

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

自殺予防との関係からみて

張 賢 徳 (帝京大学医学部附属溝口病院精神神経科)

1. 現代日本の自殺の実態——社会経済的な側面

日本の年間自殺者数が1998年に一気に3万人の大台を突破し、以後もその大台が維持されたままであることは既によく知られている。1998年の自殺者激増の性差をみると、男性の急増が目立つ(図1, 2)。前年比増加率は男性で40.2% (1997年16,416人, 1998年23,013人), 女性で23.5% (1997年7,975人, 1998年9,850人)であった。年齢別では、40歳から60歳代の急増が顕著で、40歳代の男性が前年比33%の増加, 50歳代男性が53.8%増, 60歳代男性(64歳まで)が44.5%増であった。このように、1998年の自殺者激増の背景には、中高年男性の自殺者激増があった。

1998年以降、男性の自殺は55~59歳をピークに40歳から65歳にかけて大きな山が形成されて

いる。この部分が「激増」の主要部分である。女性の場合、激増前後でそれほど目立った変化はみられない(図2)。1998年の全自殺者中、40歳から64歳の男性自殺者の占める割合は39%という非常に高い値であった。以後もその値は40%前後で推移し、いわゆる働き盛りの男性の自殺が今の日本の深刻な問題なのである。直近の2006年のデータ⁷⁾では、高齢群を65歳で区切るのではなく60歳で区切る分類法になっているので、40歳代と50歳代でみてみると、40~59歳の男性自殺者の割合は30% (9,523人/32,155人)であり、依然として非常に高い値である。自殺者の3人に1人が中高年男性である。

1997年は日本経済にとって極めて象徴的な年であった。北海道拓殖銀行、山一証券などの超大型倒産があり、日本全体が陰鬱な雰囲気包まれ

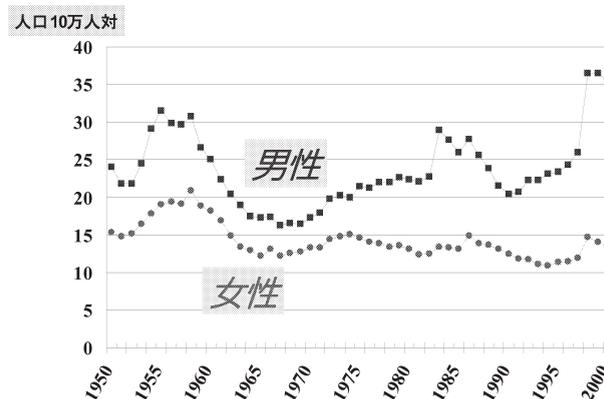


図1 自殺率の推移

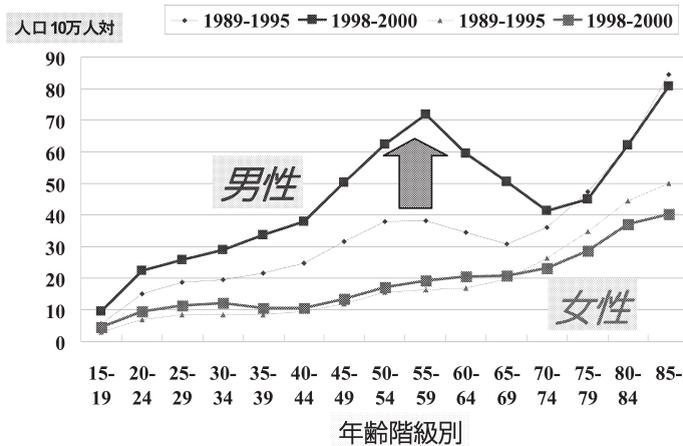


図2 1998年前後の自殺率の変化

た。暗い雰囲気の後には、倒産件数と完全失業率の増加という実態も存在した。日本人男性の自殺率は完全失業率と見事に相関する(図3)。しかも、先述のように、40歳代・50歳代の男性の自殺者が非常に多い。この年齢は働き盛りで壮年期とも呼ばれる。一家の大黒柱であり、職場でも責任ある立場を任される。それ故に、経済不況の直撃を肌身に感じ、不況がもたらす種々の変化と打撃を直接的に受けてしまうと考えられる。「経済不況によるストレス→自殺増加」という図式はおそらく当たっているだろう。

不況と言えはリストラや倒産がすぐに思い浮かぶが、しかし経済不況の影響は、残された勤労者にも及ぶのである。「リストラや倒産を免れたからよかった」と手放しで喜んではいられないご時世なのである。まず、過労の問題がある。会社の人員が削減されたわけだから、一人当たりの仕事量が増える。次に、リストラする側としての苦悩がある。特に管理職の立場の人が、部下にリストラを宣告する辛さを味わう。職種別の自殺データをみると、1995年に比べ2000年では、男性の管理職、専門・技術職、サービス業で自殺増加率が高い⁴⁾。過労や精神的ストレスを受けやすい職種の自殺が増えているといえる。

女性の場合は全体でみると、自殺率と経済指標

との相関はみられない(図4)。しかし職種別にみると、管理職の自殺率が高く、また自殺増加率も大きい⁴⁾。女性の管理職は男性に比べると数かはるかに少ないので、自殺率のデータは変動しやすくなる。したがって、男性の場合ほど断定的な物言いはできないが、少なくとも勤労者のメンタルヘルス対策が重要であることは確かだ。女性の自殺率が経済指標と相関しないからといって、働く女性の自殺を軽視してよいはずがない。職場のメンタルヘルス対策は職種や性差を考慮したきめ細かなものでなければならない。

自殺対策として、「経済さえよくなれば自殺問題も落ち着くだろう」などという声を耳にすることがある。これはあまりにも楽観的すぎるし、そもそも1998年の激増の前にも年間2万2千から2万4千の人が自殺で亡くなっていたことを思うと、暴論ですらある。「では、控え目に言い直して、経済状況がよくなれば、激増の部分は減少して、年間2万2千から2万4千のペースに戻るだろう」と言われたとしても、現時点では答えはノーである。もはや、ことはそう単純ではなくなったのだ。

この十数年経済不況にあえぐ中で、日本の社会構造や職場環境が激変してしまった。例えば、終身雇用制と年功序列制の急激な崩壊と、代わって

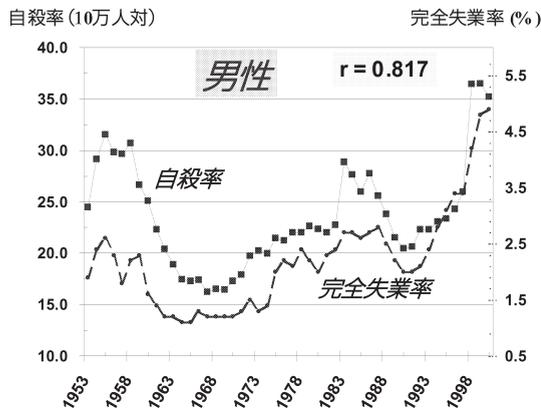


図3 自殺率と完全失業率の関係

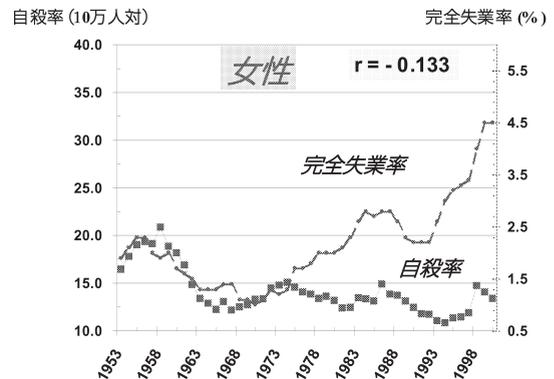


図4 自殺率と完全失業率の関係

台頭した成果主義。年金制度の崩壊も大きいと思う。一家の大黒柱としては、先行き不安を感じずにはおれないだろう。安心感がもてないという状況が大きなストレスなのだ。「勝ち組・負け組」、「二極化」、「格差」、「ワーキングプア」などという表現もよく使われるようになった。このようなストレス状況は、多くの中高年男性にとって深刻であるのはもちろんのこと、若者にとっても大きな問題になってきている。

2. 自殺の実態——精神医学的側面

前項では「経済不況によるストレス→自殺増加」という図式の背景について述べた。一方、精神医学的には、自殺者の約90%が精神障害を有する状態にあり、過半数がうつ病であったという、時代と文化を越えた事実が1950年代以降諸外国で見出されている²⁾。このような事実を発見した手法は、遺族を始めとする近親者からの聞き取り調査を含む心理学的剖検法と呼ばれる方法である。日本では、遺族からの協力を得るという段階が障壁となり、諸外国のように地域調査はまだ実現されていない。

しかし、日本でも、理性的な自殺は圧倒的に少ないという推計値は得られている(表1)。1つは筆者による1990年代半ばの東京都内での自殺既遂者研究である。自殺(既遂)者の90%近くが

表1 自殺者と「自殺失敗者」にみられる精神障害

| | 自殺失敗者 (飛鳥井, 1994) | 自殺者 (張, 1996) |
|----------|----------------------|------------------|
| うつ病性障害 | 46% | 53% |
| 統合失調症圏 | 26% | 26% |
| アルコール・薬物 | 18% | 5% |

自殺時に精神障害を有する状態にあり、最多はうつ病であった²⁾。もう1つは、丁度同じ頃、都内の別の場所で行われた自殺未遂者研究である。この研究の対象者は自殺未遂者の中でも、発見されなければ亡くなっていたであろう「自殺失敗者」であり、自殺既遂者に極めて近い人たちである。この結果に基づく、地域の一般自殺者中の精神障害の割合は、やはり90%であった¹⁾。

さらに、これら2つの調査では、自殺者と自殺失敗者を年齢群別に分けて、精神障害の分布をみている(図5, 6)。若年者では統合失調症圏の診断が多いが、中高年になるほど、うつ病圏の診断割合が高くなっている。また、中高年にアルコール依存症も多い点は重要である。

以上の結果から類推すると、1998年以降の自殺者激増の背景には、中高年のうつ病とアルコール依存症が存在しているのではないかと考えられる。

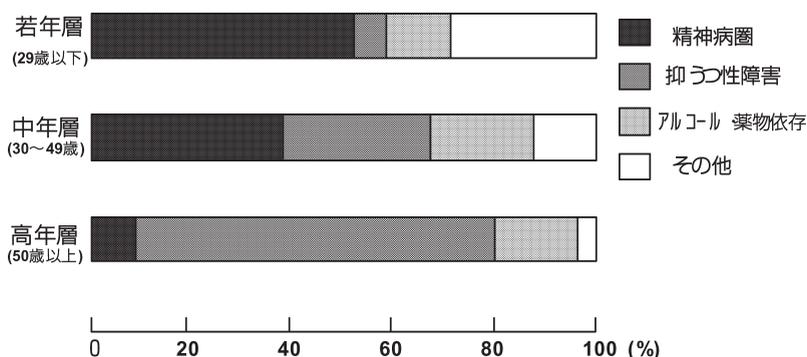


図5 自殺失敗者の年齢層別の診断割合

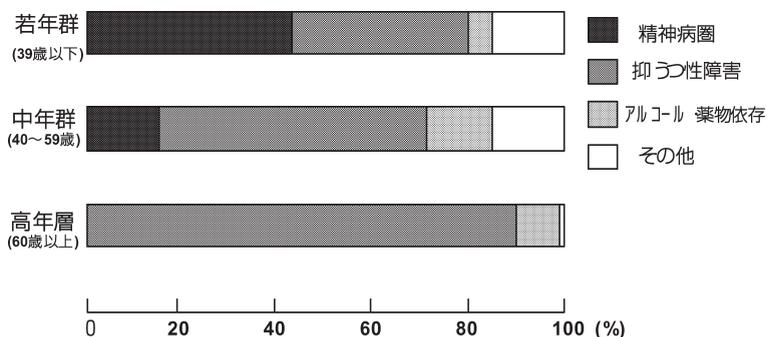


図6 自殺者93名中の精神障害の内訳

3. うつ病は増えているのか

日本のうつ病患者数は増えているのだろうか？厚生労働省による3年毎の患者調査では、うつ病を中心とする気分障害が、激増と呼べるほど増加している（表2）。適応障害が含まれるICD診断のF4も増加している。うつ病・うつ状態の受診者が増えているのは間違いない。

それに対して、実数が増えているのではなく、啓蒙・啓発のおかげで、以前は受診しなかったような人たちが受診するようになった結果であろうという指摘も耳にする。もう1つ耳にする指摘は、「うつ病概念の拡散」という言葉である。そして、それがうつ病患者数を増やしているのではないかという議論がある。これらに対する回答は population-based の疫学調査から得られる。例えば米国では、1980年代から1990年代の10年間で、DSMの大うつ病が3倍以上に増加している^{8,9)}

（表3）。本邦ではこの種の本格的な疫学調査は数少ないが、例えば、川上が1990年代後半と2002年に一般人口を対象とした面接調査を行っている^{5,6)}。それによると、DSMの大うつ病は2倍以上に増加している（表4）。

DSM的な状態像診断に多くの批判があることは承知しているが、しかし事實は、そのような状態像診断としてのうつ病者の数は増加している。いわゆる先進国において、うつ病患者数が増加していると筆者は考えている。

本邦では、1998年以降の自殺者激増の背景の一因として、うつ病患者数の増加が関係していると考えられる。

4. うつ病・うつ状態に対する臨床現場での対応

「うつ病概念の拡散」という指摘が広まるにつれ、ここ数年、巷間では「擬態うつ」、「うつモド

表2 厚生労働省患者調査
「精神及び行動の障害」患者数の経年比較 (患者数：千人)

| | 平成 17 年度 | 平成 14 年度 | 平成 11 年度 | 平成 8 年度 |
|-------------------------------|----------|----------|----------|---------|
| 精神および行動の障害 | 2,647 | 2,277 | 1,818 | 1,886 |
| 統合失調症, 統合失調症型障害 及び妄想型障害 | 757 | 734 | 666 | 721 |
| 気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む) | 924 | 711 | 441 | 433 |
| 神経症性障害, ストレス関連障 害及び身体表現性障害 | 585 | 500 | 424 | 466 |

表3 米国での疫学調査

| | ECA (1980~83) (n=19,182) DSM-III | | NCS (1990~92) (n=8,098) DSM-III-R | |
|-----------|---|------|--|-------|
| | 6ヶ月 | 生涯 | 12ヶ月 | 生涯 |
| | 気分障害 | | | |
| 大うつ病エピソード | 2.3% | 4.9% | 10.3% | 17.1% |
| 躁病エピソード | 0.9% | 1.3% | 1.3% | 1.6% |
| 気分変調性障害 | | 3.3% | 2.5% | 6.4% |

表4 日本での疫学調査

| | 岐阜市 (1997~99) (n=1,029) DSM-III-R | | 岡山・長崎・鹿児島 (2002) (n=1,664) DSM-IV | |
|-----------|--|------|--|------|
| | 6ヶ月 | 生涯 | 12ヶ月 | 生涯 |
| | 気分障害 | | | |
| 大うつ病エピソード | 1.2% | 2.9% | 2.2% | 6.5% |
| 気分変調性障害 | 0.6% | 1.4% | 0.4% | 1.2% |

キ」などという表現を目にするようになった。「本物のうつ病」の概念を内因性うつ病やメランコリー型うつ病に限定するとするならば、それ以外のうつ病・うつ状態は「擬態うつ」や「うつモドキ」に当てはめられてしまう危険がある。さらに言えば、適応障害も「擬態うつ」や「うつモドキ」にされてしまう危険もある。そのようなとらえ方や括り方は大変危険であると筆者は思う。精神医学ならびに精神医療の危機であるだけでなく、患者の生命の危機も含まれる。

患者の生命の危機とは、自殺の危険性である。内因性以外のうつ病・うつ状態でも、さらには適応障害でも自殺は起こり得るのだ。例えば、横浜市立大学精神医学教室の河西らの調査では、身体的に重傷を負った自殺未遂者の約2割が適応障害であった(私信, 図7)。同じような結果は、岩手医科大学精神科, 日本医科大学精神科からも報告されている。

そもそも適応障害の医療化に反対意見があるの

かもしれない。また、気分変調症(抑うつ神経症, 神経症性抑うつ)やパーソナリティ障害に伴う反応性抑うつなどは、病気ではないという意見もあるのかもしれない。これらに対しては、学問的に精緻に検討を加えていく余地があると筆者も思う。あるいはまた、内因性やメランコリー型うつ病の同定を進めていくことも学問的に重要であると思う。

しかし一方で、何がしかの抑うつ症状を訴えて来院する患者がいるという臨床現場の現実がある。初診時ないし初診から数回しか診察していない中で、患者の抑うつ状態が正常な抑うつか病的な抑うつかを的確に判断できるのだろうか? あるいは、うつ病・うつ状態のサブタイプを数回の診察で的確に言い当てることは可能なのか? そもそも、内因性やメランコリー型うつ病の概念規定すら確定していないのである。

筆者は「擬態うつ」や「うつモドキ」という批判を込めた表現に反対であり、抑うつ状態で来院

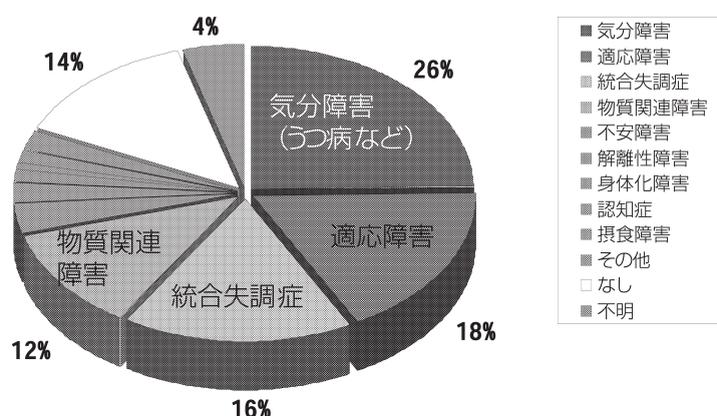


図7 重症自殺企図者 399 人の精神科診断 (DSM-IV・I 軸診断)
自殺者と同様に、80%以上の重症自殺企図者に DSM-IV の I 軸に該当する精神疾患が見出され、やはり 30% 近くの企図者に気分障害が診断された。高度救命救急センターに搬送されるような重症自殺未遂者は、自殺既遂者と多くの特性を共有するということが知られている。なお、死亡、極端に短い入院期間、意識障害の遷延などにより面接不可能な事例は不明に分類されている (横浜市立大学医学部精神医学・河西千秋准教授、私信)。

した患者の初期対応は受容的・共感的であるべきだと考えている。そして、笠原の小精神療法³⁾に代表されるような受容的な心理教育と、適切な薬物療法を行う。この対応で完治するケースもある。そして、その対応は精神科以外の医師でも行える。筆者はそれはそれでよいのではないかと考えている。問題は、その対応で良くならないケースである。そういうケースには精神医学的な見立てと治療方針の修正が必要である。それこそが精神科医の役目であり、精神科医としての真価が問われるところであると筆者は考えている。臨床では抑うつ状態の間口を広く取り、診察の回を重ねるごとに見立てを進めていくのが現実的なやり方であろう。

文 献

- 1) 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
- 2) 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, 2006
- 3) 笠原 嘉：気分障害治療の基本 薬物療法を補完

する小精神療法と社会復帰療法。精神科治療学, 17 (増刊); 79-84, 2002

4) 川上憲人：わが国における自殺の現状と課題。臨床精神薬理, 9: 1519-1524, 2006

5) Kawakami, N., Shimizu, H., Haratani, T., et al: Lifetime and six-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. Psychiatry Research, 121: 293-301, 2004

6) 川上憲人, 大野 裕, 宇田英典ほか：地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究：3 地区の総合解析結果。平成 14 年厚生労働科学研究補助金の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 分担研究報告書。2002

7) 警察庁生活安全局：平成 18 年中における自殺の概要資料。2007

8) Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 51: 8-19, 1994

9) Robins, L.N., Regier, D.A.: Psychiatric Disorders in America; The Epidemiological Catchment Area Study. Free Press, New York, 1991