
米国の学校における自殺予防教育

さて、2010年11月14日から11月21日まで、文科省の検討会の委員である阪中順子(大和高田市磐園小学校教諭、臨床心理士)、窪田由紀(九州産業大学教授、臨床心理士)、高橋祥友(防衛医科大学校教授、精神科医)の3人がマサチューセッツ州とメイン州を訪問し、学校における自殺予防教育について視察してきた。

自殺率は人口10万人当たりの年間の自殺者数で表される。最近の米国の自殺率は約11であり、日本(約25)の半分以下である。過去半世紀を振り返っても、米国は先進国の中でも比較的低い自殺率(11~12)で推移してきた。ところが、1950年代から1980年代にかけて、全人口の自殺率が低い水準に留まっていたにもかかわらず、若者の自殺率が上昇してきたことが深刻な社会問題と見なされ、高等学校レベルでの自殺予防対策が始められた。最近でこそ、若者の自殺率の上昇は止まったものの、この世代の自殺予防に対する社会の関心は高い。

青少年が自殺の問題を抱えたときに、相談する相手というのは、親や教師ではなく、圧倒的に同世代の仲間である。そして、相談された生徒自身もどのように対応したらよいかかわからず、問題がますます深刻になってしまいかねない。そこで、生徒を直接対象とした自殺予防教育をすべきであると考えられるようになった。なお、生徒を相手に自殺について話をしても、けっしてその危険のない生徒の自殺を誘発するようなことはないとも実証されている。

一口に米国といっても、州によってこの種の教育は大きく異なる。また、同じ州内でも、学区によって、自殺予防教育に対する熱意はさまざまである。ワシントン、ルイジアナ、フロリダ、マサチューセッツ、メイン州などが学校における自殺予防教育が進んでいる州として知られている。

まず、自殺予防教育を開始する前に、全教師の間で生徒の自殺がい

かに深刻か、そして、その対応が必要であるといった点について十分に合意に達しておくことが前提となる。生徒に自殺予防について話した際に、ハイリスクの生徒が見つかったら、どのように対応したらよいのか不安に感ずる教師も当然いる。そこで、このような不安を克服するための対策も考えておく必要がある。

さらに、地域の精神保健の専門家とのネットワーク作りも欠かせない。予防教育の過程でハイリスクの生徒に気づいたら、適切な治療へと紹介できるシステム作りをしておく。

予防教育を担当する教師に適切な訓練を受けさせることも重要である。スクールカウンセラーであったり、健康教育担当の教師であったりと、学校によって自殺予防教育を担当する人が異なるが、事前に適切な訓練を受けて、最新の知見を得ておく必要がある。

保護者にも自殺予防教育の重要性を十分に説明する。さらに、自分の子どもがこの種の教育を受けることを望まない保護者はその旨を学校に伝えるという形でインフォームド・コンセントを得ている。

自殺予防教育では具体的に次のような点が取り上げられる。

- ① 自殺がいかに深刻であるかを中立的な立場で伝える。データそのものが事態の深刻さを物語るようにし、自殺が罪であるとか、道徳的な問題であるとかいった態度は取らない。
- ② うつ病や薬物（アルコールも含めて）乱用の問題を指摘するとともに、その症状を解説する。
- ③ 同世代の仲間に自殺の危険を感じた際に、どのように対応すべきか教育する。けっして友達同士で秘密にしないで、信頼できる大人にかならず相談することを強調する。ACTを強調する。ACTとは acknowledge（問題に「気づく」）、care（誠実な態度で「関わる」）、tell a trusted adult（信頼できる大人にかならず「つなぐ」）の頭文字をとったものである。

-
- ④ 地域の治療機関について情報を集める。生徒自身が病院や電話相談機関を訪問して、教室で発表するという形式を取ることもある。

米国では、健康的な食事、発達、精神疾患や身体疾患の予防、性教育、育児、介護などが健康教育の中で教えられているが、自殺予防も健康教育の一環として取り上げられている。学校の事情によって、自殺予防が1コマないし3～5コマ実施されている。対象学年は高等学校のある一学年だけの場合もあれば、中・高等学校のすべての学年で実施されている場合もある。

そして、教育終了後にはアンケートに回答してもらい、ハイリスクの生徒を早い段階で発見するように試みる。まず、スクールカウンセラーや学校に常駐する看護師がハイリスクの生徒の面接に当たる。さらに専門的な治療が必要な場合には、地域の精神科医や臨床心理士といった専門家による治療へと紹介することもあるが、多くの場合、学校でのカウンセリングで十分に対応できているという。

自殺予防教育においてとくに強調されている点は、①長い人生において、自殺にまで追いつめられるような深刻な事態を経験することは決して他人事ではなく、そのような危険を示すサインを早い段階で気づくことが重要である、②問題をひとりで抱え込まずに、誰かに援助を求めるといった態度が必要である。関係者が異口同音に指摘するのは、自殺予防教育が、長い人生のメンタルヘルスの基礎となるはずであるという点であった。

まとめ

子どもに自殺について話すと「寝ている子を起こすのではないか」という不安が現時点ではわが国では強いというのは否定できない。しかし、これは大人の不安を投影しているのかもしれない。子どもは自殺についてすでにさまざまな情報を手にしており、けっして「寝て」

などはない。子どもが手にしている情報のほとんどが誤った情報といっても過言ではない。そこで、むしろ正しい情報や対応について教えるべきではないだろうか。

青少年期のこころの健康はその後の人生のメンタルヘルスに関わる重要な問題である。わが国では子どもの自殺が起きるとマスメディアがいじめとの関連ばかりに焦点を当ててセンセーショナルに報道し、それがまた複数の子どもの自殺を誘発しかねない。そろそろわが国でも、この深刻な問題を直視して、米国のように、子どもを直接対象とした自殺予防教育について真剣に検討する時が来ていると思われる。

推薦図書（さらに詳しく知りたい方のために）

ケスラー・ハイデ，H.（高橋祥友・監修、加納教孝・訳）：我が子の自殺のサインを読みとる，インデックス出版，2005

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，2009

文部科学省：子どもの自殺が起きた時の緊急対応の手引き，文部科学省，2009

フェファー，C.R（高橋祥友・訳）：死に急ぐ子供たち；小児の自殺の臨床精神医学的研究，中央洋書出版部，1990

高橋祥友：新訂増補 自殺の危険；臨床的評価と危機介入，金剛出版，2006

高橋祥友・編：現代のエスプリ 488号「子どもの自殺予防」，至文堂，2008

高橋祥友・編著：改訂新版・青少年のための自殺予防マニュアル，金剛出版，2008

「うつ病」をめぐる混沌



防衛医科大学校 防衛医学研究センター
行動科学研究部門 (埼玉県所沢市)
高橋祥友 たかはし よしとも

典型的なうつ病とは

うつ病とはどのような病気であるのだろうか？ まず、典型的なうつ病の症状を解説した上で、最近、うつ病として問題になっているトピックスに進んでいこう。

表1に、米国精神医学会が定めた大うつ病 (major depression) の診断基準を掲げた。精神医学を専門とする読者以外には、「大うつ病」とは聞き慣れない術語だろう。これは major を機械的に「大」と訳されたものがそのまま定着したためである。むしろ、中核うつ病、典型うつ病、重症うつ病などと考えてもらえば、概要はとらえることができるだろう¹⁾。

要するに、この診断基準では次のようないくつかの厳しい条件を満たした場合だけ、大うつ病と診断されることになる。

- ①診断基準にあげられた症状が基準以上に認められる (A, B 合計で5症状以上)
- ②症状の持続期間 (ほぼ毎日、2週間以上)
- ③症状のためにさまざまな領域に障害が生じる
- ④除外診断：症状は身体疾患や薬物の影響によって生じている訳ではない

うつ病の基本症状の理解のために

前項で米国精神医学会が定めた診断基準を解説したが、これではやや難解すぎるかもしれない。そこで筆者なりに、うつ病をもう少し簡潔にまとめておこう。

1) うつ病の原因

一般の人から「どうしてうつ病を発病するのか？」という質問をよく受ける。その際に、筆者は図1のようなベン図を描いて説明することになっている。「環境因」「性格」「素因」が互に関連しあって、うつ病が発病すると考えられる。

環境因はストレッサーとしてもよいだろう。一般にストレッサーとうつ病の発病の関係が強調されがちである。たしかに非常に強いストレッサーだけでうつ病を発病する人もいるのだが、どれほどストレッサーが強くても、うつ病を発病しない人もいる。

「うつ病にかかりやすい性格」というものもある。几帳面、生真面目、仕事熱心で、周囲との和を重んじ、極端な自己主張を避けるといった、執着性格、メランコリー親和型性格といったものがうつ病の病前性格として指摘されて

表 1 大うつ病エピソードの診断基準
(米国精神医学会)

A. 以下の症状のうち、少なくとも 1 つがある。
1. 抑うつ気分
2. 興味または喜びの喪失
B. さらに、以下の症状を併せて、合計で 5 つ以上が認められる。
3. 食欲の減退あるいは増加、体重の減少あるいは増加
4. 不眠あるいは睡眠過多
5. 精神運動性の焦燥または制止（沈滞）
6. 易疲労感または気力の減退
7. 無価値感または過剰（不適切）な罪責感
8. 思考力や集中力の減退または決断困難
9. 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図
・上記の症状がほとんど 1 日中、ほとんど毎日あり、2 週間以上にわたっている。
・症状のために著しい苦痛または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
・これらの症状は一般身体疾患や物質依存（薬物またはアルコールなど）では説明できない。

米国精神医学会監修、高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳：『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版』¹⁾より

いる。ただし、周囲からは能力が高いと評価されているのだが、本人は自己の能力に自信がない。それを補おうとするために必死になって努力している。自己評価よりも他者からどのように見られているのかに過度に敏感であるといった性格特徴もある。まとめると、自己不全感、完全癖、対他過敏性といった特徴である。

認知療法理論などからは、うつ病になりやすい人の性格として、過去は失敗ばかりであったと認識され、現在の自分に対する評価も低い。このような否定的な過去と現在から導き出される未来もまた暗く閉ざされたものであるという世界観に圧倒されているという。

素因であるが、家系的にうつ病になりやすい

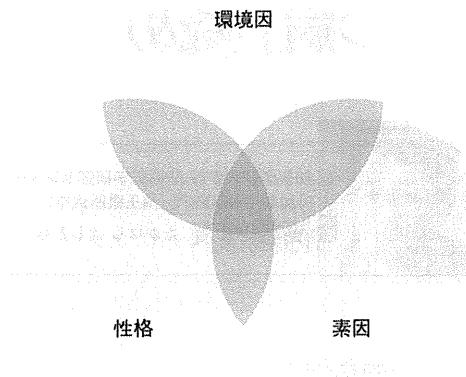


図 1 うつ病の原因

傾向と言ってもよいだろう。同胞 5 人中 4 人がうつ病であるといった場合、残りの 1 人もうつ病を発病する可能性は、同胞にうつ病患者がいない人よりも高いと考えられる。

ある特定の患者にとって、以上の三要因のうちのどれがより強い関与をしているのかを考えていく。場合によっては、すべての要因が非常に重要な影響を及ぼしているといった深刻な症例もある。

2) 症状

うつ病をごく単純化して言えば、気分・感情、思考・意欲、身体のさまざまな面に多様な症状を呈する病気であると言える^{2,7)}。

①気分・感情の症状

気分が沈み、涙もなく涙ぐむ。自己に対する評価が極端に落ち、自信を失い、自分を責める。後悔ばかりして、絶望感が強まり、悲観的な未来しか思い浮かばない。しばしば自殺が頭をかすめる。不安が強まり、落ち着かず、イライラした感じが強くなる。重症になると、じっと座っていたり、横になっていることもでき

ず、部屋中をウロウロと歩き回ったり、髪をかきむしったりする様子で明らかになる。

②思考・意欲の症状

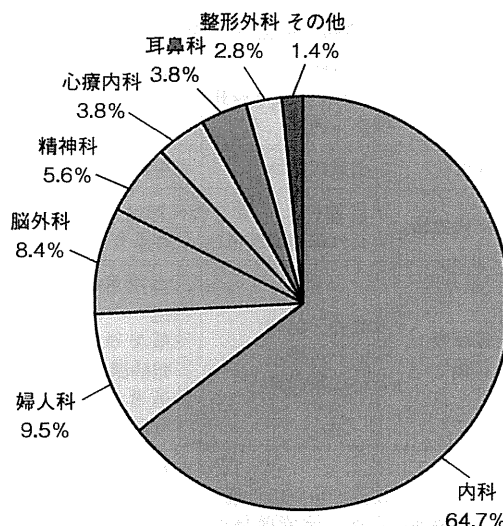
思考力が落ちて、いつもならばすぐにできることでも、多くのエネルギーが必要になる。なかなか仕事にとりかかれず、先送りにする、仕事にとりかかっても時間ばかりかかって仕上がらない、注意が集中できない、人と会るのが億劫だといった訴えも多い。

日常生活ではいくつもの決断を迫られるのだが、これは重要な決断ばかりではなく、ごくあたりまえの選択の場合も多い。ところが、うつ病になると、いつもならば何の苦もなくできていた日常的な決断を下すことさえ難しくなる。「Aと決めようとする、Bにしておくほうがよいのではないか」と思い「Bに決めようとする、Aにしておくほうがよいのではないか」と迷い、いつもならば難なく決断しているのに、簡単な決断を下すのにも多くのエネルギーを使い果たしてしまう。

③身体症状

不眠はほとんどの例に現れる。いつもよりも早い時間に目が覚めてしまい（早朝覚醒）、周囲に気づかれないような時間に自殺が実行されることがある。また、食欲不振や、その結果として体重減少もしばしば認められる（それほど多くはないが、時には過剰な睡眠や体重の増加を示す人もいる）。

さらに、およそありとあらゆる身体症状が出現する可能性がある。たとえば頭痛、頭重感、めまい、かすみ目、耳鳴り、声のかすれ、動悸、息苦しさ、腹部膨満感、便秘、下痢、関節痛、性欲減退、残尿感、頻尿感、微熱、疲れやすさなど、どのような症状が出ても不思議では



三木治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態⁶⁾より

図2 うつ病患者の初診診療科

ない。1つだけの症状にこだわりつづける人もいれば、複数の症状を訴える人もいる。また、ある症状がよくなると他の症状を気にしはじめる人もいる。うつ病を発病した人自身もそして家族も、これがうつ病の症状であると気づくことは少なく、うつ病患者が最初に受診する科は圧倒的に精神科以外の科である（図2）⁶⁾。

特に言語で自分の症状をうまく訴えられない子どもや、精神障害に対して偏見の強い高齢者では、気分や感情、思考や意欲の症状が背景に隠れていて、さまざまな身体症状が前面に出ている場合もしばしばあるので、十分な注意が必要である^{8, 9)}。

なお、うつ病も重症例では妄想が出現することがある。これは現実には存在しないことを確信し、事実を突きつけられても修正不可能な体験をさす。うつ病では、微小妄想、貧困妄想、心気妄想などが現れることがある。

表2 大うつ病と新型うつ病の比較

	大うつ病 (メランコリー親和 型うつ病)	新型うつ病 (ディスチミア親和 型うつ病)
年代	中高年に多い	青年に多い
病前性格	執着性格, メラン コリー親和型性格	未熟, 逃避傾向, ひきこもり
症状の 特徴	焦燥と抑制 強い自責感 強い自殺念慮	自己不全感, 倦怠 感 他者や社会への否 定的感情 他者を操作するよ うな自傷
治療関係	初期は治療に抵抗 徐々に治療効果を 受け入れていく	初期からうつ病で あることをみずか ら訴える うつ病の役割への 逃避
薬物への 反応	比較的良好	薬物療法の効果は 部分的, より精神 療法的接近が必要

いわゆる新型うつ病

これまで述べてきたのは、従来から存在する典型的なうつ病である。執着性格、あるいはメランコリー親和型性格を病前性格とし、さまざまなストレスに曝された後に発病するタイプのうつ病である。

最近になって、非定型的なうつ病に注意が払われるようになってきた。マスメディアなどではそれを「新型うつ病」などと称している。すなわち、病前性格は未熟・依存的であり、他罰的であり、他者配慮に欠ける。発病も大うつ病などと比べると、若年発症の例が多い。自己に対する不全感が強く、対人葛藤場面を回避する傾向があり、しばしばひきこもる。「うつ病」と自己診断して、進んで精神科を受診してきたり、薬をみずから指定してくるようなことも

多い。しかし、休養や服薬をしても、典型的なうつ病に対するほどには効果的でないことが多い。表2に、大うつ病といわゆる「新型うつ病」の対比をまとめておいた³⁾。

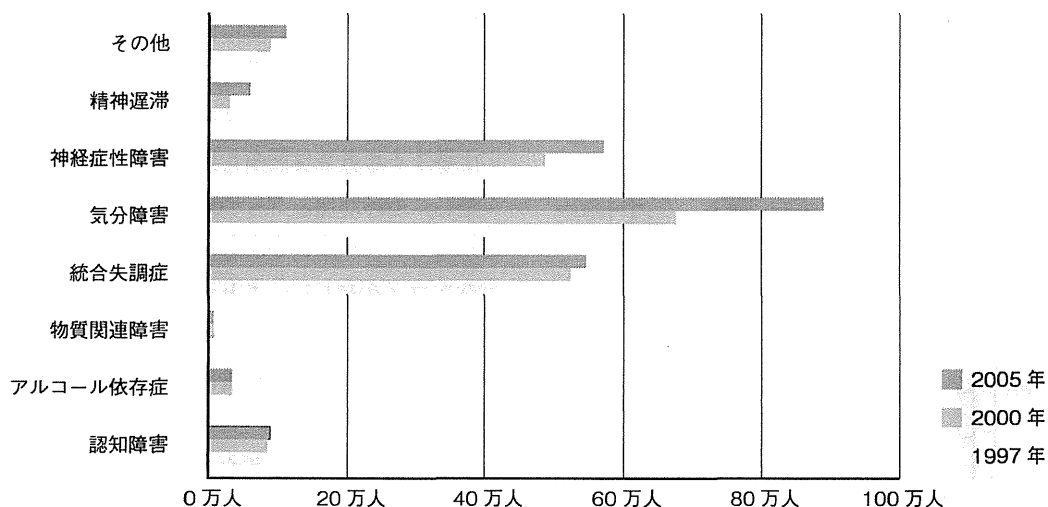
なお、この種のうつ病が実際に「新型」であるのか否かについては結論は出ていない。従来も、笠原らは「葛藤反応型うつ病」として、すでに1970年代に類似の病像について報告している⁴⁾。あるいは、逃避型うつ病、神経症性うつ病などとして報告されてきた症例と、いわゆる「新型うつ病」が明らかに異なる疾患単位なのか、まだ論争に決着はついていない。

また、うつ病を早期の段階で認識しようというキャンペーンが盛んに実施されているが、その結果、典型うつ病の周辺の病像を呈する人々が「うつ病」を自称し、それが「新型うつ病」増加のきっかけになったと見ることもできるかもしれない。

うつ病での受診患者の増大

うつ病のために精神科医療機関を受診する患者の数が増えていることは、厚生労働省の統計からも明らかになっている(図3)⁵⁾。厚生労働省は3年ごとに患者調査を実施しているが、気分障害(主に、うつ病)のために外来受診している患者数は、1997(平成9)年に比べて、2005(平成17)年には2倍以上となっている。これほどの急激な外来患者数の増加は、ほかの診断では認められていない。この増加の背景にはどのような変化があるのだろうか?

- ①ストレス社会で、うつ病患者が現実増加した。
- ②うつ病啓発キャンペーンの結果、以前には受



厚生労働省大臣官房統計情報部：平成 17（2005）年患者調査の概況⁵⁾ より

図3 精神科外来受診患者数の推移

診しなかった人も受診するようになった。

- ③重症うつ病の数には大きな変化がないが、軽～中等症の患者が受診するようになった。
- ④次項で述べるが、新規抗うつ薬が開発され、販売高が増えるとともに、うつ病での受診患者数も増加した。

①はマスメディアがしばしば指摘する原因であるが、それを支持する確たるデータはない。②～④といったあたりが、妥当な説明ではないだろうか。

新規抗うつ薬

1) 新規抗うつ薬とうつ病患者の増加

1990年代末から SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）や SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）といった新規抗うつ薬がわが国でも認可された。従来の抗うつ薬に比較して副作用が少なく、同等の効果が

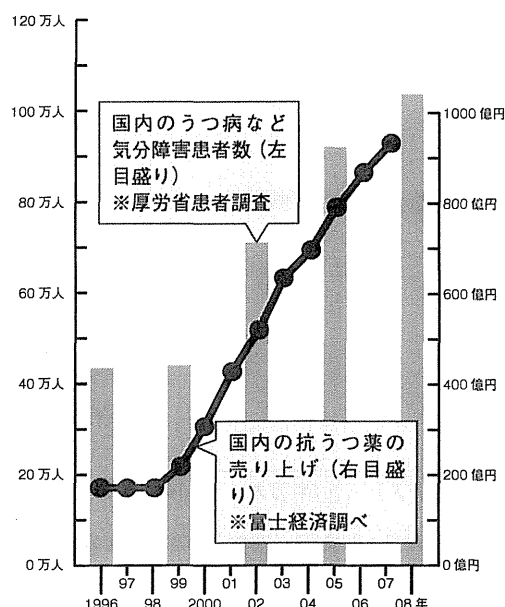
現れるとのことで、使いやすい抗うつ薬として広まっていった。欧米では、精神科を専門としないプライマリケア医も積極的に抗うつ薬を処方するようになっていったという。

なお、副作用が少ないとはいえ、副作用がまったくないというわけではない。使用初期に、不安・焦燥感が高まったり、消化器症状が出現することがある。また、服薬を突然中止すると、極度の不安・焦燥感が出現することもあるので、そのような可能性について患者に十分に注意しておかなければならない。

また新規抗うつ薬を製造販売した製薬会社が新薬を売り出すために、こぞってうつ病キャンペーンを開始した。その結果 1990年代末以来、抗うつ薬の売り上げ増とうつ病患者の増加がほぼ並行しているとの指摘もある（図 4）¹⁰⁾。

2) 新規抗うつ薬と自殺

新規抗うつ薬を処方された、特に青少年の



「うつ百万人」陰に新薬？ 販売高と患者数比例。読売新聞、2010年1月6日¹⁰⁾より

図4 抗うつ薬の売上高と患者数

患者において、自殺が増加したとの報告があり、2003年には英国でSSRIのパロキセチンが18歳未満の患者に処方されることが禁止され、大きな反響を呼んだ。その後、各種の検討が進み、SSRIやSNRIといった新規抗うつ薬に限らず、抗うつ薬一般には賦活作用（意欲の低下を改善させる作用）があり、自殺の危険の高い患者に処方する際には、意欲の症状の改善が自殺行動に結びつかないように、十分な注意を払う必要があることが共通認識となっている²⁾。

まとめ

うつ病は早期に診断して、適切に治療を受け

ることができれば、回復につながる可能性の高い精神障害である。最近では、精神科受診に対する抵抗も徐々に減り、うつ病のために精神科に受診する患者数は明らかに増加している。ただし、この増加が、うつ病に対する正しい認識が増えてきた結果であると断言できるだけの十分なデータが乏しいことも事実である。典型的な中核群のうつ病が適切に治療されずに、辺縁の軽症～中等症のうつ病群の患者が精神科医療機関に殺到しているという事態も否定できない。今後、うつ病に関するより詳細かつ正確な統計が入手できるようになることが望ましい。

〈引用・参考文献〉

- 1) 米国精神医学会監修、高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版。医学書院、2003。
- 2) 上島国利、樋口輝彦、野村総一郎編：気分障害治療ガイドライン 第2版。医学書院、2010。
- 3) 神庭重信、黒木俊秀：現代うつ病の臨床。創元社、2009。
- 4) 笠原嘉、木村敏：うつ状態の臨床的分類に関する研究。精神神経学雑誌、77、p.715-735、1975。
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成17(2005)年患者調査の概況。2005。
- 6) 三木治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態。心身医学、42(9)、p.585-591、2002。
- 7) 高橋祥友：うつ。新水社、2006。
- 8) 高橋祥友編著：改訂新版・青少年のための自殺予防マニュアル。金剛出版、2008。
- 9) 高橋祥友：新訂 老年期うつ病。日本評論社、2009。
- 10) 「うつ百万人」陰に新薬？ 販売高と患者数比例。読売新聞、2010年1月6日。

特集／なぜ今、メンタルヘルスが問題か

自殺予防と危機介入

高 橋 祥 友

はじめに

警察庁の発表によると、わが国では1998年以来、年間の自殺者数は3万人台で推移し、自殺率は人口10万人当たり約25となっている。なお、本論執筆時点での最新データでは2009年には自殺者数は交通事故死者数の6倍以上にのぼっていた。そして、自殺未遂者は少なく見積もっても、既遂者の10倍は存在すると推定されている。また、自殺や自殺未遂が生じると、その人と絆の強かった多くの人々にさまざまな問題を引き起こす。このように、自殺とは死にゆく3万人の問題にとどまらずに、広く社会を巻き込む深刻な問題となっている。

I. 自殺予防の3段階

自殺予防はしばしば次の3段階に分類される¹⁾。

プリベンション (prevention: 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、その原因を事前に除去し、自殺が起きるのを予防する。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 (intervention: 危機対応): 今まさに起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐことである。

ポストベンション (postvention: 事後対応): 自殺を予防することに全力を尽くすのは当然であるが、それにもかかわらず自殺が起きてしまう場合がある。そこで、ポストベンションとは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。

防衛医科大学校・防衛医学研究センター・
行動科学研究部門

II. メディカルモデルと コミュニティモデル

自殺予防は、メディカルモデルとコミュニティモデルが互いに緊密な関連を保ちつつ、長期的な視野に立って実施してこそ、有効な対策となるというのが、精神保健の常識とされている。

メディカルモデル (medical model): 自殺の背景にはしばしば精神障害が存在しているのだが、それに気づかれず、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重症の精神障害を早期の段階で発見し、適切な治療を導入し、自殺を予防しようとするのがメディカルモデルである。これは high risk strategy (ハイリスク戦略) などとも呼ばれている。

コミュニティモデル (community model): 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。これは population approach (ポピュレーション・アプローチ) などとも呼ばれる。具体的には次のような点を強調する。

- 精神障害について正しい知識を教育する。
- 問題を抱えた時には助けを求めるべきだというメッセージを伝える。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点についても正しい情報を提供する。
- 精神障害に対する偏見を減らすように働きかける。

なお、メディカルモデルだけでも、コミュニティモデルだけでも十分ではなく、両者の間に

緊密な連携が取れなければ十分な効果が現れない。国の対策として、自殺予防に成功した例として、しばしばフィンランドが紹介されるが、図1にフィンランドとわが国の自殺率の推移を比較した。かつて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、現在のわが国の自殺率（約25）よりもはるかに高かった。

フィンランドでは自殺予防を国の対策として進め、自殺予防は全国民の課題であり、社会全体で取り組むべきだとした。まず自殺に関する実態調査を行い、何を標的とすべきか定めた。とくに男性で、適切に治療されていないうつ病やアルコール依存症が、重要な標的とされた。メディカルモデルとコミュニティモデルの間に緊密な連携をとって、自殺予防対策を進め、当初の目標は自殺率を20%減らすことだったが、実際には30%低下させることに成功した。フィ

ンランドの専門家達は、自殺予防の効果は短期間で出るものではなく、最低でも10年単位の活動が必要であることを強調し、長期的視野に立った戦略の重要性を訴えている。

Ⅲ. 自殺の危険因子

表1に挙げたような危険因子を数多く満たす症例は自殺の危険群ととらえる必要がある⁶⁾⁸⁾。自殺の危険因子を検討することによってハイリスクの人をスクリーニングする。もちろん、自殺の危険を評価するうえで、性格傾向、生育歴、社会適応、葛藤状況、精神症状などを、自殺の危険因子とともに総合的に判断しなければならない。

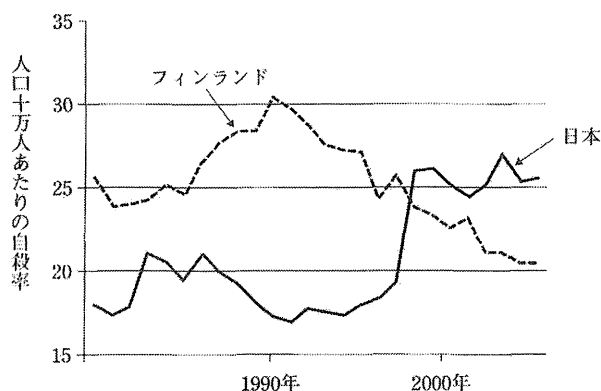
危険因子の中でもとくに重要な点を取り上げていこう。

1. 自殺未遂歴

これはもっとも重要な危険因子である。以前に自殺を図ったものの、幸い救命されたとしても、およそ10人に1人は、その後適切なケアを受けられないと、将来、同様の行為を繰り返して、自殺で死に至る。自殺未遂に及んだことのある人の自殺率は、そのような行為を認めない人に比べるとはるかに高い。たとえ、死に直結しないような自殺未遂であったとしても、その後、適切なケアが受けられないと、将来、自殺に終わる率がきわめて高いことを忘れてはならない。

2. 精神障害

自殺者の大多数は最後の行動に及ぶ前に何らかの精神障害に罹患していたことを多くの調査



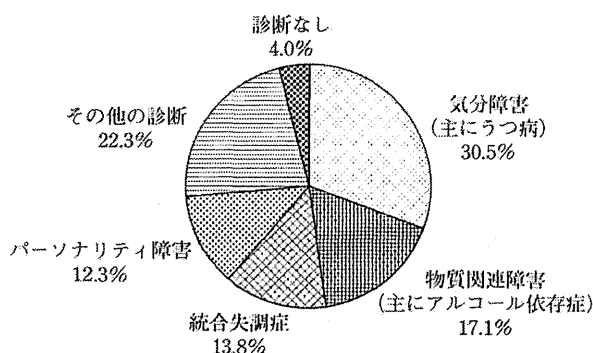
(フィンランド厚生省とわが国の警察庁統計から高橋が作成)

図1 フィンランドとわが国の自殺率の比較

表1 自殺の危険因子

自殺未遂歴	自殺未遂はもっとも重要な危険因子 自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応などを検討
精神障害の既往	気分障害（うつ病）、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用
サポートの不足	未婚、離婚、配偶者との死別、職場での孤立
性別	自殺既遂者：男＞女 自殺未遂者：女＞男
年齢	中高年男性でピーク
喪失体験	経済的損失、地位の失墜、病気や怪我、業績不振、予想外の失敗
性格	未熟・依存的、衝動的、極端な完全主義、孤立・抑うつ的、反社会的
他者の死の影響	精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
事故傾性	事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない。慢性疾患への予防や医学的な助言を無視
児童虐待	小児期の心理的・身体的・性的虐待

(高橋祥友：新訂増補版・自殺の危険：臨床的評価と危機介入、金剛出版、2006)



(World Health Organization : Suicide Rates (per 100,000), by country, year, and gender.
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/, 2004)

図 2 自殺と精神障害

が明らかにしている。図 2 は、WHO が実施した、自殺と精神障害に関する多施設調査の結果である。この調査によれば、自殺前に精神疾患の診断に該当していた人は96%であり、「診断なし」はわずかに4%に過ぎなかった。ただし、適切な治療を受けていた人となると1～2割程度に留まっていた。そこで、うつ病、統合失調症、アルコール依存症はエヴィデンスに基づく治療が現在ではあるので、これらを早期に診断し、適切に治療することによって、自殺率を低下させる余地は十分にあると WHO は繰り返し強調している。

なお、精神障害に対する偏見の強いわが国では、うつ病をはじめとする精神障害に罹患した患者の多くが、さまざまな身体症状を訴えて、精神科以外の医療機関を受診している。この意味でも、医療従事者一般が精神障害に対する適切な知識を備えておく必要がある⁹⁾。

さらに、うつ病患者の飲酒量が増し、アルコール依存症の診断にも合致するようになるとか、統合失調症患者が薬物依存に走るといった具合に、複数の精神疾患を同時に罹患する、いわゆる重複罹患 (comorbidity) の場合には自殺率はさらに高くなり、特別な注意が必要になる。

なお、アルコール依存症との診断基準に合致しないまでも、自殺を図る人の多くが自殺行動を起こす際に酩酊状態にある点も注目される。うつ病を発病しているものの、本人も周囲の人にも症状の増悪に気づかれない時期に、次第に飲酒量が増加していくことは稀ではない。飲酒をすると、一時的に気分が晴れることを経験して

いるために、抑うつ的になった人が、ついつい酒に手を伸ばすことがある。飲酒によって不眠が改善すると信じている人も多い。しかし、アルコールは中枢神経系を抑制する作用があり、長期的にはうつ病の症状をかえって悪化させてしまう。また、酩酊状態で自己の行動をコントロールする力を失い、自殺行動に及ぶ人も少なくない。

3. 他者の死の影響

精神障害を除外しても、同一家系に自殺が多発することがしばしば報告されており、遺伝が自殺に果たす役割さえ指摘されている。ただし、この点については異論も多く、近親者の自殺を経験することが一種のモデリングとなって、他の自殺を誘発すると主張する研究者もある。現段階では、そのどちらかが妥当な意見であるか結論は出ていないが、同一家系内に自殺者が多発する例はたしかに存在する。

他者の自殺が複数の自殺を引き起こす群発自殺 (suicide cluster) という現象が知られている⁴⁾。家族歴以外にも親しい人の自殺、事故死、不審死を最近経験したことはないか、また、センセーショナルな自殺報道に接して大きな影響を受けていないかなどという点にも注意する。他者の死が、潜在的に自殺の危険が高かったものの生の側に引きとめられていた人の行動化の引き金になることがある。

4. 事故傾性

一般には、自殺はある日突然何の前触れもなく起きると考えられているが、実際には自殺に先行して自己の安全や健康を守れなくなることがしばしば認められる。自殺に先行するこのような現象は事故傾性 (accident proneness) と呼ばれている。繰り返す事故は、無意識的な自己破壊傾向の現れとなっている。事故を起こす本人も、それは事故以外の何物でもないとしばしばとらえている。

これまでにも多くの事故を認める、事故を防ぐのに必要な処置を不注意にも取らない、慢性の病気に対して当然の予防あるいは医学的な助言を無視するといった人については、無意識の自己破壊傾向の視点から検討する必要がある。自己の身体面での管理にまるで無関心で必要な処置を取らないことはないか、しばしば取るに足らない怪我で入院したり、職場を欠勤するよ

うなことはないかなどといった点に着目する。

たとえば、医療の現場でしばしば認められる例として、糖尿病であってもそれまでは十分に管理できていた人が、食事療法も、薬物療法も、運動療法も突然やめてしまったりする。あるいは、逆にインスリンを多量に注射するといったこともある。また、腎不全の患者が人工透析を突然受けなくなったり、臓器移植を受けた後に、免疫抑制剤の服用を止めてしまったりするといったことで、事故傾性に気づかれた例もある。

あるいは、一般の職場の例としては、これまでまじめな仕事ぶりだった会社員が借金をするようになる、何の連絡もなく失踪する、性的な逸脱行為を認める、酒の上で大喧嘩をする、全財産を賭けるような株式投資に打って出るといった行動の変化を、自殺の前に認めることもめずらしくない。

抑うつ的である人が失踪に及んだような場合には、それは自殺の代理行為として真剣にとらえる必要がある。本人の安全をまず確保したうえで、専門の精神科医の診察を受けるようにしなければならない。

5. 児童虐待

幼小児期に、心理的・身体的・性的な虐待を受けた経験のある人では、正常に発達すべき自尊感情の欠落を認めて、容易に抑うつ的かつ自己破壊的になりやすく、自殺に傾きやすい。虐待をした人が、実の家族、あるいは養父母、義理の同胞といった場合が多いことから、背景に崩壊家庭や親の離婚といった問題も同時に存在することもしばしばである。

また、かならずしも虐待を受けなくとも、何らかの原因で人生の早期に適切な養育や愛情を得られなかった人についても注意を要する。幼小児期に父、母、家族の誰かが重病で入院していたか、仕事で長期的に不在であったか、家族の誰かの死を発達の重要な段階で経験してはいないかなどという点についても把握しておく。

以上、主な自殺の危険因子について解説してきた。自殺予防の第一歩は、自殺の危険を適切に評価することから始まる。危険因子を検討することによって、自殺の危険を判定していくのだが、これはあくまでもその危険性を判定する最初のスクリーニングのひとつの手段でしかない。生活史上に認められた自己破壊傾向を評価

しながら、危険因子を総合的に検討すれば、得られた情報は、自殺の予防のためにさらに有用なものとなるはずである。

IV. 対応と治療の原則

1. 対応の原則 (TALK の原則)

自殺の危険が高いと考えられる人への対応の原則をカナダで自殺予防活動を実施しているグループが **TALK の原則** としてまとめている⁷⁾。TALK とは「Tell, Ask, Listen, Keep safe」の頭文字を取ったものである。

T : 最近の様子をみていると、とても心配になるという点をはっきりと言葉に出して伝える。

A : 自殺の危険をうすうす感じているなら、はっきりとその点について尋ねる。真剣に対応するなら、自殺を話題にしても危険ではない。むしろそれは自殺予防の第一歩になる。

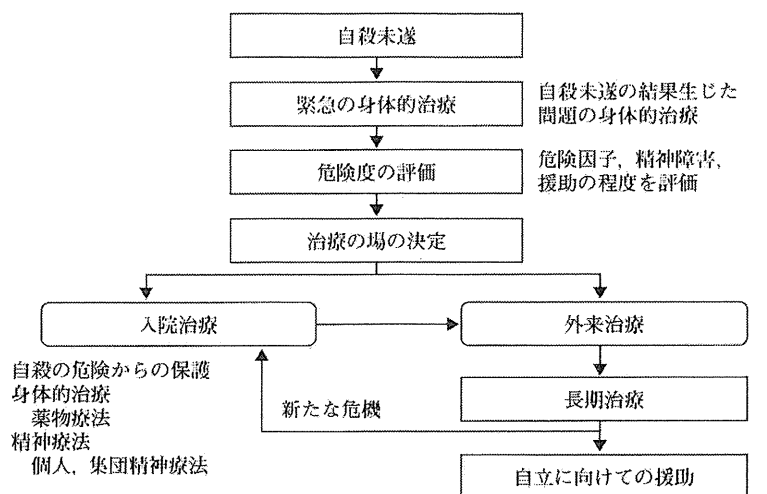
L : 傾聴である。励まそう、助言しよう、叱ろうなどと思ったり、気分転換のためにどこかに連れて行こうという気持ちが湧き上がったりするだろう。しかし、最初にしなければならないことは徹底的に聴き役に回ることである。相手の絶望的な気持ちを真剣に聴く。

K : 危ないと思ったら、その人をひとりにしないで、安全を確保したうえで、必要な対処をする。周りの人々からの協力も得る。危険だと考えられる人（とくにははっきりと自殺を口にしたたり、自分の身体を傷つけたりする行為に及んだ人）については、確実に精神科受診につなげなければならない。

2. 治療の原則

さて、自殺の危険の高い人に対する治療だが、これは専門の精神科医によって実施されるべきであるので、早期に適切に紹介することを怠らない。心理療法、薬物療法、周囲の人々との絆の回復を3本の柱にすえて、総合的・長期的に治療を計画していく (図3)^{11) 6) 8)}。

心理療法 : 問題を抱えたときに自殺行動に及ぶのではなく、これまでよりも適応力の高い他の選択肢を試みられるように、対処能力の向上を目指した心理療法が重要となる。



(高橋祥友：新訂増補版・自殺の危険：臨床的評価と危機介入。金剛出版，2006)

図 3 自殺の危険が高い人に対する治療の流れ

薬物療法：精神障害の存在が明らかな場合は、適切な薬物療法は欠かせない。

周囲の人々との絆の回復：自殺を理解するキーワードは「孤立」である。自殺の危険の高い人は、自責感や無価値感があまりにも強いために、周囲から何らかの救いの手を差し伸べられても、自らそれを拒絶してしまう傾向が強く、その結果、ますます孤立を深めている。したがって、周囲の人々との絆の回復を図ることも治療の一環となる。

なお、自殺の危険は一度だけで終わるのではなく、繰り返し生じてくる可能性が高いので、長期にわたるフォローアップが必要となる。

ま と め

近年のわが国の深刻な自殺の問題を直視し、2006年には自殺対策基本法が成立した。そして、わが国でもさまざまな自殺予防の取り組みが始まっている。しかし、本論中でも述べたように、自殺予防対策は短期間で成果の上がるものではけっしてない。適切な方針の下に長期にわたる取り組みが必要となる。本論では、自殺の現状、自殺の危険因子、自殺の危険の高い人への対応、治療の原則などについて解説した。自殺予防に全力を尽くすのは当然である。しかし、不幸にして自殺が起きてしまうという事態が起きるこ

とがあるのもまた現実である。そのような際には遺された人に対する適切なケアが必要になる。しかし、紙幅に限りがあり今回はこの点について取り上げることができなかったのも、他の文献を参照されたい³⁾⁵⁾¹⁰⁾。

文 献

- 1) Chiles, J. A. & Strosahl, K. D.: Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing, Inc., 2005 (高橋祥友・訳：自殺予防臨床マニュアル。星和書店，2008)。
- 2) Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M.: Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. New York: Guilford, 2007 (高橋祥友・訳：弁証法的行動療法：思春期患者のための自殺予防マニュアル。金剛出版，2008)。
- 3) Smolin, A. & Guinan, J.: Healing after the Suicide of a Loved One. New York: Fireside, 1993 (高橋祥友・監修，柳沢圭子・訳：自殺で遺された人たちのサポートガイド：苦しみを分かち合う癒やしの方法。明石書店，2007)。
- 4) 高橋祥友：群発自殺。中公新書，1998。
- 5) 高橋祥友：自殺，そして遺された人々。新興医学出版社，2003。
- 6) 高橋祥友：新訂増補版・自殺の危険：臨床的評価と危機介入。金剛出版，2006。
- 7) 高橋祥友：自殺予防。岩波新書，2006。
- 8) 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第2版。医学書院，2006。
- 9) 高橋祥友：新訂 老年期うつ病。日本評論社，2009。
- 10) Weiner, K. M. (Ed.): Therapeutic and Legal Issues for Therapists who have Survived a Client Suicide. New York: Haworth, 2005 (高橋祥友・訳：患者の自殺：セラピストはどう向きあうべきか。金剛出版，2010)。

自殺予防の基礎知識

(防衛医科大学校・防衛医学研究センター・行動科学研究部門・教授)

高橋 祥友

1. わが国の自殺の現状
まず、わが国の自殺全般と大学生の自殺について概観してみよう。

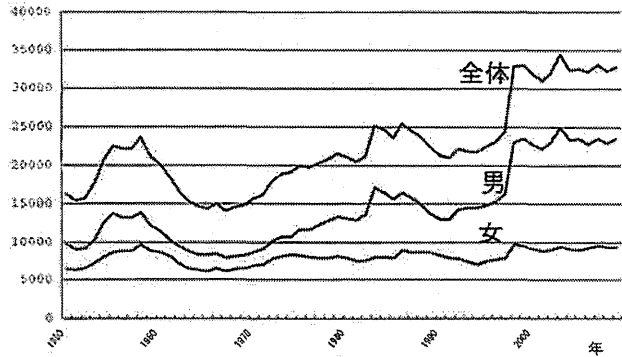
① わが国の自殺全般

図1のように、一九九八年以来、わが国の年間自殺者数は三万人台が続いている。警察庁の統計によると、二〇〇九年には年間自殺者数は三二、八四五人にのぼり、この数は交通事故死者数(四、九一四人)の六・七倍であった。なお、自殺未遂者数は少なく見積もっても既遂者数の一〇倍は存在すると推定されている。さらに、自殺未遂や既遂が生じると、その人をよく知っていた多くの人々が

深刻なこころの傷を負う。このように、自殺とは死にゆく三万人の問題にとどまらずに、広く社会を巻き込む深刻な問題である。そこで、二〇〇六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。

② 大学生の自殺

深刻な社会変動があると、若年層(とくに男性)の自殺率が上昇することが従来から知られているが、最近のわが国では、中高年層の自殺率が上昇したという特徴を認める。そこで、自殺予防対策も働き盛りの世代を対象とするものが多い。



(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1：年間自殺者総数の推移

国立大学法人保健管理施設協議会メンタルヘルス委員会が、全国の国立大学生の休・退学、留年、および死亡学生調査を毎年行っている。二〇〇五年度の第二八回調査では、国立大学八三校中七四校が参加し、対象学生は三九〇、五二六人であった。一年間の死亡学生数は

一〇一人(男八二人、女一九人)で、自殺者は四六六人(男三九人、女七人)であり、自殺率は人口一〇万人当たり一一・八(男一五・六、女五・〇)であった。参考までに二〇一二歳の一般人口の自殺率は、男が二五・〇、女が

二二・九であった。

2. 自殺の危険因子

どのような人に自殺の危険が迫るのだろうか。さまざまな自殺の危険因子が指摘されているが、そのうちでもとくに重要なものに焦点を当ててみよう。このような危険因子を数多く満たす人は潜在的に自殺の危険が高いので、早い段階で専門家のもとを受診するように働きかける。

① 自殺未遂歴

これまでに自殺未遂に及んだことのある人が、その後、適切なケアを受けられないと、将来も同様の行動を繰り返して、結局、命を絶ってしまう率は、そのような行為を認めない人に比べるとはるかに高い。

高所から飛び降りたり、電車に飛びこんだものの、奇跡的に助かった人が真剣に自殺を考えていたことを誰も疑ったりはしない。しかし、手首を浅く切る、薬を少し余分にのむといった、ただちに死に至らないような方法で自殺未遂に及んだ人の場合、「狂言自殺だ」「周囲を脅かそうとしただけだ」といったとらえられ方をされかねない。しかし、このような人でも、適切なケアを受けられないうちに、将来も同様の行為を繰り返して、結局、自殺で亡くなる率

を経験しているために、抑うつ的な人になった人が、ついつい酒に手を伸ばすことがある。飲酒によって不眠が改善すると信じている人も多い。しかし、アルコールは中枢神経系の働きを抑える作用があり、長期的にはうつ病の症状を

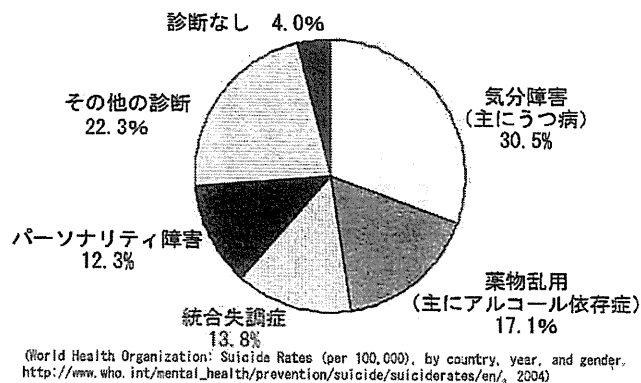


図2：自殺と精神疾患

いるものの、本人も周囲の人も症状の増悪に気づかれない時期に、次第に飲酒量が増加していくことはめずらしくない。これまではつきあい程度であったのに、徐々に酒量が増していく場合は、背後にうつ病が潜んでいる可能性がある。飲酒をする、一時的に気分が晴れること

④ 事故傾性

大学生という、家族からの自立を迫られる世代でもある。故郷から遠方の大学に入学し、実際に家族のサポートから遠く離れている学生もいれば、自宅から通学している学生であっても、心理的な自立を迫られている場合もある。悩みや問題を抱えても、容易に周囲に相談できずに孤立傾向にある学生には、本人が求めなくても、周囲からの援助の手を差し伸べる必要がある。

③ 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。助けの手を差し伸べてくれる人が現実にはまったくないといった絶望的な状況にある人もいる。あるいは、最近、発病したうつ病などの精神疾患の影響で、自己評価が極端に下がってしまい、実際には周囲に助けの手を差し伸べてくれる人がいるにもかかわらず、「私などいいほうがい」「私のために皆に迷惑をかけている」と確信して、自ら孤立を招いている人もいる。

えって悪化してしまう。また、酩酊状態で自己の行動をコントロールする力を失い、自殺行動に及ぶ人も多い。筆者は治療中のうつ病患者には禁酒するように助言している。

は、自傷行為を認めない人よりもはるかに高い。また、自殺未遂直後の感情についても指摘しておきたい。未遂直後というと、抑うつ感や不安焦燥感が強いと一般には想像するだろう。たしかにそのような人もいるのだが、自殺未遂という行為が一種のカタルシスの効果をもたらす、表面的には抑うつ感や不安焦燥感が薄らいでいることがある。それどころか、軽躁的になっていたり、自らの行為についてまるで他人事のような態度を取ったりすることもある。そこで、表面に現れた感情状態だけで判断するのではなく、自分の身体を傷つけたという事実そのものを深刻に受け止めてほしい。

② 十分にコントロールされていない精神疾患

自殺者の大多数は最後の行動に及ぶ前に、気分障害(うつ病)、薬物乱用(主にアルコール依存症)、統合失調症、パーソナリティ障害といった、何らかの精神疾患に罹患していたことを多くの調査が明らかにしている。図2は、WHO(世界保健機関)が実施した、自殺者に関する調査の結果である。この調査によれば、自殺前に精神疾患の診断に該当していた人は九六%であり、「診断なし」はわずかに四%に過ぎなかった。このように大多数が何らかの精神疾患にかかっていたことが推定されるのだが、適切な治療

を受けていた人となると一割程度にすぎない。そこで、うつ病、統合失調症、アルコール依存症は現在では有効な治療があるので、これらを早期に診断し、適切に治療することによって、自殺率を減らす余地は十分にあると、WHOは繰り返し強調している。

大学生は、うつ病や統合失調症がしばしば初発する世代であることを考えると、精神疾患の早期診断と適切な治療への導入は自殺予防に直結する課題である。

さらに、うつ病患者の飲酒量が増し、アルコール依存症の診断にも合致するようになるとか、統合失調症患者が薬物依存に走るといった具合に、複数の精神疾患に同時に罹患すると、自殺率はさらに高くなるので、特別な注意が必要になる。

アルコール依存症や薬物乱用それ自体を無意識の自己破壊傾向の発露としてとらえ、慢性自殺(chronic suicide)ととらえる精神科医もいる。アルコール依存症や薬物依存の結果、自我の判断力も弱まり、さらに対人的な問題も生じて、孤立感を深めることになる。

なお、アルコール依存症との診断基準に合致しないまでも、自殺を図る人の多くが自殺行動を起こす際に酩酊状態にある点も注目される。飲酒量が徐々に増加していく傾向について注意を払わなければならない。うつ病にかかって

一般には、自殺はある日突然何の前触れもなく起きると考えられているが、実際には自殺に先行して自己の安全や健康を守れなくなることがしばしば生じてくる。自殺に先行するこのような現象は事故傾性 (accident proneness) と呼ばれている。繰り返す事故は、無意識的な自己破壊傾向の発露となっている。事故を起こす本人にとっても、それは事故以外の何物でもないと考えられている。これまでも多くの事故を認める、事故を防ぐのに必要な処置を不注意にも取らない、慢性の病気に對して当然の予防あるいは医学的な助言を無視する人については、自己破壊傾向の観点から検討する必要がある。自己の身体面での管理にまるで無関心で必要な処置を取らないことはないか、しばしば怪我で入院したり、授業を欠席するようなことはないかなどといった点に着目する。

たとえば、医療の現場でしばしば認められる例として、慢性疾患にかかっているにもかかわらず十分に管理できていた人が、治療を突然やめてしまったりする。あるいは、逆に治療薬を多量に注射するといったこともある。このようなことから事故傾性に気づかれた例もある。これらの行為自体が命の危険をもたらしかねない。

あるいは、大学生の例としては、これまで成績良好だった学生が、何の連絡もなく行方不明になる、性的な逸脱行

為を認める、酒の上で大喧嘩に巻き込まれる、多額の借金をして無謀なギャンブルにのめりこむ、交通事故を繰り返す、といった行動の変化を、自殺の前に認めることはめずらしくない。抑うつ的な状態である人が失踪に及んだような場合には、それを自殺の代理行為として真剣にとらえる必要がある。本人の安全をまず確保したうえで、専門の精神科医の診察を受けるようにしなければならない。

⑤ 他者の死の影響

家族の自殺や自殺未遂については注意深く聞き出さないと、本人から自発的に話を始めるということはずまない。うつ病を除外しても、同一系に自殺が多発することがしばしば報告されており、遺伝が自殺に果たす役割さえ指摘されている。

ただし、この点については異論も多く、近親者の自殺を経験することが一種のモデリングとなって、他の自殺を誘発すると主張する研究者もある。現段階では、そのどちらかが妥当な意見であるか結論は出ていないが、同一系内に自殺者が多発する例はたしかに存在する。

さらに、家族以外にも親しい人の自殺、事故死、不審死を最近経験したことはないか、また、自殺報道に接して大きな影響を受けていないかなどという点にも注意する。他

者の自殺が引き金となって、複数の自殺が生じる群発自殺という現象が知られている。若者は群発自殺のハイリスク群であり、キャンパスで自殺が生じたような場合は、第二、第三の自殺が生じないような対策を取る必要がある。

以上、自殺の危険因子について解説してきた。自殺予防の第一歩は、自殺の危険を適切に評価することから始まる。危険因子を検討することによって、個々人の自殺の危険を判定していくのだが、これはあくまでもその危険性を判定する最初のスクリーニングのひとつの手段でしかない。生活上に認められた自己破壊傾向を評価しながら、危険因子を検討すれば、得られた情報は、自殺の予防のためにさらに有用なものとなるはずである。欠席がちである、卒業を間近に控えているのに単位が大幅に足りない、周囲の同級生との関係が希薄であるといった学生には、大学の側から接近を図り、現状を把握しておくといった取り組みを始めているところもある。

3 自殺の危険の高い人への対応すべきか

さて、自殺の危険にうすうす気づいた場合にどのように対応し、自殺の危険の高い学生をどのように支えていったらよいのだろうか。

① TALKの原則

精神医学や心理学について訓練を受けたことのない一般の人が、誰かから「死にたい」とか「自殺を考えている」などと打ち明けられると、それだけですっかり狼狽してしまい、その場から逃げ出したいと考えるのは、当然の反応と言える。あるいは、何かをすぐに言って、どうにか思いとどまらせなければならぬという考えに心を奪われることもあるだろう。

このような場面でのように対応したらよいかという点について何らかの教育や情報を与えられている人というのは限られている。対応を誤れば、実際に自殺が起きかねないし、また、適切に対応すれば、苦悩に気づき、自殺を予防する重要な第一歩になる。

自殺の危険の高い人への対応の原則を、カナダで自殺予防活動を実施しているグループがTALKの原則としてまとめている。TALKとは「Tell, Ask, Listen, Keep safe」の頭文字を取ったものである。

T…相手のことを心配しているということをはっきりと言葉に出して伝える。

A…自殺の危険を感じたならば、はっきりとその点について尋ねる。真剣に対応するならば、それを話題にしても

危険ではなく、むしろ自殺予防の第一歩になる。
L…傾聴である。絶望的な気持ちを真剣に聞く。安易な激励、叱責、助言、社会通念の押し付けなどは禁物である。まず徹底的に聴き役に回る。

K…危ないと思ったら、その人をひとりにしないで、一緒にいて安全を確保したうえで、他から必要な援助を求める。強い自殺念慮を抱いていた、自殺未遂に及んでいた場合には、確実に精神科受診につなげる。

② 治療の原則

自殺の危険の高い人を治療するには、心理療法、薬物療法、周囲の人々との絆の回復を三本の柱にすえて、総合的に治療を計画しなければならない。そして、自殺の危険はしばしば繰り返される傾向が強いので、長期的なフォローアップの態勢を整えておかねばならない。学生の場合、家族にも状況を伝えておくべきである。本人が家族に知らせないでほしいと言ってくる場合もあるだろうが、家族に伝える必要性を本人によく説明した上で、できれば本人の口から家族に伝えるように働きかける。

(a) 心理療法

問題を抱えた場面で、自殺行動といった適応力の低い方

法を選ぶ傾向に焦点を当てていく。そして、問題を抱えたとしても、より適応力の高い他の数々の選択肢を試みられるように、対処能力の向上を目指したアプローチが重要である。(なお、きわめて自殺の危険の高い急性期の状態では、本人の安全をまず確保し、支持的な接近を行うことが重要であって、自省を強いるようなアプローチを性急に行うことはかえって危険な場合もある。心理療法的なアプローチを行うのは、ある程度、状態が安定し、自己の精神内界を見つめることができるようになってからである。)

(b) 薬物療法

自殺の危機の背景に精神疾患が明らかに存在する場合には、適切な薬物療法が欠かせない。今では、副作用も比較的少なく、効果的な薬が開発されている。(しかし、言うまでもないが、薬だけで自殺の危険を乗り越えることは不可能である。)

(c) 周囲の人々との絆の回復

自殺の危険が高い人というのは、自責感や無価値感があまりにも強いために、周囲の人々から何らかの救いの手を差し伸べられたとしても、自らそれを拒絶してしまう傾向が強く、その結果、ますます孤立感が深まってしまふ。し

たがって、自殺の危険の高い人の治療がうまくいくかどうかは、周囲の人々との絆の回復にかかっているといっても過言ではない。

いずれにしても、自殺をもたらしかねない危機的状況は一朝一夕で解決するような簡単な問題ではない。これは繰り返して生じる可能性が高いので、長期にわたるフォローアップを計画していく必要がある。

まとめ

自殺が話題になると、しばしば「自己決定権」の議論が起る。しかし、自殺とは自由意志に基づいて選択された死などではなく、ほとんどの場合、さまざまな問題を抱えた末に「強制された死」であると言っても過言ではない。そして、自殺の危機の背後には必ずといってよいほど「孤立」が存在している。そこで、死を思いつめるまでに追い詰められた人が必死になって発している「救いを求める叫び」をしっかり受け止め、周囲の人々との絆を回復することが、自殺予防につながる。(なお、紙幅に限りがあり、今回は取り上げることができなかったが、不幸にして自殺が起きてしまった後には、遺された人々へのケアも重要な課題であることを一言付け加えておく。)

文献

1. 警察庁生活安全局地域課…平成二十二年における自殺の概要資料、警察庁、二〇一〇
2. 高橋祥友…詳説自殺、中公新書、一九九八
3. 高橋祥友…新訂増補 自殺の危険…臨床的評価と危機介入、金剛出版、二〇〇六
4. 高橋祥友…自殺予防、岩波新書、二〇〇六
5. 内田千代子…児童・青年期の自殺、高橋祥友、竹島正・編「自殺予防の実践」pp. 四五一五六、永井書店、二〇〇九

特集

これからの自殺対策

うつ病対策からみたこれからの自殺予防対策

高橋 祥友

はじめに

図1に、自殺と精神障害の関係についてWHOが実施した多国間共同調査の結果を示した¹⁾。地域で自殺が起きた場合、専門家を派遣して、調査の目的を説明して同意を得た上で、故人をよく知る人々(家族、知人、職場の同僚、医療従事者等)に面接して、自殺が生じる前にどのような問題があったかについて調査する手法は心理学的剖検と呼ばれている。その結果、精神医学的診断なしと判断されたのは4%に過ぎなかった。大多数の自殺者は最後の行動に及ぶ前に、何らかの精神障害の診断に該当したと判定された。ところが、適切な治療を受けていた者となると1~2割に過ぎない。そこで、気分障害(主としてうつ病)、物質関連障害(主としてアルコール依存症)、統合失調症には今では効果的な治療法があるので、これらの精神障害を早期に診断して、適切な治療に導入することによって、自殺予防の余地は十分にあるとWHOは繰り返し強調している²⁾。

もちろん、自殺はさまざまな原因から生じる複雑な現象であり、精神障害の治療だけで、すべての自殺を予防できるなどと断言するつもりはない。しかし、自殺と密接に関連するうつ病をはじめとする精神障害を適切に診断し、治療することが、自殺予防に有効であるという報告がいくつも

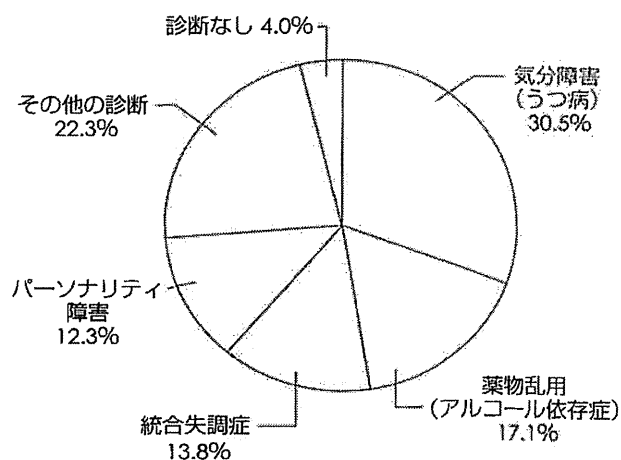


図1 自殺と精神障害 (WHO, 11)

ある^{1, 2)}。そこで、自殺予防戦略の第一歩としてうつ病対策を取り上げることがWHOも強調している。参考までに表1にはアメリカ精神医学会による大うつ病(典型的な重症うつ病)の診断基準をあげておいた³⁾。このように、うつ病には、気分・感情、思考・意欲、身体といったさまざまな面に多くの症状が現れる。

1. Gotlandでの試み—プライマリケア医対象の啓発教育—

さて、うつ病に罹患した患者が必ずしも初診の段階から精神科に受診しているわけではない。わ