

ているゆとりなど、どう考えてもない。通院精神療法がとれる5分ぎりぎりの診察でテンポよく患者を捌いていかざるを得ないし、ビジネスとしてもそれが最も効率のよい方法でもある。もちろん、短い診察時間では解決策が見当たらない場合も少なくないが、そんなときには、「とりあえずお薬を追加しておきます」という慣用句で患者の語りに句点を打ち、診察を終了させることができる。だが、こういった診察で、自殺を考えるほど追い詰められた人を本当に助けることができるのだろうか？

衝撃的な事実がある。最近行われた自殺既遂者の調査³⁴⁾は、その多くが自殺時点で精神科治療中であったことを明らかにしている。われわれが実施した心理学的剖検調査では自殺既遂者の46%³⁾が、また、東京都が独自に実施した自殺者遺族に対する聞き取り調査では52%⁴⁾が、それぞれ精神科治療中であったのである。このことは、従来言われてきた「自殺既遂者の多くが精神科治療を受けていない」という説が神話でしかない可能性を示しているとは言えないだろうか？

われわれの調査からは、さらに驚くべき知見が得られている。それは、精神科受診歴を持つ自殺既遂者は、縊首や飛び降りといった最期の致死行動に際して、処方された治療薬の過量摂取したことによる、一種の酩酊状態のなかで自殺行動に至った可能性が高い、というものである。いささか極端な見方ではあるが、もしも本当にそのような実態があるとすれば、精神科医が向精神薬を処方したことが、結果的に自殺を幫助することになったという誹りを受けないとも限らない。

もちろん、こうしたデータは、あくまでも自ら進んで調査に協力した自死遺族だけが聞き取りの対象となっている、という点に注意する必要がある。その意味では、わが国の自殺既遂者全体を反映しているとは言えないデータである。とはいえ、最近、ある救急医が怒りに打ち震えながら筆者に吐いた言葉を思い起こすと、このデータがあながち真実から大きくかけ離れた結果とは思えないのである。ちなみに、その言葉とは、「精神科

クリニックが増えても、自殺は減らずに、過量服薬による自殺未遂ばかりが増えている」というものであった。もちろん、筆者は反論することができなかった。

「南条あや」が精神科医療に投げかけた問い

わが国の精神科医療現場では、自殺急増からまもない2000年あたりを境にして、ある患者の一群が急激に目立つようになった。それは、リストカットや過量服薬を繰り返す若年患者である。筆者は、そうした患者たちから何度となく、「先生は、南条あやの『卒業式まで死にません』⁵⁾を読みましたか？」と質問されたものである。当時、そうした患者の間で南条あやはカリスマ的存在となり、数多くの追随者・模倣者を生み出していた。

南条あや(本名 鈴木純)は、両親の離婚や学校でのいじめといった苛酷な状況のなかで、中学1年頃よりリストカットを繰り返すようになった。そして数年間に及ぶ自傷行為の果てに、彼女は高校3年時には精神科での入院治療を受けるわけだが、その際に自らの精神科医療体験を綴った日記がネット上に公開されると、彼女はたちまち「メンヘル系ライター」として注目を集め、一部の若者たちから脚光を浴びるようになった。『卒業式まで死にません』は、それらの日記をまとめた、彼女の遺稿集である。

彼女は、1999年3月30日——高校の卒業式の20日後——に死亡した。その日の午後、彼女は1人でカラオケボックスに入店し、大量の向精神薬を服用して昏睡状態に陥り、そのまま帰らぬ人となったという。享年18歳であった。ただし、彼女が服用した向精神薬の量は致死量に満たず、かねてより頻回のリストカットや献血(これも「瀉血」という一種の自傷か)による慢性貧血の状態にあり、また、死後の解剖において心臓弁膜に異常が見出されたことから、死因は「推定自殺」と曖昧に濁されている。

南条あやという存在は、彼女の信奉者だけでなく、精神科医療関係者にも無視できない影響を与えた。彼女の日記には、処方薬の飲み心地をソム

リエのように批評したり、気軽に過量服薬したりするありさまが描かれているが、初めてそれを読んだとき、筆者は、現代精神科医療の暗部を拡大鏡で見せつけられた気がして慄然としたのを覚えている。事実、彼女の死の後から、処方薬を乱用し、自傷行為の映像や精神科治療の経過をインターネット上に公表するといった、南条あやを模倣をする若い患者が急増していったのである。さらに、これに前後するかたちで、地域の精神科クリニックの多くが、「リストカット患者お断り」という標榜を掲げ始めた。処方薬を乱用し、インターネット上でリストカットした血まみれの腕の写真や主治医の発言を公開する患者などが出てきたからだ。また、まともに治療をしようと思えば長い診察時間が必要となる。現行の診療報酬制度下では効率が悪すぎる。

このような「南条あや現象」について、知り合いのある精神科医は、筆者に、「うつ病は心の風邪」などといった、安っぽいメンタルヘルス・プロモーションや、米国精神医学会の操作的診断(DSM)におけるうつ病概念の拡大が原因であると語った。確かにそうした流れが、病気ではない者に「自称うつ病」として患者役割をとることを許容する状況を作り出し、医師の処方にあれこれと注文をつけ、さらには、治療薬を乱用したり過量服薬を繰り返す患者を作り出した可能性はあろう。そして、そのような見解を支持する精神科医からすれば、真に治療が必要なうつ病とは、「内因性」と「メランコリー親和型」⁹⁾だけであって、「非定型」や「ディスチミア親和型」¹⁰⁾などといった臨床類型は、所詮は「偽性」うつ病にすぎないことになるのかもしれない。

だが、ちょっと待って欲しい。たとえ、その患者のうつ病が「偽性」であろうと、あるいは「非定型」もしくは「ディスチミア親和型」であろうと、問題は診断名や臨床類型ではなく、自殺のリスクなのではなかったか？ そもそも、海外の心理学的剖検研究が指摘する自殺既遂者の「うつ病」とは、たとえばDSM-IV-TRの「うつ病性障害」の基準を満たすような、きわめて広範な病

態である場合がほとんどである。にもかかわらず、わが国の専門家が勝手に、自分たちが共感しやすく扱いやすい古典的病態にすり替えて理解しただけではないのか？

精神科医のなかには、「リストカットは自殺とは違う」「喫煙や飲酒のような個人の嗜好であって、『本当のうつ病患者』みたいに自殺はしない」などとしたり顔をして語る者もいる。確かに、多くの自傷患者は、自殺の意図からではなく、怒りや緊張といった不快感情への対処や意思伝達の目的から自傷行為を繰り返している。

しかし、たとえそうであったとしても、南条あやが死亡したのは事実である。このことは、それが「本当のうつ病」であるなしにかかわらず、リストカッターたちが死なないという保証はどこにもないことを示している。それどころか、実証的研究は、自殺以外の意図に基づく自傷行為であっても、長期的にはそれが自殺の危険因子となることを明らかにしているのである。たとえば、Owensら⁷⁾によれば、十代における1回以上の自傷経験は10年後における自殺既遂による死亡のリスクを数百倍に高めると言う。

要するに、たとえ「リストカットでは死なない」としても、「リストカットする人は死なない」とは言えないのである。その意味では、精神科医療が「リストカッターお断り」として援助の埒外に弾き出すこと自体、「われわれは自殺予防にはコミットしません」という意思表示をすることにならないであろうか？

どこかで微妙な「ボタンの掛け違い」が生じているように思えてならない。そのうつ病が「真性」であれ「偽性」であれ、その患者は何よりもまず、精神医学的援助を必要としているのではなかろうか？ 問題なのは、薬物療法だけでは解決しない種類の困難を、たとえばあくまでもSSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: 選択的セロトニン再取り込み阻害薬)一本槍で解決しようとする精神科医に、あるいは、診療行為と称して単に患者に「お勧めの薬剤」を提案するだけの「向精神薬ソムリエ」(実は、その知識とて製薬会

社のパンフレットの受け売りであったりもするが……)に墮した精神科医に、責任がないと言いきれるであろうか？

精神科医療・精神医学の課題

自身の名譽のために断っておきたいのだが、筆者は決して「反精神医学」的な主張をしているつもりはない。よりよい精神医学を求めたい気持ちから、あえて自らの身内である精神科医療に辛辣な意見をさせていただいている。

あえて口幅ったいことを言わせていただくと、わが国の精神科医療は援助者が手をつけやすいところを中心に発展してきた印象が否めない。それは、たとえば一般精神医療においては統合失調症、そして自殺対策においてはうつ病という、いずれも医学的モデルにはまりやすく、医療者が共感しやすい病態である。その一方で、医療者として陰性感情を惹起される領域については、精神科医療の苦手分野として放置されてきた。たとえばアルコール・薬物依存症やリストカットを繰り返したり治療薬を乱用したりする境界性パーソナリティ障害の臨床といった分野である。しかし、言うまでもなく、こうした病態の患者の自殺リスクはきわめて高い。

もちろん、苦手分野の勉強ほどおっくうなことはないのは理解しているつもりである。しかしそれでは、例えば南国の島で毛皮コートの専門店を開くの似た、ニーズを無視した商売になりかねない。自殺予防のためには、援助者が自らの苦手分野を克服する必要がある、というのが筆者の考えである。そのためには、精神保健的領域の自殺対策もまたそれ自体が「総合的なもの」となり、精神保健的支援全体の底上げがなされなければならない。

そのような文脈で考えた場合、筆者は、2008年10月に閣議決定された大綱の一部改正(「自殺対策加速化プラン」⁸⁾)には、精神科治療が進むべき方向性を示したという点で、基本法や当初の大綱以上に高く評価されてよいと感じている。というのも、「ハイリスク者対策」として、統合失調

症、アルコール・薬物依存症、外傷後ストレス障害といった、うつ病以外の精神障害への対策強化が宣言され、さらに、自傷行為を繰り返す思春期・青年期への対策強化も明記されたからである。

アルコール・薬物依存症患者、あるいは、リストカットを繰り返したり治療薬を乱用したりする境界性パーソナリティ障害患者は、平均的な精神科医が最も苦手とし、ときには忌避さえする。その最大の理由は、何よりも通常の薬物療法主体の治療では対応しきれないところにある。そのような患者は、様々な行動化で援助者を翻弄させ、苦勞を伴うことが少なくない。当然、こうした患者に「うつ病」が合併することもめずらしくないが、たとえ誰かがこれを「偽性」と決めつけたとしても、エビデンスは、こうした重複障害こそが自殺リスクが高いことを示している⁹⁾。

ここに重要なポイントがある。精神科医療を含む精神保健的対策は、現在推し進められている「総合対策」を構成する一領域にすぎないが、大綱の改正による追加項目は、その精神保健的対策を「総合的」なものへと変化することの必要性を含意したものと読み取ることはできないであろうか？ 言いかえれば、精神科医をはじめとする援助者が、これまで抱えていた苦手意識や忌避的感情を克服して困難な病態に挑戦すること、薬物療法一辺倒の精神科治療から脱して、「総合的な」精神科治療へと成長することを求めているとは言えないであろうか？

しつこく繰り返させていただく。現在、わが国で展開されている様々な自殺対策のなかで、いまだに手つかずの領域が1つだけ残されている。それは、精神科医療の質の向上である。何も、「精神療法の技能向上に努めよ」などと高尚なことを言っているつもりはない。そうした患者を援助する際に見られがちな否定的態度をほんの少しでも変えること、それだけでも多少とも救える患者が増える、と筆者は確信している。

文 献

- 1) Bertolote JM, et al: Psychiatric diagnoses and suicide;

- Revising the evidence. *Crisis* 25:147-155, 2004
- 2) Lönnqvist JK, et al: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 49: Suppl 1: S111-116, 1995
 - 3) 廣川聖子, 他: 死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検による調査. *日本社会精神医学雑誌* (印刷中)
 - 4) 東京都福祉保健局(編): 自殺実態調査報告書—自死遺族からの聞き取り調査. pp 41-44, 2009
 - 5) 南条あや: 卒業式まで死にません. 新潮社, 2000
 - 6) 樽味伸, 他: うつ病の社会文化的試論—特に「ディス

チミア親和型うつ病」について. *日本社会精神医学雑誌* 13:129-136, 2005

- 7) Owens D, et al: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181:193-199, 2002
- 8) 内閣府: 自殺対策加速化プラン
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/plan.pdf>
- 9) Simon RI: Chapter 2. Suicide risk assessment. R.I. Simon: *Assessing and managing suicide risk*. pp 25-60, American Psychiatric Publishing Inc, Arlington, 2004

公衆衛生 書評

読むに快樂, 病気を歴史で切った本

「Disease 人類を襲った 30 の病魔」

評者 岩田健太郎 神戸大大学院教授・感染治療学

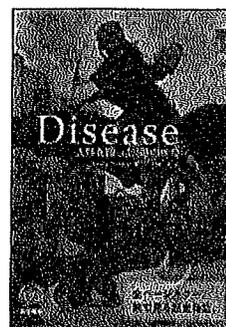
「将来の人々は、かつて忌まわしい天然痘が存在し異殿によってそれが撲滅されたことを歴史によって知るだけであろう」【トーマス・ジェファーソン、エドワード・ジェンナーへの1806年の手紙、本書134頁より(以下、頁数は本書)】

われわれは、ジェファーソンの予言が1979年に実現したことを知っている。個人の疾患は時間を込みにした疾患である。社会の疾患は歴史を込みにせずには語れない。目の前の患者に埋没する毎日からふと離れ、俯瞰的に長いスパンの疾患を考えるひとときは貴重である。

本書は病気を歴史で切った本である。非常に読みやすい。美しい絵と多くの逸話、そして箴言がちりばめられている。

むしろ、職業上、学問上の必要からも本書は有用である。かつて麻疹は死亡率の高い疾患だったこと。シャーガス病のような現在でも猛威をふるう疾患でもしばしばわれわれは無視(ネグレクト)してしまうこと。壊血病のような疾患の原因を突き止めるのに、先人は多くの努力と困難とときに失敗を経てきたこと。

しかし、そのような「お勉強」を離れても、本書は単純にページ・ターナー(先が読みたくなる本)としても秀逸である。もともと僕は古い映像や写真を眺めるのが大好きな性分で、本書にちりばめられた美しい挿絵や写真はかの時代への想像力をかき立てるのに十分であった。フランクリン・ルーズベルトとポリオの逸話(166頁)、ヤウレックがいかに梅毒とマラリア(のナイスなコンビネーション)でノーベル賞を受賞したか(32頁)、こうした逸話も純粋にただただ読むに快樂である。インフルエ



Mary Dobson(著), 小林 力(訳), 頁268, 2010年, 定価3,990円(本体3,800円+税5%), 医学書院刊

ンザと同意の言葉がアラブの言葉ではアンファル・アンザとそっくりだ(177頁), なんて何の役にも立たないウンチクを知るのも楽しいではないか、本とは詰まるところ、面白くてなんぼ、である。

30の逸話のうち27までが感染症であるのは示唆的である。別に著者が感染症オタクだったから、というわけではなからう。歴史から医学・医療を語ろうと思えば、こうせざるを得なかったのだろう。そのくらい、かつて病と言えば感染症であったのである。人々は、ペストにおびえ、コレラに恐怖し、梅毒におののき、インフルエンザに戦慄した。これが歴史である。そのような世界を克服したと思ったとたん、エボラ出血熱が見つかり、エイズが見つかり、SARSが見つかる。これも歴史である。2009年は、21世紀になってもわれわれが感染症に引き回される存在であることをあらためて認識させた。別に、脂質異常や骨折やうつ病が無視されてよい疾患だと言っているのではない。歴史という観点から切ると、「うつる」感染症がより切りやすい、というただそれだけの話だ。

ダニエル・エルマー・サーモンという魚のような名前の男が医学の歴史に何を残したか、本書はこういうほとんどくだらないことに拘泥し、にやにやしながら、豊かな気持ちで読んでほしいと思う。

アルコール・薬物の乱用・依存と自殺予防*

松本 俊彦

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 室長・薬物依存研究部診断治療開発研究室 室長

Key Words** 物質使用障害, アルコール, 薬物, 自殺

はじめに

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に急増した多重債務や過重労働、さらに最近では、リーマン・ショック以後に問題化した雇用の悪化といった社会的要因の影響が大きいと言われている。こうした認識に基づいて、現在わが国では、自殺対策を精神保健的対策に限定せずに、総合的・包括的な対策が進められている。自殺総合対策大綱において「総合」という言葉がついているのは、まさにそのような理由からであるが、その背景には、これまでの国の自殺対策があまりに精神保健領域に偏っていたという反省があるのも事実である。

しかし、筆者自身は「それだけでは足りない」と考えている。わが国における精神保健的領域の自殺対策は「うつ病対策」と同義という印象があるが、精神保健的対策もまたそれ自体が「総合的なもの」とならなければならない。とりわけ疑問なのは、なぜかわが国では自殺対策の文脈でアルコール・薬物などの物質乱用・依存が取り上げられてこなかったという事実である。海外の多くの自殺研究が、うつ病に次いで自殺との関連が深い精神障害として物質乱用・依存を取り上げ、WHOなどのガイドラインにおいても、物質乱用・依存は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。

わが国で物質乱用・依存と自殺との関係が看過されてきた理由はさまざまに考えられるが、その1つとして、精神科医療関係者がそのことを知らなかったことも関係しているように思う。そこで、本稿では、物質乱用・依存と自殺との関連について先行研究の知見を整理し、今後の自殺対策の展開に関していくつか提言をさせていただきたい。

物質乱用・依存と自殺

1. 海外の先行研究

海外における心理学的剖検の手法を用いた自殺既遂者調査からは、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ことが明らかにされている。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¹⁾でも、自殺既遂者の93%になん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%)の罹患率が高かったことが明らかにされている。

ほかにも、アルコール乱用・依存と自殺との密接な関連を指摘する研究は枚挙にいとまがない。たとえば週250g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²⁾、あるいは、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³⁾といった報告がある。また、アルコール乱用を呈するうつ病患者は、通常のうつ病患者よりもはるかに自殺のリスクが高いことが指摘されている⁶⁾。

アルコール乱用・依存だけではなく、薬物乱用・依存も深刻な問題である。あるメタ分析⁷⁾では、乱用物質の種類ごとの物質使用障害罹患者の標準化自殺死亡率では、向精神薬20倍、複数物質19倍、オピオイド14倍、アルコール6倍、大

* Substance abuse/dependence and suicide prevention

** substance use disorder, alcohol, drug, suicide

麻4倍という数値が得られている。その多くはうつ病よりも高いオッズ比となっており、なかでも向精神薬乱用・依存が自殺との密接な関連が示唆されている。

2. 国内の先行研究

残念ながら、わが国には物質乱用・依存と自殺との関連を主張できるだけの十分なエビデンスがまだ集積されているとは言えない。とくに自殺既遂者を対象とした研究からの知見が不足している。すでにわが国には2つの心理学的剖検調査が施行されており、いずれの調査でも、自殺既遂者のなかで自殺直前に物質乱用・依存への罹患が推定された者はわずか4～6%と報告されている。しかし、このデータは海外の研究とはあまりにも異なっており、その妥当性については慎重に評価すべきである。

実際、現在筆者らが進めている心理学的剖検調査では、これらの国内の先行研究とは異なる結果が得られている。われわれの調査では、自殺既遂者の23%が自殺前1年以内にアルコール関連問題を呈しており、そのうちの8割がアルコール乱用・依存の診断に該当することが明らかにされたのである。なかでも強調しておきたいのは、この23%の自殺既遂者は全員が仕事を持つ中高年男性であり、まさしく1998年における自殺急増の中心層と同じ属性を持っていた、ということである。しかも、そうした中高年男性の多くが、借金や離婚といった社会的問題を抱えるなかで「眠るために」飲酒を続けており、最期の行動に及ぶ際にアルコールを摂取していた。なお、こうした自殺既遂者のなかには精神科治療中の者もいたが、アルコール乱用・依存に対する専門的な援助を受けていた者は皆無であり、「うつ病」などといった診断のもとに漫然とした薬物療法がなされていたのである。

われわれの調査結果は、働きざかりの男性の自殺予防のためにはアルコール問題は無視できないこと、社会的問題を複雑化させ、悩む男性たちをいっそう「崖っ縁」に追い詰める要因としてアルコールの影響が無視できないこと、精神科医自身がアルコール問題に対する診断・対応能力を向上させる必要があることを示している。

さて、自殺既遂ではなく、自殺念慮や自殺企図

を評価対象とした研究であれば、国内にもいくつかの報告がある^{12, 15)}(表1)。筆者らによる専門病院入院患者の調査¹²⁾では、アルコール乱用・依存患者における自殺念慮の経験が55.1%、自殺企図の経験が30.6%であり、薬物乱用・依存患者に至っては自殺念慮が83.3%、自殺企図が55.7%という、非常に高い経験率に達していた。さらに、「自殺したい」「チャンスがあれば自殺するつもりである」といった、現在の切迫した自殺念慮について質問してみると、アルコール乱用・依存患者の9.8%、薬物乱用・依存患者の19.1%がこれを自覚していた。全員が開放病棟に任意入院していたことを考えると、なんとも恐ろしい話である。

なお、この調査では、アルコール乱用・依存患者でも十分に高度な自殺傾向が認められたが、薬物乱用・依存患者の場合ではそれをはるかにしのぐ高度な自殺傾向があることが明らかにされている。薬物乱用・依存患者は、アルコール乱用・依存患者以上に、幼少期の被虐待体験や家族の自殺行動に曝露された経験を持っており、精神障害の併存率も高いことが知られている。しかし現実には、それにもかかわらず、薬物乱用・依存患者は医療関係者から治療を忌避されることが少なくない。民間回復施設入所者の調査から、やはり薬物依存者の高い自殺傾向を明らかにした岡坂ら¹⁵⁾は、「自殺企図を行った薬物依存者の約半数が、自殺企図におよぶ直前に医療機関に受診してなんらかの助けを求めながら、適切な援助を提供されていなかった」という事実を指摘している。自殺予防という観点からは、このような援助者側が陰性感情を克服する必要があるかもしれない。

構造化面接によって物質乱用・依存と自殺関連事象との興味深い関係を明らかにした、川上による地域住民調査⁹⁾(図1)についてもふれておきたい。その報告によれば、過去12カ月の自殺念慮は、うつ病の診断に該当する者で19.4%であったのに対し、物質関連障害では16.7%、また自殺企図の経験は、うつ病8.3%に対し、物質関連障害では16.7%であった。この調査結果で興味深いのは、「自殺の計画を立てた」経験に関してはうつ病該当者と物質関連障害該当者に差はないにもかかわらず、自殺企図の経験は、物質関連障害該当者ではうつ病該当者よりもはるかに高く、しかも、自殺計画の経験者よりも自殺企図の経験者の

表1 物質乱用・依存患者における自殺念慮と自殺企図の経験率に関する国内の研究

	大原 (1971) アルコール	清野 (1971) アルコール	斎藤 (1980) アルコール	松本桂樹 (2000) アルコール	松本俊彦 ¹¹⁾ (2009) アルコール	岡坂ら ¹⁶⁾ (2006) 薬物	松本俊彦 ¹²⁾ (2009) 薬物
被験者数 (人)	85	80	120	81	244	101	92
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	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	民間薬物依存回復施設入所者(男性)	入院薬物依存症患者
対象者 平均年齢 (歳)	46.7	不明	不明	51.5	49.3 ± 11.5	33.7	33.9 ± 8.5
自殺念慮 (%)	28.2	不明	28.3	61.7	55.1 男性 49.4 女性 81.1	55.4	83.3 男性 79.7 女性 90.3
自殺企図 (%)	15.3	3.8	25.8	29.6	30.6 男性 23.3 女性 62.2	49.5	55.7 男性 49.1 女性 67.7

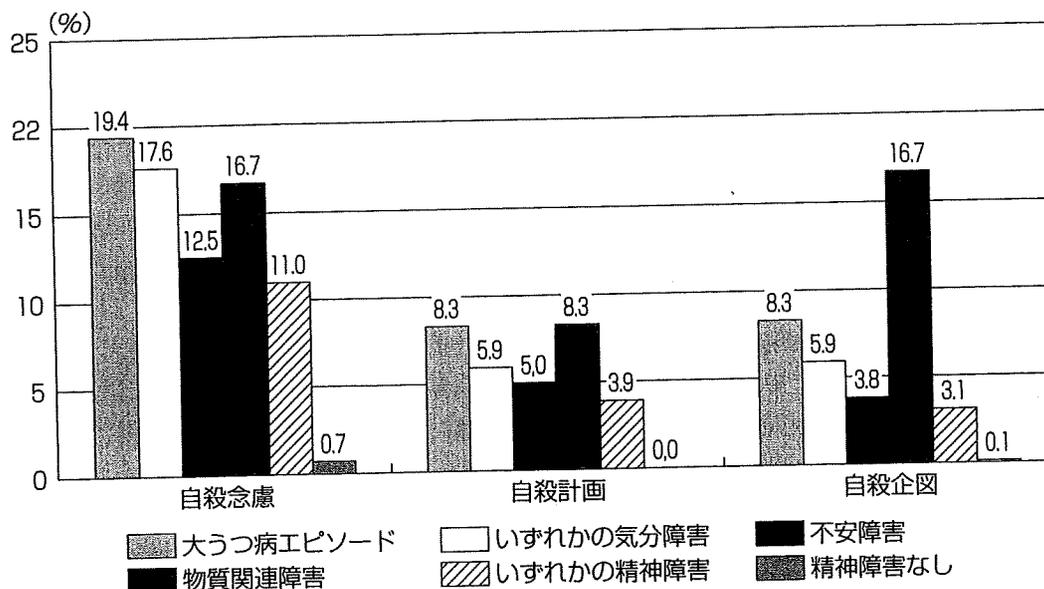


図1 地域住民における過去12カ月間の精神医学的診断(DSM-10)別の自殺関連行動の頻度⁹⁾

ほうが多いという点である。このことは、物質関連障害該当者の少なくない者が具体的な計画性を欠いた自殺企図に及んでいることを示しており、物質関連障害に罹患する者の自殺行動の特徴と言えるかもしれない。

3. なぜ物質乱用・依存は自殺のリスクを高めるのか

物質乱用・依存が自殺のリスクを高めるのは以下の3つの要因が考えられている⁵⁾。第1の要因は、併存する精神障害によるものである。実際、物質乱用・依存患者は気分障害やパーソナリティ障害を併存している者が多く、物質乱用・依存の併存がそうした精神障害の悪化をもたらすことが

知られている。

第2の要因は、2次的な心理社会的状況の悪化である。すなわち、物質乱用・依存の存在が、失職や逮捕・服役、離婚や絶縁といった社会的孤立をもたらすことが少なくなく、乱用・依存者の自殺リスクを高めるわけである。そして最後の要因が乱用物質の直接的影響によるものである。すなわち、アルコールや薬物の薬理作用が衝動性を亢進させ、自殺行動を促進するのである。事実、自殺既遂者の32～37%^{4, 8)}、自殺未遂によって救急医療機関に搬送された患者の40%⁴⁾からアルコールが検出されるという報告がある。先述した川上の調査も「死にたいと思っていたが、死ぬ勇氣はなかった。でも、酔ったら恐怖感がなくなって」といった、計画性のない自殺行動を裏づける結果と言える。

物質使用と自殺

前節では、物質乱用・依存という病的な物質使用様態と自殺との関連について論じたが、本節では、正常範囲内の物質使用と自殺との関連についてふれておきたい。

1. アルコール消費量と自殺

海外には、国内の年間アルコール消費量と自殺死亡率との間における有意な相関を支持する研究が数多く存在している。ロシアでは、ペレストロイカ時代におけるアルコール販売制限と自殺死亡率の減少との有意な正の相関が確認されており²⁰⁾、一方、米国では、最低飲酒年齢の引き上げが若年者の自殺率減少に寄与したことが明らかにされている³⁾。またデンマークでは、アルコール飲料の価格高騰という「自然の実験」により自殺率の低下がみられ¹⁷⁾、ポルトガルでは、個人の年間アルコール消費量が1ℓ増えると男性の自殺死亡率が1.9%上昇したことが報告されている¹⁸⁾。

このように、国内アルコール消費量と自殺死亡率との正の相関を支持する研究は枚挙にいとまがないが、その関連は必ずしも単純ではなく、それぞれの国における飲酒文化や年代・性別との関係を考慮する必要がある。たとえば、欧州14カ国を対象とした調査によれば、アルコール消費量の多い欧州南部ではアルコール消費量と自殺死亡率の間に相関は認められず、消費量の少ない欧州北

部でのみ有意な正の相関が見られる¹⁶⁾。また、日常的な飲酒自体が困難なほど経済的に困窮しているために国内アルコール消費量が極端な少ない国では、アルコール消費量と自殺死亡率とはむしろ負の相関を示すという指摘もある。さらにフィンランドでは、15～49歳の年齢層ではアルコール消費量と自殺率との間に正の相関が認められたが、50歳以上の年代では相関が認められなかったことが報告されている¹¹⁾。

わが国には、男性の地域住民のアルコール消費量と自殺死亡率に関して2つのコホート調査がある。その1つである全国11の保健所、国立がんセンター、国立循環器センターなどの共同疫学研究¹⁾では、日本人のアルコール消費量と自殺死亡率との興味深い関連を示唆している。アルコールを「飲まない」者は、「ときどき飲む」という者よりも自殺のリスクが高いが、日本酒換算にして1日約2.5合以上飲む（1週間で18合）」という者では自殺のリスクが高いという。すなわち、わが国ではアルコール消費量と自殺死亡との関係は、虚血性心疾患などと同様、「U字型」の相関関係を持っているということになる。一方、宮城県で実施されたもう1つのコホート調査¹⁴⁾では、飲酒量の増加に伴って自殺死亡率が高くなるという正の相関がみられたという。

この2つの研究から示唆されるのは、アルコール乱用・依存の診断に該当するか否かに関係なく、多量に飲酒すること自体が自殺の危険因子となり得る、ということである。アルコールは日本人の生活のなかに深く浸透している精神作用物質であり、日本は飲酒に寛容な国である。しかし、自殺予防という観点からみれば、乱用・依存の水準に達しない正常範囲内の飲酒についても、一定の注意を払う必要がある。

2. 薬物使用と自殺

わが国では、依存性薬物の多くが法令によって規制されており、薬物の使用自体が犯罪を構成することとなる。その意味では、「正常範囲内の薬物使用」という表現は適切ではないが、ここでは医療機関から処方された向精神薬の問題を取り上げたい。

現在筆者らが実施している心理学的剖検研究では、調査対象となった自殺既遂者の46%が精神

科治療中であったことがわかっている。この数値の妥当性については慎重に検討する必要があるが、東京都福祉保健局が実施した自死遺族からの聞き取り調査¹⁹⁾でも、自殺既遂者の52%が死亡2週間前に精神科・心療内科に相談していたと報告されていることを付言しておきたい。

ともあれ、われわれの調査では、こうした精神科治療中の自殺既遂者の特徴として、縊首や飛び降りといった最期の致死的行動に際して、処方された向精神薬を過量摂取していた者が多いことが明らかにされている。このことは、この一群の自殺既遂者が、過量摂取された向精神薬がもたらす酩酊状態に後押しされて、周到な計画性のない自殺行動に至った可能性が否定できないことを示している。

今日、精神科診療は限られた時間のなかでどうしても薬物療法に偏った治療とならざるを得ない状況にあるが、はたしてこうした短い診療のなかで十分な自殺のリスクアセスメントがなされているのかどうか、改めて考え直す必要があるのかもしれない。実際、筆者は救急医療関係者から、「この10年間、確実に精神科医が増えているはずなのに、自殺者が減らない代わりに過量服薬で自殺未遂して救命救急センターに搬送される患者ばかりが増えている」という辛らつな、しかし反論の余地のない皮肉を言われることがある。向精神薬の過量摂取に対してなんらかの対策をとらなければ、今後「精神科医は向精神薬を処方することで自殺をほう助している」「精神科受診自体が自殺の危険因子ではないか」などといった不当なそしりを受けないともかぎらない。

自殺対策のなかで物質乱用・依存問題にどう向き合うべきか

わが国では長らく「うつ病偏重」の自殺対策が続いていたが、2008年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱の一部改正（「自殺対策加速化プラン」）において、ようやくそこからの脱却の契機が訪れた。すなわち、自殺ハイリスク者対策の1つとして「アルコール・薬物依存症対策」が明記されるに至ったのである。しかしながら、現時点ではまだ自殺予防の文脈のなかでアルコール・薬物依存症への具体的対策は示されていない状況にある。

そこで本節では、今後の自殺対策のなかでどのように物質乱用・依存の問題を取り上げるのかについて、現在筆者が考えていることを提示しておきたい。

1. 地域住民への啓発

筆者は、うつと自殺に関する啓発はすでに十分に浸透しているという実感を持っている。かつてに比べれば、精神科受診に対する心理的抵抗感が著しく減少し、精神科通院患者も激増していると言ってよい。それに比べると、アルコールと自殺との関連についての啓発は地域住民にはほとんど浸透していない状況である。飲酒運転とアルコール依存に関する啓発と同様、自殺に関する啓発も進めていく必要がある。

また、全日本断酒連盟と協力して行った断酒会員を対象とした調査では、断酒会員の多くが自殺を考えた時期があったが、断酒会参加後にはこうした考えを抱かなくなったことが明らかにされている。その意味では、断酒会を始めとする自助グループが自殺予防に資する団体であることも、併せて広く社会に知られるべきであろう。

なお、筆者が所属する自殺予防総合対策センターが作成したパンフレット『中高年の自殺予防に取り組む人のための10箇条』のなかでは、「7. アルコールは自殺を引き寄せます」としてこの問題にふれている。また、同センターでは、地域住民を対象とした、アルコール関連問題とうつ・自殺との啓発資材として『のめば、のまれる』というパンフレットも作成している。こうした啓発資材を活用していただければと考えている（詳しくは、自殺予防総合対策センターホームページ『いきる』<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>を参照のこと）。

2. 精神科医療従事者の対応能力向上

1) 医師の卒前・卒後教育における知識・理解の向上

現状では、医師の養成機関である大学医学部における物質乱用・依存に関する教育が不十分である。また、精神科医のトレーニングのなかでもこの領域は軽視された状況にあり、精神科医の多くが中毒性精神病の臨床経験を持っているものの、より本質的な問題である物質乱用・依存について

は診断能力・対応能力ともに不足していることが少なくない。このような知識・理解の不足が、物質乱用・依存患者に対する漠然とした苦手意識や忌避的感情の原因になっている可能性がある。

2) 「底つき」理論からの脱却

筆者が厚生労働科学研究『薬物・アルコール依存者の自殺の実態とその予防に関する研究』の一環として開催した会議では、複数の専門家から、「援助者による『底つき』理論の乱用によって自殺している患者が少なくない」という指摘がなされている。

わが国では、長い間、物質乱用・依存の援助に当たっては、「依存からの回復には、本人が底つき体験をして主体的な治療意欲を持つことが重要であり、本人が底つき感を体験するためには、中途半端な援助をして尻ぬぐいしないことが大切」と信じられてきた。ときにこの理屈が、援助者が物質乱用・依存者に関わらないことの免罪符とされる事態も皆無とは言えなかった。海外では、どのような段階の物質乱用・依存者にも介入は可能であるという認識が広まり、すでにこの「底つき」理論は否定されていることを強調しておきたい。

そもそも、「底つき」の時点であらゆるものを失った乱用・依存者の脳裏には、もはや自殺しか思い浮かばず、断酒・断薬の意欲など、とうてい持てないのではなからうか。その意味では、多くを失う前にいかにして本人に主観的な「底つき感」を体験させるか、という「底上げ」の技法について多くの議論が費やされるべきであるし、動機づけ面接のような技法が積極的に導入される必要もあろう。

3) 治療オプションの拡充

わが国には物質乱用・依存治療のための支援資源がきわめて少ない。少数の専門病院のほかには、断酒会、AA (Alcoholics Anonymous)、NA (Narcotics Anonymous)、DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) といった当事者による自助的な支援しかない状況である。このような状況のなかで、もしも患者がこうした既存の支援資源による治療を拒んだ場合には、援助者は「否認が強い」「底つきが足りない」と判断してしまう事

態も少なくない。しかし、これは援助側の屁理屈でしかない。現在、筆者らはワークブックとマニュアルに基づいた物質依存に対する認知行動療法を開発しているが、このような既存の治療法とは別の治療オプションが増えることで、支援につながる患者も少なくないと考えている。

4) 重複障害やトラウマへの対応

先述した厚生労働科学研究の会議では、自殺した物質乱用・依存患者の多くが他の精神障害が併存する重複障害に罹患していたことも指摘されていた。こうした重複障害患者は、一般精神科医療からは「物質の問題があるから対応できない」として、そして、依存専門病棟からは「治療プログラムに乗れないから適応ではない」として治療を断られ、支援の谷間にこぼれ落ちてしまう場合がある。ことに薬物乱用・依存患者の場合には、こうした重複障害患者が民間回復施設に丸投げされた結果、施設内での自殺を招いている事例がある。重複障害は医療が責任を持って対応すべき問題であり、その意味でも重複障害に特化した治療プログラムの開発が喫緊の課題である。

また、物質乱用・依存患者のなかにはさまざまな外傷体験を持っている者が少なくなく、それが物質使用を促進している場合がある。このような場合、単に断酒・断薬するだけでは生活機能は改善しないばかりか、断酒・断薬したことで自殺のリスクが高まる場合もある。断酒会員の調査では、現在における良好な精神的健康に関連する要因として、断酒機関の長さや断酒会例会への継続的参加にくわえて、「親がアルコール問題を持っていないこと (=いわゆる「アダルト・チルドレン」でないこと)」が関係していた。このことは、単に断酒・断薬を続けるだけでは解決しない心的外傷の問題が存在し、断酒・断薬中の依存者に対する心理社会的アフターケアも重要な精神保健の課題であることを示す結果と言えるであろう。

おわりに

以上、本稿では、アルコール・薬物の乱用・依存と自殺との関連について概説し、その知見に基づいて、今後わが国の自殺対策の文脈のなかで何が課題となるのかについて、筆者の私見を提示させていただいた。

あえて口幅ったいことを言わせていただければ、わが国の精神科医療は援助者が手を付けやすいところを中心に発展してきた印象が否めない。それは、たとえば一般精神科医療においては統合失調症であり、自殺対策においてはうつ病という、医学的モデルにはまりやすく、医療者が共感しやすい病態ということである。その一方で、医療者として陰性感情や忌避感情を惹起される領域については、精神科医療の苦手分野として放置されてきた。そして、そのような分野の1つとして物質乱用・依存がある。

自殺予防のためには、援助者が自らの苦手分野を克服する必要がある、というのが筆者の考えである。そのためには、精神保健的領域の自殺対策もまたそれ自身が「総合的なもの」となり、精神保健的支援全体の底上げがなされなければならない。筆者はそのように信じている。

文 献

- 1) Akechi I, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al : Alcohol consumption and suicide among middle aged men in Japan. *Br J Psychiatry* 188 : 231 - 236, 2006.
- 2) Anderson P : Excess mortality associated with alcohol consumption. *BMJ* 297 (6652) : 824 - 826, 1988.
- 3) Birckmayer J, Hemenway D : Minimum - age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am J Public Health* 89 : 1365 - 1368, 1999.
- 4) Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcoxa HC : Acute alcohol use and suicidal behavior : A review of literature. *Alcohol Clin Exp Res* 28 (5 Suppl) : 18S - 28S, 2004.
- 5) De Leo D, Evans R : Chapter 10 : The impact of substance abuse policies on suicide mortality, (De Leo D, Evans R : *International Suicide Rates and Prevention Strategies*), pp.101 - 112, Hogrefe & Huber, Cambridge, 2004.
- 6) Dumais A, Lesage AD, Alda M, et al : Risk factors for suicide completion in major depression : a case - control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry* 162 : 2116 - 2124, 2005.
- 7) Harris EC, Barraclough B : Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170 : 205 - 228, 1997.
- 8) 伊藤敦子, 伊藤順通 : 外因死ならびに災害死の社会病理学的検索 (4) 飲酒の関与度. *東邦医学会誌* 35 : 194 - 199, 1988.
- 9) 川上憲人 : わが国における自殺の現状と課題. *保健医療科学* 52 : 254 - 260, 2003.
- 10) Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET, et al : Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 49 (Suppl 1) : S111 - 116, 1995.
- 11) Makela P : Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction* 91 : 101 - 112, 1996.
- 12) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, 他 : 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. *精神医学* 51 : 109 - 117, 2009.
- 13) Murphy GE, Wetzel RD : The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 47 : 383 - 392, 1990.
- 14) Nakaya N, Kikuchi N, Shimizu T, et al : Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men the Osaki Study. *Alcohol* 41 : 503 - 510, 2007.
- 15) 岡坂昌子, 森田展彰, 中谷陽二 : 薬物依存者の自殺企図に関する研究 - 自殺企図の実態とリスクファクターの検討 -. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 41 : 39 - 58, 2006.
- 16) Ramstedt M : Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 96 (Suppl 1) : S59 - S75, 2001.
- 17) Skog OJ : Alcohol and suicide in Denmark 1911-1924 - experiences from a 'natural experiment'. *Addiction* 88 : 1189 - 1193, 1993.
- 18) Skog OJ, Teixeira Z, Barrias J, et al : Alcohol and suicide : the Portuguese experience. *Addiction* 90 : 1053 - 1061, 1995. Waldrop AE, Hanson RF, Resnick HS, et al : Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents : implications for prevention. *J Trauma Stress* 20 : 869 - 879, 2007.
- 19) 東京都福祉保健局編 : 自殺実態調査報告書 - 自死遺族からの聞き取り調査 -. pp.41 - 44, 2009.
- 20) Wasserman D, Värnik A, Eklund G : Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 89 : 306 - 313, 1994.

に考えると奇異な話であるが、しかし現実である。地域保健が支援の対象としているのは、まさにそのような問題であり、その問題を解決するための糸口を探すべく関係者を招集して開催されるのが事例検討会なのだ。その取り組みが「総合的・包括的」な性質を帯びるのは当たり前のことかもしれない。

周知のように、わが国の自殺対策においては「総合的・包括的」が合い言葉となっている。そこには、1998年からの自殺の急増の背景には、借金や生活苦といった経済的問題はもとより、過重労働や介護疲れ、子育て困難といった社会的問題があると考えられており、「精神保健的支援だけでは不十分」といった認識があった。しかし、ここまでの議論から分かるように、このスローガンには若干の違和感を覚える。もしも「精神科医療だけでは不十分」というのであれば理解はできるが、少なくとも「百戦錬磨の地域保健援助者」の手にかかれれば、地域保健は否応なしに「総合的・包括的」な性質を帯びるはずなのだ。

公的機関ゆえの限界

とはいえ、自殺対策を進めていくうえで、地域保健機関にも限界がある。そのなかで最も重要なものは、公的機関である以上、相談業務は原則として平日の日中に限られており、仕事を持つ者が相談窓口にアクセスしにくい体制となっている、ということだ。実際、地域保健機関に来談するのは、通常、女性が圧倒的に多い。周知のように、1998年以降の自殺者数高止まりの中心層として働き盛りの男性が同定されているが、自殺リスクの高い男性にとって、地域保健機関はアクセスしにくい資源である。

もちろん、この不利な条件を克服する方法がないわけではない。まずは、産業保健との連携である。地域に存在する企業の健康管理室のスタッフと定期的な連絡会議を開き、情報交換をするところから始めてもよい。それから、自営業経営者や、従業員50人未満の中小・零細企業に勤務する被雇用者については、市町村の保健センターで

実施する特定検診(通称、「メタボ検診」)の場を活用する方法もあろう。

ただし、公的機関であることの限界はそれだけではない。現在、国や自治体において、自殺対策に関する事業を推進していくことは喫緊の課題となっており、地域自殺対策緊急基金を活用した新規事業を企画し、実践していくことが求められている。しかし、新規事業をするにも人員が増えるわけではなく、何かを新たに開始するために、従来の事業を何か潰さなければならない事情がある。そうした動きのなかで、最近、筆者の耳に入ってくる情報として気になるのが、市町村保健・特別区の保健センターで展開されてきた「酒害相談」「アルコール問題家族教室」事業の中止・廃止だ。それから、自殺対策の研修会を実施するために、精神保健福祉センターにおける「アルコール・薬物問題支援者研修」の事業を取りやめた自治体があるという。

これは完全に本末転倒の事態だ。すでに2008年10月に閣議決定された「自殺対策加速化プラン」のなかで、自殺ハイリスク者対策としてうつ病以外の精神疾患の対策強化が謳われ、そのなかで「アルコール・薬物依存症」に関する対策強化が明記されている。われわれの心理学的剖検調査においても、仕事を持つ中高年男性の自殺の背景には、様々な程度のアルコール問題の影響があることが明らかにされている。

アルコール依存症対策だけに限らない。先に述べたわれわれの調査からは、自殺既遂者では子ども時代に虐待やいじめ、あるいは不登校といったエピソードの存在も、将来における自殺の危険因子となることが明らかにされている。そう考えると、地域保健のなかでこれまで行われてきた母子保健活動、あるいは、児童福祉機関との連携、さらには、養護教諭対象の研修会を通じて進めてきた学校保健との連携も、実はそれ自体が自殺予防に資する事業であると言える可能性があるのだ。筆者自身は、これまで取り組んできたこれらの事業を改めて自殺対策事業という枠組みから捉え直し、事業の継続あるいはさらなる展開をすること

も大切ではないかと考えている。

しかし、責められない事情がある。新規事業でないと予算が付かない、という公的機関ならではの難しさがあるのだ。筆者が危惧しているのは、「自殺対策祭り」のような騒々しいキャンペーンの旗や狼煙^{のろし}が上がるなかで、これまでの地道な地域保健稼働の基礎体力が奪われ、かえって自殺予防とは反対の方向へと進んでしまうことである。こうしたことがないように、地域保健の関係者には慎重な判断をお願いしたいと思う。

地域保健の現状と課題

自殺対策は、大きくプリベンション(事前予防)、インターベンション(危機介入)、ポストベンション(事後対応)に分けて考えられるが、地域保健にはこのそれぞれに関してできることがある。以下に、その現状と課題について私見を述べたい。

1. プリベンション

このうち、地域保健が最も得意としているのが、プリベンションだ。自殺対策におけるプリベンションとは、地域住民に対する啓発を通じての情報提供と偏見の解消、あるいは、自殺の危険因子として重要な、うつ病をはじめとする精神疾患のスクリーニングを通じての早期発見、早期介入である。すでに多くの自治体で、精神保健福祉センターを中心に、意匠を凝らした啓発資材が多数作成されている。

地域保健による自殺対策の問題点は、ややもするとこればかりに特化してしまいがちな点にある。あえて苦言を呈させていただくと、啓発・予防には、自殺リスクの高い当事者と直接に会わなくともできるという意味でのたやすさがあり、予算執行も楽だ。とはいえ、相談窓口の連絡先を一面に印刷したクリアファイルをはじめとした様々な文房具品くらいならばまだしも、スローガンを印刷したTシャツやウィンドブレーカーを身につけた保健所や県庁の職員の喜々とした姿を見ると、何ともやるせない気持ちになるのは筆者だけであろうか？

2. インターベンション

現在までのところ、自殺対策の3つの領域のなかで地域保健が最も躊躇しているのがインターベンション、すなわち、自殺念慮者・自殺未遂者支援だ。このうち念慮者に対しては各地で相談窓口が整備されつつあるが、未遂者支援となるとことは簡単には進まないようである。過去の自殺未遂歴は、うつ病やアルコール依存症といった精神疾患への罹患以上にオッズ比の高い自殺の危険因子であり、特に自殺未遂後1年間は自殺既遂の危険がきわめて高い時期と言われている。それだけに、この問題へ取り組むことは、かなり直接的な自殺予防効果が期待できるはずだ。

もともと、未遂者の支援と言うと、どうしても救急医療と精神科医療機関との連携が重要であって、地域保健が関与できる余地がないような思いに駆られるかもしれない。しかし、地域保健のストレングスは訪問というアウトリーチができる点にあったはずだ。自殺を考える者は、精神科を紹介してもなかなか受診せず、受診しても通院治療を継続しない場合も少なくない。そこで、救急医療機関を退院した未遂者を地域保健の立場からフォローし、精神科治療の継続をモニタリングするとともに、生活上の様々な困難について相談に乗っていくことは意義ある試みだ。自殺未遂者全例を対象とした場合にはあまりにも職員が手薄すぎるが、頻回自殺企図者に限定すれば、実施できる可能性は残されている。

なかには、「たとえ支援対象者を絞ってもそのような直接サービスをする余裕などない」という意見もあろう。ならば、救急医療機関に挨拶回りをして、精神保健福祉センターが作成している精神保健に関する様々な啓発資材を各医療機関の待合室や医療相談室に置いてもらうのをお願いするのはどうであろうか？ もしも自殺未遂者が精神科治療を受けたことがない方であれば、救急医療機関で家族がうつ病や統合失調症、アルコール依存症などに関するリーフレットを手にすることが、精神科治療の契機となったり、家族が精神疾患について学ぶ機会となったりするかもしれない。

こうした活動のメリットは、リーフレットを置いてもらうべく、地域保健の援助者が医療機関を回るなかで、顔と顔とのつながりができ、新たな連携の可能性が開けてくることだ。救急医療機関に従事する者—とりわけ医師や看護師—は、意外なほど保健所や精神保健福祉センターが何をしてくれる場所なのか知らない。その意味で広報活動はきわめて重要と言えよう。

3. ポストベンション

自殺対策における地域保健の新たな役割としてここ数年で急速に定着し始めたのが、ポストベンションだ。自殺対策におけるポストベンションにあたるものは自死遺族支援であるが、多くの自治体が体制を整えている。精神保健福祉センターや保健所が中心となって「遺族の集い」を立ち上げたり、遺族相談の窓口を開設したりしている。その際、民間団体や検案医師と連携し、地域への広がりを持った事業を展開している自治体も少なくない。

ある意味で、遺族支援においてこそ総合的な対策が求められると言える。大切な家族を失った遺族がまず必要とするのは、心理的なケアとは限らない。まず各種の法的手続きが必要であり、故人が家族の経済的支柱であった場合には、経済的支援が必要となることが少なくない。

なかには、精神保健的支援を必要とする遺族もいるが、そのすべてが、狭義の精神科医療の適応となるわけではない。また、重篤なうつ状態のために精神科治療を受けている場合でも、遺族の心理的ケアは医療モデルに適合しにくい性質がある。というのも、医学的治療の目標がどうしても「症状の改善」に置かれがちであるのに対して、遺族自身のニーズは「故人の話をもっと聞いてほしい」という点にあり、精神科治療だけでは不十分なことが少なくないからだ。また、医師が「早く症状を除去すること」に躍起となりがちであるのに対し、遺族は故人の自殺の原因について自責するあまり「楽になってはいけない、苦しみのなかにとどまらねばならない」と、治療に抵抗することもある。

こうした点を考慮すれば、自死遺族の精神保健的支援をする場として、地域保健は有用な場と言えるはずだ。ここ数年のうちに、地域保健の現場は年々役所的な事務業務に忙殺される状況へと変化しているが、その意味では、自死遺族支援は数少ない、「生の臨床」とじかに向き合う貴重な機会と言えるかもしれない。

なお、インターベンションの項で提案した、救急医療機関に精神保健に関する啓発資材を置いてもらうという試みにあたっては、ぜひ併せて自死遺族向けのリーフレットも置くように依頼してほしい。救急医療機関には、搬送されたものの、不幸にして死亡に至る事例もあり、待合室には悲しみに暮れる遺族がいる。そのリーフレットを手にしたからと言ってすぐに相談に来るとは限らないが、何かの役には立つであろう。これと同じ発想であるが、遺族向けのリーフレットは、市町村役場の戸籍係など、死亡届を提出する窓口にも置くことも必要であると思う。こうした情報提供も立派な遺族支援だ。

おわりに

以上、思いつくままに、自殺問題という切り口から地域保健への期待と課題について述べ、さらにいくつかの提案をさせていただいた。ただし、ここに記した提案は、ほんの一部に過ぎず、他にもできることは山ほどある。大切なのは、クリエイティブな発想から、様々な事業を考えていただきたい、ということである。

自殺予防は、単に精神科医療が奮闘するだけではどうにもならないし、債務処理をプロである司法書士や雇用問題を扱うハローワークが単独で張り切ってもダメだ。人は、病気の症状だけで、あるいは、経済苦・生活苦だけでは自殺せず、こうした問題が複数積み重なったときに自殺を企てる。したがって、必然的に性質の異なる領域間の援助者の隙間を埋めて、それぞれの連携と潤滑を支援し統括する機関が必要である。地域保健機関には、そのような能力が潜在しているはずだ。

原著論文

死亡前に精神科治療を受けていた
自殺既遂者の心理社会的特徴：
心理学的剖検による調査

廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 赤澤正人,
高橋祥友, 川上憲人, 渡邊直樹, 平山正実, 竹島 正

■原著論文

死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴： 心理学的剖検による調査

廣川聖子¹⁾, 松本俊彦^{1,2)}, 勝又陽太郎¹⁾, 木谷雅彦¹⁾, 赤澤正人¹⁾,
高橋祥友³⁾, 川上憲人⁴⁾, 渡邊直樹⁵⁾, 平山正実⁶⁾, 竹島 正^{1,2)}

抄録：

心理学的剖検調査による自殺既遂事例から、死亡前1年以内に精神科受診行動がみられた一群の臨床的特徴を検討した。

死亡前に精神科受診をしていた者では、若年群（39歳以下）が60%を占め非受診群に比べ死亡時の年齢が優位に低く、また半数の者が自殺時に治療目的で処方された向精神薬を過量摂取していた。さらに、統合失調症に罹患していたと推測される者の割合が20%と非受診群に比べ有意に高いことが明らかにされた。

これらの結果から、比較的高齢の成人に対する自殺対策では従来からの精神科受診を促進する施策を進めていく一方で、若年成人に対しては、統合失調症に罹患した者への対策、ならびに精神科治療薬の過量服薬を防止するための対策を講じる必要性があると考えられた。

日社精医誌 18 : 341-351, 2010

索引用語：自殺, 心理学的剖検, 統合失調症, 過量服薬
suicide, psychological autopsy, schizophrenia, overdose

英文タイトル：Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers who consulted a psychiatrist prior to death: A psychological autopsy study.

受付日：2009年9月30日受付 受理日：2009年11月17日受理

著者連絡先：廣川聖子（国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部）

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

TEL : 042-341-2711 FAX : 042-346-1950

E-mail: hirokawa-s@ncnp.go.jp

Corresponding author: Hirokawa Seiko

Department of Mental Health Administration,

National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry,

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

¹⁾ 国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部

Toshihiko Matsumoto, Yotaro Katsumata, Masahiko Kitani, Masato Akazawa, Tadashi Takeshima: Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

²⁾ 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

Toshihiko Matsumoto, Tadashi Takeshima: Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

³⁾ 防衛医科大学校防衛医学研究センター行動科学研究部門

Yoshitomo Takahashi: Division of Behavioral Sciences, National Defense Medical College Research Institute, Tokorozawa, Japan

⁴⁾ 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

Norito Kawakami: Department of Mental health, Graduate school of Medicine, The University of Tokyo, Bunkyo-ku, Japan

⁵⁾ 関西国際大学人間科学部人間心理学科

Naoki Watanabe: Faculty of Human Science, Kansai University of International Studies, Hyogo, Japan

⁶⁾ 聖学院大学総合研究所

Masami Hirayama: General Research Institute, Seigakuin University, Ageo, Japan

1. はじめに

わが国の自殺者数は、1998年に3万人を超えて以降、11年に渡りその水準で推移している。こうした自殺の急増の背景には借金や生活苦といった経済・生活問題が関係しているといわれているが、しかしそれでもなお、自殺の原因・動機として最も大きな割合を占めているのは、精神障害をはじめとする健康問題である。事実、これまでに多くの先行研究にて、自殺者の90%以上が自殺直前に何らかの精神障害に罹患した状態にありながらも、その多くが精神科治療を受けていなかったことが報告されている^{4,7,23)}。このような認識に基づいて、自殺リスクの高い者をいかにして精神科治療につながかが自殺対策における重要な課題とされ、最近でもプライマリケア医からの精神科医への患者紹介に診療報酬加算(精神科医療連携加算)がなされるといったような施策も開始されている。

しかしその一方で、精神科治療につながっているながらも、自殺既遂に至ってしまった事例も存在する。実際、治療経過中における担当患者の自殺を経験したことがある精神科医療従事者は少なくない。このように、精神科治療を受けながらも自殺既遂に至った者の臨床的特徴と問題の焦点を明らかにすることは、精神科治療の質を向上させ、ひいては今後の自殺対策をいっそう推進させることに資するはずであるが、我々の知るかぎり、このような観点から行われた自殺既遂者の研究は存在しない。

そこで本研究では、心理学的剖検の手法を用いて死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の臨床的特徴を明らかにし、自殺既遂者の臨床的類型を検討した。よって、ここにその結果を報告するとともに、わが国における自殺予防対策の課題について若干の考察を行いたい。

2. 対象と方法

1. 「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」について

本研究の方法を説明する前に、本研究の母体に

あたる、心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」²⁶⁾(以下、基礎調査)の概要を説明しておきたい。

1) 対象

この調査は、全国64都道府県・政令指定都市のうち、我々の調査協力の依頼に応じてくれた53カ所の自治体において、2007年12月より実施されている。対象となる自殺事例は、各協力自治体において、①2008年1月1日～2010年3月に地域住民から発生した自殺のうち、②死亡時年齢が20歳以上の自殺既遂による死亡者であり、③死亡後、各地域の精神保健福祉センターにおける個別の遺族相談や遺族のつどいなどで遺族と接触のあった自殺者を対象候補者としている。その上で、遺族の精神状態が調査に耐えうる状況にあり、かつ調査協力に同意を得られた自殺既遂による死亡者を、最終的な対象としている。

2) 方法

基礎調査では、対象者の遺族に対し、独自に作成された面接票²⁶⁾に準拠した半構造化面接を行う。面接は、原則として精神科医と保健師などから構成される2名の調査員によって行われる。調査員2名のうちの1名は必ず研究班の行った3日間の調査員トレーニング(遺族ケア、調査の内容、模擬面接)を修了した者とし、もう1名は調査員トレーニングのうち、遺族ケアの研修内容を学習していることを必須としている。なお、情報収集源となる遺族の条件としては、死亡直前まで対象と同居もしくはそれに準ずる緊密な接触があった者1名とし、優先順位は配偶者、父母、子の順となっている。

調査は国立精神・神経センター倫理委員会の承認を得て実施されており、調査の実施にあたっては、その都度、各地域の精神保健福祉センターにおいて継続的な遺族ケアを提供できる体制があることを確認するように努めている。

3) 面接票の調査変数と面接手続き

基礎調査で用いた面接票は、海外の心理学的剖検研究のレビューとわが国での心理学的剖検パイロットスタディ¹⁶⁾に基づいて作成されたものであり、生活出来事、特定の生活歴、死亡の状況、

仕事の状況、経済的問題、生活の質、身体的健康、心の健康問題に関する質問から構成されている。また各事例の精神医学的診断については、調査員を務めた精神科医が、遺族からの聞き取りによって得られたすべての情報を用いてDSM-IV¹⁾に準拠した臨床診断を行うものとしている。

2. 本研究における方法

1) 対象

上述の基礎調査において、2009年4月末時点で調査票の回収があった43事例を本研究の対象とし、そのうち、特に「死亡前1年間に精神科もしくは心療内科の受診歴があった者」に着目して分析を行った。なお、死亡前1年間に精神科もしくは心療内科への受診行動が認められた者を「精神科受診群」、それ以外の者を「精神科非受診群」と分類した。精神科受診群の抽出条件は、基礎調査面接票の「H.心の健康問題に対する援助希求」セクションにおいて、「最期の1年間にストレスや心の健康問題にて医師または他の専門家に相談したり治療を受けたことがある」に該当する者のうち、相談先が「精神科・心療内科」であった者、ならびに、「X.身体的健康」セクションにおいて、「最期の1年間にいずれかの医療機関を受診したことがある」に該当する者のうち、受診科が「精神科・心療内科」であった者とした。

参考までに、43事例が死亡時に居住していた地域ブロックの内訳は、中部・近畿地域が17名(39.5%)、次いで関東甲信越地域が13名(30.2%)、北海道・東北地域が8名(18.6%)、中国・四国地域が3名(7.0%)、九州・沖縄地域が2名(4.7%)であり、本研究の対象の中で多くの割合を占めていたのは、首都圏を含む関東甲信越・中部近畿の比較的都市部であった。

2) 分析方法

基礎調査において収集された自殺既遂事例に関する情報について、精神科受診群と精神科非受診群の2群間で比較を行った。比較に用いた変数としては、高橋によって指摘されている²⁵⁾自殺の危険因子(自殺未遂歴、精神疾患の既往、サポートの不足、性別、年齢、喪失体験、自殺の家族歴、

児童虐待)の他に、1998年以降の自殺急増に関与しているとされる様々な社会的要因を反映する項目(借金などの生活・経済問題、リストラ・失業・転職といった雇用問題)を基礎調査の情報から抽出した。

具体的には、①人口動態的変数(性別、年齢、年齢階級、職業)、②一般医学的問題(死亡1年前の重症の身体疾患、死亡1カ月前の身体の不調、死亡1年前の一般診療科受診歴、自殺の状況、自殺関連行動の既往ならびにその家族歴)、③社会的背景(家族構成、幼少期における被虐待経験や親との離別体験、死亡1年前の離婚経験、死亡1年前の転職・失職・休職歴、死亡時点の返済困難な借金)、および④DSM-IVに基づく精神医学的診断である。

なお、精神科受診群については、「心の健康問題に対する援助希求」のセクションから得られた精神科治療の受療状況(最終受診時期、精神科通院期間、薬物療法の状況、入院治療の有無)に関する情報を整理し、分析を行った。

統計学的解析にあたっては、SPSS Ver.17.0J for Windowsを用い、2群間における比率の比較にはFisherの直接法を、連続量の比較にはStudentのt検定を用い、いずれの場合も両側検定で5%未満の水準を有意とした。

3. 結果

1. 死亡1年前の精神科受療行動の有無による心理社会的特徴(表1)

1) 人口動態的変数

対象者43事例のうち、死亡前1年間に精神科もしくは心療内科の受診歴があった者(精神科受診群)は20名(46.5%:男性17名、女性3名)で、非受診者(非受診群)は23名(53.5%:男性22名、女性1名)であった。

精神科受診群の平均年齢は39.3歳(SD=13.1)で、非受診群の平均年齢51.0歳(SD=16.5)と比べて有意に若年であった。便宜上、各群における対象者を若年群(39歳以下)、中年群(40-59歳)、高齢群(60歳以上)という3つの年代別に分類してみ