

2割ほどいらっしゃいます。また、親族に自殺企図歴のある方、転職歴のある方が約半数見られ、過去1年間の精神科受診歴は、4割を超える方に見られます。精神科受診歴のある事例について、精神医療のどのような点に改善の余地があるのかを検討することは重要だと思います。それから、睡眠障害の問題が7割くらいの方に見られました。

このように、自殺で亡くなった方のデータを見た時、この方たちのQOLはどうだったのか、を振り返っていくことには重要な意味があるかと思っています。

■自殺は追い込まれた死である、自殺は防げる、自殺を考える人はサインを発している

自殺対策については、全体を大まかに3期に分けられます。厚生労働省を中心に取り組んだ第1期(1998～2005年)、行政全体で取り組んだ第2期(2005～2006年)、社会全体で取り組んでいる第3期(2006年～)です。

1998年に自殺が急増する以前は、1970年に自殺予防行政懇話会(日本自殺予防学会の前身)が持たれたり、翌1971年に東京で「いのちの電話」が始まったりしています。国として自殺対策に取り組むきっかけになったのが、1979年の「青少年の自殺問題に関する懇話会」です。この年までの数年間、20歳未満の自殺者数が急増した時期がありました。このため、当時の総理府で懇話会が持たれたのです。現在にも大きく影響しているのは、1996年に出されたWHOの「自殺予防：国家戦略の作成と実施のためのガイドライン」です。

急増後の第1期、最初に取り組まれた対策は、健康日本21の「休養・心の健康づくり」に「自殺者の減少」という数値目標が掲げられたことです。その後、2001年に自殺対策事業が始まり、2002年に自殺対策有識者懇談会で「自殺予防に向けての提言」がまとめられました。この提言の中に、先程述べたWHOガイドラインの重要な内容が埋め込まれていて、それが後の2006年の自殺対策基本法に生きてくるのです。

2004年には、うつ対策推進方策マニュアルが出ました。うつ対策が政策として前面に出たのは、この時期

が初めてだと思います。2005年、参議院厚生労働委員会において、「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な政策の推進を求める決議」が行われました。これに対応して関係省庁連絡会議が設けられ、その報告書「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」をまとめます。そして参議院内閣委員会の決議を基に2006年6月、自殺対策基本法が成立しました。

また2006年10月には、関係省庁連絡会議の報告書に基づき、自殺予防総合対策センターが開設されました。同年同月に自殺対策基本法施行、2007年に自殺総合対策大綱が成立し、2008年に大綱が一部改正され、2009年には地域自殺対策緊急強化交付金の制度ができ、内閣府は自殺対策のため3年間で全国の都道府県に100億円を投じると発表し、現在、各都道府県はこれを受ける条例等の整備を進めています。

大綱では、自殺は追い込まれた死である、自殺は防ぐことができる、自殺を考える人はサインを発している、という3つの考え方が挙げられています。また大綱の見直しでは、ハイリスク者の問題が挙げられました。うつ病以外の自殺の危険因子である精神疾患等にも目を向けようということです。もう1つは、思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者について、さまざまな機関が連携し相談や支援の体制を構築していこうということです。

私が高知県精神保健センターにいた頃は、精神科は急性精神病状態等への対応が中心であり、それ以外の、例えば人生問題を含むものは、精神科医療にとって重要ではないと考えられていました。私自身も当時は、人生相談のようなものはメンタルヘルスの領域では対応できないのではないかと考えていました。でも今、自殺の問題を考えてみると、まさに外見上は人生相談のようなものの中に、自殺予防にとって重要な事例が含まれている。そこに気づかされてきたことは、私にとって大きい出来事だったと思います。

■既存の活動の中にも自殺予防につながるものがたくさんある

自殺総合対策大綱では、自殺世代を青少年(30歳未満)・中高年(30～64歳)・高齢者(65歳以上)と3つ

に分け、それぞれの世代層の特徴を捉えた対策を提唱しています。

中高年の自殺予防については「中高年男性の自殺予防に取り組む人のための10箇条」というパンフレットがあります。これは、自殺の危機にある人のQOL向上を支援する人のために、私どもでつくったものです。「おれクシャクシャ」というキャッチコピーの後に、「社会経験の豊富な中高年男性が自殺しています。いのちの重さを知らないわけではないのに。——相談できる人はいますか」という文章が続きます。

10箇条は、次のとおりです。

- ①こころの健康問題への関心を高めましょう
- ②大切にしてきたつながりやささえを理解しましょう
- ③身体の健康問題も大きな苦痛のひとつです
- ④社会的な問題の裏にも、こころの健康問題や支援を必要としている苦痛があります
- ⑤社会的な問題に対する支援を行っている相談窓口と連携してください
- ⑥日頃の行動の中に支援を求める声があります
- ⑦アルコールは自殺を引き寄せます
- ⑧「底つき」は援助のなかで体験するものです
- ⑨相談・支援は安心できる環境でゆっくりすすみましょう
- ⑩顔の見える支援ネットワークを築きましょう

さて自殺対策基本法の制定前後から、日本司法書士会連合会は自殺予防につながる重要な活動をしています。彼らが作成したメンタルヘルスハンドブックには、次のような文章が載っています。

「司法書士がメンタルヘルスの問題を抱えた人たちと接する機会が増えたのは、司法書士の業務の変化と社会的な要因が組み合わさってのことである。司法書士の業務は、この10年くらいに大きく変わり、成年後見、多重債務、簡裁代理事件が新たな業務となり、さらには労働問題への対応、生活保護申請の同行や路上生活者への支援などにも司法書士が取り組むようになった。こうした業務の変化や取り組みに伴って、司法書士事務所を訪れる人々も多様になってきた」

我々が負債を抱えた事例を分析したところ、精神障害の診断は確定しなかったものの、飲酒・自傷経験・

睡眠障害・父親の飲酒問題・失踪の繰り返しなど、自殺の背景としてメンタルヘルスの問題があることが推測できました。ここにも、やはりQOLの問題が出てきます。

私が今日、皆様方にぜひ認識していただきたいのは、自殺予防を旗印に活動しているものだけが自殺対策ではない、ということです。皆様方が日常の臨床業務でされていることすべてが自殺対策である、とお考えください。必ずしも自殺そのものをターゲットにしているわけではないが、自殺の危険因子を持つ人に対して支援を行っているものはたくさんあることに、私自身、次第に気がついてきました。例えば断酒会、AA（アルコールクス・アノニマス）、ダルク、薬物依存症回復の自助グループ。あるいは虐待に遭った人の支援、虐待する側に対する支援などもあります。

メンタルヘルスの領域や既存の活動の中には、自殺予防と捉えていいものがたくさんある。あえて自殺予防と名乗ることはないけれど、それらの活動が自殺予防とつながっているという認識を私たちが持つこと、それらの活動を尊重する視点が大事だと思うのです。そのことが、自殺予防活動の真の発展につながるでしょう。

関係における困窮と自殺予防の問題は、 根っこでつながっている

私は最近、ホームレスの人々を支援する方々の取り組みに関心を持っています。つい先週はNPO法人北九州ホームレス支援機構をお訪ねしましたが、大変勉強になりました。彼らのホームレス支援活動は弁当を配るところから入って、希望する方に自立支援ホームに入居していただく、という取り組みをしています。

その代表を務める奥田知志さんが書かれた文章を読ませていただきます。

「『ホーム』とは、家族・友人・知人など、人と人との関係そのものを意味する言葉である。すると『ホームレス』とは、『関係を喪失している状態：関係の困窮』もしくはそのような人々を指す言葉に他ならない。確かに彼らは「ハウスレス（宿無し：野宿者）」状態にある。しかしそれだけにとどまらず、彼らの多くは、

「ホーム」に象徴される「関係」を喪失しているのだ。「ハウスレス」が「物理的困窮状態」を意味するのに対して、「ホームレス」は「関係における困窮」を指す。ホームレスの支援は(中略)、無縁・孤立を阻止する「ホームとしての社会」を創造していく活動なのである」

これは、今日のQOLの話と関係して非常に興味深いところだ。関係における困窮とホームレス、自殺予防の問題は、どこかで根っこがつながっているように思います。

また別の団体で、NPO法人自立支援センターふるさとのが主権している「高齢の生活困窮者が安心して生きていける『支援付き住宅』の緊急提言」というものがあります。これも非常に興味深く、支援付き住宅に保健医療サービスや福祉・介護サービスが入ってくるというイメージです。一般の賃貸住宅等を活用し、世話人付きの住宅にサービスが入ることによって、その運営や透明性が確保される仕組みです。

繰り返しますが、皆様方の日頃の活動自体が、自殺予防にとっても非常に貴重で重要なものです。日常の活動を丁寧に行うことが、すなわち自殺予防なのです。また、社会的な取り組みを進めている方の中に、精神保健やメンタルヘルス、保健医療の専門家はまだまだそれほどたくさん入っていないという現状があります。

そういう方々と連携し、メンタルヘルスの視点を提供して活動を支援し、苦しんでいる人と関わる。あるいは、対象者へのサービスの道筋、適切な紹介のラインをつくっていくお手伝いをするのが大切ではないかと考えています。

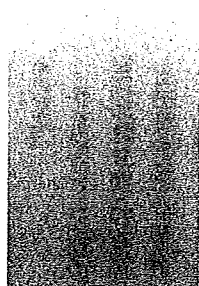
自殺で亡くなる人や自殺関連行動を繰り返す人のQOLは、低いであろうと推測されます。自殺予防総合対策センターとして、お役に立てる情報はできるだけ提供させていただきますので、今後とも、よろしくお願いいたします。

今日は、貴重な時間をありがとうございました。

(2009年7月23日、島根・島根県民会館)

ムページに掲載されています。

おわりに



が進められています。厚生労働省としては、一人でも多くの自殺者を減らしていけるよう、これまでの対策を着実に進めていくとともに、さらに実効性のある自殺対策を提案し、実施していきたいと考えています。

なお、厚生労働省における自殺対策については、以下のホームページから適宜情報提供を行っています。本稿でご紹介したマニュアルやガイドライン等もそちらに掲載されています。本稿と併せてご参照ください。

●厚生労働省心の健康ホームページ
(認知行動療法のマニュアル等を掲載)
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougai_hoken/kokoro/index.html

●厚生労働省自殺予防対策ホームページ
(自殺未遂者ケアガイドライン、地域における自殺対策プログラム等を掲載)
http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougai_hoken/jisatsu/index.html

●自殺予防総合対策センターホームページ
(アルコール問題普及啓発リーフレット等を掲載)
<http://kiru.nchp.go.jp/kiruhp/index.html>

●本文中で紹介した厚生労働省における研究一覧

- (1)平成19～21年度厚生労働科学研究費補助金「こころの健康科学研究事業」心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究(研究代表者:加我牧子)
- (2)平成16～18年度厚生労働科学研究費補助金「こころの健康科学研究事業」こころの健康についての疫学調査に関する研究(主任研究者:川上憲一)
- (3)平成19～21年度厚生労働科学研究費補助金「こころの健康科学研究事業」精神療法の実施方法と有効性に関する研究(研究代表者:大野裕)
- (4)平成17～21年度厚生労働科学研究費補助金「こころの健康科学研究事業」自殺対策のための戦略研究(統括責任者:高橋清久、ACTION J リーダー:平安良雄、NOCOMIT J リーダー:大野裕)
- (5)平成18～20年度厚生労働科学研究費補助金「こころの健康科学研究事業」自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究(研究代表者:伊藤弘人)

寄稿・自殺に関する研究とその成果

寄稿 1

自殺の原因分析

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 センター長

はじめに

我が国の自殺者数は12年連続で3万人を超える水準で推移しており、自殺予防は喫緊の課題となっています。

自殺を減少させるためには、自殺とは何かを、きちんととらえておく必要があります。

自殺は死因のひとつであって、死因は「ふつうの死」(病死及び自然死と「外因死」(不慮の外因死、自殺又

は不詳の外因死)に大別されます。自殺は、「外因死」の中の「自殺又は不詳の外因死」であって、「死亡者自身の故意の行為に基づく死」です。

さて、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

割以上が精神疾患の状態であったと述べています。またこれまでの研究は、自殺の危険因子には、年齢、性別、遺伝、パーソナリティ、胎児期と周産期の問題、幼少時のトラウマ、精神疾患、身体疾患、自殺手段の入手しや

すき、モデルへの暴露などがあり、自傷又は自殺未遂歴は、最も大きな危険因子であることを明らかにしています。また、自殺の前には、多くの場合、対人関係や健康の問題が先行していることを明らかにしています。これらの研究成果は、自殺の多くは、自殺は、さまざまな要因が複雑に絡み合う中で発生すること、自由意志の発露とは言えない状態で起こっていることを示しています。この意味で自殺は、「追い込まれた末の死」であり、「予防できる」と言えるのです(自殺総合対策大綱)。

自殺予防を効果的に進めるには、自殺に追い込まれやすい人たちへの支援、すなわちハイリスク者対策が必要です。自殺予防総合対策センターでは、自殺総合対策大綱の当面の重点施策に、「自殺予防のための介入のポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」と明記されたことを踏まえ、全国の都道府県・政令指定都市などの協力を得て、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」(以下、基礎調査)に取り組んでまいりました。本稿では、この調査から明らかにした自殺予防の介入ポイントについて述べます。

基礎調査の概要

基礎調査は、自殺で亡くなった方のご遺族から、自殺に至る経緯、背景

や要因等についてお話をうかがうという心理学的剖検の手法を用いています。心理学的剖検は、病死、事故死、自殺、他殺などの死因を決定する補助手段として考案されたものですが、自殺の理由を明らかにするために、また自殺の関連要因を明らかにするために、世界各国で行われるようになりま

した。

今回の調査では、平成18年1月～平成22年3月に発生した自殺のうち、精神保健相談や遺族の集いなどを通じて、精神保健福祉センターなどにつながった方で、調査に協力をお願いできた状態にあると判断された方を対象としました。調査に当たったのは、法律によって守秘義務を課せられた精神科医や保健師などの専門職であつて、自殺予防総合対策センターが主催した3日間の研修の修了者です。ご遺族と精神保健福祉センターなどのご協力により、平成21年12月末時点で76事例の調査を終了することができました。また同時に、対照群調査(自殺事例と性別、年齢、地域を一致させた生存者の家族からの聞き取り調査)を実施し、それとの比較(症例対照研究)を通じて、自殺の関連要因を明らかにしました。

ライフステージ別の事例数は、青少年(30歳未満)20事例、中年(30歳以上65歳未満)47事例、高齢者(65歳以上)9事例でした。最後の行為に至る段階では、自殺者のおよそ9割が精神

疾患の状態であつて、精神科医の臨床診断では、うつ病、アルコール依存症、統合失調症などでした。人口動態統計による自殺死亡との比較では、20代と30代の割合が高く、60代の割合が低く、警察庁の統計との比較では、被雇用者・勤め人の割合が高く、無職者の割合が低いという結果でした。以下に、基礎調査と症例対照研究から明らかになつたライフステージ別の自殺の特徴と、自殺予防の介入ポイントを述べます(下表)。

■「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」から見てきた、自殺予防の介入ポイント

	青少年(30歳未満)	中年(30~64歳)	高齢者(65歳以上)
特徴と問題点	<ul style="list-style-type: none"> ●早期発症の精神障害による社会参加困難 ●精神科治療薬の誤用 	<ul style="list-style-type: none"> ●社会的問題(借金)を抱えた労働者の背景(アルコール問題) →アルコールによる不眠への対処 →アルコール問題とうつ病の合併 →アルコール問題に対する援助を受けていない 	<ul style="list-style-type: none"> ●精神科受診率が低い
介入ポイントと対策	<ul style="list-style-type: none"> ●教育機関と保健医療機関の連携による、精神障害の早期発見・早期治療の促進 ●障害を抱えた若者が将来への希望を持つことができる福祉資源や就労援助サービス ●統合失調症の自殺の危険因子の解明 ●精神科治療薬の適正使用のための対策 	<ul style="list-style-type: none"> ●うつ病だけでなくアルコール問題も含めた、メンタルヘルスプロモーション推進 ●精神科医のアルコール問題に対する診断・治療能力の向上 	<ul style="list-style-type: none"> ●かかりつけ医のうつ病に対する診断・治療能力の向上、及び精神科受診の促進

青少年の事例から学ぶこと

青少年の事例では、成人を迎える前に統合失調症などの精神疾患に罹患して、社会に参加できない状態のま

まに自殺に至った事例、学校や家庭でのさまざまな問題(虐待・いじめ・不登校・親との別れなど)を経験していた事例が少なくありませんでした。また、精神科には受診していたものの、向精神薬の誤用(過量摂取)が自殺行動を促したと思われる事例もありました。これらの結果から、精神疾患に罹患したときの学校と精神保健医療の連携による早期介入、精神科治療薬の適正使用のための対策などが重要と考えられました。地域や学校においては、学校や家庭でのさまざまな問題や精神疾患への罹患などの危機を経験している人たちへの支援の充実と関係機関の連携が望まれます。

中高年の事例から学ぶこと

中高年男性の事例では、借金や離婚などの悩みを抱えながらも、専門家や援助者に相談するのではなく、アルコールを大量摂取して苦痛を紛らわし、不眠に対処している事例が多く見受けられました。多くの場合、アルコール使用障害の診断に該当する水準にあり、同時に気分障害などの精神障害も合併していました。精神科で治療を受けている人もいましたが、抗うつ薬などによる薬物療法が実施されているだけで、アルコール使用障害に対する治療や援助は受けていませんでした。これらの結果は、アルコールと自殺の密接な関係についての啓発を強力に進め

ていく必要があることを示しています。地域や職場においては、健康診査や保健指導の機会を利用したアルコール問題のスクリーニングを導入するなど、アルコール問題についての啓発活動の充実が望まれます。また医療の場においては、アルコール問題をきちんと診断して対応する能力の向上が望まれます。このため、自殺予防総合対策センターでは、アルコール問題の啓発を進めるためのパンフレット「のめば、のまれる」を作成しました(<http://kiru.nomp.go.jp/kiru-hp/pdf/nomeba100123.pdf>)。

高齢者の事例から学ぶこと

高齢者では、死亡前1年以内に精神科を受診していたのは少数でした。高齢者の場合、若年者に比べると、精神科を受診することに抵抗をもつ傾向があります。これまで各地で、うつ病のスクリーニングや、かかりつけ医と精神科医との連携の取組が行われてきましたが、これらをさらに進めていくことが重要と考えられます。多くの高齢者は、慢性疾患や身体的機能の低下にともなう社会や家庭での役割の喪失を経験しています。地域においては、心身の健康を損ない、孤立している高齢者に気を配ることが望まれます。

症例対照研究から学ぶこと

症例対照研究からは、以前の自傷・

自殺未遂、失踪、過去1年間の事故の経験、親族や友人・知人の自殺及び自殺未遂が、自殺と強い関連があることがわかりました。公共料金の滞納、借金返済期限の遅れなど問題のある借金、配置転換や異動に関する悩み、子ども時代の虐待や暴力、家族・家族外の社会的交流の少なさ、日常生活の支障をともなう身体的問題、睡眠障害、眠るためのアルコール使用も関連があることがわかりました。また、うつ病を含む精神疾患全般も自殺と関連があり、地域精神保健医療の充実、自殺予防対策を進めるうえで重要と考えられました。

今後の自殺予防対策

自殺対策基本法第2条(基本理念)には、自殺対策は、社会的な取組として、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施される必要があると述べられています。この考え方に立つと、自殺対策は、社会を良くしていく取組や社会改革をも含む、きわめて幅の広いものになります。社会政策の中に拡散して具体性を欠くことになりかねません。

自殺予防総合対策センターでは、自殺予防は、「生きる支援」であり、個々の生き方(生き癖)と言ってもよいかもしれませんが(んに寄り添いながら支援することであると考えます。そして、ハリスクの人たちの取る行動に着目し

て、具体的な生活場面での支援のあり方を浮かび上がらせるように努めてきました。

今回提示した「自殺予防の介入ポイント」はそのひとつです。

多重債務の問題を扱う弁護士や司法書士などの法律家の方々は、過払い金の返還後に、困窮状態では表面化しなかったアルコールの乱用・依存やギャンブル行動など、精神保健上の問題が現れ、生活再建に至らないまま、家族関係が崩壊していく事例を経験していると聞きます。自殺予防は、個々の生き方の実情や、生き方の癖に寄り添いながら支援する取組であり、それには、自殺予防を標榜していかないけれども、実質的に、自殺の危険を抱えた方の支援となっている諸活動を大切にしていく必要があります。これには、精神保健医療、母子保健、児童福祉、障がい者福祉、虐待防止、地域保健、ホームレス支援、精神障がいの自助グループの活動などがあります。

厚生労働省においては、平成22年1月に自殺・うつ病等対策プロジェクトチームを立ち上げました。プロジェクトチームでは、多くの自殺の背景にうつ病をはじめとする精神疾患が見られることから、自殺対策とあわせて、地域・職域におけるうつ病メンタルヘルス対策の一層の充実を図っていくこととされていますが、プロジェクトチームの検討結果をもとに、自殺のハイリスク者を地域生活の中で支援する取組が充

実していくことを祈念しております。
自殺予防総合対策センターとしても、
基礎調査から明らかになった自殺予防
の介入ポイントを普及することなどを
通じて、自殺予防対策の普及に取組

に貢献してまいります。
参考文献
(1)内閣府平成21年版自殺対策白書 20
10

(2)平成21年度厚生労働科学研究費補助金
「こころの健康科学研究事業」心理学的
剖検データベースを活用した自殺の
原因分析に関する研究」(研究代表者
加我牧子)総括・分担研究報告書 20
10

(3)自殺予防総合対策センターホームページ
「5月号」
<http://kiru.np.go.jp/kiru-hp/index.html>
(4)Suicide : Keith Hawton, Kees van
Heerhingen. The Lancet. 373. 2009

寄稿2

地域における自殺対策

大野 裕 ●慶應義塾大学保健管理センター 教授

本邦で自殺者数が高いまま推移している現状に対しては、地域における一般医療機関、地域精神保健、行政や社会的領域など様々な領域が連携して多角的かつ包括的な対策を行うことが重要である。そこで、厚生労働省は平成17年度から厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺対策のための戦略研究(J-MISP)」を開始した。本稿では、その「自殺対策のための戦略研究」のひとつの柱である、「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究(NOCOM-ITJ)」の活動の中から得られた知見を紹介する。

こうした活動を行う際にとくに重要なことは、地域における自殺の原因は多因子的であることであり、したがって、精神科医療機関はもちろん、地域における一般医療機関、地

域精神保健、行政や社会的領域など様々な領域が連携して多角的かつ包括的な対策を行うことが必要になる。そうした理解にたつて、次に、自殺対策の具体的な方法について説明することにする。なお、より詳細な介入方法については、「J-MISP Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention」自殺対策のための戦略研究」(<http://www.fim.or.jp/itaku/J-MISP/index.html>)の「地域介入研究班」のセクションの「自殺対策のための地域介入プログラム」や、介入プログラムに基づいて行った活動を解説したDVDを参照していただきたい。

1 こころの健康づくりネット
ワークの構築
①地域における協力体制の確立

自殺は多様な要因で起きることから、その対策においても単一の介入ではなく、多くの介入策を複合的に進めることが重要である。このことは、これまで自殺対策で成果を上げていた地方での取組を見ても明らかである。つまり、自殺対策は地域全体で取り組むべきものであり、行政は、保健師、医師、地域住民―民政委員、保健協力員、医療関係者、消防、警察、福祉事務所、ハローワーク、さらにはNPOなど関係する機関を中心に地域の協力体制を確立する必要がある。その際に、各相談機関をリストアップした小冊子やクリアファイルなどを作成して、各機関の連携を推進するのが効果的である。

2 普及啓発や住民参加型の交流を中心とした一次予防

①精神的健康を維持し増進するような地域環境の整備(クリエイティブのすすめ、住民が集まって楽しめる機会の創造、高齢者の地域活動への参加の勧め、等)
自殺が多いある地域では、住民が「働けなくなったら死んだほうがましだ」と考えたり、世代間の価値観の違いに悩んだりしていることが多いとされている。そうした人たちは若い頃から働くことが生きがいになっているが、加齢や疾病などのために働けなくなったり家事ができなくなったりすると、自分の存在価値に疑問を抱くようになる。また、リストラなどで職を失った人は地域で孤立し、自分の存在意義を見失いやすくなる。とくに高齢者は、子どもや孫と同居をしている場合でも、価値観の違いなどのために孤立感を抱きやすい傾向がある。こうした状況を改善するためには、

精神保健医療福祉と自殺対策*

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

Key Words 自殺、精神保健、自殺予防、自殺統計、精神疾患

はじめに

人口動態統計によると、わが国の自殺による死亡者数は1997年の約2万4千人から1998年の約3万2千人へと急増したが、とくに、人口の多い大都市部における男性の増加が著しかったこと、男性の自殺死亡率と完全失業率には強い正の相関があること、自殺の原因・動機として経済・生活問題が増加したこと^{3, 4)}は、当時の社会経済状況とあいまって、自殺の背景にある経済・生活問題への注目を高めることとなった。そして、失業、倒産、多重債務、長時間労働等については、制度、慣行の見直しや相談支援体制の整備を行う等、中高年男性の自殺に焦点を当てた社会モデルによる自殺予防の考え方が形成されていった。

このことは自殺対策という言葉にも反映されている。自殺対策は、その少し前から用いられるようになった自殺予防総合対策と同義であり、それを短くしたものと考えられる⁹⁾。わが国の自殺対策の基盤である自殺対策基本法(2006)の英語標記はBasic Act on Suicide Countermeasuresとされる。すなわち自殺対策はSuicide Countermeasuresであって、自殺予防Suicide Preventionではない。自殺対策は、自殺予防よりも幅の広い、自殺予防に社会的取り組みを含めた視点や、遺族ケアだけでなく遺族支援の視点を含むことを

明確にした造語であろう。わが国の社会になじんでおり、国際的にも広く用いられている自殺予防ではなく、自殺対策という言葉を使用したことは、自殺を社会的問題として取り扱う立場を明確にする等、自殺問題の社会化に大きく貢献した。しかし同時に、自殺と他の死因との距離を大きくする、自殺問題を精神保健医療から遠くするという問題を生じたとも考えられるが、これについては後に述べる。

さて、1998年の自殺死亡の急増以降、厚生労働省では、こころの健康づくり対策等によって自殺予防に取り組んだが、自殺者数の減少には至らなかった。このため、厚生労働省中心の、とくに精神保健医療中心の対策では自殺者数の減少は期待できないという考え方が強くなり、社会的取り組みの重視という方向に舵が切られていった。この時期に精神保健医療の領域で取り組まれたのは、こころの健康づくりの一環としてうつ病スクリーニングが主であって、本当の意味で、精神保健医療からの対策ではなかったと思うが、“自殺を精神保健医療の問題に矮小化してはならない”という声のなかで、自殺予防における精神保健医療の位置づけは明確にならず、精神保健医療の側も、自殺対策における役割を定位できなかったように思う。

しかし自殺総合対策大綱の改正(2008)によって、「自殺対策加速化プラン」のなかに、うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進として、統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等の支援が、また思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者等への早期介入のための取り組みの促進が組み込まれたことによって、事態は大きく変わってきた^{10, 11)}。

* Suicide prevention and mental health

** suicide, mental health, suicide prevention, suicide counter measures, mental illness

自殺予防のために精神保健医療がなすべきことが明確になったのである。

筆者は、わが国の自殺対策のなかには、“世直し(生きやすい社会を作る)”と、“生きる支援(生きることに困難を抱えている人に寄り添いながら支援する)”の2つの文脈があると考えている。自殺予防 Suicide Prevention はどちらかと言えば後者であって、ここには精神保健医療の役割がきわめて大きい。“生きる支援”という考え方は、自殺予防総合対策センターのホームページを“いきる”と名づけたときに念頭にあったが、自殺による死亡者数が12年続けて3万人を超える今日、ますますその感を強くしている。はっきりと言うなら、精神保健医療は、精神疾患や自殺念慮を抱えている人に寄り添いながら支援するという意味で、“生きる支援”の中核にある。精神保健医療を、自殺の背景にある精神疾患等をふまえて強化することは、自殺予防対策をより血の通ったものにするために喫緊の課題である^{7, 12)}。本稿では、はじめに自殺対策における自殺とは何かについて述べる。次に自殺の実態と内閣府、厚生労働省の現在の自殺対策の方向を紹介するなかで、自殺対策における精神保健医療の役割を浮き彫りにしたい。

自殺対策における自殺とは何か

自殺は死因の1つであって、死因は「ふつうの死」(疾病、老衰等の病死および自然死)と「外因死」(明らかな事故・災害・過失による不慮の外因死、自他殺または不詳の外因死)の2つに大別される。そして自殺は、「外因死」のなかの「自他殺または不詳の外因死」の一部であって、“死亡者自身の故意の行為に基づく死”と定義される⁶⁾。すなわち自殺は、死者自身の行為であることと、それが故意であることを要件としている。しかし、本人がすでに死亡している以上、この2つの要件を満たしているかどうかは、第三者が判断せざるを得なくなる。

自殺における“故意”とはどのようなものだろうか。これまでの先行研究は、自殺者のほとん

どは、死亡時には精神疾患の診断が可能な状態であったことを明らかにしている^{1, 2)}。また自殺のストレス-素因モデルは、自殺行動は、素因(絶望感、衝動性または攻撃性)とストレス(精神疾患、心理社会的危機)の重なるなかで発生することを示している。また自殺の前には、多くの場合、対人関係や健康の問題が先行することを明らかにしている⁵⁾。これらの研究成果から推測するならば、自殺が“故意の行為に基づく死”であると定義されているとしても、その“故意”は十全な自由意志によるものではなく、判断力の障害等の影響による自殺事例も多いと推測される。

素因とストレスが時間軸のなかで絡み合い、それがさらに精神疾患や社会的危機とも反応して、自殺が発生するというプロセスを考えるならば、自殺の周辺には、自殺と区別することが困難な「外因死」もあることが想像される。この意味で、筆者は、自殺予防対策は、自殺だけを対象にした対策ではないと考えている。英国の自殺統計には意図の確認できなかつた傷害が含まれているが、わが国もこのような統計と考え方を採用することも、将来は考えてよいと思う。

自殺の原因・動機

わが国の、自殺の実態把握に利用できる全国規模の統計には、厚生労働省の人口動態統計と、警察庁の統計の2つがある。

人口動態統計は、戸籍法および死産の届け出に関する規程により市区町村に届け出られた死亡のうち、死体検案書において自殺とされた日本人が対象となり、住所地をもとに計上される。人口動態統計の分析結果については、本稿の冒頭で少し述べた。藤田は、人口動態統計の詳細な分析をもとに、1998年の自殺死亡の急増以降、自殺死亡の増加が地方都市に移動したこと、無職と離婚が重なった男性での自殺死亡率はきわめて高く、その影響は相乗的であることを明らかにしている⁴⁾。

警察庁の統計は、検視等の警察活動の結果、自殺とされたものが対象になるが、自殺者は必ずしもその地域の住民とは限らず、発見された年

表1 自殺予防における社会的な取り組みと精神保健的観点からの取り組みの連携のための意見交換会（議事要旨）

【開催の趣旨】

自殺予防における社会的な取り組みと精神保健的観点からの取り組みの連携を図るため、日本弁護士連合会、日本司法書士会連合会、困窮者支援に経験の深い民間団体等による意見交換を行った。

【議事要旨】

- ・ 法律家は、その業務のなかで、消費者金融等からの過去の金銭貸借を原因とした、過払い利息の返還等、生活困窮者から依頼を受けることは多い。
- ・ 過払い金の返還後に、困窮状態では表面化しなかったアルコールの乱用・依存やギャンブル行動等、精神保健上の問題が現れ、生活再建に至らないまま、家族関係が崩壊していく過程を目の当たりにすることがある。また、これらのクライアントの一部は、債務問題が解決した後に自殺している。
- ・ これらのクライアントに対して、熱心に対応している法律家もあるが、法律家自身も、無力感に襲われる、心的外傷を受ける、あるいはうつ状態になる等、精神科の受診に至ることもある。
- ・ 法律家として、支援の継続を有するクライアントがあることは認識しているが、それを行うことには限界を感じている。また、精神科医療機関等の紹介にあたって、精神科医療機関にどのような対応を期待できるかわからないという声も聞かれる。
- ・ 生活保護行政に携わる福祉事務所のケースワーカーは、精神保健上の問題を有する困窮者の処遇のための専門教育を受けていないことが一般的である。
- ・ また、数年で異動するために、職場に経験知が蓄積されにくい。また、福祉事務所のケースワーカーの抱えるケース数はきわめて多くなっており、質的にも量的にも不十分な状況である。
- ・ 支援団体からは、このようなケースの個別支援を、法律家が継続的に行うことは困難との指摘があった。
- ・ 支援団体からは、アルコール依存症等の精神保健上の問題が背景にある困窮者の支援は、入り口の支援では十分ではなく、支援を継続できるシステムを必要とするとの指摘があった。
- ・ 法律家は、この継続できるシステムに向かって、当該ケースを紹介していったほうがよい。しかしながら、このような継続できるシステムは地域的にも限定され、量的にも限界がある。
- ・ 法律家と支援団体の双方から、問題解決の入り口である法律家と、精神保健上の問題を有する者に対する支援ノウハウを持つ団体との連携や、これをコーディネートできる存在の必要性が確認された。

(月)の発見地で計上される。警察庁の「平成20年中における自殺の概要資料」によると、平成20年中の自殺者の総数は32,249人であって、職業別状況では、「無職者」が18,279人(56.7%)を占めており、「主婦」「失業者」「利子・配当・家賃等生活者」「年金・雇用保険等生活者」「浮浪者」「その他無職者」に区分されるが、そのうち最も多い「その他無職者」は「無職者」全体の47.3%である。このように自殺者数全体に占める無職者の割合は高く、無職者を対象にした自殺予防対策はきわめて重要である。

さて、無職者と言うと、すぐに現下の経済情勢の話題になり、社会モデルによる自殺予防対策の必要性が叫ばれるが、無職者には、精神疾患を有する者が多い等、関連する要因が複雑であることに注意する必要がある⁵⁾。2009年12月、自殺予防総合対策センターでは、無職者と重なるところ

の多い、ホームレス状態にある困窮者の支援について、日本弁護士連合会、日本司法書士会連合会、ホームレス等の支援団体等による意見交換を行った(表1)。このなかで弁護士または司法書士からは、困窮した状態では表面化しなかったアルコールの乱用・依存やギャンブル行動等の精神保健上の問題が、支援を受けるようになって現れることが語られた。また、精神保健上の問題が背景にある困窮者の支援では、入り口対策だけでは生活の再建は難しく、支援を継続できるシステムが必要であることが語られた。これらは自殺予防のための社会的取り組みにおいても、精神保健医療と連携することの必要性を示している。

人口動態統計の分析から、自殺のハイリスク群であることが示唆された無職と離婚が重なった男性や、警察庁の統計において「その他無職者」に分類された者の心理社会的特徴を明らかにするこ

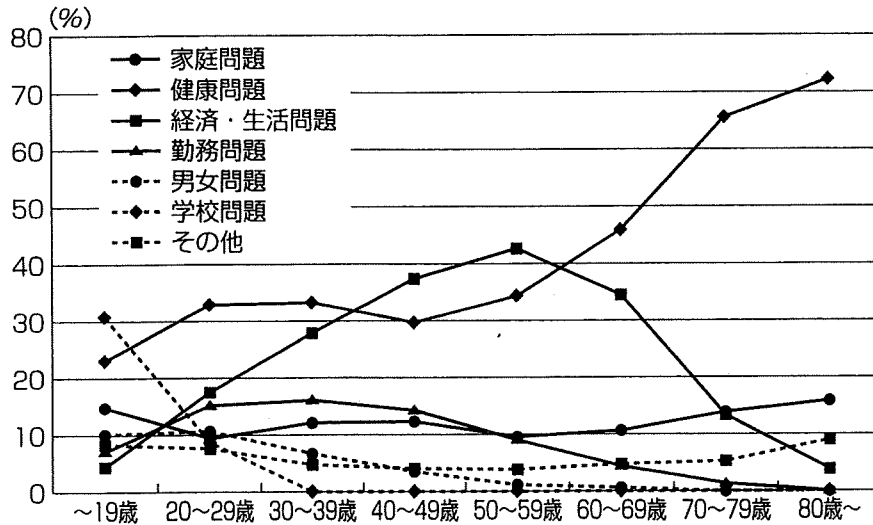


図1 年齢階級別の自殺の原因・動機 (男性)

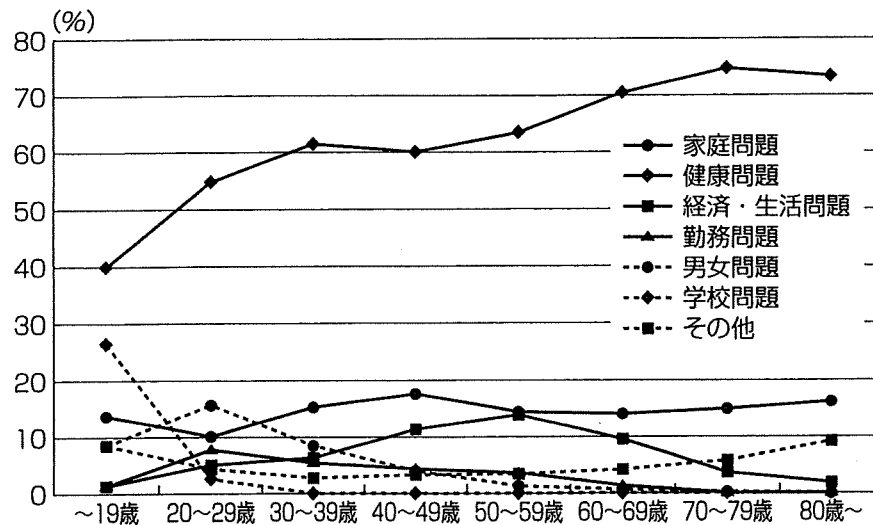


図2 年齢階級別の自殺の原因・動機 (女性)

とはきわめて重要であり、自殺予防総合対策センターとしてもそれに貢献していきたいと考えている。

さて警察庁の統計には、原因・動機別の集計が含まれている(複数回答あり)。原因・動機別の回答は標準化されたものではなく、集計結果の解釈には慎重を期する必要があるが、自殺対策の方向性をマクロにとらえるうえでは、きわめて重要な資料である。図1に男性の年齢階級別の原因・動機を示す。若年層では、健康問題が優位であるものの、学校問題、家庭問題、経済・生活問題が

複雑に入り組んでいることがわかる。成人層では健康問題と経済・生活問題が、高齢層では健康問題が主たる原因・動機になる。図2に女性の年齢階級別の原因・動機を示す。若年層から高齢層まで、健康問題が優位である。男女に共通しているのは、家庭問題がどの年齢層においても10~20%程度含まれており、年齢階級による変化が少ないことである。

「平成20年中における自殺の概要資料」によると、平成20年中の自殺による死亡者数32,249人のうち原因・動機特定者は、23,490人(72.8%)

であって、そのうちの15,153人(64.5%)は、自殺の原因・動機に健康問題を挙げていた。また原因・動機特定者のうちの精神疾患は、うつ病6,490人(27.6%)、統合失調症1,368人(5.8%)、アルコール依存症310人(1.3%)、薬物乱用48人(0.2%)、その他の精神疾患1,189人(5.1%)であった。

警察庁の原因・動機別分類にある精神疾患は、警察活動のなかで把握し得る情報をもとにしたものであって、精神科医による診断ではない。このため、自殺の背景にあるアルコール依存症の問題を過小に評価する等の問題を生じるが⁸⁾、マクロにみれば、原因・動機特定者数の3~4割は、自殺の主たる原因・動機に精神疾患が挙げられていることになり、自殺予防における精神保健医療重要性を示すものとも考えられる。

内閣府、厚生労働省の現在の自殺対策

さて、わが国の自殺対策は、いまどこに向かおうとしているのだろうか。政府が推進すべき自殺対策の指針である自殺総合対策大綱は、自殺対策基本法(2006)に基づき、2007年6月に策定された。自殺総合対策大綱は、策定後1年間のフォローアップと、2007年から2008年にかけての硫化水素自殺の群発をふまえて改正され、当面強化し、加速化していくべき施策として「自殺対策加速化プラン」が2008年10月に定められた。このなかに「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」として、ハイリスク者対策が掲げられ、精神保健医療の自殺予防対策において果たすべき役割が、ようやく明確になったことはすでに述べた。

その翌年である2009年8月には政権交代が起り、“政治主導”“コンクリートから人へ”というスローガンのもと、2010年2月には「自殺対策緊急強化アクションプラン」が閣議決定され、自殺対策にも新たな旗が立てられることとなった。このプランは、わが国は「自殺戦争」の渦中にあるとして、政治主導で、国民運動としての自殺対策を総合的に推進する必要があるとして、(1)

自殺対策を「生きる支援」として推進、(2)支援者本位ではなく当事者(現場)本位の対策へと転換、(3)実務と啓発を両輪にして国民運動を展開するという、3つの基本戦略を掲げている。

厚生労働省では、2010年1月に自殺・うつ病等対策プロジェクトチームを発足させた。プロジェクトチーム設置の目的は、厚生労働分野は、自殺対策に関わりの深い分野であり、とくに、多くの自殺の背景にうつ病を始めとする精神疾患が見られることから、地域・職域におけるうつ病・メンタルヘルス対策のいっそうの充実を図る等、厚生労働省として、より実効ある対策を講ずるための検討を目的としている。そして、2010年3月末にはプロジェクトチームの中間とりまとめが公表される予定である。

このように、わが国の自殺対策は、内閣府を中心にした自殺対策と、厚生労働省を中心にした自殺予防が、車の両輪ようになって進むことが期待されるが、その動向はしっかり見つめていかなければならない。まず社会に必要なことは、自殺が全年齢では死因の第7位であることや、自殺の周辺には、不詳の外因死等、自殺と区別のつけがたい死が存在することを認めることであろう。自殺問題は、自殺対策における社会的取り組みを進めるといふ方向だけでなく、私たちが自殺として扱っている死がどのようなものであるかを明らかにする方向に、また、生きる支援の1つに精神保健医療があるという理解に進むことが期待される。

文 献

- 1) ベルトローテ M: 各国の実情にあった自殺予防対策を。自殺予防総合対策センターブックレット No. 1, 2007.
- 2) Cavanagh J, Carsen A, Sharpe M, et al: Psychological autopsy studies of suicide: a systemic review. *Psychological medicine* 33: 395 - 405, 2003.
- 3) 藤田利治: 自殺予防対策のための自殺死亡統計。臨床精神医学 33 (12): 1529 - 1537, 2004.
- 4) 藤田利治: 人口動態調査による自殺死亡の分析。日精協誌 29 (3): 16 - 22, 2010.
- 5) Hawton K, Heeringen K: Suicide. *www.thelancet.com* 373. 1372 - 1381, 2009.

- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報部・厚生労働省医務局：平成21年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル。2009.
- 7) 松本俊彦：自殺－精神科医として何が出来るか－。精神科治療学 25（2）：1－2，2010.
- 8) 松本俊彦，竹島 正：日本精神神経誌シンポジウム。
- 9) 本橋 豊編著：自殺対策ハンドブック Q&A。ぎょうせい，2007.
- 10) 内閣府：平成21年版自殺対策白書。2010.
- 11) 竹島 正，松本俊彦，立森久照：自殺対策と精神保健医療福祉 13（2）：1261－1300，2009.
- 12) 竹島 正，稲垣正俊，松本俊彦，他：社会構造的視点から見た自殺。精神保健福祉 40（4）：302－306，2009.

日本精神科病院協会主催 平成22年度「精神保健指定医研修会」開催日程

〔更新申請のための研修会〕

回	開催期日	会場	定員
第99回 東京	平成22年7月29日(木)	京王プラザホテル「エミネンスホール」 東京都新宿区西新宿2-2-1 TEL 03-3344-0111	300名
第100回 福岡	平成22年10月21日(木)	ホテル日航福岡「都久志の間」 福岡市博多区博多駅前2-18-25 TEL 092-482-1111	300名
第101回 大阪	平成22年11月25日(木)	シェラトン都ホテル大阪「大和の間」 大阪市天王寺区上本町6-1-55 TEL 06-6773-1111	300名
第102回 愛知	平成23年2月3日(木)	名古屋ガーデンパレス「明倫の間」 愛知県名古屋市中区錦3-11-13 TEL 052-957-1022	200名

平成22年度受講対象者（有効期限が平成23年3月31日までの方）の指定医証番号

指定医取得年度	指定医証番号	指定医取得年度	指定医証番号
昭和38年度	1,901～2,088	昭和60年度	4,762～4,810
昭和39年度	2,089～2,304	平成2年度	8,142～8,494
	7,926～7,960	平成7年度	9,872～10,234
昭和40～42年度	2,305～2,838	平成12年度	11,847～12,342
昭和50年度	3,752～3,859	平成17年度	13,946～14,414
昭和55年度	4,271～4,392		14,623

- ※その他，病気・留学等で，受講対象年度に受講ができず，厚生労働省へ延期申請を行い，それが受理・承認された指定医。
- ※案内書は，でき上がり次第，各人が国に登録の住所地（自宅）へ，実施団体のいづれかより送付されます。
- ※また，日精協ホームページ「研修会等のご案内－精神保健指定医研修会－更新」に，平成22年度開催日程を掲載しています。

〔新規申請のための研修会〕

回	開催期日	会場	定員
第16回	平成22年9月6日(月) ～9月8日(水)	第一ホテル東京「ラ・ローズ」 東京都港区新橋1-2-6 TEL 03-3501-4411	300名

- ※新規研修会は，当協会と（社）全国自治体病院協議会がそれぞれ1回開催します。案内書は「5月上旬」にできあがる予定です。
- 受講を希望される場合は，案内書を取り寄せてください。取り寄せ方法については，日精協ホームページ「研修会等のご案内－精神保健指定医研修会－新規」に掲載しています。

自殺対策の視点

連載

第7回

ハイリスクな人たちの支援

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 自殺実態分析室長 松本俊彦

声掛け程度の介入でも自殺率は低下 地域保健従事者が関与する余地は広い

精神保健における自殺予防対策の進展は、コミュニティ・アプローチとハイリスク・アプローチに大きく分けざるを得ない。

前者は一般市民に対するアプローチにこの際、各個人を個別にアプローチした活動で、もとははどのような活動をして自殺リスクの低い一層を抽出し、専門的援助につなげることを主眼とする。一方、後者は、ハイリスクの低い一層に個別アプローチ、専門的かつ集中的な援助を推進することを意味します。

つまり、自殺予防における地域保健従事者は、もとはは前者に当たるが、後者はむしろ医療機関の役割と考えるべきです。

しかし、医療機関の支援には、早急な対応があります。医療機関での対応から見た

れ、自殺だけでは、その人の地域生活や家庭生活の様子を見ることができず、あきらめず。

ですから私は、地域保健の活動者が関与する余地があると考えます。特に、地域保健が自殺未遂者に直接会う、「調子はいかがですか？」と声を掛ける程度の介入だけでも、十八か月後の自殺発生率が有意に低下したという報告があります。

おそらく、地域保健の従事者にも、何かやれることがあるはずと。

そこで今回は、地域保健活動に従事する方々にも、ハイリスク者の支援について、私なりの考えをまとめてみたいと思います。

■ 本人のハイリスク者—— 自殺念慮者・未遂者・自傷者の支援

■ 関与者としての

自殺実態・自殺未遂・自傷者

「死にたい」という自殺念慮の存在は、近

い将来の自殺行動を測る重要な危険因子です。

Kesslerらによれば、自殺念慮を抱いた者の三割は、具体的に自殺の計画を立てており、さらに自殺の計画を立てた者の七割は、実際に自殺に及んでいたということです。自殺念慮は、強力な自殺の危険因子です。

また、自殺念慮したものの助かる確率、すなわち自殺未遂の存在も、自殺の危険因子と言えます。フィンランドでの調査からは、自殺既遂者の四割以上において、事前に自殺未遂の経験があったことがわかってきます。なかでも、何回か自殺未遂を経験して自殺既遂に至った者の場合には、その八割以上が自殺未遂を経験したことがわかってきます。自殺未遂は、自殺の危険性を高めます。自殺念慮は、最終的に死に至ります。

このことは、自殺念慮に用いられる治療法が、自殺未遂に用いられる治療法と異なり、自殺念慮を減らすことが重要から、その

な行動をとるのであれば、そのような行動を減らす必要は、自殺既遂に至るよりも前段階で減らす必要があると見なされています。

これは決して近年、若年者の自殺が増えたり、女性の方が自殺率が高くなったり、という自殺の傾向をとりわけ「ハイリスクを助えるため」として、自殺以外の原因から、原因に非典型的な身体疾患を助える行動については、どうしていいか。

このような傾向は、その病状に際しての経過という点から、緊急の医療機関への搬送が必要と見なすことが行動は、さまざまな治療的・薬物的な介入と見なすことができますが、それは疑問です。

では、こうした行動の多くは、何らかの精神状態を緩和するための行動として行われるものであり、本来であれば、問題に直接アプローチすべきところ、何らかの事柄を解決できない状況もあるだけに、自分一人とその事柄を解決しようとして行われるのです。

その意味では、一種の自己救済としての効果がありますが、繰り返されるこの行動は、むしろ、エスカレートしてしまいます。

また、このような行動は、身体的な治療だけではなく、心理的支援も必要と見なす必要があります。身体的に、自分を減らすことは、短期

的には自殺念慮を抱くに至り、最終的には、自殺念慮を抱くに至ることは別の非典型的自殺念慮と見なすことができます。

Owenらの報告によれば、十代におけるハイリスク者として、一回以上の自殺をした者は、一〇年後に自殺既遂として死亡する確率が、通常の若者の四〇〇〜七〇〇倍にも達するということです。これは、自殺の自傷行為であっても、長期には自殺の危険因子であると考えられています。

地域保健における 自殺念慮・未遂・自傷行為の支援

① 自殺念慮者の支援

—— 精神科診療との連携

自殺念慮を抱く者は、緊急の精神保健相談のなかにおいても、かなりの割合で経過観察するはずと。

また、自傷行為は、生活習慣や生活環境といった精神分野の相談窓口、経済・生活分野の問題を抱えて来談した人のなかにも、自殺念慮を抱える人は多いと見なされています。

地域保健の活動者は、こうした精神分野の相談者として連携し、「自殺念慮者を継続的な精神保健的支援につなげていく役割が求められています。

具体的な自殺の計画までは立てておらず、したがって精神科への緊急入院を要しないものの、強い精神的自殺念慮を抱え

ている者については、医療機関一本だけでの支援では十分な見えない場合が少なくありません。

なぜなら、自殺念慮を抱える人は「自分にとって安全な場所」には、積極的にいられない傾向があります。そうした援助者や行動を促す必要がない自身の安全には、その傾向は、そうした傾向と見なされます。

このような傾向に対しては、精神医療による支援を行い、問題が地域保健活動による支援も必要と見なされています。

② 自殺未遂者の支援

—— 救急医療機関等との連携

自殺未遂者を多く発生しているのは、救急医療機関です。

何が原因かは、まだ少ない自殺未遂者が、単に身の危険を感じただけで地域に送られてくる報告があります。

もちろん、問題に自殺念慮を繰り返す者に対しては、救急医療機関へ搬送されて、精神科の措置を要する人への入院が行われることもありますが、地域にある医療機関や保健機関にこうした根本的な問題に関する介入が必要と見なされています。こうした問題の解決や、精神的な支援を要している報告もあ

ります。しかしながら、そもそも限られた時間中に根本的な問題解決をするには、どう

しても限界があります。

このことが、地域保健の活動者の場合には、救急医療機関と連携し、自殺未遂者のなかから、問題を抱える者に対して、適切な対応のなかで、他の生活・経済分野の相談窓口との連携も必要と見なされています。もちろん、救急医療機関に対して、こうした援助を行うのは、アンケートが示す困難と見なされています。

ですが、現場の状況を、未遂者の方でも多くはハイリスクの低い一層に送れば、十分可能と見なされます。たとえば、救急の低い手段を用いた場合、問題意識をもち、自殺念慮の危険因子（五割弱の自殺既遂者）を減らすこと、自殺念慮を抱える者に対しては、適切な治療や心理的支援を要する事例を減らすことではないと見なされています。

その意味では、初期の急性性自殺念慮でも、介入しやすく、効果も期待されることが多いと見なされています。ハイリスクの低い集団中の危険因子を減らす事例を減らすことではないと見なされています。

③ 自傷者の支援

—— 救急医療機関等との連携

近年、自傷行為が最も問題となっている領域は、自殺です。

おそれられる調査によれば、中高生男女の約一割はリストカットなどの自傷行為の経

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神疾患とアルコール使用障害との合併

アルコールと自殺

松本 俊彦, 竹島 正

精神神経学雑誌第111巻第7号別刷

平成21年7月25日発行

PSYCHIATRIA ET NEUROLOGIA JAPONICA

Annus 111, Numerus 7, 2009

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

アルコールと自殺

松本 俊彦, 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)

本報告では、アルコールと自殺に関する内外における先行研究を概観し、アルコール乱用・依存が様々な自殺関連行動と関係しているだけでなく、多量飲酒そのものも自殺と密接に関連している可能性を明らかにした。その一方で、わが国には、アルコール依存をはじめとする物質関連障害と自殺との関係についての信頼できるデータが不足しており、実態調査が急がれることにも言及した。そのうえで、わが国の自殺対策における精神保健的施策には、うつ病対策に偏りすぎているという問題があることを指摘するとともに、アルコールと自殺との密接な関係についての、一般市民や専門職に対する普及・啓発活動、ならびに、断酒会をはじめとする自助グループと連携した自殺予防活動の必要性を提言した。

Alcohol Impacts on Suicide ?

Our presentation reviewed the Western studies on an association between alcohol and suicide, and revealed that excessive drinking, as well as alcohol abuse/dependence, may be closely associated with various types of suicidal behaviors, while the reliable studies which confirmed the association between alcohol and suicide have been scarce in Japan. Based on these recognitions, we indicated that the mental health policies for suicide in Japan incline toward the counter-measures for depression too much. Further, we proposed the Japanese government is required to enlighten the close association between alcohol and suicide broadly, and to develop the suicide prevention strategies and epidemiological studies cooperating with members of self-help groups.

I. はじめに

わが国の自殺による死亡者数は、平成10年に3万人を超え、以降、10年間にわたって高止まりのまま推移している。その背景には、バブル崩壊後の不況後に急増した、多重債務や過重労働などの社会的要因の影響が指摘されており、現在、社会的要因も視野に入れた総合的な自殺対策を推進することが求められている²³⁾。とはいえ、自殺の原因・動機で最も多いのは依然として「健康問題」であることから明らかなように²³⁾、いまもって精神保健的施策が自殺対策の要をなしているといつてよいであろう。

そうした視点から、わが国の自殺対策における

精神保健的施策を俯瞰すると、わが国では、早くより厚生労働省を中心にうつ病の早期発見・早期治療に関する取り組み²³⁾がなされているという点は評価に値するものの、いまだ自殺者数の減少が見られていない実情を見るかぎり、その成果は不十分であるといわざるをえない。もちろん、その理由の全てを精神保健的施策に帰することはできないのはいうまでもないが、精神保健の専門家としては、わが国のうつ病だけに特化した精神保健的施策に問題があった可能性も、一応考慮する必要がある。というのも、筆者らの経験では、これまで担当した患者の自殺は、純粋なうつ病よりも、むしろアルコール依存などの物質関連障害

に罹患していた者で多かったからである。

確かに筆者らの印象は、依存症臨床にも携わったことのある精神科医個人の臨床経験にもとづいたものでしかない。けれども、海外の自殺研究では、アルコールなどの精神活性物質の使用と自殺との関係が繰り返し指摘されてきた。たとえば Anderson²¹ は、週 250 g 以上の大量飲酒が 15 年後の自殺死亡のリスクを 3 倍高めると報告し、Murphy と Wetzel²² は、アルコール乱用・依存への罹患は将来における自殺のリスクを 60~120 倍に高めることを明らかにしている。また Dumais ら¹² は、アルコール乱用を呈するうつ病患者は、アルコール乱用を呈さないうつ病患者に比べて、はるかに自殺におよぶ可能性が高いことを指摘している。実際、WHO のガイドラインにおいても、アルコール乱用・依存は、うつ病とともに自殺に関連する精神障害として必ず引き合いに出されている²³。その意味では、アルコール関連問題が置き去りにされたまま、うつ病偏重で進められているわが国の自殺対策は、いかにも不自然である。

そこで、今回は、アルコールと自殺との関連についての、内外における先行研究の知見を整理して報告し、今後のわが国における自殺対策の展開に関する提言を行いたい。

II. アルコール乱用・依存と自殺既遂

海外における心理学的剖検による自殺既遂者の調査^{4,10,27-29}によれば、自殺者の少なくとも 2~3 割はその行為の直前に物質関連障害に罹患しているという。たとえば、その先進的な国家的対策によって自殺死亡率減少に成功したフィンランドにおける大規模な心理学的剖検調査¹⁰でも、自殺既遂者の 93% に何らかの精神障害への罹患が認められ、うつ病 (66%) とともにアルコール乱用・依存 (42%) への罹患が高率であったことが明らかにされている。これらの知見にもとづいて、海外の自殺対策においては、アルコール乱用・依存はうつ病に次ぐ精神保健的重点課題の 1 つとなっている。

それでは、なぜ、わが国の自殺対策においてアルコール乱用・依存がいまひとつ重視されないのでしょうか？ その理由は様々に考えられるが、最も重要なのは、対策の根拠となるデータがないということであろう。そもそもこれまでわが国には、海外で実施されているような、対象の代表性や対象数においてある程度の信頼性が担保された心理学的剖検調査が実施されていないという実情がある。かろうじて試行的に実施された心理学的剖検調査——当然ながら多くの限界をはらんだ研究である——は 2 つ存在するが^{9,10}、それらによれば、自殺既遂者の 40% 程度にうつ病の罹患が推測されたのに対して、アルコール依存などの物質関連障害への罹患が推測された既遂者はわずか 4~6% にすぎないという結果であった。この数値は、北米の 32.0% はもとより、ヨーロッパの 18.2%、アジア諸国の 14.2% といった世界各国の数値⁷ と比べても著しく低い。

既遂者の研究ではないが、わが国には、奇跡的に自殺既遂を回避した重症自殺未遂者を対象とすることで、限りなく既遂者に近似する情報収集を目指した横断的研究³が存在する。その研究では、重症自殺未遂者においては、比較的若年層では一定の割合でアルコール依存などの物質関連障害に罹患する者が存在したものの、わが国の自殺者の多数を占める 50 歳以上の年代層では、うつ病圏の精神障害に罹患する者が圧倒的に多いという結果であった。したがって、この研究も、アルコール依存と自殺との関係を大きくクローズアップする根拠としては十分とはいえなかった。

このようにわが国の自殺者では物質関連障害罹患率が低い理由として、張⁹は、日本人は体質的にアルコール耐性の乏しい者が多く、薬物汚染も欧米ほど深刻でないことを指摘している。しかし、果たして本当にわが国は、自殺対策においてアルコール依存などの物質関連障害を重視しなくてもよいのであろうか？ わが国における試行的な心理学的剖検が、対象の代表性に大きな限界を抱えていたことを考えれば、十分に再考の余地は残されている。

表1 アルコール・薬物使用障害入院患者における自殺念慮・自殺未遂の経験率の比較

	アルコール使用障害 N=244
真剣に死にたいと思ったことがある (自殺念慮歴)	55.1%
男性	49.4%
女性	81.1%
36歳未満	80.6%
36歳以上	50.6%
BDI-II 25点以上	75.7%
BDI-II 25点未満	43.1%
真剣に死のうとして実際に行動を起こしたことがある (自殺未遂歴)	30.6%
男性	23.3%
女性	62.2%
36歳未満	54.8%
36歳以上	26.1%
BDI-II 25点以上	45.7%
BDI-II 25点未満	21.6%
【質問9】「自殺したい」「チャンスがあれば自殺するつもりである」該当者	9.8%
男性	8.5%
女性	16.3%
36歳未満	18.2%
36歳以上	8.5%
BDI-II 25点以上	57.9%
BDI-II 25点未満	50.0%

BDI-II, Beck Depression Inventory-II

III. アルコール乱用・依存と 自殺念慮・自殺未遂

それでは、自殺既遂の代理変数である自殺念慮や自殺未遂に焦点を合わせた場合には、アルコール乱用・依存との関係はどのようなものであろうか？

我々は、依存症専門病院である神奈川県立精神医療センターせりがや病院入院患者を対象として、自記式評価尺度による自殺関連行動に関する調査を行ったことがある²¹⁾。その結果、アルコール乱用・依存患者はともに、自殺念慮歴 (55.1%) および自殺企図歴 (30.6%) が高率に認められたのである。また、これらの患者に日本語版¹⁷⁾の Beck Depression Inventory 第2版 (BDI-II)⁹⁾を実施したところ、その質問9において、

「自殺したい」もしくは「チャンスがあれば自殺するつもりである」という選択肢を選んだ者は、アルコール乱用・依存患者の9.8%にもものぼっていた。さらに、こうした自殺傾向は、特に若年のアルコール乱用・依存患者で顕著であった。

この調査結果は、国内におけるアルコール乱用・依存患者の自殺関連行動に関する先行研究^{20,24,30,32)}とほぼ一致したものである (表2参照)。すなわち、我々が明らかにしたアルコール使用障害患者における自殺念慮と自殺未遂の経験率は、松本²⁰⁾による比較的最近の調査結果とほぼ一致しているし、自殺未遂の経験率に限って言えば、斎藤³⁰⁾の調査ともほぼ一致する。また、本調査の結果は、物質乱用は若年者における重要な自殺のリスク要因であるという、海外における

表 2 アルコール・薬物依存症者の自殺念慮と自殺企図の経験率に関する国内先行研究との比較

	大原 ²⁴⁾ (1971)	清野 ³²⁾ (1971)	斎藤 ³⁰⁾ (1980)	松本桂樹 ²⁰⁾ (2000)	本研究 アルコール
被験者数(人)	85	80	120	81	244
調査方法	面接調査	カルテ調査	面接調査	質問紙法	質問紙法
対象者	入院アルコール 依存症患者	入院アルコール 依存症患者	入院アルコール 依存症患者	入院・通院アルコ ール依存症患者	入院アルコール 依存症患者
対象者平均年齢(歳)	46.7	不明	不明	51.5	49.3±11.5
自殺念慮(%)	28.2	不明	28.3	61.7	55.1 男性 49.4 女性 81.1
自殺企図(%)	15.3	3.8	25.8	29.6	30.6 男性 23.3 女性 62.2

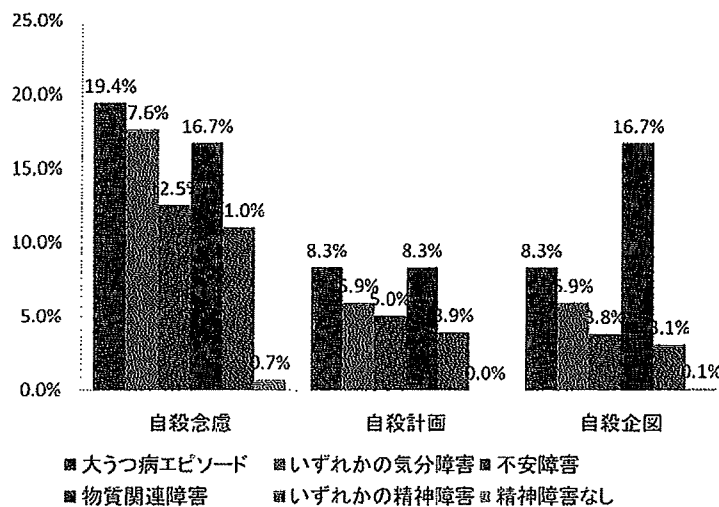


図1 地域住民における過去12ヶ月間の精神医学的診断(DSM-IV)別の自殺関連行動の頻度(文献14より引用)

知見とも一致している²⁵⁾。

それでは、こうしたアルコール乱用・依存患者における自殺念慮・自殺未遂の経験率は、他の精神障害に罹患する者と比較して高いといえるのであろうか? 欧州の地域住民を対象とした大規模調査²⁶⁾によれば、うつ病診断に該当する者の生涯自殺企図経験率は28%である。この数値とそのまま比較することはできないものの、アルコール

乱用・依存患者における自殺未遂の経験率が決して低くないとはいえる。

さらに、様々な精神障害の診断と自殺念慮・自殺企図の経験率を調べた、川上による地域住民調査(図1)¹⁴⁾は、きわめて興味深い知見を示唆している。それによれば、過去12ヶ月の自殺念慮は、うつ病の診断に該当する者で19.4%であったのに対し、アルコール・薬物関連障害では