

図1 日本の年間自殺者総数の推移

3段階である。自殺予防はしばしば prevention, intervention, postvention に分けられる。prevention とは、自殺につながりかねない要因を取り除き、自殺を予防することである。自殺予防教育などもこれに含まれる。intervention とは、自殺に密接に関連する危険な行為を早期に発見して、適切な対処をすることによって、自殺を予防する。なお、自殺予防に全力をあげることは当然だが、それでも、不幸にして自殺が起きてしまうことがある。時間とともに愛する人の死から立ち直る人もいるのだが、かなりの時間が経ってから専門的な精神科治療が必要になる人さえいる。そこで、自殺が起きてしまったときには、遺された人へのケアが必要になる。それが postvention である。postvention は次の世代への prevention とも言われている。現在、わが国で行われていることは、ほとんどが intervention であって、prevention や postvention はほとんど行われていないため、これらの活動は今後の大きな課題である。

また、medical model と community model という概念も重要である。世界保健機関 (WHO) の調査によると、自殺してしまった人の大多数 (9割以上) が最後の行動に及ぶ前に何らかの精神障害にかかっていたことが明らかにされている。ところが、適切な治療を受けていた人となるとごくひと握りに過ぎない。そこで、自殺につながり

かねない精神障害を早い段階で発見して、適切な治療をすることで、自殺を予防するのが medical model である。ただし、medical model だけでは十分ではない。

community model も同様に重要である。これは現時点では、病気にかかってはいない、健康な人々を対象とした教育といえる。精神障害や自殺に対しては21世紀の今でも強い偏見が残っている。問題を抱えても助けを求めるとは恥ずかしいことだなどと考える人も少なくない。そこで、困ったときに助けを求めるとは適切な方法であり、どこに助けを求めたらよいかといった情報を提供する。精神障害に対する偏見を取り除くことも重要な目標となる。

この medical model と community model の両者を緊密に連携させて、粘り強く進めていくことが、自殺予防の基本となる。

フィンランドの例

国のレベルで自殺予防対策を進めていって成功した例として、しばしばフィンランドがあげられる。現在、日本の自殺率は人口10万人当たり約25である。図2に示すように、1990年の時点でフィンランドの自殺率は人口10万人当たり約30で、現在の日本の自殺率よりも高かった。そして、国

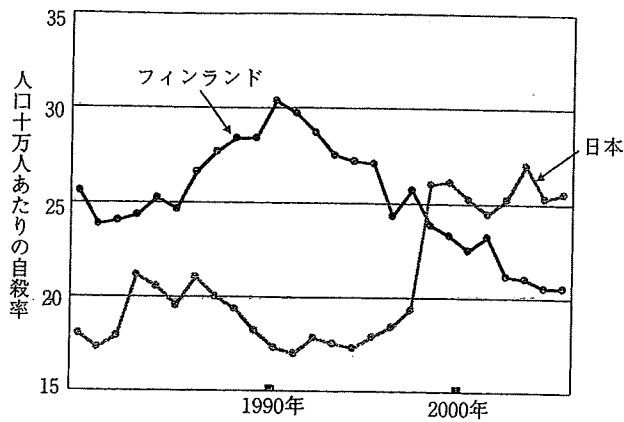


図2 フィンランドと日本の自殺率の比較

のレベルで自殺予防対策を推進し、10年以上かけて、自殺率を約3割下げること成功した。

まず、フィンランドでは、自殺の実態を調査し、それに基づいて地域の実情に応じた自殺予防対策を進めていった。とくに前述した medical model と community model を密接に連携させて予防対策を進めていった。とくにフィンランドでは、うつ病、アルコール依存症、男性の自殺が深刻だった。そこでこの問題の解決を第一目標として、自殺予防に取り組んだのだ。また、一般の人々に対しても地域の実情に応じた地道な自殺予防対策を進めていった。

なお、フィンランドの専門家が異口同音に指摘するのは、自殺予防は1～2年で効果があがるものではなく、長期的な展望に立って進めて、はじめて効果があがるという点である。これはわが国も見習わなければならない重要な点である。

遺族ケアについて

1. 遺された人の心理

病死や事故死よりも、自殺の場合には、遺された人に深刻な心理的な打撃がもたらされることは容易に想像できる。もちろん、その程度は、自殺した人との関わりの深さ、関わりのあった期間、愛情や葛藤の強さなどによってさまざまに異なる。単なる知人よりも、自殺した人が家族、恋人、親友であったならば、その影響はさらに強烈になる。表1に掲げたように、自殺が生じると、遺された人は嵐のような複雑な感情に襲われる^{1,2,5)}。

表1 遺された人々の心理的反応

驚愕	記憶の加工
茫然自失	非難
否認、歪曲	他罰
離人感	疑問
自責	合理化
抑うつ	隠蔽
不安	救済感
怒り	二次的トラウマ

2. あしなが育英会の作文から

あしなが育英会は親を自殺で失った子どもたちに、奨学金を貸与したり、ピアとして心理的支援をするといった、物心両面におけるサポートを続けている。その文集『もう後悔なんてしたくない』から、高校3年生の女子生徒の作文を引用して、遺された人に生じる心理的反応を具体的に見てみよう。

「優しくなれずに後悔」

忘れもしない小学校3年生の冬、その日はよく晴れていて午後から友達と遊ぶ約束をし、教室を後にした。それはごく普通の土曜日だった。家に帰ると、何やら小屋の方がさわがしい。好奇心おう盛な私は走って小屋に向かった。しかし、何やら様子がおかしい。小屋に入ろうとしたとき、「入るな！ 家に戻っていなさい」。おばさんの声に少しおどろいた。しかし、私は見てしまった。ひもにくびをくり天井からぶらさがっている母の姿を……。あまりのしょう撃だった。目の前が真っ白になった。もう何も考えられなかった。

その日の朝、ノイローゼ気味の母の態度に腹が立ってケンカして家を出た。あの時、私が母をもっといたわってあげていれば……。後悔だけが頭の中で渦巻いていた。私が母さんを殺したんだ。一生背負わなければならない「後悔」の二文字。自殺を考え続けた日々……。

私の家は農家だった。一年中休むことなく早朝から夜遅くまで畑仕事をしている。「だから農業なんか大っ嫌いなんだ」と父に言うと、とても悲しい顔をした。母は、祖母とも仲が悪く何度も妹をつれて家を出た時もあった。離婚を考えてた直後の出来事だった。農業のつらさ、子育てのこと、祖母のこと、母はたくさんのストレスでノイローゼになっていたのだ。

大好きだった母。たった一人の母。友達の「今日のお弁当、なんだろう？」の一言がとてもうらやましかった。自分で作ったお弁当は好物のものでもマズイ。普通に幸せにしているヤツを見ると腹が立ってしょうがなかった。だから私はイジメをした時もあった。まだ若い女の先生に母の愛を求めてわがままを言って困らせた時もあった。本当に大好きだった母。

祖母も七十歳を過ぎ、父も障害が悪化し、いつたおれでもおかしくない状況にある。こんな状況でも農家の重労働をして生きなければならない。低収入、重労働、精神の苦痛。

今度は後悔なんてしたくない。大好きな家族はもう失いたくない！しかし、生きていくことはこんなにつらいものかと思うと、悲しくてしょうがない。祖母も時々言う「こんなにもつらいものなら死んだほうがましだ」。とてやるせない気持ちになる。もう二度と後悔なんかしたくない。

文中には母親と祖母の不仲、離婚の危機、生活苦などから母親が精神的変調をきたしていたという事実が克明に書かれている。単純に悲しいという想いだけではなく、母親自身にもさまざまな問題があったことが推測される。しかし、当時小学3年生だったこの生徒は、母親の自殺と自分自身を強く結びつけている。「その日の朝の自分とのケンカが原因ではなかったのだろうか？」「あの時、私が母をもっといたわってあげていれば、こういった後悔と自責の念が今でも心から離れない。大切な家族を自殺で失うということは、「時がたつことで乗り越えられる」ほど単純なものではないことがよくわかる。

幸せそうな友達を見ると、つらさが増して、憎らしく思い、わざと他の生徒をいじめたりした体験も書いている。また、母親の面影を、若い女教師に求めたりもしている。この作文を綴った生徒は、母親の自殺を乗り越えたとは到底思えない。

母親の自殺は、娘だけではなく、家族全体にも暗い影を落としている。「こんなにもつらいものなら死んだほうがましだ」という祖母のつぶやきは家族全体の気持ちを代弁しているかのようだ。このような嵐のような感情が遺された人を圧倒する。

3. 遺族への対応

自殺が非常に衝撃的な出来事であることを十分に認識して、周囲の人々は遺された人に接してほしい。遺された人は複雑な感情に圧倒されていて、混乱し、憔悴しきっている。それでも誰かにその気持ちを聞いてもらいたい、受け止めてもらいたいと必死の思いでいる。そんな時に、もっとも必要とされるのは何の価値判断も含めずに、じっとその言葉に耳を傾けることである。安易な励ましや、性急な助言は禁物である。共感に満ちた態度で、愛する人を自殺で亡くした人の率直な気持ちを正面から受け止めていくことが、最大の柱になっていく。黙って傍にいただけでも助かったという遺族もいた。

なお、それとは正反対に、遺された人が二次的トラウマとも言うべき二重の心の傷を負うことがある。善意からの励ましの言葉も二次的トラウマになりかねない。周囲の人々が何とか遺族を慰めようと言葉をかける。しかし、それが心の傷を癒すどころか、いっそう衝撃を深めてしまいかねない。子どもを自殺で亡くした母親に対して「あなたにはまだ3人の子どもがいる」「若いだから、もうひとり産めばよい」とか、妻を自殺で失った人に対して「いつまでもくよくよしないで、誰かよい人を見つけて再婚したら」などという言葉がどれほど残酷に響くだろうか。

わが国では自殺に対する偏見が強いために、自殺が起きても、「そっとしておくのが一番だ」「時だけが心の傷を癒す」といった態度を取ることがいまだに多い。たしかに、多く人は時間の経過とともに愛する人を自殺で失った経験を乗り越えていく。しかし、かならずしもすべての人がそれほど幸運ではない。長い年月がたった後に、うつ病、不安障害、PTSD（心的外傷後ストレス障害）、アルコール依存症などの問題を抱えて、専門的な治療が必要になる人さえある。また、最悪の場合は、複数の自殺が誘発される群発自殺という現象すら起こり得る。そこで、遺された人への適切なケアが必要となる。

表2は、自殺が起きた後に、学校や職場といった状況で複数の人に対する介入の際に使うリーフレットである。自殺が生じたときに遺された人が

表2 知人の自殺を経験した人へ

強い絆のあった人が亡くなるという体験は、遺された人にさまざまな問題を引き起こしかねません。病死や事故死よりも、自殺はさらに大きな影響を及ぼします。

このような体験をした人の中には以下に挙げるような症状が出てくることがあります。時間とともに徐々にやわらいでいくものから、永年にわたってこころの傷になりかねないものまでさまざまです。時には、うつ病、不安障害、PTSD（心的外傷後ストレス障害）を発病して、専門の治療が必要になることさえあります。次のような症状に気づいたら、けっしてひとりで悩まずに〇〇〇（電話〇〇〇）に連絡して、相談に来てください。周囲の人に同じような症状に気づいたら、相談に行くように助言してください。

- ・眠れない
- ・いったん寝ついて、すぐに目が覚める
- ・恐ろしい夢を見る
- ・自殺した人のことをしばしば思い出す
- ・知人の自殺の場面が目の前に現れる気がする
- ・自殺が起きたことに対して自分を責める
- ・死にとらわれる
- ・自分も自殺するのではないかと不安でたまらない
- ・ひどくビクビクする
- ・周囲にベールがかかったように感じる
- ・やる気がおきない
- ・仕事に身が入らない
- ・注意が集中できない
- ・些細なことが気になる
- ・わずかなことも決められない
- ・誰にも会いたくない
- ・興味がわかない
- ・不安でたまらない
- ・ひとりでいるのが怖い
- ・心臓がドキドキする
- ・息苦しい
- ・漠然とした身体の不調が続く
- ・落ち着かない
- ・涙があふれる
- ・悲しくてたまらない
- ・感情が不安定になる
- ・激しい怒りにかられる

経験する症状について列挙してある。これは個人を対象とした場合にも、症状に気づいてもらう目安として使うことができる。このような症状に気づいたならば、なるべく早い段階で専門家に相談するようにしてほしい。また、周囲の人々もこのような症状に気づいたならば、専門家への受診を働きかけてほしい。

4. 芽生え始めた自助グループ

今ではさまざまな問題に対して自助グループが存在する。アルコール依存症、うつ病、統合失調症に罹患している人のための自助グループもあれば、その家族を支えるグループもある。ギャンブル癖や虐待に悩む人の自助グループもある。

さて、自殺に関連した自助グループとなると、わが国では自殺に対するタブーがいまだに強いために、遺された人々が互いに支えあおうという動きがなかなか出てこなかった。最近でこそ、わが国でも少しずつ自殺によって遺された人々が、自助グループを作って互いに支えあおうという動きが出てきたが、まだようやくその芽が出始めた

いったところだろう。

筆者は、ある自助グループにオブザーバーとして参加した経験がある。その会の目的は、死別の悩みや苦しみを分かち合うためのものだった。したがって、愛する人を、病気、事故、自殺で亡くした人と、参加者の経験はそれぞれ異なっていた。ほとんどの参加者は家族を病気で亡くした人だった。時々、事故や自殺で家族を失った人が加わった。しかし、やはり体験をある程度共有できるような均一なグループにしないと、なかなか率直な意見が交わせない。それほど、愛する人を自殺で亡くした人の精神的な打撃はあまりにも過酷なのだ。

「実は私は夫を自殺で亡くしました」の一言で、それまでさまざまな意見を述べていた人がさっと口を閉ざしてしまうことも再三あった。それほど、自殺のもたらす影響は強いし、それについて率直に語ることに強い抵抗感も覚えてしまうのだろう。

愛する人を病死で失った人同士ならば、率直に話し合うことができたとしても、そこに事故や

自殺で大切な人を亡くした人が入ると、なかなか率直な感情を表現したり、体験を分かち合うというところまでいかない。これでは、自助グループがもたらしてくれる効果を期待することもできない。

なお、どのグループがよいかという質問を時々受けるが、自宅から比較的近くて、参加するのにあまり多くのエネルギーを費やさなくても済むところにある自助グループがよいだろう。

どこに行けば自分に適した自助グループがあるのかというのもなかなか難しい問題である。各都道府県に設置されている精神保健福祉センターでも、医療機関については正確な情報を持っているのだが、自助グループについてまで適切な情報を持っている所は必ずしも多くはない。また、インターネット上で支えあっているグループもあるので、コンピュータが得意な人はそのあたりから探してみるのもよいかもかもしれない。

さて、自助グループに参加することで、多くの支えを得られる方もいるだろうが、それは万能薬とはならない。さらに、自助グループの限界も承知しておくことは、グループを組織する人の責任でもあるだろう。

誰にでも同じようにぴったりと合う自助グループがあるわけではない。あくまでもそのグループが自分に合っているかどうかよく考えたうえで、参加してほしい。自助グループに参加するだけで、死別の苦しみから立ち直る人もいれば、むしろ、本格的な精神科治療でなければ、かえって深刻な影響を受けてしまう人もいる。

また、最初から自助グループに参加する必要もない。同じような経験をした人の話を聞いてみようという心の準備ができてから参加しても遅くない。すでに精神科に受診しているのならば、自助グループに参加することについて担当医に助言を求めてほしい。

なお、本格的に自助グループに関わるかどうかを決める前に、そのようなグループに何回か参加してみて、その雰囲気や味わってみるのもよいだろう。数回参加してみて、たとえば、あまりにもリーダー格の人が強い発言力を持っているといったことに抵抗感を覚えるのならば、そのまま続け

るかどうかがよく考えてみるとよいだろう。あくまでも自主的な参加なのだから、強い抵抗感を覚えながら、無理して参加し続ける必要はない。参加して、それなりに何か得ることがあったと感じたら、継続的に参加したらよい。

また、最初から発言する必要もない。よく話をする他の参加者に引っ張られて、つつい初回から話しすぎてしまい、会が終わった後に、ひどく気分が沈んでしまうとを感じる人もいる。初めのうちは黙って他のメンバーの話を聞いているだけでも十分である。そして、心の準備ができて、自分も話をしてみようとする自然に感じるようだったら、発言すればよい。

必要があれば、今は精神科治療も並行して受けるようにと、適切な助言をしてくれるようなグループが望ましい。反対に、自分の体験を最初から押し付けてくるような雰囲気があるグループは、立ち直りを妨げこそすれ、助けてくれることにはならないかもしれない。

なお、自助グループは、あくまでも自主的な活動であるはずだ。わずかな会場費とか茶菓代を集めることはあるかもしれないが、治療費と見まがうような料金を請求されたり、高額な本や資料を買うように強制してくるところには、絶対に参加すべきではない。また、特定の思想や信条を押しつけてくるようなグループも論外である。

まとめ

わが国では1998年以来、年間自殺者3万人台という緊急な事態が続いている。2006年6月には自殺対策基本法が成立し、社会全体の課題として自殺予防に取り組んでいく必要があることが宣言された。さて、自殺予防に全力を尽くすことは当然であるのだが、自殺者数をただちにゼロにするというのも非現実的な目標である。そこで、ようやく最近になって、自殺が起きた後に遺された人々に対するケアに対しても関心が払われるようになってきた。たしかに時がたつことによって、自殺という衝撃から立ち直る人もいるのだが、長期間経過した後に、うつ病、不安障害、PTSD、アルコール依存症などといった精神障害に罹患し

て、専門的な治療が必要になる人もいますので、遺された人へのケアは不可欠である。

文 献

- 1) Dunne, E. J., McIntosh, J. L., & Dunne-Maxim, K. (Eds.) : Suicide and Its Aftermath: Understanding and Counseling the Survivors, W. W. Norton & Company, New York, 1987.
- 2) Fein, C. : No Time to Say Goodbye, Broadway Books, New York, 1997.
- 3) 警察庁生活安全局地域課 : 平成17年中における自殺の概要資料, 警察庁, 2006.
- 4) 高橋祥友 : 医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント, 医学書院, 2002.
- 5) 高橋祥友 : 自殺、そして遺された人々, 新興医学出版社, 2003.
- 6) 高橋祥友 : 自殺予防, 岩波新書, 2006.
- 7) 高橋祥友 : 新訂増補版 自殺の危険 : 臨床的評価と危機介入, 金剛出版, 2006.

② 患者の自殺と治療者の反応

高橋 祥友*

はじめに

この連載の次のテーマについて考えていたときに、たまたま1カ月という短い間に、自殺について共通する内容の3件の相談を受けた。それはどれも、自殺予防に直接関係した相談ではなく(広い意味で関連があるとも言えるのだが)、自殺が起きてしまった後の事態に関する相談であった。

自殺予防はしばしば prevention, intervention, postvention の3段階に分類される。preventionとは、自殺につながりかねない要因に働きかけて、未然に予防することである。interventionとは、今まさに起きつつある危険な行動に介入し、自殺を予防することを指す。なお、自殺予防に全力を尽くすことは当然であるが、それでも不幸にして自殺が起きてしまうこともある。postventionとは、不幸にして自殺が生じてしまったときに、遺された人々をケアすることである。

postventionという、一般には、強い絆のあった人を自殺で亡くした家族や知人に対する心理的なケアを指している。しかし、最近私が相談を受けたのは、postventionといっても、患者の自殺が生じた後の、医療関係者自身についてのものであった。外科病棟で入院中の患者が自殺したが、その患者と最後に話をした看護師が複雑な想いを私に相談してきた。また、こ

れまでに十数回入退院を繰り返し、自殺のリスクはかなり高いと当初から考えられていた患者が退院直後に自ら命を絶ち、それで患者の自殺を初めて体験したという若い精神科医が相談してきた。そして、3例目の相談は、精神科病院に入院していた患者の自殺が生じ、病棟全体の対応についてのコンサルテーションの依頼であった。それぞれ状況は異なるのだが、患者の自殺に関して、医療関係者が私に相談してきたのだ。

医療者として生身の人間である。懸命に治療や看護にあたってきた人が自ら命を絶つという経験をして、打撃を受けないなどということがあるはずがない。時には、患者から家族以上に深刻な悩みを打ち明けられている場合がある。患者の自殺が生じたときに、欧米では医療者にも心理的なケアをする必要があると徐々に認識されつつあるのだが、わが国ではまだとてもそこまで関心が高まっていない。

精神科医になって四半世紀が経ったが、私が若い頃は、患者の自殺にどのように対応すべきかといった事柄に関して大きな関心が払われることはまずなかった。精神科を専門とする者にとって、この種の経験をするのは当然のことであり、心の痛手から立ち直るのはむしろ通過儀礼であるといったとらえられ方が一般的でさえあった。

自殺を予防することに全力を尽くすのは当然である。しかし、自殺を100%予防するということが不可能である。どれほど努力しても自殺が起きてしまうこともあるし、治療開始当初からきわめて自殺の危険の高い人に働きかけていかなければならないという状況もある。そこで、

Therapists' Reactions to Patients' Suicide.

* 防衛医科大学校・防衛医学研究センター, Yoshitomo Takahashi: National Defense Medical College Research Institute.

今回は、不幸にして、患者の自殺が起きてしまったときに、治療者にはどのような心理的な反応が生じるのか、その事態にどのように対応すべきかといった問題に焦点を当てる。

なお、立場によってさまざまな呼び方があるのだが、本論では一応、「治療者」と「患者」という言葉で統一しておく。それぞれの立場によって、セラピスト、心理療法家、カウンセラー、そして、その対象をクライアントと呼ぶほうがより適切かもしれないが、読者の立場によって、言葉を置き換えて、以下の私の意見を読んでいただきたい。精神科領域（そして、より広くは医療一般）に携わっている以上、医療関係者としての生涯のある時期にはかならずと言ってよいほど患者の自殺に出会うことを予期し、そのときにどのような症状が出現し、どのように対処すべきかを理解しておくことは、一種の危機管理とも言えるのではないだろうか。

I 患者の自殺と治療者の反応

アメリカの調査によると、精神科医の50%、臨床心理士の25～30%、精神科ソーシャルワーカーの33%が患者の自殺を経験しているという（Chemtab et al, 1988）。対象にもよるのだろうが、精神科医の半数しか患者の自殺を経験していないというのは、あまりにも低率だと私は考えるのだが、調査対象の選択の偏りの可能性もあるだろう。たとえば、精神科医の資格を有していても、行政や基礎研究だけに従事していて、実際に現場で患者の治療にあたっていない医師も含まれている可能性がある。いずれにしても、臨床に携わっている以上、担当していた患者に自殺された経験のある治療者と、これからそのような経験をする治療者の2つのグループしか存在しないとも言えるだろう。

Alexanderら（2000）による英国の報告はより高い率を示している。調査対象となった精神科医の経験年数は17.5年であり、そのうちの87%が患者の自殺を経験し、もっとも多い人は6人の患者を自殺で亡くしていたという。これは単純計算をすると、患者の自殺は3年に1人以下であり、そもそも精神科医であっても、

患者の自殺を経験する率はかならずしも高いものではないという。

たしかに率は低いかもしれないが、患者に自殺されてしまうという体験は、治療者にとって深刻な心的外傷体験となり得る。それなのにこの問題を正面から取り上げようとしてこなかったのはなぜなのだろうか？ たとえば、精神科以外の科であるならば、患者が死亡したら、剖検を実施し、診断や治療に誤りはなかったのか検討し、避けられなかった死から真摯に何かを学び取ろうとする。このような態度が精神科でも取ることができないのはなぜなのか疑問が残る。自殺をタブーにしてしまっているのは、精神科医療に携わる私たち自身であるのかもしれない。

私の知る範囲では、ある程度の経験がある治療者ならば、その8割から9割は、患者に自殺されたことがあるとの印象を抱いている。さて、それでは残りの1割から2割は真に有能な治療者であると断言したいところだが、実は、患者の方が早めに治療者の能力を見限って、他の治療者に鞍替えし、自殺は元の治療者の知らない所で起きたに過ぎないというのが事実に近い。あるいは、治療者が患者の自殺の危険を早期に察知し、他の治療者のもとへ紹介したのかもしれない。

自殺にまつわるタブーから、患者に自殺された治療者は、心の動揺をありのままに語ることもできず、ただ時間が過ぎ、自責感と周囲の非難がおさまるのをじっと耐えるしかない。精神科で起きる死（他の身体医学のような死も起こるが、精神科特有の死といえ、自殺であることに異論はないだろう）について、謙虚に検討しようという姿勢があまりにも少ない。自殺が生ずると、まず典型的な反応は、治療にあたっていた者をそっとひとりにしておき、自殺についてなるべく触れないでおこうとするものである。

患者の自殺が生じると、治療者には表1に挙げたような反応が一挙に襲ってくる。患者の自殺に対する治療者の反応の程度は、さまざまな要因が複雑に関与している。治療期間の長さ、関わりの深さ、葛藤の強さ、転移・逆転移の関

表1 患者の自殺に対する治療者の反応

初期の反応
驚愕
否認
離人感
二次的な反応
自責感
抑うつ感, 不安感, 自尊心の喪失
正当化, 合理化
非難
怒り
他の患者にも自殺の危険を過剰に感じる

係, 精神科の経験の長さ, 治療者自身の性格や死についての過去の経験などである。治療にあたった患者の自殺を経験した場合, 家族以上に, 患者の心の深い悩みを聴いていただけに, かえって心の傷が深い場合さえある。この種の症状は, 強い絆のあった人を亡くしたときの症状と本質的に変わるものではないのだが, それに加えて, 専門家として治療にあたってきたという関係が微妙に影響を及ぼす。

II 初期の反応

患者の自殺を伝えられたときの最初の典型的な反応は, やはり驚愕である。自殺の危険を薄々察知していた場合でも, その第一報に接し, とても驚いたという反応を示す者がほとんどである。「頭の中が真っ白になってしまった」「頭がいつものように回転しない」と述べた者もいる。ある研修医は「自動車を運転していて, 急に小さい子どもが脇道から飛び出し, とっさにブレーキを踏んで, ハンドルを切って事故を防ぐことができますね。そのとき, 一瞬, 何ともいえない冷汗をかくと思いますが, 患者が自殺したと知らされたときといたら, そんな感じが一瞬ではなくて, 永遠に続くように思えました」と語った。

それに引き続き, 否認, 否定, 抑圧などが生ずる。「そんなはずはない」「誰か同姓同名の人だろう」といった考えが浮かぶのは, 家族の反応と同様である。「自殺ではなく, 事故死だ」などと, 患者の自殺という事実を歪曲することも生じる。また, 一種の離人感を体験すること

も稀ではない。その日はいつもと同様に仕事をしていたのに, 後になって思い出そうとすると記憶が断片的であったと話す者もいる。

なお, Sacks (1989) は, 自殺した患者の夢をしばしば見た精神科医の例, 人込みの中で他人を自殺した患者と見間違えた医師の例, 青酸カリを用いて自殺した患者の治療にあたった医師が長期にわたって青酸カリの臭いが鼻についてならなかった例などを報告している。睡眠薬を用いて自殺した患者を発見し, 患者の吐瀉物の臭いが鼻腔に残って, しばらく食事が取れなかったと話した医師も私は知っている。

III 二次的な反応

患者の自殺が生じたと知らされた当初の驚愕反応に近い症状がおさまると, 次のような複雑な感情が襲ってくる。

当然, 強い自責感も生ずる。「あと5分早く病棟に行っていれば, 自殺を防ぐことができただろう」「看護師に別の指示を出していないで, 直接, 患者の所へ行っていたならば」「最初から自殺の危険が高かったと承知していた。いつかは自殺されるかもしれないと思いつつ, 治療にあたったが, それが今起きてしまうとは」「あのときに, 患者が話しかけてきたのに, 他のスタッフから話しかけられて, 『ちょっと待っていて』と言ったりしないで, すぐに患者に対応すべきだった」。このような想いに駆られて, 自責的になることも多い。これも程度の差こそあれ患者に自殺された治療者のほとんどが経験する感情であり, 強烈な孤立感を伴って, 治療者を襲う。

自責感とともに, 抑うつ感, 不安感, 自尊心の喪失ももたらされる。とくに, 経験の乏しい若い治療者にとってはその影響は強く, 治療者としての能力に限界を覚え, 基礎研究に方向を変えたり, 神経内科といった他の身体領域の科に専門を変更する者さえいる。精神科領域にとどまっても, 保健所に勤務し, 直接臨床に携わらなくなってしまった医師もいた。また, そのまま仕事を続けたとしても, 担当患者のすべてが自殺してしまうのではないかと感じたり, 外来

患者に自殺の危険を少しでも認めるとすぐに入院の手續きを取ったり、また電気けいれん療法や保護室への収容を多用したり、「自殺は避けられない」といった運命論に傾く者も出てくる。

当然、自責感を回避するために、正当化、合理化の機制も働く。「発見されるつもりで薬を余分にのんだのが、たまたま夫の帰りがいつもより遅くなったために、死につながった。本当は自殺するつもりなどなかった」「悪性の癌患者が死亡することがあるように、重症のうつ病患者には自殺する者もいる」「自殺は確率の問題だ。たくさん患者を診ていれば、患者に自殺されても仕方がない」「自殺は結局は本人の責任だ」といった具合である。たしかに、「重症のうつ病患者には自殺する者もいる」というのは事実かもしれないが、このような態度を安易に取ることによって、死から謙虚に学ぶことを忘れてしまえば、治療者としての成長は期待できないだろう。

自責感ばかりでなく、周囲からの非難を意識することも生ずる。直接的には患者の家族からの非難であり、訴訟を起こされはしないかとの危惧も強く頭をもたげる。また、同僚から無能と見られているのではないか、治療の失敗ととらえられているのではないかとの不安も生じ、自分の一挙一動にまで疑いの目を向けられているように感ずる。その後の治療にすっかり自信をなくしてしまうこともよく認める反応である。

当初の反応がおさまると、怒りを覚える者もいる（もちろん、最初に怒りを感じない者もいる）。この怒りは、患者本人、患者の周囲の人々、治療者自身に向けられることで、それぞれ表現形が異なる。亡くなった患者に怒りが向けられると、「どうしてこんなことをあてつけのようにしたんだ」「なにも私の勤務時間にしなくてもよいだろう」との感情にとらわれることさえある。また、怒りが患者の周囲の人々に向けられると、「あれだけ、家族に注意するように言っておいたのに」「結局、協力してくれなかった夫が悪い」といった形で敵意が他の人々に向かって噴出することもある。

怒りが治療者自身に向かうと、全能感を根本

から揺さ振られ、治療者はしばしば過去を振り返って、自殺が起こる前兆をことさら探し出すことがある。自殺の直前に患者が示したわずかな動作や言葉が、患者の自殺という危機的な状況にある治療者にとっては、自殺を防止できなかったはずの決定的な「サイン」として意識に上る。そのサインに薄々気づいていながらも、それを受け止め、自殺を予防する対策を取らなかったことで、自分自身を責める材料としてしまう。

また、最後の場面での患者の様子が鮮明に、何年にもわたって記憶に残っていると言う治療者もいる。そのときの、患者の服装、髪型、表情、動作、語られた内容までもありありと覚えていると言うのだ。これも、患者の自殺というきわめて強い情動を伴うストレスによって、記憶が極度に加工され、定着したことの表れであろう。

かならずしもしばしば認める反応ではないのだが、患者の自殺を一種の救済と見る向きもある。さまざまな情動反応とともに、患者の死が患者にとっても、家族にとっても、治療者自身にとってもある種の救いとなり、行き詰まった治療から脱出できたととらえる側面がまったくないわけではない。もちろん、救済を感じている自己を意識するあまり、一層の自責感や自己嫌悪を覚える者も多い。

患者の自殺に際して治療者の中に以上のようなさまざまな情動反応や防衛機制が喚起されるのは、他のストレス状況と同様だが、この経験から何らかの意義を見出すべきだという意見を聞いたこともある。これはある程度の経験を積んだ治療者が述べることが多い。自殺はたしかに悲劇的な出来事であるが、もしも不幸にして現実に自殺が生じたならば、謙虚にその中から将来の診療に役立つ手がかりを探り出そうというのだ。自分自身や、患者や、専門職としての精神科医療について重要な教訓を、患者の自殺が与えてくれたと認める治療者は少なくない。ともすれば独善に傾きがちな態度を検討しなおす機会を与えられたと語る者もいた。傲慢な全能感を打ち砕かれ、精神科医療の限界を知らされ、また、謙虚さを育み、治療同盟に積極的に

家族を組み込んでいく教訓になったという指摘をした者もいた。患者の自殺という危機的状況に正面から取り組むことに成功したことで、専門家としての同一性を確固としたものにできたとの意見もあった。極端ではあるが、治療者にとって患者に自殺されることは一種の通過儀礼であって、この経験のない治療者は、一人前ではないとの意見すらあった。患者の自殺という悲劇的な経験が、その後の診療において細心の注意を怠らない、確固たる尺度となったという反省もあった。

そして、やはり異口同音に指摘されたのは、このように考えられるようになるまでには、かなりの期間が必要であり、患者に自殺された当時は何ら精神面での援助を周囲から積極的には与えられず、ひとりだけで悩まなければならなかったという点であった。

やや脱線してしまうことになるかもしれないが、20年前に私が留学中に、あるアメリカ人の精神科医が次のような話をしてくれたことが今でも印象に残っている。その精神科医は、ベトナム戦争の帰還兵の治療にあたっていた。その中に、PTSD、アルコール依存症、うつ病が合併していて、これまでも何度も自殺未遂を図っている患者がいた。その患者は職もない、妻とは離婚し、実家との連絡もない。もはや自分が生きている意味などないのだと言い続けてきて、結局、最後には自ら命を絶った。その患者の例を挙げて、精神科医は私に次のように語った。「時には、今、自殺してしまうかもしれない人を、数カ月、いや数週、数日だけでも自殺を思いとどまらせて、人生の意味を振り返る機会を与えるのが私の仕事だと思うことがある。自殺を思いとどまってくれれば最善のことだが、それを最初から望めない患者がいることも現実だ。そのような人に向かって、『私はけっして逃げ出したりしないで、ここにいて、あなたの最後の言葉を真正面から受け止めよう』と伝えるしかできないこともある。自殺の危険が高いからといって、すぐに入院させてしまって、それで自分の責任は終わったと、安堵してしまうような、交通整理の警察官みたいな精神科医に

だけはなりたくない」。時としてこのような厳しい状況に置かれることも私たち治療者の現実であるのだ。

医療者であっても、生身の人間である。懸命に治療にあたってきた患者が自ら命を絶ったという経験をした際に何らかのケアがあつてしかるべきであるのだが、従来は、それを乗り越えてこそプロだといった考え方があまりにも強かった。

私が所属する全米自殺予防学会 (American Association of Suicidology : 以下、AASと略) では、この問題を正面からとらえて、患者に自殺された治療者の自助グループを作っている。精神科医、看護師、臨床心理士、カウンセラー、ソーシャルワーカーなどからなる自助グループである。毎年の例会では、互いにその体験を語り合い、サポートのネットワークを築いている。

なお、どうして自殺が起きたのか知りたいと考えても、担当医から説明してもらえないという遺族の不満はしばしば耳にする。患者が死亡した後も、守秘義務がある、あるいは、訴訟を起こされた場合に不利になるといった理由で、説明を拒む治療者はアメリカでは少なくない。そこで、AASの例会では、愛する人を自殺のために失った家族と、患者を失った治療者が出会う場を設けた年もあった。私もそのひとりとして経験を語った。家族を自殺で失うことも、治療者が患者を失うことも同様に非常に辛い体験であるということを互いに確認でき、多くを学ぶ絶好の機会になった (高橋, 2006)。

IV 患者の自殺にとくに影響を受ける治療者の特徴

患者の自殺にとくに影響を受ける治療者には表2に挙げたような特徴が認められる。まず年齢と経験が挙げられる。治療者が若くて、経験年数が短いほど、一般的に、患者の自殺によって強い影響を受ける傾向がある。

さらに、患者との関わりの質も関与している。単に治療が長期にわたっていたということだけではなく、患者との関わり方が深かった治療者ほど、患者の自殺により強い影響を受けること

表2 患者の自殺が治療者に及ぼす要因

治療者の年齢
経験年数
患者との関わりの強さ
治療状況
治療者の性別
治療者の性格
治療者自身のうつ病や不安障害の既往歴

は当然であるだろう。

なお、治療状況であるが、個人で開業している治療者の場合、患者の自殺に関与する人々というのは、極端な話、治療者と家族だけということになりかねない。このような状況では、治療者の孤立感が増し、苦悩がより深くなることもあり得るだろう。さて、それならば、病院のような状況で、治療者が患者の自殺を経験した場合はどうだろうか。これは周囲から得られるサポートの質に大きく影響される。周囲の同僚たちが支持的な態度に出してくれるならば、治療者は患者の自殺という悲劇から立ち直る手助けを得られるだろう。しかし、これまでの対人関係が良好ではなかったために、同僚からのサポートが得られなかったり、病院の管理者から厳しい態度で臨まれたりする場合には、当然、治療者の苦悩は深まることになりかねない(Hendin et al, 2004)。

治療者の性別に関しては、女性の治療者のほうが患者の自殺に強い影響を受けるとされている。また、一般的に、治療者の性格や、うつ病や不安障害の既往歴を認めるときのほうがより影響が強いとされている。

このような要因が、患者の自殺が治療者に及ぼす影響の強さを決定しているとの指摘があるのだが、系統だった調査に基づくものというよりは、どちらかといえば経験に基づく印象に近いものである。なお、患者の自殺を経験した治療者の約1/3はより重症の症状を呈するという。そのような症状を呈する状況をまとめると以下のようなになる。

- *患者を入院させなかったために自殺が生じた
- *治療過程の決断が自殺に関連した(例:閉鎖病棟から開放病棟へ移した直後に患者の自殺

が生じた)

- *同僚や上司からサポートが得られず、むしろ否定的な反応が戻ってきた
- *患者の遺族から訴訟を起こされる怖れがある

V 患者の自殺後に治療者自身がすべきこと

自殺した患者に関わっていたスタッフ全体で経過を振り返り、今後の治療や看護について検討する必要があるのだが、それに先立って、治療者自身の個人的な打撃を和らげる必要性がまず出てくる。

担当していた患者が自ら命を絶つという衝撃的な経験をした治療者の孤立感を和らげることが最優先の課題である。ひとりきりにならずに、だれかに率直な気持ちを打ち明けてほしい。これまでの関係から全幅の信頼を抱いている人にありのままの感情を受けてもらうことが重要である。まず、誰かに今の気持ちを率直に伝えることは役に立つ。話を聞いてもらう相手とは、家族や友人でもよい。あるいは、同様の経験をしたことのある同僚でもよいだろう。話し相手を見つけ、率直な気持ちを語ることができただけでも、気分が和らぐはずである。

なお、患者の葬儀に出席すべきかとよく質問されるのだが、これは遺族の意向を第一にすべきだと私は考える。家族が葬儀の日程などを知らせてきた場合には、参加してもよいかどうか尋ねたうえで、許可が得られるのであれば、参加させていただく。葬儀の場に自ら身を置くことで、自分の治療過程を振り返ることができたという経験を私もしている。

また、「守秘義務は患者の死後も続く」という理由で、家族からの問い合わせに一切答えないという治療者もいるのだが、私は喪の過程を遺族と共有するという意味で、遺族からの依頼があれば、質問に答えることにしている(なお、自殺の危険が非常に高い患者の治療には、家族の協力が不可欠であるというのが、持論であるので、治療過程で家族にすでに会っている。自殺が起きてしまって、そのときに初めて家族に会うというのは、私の場合はまずない。)担当していた患者が自殺しても仕方がないなどと考

えていた治療者はいないはずだ。全力を尽くして治療にあたってきたはずである。その意味でも、家族も治療者もともに遺された人 (survivor) と言えるのではないだろうか。遺族の想いを正面から受け止めるとともに、治療者の想いも語り、遺族の質問には率直に答えるべきだと、私は考える。このような場面で、遺族から「すっかりお世話になりました」などと言われると本当に堪える。面罵されるほうがよほど気が楽だろう。

VI スーパーバイザーの役割

さて、起きてほしくはないことだが、患者の自殺は精神科医療においてはいつかは起きる可能性がある事態であることを想定しておくのは、一種の危機管理とも言えるだろう。ハイリスクの患者に働きかけていく職業である以上、こういった事態も想定しておくべきなのだ。このような場合にこそ、常日頃から、症例のコンサルテーションに応じてくれるスーパーバイザーを準備しておく必要がある。不幸にして患者の自殺が生じた場合に、感情的に混乱している治療者を受容し、また、この悲劇からより一層成長し、治療技術を改善させる手がかりを得るにはどのようにしたらよいかという点について援助するのが、スーパーバイザーの役割である。とくに次のような点にスーパーバイザーは留意しながら、患者を自殺で亡くした治療者をケアすべきである。

1) スーパーバイザーは、同じ職場の上司とか同僚といった、直接的な関係がない人の方がむしろ望ましいかもしれない。以前から、さまざまな症例について相談にのってもらい、信頼関係がすでに樹立している人の方がよい。

2) まず、スーパーバイザーは、一切の批判や注釈を避け、相手の話を傾聴する。なお、あまりにも治療者が混乱している場合には、まず、家族や知人からの全面的な支持にゆだねるという判断も必要である。

3) 十分な時間を取って、まず患者の自殺が起きた前後の事情を聴いていく。なるべく感情

を揺るがさないで、事実をありのままにとらえていく。

4) さらに、患者の自殺を知ったときの本人の感情、そのとき何を考え、どう反応していったのかをありのままに語らせる。また、現在本人が抱えている不安を語らせ、何らかの精神症状の有無についても評価する。(経験豊富なスーパーバイザーであるのだから、あえて指摘することもないのだが、時期尚早に現実には直面化させたり、感情の表出を強制するといった雰囲気を作ってはならない。)

5) この段階では、自殺が生じたことに関して単純な因果関係を互いに探しあつてはならない。事実関係だけを淡々とたどるようにする。

6) 患者の自殺が生じた際の情動面での混乱について、ある程度、話が出尽くしたところで、自殺が起きるまでの経緯について、治療者が進んで話すようならば、初めて話題として取り上げる。

7) 当然この段階にまで至ると、治療者の方から、治療過程でどのような方策を取ればよかったのかといった問題点が出されるだろう。多くの場合、自責や悔悟からの発言も多く、自己卑下や自己の能力に対する自信の喪失に彩られている。これがあまりにも極端な場合は、具体的な治療過程の検討は、後日に回す必要もある。もしも、この時点で、客観的な態度で真に治療技術の向上をめざそうという姿勢が感じられれば、具体的な治療過程の検討を始めることもできる。事実に沿って、原因・治療・結果などについて検討を進めていく。

8) 無意識の力動についても時間をかけて検討する。すなわち、治療者が患者に対して無意識的に抱いていた逆転移の抱える敵意の側面についての検討も必要となる。自殺の危険の高い患者の治療において、治療者の側に存在する無意識の敵意がもたらす危険が指摘されてきた。治療者がこの種の陰性の逆転移を十分にとらえていないと、患者の自殺の警戒兆候を見落としたり、自殺を引き起こす直接の契機になる可能性もある (Maltzberger, 1986)。

9) 同時に、治療者がこれまでに経験した重

要な人物の死や、自身の中にある自殺に対する考え方を討論し、死や自殺に対する無意識の態度を明確にするように助力する。

10) 最後に、スーパービジョンを得ようとしたこと自体、治療者として勇気が必要で、かつ誠実な態度であることを、スーパーバイザーの立場から述べ、今後も必要があればいつでも相談に乗ることを伝える。

スーパービジョンを実施する時期や回数などは状況に応じて決定する。患者が自殺した直後で治療者自身が混乱している状況では、むしろ家族や友人からの全面的な受容の方が、危機を乗り切るのにふさわしいこともある。ある程度の時間が経過し、客観的に自分の心情を語ることができ、また語りたいと考えるようになってから、この種のスーパービジョンを要請してもけっして遅くはない。もちろん、何も自殺が起きて初めて助言を得るのではなく、常日頃からスーパーバイザーによる助言を得ておくことの重要性は繰り返し強調されるべきではあるが、とくにこの種の悲劇が生じたときには、治療にあっていた者自身も心理的援助を与えられる必要が出てくる。

Ⅶ その他 (スタッフ全体の症例検討会など)

自殺に関する検討会では、治療者、看護師など関係者ができるだけ多く出席して、話し合うとともに、医療記録の再検討などから、自殺の原因を検討していく。そして、治療や手続き上の誤りはないかを考えていく。ただし、注意しなければならないのは、あくまでも犯人探しのような雰囲気を作ってはならないという点である。主な目的は、患者の自殺の再発の防止にはどのような改善策や注意を払わなければならないのかという点にある。もちろん、医療者といえども生身の人間であり、survivorという立場からのケアも忘れてはならない。

死からしか学べないことがあるとするならば、私たちは自殺が起きたという事実謙虚に向き合う必要がある。とはいえ、わが国で自殺症例の検討を実施するとなるとどうなるであろうか。

私もこれまでに、患者の自殺後に、病棟スタッフ全員による症例検討会に参加した経験がある。しかし、治療者に対して精神的に援助をしたり、謙虚に今後の自殺予防の手がかりを得ようという雰囲気が成立しにくい印象がある。場合によっては、スケープゴートの探しあいになり、一方が自殺は避けられなかったと正当化し、他方がすべての過ちを少数の人々に投げつけるといった状況が、極端なときには成立してしまい、当初の目的がまったく失われかねない。あるいは、形式だけの始末書や反省書が、スタッフから管理者に提出されてすべてが終わってしまうこともけっしてめずらしくない。

知人の自殺ですら精神的な動揺は大きいのであるから、患者の自殺に際して、それまで治療に責任を持っていた者の受ける動揺は計り知れない。そのような治療者は、当初の心理的な混乱に援助の手を差し伸べてもらうばかりでなく、また、今後の診療技術の向上を図るように援助される必要があるにもかかわらず、現状はこの通りである。

冷静な態度で病棟に勤務する者全員の参加をもとに自殺症例検討会が開催され、患者の死が無駄なものにならず、別の症例の自殺防止に役立つような何らかの鍵を見出す努力をすべきであろう。

患者の自殺が生じたときに、治療者に生じる心理的な反応とそれに対するサポートを中心に今回は取り上げてきた。そのほかにも、ここで短く解説したように、患者に関わっていたスタッフ全体を対象としたpostventionも必要である。もちろん、患者の遺族、さらに、故人をよく知っていた他の患者たちに対するケアもpostventionの重要な一環であるのだが、紙幅の関係で、このテーマに関しては別の機会に話題にしたい。

ま と め

自殺予防に全力を尽くすのは当然であるのだが、ハイリスクの患者の治療をしている治療者の大多数にとって、生涯のうちのある時期に、患者の自殺を経験することは避けて通れない。

そのときに、どのような心理状態に陥り、どのように対処すべきかという点について備えておくことは、一種の危機管理と言えるだろう。患者の自殺という衝撃的な体験をしたときに、治療者が呈する心理的な反応は、重要な喪失体験の際に呈する症状と酷似している。とくに若くて、経験の乏しい治療者が受ける打撃は甚大なものであり、周囲からの適切なサポートが必要になる。患者の自殺が生じたときに、治療者の孤立感を和らげることは最初にすべきことである。そして、こういった状況で治療者が孤立しないためのあらゆる手立てをして、さらに、患者の死からしか学べないことを真摯に受け止め、今後の治療の改善に役立てることが求められている。

文 献

- Alexander DA, Klein S, Gray NM, et al (2000) Suicide by patients: Questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ* 320; 1571-1574.
- Chemtab CM, Hamada RS, Bauer BK, et al (1988) Patients' suicide: Frequency and impact on psychiatrists. *Am J Psychiatry*, 116; 255-261.
- Gitlin M (2006) Psychiatrist reactions to patient suicide. In Simon R & Hales RE (Eds.) *Textbook of Suicide Assessment and Management*. pp.477-492, Washington, D.C., American Psychiatric Press.
- Hendin H, Ligpschitz A, Maltzberger JT, et al (2004) Therapists' reactions to patients' suicides. *Am J Psychiatry*, 161; 1442-1446.
- Maltzberger JT (1986) *Suicide Risk: The formulation of clinical judgment*. New York: New York University Press. (高橋祥友訳 (1994) 自殺の精神分析; 臨床的判断の精神力動的定式化. 星和書店)
- Sacks MH (1989) When patients kill themselves. In Tasman A & Frances AJ (Eds.) *Review of Psychiatry*, Vol.8. pp.563-579, Washington, D.C., American Psychiatric Press.
- 高橋祥友 (2006) 新訂増補版・自殺の危険: 臨床的評価と危機介入. 金剛出版.

■ 学会のお知らせ

第7回日本外来臨床精神医学会 (J C O P)

- 日 時: 2007年2月18日(日) 9:30~17:50 (情報交換会 18:00~19:30)
- 会 場: 東京医科歯科大学 5号館4F特別講堂
- テ ー マ: 精神科外来における新しい病態と新しい治療法
- 内 容: 特別講演「新しいうつ病概念の諸相」広瀬徹也/会長講演「現代の精神科外来における新しい病態とそれへの対応」鈴木二郎/一般演題, シンポジウム, 他。
- ※なお, この研究会は精神科専門医資格更新に際して必要になる単位が修得できます。
- 参 加 費: 医師10,000円, パラメディカル5,000円, 懇親会費3,000円
- お申込・お問合せ: 平成19年2月8日(木)までにお申し込み下さい。
- 日本外来臨床精神医学会事務局
〒263-0031 千葉県千葉市稲毛区稲毛東3-20-11-3F
TEL & FAX: 043-301-0821
E-mail: jcop0724@otsuka-clinic.org URL: http://jcop.xsrv.jp/

自殺対策基本法の意義

—今後の自殺対策に向けて—

竹島 正

国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター長

はじめに

自殺は、健康問題、経済・生活問題、家庭問題など、様々な要因が複雑に絡み合う中で発生する。わが国の自殺による死亡者数は、1998年に3万人を超えて以来その水準で推移している。自殺死亡率は欧米の先進諸国に比べても突出して高く、自殺未遂や、自殺の問題で深刻な影響を受ける人々の問題を含めると、自殺対策は国として取り組むべき重要な課題となっている。

本稿では、まず1998年の自殺者数急増以降の自殺対策の発展経緯を概観し、自殺対策基本法の意義について述べる。その上で、自殺死亡者数がなお減少しない背景、自殺の原因・動機、今後の自殺対策のあり方について述べ、今後の自殺対策推進の資料としたい。

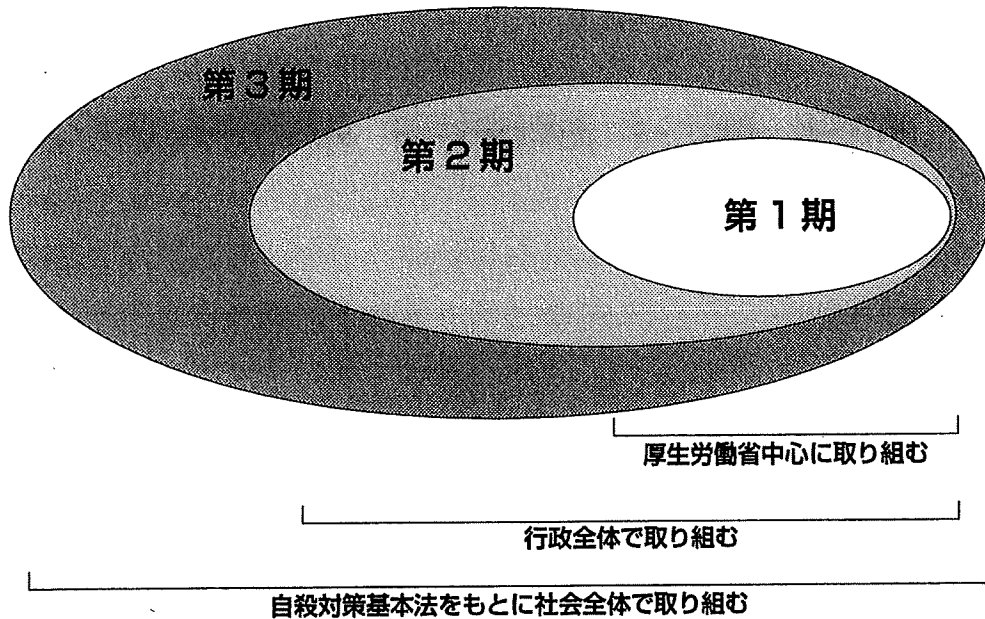
なお、わが国の自殺の特徴としては、(1) 自殺死亡率（人口10万人に対する年間の自殺者数）は15～20の水準で推移してきた、(2) 世界でも自殺死亡率の高い国に属する、(3) 自殺死亡率は中高年および高齢男性で高い、(4) 自殺手段として縊死、飛び降りが多い、(5) 1998年に急増（特に都市部の中高年男性）した、(7) 若年層の自殺死亡率が徐々に増加している、等が挙げられる。

わが国の自殺対策の発展経緯

自殺死亡の急増以降の自殺対策の発展経緯は、おおむね3期に分けるこ

とができる (図1)。

図1 わが国の自殺対策の経緯



自殺対策の第1期 (1998-2005)：厚生労働省が中心となって自殺対策に取り組んだ時期である。厚生労働省は、2000年2月にまとめた「21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本21)」の報告書の「休養・こころの健康づくり」の項に、「自殺者の減少」を数値目標として示した。そして2001年度には自殺防止対策事業を予算化し、それをもとに自殺防止対策有識者懇談会 (以下、有識者懇談会という) を設置した。有識者懇談会は、2002年12月に「自殺予防に向けての提言」を公表した。この報告書は自殺対策のあり方として、“うつ病等対策などの精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会的、文化的、経済的観点等からの、多角的な検討と包括的な対策が必要”と述べているが、これは自殺対策基本法につながる考え方である。また、この報告書には、ハイリスクアプローチ (自殺の危険性が高い人を早期に発見し、危機介入する取組) が重要として、うつ病等への対策の充実に取り組むべきという考え方を示した。そして厚生労働省は2003年度には「地域におけるうつ対策検討会」を設置し、「うつ対策推進方策マニユ

アル」、「うつ対応マニュアル」をまとめた。これらは、行政において、うつ対策に取り組む端緒となった。

自殺対策の第2期（2005-2006）：自殺対策が参議院厚生労働委員会の決議を受けて政府全体の取組に広がっていった時期である。自殺者数が3万人を超す状態がなおも続いたことから、参議院厚生労働委員会は2005年7月に「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」を行った（以下、参議院決議という）。参議院決議は、自殺を“自殺する個人”の問題だけに帰すことなく、“自殺する個人を取り巻く社会”に関わる問題として、政府に関係府省が一体となって自殺対策に取り組むことを求めた。これを受けて、政府は2005年9月に自殺対策関係省庁連絡会議を発足させ、12月にはその報告書である「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」をまとめた。

自殺対策の第3期（2006-）：自殺対策基本法の成立をもとに、わが国の自殺対策の根幹となる「自殺総合対策大綱」がまとめられ、自殺対策が社会全体で進められていくようになっていく過程である。政府においては関係省庁が連携して取り組む体制が整えられていったが、国会においては、議員立法として提出された自殺対策基本法が2006年6月に成立した。自殺対策基本法は、その基本理念に“自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取り組みとして実施されなければならない”と述べており、自殺対策を社会的取組として進める方向性を示している。自殺対策基本法は2006年10月に施行となり、内閣府に設置された「自殺総合対策の在り方検討会」の報告書を踏まえて「自殺総合対策大綱」が策定され、2007年6月に閣議決定された。

「自殺総合対策大綱」は、自殺対策の基本的考え方、世代別の自殺の特徴と自殺対策の方向、当面の重点施策、自殺対策の数値目標、推進体制等で構成されており、当面の重点施策として、自殺対策基本法に示された基本的施策に基づく9つの領域をわかりやすい言葉で示している。「自殺総合対策大綱」の特徴は、社会的要因も含めて総合的な自殺対策に取り組むよう方向づ

けたことである。「自殺総合対策大綱」にある、“現在の日本人の働き方を見直したり、失敗しても何度でも再チャレンジすることができる社会を創り上げていくなど社会的要因の背景にある制度・慣行そのもの見直しを進めることが重要”という認識は、自殺対策が社会改革的な意味合いをもって語られるようになったことを示している。

以上のように、自殺死亡の急増以降の自殺対策の発展経緯はおおむね3期に分けることができるが、自殺対策基本法の成立に始まる第3期(2006-)は、第1期(1998-2005)、第2期(2005-2006)を包含するものであることに注意する必要がある。

自殺は、健康問題、経済・生活問題、家庭問題など、様々な要因が複雑に絡み合う中で発生する。WHO(世界保健機関)は、最後の行為に至る段階では自殺者の9割以上が精神科診断の可能な状態であったことを報告している。自殺対策基本法の基本理念にある、“単に精神保健的観点のみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない”という考え方は、自殺対策には、精神保健と社会の両方を含む視点が必要であることを示したものである。これはWHO(世界保健機関)が、世界自殺予防戦略(SUPRE)の中で、“自殺予防のためには、健康関連領域外からの介入も必要なことは明らかであり、健康関連領域とそれ以外の両者による革新的、包括的な多領域からのアプローチが必要”と述べていることにつながる。

自殺死亡者数がなかなか減少しない理由

自殺は死因のひとつであって、多くの国々で死因の10位以内となっている。死因は、(1) 疾病、老衰などの病死および自然死(Natural Death)、(2) 明らかな事故・災害・過失による不慮の外因死(Accident)、(3) 自他殺または不詳の外因死に区分される。自殺は、(1)、(2)、(3)のうち、「(3) 自他殺または不詳の外因死」であって、かつ“死者自身の行為によるもの(手段・方法は問わない)”に該当する。全国規模で、死因が自殺である者を把握できるのは、厚生労働省の人口動態調査と警察庁の統計である。人口動態

調査をもとにした自殺の統計は、住所地において死体検案書をもとに作成される。警察庁の統計は、捜査の結果、自殺と判断された場合に当該事件の発生地において作成される。

1998年の自殺の急増は、大都市圏の中老年男性を中心に起こった。2007年度版自殺対策白書（内閣府）には、この急増の背景について、人口増と高齢化の進展に加えて、当時の社会経済的変動が働き盛りの世代の男性に強く影響したこと、社会経済の変動に影響されやすい昭和一桁～15年生まれの自殺死亡者が急増したことを挙げている。しかし、急増後も自殺死亡者数は減少していない。2007年は、自殺対策基本法にもとづいて自殺総対策大綱が閣議決定され、自殺対策の取組が全国に広がった年であるが、自殺者数はすぐには減少しなかった。しかし、自殺率を年齢階級別に見ると、中老年と高齢者では徐々に低下している。その一方で、若年者の自殺率は徐々に高くなっている（図2）。自殺者数がなかなか減少しない背景には、自殺率が徐々に低下しつつあるとはいえ、自殺死亡率の高い中老年・高齢者の人口自体が増加していることの影響が考えられる。また、若年者の自殺死亡率の増加も影響していると考えられる。フィンランドは国家自殺予防戦略を立て、まず心理学的剖検による自殺に実態把握に取り組み、その結果をもとに対策を取

図2 年齢階級別の自殺率の推移

