

## 特集 自殺対策と精神保健

## 精神医療と自殺対策

張 賢徳

自殺はある日突然起こるものではなく、自殺に至るプロセスが存在する。さまざまなライフイベントに曝されることが自殺プロセスの入り口になると考えられ、プロセスの途中段階では、ソーシャルサポートの有無や、本人の援助希求行動の有無が重要な役割を演じる。そして、自殺時には90%近くの人がうつ病を始めとする精神科診断のつく状態になっていたという事実から、プロセスの最終段階では、精神的変調が重要な役割を演じると考えられる。自殺予防の方策を考えるとき、コミュニティモデルと医学モデルという視点があるが、これを自殺プロセスに照らし合わせてみると、プロセスの前半がコミュニティモデルに、後半が医学モデルに合致すると考えられる。両方のアプローチを同時に行う自殺予防対策が理想だが、資源に限りがあるなら、効率を考えざるを得ず、医学モデルアプローチが優先されるべきである。自殺のハイリスク群は多くが精神科診断のつく状態になっていると考えられるので、医学モデルを起点として、ハイリスク群に対してどのような治療や社会資源が必要なのかを考えながら、自殺予防対策の裾野を広げていくのがよいだろう。精神医療が自殺予防に果たす役割は非常に大きい。重傷自殺未遂者の調査結果で、約20%が適応障害であったことが見出されているが、これは、軽症のうつ状態でも致命的な自殺行動を起こす人が少なくないことを意味する。したがって、精神医療に携わる以上、自殺問題に関してhands-off approachは通用しない。精神科臨床では、自殺ハイリスク群の把握と適切な治療が求められるが、完璧な方法は存在しない。患者の発達史やストレス対処法を把握し、希死念慮に注意しながら診ていくことが自殺予防につながると思われる。また、診察室の中の治療だけで終わらせようとせず、精神科医のほうからチームアプローチを求めることが重要である。

〈索引用語：精神医療、自殺、自殺プロセス、自殺予防〉

## 1. 自殺プロセスという考え方

## ——医学モデルとコミュニティモデル——

自殺が、ある日突然起こることはまずない。傍から見ると突然に見えるような自殺でも、その人なりのプロセスが進行して自殺に至る。そして、自殺時には、約90%の人が何らかの精神科診断がつく状態であったことがよく知られている(図1, 2)。

自殺予防の方策を考えるとき、医学モデルとコミュニティモデルという視点がある。活用できる資源が豊富にあるのなら、考え得るすべての方策

を同時に行えばよい。しかし、資源に限りがあるのなら、方策の優先順位や資源の配分割合を考えざるを得ない。ここで図1を見ながら方策を考えるに、経路の狭いところにまず着眼するのが順当な考えではないだろうか。つまり、精神医療を拡充させることである。いわゆるうつ病対策や、自殺未遂者ケアなどが該当する。

コミュニティモデルを重視する立場の人から、精神医療批判が聞かれることがある。「うつ病対策を行っているが、成果が上がっていないではないか」と。これに対して筆者は、「うつ病対策は

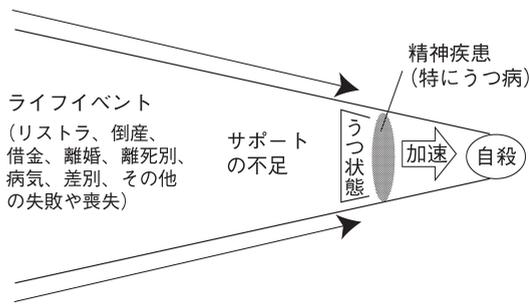


図1 自殺プロセス  
(作成：張 賢徳)

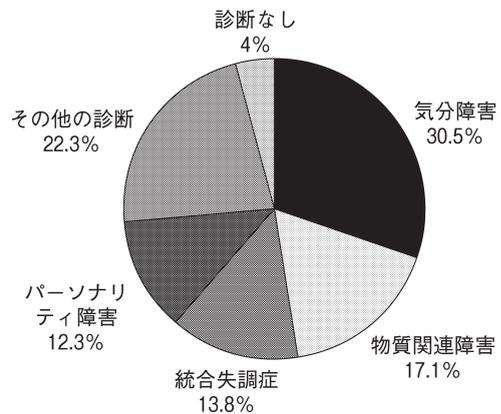


図2 自殺と精神障害 (WHO 公表データ)  
(Bertolote, J.M.: 各国の実情にあった自殺予防対策を, 2007)

行われているが、まだまだ不十分であるために、十分な成果が挙がっていないのだ」と一貫して主張してきた。精神科診療報酬の低さや、精神科救急体制の未整備などを考えると、十分な対策が行われているとはとても言えない。つまり、医学モデル自体が間違っているのではなく、そのモデルを十分に展開できていないことが今の日本の問題点なのである。

コミュニティモデルと反目し合うつもりは毛頭ない。先にも述べたとおり、考え得るすべての方策を同時に行うのが理想だと思っている。しかし、それが叶わないのなら、やはり対策の効率を考慮するを得ず、自殺プロセスの経路の狭いところから始めるべきだと考える。さらに言えば、医学モデルが起点になって、そこから派生してコミュニティモデルを考えるのが、より効率的である。コミュニティモデルを起点にすると、対策の焦点が拡散化するおそれがある。医学モデルを起点として、ハイリスク群に対してどのような治療や社会資源が有効なのかを考えながら、対策の裾野を広げていくのがよいと筆者は考えている。

## 2. 自殺と精神障害の関係

先述のように、自殺時に約9割の人が、診断がつくほどの精神的変調をきたしていたことが判明しているが、厳密にいうと、これらは海外での結果である。1つの仮説として、日本では切腹に代表されるように、自殺を責任の取り方の1つであ

ると考える社会文化的背景があるので、精神障害に至らなくても自殺が起こるのではないかと考えられる。もしそうなら、自殺予防対策として、医学モデルは的外れになる。したがって、国内の調査が必要になる。中でも、故人の診断をつけていく心理学的剖検調査が必要である。これは入手可能なあらゆる情報を用いて、故人の人生を遡り、自殺に関連したと思われる要因や、精神科診断を検討する調査である。生前に精神科にかかっていない自殺者も多い。情報源として最近親者が重要になる。調査を行うには、彼らの同意が必要になるが、日本ではこれが大きな壁になる。欧米では、調査対象（この場合、自殺者）の代表性が担保されるような地域調査が行われてきたが、日本ではそのような心理学的剖検の地域調査はまだ実現されていない。

その代替として1990年代に行われた2つの調査がある。1つは飛鳥井<sup>2)</sup>の調査で、遺族に直接連絡を取り協力を求める心理学的剖検法が行い難いため、辛うじて死を免れた「自殺失敗者」が対象に選ばれた（質的に自殺者と同等と考えられる）。また、対象の代表性を確保するために、東京都のある総合病院の救命救急センターに、ある期間に搬送された全例が対象とされた。そして、対象の精神医学診断が検討され、さらに、その結

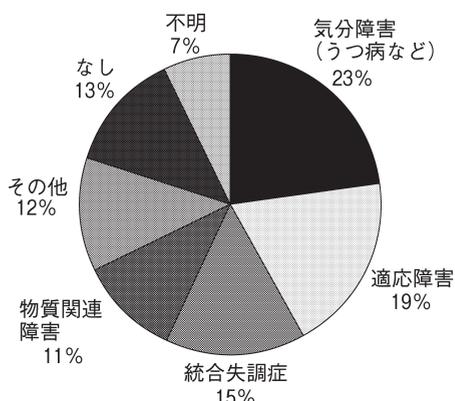


図3 重症自殺企図者 564 人の精神科診断 (DSM-IV・I 軸診断)  
(横浜市立大学 河西千秋教授より提供)

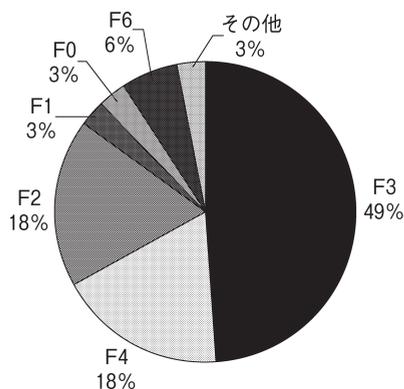


図4 救命センター自殺企図者 147 例  
(岩手医科大学 大塚耕太郎教授より提供)

果と同地域・同時期の全自殺死亡者の年齢層別割合が掛け合わされて、自殺死亡者の精神医学診断が推計された。その結果、うつ病圏 46%，統合失調症圏 26%，アルコール・薬物依存症圏 18% となり、3つを合わせると 90% に精神医学診断がつくことになった。

もう1つの研究は筆者<sup>3,5)</sup>が行ったもので、東京都のある総合病院の救命救急センターに、ある期間搬送された全自殺死亡者を対象として、遺族の協力が得られた場合には心理学的剖検調査を行い、それ以外のケースでは監察医務院の記録を情報源とした。その結果、うつ病圏 54%，統合失調症圏 26%，アルコール・薬物依存症圏 9% と判明し、少なくとも 89% に精神医学診断がついた。

以上から、日本の自殺も諸外国と同じように、約 90% が自殺時に精神科診断がつく状態になっていると考えられる。上記2つの研究は約 15 年前のものだが、その結果は現在の自殺にもある程度当てはまると思われる。1998 年に、特に中高年男性の自殺が激増し、今もその状態が続いているが、その背景にはうつ病やアルコール依存症が介在していると考えられる。

つまり、理性的で冷静な判断でなされる自殺は

圧倒的に少ない。多くは精神的変調をきたした状態で行われる。これこそが、自殺は予防の対象になるという論拠である。単に「可哀想だから防がねばならない」というだけでは論拠として弱く、自殺予防の認識と実践を普及させる力としては不十分であると筆者は考えている。

### 3. 精神医療に携わる以上、

#### hands-off approach は通用しない

以上、理論的な話を中心に述べてきたが、精神医療に携わる者ならば、日々の臨床実践の中で自殺関連事象、すなわち自殺の危険性に直面させられることが多いので、精神医療と自殺の関係については肌身で感じていることだろう。自殺の危険性を取り扱わねばならないのは、気の重い話である。筆者とて、回避できるものならば回避したい。しかし、精神医療に携わる以上、自殺の危険性を避けることはできない。

「私は軽症の患者しか診ない」と言ったところで、それで自殺の危険性を避けられるわけではない。それを裏付ける貴重なデータがある(図3, 4)。1つは横浜市立大学精神科の河西らの調査結果、もう1つは岩手医科大学精神科の大塚らの調査結果で、いずれも救命センターに搬送された重傷自殺未遂者の精神科診断を調べたものである。何が重要かと言うと、重傷自殺未遂者の約 2割が

表1 臨床的に自殺評価が適用される状況

- ・救急部門あるいは危機評価
- ・インテーク評価 (入院・外来を問わない)
- ・観察状況や治療の場の変更前 (例: 1対1の観察の終了や退院)
- ・臨床的状态の急激な変化  
(突然の悪化, あるいは突然の劇的な改善)
- ・回復がみられないこと, あるいは治療しても徐々に悪化すること
- ・重大な対人喪失が予想されたり経験したりすること, あるいは心理社会的ストレス  
(例: 離婚, 経済損失, 法的問題, 個人的恥あるいは屈辱)
- ・身体疾患の始まり  
(特に生命が脅かされたり, 美観が損なわれたり, 重度の疼痛や実行機能の損失と関連したりする場合)

(American Psychiatric Association, 佐藤光源ほか監訳: 米国精神医学会治療ガイドライン コンペンディウム, 2006)

適応障害であったということだ。つまり、軽症のうつ状態でも、致死的な自殺行動を起こすということである。

したがって、どのような医療機関のセッティングであれ、自殺の危険性は避けられない。精神医療に携わる以上、hands-off approachは通用しないのである。

#### 4. 自殺予防を念頭に置いた、 精神科日常診療のあり方

では、普段の精神科臨床で、どのような点に注意すればよいのだろうか？ 自殺予防を考える時、臨床家が最も欲する情報は、自殺危険群の把握の方法と、適切な治療法についてであろう。しかし、大変残念なことに、自殺危険群の正確な把握方法は確立されていない。「自殺評価の最高到達点である自殺リスクの評価は、典型的な臨床判断である。というのは、自殺や他の自殺行動を特定の予見するリスク要因としての1つの特定要因やワンセットの要因といったものは確認されていないからである」<sup>1)</sup> (p. 788)。また、自殺予防のための適切な治療法についても、確立されたものは見当たらない。自殺の危険が高いと思われる患者を

ずっと身体拘束しておくことは非現実的であろう。「精神科医は、自殺リスクを「完全になくする」ことを目標とした治療プランを作ってはならない。(中略) 代わりに治療目標は、リスクを減らすことに主要な力点を置いた広範な治療アプローチを含めなければならない」<sup>1)</sup> (p. 818) ということである。

筆者が自殺リスク評価で最も重視するのは、現在の希死念慮である。経済的苦境、失業、離死別、単身者、疼痛性疾患、慢性疾患、自殺未遂歴、幼少時期の被虐待体験など、様々な自殺危険因子が知られており、それらを知っておくことはもちろん大切なのだが、今現在の希死念慮がなければ、差し迫った自殺の危険性はないと考えられる。折に触れ、希死念慮を問うて確認することが大切であると筆者は考えている。具体的には、病状、生活環境など患者に変化が見られたときは注意するようにしている。教科書的には、表1に示されるような自殺評価の時期が挙げられている。

希死念慮の確認は重要であるが、それだけでは、自殺危険群の絞り込みとして不十分である。例えば、うつ病患者の78%が病期のどこかで希死念慮を抱くことが見出されている<sup>4)</sup>。希死念慮を持つ人が皆、自殺行動に至るわけではない。うつ状態で希死念慮を抱く人の中でも、どのような人に自殺のリスクが高いのだろうか——これがまさに臨床家の欲する点であろう。ここで既知の自殺危険因子をいくつか有するかをチェックすることも大切だが、筆者がもっと重視するのは、患者の人格の脆弱性と、ストレスに対する反応の特徴である<sup>7)</sup>。患者の成育歴・発達史と、これまでストレスに対してどのように反応・対処してきたかを聴取しておくことは大切である。

さらに最近筆者が自身の臨床に取り入れている観点は、Joinerら<sup>6)</sup>が重視する「負担感の知覚」、「所属感の減弱」、「身についた自殺潜在能力」の3つの要素である。負担感の知覚とは、自分の存在が周囲の負担や迷惑になっているという認識であり、所属感の減弱とは、孤独や社会的疎外とおおむね同義である。これらはいずれも自殺の心理

として重要であるが、両者がそろった時には、自殺の危険が一層高まる。

自殺者の心理としては、「絶望感」が一般によく知られている。しかし、よく考えてみると、絶望感の中身は何なのだろうか？ それがわからないと、「人は絶望して自殺を考える」という表層的な理解にとどまってしまうし、具体的な自殺予防の方策も見えてこない。一方、Joiner らの説<sup>6)</sup>は、絶望の内容に迫っているとも考えられ、具体的な予防策に近づく希望を与えてくれる。

所属感の減弱と負担感の知覚に加え、Joiner ら<sup>6)</sup>が重視しているもう1つの要素がある。それは「身についた自殺潜在能力」である。これは、自ら命を絶つという大変な行動を執行する能力のことで、自傷・自殺未遂や暴力を含め、様々な程度の恐怖や疼痛を伴う体験を繰り返すことで身につくと Joiner ら<sup>6)</sup>は考えている。そして、希死念慮を抱く者でも、この「自殺する能力」が身についていないと、自殺は起こらないと考える。つまり、「身についた自殺潜在能力」が、自殺する人と、そうでない人を分かつ重要なポイントになる。自傷・自殺企図歴、自己注射による薬物使用、身体的な暴力に頻繁にさらされたりコミットしたりすることなどを聴取しておくことが大切である<sup>6)</sup>。

以上のように、自殺危険群の把握に努めながら、適切な治療法についても考えねばならない。日本の精神科臨床の最大の問題点の1つは時間的な制約である。一人の患者に毎回30分以上かける診察は、日常診療では不可能である。限られた時間の中で有効な治療法として、筆者は薬物療法を重視している。「薬だけ飲んでおけばよい」という診療態度には与しないが、例えば、軽症うつ病にも筆者は抗うつ薬を積極的に処方している。同時に、精神科医は、自らが時間的な制約のために正式な精神療法を行えなくても、精神療法全般の素養を身につけておくべきだと考えている。自殺行動については、認知行動療法的アプローチで、衝

動的反応を自制させつつ、歪んだ認知を変化させる困難な作業を続けることが重要である<sup>6)</sup>。

最後に強調したいことは、チームアプローチの重要性である。精神科医一人で自殺予防を完結させることは難しい。日本の限られた診療時間ではなおさらである。「精神科医に任せたから、もう安心」という他職種の認識を改めてもらう必要がある。そのためには、精神科医のほうからそのことをアピールせねばならないし、普段の診療で、他職種や社会資源を積極的に求める態度が必要であると筆者は考えている。これもまた、適切な治療法の1つの形ではないかと考えている。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association: American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders, Compendium 2004. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2004 (佐藤光源, 樋口輝彦, 井上新平監訳: 米国精神医学会治療ガイドライン コンペンディウム, 医学書院, 東京, 2006)
- 2) 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
- 3) 張 賢徳: 自殺既遂者中の精神障害と受診行動. 日本医事新報, 3789; 37-40, 1996
- 4) 張 賢徳, 竹内龍雄, 林 竜介ほか: 自殺行為の最終段階についての研究: 「解離」仮説の提唱と検証. 脳と精神の医学, 10; 279-288, 1999
- 5) 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
- 6) Joiner, Jr., T.E., Van Orden, K.A., Witte, T.K., et al.: The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for Working with Suicidal Clients. American Psychological Association, Washington, D.C., 2009 (北村俊則監訳: 自殺の対人関係理論: 予防・治療の実践マニュアル. 日本評論社, 東京, 2011)
- 7) Maltzberger, J.T.: Suicide risk: the formulation of clinical judgment. New York University Press, New York, 1986 (高橋祥友訳: 自殺の精神分析—臨床的判断の精神力動的定式化. 星和書店, 東京, 1994)

## Clinical Psychiatry and Suicide Prevention

Yoshinori CHO

*Department of Psychiatry, Teikyo University Mizonokuchi Hospital*

People do not commit suicide all of a sudden. There is a suicidal process where negative life events are there in the beginning, and social support and help-seeking behavior play an important role in impeding the progress of the process. Mental disturbance would be deeply associated with the suicidal process around the final stage, thinking of the fact that approximately 90% of the suicides suffered from mental disorders at the time of suicide.

In considering the strategies for suicide prevention, there are two perspectives: a community model and a medical model. A community model is thought to be related mainly to the first half of the suicidal process and a medical model to the latter half. It is an ideal that both community and medical approaches are put into practice simultaneously. However, if resources available for suicide prevention are limited, a medical-model approach would be more efficient and should be given priority. Starting from a medical model and considering treatment and social resources necessary for suicidal people, the range of suicide prevention activities would be expand more efficiently than starting from a community-model approach.

Clinical psychiatry plays a greatly important role in preventing suicide. It is found that approximately 20% of seriously injured suicide attempters were diagnosed as adjustment disorder in Japan, which means that even the mildly depressed can commit suicide. Therefore, no one can take a hands-off approach to suicidality as long as he/she works in the field of clinical psychiatry. It is earnestly desired to detect and treat properly the suicidal patients, but there is no perfect method. It would be helpful to pay attention to patients' personality development, stress-coping style and present suicidal ideation. Besides, as suicide prevention is not completed only in a consulting room, it is important for psychiatrists to look for teamwork.

<Author's abstract>

<Key words : clinical psychiatry, suicide, suicidal process, suicide prevention>

---