

精神保健研究

第16号(通巻49号) Supplement ～自殺学特集～ 平成15年(2003年)

巻頭言

今田 寛睦

特集「自殺学」

「国立精神保健研究所50周年記念号 自殺学特集」にあたって

石原明子, 駒田陽子, 佐名手三恵, 林(平野)美紀, 宮崎隆穂 3

自殺学とは何か ―自殺研究の方法と題材―

石原明子 5

統計からみる日本の自殺 ―人口動態統計、人口動態職業・産業別統計より―

石原明子 13

自殺と性別、セクシャリティ

伊藤香苗, 久永文恵, 石原明子 27

自殺と精神科診断学

堀内健太郎 35

自殺行動の解明 ―生物学的研究の観点から―

飯嶋良味 41

自殺における社会的関係

宮崎隆穂 55

自殺学 ―家族という観点から―

酒井 厚 61

死の自己決定 ―自殺と安楽死―

林(平野)美紀 67

自殺と遺書

駒田陽子, 野口博文, 石原明子 75

地域における自殺予防対策

佐名手三恵, 野口博文, 河野梨香 81

自殺遺族の心理・社会的経験とその支援

宮崎朋子 89

投稿規定 97

編集後記 98

国立精神・神経センター精神保健研究所 所長 今田 寛 睦

我が研究所には10の部と19の室があり、それぞれに部長・室長がいますが、職員はそれだけです。このほかに流動研究員が17名、特別研究員が8名、兼任研究員が10名、研究生が60名、その他52名の客員研究員を除いても100名近くの人たちが活動しています（2003年9月末現在）。各部長・室長はいろいろと競争的資金等を得ながら研究していますが、これらの研究を支えてくれているのが、これら研究員であり研究生です。彼ら（彼女ら）は、共同研究者として名を連ねることはあっても、あまり表に出ることはありません。その彼らが、最近社会問題として大きく捉えられている、「自殺」についての教科書、Comprehensive Textbook of Suicidology の講読会を始めました。研究員はそれぞれ異なった部・室に所属しており、彼らがその枠を超えて集まり、一つのテーマで一緒に勉強するなどということははじめてのことです。しかし、「自殺」は社会学的課題であるとともに、生物学的、心理学的、法律学的に裾野の広い分野でもあり、それぞれの立場で我が国の現状を踏まえながら集学的な議論を行うには、うってつけのテーマだったようです。

そして、講読会を終え、せっかくのその成果を我が国流の「自殺学」として、一つにまとめたという声

が上がってきました。さて、研究員だけで集大成したものをどう扱えばいいのか、正直なところ、私としても少々困ってしまいました。従来の「精神保健研究」に紛れこませるにはいささかボリュームが大きすぎるし、それだけで一冊にするには、これをどう位置付けるか、そもそも前例のないことですから。

しかし、なによりも3万人を超える「自殺者」の存在に対して、国もその対策に乗り出し、私自身もその一環として、自殺防止対策の研究を行っている立場から、この成果を無駄にすることなど出来ようはずがありません。おりしも精神保健研究所が創立50周年を迎えたところでもあり、これまで研究所の研究を支えてくれている多くの研究員への感謝と激励の意味をこめて、例外とはいえ敢えて「精神保健研究」通巻49号のsupplementとして掲載することにした次第です。精神保健研究所としても、横断的な研究を推進する上で一つのモデルとして、今後につなげていきたいと考えています。若手研究者の手によるとはいえ、我が国においていささか遅れをとっている、「自殺学」研究を総合的に展望できる本特集であります。多くの方々の目に触れていただき、厳しいご批判と暖かいご助言を頂きたいと思っております。

特集「自殺学」

「国立精神保健研究所50周年記念号 自殺学特集」にあたって

本特集は、国立精神・神経センター精神保健研究所の現・元流動研究員・特別研究員を中心とする若手研究者による特集です。精神保健研究所創立50周年に当たり、このような特集を組むことができましたことを、大変うれしく思っています。

本特集は、2001年末から2002年秋にかけて行われた流動研究員・特別研究員を中心とする自殺学教科書（Comprehensive Textbook of Suicidology. The Guilford press, New York, 2000）の読書会の成果を元にした、自殺学についての総説特集です。

1998年に自殺率が急増して以来、日本では高い自殺率が続き、国立精神保健研究所でも、2000年度には成人精神保健部で健康づくり委託等事業「経済環境及び家族環境と中高年の自殺問題に関する研究」、2001年度からは所長以下精神保健計画部、成人精神保健部を中心として厚生労働科学研究「自殺と防止対策の実態に関する研究」が、行われてきました。成人精神保健部の流動研究員は、各プロジェクトに参加する中で、この自殺という極めて社会的に重要な問題に本格的に取り組むにあたり、自殺研究の基礎と最新の知見を改めて押えておきたいという思いから、勉強会を行うことを考え始めました。しかしながら、日本では、過去においては自殺に関するいくつかの名著は存在するものの、その研究について最近の知見を医学、心理学、社会学といった各方面から総合的に解説した教科書は見当たりませんでした。そのようなときに、2001年度成人精神保健部流動研究員太田ゆずさんがカナダの学会参加のおり、米国の自殺学の教科書である本書「Comprehensive Textbook of Suicidology」を見つけてこられ、2001年度12月より、成人精神保健部、精神保健計画部をはじめとするさまざまな部の流動研究員、特別研究員、また、米国の大学院に所属している所外の方なども交え、その講演会を開始しました。

講演会は、単に自殺研究の最近の知見を得るというだけでなく、自殺という極めて学際的アプローチを必要とするテーマをめぐる、心理学、社会学、生物学、法律学といったさまざまな分野の研究者が学際的に議論を戦わせる充実した場となりました。

このような経験を経て、講演会参加の若手研究者一同は、精神保健研究における学際研究また学際的に議論を戦わせる場の重要性和、また、自殺という社会的

重要性の高い問題に関する最近の知見をまとめた形で紹介する必要性を確信し、今田寛睦所長、当時精神保健研究編集委員であった波多野和夫前老人精神保健部長、他、多くの先生方のご支援、ご厚意を得て、ここに、自殺学総説論文の若手による特集を組むことになりました。本特集では、講演会自体の成果のみならず、日本の自殺研究の現状、また、ここ数年の日本の自殺研究、自殺対策の最新の知見・情報も含めて紹介されており、自殺研究・自殺対策への貢献という意味でも価値のある特集になっていると確信します。

人間は「こころ」をもった社会的存在です。科学技術文明の発達により物質的には非常に豊かになった21世紀、再度「こころ」の問題に目を向けることが大切な時代にきていると考えられます。そのような21世紀において、精神保健研究の重要性はますます高まることと確信します。「こころ」「精神」についての研究は、近年の脳科学や遺伝子研究の発達により、新しいフェーズに入ってきました。そのような背景を受け、現在、「こころ」「精神」についての医学・生物学的研究が、ますます盛んになってきています。それはとても素晴らしいことである一方で、同時に、この人間という社会的存在の「こころ」「精神」へのアプローチにおいては、その社会的側面（社会学的、法律学的、経済学的、歴史学的など）、心理学的側面、あるいは文学・芸術的側面が忘れられてはなりません。

医学・生物学的側面からの研究が中心になりつつある精神保健研究所において、流動研究員・特別研究員室の良いところは、文系理系含めたさまざまな分野を専門とする研究者がおり、共に議論をしながら切磋琢磨することができるということです。その成果の一つが、この自殺学特集ということができるでしょう。

本特集が、日本の自殺研究の発展に貢献できるものであることを願うと同時に、この学際的取り組みが、日本の精神保健研究のあり方に小さいながらも一石を投げ、精神保健研究の発展に貢献できるものであることを、願ってやみません。

最後になりましたが、改めまして、本特集にあたり、お世話になりました今田寛睦所長、波多野和夫前老人精神保健部長、また伊藤順一郎社会復帰相談部長をはじめ編集委員会の先生方、事務のみなさま、各若手研究員を日頃温かく見守り育ててくださっている先生方

に、ここから感謝申し上げます。

2003年7月

自殺学特集プロジェクト委員一同

「自殺学特集プロジェクト」参加者の氏名、所属、専門分野（所属は2003年7月現在）

〈プロジェクト委員〉

プロジェクトリーダー

石原明子（国立精神・神経センター精神保健研究所
成人精神保健部、保健社会学・医療政策）

プロジェクト委員

駒田陽子（同老人精神保健部、精神生理学）

佐名手三恵（同精神保健計画部、臨床心理学）

林（平野）美紀（同社会精神保健部、法律学・医事
刑法）

宮崎隆穂（同心身医学研究部、臨床心理学・健康心
理学）

〈プロジェクトメンバー〉

飯嶋良味（国立精神・神経センター精神保健研究所
老人精神保健部、生物学・遺伝子研究）

伊藤香苗（同児童・思春期精神保健部、臨床心理学）

河野梨香（早稲田大学、元国立精神・神経センター
神経研究所、健康心理学）

酒井厚（山梨大学、元国立精神・神経センター精神
保健研究所社会精神保健部、発達心理学・社会心理
学・臨床心理学）

野口博文（国立精神・神経センター精神保健研究所
社会復帰相談部、ソーシャルワーク）

久永文恵（同社会復帰相談部、リハビリテーション
カウンセリング心理学）

堀内健太郎（同社会復帰相談部、精神医学）

宮崎朋子（同成人精神保健部、社会心理学・臨床心
理学）

講演会参加者の氏名、所属（所属は2001年度当時）

飯嶋良味（国立精神・神経センター精神保健研究所老
人精神保健部）、石原明子（同成人精神保健部）、伊藤
香苗（同児童・思春期精神保健部）、太田ゆず（同成
人精神保健部）、菊池安希子（同薬物依存研究部）、桑
原香苗（Process Work Center, Portland）、駒田陽子（同
老人精神保健部）、佐名手三恵（同精神保健計画部）、
野口博文（同社会復帰相談部）、林（平野）美紀（同
社会精神保健部）、宮崎隆穂（同心身医学研究部）

【特集 自殺学】

自殺学とは何か
— 自殺研究の方法と題材 —

石 原 明 子

はじめに

日本では1998年に自殺者数が急増し、以降、自殺者数は、年間3万人前後（人口動態統計）を記録しつづけてきている。2001年の自殺率で見ると、男性では人口10万人に対して34.2人、女性では12.9人であるが、WHO（世界保健機関）の発表¹⁶⁾によれば、2002年秋までに得られた世界各国の自殺率の最新データを比較すると、日本は世界で、男性が自殺率が高いほうから12番目、女性が5番目に位置している。世界一の長寿大国すなわち全死因で見れば死亡率の低いこの日本が、自殺率では悪い方から数えて世界10位前後に入ることからもわかるように、日本の自殺率の高さは国際的に見ても深刻なものである。

自殺という現象は、さまざまにある死の中でも最も悲しい死の形の一つであることは間違いない。また、社会的観点でも、感染症などによる死亡が少なくなった先進諸国においては、若年死亡の大きな死因を占めるものでもあり、大きな社会経済的損失をもたらす現象である。これに対して、各国ではその予防への取り組みが行われており、我が国でも、厚生労働省は、98年以降の急増に対応するため、数億円規模の予算を投入し対策に取り組みはじめた。

自殺対策におけるEBPM（evidence based policy making、証拠に基づいた政策策定）のためには、自殺についての研究知見が必要である。しかし、日本では、自殺の研究は多くの公衆衛生学者や精神科医が関心を示してはいるものの、これを専門として取り組む研究者の数は極めて少なく、自殺についての研究知見が十

分に蓄積され公表されているとは言い難い。人口動態統計の分析といった基礎的なものも含めて、日本の自殺に関する論文の数は非常に限られているのが現状である。

自殺についての専門的研究知見を提出する学問分野がsuicidologyであり、日本でも、その和訳である「自殺学」という言葉が、近年ではしばしば耳にされるようになってきた。数億円を投資しての厚生労働省の対策においても、その基礎となる自殺研究に力が入れている。そこで、本稿では、自殺研究を行う専門分野である自殺学とは何か、自殺研究の方法論やデータソースとしてどのようなものが考えられるのか、ということ概要を概説する。

最初に、自殺学の対象となる「自殺」という現象の定義について扱う。次に、自殺学の成立した歴史的経緯やその範囲を簡単に紹介する。さらに、自殺学研究の基本的な方法論、基本的データソースとしてどのようなものが考えられているのかを示す。最後に、日本における自殺のデータベースとしてどのようなものがあるのか、その利用の可能性について論じる。特に日本における自殺のデータベースについては、日本の自殺研究の基礎となる情報であるにも関わらずそれほど知られていない内容であり、貴重な情報となるであろう。

自殺とは何か—自殺の定義

自殺とは、何なのだろうか。ある死亡が「自殺」であったのかどうかという判定の基準を含めて、「自殺とは何か」についての正確な定義は、これまでの自殺研究の中でも、最も難しい問題で主要な課題の一つと考えられてきた。

「自殺」は「自らを殺す」と書く。英語では「suicide」であるが、これもラテン語のsui（自分）とcideあるいはcidium（殺害）からきており、文字通りの意味としては日本語の場合と同様、the murder of oneself、self-murderということである¹²⁾。

国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部
Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3
1-7-3 Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-0827, Japan
(別刷請求先：石原明子)

しかし、「自らを殺す」ということが意味するところの範囲は、どのようなことであろうか。一定の確率で死ぬことがわかっているロシアンルーレットに自らの意志で参加して亡くなったら、これは自殺に分類されるのか事故に分類されるのか。生きるためには服薬を続けなければならない病気の人が、この薬を飲まなければ死んでしまうことがわかっている服薬を怠り死に至ったら¹⁾、これは自殺か。また、別れ話の持ち上がっている恋人の注意を惹きたくて明確には死ぬつもりはなくリストカットをしたのが運悪く発見が遅れて死亡にいたったら¹⁾、これは事故だろうか自殺だろうか。

自殺の定義については、過去の自殺研究者たちも様々に議論を重ねてきた。例えば、近代の自殺研究の父ともいえる社会学者Durkheimは「死が、本人自身によってなされた積極的、消極的行為から直接、間接に生じる結果であり、しかも、本人がその結果の生じうることを予知していた場合を、すべて自殺と名づける」としている⁴⁾。これに従えば、首をつるといった自分自身への積極的行為・働きかけによってのみならず、例えば病気の人が服薬しないと死にいたると分かっている服薬をしないといった消極的行為の結果死が生じた場合も、自殺に含まれるというイメージが浮かび上がってくる。

米国の自殺学の教科書Comprehensive Textbook of Suicidology (2000年)¹²⁾では、上記のDurkheimのほか、D.J.Mayo、K.Menningerら過去の研究者による自殺の定義の議論を紹介した上で、4つのポイントで定義が紹介されている。第一に、自殺は「死」である。第二に、その人に死ぬ意図があったということ、つまり意図的であることである。意図を自殺の条件に含むことで、例えば事故のような意図のないものと区別を図っている。第三に、自殺は自分自身が、自分自身に対して行うもの、という条件を挙げている。病気やバクテリアによって死ぬのであれば、自然死である。第四に、自殺は間接的あるいは受動的でありえる、としている。生命存続医療を行わない、近付いてくる電車の前で意図的に動かないというのも、しばしば自殺的である、としている¹²⁾。この4つの条件は、D.J.Mayoの定義にほぼ準拠している。

自殺の定義の議論では、「死ぬ意図」や「結果予測性」(その行為によって死ぬことをあらかじめ予測していたか)をその定義に含むかどうかが問題になる¹³⁾。確かに、自ら「死ぬ意図」をもって「この行為をしたら死ぬだろう」と結果を予測して自分を破壊するよう

な行動をとって実際に死に至れば、それは典型的な「自殺」のイメージに合致するように思われる。しかし、「意図」や「結果予測性」はその有無を1か0かで判定できるものではなく幅があるものであるため、実際の場面では、その有無で自殺か否かを判定するのは難しい。ロシアンルーレットやリストカットのケースでも想像できるように、「意図」ならば「絶対死のう」から「死んでもいいや」まで、「結果予測性」ならば「確実に死ぬだろう」から「死ぬかもしれない」までの幅があるのである。

これに関して稲村は、自殺の定義に「意図」などを加えることの実際の判定上での困難に言及し、「幼児、高齢者、ある種の精神異常者などでは意図の不明瞭なことがあり、それ以外でも、一般に自殺意図の明確な者は自殺者のうちでも意外に少なく、意志統御の混乱がむしろ彼らの特徴ですらあるからだ。そうした点を考慮すると、客観的な規定を原則とするのが望ましい」とし、そして「自ら自己の生命を絶とうとする行為を自殺行為(または自殺企図)といい、結果として死に至ったものを自殺既遂(または自殺)、死に至らなかったものを自殺未遂とよぶ」ことを提案している⁵⁾。

このような自殺か否かの線引きについて、「意図」や「結果予測性」などを中心とした議論がある一方で、現代の自殺学の権威E.Shneidmanによる議論¹⁴⁾は、自殺の定義を少し異なった角度から論じており興味深い。

E.Shneidmanは、「効果的な治療は正確な評価によらなければならないし、正確な評価は正しい定義によらなければならない……自殺に関して、今日緊急に必要とされているものは定義である」という考え¹⁴⁾のもと、1985年に「Definition of Suicide」(邦訳の題名は「自殺とは何か」)という一冊の書物を記した。そこで彼は「すでに死をとげた人、これから死のうとしている人を取りまぜて、自殺者に見られる共通の特徴」として10項目(表1)を挙げ、その上で、彼自身の定義を提出している¹⁴⁾。彼の自殺の定義は「今日の西欧社会において、自殺は、自ら手を下した意識的行為によってもたらされた死とされる。その行為は、死ぬことが最良の解決法と認識された出来事に直面し、窮地を脱することを願った人物の、多くの次元をもった苦痛によってもたらされる、と考えると最も理解しやすい」¹⁴⁾というものである。

前出のように「意図」や「結果予測性」といったことを含めて厳密な自殺の定義の議論がある一方で、

表1 自殺に見られる共通の特徴

- 1、自殺の共通の動機は、耐え難い心の痛み
- 2、自殺における共通の悩みは、心の願いのかなわぬこと
- 3、自殺の共通の目的は、直面する難問を解決すること
- 4、自殺の目標は、意識を失うこと
- 5、自殺に共通してみられる感情は、望みも、救いもないという思い
- 6、自殺者に共通にみられる心は、揺れる心
- 7、自殺者にみられる認識の特徴は視野の狭窄
- 8、自殺者にみられる特徴的な対人行為は、死ぬことの予告である
- 9、自殺によくみられる行為は「逃亡」
- 10、自殺においても、過去の難問に直面した時の適応パターンが現われる

E・S・シュナイドマン「自殺とは何か」(白井徳満・白井幸子訳)、誠信書房 より

日々私たちが明らかに「自殺」と認識するような現象が起こっているのが事実であり、E.Shneidmanは、それらの現象の多くをつぶさに観察し、共通の特徴を導き出すことを経て、定義をした。自殺か否かに資するという狭い意味だけでなく、臨床において実用性のある定義として、E.Shneidmanの定義は群を抜いているだろう。

自殺学とは何か？

「自殺学」とは、英語のsuicidologyの日本語訳であり、「自殺と自殺予防についての学問」と定義される^{3,12)}。予防はその範疇に含むべきでないという意見もある^{3,12)}が、多くの立場では、予防や企図者への治療など実学的・臨床的側面を、自殺学の重要な部分とみなしている。そのため、研究対象としては、死亡したケース、つまり既遂のみならず、死に至らない自殺企図(未遂)や、念慮も含む³⁾。未遂者や念慮を持った者への介入や治療は、予防という観点から重要なテーマの一つだからである。自殺という現象は、多面的な現象であるため、方法論的には、心理学、社会学、精神医学、疫学、生物学、法学、倫理学などさまざまな学問分野の手法が適用される。自殺学は自殺を対象とした、学際的な学問分野といえる。

E.Shneidmanにより専門分野として確立されてきた自殺学は、現在、北米などでは、大学でその分野を専攻するプログラムも存在し³⁾、また、その分野の教科書も出版されている¹²⁾。学会としては、国際自殺予防学会(International Association for Suicide Prevention、略称IASP)が1960年にオーストリアの精神科医Erwin

Ringelによって創設され、以降現在まで活動が続けられている¹⁾。また米国には、E.Shneidmanを初代会長とするアメリカ自殺学会(American Association of Suicidology)がある¹²⁾。アメリカ自殺学会は、自殺の理解と予防を目的として掲げ、調査研究の他、自殺に関する公衆への啓発、専門家やボランティアのトレーニング、自殺に関する情報の収集と整理などの活動をしており、学術誌Suicide and Life-Threatening Behaviorの他、自殺遺族など身近な人の自殺を経験した人に向けたニューズレターSurviving Suicide、学会員に向けたニューズレターAAS Newslinkを発行を行っている¹²⁾。日本では、日本自殺予防学会が存在し、毎年一回の「日本自殺予防シンポジウム」の開催のほか、機関誌「自殺予防と危機介入」の発行を行っている¹⁾。

自殺学の研究方法と題材

自殺学は、学際的学問であるため、医学、心理学、社会学、哲学、法学などさまざまな分野の方法論が適用される。しかし以下では、特に「自殺」という現象にアプローチする際に各分野でおよそ共通して用いえる資料、題材を紹介する。

自殺の研究において研究対象となるのは、自殺者である。本来、その研究対象に直接アプローチできればよいのだが、すでに彼らは亡くなってしまっているので、直接質問には答えてはくれない。また、死亡という発生頻度が少ない現象であるため、データを集めるのが大変であるという問題点もある¹²⁾。

このような状況の中で、自殺研究において用いられる主な資料としては、以下のようなものがある。1.

人口動態統計、死亡診断書、監察医の記録といった公的の制度によって残された資料 2. 調査・疫学調査や心理学的剖検 3. 治療記録、カルテ、問診票 4. 実験 5. 日記、遺書、手紙 6. 芸術、小説、詩、演劇、歴史資料などである¹²⁾。ここでは、特に1から4について、簡単に概説する。5については、本特集「自殺と遺書」にゆずる。

第一に、死亡統計（人口動態統計）、死亡診断書または死体検案書、監察医の記録といった公的に残されている資料である。医師によって書かれた死亡診断書または死体検案書と、それに基づいて取られている死亡統計は、人口の管理という意味からもほとんどの国で取られており、自殺者数やその属性についてのマクロな分析のために用いることができる。国などによる死亡統計の問題点としては、どの程度正確か、ということがある。国によって死因判定の制度や統計の出し方が異なるし⁵⁾、自殺の定義や判定が難しいものであることとも関係するが、一つの国の中でも統計が画一的に正確に取られることは困難である。死亡統計における自殺者数は、実際の自殺者数よりも少なく出ていると一般に言われている¹²⁾。その背景として、事情は国や地域、時代によって異なるものの、自殺に対する偏見への配慮や自殺だと保険がおりないという理由で、自殺の場合にも死亡診断書にそう記載しない医師もいなくはない、といったことも指摘されている。このような限界点がありながらも、それでもなお、死亡統計は、自殺研究において扱われるデータの中で、最も客観性が高いものの一つと考えられている¹²⁾。

公的に残されている資料としては、監察医の記録も有効な資料である。自殺のような異状死体がみつかり、警察に届けられる。犯罪によるものでないことが明らかである場合は、監察制度がある地域では、警察による死体の見分と監察医による死体の検案が行われ、死因が不明な場合は行政解剖が行われる¹³⁾。監察制度があるのは全国で5都市だけであるため、それ以外の地域では、警察医による死体の検案と、必要な場合には司法解剖が行われる¹³⁾。この監察医による記載は、生物医学的側面からのものであるため、その死亡の社会的背景（自殺原因など）についての情報は少ないが、死因や死亡時の状況についての情報は詳細に記載されている。

第二に、疫学調査や心理学的剖検を含む調査である。第一の手法が、法律に定められた公的資料からデータを得て研究するものだったのに対して、第二の方法で

は、研究者自身が改めて調査をし、データを収集する。疫学調査は、自殺死亡した群と対照群をサンプリングして行うが、自殺を含める死亡という事象は極めて頻度の少ない事象であるため、調査のサンプルは極めて大きくなり、労力も費用もかさみ、困難なものとなる¹²⁾。また、疫学調査のほか、調査によって心理学的剖検を行うという方法もある。死亡前数週間のライフスタイルや、死亡者の思想、行動といった事実から、その死亡者の心理的生活を再構成しようという手法である。心理学的剖検は、遺族や周りの人への聞き取り、死亡者の日記や書き残したもの、持ち物などを題材に行われる¹²⁾。

第三に、死亡者の治療記録やカルテや問診票である。死亡者が、精神科等の入院患者や外来患者であった場合には、有力な情報源になる。医師のカルテのみならず、看護師、心理士やソーシャルワーカーの記録も役に立つ。あくまでも治療目的の記録というバイアスのかかった資料ではあるが、そこから、性、年齢、住所といった社会人口学的情報だけでなく、病歴や心理テストの結果、診断名、治療・投薬歴、生活歴といった貴重な情報が得られる¹²⁾。

第四に、実験という方法についてである。行うとすれば、ある薬（例えば抗うつ薬）を投与した群としない群で比較をする、というようなことをすることになるが、その結果を自殺死亡したか否かに置くような実験は、極めて重大な倫理的問題をはらむことになるため、自殺学ではこの方法はほとんど見られない¹²⁾。また、一種の実験的方法として、特定の地域に自殺予防プログラムを実施して効果を見るといった介入研究もある。このような介入研究においても、倫理的審査を厳しく行うことは言うまでもないが、いくつかの地域では成果があがり、プログラムの効果が実証されている（本特集「地域における自殺予防対策」を参照のこと）。

上記は、自殺研究のための貴重な情報源であるが、同時に、公表されている死亡統計以外は、極めて、死亡者や家族のプライバシーに関わる情報である（国による死亡統計もプライバシーに関わるが、公表されている分については少なくとも法律により範囲が定められている。逆に、死亡統計も法律に定められている範囲外の方法で使用する場合はプライバシーの侵害に慎重に配慮しなければならない）。そのため、その使用にあたっては、プライバシー等人権の侵害のないよう慎重にする必要がある。本来、そのようなプライバシ

一に関わる情報を研究で使用する場合は、本人に承諾を得るべきであるが、自殺の場合、本人は死亡しているのでそれは不可能である。そのため、使用が許可されるとしても、代替的な形でプライバシー尊守が確保される形になるのであり、その使用と公表に関しては、慎重な倫理審査を行う必要があると考えられる。

日本における自殺のデータベース

本章では、上記で述べたデータソースの中で、1に該当する公的統計とその利用方法について、国内の状況を概説する。

日本で、既遂自殺についての公的な統計は、厚生労働省の「人口動態統計」と警察庁による「自殺の概要」の二種類が存在している。

1. 厚生労働省「人口動態統計」

厚生労働省の人口動態統計は、死亡、出生、婚姻などについての統計であり、1899年（明治32年）より、太平洋戦争末期の1944、45年を除く毎年、現在まで統計が存在している⁷⁾。自殺統計は、基本的には、死亡統計の中で外因分類で自殺となっているものの統計である。

人が亡くなると、役場に死亡届と医師による死亡診断書（または死体検案書）が提出され、役場でその内容が図1の「人口動態調査死亡票」⁷⁾に転記される。その死亡票が、保健所、都道府県庁を経て、最終的に厚生労働省に収集され、集計されて、「人口動態統計」の死亡統計として毎年刊行されている。また、国勢調査年に合わせ5年に1度の割合で、死亡者の職業・産業も調査され、人口動態職業・産業別統計として公表されている^{8,10)}。

自殺死亡の場合、図1の人口動態統計調査死亡票⁵⁾では、(14)の死亡の原因の欄に死亡の直接の原因となった怪我や病気の名前（頭部外傷など）が記載され、(15)の死因の種類において「自殺」に記しが付けられる。具体的には、この(15)の死因の種類において「自殺」とチェックされたものが、人口動態統計での自殺による死亡者ということになる。

刊行されている人口動態統計において、公表されている自殺統計は、年次によって異なるものの、例えば平成13年（2001年）では、①性・年齢5歳階級別自殺死亡数及び率、②性・都道府県別自殺死亡者数、③性・月別にみた自殺死亡数、④性・自殺の手段別自殺

死亡数及び百分率、⑤性・死亡の場所別自殺死亡数、⑥性・配偶関係別自殺死亡数、⑦性・年齢（特定階級）・死亡当時の世帯の主な仕事別自殺死亡数、⑧性・年齢（特定階級）・外因の影響別自殺死亡数、が得られる⁷⁾。また、5年に1度刊行される職業・産業別統計には、性・年齢5歳階級・職業別自殺死亡数と、性・年齢5歳階級・産業別自殺死亡者数が公表されている^{8,10)}。

また、人口動態統計による自殺統計は、毎年刊行されている人口動態統計の死亡統計の一部として掲載されているが、そのうち、自殺に関する統計のみを集めて時系列的に掲載した資料「自殺死亡統計—人口動態特殊報告」が戦後では過去4回刊行されている。近年では1999年3月に刊行されている⁹⁾。

2. 人口動態統計を用いた研究方法

自殺対策をより効率的に効果的に行うためには、どの集団で自殺率が高いかといった対策のターゲットグループを同定し、そのターゲットに合った対策をとることが必要である。人口動態調査死亡票では、死亡者の性、年齢、住所、死因、配偶関係などさまざまな情報が集められており、自殺対策を講じる際にも、自殺死亡者のそのような社会人口学的属性は重要な関心事である。しかし、刊行されている人口動態統計では、上に記したように、その一部しか公表されていない。例えば、都道府県別の自殺者数にしても、男女別まで公表されているが、年齢階層別の統計は公表されておらず、それでは、県の対策に十分に資する資料とは言えない。

ここでは、刊行されている人口動態統計に掲載されていない統計データを利用する可能性と方法について紹介する。

(1) 保管資料⁷⁾

刊行されている人口動態統計には掲載されていないが、厚生労働省大臣官房統計情報部に保管されており、閲覧することができる資料がある。それが保管資料である。自殺死亡に関連する部分としては、例えば平成13年（2001年）については、性・年齢5歳階級・死亡の場所別自殺数、性・年齢5歳階級・配偶関係別自殺数、性・年齢1歳階級自殺数、性・都道府県別解剖有りの自殺死亡数、性年齢5歳階級別解剖有りの自殺死亡数が、閲覧できる⁷⁾。

(2) 目的外使用

人口動態統計の調査票（人口動態調査死亡票、図1）

数字記入例 0123456789		人口動態調査死亡票 2		平成 年 月 日 市区町村受付		指定統計第5号	
市区町村符号及び保健所符号		支所 保健所		事件簿番号		平成 年 月 日 保健所受付	
(1) 氏 名		(3) 生 年 月 日		(4) 死 亡 し た と き			
明 太 昭 平		年 月 日 午前午後 時 分		年 月 日 午前午後 時 分			
(2) 男 女 別	(6) 日 本 外国 不詳	都 道 府 県		市、郡、東京都区の区			
(5) 死亡したとき	日本 日本外	市区町村符号		保健所符号			
死亡した人の国籍		死亡した人の夫または妻		死亡した人の母			
死亡したときの世帯の主な仕事		死亡したときの職業・産業		死亡したところの種別			
原死因		外因の状況		発生したところ		傷害発生したところ	
(14) 死 亡 の 原 因		発 病 (発 症) 又 は 受 傷 から 死 亡 ま で の 期 間					
手術		手術年月日		解剖			
(15) 死因の種類		出生時体重		単胎・多胎の別		妊娠週数	
(16) 外因死の追加事項		妊娠・分娩時における母体の病態又は異状		母の生年月日		前回の妊娠の結果	
(19) 施設の所在地又は医師の住所及び氏名		丁 目		番 地		号	

「平成13年人口動態統計（上巻）」より転載

図1 人口動態調査死亡票

には情報として含まれるものの、保管資料として公表されていないような集計結果を知りたい場合は、実際には困難もあるルートではあるが、人口動態統計の目的外使用という方法がある。

人口動態統計などの国の統計は、統計法のもとにある。統計法15条の規定によれば、人口動態統計を含む各指定統計調査の調査票は、その調査要綱に定められている範囲以外に使用されることが禁じられている¹¹⁾。つまり、調査要綱であらかじめ定められている集計以外をすることは禁じられている。しかし、統計法第15条2項では、総務省長官の承認を得て使用の目的を公示したものについては、あらかじめ定められている以外にも調査票を使用することができる、とされており、つまり、自殺統計についても、2項の規定によって、公表されている以外の集計にも可能性が開かれていることになる¹¹⁾。

具体的には、厚生労働省大臣官房統計情報部に、所定の形式に則って目的外使用の申請をすることになる。目的外使用は、厚生労働省管轄の国立研究所や都道府県行政などでは申請が認められやすいが、大学の研究者、民間機関の研究者、個人では、後者になればなるほど申請が認められる可能性もより低くなり、また認められるとしても審査に時間がかかると言われている。

この目的外使用については、近年ではデータの電子化保存が進んでいるため、申請して通ったデータは、磁気テープやそこからMOなどの媒体に落とした電子データとして使用期間を定めて提供されることが多い。しかし、人口動態調査死亡票にはのっていても電子化されていない情報、例えば、病院で死亡した場合のその病院の住所については、紙媒体の死亡票を一枚一枚閲覧することになる。

3. 警察庁「自殺の概要」

人口動態統計のほかにもう一つ、自殺に関する国の統計として出されているのが、警察庁の生活安全局地域課による「自殺の概要」である⁶⁾。毎年ごとに、インターネット上の警察庁のホームページ上で「自殺の概要」として公表されている。

(<http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki2/jisatsu.pdf>)

厚生労働省の「人口動態統計」が、死亡届と医師による死亡診断書(死体検案書)に基づいたものであるのに対し、警察庁の「自殺の概要」は、警察が自殺と判断したケースについての統計である。二つの統計に

計上される年間の自殺者数は遠くはないものの、両統計では具体的な数値は異なっている^{6,7)}。例えば、2001年を例に挙げるならば、人口動態統計では年間自殺死亡数は29,375人であり、自殺の概要では31,042人となっている^{6,7)}。

警察庁統計は、1978年より毎年公表されており、その統計表の内容は年次によって若干異なるものの、例えば、2001年(平成13年)については、性・年齢10歳階級・遺書の有無・自殺の動機別自殺数、性・職業別自殺数、職業・動機別自殺数が得られる⁶⁾。人口動態統計が死亡者の属性による統計のみであるのに対し、警察庁統計では、遺書の有無別の統計、動機別の統計が得られる⁶⁾。平成13年では公表されていないが、平成9年までは、自殺の前兆としての未遂歴の有無や前兆となる言動の有無、自殺の場所別自殺数、配偶者別自殺数、手段別自殺数も発表されている年もある⁶⁾。また、職業別自殺数は、人口動態統計では5年に1度しか調査されていないが、警察庁統計では毎年ごとに発表されている。職業分類は、両統計では若干異なる。

人口動態統計からは得ることができず、しかし自殺学にとって興味深いのは、動機別統計である。動機は「家庭問題」「病苦等」「経済・生活問題」「勤務問題」「男女問題」「学校問題」「アルコール症・精神障害」「その他」といった分類で統計がまとめられている⁶⁾。これが興味深い資料である一方で、しかし、その信頼性には問題も残る。というのも、自殺の動機というのは、複合的なものであることがほとんどで、一つの動機に分類するのは極めて難しいこと、また、既に亡くなってしまった方に動機を改めて聞くことは不可能であり、したがってこの動機は、あくまでも遺書や周りの人への聞き取りや遺留品からの推測に過ぎないからである。動機別統計は、性別や年齢、配偶関係といった社会的属性別の統計に比べると客観性は低いことを念頭においた上で、しかしながら、この警察庁「自殺の概要」に掲載されている統計は、自殺の動機という自殺学上の重大な問題に対して参考になる資料であることは間違いない。

おわりに

本稿では、自殺を研究する専門分野である自殺学について、その範囲と研究方法、題材を紹介し、特に日本において利用できるデータベースとしての厚生労働省「人口動態統計」、警察庁「自殺の概要」について

概説した。

日本の自殺は、冒頭にも述べたように、国際的にみても極めて高い率を示し、「ハラキリ（切腹）」「親子心中」など、文化的にも、世界の関心を集めている。国内的に見ても、自殺は、社会経済的損失の大きな要因で、戦後3回の大きな増加の時期を経験している今、社会的対策が急がれるが、しかし、それに応えるだけの学問的蓄積は、わが国では十分にはされてこなかった。日本は、保健統計の充実という意味では世界に類をみないほどの国であるが、そのような中で人口動態統計を用いた自殺率の分析でさえ、十分ではないのが現状である。

厚生労働省も、効果的な対策のためには正確な現状把握が必要であるとの考えの下、自殺研究にも予算を投入し、今、改めて日本でも、自殺学研究への取り組みが始まろうとしている。

これ以上自殺者を増やさないためにも、そして、遺された人々のためにも、日本で本格的な自殺学研究が開始され、その成果が世界に向けて発信されていくことを望む。本稿が、その一助となれば幸いである。

文 献

- 1) 秋山聡平, 斎藤友紀雄: 自殺予防のQ&A 自殺予防のために. 現代のエスプリ別冊, 至文堂, 東京, 2002.
- 2) American Association of Suicidology : <http://www.suicidology.org/>, 2003.8.20
- 3) Antoon A, Leenaars: Suicidology Essays on honor of Edwin Shneidman. Jason Aronson Inc. New Jersey, 1993
- 4) デュルケーム: 自殺論. 中公文庫 (宮島喬訳), 中央公論社, 1985.
- 5) 稲村博: 自殺学 その治療と予防のために. 東京大学出版会, 東京, 1977
- 6) 警察庁: 自殺の概要. 昭和53年から平成13年, 1979-2002.
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部: 人口動態統計. 明治32年から平成13年, -2003. (昭和21年から平成10年までは, 厚生省大臣官房統計情報部による. さらに古い資料については, 厚生省大臣官房統計調査部制作のCD-ROM「人口動態統計. 明治32年~平成9年(1899~1997), 1999」でまとめることができる)
- 8) 厚生省大臣官房統計情報部: 人口動態職業・産業別統計. 昭和60年度から平成7年度, 1989-1999
- 9) 厚生省大臣官房統計情報部: 自殺死亡統計—人口動態統計特殊報告. 1999.
- 10) 厚生省大臣官房統計情報部: 職業・産業別人口動態統計. 昭和45年度から昭和55年度, 1970-1984.
- 11) 厚生統計協会: 新版・厚生統計ハンドブック. 厚生統計協会, 1985.
- 12) Maris RW, Berman AL, Silverman MM : Comprehensive Textbook of Suicidology (pp.3-95). The Guilford Press, New York, 2000.
- 13) 大野真義編: 現代医療と医事法制. 世界思想社, 1995
- 14) Shneidman, E. S.: Definition of Suicide. Wiley. New York, 1985 (白井徳満・白井幸子訳: 自殺とは何か. 誠信書房. 東京, 1993.)
- 15) 高橋祥友: 自殺の危険—臨床的評価と危機介入, 金剛出版. 東京, 1992.
- 16) World Health Organization : Suicide Rates. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/, 2003.8.20

【特集 自殺学】

統計からみる日本の自殺 — 人口動態統計、人口動態職業・産業別統計より —

石 原 明 子

はじめに

1997年には23,494人であった日本の自殺者数は、1998年に急増し31,755人を記録、以後3年連続して自殺者数は3万人を越えた⁹⁾。2001年には3万人を下回った⁹⁾ものの、うち続く高い自殺率を前に、現在全国各地で、自殺予防対策に力が入れている。

今回の自殺急増問題は、マスコミなどでも積極的に取り上げられ、社会的注目を集めているが、その話題性の割に、中高年の自殺率が高いといったこと以外は、その全体像はそれほど知られていない。予防対策という観点からも、統計データなどを用いて現状を客観的に把握し、対策を重点的に講じるべきターゲットグループを定め、そのグループごとに適切な対策を立てることが重要である。そこで本稿では、日本の自殺の動向を、人口動態統計を用いて、性別、年齢階層別、都道府県、職業などの属性ごとに分析し、どのような集団で自殺率が高くなっているのかを検討する。

方 法

自殺率の算出にあたって、分子人口には人口動態統計と人口動態職業・産業別統計による自殺者数を、分母人口には国勢調査年については国勢調査による年齢別人口¹³⁾を、それ以外の年については総務庁（現総務省）による各年10月1日時点での年齢別人口推計値¹²⁾を用いた。自殺率は、母集団人口10万人に対する自殺者数で算出し、粗自殺率と明記したものと年齢階層別自殺率以外すべて、1985年モデル人口を用いて年齢調

整をした。

また、人口動態統計は、1月から12月を1年の単位としており、一方、人口動態職業・産業別統計は4月から3月までを単位としている。各自殺率の算出にあたっては、人口動態統計のみを使用したものと、人口動態職業・産業別統計のみを使用したものと、データ上の制約によりその両者を使っているものがある。

各自殺率にどのデータを使っているかは、人口動態統計のみを使用したもの……(A)
人口動態職業・産業別統計のみを使用したもの……(B)
人口動態統計と人口動態職業・産業別統計の両方を使用したもの……(C)

として、結果の章に記載した。このうち、(B)(C)については、人口動態統計、人口動態職業・産業別統計の個票より再集計をした値を使用した。(C)に該当する「3. 月別自殺率」では、分母人口に各年度の国勢調査時人口か10月1日時点での推計人口を、分子人口には1975年度、1980年度、1985年度、1990年度、1995年度で人口動態職業・産業別統計を使用し、1998年分については人口動態統計1998年4月から1999年3月までのデータを使用した。

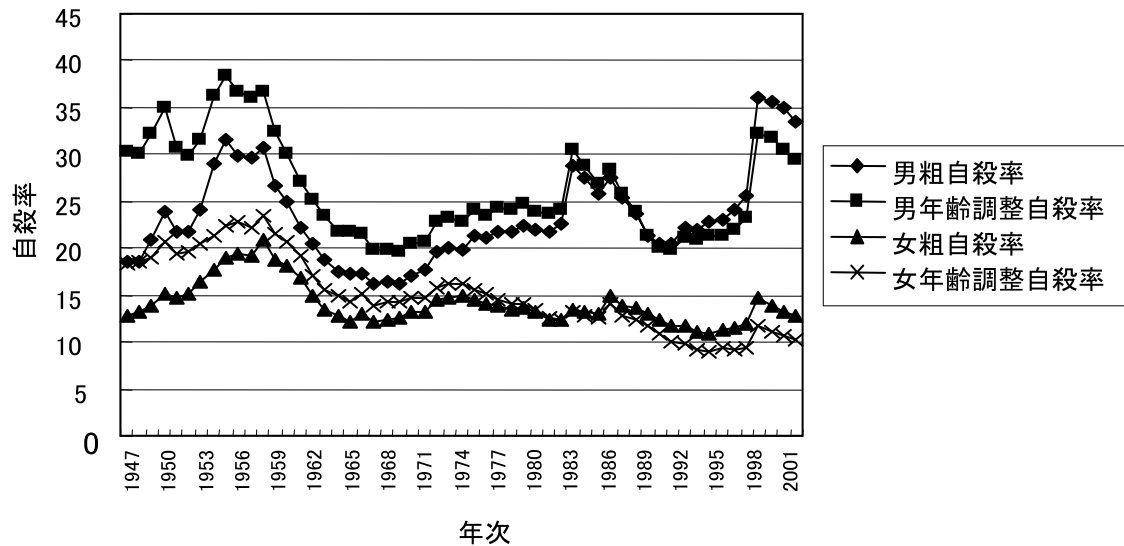
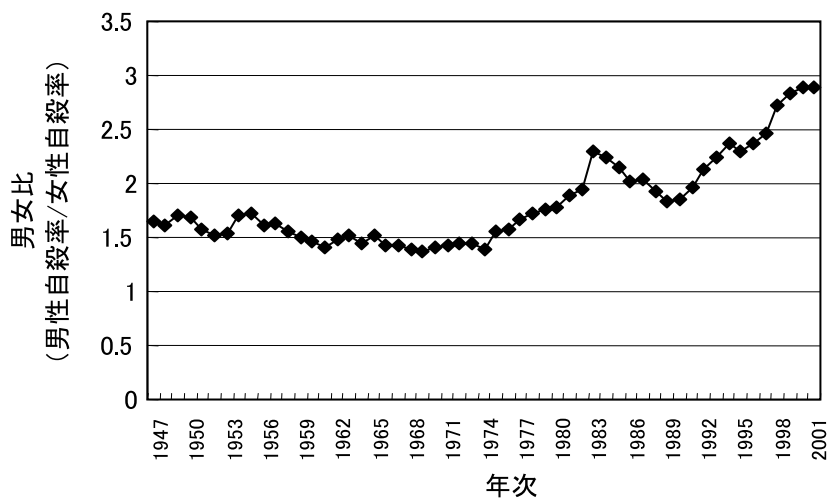
結 果

1. 自殺率年次推移 (A)

1998年以降、自殺率が急増したことが注目を集めているが、自殺率が大幅に高かったのは、98年が戦後で初めてのことでない。図1は、男女の粗自殺率と年齢調整自殺率の年次推移である。1950年代は男女とも自殺率が高い時期であり（1955年男：38.45、1958年女：23.55、すべて年齢調整自殺率）、その後低下するが、1980年代中盤に特に男性で第2の増加期を迎える（1983年男：30.41）。男女とも1986年以降減少に向かい、1990年代に入ってから男性で緩やかな増加傾向を示すものの男女とも低いままであったが、1998年に急激に増加した（男：32.16、女：11.82）。

国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部
Division of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3
1-7-3 Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-0827, Japan
(別刷請求先：石原明子)

図1 自殺率 年次推移(全年齢)

図2 自殺率男女比 年次推移
男/女

年齢調整自殺率の男女比をとったものが図2である。縦軸の男女比は、男性自殺率が女性自殺率よりも何倍高いかを示している。すべての年において男性の方が女性より高く、1975年ごろまでは男性が女性の約1.5倍ほどで安定していたが、その後男女比がより大きくなっていき、1983年以降1980年代後半にかけて一時下がる傾向を見せるものの、1990年代に入ると再び男女比は増大、ここ数年では、男性が女性の約3倍となっている。

年次推移は、年齢階層ごとに分けてみるとどのようになっているのだろうか。図3、4は、男性と女性の年齢階層（20歳階級）別自殺率の年次推移である。図

3は男性についてであるが、19歳以下の自殺率は1950年代に小さな増加が見られるが、基本的に戦後を通じて低いままである。20-39歳については、1950年代に大きな増加（1955年：53.57）を迎えるが1958年以降は減少してゆき、その後はゆるやかな増減があるものの、1950年代ほどの高率は示していない。40-59歳の自殺率は、1950年代には小さな山を示しながらも20-39歳よりは低率であったのが、1965年以降は20-39歳よりも高率を示すようになり、1980年代に特に大きな増加（1983年：49.40）を迎えている。1986年以降は減少をするものの、20-39歳との差は依然大きいままで、1990年以降は再び増加、特に1998年に急激な増加

図3 自殺率 年次推移(年齢層別 男)

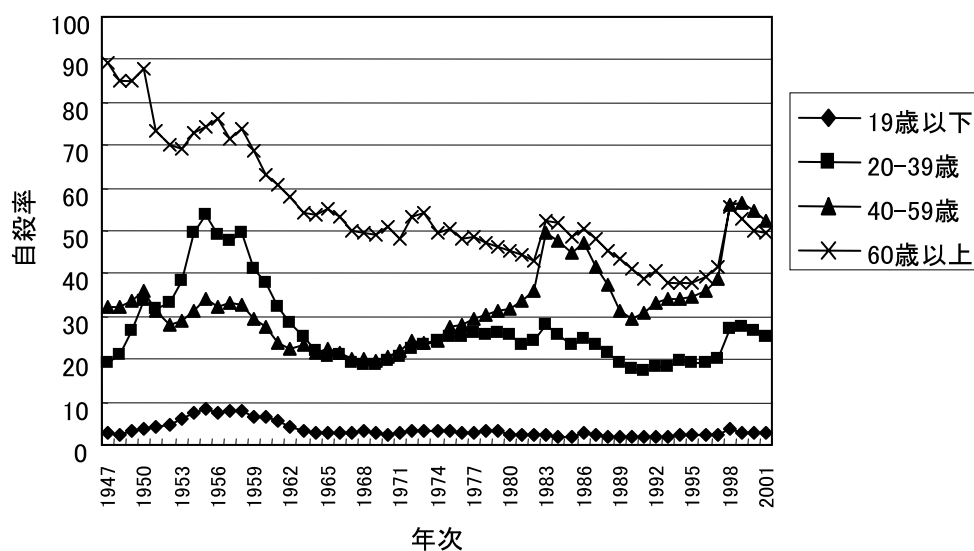
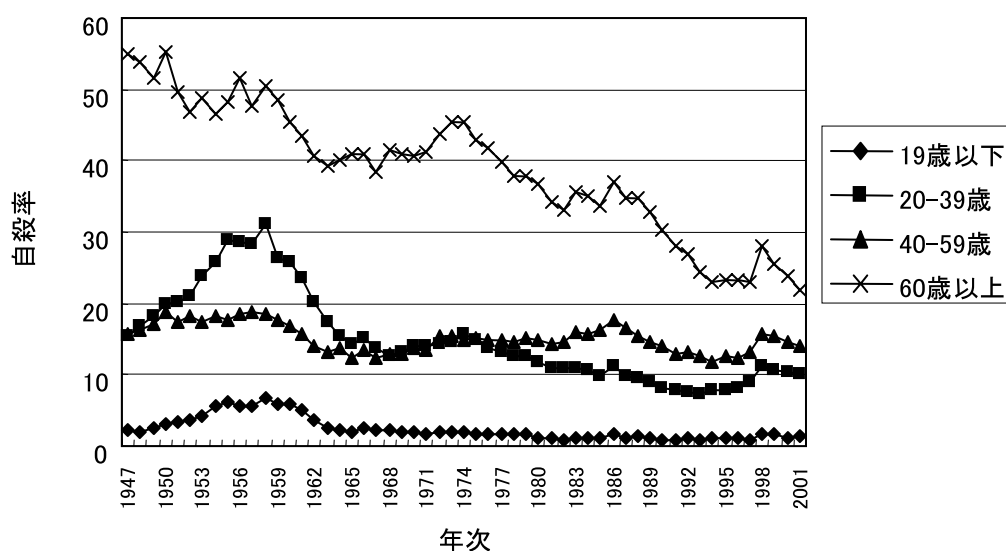


図4 自殺率 年次推移(年齢層別 女)



を見せ、60歳以上自殺率を越えている。60歳以上の自殺率は、大きな傾向としては、戦後徐々に減少してきている。しかし、1950年代、1980年代、1998年以降については、その前後の時期よりも高率を示している(図3)。

女性では、図4によれば、19歳以下では男性と同じく、1950年代に小さな増加があるが、基本的に戦後を通じて低いままである。20-39歳については、1950年代に大きな増加(1958年：31.04)を示し、その後は大きな傾向としては緩やかな減少傾向にある。40-59歳については、1960年代までは20-39歳よりも低かったのが、1970年代以降はそれよりも高い値を示してい

るのは男性と共通しているが、1980年代や1998年以降については、男性の同年代ほどの急激な増加はなかった。60歳以上については、男性と同様に、大きくは戦後減少の傾向にあるが、1998年には前年と比べて急激な増加を示した。

2. 年齢階層別自殺率(A)

年齢と自殺率の関係をより詳細に検討するために、横軸に年齢階層(5歳階級)、縦軸に自殺率をとったものが図5、6である。1955年から10年おきに1995年までの自殺率と2000年の自殺率を示している。

これによれば、自殺率の年齢分布は、年次によって

図5 年齢階層別自殺率(5歳階級 男)

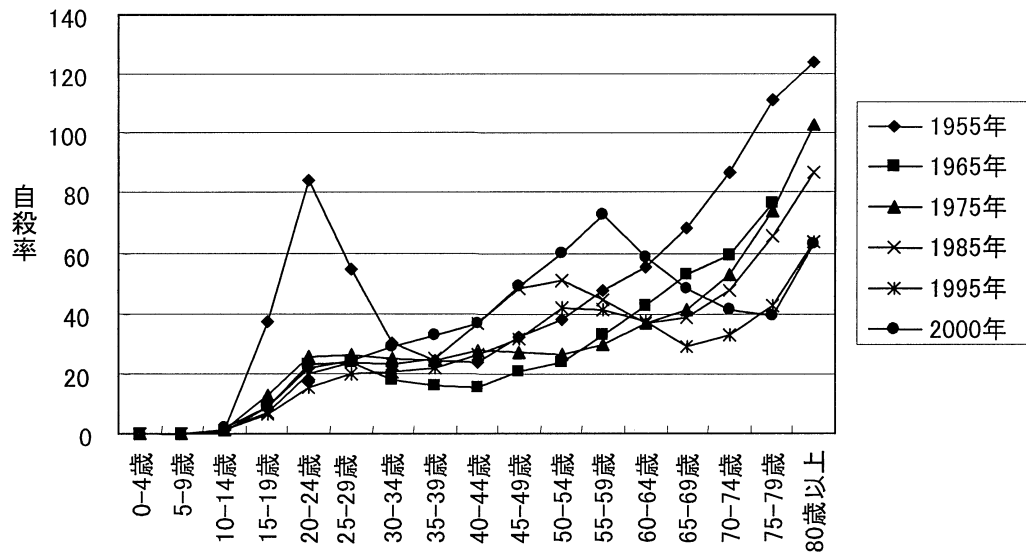
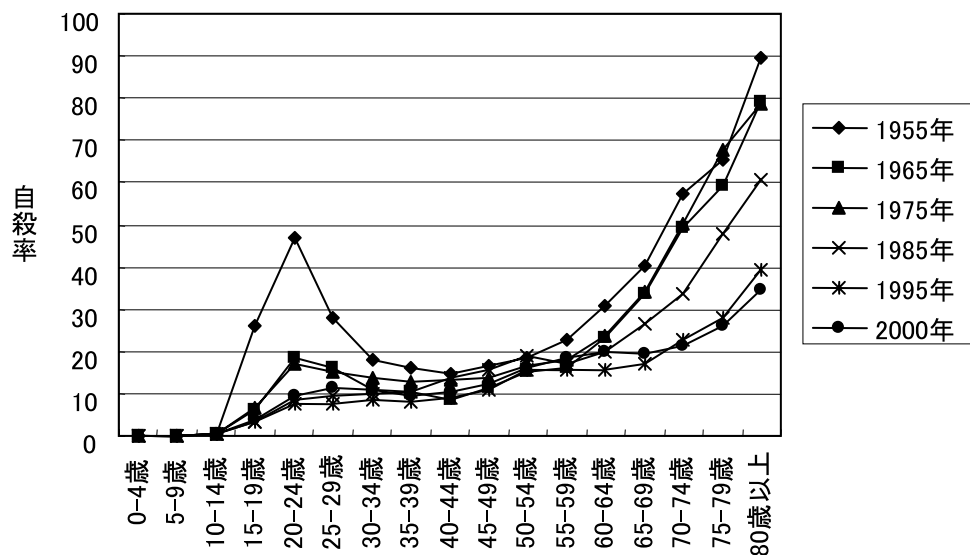


図6 年齢階層別自殺率(5歳階級 女)



明確に異なっている。まず男性では、1950年代の増加期に含まれる1955年においては、20歳代前半をピークとする若年層で自殺率が高く、中年層の40歳代に向かって一度自殺率は低くなり、再び高齢になると自殺率が上がっていくというパターンを示している。しかし、1965年には、1955年にみられた若年層のピークはほぼ消失し、1965年、1975年では、おおよそ高齢になればなるほど自殺率が上がるという傾向を示している。しかし、1985年になると、50歳代前半をピークとするいわゆる中高年の山が現れ、この中高年で自殺率が高いという現象は、その後、1995年、2000年でも続き、2000年にいたっては、80歳以上という最も高齢の

年齢階層よりも55-59歳といった中高年期の自殺率の方が高くなっている。また、急増した1998年については、55-59歳をピークとして2000年と近い値であったため、図には示さなかったが、1995年と比較すると、すべての年齢階層で自殺率が高くなっていた。

また、女性では、男性と同様、1955年においては、20歳代前半をピークとする若年層の山があり、中年になるに従って一度自殺率は低下し、再び高齢にしたがって上がっていくというパターンを示している。1965年、1975年では、若年層の山は小さく存在しているものの1955年ほどには明確ではなく、基本的には、高齢になればなるほど自殺率が上がるという傾向

図7 月別自殺率(男)

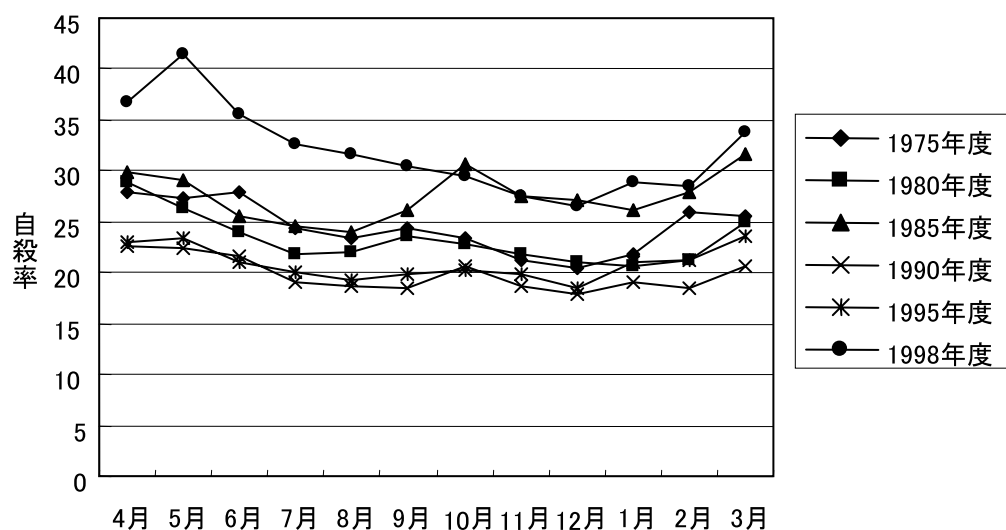
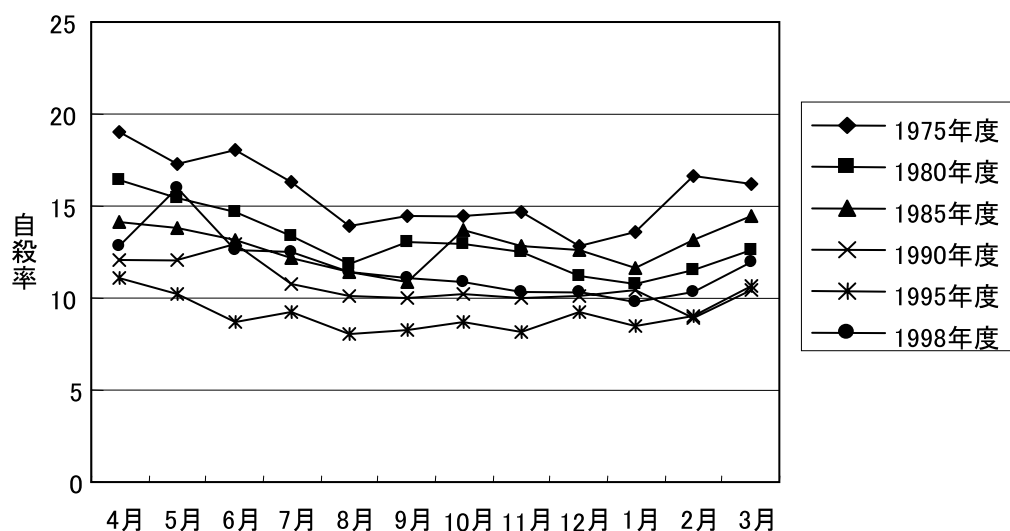


図8 月別自殺率(女)



を示している。しかし、男性と異なるのは、1985年以降において、女性では、中高年の山が見られないことである。50歳代前半あたりを中心に少し自殺率が高い傾向も見られるが、それは男性ほどは明確でなく、大きな傾向としては、年齢が上がれば上がるほど自殺率が高くなるというものである。しかも、高齢層の自殺率は、年々低くなってきているため、女性では、男性に比べると生涯を通じて年齢による自殺率の差が小さくなってきている。また、急増した1998年については、1995年と比較すると、女性においても男性と同様に、すべての年齢階層で自殺率が高くなっていた。

3. 月別自殺率 (C)

月や季節によって、自殺率の変動はあるのだろうか。1975年度、1980年度、1985年度、1990年度、1995年度、1998年度について年度初めの4月から年度末の3月までの自殺率の変化を示したのが図7、8である。月別自殺率の算出にあたっては、月によって日数が異なるのを調整するため、各月の自殺死亡数をその年度の10月1日の人口で割り、さらにそれをその月の日数（1月ならば31日）で割ったものに365をかけたものを、各月の自殺率として用いた。

男性では（図7）、1998年度の5月、1985年度、1990年度の10月、1998年度の1月などに、その前後の月と

表1 都道府県別自殺率
(自殺率の高い順 2000年)

男 性		女 性	
秋田県	47.26	秋田県	14.82
宮崎県	42.85	新潟県	13.83
沖縄県	42.75	岩手県	13.16
島根県	41.38	長野県	12.90
岩手県	40.95	宮崎県	12.77
新潟県	39.08	栃木県	12.49
鹿児島県	36.43	青森県	11.87
佐賀県	36.27	富山県	11.86
北海道	36.19	東京都	11.70
長崎県	35.17	大阪府	11.61
青森県	34.86	岐阜県	11.47
大分県	34.48	大分県	11.41
福岡県	33.89	島根県	11.25
大阪府	33.77	沖縄県	11.20
和歌山県	33.67	長崎県	11.19
山口県	33.56	京都府	11.14
鳥取県	33.10	群馬県	11.12
高知県	32.69	鹿児島県	11.00
香川県	32.50	和歌山県	11.00
京都府	32.34	茨城県	10.99
山形県	32.03	兵庫県	10.90
茨城県	31.63	山口県	10.79
長野県	31.40	福島県	10.71
福島県	31.23	全 国	10.69
富山県	31.15	北海道	10.58
山梨県	31.12	熊本県	10.57
愛媛県	30.99	愛知県	10.43
宮城県	30.79	福岡県	10.39
全 国	30.75	埼玉県	10.37
栃木県	30.74	山形県	10.21
兵庫県	30.55	岡山県	10.19
熊本県	29.74	高知県	9.82
群馬県	29.67	広島県	9.82
岐阜県	28.68	佐賀県	9.75
東京都	28.22	宮城県	9.73
福井県	27.87	三重県	9.72
千葉県	27.79	神奈川県	9.62
石川県	27.70	愛媛県	9.49
滋賀県	27.43	千葉県	9.43
広島県	27.11	鳥取県	8.66
愛知県	26.42	山梨県	8.18
神奈川県	26.13	奈良県	8.00
静岡県	26.00	徳島県	7.94
三重県	25.80	石川県	7.84
埼玉県	25.18	滋賀県	7.75
徳島県	24.68	香川県	7.65
岡山県	23.51	静岡県	7.65
奈良県	23.48	福井県	7.44

比べて高い自殺率を示していた。また、1975年度以外のすべての年度末3月には、2月に比べて高い自殺率を示していた。

女性では(図8)、1998年度の5月、1985年度の10月などで、前後の月と比べて高い自殺率を示し、また男性と同様に、1975年度以外のすべての年度末3月に2月よりも自殺率が高くなっていた。

自殺率には季節変動があると言われる。確かに大きくは、春に高く秋や冬にかけて下がる傾向が見られ、年度末の3月などは自殺率が高くなりやすい月であるが、しかし詳細に見れば、自殺率が高い月とその増加の程度は、年によって異なっていることがわかった。

4. 都道府県別自殺率(A)

都道府県別に自殺率(年齢調整)を見ると、男女とも最も自殺率の高いのは秋田県で、逆に一番低いのは男性では奈良県、女性では福井県であった(2000年、表1)。男性で最も自殺率の低い奈良県の男性自殺率は、女性で最も自殺率の高い秋田県の女性自殺率よりも高かった。

バブル期で景気のよかった1990年、景気が下り坂になった1995年、どん底の2000年の計3年を比較すると、すべての年で、男性では、岩手県、秋田県、新潟県、島根県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県の7県が自殺率の高い方から10位以内に入っており、徳島県は、自殺率の低い方から10位以内に入っていた。女性では、自殺率の高い方では岩手県、秋田県、新潟県の3県が1990年、1995年、2000年とも10位以内に入っているものの、逆に自殺率が低い方では1990年、1995年、2000年のすべてにおいて10位以内に入っている県はなかった。

これらから、とくに男性の自殺率の高い県が固定しているということ、そして、特に岩手県、秋田県、新潟県の3県は、1990年、1995年、2000年のすべての年において男女両方でワースト10位に入ることから日本国内で最も自殺の問題の深刻な県であることがわかった。

また、1998年の急増について、地域の特徴を検討するために、都道府県別自殺率を1995年と1998年で比較したところ、1998年にはすべての都道府県で自殺率が高くなっていた。このことから、1998年の増加現象は全国的な現象であったと考えられる。

5. 自殺の手段(A)

2000年について、全自殺者に占める自殺手段別割合

図9 自殺の手段(男、2000年)

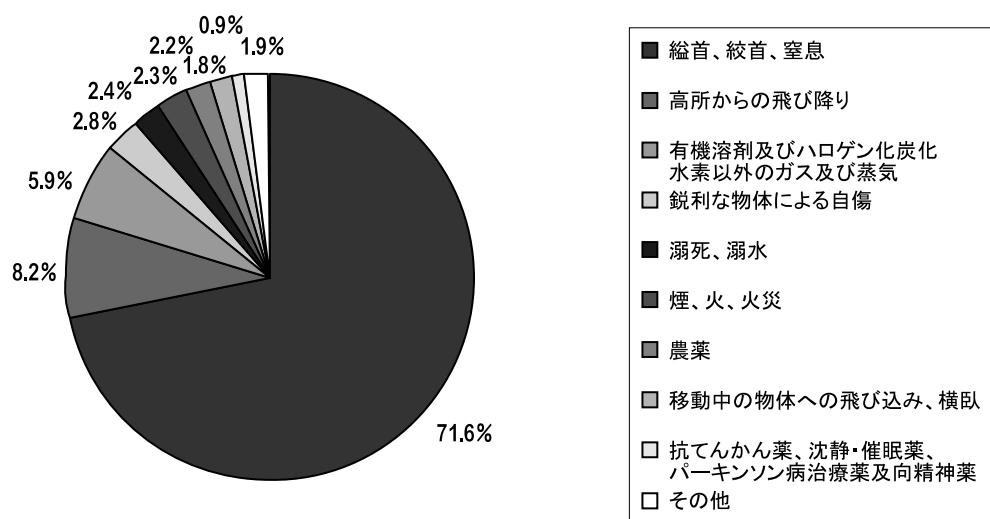
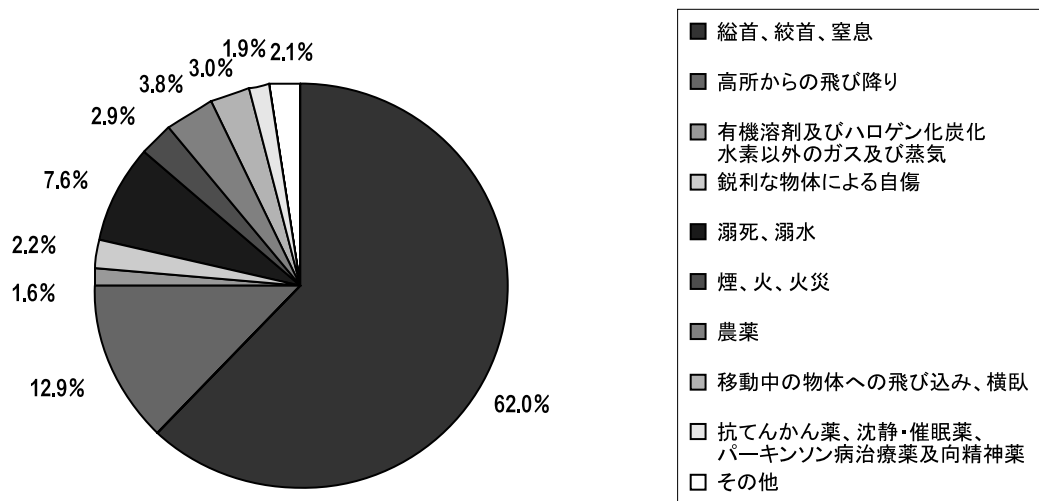


図10 自殺の手段(女、2000年)



を見ると、男女とも「絞首、絞首及び窒息」が手段の大半を占めており（男：71.6%、女：62.0%）、次に「高所からの飛び降り」（男：8.2%、女12.9%）が続く。第3位は、男性では「その他（有機溶剤及びハロゲン化炭化水素以外のガス及び蒸気による中毒及び曝露）であったのに対し、女性では「溺死・溺水」であった（図9、図10）。

年齢別に見ると、男女とも、年齢層が上に行くにしたがって、「農薬による中毒及び曝露」による自殺の割合が増えていく傾向があった。

また、年次比較を行ったが、「絞首・絞首及び窒息」が大半を占め、次に「高所からの飛び降り」が続くと

いうという傾向は変わらなかった。

6. 職業別・産業別自殺率（B）

職業・産業別自殺率は、現時点（2003年6月）時点で2000年度の人口動態職業・産業別統計が未だ公表されてないため、1998年の急増以降の正確な動向は分析できていない。人口動態職業・産業別統計の公表されている最新年である1995年までの範囲で検討すると、平均的な就労年齢である20歳から59歳における年齢調整自殺率では、男性職業別では、1975年から1995年までのすべての年において、農林漁業従事者、サービス職従事者が高かった（1995年農林漁：45.09、1995年

図11 職業別自殺率(男)

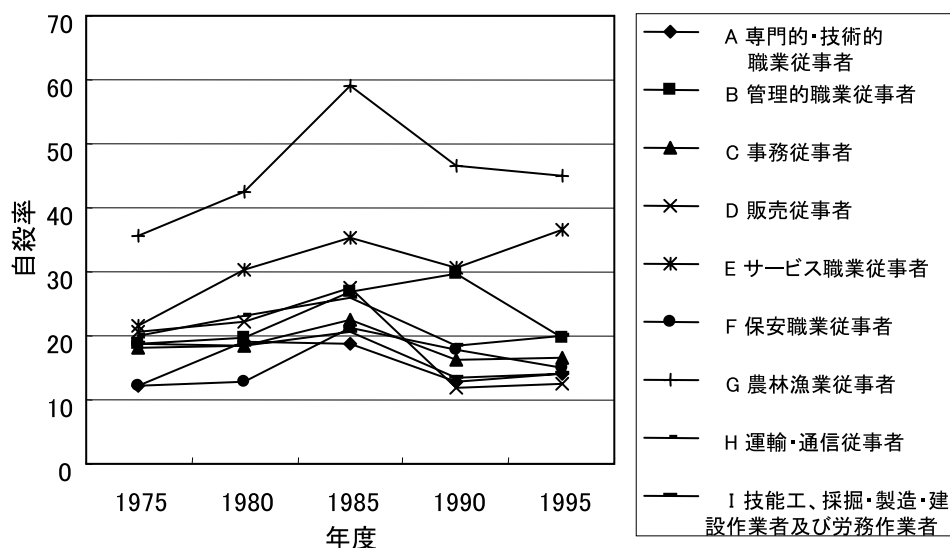
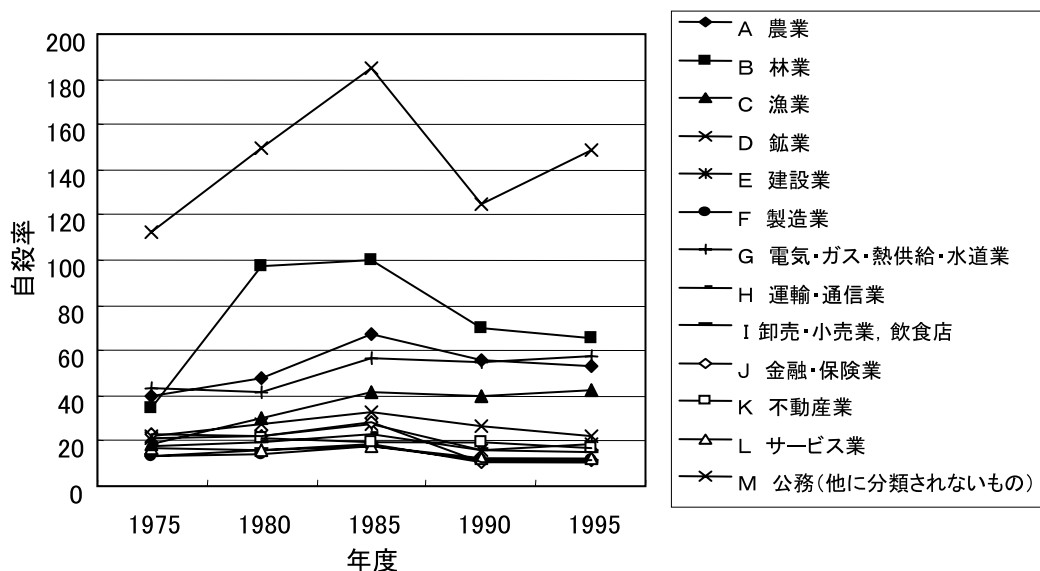


図12 産業別自殺率(男)



サービス：36.66)。また、管理職については、1975年には高い方から5番目であったのが、その後順位をあげ、1990年には2位のサービス職とほぼ並ぶ値を示している（1975年：18.81、1990年：29.66）（図11）。

次に、男性を産業別に見ると、鉱業、林業・狩猟業、電気・ガス・熱供給・水道業、農業が高い値（鉱業1995年：148.97、林業・狩猟業1995年：65.61、電気・ガス・熱供給・水道業1995年：57.86、農業1995年：53.26）を示し、とくに鉱業はとびぬけて高い値を示している（図12）。

女性については、職業別自殺率を見ると、保安職、運輸・通信職、管理職、農林漁業職が高かった（保安

職1995年：39.93、管理職1995年：38.12、運輸・通信職1995年：23.04、農林漁1995年：14.73）（図13）。産業別自殺率を見ると、男性と共通点が多く、鉱業、林業・狩猟業、電気・ガス・熱供給・水道業（鉱業1995年：145.94、林業・狩猟業1995年：74.01、電気・ガス・熱供給・水道業1995年：38.43）が高かった（図14）。

7. 婚姻地位別自殺率（B）

図15、16は、男女の、有配偶、未婚、死別、離別といった婚姻地位別の自殺率である（2000年）。男女とも、ほぼ全年齢を通じて、有配偶者の自殺率が最も低

図13 職業別自殺率(女)

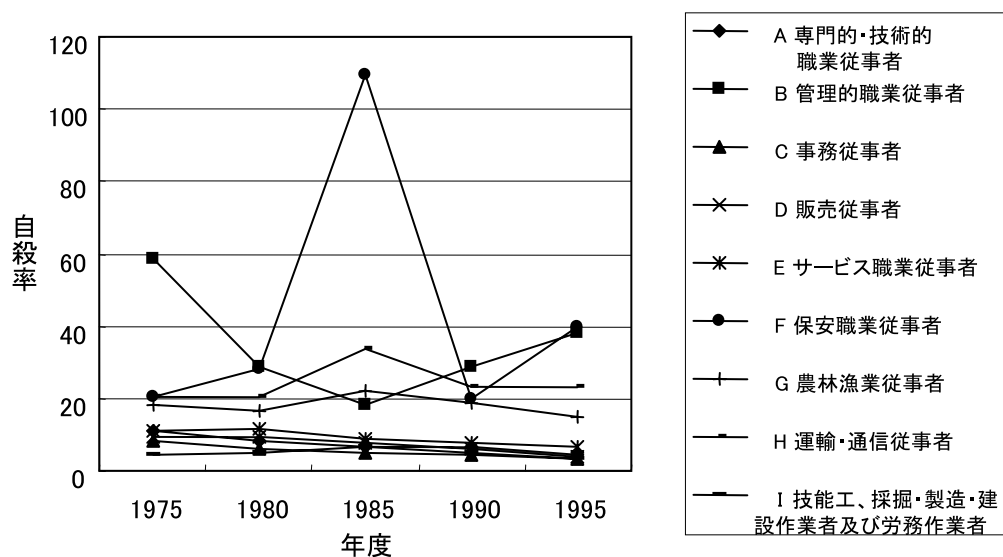
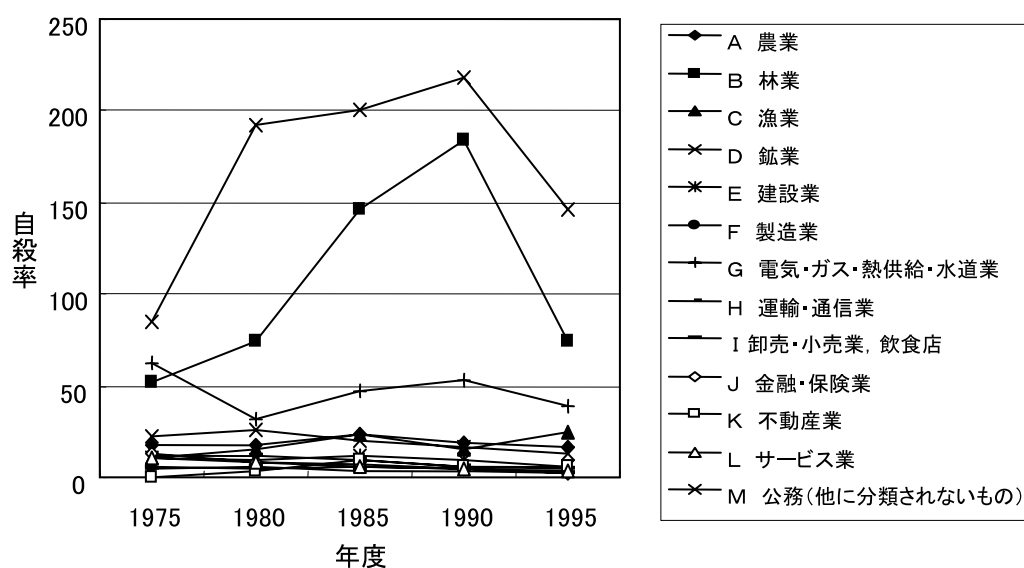


図14 産業別自殺率(女)



かった。男性で、ほぼ全ての年齢層を通じて自殺率が一番高いのは、離別者であった。一方女性では、離別者は、20歳代から30歳代にかけては死別に次ぐ2番目に高いグループで、一方40歳代から50歳代前半では未婚と並んで、50歳代後半から60歳代では単独で最も高かった。死別者については、男女とも、若年（20歳代や30歳代）で極めて高い値を示し、40歳代に入ると落ち着く傾向が見られた。

考 察

1. 1998年自殺急増の特徴

ここまで、人口動態統計により、日本の自殺の全体像を概観してきたが、ここでは、特に1998年の自殺急増の現象について、統計データに依拠しつつ、考察を加える。

1998年の自殺急増は「戦後最悪の自殺率」と言われているが、男女別にわけて見ると、図1からわかるように、男性では、自殺者数、粗自殺率ともに、1898年（明治32年）以降最高の値を示しているが、女性では、むしろ自殺者数は1958年の方が多く（1958年：9,746人、1998年：9,406人）、粗自殺率も戦後最高ではない。男性においても、年齢調整をして年齢別の人口構造を補正すると、自殺率は戦後最高ではなかった（戦後最

図15 婚姻地位別自殺率(男)

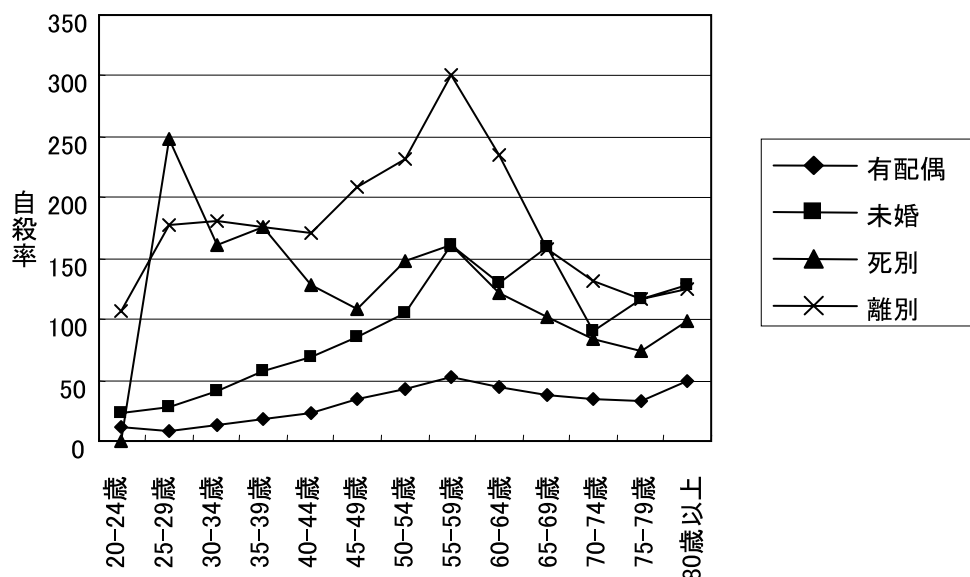
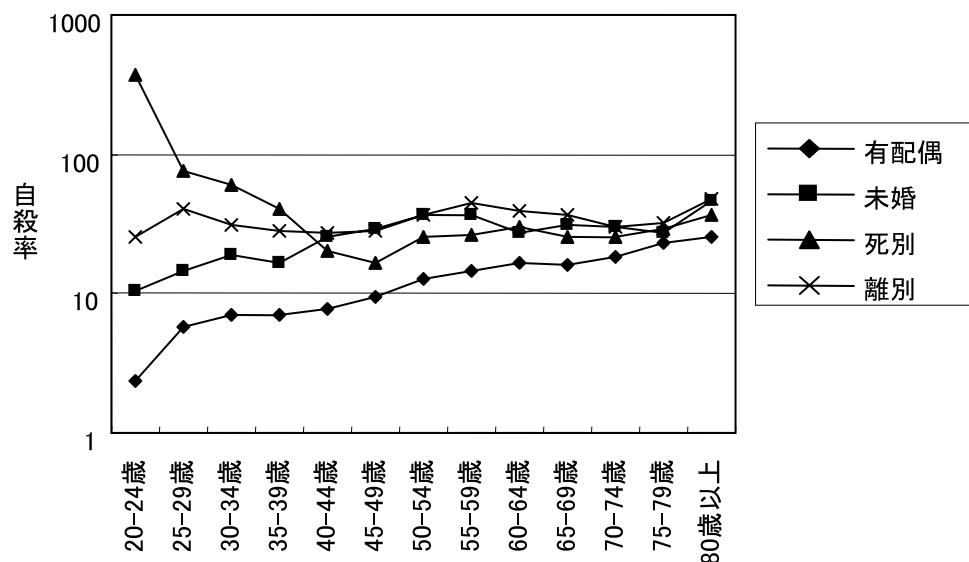


図16 婚姻地位別自殺率(女)



高：1955年38.45)。

また、年齢層別(20歳階級)の自殺率年次推移(図3、4)では、1998年には、すべての層で自殺率が急激に上がっており、男性ではとくに、40-59歳と60歳以上で顕著であった。女性でも、男性ほどではないが増加が見られ、とくに60歳以上の層で増加の程度が大きかった。しかし、戦後50年の中で比較すると、男性では、20-39歳、60歳以上の層では、この50年の中で特に高いというわけではなく、むしろ1960年代初頭までの方が高い値を示していた。しかし、40-59歳では、1980年代の山と並んで高い値を示し、戦後最高の自殺率である。一方女性は、40-59歳を含みすべての年齢

層で戦後最高ではなかった。確かに1998年に増加はしているものの、特に20-39歳の層、60歳以上の層を中心として50年間全体として減少傾向にあり、98年も大きくはその傾向の中にある。

年齢(5歳階級)と自殺率の関係(「2. 年齢階層別自殺率」、図5、6)では、1998年急増以降の顕著な特徴は、男性では、55-59歳を最高値として中高年に大きな山が見られることである。しかし、戦後50年間でみると、1950年代にはむしろ20歳代前半に自殺率のピークがあり、中高年が特に高いという現象は1980年代の自殺増加期あたりに出てきた現象であった。一方女性では、1950年代に20歳代前半の自殺率のピーク

があるのは男性と共通していたが、1980年代以降では男性と異なり中高年で自殺率が顕著に高いという現象は見られず、現在は基本的には高齢になればなるほど自殺率が高くなるという特徴を示している。このことから、戦後50年間で、自殺率の男女の年齢パターンが大きく変化したことがわかる。

また、1998年には、1995年と比べると、男女ともすべての年齢階層で自殺率が高くなっており、1998年の増加が、自殺率の高い男性中高年だけではなく、男女両方のすべての年齢階層の人々において起こったものであることがわかった。

男性において、年齢調整をすると過去最高ではないのに、自殺者数、粗自殺率では最高の値を示している背景には、高齢化がある。図3、図5からもわかるように、自殺は基本的に高齢層に多い。一方、高齢層、特に後期高齢層の自殺率自体は戦後50年間で顕著に低くなってきている。したがって、1985年モデル人口を用いて年齢調整を行うと、高齢化が進んでいなかった前半の時代については、粗自殺率よりも年齢調整後において高齢者層の重みが増し、前半では高齢者の自殺率自体が高かったのが、年齢調整した後の値は粗自殺率よりも高く出てくることになる。またグラフによれば、1985年の粗自殺率と1985年の年齢調整自殺率の値は一致していないが、これは、1985年モデル人口と1985年の実際の国勢調査人口に差があることに起因している。

これらから、「戦後最悪」といわれた今回の自殺急増の内実は、高齢層においては戦後自殺率が低下傾向にあることなどを背景として、年齢調整をすると必ずしも戦後最悪とは言えないものの、1995年と比べると男性中高年を中心として男女のすべての年齢階層で、また全国的に自殺率が高くなっており（「4. 都道府県別自殺率」）、極めて深刻な状況であることがわかった。また、特に深刻な男性中高年については、この年齢層で特に自殺率が高いという特徴は1980年代の増加期にも見られたが、その中でも最も自殺率の多い年齢階層は、1980年代の増加期である1985年では50-54歳であったのに対し、1998年、2000年では55-59歳と、より高齢側に移行してきている。

2. 男性中高年自殺と自殺率の急増の背景分析のために

今回の急増、中高年自殺の背景には何があるのだろうか。今回の自殺率増加において、最も深刻だったのは男性中高年であるので、その意味では、20歳代と高

齢者層の自殺率が高かった戦後50年間の前半の時代とは、自殺の背景要因が違ってきていると考えられる。男性中高年は、社会の中で最も責任を負って働き、一方でリストラの対象などにもなりやすい層であることから、その背景には、マスコミなどで言われたように、不況といった社会経済的状況の影響があったことは十分に推測できる。自殺の増加の背景には、経済の悪化があるとしばしばいわれ、確かに、1980年代に自殺率が高かったときも、プラザ合意等の経済的不況の時期であった⁴⁾。

平成不況のきっかけとしては1991年のバブル崩壊が挙げられるが、ここでは、それらの影響を検証するため、1990年以降の自殺率の変動を今一度詳細に検討してみたい。図1によれば、男性の自殺率は、バブル絶頂期であった1989年、1990年には低かったが、バブル崩壊の年1991年からは漸増しはじめた。しかし女性では、バブル崩壊の後も、自殺率は増加することなく、しばらくは減少し続ける。しかし、1998年になると、男性も女性も急増するということが起こっている。バブル崩壊以降で、男女で異なった自殺の動向が見られ、急増はバブル崩壊の直後ではなくしばらくたった1998年に起こっている点は興味深い。

では、なぜこのようなことが起こったのか。自殺率は失業率と同じように変動すると言われている²⁾が、日本でも、二つの動きには相関が見られ^{4,6,7)}、1990年代の失業率の変遷をみると、確かに、1998年は失業率が大きく悪化した年でもあった^{4,6,14)}。1991年のバブルの崩壊以降、経済悪化に対処しようと社会も個人ももがいてきたのが、90年代後半になって対処行動のレパートリーが消耗してきて、98年には、社会的には多くの失業者の排出に、国民一人ひとりの精神面でも、ある種の閉塞感に至ったのかもしれない⁴⁾。なぜ1998年の失業率も自殺率も急激に上がったのかについては、予想の域を出ず、また、これ以上の客観的研究もなされていない。

しかし、失業率があがると自殺が増えるといっても「経済悪化→リストラで失業→自殺」という図式は、短絡的である⁴⁾。筆者らの分析によれば、無職者の自殺リスクは就労者の5倍以上（95年、20-59歳男性、年齢調整）と高い¹⁰⁾のは確かだが、失業率の高い時期には、低い時期に比べ、人口の大多数を占める就労者の自殺率も大きく上がり、結果、社会全体の自殺者人口が増える。つまり、今回急増した自殺者の大半を占めるのは就労者であり、リストラで失業した人では

ない。

また、一言に就労者といっても、図11から14でみたとおり、従事する職業や産業によって、自殺のリスクは大きく異なる。職業・産業別自殺率の分析によれば、職業については、男性では農林漁業職やサービス職の自殺率が高いのに女性では保安職、管理職、運輸・通信職の自殺率が高いというように男女の違いがあるが、産業別では、男女とも鉱業、林業・狩猟業、電気・ガス・熱供給・水道業の自殺率が高く男女で似た傾向を示していた。また、産業別自殺率は、職業別自殺率よりも、グループ間の自殺率の差が大きかった。このことは、従事している産業と自殺の関係が大きいことを示唆しており、従事している産業が厳しい状況に置かれていると、性別に関係なく自殺を誘引するような負担がかかるということが考えられる。1998年増加以降の職業・産業別自殺率は未だ公表されていないが、これらの厳しい状況におかれている産業従事者などを中心に、より深刻な状況が起こっていることも予想され、結果の公表が待たれる。自殺予防においては、特に自殺率が高い産業・職業に重点をおいた対策をしていくことも必要であろう。

このように、1998年の自殺率の急増は、失業率に現れる経済の悪化と関連したものであるようだが、1998年においては男性中高年を中心としながらも、就労年齢でない未成年や若年そして高齢者、そして女性でもすべての年齢層で自殺率が急増しており、失業率に現れる経済の悪化は、個人の失業やリストラといった形によってだけでなく、目に見えない形で、すべての人々の自殺の危険性を上げているということができる。

また、少々異なった切り口になるが、「男性中高年」の自殺率が高いことの背景としては、彼らが、社会的責任を担っていたり近年ではリストラの対象やリストラの実行者側になりやすかったりする年齢層であるという「年齢」の影響だけでなく、生まれ育った時代を共有する「世代」の影響も指摘されている。というのも、時代や年齢に関係なく、常に前後の世代よりも高い自殺率を示す傾向のある出生コホートが存在しているのである。具体的には、昭和一桁後半から昭和10年代前半くらいに生まれた世代がそうであり、彼らは、1950年代には高い自殺率を示した若年層に含まれ、1980年代や今回では、中高年として高い自殺率を示す層に含まれている。この世代は、少年期を戦争の貧困と軍国主義教育の中で過ごし、多感な思春期に終戦を

迎え価値観が一変、高度経済成長期には働き盛りとして日本の経済発展を支えた世代である⁴⁾。中高年といった年齢の影響だけでなく、生涯を通じての時代体験とそこから形成される価値観や健康状態の影響も、自殺のリスクを考える上で重要な要素といえるだろう。

おわりに

1998年の自殺増加は、特に男性、中でも社会的責任を最も大きく負う年代である中高年を中心とするものだった。よって、今回の自殺率の増加に関する予防対策のターゲットは、第一に、男性中高年を中心とする社会で働く層におくべきである。しかし、今回の自殺率の増加においては、男性中高年以外の層でもその現象が見られたことから、男性中高年以外の層に対する対策もおろそかにしてはならない。

厚生労働省も、数億円の予算を投入して、自殺対策に乗り出した⁸⁾。そこでは、医学・保健学的対策ということで、職場や地域を通じてのうつやスクリーニングや、精神科への連携を良くするための試みが行われている⁸⁾。それも非常に大切なことだが、一方で忘れてはならないのが、社会経済的側面からの対策ではないだろうか。

自殺率は、年次推移から見てもわかるように、年によっての変動が極めて大きく、また、性別や年齢層、職業・産業によっても大きな違いがある。すなわち、自殺は、極めて社会性の強い現象であって、特に、経済状況との関係性は無視できない。個々人の自殺の原因が直接的には失業ではないとしても、失業率が上がると自殺率が増えるということが定期的に繰り返されており、雇用対策を含めて社会経済的セーフティネットの充実が求められる。

現在、構造改革による経済再生の取り組みが進められているが、改革等に伴う社会変動の痛みは、社会の弱者にしばしば集中する⁴⁾。景気の良いときでさえ、失業者や斜陽産業従事者では自殺率が高く、また本稿では詳細には分析結果を紹介できなかったが在日韓国人など自殺率が高い⁵⁾という研究結果もでており、すでに社会での弱者やマイノリティに痛みが集中している傾向があるということもできる。今後の改革で、さらなる痛みが彼らに集中するような事態は避けるべきだろう。また、現行の自殺対策においても、「男性中高年」一般に力を入れることに加えて、それらの失業者や斜陽産業従事者といったハイリスクグループに対

する特別な対策は必要だ。彼らは、人数で言えば、少数派であり、日本の自殺者数自体の増加にはそれほど寄与しないかもしれないが、健康の公平性という観点からも、それらの少人数ハイリスクグループ対策はおろそかにされるべきではない。

また、忘れてはならない重要な課題として、遺族や取り残された人のケア対策があるだろう。自殺による遺族や取り残された人々は、英語でsurvivorと呼ばれ¹⁾、遺族や恋人・親友はもちろんのこと、患者やクライアントに自殺された医師や心理士、会社の上司なども含まれる。現在、自殺者は年間約3万人。遺族や恋人、親友など、一人の自殺によって大きな影響を受ける身近な人が5人だと仮定しても、単純に計算して、年間で15万人、10年で約150万人が、身近な人の自殺を経験しているという計算になる。実に10年間で日本の人口の100人に1人が身近な人の自殺を経験するという頻度である。その頻度から言っても、社会的に無視し得ない問題であるにもかかわらず、遺族ケア・取り残された人々のケア（サバイバーのケア）という問題には、これまであまりにも注目がなされてこなかった。

自殺の場合、その精神的衝撃は、病死や交通事故死と比べても深刻であるということが指摘されている¹⁵⁾。詳しくは、本特集「自殺遺族の心理・社会的経験とその支援（宮崎論文）」で論じられるが、サバイバーは「なぜ自分は自殺を止めることができなかったのか」と自分を責めたり、中には、遺族同士で責任のなすりつけあいになったりする事例も少なくない⁴⁾。また、相談したくとも、「自殺」ということで気軽に人に話すことができず、一人で抱えたまま10年、20年と問題を引きずる場合もある⁴⁾。アメリカなどではそのケアへの取り組みが行われているが、今後、我が国でも力が入れられていくべきであろう。また、「サバイバー」自身の自殺リスクはそれ以外の人に比べて高い¹⁵⁾ということも報告されており、サバイバーケアは次なる自殺の予防対策の一部を構成するともいえる。「サバイバー」概念は、既遂者に取り残された人々のみならず、広くは、未遂者の家族や身近な人も含まれるのだが、この未遂者や身近な人のケアは、自殺企図者の再企図防止のための資源としても必要と認識されており¹¹⁾、これにも力を入れていく必要があるだろう。

毎年2万人から3万人の自殺者を出す日本では、自殺という現象は身近な現象であるはずだ。しかしながら、自殺問題は、これまで遺族がこそこそと引越しをしなければならぬほどに社会的には隠蔽され、また、

研究でさえもまとまった知見が蓄積されてはおらず、行政的にも系統だった対策はなされてきてこなかった。その意味では今回、1998年の増加をきっかけに、行政や民間の各方面でさまざまな自殺に関する取り組みが始まったことは、日本の社会が身近でありながらも目をそむけてきた自殺の問題に、正面から向き合い取り組み始める一つのチャンスといえることができるだろう。統計的にみても、自殺率の高い時期はある一定の期間ごとに繰り返されており、その意味では、1998年以降の自殺率の増加が落ち着いたとしても、次の増加を未然に防ぎ、防げないとしてもその痛みを少しでも和らげるために、わが国で、予防やサバイバーケアを含む自殺研究と自殺対策の本格的な取り組みがはじまることが期待される。

（本研究は、平成12年度健康づくり委託等事業「経済環境及び家族環境と中高年の自殺問題」（主任研究者：清水新二）の一環として始めたものであり、本稿は拙稿「近年における自殺の動向研究」³⁾を最新年のデータを含めて再分析したものである。）

文 献

- 1) David A. Jobes, Jason B Luoma, Lisa Anne T. Huestad, and Rachel E. Mann : In the Wake of Suicide: Survivorship and Postvention. In Maris RW, Berman AL, Silverman MM (Eds.), Comprehensive textbook of suicidology. The Guilford press, New York, 376-406, 2000
- 2) デュルケム：自殺論．中公文庫（宮島 喬訳），中央公論社，1985.
- 3) 石原明子，清水新二：近年における自殺の動向研究．精神保健研究47:87-98，国立精神・神経センター精神保健研究所，2001.9
- 4) 石原明子：自殺急増とその背景．週間金曜日439号:12-14，金曜日，2002.12
- 5) 石原明子，長谷川敏彦：日本における健康の公平性について－職業・民族．厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）平成10年-11年度報告書健康日本21計画の基本概念と推進手段に関する計画: 121-130，2001.3.
- 6) 石原明子，清水新二：近年の自殺に関する統計的考察－経済環境・配偶関係に注目して．平成12年度健康づくり委託等事業 経済環境及び家族環境

- と中高年の自殺問題に関する研究報告書: 7-27, 2001.3.
- 7) 影山隆之: 第二次大戦後(1950-1990年)の日本の自殺死亡率と失業率との経時的相関. 自殺予防と危機介入20(1): 3-7, 1999
- 8) 厚生労働省: 平成14年度自殺防止対策関連研究者懇談会資料. 2003.3.26
- 9) 厚生労働省大臣官房統計情報部: 人口動態統計. 明治32年から平成13年.
- 10) 清水新二, 石原明子: 中高年の自殺急増とその背景. 平成13年度報告書 地域における自殺防止対策と自殺防止支援に関する研究: 103-110, 国立公衆衛生院, 2002.3
- 11) 清水新二, 川野健治, 石原明子, 太田ゆず, 高崎文子: 自殺に関する心理社会的要因の把握方法に関する研究. 平成13年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業 自殺と防止対策の実態に関する研究: 30-54, 2002.3
- 12) 総務省統計局: 人口推計. 昭和22年から平成13年.
- 13) 総務省統計局: 国勢調査. 昭和25年から平成12年.
- 14) 総務省統計局: 労働力調査. 昭和28年から平成13年.
- 15) 高橋祥友: 自殺の危険—臨床的評価と危機介入. 金剛出版. 東京, 1992.

【特集 自殺学】

自殺と性別、セクシャリティ

伊藤香苗¹⁾ 久永文恵²⁾ 石原明子³⁾

はじめに

“男性である”、“女性である”という我々の意識は、社会的、生理学的な性的アイデンティティや性的役割に基づいた複雑な生物精神社会的な過程を通して理解されると言われている¹⁶⁾。一般的に自殺率は、日本も含めて女性よりも男性の方が高いと報告されているが、性別やセクシャリティがどのように自殺や自殺行動に関連するかを解明するには、この複雑な過程を理解することが鍵となるだろう。ここでは、自殺における男女差を統計データから把握し、その性差を生み出す理由についての仮説を紹介する。その仮説紹介においては、性別役割、社会的、心理的、生物学的側面から、自殺行動の背景について検討する。そして最後に、わが国においてまだ研究があまりすすんでいない性虐待やセクシャルマイノリティと自殺の関連性についても言及する。

自殺の性差

1. 自殺率

厚生労働省が発表した2001年の自殺による死亡数の総数は29,375人であり、死亡率は23.3、全死因の死亡

総数に占める割合は3.0%であった。そのうち男性は21,085人、死亡率は34.2、割合は4.0%、女性は8,290人、死亡率は12.9、割合は1.9%と報告されている。自殺死亡の率比を見ると男性は女性の約2.7倍であった。2000年の都道府県別自殺率を見ると、男性で最も自殺率の低い奈良県における男性の自殺率(23.48)は、女性で最も自殺率の高い秋田県における女性の自殺率(14.82)よりも高かった。このように、自殺死亡の問題は、女性よりも男性においてより深刻であることが分かる。

自殺死亡者数を男女で比較すると、欧米でも3~4対1の比であり、国際的に見てもほとんどの国で、自殺既遂については男性の方がリスクが高いと言われ、それに対して、自殺企図(未遂)では、女性の方が男性よりも多いと、様々な研究の結果がほぼ一致している^{18,31)}。しかしその中で中国は例外であり、農村における若年女性の自殺率が高くなっている¹⁰⁾。

日本における自殺率の年次推移でも、男女では異なった傾向が見られる(図1)。男性では、80年代中盤に自殺率の高い時期が見られ、バブル期を含む90年代前半には低い自殺率を示すものの、90年代後半に再び増加しはじめ98年に激増する。女性では、80年代の自殺率の増加は男性ほど明確に認められず、70年代以降大きな傾向としては自殺率は減少傾向にあり、90年代では98年に増加している。

2. 年齢との関係

厚生労働省が発表した2001年のデータによると、年齢層別の自殺率でも、男女では傾向が異なっている(図2)。男性では後期高齢層で自殺率が最も高く、50歳台を中心とする中高年でも同様に高い。しかし、女性では、中高年で特に高いという現象は見られず、基本的には高齢になればなるほど自殺率は高くなっている。

年次推移をみると、男性では1985年に中高年の自殺率が増加している。その後、90年には一度減少してい

¹⁾ 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

〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

1-7-3 Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-0827, Japan

²⁾ 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部

Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

³⁾ 国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部

Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

(別刷請求先: 伊藤香苗)

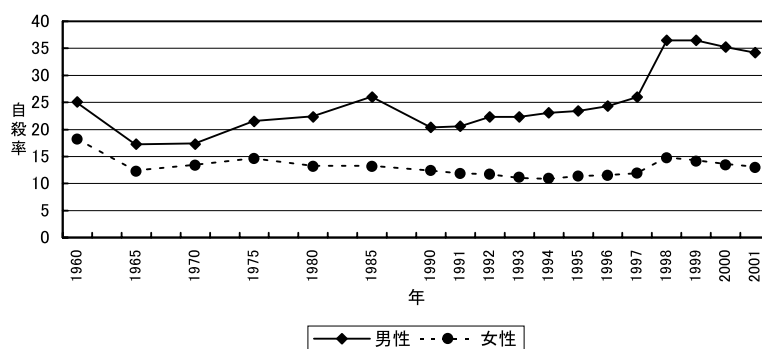


図1 自殺による死亡率の年次推移

2001年厚生労働省発表 厚生統計要覧第1-33表より作成

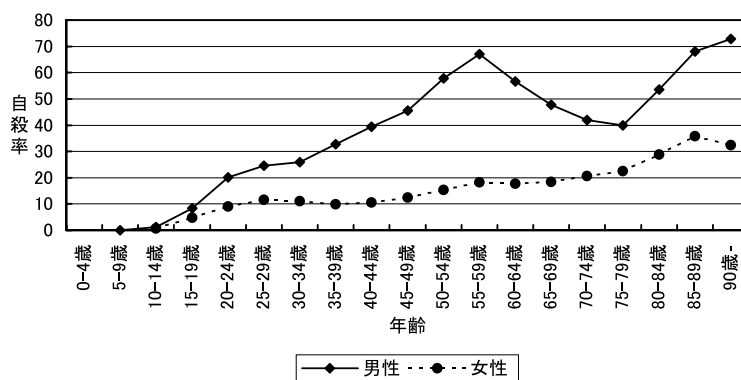


図2 2001年の年齢層別自殺率

2001年厚生労働省発表 人口動態統計年報 第10表より作成

るが、95年、98年に再び増加している。その中高年の自殺の中でも85年では50～54歳の年齢層での自殺率が最も高く、98年では55～59歳が最も高い。このように、自殺率がより高齢層にずれていることが分かる。しかし、女性では明確な中高年層での自殺の増加はいずれの年次にも見られていない¹²⁾。

3. 配偶関係、家族関係

配偶関係を含めた、家族関係が自殺率に与える影響にも男女差が認められる。1995年のデータによると、男女ともほぼ全年齢を通じて有配偶者の自殺率が最も低い。離別者については、男性で20歳台後半から70歳台前半までという幅広い年齢層で高い自殺率を示している。女性では、30歳台から40歳台前半までは最も高いが、40歳台後半から70歳台前半にかけては未婚者に近い値を示している¹²⁾。この統計のように、離婚や別居は女性よりも男性の突然の自殺の原因になりやすいという研究¹⁶⁾や、離婚が男女に与える影響は異なるという指摘する研究¹⁾がある。

男性では、独身でいることが自殺のリスクを高めることが示されている²⁴⁾。また、女性は子育てを含む他

者との関係の重要性が、自殺を理解する上での核となるという考え方がある¹⁷⁾。女性において2歳以下の子どもを持つことが、自殺のリスクを軽減する²⁴⁾ことや、未婚の女性の自殺のリスクが既婚女性よりも高く、既婚女性の中では子どもを持つ女性の方が自殺のリスクが低い¹¹⁾ことが研究によって示されている。また、出産後一年間の女性の自殺のリスクは一般的に低い¹⁾という結果もある。このように、女性は、自分自身の存在意味や価値、自己評価を相互関係や人間関係における責任によって得ており、したがって女性における自殺のリスクは、相互関係によって得られる成長の機会が閉ざされ歪められた時に高くなる、と考えられている。また、関係性の中で自身の存在意味や価値を見出す女性は、求められているという感覚を捨てることが難しく、自身の死によって他者がどのような影響を受けるかを考えてしまうため、女性の既遂自殺率は低い、と説明している研究もある¹³⁾。

4. 手段

自殺によって死亡した人の手段においては明確な男女差は認められない。日本の1998年の人口動態統計が

らの資料によると、男女とも「縊首、絞首及び窒息」が最も多く（男：70%、女：61%）、次に「高所からの飛び降り」である（男：8%、女：13%）。3位は男性で「その他（有機溶剤及びハロゲン化炭化水素以外）のガス及び蒸気による中毒及び曝露」の6%であるが、女性では「溺死、溺水」の8%であった¹²⁾。アメリカでは1996年の資料によると、男女とも「火器」が最も多く（男：63%、女：40%）、次に男性で「首吊り」が17%、女性では「薬物」が26%であった¹⁷⁾。日本とアメリカにおける手段の違いは、銃器が手に入れやすいか否かという文化によるものと考えられる。既遂者の中での手段別割合は、どうしても致死率の高い手段が上位に上がってくるため、男女とも同じような手段が目立ってくる。しかし、未遂を含めて検討すると、選択された手段は男女間で異なってくるのではないと思われる。

5. 動機／原因

自殺の動機に関しては、男女に共通する部分と、それぞれの性に特徴的なのではないと思われる結果が認められる。男女ともに共通して、健康問題が自殺の原因となる割合が高いが、男性では仕事や経済的な問題、女性では家族関係や男女関係といった他者との関係性が自殺の原因としての、それぞれの特徴のようである。

警察庁の報告した2001年中における自殺の概要の中の遺書からみた動機（全年齢階層計）によると、男性では「経済・生活問題」が最も多く、全体の38.7%であった。次いで「健康問題」を動機とする者が32.9%、「家庭問題」が8.3%であった。女性では「健康問題」が61.1%と最も高く、次いで「家庭問題」が12.8%、「経済・生活問題」が10.7%であった。男性で「経済・生活問題」を動機とする者の割合が高く、女性で「健康問題」を動機とする者の割合が高いのは、男性で中高年層の自殺が多く、女性では高齢層での自殺が多いという年齢層の特徴とも関係していると思われる。したがって、年齢層別に検討してみると、男性では、19歳まででは「学校問題」が主な動機だが、それ以降の年齢では「経済・生活問題」および「健康問題」が主な動機であった。女性では「健康問題」が全ての年齢層において主な動機になっており、それ以外では20歳台で「男女問題」が、30歳台、60歳台で「家庭問題」が動機になっている点が男性と異なる点である。

榎本は20歳未満の青少年の自殺原因に関する1984年

から93年にかけての10年間の傾向をまとめている⁷⁾。男女ともに学校に関わる問題が動機となっている自殺が最も多いが、その中身において違いが認められる。男子では学業不振が女子の1.5倍に近く、入試関係の問題では女子の2.5倍にのぼる。これに対して女子では学友との不和が男子に比べて1.5倍以上、男女関係が男子の2倍近い結果であった。このように男子では入試を含めた学業の問題が圧倒的に重要な自殺原因となっているのに対し、女子では学業問題と並んでクラスメイト等との人間関係が重要な自殺原因となっていることが特徴である。

大原は男性の場合は、壮年期になると事業の失敗、仕事上のミス、過労、転職、失職、定年など仕事上の問題が自殺の直接動機になりやすいと述べている²³⁾。特に最近ではリストラやその恐れ、勤めている会社や銀行などの倒産やその不安なども直接原因となっている。男性は仕事を生きがいにしていることが多く、それが崩れる恐れがある場合に危機的な心理状態になるという。他にも男性にとって失業や退職が自殺のリスクになることを示す研究は存在し²⁴⁾、男性が退職によって職場での関係性を失うだけでなく、自身の供給者としての役割、つまり家族を養う者としての役割から得られていた自尊心を失うということが、自殺と関連するということが指摘されている²¹⁾。

男女共にライフコースを通じて、健康問題が動機の上位を占めているが、それ以外の動機としては、男性では学業や仕事のこと、女性では「男女問題」や「家庭問題」「クラスメイトとの人間関係」といった他者との関係性が動機の上位に上がってくるなど差が見られ、この背景には、それぞれの性に与えられた社会的役割があると考えられる。このような結果になっているのは、これらのデータが、自殺死亡者だけを対象にして検討しているからであると考えられる。女性に多いとされる自殺未遂も含めた検討を行うと、おそらく自殺行動を選択した動機の男女差はより明確になるのではないと思われる。

6. 自殺の性差の仮説

以上のような自殺における性差を理解する上ではいくつかの仮説が考えられている。

第一に、男性は、問題が起こった時に周囲に助けを求めずに自分一人で解決すべきという社会文化的に与えられた行動規範の結果、全ての問題を自分ひとりで抱えてしまっ問題解決の幅が狭くなり、行き詰って、

既遂自殺に至りやすい、という仮説である³⁰⁾。それに対して、女性は感情を他者と共有することや助けを求めることに抵抗が少なく、問題を抱えたときに、情緒的支援や社会的サポートを受け入れやすい。このことは、こころの問題を抱えたときの受診行動にも差異をもたらす。こころの問題を抱えたとき、男性よりも女性の方が抵抗なく医学的、精神科的援助を受けやすい、ということも示唆されている²¹⁾。

第二に、未遂、完遂についての社会文化的規範があるとする仮説である。つまり、完遂は「男性的」とみなされるという傾向である¹⁵⁾。未遂に終わるものは「女性的」なので、男なら未遂で終わるような中途半端なことをするのでなく、潔く死を遂げるべきである、という規範がある、という考え方である。この社会的規範の影響で、男性はより致死率の高い手段を選択しやすく、既遂率が高くなると考えられる。

第三に、男性の方が、問題を解決しようとする時に、攻撃的で危険な手段を取りやすいことが生物学的に定められている、という仮説である³⁰⁾。つまり、男性は、問題を抱えた時に、自殺という攻撃的手段で解決を図ろうとし、また、同じ自殺企図をするにしても、男性は女性よりも致死率の高い手段を選択するので、その結果、既遂率が上がると考えられるのではないだろうか。

第四に、女性は男性に比べて、死を目的とせず、コミュニケーションの一つの方法、つまり他者に変化を強制したり手を差し伸べてもらったりするために自殺企図をする傾向があるので、リストカットなどの致死率の低い手段をとることが多いという仮説である²¹⁾。よって、女性では未遂に終わる自殺企図が多く、既遂は少ないと考えられる。

第五に、女性は、より痛みが少なく、簡単に使用でき、体の汚れが少なく、醜くしないで済む手段を好むという指摘もある¹⁷⁾。よって、服薬などの致死率の低い手段を選択し、このことが既遂率を下げていると考えられる。

既遂自殺率は男性で高く、女性では未遂が多い、ということの理由としては、これらの仮説が考えられるだろう。

性虐待と自殺

性虐待の経験によって起こりやすい反応の多くは性別に関わらず共通で、主なものとして、罪悪感、羞恥

心、怒りが挙げられる。そして、彼らは、将来的に、PTSDや抑うつ症状、不安、性的問題などをもつリスクがあり⁶⁾、場合によっては、多重人格のような解離状態や境界例的な不安定さ、物質使用障害といった精神病的後遺症を残す可能性もあり^{2,3,17)}、こういった障害が自傷行動と関連するとも述べられている^{4,17)}。

性虐待と、精神病的症状、自殺企図との関連に焦点が当てられた研究には以下のようなものがある。ニュージーランドでの一般人口との比較研究では、性虐待を受けた女性は、そうでない女性に比べて有意に高い割合で自殺企図を経験していることを報告している²⁰⁾。また、クリニックに来院した女性患者の中から、児童期に性虐待を受けた者とそうでない者を比較検討した研究では、性虐待を経験した者の診断で、PTSD、解離性障害、身体表現性障害が有意に高く認められ、行動上の問題として、自殺企図の率が有意に高い結果が示されている¹⁹⁾。また、大うつ病エピソードの症状を満たす入院、外来患者の中で性虐待を経験した女性と、経験していない女性を比較した研究では、性虐待を経験した女性の方が有意に高い割合で、自殺企図を経験していることが報告されている⁹⁾。この研究では、性虐待を経験した女性は、境界例的な人格機能特性を持つ率も高く、そのことが性虐待と自殺企図を含む自己破壊的行為とを関連づける要因となっているのではないかと指摘している。また、児童精神科に入院している思春期の患者を対象にした研究では、児童期の性虐待を経験している患者はそうでない者に比べて、有意に高い割合で自殺企図を経験しており、それには虐待の頻度や期間は関係ないという報告もある²⁸⁾。

このように、性虐待の経験を持つものは、将来的に精神病的症状をもつリスクが高く、結果、自殺や自殺企図に至るリスクが高いことがいくつかの研究で示唆されており、この性虐待と自殺というテーマは、今後さらなる研究が必要とされる分野である。

しかし、性虐待と自殺との関係における性差については、性虐待そのものが、男児・男性よりも女児・女性において起りやすいというこれまでの疫学的調査結果を考慮した上で検討する必要があるだろう。性虐待を経験した男性の事例報告が少ないことから、性差は言及出来ないという見解や⁵⁾、性虐待の被害は男女ともに自殺企図のリスクを上げる要因になっているという見解もある²⁹⁾。サンプルの偏りを克服するべく研究デザインを工夫し、今後のさらなる研究が待たれるところである。

セクシャルマイノリティ（同性愛者/両性愛者）と自殺

以前から、アメリカ合衆国におけるセクシャルマイノリティ（性的指向性におけるマイノリティ）の自殺のリスクの高さは、研究文献等において指摘されてきた¹⁷⁾。特に、青年期同性愛者の自殺に対する国家的関心を引き起こしたのは、Gibsonによる青年期自殺に関するSecretary's Task Forceへのレポート⁸⁾であったが、それ以前にも青年期の同性愛者の自殺企図の可能性に関して、異性愛者よりも3倍ほど高いことなどが示唆されている²⁷⁾。

セクシャルマイノリティに対する偏見は、多くの社会に存在する¹⁷⁾。そのような社会背景の中で自分が同性愛者/両性愛者であると感じる若者は、家族や仲間自分の同性愛者/両性愛者としてのアイデンティティを公表することのリスクをもち、その結果、長い間に渡って自分の感情を他人から隠す必要に迫られることがある。セクシャルマイノリティに対する社会的寛容および迫害の風潮の中で彼らはアイデンティティの混乱をもち、うつ状態になったり²²⁾、アルコールや薬物を乱用することがある²⁵⁾と報告されている。このようなことがセクシャルマイノリティの高い自殺率の一要因になっていると考えられる。

セクシャルマイノリティと自殺の関連性を考える際に忘れてはならないのが、セクシャルマイノリティのコミュニティにおけるHIV/AIDSの流行である。一般的にHIV感染者、AIDS患者の自殺のリスクは高いといわれており¹⁷⁾、HIV/AIDSはセクシャルマイノリティの自殺を考察する上で重要なポイントだと考えられる。思春期男性のセクシャルマイノリティは、家出や家族などに見捨てられた経験を持つ者が多く、それゆえに、自分に関心を示してくれる年上の男性に愛情のある関係を求めることがあるという¹⁴⁾。年上の男性、すなわち同性愛者の成人男性はHIVに感染している確率が最も高いグループであり、その結果、彼ら思春期男性のセクシャルマイノリティのHIV感染率が高くなっている²⁶⁾。HIV/AIDSという疾患の過程は通常3段階に分かれており、各段階によって自殺へのリスクファクターが異なる。最初の段階では、パニックに陥り、希望を失い、HIV/AIDSという診断を受け入れることができなくなる。次の段階になると、これから何が起こるのか予想できないことに対する不安を持ち、利用可能な資源の存在にも気づかないかもしれない。最後

の段階では、痛みや身体機能の低下、他者への依存などが、新たな自殺の要因になるのではないかと¹⁷⁾と示唆されている。

現状では、セクシャルマイノリティと自殺の関連性に関する研究は少ない。日本においてはもちろんのこと、そのような観点からの研究が進んでいるアメリカ合衆国においてさえ、性的指向性に関する記載欄が死亡証明書にはないことから、自殺既遂に関する全国データは存在しない。さらに研究の対象者となりえるセクシャルマイノリティの位置づけの曖昧さや、測定法など研究の方法論に問題があるとして、これらの研究を批判する声も存在する²⁷⁾。しかし、セクシャルマイノリティにはさまざまな自殺のリスクファクターが潜在していると考えられ、それらを明らかにしていく必要があると思われる。

まとめ

厚生労働省が発表した2001年の死亡統計によると、男女ともに20歳台から40歳台にかけて自殺が死亡原因である率が高いことが示されている。高齢になればなるほど、悪性新生物や心疾患、脳血管疾患といった原因が上位を占めるようにはなるが、いずれの年齢においても、男女ともに自殺は死亡の大きな原因となっている。

しかし、本稿で検討したように、自殺率や自殺行動の特徴には、男女で大きな差がある。第一に、自殺既遂では、圧倒的に男性が多く、自殺率の率比は、男性が女性のおよそ3倍、都道府県別に見ても、男性で最も低い県の自殺率よりも、女性で最も高い県の自殺率の方が低いという状況である。しかし、一方で、未遂となると、女性に多い。第二に、年齢層別の特徴にも、男女では差があった。男性では働き盛りの中高年での自殺率が深刻で、一方で女性では、中高年自殺は男性ほど問題ではなく、むしろ高齢になればなるほど自殺率が高くなるという傾向が見られた。

このような自殺率の男女差の背景については、性別を巡っての社会規範や生物学的な性差からの解釈が様々な研究によって試みられており、その主な説を本稿では紹介した。しかし、社会的役割や社会規範というものは、時代と共に変化する。たとえば、働く男性と家庭を守る女性という図式も、少子高齢化を迎えた現在、変化し始めた。女性も働くことが社会的に期待されるようになり、一方で、男性の方は、より家庭に

目を向け、育児に参加することが求められ始めている。このように、それぞれがアイデンティティを確立し、自分の存在意義を見出す場に変化が起こってくると、今後の自殺行動の性差にも変化が出ることが予想され、注意を向けていく必要があるだろう。特に、女性の社会進出が進む中で、女性においても、現在の男性のように働き盛り年齢層の自殺が問題になってくる可能性もある。

また、性に関する問題の中で、現状ではまだ注目が十分にされていないが今後自殺との関連で取り上げていくべき話題として、性虐待とセクシャルマイノリティの話題についても言及した。国の自殺統計では、男女2つの性に単純に分けて集計がされているが、実際には性や性別は複雑な社会・心理・生物学的過程である。そのような中で、近年では、多様な性のあり方が少しずつ認められるようにはなってきたものの、根強いセクシャルマイノリティへの社会的偏見の中で、彼ら彼女らの心理的負担は少なくない。またHIVの関係でも自殺リスクが問題になる。性虐待の被害者もセクシャルマイノリティも社会的差別と深くつながった問題でもあり、プライバシーの保護という観点から、調査をしていくことが難しい分野でもあるが、差別の解消への取り組みと共に今後自殺学研究において取り組んでいくべき重要な分野の一部である。

文 献

- 1) Appleby L: Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *Br Med J* 302:137-140, 1991.
- 2) Bulik CM, Prescott CA, Kendler KS: Features of childhood sexual abuse and development of psychiatric and substance use disorders. *Br J Psychiatry* 179: 444-449, 2001.
- 3) Bushnell JA, Wells JE, Oakley-Browne MA: Long-term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood. *Acta Psychiatr Scand* 85: 136-142, 1992.
- 4) Carmen E, Rieker PP, Mills T: Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 141: 378-383, 1984.
- 5) Davidsom JRT, Hughes DC, George LK et al: The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Arch Gen Psychiatry* 53: 550-555, 1996.
- 6) Draucker CB: Counselling survivors of childhood sexual abuse. Sage Publications. 1992. (北山秋雄, 石井絵里子 訳: 子どもの性的虐待サバイバー ―癒しのためのカウンセリング技法 現代書館, 東京, 1997.)
- 7) 榎本博明: 自殺 ―生きる力を高めるために―. サイエンス社, 東京, 1996.
- 8) Gibson R: Gay male and lesbian youth suicide. U.S. Department of Health and Human Services: Report of the secretary's task force on youth suicide, Vol 3: Prevention and interventions in youth suicide, Rockville MD; pp110-142, 1989.
- 9) Gladstone G, Parker G, Wilhelm K et al: Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 156: 431-437, 1999.
- 10) Hawton K: Sex and suicide. *Br J Psychiatry* 177: 484-485, 2000.
- 11) Hoyer G, Lund E: Suicide among women related to number of children in marriage. *Arch Gen Psychiatry* 50: 134-137, 1993.
- 12) 石原明子, 清水新二: 近年における自殺の動向研究 ―人口動態統計、人口動態職業・産業別統計より―, *精神保健研究* 47: 87-98, 2001.
- 13) Kaplan AG, Klein RB: Women and suicide.: Jacobs DJ, Brown HN(Eds.): Suicide: understanding and responding. International Universities Press, Madison CT, 1989.
- 14) Kruks G: Gay and lesbian homeless /street youth: issues and concerns. *Journal of Adolesc Health* 12: 513-518. 1991.
- 15) Linehan, MM: Suicide and attempted suicide: A study of perceived sex difference. *Percept Mot Skills* 37: 31-34, 1973.
- 16) Maris RW: Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1981.
- 17) Maris RW, Berman AL, Silverman MM: Suicide, gender, and sexuality: Comprehensive Textbook of Suicidology, Guilford Press, New York, 145-169, 1992.
- 18) Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM et al: Suicide among female adolescents: Characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1297-1307, 1995.

- 19) 三橋順子:親の子どもへの性暴力.精神科治療学 13 : 1427-1433, 1998.
- 20) Mullen PE, Martin JL, Anderson JC et al: Childhood sexual abuse and mental health in adult life. Br J Psychiatry 163: 721-732, 1993.
- 21) Murphy GE: Why women are less likely than men to commit suicide. Compr Psychiatry 39: 165-175, 1998.
- 22) Nicholas J, Howard J: Better dead than gay: depression, suicide ideation, and attempt among a sample of gay and straight-identified males aged 18 to 24. Youth Studies Australia, 17(4), 28-33. 1998.
- 23) 大原健士郎:働き盛りのうつと自殺. 創元社, 大阪, 2001.
- 24) Qin P, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N et al: Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. Br J Psychiatry 177: 546-550, 2000.
- 25) Remafedi G, Farrow J, Deisher R : Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. Pediatrics 87:869-75,1991.
- 26) Rotheram-Borus M, Rosario M, Reid H et al: Predicting patterns of sexual acts among homosexual and bisexual youths. Am J Psychiatry 152: 588-595,1995.
- 27) Savin-Williams R: Suicide attempts among sexual-minority youths:population and measurement issues. J Consult Clin Psychol 69: 983-991, 2001.
- 28) Shaunesey K, Cohen J, Plummer B et al : Suicidality in hospitalized adolescent: relationship to prior abuse. Amer J Orthopsychiat 63: 113-119, 1993.
- 29) Statham DJ, Heath AC , Madden PAF et al : Suicidal behavior : an epidemiological and genetic study. Psychol Med 28: 839-855, 1998.
- 30) 高橋祥友:中高年の自殺を防ぐ本. 法研, 東京, 2000.

【特集 自殺学】

自殺と精神科診断学

堀内 健太郎

はじめに

自殺学の研究において重視されている精神医学的診断として、うつ病性障害と境界性人格障害が挙げられる。現在、研究領域で一般的に採用されているアメリカ精神医学会のDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (以下、DSM) においては、気分障害の大うつ病エピソードおよび、境界性人格障害 borderline personality disorderの診断基準に、自殺性関連の項目が含まれている (なお、WHOのInternational Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (以下、ICD) でも、状況は同様であるが、ICDは、研究用の診断基準が別になっていることが問題とされており、ここでは、補足的に用いるのみとする)。また、自殺既遂者を対象に、自殺前の精神医学的状态を推定した人類学的な研究群では、気分障害が61%、物質使用障害が41%、不安障害が10%、統合失調症が6%、そして、人格障害が42%に認められており、人格障害のなかでは境界性人格障害が最も重視されている⁴²⁾。診断基準に自殺性関連項目が含まれている両疾患が、自殺既遂者において高率に認められるのはトートロジーであることや、気分障害のなかには双極性障害も含まれていることを考慮しても、自殺という観点では、うつ病性障害と人格障害が最も重要であると言えるだろう。物質使用障害についても、二次性に気分障害を来すことが多い。

わが国でも中高年の自殺が増加し、その対策として、うつ病早期発見・早期治療が目指されている²²⁾。自殺の予防に関しては、本特集の佐名手に譲るが、うつ病

という名称が市民権を獲得してきている現状では妥当なことと思われる。しかし、注意しなければならないのは、DSMに基づいたうつ病性障害の診断は、必ずしもわが国の臨床診断とは合致していない、ということである。この理由はいくつかあると思われるが、後にふれるとして、結果的に、多くの研究成果が臨床的価値を減じ、さらにはうつ病に対する一般的な理解を遠ざけることになるのではないかという危惧を抱く。

このような背景のもと、本稿では、うつ病性障害の概念の変遷や人格障害との関係を概覧し、自殺学への寄与を考察したいと思う。

うつ病性障害の変遷

近代のうつ病概念は、Kraepelin²³⁾の躁うつ病に始まり、さまざまな類型化が行われてきたが、特に、内因性と反応性 (心因性) の区別が議論されてきた。Kretschmer²⁴⁾の敏感関係妄想の概念は、内因性とされる疾患にも性格・環境と鍵体験が認められることを示したものであった。Tellenbach⁴³⁾のメランコリー親和型性格やわが国での下田³⁸⁾の執着気質の再認識など、病前性格と発病状況に関する議論、また、軽症うつ病を含む分類理論などを経て、内因性と反応性 (心因性) の区別が曖昧になり、たとえば、笠原・木村のうつ病分類では、多次元的な分類方法が示されている。アメリカでもDSM-IIIの作成期にさまざまな性格類型が発表された¹⁸⁾。

大うつ病の概念は、DSM-IIIにおいて導入され、諸学派の合意を目指して、内因性、反応性 (心因性) など病因に関する判断は排除された。ただし、うつ病の中核群である従来の内因性うつ病に特徴的な要素を持つものは「メランコリーを伴う」大うつ病として保存された。また、重度の分類や、気分循環症・気分変調症などの分類、季節性・非定型性・緊張病性・産後発症・頻回交代型などの亜型分類がDSM-IVまでに設けられている。Paykel³²⁾によれば、気分障害の分類にお

国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部
Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3
1-7-3 Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-0827, Japan
(別刷請求先: 堀内健太郎)

いて、DSM-IVはICD-10に比べてシンプルで臨床的に用いやすいが、下位分類の特定用語がコード化されていないことや、病因論が混入していることが問題だという。

一方、従来、反応性（心因性）と考えられてきた「神経症性うつ病」「抑うつ反応」などはDSMでは解体され、大うつ病性障害の基準を満たさなければ、気分変調症や適応障害に含まれるようになった。中安³⁰⁾は、従来同じ診断名であったものが大分類から違う診断名に属することになるという、分類の問題点を指摘している。気分変調症は大うつ病と比べて社会適応・症状の面で予後が悪いとの報告がある⁴⁵⁾。なお、気分変調症と大うつ病性障害がともに診断基準を満たすものは、重複うつ病double depressionと呼ばれており、大うつ病と診断された者の25%¹⁹⁾、気分変調症と診断された臨床群では90%にみられたという報告もある²⁾。気分変調症には、両親の離婚や精神障害の家族負因も認められている²⁹⁾。複数診断の併存はDSMに特徴的であり、要素が細分化されるため、このような状況が見えやすくなる利点があるが、新しい診断単位が何を指すのかを理解して用いる必要が出てくる。「神経症性うつ病」の一部が含まれる適応障害についても、ストレス反応の側面が強くなり、適用の次元が異なるため、幅広い対象を含むこととなった。伊藤は、これらの事情を軽症うつ病の観点から論じて問題点を指摘している¹⁵⁾。

気分障害と自殺性

Dilsaverらは、DSM-IIIを使用して、双極性うつ病、躁うつ病、躁病でそれぞれ、79.3%、56.3%、2.3%の自殺性を認めている¹⁰⁾。また、近年注目されている軽症うつ病の関連では、Asnisらは、適応障害と診断される者で希死念慮が大うつ病に並んで多く、自殺企図は少ないとしている⁴⁾が、早期発症の気分変調性障害は自殺の危険性が高いという指摘もある⁴¹⁾。

Beautraisらは、深刻な自殺企図者を対象とした調査において、全体の90.1%に精神疾患が認められ、なかでも、気分障害ではオッズ比33.4とリスクが高く、複数診断が併存している者は56.6%であり、オッズ比89.7としていると報告している⁵⁾。また、重複うつ病では、大うつ病のみ、または気分変調症のみの患者よりも自殺企図率が高いという報告がある²⁰⁾。合わせて考えると、自殺のリスクが高いとされる気分障害圏の

診断の内部では、他の診断の併存が起こっており、それゆえさらにリスクが高い者が含まれていると言えるであろう。

人格障害が及ぼす影響

気分障害と人格障害との併存を調べた調査では、大うつ病の50%、気分変調症の52%、重複うつ病の69%に、1つ以上の人格障害の併存がみられ、それぞれ、13%、24%、13%では2つ以上の人格障害が併存していた³⁴⁾。

人格障害のなかでも、特に、境界性人格障害は第1軸疾患との併存で自殺のリスクが高いことから、DSMにおける診断の併存の影響を考える上で重要である。文献によると、抑うつ状態患者での境界性人格障害の併存率は、非臨床群で7%、外来群で16%、入院患者群で25%とされている⁴⁰⁾。Skodolらは、うつ病の重症度と再発、気分変調性障害の併存が、境界性人格障害の併存を予測するとしている³⁹⁾。また、AlnaesとTorgensenは、複数の尺度を用いて、気分障害の各重症型と人格障害の因子の関係を指摘し、慢性の抑うつと人格障害には密接な関係があるとしている³⁾。ただし、Benazziは外来群を用い、DSM-IVでの気分障害（双極性Ⅰ型、Ⅱ型）と境界性人格障害の弁別能を調査し、Ⅰ型で1.5%、Ⅱ型でも12%のみで境界性人格障害が併存するとし、十分弁別できるとしている⁶⁾。

松浪²⁸⁾はDSMにおける大うつ病と人格障害の併存の多さはわが国での従来のうつ病観と齟齬をきたしているとし、その理由として、大うつ病概念の拡大によって、従来の「神経症性うつ病」が一部包含されていること、また、文化的に人格障害が事例化するか否かが異なること、を挙げている。

自殺との関係については、自殺既遂者の心理学的剖検研究において、約1/3がDSMの第2軸診断を満たすとされている⁷⁾。なかでも、境界性人格障害では、海外で10%前後の自殺率が報告されており³¹⁾、境界性人格障害の診断のみでも、自殺のリスクが高いことがわかるが、気分障害と人格障害が高頻度に併存するという、DSMがもたらした新しい状況も、自殺と精神科診断学の関係を複雑なものにしているのである。

展 望

気分障害と人格障害が併存するというDSMによる

説明には議論があるが、DSMが提起したこの問題の価値を生かす方法はあるだろうか。Jablensky¹⁶⁾は、DSM・ICDとも、人格障害の分類が十分でないことを認めて、問題点として、多次元的な人格モデルが発表されているにもかかわらず、これらの診断基準ではカテゴリーカルな分類を用いており、各特性の有無を決めなければならないこと、人格障害の診断が高率で併存すること、第1軸診断との混乱が見られること（分裂病型人格障害はDSMでは人格障害として、ICDでは統合失調症類縁の疾患として分類されている）、性格的ストレングス（対処能力、問題解決能力）が考慮されていないこと、などを挙げている。また、現在の診断基準における人格障害概念の起源は3つあり、（1）臨床精神病理学、（2）力動精神医学、（3）心理学的特性論であるとしている。

精神病理学では、古くはPinel³³⁾がmanie sans delireと記載し、Schneider³⁷⁾によって精神病質人格として類型化されてきたものがあるが、とくにSchneiderは性格類型を診断と混同することに否定的であった。多次元なものとしては、Kretschmer²⁵⁾やJung¹⁷⁾のものがあつた。力動精神医学からは、Freud¹²⁾の理論における、強迫性、ヒステリー性、自己愛性が現在のDSMにも反映されている。心理学的特性論は、Eysenck¹¹⁾、Goldberg¹⁴⁾から発展した、CostaとMcCraeらのBig Five⁹⁾や、Cloninger⁸⁾のモデルなどが提出されている。たとえば、人格の特性を5つの軸で多次元的に位置づけようとする、CostaとMcCraeのモデルは、「神経症傾向neuroticism」、「外向性extraversion」、「（経験に対する）開放性openness」、「調和性agreeableness」、「誠実性conscientiousness」によって分類している。臨床的にも、社会適応をはかる際、また、精神療法の適応を判定する場合などに有用であるとされる。

より生物社会学的なモデルとして、Cloningerは、「新奇性追求novelty seeking」、「損害回避harm avoidance」、「報酬依存reward dependence」、「固執perseverance」の4つのtemperament次元と、「自己志向self-directedness」、「協調cooperativeness」、「自己超越self-transcendence」の3つのcharacter次元による、7因子モデルを提唱している。また、より臨床的には、von Zerssenが、独自の3次元モデルに病前性格と人格障害を配置し、症例の経時的な変化を例示している⁴⁴⁾。

LynamとWidiger²⁷⁾は、DSMの10種の人格障害のひな形症例を、5因子の人格特性モデルに沿って臨床家

に採点させ、現在のカテゴリーカルなモデルと多次元モデルがうまく適合することを示しており、今後の改訂の可能性が示唆されている。

自殺に関連して近年散見されるのは、境界性人格障害の診断基準の因子構造についての研究である。Sanislowらは、「対人関係の障害」、「行動の制御の障害」、「感情の制御の障害」の3因子を抽出している³⁵⁾。自殺的行動と関係があるのは「行動の制御の障害（衝動性）」であった。一方で、Linksらは、境界性人格障害の診断基準の因子の経時的安定性を調査し、「行動の制御の障害（衝動性）」が最も安定していることを見いだしている²⁶⁾。

Sanislowらも、衝動性が（自殺的行動とともに）固有の因子を形成することを示し、他の診断基準項目が精神症状や感情の異常、特性を問題にしているのに対して、この因子は症状的行動を問題にしている点で異質であると述べている³⁶⁾。人格障害における自殺性の位置づけは、現時点では、力動精神医学の歴史を反映した類型論によっている面が強いが、心理学的特性論との関係についての研究が進むことで、より普遍的なものになることが期待される。

おわりに

自殺に関連の強いうつ病性障害と境界性人格障害について見てきた。うつ病性障害はDSMによって解体が進んできており、重複うつ病や人格障害との関係など、診断の併存が重要になった。これにより、従来であれば他の診断名がついていたであろう個人に対しても、大うつ病性障害が診断されるというようなことが起こっており、自殺などのコンプリケーションについて、臨床の感覚とは開きのある研究結果が出ているおそれがある。これを人格障害の側面からみると、心理学的特性論と精神病理学における類型論の葛藤はいまだ解消されておらず、心理学的には、自殺性に関連のある特性があげられていても、診断のレベルでは、人格障害があるかないかの分類に留まっているという齟齬があり、臨床的に用いにくいカテゴリーとなっているため、これも自殺学などで用いられるには、実情を反映していないことを含みおかなければならない。

第1軸診断と第2軸診断という分類は、實際上独立でなく、ICDとDSMで異なった分類を受けているものもある。抑うつという一般性の強い症状を、症状レベルで解体するのであれば、より広範な、性格と状況因

に関する議論が必要であろう。どのような性格が適応的であるかは、文化や時代背景の影響も受けているし、自殺の社会的側面を考慮すると、このことは、性格傾向と適応障害の関係を多文化間で明らかにする必要性を示唆する。

Ahrensら¹⁾は、希死念慮はうつ病と診断されない者にも多く見られるとし、その臨床的重要性から、自殺性を独立した診断カテゴリーにする可能性について議論している。この点では、内的妥当性について限定的ではあるが、本特集の飯島に詳しい生物学的指標や、社会的側面に関しては本特集の宮崎—宮崎の議論が利用できる。しかし、いずれにしても、既に精神科的診断を受けている者に対して適用することと、一般へのスクリーニングとでは大きく意味が異なることは言うまでもないし、精神疾患の罹患者と健常人の明確な境界を設けることが重要なのではないのかもしれない。

松浪²⁸⁾は、DSMでの大うつ病概念の拡大に言及し、うつ病の概念が健常人に近づいており、かつ、その「身体因性」がDSMによって提示されていることを指摘している。外来精神医療の隆盛やSSRIなど新しい抗うつ薬の登場、そして、うつ病の啓蒙によって一般科の医師による治療が増えていることなどが、既に現状を構成してしまっている面もあり、診断や治療はより構成主義的なものとなってくる。

うつ病というキーワードで、継続的な治療関係を持つことの意義は大きい、そこには人格障害への連続的な接近が潜んでいるようでもある。うつ病について精神分析的な考察を加えた藤山¹³⁾は、難治のうつ病患者（本稿での、人格障害やtraitの併存する大うつ病性障害患者に相当するか）の治療において、「抑うつポジション」の獲得の失敗、「喪の仕事の失敗」、「躁的防衛」という理解を医師が持つことは意義があるとしている。DSMによるならば、「人格障害はうつ病とは別のもの」とは言いにくくなり、うつ病のスティグマ払拭や自殺の予防に暗い影を落としかねない。うつ病の啓蒙には、このような問題点への意識も伴うことが重要ではないだろうか。

また、医療としての精神医療の一極では、HIV感染症における自殺や癌の末期医療における安楽死の問題がある。自分の生に対する価値付けは、性格特性にも影響を受けると考えられるので、もし、精神医学的な診断が性格の多次元論をとるとなると、単に病苦や迫っている死に対する適応障害とするだけでは不十分になってしまうだろう。自殺性、死への態度という問題

をある程度普遍的なものとして、精神医療のフィールドと接続する必要があるようにも思う。これらの問題は、抑うつ「精神因性」を重視すべき側面として、まだ残っているのではないだろうか。これに対して、多職種でのチーム医療を進めるのも一つの方向性であろうし、そのためにも精神科診断学が外部に開いている必要があることにもなる。古典的なうつ病などの中核群が精神医療の核であることには変わりがないが、健常人と精神疾患の罹患者の区別が曖昧になる場所での抑うつにも、精神科診断学が既に関与している現状を認識することで、自殺学への寄与がより豊かなものになるだろう。

自殺学を通じて、精神科診断学を概観してみると、各所で歴史と実際が交錯していることがわかる。わが国でDSMなどの診断学に関する実証的な研究が少ないのが残念であったが、自殺学のような学際領域にさらされることは、精神医学への、形を変えたニーズの体験でもあり、非常に新鮮に感じられた。このような機会を与えて頂いたことに感謝している。

文 献

- 1) Ahrens B, Linden M, Zask H et al : Suicidal behavior-symptom or disorder? Compr Psychiatry 41 Suppl.1: 116-121, 2000.
- 2) Akiskal HS : Dysthymic disorder : Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. Am J Psychiatry 140: 11-20, 1983.
- 3) Alnaes R, Torgensen S: Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. Acta Psychiatr Scand 79: 363-369, 1989.
- 4) Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC et al : Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, I: Description and prevalence. Am J Psychiatry 150: 108-112, 1993.
- 5) Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT et al : Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study. Am J Psychiatry 153: 1009-1014, 1996.
- 6) Benazzi F, Borderline personality disorder and bipolar II disorder in private practice depressed outpatients. Compr Psychiatry 41:106-110, 2000.
- 7) Bronisch T :The typology of personality disorders - diagnostic problems and their relevance for suicidal

- behavior. *Crisis* 17:55-58, 1996.
- 8) Cloninger CR, Svrakic MC, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 44: 573-588, 1987.
- 9) Costa PT, McCrae RR: Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol* 52:509-516, 1997.
- 10) Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC et al : Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania, pure-mania. *Psychiatry Res* 73: 47-56, 1997.
- 11) Eysenck HJ: *The Dimensions of personality*. Routledge & Kegan Paul, London, 1947.
- 12) Freud S: *Neue Folge der Vorlesungen zur Einfuhrung in die Psychoanalyse*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Vienna, 1933.
- 13) 藤山直樹：うつ病の概念を考える：うつ病理解にいま精神分析が貢献できること *精神科治療学* 17 : 999-1004, 2002.
- 14) Goldberg LR: An alternative 'description of personality' : The big-five-factor structure. *J Pers Soc Psychol* 4: 362-371, 1990.
- 15) 伊藤拓, 広瀬徹也：軽うつ病の診断学的問題点 季刊 *精神科診断学* 13 : 25-35, 2002.
- 16) Jablensky A : The classification of personality disorders : Critical review and need for rethinking. *Psychopathology* 35: 112-116, 2002.
- 17) Jung CG: *Psychologische Typen*. Zurich, Rascher, 1921. (林道義：タイプ論. みすず書房, 東京, 1987.)
- 18) 笠原嘉：うつ病の概念を考える：笠原一木村分類(1975)と今日のうつ病臨床. *精神科治療学* 17 : 961-967, 2002.
- 19) Keller MB, Lavori PW, Endicott J et al : "Double depression" : Two-year follow up. *Am J Psychiatry* 140: 689-694, 1983.
- 20) Klein DN, Taylor EB, Harding K et al : Double depression and episodic major depression: demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Am J Psychiatry* 145: 1226-1231, 1988.
- 21) Koch JL: *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*. Ravensburg, Maier, 1891.
- 22) 厚生労働省自殺防止対策有識者懇談会：自殺予防に向けての提言 厚生労働省, 2002.
- 23) Kraepelin E: *Psychiatrie*, 6 Aufl. Barth, Leipzig, 1899.
- 24) Kretschmer E: *Der sensitive Beziehungswahn*. Springer-Verlag, Berlin 1918. (切替辰哉訳：新敏感関係妄想. 星和書店, 東京, 1979.)
- 25) Kretschmer E: *Körperbau und Charakter*. Springer, Berlin, 1921. (相場均訳：体格と性格. 文光堂, 東京, 1960.)
- 26) Links PS, Heslegrave R, van Reekum R: Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *J Personal Disord* 13: 1-9, 1999.
- 27) Lynam DR, Widiger TA : Using five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders. *J Abnorm Psychol* 110: 401-412, 2001.
- 28) 松浪克文：うつ病の概念を考える：「神経症性うつ病」という概念の行方 *精神科治療学* 17 : 969-978, 2002.
- 29) Murphy D, Checkley SA : Dysthymia presenting to the emergency clinic at Mausley Hospital. Burton SW, Akiskal HS (eds.) *Dysthymic disorders*. Gaskell, London, 1990.
- 30) 中安信夫：うつ病の概念を考える：大うつ病(DSM-IV)概念の「罪」. *精神科治療学* 17 : 991-998, 2002.
- 31) Paris J : Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv* 53 : 738-742, 2002.
- 32) Paykel ES : Mood disorders : Review of current diagnostic systems. *Psychopathology* 35: 94-99, 2002.
- 33) Pinel P: *Traité medico-psychologique sur l'aliénation mentale*. Brosson, Paris, 1809.
- 34) Sanderson WC, Wetzler S, Beck AT. et al: Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res* 42: 93-99, 1992.
- 35) Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH: Factor Analysis of the DSM-III-R Borderline Personality Disorder Criteria in Psychiatric Inpatients. *Am J Psychiatry* 157: 1629-1633, 2000.
- 36) Sanislow CA., Grilo CM, Morey LC et al : Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from collaborative longitudinal personality disorders study. *Am J Psychiatry* 159: 284-290, 2002.
- 37) Schneider K: *Klinische Psychopathologie* 6 Aufl.

- Georg Thieme, Stuttgart, 1962. (平井静也, 鹿子木敏範訳: 臨床精神病理学. 文光堂, 東京, 1989.)
- 38) 下田光造: 躁うつ病の病前性格について. 精神神経誌 45: 101-102, 1941.
- 39) Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B et al : The Borderline Diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure. Biol Psychiatry 51:936-950, 2002.
- 40) Sullivan PF, Joyce PR, Mulder RT : Borderline personality disorder in major depression. J Nerv Ment Dis 182: 508-516, 1994.
- 41) Szadoczky E, Fazekas I: The role of psychosocial and biological variables in separating chronic and non-chronic major depression and early/late-onset dysthymia. J Affective Disord 32: 1-11, 1994.
- 42) Tanney BL: Psychiatric diagnoses and suicidal acts. Maris RW, Berman AL, Morton M (eds.) Silverman: Comprehensive textbook of suicidology 311-341 The Guilford Press, New York, 2000.
- 43) Tellenbach H: Melancholie. Springer, Berlin, 1961/1976 (木村敏訳: メランコリー. みすず書房, 東京, 1978.)
- 44) von Zerssen D: Development of an integrated model of personality, personality disorders and severe axis I disorders, with special reference to major affective disorders. J Affective Disord 68: 143-158, 2002.
- 45) Wells KB, Burman MA, Rogers W et al : The course of depression in adult outpatients : Result form the medical outcome study. Arch Gen Psychiatry 49: 788-794, 1992.

【特集 自殺学】

自殺行動の解明 — 生物学的研究の観点から —

飯 嶋 良 味

はじめに

近年の分子生物学研究の目覚ましい進歩は、ヒトの全ゲノム解読という壮大なプロジェクトが推し進められるまでになり、その成果は医学生物学の様々な分野に応用されている。今や生命科学研究の潮流は、現代科学に残された最大の未開拓領域である高次脳神経活動の解明に向かっており、精神疾患の発症脆弱性をはじめとして、人間の嗜好や依存（アルコール、たばこ、覚醒剤、ギャンブル性）、性格気質や行動パターンなども、その形成過程を遺伝子レベルで解明し、生物学的基盤を理解しようとする試みがなされている。それに伴い、自殺行動についても分子遺伝学的手法による研究が急速に増えつつある。その主たる目的は自殺行動の成因についての理解、自殺行動の取りやすさ、すなわち脆弱性や素因、性格気質などの関与を見極めることで、ハイリスク群に対し予防的介入をおこなうことにある。さらに神経生物学的研究の成果は、遺伝子産物である生体物質の数値化や、直接的な脳活動の画像イメージ化などにより、客観的な指標として臨床現場に活用され、疫学的分類に役立つことが期待される。ここでは、自殺行動に関する生物学的研究について、特に臨床遺伝学的研究、分子生物学的研究を中心にその方法と成果について述べる。

臨床遺伝学的研究

人間の行動の特徴が遺伝するという考え方は古くからあり、1800年代Darwinが、「進化論」や「人間の遺伝と性淘汰：The Descent of Man and Selection in Relation to Sex」のなかで既にそうした考えを述べている。こうした考えは遺伝（Nature）および環境（Nurture）と、人間の行動を語る学問、行動遺伝学として発展してきた。しかし、当然のことながら人間の行動は、メンデルが示したエンドウ豆の形質「なめらか・しわ」や「黄色・緑色」の遺伝のように、単純な二分法では説明困難であり、おのおのが小さな効果を持つ多数の遺伝子の影響を受け、さらに遺伝以外の環境要因の多大な影響を受けて左右されている。

「遺伝する」という言葉を、逃れられない運命として受け取る人は多いかもしれないが、必ずしもそうではない。遺伝子には方向性を決定する情報がプログラミングされているが、その発現には適切な環境要因の働きかけが必要である。メンデル式遺伝を示し、単一遺伝子の異常によって引き起こされる一部のまれな病気を別として、糖尿病や高血圧、統合失調症をはじめとするありふれた病気は多因子疾患とよばれる。その発症には複数の感受性遺伝子が関与し、それら病気のなりやすさは一般に「体質」といわれる。このような体質や性格気質といった人間の複雑な特性は、遺伝要因と環境要因の複雑な絡み合いによって形成され、さらにその形成に影響を与える遺伝要因の度合いも環境次第で大きく変化する。生まれ（遺伝的要因）と育ち（環境的要因）という、内部から形成するものと外部から形成するものとの両方に目を向けながら、その両者の相互、交互作用を正確に理解し、多角的に検討していくことが必要である。

臨床遺伝学的研究とは、疾患や特性の成因としての遺伝要因の確認、すなわち発症に関わる遺伝要因と、環境要因とを精密に分離すること、さらにその遺伝形

日本学術振興会特別研究員

Research Fellow of the Japan Society for Promotion of Science
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 Geriatric Mental Health, National Institute of
Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3
1-7-3 Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-0827, Japan
(別刷請求先：飯嶋良味)

式を確認することを目指している。その手法として、集団遺伝学（疫学）研究、家系（家族歴）研究、双生児研究、養子研究などがある。

1. 家系（家族歴）研究

自殺の家族内集積性、すなわち同一家族内で複数の自殺行動が見られたり、自殺者の家族歴として精神疾患有病者が見られることは、古くから観察され報告されている。有名な家族集積の例として知られているHemingwayの家系では、Ernest Hemingway自身が猟銃自殺し、さらに彼の父、弟、妹、さらに孫娘と4世代で5人の自殺者が出ている。孫娘のMargaux Hemingwayは生前、「アルコール中毒と自殺はヘミングウェイ家の血筋だ」と言っていたそうだが、果たして自殺に遺伝要因はあるのだろうか、あるとすれば何が伝わっているのだろうか。

（1）青少年期の自殺

米国における青少年期の自殺について、Tishlerらは、小児科救急に搬送された自殺企図者108名のうち、22%に「家族のうち少なくとも一人が過去に自殺行動を起こしている」という家族歴を有することを報告し⁹⁶⁾、Garfinkelらは、青少年自殺企図者505名を調べ、自殺の家族歴を有する青少年の自殺危険率は、一般集団に比べ約8倍であるとした³²⁾。Pfefferらは、自殺企図をした青少年の親も自殺傾向が高いことを示し、実に自殺企図をした子供の母親の約半数が、過去に自殺企図の経験があると報告した⁷⁶⁾。自殺完遂した青少年についても、その親による自殺企図の割合が、一般集団より有意に高いことが報告されている⁸⁹⁾。

（2）成人期の自殺

成人を対象におこなわれた研究では、FarberowとSimonらが、ウィーンとロサンゼルスに100人の自殺者について家族歴を調べたところ、6人に親の自殺があり、その割合は一般集団中の頻度の88倍であると報告した³⁰⁾。米国における研究で、Robinsらは自殺企図者109人を調べ、11%に自殺企図の家族歴があることを報告し⁷⁸⁾、Murphyらは、自殺予防センターを訪れた55人のうち3分の1が家族歴を有し、家族歴を有するの方が、その後自殺行動を取りやすいことを示した⁶²⁾。MurphyとWetzelが、St. Louis Country Hospitalで自殺企図後入院中の127名を対象に家族歴を調べたところ、第一度・第二度近親者に自殺完遂者を持つ者が14%、自殺企図者を持つ者が24%、自殺脅迫者（suicide threats）をもつ者が6%で、家族内に自殺既

遂・未遂者がいる割合は36%に上った。対象のうち、入院後感情障害であると診断された者に限ると、17%に感情障害の家族歴があり、17%に自殺企図の家族歴が見られた⁶³⁾。諸報告を総括すると、成人における自殺企図者のうち、自殺の家族歴を有する者の割合は約6～8%であった⁶³⁾。

（3）高齢期の自殺

高齢者の自殺について、リスク因子を同定するための対照研究はほとんどなされておらず、配偶者との離婚、肉親などとの離別、あるいは死別のような疫学的に確認されたリスク因子以外に、高齢者において経験的に検証されたリスク因子はない。しかし、高齢者においても家族歴との関連はみられ、BatchelorとNapierによると、60歳以上の高齢者における自殺企図者40名のうち7名（17%）に自殺の家族歴が見られた⁸⁾。

（4）精神疾患の家族歴

精神疾患患者の自殺危険率について諸報告を総括すると、うつ病患者で約15%、双極性障害患者では20%、アルコール中毒患者では18%、統合失調症患者では10%、いくつかのタイプの人格障害では5～10%であると推測できる^{7,55)}。また、自殺者の80%以上には、その背景に何らかの精神疾患があると言われており⁷⁾、飛鳥井がおこなった自殺失敗者の臨床研究では、若年層では精神病圏、中年層ではアルコール・薬物中毒が最も多く、高年層では大多数がうつ病あるいは抑うつ状態であった⁶⁾。精神疾患患者の自殺行動には、自殺の家族歴が大きく影響し、あらゆる疾患群において自殺危険率を高めている。PittsとWinokurは、精神病院入院患者748名を調べ、そのうち37名（4.9%）に第一度近親者による自殺企図があったと報告した。このうちの68%（25人）は感情障害であった⁷⁷⁾。Royは1974年から1981年にかけて、Clark Institute of Psychiatry (Toronto)に入院していた5845名の精神疾患患者について調べ、そのうち第一度・第二度近親者に自殺者を持つ精神疾患患者は243名（4.2%）であった。この243名の診断の内訳は、過半数である137名（56.4%）がうつ病患者で、約3分の1にあたる84名（34.6%）が反復性感情障害（recurrent affective disorder）であった。また、初診ではそのほとんどがうつ病エピソードを訴えている。7年半の経過観察において、彼らのうちおよそ半数である118名（48.6%）が自殺行動を起こし、7名（2.8%）が自殺完遂した⁸⁰⁻⁸³⁾。うつ病患者を対象に行われた研究についても、近親者に自殺者がいる家族歴を持つの方が、自殺危険率が高いことが示され

ている^{47,61)}。Tsuangは、525名の精神疾患患者（統合失調症200、躁病100、うつ病225）を対象にフォローアップ研究（IOWA-500 study）をおこない、精神疾患患者の第一度近親者の自殺危険度は一般集団の8倍であるとし、特にうつ病にその傾向が強いと報告した⁹⁹⁾。自殺の家族歴の大変興味深い研究として、EgelandとSussexがおこなった、米国ペンシルバニア南東部のアーミッシュ村落における自殺者の家族集積についての研究がある。アーミッシュ（The Old Order Amish）とは、アナバプティスト（再洗礼派）の流れをくむプロテスタントの一派で、現代文明を拒否して電気や車を使わず、馬車を用いて主に農業を営み生活している。非暴力、禁酒、平和主義を守り、集落内で殺人が起こったことはないと言われる。家族を大切に、信仰心に基づく固い絆が集落全体にあり、社会的隔絶はほとんど起こらない。アーミッシュ村落では、いくつかの重要な自殺のリスクファクターが存在しないといっている。1880年から1980年の100年間の自殺者を調べたところ、予想通り例数は少なく、約38万人存在するアーミッシュのうち自殺者は26人で、そのうち24人が感情障害であり、約4分の3が4家系内に集中していた。またそれぞれの家系に感情障害の家族歴がみられた²⁷⁾。

これらの家系研究の報告は、遺伝要因の関与を示唆しているものの、自殺者と共通の家庭環境や体験、あるいは家族の自殺を経験することによって受ける心理的影響の関与も否定できない。この自殺者の家族集積性という現象は、素因となる遺伝要因を共有していることに起因したものと見るのか、あるいは家族という同一環境を共有していることに起因したものと見るのか、二つの解釈が可能である。自殺者の家族集積性が、どの程度遺伝要因、もしくは環境要因によるのかを明らかにするため、次に述べる双生児研究（Twin study）がおこなわれる。

2. 双生児研究

血縁者が似ているメカニズムには、①文化的伝達、②共有する環境因子、③遺伝負因の3つが考えられている。①文化的伝達とは、両親の行動をモデルにして子孫に伝わっていく、言語や慣習などである。②共有する環境因子とは、共に生活していることによる環境の共有、例えば食事や生活習慣の影響で、肥満や高血圧の家族が起きることなどである。③遺伝負因とは、生まれつきの性質、親から子に伝わる遺伝情報である。遺伝的疫学研究の大きな目的の一つは、こうい

った環境因子と遺伝因子のいずれが、どの程度疾患の家族集積性に関与しているのかを決定することにある。双生児研究では、一卵性双生児間の遺伝的構成が100%一致しているのに対し、二卵性双生児間では50%であることを基盤にしている。すなわち、一卵性双生児間の形質の違いは環境の違いによるものと考えられ、二卵性双生児間の形質の違いは遺伝と環境の両方の影響があると考えられる。さらに双生児では、胎内環境や成長の時間軸に沿った生活環境がほぼ一致していると考えられ、環境要因の差がより少なく都合がよい。従って、ある形質について一卵性双生児間と二卵性双生児間の類似度に違いがなければ、その形質の発現に遺伝の影響は少ないと考えられ、一卵性双生児間で形質の一致率が高く、なおかつ二卵性双生児間の一致率よりも高くなれば、より遺伝の影響が大きいと考えられる。

1992年にRoyが、過去の各国における双生児研究について概観し、まとめた報告によると、一方が自殺した双生児399組（一卵性129組、二卵性270組）のうち、双方完遂が一卵性17組（13.2%）、二卵性2組（0.7%）で、一卵性双生児における一致率は有意に高かった（ $p<0.001$ ）⁸⁴⁾。また、共通の生育環境で育ち、一方が自殺した双生児35組（一卵性26組、二卵性9組）について、生き残った同胞に自殺企図についてのインタビューをしたところ、一卵性双生児の同胞26人のうち10人に自殺企図があり、自殺念慮が強いことが確認されたが、二卵性双生児の同胞9人には全くそのような傾向は見られなかった（10 vs 0; $p<0.04$ ）⁸⁵⁾。

これらの結果は、自殺行動に関して少なからず遺伝要因が影響していることを示唆しているが、双生児研究には次のような問題点も指摘されている。一卵性双生児では、一致症例が報告されやすいなど資料収集におけるバイアスの存在、一卵性双生児の方が二卵性双生児よりも環境要因の相似度がより高くなる傾向、さらに胎内環境についても一卵性の方が相似性が高いと考えられるなど、より成育環境の類似性の高さが推察され、一卵性双生児の高い一致率はその結果ではないかという見方がある。また、依然として家族内で共有する環境要因の役割に関しては不明である。それを明らかにするために、次に述べる養子研究が考え出された。

3. 養子研究

養子研究は、家系研究と双生児研究が遺伝要因と環

境要因を十分に分離できないとの批判から、さらに2つの要因を分離して遺伝と環境の問題を検討する方法としておこなわれるようになった。これには、①遺伝的に関連があるが、家族・環境を共有しない個人、②家族・環境を共有するが、遺伝的に関連のない個人、を研究する二つの大きな方法がある。具体的には、①「実の親が自殺した養子」と「実の親が自殺していない養子」との自殺率を比較する。②クロスフォスター法：「実の親が自殺しており、育ての親がしていない養子」と「実の親が自殺せず、育ての親が自殺した養子」の自殺率を比較する。さらに例数が非常に少ないが、③別居一卵性双生児研究：「片方が出生後すぐ養子に出された一卵性双生児」の自殺率を比較する、などがある。これらの方法によって、家族内で自殺者がいる場合、その血縁者の自殺危険度は遺伝素因によるものか、あるいは家庭環境の影響を受けるのかを分離して考えることができる。

1924年から1947年にかけて、Psykologisk Institut (Copenhagen) で5483組の養子家族を対象におこなわれた大規模研究がある。それによると自殺した養子は57名おり、これら養子の生物学的近親者269名のうち自殺者は12名(4.5%)で対照より有意に高く($p<0.01$)、育ての親に自殺者はいなかった。また、これら12名のうち、半数の6名は何らかの精神保健サービスと全くコンタクトをとっておらず、精神疾患とは別に遺伝要因の存在が示唆された⁸⁸⁾。また、Wenderらは、同じPsykologisk Institutのサンプルから感情障害を持つ養子71人を抽出し、その家族歴を調べたところ、感情障害を有する養子の実の親の自殺は、対照に比べ有意に高かった¹⁰²⁾。

自殺行動や感情障害(うつ病、双極性障害)の家族歴は、いずれの世代においても自殺危険率を上げる方向に働いており、双生児研究、養子研究からも自殺行動の成因に遺伝的要因の関与することが示唆された。しかし、近年の我が国における自殺者の急増、特に中高年層の自殺者数の著しい増加を考えたとき、自殺行動における遺伝的要因の重要性よりも、不況という社会情勢の影響、リストラや年功序列制度の崩壊による、経済的および精神的打撃の方が、自殺行動における重要性はより甚大であると思われる。その一方で、例えば、不況から派生する生活苦で理性的に自殺を選ぶという構図は考えにくく、生活苦から自殺に至る経過には、精神障害の関与をはじめとする何らかの普遍性が

存在するはずである。言い方を変えれば、この不況下において自殺しない人も存在し、さらに精神疾患の客観的重篤度のみで自殺のハイリスク者を同定するのは困難である。このことから、自殺行為に関与するストレス(急性内因性精神病、急性薬物・アルコール使用、急性疾患、急性家族・社会性ストレスなど)に対する感受性、脆弱性を規定するものとして素因(育ち方、慢性疾患、慢性物質・アルコール中毒、食事習慣など)の存在があり、その一つとして遺伝要因があると考えられる⁵⁵⁾。遺伝とは、遺伝子という単位によって親から子へと伝えられていくものである。では伝達されているものとはいったい何であろうか。(注：自殺行動とストレス脆弱理論との関連について、詳しくは本特集の宮崎隆穂氏の項を参照していただきたい)

自殺行動の素因

自殺の危険因子および自殺前兆候として最も重要なものは、自殺未遂の既往歴である。自殺未遂者がその後自殺によって死亡する危険率は、自殺未遂の既往歴のない人の50~140倍にも達する³⁹⁾。しかし、全自殺例のうち自殺企図の既往が認められる割合は30~60%であり³⁹⁾、自殺行動のリスクを示す別の指標を特定することが必要である。また、精神疾患に罹患していることも重要な危険因子であり、反復性うつ病の経過中において医学的に重大な自殺企図が認められた患者は、疾患の比較的早期に自殺を図り、何度も自殺を試み、回を追うごとに死亡の危険性が高まることもある。しかし、うつ病レベルは同等でも、同じリスク期間において自殺を図らない患者も存在する。このことから、一部の患者においては自殺行動の取りやすさ、ないし素因があると考えられる。Mannらは、自殺行為の危険因子を診断の境界を越えて一般化することを目的とし、重大な情動障害、精神疾患あるいは人格障害が認められる患者347名を対象に、各危険因子の相対的重要性を検討した。その結果、自殺企図患者では絶望感が強く、生きる理由が少なく、自殺念慮が強いことが観察された。自殺企図患者は、精神機能測定検査において生涯攻撃性/衝動性スコアが有意に高かったほか、DSM-IV診断基準におけるクラスターB群人格障害の同時罹患、アルコール中毒または薬物乱用/依存の既往、喫煙、頭部外傷の率が高く、また家族歴としては第一度近親者に自殺行動が認められる率が高いと

報告している。攻撃性／衝動性は臨床的に確認できる自殺の危険因子の一つであり、この因子は自殺念慮と共に自殺企図の生涯リスクと強く関係していた。一方、精神疾患およびうつ病の重篤度にはばらつきが見られ、これらは自殺の予測因子としての信頼度は低く、状態依存性の変数と考えられた^{56,94)}。

外に向けられた攻撃性、自殺的行為およびその他の衝動性の発現は、いずれも強く自殺企図と関係しており、Mannは、境界型人格障害という診断と攻撃性／衝動性因子は、どちらも自殺企図患者の状態を示す、強い、独立の予測因子であるとしている。このような強い衝動性および意志決定障害が、自殺的行為および攻撃的行為に向かう行動傾向の基礎をなしていると考えられる。これを裏付ける事例として、ヨーロッパのいくつかの国々では殺人者の自殺率が3割を超え、他のどのリスク群に比べ最も高く、みずからも自殺した殺人者では、その殺人はより愛情の強い者（恋人、配偶者、子供）に対してなされていたことが多いとする、Asbergらの報告が上げられる⁵⁾。

自殺の神経生物学的研究

このような臨床所見と考え合わせた場合、自殺と相関性を示す生物学的現象とは何であろうか。自殺の神経生物学的研究法としては、脳脊髄液中の神経伝達物質の代謝産物の測定、死後脳を用いた化学物質や受容体結合部位の測定、血小板受容体結合実験、などがある。また、近年急速に発達した生体画像解析法であるポジトロン放出断層撮影（PET）による脳画像診断が検査手段として使用されるようになってきている。

1. セロトニン（5-HT）

自殺に関する神経生物学的研究の多くは、セロトニン系に焦点を当てたものである。セロトニン機能の低下はうつ病と関連し、抗うつ薬（三環系、SSRI）はセロトニントランスポーターによる再取り込みを阻害することで治療効果が見られる。このほか、セロトニン機能の低下は、他者に向けられる攻撃性／衝動性すなわち自殺行動、殺人、レイプ等の暴力的行動に関連する^{5,50)}。自殺者の死後脳研究では、セロトニン活性の低下が前頭前野部位で顕著に認められる。前頭前野は高次精神機能、情動を司る連合野の最上位に位置し、霊長類で著しく発達しており、腹側前頭前野は情動や動機付けと関連している⁵²⁾。自殺企図者を対象とした

セロトニン研究のほとんどで、関連のセロトニン指標に異常が認められていることから、セロトニン作動性機能の低下が自殺リスクの増大に関係しているという仮説が立てられた。自殺行為に相関するセロトニン作動性機能の指標には次の3つが考えられている。

（1）脳脊髄液（CSF）中の5-HIAA

自殺を試みた大うつ病患者の3分の2で、同じ診断の非自殺企図患者に比べてCSF 5-HIAA（セロトニンの代謝産物であるヒドロキシインドール酢酸）濃度の低下が認められた^{4,51)}。精神疾患患者の自殺について、CSF 5-HIAAの低下は、暴力的な方法（首つり、入水、銃、ガス、刃物）による自殺者において顕著に見られ、彼らの特性として、治療計画性、遵守性の欠如、および反復性自殺行動が見られた^{3,97)}。また、CSF 5-HIAAの低下に伴い、攻撃性や不安感が増し、衝動的な行動（殺人や自殺）につながるとの報告もある⁵⁾。

（2）フェンフルタミンに対するプロラクチン反応

自殺企図の既往を有する大うつ病または人格障害患者では、セロトニン放出薬フェンフルタミンにより誘発されるプロラクチン反応が鈍化している¹⁹⁾。ポジトロン放出断層撮影（PET）を用いた生体内セロトニン作動性機能の脳画像診断でも、うつ病患者におけるフェンフルタミンの脳代謝反応が、健常対照者に比べ減弱していることが確認された。患者と健常対照者の間で最も顕著に認められた変化は、腹側前頭前野皮質（PFC）および側頭頭頂皮質に局在していた²⁾。

（3）血小板5-HT_{2A}受容体結合

自殺企図患者における血小板5-HT_{2A}受容体の密度増加は、もっとも最近試みられた自殺企図の重大度と相関している⁷⁴⁾。自殺完遂者の剖検所見では、自殺者のPFCにおいて、前シナプスおよび後シナプスニューロンのセロトニン受容体の変化が見られ、後シナプスニューロンの5-HT_{1A}と5-HT_{2A}受容体結合部位の密度の増大が報告されている⁵²⁾。これらの結果から、腹側PFCにおけるセロトニン作動性機能の低下は、自殺行動を取りやすくする重要な要素であると思われる。攻撃性も腹側前頭前野の病変に関係し、脳のこの部分に対するセロトニン作動性入力が低下すると、衝動を抑える能力が低下し、結果として強い自殺感情や攻撃感情に従って行動することが考えられる。

これらの知見は自殺行動における生体現象の確認であり、自殺の危険因子としての重要性が明確になった攻撃性／衝動性が、どのようにセロトニン作動性機能

の変動と関連するのかは必ずしも明確ではない。今後、脳内のセロトニン神経系の活動状況を統合的に把握できるようなシステムの構築ができれば、セロトニン作動性機能と攻撃性／衝動性との関連がより明らかになるものと期待される。しかし、このうちのCSF 5-HIAAの低下については自殺者において一貫して認められる現象のため、将来の自殺企図および自殺完遂の予測因子になりうると考えられる。

自殺の分子遺伝学的研究

臨床遺伝学的研究から、自殺行動における遺伝要因の関与が示唆されたが、このような遺伝要因を構成する感受性遺伝子、および自殺と関連する生体物質を規定する遺伝子変異の同定について、近年急速に発展した遺伝子解析法を用いた分子遺伝学的研究がおこなわれるようになっていく。

ヒトの遺伝情報は、ハプロイドすなわち相同染色体の片方のセット(23本の染色体)当たり30億の塩基が連なり、このうちの約3%が機能を司るタンパクをコードする遺伝子で、その数は約3万3000個であることがゲノムプロジェクトの成果として発表されている³⁷⁾。巨大な分子であるDNAを正確に自己複製するために、間違った複製部位を修正する機能があるものの、修正されないままに残されることもあり、DNAの変異をきたすことになる。このような変異は約500塩基対に1つの割合で起こっていると考えられ、DNAが30億塩基対で構成されていることから、塩基配列の変異によって多型性を示す部位は600万箇所という膨大な数になる。この膨大な変異こそが個人を特徴づける個人差をもたらしているといえる。多くの変異はタンパク質の生成には関係のない部位に生じており、個人の識別や、連鎖、関連研究におけるマーカーとなる。タンパク質をコードする遺伝子内に生じた変異は、アミノ酸変異を起こさないもの、アミノ酸変異を起こすもの、アミノ酸に翻訳できずタンパク質合成が途中でストップしてしまうものなどに分けられる。アミノ酸変異を起こすとタンパク質の性質が変化し、タンパク質としての活性や親和性に個人差が生じる。このタンパク質機能活性の差が、ときにある疾患の発症脆弱性となりうる。糖尿病や高血圧、統合失調症のような多因子疾患については、このような遺伝子変異の蓄積とさらに環境因子の影響によって発症に至ると考えられる。自殺行動の遺伝学的原因を考えた場合、これら多因子疾

患と同様の機序によって発生すると考えられ、自殺行動の取りやすさ、ストレスに対する脆弱性を規定する複数の感受性／脆弱性遺伝子の関与が推測される。自殺行動に関与する候補遺伝子として、セロトニン関連遺伝子群が注目され、それら遺伝子の変異と自殺行動との関連が研究されている。

1. トリプトファンヒドロキシラーゼ遺伝子:TPH

セロトニンの律速合成酵素であるTPH遺伝子の、イントロン7に位置する218A/C多型について、NielsenらはCSF 5-HIAA濃度との関連、およびアルコール中毒である凶悪犯罪者の自殺企図歴との関連を報告した⁶⁴⁾。また彼らはフィンランドの同胞対を用いて連鎖解析をおこない、218A/C多型と連鎖不平衡の関係にある779A/C多型について、アルコール中毒および自殺企図との関連を報告した⁶⁵⁾。また、うつ病における自殺企図との関連も複数報告されており^{54,98)}、Mannらは、自殺を誘引する攻撃性／衝動性および怒りに基づく行動との関連を報告している⁵⁴⁾。最近では、5'側転写調節領域の2つの多型と218A/C多型によって構成されるハプロタイプの一つ(-6526G/-5806T/218C)が、自殺完遂者と関連したとの報告がある¹⁰¹⁾。しかし、否定的な報告も複数あり^{25,31)}、我が国の研究では、功刀らが自殺企図歴を有する感情障害の患者(双極性障害141名、うつ病73名)について調べたが、218A/C多型および779A/C多型との関連は認められず⁴¹⁾、小野らは法医学解剖された自殺者132名について、-6526A/G多型および218A/C多型との関連を否定している⁷⁰⁾。

2. セロトニントランスポーター遺伝子:5-HTT

5-HTTは、セロトニン神経終末の細胞膜上に存在し、シナプスで放出されたセロトニンの再取り込みをおこない、セロトニンによる神経伝達を終了させる。5-HTTの選択的な阻害剤は、うつ病、強迫性障害、睡眠や摂食障害等の治療薬として用いられている。5-HTT遺伝子のイントロン2と、転写開始点から約1kb上流の転写調節領域には、繰り返しの回数により長さの異なる多型部位が存在する。転写調節領域の繰り返し多型は、感情障害²⁰⁾、統合失調症⁴⁵⁾、強迫性障害⁵⁹⁾、性格傾向⁴⁴⁾と関連のあることが報告されており、イントロン2の繰り返し多型は単極型うつ病との関連が報告されている⁶⁸⁾。転写調節領域の繰り返し多型は機能的変異でもあり、長いバリエーションは短いバリエーションに比べ転写活性が高く、セロトニン取り込み能が約2倍

高いことが示されている⁴⁴⁾。自殺行動との関連については、Duらがうつ病の自殺者35名の死後脳を用いて5-HTT転写調節領域の繰り返し多型を調べ、長いバリエーションと関連が見られたことを報告している（オッズ比2.1, 95%CI 1.2-3.7）²³⁾。長いバリエーションの高いセロトニン取り込み能が、結果としてシナプスにおけるセロトニンの欠乏を起し、うつ病や衝動的自殺の原因となっている可能性が考えられる^{4,53)}。しかし、いくつかの懐疑的な報告や、解釈について混乱を招く結果も報告されている。Russらは、この多型と自殺行動との関連は否定したものの、絶望感や自殺念慮が、長いバリエーションとやや関連傾向にあることを報告している⁸⁶⁾。Geijerらは自殺企図との関連を否定し³³⁾、Mannらは自殺完遂との関連を否定している⁵⁷⁾。Bondyらは、自殺完遂者あるいは反復性自殺行動と、短いバリエーションとの関連を報告している¹⁰⁾。

3. セロトニン1A受容体:HTR1A

セロトニン受容体のサブタイプの一つ1A受容体は、シナプス前、シナプス後の両方のニューロンに存在し、脳幹のシナプス前ニューロンの5-HT_{1A}受容体は、セロトニン神経伝達を阻害し、セロトニン放出を減少させる¹⁾。5-HT_{1A}受容体の機能は不安感情やストレスと関係し、5-HT_{1A}受容体を作用物質によって活性化すると、不安症状を和らげる効果が確認される^{22,46)}。また、5-HT_{1A}受容体欠損マウスは著しい不安症状を呈する⁷⁵⁾。自殺者の死後脳研究においては5-HT_{1A}受容体結合部位の密度変化が観察されている^{2,93)}。西口らは、5-HT_{1A}受容体遺伝子内のアミノ酸置換を伴う多型、Pro16LeuとGly272Aspについて、法医学解剖された自殺者113名との関連を調べたが、有意な結果は得られていない⁶⁷⁾。

4. セロトニン1B受容体:HTR1B

5-HT_{1B}受容体は、セロトニン神経終末に存在し、脳内におけるセロトニン放出のシナプス前での調節をおこなっている²⁸⁾。5-HT_{1B}受容体の機能不全はセロトニン放出の障害を引き起こし、CSF 5-HIAAのレベルを低下させ、自殺行動などの原因となると考えられる。5-HT_{1B}受容体欠損マウスでは、攻撃的行動の増強が観察される⁸⁷⁾。5-HT_{1B}受容体遺伝子は、小さい一つのエクソン（1137bp）のみで成っており、129C/T、861G/Cの2つのアミノ酸同義置換の多型が存在する^{42,91)}。Lappalainenらは、5-HT_{1B}受容体遺伝子が、反社会的行動傾向にあるアルコール中毒患者と関連し、5-HT_{1B}受

容体がヒトにおける攻撃性／衝動性のコントロールに関与することを示唆した⁴³⁾。西口らは、法医学解剖された自殺者163名についてこれら多型との関連を調べたが、有意な結果は得られていない⁶⁶⁾。

5. セロトニン2A受容体:HTR2A

5-HT_{2A}受容体は、皮質、海馬、線状体、脊髄、嗅球に分布し、血管収縮、血小板凝集、気管支収縮などの機能を持つ。自殺者の死後脳研究で、皮質領域における5-HT_{2A}受容体結合部位の密度変化が確認されている³⁵⁾。また、5-HT_{2A}受容体遺伝子内の102T/C多型と、統合失調症における自殺リスクとの関連は複数報告されている^{29,40,92,103)}。Duらは、102T/C多型とうつ病との関連傾向（ $p=0.03$ ）、さらにこれら患者における自殺念慮との関連（ $p<0.005$ ）を報告している²⁴⁾。この研究において、自殺念慮の指標はHAMD item #3スコア（indication of suicidal ideation）を用いているが、自殺念慮のないうつ病患者と健常対照者群において、遺伝子型の発現頻度に差は見られないことから、102T/C多型は自殺行動そのものと関連している可能性が示唆された。しかし、否定的な報告も複数あり^{11,100)}、我が国では小野らが、102T/C多型と完全連鎖不平衡の関係にある、-1438A/G多型を用いて自殺者151名についての検討をおこなったが、関連は見られなかった⁷¹⁾。

6. モノアミン酸化酵素A:MAOA

MAOAは、ノルアドレナリン、ドーパミン、セロトニンといった神経伝達物質を分解する主要酵素の一つで、攻撃性／衝動性のコントロールに関与することが示されている。攻撃性／衝動性行動異常（犯罪者として現れている）と精神遅滞とが、家系内の男性に集積して見られるオランダの一大家系において、MAOA遺伝子内のアミノ酸置換を伴う変異が関係していることが見いだされた^{14,15)}。また、MAOA遺伝子改変マウスでは、成体のオスにおいて激しい攻撃性の増強が見られる¹⁷⁾。血小板MAOAレベルの低下と自殺行動の関連については複数報告があるが、年齢、性別、食事など諸条件の影響を受けて変動するため再現が難しく、関連の有無については意見が分かれている^{16,34,48,60,90)}。MAOA遺伝子の転写活性に影響することが示されている、転写調節領域の繰り返し多型について、小野らは法医学解剖された自殺者155名を調べたが、関連は見られなかった⁷²⁾。

7. 性格傾向 (personality) の遺伝子

自殺行動における素因の一つとして、性格気質が関係すると考えられる。神経質である、くよくよと物事を思い悩むたちである、あるいはかっとなりやすい、攻撃的であるなどの性格特性が、自殺行動の取りやすさに影響しないだろうか。

「性格傾向や知能は遺伝と環境の相互・交互作用により作られるが、遺伝的要因の関与はかなり強いものである」という考えに基づき、性格傾向に関連する遺伝子の探索がなされている。家系研究、双生児研究あるいは養子研究などから、性格傾向における遺伝要因の占める割合は約30%~60%と推定される^{13,38)}。性格傾向の評価は、外部からの刺激に対する個人特有の行動パターンを自己記入式の質問紙を用いて因子分析し、それぞれの因子の程度を数量化し、その集合体として性格傾向を捉える。よく持ちいられる評価質問紙は、NEOやNEO-PI-R²¹⁾あるいはTPQ (Tridimensional Personality Questionnaire) やTCI (Temperament and Character Inventory) である¹⁸⁾。NEOとNEO-PI-Rは①神経症傾向 (Neuroticism) ②外向性 (Extraversion) ③ (経験に対する) 開放性 (Openness) ④調和性 (Agreeableness) ⑤誠実性 (Conscientiousness) といった5つの因子で構成される。TPQとTCIは遺伝的な要因が強く関与している気質 (Temperament) と、環境の影響が強く、主として非生物学的に決定される性質 (Character) とが区別され、気質を構成する因子として、①新奇性追求 (Novelty Seeking) ②損害回避 (Harm Avoidance) ③報酬依存 (Reward Dependence) ④固執 (Persistence) の4つがある。Ebsteinらは、TPQ質問紙を用いて性格傾向を調査し、新奇性追求の得点の高い個人は、ドーパミンD4受容体遺伝子 (DRD4) の第3エクソンの繰り返し配列の数が増えることを見いだした²⁶⁾。Benjaminらは、NEO質問紙を用いて同様の研究をおこない、外向性得点の高い個人は繰り返し配列の数が増える傾向にあると報告している⁹⁾。日本人を対象とした研究でも類似の結果が示されており⁷³⁾、奥山らはDRD4遺伝子の第3エクソンの繰り返し多型との関連は否定したものの、DRD4遺伝子の5'側調節領域に存在する-521C/T多型との関連を見いだし⁶⁹⁾、この知見は複数の追試で支持されている^{12,79)}。また、5-HTT遺伝子の転写調節領域の繰り返し多型についても検討がなされており、LeschらはNEO質問紙を用いた研究で、短いバリエーションを

持つ個人は不安・抑うつ (神経症傾向) の得点が増える傾向に高く、TPQに換算すると損害回避の得点が増える傾向になることを示した⁴⁴⁾。さらに環境要因が比較的一致した同胞においても類似の結果を得ており、5-HTT遺伝子は性格傾向の遺伝素因の7~9%を規定していると報告している⁴⁴⁾。また、これら遺伝子多型の出現頻度には人種差が見られ、これらの結果から日本人の特徴を捉えると、白人に比べ新奇性追求度は低く、内向的で誠実であり、不安を抱きやすい民族であるといえる。しかし、それぞれの因子が遺伝子で規定されているとしても、環境からの働きかけに対する感受性に個人差があれば、社会・文化的背景の違いは性格形成に大きな影響を与えることは間違いなく、成人を対象とした研究結果では人種間で大きく異なってくると考えられる。

これら分子遺伝学的研究の結果は、自殺の原因遺伝子として多くの集団において一致した見解が得られるには至っていない。その理由として、自殺行動には複数の、しかも一つ一つは影響の弱い遺伝子が複雑に関与しているためであると考えられる。家系内集積の原因となっている遺伝子変異は説明できたとしても、集団遺伝学的に考察した場合、表現型は同じでも遺伝的原因は全く別であるという遺伝的異質性が存在し、必ずしもその原因が当てはまらないことが多い。将来的には多数の感受性遺伝子のスクリーニング解析により、それぞれの遺伝子の寄与率を判定し、それらの組み合わせによる自殺リスクの算定が可能になると思われる。

自殺行動における治療薬物の影響

神経精神科系や内科系治療薬物の副作用として、自殺行動につながる精神症状、あるいは自殺念慮が出現することがある。また自殺未遂者の自殺手段としては、薬物、毒物の服用によるものが最も多く、精神科診療における薬理処方や、最近ではインターネットなどを利用した違法薬物取引などが問題となっている。

神経精神科治療薬物においては、一時期SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬) 型抗うつ薬、Fluoxetineの投与により、自殺念慮が出現したとの報告が相次いだ。Fluoxetineは、1980年代に最初のSSRI薬として開発され、抗うつ薬の新主流として発展してきた。さらにセロトニン受容体システムにおける、

SSRIの作用についての理解が進むにつれ、広い関連疾患領域での臨床症状（パニック障害、強迫性障害、摂食障害）についても、治療効果のあることが示された。利点は、副作用の少なさと1日1回という服用の簡便さ、過剰服用による命の危険性がないことにある。

SSRIの副作用として、特にFluoxetineを処方された暴力的行動傾向の患者において、興奮、不眠、不安、パニック、アカシジア（いらいら、落ち着きのなさ）などの症状が顕著になることが示された。このことから、Fluoxetineが暴力的行動の初期発動、助長、増強に関与する可能性、さらに自殺念慮患者へのFluoxetine投与の危険性が指摘されている。従来の抗うつ薬(imipramine)においても自殺念慮の出現は報告されており、Fluoxetine服用者の3.5%、三環系抗うつ薬服用者の3%に自殺念慮が生じるという³⁶⁾。一方で、Fluoxetine投与に関連して、うつ病患者の自殺的行動や実際の自殺が増加するという危険性はないという報告もある。これらの報告を受けてアメリカ神経精神薬理学会では、向精神性薬物療法と自殺行動について次のように結論付けている。『新世代の低毒性抗うつ薬（SSRIを含む）による自殺危険度は従来の三環系抗うつ薬に比べ低いと思われる。SSRI型抗うつ薬（Fluoxetine）が、うつ病や他の疾患に関連して自殺念慮の危険度を付加的に高めるという証拠はない。ほとんどの患者が実際にこの抗うつ薬により多大な恩恵を被っていることを見れば明らかである。』⁴⁹⁾ しかしながら、Fluoxetineの使用による自殺リスクの増加が全くないかどうかは議論の余地がある。実際、いくつかの論文や医療過誤訴訟において、抗うつ薬が最初の報告通り安全かどうか検証がなされている。また、SSRIは5-HT₂受容体刺激により、不眠、不安感、パニック発作、アカシジア、ミオクロヌスけいれん、性的不能等の副作用を引き起こし、5-HT₃受容体刺激により、吐き気、胃のむかつき、下痢などを引き起こすことがある。SSRIの長期服用により、これらの症状が患者のQOLを下げ、自殺に結びつく可能性も考えられる⁵⁸⁾。

また、双極性障害の抗うつ薬療法において、躁転あるいは躁状態とうつ状態が混合状態として現れることがある。米国の研究では、双極性障害患者のうち混合状態を呈する者の割合は、診断基準によってまちまちではあるが、5～70%であるとされる。混合状態においては、ときに不機嫌な躁状態となり、易怒性、誇大感、攻撃性が増すことがある。攻撃性／衝動性の亢進が自殺企図と関連することから、抗うつ薬療法の中で

衝動性を増強したり、あるいは混合状態を引き起こすことで自殺企図を誘発することはないのか、十分検討すべき問題であると思われる。

内科系治療薬物においても、自殺行動につながるような精神症状が副作用として現れることがある。副腎皮質ホルモン（ステロイド）やインターフェロン、降圧薬（reserpine）などの投与により、抑うつ状態、感情障害、精神病状態ないし意識障害、不安焦燥状態、睡眠障害などの副作用が報告されている。これらの精神症状が自殺行動を誘発することは十分考えられる⁹⁵⁾。

これら医療現場の薬理治療において、精神症状や自殺念慮の出現が薬物によって生じているかどうか、的確に診断することは非常に重要であり、当該薬物の減量あるいは中止によりその症状は治療することができる。しかしこのような副作用が出現するかどうかは個人差が大きく、年齢や性別、体重、肝機能や腎機能、併用薬や病前性格、精神疾患の既往など種々の要因に影響されると考えられ、処方前を見極めは大変困難である。薬理反応性に関しては、遺伝的体質が大きく影響すると考えられ、近年のヒトゲノム情報の充実や、大規模な遺伝子解析装置の開発により、近い将来、副作用や治療効果など個々の薬物反応性の予測が可能になり、薬物療法の個別化、最適化が進むことが期待される。

まとめ：自殺予防への可能性

これらの生物学的研究の成果をどのように臨床現場あるいは自殺予防に取り入れればよいか。臨床現場においては、自殺リスクの判定に精神疾患や自殺行動の家族歴を考慮するのはもちろんのこと、攻撃性／衝動性といった性格気質や、さらに自殺者に一貫して認められる体質であるセロトニン作動性機能の低下について、手がかりとなる生化学データ、遺伝学的データも考慮することが必要になってくると考えられる。将来的には画像解析による脳内セロトニンの直接モニターや、セロトニン作動性機能に関連する遺伝子の解析をおこなうことで、ハイリスク群の見極めや個人に応じた医事介入、さらには自殺行動病理についての理解が進むものと思われる。

ゲノムプロジェクトの成果として、膨大な遺伝情報のスクリーニング解析が可能となった今、オーダーメイド医療といった個々の体質に応じた医療が現実のものとなってきている。単一遺伝子の変異によって発症

する遺伝病のみならず、多数の遺伝子の多様性をスクリーニングすることにより、生活習慣病をはじめとする多因子疾患についても、疾患感受性や発症前診断、治療法や薬物に対する反応性やリスク、副作用の判定などが可能となってきた。現時点では、集団遺伝学から導き出された発症リスクは確率でしか示せないため、疫学的解析には役立つものの、個人を対象として診断に用いるにはまだまだ無理がある。しかし、発症を予防するために個々のリスクを的確に捉え、個人的な指導をおこない、積極的に予防することには威力を発揮すると考えられる。また、医者を経験的な判断によって処方されていた薬物については、薬剤感受性遺伝子を調べることで、より効果的で副作用の少ない薬剤選択ができるようになり、自殺を惹起する薬害についても確実に減少すると思われる。

しかし、自殺のリスクを科学的に予測するということはかなり危険な問題をはらんでいる。個人のトップシークレットである遺伝情報の呈示を、その個人が本当に必要としているだろうか、結果を本人が冷静に受け止めて理解し、積極的な治療協力につながるだろうか。その情報によって疾患が予防できる、あるいはよりよい医療が受けられるというメリットがある反面、そのようなレッテルを貼ることにより新たな差別を生み出さないとは限らない。遺伝子研究に携わる者は、みずからの研究の及ぼす社会的影響を十分自覚し、遺伝情報に対して細心の注意を払う責任を負っている。患者本人が、遺伝情報を得ることによって不利益を被ることが起こらないか、医療従事者は絶えず確認し続けていかななくてはならない。自殺行動に関するこれらの研究成果を臨床現場、特に自殺防止の取り組みに役立てるためには、カウンセリング体制の充実や社会的サポートなどとの協力体制が非常に重要である。そのための行政・医療体制を確立し、また患者の権利を明確にし、安心して医療が受けられるための法整備が早急に必要である。これらの科学的情報を一般社会や臨床現場にうまく取り入れ、自殺につながる行動や身体症状の予兆を早期に発見し、適切に心理的・医事的介入をおこない、自殺予防の成果につながっていくことを願う。

文献

- 1) Aghajanian GK, Sprouse JS, Rasmussen K: Physiology of the mid-brain 5-HT system. Meltzer HY, (Ed.) Psychopharmacology: The Third Generation of Progress. Raven Press, New York, 141-148, 1987.
- 2) Arango V, Underwood MD, Gubbi AV et al: Localized alterations in pre- and postsynaptic serotonin binding sites in the ventrolateral prefrontal cortex of suicide victims. Brain Res 688(1-2): 121-133, 1995.
- 3) Asberg M, Thoren P, Traskman L et al: "Serotonin depression"--a biochemical subgroup within the affective disorders? Science 191(4226): 478-480, 1976.
- 4) Asberg M, Traskman L, Thoren P: 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? Arch Gen Psychiatry 33(10): 1193-1197, 1976.
- 5) Asberg M, Bertilsson L, Martensson B: CSF monoamine metabolites, depression, and suicide. Adv Biochem Psychopharmacol 39: 87-97, 1984.
- 6) 飛鳥井 望: 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段を用いた自殺失敗者の診断学的検討. 精神神経学雑誌 96: 415-443, 1994.
- 7) 飛鳥井 望: 自殺の病理と実態—精神疾患による自殺の病理. 医学のあゆみ 194(6): 514-519, 2000.
- 8) Batchelor I, Napier M: Attempted suicide in old age. BMJ 2: 1186-1190, 1953.
- 9) Benjamin J, Li L, Patterson C et al: Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of Novelty Seeking. Nat Genet 12(1): 81-84, 1996.
- 10) Bondy B, Erfurth A, de Jonge S et al: Possible association of the short allele of the serotonin transporter promoter gene polymorphism (5-HTTLPR) with violent suicide. Mol Psychiatry 5(2): 193-195, 2000.
- 11) Bondy B, Kuznik J, Baghai T et al: Lack of association of serotonin-2A receptor gene polymorphism (T102C) with suicidal ideation and suicide. Am J Med Genet 96(6): 831-835, 2000.
- 12) Bookman EB, Taylor RE, Adams-Campbell L et al: DRD4 promoter SNPs and gender effects on Extraversion in African Americans. Mol Psychiatry 7(7): 786-789, 2002.
- 13) Bouchard TJ, Jr., Lykken DT, McGue M et al: Sources of human psychological differences: the

- Minnesota Study of Twins Reared Apart. *Science* 250(4978): 223-228, 1990.
- 14) Brunner HG, Nelen M, Breakefield XO et al: Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A. *Science* 262(5133): 578-580, 1993.
- 15) Brunner HG, Nelen MR, van Zandvoort P et al: X-linked borderline mental retardation with prominent behavioral disturbance: phenotype, genetic localization, and evidence for disturbed monoamine metabolism. *Am J Hum Genet* 52(6): 1032-1039, 1993.
- 16) Buchsbaum MS, Coursey RD, Murphy DL: The biochemical high-risk paradigm: behavioral and familial correlates of low platelet monoamine oxidase activity. *Science* 194(4262): 339-341, 1976.
- 17) Cases O, Seif I, Grimsby J et al: Aggressive behavior and altered amounts of brain serotonin and norepinephrine in mice lacking MAOA. *Science* 268(5218): 1763-1766, 1995.
- 18) Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 50(12): 975-990, 1993.
- 19) Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM et al: Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry* 46(7): 587-599, 1989.
- 20) Collier DA, Stober G, Li T et al: A novel functional polymorphism within the promoter of the serotonin transporter gene: possible role in susceptibility to affective disorders. *Mol Psychiatry* 1(6): 453-460, 1996.
- 21) Costa PT, Jr., McCrae RR: The NEO personality Inventory Manual. Psychological Assessments Resources, Odessa FL, 1985.
- 22) De Vry J: 5-HT_{1A} receptor agonists: recent developments and controversial issues. *Psychopharmacology (Berl)* 121(1): 1-26, 1995.
- 23) Du L, Faludi G, Palkovits M et al: Frequency of long allele in serotonin transporter gene is increased in depressed suicide victims. *Biol Psychiatry* 46(2): 196-201, 1999.
- 24) Du L, Bakish D, Lapierre YD et al: Association of polymorphism of serotonin 2A receptor gene with suicidal ideation in major depressive disorder. *Am J Med Genet* 96(1): 56-60, 2000.
- 25) Du L, Faludi G, Palkovits M et al: Tryptophan hydroxylase gene 218A/C polymorphism is not associated with depressed suicide. *Int J Neuropsychopharmacol* 3(3): 215-220, 2000.
- 26) Ebstein RP, Novick O, Umansky R et al: Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of Novelty Seeking. *Nat Genet* 12(1): 78-80, 1996.
- 27) Egeland JA, Sussex JN: Suicide and family loading for affective disorders. *Jama* 254(7): 915-918, 1985.
- 28) Engel G, Gothert M, Hoyer D et al: Identity of inhibitory presynaptic 5-hydroxytryptamine (5-HT) autoreceptors in the rat brain cortex with 5-HT_{1B} binding sites. *Naunyn Schmiedeberg's Arch Pharmacol* 332(1): 1-7, 1986.
- 29) Erdmann J, Shimron-Abarbanell D, Rietschel M et al: Systematic screening for mutations in the human serotonin-2A (5-HT_{2A}) receptor gene: identification of two naturally occurring receptor variants and association analysis in schizophrenia. *Hum Genet* 97(5): 614-619, 1996.
- 30) Farberow N, Siom M: Suicide in Los Angeles and Vienna: An intercultural study of two cities. *Public Health Rep* 84: 389-403, 1969.
- 31) Furlong RA, Ho L, Rubinsztein JS et al: No association of the tryptophan hydroxylase gene with bipolar affective disorder, unipolar affective disorder, or suicidal behaviour in major affective disorder. *Am J Med Genet* 81(3): 245-247, 1998.
- 32) Garfinkel BD, Froese A, Hood J: Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 139(10): 1257-1261, 1982.
- 33) Geijer T, Frisch A, Persson ML et al: Search for association between suicide attempt and serotonergic polymorphisms. *Psychiatr Genet* 10(1): 19-26, 2000.
- 34) Gottfries CG, Orelund L, Wiberg A et al: Lowered monoamine oxidase activity in brains from alcoholic suicides. *J Neurochem* 25(5): 667-673, 1975.
- 35) Gross-Isseroff R, Biegon A, Voet H et al: The suicide brain: a review of postmortem receptor/transporter binding studies. *Neurosci Biobehav Rev* 22(5): 653-

- 661, 1998.
- 36) Hardoby W: Imipramine and suicidal thoughts. *Am J Psychiatry* 149(3): 412-413, 1992.
- 37) Hattori M, Fujiyama A, Taylor TD et al: The DNA sequence of human chromosome 21. *Nature* 405(6784): 311-319, 2000.
- 38) Heath AC, Cloninger CR, Martin NG: Testing a model for the genetic structure of personality: a comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *J Pers Soc Psychol* 66(4): 762-775, 1994.
- 39) 堀川直史: リエゾン精神医学・精神科救急医療—自殺念慮, 自殺未遂. 山脇成人, 黒澤 尚, (編): 臨床精神医学講座第17巻. 中山出版, 東京, 381-390, 1998.
- 40) Inayama Y, Yoneda H, Sakai T et al: Positive association between a DNA sequence variant in the serotonin 2A receptor gene and schizophrenia. *Am J Med Genet* 67(1): 103-105, 1996.
- 41) Kunugi H, Ishida S, Kato T et al: No evidence for an association of polymorphisms of the tryptophan hydroxylase gene with affective disorders or attempted suicide among Japanese patients. *Am J Psychiatry* 156(5): 774-776, 1999.
- 42) Lappalainen J, Dean M, Charbonneau L et al: Mapping of the serotonin 5-HT1D beta autoreceptor gene on chromosome 6 and direct analysis for sequence variants. *Am J Med Genet* 60(2): 157-161, 1995.
- 43) Lappalainen J, Long JC, Eggert M et al: Linkage of antisocial alcoholism to the serotonin 5-HT1B receptor gene in 2 populations. *Arch Gen Psychiatry* 55(11): 989-994, 1998.
- 44) Lesch KP, Bengel D, Heils A et al: Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science* 274(5292): 1527-1531, 1996.
- 45) Liu W, Gu N, Feng G et al: Tentative association of the serotonin transporter with schizophrenia and unipolar depression but not with bipolar disorder in Han Chinese. *Pharmacogenetics* 9(4): 491-495, 1999.
- 46) Lucki I, Singh A, Kreiss DS: Antidepressant-like behavioral effects of serotonin receptor agonists. *Neurosci Biobehav Rev* 18(1): 85-95, 1994.
- 47) Malone KM, Haas GL, Sweeney JA et al: Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 34(3): 173-185, 1995.
- 48) Mann JJ, Stanley M: Postmortem monoamine oxidase enzyme kinetics in the frontal cortex of suicide victims and controls. *Acta Psychiatr Scand* 69(2): 135-139, 1984.
- 49) Mann JJ, Goodwin FK, O'Brien CP et al: Suicidal behavior and psychotropic medication: accepted as a consensus statement by the ACNP council, March 2 1992. *Neuropsychopharmacology* 8: 177-183, 1993.
- 50) Mann JJ: Violence and aggression. Bloom FE, Kupfer DJ, (Eds.): *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Raven Press, New York, 1994.
- 51) Mann JJ, Malone KM, Psych MR et al: Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. *Neuropsychopharmacology* 15(6): 576-586, 1996.
- 52) Mann JJ, Underwood MD, Arango V: Post mortem studies of suicide victims. Watson SJ, (Ed.) *Biology, Schizophrenia and affective disease*. American Psychiatric Press, Inc, Washington DC, 1996.
- 53) Mann JJ, Malone KM: Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biol Psychiatry* 41(2): 162-171, 1997.
- 54) Mann JJ, Malone KM, Nielsen DA et al: Possible association of a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene with suicidal behavior in depressed patients. *Am J Psychiatry* 154(10): 1451-1453, 1997.
- 55) Mann JJ: The neurobiology of suicide. *Nat Med* 4(1): 25-30, 1998.
- 56) Mann JJ, Waternaux C, Haas GL et al: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 156(2): 181-189, 1999.
- 57) Mann JJ, Huang YY, Underwood MD et al: A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Arch Gen Psychiatry* 57(8): 729-738, 2000.
- 58) Maris RW, Berman AL, Silverman MM: *The Biology of Suicide*. Comprehensive textbook of suicidology. The Guilford press, New York, 376-406, 2000.
- 59) McDougle CJ, Epperson CN, Price LH et al: Evidence for linkage disequilibrium between serotonin

- transporter protein gene (SLC6A4) and obsessive compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 3(3): 270-273, 1998.
- 60) Meltzer HY, Arora RC: Platelet markers of suicidality. *Ann N Y Acad Sci* 487: 271-280, 1986.
 - 61) Mitterauer B: A contribution to the discussion of the role of the genetic factor in suicide, based on five studies in an epidemiologically defined area (Province of Salzburg, Austria). *Compr Psychiatry* 31(6): 557-565, 1990.
 - 62) Murphy GE, Wetzel RD, Swallow CS et al: Who calls the suicide prevention center: a study of 55 persons calling on their own behalf. *Am J Psychiatry* 126(3): 314-324, 1969.
 - 63) Murphy GE, Wetzel RD: Family history of suicidal behavior among suicide attempters. *J Nerv Ment Dis* 170(2): 86-90, 1982.
 - 64) Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M et al: Suicidality and 5-hydroxyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. *Arch Gen Psychiatry* 51(1): 34-38, 1994.
 - 65) Nielsen DA, Virkkunen M, Lappalainen J et al: A tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 55(7): 593-602, 1998.
 - 66) Nishiguchi N, Shirakawa O, Ono H et al: No evidence of an association between 5HT1B receptor gene polymorphism and suicide victims in a Japanese population. *Am J Med Genet* 105(4): 343-345, 2001.
 - 67) Nishiguchi N, Shirakawa O, Ono H et al: Lack of an association between 5-HT1A receptor gene structural polymorphisms and suicide victims. *Am J Med Genet* 114(4): 423-425, 2002.
 - 68) Ogilvie AD, Battersby S, Bubb VJ et al: Polymorphism in serotonin transporter gene associated with susceptibility to major depression. *Lancet* 347(9003): 731-733, 1996.
 - 69) Okuyama Y, Ishiguro H, Nankai M et al: Identification of a polymorphism in the promoter region of DRD4 associated with the human novelty seeking personality trait. *Mol Psychiatry* 5(1): 64-69, 2000.
 - 70) Ono H, Shirakawa O, Nishiguchi N et al: Tryptophan hydroxylase gene polymorphisms are not associated with suicide. *Am J Med Genet* 96(6): 861-863, 2000.
 - 71) Ono H, Shirakawa O, Nishiguchi N et al: Serotonin 2A receptor gene polymorphism is not associated with completed suicide. *J Psychiatr Res* 35(3): 173-176, 2001.
 - 72) Ono H, Shirakawa O, Nishiguchi N et al: No evidence of an association between a functional monoamine oxidase a gene polymorphism and completed suicides. *Am J Med Genet* 114(3): 340-342, 2002.
 - 73) Ono Y, Manki H, Yoshimura K et al: Association between dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism and novelty seeking in Japanese subjects. *Am J Med Genet* 74(5): 501-503, 1997.
 - 74) Pandey GN, Pandey SC, Janicak PG et al: Platelet serotonin-2 receptor binding sites in depression and suicide. *Biol Psychiatry* 28(3): 215-222, 1990.
 - 75) Parks CL, Robinson PS, Sibille E et al: Increased anxiety of mice lacking the serotonin1A receptor. *Proc Natl Acad Sci U S A* 95(18): 10734-10739, 1998.
 - 76) Pfeffer CR, Hurt SW, Kakuma T et al: Suicidal children grow up: suicidal episodes and effects of treatment during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33(2): 225-230, 1994.
 - 77) Pitts F, Winokur F: Affective disorder: III. Diagnostic correlates and incidence of suicide. *J Nerv Ment Dis* 139: 176-181, 1964.
 - 78) Robins E, Schmidt E, O'Neal P: Some interrelations of social factors and clinical diagnosis in attempted suicide. *Am J Psychiatry* 114: 221-231, 1957.
 - 79) Ronai Z, Szekely A, Nemoda Z et al: Association between Novelty Seeking and the -521 C/T polymorphism in the promoter region of the DRD4 gene. *Mol Psychiatry* 6(1): 35-38, 2001.
 - 80) Roy A: Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 39(9): 1089-1095, 1982.
 - 81) Roy A: Family history of suicide. *Arch Gen Psychiatry* 40(9): 971-974, 1983.
 - 82) Roy A: Family history of suicide in affective disorder patients. *J Clin Psychiatry* 46(8): 317-319, 1985.
 - 83) Roy A: Genetics of suicide. *Ann N Y Acad Sci* 487: 97-105, 1986.
 - 84) Roy A: Genetics, biology, and suicide in the family. Maris R, Berman AL, Maltzberger JT et al, (Eds.):

- Assessment and prediction of suicide. Guilford Press., New York, 1992.
- 85) Roy A, Segal NL, Sarchiapone M: Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry* 152(7): 1075-1076, 1995.
 - 86) Russ MJ, Lachman HM, Kashdan T et al: Analysis of catechol-O-methyltransferase and 5-hydroxytryptamine transporter polymorphisms in patients at risk for suicide. *Psychiatry Res* 93(1): 73-78, 2000.
 - 87) Saudou F, Amara DA, Dierich A et al: Enhanced aggressive behavior in mice lacking 5-HT1B receptor. *Science* 265(5180): 1875-1878, 1994.
 - 88) Schulsinger R, Kety S, Rosenthal D et al: A family study of suicide. Schou M, Stromgren E, (Eds.): *Origins, Prevention and Treatment of affective Disorders*. Academic Press, New York, 277-287, 1979.
 - 89) Shaffer D: Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 15(4): 275-291, 1974.
 - 90) Sherif F, Marcusson J, Orelund L: Brain gamma-aminobutyrate transaminase and monoamine oxidase activities in suicide victims. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 241(3): 139-144, 1991.
 - 91) Sidenberg DG, Bassett AS, Demchyshyn L et al: New polymorphism for the human serotonin 1D receptor variant (5-HT1D beta) not linked to schizophrenia in five Canadian pedigrees. *Hum Hered* 43(5): 315-318, 1993.
 - 92) Spurlock G, Heils A, Holmans P et al: A family based association study of T102C polymorphism in 5HT2A and schizophrenia plus identification of new polymorphisms in the promoter. *Mol Psychiatry* 3(1): 42-49, 1998.
 - 93) Stockmeier CA, Shapiro LA, Dilley GE et al: Increase in serotonin-1A autoreceptors in the midbrain of suicide victims with major depression-postmortem evidence for decreased serotonin activity. *J Neurosci* 18(18): 7394-7401, 1998.
 - 94) Stoff DM, Mann JJ: Suicide research. Overview and introduction. *Ann N Y Acad Sci* 836: 1-11, 1997.
 - 95) 寺尾 岳, 中野英樹, 奥野丈夫: リエゾン精神医学・精神科救急医療—医薬原性精神障害. 山脇成人, 黒澤 尚, (編): *臨床精神医学講座第17巻*. 中山出版, 東京, 112-121, 1998.
 - 96) Tishler CL, McKenry PC, Morgan KC: Adolescent suicide attempts: some significant factors. *Suicide Life Threat Behav* 11(2): 86-92, 1981.
 - 97) Traskman L, Asberg M, Bertilsson L et al: Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior. *Arch Gen Psychiatry* 38(6): 631-636, 1981.
 - 98) Tsai SJ, Hong CJ, Wang YC: Tryptophan hydroxylase gene polymorphism (A218C) and suicidal behaviors. *Neuroreport* 10(18): 3773-3775, 1999.
 - 99) Tsuang MT: Risk of suicide in the relatives of schizophrenics, manics, depressives, and controls. *J Clin Psychiatry* 44(11): 396-397, 398-400, 1983.
 - 100) Turecki G, Briere R, Dewar K et al: Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in postmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide. *Am J Psychiatry* 156(9): 1456-1458, 1999.
 - 101) Turecki G, Zhu Z, Tzenova J et al: TPH and suicidal behavior: a study in suicide completers. *Mol Psychiatry* 6(1): 98-102, 2001.
 - 102) Wender PH, Kety SS, Rosenthal D et al: Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 43(10): 923-929, 1986.
 - 103) Williams J, Spurlock G, McGuffin P et al: Association between schizophrenia and T102C polymorphism of the 5-hydroxytryptamine type 2a-receptor gene. European Multicentre Association Study of Schizophrenia (EMASS) Group. *Lancet* 347(9011): 1294-1296, 1996.

【特集 自殺学】

自殺における社会的関係

宮崎 隆穂

はじめに

個人を取り巻く環境、外的要因を考える上で先ず最初に考慮されるべきなのは「社会的関係」であろう。本稿においては社会的関係を個人内要因の外にある外的なもの、あるいは個人と外的な状況の相互作用から生み出されるものとして定義しておく。たとえば、社会的関係をマクロなレベルからミクロなレベルに並べてみると地域社会特性、経済的指標、離婚率、社会的支援網の内容（親しい友人の数や重要な他者と死別していないかどうか、など）、社会的支援の自覚、など多岐にわたることになる。自殺学（広く自殺に関する学問的研究の意味）の中で社会的関係が扱われたのは Durkheim¹³⁾ 等に見られるように比較的早い段階であり、その後膨大な研究が積み重ねられている。本稿では、まず社会的関係のマクロなレベルからミクロなレベルに沿って、社会から個人というベクトル上に、社会学的自殺研究（社会的状況と自殺）、メディア（メディアによる情報と自殺の模倣）、ストレス脆弱理論（ストレス脆弱仮説と自殺）、という3つの観点を設定し、自殺学における社会的関係を概観したい。最後にこの分野における今後の研究の展望について提言を行う。

社会的状況と自殺

Durkheim¹³⁾ は個人的な人間の営みと思われる自殺

が、実は集合的にしか分析できないと主張した。統計的な自殺率に影響を与えるものとして社会的統合（Social integration）という広い概念を挙げ、アノミー（没価値状況）的自殺・利己的（Egoism）自殺・愛他的（Altruistic）自殺・宿命的（Fatalistic）自殺という構成概念を提案した。この中で利己的自殺とアノミー的自殺が自殺率を上昇させることを指摘し、戦時下などの社会状況が自殺率を減少させることを指摘した。Henry & Short¹⁷⁾ は当時の心理学理論であるフラストレーション攻撃性理論や社会的地位・外的・内的抑止力という概念をさらに導入して敷衍したが、あまり理論的な整合性は伴わなかった。彼らの主な主張は、個人の社会経済的状況が低い場合自殺率は上昇し、かつ内的な制約が低い場合殺人率が上昇するというものである。しかしこの点についてはその後の研究²³⁾ でいくつかの対立する結果と、研究デザイン上の問題点が指摘されており、結論は出ていない。Gibb & Martin¹⁵⁾ は、職業的な統合の度合いと人種と性別とをクロス表にし、自殺率との順位相関係数を検討したところ -0.94 の高い負の相関が得られた。社会的地位や状況を層別にして自殺率との関連を検討する研究は、他にも結婚状況の統合の度合いを調べた研究¹⁴⁾ などさまざまな追試研究があるが、かんばしい結果は得られていない。

国内においては、主に政府統計を使用した疫学的な研究が大半である。高度経済成長期における国勢調査データと旧厚生省発表の自殺死亡率の関連を検討した研究では、男性において世帯構成人数の少なさ、都市居住因子が自殺率を有意に説明する、といった²⁾ 研究結果や、オイルショック時のような社会不安が増大しているときに逆に自殺率が減少するという指摘³⁾ が存在する。また、過疎地域における自殺率の高さ²⁵⁾ や「団塊の世代」など特定の cohorts と自殺率の関連を検討した研究などが見られる²⁶⁾。政府統計によるマクロなレベルの指標を用いた研究においては、孤立や集団との結びつきの希薄さなどを反映する指標と自殺率

日本学術振興会特別研究員

Research Fellow of the Japan Society for Promotion of Science

国立精神・神経センター精神保健研究所 心身医学研究部

Department of Psychosomatic Medicine, National Institute of Mental Health, National Institute of Mental Health

〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

1-7-3 Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-0827, Japan

（別刷請求先：宮崎隆穂）

との関連を指摘しているといえよう。

Douglas¹²⁾ はこれらの社会統計を用いた研究を批判して、より実際の個人の自殺に関する「主観的な意味 (Subjective Meaning)」を重視すべきであることを主張した。つまり①自殺はさまざまな意味を持っている。②自殺者が自殺という行為を通して何を表現しようとしているか正確に突き止めるまでは、他者によって自殺の意味は説明できない。③もっと状況に則して個人の自殺行動を観察することによって意味を明らかにする、というものであった。かなり早期の段階でマクロな社会指標を用いた自殺研究の批判が行われたにもかかわらず、それに代わるものが難しいという理由で社会統計に頼った研究が一般的である。Maris, Berman, Silverman²⁴⁾ はそれらの批判に呼応して以下の研究手法上の工夫を推奨している。

彼らは具体的な指針として、

- ① 遺族や生存者に対する実際のインタビュー (心理学的剖検)
- ② ケースコントロールデザインの使用
- ③ より洗練された多変量解析
- ④ 自殺の指標に関する生物-心理-社会学的モデルの発展
- ⑤ 新しい変数 (宗教的態度・行動など) の追加などを挙げている。国内においても、自殺率に寄与する要因の解明というよりも自殺の予防介入を視野に入れた疫学研究³⁸⁾ が発表されており、より自殺という現象に近い立場で積極的にデータを収集し関わっていかうとする新しい方向性も見える。

メディアによる情報と自殺の模倣

日本において有名芸能人の自殺が「後追い自殺」なるものを誘発するという言説がある。ある自殺が他の自殺を誘発する、あるいは自殺が模倣される現象に関しては、社会文化的背景の影響が考えられている。たとえば、ナイジェリアではそのような習慣は存在しないし、冒頭の日本を含めて、ハンガリー・ドイツ・オーストリア・フィンランドなどでは国民性に深く根ざした一定の価値観とも言うべき特徴を持っている。すなわちそれぞれの社会が自殺の模倣に対してどのような価値観を持っているかによって、ある自殺がその後どのように社会に影響を与えるかが変わってくる可能性がある。こうした自殺の「伝染」の概念は伝統的には疫学や公衆衛生の考え方から由来しており、以下の

ような特徴をもつとされる²⁴⁾。

- ① 自殺を模倣するものには刺激に対する親近感がある (白人女性のマリリン・モンローの後追い自殺など)
- ② 誰かが自殺したという情報 (刺激) が何回も長時間提示されれば、模倣自殺は多くなる (学習理論から明らかである)。
- ③ 賞賛され、栄光ある自殺のストーリーは模倣自殺を増加させる (第二次世界大戦中の日本における神風特攻隊など)。
- ④ ティーンエイジャーは成人に比較してより模倣自殺をしやすい。

メディアによる情報と自殺の模倣の研究は、最初は新聞など活字メディアにおける研究から始まった。Phillips³¹⁾ は自殺の記事 (New York Times) が一面に載ることが相対的に直後の自殺数を増加させることを指摘している。Wasseerman⁴⁰⁾ はこの知見に対して準実験的な手法で追試を行い、失業率や季節、自殺者の有名度など自殺率そのものに影響を与えるとされる変数の影響をコントロールするとほとんど模倣効果は消えてしまうが、有名人の自殺記事が直後の自殺率を増加させるとしている。さらに、有名人の内容を特定し、エンターテイナーや芸能人の自殺記事は効果があるが、芸術家や経済人などは効果がない³⁵⁾ ことが指摘されている。

映像メディアでの研究は、テレビニュースによる自殺報道が自殺数を増加させる³²⁾ ことや、ニューヨークの高校生を対象とした研究で自殺のテーマを扱った映画やテレビが放映された時期の前後で自殺率が有意に上昇する¹⁶⁾ ことが確認されている。

また同じ文脈で、ある1件の自殺報道が、自殺のあった同地域での自殺企図を増加させることがいくつか報告されており^{6), 10)}、群発自殺と命名されている。全ての青年の自殺のうち5%はこれらの群発自殺によって誘発させられたものだと考えられ³⁹⁾、一般に青年は成人よりもよりこうした模倣自殺の影響を受けやすいと考えられている³³⁾。

日本におけるこの領域での研究は、ほとんど行われていないのが現状である。1955年から1985年にかけての新聞報道における有名人の自殺の影響をアメリカ合衆国での影響と比較している研究では³⁶⁾、予想されたより新聞報道による模倣自殺への影響は少ないとされている。しかし、この研究において日本人にとっての有名人の選定基準が不適切であると思われる。すなわ

ちNew York Times IndexやJapan Timesによる有名度選定を行っており、例えば中南米の大統領のように、ほとんど一般の日本人にとって興味がないであろう有名人が対象になったりしている。以上の問題により、正確な模倣効果を検定していない可能性が考えられ、より詳細な研究が必要であると思われる。つまり現状では日本における実証的データの裏づけのないままに、有名人の自殺による後追い自殺という文脈で様々なニュースが報道されており、情報を拡大再生産している感を否めない。メディアに関する具体的な自殺予防対策については佐名手の項を参照されたい。

ストレス脆弱仮説と自殺（社会的関係の心理的側面）

自殺に至る反応を一連のストレス反応と捉えると、自殺に至るまでの社会的関係の働き方は、ストレス脆弱仮説（stress vulnerability hypothesis）の中に位置付けられる。ストレス脆弱仮説は、ハンス・セリエのストレス反応理論を心理的変数に導入した際に、同程度のストレッサーが存在する条件でもストレス反応に至る人間もいれば、健康状態を保つ人間もいることを説明するためのモデルである⁹⁾（Fig1.参照）。

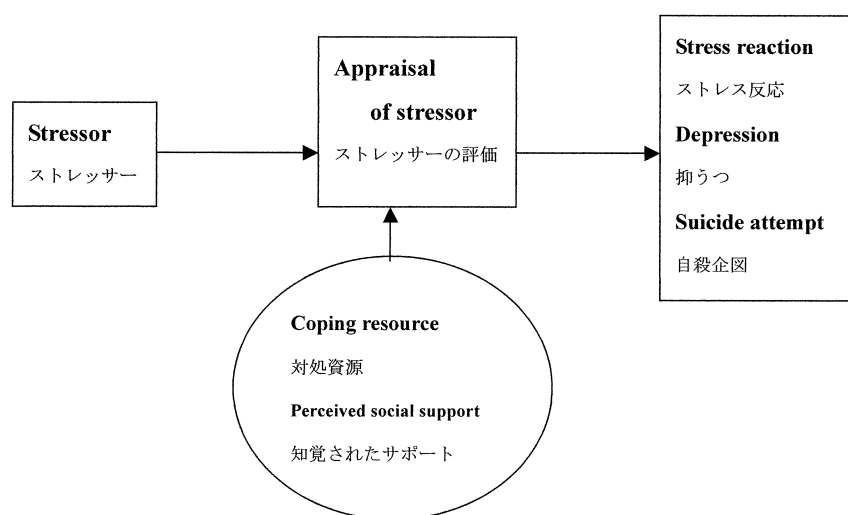


Fig.1 ストレス脆弱仮説のモデル：Cohen(1988)より改変

例えば、何らかの負荷の高い心理的ストレッサー（配偶者との死別、引越しなど）が個人にかかったときに、個人が持っている様々な対処資源（ソーシャル・サポート、コーピング方略、パーソナリティ）が有効に働けば、ストレス反応にまで至らないですむ。逆に負荷が低い心理的ストレッサーであっても、対処資源が貧乏しければ容易にストレス反応に至ってしまうと考える。つまりストレッサーとストレス反応の間の関連を対処資源という媒介変数を置くことによって説明するものである。ここでは、モデルに従ってストレッサーと自殺、対処資源と自殺という観点から研究を概観する。

ストレッサーとしてのネガティブ・ライフイベントと自殺の関連を扱った研究は、古典的にはHolmes & Rahe¹⁸⁾の社会適応評価尺度による研究があげられる。過去一年間に様々なネガティブライフイベントの累積点数がある一定水準を越えると「危機」の状況と評価され、自殺のリスクも高まるとされる。生後6ヶ月か

ら12ヶ月の間に養育者など重要な他者との別離を経験するという、ある特殊なネガティブライフイベントはその後の精神疾患罹患率を高め、自殺率を増加させるといわれるが⁸⁾、その後の実証的研究によればこれらの知見を支持するもの²⁷⁾、否定するもの²³⁾があり対立的である。おそらく、それらのデータの不一致はストレス脆弱仮説でいう対処資源の違いをコントロールしてないことに由来するかもしれない。国内における研究では、当時他国に比べて高かった若年層の自殺率を、同時期に日本において社会問題となっていた試験地獄との関連から論じたもの¹⁹⁾がある。

対処資源と自殺との関連については、社会的孤立（social isolation）とその裏面である社会的支援（social support）についていくつか研究が存在する。ごく初期の社会心理学的研究においてAsch⁴⁾は以下のような同調実験を行った。被験者以外が全員さくらである状況で、明らかに長さの違う2本の線分の長さを答えさせる。被験者が答える順番は一番最後であるが、さく

らであるほかの集団構成員に様に「同じ長さである」と答えさせると、最後に被験者が明らかに間違った答え（同じ長さである）を言う確率が高まる。すなわち集団の圧力は（この場合社会的孤立状況であるが）正常な判断を失わせる。また、第二次世界大戦中のユダヤ人収容施設のような極限の社会的孤立状況ではやはり自殺者が増えることが観察されている⁷⁾。同様に自殺企図者、完遂者の社会的支援はコントロール群より低いことが知られている²⁴⁾。また、自殺念慮を従属変数にとった研究では、完べき主義などの人格特性との関連が指摘されている¹¹⁾。国内の研究では、自殺完遂者の動機の推定により、男性で31%、女性で26.7%に対人関係での問題を抱えていたとする知見²¹⁾があるが、実際の自殺完遂者を対象にした研究はこの分野では少ない。データにアクセスすることの困難さに由来するものと思われる。詳細は別項に譲るが自殺企図者を対象とした研究では、飛鳥井⁵⁾や西山²⁹⁾による優れた心理学的剖検研究が散見されるが、その場合でも研究対象が精神科外来患者などに限局される。自殺念慮など純粹に心理的な変数を従属変数に取る研究は主に心理学の分野に多く、自殺念慮尺度を作成しその規定要因として社会的支援、喪失体験を挙げるもの³⁰⁾、社交性など人格要因を挙げるもの²⁸⁾がある。さらに自殺念慮者の性格特性を検討した研究では、Y-G性格検査において「抑うつ」「主観的・思考的内向性」を特徴とする性格特性プロフィール「不安定積極型性格」が非自殺念慮者に比べて強いとされている²²⁾。ただし上記の自殺念慮を従属変数に置いた研究の場合は、ほぼ例外なく大学生などの健常群を標本集団としており、結果の一般性に関して疑問が残る。また、質問紙などで測定された「自殺念慮感」と実際の自殺企図のリスクについては実証的なデータによる裏づけはなく、「自殺念慮」を従属変数にすることによって自殺について何らかの知見が深まったり、自殺行動を実際に予測するという事は難しいと考えられる。

ストレス脆弱仮説にしたがって、ストレッサー、対処資源、ストレス反応という3つの変数を測定する、すなわちネガティブライフイベント、ストレッサー、抑うつ、孤独感、生きがい、人格特性などによって自殺念慮を予測するモデルを検討したところ、全分散の30%ほどを説明することができている³⁴⁾。今後、さらにモデルの説明力を高めるべく重要な変数の探索と組み合わせの検討が必要である。また、日本におけるこの分野の研究を概観すると、一般母集団を対象にした

研究が少なく、広く一般標本集団を取る事によって（自殺完遂・自殺企図の事例を含める）一般性のある知見を得ることが必要であり、全てはそこから間口が広がっていくものと思われる。

結 語

自殺学における社会的関係を扱った研究を、①社会状況と自殺、②メディアによる情報と自殺の模倣、③ストレス脆弱仮説と自殺（社会的関係の心理的側面）という3つの観点から概観した。Stack³⁷⁾によれば1981年から1995年までの欧米圏での自殺学研究は998件にのぼる。今回筆者が我が国における自殺学研究について「自殺 (suicide)」「社会 (social)」というキーワードで調査した範囲では、和文が国会図書館雑誌記事検索（1981年から2003年）によって、英文はPubMed（1963年から2003年）によって検索し、審査を行う学術誌と思われるものを選択した結果、83件の論文しか該当しなかった。量が多ければいいというわけではないが、まずは研究の絶対数が少なすぎることが問題であると考えられる。該当した論文のうちでも、いわゆる事例研究などの個性記述的研究が多く、ある程度一般性のある実証的なデータに基づきながら、自殺学における社会的関係について法則定立的な研究を目指しているものはまだまだ少ないといわざるを得ない。

自殺学における社会的関係は、行政による施策といったマクロなレベルから、臨床家による心理社会的支援といったミクロなレベルまで、さまざまなレベルでの自殺防止・予防策に、深く直接的に関わってくる。厚生労働省発表による2000年の自殺死亡者総数が30,000人を突破した現在²⁰⁾、自殺予防に関する施策は国家的な急務であり、その根拠となる研究が必要とされている。日本での自殺学における社会的関係を扱った研究を概観すると、その研究対象が旧厚生省発表の資料・国勢調査などの政府統計をソースとするものと、知見の一般性が限定された健常群（学生など）を対象にするものがほとんどである。つまり現状では、自殺完遂者についての研究知見は政府統計を利用したretrospective（後ろ向き）研究に限定され、prospective（前向き）研究であっても、対象が本来の自殺完遂者群ではない不完全な研究になってしまうという、非常にゆがんだ構造になっている。これからは、広く一般母集団を対象とした前向きコホート研究が強く望まれ

る。もちろん、今までの研究がそうした中空構造になっていることには相応の理由があり、研究の遂行に困難さがついてまわることは容易に想像できるが、自殺の予防介入を視野に入れた研究³⁸⁾にその突破口を見出すことができる。つまり、自殺に対する予防、介入を行う当事者となりながら、基礎的なデータを収集するという方法論でしか、自殺学における社会的関係に関する新たな意味のある知見を生み出すことは難しくなってくるであろう。欧米でのこうしたコミュニティアプローチ型の研究では、必ずしも費用対効果に見合った知見が生み出されているわけではない、という批判は当然であるし、実際今に至るまで自殺リスクの有効な予測法は知られていない。しかし、本稿でも少し触れたが、社会的関係といったデリケートな変数を扱うときには、従来型の単純な線形回帰モデルに従った研究ではなく、交互作用項も含めた非線形回帰モデルを考慮した研究が有用であろうと考えられる。すなわち、単純に個々の要因を独立に積み上げて自殺のリスクを評価するのではなく、要因間の相互作用も考慮に入れることがより現実の現象に近いアプローチだと思われる。近年こうした新しい統計的方法に関する道具立てはそろってきており³⁹⁾、ひとまず欧米でのコミュニティアプローチでの自殺学研究が一段落ついている今、基礎的なデータがまだそろっていない日本で新たな方法を盛り込んだ大規模研究を立ち上げることが研究戦略的には賢明であると思われる。うまくいけば、自殺学研究の世界の潮流の中で目覚ましいトピックをあげることになるし、たとい目覚ましい成果は無くとも、日本における自殺学に関する基礎的で実証的なデータは、日常臨床の現場から政策決定の根拠にいたるまで、それぞれの場所で重要なものになることは間違いない。そうした研究体制を維持するにはかなりのマンパワーや多分野の人材（精神医学・公衆衛生学・心理学・看護学・生物学・哲学・倫理学・法学）が必要であるが、自殺学という学際的分野から有機的つながりを持ち、かつ有用な知見を発信するためには本来当然のことであろう。

本稿がそうした包括的研究の発端になれば幸いである。

文 献

- 1) Aiken LS, West SG: Multiple regression: Testing and interpreting interactions. Newbury Park, Sage, 1991.
- 2) 荒記俊一, 村田勝敬: 高度経済成長期(1960-75年,

日本)の自殺死亡率の変動と社会生活因子の影響. 日本公衆衛生誌 31(12): 651-657, 1984.

- 3) Araki S, Murata K: Social life factors affecting suicide in Japanese Men and Women. Suicide and Life-Threatening Behavior 16(4): 458-467, 1986.
- 4) Asch S: Opinions and social pressure. Scientific American: 31-35, 1955.
- 5) 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段を用いた自殺失敗者の診断学的検討—. 精神神経学雑誌 96(6): 415-443, 1994.
- 6) Berman AL, Jobes DA: Adolescent suicide: Assessment and intervention. American Psychological Association, Washington DC, 1991.
- 7) Bettelheim B: Individual and mass behavior in extreme situations. Journal of Abnormal Psychology 38: 417-452, 1943.
- 8) Bowlby J: Separation. Basic Books, New York, 1973.
- 9) Cohen S: Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. Health Psychology 7(3): 269-297, 1988.
- 10) Davidson L, Gould MS: Contagion as risk factor for youth suicide. Report of the Secretary: Task Force on Youth Suicide. U.S. Government Printing Office, Washington DC, 1989.
- 11) Dean PJ, Range LM, Goggin WC: An escape theory of suicide in college students: Testing a model that includes perfectionism. Suicide and Life-Threatening Behavior 26(2): 181-186, 1996.
- 12) Douglas JD: The social meanings of suicide. Princeton University Press, Princeton NJ, 1967.
- 13) Durkheim E: Suicide: A study in sociology. Free Press, New York, 1951.
- 14) Gibbs JP: Durkheim's heavy hand in the sociological study of suicide. Lester D (Ed.): Emile Durkheim, Le Suicide: One hundred years later. Charles Press, Philadelphia, 1994.
- 15) Gibbs JP, Martin W: Status of integration and suicide. University of Oregon Press, Eugene OR, 1964.
- 16) Gould MS, Shaffer D: The impact of suicide in television movies: Evidence of imitation. New England Journal of Medicine 315: 690-694, 1986.
- 17) Henry AF, Short J: Suicide and homicide. Free Press, Glencoe IL, 1954.

- 18) Holmes TH, Rahe RH: The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11: 213-218, 1967.
- 19) Iga M: Suicide of Japanese Youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 11(1): 17-30, 1981.
- 20) 石原明子, 清水新二: 近年における自殺の動向研究—人口動態統計、人口動態職業・産業別統計より—。 *精神保健研究* 14: 87-98, 2001.
- 21) 伊藤洋子, 木村博司, 上村繁雄他: 久留米市における最近5年間の自殺例の統計的検討。 *日本犯罪学雑誌* 58(2): 65-74, 1992.
- 22) 岩切美代子, 荒記俊一, 村田勝俊: 自殺念慮者(女子大学生)の性格特性—矢田部・ギルフォードテストを用いた症例・対照研究—。 *日本公衆衛生誌* 34(2): 81-83, 1987.
- 23) Maris RW: Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1981.
- 24) Maris RW, Berman AL, Silverman MM: The social relations of suicides. *Comprehensive textbook of suicidology*. The Guilford press, New York, 240-265, 2000.
- 25) 松本寿昭: 過疎地域における老人自殺の実態。 *社会老年学* 31: 22-34, 1991.
- 26) 松山博光: 自殺コーホートの社会学的研究。 *社会学論叢(日本大学社会学会)* 138: 33-48, 2000.
- 27) Murphy GE: Suicide in alcoholism. Oxford University Press, New York, 1992.
- 28) 中村真: 青年の自殺に関する研究Ⅱ—自殺志向に及ぼす人生観の影響—。 *臨床心理学研究* 35(1): 40-48, 1997.
- 29) 西山詮: 自殺と精神科外来—自殺の小社会学—。 *精神神経学雑誌* 81(5): 311-341, 1979.
- 30) 大塚明子, 瀬戸正弘, 菅野純他: 自殺念慮尺度の作成と自殺念慮に関連する要因の研究。 *カウンセリ*
ング研究 31: 247-258, 1998.
- 31) Phillips DP: The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review* 39: 340-354, 1974.
- 32) Phillips DP: The impact of fictional television stories on American adult fatalities: New evidence of the effect of mass media on violence. *American Journal of Sociology* 87: 1340-1359, 1982.
- 33) Phillips DP, Carstensen LL: Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *New England Journal of Medicine* 315: 685-689, 1986.
- 34) Rich AR, Bonner RL: Concurrent validity of a stress-vulnerability model of suicidal ideation and behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 17(4): 265-270, 1987.
- 35) Stack S: Celebrities and suicide: A taxonomy and analysis, 1948-1983. *American Sociological Review* 52: 401-412, 1987.
- 36) Stack S: The effect of the media on suicide: Evidence from Japan, 1955-1985. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 26(2): 132-142, 1996.
- 37) Stack S: Suicides: A 15-year review of the sociological literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30(2): 145-160, 2000.
- 38) 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.
- 39) Velting DM, Gould MS: Suicide contagion. Maris RW, Silverman MM, Canetto S (Eds.): *Review of suicidology*, Guilford Press, New York, 1997.
- 40) Wasserman I: Imitation and suicide: A reexamination of the Werther effect. *American Sociological Review* 49: 427-436, 1984.

【特集 自殺学】

自殺学 — 家族という観点から —

酒 井 厚

はじめに

個人の自殺によって最も深刻な影響を受けるのが家族であることは、異論のないことであろう。当事者である彼らに有益な情報を与え、それに基づいた具体的なサポートを行う目的のもと、これまで自殺と家族との関わりについて多くの研究がなされてきた。家族に内在する大きな関係性は親子と夫婦であり、これらの関係性と自殺との関連を知ろうとする努力が続けられている。本稿では、自殺を親子と夫婦という2つの関係性から検討してきた従来の実証的研究における知見と臨床実践である家族療法について紹介する。

親子のあり方と子どもの自殺との関連

親子関係と自殺との関わりについてこれまで多く議論されてきたのは、親子の関係性の質が子どもの自殺にどの程度影響するかについてである。この点に関して、当該分野における従来の研究を方法論の視点から再吟味したWagner (1997)⁴⁹⁾による主張は、ことさらに重要であると思われる。彼は、親子の関係性が青少年の自殺への影響要因となることを認めてきた研究の多くが、その研究デザインから示すことができる以上に両者間の関連性を主張する傾向が見られるとしている。例えば、家族の凝集性の高さ、良好なコミュニケーションがとれる雰囲気、親からのサポートが充分にあることは、子どもの自殺企図や自殺念慮への防御因子と考えられている要因である^{19), 33)}。反対に、凝集性が極端に低い家族や^{9), 21), 24), 30), 31), 34), 51)}子どもへのサポート機能が不良である親子¹⁸⁾、幼少期における養育者

との信頼感¹⁶⁾(愛着⁷⁾)の不全や虐待を受けること^{4), 8), 15), 37), 50)}、また養育者を失うことなどは¹³⁾、子どもの自殺企図・念慮への危険因子となる可能性が示されている。しかし、これらの親子関係の質と子どもの自殺行動との関連を示す研究の中には、抑うつなどの子どもの精神病理的特徴を統制した場合にその関連性が認められなくなる研究が少なくない。つまり、子どもの自殺に対して、親子関係の質という心理社会的要因を比較的独立した影響要因として扱った研究デザインでは認められた結果が、子どもの精神病理といった生物学的要因を考慮した研究デザインの下では認められないことを示しているのである。実際に、自殺念慮が診断基準(DSM-IV²⁾)の一症状として位置づけられている大うつ病をはじめ、不安障害、統合失調症、アルコール依存症など様々な子どもの精神病理が関連することがわかっている^{20), 45)}。また、家族に内在する精神病理的要因という視点からすれば、親の精神病理も同時に検討すべき要因であると思われる。統合失調症や抑うつなどに罹患している親の子どもに家庭内外での問題行動や社会的不適応になる傾向があることは、従来の親子関係に関する複数の縦断的な研究から認められていることである(菅原, 1997⁴⁶⁾)。同様なことは自殺に関してもあてはまり、自殺企図・念慮の認められる入院患者の親の方が、健常児の親に比べて、感情障害や心身症、不安傾向との関連があることを指示する研究が存在する^{10), 28), 29), 32), 35)}。

このような親子関係の質と自殺との関連を認めた従来の研究において、方法論的な問題として指摘すべき点がもうひとつ存在する。それは、自殺既遂者の研究におけるインフォーマントの問題である。これまで家族内要因と自殺既遂者との関連について認めてきた研究⁸⁾では、その多くが自殺者の第一等親族をインフォーマントとしてきた。しかし、それらの遺族から得られる親子の関係性についての情報は、彼らが亡くなった子どもに対して抱く遺族特有の罪悪感や自責感によりバイアスを受けたものである可能性が否定できな

い。遺族から得る情報はこの点を十分に考慮し、慎重に判断する必要がある。

以上のように、親子関係の質と子どもの自殺との関連を支持してきた実証的研究の中には、方法論的な問題を克服すべきものがあることが伺える。しかし、ここで注意すべきなのは、Wagner (1997)⁴⁹⁾の主張は、青少年の自殺と家族内要因の関連を否定するものではなく、家族内要因はあくまで他の要因（性別や年齢といった属性要因、精神疾患の有無、性格傾向、日々の生活における葛藤とそれに対するソーシャル・サポート不足など）と複合的に重なりあうことで個人の自殺行動への影響要因としての可能性を持つということである^{44), 47)}。自殺という現象の深刻さ、当事者の家族の心理に与えるダメージの深さを考慮すれば、自殺行為に影響するとされる家族要因の探索は、それが自殺行為を防ぐ要因であろうと、危険を高める要因であろうと、ことさらに慎重である必要がある。

夫婦関係と自殺

夫婦関係と自殺については、配偶者の有無との関わりからの研究が行われている。我が国では石原と清水(2001)²³⁾による人口動態統計資料を用いた分析から、各年齢層にほぼ共通した傾向として、有配偶者の自殺率が、配偶者と離死別した個人や未婚者に比べて低いことがわかっている。同様な傾向はアメリカ⁶⁾やオーストラリア⁵³⁾などにおいても認められている。しかし、我が国と同じアジア圏の香港における60歳以上の女性の自殺率は、有配偶者の方が配偶関係のない者に比べて高いという結果が得られている⁵³⁾。このように、配偶関係と自殺の関連は、国、年齢、性別などの属性によっても傾向は異なるようである。

夫婦関係が成立していても、その関係性の質が個人（親・子ども）の自殺と関連するという報告がある。例えば、夫婦間の不和やパートナーによる虐待的行為が配偶者の自殺企図に結びつく可能性が高いことは幾つかの研究から支持されていることである^{17), 25)}。これらの夫婦関係の質は子どもにもその影響が飛び火するとも考えられており、この点については当該分野で代表的なフェファー(1990)³⁶⁾やSabbath(1969)⁴⁰⁾をはじめ、これまで数多く議論されてきた。とりわけSabbath(1969)⁴⁰⁾が“取替えのきく子ども(the expendable child)”と表現した家庭内でのスケープゴート現象は、夫婦間もしくは家族内に蔓延する深刻な

葛藤による自らの悲哀感や絶望感の予先が子どもに向けられ、子どもを中傷する言動や行動に現れてしまう状態であるとされる。また、子どもに直接的な影響がいかないまでも、深刻な葛藤のある夫婦間の口論を頻繁に聞かされてしまっている子どもには、間接的な何らかの影響が及ぶという知見が存在する。そのような環境におかれた子どもは、親と離れなければならないのではないかと心配することが多く、それが過剰なストレスとなり、自殺念慮を抱くようになるという結果が示されたのである⁴³⁾。しかし、実証的な研究の中には、夫婦関係の質と子どもの自殺との間に関連を認めなかった研究もあり^{27), 38)}、先ほどの親子関係と自殺との関連と同様に、より洗練された方法論による再検討の必要性があることを付け加えておくべきであろう。

家族を取り巻く社会的状況要因と自殺

親子や夫婦といった特別な関係性には、時としてその命を大事な相手と一緒に絶とうとする現象が生じることがある。このような複数自殺は、我が国では通常“心中”と呼ばれている。稲村(1977)²²⁾によれば、1960年代当時までの複数自殺に対する感覚は文化によってその受け取り方が異なり、欧米ではそれを相手と同意のもとに共に命を絶とうとする心中という現象としてよりは、比較的、自殺か殺人かのいずれかに力点をおいて捉える傾向にあった。しかし最近では、確かにそのような傾向はあるものの、我が国における心中の感覚により近い“suicide pact”という表現が使われるようになり⁶⁾、その心理的メカニズムの解明に参考になる研究も行われている。Bonger, Goldberg, Cleary et al. (2000)⁶⁾によれば、親子による複数自殺は、自殺しようとして追いつめられている個人が、“自分の保護なしでは子どもがこの厳しい世界でひどい目にあってしまうであろう”と想像することで、悲劇的な結末を選択してしまうという。この「厳しい世界」とはその家族が所属する社会状況に他ならない。つまりは、稲村(1977)²²⁾が精神障害と家庭不和とともに親子心中の動機としてあげた、経済問題や生活苦などにあたると考えられる。また、景気の変動と自殺に関する研究を概観した高橋(2000)⁴⁸⁾は、最近の社会問題としてあげられる中高年の自殺に対して、不況の結果として起こる失業の増大が、元々自殺の準備状態にあった特定の個人が自己破壊行動に向かう引き金となっているのではないかと指摘している。

このように、自殺への準備状態、つまりは自殺への脆弱性（家族を単位とした場合には蔓延する脆弱の雰囲気）に、ストレスフルな社会的状況が関与することで、家族が不幸な事態を招くというメカニズムが考えられるのである。このメカニズムは、我が国の高齢者の自殺問題を考える上でも重要であろう。渡辺・川原・竹之下（1995）⁵²⁾は、高齢自殺者に認められる特徴として、気分障害などの精神障害に罹患していることと共に、家族関係の変化と地位の喪失という要因が加わることで自殺が起こるのではないかとしている。とりわけ、最近の自殺高齢者が都市部よりも農業地域において多く認められることに注目し、農業地域では息子や娘夫婦が共同生活を拒否し、拡大家族から核家族への傾向が高まっていることが背景にあるのではないかと推測している。次世代との分離が、農業地域における高齢者にとって耐え難い生活の変化を引き起こしているというのである。例えば、代々受け継がれてきた家業の後継者の不在、姑が守り伝えようとしている家事・育児における伝統的な家庭様式に対する嫁の不理解とそれに伴う姑の役割喪失感、所属するコミュニティとの共同作業への不参加などである。このような受け入れ難い状況の変化が、高齢者にとって自らの存在意義を見出せず、孤独であると感じさせ、強いストレスを生じさせていることは容易に想像できよう。

我が国において自殺する高齢者が複数世帯家族に多いことが認められている一方で、米国では、物理的に家族共同体が存在せず、孤独である場合にその決断をすることが多いようである。また、高齢者夫婦の複数自殺に関する研究からは^{1), 5)}、自分の周囲の人間関係が失われ、パートナーが病気を患い病弱である場合に、男性は経済的な問題や自身の健康の悩みから、パートナーを自分では守ってあげられないと感じ、慈悲や哀れみからその悲劇的な行為に及ぶと考えられている。実際に家族共同体が存在するか否かという状況に違いはあっても、両国における高齢者の自殺や心に関わる心理的要因は、孤独感や、役割もしくは責任能力の喪失に伴い、自らの存在意義を見出せなくなったことと関連が深いように思われる。

不況・失業に伴う中高年の自殺、また60歳以上の高齢者でとりわけ農業地域においてその数が多いという現状は深刻であり、その対応は急務である。彼らに共通する心理的要因であると思われる孤独感と役割喪失感、そして激しい自尊感情の低下を理解し、情緒的にも物理的にもサポートするセイフティ・ネットシステ

ムの構築が必要である⁴¹⁾。

家族要因に関する知見を活かす：家族療法によるアプローチ

家族という視点から得られた個人の自殺についての知見は、未遂者である場合にはその本人と家族、既遂者の場合には遺族に活かされて始めて意味のあるものとなる。家族療法¹²⁾は、“自殺を考えている状態を緩和するのに最も効果的な治療形態³⁹⁾”とされ、本人を含めた家族をひとつの単位として考え、家族システムを治療・介入の対象とする。

どのような精神疾患、心理的な悩みを抱える家族を対象とする場合にも、家族療法を行う際の理念は、家族をエンパワーし¹⁴⁾、家族機能のホメオスタシスを復元し、それを維持することを手助けする作業である。より具体的には、自殺企図や自殺念慮の問題を抱える当事者についての情報を入手し、家族の雰囲気を、家族の皆が開示できずに自分の中にしまいこんでいる気持ちや感情を打ち明けさせる状態に作り上げることである。その上で、家族とそこに携わる専門家が、一人一人が十分な責任を持ちながら、ひとつのチームとして一致団結した態度で自殺を望む本人に接し、本人が抱えている問題を解放させることが念頭に置かれる³⁹⁾。

自殺の危険のある個人とその家族には、複数のセラピーを複合して対応することが望ましいとされている⁴²⁾。例えば、家族療法家の家族に対する接し方はあくまで補助的（Adjunctive）であるのが望ましいとするフェファー（1990）³⁶⁾は、個人を対象とした心理療法、親子や夫婦といった二者間において見られる葛藤を解消するためのカウンセリング、時には薬物療法も併用し、これらの複数のセラピーを通じて家族が自らの力で家族システムを改良できるように援助することの大切さを主張している。また、統合的精神療法（integrative therapy）では、複数の精神療法や家族療法、薬物療法の併用の他に、家族を超えた当事者本人を取り巻く環境である友人関係、学校、精神保健福祉センター、病院等の専門機関、そしてそれを統括する社会システムからの影響も考慮したコミュニティ心理学的アプローチを含めたものとなっている。この背景には、自殺の危険のある個人を救うためには、自殺の危険要因として考えられる生物学的および心理社会的要因をできる限り網羅すべきであるという意図が伺われる。我が国においても、自殺企図者の家族や、自

殺既遂者の遺族に対する地域機関の連携の重要性を指摘する実態調査が報告されはじめており、個人、家族、社会の連携システムの発展が期待される⁴³⁾。

さいごに

平成10年度以降、年間自殺者総数が3万人を超える状況の続く中、我が国における自殺と家族との関連についての知見は十分なものとはいえないのが現状である²⁶⁾。今後は、当該分野に関する実証的研究を充実させることと、家族療法に代表される臨床実践とサポートシステムの発展が期待されるが、その際には次の点が重視されるべきであると思われる。まず、実証的研究に関して、家族内要因と自殺との関連を単独で見ようとするのではなく、個人の生物学的要因（遺伝、性格、精神病理など）や社会的要因（所属する社会の状況や文化など）とのインタラクションとして、その影響力を判断するような研究デザインからの検討を行うことである。また、家族内に要因を見出そうとする試みには、自殺行動の再発を防ぐ情報を提供できる可能性とともに、それを知った家族に自責感や罪悪感を少なからず与えてしまう可能性も含んでいることを十分に認識しておくべきであろう。

次に臨床実践およびサポートシステムの発展については、自殺行動のある個人を取り巻く家族からのアプローチばかりではなく、その家族に影響を与える社会に目を向けることが必要であると思われる。Ayyash-Abdo (2002)³⁾は、Bronfenbrenner (1979)¹¹⁾の生態学的アプローチを参考にして、自殺を企てる個人を、マイクロシステム（家族や学校）、エクソシステム（メディアなど）、マクロシステム（民族や文化）という複数の領域との関わりから考えることの重要性を説いている。

以上のように、実証的研究を充実させ、臨床実践とサポートシステムを発展させるためには、この両者間の連携が必要不可欠である。実証的研究から得られた知見をもとに、臨床的なケアを実践し、またその臨床場面から得た情報を研究にフィードバックするというアクション・リサーチは、クライアントに対して最良のアドバイスを与えることを可能にするものと思われる。個人を自殺から防ぐ試みとして最も重要なのは、個人と家族、家族と社会、社会における地域機関同士、そして実証的研究者と臨床実践家間での良好な連携関係、そしてそれを支えるお互いへの信頼感である。

文 献

- 1) Allen, NH.: Homicide followed by suicide: Los Angeles, 1970-1979. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 9: 15-23, 1983.
- 2) American Psychiatric Association.: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(4th ed.). Washington, DC: Author, 1994.
- 3) Ayyash-Abdo, H.: Adolescent suicide: An ecological approach. *Psychology in the Schools* 39: 459-475, 2002
- 4) Bayatpour, M., Wells, RD., & Holford, S.: Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers. *Journal of Adolescent Health* 13: 128-132, 1992
- 5) Berman, AL.: Dyadic death: A typology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 26: 342-350, 1996.
- 6) Bonger, B., Goldberg, L., Cleary, K., et al.: Marriage, family, family therapy, and suicide. In RW. Maris, AL. Berman & MM. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology* New York: Guilford, pp.222-239, 2000.
- 7) Bowlby, J.: *Attachment and loss*. Vol.1: Attachment. New York: Basic Books, 1969.
- 8) Brent, DA., Preper, JA., Moritz, G. et al.: Familial risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 89: 52-58, 1994.
- 9) Brent, DA., Kolko, DJ., Allan, MJ., et al.: Suicidality in affectively disordered adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 586-593, 1990.
- 10) Breslau, N., Davis, GC., & Prabucki, K.: Depressed mothers as informants in family history research: Are they accurate? *Psychiatry Research* 24: 345-359, 1988.
- 11) Bronfenbrenner, U.: *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
- 12) Burns, JM., & Patton, GC. Preventive interventions for youth suicide: a risk factor-based approach. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34: 388-407, 2000.
- 13) Cohen-Sandler, R., Berman, A., & King, RA.: Life stress and symptomology: Determinants of suicidal behavior in children. *Journal of the American Academy*

- of Child Psychiatry 21: 178-186, 1982.
- 14) 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 中間報告書 平成12年度厚生科学研究障害保健福祉総合研究事業
- 15) Deykin, EY., & Buka, SL. Suicidal ideation and attempts among chemically dependant adolescents. *American Journal of Public Health* 84: 634-639, 1994.
- 16) エリクソン EH. 仁科弥生 (訳) : 幼児期と社会2 東京: みすず書房 1980. (Erikson, EH. :Childhood and society 2nd edition. Norton, 1950.)
- 17) Fergusson, DM., Woodward, LJ., & Horwood, LJ.: Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine* 30: 23-39, 2000.
- 18) Field, T., Diego, M., & Sanders, CE.: Adolescent suicidal ideation. *Adolescence* 36: 241-248, 2001.
- 19) Flouri, E., & Buchanan, A.: The protective role of parental involvement in adolescent suicide. *Crisis* 23: 17-22, 2002.
- 20) Funahashi, T., Ibuki, Y., Domon, Y., et al.: A clinical study on suicide among schizophrenics. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 54: 173-179, 2002.
- 21) Garrison, CZ., Jackson, KL., Addy, CL., et al.: Suicidal behavior in young adolescents. *American Journal of Epidemiology* 133: 1005-1014, 1991.
- 22) 稲村博 自殺学 その治療と予防のために 東京大学出版会, 1977.
- 23) 石原明子, 清水新二: 近年における自殺の動向研究 - 人口動態統計、人口動態職業・産業別統計より - . *精神保健研究* 47: 87-98, 2001.
- 24) Kandel, DB., Raveis, VH., & Davies, M.: Suicidal ideation in adolescence: Depression, substance use, and other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence* 20: 289-309, 1991.
- 25) Kaslow, NJ., Thompson, MP., Brooks, AE., et al.: Ratings of family functioning of suicidal and nonsuicidal African American women. *Journal of Family Psychology* 14: 585-599, 2000.
- 26) 警察庁生活安全局地域課 平成13年中における自殺の概要資料
- 27) King, CA., Radpour, L., Naylor, MW., et al.: Parents' marital functioning and adolescent psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 264-272, 1995.
- 28) King, CA., Segal, HG., Naylor, M., et al.: Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32: 1198-1206, 1993.
- 29) Klimes-Duogen, B., Free, K., Ronsaville, D., et al.: Suicidal ideation and attempts: A longitudinal investigation of children of depressed and well mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38: 651-659, 1999.
- 30) Kosky, R., Silburn, S., & Zubrich, SR.: Symptomatic depression and suicidal ideation: A comparative study with 628 children. *Journal of Nervous and Mental Disease* 174: 523-528, 1986.
- 31) Kosky, R., Silburn, S., & Zubrich, SR.: Are children and adolescents who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide? *Journal of Nervous and Mental Disease* 178: 38-43, 1990.
- 32) Lewinsohn, PM., Rohde, P., & Seeley, JR.: Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32: 60-68, 1993.
- 33) McKeown, RE., Garrison, CZ., Cuffe, SP., et al.: Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37: 612-619, 1998.
- 34) Miller, ML., Chiles, JA., & Barnes, VE.: Suicide attempters within a delinquent population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 491-498, 1982.
- 35) Myers, KM., McCauley, E., Calderon, R., et al.: Risks for suicidality in major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30: 86-94, 1991.
- 36) フェファー C. R. 高橋祥友 (訳) : 死に急ぐ子供たち: 小児の自殺の臨床精神医学的研究. 東京: 中央洋書出版部, 1990 (Pfeffer, CR.: The suicidal child. New York: Guilford, 1986)
- 37) Pfeffer, CR., Newcorn, J., Kaplan, G., et al.: Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*

- Psychiatry 27: 357-361, 1988.
- 38) Pfeffer, CR., Plutchik, R., Mizruchi, MS., et al.: Suicidal behavior in child psychiatric inpatients and outpatients and in nonpatients. *American Journal of Psychiatry* 143: 733-738, 1986.
- 39) リッチマン J. 高橋祥友 (訳) : 自殺と家族. 東京: 金剛出版, 1993 (Richman, J.: Family therapy for suicidal people. New York: Springer, 1986)
- 40) Sabbath, J.: The suicidal adolescent: The expendable child. *American Journal of Child Psychiatry* 8: 272-289, 1969.
- 41) 三野善央: 不況、うつ病そして自殺. *教育と医学* 50: 57-61, 2002.
- 42) Shadish WR.: Do family and marital psychotherapies change what people do? In Cook TD, Cooper H, eds. *Meta-analysis for explanation: A casebook*. New York: Sage, pp.129-208, 1992.
- 43) Shagle, SC., & Barber, BK.: Effects of family, marital, and parent-child conflict on adolescent self-derogation and suicidal ideation. *Journal of Marriage and the Family* 964: 974, 1993.
- 44) 清水新二・川野健治・石原明子他: 自殺に関する心理社会的要因の把握方法に関する研究 厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業 自殺と防止対策の実態に関する研究 平成13年度総括・分担研究報告書, pp.30-54, 2001.
- 45) Strauss, J., Birmaher, B., Bridge, J., et al.: Anxiety disorders in suicidal youth. *Canadian Journal of Psychiatry* 45: 739-745, 2000.
- 46) 菅原ますみ: 養育者の精神的健康と子どものパーソナリティの発達: 母親の抑うつに関して. *性格心理学研究* 5: 38-55, 1997.
- 47) 高橋祥友: 自殺の心理学. 東京: 講談社現代新書, 1997.
- 48) 高橋祥友: 景気変動と自殺. *季刊 精神科診断学* 11: 291-298, 2000.
- 49) Wagner, BM: Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin* 121: 246-298, 1997.
- 50) Wagner, BM., Cole, RE., & Schwartzman, P.: Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 25: 358-372, 1995.
- 51) Walden, AG: Factors related to suicidal ideation in African-American college women. *Dissertation Abstracts International Section B, The Sciences and Engineering* 57: 4046, 1996.
- 52) 渡辺直樹・川原達二・竹之下由香: 高齢者の自殺. *こころの科学* 63: 64-69, 1995.
- 53) Yip, PSF.: Age, sex, marital status and suicide: An empirical study of east and west. *Psychological Reports* 82: 311-322, 1998.

【特集 自殺学】

死の自己決定—自殺と安楽死—

林（平野）美 紀^{1), 2)}

はじめに

自殺とは、意図されたものである²⁵⁾。

現代社会においては、自己決定は、すべての事柄において尊重される。これは、私的自治を重要な理念のひとつとして位置づける日本の民法上の基礎原理であるだけではなく、基本的人権の尊重という意味で、憲法上の理念でもある。自己決定権の尊重は、売買契約や財産管理、医療上の決定などさまざまな場面に適用される。

しかし、自己決定の根源をも喪失させる決定、つまり、生命の終結という究極的な自己決定である自殺については、どのような法的評価が与えられるのであろうか。自己決定権としての生命の処分権が主張できるのであろうか。

世界史的にみれば、自殺は、精神の病の結果とみなされてきた。そして、自殺の未遂者は処罰の対象とされ、既遂者に対しては財産権が剥奪され、正式な埋葬が許可されず、四肢が切断されるなど不名誉な方法での埋葬がおこなわれていた⁵¹⁾。たとえば、英国では、キリスト教が自殺を罪と考えるようになったため、13世紀頃から自殺を犯罪とするようになった⁴⁵⁾。そして、1961年に自殺法（Suicide Act 1961）が制定されるまでは、殺人法（Homicide Act 1957）によって、自殺は犯罪であった¹⁹⁾。個人の生命を個人で処分することが許されないのは、個人は納税や労働の担い手であり、個人の生命は共同体に属していると見做されていたから

でもあった。

現在の日本では、自殺自体は、刑法上、処罰の対象とされていない。しかしながら、自殺幇助や自殺教唆などの自殺関与については、刑法202条によって処罰される。自殺自体は処罰の対象とされていないにもかかわらず、自殺関与という、他人の手が介入する場合には刑法上処罰の対象となるため、学説上、自殺の法的評価については争いがある。自殺における関与形態の問題は、近年の医療技術の発達ともあいまって、より具体的にいえば、生命維持治療拒否、尊厳死、安楽死の問題につながる。

また、近年、死についての自己決定は、患者の自己決定権という視点から議論されるようになってきた。たとえば、人工呼吸器や生命維持装置などの開発と改良によって、回復の見込みがなくなったあとでも人工的に延命できるようになり、治療拒否をめぐる問題は、あらたに、患者の自己決定権という概念から議論されるようになったのである。さらに、安楽死の問題は、古くには森鷗外が小説「高瀬舟」でその命題に触れたように、痛みからの解放という側面が強調されてきたが、鎮痛医療の発達によって痛みから逃れるためという側面が弱まり、自己決定権から検討する余地がうまれてきた。

そこで、本稿では、法的視点に立って、死の自己決定の検討をおこなう。もちろん、ここでは、死という自己決定を推奨するものではなく、まず、その存在を認識したうえで、時期尚早の死について、有効な防止策を探ろうとするものである。

自殺の法的評価

すでに述べたように、日本の現行刑法では、自分の命を自ら絶つ行為は不処罰である。しかし、刑法202条は、他人に自殺を教唆したり、他人の自殺を幇助したりする行為や、他人の承諾を得て、あるいは殺してくれとの嘱託を受けてその生命を絶つ行為を禁止して

¹⁾ 日本学術振興会特別研究員

Research fellow of the Japan society for promotion of science

²⁾ 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部
Department of sociocultural research, National institute of mental health, National center of neurology and psychiatry
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3
1-7-3 Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-0827, Japan
(別刷請求先：林 美紀)

いる。自殺自体は不可罰であるのに、自殺関与が処罰の対象となるのは、理論的な矛盾が生じる。なぜなら、刑法上の「共犯（＝自殺関与罪）が成立するためには、正犯（＝自殺）行為に従属しなければならない」とする「共犯の従属性」という理論からいえば、自殺そのものが犯罪行為でなくてはならないからである。そのため、たとえばドイツ刑法では自殺関与を処罰していない。また、自殺関与と同意殺人が同一条文に規定されていることに対して、自殺の不可罰根拠が何かによって、それぞれの処罰根拠が異なってくる。そのため、自殺についての法的評価については、学説上も争いがある。端的に大別すれば、次のようになる。

（１）自殺を適法とする説：根拠は、個人法益には法益主体に自己の生命を処分する自由がある^{17,23,29)}、あるいは、自殺は法的に放任されているだけであり違法性はない^{31,38)}、あるいは、自殺意思は常に不確実であるが、自殺意思が明らかな場合は適法である¹⁾、などの説がある。

（２）自殺を違法とする説

（２－ア）責任が阻却されるとする説^{18,44)}。

つまり自殺に違法性はあるが、責任までは問えないので、不処罰とされていると解する。

（２－イ）可罰的違法性が阻却されるとする説^{30,34,41)}

この中で、わが国は、（２）の自殺を違法とする説が支配的であり、それを根拠に、自殺関与罪が規定されている、とする見解が一般的である^{2,47)}。

しかしながら、自己決定権の尊重から、生命維持治療拒否の問題では、自殺意思を尊重し、かつ、承認する、という方向が、世界で生まれつつあることも、一方では事実である。そして、オランダでは、生命維持治療拒否権からさらに進んで2002年には安楽死法が施行された。そこで、次に、自己決定と安楽死問題を検討してみる。

自己決定と安楽死

安楽死（euthanasia）の問題は、非常に古くから議論されている。その語源はギリシャ語のeu（良い）とthanatos（死）にあるといわれ、本来は、良き死、安楽な死、好ましい死、などを意味する。しかし、安楽死は、自然に死ぬという文字通りの意味ではなく、他

人の手が介入することに、法的な問題が生じる。

日本では、この行為は、本人の依頼による、あるいは承諾によるものとして、刑法202条によって、通常の殺人罪よりも軽く処罰されることになる。本人の嘱託に基づいた殺害であっても嘱託殺人罪に該当し、また、前述のように自殺を幫助する行為も同条によって処罰の対象とされている。

日本では安楽死については、「死期が迫っている患者の、堪え難い激しい肉体的苦痛を除去して、安らかに死なせる行為」と定義されている²⁸⁾。その形態については、治療を中止するなどの消極的安楽死、鎮痛医療の副次的な作用で死期を早める間接的安楽死、積極的な殺害行為による積極的安楽死、という分類がおこなわれてきたが、本稿では、特に、積極的安楽死を検討する。なぜなら、そのほかの安楽死については医療行為の一形態とみなし、刑法的には問題とならないとするのが、一般的であるからである。

積極的安楽死については、痛みからの解放という人道的な理由を挙げてその違法性が阻却される^{32,48)}、あるいは違法であるが個別的に責任が阻却される^{37,40)}、とされてきた。しかしながら、近年では、鎮痛医療の発達や患者の意思を尊重する流れによって、行為者中心の論議から、患者の自己決定権を挙げるものが多く見られるようになってきた^{6,24,35)}。

旧厚生省は、1987年に「末期医療に関するケアの在り方の検討会」を設け、1989年に、患者の自己決定権の尊重と単なる延命医療の再考などの提言をおこなった。また、1992年には、日本医師会の生命倫理懇談会によって、末期医療に臨む医師に対する指針として、報告書が作成された。本報告書は、末期医療における患者の自己決定権を尊重し、単なる延命治療は避けること、としているが、安楽死の是非の問題については、立法による解決に消極的な態度を示している。

実際に安楽死事件とされた判例は、1950年の東京地裁判決^a以来、7判例ある¹⁰⁾。

1995年の横浜地裁判決^bまでは、安楽死の許容要件として1962年の名古屋高裁判決^cのいう6要件が挙げられていた。名古屋高裁の事件では、父の苦痛を見るにみかねた息子が、牛乳に農薬を入れて殺害した行為が問われたものである。高裁は、安楽死が許容されるには（１）不治の病であること、（２）苦痛が甚だしく、何人も真にこれを見るに忍びないこと、（３）死の緩和の目的であること、（４）患者の真摯な嘱託または承諾があること、（５）医師の手によるもので

a 東京地裁1950年4月14日判決（裁判所時報58号4頁）。

b 横浜地裁1995年3月28日判決（判例時報1530号28頁）。

c 名古屋高裁1962年12月22日判決（高等裁判所刑事判例集15巻9号674頁）。

あること、(6) 倫理的に妥当な方法であること、とし、本件においては、(5)(6)の要件が満たされていないとされた。

横浜地裁判決は、すでに意識のない患者の苦痛を見かねた息子が、医師に「楽にしてほしい」といって、医師が薬物によって患者の生命を短縮した事例である。患者の意識がなく、また意識を喪失する前にも患者の依頼がなかったため、被告である医師は嘱託殺人罪ではなく殺人罪に問われた。また、行為の時点で患者の意識がなく従って苦痛がないということは、本来、安楽死とはいえないものである²⁰⁾が、日本では、つねに、本人の苦痛より、「周囲から見た苦痛」というものに焦点があてられる傾向が強いため、安楽死事件とされている。本判決では、安楽死許容要件とは、(1) 堪え難い肉体的苦痛に苦しんでいること、(2) 死期が迫っていること、(3) 肉体的苦痛を除去緩和するために方法を尽くして、代替手段がないこと、(4) 明示の意思表示があること、の4点であるとされた。患者の自己決定権を尊重する立場から、安楽死については厳格な要件を定め安楽死が認められる場合もあるとしたのである。しかし、本件においては、これらの要件には該当しないとして、許容されないとした。このように、一定の条件が満たされれば許容されるとされながら、日本ではいまだに安楽死事件で無罪判決が出たことはない。このような厳格な要件が満たされることは現実には厳しいため、事実上、安楽死は容認されていないという見解もある²¹⁾。

本件は、新たに安楽死要件が提示されたという点においてだけではなく、これまでの判例では患者の家族の行為が問われたのに対して、はじめて医師が被告となったという点でも特色がある。

また、横浜地裁判決においては、安楽死だけではなく、治療中止などの件についても触れられた。しかしながら、日本では生命維持治療の可否をめぐる裁判で争われたことはない。これは、次項に述べるアメリカとは対照的であるといえよう。

生命維持治療拒否における自己決定

自己決定権が尊重されるという議論が進むにつれて、安楽死についての議論が進むだけではなく、尊厳死論が生まれるようになった。

尊厳死とは、治癒不能な病気にあって、死期が迫った患者に、過剰と考えられる延命医療をやめ、人間と

しての尊厳を保たせながら、死を迎えさせる行為をいう。そして、脳死の患者や、植物状態の患者を対象として、人工呼吸器等の治療措置を中止することについての法的評価が議論される。安楽死と尊厳死との相違は、安楽死が、苦痛から解放させるため積極的な殺害によって生命を終結することをいうのに対して、尊厳死は、生命維持治療の中止という、より消極的な行為である点に現れる。

世界で初めて尊厳死を認めたとされる1976年のKaren事件New Jersey州最高裁判決^{d)}は、自動車事故によって遷延性植物状態に陥った21歳のKaren Quinlanについて、父親が人工呼吸器をはじめとする生命維持装置の中止を認める権限の付与を裁判所に求めた事例である。判決は、生命維持治療拒否権の根拠として、合衆国憲法上認められてきたプライバシー権をあげて、予後が非常に悪い場合には、身体的侵襲の程度がきわめて高い生命維持装置を拒否する権利を認めた。また、患者に意思能力がない場合には、代行権者に拒否権の行使を認めた^{3,4)}。

Karen事件判決後も、1977年のSaikewicz事件判決^{e)}、1985年のConroy事件判決^{f)}、1986年のBouvia 事件判決^{g)}などにおいて、アメリカでは、州の最高裁レベルで、生命維持装置治療拒否の問題が議論されてきた。多くの裁判所は、生命維持治療拒否の法的根拠を合衆国憲法上のプライバシー権やインフォームド・コンセントの法理に求め、それに対抗する州の法益として、生命の維持、自殺の保護、医療プロフェッションの倫理的廉潔性の保護、患者に依存する第三者の保護を挙げた。そして、両者を衡量の結果、患者の権利に優位が認められるとしたのである。

さらに1990年の、Nancy Cruzan事件合衆国最高裁判決^{h)}においては、治療拒否権の根拠を、合衆国憲法上もっとも価値の認められるプライバシー権ではなく、合衆国憲法修正14条の適正条項によって保護される自由権に求めた²⁶⁾。本件は、治療拒否に関しては、高度な証明水準を求める州法を合憲として、本件での患者の希望がその水準に達しているとはいえないとした。しかし、いずれにしても、生命維持治療拒否について患者自身に決定権があるとし、意思能力のない患者については、代行権者が意思を代行することによって、患者の決定権を尊重してきたのが、アメリカの判例の流れである¹¹⁾。

ところで、医療問題における裁判所の役割は、日本とアメリカでは多少異なる。アメリカでは、患者の希

d In re Quinlan, 70 NJ 10, 355 A 2d 647, 1976.

e Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz, Mass Adv. SCH 373 Mass 728, 370 NE 2d 417, 1997.

f In the Matter of Conroy, 98 NJ 321, 486 A 2d 1209, 1985.

g Bouvia v. Superior Court of Los Angeles County, 179 Cal App 3d 1127,

225 Cal Rptr, 1986.

h Cruzan v. Director, Missouri Dept of Health, 110 SCt 2841, 1990.

望に対して、医療側が従えないと判断した場合に、医療者が裁判所の判断を仰いだり、あるいは患者が希望通りの医療を行うよう医療者側に命令する裁判所命令を求めたりするのが一般的におこなわれている¹³⁾。そのために、このような判例がいくつも出たのは、当然の流れといえるであろう。しかし、現在のところ、このような事例が、日本の裁判で争われたことはない。

医師の助けを得て死ぬ権利

アメリカでは、このように、生命維持治療拒否の問題が次々と憲法上の問題として議論されてきたが、それらが一歩進んで、「医師の援助を受けて死ぬ運動」へとつながっていった。そして、医師による自殺幫助が法的に認められるよう、住民投票がおこなわれた。たとえば、Washington州のInitiative 119、California州のProposition 161、Oregon州Ballot Measure 16である。しかし、この中で成立したのは、Oregon州のみである。

合衆国連邦最高裁では、1997年、Washington対Glucksberg事件判決ⁱおよびVacco対Quill事件判決^jにおいて、自殺幫助を求める権利と生命維持治療の拒否権とは異なるものとして、明確な判決を出している。

Washington対Glucksberg事件は、1975年から施行されているWashington州の自殺関与処罰規定が、修正14条の自由権に違反している、と訴えたものであった。しかし、連邦最高裁は、「援助を受けて自殺する権利」は、「望まない医療を拒否する権利」とは異なり、適正手続き条項によって保護される基本的な自由権には含まれないとした。また、Vacco対Quill事件は、同じようにNew York州の自殺幫助処罰規定が、修正14条の平等保護条項に違反する、と訴えたものである。つまり、New York州は、「生命維持治療の中止」を認めているにもかかわらず、州法が「末期状態で激しい苦痛に苦しむ患者が医師の援助を受けて死ぬこと」を処罰の対象としていることについて、本質的に同一であるはずであるから、州の自殺幫助処罰規定は違憲であるとしたものである。しかし、合衆国連邦最高裁は、自殺幫助と生命維持治療拒否を区別することは合憲であるとしたのである^{27, 42)}。

合衆国連邦最高裁判決は、患者の自己決定権は尊重されるべきとしながら、医師は患者を殺害する義務を負うものではなく、「積極的な殺害行為である安楽死」と、「延命治療の中止」には、大きな相違があり、自己決定権には限界があることを示したように思われ

る。

一方で、オランダは、これより早くから、死の自己決定をめぐる多くの判例があり、世界で初めて、安楽死を法律によって認めた国として知られる。次に、オランダにおける安楽死問題について、述べてゆく。

オランダの安楽死法

オランダでは、2002年4月より、いわゆる「安楽死法」の施行によって、刑法上医師による安楽死行為が不処罰となった。つまり、刑法においても安楽死行為を認める世界で最初の国となったのである。

本法が成立する以前から、オランダでは、安楽死行為である囑託殺人と自殺幫助を刑法上で犯罪として禁止しながらも、それらの行為を行った医師に届出を義務づけ、ある一定の要件を満たした場合には起訴しないという、事実上、安楽死を許容する政策がとられていた。

オランダにおいては、安楽死は「患者の要請を受けて、生命を短縮することを唯一の目的として、患者の生命を短縮すること」と定義される。日本では、患者本人の痛みより、周囲から見た苦痛に焦点があてられ、精神的な苦痛ではなく肉体的苦痛に限定されていた。しかし、オランダにおいては、患者の自己決定が最大に強調され、生命短縮が唯一の目的でおこなわれるものである^{14, 15)}。

今回の安楽死法は、正式には、「要請に基づいた生命終結と自殺援助に関する審査法（Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding）」（以下、「安楽死法」という）という⁵³⁾。20条と21条で、それぞれ現行刑法と遺体埋葬法の改正を規定し、現行刑法上、医師が本法に定める注意義務に基づいておこなって報告した安楽死行為は、処罰の対象とはしないとしたものである。オランダでは、すでに1990年より、安楽死をおこなった医師の届出制度が確立されていて、1998年以降は、安楽死報告を受けた地域審査委員会は、安楽死を実行した医師が注意義務を遵守していたかどうかの審査をおこなっていたが、検察の諮問機関としての役割を果たしているに過ぎなかった⁵⁴⁾。しかし、安楽死法3条から19条によって、地域審査委員会が実質的審査権限を有することになった。つまり、事件とはせず捜査も開始しないか、あるいは、検察に送致するか、について地域審査委員会が実質的に判断する仕組みができたのである。その際の判断材料とな

i Washington v. Glucksberg, 117 S Ct 2258, 1997.

j Vacco v. Quill, 117 S Ct 2293, 1997.

る、安楽死行為をおこなう際に要求される医師の注意要件は安楽死法2条で明確にされた^{7,33,43)}。

安楽死法施行以前のオランダでは、前述のように、刑法上、安楽死行為は処罰の対象となっていた。オランダ刑法293条は嘱託殺人罪を、同294条は自殺幫助罪を規定していたのである。事実上、安楽死行為が容認されていたのには、さまざまな理由があった。

まず、1952年以来、特に、1980年代から安楽死に関する判例が積み重ねられ、1984年最高裁判決^{k)}では、具体的な要件も掲げられた。①安楽死の要請は、完全に自由意思に基づいて自己決定したものであること。②患者の要請は十分に熟慮されて、永続的かつ持続的であること。③患者は回復する見込みがなく、肉体的あるいは精神的に耐え難い苦痛が存在していること。④安楽死があくまで、最後の手段であり、他には方法がないこと。⑤医師によって実行されること。⑥安楽死を実行する医師は、安楽死の経験がある他の第三者的立場にある医師に相談すること、の6要件である¹⁵⁾。

また、全国調査によって次のようなことが明らかとなった。つまり、全死亡のうち、①17.5% (25,000件) で無処置の決定、②同じく17.5% (25,000件) で苦痛及び症状の軽減が行われ、③安楽死は1.8% (2,300件)、自殺幫助は0.3% (400件)、患者の明確かつ一貫した要請のない生命終結行為が0.8% (1,000件) でおこなわれているということである。また、安楽死がおこなわれた事例の内の187例の面接調査によれば、安楽死要請の理由は、尊厳喪失57%、痛み46%、価値を感じられない死への過程 (unworthy dying) 46%、他人への依存 (being dependent on others) 33%、人生に対する倦怠感23%である。また、痛みのみを理由に挙げたのは187件中10件しかなく、この割合は5%にしかすぎない。安楽死と自殺幫助に関しての問いえば、前述のように全死亡の2.1% (2,700件) で行われていたことになるが、要請件数は9,000件にも上り、そのほとんどが実施を拒否されていることが確認された⁵⁰⁾。

これらの状況を踏まえて、政府は幾度となく安楽死合法化案を上程したが、安楽死が刑法上も認められることはなかった。しかしながら1990年以降、安楽死をおこなった医師に、不自然死として検死官への届出義務を課した。つまり、安楽死行為を刑法上処罰の対象としながら、その存在を公的に認めて実態の把握を試みたのである。この制度は、次のような形式のものであった。つまり、安楽死をおこなった医師は、地方検死官に対して、質問に答える形で詳細な届出事項を提

出する。それを受けて、検死官は、その報告書と共に検死報告書類を検察官に提出する。検察官は書類のみ個別にチェックし、特段不審な点がないと判断すれば、刑事手続き上の捜査は開始されず自然死同様の取り扱いで処理されるという形式というものであった。この安楽死報告制度は、制度発足当初の1990年には法的根拠を有しておらず、1994年になって、はじめて、遺体埋葬法が改正された。この遺体埋葬法改正は、安楽死を刑法上も認めたものと誤解されたため、オランダにおける安楽死合法化としてセンセーショナルに報道された。また、新生児なども含めて意思能力のない患者についても、「本人の意思が明確ではない場合」として安楽死行為と同じ形式での報告が求められたため、この行為も安楽死行為の範疇とみなされて、世界中から非難の声があがったのである^{15,46)}。

このように、社会的に問題と思われる違法な行為であっても、隠すことなくオープンに議論し、そのうえで解決方法を探す、つまり、法文と運用を乖離させる、というやり方は、オランダのもっとも得意とするところである⁸⁾。たとえば、麻薬についても、オランダではある一定の規制を設けて認めている^{36,52)}。

しかし、オランダには、前述のような理由のほかに、特殊ともいえる、いくつかの背景がある。たとえば、ホームドクター制は、医師と患者との関係を、概して、長期間にわたり親密なものにしている。そして、お互いの信頼関係を厚くし、より対等の立場にあって、率直に話し合いができる間柄を可能にしている⁴⁹⁾。患者の性格、生活環境、価値観等日ごろの診療等で得た多くの材料によって、医師は、安楽死や自殺幫助の要請について、真摯なものであるか、苦痛の余り咄嗟に出た希望でないかを判断することができる。また、患者の一番苦しいときに見捨てないという医療精神がある。オランダでは、安楽死という患者の選択に沿う行為をした医師について、自分の死後刑事罰に問われないよう、安楽死合法化を求める患者側の声が多い。安楽死に関する議論が盛んになるきっかけともなった1973年のLeeuwarden地裁事件¹⁾では、安楽死をおこなって罪を問われた医師を励まそうと、医師の患者たちが連帯のため花を携えて裁判を傍聴したというエピソードが象徴的であろう⁵⁾。

オランダ人の個人の自立性を重視する国民性も、安楽死容認の背景として非常に重要な要素である。個人は常に自分の判断の上での行動を求められ、決断のリスクを自らが引き受けるのは当然のことと考えられて

k NJ 1985 nr106.

l NJ 1973 nr183.

いる。その決断の正否ではなく、決断することが重要なであり、その決断は周囲からも尊重される。患者の意思は医療の現場においても、権利として法的に保障される。死をめぐる現場においてもまさに同様であり、患者が苦痛を耐え難いものと考えて安楽死を望むとき、そこに家族の入り込む余地は限られているともいえよう。したがって、周囲からの重圧や家族の意思によって、患者本人の望まない安楽死がおこなわれるという状態は考えられない。また、家族の一員が安楽死を選択したからといって、その家族間の愛情が不足していた、家族が支えきれず見殺しにした、とは見なされない。患者の選択した死に方を認めるのが真の愛情であり、患者の死の受容と患者への愛情は矛盾しないと考えられている。また、異質性との共存を得意として異質なものにも寛容であるオランダ人の国民性も安楽死容認の背景にあるだろう¹⁴⁾。

さらに、その後、肉体的疾患がまったくない女性の自殺幫助事件、いわゆるChabot事件最高裁判決^mをめぐって、国中で議論がますます活発化し、最高裁では肉体的な疾患のない患者の精神的苦痛も、安楽死要請の根拠となるとされた^{16, 53)}。さらに、2002年のBrongersma事件最高裁判決ⁿでは、精神的苦痛でも精神医学上問題のある状態と結びついていない要請は安楽死要請の理由とは認められないとされた^{12, 39)}。本判決は、Chabot事件判決によって認められた精神的苦痛による安楽死について否定するものではなく、精神的苦痛による安楽死が無条件に認められるわけではないとしたものである。そして、精神医学的な意味をもつ精神的苦痛によるものに限定されることを確認したといえよう。

結びにかえて

このように、死をめぐる自己決定には、法制度や、時代の動き、文化的社会的背景が色濃く反映され、それらによって倫理の見解や法的評価も多様である。

現在、医療現場における自己決定の尊重の重要性は広く認識されるようになり、インフォームド・コンセントという患者の自己決定を重視する語も医療の現場では定着してきているように思われる。今まで、日本の医療現場はパターナリスティックであるといわれてきた²¹⁾が、国民の意識もかわりつつある⁹⁾。そして、死の場面が高度に医療化されたために、機械に囲まれて死を迎えるのではなく、自然に近い形で死を求め

る動きが出てきた。これが尊厳死であり、また、第三者の積極的な介入によって自分の生命を終結させるのが安楽死である。これらは、生命の処分に関する自己決定という視点から考えれば、自殺と共通の問題点を有している。

オランダでの調査によれば、安楽死という死の自己決定は、尊厳喪失が大きな理由のひとつであった⁵⁰⁾。そこには、他人に依存する形で生きながらえるより、人間として尊厳を持って死にたい、最期まで自分で決定して自分らしい人生を送りたい、と望むオランダ人の考え方が現れている。そして、医療福祉が行き届いたオランダという国であるからこそ、死の自己決定権の尊重を求めうという背景もある。福祉的な支援という側面が欠けていれば、生きることに絶望した人を死へと追いやる危険性が生まれるからであり、死に急がせる周囲からのプレッシャーによって、死を選択せざるを得ない状況を作ってはならないのである。幼少の頃からすべてにおいて自己決定しているオランダ人にとって、そのようなプレッシャーは無縁だといえるであろう。そこにあるのは、自分で作り上げる人生を最期まで自分らしく過ごしたいという強い願いだけなのである。

他方、自己決定がすべての局面において許されるわけではない。死という不可逆的な決定については、なおさら安易に認めるわけにはいかない。それは、囑託殺人罪あるいは自殺幫助罪の規定が存在することからも分かる。特に、今日の科学技術の急速な発達、延命治療の中止や安楽死という生命の終期の問題だけではなく、出生前診断や代理母、クローン人間の出現など、生命の起源にも複雑にかかわるようになってきたために、規制を実定法の形で要請する場面が生まれてきている。法は自己決定を保障するだけでなく、自己決定に対して一定の規制を加えるという役割も期待されるのである。

死の自己決定という場面では、本人の自己決定を尊重しつつ、その自己決定に対して適切な介入と対策を行わなければならないというジレンマが生じる。尊厳ある死を人から奪うことは許されないが、だからといって時期尚早の死について手をこまねいて傍観することも許されないからである。ジレンマをどのように解決するか、そのためには、国民の間での論議はもちろん、学際的な研究が不可欠である。今後の自殺防止策には、死の自己決定に至るプロセスへの適切な介入という意味で、いわゆる精神的な苦痛への取り組みが

m NJ 1994 nr656.

n LJN-nummer: AE8772 Zaaknr: 00797/02.

重要となるであろう。日本では自殺者の多くがその動機に健康問題を挙げているが（本特集の駒田・野口・石原「自殺と遺書」を参照）、医療は、身体的な意味での健康の回復だけを目指しているわけではない。さまざまな福祉的支援や心理的ケアという視点が充実していなければならないのである。その意味では、問題をタブー視するのではなくオープンに議論するオランダの姿勢を見習うべきであろうと考える。また、臨床現場での取り組みも視野に入れて、多分野にわたる研究とそれに基づく実用的な政策が必要であろう。本稿が、日本国内での議論のために少しでも貢献できるとしたら、望外の喜びである。

文 献

- 1) 秋葉悦子: 自殺関与罪に関する考察. 上智法学 32(2=3): 137-198, 1988.
- 2) 秋葉悦子: 同意殺人—自己決定権の限界. 法学教室 232: 2-3, 2000.
- 3) 唄孝一: 解題カレン事件—シュピリアコートの場合. ジュリスト 616: 58-76, 1976.
- 4) 唄孝一: 続・解題カレン事件—シュプリームコートの場合. ジュリスト 622: 60-76, 1976.
- 5) シャボット AJ: 自ら死を選ぶ権利. 徳間書店, 東京, p94, 1995.
- 6) 福田雅章: 安楽死をめぐる2つの論点—安楽死はタブーか. 自由と正義 34(7): 48-55, 1983.
- 7) ホルディン B (川口浩一訳): オランダにおける安楽死と医師による自殺幫助の寛容政策から法律的規制への転換. 姫路法学 34=35: 215-232, 2001.
- 8) 原優: 運用の妙?!. 法曹 512: 41-46, 1993.
- 9) Hayahi M, Hasui C, Kitamura F et al: Respecting autonomy in difficult medical settings- A questionnaire study in Japan. Ethics & Behavior 10(1): 51-63, 2000.
- 10) Hayashi M, Kitamura T: Euthanasia trials in Japan. Int J Law and Psychiatry 25: 557-571, 2002.
- 11) 林(平野)美紀: 医療における意思能力—生命の終結に関して. 新井誠, 西山詮: 成年後見と意思能力—法学と医学のインターフェース. 日本評論社, 東京, 223-241, 2002.
- 12) 林(平野)美紀: オランダにおける新安楽死法とBrongersma事件判決. 投稿中.
- 13) 樋口範雄: 民法と憲法の関係—アメリカ法の視点. 法学教室 171: 58-64, 1994.
- 14) 平野美紀: オランダにおける安楽死の現状とその背景. 日蘭学会会誌 21(1): 1-21, 1996.
- 15) 平野美紀: オランダにおける安楽死をめぐる諸問題. 法学政治学論究 30: 321-358, 1996.
- 16) 平野美紀: オランダにおける安楽死問題の行方—シャボット事件を中心に: 日蘭学会会誌 22(2): 19-40, 1998.
- 17) 平野龍一: 刑法概説. 東京大学出版会, 東京, p158, 1977.
- 18) 生田勝義: 被害者の承諾についての一考察. 立命館法学 228: 167-212, 1993.
- 19) 五十子敬子: 死をめぐる自己決定について—比較法的視座からの考察. 批評社, 東京, p133, 1997.
- 20) 加藤久雄: 医事刑法入門(改訂版). 東京法令出版, 東京, pp 341-354, 1999.
- 21) Leflar RB: Informed consent and patient's right in Japan. Houston Law Review 33: 1-112, 1996.
- 22) 町野朔: 「東海大学安楽死判決」覚書. ジュリスト 1072: 106-115, 1995.
- 23) 前田雅英: 刑法各論講義(第3版). 東京大学出版会, 東京, p18, 1999.
- 24) 前田雅英: 刑法総論講義(第3版). 東京大学出版会, 東京, p221, 1998.
- 25) Maris RW, Berman AL & Silverman MM: Comprehensive textbook of Suicidology. The Guilford Press, New York. 2000.p.31.
- 26) 丸山英二: アメリカにおける生命維持治療拒否権. 自由と正義 40(2): 56-63, 1989.
- 27) 松本哲治: 憲法上の「死ぬ権利」の行方—Glucksberg判決以後. 奈良法学会雑誌 11(2): 37-104, 1998.
- 28) 内藤謙: 安楽死. 法学教室 41(28): 28-33, 1984.
- 29) 内藤謙: 刑法講義総論(中). 有斐閣, 東京, p329, 1986.
- 30) 中山研一: 概説刑法II. 成文堂, 東京, p22, 2003.
- 31) 岡野光雄: 刑法要説各論(第4版). 成文堂, 東京, p9, 2003.
- 32) 小野清一郎: 安楽死の問題. 小野清一郎: 刑罰の本質について・その他. 有斐閣, 東京, p217, 1955.
- 33) 大嶋一泰: 安楽死をめぐる課題と展望—オランダにおける「囑託に基づく生命の終焉と自殺援助の審査法」の成立を契機として. 現代刑事法 31: 69-75, 2001.

- 34) 大塚仁: 刑法概説各論 (第3版). 有斐閣, 東京, p18, 1996.
- 35) 大谷実: 刑法講義総論 (新版). 成文堂, 東京, p283, 2000.
- 36) Ruter F: Drugs and the criminal law in the Netherlands. Van Dijk JJM et al(Ed.): Criminal law in action- An overview of current issues in Western Societies. Gouda Quint, Arnhem, pp147-65, 1986.
- 37) 佐伯千仞: 刑法各論. 有信堂, 東京, p102, 1968.
- 38) 齊藤誠二: 刑法講義各論I (新訂版). 多賀出版, p97, 1979.
- 39) Sheldon T: Being “ tired of life ” is not grounds for euthanasia. BMJ 326: 71, 2003.
- 40) 曾根威彦: 刑法総論 (第3版). 弘文堂, 東京, p142, 2000.
- 41) 曾根威彦: 刑法各論 (第3版補正版). 弘文堂, 東京, p12, 2003.
- 42) 鈴木義男: 自殺幫助処罰規定の合憲性—アメリカ合衆国最高裁の2判決をめぐって. 芝原邦爾, 西田典之, 井上正仁: 松尾浩也先生古稀祝賀論文集 (上). 有斐閣, 東京: 595-625, 1998.
- 43) タック PJP (上田健二・浅田和茂訳): オランダ新安楽死法の成立について. 同志社法学 53(5): 179-208, 2002.
- 44) 滝川幸辰: 刑法概説各論 (増補版). 世界思想社, 東京, p30, 1951.
- 45) 谷直之: 自殺関与罪に関する一考察. 同志社法学 44(6): 121-194, 1994.
- 46) 土本武司: 安楽死とオランダ法—本年6月施行の改正法と関連規則等. 判例時報 1499: 3-15, 1994.
- 47) 上田健二: 自殺—違法か、適法か、それとも何か. 上田健二: 生命の刑法学—中絶・安楽死・自死の権利と法理論. ミネルヴァ書房, 京都, pp331-386, 2002.
- 48) 植松正: 安楽死の許容限界をめぐって. ジュリスト 269: 42, 1963.
- 49) ファン・ベールス L: オランダから愛をこめて安楽死報告. 新潮45 133: 159-165, 1993.
- 50) Van der Maas PJ, Van Delden JJM, Pijnenborg L et al: Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Lancet 338: 669-674, 1991.
- 51) Van Hoff AJL: A Historical perspective on suicide. Maris RW, Berman AL, Silverman MM: Comprehensive textbook of Suicidology. The Guilford Press, New York, pp96-123, 2000.
- 52) Van Kalmthout A: Intoxication and criminal responsibility in Dutch criminal law. Eur Addiction Research 4: 102-106, 1998.
- 53) 山下邦也: オランダにおける安楽死問題の新局面. 判例時報 1510: 3-11, 1995.
- 54) 山下邦也: オランダにおける安楽死申告手続の改正—新たな政令とモデル報告書. 秋山賢三, 大出良知, 小田中聰樹ほか: 庭山英雄先生古稀祝賀記念論文集—民衆司法と刑事法学. 現代人文社, 東京, pp521-537, 1999.
- 55) 山下邦也: オランダ新安楽死法 (正文). 同志社法学 53(5): 229-241, 2002.

謝 辞

この論稿は、Maris, R.W., Berman, A.L. & Silverman, M.M. “ Comprehensive textbook of Suicidology ” (The Guilford Press, New York, 2000) を輪読する会に参加させていただいたことによって、仕上げる事ができた。この勉強会は、国立精神・神経センター精神保健研究所所属の、専門を異にする、若手の研究員たちによって、2年間にわたって開かれた。筆者は、参加者の方々に多くのことを教えられ、そして、たくさんの示唆とアドバイスをいただいた。ここでは全員の名前を挙げることはしないが、参加された研究員全員、特に、勉強会を企画し筆者にこのような機会を与えてくださった石原明子研究員に、深く感謝するものである。

2003年2月7日脱稿

【特集 自殺学】

自殺と遺書

駒田 陽子^{1),2)} 野口 博文³⁾ 石原 明子⁴⁾

はじめに

自殺学 (Suicidology) という用語は、1960年頃からアメリカの心理学者ShneidmanやFarberow、Litmanによって、総括的な自殺研究専門分野を意味する用語として使われるようになり、これ以降諸外国において、自殺の疫学や理論研究、予防対策が進められてきた¹³⁾。Shneidmanは、Los Angelesの自殺予防センター (Suicide Prevention Center) の創設者および初代所長、国立精神保健研究所 (NIMH, NIH) 自殺予防研究部長を歴任しているが、彼が自殺学を始める契機となったものは「遺書」であった。Shneidmanは、1949年Los Angelesの検死関係の資料室で偶然数百通の遺書を発見した。彼は「遺書が自殺を理解する王国への道を開く」と述べ、自殺という現象を理解する上で遺書が非常に役立つと考えた¹⁹⁾。

こうした偶然の始まりから、50年にわたって遺書の研究が行われてきた。自殺学は、心理学や精神医学、生物学、法学、哲学等を包括する学際的研究と位置づけられており、遺書もまた様々なアプローチから研究されてきた。本稿では、まず自殺学における遺書研究の意義とその変遷を述べ、遺書に関する疫学のおよび

内容分析的研究を概説する。また、遺書に関する日本国内の研究は数少ない。そこで過去20年間の警察庁概要資料⁹⁾をとりまとめ、全国規模での統計的検討を試みた。

自殺学における遺書

遺書は、自殺者の最後の言葉を反映するコミュニケーションであり、自殺を理解する上で重要なものである。しかし、通常のコミュニケーションは、メッセージの送り手と受け手の双方向の交換であるのに対し、自殺における遺書は、情報を伝達し、受け手に影響を及ぼすことを意図したものであるが、それは一方向性のものであるという特徴がある¹³⁾。

自殺を構成する重要な要素として「死への意図」があるが、死への意図が生まれるとき、そこには動機や原因があると考えられる。遺書は、自殺の動機や原因を探るための重要な手がかりとして考えられる。しかし、この最後に一方向的に残される遺書の言葉は、視野と認識が狭窄している自殺直前の言葉であり、実際の遺書においても二分思考 (完全か無か、生か死か等) がしばしばみられ¹⁸⁾、遺書を動機や原因究明の手がかりとするには、限界があるのも事実である。

自殺について、遺書から何を学ぶことができるのだろうか。自殺学における遺書研究の意義づけも変遷してきた。変遷は、三つの時期に分けることができる。第一の時期は、自殺を理解する資料として、遺書は最も大きな役割を果たすと考えられた時期である。遺書は自殺者の心の窓であり、なぜ自殺したのかという問いに答え得る最大の資料であると考えられた。行為 (自殺) と記録 (遺書) の間に直接的な関係が存在すると考えられた時期である。その考えはやがて一転し、第二の時期として、遺書は心理学上の資料として価値をもたないと考えられた。遺書が心理的に狭窄し歪められた不自然な状態で書かれるものである以上、特別な意味を見いだすことは不可能であり、資料としては

¹⁾ 日本学術振興会特別研究員

Research Fellow of the Japan Society for Promotion of Science

²⁾ 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 Geriatric Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

1-7-3 Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-0827, Japan

³⁾ 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部
Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

⁴⁾ 国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部
Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

(別刷請求先: 駒田陽子)

欠陥があるという考えである。そして現在も含む第三の時期には、自殺者の細かい人生歴、生活歴と照らし合わせることによって、遺書は重要な意味をもつという考えが主流となった¹³⁾。

遺書に関する疫学的研究

遺書に関する疫学的研究は、1957年のShneidman & Farberowによる研究が最初のものである¹⁶⁾。1944-1953年にLos Angeles Countyで書かれた遺書は721通で、遺書を残した者はこの期間における自殺者の15%にすぎないことが示された。続いて1959年の研究では、1951-1955年にPhiladelphiaで発生した742件の自殺のうち遺書が残されたものは24%であることが報告されている²¹⁾。また彼らは、遺書を残した者と残さなかった者とを比較し、年齢や性別、婚姻状況による違いはないと結論づけた。これに対しCohen & Fiedler (1974) は1,000件以上の自殺を検討し、女性の方が男性よりも遺書を残す割合が高く（男性19%に対して女性26%）、特に、別居あるいは離婚している女性で高い値を示すこと（独身女性31%、既婚女性25%、未亡人16%に対して別居あるいは離婚者は40%）、白人は非白人の3倍であることを報告した²⁾。国内の報告では、1999年1-6月新潟県内で起こった自殺449件のうち、遺書が残されていたものは148件（33%）で、性別年齢別で見ると50代男性に多かったという⁸⁾。また、1989-1995年の7年間に福島県内で発生した2,733件の自殺を検討した國井ら（1997）によると、遺書または書き置きが残されていたものは、全体で26.6%、男性28.9%、女性22.8%と報告されている¹⁰⁾。遺書に関するその他の比較研究では、1979-1982年にMontrealで発生した10-19歳の自殺137件（うち女性19%）のうち、遺書が残された割合は13人（うち女性15%）で、性別による差は認められていない報告¹⁵⁾や、若年女性自殺者に遺書を残す者が多いという報告¹⁾などがあり、結果は一致していない。自殺の手段との関係についても、受動的で死ぬ確率が低い手段（アルコールと睡眠薬等）の方が遺書を残す割合が高いという報告¹⁴⁾や、致命率が高い手段（銃等）の方が遺書を残すという報告²⁾、自殺を宣言し行動を計画している場合に遺書の頻度が高い⁶⁾など、一致した見解はないといえる。遺書を書く人は単に、”good correspondents(筆まめな人)”であり²⁰⁾、遺書を書く者と書かない者との間には、本質的な違いはないという考えもある¹⁸⁾。

遺書の内容分析

遺書研究は疫学的研究の他に、遺書の内容分析的研究が行われている。これは、遺書執筆者の動機、情動、認知、言語特徴、精神力動等を検討することを目的としている。こうした内容分析から、遺書執筆者の年齢差¹⁾、性差¹²⁾が検討されている。一方、遺書の理論的構成要素の検討が行われ、多くの研究で精神力動理論および精神分析理論が用いられてきた^{3,5,11,15)}。その結果、心的苦痛、自我欠損、認知的圧縮等の分類が導き出されており、遺書の真偽性の判別に役立つと考えられている¹¹⁾。こうした精神力動理論の研究では、遺書は行動の理由を説明し、行動に隠された無意識的原因を明らかにし¹⁹⁾、自殺の動機を最も明らかにするものであると考えられている¹⁵⁾。

遺書が自殺者の動機を真に表すものであるか否かは、意見の分かれるところであるが^{7,17)}、遺書執筆者の認知過程および最終的認知を通して、動機を明らかにする取り組みも行われている。Edland & Duncan (1973) は、300通の遺書を検討し、自殺の動機を大きく5種類に分類した⁴⁾。その5分類とは、retaliatory abandonment（復讐）、retroflexed murder（自分に向けられた殺人）、reunion（再会）、rebirth（再生）、self-punishment（自己罰）である。その後Tanney (1992) は多様な分類方法を提案し、これが自殺動機を理解するための指針とされた¹³⁾。分類された自殺動機には、配偶者の死後孤独感を持ち、故人との一体化を望むreunion（再会）、身体的精神的疾病や耐え難い状況からのrespite（回避）、新しい存在への生まれ変わりを意図するrebirth（再生）の他、rescue（救援）、revenge（復讐）、reparation（賠償）等が挙げられている。

遺書の国内統計

国内では、毎年警察庁から公表される資料「自殺の概要」⁹⁾があり、自殺の原因や動機について検討することが可能である。ただし、本統計資料での自殺の原因および動機は、警察官による家族等周囲の人間への聞き取りや遺書の分析によって集められたものであること、複数の原因および動機のうち最も主要と考えられるものを挙げていることなどを考慮する必要がある。以下に、警察庁「自殺の概要」による遺書に関する統計を検討した。

表1 自殺者に占める遺書を残した者の割合、過去20年間（1982-2001年）の推移

西暦(年)	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992
自殺者総数(人)	31,042	31,957	33,048	32,863	24,391	23,104	22,445	21,679	21,851	22,104
遺書を残した者の数(人)	9,115	9,682	9,207	8,966	6,217	5,678	5,575	5,056	5,006	4,871
遺書を残した者の割合(%)	29.4	30.3	27.9	27.3	25.5	24.6	24.8	23.3	22.9	22.0

西暦(年)	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984	1983	1982
自殺者総数(人)	21,084	21,346	22,436	23,742	24,460	25,524	23,599	24,596	25,202	21,228
遺書を残した者の数(人)	4,693	4,574	4,938	5,409	5,787	6,473	5,755	6,330	6,440	5,306
遺書を残した者の割合(%)	22.3	21.4	22.0	22.8	23.7	25.4	24.4	25.7	25.6	25.0

警察庁概要資料をもとに作成

表1は、過去20年（1982-2001年）における、自殺者数と遺書を残した者の人数および割合を示したものである。自殺者に占める遺書を残した者の割合は、最も低い1990年で21.4%、高い2000年で30.3%であった。20年間の総自殺者数は497,701人、遺書を残した者は125,078人（25.1%）となる。すなわち日本における自殺者のうち遺書を残す者は、およそ4人に1人の割合であるといえる。

年齢別男女別に遺書を残した者の割合をみると（図1）、遺書を残す割合が最も高いのは50歳台男性（35.4%）であり、10歳台女性（34.2%）がこれに続いている。最も低いのは、30歳台女性（21.3%）である。10歳台を除く全ての年齢で、男性の方が女性よりも遺書を残す割合が高かった。

また警察庁は、自殺の前兆となる言動のあった者、遺書を残した者、自殺未遂歴のあった者を自殺の「前兆あり」とみなし、前兆があった者の数を発表している。図2は、男女別に自殺前兆の有無とその内容を示したものである。自殺前兆あるいは準備という観点からは、女性の方が男性よりも割合が高くなっている。遺書を残した者の割合は、男性30.6%、女性26.4%と男性の方がわずかに高いが、自殺未遂歴は男性6.9%に対し女性13.4%、前兆の言動は男性28.7%に対し女性35.7%と女性の方が高い値となっている。言動、遺書、自殺未遂歴を含めた自殺前兆・自殺準備があった者の割合は、女性の方（75.4%）が男性（66.1%）よりも高かった。

次に、遺書などから推定された自殺原因・動機の統計をグラフに示した（図3）。黒グラフは遺書があった場合にそれをもとに推定した原因・動機であり、白グラフは遺書がなかった場合の推定である。遺書がなかった場合には、警察官による家族等周囲の人間への聞き取りから推定している。自殺の原因・動機は、最も多いのが健康問題、次に多いのが経済生活問題で、

以下、家庭問題、勤務問題、男女問題、学校問題と続いている。ただし、前にも述べたように自殺は複数の原因や動機が重なりあう中で起こるものであるし、また、警察庁の挙げている動機の分類の仕方自体も相互

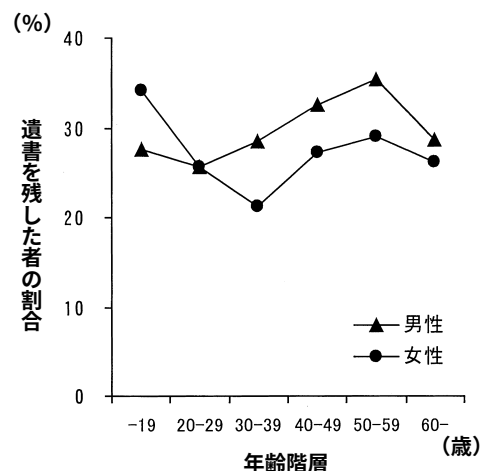


図1 年齢別男女別自殺者に占める遺書を残した者の割合

平成14年警察庁概要資料をもとに作成

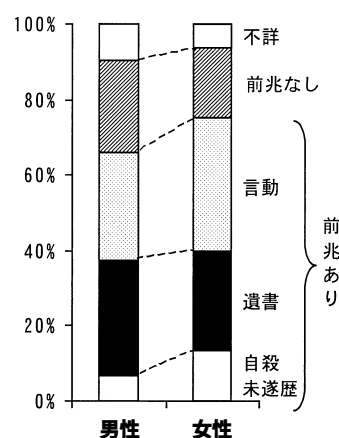


図2 男女別に見た自殺前兆の有無とその内容

平成14年警察庁概要資料をもとに作成

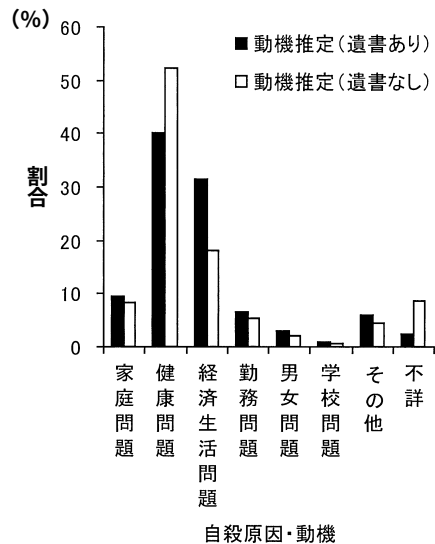


図3 推定される自殺原因・動機別の割合
平成14年警察庁概要資料をもとに作成

に意味的に重なる部分もあるため、この警察庁発表の動機の統計は、大よその目安として捉えるべきであろう。

表2は、遺書を残した人のうち、職業別の各原因・動機が占める割合である。有職者（自営者・管理職・被雇用者）では、経済生活問題が高い割合を占めているのに対して、無職者（主婦主夫・無職者）では健康問題の占める割合が高かった。学生生徒は、学校問題が最も高く、健康問題がこれに続いていた。

表2 遺書から分類された職業別自殺原因・動機

	家庭問題	健康問題	経済生活問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他
自営者	7.2	21.1	61.8	4.5	1.3	0.0	3.4
管理職	2.9	19.0	53.9	20.6	1.0	0.0	1.9
被雇用者	10.7	23.3	32.8	17.4	6.9	0.0	6.3
主婦主夫	17.8	69.3	7.3	0.1	0.9	0.0	3.5
無職者	8.7	56.0	22.8	1.3	1.6	0.1	7.1
学生生徒	9.0	24.3	6.3	0.9	8.1	30.6	14.9

平成14年警察庁概要資料をもとに作成

結 論

遺書は、自殺を理解する資料として最も大きな役割を果たすと考えられた時期（第一期）から、心理学上の資料として価値をもたないと考えられた時期（第二期）を経て、自殺者の人生歴、生活歴と詳細に照らし合わせることによって重要な意味をもつという考え（第三期）へと、自殺学における意義づけは大きく変遷してきた。私たちが誰かの自殺に直面したときにまず考えることは、なぜ自殺するに至ったかという理由

（動機・原因）であり、自殺者の心の窓としての役割を遺書に対して求める。遺書は、自殺の動機や原因を探るための重要な手がかりではあるが、そこには大きく2つの理由で限界があると言える。まずは、自殺を成し遂げてしまうような特殊な心理状態では、なぜ自殺するに至ったかを冷静に記す能力は発揮できないという点。また、自殺は複雑な心理現象であり、主たる動機と並んで背景に多くの動機が絡み合っており、遺書に記された動機が唯一のものではない可能性が高いという点である¹⁸⁾。

これまで遺書に関して、疫学的あるいは内容分析的研究が行われてきた。疫学的研究では、自殺者に占める遺書執筆者の割合とその構成（性別、年齢、地域、手段等）や、遺書を残す者と残さない者の比較が試みられてきた。内容分析的研究においては、遺書執筆者の認知過程や最終的認知が検討され、自殺の動機が分類されてきた。

国内においては、遺書に関するデータ、報告は数少ない。警察庁概要資料⁹⁾をもとに検討を行った結果、日本における自殺者のうち遺書を残す者はおよそ4人に1人の割合であること、遺書を残す割合が最も高いのは50歳台男性であり、男性の方が女性よりも遺書を残す傾向があること、一方で、言動、遺書、自殺未遂歴を含めた自殺前兆・自殺準備は、女性の方が男性よりも高頻度にみられること、自殺原因・動機としては健康問題、経済生活問題が高く、これらの割合は職種や立場によって異なることが示された。

1998年には自殺が急増し、以降日本では年間自殺者数は3万人以上にのぼり、その対策が急がれている。対策においては、自殺死亡者がどのような動機・原因で、いかなる心理状態を経て自ら命を絶つに至ったのかの解明が重要なものになる。遺書という資料は、自殺の原因や動機を知るための資料として限界点も指摘されているが、しかし、大きな傾向を知るという意味では、国内においても、遺書に関する分析が進められてしかるべきである。

遺書の研究を進める場合、遺族の協力を得るか、警察の調査時の資料を研究目的で申請し分析するという方法が考えられる。しかし、遺書は極めてプライベートなものであり、その扱いには慎重を要する。遺書を自殺の原因・動機解明研究の資料として扱う場合の倫理的基準も整備した上で、積極的にその分析に取り組んでいくことが必要なのではないだろうか。

また、自殺学における遺書の研究は、自殺の原因・

動機の解明といった文脈で注目されることが多かった。しかし忘れてはならないのは、遺書は、亡くなった者から遺された者へのコミュニケーションであるという点である。事実、多くの遺族にとって遺書に残された内容は、その後の支えや疑問・苦しみの種として大きな意味をもつ。日本国内で年間3万人以上の自殺者が出る現在、遺された者へのケアという問題が極めて大きな課題の一つになっている。その観点からすれば、遺された者にとっての遺書という文脈の研究が大切な切り口であると考えられる。しかし、そのような観点からの研究はこれまでなされてきておらず、今後、動機や原因究明のためのより詳細な研究と並んで進められていくべきだろう。

文 献

- 1) Capstick A: Recognition of emotional disturbance and the prevention of suicide. *Br Med J* 1: 179, 1960.
- 2) Cohen SL, Fiedler JE: Content analysis of multiple messages in suicide notes. *Life Threat Behav* 4: 75-95, 1974.
- 3) Duncan CE, Edland JF: Suicide notes. *Leg Med Annu* 113-120, 1974.
- 4) Edland JF, Duncan CE: Suicide notes in Monroe county: A 23 year look(1950-1972). *J Forensic Sci* 18: 364-369, 1973.
- 5) Farberow NL, Shneidman ES: Suicide and age. Shneidman ES, Farberow NL (Eds.): *Clues to suicide*. McGraw-Hill, New York, pp31-40, 1957.
- 6) Fishbain DA, D'Achille L, Barsky S et al: A controlled study of suicide pacts. *J Clin Psychiatry* 45: 154-157, 1984.
- 7) Gottshalk LA, Gleser GC: An analysis of the verbal content of suicide notes. *Br J Med Psychol* 33: 195-204, 1960.
- 8) 伊沢寛志, 出羽厚二, 内藤笑美子他: 新潟県の自殺例の遺書に関する統計的検討. *日本法医学雑誌* 53: 383-384, 1999.
- 9) 警察庁生活安全局地域課: 自殺の概要資料. 1983-2002.
- 10) 國井敏, 栗崎恵美子, 阿部すみ子他: 福島県における自殺の統計的検討. *福島医学雑誌* 47: 233-241, 1997.
- 11) Leenaars AA: Suicide note, communications, and ideation. Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT et al (Eds.): *Assessment and prediction of suicide*. Guilford press, New York, pp337-361, 1992.
- 12) Lester D, Heim N: Sex differences in suicide notes. *Percept Mot Skills* 75: 582, 1992.
- 13) Maris RW, Berman AL, Silverman MM: *Comprehensive textbook of suicidology*. The Guilford press, New York, 2000.
- 14) Peck DL: Completed suicide: correlates of choice of method. *Omega* 16: 309-323, 1986.
- 15) Posener JA, LaHaye A, Cheifetz PN: Suicide notes in adolescence. *Can J Psychiatry* 34: 171-176, 1989.
- 16) Shneidman ES, Farberow NL: *Clues to suicide*. McGraw-Hill, New York, 1957.
- 17) Shneidman ES: Suicide notes reconsidered. *Psychiatry* 36, 379-394, 1973.
- 18) Shneidman ES: *Voices of death*. Harper & Row, New York, 1980.
- 19) Shneidman ES: *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson, Northvale New Jersey, 1993.
- 20) Stengel E: *Suicide and attempted suicide*. Penguin Books, Baltimore, 1964.
- 21) Tuckman J, Kleiner R, Lavell M: Emotional content of suicide notes. *Am J Psychiatry* 116: 59-63, 1959.

【特集 自殺学】

地域における自殺予防対策

佐名手 三 恵¹⁾ 野 口 博 文²⁾ 河 野 梨 香³⁾

はじめに

国家レベルでの自殺予防対策は、欧米の先進国を中心として、カナダ、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン、オーストラリア、ニュージーランド、オランダ、イギリス、アメリカ、フランス、エストニアなどで既に実施されている⁵⁶⁾。先進国15カ国の自殺予防対策の実態を調査した研究では、1997年の時点で包括的な自殺予防対策プログラムが組まれていた国はフィンランド、ノルウェー、スウェーデン、オーストラリア、ニュージーランドで、日本は最も対策の遅れた群に属していた⁵⁶⁾。国連と世界保健機関では、世界14カ国の専門家による会議を開催し、自殺予防のための包括的な国家戦略ガイドライン（1996）を作成している⁵²⁾。このガイドラインでは、各国の実情に合わせて、科学的に実証され、明確な概念的枠組みに基づいた自殺予防対策プログラムの構築の必要性が指摘されている。

一方で、日本では近年自殺者が急増し、1998年以降3年連続で3万人を超え、自殺が深刻な社会問題となっている。こうした状況を背景に、2001年度より日本でも国家レベルでの自殺予防対策が始まり、相談体制

等の整備、自殺予防の普及・啓発、研究の推進などに対して、厚生労働省が毎年事業費を配分している。また2002年12月には自殺防止対策有識者懇談会の最終報告「自殺予防対策に向けての提言」がまとめられ、日本の自殺予防対策についての基本的な考え方が示された²³⁾。しかしこの提言の実現に向けた、具体的な自殺予防対策プログラムの構築はこれからである。

本稿では、地域住民一般を対象とした自殺予防活動とその手法について、海外や日本における取り組みや研究成果を概観する。

自殺の実態把握

日本では、一般人口における自殺の実態に関する研究は、特定の地域においては死体検案書^{16,22)}や検視調査^{48,50,51)}などの分析によるものもあるが、全国レベルになると、人口動態統計や警察庁統計による自殺者数や自殺死亡率の分析にほぼ限られている。この背景の一つとして、自殺に関する客観的なデータを収集するシステムが整っていないことが考えられる。国連と世界保健機関による自殺予防のための国家戦略ガイドラインでは、効果的な自殺予防対策の実施のためには、国の方針の策定、自殺の実態把握とそのため正確なデータ収集システムの構築、主要問題の把握、達成可能な目標の設定、自殺予防プログラムの構築と実施、実施されたプログラムの評価とそのフィードバックによる現行のプログラムの改定が必要であると指摘されている⁵²⁾。

日本では、自殺予防プログラムの構築に向けて、自殺の実態把握などの調査研究が開始されたばかりである。厚生労働省の自殺予防対策事業に関連する研究には次のような内容が含まれる²⁶⁾。まず、保健・医療統計や法医学病理学的所見（検案記録）など、自殺の実態把握のために必要なデータの整備や活用に関する研究がある⁴⁴⁾。また自殺予防対策については、主に地域住民一般または労働者を対象として、自殺の実態把握を

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
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

1-7-3 Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-0827, Japan

²⁾ 国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部
Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

³⁾ 早稲田大学人間総合研究センター

Advanced Research Center for Human Sciences, Waseda University

〒359-1192 所沢市三ヶ島 2-579-15

2-579-15, Mikajima, Tokorozawa, Saitama, 359-1192, Japan

(別刷請求先：佐名手三恵)

基にした具体的な活動手法の検討が行なわれている。例えば、地域住民一般の自殺予防に関しては、地域介入研究や地方自治体の活動の実態調査、建築学の視点からの自殺手段別の自殺予防の実態把握などが行なわれ、労働者の自殺予防に関しては、事業場や職場における自殺や予防対策の実態把握、労働者の自殺リスクの評価方法の検討、精神障害者の職場復帰と職場適応支援方策の検討などが行なわれている。またこれらの他にも、遺族支援に関する研究、自殺による社会経済へのマクロ的な影響に関する研究、自殺予防を目指した新規向精神薬開発に関する研究などが行なわれている。

自殺のリスクファクターとしてのうつ病の 早期発見と早期介入

欧米における自殺の心理学的剖検研究では、自殺既遂者の90%以上が自殺時に精神障害を有し、その中でも特にうつ病性障害の有病率が高いことが示されている¹⁰⁾。日本でも、病院の救命救急センター収容の自殺者を対象とした心理学的剖検研究¹¹⁾や、病院の救命救急センター収容の自殺失敗者からの一般自殺者における精神障害の有病率の推計³⁾において、類似の結果が得られている。このように自殺の要因として精神障害、特にうつ病の関与が認められることから、うつ病の発見と治療は、各国の自殺予防対策の主要なテーマの一つになっている⁵⁶⁾。国連と世界保健機関では、自殺予防対策として、うつ病患者など自殺のリスクが高い人々の早期発見と早期介入及びその後の長期フォローアップのための適切な治療提供体制の確立、またプライマリケア医に対する自殺予防や精神疾患に関する教育の必要性を指摘している⁵²⁾。

うつ病の予防については、一般開業医に対してうつ病の原因や治療方法に関する包括的な教育を実施することにより、自殺率を減少させることに成功したスウェーデンのGotlandで行なわれた研究(1989)が有名である^{42,43)}。日本では、高齢者の自殺予防を目的として1986年から開始され、介入効果が実証された新潟県東頸城郡松之山町での取り組みがある^{25,49)}。この松之山における取り組みで確立された高齢者自殺予防活動の手法は、その後新潟県の他の高齢過疎地域や、岩手県J町(1990年～)、青森県名川町(1999年～)などの取り組みに応用されている⁴⁰⁾。これらの取り組みはいずれも、自治体の事業として、人口規模が3,500～

10,000と小さく、高齢化率が高く、高齢者の自殺率の高い地域で、65歳以上の対象に実施されている。実施地域の人口規模が小さいのは、うつ病のスクリーニングが地域の65歳以上の全人口を対象として実施されていること、陽性者に対して、精神科医または一般医の診療、保健師の訪問などによるフォローアップが必要であるため、それらが実施可能な人口規模に限られたためと考えられる。

これらの地域に共通する方法は、対象者全員に対しSelf-rating Depression Scale (SDS)などのうつ病評価尺度を用いて一次スクリーニングを実施し、その陽性者に対して一般医または精神科医が二次スクリーニングを実施、さらにその陽性者に対して保健師の巡回訪問、一般医や精神科診療などを実施するというものである。大野(2000)は、うつ病のスクリーニングによる自殺予防における重要な要因として、利用しやすい質問紙の開発、地域住民が自己チェックできる体制の確立、地元医療機関の協力体制の確立、倫理的な問題への配慮と同時に、うつ病や自殺に関する啓発活動により地域住民の意識を変えることや保健活動の質の向上をあげている^{38,39)}。このようにうつ病の早期発見、早期介入による自殺予防活動には、自殺予防のための様々な活動が組み込まれており、どの活動にどの程度の比重を置くかによって、各自治体の取り組みに様々なバリエーションが生まれている。

またこうした取り組みをもとにして、効果的なうつ病の早期発見と介入方法を検討し、他の地域の自殺予防にも活用できるようなマニュアルの作成も試みられている²⁶⁾。

地域住民に対する啓発活動

前章で既に述べたように、日本で実施されている高齢者のうつ病の早期発見、早期介入による自殺予防活動は、地域の一般住民全体に対する啓発という側面も併せ持っている。例えば青森県名川町では、心の健康づくりに関する講演や講話、うつ病と自殺予防に関するパンフレットなどの作成、配布を実施している^{38,39)}。新潟県松之山町でも老人クラブや婦人会などで保健師や精神科医による心の健康教育が実施されている²⁵⁾。

一方、秋田県由利町や岩手県久慈地区では、個々の住民に対するうつ病のスクリーニングによる介入という方法によらずに、より啓発活動に重点を置いた自殺予防活動が展開されている。これらの地域で共通する

点としては、まず、疫学調査または自殺統計の分析、自殺予防や心の健康に関する住民の意識調査、自殺遺族への面接調査などにより自殺の実態把握を行なっていることがある。そして、その上で心の健康づくりや自殺予防に関する講演会の実施、パンフレット作成といった啓発活動を積極的に実施している点があげられる^{54,55)}。しかし一方で、それぞれの特色もある。まず、由利町では高齢者の自殺予防を目的としているのに対し、久慈地区では対象年齢を広げ、中高年の自殺予防を目的としている。また、由利町では高齢者や世代間の交流の場づくり、生きがいづくりを事業として積極的行なっている⁵⁴⁾。一方、久慈地区では医療従事者のうつ病の診断と治療能力の向上に向けた啓発、医療機関のネットワークづくり、精神科救急のネットワーク作りに焦点をあてた取り組みを実施している²⁶⁾。両地域では人口規模も異なり、由利町の人口約6,000名に対し、久慈地区は6市町村を含む保健医療圏で、人口は約71,000名である。久慈地区のような人口規模では、従来型のうつ病のスクリーニングと陽性者への介入治療という手法の適応は困難であると考えられる。これまでより人口規模の大きな地域に適用できる、うつ病の早期介入、早期治療による自殺予防活動手法の確立という点で、久慈地区での住民の普及啓発と医療従事者の啓発、医療機関のネットワークづくりを中心とした取り組みの成果が期待される。

質問紙によるうつ病のスクリーニングは、あくまでもスクリーニング時点での健康状態を把握するにすぎないため、スクリーニングを定期的及び継続的に実施していくことが必要である。住民がうつ病や自殺予防に関する知識を習得し、日常的に自己チェックして医療機関に受診できる体制を作っていくためには、住民への啓発活動は不可欠であろう^{38,55)}。青森県名川町では、平成12年度より、「よりあっこ」と呼ばれる高齢者の交流の場づくりを開始している⁵⁵⁾。青森県名川町や秋田県由利町における交流の場づくりへの取り組みは、地域の風土や意識を変えていくことを目的としている点で、より広い意味での住民の啓発活動とも言えるだろう⁵⁵⁾。

自殺手段の規制

世界保健機関は、自殺予防における6つの基本的なステップとして、精神科患者の治療、銃器所有のコントロール、家庭用ガスの解毒、自動車排気ガスの解毒、

有毒物質入手のコントロール、マスコミ報道のトーンダウンを提唱している¹⁵⁾。このうちの4つが自殺手段の規制に相当し、これらの方法が自殺予防における重要なアプローチであることが分かる。

現在、日本の自殺予防対策事業の一環として実施されている研究では、鉄道会社など関係機関の聞き取り調査や実地調査の結果、日本住宅公団高島平団地における飛び降り自殺の予防に関する取り組みの結果を踏まえ、建築学の視点からの自殺予防方法の検討が行なわれている³⁵⁾。この研究では今後の課題として、現行の公的な統計資料では把握できない、自殺した場所や空間についての詳細な情報の把握の必要性を指摘している。

自殺行動の多くは、衝動的で瞬間的なものであり³¹⁾、精神的な苦痛や絶望と自殺手段の利用しやすさという条件が結びついた時に生じるとされる⁴⁶⁾。また、Marzukら（1992）によれば地域の自殺率の違いは、そのほとんどが危険な手段へのアクセシビリティの違いによって説明できる³⁴⁾。これらが事実であるならば、自殺手段の規制による自殺予防は、精神的苦痛への介入と同様に有効な方法と考えられる。実際、自殺手段の規制が自殺予防につながる可能性を示唆する報告は多い。自殺手段の中で銃による自殺が最も多いアメリカでは、自殺率の増加と銃の普及との結びつきが報告され³³⁾、州の銃規制法の厳格さと州の自殺率の間に有意な負の相関が認められている³⁰⁾。イギリスとフランスでは、Paracetamolによる服薬自殺及び非致死の過量服薬の件数と、Paracetamolの販売量との間に高い正の相関が認められている²¹⁾。また、Paracetamolの購入制限のあるフランスでは、Paracetamolの過量服薬による致死率が、購入制限のないイギリスの約1/4であったと報告され、薬物の購入制限の効果が示唆されている。

イギリスや日本では家庭用ガスの一酸化炭素含有率の低減による自殺率の減少が報告されている。1960年から1976年にかけて、家庭用ガスの一酸化炭素含有率が1%以下に削減されたイギリスでは、それまで最も主要な自殺手段であった家庭用ガスによる自殺率が減少し、自殺率全体も減少した^{13,27)}。

日本では1969年から1982年にかけて、家庭用ガスが浄化された石炭ガスから天然ガスに代わり、ガス供給量の増加にもかかわらず、家庭用ガスによる自殺率が減少した²⁸⁾。

自動車排気ガスの排出制限についても効果が報告さ

れている。1980年代に自動車排気ガスの排出制限が行われたアメリカでは、自動車排気ガスによる自殺率が減少したのに対し、排出制限の行なわれなかったイギリスでは自動車排気ガスによる自殺率が増加した¹²⁾。またアメリカでは、各州の車の所有率によって、各州の自動車排気ガスによる自殺率に違いが認められている²⁹⁾。一方、イギリスでも自動車排気ガスの規制が行なわれた1993年以降は、自殺率の減少が報告されている¹⁾。

鉄道自殺についても、物理的な環境調整による自殺予防の可能性が示されている。ロンドン地下鉄における自殺の疫学研究では、人身事故の約9割が駅のプラットフォームで生じ、そのうち40%が列車の先頭50フィートで生じるため、この部分への転落予防壁の設置が自殺や人身事故の予防に有効であると指摘されている³⁶⁾。また駅にSuicide Pitと呼ばれる線路と線路の間の数フィートの深さの窪みを設置することで、飛び込み自殺における致死率が低下すると報告されている³⁶⁾。Clarkeら(1994)は、ロンドン地下鉄の自殺予防に有効性の高い手法として、①線路への公衆のアクセスを減らすこと、②駅スタッフによる見張りを強化すること、③緊急停止を促進すること、④事故が生じた際の傷害を減じること、を提唱している¹⁴⁾。

このように自殺手段の規制による効果を示唆する報告がある一方で、ある手段の規制によってその手段による自殺者数が減少しても、他の手段による自殺者が増加したという報告もある^{13,37,41)}。現段階では、自殺手段の規制による自殺予防が、自殺念慮のある人が代替手段を見つけるまでの一時的な効果を持つにすぎないという可能性は否定できない。しかし、自殺予防のための介入方法の有効性に関する研究では、自殺手段の制限による自殺予防が、他の手法と比較して高い潜在的効果を持つことが指摘されている²⁰⁾。

他方、日本で最も多く用いられる縊首、絞首という自殺手段に関しては、今のところ地域住民一般を対象とした有効な規制方法は見出されていない。従って、日本では自殺率の減少という面から見る限り、自殺手段の規制という手法のみでは大きな効果を期待できないと思われる。しかし、自殺手段の規制は事故予防の観点からも有益であることが指摘されており^{6,32)}、日本でも事故予防というより広い観点から対策を進めていくことが重要であると思われる。そのためにもまず、自殺手段に関する実態把握とそのための情報収集システムの確立が必要と思われる。

自殺報道の調整

国家レベルでの包括的な自殺予防対策を実施している多くの国では、そのプログラムにメディアに関する対策が含まれている⁵⁶⁾。自殺に対するメディアの影響については、模倣自殺や誘発自殺、群発自殺、ウェルテル効果といった言葉で説明され、海外には数多くの研究がある。一方、日本ではこれまで実証的な研究はほとんどなく、国の自殺防止対策事業の一環として行なわれている研究の中にも、現在のところメディアの自殺への影響に関する実証的な研究は含まれていない²⁶⁾。(自殺報道の模倣自殺への影響に関する研究については、本特集の第6章を参照されたい。)

メディアの自殺への影響に関する研究は、その研究方法の難しさから、必ずしも一致した結果が得られているわけではない³²⁾。しかし、TVや新聞などのマスメディアによる自殺報道が、ある種の脆弱性を持つ人々の模倣自殺の原因になることは、現在、研究者らの間で概ね見解が一致している^{17,32)}。

一方で、マスメディアの自殺報道後に、自殺者数や自殺率の増加ではなく、自殺に関するCrisis Callの増加が認められたという報告もある²⁴⁾。この研究では自殺の模倣行動より援助希求行動が増加した要因として、使用された自殺手段が残酷であったこと、マスメディアの良識的な報道、コミュニティ内の様々な介入の効果、が推測されている。また、Gouldら(1986,1988)は、自殺を主題としたTV映画放映後の自殺率の増加の有無が、地域によって異なるという結果を見出し、その理由として放映後に提供される自殺予防教育プログラムの違いを推測している^{18,19)}。これらの研究からは、マスメディアの自殺報道が必ずしも模倣自殺や誘発自殺という結果につながるのではなく、その報道の方法や内容、報道後の対応が問題であることが推測される。

また、ウィーンではオーストリア自殺予防協会のワーキンググループが、マスメディアの自殺報道に関するガイドラインを作成し、協議の上、マスメディアが自殺報道の自粛に同意し、1987年の半ばから自殺報道が激減した⁴⁷⁾。その結果、ウィーンでは1984年から1987年半ばまでの著しく増加した地下鉄の自殺者数が、1987年後期には一変して75%減少し、その減少が5年間以上続いた上、ウィーンの自殺者数全体も減少した。このことは、自殺報道におけるマスメディアの協

力が、地域全体の自殺予防に貢献する可能性を示唆する。

アメリカのCDC (Centers for Disease Control and Prevention) は、マスメディアの自殺報道に関する勧告及び群発自殺や模倣自殺の予防のための勧告を示している^{7,8)}。このCDCの勧告では、自殺予防においてマスメディアと協力関係を築くことや、マスメディアに対して効率の良い方法で正確な情報を提供すること、マスメディアが自殺の伝染の可能性に関する科学的根拠を説明できるように専門家が援助すること、自殺の伝染を予防するための情報を報道すること、の重要性が指摘されている。また、マスメディアの自殺報道が、必ずしも自動的に自殺の伝染の危険を生むわけではなく、情報がどのように描かれるかという自殺報道のあり方が問題であることが指摘され、模倣自殺や群発自殺を防ぐための具体的な自殺報道のあり方が示されている。

一方で、最近一般家庭に急速に普及しているインターネットの自殺への影響については、海外でも自殺関連webサイトで交わされる遺書に関する事例研究などがあるのみで、実証的研究はなく、インターネットの自殺への影響に焦点をあてた研究の必要性が指摘されている^{4,5,32)}。

日本では、先にまとめられた自殺防止対策有識者懇談会の最終報告で、「報道・メディアに望まれること」として、メディアに対し、自殺予防を考慮した自殺報道のあり方への留意を求めているが、その具体的な内容については示されていない²³⁾。今後は、マスメディアやインターネットにおける、自殺報道や自殺に関する情報提供のあり方に関心を向け、様々な角度から研究や議論を行ないながら、具体的な対策に結びつけていくことが必要だろう。

結 論

これまで、地域住民を対象とした自殺予防活動とその手法について、日本や海外における取り組みや研究を概観してきた。しかしながら、現時点では自殺に至る生物学的、心理-社会的に決定的なファクターは未だ明らかではなく²⁾、有効性が確認されるような自殺予防手法もない⁹⁾。現状における自殺予防のための最善の方法は、張(1999)が指摘するように、有効性が示唆されている手法を駆使することであるであろう⁹⁾。

日本では高齢者のうつ病の早期発見、早期介入によ

る自殺予防活動など、優れた自殺予防への取り組みが存在する。新潟県松之山町ではじまった高齢者の自殺予防への取り組みは、それぞれの地域の自殺の実態や風土に合わせて形を変えながら、他の地域へと広がりを見せている。今後、これらの活動が他の地域に普及し、これらの地域で培われた自殺予防のノウハウが他の地域の活動に活かせるような支援体制づくりが重要になると思われる。

また、自殺手段の規制や自殺報道の調整による自殺予防は、自殺を誘発させるような直接のきっかけを取り除くことにより、自殺の背景となる要因を特定せずに介入出来るという点で、他の手法に比べて実行可能性が高い方法と思われる。また、このような環境調整による自殺予防は、地域住民の生活の安全を守る上でも有効と考えられ、今後の自殺予防対策に効果的に取り入れられていくことが期待される。

一方、本稿では触れなかったが、地域の一般住民を対象とした自殺予防の主要な方法には、青少年に対する自殺予防教育⁵³⁾や電話相談活動などが含まれる⁹⁾。これらの重要性は自殺防止対策有識者懇談会の最終報告にも指摘されている²³⁾。現在の日本の自殺予防対策事業では、日本の自殺の現状を反映し、中高年の自殺予防に比較的重点が置かれているように思われる。長期的な視点で自殺予防に取り組んでいくためにも、日本における青少年への自殺予防教育のあり方を検討していくことは重要であろう。

また、日本では1971年に開設した市民活動組織「いのちの電話」が、ボランティアによる電話相談を中心とした自殺予防活動を、現在ほぼ全国で展開している。2001年からの国の自殺予防対策事業においても、毎年12月に1週間のフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」が設置されるなど、「いのちの電話」関連の事業が実施されている。「いのちの電話」のようなボランティアによる電話相談は、相談員の養成や地域住民への広報・普及など、地域住民の啓発という面での効果もある⁴⁵⁾。自殺予防対策において、「いのちの電話」のような市民活動をどのように活かしていくかは、今後の課題と思われる。

Marisら(2000)は自殺予防において、伝統的な予防精神医学における予防の概念に基づいた臨床アプローチと、自殺の動機や環境因子に焦点をあてた公衆衛生アプローチの統合の必要性を指摘している³²⁾。臨床アプローチの導入により、様々なリスクに対するアセスメントや、問題の発見と進行状況の観察の強化、対

象者の状況に応じた積極的な介入を行なうことが可能となる。一方、公衆衛生アプローチの導入により、一般人口を対象としたリスクファクターのスクリーニングや対処技能を高める教育、自殺手段の規制、事故予防の観点を取り入れた包括的な予防計画の策定を行なうことが可能となる。日本においても、これらのアプローチを統合した包括的な自殺予防対策プログラムが構築され、国民全体として長期的、継続的に自殺予防に取り組んでいくことが期待される。

文 献

- 1) Amos T, Appleby L, Kiernan K: Changes in rates of suicide by car exhaust asphyxiation in England and Wales. *Psychological Medicine* 31(5): 935-939, 2001.
- 2) 飛鳥井望: 精神障害による自殺の実態. *日本精神病院協会雑誌* 20(5):431-434, 2001.
- 3) 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害-生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討-. *精神神経学雑誌* 96(6): 415-443, 1994.
- 4) Baume P, Cantor CH, Rolfe A: Cybersuicide: the role of interactive suicide notes on the Internet. *Crisis* 18(2): 73-79, 1997.
- 5) Baume P, Rolfe A, Clinton M: Suicide on the Internet: a focus for nursing intervention? *Australia and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 7(4): 134-141, 1998.
- 6) Beskow J, Thorson J, Ostrom M: National suicide prevention programme and railway suicide. *Social Science and Medicine* 38(3): 447-451, 1994
- 7) Centers for Disease Control: CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and Mortality Weekly report* 37: 1-12, 1988.
- 8) Centers for Disease Control and prevention: Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendations from a national workshop. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 42: 13-18, 1994.
- 9) 張 賢徳: 自殺予防のための治療指針-自殺予防方法の検討, 大塚俊男, 風祭元他: エビデンス精神科医療 実証的証拠に基づく精神疾患の治療指針Ⅱ精神分裂病・自殺予防・治療同意. 日本評論社, 東京, 1999.
- 10) 張 賢徳: 自殺研究における多数例研究の意義. *精神医学* 38(5): 477-484, 1996.
- 11) 張 賢徳: 自殺既遂者中の精神障害と受診行動. *日本医事新報* 3789: 37-40, 1996.
- 12) Clarke RV, Lester D: Toxicity of car exhaust and opportunity for suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health* 41: 114-120, 1987.
- 13) Clarke RV, Mayhew P: Crime as opportunity: A note on domestic gas suicide in Britain and The Netherlands. *British Journal of Criminology* 29: 35-46, 1989.
- 14) Clarke RV, Poyner B: Approaches to prevention: Preventing suicide on the London underground. *Social Science and Medicine* 38(3): 443-446, 1994.
- 15) Commonwealth Department of Health and Aged Care: Life(living is for everyone)-A framework for prevention of suicide and self-harm in Australia-Areas for action, 2000.
- 16) 福永龍繁, 上野易弘, 中川加奈子他: 兵庫県下における異常死体の検案結果(1986年) 監察医業務区域とその他の区域との比較. *日本法医学雑誌* 42(4): 431-442, 1988.
- 17) Gould MS: Suicide clusters and media exposure, Blumenthal SJ, Kupfer DJ: Suicide over the life cycle, American Psychiatric Press, Washington DC, pp. 517-532, 1990.
- 18) Gould MS, Shaffer D: The impact of suicide in television movies: Evidence of imitation. *New England Journal of Medicine* 315(11): 690-694, 1986.
- 19) Gould MS, Shaffer D, Kleinman M: The impact of suicide in television movies: replication and commentary. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 18(1): 90-99, 1988.
- 20) Gunnell D, Frankel S: Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal* 308(6938): 1227-1233, 1994.
- 21) Gunnell D, Hawton K, Murray V et al.: Use of paracetamol for suicide and non-fatal poisoning in the UK and France: are restrictions on availability justified? *Journal of Epidemiology and Community Health* 51(2): 175-179, 1997.
- 22) 井尻巖, 溝井康彦, 福永龍繁他: 兵庫県監察医が扱った自殺例の統計的検討(1970-1980年). *日本法医学雑誌* 37(6): 854-862, 1983.

- 23) 自殺防止対策有識者懇談会：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」, 2002.12.
- 24) Jobes DA, Berman AL, O'Carroll PW et al.: The Kurt Cobain suicide crisis: perspectives from research, public health, and the news media. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 26(3): 260-271, 1996.
- 25) 小泉毅, 磯野靖男, 山川かほる他：老年期の精神保健活動-老人自殺多発地域における老年期うつ病の疫学調査と自殺防止活動-. *臨床精神医学* 19(1): 53-61, 1990.
- 26) 厚生労働省：平成14年度自殺防止対策関連研究者懇談会資料, 2003.
- 27) Kreitman N: The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71. *British Journal of Preventative and Social Medicine* 30(2): 86-93, 1976.
- 28) Lester D, Abe K: The effect of restricting access to lethal methods for suicide: a study of suicide by domestic gas in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80(2): 180-182, 1989.
- 29) Lester D, Frank ML: The use of motor vehicle exhaust for suicide and the availability of cars. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 79: 238-240, 1989.
- 30) Lester D, Murell ME: The influence of gun control laws on suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry* 137: 121-122, 1980.
- 31) Mann JJ: The neurobiology of suicide. *Nature Medicine* 4: 25-30, 1998.
- 32) Maris RW, Berman AL, Silverman MM: Comprehensive textbook of suicidology. The Guilford press, New York, 2000.
- 33) Marukush RE, Bartolucci AA: Firearms and suicide in the United States. *American Journal of Public Health* 74: 123-127, 1984.
- 34) Marzuk PM, Leon AC, Tardiff K et al.: The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Archives of General Psychiatry* 49(6): 451-458, 1992.
- 35) 野村東太：自殺防止と生活環境の実態に関する研究-自殺予防と場所・空間に関する研究報告-. 堺宣道（主任研究者）：「平成13年度厚生労働科学研究 自殺と防止対策の実態に関する研究」総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 千葉, pp. 61-81, 2002.
- 36) O'Donnell I, Farmer RD: The epidemiology of suicide on the London Underground. *Social Science and Medicine* 38(3): 409-418, 1994.
- 37) Ohberg A, Lonnqvist J, Sarna S et al.: Trends and availability of suicide methods in Finland. Proposals for restrictive measures. *The British journal of psychiatry; the journal of mental science* 166(1): 35-43, 1995.
- 38) 大野裕, 菊竹真里子：老人のうつ病と自殺予防. *ストレス科学* 14(4): 270-274, 2000.
- 39) 大野裕, 小泉毅, 大山博：うつ病のスクリーニングとその転帰としての自殺予防システム構築に関する研究. 大野裕（主任研究者）：「平成11～12年度厚生科学研究 うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺予防システム構築に関する研究」総合研究報告書. 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室, 東京, pp.3-24, 2001.
- 40) 大山博, 熊谷輝, 小井田潤一他:高齢者自殺のリスクマネジメント-うつ状態の第二次精神保健予防活動および閉じこもり老人に対する高齢者福祉活動によるアプローチ. 大野裕（主任研究者）：「平成11～12年度厚生科学研究 うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺予防システム構築に関する研究」総合研究報告書. 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室, 東京, pp.27-41, 2001.
- 41) Rich CL, Young JG, Fowler RC et al.: Guns and suicide: possible effects of some specific legislation. *American Journal of Psychiatry* 147(3): 342-346, 1991.
- 42) Rutz W, von Knorring L, Walinder J: Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80(2): 151-154, 1989.
- 43) Rutz W, Walinder J, Eberhard G et al.: An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 79(1): 19-26, 1989.
- 44) 堺宣道（主任研究者）：「平成13年度厚生労働科学研究 自殺と防止対策の実態に関する研究」総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 千葉, 2001.
- 45) 佐名手三恵, 三宅由子, 竹島正：地域の自殺予防対策におけるネットワーク構築の観点からみた「いのちの電話」の活動の実態と連携のあり方に

- ついて. 今田寛睦 (主任研究者): 「平成14年度厚生労働科学研究 自殺と防止対策の実態に関する研究」報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 千葉, 2003. (印刷中)
- 46) Shneidman, E: The psychological pain assessment scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 29: 287-294, 1999.
- 47) Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S: Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Science and Medicine* 38(3): 453-457, 1994.
- 48) 角南譲, 宮本慶一, 引野友子他: 島根県における精神障害者の自殺. *精神医学* 19(3): 237-245, 1977.
- 49) 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏他: 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* 100(7): 469-485, 1998.
- 50) 高橋節典, 香川昌人, 稲垣徹他: 島根県における自殺の統計的検討 (1982-1985) 一年次別, 月別変動-. *法医学の実際と研究* 31: 319-325, 1988.
- 51) 高橋節典, 間瀬田千香暁, 田部浩一他: 島根県における自殺の統計的検討 (1982-1985) -自然および社会環境との関連性について-. *法医学の実際と研究* 32: 323-328, 1989.
- 52) 高橋祥友: 自殺予防に関する各国の取り組みについて: とくに世界保健機関による自殺予防のためのガイドラインに焦点を当てて. 堺宣道 (主任研究者): 「平成13年度厚生労働科学研究 自殺と防止対策の実態に関する研究」総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 千葉, pp. 82-92, 2001.
- 53) 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.
- 54) 竹島正, 立森久照, 佐名手三恵: 自殺防止における連携の実態に関する研究-自殺防止対策の組織的推進に関する研究-. 堺宣道 (主任研究者): 「平成13年度厚生労働科学研究 自殺と防止対策の実態に関する研究」総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 千葉, pp. 82-92, 2002.
- 55) 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-. 今田寛睦 (主任研究者): 「平成14年度厚生労働科学研究 自殺と防止対策の実態に関する研究」報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 千葉, 2003. (印刷中)
- 56) Taylor SJ, Kingdom D, Jenkins R: How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95(6): 457-463, 1997.

【特集 自殺学】

自殺遺族の心理・社会的経験とその支援

宮 崎 朋 子

はじめに

日本では、1998年の自殺者急増以来「自殺者3万人時代」といわれる状況にあり、自殺研究の充実はまだこれからであるが、国レベルの自殺予防対策も動き出している。

自殺問題が取り上げられるときは、いかに未然に防ぐかという意味での予防が焦点化される。つまり、自殺予防の3段階でいわれる、プリベンション (prevention)、あるいはインターベンション (intervention) である。プリベンションとは、現時点の緊急性はないが、その原因などを事前に取り除き自殺が起きるのを予防することである。インターベンションとは、現に起こりつつある自殺への危機介入である。しかし、そうした手だてを講じても不幸にして起こる自殺がある。その時、自殺は死にゆく人のみの問題ではなく、遺された周囲の多くの人々—親、子、配偶者、きょうだい、あるいは友人、上司、同僚など—にも深刻な影響を与える。その際の対策がポストベンション (postvention) である。ポストベンションとは、自殺が起きた場合、他の人々に与える心理的影響を最小限にする対策を取ることである。

従来、遺された人々の問題は、ポストベンションの問題として取り上げられてきた。一方、自殺の危険因子として、近親者の死などの喪失体験や、自殺の家族歴、さらにサポートの不足などが挙げられる³⁹⁾。こうした要因も考えれば、自殺により遺された人々は、自殺のハイリスク群としても考慮されるべきであり、プリベンションとしても重要な問題であるといえる。し

かし、日本では、自殺によって愛する人を亡くし遺された人々は看過されてきた¹⁾。遺された人々に関する研究も、日本では非常に少ないのが現状である。そこで本稿では、遺された人々の心理・社会的経験についての知見の一端を紹介し、今後どのような研究が求められるか考えたい。

自殺により遺された人々 (survivor)

自殺により遺された人々の問題は、1960年代はじめのロサンゼルス自殺防止センターにおける自殺者の心理学的剖検研究の結果から副次的に認識されるようになった¹⁹⁾。心理学的剖検 (psychological autopsy) においては遺族の協力が不可欠であるが、その際、遺族が苦痛や罪悪感、怒りを経験しており、それを語ることの必要性があると認識されたことが、遺族の問題が取り上げられるきっかけとなった¹⁹⁾。

現在欧米では、自殺により遺された人々は“survivor (survivor of suicide)”と呼ばれている。“survivor”は、「生き残った者」の意だが、自殺未遂者ではなく周囲の遺された人を指している。1980年代から90年代初めの論文では、“survivor-victim”という表現も見られる^{16,30,32)}が、少なくとも犠牲者・被害者としても顧慮されるべき経験をしていることが認識されている現れであろう。McIntoshは、survivorを「誰かを自殺により喪った人であり、家族成員、友人、同僚、教師、クラスメイト、セラピストを含む」と定義した²⁵⁾。Shneidmanの提起したポストベンションの考えに立てば、自殺後の問題を考えるには、家族・親族に限定するのではなく、その自殺により様々な影響を受ける人全てが視野に入れられるべきである。例えば、精神科医や心理臨床家など治療者も、自殺による死別を体験し心理的打撃を受ける可能性が高い。本稿では取り上げないが、治療者が患者・クライアントを自殺により亡くしたときのケアや教育訓練は重要なテーマである^{22,23,31,36,40)}。さらに、Jobesらが、自殺に対するス

国立精神・神経センター精神保健研究所 成人精神保健部
Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Japan
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3
1-7-3 Kohnodai, Ichikawa, Chiba, 272-0827, Japan
(別刷請求先: 宮崎朋子)

ティグマを非難する意味から、「誰がsurvivorかは自らが決めるもの」¹⁹⁾と述べている点も重要な指摘である。

なお、日本では上記のような広い視点から自殺により遺された人々を総称する呼び方は定まっておらず、survivorの定訳もない。「自殺遺族」「自殺死別者」「自殺既遂者遺族」「自死遺族」「サバイバー」などまちまちである。「遺族」の語は、一般には死別により遺された家族・親族を意味する。このため、遺された人々の問題について広義に捉え表現する場合にどのような語が適切であるか、今後の議論が必要である。また、「自殺」の語も、語の持つ意味合いの強さから「自死」という表現が遺族や支援関係者の間で選好されるようになってきた。しかし、従来研究上「自殺」を用いており、また全ての文脈で「自死」を使用することは困難でもある。ただし、使用する場面、文脈に応じては、「自殺」の語が遺された人々に与える心理的影響にも配慮する必要があるだろう。本稿では、以上の問題点も踏まえつつ「自殺遺族」と表記することとする。

自殺遺族の経験

Litman, Curphey, Shneidman et al.²⁴⁾以降の自殺遺族研究により、自殺遺族は、悲嘆と回復のプロセスにおいて非常に多様な感情と苦痛を経験していることが明らかとなった。自殺で家族が亡くなったとの第一報に接して驚愕・茫然自失といったショックを受けることはもちろん、「自殺するはずがない」などの否認、非現実感、不安、怒り、自責感、恥の感情、なぜ自殺が起こったか理解しようとする（意味の探求）など、悲嘆と結びついた反応も見られる。こうした自殺遺族の心理の詳細については、高橋のまとめている臨床知見^{37,38,39)}なども参考になる。高橋のまとめた自殺後遺族に生じる反応をTable1に再掲した³⁹⁾。さらに、このような反応は、互いに絡み合い、遺族の経験をより複雑なものとしている。また、死別後何年も、時には何十年も経ったのちに、うつ病やPTSDの診断が付くよ

うな状態に至り、専門的介入を必要とするような場合もある。ここでは特に、遺族にとって後々まで尾を引くとされる自責感などについて知見を紹介していく。

1. 自責感・罪悪感

「自殺の直接の原因が自分にある」「自殺を防ぐために何もできなかった」といった自責感を自殺遺族は示す。また、こうした自責感を回避するため、「仕方なかったのだ」といった一種の正当化や合理化などが生じることもあるとしている。また、自殺が起きる可能性を薄々考えていて自殺が起きてしまうような場合、本人も自分たちも救われたと安堵感を覚える人もいる。しかし、そうした感覚を覚えることで、かえって自責感につながりかねない^{37,29)}。自死遺児からも、後悔、不安、恨み、悲しみなどが多く報告されている³⁴⁾。親の自殺のシグナルに気付きながら止められなかったという後悔は、「自分のせいで親を自殺させた」という罪悪感につながる。このような喪失時に経験する罪悪感、交通事故や病死の遺族に比べ大きいといわれ⁵⁾、また故人への愛着のレベルが高くなるほど増すとの報告がある³⁰⁾。

2. 怒り

Barlow, Morrisoは、怒りは遺族にとってもっとも強く感じられる感情だとしている³⁾。怒りはまず故人に対して向けられる^{3,4)}。身近な人の突然の自殺は、置いていかれた、裏切りなどと感じられ理解できず、遺族は、「なぜ自殺をしたのか」と問い続ける^{4,30)}。「なぜ」と問い続けることは、「意味の探求」として自殺遺族の特徴として報告されている。しかし、自殺の原因・理由を探ろうとしても故人に聞くことは不可能であり、怒りを解消することができないため、故人への怒りは「どうしようもない怒り」となる。他者に怒りが向けられる場合は、そうした故人への怒りの転嫁であったり³⁾、あるいは関わりを拒絶されたり放置されていると感じての怒りの場合もある⁴¹⁾。

遺族は、故人に対して自分がしてしまったことについて、自分がすべきだったのにしなかったことについて、自分自身に怒りを向ける³⁾。愛着のレベルが高いほど、罪悪感が増すとの報告³⁰⁾があるが、身近で関係が深いほど、問い続けても答えの出ない自殺の理由に自分自身を含めてしまうと考えられる。また、公的な拒絶や放置を感じることから故人への怒りが生じ、さらにそのような目に遭わせる神に対する怒りも生じる³⁾。「神への怒り」は、西欧文化・信仰の要因を考慮する必要があるだろう。しかしいずれも解決できな

Table 1 自殺の後に遺族に生ずる反応

・驚愕	・疑問
・茫然自失	・怒り
・離人感	・他罰
・記憶の加工	・救済感
・否認、歪曲	・合理化
・自責	・原因の追及
・抑うつ	・周囲からの非難
・不安	・二次的トラウマ

高橋³⁹⁾によるものを再掲

い怒りであるために直ちには表出されない。また、故人に対するどうしようもない怒りは、その怒りをぶつける相手がもはやいないと自覚された時、「死人にむち打つ」という表現もあるように、遺族はかえって自責感を高めることにつながる^{37,39)}。

3. 恥

自殺に対して恥の感情を持つことも特徴とされる。罪悪感などと同様、故人との愛着レベルが高いと恥の感情も増すと報告されている³⁰⁾。自殺を恥ずべき行為と考えて、事実を必死になって隠そうとしたり、自殺について他者に話してはならないと考えたり、家族間で故人を話題にできない場合もある^{37,39)}。自死遺児への調査³⁴⁾でも、親の自殺について他者に話したくないと感じていることが報告されている。それは友人や教師などだが、ときに家族の場合もある。また、死に関する全ての話題がタブーとなる家庭もある³⁷⁾。しかし、自死遺児調査では、一方で、親の自殺について話したいとも感じていることが示されている。自死遺児たちは、親の自死と自分や親の心理的苦悩、死別体験について語り、体験を客観化し心が解放されることを望んでいると報告されている³⁴⁾。

自殺遺族の経験について、特徴とされるいくつかの側面を挙げて知見を紹介した。しかし、このようにそれぞれの側面について記述を重ねてみて、自殺遺族の経験には届かない部分があるように筆者には感じられる。

自殺遺族の社会的孤立、スティグマ化

自殺による死別後の社会的孤立やスティグマ化は、自殺遺族の経験の特徴としてしばしば報告されている^{27,32)}。例えば、死別の悲嘆過程においてソーシャルサポートが重要な役割を果たすことが示唆されてきたが、自殺遺族に対しては、ソーシャルサポートを提供することが期待される側の人々（家族成員、友人、同僚など）が、他の死因の遺族に対してと比べ、よりネガティブな態度を示しやすいことが示唆されている。配偶者を亡くした妻について自殺と自殺以外の死別で比較したDemiの報告によれば、自殺以外では死別後の役割変化が最大のストレスだったのに対し、自殺では周囲からのスティグマが最大のストレスだった¹⁰⁾。あるいは、自殺遺族は、周囲の他者からの非難を感じ、またもし実際には非難されていなかったと

しても非難されていると感じたりする。また、周囲の人が何気なく、あるいは善意からかけた言葉にも傷つくことがある。高橋はこのような経験を指して「二次的トラウマ」と呼んでいる^{37,38,39)}。また、自殺遺族は、周囲からの責めにさらされ心的外傷が長引くという報告も見られる²⁹⁾。

このように、自殺遺族自身も周囲も、自殺に直面して恥の感情、非難など何らかのネガティブな態度を示し、自殺遺族は其中で、スティグマ化や二次的トラウマといわれる状況を経験し、時に社会的に引きこもる状態、社会的孤立が見られるとされる。

一方、自殺遺族のスティグマ化は、多くの場合おそらく経験されていないだろうとする研究も見られる^{12,41)}。実際には非難されていないとしても非難と感じるといったことも絡む問題であろう。Van Dongenの自殺遺族に対する半構造化面接による調査では、スティグマ化を少なくとも1つは経験した遺族は26%であったが、69%は強いソーシャルサポートも同時に報告している⁴¹⁾。このことをどのように考えたらよいのだろうか。

家族内でさえも話題にできず、家族成員間のコミュニケーションの低下や社会的孤立が起こるといった指摘を取り上げてみる。Van Dongenは、家族成員間でこのようなことが起こるのは、スティグマ化によるものではなく、家族成員が相互に気遣うことから起こるという可能性を指摘している⁴¹⁾。自分の悲嘆により他の家族成員を心配させまいとする、といったことである。また、直後の段階では、他者との関わりを最小限にすることにより、感情などのエネルギーを節約し、個人内で悲嘆過程にエネルギーを資することを可能にする方略である可能性も指摘されている。また家族成員以外の周囲の他者との接触においても、同様に解釈することはできるだろう。

このように、自殺遺族の社会的孤立、スティグマ化、ソーシャルサポートの問題等は、どの観点から問題を切り取るのかによりそこで描かれる様相は大きく異なるものになる。当然、これまで指摘されているネガティブな側面は、実際に自殺遺族の経験として非常に辛く苦しい中核を占めるものと考えられる。しかし今後は、これまで捉え切れていない側面があることを認識し、例えば、「社会的孤立」という状態の遺族自身にとっての意味などといった、これまでと異なる側面を捉えていく視点を持った研究が必要であると考えられる。前節で述べた「自殺遺族の経験に届かない部分が

ある」と筆者には感じられる点も、多面的且つ全体的に捉えることによりクリアされると考えられる。

自殺遺族の悲嘆は特殊か？

自殺遺族の悲嘆は他の死因の場合と比較して特殊なのだろうか。自殺による死別の悲嘆は、他の死因の場合と類似したのものと示唆されてきた。自殺による死別の悲嘆がたどる過程は異なるが、2年ほど経過すれば自殺遺族は他の死因の遺族と同程度に適応的になるとの知見が多い。例えば、配偶者を亡くした高齢者を対象とする縦断研究^{12,13,14)}では、自然死の死別と比較して自殺遺族は悲嘆が和らぐためにより長い時間を要するが、死別後2年半経つとその差は有意ではなくなるという結果が示された。McIntoshは、自殺遺族群と多様な統制群との比較を行った16の研究結果をレビューした²⁶⁾。その示唆によれば、(1)自殺遺族と他の遺族群、特に事故死のような突然死の遺族のあいだには、相違点よりも類似点の方が多い。(2)自殺遺族により異なる悲嘆反応や悲嘆状況は少なく、厳格な違いは未だ完全には明確ではなく一貫しない。(3)自殺による死別での過程は、時間が経過した他の死別の過程とは異なるだろう。(4)2年目を過ぎると悲嘆における相違は、非常に小さくなるか、死別者群の中で区別が出来なくなる。Jobes, Luoma, Hustead et al¹⁹⁾も同様の見解を示している。

しかし、自殺による死別の悲嘆が他の死因による場合とあまり差がないという見解については、慎重論が先頃のレビューに示され始めた^{6,11,20)}。Ellenbogen, GrattonもJordanも、先行研究では、自殺による悲嘆の特殊性を認めない知見が多いとする点で一致している^{11,20)}。しかし同時に、そうした結論を導いた先行研究について、方法論上の問題を指摘し、自殺による悲嘆の特殊性についての再考とさらなる精度の高い研究の積み重ねを促している。

先行研究の問題の指摘は、主に対照群の設定と結果の解釈に向けられている。対照群の問題では、例えば事故死などの突然死を対照群とする場合、差が示されないことが多いが、これは自殺死が突然死という点では事故死などと同じであり、悲嘆反応の程度差がそのために現れないとも考えられる。張⁶⁾も、同様の観点から自殺遺族の悲嘆が特殊か否かについて結論を留保している。また、自殺では、前の節でも取り上げたような、他の死別と異なる自殺特有の側面があると考え

られ、そのような悲嘆を測定する尺度の問題も指摘されている。実際、面接調査によって他の悲嘆との差を見出している研究もある。自殺遺族の悲嘆が「特殊でない」と現時点で結論づけず、今後の検討を待つべきであろう。しかし、Jordanが自殺遺族に対して臨床的に特別な配慮あるケアを提案しているが²⁰⁾、その悲嘆が特殊であるか否かの結論を待つことは独立に、自殺という要因の特殊性がよく考慮されるべきではないだろうか。

さらに従来の研究は、悲嘆の諸反応をそれぞれ個人内の変数として測定し記述する、あるいは、他の死別などの対照群との比較を行うといった調査方法をとった研究が多い。こうした研究から得られた知見は多いが、遺族の経験を変数ごと横断的に切り取ることになるため、遺族の経験の全体像は見えにくくなるというデメリットも指摘できる。自殺による身近な人の死がいかに遺族に影響を与えるのかについて我々がよりよく知ろうとするには、断片化されない形で遺族の経験を捉えることも同時に欠かせないと考えられる。また、先にも述べたように、自殺遺族の経験する自責感や怒り、恥などは、それぞれ相互に関連し合っているものである。また、怒り、恥、スティグマ化の問題なども、周囲の人々、社会と自殺遺族とがどのような相互作用をするのかという問題と密接に絡まっている問題と考えられる。

そこで、社会的文脈の中で自殺遺族が周囲の人々とどのような相互作用をし、その結果として遺族が経験する全体を捉えられるような研究が求められる。この点では、Van Dongenが、コミュニティの社会的文脈の中で自殺遺族の経験を捉えるという視点から遺族に面接調査を行っている研究⁴¹⁾は評価される。先に示した、自責感、怒り、恥、スティグマの問題などは日本においても報告されているところではあるものの、今後、自殺遺族の経験の全体を捉える研究を行うことにより、より詳細に裏付けられていくことが望まれる。

日本の動向と遺族支援

日本の自殺遺族に関する研究は、精神科医療、精神保健の専門家らによって近年いくつかの研究が見られるようになってきている。張ら^{7,8,9)}は、心理学的剖検への協力者を対象として自殺遺族の死別後の悲嘆について報告している。吉野⁴²⁾は、精神的な問題を抱えた家族を自殺で喪った母親と面接調査で向き合い、喪の作

業について事例報告をまとめた。またサポートグループへと発展させ運営している⁴³⁾。野田・笹井は、遺族サポートグループおよび遺族への面接調査を行い、サポートグループ立ち上げも試みている²⁹⁾。清水・川野らは、自殺遺族の文集の分析や面接調査、地域住民から自殺遺族へのサポートについての調査など、自殺遺族および遺族を取り巻く状況、環境を多面的に捉えるべく、調査、研究を行っている^{21,33)}。これらの他、一部の学術誌でポストベンションや自殺遺族が特集テーマとなるなどの動きが見られ、問題の指摘、紹介の段階から今後先に進むことが期待される。

野田・笹井²⁹⁾は、自殺遺族への調査からそのサポートについての提言をまとめている。まず、(1)遺族が気軽にメンタルヘルス相談ができる機関の必要性、(2)個別のケアの限界と当事者のみが集う自助グループの必要性である。一方、高橋が「まだわが国では自殺について語ることはタブー視されている」³⁷⁾と述べているが、自殺遺族であるがゆえのグループ成立の難しさも指摘されるところである。実際、日本で行われている遺族の支援については、現時点では報告も少なく^{28,29,42,43)}、各組織が手探りで行っている状態といっていよう。野田・笹井は、こうした自助グループ成立の困難について、当事者に加え専門家のファシリテーターで構成されるサポートグループから発展する可能性を示唆した。さらに、(3)行政機関による自殺遺族の苦しみを軽減するための社会啓発の必要性も指摘されており、今後の施策においても重要と考えられる。

こうした日本の現状において、あしなが育英会の“自死遺児”の活動は、自殺と自殺遺族への社会的関心を高める契機ともなっている。遺児らが体験を綴った小冊子『自殺って言えない』¹⁷⁾は12万部発行、その後出版された体験記¹⁸⁾も多くのメディアが取り上げた。あしなが育英会の自死遺児らの活動の他にも、翻訳書ではあるものの自殺遺族自身の声を取り上げた一般向けの書籍^{15,35)}の刊行などの動きがある。これらは、これまで看過され、あるいは声を上げられずにきた自殺遺族に光をあてるものである。

アメリカの例では、アメリカ自殺学会(American Association of Suicidology; AAS)が“survivor”部門を設け、自殺遺族は学会員として活動の重要な一翼を担っている。アメリカでは、1960年代から70年代にかけての“自助革命”の中で、当事者による草の根運動から自助グループ・サポートグループが興隆、拡大し

てきたが、自殺遺族のグループは後発であり、1980年では公式には1グループのみだった。しかし、現在、アメリカ合衆国およびカナダにおける自殺遺族のサポートグループは、AASによって地域毎にリストアップされ、誰もがその情報にアクセス可能となるまでになっている。さらに、そうした当事者の活動が学界にも社会にも影響を与え、研究を推進してきたという経緯がある^{2,19)}。

日本の自殺遺族を取り巻く状況は、必ずしもアメリカの例に倣うものではなく、日本の現状に合う形で変化しつつ進んでいくと考えられる。その際に、自殺遺族についての理解を深め、自殺遺族自身にとってもその支援においても常に下支えするものとして、自殺遺族についての心理・社会的な研究がより進展していくことが目指されるべきである。

文 献

- 1) 足立倫行: ルポ 自死一見過ごされてきた遺族たち. 中央公論 117: 222-229, 2002.
- 2) Appel YH, Wroblewski A: Self-Help and support groups: Mutual aid for survivors. Dunne EJ, McIntosh JL, Dunne-Maxim K(Eds.) Suicide and Its Aftermath: Understanding and Counselling the Survivors, Pp215-233. Norton & Co., 1990.
- 3) Barlow CA, Morrison H: Survivors of suicide. Emerging counselling strategies. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 40: 28-39, 2002.
- 4) Clark SE, Goldney RD: Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide. Crisis 16: 27-33, 1995.
- 5) Cleiren MRD, Diekstra RFW, Kerkhof AJFM et al: Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on "Who" rather than "How". Crisis 15: 22-36, 1994.
- 6) 張賢徳: 自殺者遺族の悲嘆について—特殊なケアが必要なのか(特集・サバイバーへのケアとポストベンション). 自殺予防と危機介入 23: 3-8, 2002.
- 7) 張賢徳, 津川律子, 広瀬徹也: 心理学的剖検研究に対する自殺者遺族の反応. 日本社会精神医学会雑誌 6: 248, 1998.
- 8) 張賢徳, 津川律子, 広瀬徹也: 自殺既遂者遺族の追跡調査—心理学的剖検面接の効用及び健康状態について. 日本社会精神医学会雑誌 7: 95, 1998.
- 9) 張賢徳, 津川律子, 李一奉他: 自殺既遂者遺族の悲

- 嘆について一心理学的剖検協力者の追跡調査. 自殺予防と危機介入 23: 26-34, 2002.
- 10) Demi A: Adjustment to widowhood after a sudden death: suicide and nonsuicide survivors compared. *Commun Nurs Res* 11: 91-99, 1978.
 - 11) Ellenbogen S, Gratton F: Do they suffer more?: Reflections on research comparing suicide survivors to other survivors. *Suicide Life Threat Behav* 31:83-90, 2001.
 - 12) Farberow NL, Gallagher DE, Gilewsk MJ et al: An Examination of the early impact of bereavement on psychological distress in survivors of suicide. *The Gerontologist* 27: 592-598, 1987.
 - 13) Farberow NL, Gallagher-Thompson D, Gilewski M et al: Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *J Gerontol* 47: 357-366, 1992.
 - 14) Farberow NL, Gallagher-Thompson D, Gilewski M et al: The role of social supports in the bereavement process of surviving spouses of suicide and natural deaths. *Suicide Life Threat Behav* 22: 107-124, 1992.
 - 15) Fine C: No Time to Say Goodbye: Surviving the Suicide of a Loved One. Bantam Doubleday Dell Publishing, 1997. (飛田野裕子 (訳) : さよならも言わずに逝ったあなたへー自殺が遺族に遺すもの, 扶桑社, 東京, 2000.)
 - 16) Foglia BB: Survivor-Victims of Suicide. Hatto CL, Valente SM(eds.) *Suicide, assessment and intervention*(2nd Edition)pp.149-162. Appleton-Century-Crofts, 1984.
 - 17) 自死遺児文集編集委員会, あしなが育英会: 自殺って言えない. あしなが育英会, 東京, 2000.
 - 18) 自死遺児編集委員会, あしなが育英会 (編) : 自殺って言えなかった. . サンマーク出版, 東京, 2002.
 - 19) Jobes DA, Luoma JB, Hustead LAT et al: In the wake of suicide: Survivorship and postvention. Maris RW, Berman AL, Silverman MM (Eds.): *Comprehensive textbook of suicidology*, Guilford Press, New York, pp.536-561, 2000.
 - 20) Jordan JR: Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav* 31: 91-102, 2001.
 - 21) 川野健治: 自殺遺族の悲嘆過程ー遺族の語る力とケア・サポートの可能性. 平成12年度健康づくり委託事業 (健康づくり等調査研究委託事業)「経済環境および家族環境と中高年の自殺問題に関する研究 (主任研究者: 清水新二)」研究報告書, pp.67-74, 2001.
 - 22) Kleespies PM, Penk WE, Forsyth JP: The stress of patient suicidal behavior during clinical training: Incidence, impact, and recovery. *Prof Psychol Res Pr* 24: 293-303, 1993.
 - 23) Kleespies PM, Smith MR, Becker BR: Psychology interns as patient suicide survivors: Incident, impact, and recovery. *Prof Psychol Res Pr* 21: 257-263, 1990.
 - 24) Litman RE, Curphey T, Shneidman ES et al: Investigations of Equivocal Suicides. *J Am Med Assoc* 184: 924-929, 1963.
 - 25) McIntosh JL: Preface. Dunne EJ, McIntosh JL, Dunne-Maxim K(Eds.): *Suicide and its aftermath: Understanding and counseling the survivors*. pp19-30. Norton, Co.,1987.
 - 26) McIntosh JL: Review article: Control group studies of suicide survivors: A review and critique. *Suicide Life Threat Behav* 23: 146-161, 1993.
 - 27) Ness DE, Pfeffer CR: Sequelae of bereavement Resulting from suicide. *Am J Psychiatry*, 147:3, 279-285, 1990.
 - 28) 西原由記子: 遺された人たちを支える (特集・サバイバーへのケアとポストベンション) . 自殺予防と危機介入 23: 14-19, 2002.
 - 29) 野田哲朗, 笹井倫子: 自殺者予防と自殺者遺族ケアに関する研究. 平成12年度健康づくり委託事業 (健康づくり等調査研究委託事業)「経済環境および家族環境と中高年の自殺問題に関する研究 (主任研究者: 清水新二)」研究報告書, pp.47-66, 2001.
 - 30) Reed MD, Greenwald JY: Survivor-Victim status, attachment, and sudden death bereavement. *Suicide Life Threat Behav* 21: 385-401, 1991.
 - 31) Shein HM: Suicide care: Obstacles in the education of psychiatric residents. *Omega* 7: 75-82, 1976.
 - 32) Shneidman ES: Postvention and the Survivor-Victim. Shneidman ES(Ed.) *Death: Current Perspectives*(3rd ed.), 412-419. Mayfield Publisher, 1984.
 - 33) 清水新二, 川野健治, 石原明子他: 自殺に関する心理社会的要因の把握方法に関する研究. 平成13年度厚生科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究

- 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)」総括・分担研究報告書, pp.30-54, 2002.
- 34) 副田義也: 自死遺児の心の傷とケアに関する調査・14の発見. 自殺って言えなかった。 . pp.227-232. サンマーク出版, 東京, 2002.
- 35) Staudacher C: Beyond grief: A guide for recovering from the death of a loved one. New Harbinger Publications, Oakland, 1987. (大原健士郎(監) 福本麻子(訳): 悲しみを超えてー愛する人の死から立ち直るために, 創元社, 大阪, 2000.)
- 36) 高橋祥友: 患者の自殺に精神科医はどう対処すべきか(特集・精神科医のメンタルヘルス). 精神科治療学 16: 563-568, 2001.
- 37) 高橋祥友: 自殺、そして遺された人々. 自殺のサインを読みとる. pp275-303, 講談社, 東京, 2001.
- 38) 高橋祥友: アメリカにおけるサバイバーの問題(特集・サバイバーへのケアとポストベンション). 自殺予防と危機介入 23: 8-13, 2002.
- 39) 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, 東京, 2002.
- 40) Valente SM: Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. Am J Orthopsychiatry 64: 614-621, 1994.
- 41) Van Dongen: Social context of postsuicide bereavement. Death Stud 17: 125-141, 1993.
- 42) 吉野淳一: 精神的な問題を抱えた人々の自死と家族の喪の作業. 北星学園大学大学院文学研究科社会福祉学専攻北星学園大学大学院論集 1: 1-19, 1998.
- 43) 吉野淳一, 木村睦: 精神障害を持つ人の自死にまつわる喪の作業への支援. 家族療法研究 17: 43, 2000.

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 criteris from DSM-III-R American Psychiatric Association, Wasgington, 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. 論文投稿先：
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3
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

(2002. 3. 31.改訂)

精神保健研究編集委員会

編集委員長 今田寛睦

編集委員 伊藤順一郎 稲垣真澄 三宅由子

小牧 元 北 道子 船田正彦

編集後記

今回、若手の研究員たちの原稿が別冊として世に出るようになったことに、心からお祝い申し上げたい。思えば昨年度、石原明子研究員をはじめとするプロジェクト委員が編集委員（当時）であった私の元に相談に訪れた当初は、完成までは遙か遠くのようにも思われた。しかし、約1年間の間に、全体としての調和を保ちつつ、各研究員が自分の能力を遺憾なく発揮し、各自の専門分野を昇華させた自殺学の学際的な研究論文集ができあがった。若手が自主的に開催した研究会の成果が、各研究員の熱意によってこのような形となるのは、精神保健研究所においても初めてのことではないかと思う。研究所の持ち味を十分に生かし、その成果を世に問う姿勢に敬意を表する次第である。これを機に、若手研究員の尚一層の活躍を願う。

波多野和夫（元編集委員、現・滋賀県立精神保健総合センター長）

精神保健研究
第49号 Supplement 自殺学特集
（2003年3月31日発行）

（非売品）

編集責任者——今田寛睦
発行者——国立精神・神経センター
精神保健研究所
〒272-0827 千葉県市川市国府台 1-7-3
Phone: 047-372-0141
FAX: 047-371-2900
<http://www.ncnp-k.go.jp/>

Journal of Mental Health

Number 49 Supplement, 2003

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

CONTENTS

FOREWORD

H. Imada

SPECIAL TOPICS

Preface

A. Ishihara, Y. Komada, M. Sanate, M. Hayashi-Hirano, T. Miyazaki, 3

Methodology and Data-Sources of Suicidology

A. Ishihara 5

Suicide in Japan - the Analysis of Vital Statistics

A. Ishihara 13

Suicide, Gender and Sexuality

K. Ito, F. Hisanaga, A. Ishihara 27

Suicidology and Psychiatric Nosology

K. Horiuchi 35

The Biology of Suicide

Y. Iijima 41

The Social Relationship on the Suicidology

T. Miyazaki 55

Suicidal Behavior and Family

A. Sakai 61

Self-determination to Die: Suicide and Euthanasia

M. Hayashi-Hirano 67

Suicide Note in Suicidology

Y. Komada, H. Noguchi, A. Ishihara 75

Prevention of Suicide

M. Sanate, H. Noguchi, R. Kawano 81

Survivor of Suicide: Survivorship and Support

T. Miyazaki 89

Instructions to Authors 97

Editorial Note 98