

る自殺予防のためのガイドラインの考え方が取り入れられ、プリベンション（自殺の蓋然性が低い段階でその予防を図る）、インターベンション（現に起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐ）、ポストベンション（不幸にして自殺が生じてしまった場合に、他の人に与える影響を最小限として、新たな自殺を防ぐ）の段階別の予防対策など、自殺対策基本法（2006（平成18）年）にある基本的な概念がすでに示されている。しかし国が対策に乗り出したといっても、この時期に、実際に対策に取り組んだのは、ほとんど厚生労働省だけであり、地方自治体においても、自殺死亡率の高い東北地方等の数県に限られていたのが実態である。

第2期（2005（平成17）～2006（平成18）年）は、自殺対策に政府全体で取り組むようになる転換点である。2005（平成17）年に参議院厚生労働委員会は「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」を行い、それを契機に、政府に自殺対策関係省庁連絡会議が設置され、同年末にはその報告書「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」が公表された。これを契機に、自殺防止対策は政府全体の取り組みとなり、内閣府を中心に進められていくこととなった。

第3期（2006（平成18）年～）は、自殺対策基本法の制定以降であり、社会全体で取り組むという現在進行中の過程である。2007（平成19）年6月には、政府の自殺対策の基本的指針である「自殺総合対策大綱」が策定され、2008（平成20）年10月にはその一部改正が行われた。2009（平成21）年6月には、地域自殺対策緊急強化基金が交付されるようになり、2010（平成22）年2月には、政権交代を経て「いのちを守る自殺対策緊急プラン」が公表された。自殺対策基本法以後のわが国の自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な背景を有することを踏まえて、社会的取り組みとして行うという考え方が強まり、どちらかといえば、生きやすい社会をつくるという世直しのイメージで進められてきた。しかし、その一方で、2007（平成19）年に自殺総合対策大綱が閣議決定された段階では、自殺のハイリスク者についての言及はなく、2008（平成20）年の改正でようやく入ったところで、また、現在も外国人、性同一性障害等のマイノリティの自殺問題についての言及はない。自殺のリスクの高い人たちに寄り添って支援する、精神保健の具体的な取り組みに向け、実証的なデータを積み重ねる必要があると思われる。

3 | 自殺対策からみた、うつ病対策との連携、 精神保健福祉士の役割

政府・地方自治体等が、自殺対策の取り組みを始めるうえで先導的な役割を果たした意味において、自殺対策基本法が制定されたこと、そして政府の自殺対策の基本的指針である自殺総合対策大綱が示されたことの意義は大いに評価されるべきである。しかし、大綱に示された当面の重点施策には、その背景にある科学的妥当性や実施可能性については明記されていない。また、施策の評価方法についても具体的には述べられていない。このことと、自殺が多様かつ複合的な背景を有することを踏まえて、社会的取り組みとして行うという考え方が一緒になって、自殺対策の定義が曖昧なままになってきたように思う。すなわち、法律の名称に“自殺対策”という言葉が使用されたが、自殺対策は、自殺予防よりも幅が広く、自殺予防に社会的取り組みを含めた、また、遺族の心理的ケアだけでなく遺族が経験する社会の自殺への偏見や経済的損失等も含めた総合的対策を示す造語であるが、造語であるゆえに、歴史的重みがなく、解釈可能性が広いという欠点を有する。筆者は、「自殺対策」の定義を、「メンタルヘルスの問題を含む多重的な困難をかかえている人を支援し、その困難を小さくすることで結果的に自殺を減少させていく取り組み、またはそのための組織的な活動」とすることで、自殺対策をより焦点のはっきりしたものになりたい。このようにしたほうが、自殺防止対策として何をしたらよいか明確になると思う。

筆者はかつて「自殺予防はどこで、だれが担うか」という問いに対して、自殺予防は身近なところからの生きる支援・社会的弱者への支援（「生き方」に寄り添いながら支援する）と述べた。そして、真の効果的な自殺予防の取り組みは、ハイリスク者、マイノリティにきちんと目を向けることであり、それこそ自殺予防総合対策の基本であると述べた。「生き方」に寄り添った支援を可能にするのは、地域や行政の理解と支えであり、地域づくり（ヘルスプロモーション）は自殺防止対策と地続きである。その意味で「自殺予防を標榜していないが、ハイリスク者支援などによって自殺予防となっているもの」、すなわち、地域担当保健師による見守り支援と、地域精神医療と困窮者支援の連携等が「地域づくり」を基盤に安定的に行われることが重要である。

私たちの社会では、支援を求める人に優先的に支援が行われ、支援が必要でもそれを求めない（求めることができない）人は置き去りにされる傾向をもつ。仮にサービス利

9) 竹島正「精神保健と地域づくりのつながり——自殺予防を糸口に」『公衆衛生』第74巻第11号、950～954頁、2010。

用の上手・下手で言うならば、サービス利用の下手な人たちを置き去りにするなかで、自殺の問題や精神保健の問題が大きくなったと思えてならない。¹⁰⁾ 真の効果的な自殺予防への取り組みは、自殺の背景にある取組み可能な問題にきちんと目を向けることで、それこそ自殺対策の基本である。

自殺予防総合対策センターでは、社会的支援とメンタルヘルスの支援の連携の糸口を探る目的で、精神保健福祉士と司法書士の連携をモデルとして「いきるを支える——精神保健と社会的取組み 相談窓口連携の手引き」¹¹⁾を作成した。うまく支援につながらない人たちの助けの求め方を理解するためには、メンタルヘルスの視点が役立つし、生活再建に向けて漕ぎ出すには、生活者の視点をもった法律家の支援が必要であるという理由による。生きていくことの困難とメンタルヘルスの問題が入り混じったところにどう対応するか、精神保健も精神保健福祉士も問われていると思う。

10) 前出9)

11) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター「いきるを支える——精神保健と社会的取組み 相談窓口連携の手引き」2011.

編集委員（五十音順、○は編集幹事）

広沢正孝（ひろさわ・まさたか）

順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科教授

○藤井達也（ふじい・たつや）

上智大学総合人間科学部教授

四方田清（よもだ・きよし）

順天堂大学スポーツ健康科学部准教授

執筆者及び執筆分担（五十音順）

井関栄三（いせき・えいぞう）……………第4章第6節、第7章第5節

順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター精神医学教授

伊東秀幸（いとう・ひでゆき）……………第9章第2節

田園調布学園大学人間福祉学部教授

大島 巖（おおしま・いわお）……………第9章第1節

日本社会事業大学社会福祉学部教授

工藤信夫（くどう・のぶお）……………第8章第7節

平安女学院大学名誉教授

小西聖子（こにし・たかこ）……………第8章第2節

武蔵野大学人間関係学部教授

近藤直司（こんどう・なおじ）……………第4章第4節、第7章第6節

山梨県都留児童相談所所長

佐藤三四郎（さとう・さんしろう）……………第7章第7節、第8章第1節

東京福祉大学社会福祉学部教授

高野知樹（たかの・ともき）……………第6章第1節～第4節

弘富会神田東クリニック院長

竹島 正（たけしま・ただし）……………第3章第2節・第3節、第7章第4節

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部部長

田中純夫（たなか・すみお）……………第5章第1節～第3節

順天堂大学スポーツ健康科学部准教授

田村綾子（たむら・あやこ）……………第6章第5節・第6節

聖学院大学人間福祉学部准教授

知名 孝（ちな・たかし）……………第7章第1節

沖縄国際大学総合文化学部准教授

委員会や勉強会につながり、仲間同士の知恵に集まるよい方法となる。

家庭に安心や元気が充たされると、理解に沿った動きが始まり、新たなバランス（変化と平衡）に至ることも期待される。

3. 保育園・幼稚園や学校への支援 近年、社会と家庭はその形を急速に変えており、家族機能は縮小を重ね、家庭のかなりなものが学校へ持ち込まれ、学校はかつての学校とはかなり違ったものになっている。しかし、子どもの生育史など背景や家庭へ立ち入られることは嫌がられることが多く、子どもの全貌を知ることは学校には難しくなっている。

医師は学校と家庭を結び合わせ、双方の思いを翻訳する役割を求められている。内密性の扱いに習熟していることが前提であるが、学校の思いや考えを聴くことは、教師のメンタルヘルスを支えることになり、校内の取り組みを力づけ、ひいては子どもの心理環境をよいものにしていくことになる。

患者説明のポイント

- ・長期的には、自己イメージの改善や対人スキルのアップ、QOLの向上が目指される。やさしく、わかりやすい、前向きな言葉で自分のことを知らせる。

家族説明のポイント

- ・家族が気持ちの余裕を取り戻し、冷静な見通しをもつことが目指される。単純な因果連鎖から親を責めるのではなく、前向きな努力を、しっかり、ねぎらうことである。

学校説明のポイント

- ・校内の事情や教師の意図をよく聴き、確かめる。よき関係を目指し、お互いの専門性からの思考を交換する。互いに依存し過ぎないことである。

自殺の予防

suicide prevention

竹島 正 国立精神・神経医療研究センター・精神保健研究所
自殺予防総合対策センター長（東京）

病態と診断

死因のうち「外因死」は「不慮の外因死」と「その他及び不詳の外因死」に分けられ、自殺は「その他及び不詳の外因死」のうちの“死亡者自身の故意の行為に基づく死”とされる。

自殺の危険因子のうち、遠位にあるものは、胎児期・周産期の障害、幼少時のトラウマなどであり、近位にあるものは、精神疾患、心理社会的な危機、自殺手段の入手、身近に自殺の問題を経験すること

などである。また、最も大きな危険因子は自殺未遂である（Hawton, 2009）。

人口動態統計によると、わが国の自殺による死者数は1998年に8千人以上増加して約3.2万人となり、以後も3万人を超える状態が続いている。また、自殺死亡率（人口10万対）はおおむね15-20の水準で推移してきたが、1998年以降は24-25の水準となっている。

近年の自殺の増加の関連要因としては、男性、無職、離別などが挙げられ、35-44歳、45-54歳の年齢階級で比較すると、自殺死亡率が最も高い集団（＝配偶者と離別した無職男性）は、最も低い集団（＝有配偶の有職女性）と比較して、自殺死亡率が約100倍も高い。離別や無職の背景には、精神疾患を含む健康問題、経済・生活問題、家庭問題などがあると考えられる。

自殺の関連要因はきわめて複雑で、個人的要因から社会的要因まで広範にわたるが、これらは精神保健の問題とつながることによって、自殺の危険が高まる。

治療方針

自殺の予防は、精神疾患や心理社会的な危機などをかかえて、心理的視野狭窄に陥っている人に気づき、その人を見守り、必要とされている支援につないでいくことである。

自殺者の遺族に、自殺に至った経緯、背景や要因などについて話を聞き、自殺の関連要因を明らかにすることで、今後の自殺の予防に役立てていく調査手法として心理学的剖検がある。わが国で行われた心理学的剖検の結果からは、「死について口に出すこと」、「身辺整理」、「不注意や無謀な行動」、「身だしなみを気にしなくなること」、「自傷・自殺未遂の経験」といった、自殺のサインの妥当性が確認されている。また、症例対照研究の結果からは、精神疾患、返済困難な借金、仕事上の悩み、幼少時の被虐待歴、身近に自殺の問題を経験することなどが自殺の関連要因であることが明らかにされている。そして、自殺の事例分析からは、青少年における精神疾患への早期介入と精神科治療薬の適正使用、中高年におけるアルコールとうつ・自殺に関するヘルスプロモーションとアルコール問題についての医師の診断・治療能力の向上、高齢者におけるかかりつけ医と精神科医の連携の重要性など、ライフステージに応じた介入ポイントが示されている（勝又2010、川上2010）。

自殺の関連要因は複雑であるが、自殺に傾く人の多くは医療機関を受診しているとされる。診療場面で心配なことがある場合は、各都道府県・政令指定

都市の自殺予防情報センターに情報を得ること、精神保健の専門家に相談することが役立つ。

がん患者の精神医学的問題

psychiatric problems among patients with cancer

藤澤大介 国立がん研究センター東病院・精神腫瘍学開発部 (千葉)

がん患者の“精神的な”訴えに対しては、精神症状のみにとらわれず、さまざまな問題を包括的に評価することが重要である。評価は、①身体的問題（疼痛・悪心など）、②精神医学的問題（特にせん妄などの意識障害、器質性精神障害、うつ病の鑑別）、③社会的問題（経済的問題や介護体制など現実的な問題）、④心理的問題（悲しみ、不安など）、⑤スピリチュアルな問題（死生観などの実存的な問題）、という順に行う。順序を違えないことが重要で、例えば、実存的な訴えにとらわれてうつ病を見落とさないよう注意する。

がん患者に頻度の高い精神医学的診断は適応障害、うつ病、せん妄で、30-40%の患者に認められる。

1 適応障害

16

精神

病態と診断

急性または慢性のストレスに対して、一般的に想定されるよりも強い心理的・行動的反応をきたした状態。不安、抑うつ、行動の変化をきたしうる。

治療方針

患者の訴えに耳を傾け理解しようと努めること（支持的療法）が基本である。必要に応じて薬物療法を併用する。

処方例

ワイパックス錠 (0.5 mg) 1錠 不安時頓用 ⑧

軽症、または身体的予備能が低い場合（高齢者など）は下記を使用する。

リーゼ錠 (5 mg) 1錠 不安時頓用

症状の遷延や、日常生活に大きな支障がある場合は、後述のうつ病に準ずる。

II うつ病

病態と診断

一般のうつ病性障害（⇒ 846 頁参照）と同様に考えてよい。症状（例：食欲不振）が、がん（または抗がん治療）のためかうつ病のためかの鑑別が難しい場合があるが、明らかにがん（抗がん治療）のた

めであるという証拠がなければ、うつ症状の1つ判断して治療する。鑑別すべき病態に、終末期の怠感や悪液質があり、その場合はステロイドやペリンを用いる。

治療方針

一般のうつ病と同様に抗うつ薬が有効であるが、予後1か月未満の症例には無効ないし不耐なことが多い。特に三環系抗うつ薬、SSRIはせん妄のリスクが高い。

⑧ 処方例 下記のいずれかを用いる。

1) リフレックス錠またはレメロン錠 (15 mg) 0.5-2錠 分1 就寝前

2) ジェイゾロフト錠 (25 mg) 1-4錠 分1 朝食後 ⑩

予測予後1か月未満の場合は、下記を使用する。
3) ベタナミン錠 (10 mg) 1錠 分1 朝または2錠 分2 朝・昼

III せん妄

病態と診断

注意力の低下を伴う意識の障害、記憶障害・失当識・幻覚・妄想などの認知・知覚の変化が、短時間で出現・変動する状態。幻覚や興奮などを伴う活動性せん妄と、発動性低下と認知障害を主体とする低活動性せん妄とがある。

治療方針

原因の検索と治療が第1である。原因は、脱水、電解質異常（ナトリウム、カルシウム）、薬物（ベンゾジアゼピン、オピオイド、ステロイド）が多い。そのうえで対症的に薬物療法を行う。終末期では完全回復しないことも多く、治療目標を「完全回復」から「焦燥の軽減・睡眠覚醒リズムの維持」に下げることが患者家族や医療スタッフと協議する。

⑧ 処方例 下記のいずれかを用いる。

1) リスパダール錠 (1 mg) または内用液 (1 mg/mL) 0.5-2 mg 分1 夕 (保外) ⑩

2) セロクエル錠 (25 mg) 0.5-4錠 分1 就寝前 (保外) ⑩

3) セレネース注 (5 mg) 1回 2.5-5 mg 生理食塩液 50 mL に混合し 30分程度で点滴静注 (保外) ⑩

1日合計 10 mg 程度まで

患者説明のポイント

(せん妄)

- ・主に家族への説明が重要である。下記がポイント。
- ・「気持ちのもちよう」や「家族の対応が悪いせい」ではない。

年間3万人死亡・ 自殺大国ニッポンの 現状と将来対策



国立精神・神経医療研究センター自殺予防総合対策センター長

竹島 正

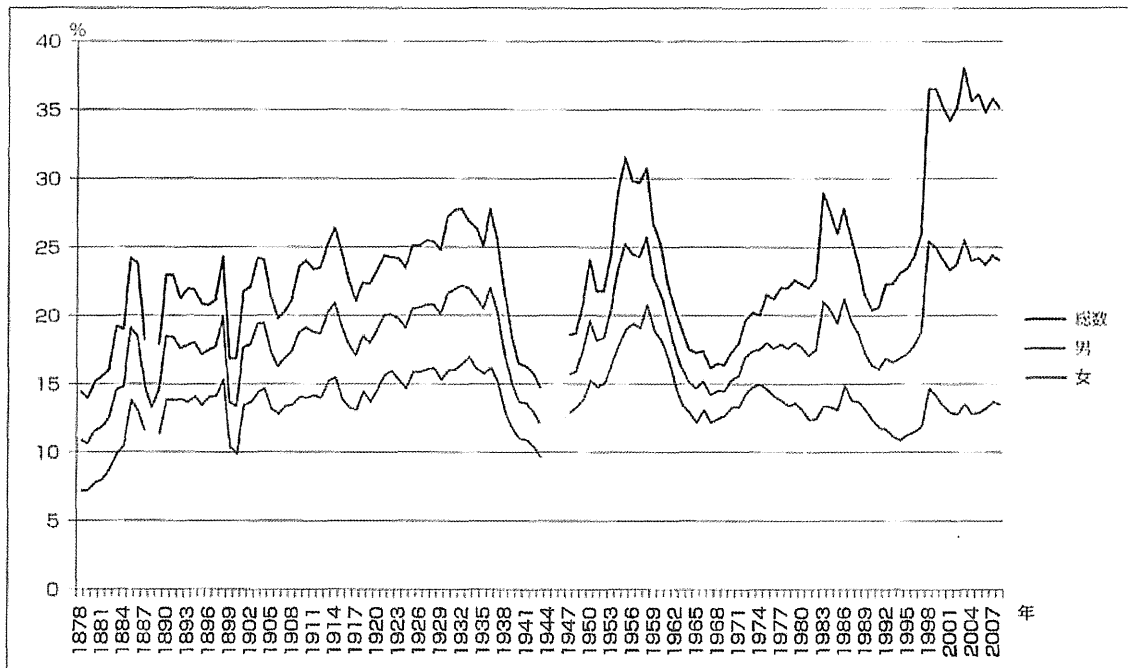
わが国の自殺対策は社会モデルを重視する傾向にあったが、自殺予防を真に効果的なものにするためには、自殺のリスクが高い人の保護因子を強化するハイリスクグループアプローチが不可欠であり、2012(平成24)年の「自殺総合対策大綱」の改正はその重要な機会となる。

1 微視的かつ社会モデルに偏った「急増対策伝説」

自殺問題についての一般的な書き出しは、「わが国の自殺は1998年に8千人以上急増して3万人を超え、自殺予防はわが国の直面する大きな課題になっている」である。筆者自身、何度もこの1文から始まる文章を書いてきたが、この書き出しは、8,000人急増の背景要因を追求し、それを正すことができれば、自殺死亡は元の水準以下に減少するという考え方、すなわち「8千人急増の伝説に基づく自殺対策」(以下、「急増対策伝説」)を産み出す元にもなっている。本章では「急増対策伝説」の問題点を踏まえて、今後の自殺対策のあり方について述べる。

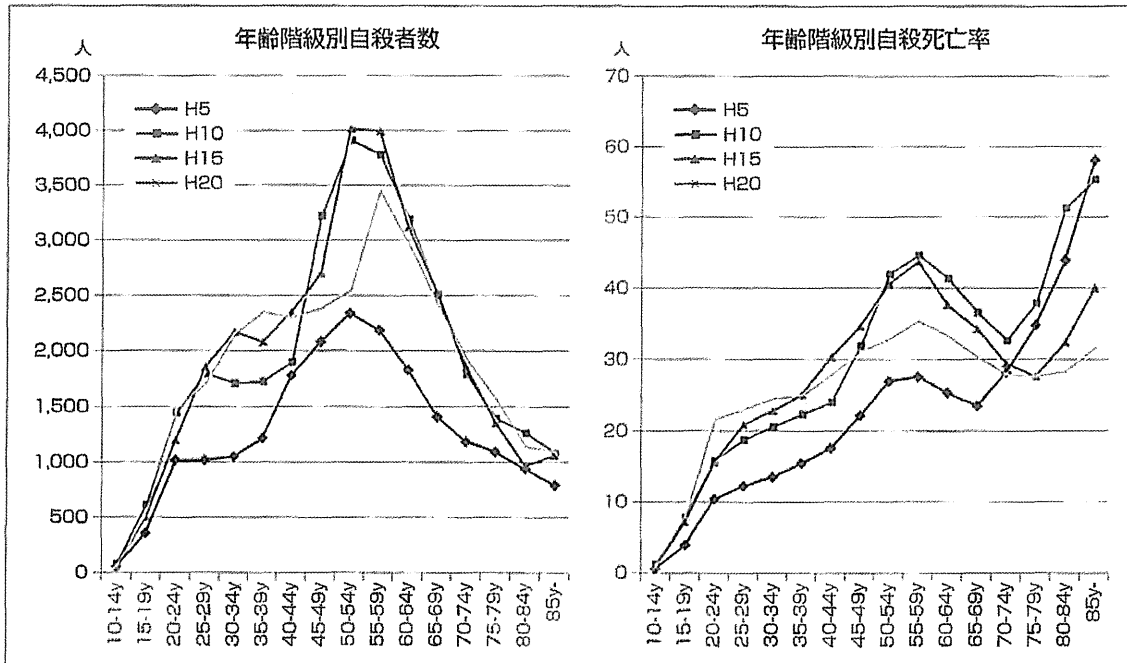
わが国の自殺死亡の長期的な傾向を振り返ると、1878(明治10)年からの130年以上、人口10万対の自殺者数(自殺死亡率)はおおむね15～20の範囲で推移してきた(図1)。1998(平成10)年の急増は、中高年を中心とした都市部男性の自殺の増加を主因とするものであり、ここに「急増対策伝説」が誕生した。8,000人以上の急増の背景には、社会状況の厳しい変化があるとして、それを産み出した社会の有様を変えて、生きやすい社会をつくっていく、すなわち、社会モデルに基づく対策が自殺を減少させるという考え方である。

「急増対策伝説」は、わが国の自殺死亡の長期的な傾向を十分に観察することなしに、1998年前後をクローズアップし、そこに微視的・固定的に問題探しをする傾向を産み出してきた。また1998年以降、中高年および高齢者の自殺死亡率は徐々に低下し、若年成



山内貴史：「死亡診断書（死体検案書）の改訂および死因統計分類の改正が人口動態の自殺死亡統計に及ぼした影響」のデータによる

図1 わが国の自殺死亡率の長期経緯



「自殺対策のための自殺死亡の地域統計1973-2009」第2表をもとに作成

図2 年齢階級別の自殺者数と自殺死亡率

人では高くなるなど、自殺の実態は変化しているが(図2)、その変化を受け止めきれないでいる。

「急増対策伝説」は、社会モデルで、微視的・固定的に自殺の問題を扱おうとするために、自殺データの扱いにも無理を生じやすい。内閣府の主催する自殺対策推進会議の資料には、警察庁から提供されたデータをもとに、地域別・月別の自殺死亡を集計・分析し、また、前年同月と比較したものが配布されているが¹⁾、このデータからどういう対策が実際に浮かび上がってくるのだろうか。自殺予防総合対策センターでは1998年の自殺死亡急増以降の人口動態統計を全国・月単位で分析したが、3月から8月あたり、すなわち春から夏にかけては年次間で死亡数の変動が大きい時期であった。人口動態統計と警察庁データという違いはあっても、地域別・月別のデータは変動が大きくて、対策を立てる情報に役立てるのは難しく、注意喚起というスローガン的な意味しか持ちえない可能性が高い。

真に有効な自殺対策を構築し、「急増対策伝説」を乗り越えるには、自殺死亡の長期的な経過をきちんと観察する必要がある。藤田は、1998年の自殺急増の要因を、都市部、無職、離別の男性と述べている²⁾。また、無職・離別の男性の自殺死亡率は1998年の急増以前からきわめて高いことを明らかにしているが、このことはもっと注目されてよい(無職者は、いわゆる失業者のほか、非労働力人口を含む)³⁾。

社会的に孤立していて、支援の手が届きにくいであろう無職・離別の男性の自殺とその背景を明らかにすることは、自殺対策推進の大きなヒントになる可能性がある。自殺予防の取り組みは、一般人口全体を漠然と対象にするよりも、ハイリスクグループを同定した上で、そのフォローアップと支援を行うのが効果的と考えられる。「急増伝説」は微視的かつ社会モデルに偏っているために、スローガンとはなっても、真に有効な自殺対策からははずれてしまう可能性がある。

2 1998年からのわが国の自殺対策の経緯

わが国の自殺死亡率は明治中期からの100年以上にわたって人口10万対15～20%で推移してきたが、これは諸外国と比べても高い水準であったと推測される。自殺防止が国の政策として取り上げられるようになったのは1998(平成10)年以降のごく最近である。その展開を3期に分けてまとめる(図3)⁴⁾。

第1期(1998～2005〔平成17〕年)は厚生労働省中心の取り組みである。自殺の急増を受けて、2000(平成12)年には「健康日本21」の「休養・こころの健康づくり」に自殺者の減少が挙げられ、2001(平成13)年には自殺対策事業が予算化された。そして2002(平成14)年には自殺対策有識者懇談会の報告書「自殺予防に向けての提言」がまとめられた。この提言の特徴は、世界保健機関(WHO)による自殺予防のためのガイドラインを参考に、プリベンション(自殺の蓋然性が低い段階でその予防を図る)、インターベンション(現に起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐ)、ポストベンション(不幸にし

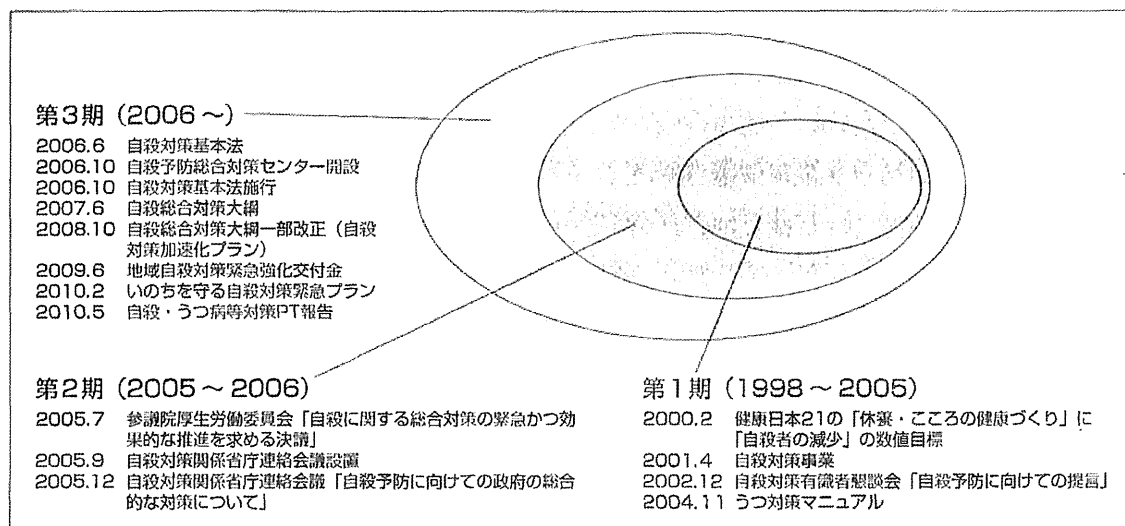


図3 わが国の自殺対策の経緯

て自殺が生じてしまった場合に、他の人に与える影響を最小限として、新たな自殺を防ぐ)の段階別の予防対策等を取り入れ、後に自殺対策基本法(2006〔平成18〕)で示されることになる基本的な概念を提示したことである。

しかし、国が対策に乗り出したといっても、第1期に、実際に対策に取り組んだのは、国では厚生労働省の一部に過ぎず、地方自治体においても、自殺死亡率の高い東北地方等の数県に限られていたのが実態である。この時期の重要な出来事は、「自殺予防に向けての提言」に、自殺のリスクが高い人を早期に発見し、危機介入するという取り組み(ハイリスクアプローチ)により、自殺予防の目に見える効果が期待できると考えられること、自殺死亡者にはうつ病に罹患している者が多いこと、うつ病は治療法が明らかになっていること、一定の効果を上げている地域があることから、自殺予防の成果の期待できる方法として、早急にうつ病等への対策に取り組むべきであると記載され、うつ病対策が政策として取り組まれるようになったことである。

第2期(2005～2006〔平成18〕年)は、自殺対策に政府全体で取り組むようになる転換点である。参議院厚生労働委員会は2005年に「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」を行い、それを契機に、政府に自殺対策関係省庁連絡会議設置が設置され、同年末にはその報告書「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」が公表された。これを契機に、自殺防止対策は政府全体の取り組みとなり、内閣府を中心に進められていくこととなった。

第3期(2006年～)は自殺対策基本法の制定以降であり、社会全体で取り組むという現在進行中の過程である。2007(平成19)年6月には政府の自殺対策の基本的指針である「自殺総合対策大綱」(以下、大綱)が策定され、2008(平成20)年10月にはその一部改正が行われた。そして、2009(平成21)年6月には地域自殺対策緊急強化基金が造成され、

2010(平成22)年2月には、自公連立政権から民主党への政権交代を経て、「いのちを守る自殺対策緊急プラン」が公表された。

自殺対策基本法以後のわが国の自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な背景を有することを踏まえて、社会的取り組みに重点を置き、それを進めるための社会啓発に重点が置かれた。この社会啓発には、しばしば、社会の有様を変えて生きやすい社会をつくっていくという世直しのメッセージが込められ、その結果として、自殺対策の裾野は大きく広がっていくことになった。2007年当初の大綱にハイリスク者対策という言葉が登場しなかったのは、自殺予防を特定の人の問題にしないというメッセージが込められていたと思うが、それは、自殺のハイリスクグループを同定し、その人たちに寄り添いながら支援するという実務的な対策への注意喚起を鈍らせ、「急増対策伝説」を引き寄せた可能性がある(ハイリスク者対策は2008年の改正で言及)。今後は、自殺の心理学的剖検の分析等の実証的研究成果の活用によるハイリスクグループへの対策の強化が期待されるが、2012(平成24)年の大綱改正がその転機になることを切に願う。

第5次医療法改正(2006年)で示された医療計画に記載すべき事項である4疾病5事業(4疾病はがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、5事業は救急、災害時、へき地、周産期、小児医療)は、2011年の社会保障審議会医療部会における検討の結果、精神疾患を追加して5疾病5事業に変わることとなった。自殺の最大の危険因子の1つは精神疾患であることから、ハイリスクグループ対策の強化につながることが期待される。

3 ハイリスクグループの同定

筆者はハイリスクグループを同定し、その支援的見守りを強化することが、持続的かつ実質的な自殺対策の中核になると考えている。その参考になると思われることをいくつか挙げてみたい。

NPO法人自立支援センターふるさとの会(以下、ふるさとの会)は、生活困窮者が安定した住居で安心した生活を送り、社会の中で再び役割や人としての尊厳・居場所を回復するための支援を事業として行っている。ふるさとの会では、とりわけ生活に困窮する単身の高齢者で、要介護、障害(統合失調症・認知症等)等の重層的な生活課題(「四重苦」)を抱える人が、住まいを含めた社会的な「居場所」を失いやすい問題があることに注目して、「四重苦」の状態にある人も含め、誰もが住み慣れた地域で暮らし続けるための住まいと生活の支援を実践し、その成果を「支援付き住宅推進会議」との協働で分析し、それをもとにした政策提言を行っている⁵⁾。

ふるさとの会は、単身(ひとり身)であること、介護を必要とすること、年をとること、

障害をもつことは、本来「苦」ではないが、それが苦となるのは、自助や互助がないことにより、共助(介護保険など)や公助(生活保護など)だけでは地域生活の継続が困難になり、また、受け入れる施設やサービスが非常に限られてくるためであるとして、家族に代わって「家族的ケア」を果たす存在の重要性を指摘し、専門職ではない職員が、日常必要なことを学習し、「家族的ケア」を含めた日常生活支援と見守りを行い、医療・福祉サービスのコーディネートを提供する地域協働型支援に取り組んでいる。また、最近では、ネットカフェ難民等と称された、都市部で孤立した若者の就労支援も行っている。ふるさとの会で支援している対象者は、男性の自殺死亡率の高いグループときれいに重なり、自助や互助の創設という取り組みが自殺予防にも役立つ。ふるさとの会のその支援対象者には、自殺死亡率が高いとされる生活保護受給者が多く含まれていることから、ハイリスクグループ対策の有力な一部となることが期待される。

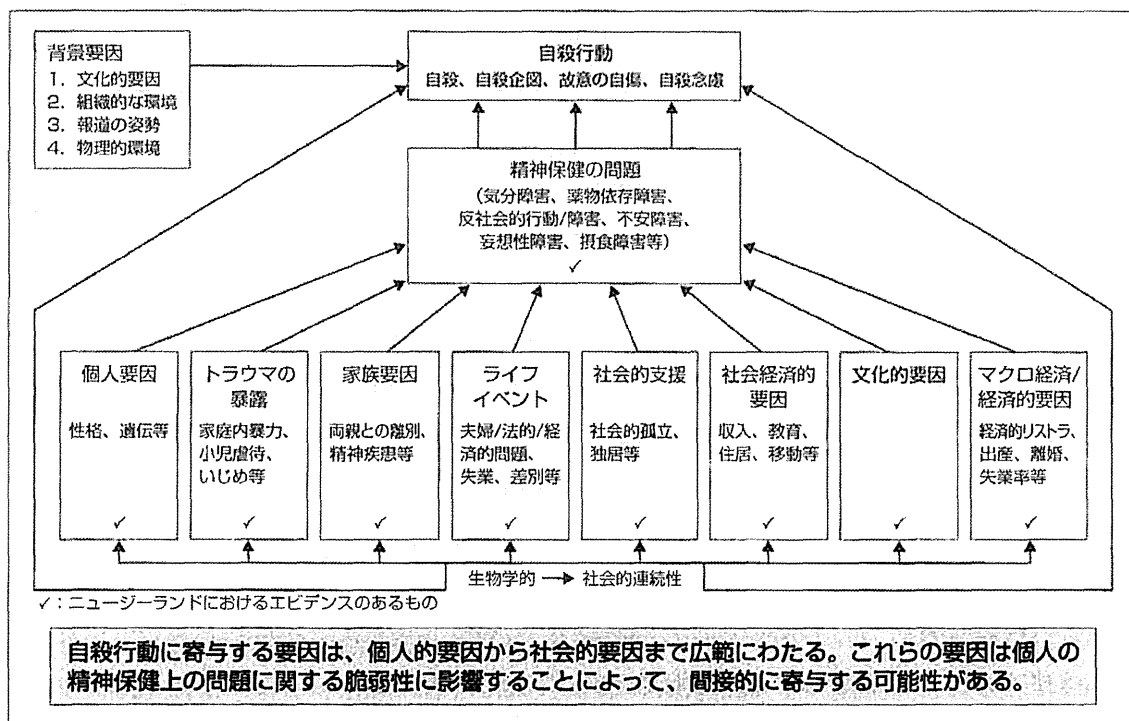
公益社団法人全日本断酒連盟は、アルコール依存症と自殺の関連は明瞭で、自殺者に占めるアルコール依存症の割合は気分障害に次いで高く、特にうつ病を合併した場合や負のライフイベント(離婚・別離・失業・身体疾患・单身等)、多量飲酒、社会的サポートの欠如は自殺のリスクを高めるとされていることから、うつ病、アルコール依存症、自殺は「死のトライアングル」であると注意喚起している⁶⁾。2009年に自殺予防総合対策センターが全日本断酒連盟の協力を得て実施した断酒会員のアンケート調査は、会員が経験した自殺念慮、自殺の計画、自殺企図は、断酒会に入会する以前が圧倒的に多く、自助グループとしての断酒会の活動は、アルコールの問題を抱えた人たちの自殺予防の役割を果たしている可能性があることを明らかにした⁷⁾。アルコール問題は、依存症等の健康問題、家族への深刻な影響、生活困難を引き起こし、アルコール問題を抱えた人たちも、またハイリスクグループの一角を形成するのである。

筆者は、児童青年期のメンタルヘルスの問題がどのような場で、どのように経験されているかを把握するため、都道府県・政令指定都市2か所で聞き取り調査を行った⁸⁾。その結果、学校現場からは、生徒の抱えるメンタルヘルスの問題は多様であって、発達障害、不登校、自傷行為、児童虐待、摂食障害、^{かんもく}緘黙等があるとの報告があった。地域の相談機関等からは、子どもの抱えているメンタルヘルスの問題はしばしば家族の問題と密接に関係しており、その解決には、家族全体の支援や、基本的生活習慣を身につける段階からの支援が必要との報告があった。親の自傷行為やメンタルヘルスの問題を経験しながら成長していく一群の子どもたちがいることは忘れてはいけない。ここにも同定されるべきハイリスクグループが存在しているのである。

ここで、ニュージーランドの自殺予防戦略とその活動計画に触れておきたい。それは、

公衆衛生の理念や手法を活用し、それまでに蓄積された知見(エビデンス)に基づいて作成され、戦略や活動の根拠が明示されており、広範な領域のさまざまな人々の協調した活動を必要とする戦略・活動計画が示されている。また、公共政策実施のための根拠が明確でない領域ではエビデンス構築の必要性が強く意識されている。その中にある「自殺行動に至る経路」は、自殺行動に寄与する要因は、個人的要因から社会的要因まで広範にわたること、これらの要因は個人の精神保健上の問題に関する脆弱性に影響することによって、間接的に寄与する可能性があることを示している(図4)⁹⁾。

わが国に発生した「急増対策伝説」は、この図の中の、どちらかといえば右寄りの要因に働きかけ、自殺を減少させようという方向に傾くが、それは、自殺のリスクを抱える人の直接の苦となっている問題に十分な注意を向けることにならない。「自殺行動に至る経路」をわが国の文脈でとらえなおして、今、私たちに何ができるかを、実際に利用できる資源と、ハイリスクグループの同定をとおして、中長期的に取り組んでいく必要がある。これに関して、筆者は、自治体内の連携アウトリーチが重要と考えるようになった。市町村の行政組織は、総務、財政、市民生活、保健医療、福祉、産業建設、消防(救急)、教育委員会等の部門で構成されるが、これらの部署には多くのハイリスク者の情報が寄せられ、またその対応を求められるのであるが、そのことを大事にしていくのである。自殺予防総合対策センターでは、F市の委託を受けて自殺の実態分析に取り組んでいるが、その方法的特徴は、各部署において自殺の問題をどのように経験しているかというヒアリング



自殺予防総合対策センターブックレット No6 ニュージーランド自殺予防活動計画 2008-2012 活動のエビデンス

図4 自殺行動に至る経路

を含んでいることである。各部署で経験された問題を横につないで支援するには、市役所・役場内の連携アウトリーチが必要であり、そのできる保健師等のチームを設置することが望まれる。

4 自殺総合対策大綱の見直しと東日本大震災の支援

2007(平成19)年に策定された政府の自殺対策の基本的指針である大綱には、「施策の推進状況や目標達成状況を踏まえ、概ね5年をめどに見直しを行う」と記載されており、2012(平成24)年は大綱改正の重要な年に当たる。大綱は、政府・地方自治体等が、自殺対策の取り組みを始める上での先導的役割を果たしてきた点において、その意義は大いに評価されるべきである。しかし、大綱に示された当面の重点施策には、その背景にある科学的妥当性や実施可能性は明記されていない。また、施策の評価方法が具体的には述べられていない等の問題も指摘されており、ここに「急増対策伝説」の生まれた素地がある。

さて、わが国の自殺対策の経緯で述べた第2期(2005〔平成17〕～2006〔平成18〕)以後、自殺対策の取り組みは各地に拡がり、学術団体等も自殺対策に参画し、調査研究の成果を蓄積してきた。安全で効果的な対策を計画・実施するには科学的知見は重要であり、それらが十分に検討されていない対策は、費用対効果が十分でないばかりか、自殺のハイリスク者にとって有害なことさえある。学術団体等がこれまでに蓄積してきた科学的知見を集積・活用することが、わが国の自殺対策の発展にきわめて重要である。

このため、自殺予防総合対策センターでは、各学会と協働して、大綱改正に資するための提言を行う作業に着手した。はじめに、各学会から、今後必要な施策等の提案を、参考論文等の根拠資料を含めて収集する。つぎに、これら各学会からの提案および参考論文等の根拠資料を、自殺予防総合対策センターに設置したワーキンググループで取りまとめ、「大綱改正への提言(仮称)」を作成し、それについての各学会のフィードバックを得るとともに、広く関連団体等に意見収集を行う。その後、最終版の提言をまとめて、各学会とともに政府に提出する。さらに、最終版の提言がどのように役立つかをモニタリングし、政府を含めた関係者とも積極的に意見交換していくこととしている¹⁰⁾。

また、2011(平成23年)3月11日に発生した東日本大震災は、被災地においては多くの方のいのちと生活を奪い、被災地以外においても経済活動の低迷等によって多くの方に困難をもたらすなどの甚大な影響を及ぼしており、自殺の動向は慎重に観察していく必要がある。自殺予防は、メンタルヘルスの問題等の自殺の危険因子を少なくするとともに、地域における対人的支援などの保護因子を強化していく取り組みであり、被災者の支援にも役立つところが大きいと考えられる。このため、自殺予防総合対策センターでは、自殺予防の枠組みを復興支援に役立てられるよう、被災した地域の方と連携した取り組みの開

発・実施のため、数年間の定期的な訪問活動を行うこととしている。

わが国の自殺対策は「急増対策伝説」をもとに社会モデルを重視する傾向にあったが、自殺予防を真に効果的なものにするためにはハイリスクグループアプローチが不可欠であり、自殺総合対策大綱の改正はその重要な機会となる。また、東日本大震災はわが国の精神保健医療を含む社会保障制度にも大きな変革をもたらす可能性があるが、そのなかで、自殺対策の視点がしっかりと位置付けられることが望まれる。

参考文献

- 1) 内閣府政策統括官(共生社会政策担当)自殺対策<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/>(最終アクセス2011/08/04)
- 2) 藤田利治：人口動態調査による自殺死亡の分析，日本精神科病院協会雑誌，29(3)，16-22，2010
- 3) 藤田利治：自殺対策のための自殺死亡の地域統計(2) <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/genjo/toukei/index2.html> (最終アクセス2011/08/04)
- 4) 2009
- 5) 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会：平成22年度厚生労働省セーフティネット支援対策等事業費補助金(社会福祉推進事業分)「重層的な生活課題(「四重苦」)を抱える人に対する在宅生活支援のあり方研究」報告書，2011
- 6) 公益社団法人全日本断酒連盟ホームページ<http://www.dansyu-renmei.or.jp/> (最終アクセス2011/08/04)
- 7) 14) 赤澤正人、松本俊彦、立森久照、竹島 正：アルコール関連問題を抱えた人の自殺関連事象の実態と精神的健康への関連要因，精神神経学雑誌112(8)：720-733、2010
- 8) 竹島 正、三井敏子、小楠真澄ほか：早期介入の精神保健システムにおける位置づけの検討，平成22年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果確認に関する臨床研究」(研究代表者 岡崎祐士)総括分担研究報告書，印刷中
- 9) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター：ニュージーランド自殺予防活動計画2008-2012活動のエビデンス，自殺予防総合対策センターブックレットNo 6，2007
- 10) 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> (最終アクセス2011/08/04)

性的に自殺治療者に最も (malice)。どちらもは患者に腹わりが保たよりも致命ばしば拒否らである。観察が必要察を「忘れ白波瀬丈一郎)

), Freud S)



在が重要で物学的要因唆されてきセロトニン液、自殺者トニン(機者死後脳でに腹側前頭よる抑制機が亢進し自主的なスト体-副腎皮要である。の機能失調を、生やスに對する生らに、こう失調は、幼竟要因によ定的な引きる。

(白川 治)
視床下部、

ストレス

[文献] Mann JJ (2003), 西口直希, 白川治 (2009), Ernst C, Mechawar N, Turecki G (2009), 白川治 (2006)

自殺対策基本法

わが国の自殺による死亡者数は、1998 年に 8 千人以上増加して 3 万人を超える水準となり、国は、厚生労働省を中心に自殺予防に取り組むこととした。そして 2000 年には「健康日本 21」(21 世紀における国民健康づくり運動)に「自殺者の減少」を組み入れ、2002 年には自殺防止対策有識者懇談会報告書「自殺予防に向けての提言」をまとめて多角的な検討と包括的な対策が必要との認識を示した。しかし、自殺予防は政府全体の取組みとはならず、自殺死亡率の高い一部の地域の実践にとどまっていた。その後、自殺者数がなおも 3 万人を超す状態が続いたことから、2005 年に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推進を求める決議」がなされ、国会において自殺予防のための法制化を進める動きが活発になり、2006 (平成 18) 年 6 月に自殺対策基本法が成立した。

自殺対策基本法の目的は、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいをもって暮らすことのできる社会の実現に寄与することである (1 条)。自殺対策の基本理念としては、①背景にあるさまざまな社会的要因を踏まえ、社会的な取組みとして実施されること、②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こと、③事前予防、自殺発生の危機への対応、および自殺が発生した後または自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されること、④国、地方公共団体、医療機関、事業者、学校、民間団体等の相互の密接な連

携のもとに実施されることが示されている (2 条)。これらの背景にあるのは、自殺は社会の努力で避けることのできる死であるという認識であって、世界保健機関 (WHO) が「自殺は大きな、しかしその多くが防ぐことができる社会的な問題である」としたことを踏まえている。自殺対策基本法にもとづき、政府は 2007 (平成 19) 年に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を定めた。自殺総合対策大綱は 2008 年に改正され、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の必要性が明記された。

(竹島 正)

⇒自殺、うつ病、ハイリスク者

[文献] 内閣府 編 (2009), 竹島正, 川野健治 (2009)

CCRT ⇒中心葛藤関係テーマ (CCRT)

脂質代謝障害

[英] disorders in lipid metabolism

脂質の合成や分解にかかわる酵素異常によって不要な脂質が脳や体に蓄積したり、必要な脂質が不足して機能障害をきたす疾患群を指す。精神遅滞や精神運動機能退行を示す疾患が含まれ、多くは遺伝子異常にもとづく先天性疾患である。脂質異常症 (高脂血症) を示すウォルマン病や脳腫黄色腫症、コレステロール合成系酵素異常のあるスミス=レムリ=オピッツ症候群、極長鎖脂肪酸の代謝異常を示す副腎白質ジストロフィー症などがある。

(加我牧子)

⇒脳腫黄色腫症、アドレノロイコジストロフィー [副腎白質ジストロフィー]

支持的精神療法

[英] supportive psychotherapy

支持的精神療法は、インテンシヴな精神療法 (精神分析療法、精神分析的精神療法、探索的精神療法、洞察志向的精神療法、表出的精神療法など) との対比でさまざまに論じら

2-1-6 平成21年度自殺対策強化のための基礎資料

内閣府自殺対策ホームページにて「平成21年度自殺対策強化のための基礎資料」として、「自殺リスクの要因分析」「平成21年地域における自殺の基礎資料」および「人口動態統計に基づいた自殺の特徴に関する分析」が公表された。これらは内閣府および厚生労働省が今後の自殺対策の推進に資することを目的に、人口動態統計および警察庁から提供された自殺統計データの詳細な分析を行ったものである。

自殺の発生する時期、職業と自殺の関連、配偶関係と自殺の関連、自殺の手段などについて分析を行い、自殺死亡という事象の発生確率がどのような特徴を有する集団に、またいつの時期に高いのかなどを明らかにした。人口動態統計の分析結果を中心に要点を次に述べる。

自殺の発生する時期については、季節別にみると、春に最も多く、冬には少ない傾向があった。また自殺者数が特に多かった日をみると、月末・月初や連休明け等の日が多いが、有名人やいじめによる自殺、無理心中等に関する大きな事件があった直後等に連続して発生していたことが明らかとなった。

無職者（いわゆる失業者のほか、非労働力人口が含まれている）の自殺死亡率は、有職者と比べて高い傾向があり、特に、中年期の男性無職者において高い。無職者と有職者の自殺死亡率の差については、近年を通じてみられている。

職業別では男性の自殺死亡率の変化について、農林漁業職・サービス業職は以前から自殺死亡率が高く、平成10年代にさらに上昇がみられた。1995（平成7）年以前はほかの職種と比較して低い傾向にあった専門・技術職、管理職の自殺死亡率は平成10年代に入り急激に上昇し、保安職、運輸通信職についても、平成10年代に入り自殺死亡率の上昇傾向がみられた。一方、事務職、販売職、生産工程・労務職については、自殺死亡率の上昇はみられなかった。

次に配偶関係については、有配偶者と比較して、配偶者と死別・離別した者や、壮年の未婚者は、自殺死亡率が高い傾向がある。特に配偶者と離別した男性や、若年で配偶者と死別した者（ただし発生数が少なく、値が不安定であることに留意）の自殺死亡率が特に高い傾向がある。

これらの特徴はそれが自殺のリスク要因であるとは限らないが、少なくとも自殺発生のリスクマーカーとしては一定の有用性がある。こうした統計データから明らかとなった自殺死亡の発生の特徴も考慮した自殺予防対策の推進が望まれる。

なお、厚生労働省は、2010（平成22）年1月に立ち上げた自殺・うつ病等対策プロジェクトチームにおける意見交換や有識者からのヒアリングに加えてここで紹介した「自殺対策強化のための基礎資料」やナショナルミニマム研究会で公表された生活保護受給者の自殺者数の資料などを踏まえて同プロジェクトチーム報告書を取りまとめた。同報告書内では、自殺の実態等のまとめに加えて、今後の自殺防止のための厚生労働省の対策五本柱として、①普及啓発の重点的実施、②ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築、③職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実、④アウトリーチ（訪問支援）の充実、⑤精神保健医療改革の推進、が掲げられた。

（立森久照・竹島正）

リストカットが続いている

【自傷】

松本俊彦

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所

自傷行為とは？

(1) 大人は気づいていない

リストカットなどの自傷行為は、いまや学校保健における主要な課題の一つとなっている。筆者らの調査によれば、中学生・高校生の約一割（男子七・五％、女子一二・一％）に、刃物で故意にみずからの身体を切った経験が認められ、中学・高校の養護教諭の九八・九九％が自傷をする生徒に対応した経験があることが明らかにされており、その意味では、思春期の若者には比較的存在ありふれた現象といえるだろう。それにもかかわらず、平成一八年度学校保健会が実施した、『保健室利用状況に関する調査』

によれば、学校が把握している自傷行為をする生徒の割合はわずかに〇・三三〇・三七％でしかないのである⁽³⁾。

このことは、自傷行為の実態について、周囲の大人は意外なほどその現実気づいていない可能性を示唆している。

筆者は、若者の自殺予防という観点から、十代に広く見られる自傷行為に注目することはとても重要であると考えている。もちろん、自傷行為は自殺企図とは異なる行動であるが、その一方で、そのような行動を繰り返す若者の将来における自殺リスクはきわめて高いことも報告されている⁽⁴⁾。要するに、「リストカットなんかじゃ死なない」からといって、「リストカットする奴は死なない」とはいえないのである。

本稿では、自傷行為をどのように理解し、具体的にどのように対応すべきなのかについて、筆者なりの考えを整理しておきたい。

(2) 自傷と自殺の違い

リストカットなどの自傷行為の多くは、通常、激しい怒りや不安、緊張、気分の落ち込みといったつらい感情を緩和するために行われる。

つまり、自傷行為とは、自殺以外の目的から、「これくらいであれば死なないだろう」という非致死性の予測のもとに、客観的にも致死

竹の低い一歩を用いて、みずからの身体を傷つける行為なのである。その意味では、「死ぬこと」を目的として、「これくらいやれば死ぬだろう」という致死性の予測のもとに、客観的にも致死性の高い手段を用いて、みずからの身体を傷つける自殺企図とは、あきらかに異なる行為といえる。

もちろん、援助者の多くは、自傷行為が自殺企図とは性質の異なるものであることを直感的に理解している。しかし、このことは必ずしも自傷行為を正しく理解していることを意味していない。というのも、繰り返されるリストカットなどの自傷行為を、「誰かの気を惹くために」行われる、いわば人騒がせな、演技的・操作的行動と思いついでいる援助者が意外に多いからである。

実際には、典型的な自傷行為は、一人きりの状況で行われ、周囲の誰にも告白されない傾向がある。このことは、自傷行為が、しばしば誤解されているような、「人の気を引くためのアピール的行動」とは本質的に異なり、むしろ「孤独な対処行動」と理解すべきであることを意味している。いいかえれば、自傷行為とは、本来は、誰かに助けを求めたり相談したりするべきところを、自分ひとりで苦痛を解決しようとする行動であり、その根底には人間不信があると考えてよい。

(3) 自傷の「鎮痛」作用と依存性

自傷行為は、身体に痛みを加えることでこころの痛みを鎮め、さらには、封印してしまう方法でもある。実際、「もう何年も涙を流したことがない」「すごく悲しいときにも涙が出ない」と語る、自傷する若者たちはめずらしくない。

自傷による「こころの痛み」の鎮痛効果は、何よりもその簡便さと即効性において優れている。たとえば、侮辱されたり無視されたりすることによる苦痛に対しては、直接、加害者に対して、「そういう態度はやめてほしい」と改善を求めるのが、本来、建設的かつ根本的な解決策であるはずである。しかしその反面、この方法は、相手が圧倒的に強い存在であったり、改善を求めるとかえって事態が悪化することが危惧されたりする場合には、リスクの高い方法でもある。

そのような場合、自傷することによって、ある種の人たちはすみやかに苦痛を感じている意識状態を変容させることができるのである。事実、ある研究は、自傷を繰り返す者の場合、自傷直後には血液中の脳内麻薬様物質（エンケファリンやβ-エンドルフィン）の濃度が上昇していることを明らかにしている。⁽⁸⁾つまり、自傷行為には、「耐えがたいこころの痛み」に対する鎮痛効果がある。このような効果ゆえに、自傷行為は繰り返されるなかで次第に手放せない

ものとなり、それなしでは生きることがむずかしくなってしまう事態も生じうる。

(4) 自傷行為の問題点

すでに述べたように、少なくとも短期的には自殺とは明確に異なる自傷行為であるが、しかし、二点ほど深刻な問題点がある。一つは、結局のところそれは一時しのぎにすぎず、困難に対する根本的、建設的な解決を怠ってしまうために、長期間にはかえって事態が複雑化・深刻化してしまうことが少なくない、という点である。もう一つは、自傷行為は、繰り返されるうちに麻薬と同じく耐性を獲得し、それにとまってエスカレートしてしまいやすい、という点である。そして、この耐性獲得の結果、当初と同じ程度の「鎮痛効果」を得るために、自傷の頻度や強度を高めざるをえなくなってしまう。さらに、よりささいな苦痛に対しても自傷による「鎮痛」を必要とするようになってしまう。その結果、最終的には「切つてもつらいが、切らなきゃなおつらい」という事態に至ると、「消えたい」「死にたい」という考えを抱くに至ってしまう若者が少なくない。⁽⁹⁾

要するに、自傷とは、「生き延びるために」繰り返されながら、逆説的に死をたぐり寄せてしまう行動なのである。実際、一〇代において自傷した経験のある者は、そうでない者に比べ

て一〇年後の自殺既遂によって死亡するリスクが数百倍高くなることが知られている。⁽⁴⁾このことは、冒頭で述べたように、「リストカットじや死なない」にしても、「リストカットをする奴は死なない」とはいえないことを示している。

自傷行為の援助

(1) 告白は回復のはじまり

それでは、援助者は自傷行為に対してどのような態度で向き合えばよいのであろうか。

まず、若者が自傷のことを告白した場合に「正直に話してくれてありがとう」という言葉をかけて、彼らの援助希求行動を支持し、強化する必要がある。

あるいは、自傷した傷の手当てを求めてきた場合には、「よく来たね」という言葉かけが求められる。というのも、自傷行為とは、単に自分の身体を傷つけることだけを指すのではなく、自傷後に傷の手当てをしないことを含めた概念だからである。実際、自傷後に医療機関で傷の手当てを受けないものほど、自己嫌悪感や自殺念慮が強いことが知られている。⁽⁴⁾したがって、傷の手当てを求めてきたということは、まだ「自分を大事にしたい」という気持ちがあることを意味している。

なかには、「切っちゃった」などと傷の手当

てを求める若者の、ケロッとした軽佻な態度に腹立たしさを感じる援助者もいるが、そこには致命的な誤解がある。彼らがケロッとしているのは、自傷行為という自己治療によって「こころの痛み」を軽減した直後だからであって、決して周囲の反応を楽しんでいるわけではない。大切なのは、自傷行為という事態の本質を見誤らないことである。そもそも、「幸せを感じたから」あるいは「うれしいさのあまり」という理由で自傷行為におよぶ人はめったにない。自傷を繰り返す若者の多くは、何かつらいことがあったから自傷したのである。実際、自傷行為の背景に、家庭内でのさまざまな虐待、両親の不和、校内でのいじめ被害、あるいは、まだ誰にも告白されていない性犯罪被害といった問題が存在する事例はめずらしくない。援助者はたえずそうした可能性を念頭に置かなければならない。

したがって、もしも若者が「切っちゃった」と告白したときには、丁寧に何かつらいことがあったのかどうかを聞いてほしい。そのつらい問題が今もまだ続いているのであれば、問題を解決もしくは軽減するための援助が必要であろうし、つらい問題はすでに過去のことであるが、近い将来、再びそのつらさが繰り返される可能性があれば、そのつらさを乗り越えるために、自傷行為よりも「健康的な」別の対処方法

を一緒に考える必要がある。

(2) 頭ごなしに禁止しない

それから、頭ごなしに自傷を禁止するべきではないし、若者と「自傷は是非か」といった議論をするのも避けなければならない。「なぜ自傷した」と理由を問い詰めるような、若者に罪悪感を抱かせるものいいも好ましくない。

とりわけ、頭ごなしに「自傷行為は止めなさい」という支配的な発言は「百害あって一利なし」といつてよい。おそらく、「自分の身体を傷つけてどこが悪いの」というお決まりの切り返しにあつて、援助者が答えに窮するのは目に見えている。実際、「自殺しないために」、あるいは「誰でもいいから、いきなり殴ってしまいたい衝動を抑えるために」自傷行為におよんでいる者もめずらしくない。自殺したり、他者に暴力をふるったりすることに比べて、「死なない程度に自分を傷つけることがなぜ悪いのか」を説明できる者などいない。

なかには、どこでも自傷できるように、常時カッターなどを携行している若者もいるが、最終的にそうした道具をとりあげる結果になるとしても、有無をいわさず強引にとりあげるのは禁物である。なぜなら、自傷行為に深刻に依存する者ほど「自傷行為をやめたら自分をコントロールできなくなつて、発狂するのではない