

カップルセラピーの短期療法が解説されている。第Ⅱ部は特定のトピックスとして、奏功する精神療法のための必須要素、多文化的背景における短期精神療法、短期精神療法と薬物療法の併用、短期療法における能力評価、第Ⅲ部では、治療を短期に行うことについて論じられている。

患者の立場からすれば、精神科に通院して、ただ薬を与えられるだけでは満足できないものであり、病気に陥ったからには、現在の生活の上での葛藤や、不安、他者に対する不満や恨みもあるし、自尊心を傷つけられたことへの憤りや、罪悪感、困惑、自己への疑惑などがあり、「何か訴えたい」、「誰かに聞いてもらいたい」という気持ちがこみ上げてくるとしても自然なことであろう。自分というものを精神科医との間で見つめなおしたい、あるいは、確かめたい気持ちがあるに違いなく、それに応える能力の訓練が精神科医にあらためて求められている。そういう医療状況のなかで、本書の訳出は喜ばしいものであり、精神科医の卒後研修の精神療法の実践のテキストとして、また心理医療従事者などのすべてのコメディカル・スタッフにも有用な本としてお勧めしたい1冊である。

原書 Dewan MJ, Steenbarger BN, Greenberg RP: The Art and Science of Brief Psychotherapies: A practitioner's guide

## 抑うつと自殺の心理学

臨床社会心理学的アプローチ

坂本真土著

星和書店、A5判416頁、3,500円、2011年1月刊

(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/  
自殺予防総合対策センター) 竹島 正

本書は社会心理学の学術基盤を明らかにするとともに、広い意味での社会心理学を専門とする著者の主要な研究をまとめたものである。著者は臨床心理学、精神保健学、精神医学との境界領域において研究と実践を行ってきたが、臨床現場においては「経験則」や「勘」に頼るだけでなく、実証的な研究に基づく心理学的な説明(すなわち理論)もまた重要であると述べ、臨床実践においてはクライアント自身の問題にどうしても目を向け

がちであるが、クライアントにある反応をさせた環境要因にも目を向けることの必要性を指摘する。本書には、「人間が日常生活の中で互いに影響を与え合って生きている、その人と人との相互作用のあり方を研究する学問領域」という社会心理学の定義(安藤, 1995)を踏まえて、社会心理学の「個人内過程」「対人関係」「集団・組織」「集合現象」「文化・社会問題」の5つの領域を踏まえての実証研究が掲載されている。ここで「個人内過程」は自己・パーソナリティ、感情・動機、認知、態度・信念等に分類される個人の行動様式を、「対人関係」は社会的相互作用、身近な人間関係、ソーシャルサポート、対人葛藤・対人ストレス、被服行動・化粧行動等を、「集団・組織」は集団、社会的権力・統制等の組織行動を、「集合現象」は集団行動、コミュニケーション、消費・生活意識、政治行動を、「文化・社会問題」は社会化、文化、社会病理、環境等を含むが、おそらくはこれらの視点から多角的・総合的に現象をとらえようとするのが本書であり、それがまさに社会心理学の特徴でもあろう。すなわち社会心理学には多くの切り口があるが、本書は社会心理学とは何かを示すとともに、具体的にどのような研究が可能になるかを構造的に示した意味で貴重である。本書のタイトルは『抑うつと自殺の心理学——臨床社会心理学的アプローチ』であるが、抑うつ、自殺とも、それに関連する要因が多重的であることから、また生物学的な病理性の高いものからそうでないものまで多様なもので構成される複雑さがあることから、社会心理学から迫るのには好適な題材でもあるのだろう。本書は「Ⅰ 臨床心理学と社会心理学のインターフェイス」、「Ⅱ 抑うつへの心理援助」、「Ⅲ 自殺への心理援助と予防の実践」からなる。評者は国立精神・神経医療研究センターにおいて精神保健についての正しい理解を広めるとともに精神保健専門家とメディア関係者の相互交流を深めるべくメディアカンファレンスを開催しているが、その経験から本書13章の「自殺の新聞報道の現状と問題点」について述べるならば、新聞記事は、取材する記者の「個人内過程」から新聞社の「集団・組織」の性向、国民の関心という「集合現象」等、さまざまな構成要素から成り立ち、まさに社会心理学からの分析が期待されることであると思う。このほか、大学生の心理教育プログラムなどその

実践の発展に期待される章もあるが、何度もながめるうちにその本質がつかめてくる一冊であり、ぜひ一読をお勧めしたい。

## 臨床心理学をまなぶ4 統合的介入法

平木典子著

東京大学出版会、A5判168頁、2400円、2010年11月刊  
(立教大学現代心理学部) 鍋田恭孝

本書を読んで痛感したことは、やっとこのような著書がわが国に現れたかという気持ちであった。これまで「統合……」というタイトルを冠する著書や論文は目にしていたが、統合的あるいは折衷的な心理療法を包括的に論じた著書はわが国においては本書が初めてではないかと思う。本書でも紹介されているが、プロチャスカらの著書は、評者は以前から学生の教科書として使用しており、欧米においては、統合的・折衷的な方向性の心理療法が、積極的に研究され議論されていることは分かっていた。評者が代表者の一人を勤める青山心理臨床教育センターの講座は、発足当初から、来談者中心療法・精神分析・ユング心理学・家族療法を必修科目として学び（最近では、認知行動療法を含むようになっていく）、それらをベースにしながら、それぞれの問題や病理に即して、もっともクライアントに適したアプローチのできる臨床家を育てることを目指してきた。

「そもそも統合的アプローチとは、実は、当たり前のように適切な医療（心理療法としてもよい——評者）を実践している家庭医や市井の支援者などの名もない人々によって昔からおこなわれてきた」と著者も述べているように、現場で、さまざまな問題や症状を抱えてこられるクライアントを前にして、「オーダーメイド」の支援を行おうとすれば、おのずと統合的折衷的になる。ところが、心理療法の世界には、一つの思想にのめりこみ、その道を極めることを目指している臨床家も多数いる。思いいれの強い方が多いように思っているし、精神分析家に多いようにも思っている。このような場合、本当に自分のアプローチがクライアントに役立つかどうかというよりも、その学派の作法通

りの働きかけをしているか否かが重要になる。悪く言えば、欧米発の思想をなぞるような臨床がなされているように思う。このような態度は、答えがあり、判った気になりやすいので、自己満足できるという利点はある。しかし、それでよいのだろうかという疑問を抱かされる。

評者自身は、精神分析を学んでいるときから、精神分析の理論をより厳密に行えば行うほど、その治療によって援助できるクライアントはきわめて少ないと痛感していた。特に、うつ病、不登校などにはマイナスにすらなると考えていた。その後、必要に迫られて、家族療法的なアプローチや、グループワークを学びつつ、内外の専門家からゲシュタルトセラピーの訓練などを受け、アプローチによって、クライアントに提供できるものの違いを痛感させられた。

そのような経験から、一つだけの学派を学ぶことの危険性を感じて上記の講座をはじめたし、評者自身は、それぞれの病理にさまざまなアプローチを試みて、どのような病理・問題には、どのようなアプローチ・技法が適しているかを探求してきたつもりである。その営みは、本書にきわめて簡潔に述べられている統合に向かう心理療法の歴史の個人史であったような感慨がある。実は、多くの臨床家は、まず、何かの学派からスタートし、センスがよければ、あるいは、クライアント本位であれば、自ずと一つのアプローチの限界を感じ、さまざまに学び・迷い、各自がそれなりに無意識のうちに統合と折衷のプロセスを経ていくのではないかと想像している。そういう意味で、ほとんどの臨床家は、結局、どこかで統合的・折衷的にやっているのではなかろうか。

しかし、このようなアプローチは自分の立ち位置に混乱をきたしやすい。本書は、そのような心理療法家のアイデンティティの混乱を整理し、自らのよって立つところを再確認させてくれる必読の書である。少なくとも、評者の多くの疑問は本書を通じていくつか解けた思いである。評者は、本書を通じて、自分の臨床的方向性が、折衷的であることを認識できたし、同時に、共通因子による統合の壁に苦しんでいたことを理解できたように思う。

また、このような統合的・折衷的な心理療法の難しさもある。「何でもありは、何でもなくなって

Q

## 飛び込み自殺と日時の関係

通勤電車で、しばしば人身事故による運転見合わせに遭遇する。多くは自殺と思われるが、電車への飛び込み自殺の多い月、日、曜日、時間、特異日などがあれば。

(東京都 S)

A

電車への飛び込み自殺の時間的分布に関する全国レベルの統計はないが、我が国および海外の自殺死亡の時間的変動を鑑みると、春および休日明けに多いと推察される

筆者らが把握している限りでは、電車への飛び込み自殺の時間的分布に関する全国レベルの統計はない。

筆者らの研究グループでは、厚生労働省から目的外使用の承認を得た上で人口動態調査死亡票の分析を行い、飛び込みを含めた自殺手段別の性・年次・年齢階級別死亡率、都道府県および二次医療圏別の詳細な統計を算出している<sup>1)</sup>。ICD-10の死因分類コードX81(移動中の物体の前への飛び込み、または横臥による故意の自傷および自殺)の全事例が電車への飛び込みであると考えても、近年の自殺死亡総数に占める飛び込み自殺数の割合は男性では2%前後、女性では3%前後で推移しており、男女とも概ね60%以上を占める縊首と比較するとかなり少ない(図1)<sup>2)</sup>。

また、筆者らのグループでは自殺死亡の季節変動や曜日による変動についても検討しており、それによると<sup>3)</sup>、我が国の自殺死亡は3月から6月、すなわち春から初夏にかけて多く、冬に少ない傾向があり、この傾向は特に男性で顕著である。曜日などに関しては、自殺死亡は月末や月初め、および休日明けなどに多く、著名人の自殺やいじめによる自殺、無理心中などに関するセンセーショナルな報道の直後などに連続して発生する傾向が見られる。なお、自殺の起こる時間に関する研究

報告は我が国では少なく、一貫した結果が得られていない<sup>4)5)</sup>。また、これらの研究はあくまで自殺死亡全体の時間的変動を扱っており、自殺手段を電車への飛び込みに限定した分析は行われていない。

海外の研究のレビューによると、鉄道への飛び込み自殺は春か秋、もしくはその双方にピークがあり、曜日としては月曜や火曜、時間帯としては午前遅くから午後の早くに多いとされている<sup>6)</sup>。ただし、研究によって分析に用いられている統計資料が異なるために結果の比較が困難である上、これらの結果がそのまま我が国全体の飛び込み自殺の実態と合致するとは限らない。

飛び込み自殺に限らず、自殺死亡の時間的変動の実態およびその背景要因については様々な見解がある。これまでのところ、我が国も含め、自殺は概ね春から初夏、および休日明けに多いとする報告が多いようである<sup>4)</sup>。飛び込み自殺の実態は時間帯によって異なる可能性があるが、仮に自殺の時間的分布に顕著な手段特異性がないとするならば、概して自殺死亡が多い時期に飛び込み自殺も多いと推察される。この点については、自殺の手段別の時間的分布を明らかにすることを目的として人口動態調査死亡票の分析を行えば、我が国の飛び込み自殺の時間的分布に何らかの

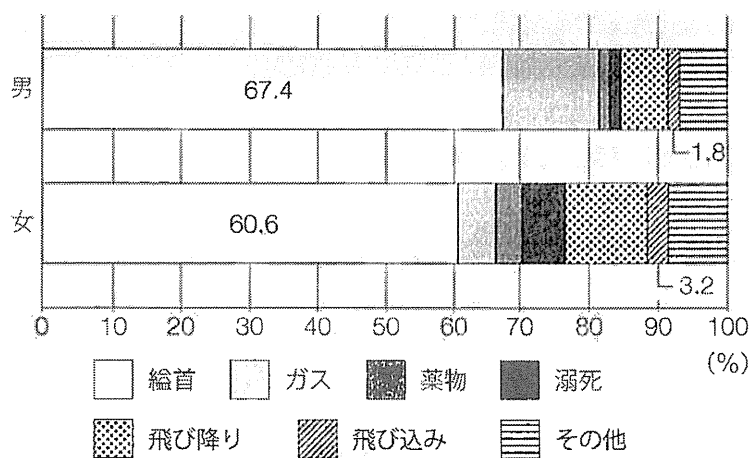


図1 自殺死亡の手段別割合 (2003～2007年)

(文献<sup>1)</sup>をもとに筆者らが作成)

傾向があるか、あるとすればどのような傾向かについて検証することが可能であろう。

最も、このような自殺の時間的変動を明らかにすることには、時間的変動についての知見を実際の自殺予防活動にどうつなげていくかが課題であることは言うまでもない。先日、メディアから都内のある駅で飛び込み自殺が数例続けて起こっていることについてのコメントを求められたが、自殺の場所と手段を具体的に報道すること自体が、精神疾患を抱えるなど、自殺の問題に脆弱な人たちに影響する可能性があることを伝えて<sup>7)8)</sup>、報道への注意を促したところである。そもそも、野村東太(元ものづくり大学学長・故人)が述べていたように、高速で鋼鉄でできた物体が無防備な人体の脇を通りすぎることで危険なことであり、安全な駅をつくる一環としてホームドアの設置等の安全策を普及させることが望まれる。

#### ▶ 文 献

- 1) 藤田利治：自殺対策のための自殺死亡の地域統計 (2)：自殺の手段、配偶関係、職業、2010。

< <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/genjo/toukei/index2.html> >

- 2) 内閣府：平成23年版自殺対策白書、2011。  
< <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2011/pdf/index.html> >
- 3) 厚生労働省：人口動態統計に基づいた自殺の特徴に関する分析 (平成22年3月30日)、2010。 < <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/pdf/1003301.pdf> >
- 4) 玄 東和、他：臨精医 37：299, 2008。
- 5) 緒方 剛、他：厚生指標 50：34, 2003。
- 6) Krynska K, et al : Aust N Z J Psychiatry 42 : 763, 2008。
- 7) 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：ブックレットNo.5 自殺と精神疾患に関する報道：2009。
- 8) WHO：Preventing Suicide : A Resource for Media Professionals : 2008 (河西千秋訳：2009)。  
< [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_media.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf) >

#### ▶ 回 答

(独) 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研究員  
\*センター長

山内貴史 \*竹島 正

## 公衆衛生の精神保健, 精神保健医療のこれから 本連載をもとに



竹島 正

### はじめに

メンタルヘルスの問題は、ひきこもり、自殺関連行動、虐待、暴力、アルコールや薬物の乱用、ホームレス状態など、一見すると合理的ではない行動として、私たちの前に表れる。本シリーズは、深刻なメンタルヘルスの問題を抱えながら、既存のサービスにうまくアクセスできない人たちがいることに目を向け、2011年4月号(本誌75巻4号)から1年間連載してきた。その最終回として、本稿では公衆衛生の精神保健、そして精神保健医療のこれからの役に立てることを目的として、この連載で取り上げたことを企画者の視点から要約・紹介し、考察を行う。

### 各号で述べられたことの紹介(表)

第1回(竹島正)では(表-1)、「精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン」<sup>1)</sup>に、自殺、ひきこもり、虐待、家庭内暴力、認知症、産後うつ病など、メンタルヘルスの問題が深く関連した事象が社会的に問題になってから久しいこと、ホームレス状態にある人にもメンタルヘルスの問題を抱えた人が多いことを紹介している。その上で、これまでの精神保健医療改革では、地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題を抱えた人たちのことはほとんど組上に載せられていないことに言及し、「精神保健医療福祉と公衆衛生の精神保健活動は互いに結びつくが、

### 表 本連載一覧(本誌75巻4号~76巻3号まで)

- 1) 地域のメンタルヘルスの問題はどのように変わっているのですか?(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 竹島正・他)(本誌75巻4号)
- 2) 精神保健サービスにうまくアクセスできないのはどのような事情によるのですか?(岡山県精神保健福祉センター 野口正行)(本誌75巻5号)
- 3) 「ひきこもり」はどれくらいいるのですか? 背景にあるメンタルヘルスの問題と支援上の注意事項を教えてください(山梨県立精神保健福祉センター 近藤直司)(本誌75巻6号)
- 4) ホームレスとはどのような状態をいうのですか? またホームレスの人たちの抱えるメンタルヘルスの問題の特徴と支援上の注意事項を教えてください(陽和病院 森川すいめい)(本誌75巻7号)
- 5) 自殺の危険の高い人たちの自殺リスクはどのように推移するのですか? 支援のあり方にはどのような注意が必要ですか(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 勝又陽太郎)(本誌75巻8号)
- 6) 虐待、暴力を経験した人たちの抱えやすいメンタルヘルス問題の特徴と支援上の注意事項を教えてください(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 松本俊彦)(本誌75巻9号)
- 7) 地域での取り組みを教えてください(岡山県精神保健福祉センター 野口正行)(本誌75巻10号)
- 8) 精神医療の取り組みについて教えてください(大阪府立精神医療センター 野田哲朗)(本誌75巻11号)
- 9) ホームレス支援の取り組みについて教えてください(陽和病院 森川すいめい)(本誌75巻12号)
- 10) 支援へのインターネットの活用について教えてください(東京大学大学院 末木新)(本誌76巻1号)
- 11) 地域からのこころの医療のネットワークづくりはどのように進められるのですか?(大阪府立精神医療センター 岩田和彦)(本誌76巻2号)
- 12) 公衆衛生の精神保健、精神保健医療のこれから(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 竹島正)(本誌76巻3号)

たけしま ただし: 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  
連絡先: ☎ 187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

その関係は決して、連続した平面ではない”として、地域住民の生活と生で付き合う公衆衛生の精神保健から、閉塞した状況を打ち破る活動が始まることを期待している。

第2回(野口正行)では(表-2)、海外文献なども引用しつつ、精神保健サービスにアクセスできていない事例の疫学的研究と、その背景を検討している。先行研究を基に、サービスにつながることでできない精神障害者の割合は非常に高いことを明らかにした上で、サービスから脱落しやすいのは、結婚していない、家族との接触がない、教育歴が低い、無職である、ホームレスであるなどの社会経済的因子を抱えた人たちであることを述べている。この人たちは、そもそも十分に社会に包摂されておらず、社会から孤立しているため、本人たちへのアプローチの仕方には注意が必要であり、受診勧奨よりもまずは当事者との関係づくりが求められる。支援の必要性についてのスクリーニングと、必要なサービス提供体制をどのようにするか、すなわち「的確な支援提供モデル(well-targeted model)をどのように作るかが課題である」として、精神障害者についてはアウトリーチサービスが重要な意味を持つとしている。

第3回(近藤直司)では(表-3)、ひきこもりの実態と精神保健からの支援の注意点をまとめている。厚生労働省の公表した「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」<sup>2)</sup>において、ひきこもりとは、“さまざまな要因の結果として社会的参加を回避し、原則的には6か月以上にわたって概ね家庭に留まり続けている状態を指す現象概念である”と定義されていることを紹介し、これまでのわが国における疫学調査などを基に、緊急に本格的な支援を必要としているのは20~30万人であると推測している。そして、著者らによる精神保健福祉センターの共同研究<sup>3)</sup>によると、情報不足のために診断保留を除けば、精神保健福祉センターに相談のあったほぼすべてのひきこもりケースに何らかの精神科診断がつき、それは、第一群(統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とする。薬物療法が不可欠でその有効性が期待

される)、第二群(広汎性発達障害や知的障害などの発達障害を主診断とする)、第三群(パーソナリティ障害などを主診断とする。精神療法的アプローチや生活・就労支援が中心になる)の3つにほぼ均等に1/3ずつ分かれたことを報告している。また、精神保健福祉センターにおける相談実務からは、初回相談から社会参加に至るまでの支援期間は1年半から2年を要するケースが多く、厚生労働省が設置を進めている「ひきこもり地域支援センター」は、「地域における一次的相談窓口」としての位置づけに留まっており、本格的な支援体制整備が必要と述べている。

第4回(森川すいめい)では(表-4)、ホームレスの定義と、ホームレスの人たちの抱えるメンタルヘルスの問題の特徴と支援上の注意事項を述べている。ホームレス(homeless)は状態をさす形容詞であって、各国のホームレスに関する法律によってその定義は異なるが、ホームレスとは、“homeがない状態”を意味する点で共通しているとして、「ホームレス」という特殊な人種がいるのではないことを強調している。そして著者のホームレス支援の経験を基に、ホームレス状態にある人には、家族がいない障害を持つ人、家族や支援につながる人のいない統合失調症、ホームレスになる前につらい体験をした知的障害者、路上生活となる前か直後にうつ病になった人、アルコール・ギャンブル依存症で“依存症”という病気を断つための努力に失敗したり諦めて路上生活になった人、路上に引きこもる人たちがいることを、さらに著者らによる調査の結果を基に、路上生活4か月未満の人の希死念慮が高いことを紹介している。そして支援上の注意事項として、路上生活の状態になるまでには、何らかのつらい出来事が重なってきた、それでも路上生活化するほどにあきらめずにがんばってきたことを支援する側が認め、“自分らしく生きていくにはどうしたらいいか”という視点を大切にする必要があることを述べている。

第5回(勝又陽太郎)では(表-5)、自殺の危険の高い人たちの自殺リスクはどのように推移する

か、支援にはどのような注意が必要かを述べている。自殺の危険因子は、自殺念慮、自傷行為、自殺企図歴などの自殺関連行動の経験や、精神疾患・身体疾患への罹患、失業や社会的孤立、被虐待歴、親しい人の自殺に遭遇など、きわめて多い。しかし著者は、危険因子の有無は将来の自殺既遂が生じる確立に影響を与えるものの、直ちに将来の自殺既遂を決定づけるものではないこと、また、個々の危険因子は時間軸の中で変化するとして、人々を自殺から遠ざける保護因子の影響を考慮に入れることを忘れてはならないと述べる。そして、自殺リスクの高まりを示す重要な兆候として、「死の意図の表明」「自殺することが唯一の解決方法である」という狭窄した認知や心理、「自分で自分の健康や身の安全を保てない状態」があるとして、支援に当たっては自殺のリスクアセスメントとして、現存の自殺の意図を評価するとともに、危険因子、自殺のサインと保護因子を同定して、介入の目標を定めていくことを提案している。そして、自殺念慮を問うことは必要な作業であると同時に、支援対象者の“死にたい気持ち”から目をそむけないという援助者の真摯な姿勢を相手に示すことが、共同作業の第一歩としての重要なプロセスであると述べている。また、援助者が一人で問題を抱えない仕組みを作っておくことも重要であるとしている。

第6回(松本俊彦)では(表-6)、虐待、暴力を経験した人たちの抱えやすいメンタルヘルスの問題の特徴と支援上の注意事項を述べている。著者は、地域保健の現場でしばしば遭遇する典型的な事例(20代女性、自傷行為を繰り返してきた、内縁関係の夫の暴力、向精神薬の過量摂取、摂食障害と思われる症状などを呈する)を挙げ、このような事例はしばしば「パーソナリティ障害系」としてカテゴライズされるが、カテゴライズするだけでは、この事例がなぜそのような行動を示すのか理解できないし、援助の糸口を発見することもできないことを指摘する。そして、幼少時に過酷な生活環境を経験してきた人は、不適切な環境に間断なく動揺させられる自分の感情を制御するた

めに、自傷行為、拒食や過食、精神作用物質の乱用を覚えること、また、解離症状(健忘隔壁というパーテーションを用いて意識を2つの部屋に仕切ること、それはしばしば精神病症状のようになる)を呈すると述べる。そして、虐待や暴力を体験した人への対応のコツとして、彼らの多くが“自分はいらない子ども、余計な存在”という自己認識を持っており、援助希求性が乏しく、非常に猜疑的で援助者の態度を瀬踏みするとして、基本的には、援助希求行動や来談を積極的に支持する態度が望ましいと述べる。さらに、解離性障害については、存在理由のない交代人格は存在しないとして、特定の人格を依怙(こいつ)せず、「全体としてのあなたはひとつ」というメッセージを送り、行動に関する責任の所在を明確にするよう努めるとしている。

第7回(野口正行)では(表-7)、第2回で精神保健サービスにうまくアクセスできない人への「的確な支援提供モデル(well-targeted model)」としてアウトリーチサービスが重要であると述べたことを受けて、岡山県精神保健福祉センターにおけるネットワーク型アウトリーチチームの取り組みを紹介している。ここには、医療崩壊の保健機関版とも言うべき「保健崩壊」が起こっており、このまま放置すれば、精神科救急への負担が増大することで「医療崩壊」も増悪し、地域でも医療でも受け止め切れない精神障害者が難民化するという、著者の危機感がある。ネットワーク型アウトリーチチームには、公的機関、医療機関のみで「内部完結型」に当事者を支え切るという発想はなく、多くの機関、当事者、家族から地域住民そのものも支援力を持つ者として「開かれた」支援体制を作る。そして、チームによって事例を支えることができた経験を「地域力アップ」につなげていく発想を取る。東日本大震災において、足で稼ぐ本来の保健師業務の大切さが見直されたことを紹介し、当事者のもとに出向くこと、互いに出向くことで顔の見える関係を作ること、そして事例を支援し、支援を通じて地域づくりを促す、という地域保健活動の基本の重要性を指摘する。

第8回(野田哲朗)では(表-8), わが国の精神医療の歴史的発展と課題をまとめている。そして、都道府県が医療計画に記載する「4 疾病 5 事業」に精神疾患が追加され「5 疾病 5 事業」になり、精神疾患が社会をあげて取り組むべき課題であることへの認識が高まることを契機に、精神疾患の発病初期から社会復帰までを総合的に進める「地域精神医療体制」の構築への期待を述べている。

第9回(森川すいめい)では(表-9), 第4回に続いて「ホームレス」を取り上げるが、特に「ホームレス」者支援理念の吟味に重点を置く。著者は、支援理念は、支援を受給する人のニーズによって作られる必要があること、個別的多様なニーズに応えていくことが支援理念となるべきとして、支援事例として「個室に入ることの支援」(福祉事務所に行く⇒生活保護を受ける⇒集団生活を強いられる、という図式を変える)、「知的障害者であることを証明する」(本人のこれまでの苦勞が知的障害によるものであることを知って、療育手帳を取得する支援を行う)、「アルコール・ギャンブル依存から脱する方法を示す」、「生き抜くために、伴走する人たちがいることを伝える」などの経験を紹介している。筆者は、ホームレス者支援とは、“本人が自分の人生を自分のものとして生きることそのものの援助”であり、路上生活から脱することの支援は、脱した後の生活を本人がイメージできる「自律」支援であると述べる。

第10回(末木新)では(表-10), 精神保健領域における支援へのインターネットの活用について現状の紹介と将来展望を行う。1998年には1割程度であったインターネット活用は、現在では約8割となり、インターネットは日常生活の中に浸透している。精神保健領域におけるインターネットの活用例としてインターネットを利用した認知行動療法の提供があるが、今後は利用者-専門家間のコミュニケーションを促進する用具として活用する視点も必要と述べている。また、専門家間の連携の発展に地域 SNS(social network service)の活用を拡大することを提案している。そして、研

究知見の蓄積の著しい領域として「情報疫学(infodemiology)」を紹介している。情報疫学とは、インターネットを中心とした電子メディア内に散在する情報をリアルタイムで収集・分析することで、地域全体への健康への脅威を扱うアプローチである。著者は、インターネットがコミュニケーションを活性化し、人と人とのつながりを作り、維持するための技術の一つであると考えれば、現実でのやりとりと仮想空間上でのやりとりを分ける必要はなく、双方が相補うように上手に利用することが望ましいとして、さまざまな活用方法の開発が進むインターネットを、精神保健支援に積極的に取り入れていくことを提案する。東日本大震災後には、インターネットなどを通じた積極的な情報共有があらゆる領域で行われたことから、有用な、責任のある情報を、ウェブ上で利用できるようにすることの重要性が指摘されているが<sup>4)</sup>、これともつながるものであろう。

第11回(岩田和彦)では(表-11), こころの健康問題の重要性が高まっている中で地域におけるこころの医療のネットワークのあり方について、東日本大震災における支援の経験と、大阪精神障害者就労支援ネットワークの活動などを基に述べている。著者は、自らの経験を踏まえて、精神科医療機関同士が連携すれば事足りるというわけではなく、精神科医療が有効に機能するには、自立生活のための最低限のインフラや支援制度が整っていることが大切であること、ボトムアップの目立たない地道な活動が「創発」(emergence: 個々の局所で単純な作業が多数集まると、その総和とは質的に異なる、高度で複雑な秩序やシステムが生じる現象)を起こすきっかけになりうることから、精神医療・精神保健福祉の「創発」を起こす種が、自分たちのすぐ足下にある可能性があるという読者を勇気づける。

## まとめ

日本公衆衛生学会は、公衆衛生学の立場から自殺対策を推進するために、自殺対策専門委員会を設置して活動を行ってきた。そして、平成 22

(2010)年2月8日には、「経済変動期の自殺対策のあり方に関する提言」<sup>5)</sup>を實成文彦理事長名で内閣府自殺対策特命担当福島みずほ大臣に提出している。その中では、自殺対策を進める理念として、「さまざまな困難を抱えた多様な人々が受け入れられる社会を形成する社会的包摂の実現」の必要性を述べているが、社会的包摂の実現には、本連載で紹介してきたような、メンタルヘルスの視点と取り組みは不可欠である。そうでなければ、社会的包摂は各論なしの理念に終わるか、政治談議に入ってしまう。

本連載を経て改めて思ったことは、サービスの対象である人に向かって統合されるアプローチが必要になっていることである。社会サービスを必要としながら、それへのアクセシビリティの低い背景には、少なからずメンタルヘルスの問題が存在すること、そのことを踏まえた新たな公衆衛生の精神保健学が必要とされ、精神保健医療にも変化が求められている。

ところで本連載の影のキーワードは、「一次予防」である。精神保健の領域では、これまで一次予防は難しいとして、二次予防、三次予防の具体的な活動を推し進めることに重点を置いてきたが、深刻なメンタルヘルスの問題を抱えながら、既存のサービスにうまくアクセスできない人たちのことを考えると、母子保健と連携した予防的アプローチ、家族や地域を予防的に支援するアプローチが重要になる。厚生労働省母子保健課は、種々の相談機関の連携のために「妊娠期からの妊

娠・出産・子育て等に係る相談体制等の整備について」(平成23年7月)、「妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健・医療・福祉の連携体制の整備について」(平成23年7月)を発出しているが、ここに精神保健機関が明確に記載されるよう、公衆衛生の精神保健と精神保健医療は、実践を高めていく必要がある。

## 文 献

- 1) 宇田英典, 他: 精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン, 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」報告書別冊, pp 209-292, 2011
- 2) ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン, 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」(研究代表者/齊藤万比古)  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000006i6f.html>(最終アクセス 2012/1/30).
- 3) 近藤直司, 清田吉和, 北端裕司, 他: 思春期ひきこもりにおける精神医学的障害の実態把握に関する研究, 平成21年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」総括・分担研究報告書(研究代表者/齊藤万比古), 2010
- 4) 立森久照: 精神保健計画と災害, 特集: 災害支援の社会精神医学的視点—東日本大震災の経験から, 日本社会精神医学会誌 21(1), 印刷中
- 5) 日本公衆衛生学会: 経済変動期の自殺対策のあり方に関する提言  
<http://www.jsph.jp/>(最終アクセス 2012/1/30)

## MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

# 親子保健24のエッセンス

平岩幹男

●A5 頁232 2011年  
定価2,520円(本体2,400円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01445-8]

「公衆衛生」連載「保健師さんに伝えたい24のエッセンス—親子保健を中心に」を書籍化。保健師が効果的な親子保健の活動を実践するために、この分野に長くかかわってきた小児科医・公衆衛生医としての著者からの提言をまとめた。とくに、乳幼児の発育のチェック、発達障害を理解し支援する視点、思春期教育の進め方など、具体的な実践方法が記されており、新人から中堅の保健師には必読の書。

# PART 1

## 総論

# 自殺と自殺予防対策の現状 ～働き盛りの人の自殺を中心に～

国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部リサーチ・レジデント

赤澤 正人

精神保健計画部長・自殺予防総合対策センター長 竹島 正

## 1 はじめに

自殺は、広く社会的に、情緒的に、経済的に影響をもたらす最も重大な公衆衛生学上の問題です。今世界で、毎年約一〇〇万人の人が自殺で亡くなり、そして自殺によって影響を受ける人は、周囲に六人前後はいるものと考えられています（世界保健機関「自殺予防メディア関係者のための手引き」二〇〇八年改訂版日本語版）。わが国においても年間に三万人以上が自殺で亡くなっています。また、自殺は遺された人に大きな悲しみと衝撃を与え、その後の生活にも多大な影響を及ぼします。本特集では、はじめにわが国の自殺の実態と対策について述べます。そして、働き盛りの自殺予防についてアルコールの問題を中心に述べます。

## 2 自殺対策に取り組むにあたって

（１）自殺対策はなぜ必要か

わが国の自殺者数は、一二年連続して、三万人を超える水準が続いています。警察庁の「自殺の概要資料」によると、平成二〇年中の自殺者数は三万二四九人であり、同年に交通事故で亡くなった人の六倍以上です。また諸外国と比べても、日本の自殺死亡率（人口一〇万人に対する自殺者数）は、男女ともに主要七か国で最も高くなっています。

も高くなっています。

厚生労働省の平成二〇年「人口動態統計」における性・年齢（五歳階級）別にみた死因順位で、自殺は、男性では二〇～四四歳における死因の二位、四五～四九歳で二位、五〇～五九歳で三位、六〇～六四歳で四位となっています。一方女性では、一五～三四歳における死因の一位、三五～四九歳で二位、五〇～五九歳で三位、五五～六四歳で四位となっています。また自殺者の約四分の三は「六五歳未満」であり、早世の大きな原因となっています。

また、自殺は遺された人々に大きな影響を与えます。時には、メディア報道の読者や視聴者、特定のサブグループ、身近な人から、第二、第三の自殺が起こることすらあります。

次項で詳しく述べますが、自殺者の多くが自殺時に精神障害に罹患していたことが知られています。自殺しようとする人々の大半は、死にたい気持ちと生きたい気持ちの狭間にあり、心の問題にアプローチすることによって、死にたい気持ちを和らげ、生きようとする気持ちを高めることができます。また、自殺の問題で深刻な心理的影響を受けた人への支援は、深い悲しみの中で、故人亡き後の生活を維持していかなければならない点や自殺の連鎖を予防する観点からも大切です。

（２）自殺対策に関する基本認識

自殺対策基本法（二〇〇六）に基づく、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（〇七年閣議決定〇八年一部改正）には、自殺対策の基本認識として、「自殺は追い込まれた末の死」、自殺は防ぐことができる、自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発しているの三点が挙げられています。これらについて説明します。

「自殺は追い込まれた末の死」

自殺は、単に一つの原因から起こるのではなく、健康問題、経済・生活問題、家庭問題など、様々な要因が複雑に絡み合う中で、発生すると考えられています。

ほとんどの自殺の背景には、精神疾患があることが明らかになっています。世界保健機関によると、心理学的剖検（自殺で亡くなった方のご遺族等から、自殺の原因・背景、自殺に至る経緯等について話を伺い、多角的に分析して自殺予防に役立てていく調査）の手法を用いた調査の結果、自殺者の九〇％以上は、自殺の直前になんらかの精神疾患の診断が可能な状態であったことが分かっています。その内訳は、気分障害（主にうつ病）、物質関連障害（主にアルコール依存）、統合失調症等でした。自殺予防には、自殺につながりかねない精神疾患の早期発見と適切な治療、その回復を支援する取り組みの充実、および精神疾患への理解を高める啓発活動が重要です。

そして自殺の背景には、社会的要因が想定される場合があります。経済のグローバル化にともなう社会経済環境の変化、

そして失業、倒産、多重債務、長時間労働等も自殺の問題に影響している可能性があります。また身体疾患への罹患、離婚や死別、失職、借金といった生活環境の変化も自殺の要因として挙げられます。こうした社会的要因が先に述べた精神疾患の原因になることもありますし、精神疾患が原因でこれらの社会的要因を抱えることもあります。

このように、多くの自殺は、個人の自由な意思や選択の結果ではなく、様々な悩みによつて心理的に「追い込まれた末の死」であるといえます。ゆえに自殺予防には、精神保健的観点を含めた総合的な取り組みが必要とされています。

### 〈自殺は防ぐことができる〉

世界保健機関が「自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題」であると明言しているように、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のが、世界共通の認識になりつつあります。

心理的な悩みを引き起こす様々な社会的要因に対する適切な社会的な取り組みと、精神疾患への正しい理解を図る取り組み、適切な治療と回復を支援する取り組みの充実によつて、多くの自殺は防ぐことができます。

「自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している」

死にたいと考えている人も、心の中では「生きたい」という気持ちとの間で激しく

揺れ動き、自殺の危険を示すサインを発しています。自殺に先行して、自分の安全や健康を守れない状態が表れる場合があり、事故傾性 (accident proneness) と呼びます。例えば、不注意な交通事故や交通違反を起こす、頻繁に怪我をする、お酒を飲んでトラブルを起こす、無理な投資やギャンブルにお金をつぎ込む、医師の指示を聞かなくなる、健康に関心がなくなると、自己破壊的と言つてもよい行動です。

また自殺直前のサインの一例として、深刻な絶望感や孤独感、無価値感に襲われる、注意が集中できなくなる、能率の低下、極端に食欲が落ちる、不眠がちになる、アルコールや薬物を乱用する、大切にしていたものを整理したり誰かにあげたりする、はつきりと自殺について話す、実際に自傷行為を行う等があります。

身近に自殺を経験した家族や職場の同僚からは、こうしたサインがあつたという報告もあり、このような気づきを、今後の自殺予防につなげていくことが必要です。

## 3 わが国の取り組み

平成10年の自殺死亡者数の急増以降における自殺対策の発展経緯は、おおむね三期に分けることができます。自殺対策の第一期(一九八八～二〇〇五)は、厚生労働省が中心となつて自殺対策に取り組んだ時期です。一二年二月にまとめられた

「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」の各論である「休養・こころの健康づくり」には、ストレス、睡眠、自殺が取り上げられました。一三年度には自殺防止対策事業が予算化され、自殺防止対策有識者懇談会が設置されました。この報告書「自殺予防に向けての提言」には、自殺の危険性(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(ハイレスクアプローチ)が重要として、うつ病等への対策の充実に取り組むべきという考え方が示されました。このことは、行政において、うつ対策に取り組む大きなきっかけとなりました。

自殺対策の第二期(二〇〇五～二〇〇六)は、自殺対策が政府全体の取り組みに広がつていった時期です。参議院厚生労働委員会は一七年七月に「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」を行いました。これを受けて、政府は一七年九月に自殺対策関係省庁連絡会議を発足させ、二月にはその報告書である「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」をまとめ、内閣府を中心に総合的な対策に取り組んでいく方向が示されました。

自殺対策の第三期(二〇〇六～)は、自殺対策基本法をもとに社会全体で自殺対策に取り組んでいく現在進行中の過程です。自殺対策基本法は議員立法として提出され、一八年六月に成立しました。そして自殺対策基本法をもとに、政府が推進すべき自殺対策の指針である自殺総合

対策大綱が一九年六月に閣議決定されました。自殺総合対策大綱は、上で述べた「自殺は追い込まれた末の死」、「自殺は防ぐことができる」、「自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している」という三つの基本認識を示し、社会全体で総合的な自殺対策に取り組むことを求めています。そして二〇年一〇月に自殺総合対策大綱は策定後二年間のフォローアップ結果及び最近の自殺の動向を踏まえ、自殺対策の一層の推進を図るために一部改正されました(自殺対策加速化プラン)。その中には職場におけるメンタルヘルス対策の推進や、地域における心の健康づくり推進体制の整備、うつ病以外の精神疾患等によるハイレスク者対策の推進等が挙げられています。

## 4 働き盛りの人の自殺

自殺は女性よりも男性に多く、この傾向は世界の各国とも共通しています。一九九八年の自殺者数の急増時には、特に働き盛りの中高年男性の自殺者数が急増しました。その背景には、バブル崩壊後の不況の影響による、多重債務や過重労働などの社会的要因の影響が指摘されています。その後、国レベルでの総合的な自殺対策が推進されていることは既に述べたとおりです。

中高年は、家庭、職場の両方で重要な位置を占める一方、親との死別や退職など

の大きな喪失体験を迎え、心理的にも、社会的にも負担を抱えることが多い世代といえます。特に、仕事に関して強い不安やストレスを感じている労働者が多くなっています。厚生労働省の労働者健康状況調査を見ると、労働者の六割近くが仕事や職業生活に強い不安、悩み、ストレスを抱えており、メンタルヘルスに何らかの不安を抱える労働者が決して少なくないことをうかがい知ることができます。

働き盛りの人の自殺予防には、心理的、社会的ストレスに対応するための心の健康づくりとともに、ストレスによるうつ病が多いことから、うつ病の早期発見、早期治療が重要視されてきました。そのため、職場におけるストレスチェックやうつスクリーニングといった職場におけるメンタルヘルスケアの推進が実施されています。

しかし、自殺には様々な背景が存在し、うつ病以外の精神疾患も自殺のリスクを高めることが知られています。私たちの心理学的剖検研究では、中高年労働者の自殺の特徴として、うつ病はもちろんのことですが、アルコール関連問題と借金の問題が明らかになっています。

アルコール関連問題について言えば、死亡一年前にアルコール関連問題を抱えた自殺事例には、四〇代と五〇代を中心とした中高年男性かつ有職者という特徴が見られました。さらに、ほぼ毎日のように多量飲酒をしており、その量は、平均すると日本酒換算で三・六合でした。そして自殺時にはアルコールを使用していることが

多いことが確認されました。

彼らの中には、精神科受診や内科受診をしている人もいましたが、残念なことに、アルコール関連問題について専門的な治療を受けた人は一人もいませんでした。この背景には、自分はアルコール依存症ではないとする本人の強い否認や、アルコール使用障害をきちんと診断することができなかった医療側の問題もあつたのかもしれない。

借金の問題についていえば、中高年男性で生前に返済困難な負債を抱えていた自殺事例には、自営業者、離婚経験者が多く確認されました。また、眠るためにアルコールを使用している人が多い一方で、誰かに助けを求める、精神科を受診するなど、援助希求行動を起こしていない傾向がありました。なお死亡前の年収は、負債を抱えていなかった自殺事例と差はみられませんでした。このことは、低収入による生活苦ではなく、負債の返済によって家計が圧迫し経済的に困窮していた可能性があります。

このように、中高年の自殺の背景にある要因は、決してうつ病だけに限ったことではないということが、実証されるようになってきました。働き盛りの中高年の自殺予防には、危機に陥った人の取りやすい行動に着目した、自殺の実態に合わせた対策が求められます。

## 5 働き盛りの人の自殺予防

では、こうした働き盛りの人の自殺の特徴を反映した自殺予防はどのようなものが考えられるでしょうか。以下に挙げるのは、働き盛りの中高年の自殺予防に向けた一つの提案です。

まず一つは、企業の健康管理センターなどの産業保健を中心とした、職場におけるメンタルヘルス支援をより充実させることが挙げられます。ただし、従業員五〇人未満の中小・零細企業従事者や自営業者の場合には、こうした産業保健的支援から漏れてしまうことが少なくありません。そこで、市町村事業におけるメタボリック健診等を活用して、精神疾患に関する啓発とスクリーニングを行っていくという方法も考えられます。

精神疾患の啓発やスクリーニングは、これまでうつ病を中心に行われてきましたが、今後はアルコール関連問題に対しても積極的に取り組む必要があると思われるます。アルコール使用障害に罹患している人は、ややもするとその問題を否認し、医療的な援助を受けることに抵抗する傾向があります。中高年男性は、自分の精神的苦痛を誰かに語ることで助けを求めることが乏しく、保健所や精神保健福祉センターといった、行政的な自殺予防対策資源にも最もアクセスしがたい人たちです。また、精神科受診に対する抵抗が非常に強

いと言われており、精神科への受診がより困難になっていると予想されます。

それだけに、産業保健や地域保健のなかで早期発見、早期治療につなげていくことが重要になってきます。そのためには、専門家や専門外来といったアルコール医療の拡充や、各地域の断酒会等の自助グループとの連携が求められるといえるでしょう。また、地域住民や企業に対して、中高年男性のアルコール関連問題と自殺との密接な関係について啓発活動も必要です。

お酒は百薬の長ともいわれますが、精神に作用する物質であることを十分に認識しておいてください。アルコールの薬理作用が、抑うつ状態や孤独感などの心理的苦痛を悪化させ、自身に対する攻撃性や衝動性を高め、心理的視野狭窄（それ以外の解決方法がないかのように他の考えが思いつかなくなる）を促進させることで、自殺行動のリスクを高めることが指摘されています。お酒さえ飲まなければ本当にいい人、お酒に飲まれやすい人は職場にいないでしょうか。そうした人に対する普段からの健康に対する配慮や、アルコールをできるだけ遠ざける環境づくりも、職場における大切な自殺予防となるでしょう。

また近年、いくつかの地域で、うつ病への気づきを高め、受診行動を促すことを目的とした睡眠キャンペーンが行われています。睡眠キャンペーンの効果は、不眠に気づいた人たちが、医療機関を受診し、さらに、不眠患者を診察した医師が安易に睡眠

薬を処方し続けることなく、うつ病などの背後の精神障害を疑い、適切に対処することでようやく発揮されます。しかし、不眠に気づいた人が、安易に睡眠薬を使用したり、アルコールを頼ったりすれば、目的とした効果が得られないどころか逆効果となります。

先進的に睡眠キャンペーンを行っている地域では、うつ病への対応についてかかりつけ医を教育し、さらに、かかりつけ医と精神科医との連携体制を構築したうえで実施しています。かかりつけ医のうつ病対応能力向上、かかりつけ医と精神科医の連携体制構築などをキャンペーンの実施と組み合わせることで、キャンペーン単独で実施するよりも大きな効果が得られるでしょう。

もう一つは、借金の問題解決を担う司法の分野と精神保健分野の連携をあげることができそうです。負債を抱えた自殺のハイリスク者には、経済的・法的介入と精神保健的介入は相補的な支援として提供されるべきであり、そのためにも司法と精神保健との連携が強く求められるといえます。医療関係者、精神保健福祉センターや保健所のメンタルヘルス担当者との研修会に司法関係者が参加したり、事例検討会を共同開催したりすることは、自殺予防の視点からの借金の問題介入に重要といえます。

日本司法書士連合会は、近年大きな社会問題となった多重債務問題に積極的に取り組み、出資法上の上限金利引き下げ

に大きな役割を果たした全国組織ですが、平成二〇年六月に「自殺総合対策大綱において期待される司法書士の役割を認識し、国、地方自治体をはじめ関係機関並びに諸団体等と、一層の連携を図り、社会全体で『いのちをささえる』ネットワークの構築を目指す決議」を行いました。その提案理由には、①多重債務問題に限らず、過重労働、DV、いじめ、高齢者・障害者虐待など様々な社会的要因が複雑に絡み合った相談が寄せられ始めていること、②相談者の中には、うつ、依存症などの精神疾患に罹患している者が少なくないことが挙げられ、さまざまな関係機関並びに諸団体などが、顔の見える連携を構築することの必要性を述べています。

最後の二つに、自殺の問題について、職場の中でタブー視しないことをあげておきます。たしかに自殺は重くて辛い問題ではありますが、職場での自殺対策の取り組みは、個々のメンバーのメンタルヘルスの維持向上に役立ち、結果として職場全体の士気や生産性の向上にもつながることになります。不幸にして自殺が起こった場合には、悲しみや戸惑いを一人で抱え込まずに、仲間や上司と共有する時間や場所を設けて、自身のメンタルヘル스에配慮するようにしてください。

## 6 おわりに

自殺対策の効果は、短時間の内に現れ

ることはなかなか困難で、長期的な視点で捉えることが必要です。それと同時に、自殺に対する社会の偏見をなくしていくこともまた大切です。自殺対策は小さなことから取り組むことが可能です。メンタルヘルスについての理解を深め、悩みを抱えている同僚の様子を気にかけて、話を聴いてあげることができそうです。病院への受診をすすめたり、付き添いの提案をしたりすることもできるでしょう。自殺対策は、その人の生き方に対する支援、ひいてはその人の生きる力を支える支援であるといえます。

### ＜参考文献＞

- 世界保健機関「自殺予防メディア関係者のための手引き」二〇〇八年改訂版日本語版（日本語訳 河西千秋 二〇〇九）
- 厚生労働省・平成二〇年人口動態統計 二〇〇九
- 厚生労働省・平成一九年労働者健康状況調査結果の概要 二〇〇八
- 厚生労働省・健康日本21 二〇〇〇
- 警察庁生活安全局地域課・平成二〇年中における自殺の概要資料 二〇〇九
- 内閣府・平成二一年版自殺対策白書 二〇〇九
- 高橋祥友・自殺のサインを読み取る改訂版 講談社文庫 二〇〇八
- 日本司法書士連合会消費者問題対策本部地域連携対策部自殺対策WT・司法書士業務のためのメンタルヘルスハンドブック「自殺予防と遺族支援の取組にむけて」 二〇〇九
- 国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター「自殺予防総合対策センターブックレットNo5「自殺と精神疾患に関する報道オーストラリア・マインドフレーム」によるメディア従事者のための手引き書」（日本語訳 アームストロング加藤ゆかり 竹島正）



国立精神・神経センター精神保健研究所  
精神保健計画部リサーチ・レジデント

赤澤 正人（あかざわ まさと）

平成14年、大阪大学人間科学部卒業。  
16年、大阪大学大学院人間科学研究科博士前期課程修了。19年、大阪大学大学院人間科学研究科博士後期課程修了（人間科学博士）。大阪大学大学院人間科学研究科比較行動実験施設特任研究員。20年、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部リサーチ・レジデント。主要研究領域はアルコール関連問題と自殺予防、死生観の発達。



国立精神・神経センター精神保健研究所  
精神保健計画部・自殺予防総合対策センター長

竹島 正（たけしま まさし）

昭和29年、高知県生まれ。55年、自治医科大学卒業。高知県中央保健所技師、同本山保健所技師、同室戸保健所技師を経て、62年同室戸保健所所長。平成2年、高知県立精神保健センター所長。9年、国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部長。18年、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長併任。19年、内閣府自殺対策推進室参事官併任。専門領域は社会精神医学、地域精神保健、精神保健の政策研究。



# 精神保健と地域づくりのつながり 自殺予防を糸口に

竹島 正

## はじめに

本連載は、精神保健の問題が、がん、循環器疾患と並んで、国民健康の大きな課題となっていることを踏まえて、今日的な「精神保健学」の基礎となる情報を地域保健従事者に提供することを目的として始まった。10月号までは、精神保健の定義、地域精神保健の歴史、精神保健と公衆衛生学/精神医学の関連、自殺問題から見た精神科医療/精神医学/地域保健の課題、一般住民中の精神疾患および精神保健的問題、精神疾患についての国民意識、精神保健からの自殺対策を支えるエビデンス、精神保健の疫学研究の現状と課題について述べてきた。

本稿では、今日的な精神保健の実践として、精神保健と地域づくりのつながりについて、自殺予防を糸口に述べる。

## 自殺についてわかっていること

はじめに自殺の実態を概観する<sup>1-3)</sup>。わが国の自殺死者数は人口の増加とともに増加しているが、自殺死亡率はおおむね15~20の範囲である。1998年の急増以降の自殺者数は3万人を超える水準となり、自殺死亡率も25前後で推移しているが、男性の自殺者数の増加が大きかったことに伴って男女比の拡大が生じている。また近年は、中高年および高齢者の自殺死亡率は低下傾向にあ

るものの、若年成人では高くなるなど、自殺の実態は変化している。2008年の人口動態統計によると、全年齢では、自殺は死因の第7位で、年齢階級別では15~39歳総数で死因の第1位である。男性の無職、男性の離別者の自殺死亡率は特に高く、男性の場合、自殺死亡率と完全失業率には強い正の相関がある。自殺は人口10万対で20~25件、すなわち一般人口中では4,000人を1年間追跡して1名起こるくらいの事象であるが、無職の離別した40代男性の自殺死亡率は500を超えており、一般人口中の40代男性の10倍程度、一般人口の20倍程度に相当する(無職者は、いわゆる失業者の他、非労働力人口を含む)。

自殺予防の取組は、一般人口全体を対象にした対策よりも、ハイリスク群を同定した上で、そのフォローアップと予防的支援を行うほうが効果的である可能性がある。自殺の前には、多くの場合、対人関係や健康の問題が先行する。自殺のリスクは、介入によって低くなる可能性があるが、ライフイベントを経験する中で、高まるときもあることに注意したい。自殺予防には、ハイリスク者への予防的介入と見守り的な支援が不可欠なのである。このため、自殺のリスクの高い集団に対する公衆衛生的なアプローチと精神保健医療の連携、すなわちコミュニティモデルとメディカルモデルの連携が重要であり<sup>4,5)</sup>、公衆衛生には地域づくりの視点から、積極的な取組が期待される。

たけしま ただし：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殺予防総合対策センター  
連絡先：☎ 187-8553 東京都小平市小川東町4-4-1

## 自殺と関連要因

自殺の危険因子の遠位にあるものとしては、遺伝、パーソナリティ(衝動性・攻撃性)、胎児期の成長と周産期の環境、神経生理異常、幼少時のトラウマ等があり、近位にあるものとしては、精神疾患、身体疾患、自殺手段の入手しやすさ、モデルへの曝露等がある。自傷または自殺未遂歴は、最も大きな自殺の危険因子である。そして自殺のストレス-素因モデルは、素因としての希望のなさ、衝動性または攻撃性の高まりやすい傾向、ストレスとしての精神疾患、心理社会的危機を挙げ、それらの重なるところに自殺行動が起こることを示している<sup>6)</sup>。

これらの知見は、自殺予防の取組の一部は、幼少時に始まる人生の各ライフステージの保健的支援等の中に、埋め込まれるように実施されることが望ましいことを示している。「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」に示す自殺行動に至る経緯は、自殺の関連要因を、生物学的要因から社会的要因までの連続したものとして示している<sup>7)</sup>。ここからは、自殺予防につながる可能性のある介入として、トラウマ(家庭内暴力、虐待等)、家族(両親との離別、精神疾患等)、ライフイベント(夫婦/法的/経済的問題、失業等)についての支援が、個人の精神保健上の問題に関する脆弱性への影響を予防するものとして浮かび上がってくる。また、わが国で行われた心理学的剖検研究の症例対照研究からは、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、身近な人の自殺・自殺未遂歴等が自殺の関連要因とされた。自殺の事例分析からは、ライフステージに応じた対策として、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促進の重要性が浮かび上がってきた<sup>1)</sup>。

自殺予防は、その危険因子を少なくするととも

に、保護因子を強化することであるが、個々の人生の各ライフステージにおいて、やむを得ず経験する問題をくぐりぬけていくための支援が自殺予防であるとも言うことができる。

## 自殺の関連要因とさまざまなデータ

ここでは自殺の関連要因についてのデータが入手可能であった、精神保健の問題とそれについての国民意識、家族の状況(婚姻、離婚、世帯状況)、自傷行為/自損、児童虐待、困窮者の問題についてのわが国の実態を概観し、自殺予防から地域づくりに向けての視点を得るための補助線とする。なお、精神保健の問題とそれについての国民意識については、本連載(74 巻 7, 8 号)の立森の論文から引用した<sup>8,9)</sup>。

### 1. 精神保健の問題とそれについての国民意識

平成 20 年患者調査の総患者数は 323 万人であって、国民 40 人に 1 人が精神疾患の治療のために医療機関を利用していた。地域住民における精神疾患の 12 か月有病率は、大うつ病で 2.1%、成人の気分障害・不安障害・物質使用障害のいずれかの精神疾患で 10.0% であり、1 年間に国民の 1,000 万人以上がこれらの精神疾患を経験していると推定された。また、過去 12 か月に本気で自殺を考えた人は 1.2%、自殺を試みた人は 0.2% であって、精神疾患の合併によって自殺傾向のリスクが大きく増加していた。精神保健の問題についての国民意識については、精神疾患は特別な一部の人の問題ではなく、共通の問題であるとの認識は国民の 80% 以上にあるものの、それを一般論ではなくて、自分自身にも関係があると認識している人では半数程度であった。

### 2. 家族の状況(婚姻、離婚、世帯状況)

第 5 回世帯動態調査によると<sup>10)</sup>、この 5 年間に平均世帯規模は 2.9 人から 2.8 人へと減少、単独世帯の割合は 19.8% から 20.0%、核家族の割合は 62.5% から 64.2% へとそれぞれ増加し、小家族化・核家族化が進んでいた。人口千対の婚姻率は 5.7、離婚率は 2.0 であって、婚姻の 1/3 くらいの割合で離婚が発生していた。

### 3. 児童虐待

児童虐待による相談対応件数は2000年の児童虐待防止法施行前に比べて3.8倍に増加し、2009年度は4.2万件であった<sup>11)</sup>。このため、発生予防、早期発見・早期対応、保護・支援の各段階の取組が行われているが、これらは保健、医療、福祉、教育、警察等の地域の関係機関や、地域住民の幅広い協力体制の構築を必要とする。

### 4. 困窮(生活保護、ホームレス状態)

ホームレスの定義に世界共通のものはないが、何らかの事情で安定した居住の場を失い、シェルターや寮、病院、知人宅等で過ごしている状態を「ホームレス状態」と呼ぶこととする<sup>12)</sup>。「ホームレス状態」にある人は、精神疾患の有病率が高く、自殺のリスクも高い。わが国の「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」は、ホームレスを“都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設を故なく起居の場所とし、日常生活を営んでいる者”と定義しており、上記の「ホームレス状態」のごく一部を施策の対象とするが、この定義に基づいて厚生労働省が実施した「ホームレスの実態に関する全国調査(概数調査)」によると、2009年1月における全国のホームレス数は約1.6万人である。大阪市における2000年1年間に死亡したホームレス者(簡易宿泊所投宿中を含む)294名の調査の結果によると、死亡時の平均年齢は56.2歳(SD10.1)、死亡の種類は、病死59%、自殺16%、不慮の外因死15%、他殺2%、不詳9%であって、肺炎や餓死、凍死をはじめ、総じて予防可能と思われる死因によって早期に死亡していた<sup>13)</sup>。また、厚生労働省社会・援護局保護課によると、生活保護受給者の自殺死亡率は高く、保護開始理由の最大のものは精神疾患であった。さらに、2009年12月に東京の一地域で「ホームレス状態」にあった人たち164人を対象に行った「WAIS-III簡易検査法」による知能検査の結果、推定IQは標準31%、境界域29%、軽度知的障害39%、中度知的障害1%であって、権利の行使手段へのアクセスが阻まれやすい人たちが多く含まれていることがわかった<sup>14)</sup>。これらの知見は、日

常の公衆衛生活動や地域精神保健の目が届きにくい「ホームレス状態」にある人たちの可視化の必要性を示している。

私たちの社会は、精神疾患、児童虐待の問題等を正面から見つめることを怠り、その結果として、不安定な社会をつくってきた可能性がある。何らかの事情で安定した居住の場を失った「ホームレス状態」にある人たちは、実は私たちの社会に多くいるのだという認識に立ち、その実態を明らかにして、公衆衛生的な視点をもとに、精神保健医療の連携による支援につなげる必要がある。

### わが国の自殺対策の経緯

1998年の自殺死亡の急増後の国の取組は3期に分けることができる<sup>5)</sup>。第1期(1998-2005)は厚生労働省中心の取組である。2000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」の数値目標が挙げられ、2001年から自殺対策事業が予算化された。そして2002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。第1期に自殺対策に取り組んだのは厚生労働省の一部であり、地域的にも、自殺死亡率の高いごく一部の取組に限られていた。第1期の成果は、こころの健康づくり対策の中で自殺予防が取り組まれるようになったこと、うつ対策が国の政策として2004年から取り組まれるようになったことである。

第2期(2005-2006)は、自殺対策に政府全体で取り組むようになった転換点である。2005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。

第3期(2006-)は自殺対策基本法の公布以降であり、社会全体で取り組むという現在進行中のプロセスである。2007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」が閣議決定、2008年10月には一部改正された。2009年6月には地域自殺対策緊急強化交付金が造成さ

れ、2010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、社会全体で取り組むという方向のもと、必要と考えられる取組は積極的に取り組んでいく方向に進んだ。ここでは自殺対策基本法にもあるように、“自殺対策”という言葉が使用されていることに注意する必要がある。自殺対策基本法の英語標記は「Basic Act on Suicide Countermeasures」とされる。自殺対策は「Suicide Countermeasures」であって、自殺予防「Suicide Prevention」ではない。自殺対策は、自殺予防よりも幅が広く、自殺予防に社会的取組を含めた、また、遺族ケアだけでなく遺族支援の視点を含むことを明確にした造語であろう<sup>15)</sup>。自殺対策基本法の成立は自殺対策の地域への普及を大きく後押ししたが、実施しやすい啓発的な内容の事業に偏る傾向があり、自殺のハイリスク群を同定して見守り、継続的な支援を行う取組はまだ少ない。

### 自殺予防/精神保健と地域づくり

すでに述べたが、平成20年患者調査の総患者数は323万人であって、国民40人に1人が精神疾患の治療のために医療機関を利用し、成人の気分障害・不安障害・物質使用障害のいずれかの精神疾患を1年間に国民の1,000万人以上が経験していると推定される。ここに挙げた以外の精神疾患を含めると、さらに大きな人数が1年間に精神疾患を経験していることになる。精神疾患や精神保健上の問題が深く関連していると思われる、自殺、ひきこもり、虐待、困窮者のこと等が社会的な問題として語られるようになって久しい。「精神保健分野における健康危機」とは、精神疾患や精神保健上の問題が社会の中に広がり、そこから様々な事例の発生が続く状態と考えてもよいのではないか。

筆者は「自殺予防はどこで、誰が担うか」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)であると答えてきた。そ

して、真の効果的な自殺予防の取組は、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てきた。このような“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、これこそ地域づくりの基盤をなすものと考ええる。

自殺予防には、自殺予防を標榜し、自殺予防活動として発展してきた「いのちの電話」等の民間団体の活動は重要であるが、これらの活動を活かすものとして、“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”，例えば、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。長崎県では、相談につながった人しか支援対象者とは見なしていない“支援者目線”の支援策から、自殺のリスクを抱えた人が特定の相談機関を訪れなくても支援につながるように、その人が接触する可能性のある人物や機関に、支援につなげる入り口を担ってもらおうとする“当事者目線”の支援策への転換[“誰でもどこでもゲートキーパー作戦”]に取り組んでいる<sup>16)</sup>。自殺対策ネットワーク会議や自死遺族支援といった自殺対策に特有の事業とは別に、地域精神保健福祉対策や母子保健・児童福祉対策、国保事業や介護保険事業、高齢者施策等の既存事業は大切な自殺対策事業の一環であるという認識も重要であろう<sup>17)</sup>。

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持つ。筆者は懇談の場で「サービス利用の優等生、劣等生」ということばを聞いたが、サービス利用の劣等生を置き去りにする中で、自殺の問題や精神保健の問題が大きくなっていったように思えてならない。“生き方”に寄り添いながら支援する、そののできる地域づくりが求められている。

## 文 献

- 1) 内閣府：平成 22 年版自殺対策白書，2010
- 2) 藤田利治：人口動態調査による自殺死亡の分析，日精協誌 29(3)16-22，2010
- 3) 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 HP「いきる」<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/>（最終アクセス 2010/9/25）
- 4) 高橋祥友：新訂増補自殺の危険，金剛出版，2006
- 5) 高橋祥友，竹島正（編）：自殺予防の実際，永井書店，2009
- 6) Keith Hawton, Kees van Heeringen: Suicide. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) vol 373
- 7) ニュージーランド保健省：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，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ブックレット No 6，2010
- 8) 立森久照：一般住民中の精神疾患および精神保健の問題，公衆衛生 74(7)：603-606，2010
- 9) 立森久照：精神疾患についての国民意識，公衆衛生 74(8)：701-704，2010
- 10) 第 5 回全国世帯動態調査 [http://www.ipss.go.jp/site-ad/index\\_Japanese/population.html](http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_Japanese/population.html)（最終アクセス 2010/9/25）
- 11) 子どもの虹情報研修センター <http://www.crc-japan.net/contents/situation/index.html#pagetop>（最終アクセス 2010/9/25）
- 12) 生田武志：ルポ最底辺-不安定就労と野宿，ちくま新書，2007
- 13) 逢坂隆子，坂井芳夫，黒田研二他：大阪市におけるホームレス者の死亡調査，日本公衛誌 50：686-696，2003
- 14) 奥田浩二：ホームレス状態にある市民を理解し支援するために，ホームレスと社会 Vol 3，明石書店（印刷中）
- 15) 竹島正：精神保健医療と自殺対策，日精協誌 29(3)：10-15，2010
- 16) 大塚俊弘：長崎県の自殺対策，保健の科学 52(7)：462-466，2010
- 17) 宇田英典：地域におけるこれからの自殺対策，保健の科学 52(7)：452-457，2010

## 沈 思 黙 考 11

### 行政評価

林 謙治 国立保健医療科学院

アメリカで行政評価が始まったのは，ベトナム戦争後ジョンソン大統領時の不況下であった。予算節減と行政効率の維持を両立させることは困難な課題であった。これを超えるためには，説得力のある組織評価方法が模索され，個別課題の設定や評価については，客観的な基準が求められた。科学的根拠に基づく医療（EBM）が急速に発展したのは上記の背景とともに，コンピューター技術の急速な進歩のお陰で，大量情報の収集・分析が可能になったことと無関係ではない。

行政評価は日本では本格的作業もないまま違った形で導入され，また EBM も，疫学サイドよりも臨床サイドの主導で次々と臨床ガイドラインが作成されてきた。国立保健医療科学院は 10 年前に EBM センターの設立に手を挙げたが，さまざまな反対に遭遇し，挫折してしまったのは誠に残念である。筆者が当時情熱に燃え，アトランタの CDC に 2 か月滞在し，技術の取得に勤しんだのも今や昔である。日本医学会は国家レベルの保健・医療情報センターの設立を議論しているようだが，その実現に大いに期待したい。

日本製薬工業協会の分析によれば，2003～2007 年の間，国際的に認知されているジャーナルに日本人が投稿した医学論文数は，基礎分野ではアメリカ，ドイツに次いで第 3 位と非常に優れているのに対し，臨床分野は 18 位であり，中国の 15 位よりも低い。雑誌をもっと拡大して臨床医学系 46 誌で見ると，日本の論文数は世界第 6 位，中国 15 位

であるが，平均被引用数は日本 19 位に対し，中国は 12 位である。つまり，一般的な評価基準からすれば，日本の臨床研究の質は中国よりも下位になっている。この特徴は日本の医学の研究傾向を端的に物語っている。

臨床研究は主に診断・治療に関する研究であり，どちらかと言えば技術開発である。基礎研究は病態の解明を中心としている。病態の解明は Originality を主張しやすいが，技術開発は応用分野の性格が強く，純粋科学的には Originality を主張しにくい。しかし，患者の立場からすれば，一刻も早く診断・治療の方法を確立することを願うだろう。アメリカ，イギリス，ドイツのように，基礎研究，臨床研究双方とも世界の 3 位以内にあれば理想的である。

公衆衛生分野は医科大学では基礎・臨床とは別に，社会医学系に分類されることが多い。臨床医学が個人を対象としているのに対し，公衆衛生は集団の健康を対象としており，その成果は臨床医学と同様，実用性を目指しているはずである。Originality という意味では，公衆衛生研究はノーベル賞になじまないかもしれないが，住民の裨益は大きい。

残念ながら最近，大学の公衆衛生教室および自治体の保健所数は減少傾向にある。医療のほうでも医師数は着実に増加しているのに医師不足が叫ばれ，医療崩壊が指摘されている。これは単純に財政だけの問題なのか，保健医療関係者の声が小さいのか，それとも他にも深刻な問題があるのか，しっかりと行政評価を期待したい。

Regular Article

# Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death: A psychological autopsy study of 76 cases

Seiko Hirokawa, MA,<sup>1\*</sup> Toshihiko Matsumoto, MD, PhD,<sup>1,2</sup> Yotaro Katsumata, PhD,<sup>1,2</sup> Masahiko Kitani, MA,<sup>1</sup> Masato Akazawa, PhD,<sup>1</sup> Yoshitomo Takahashi, MD, PhD,<sup>6</sup> Norito Kawakami, MD, PhD,<sup>3</sup> Naoki Watanabe, MD,<sup>7</sup> Masami Hirayama, MD, PhD,<sup>4</sup> Akiko Kameyama, PhD,<sup>1,5</sup> Tadashi Takeshima, MD, PhD<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, <sup>2</sup>Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, <sup>3</sup>Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, <sup>4</sup>General Research Institute, Seigakuin University Graduate School, <sup>5</sup>The Institute of Humanities and Social Sciences, Nihon University College of Humanities and Sciences, Tokyo, <sup>6</sup>Division of Behavioral Sciences, National Defense Medical College Research Institute, Saitama and <sup>7</sup>Faculty of Humanities, Kansai University of International Studies, Hyogo, Japan

**Aim:** The present study was conducted to examine differences in psychosocial and psychiatric characteristics between suicide completers with and without a history of psychiatric treatment within the year before death, using a psychological autopsy method.

**Methods:** A semi-structured interview was administered by a psychiatrist and other mental health professionals for the closest bereaved of 76 suicide completers.

**Results:** Suicide completers with a history of psychiatric treatment ( $n = 38$ ) were significantly younger than those without ( $n = 38$ ) ( $P < 0.01$ ), and a significantly higher proportion of cases in the treatment group were estimated to be suffering from schizophrenia. Further, in 57.9% of the treatment group,

the fatal suicidal behavior involved overdose with prescribed psychotropic drugs. In addition, female suicide completers in the treatment group were more likely to have a history of self-harm or non-fatal suicidal behavior.

**Conclusion:** Many suicide completers who received psychiatric treatment were young adults. It was common for suicide completers to overdose on prescribed drugs as a supplementary means of suicide, and many experienced self-harming behavior before death. In addition, a higher proportion of the treatment cases suffered from schizophrenia.

**Key words:** overdose, psychiatric treatment, psychological autopsy, suicide, young adults.

IN JAPAN, THE number of suicides has rapidly increased over the last several decades, to over 30 000 in 1998, and remains high today. Although multiple factors are known to influence suicide, the

presence of a mental disorder is one of the most important risk factors.<sup>1,2</sup> Over the last 2 decades, the correlation between suicide and mental disorders has been the focus of several studies.<sup>3,4</sup> Previous reports have indicated that, despite more than 90% of suicide completers exhibiting some kind of mental disorder immediately prior to suicide, most did not receive psychiatric treatment.<sup>5,6</sup> These findings appear to support the appropriateness of Japanese countermeasures for suicide, which seek to increase high-risk individuals' access to psychiatric treatment.

\*Correspondence: Seiko Hirokawa, MA, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan.  
Email: hirokawa-s@ncnp.go.jp  
Received 28 December 2010; revised 24 January 2012; accepted 1 February 2012.

However, some suicide completers do receive psychiatric treatment before death. Several studies have reported that suicide among psychiatric patients is particularly strongly associated with acute episodes of disease, recent hospital discharge, social factors, and some self-harming behaviors.<sup>7,8</sup> These findings indicate that currently available psychiatric treatment may be insufficient to prevent suicide of patients susceptible to these risk factors, suggesting that the improvement of psychiatric services is required, as well as increasing patients' access to psychiatric treatment. However, no studies in Japan have examined the detailed profiles of suicide completers under psychiatric treatment, and accordingly, it is unclear how psychiatric services should be improved.

The present study sought to clarify the psychosocial characteristics of suicide completers that received psychiatric treatment, compared with suicide completers that did not have access to psychiatric treatment.

## METHODS

### Subjects

Subjects were suicide completers who died by suicide between January 2006 and December 2009, whose bereaved consulted prefectural Mental Health Welfare Centers (MHWC) to seek support, and consented to participation in our study. The study was not an exhaustive survey, and the investigator chose bereaved who replied, and could participate in an interview, in consideration of their psychological condition. As of December 2009, information regarding 76 Japanese suicide cases from 54 MHWC had been collected. According to the statistics of the National Police Agency,<sup>9</sup> the total number of suicides occurring in Japan in the same 4-year period was 130 342. Thus, our subjects constituted 0.06% of all recorded suicides in Japan.

The subjects' addresses at the time of death were distributed around Japan, classified into five areas: Hokkaido and Tohoku area (13 cases; 17.1%), Kanto-Shinetsu area (24 cases; 31.6%), Tokai-Hokuriku and Kinki area (25 cases; 32.9%), Chugoku and Shikoku area (eight cases; 10.5%), and Kyushu and Okinawa area (six cases; 7.9%). This distribution was biased to the Kanto and Kinki regions including the populated area, the Tokyo and Osaka prefectures, compared with the suicide-death

statistics released by the Japanese Ministry of Health, Labour, and Welfare.

### Procedure

In the present study, information on suicide completers was collected from one member of each bereaved family, via a semi-structured interview. Informants were chosen according to the following criteria: the closest bereaved family member who had lived together with or had continued close contact with the subject before death. In cases where two or more of the closest bereaved met the criteria, informants were selected in the order of spouse, parent, and child.

Semi-structured interviews were carried out based on the Japanese version of the interview schedule for a psychological autopsy, developed by the Beijing Suicide Research and Prevention Center in China.<sup>10</sup> The items of this instrument included questions about family environment, history of suicide attempts, life history, socioeconomic and physical health status, and psychiatric diagnosis according to the DSM-IV criteria<sup>11</sup> at the time of death. Preceding the present study, we repeatedly revised our interview, and examined the validity of the Japanese version through a pilot study.

The interview was conducted by the local investigators, a pair of psychiatrists and several other mental health professionals, such as a public health nurse and psychiatric social worker, who completed 3 days of training for consistency of the judgment on our study, including clinical diagnosis. Furthermore, each pair of investigators discussed and got consensus about the details, after the interview. The local investigators in each area requested the participation of all bereaved who visited MHWC for support or attended 'survivors' meetings at MHWC. The interview data was anonymized and sent to the Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health in Japan.

The protocol was approved by the Ethics Committee of the National Center of Neurology and Psychiatry. Written informed consent was obtained from all participants.

### Assessment measures

The assessment items in the interview were based on assessment instruments used in a previous study.<sup>10</sup> These items reflected various factors, including