationship between schizophrenia and suicide - Suicide prevention care by nurses for patients with schizophrenia -

桜庭 繁<sup>1)</sup> 片山健浩<sup>2)</sup>

1) 京都光華女子大学 2) 京都大学医学部附属病院精神神経科

1. Department of Nursing, Kyoto Koka Women's University, Kyoto, Japan

Email: s-sakuraba @-med.ac.jp

Received Dec 20th 2013; revised July 20th, 2013; accepted August 15th 2013

## ABSTRACT

**Aim:** In patients with schizophrenia, we reviewed examples of outcomes of attempted suicides to consider effective suicide prevention measures by clarifying the causes of the relationship between suicide and environment.

**Background:** Rates of hospitalization are overwhelmingly high among patients with schizophrenia who receive medical examination at a mental hospital. However, in psychiatric care, suitable medical aid is rarely provided to patients who attempted suicide. Suicide prevention represents one of important issues in psychiatric care.

**Methods:** We surveyed an electronic database in Japanese, limiting the search to articles published between 2006 and 2010.

**Results and Conclusion:** One hundred and twelve original articles published in a 5-year period between 2006 and 2010 were selected using key words "schizophrenia" and "suicide". The present study suggested that nurses should fully understand the patient condition and provide care by considering a relationship with the patient.

**Key words:** 自殺と統合失調, 自殺予防ケア

## 第1章 序論

### I. 背景

1. 平成 22 年度の自殺対策白書 (2010) [1] によると、平成 21 年度中における我が国の自殺者の総数は 32,845 人にのぼり、前年に比べ 596 人 (1.8%) 増加した。1998 年以来、年間自殺者 3 万人台という深刻な事態が続いていることを受け、平成 18 年 10 月 28 日には自殺対策基本法が施行されるに至っているが、自殺対策の基礎となる実態調査も十分には実施されていないのが現状であり、我が国の自殺予防対策は未だ手探りの状態が続いているといっても過言ではない。自殺対策支援センターライフリンク (2008) [2] によると、自殺には多様な背景因子が複雑に関与していることが知られているが、精神疾患が自殺の背景要因として特に重要であることは玄 (2009) [3] をはじめ多くの先行研究の報告により明らかである。そして自殺対策白書 (2010) [4] によると、精神疾患に罹患し自殺に至った人の中で適切な治療を受けていた人が少ないことから、自殺という極めて複雑で対処困難な事象に対して精神科医療が関与すること

により、これを減らすことができるのではないかと  
いう期待から、精神科医療における自殺予防は重大な課題のひとつであるといえる。平成 22 年度の自殺の概要資料 (2010) [5] によれば、自殺の原因・動機別分類においてうつ病による自殺者は 6,490 人、統合失調症では 1,368 人であった。うつ病と比較して統合失調症の有病率が低いことや、統合失調症の自殺者は 40 歳以下の比較的若い層に多い (1,368 人中 627 人) ことも併せて考慮すると、自殺予防において統合失調症に着目することの重要性が一層浮き彫りにされる。統合失調症はうつ病と同様に、自殺の危険性が非常に高い疾患であることが知られている。山口・藤井・辻野他 (2009) [6] によれば、統合失調症の生涯自殺率は 4.9~13% であり、自殺危険率は一般人口の 8 倍以上であるとされる。Bertolote JM (2007) [7] による、WHO の報告によれば、心理学的剖検 (psychological autopsy) による調査の結果、自殺者のうち約 14% は統合失調症に罹患していたとされる。また、これらの先行研究や統計を検討するにあたっては、統合失調症と診断されずに自

殺既遂に至った例、あるいは心理学的剖検により統合失調症と診断できなかった例があることについても考慮する必要がある。当然のことながら、うつ病等の気分障害についてもこのような「診断漏れ」の問題が生じる可能性はある。しかし特に統合失調症に関しては、主観的な異常体験を家族や周囲の者が察知することは困難な場合が少なくないとの指摘もあり、援助希求行動において自ら精神病症状を訴えることは少ないこと等からも、自殺との関連性が過小評価されている可能性は、うつ病以上に大きいものと推察される。同時に統合失調症患者の自殺は疾患の経過のどの段階でも起こりうるという先行研究からされている。したがって、急性期のみならず、慢性期の患者においても自殺のリスクを常に念頭に置くことが必要である。しかし、これまで、統合失調症と自殺の関連について述べた研究は少なく、統合失調症患者が自殺企図に至った事例を検討し、自殺の原因や環境との関連性を明らかにすることで、統合失調症患者の自殺予防策を考察することは有用であると考えられる。また、精神病院における入院・外来別受療者の疾病別割合から見てとれるように、入院患者における統合失調症患者の割合が圧倒的に多いことも、今回の研究を進めていく根拠となった。

## 第2章 方法

医学中央雑誌 (Web版 Ver. 4平成22年11月01日更新21号データ) を用い、「統合失調症」「自殺」をキーワードに2006年1月～2010年10月(過去5年間)に発表された原著論文の検索を行った。その結果、医学中央雑誌では112編検索された。そのうち対象とする論文は、症例を検討している、かつ精神医学的・精神看護学的立場から考察している論文12編とした。

## 第3章 結果

### I. 事例の概要

各論文に記された事例についての概要を表2に示す。年齢の項目に関しては、自殺を企図した当時の年齢とした。症状の項目に関しては、精神医学大辞典より、統合失調症の副症状である①幻覚②妄想③関係念慮④離人症状⑤拒絶症⑥自動症⑦反響言語⑧反響動作⑨奇癖⑩常同症より分類した。

### II. 統合失調症患者の自殺原因

症例を検討し、自殺原因と思われるものを1. 患者自身の精神疾患からくるものと2. 患者を取り

巻く環境からくるものの2つに大別した。

#### 1. 患者自身の精神疾患からくるもの

##### 1) 幻覚

幻覚が自殺の原因となった症例は、24例中10例であった。とりわけ、命令幻覚によるものが7例だった。特に、症例(山口) - Aのように希死念慮や自殺念慮がない状態であっても、「マンションから飛び降りろ。飛び降りても宙に浮かぶ」と命令幻覚が聞こえたことで、その言葉に支配された患者が飛び降りたというような症例が挙げられる。また、症例(山口) - Eでは「入水自殺をして死ぬ」と声が聞こえてきて、高速道路走行中に車の扉を開けて運河に飛び降りている。これらの症例は自殺企図後救命され、自殺当時の自身の状況を述べたものであった。しかし、山口・藤井・辻野他(2009) [6]によると命令幻聴が自殺の危険因子であるか否かについては、否定的な報告が多いとしている。

##### 2) 妄想

妄想が自殺の原因となった症例は、24例中3例であった。症例(山口) - Bでは、それまで希死念慮がなかったにもかかわらず、妄想により嫌がらせを受けているとイライラして、『もう限界だ、死ぬしかない』と突然思い、自宅の階段で首を吊った。症例(船橋) - Dは、自殺前より被害関係妄想が増悪し、自殺企図が認められ医療保護入院となった。その2ヶ月後の外泊時、家族が出かけた僅かの間に自殺した。舟橋(2010) [8]によると、妄想状態が持続し、病的体験に影響されて自殺念慮や自殺企図に至ったものである、自殺直前の非常に穏やかな様子を自殺前に兆候として捉えることは困難であるとしている。

##### 3) 抑うつ状態

抑うつ状態が自殺の原因となった症例は、24例中10例であった。抑うつ状態にある患者は、(近藤) - A (中山) - Bなどであり、すべての症例で幻覚・妄想を併発していた。高橋(1992) [9]は、統合失調症患者にもしばしば抑うつ症状が生じる、自殺直前に精神科を受診した患者の診療録を検討すると、抑うつ症状が非常に高率に認められると述べている。またFallon(1978) [10]は、1年間に診療所を受診した統合失調症患者の38%が重篤な抑うつ状態を呈したと報告している。

山口・藤井・辻野他(2009) [6]によると、症例(山口) - F 症例(山口) - Gでは、それぞれアパートの建て替え、自宅の立ち退きという環境変化のイベントがあり、抑うつ状態を引き起こすきっかけとなった、「いつかは死ぬし、考えていてもしょうがない」「何もできないし、もうだめだ。生きていたってしょうがない」といった漠然とした希死念慮の出現から自殺行

動に至るまでには40~50日という比較的長い時間的経過があることが確認されたとしている。山口・藤井・辻野他(2009) [6]によると、症例(山口) - F、症例(山口) - Gでは、それぞれアパートの建て替え、自宅の立ち退きという環境変化のイベントがあり、抑うつ状態を引き起こすきっかけとなった、「いつかは死ぬし、考えていてもしょうがない」「何もできないし、もうだめだ。生きていたってしょうがない」といった漠然とした希死念慮の出現から自殺行動に至るまでには40~50日という比較的長い時間的経過があることが確認されたとしている。

## 2. 患者を取り巻く環境からくるもの

### 1) 家族関係が不良

家族関係の不良が自殺の原因となった症例は、24例中10例であった。症例(船橋) - Aは、ミュージシャンに憧れて髪を伸ばしていた患者に対し、父親が髪を切ることを条件に家に帰ることを許可したが、姉が家に帰ることを反対し、自殺に至った。また症例(山口) - Gは、兄との関係が日頃から不良であり、「兄に怒られるのも嫌だし、死んだほうが楽だな」と考えて自殺を企図した。山口・藤井・辻野他(2009) [6]は、この症例では家族との関係性が悪く、希死念慮についての援助希求行動があったにもかかわらず、家族は自殺の可能性があることを認識していなかったと述べている。

### 2) 自殺既往歴(頻回自殺企図歴)

自殺既往歴があり、その後再度自殺を企図した症例は、24例中9例であった。症例(関) - Bは、精神科に通院中にも複数回の自殺既往があった。初期統合失調症症状はかなり改善していたが、ホテルの浴室で自殺を企図した。症例⑩ - Cでは衝動的な自殺念慮から大量服薬し自殺を企図した3ヵ月後、再度ガス自殺を図った。舟橋(2010) [8]は自殺企図の既往がある患者では、自殺のリスクは高いと考えなければならぬと述べている。

### 3) 社会的人間関係

社会的人間関係には、就職等の社会的なライフイベントや職場での人間関係トラブルが自殺の原因となった症例が分類される。(関) - A、(関) - Bでは大学卒業後就職した直後、上司からの叱責がきっかけとなり自殺を企図した。関(2010) [11]は、今後自らがその限界を決めるしかない就職という現実問題の中でそれなりの充足感を得ながら抜け道を探していくのは、かなり難しいのではないかと思われると述べた。

## 第4章 考察

### I. 自殺に至った原因

## 1. 患者自身の精神疾患からくるもの

### 1) 幻覚

症例から、統合失調症の幻覚は急性期に顕著に見られるが、(山口) - Aや(船橋) - Cといった慢性期にもみられる。

幻覚の中でも幻聴が7例であり、多くみられる症状であることが理解できる。医療スタッフにも幻聴の苦しみは想像しにくく、患者からのSOSも掴みにくい。しかし、Hrkavy-Friedman

(2003) [12]は臨床的には幻聴の中でも特に、命令幻聴に注意を払うべきであると述べている。また、Rutz, W(1989) [13]は患者本人が自ら命令幻聴を訴えることは少ないと述べている。これらを考慮すると、患者の命令幻聴を観察することは自殺予防の観点から重要であると考えられる。この際には、単に命令幻聴の有無に限らず、その侵襲性や自覚的な苦痛の大きさなどにも留意すべきである。

また、(山口) - Bのように、自殺を覚悟するほど追いつめられている状況にあっても、その幻聴に完全に支配されているわけではなく、ある程度の判断力が残されている場合がある。さらに、(小島) - Aでは、本人の陳述より「死にたい」のではなく、「苦痛から逃れたい」ための手段として自殺行動を起こしたというのわかる。このことから、幻聴に支配された他人からは理解不能な自殺行動も、「耐えがたい苦痛からの逃避」という彼らなりの理由があって行動に至ったということを念頭に置いて対応する必要がある。幻聴が患者にとって、いかに強い苦痛をもたらすものであるかということは、自殺の最終段階における本人の主観的な体験からもうかがい知ることができ、精神病症状のコントロールの重要性が示唆される。また、看護師が異常体験の辛さに共感する姿勢(内容への共感ではない)を示すことや、その苦痛を和らげる手段があることを患者に伝えることは、自殺予防における重要なケアの一つである。

### 2) 妄想

妄想が顕著な時期の患者は、危機的な不安状態に陥りやすいため、様々な行動を起こす。患者はその心境を、妄想体験を踏まえて、しばしば訴えてくる。

看護師が、妄想体験の内容の正誤を訂正したりすることは、患者を刺激することにつながるため、行ってはならない。この場合、患者の訴えを十分聞いたうえで、患者の不安な状況を、正確に把握する必要がある。妄想は、患者にとってきわめて不安なものであり、恐怖をもたらすものとして感じられている。このような状態にあるときの患者の言動には、自殺の危険も大きいことから、まず患者の安全を図ることが第一である。

看護師は、こうした患者に対して、静かで落ち着いた環境を設定し、不安を受け止め共感する姿勢でケアすることが求められる。レクリエーション活動や創作活動、テレビなどの現実的な関わりを通じて、セルフケア、自己表現の仕方、家族を含めた他者とのかかわり方を援助することで、妄想による不安を軽減し、ひいては自殺の予防につなげていくことが可能であると考えられる。

### 3) 抑うつ状態

結果に示したように、抑うつ状態が自殺の原因となった症例は24例中10例であり、抑うつ状態が自殺の重要な原因であることがわかる。統合失調症では、幻覚・妄想などの症状に注目されやすいが、実際には抑うつ症状が自殺の原因となる可能性が高く、抑うつ状態へのケアも重要視されなければならない。Jones, J. S. (1994) [14] は、統合失調症に抑うつ状態が多く認められると述べており、そのような場合、患者の抑うつ状態を受容し、理解しようとする姿勢で臨むことが重要である。

また、患者が自傷行為に至った場合には、患者を否定する言動は避け、どうしてそのようになったのかということと共に振り返ることが必要であると考えられる。自傷行為に至った患者は、その後自殺を企図する可能性が高い。そのため、自傷行為に至った原因を共に振り返り、自傷行為を行わないことを約束することで、その後の自殺企図を防ぐ必要がある。

## 2. 患者を取り巻く環境からくるもの

### 1) 家族関係が不良

家族は患者にとって一番身近なパートナーであるといえる。家族はソーシャルサポートや経済的サポートを与え、また情緒的安心を与える役割を果たしている。そういったつながりは、自殺に駆られる状況のきっかけとなるような問題をうまく処理する手助けともなる。

統合失調症はしばしば経過が長くなることや、再発を繰り返すことが少なくない。そのため家族もストレスを抱え、このことは家族関係が不良になる原因となる。患者にとってよりどころであった家族との関係が悪化すると、自殺行為のリスクは高くなる。

高橋 (1992) は、統合失調症の場合、他の精神疾患に比べて、自殺の意図を明かそうとしない傾向がより強いと述べているが、患者と家族の関係が良好であれば、患者の心理面の変化を常に把握して、自殺へのリスクを下げる事が可能であると考えられる。医療者は家族に対して、初期治療段階から家族関係をよく把握し、家族全員が可能な範囲で患者を理解し協力体制をつくるよう働きかけておく必要がある。

### 2) 自殺既往歴 (頻回自殺企図歴)

自殺のもっとも重要な因子として、自殺既往歴があげられる。高橋 (2009) [15] は以前に自殺を図ったものの幸い救命された事のある人のおよそ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知られていると述べている。また、自殺に関連する先行研究を概観すると、自殺手段が縊首や飛び降りといった致死性の高いものであろうとも、リストカットや過量服薬といった致死性の低いものであっても、同様に自殺を繰り返す危険性は高まるといわれている。このことから、どのような自殺企図も深刻に受け止めなければ、将来の自殺の危険に結びついてしまうことが理解できる。

### 3) 社会的人間関係

社会的人間関係が築きにくい理由として、一つ目に入院期間が長いこと、二つ目に自己肯定感が少ないこと、三つ目に周囲からの理解が不足していることがあげられる。

入院期間が長いと、人間関係について学ぶ場得られず、友人が少なくなるという負の連鎖を引き起こす。

また統合失調症患者は学業や仕事が疾患により制限され、他者から認められる経験が少なくなるため、自己肯定感を持つことができなくなりやすい。その結果、集団の中に入ると緊張して辛く、社会的人間関係が築きにくくなると考えられる。

最後に、統合失調症について正しい知識がある人は少なく、周囲からの理解が得られにくい。そのような状況が交友関係を狭め、社会的人間関係を築く機会を奪う。

人はだれかとつながりを持つとし、どこかのグループに属そうとするが、統合失調症患者ではそれが難しく、社会的絆がないために自殺につながることもある。また、失業や転居、学校から就職などそれまでとはちがった環境の変化に適応しにくいことも自殺につながる原因となると言える。

## 第5章 結論

今回の研究から、患者が自殺に至った原因、患者を取り巻く環境がどのように起因するかを導き出すことが、一部ではあるが明かすことが可能になった。妄想、幻覚や抑うつといった症状が統合失調症自殺者の中から顕著なことから、自殺行為の予防に関連する看護ケアは〈行動化しない約束〉〈希死念慮の有無を聞く〉〈症状コントロールのための看護援助〉〈看護援助を行うタイミングをはかる〉ことだと考える。

〈行動化しない約束〉は患者が自殺行為を起こす前に精神的なストッパーになると考える。高橋 (1995) [16] は外来の患者に対して、自殺したい

との衝動が高まったならば必ず治療者に連絡することを約束してもらおうと述べている。また、そのことについて、必ず自殺を予防できると考えているわけではなく、治療者が患者の状態に強い関心を持ち、いつでも援助を差しのべる準備ができていることを示す方法の一つなのだと述べている。

このように、看護師が患者と〈行動化しない約束〉をするという行為は、それ自体が患者の自殺行為を抑制し、また、患者に関心を持ち、患者の問題に真正面から看護師が向き合うことを意味する援助であると考え。〈希死念慮の有無を聞く〉は患者の自殺の危険度を知るために必要な援助であると考え。宇田川 (1995) [17] は、自殺予防について、今までに指摘されている危険因子や自殺の好発する状況に関する知識を総合して患者の自殺の危険性を評価する一方で、臨床場面において希死念慮の存在を積極的に聞きだすことが有効だと述べている。

〈症状コントロールのための看護援助〉は、統合失調症患者の場合、希死念慮がない場合にも幻覚や妄想といったことから自殺を起こす危険性を考慮した上で、それらの症状をコントロールすることが必要だと考える。

最後に〈看護援助を行うタイミングをはかる〉ことができなければ、患者の深刻な問題に踏み込む看護援助を適切なときに適切なタイミングで行えないと考えるからである。患者の状態や状況を考えず自殺の問題に触れることは、困難であると同時に非常に危険な行為でもある。しかし、介入できる基盤を日常のかかわりの中できちんと作っておくことで、そのタイミングが訪れたときに適切な看護ケアを提供できると考える。

同時に自殺企図歴のある患者には、これらとは別に、〈自殺行為の振り返り〉も有効であると考え。看護師は患者がなぜ自殺という手段に出たのかという理由がわからなければ、患者の問題には介入できないと考えるからである。そして、その問題について、どうすればよかったのかを一緒に考え、患者自身が自殺行為以外の対処方法を見つけられるような問いかけをしたりすることによって、同じような状況に陥ったときに自殺以外の対処行動をとることができると考えるからである。自殺行為の理由がわかれば、看護援助の内容はより具体的に、患者の現実即したものになり、過去を振り返ることによって患者自身にも今後どうして行くかという先に向けた援助を提供できるにちがいない。自殺企図歴のある患者に対する精神症状への援助として、自殺問題を本人と話し合い、苦しさやつらさ、怒りの感情をしっかりと言語化するように促し、それを看護師が受け止めていく過程で、患者自らが喪失体験やストレス、怒りなどを振り返り、別の感じ方や見方を検討できるように援助することが基本である。この

ことから、自殺企図歴のある患者に対して〈自殺行為の振り返り〉を行うことは、再発予防に向けた重要な援助であるといえる。

また、患者家族をはじめとする一般の人にとって統合失調症はうつ病と比較して、知識を得る機会の少ない疾患である。たとえば「幻聴」という症状が存在することを知らない人が、実際に幻聴を体験したときに自発的に受診行動をとるとは考えにくい。また、患者の周囲の人間もよく知らない病気に関しては悪いイメージが先行し、それが家族関係の悪化につながることも懸念される。看護師は統合失調症に対する誤ったイメージが受診行動の遅れにつながることはないよう、継続的に正しい情報を伝達していく必要がある。その際には、統合失調症には有効な治療法があることや、地域の相談窓口についての具体的な情報等を併せて伝えるべきであると考えた。

今回の研究から、看護師は普段からのかかわりに十分配慮し、患者の状態の把握などを十分に行っておかなくてはいけないと考える。同時に、自殺という深刻な問題について患者とともに向き合い、患者自身に真摯に向き合うことが必要だと考えた。その結果、看護ケアを通じて患者の自己洞察への働きとなり、患者自身が自己を再認識する機会となる。そしてそれこそが、患者の自殺行為を防ぐための一助となると考えた。

#### 引用文献

1. 平成22年度の自殺対策白書  
[www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2010/pdf\\_2010年](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2010/pdf_2010年)
2. 自殺対策支援センターライフリンク  
[www.lifelink.or.jp/hp/info\\_archive08.html](http://www.lifelink.or.jp/hp/info_archive08.html) 2008年
3. 玄 東和・他 精神医学 特集 現代の自殺をめぐる話題自殺と精神障害 11月号 Vol. 51 No. 11 2009年
4. 自殺対策白書  
[www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2010/pdf/2010年](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2010/pdf/2010年)
5. 平成 22年中における自殺の概要資料 警察庁  
[www.npa.go.jp/safetylife/seianki/H22\\_jisatsunogai-you.pdf](http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/H22_jisatsunogai-you.pdf) 2010年
6. 山口 大樹, 藤井 千代, 辻野 尚久, 武士 清昭, 西井 ヘルベルト, 水野 雅文  
統合失調症者における自殺行動とその予防に関する臨床的研究 日本社会精神医学会雑誌 (0919-1372) 18巻1号 Page34-51 2009年. 7月
7. J.M.-Bertolote Life-and-death questions Mental and Behavioural Disorders in the Department of Mental Health at the WHO.  
[www.zoominfo.com/p/](http://www.zoominfo.com/p/) 2007. 18 April
8. 舟橋龍秀 慢性期統合失調症患者の自殺 精神科治療学 第25巻02号2010年

9. 高橋 祥友 自殺の予告兆候 総合臨床 (0371-1900) 41巻2号 Page379- 380 1992年. 2月
10. Falloon I et al. The social outcome of patients in a trial of long-term continuation therapy in schizophrenia: pimozide vs. fluphenazine. Watt DC, Shepherd M Psychol Med. 1978 . May; 8(2): 265- 74.
11. 関 由賀子 自殺企図症例の検討 自殺 精神科医として何が出来るか 病状は回復したもの 自殺を敢行した初期統合失調症の2例 どうすれば自殺を防ぎ得たのか?精神科治療学 (0912-1862) 25巻2号 Page143- 152. 2010年. 2月
12. Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde D, F, Malaspina D, Mann JJ. J Clin Psychiatry. Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide. 2003 Aug;64(8):871-4.
13. W. Rutz, L. von Knorring, J. Walinder Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. Acta Psychiatrica Scandinavica Volume 80, Issue 2, pages 151–154, August 1989
14. J. S. Jones , D. J. Stein<sup>1</sup>, B. Stanley<sup>1</sup>, J. R. Guido, R. Winchel M. Stanley Negative and depressive symptoms in suicidal schizophrenics. Acta Psychiatrica Scandinavica Volume 89, Issue 2, pages 81–87, February 1994
15. 高橋祥友 世界の自殺と日本の自殺予防対策 精神誌111巻 2009
16. 高橋祥友 自殺未遂者の治療 こころの科学 63. (11) 1995年
17. 宇田川雅彦 精神分裂病患者の自殺 こころの科学 63. (11) 1995年