

表1 大うつ病エピソード (major depressive episode) DSM-IV-TR の診断基準
(American Psychiatric Association, 2003³⁾)

- (A) 以下の症状のうち5つ以上が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは、(1) 抑うつ気分、または、(2) 興味または喜びの喪失である。(注：明らかに、一般身体疾患、または気分不一致しない妄想または幻覚による症状は含まない。)
- (1) 患者自身の言明 (例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる) か、他者の観察 (例えば、涙を流しているように見える) によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。(注：小児や思春期ではいらいらした気分もあり得る。)
 - (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における、興味、喜びの著しい減退 (患者の言明、または他者の観察によって示される)。
 - (3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重の増加 (例えば、1カ月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。(注：小児の場合、期待される体重の増加が現れないことにも注意を払う。)
 - (4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。
 - (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止 (他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)。
 - (6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退。
 - (7) ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感 (妄想的存在ともあり、単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪意識ではない)。
 - (8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる (患者自身の言明による、または、他者によって観察される)。
 - (9) 死についての反復的思考 (死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺観念、自殺企図、または自殺するためのはっきりした計画。
- (B) 症状は混合性エピソードの基準を満たさない。
- (C) 症状は臨床的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。
- (D) 症状は、物質 (例：違法薬物、処方薬) の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患 (例：甲状腺機能低下症) によるものではない。
- (E) 症状は死別反応では十分に説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2カ月を超えて続くか、または、顕著な機能不全、無価値感への病的なとらわれ、自殺観念、精神病的症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

が国でうつ病に罹患した患者が、初診段階でどの診療科を受診したかに関する調査がある (図2)⁴⁾。それによると、最初から精神科を受診するうつ病患者は6% (心療内科を加えても10%) に過ぎない。このように、うつ病に罹患しても、多くの患者がさまざまな身体症状を訴えて、精神科以外の科を受診しているのが現状である。このような傾向が認められるのは、何もわが国だけではない。そこで、地域のプライマリケア医 (かかりつけ医) はうつ病を初期の段階で適切に診断するゲートキーパーの役割を果たすことが期待されている。

まず、スウェーデンの Gotland 研究について紹介しよう⁵⁾。Gotland 島は人口55,000人で、この研究が実施された当時18人のプライマリケア医が診療活動に従事していた。まず、プライマリケ

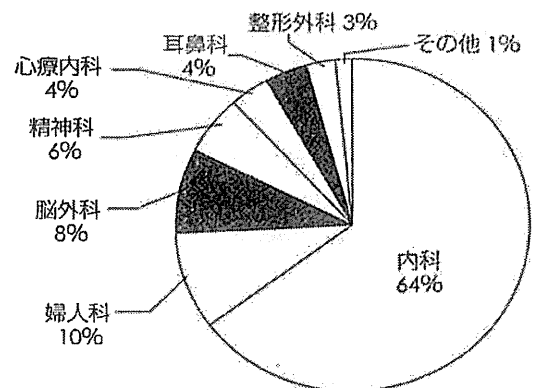


図2 うつ病患者の初診診療科 (三木, 2002⁴⁾)

ア医を対象として、うつ病の診断と治療に関する2日間の講義を行なった。翌年には1日間の追加の講義を行ない、うつ病と自殺の危険の関連について解説された。活動前の1979～1982年の期間には年平均自殺率が人口10万人あたり22であったが、この活動後の1983～1985年には15.5へと低下した。

しかし、プライマリケア医を対象としたうつ病の啓発教育活動を終了したところ、Gotland島の自殺率はもとの率へともどってしまった。そこで、その後は、プライマリケア医を対象とした生涯教育に加えて、他の保健医療従事者や一般住民も対象としたうつ病に関する啓発教育を行ない、効果を上げている。

2. 新潟県における高齢者を対象とした自殺予防活動

最近になってわが国でも北東北の各県をはじめとして、いくつかの地域で高齢者の自殺予防の取り組みが始まっているが、1980年代半ばから実施されてきた新潟県東頸城郡における高齢者を対象とした精神保健活動は、全国の取り組みのさきがけとなった⁶⁾。これは、地域における系統的な取り組みの努力が実を結んだという極めて意義のある活動である。

他の年代に比べて高齢者の自殺率は一般に高いが、新潟県は高齢者の自殺率が全国平均よりもさらに高かった。そして、その中でも東頸城郡はさらに一層高い自殺率を示していた。東頸城郡は人口の減少と高齢化が目立つ典型的な過疎地域でもあった。

そこで、新潟県環境保健部は「老人の心の健康増進及び自殺防止」の事業を1985年度から開始し、そのモデル地区として東頸城郡の6町村が選ばれた。まず、新潟大学医学部精神科や新潟県精神保健センターが中心となって、その地域の老年期うつ病の疫学調査を実施し、うつ病の早期発見・早期治療を目指した。

地域には精神科医療機関がなかったため、新潟

大学医学部精神科、国立療養所犀潟病院、管内保健所、地元の診療所、保健婦などが互いに協力してこの事業を推進した。わが国では精神科治療に対して今も抵抗感が強い。この傾向は高齢者において顕著である。そこで、この活動では精神科医が地域で活動するかかりつけ医を積極的に支援していった。自殺の危険が高いと判断された高齢者に対して、地元のかかりつけ医を通じて、抗うつ薬が投与され、同時に、地域の保健婦が定期的に患者を訪問した。

なお、調査の結果、高齢者の高率な自殺の背景に「高齢者が孤立する傾向」が明らかになった。自殺を容認、肯定する文化、役に立たなければ生きていく価値がないとする風潮が、高齢者の自殺の背景にあるという。したがって、高齢者のうつ病を治療していくとともに、地域の人々に対して老年期のメンタルヘルスについて正しい知識を教育していくことも重要な課題とされた。新潟県東頸城郡松之山町の高齢者の自殺率は、活動開始以前の1985年には人口10万人あたり434であったのが、1996年には123にまで低下した。この地域でのメンタルヘルス活動は次のような柱から成り立っていた。

①高齢者のうつ病を早期に発見し集中的に治療する。精神科医の助言にもとづいて、治療の主体は高齢者にとって身近なかかりつけ医（内科医）が実施した。

②保健師がハイリスクの高齢者を定期的に訪問した。

③保健師が中心になって、地域の人々に対する啓発活動を同時に実施し、高齢者の抱える問題であっても適切な対応で解決が可能であることを教育していった。

しばしば、医療関係者の中からも「古い先短い高齢者が死にたいと言っているのに、それを止める必要があるのか」とか「そもそも自殺を予防することなど可能なのか」などといった疑問が発せられることがある。しかし、新潟県における調査・実践活動は、このような疑問に対する明白な答えになっているといつてよいだろう。現状を正しく

把握して、早期に適切な介入を実施すれば、高齢者の自殺を減らすことは可能である。そして、そのためには、今まさに危険な状態にある患者を適切に治療するとともに、その人々を支えている地域の一般の人々に対する教育も欠かせない。

3. 日本医師会の自殺予防教育

うつ病に罹患した患者の多くが、初診の段階ではさまざまな身体症状を訴えて、精神科以外の医療機関に受診していることについてすでにふれたが、日本医師会はこの点を重視して、精神科を専門としない医師に向けて、うつ病の診断と治療および自殺予防のための手引きを2004年に作成し、全会員とその年に医学部を卒業する学生全員に配布した⁷⁾。そして、2008年には新たな知見を組み入れて改訂版が刊行された(図3)。

単に冊子を医師会員に配布しただけではなく、それを用いて、医師の生涯教育の研修会も実施している。なお、この冊子および研修の効果については、現段階においては評価はまだ実施されていない。冊子では次のような内容が取り上げられている。

- ・わが国の自殺の現状
- ・自殺の危険因子
- ・「自殺したい」と打明けられた際の対応の原則
- ・うつ病の症状
- ・うつ病を診断するための面接
- ・治療
- ・専門医への紹介のタイミング
- ・自殺未遂が起きたときの対応

以上のように、精神科を専門としない医師が備えておきたいうつ病と自殺予防に関する基礎知識についてまとめている。

4. 静岡県富士市「睡眠キャンペーン」

働きざかりの男性のうつ病を早期に発見し、適切な治療に導入することによって自殺を予防するために、静岡県富士市が「睡眠キャンペーン」と

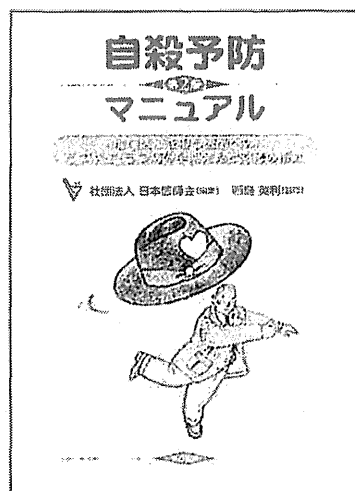


図3 日本医師会編集の自殺予防マニュアル

題した独自の試みを始めた⁸⁾。一般の人々はどううつ病が複雑で恐ろしい病気であるとのイメージを抱き、うつ病についての知識が乏しく、また、うつ病に対する偏見も強いのが現状である。そのために、うつ病を発病しても、なかなか早期の段階でそれに気づいて、受診しようという態度に出られない。

そこで、この睡眠キャンペーンでは、不眠をキーワードにして、早期の段階でうつ病に気づくようにしようというはたらきかけである。不眠はうつ病にほぼ必発の症状といっても過言ではない。そこで、「パパ、ちゃんと寝てる？」を標語に、「2週間以上の不眠はうつかも」というポスター、小冊子、テレビやラジオのCMを通じて、一般の人々へのはたらきかけを進めている。長期間続く不眠はうつ病の可能性があるので、早い段階で専門医のもとを受診するようというはたらきかけである。

「睡眠キャンペーン」は、うつ自殺予防対策として、富士市において実施中の「富士モデル事業」の一環である。このキャンペーンは、富士市医師会、富士市薬剤師会、富士商工会議所、鷹岡商工会、富士労働基準監督署、富士市役所、富士健康福祉センター、静岡県精神保健福祉センターなどの機関が官民協働で取り組んでいる。プライマリケア医が患者のうつ病に気づいたら、精神科

医に適切に紹介するというネットワークづくりも熱心に進められている。

5. まとめ

うつ病はけっして稀な病気ではない。一生の間に、7~8人に1人はうつ病を発病するという調査がある。そして、誰でも発病する可能性のある病気であることを強調するために、うつ病を「心の風邪」などと呼ぶこともある。しかし、「風邪」と呼んでしまえば、放置しておいても、自然に治る軽症の病気であるとの誤解も生じかねない。そこで、「風邪は万病の元」とも付け加えておこう。「心の風邪も」放置しておいては、「心の肺炎」になってしまって、最悪の場合には命取りにもなりかねない。

今ではうつ病に対しては効果的な薬も各種の心理療法も開発されている。恐ろしいのはうつ病になったことではなく、それに気づかずに放置しておくことである。そこで、うつ病を早期に発見し、適切な治療に導入することによって、自殺を予防しようというさまざまな試みが行なわれている。一般の人々に対してうつ病についての適切な知識を普及し、早期の段階で適切な治療を受けられるようにすることは、自殺予防の重要な一環である。そして、そのためには、精神科医療だけではなく、他の専門領域の医療従事者や地域住民を対象としてうつ病の症状と治療に関する正しい知識の啓発も必要になってくる。ゲートキーパー役のかかりつけ医と精神科医療従事者の連携も、自殺予防にとって不可欠である。本稿ではうつ病対策に焦点を絞った自殺予防戦略のいくつかを紹介した。

まず、うつ病から地域の啓発教育を始めていき、それを端緒として、次の段階ではアルコール依存

症や統合失調症に対する正しい知識を普及させていく。さらに、地域で問題となっている失業や貧困といった自殺につながりかねない深刻な問題に光をあてていくことも重要である。自殺はさまざまな要因からなる複雑な現象であり、たったひとつの正解などあり得ない。その突破口として、うつ病対策から入っていくということは世界的にも広く認められた戦略といってよいのである。

文 献

- 1) World Health Organization: Suicide rates (per 100,000), by country, year, and gender. 2004 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/ (2010年4月27日現在)
- 2) World Health Organization: Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies. United Nations, 1996.
- 3) American Psychiatric Association 著、高橋三郎ほか訳: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き新訂版. 医学書院, 2003.
- 4) 三木 治: プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療. 心身医学, 42(9): 585-591, 2002.
- 5) Rutz W et al.: Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. Acta Psychiatr Scand, 82(6): 399-403, 1990.
- 6) 高橋邦明ほか: 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動—老年期うつ病を中心に—. 精神神経学雑誌, 100(7): 469-485, 1998.
- 7) 日本医師会編: 自殺予防マニュアル—一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応—. 明石書店, 2004.
- 8) 静岡県: 静岡県精神保健福祉センター. 2010. <http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-810/seishin/sleep.html> (2010年4月27日現在)
- 9) 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.
- 10) 高橋祥友: 自殺予防. 岩波新書, 2006.

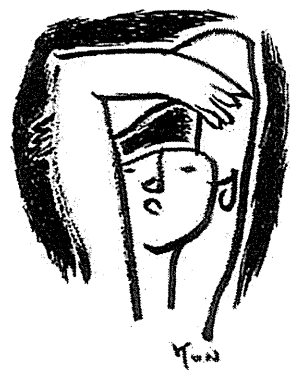
子どもの自殺予防

●救いを求める叫びに気づいて

自殺を理解するキーワードは「孤立」である…

高橋祥友

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



1. はじめに

1998年以来わが国の年間自殺者数は3万人台という緊急事態が続いている。警察庁の発表に

よると、2009年の自殺者数は3万2753人であり、この数は交通事故死者数(4914人)の6・7倍にのぼった。なお、未遂者は既遂者の少なくとも見積もっても10倍は存在すると推定されている。さらに、自殺未遂や既遂が起きると、強い絆のあった多くの人々の心の健康が脅かされる。

このように、自殺とは毎年3万人の死にゆく人だけの問題にとどまらずに、わが国だけでも百数十万人のメンタルヘルスを脅かす深刻な問題である。このような現状を直視して、2006年には自殺対策基本法が成立し、自殺予防は社会全体で取り組むべき課題であると言言された。

さて、未成年者の自殺は全体の約2パーセントである。最近ではとくに中高年男性の自殺の急増が深刻な社会問題としてとらえられ、さまざまな対策が始まっている。それに比べると、子どもの自殺に対する社会の関心は残念ながらけつして高いとは言えない。時折「いじめ」「自殺がマスメディアで大々的に報道されると、一時的には関心が高まるものの、しばらくすると関心はまた元のよ

うに薄れてしまう。しかし、子どもの心の健康は一生にわたるメンタルヘルスの基礎になることを忘れてはならない。

2. 自殺の危険因子…どのような子どもに自殺の危険が迫るのだろうか

表1に主な自殺の危険因子を挙げたが、とくに重要な点について簡潔に解説していこう。

自殺未遂歴…これまでも自殺未遂に及んだことがある場合、適切なケアを受けられないと、将来も同様の行為を繰り返して、実際に死亡してしまう危険が高い。たとえその時には命の危険に結びつかないような自傷行為であっても、軽視してはならない。自らの身体を傷つける行為に及んだ場合は、専門の医療機関に受診させてほしい。子どもの場合、大人の目には一見些細なことに思われるような出来事に反応して、衝動的に自己破壊行動に及ぶ可能性が高く、致死性の高い手段も用

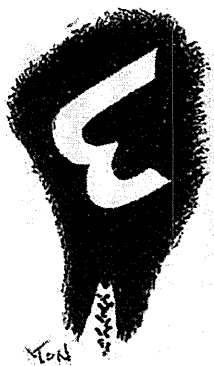


表1：自殺の危険因子

①自殺未遂歴	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
②精神疾患	うつ病（思春期以後では、統合失調症、パーソナリティ障害、薬物乱用などが問題になることもある）
③サポートの不足	学校や家庭での孤立
④性別	自殺既遂者：男＞女 自殺未遂者：女＞男（年長になるとともに男女差が顕著になる）
⑤喪失体験	病気や怪我、学業不振、予想外の失敗
⑥事故傾性	自己の安全や健康を守れない
⑦性格傾向	未熟・依存的、衝動的、孤立・抑うつの、極端な完全癖、反社会的傾向
⑧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
⑨虐待	心理的・身体的・性的虐待

（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）

いがちである。

精神疾患…中・高校生くらいの年代になると、十分にコントロールされていない精神疾患が重要な自殺の危険因子となってくる。気分障害（うつ病）、違法薬物やアルコールの乱用、パーソナリティ障害、摂食障害、広汎性発達障害、摂食障害などが、自傷行為と密接に関連している。とくに複数の精神障害に同時に罹患する状態はさらに自殺の危険を高めてしまう。

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。子どもの自殺が起きると、学校での「いじめ」の有無だけにしばしば焦点が当てられるが、慎重に調べると、自殺の危険の高い子どもは学校だけでなく、家庭でも孤立している状況が明らかになることが多い。現実的に孤立している場合ばかりでなく、実際には周囲の人々から救いの手が差し伸べられているにもかかわらず、うつ病をはじめとする精神疾患の影響で、自尊心がひどく低下し、その結果として「皆から見捨てられた」「皆から嫌われている」などと思いい

てられた」などで、孤立状況を自ら作り出していることもある。したがって、客観的に孤立しているばかりでなく、本人が主観的に孤立ととらえている状況についても注意を払う。

事故傾性…自殺は何の前触れもなく、ある日突然生じると一般には考えられているが、それに先立って、さまざまな形で無意識的な自己破壊傾向をしばしば認める。子どもは発達に応じて、自己の安全を保つことができるようになっていく。そこで、最近になって、自分の安全や健康を守れなくなっていないか十分に注意を払う。それまではとくに問題のなかった子どもが、事故や怪我を繰り返すような場合には、何らかの心理的な問題が生じていると考えるべきである。

他者の死の影響…子どもの自殺では被影響性や模倣性も重要な役割を果たしている。本人にとつて強い絆のあった人の死が、自殺の引き金になることがある。家族ばかりでなく、友人の自殺、あ

るいは、マスメディアで大きく取り上げられた著名人の自殺が、他の複数の子どもの自殺の引き金になることもあり、この現象は群発自殺と呼ばれている。

性格…自殺に関連する可能性のある性格として、未熟・依存的、衝動的、孤立・抑うつの、極端な完全癖、反社会的傾向などがある。

とくに反社会的傾向について注意を喚起しておきたい。暴力行為、窃盗、売春、反社会集団（暴走族や暴力団）への加入といった非行が問題となっている青少年のある一群に、抑うつ症状や自己破壊傾向が隠れていることがある。地域や学校で問題児扱いこそされていても、抑うつ傾向などについては、周囲からまったく考慮もされていないことが多い。同じような悩みを抱えた仲間達との間に絆を保っているうちは、自己破壊行動という形で問題が表面に現れることはないかもしれない。しかし、所属集団の解体や集団からの追放という場面に直面して、元来の自己破壊傾向が一挙に噴

き出すことがある。とくに思春期で反社会的行為に及ぶ者については、背景にある抑うつ傾向に注意を払うべきである。

なお、反社会的行為が自己破壊的行為と密接に関連することは、成人期以後でも同様に認められる。時に自らの死をあえて招くような犯罪行為が世間の注目を集めるようなことがあるのもその好例である。

虐待…心理的、身体的、性的虐待を受けている子どもは、自尊心が適切に発達せず、それが自殺が生じる基礎になっていることがある。虐待は「お前なんか誰からも必要とされていない」「お前のために皆が迷惑している」といった強烈なメッセージを子どもに与えてしまう。小児期の虐待の経験が一生にわたって自殺の危険が生じる基礎となっている場合さえある。

以上のような危険因子に注意を払いながら、子どもが発している救いを求める叫びを的確にとら

えて、助けの手を差し伸べる必要がある。

3. 自殺の危険に気づいた時の対応法

自殺の危険を感じた場合の対応法をカナダの自殺予防のグループがTALKの原則としてまとめている。これはTell, Ask, Listen, Keep safeの頭文字をとったものである。

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、自殺にまで追いつめられていないかと尋ねる。真剣に対応するならば、自殺を話題にしても危険ではなく、むしろ予防の第一歩になる。(相手が子どもであっても言葉に出して自殺願望について質問して構わない。真剣な態度で質問するならば、子どもが自殺まで追いつめられている気

持ちを大人が真剣に考えてくれているという

雰囲気を与えることになる。)

L…傾聴である。助言、批判、叱責、激励などを口にしがちであるが、まずは絶望的な気持ちに真剣に耳を傾ける。

K…危険だと判断したら、その子どもをけつしてひとりにしない。安全を確保したうえで、他からも援助を得て、必要な対処をする。保護者にも説明したうえで、確実に精神科受診につなげる。

なお、子どもの自尊心を大切にしないような大人に対しては、なかなか子どもは本音を打ち明けてこない。そこで、困ったときに子どもが相談できるような関係を、危険が生じる前からあらかじめ打ち立てておくことが重要である。

さて、自殺の危険の高い子どもの治療について詳しく述べるのは本誌の扱う範囲を超えているの

で、簡潔に触れておこう。

① 心理療法…問題を抱えたときに自分の身体を傷つけるといふ解決策以外の、より適応力の高い幅広い選択肢を探し、試みるように働きかける。さらに、欠けている問題解決能力を身につけるように援助する。とくに子どもでは、グループによる心理療法が効果をあげることが期待できるので、この活用についても検討する。(ただし、自殺の危険が緊急に高まっている状況では、内省を求めようなアプローチではなく、本人の安全を確保し、支持的なアプローチが中心となる。)

② 薬物療法…明らかな精神疾患が存在する場合には、適切な薬物療法を実施する。(当然のことながら、薬だけで自殺の危険が克服できるわけではない。)

③ 周囲の人々との絆の回復…自殺の背景には「孤立」がかならず存在する。周囲の人々との絆の回復は、自殺の危険の高い子どもの治療には不可欠である。

この3つの柱を中心に治療を進めていく。なお、自殺の危険は一度だけで終わることは稀であり、繰り返し生じる可能性が高いので、長期的な治療計画が重要である。さらに、子どもの自殺行動の背景には、家族の病理がしばしば存在していることを忘れてはならない。「自殺の危険の高い子ども」の背後には、自殺の危険の高い親がいる」「自殺の危険の高い親の背後には、自殺の危険の高い子どもがいる」としばしば指摘される。子どもだけではなく、家族全体に働きかけていく治療方針が欠かせない。そして、本人や家族の同意を得たうえで、家族、学校、医療機関が協力して、本人を見守っていくという体制を作る必要がある。

4. まとめ

どのような自殺の危機においても、その背景に

かならず「孤立」が認められる。そこで、自殺にまで追い詰められた子どもが発している「救いを求める叫び」に敏感に気づいて、周囲の人々との絆を回復させることが、自殺予防につながる。

●推薦図書（自殺予防に関心のある人のために）

- 警察庁生活安全局地域課：平成20年中における自殺の概要資料、警察庁、2009年
- 児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議：教師が知っておきたい子どもの自殺予防、文部科学省、2009年
- 高橋祥友：自殺の心理学、講談社現代新書、1997年
- 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年
- 高橋祥友・編：子どもの自殺予防、現代のエスプリ488号、至文堂、2008年
- 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年
- 高橋祥友：自殺予防、岩波新書、2006年
- 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年
- 高橋祥友：群発自殺、中公新書、1998年
- シンシア・フェファア（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年
- ジョセフ・リッチマン（高橋祥友・訳）：自殺と家族、金剛出版、1993年
- アーサー・ミラー（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年

特集 小児科医が知っておくべき思春期の心

Ⅱ. 訴えや症状からみた心の問題

自殺

髙橋 礼祥 友 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

Key Words

自殺
自殺未遂
危険因子
家族の病理
群発自殺

要旨

最近では、自殺が深刻な社会問題としてとらえられるようになってきたが、中高年の自殺予防などに比べると、子どもの自殺に向けられる関心はまだ低く、高いものではない。この世代のこころの健康は一生にわたるメンタルヘルスの基礎になるものであり、医療従事者には子どもの自殺予防に関して正しい知識を備えておくことが期待されている。

はじめに

1998年以来、わが国の年間自殺者数は3万人台で推移しているが、これは交通事故死者数の約6倍にのぼり、深刻な問題となっている（図1）¹⁾。そして、2006年には自殺対策基本法が成立し、自殺予防は社会全体で取り組むべき課題であると宣言された。そのような中、未成年者の自殺は全体の約2%で推移してきた（図2）。いじめが原因とされる自殺が生じると、マスメディアが子どもの自殺を大々的に取り上げるが、その関心は長くは続かず、しばらくするとすっかり忘れ去られてしまう。しかし、この世代のこころの健康は一生にわたるメンタルヘルスの基礎であり、決して等閑視されるべきではない²⁾。

自殺の危険因子

表に、おもな自殺の危険因子をあげる^{3)~5)}。とくに重要な点について簡潔に解説していく。以下のような危険因子に注意を払いながら、子どもが発している救いを求める叫びを的確にとらえて、介入を開始する必要がある。

1. 自殺未遂歴

これまでにも自殺未遂に及んだことがある場合、適切なケアを受けられないと、将来においても自傷を繰り返して、実際に死に至る危険が高い。たとえその時には命の危険に結びつかないような自傷行為であっても、軽視してはならない。自らの身体を傷つける行為に及んだ場合は、専門の医療機関における病状の評価が欠かせない^{6) 7)}。子どもの場合、大人の目には一見些細なことに思われるような出来事に反応して、衝動的に自己破壊行動に及ぶ可能性が高く、致

死性の高い手段も用いがちである。

2. 精神障害

中・高校生くらいの年代になると、十分にコントロールされていない精神障害が重要な自殺の危険因子となってくる。気分障害（うつ病）、違法薬物やアルコールの乱用、パーソナリティ障害、摂食障害、広汎性発達障害などが自傷行為と密接に関連していることがある。とくに複

数の精神障害に同時に罹患する状態（comorbidity）は、さらに自殺の危険を高めてしまう。

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。子どもの自殺がおきると、学校での「いじめ」の有無だけにしばしば焦点があてられるが、慎重に調べると、自殺の危険の高い子どもは学校だけでなく、家庭でも孤立している状況が明ら

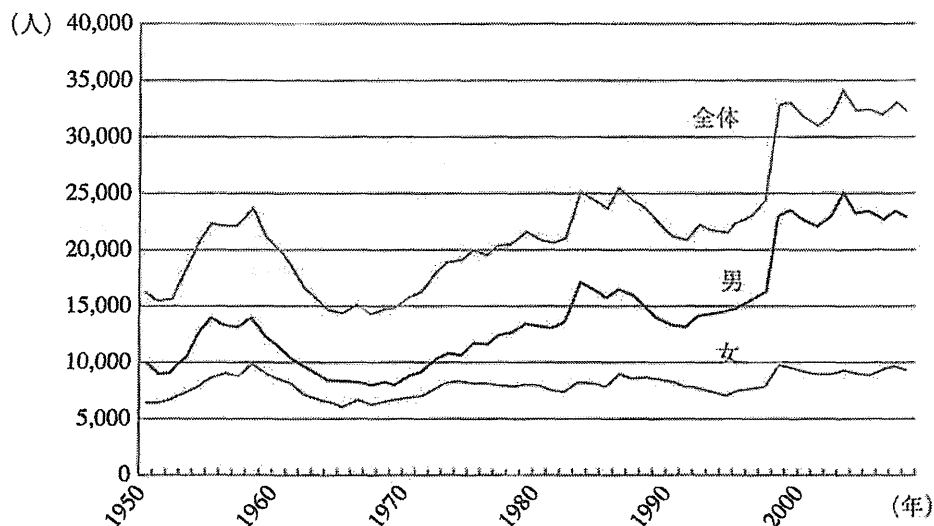


図1 年間自殺者総数の推移（文献1）より引用

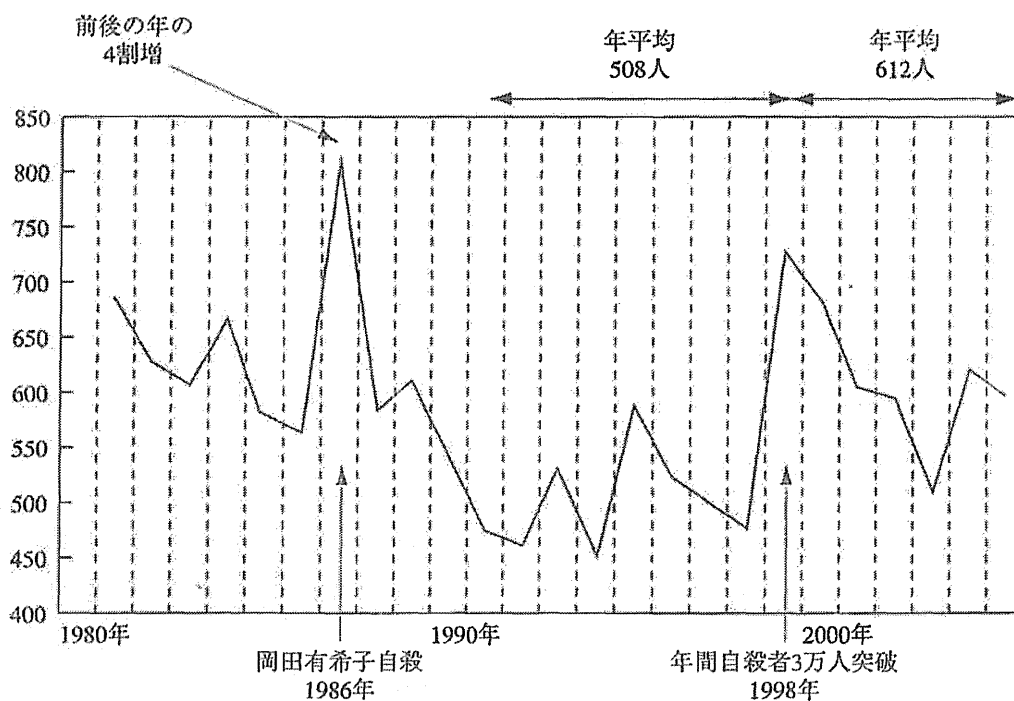


図2 未成年者の自殺数の推移（文献1）より引用

表 自殺の危険因子 (文献5) より引用)

1. 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
2. 精神障害	うつ病 (思春期以後では, 統合失調症, パーソナリティ障害, 薬物乱用 などが問題になることもある)
3. サポートの不足	未婚, 離婚, 配偶者との死別, 学校での孤立
4. 性別	自殺既遂者: 男>女, 自殺未遂者: 女>男 (年長になるとともに男女差 が顕著になる)
5. 喪失体験	病気や怪我, 学業不振, 予想外の失敗
6. 事故傾性	自己の安全や健康を守れない
7. 性格傾向	未熟・依存的, 衝動的, 孤立・抑うつの, 極端な完全癖, 反社会的傾向
8. 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
9. 虐待	心理的・身体的・性的虐待

かになることが多い。現実的に孤立している場合ばかりでなく、実際には周囲の人々から救いの手が差し伸べられているにもかかわらず、うつ病をはじめとする精神障害の影響で自尊感情がひどく低下し、その結果として「皆から見捨てられた」「皆から嫌われている」などと認識していることもある。したがって、客観的に孤立しているばかりでなく、本人が主観的に孤立ととらえている状況についても注意を払う。

4. 事故傾性

自殺は何の前触れもなく、ある日突然生じると一般には考えられているが、それに先立って、さまざまな形での無意識的な自己破壊傾向を認めることが一般的である。子どもは発達に応じて、自己の安全を保つことができるようになっていく。それまではとくに問題のなかった子どもが事故や怪我を繰り返すような場合には、なんらかの心理的な問題が生じている可能性について検討しなければならない。

5. 他者の死の影響

子どもの自殺では被影響性や模倣性も重要な役割をはたしている。本人にとって強い絆のあった人の死が、自殺の引き金になることがある。家族ばかりでなく、友人の死、あるいはマスメディアで大きく取りあげられた自殺が、他

の複数の子どもの自殺の引き金になることもあり、この現象は群発自殺として知られている⁸⁾。

8. 虐待

心理的、身体的、性的虐待を受けている子どもは自尊感情が適切に発達せず、それが自殺の生じる基礎になっていることもしばしば認められる。虐待は「お前なんか誰からも必要とされていない」「お前のために皆が迷惑している」といった強烈なメッセージを子どもに与えてしまう。

治療の原則

1. TALKの原則

自殺の危険を感じた場合の対応法をカナダの自殺予防のグループが「TALKの原則」としてまとめている。これは“tell”, “ask”, “listen”, “keep safe”の頭文字をとったものである。

1) T (tell)

相手のことを心配しているということを、はっきりとことばに出して伝える。

2) A (ask)

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 (たとえ、相手が子どもで

あってもことばに出して自殺願望について質問して構わない。真剣な態度で質問するならば、子どもが自殺まで追いつめられている気持ちを大人が真剣に取り上げてくれているという雰囲気を与えることになる。

3) L (listen)

傾聴である。助言、批判、叱責、激励などを口にしようとしがちであるが、まずは絶望的な気持ちに真剣に耳を傾ける。

4) K (keep safe)

危険だと判断したら、その子どもを決してひとりにしない。安全を確保したうえで、他からも援助を得て必要な対処をする。保護者にも説明したうえで、確実に精神科受診につなげる。

2. 治療

自殺の危険の高い子どもの治療について詳述するのは本誌の扱う範囲を超えているので、簡潔に触れておく⁹⁾。

以下の三つの柱を中心に治療を進めていく。なお、自殺の危険は1度だけで終了することはまれであり、繰り返し生じる可能性が高いので、長期的なフォローアップが重要である。さらに、子どもの自殺行動の背景には、家族の病理が存在していることが多い点を忘れてはならない。「自殺の危険の高い子どもの背後には、自殺の危険の高い親がいる」「自殺の危険の高い親の背後には、自殺の危険の高い子どもがいる」としばしば指摘される。子どもだけではなく、家族全体に働きかけていく治療方針が欠かせない^{9) 10)}。

1) 心理療法

問題を抱えたときに自分の身体を傷つけるという解決策以外の、より適応力の高い幅広い選択肢を探し試みるように働きかける心理療法的アプローチが不可欠である（ただし、自殺の危険が緊急に高まっている状況では、内省を求めるようなアプローチではなく、本人の安全を確保し支持的なアプローチが中心となる）。

2) 薬物療法

明らかな精神障害が存在する場合には、適切な薬物療法を実施する。

3) 周囲の人々との絆の回復

自殺の背景には「孤立」が必ず存在する。周囲の人々との絆の回復は、自殺の危険の高い子どもの治療には不可欠である。

症例呈示

1. 症例（A子13歳、両親の離婚後、自傷行為が繰り返された例）

A子は地方の小都市の私立中学2年生だった。授業中に、外国人教師が英語で自分の姿を絵に描くように生徒達に指示した。皆が無邪気に自画像を描き始めたが、A子の絵だけはひどく不気味だった。胴体から手足と頭が離れ、首から血が吹き出し、顔は黒くぬりつぶされていた。教師はA子に説明してほしいと話しかけたが、答えようとしなかった。

その教師は知人である筆者に連絡をしてきたため、次のように助言した。「絵のような非言語的な手段でこころの深い部分を表現することがある。まず、最近の家庭状況、学校での様子、友達との関係といった情報をもう少し詳しく集めてほしい。そうすることで、絵のもつ意味はさらに明らかになるだろう」。

早速、外国人教師は担任教師と連絡をとり、生徒が置かれている現在の状況を把握した。その結果、生徒の最近の状況が明らかになった。

生徒は1人娘で、父親が大好きだった。しかし、両親が離婚し、生徒は母親と2人で暮らしていた。生活費の支払いも最近では滞りがちで、母親は夜遅くまで働いていた。父親が愛人を作って家を出たことにA子は失望し、父親から捨てられたと感じていた。離婚を両親の問題ととらえられずに、自分さえよい子にしていたら今でも家族が仲よく暮らしていけたはずだと悩んでいた。もう1度、父親と一緒に暮らしたい

と母親に頼んでも、かえって激しく叱りつけられてしまった。母親は生計を立てるのに忙しい毎日を送っており、離婚に対する娘の反応にまで配慮する余裕はなかった。A子は自分さえいなければ、これほど母親が苦勞することもなかっただろうと考えていた。

最近では、食欲もなく、睡眠も十分にとれず、「自分さえいなければ」といった気持ちにとらわれていた。体重も減少し、以前の明るさが失われていった。学校には何とか休まずに通っていたが、裕福な家庭の子どもが通う私立中学校の生徒の中にいて、自分を「異分子」のように感じていた。首をくくろうとしたり、鎮痛薬を多量に飲んだり、手首を切ったりして自殺を図ったものの、毎回、近くの救急病院で秘密裏に処置された。手首を切ったりすると、かえって不安感が薄れていくようで、死ぬことは決して恐ろしくなかったという。

同じ頃、「いじめ自殺」が連日のように報道されていた。「自殺を考えている子がたくさんいる」「思ったより簡単に死ねる」などと思った。自傷行為が繰り返され、母親も一体どのように娘に対応してよいかわからず、もって行き場のない怒りを娘にぶつけることもしばしばだった。

教師がA子の置かれた最近の状況を筆者に知らせてきたので、次のように答えた。「不気味な自画像や自殺未遂は絶望の中で必死に救いを求める叫びと考えるべきで、実際に自殺がおきる危険性は高い。本人の治療と並行して、母親も含めた家族療法が必要だ。母親や本人が精神科治療に抵抗を示すかもしれないが、学校としては精神科への受診を粘り強くすすめてほしい。その間、学校では、教師がその生徒に今までどおりの関心を示し続けて、見守ってほしい」。

そして、担任教師や外国人教師を通じて、母親と娘がともに精神科に受診するように時間をかけて説得された。母親は離婚後、毎日の仕事

だけに目を奪われていたことをようやく認めた。そして、教師達の説得に応じ、A子ばかりでなく母親も精神科に受診し、ともに問題の解決を試みるようになった。

2. 小 括

この事例では、自殺未遂に繰り返し及んだものの、母親がその深刻な事態を否認し続けた。そして、授業中に外国人教師が偶然、生徒の絶望感に気づき、精神科治療を受けるように働きかけた。

A子は両親の離婚の責任はすべて自分にあると思いこみ、自分を責め、抑うつ症状を呈していた。そして、離婚後の家庭の混乱の中でA子は自殺を図ったのだが、その後も周囲の状況は好転しなかった。なお、親の離婚といった問題を子どもが自分自身に関連づけて解釈することは、この年頃ではめずらしくはない。絶望的な状況で描いた自画像が、生徒に関心を抱く教師の目にとまり、助けの手を差し伸べられる第一歩となった。

このように、生徒の日常生活のわずかな、しかし重大な変化に最初に気づき、重要な介入の一步を教師が始めることはしばしば経験する。

おわりに

最近、わが国では年間自殺者3万人台という緊急事態が続いており、自殺予防は社会全体で取り組むべき問題と理解されるようになってきた。ところが、子どもの自殺は時折「いじめ自殺」として大々的に取りあげられることはあっても、その関心はしばらくするとまた薄れてしまう。子ども時代のこころの健康は生涯にわたるメンタルヘルスの基礎になる重要な課題であり、決して等閑視されるべきではない点を本論では強調し、自殺予防の基礎知識について解説した。

文 献

- 1) 警察庁生活安全局地域課：平成20年中における自殺の概要資料。警察庁，2009
- 2) 児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議：教師が知っておきたい子どもの自殺予防。文部科学省，2009
- 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，2006
- 4) 高橋祥友・編：子どもの自殺予防。現代のエスプリ488，至文堂，2008
- 5) 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
- 6) 高橋祥友：自殺予防。岩波新書，2006
- 7) 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
- 8) 高橋祥友：群発自殺。中公新書，1998
- 9) Pfeffer CR: The Suicidal Child. Guilford, New York, 1986 (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)
- 10) Richman J: Family Therapy for Suicidal People. New York: Springer, 1986 (高橋祥友・訳：自殺と家族。金剛出版，1993)

著者連絡先

〒359-8513 埼玉県所沢市並木3-2
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
高橋祥友

書 評

発達障害 子どもを診る医師に知っておいてほしいこと

平岩幹男・著

発行所 金原出版
判 型 A5版，193頁
発 行 2009年9月30日
定 価 本体2,800円＋税

発達障害に関するこれまでの書籍では、分類・診断が中心に編集されている場合が多くみられました。しかし、本書の特徴は単に分類にとどまらず、診療に携わる者が最初に気づくべきことをまず述べている点であります。家族もまだ確信がもてないが薄々気づき始めた「ことばの遅れ、行動の特徴」を、どのようにとらえて伝えていくかを本書から学びとってほしいと思います。これは乳幼児健診では知っておく必要があります。診断を伝えるべき時期も重要ですが、伝えた後、どのようにフォローすればよいのか、また、忙しい外来でもできるアドバイスも含めて、発達障害を専門とする医師にも一般開業医に

も有益な内容です。とくに、第10章の「外来でできること、実際の対応の方法」は非常に役立ちます。「褒めること、叱ること」ではそのタイミング、「声かけの基本」では「近づいて、穏やかに、静かに」することによって注意をこちらに向けること、「シール、カレンダー、チェックシート、砂時計、アラーム」などのアイテムを使うことによって視覚化することなど、非常に具体的に解説されています。発達障害をもつ子ども達が家庭や学校、地域で豊かに暮らしていけるように、ぜひ医療者に読んでいただきたい内容です。

(大阪医科大学小児科教授 玉井 浩)

自殺発生後の院内対応*

高橋 祥友*¹ 山本 泰輔*²

*¹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 *²同 助教

Key Words** 自殺, 自殺予防, 群発自殺, ポストベンション, 危険因子

はじめに

精神科病院では多くのスタッフが懸命に患者の治療や看護に当たっているのだが、どれほど努力しても、不幸にして患者の自殺が生じてしまう場合がある。そのような際に、他の患者の動揺を可能なかぎり和らげるように試みるとともに、今後の予防のために死からしか学べないことは何かという謙虚な姿勢で自殺を振り返る必要がある¹⁾。これに失敗すると、最悪の場合には、複数の患者の自殺が誘発される危険さえある。そこで、自殺発生後には、遺された人に対するケアが必要になる。これがポストベンション (postvention: 事後対応) である^{2, 7, 8)}。

自殺が起きると、複雑な心理に圧倒される (表1)^{4, 10)}。遺族が最も深刻な影響を受けるが、遺された人々には次のような感情が一挙に襲ってくる。

「頭の中が真っ白になってしまった」
「最後に会ったときの、服装、会話の内容、表情がありありとよみがえってくる」
「恐ろしい夢を見て、目が覚める」
「あれは自殺ではない。事故死だ」
「あの人の気配をいまでも感じる」
「自殺が起きたのは私の責任だ」
「私も自殺してしまいそうだ」
「どうしてまるで当て付けのようにこんなことを

してくれたのか」

「なぜ、自殺が起きたのか」

「すべてあの人の責任だ。あの人が自殺に追いやった」

「病院の対応が悪かったから、自殺が起きた」

従来は自殺が起きても、時間が経つことだけが心の傷を癒すといった考え方が圧倒的だった。しかし、強い絆のあった人の自殺が生じた後、うつ病、不安障害、ASD (急性ストレス障害)、PTSD (心的外傷後ストレス障害) などを発病してしまい、専門的な治療が必要になる人もいる。また、アルコールや薬物の乱用が生ずる危険が増すことさえある。さらに、精神障害ばかりではなくて、身体疾患を発病する人もいる。そこで、自殺が起きた後、遺された人に対する適切なケアが必要となる。

病棟全体への対応 (他の患者への対応)

まず、他の入院患者に対するグループでのケアについて考えてみよう (きわめて深刻な衝撃を受けている患者に対しては、個別のケアで対応すべきである)。個々の状況をよく検討したうえで、以下の項目がそのまま応用できるか、どの項目は修正が必要か、どの項目は実施が不可能かといった点を検討するたたき台にしてほしい。

1. 群発自殺が起きる危険性を警告する

精神科入院患者は潜在的に自殺のハイリスク群ととらえられる。他の患者の自殺に影響されて、複数の患者の自殺が引き起こされる危険がある。こういった群発自殺⁹⁾が生じる危険については精神科医療従事者でさえも、十分に認識できているとはいいがたい。そこで、第一に、他の複数の自殺が生じる危険性についてスタッフに注意を喚起

* Postvention at a psychiatric ward

** suicide, suicide prevention, suicide cluster, postvention, risk factors

表1 遺された人々の心理

驚愕	疑問
茫然自失	怒り
離人感	他罰
記憶の加工	救済感
否認, 歪曲	合理化
自責	原因の追及
抑うつ	周囲からの非難
不安	二次的トラウマ

表2 自殺に影響を受ける可能性の高い人の特徴

- ・故人と強い絆があった
- ・症状のコントロールが十分にできていない
- ・自殺未遂歴がある
- ・遺体の発見者
- ・故人と境遇が似ている
- ・自殺が起きたことに責任を感じている
- ・自殺が生じた後、症状や態度が変化した
- ・さまざまな問題を抱えている
- ・家族などからのサポートが十分でない

する。

2. 危険の高い患者を同定する

自殺の危険因子を数多く満たす、潜在的に自殺の危険の高い患者について検討していく。なかでもとくに表2に挙げた特徴を示す患者については十分なモニターが必要である。なお、症状が多彩な患者にはスタッフの注意が向くが、引きこもりがちで訴えの多くない患者のなかにも他者の自殺のために動揺している人がいる点について注意を怠ってはならない。

3. 適切な精神医学的治療を徹底する

遺された個々の患者がどのような精神症状を呈しているのか正確に把握して、それに対する適切な治療を徹底する。

4. スタッフ間で緊密に情報を交換する

症例検討会や申し送りの際に患者について気がついたことがあれば、必ず他のスタッフと情報を共有しておく。なお、これは客観的な情報ばかりでなく、「この患者はいつもと少し様子が異なるように感じられて、気にかかる」といった主観的な情報についても交換しておく。

5. 患者に伝える情報を統一しておく

どれほど事実を隠そうとしたところで、噂や憶測で瞬く間に自殺が起きたことが知れ渡る。そこで、事実を中立的な立場で患者に伝えて、動揺を示している患者がいれば、個々に適切な対応をするというのが大原則である。あくまでも自殺の事実を淡々と話すべきであって、故人を非難したり、

おとしめたりするような発言をしてはならない。また、逆に故人の生前の様子をあまりにも美化して語るのも、逆効果になる。

なお、自殺という事実を患者に伝えることに対してスタッフの間に不安が強いならば、どのように伝えるのか十分に話し合っ、情報を統一しておく。患者が故人について尋ねてきたときに、「退院した」「他の病院に転院した」「家族と一緒に他の県に引っ越した」などといった具合に、スタッフによって答えが異なるというのは望ましくない。

6. 自殺について伝えたときの反応が把握できる人数で集まる

できるだけ早い段階でケアを実施する。ケアを行う際のグループの大きさは、反応が十分に把握できる人数とする。他者の自殺を経験した人がどれほど精神的に動揺しているのか把握できる数に限ったほうがよい。理想的には対象者は10人くらいまでにする。大人数だと、衝撃的な事実について知らされた人の反応を的確にとらえるのが難しくなる。

7. 率直な感情を表現する機会を与える

遺された人々に複雑な感情をありのままに表現する機会を与える。率直な気持ちを語り合い、分かち合うことが重要である。複雑な感情を抱いているのが自分だけではないと知るだけでも、負担が軽くなったと感じる人は少なくない。ただし、全員が必ず話さなければならないといった強制的な雰囲気は絶対に作ってはならない。率直な気持ちを話すことも自由だし、他の人々の話を黙って

表3 よく知っている人の自殺を経験した人へ

強い絆のあった人が亡くなるという体験は、遺された人にさまざまな問題を引き起こしかねません。病死や事故死よりも、自殺はさらに大きな影響を及ぼします。

このような体験をした人のなかには以下に挙げるような症状が出てくることがあります。時間とともに徐々にやわらいでいくものから、永年にわたってこころの傷になりかねないものまでさまざまです。ときには、うつ病、不安障害、PTSD（心的外傷後ストレス障害）を発病して、専門の治療が必要になることさえあります。次のような症状に気づいたら、けっして1人で悩まずに、相談に来てください。周囲の人に同じような症状に気づいたら、相談に行くように助言してください。

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・眠れない ・いったん寝付いても、すぐに目が覚める ・恐ろしい夢を見る ・自殺した人のことをしばしば思い出す ・知人の自殺の場面が目の前に現れる気がする ・自殺が起きたことに対して自分を責める ・死にとらわれる ・自分も自殺するのではないかと不安でたまらない ・ひどくビクビクする ・周囲にベールがかかったように感じる ・やる気がおきない ・仕事に身が入らない ・注意が集中できない | <ul style="list-style-type: none"> ・ささいなことが気になる ・わずかなことも決められない ・誰にも会いたくない ・興味がわかない ・不安でたまらない ・ひとりでいるのが怖い ・心臓がドキドキする ・息苦しい ・漠然とした身体の不調が続く ・落ち着かない ・悲しくてたまらない ・涙があふれる ・感情が不安定になる ・激しい怒りにかられる |
|---|--|

聞いている自由もあることを保証しておく。

8. 他の患者の自殺後に起こり得る反応や症状を説明する

よく知っている人の自殺を経験した後にはさまざまな複雑な反応が生じる。ところが、そのような症状が自分だけに起きている異常な反応と思いき、誰にも相談できずに悩んでいる人もいます。そこで、表3のようなパンフレットを用意しておき、それを配布して、説明してもよいだろう。生じる可能性のある、うつ状態、不安障害、ASD（急性ストレス障害）、PTSD（心的外傷後ストレス障害）などの症状を具体的に挙げてあり、対象となる人々にとってわかりやすい言葉で説明する。

9. 個別に相談を希望する人には、その機会を与える

多くの人々のなかでは自分の気持ちを十分に表現できなかったと感じ、個別に話を聞いてほしいと思っている患者もいる。そのような人には、スタッフと個別に話をしたり、助言を受けたりできる機会を設ける。

10. 同様の手段を使う危険に対策を立てる

特定の場所が自殺に使われたような場合、ある時期、その場所に施錠するといった物理的に使用できないようにすることが群発自殺の拡大を予防することにつながることもある。

病棟スタッフへの対応

可能な限り多くの病棟スタッフが参加して、自殺した患者について振り返る機会を持つ⁹⁾。とくに若いスタッフの間で動揺が激しいことがある。また、このような機会を持たないままであると、「患者が自殺したというのに、まるで何ごともしなかったかのように皆が振る舞っている。この事実に向き合わないのは不謹慎だ」といった想いを抱きながら、毎日の仕事をこなしているスタッフも出てきてしまいかねない。

1. 死からしか学べないことは何か

「起きてしまった自殺から何か学ぶことはできないか」「それを今後の治療や看護に役立てることはできないか」という姿勢を大前提にして、振り返る機会を持つ¹⁾。えてして、「誰に責任があ

るのか」といった雰囲気が生じかねないが、起きてしまったことから謙虚に学ぶという姿勢が欠かせない。この検討会が「犯人探し」や「スケープゴート探し」の場になってはならない。

2. 中立的な立場を取れる人が進行役になる

この種の検討会では、参加者が冷静に症例を振り返ることができるように、中立的な態度を保つことができる人が会の進行役となる。会の最中に特定の人に攻撃が向けられたり、特定の人がひどく自責的になってしまったり、自己弁護に終始したりといったことも起こり得る。しかし、進行役はあくまでも「死から何か学ぶことはできないか」「今後の治療や看護の改善に役立てることはできないか」という姿勢を保ちながら、検討会を進めていく。

3. 自殺が起きるまでの状況を振り返る

次に自殺が生じるまでの経過を追う。最初は事実関係をたどる。この段階ではどう考えて、どう行動したかといった点にはなるべくふれずに、事実関係を中心にとらえていく。ある程度事実関係が参加者から出尽くしたところで、進行役はこれまでに出来た事実を時系列的に整理してみる。同じ病棟に勤務しているスタッフであっても、それぞれが断片的な情報を持っているだけで、全体像をとらえていない場合はまれではないので、このように整理をしていくことは、スタッフ間の動揺を和らげるのに有用である。

4. 反応や対処について振り返る

ある程度、自殺が生じるまでの事実関係の全体像をとらえることができたなら、そのときに、スタッフが何を考え、どう対処したのかについて振り返っていく。発言が特定の人に対する批判や非難にならないように進行役は注意を払う。

5. スタッフに起こり得る反応や症状を説明する

さまざまな症状が自分だけに起きている異常な反応と考え、誰にも相談できずに悩んでいるスタッフがいることに留意し、表3のような反応や症

状が起こり得ることを説明し、心配ならば必ず相談するようにと説明しておく。

6. 個別に相談を希望する人には、その機会を与える

さらに、他のスタッフのなかでは自分の気持ちを十分に表現できなかったと感じ、個別に話を聞いてほしいと思っている人もいる。そのような人には、個別に話をしたり、助言を受けたりできる機会を設ける。

7. 将来への提言

これまでの経過から「死からしか学べないこと」「将来、同様の事故を防ぐにはどうすべきか」といった点についてさまざまな意見がスタッフから出てきたはずである。それを進行役がまとめる。そして、進行役のまとめに付け加える点はないかどうか参加者に問いかける。

8. 会の締めくくり

最後に、多くのスタッフが会に参加してくれたことに対して進行役から謝意を述べる。会の締めくくりとして故人に対して黙祷を捧げるといったこともよいだろう。

9. 会の進行中に明らかに動揺を呈していた人に声をかける

会の最中に明らかに動揺していた人や、沈黙がちだった人、その他言動に気になる人がいたような場合には、会が終了した後に、進行役は個別に声をかけて、何か困ったことはないかもうひとこと尋ねてみる。

自殺した患者を担当していたスタッフへの対応（とくに影響を受けたと考えられるスタッフへの対応）

患者が自ら命を絶つと、担当だった医師や看護師が受ける心理的影響は測りしれない（ここでは自殺した患者を担当していた精神科医を念頭に置いて解説を進めていくが、この原則は、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカーといった他のスタッフに対しても同様に該当する）。担当医は

スーパーバイザーの助けを借りて、自殺した患者について振り返る機会を個別に得る。不幸にして患者の自殺が生じた場合に、感情的に混乱している担当医を受容し、また、この悲劇からよりいっそう、治療技術を改善させる手がかりを得るにはどのようにしたらよいかという点について援助するのが、スーパーバイザーの役割である。次のような点に留意しながら、スーパーバイザーは患者を自殺で亡くした担当医をケアすべきである。

- 1) 可能であるならば、スーパーバイザーは、同じ職場の上司とか同僚といった、直接的な関係がない人のほうが望ましい。日ごろから、さまざまな症例について相談にのってもらい、信頼関係がすでに樹立している人のほうがよい。
- 2) スーパーバイザーは、批判や注釈を控えて相手の話を傾聴する。なお、あまりにも担当医が混乱しているならば、最初は、家族や友人からの全面的な支持に委ねるという判断も必要である。しばらく休暇を取るよう助言する必要があるかもしれない。
- 3) 十分な時間を取って、まず患者の自殺が起きた前後の事情を聴いていく。なるべく感情を揺るがさないように、最初は事実をありのままにとらえていく。
- 4) さらに、患者の自殺を知ったときの感情、そのとき何を考え、どう反応していったのかをありのままに語らせる。また、現在本人が抱えている不安を語らせ、なんらかの精神症状の有無についても評価する（当然ながら、時期尚早に現実と直面化させたり、感情の表出を強制する雰囲気を作ってはならない）。
- 5) この段階では、自殺が生じたことに関して単純な因果関係を互いに探し合ってはならない。主に事実関係に焦点を当てていく。
- 6) 患者の自殺が生じた際の情動面での混乱について、ある程度話が出尽くしたところで、自殺が起きるまでの経緯について、担当医が進んで話すようならば、話題として取り上げる。
- 7) 当然この段階にまで至ると、担当医から治療過程でどのような対策を取ればよかったのかといった話題が出てくるだろう。自責や悔悟から

の発言も多く、自己卑下や自己の能力に対する自信の喪失に彩られている。これがあまりにも極端ならば、具体的な治療過程の検討は後日に回す必要もある。もしも、この時点で客観的な態度で真に治療技術の向上を目指そうという姿勢が感じられれば、具体的に治療過程の検討を始めることもできる。事実に沿って原因、治療法、結果などについて検討を進めていく。

- 8) 無意識の力動についても検討する³⁾。すなわち、陰性の逆転移についても取り上げる。自殺の危険の高い患者の治療では、治療者の側に生じる無意識の敵意がもたらす危険が指摘されてきた。この種の逆転移が十分に治療者に意識されていないと、患者の自殺の警戒兆候を見落したり、自殺を引き起こす直接の契機になる可能性さえある。
- 9) 同時に、治療者がこれまでに経験した重要な人物の死や、自身のなかにある自殺に対する考えについて討論し、死や自殺に対する無意識の態度を明確にするように助力する。
- 10) 最後に、スーパービジョンを得ようとしたこと自体、担当医として誠実な態度であったことを、スーパーバイザーの立場から述べ、今後必要があればいつでも相談に乗ることを伝える。

スーパービジョンを実施する時期や回数などは状況に応じて決定する。患者が自殺した直後で担当医が混乱している状況では、むしろ家族や知人からの全面的な受容のほうが、危機を乗り切るのに適切である場合もある。ある程度の時間が経過し、客観的に自分の心情を語ることができ、また語りたいと考えるようになってから、この種のスーパービジョンを要請しても遅くはない。

遺族への対応

最も影響を受けているのが遺族であることは言うまでもない。

1. 誠心誠意対応する

病院としては、遺族に誠心誠意対応することを忘れてはならない。遺族は複雑な感情に圧倒されていて、ときには、病院の担当者や主治医に対し

てあからさまな怒りをぶつけてくることもあるかもしれない。遺族の心の痛みについて真摯に耳を傾け、病院も患者を失った悲しみを誠実に伝えて、死を悼んでいることを共有するようにしてほしい。遺族との話し合いのなかで、「自殺を防ぐ適切な対策は取ったのか（病院側に問題はなかったのか）」「医療過誤ではないのか」などといった質問が出た場合も、おどろきな対応をしないで、誠実な態度で冷静に事実を伝える。その場で答えられないことに関しては、調べたうえで後に必ず適切に答えるようにする。「現実には何が起きていたのか」を知らされなかったために、遺族が病院に対して不信感を抱く場合がしばしばある。おどろきな対応をして、後になって事実が明らかにされるという事態は、遺族の怒りを倍加させかねない。

2. 心身両面のケアが必要

なお、遺族に心身の不調が出てくる可能性もあるので、相談に乗ることができるという点も伝えておく。ただし、自殺が起きたのは病院側に落ち度があると遺族が考えている場合、このような申し出が拒まれることがあるかもしれない。そのような状況では、遺族にとってのキーパーソンに、自殺後に遺族に起こり得る心理的な問題（表3）について説明しておき、遺族を見守るようにしてもらうという方法もある。

また、遺族には心理的な問題ばかりでなく、身体的な問題が出てくることもあるので、定期的に健康診断を受けられるような配慮も必要になってくる。さらに、遺族が十分な睡眠や栄養が取れているかといった、基本的な日常生活を送ることができているかという点についても注意するように助言しておく。

3. 日常生活の手続きを助ける

遺族はすっかり意気消沈していて、現実的なさまざまな手続きをどのようにしてよいかわからなかったり、そのエネルギーさえ残っていないと感じていることがしばしばある。たとえば、生命保険金の申請や、学齢期の子どもがいれば奨学金の申請などといった、現実生活していくうえで必

要とされるさまざまな手続きをするのを、周囲の人々に働きかけて具体的に手伝えることも、遺族に対する大切なケアとなる。

4. 故人をいつまでも忘れないことを伝える

遺族の悲しみは容易に癒されるものではない。そこで、病院側も自殺直後の対応ばかりでなく、その後も、故人を忘れないでいることを折にふれて遺族に伝えていく。病院の関係者から故人がいまでも覚えておいてもらえるということが、遺族にとって最大の励ましになることをしばしば経験する。

まとめ

本論では患者の自殺が生じた後の対応について解説した。自殺が1件でも起きないように全力を尽くすのは当然である。しかし、どれほど努力をしても不幸にして起きてしまう自殺があることも現実である。そのような場合には、遺された人へのケアが必要となる。「ポストベンション（事後対応）は次の世代に向けたプリベンション（事前予防）である」という言葉を忘れてはならない。

文 献

- 1) Chiles JA, Strosahl KD (高橋祥友訳)：自殺予防臨床マニュアル。星和書店、2008。
- 2) Shneidman ES (高橋祥友訳)：シュナイドマンの自殺学。金剛出版、2005。
- 3) Shneidman ES (高橋祥友監訳、清水邦夫、澤村岳人、山本泰輔、他訳)：生と死のコモンセンスブック：シュナイドマン90歳の回想。金剛出版、2009。
- 4) Smolin A, Guinan J (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。
- 5) 高橋祥友：群発自殺。中公新書、1998。
- 6) 高橋祥友、福岡 詳編：自殺のポストベンション；遺された人々への心のケア。医学書院、2004。
- 7) 高橋祥友：自殺予防。岩波新書、2006。
- 8) 高橋祥友：改訂新版自殺の危険；臨床的評価と危機介入。金剛出版、2006。
- 9) 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。
- 10) 高橋祥友編著：セラピストのための自殺予防ガイド。金剛出版、2009。