

か」という不安が強烈であり、だからこそカッターを手放せない可能性があるからである。したがって、若者のそうした気持ちに共感し、寄り添ったうえで、「しかしあなたを守りたい」という援助者の気持ちを伝えるべきである。

(3) 肯定的側面を認めてあげる

自傷した若者との関係性を築くために、最初の面接において自傷行為の肯定的側面をとりあげて話し合うのは、よい戦略といえよう。たしかに自分を傷つけるのは好ましい行為とはいえないが、「死にたいくらいつらい状況」を生き延びるために自傷するのは、死を選択するよりはるかにましなのは間違いない。自傷行為は最善の行動ではないが、かといって最悪の行動でもないのである。

むしろあえて、「こころの痛みに耐えようとしているのね」「生きるために今は必要なのね」という、やや意表を突いた言葉をかけることで、若者の警戒心が解けることもある。もちろん、その後に「でも、だんだんと自傷の効き目が弱くなっているってエスカレートしていくのが心配」「いつかこころの痛みを自分の言葉で表現できるようになるといいね」といいそえる必要はあろう。

いずれにしても、彼らが克服すべき一番の問題は、「自分を傷つけること」ではない。最も

重大な問題は、「正直な気持ちを偽って、誰にも助けを求めずにつらい状況に過剰適応すること」なのである。その意味では、自傷行為によって自分の苦境を誰かに気づいてもらえたのは、まったく無意味なことではない。

(4) 「切らない約束」を求めない

援助者の側から「もう切らないで」などと若者に約束を強いたり、また、若者のほうからの「もう切らないって約束する」という申し出に応えたりするのは禁物である。自傷行為は再発が当たり前の行動であるから、約束はかなりの確率で破られる。こうした約束の後に自傷が再発してしまい、「約束を破ってしまった」「裏切ってしまった」ことで激しく自責して余計にひどい自傷行為におよんでしまったり、「もう顔向けできない」と、継続的な相談を中断してしまふ若者は少なくない。

もしも若者がこうした約束を持ち出したら、「そういう約束はしないでもいい。それより切りたくなったらその気持ちを話しておいで。話しに来る前に切ってしまうこともあるだろうけど、そのときには切った後でもいいから報告においで」というとよいであろう。

(5) ひとりで抱え込まない

自傷する若者から「他の援助者にはいわない

でほしい」と求められることがあるが、こうした要求にも応じるべきではない。

自傷する若者を支える際に大切なのは、ひとりの援助者だけが抱え込むのではなく、医療機関や相談機関が連携し、地域でチームを組むことである。精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士、看護師といった医療機関のスタッフ全員が情報を共有するのはむろんのこと、そうした援助者一人ひとりが自傷行為について正しく理解をしている必要がある。ときには、保健所や児童相談所といった地域の公的機関や、地域で若者の支援をしているNPO団体との連携が必要な場合もある。「あなたを支えるチームを作りたいから、他のスタッフにも理解してもらわないといけない」と伝えるべきであろう。

(6) 親に内緒にしない

「親に内緒にしてほしい」という約束を求められることも少なくない。もちろん、この約束に応じるのは望ましくないが、くれぐれも「ただけないことをしたから親を呼び出す」といったかたちにならないように注意する必要がある。

大切なのは、「自傷する若者は何を恐れて親に内緒にしてほしいと考えているのか」を理解することである。そのように要求する若者の多くが、親との関係がうまくいっていない、ある

いは、親に思いを伝えようとしても、いつも歪曲されて受け取られてしまい、かえって事態が悪化するという体験をしている。自傷行為の背景に、両親間の不和や家族内のアルコール、暴力、ギャンブルといった、人には知られたくない問題があることもある。その意味では、むしろ親に介入すべき事例であることが少なくない。

理解しておくべきなのは、自傷する若者が恐れているのは、単に「自傷行為をしている」という秘密を親に知られることそのものではない、ということである。そうではなく、「自分の子どもが自傷行為をしている」という事実を知った親がとる「反応」を恐れているのである。そうした親の反応には、若者を単に叱責・非難したり、親自身が激しく自責をしたりするといった過剰なタイプと、「誰かのマネ」「気を惹きたくてやっている」というように、事態の深刻さを否認・矮小化するタイプがあるが、い

ずれの場合でも、若者に対して、援助者が親にどのように説明しようと思っているのかを伝えたい。親との同席面接に関して同意を得るべきである。

その際、次のように伝えたい。

「自傷行為とは、自殺企図とは違うものです。同時に、それは決して『誰かの真似』ではありませんし、『誰かの関心を惹きたくて』行うものでもありません。若者なりに、うまく言葉にできない、つらい状況のなかで出てきた行動なのです。ですから、このまま何の支援もしなければ、何年か先には自殺を考えなければならぬ深刻な状況に陥ってしまう可能性もあります。そうならないためには、継続的なカウンセリングとご家族の理解と協力が必要なのです」

(7) 他の若者に知らせない

若者の自傷行為について他の若者に伝えるべ

きではない。自傷行為には伝染性がある。どのような若者にも伝染するというわけではないが、同じようにつらい状況にある若者に対しては驚くほど簡単に伝染する。

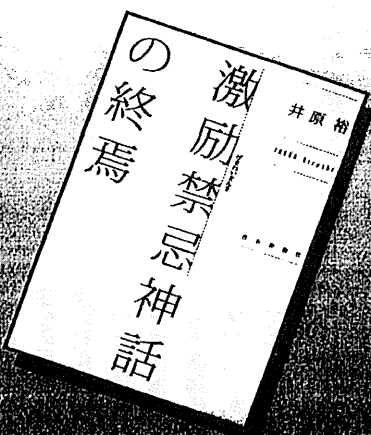
自傷行為を繰り返す若者に対しては、個別的に継続的なサポートを提供する一方で、夏場は長袖シャツやサポーターなどの着用を提案し、自傷創が他の若者の目に触れない工夫が必要である。

(8) 精神科治療は懲罰ではない

「今度切ったら精神科に受診……」「今度切ったら入院……」といった具合に、精神科治療をあたかも懲罰のようにして若者に提示すべきではない。このような理由で若者が精神科に受診したり、入院したりしても、治療はなかなかうまくいかないものである。そもそも、精神科受診や入院といった専門的治療が必要なのは、その

激励禁忌神話の終焉

「はげないのか、
うちは必須か」
医療の常識をくつがえす、



井原裕 著

日本評論社
<http://www.nippyo.co.jp/>

若者が自傷行為におよんだからではなく、自傷の背景に困難な問題が存在するからなのである。

筆者は、自傷する若者全員に精神科治療が必要であるとは考えていない。短時間診察のために信頼関係が築けないまま大量の向精神薬が処方されれば、向精神薬の乱用や過量摂取が引き起されるなど、弊害も皆無とはいえない。過度に管理的な病棟での入院治療によって、かえって自傷行為が悪化することもある。

とはいえ、自殺のリスクの高い若者の場合には、精神科医療につなげ、緊急時には短期間の危機介入的な入院治療を行う必要がある。あくまでも一つの指標にすぎないが、以下のいずれか一つに該当する場合には精神科受診を検討する必要がある。

- ・自傷行為をやめたいのにやめられない、または、自傷行為がもつ「こころの痛み」に対する鎮痛効果が著しく低下している
- ・自殺目的で自傷をしている（実はこれは立派な「自殺企図」である）、または自傷自体は自殺目的ではないが、日頃から「死にたい」という思いがある
- ・自傷行為の前後に「記憶が飛ぶ」現象（「解離性健忘」）が認められる
- ・摂食障害をはじめとする他の精神障害が併発している

・アルコールや薬物（市販の感冒薬や鎮痛薬も含む）の乱用がある

・性的虐待の被害を受けたことがある

おわりに

本稿では、若者の自傷行為の対応に際してのポイントを簡単に述べさせていただいた。ただし、紙幅の関係であくまでも対応に際して最低限必要な事柄だけに限定した内容となったことについては、ご容赦願いたい。実際のかかわりについてももう少し詳しく知りたい方は、拙書をお読みいただければと思う。

いずれにしても、自傷行為の援助において最も重要なのは、「自傷行為をやめさせる」ことではなく、自傷行為の背後にある、若者たち困難な問題を見極め、それを軽減することにある。さらには、こうした援助プロセスを通じて、「世の中には信頼できる人もいて、つらいときには助けを求めてもいい」ことを知ってもらうことである。

「つらいときには助けを求めていい」。この認識こそが、自殺リスクの高い自傷する若者たちの、将来における自殺予防に貢献する——筆者はそう信じている。

〔文 献〕

(1) Matsumoto, T., Imamura, F.: Self-injury in

Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiat. Clin. Neurosci.*, 62: 123-125, 2008.

(2) 松本俊彦、今村扶美、勝又陽太郎「児童・生徒の自傷行為に対応する養護教諭が抱える困難について——養護教諭研修会におけるアンケート調査から」『精神医学』五一巻、七九—七九九頁、二〇〇九年

(3) 日本学校保健会「保健室利用状況に関する調査報告書 一八年度調査結果」日本学校保健会、二〇〇八年

(4) Owens, D., Horrocks, J., House, A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry*, 181: 193-199, 2002.

(5) Walsh, B.W.: *Treating self-injury: a practical guide*. Guilford Press, 2005. (松本俊彦他訳「自傷行為治療ガイド」金剛出版、二〇〇七年)

(6) Hawton, K., Rodham, K., Evans, E.: *By their own young hand: deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents*. Jessica Kingsley, pp.21-39, 2006. (松本俊彦、河西千秋監訳「自傷と自殺—思春期における予防と介入の手引き」金剛出版、二〇〇八年)

(7) 松本俊彦「自傷行為の理解と援助——故意に自分の健康を害する」若者たち」日本評論社、二〇〇九年

(8) Coid, J., Alolio, B., Rees, L.H.: Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet*, 322: 545-546, 1983.

(9) 松本俊彦、山口亜希子「嗜癖としての自傷行為」『精神療法』三三巻、三二九—三三三頁、二〇〇五年

(著) 松本俊彦 / 精神医学

9. 通院中の患者が自殺企図した後に初めて 診察するときの精神科主治医の対応

松本 俊彦*

はじめに

通院中の患者が自殺企図に及び、幸いにも未遂に終わった後の最初の外来診察は、きわめて重要である。というのも、自殺企図は近い将来における再企図と自殺既遂を予測する、最も重要な危険因子であり、まずは、再企図を防止するための方策を考えることが喫緊の問題だからである。また、患者の予期せぬ自殺企図は、主治医としてこれまで見落としていた問題に気づき、治療を深める好機と捉えることもできる。

もっとも、診察にあたっては、精神科主治医自身が自らの逆転移感情を十分に自覚しなければならない。患者の自殺企図は、主治医に怒りや失望感、あるいは、自分が攻撃されているような感覚を抱かせる。そうした感覚が、精神科医をして、背景にある困難に目を向けないまま、「とにかくそんな馬鹿なことをしちゃダメだ」と、表層の問題行動を禁止するだけの対応をさせてしまうことがある。これでは、せっかくの治療を深める好機を逃すばかりか、再企図防止の方策を立てることもおぼつかない。

本稿では、自殺企図後最初の精神科診察におけ

るアセスメントとマネージメントのポイントについて論じたい。

I. 自殺企図患者のアセスメント

1. 今回の行動が自殺企図であることの確認

まず、その行動が自殺企図であったことを確認する必要がある。自殺企図とは、自殺の意図を持ち、「これくらいやれば死ぬであろう」という致死性の予測をもって、故意に自らの身体を傷つける行為である。したがって、子どもや高齢者の自殺企図で多く見られる現象だが、たとえ用いた方法が客観的に見て致死性の低い行動であったとしても、本人なりに致死性の予測を持っていたならば、自殺企図と理解すべきである。

2. 今回の自殺企図における意図の強度

将来における再企図のリスクは、今回の自殺企図に際しての自殺意図の強度と関連しているので、その強度を評価する必要がある。

自殺の強度には様々な程度・広がりがある。そこで、今回の自殺企図に関して、その患者が、自らの行動を妨害されずに確実に遂行するためにどれくらい周到な準備をしていたのかという観点から、自殺意図の強度に関するアセスメントを行う。

以下の点に注目した情報収集が必要である。

- ①自殺手段を確保するための方法
- ②自殺予告の有無
- ③他者の注意を逸らす試みの有無
- ④身体的損傷の致死性の程度

*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

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D.: Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

- ⑤致死性の予測
- ⑥発見されない試みの有無
- ⑦自殺時期の設定（何かの記念日や命日などにあわせる）
- ⑧死後の準備（生命保険への加入、あるいは日記の焼却や身の整理など）

3. これまでの自殺念慮の推移や自殺企図歴

これまでの自殺念慮の推移、そしてすべての自殺企図歴に関する情報を継続的に整理するべきである。特に過去に複数回以上の自殺企図歴がある患者では、各自殺企図行動の時間的間隔の変化、あるいは、自殺に用いる手段の変化に注意する必要がある。繰り返すごとに自殺企図の間隔が短くなっている、あるいは、手段がより致死性の高いものに変遷している経過は、危険な兆候である²⁾。

4. 自殺企図の動機と背景要因

患者自身が自殺によってしか解決できないと考えていた、苦痛や困難が何であるのかを明らかにしなければならない。ただし、自殺行動が何か一つだけの出来事が原因であることはむしろ稀である。一見「自殺の原因」と思われる出来事は、複数の要因が積み重なったうえでの、あくまでも「最後の一押し」にすぎないことが多い。

家族関係、職場の問題、経済的問題、身体疾患への罹患といった、精神医学的症状以外の現実的問題には、特に注意を払う必要がある。人は、単に「借金」だけ、あるいは、「うつ病」だけでは自殺にまで追い詰められないが、「借金」と「うつ病」という問題を同時に抱えると、自殺の危険は現実味を帯びたものとなる。実際、命令性幻聴の圧倒的影響下で自殺に及んだ統合失調症患者でさえ、将来の不安、経済的問題、重要他者との関係破綻といった、現実的問題の影響を受けていることが少なくない。

5. 今回の自殺企図に対する現在の捉え方

今回の自殺企図が未遂に終わったことを、患者自身が「救命されてよかった」と感じているのか、あるいは、「救命されて残念」と感じているのかを明らかにする。後者の場合には、再企図の

リスクは高い。

また、家族が自殺企図をどのように捉えているのかを評価しなければならない。患者の自殺企図に対して、「これまでつらい気持ちに気づいてあげられなかった」などと共感的に捉えているのか、それとも、怒りや疲弊による否定的な反応を呈しているのか、といった点も重要である。後者の場合は再企図のリスクが高くなる。

なお、患者の自殺行動に対して家族の反応が乏しいのは問題だが、一過性の激しい反応も好ましくない。自殺行動には、自分から離れていきそうな重要他者をつなぎ止める効果があり、自殺行動の強化因子となる。この強化の程度について慎重に評価したい。自殺行動が重要他者をつなぎ止める効果はしばしば一過性であり、早晚、関係性の破綻に直面する。その場合、以前よりもエスカレートした手段・方法によって自殺企図を繰り返す危険性がある。

6. 現在の自殺念慮

現在における自殺念慮の存在を慎重に評価する必要がある。援助者が自殺企図に対して叱責、説教するような態度をとったり、自殺を頭ごなしに否定したりすると、患者は、「どうせ、死んではいけないといわれるだけだ」と考えて、自殺念慮を隠すようになる。また、自殺念慮が高度な患者では、自殺の意図を隠すために、ことさらに平静を装ったり、明るくふるまったりすることもある。なお、「自らが抱える苦痛や困難を解決するのは自殺しかない」と確信している場合には、再企図のリスクは高い。

II. 自殺企図患者のマネジメント

1. 自殺企図の背景要因に対する介入をする

自殺の動機に結びついている苦痛や困難を減少させ、自殺の危険因子を減らすための努力をする。その際、精神医学的要因に対する介入にとどまらず、広範な心理社会的、あるいは、経済的要因にも介入することが大切である。たとえば、背景要因として、多重債務や家庭内における暴力被害、介護や家事、育児のストレス、生活苦の問題

といった現実的な問題に対して、司法書士や婦人相談所、福祉事務所につないだり、介護、自立支援、子育て支援などのヘルパー導入を勧めたり、地域の保健師による訪問、継続的な家族面接を実施したりといった対策を検討しなければならない。こうした問題に手を入れずに向精神薬の増量に終始するのは、単に過量服薬のリスクを高めるだけである。

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に紹介する際には、確実につなげる配慮をしなければならない。精神的に追いつ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、紹介機関に援助者が同行する、患者の目の前で連絡を取り、確実に対応してもらえる日程を押さえる、説明した内容の要点をメモにして渡すなどの工夫が必要である。

なお、様々な機関につなげた後は、各種機関と情報を共有し、適宜、会議を開催し、援助方針について確認できる場があるとよい。

2. 処方薬の調整・管理、精神作用物質乱用に対する介入

向精神薬を調整する際には、たえず過量服薬をされる危険性を念頭に置く必要がある。過量服薬をされても生命に危険性の少ない薬剤を選択し、過量服薬した際の身体への影響が予測しやすいように、可能な限りシンプルな処方内容とすることを心がけるべきである。また、過量服薬を避けるために、家族などの重要他者に向精神薬の管理を依頼することも大切である。

ベンゾジアゼピン系薬剤のように酩酊感をもたらす薬剤の投与にも注意する必要がある。そのような薬剤は過量服薬した場合に脱抑制を引き起こす可能性があり、衝動性が亢進して予期せぬ致死的行動を呈する危険がある。同じ理由から、飲酒習慣を持つ患者には当面、飲酒しないように指導する必要がある。

3. 治療者自身の逆転移感情に注意し、協働的な手続きを心がける

自殺念慮を抱く者の心理は両価的である¹⁾。「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。前者ゆえに、その言動は、ときとして演技的、操作的なものに見えてしまい、援助者の陰性逆転移を引き起こしてしまう可能性がある。その一方で、後者は、援助者の助言や指示に従わない態度として現れ、援助者の強引な管理的・支配的態度を引き出してしまうかもしれない。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。

また、自殺念慮を抱えている者は自尊心が低下し、自己効力感も乏しくなっている。それだけに、自己決定権を侵害されたと感じるような強引な援助に敏感であり、ともすれば、治療や援助の関係性は「綱引き」状態、もしくはパワーゲームの様相を呈してしまう。したがって、他の相談機関の紹介や治療・援助方針の策定、家族への向精神薬の管理依頼、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に努め、協働的な援助関係の構築に努める。

4. 守秘の原則は適用されない

前項で述べた「協働的」とは矛盾するようだが、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、その後まもなく自殺既遂もしくは再企図となった場合、訴訟リスクは大きい。また、患者が「家族にはいわないでください」と訴える場合に限って、他の家族成員もそれぞれに、援助を要する様々な問題や困難を抱えていることが少なくなく、家族全体に対する介入が必要とされる傾向がある。

5. 「自殺しない契約 (No Suicide Contract/ Suicide Prevention Contract)」

上述したような協働作業を通じて、困難を軽減するための方針（たとえ、すぐに困難が解決しないまでも、解決の可能性が一定の現実味を帯びて感じられる方針）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」という漠然とした契約は、それ自体がナンセンスである。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、面接のたびに確認されるべきものである。

この「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持つ。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、たとえば今後、患者との継続的な治療関係を持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、単回の介入のなか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。実際、近年、米国では、その有効性に関する何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、とき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るようになってきている。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う²⁾。

なお、この契約で確認されるのは、「自殺の危険がない」ということではなく、「自殺したくなったら必ず連絡する」という援助者との治療同盟である。したがって、契約を交わす際には、緊急時に対応できる精神科救急窓口や夜間相談窓口の連絡先を伝えておく必要がある。また、「自殺しない契約」は、法的な契約ではなく、あくまでも臨床上的の契約であって、援助者を訴訟上の責任追及から守るものではない³⁾。

6. 入院の功罪

自殺念慮が存在するだけでなく、具体的に自殺の計画を立てている場合には、再企図のリスクはいっそう切迫していると捉える必要がある。特に自殺の意図が強固になってくると、患者は周囲の援助者を「敵」と見なし、援助に対して拒絶的な態度をとるようになる。こうした状態は非常に危険であり、患者の安全を物理的に確保するために、非自発的な入院治療に踏み切らざるを得ない。いうまでもなく、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る。

しかし、ただやみくもに非自発的入院とするのではなく、すでに述べた通り、患者の同意を得る努力はすべきである。また、同意が得られない場合でも、入院と判断した根拠と主治医としての決意は明確に伝えておく必要がある。

ちなみに、ChilesとStrosahl¹⁾は、「精神科病院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、精神科入院による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かえって高めてしまったり、入院という体験が患者の自殺行動を強化してしまったりする場合があるという。

注意すべきなのは、このことはただちに入院治療の意義を否定するものではない、ということである。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り、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包括的な介入を行うことには、大きな意味がある。しかし、単に医療スタッフや家族の安心のためだけに、「物理的に行動を制限する」以上の意味を持たない入院を無意味に繰り返すのは、かえって退院後の自殺リスクを高めるだけになってしまう。入院中に、様々な現実的問題を解決するための方策を考える必要がある。

7. 少なくとも1年間は集中的な介入が望ましい すでに述べたように、自殺企図は再企図を予測

する最も重要な危険因子である。再企図の大半は、自殺企図から1年以内に発生しており、1年経過後以降は急激に再企図の発生率は減少する²⁾。その意味でも、自殺企図後1年間は比較的高頻度に診察を行い、診察場面でも自殺念慮の有無を確認するべきである。また、必要に応じて、訪問看護や地域保健的支援を加えた、濃厚な支援を提供することが望ましい。

文 献

- 1) Chiles, J.A. and Strosahl, K.D. : Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients. American Psychiatric Publishing, Washington, D.C., 2005. (高橋祥友訳 : 自殺予防臨床マニュアル. 星和書店, 東京, 2008.)
- 2) Shea, C.S. : The Practical Art of Suicide Assessment. Wiley, New York, 1999.
- 3) Simon, R.I. : Assessing and Managing Suicide Risk : Guidelines for Clinically Based Risk Management. American Psychiatric Publishing, Washington, D.C., 2004.

10. 通院中の患者の自傷行為を発見したときの 精神科主治医の対応

松本 俊彦*

I. 自傷行為の理解

1. 自傷行為の分類

自傷行為は、主に3つのカテゴリーに分類される¹⁾。第一に、重症型自傷 major self-injury であり、統合失調症や急性中毒性精神病における幻覚、妄想の影響下で行われ、目をくり抜いたり、ペニスを切断したりする致死のかつグロテスクな様式をとる。第二に、常同型自傷 stereotypical self-injury であり、これは、精神遅滞、発達障害、様々な先天性疾患で観察される常同的で単調な自傷である。そして最後に、表層型／中等度自傷 superficial/moderate self-injury があり、心理的不快感を軽減するために身体表層に非致死的な損傷を加える様式をとり、リストカットはその代表例である。

Favazza²⁾は、表層型／中等度自傷をさらに強迫性自傷と衝動性自傷に分類している。強迫性自傷には、抜毛、爪噛み、皮膚をむしる行為などが含まれ、儀式的に日に何度も反復されるのが特徴であり、強迫スペクトラム障害との密接な関連が推測されている。一方、衝動性自傷は、境界性パーソナリティ障害、外傷後ストレス障害、うつ

病性障害、解離性障害、摂食障害、物質使用障害患者に認められることが多く、緊張の緩和、解離の減少、怒りの抑制を目的とした対処行動と捉えられ、行為そのものに自殺の意図はない。なおこの強迫性／衝動性自傷という2つの類型の相違は、強迫性自傷では、行為に先立つ明らかな怒り・攻撃性の自覚を欠いている点にある。

なお、本稿で取り上げるのは、上記分類における表層型／中等度自傷のうち衝動性自傷である。特別な断りがないかぎり、自傷行為といった場合にはこの類型を指している。

2. 自傷行為の定義

自傷行為とは、自殺以外の意図から非致死性の予測をもって、故意に身体に直接的に損傷を加える行為である。代表的なものとしてリストカットのように身体表面を切る行為がよく知られているが、皮膚を突き刺す、やけどをさせる、硬いものに身体の一部をぶつけるといった行為もある。なお、過量服薬は、これを自傷行為に含める研究者がいる一方で、リストカットと異なり、非致死性を予測しにくい間接的な身体損傷であるという理由から、自傷行為から除外する研究者もいる。

3. 自傷行為の意図

自傷行為の意図として最も多いのは、怒り、恥辱感、孤立感、不安・緊張などの不快感情を緩和するというものである³⁾。操作的、演技的な自傷行為は、援助者の多くが思い込んでいるほどは多くなく、自傷行為の9割以上は誰も見ていないところで行われ、しかもその後に誰にも告白される

*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

〔〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1〕

Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D.: Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8553 Japan.

ことがないという²⁾。

なお、自傷の最中に「痛みを感じない」「記憶が曖昧である」と述べる自傷者は少なくなく、ときには健忘を残す者もいる。このことは、一部に解離症状と密接な関連を持つ自傷行為も存在する可能性を示唆する。解離状態からの回復に、自傷行為によってもたらされる身体的な疼痛刺激を利用していると思われる者も少なくない³⁾。

4. 自傷行為を繰り返す者の臨床的特徴

自傷行為を繰り返す者のなかには、周囲から存在を否定され、安心して自分の気持ちを表現できない環境に生育してきた者が少なくない。それは、様々な虐待やネグレクトはもとより、家族内の暴力・暴言、学校でのいじめ、兄弟間の差別や親からの過干渉や価値観の押しつけなど、様々な形をとっている^{4,6)}。その結果、幼少時から「自分はいらない子どもである、余計な存在である」と思い込んできた者が多く、援助希求能力が乏しい。自傷行為による不快感情の緩和は、他者の援助を拒んで独力で苦痛を解決しようという、彼らの援助希求能力の乏しさを反映した行動といえるであろう。

自傷行為は自殺とは峻別されるべき行動であるが、同時に長期的には自殺を予測する重要な危険因子でもあることを忘れてはならない。事実、Owens ら⁵⁾のメタ分析によれば、過去1回以上の非致死的な自傷をした若年者は、そうではない者に比べ、10年後の自殺既遂による死亡率が数百倍高いという。

II. 患者の自傷行為への対応

1. 援助希求行動を支持する

自傷行為の告白や自傷創の手当てを求めることは、それ自体が賞賛に値する行動である。自傷行為とは、単に自らを切ることをだけを指すのではなく、傷の消毒もせずに自身を感染の危険にさらすことなども含めた行動であると理解する必要がある。Hawton ら²⁾によれば、自傷行為を秘密にしたり、傷に対する手当てをしない者の方がはるかにうつ状態や自殺念慮が重篤であるという。

2. 頭ごなしに禁止しない

自傷行為をした患者に対する最初の面接で、頭ごなしに自傷行為を禁じたり、叱責や説教をすることも好ましくない。そのような対応をすれば、「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い、援助者は答えに窮するだけであろう。

まずは自傷行為の肯定的側面を評価しておくことよい。たしかに自分を傷つけることは望ましいことではないが、そうやって苦痛に耐えて生きようとする姿勢は肯定するに値する。したがって、「心の痛みを耐えてきたわけだね。それは大変だったね」という言葉をかけてみてほしい。

彼らが克服すべき一番の問題とは、実は「自分を傷つけること」ではない。むしろ、「正直な気持ちを偽って、誰にも助けを求めずにつらい状況に過剰適応すること」なのである。その意味で、自傷によって自分の苦境を伝えたことは、最悪とはいえない。

3. 患者に懸念を伝える

患者が自傷行為をせざるを得なかった状況に共感し、自傷行為が持つ肯定的側面を確認した後は、「頭ごなしの否定」と誤解されないように、自傷行為の否定的側面を伝える必要がある。

すでに述べたように、自傷行為には、一種の「心の痛み」に対する「鎮痛効果」があるが、その効果は、麻薬と同じように繰り返される過程で「耐性」を生じ、当初と同じ効果を得るためには、自傷頻度を増やしたり、より深く切らなければならなくなってしまう⁴⁾。ときには、手首や腕だけでは足りなくなり、他の身体部位を切ったり、あるいは、切るだけではなく、頭を壁に打ちついたり、火のついたタバコを皮膚に押しついたりする者もいる。さらに困ったことに、自傷を繰り返すうちに前よりもストレスに弱くなってしまふ。以前だったら気にもとめなかったささいな出来事にも痛みが必要となるのである。最終的には、いくら切っても心の痛みを埋め合わせるのに追いつかない状態—「切ってもつらいが、切らなきゃなおつらい」という状態—toに陥り、自分の感情をコントロールするために始めた自傷行為に、逆に自身

がコントロールされる事態を呈する。この段階に到達した患者の多くが何らかの自殺念慮にとらわれるようになっている。

なお、Favazza¹⁾は、この段階に達した自傷行為を、「反復性自傷症候群 repetitive self-mutilation syndrome」と名づけ、物質依存と同じく、「自傷行為をやめられないこと」自体も精神医学的治療の対象とすべき病態と捉えている。反復性自傷者になると、一種の居直りの気分から、自虐的に「リストカッター」などと自称したり、自傷した際に出た血液を塩にため込んで眺めたり、自傷創の写真をインターネット上にアップしたり、血液で絵を描いたり、一見グロテスクとも思える行動をとることが少なくない。こうした行動は、しばしば援助者の陰性感情を刺激し、患者の病態を過小視させる一因となる。

いずれにしても、「心の痛み」を言語化せず、身体的疼痛を用いて「まやかしの鎮痛」をし続けることは、感情の自殺といえなくもない。実際、自傷患者のなかには、悔しい出来事、腹立たしい出来事、あるいはショックな出来事に遭遇しても、無表情に茫乎としている者が少なくなく、「もう何年も泣いたことがない」と語る自傷患者は意外に多い。

4. 自傷行為のアセスメントをする

すでに述べたように、自傷行為は自殺とは異なる行動であるが、将来の自殺と密接に関連する行動である。その意味では、近い将来の自殺リスクの予測を含めたアセスメントが必要である。

アセスメントにおいては、以下の5つのポイントに注目して評価するとよい⁴⁾。

- ①援助希求の乏しさ：傷を隠す、自傷のことを人に話さない、傷の処置をしない。
- ②コントロールの悪さ：不本意にも意図した以上に深刻な自傷、乱雑で汚い傷、服で隠れない場所の傷。
- ③行動のエスカレート：複数の身体部位に傷がある（腕以外に脚や太腿、腹部など）、「切る」以外の方法も用いる（例：「つねる」「髪の毛を抜く」「火のついたタバコを押しつける」「壁を殴る、頭を壁に叩きつける」など）。

④解離傾向：自傷行為をする際に「痛み」を感じない、行為の記憶がない。

⑤自己虐待の多様性：他の間接的な身体損傷行為（例：「拒食・過食」「アルコールや市販薬などの乱用・過量服薬」）を伴っている。

あくまでもこれは1つの目安にすぎないが、上記5つの評価ポイントのうち3項目以上該当する場合には、自傷行為を自分でコントロールすることができなくなっており—逆に自分が自傷にコントロールされている状況に陥っており—、その「治療効果」が薄れている可能性が高い。自傷行為にはつらい感情を一時的に抑える効果があるが、繰り返すうちに効果が乏しくなって、自殺念慮が高まることがある。このような場合には、精神医学的介入の必要がある。

また、該当項目が3つ以下でも、⑤に該当する場合—特に過食嘔吐のような食行動異常は近い将来の過量服薬や自殺企図を予測する危険因子である³⁾—、また、評価ポイントとは別に、若年者自身が「いくら切っても気持ちがおさまらない」と述べている場合には、切迫した自殺企図の可能性を念頭に置いた治療が必要である。

5. 自傷のトリガー分析とモニタリング

治療にあたっては、何が自傷行為のトリガー（引き金）となっているのかを分析する必要がある。しかし実際には、自傷患者の多くが、治療開始時点では自身の心的苦痛を自覚し、言語化することが難しい状態にあり、トリガーの分析は容易ではない。

そこで、2～4週間程度の期間、モニタリング期間を設け、時間をかけてトリガー分析をしていくことが必要となることが少なくない⁴⁾。たとえば、患者に簡単な「自傷日記」を書いてもらえば、短い時間で的を絞った話し合いができる。ノートに毎日の出来事や、誰と一緒にいたのかといった情報を継続的に記載してもらうとともに、自傷してしまった日時、ならびに、実際に行動は起こさなかったものの自傷したいと思った日時を記述してもらうわけである。「自傷日記」には、後述する置換スキルを練習したり、実際に自傷衝動に拮抗するために置換スキルを実施した日時に

についても書き込んでもらおうとよい。

継続的な面接のなかでは、「自傷日記」の情報に基づいて、どんな状況で／どんな人物との／どんなやりとりが自傷行為のトリガーになるのかを、患者との協働的な作業を通じて共有していくようにする。トリガーらしき出来事が同定できたならば、「そのときどう思った？」などと患者に感情への気づきを促し、自分の感情を言葉で振り返ることができたときには、「すごいね」とこれを支持する、といったやりとりも必要である。また、置換スキルを練習したり、実際にそれを使った場合には、やはり「えらいね」と支持する。その際、「自傷しなかったことよりも、置換スキルを使ったことの方を高く評価している」ことが患者に伝わるようにすることがコツである。それから、何よりも患者が自傷日記をきちんと記載していること自体が、「自分を変えたい」という前向きな気持ちの表れであるから、そのことは毎回忘れずに支持する必要がある。

自傷行為の消失後は、今度は、「自傷したい気持ち」を標的としてトリガーの同定を続けていく。こうすることで、「自傷をしなくても理解してもらえる」ことを実感してもらうことができる。こうした丁寧な関わりは、患者が自傷行為を手放すうえで重要である。

6. 置換スキルを提案する

自傷をやめろという代わりに、自傷の衝動を抑える代替的な対処方法（置換スキル）を教え、このスキルの練習を提案してみる。置換スキルの例としては以下のようなものが考えられる^{4,6)}。

- ①冷たい水を強く握りしめる。
- ②手首に輪ゴムをはめて皮膚を弾く。
- ③腕を赤い水性フェルトペンで塗りつぶす。
- ④呼吸を整えながら腕立て伏せや腹筋運動をする。
- ⑤大声で叫ぶ、家族とカラオケに行く（ただし、絶対に飲酒しないこと！）。
- ⑥ゆっくりと数を数えながら10分以上深呼吸をし続ける。
- ⑦信頼できる人と話す。

7. 治療・援助への過剰適応に注意する

自己評価の低い自傷患者は容易に治療・援助状況に過剰適応してしまう、という点に注意をする必要がある。すなわち、過酷な状況は何ら改善していないのに、援助者から見捨てられないように、「必死に自傷しないように我慢している」という状況に陥ってしまうのである。

このような状況では、リストカットこそ見られないものの、皮膚をつねったり、爪を皮膚に食い込ませたりしていることがある。あるいは、ピアスやタトゥーといった、一見、ファッション目的の適応的行動のかたちをとりながら、実は「心の痛み」を「鎮痛」するための「痛み」を求めていることがある⁴⁾。

Ⅲ. 治療のゴールは自傷行為がなくなることではない

自傷行為の治療とは、端的に言えば、動機を掘り起こし、トリガーを同定し、置換スキルを習得することの繰り返しである。まずは、正直な告白を支持し、失敗に含まれる小さな変化を見逃さずにやはり支持・強化し、患者がさらに大きな変化へと挑戦するのを励ます。そして自傷の再発は、治療を深めるうえで不可欠なプロセスである。

繰り返される支持は、自己否定的な患者の自己効力感を高める。その結果、次第に、「どのような出来事をきっかけに自傷しなくなったか」「その出来事によってどんな感情を抱いたのか」「なぜその出来事にそこまで深く傷ついたのか」といった問題にも洞察が及ぶようになる。この段階では外傷体験を扱うことも少なくない。

強調しておきたいのは、自傷行為をやめることが治療の最終的な目標ではない、ということである。むしろ、「自らの感情をきちんと把握し、それを言葉で表現できる能力」（エモーショナル・リテラシー：自分の感情を「読み書きする」能力）の獲得こそが重要であり、「世の中には信用できる大人もいて、つらいときには助けを求めてよい」ということを知ることが、実は、将来における自殺予防に資するのである。

文 献

- 1) Favazza, A.R.: Bodies Under Siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry, 2nd ed. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996. (松本俊彦監訳: 自傷の文化精神医学. 金剛出版, 東京, 2008.)
- 2) Hawton, K., Rodham, K. and Evans, E.: By Their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents. Jessica Kingsley Publishers Ltd., London, 2006. (松本俊彦, 河西千秋監訳: 自傷と自殺. 金剛出版, 東京, 2008.)
- 3) 松本俊彦, 阿瀬川孝治, 伊丹昭ほか: 自己切傷患者における致死的な「故意に自分を傷つける行為」のリスク要因: 3年間の追跡調査. 精神神経誌, 110; 475-487, 2008.
- 4) 松本俊彦: 自傷行為の理解と援助 「故意に自分の健康を害する」若者たち. 日本評論社, 東京, 2009.
- 5) Owens, D., Horrocks, J. and House, A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. Br. J. Psychiatry, 181; 193-199, 2002.
- 6) Walsh, B.W.: Treating Self-injury. Guilford Press, New York, 2005. (松本俊彦, 山口亜希子, 小林桜児訳: 自傷行為治療ガイド. 金剛出版, 東京, 2007.)

2-1-5 今後の自殺対策における課題と関連学会の果たす役割

大綱以降の自殺対策の状況

2007（平成 19）年 6 月に閣議決定された自殺総合対策大綱は、その一年半足らずのうちに一部改正がなされ（「自殺対策加速化プラン」）、2009（平成 21）年 6 月には、全国で 100 億円という地域自殺対策緊急強化基金の交付も開始された。さらに、2010（平成 22）年 2 月には、自殺総合対策会議において「いのちを守る自殺対策緊急プラン」も策定された。

このような施策が次々に打たれるなかで、わが国の自殺対策は、都道府県・政令指定都市の自殺対策主管課と精神保健福祉センターを中心に確実に展開してきた。各地でメンタルヘルス問題に関する住民向けの啓発、精神保健福祉領域の援助者を対象とした、数多くの研修会が開催され、司法書士などとの連携体制、あるいは、自死遺族支援体制の整備も着実に進んでいる。最近では、都道府県での経験が市町村に引き継がれ、市町村における庁内横断的な自殺対策連絡会議、さらには、地域の警察、消防、医療機関、民間団体、商工会議所などの代表を集めた、自殺対策協議会も続々と設立されている。

しかし、これだけの努力にもかかわらず、少なくとも 2010（平成 22）年まで自殺者総数が 3 万人超の状態が 13 年間継続してきたのは、厳然たる事実である。自殺対策の成果は長期的視点から見守る必要があるとはいえ、虚心坦懐に課題を振り返る必要があろう。

自殺対策の課題と大綱の見直しに向けて

これまでの自殺対策では、自殺に至る共通最終経路であるメンタルヘルス問題に関する啓発を行い、精神科医療へのアクセスを高めることに重点が置かれてきた。しかし他方で、精神科医療などの専門的支援の質の向上は後回しにされてきた印象は否めない。すでに一部の施設で試みられている、自殺未遂者などのハイリスク者支援から得られた経験は、いまだ医療関係者に広く共有されておらず、児童・生徒を対象とした自殺予防教育や教育現場におけるメンタルヘルス支援体制にも課題を残している。また、今後は、2011（平成 23）年 3 月に発生した東日本大震災の影響も考慮した対策も講じられる必要があろう。こうした課題を克服するには、精神保健医療福祉領域の各関連学会が、この数年で蓄積された学術成果や経験を施策に反映させるべく国に働きかけるとともに、これまでの対策の評価を踏まえた新たな提言を行う必要がある。実は、自殺総合対策大綱の末尾には、「本大綱については、……（中略）……社会経済情勢の変化、自殺をめぐる諸情勢の変化、本大綱に基づく施策の推進状況や目標達成状況等を踏まえ、おおむね 5 年を目途に見直しを行う」とある。来年（2012（平成 24）年）はまさにその 5 年目にあたる年である。

自殺予防総合対策センターは、2011（平成 23）年 3 月 1 日、「自殺対策推進のための関連学会等の意見交換会」を開催し、各関連学会代表者との間で、「大綱改正への提言もしくは試案」を国に提出するという方向性を確認している。この確認に基づき、2011（平成 23）年 9 月に、各関連学会からの学術知見に基づく要望をとりまとめたものを自殺予防総合対策センターのホームページにて発表し、さらに広く意見を募っているところである（2011（平成 23）年 10 月現在）。同会の作業部会による意見・学術知見を集約・整理中である。

（松本俊彦）

ではバゾプレシン産生ニューロンが多数を占める。ラットでは背側にオキシトシン産生ニューロンが、腹側にバゾプレシン産生ニューロンが局在する。この核の大部分のニューロンの軸索は下垂体後葉に向かう。この核への求心性入力としては、嗅球、第三脳室前腹側野 (AV3V) 領域 (終板器官、内側視束前核、脳弓下器官など)、中隔、対角帯、分界条床核、視床下部背内側核、隆起乳頭部、縫線核、延髄腹外側部 A1 と孤束核 A2 ノルアドレナリン作動性ニューロンがある。浸透圧刺激 (体液浸透圧の上昇) (osmotic stimulus)、循環血液量減少 (hypovolemia)、血圧低下 (hypotension)、侵害刺激 (noxious stimulus)、妊娠、分娩、様々なストレス刺激で活性化される。

⇒オキシトシン、バゾプレシン、大細胞性神経分泌細胞

[尾仲達史]

時差症候群 ▶ 時差ぼけ

自殺

■じさつ

suicide

近代の自殺研究の先駆者である社会学者デュルケーム (Durkheim É.) は『自殺論』(1897) において、自殺を「当の受難者自身によってなされた積極的あるいは消極的行為から直接的あるいは間接的に生ずる一切の死」と定義した。

我が国では 1998 年以來、年間自殺者数 3 万人台という緊急事態が続いている。2009 年には年間自殺者数は 3 万 2845 人であり、交通事故死者数 (4914 人) の 6 倍以上に上った (警察庁「平成 21 年中における自殺の概要

資料」)。なお、未遂者数は少なく見積もっても既遂者数の 10 倍は存在すると推定されている。さらに、自殺や自殺未遂が生じると、強い絆のあった家族や知人の多くも深刻な影響を受けるという推計もある。このように自殺とは死にゆく 3 万人だけの問題にとどまらず、きわめて多くの人々の心の健康を脅かす問題になっている。

このような事態を直視して、2006 年には自殺対策基本法が成立し、2007 年には自殺総合対策大綱が発表され、自殺予防の具体的な方針が示された。こうして自殺予防は社会全体で取り組むべき課題であると宣言されたのである。

自殺予防はしばしば、プリベンション (prevention: 事前対応)、インターベンション (intervention: 危機介入)、ポストベンション (postvention: 事後対応) に分けられる。プリベンションとは、現時点でただちに危険が迫っているわけではないが、その原因などを事前に取り除いて、自殺を予防することをさす。自殺予防教育なども広い意味でのプリベンションに含まれる。インターベンションとは、今まさに起きつつある危機的状況に介入し、自殺を防ぐことである。そして、ポストベンションは、不幸にして自殺が生じてしまった場合に、ほかの人々に及ぼす心理的影響を可能な限り少なくするためのケアを意味している。我が国で実際に行われているのはほとんどがインターベンションであって、プリベンションやポストベンションはごく限られた範囲で行われているにすぎない。

潜在的に自殺の危険が高まる可能性を検討するためには、次のような危険因子について検討しておく必要がある。①自殺未遂歴: 自殺を図ったものの、幸い救命されたとしても、そのあと、適切なケアを受けられなければ、

同様の行為を繰り返して、自殺で死亡する危険が高い。たとえば、実際に死ぬ危険の低い自傷行為であったとしても、十分に注意を払う必要がある。②精神疾患の既往：自殺者の大多数は、最期の行動に及ぶ前に、精神疾患の診断に該当する状態にあったことを各種の調査が指摘している。気分障害（うつ病）、物質乱用（特にアルコール依存症）、統合失調症、パーソナリティ障害などの精神疾患を早期に診断して適切に治療することが自殺予防につながる。③事故傾性（accident proneness）：自殺は何の前触れもなくある日、突然生じるというよりは、それに先行して自己の安全や健康が守れないという現象がしばしば起きてくる。それが無意識的な自己破壊傾向の発露になっている。④周囲からのサポートの不足：自殺を理解するキーワードは「孤立」である。周囲から十分なサポートを得られない状況でしばしば自殺は生じる。⑤自殺の家族歴：重要な関係にあった家族が自殺したという経験は、遺された人に深刻な心理的影響をもたらす危険がある。ある人物の自殺を契機に複数の自殺が誘発される群発自殺（suicide cluster）という現象も知られている。⑥被虐待体験：青少年期に心理的、身体的、性的虐待を経験した人は、自尊感情の発達が妨げられ、自殺の危機をもたらしやすい。以上のような危険因子を検討することによって、自殺が実際に生ずる危険を判断するスクリーニングとする。

自殺の危険の高い人に対する治療としては次の3本の柱を中心に進めていく必要がある。①心理療法：問題を抱えた時に自殺という適応度の低い選択肢しか思いつかない状態に働きかけていき、より幅の広い適応度の高い選択肢を試みるように援助する。②薬物療法：自殺の危険の背後に明らかな精神疾患が

存在する時には、適切な薬物療法が欠かせない。③周囲の人々との絆の回復：自殺の危険の高い人には孤立している状況がしばしば認められるので、周囲の人々との絆の回復が重要である。以上の3つの柱を中心に粘り強く治療に当たる必要がある。なお、危機的状況が1回だけで終わることよりも、繰り返されるという特徴を念頭に置いて、長期的なフォローアップを計画すべきである。なお、自殺未遂に及んだハイリスクと考えられる事例であっても、適切なケアを実施することによって、そのあとの全般的な死亡率も自殺率も有意に減少することを世界保健機関（WHO）による調査が明らかにしている。

⇒自殺対策基本法、自殺予防対策

[高橋祥友]

自殺対策基本法

■じきつたいさくきほんほう

Basic Act on Suicide Countermeasures

我が国の自殺者が3万人を超えた1998年以来、自殺問題は社会的取り組みが必要な課題との認識のもとに、国では厚生労働省が中心になって自殺予防（suicide prevention）対策が進められてきた。そして、自殺を精神保健学的観点からとらえて対策へ結びつけようとする施策が2000年の「健康日本21」の策定と関連して立案された。当時の自殺予防対策の中心は調査研究の推進と有識者による政策提言の作成だった。2002年12月には、「自殺予防に向けての提言」（自殺防止対策有識者懇談会）が公表され、総合的な自殺予防対策の内容が提示された。しかし、その後の施策展開において、現場に密着した具体的な施策の展開が乏しいこと、社会経済面の背景要

15 | 自殺とその予防

高橋祥友

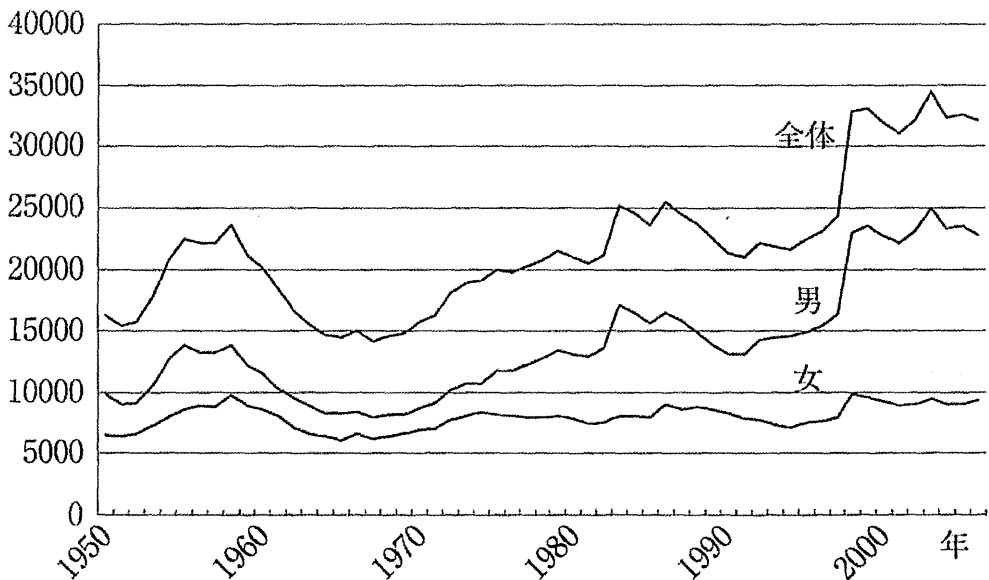
《目標&ポイント》 わが国では1998年以来、年間自殺者数3万人台という緊急事態が続いている。このような現状を直視して、2006年には自殺対策基本法が成立し、自殺予防は社会全体で取り組むべき課題であると宣言された。本章では自殺予防のために、その現状、予防を理解するための基本概念、対応の原則について解説する。早期の段階で問題に気づき、適切な対応を取ることで、自殺予防の余地は十分に残されている。

《キーワード》 自殺、自殺未遂、危険因子、事故傾性、自殺対策基本法

1. 自殺の現状

(1) 統計から見たわが国の自殺

図15-1は警察庁が発表した自殺に関する統計である。わが国の自殺



(警察庁生活安全局地域課「平成21年中における自殺の概要資料」警察庁, 2010)

図15-1 年間自殺者総数の推移

片総数は1998年に32,863人となり、それ以来、年間自殺者数3万人台が続いている。本章執筆時の最新の統計は2009年のものであるが、この年の年間自殺者数は32,845人であり、交通事故死者数(4,914人)の6倍以上であった。そして、自殺未遂者数は少なく見積もっても既遂者数の10倍にのぼる。さらに、強い絆のあった人の自殺未遂や既遂によって深刻な影響を受ける人は、1件当たり最低5人は存在すると推定される。このように、自殺は単に3万人の自殺者だけの問題に留まらずに、社会を広く巻き込む深刻な問題になっている。

(2) 自殺予防の基本概念

自殺予防を理解するためにいくつかの基本概念を解説しよう。

① 事前予防、危機対応、事後対応

自殺予防は、事前予防(prevention)、危機対応(intervention)、事後対応(postvention)に大別される。

- ・ **事前予防**：現時点でただちに危険が迫っているわけではないが、その原因などを事前に取り除いて、自殺が起きるのを予防することである。自殺予防教育なども広い意味での事前予防に含まれる。
- ・ **危機対応**：今まさに起こりつつある危機的状況に働きかけて、自殺を防ぐ。ある人が薬を多量に服用して自殺を図ったとする。胃洗浄をして、救命し、自殺が起きるのを防ぐといった処置もこれにあたる。
- ・ **事後対応**：不幸にして自殺が生じてしまった場合に、遺された人々に及ぼす心理的影響を可能な限り少なくするためのケアを指す。

② メディカルモデルとコミュニティモデル

自殺予防では、メディカルモデル(medical model)とコミュニティモデル(community model)が互いに緊密な関連を保ちながら、長期

的な視野に立って実施しなければならない。

- ・ **メディカルモデル**：自殺の背景にしばしば存在している精神疾患に気づかず、適切な治療を受けることなく、自ら命を絶っている人が圧倒的に多い。そこで、自殺に直結しかねない精神疾患を早期の段階で発見し、適切な治療に導入し、自殺を予防する。
- ・ **コミュニティモデル**：今ただちに精神的な問題を抱えているわけではない、健康な人を対象に問題解決能力を高めるような教育を実施していく。具体的には次のような点を強調する。
 - ✓ 困った時には助けを求めるべきだという点を強調する。助けを求めるのはむしろ適応力の高い対処法であることを教育する。
 - ✓ 具体的にどこで援助が求められるかという情報を提供する。
 - ✓ 同時に精神疾患に対する正しい知識を普及させて、偏見を減らす。

国の対策として、自殺予防に成功した例としてフィンランドが広く知られているが、図15-2に示すように、1990年にはフィンランドの自殺率は人口10万人あたり約30であり、最近のわが国の自殺率（約25）よりもはるかに高かった。自殺の実態調査をしたうえで、メディカルモデルとコミュニティモデルの間で緊密な連携をとって、対策を進め、自

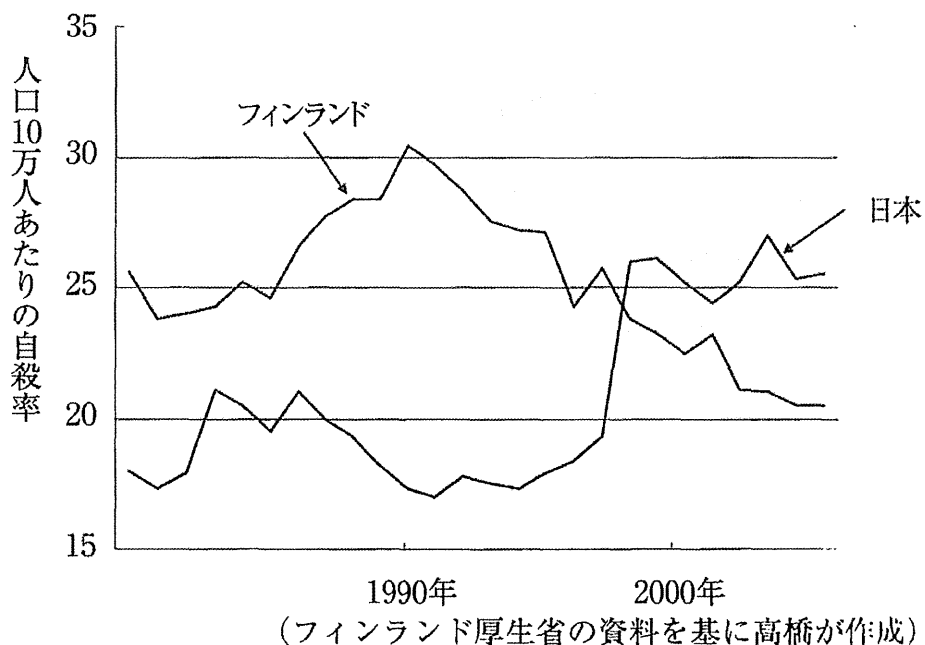


図15-2 フィンランドと日本の自殺率の比較

殺率を約 30%低下させることに成功した。

(3) ライフサイクルと自殺

11に自殺と言っても、子ども、若年成人、壮年期の人、高齢者では抱える問題にはそれぞれ特有のものがある。そのようなライフサイクルに特有な問題について自殺との関連を検討していくことは自殺予防には欠かせない視点である。

(3) 自殺対策基本法

2006 年 6 月に自殺対策基本法が成立した。自殺というと、一般には自由意志に基づいて選択された死であるという考え方が強いが、実際には、さまざまな問題を抱えた末の「強制された死」である。そこで、自殺を社会全体の問題としてとらえて、幅広い取り組みが必要であることをこの法律は宣言している（表 15-1）。翌 2007 年には自殺総合対策大綱が発表され、具体的な方針が明らかにされた。自殺対策基本法も自殺総合対策大綱も「(2) 自殺予防の基本概念」を枠組みとしてまとめられている。

2. どのような人に自殺の危険が迫るのか

(1) 自殺を理解するためのキーワード

自殺を理解する重要なキーワードは「孤立」である。助けの手を差し伸べてくれる人が現実にはまったくいないといった悲惨な状況に置かれている人もいる。また、最近になってうつ病をはじめとする精神疾患にかかった影響で、実際には周囲の多くの人々が援助しようとしているにもかかわらず、「自分など助けてもらう価値がない」「私などいないほうが