

精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴： 心理学的剖検による76事例の検討

廣川聖子¹⁾，松本俊彦^{2,3)}，勝又陽太郎⁴⁾，木谷雅彦⁵⁾，赤澤正人⁶⁾，
亀山晶子⁷⁾，高橋祥友⁸⁾，川上憲人⁹⁾，渡邊直樹¹⁰⁾，平山正実¹¹⁾，
竹島 正^{2,3)}

Seiko Hirokawa, Toshihiko Matsumoto, Yotaro Katsumata, Masahiko Kitani,
Masato Akazawa, Akiko Kameyama, Yoshitomo Takahashi, Norito Kawakami,
Naoki Watanabe, Masami Hirayama, Tadashi Takeshima

本研究では心理学的剖検の手法を用いた自殺の実態調査において情報収集がなされた自殺既遂事例のうち、死亡前1年以内に精神科受診行動がみられた一群の臨床的特徴について明らかにした。

調査によって情報収集がなされた76事例を対象として、死亡前1年間に精神科受診歴があった者（精神科受診群）と非受診者（非受診群）の2群に分類し、心理社会的特徴および精神医学的診断について比較を行った。また精神科受診群については、その受療状況などの臨床的特徴についての分析を行った。精神科受診群と非受診群の割合は、同率の38例（50.0%）であった。受診群でやや女性が多く、39歳以下の者が65.8%を占めており、非受診群に比べ有意に若年であった。また、非受診群に比べ、受診群では自殺時の向精神薬の過量摂取、死亡前の自傷・自殺未遂経験が有意に高率であった。精神医学的診断では、共通して最も多かった診断名は気分障害（63.5%）であったが、受診群で統合失調症の割合が非受診群に比べ高く、非受診群では適応障害が高いという傾向がみられた。受診群の精神科受療状況をみると、90%近くが死亡前1ヵ月内という自殺の直前に受診をしており、65.7%が1年以上の治療期間を有していた。さらに、受診群を男女で比較すると、女性で有意に若年であり（平均年齢30.1歳；SD=12.3）、また死亡前の自傷・自殺未遂歴については女性患者において80%以上の経験率を有していた。これらの結果から、今後の自殺対策の方向性として、若年成人への対策、特に、統合失調症に罹患した者への対策、精神科治療薬の過量服薬を防止するための対策、さらに自傷行為がみられる女性患者への対策を講じる必要性があると考えられた。

<索引用語：自殺，心理学的剖検，若年成人，過量服薬，自傷行為>

著者所属：1) 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科 2) 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 3) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター自殺予防総合対策センター 4) 新潟県立大学人間生活学部子ども学科 5) 元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 6) 兵庫県こころのケアセンター 7) 日本大学文理学部人文科学研究科 8) 筑波大学医学医療系災害精神支援学 9) 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野 10) 関西国際大学人間科学部人間心理学科 11) 聖学院大学総合研究所

本論文は、PCN誌に掲載された最新の研究論文¹⁶⁾を編集委員会の依頼により、著者の1人が日本語で書き改め、その意義と展望などにつき加筆したものである。

はじめに

わが国の年間自殺者数は、長きにわたり3万人以上という水準のまま推移してきた。先ごろ発表された警察庁の自殺統計によれば、2012年の自殺者数は15年振りに3万人を下回り、これまでの自殺対策による一定の成果が示されたとも考えられる。とはいえ、世界的にみても日本の自殺死亡率は8位と依然高い水準にあり²²⁾、さらなる対策の充実を目指し、昨年、自殺総合対策大綱の見直しが行われた。

自殺の背景にあるとされる経済・生活問題など、複雑多岐な要因の中でも、特に重要な要因であるのは、精神障害の存在である^{6,9)}。事実、これまでに多くの先行研究にて、自殺者の90%以上が自殺直前に何らかの精神障害に罹患した状態であったことが報告されている^{4,8)}。こうしたことから、これまで自殺リスクの高い者をいかにして精神科治療につなぐかが、自殺対策における重要な課題とされてきた。

しかしその一方で、精神科治療に結びついていながらも、自殺既遂に至ってしまった事例も存在する。このような、精神科治療を受けながらも自殺既遂に至った者の臨床的特徴と問題の焦点を明らかにすることは、よりよい精神科医療の追求と、自殺対策の発展に資するものと期待される。

本研究では、心理学的剖検の手法を用いて死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の臨床的特徴を明らかにし、今後のわが国における自殺予防対策の課題について検討した。

I. 研究方法

1. 対象および調査方法

本研究は、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にて実施している、心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」(以下、基礎調査)をもとにしている。調査対象の選定基準など、基礎調査の詳細については、我々のこれまでの報告²⁶⁾を参照していただきたい。本研究で扱う自殺事例は、基礎調査におけるデータのうち、2006年

1月から2009年12月に死亡した76事例である。

基礎調査では、遺族に対し、独自に作成された面接票^{17,26)}に準拠した半構造化面接を行う。面接は、原則として精神科医と保健師などから構成される2名の調査員によって行われる。各事例の精神医学的診断については、調査員を務めた精神科医が、遺族からの聞き取りによって得られた全ての情報を用いてDSM-IV¹⁾に準拠した臨床診断を行う。

なお、調査は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施されている。

2. 分析方法

研究対象の76事例において、「死亡前1年間における精神科もしくは心療内科への受診歴の有無」に着目して分析を行った。死亡前に受診行動が認められた者を「精神科受診群」、それ以外の者を「精神科非受診群」と分類し、以下に挙げる変数について、2群間で比較を行った。また、精神科受診群については男女間での比較分析を行った。

比較に用いた変数は、調査票の項目のうち、①人口動態的変数(性別、年齢、年齢階級、職業)、②一般医学的問題(死亡1年前の重症の身体疾患、死亡1年前の一般診療科受診歴、自殺の状況、自殺関連行動の既往)、③社会的背景(家族構成、幼少期における被虐待経験や親との離別、死亡1年前の離婚、死亡1年前の転職・失職・休職歴、死亡時点の返済困難な借金)、および④DSM-IVに基づく精神医学的診断である。さらに、精神科受診群については、その受療状況(最終受診時期、精神科通院期間、薬物療法の状況、入院治療の有無)についても分析を行った。

II. 結果

1. 死亡1年前の精神科受療行動の有無による心理社会的特徴

死亡1年前の精神科受診行動の有無による心理社会的特徴について、表1に示す。

対象者76事例において、精神科受診者と非受診者の割合は、同数の38例(50.0%)であった。性

表1 死亡前1年間の精神科受療行動の有無による心理社会的特徴の比較 (N=76)

		精神科受診群 (N=38)	精神科非受診群 (N=38)
人口動態的変数	性別**		
		男性 22 (57.9%)	33 (86.8%)
		女性 16 (42.1%)	5 (13.2%)
	平均年齢**	36.8 (SD=13.9)	46.3 (SD=17.2)
年齢別階級*	若年群 (39歳以下)	25 (65.8%)	14 (36.8%)
	中年群 (40~59歳)	11 (28.9%)	15 (39.5%)
	高齢群 (60歳以上)	2 (5.3%)	9 (23.7%)
死亡時点の有職者		21 (55.3%)	27 (71.1%)
死亡前1年間の重症疾患あり		9 (23.7%)	8 (21.1%)
死亡前1年間の一般診療科受診あり		24 (63.2%)	30 (78.9%)
かかりつけ医あり**		30 (78.9%)	17 (44.7%)
既遂時の過量服用あり**		22 (57.9%)	10 (26.3%)
医学的問題	薬物；向精神薬*** (重複回答あり)	19 (50.0%)	2 (5.3%)
	睡眠薬***	15	2
	抗精神病薬*	7	0
	安定剤*	6	0
	抗うつ薬**	8	0
	アルコール	7 (18.4%)	4 (10.5%)
	鎮痛剤	1 (2.6%)	1 (2.6%)
	農薬	0	1 (2.6%)
	その他有害物質	0	3 (7.9%)
	自傷・自殺未遂経験あり**		20 (52.6%)
平均同居家族数		3.0 (SD=1.2)	2.8 (SD=1.2)
幼少時の被虐待経験あり		7 (18.4%)	3 (7.9%)
婚姻歴あり**		17 (44.7%)	29 (76.3%)
社会的背景	離婚歴あり	1 (2.6%)	5 (13.2%)
	両親との離別経験あり	8 (21.1%)	6 (15.8%)
	死亡前1年間の転職経験あり	9 (23.7%)	4 (10.5%)
	死亡前1年間の休職経験あり	6 (15.8%)	3 (7.9%)
	死亡前1年間の返済困難な借金経験あり*	4 (10.5%)	13 (34.2%)

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

別は、受診群でやや女性が多く、平均年齢は受診群で36.8歳 (SD=13.9) であり、非受診群の平均年齢46.3歳 (SD=17.2) と比べて有意に若年であった。対象者を若年群 (39歳以下)、中年群 (40~59歳)、高齢群 (60歳以上) という3つの年

代別で分類すると、精神科受診群では若年群が65.8%とその大半を占めていた。

自殺時の物質使用については、死亡時に向精神薬を過量に服用していた者が受診群で有意に高率であり (p<0.001)、特に若年層で多く認められ

た。自殺以前の自傷・自殺未遂の経験については受診群で有意に高く、半数以上の者が自傷・自殺未遂を経験していた。

なお、死亡時に居住していた地域ブロックの内訳は、東海北陸・近畿地域が25名(32.9%)、次いで関東・信越地域が24名(31.6%)、北海道・東北地域が13名(17.1%)、中国・四国地域が8名(10.5%)、九州地域が6名(7.9%)であり、本研究の対象の中で多くの割合を占めていたのは、首都圏を含む関東甲信越・中部近畿の比較的都市部であった。また、人口動態的変数について本研究の対象をわが国における自殺者の全数統計と比較した場合、やや男性、若年層、有職者の割合が高いものの、ほぼ一致する集団であると推測された。

2. 精神医学的診断による精神障害の内容

対象76事例のうち、精神科医の判断がつかなかった2名を除く74名を精神医学的診断の分析対象とした。74事例のうち、66名(89.2%)が、死亡時点で何らかの精神障害に罹患していたことが推測された(表2)。最も多くみられた診断名は両群とも気分障害であり、全対象者の63.5%に認められた。精神科受診群では、非受診群に比べ統合失調症に罹患していたと推測される者の割合が有意に高く($p<0.05$)、また非受診群では受診群に比べ適応障害の診断がつく者の割合が有意に高いという傾向がみられた($p<0.05$)。

3. 精神科受診に関する状況

死亡前に精神科を受診していた38名について、その受療状況を整理した(表3)。

38名のうち、最後に受診した診療科が精神科であった者は32名(84.2%)であった。最終受診から自殺までの期間をみると、自殺から3日以内の受診(入院中も含む)が16名(42.1%)で、1ヵ月以内という直近の受診は90%近くに及んだ。治療歴については、死亡直前に初診だけを受けた者が2名(5.3%)、1年未満の通院が5名(13.2%)であり、25名(65.7%)が1年以上の精神科治療歴を有していた。死亡前の1年間に精神科薬物療

法を受けていた者は30名(78.9%)であり、そのうち治療中断もしくは服薬の自己中断・怠薬が認められたのは8名(21.1%)であった。

4. 精神科受診群における性差による比較

受診群38名について、男女間にて心理社会的特徴、精神医学的診断、精神科受療状況に関して比較を行った(表3, 4)。受診群においては男性に比べ女性で有意に若年であり、その平均年齢は30.1歳($SD=12.3$)であった。年齢層別でも、男性では若年群と中年群がほぼ同数であったのに対し、女性ではその90%近くが30代以下の若年群であった。この他、特に男女間で相違がみられたのは自殺既遂以前の自傷・自殺未遂経験の有無であり、女性の精神科患者における経験率は81.3%と、顕著に高いものであった。

III. 考 察

1. 自殺既遂者の精神科受診率

本研究では、自殺既遂者の約90%が自殺直前に何らかの精神疾患に罹患した状態にあったと推測され、国内外の先行研究とほぼ一致する結果であった^{4,5)}。だが、既遂者における精神科受診率については、諸外国における先行研究^{3,7,12)}ではいずれも30%前後であるのに対し、我々が得た数値は50%と高いものであった。この結果は、精神科医療につながっていた既遂者の家族ほど、精神科医療につながっていたにもかかわらず何故自殺を防ぐことができなかったのかという思いから、本研究に積極的に参加した可能性があるとも推測できる。しかしその一方で、本研究の結果を支持する知見もある。張らが東京都内で実施した心理学的剖検調査¹⁰⁾や、東京都福祉保健局が実施した自死遺族からの聞き取り調査²⁷⁾では、いずれも自殺者の約50%が自殺時に精神科治療継続状態であった。これらの調査はいずれも東京都内で実施されたものであることから、自殺既遂者における高精神科受診率という特徴は、本研究においても対象の多くを占めていた、首都圏を含む都市部在住者における特徴と理解することもできる。

表2 死亡時に罹患していたと推測される精神医学的診断（重複診断あり）（N=74^{a)}）

	精神科受診群 (N=37)	精神科非受診群 (N=37)
精神疾患の有無	36 (97.3%)	30 (81.1%)
通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害		
広汎性発達障害	2 (5.4%)	0
知的障害	1 (2.7%)	0
知的障害	1 (2.7%)	0
せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害		
認知症	1 (2.7%)	0
物質関連性障害		
アルコール使用障害	6 (16.2%)	9 (24.3%)
アルコール使用障害	4 (10.8%)	9 (24.3%)
アルコール依存	3 (8.1%)	6 (16.2%)
アルコール乱用	1 (2.7%)	3 (8.1%)
薬物使用障害		
薬物依存	2 (5.4%)	1 (2.7%)
ニコチン依存	2 (5.4%)	0
ニコチン依存	0	1 (2.7%)
統合失調症および他の精神病性障害*		
統合失調症*	7 (18.9%)	0
統合失調症*	7 (18.9%)	0
気分障害		
大うつ病性障害	27 (73.0%)	20 (54.1%)
気分変調性障害	21 (56.8%)	18 (48.6%)
気分変調性障害	8 (21.6%)	5 (13.5%)
双極Ⅰ型障害	2 (5.4%)	0
双極Ⅱ型障害	1 (2.7%)	1 (2.7%)
不安障害		
全般性不安障害	7 (18.9%)	4 (10.8%)
全般性不安障害	5 (13.5%)	3 (8.1%)
強迫性障害	2 (5.4%)	0
パニック障害	1 (2.7%)	2 (5.4%)
身体表現性障害		
心気症	0	1 (2.7%)
心気症	0	1 (2.7%)
解離性障害	1 (2.7%)	0
摂食障害		
神経性無食欲症	1 (2.7%)	2 (5.4%)
神経性無食欲症	1 (2.7%)	1 (2.7%)
神経性大食症	0	1 (2.7%)
他のどこにも分類されない衝動制御の障害		
病的賭博	0	3 (8.1%)
病的賭博	0	3 (8.1%)
適応障害*	0	6 (16.2%)
パーソナリティ障害	4 (10.8%)	3 (8.1%)

*p<0.05

a) 2名の対象者については精神科医師の判断がつかなかったためN=74とした。

2. 死亡1年以内に精神科受診歴のある自殺既遂者の特徴

本研究では、精神科受診歴のある自殺既遂者において、以下の4つの特徴が認められた。

1) 向精神薬の過量服用

本研究における精神科受診群では、自殺既遂時に向精神薬の過量服用が多く認められていた。向精神薬の過量摂取自体は飛び降りや縊首などに比

表3 死亡前1年間の精神科受診の状況

	全体 (N=38)	男性 (N=22)	女性 (N=16)
最期1年間に精神科治療を受けていた	36 (94.7%)	21 (95.5%)	15 (93.8%)
最期の受診科は精神科	32 (84.2%)	18 (81.8%)	14 (87.5%)
精神科受診から自殺までの期間			
～3日以内 (入院中含む)	16 (42.1%)	10 (45.5%)	6 (37.5%)
～1ヵ月内	18 (47.4%)	8 (36.4%)	10 (62.5%)
～3ヵ月内	2 (5.3%)	2 (9.1%)	0
3ヵ月～	1 (2.6%)	1 (4.5%)	0
不明	1 (2.6%)	1 (4.5%)	0
受診から死亡までの平均日数 (日)	21.3 (SD=53.7)	30.1 (SD=70.6)	10.0 (SD=10.5)
精神科初診から最終受診までの期間			
死亡直前に初診のみ	2 (5.3%)	1 (4.5%)	1 (6.3%)
1年未満	5 (13.2%)	3 (13.6%)	2 (12.5%)
1年～5年未満	11 (28.9%)	4 (18.2%)	7 (43.8%)
5年以上	14 (36.8%)	11 (50.0%)	3 (18.8%)
不明	6 (15.8%)	3 (13.6%)	3 (18.8%)
死亡前1年間の投薬	30 (78.9%)	18 (81.8%)	12 (75.0%)
死亡前1年間の治療の中断・怠業	8 (21.1%)	5 (22.7%)	3 (18.8%)
死亡前1年間の治療効果			
良くなっていた	10 (26.3%)	6 (27.3%)	4 (25.0%)
安定していた	2 (5.3%)	0	2 (12.5%)
変化なし	7 (18.4%)	5 (22.7%)	2 (12.5%)
悪化していた	17 (44.7%)	10 (45.5%)	7 (43.8%)
不明	2 (5.3%)	1 (4.5%)	1 (6.3%)
死亡前1年間に精神科への入院経験あり	7 (18.4%)	2 (9.1%)	3 (18.8%)

べ致死性の低い手段であるか²⁹⁾, 自殺の意図の有無に関わらず不安解消のために用いていた場合であっても, その脱抑制効果により結果として致死的な自殺行動を促進することが知られている¹¹⁾. 本研究の結果も, 治療の目的で処方された向精神薬が, 不適切な使用方法により自殺行動を促進してしまった可能性を示唆している. さらに今回の対象においては, 向精神薬の過量服用は若年群に多く認められており, 若年者への処方の際にはより慎重に処方薬の服用状況や個人の衝動性, 対処行動の傾向などの把握に努める必要があると考えられる.

2) 自傷・自殺未遂経験

自傷・自殺未遂が自殺のリスクファクターであ

ることは既知のとおりであるが²³⁾, 精神科受診群で有意に既遂以前に自傷・自殺未遂を経験していたという本研究の結果は, その行為により精神科治療に結びつくことができた可能性もある一方で, 精神科医療の現場で自傷・自殺未遂者へのケアが看過されがちである可能性を示唆している. 特に本研究の精神科受診群においては, “若年の女性”で既遂前の自傷・自殺未遂の経験がより顕著であり, また女性患者では最終受診から平均10日という短期間で既遂に至っていた. この結果から, 特に若い女性患者において, 自傷行為の内容が致死性の低いものである場合や行為が反復的な場合に, その自殺リスクが過小に評価される傾向があることが推測される.

表4 精神科受診群における男女間の比較 (N=38)

		男性 (N=22)	女性 (N=16)
平均年齢**		41.7 (SD=13.1)	30.1 (SD=12.3)
人口動態的変数	年齢別階級*		
	若年群 (39歳以下)	11 (50.0%)	14 (87.5%)
	中年群 (40~59歳)	10 (45.5%)	1 (6.3%)
	高齢群 (60歳以上)	1 (4.5%)	1 (6.3%)
死亡時点の有職者		15 (68.2%)	6 (37.5%)
自殺時の過量摂取あり		14 (63.6%)	8 (50.0%)
医学的問題	薬物；向精神薬 (重複回答あり)	12 (54.5%)	7 (43.8%)
	睡眠薬	9 (40.9%)	6 (37.5%)
	抗精神病薬	4 (18.2%)	3 (18.8%)
	安定剤	5 (22.7%)	1 (6.3%)
	抗うつ薬	4 (18.2%)	4 (25.0%)
自傷・自殺未遂経験あり**		7 (31.8%)	13 (81.3%)
社会的背景	結婚歴あり	13 (59.1%)	4 (25.0%)
	死亡前1年間の転職経験あり	4 (18.2%)	5 (31.3%)
	死亡前1年間の休職経験あり	5 (22.7%)	1 (6.3%)
	死亡前1年間の返済困難な借金経験あり	4 (18.2%)	0
精神医学的診断 ^{a)}	物質関連性障害	5 (22.7%)	1 (6.7%)
	統合失調症	4 (18.2%)	3 (20.0%)
	気分障害	15 (68.2%)	12 (80.0%)
	不安障害	5 (22.7%)	2 (13.3%)
	パーソナリティ障害	3 (13.6%)	2 (13.3%)

*p<0.05, **p<0.01

a) 精神科医の判断がつかなかった1名を除いたため、精神医学的診断のみ女性N=15とした。

3) 統合失調症

また、本研究の受診群では非受診群に比べ、統合失調症患者の割合が有意に高く、また、統合失調症では他の精神疾患に比べより精神科受診率が高いという結果であった。統合失調症は、うつ病やアルコール依存症とともに自殺に密接に関連する精神障害であり^{15,31)}、自殺の相対危険率は一般人口の8倍以上にも及ぶ¹⁴⁾。だが、統合失調症に罹患していた自殺者の約80%は精神科治療中で自殺直前まで定期的に通院していたとの報告もあり^{13,30)}、このことは統合失調症が自殺リスクの高い疾患でありながら、その予測が治療者をはじめ周囲にとって非常に困難であることを示している。このような患者では急性症状の悪化が自殺のリスクと並行することも知られており³¹⁾、たとえ

本人が自殺念慮を訴えていない場合であっても、客観的なモニタリングに伴い、随時自殺のリスク評価を実施することが予防につながる可能性があると考えられる。

4) 若年

本研究では、精神科受診・非受診で精神障害の罹患率に差がないにもかかわらず、受診群は非受診群に比べ有意に年齢が低かった。これは、Luoma¹⁹⁾の指摘同様、わが国でも、メンタルヘルス問題に関する啓発活動の結果、若年層では精神科受診に対する抵抗感が軽減していることが推察される。また、本研究では、受診群の約70%が1年以上に及ぶ精神科治療歴をもっていた。しかもそのほとんどが薬物療法を受けており、治療中断や服薬の自己中断・怠薬が認められたのは20%ほ

どにとどまっていた。この結果は、精神科受診群の多くが継続した薬物療法を受けていたにもかかわらず、自殺既遂に至ったという可能性を示唆しており、薬物療法中心になりがちな治療構造・治療関係では、自殺予防の目的に十分に機能しきれていない可能性がある。若年群をはじめとする精神科受診につながったハイリスク者に対しては、適切な薬物療法に加え、患者が精神科治療に何を望んでいるか、家族環境の調整を含めた社会的支援のニーズに敏感である姿勢、社会的支援につなげていく態勢を精神科医療がもつことが求められているのではないだろうか。

3. 自殺予防の課題と提言

本研究から得られた知見から、20～30代の若年成人、特に都市部在住の若年成人においては、すでに精神科受診のハードルは低く比較的治療につながりやすいにもかかわらず、その自殺を阻止しきれていないという可能性が示唆された。実際、わが国の自殺者数において、この十数年で確実に増加し続けている年代は20代、30代である²⁰⁾。本研究結果から示唆された、若年成人の自殺対策を進める上でのポイントを以下に示す。

1つは統合失調症患者に焦点をあてた自殺予防対策である。2008年の自殺総合対策大綱の一部改正でも「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」として統合失調症が取り上げられたが、その実態と危険因子の解明が急がれる。

もう1つは、向精神薬の乱用の予防である。向精神薬の過量服用により救急医療機関に搬送される自殺未遂患者の数は年々増加している²⁾。その背景に、2008年の診療報酬改定に伴う向精神薬の長期処方認可や、重複受診、インターネットなどによる違法入手が影響している可能性も危惧されている^{18,28)}。向精神薬の処方・入手ルートに係る課題の実態把握を進め、アクセスの制限などその実態に則した対策を講じる必要があるという我々の提言に基づき、厚生労働省では向精神薬・過量服薬対策ワーキングチームが発足し、2010年9月には向精神薬乱用・過量服薬防止のために薬

剤師を活用するなどの通達が出されていることも併せて述べておきたい。

そして最後は、自傷行為のみられる若年者、特に若い女性精神科患者への対応能力の向上である。警察庁の自殺統計においても、自殺者における既遂前の自殺未遂歴については20代で最も多く認められており、また全ての年齢階級で女性の割合が多いことが示されている²¹⁾。過量服薬やリストカットなどの一見致死性の低い自傷行為は、ややもすると単なるアピールとして受け取られ、医療者からも否定的な感情を向けられがちである。だが自傷・自殺未遂者に対しては身体的治療を施して終わりではなく、自殺既遂のハイリスク者であるという意識をもち、より注意を向けて支援をしていく必要がある。

自殺対策においては、全体的予防介入（全集団）、選択的予防介入（リスク集団）、個別予防介入（ハイリスクな特定個人）の3つを組み合わせた対策が効果的であるとされ、昨年行われた自殺総合対策大綱の見直しの中では、今後は特に選択的予防介入、個別予防介入を強化する必要性があることが述べられている。また、同見直しの中では、精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的視点を含む包括的な取り組みの重要性も示されている。自殺の問題とも絡む生活困窮、児童虐待、性暴力被害、ひきこもり、性的マイノリティなどの関連分野との連携支援についても体制を整え、今後展開を進める必要がある。本研究から得られた知見が、従来の自殺に関する啓発活動、精神科受診促進に加え、今後の選択的、個別介入の発展の資料となることを期待したい。

おわりに

——今後の展望——

本研究は、心理学的剖検の手法により、死亡前の精神科受診の有無によって自殺既遂者の一部の臨床像の違いを検討したわが国最初の研究としての意義があると思われる。しかし、本研究には、対象の代表性や情報収集方法など、いくつか限界があり、本研究の結果をただちにわが国における

自殺既遂者の一般的特徴として受け止めることはできない。

心理学的剖検調査は、米国やフィンランドではその協力依頼に対する応諾率は80%以上であり²⁴⁾、当然、応諾率が高いほど、より詳細で現実的な自殺の全体像に迫ることが可能となる。また、心理学的剖検には、調査という要素だけでなく、遺族・関係者のケアもその重要な目的として含まれる。しかし我々が実施している基礎調査では、応諾を得ることはもとより、遺族にアクセスする段階で非常に苦慮しているのが実情である。わが国においてははまだ自殺や自殺に至った要因が不名誉で恥ずかしいものであるという誤った社会通念が根強く、身近な者を自殺で失った家族が積極的に調査に協力することは容易でないことが推測できる。遺族へのアクセスの観点からも、多機関での心理学的剖検の実施可能性を検討した研究結果²⁵⁾からは、監察医務機関や救命救急センターなどといった、遺族と接する機会の多い機関を拠点とすることが必要との考え方が示されている。個別的な要素に照らした対策を講じるためにも、また遺族ケアの目的からも、これらの調査体制の整備を図り、わが国での心理学的剖検の普及を目指したいと考えている。

本研究は、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)「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究(主任研究者:加我牧子)」の分科研究「心理学的剖検の実施および体制に関する研究」によるものである。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞 調査にご協力いただいたご遺族の方々、ならびに調査員としてご協力いただいた各都道府県政令指定都市職員の方々に心より御礼申し上げます。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1994
- 2) 安藤俊太郎, 松本俊彦, 重家里映ほか : 気分障害患者とパーソナリティ障害患者における過量服薬の臨床的相違. 精神医学, 51 ; 749-759, 2009
- 3) Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., et al. : Suicide within 12 months of contact with mental health service : national clinical survey. Br Med J, 318 ; 1235-1239, 1999
- 4) Arsenaault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G. : Psychiatric diagnoses in 3275 suicides : a meta-analysis. BMC Psychiatry, 4 ; 37, 2004
- 5) 飛鳥井望 : 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—, 精神経誌, 96 ; 415-443, 1994
- 6) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., et al. : A hundred cases of suicide : clinical aspects. Br J Psychiatry, 125 ; 355-373, 1974
- 7) Boardman, A. P., Grimbaldeston, A. H., Handley, C., et al. : The North Staffordshire suicide study : a case-control study of suicide in one health district. Psychol Med, 29 ; 27-33, 1999
- 8) Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., et al. : Psychological autopsy studies of suicide : a systematic review. Psychol Med, 33 ; 395-405, 2003
- 9) Cheng, A. T. : Mental illness and suicide. Arch Gen Psychiatry, 52 ; 594-603, 1995
- 10) 張 賢徳 : 人はなぜ自殺するのか 心理学的剖検調査から見えてくるもの. 勉誠出版, 東京, p.113-137, 2006
- 11) De Leo, D., Evans, R. : The impact of substance abuse policies on suicide mortality, International Suicide Rates and Prevention Strategies (ed. by De Leo, D., Evans, R.). Hogrefe & Huber, Cambridge, p.101-112, 2004
- 12) Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R. : Mental disorders and suicide in Northern Ireland. Br J Psychiatry, 170 ; 447-452, 1997
- 13) 舟橋龍秀 : 精神分裂病者における自殺についてその実態と危険因子および予防. 医療, 55 ; 159-163, 2001
- 14) Harris, E. C., Barraclough, B. : Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry, 170 ; 205-228, 1997
- 15) Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., et al. : Schizophrenia and suicide : systematic review of risk factors. Br J Psychiatry, 187 ; 9-20, 2005
- 16) Hirokawa, S., Matsumoto, T., Katsumata, Y., et al. : Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death : A psychological autopsy study of 76 cases. Psychiatry Clin

Neurosci, 66 ; 292-302, 2012

17) 川上憲人, 竹島 正, 高橋祥友ほか: 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究: 症例・対照研究による自殺関連要因の分析. 平成18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)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」総括・分担研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, p.7-26, 2007

18) 窪田 彰: 診療報酬改定と精神科医療への影響, 精神科治療学, 24 ; 1007-1010, 2009

19) Luoma, J. B., Martin, C. E., Pearson, J. L.: Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. Am J Psychiatry, 159 ; 909-916, 2002

20) 内閣府: 平成24年版 自殺対策白書. p.7-11, 2012

21) 同書. p.32

22) 同書. p.34

23) 高橋祥友: 自殺のリスクマネジメント 第2版. 医学書院, 東京, p.14-37, 2006

24) 高橋祥友: 自殺の精神医学的背景に関する研究: 心理学的剖検の成立過程とわが国における調査事例が増加しない点に関する考察. 平成19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)「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, p.57-66, 2008

25) 竹島 正, 大類真嗣, 廣川聖子ほか: 自殺の心理学的剖検に関する研究. 平成23年度厚生労働科学研究費補

助金(障害者対策総合研究事業)「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」総括・分担研究報告書. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 東京, p.13-23, 2012

26) 竹島 正, 松本俊彦, 勝又陽太郎ほか: 心理学的剖検の実施および体制に関する研究. 平成19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)「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, p.7-41, 2008

27) 東京都福祉保健局編: 自殺実態調査報告書—自死遺族からの聞き取り調査—. p.41-44, 2009

28) 東京都薬事審議会部会: 都における薬物乱用対策をより効果的に推進するための基本的な考え方. 2007 (http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kenkou/kenkou_anzen/shingikai/kakoshingikai/shingikai191023/files/3siryol91023.pdf#search=インターネット%20向精神薬入手)

29) Walsh, B. W., Rosen, P. M.: Self-Mutilation: Theory, Research, and Treatment. Guilford Press, New York, 1988

30) 安田泰次: 精神分裂病患者の自殺企図について. 精神経誌, 94 ; 135-170, 1992

31) Zisook, S., Byrd, D., Kuck, J., et al.: Command hallucination in outpatients with schizophrenia. J Clin Psychiatry, 56 ; 462-465, 1995

自殺と文明

山内貴史, 松本俊彦

Key words

suicide, civilization, living standard, region, Pacific Rim nations

はじめに

広辞苑によると、「文明」とは、

- (1) 文教が進んで人知の明らかなこと。
- (2) (civilization) 都市化。

(ア) 生産手段の発達によって生活水準が上がり、人権尊重と機会均等などの原則が認められている社会、すなわち近代社会の状態。

(イ) 宗教・道徳・学芸などの精神的所産としての狭義の文化に対し、人間の外的活動による技術的・物質的所産。

である¹²⁾。また、文明の定義は学問領域によっても異なるようであり、筆者らの担当する「自殺と文明」というテーマは実に多様な切り口からの論考が可能である。

1. インターネット文明と自殺

例えば、現代における「文明の利器」の最たるものの1つであろうインターネットの普及は、自殺関連行動のあり方に影響を及ぼしている。特に、Facebook, Twitter, YouTubeなどのソーシャルメディアの登場は、テレビや新聞などの既存メディアだけでなく、個人やグループによる情報発信とともに、地理的制約を排しての双方向のコミュニケーションを可能にした⁵⁾。しかし、その一方で、人々はインターネットを

介し、致死性の高い違法ドラッグなど、自殺に関連する情報を容易に入手・共有できるようになった。例えば、2008年にわが国で硫化水素による自殺が多発したが、硫化水素関連情報はインターネットを介して急速に普及した⁸⁾。また、動画関連サイトを用いれば、自殺手段の情報を文字だけでなく映像により発信・共有することが可能となり、そのような事例は世界各地で報告されている⁴⁾。さらには、ソーシャルメディアやインターネット上の掲示板などを介したはじめやハラスメント (cyberbullying²⁾ や cyberharassment と呼ばれる) を苦にしてと推察される自殺関連行動も指摘されている。このようなインターネット上の自殺関連情報を規制できないのは、法制度上の問題とともに、文明が進展し表現の自由など個人の権利が尊重されるようになったためであるのは、何とも皮肉なことである。

また、Luxtonらの総説によると⁵⁾、いわゆる「自殺契約 (suicide pact)」は、かつては互いに顔見知りの者同士の間でなされたが、インターネットの普及により、お互いに全く面識のない者の間での自殺契約が、数多く報告されている (cybersuicide pact などと呼ばれる)^{11,15)}。なお、このインターネットを介しての自殺契約は、2000年にわが国で報告された事例が世界初であるという。

YAMAUCHI Takashi, MATSUMOTO Toshihiko: Suicide and civilization

(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：〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

2. 文明の進展と自殺手段

文明は、自殺に用いられる手段にも影響を及ぼしてきた。例えば、米国では銃器による自殺が多いが、銃器が発明され、かつそれが一般人口に膾炙するまで、当然ながら銃器は自殺手段とはなり得なかった。また、高層建築物からの飛び降り自殺、鉄道・自動車への飛び込み自殺、向精神薬の過量服薬自殺、ガスや農薬などによる中毒自殺の出現は、いずれも技術的・物質的所産としての文明の進展と無縁ではないことが分かる。

筆者らの知るかぎり、自殺死亡のみを対象としたわが国の最も古い自殺統計は、1878年（明治11年）の内閣統計局編「日本帝国統計年鑑（原題『帝国統計年鑑』、中村隆英復刻版監修）」第1巻の「警察」の項に、「自ラ死セシ人」として公表された数値である。なお、警察は現在では国家公安委員会に設置されているが、当時は内務省警保局として設置されていた。1878年当時の日本はまさに「文明開化」の時期であったが、筆者らが把握したかぎりでも最も古い自殺の手段別統計が公表されている1895年（明治18年）についての日本帝国統計年鑑を概観すると、自殺のほとんどが縊首、入水、刃物・銃器によるものであり、薬物、飛び降り、および飛び込みは極めて少なかったことがうかがえる。

3. 文明の背景としての宗教と自殺

WHOは、世界各国から報告された最新の自殺死亡率をホームページで公表している¹⁸⁾。ここで報告されている自殺死亡率を概観すると、

- (1) わが国を含む東アジア、および旧ソ連を含む東欧地域の国々は総じて自殺死亡率が高い。
- (2) 自殺死亡率が報告されている国に限定され、かつ南米で一部自殺死亡率が高い国も見られるが、中東および中南米地域の国々は総じて自殺死亡率が低い。
- (3) 南アフリカなど一部の国を除き、アフリ

カ地域のほとんどの国は自殺死亡率を報告していないといった特徴がうかがえる。

上記(2)に関して、イスラム教の聖典コーランにおいて、自殺は明確に禁止されている¹³⁾。したがって、国民の多数がイスラム教徒である中東諸国では自殺の当事者およびその家族に対する偏見が強い。このような宗教的背景からか、イスラム諸国のほとんどはWHOに最新の自殺死亡率を報告していないか、報告していても非常に低い値となっている（エジプトやクウェートなど）¹⁸⁾。

その一方、イスラム諸国、特に中東諸国では、ICD-10のコードY10-Y34に該当する「不慮か故意か決定されない事件（event of undetermined intent）」、およびその後遺症による死亡（以下、これらの外因死をundetermined deathと定義し、UDと略記する）が非常に多いことが指摘されている。例えば、イスラムの17カ国と欧米諸国の自殺死亡率およびUDによる死亡率を比較した研究では¹³⁾、イスラムの17カ国中10カ国でUDによる死亡率が欧米諸国のそれよりも有意に高く、8カ国ではUD死亡率が自殺死亡率を上回っていた。このようなUDによる死亡率の高さは、特に中東諸国ではUDがいわば自殺の隠れ蓑になっている、すなわち、自殺が過少報告されている可能性を示唆するものと考えられている。

同様の指摘は国民の多数がキリスト教徒であるキリスト教国についてもなされている。例えば、ローマ・カトリックでは自殺は罪と考えられており、伝統的にローマ・カトリックの影響が強い南米諸国では、自殺に対する偏見が根強い¹⁴⁾。したがって、イスラム諸国の場合と同様、南米諸国においても自殺が過少報告されている可能性が示唆されている。

WHOに報告されている統計を分析したPritchardらの研究によると¹⁴⁾、南米諸国の多くでは、UDによる死亡率が自殺死亡率を上回っており、かつUDによる死亡率は欧米先進諸国と比較して有意に高かった。ここから、Pritchardらは南米諸国で報告されているUDの

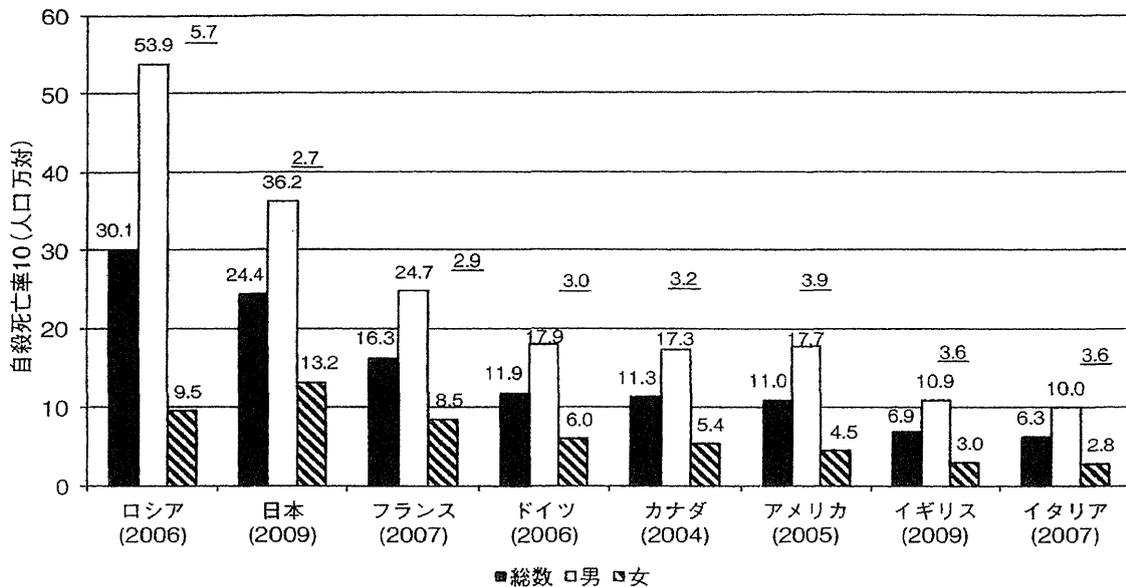


図1 G8参加国における自殺死亡率および率比(男性/女性)
 注) 図中の下線付きの数値は各国の女性の自殺死亡率に対する男性の死亡率の率比

中には、実際には自殺である事例もかなり含まれている可能性を示唆している。

4. 生活水準と自殺

このように、「自殺と文明」というテーマは実に多様な切り口からの考察が可能であり、かつそのいずれもが興味深い議論となりうるが、まとまりのない論考となることを避けるため、本稿では以下、文明を生活水準という観点から捉えた上で自殺との関連を論じることとする。

WHOに自殺死亡率を報告していない国々のほとんどは、アフリカ諸国などいわゆる発展途上国に分類される国々、すなわち生活水準という点では相対的に低い国々である。したがって、その国の自殺の実態についての国際機関への報告の有無という観点からは、発展途上国は先進国よりも総じて遅れていると言うことができる。しかしながら、自殺死亡率が報告されている国々に関し、死亡率の地域差がその国の生活水準のみで説明できるかと言えば、それは難しい。このことを端的に示す一例として、いわゆる主要

先進国としてのG8参加国における性別の自殺死亡率および率比(男性/女性)を図1に示した。図1の自殺死亡率は、2013年3月時点でWHOが公表している各国の最新の死亡率である¹⁸⁾。

図1からうかがえるように、男女込みで見た場合、G8参加国で最も高いロシアの自殺死亡率は、最も低いイタリアの約5倍となっている。また、各国とも男性の自殺死亡率が女性のそれを大きく上回っているが、率比で見ると最も高いのはロシアの5.7、最も低いのはわが国の2.7と顕著な差が見られる。ロシアを除いたいわゆるG7で見た場合でも、G7で最も高いわが国の自殺死亡率は、アメリカ、カナダ、ドイツの2倍以上、イギリス、イタリアの3.5~4倍近くに上っており、生活水準という観点では同程度とみなされる国々の間であっても、自殺死亡率には大きな相違がみられる。

5. 環太平洋地域先進5カ国間の自殺死亡率の比較

同様に、自殺死亡率の地域差をその国の生活

表1 年齢階級別に見た、離別女性に対する離別男性の自殺死亡率の率比(離別男性/離別女性)およびその95%信頼区間

	豪州ヴィクトリア州 (2006)	香港 (2006)	台湾 (2006)	韓国 (2005)	日本 (2005)
15-24歳	—	—	2.2 (0.7 - 7.1)	-	3.3 (1.7 - 6.5)
25-39歳	8.2 (1.0 - 70.1)	1.8 (0.8 - 4.4)	2.6 (2.0 - 3.4)	1.6 (1.3 - 2.1)	4.1 (3.6 - 4.8)
40-59歳	1.7 (0.9 - 3.3)	2.5 (1.5 - 4.3)	2.8 (2.3 - 3.4)	4.0 (3.3 - 4.7)	6.8 (6.1 - 7.5)
60歳以上	3.8 (1.0 - 14.0)	2.5 (0.9 - 7.1)	2.8 (1.6 - 5.0)	3.6 (2.5 - 5.1)	5.6 (4.9 - 6.5)

文献20)より改編

水準のみで説明することが難しいことの一例として、ここで筆者らを含む5地域(香港, 台湾, 韓国, 豪州ヴィクトリア州, 日本)の研究者からなる研究グループが実施した、疫学研究²⁰⁾について紹介したい。

先行研究では、離別が自殺の危険因子の1つであることが指摘されている^{3,19)}。そこで、われわれは、離別が自殺死亡に及ぼす影響の地域差について明らかにするため、地域別の年次・性・年齢階級・配偶関係別自殺死亡率の国際比較を行った²⁰⁾。この5地域は、主な宗教などの文化的背景は異なるものの、社会経済的(socio-economic)な観点からは、概ね同等とみなせる地域である。

この5地域は、「個人主義(individualism) - 集団主義(collectivism)」という観点からの文化的スペクトラム上に位置づけることができる。すなわち、オーストラリアはスペクトラムの個人主義側の末端に、日本と韓国はスペクトラムの集団主義側の末端に、香港と台湾はスペクトラムの両端の間に位置づけられる。わが国や韓国と同じく東アジア圏に属する台湾や香港がスペクトラムの両端の間に位置づけられるのは、政治的・経済的にそれぞれ米国、英国の影響を強く受けてきた歴史ゆえである。

研究方法としては、ICD-10の死因分類コードX60-X84に該当する死亡を自殺死亡と定義した上で、5つの地域ごとに性・年齢階級・配偶関係別自殺死亡率を算出した。なおわが国の自殺死亡率の算出に際し、自殺死亡については2005年の人口動態調査死亡票、母集団人口について

は2005年度の国勢調査を用いた。

以下、本稿では主要な結果を概説するが、15～24歳階級では離別者の母集団人口および自殺死亡数ともに少ないため、25歳以上についての結果に限定して紹介することとする。なお、以下に紹介する率比については95%信頼区間(以下、95% CIと略記する)を併記している。

まず、5つの地域に共通していたのは、年齢階級を問わず男性の自殺死亡率が、女性の死亡率を上回っていたこと、および性・年齢階級を問わず有配偶者と比較して離別者の死亡率が高かったことであった。その一方、性・年齢階級を問わず、離別者の死亡率は他の4地域と比較して豪州で顕著に低かった。

次に、年齢階級別に、離別女性に対する離別男性の自殺死亡率の率比(離別男性/離別女性)を見ると(表1)、台湾、韓国および日本では25歳以上の全ての年齢階級で率比の信頼区間の下限が1.0を超えていた、すなわち、離別男性は離別女性よりも自殺のリスクが有意に高かった。特に、40～59歳階級では日本で6.8(95% CI: 6.1-7.5)と顕著に高く、次いで韓国の4.0(95% CI: 3.3-4.7)、最も低いのは豪州の1.7(95% CI: 0.9-3.3)であった。すなわち、日本および韓国の40～59歳の離別男性は、同年齢層の離別女性と比較して自殺リスクが顕著に高かった。

さらには、性・年齢階級別に、有配偶者に対する離別者の自殺死亡率の率比(離別/有配偶)を見ると(表2)、東アジア地域の若年層、とりわけ日本および韓国の25～39歳の男性ではそれぞれ11.3(95% CI: 10.2-12.5)、10.8(95% CI:

表2 性・年齢階級別に見た、有配偶者に対する離別者の自殺死亡率の率比(離別/有配偶)およびその95%信頼区間

	豪州 Victoria州 (2006)	香港 (2006)	台湾 (2006)	韓国 (2005)	日本 (2005)
男 15-24歳	—	—	12.3 (2.9 - 51.5)	—	10.6 (6.1 - 18.5)
25-39歳	2.5 (1.0 - 6.5)	7.5 (3.5 - 16.2)	5.9 (4.9 - 7.2)	10.8 (8.9 - 13.0)	11.3 (10.2 - 12.5)
40-59歳	2.0 (1.2 - 3.3)	5.8 (3.8 - 8.7)	5.0 (4.4 - 5.7)	5.2 (4.7 - 5.6)	5.9 (5.6 - 6.3)
60歳以上	3.6 (1.7 - 7.7)	2.6 (1.4 - 4.9)	2.6 (2.0 - 3.4)	2.9 (2.5 - 3.5)	4.7 (4.3 - 5.0)
女 15-24歳	—	—	9.9 (3.1 - 31.2)	13.1 (3.7 - 46.4)	6.7 (3.6 - 12.5)
25-39歳	1.7 (0.2 - 14.0)	4.3 (2.4 - 7.9)	6.0 (4.6 - 8.0)	8.0 (6.6 - 9.7)	7.0 (6.0 - 8.1)
40-59歳	4.3 (2.2 - 8.5)	4.8 (3.0 - 7.8)	4.1 (3.4 - 5.1)	3.5 (3.0 - 4.2)	3.2 (2.8 - 3.5)
60歳以上	1.7 (0.5 - 6.0)	1.3 (0.5 - 3.3)	1.7 (1.0 - 2.9)	2.9 (2.1 - 4.1)	2.0 (1.7 - 2.3)

文献 20) より改編

8.9-13.0) と顕著に高く、同年齢層の豪州の男性と比較して4倍以上であった。また、日本および韓国の25～39歳の女性においても、それぞれ7.0 (95% CI: 6.0-8.1), 8.0 (95% CI: 6.6-9.7) と高かった。

以上の結果からは以下の点が示唆される。(1) 離別女性と比較した場合の離別男性の自殺リスクは、日本および韓国の男性、とりわけ40～59歳の男性で高い、(2) 有配偶者と比較した場合の離別者の自殺リスクは、男女を問わず東アジア地域の若年層、特に日本および韓国の25～39歳で高い。

このような地域差の背景として、日本および韓国では従来のような大家族が減少しつつある上、儒教の影響からか男らしさがより重視されるため、これらの社会における男性は配偶者が唯一のサポート資源や相談相手という場合が多く、配偶者に対する情緒的な依存状態が他の国より強いことが示唆されている。その結果、日本および韓国の男性、特に40～59歳の男性は女性よりも離別の影響を強く受けると考えられる。また、東アジア地域、特に日本および韓国の若年離別者の自殺リスクの高さについては、衝動性の強さ、ストレス対処スキルの低さ、薬物依存、長時間労働や失業率の高さ、および子育ての困難さなどが影響している可能性が考えられる。

発展途上国の多くが自殺死亡率を報告していない以上、生活水準の観点からの先進国と途上国の間の自殺の現況に相違が見られるか、生活水準の向上は自殺を抑止しうるか(あるいは、逆に促進しうるか)といった興味深い問いに結論を出すことは難しい。しかしながら、少なくとも生活水準が同程度の国々の間であっても、自殺死亡の実態には大きな相違がうかがえる。

その一方で、生活水準の高い経済的先進国に限らず、発展途上国も含めた世界的な傾向として、現在世界全体で若年層の自殺が増加傾向にある。わが国に関して言えば、人口動態統計における自殺死亡数は1998年に前年から8千人以上急増し3万人を超え、以後10年以上に渡って3万人前後で推移し続けているが⁹⁾、急増初期と比較して近年は55～64歳の男性の死亡率に低下傾向がみられる一方、44歳以下の男性の死亡率は上昇傾向にあるといった変化がうかがえる。このような背景から、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」は2012年8月に見直しが行われ、新大綱では児童生徒も含めた若年層の自殺対策の必要性・重要性が強調されている¹⁰⁾。

若年層、特に若年男性の自殺死亡率に増加傾向がうかがえるのは、わが国に限らず、またわが国を含めた生活水準の高い経済的先進国に限らず、発展途上国も含めた世界的な傾向である¹⁷⁾。

本稿の前半で触れたインターネットの普及、特に長時間に渡るインターネットの使用は、若年層における自殺関連行動の増加の背景要因の一つであると推察される⁷⁾。

おわりに

文明の進展は、自殺というおそらく人類の有史以来存在してきたであろう、死のあり方に対し、様々な側面から影響を及ぼしてきた。その影響の範囲は、本稿の前半で触れた自殺手段はもとより、自殺に対する認識そのものにまで至るであろう。「野蛮」の対義語である文明が進んだ近代社会では、自殺は世界規模での公衆衛生的課題と捉えられ、自殺予防が声高に叫ばれると同時に、安楽死や医師の幫助を受けての自殺 (physician-assisted suicide)^{16,16)} など、自殺とも関連が深い死のあり方に関する新たな議論もなされている。文明と自殺というテーマは、自殺という問題に関わる者に対して、根源的な問いを投げかけていると言える。

文献

- 1) Emanuel EJ: Euthanasia and physician-assisted suicide: A review of the empirical data from the United States. *Arch Intern Med* 162: 142-152, 2002.
- 2) Hinduja S, Patchin JW: Bullying, Cyberbullying, and Suicide. *Arch Suicide Res* 14: 206-221, 2010.
- 3) Kposowa AJ: Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health* 54: 254-261, 2000.
- 4) Lewis SP, Heath NL, St Denis JM, et al: The Scope of Nonsuicidal Self-Injury on YouTube. *Pediatr* 127: E552-E557, 2011.
- 5) Luxton DD, June JD, Fairall JM: Social media and suicide: A public health perspective. *Am J Public Health* 102 Suppl 2: s195-200, 2012.
- 6) Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, et al: A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med* 338: 1193-1201, 1998.
- 7) Messias E, Castro J, Saini A, et al: Sadness, Suicide, and Their Association with Video Game and Internet Overuse among Teens: Results from the Youth Risk Behavior Survey 2007 and 2009. *Suicide Life Threat Behav* 41: 307-315, 2011.
- 8) Morii D, Yasusuke M, Nakamae N, et al: Japanese experience of hydrogen sulfide: the suicide craze in 2008. *J Occup Med Toxicol* 5: 28, 2011.
- 9) 内閣府:自殺対策白書 平成 24 年版, 内閣府, 東京, 2012.
- 10) 内閣府:自殺対策. <http://www8.cao.go.jp/jisat-sutaisaku/index.html>, 2013.
- 11) Naito A: Internet suicide in Japan: implications for child and adolescent mental health. *Clin Child Psychol Psychiatry* 12: 583-597, 2007.
- 12) 新村出 (編): 広辞苑, 第 4 版, 岩波書店, 東京, 1991.
- 13) Pritchard C, Amanullah S: An analysis of suicide and undetermined deaths in 17 predominantly Islamic countries contrasted with the UK. *Psychol Med* 37: 421-430, 2007.
- 14) Pritchard C, Hean S: Suicide and undetermined deaths among youths and young adults in Latin America. Comparison with the 10 major developed countries: A source of hidden suicides? *Crisis*. 29: 145-153, 2008.
- 15) Rajagopal S: Suicide pacts and the internet-Complete strangers may make cyberspace pacts. *BMJ* 329: 1298-1299, 2004.
- 16) van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, et al: End-of-life practices in the Netherlands under The Euthanasia Act. *N Engl J Med* 356: 1957-1965, 2007.
- 17) Wasserman D, Cheng Q, Jiang G: Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*. 4: 114-120, 2005.
- 18) World Health Organization: Suicide prevention (SUPRE). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/, 2013.
- 19) Yamauchi T, Fujita T, Tachimori H, et al: Age-adjusted relative suicide risk by marital and employment status over the past 25 years in Japan. *J Public Health* 35: 49-56, 2013.
- 20) Yip PSF, Chen YY, Yousuf S, et al: Towards a reassessment of the role of divorce in suicide outcomes: Evidence from five pacific rim populations. *Soc Sci Med* 75: 358-366, 2012.

自分の体を傷つける

——自傷行為

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副センター長
まつもと としひこ 松本俊彦

はじめに

自傷は主に中学校以降の年代で多く見られる問題である。実際、リストカットのような「切る」タイプの自傷は一二〜一三歳に初発することが多い。しかし、小学校高学年くらいになると、自傷はまれとはいえない。また、「コンパスやシャープペンシルで皮膚を突

き刺す、引っ搔く」といったタイプに限れば、小学生でもまれではない。

本稿では、小学生を支えるすべての大人が持つておくべき、自傷の理解と対応のポイントを概説したい。

自傷の定義と種類

自傷とは、故意に自らの身体に対して「切る」「突き刺す」「殴る」「やけどさせる」などの軽度の損傷を負わせる行為を指す。「爪を噛む」「治りかけの瘡蓋をはがす」「髪の毛を抜く」も含める場合もあり、定義の辺縁は曖昧である。

自傷のなかで最も典型的なものは、リストカットに代表される「鋭利なもので自らの手足を切る」というタイプである。井筒らの調査(1)によれば、男子中学生の八・〇%、女子中学生の九・三%が、これまでに少なくとも一回は「切る」タイプの自傷をした経験があるという。また、あまり自傷として認識されていないが、「硬いものに身体の一部をぶつける」とか「硬い壁や家具を殴る」といったタイプの自傷については、男子中学生の二七・七%、女子中学生の二二・二%に

その経験が認められることがわかっている。

自傷の目的

自傷の多くは、怒りや不安、恐怖、緊張、あるいは恥辱感といったつらい感情（＝心の痛み）の緩和を目的として行われる。自傷を繰り返す者はしばしば、「切るとスーッとして気持ちが悪くなる」などと述べる。習慣的に自傷を繰り返している者では自傷直後は脳内における内因性オピオイド（脳内に存在するモルヒネ様鎮痛物質）の分泌が亢進しており、このことは、自傷がもたらす、「気持ちが楽になる」「安堵する」という感覚の原因とする説がある。

なかには、「心の痛みは怖い。だから、体に傷をつけて、『痛いのはここのなんだ』って言い聞かせている」という患者もいる。筆者の経験では、こうした患者の多くが幼少時期に虐待などの深刻な心的外傷を抱えながらも、本人自身はその外傷的な記憶を生活史記憶から除外し、出来事自体を否認することで、かろうじて現在の社会適応を維持している。しかし、何かのきっかけでその封印されている記憶の「蓋」が開きか

ける。そのとき本人が体験するのは、「意味不明な恐怖感、説明もコントロールもできない心の痛み」である。そこで、「心の痛み」から意識をそらすために、「体の痛み」という、「自分で説明でき、コントロールもできる痛み」を用いているのかもしれない。

いずれにしても、自傷が持つ「心の痛みの緩和」という効果は、それ自体が一種の報酬として機能するため、「依存症」のように繰り返し行われる傾向がある。

孤独な苦痛の緩和法

多くの援助者が、「一種のアピール行為」「誰かの真似」と思い込んでいるが、これは間違った理解である。実際には、自傷の多くは人目を避けて行われ、周囲には告白されない。それどころか、本人はその行為を恥じてさえいる。

手に負えない心の痛みがあるならば、本来、周囲に助けを求めたり、大人に相談したりするのが建設的な解決方法である。しかし、彼らはそれをしないわけである。おそらく相談するに値する信頼できる大人が身近にいないか、「自分のように価値のない人間のため

に周囲の手を煩わせてはいけない」と思い込んでいるか、さもなければ、相談した結果、「何の助けも得られなかった」という体験をするなかで、助けを求めることに絶望しているかであろう。その結果、彼らは、誰の助けも借りずに苦痛を和らげようと自傷におよぶのである。その意味では、自傷は本質的に孤独な苦痛の緩和法であり、そのような選択肢を採用する彼らは、本質的に援助希求能力の乏しい人たちである。

自傷の問題点

「自傷に頼って日々をやり過ごすこと」には看過できない問題が二つある。一つは、自傷は現在抱えている苦痛を一時的に緩和するのには有効だが、背景にある現実的困難に対する根本的解決にはほど遠く、それどころか長期的には本人が抱える現実的困難は深刻さ、複雑さを増し、かえって本人を追い詰めてしまうということである。

もう一つは、薬物依存症と同じように体の痛みに慣れ（耐性）を生じ、心の痛みを抑えるのにより多くの自傷が必要となり、結果的に自傷の頻度や部位、ある

いは傷の深さや自傷の手段・方法は次第にエスカレートしていったってしまうということである。しかも、本人を取り巻く現実的困難は解決するどころか、時間経過を追って深刻化しているのが通常であるために、いつしか、「切ってもつらいし、切らなきゃなおつらい」という状態に陥ってしまう。これまで、「人は必ず裏切るが、自傷は決して自分を裏切らない」と信じ、頼ってきた自傷に、「裏切られる」という事態である。

多くの場合、自傷が周囲の大人に発見されるのはこの段階である。衣服で隠れない場所を傷つけて親や教師、級友に傷を発見される、あるいは、深く切りすぎた結果なかなか止血されず、血液がついた衣服を家族に気づかれるわけである。こうした事態はその子どもが専門的支援につながる好機でもあるが、その一方で、周囲の不適切な反応によって強化され、アピールのな要素を帯びた自傷へと変質したかたちでエスカレートしていく危険もある。また、自傷場面を目撃した子どももなかで、一種の「自傷の伝染」を引き起こす可能性もあろう。

そのようなエスカレートしていくプロセスのなかで注意しなければならないのは、自傷が持つ「心の痛

み」に対する鎮痛効果が消失する段階である。この段階では、これまで「つらい瞬間を生き延びる」ために自傷していた者が「死ぬこと」を目的として自らの体を傷つけることがある。その際、ふだん自傷に用いている方法とは異なる方法（多くは市販薬の過量服薬、しかし一部では飛び降りや縊首などの致死性の高い手段・方法のこともある）を用いるのが特徴である。

なお、自傷は「自殺以外の意図から行われる」という点では自殺とは峻別されるべきであるが、一〇代における自傷経験は、一〇年以内における自殺死亡のリスクを数百倍にまで高めるのも事実であり、自殺の危険因子として認識する必要がある。

対応のポイント

自傷を発見したり、あるいは、子どもの方から自傷の告白を受けた際には、頭ごなしの叱責をするなど、罪悪感や恥の感情が刺激されるような対応をしてはならない。自傷を繰り返す子どもの多くが自らの行為に恥の感情を抱いており、さらに罪悪感や恥の感情を上乘せするのは、かえって自傷に対する衝動を高めるだ

けである。

また、確かに生々しい自傷創は人を感情的にさせるが、過度に優しくなったり、激しく驚いたり、あるいは、見て見ぬふりをするべきではない。というのも、これらはいずれもインパクトの強い反応であり、自傷を強化してしまう可能性がある。最も強化が少ないのは、冷静な対応である。具体的には、傷を冷静に観察し、必要な処置を粛々と行い、「このような行動の背景にはどのような現実的困難があるのか」を考えると、いう反応である。「感情的に反応するな、医学的に反応せよ」が原則である。

さらに、援助の最初から自傷を禁止したり、「もう自傷はしない」という約束を強要したりするのも好ましくない。なぜなら、いまのところは他に「心の痛み」を緩和する方法がないからこそ自傷をしているわけであり、自傷に代わる対処法の獲得は今後専門的治療のなかですべきことである。もしもいきなり禁止されれば、本人からすれば、「できないこと」を強要されたこととなり、援助関係が中断されてしまいかねない。

最も重要なのは、「見える傷の背後には必ず見えな