

精神保健研究

第19号(通巻52号) 平成18年(2006年)

巻頭言

自殺予防元年 1

特集 「自殺に関連したうつ病対策 —その現状と課題—」

特集にあたって

山田光彦 5

地域における自殺予防対策：自殺予防対策支援ページの寄与

小山智典, 田島美幸, 竹島 正 7

職場における自殺関連うつ病対策の現状と課題

坂田由美, 田中克俊 17

救命救急の現場における現状と課題

三宅康史, 有賀 徹 25

児童・思春期におけるうつ病と自殺行動

清田晃生 33

青年期の自殺：現状と課題（学生アンケートを中心に）

大嶋美登子 41

高齢者のうつ病と自殺予防対策

長田賢一, 中野三穂, 御園生篤志, 高橋清文, 高橋美保, 長谷川洋,
金井重人, 貴家康男, 田中大輔, 渡邊直樹, 山田光彦, 朝倉幹雄 49

原著論文

若年男性における自傷行為の臨床的意義について：少年鑑別所における自記式質問票調査

松本俊彦, 岡田幸之, 千葉泰彦, 井筒 節, 下津咲絵, 野口博文,
柑本美和, 菊池安希子, 吉川和男 59

投稿規定 74

編集後記 75

自殺予防元年

わが国の自殺死亡者数は、平成9年までは2万3千人前後で推移していましたが、平成10年には主として中高年男性の自殺死亡者数の増加により3万人を超え、その後も減少の兆しがなく、深刻かつ緊急な対応が必要な社会問題となっています。

このため、厚生労働省はこれまでも自殺の実態把握や予防対策の研究を実施していますが、今後の効果的な介入方法を検討するため、「地域特性に応じた自殺予防地域介入研究」と「うつによる自殺未遂者の再発防止研究」からなる「自殺対策のための戦略研究」を平成17年度から5カ年間にわたって行うこととしています。

また、平成17年7月19日の参議院厚生労働委員会において、「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされましたが、この中で、①関係府省が一体となってこの問題に取り組む体制の確保を図ること、②自殺問題に関する調査研究や情報収集・発信等を行う拠点機能の強化を図るとともに、自殺の実態の解明に努めること、③自殺問題全般にわたる取り組みの戦略を明らかにし、対策を重点的かつ計画的に策定すること、④遺族や自殺未遂者に対する心のケアが自殺の解明や今後の自殺予防に資する意義について認識することなどを講ずるべきとされています。

さて、精神保健研究所では、精神疾患及び精

神保健に関して精神医学、心理学、社会学、生物学的研究等の精神保健福祉学的研究を行うとともに、わが国の精神保健福祉対策について、科学的視点からの情報提供や政策提言に努めてきましたが、社会的に大きな課題となっている自殺予防・うつ病対策に関する研究を積極的に行って、その成果を関係者や国民に情報提供することは、大変重要であると考えています。

その一つとして現在、全国各地で自殺予防対策が広く実施されるよう、地方自治体や事業場等で自殺予防対策に取り組まれる担当者等に対して、自殺の現状、自殺予防対策、自殺予防マニュアル、地方自治体における自殺予防対策、研究報告書等について情報提供する自殺予防対策支援ホームページの開設に取り組んでいます。また、自殺予防の研究に関して、それぞれの専門を持った研究者が参加して、当研究所が一体となって重点的に取り組む体制をつくることについて、関係者の皆さんと一緒に熱い議論をしています。

このような中、今回、「自殺に関連したうつ病対策—その現状と課題」を特集として取り上げました。各研究者がそれぞれ専門の立場や経験を活かして、一生懸命取り組んでまとめました。多くの方々に読んでいただき、いろいろなお助言をいただきたいと思います。また、この特集が、今後の自殺予防・うつ病対策に少しでもお役に立てれば幸いです。

精神保健研究所 所長

特 集

「自殺に関連したうつ病対策 —その現状と課題—」

自殺に関連したうつ病対策 —その現状と課題— 特集にあたって

国立精神・神経センター精神保健研究所 老人精神保健部 山田 光彦

我が国における自殺死亡者数は1997年まで2万5千人前後で推移していたが、その後3万人を超える水準で推移している。自殺死亡率は世界で第10位、G7の中で第1位を継続しており、自殺者数の減少に向けた取組は安心・安全な社会を構築するために重要かつ緊急の課題である。2004年の性・年齢（5歳階級）別にみた死因順位では、男女共に10～64歳の世代で自殺が死因の第4位以内に位置している。全自殺数に占める60歳以上の割合は約1/3以上と高率であり、加速する社会の高齢化を考えると自殺問題は極めて深刻な課題であると言わざるを得ない。

このような状況を踏まえて、自殺防止対策有識者懇談会は「自殺予防に向けての提言」を2002年に報告し、社会全体として自殺に取り組むことを提言した。さらに、2005年7月には参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされた。自殺者数増加に関しては、健康問題、経済・生活問題、家庭問題の他、人生観・価値観や地域・職場のあり方の変化等様々な社会的要因が複雑に関係しているとされており、うつ病・自殺予防対策を推進していくに当

たっては、多角的な検討と包括的な対策が必要になる。2005年12月の総務省調査結果、自殺対策関係省庁連絡会議報告に示されるとおり、うつ病・自殺予防対策には行政組織の枠組を越えた複合的な対応が急務である。しかし、効果的な複合的自殺予防対策のあり方に注目した研究及び施策は甚だ不十分な現状である。

こうした国民のニーズに応える形で、2006年度より国立精神・神経センター精神保健研究所に「自殺予防総合対策センター」が設置される計画となった。同センターが効果的にその機能を発揮することにより、我が国の自殺率の減少を目指した施策に大いに役立つものと期待している。

今回の特集では、上記の点をふまえて、複合的な自殺予防対策の中でも特に「自殺に関連したうつ病対策」に焦点を当て、その現状と課題について、様々なハイリスクグループとの関わりの深い専門家の先生方に原稿をお願いした。著者の先生方に深謝するとともに、うつ病・自殺予防対策に関わりをお持ちの皆さまに是非ご一読いただければと願っている。

【特集 自殺に関連したうつ病対策 –その現状と課題–】

地域における自殺予防対策 – 自殺予防対策支援ページの寄与 –

Suicide prevention measures in local communities

– Contribution of supportive website for them –

小山 智典^{1,2)} 田島 美幸^{1,2)} 竹島 正¹⁾

Tomonori Koyama Miyuki Tajima Tadashi Takeshima

I. はじめに

わが国の自殺死亡者は、平成10年（1998年）に急増して年間3万人を超えた。厚生労働省では、平成13年度より自殺対策関連の予算を組み、平成14年から自殺防止対策有識者懇談会を設置して自殺対策の検討を進めた。同懇談会では、平成14年12月に「自殺予防に向けての提言」を策定し、相談体制の整備、自殺防止のための啓発、調査研究の推進に取り組んできた。こうした取り組みにもかかわらず、自殺死亡者は平成16年までの7年間、若干の増減はあるものの、年間3万人を超えて推移している。

そのため平成17年7月、参議院厚生労働委員会で「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」が行われた。同決議では、自殺を「自殺する個人」の問題に帰することなく、「自殺する個人を取り巻く社会にかかわる問題」として、自殺の予防やそのほかの総合的な対策に取り組む必要があると述べている。自殺は、自殺者本人はもちろんのこと、その家族、ひいては社会全体に対して大きな損失をもたらすものであり、地域における自殺予防対策が大きな課題となっている。

本稿ではまず、平成14年および平成17年に行われた調査結果から、わが国における地域の自殺予防対策の状況を概観する。そして、地域における自殺予防対策の推進に向けたWebサイト上での情報提供の有用性について、平成17年8月30日に開設された自殺予防対策支援ページ「いきる」の紹介を含めて、検討する。

II. 地域における自殺予防対策の現状

1. 平成14年度における自殺予防対策の実施状況(研究報告書¹⁾より転載)

平成13-15年度に行われた厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「自殺と防止対策の実態に関する研究（主任研究者：堺宣道、今田寛陸）」の分担研究「自殺予防対策の実態と応用に関する研究（分担研究者：竹島正）」では、平成14年12月に、都道府県等で実施している自殺予防対策の実態を把握することを目的に、質問紙調査を実施した¹⁾。対象は全国の都道府県・政令指定都市の心の健康づくり担当課で、回収率は100%であった。なお、質問紙には自殺予防対策事業を「都道府県・政令指定都市の事業として、自殺の実態把握あるいは自殺予防を目的とした事業であることを明記して実施している事業」と定義した。

平成14年度において自殺予防対策事業を実施していたのは、青森県、岩手県、秋田県、新潟県、石川県、静岡県、佐賀県、北九州市の8自治体（13.6%）であり、そのうちの6自治体は事業開始が平成12年度以降であった。新潟県、岩手県は、それぞれ昭和60年、平成5年からと、自殺死亡者数の急増によって国が自殺予防対策に取り組む前から対策事業に取り組んでいた。自殺予防対策事業実施の契機につい

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部
Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan
Tel : 042-341-2711 Fax : 042-346-1944

2) 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野
Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, University of Tokyo

て自由記述で記載を求めたところ、5自治体から回答があり、そのうち4自治体が「自殺率が高いこと」や「近年の自殺者数の急増」を挙げていた。そのほかには「民間団体からの対策協議会設置の要望」を挙げたところが1自治体であった。自殺予防対策の主管課については、精神保健福祉主管課が6自治体で最も多く、精神保健福祉主管課以外（健康対策課）が1自治体、「主管課は決まっていない」が1自治体であった。

自殺予防対策事業を実施している8自治体について、その実施内容をみると、「うつ病の早期発見、自殺予防に関する研修事業」「自殺予防普及啓発事業」「いのちの電話など民間活動の支援・育成事業」がそれぞれ6自治体、「保健所または市町村単位の自殺予防対策事業」「調査研究事業」がそれぞれ5自治体、「ストレス・うつ状態のスクリーニングによる自殺予防対策事業」が4自治体、「自殺予防に関する県民代表、有識者等による全県レベルの対策協議会の設置」「自殺予防・遺族のケア等に関する相談事業」がそれぞれ3自治体であった。そのほか、様々な相談窓口のネットワークの整備を事業として実施しているところもあった。また、精神保健福祉センターを実施主体とした何らかの自殺予防対策事業があるのは4自治体であり、そのうちの1自治体は自殺予防対策事業全体の実施主体が精神保健福祉センターであった。

自殺予防対策事業の詳細な内容について、まず「自殺予防に関する県民代表、有識者等による全県レベルの対策協議会の設置」をしている3自治体について、委員構成、事務局の設置場所、保健所・市町村単位での設置の有無について尋ねた。対策協議会の委員構成では、医師会、産業、精神保健福祉センター、いのちの電話が3自治体すべてで含まれており、教育、大学公衆衛生など、大学精神医学が2自治体のほか、地域住民、保健所、遺族・遺児、警察、大学法医学、老人クラブ、民生委員、臨床心理士、弁護士、婦人団体、労働局、報道機関などが含まれていた。事務局の設置場所については、主管課が2自治体、精神保健福祉センターが1自治体であった。保健所単位または市町村単位で対策協議会を設置しているのは3自治体で「一部の保健所」「一部の市町村」「一部の市町村に保健所との共同事業としての設置」であった。

「自殺予防普及啓発事業」における普及啓発資料

の作成内容については、パンフレットの作成が2自治体のほか、ポスター作成、インターネットによる普及啓発と情報提供、チラシの作成、ガイドブック発行がそれぞれ1自治体であった。

「ストレス・うつ状態のスクリーニングによる自殺予防対策事業」については、実施している4自治体のうち、市町村または保健所を基盤とした取り組みが3自治体で最も多く、精神保健福祉センターを基盤とした取り組みが1自治体であった。

「研修事業」については、実施している6自治体のうち、医師を対象とした研修事業は3自治体、保健所職員対象、市町村職員対象、民生委員・ボランティア対象、相談機関職員対象の研修事業がそれぞれ2自治体あった。このほか、これらすべてを対象とした研修、事業所や企業労務担当者を対象とした研修、地域住民を対象とした研修などが実施されていた。

「保健所または市町村単位の自殺予防対策事業」については、実施している5自治体のうち、うつ病の早期発見・自殺予防に関する事業はすべての自治体を実施しており、自殺予防に関する普及啓発事業、相談事業はそれぞれ3自治体を実施していた。そのほかの事業としては、生きがい・仲間づくりを挙げたところが1自治体あった。

「いのちの電話など民間活動の支援・育成事業」については、実施している6自治体すべてが、いのちの電話に対する育成・支援を行っており、その内容としては、広報普及が4自治体で最も多く、相談員の確保・育成が3自治体、運営費の補助が2自治体の順で多かった。そのほか自殺予防に関するフォーラムの共催などがあった。また自殺遺族・遺児の組織の育成・支援を実施していたのは2自治体で、その内容は広報普及とシンポジウムの後援であった。

2. 平成17年度における自殺予防対策の実施状況

平成17年、厚生労働省では47都道府県と14政令指定都市を対象に調査を行い、56の自治体から回答を得た（回収率91.8%）。自殺予防対策事業については52の自治体が「実施している」と回答した。14年度調査では自殺予防対策事業を「都道府県・政令指定都市の事業として、自殺の実態把握あるいは自殺予防を目的とした事業であることを明記して実施している事業」と定義したため、両調査結果を

単純に比較することは難しいが、平成14年度において自殺予防対策事業を実施していたのは8自治体のみであり、地域における自殺予防対策の取り組みはここ数年で活発化してきたと考えられる。

自殺予防対策事業を「実施している」と回答した自治体の事業内容では、情報提供・啓発事業（ホームページ・パンフレット作成・講演会等）を行っていたのが37自治体、相談事業が30自治体、自殺対策連絡会議等の設置が9自治体であり、そのほかでは、相談員の研修・遺族ケア対策事業などが行われていた。民間団体との連携を行っているのは27の自治体であり、医師会やいのちの電話等との連携であった。

自殺予防に関する目標数値を設定しているのは19の自治体であった。具体的な例としては、青森県の「昭和63年から平成9年までの自殺者総数の平均から10%減少を目標とする」、愛知県の「平成10年に急増する以前の平均レベルを目標とする」、栃木県や福島県などの「健康日本21の目標設定に準ずる」などがあつた。

Ⅲ. 自殺予防対策支援ページ

前述した「自殺と防止対策の実態に関する研究」に引き続き、平成16年度より開始された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（主任研究者：上田茂、北井暁子）」では、地域における自殺予防対策の推進に向けてWebサイト上での情報提供が有効であると考え、研究班の活動の一環として、平成17年8月30日、国立精神・神経センター精神保健研究所のホームページのもとに、地方自治体・事業場等で自殺予防対策を実施する職員を支援することを主な目的とした、自殺予防対策支援ページ「いきる」を立ち上げた。

1. 意見交換会の実施（研究報告書²⁾より転載）

ホームページ立ち上げに先立ち、平成16年11月、主任研究者・上田茂（当時）の総括のもとで「自殺予防対策ホームページ検討会」を開催し、出席者に情報提供を依頼するとともに、意見交換を実施した。以下に、参加した17名より挙げられた意見を文意が変わらない程度に要約して示す。

行政関係者からは、「すでに蓄積されているもの

がすぐに使えるような、最初の段階をスキップして自殺予防対策が始められるような道具立てを揃えてあるとありがたい」という意見があつた。また、「多くの自治体でもホームページ作成を検討しているので、参考になるようなもの、例えばこんなデータが重要だとか、こんなことをすると効果的だとか、アクセスが増えるとか、ホームページ作成支援の情報があると良いと思う」という意見もあつた。

意見交換中、自殺念慮者を対象と考えるかどうかについて、多くの意見が出された。「問題は、これから自殺しようと思っている人をどうするのかだと思う。自殺を思いとどまるような救いになる画面、見たくなるようなデザインのホームページを立ち上げる必要がある。双方向ではないにせよ、場合によっては意見も聞けるような自由度の高いホームページが望ましいと感じる」という意見もあつたが、「自殺企図者、念慮者に対しては、最終的には身近なところで誰かが相談にのる必要があり、それを精神保健研究所が全国を対象として行う話ではないと思う」「行政は、リアルタイムで双方向のインタラクティブな話は苦手である。ネットで網を掛け、地域でいろいろな工夫が定着、共有できるような仕組みを調整するのが役割だと感じる」「チャット等の意見交換の場というのは、我々が立ち入るには難しいと思う。国で作るホームページの内容としては、取り組みにくい内容だと思う」など、否定的な意見が多く、「今考えているホームページとコンセプトがちょっと違う感じがする。そういった支援活動をしているところで、ある程度クオリティーがあるところとリンクするのが現実的だと思う」と、ほかのページへのリンクに期待する意見があつた。「公的なところで拾いにくい人たちのために、民間の取り組みを今後伸ばしていくべきだと思う。その中で良いものを選んで精神保健研究所のホームページからリンクするとか、ある種の認証ではないが、そういう機能があると良いと思う」という意見もあつたが、「民間のホームページで、自己開示しあう場はあると思うが、それを素晴らしいと認定することは難しい。実績と責任があつて、ホームページの管理をしてくれるというところが見つかれば、考えられると思う」と、慎重な意見も出された。

サービス提供者（実施者）については、「保健師等、従事者のメンタルケアをフォローして欲しい」という意見があつた。同様に、「いのちの電話や自

殺の相談にのっている窓口、民生委員も含めて、悩みはあると思うので、そういう人たちの悩みをお互いに意見を出し合う」ホームページを期待する意見もあった。

統計資料については、「平成10年以降の自殺死亡急増－自殺予防対策のための自殺死亡統計－（藤田利治ら）を紹介すると良い」という意見があった。さらに同資料については、「近年のデータを追加し、自殺死亡統計の更新をする必要がある」という意見があった。

そのほかの意見として、次のような意見があった。

- ・携帯電話からのアクセスという視点も取り入れたら良いと思う。
- ・対象者として学校の先生を加えると良い。
- ・国立の精神保健研究所が作るホームページは教育的効果が期待できるので、保健師や一般診療科など、精神科でない従事者向けに、薬の作用機序など、正しい情報を掲載して欲しい。
- ・救われたという人の声を載せるなど、思いとどまってもらう方向に働きかける工夫をしなければならぬと思う。

- ・自殺者の遺族の声を扱っているところへのリンクも検討して欲しい。
- ・自殺資料というのがネット上にいろいろ集まっている。それを法的に規制することは難しいと思うが、ネット上で人がくっついて、自殺に対するインセンティブが生じることは好ましくない。何か社会のアピールとして、それに対する警鐘をネット上で流すことも必要だと思う。

2. 自殺予防対策支援ページの開設

上記の意見交換内容を踏まえ、研究班および研究所の担う役割としては、地域における自殺予防対策を推進するために、すでに取り組みされている各地の自殺予防対策の情報や資料を紹介することも含め、自殺予防対策に必要な様々な情報を提供していくことが重要であるとの見解に至った。そして平成17年8月30日、自殺予防対策支援ページ「いきる」が開設となった（図1は平成17年10月5日現在のトップページ）。「いきる」のコンテンツは次のようになっている。

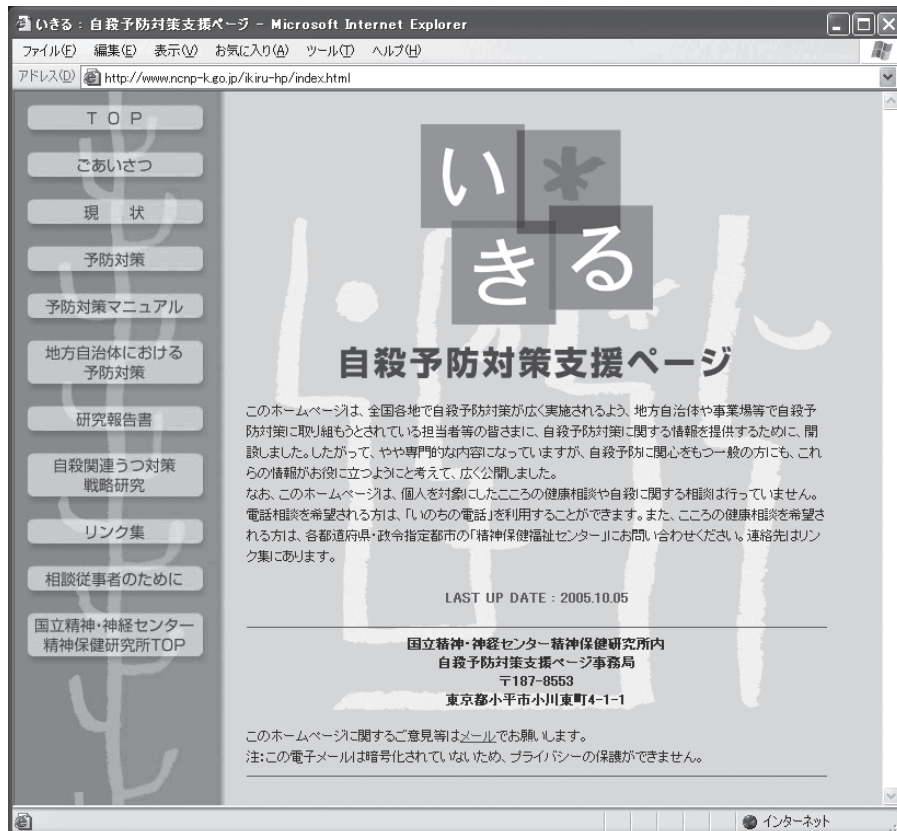


図1 自殺予防対策支援ページ「いきる」

(1) わが国における自殺の現状

地域において的確で効果的な自殺予防対策を実施するためには、自殺死亡の実態把握を正確に行うことが必要である。そのため「いきる」では、厚生労働省が発表する「自殺死亡統計の概要」や警察庁生活安全局地域課作成の「自殺の概要資料」など、自殺関連の統計資料を紹介している。しかし、これらの資料は数字が多くなじみにくい部分があると考えられたため、「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」の分担研究者である藤田利治氏（国立保健医療科学院）の協力のもと、全国地図やカラー等を用いて自殺死亡の実態を視覚的に提示する資料作成に努めた。それらは「自殺死亡統計：地域での

自殺予防対策のために」として紹介されている。

(2) 自殺予防対策

自殺予防対策では、平成14年12月に提出された自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」や、平成17年7月19日に参議院厚生労働委員会において決議された「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」、健康日本21における「休養・こころの健康づくり」、世界自殺予防戦略（SUPRE）や世界自殺予防デー（9月10日）など世界保健機構（WHO）が行う自殺予防対策を紹介している。

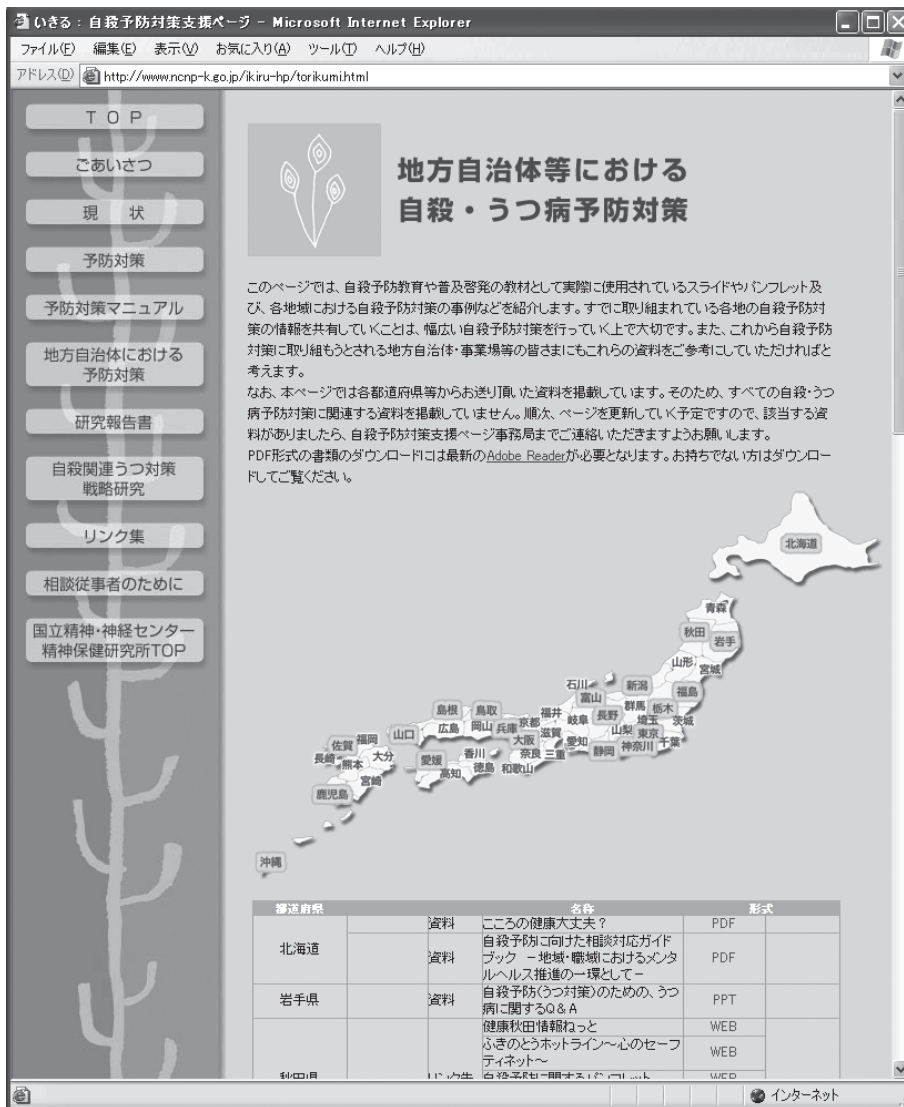


図2 地方自治体等におけるうつ・自殺予防対策

表1 「いきる」に掲載している地方自治体におけるうつ・自殺予防対策の資料等

都道府県		名称	形式
北海道	資料	こころの健康大丈夫？	PDF
		自殺予防に向けた相談対応ガイドブック -地域・職域におけるメンタルヘルス推進の一環として-	PDF
岩手県	資料	自殺予防（うつ対策）のための、うつ病に関するQ & A	PPT
秋田県	リンク先	健康秋田情報ねっと	WEB
		ふきのとうホットライン～心のセーフティネット～	WEB
		自殺予防に関するパンフレット	WEB
		秋田県の現状	PDF
		資料集	WEB
		健康秋田情報ネット WEB	WEB
福島県	資料	こころのかぜ うつ病を知っていますか1	PDF
		こころのかぜ うつ病を知っていますか2	PDF
		大切な人を自殺で失わないために～高齢者のうつ病と自殺予防～	PDF
栃木県	資料	県政スクランブル シナリオ 精神保健福祉の啓発～心の健康づくり～『うつ病と自殺』	PDF
		県政スクランブル資料「うつ病と自殺」-特に中高年の過労自殺の背景として	PDF
		栃木県の自殺死亡統計	PDF
新潟県	事例紹介	新潟県における自殺予防取り組み事例	PDF
	資料	新潟の自殺予防対策	PDF, PPT
東京都	リンク先	ようこそ東京都立中部総合精神保健福祉センター	WEB
神奈川県	資料	うつかな？と思ったら・・・あなたのメンタルヘルス考えてみませんか？	PDF
		資料の説明	PDF
		壮年期男性のこころの健康（ポスター）	PDF
		壮年期男性をとりまく職場環境（ポスター）	PDF
		壮年期男性と心のトラブル（ポスター）	PDF
長野県	資料	心のかぜ うつ病 ～大切なあなたのために～	PDF
静岡県	事例紹介	静岡市こころの健康センター自殺予防対策事例紹介	PDF
富山県	資料	あなたの「心」元気ですか？	PDF
大阪府	事例紹介	大阪府自殺防止対策事業の概要	PDF
兵庫県	資料	うつ病チェックリスト	PDF
鳥取県	資料	自殺の予防のために 自殺予防の十箇条	PDF
島根県	資料	島根県自殺予防対策検討会報告書（2005.3）	PDF
	リンク先	自殺予防対策ホームページ	WEB
山口県	資料	こころの健康づくり～ひとりで抱え込まないで～	紙媒体 ※
愛媛県	リンク先	こころのダイヤル	WEB
佐賀県	資料	1. こころの声聞こえますか（うつ病リーフレット）	PDF
		2. ちょっと一息…	PDF
		3. 自殺対策協議会報告書1	PDF
		4. 自殺対策協議会報告書2	PDF
鹿児島県 加世田 保健所	資料	ハートほっとメール1	PDF
		ハートほっとメール2	PDF
鹿児島県 伊集院 保健所	資料	ハートほっと vol.1	PDF
		ハートほっと vol.2	PDF
		ハートほっと vol.3	PDF
		伊集院保健所における自殺・うつ病対策の取り組み資料	PDF
鹿児島県 川薩 保健所	資料	一般住民向け健康教育	PDF, PPT
		看護職員向け健康教育	PDF, PPT
		推進員・民生委員向けの健康教育	PDF, PPT
		産後のメンタルヘルスに関する健康教育	PDF, PPT
		自殺・うつに関する資料編	PDF, PPT
		診断と治療	PDF, PPT
沖縄県	資料	いのちを大切に（パンフレット活用マニュアル）	PDF
		いのちを大切に（パンフレット）	PDF
		健康おきなわ2010 こころの健康づくりパンフレット	PDF

注）平成17年10月5日現在

WEB：ホームページ等へのリンク，PPT：Microsoft PowerPoint ファイル

※ 山口県健康福祉部健康増進課の電話・FAX 番号を紹介

(3) 自殺・うつ病予防対策マニュアル

「いきる」では、自殺やうつ病の予防のために作成されたマニュアルを紹介している。ここからPDFファイルで入手可能なマニュアルには、厚生労働省・地域におけるうつ対策検討会が作成した「うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村職員のためにー」および「うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー」や、「自殺と防止対策の実態に関する研究」をもとに作成された「行政担当者のための自殺予防マニュアル」、中央労働災害防止協会作成の「労働者の自殺予防マニュアル」などがある。

(4) 地方自治体等におけるうつ・自殺予防対策

自殺予防教育や普及啓発の教材として実際に使用されているスライドやパンフレット、および各地域における自殺予防対策の事例などを紹介している。すでに取り組みされている各地の自殺予防対策の情報を共有していくことは、幅広い自殺予防対策を行っていく上で重要である。また、これから自殺予防対

策に取り組もうとする地方自治体や事業場等でそれらを参考にすることが可能となるなど、有用性が考えられる。

図2にページの概観（平成17年10月5日現在）、表1に掲載している地方自治体におけるうつ・自殺予防対策の資料等を示す。ただし、ここでは地方自治体等から寄せられたもののみを掲載しているため、自殺・うつ病予防対策に関連する資料のすべてが掲載されているわけではない。平成17年10月5日現在では、北海道、岩手県、秋田県、福島県、栃木県、新潟県、東京都、神奈川県、長野県、静岡県、富山県、大阪府、兵庫県、鳥取県、島根県、山口県、愛媛県、佐賀県、鹿児島県、沖縄県の20自治体から寄せられた資料等が掲載されている。

(5) 研究報告書

平成16年度に行われた、厚生労働科学研究費補助金等による自殺予防対策に関連した研究報告書がPDFファイル形式で閲覧可能になっている。

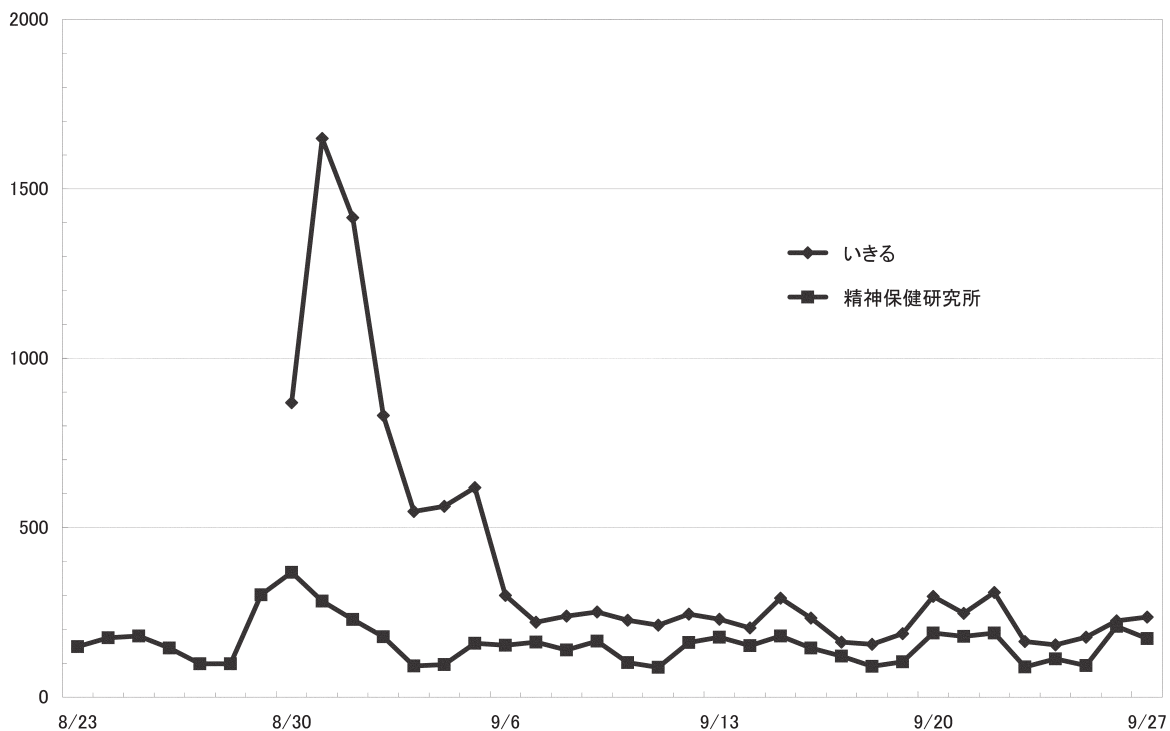


図3 ホームページ訪問者数の推移

(6) 自殺関連うつ対策戦略研究

平成17年度より、厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「自殺のための対策戦略研究」が5か年間で実施されているが、研究の詳細や公募に関する情報を掲載している。

(7) リンク集

全国の精神保健福祉センターや日本のいのちの電話連盟（いのちの電話）など、自殺予防対策に役立つと思われる国内外のホームページにリンクをしている。

3. 今後の課題

図3に、「いきる」および精神保健研究所のホームページにおける訪問者数の推移を示す。「いきる」の訪問者は、ページを開設した平成17年8月30日はおよそ半日で869人、翌31日はNHKの朝のニュースで紹介されたことも影響してか1649人と多くなっている。また、「いきる」の開設に合わせて、精神保健研究所への訪問者数も増加していた。しかし、その後の訪問者数は1週間ほどで落ち着きを見せた。

地方自治体や事業場等で行われる自殺予防対策を支援するというページの性質を考えれば、不特定多数の訪問者が閲覧するページというよりむしろ、自殺予防対策のトータルサイトを目指して、予防対策を進める上で必要とされる情報をより洗練した形で掲載できるよう心がけていく必要がある。それらの中には、定期的なメンテナンスによりUP TO DATEな内容に更新することはもちろん、情報を簡潔に分かりやすく提示するよう努めること、一定基準を設けて民間団体等が作成するホームページへリンクすることなどが考えられる。また、それらと並行して、関連する省庁や機関と情報を共有できる体制を整備することや、英語版をはじめとした外国語版のホームページを作成することも重要な課題であろう。

の約2倍であったが、自殺死亡者数の増加と交通事故による死亡者数の減少により、平成15年には4倍以上となっている。このような状況を背景に、国・都道府県等においても自殺予防対策に取り組んできたが、現在のところ、うつ対策や高齢者の生きがい対策を中心としてきており、社会全体の対策には至っていない。政府は、参議院厚生労働委員会の決議を受け、平成17年12月に政府全体の対策を取りまとめたが、わが国もフィンランドや英国のように、政府全体の対策をもとに、国家戦略として自殺予防対策を進めていく時期に来ている。

参議院厚生労働委員会の決議によると、自殺は「自殺する個人を取り巻く社会にかかわる問題」とあり、その対策には社会全体の取り組みが必要とされている。社会全体の取り組みには、社会的要因も含めて、自殺の実態を多角的に分析する必要がある。わが国の社会は大きな転換期にあると考えられるが、自殺死亡者数の増加をわが国の社会システムに対する警鐘ととらえ、その実態の分析から社会構造の改革を進めていくことは、精神保健福祉に求められる大きな役割である。

国立精神・神経センター精神保健研究所のホームページのもとに開設された自殺予防対策支援ページ「いきる」は、“自殺予防はいきることの支援である”と考えて、その名称が付けられた。開設以来、国、都道府県、民間団体等の協力により、ページ内容の充実が進められているが、わが国の自殺予防対策は、政府全体の取り組みの方針が示され、それに基づいて国立精神・神経センターに開設予定の自殺予防総合対策センター（仮称）の活動が始まると、新たなステージを迎えることになる。自殺予防総合対策センター（仮称）には、実態分析をもとに社会に提言し、いきることを支援していく、社会対策センターとしての機能を持つことが期待されている。引き続き自殺予防対策支援ページには、実態分析の成果を活用し、対策に取り組む都道府県、市町村、諸外国との情報交換を進めていくことが求められるだろう。

IV. おわりに

自殺死亡者数が平成10年に急増して以降、平成10年から7年間で約21.5万人が自殺で亡くなっている（人口動態統計による）。自殺死亡者数が急増する以前、自殺死亡者数は交通事故による死亡者数

文 献

- 1) 竹島正, 三宅由子, 佐名手三恵: 自殺予防対策の実態と応用に関する研究—都道府県・政令指定都市における自殺予防対策の実態について。平成14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）「自殺と防止対策の実態に関する研究（主任研究者：今田寛陸）」総括・分担研究報告書，137-157，2003.
- 2) 小山智典，藤井紀男，竹島正，上田茂：自殺予防対策ホームページについての検討，平成16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（主任研究者：上田茂）」総括・分担研究報告書，319-327，2005

【特集 自殺に関連したうつ病対策 —その現状と課題—】

職場における自殺関連うつ病対策の現状と課題

Prevention strategies of suicide with depressive disorders in work place.

坂田 由美 田中 克俊

Yumi Sakata Katsutoshi Tanaka

1. ストレスを自覚する労働者の増加

厚生労働省が5年毎に実施している労働者健康状況調査によるとH14年の調査では、自分の仕事や職業生活に関して「強い不安、悩み、ストレスがある」とする労働者は61.5%であった。調査は常用労働者を10人以上雇用する民営事業所から抽出した約12,000事業所、およびこれらの事業所に雇用されている労働者から抽出した約16,000人を対象とし、調査時期はH14年10月31日現在、有効回収率は事業所調査78.3%、労働者調査72.8%であった。仕事に関してストレスを自覚する労働者は、昭和57年(50.6%)→昭和62年(55.0%)→平成4年(57.3%)→平成9年(62.8%)→平成14年(61.5%)と経年的に増加し続けてきたが今回ようやく若干の減少をみとめた。しかし、以前として6割もの人が仕事に関してストレスを自覚していた。男女別にみると男(63.8%)の方が女(57.7%)より高く、ストレス等の内容としては、「職場の人間関係の問題」35.1%が高く、次いで「仕事の量の問題」32.3%、「仕事の質の問題」30.4%、「会社の将来性の問題」29.1%の順であった。仕事や職業生活に関する不安、悩み、ストレスについて相談できる人の有無について「相談できる人がいる」とする労働者は89.0%であり、具体的な相談相手(複数回答)としては、「家族・友人」82.3%が最も高く、次いで「上司・同僚」64.2%の順であった。

2. 自殺者の動向

H17年6月に発表された警察庁統計によるとH16年の年間自殺者数は32,325人であり、過去最高であった昨年の34,427人に比べればいくらか減少傾向を示したものの、1998年以降3万人を超える状況がつづいており深刻な社会問題となっている。(表1)自殺者の職業別分布では被雇用者7,893人、自営業者3,858人、管理職者654人、勤労者全体では12,405人となり、これは自殺者全体の38.4%を占めていた。

バブル景気時代(1987-1991)景気の上昇に伴い失業者数、自殺者数はともに減少したが、バブル崩壊不況(1991-1993)以降景気の低迷に伴い失業者数、自殺者数はともに著しく増加した。自殺の要因には個人の生物学的要因や心理社会的要因などがあり単純に不況だから自殺者が増えると言えるものではない。しかし景気の動向と自殺者数は相関を示し(表2)、不景気からくる失業(倒産、リストラ)、経済的困難、生活不安などが人間の心理面・健康面にまで広く影響を及ぼすことが伺える。自殺者の年齢別内訳では40歳代~50歳代が約4割を示しており(表3)、働き盛りの中高年者は職場でも家庭生活においてもその集団を支える要となる存在であり、その世代の自殺が社会へ与える影響は非常に大きい。

3. 労働衛生行政の流れ

- 1) 職業性疾病対策
 - 1988年 作業環境測定結果の評価の法制化
 - 1989年 特殊健康診断項目の改正
(鉛、有機溶剤)
- 2) 生活習慣病対策
 - 1989年 定期健康診断項目の追加
- 3) 健康保持増進対策

北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学
Kitasato University Graduate School of Medical Sciences
Department of Occupational Mental Health

〒228-8555 神奈川県相模原市北里1-15-1
1-15-1 Kitazato Sagami-hara, Kanagawa, 228-8555, Japan

表1 平成17年警察庁統計

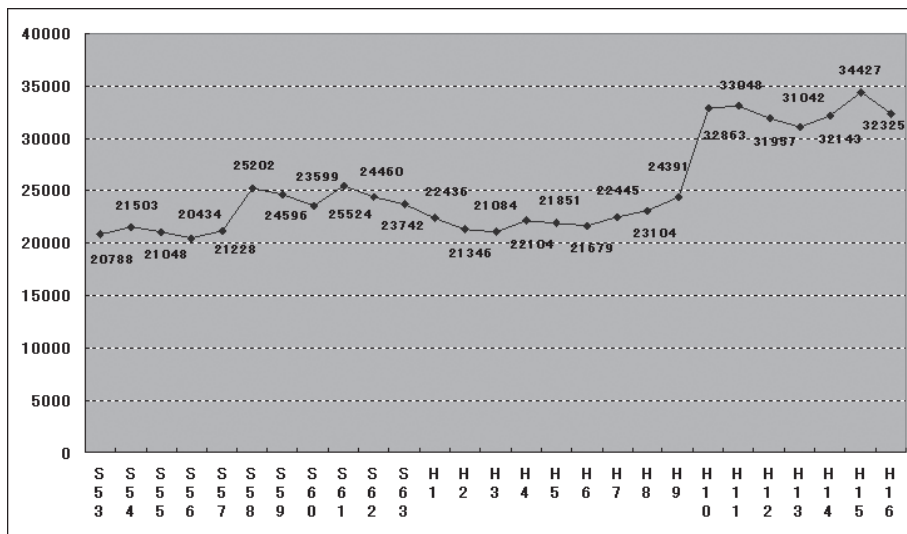
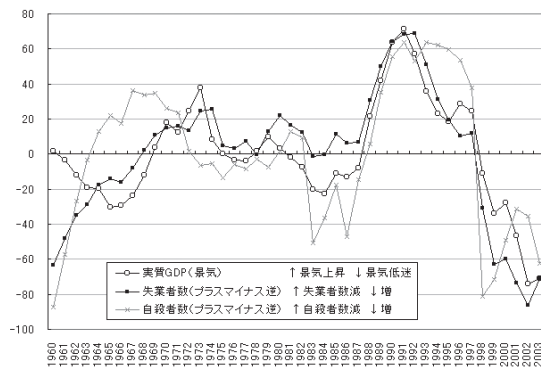


表2 自殺と景気

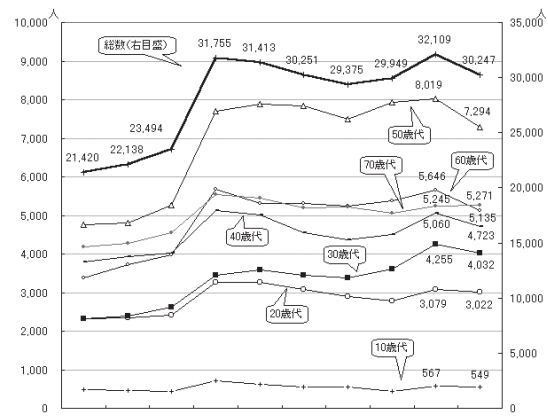
景気、失業者数、自殺者数の変動幅の推移



(注) 各指標値の一回帰線からの乖離幅の推移である。実質GDP(10億円)、失業率(万人)、自殺者数(人)のそれぞれ乖離幅について、0.002倍、-1倍、-0.015倍した数字である。
(資料) GDP統計(03年は第2次速報値)、労働力調査、人口動態統計(03年は概数)

表3 年代別自殺者数

年齢別自殺者数の年次推移



(注) 年齢不詳があるため年齢別の合計が必ずしも総数と一致しない。
(資料) 人口動態統計

- 1988年 健康保持増進措置 (THP) を努力義務化
- 4) 快適職場環境の形成促進
 - 1992年 快適な作業環境の維持・管理、作業方法の改善
- 5) 過重労働対策
 - 1995年 脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準適達
 - 2001年 脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準の見直し (新過労死認定基準の策定)
- 6) メンタルヘルス対策
 - 1996年 メンタルヘルス対策

- 1999年 「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」
- 2000年 「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」

メンタルヘルスケアについては1988年、健康保持増進措置 (THP) の枠組みの中ではじめて事業者が措置を講ずるべきものとして位置づけられた。そして1999年には「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」が策定され、また2000年8月には労働省 (現厚生労働省) によって「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が策定され、1. セルフケア、2. ラインによ

るケア、3. 事業場内産業保健スタッフによるケア、4. 事業場外資源によるケアの4つのケアが示された。

仕事に関してストレスを自覚する人の増加、1998年以降つづく中高年の自殺者の増加、精神障害による休職者の増加などの社会背景をふまえ、厚生労働省は職場における心の健康問題について取り組むべき課題とした。

4. 過労自殺

2004年度の労災補償状況（2005年6月厚生労働省より公表）では、うつ病など精神障害による労災認定件数は130件（前年度比22件増）、自殺者（未遂も含む）による労災認定は45件（同5件増）と、それぞれ過去最多を更新した。精神障害の労災請求も524件（同77件増）と過去最多であり、うち自殺者は121件（同一人減）であった。また、精神障害による労災認定の内訳は、急性ストレス障害と心的外傷後ストレス障害（PTSD）が計71件、うつ病が59件。年齢別では、30歳代が53件、40歳代が31件。業種別では、製造業が33件で最も多く、建設業、卸売・小売業、医療・福祉が各20件。職種別では、システムエンジニアや専門技術者など「専門技術職」が43件であった。

1980年代後半以降、業務起因性の精神障害と自殺について企業側に安全配慮義務を問う労災請求や民事裁判訴訟は急増している。その契機とも言える代表的な過労自殺事件（電通事件）について紹介する。

平成12年3月の最高裁（電通過労自殺事件）。長時間労働の末に入社2年目の広告代理店の新入社員が自殺した事件。長男が自殺したのは過酷な長時間労働による過労が原因だとして、遺族である両親が長男の勤務先である大手広告代理店を相手取り損害賠償を求めたものである。2000年3月の最高裁判決では、使用者や上司は恒常的長時間残業がわかっているが単に注意・指導するだけで労働者の心身の健康に配慮したとは言えず、本人の健康状態が悪化していることに気付いていたにもかかわらず具体的な業務上の措置を講じなかったと示した。また、本人の性格や業務以外のストレスなど個体側の要因や自分自身による健康管理の責任による過失相殺は一切認めないとの判断を示した。これは東京高裁（二審判決）で本人の自己健康管理不足や両親が長男の

精神状況に対し措置をとらなかったことに対し、原告側にも一定の過失を認めた判決を完全に否定し、企業は業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうことがないよう注意する義務（安全配慮義務）があるとの判断を示した。この判決は社会的関心をよび、企業側はメンタルヘルス対策を単なる従業員の健康管理という意味合いだけでなくリスクマネジメントとして認識することとなった。

5. 「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」

1999年9月に労働省（現厚生労働省）より「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」が公表された。この指針は業務による心理的負荷、業務以外の心理的負荷及び個体側要因を総合的に評価し、精神障害の発病との関連性を判断するものである。指針では（1）対象疾患に該当する精神障害（主としてICD-10におけるF3気分障害、F4重度ストレス反応等ストレス関連障害等）を発病していること、（2）対象疾病の発病前おおむね6ヶ月の間に、客観的に当該精神障害を発病させるおそれのある業務による強い心理的負荷が認められること、（3）業務以外の心理的負荷及び個体側要因により当該精神障害を発病したとは認められないことの3つの判断要件をすべて満たす精神障害については業務上の疾病、つまり労災と認めるとしている。

従来自殺については、業務による心理的負荷により反応性うつ病等心因性精神障害を発病した者が精神異常あるいは心神喪失の状態に陥って自殺した場合に限り業務上として取り扱われてきた。この「心神喪失」とは「物事の是非善悪を弁識する能力が欠如した状態」をいい、自殺する意図が認識されないほどの自己判断不能の状態、すなわち意識朦朧状態、錯乱状態、幻聴に起因した作為体験などの精神病状態、人格・行動の解離状態、重症抑うつ状態があげられた。つまり多くの場合自殺は故意に基づくものとみなされ労災補償から除外された。しかし、この指針と同日に通達された自殺の取り扱いに関する解釈では「業務上の精神障害によって正常の認識、行為選択能力が著しく阻害され、又は自殺を思いとどまる精神的な抑制力が著しく阻害されている状態で自殺が行われたと認められる場合には故意には該当

しない」として、自殺に関する労災認定の範囲が広がられた。

この指針が公表されて以降、自殺の労災補償請求及び認定件数は急増している。(表4)

6. 自殺と精神障害

1950年代以降、欧米をはじめ諸外国で心理学的剖検法(自殺の原因を明らかにするために遺族や知人から生前の故人の状況や様子などを聴取する方法)を用いた実証研究が実施されている。Henrikssonら¹⁾によるフィンランドでの1年間の自殺者の後方視的な実証研究では、自殺者の93%は自殺前に何らかの精神的診断が該当し、内訳としてはうつ病性障害が59%で最多であった。また日本でも張²⁾の報告では救急搬送された自殺既遂者のうち約90%が自殺時に精神障害を有しており、うつ病性障害が最多で54%を占めていた。荒井³⁾は就業者の自殺の約70%はうつ病が原因であると推測している。黒木⁴⁾は1999年以降2年半に労災申請された自殺事案33例を検討し、精神科未受診の事例が73%(24例)を占め、自殺前の診断はうつ病が52%(17例)と報告している。また、高橋⁵⁾は民事訴訟や労災申請された自殺事案のうち半数は自殺前に一般科を受診していたが精神科受診は皆無だったと報告している。未だ精神科受診は世間一般には敷居が高く、不幸にして受診につながらず自殺既遂する事例は多い。しかし、地域をあげてのうつ病対

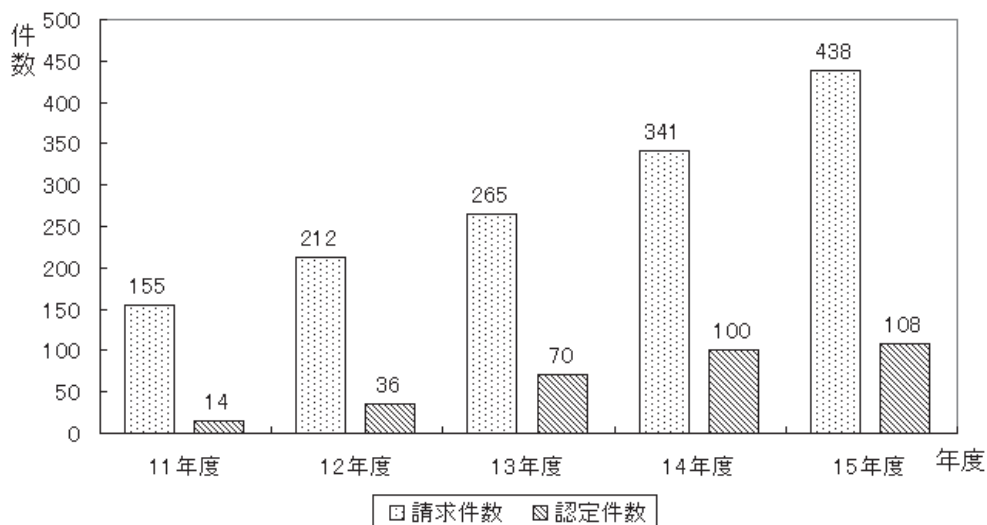
策で自殺者の減少に成功した例もある。スウェーデンのGotlandでは、地域の一般医にうつ病に関する教育を導入したところうつ病の早期発見・早期治療が可能となり自殺者数が60%にまで減少した⁶⁾。また、わが国では新潟県松之山町では、65歳以上の住人に質問票を用いたうつ病のスクリーニングを実施し、高危険群には診断面接を行い適宜治療やグループケア等の介入を行ったところ自殺死亡率が低下した⁷⁾。これら成功例の手法を職域にも取り入れることで職場での自殺予防にも役立つことが期待できる。

うつ病は「心のかぜ」と表現されるように生涯有病率が10%~15%という非常にありふれた病気である。しかしその症状は「かぜ」では到底済まされない程の苦痛を患者に与える。憂鬱感や悲哀感、自己への無価値感に悩み、思考の過程や内容に生じる歪みから過剰に悲観的で自責的となり、しばしば自殺念慮、自殺企図が存在する。最も深刻な予後である自殺は特に発病後1~2年に多く、長期の観察ではその自殺率は約15%にもおよぶ。高橋は自殺危険因子として次の10因子を挙げている⁸⁾。

- 1) 自殺未遂歴
- 2) 精神障害の既往
- 3) サポートの不足
- 4) 性別
- 5) 年齢
- 6) 喪失体験
- 7) 性格
- 8) 自殺の家族歴
- 9) 事故傾性
- 10) 児童虐待

うつ病の原因は未だ明らかでなく、個人の生物学

表4 労災補償件数推移



的要因（遺伝的要因、体質など）、心理社会的要因が相互に作用し発症に至ることから、うつ病そのものの発症を事前に予測し予防すること（一次予防）は困難である。よって自殺予防やうつ病対策を実施する際には、二次予防（早期発見・早期治療）に重点をおいた対応が有用と考えられる。

7. 企業におけるメンタルヘルスケアの実施状況

H12年8月に厚生労働省より「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（以下、指針）が策定され、すでに多くの事業場で指針に基づき取り組みがなされている。企業においてメンタルヘルスケアを行うことは、自殺予防に貢献するだけでなく長期休業による労働損失を削減し、職場全体の労働環境や職場風土を見直すことで労働者の離職率を下げる効果も生じる。

H14年労働者健康状況調査によると、心の健康対策に取り組んでいる事業所は23.5%（H9年26.5%）、事業所規模別では1,000人以上の事業所では約9割が実施、また、300人以上1,000人未満の事業所では6割以上が実施していた。心の健康対策の取組内容（複数回答）をみると、「相談（カウンセリング）の実施」55.2%、「定期健康診断における問診」43.6%、「職場環境の改善」42.3%の順に高かった。心の健康対策に取り組む上での留意事項（複数回答）としては、「労働者のプライバシーへの配慮」87.0%が最も高かった。心の健康対策に取り組んでいる事業所のうち、「専門スタッフがいる」とする事業所は49.8%であり、「これを事業所規模別でみると300人以上の事業所では、8割を超えた。」専門スタッフの種類は「産業医」59.2%が最も高く、次いで「保健師又は看護師」35.1%、「衛生管理者又は衛生推進者等」32.9%、「カウンセラー等」27.1%の順であった。心の健康対策に取り組んでいる事業所のうち、「効果があると思う」とする事業所の割合は61.3%であった。心の健康対策に取り組んでいない事業所について、取り組んでいない理由をみると、「専門スタッフがいらない」46.1%とする事業所の割合が最も高く、次いで「取組み方が分からない」39.9%、「労働者の関心がない」30.2%の順であり、メンタルヘルスケアについて未だ十分に認識されていないことが示唆された。

8. 企業におけるメンタルヘルスケアの具体的取組み

指針では職場でのメンタルヘルスケアを実施する担当者に着目し「セルフケア」「ラインによるケア」「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」「事業場外資源によるケア」の4つに分け、各事業場の特性に合わせて継続的かつ計画的に実施することを推奨している。

1) セルフケア

労働者自身がストレスや心の健康状態について理解し、自らのストレスを予防、軽減あるいはストレスに対処する能力を向上させることである。一般社員向けメンタルヘルス教育や社内報や社内 Web ページを利用した心の健康問題に関する情報提供、ストレス状態への気づきを促すことを目的としたストレス自己診断などを実施する企業がふえている。

2) ラインによるケア

職場の管理監督者が中心となり、職場環境等の改善や労働者に対する相談対応を推進することである。職場環境等には労働時間・勤務形態・仕事の量や質・職場の人間関係・職場風土等も含まれる。特に労働時間については労働災害発生との因果関係が指摘されており、2005年9月、労働安全衛生法の法改正に伴い月100時間以上の時間外労働が生じた労働者に対しては医師の面接を受けさせ、面接指導の結果必要な措置を取ることとした。また個別の相談対応としては、特に長時間労働等により過労状態にある労働者や強度の心理的負荷を伴う出来事を経験した労働者、その他個別の配慮が必要と思われる労働者に対しては積極的に話を聞き、適切な情報を提供し必要に応じて事業場内産業保健スタッフや事業場外資源への相談を促すことが求められている。管理監督者への支援として産業医等がメンタルヘルスについての一般知識、職場環境の評価・改善方法、心の健康問題をもつ復職者への支援・部下や同僚からの話の聴き方（傾聴法）等、実践に役立つ教育を行うことが求められる。

3) 事業場内産業保健スタッフによるケア

事業場内産業保健スタッフが中心となり、職場の

ストレス要因を把握・評価し評価結果に基づき管理監督者と協力しながら改善を図ること、個別相談に対応する体制づくり、こころの健康問題で休業を要した労働者の復職支援等があげられる。

職場のストレス要因を評価する際には、一定のモデルに従い質問票などを用いて集団的に評価することができる。KarasekのJob demand-control stress model⁹⁾では、仕事の要求度(負荷や責任)が高く、仕事のコントロール(自由度や裁量権)が低い場合にストレスが生じやすく、Job demand-control stress model¹⁰⁾では、社会的支援が低いと更にストレスフルになるとしている。平成7~11年度労働省「作業関連疾患の予防に関する研究」より「仕事のストレス判定図」が開発されHP上に公開されている(川上、宮崎ら2000)。

(<http://eisei.med.okayama-u.ac.jp/jstress/hanteizu/>)

Siegristの努力・報酬不均衡モデル¹¹⁾では、職業生活において費やす努力と、そこから得られるべき報酬がつりあわない高努力/低報酬状態をストレスフルとしている。日本語版努力・報酬不均衡モデル調査票¹²⁾が開発されHP上に公開されている(堤ら2004)。(http://eisei.med.okayama-u.ac.jp/jstress/ERI/manual.htm)

他にもモチベーション理論や職場コミットメント、職場風土など組織心理学的な視点で職場の活性化を図ることも、組織および個人の精神健康度を高める際に有用である¹³⁾。それぞれの職場にあったストレス予防モデルを独自に構築することが効果的な対策を講じる際には重要である。

自殺予防の観点では個別の健康問題に早期に対応できる体制づくりが不可欠である。自殺に至った事例の多くが精神科受診に至っていないという現状からも、労働者の自殺予防にはうつ病を疑わせる労働者をいかに確実に医療機関への受診につなげるかがポイントである。近年、企業内に嘱託精神科医やカウンセラーを確保する事業場がふえてきている。

しかし、すべての事業場で精神科医を確保することは困難であり、最も現場に近い産業医がメンタルヘルスに関する正しい知識を身につけ、信頼できる外部医療機関とのネットワークを形成し早期治療につなげることが重要である。

職場復帰支援については、H16年10月に厚生労働省から「こころの健康問題により休業した労働者

の職場復帰支援の手引き」が発表され、この手引きを参考に各事業所にあった職場復帰プログラムを策定することが望まれる。

4) 事業場外資源によるケア

メンタルヘルスカケアを推進する際に、大規模事業場では事業場内産業保健スタッフ等が窓口となり外部医療機関と連携をはかることが重要である。また、中小規模事業場ではメンタルヘルスカケアを推進するに当たり事業場内に人員が確保できない場合、地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、中央労働災害防止協会、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の支援を受けることができる。わが国の企業の9割以上は中小規模事業場であるが、人間的、費用的に困難、手段がわからない等の理由で大規模事業場に比べメンタルヘルスについての対策が遅れている。しかし、事業主・管理監督者のメンタルヘルスへの意識を高め、地域の各種事業場外資源を活用することで十分可能であり、むしろお互いに顔がわかる規模の職場の方が変化を生みやすいという利点もある。また、民間企業で労働者のメンタルヘルスに関するコンサルテーションや相談サービスを提供しているものとしてEAP(Employee Assistance Program)があり、外部相談窓口ということで守秘性が高く家族も相談しやすいという点で、近年急速にその利用が普及してきている。

おわりに

うつ病や自殺の問題は種々の要因が絡み合い生じるものであるため一企業内ではできることには限界があるが、厚生労働省から示された指針(2000年)に準ずる形で、うつ病対策は企業の中でも重要課題として様々な取り組みがなされている。しかし精神障害については未だなお偏見も多く、実にデリケートな領域であるため、個人の情報を取り扱う際には厳重に守秘性を保たなければならない。企業内でメンタルヘルス活動を行う際には、うつ病対策が決して職場での問題者探しや職場からの排除につながるものがないよう、事業主や管理監督者に十分理解を得ることが重要である。

海外でも主に先進国を中心に様々な自殺予防対策が実施されてきたが、その予防的介入の効果についてはあまり評価できていない。しかし、1966年

～2005年に実施された自殺予防に関する調査研究についての15カ国の専門家による文献的検討では、医者に対するうつ病教育を実施することと自殺の手段の入手経路を制限することが自殺率を低下させた(13)。また、前述したGotland研究や松之山町の成功例からも、自殺対策には事業場内産業保健スタッフ(産業医)や事業場外の一般医へのうつ病教育の更なる普及が求められる。また、中小規模事業場のメンタルヘルス対策については未だ十分でなく、今後は中小規模事業場と地域の事業場外資源との連携を深め、メンタルヘルスカケアをうけやすくする環境整備が必要であろう。

参考文献

- 1) Henriksson MM, ARO HM. at el.: Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. 1993 Jun; 150 (6): 935-40.
- 2) 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* 1996; 3789; 37-40.
- 3) 荒井 稔: 就業者における自殺の後方視的研究とその予防対策. *臨床精神薬理* 1991; 12: 119-131.
- 4) 黒木 宣夫: 自殺の労災補償の現状. *自殺企図* (永井書店) 2003.4; 170-177.
- 5) 高橋 祥友: 過労自殺-法的・精神医学的視点からの一考察. *最新精神医学* 2001; 6 (4): 363-370.
- 6) Rutz W.von Knorring L.at el.; Frequency of suicide on Gotland after systematic post-graduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand*. 1989 Aug; 80 (2): 151-4.
- 7) 高橋 邦明、内藤 昭彦、森田 昌宏ら: 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*; 1998; 100; 469-485.
- 8) 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. *医学書院* 2002.7
- 9) Karasek RA: Job demand, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Quarterly* 24: 285-308 (1979).
- 10) Johnson JV, Hall EM: Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988; 78 (10): 1336-1342.
- 11) Siegrist: J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996; 1 (1), 27-41.
- 12) Tsutsumi, A., Ishitake, T., Peter, R., Siegrist, J., & Matoba, T.: The Japanese version of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire: a study in dental technicians. *Work and Stress* 2001; 15 (1), 86-96.
- 13) 田尾 雅夫: 組織行動の社会心理学 北大路書房 2003年
- 14) Mann JJ, Apter A. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294 (16): 2064-74.

【特集 自殺に関連したうつ病対策 —その現状と課題—】

救命救急の現場における現状と課題

The significance of suicide attempt patients in emergency and critical care medicine in Japan

三宅 康史 有賀 徹

Yasufumi Miyake Tohru Aruga

はじめに

自殺企図による外傷や薬物中毒、溺水、縊頸などにより、救急車で救命救急センターへ搬送される患者は、残念ながら増加の一途をたどっている。患者本人は「死にたい」あるいは「死んでもいい」、「もしかしたら死ぬかもしれない」と思い悩んだ末にそういった行動をおこしたと推測され、結果として命に関わる病態に陥って救急車の要請となる。119番をコールするのは家族であったり、通りすがりの人であったり、場合によっては本人の場合もある。救急救命士を含む救急隊員は、応急処置を施し患者の状態を簡単に把握した後、重症度に応じて初期救急施設（外来のみで対応可能）、二次救急病院（入院及び緊急手術が可能）、三次救急病院（24時間重症患者に対応できる救命救急センター）を選択し応需可能か否かを確認してから、ようやく搬送開始となる。受け入れ先の病院が決定し救急外来に搬入された後は、身体的な治療に加え意識の回復を待って精神的な問題にも対応することになる。退院後も精神科専門医による外来診療が確実に継続される必要がある。

著者らのように、市中病院や大学病院の救急部ないし救命救急センターで働いてきた救急医は、長年にわたり数多くの自殺企図患者の治療を経験してきた。自殺企図による外傷や薬物中毒などで搬送される患者の治療に当たる時、それは交通事故や労災に

よる外傷患者、あるいは誤嚥や労災の中毒患者に対して命を助けることに専心するニュアンスとは“少し異なる何か”が、気持ちの中に積み重なっていることに気が付く。集中治療により身体的健康を取り戻し退院していった同じ患者さんが、再企図により入院してくると、救急医は“無力感を打ち消して”またその治療に当たるのである。敢えて言うなら、「死ぬこと」に心の平安を見つけてその扉を開いた人をまた現実世界に引き戻し、再び苦しい人生を歩ませることに対して、我々救急医は本当に正しいことをしているのかというニュアンスの何かである。自殺を許容したり消極的な肯定をしたりするつもりは全くない。家族の気持ちを思うとまた元に戻したいと願う。治療に関する自己決定権があるのと同様に、人生に対する決定権も持ち得るであろう。ただ、ここにこそ精神病理学の難しさがあると思われる。

1. 救命救急センターの役割

2005年7月現在、全国に救命救急センターは186施設を数える。おおむね人口100万人に1ヶ所の割合で厚生労働省が認可し、地域の中核的な救急医療施設として24時間体制で重症患者の受け入れを行っている。災害時の基幹病院としての機能を備え、救急救命士を含む救急隊員への教育や、ドクターカー・ドクターヘリ事業などにも参画する。救命救急センターの中には、高度救命救急センター17施設と新型救命救急センター9施設とがある。前者は重度熱傷、切断肢の再接着、急性中毒の受け入れが常時可能な水準であることが求められ、後者は従来型救命救急センターの1/3程度のベッド数を持ち、ほぼ同等の機能を果たすために、一昨年より設置されはじめた。さらにドクターヘリやドクターカーを含む新しい搬送手段も少しずつ普及しつつあり、救急救命士の現場初療に通信を用いて医師から直接医

昭和大学病院救命救急センター・昭和大学医学部救急医学
Showa University School of Medicine Emergency & Critical
Care Medicine

〒142-8666 東京都品川区旗の台1-5-8
1-5-8 Hatanodai, Shinagawa, Tokyo, 142-8666, Japan
TEL : 03-3784-8744 FAX : 03-3784-6880

学的助言を行うなどの、メディカルコントロール体制も充実しつつある。

救命救急センター本来の業務として、重症と判断されれば自殺企図かどうかは関係なく受け入れることが求められる。まず身体的治療に全力を挙げ、意識の回復後に精神科専門医へのコンサルトを行い、これからの治療方針に一定のめどを立て、多くの場合にかかりつけの精神科医へ引き継ぐことになる。この間常に再企図への注意を要する。一方、問題となるのは身体的には重症でないケースである。意識が良い、バイタルサインが安定している、内服した薬物が少量である、自傷行為が明らかに軽症で外来処置のみで治療可能であるなどの場合に、救急隊は本来初期または二次救急施設への搬送を選択したいところである。しかし、現実には決してそうではない。自殺企図であること、精神科的な治療がすぐにはできないこと、また薬物中毒では専門的な治療が必要な場合があることなどを理由にして一般の救急施設では受診を断られることがしばしばあるため、最初から救命救急センターへの、言わば社会的な搬入ともみなすべき症例が少なくない。

翻って二次救急病院の立場から見れば、一人ないし二人の当直医師が全科に及ぶ救急患者の治療に当たる一方で、救急隊が“軽症～中等症”と判断した自殺企図患者を受ければ、再企図に注意を払いつつ、安全で質のよい治療を外来ブースで行うのは、それなりに“荷が重い”というのも事実であろう。

2. 東京消防庁による「救急活動の実態平成16年」報告書¹⁾から

本報告書から平成16年中に東京消防庁管内で救急車により搬送された自殺企図患者について推測すると以下のようなものである。1年間の全搬送患者数は627,699人あり、このうち薬物中毒で搬送された患者は4,541人(0.723%)〔図1〕で軽症～中等症はその84%を占める。これには誤飲によるものや労災も含まれるが、20～40歳の女性に圧倒的に多いこと〔図2〕、80%以上が睡眠薬・鎮静薬の類であること〔図1〕を考えると、意図的な薬物中毒がその多くを占めることは想像に難くない。これとは別に、故意に自分自身に傷害を加えたと定義される自損行為に分類されるものが4,701名(0.749%)おり、漸増傾向である〔図3〕。この中にも薬物中毒1,896

名(40.3%)が含まれている〔図4〕。このほか刃物・鋭利物1,496名(31.8%)、溺水・縊首などによる窒息649名(13.8%)、転落・墜落387名(8.2%)となっている。年齢ではこちらも20～40歳の女性に多い〔図5〕一方で、重症度に関しては、重症以上1,638名(34.8%)と死亡例(社会死を含む)350名(7.2%)とが含まれ、前述の薬物中毒とは重症度の点で明らかに異なる。1,638名の薬物中毒をここから除けば自傷目的の外傷による年齢、性別などの分布が違ってくる可能性がある。

このほか注目すべきは、急病で搬送される患者に精神科疾患患者が多いことである〔図6〕。救急車を呼ぶ急病の中では第1位の消化器疾患に続き、呼吸器疾患よりも多く第2位となっているのは驚きである。

3. 自殺を試みて医療機関へ搬送される患者の概要

救命救急センターへ搬入される自傷行為による外傷患者数が日本外傷データベース2004年の年次報告(中間報告)²⁾に掲載されている。これは、日本外傷学会「外傷レジストリー検討委員会」と日本救急医学会「診療の質に関する委員会」の主導により、全国の救命救急センターを中心に本格的な外傷登録制度としてweb上の登録画面を通じて運用が開始されたものであり、今回のものが初めての報告書である。それによると救命救急センター46施設、それ以外の救急部など9施設から3,352の外傷症例が登録され、このうち自傷行為による外傷症例は326例(9.73%)を占める。救命救急センターに搬送される外傷症例の10人に1人は自傷行為によることわかる。男性の場合20～40代と60台に2峰性のピークが見られるが、女性では20代後半から30代前半にピークを認める(図7)。平均入院日数は入力欠損数(39.8%)が多く、今のところ参考程度ではあるが、16.67日である。これは全体の平均19.22日に比べ短く、精神疾患への対応など社会的に複雑なことが少なくない入院期間を含めたとしても短い傾向にある(図8)。これは外傷自体に軽症が多く含まれているか、精神科への転院あるいは転床を積極的に進めたことによると考えられる。受傷内容に関しては記載がないが、頸部や手根部の切創から胸腹部の刺創、飛び降り、飛び込みなどが多

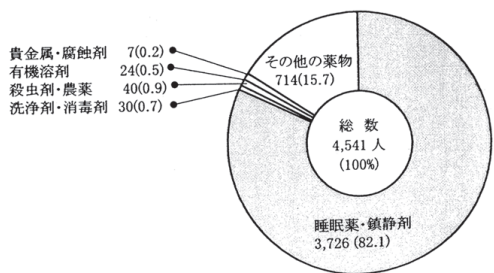


図1 平成16年中に東京消防庁管内で救急搬送された薬物中毒患者の内訳

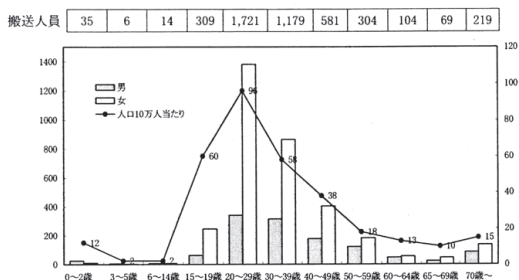


図2 同年齢分布と男女比率

搬送人員	4,045	4,092	4,268	4,382	4,701
性別					
男性	1,681	1,662	1,633	1,686	1,646
女性	2,364	2,430	2,635	2,696	3,055

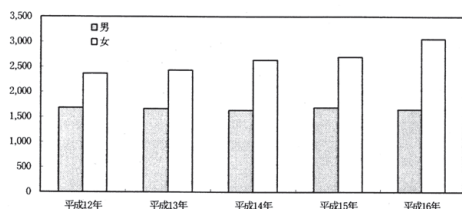


図3 東京消防庁管内で救急搬送された自損行為患者の年別推移 (平成12~16年)

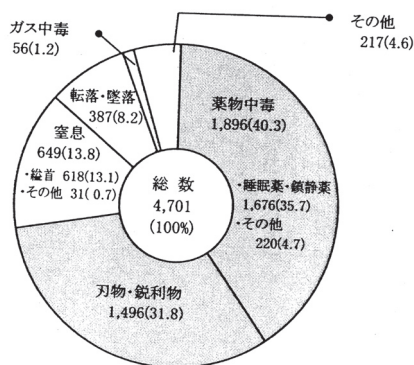


図4 同平成16年中に救急搬送された自損行為患者の内訳

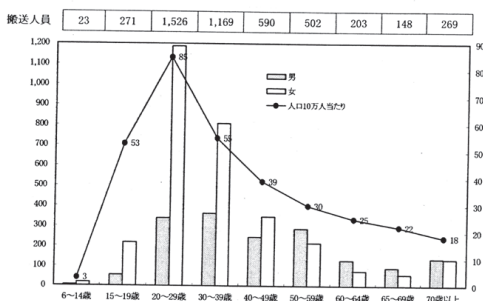


図5 同年齢分布と男女比率

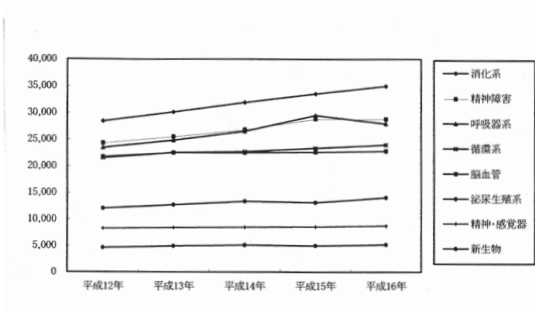


図6 疾患別の搬送患者数の年別推移 (平成12~16年)

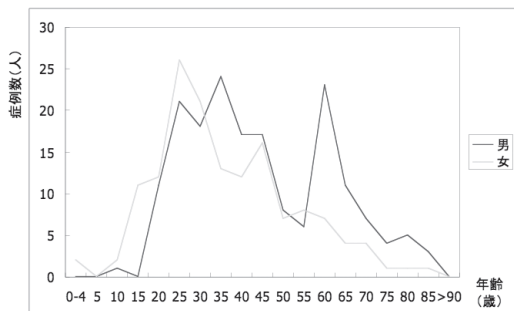


図7 日本外傷データベース(2004年)年次報告による自傷行為による外傷症例の年齢分布と男女比率

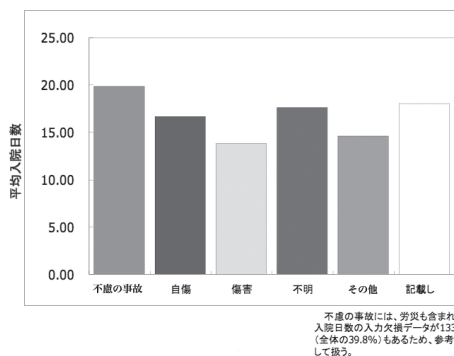


図8 同原因別外傷症例の平均入院日数

不慮の事故には、労災も含まれる。
入院日数の入力対象数が1334例
(全体の39.8%)もあるため、参考値と
して扱う。

いと考えられる。

一方、薬物中毒患者に関しては、都内の一般的な救命救急センターでは全症例に占める薬物中毒症例の割合は10%程度で、そのうち重症は1/4に過ぎず、残り3/4は軽症～中等症である。著者らによる連続167名の経験によれば、中毒診療によるクリニカルパスにより、約9割が予定通り退院することができた³⁾。これが標準的なところであろう。著者らが勤務していたさいたま市内の救命救急センターでは、一般的な救急病院での受け入れが現実的には困難であるとの地域の消防行政の要請から、薬物中毒をその重症度によらず受け入れてきた。その結果、3年間で全受け入れ患者約3000人のうち薬物中毒は421例(14%)を占めた。CPAOA症例を除いた全症例に占める割合は20%であった。すなわち“生きて”救命救急センターへ搬送される実に5人に1人は薬物中毒患者となる。さらにこのうち入院加療を要せず外来診療のみで帰宅した患者が35%に上り、いかに多くの軽症薬物中毒患者が救命救急センターへ搬送されているかが理解される。外来で帰すことが可能であった軽症患者は、準夜帯から深夜にかけて搬入されることが多く〔図9〕、これも診察する救急医にとっては大きな負担となっている。入院に至らず帰宅可能であった患者の概要を表1.に示すが、Japan coma scale(3-3-9度方式、以下JCS)で0の水準で来院しても、診察から検査、インフォームドコンセントに平均して80分、JCS2桁では平均127分が費やされ、深夜に安全性を確保して帰宅させるには多くの人的物的な投資を要することがわかる⁴⁾。

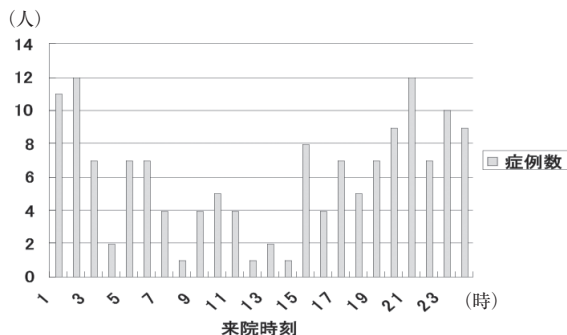


図9 救命救急センターにおける薬物中毒患者の来院時刻
(平成12～15年の3年間：帰宅した患者のみ)

4. 救命救急センターにおける治療の実際

自傷行為による外傷診療そのものは、他の原因による外傷と全く同じであり、我が国では外傷初期診療ガイドラインであるJATEC⁵⁾の線形アルゴリズムに沿って診断と蘇生を同時に進めていくこととなる。ただ薬物過量摂取後や多量飲酒後に自傷行為に及ぶことがあり、意識障害、出血傾向、不整脈などに特別な注意が必要となる場合もある。また自損か、事故か、傷害事件かなど外傷の原因を確定するためには警察との連携も必要となる。

これに対し、薬物中毒の場合にはあらゆる薬剤の過量摂取がありうるため診療はより複雑となる。現場救急隊が簡単に重症度を推測しにくい部分でもあり、一般の救急病院が受け入れを逡巡する一因でもある。ただ、前項でも示したように帰宅可能な患者が多く含まれていることも確かで、患者の扱いを救命救急センターと一般の救急病院とで受け入れを押し付け合い、間に入った救急隊が困惑しているのが現状である。

さて薬物中毒の治療は、一般的に全身状態の把握と呼吸循環管理を第一に、内服薬剤の種類と量、内服時間の情報を収集する。日本中毒学会のガイドライン⁶⁾に沿って、胃洗浄・活性炭の適応を決定し、必要なら特異的な拮抗薬、血液透析などの血液浄化法を併用する。意識障害の強い場合には、気管挿管をして、呼吸回数、酸素飽和度、心電図などの各モニタリングを行い、低酸素血症・呼吸停止や、致命的な不整脈を生じる場合があるので、除細動器や抗不整脈薬、痙攣対策用のジアゼパムなどをベッドサイドに準備しておく。界面活性剤や、カビ取り洗剤、トイレ洗剤などの誤飲症例では粘膜の腐食性が強く、上部消化管穿孔から縦隔炎に進行すると致命的である。降圧薬や抗不整脈薬の中毒症例にも集中治療による対処療法で血中濃度が下がるまで治療をすることになるが、経皮的心肺補助装置を導入することもある。一見して軽症であっても、三環系抗うつ薬やメジャートランキライザー、リチウム製剤などは12誘導心電図をチェックし、伝導ブロックや明らかにQTcやQRS幅が延長している場合には入院とする。入院後も経時的に心電図検査のフォローが必要である³⁾。意識障害が徐々に悪化する場合も、薬剤が大量に内服された可能性が高いので同様に入

院適応である。これらの内服については症例数も多い。

合併症として、横紋筋融解症、コンパートメント症候群、誤嚥性肺炎をしばしば経験する。横紋筋融解症は、薬物中毒による意識障害のため長時間にわたり同じ体位でいたために、圧迫された側の筋肉の虚血が進行しその壊死がおこるもので、典型的には、圧迫を受けた部分の皮膚に辱創や水泡が生じる。しかし明らかな圧迫所見が見られない場合もある。血中のCPKが10万単位/lを超えることも少なくない。病態の本質はミオグロビンが筋肉より漏出し、腎で代謝を受けて酸性尿で腎毒性を發揮する。そのため急性腎不全を生じるものである。治療は十分な補液と尿のアルカリ化である。薬物中毒で時間が経過して発見された場合、すでに脱水状態に陥っている場合がほとんどであるため、腎臓はさらに厳しい環境におかれる。このため、一時的に血液透析が必要となる症例もあり、腎臓内科専門医へのコンサルトが必要となる。

コンパートメント症候群は今述べた病的過程と治療の中で生じる。虚血の解除によって筋肉に血液が再環流し、治療のための大量輸液による水分負荷も加わり筋肉の浮腫が進行する。そこで筋膜に包まれた筋肉組織の内圧上昇に伴い、静脈還流・動脈血流が低下し、再び虚血に至る。コンパートメント症候群になると、強い疼痛や変色、運動障害と知覚低下、水泡、末梢側の温度低下、脈拍消失が生じてくる。整形外科専門医と相談の上、早期に筋膜の減張切開が必要である。その後の感染、最終的な運動麻痺の評価、植皮の適応、リハビリテーションなどにも各々の専門医の協力が必要となる。

窒息による上気道閉塞や呼吸抑制、致死性不整脈以外に、死亡につながる合併症として誤嚥性肺炎からのARDSがある。胃洗浄時の嘔吐で誤嚥を起こす場合もあるので、意識障害のある場合には気道の確保が重要である。治療は感受性のある抗菌薬、人工呼吸を用いた全身管理、理学療法が中心である。

5. 救命救急センターが抱える問題点と解決への糸口

自傷行為による症例での重症度判断については、現場での外見やバイタルサインから把握しやすい。しかし薬物中毒による症例では、ほとんどの場合に

その内服の内容や量について、また経過時間についても分からないため、当初意識がありバイタルサインが安定していても、そのままそのことによって重症度を判断することができない。かかりつけの精神科クリニックは夜間や週末などに連絡がつかないことも多く、診療時間内であっても主治医からの対応として「こちらでは対応できないので、すぐに救急車を呼んで胃洗浄のできる病院へ」という例が少なくない。従って、救命救急センターへ来院の後に、初療と情報収集、経過観察によって重症度を把握する必要がある。胃洗浄、心電図・胸部レントゲン検査、血液検査、内服内容の確認、意識障害とバイタルサインの推移の把握は特に重要である。帰宅にあたっては付添い者の確認、家族への連絡、精神科専門医による診察と入院の適応・外来診療の必要性、紹介状などについてもよく確認しておく必要がある。繰り返しになるが、この間救急外来で数時間を要する。

一方、入院が必要となった場合には、ベッドの確保とともに、鍵付きの窓、ベッド周囲の危険物の除去、トイレへの付き添いも必要となる。当然のことながら消毒液やトイレ洗浄液、紐やタオル類などを隠して再企図への予防対応も必要となる。救命救急センターへ入院したからといって自殺企図が予防できるとは限らない。責任という点から、入院中の再企図、既遂の危険性が皆無でないことを家族へ伝えることと、再企図防止の努力を目に見える形でしておくことが重要である。患者の意識が回復すれば、精神科専門医による原疾患への対応を集中治療と平行して行い、現状での再企図の危険度と外来診療の計画を練る。帰宅に当たっては、精神科専門医から、本人はもちろんのこと、付添い者（家族の場合が多い）に対して今後の予定を説明し、納得の上でそのようにすることとなる。すなわち、最終的には家族ら付き添う人の協力が不可欠であることを説明し、その理解があって患者は帰宅できる。このことに加えて、自殺を企図した患者の家族へのケアについても精神科専門医へ依頼することが肝要である。

以上を俯瞰すると、明らかな軽症例を除けば、救命処置・中毒への専門的治療以外にも重症度（入院加療か帰宅外来通院か）の判別・患者の安全などの点から、初療から救急医が関与せざるを得ない。安全のため翌朝まで入院させれば、精神科専門医へのコンサルトの機会が可能となり、家族の来院も待つことができる。

以上のようなであるが、危惧すべき問題も少なくない。すなわち①数多くの軽症患者を扱う医師側のモチベーションの維持はどのようなか。②夜間でもコンサルトできる精神科医の存在はどのようなか。③患者を自宅まで安全に届け、精神科受診まで付き添える人材は確保できるかなどが挙げられる。十分会話可能な自殺企図患者に、外来でインフォームドコンセントを得て治療を行い、関係者に連絡し迎えに来てもらった上で、精神科かかりつけ医への紹介状を書き、本人と家族に受診の約束を取り付け、安全性を確認して帰宅させるという“一連の治療を繰り返していくこと”は、精神的に大きな疲労を伴う。この負担を軽減するには、身体的に帰宅可能であった場合に、深夜帯でも精神的な問題に専門医が対応できる精神科救急システムがまずは望ましい。そのようであれば現状よりは少なくとも安全である。そういうシステムが機能すれば、苦しいベッド状況で“やりくり”をしている救命救急センターでも、自殺企図患者の受け入れへの負担が軽減されるであろう。

また、精神科受診を終えた後に、帰宅するまで、または精神科外来の時間内診療が開始される時刻まで“患者の安全を保ちながら付き添う人”がいれば、救命救急センターでの診療終了後において患者と医療者のいずれにとっても安心することに繋がる。このことは、自殺企図患者を精神科主治医に再び戻すに当たり、救急医自らの守備範囲において再企図の懸念や精神的な負担を減じ、患者にとっても安全であるための“有意義な方策”であると考えられる。

6. まとめ

自殺企図患者に良質な医療を提供し、患者と医療者側の双方にとって安全で安心な診療実践のために

以下のような包括的な工夫が必要である。

- ① 24時間体制で精神科専門医が対応できる救急システムを構築する。
- ② 一般の救急病院でも自殺企図患者専用の経過観察用ベッド、ナースングスタッフなどの人的物的資源を投入する。
- ③ 帰宅したり精神科外来を受診したりする時の“付き添いサービス”が診療の一環として得られるよう希望する。
- ④ 今後、より良質な対策を立てるために prospective でかつ規模の大きな研究が必要と考えられる。

参考文献

- 1) 救急活動の実態 平成16年、東京消防庁救急部編、2005
- 2) 日本外傷データバンク 2004年次報告書(中間報告)、日本外傷学会 Trauma Registry 検討委員会・有限責任中間法人日本救急医学会診療の質評価指標に関する委員会、2005
- 3) 奈良 大、弘重壽一、有賀 徹：中毒診療とクリニカルパス、中毒研究 16:133-138、2003
- 4) 三宅康史、関井 肇、横手 龍、他：外来診療のみで帰宅を許可した急性薬物中毒患者の検討、日臨救医誌 8:195-202、2005
- 5) 改訂 外傷初期診療ガイドライン JATEC、日本外傷学会外傷研修コース開発委員会編、2004、へるす出版、東京
- 6) 急性中毒の標準治療、日本中毒学会ホームページ <http://web.jiho.co.jp/toxicol/page009.html>

表1 外来帰宅の薬物中毒患者の概要(全148例、ただし記載漏れを除く)

○意識の変化と経過時間、在院時間の関係

来院時の意識	症例数 (%)	内服から来院までの平均時間 (分)	平均在院時間 (分)
0/JCS	41 (29)	282	80
I 桁	73 (51)	233	103
II 桁	24 (17)	293	127
III 桁	5 (3)	135	148

○内服内容（重複あり）

主な内服薬	症例数
ベンゾジアゼピン系	84
アセトアミノフェン	20
バルビタール系	10
三環系抗うつ薬	9
アスピリン	8
その他	25

○内服量と経過時間、在院時間の関係

内服量（錠剤＋薬包数）	症例数（%）	内服から来院までの平均時間（分）	平均在院時間（分）
大量（ ≥ 50 錠または包）	13（10）	438	123
中等量	87（64）	220	107
少量（ < 20 錠または包）	36（26）	221	94
不明	12		

○検査の種類と結果

検査の種類	症例数（%）	異常あり
12誘導心電図	98（66）	21
血液検査	98（66）	0
胸部レントゲン	24（16）	1

○治療内容

治療内容	症例数（%）	内服からの平均時間（分）
胃洗浄（+）・下剤活性炭（+）	58（45）	161
胃洗浄（-）・下剤活性炭（+）	27（21）	234
胃洗浄（-）・下剤活性炭（-）	45（35）	421

○退院時意識

意識レベル	症例数（%）
0/JCS	104（75）
I	34（25）
II	0
III	0

○付き添い者の内訳（%）

家族	81（70）
警察官	10（9）
本人のみ	10（9）〔うち再企図2〕
その他	14（12）〔異性友人8 同姓友人5 不明1〕
不明	33

○帰宅後のプラン

紹介状持参で帰宅	81（56）
精神科を直接受診	13（9）〔うち再企図2〕
そのまま帰宅	50（35）
不明	4

【特集 自殺に関連したうつ病対策 —その現状と課題—】

児童・思春期におけるうつ病と自殺行動

Depression and suicidal behavior in child and adolescent

清田 晃生

Akio Kiyota

I はじめに

1980年以降、DSMに代表される操作的診断基準が広く用いられるようになり、それ以前は極めてまれと考えられていた児童・思春期のうつ病が、実際には高い頻度で観察されると報告されるようになった。現行のDSM-IV-TRにおける基本的立場は、大うつ病エピソードの中心症状は、小児や青年でも同じである、という考え方である。しかし、大うつ病エピソードを特定する際に、小児や青年においては抑うつ気分の代わりに「いらだたしい気分」もありうるとし、体重に関しては期待される体重増加が見られない場合を含めるなど、子どものうつ病に関しての修正を加えてある。またテキスト中には、主体をなす症状が年齢により変化することや他の精神疾患との合併が多いことを指摘している。つまりある程度、子どものうつ病の特殊性を認めているといえよう。

操作的診断基準を用いた多くの研究から、疫学的には学齢期におけるうつ病の有病率は1~2%、思春期での有病率は2~5%で、青年期になると14~25%にのぼる²²⁾とされている。また子どものうつ病は決して楽観視できない疾患であり、適切な治療が行われないと容易に再発したり、他の精神疾患を合併したり、対人関係や社会生活に大きな障害を

来しうる^{5,14)}ことが指摘されている。したがって、将来における不適応状態や社会的損失防止の意味からも早期の介入が必要であろう。

うつ病に関して、もう1つ注意が喚起されるのは自殺行動との関連においてである。これまでの心理学的剖検などから、成人と同様に子どもにおいても自殺とうつ病との関連¹²⁾が認められている。わが国では20歳未満の自殺は少なく、図1に示すように、ここ20年の自殺死亡者数はほぼ400~800人、自殺死亡率も対人口10万人あたり10人以下で安定している。思春期年代(15~19歳)においても若干の増減があるものの安定していると言える。しかし平成15年の死因別自殺死亡者数で見ると、15~19歳における第2位の死因(女子では第1位)となっている。生後20年に満たない若年者の自殺は、本人にとって悲劇であるのみならず、家族を始めとして周囲の人間にも多大な心理的動揺を与える。したがって、児童・思春期における自殺の兆候を早期に見極め、適切な介入を心がける必要がある。

こうした状況をふまえながら、本稿でははじめに児童精神科受診患者についてのデータを示し、その後児童・思春期におけるうつ病と自殺に関するいくつかの点について私見を含めて述べたい。

II 児童精神科受診患者における抑うつと自殺企図

実際に、どの程度のうつ病あるいは自殺企図の患者が精神科を受診するのか、限られたデータではあるが検討を試みたい。対象は2002年から2004年に国立精神・神経センター国府台病院児童精神科を初診した2,234名である。初診時のDSM-IV診断のうち、第I軸診断の主診断によって分類した。なおここで示すデータは、新来患者統計の基礎データを筆者が分類、整理しなおしたものであり、数値等の責

国立精神・神経センター精神保健研究所
児童・思春期精神保健部
Department of Child and Adolescent Mental Health
National Institute of Mental Health
National Center of Neurology and Psychiatry

〒187-8533 東京都小平市小川東町4-1-1
4-1-1 Ogawa-Higashi Kodaira, 187-8553, Japan
Tel: 042 - 341 - 2711 Fax: 042 - 346 - 1944

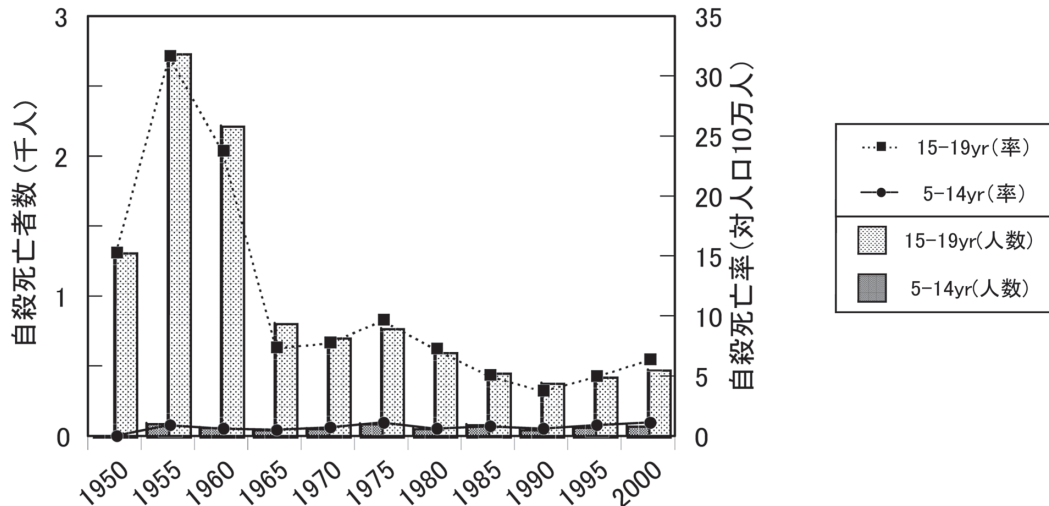


図1 若年者の自殺死亡者数・死亡率の推移
(厚生労働省人口動態統計より作成)

任はすべて筆者にある。

初めにうつ病について検討する。単一エピソードまたは反復性の大きいうつ病性障害と診断されたものは36名で1.6%であり、気分変調性障害の診断を受けたものは20名、0.9%であった。また特定不能のうつ病性障害または特定不能の気分障害と診断されたものが7名、0.3%であった。したがって、うつ病群と考えられるものは63名、2.8%であった。近年、児童精神科受診者に占める発達障害圏の比重が大きくなってきているため、この数値からうつ病群が多いか少ないかを論じることは困難である。

児童・思春期では、様々な心理的要因によって抑うつ気分が生じやすく、例えば不登校児童・生徒における抑うつレベルは高いことが知られている²⁰⁾。臨床的にも、何らかのストレス因子により不適応状態を呈した者の相当数が抑うつ状態に至ることを経験する。そこで、児童・思春期患者における抑うつ全体の像をより明らかにするため、DSM-IVの適応障害のうち抑うつ気分を伴うもの(54名)、および不安と抑うつ気分の混合を伴うもの(39名)を含めて抑うつ群(155名、6.9%)とした。また児童精神科受診者のうち、広汎性発達障害などの発達障害群と統合失調症を主体とする統合失調症群はその症状の独自性が強いので、今回は抑うつ群と神経症群とを比較した。ここでいう神経症群は、不安障害や適応障害(前述の2群を除く)、身体表現性障害、摂食障害などを含むものとした。

表1に、抑うつ群155名と神経症群724名について、

性比、年齢、初診時随伴症状を示した。抑うつ群の方が、発症年齢、初診時年齢とも高く、発症から初診までの期間は短くなっている。年齢に関しては、神経症群では分離不安障害などの低年齢で好発する疾患が含まれるため神経症群で低くなっていると思われる。また今回のデータでは、うつ病群の方がより早期に受診行動に結びついているようである。それでも約1年の間隔が存在しており、この間における社会生活上の不利益を考えると、より早い段階で受診につながるものが望ましく、家庭や学校等の関係者への一層の啓発が必要であろう。随伴症状に関しては、抑うつ群で不登校や自殺企図の割合が有意に高くなっており、抑うつ症状が社会機能の低下を来すとともに、自殺行動の危険因子であることを示している。前述のうつ病群63名と神経症群を比較しても同等の結果であった。

次に自殺行動の既往をみると、初診時に自殺行動を認めたものは70名、3.1%であった。その診断別の人数を図2に示す。抑うつ群が最多で25名、次いで神経症群が21名、発達障害群13名、統合失調症群11名となっていた。疾患ごとの患者全体に占める割合は、抑うつ群で約16%、統合失調症群が約26%、神経症群が約3%、発達障害群では約1%であった。抑うつ群のうち、うつ病群63名における自殺企図率は約26%であり、統合失調症群と並んで高値を示した。したがって、同じ抑うつ症状を呈しているものでも、症状がより重篤な方が自殺行動は多いことが予想される。今回のデータから統合

表1 抑うつ群と神経症群の比較

	抑うつ群 (n=156)	神経症群 (n=724)	p 値
性比 (男/女) ²⁾	62 / 94	310 / 414	NS
初診時年齢 (yr) ^{*1)}	13.3 ± 4.10	11.8 ± 4.06	0.000
発症年齢 (yr) ^{*1)}	12.2 ± 3.94	10.2 ± 4.38	0.000
発症から初診までの期間 (yr) ^{*1)}	1.0 ± 1.77	1.61 ± 2.63	0.004
初診時の随伴症状 (Y/N) ²⁾			
・身体症状	87 / 69	350 / 365	NS
・不登校	120 / 36	424 / 299	0.000
・自殺企図	25 / 128	21 / 688	0.000
・強迫症状	4 / 144	145 / 541	0.000
・不安発作	11 / 140	115 / 570	0.003
・抑うつ症状	125 / 25	199 / 461	0.000

*平均±標準偏差

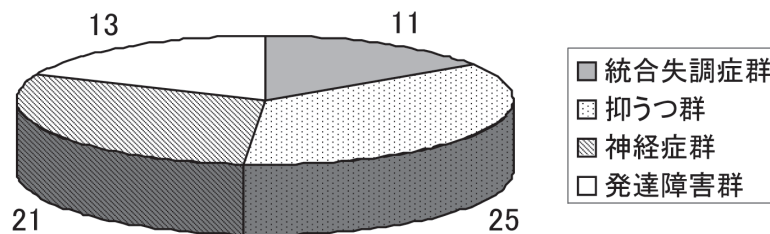
1) t 検定 2) χ^2 検定または Fisher の直接法

図2 自殺行動を示した者の診断カテゴリー別人数

失調症とうつ病では自殺行動の危険が高く、早期に医療機関受診につながるよう啓発していくこと、および関係者はこれらの患者に対してより注意深い観察を心がけることが必要であると考えられる。

Ⅲ うつ病をめぐる問題点

児童・思春期におけるうつ病に関して、併存障害と関連させながら治療に関して若干の検討を行いたい。

多少の修正はあっても、子どものうつ病は成人の診断基準を当てはめられる^{3,14)}というのが現在の考え方の主流である。そして操作的診断基準では、他の疾患について閾値以上の症状があれば併存障害として記載されることになる。実際の臨床場面では、抑うつを主訴として来院した患者が、実は不安障害に続発する二次性のうつ病であったり、ベースに注意欠陥/多動性障害が存在していたりすることをま

れならず経験する。これまでの報告でもこの併存障害の多さが子どものうつ病の特徴³⁾とされ、特に不安障害や行為障害が多いと指摘されている。

Angold と Costello¹⁾ は、構造化面接と DSM-Ⅲ あるいは DSM-Ⅲ-R を用いた研究において、21～83% に行為障害および反抗挑戦性障害が、30～75% に不安障害が、0～51.7% に注意欠陥/多動性障害が合併していたと報告した。他の疫学調査でも気分変調性障害と不安障害の合併が30～80%で最も多く、破壊的行動障害が10～80%に、物質使用障害が20～30%に併存する³⁾とされている。そして併存障害がある場合の方が、うつ病単独の場合よりも社会的障害の程度が大きく¹⁵⁾、また成人期での予後にも関与する。うつ病はこれらの併存障害の後に発症することも多く、また行為障害はうつ病寛解後も持続する可能性があるといわれている。

児童・思春期のうつ病に対する治療に関する研究は少ない。そのため薬物療法も精神療法も、各治療

法の有効性や有害作用に関して限定的な知見しか得られていない。その制限を前提として治療について考察したい。まず子どもの治療における一般的特徴として、発達段階や各種のライフイベントへの暴露の有無を考慮することが必要²²⁾であり、さらに親(養育者)へのガイダンスや教育機関との連携といった環境への介入も重要な因子である。そのため多職種が関与する治療プログラムとなることも多く、医療者にはコーディネーターとして機能する覚悟が必要である。

うつ病に対する精神療法として認知行動療法の有効性^{7,16)}が報告されているが、プラセボと差がないとするコントロール研究もある。また対人関係療法^{18,21)}が思春期うつ病患者に対し効果があったという報告もある。精神療法に関する研究では、治療待機患者あるいは通常の診察のみ受ける患者を対照群とする方法をとるため、プラセボ投与を行う薬物療法の研究とは厳密に比較することは困難である。薬物療法では、三環系抗うつ薬の効果が乏しく、SSRIが有効であるとの報告が多い²⁸⁾。ただしSSRIと自殺との関連^{26,27)}が指摘されており、アカシジア症状の発現などに十分な注意が必要である。子どものうつ病ではプラセボの有効性が高く、例えばSSRIの有効性を認める報告でもプラセボ反応率は33～59%に上り、また精神療法においても対照群における非特異的治療への反応性が30%あるいはそれ以上と高くなっている²²⁾。

併存障害が多いことは、うつ病が不安障害や行為障害のいわば随伴症状であり、治療における真の標的症狀を不安や行為の問題にすべき事例が存在することを示唆しているのではないと思われる。不登校に関する研究では、不登校児童、生徒に不安や抑うつ症状を認めるものが多く、臨床経験でも対人関係等に起因する不登校であっても容易に二次的に抑うつ状態を生じうる。この場合、治療では原因となった事案に十分配慮した精神療法や環境調整が不可欠であり、結果として極めて個別性の高い治療となる。プラセボ反応率の高さも環境調整や親ガイダンスのような非特異的治療の重要性を示唆すると思われる。結果として、児童・思春期におけるうつ病治療は成人に比べはるかに事例特異的であり、子どもに関与する様々な要因や標的症狀を念頭においたオーダーメイド的治療となるよう心がける必要がある。

IV 自殺行動をめぐる問題点

自殺行動については、その危険因子を同定ししかに防止するかが重要である。わが国では若年者を対象にした包括的な自殺予防の実践が乏しいため、ここでは自殺の危険因子及び自殺防止への介入に絞り、欧米の報告に依拠して概説したい。

1. 危険因子

まず危険因子に関して、個人の性格、精神疾患、家庭・家族要因、メディアという視点で検討する。

個人の性格という観点では、衝動性の関与があげられる。多くの研究は思春期から青年期患者についてのものであるが、例えばKerfootら¹²⁾は過量服薬者の中でその3時間前に服薬の計画を決めていたのは20%に過ぎないと報告した。衝動性は、病歴の中で危険を顧みない性向としても観察されている。第二の側面は絶望感である。抑うつあるいはうつ病は自殺行動の重要な危険因子であるが、その両者を関連づけるものが絶望感¹¹⁾と考えられる。自殺行動をする子どもは、より絶望的であり、また自尊感情が低い。さらに、反社会行動歴のある過量服薬者の方がはるかに反復が多い⁸⁾という報告から、怒り(易怒性)が特徴の1つとされている。成人の自殺企図者において、問題解決能力の欠落¹⁷⁾が特徴の1つとされているが、13歳から18歳の思春期の子どもを対象にした研究で、Hawtonら⁹⁾は自傷や過量服薬を反復するものは、自己の解決能力を低く評価する傾向があると報告した。性格という面では、衝動性、絶望感、怒り、問題解決能力がキーワードと考えられる。

精神疾患に関しては多くの研究がなされている。例えば、ニュージーランドで行われたケース・コントロール研究²⁾では、方法論的な問題も指摘されてはいるものの、自殺行動を示した13歳から25歳の患者の89.5%で何らかの精神疾患を有していたと報告されている。併存障害を有する者も54.3%に達していた。心理学的剖検の研究でも、既遂した思春期患者の約90%で精神疾患を認めた^{4,24)}と報告されている。その中でも、うつ病は自傷行為を反復する思春期患者において最も共通して認められる精神疾患である。思春期の過量服薬者の67%で大うつ病性障害を認めたとする報告¹²⁾や、自殺既遂者の

52%が大うつ病性障害と診断されたとする報告²⁵⁾がある。さらに抑うつ的思考¹⁹⁾は自殺の最も有力な予測因子である。他の精神疾患では、薬物乱用や行為障害との関連が報告されている。

家族・家庭要因については種々の危険因子が報告されている。単親家族、機能不全家族、不良な母子関係、不安定な家族関係、貧困、家族の自殺行動など様々である。その中で、Houstonら¹⁰⁾は夫婦間の破綻が最も寄与度の高い要因と報告している。

児童・思春期の自殺に関して、集団化やメディアの影響が大きいといわれる。わが国でも、アイドルの自殺が生じた1986年をみると、10～14歳で0.4ポイント、15～19歳では1.9ポイント前年より死亡率が増加している。その翌年には各々0.5ポイント、1.9ポイント減少しており、そうした傾向を現していると考えられる。自殺の要因は複合的であり、断定することは慎重であらねばならない。しかし、メディアには自殺モデルを提供する働きがあるという考え²³⁾があり、近年の練炭による集団自殺などを考えると報道との関連については今後も注視していく必要があると思われる。

2. 自殺予防プログラム⁶⁾

若年者の自殺予防を考えると、その目標はいかに専門機関への紹介が必要な事例を発見するか、そしてどのようにして危険因子を減らすか、という点にある。そして介入領域には学校、地域、保健システムの3つが考えられる。

学校における自殺予防戦略として、1つには授業を通じて自殺についての意識を高める方法、すなわち自殺予防教育がある。過去の研究では効果が認められたとする報告もあるが、現在ではその有効性については疑問視するものも多い。むしろ近年ではスキル・トレーニングへと重点が移ってきている。これは、危険因子でも述べた問題解決能力や対処行動を向上することを目的としており、効果について有望な報告がなされている。事例発見の方法としては自記式のスクリーニング検査があり、抑うつや物質使用、自殺念慮、過去の自殺企図について聴取するものである。スクリーニング検査の有効性を検討した研究は少ないものの、感度が83～100%、特異度が51～76%という報告がある。スクリーニング検査で有意であったものに対しては面接による評価を行う。ただし通常希死念慮は時間によって変動す

るため、スクリーニング検査は万全でないという点は常に念頭におかねばならない。

地域に立脚した自殺予防活動あるいは保健システムとしての自殺予防活動は、対象を若年者に限ったものではない。例えば、危機ホットラインの創設や一般臨床医へのうつ病に関する啓発のような、他年代における自殺予防プログラムと同等のものが想定されている。こうした方法によって自殺企図しようとしている事例の発見が増加していると報告されてきている。

上述した学校における自殺予防戦略は一定の効果が期待できるとはいえ、現在のわが国における教育現場の実情からは、自殺予防教育やスキル・トレーニングの時間や機会の確保、あるいはスクリーニング検査の導入は困難な面が多いように思える。モデル地区での試行により、効果判定していくことが現実的であろう。一方で、現場教員からは自傷行為を反復する生徒への対応に困窮している様子が窺われる。筆者らは教員が把握した自傷行為の生徒について事例検討を行い、教員の自傷行為や自殺行動への理解および対処方法の向上を通じて、間接的ではあるが生徒の自殺行動を減少させるプログラムを始めたところである。こうした事例検討は各地でなされていると思われるが、開催の頻度や理解のポイント、教員のニーズに応じた助言などの点について意見を集約し、標準的な事例検討のあり方について今後検討していく必要があると考えている。

V まとめ

児童・思春期におけるうつ病と自殺に関して、児童精神科外来受診者のデータからうつ病が自殺企図の危険因子であることを示した。治療においては、環境調整や親ガイダンスなどの非特異的治療を含めてオーダーメイド的治療にすることの重要性を指摘した。また、自殺行動に関与する危険因子と学校を中心とした予防プログラムを概説した。わが国でも、自傷行為などの問題行動や抑うつ状態を示す事例は臨床上よく経験することであり、一層の研究の進展が望まれる。

参考文献

- 1) Angold A, Costello EJ : Depressive comorbidity in children and adolescents : empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry* 150 : 1779-1791,1993.
- 2) Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT : Psychiatric illness in a New Zealand sample of young people making serious suicide attempts. *N Z Med J* 111 : 44-48,1998.
- 3) Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. : Childhood and adolescent depression : a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35 : 1427-1439,1996.
- 4) Brent DA, Perper JA, Goldstein CE et al. : Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 45 : 581-588,1988.
- 5) Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA et al. : Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 : 785-792,1997.
- 6) Gould MS, Greenberg T, Velting DM et al. : Youth suicide risk and preventive interventions : a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42 : 386-405,2003.
- 7) Harrington R, Campbell F, Shoebridge P et al. : Meta-analysis of CBT for depression in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37 : 1005-1007,1998.
- 8) Hawton A, Osborn M, O'Grady J et al. : Classification of adolescents who take overdoses. *Br J Psychiatry* 140 : 124-131,1982.
- 9) Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K et al. : Repetition of deliberate self-harm by adolescents : the role of psychological factors. *J Adolesc* 22 : 369-378,1999.
- 10) Houston K, Hawton K, Shepperd R : Suicide in young people aged 15-24 : A psychological autopsy study. *J Affect Disord* 63 : 159-170,2001.
- 11) Kazdin AE, French NH, Unis AS et al. : Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *J Consult Clin Psychol* 51 : 504-510,1983.
- 12) Kerfoot M, Dyen E, Harrington V et al. : Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 168 : 38-42,1996.
- 13) King NJ, Bernstein GA : School refusal in children and adolescents : a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40 : 197-205,2001
- 14) Kovacs M : Presentation and Course of Major Depressive Disorder During Childhood and Later Years of the Life Span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35 : 705-715,1996.
- 15) Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR : Adolescent psychopathology : III. The clinical consequences of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34 : 510-519,1995.
- 16) Lewinsohn PM, Clarke GN : Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review* 19 : 329-342,1999.
- 17) McLeavey BC, Daly RJ, Murray CM et al. : Interpersonal problem-solving deficits in self-poisoning patients. *Suicide Life Threat Behav* 17 : 33-49,1987.
- 18) Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P et al. : A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 61 : 577-584,2004.
- 19) Myers K, Mc Cauley E, Calderon R et al. : The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30 : 804-810,1991.
- 20) Neville KJ, Bernstein GA : School Refusal in Children and Adolescents : A Review of the

- Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40 : 197-205, 2001
- 21) Rossell J, Bernal G : The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol* 67 : 734-745,1999.
- 22) Ryan ND : Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet* 366 : 933-940,2005.
- 23) Schmidtke A, Häfner H : The Werther effect after television films : new evidence for an old hypothesis. *Psychol Med* 18 : 665-676,1988.
- 24) Shaffer D, Garland A, Gould M et al. : Preventing teenage suicide : a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 : 675-687,1988.
- 25) Shaffer D, Gould MS, Fisher P et al. : Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 53 : 339-348,1996.
- 26) 竹村玲子, 山本美智子, 村勢敏郎 et al. : 小児大うつ病への薬物療法の有効性と安全性. *医学のあゆみ* 210 : 943-960,2004.
- 27) 十一元三 : 児童青年期の抑うつ状態への薬物療法. *臨床精神薬理* 8 : 1705-1712,2005.
- 28) Wogner KD : Pharmacotherapy for major depression in children and adolescents. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 29 : 819-826, 2005

【特集 自殺に関連したうつ病対策 —その現状と課題—】

青年期の自殺：現状と課題 (学生アンケートを中心に)

Suicide of the youth : Its actual situations and problems, based on the questionnaire to students

大 嶋 美 登 子

Mitoko Oshima

1 はじめに

心身の急激な変化が訪れる思春期とそれに続く青年期は、生きること死ぬことについて考えたり、時には死をあこがれたりする時期であるといえる。自殺へとひかれていく人間の本质をもっとも顕著にあらわしているのが、青年期の自殺とってよいであろう。

日本では1998年以後、自殺者が30,000人を超え、自殺の問題は社会全体で取り組まねばならない課題となっている。中でも働き盛りの男性の自殺については、喫緊の課題とされているが、自殺問題を考えるとき、若年層の問題もきわめて重要である。なぜなら第一に、自殺問題の本質がそこにあらわれており、第二に若年層においては死因の第1位が自殺であるからである(厚生労働省の人口動態調査によると、2003年において、死亡原因のうち自殺の占める割合は、20～24歳では36.9%、25～29歳では40.8%にも達し、死因順位をみると、男性では20～40歳で1位、女性では15～34歳で1位となっている)。

本稿では、自殺についての学生アンケートを素材として、彼らが自殺をどのように考えているか、なぜ自殺しようとするのか、なにが自殺をとどまらせるのかなどを浮かび上がらせてみたい。さらに、新たな社会問題となっているネット心中にもふれ、青年期の自殺の現状と課題を探っていききたい。

2 学生アンケート

2005年9月、別府大学の学生を対象に、自殺について、記述式で質問紙調査を行った。筆者が受け持つ講義のなかの2クラスの学生に協力を求めたところ、ほとんどの学生(106人)が回答を寄せてくれた(表-1)。

以下、40歳以上の3人をのぞいた18歳から31歳までの103人を対象(男性40人(39%)、女性63人(61%)、年齢の中央値は19歳)として、結果をまとめた。

調査は、「皆さんが自殺についてどのように考えているかを教えてほしいので、協力をお願いしたい」と教示して行った。質問項目は年齢、性別、自殺したいことがあったか、という項目に続き、自由記述で回答を求めた。内容は、①自殺したいと思ったことのある人は、いつごろ・どんな時? なぜ? 思いとどまったのはなぜ? ②人はなぜ自殺しようと思うのでしょうか? ③若者の自殺についてあなたの考えを述べてください、の項目を設けた。

自殺についての学生たちの思いを知りたいと考え、自由記述とし、質問項目も②③は特に、抽象的・観念的な問いとして投げかけた。そして、「今表現できる範囲で、もし可能ならば教えてほしい」としたため、結果は量的分析には正確さを欠く面は免れない。そこで、グラウンディッドセオリー法を用いながら、質的分析を試みた。

【自殺を考えたことがある人】

「自殺したいと思ったことがありますか?」という問いに「はい」と答えた人は50人、「いいえ」と答えた人は53人であった。実に半数近くが自殺を考えたことがある、という結果であった(ちなみに、今回対象からのぞいた40歳以上の3人は、いずれ

別府大学
Beppu University

大分県別府市北石垣 82
82 Kitaishigaki Beppu city Oita Prefecture

も「いいえ」という回答であった)。性別で見ると、男性は17人(42.5%)、女性は33人(52.4%)で、女性の方が自殺を考えたことがある人が多かった。

【自殺を考えた時期】

自殺を考えた時期については、11人が特定できるような形で述べていなかった。特定できた39人については、小学校時代が4人、中学校時代が7人、高校時代が12人(内、小・中学校時代からが2人、中学校からが2人)、大学生になっても考えてたことがある人が16人(内、小学校からが1人、中学校からが1人、高校からが3人)で、その中の12

人もが今も考えていると答えている。

【自殺を考えた原因・理由】

自殺を考えたことのある50人についての、その原因・理由は、表-3のとおりである。自殺を考える原因・理由を安易に単純化して分類してしまうことは、実際の個別の現象を捉え損なうおそれがあり、その本質がこぼれおちる可能性がある。そのことをふまえたうえで、記述したことばや文章を拾い上げて、自殺を考えた原因・理由となることを浮かび上がらせるよう試みた(複数の理由をあげている人が多いが、無記入の人もいる)。

表-1 回答者(年齢・性別)

年齢	18歳	19歳	20歳	21歳	22歳	23歳	31歳	40以上	計
男性	8人	18人	7人	4人	2人	0人	1人	1人	41人
女性	15人	31人	12人	1人	1人	3人	0人	2人	65人
計	23人	49人	19人	5人	3人	3人	1人	3人	106人

表-2 自殺を考えた原因・理由

大項目	件数	小項目(件数)
家庭	6件	
学校生活	13件	いじめ 5件 学校 4件 部活 3件 受験 1件
人間関係	11件	人間関係 6件 部活 3件 失恋 2件
孤独	10件	理解してくれる人がいない 2件 孤独・取り残された・見放された・居場所がない 8件
生きる苦しさ	10件	生きるのが苦しい 2件 楽になりたい 2件 つらい体験 6件
自己存在の意味	34件	生きる価値のない人間 12件 自己嫌悪 6件 すべてが嫌 2件 罪悪感 2件 自分を消したい 3件 生きたい気持ちの欠如 5件 疲れた 2件 生きる意味が分からない 2件
よく分からない	7件	わからない 2件 めんどろ 3件(いろいろめんどろ、生きるのがめんどろ、考えるのがめんどろ) その他 2件(ビミョウ、引っぱられる感じ)

【自殺を考えた時期と理由】

小学生と答えた4人のうち3人は、いじめの経験あげている。残りの1人は具体的理由は述べていない。「生きていて味わう苦しみやつらさより、『死』というものの方を選びたかったからかな?」と述べている。また、「小学生の頃、いじめられるのがつらかった」と答えたうちの1人はその理由として「生きるということに虚無感を感じた」と記している。

彼らのうち2人は当時を比較的冷静に振り返ることができており、今は自殺はすべきことではないと考えていると記しているが、質問項目③の若者の自殺については、本人の意志が固ければ食い止めようがないと思う、と記している。

小学生の時、つまり、かなり過去のことと受け止めながらも、虚無感を感じたり、自殺防止は困難と述べており、その体験が青年期にある今の自分の考えにつながっていることが伺える。

中学生の時と答えた7人のうち6人は、部活、友人関係、嫌がらせ、といった学校における対人関係での苦しさをあげている。後1人は自分の身体の障害についての苦悩と孤独をあげている。中学になると、いじめの経験の受け止め方も多少違ってくるようである。たとえば、「あのころ軽いやがらせのようなものあって、じぶんのがよくわからなくなり、自分が悪かったのではないかなど考え、ここにいて良いのかわからなくなった」とか、「いじめをくらい、生きていく意味が分からなかった」など、いじめそのものから自分の存在の意味に向かう悩みが出てくる。

高校生になると、さらにその傾向が強まっていく。「自己嫌悪」、「生きていくことが罪」、「生きていくことの恐怖」、「すべてから身を引きたい」、「何もかも嫌になった」、「どうでもいい」、「孤独」、「居場所のなさ」などが多く出てくる。人間関係の悩みでも、特定の人との関係や出来事だけでなく、「孤独」「居場所のなさ」と表現されるように、よりひろく抽象的な対人関係の悩みへと広がっていく傾向がある。同時に、部活、受験、失恋、つらいことがあったなど、具体的なことがらを記した人も半数の6人(高校時代と特定して自殺を考えたと答えた12人の内)いた。その内容は、中学時代の「死にたい」に比べ、深刻に死を考える様相を帯びてくるようである。部活、恋愛など密な人間関係の中での葛藤と、そこから発展して、自分の存在の意味へとつながる。その

中には実際に自殺を試みた人もいた。

大学に入ってから、具体的なきっかけとなる事柄の記述はほとんどみられない。「つらいことがあった」、「人間関係」、「孤独」という表現が用いられている。自己嫌悪、性格の悩みを含めて、自分自身の価値や存在への疑問は高校時代と同様に多いが、さらに特徴的なものは、「生きるのがめんどろ」、「考えるのがめんどろ」、「わからない」、「引っ張られる感じ」などの表現が用いられていることである。

「大学1年前期」、「入学後3ヶ月ぐらい」と時期を明記している人が2人おり、入学後の大学生活に適応困難を感じ自殺を考えた人もいることがうかがえる。また、小中学校時代から今に至るまで、ときどき、あるいは、ずっと死にたいと考えていたという人が3人いた。

【自殺企図、自殺念慮】

自殺を試みたと書いていた人が7人(全員女性)、いつも頭にあるような自殺念慮を現在も持っているといえるような人が少なくとも8人(女性6人、男性2人)特定できた。

自殺企図の具体的状況や方法については詳しくは特定できないが、リストカットや自傷を試みた人は7人、大量服薬が2人が確認できた。7人全員が高校時代ないし高校時代以前に自殺を試みている。そのうち1人のみが「大学に入って死にたいと思わなくなった。今は死ななくて良かったと思っています」と明記している。

また、ここにあげた15人のうち、小・中学校でも考えたことがあった人が3分の1含まれている。死への思いを、長い間持ち続けている人はリスクが高いといえよう。さらに、かなり深刻と思われる家族の問題にふれている人が3人いた。下記のBさん、Fさんのように精神疾患にかかっていることを記している人もいた。

【本人の記述】

以下、自殺への思いを表現してくれている典型例として、自殺企図の3例、自殺念慮の4例について本人自身の記述を引用する。

Aさん：19歳、女性

高校2年生から、今でも思うことはある。

学校に行きたくなくなったことが発端。それから自己嫌悪に陥って自分を消してしまいたく

なった。こんな自分を理解してくれる人もいない、家庭環境も最悪だった。リストカットを繰り返していた。(以下略)

Bさん：19歳、女性

中学2年生頃から今。現在も進行中。多少、気持ちに浮き沈みがある。

生きていても何も良い事など無い。自分等、生きる価値も無いと思った。学校に行くといやな気持ちになる。(中略) 段々、無気力になり、気が狂ったように……いや、狂ってしまったのか、お風呂で体を2度も3度も洗ったり、手を洗い続けても、臭いような気がして、いくら洗っても気が済まなくて、ノイローゼのようになった。登校拒否になって、一度は立ち直った。でも、高校になって大失恋した。暴走する気持ちを止められずに、やがて、リストカットするようになり、四六時中、死ぬ事を考えた。美しく、苦しまずに、早く死ぬる方法を考えた。(以下略)

Cさん：18歳、女性

中高合わせて2ケタ。せいかな数字は覚えていない。へたしたら、3ケタ。

家庭が元からぐしゃ×2で、それでいきおいが付いてしまったような感じ。多分、小5頃にも、死のうとした。

どうせ自由がないのなら、と思って死のうとしました。(中略)

それからは、しばらく、不登校とリスカをくりかえしました。

何度か、かぜ薬と眠薬を大量に飲んで寝てました。(以下略)

Dさん：21歳、男性

どうしようもない不甲斐なさ、嫌なことがあった時、ざせつ、無力感 or 無気力(生きるエネルギーが切れた時)、生きるのが面倒臭くなった時 etc....

方法=>くびつり、車にハネられようとする。etc...(以下略)

Eさん：18歳、女性

小学校6年、中学時代。高校2年。大学入ってから夏。

(理由は) わからない。ただ生きていくということにとどめを刺したくなる。寂しくてどうしようもなくなるから(?)。(中略) 虐げられて蔑まれて自分の生きている意味や価値を見出

せなくなるから。必要とされていないことを、むしろ消えて欲しいと周りが願っていることを確信するから。(以下略)

Fさん：20歳、男性

高校1年のころにあります。ほくは精神的な病をわずらっていて、だれも理解してくれず、孤独でした。ごく最近もあります。死ぬことの恐怖心とともに、生き続けることへの恐怖心もあってどうにも前にすすまず、生き続けることがつらくなった時、ほくは衝動的に生きることを止めてしまわないだろうか(生きていることすべてがいやにならないだろうか)と不安になるときがあります。

生きていくことへの恐怖心というものがあって追いうちをかけるようにすごく不運なことがおこったらほくは生きていく自信がありません。

でも、やはり自殺は罪だと思います。悲しいときも、それをたえたら光がみえる、少し強くなる。そういうことがあるからほくは生きていける。ほかの人達も短気をおこさず、おちついてふみとどまってほしいとほくは思います。

Gさん：19歳、女性

毎日、思います。いろいろめんどくさくなる。物を見ること、書くこと、人と会う事、かなしくなる事、食べる事、笑うこと、朝起きること、人を憎むこと、etc. ...

(思いとどまったのは)授業があるから(高いお金をはらっているから)。

世界が嫌になった時、自分が嫌になった時 etc....(人は自殺しようと思う)(以下略)

【思いとどまった理由】

思いとどまった理由をまとめたのが表-3である。

自殺を思いとどまる理由の記述を内容的にみると、大きく分けて自分との関係(自分自身の考えや思い)と他者との関係(外界の現実)という2つの要素が考えられた。

自分との関係に注目すると、「やりたいことがある」、「夢に一步近づいた」など「生きていこう」と前向きな考えへの変化が伺える記述が10件あったが、多いのはその対局の「怖かった」、「勇気がなかった」から死ぬなかったという記述であった。自殺願

表-3 思いとどまった理由 (件数)

大項目	中項目	小項目
自分との関係(45件)	死ねなかった(23件)	簡単には死ねなかった(3) 勇気がなかった(7) 怖かった(8) 先延ばしにしている(1) 本気でなかった(4)
	もう少し生きてみる(7件)	今は生きる気持ちの方がつよい(1) 死ぬのもエネルギーがいる(1) いなくても同じならいることにしよう(1) なんとなく 等
	逃げたくない(5件)	逃げたくない(2) 自分の負け、弱い人間になりたくない(2) 死んでも解決しない(1)
	生きていこう(10件)	生きたいんだと気づいた(2) やりたいこと、やり残したことがある(4) 命がもったいない(2) 生きるのが当たり前(1) 生きている人に失礼(1)
他者との関係(19件)	我に返った(2件)	我に返った(1) 知らない人に止められて我に返った(1)
	家族の存在(8件)	親が支えてくれた(1) 家族の存在(1) 親が悲しむ、申し訳ない(2) 親のことを考える、親1人残せない(4)
	友人、受け入れてくれる人の存在(7件)	大切な人、友人、担任の支え(5) 友人が悲しむ(2)
	迷惑をかける(2件)	死んだ方が迷惑、死んだら他に迷惑(2)
	日常生活(1件)	授業があるから(1)

望を乗り越えたように思わせる記述でも、全体としての危うさが伺えた。たとえば、「弱い人間になりたくない」と記した人もすぐその後に、「でも死にたい」と記している。あるいは、上述のEさんは、「もう少し生きてみることにした」と言いながら「思いとどまるというよりは先延ばしにしている気がする。まだだめだと、今は止めておこうとか。生きている実感がわかなきゃ、いつまでも自殺したいとおもうはず」と記している。小項目の「本気でなかった」のなかにも「傷ついている自分が好きなのかも」と記述した人もいる。

他者との関係では、家族をはじめとする大切な人の存在をあげる人が多かった。小項目の「我に返った」には「見ず知らずのお年寄りに『早まっちゃいかん』と止められて、我に返った」という具体的な記述があった。はっと現実に引き戻されるものから、日常生活の連続の中で「授業があるから」とりあ

ず死ぬのを止めているものまでがふくまれる。

他者の存在によって思いとどまったものの中でも、家族と家族以外の他者(友人や担任の教師)では様相が異なっていた。家族に対しては「悲しませてはいけない」という思いの方が家族によって支えられるよりも多い。家族が直接に力になったり支えてくれたりすることで思いとどまることは少ない。それに対して、家族以外の他者は自分の理解者であり支えてくれたと位置づけられていることが多い。さらに詳しく見ていくと、友人や担任の支えを記述したうちの3人は小学校時代のいじめ、中学校時代の部活が原因で死にたいと考え、担任やチームメイトなどの関係者が手をさしのべてくれて思いとどまっている。他者との関係で直接的に支えられるのは、比較的年齢の若い思春期以前であることが多いと考えられる。

青年期になってからは、他者の存在も自分自身と

の関係のなかで意味づけられる。つまり、家族や友人を悲しませない、大切な人に迷惑をかけない、ということがプレーキになっている。直接的な支えというより、すでに、それまでに互いに大切な存在として認め合う関係が築けているかどうかが鍵になるといえる。死を現実と考えたらやはり「怖い」と感じたりしながら、生きていくことの方を選び取るという本人の内面が動くことが、自殺を思いとどまるための大きな要素である。他者の存在が自分自身の存在意義につながる時、はじめて意味を持つてくるといえよう。

3 ネット心中

2003年2月、埼玉県で3人の男女が集団で自殺した事件がおきた。発見者である17歳の女子高校生の証言から、彼らが自殺系サイトで知り合い、どのように自殺するかをたびたび打ち合わせあっていたということが明らかになり、社会に大きな衝撃を与えた。この事件は、連日のようにマスコミで報道され、その後それを模倣するような自殺が多発した。

警察庁の発表によると、いわゆる「ネット心中」事件は2003年に15件、2004年に8件、2005年には8月末現在で27件おきている。ほとんどが10代後半から30代前半の若者たちであった。インターネット接続業者や管理者の自主規制や報道のあり方によってネット心中の連鎖が落ち着いてきたかと思われたが、再び増加している。そうした状況の中で、2005年10月、通信関連4団体は、総務省や警察庁と協力し、情報開示の指針を策定した。同時に、警察庁は各警察本部にネット接続業者と連携して自殺予防に努めるよう指示した。

自殺系サイトが注目されるようになったのは、1998年12月のドクターキリコ事件といってよい。「安楽死狂会」というホームページの掲示板「ドクターキリコの診察室」でドクターキリコこと草壁（ハンドルネーム）が自殺に関する相談にのっていた。彼から青酸カリが入ったカプセルを購入した女性がそれを飲んで自殺し、その後、警察からその連絡を受けた草壁も自殺したという事件である。警察は彼を自殺補助の疑いで被疑者死亡のまま書類送検した。

社会一般からは、「毒物薬物取扱者」の資格を持つ

た草壁が、インターネットの自殺系サイトを通して青酸カリを販売し自殺を補助し、それが明るみに出て自らも自殺した、と解釈された。しかし、もう少し丁寧に追っていくと、別の側面が見えてくる。彼はうつ病を患い「我々のこういう、どうしようもない気持ちなんて、所詮我々にしか解らない」、「医者が出す薬やカウンセリングなんかよりも、青酸カリのほうが、余程自殺抑制力になる」と、死ぬる薬が目前にあれば、逆説的に自殺を回避できると考えていたようである。つまり、ネットを自殺を押しとどめる手段として使おうとしたこと、その背後にうつ病があったことという側面である。

洪井が直接に接触を持った「ネット心中の志願者」の6人（17歳～35歳）をみると、5人までが実際に自殺を試みている。また、背後には家族の病理が伺え、幼い頃から死にたい思いをもち、うつ状態になったり、自傷行為をくりかえしたりしている。自殺系サイトに集まるのは、こうした自殺リスクの高い人であるのは事実であるが、そこでのやりとりをくりかえす中で自殺を先延ばししたり思いとどまったりする人も少なくない。自殺予防サイトも含めて、「インターネットは生きづらさ系のひとの駆け込み寺」（洪井）であるといえる。

4 青年期の自殺

青年期は自己の内面に眼が向かい、自分の存在の意味、自分の生きる意味、自分の人生を考える時期である。自殺を含め生と死について人生の中でもっとも真摯に考え、自分なりの人生の価値観を見いださねばならない時期である。今回のアンケートで49%の学生が自殺を考えたことがあると回答している。10代～30代の1000人に行った雨宮のネットアンケートでも「今の世の中が生きづらい（死にたい）と思っていますか」という問いに65%が「はい」と答えている。

家族の病理を抱えていたり、自分の存在を否定されるようなひどいじめなどのを経験した人は、青年期で自分の存在の意味と価値を見いだすことに苦悩する。また、社会全体が大きく変化し、価値観の多様化といわれる社会や個人の価値観の揺らぎは、青年期にある者に水面下で大きな影響をもたらしていると考えられる。年齢別に見た自殺率の年次比較では、昭和25年に20歳代が突出して自殺率が高く

なっている。社会全体の価値観が大きく揺らいだ第2次世界大戦後を経験した多くの若者が、自殺を試みたと考えられる。今日の社会不安と価値観の動揺が今後影響することが懸念される。

そこに、現実的な問題が加わるといっそう自殺傾向が強まるであろう。さらに、うつ病、統合失調症、境界性人格障害というような状態があればなおさらである。通奏低音のように、死への思いがながれており、ある事柄や状況とシンクロナイズしたとき、その思いが浮上する。そして、具体的方法がそこに在り、それが可能であるならば、死の方向に向かっていく。

その流れを引きとどめるのは、しがらみである。死の方向に向かった価値観の再考を促すものや他者の存在である。今は自殺を実行できないという状況である。ネットをふくめた他者や社会との関係の中で自問自答して価値観を再考したり、家族や大切な人の存在と自分との関係を考え直したり、自殺の可能性を察知した人の直接的な働きかけを感じたりすることが、自殺をとりあえず先延ばしする要因となっているのではないだろうか。

参考文献

- 1) 秋山聡平, 齊藤友紀雄編: 自殺問題 Q&A- 自殺予防のために. 現代のエスプリ別冊. 至文堂, 2002.
- 2) 雨宮処凜: すごい生き方, サンクチュアリ・パブリッシング, 東京, 2006.
- 3) Durkheim E: Le suicide: étude de sociologie, nouvelle edition, 3^e trimestre, Presses Universitaires de France, 1960. (宮島喬訳: 自殺論. 中央公論新社, 東京, 1985)
- 4) 平山正実監修: 自ら逝ったあなた、遺された私 - 家族の自死と向きあう. 朝日出版社, 東京, 2004.
- 5) 堀正士: 筑波大学における 28 年間の自殺学生分析. 精神神経学雑誌 107: 545-562, 2005.
- 6) 自死遺児編集委員会・あしなが育英会編: 自殺っていえなかった. サンマーク出版, 東京, 2002.
- 7) 狩野力八郎: 重症人格障害の自殺とその予防. 精神神経学雑誌 107: 1086-1092, 2005.
- 8) こころの臨床 à la carte, 特集なぜ? 自殺, vol.23, no.1, 星和書店, 東京, 2004.
- 9) 厚生労働省: 人口動態調査 <http://www.mhlw.go.jp/toukeisaikin/hw/jinkou/tokusyuu/suicide04>
- 10) 日下忠文, 齊藤友紀雄編: 自殺未遂、そして遺された人たち. 現代のエスプリ 455. 至文堂, 東京, 2005.
- 11) 中西信夫, 関由賀子: 初期統合失調症の自殺既遂例. 精神神経学雑誌 107: 1078-1085, 2005.
- 12) 能智正博: 質的研究, 下山晴彦・丹野義彦編. 講座臨床心理学 2 臨床心理学研究 41-60, 2001.
- 13) 毎日新聞: 「ネット自殺」対策で通信団体情報開示の指針策定. 2005/10/6.
- 14) 宮島喬: デュルケム自殺論. 有斐閣, 東京, 1979.
- 15) 臨床精神医学, 特集自殺予防対策を考える, vol.33, no.12, アークメディア, 東京, 2004.
- 16) 洪井哲也: 出会い系サイトと若者たち. 洋泉社, 東京, 2003.
- 17) 洪井哲也: ネット心中. 日本放送出版協会, 東京, 2004.
- 18) 洪井哲也: 「ネット心中」が映し出すもの. 世界 743: 197-198, 岩波書店, 東京, 2005.
- 19) Shneidman E: Autopsy of a suicidal mind. Oxford University Press, New York, 2004. (高橋祥友訳: アーサーはなぜ自殺したのか. 誠信書房, 東京, 2005.)
- 20) 高橋祥友: 自殺の心理学. 講談社, 東京, 1997.
- 21) 高橋祥友: 青少年のための自殺予防マニュアル. 金剛出版, 東京, 1999.
- 22) 高橋祥友編: こころの科学. 特別企画自殺予防. 118. 日本評論社, 東京, 2004.
- 23) 張賢徳: 自殺遂行時の思い. こころの臨床 à la carte. 23 (1), 47-50, 2004.
- 24) 内野悌司: 大学生の自殺予防. こころの科学. 118: 23-28, 2004.
- 25) 吉田敬子, 山下洋, 神庭重信: 子どもの自殺とその予防について. 精神神経学雑誌. 107: 1093-1098, 2005.

【特集 自殺に関連したうつ病対策 —その現状と課題—】

高齢者のうつ病と自殺予防対策

The suicidal preventive countermeasure and depression.

長田賢一¹⁾、中野三穂¹⁾、御園生篤志¹⁾、高橋清文¹⁾、
高橋美保¹⁾、長谷川洋¹⁾、金井重人¹⁾、貴家康男¹⁾、
田中大輔¹⁾、渡邊直樹³⁾、山田光彦⁴⁾、朝倉幹雄²⁾

Kenichi Osada, Miho Nakano, Atsushi Misonoh, Kiyofumi Takahashi,

Miho Takahashi, Hiroshi Hasegawa, Shigeto Kanai, Yasuo Sasuga,

Daisuke Tanaka, Naoki Watanabe, Mitsuhiro Yamada, Mikio Asakura

はじめに

WHOの報告によると2000年において世界中で約100万人の人が自殺で死亡しており人口10万人あたりの自殺死亡率は16と推定され、40秒間に1人の割合で自殺者がでてくる計算になる。男性の自殺率は女性の約5倍である。ただし中国は例外的で、男性より女性の自殺者数が多い。2020年においては世界の自殺者数は153万人に達すると推計されている。過去45年間で世界の自殺率は60%増加しており、15～44歳の年齢階級で自殺は死亡原因

の第3位になっている。そして自殺未遂者は自殺既遂者の約20倍にのぼると推定されている。男性高齢者は伝統的に自殺率が高いが、最近では若年者の自殺が増加しており、世界の三分の一の国々で若年者は最も自殺率が高くなっている。世界規模でみると、自殺は世界的な疾病負担(global burden of disease)の1.4%を占めている。西太平洋地域では自殺による経済的損失は疾病による全経済損失の2.5%を占めると推定されている。

多くのヨーロッパ諸国において、自殺者数は交通事故者数より多い。2001年のデータでは、世界中の自殺者数は殺人(50万人)と戦争による死亡者(23万人)より多い。WHOの報告している世界各国の自殺率マップを国別にみると、自殺率(人口10万対)の高い国は東ヨーロッパに多く、ラテンアメリカ諸国とイスラム諸国で低い。東ヨーロッパではエストニア(1996年男性:64.3)、ラトビア(1996年男性:64.3)、リトアニア(1996年男性:79.3)といった国で自殺率が高い。そのほかロシア(1995年男性:72.9)、フィンランド(1995年男性:43.3)、ハンガリー(1997年男性:49.2)といった国でも高率である。日本(1996年男性:26.3)は世界的にみると自殺高率国に入る。年齢別の自殺率は国により異なっている。日本では40～50歳代の自殺率が高いが、フィンランドやハンガリーでは30～40歳代が多い。アメリカでは10～30歳代の若年男性の自殺率が高い。一方、フランスでは30～40歳代とともに60歳以上の高齢者の自殺率も高い。このような違いは高齢化の進展や社会保障制度の違いが関連しているものと推察される。現在、先進各国において国家的な自殺予防対策が立てられ実施されているが、自殺

-
- 1) 聖マリアンナ医科大学 神経精神科学教室
Department of Neuropsychiatry, St. Marianna University School of Medicine
〒216-8511 川崎市宮前区菅生 2-16-1
2-16-1 Sugao, Miyamae-ku, Kawasaki, 216-8511
- 2) 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
神経精神科
Department of Neuropsychiatry, St. Marianna University School of Medicine Yokohama-shi, Seibu Hospital
〒241-0811 横浜市旭区矢指町 1197-1
1197-1, Yazashi-cho, Asahi-ku, Yokohama, 241-0811
- 3) 青森県立精神保健福祉センター
Aomori Prefectural Mental Health Center
〒038 - 0031 青森市大字三内字沢部 353 - 92
353-92 Sawabe Sannai-aza, Oo-aza Aomori, 038-0031
- 4) 国立精神・神経センター精神保健研究所
老人精神保健部
Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health National Center of Neurology and Psychiatry
〒187-8502 東京都小平市小川東町 4-1-1
4-1-1 Ogawahigashimachi, Kodaira, Tokyo, 187-8502

予防のターゲットとなる年齢層に違いがあることに留意すべきである。

我が国において自殺の時系列変動は失業率と強い相関がある。世界各国における自殺率と失業率の関連を調べた最新の研究では、多くの国で両者に有意な相関を認めたと、一部の国ではこのような相関が認められなかった。1990年代に入りフィンランドとスウェーデンでは1990年以前に認められた両者の強い相関が弱くなった。理由として両国とも1990年代に入ってから国家レベルでの精神的な自殺予防対策が実施されており、このことが自殺率と失業率の相関の減弱と関係している可能性がある。

フィンランドは人口500万人ほどの国である。フィンランドでは1987年4月から1988年3月までの1年間で自殺した1,387名を対象として、229例(男性172例、女性57例)を無作為抽出し、一例一例丹念に吟味し精神障害の有無を検討した。その結果93%に何らかの精神障害の診断名がつくことが判明した。さらにそのうち66%にうつ病性障害の診断名があてはまることが判明した。さらにアルコール性障害が43%、不安障害が11%、人格障害が31%、そして統合失調症が7%であった。このエビデンスからみてもうつ状態あるいはうつ病が自殺に大きく関連していることがわかる。

さらに大規模な研究としてはWHO(世界保健機構)のものがある。自殺をした15,629例を検討したところ、うつ病を含むいわゆる気分障害が30.2%、アルコール依存などの物質関連障害が17.6%、統合失調症が14.1%そして人格障害が13.0%であったという報告である。我が国ではこのような大規模な調査研究はみられないが、東京都観察医務院の研究がある。それによると東京都23区内の2001～2002年の間に得られた自殺既遂者の死亡診断書のうち、精神障害の診断名が記載されているものが2001年では625名(33.6%)、2002年では563名(31.2%)であった。その内訳をみると約半数がうつ病で最も多い。さらに自殺者の家族からの情報を得て自殺者の生前の様子を把握する心理学的剖検(psychological autopsy study)によってエビデンスを得ようとする試みは諸外国では数多く行なわれている。その場合にもやはり自殺者がうつ病あるいはうつ病性障害であったという割合は高く30～70%となっている¹⁾。また高橋は自らの調査も含めて、老年期の自殺者に占めるうつ病・うつ状態の

割合を報告しているが、いずれの報告も6割以上となっている²⁾。従って厚生労働省は自殺予防の戦略としてうつ病に焦点をあて、うつ病についての知識を広める普及啓発運動を行なうこと、さらにうつ病を早期に発見し治療に結びつけていく取り組みをすすめている。うつ病以外の統合失調症やアルコール依存そして人格障害においても、自殺に至るプロセスのなかでうつ状態に陥っている可能性がある。また飲酒とうつ状態と自殺は「死のトライアングル」とも言われており、飲酒そのものがうつ状態をひきおこし、うつ状態をまぎらわすためにますます飲酒をしたり、飲酒によって衝動性が強化されてしまう。人格障害でも自己の対人関係に絶望してうつ状態から衝動行為に至っていると思われる。このことから、うつ状態に対処することが重要なのである。

フィンランドでは1987年から10年間かけて、国家として、自殺予防に取り組むことを決定し、10年後に自殺死亡者数を20%減少させるという目標を掲げた。1992年に公表された“Healthy People 2000”というアメリカの健康増進政策では、自殺率を11.7%から10%に減少させることが目標として掲げられた。

健康増進政策の一環として自殺予防の目標が掲げられた理由の1つは、自殺は公衆衛生学的には避けられる死(avoidable death)であるという認識があるためである。自殺という個人的と思われる問題に、国や地方自治体(パブリック)は関わるべきである。なぜなら、個人的な自己決定の問題とされてきた自殺は、単純な個人の問題ではなく、社会経済的な背景と密接に結びついた健康現象であることがわかってきたからである。すべての自殺者ではないが、彼らの多くは最終段階ではうつ病に罹患していると思われるケースが多く、自由意志ではなく、病的状態のなかで自殺を執行している例が多いことが明らかにされている。うつ病の薬物治療が進んだ現在、自殺に至る前の適切うつ病の治療により自殺は予防できるため、うつ状態による自殺は積極的に取り組むべき課題である。

また、心理的な悩みを引き起こす要因としては、経済的な破綻や家族関係のストレスなどの社会経済的条件が深く関わっており、うつ病にかかる前段階において、これらに対する社会の適切な介入により自殺は予防できると考えられる。

自殺未遂を起こした者が、治療後に回復した際

に、自殺しないでよかったとふりかえる例が多いことも、社会的介入を認める根拠としてあげられる。また、自殺者の残された家族や周囲の者が深い悲しみに陥り、うつ状態となるリスクが高まることから、遺族へのケアというポストベンション(postvention)の問題は重要な公衆衛生的課題となることも理由としてあげられる。

これらの自殺予防への取組みは高齢者においても、重要である。かつては高齢者の自殺は疾病苦や配偶者の死、孤独といった社会環境の変化等の「避けられない原因による死」であるという暗黙の認識があった。しかしながら高齢者の自殺にあっても独特なリスクファクターはあるにせよ、やはり「うつ状態」である事が自殺に至る重要な要因であることが注目されてきている。

以下に自殺に至るリスクファクターや自殺にかかわる問題点・予防戦略について挙げる。特に高齢者と自殺は新たなトピックスでありいくつかの事例を紹介する。

自殺のリスクファクター

以下に過去の研究から提唱された自殺リスクファクターを大きく分けて7種類に分類した。

1. 自殺企図歴

何度も自殺企図をくりかえしている人は自殺既遂にいたることはないという考えは誤解である。実際には既遂に至ることが多く注意が必要である。また、自殺を一度体験した人は「もうこりごり」と考えて自殺しないかという、これもそうではない。むしろ「何で失敗してしまったのか」と悔やみ、周囲に迷惑をかけてしまったとますます自責的となり、「今度こそは失敗しないように」とより確実な方法を選ぶと考えたほうがよい。思春期の若者たちが軽いリストカットをくりかえすが、このような人たちは決して重篤な自殺企図をくりかえすことはないとも誤解である。基本的に衝動性は高く、既遂に至る可能性もある。

2. 精神障害

うつ病などの気分障害のほか、統合失調症、アルコール依存、薬物依存、人格障害などのいわゆる精神障害をわずらっている人は、通常の人たちより

も自殺の危険は高い。統合失調症では、1つは幻聴に指示されてそのとおりに行動して自殺に至る場合と、症状が改善しないことに悲観して自殺に至る場合とが考えられる。しかも統合失調症では現実の受け止め方が一面的である場合があり、通常は何事もないことに動揺してしまうことがある。統合失調症の患者はちょっとした生活の変化などのストレスに弱いのである。

アルコール依存症の人も飲酒時に暴力をふるうなど攻撃的・衝動的な面があり、そのエネルギーが自己に向けられたときには自殺に至る危険がある。薬物依存とくに覚せい剤依存などは自殺者が多いことでも知られている。なかなか離脱できずに社会的に脱落したり、孤立してしまうことも影響すると思われる。

人格障害のなかでも境界性人格障害は衝動性が強いので自殺の危険が高い。対人関係でうまく距離が保てず、他者の全体像をとらえず、一面的評価のみで判断し、他者のちょっとした態度の変化をすぐに「見はなされた」ととらえて自傷行為や自殺企図に至る。

3. 援助組織の欠如

悩みを相談できる相手がいないような状況におかれた人は、自殺の危険性が高い。未婚、離婚、離別、死別者は既婚者に比べて自殺率が高いという。一人暮らしの男性は同居者のいる男性に比べて8.6倍自殺するリスクが高かった報告がある³⁾。自殺者の多くは自己の悩みを誰にも伝えず、ひとりで抱え込んでしまっている。とくに中高年の男性の自殺者は悩みがあってもそれを誰かに伝えていることは少ないと思われる。東北地方の高齢者は三世同居の中の自殺が特徴的であるが、一緒に生活していても互いに気持ちを交流させることなく、孤立していることが考えられる。

4. 性別

男性のほうが女性よりも3倍ほど自殺率が高いことが知られている。うつ病の生涯有病率(調査時点までにうつ病であったことが確認される率)は我が国の調査研究では男性が4.6%、女性が9.7%であり、女性のほうが2倍ほどの出現率である。しかし自殺は男性のほうが多いのである。つまり、うつ病になることが必ずしも自殺に結びつくわけではなく、希

死念慮はあっても自殺しないですんでいることが考えられる。女性のほうが男性よりも相談相手を得やすいことが大きな歯止めになっている可能性も高いと考えられる。国際比較では、諸外国に比して我が国の女性の自殺率はかなり上位に位置し、1987年を例にとると6番目であった。我が国では女性も自殺する人が多いと言えるのである。

5. 年齢

これまで我が国では自殺率を示す曲線に3つのピークがあると言われてきた。ひとつは青年期の自殺であり、戦後10年くらいにピークを示した。青年期の自殺はその後減少傾向を示していたが、最近になって再び増加傾向にあることに注意しなければならない。次のピークは男性にのみ認められる中高年(40～64歳)の自殺である。1998(平成10)年から3万人を超える自殺者の4割がこの中高年層なのである。最後に上昇傾向を示しているのは高齢者(65歳以上)の自殺である。これは我が国の場合男女ともにあてはまる傾向にある。

6. 喪失体験

とくに高齢者は多くの喪失体験に遭遇するのであり、そのことが自殺に影響を与えていると思われる。高齢になるとまず自己の身体能力が低下したり、病気になることで今までできていたことができなくなったりする。また退職して、これまでの人間関係を失うこととなる。家族関係においては配偶者を病気で失ったり、子どもたちが自立して家から離れていったりする。加齢とともに友人たちとも死別し、孤立感を強めていくのである。

7. 性格、家族歴、その他

未熟で依存的、衝動的、強迫的、病的な完全癖を示す性格は自殺に結びつきやすい因子であろう。そのほか孤立、抑うつ、反社会的な傾向の人も自殺率が高いと言われている。家系に自殺者がいると当事者も自殺をする危険性が高くなる。抑うつ感を抱きやすい家系ということもあるし、そうでなくとも兄弟姉妹で自殺をしてしまう場合がある。したがって家系の中に自殺者がいた場合には注意が必要である。その他以下の項目もリスクファクターと考えられる。

事故傾性：これは自殺には含まれないが、間接

的な自殺が含まれている可能性も否定できない。例えば時速制限30kmの道路をフルスピードで走ったり、事故もいとわれないような無謀な運転をするような傾向である。

児童虐待：虐待を受けた児童が成長して家庭をもったときに、同じように自分の子どもたちを虐待してしまうということがある。これと同じように、自殺者ができれば子どもたちもそのことを学習し、自分自身も自殺してしまうリスクを高める。子どもにとって親の自殺体験は一種の虐待と言えるであろう。ケアが必要とされる。

現代の自殺問題

1. 機能不全の家族

インターネットを通して知り合った青年男女が落ち合って、互いに合意のうえで車のドアを密封して練炭をたいて一酸化炭素中毒で自殺をするということが日本各地で起こっている。その根底にはやはり現代社会に対する若者たちの不信感と不適應感があるように思われる。彼らの背景をさぐると、世の中に信用出来る人は誰もいないと受け止めている。親も信用できない。父親は他の女性に走りこどもたちをすてて蒸発してしまった。母親も別の男性と一緒にになったというようななかで、子どもたちは愛情を受けた記憶がない。そのうえ、同居の男性から頻りに暴力を受けたなどの体験があったりするのである。学校でもいじめにあっていることが多い。ひきこもるようになった彼らは、唯一ネットという仮想現実の中で仲間探しをしていたのではないであろうか。このように自殺者の家族関係をみてみると、いわゆる「機能不全の家族」が多い。思春期のケースは詳しい報道によってあらたな自殺が誘発される危険性があるので、詳細は明かされないことが多いのであるが、問題を明確にしていく報道は必要であるし有益であると考えられる。J. Rustは米国の機能不全の家族とその子どもたちの反応として以下のような例をあげている⁴⁾。父親はアルコール依存であり、飲酒をして帰宅しては母親に暴力をふるう。しかし母親はそのような状況を問題とせず、ひたすら耐えて、結果としてそのような父親をますます助長させてしまう、いわば「共依存」の関係をつくってしまう。そのような両親に育てられた子どもたちは以下のような反応型を示すという。ひとつは「ヒー

ロー」になることもである。家庭の悪い面を外部には隠して自分が優秀なこともであろうとするのである。成績も良かったりするが、心のなかではストレスを抱きつづける。もうひとつは「スケープゴート」の役割を演じることもである。例えば摂食障害になったり、自殺企図をくりかえすことでやはり両親の問題を明確にせずに自分のほうに注意を向けさせ、かろうじて家族の崩壊を防ぎ維持しようとする。もうひとつ、「マスコット」として機能するタイプがある。家族の深刻な状況を覆い隠すかのようにひたすらおどけるのである。最後に、「失われたこども」(ロストチャイルド)としての表現型がある。家族の中でのいるかいないかわからないようなこどもになるのである。孤独感や見すてられ感を抱きながら生きるのである。こどもたちの両親に対するこのような反応は我が国においても観察することができるし、自殺や自殺未遂をすることもたちにより多く観察できる。

2. 経済問題と労働環境の変化

我が国では失業率と自殺率の曲線がみごとに相関すると言われている。確かに3万人を超える自殺者をだすに至った要因は経済問題に伴う男性の自殺の増加と言ってよいであろう。長年、企業に忠誠をつくして働いてきたが、その忠誠心を裏切るかのようなリストラという過酷な仕打ちや、信頼していた上司の汚職、さらには労働条件が悪化し過労傾向となるなど、我が国の企業の体質そのものが不安定になってしまった。互いの競争をあおる雇用体制では、敗者は職場を去らなければならない。長時間労働を強いられているうちに誰にも相談できないままストレスをためこみ、いつしかうつ状態となり、知らず知らずのうちに希死念慮から自殺に至る。

3. 高齢者の心に残る日本的規範

高齢者はまた異なった心理状態から自殺という行動をとっていると思われる。103歳で自殺した高齢者もいるようであるが、いったいそれはどのような心理によるのであろうか。欧米では一人暮らしの孤独老人が都会で自殺することが多いのであるが、我が国では高齢者に関しては三世同居の自殺が多いという特徴がある。我が国の高齢者はとくに家族関係の葛藤を抱えての自殺が多いようである。その場合、「申し訳ない」とか「迷惑をかける」という心

理機制がはたらいっている。長野県から東北一帯に広まる「姥捨(うばすて)思想」は今も生きているのであろうか。深沢七郎が『楢山節考』の中で描いたおりんばあさんの自己犠牲的な身の処し方を理想とするという考え方である。また高齢男性においては悩みを誰にも伝えずに「自己責任」というとらえ方で自殺に至ることが多いのではないかと考えられる。渡邊らが行った1995(平成7)年に由利町で行なわれた自殺者の家族への訪問調査でも、家族から聞き取ることでできた高齢自殺者の心理として、「病気が悪くなると入院させられるのでは」とか「世話になりたくない」「申し訳ない」ということがばか聞かれている⁵⁾。

高齢者と自殺

オーストラリアでは、家庭医を訪れる高齢者の5~10%が大うつ病性障害の診断基準を満たす兆候をしめしているながら、プライマリーケアの段階で十分な診断と治療がされていないという報告がある⁶⁾。この報告をふまえPfaffらが高齢者で自殺を考えた事がある人とならない人でリスクファクターを調査したところ、自殺を考えた事がある人では身体疾患の存在、12ヶ月以内の健康状態の悪化、睡眠障害の存在、喫煙、抑うつ感が有意に増加していた⁷⁾。特に抑うつ感を感じた割合は、自殺を考えた人では自殺を考えたことがない人に比べ7.3倍もの差がしめされた。したがって家庭医レベルでのうつ病の診断治療が重要であると結論付けている⁷⁾。

日本においてもこれら高齢者の抱える問題、またリスクファクターは同様に存在すると考えられる。さらに先に述べた様に「申し訳ない」「迷惑をかける」という日本的規範が根づよく存在するために高齢者の抑うつ感というのは自覚的にも他覚的にも気づかれないことが多いと思われる。

また、高齢者のうつ症状は、症状が典型的でなく、うつ病が見落とされやすい事が特徴である。抑うつ気分よりも、身体症状を訴えやすく、認知症と区別が難しい。例えば「不安がって家事ができなくなった」「日常のことを覚えていないことが多くなった」など、実はうつ病による不安症状であったり、周りのことに関心が乏しくなったために覚えていないだけということも多い。(実際に認知症である場合も40%は抑うつ症状を持ち、うつ病の治療で認知症

状も改善することが多いとの報告がある。)

このように高齢者においても、うつ病と自殺には強い関係性がある。高齢者には、加齢に伴う身体疾患の存在や認知力の低下、また社会的環境の変化によって抑うつ感の悪化するリスクが多く存在している。しかし、それにもかかわらず逆にそれらのリスクファクターが抑うつ感の存在を軽視する原因ともなっているのではないだろうか。

自殺に至る原因は性別、年齢、精神障害、社会環境、喪失体験等多岐にわたる。心理的要因、特にうつ状態は自殺との関係は直接的原因であり、間接的原因にもなりえる。

WHOの自殺予防戦略

WHOは開発途上国を含む世界全体での自殺予防戦略を示す必要があるため、プライマリヘルスケアの戦略をもとに自殺予防戦略を示している。戦略の基本は次の2つ、

- 1) 自殺行動と効果的な予防法は何かについて啓発活動を活発化させるために、世界レベル、地域レベル (WHO 地域事務局担当地域)、国レベルでの、多部門にわたる活動を組織すること。
- 2) 自殺予防に関する国家政策と実行計画を立案し、評価を行なうことができる国の能力を強化すること。である。

具体的な活動としては以下のような活動があげられる。

- ①自殺のリスクの高い集団への支援と治療 (うつ病患者、高齢者、若者)
- ②自殺手段の規制を強化し、薬物、銃などを利用しづらくする
- ③自殺未遂で死ななかった人への支援のネットワークの強化
- ④プライマリヘルスケア従事者や保健部門以外の人に対する研修
- ⑤自殺率が高い国、自殺者の年齢構成が若者や女性に偏っている国、すでに自殺予防に関心をもっている国は、WHOがプロジェクト活動を始動させる優先順位の高い国とする。
- ⑥プロジェクトはWHO地域事務局と対象となる国とが協調してすすめる必要があり、タスクフォースがこれを支援する。

以上の戦略をふまえて、WHOはSUPRE (suicide

preventionの略) という自殺予防プロジェクトを始めている。このSUPREでは効果的な介入方法として次の3つをあげている。

- 1) 自殺手段の規制
- 2) うつ病とアルコール依存症の適切な治療
- 3) 学校教育への介入 (危機管理、自尊感情の育成、対処能力の向上、健康に関する自己決定能力の向上)

自殺予防対策で重要なのは医療保健部門をこえた協力が必要である。教育、労働、警察、裁判所、宗教、法律、政治、メディアといった部門をこえたアプローチが必要になることを理解しなければならない。

世界各国の自殺予防戦略

現在までにすでに多くの国で国家レベルでの自殺予防戦略と実行計画が立てられている。北欧諸国 (フィンランド、ノルウェー、スウェーデン、グリーンランド、デンマーク)、アメリカ合衆国、イングランド、スコットランド、オーストラリア、ニュージーランド、日本、ドイツである。中国、香港、マレーシアなどのアジア諸国では国家戦略を立てるところである。一次、二次、三次予防という視点での自殺予防戦略の内容はほぼ共通である。表1にその要約を示す。対策のメニューはほぼこれにつきるのであり、あとは活動の場に応じて、これらのメニューを適宜選択していくことになる。以下、いくつかの国の国家レベルの自殺予防戦略について概略を紹介する⁸⁾。

1. フィンランドの国家プロジェクト

フィンランドは1986年から国家プロジェクトとして自殺予防対策に取り組むことになった。フィンランドの自殺死亡は若年世代に多く、若年者の社会的孤立や失業との関連が示唆された。1985年にプロジェクトが企画された時点では10年後の自殺者数を20%減少させることが目標として掲げられた。国家自殺予防プロジェクトは、研究期 (1986~1991)、実行期 (1992~1996)、評価期 (1997~1998) の3つの時期に分けられた。研究期には心理学的剖検の手法を用いた精神医学的・疫学的研究が行なわれ、うつ病と自殺の実態が明らかにされた。しかし、社会文化的側面からの研究やデータ取

集は不十分であった。実行期には国全体での啓発・普及が行なわれた。自殺予防はインタラクティブ・モデル (interactive model; 相互影響モデル) と呼ばれるモデルにもとづいて対策が立てられた。このモデルは自殺予防に関わるさまざまな関係者がネットワークを結び、相互に影響を及ぼしながら社会全体としての活動を活発化させるというものであり、ヘルスプロモーションの理念にもとづくモデルである。地域、学校、軍隊といった活動の場で自殺予防対策のパートナーとの協力・連携が模索され、40ものサブプロジェクトがうみだされた。サブプロジェクトの課題としては、自殺企図をした人々へのケア、うつ病の発見と治療、問題飲酒への介入、身体的疾患をもつ人々を心のケアを支援する枠へ取り込むこと、危機介入、若者が社会から疎外されることを防ぐこと、教育と文化面での自殺予防の啓蒙などであった。行動計画の基本的考え方は、危機的状況にある人々への支援はその人々が絶望的状況に陥る前に援助することで自殺予防効果があがるだろう、というものであった。対策をすすめるためにプロジェクトチームが提示した協働プロセスモデル (cooperation process model) は各分野のキーパーソンや第一線の活動家 (gatekeeper) に受け入れられ、「行動しつつ考える」というすすめ方のスタイルが採用された。フィンランドの自殺率は1990年にピークに達した後、1991～1996年の間に約20%の減少を示した。プロジェクトを開始した1986年と比べると約9%の減少である。評価期における外部評価結果は、「少なくとも自殺率の増加傾向を反転させるのに成功した」というものであった。フィンランドの自殺予防戦略はヘルスプロモーションの理念にもとづく自殺予防対策であるということができ、多くの国がフィンランドの自殺予防対策の影響を受けている。フィンランドの自殺予防の評価文書では、国家的自殺予防戦略には共通の要素があるとして、次の要素をあげている。

- ① 介入の場所として教育の場を重視する。
- ② メディアにおける自殺行動と精神疾患に対するイメージを変える。
- ③ うつ病や他の精神疾患 (アルコール依存症や薬物依存症を含む) に対する早期発見と治療。
- ④ 精神保健医療サービスを受けることに関する偏見を減らす。
- ⑤ 医療保健サービスのアクセスを改善する。

⑥ 効果的な診療の推進。

⑦ 致命的な自殺手段へのアクセスを減らすべく努力する。

2. イギリスの国家自殺予防戦略

1999年に発表された「命を救おう：我が国がより健康的な国 (Saving Lives: Our Healthier Nation)」においては自殺予防対策は4つの優先領域の1つとして取り上げられた。2010年までに1995～1997年のベースラインデータの20%の自殺者および不慮の事故による死者の減少を目標とし、これによりメンタルヘルスに関わる死亡者を4,000人減少させるとしている。2002年には保健省 (Department of Health) が国家自殺予防戦略 (National Suicide Prevention Strategy for England) を公表し、以下のような具体的な6つの自殺予防戦略を明らかにした。

- ① 自殺する手段の利用と致死性を減少させる。
- ② ハイリスク集団におけるリスクを減少させる。
- ③ 幅広い集団における精神的健康を増進させる。
- ④ メディアにおける自殺行動の報道を改善する。
- ⑤ 自殺予防に関する研究を推進する。
- ⑥ 自殺予防に関する「命を救おう：我が国がより健康的な国」の目標を達成するための進行状況のモニタリングを改善する。

3. アメリカの健康増進戦略における自殺予防対策

国家レベルの健康増進戦略である "Healthy People 2000" において、自殺死亡率を2000年までに人口10万人あたり10.5人に減少させることを目標とした。アメリカ全体の訂正自殺死亡率は計画開始後減少を示し、1997年には目標値を達成した。新たに策定された Healthy People 2010 においては、人口10万人あたりの自殺死亡率を6.0に減少させることを目標として設定している。Healthy People 2010 では致命的自殺手段へのアクセスの減少をはかることと薬物乱用の早期発見と治療が自殺予防の有力な方法であるとされている。

4. フランスの自殺予防対策

フランスでは1996・1997年の公衆衛生会議で1998年から2000年までの間に若年者を対象とした自殺予防対策プログラムを始めることにした。この

プログラムは全国医療評価認証機構の支援のもとに保健総局が実行することになり、十数か所の地方で地域自殺予防プログラムが開始された。これらの地域自殺予防プログラムの評価をふまえて、2000年から2005年までの国家レベルの自殺予防対策が組まれることになった。この自殺予防プログラムの目的は、自殺予防を通じて、自殺者の精神的苦悩にえられるようにすること、若年者とその家族に対する支援対策を形成すること、ケアの質を向上させること、自殺問題に関与する多くの人々の努力をうまく調整することである。フランスの国家レベルの自殺予防プログラムは次の4つの柱からなっている。

- ①自殺のリスク要因に関する研究を充実させることで予防を推進する。
- ②致死的な自殺の手段へのアクセスを減少させる。
- ③自殺危機に対する入院の改善。
- ④自殺の疫学について知ること。

5. 日本の自殺予防戦略

我が国で自殺予防対策が国のレベルで取り上げられるようになったのは、2000年に策定された「健康日本21」（21世紀における国民健康づくり運動）においてである。「健康日本21」においては、心の健康づくり・休養の項目の中で自殺死亡が精神的健康の指標として取り上げられている。目標としては、2010（平成22）年までに自殺による死亡数を2万2千人に減らすことが掲げられた。また、同じ年に策定された「健やか親子21」においても、10代の自殺死亡率を減少させることが目標として設定されている。健康日本21が策定された当時、自殺死亡率の削減目標は先行する欧米の目標志向型健康増進対策の中では明確に掲げられており、これらの状況をふまえて、健康日本21でも取り上げられたものと思われる。しかし、心の健康づくりの中で自殺死亡者数の減少は数値目標として掲げられたものの、具体的な自殺予防対策のメニューは示されなかった。厚生労働省は、2002（平成14）年2月より、自殺予防有識者懇談会を設置し、具体的な予防対策のあり方を検討し、その結果、同年12月に「自殺予防へ向けての提言」が公表された。自殺予防対策を実施する理由として、提言は次の2つをあげている。

- 1) 自殺は本人、家族や周囲の者、社会全体に計り知れない大きな悲しみと損失をもたらす。

- 2) うつ病の場合、死にたいと思う気持ちは病気の症状と考えるべきで、適切な治療で救うことができる。

提言の中では自殺予防に関する4つの対策の柱とその他が示されている。

- ①継続的な実態把握
- ②心の健康問題に対する正しい理解の普及
- ③危機介入。ハイリスクアプローチとしてのうつ病対策
- ④事後対策（自殺未遂者や自殺者の周囲の者に対する相談・支援）
- ⑤その他（報道・メディアに関することなど）

すでに自殺予防対策の基本メニューは世界の対策の中で出つくしているが、この提言で示された対策の柱も、表1に示した基本メニューの範囲内である。表2は、この自殺予防へ向けての提言のもう少し詳しい内容(対策の柱;見出し)を要約したものである。「自殺予防へ向けての提言」を受けて、厚生労働省は2003（平成15）年10月から「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」をつくり、啓発と普及のための具体的方策について検討し、2004（平成16）年3月、「こころのバリアフリー宣言」を国民に向けて公表した。これは国民の間の精神疾患に対する基本的な認識が不十分であるということで検討されたものである。また、これとほぼ同時期に（平成15年8月）、「地域におけるうつ対策検討会」がつくられ、「うつ対策推進方策マニュアル」と「うつ対応マニュアル」がつくられ、関係者に送付された。このようにみると、厚生労働省の自殺予防対策は主としてうつ病対策に焦点が絞られ、うつ病に関する普及啓発をはかり、うつ対応マニュアルなどのツールにより、国民や医療関係者等にうつ病に対する適切な対応を促すことに力点が置かれていることがわかる。

平成16年に示された「地域におけるうつ対策」に示されたうつ対策の流れは、1.うつ病への気づきを促す→2.相談・支援→3.適切な診断・治療→4.長期的な支援の4段階で示されている。ここに示された地域におけるうつ病対策の組織づくりや地域ネットワークづくりは、すでに東北地方の市町村で行なわれている自殺予防である。現在青森県の市町村では自殺予防活動が保健師らにより積極的に行なわれている。平成13年度より県の「こころのヘルスアップ事業」が開始され、それに連動する形で県と各

保健所そして精神保健福祉センターの協力関係ができあがり市町村への普及啓発や技術支援が進行している。

自殺予防には一次予防から三次予防までが考えられる(表1)。一次予防とは住民が自殺を考えずにこころの健康を維持するためにはどのような要因が大切なのかを調査研究し、その結果をわかりやすく住民に還元していく方法である。渡邊らはこの方法を用いて平成9年より秋田県の由利町で保健師らと協働して毎年活動を続け、実際に当地域の自殺率を50%以上も低下させている⁶⁾。このエビデンスに基づき青森県でも昨年より鶴田町と六戸町でそして今年に入ってから平内町、三戸町、天間林村、十和田市などで一次予防の取り組みが進行している。二次予防とは住民の中に自殺との関連が強いうつ病を早期に発見し、早期に治療にのせていく方法であり、平成11年より大野らが名川町の保健師と協働して取り組みを始めシステムができあがっている。三次予防とは地域で実際に自殺が起ってしまった場合に、同じ事態を防ぐための取り組みを指す。とりわけ残された家族のこころのケアは重要であり、鶴田町や名川町での取り組みが知られている。以上一部

表1 自殺予防戦略と自殺予防対策

<p>一次予防</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 集団を対象とした健康教育 2. メディアによるヘルスコミュニケーション 3. 学校の間における健康教育プログラム 4. 精神保健サービスへのアクセスの改善 5. 労働と失業に対する対策 <p>二次予防</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. うつ病や他の精神疾患の早期発見・早期予防 2. アルコールとドラッグへの対策 3. 自殺未遂の評価を行なうこと 4. 自殺危機介入 5. 致命的な自殺手段へのアクセスの減少 <p>三次予防</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ポストペンション 2. 専門家の訓練プログラム 3. 致命的な自殺予防手段へのアクセスの減少

「自殺は予防できる」⁵⁾より引用した箇所もある。

まとめ

我が国でも平成17年度から厚生労働省により「自殺対策戦略研究」が開始されようとしている。自殺は大きな、しかもその大半が予防可能な公衆衛生上の

表2 厚生労働省の「自殺予防へ向けての提言」(平成14年12月)における対策の柱

<p>1) 実態把握</p> <ul style="list-style-type: none"> 全国的な実態把握と地域の実構に応じた実態把握 <p>2) 普及・啓発や教育</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 心の健康問題に対する正しい理解の普及・啓発 <ul style="list-style-type: none"> 必要性セルフケア, セルフケアの支援, 普及・啓発の実施 ② 児童・思春期における留意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・心の形成を重視した教育と心の健康問題に関する正しい理解の普及 ・啓発・自殺予防教育の可能性 <p>3) 危機介入</p> <ol style="list-style-type: none"> ① うつ病対策 <ul style="list-style-type: none"> ・自殺の危険性が高い人の家族や周囲の者の役割 ・危機介入し得る専門家等・精神科医等とかかりつけ医・産業医 ・危機介入し得る専門家等の資質向上の方法 ・地域における体制づくり ・職域における体制づくり ・地域と職域の連携 ② 児童・思春期における留意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・心の健康問題に関する専門的な相談・支援体制の充実 ・学校における相談・支援体制の充実 ③ 電話による危機介入の充実 ④ 手段からみた自殺予防 <p>4) 事後対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要性 ・地域等における相談・支援体制 ・児童・思春期における留意事項 <p>5) その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・報道・メディアに望まれること ・自殺の社会経済的影響 ・自殺予防対策の推進

問題である。自殺は暴力による死の約半分を占め、毎年約100万人以上の死亡原因となっており、何十億ドルもの経済的損失をもたらしている。

フィンランドの国家自殺予防プロジェクトのように5年間に20%も自殺率を減少させている成功例や、国内においても秋田県や青森県の自殺予防モデル事業の成功例もある。

現在まで自殺は労働条件の悪化や経済問題などとの関連が強いと認識されており、避けられる死 (avoidable death) であるという認識が希薄であった。我が国でも、今後ますます積極的に自殺予防の国家的プロジェクトが遂行される必要性がある。

また、このプロジェクトでは、全世代共通の問題を解決する必要があるのはもちろんであるが、これまで「高齢者と自殺」は他世代に比べて明らかに認識が希薄であった。しかし、高齢化社会を迎える日本にあって、今後はより積極的な研究や予防への取り組みは重要といえる。

参考文献

- 1) 飛鳥井望：精神疾患による自殺の病理，医学のあゆみ，別冊自殺の病態と実態，28-33,2003
- 2) 高橋邦明，佐藤新：老年期の自殺の疫学，老年精神医学雑誌 10 (8)：932-939,1999
- 3) 藤野善久，溝上哲也，徳井教孝，吉井健清：社会心理学的要因と自殺に関する住民コホート研究特にストレス，自覚的健康度について，産業衛生学雑誌 45 (臨時増刊)：251,2003
- 4) Rust J.：摂食障害と治療，催眠と科学 14 (1)：12-18,1999
- 5) 本橋豊，渡邊直樹，自殺は予防できる，すびか書房，2005
- 6) Unutzer J., Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care. *Bio. Psychiatry*, 52, 285-292, 2002.
- 7) Pfaff J.J. and Almeida O.P, Identifying suicidal ideation among older adults in a general practice setting, *Affective Disorders*, 83：73-77, 2004.
- 8) Motohashi Y, Kaneko. Y, Sasaki H.：Community-based suicide prevention program in Japan by using a health promotion approach, *Environmental Health and Preventive Medicine*, 9：3-8, 2004

【原著論文】

若年男性における自傷行為の臨床的意義について： 少年鑑別所における自記式質問票調査

Clinical implications of self-mutilation among male adolescents :

A study using a self-reporting questionnaire in a juvenile classification home

松本俊彦¹⁾、岡田幸之¹⁾、千葉泰彦²⁾、井筒節¹⁾、
下津咲絵¹⁾、野口博文¹⁾、柑本美和¹⁾、菊池安希子¹⁾、吉川和男¹⁾

Toshihiko Matsumoto Takayuki Okada Yasuhiko Chiba Takashi Izutsu

Sakie Shimotsu Hirofumi Noguchi Miwa Kohjimoto Akiko Kikuchi Kazuo Yoshikawa

【抄録】

我々は、男性自傷者の臨床的特徴を明らかにするために、少年鑑別所入所中男子 281 名を対象として、自記式質問票による調査を行った。その結果、身体を切る、打つ、焼くという 3 種類のいずれかの自傷行為をする者には、幼少期に破壊的行動障害の症状を呈した者が多く、アルコール・薬物乱用傾向、希死念慮、低い自尊心が認められた。また、これら 3 種類の自傷すべてを行う者では、こうした特徴がより顕著に認められ、さらに「けんか」の挿話が多く認められた。

Abstract

To clarify the clinical characteristics of male self-mutilators, we investigated the 281 male adolescents incarcerated in a juvenile classification home, using a self-reporting questionnaire. Consequently, the adolescents with cutting, hitting, or burning themselves had more symptoms of disruptive behavioral disorder in childhood than those without. They also more frequently had alcohol and drug abuse problems, suicidal ideations, and low self-esteem. Further, as well as those who mutilated themselves with all of the three methods more distinctively shown such clinical characteristics, they more frequently had fighting episodes.

Key words: self-mutilation, male, adolescent, conduct disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder

I. はじめに

近年、「リストカット」などの自傷行為は、10 代の若年者のなかでは薬物非行を凌ぐ問題となっている⁴¹⁾。インターネット上では自傷関連のホームページが数多く掲載され²⁶⁾、また活字媒体においても、自傷行為をくりかえしたはてに過量服薬で自殺した少女の日記（「卒業式まで死にません」⁴³⁾）が出版され、話題を呼んだことが記憶に新しい。

自傷行為とは、故意に自身の身体に対して非致死的な損傷を加える行為であり、それは気分を変える目的からくりかえし行われることが多いといわれている¹⁰⁾。1969 年に Pao⁴⁶⁾ および Graff と Mallin¹³⁾

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部

Department of Forensic Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo, Japan

〒 187-8502 東京都小平市小川東町 4-1-1

4-1-1 Ogawahigashimachi, Kodaira, Tokyo, 187-8502

Tel: 042-341-2711 Fax: 042-346-1944

Email: tmatsu@ncnp-k.go.jp

2) 横浜少年鑑別所

Yokohama Juvenile Classification Home, Yokohama, Kanagawa, Japan

が、自傷行為をくりかえす若い女性患者の一群を報告し、Rosenthalら⁴⁹⁾はこれを「手首自傷症候群 wrist-cutting syndrome」と名づけた。この概念は、80年代にはそのまま境界性人格障害 (Borderline personality disorder; BPD) にひきつがれ、「自傷行為はBPDの1症候にすぎない」と考えられるようになり¹⁴⁾、このことが、「自傷行為とは、若い女性が手首や腕を切る行為であり、これは演技的、操作的な行動である」という偏見にもつながったこともすでに指摘されている⁸⁾。

しかしその一方で、着実な実証的研究が、こうした偏見を覆している事実は、意外に知られていない。その1つとして、性差に関する問題があげられる。確かに1960年代における初期の研究では自傷行為が若い女性に多いことが強調されていたが¹³⁾、70年代以降の研究ではむしろ男性に多いという報告がなされた^{24)・64)}。最終的に90年代にメタアナリシスによって導かれた結論は、「自傷行為に性差はない。男性の方が重篤な自傷を行っているが、女性の方が心理的治療を受けている。男性は矯正施設において司法的処遇を受けている場合が少なくない」というものである⁶⁰⁾。

自傷行為の様式についても同様である。初期の研究では、手首を切るという様式に関心が集中していたが、PattisonとKahan⁴⁷⁾は、手首自傷者の多くが、手首に限らない様々な身体部位に対して、様々な方法で自傷行為を行っていることを明らかにし、そのバリエーションには、刃物で皮膚表面を切る、火のついた煙草を身体に押しつけたり火で炙ったりする、拳や頭部を壁に打ちつける、鋭利な物で刺す、皮膚を引っ掻く、髪の毛を抜く、異物を飲み込むなどの行為があることを明らかにした。これらの知見にもとづいて、彼らは、従来の「手首自傷症候群」という名称が適切ではないことを指摘し、より広義の自傷概念である、『故意に自分の健康を害する』症候群 (deliberate self-harm syndrome; DSH) という臨床症候群を提唱したのである。

ところで、その出現率に性差はないといわれながらも、男性自傷者の臨床的特徴に関する研究は、海外も含めて数えるほどしかない^{12)・18)・34)}。そのようななかでHillbrandら¹⁷⁾は、触法精神障害者の専門治療施設において、入院中の自傷行為が施設内における暴力と密接な関係にあることを指摘している。またFulwilerら¹²⁾は、刑務所での調査から、自傷

経験がある男性入所者は施設内での暴力行為が多いとともに、幼少期に注意欠陥/多動性障害 (Attention-deficit/hyperactivity disorder; AD/HD) の挿話が高頻度に認められることを報告している。最近になって我々³⁴⁾も、やはり刑務所の調査から、自傷経験のある男性入所者は、女性の場合と同様、高率な被虐待歴、自殺企図歴、違法薬物使用歴、暴力的行動と密接な関係があることを報告している。いずれの研究も共通して、司法関連施設に入所する男性では自傷行為がまれなものではなく、しばしば他害的暴力と密接に関係していることを指摘している。しかしこれらの研究は、自傷行為の定義が曖昧であったり^{12)・17)}、「身体を切る」自傷だけに限定されているという問題があり³⁴⁾、自傷行為の多様性が、どのような臨床的特徴に反映されるのかについては明らかにされていない。

このたび我々は、少年鑑別所において破壊的行動障害に関する研究を行う機会を得たので、これにあわせて若年男性における自傷行為に関する調査を行った。よって、ここにその結果を報告し、自傷をする若年男性の臨床的特徴について考察を行いたい。なお、本研究における自傷行為とは、その多様性を考慮して、身体を切る自傷だけではなく、拳や頭部を壁に打ちつけたり、火のついた煙草を身体に押しつける行為も含むものとした。

II. 対象と方法

1. 対象：

本研究は、矯正施設における破壊性行動障害に関する研究の一環として実施された。この研究では、2004年12月～2005年2月の期間にA少年鑑別所へ入所した少年307名のうち、同意を得られた者305名 (調査参加率99.3%) を対象としているが、今回報告する研究の対象はそのなかの全男性サンプル281名である。対象の年齢は13歳～20歳に分布し、その平均年齢±SDは16.9±1.6歳であった。

2. 自記式質問票および評価尺度：

調査は、我々が独自に作成した自記式質問票といくつかの既存の自記式評価尺度を用いて実施された。

- 1) 自記式質問票：我々の自記式質問票は、次の2つの部分から構成されていた。その前半

表1：自記式質問表（前半部分）

- ①これまで少年院（または、女子少年院や医療少年院）に入ったことがありますか？
- ②これまで児童自立支援施設（教護院）に入ったことがありますか？
- ③これまで養護施設に入ったことがありますか？
- ④あなたが生まれた後に、あなたの実の両親は、離婚したことがありますか？
- ⑤あなたが生まれた後に、実の両親のどちらかが亡くなりましたか？
- ⑥あなたの両親のどちらかで、お酒を飲み過ぎる人、酔っぱらうと暴力や暴言がひどくなる人、お酒のせいで身体を壊している人はいますか？
- ⑦あなたの両親のどちらかで、「心の病気」、精神科の病気の人はいますか？
- ⑧あなたの両親のどちらかで、自殺した人はいますか？
- ⑨親や親代わりの人からくりかえし暴力をふるわれたことがありますか？
- ⑩親や親代わりの人から置き去りにされたり、食事を食べさせてもらえなかったことが、しばしばありましたか？
- ⑪あなたは、親から、「おまえが生まれてこなきゃよかった」などとのしられたことがよくありましたか？
- ⑫あなたは、家のなかで、父親が母親（またはその逆）に暴力をふるう場面をよく見ましたか？
- ⑬あなたは、兄弟（姉妹）からよく暴力をふるわれましたか？
- ⑭あなたは、小学校のとき、学校でいじめにあったことがありますか？
- ⑮あなたはこれまでに、「本当に殺される」「死んでしまう」と思うほど怖い思いをしたことがありますか？
- ⑯あなたはよく、刃物や鋭利なもので自分の身体を傷つけたりしますか？
- ⑰あなたはよく、自分のこぶしで壁をなぐったり、わざと自分の頭を壁にぶつけたりしますか？
- ⑱あなたはよく、火のついた煙草を自分の身体に押しつけたりしますか？
- ⑲あなたはよく、「死んでしまいたい」と思いますか？

の部分を表1に示す（カッコ内丸数字は質問番号）。その内容には、少年院入所歴（①）、児童自立支援施設（②）、養護施設（③）への入所歴、親の離婚（④）、親との死別（⑤）、親のアルコール問題（⑥）、親の精神障害（⑦）、親の自殺（⑧）、さらには、様々な心的外傷体験（身体的虐待、⑨；ネグレクト、⑩；精神的虐待、⑪；両親間の暴力の目撃、⑫；兄弟からの暴力、⑬；小学校時代のいじめ被害、⑭；殺されると思うような恐怖体験、⑮）、身体を切る（⑯）、身体を打ちつける（⑰）、身体を焼く（⑱）などの自傷行為、さらには「自殺したいと思う」（⑲）という項目を設定した。いずれも「はい/いいえ」での回答を求めた。なお、心的外傷体験に関する質問のうち、⑨～⑬についてはTrauma Event Check List (TECL)⁵⁵⁾の項目の一部を改変して用い、⑭、⑮については我々が独自に作成した。

質問票の後半部分は、AD/HDや反抗挑戦性

障害 (Oppositional defiant disorder; ODD) という破壊的行動障害、さらには行為障害 (Conduct disorder; CD) の診断に関係する質問を設定した。これらの質問は、DSM-IV¹⁾におけるAD/HD、ODD、CDの診断基準をそのまま質問項目へと変える手続きによって作成され、AD/HDとODDに関しては小学校時代のことを回顧して、CDに関しては最近1年間の行動について、いずれも「はい/いいえ」で回答するように求めている。参考までに、表2にこれらのうちのCD用自己診断チェックリストを示す。

2) 評価尺度：本研究では、対象に以下の4つの自記式評価尺度を実施した。

(a) Wender Utah rating scale (WURS: 表3):

これは、Utah大学のWenderらのグループによって作成された、25項目からなる自記式評価尺度であり、養育者からの情報なしに幼少期のAD/HD挿話を同定するこ

表2：行為障害自己診断チェックリスト

最近1年以内に、あなたは以下のような行動をしましたか？

1. いじめ・威嚇・脅迫	よく人をいじめたり、脅迫したり、威嚇（脅したりして相手を怖がらせること）したりしますか？
2. けんか	よく取っ組みあいのケンカをしますか？
3. 武器の使用	人にケガをさせるような武器（バット、ナイフ、鉄パイプ、大きな石、飲み物のビンなど）をつかったことがありますか？
4. 人に対する残酷な行為	人に対して残酷なことをしたことがありますか？
5. 動物に対する残酷な行為	動物に対して残酷なことをしたことがありますか？
6. 強奪	人から直接、お金や物を奪いとったことがありますか？（ひったくり、強奪など）
7. 強姦	人にむりやりセックスの相手をさせたことがありますか？（強姦など）
8. 放火	わざと放火したことがありますか？
9. 器物損壊	わざと人の持ち物を壊したことがありますか？
10. 住居・車への不法侵入	人の家や建物や車に無断で侵入したことがありますか？
11. 虚言・詐欺	よく嘘をついたり、人をだましたりしますか？
12. 万引き・窃盗	万引きや盗みをしたことがありますか？
13. 夜間外出	親が禁止しているのに、よく夜遅く外出したことがありますか？
14. 無断外出・家出	2回以上無断で外泊したり、または、1回以上家出をしたことがありますか？
15. 学校の怠休	よく学校をサボりますか？

とを目的としている⁶³⁾。回答は、「まったく（very rare）」= 0、「たまに（mildly）」= 1、「ときどき（moderately）」= 2、「しばしば（quite a bit）」= 3、「しょっちゅう（very much）」= 4の5段階から選択し、100点満点の評価尺度である。WURS得点は、Parents' Rating Scaleと有意な相関を示し、成人サンプルでは、WURS得点のカットオフ46点と設定すると、AD/HD群の86%と疾患対照群の81%、正常対照群の99%を同定できたという⁶³⁾。

本研究で用いた日本語版 WURS は、我々が、原著者である Utah 大学名誉教授 Paul Wender に許可を得たうえで逆翻訳などの手続きを経て作成したものであり、すでにその内部一貫性^{30), 32), 33)}、因子妥当性⁵¹⁾、英語版 WURS を用いた研究^{30), 51)}との交

差妥当性が証明されている。

- (b) Adolescent alcohol involvement scale (AAIS)：若年者の飲酒問題を評価することを目的とした、14項目からなる自記式評価尺度である³⁸⁾。AAISの質問1（飲酒頻度）と質問9（飲酒量）の配点を修正して加算した得点は、QF（Quantity & Frequency）スケールと呼ばれ、これも若年者の飲酒問題をスクリーニングする上で有用である⁵⁷⁾。いずれも日本語版は、鈴木ら^{58), 59)}によって信頼性と妥当性が確認されている。
- (c) Drug abuse screening test (DAST)：これは違法薬物および医療用薬物などの乱用をスクリーニングする目的から作成された、20項目からなる自記式評価尺度である⁵⁶⁾。本研究では、国立肥前療養所（現：

表3：日本語版 Wender Utah Rating Scale

	0 まったく ない	1 たまに	2 ときどき	3 しばしば	4 しょっちゅう
子どものとき、下に書いてあるような特徴がありましたか？					
1 集中できない すぐに飽きる					
2 不安 心配性					
3 神経質 そわそわする					
4 ポーっとしている 日中も夢みがち					
5 短気 すぐにカッとする					
6 怒りの爆発 癩癩もち 神経過敏で怒りやすい					
7 細かい所にこだわる 続けられない 始めたことをやりとげられない					
8 頑固 強情					
9 悲しい ゆうつ 不幸せ					
10 両親にさからう 言うことをきかない 生意気					
11 自分の意見がない					
12 イライラしやすい					
13 不機嫌 むらっ気					
14 怒りっぽい					
15 考えずに行動する 衝動的 (すぐに行動してしまう)					
16 未熟な傾向 年齢より幼い					
17 自分を責める 後悔することが多い					
18 自分をコントロールする力を失いやすい					
19 非合理的 (むだが多かったり 能率が悪い) である 感情的な行動が多い					
20 他の子のことを知らない 長い間友だちでいられない 他の子とうまくやっ けない					
21 他のひとの立場でものをみることができない					
22 権威者 (偉い人) とトラブルを起こす 学校でトラブルを起こす 校長室へ行く					
子どものとき、学校で下に書いてあるような生徒でしたか？					
23 飲み込みが遅く、成績の悪い生徒					
24 算数や数学が苦手					
25 能力を発揮できない					

肥前精神医療センター) が作成した日本語版を採用した⁵⁹⁾。

(d) Rosenberg の自尊感情尺度 (Rosenberg's self-esteem scale; RSE) : 世界中に広く使用されている自尊感情に関する自記式評価尺度であり、10 項目の質問から構成されている⁴⁸⁾。破壊的行動障害の患者では、低い自尊心が特徴的であることが指摘されていることから⁵⁰⁾、本研究において採用した。なお、日本語版 RSE はすでに標準化がなされている⁶⁷⁾。

3. 調査の実施方法

本研究は国立精神・神経センター倫理委員会の承認を得て実施された。具体的な実施方法は以下の通りである。調査期間に新規に入所してきた少年のうち、署名による同意が得られた者に対して、入所後直ちに自記式質問票・評価尺度を配布し、3 日以内に無記名で記入された質問票・評価尺度を回収した。配布・回収に際しては、職員の関与を避け、対象者の処遇に関わる者が調査結果を知ることのないように配慮した。また、調査期間中に複数回の入所をした者については、期間内の初回入所のみを調査実施の対象とした。

4. 統計学的解析

自記式質問票の回答から、対象を切る、打つ、焼くという各自傷様式の有無によって2群に分類し、自記式質問票や自記式評価尺度の結果を比較した。AD/HDおよびODDのチェックリストの回答は、該当した症状項目数の総和を比較したが、CDに関しては、少年鑑別所入所者にとっての焦眉の問題であると考え、項目ごとの検討を行った。さらに、この3つの様式の自傷行為のうち、いずれもしないもの(自傷なし群)、2種類以下の様式で行う者(1, 2種の自傷群)、3種類全ての様式で行う者(3種の自傷群)というように、対象を3群に分類して同様の比較を行った。

統計学的解析にはSPSS Version 12.0J for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL)を用い、比率の比較ではPearsonの χ^2 検定を、2群間における変量の比較ではStudentのt検定を行った。また、3群間における変量の比較では分散分析を用い、有意差がみられた場合には、いずれの2群間でその差が有意

であるかを明らかにするために、Bonferroni's post hoc testを行った。なお、すべての検討において両側検定で5%未満の水準を有意とした。

Ⅲ. 結果

対象において、身体表面を切る自傷(切る自傷)をしている者は26名(9.3%)、拳や頭部を壁などに打ちつける自傷(打つ自傷)をしている者は78名(27.8%)、火のついた煙草を身体表面に押しつける自傷(焼く自傷)をしている者は56名(19.9%)であった。このうち、1, 2種の自傷群には102名(36.3%)が、3種の自傷群には10名(3.6%)が分類された(表4参照)。

表5に、切る自傷の有無、打つ自傷の有無、焼く自傷の有無に関して、自記式質問票および評価尺度の結果における、対象者の過去の生活状況・行動特性に関する項目を比較した結果を示す。まずこの3つの自傷に共通する結果として、切る自傷、打

表4: 自傷行為の様式

	人数 (%)	
自傷行為せず	169 (60.1)	
切る自傷	26 (9.3)	102 (36.3)
打つ自傷	78 (27.8)	
焼く自傷	56 (19.9)	
切る自傷 + 打つ自傷	16 (5.7)	10 (3.6)
切る自傷 + 焼く自傷	13 (4.6)	
打つ自傷 + 焼く自傷	29 (10.3)	
切る自傷 + 打つ自傷 + 焼く自傷	10 (3.6)	
合計	281 (100)	

表5: 自傷行為の種類による過去の生活状況・心的外傷体験・その他の問題行動の比較

	切る自傷			打つ自傷			焼く自傷		
	(+) N=26 9.3%	(-) N=255 90.7%	p	(+) N=78 27.8%	(-) N=203 72.2%	p	(+) N=56 19.9%	(-) N=225 80.1%	p
調査時年齢(歳)	17.0±1.9	16.9±1.6	0.819	17.1±1.7	16.8±1.6	0.235	17.0±1.8	16.9±1.6	0.484
親の離婚経験	38.5%	42.6%	0.682	48.7%	39.5%	0.162	55.4%	38.7%	0.024
親との死別の経験	3.8%	8.8%	0.387	9.0%	8.0%	0.791	7.1%	8.6%	0.731
親のアルコール問題	15.4%	12.4%	0.658	16.7%	11.5%	0.249	14.3%	12.6%	0.739
親の精神障害	3.8%	4.0%	0.970	5.1%	3.5%	0.537	5.5%	3.6%	0.529
親の自殺	0.0%	1.2%	0.574	1.3%	1.0%	0.841	0.0%	1.4%	0.386
身体的虐待を受けた経験	26.9%	10.7%	0.016	16.7%	10.4%	0.154	19.6%	10.3%	0.056
ネグレクトを受けた経験	7.7%	4.4%	0.444	6.4%	4.5%	0.507	3.6%	5.4%	0.579
精神的虐待を受けた経験	19.2%	6.0%	0.013	9.0%	7.0%	0.568	8.9%	7.2%	0.657
両親間の暴力場面を目撃した経験	30.8%	16.3%	0.065	28.2%	13.9%	0.005	21.4%	17.0%	0.444
兄弟から暴力を受けた経験	7.7%	4.8%	0.515	5.1%	5.5%	0.909	1.8%	6.3%	0.183
小学校時代のいじめ被害	26.9%	16.5%	0.185	25.6%	14.7%	0.033	18.2%	17.7%	0.937
殺されると思うような恐怖体験	50.0%	20.3%	0.001	38.5%	17.5%	<0.001	21.8%	23.8%	0.760
少年院入所経験	23.1%	12.7%	0.142	21.8%	10.4%	0.013	25.0%	10.8%	0.005
児童自立支援施設入所経験	19.0%	81.0%	0.113	14.1%	5.0%	0.010	14.3%	5.8%	0.032
養護施設入所経験	3.80%	2.80%	0.756	5.1%	2.0%	0.159	0.0%	3.6%	0.150
WURS	51.6±16.0	37.0±15.1	<0.001	49.0±16.3	34.2±13.4	<0.001	46.3±17.4	36.4±14.6	<0.001
AD/HD症状項目数	7.7±4.4	5.4±4.0	0.015	7.4±4.3	4.9±3.7	<0.001	7.4±4.6	5.2±3.8	0.001
ODD症状項目数	3.7±2.8	1.4±1.8	<0.001	2.5±2.5	1.3±1.7	<0.001	2.5±2.6	1.4±1.8	0.001

WURS; Wender Utah Rating Scale; AD/HD; Attention-deficit/hyperactivity disorder; ODD; Oppositional defiant disorder
(表の太字の項目は、3つの自傷行為の様式全てで共通して有意差の認められたもの)

つ自傷、焼く自傷のいずれをする者でも、これらをしていない者に比べて、WURS得点が有意に高く、また、自記式質問票の診断チェックリストにおけるAD/HD症状項目数、ODD症状項目数が有意に多く認められた。

個々の自傷様式に特徴的な結果としては、切る自傷をする者では、身体的虐待を受けた経験、精神的虐待を受けた経験、殺されるかと思うような体験をしたと回答した者が有意に多かった。打つ自傷をする者では、両親間の暴力場面を目撃した経験、小学校時代のいじめ被害を受けたと回答した者、殺されるかと思うような恐怖体験、少年院への入所経験のある者、児童自立支援施設への入所経験のある者が有意に多かった。焼く自傷をする者では、親の離婚経験、少年院への入所経験のある者、児童自立支援施設への入所経験のある者が有意に多かった。

表6に、3つの様式の自傷行為の有無に関して、対象者の現在の生活状況、CD関連行動、物質使用、自尊感情を比較した結果を示す。3つの自傷に共通する結果としては、希死念慮が有意に多く、DAST得点、QFスケール得点が有意に高く、RSE得点が有意に低かった。

その他に個々の自傷様式では、打つ自傷および焼く自傷をする者で両親と同居している者が有意に少なかった。また、切る自傷をする者で、いじめ・威嚇・脅迫、けんか、武器の使用というCD症状が有意に多く、AAIS得点も有意に高かった。打つ自傷をする者では、いじめ・威嚇・脅迫、けんか、人に対する残酷な行為、虚言・詐欺というCD症状が有

意に多く、該当するCD症状項目数も有意に多かった。焼く自傷をする者ではAAIS得点が有意に高かった。

表7に、自傷なし群、1,2種の自傷群、3種の自傷群の3群間において、過去の生活状況・行動特性に関する項目を比較した結果を示す。まず両親間の暴力場面を目撃した経験に関して有意差が認められ、3種の自傷群で顕著に多かった。殺されるのではないかと思う恐怖体験についても有意差が認められ、1,2種の自傷群と3種の自傷群で多かった。またWURS得点、AD/HD症状項目数、ODD症状項目数でも有意差が認められ、WURS得点とAD/HD症状項目数については、自傷なし群、1,2種の自傷群、3種の自傷群の順に高得点もしくは該当項目数が多く、各2群間でもそれぞれ有意差が認められた。さらに、ODD症状項目数についても有意差が認められ、3種の自傷群は自傷なし群および1,2種の自傷群に比べて有意に該当症状数が多かった。

表8に、3群間における現在の生活状況、行為障害関連行動、物質使用、自尊感情の比較をした結果を示す。まず、「けんか」というCD症状、「自殺したいとよく思う」で有意差が認められ、いずれにおいても3種の自傷群で最も多くの者が該当した。さらにDAST、AAIS、QFスケール、RSEの各得点にも有意差が認められ、なかでもDASTとAAISにおける3種の自傷群の高得点、ならびにRSEにおける1,2種の自傷群と3種の自傷群の低得点が顕著であった。

表6：自傷行為の種類による現在の生活状況、行為障害関連行動・物質使用・自尊感情の比較

	切る自傷			打つ自傷			焼く自傷		
	(+) N=26 9.3%	(-) N=255 90.7%	p	(+) N=78 27.8%	(-) N=203 72.2%	p	(+) N=56 19.9%	(-) N=225 80.1%	p
いじめ・威嚇・脅迫	34.6%	16.3%	0.020	26.9%	14.4%	0.015	21.4%	17.0%	0.444
けんか	30.8%	13.1%	0.016	28.2%	9.5%	<0.001	14.3%	14.8%	0.923
武器の使用	26.9%	7.9%	0.002	12.8%	8.5%	0.269	16.1%	8.1%	0.070
人に対する残酷な行為	15.4%	9.1%	0.305	15.4%	7.5%	0.045	14.3%	8.5%	0.192
動物に対する残酷な行為	0.0%	1.6%	0.518	2.6%	1.0%	0.322	0.0%	1.8%	0.313
強奪	34.6%	20.2%	0.090	26.9%	19.4%	0.170	25.0%	20.6%	0.476
強姦	0.0%	0.8%	0.648	1.3%	0.5%	0.486	0.0%	0.9%	0.477
放火	3.8%	1.6%	0.409	2.6%	1.5%	0.545	1.8%	1.8%	0.997
器物損壊	7.7%	5.2%	0.586	7.7%	4.5%	0.285	3.6%	5.8%	0.503
住居・車への不法侵入	7.7%	13.5%	0.402	16.7%	11.4%	0.243	10.7%	13.5%	0.585
虚言・詐欺	15.4%	16.7%	0.867	29.5%	11.4%	<0.001	12.5%	17.5%	0.368
万引き・窃盗	34.6%	29.8%	0.608	34.6%	28.4%	0.307	30.4%	30.0%	0.964
夜間外出	30.8%	26.6%	0.647	32.1%	24.9%	0.225	28.6%	26.5%	0.750
無断外泊・家出	34.6%	26.6%	0.382	35.9%	23.9%	0.043	28.6%	26.9%	0.802
学校の怠休	26.9%	25.4%	0.865	28.2%	24.4%	0.510	25.0%	25.6%	0.931
CD症状項目数	3.0±2.6	2.1±2.3	0.096	3.0±2.4	1.9±2.1	<0.001	2.3±2.2	2.2±2.3	0.695
自殺したいとよく思う	46.2%	10.3%	<0.001	30.8%	7.0%	<0.001	25.0%	10.8%	0.005
DAST	2.5±3.6	0.8±1.9	<0.001	1.4±2.7	0.8±1.9	0.019	1.6±2.7	0.8±2.0	0.019
AAIS	32.7±12.5	25.9±15.1	0.027	29.1±14.5	25.6±15.0	0.078	31.8±12.5	25.3±15.3	0.004
QFS	3.0±1.8	2.0±1.9	0.015	2.6±2.1	1.9±1.8	0.005	2.7±2.0	1.9±1.9	0.010
RSES	27.1±7.3	30.5±6.5	0.031	27.6±6.4	31.2±6.5	<0.001	28.0±6.9	30.7±6.5	0.010

CD: Conduct disorder; DAST; Drug Abuse Screening Test; AAIS; Adolescent Alcohol Involvement Scale; QFS; Quantity & Frequency Scale;

RSES; Rosenberg's self-esteem scale

(表の太字の項目は、3つの自傷行為の様式全てで共通して有意差の認められたもの)

表7: 3群間における過去の生活状況・心的外傷体験・その他の問題行動の比較

	自傷なし	1,2種の自傷	3種の自傷	χ^2 or <i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	N=169 60.1%	N=102 36.3%	N=10 3.6%			
調査時年齢(歳)	16.8±1.5	17.0±1.8	17.0±1.7	0.671	2, 279	0.512
親の離婚経験	37.0%	50.0%	50.0%	4.643	2	0.098
親との死別の経験	8.5%	7.8%	10.0%	0.073	2	0.964
親のアルコール問題	10.9%	14.7%	20.0%	1.333	2	0.514
親の精神障害	4.2%	3.0%	10.0%	1.246	2	0.536
親の自殺	1.2%	1.0%	0.0%	0.143	2	0.931
身体的虐待を受けた経験	10.2%	13.7%	30.0%	3.766	2	0.152
ネグレクトを受けた経験	4.8%	4.9%	0.0%	0.510	2	0.775
精神的虐待を受けた経験	6.6%	7.8%	10.0%	0.262	2	0.877
両親間の暴力場面を目撃した経験	13.9%	19.6%	60.0%	14.268	2	0.001
兄弟から暴力を受けた経験	4.8%	5.9%	0.0%	0.699	2	0.705
小学校時代のいじめ被害	14.7%	19.8%	40.0%	4.743	2	0.093
殺されると思うような恐怖体験	16.3%	33.7%	30.0%	10.976	2	0.004
少年院入所経験	9.6%	19.6%	20.0%	5.673	2	0.059
児童自立支援施設入所経験	4.8%	10.8%	20.0%	5.520	2	0.063
養護施設入所経験	2.4%	3.9%	0.0%	0.824	2	0.662
WURS^a	33.8±12.9	43.7±16.8	59.9±12.4	26.274	2, 279	<0.001
AD/HD症状項目数^b	4.7±3.6	6.6±4.2	10.3±4.0	14.964	2, 279	<0.001
ODD症状項目数^c	1.3±1.8	1.8±2.1	5.4±2.2	22.840	2, 279	<0.001

WURS; Wender Utah Rating Scale; AD/HD; Attention-deficit/hyperactivity disorder; ODD; Oppositional defiant disorder

^a: Bonferroni's post hoc test: 3種>自傷なし, p<0.001; 3種>1, 2種, p=0.011; 1, 2種>自傷なし, p=0.001^b: Bonferroni's post hoc test: 3種>自傷なし, p<0.001; 3種>1, 2種, p=0.011; 1, 2種>自傷なし, p=0.001^c: Bonferroni's post hoc test: 3種>自傷なし, p<0.001; 3種>1, 2種, p<0.001

表8: 3群間における現在の生活状況、行為障害関連行動・物質使用・自尊感情の比較

	自傷なし	1,2種の自傷	3種の自傷	χ^2 or <i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	N=169 60.1%	N=102 36.3%	N=10 3.6%			
いじめ・威嚇・脅迫	15.1%	20.6%	40.0%	4.717	2	0.095
けんか	10.2%	19.6%	40.0%	9.670	2	0.008
武器の使用	7.8%	10.8%	30.0%	5.497	2	0.064
人に対する残酷な行為	7.8%	11.8%	20.0%	2.367	2	0.306
動物に対する残酷な行為	1.2%	2.0%	0.0%	0.406	2	0.816
強奪	19.3%	23.5%	40.0%	2.754	2	0.252
強姦	0.6%	1.0%	0.0%	0.202	2	0.904
放火	1.2%	2.9%	0.0%	1.268	2	0.530
器物損壊	5.4%	5.9%	0.0%	0.618	2	0.734
住居・車への不法侵入	12.0%	15.7%	0.0%	2.285	2	0.319
虚言・詐欺	13.3%	21.6%	20.0%	3.253	2	0.197
万引き・窃盗	30.1%	29.4%	40.0%	0.486	2	0.784
夜間外出	25.3%	29.4%	30.0%	0.590	2	0.745
無断外泊・家出	22.9%	34.3%	30.0%	4.186	2	0.123
学校の怠休	24.7%	26.5%	30.0%	0.213	2	0.899
CD症状項目数	2.0±2.2	2.6±2.4	3.2±2.0	3.043	2, 279	0.051
自殺したいと思う	5.4%	24.5%	40.0%	25.602	2	<0.001
DAST^d	0.7±1.8	1.2±2.3	2.6±4.2	4.882	2, 279	0.008
AAIS^e	24.7±15.4	28.6±14.2	37.3±6.9	4.999	2, 279	0.007
QFS^f	1.8±1.8	2.4±2.1	3.0±1.6	4.716	2, 279	0.010
RSES^g	31.5±6.5	28.3±6.2	27.5±8.8	8.507	2, 279	<0.001

CD; Conduct disorder; DAST; Drug Abuse Screening Test; AAIS; Adolescent Alcohol Involvement Scale

QFS; Quantity & Frequency Scale; RSES; Rosenberg's self-esteem scale

^d: Bonferroni's post hoc test: 3種>自傷なし, p=0.019^e: Bonferroni's post hoc test: 3種>自傷なし, p=0.027^f: Bonferroni's post hoc test: 3種>自傷なし, p<0.001; 1, 2種>自傷なし, p=0.027^g: Bonferroni's post hoc test: 1, 2種>自傷なし, p<0.001

IV. 考察

本研究では、対象の9.3%に刃物などで身体を切る自傷が、27.8%に拳や頭部を壁などに打ちつける自傷が、19.9%に火のついた煙草を身体に押しつける自傷がそれぞれ認められた。すでに我々は、一般の男子中学生を対象とした調査から¹⁹⁾、自傷行為の生涯経験率として切る自傷8.0%、打つ自傷27.7%という結果を得ている（この調査では、焼く自傷に関する調査は未実施）。両者を比較すると、一見したところ自傷経験率に差はない。

しかしここでは、2つの問題を考慮する必要がある。第1に、本研究の質問票においては、「あなたはよく～することがありますか?」という形式で、時間範囲を明示せずに、自傷行為の経験を尋ねている。これは生涯経験率ではなく、少年鑑別所入所前の比較的最近の生活における、習慣的な自傷行為の実行状況について質問したものである。したがって、生涯経験率について質問すれば、さらに高い割合となった可能性がある。

第2に、文献的対照群の年齢層が不適切である。対象者の年齢分布を考えれば、対照群として一般中学生だけでなく、高校生年齢に相当する対象のデータが必要とされるが、我々の知るかぎりそうした報告はまだない。ちなみに我々は、切る自傷行為の生涯経験率として、一般男子大学生⁶⁵⁾(3.1%)に対して少年刑務所男子入所者³⁴⁾(年齢層, 20～23歳: 14%)、一般女子高校生⁶⁶⁾(14.3%)に対して少年鑑別所女子入所者²⁹⁾(年齢層, 14～19歳: 60.9%)を対象とした調査を実施している。これらはいずれも、矯正施設における自傷行為の生涯経験率の高さを物語る知見である。

本研究では、切る自傷、打つ自傷、焼く自傷のいずれを行う者にも、多くの共通した、過去および現在の臨床的特徴が認められた。すなわち、いずれの自傷を行う者においても、WURS高得点とAD/HD症状数の多さに示される幼少期の多動性、ODD症状数の多さに示される敵対的・拒絶的な態度、DAST、AAIS、QFスケールに示されたアルコール・薬物問題、希死念慮、RSE低得点に示される低い自尊感情という共通した傾向が認められた。こうした傾向には、表4からも明らかなように、各様式の自傷者のなかには、重複して他の様式による自

傷行為を行っている者が相当な割合で存在したことが影響していると考えられる。

しかしここで、PattisonとKahan⁴⁷⁾が、1人の自傷者が1種類だけの様式で自傷行為を行うことがまれであり、「手首を切ること」に限局した自傷概念が不相当であると指摘したことを思い起こす必要がある。すなわち、切る、打つ、焼くという様式の相違を議論するのではなく、共通した意義を重視して、その多様性の程度を評価することが臨床的には重要なのである。事実、上述した各自傷経験者の特徴は、自傷様式が「切る」「打つ」「焼く」の全てに及ぶ場合には、いっそう顕著な形で認められていた。

さらにそのように多様式で自傷を行う者では、上述した特徴に加えて、両親間の暴力場面を目撃した者、殺されると思うような恐怖体験をしたことのある者が多く、CD症状における「けんか」の挿話も多く認められた。これらは、多様式で自傷を行う者には、様々な暴力の目撃者、被害者、加害者となった経験をもつ者が多いことを示唆している。

そこで本稿では、以下に、男性の多様式で自傷を行う者の特徴を中心に考察を試みたい。

1. 心的外傷体験・自尊感情

多様式で自傷を行う者では、両親間の暴力場面を目撃した者が高率に認められた。自傷行為が、身体的・性的虐待などの直接的な暴力被害体験と密接に関係していることを指摘する研究は多いが^{20), 25), 28), 34), 61), 68)}、本研究では、幼少時に両親間の暴力場面に曝露される体験も、自傷行為と密接に関係している可能性が示唆された。我々の知るかぎり、これまでの女性を対象とした実証的研究において、家族内の暴力場面を目撃する体験と自傷行為との関係を明らかにしたものはない。したがってこれが、男性に限った特徴であるのか、それとも男女を問わず一般に認められる特徴であるのかを結論することはできない。

しかし男女に関係なく、自傷行為は家族内の暴力場面を目撃した体験と関係があると主張する臨床家もいる。たとえばWalshとRosen⁶²⁾は、自傷行為には幼少期の家族ドラマの再現として象徴的な意味があり、自傷をくりかえす者は、その自己への暴力行為を通して、暴力をふるう加害者、暴力をふるわれる被害者、そして何もしない傍観者という三役を演じていることを指摘している。またClarke⁶⁾は、

激しいけんかをする両親の姿を目撃している子どもは、早くから「両親が不仲なのは自分のせいではないか、自分などいない方が良いのではないか」という自責感を植えつけられ、後年になってもこうした感情に苛まれることが多いと述べている。こうした体験が、本研究で明らかにされた、自傷をする者の自尊感情の低さにも関係している可能性がある。

2. 幼少期の多動性と敵対的・拒絶的態度

本研究において、多様式で自傷を行う者では高いWURS得点および多いAD/HD症状数が認められた。この結果は、多様式で自傷を行う者では、幼少期に多動傾向を呈していた者が多いことを示唆しており、その点ではFulwilerら¹²⁾が報告する男性の自傷を行う者の特徴と一致する結果といえる。ただし、これがはたして自傷一般にいえる特徴であるのか、男性に限った特徴であるのかを結論することはできない。というのも、これまでの女性を対象とした研究では、幼少期の多動傾向と後年の自傷行為の経験の関係については、全く検証がなされていないからである。

さらに本研究における評価方法には、いずれも回顧的・自記式という方法論上の限界があり、この結果をそのまま「本態性」のAD/HDの臨床診断と同義ではないことに注意する必要がある。すでに述べたように、両親間の暴力を目撃したという自傷を行う者は多いが、こうした家庭環境が多動性に与えた影響も考慮しなければならない。McMurrin³⁹⁾は、暴力的で葛藤と緊張にみちた生活環境は、子どもの覚醒度を高め、被刺激性の閾値を低下させて、二次的な多動状態を惹起することを指摘している。当然ながら我々の方法論では、幼少期の多動性について本態性と二次性の弁別は困難であるが、おそらく重要なことは、幼少期の多動が本態性のAD/HDによるものか否かではなく、そうした多動状態が家庭や学校での適応に与えた影響ではなかろうか。

その意味では、多様式で自傷を行う者におけるODD症状数の多さは気になる結果である。ODDにおける敵対的・拒絶的態度は、適切な養育や支援を受けられないことが病因の1つとして考えられており⁵⁰⁾、多動性に周囲との齟齬が加わった可能性が推測されるからである。こうした体験も、自尊感情に影響を与え、後年の虚無的な態度に関係することが指摘されている⁶⁾。

3. アルコール・薬物乱用

自傷をする者にアルコール・薬物乱用が高率に認められることを指摘する研究は、対象の性別に関係なく、枚挙にいとまがない^{23), 28), 34), 61), 68)}。実際、PattisonとKahan⁴⁷⁾は、すでに触れたDSHという臨床概念において、アルコール・薬物の乱用を自傷行為と同質の自己破壊的行動と捉えており、また我々³⁷⁾は、自傷行為がその嗜癖性という点においてアルコール・薬物乱用と共通していることを指摘している。したがって、これは性差を越えた、自傷をする者一般の特徴といえるであろう。なおFavazzaとConterio⁹⁾は、女性の習慣性自傷者では、これに摂食障害も加えて、自傷行為、アルコール・薬物乱用、摂食障害をDSHの三主徴Triasであると述べている。

ところで、男性で自傷を行う者のアルコール・薬物乱用には、自傷行為とアルコール・薬物乱用に共通する別の要因が関係している可能性もある。その要因とは、幼少期のAD/HD挿話である。Biedermanら⁴⁾およびCarroll⁵⁾は、幼少期のAD/HD挿話と後年の精神活性物質の乱用の密接な関係を明らかにしている。

4. 暴力

先行研究²⁾に反して自傷行為の有無でCD症状数に差はなかったものの、多様式で自傷を行う者では、「よくとっくみあいのケンカをする」と答えた者が40%にも達していた。この知見は先行研究^{12), 17), 34)}と一致するものであり、男性においては自傷行為と暴力は密接な関係にあると考えて良いであろう。なお現在のところ、女性を対象とした研究で、自傷行為と暴力行為との関係を検証したものはなく、女性でも同様のことがいえるかどうかは分からない。今後の研究課題といえよう。

それにしても、なぜ自傷行為は暴力と密接な関係にあるのであろうか？ この問題は、3つの視点から考察することができるかもしれない。第1に、両者の類似性が挙げられる。つまり、自傷行為そのものが自己に対する暴力といえ、また自傷行為には、「決して反撃や復讐をされることなく、相手を攻撃し罪悪感を覚えさせる効果的な方法」⁶²⁾としての側面がある。第2に、併発する精神医学的問題が暴力と密接に関係していることが挙げられる。アルコール・薬物乱用²¹⁾や幼少期の多動傾向²⁷⁾は、単

独でも暴力のリスクファクターとして知られている。

最後に、多様式で自傷を行う者の生育背景に注目した発達論的問題が挙げられる。Bandura³⁾の社会学習理論によれば、幼少期に家族内暴力を目撃する体験は、ただそれだけで恐怖・不安に喚起された高度な覚醒状態において暴力の持つパワーを観察学習する場となってしまふ。加えて、すでに述べたように、自傷を行う者では、過去に殺されると思うような恐怖体験を味わっている者も多い。したがって、彼らのうちの少なくない者が、家族内もしくは非行集団内における激しい暴力の被害者であり、暴力の持つパワーを、文字通り身をもって学習する機会を持った可能性がある。こうした経験の積み重ねが、後年になって様々な暴力をコミュニケーションの道具とし、他害的暴力の加害者となっていくことに影響した可能性もあろう。このような現象は、藤岡¹¹⁾が指摘する、被害者から加害者への転向とそのまゝ重なるものである。

5. 希死念慮

本研究では、多様式自傷者の多くが、「死ぬことをよく考える」と回答していた。しかし自傷行為の定義からすると、これは一見奇妙である。Favazzaは、その大著“Body Under Siege”¹⁰⁾のなかで、自傷行為を、「故意に行われる、非致死的な自己の身体表層への傷害であり、自殺の意図は明確には意識されていない」と定義し、この種の自傷行為が、「死ぬため」ではなく「気分を変えるため」にくりかえされると述べている。他にも自傷行為をする意図として、怒りなどの不快感情への対処⁴⁵⁾、耐えがたい内的緊張から解放⁹⁾、解離状態からの回復⁵⁴⁾、⁵⁷⁾などが指摘されている。また多くの研究²²⁾、⁴¹⁾、⁴³⁾、⁵⁴⁾が、自傷行為と自殺行動との本質的な相違を指摘している。有名なKreitmanら²²⁾の“parasuicide”はもとより、Morganら⁴²⁾の“deliberate self-harm”、Menninger⁴⁰⁾の“focal suicide”、Simpson⁵⁴⁾の“antisuicide”などといった臨床概念は、いずれも身体損傷の様式、程度と反復性、意図という点において、自傷行為が自殺企図と峻別される行動であることを提唱したものであった。

しかしながらその後、Hawtonらの自殺研究¹⁵⁾、¹⁶⁾は、DSH (deliberate self-harm, 「故意に自分の健康を害する」) 行動が将来の自殺行動を予測する重要

なりリスクファクターであることを明らかにし、最近の系統的レビュー⁴⁵⁾では、過去1回のDSH挿話が、将来の自殺行動の相対リスクを数百倍にまで高めることが指摘されている。いまや自傷行為を自殺とは異なるものとして看過することは許されない状況にあり、自傷行為は、決して失敗した自殺企図ではないものの、自殺行動につながる行為であるという認識が求められているといえよう。現にFavazzaら⁸⁾は、仮に自傷が生きてするために必要なものであるとしても、くりかえす過程での嗜癖化が進行すれば、行為を制御できなくなり、最終的には自殺行動へと傾斜してしまうことに警鐘を鳴らしている。またWalshとRosen⁶²⁾は、自傷者は、死ぬために自傷することは少ないが、自傷していないときに死の観念にとらわれていることがまれではなく、あるとき、いつも自傷をしているのとは別の方法・手段(たとえば、過量服薬や飛び降りなど)で自殺を試みることもあると述べている。自傷行為はエスカレートしやすく³⁵⁾、過量服薬の併発もきわめて高頻度であることから³⁷⁾「演技的、操作的行動」などといって危険性を過小評価してはならない。

なお暴力犯罪による矯正施設被収容者⁷⁾、行為障害を呈する若年者¹⁸⁾は自殺のハイリスク群であり、自傷行為の既往と薬物乱用歴がある者¹⁸⁾、⁵³⁾、そして男性の場合¹⁵⁾にはその危険は特に高いことが知られている。自殺suicideは、kill oneselfとパラフレーズできることから分かるように、攻撃性の対象が自他のいずれに向かうかという相違にすぎないのかもしれない。

5. 本研究の限界

最後に、本研究の限界について触れておきたい。本研究は、男性の自傷行為を破壊的行動障害、アルコール・薬物乱用、心的外傷との関係において検討したわが国最初の研究であるが、以下に掲げた3つの問題を含む多くの限界がある。

第1に、本研究では、AD/HDをはじめとする破壊的行動障害の症候を、半構造化面接の実施や家族からの詳細な生育歴に関する情報なしに、DSM-IVの診断基準の症状項目を参考とした自記式質問票を作成し、その結果に依拠して評価している。したがって、本研究でとりあげられている破壊的行動障害の症状は、そのまま臨床診断につながるのではなく、現時点では便宜的な方法といわざるをえない。

その意味で本研究の結果は、自傷行為のリスクファクターとしてAD/HDが存在する可能性を示唆するものでありながらも、今後さらなる検討を要するものであることに注意する必要がある。第2に、本研究の方法では、少年鑑別所への収容にいたる経緯や収容そのものを体験したストレスが、自傷行為を誘発した可能性を、完全に除外することができないという限界がある。

最後に、本研究では非常に多数回の有意差検定を行っていることから、その結果に、chance effectによるfalse positiveが混入している可能性が危惧される。しかし男性における自傷行為と心的外傷体験^{20), 25), 28), 34), 61), 68)}、幼少期の多動傾向¹²⁾、アルコール・薬物乱用^{23), 28), 34), 61), 68)}、暴力^{12), 17), 34)}、および自殺傾向^{15), 16), 45)}との関係は、いずれも先行研究と一致する知見であり、同時に我々の臨床経験とも一致するものである。その意味で、これらの結果も有意なものであると思われる。

矯正施設は、自傷行為と破壊的行動障害の関係を研究するうえで、そのいずれのベースレートも高いという点で^{12), 29), 34), 53)}、研究に適したフィールドである。しかし他方で、施設の性質上、研究目的で家族からの情報収集を行うことには倫理的問題があり、調査にあたっては、本研究のように自記式評価尺度に依拠せざるを得ない実情もある。今後、こうした問題を克服した研究が実施されることを期待したい。

V. おわりに

「心の痛みを身体の痛み置きかえているのに、なぜ自傷を止めるというのか」。我々援助者が自傷を止めるように諭すとき、こうした反論に遭遇することは多い³⁵⁾。確かに自傷を行う者は多くの痛みを抱えているように見える。幼少時より様々な暴力に曝露され、周囲との齟齬のなかで自尊心に傷を負いながら自分や他人に暴力をふるい、そして、アルコールや薬物を乱用して「何も感じない」ように心を麻痺させる一方で、いつも漠然と死を考えている。自殺学者のShneidman⁵²⁾は、「うつ病そのものが自殺を引きだすのではない。むしろ、自殺は過度の精神痛psychacheから生じる」と述べているが、この「精神痛」という言葉は、まさに彼らのためにあるように思えてならない。

我々は、サブカルチャー集団内の流行・儀式と見られがちな様々な自傷行為（不全感に苛まれる若者がインターネットにおける自己主張の手段としての自傷、あるいは非行少年たちの「根性焼き」のような焼く自傷）も軽視すべきではないと考えている。すでに、ピアッシングやタトゥーなどのような身体改造body modificationでさえ、それが多岐におよぶ者では、重篤な抑うつ気分や自殺企図歴と関係がある可能性が示されている^{10), 31)}。若者において自傷行為は薬物非行を凌ぐ問題となっている今日⁴¹⁾、自傷行為に対する有効な介入・支援のあり方が模索される必要がある。

本研究は、平成16年度明治安田こころの健康財団研究助成、および、平成16年度社会安全研究財団研究助成を受けて実施されたものである。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC, 1994.
- 2) Andrews JA, Lewinsohn PM : Suicidal attempts among older adolescents : Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 31 : 655-662, 1992.
- 3) Bandura A : Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1977.
- 4) Biederman JWT, Mick E, Faraone SV, et al : Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? Biol Psychiatry 44 : 269-273, 1998.
- 5) Carroll KM : History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. Compr Psychiatry 34 : 75-82, 1993.
- 6) Clarke A : Self-mutilation : A helping book for teens who hurt themselves. The Rosen Publishing Group, Inc., New York, 1998.
- 7) Cole TB, Glass RM : Mental illness and violent death. JAMA 294 (5) : 623-624, 2005
- 8) Favazza AR, Derosear DO, Conterio K : Self-

- Mutilation and Eating Disorders. Suicide and Life-Threatening Behavior. 19 : 353-361, 1989.
- 9) Favazza AR, Conterio K : Female habitual self-mutilators. Acta Psychiatr Scand 79 : 283-289, 1989.
- 10) Favazza AR : Bodies Under Siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry. Second Edition. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1996.
- 11) 藤岡淳子 : 第7章 非行少年における被害体験と加害行動. 藤岡淳子著 非行少年の加害と被害—非行心理臨床の現場から, pp161-206, 誠信書房, 東京, 2001.
- 12) Fulwiler C, Forbes C, Santangelo SL et al : Self-mutilation and suicide attempt : distinguishing features in prisoners. J Am Acad Psychiatry Law 25; 69-77, 1997.
- 13) Graff H, Mallin KR : The syndrome of the wrist cutter. Am J Psychiatry 146 : 789-790, 1967.
- 14) Gunderson JG, Zanarini MC : Current overview of the borderline diagnosis. J Clin Psychiatry 48 : Suppl : 5-14, 1987.
- 15) Hawton K, Fagg J : Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. Br J Psychiatry 152 : 359-366, 1988.
- 16) Hawton K, Zahl D, Weatherall R : Suicide following deliberate self-harm : long term follow-up study of patients who presented to a general hospital. Br J Psychiatry : 182, 537-542, 2003.
- 17) Hillbrand M, Krystal JH, Sharpe KS, Foster HG : Clinical predictors of self-mutilation in hospitalized forensic patients. J Nerv Ment Dis 182 : 9-13, 1994.
- 18) Hills AL, Cox BJ, McWilliams LA et al : Suicide attempts and externalizing psychopathology in a nationally representative sample. Compr Psychiatry 46 : 334-339, 2005.
- 19) Izutsu T, Shimotsu S, Matsumoto T et al. : Deliberate self-harm and childhood histories of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) in junior high school students. European Child and Adolescent Psychiatry 14 : 1-5, 2006.
- 20) Kisiel CL, Lyons JS : Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. Am J Psychiatry 158 : 1034-1039, 2001.
- 21) Klinteberg B, Andersson T, Magnusson D : Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol program and violent offending : A longitudinal study of male subjects. Personality and Individual Differences 15; 381-388, 1993.
- 22) Kreitman N, Philip AE, Greer S et al : Parasuicide. Br J Psychiatry 115 : 746-747, 1969.
- 23) Lacey JH, Evans CD : The impulsivist : a multi-impulsive personality disorder. Br J Addict 81 : 641-649, 1986.
- 24) Lester D, Beck A : What the suicide's choice of method signifies. Omega 81 : 271-277, 1980
- 25) Lipschitz DS, Kaplan ML, Sorkenn J : Childhood abuse, adult assault, and dissociation. Compr Psychiatry 37 : 261-266, 1996.
- 26) 毎日新聞 : 明日会えたら—「リストカットの子どもたち」.
<http://www.mainichi-msn.co.jp/kurashi/kokoro/ashita/archive/>
- 27) Mannuzza S, Klein RG, Konig PH et al. Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. Arch Gen Psychiatry 46; 1073-1079, 1989.
- 28) Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A et al : Habitual self-mutilation in Japan. Psychiatry Clin Neurosci 58 : 191-198, 2004.
- 29) Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y et al. : Patterns of self-cutting : A preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. Psychiatry Clin Neurosci 58 : 377-382, 2004.
- 30) 松本俊彦, 上條敦史, 山口亜希子, 他 : 覚せい剤依存症成人患者における注意欠陥/多動

- 性障害の既往—Wender Utah Rating Scaleを用いた予備的研究. 精神医学 46: 89-97, 2004.
- 31) Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y et al: Self-burning versus self-cutting: Patterns and implications of self-mutilation; A preliminary study of differences between self-cutting and -burning in a Japanese juvenile detention center. *Psychiatry Clin Neurosci* 59: 62-69, 2005.
- 32) Matsumoto T, Kamijo A, Yamaguchi A et al: Childhood histories of attention-deficit/hyperactivity disorders in Japanese methamphetamine and inhalant abusers: A preliminary report. *Psychiatry Clin Neurosci* 59: 102-105, 2005.
- 33) Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami T et al: Drug preferences in illicit drug abusers with a childhood tendency of attention-deficit/hyperactivity disorder: A study using the Wender Utah Rating Scale in a Japanese prison. *Psychiatry Clin Neurosci* 59: 311-319, 2005.
- 34) Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami T et al: Characteristics of self-cutters among male inmates: Association with bulimia and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci* 59: 319-326, 2005.
- 35) 松本俊彦, 山口亜希子: 嗜癖としての自傷行為. *精神療法* 31: 329-332, 2005.
- 36) 松本俊彦, 山口亜希子, 阿瀬川孝治, 他: 過量服薬を行う女性自傷者の臨床的特徴: リスク予測に向けての自記式質問票による予備的調査. *精神医学* 47: 735-743, 2005.
- 37) 松本俊彦, 山口亜希子: 自傷行為の嗜癖性について—自記式質問票による自傷行為に関する調査—. *精神科治療学* 20: 931-939, 2005.
- 38) Mayer J, Filstead WJ: The Adolescent Alcohol Involvement Scale: An instrument for measuring adolescent's use and misuse of alcohol. *J Stud Alcohol* 40: 291-300, 1979.
- 39) McMurrin M: Chapter 8: Alcohol, aggression and violence. McGuire J, eds. *Offender rehabilitation and treatment: effective programs and policies to reduce re-offending*, pp221-241, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, 2002.
- 40) Menninger KA: *Man against himself*. Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1938.
- 41) 水谷修: 水谷修先生の夜回り日記. <http://www.mainichi-msn.co.jp/kurashi/kokoro/yomawari/archive/>
- 42) Morgan HG, Burn-Cox CJ, Pottle S et al: Deliberate self-harm: Clinical and socioeconomic characteristics of 368 patients. *Br J Psychiatry* 128: 361-368, 1976.
- 43) 南条あや: 卒業式まで死にません. 新潮社, 東京, 2000
- 44) Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S: Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41: 1333-1341, 2002.
- 45) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 181, 193-199, 2002.
- 46) Pao PE: The syndrome of delicate self-cutting. *Br J Med Psychol* 42: 195-206, 1969
- 47) Pattison EM, Kahan J: The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am J Psychiatry* 140: 867-87, 1983.
- 48) Rosenberg M: *Society and the adolescent self-image*. Princeton Univ. Press, 1965.
- 49) Rosenthal RJ, Rinzler C, Walsh R et al: Writs-cutting syndrome: The meaning of a gesture. *Am J Psychiatry* 128: 1363-1368, 1972.
- 50) 齋藤万比古: 注意欠陥及び破壊的行動障害 反抗挑戦性障害. *精神科治療学* 16: Suppl: 229-234, 2001.
- 51) 下津咲絵, 井筒節, 松本俊彦, 他: 中学生におけるAD/HD傾向と自尊感情の関連—Wender Utah Rating Scaleを用いた予備的研究—. *精神医学* (印刷中)
- 52) Shneidman ES: *Suicide as Psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*, Jason Aronson Inc., Lanham, 1993.
- 53) Show J, Baker D, Hunt IM et al: *Suicide*

- by prisoners. *Br J Psychiatry* 184 : 263-267, 2004.
- 54) Simpson MA : The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting. *Can Psychiatr Assoc J* 20 : 429-434, 1975.
- 55) 四戸智昭, 斎藤 学 : 家族内の児童虐待による PTSD スクリーニングテストに関する研究 - TECL (Trauma Event Check-List) の開発の試み - . *アディクションと家族* 19 : 242-249, 2002.
- 56) Skinner HA : The drug abuse screening test. *Addict Behav* 7 : 363-371, 1982.
- 57) Suyemoto KL : The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev* 18, 531-554, 1998.
- 58) 鈴木健二, 松下幸生, 樋口 進, 他 : 未成年者の問題飲酒スケール - Quantity-Frequency Scale (QF Scale) . *アルコール研究と薬物依存* 29 : 168-178, 1994.
- 59) 鈴木健二, 村上 優, 杠 岳文, 他 : 高校生における違法性薬物乱用の調査研究. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 34 : 465-474, 1999.
- 60) Tantam D, Whittaker J : Personality disorder and self-wounding. *British Journal of Psychiatry* 161 : 451-464, 1992.
- 61) Van der Kolk BA, Perry C, Herman JL : Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 148 : 1665-1671, 1992.
- 62) Walsh BW, Rosen PM : *Self-mutilation*. Guilford Press, New York, 1988. (松本俊彦・山口亜希子訳「自傷行為 - 実証的研究と治療指針 - 」, 金剛出版, 2005)
- 63) Ward MF, Wender PH, Reimherr FW : The Wender Utah Rating Scale : an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am. J. Psychiatry* 150; 885-890, 1993.
- 64) Weissman MM : Wrist-cutting. *Arch Gen Psychiatry* 32 : 1166-1171, 1975.
- 65) 山口亜希子, 松本俊彦, 近藤智津恵, 他 : 大学生の自傷行為の経験率 - 自記式質問票による調査. *精神医学* 46 : 473-479, 2004.
- 66) 山口亜希子, 松本俊彦 : 女子高校生における自傷行為 - 喫煙・飲酒、ピアス、過食傾向との関係 - . *精神医学* 47 : 515-522, 2005.
- 67) 山本真理子, 松井豊, 山成由紀子 : 認知された自己の諸側面の構造. *教育心理学研究* 30 : 64-68, 1982.
- 68) Zlotnick C, Shea T, Recupero P et al : Trauma, dissociation, impulsivity, and self-mutilation among substance abuse patients. *Am J Orthopsychiatry* 67 : 650-654, 1997.

投稿規定

1. 本誌は国立精神・神経センター精神保健研究所の研究員に関連する他誌に未発表の原著論文、短報、総説、症例（事例）研究および資料、さらに研究所以外の研究者への依頼を含めた特集論文を掲載します。
 2. ◇原著論文は、400字詰め原稿用紙で原則として50枚以内とします。（図表も各1枚を1頁と計算）。データ解析にもとづいた原著論文の構成は、原則として以下のようにして投稿して下さい。原稿の第1頁には、論文の和文および英文タイトル、全著者の和文および英文の氏名（学位は表示しない）、全著者の所属機関の和文および英文の名称および別刷請求者の連絡先を記入して下さい。第2頁には、200字以内の和文抄録と英文で5つ以内のKey words (Index Medicusのsubject headingsを参考として下さい) を記載して下さい。論文の本文は第3頁より記述を開始し、原則として、I. はじめに（または緒言）、II. 対象と方法、III. 結果、IV. 考察、文献さらに独立の1頁に200語以内の英文Abstract、(付録：必要があれば加え、研究に用いたスケールの部分的紹介などを入れて下さい。また、論文の性格によっては、読者の理解を容易とするためにセクションの分割を他の型式とすることも可能) および図表（図および表は各1点ずつ別紙に注釈などを含めて書く）の順に綴じて、計3通（正1、副2）を編集委員会あてに投稿して下さい（投稿先は下の8項参照）。症例（事例）記述にもとづいて書かれる原著論文および症例（事例）研究の構成は、原則として上記の〔III. 結果〕の節〔III. 症例（事例）〕などとし、他の部分は上記に準じて下さい。
◇短報は主として予備的な報告をあつかいますが、論文の性格上は原著論文なので、400字詰め原稿用紙で原則として15枚以内とし、体裁は原著論文のそれに従って下さい。
◇総説は400字詰め原稿用紙で原則として70枚を超えないものとし（図表も各1枚を1頁と計算する）、原著論文と同様に英文Abstract、和文抄録および英文Key words をつけますが、セクションの区分などの体裁は内容の理解が容易であるように適宜著者が工夫して下さい。
◇資料論文については、英文Abstract、和文抄録およびKey words は除きますが、その他は長さも含めて原著論文の体裁に準じて下さい。
◇特集論文は編集委員会の決定したテーマによる依頼原稿で構成し、400字詰め原稿用紙で原則として30枚以内（図表も各1枚を1頁と計算する）とします。論文のセクションの構成は総説に準じて著者の決めたものとなりますが、英文Abstract、和文抄録およびKey words はつけません。
 3. 論文はワードプロセッサを用いて作成しプリントアウトしたものを提出して下さい（その際、頁のレイアウトは、1頁を400字の整数倍にし、それを第1頁の最下行に明示して下さい）。論文は受理後にフロッピーディスクでも提出して頂きます。型式は別に指示します。
 4. 外国人名、薬品名は原語を用いて下さい。専門用語は、わが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要ある場合は訳語と（）内に原語を示して下さい。
 5. 文献は本文中に引用されたもののみを以下の要領で記述して下さい。
 - A. 文献は筆頭著者の姓 (family name) のアルファベット順に番号をつけ（同一著者の場合は発表順）、本文中にはその番号で引用して下さい。
 - B. 雑誌名はIndex Medicusの表示に準じ、省略のピリオドはつけません。
 - C. 著者名は3名以内の場合は全員、4名以上の場合は3人まで書き、あとは他 (et al) と省略して下さい。
 - D. 文献の記載は、雑誌については、著者名：論文題名、雑誌名 巻：最初の頁-最後の頁、西暦年号の順とし、単行本全体の場合は、著者名：書名、発行所、発行地、西暦年号、とし、単行本の中の論文は、著者名：論文題名、著者（編者、監修者）名：書名、発行所、発行地、pp. 最初の頁-最後の頁、西暦年号、として下さい。訳本は原書を上記にしたがって記載し、（）内に訳本を上記に準じて記載して下さい。
- 記載例
- 1) American Psychiatric Association : Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III-R American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987. (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭訳: DSM-III -R, 精神障害の分類と診断の手引改訂3版, 医学書院, 東京, 1988.)
 - 2) 藤縄昭: 精神療法とエロス. 弘文堂, 東京, 1987.
 - 3) Ostuka T, Shimonaka Y, Maruyama S et al: A new screening test for dementia. Jpn J Psychiatr Neurol 42: 223-229, 1988.
 - 4) 高橋徹, 藍沢鎮雄, 武内龍雄他: 不安神経症の難治性経過について-初期病像ならびに性格特性とのかかわり. 精神衛生研究 31: 25-40, 1984.
6. 依頼原稿以外の原稿は、編集委員会で複数の査読者を依頼しその結果により採否を決定します。その際、必要な修正を著者に求めることがあります。また投稿規定から著しく逸脱したり、判読の困難な原稿は査読せず著者に返却します。
 7. すべての掲載論文は、別冊50部のみを作成し著者に無料進呈します。
 8. 本誌に掲載された論文の著作権は国立精神・神経センター精神保健研究所に帰属します。著者が、当該著作物の全部を他誌へ使用する場合には著作権者の許諾を得てください。
 9. 論文投稿先：
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
国立精神・神経センター 精神保健研究所内
「精神保健研究」編集委員会
(2006. 3. 27. 改訂)

精神保健研究編集委員会

編集委員長 北井 暁子

編集委員 内山 真 清田 晃生 軍司 敦子

齋藤万比古 松岡 豊 山田 光彦

編集後記

「精神保健研究」第19号（通巻第52号）をお届けいたします。2005年4月に国立精神・神経センター精神保健研究所は国府台地区から移転しましたので、本誌は、小平地区にて新たな一歩を踏み出した記念すべき号となりました。小平地区では、3研究棟に精神保健研究所と神経研究所とが共存するため、周辺領域の研究者と気軽に密に意見交換できる場が増えつつあります。これまでの研究をさらに広い視野をもって、より多角的に展開できる可能性と機会に恵まれたこと、なにより幸せに思います。

さて、今回は、2006年度より国立精神・神経センター精神保健研究所に「自殺予防総合対策センター」が設置されることをふまえ、自殺に関連したうつ病対策研究に焦点を当てました。ヒトは年齢や人生選択に応じてとりまく環境が変化していきます。環境が異なるということは、心と体の健康維持のため場に応じた対応が求められる訳で、まずはその現状と予防に向けての課題を特集することにいたしました。著者の先生方はいずれも各領域においてご活躍で、お忙しい方々ばかりですのに快く執筆を引き受けてくださりました。原著論文としては、自殺のリスクファクターにもなり得る自傷行為を題材とした論文を掲載することができました。ご執筆いただいた先生方、論文を査読して貴重なご意見を寄せていただいた先生方、そして、編集作業にご協力いただいたみなさまに、心より御礼申し上げます。

本誌の論文が多くの方に読まれ、関連分野の研究に広く活用されることを願って、

2006年3月 知的障害部 軍司敦子

精神保健研究

第52号

(2006年3月31日発行)

(非売品)

編集責任者——北井 暁子
発行者——国立精神・神経センター
精神保健研究所

〒187-8553 小平市小川東町4-1-1

Phone : 042-341-2711

F A X : 042-346-1944

<http://www.ncnp-k.go.jp/>

Journal of Mental Health

Number 52,2006

Official Journal of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

CONTENTS

FOREWORD

Celebrating the year of suicide prevention 1

SPECIAL TOPICS:

Preface

M. Yamada 5

Suicide prevention measures in local communities :

Contribution of supportive website for them

T. Koyama, M. Tajima, T. Takeshima 7

Prevention strategies of suicide with depressive disorders in work place

Y. Sakata, K. Tanaka 17

The significance of suicide attempts in emergency and critical care in Japan

Y. Miyake, T. Aruga 25

Depression and suicidal behavior in child and adolescent

A. Kiyota 33

Suicide of the youth: It's actual situations and problems, based on the questionnaire to students

M. Oshima 41

The suicidal preventive countermeasure and depression

K. Osada, M. Nakano, A. Misonoh, K. Takahashi, M. Takahashi, H. Hasegawa,

S. Kanai, Y. Sasuga, D. Tanaka, N. Watanabe, M. Yamada, M. Asakura 49

ORIGINAL ARTICLES

Clinical implications of self-mutilation among male adolescents:

A study using a self-reporting questionnaire in a juvenile classification home

T. Matsumoto, T. Okada, Y. Chiba, T. Izutsu, S. Shimotsu, H. Noguchi,

M. Kohjimoto, A. Kikuchi, K. Yoshikawa 59

Instructions to Authors 74

Editorial Note 75