

市倉加奈子 奥村泰之 松岡志帆 他	植込み型除細動器 (ICD) 患者の抑うつ 及び不安に対する精神科的支援の現状と 展望	臨床精神医学	38	1359-1372	2009
Nakagawa M Yamada T Yamada S et al	A follow-up study of suicide attempters who were given crisis intervention during hospital stay	Psychiatry Clin Neurosci	63	122-123	2009
Suda A Kawanishi C Kishida I et al	Dopamine D2 receptor gene polymorphisms are associated with suicide attempt in the Japanese population	Neuropsychobiol	59	130-134	2009
Nakagawa M Kawanishi C Yamada T et al	Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review	BMC Psychiatry	9	32	2009
Hirayasu Y Kawanishi C Yonemoto N et al	A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J)	BMC Public Mental Health	9	364	2009
平野みぎわ 山田素朋子 山田朋樹 他	精神保健福祉士と自殺予防：救命センタ ーにおける自殺企図者へのかかわり	神奈川精神誌	58	39-42	2009
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
安藤俊太郎 松本俊彦 重家里映	気分障害患者とパーソナリティ障害患者 における過量服薬の臨床的相違	精神医学	51	749-759	2009
松本俊彦	「自殺予防」という切り口からアディク ションを見直そう. 話題の焦点 シリーズ 第2弾 うつ病偏重の自殺対策では自殺 は防げない!	季刊ビィ Be!	95	42-48	2009
松本俊彦	自殺対策の視点 第7回 ハイリスクな人 たちへの支援	公衆衛生情報	2009年4 月・5月合 併号	60-63	2009
松本俊彦 竹島正	アルコールと自殺	精神神経学雑誌	111 (7)	829-836	2009
松本俊彦	〈シンポジウム4 自傷行為と攻撃性〉自 傷行為への対応	児童青年精神医学 とその近接領域	50 (4)	409-428	2009
松本俊彦	自傷行為と衝動——「切ること」と「キ れること」	こころの科学	148	80-84	2009
峯山智佳 野田光彦	うつと慢性疾患併存時の対応 糖尿病と うつ	Medicament News	1997	9-11	2009
佐伯俊成 他	精神的側面からみた膵・胆道癌緩和医療	胆と膵	31	55-59	2010
佐伯俊成	高齢者における睡眠薬の使い方	ねむりと医療	2	77-80	2009
佐伯俊成 他	高齢者のうつ病と身体疾患	老年医学	47	1449-1452	2009
佐伯俊成	うつ病が身体疾患の発症・経過・予後に 及ぼす影響	PROGRESS IN MEDICINE	29	2353-2355	2009
佐伯俊成 他	広島大学病院総合診療科における心のケ ア	心療内科	13	450-454	2009
佐伯俊成 高石美樹 他	医師は患者の心の痛みはどう対応すべき か	臨床腫瘍プラクテ イス	5	113-116	2009
佐伯俊成 他	せん妄	治療増刊号	91(4)	1267-1271	2009
佐伯俊成 他	不眠	緩和医療学	11	167-169	2009
Otsuka Y Yokoyama H Nonogi H	A Novel Mobile Telemedicine System for Real-time Transmission of Out-of-hospital ECG Data for ST-elevation Myocardial Infarction	Catheter Cardiovasc Interv	74(6)	867-872	2009
Naganuma M Toyoda K Nonogi H et al	Early hospital arrival improves outcome at discharge in ischemic, but not hemorrhagic, stroke	Cerebrovascular Disease	28(1)	33-38	2009

Nishiyama C Iwami T Kawamura T et al	Effectiveness of simplified chest compression-only CPR training program with or without preparatory self-learning video: a randomized controlled trial	Resuscitation	80(10)	1164-1168	2009
Yasuda S Sawano H Hazui H et al	High Rates of Survival to Hospital Admission in Patients with Shock-Resistant Out-of-Hospital Cardiac Arrest Treated with Nifekalant Hydrochloride: Report from J-PULSE Multicenter Registry	Cir J	in press		
安田聡 澤野宏隆 菅井寛 他	電氣的除細動抵抗性院外心停止例に対する III 群静注薬ニフェカランツの効果・安全性に関する多施設共同レジストリ研究 (J-PULSE II)	心電図	29(1)	44-49	2009
横山広行 野々木宏 友池仁暢	循環器診療におけるリスクマネージメント「循環器診療におけるリスクマネージメントとしての院内心停止への対策」	循環器専門医	17(2)	290-294	2009
横山広行 大塚頼隆 野々木宏	急性心筋梗塞と脳卒中に対する急性期診療体制の構築に関する研；循環器救急医療体制におけるモバイル・テレメディシンの現状	日本遠隔医療学会雑誌	5	143-144	2009
Takahashi T Harada M Yokoyama H et al	Usefulness of Mobile Telemedicine System in Real-Time Transmission of Out-of-Hospital 12-Lead ECGs and Live-Images of Patients on Moving Ambulance	Jpn J Telemedicine & Telecare	5(2)	151-154	2009
Takahashi T Harada M Yokoyama H et al	Usefulness of Varying ST changes in Transmitted 12-Lead Electrocardiogram from a Moving Ambulance with the Mobile Telemedicine System in a Patient with Acute Myocardial Infarction	Jpn J Telemedicine & Telecare	5(2)	184-185	2009
横山広行	血管疾患診療ガイドライン—血管疾患診療の際に知っておくべき基礎知識—ルリッシュ (Leriche) 症候群	Vascular Lab	6	98-101	2009
横山広行 野々木宏	「医療安全対策としての院内急変時対応システム」院内心停止登録の意義；登録方法と米国 NRCPR との比較検討	医療安全	19	26-29	2009
横山広行	「急性冠症候群治療の最前線を知る」；わが国における急性心筋梗塞症の発症登録の現状	Heart View	13 (11)	1250-1255	2009
横山広行	プレホスピタル・救急外来から入院までのチーム医療	救急・集中治療	22		2010
Kohro T Yamazaki T	Cardiovascular clinical trials in Japan and controversies regarding prospective randomized open-label blinded end-point design	Hypertens Res	32	109-114	2009
Kohro T Yamazaki T	Eicosapentaenoic acid (EPA) in reducing secondary cardiovascular events in hypercholesterolemic Japanese patients	Circ J	73	1197-1198	2009
武井優子 尾形明子 小澤美和 他	小児がん患者が退院後に抱える心理社会的問題に関する研究の現状と課題	小児がん	印刷中		



自殺のハイリスク者の実態解明及び自殺予防に関する研究  
 (H21-こころ一般-007)  
 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
Kawanishi C Kaneko Y	Suicide prevention in Japan	Wasserman D Wasserman C	Text Book of Suicidology	Oxford University Press	London	2009	771-772
河西千秋			自殺予防学	新潮社	東京	2009	
杉山直也 河西千秋 井出広幸 他			プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理	南山堂	東京	2009	
河西千秋 須田顕	自殺行動の精神生物学的研究	高橋祥友 竹島正	自殺予防の実際	永井書店	東京	2009	284-292
竹島正 松本俊彦	コミュニティメンタルヘルスと自殺予防	高橋祥友 竹島正	自殺予防の実際	永井書店	東京	2009	88-95
松本俊彦	自傷と自殺のアセスメントとマネジメント	高橋祥友 竹島正	自殺予防の実際	永井書店	東京	2009	153-163
松本俊彦	マイノリティと自殺	高橋祥友 竹島正	自殺予防の実際	永井書店	東京	2009	277-289
松本俊彦	自傷行為と自殺企図～リストカット・ODなどへの対応～	杉山直也 河西千秋 井出広幸 他	プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理	南山堂	東京	2009	96-105
佐伯俊成 他	インスリンを使って自殺を企てた糖尿病患者にどう対処するか？	杉山直也 河西千秋 井出広幸 他	プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理	南山堂	東京	2009	199-205
横山広行	循環器診療におけるトリアージ	友池仁暢	最新循環器診療マニュアル	中山書店	東京	2009	
横山広行	急性心不全における非侵襲的陽圧呼吸	友池仁暢	最新循環器診療マニュアル	中山書店	東京	2009	
横山広行	第3章 研修で学ぶべき知識と技術 B (基本的な)管理・処置「水分出納の観察」	永井良三	循環器研修ノート	診断と治療社	東京	2009	
横山広行	第3章 研修で学ぶべき知識と技術 B (基本的な)管理・処置「酸素投与」	永井良三	循環器研修ノート	診断と治療社	東京	2009	

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
伊藤弘人	身体疾患に伴ううつ病	医療の広場	49 (10)	4-8	2009
伊藤弘人	身体疾患とうつ病: これからの取り組み	精神科治療学	24 (12)	1529-1533	2009
Okumura Y Ito H Kobayashi M et al	Prevalence of diabetes and antipsychotic prescription patterns in patients with Schizophrenia: a nationwide retrospective cohort study	Schizophrenia Research	in press		
奥村泰之 桑原和江 伊藤弘人	身体疾患に伴ううつ病: NICE ガイドライン	Depression Frontier	印刷中		
奥村泰之 三澤史斉 中林哲夫 他	統合失調症患者への非定型抗精神病薬治療と糖尿病のリスク: メタ分析	臨床精神薬理	13	317-325	2010

市倉加奈子 奥村泰之 松岡志帆 他	植込み型除細動器 (ICD) 患者の抑うつ 及び不安に対する精神科的支援の現状と 展望	臨床精神医学	38	1359-1372	2009
Nakagawa M Yamada T Yamada S et al	A follow-up study of suicide attempters who were given crisis intervention during hospital stay	Psychiatry Clin Neurosci	63	122-123	2009
Suda A Kawanishi C Kishida I et al	Dopamine D2 receptor gene polymorphisms are associated with suicide attempt in the Japanese population	Neuropsychobiol	59	130-134	2009
Nakagawa M Kawanishi C Yamada T et al	Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review	BMC Psychiatry	9	32	2009
Hirayasu Y Kawanishi C Yonemoto N et al	A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J)	BMC Public Mental Health	9	364	2009
平野みぎわ 山田素朋子 山田朋樹 他	精神保健福祉士と自殺予防：救命センタ ーにおける自殺企図者へのかかわり	神奈川精神誌	58	39-42	2009
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
安藤俊太郎 松本俊彦 重家里映	気分障害患者とパーソナリティ障害患者 における過量服薬の臨床的相違	精神医学	51	749-759	2009
松本俊彦	「自殺予防」という切り口からアディク ションを見直そう。話題の焦点 シリーズ 第2弾 うつ病偏重の自殺対策では自殺 は防げない!	季刊ビィ Be!	95	42-48	2009
松本俊彦	自殺対策の視点 第7回 ハイリスクな人 たちへの支援	公衆衛生情報	2009年4 月・5月合 併号	60-63	2009
松本俊彦 竹島正	アルコールと自殺	精神神経学雑誌	111 (7)	829-836	2009
松本俊彦	〈シンポジウム4 自傷行為と攻撃性〉自 傷行為への対応	児童青年精神医学 とその近接領域	50 (4)	409-428	2009
松本俊彦	自傷行為と衝動——「切ること」と「キ レること」	こころの科学	148	80-84	2009
峯山智佳 野田光彦	うつと慢性疾患併存時の対応 糖尿病と うつ	Medicament News	1997	9-11	2009
佐伯俊成 他	精神的側面からみた膵・胆道癌緩和医療	胆と膵	31	55-59	2010
佐伯俊成	高齢者における睡眠薬の使い方	ねむりと医療	2	77-80	2009
佐伯俊成 他	高齢者のうつ病と身体疾患	老年医学	47	1449-1452	2009
佐伯俊成	うつ病が身体疾患の発症・経過・予後に 及ぼす影響	PROGRESS IN MEDICINE	29	2353-2355	2009
佐伯俊成 他	広島大学病院総合診療科における心のケ ア	心療内科	13	450-454	2009
佐伯俊成 高石美樹 他	医師は患者の心の痛みにどう対応すべき か	臨床腫瘍プラクテ イス	5	113-116	2009
佐伯俊成 他	せん妄	治療増刊号	91(4)	1267-1271	2009
佐伯俊成 他	不眠	緩和医療学	11	167-169	2009
Otsuka Y Yokoyama H Nonogi H	A Novel Mobile Telemedicine System for Real-time Transmission of Out-of-hospital ECG Data for ST-elevation Myocardial Infarction	Catheter Cardiovasc Interv	74(6)	867-872	2009
Naganuma M Toyoda K Nonogi H et al	Early hospital arrival improves outcome at discharge in ischemic, but not hemorrhagic, stroke	Cerebrovascular Disease	28(1)	33-38	2009

Nishiyama C Iwami T Kawamura T et al	Effectiveness of simplified chest compression-only CPR training program with or without preparatory self-learning video: a randomized controlled trial	Resuscitation	80(10)	1164-1168	2009
Yasuda S Sawano H Hazui H et al	High Rates of Survival to Hospital Admission in Patients with Shock-Resistant Out-of-Hospital Cardiac Arrest Treated with Nifekalant Hydrochloride: Report from J-PULSE Multicenter Registry	Cir J	in press		
安田聡 澤野宏隆 菅井寛 他	電氣的除細動抵抗性院外心停止例に対する III 群静注薬ニフェカランツの効果・安全性に関する多施設共同レジストリ研究 (J-PULSE II)	心電図	29(1)	44-49	2009
横山広行 野々木宏 友池仁暢	循環器診療におけるリスクマネージメント「循環器診療におけるリスクマネージメントとしての院内心停止への対策」	循環器専門医	17(2)	290-294	2009
横山広行 大塚頼隆 野々木宏	急性心筋梗塞と脳卒中に対する急性期診療体制の構築に関する研；循環器救急医療体制におけるモバイル・テレメディシンの現状	日本遠隔医療学会雑誌	5	143-144	2009
Takahashi T Harada M Yokoyama H et al	Usefulness of Mobile Telemedicine System in Real-Time Transmission of Out-of-Hospital 12-Lead ECGs and Live-Images of Patients on Moving Ambulance	Jpn J Telemedicine & Telecare	5(2)	151-154	2009
Takahashi T Harada M Yokoyama H et al	Usefulness of Varying ST changes in Transmitted 12-Lead Electrocardiogram from a Moving Ambulance with the Mobile Telemedicine System in a Patient with Acute Myocardial Infarction	Jpn J Telemedicine & Telecare	5(2)	184-185	2009
横山広行	血管疾患診療ガイドライン—血管疾患診療の際に知っておくべき基礎知識—ルリッシュ (Leriche) 症候群	Vascular Lab	6	98-101	2009
横山広行 野々木宏	「医療安全対策としての院内急変時対応システム」院内心停止登録の意義；登録方法と米国 NRCPR との比較検討	医療安全	19	26-29	2009
横山広行	「急性冠症候群治療の最前線を知る」；わが国における急性心筋梗塞症の発症登録の現状	Heart View	13 (11)	1250-1255	2009
横山広行	プレホスピタル・救急外来から入院までのチーム医療	救急・集中治療	22		2010
Kohro T Yamazaki T	Cardiovascular clinical trials in Japan and controversies regarding prospective randomized open-label blinded end-point design	Hypertens Res	32	109-114	2009
Kohro T Yamazaki T	Eicosapentaenoic acid (EPA) in reducing secondary cardiovascular events in hypercholesterolemic Japanese patients	Circ J	73	1197-1198	2009
武井優子 尾形明子 小澤美和 他	小児がん患者が退院後に抱える心理社会的問題に関する研究の現状と課題	小児がん	印刷中		

**Table 109.1** Suicide prevention in Japan: time course of developing preventive measures

1998	Suicide dramatically increased (24,391 in 1997→32,863 in 1998). The number of suicides has exceeded 30,000 for 10 consecutive years since then. Suicide rate (around 25 per 100,000 inhabitants) has been the worst among developed countries.
2000	The health initiative Health Japan 21 mentioned suicide prevention.
2001	The Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) prepared a budget for suicide prevention for the first time (support for a crisis help line, Federation of Inochi No Denwa).
2002	MHLW and the Special Committee on Suicide Prevention released the proposals for national suicide prevention strategies.
2005	MHLW established the Strategic Research Project suicide associated with mental illness was targeted together with diabetes. Resolution to request urgent effective promotion of integrated preventive measures concerning suicide, was carried in the inquiry by the commission of health, labor, and welfare at the House of Councillors.
2006	Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention (J-MISP) was launched in order to develop suitable and feasible preventive measure for suicide. J-MISP consists of two projects: (1) a community intervention trial (NOCOMIT-I) and (2) a RCT trial of post-suicide attempt case management (ACTION-I).
2007	The Diet approved the Suicide Prevention Law. The Cabinet set the National Suicide Prevention Measure Outline. MHLW have supported community intervention projects in selected 30 regions. A National Suicide Prevention Centre was established.
2008	MHLW and The special committee on suicide attempters' and survivors' care released the guideline 'Preparation guide' to encourage subsets of society to create active guidelines. MHLW set a new scheme of treatment fees paid to medical institutions under the medical insurance system. Remuneration is paid for psychiatric consultation for suicide attempters at emergency departments, and psychiatric referrals by primary care physicians. MHLW proposed and support the educational programme for primary care physicians on diagnosis and treatment of depression.

## CHAPTER 109

# Suicide prevention in Japan

Chiaki Kawanishi and Yoshihiro Kaneko

### Mortality and suicide

Suicide has been an emerging problem for many years in Japan, especially amongst males of working age, young people and the elderly. A dramatic jump in the year-over-year number of suicides occurred in 1998 (32,863 victims compared to 24,391 in 1997). Since 1998, suicide numbers have exceeded 30,000 every year for ten consecutive years (MHLW 2008). According to the latest suicide rates, 37.7 per 100,000 males and 14.7 per 100,000 females completed suicide in Japan in 2007 (National Police Agency 2008). Seventy per cent of the victims are men and approximately a third are aged 60 years or over. Trigger factors for suicide are health and financial problems. The number of people who attempted or committed suicide in Japan due to work-related stress has doubled since 2003–2004. Due to cultural factors, Japanese men are not supposed to show weakness. The economic conditions of the elderly are worsening as the government restructures its budget and reduces the social security and pension budgets. There are not enough experts and psychiatrists available for consultations with people suicidal crisis.

### Governmental actions to promote suicide prevention

Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) called a special committee and released a report on national suicide prevention strategies in 2002 (MHLW 2002). The Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention (J-MISP) were launched to develop effective suicide-prevention methods supported by the MHLW in 2006. J-MISP consists of two projects: a community intervention trial (NOCOMIT-I) and a randomized controlled trial of post-suicide attempt case management (ACTION-I). The Diet approved the Basic Law on Suicide Countermeasures, which came into force in 2006. In 2007, the Cabinet agreed on the National Suicide Prevention Measure Outline, and the Cabinet Office coordinates the implementation. MHLW have supported community intervention projects in twenty selected regions. The time course of developing suicide-prevention measures is shown in Table 109.1.

The government has a goal to cut suicides by 20 per cent by 2016. Several prevention measures within public health and health care systems are supported by the government. In 2008, MHLW introduced a new scheme for the payment of treatment

fees from the medical insurance system to medical institutions. Remuneration is paid for psychiatric consultation for suicide attempters at emergency departments, and for psychiatric referrals by primary care doctors.

### Suicide legislation in Japan

A new act on suicide prevention and supporting suicide survivors in Japan (Basic Law on Suicide Countermeasures, Law No. 85 of 2006) was implemented on 28 October 2006. The intention of this legislation is that both national, governmental and local authorities should be responsible for suicide prevention in the whole country. The fundamental concepts of suicide prevention in Japan are:

- Suicide should be recognized as an individual and social problem. Provision of some social policy can help this;
  - Suicide-prevention and crisis management, with post-vention, is an important consideration in policy-making;
  - Suicide has various and complicated backgrounds, therefore psychiatric and other services are required to prevent and support suicide attempters;
  - Suicide-prevention activities should consider supporting families of victims and survivors, and in collaboration with the national, governmental and local authorities, health care providers, businesses, schools and voluntary organizations.
- Two examples of suicide preventive projects are presented below.

### Special focus on children and adolescents in suicide prevention

Suicide has been recognized as a problem for children and adolescents in Japan, and health care measures and promoting health care education for adolescents and children have been prioritized. It is suggested that measures to improve anonymous telephone counselling should be undertaken, along with lectures in schools for children, teachers and parents regarding how to prevent suicide, and to improve recognition of students who have suicidal thoughts or plans as early as possible (MHLW 2008).

Psychological problems are recognized as important associated problems for psychiatric disorders, and the government is stimulating provision of improvements to the systems, providing

psychiatric treatment for children and young people. This psychiatric treatment should be supported with a combination of different psychological and psychosocial treatments to strengthen suicide-preventative effects (Wasserman 2001).

The need to prevent suicide contagion and to protect children's mental status has led to a request to the media to take measures against publishing harmful information in an irresponsible way, although no specific guidelines are issued.

Some concrete suggestions for measures to prevent mental illness and suicide have been discussed by responsible authorities:

- Lowering of medical fees to facilitate health-seeking behaviours;
- Training child and adolescent psychiatrists and other professions working with mental health problems of children and adolescents in modern diagnostics and treatment;
- Appointing child psychiatrists at child guidance centres;
- Creating residential treatment centres for emotionally disturbed children;
- Giving open lectures for medical and affiliated staff at universities on topics to promote mental health and prevent suicide;
- Integrating knowledge about suicide prevention into school education.

### A decrease in suicide rates in a Japanese rural area after community-based intervention by the health promotion approach

A community-based suicide prevention programme was undertaken in the Akita Prefecture of Japan (Motohashi *et al.* 2007)

following a systematic review of recent strategies to prevent suicide (Mann *et al.* 2005). A health promotion approach was utilized including raising awareness and emphasizing empowerment of residents and civic participation. Welfare and community network measures were also taken. There was a significant drop in suicide rates in the area, from 70.8 per 100,000 inhabitants (1999) before the intervention to 34.1 per 100,000 after the intervention (2004). The study showed that empowering residents and increasing civic participation reduced the suicide rate in this rural area of Japan.

### References

- Mann J J, Apter A, Bertolote J *et al.* (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294, 2064–2074.
- MHLW (Ministry of Health, Labour and Welfare) (2002). *Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention*. <http://www.jfmn.or.jp/jihakuj-misp/index.html>, last accessed 23 June 2008.
- MHLW (Ministry of Health, Labour and Welfare) (2008). *Abridged Life Table for Japan 2006*. <http://www.mhlw.go.jp>, last accessed 23 June 2008.
- Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H *et al.* (2007). A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 593–599.
- National Campaign for Maternal and Child Health until 2010 (2000). *A Report from the Subcommittee Family 21 Planning Committee, Japan*. <http://www.mhlw.go.jp/english/wp/other/councils/sukoyakka21/2.html>, last accessed 23 June 2008.
- National Police Agency (2008). *A Survey of Suicide During the Year 2007 in Japan*. <http://www.npa.go.jp/toukei/chuiki10/h19-zisatsu.pdf> in Japanese.
- Wasserman D (2001). *Suicide: An Unnecessary Death*. Japanese translation and publishing Tuttle-Mori Agency, Inc., Tokyo.

プライマリ・ケア 医による

# 自殺予防と 危機管理

[編集] 杉山直也 河西千秋 井出広幸 宮崎 仁



南山堂

新潮



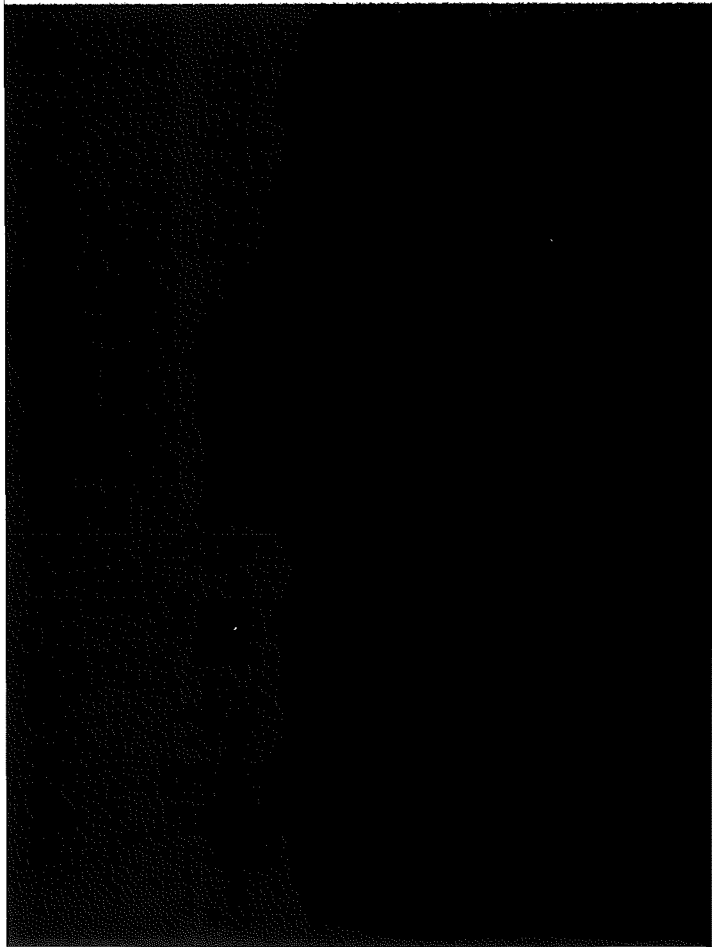
Shincho Sensho

新潮選書

## 河西千秋

Kawanishi Chiaki

# 自殺予防と 危機管理





## 自殺行動に関する精神生物学的研究

はじめに：自殺は環境因によってもたらされるものなのか  
うつ病、双極性障害、統合失調症をはじめとして、ほとんどの精神疾患は、「Bio-Psychor-Social」の相互作用の中で発症し、精神生物学的なメカニズムで機能障害が生じ、症状がもたらされる。精神疾患のすべてが環境因のみから説明のつくものではなく、同じよう  
に自殺行動も、必ずしも環境因のみによって惹起されるわけではなく、それですべてが説明し  
切れるものではない。

精神疾患の罹患は、自殺の危険因子であることがよく知られている。自殺者の少なくとも  
85%以上は、なんらかの精神疾患を抱えた状態で自殺に至っていることが知られているが、し  
かし自殺行動の生物学的背景は、すなわち精神疾患の生物学的背景、あるいはその遺伝学的背  
景と同一とも言えない。本稿では、自殺行動の精神生物学的背景の探索の道程について解説し、  
今現在、実施されている研究の動向について俯瞰する。

### 1. ジェノムと行動の多様性

困難な境遇にあつて、自殺という方法で命を終わらせる人もいればさうでない人もいるが、  
それは困難の度合いだけによるのではなく、パーソナリティ特性の違いによる出来事に対する  
反応性の違いや問題対処能力の違いなどとも関連している。この違いには、成育過程における  
環境的な要因も大きく影響するが、分子遺伝学的な要因も無視できない。脳機能を含む生命活  
動が、ゲノムに書かれているプログラムと遺伝子の働きによって調整されていることを考えれ  
ば当然のことである。

投薬のミスでなくとも薬の副作用が起りやすい人と起こりにくい人があり、個体差が問題  
になる場合がある。以前なら「体質の違い」で行き止まりだったこの領域も、薬理遺伝学的観点  
からその仕組みが明らかにされるようになった(チトクロームP450 遺伝子多型が薬物の血中  
濃度と治療反応性に大きく関与していることなどがその代表的な例である)。いわゆる遺伝性  
疾患でなくとも、その人の遺伝子型によって特定の病気へのかかりやすさのアセスメントが可  
能になりつつある(例えば、アルツハイマー型認知症とアポリポロタンE 遺伝子多型との  
関連がよく知られている)。

ゲノムは、4 種類の塩基対が30 億個以上連なる長大な遺伝情報の鎖であり、そこには約  
22,000 の遺伝子がある。ゲノムの99.9%以上はあらゆる人で同一で、わずか140 数万カ所に  
のみ違いが認められる。この違いが先に述べた遺伝子多型であり、これが、人の多様性を形成

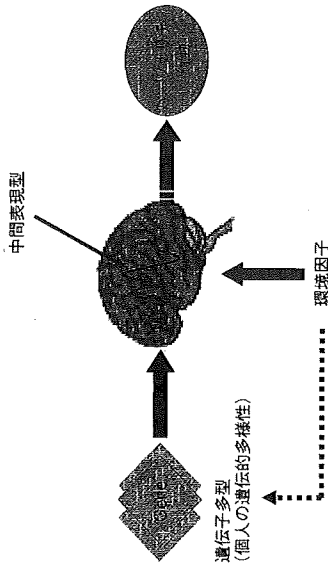


図 1. 遺伝子多型と、中間表現型・自殺行動の関連  
人の精神や行動の多様性(遺伝的多様性)と環境との相互作用により育まれている。遺伝子→脳機能→行動の複雑な過程を、中間表現型を利用して、解析したり、これをマーカーとして臨床に活用することが試みられている。

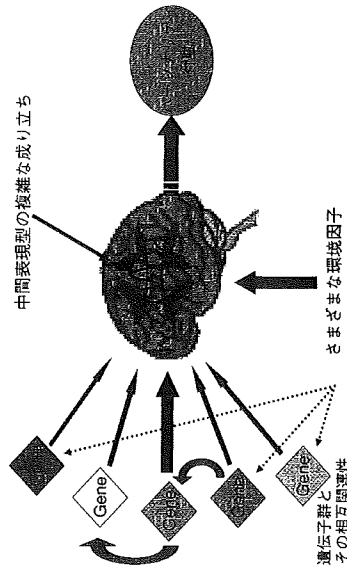


図 2. 遺伝子群と、中間表現型・自殺行動の関連  
実際の自殺行動には多くの遺伝子群が関与し、それらと環境との複合的なかわり、遺伝子間の交互作用もあり、また中間表現型の成り立ちも単純なものではない。しかし関与の強いものを特定し、関連分子や他の環境要因との交互性を少しずつ明らかにしていくことで自殺行動の理解を進めていくことが可能である。

する要素となつている。一人ひとりの違いは、こうした分子遺伝学的多様性と、環境、経験、  
学習などとの相互作用によつて育まれていっているわけであるが、昨今、人のパーソナリティ特性や  
自殺行動について、そのような観点からの研究が盛んに行われるようになった(図 1、2)。

殺者の近親者では、自殺の発生が有意に多い、②自殺者と激越な手段をとる自殺未遂者には一定の精神生物学的傾向が存在することが、主にセロトニン神経系に関する研究から示されている。そして、③これらの生物学的傾向はうつ病などの特定の疾患群を起らせて存在している可能性が示されている、というものである。

①については、1960年代後半から、多数の家系研究や双子研究、養子研究が行われ、自殺の遺伝的要因が関与することが示された。例えば、Royらは、複数の双生児研究の結果を解析した結果、二卵性双生児での自殺の一致率は0.7%、一卵性双生児では13.2%であったことを報告した。さらに、一卵性双生児で自殺した人を発端者として、もう1人の双生児の自殺を調べたところ、残された双生児の38%に自殺企図の既往を認めたり、デンマークでは、5,483組の養子家族に関する研究により、生物学的近親者で自殺の一致率が高いことが明らかにされた<sup>2)</sup>。また、自殺行動に関する遺伝学的傾向は、精神疾患に関する遺伝学的傾向とは独立していることが、やはりデンマークの研究者グループによって明らかにされた<sup>3)</sup>。

②については、1976年にスウェーデンのÅsbergらがうつ病患者の脳脊髄液中のセロトニン代謝物を測定し、うつ病患者は健康者でその濃度が低いことを発見した。この研究が注目され、その後、あるうつ病患者で特にその傾向が顕著であることを発見した。この研究が注目され、その後、「セロトニンうつ病」という造語も使われるようになったが、その後、この研究の追試をした多くの研究により、このセロトニン活性の低さは、うつ病とではなく、自殺行動と、そして攻撃性や衝動性といったパーソナリティ特性と関連することが明らかになっていったのである。

### 3

自殺は複雑現象であり、自殺の精神生物学的研究においてはさまざまな観点からのアプローチがある。当然のことながら自殺行動のプロセスやメカニズムのすべてを単純な生物学的モデルや単一の遺伝子から説明することはできないが、それでもどこかに的を絞って自殺行動の精神生物学的理解の糸口を捉えようと、自殺行動に結びつくような中間表現型に焦点を当てた研究が行われている。その中でも特に注目されてきたものの1つが、「パーソナリティ」である。

自殺行動と密接なパーソナリティ指標は、衝動性と攻撃性である。筆者らは救命救急センターに搬送された重症(致死性の高い)自殺未遂者に対してBIS-IIを用いて衝動性を評価し、BAQ攻撃性尺度を用いて攻撃性の評価を行った。まず衝動性に関しては、重症未遂者は対照群と比較して衝動性の総得点が高く、注意的衝動性、動作的衝動性、計画性のない衝動性のいずれの下の位尺度でも衝動性が高いことが明らかとなった(Kawanishi, in file)。攻撃性については、やはり重症未遂者で総得点が高く、敵意、短気、身体的攻撃、言語的攻撃のいずれの下の位尺度においても攻撃性が高いという結果が得られた<sup>4)</sup>。海外では、このような指標と精神生物学的データとの関連に焦点を当てた研究が多く実施されており、特に遺伝子関連研究において有意な結果が少なからず得られている。

図3に自殺行動にいたるプロセスと精神生物学的要因について概括したものを示した。次

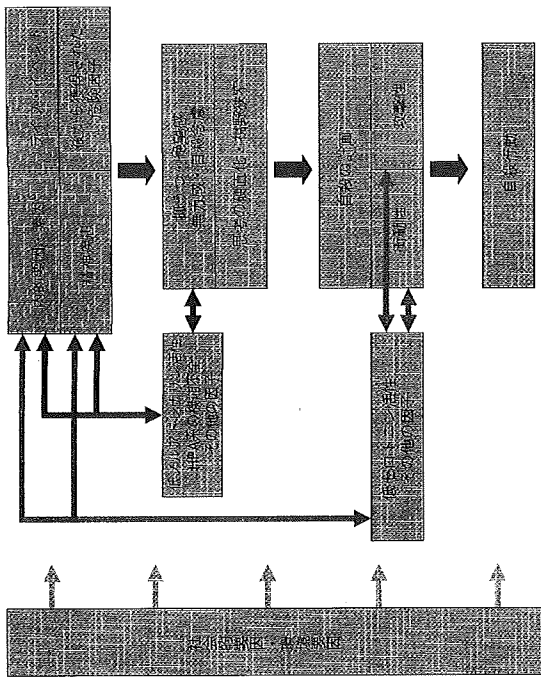


図3. 自殺、自殺に至るプロセスと精神生物学との関係  
自殺は突然生じるものではなく、複数、多発的な危険因子が重なり合い、長い期間を経て準備状態が形成され、そして衝動性・攻撃性などが関与して行動化する。精神生物学的要因は、さまざまな要因・段階に関与している。

に、セロトニン神経系をはじめとして、中枢神経の各機能別に精神生物学的研究の現況を述べる。

### 4

#### ■ Tryptophan hydroxylase (TPH)

Tryptophan hydroxylase (TPH)は、セロトニンの合成過程でトリプトファンから5-ヒドロキシトリプトファンを合成する反応にかかわり、セロトニンの産生量にかかわる物質である。TPH遺伝子の、第7イントロンにある塩基番号779のA/C遺伝子多型は、精神疾患や薬物依存性との関連がよく研究されてきた。Nielsenら<sup>5)</sup>は、アルコール症患者で犯罪を犯した者を対象に、自殺関連行動と同遺伝子多型の関連を調査し、致死的な自殺関連行動をとった患者に779C多型をもつものの頻度が高いことを報告した。

Manuckら<sup>6)</sup>は同じくC多型保有者で、攻撃性、怒りといったパーソナリティが顕著であることを報告している。これらの結果は遺伝子多型がTPHの活性に変化をもたらし、セロトニ

ある。

その他のセロトニン受容体では、1A 受容体の遺伝子多型と自殺企図行動との関連についての研究があるが、有意な所見は得られていない。

筆者らは、BAQ を用いて定量した自殺未遂者の攻撃性と、1B 受容体の遺伝子多型(塩基番号 861 の G/C 多型)との関連を検討したが、予備的研究において有意な関連が示唆されている(Kawanshi, in file)。

### ■ Monoamine oxidase A (MAO-A)

Monoamine oxidase A (MAO-A) はセロトニンの代謝酵素である。MAO-A 遺伝子のプロモーター領域に存在する VNTR 多型は、MAO-A の転写活性に影響することが明らかにされている。この多型は、小児期の環境ストレス要因への脆弱性に関係し、将来の反社会的、攻撃的な人格形成に影響するという興味深い知見が報告されている。自殺関連行動との関係を調べたものが1つだけあり、有意な関連が見い出されている。

## 5

### ■ カテコルアルミン系

#### a. ノルアドレナリン神経系

さまざまなストレス刺激は、橋の青斑核と、延髄背内側部、延髄腹外側部のノルアドレナリン・ニューロンを活性化させ、神経内分泌系の反応を惹起する。自殺者の死後脳研究では、青斑核・脳幹部でのノルアドレナリン・ニューロンの減少と  $\alpha 2$  アドレナリン受容体の結合能の高値が報告されている<sup>11)</sup>。自殺企図者で  $\alpha 2$  アドレナリン受容体遺伝子のプロモーター領域に存在する Asn251Lys 多型の分布を調べた研究もあるが、対象者数はかなり少ない。Fukutake ら<sup>12)</sup> は、自殺既遂者を対象に  $\alpha 2$  アドレナリン受容体遺伝子多型を系統的に調査し、あるハプロタイプが女性の自殺関連行動と関連することを示した。

#### b. ドパミン神経系

ドパミンは、統合失調症の病態にかかわり、そのほかにも依存形成行動、パソソナリティ特性との関係性が示されている。自殺関連行動に関する研究は多くはないが、脳脊髄液中のドパミン代謝産物濃度は自殺企図者で対照者に比し低いこと、またアポモルヒネ投与に対するドパミン D<sub>2</sub> 受容体の反応は自殺企図者で低いことが示されている<sup>13)</sup>。

Johann ら<sup>14)</sup> はアルコール依存症患者のうち、自殺企図者で D<sub>2</sub> 受容体遺伝子の -141C/Ts/Del 多型の Del 多型の頻度が高いことを報告している。筆者らは、重症自殺未遂者で Ins 多型の頻度が高いことを明らかにした。また併せて、Taq I A 多型の A2 多型の頻度が自殺企図者群で有意に高いことを明らかにした<sup>15)</sup>。

ン神経系に影響し、自己攻撃的でより致死的な自殺行動へ向かう傾向を形成する要因となっている可能性がある。しかし、多くの追視がなされる中で、反対に A 多型と自殺関連事象との間に有意な関連があるとするものや有意差がないとするものもあり、一定の見解は得られていない。

TPH には TPH2 というアイソザイムがある。TPH2 は TPH より脳幹部での発現特性が高く、精神疾患や衝動性により強く関連していると考えられている。Zill ら<sup>8)</sup> は、自殺企図行動と TPH2 の遺伝子多型との関連を体系的にスクリーニングし、3 種類の多型が自殺企図と有意に関連していることを示した。ほかには、自殺企図者と TPH2 遺伝子の 1 つの多型とが有意に関連しているとする報告、うつ病の自殺企図者で、脳幹の正中・背側縫線核において TPH2 mRNA の発現が低下しているとする報告などがある。

### ■ セロトニン・トランスポーター(5-HTT)

セロトニン・トランスポーター(5-hydroxy-tryptamine transporter; 5-HTT) は、シナプス間隙からセロトニンを前神経末端に再取り込みすることで、セロトニン神経系の伝達を調整する役割を果たす。5-HTT には、2 つの代表的な遺伝子多型、5-HTT-linked polymorphic region (5-HTTLPR) 多型と VNTR 多型があり、いずれも 5-HTT の発現にかかわる。

プロモーター領域にある 5-HTTLPR 多型には、14 回繰り返し配列を含む short type (S type) と、16 回繰り返し配列を含む long type (L type) の 2 種類の多型がある。L type のホモ接合体では S type のホモ接合体は有意に視床核の容積が大いことが示されている。また、研究では S type のホモ接合体は有意に視床核の容積が大いことが示されている。また、5-HTTLPR 多型と不安・損害回避・神経症傾向、そして衝動性との有意な関連を示した報告がある。自殺関連行動については、S type と致死的な自殺行動が有意に関連するという報告が多数存在し、そのオッズ比は 1.5~6.5 倍とされている。Li ら<sup>9)</sup> のメタ解析ではこの多型と自殺関連行動との関連が確認された。

一方、イントロン 2 に存在する VNTR 多型では、自殺企図行動の関連を否定する報告が多い。

### ■ セロトニン受容体

セロトニン受容体には多くのサブタイプがあるが、自殺関連行動に関する研究で最も多く扱われてきたのは、5-HT<sub>1A</sub> 受容体とその遺伝子多型である。機能画像研究では、大脳前頭野の 5-HT<sub>1A</sub> 受容体の低発現と攻撃性の高さが関連しているという報告がある<sup>16)</sup>。

5-HT<sub>1A</sub> 受容体遺伝子多型の塩基番号 102 番の T/C 多型に関して、C 多型では、レセプターの発現量がより低下するが、うつ病のうち自殺念慮の強いうつ病患者で C 多型の頻度が高いという報告がある一方、追試では必ずしも一致した結果が得られておらず、メタ解析でも関連は認められなかった。ほかにも、プロモーター領域にある塩基番号 1438 の A/G 多型に関して、統合失調症における自殺念慮と同多型の有意な関連が報告されているが、これに否定的な報告も

### ■ 上記以外の研究

上記以外にも、人の情動にかかわる分子は数多くあり、自殺企図行動との関連について調べられている。例えば、Rjuescu ら<sup>20)</sup>は、Nitric Oxide 合成酵素である、NOS-I および II の遺伝子と自殺関連行動の関連も報告されている。

低コレステロール患者には自殺・事故死が多いとする報告が疫学的研究から見いだされており、脂質代謝異常と抑うつ・攻撃性の関連が注目されたりもしたが、脂質代謝に関連して、Hwang ら<sup>21)</sup>は apolipoprotein の E4 多型と自殺企図行動の関連を報告している。

### ■ おわりに

自殺は複雑事象であり、単一の原因や要因だけで説明のつくようなものではない。そこには、複数の、しかも多次元の要因が関与し、それらが時間的過程を経る中で互いに作用し、状況が複雑化し、準備状態が形成され、そして直前のなんらかの出来事を契機として自殺が生じる。最終的な場面には、衝動性や攻撃性の関与が大いと考えられる事例が少なくない。本稿で示した精神生物学的要素は、この自殺のプロセスの中における 1 つ重要な要素である。

精神生物学的研究を自殺に傾く人の治療や自殺予防につなげることは、現時点ではまだ現実的な段階にはないが、今後、研究対象者の属性や背景、自殺関連行動の種類・程度などを明確にして包括的にかつ詳細に調査・研究していく必要があるだろう。

自殺学は、広く、社会学、心理学、医学、福祉学、教育学、文化人類学、法学、政治学、経済学などさまざまな領域にまたがる学際的領域であるが、自殺行動の理解と予防のためには精神生物学的研究も重要である。自殺行動の精神生物学的理解は、自殺に傾く人への理解や、的確な評価、そして治療の開発に繋がる期待がある。そして、ひいては、広く人の精神や脳の理解につながるものと期待される。

(河西千秋、須田 顕)



- 1) Roy A, Segal NL, Sarchiapone M : Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry* 152 : 1075-1076, 1996.
- 2) Schulzinger F, Kety SS, Rosenthal D, et al : A family study of suicide, prevention and treatment of affective disorder. *Schou M, Stromgren E (eds), pp227-287, Academic Press, London, 1979.*
- 3) Qin P, Agerbo E, Mortensen PB : Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders : a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 360 : 1126-1130, 2002.
- 4) Aberg M, Thorn P, Traskman L, et al : Serotonin depression : a biochemical subgroup within the affective disorders? *Science* 191 : 478-480, 1976.
- 5) Doihara C, Kawashiri C, Yamada T, et al : Trait aggression in suicide attempters : a pilot study. *Psychiatry Clin Neurosci* 62 : 352-354, 2008.
- 6) Nielsen M, Virkkunen J, Lappalainen M, et al : A tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. *Archives of General Psychiatry* 55 : 593-602, 1998.
- 7) Manuck SB, Flory JD, Ferrell RE, et al : Aggression and anger-related traits associated with a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene. *Biol Psychiatry* 45 : 603-614, 1999.

### c. Catechol-O-methyltransferase (COMT)

Catechol-O-methyltransferase (COMT) は、ドパミンやノルアドレナリンの代謝酵素である。COMT の遺伝子多型のうち、Val158Met 多型の Val 多型は Met 多型より高い酵素活性を誘導する。自殺関連行動との関係では、自殺未遂者と Val 多型の有意な関係を報告したものである<sup>16)</sup>。

### d. Tyrosine Hydroxylase (TH)

Tyrosine Hydroxylase (TH) は、チロシンからドパミンやノルアドレナリンが合成される過程にかかわる酵素である。自殺既遂者の死後脳研究では、青斑核で TH 活性が低下していたとされる報告がある。Persson ら<sup>17)</sup>は、適応障害の患者を対象として第一イントロンの 4 塩基繰り返し多型と自殺企図との有意な関連を報告している。

### ■ 視床下部-下垂体-副腎系 (HPA 系)

視床下部-下垂体-副腎系 (Hypothalamic-pituitary-adrenal axis; HPA) 系は、ストレスに対する短期的、長期的な生体反応を担っている。ストレスサーにさらされたとき、体内では主に視床下部室傍核より CRH と AVP が分泌され、下垂体から ACTH が分泌される。これが副腎皮質よりコルチゾールの分泌を促す。これらの反応は、慢性的なストレスにさらされると次第に増強する。

HPA 系の機能性をみる負荷試験、デキサメタゾン抑制試験を、自殺企図者を対象として行ったところ、致死的手段で自殺を図った未遂者においてデキサメタゾンが抑制されなかつたということが複数報告されている。また、うつ病患者の自殺企図と、CRH 受容体 (CRHR1) の遺伝子多型との関連を示唆する報告がある<sup>18)</sup>。

### ■ 神経栄養因子と神経細胞新生・保護機構

うつ病の患者において、神経細胞新生・保護機構が障害され、それにより脳神経細胞のネットワークに変化が起きているという仮説が提唱されている。これに脳由来神経栄養因子 (Brain-derived neurotrophic factor; BDNF) などの神経栄養因子が関与していると考えられている。

Dwivedi ら<sup>19)</sup>は、自殺企図者の大脳前頭前野や海馬で BDNF の mRNA 発現が低下していることを示した。Iga ら<sup>20)</sup>は、うつ病患者において自殺企図と *BDNF* 遺伝子の Val66Met 多型の有意な関連を報告している。

その他、神経栄養因子受容体の 1 つである p75NTR の遺伝子多型と自殺企図が有意に関連しているとする報告もある。

CREB1、GSK-3β、など細胞内シグナル伝達系の分子は、BDNF の発現を介して気分障害の病態に関与している可能性が示唆されており、神経細胞新生・保護の観点から自殺関連行動と関係している可能性があるが、現在のところこれらの分子と自殺関連行動との関係を調査した報告はない。

## 2 コミュニティメンタルヘルスと自殺予防

2

**はじめに**  
コミュニティメンタルヘルスは、地域精神医療と精神保健運動の2つの系譜で辿ることができ、前者は患者のためのよりよい精神医療を指すものであって、治療共同体から、施設療法と地域精神医療に発展してきた。後者は地域社会に発生するさまざまな精神保健上の問題を社会の中で解決していくものであって、虐待防止、犯罪被害者支援などにおける精神保健面からの関与として発展してきた。吉川は前者をサポーターメンタルヘルス、後者をボジティブメンタルヘルスとして、両者を含む全体をトータルメンタルヘルスと呼び、メンタルヘルスの全体像を示したが<sup>9)</sup>、現代社会におけるメンタルヘルスへのニーズは大きくなり、今日では社会を維持し、健康に機能させるシステムとしての役割をメンタルヘルスに求めるようになってきている<sup>9)</sup>。

本稿ではコミュニティメンタルヘルスを、トータルメンタルヘルスに相当するものとして捉え、“地域に起こるさまざまな問題について、精神保健の立場から実態を明らかにして、社会との協働によってその問題の解決を図り、社会をよりよいものに変えていく活動”と定義する。この定義は、広瀬による社会精神医学の定義、すなわち“社会的な面を他の要素より多くもち、かつ強調された精神医学の臨床や研究が社会精神医学である”<sup>9)</sup>と公衆衛生の重なるところと言ってもよいかも知れない。本稿ではコミュニティメンタルヘルスを先導してきた米国と英国の発展を、自殺予防も含めて概観する。次に日本のコミュニティメンタルヘルスの発展を概観し、敢えて草の根的要素の強い取り組みを紹介する中で、コミュニティメンタルヘルスと自殺予防の関係性について考察する。

### 1 米国および英国のコミュニティメンタルヘルスの発展と自殺予防

米国では巨大州立病院を中心とした精神科病院が精神医療の中心であったが、1963年のケネディ教書(精神病および精神薄弱に関する大統領教書)によって地域精神保健法(Community Mental Health Act)が制定され、地域精神保健センター(Community Mental Health Center)を拠点に地域精神医療を進めることとなった。1965年のメディケア(高齢者と身体障害者を対象とした健康保険制度)とメディケイド(低所得者層を対象とした健康保険)の導入は、巨大州立病院の解体と脱施設化を急速に進めることになったが、退院患者を受け入れる施設や支援体制の不足から、精神医療を受けずにナースングホームに住んだり、ホームレスとなる人が増え続けた。このためケアマネジメントやACT(包括型地域生活支援プログラム)が実施されるようになったものの、入院日数の短縮化が一層進む中で、ホームレスや精神作用物質による精

- 8) Zill P, Baghai TC, Zwaninger P, et al : SNP and haplotype analysis of a novel tryptophan hydroxylase isoform (TPH2) gene provide evidence for association with major depression. *Mol Psychiatry* 9 : 1030-1036, 2004.
- 9) Li D, He L : Meta-analysis supports association between serotonin transporter (5-HTT) and suicide behavior. *Mol Psychiatry* 12 : 47-54, 2007.
- 10) Quenou MA : Higher postmortem prefrontal 5-HT<sub>2A</sub> receptor binding correlates with lifetime aggression in suicide. *Biol Psychiatry* 59 : 235-243, 2006.
- 11) Ordway GA, Widdowson PS, Smith KS, et al : Agonist binding to alpha2-adrenoreceptors is elevated in the locus coeruleus from victims of suicide. *J Neurochem* 63 : 617-624, 1994.
- 12) Fukutake M, Hishimoto A, Nishiguchi N, et al : Association of alpha2A-adrenergic receptor gene polymorphism with susceptibility to suicide in Japanese females. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 32 : 1428-1433, 2008.
- 13) Pitchot W, Anseau M, Gonzalez Moreno A, et al : Dopaminergic function in panic disorder : comparison with major and minor depression. *Biol Psychiatry* 32 : 1004-1011, 1992.
- 14) Johann M, Putschhammer A, Eichhammer P, et al : Association of the-141C Del variant of the dopamine D2 receptor (DRD2) with positive family history and suicidality in German alcoholics. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 132 : 46-49, 2005.
- 15) Suda A, Kawanishi C, Kishida I, et al : Dopamine D (2) receptor gene polymorphisms are associated with suicide attempt in the Japanese population. *Neuropsychobiol* 59 : 130-134, 2009.
- 16) Nolan KA, Volavka J, Czobor P, et al : Suicidal behavior in patients with schizophrenia is related to COMT polymorphism. *Psychiatr Genet* 10 : 117-124, 2000.
- 17) Persson ML, Wasserman D, Gejjer T, et al : Tyrosine hydroxylase allelic distribution in suicide attempters. *Psychiatry Res* 72 : 73-80, 1997.
- 18) Wasserman D, Sokolowski M, Rozanov V, et al : The CRHR1 gene : a marker for suicidality in depressed males exposed to low stress. *Genes Brain Behav* 7 : 14-19, 2008.
- 19) Dwivedi Y, Rizavi HS, Conley RR, et al : Altered gene expression of brain-derived neurotrophic factor and receptor tyrosine kinase B in postmortem brain of suicide subjects. *Arch Gen Psychiatry* 60 : 804-815, 2003.
- 20) Iga J, Ueno S, Yamauchi K, et al : The Val66Met polymorphism of the Brain-Derived Neurotrophic Factor gene is associated with psychotic feature and suicidal behavior in Japanese major depressive patients. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 144 : 1003-1006, 2007.
- 21) Rujescu D, Giegling I, Mandelli L, et al : NOS-1 and -III gene variants are differentially associated with facets of suicidal behavior and aggression-related traits. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 147 : 42-48, 2008.
- 22) Hwang JP, Yang CH, Hong CJ, et al : Association of APOE genetic polymorphism with cognitive function and suicide history in geriatric depression. *Dement Geriatr Cogn Disord* 22 : 334-338, 2006.

精神障害を合併する精神障害者の問題が顕在化していった<sup>67)</sup>。このため2003年にはメンタルヘルスに関する新しい大統領諮問委員会より「約束の達成：アメリカの精神保健ケアの改革 (Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America)」が公表され、メンタルヘルスの問題はきわめて深刻であるとの認識のもと、回復(recovery)を旨とした精神保健システムへの変革が進められることとなり、この中で自殺予防に言及している<sup>68)</sup>。大きく捉えらるならば、米国のコミュニティメンタルヘルスは脱施設化と地域精神医療への移行を目指して展開したものであって、自殺予防とは直接つながってこなかったようにみえる。高橋は1950年代からおおよそ20年間の米国の自殺予防活動の重要な出来事をまとめていて、それは、①1950年代からShneidmanらが中心となって自殺予防活動に取り組んだこと、②1958年にロサンゼルス自殺予防センターが開設され、世界の自殺予防活動を主導したこと、③ロサンゼルス自殺予防センターで心理学的訓練の技法が開発されたこと、④1965年にShneidmanが国立精神保健研究所(National Institute of Mental Health; NIMH)に招聘されて自殺予防研究センターの責任者となったが、その当時のNIMHの5大優先課題は、アルコール依存症、児童虐待、児童と家族のメンタルヘルス、犯罪と非行、自殺であったこと、⑤1965年に全国に15カ所あった自殺予防センターは1972年には300カ所を超えたが活動の質が疑問視されるようになったこと、などである。そして米国の自殺予防運動は、草の根の活動によって発展してきたと述べている<sup>69)</sup>。すなわち高橋は、米国内における自殺予防活動と、脱施設化と地域精神医療の関連性については言及していない。

最近の米国内における自殺予防活動については本稿の報告がある<sup>10)</sup>。米国内では、目標設定型のヘルスプロモーションである「健康国民2000(Healthy People 2000)」に自殺予防に関する数値目標が組み込まれたものの、国家として体系的に自殺予防策を進めることには至らなかった。しかし1996年に国際連合から公表された「自殺予防：国家戦略の作成と実施のためのガイドライン」(Prevention of suicide; Guidelines for the formulation and implementation of national strategies)と自殺予防アドボカシーネットワーク(Suicide Prevention Advocacy Network)などの活動を契機に大きく変わり、2001年の新しい公衆衛生の考え方を導入した国家自殺予防戦略の公表につながったと述べ、米国の自殺予防策の今後の発展に期待を寄せているが、米国の精神保健運動と自殺予防のつながりには言及していない。

英国では1950年代から脱施設化と地域精神医療への転換が進められた。英国の保健医療システムにおいては、コミュニティメンタルヘルスサービスの提供はNHS(国民保健サービス)制度が基盤であるが、NHSの活動は低医療費政策、制度改革による混乱などで低迷し、医療の質も低下していったため、コミュニティメンタルヘルスの発展も阻害されていた。1997年に誕生したブレア政権は、教育改革とともに医療改革を掲げてNHS改革に着手し、1999年に「われわれの国をもっと健康に(Our Healthier Nation)」という国家計画のもとで、NHSの改革のためにNSF(ナショナル・サービス・フレームワーク)を設定してサービスの充実を図った。NSFの対象となる疾患としては最初に冠動脈心臓疾患とともに精神疾患が選ばれたが、その背景には政策優先順位を決める指標としてDALY(Disability-adjusted life-years、障害生命

調整年)が採用され、癌、冠動脈心臓疾患とともに、精神疾患が三大重点疾患に選定されたことによる。1999年には精神保健NSFが策定されて、7つの全国基準(精神的健康の増進、プライマリ精神保健ケアの充実、サービス・アクセスの改善、専門家による訪問型治療の開発、病院と危機対応型住宅の改革、家族支援、自殺予防)が設けられた<sup>11)-13)</sup>。そして2002年に7つの全国基準の1つとして自殺予防戦略が始まった。このように英国の自殺予防対策は、医療改革、精神医療改革の流れの中で取り組まれており、自殺予防が独立して取り組まれてきたわけではない。米国内におけるロサンゼルス自殺予防センターの開設に匹敵する、英国の草の根的な自殺予防活動として、1953年のサマリタズ(Samaritans)の発足があることは言うまでもないが、若年者におけるさまざまな形の自傷や自殺念慮の実態や臨床的特徴などについては、自らの手で調査活動を行い、現場の教職員と連携して「自分を傷つける青少年にかかわる学校関係者のためのガイドライン」をまとめたHawtonらの活動も、学校を舞台にしたコミュニケーションメンタルヘルスの秀逸な事例と考えられる<sup>14)</sup>。英国の場合、脱施設化と地域精神医療の充実、すなわちコミュニティメンタルヘルスの充実に向けての流れは、ヘルスプロモーションと保健医療システムの改革の中で、国民保健の問題として自殺予防につながっていった。

以上、米国内と英国のコミュニティメンタルヘルスの発展を概観したが、自殺予防を標榜しなくても、その活動の実質が自殺予防に大いに役立つものを自殺予防活動というのであれば、精神疾患を含む自殺の危険因子を多く抱えた人たちを支援するコミュニティメンタルヘルスは、そもそも自殺予防の中核にあるというべきであらう。さて、米国内と英国に続いて国家規模でコミュニティメンタルヘルスの構築に取り組んでいる豪州の精神保健戦略 Australia's Mental Health Strategy は、当初5ヵ年の計画で始まり、第二次(1998~2003年)、第三次(2003~2008年)と継続している。この戦略の目的は、①精神保健の推進と障害の予防、②障害による影響(インパクト)の軽減、③精神障害者の権利の保障であったが、第三次では地域社会自体のメンタルヘルスの向上が組み込まれた<sup>15)</sup>。これらの国々の事例からみると、コミュニティメンタルヘルスと自殺予防は、近年のメンタルヘルスの問題の顕在化と相俟って<sup>16)</sup>、目標設定型のヘルスプロモーションの重要な構成要素として認識されつつある。

## 2

精神保健福祉制度から捉えると、わが国のコミュニティメンタルヘルスの発展は、欧米の新しい考え方の導入を目指した精神衛生法制定(1950)、地域精神衛生活動普及のスタートとなった精神衛生法改正(1965)、入院患者の人権擁護と社会復帰の促進、また国民の精神的健康の保持増進を目的とした精神保健法改正(1987)、障害者基本法(1993)の成立に基づく精神保健福祉法改正(1995)と続き、わが国の精神保健医療福祉の在り方を「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革するための概ね10年間の目標を表した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004)、障害者自立支援法の成立と精神保健福祉法改正(2005)と続く<sup>6)</sup>。これらの法改正も、地域精神医療と精神保健運動というコミュニティメンタルヘルスの2つの系譜の発展の取り組みとみる

ことができるが、特に精神保健法改正(1987)は、国民の精神的健康の保持増進を法の目的に加えることで、心の健康づくり、すなわちメンタルヘルスプロモーションに道を開いたものと考えられる。心の健康づくりに関連する施策としては、アルコール関連問題対策、薬物乱用防止対策、ひきこもり対策などが取り組まれているが、これらは自殺予防を標榜したものであるが、自殺のハイリスク者を対象とすることには注意しなければならない。自殺予防を標榜しての取り組みは、2000年2月に健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動)の各論である「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」が数値目標として示されたことに始まる。2002年8月の厚生労働省自殺防止対策有識者懇談会の中間とりまとめ「自殺予防に向けての提言について」をもとに、2003年度には厚生労働省に「地域におけるうつ対策検討会」が設置され、自殺予防の観点からうつ対策が取り組まれるようになっていった。しかし、わが国においては、これまでのところヘルスプロモーションは英国ほど強く国家と結びついておらず、メンタルヘルスプロモーションの重要性についての認識を保健医療従事者の中でさらに高め、社会にも伝えていく必要がある。

メンタルヘルスの問題の大きさについては、WHOの主導する国際的な精神・行動障害に関する疫学研究プロジェクトである世界精神保健(World Mental Health)の日本調査で知ることができている<sup>16)</sup>。調査時点までの生涯では地域住民の約5~6人に1人が、調査時点からの過去12ヵ月間では約13~14人に1人が、少なくとも1つ以上のなんらかの精神障害を経験していた。特に頻度の高いうつ病(DSM-IV診断)は生涯に6.3%、過去12ヵ月間に2.1%が経験しており、これまでに本気で自殺を考えた者は9.7%、過去12ヵ月間に本気で自殺を考えた者は1.2%であった。精神障害の合併により自殺傾向のリスクが著しく増加していた。また地域の心の健康問題の連鎖(暴力、軽症の精神疾患)が確認され、心の健康問題の予防のためには、ライフサイクルを通じて多様な対策が必要であることが指摘されている。精神障害の合併によって自殺傾向のリスクが著しく増加すること、また心の健康問題の連鎖は海外の先行研究の成果ともよく一致するものであった<sup>17)</sup>。わが国においても、自殺予防におけるメンタルヘルス、特にハイリスク者対策が重要であることを示すものであろう。

自殺対策基本法(2006)に基づき、2007年に閣議決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結果および策定後の自殺の動向を踏まえて一部改正された。そして当面の重点施策群の「適切な精神科医療を受けられるようにする」の中に「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」が設けられ、「うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症などについて、調査研究を推進するとともに、総合的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行う」とされた。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について、救急医療機関、精神保健福祉センター、保健所、教育機関などを含めた連携体制の構築により適切な医療機関や相談機関を支援するなど、精神疾患の一部改正は、コミュニテイメンタルヘルスの重要性を社会に示すとともに、自殺総合対策大綱の一部改正は、コミュニテイメンタルヘルスの重要性を社会に示すとともに、実効性の高い自殺予防の取り組みを進める重要な機会となる可能性がある。

これと関連するが、自殺総合対策大綱の当面の重点施策「国民一人ひとりの気づきと見守りを促す」の中には「自殺予防週間の設定と啓発事業の実施」があり、9月10日の世界自殺予防デーに因んで、この日から1週間を自殺予防週間に設定している。内閣府自殺対策推進室は、自殺対策に関連する学術団体、民間団体などに、自殺予防週間における啓発事業の実施を呼びかけている。この呼びかけに応じて、日本精神神経学会(理事長:小島卓也)は2008年9月10日に「自殺対策に関する声明」を公表した。その内容は、①会員は日々の診療や研究、さらに地域、職場などにおける社会活動によって自殺対策に参画してきたこと、②自殺が多様かつ複合的な原因および背景を有することを理解したうえで、総合的な対策を担う一環として学会活動を推進して社会に貢献していくことを示した<sup>18)</sup>。また日本社会精神医学会(理事長:広瀬徹也)は、「自殺予防週間に向けてのメッセージ」として、学会誌に掲載した自殺対策関連の論文の抄録などをホームページ上で紹介するとともに、精神医学会の三本柱である“Bio・Psycho・Social”の一翼を代表する学会として、①自殺の背景などに係る実証的研究の推進とそれに基づく防止対策の提唱、②諸外国あるいは学際的交流に基づく情報発信、③会員個々のレベルでの自殺対策への参画の奨励によって自殺対策に貢献していくことを示した<sup>19)</sup>。勝又らの行った心理学的剖検の手法を用いた「借金自殺」事例の分析は、自殺の原因・動機が経済・生活問題と考えられる自殺においても、問題飲酒、自傷経験、睡眠障害などのメンタルヘルスの問題が自殺に至るプロセスに深く影響している可能性があることを示している<sup>20)</sup>。自殺行動には、素因としての希望のなさ hopelessness と衝動性・攻撃性、ストレスサーとしての精神疾患と心理社会的危機が影響していると考えられていることから<sup>21)</sup>、メンタルヘルスが自殺予防の重要な要素であることは明らかであり、2つの学会が学会としての意思表示を行ったことの意味は大きい。

### 3. メンタルヘルスと自殺予防

本稿では、コミュニテイメンタルヘルスと自殺予防の歴史的な結びつきと、メンタルヘルスプロモーションとして、公衆衛生的な視点を含めての発展が望まれていることを述べてきた。さて高橋は、自殺のキーワードは“孤立”であるとして、“困ったときには、誰かに助けを求めずともかまわない、むしろ、それが適切な対応なのだ”という点を強調したい。自殺の危機とは、そのような人がまったくないといふと固く信じ込んでしまうような状況であるのだ”と述べている<sup>22)</sup>。WHOは、自殺行動は精神障害者で高率に認められ、気分障害をもつ人の生涯自殺リスクは6~15%、アルコール症では7~15%、統合失調症では4~10%と推定されている<sup>23)</sup>。メンタルヘルスの従事者は、この事実を目を向け、社会の中にあるメンタルヘルスの問題に広く目を向ける必要がある。一方で、自殺予防の社会的取り組みを行う者も自殺予防におけるメンタルヘルスの重要性を深く認識する必要があると思う。精神疾患についての理解は、自殺予防におけるメンタルヘルスの役割の認識にも影響しているように思えてならない。

この膠着した状況を切り開いていくのは、コミュニテイメンタルヘルスにおける当事者活動ではないか。当事者活動はさまざまな方法があるが、そこに共通しているのは“孤立”させないこと

であって、それは孤立した仲間が自殺してきた事実に裏打ちされたものであろう。精神疾患と  
いう自殺の危険因子を身のうちに抱え、家族との良好な関係が得られず、経済・生活問題を抱  
えて将来の見通しが立たないとしたら、自殺の危険は高くなるだろう。当事者活動は自殺予防  
を標榜しなくてもハイリスク者の支援を担ってきた可能性がある。本稿では、自助グループの  
例として、全日本断酒連盟、全国精神障害者団体連合会を挙げることとする。もちろんこのほ  
かにも、アルコールホーリス・アニマス (Alcoholics Anonymous; AA)、ダルク (Drug Ad-  
diction Rehabilitation Center; DAR) など、さまざまな当事者活動があり、いずれも自殺リス  
クの高い仲間の支援を行っているが、本稿は自助グループの紹介を目的としないものではないの  
で省略する。

全日本断酒連盟は、「酒害に関する啓蒙を行うとともに、地域の断酒組織の結成を促すなどに  
より酒害の及ぼす社会悪の防止につとめ、広く社会福祉に貢献することをもつて目的とする社  
団法人」であって、その会員は、「全日本断酒連盟の目的と趣旨に賛同したもので、断酒実行者  
または断酒運動に理解と熱意のあるもの」によって構成される<sup>20)</sup>。全日本断酒連盟はそのホー  
ムページに「自殺の際に依存症あり」として、「断酒会では最近あまり自殺について語られなく  
なった。しかし、自殺問題を追及していくと、結局はアルコールを含めた依存症に突き当たる  
場合が多いことがわかってきた。今一度原点に立ち戻って、断酒会、ひいてはアルコール依存  
症と自殺の関わりを検証してみよう」と述べている。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が開催したアルコール問題と自殺に関する意見交換会において、小  
林哲夫(全日本断酒連盟参与)は「私が知っている断酒会員の自殺は人数こそ少ないものの、多  
種多様な死に方をしていきます。心理的な葛藤、経済的な原因、険悪な家族関係などで追い詰め  
られて逃げ場がなくなり、自殺するか選択肢がなかった人、そうかと思うと酒の勢いを借り  
て突発的にパッと死ぬ人がいる。自殺が事故死にわかかわからないような死に方があって、警察は事  
故死で処理していても、われわれ断酒会員は彼の過去を辿っていくと自殺しかない、と考える  
ことがよくあります」と述べている<sup>21)</sup>。われわれの社会がアルコール問題の存在を否認し、ア  
ルコール関連問題への取り組みを遅らせてきた中で、全日本断酒連盟には約1万人の会員がい  
て、自殺予防を標榜していても、自殺予防に重要な役割を果たしてきたことはもともと知ら  
れてよいと思うし、その経験から学ぶことはたくさんあると思われる。

全国精神障害者団体連合会(全精連)は「ひとりぼっちをなくそう」をスローガンに、1993年  
4月に結成された<sup>22)</sup>。全国精神障害者団体連合会はピアサポートを行い、また全国の精神障害  
関連団体とも協力して、社会の偏見や差別の解消、精神障害者の人権の確立や生活環境の改善  
などに向けて広く活動を行っている。全国精神障害者団体連合会のスローガンには、これ以上  
自殺で仲間をなくさないようにしたいという気持ちが込められている。

精神衛生法改正(1965)による地域精神衛生活動をリードした1人である助川は、その著書  
「ふたりぼっち；精神科ソーシャルワーカーからの手紙」に精神障害者の「ひとり」の人間として  
つましく暮らしたい」という訴えと向き合ってきたことを、精神障害者や支援者の「ありのまま  
の姿」として読みやすい手紙の形にまとめているが、その中に「悲しみの踏切-友人の言葉に励

ついたYさんへ」と自殺した1人の精神障害者に手紙を送る。そして「本当に何をすればよ  
かったのか。「もういい」と言うまであなたとずっと一緒にいてあげればよかったのではない  
か。今でも自問自答しています」と結んでいる<sup>23)</sup>。助川に限らず、コミュニティメンタルヘル  
スの発展の途上で自殺事例を経験した精神保健従事者の経験を、もつと自殺予防に活かすこと  
ができればと考える。

わが国は少子高齢化が進み、従来の地縁・血縁だけに頼らない、新たな視点で地域を再構  
築していくことが求められている。自殺対策には個別の事例に応じた適切な社会資源に結びつ  
けていく、温かい人の手とネットワークが必要である。自殺対策は、「危機にある地域住民の誰  
でもが精神保健サービスを受けられる」ような、新たなコミュニティメンタルヘルスの構築で  
ある。わが国のコミュニティメンタルヘルスの発展に大きな足跡を残した岡上は、助川の「ひ  
たりぼっち」への寄稿中で「伝えき地域精神衛生の話は、半分はちんぷんかんぷん。最近に  
なつて、わからなかったのは「地域の中のケア」ではなく「地域社会の中のケア」だったと、よう  
やく己の中で整理がついた「ぐらいいいもの」<sup>24)</sup>と述べている<sup>25)</sup>。わが国のコミュニティメンタ  
ルヘルスは今ようやく大きな転換期を迎えつつあるが、岡上の「地域社会の中のケア」は、当  
事者活動またはNGOの活動の発展ともつながって、筆者の中で膨らむ。われわれはコミュニ  
ティメンタルヘルスの発展が自殺予防につながることを再認識し、その充実に努めなければな  
らない。

(竹島 正、松本俊彦)



- 1) 精神保健の教科書。
- 2) 吉川武彦：地域精神保健活動入門。金剛出版。東京、1994。
- 3) WHO Mental health. [http://www.who.int/mental\\_health/en/DAILY](http://www.who.int/mental_health/en/DAILY)(最終アクセス2009/05/06)。
- 4) 竹島 正、助川征雄：精神保健活動はどのように変わってきたか：地域活動から見た精神保健。  
これからの精神保健。吉川武彦、竹島 正(編)。pp.1-20。南山堂。東京、2001。
- 5) 広瀬徹也：社会精神医学の定義。社会精神医学。日本社会精神医学会(編)。pp.1-20。医学書院。  
東京、2009。
- 6) 精神保健福祉研究会(監)：平成19年度我が国の精神保健福祉。太陽美術。東京、2008。
- 7) 仙波恒雄(監訳・解説)：アメリカの精神医療。聖和書店。東京、1980。
- 8) The President's New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the Promise:  
Transforming Mental Health Care in America。
- 9) 高橋祥友：諸外国における自殺予防対策の確立過程に関する研究。とくに国連自発予防ガイド  
ラインが各国の自殺予防戦略に及ぼした影響。平成17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)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」総括・分担研究報告  
書1。pp.209-219。2006。
- 10) 本橋 豊、高橋祥友、中山健夫、ほか：STOP!自殺。海鳴社。東京、2006。
- 11) 英国保健省：精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク：5年間の経過。日本精  
神障害者リハビリテーション学会。東京、2005。
- 12) 伊藤田英：自治体における精神保健活動の課題。PHNブックレット7。萌文社。東京、2008。
- 13) 内閣府：平成20年版自殺対策白書。2008。
- 14) キース・ホートン、カレン・ロッドハム、エマ・エヴァンス(松本俊彦、河西千秋(監訳))：自爆と  
自殺：思春期における予防と介入の手引き。金剛出版。東京、2008。
- 15) Australian Health Ministers: National Mental Health Plan 2003-2008. Commonwealth of



Australia, 2003.

- 16) 川上 麗人：「このころの健康についての疫学調査に関する研究。平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（このころの健康科学研究事業）」このころの健康についての疫学調査に関する研究（総括報告・分科研究報告書，pp 1-16, 2007.
- 17) Keith Howton, Kees van Heeringen : Suicide. Lancet 373 : 1372-1381, 2009.
- 18) 日本精神神経学会（自殺対策に関する声明）. <http://www.ispn.or.jp/>（最終アクセス 2009/05/06）
- 19) 日本社会精神医学会（自殺予防週間に向けてのメッセージ）. <http://www.ispp.info/>（最終アクセス 2009/05/06）
- 20) 勝又 勝太郎, 松本 俊彦, 高橋 祥友, ほか：社会・経済的要因を抱えた自殺のハイリスク者に対する精神保健的支援の可能性；心理学的試験研究における「借金自殺」事例の分析. 精神医学 51 (5) : 431-440, 2009.
- 21) Mann JJ : A current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. Annals of Internal Medicine 136 : 302-311, 2002.
- 22) 高橋 祥友：自殺予防. 岩波新書, 東京, 2006.
- 23) WHO Suicide prevention (SUPRE). [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/supresidsprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresidsprevent/en/)（最終アクセス 2009/05/06）
- 24) 社団法人全日本衝動連盟. <http://www.dansyu-renmei.or.jp/>（最終アクセス 2009/05/06）
- 25) 社団法人全日本衝動連盟：アルコール依存症と自殺（自殺対策調査員交換会）. 平成 20 年 7 月号「かがり火」別冊, 2008.
- 26) 特定非営利活動法人全国精神障害者団体連合会. <http://www18.ocn.ne.jp/~zenseim/>（最終アクセス 2009/05/06）
- 27) 助川 征雄：ふたりぼっち；精神科ソーシャルワーカーからの手紙. 万葉舎, 東京, 2002.

# 1 自傷と自殺のアセスメントとマネジメント

## 1.1 自傷と自殺の違い

### ■ 自傷と自殺の違い

自殺企図とは、自殺の意図をもって自らの身体に損傷を加える行為である。一方、リストカットなどの非致命的な自傷は、「イライラを抑えるために切る」「切って血を見るとホッとすると」というように不快感情への対処として、あるいは、「自分のつらさを相手にわかってもらいたくて」といった意思伝達の目的から行われることが多い。今日、自傷研究の領域では、「自傷とは、明らかに自殺の意図なしに、非致命的の予測をもって、故意に非致命的な損傷を身体表面に加える行為」と定義されている。

その意味で、自傷とは自殺企図とは峻別されるべき行動である。しかし、非自殺性自傷がエスカレートする中で自己コントロールを失って、致命的な結果を招くこともあり、長期的には自殺の危険因子である。なお、この自傷の定義には、過量服薬は含まれていない。致死性の予測が困難であるという理由から、過量服薬は自傷に含めない、という自傷研究者は少なくない<sup>3)</sup>。実際、過量服薬の場合には、はつきりと自殺の意図が認められなくとも、「たとえ死んでしまっても、それはそれでかまわない」といった自暴自棄故に、自殺念慮を完全には否定できない事例も珍しくない。

Walsh と Rosen<sup>2)</sup>は、Shneidman<sup>1)</sup>の自殺に関するメタ心理学的知見を踏まえて、自殺と自傷の差異を明らかにしている（表 1）。Shneidman によれば、自殺とは、耐え難く、逃れられなない精神的苦痛が果てなく続く状況の中で、唯一の脱出口であるという。すなわち、自殺者は、

表 1. 自殺と自傷の違い

刺激	耐えられない心の痛み	間欠的にエスカレートする心の痛み
ストレッサー	心理的な欲求充足の挫折	心理的な欲求充足の延期
目的	耐え難い問題に対する唯一の解決策	短期間の改善を獲得する方法
感情	意識の終焉・喪失	意識の変化
認知の状態	絶望感・無力感	脱外感
行動	視野狭窄	崩壊・分裂
	脱出口	再統合

（文献 2）より一部改変）



表 2 「自殺の危険因子」チェック・リスト

患者の訴え	死や自殺の願望・意思を口にしている
	絶望やあきらめを口にしている
	身体機能の喪失、疼痛により強い苦痛・苦痛を訴えている
既往歴・家族歴	精神疾患の既往歴がある
	自殺企図の既往歴がある
	自殺の家族歴がある
生活環境・ライフイベント	最近、親しい者との離別・死別があった
	失業や経済的破綻を経験した
	家族や介護者がおらず孤立している
症状・疾病	精神症状を呈している、精神疾患を合併している
	抑うつ状態にある
	強い不安状態ないしは焦燥状態にある
	不眠や食思不振が続いている
	明らかに行動上の変化・異常を認めている
	慢性ないしは進行性の身体疾患に罹患している
	自身の身体や健康に無頓着・無謀な行動

目が覚めなければいい」などといった表現は、自殺念慮に準ずる臨床的意義があると心得るべきである。

#### d. 危険因子の評価

過去の自殺歴や家族歴、精神医学的状態、身体医学的状態、現在のストレス(人間関係や経済的状況)といった、広範な領域に関する自殺の危険因子を評価する。中でも、過去の自殺未遂歴と自殺の家族歴は重要な項目といえるであろう。自殺未遂歴は、いかなる精神障害の存在よりも強力な自殺の予測因子である。過去における自殺未遂行動の回数が多いほど、将来における自殺行動が発生する可能性が高い。また、自殺の家族歴は、精神障害の遺伝とは独立して、自殺に影響する要因である<sup>7)</sup>。

現在における精神作用物質の使用状況にも注意を払う必要がある。物質乱用・依存が自殺の危険因子であることはよく知られているが、実は日常的なアルコールの摂取であっても、酩酊によって衝動性が亢進することで、自殺行動を促進してしまう可能性がある。「死にたい」と思っていたが、死の勇氣はなかった。でも、酔ったら恐怖感がなくなって」と語る未遂者は、稀ではない。

以上のような系統的な危険因子の評価を終えたならば、今度は、修正可能な要因(抑うつ状態、不安、パニック発作、精神痛症状、睡眠障害、物質乱用、衝動性、焦燥感、身体疾患、困難な家庭的・社会的状況、致死的手段へのアクセスなどを)を特定し、介入の標的を定めるべきである。

表 2 に「自殺の危険因子」チェック・リストを示す。

#### e. 保護的因子を探索

患者の話を傾聴しながら、「どのような支援資源が必要なのか?」「キーパーソンは誰なのか?

か?」といった事項を検討する必要がある。その際、「その困難がありながらも、今日まで生き延びることができた理由はなんだろうか?」という観点から質問を補ってみるとよい。意外な事柄が支えとなって自殺を抑制していたことがわかり、保護的因子の特定をたやすくしてくれる。必要な支援資源に関するヒントが得られる可能性もあろう。

このようにして特定された保護的因子を、今度は上述の危険因子と突き合わせ、総合的なアセスメントを行う必要がある。

#### f. 自殺企図後の「元気さ」に注意する

自殺企図後の心理状態については慎重な評価が必要である。自殺企図後の元気さや明るさは、必ずしも再企図のリスクが低いことを意味しない。自殺行動がもたらす一過性のカタルシス効果による元気さであったり、自殺の意図を悟られまいとする、偽りの元気さであったりすることがある。

### ■ 「死にたい」にどう対応するか

#### a. 告白に感謝する

こちらの質問に対して、あるいは患者自身から「死にたい」という言葉が出てきたとき、訴えを軽視しないで真剣に向き合い、共感と支持、思いやり、そして支援を約束する姿勢が伝わるようことが大切である。そして、慌てて騒ぐことなく、静かで穏やかな態度で、正直に自殺念慮を告白してくれたことをねぎらうべきである。こうすることで、「自分の気持ちを正直に語ることはよいことである」というメッセージを伝える必要がある。

#### b. 「自殺はいけない」はいけない

安易な励ましをしたり、やみくもに前進を唱えたりすべきではない。「残された人はどうするのだ」「家族の身になってみる」「死んではいけない」という叱責や批判、あるいは強引な説得も好ましいものではない。また、患者との間で「自殺はよいことか、悪いことか」といった議論に拘泥するのは、不毛であるだけでなく、有害ですらある。「自殺はいけない」と決めつけられた時点で、患者はもはや正直に自殺念慮を語ることができなくなってしまう。

#### c. 「死にたい」の意味

自殺がよいか悪いかはさておき、幸福のあまり自殺するという人は稀であり、多くの者は困難や苦痛故に自殺を考えることは間違いない。だとすれば、「死にたい」という告白は、「困難な問題のせいで死にたい」ほどつらいが、もしもその問題が解決されれば、本当は生きたい」というメッセージと考えることができる。そして援助者としてのわれわれは、患者の話を傾聴しながら、その「耐え難く、逃れられない」困難な問題が何が明らかになればならない。そのうえで、援助者は、患者が抱える「困難」を軽減するという共通目的に関する治療同盟の確立を望ましい。

自殺念慮を抱える者は、「白か黒か」という硬直した二分法的思考をする中で、心理的視野窄めに陥っていることが多い。そのため、自らが抱えている困難な問題にはまだ試していない他の解決法があることを思い至らなくなっていることが少なくない。また、そもそも、支援資

源に関する情報を欠いたまままで、困難から「逃れられない」と感じている場合もあろう。

### ■ 確実に支援資源につなげる

患者に必要な支援資源が判明し、他の相談機関や援助機関（例えば債務処理のための司法書士事務所、あるいは、生活者に対する福祉事務所など）を紹介する場合には、確実につなげる配慮をしなければならぬ。精神的に追い詰められた自殺念慮者は、注意力や判断力、記憶力が低下しており、援助者の指示をうわの空で聞き流していることがある。また自殺念慮者は、自分にプラスとなることを実行するのに消極的である。面接で同意したからといって、実際に助言通りに実行するとは限らない。

したがって、他の相談機関に同行する、本人と一緒に電話をかける、説明した内容の要点をメモにして渡すといった工夫が必要である。

### ■ 自殺念慮の両面性を理解し、協働的であることを心がける

#### a. 両面的な心理

自殺念慮を抱く者の心理は両面的である。「死にたい」と訴えながら、「助けを求める気持ち」と「助かりたくない気持ち」が同時に存在しているのである。前者故に、その言動は、時として演进的、操作的なものにみえてしまい、援助者の助言や指示に従わない態度として表れ、援助者の管理的・支配的な態度を引き出してしまうかも知れない。そのような場合、患者が援助者に心を閉ざすようになり、結果的に自殺のリスク評価が困難となってしまうことがある。

#### b. できる限り同意を得ること

相談機関の紹介や治療・援助方針の策定、あるいは家族や医療機関などへの情報照会にあたっては、できる限り、患者の同意を得るよう努め、協働的な援助関係の構築に努める。

### ■ 守秘の原則は適用されない

「協働的」というのと矛盾するようだが、自殺念慮者や自殺未遂者の援助においては守秘義務の原則は適用されないことも強調しておきたい。患者自身が「このことは家族にはいわないでください」と訴えた場合にも、「あなたを守るためにそれが必要である」ことを粘り強く説明する必要がある。もしも家族と連絡をとらないまま対応し、その後間もなく自殺既遂もしくは再企図となった場合の訴訟リスクは大きい。

### ■ 自殺しない契約(No Suicide Contract/Suicide Prevention Contract)

#### a. 次回までの時限的契約

協働作業を通じて、困難を軽減するための方針が患者と共有されたところで、患者に「自殺しない契約」を求めることとなる。といっても、「この先ずっと自殺はしない」という莫然とした

契約は、それ自体がナセンセンスである。この契約は、あくまでも次回の面接予約を前提とする「時限的契約」であり、面接の度に確認されるべきものである。さらにいえば、そこで確認されるのは、「自殺念慮がない」「自殺の危険がない」ということではなく、「自殺したくたたら必ず連絡する」という、援助者との治療同盟である。

#### b. 「自殺しない契約」の問題点

米国では、その有効性に関するなんらのエビデンスもないにもかかわらず、あまりにもこの「契約」が臨床現場で過大評価され、時にはルーチン業務として実施されてきたことが、問題視されている。こうした流れ作業的な「自殺しない契約」には、単にスタッフの不安を軽減する以上の効果はない。事実、この契約に同意した後で自殺企図に及んだ患者は意外に多く、また自殺意図の高い患者の場合には、表面的に同意することで、その意図を悟られないようにすることもあるといわれる。

#### c. 治療同盟が前提

「自殺しない契約」は、継続的な援助関係と信頼できる治療同盟を前提として初めて治療的な意味をもつ。そして、治療同盟とは、患者との協働によって多くの時間を共有することで——あるいは、これから共有していくこと——の合意を前提として——構築されるものである。したがって、例えば、今後、患者との継続的治療関係をもつ予定がない救急外来のスタッフやリエゾン精神科医が、単回の介入の中で事務的にこの契約を持ち出すのは、効果がないばかりか有害なこともある。

なお、「自殺しない契約」は、法的な契約ではなく、あくまでも臨床上の契約である。したがって、臨床家を訴訟上の責任追及から守るものではない。

### ■ 入院の功罪

自傷・自殺の恐れは、措置入院という精神科病棟への非自発的入院の要件であり、入院には患者を自殺行動から物理的に保護するという機能がある。しかし、ChilesとStrosahl<sup>6)</sup>は、「精神科病棟への入院が自殺を減らすというエビデンスはなく、自殺は、他のいかなる施設よりも、精神科病棟と刑務所で起きている」と述べ、精神科病棟への入院がもたらす医原性の副作用にも注意を払う必要があると指摘している。すなわち、自己決定権の剥奪体験が退院後の患者の自殺リスクを却って高めてしまう場合があり、また、入院という体験が患者の自殺行動を強化してしまうこともあるという。

何も入院が無意味であると言いたいわけではない。精神障害に対する急性期治療などでは、入院治療は確実に危険因子の解決に有効である。また、入院によって患者の安全を確保した状況で、家族内葛藤の調整などといった介入も、危険因子の解決には建設的である。問題なのは、重要な危険因子に対する介入をしないまま、医療スタッフや家族の安心のために、単に「物理的に行動を制限する」だけのために無意味な入院を繰り返すことである。

実は、同じことは外来治療において当てはまる。患者自身が「死にたい」と考えるほどの困難が何であり、その解決のために何が必要なのか、といった観点からの援助がされなければ、