

自殺予防に対する一提言

——精神科医の視点から——

高橋 祥 友

I はじめに

図1は、過去半世紀のわが国の自殺者総数を示したものである（警察庁生活安全局地域課，2003）¹⁾。1988年から1997年までの10年間には、年間平均自殺者数は22,410人であった。当時ですら、自殺者数は交通事故死者数の2倍以上であった。ところが、1998年には自殺者が一挙に1万人以上も増加し、32,863人となった。この背景には、特に40～50歳代の男性における自殺の増加があった。そして、1998年以後は、年間自殺者3万人台という緊急事態が続き、この数は交通事故死者数の4倍を超えてしまった。

一方自殺未遂に関しては、日本だけでなく、世界的にも正確な統計がないというのが現状である。しかし、未遂者数は既遂者数の少なく見積もっても10倍は存在すると推定されている。また、自殺未遂あるいは既遂が1件生じると、強い絆のあった人が最低5人は深い心の傷を負うとの推計も

ある。このように、わが国だけを見ても、自殺とは死にゆく人3万人だけの問題にとどまらずに、年間に百数十万人のメンタルヘルスに直結するきわめて深刻な問題となっている（高橋，1997；高橋，2001）。

本論では精神科医としての立場から²⁾、IIで自殺の危険の高い人の特徴、IIIとIVで対応や治療の原則について触れるとともに、VとVIで自殺予防対策の方向性について考察を述べることにする。

II 自殺の危険因子

表1は自殺の危険因子をまとめたものである（高橋，1992；高橋，2002）。ここでは特に重要な項目について解説したい。

自殺未遂歴：これまでに自殺を図ったものの幸い救命された人は、自殺未遂を認めない人に比べて、将来も同様の行為を繰り返し、自殺によって

表1 自殺の危険因子

①自殺未遂歴	自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応などを検討する。
②精神障害	気分障害、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。
③サポートの不足	未婚者、離婚者、配偶者との離別。
④性別自殺既遂者	男>女（自殺未遂者：女>男）
⑤年齢	中年期と老年期にピーク。
⑥喪失体験	経済的損失、地位の失墜、病気や外傷、近親者の死亡、訴訟を起こされるなど。
⑦自殺の家族歴	近親者に自殺者が存在するか？ 知人に自殺者を認めるか？
⑧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。慢性疾患に対する予防あるいは医学的な助言を無視する。

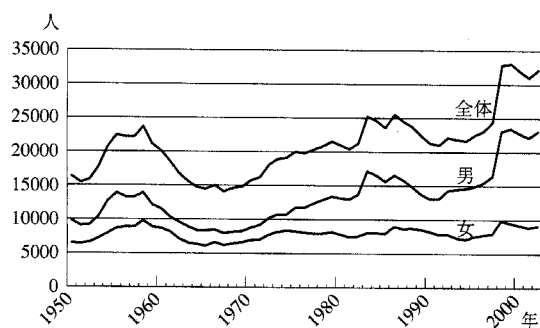


図1 わが国の年間自殺者総数の推移

命を失う率がきわめて高い。

高所から飛び降りたり、電車で飛び込んだりしたものの奇跡的に救命された人については、周囲の人々も死の意図を深刻に受け止めるだろう。しかし、薬を少し余分に飲む、あるいは手首を浅く切るといった、それ自体では死に直結しない自傷行為に関しては、医療者でさえも「死ぬ気はなかった」「周囲を振り回そうとしただけではないか」などと考えがちである。しかし、長期間追跡調査をすると、このような行為に及んだ人であっても、一般人口よりはるかに自殺率が高いことがわかる。したがって、自殺未遂があったということ自体、きわめて重要な危険因子ととらえるべきである。

精神障害：図2に示すように、自殺者の9割以上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報告が共通して指摘している (World Health Organization, 1999)。具体的には、気分障害、統合失調症、アルコール依存症、薬物乱用、パーソナリティ障害などが問題となる。特に複数の精神障害に同時に罹患している状態 (comorbidity) は自殺の危険をさらに高める。また、身体疾患と精神障害の合併も自殺の危険を高めることになる。

サポートの不足：周囲から十分なサポートが得られない状況で、自殺はしばしば起きている。働き盛りの人が自殺すると、職場での問題ばかりに焦点が当てられるが、詳しく調べてみると、職場にも家庭にも居場所がない状況が明らかになって

くる。未婚者、離婚者、配偶者と最近死別した人は、既婚で家族のある人よりも自殺率が3倍も高い。職場でも家庭でもサポートが得られないといった状況は自殺のリスクを高める。

事故傾性：自殺に先行して無意識的な自己破壊傾向がしばしば明らかになる。危険を回避できなかったり、事故を繰り返したり、医学的な助言を守れないといったことによって事故傾性 (accident proneness) が明らかになる場合がある。

例えば、職場でさまざまな問題行動を認めた時には、事故傾性である可能性を検討しなければならない。それまで特に問題を認めなかった人が、飲酒したうえで喧嘩に巻き込まれる、事故を繰り返す、多額の借金を抱える、性的問題行動を起こすなどである。これまでは真面目な仕事振りだった社員が突然失踪してしまい、しばらくして居所がわかり、職場に戻ってきたとする。このような場合は職場放棄として、処分されたり、依願退職を迫られたりすることもある。ところが、うつ病患者が失踪したような場合、それが自殺の代理行為と考えたほうがよいこともある。管理者は問題行動を起こした人の処分を検討する前に、精神的な問題がないか精神科医に助言を求める必要がある。

医療の現場では、腎不全の患者が人工透析を受けなくなる、移植後の患者が免疫抑制剤を服用しなくなる、糖尿病の患者が自己管理を放棄するといった行動に注意を払う必要がある。以上のような項目を参考にして、自殺の危険を疑ったら、早い段階で精神科医療につなげるようにするべきである。

III 自殺願望を打ち明けられたときの対応の原則

「自殺したい」などと打ち明けられると、たとえば、長年、精神科医療に従事している者でさえ動揺する。まして、一般の人は、そのような場面にどうやって対応したらよいかわからないというのが正直なところであろう。

自殺願望を打ち明けられた際の対応の原則を、表2にまとめた。まず、留意すべき点は、誰でも

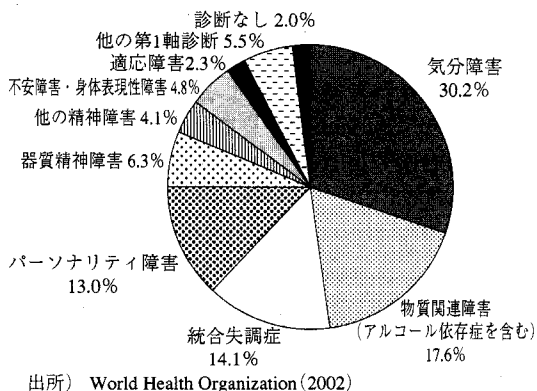


図2 自殺と精神障害 (15,629 例)

表2 「自殺したい」と打ち明けられた時の対応

- 誰でもよいから自殺願望を打ち明けたのではない。
- 生と死の間を激しく揺れ動いている点を理解しておく。
- 時間をかけて訴えに傾聴する。
- 話をそらさない。
- 安易な激励をしない。
- 批判しない。
- 世間一般の価値観を押し付けけない。
- 悩みを理解しようとする姿勢を伝える。
- 十分に訴えを聞いたうえで、他の選択肢を示す。
- 最終的には、専門家による治療を受けられるようにする。

よいから自殺願望を打ち明けたのではないという点である。「この人ならば絶望的な気持ちをきつと受け止めてくれるはずだ」との想いから、特定の人を選び出して、話をしたのである。これに適切に対処すれば予防の第一歩になる。話をはぐらかす、社会一般の価値を押し付ける、批判する、安易な激励をするといった態度は禁物である。真剣に傾聴するならば、自殺について話をすることが自殺への引き金になることはない。十分に訴えを聞いたうえで、他の選択肢を示すとともに、精神科への紹介を考えることが必要である。

ただし、精神科受診を助言するだけでは十分ではない。重症のうつ病で自殺の危険が迫っているような場合、判断能力も極端に低下していることがあり、本人が自発的に適切な行動を取ることが期待できない場合もしばしばある。そこで、周囲の人々と協力して精神科に受診させるように、働きかける必要がある。

IV 治療の原則

ここでは、自殺の危険の高い人の治療がどのように進められていくのか、その原則を説明していきたい。

自殺未遂を認めないうちから、自殺の危険に気付かれて治療に導入するのが望ましいが、ここでは実際に自殺を図ったものの幸い救命された場合を例に取り、自殺未遂のために治療を受けるようになった人の経過についてまとめたい(図3)。

例えば、薬を多量服用したために意識障害をきたす、包丁で身体を刺して負傷するなど、自殺未

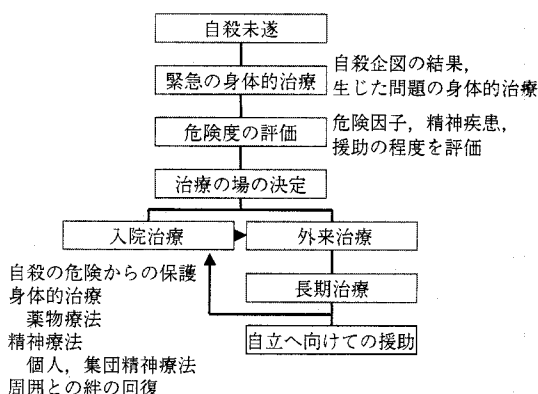


図3 自殺の危険が高い人の治療の流れ

遂によってさまざまな身体的な問題が生じた場合、当然ながら最初に実施するのは、身体医学的治療である。その後、自殺未遂の直接の結果として生じた身体的な問題がある程度管理された段階で、精神科医による対応が行われる。

前述のように、自殺未遂はそれ自体が重要な自殺の危険因子であるが、しばしば治療者の目を曇らす出来事も起きる。患者は抑うつ的であったり、絶望感に圧倒されていたりするだけではない。「死にたかった」、「助けてほしいとは頼まなかった」、「余計なことをした」とあからさまに敵意を表すこともある。また、深刻な事態はまったく変わりが無いのに、自殺未遂がカタルシスとなって、当人は自殺を図ったことをまるで他人事のように語ったりすることもある。あるいは、ひどくあっけらかんとしていたり、深刻味がまるでなく、はしゃいでいるように見えたり、軽躁的な状態にまでなることもある。この様子を見て、医師や看護スタッフはしばしば患者の自殺の意図に疑いの目を向けがちであるが、むしろこのような精神状態を示す患者が少なくないことを理解しておかなければならない。

自殺の危険因子の評価、自殺行動の背景に存在する可能性のある精神障害とその重症度の判定、今後も自殺行動を繰り返す危険の評価、さらに、周囲の人々からどの程度援助が得られるのかといった点について検討しておかなければならない。

このような点を総合的に評価して、入院治療か

外来治療か、治療の場を決定することになる。自殺行動を繰り返す危険が非常に高く、緊急の危険から保護する意味で精神科入院治療が必要と判断される場合がある。この場合、入院治療では、薬物療法とともに個人精神療法や集団精神療法などが実施される。また、緊急度がそれほど高くないと判断される場合や、家族や周囲の人々から十分なサポートが得られる場合には、外来治療が行われることもある。

いずれにしても、ここで指摘しておきたい重要な点は、自殺の危機がたった1回で終わることは比較的稀であるという現実である。自殺の危機は、むしろ繰り返し起きる可能性が高いことを念頭において治療計画を立てていかなければならない。そのためにも、入院治療と外来治療との間で緊密に連絡が取れるような場で治療を進めていく必要がある。

自殺未遂の結果、身体に生じた傷を治療することで、治療が完了したと考える人は、一般の人ばかりでなく、医療者にも少なくない。しかし、薬を余分に飲んで意識障害をきたした人に、点滴をして意識を回復させたというのは、あくまでも身体面での治療に過ぎない。多くの問題を抱えた時に、社会に受け入れられるような形で解決策を見つけ出すことができずに、手元にあった薬をたくさん飲んでしまうという非適応的なパターンを修正することが、真の治療である。身体的治療と心の治療はどちらかが欠けても十分な効果は現れない。したがって、当然のことながら、治療には多くの時間がかかる。

自殺の危険の高い人に対する治療は、長期間にわたることを当初から配慮して準備を進めていく。長期間のフォローアップを計画し、ある程度効果が現われて治療を終了する場合でも、仮に危機的な状況が再現したらすぐに治療者に連絡が取れるように患者や家族に十分に説明しておく。最終的には、問題が生じたような状況でも、自殺以外のより適応度の高い方法を用いて、患者が自分の力でその問題に対処できるような能力を身につけ、自立を援助することが精神療法の目標となる。

精神科医による対応として、薬物療法をしてい

くだけで自殺を予防できるような単純な症例は少ない。薬物療法に加えて、問題を抱えたときに、自殺を図るという非適応的な選択を取るという行動パターンを修正していく精神療法が必要になるが、これは時間をかけて実施していかなければならない。さらに、自殺は孤独の病理であるという側面を理解して、その予防のために本人を支える周囲の人々との絆を回復していくという努力も欠かせない。薬物療法、精神療法、周囲の人々との絆の回復、これらが自殺の危険の高い人を治療するうえでの重要な3本の柱であると言えるであろう。さらに、自殺の危機は多くの場合、何度も繰り返される可能性が高く、対応する期間が長くなることも理解しておく必要がある。入院治療が一応目標を達成して、その後、外来治療に移しても、また危機が訪れる可能性もある。そのような場合は、一時期入院治療に戻す必要も出てくるだろう。深刻な自殺の危険を抱えた患者の治療では、入院と外来の連絡を欠かすことはできない。これまでに述べた点を考慮しながら、長期にわたるフォローアップを計画していかなければならないのである。

V 自殺予防対策

1 職 場

はじめに述べたように、わが国の自殺者総数は1990年代末に激増し、一向に減少する傾向がない。また、1990年代には一連のいわゆる「過労自殺裁判」(電通裁判³⁾、川崎製鉄裁判⁴⁾、オタフクソース裁判⁵⁾など)が起こされている。これらの裁判については、最高裁の判断まで下され、従業員が心身の疲弊をきたさないような労働環境を整えるとともに、万一、不幸にして心身の問題を抱えた時には、直ちに適切に対処する責任が会社側にあるとされた。つまり、企業の安全配慮義務がきわめて重く受け止められたのである。

このような社会的背景から、行政も本格的に自殺予防対策に取り組み始めた。一連の過労自殺裁判の流れと行政の対応が決して別個のものでなかったことは表3からも明らかである。労働省は、

表3 「過労自殺」裁判と労働省の動き

電通裁判	川鉄裁判	オタフクソース裁判	労働省の動き
93/01 損害賠償訴訟			
96/03 一審判決	94/06 損害賠償訴訟	96/03 労災申請	96/04 「所定外労働の削減及び適正な労働時間管理の徹底について」
		96/10 損害賠償訴訟	
97/09 二審判決	97/07 労災却下	97/12 労災認定	
98/08 労災認定	98/02 一審原告勝訴		99/09 「心理的負荷による精神障害等に関する業務上外の判断指針」(労災認定法の変更)
00/03 最高裁判決	00/03 逆転労災認定 00/04 和解勧告	00/05 全面勝訴	00/06 「心の健康づくり計画」(4つのケア)
00/06 和解成立	00/10 和解成立		

1996年4月に「所定外労働の削減及び適正な労働時間管理の徹底について」という通達を出し、いわゆるサービス残業の禁止を改めて企業側に求めた。さらに、1999年9月には「心理的負荷による精神障害等に関する業務上外の判断指針」を出し、労災認定の基準を改正した。それ以後、精神障害および自殺に関連した労災申請件数が急増している。さらに、2000年6月には「心の健康づくり計画」を発表し、職場におけるメンタルヘルスの取り組み（いわゆる「4つのケア」）が提唱された。また、厚生労働省は2001年に「職場における自殺の予防と対応」という小冊子をまとめ、それをもとに全国各地で事業所の人事担当者向けに自殺予防の講習会を開催している（厚生労働省、2001）。

自殺予防に関するさまざまな対策が取られ始めたのは喜ばしいことではあるが、自殺はきわめて稀な現象であることも事実である。わが国では、年間に10万人あたり27件の自殺を認めている。そのため、職場で自殺が起き「不幸なことだ」「残念だ」といった受け止められ方をしたとしても、それは他人事で、たまたま稀な出来事が起き

たというだけで終わってしまうことも多い。自殺予防に関するさまざまな対策も、うつ病に対する知識の啓発にとどまっているというのが現実ではないかと思われる。

また、心の健康に関しては、さまざまなチェック方法も開発されてきているが、それをどのように活用するかという問題はまだ検討段階である。従業員自身が自分のメンタルヘルスを認識するためにこのようなチェック方法を用いることができればよいのであるが、従業員のなかでは「この種の検査法の結果が会社側に知られてしまい、人事面で不利益な扱いをされるのではないか」という不安はいまだ強い。

さらに、精神的な問題を抱えても、直ちに精神科医療機関に受診することにはかなりの抵抗感がある。1990年代末からわが国の自殺が急増したが、特に40～50歳代の働き盛りの男性に自殺が増えている。この年代の人々は精神科受診に対する抵抗感をもっとも強く覚える世代でもある。したがって、自殺予防に特別に焦点を当てたアプローチも重要であるが、幅広くメンタルヘルスの啓発に力点を置くべきだろう。特にうつ病やアルコ

ール依存症の症状を教育するとともに、現在ではこのような精神障害に対して効果的な治療法があることを伝えていく必要がある。

2 学 校

未成年者の自殺は中高年のそれと比べると圧倒的に少ないため、世間の関心はこの世代の自殺予防にはあまり向けられていない。学校で生徒の自殺が起きると、一挙に社会の関心が向くのだが、それも短期間のうちにおさまってしまう。青少年期の心の健康は後年のメンタルヘルスとも直結する重要な課題であるが、これが現状である。

一方、欧米では学校における自殺予防教育を積極的に実施している国がある。筆者はわが国でも、自殺予防教育を実施する必要性を主張してきた(高橋, 1997)。生徒・教師・親が学校における自殺予防教育で対象となる大きな3本の柱となる。

この中でも特に、青少年を直接対象とした教育が重視されている。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圧倒的に同世代の仲間である。しかし、相談された青少年もこの種の問題について適切な対応の仕方を知らず、ともに混乱に陥ってしまいかねない。したがって、青少年を直接対象として自殺予防教育を行わなければ、十分な効果が上がらないのである。また、青少年を直接対象として自殺予防教育を行っても、危険を煽るような心配はないこともすでに実証されている。

また、青少年の自殺行動が、家族全体の病理から生じているという点も考慮して、親を対象とした自殺予防教育も実施すべきである。前もってこの種の教育を行うことで、学校はいつでも家族に対して、協力を惜しまないという姿勢を示しておくのである。危機的な状況が生じてから慌てて対策を立てても、すぐには親からの協力を得ることが難しいというのも現実であり、日頃から学校と家庭とで協力関係を打ち立てておく必要もある。

ところで、わが国の現状を見ると、生徒を直接対象とした予防教育を実施することに対しては、いまだに「寝ている子を起こすことになりはしないか」との不安が社会一般に根強くある。そこで、

せめて教師を対象として、青少年の自殺予防教育を第一段階として行うべきである。青少年が自殺に追いやられかねない危機的な状況にあるとき、家族さえも救いを求める叫びを受け止める余裕を失ってしまっていることがある。そのような状況で、責任ある立場の大人としての教師が、青少年の危機的な状況を的確にとらえていることがしばしばある。つまり、教師が青少年の危機を早期に察知するゲートキーパーの役割を担う可能性が期待されているのだ。実際に、現場の教師は、生徒の自殺予防に対する関心が高く、この種の教育は部分的ではあるが実施されている。わが国の現状を考えると、教師を対象にした予防教育をまず実施して、そこで意義を認識されたならば、次の段階として、生徒や親を対象にした自殺予防教育を進めていくというのも次善の策であるだろう。

自殺予防教育の骨子は次の5点からなる(詳細については高橋, 1999, を参照)。

- (1) 青少年の自殺の実態：事実に基づいて青少年の自殺について説明し、いかに大きな社会問題であるかを示す。決して道徳的な判断や倫理感を持ち出さず、あくまでも統計的な事実から始めて、自殺がいかに深刻な問題であるかを強調する。事実そのものが問題の深刻さを物語るように説明する。
- (2) 自殺のサイン：自殺と精神障害、その中でもうつ病が密接に関連していることから、うつ病について詳しく解説する。かなりの率の人が長い人生の一時期にうつ病にかかる可能性があることを指摘するとともに、効果的な治療法があることも強調する。
- (3) ストレスと自殺の危険：ストレスとは何か、その対処法にはどのようなものがあるのか、具体的な事例を挙げて解説する。わが国でも青少年の間に薬物乱用が徐々に広がっているため、ストレスと薬物乱用について取り上げるのもひとつである。違法な薬物の乱用によって青少年が生命を失っている現状や自殺との関連について、道徳的な批判を交えず、科学的で統計学的事実を伝える。

- (4) どのように救いの手を差し伸べるか：友人の自殺の危険に気づいたら、どのように対応したらよいか話し合う。その方法としてよく使われるのが、ロール・プレイである。ある生徒が自殺したいという気持ちを打ち明ける役、もうひとりの生徒がそれを聞く役になって、自殺の危険の高い人の気持ちを具体的に想像してみるというものである。誰かに「自殺したい」と打ち明けられた場合には、次のような態度を取る必要がある。①批判を交えずに友人の自殺願望に耳を傾けて、絶望的な感情を理解しようとする。②誠実な態度を貫きながらも、決して、秘密のままにしないで、信頼できる大人に自殺の危険を知らせて援助を求めることを強調する。③友人が大人には助けてほしくないと考えていたとしても、その気持ちは尊重しながらも、決して放置しないで、適切な援助を求める必要がある点を強調する。

- (5) 地域にどのような自殺予防に関する機関があるか：自殺予防センター、精神保健センター、病院の救急外来、電話相談、自助グループ、消防、警察といった機関について、皆で話し合いながら自分たちの手で一覧表を作成する。そして、どのような場合に具体的に連絡を取るかといった方法についても話し合う。生徒の代表が実際に地域にある各種機関を訪問し活動の内容を見学し、それを他の同級生に報告する。

なお、この種の自殺予防教育をどの程度の時間をかけて実施するかは、各学校の実情に合わせて検討する。また、専門家が実施するか、教師が教育の主体になるかという問題もある。初期の段階では精神保健の専門家が主体になって予防教育を実施するほうが効果的だと思われるが、専門家と学校の間関係を築き上げるという意味もある。

3 プライマリ・ケア

うつ病を初めとする精神障害の治療や、自殺予防というと精神科独自の問題ととらえられがちで

あるが、現実には精神科治療を受けるまでには至らずに、不幸な結果が生じている例も少なくない。

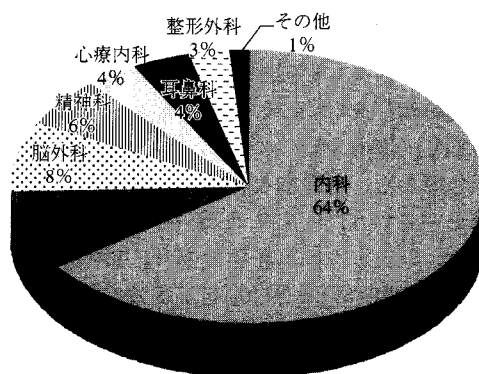
うつ病では、気分や感情、思考や意欲、身体の面にさまざまな症状が現われてくる。精神障害に対する偏見がいまだに根強いわが国では、精神的な問題に気づいてもすぐに精神科に受診しようという態度に出られないのが現状である。また、うつ病になった本人も、精神的な問題などでなく、身体的な問題であると信じ込んでいる場合もしばしばある。

その例として、図4は抑うつ症状を呈した人が最初にどの科に受診しているかを示したものである(三木, 2002)。この調査によれば、抑うつ症状を呈した人の約3分の2が身体症状を訴えて内科に受診しており、最初から精神科に受診している人は1割にも満たない。

わが国に限らず、自殺した人の半数以上は、自殺を実行する1ヵ月以内に何らかの身体症状を訴えて、精神科以外の医療機関を受診しているという報告がある(Murphy, 1986)。したがって、自殺予防は精神科医だけでなく医師一般が果たす役割もきわめて大きい。

アメリカなどでは、精神科を専門としない医師であっても、正規の医学教育を受けている以上、うつ病をはじめとする精神障害を正しく診断し、適切な治療や紹介を行うことが求められており、それを怠ると訴訟の対象にさえなりかねない。

わが国の過労自殺に関する民事訴訟を検討して



出所) 三木 (2002)

図4 抑うつ症状を呈する患者の初診診療科

も、大多数の例でうつ病であったことが明らかになっている。ところが、その中で精神科に受診していた人となると1割程度に過ぎない (Amagasa et al., 2002)。さらに、約半数は何らかの身体的な問題を訴えて、内科をはじめとするさまざまな科を受診している。しかし、残念なことにうつ病が的確に診断されず、治療も受ける機会も得られないままに、悲劇が生じている。今後、アメリカのように、精神科を専門としない医師に対しても、うつ病などの精神障害に対する初期対応が求められるようになっていく可能性がある。

うつ病の患者が身体症状を訴えて、精神科以外の医師のもとをしばしば受診していることはすでに指摘したとおりであるが、うつ病の生涯有病率は、女性で10~25%、男性で5~12%である。時点有病率は、女性で5~9%、男性で2~3%という報告もある (American Psychiatric Association, 1994) ことからわかるように、うつ病は決して稀な病気ではない。重症の身体疾患の患者にうつ病が合併する率は20~25%とさらに高くなる。もともと身体的な問題で治療を受けていた患者が、その問題のために抑うつ的なこともしばしばある。このような事実を考えると、精神科を専門としない医師であっても精神障害 (特にうつ病) に対する正しい知識を持つ必要がある。

そのような観点から、日本医師会は「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」を編集し、全会員とともに、2004年3月に医学部を卒業した全員にも配布した (日本医師会, 2004)。プライマリ・ケアの場合は自殺の危険の第一段階で検知する重要な場所であることを認識した、重要な第一歩と考えられる。

医師からは「日常の診療で忙しすぎて、とても精神障害まで診る余裕がないし、その関心もない」という声も時々耳にする。たしかにこれは現実の問題であろう。そこで、精神障害の治療を自分では実施しないとしても、診断を下して、早期の段階で適切な紹介をするべきである。そのためにも医師は照会先のネットワーク作りをしておく必要がある。

また、ある程度までは自分でうつ病などの精神障害を治療してもよいと考える医師は、どこまで自分の手で診療に当たるのか、どの程度まで悪化あるいは遷延化したら、精神科に紹介するのかという限界を見極める点についても検討しておくことが望まれる。

VI 自殺が起きた時の対応

1 ポストベンションとは

疾病の予防は、一次予防、二次予防、三次予防に分類されることがある。一次予防とは、さまざまな原因を取り除いて疾病を予防すること、二次予防とは、疾病の早期発見、早期治療によって、疾病からなるべく早い段階で立ち直るように援助すること、三次予防とは、疾病によって生じた障害を可能な限り少なくして、早期に社会復帰を目指す、いわばリハビリテーションを指すものである。

自殺予防に関してもこの疾病予防の概念が当てはめられるが、「自殺=疾病」ではないため、この概念をそのまま使うことはできない。例えば、三次予防は疾病になってしまった後のリハビリテーションであるが、自殺は一度起きてしまったら取り返しがつかないため、その意味で三次予防はあり得ない。

そこで、英語圏では自殺予防の場合、プリベンション (prevention)、インターベンション (intervention)、ポストベンション (postvention) という言葉をよく用いる。プリベンションは真の意味での自殺予防といってもよく、そもそも自殺が起きる原因となるような事柄を少しでも減らして自殺を予防するように努力することを指している。欧米などでは学校において自殺予防教育が盛んに行われているが、これもプリベンションの一環であると考えられる。インターベンションは日本語では「介入」などと訳されている。今まさに自殺が起きようとしている緊急事態に働きかけて、それを予防することである。例えば、手首を切ってしまった、薬を多量に飲んでしまっただけ意識が曇っているといった状態の人に対して積極

的に治療を行い、救命を図ることを指すものである。ポストベンションは、あえて日本語にすれば「事後対応」になるだろう。自殺のアフタケアといった言葉が使われることもある。要するに、不幸にして自殺が起きてしまった後に、遺された人に及ぼす影響を最小限度にするために、心のケアを行うことを指している。わが国の現状を見ると、自殺予防といっても、実際に行われていることはインターベンションが中心である。真の意味でのプリベンションやポストベンションはごく一部で試みられているに過ぎない。

全力を尽くして自殺予防の努力をしなければならないが、残念なことに毎年3万人以上もの人が自ら命を絶っているというのも厳然とした現実である。そこで、遺された人に対する心のケアが必要になってくる。しかし、これまではこのような問題にほとんど関心が払われてこなかった。前述したように、自殺は死にゆく人3万人だけの問題にとどまらず、残された人々にも深い心の傷を負わせかねない。この意味でも、不幸にして自殺が生じてしまった後に、遺された人に適切なケアを実施して、心の傷を最小限度にとどめる必要がある。

自殺が生じた後に遺された人には、表4に挙げたような嵐のような複雑な感情が襲ってくる。比較的短期間のうちに自然に立ち直ることができる人もいるのだが、すべての人が同じように自力で回復できるわけではない。自殺が生じた直後は比較的平静に見えた人でも、かなりの長期間経過した後で、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、専門的な精神科治療が必要になる人も

少なくない。そして、最悪の場合には、ある人物の自殺の後に、複数の自殺が連鎖的に生ずる群発自殺（clustered suicide）という現象が起きる危険さえ出てくる（高橋，1998）。現実には、地域、学校、病院、職場など、群発自殺はさまざまな場所で起きているのである。

ここでは、自殺が起きた後にただ時が経つのを待つというだけでは、遺された人に対する十分なケアにならないことを指摘しておくにとどめ、次節でポストベンションの流れについて詳しく取り上げる。

2 ポストベンションの流れ

図5は、ポストベンションの流れを示したものである（高橋，2003）。ここでは、職場で同僚が自殺した場合のポストベンションを想定して、その大きな流れを説明していきたい。

（1）全体の状況を把握する

まず現場からの要請に基づいてポストベンションを実施する必要がある。要請がないにもかかわらず、ポストベンションのチームが押しかけても、十分な協力は得られない。

また、要請に基づいて、チームが派遣された場合でも、ポストベンションの目的を最初に的確に説明し、相互に合意に達しておくことが重要になる。自殺が起きてしまったために、流言蜚語が飛び交ったり、職場の士気が下がってしまっていることがある。ポストベンションはあくまでも、同僚が自殺するといった悲劇的な状況を体験した人々に対するケアであって、原因究明のための調

表4 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	原因の追究
抑うつ	周囲からの非難
不安	二次的トラウマ

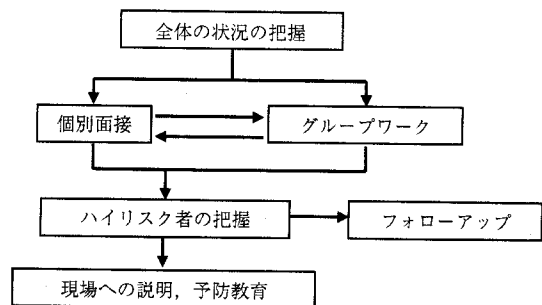


図5 ポストベンションの流れ

査や誰に原因があるかといった犯人探しなどではないことを繰り返し説明し、現場の納得を得るようにしなければならない。

そして、現場の責任者、あるいは今回の件を十分に把握している人から説明してもらい、状況の全容を把握するように努める。関係する資料などがあれば、それについても目を通しておく。事前の状況把握が十分でないと、以後の活動も円滑に進めることができない。

著者らは IES-R (出来事インパクトスケール改訂版) などの心理検査やアンケートを実施して、自殺が全体に及ぼしている影響を把握する一助としている。どのような心理検査を利用するか、そもそもその種の検査が必要か否かは、それぞれの状況に応じて判断するとよいだろう。

全体の状況がある程度把握した段階で、個別のケアを主とするか、グループに対する働きかけを主とするか、あるいは双方を実施するかといった、ポストベンションの方向付けをする。さらに情報が必要であれば、まず数人の個別面接をした上で、その後の方向付けをすることもある。

(2) 個別面接

一般の人の大多数は、精神科医や臨床心理士などにこれまで一度も会ったことがない。そのため、かなり警戒していることも珍しくないのが、雰囲気や和らげる必要も出てくる。ここでも、ポストベンションの目的は、悪者探しや犯人探しなどではなく、あくまでも遺された人のこころの傷を癒すためのケアであることを強調する。そして、このケアは故人を追悼するとともに、悲劇を繰り返さないためには、何かを学ばせてもらう機会にしたいという点を強調する。もちろん、話し合われた内容について秘密を守ることも保障する。同僚の自殺を経験し、複雑な感情に圧倒されているので、その感情を率直に表現したいならば、その機会を与えるが、けっして感情の表出を強制するような雰囲気を作ってはならない。何も言いたくなければ、その権利もあることを保障する。

個別面接を終えて、ある程度の共通項が認められた人が何人かいるように考えられる場合は、その後、グループに対する働きかけにつなげる場合

もある。

(3) グループを対象とした働きかけ

ここではグループを対象として、ディブリーフィングを中心とする CISM (緊急事態ストレスマネジメント) の技法を状況に応じて、臨機応変に応用する (Mitchell et al., 2001)。

グループ・ワークをはじめの際にも、前述のように、この目的が犯人探しや調査などではなく、故人を追悼し、悲劇を繰り返さないためにできるだけのことを学びたいという点を強調する。秘密を守る、何を話すのも自由だし、話さないのも自由であるという点を保障するのは、個別面接の場合と同様である。あくまでも自発的に話が出てくるようにする必要があり、緊急事態を経験して心理的に圧倒されている人に対して話すことを強制するような雰囲気を作ってはならない。また、そのようにすることはかえって有害ですらある。

グループ・ワークでは、今回の件がどのような形で起きたか事実関係の確認から入る。これは感情をあまり強く巻き込まないので、話をしやすい内容でもある。その後、そのときに自分がどのように考え、反応したかという話題に移っていく。そして、同僚の自殺が起きた後に、自分にも起きている症状 (例: 不眠、不安、食欲不振、フラッシュバック、等) について取り上げる。

教育段階では、急性のストレス反応の症状やその対処法について解説する。また、明らかな精神障害が自殺と関係していたような場合には、その症状や治療法などをディブリーファークから解説することもある。悲劇が起きた直後でもあり、ディブリーフィングに参加した人は非常に熱心に話に耳を傾けてくれるものである。表5のように、他者の自殺を経験した後に起こり得る症状を印刷物にして配布し、説明してもよいだろう。

グループ・ワークの最後には再びこの目的を説明し、また、チームへの連絡法を伝えておく。ディブリーフィングを終えるにあたって、故人の冥福を祈って黙禱をするのもよい。

ディブリーフィングの最中に、明らかな動揺をきたしていた人、饒舌すぎた人、ほとんど黙り込んでいた人など、その言動に気が付いた人には、

表5 知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こころの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中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。時には、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、けっしてひとりで悩まずに〇〇〇（電話〇〇〇）に連絡して、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。

- | | |
|-------------------------|----------------|
| ・眠れない | ・些細なことが気になる |
| ・いったん寝付いても、すぐに目が覚める | ・わずかなことも決められない |
| ・恐ろしい夢を見る | ・誰にも会いたくない |
| ・自殺した人のことをしばしば思い出す | ・興味がわかない |
| ・知人の自殺の場面が目の前に現れる気がする | ・不安でたまらない |
| ・自殺が起きたことに対して自分を責める | ・ひとりでいるのが怖い |
| ・死にとらわれる | ・心臓がドキドキする |
| ・自分も自殺するのではないかと不安でたまらない | ・息苦しい |
| ・ひどくビクビクする | ・漠然とした身体の不調が続く |
| ・周囲にベールがかかったように感じる | ・落ち着かない |
| ・やる気がおきない | ・悲しくてたまらない |
| ・仕事に身が入らない | ・涙があふれる |
| ・注意が集中できない | ・感情が不安定になる |
| | ・激しい怒りにかられる |

かならず声をかける。場合によっては、その人だけのために個別面接の機会を設けるのもよいだろう。

個別面接とグループ・ワークはまったく別個の過程というわけではない。個別面接を終えた後、グループ・ワークに導入することもあれば、その反対に、グループ・ワークの後に再び特定の人を対象として、個別面接を行うこともある。また、かならずしもこの二者を常に行わなければならないというものでもない。状況に応じて、個別面接だけ、あるいはグループ・ワークだけの場合もあり得る。何よりもポストベンションが成功するための鍵は、現場の必要性に応じて臨機応変に、適切なケアを工夫していくことである。

（４）ハイリスク者を把握して、フォローアップにつなげる

十分な知識や経験のない人から、この種のポストベンションは有害無益だという反論を聞くことがある。このような反論は、ポストベンションの目的自体を誤解しているために生じる場合が少なくない。

まず、ポストベンションはあくまでも緊急事態

に対するファースト・エイドであって、専門的・集中的治療の代替品ではないということを理解しておかなければならない。ポストベンションを行いさえすれば、その後の不安障害、うつ病、PTSDなどの発病を100%予防できると主張しているわけでは決してない。

ポストベンションでは、緊急事態を経験した後の急性反応について教育する機会であり、ある程度正常の反応に関しては適切な対処法を健康な人に教えることは可能である。しかし、最も重要な点は、ポストベンションの過程を通じて、ハイリスク者を発見し、適切なフォローアップにつなげることである。適切なフォローアップを行わなければ、ポストベンションは不完全であると言わざるを得ない。他者の自殺に強い影響を受ける可能性のある人の特徴を表6にまとめた。

フォローアップにはさまざまな段階がある。例えば、ポストベンション中に動揺を示していたが、ある程度正常な範囲の反応であって、時々連絡を取り合って、その後の経過を聞くだけで十分な人もいる。一方で、遺された人がきわめて重症な精神症状を示していて、ただちに精神科医療機関へ

表6 他者の自殺に影響を受ける可能性のある人

- ・自殺者と強い絆があった
- ・精神障害にかかっている
- ・これまでに自殺を図ったことがある
- ・自殺者と境遇が似ている
- ・自殺が起きたことに責任を感じている
- ・第一発見者、遺体の搬送をした
- ・葬儀でとくに打ちひしがれていた
- ・知人の自殺が生じた後、態度が変化した
- ・さまざまな問題を抱えている
- ・サポートが十分に得られない

の紹介が必要な緊急の場合もある。

(5) 現場に対する精神医学的説明、自殺予防教育

特定の個人に対する面接やグループ・ワークが終了した段階で、その職場の関係者に対して、なぜ自殺が起きてしまったのかという点について、故人のプライバシーを侵さないことに配慮しながら、精神医学の立場から解説する。

専門的な知識がない一般の人は往々にして噂や憶測に基づいて、自殺が起きた原因を誤って解釈していることがある。流言蜚語をそのまま信じていることも珍しくはない。例えば、「借金があったというが、あの程度の借金で人は自ら命を絶ってしまうのだろうか」「上司の指導が厳しすぎた。殺されたも同然だ」「仕事の負担が大き過ぎた」などである。しかし、実際には、自殺が起きた背景には明らかな精神障害がしばしば見逃されている。そこで、専門の立場からなぜ自殺が生じたのか適切に解説することは、流言蜚語の広まりや、職場での士気の低下を防ぐのに役立つ。

うつ病やアルコール依存症などと密接に関連して自殺が生じていると考えられる場合には、関連する精神障害の特徴やその治療法などについても解説する。

また、ポストベンションは自殺予防一般についても教育する絶好の機会でもある。緊急事態が何も生じていない時に何らかの自殺予防教育を行おうと考えても、まるで他人事のように考えて、あまり熱心に耳を傾けようとはしないものである。ところが、同僚が自殺した直後では、わが身に振り返って、自殺予防に関する情報を真剣に得よう

とする。まさに、もっとも動機付けの高まっているときである。

さらに必要に応じて、ポストベンションを要請してきた現場の責任者に、今後の自殺予防のために役立つような報告書や提言を提出することもある。

なお、ここで説明したような本格的なポストベンションが常に実行可能というわけではない。マンパワーの問題からごく限られたケアしかできないこともしばしばある。重要な点は、強い絆のあった人が亡くなり、打撃を受けている人をどのようにして支えていくかということである。その意味では、一対一で真剣にその叫びを受け止めることも十分に価値あるポストベンションと言えるだろう。

Ⅶ ま と め

わが国では年間自殺者3万人という緊急事態が1998年以来続いている。この数は交通事故死者数の4倍以上である。わが国では自殺をタブー視する傾向が強かったが、ようやく近年、自殺予防に関心が向き始めた。本論では、精神科医の立場から自殺の危険の迫る可能性のある人の特徴やその対応の原則について説明するとともに、自殺予防対策のあり方や、不幸にして自殺が起きてしまった時に残された人々にどのようにケアすべきかを考察した。

注

- 1) 本論執筆時点で入手可能な最新の統計は2002年のものまでである。
- 2) 自殺未遂者や自殺念慮を持つ人々に対する精神医学からのアプローチにおける諸問題を考察し適切な手法をまとめることは、自殺予防において重要な課題である。欧米においてもその作業は進められつつあり、最近ではLeenaars (2004) が刊行されている。
- 3) 電通(過労自殺)裁判とは、1991年8月27日、電通社員(当時24歳)が自殺したことに対して、長時間労働と心理的な虐待のためにうつ病になり自殺したとして、両親が電通に損害賠償訴訟を起こしたもの。1996年3月29日、東京地裁は、会社に責任ありとし、1億2000万円の賠償命令

を出したが、電通が控訴した。1997年9月26日、東京高裁は一審の判断を大筋で認めたが、本人と家族にも一部責任があるとして、賠償額を9000万円に減額した。両親はこれに対して上告し、2000年3月24日、最高裁は「企業には、過労によって社員が心身の健康を損なわないようにすべき義務がある」との判断を示し、会社側の責任を認定、二審が本人や両親にも一部責任があったとして損害額を減額した部分を破棄し東京高裁に差し戻した。その結果、2000年6月23日、1億6800万円余を電通側が支払うことで和解が成立した。

4) 川崎製鉄裁判とは、製品管理掛長(1991年当時41歳)が、所定勤務時間の2.3倍、自殺までの半年間に休日2日間という状態で、91年3月頃から情動不安定、寝汗、微熱、全身倦怠感を訴え、川鉄水島病院に通院し検査で異常なかったものの、「仕事が進まない」「死にたい」との言動を残して、1991年6月20日に自殺したことに対する損害賠償訴訟(1994年6月15日)。倉敷労働基準監督署の業務外との決定(1997年7月11日)を受けて、地裁判決(1998年2月23日)は過失自殺、賠償額5割減額(約5200万円)。双方が控訴し、2000年3月23日、労働保険審査会が逆転採決、高裁は2000年4月25日、業務上と認定し和解を勧告した。2000年10月2日、和解成立(1億1350万円)。

5) オタフクソース裁判とは、特注ソース製造担当の社員(1995年当時24歳)が、本人とは関係ない職場のトラブルから配置転換を受け、ほとんど経験もないまま責任者となり部下2人の指導にあたり、長時間劣悪な労働環境で働いたため、食欲低下、不眠、易疲労感、注意集中困難、興味喪失などを認め「会社を辞めたい」と上司に申し出るが、単に激励されるだけで具体的な対策を取らなかった結果、1995年9月30日に自殺したことに対して、母親が1996年10月25日、損害賠償請求訴訟を起こした。母親は自殺直後に関係者から聞き取りを実施し、1996年3月6日、労災認定申請。1997年12月26日、労災認定。これを受けて2000年5月18日、全面勝訴(損害賠償額、約1億1111万円)。

参考文献

警察庁生活安全局地域課(2003)「平成14年中における自殺の概要資料」警察庁。

厚生労働省編(2001)『職場における自殺の予防と対応』、中央労働災害防止協会。

高橋祥友(1992)『自殺の危険：臨床的評価と危機介入』、金剛出版。

———(1997)『自殺の心理学』、講談社。

———(1998)『群発自殺』、中央公論新社。

———(1999)『青少年のための自殺予防マニュアル』、金剛出版。

———(2001)『自殺のサインを読みとる』、講談社。

———(2002)『医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント』、医学書院。

———(2003)『自殺、そして遺された人々』、新興医学出版社。

日本医師会編(2004)『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。

三木 治(2002)「プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態」『心身医学』Vol. 42, No. 9, pp. 585-591。

Amagasa, T., Nakayama, T., and Takahashi, Y. (2002) "Karojisatsu, or work-related suicide: A social problem in Japan" presented at the XXII World Congress of Psychiatry, Yokohama.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, American Psychiatric Press, Washington, D. C.

Leenaars, A. (2004). *Psychotherapy with suicidal people*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Inc.

Mitchell J. T. & Everly G. S. (2001) *Critical Incident Stress Debriefing: An Operational Manual for CISD, Defusing and Other Group Crisis Intervention Services*, 3rd Edition, Ellicott, City: Chevron. (高橋祥友訳(2002)『緊急事態ストレス・PTSD対応マニュアル；治療介入技法としてのディブリーフィング』、金剛出版。)

Murphy G. E. (1986) "The physician's role in suicide prevention" In Roy, A. (Ed.) *Suicide*, pp. 171-195, Williams & Wilkins, New York.

World Health Organization (1999) *Figures and Facts about Suicide*, WHO/MNH/MBD/99.1, Geneva.

(たかはし・よしとも 防衛医科大学校教授)