

精神科救急医療電話相談における自殺企図切迫例への対応

—Saitama Suicide Intervention Scale & Guideline (SSISG) を用いての試み—

＜北足立＞埼玉県立精神保健福祉センター¹⁾，埼玉県立精神医療センター²⁾，さいたま市こころの健康センター³⁾，さいたま市保健所精神保健課⁴⁾，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⁵⁾

関口 隆一¹⁾²⁾

塚本 哲司¹⁾，深井 美里¹⁾，菊池 礼子¹⁾

岡崎 直人³⁾，山川 敬子⁴⁾，森 宏美⁴⁾

黒田 安計³⁾，杉山 一¹⁾²⁾，松本 俊彦⁵⁾

[埼玉県精神神経科医会]

精神科救急医療電話相談における自殺企図切迫例への対応

—Saitama Suicide Intervention Scale & Guideline (SSISG) を用いての試み—

＜北足立＞埼玉県立精神保健福祉センター¹⁾、埼玉県立精神医療センター²⁾、さいたま市こころの健康センター³⁾、さいたま市保健所精神保健課⁴⁾、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⁵⁾

関口 隆一¹⁾²⁾

塚本 哲司¹⁾、深井 美里¹⁾、菊池 礼子¹⁾

岡崎 直人³⁾、山川 敬子⁴⁾、森 宏美⁴⁾

黒田 安計³⁾、杉山 一¹⁾²⁾、松本 俊彦⁵⁾

【要旨】埼玉県精神科救急情報センターは、夜間・休日の精神科救急医療システムにおいてトリアージ機能を持つ電話相談窓口として設置され、74名の精神科コメディカル職員が交替で、住民等からの精神科救急医療相談を受け、必要に応じて受診調整を行っている。平成21年度に受けた相談(6,483件)の約1割(643件)で希死念慮の訴えが確認され、うち61件に救急受診を調整した。実数こそ少ないが、本人が自殺決行を予告するような電話への対応に苦慮したことから、自殺切迫度の判断や対応の平準化を図るため“Saitama Suicide Intervention Scale & Guideline (SSISG)”と名づけた評価基準と対応指針を作成し、平成22年度から使用している。平成22年4月～12月には4,635件の電話を受け、自殺念慮がある本人からの相談は221件(4.8%)あり、うちSSISGを用いて自殺切迫度が高いと判断されたものは9件(0.2%)で、警察に5件、消防に3件、家族に1件、通報・連絡をした。SSISGの活用により、比較的短時間のうちに事例の自殺切迫度を判断し、他機関に介入を要請するなどの対応策を実行しやすくなった。

【キーワード】自殺防止、精神科救急医療システム、精神科救急情報センター、危機介入

1. はじめに

埼玉県精神科救急情報センター(以下、情報センターと略)は、埼玉県精神科救急医療体制整備事業におけるトリアージ機能を持つ夜間・休日の電話相談窓口と

して設置され、埼玉県とさいたま市により共同運営されている(図1)。情報センターは、一般住民等からの緊急的な精神医療相談を受け、必要に応じて輪番医療機関等への受診を調整するための「精神科救急電話(電話番号公開:048-723-8699)」と、警察官通報を受理して措置入院関連業務を行うための「通報専用電話(電話番号非公開)」という2本の電話回線を持ち、埼玉県およびさいたま市の精神科コメディカル職員、計74名が交替で電話対応等に当たっている¹⁾。

情報センターでは年間6,000件ほどの「精神科救急電話」を受けており、その半数強は相談者本人から、

関口隆一 (Sekiguchi Ryuichi)

別刷請求先: 〒362-0806 埼玉県北足立郡伊奈町小室 818-2

埼玉県立精神保健福祉センター

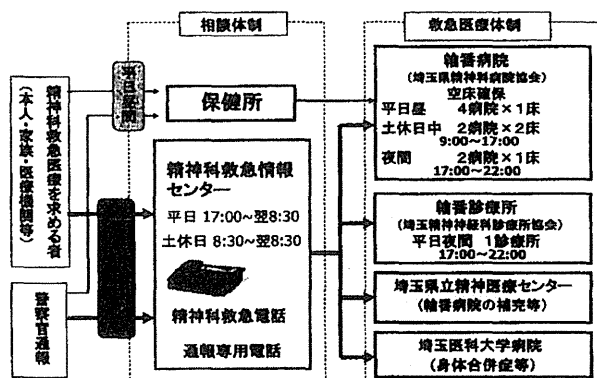


図1 埼玉県の精神科救急医療体制

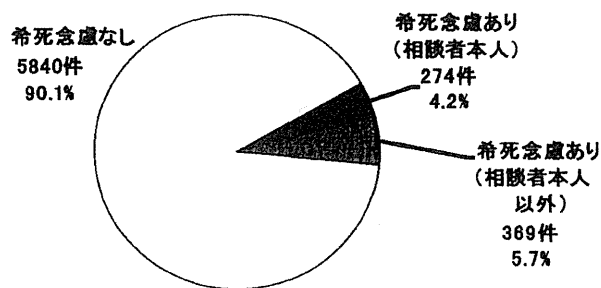


図2 希死念慮が認められた事例の割合（平成21年度・総相談件数 6,483件）

3割程が家族からのものである。相談の内容としては即時の受診・入院を希望してのものが4割程度、「対応方法を教えて欲しい」という相談が約15%であり、「話を聞いて欲しい」という電話も約3割を占めている。トリアージ作業の結果、即時の受診あるいは入院を要すると判断される事例は、平成21年度には5.7%であった²⁾。

情報センターにおけるトリアージのポイントとして、平田³⁾は、①身体疾患の鑑別、②司法的対応ケースの鑑別、③精神科的重症度の鑑別が重要であり、ただちに治療を開始しなければ自他の生命財産に重大な不利益を被ると推測される重症の精神病を識別し、迅速な診療につなげることでであると述べている。例えば、抑うつ状態や幻覚妄想状態を背景にして自殺念慮が存在し、かつ自殺企図が切迫している事例は、精神科救急医療対象の代表としてあげてよいであろう。

平成21年度中に情報センターの「精神科救急電話」で受けた電話相談（6,483件）の約1割（643件）で、相談対象者に希死念慮があることが聴取され、うち61件には即時の救急精神科受診を調整している（図2）。

実数こそ少ないものの、本人が「今から死ぬ」などと明言し、受診相談というよりも、自殺の決行を予告するような内容の電話を受けることがある。このような例では、たとえ相談者の了解が得られずとも警察等に通報し、安全を確保すべきとされている⁴⁾。その際、トリアージ機能を重視するような情報センターであれば、なおさら短時間で自殺の切迫度を評価し、危険性が高い場合には速やかに対応できるよう、簡便な評価基準や対応ガイドラインを用いることが望ましいと考えられる。

平成21年度当初、全国64カ所の都道府県と指定都

市の精神保健主管課経由で、各自治体の情報センター設置状況や、情報センターに自殺を予告する事例への対応実態や評価基準の有無等についてアンケート調査を行い、61自治体から回答を得た。うち、情報センターを府県と共同運営していると回答した指定都市が15カ所あり、調査対象は46カ所となった。情報センターを設置していた自治体は33カ所で、そのうち住民に相談電話番号を公開している情報センターは26カ所であった。この26カ所のうち、警察への通報を必要とするような切迫した事例を経験したことがある情報センターは8カ所で、このような事例に対する評価基準やガイドラインを整備していた情報センターは1カ所のみであった⁵⁾。

そこで情報センターの運営に関わる埼玉県立精神保健福祉センター、さいたま市保健所に加えて、さいたま市こころの健康センターが各職員によるプロジェクトチームを組織して独自の基準・ガイドラインを作成することにした。各施設が過去に経験した自殺予告例120件の記録を回顧的に検討し、事例に共通して見られた言動や状況等を評価項目として抽出するなどして、自殺の切迫度を評価するための「自殺リスクアセスメントシート」(Saitama Suicide Intervention Scale: SSIS)と、SSISの記載・利用方法や自殺切迫度の判断基準、さらに自殺が切迫していると判断された事例への具体的な対応手順等を記した「自殺予告事例対応ガイドライン」(Saitama Suicide Intervention Guideline: SSIG)の原案を作成した。

原案を用いて2度の試行を行い、若干の修正を加えた後、平成22年4月から日常業務に導入し、本人からの電話相談で希死念慮が認められる全事例について評価シートを用いて自殺企図の切迫度を評価している。本稿では、Saitama Suicide Intervention Scale & Guide-

自殺リスクアセスメントシート (SSISG) 2016. 3. 17

項目	内容	評価
1	自殺の経験	○あり ○なし
2	自殺の準備	○あり ○なし
3	自殺の手段	○あり ○なし
4	自殺の手段	○あり ○なし
5	自殺の手段	○あり ○なし
6	自殺の手段	○あり ○なし
7	自殺の手段	○あり ○なし
8	自殺の手段	○あり ○なし
9	自殺の手段	○あり ○なし
10	自殺の手段	○あり ○なし
11	自殺の手段	○あり ○なし
12	自殺の手段	○あり ○なし
13	自殺の手段	○あり ○なし
14	自殺の手段	○あり ○なし
15	自殺の手段	○あり ○なし
16	自殺の手段	○あり ○なし
17	自殺の手段	○あり ○なし

表

自殺が切迫していると判断した時は……

「死んで欲しくない」

「一緒に生きる時間が欲しい」

「専門の相談機関にあなたをつなげたい」

「専門家としてあなたを助けたい」

と伝えましょう。

裏

図3 自殺リスクアセスメントシート
Saitama Suicide Intervention Scale (SSIS)

line (SSISG) と名づけたアセスメントシートとガイドラインを紹介し、SSISG を用いて対応した事例を提示する。

2. Saitama Suicide Intervention Scale & Guideline (SSISG)

SSIS (図3) は全17項目で構成され、「1 精神疾患」「2 身体疾患」「3 自傷・自殺企図歴」「4 自殺の手段」「5 自殺の準備」「6 飲酒・薬物乱用」「7 他者を巻き込む可能性」「8 家族・知人の協力体制」「9 支援の希求」「10 経済状況」「11 身近な人の死」「13 自殺意思の修正」の12項目では3段階で危険度を評価し、「12 自殺に関する発言」「14 自殺したい理由」「15 本人の様子」「16 精神科治療歴」「17 備考」の5項目については聴き取ることができた内容を自由記載する。相談者本人に自殺念慮があればこのSSISを使用して、SSIG (付録1) にある説明にしたがってチェックしながらやり取りし、「致命的な手段を具体的に考え、準備しており」、「即時の自殺企図を明言して」、「電話でのやり取りによっても自殺意志の修正が利かない」とき、もしくは「致命的な手段を具体的に考え、準備しており」かつ「酩酊・過量服薬している」ときには自殺切迫度が高いと判断(図4)。さらに緊急かつ具体的な危機介入手順、すなわちSSIGにしたがって相談者の住所や家族・友人・支援者の有

無などの情報を聴き取りつつ、別回線の電話を使用して警察等に通報し、介入を要請する等を進めることになる(図5)。通報後は本人の安全が確認されるまで、引き続き電話でのやり取りが続くように図る。なお、SSIS シートの裏には、電話相談員が本人とのやりとりにあたって伝えるべき言葉が例示、印刷されている(図3)。

3. SSISG 導入後の実際

図6にSSISGを導入後の対応実績を示す。平成22年4月から12月までの9カ月間に受けた電話相談は4,635件で、うち本人からの相談で希死念慮が認められたものは221件(4.8%)であった。これらについてSSISGを用いて自殺の切迫度を評価したところ、9件(0.2%)に自殺企図が切迫していると判断され、警察に5件、消防に3件、家族に1件、情報センターから通報・連絡をして本人の安全確保を要請した。

以下に、警察と家族に通報・連絡した事例を提示する。事例の特定を防ぐため、一部の事項を省略・変更して記した。

金曜日の夜、23時55分の電話。相談者は40歳代の女性で、生活保護を受給しながら単身で生活しているという。統合失調症と診断され、A精神科クリニックに通院中であり、併せてB精神科病院のデイケアも利

「致命的な自殺手段を具体的に考えて準備している」

+

「即時の自殺企図を明言している」
and / or
「酩酊している・過量服薬している」

↓

自殺が切迫していると判断

図4 判断基準（抜粋）

- ・相談者の住所等の個人情報を聴取する
- ・相談者の承諾の有無にかかわらず、躊躇することなく警察署・消防署・家族に通報（連絡）する
- ・警察官等が到着するまで、出来る限り通話し続ける

図5 自殺が切迫していると判断した事例への対応ガイドライン（抜粋）

基準に照らして自殺が切迫していると判断した。さらにSSIGにしたがい、本人から自宅住所や離れて住む家族の連絡先を聴き出し、別の電話回線から警察と家族に連絡した。警察官の到着まで本人との通話を続け、最終的には警察官到着後に駆けつけた兄夫婦が本人を引き取って朝まで見守ることとなった。また、警察官到着までのやり取りの中で本人からも了承が得られたため、翌朝、主治医・生活保護担当者・保健所へ情報提供を行った。なお、本事例は警察への通報を拒否することはなかったが、例え、通報について承諾が得られなくとも「あなたを助けるために警察へ連絡します」と伝えた上で、通報することとしている。

4. 考 察

平成10年以降、年間3万人を超える人々を自殺で亡くしているわが国では、平成18年6月に「自殺対策基本法」が成立し、平成19年6月には「自殺総合対策大綱」が策定されている。平成20年3月には、厚生労働省が招集した有識者検討会により、「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針」が公表された。この指針に基づき、平成21年1月には、地域において自殺に傾いた人の相談対応や支

・相談電話件数	4,635件
・相談者本人からの希死念慮が認められた相談件数	221件（4.8%）
・うち、自殺企図が切迫していると判断された件数	9件（0.2%）
警察署への要請	5件
消防署への要請	3件
家族への連絡	1件

図6 Saitama Suicide Intervention Scale & Guideline (SSISG) を用いての実績（平成22年4月1日～12月31日）

援・ケアにたずさわる精神保健福祉関係者等に向けての基本的な指針として「自殺に傾いた人を支えるために——相談担当者のための指針——」⁴⁾が公表されている。さまざまな自殺対策の領域で作成されるガイドラインの参考にされることを目的としたこの指針⁴⁾には、自殺危険度が高度～重度で自殺企図を防ぐためには絶対的な安全の確保が必要であり、しかも本人・家族が意思決定できない、あるいは拒絶する場合には、相談担当者の判断で警察に通報しなければならないこともある、と明記されている。

自殺対策が浸透し、自殺念慮がある人を診察や相談にあたる際に有用な、基礎知識としての「自殺の危険因子」や、いわゆる「自殺のサイン」とされる言動は広く知られるようになってきている^{4)6)~8)}が、先に記したような目的、すなわち電話相談という限られた枠組みのなかで短時間・簡便に自殺の切迫度を評価する基準や、機動力を行使した危機介入が可能な機関への協力を要請するにあたってのガイドラインを見出すことは困難であった。

「いのちの電話」⁹⁾は自殺防止を目的として電話での対話による危機介入を主な事業として活動しており、情報センターとは電話を介した相談であるという共通点がある。1980年代、稲村¹⁰⁾は、自殺の危険性を持つ人に対しては、緊急対応と根本対応という二段階に大別して捉え対応することや、特に寸刻を争うことが少なくない緊急対応としての危機介入を間違いなく行うためには緊急度と危険度を判定する必要があると述べ、「いのちの電話」においてカウンセラーが自殺危険度を見立てながら電話相談にあたるために考案されたという詳細な評価表を紹介している。現在、「埼玉いのちの電話」では、自殺志向を「念慮」「危険」「予告・通告」「実行」の4段階に分けて評価し相談にあたっているが、そもそも必要に応じて時間をかけた傾聴による

危機介入を旨とした電話相談事業でもあり、警察等への通報を想定した具体的指針を用意してはいないという¹¹⁾。

情報センターにおいても、先に紹介した事例のように自殺の危険性が高い場合には、必然的に長時間におよぶ対応が必要になることは言うまでもないが、情報センターの機能維持という観点からは苦慮するところである。原則として、情報センターには一次救急レベルの事例に対する当面の危機回避を目的としたカウンセリング機能も求められている¹²⁾ものの、それと同時にトリアージ機能を果たすために「10分を目標とした制限時間」を意識しての対応が要請されている。例えば、希死念慮は訴えるが自殺の切迫度は低い事例などは、トリアージ機能とカウンセリング機能双方の機能を発揮して対応されるべき代表であろう³⁾。このようなジレンマを抱えていればこそ、比較的短時間で自殺切迫度を評価し、危険性が高い場合には速やかに他機関へ介入を要請するなどの対応を取りやすくさせるようなシンプルかつ具体的に構成された SSISG を活用することは、より意義深いことと考えられる。また、判断基準や、実際に取るべき行動を予め明確にしておくことにより、相談者の了解が得られぬまま安全確保のため警察に通報する等の際にも、日頃相談者の意思を尊重しながら業務にあたっている精神保健福祉専門職が逡巡を覚えることなく行動でき、守秘義務を課せられている者にとってのリスクマネジメントにも寄与するかもしれない。

文 献

- 1) 関口隆一, 上野豪志, 丸田俊彦, 他. 埼玉県精神科救急医療システム整備事業について—その概要と開始後2年間の実績—. 埼玉県医学会雑誌 2007; 41(4): 313—318.
- 2) 平成21年度 埼玉県精神保健総合センター年報. 第20号, 119—125, 2010.
- 3) 平田豊明. トリアージ機能とカウンセリング機能. 精神科治療学 2003; 18(増刊号): 175—181.
- 4) 桑原 寛, 河西千秋, 川野健治, 伊藤弘人編. 自殺に傾いた人を支えるために —相談担当者のための指針— —自殺未遂者, 自傷を繰り返す人, 自殺を考えている人に対する支援とケア—. 平成20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 自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究. 2009.
- 5) 兼城佳弘, 石川雅久, 深井美里, 他. 精神科救急情報センターにおける自殺や犯罪を予告する事例の実態. 日本精神科救急学会第17回大会 抄録集. 2009, p. 121.
- 6) 高橋祥友. 医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント. 東京: 医学書院; 2002.
- 7) 長野県精神保健福祉センター, 長野県精神保健福祉協議会編. 自殺関連相談レビュー Vol. 1. 長野: 2009.
- 8) 澤 温, 平田豊明, 酒井明夫監修. 精神科救急医療ガイドライン(3)(自殺未遂者対応). 東京: 日本精神科救急学会; 2009.
- 9) 日本いのちの電話連盟ホームページ. <http://www.find-j.jp/>
- 10) 稲村 博. 自殺未遂者の精神療法. 春原千秋編. 精神科 MOOK No. 16 自殺. 東京: 金原出版; 1987, p. 200—208.
- 11) 田中邦子氏(埼玉いのちの電話)との personal communication. 2011.
- 12) 澤 温, 平田豊明, 飛鳥井望監修. 精神科救急医療ガイドライン(1)(総論及び興奮・攻撃性への対応). 東京: 日本精神科救急学会; 2009.

- 1) 関口隆一, 上野豪志, 丸田俊彦, 他. 埼玉県精神科救急医療システム整備事業について—その概要と開始

特集・現代を生きる子どもたち—小児科医に求められる対応

＜子どもをとりまく社会的現象、行動上の問題とその対応＞

子どもの自殺

松本俊彦*

はじめに

わが国では、1998年より自殺者総数が突如として急増して3万人をこえ、以後13年間高止まりのまま推移している。当初、40～50代男性を中心とした急増がみられたわが国の自殺者総数であるが、実は全国レベルでは中高年男性の自殺は2005年ごろを境に減少傾向に向かっており、この13年間一貫して増加傾向を示しているのは20～30代である。要するに、わが国の自殺は若年化という様相を呈している。その意味で、子どもの自殺は、今後、ますます大きな問題となってくる可能性がある。

さて、子どもの自殺というと、ともすればマスメディアによって「いじめ自殺」などと、原因が単純化されたかたちでセンセーショナルに報道される傾向があり、さまざまな歪曲や誤解に曝されている。本稿では、わが国における子どもの自殺の実態、自殺のサイン、自殺リスクの高い子どもの支援について整理してみたい。

I わが国における子どもの自殺の実態

1. 中学生・高校生の自殺者総数・自殺死亡率

図は、警察庁統計をもとに阪中が作図した、中学生・高校生の自殺者総数と自殺死亡率の推移を

示したものである¹⁾。図から明らかなように、わが国における小学生・中学生・高校生の自殺者総数は、いじめ自殺報道やアイドル歌手の自殺の報道が過熱した時期（1979年、1986年）には一時的な増加を示すものの、おおむね毎年300名前後で推移している。しかし近年の少子化により、分母となる児童・生徒の人口は減少していることを考えれば、人口10万人あたりの自殺死亡率は、成人と同様、1998年以降、緩徐ではあるものの確実に増加傾向を示していると理解すべきであろう。

2. 子どもの死因に占める自殺の割合

わが国の全自殺者に占める未成年者の割合はわずかに約2%である¹⁾。しかし見方を変えれば、人生が始まったばかりの将来ある若い世代の自殺が全自殺の2%を占めているという事態は、深刻なことかもしれない。いずれにしても、自殺は10～14歳の死因として、「不慮の事故」、「悪性新生物」に次ぐ第3位にあたり、15～19歳の死因としては、「不慮の事故」に次ぐ第2位である¹⁾。

3. 自殺につながる萌芽は多くの子どもがもっている

兵庫・生と死を考える会の2004年調査¹⁾によれば、小学生・中学生の40%が少なくとも1回は「死にたい」と思った経験があり、また筆者らの調査では、中学生・高校生の10%にリストカットのような自傷行為の経験があるとわかっている²⁾。

もちろん、自殺念慮がただちに自殺につながるとはかぎらず、またすべての自傷行為が必ずしも自殺の意図から行われるわけでもない。しかし、

Matsumoto Toshihiko

* 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 小平市小川東町4-1-1

TEL 042-341-2711 FAX 042-344-6745

E-mail: tmatsu@ncnp.go.jp

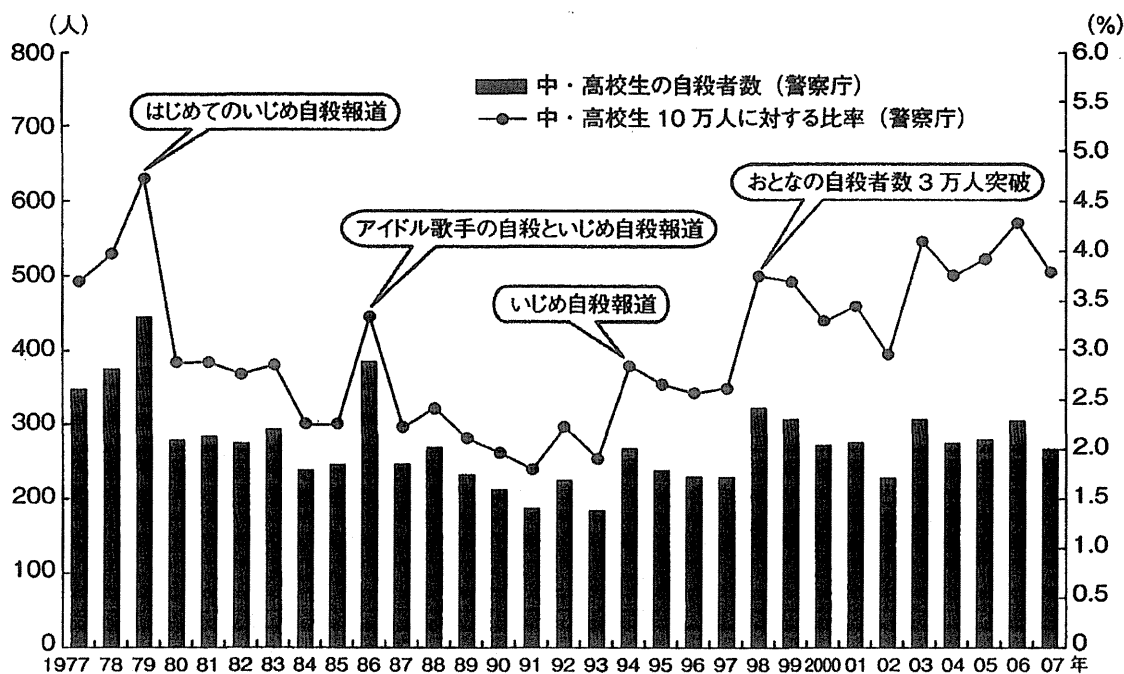


図 中・高校生の自殺者数と自殺死亡率 (警察庁の統計より阪中が作成したものを文献1より引用)

児童期・思春期における自殺念慮や自傷行為は、青年期以降の自殺行動を予測する危険因子である。子どもの自殺対策は、成人後も見据えた長期的な視点から進められるべきである。

Ⅱ 子どもの自殺の特徴

子どもの自殺には、以下の点で成人とは異なる特徴がある。

1. 他人の自殺の影響を受けやすい

子どもは被暗示性が高く、身近な人 (家族や友人など) の自殺、あるいは憧れの芸能人など著名人の自殺、マスメディアによる自殺報道にも影響を受けやすい。たとえば、「いじめ自殺報道」において、自殺した子どもの葬儀で家族や級友が嘆き悲しむ様子をテレビで写し出し、いじめの加害者を糾弾する遺書が公開されると、同じようにいじめに苦しむ子どものなかには、「自殺すればみんなが悲しんでくれるし、いじめた奴を懲らしめることができる」と考えてしまう者がいる。したがって、子どもの自殺は連鎖しやすく、群発自殺の様相を呈しうる。このことは、図においてセン

セショナルな自殺報道があった年には、自殺者総数が著明に増加していることからもうかがわれる。

2. 成人とは異なる死生観をもっている

兵庫・生と死を考える会や長崎県教育委員会の調査¹⁾によれば、小・中学生の 9.7~15.4%が、「人は死んでも生き返る」と考えているという。このことは、子どもによっては人生が一度だけのものという認識が育っていないことを示している。このような未成熟な死生観をもっていることが、子どもを安易に自殺行動へと走らせる可能性がある。

そうした文脈から、近年、単に「命の大切さ」を訴える自殺予防教育に併行して、「死とは何か?」を教える「死の教育 (death education)」の必要性が指摘されている。

3. 背景に家族問題があることが多い

思春期・青年期以降になると、友人や学校の教師との葛藤や軋轢も関係してくるものの、児童期ではまだ社会的関係の中心は家庭にあり、必然的に家族問題が自殺の重要な要因となることが多

い。身体的虐待や性的虐待、ネグレクトはいうに及ばず、家族間の暴力・暴言、両親の不和や離婚により、家庭内が緊張に満ちていて、安心感を抱けない状況にあると、子どもの自殺リスクは高まる。このような環境におかれた子どもは、「自分が悪い子だから家族はうまくいかないのだ。自分がいなくなれば家族はうまくいくのだ」と思い込み、自殺を考えるようになるという。Sabbath³⁾は、こうした子どものことを「家族の犠牲になった子ども (expendable child)」と名づけている。

また Pfeffer ら⁴⁾によれば、自殺傾向のある子どもの家族には、精神疾患に罹患している者、アルコール・薬物を乱用している者、自殺念慮や自殺企図の経験者が多いという。以上のような知見にもとづき、Pfeffer らは、「自殺傾向のある子どもの背後には、自殺傾向のある大人がいる」と指摘している。

4. 背景にある精神疾患がみえにくい

子どもの自殺では、成人に比べて精神疾患の関与がはっきりしないことが多いが、それは、決して子どもの自殺は精神疾患によらないという意味ではない。子どもは、言語能力の発達が不十分であるために、他覚的にそれとわかる精神症状ではなく、行動上の変化や身体症状として現われやすい。また、年齢的な問題から、潜在する精神疾患が前駆期の段階にあるために、周囲に気づかれにくいという問題もある。

5. 自殺念慮の一貫性が乏しい

子どもは、状況認知が自己中心的であり、自身が置かれたストレス状況を誤解し、衝動的かつ無計画に自殺という解決をとりやすい。逆にいえば、子どもの自殺念慮は成人に比べると一貫性が乏しく、自殺の危機に際しても、適切に介入すれば、その効果は成人以上に期待できる可能性がある。

Ⅲ 子どもの自殺のサイン

1. 自殺念慮

子どもの自殺を予測するうえで、いかなる精神

疾患に罹患していることよりも強力な危険因子となるのが自殺念慮である。なかでも、持続的に「消えたい、いなくなりたい」という考えを抱いている子どもには注意が必要である。

また、「自殺に関する文章を書いたり、絵を描いたりする」、「自殺に関する本を読んだり、ウェブサイト閲覧する」といった行動も自殺念慮の存在を示すサインである。さらに、「遺書を書く」、「大切な物を人にあげる」といった行動は、単に自殺念慮があるだけでなく、自殺の計画を立てている可能性を示唆し、自殺の危険が切迫している。

2. 自傷行為

習慣的にくり返されるリストカットの多くは、怒りや不安、緊張、絶望感、抑うつ気分などの不快感情を軽減するために、あるいは誰かに自分の苦境を伝えるために行われる。つまり、自傷行為とは、自殺以外の目的から、「このくらいならば大丈夫だろう」という非致死性の予測のもとに、「皮膚の表面を浅く切る」、「医薬品を多めに服用する」という非致死的な方法で自らを傷つける行為といえる。その意味では、自殺の意図から、「このくらいやれば死ぬだろう」という致死性の予測のもとに、「飛び降り」や「縊首」といった致死性の高い方法で行われる自殺企図とは、明らかに異なる行動である。

しかし注意すべきなのは、そうした子どもは身体を傷つけなければおさまらないほどの不快感情を抱えている、もしくは助けを求めなければならぬほどの苦境に瀕しているという事実であり、その意味では、すでに十分に自殺リスクが高い。実際、Owens らのメタ分析⁵⁾によれば、十代において1回以上の自傷経験をもつ者のうち、7%は10年以内に自殺既遂で死亡しており、自傷行為の経験のない者に比べると、数百倍自殺死亡のリスクが高いという。単に自傷行為という表面的な行動を禁止することばかりに躍起となるのではなく、背景にある不快感情や苦境に関心を向ける必要がある。

3. 自殺未遂

自殺の意図からリストカットや過量服薬をした場合には、これは自傷行為ではなく、自殺未遂として緊急の対応をすべきである。自殺の意図から自らを傷つけた子どもは、近い将来、今度はより致死性の高い方法で自殺企図に及ぶリスクが高い。

子どもの多くは、どの程度切ったら、あるいは、どのくらい医薬品を服用したら致死性になるのかといった知識をもっていない。成人からみて「非致死性」と思われる方法による自傷行為でも、子ども自身は「致死性の予測」をもって行っていることがある。このような場合も自殺企図として対応するべきである。

4. 精神疾患

子どもの自殺行動の背景にある精神疾患としては、うつ病が最も多く、そのほかには統合失調症、パーソナリティ障害、摂食障害、アルコール・薬物乱用などがある。

すでに述べたように、子どもの場合、精神の変調は行動上の変化や身体症状として現われやすい。「学校に行き渋る」、「学業成績が急に低下する」、「ひきこもりがちになる」、「イライラしている」、「落ち着きがない」、「眠れない」、「食べられない」、「物事に関心を失う」、「原因不明の身体不調を訴える」といった変化に注意すべきである。

5. 安心感のもてない家庭環境

虐待被害、親の養育態度の歪み、両親の不和、頻繁な転居、同胞間の葛藤があると、家庭は子どもにとって安心感のもてない場所となってしまう。さらに、日頃から「家庭に居場所がない」、「家族から支援されていない」と感じている子どもは、学校でいじめや無視に遭遇すると、容易に深刻な孤立感、孤立無援感に襲われてしまう。

6. 独特の性格傾向・知的能力の高さ

未熟・依存的、衝動的、完璧主義といった性格は、子どもの自殺行動と密接に関連する。また Shaffer⁶⁾によれば、児童期においては、知的に高い子ども、あるいは、同年代よりも高い発達段階

にある子どもで自殺のリスクが高いという。

7. 喪失体験

離別、死別(とくに自殺)、失恋、病氣、急激な学力低下、予想外の失敗といった出来事は、たとえ大人には些細と思える出来事でも、子どもにとっては、かけがえのない人や物、あるいは夢や希望を失う、深刻な喪失体験となっている可能性がある。

8. 事故傾性

成人の場合でも、自殺の数か月前から、不慮の事故やけがに遭遇したり、定期的な服薬が守れなくなるなど、自身の安全と健康を保てなくなっている。これは無意識的な自己破壊行動として、事故傾性とよばれる。

同様に、子どもにおいても自殺行動に先立って事故やけがが頻発することがある。また、投げやりな態度、暴力、家出、違法薬物の乱用、性的逸脱といった、一見、非行・犯罪に相当する行動がみられることもある。

Ⅳ 自殺リスクのある子どもへの対応

1. 自殺念慮を尋ね、受け止める

自殺リスクのあると疑われる子どもに対しては、自殺念慮について真摯かつ率直に尋ねるべきである。子どもに自殺念慮に関する質問をしたからといって、自殺を誘発することはない。むしろ質問しなければ、自殺のリスク評価ができず、より深刻に事態になりかねない。

子どもが自殺念慮を告白したら、正直な告白に感謝の意を表し、まずは傾聴する必要がある。その際、援助者が自身の道徳観や生命観から「自殺を思いとどまるように」と説得するのは、百害あって一利なしである。また、頭ごなしに「自殺はいけない」と訴えるのも好ましくない。そのような叱責により、子どもは心を閉ざし、正直に自殺念慮を語れなくなるばかりか、援助者も子どもの自殺リスクの評価ができなくなってしまう。

重要なのは、自殺の是非をめぐる議論をせず、「死にたいと思うほど、あなたを追い詰めて

いる原因について詳しく教えて欲しい」と伝え、背景にある困難に焦点をあることである。そのうえで、困難を解決するための方策を一緒に考えるべきである。

2. チームを組む

自殺を考える者を一人の援助者が支えるのは困難なことである。医療関係者、教員、家族といった複数の援助資源が相互に連携し、子どもをチームで支える体制が必要である。単独で援助していると、ある時期濃厚に支援できても、やがて援助者が疲弊し、子どもの SOS への対応をやめてしまう危険がある。

3. 「秘密にしてほしい」に応じない

自殺リスクの高い子どもはしばしば、援助者に対して「親には内緒にしてほしい」と要求する。子どもとの関係性を重視してこの要請に応えたい誘惑に駆られる援助者もいるが、子どもの安全を保つうえで家族の協力は不可欠であり、また保護者には自分の子どもの自殺念慮について知る権利がある。したがって、この約束に応じるべきではない。「あなたの命を守るためには、多くの人の協力が欠かせない。家族にもあなたがつらい状況にあることを理解してもらふ必要がある」と伝えたい。

しかし一方で、子どもが親に知られることで何を恐れているのかには、配慮する必要がある。通常、子どもは自殺念慮という事実そのものを親が知るのを嫌がっているのではなく、その事実を知った親の反応を危惧している。具体的には、叱責、親の自責、あるいは無関心といった反応である。実際には、「親に内緒にしてほしい」と訴える子どもほど、家族内に深刻な問題を抱えており、家族を巻き込んだ支援を必要とすることが多い。したがって、単に親に事実を伝えるのではなく、親が事態を正しく理解し、子どもを支えようという気持ちになるように、援助者が仲介、誘導をする必要がある。

4. 危険な手段を取り除く

子どもが自殺のために用いようとする手段の

致死性の高さは、うつなどの精神症状や自殺念慮の重症度と相関するが、それでも最終的に行動に及ぶかどうかを決定づけるのは、そうした致死的な手段にアクセスしやすいかどうかである⁷⁾。したがって、自殺リスクの高い子どもの周辺から、刃物や医薬品、ロープといった、身体を傷つける手段となりうる危険な物を取り除くことが必要である。

5. 家族全体への支援を考える

すでに述べたように、「自殺傾向のある子どもの背後には、自殺傾向のある大人がいる」。家族自身も、経済的困窮や家庭不和、配偶者間暴力、アルコール乱用、精神障害への罹患といった問題を抱えていることが少なくない。自殺リスクの高い子どもを支援するには、保健所、福祉事務所、児童相談所などの地域の行政機関と連携したり、ときには親を精神科治療につなげるなど、家族全体の支援を考慮する必要がある。

6. 自傷行為を頭ごなしに叱責しない

習慣的にくり返される自傷行為は、しばしば周囲に「挑戦的」・「操作的」という印象を与え、大人たちは次第にその子どもに対して怒りを感じるようになる。しかし、意外に知られていないが、自傷行為の 90%以上は人目を隠れて行われ、しかも誰にも告白されないものである。しかも、告白や相談しない子どものほうがはるかにうつ症状や自殺念慮が重篤であることも明らかにされている⁸⁾。つまり、自傷行為とは単に身体を傷つけるだけでなく、傷の手当てや助けを求めない態度も含めた、一連の行動全体を指している。したがって、自傷行為の告白や傷の手当ての要求は、「確かに自分を傷つけてしまったが、それでも自分を大事にしたい気持ちがあった」と理解すべきである。

自傷行為の告白をしたり、傷の手当てを求めて来院した子どもに対して、叱責や説教をしたり、わざと冷淡な態度をとるのは適切な態度とはいえない。むしろ、「正直にいつてくれてありがとう」、「よく来たね」とねぎらいが必要である。そのうえで、背景にある困難の解決策や、自傷行為

に代わる、より健康的な気紛らわしの方法について話し合うべきである。

おわりに

自殺リスクの高い子どもは援助希求性が乏しい。悩みを抱える子どもの多くがそのことを、親や教師、メンタルヘルスの専門家に相談しない。彼らが相談するのは決まって友人であり、その際、必ず「親や先生にはいわないで」とつけ加える。友人は秘密を忠実に守るが、本人の死にたい気持ちはいつになっても消えない。やがて友人は愛想を尽かして本人から離れる。あるいは、友人も死にたい気持ちになってしまう。つまり、せっかく友人に相談しても、困難の解決にはたどり着けないのである⁹⁾。

自殺予防教育においていま必要とされているのは、子どもに対するメンタルヘルス教育である。伝えるべきは以下のような内容である。「人は誰でも気分が落ち込み、ときには死にたくなったり、自分を傷つけてしまうこともある。もしも友だちがそうになったら、見てみないふりをしないで、“あなたの力になりたい”と声をかけてあげよう。たとえ友人が“誰にもいわないで”といっても、“あなたのことが心配。私一人ではあなたを助けられない”と伝えて、信頼できる大人につなごう」といった内容である。

もっとも、この教育が功を奏するには、子どもたちからの「つなぎ」にえられる、「信頼できる大人」が家庭や地域、学校、医療機関に数多く存在している必要がある。

文 献

- 1) 文部科学省：子どもの自殺の実態。文部科学省 教師が知っておきたい子どもの自殺予防、文部科学省、東京、pp1-5, 2009
文部科学省ホームページより PDF ファイルのダウンロードが可能 http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/046/gaiyou/1259186.htm
- 2) Matsumoto T, Imamura F: Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci* 62: 123-125, 2008
- 3) Sabbath JC: The suicidal adolescent: the expendable child. *J Am Acad Child Psychiatry* 8:

Key Points

- ① 最近 30 年以上、中学生・高校生の自殺者総数は 300 名/年前後で推移しているが、人口 10 万人あたりの自殺死亡率は 1998 年以降緩徐に増加している。
- ② 全自殺者における未成年の割合は約 2%にすぎないが、自殺はこの年代における死因の上位を占めている。
- ③ 子どもは他人の自殺の影響を受けやすく、非現実的な死生観をもっている。また、子どもの精神変調は、行動上の変化や身体症状として現われやすい。
- ④ 子どもの自殺のサインは、自殺念慮、自傷行為、自殺未遂、精神疾患、安心感のもてない家庭環境、喪失体験、事故傾性である。
- ⑤ 子どもの自殺の背景にはしばしば家族の問題があり、家族全体の支援が必要となることも少なくない。

272-289, 1969

- 4) Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T: Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 1087-1097, 1994
- 5) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Bri J Psychiatry* 181: 193-199, 2002
- 6) Shaffer D: Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 15: 275-291, 1974
- 7) Pfeffer CR: Suicidal behavior in children: an emphasis on developmental influences. In Hawton K, van Heeringen K (eds): *International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chichester, pp237-248, 2000
- 8) Hawton K, Rodham K, 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—思春期における予防と介入の手引き, 金剛出版, 東京, 2008)
- 9) Jacobs D, Walsh B, McDade M, et al: Signs of self-injury: ACT to prevent self-injury high school implementation guide and resources, Screening for Mental Health, Inc. and The Bridge of Central MA, 2007 (松本俊彦監訳: 学校における自傷予防—「自傷のサイン」プログラム実施マニュアル, 金剛出版, 東京, 2010)

市民公開シンポジウム 自殺予防と嗜癖問題

松本俊彦、後藤 恵、藤岡淳子、田辺 等

嗜癖問題と自傷・自殺

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
薬物依存研究部/自殺予防総合対策センター)

自傷と自殺

わが国の年間自殺者総数が1998年以降毎年3万人を超える状況の中で、自殺対策基本法あるいは自殺総合対策大綱に基づいた国家的な対策が講じられている。当初メンタルヘルスの対策はうつ病に限られていたが、2008年に一部大綱が改正になり、アルコール・薬物の依存症も視野に入れることになった。しかし、実効的な施策はいまだ打たれていない印象を持っている。

アメリカ精神医学会が2010年4月に発表したDSM-5ドラフト版では、これまで物質関連障害とされていたカテゴリーにおける「依存」という語が「アディクションとその関連障害」と変更され、「物質使用問題」は「物質使用障害」と改め、その中で重症度別分類をするとのことである。また、病的賭博もこの「アディクションとその関連障害」の中に入れてはどうかという提言もされている。われわれも、メンタルヘルス対策全般、とりわけ自殺対策に関して嗜癖をもっと視野に入れていきたいと考える。

自殺とは、自殺の意図を持って、死を目的とし、死に至る予測の下に客観的に見ても致死性の

高い方法で自分の身体を傷つけるものである。Shneidmanは「自殺者の心理は心理的視野狭窄の状態にある」——つまり、自分が遭遇している困難からの唯一の「脱出口」として自殺を考える傾向があるとしている(表1)。

一方、自傷行為は、非致死性の予測の下に、客観的に見ても致死性の低い方法で自分の身体を傷つけるものである。Favazzaによれば、これは「正常への再入場口」であり、混乱して行き詰まった時、冷静になるために自傷行為を用いるのだとする。このように教科書的に対比すると自傷と自殺は明確に分かれるのであるが、臨床現場においてはこの中間にあたるケースがかなり多くある点に難しさがあると言えよう。

図1は、わが国の自殺既遂者が自殺に用いた手段の分類を示したものである。どの年代の男女とも自殺既遂の6～7割は縊首によって行われてい

表1 自傷と自殺の違い

自傷行為	自殺意図
自殺以外の意図	自殺の意図
非致死性の予測	致死性の予測
非致死的な手段	致死的な手段
「正気への再入場口」	「困難からの脱出」

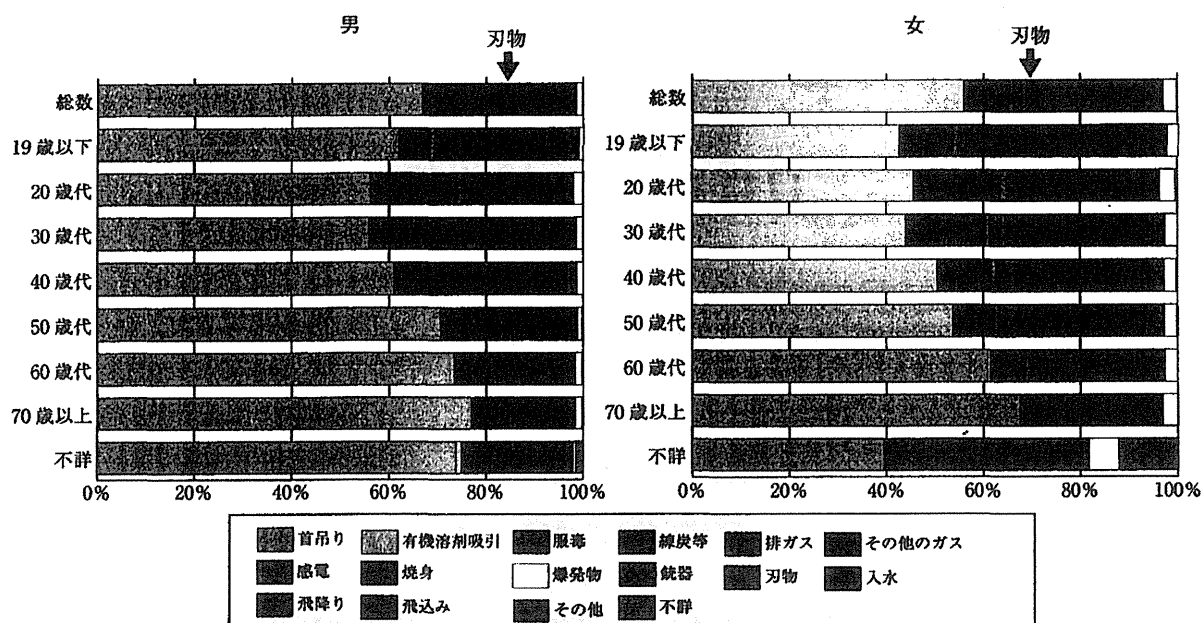


図1 平成19年における男女別・年齢階級別(10歳階級)・自殺の手段別の自殺者数の構成割合
(内閣府：平成20年度版自殺対策白書より引用)

る。刃物による死亡者はごく少なく、しかもそのほとんどが腕や胸や腹を刺している。つまり、リストカットは死ぬためには非常に効率の悪い方法なのである。ではなぜ、そのような方法で自分の身体を傷つけるのか。内外のさまざまな研究が明らかにしている自傷行為の理由として最も多いのは、不快感情への対処である。激しい怒り、激しい抑うつ、激しい緊張や不安といった辛い感情を抱えた時、自分で苦しみを緩和する方法として自傷は使われる。

わが国の一般青少年から自傷経験者を抽出しアンケートを取ったところ、リストカットの好発年齢は13歳であった。アメリカでは12歳、イギリスでは11～13歳と報告されている。いずれの国もほぼ思春期の入口にあたる時期に自傷行為が開始されていることがわかる。

意外なことに、人生最初の自傷行為に限っては、そのほとんどが自殺を意図として行われる傾向がある。家族や友人とうまく行かない、自分はいない方がいいといった気持ちの延長上で自分を切るものの、浅い傷であるため失敗する。しかし、自傷行為という形で自分の身体に痛みを加えると脳内モルヒネ様物質であるエンケファリンの分泌が高まり、一種の無感覚状態、麻痺状態になること

が指摘されている。このことは、死にたいほどの辛さ、深刻な「心の痛み」が、自傷行為によって「身体の痛み」を与えることで「鎮痛」され、生き延びることに成功する、といったメカニズムの存在を推測させる。

自傷行為に心の痛みを緩和する効果があることを発見すると、隠れてこれを繰り返すようになる。つまり「自分をコントロールするための自傷」である。しかし、次第に耐性が上がり頻度や重篤度が高まり、「切っても辛いし、切らなきゃなお辛い」という状態に陥る段階に達すると、自傷行為は周囲に発見され、周囲の大きな反応を引き起こす。この段階において一部の者は、「自分が切ったり切らなかったりする」ことで周囲を動かすことができるという、自傷行為が持つ別のパワーを発見し、今度は「周囲をコントロールするための自傷」にはまってしまう。すなわち、境界性パーソナリティ障害に特徴的な操作的かつ演技的な自傷である。しかし、この「周囲をコントロールするための自傷」も耐性獲得が見られる。周囲が自傷行為に慣れてしまうのである。こうなると、自傷者は自殺企図(自殺の意図から自らの身体に損傷を加えること)に及ぶ危険が高い。なお、彼らが自殺企図におよぶ際の特徴は、ふだん自傷行為に用いてい

る方法は用いないということである。

自傷行為をする人々は、実は自殺念慮自体を抱いた経験を持つ者が多い。そして自殺をする時には必ず通常とは違う方法を用いることも非常によく知られているが、その方法が過量服薬である。医療機関を調査したところでは、自傷を繰り返す患者の77%に過量服薬の経験があることがわかっている。過量服薬の場合、非致死性の予測はかなり難しい。体調不良、肝機能低下による代謝不全、あるいはアルコールとの併用などがあれば少量の服薬で死に至ることもあるからである。また、過量服薬で救命救急センターに搬送された人々に意識回復後に理由を聞くと、「何もかも忘れて眠りたかった」などと言い、意図が非常に曖昧である。さらに、過量服薬の場合は大事に至ることが多いため、自分から離れていきそうな友人や恋人との絆を取り戻すことができる。もちろんこれは錯覚に過ぎないのだが、これによって周囲から思わぬ強化を受け、ますますエスカレートしていく場合が少なくない。

自己破壊的行動スペクトラム

われわれは過去3年間に渡って心理学的剖検調査を行ってきたが、自殺既遂者の最も親しい家族に対し故人の生き方と死にざまの細かい調査を行う中で1つわかったことは、精神科に通院している自殺既遂者が多いことであった。これまで自殺

者に実際の通院患者は少ないと言われてきたが、予想以上に多かったのである。ただしこれは非常に偏ったサンプルであるから、慎重に解釈する必要があるだろう。

この精神科に通院しながら命を落とした人々には、30代前半以下の女性が多いという特徴があった。最終的に縊首や飛び降りなど致死性の高い行為によって死亡するのだが、その際に過量服薬をし、おそらく酩酊状態の中でその行為に至ったと見られる。酩酊により衝動制御が低下し、ブレーキが利かなくなってしまうためであろう。つまり、過量服薬によって生存期間を短くした可能性があるということなのである。

多くの先行研究が、長期的に見た場合、リストカットは自殺の危険因子であるとしている。英国の研究者によるメタ分析は、10代において1回でも自傷経験のある者は10年後に自殺既遂に至る確率がオッズ比にして400～700倍高い、ということを明らかにしている。自傷と自殺は短期的には異なるものであるが、10年というスパンで見ると重なる部分がかなり出てくることになる。言い換えれば、自傷は自殺とは異なる行為だが、長期的にはきわめて重要な自殺の危険因子なのである。

自己破壊的行動スペクトラムとして、図2の横軸に「自傷行為の手段・方法の致死性の高さ」、縦軸に「致死的な意図の強さ」をとった。

1930年代に Menninger は自傷を「局所性自殺」

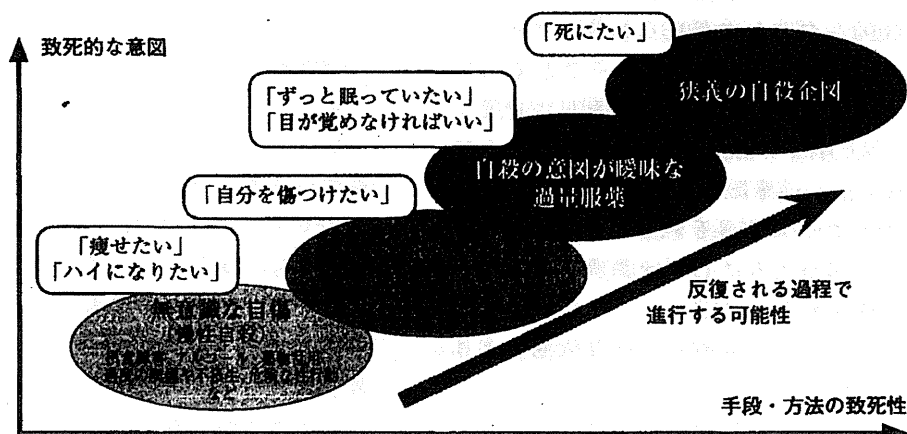


図2 自己破壊行動スペクトラム～「故意に自分の健康を害する」行動のアディクション～

と表現したが、リストカットのような「意識的な自傷」はこの図の中央付近に位置できる。爬虫類が自分の命を守るために尻尾を切って逃げるような行為と言えよう。その行為は自殺を意図したものではないが、「自分を傷つけている」ことは自覚している。これよりも致死的な意図が強く、致死性の高い方法で自分の身体を傷つける行為を自殺企図と呼ぶが、すでに述べたようにこの2つは決して無関係ではない。そしてその対極にあるのが「無意識的な自傷 (Menningerによれば「慢性自殺」)」である。そこには摂食障害、アルコール・薬物などの依存症、ヘビー・スモッキング、それから、避妊しないセックスや不特定多数とのセックスといった危険な性行動などが含まれる。彼らは、自殺を意図していないどころか、「自分を傷つけている」という自覚さえない。

アルコール・薬物依存と自殺のリスクには非常に密接な関連がある。また、摂食障害は、自殺とは一見無関係のようだが、HarrisとBarracloughのメタ分析によれば、予後調査を行うとすべての精神障害の中で突出して自殺率の高い障害は摂食障害であり、以下、薬物依存症、うつ病、アルコール依存症の順で続いている。しかもわれわれの調査から、リストカットを行う患者に摂食障害が併存した場合、近い将来における重篤な自殺行動のリスクが非常に高くなることがわかっている。それに次いでリストカット患者の自殺リスクを高める要因はアルコール・薬物問題の併存である。つまり、意識的な自傷と無意識的な自傷が併存した場合は自殺率がさらに上がるということである。

なお、自傷行為と自殺企図との中間に位置しているのが、処方薬や市販薬の過量摂取、いわゆるOD (overdose: 過量服薬) である。病歴の長い自傷者の多くが過量服薬を繰り返すようになるが、すでに述べたようにODは非致死性の予測や意図の点で曖昧なところがあり、リストカットのような身体表面に対する直接的な身体損傷よりも自殺に近い行動と言える。

われわれが行った心理学的剖検調査によれば、35歳未満の自殺既遂者のプロセスには、10代の時に意識的もしくは無意識的な自傷で生き延び、20代半ばから過量服薬を繰り返し、30代初め頃

に過量服薬時の酩酊状態の中で縊首などの致死性の高い自殺行動で死亡するというパターンが見られる。このことは、ある時期、死にたいほど辛い状況を生き延びるためにアディクションを必要としながら、長期的にはそのアディクションという一時しのぎによって逆に自分の死をたぐり寄せてしまう可能性を示している。われわれはこのスペクトラムを意識しながら自殺対策に関わっていく必要があると思う。

援助にあたって

援助者に覚えておいてほしいのは、リストカットや過量服薬をしながら医療機関にも相談機関にも行かない者が地域の中かなり存在することである。英国、米国、フランスでそれぞれ独立に行われた調査によると、リストカットや過量服薬をやっている若者で医療機関や相談機関に行った者はどの国でも1割以下であったという。

ではその1割にはどんな特徴があったのか。当初、自傷行為や過量服薬によってもたらされた結果が「医学的に重症であったからであろう」と予測されたが、分析結果はその予測を支持せず、行った者と行かなかった者との医学的重症度に差はなかったのである。むしろ、行かなかった者はうつ状態が深刻であったり、自分のことが嫌いであったり、人が信用できなかつたり、さらには、死にたい気持ちが強かったことが明らかにされた。このことは、メンタルヘルス問題がより重篤な者の方が専門機関につながっていないという事実を示している。

言いかえれば、自傷行為とは、単に自分の身体を傷つけるだけでなく、その後に自分の身体をケアしないことも含めた行動を指す用語なのである。さらに言えば、身体をケアしないだけではなく、辛いことがあっても誰にも相談しないことも自傷行為に含まれる。だから、もしもそうした若者が自傷を告白に来た場合、われわれ援助者が言わなければならない言葉は「よく来たね」である。

自殺リスクの高い人々は援助希求行動が乏しい。だからこそ、頭ごなしに自傷を禁止しないようにすることが大切である。リストカットがその

まま発展して死に至るわけではない。辛い時に誰にも助けを求めず1人で解決することが自殺リスクを高めるのであり、自殺予防という観点から言えば、援助関係を継続することが重要なのである。援助希求能力を育てることを大切にし、助けを求めること、辛い気持ちを正直に話すことはいいことだということを援助の中で伝えていきたいものである。

なお、医師が治療にあたる時、薬物療法にはぜひ注意してほしい。われわれの調査によれば、わが国における向精神薬は現在、覚せい剤に次いで乱用薬物第2位のポジションに位置している。この10年で向精神薬乱用・依存患者は急激に増加しているが、その患者は同時に自傷行為や過量服薬を繰り返す患者でもある。われわれが全国7カ所の依存症専門病院の外来通院患者を対象として行った、乱用物質別に見た依存症患者の自殺リスクに関する調査では、向精神薬依存症患者の自殺リスクはアルコール依存症患者や覚せい剤依存症患者よりもはるかに高い。構造化面接(MINI)では、その54.8%が「高度な自殺傾向」と判定され、調査1カ月以内前に自殺企図に及んでいた者は3割にものぼっていた。このことは、向精神薬乱用・依存の臨床はそのままアディクションと自殺の臨床であることを意味している。

さらに驚くべきことは、向精神薬依存症患者に乱用薬物を供給している「売人」は、精神科医なのである。というのも、向精神薬依存症患者の85.7%が、依存症専門病院で治療を受ける以前は、別の精神医学的問題を主訴として精神科治療を受けていたのである。

自傷する人たちが過量服薬のハイリスク群であることを考慮すれば、精神科医は彼らに向精神薬依存症にしないよう配慮していく責務がある。これは決して薬物療法をするなという意味ではない。薬物療法は重要な支援資源であるが、しかしそれもまた一時しのぎにすぎない。薬を使って症状がおさまったならば、その背景にある現実的な困難やトラウマに介入しないでよしとする態度では、いたずらに向精神薬依存患者を増やすだけと

なるであろう。

同様の理由から、精神科病院における頓服薬の問題にも注意を喚起しておきたい。従来、多くの精神科病院では、入院患者に対して不眠時薬と不穏時薬を3段階まで指示する習慣があったが、その結果、入院期間中に患者がすっかり薬漬けになってしまっている印象があった。結局、この頓服薬という文化は、患者のためではなく、むしろ夜勤の看護師の疲労を減じ、当直医の安眠を守るためのものでしかないのではなかろうか？ アディクションと自殺という軸でものを考えていくと、これまでの精神科医療のあり方を見直し、ドラスティックに変えていく必要性に突き当たるように思えてならない。

その意味では、2008年に出された「自殺対策加速化プラン」は評価に値する行政文書である。というのも、そこでは、自殺対策の新たなターゲットとしてアルコール・薬物の依存症が掲げられるとともに、リストカットのような自傷行為を繰り返す思春期・青年期の若者たちを教育機関・相談機関・保健機関・医療機関が連携して地域において支えていくことと明記されているからである。しかし実際にはかけ声だけで終わっていて、具体策はいまだ提示されていない。

現在の自殺対策は「総合的対策」という名のもとに、メンタルヘルス対策に特化せずに、生活経済問題などを含めた、総合的な社会全体の取り組みとしてやっていくべきという趣旨で動いている。もちろん、それは正しい方向性である。しかし問題は、その総合的な自殺対策におけるメンタルヘルス対策がきわめて単純な「うつ病対策」、あるいは「『精神科に行こう』キャンペーン」に墮してしまっていることである。

私はメンタルヘルス対策そのものもまた総合的であるべきだと考えている。その意味では、精神科に行った先での援助の質を高めることが大切であり、自傷行為やアディクションといった、これまで精神科医療関係者から冷遇され、忌避され、さらには精神科医療によって悪化させられてきた人たちと向き合い直すことが必要である。

労働者におけるアルコールの問題と自殺

赤澤正人，松本俊彦

労働者におけるアルコールの問題と自殺

赤澤正人, 松本俊彦

はじめに

わが国の自殺による死亡者数は1998年に3万人を超えて以降、12年間にわたって高止まりのまま推移している。警察庁の自殺の概要資料¹⁾によると、2009年における職業別の自殺の状況では、無職者が57.0%と自殺者の半数以上を占め、次いで被雇用者・勤め人が27.9%、自営業・家族従事者が9.7%となっている。自殺者全体に占める割合だけを見ると労働者の占める割合は無職者よりも低いが、労働者の自殺予防も自殺対策において重要な課題である。それは、厚生労働省が公表した自殺・うつ対策の経済的便益（自殺やうつによる社会的損失）²⁾からも明らかである。これによると、2009年に自殺で亡くなった15歳～69歳の人々が70歳まで働き続けたとして、稼働所得の合計が約1.9兆円であり、社会経済的損失といった観点からも自殺予防はわが国の重要な課題であると言える。

労働者の自殺を予防するといった観点から、「職業性ストレスによるうつ病」の問題が注目されるようになり³⁾、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」⁴⁾と合わせて、職場におけるストレスチェックやうつ病の早期発見・早期治療といったメンタルヘルス対策が実施されている。しかしながら、うつ病だけに特化した対策では、アルコール乱用・依存といった自殺との関連が深い

精神障害が看過される危険性をはらんでいる。海外の自殺研究では、アルコールなどの精神活性物質の使用と自殺との関係が繰り返し指摘されており、WHOのガイドラインにおいても、アルコール乱用・依存は、うつ病とともに自殺に関連する精神障害として必ず引き合いに出されている。2008年10月に一部改正された自殺総合対策大綱（「自殺対策加速化プラン」）の中で、「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」としてアルコール依存症などが言及されたが⁵⁾、その支援体制に関して何らかの具体的な指針が示されているわけではない。

そこで今回は、アルコールと自殺の関連についての内外における先行研究の知見や、われわれの調査研究から得られたアルコールの問題と自殺に関する知見を整理して報告し、今後の自殺対策や労働者の自殺予防の展開に関する提言を行いたい。

I. アルコール乱用・依存と自殺

1) 海外の先行研究

海外における心理学的剖検による自殺既遂者の調査によれば、自殺者の少なくとも2～3割はその行為の直前に物質関連障害に罹患しているという。たとえば、その先進的な国家的対策によって自殺死亡率減少に成功したフィンランドにおける大規模な心理学的剖検調査⁶⁾でも、自殺既遂者の