

特集 自殺予防と精神保健医療の役割

自殺総合対策における精神科医療の課題
——総合的な精神保健的対策を目指して——

松本 俊彦

わが国では、自殺対策基本法制定ならびに自殺総合対策大綱の閣議決定後より、本格的に国家的な自殺対策が展開されている。その自殺対策の特徴は、自殺対策を、「うつ病対策」として精神科医療の問題に矮小化せず、社会全体のとりくみとして総合的に推進していくという点にある。このことは全く正しい方向性であると思われるが、その「総合的対策」のなかの一セクションにすぎない精神科医療は、依然として薬物療法に偏重したままであり、古典的なうつ病だけを念頭に置いた、きわめてシンプルな対策にとどまっている。本稿では、最近実施された、心理学的剖検による自殺の実態調査の知見にもとづいて、自殺対策が「総合的」でなければならないように、精神科医療もこの機に「総合的」なものへと変化していく必要があることを提言した。

〈索引用語：自殺対策基本法，自殺総合対策大綱，心理学的剖検，日本〉

I. 総合的な自殺対策のなかの精神科医療

わが国の自殺による死亡者数は、1998年に3万人を超えて以降、13年間にわたって高止まりのまま推移している。その背景にはバブル崩壊後に急増した多重債務や過重労働、さらに最近では、リーマン・ショック以後に問題化した雇用の悪化といった社会的要因の影響が大きいといわれている。こうした認識にもとづいて、現在わが国では、自殺対策を精神保健的対策に限定せずに、総合的な対策が進められている。自殺総合対策大綱において「総合」という言葉がついているのは、まさにそういった理由からである。しかし、穿った見方をすれば、その裏には、これまでの国の自殺対策があまりに精神保健領域に偏っていたという反省がある。確かにわが国には、長いこと自殺対策をうつ病対策にすりかえてきた暗い歴史があることは否めない。

ところで、精神保健に限定しない「総合対策」とは、読み方を変えれば、「精神保健的対策だけ

では自殺は防げない」ということを前提とした対策と理解することもできる。このことは、自殺リスクの高い精神障害と日常的に対峙する精神科医療の責任が軽減したことを意味するのであろうか？

もちろん、そんなことはない。海外で実施されてきた、心理学的剖検の手法を用いた自殺既遂者の調査^{1,3)}では、「自殺既遂によって死亡した者の90%以上が死の直前に何らかの精神障害に罹患していた」ことが明らかにされている。要するに、そもその原因が家族関係や借金であったとしても、あるいは過重労働であったとしても、自殺に至る最終的な共通経路は精神障害なのである。要するに、精神科医療は自殺に傾く者を水際で食い止める役割を担っている。

今日、国内の様々な地域では一般住民を対象とした、「うつ病は心の風邪」といった内容の啓発的な講演会が数多く開催され、また、プライマリケア医から精神科医への紹介に対して診療報酬加

算をする施策もとられるなど、精神科受診はますます促進されている。こうした施策の根拠となっているのが、やはり海外の心理学的剖検研究の知見³⁾——自殺既遂者が罹患していた精神障害のなかでも最も多いのが「うつ病」であって、そのほとんどが精神科治療を受けていない——である。その観点からいえば、確かに未治療のうつ病罹患者を精神科治療につなげることは、自殺予防の至上命題といえるであろう。

II. 精神科医療は本当に自殺を予防できるのか？

しかし、正直に告白すると、筆者は、「精神科治療を受ければ自殺しないですむ」といった神話を無邪気に信じる気持ちにはなれないのである。今日、都市部の精神科外来はどこも患者で混雑し、一人ひとりの患者に対して丁寧な時間をかけているゆとりなど、どう考えてもない。通院精神療法がとれる5分ぎりぎりの診察（昨年度までの診療報酬の場合）でテンポよく患者を診察して行かざるを得ないし、ビジネスとしてもそれが最も効率のよい方法でもある。敢えて極端な表現をさせていただくと、精神科の外来診察室で最も主流を占めている診療スタイルは、「夜眠れているか？ 飯食っているか？ 歯磨いたか？ また来週……」という、いわば「ドリフターズ診療」である。もちろん、短い診察時間では解決策が見あたらない場合も少なくないが、そんなときには、「とりあえずお薬を追加しておきます」という慣用句で、食い下がる患者の語りに句点を打ち、診察を強制終了させる。だが、こういった診療で、自殺を考えるほど追い詰められた人を助けることができるのだろうか？

衝撃的な事実がある。最近行われた自殺既遂者の調査⁴⁾¹⁰⁾は、その多くが自殺時点で精神科治療中であったことを明らかにしている。我々が実施した心理学的剖検調査では自殺既遂者の50%⁴⁾が、また、東京都が独自に実施した自殺者遺族に対する聞き取り調査では52%¹⁰⁾が、それぞれ精神科治療中であったのである。最近になって、全国自死遺族連絡会が実施した自死遺族1,016人を

対象とした聞き取り調査では、自殺既遂者の69%が自殺時点で精神科治療中であったという報告がなされている²⁾。このことは、従来いわれてきた、「自殺既遂者の多くが精神科治療を受けていない」という説が神話でしかない可能性を示しているとはいえないだろうか？

我々の調査からは、さらに驚くべき知見が得られている。それは、精神科受診歴を持つ自殺既遂者は、縊首や飛び降りといった最期の致死の行動に際して、処方された治療薬を過量摂取したことによる、一種の酩酊状態のなかで自殺行動に至った可能性が高い、というものである。いささか極端な見方ではあるが、もしも本当にそのような実態があるとすれば、精神科医が向精神薬を処方したことが、結果的に自殺を幫助することになったという誹りを受けないとも限らない。

もちろん、こうしたデータは、あくまでも自ら進んで調査に協力した自死遺族だけが聞き取りの対象となっている、という点に注意する必要がある。その意味では、わが国の自殺既遂者全体を反映しているとはいえないデータである。とはいえ、最近、ある救急医が怒りに打ち震えながら筆者に吐いた言葉を思い起こすと、このデータがあながち真実から大きくかけ離れた結果とは思えないのである。ちなみに、その言葉とは、「精神科クリニックが増えても、自殺は減らずに、過量服薬による自殺未遂ばかりが増えている」というものであった。もちろん、筆者は反論することができなかった。

III. 『南条あや』が精神科医療に投げかけた問い

わが国の精神科医療現場では、自殺急増からまもない2000年あたりを境にして、ある患者の一群が急激に目立つようになった。それは、リストカットや過量服薬を繰り返す若年患者である。筆者は、そうした患者たちから何度となく、「先生は、南条あやの『卒業式まで死にません』⁶⁾を読みましたか？」と質問されたものである。当時、そうした患者のあいだで南条あやはカリスマ的存在として祭り上げられ、数多くの追従者・模倣者

を生み出していた。

南条あや（本名鈴木純）は、両親の離婚や学校でのいじめといった苛酷な状況のなかで、中学1年頃よりリストカットを繰り返すようになった。そして数年間に及ぶ自傷行為の果てに、彼女は高校3年時には精神科での入院治療を受けるわけだが、その際に自らの精神科医療体験を綴った日記がネット上に公開されると、彼女はたちまち「メンヘル系ライター」として注目を集め、一部の若者たちから脚光を浴びるようになった。『卒業式まで死にません』は、それらの日記をまとめた、彼女の遺稿集である。

彼女は、1999年3月30日——高校の卒業式の20日後——に死亡した。その日の午後、彼女は一人でカラオケボックスに入店し、大量の向精神薬を服用して昏睡状態に陥り、そのまま帰らぬ人となったという。享年18歳であった。ただし、彼女が服用した向精神薬の量は致死量に満たず、かねてより頻回のリストカットや献血（これも「瀉血」という一種の自傷か）による慢性貧血の状態にあり、また、死後の解剖において心臓弁膜に異常が見出されたことから、死因は「推定自殺」と曖昧に濁されている。

南条あやという存在は、彼女の信奉者だけでなく、精神科医療関係者にも無視できない影響を与えた。彼女の日記には、処方薬の飲み心地をソムリエのように批評したり、気軽に過量服薬したりするありさまが描かれているが、初めてそれを読んだとき、筆者は、現代精神科医療の暗部を拡大鏡で見せつけられた気がして慄然としたのを覚えている。事実、彼女の死の後から、処方薬を乱用し、自傷行為の映像や精神科治療の経過をインターネット上に公表するといった、南条あやの模倣をする若い患者が急増していったのである。さらに、これに前後するかたちで、地域の精神科クリニックの多くが、「リストカット患者お断り」という標榜を掲げ始めた。まあ無理もない話である。処方薬を乱用し、インターネット上でリストカットした血まみれの腕の写真や主治医の発言を公開する患者など、確かに煩わしいことこの上ない。

それでいて、まともに治療をしようと思えば長い診察時間が必要となる。現行の診療報酬制度下では効率が悪すぎる。

このような「南条あや現象」について、知り合いのある精神科医は、筆者に、「うつ病は心の風邪」などといった、安っぽいメンタルヘルス・プロモーションや、米国精神医学会の操作的診断(DSM)におけるうつ病概念の拡大が原因であると語った。確かにそうした流れが、病気ではない者に「自称うつ病」として患者役割をとることを許容する状況を作り出し、医師の処方にあれこれと注文をつけ、さらには、治療薬を乱用したり過量服薬を繰り返す患者を作り出した可能性はある。そして、そのような見解を支持する精神科医からすれば、真に治療が必要なうつ病とは、「内因性」と「メランコリー親和型」だけであって、「非定型」や「ディスチミア親和型」⁹⁾などといった臨床類型は、所詮は「偽性」うつ病にすぎないことになるのかもしれない。

だが、ちょっと待って欲しい。たとえ、その患者のうつ病が「偽性」であろうと、あるいは「非定型」もしくは「ディスチミア親和型」であろうと、問題は診断名や臨床類型ではなく、自殺のリスクなのではなかったか？ そもそも、海外の心理学的剖検研究が指摘する自殺既遂者の「うつ病」とは、たとえばDSM-IV-TRの「大うつ病性障害」の基準を満たすような、きわめて広範な病態である場合がほとんどである。にもかかわらず、わが国の専門家が勝手に、自分たちが共感しやすく扱いやすい古典的病態にすり替えて理解しただけではないのか？

精神科医のなかには、「リストカットは自殺とは違うよ」「あれは喫煙や飲酒みたいな個人の嗜好であって、『本当のうつ病患者』みたいに自殺はしない」などしたり顔をして語る者もいる。確かに、多くの自傷患者は、自殺の意図からではなく、怒りや緊張といった不快感情への対処や意思伝達の目的から自傷行為を繰り返している。

しかし、たとえそうであったとしても、南条あやが死亡したのは事実である。このことは、それ

が「本当のうつ病」であるなしかかわらず、リストカッターたちが死なないという保証はどこにもないことを示している。それどころか、実証的研究は、自殺以外の意図にもとづく自傷行為であっても、長期的にはそれが自殺の危険因子となることを明らかにしているのである。たとえば、Owensら⁷⁾によれば、十代における1回以上の自傷経験は10年後における自殺既遂による死亡のリスクを数百倍に高めるといふ。

要するに、たとえ「リストカットじゃ死なない」としても、「リストカットする奴は死なない」とはいえないのである。その意味では、精神科医療が「リストカッターお断り」として援助の埒外に弾き出すこと自体、「我々は自殺予防にはコミットしません」という意思表示をすることにならないであろうか？

どこかで微妙な「ボタンの掛け違い」が生じているように思えてならない。そのうつ病が「真性」であれ「偽性」であれ、その患者は何よりもまず精神医学的援助を必要としているのではなからうか？ 問題なのは、薬物療法だけでは解決しない種類の困難を、向精神薬一本槍で解決しようとする精神科医に、あるいは、診療行為と称して単に患者に「お勧めの薬剤」を提案するだけの「向精神薬ソムリエ」(実は、その知識とて製薬会社のパンフレットの受け売りであったりもするが……)に墮した精神科医に、責任がないといえるであろうか？

IV. 精神科医療・精神医学の課題

断っておくが、筆者は決して「反精神医学」的な主張をしているつもりはない。むしろ「精神医学の十字軍」でありたいという気持ちから、あえて自らの身内である精神科医療に辛辣な意見をさせていただいているのである。

あえて口幅つたいことをいわせていただくと、わが国の精神科医療は援助者が手をつけやすいところを中心に発展してきたとはいえないだろうか？ それは、たとえば一般精神医療においては統合失調症、そして自殺対策においてはうつ病と

いう、いずれも医学的モデルにはまりやすく、医療者が共感しやすい病態である。その一方で、医療者として陰性感情を惹起される領域については、精神科医療の苦手分野として放置されてきた。たとえばアルコール・薬物依存症やリストカットを繰り返したり治療薬を乱用したりする境界性パーソナリティ障害の臨床といった分野である。しかし、いうまでもなく、こうした病態の患者の自殺リスクはきわめて高い。

もちろん、苦手分野の勉強ほどおっくうなことはないのは理解しているつもりである。たとえばある精神科医の団体幹部はこういった。「まずは我々ができるところからやることですな」。要するに、得意科目からやらせていただきたいというわけである。だが、おそらく最後まで得意科目しかやらないつもりではないのか？ 筆者はどうしても穿った見方をしてしまうのである。本気で自殺予防を考えるのであれば、援助者が自らの苦手分野を克服する必要がある、というのが筆者の考えである。そのためには、精神保健的領域の自殺対策もまたそれ自体が「総合的なもの」となり、精神保健的支援全体の底上げがなされなければならない。

そのような文脈で考えた場合、筆者は、2008年10月に閣議決定された大綱の一部改正(「自殺対策加速化プラン」⁸⁾)は、精神科治療が進むべき方向性を示したという点で、基本法や当初の大綱以上に高く評価されてよいと感じている。というのも、「ハイリスク者対策」として、統合失調症、アルコール・薬物依存症、外傷後ストレス障害といった、うつ病以外の精神障害への対策強化が宣言され、さらに、自傷行為を繰り返す思春期・青年期への対策強化も明記されたからである。

アルコール・薬物依存症患者、あるいは、リストカットを繰り返したり治療薬を乱用したりする境界性パーソナリティ障害患者は、平均的な精神科医が最も苦手とし、しばしば忌避さえする相手である。その最大の理由は、何よりも通常の薬物療法主体の治療では対応しきれないところにある。そのような患者は、様々な行動化で援助者を翻弄

し、ときには苦渋をなめさせることも少なくない。当然、こうした患者に「うつ病」の合併することもめずらしくないが、たとえ誰かがこれを「偽性」と決めつけたとしても、エビデンスは、こうした重複障害こそが自殺リスクが高いことを示している⁸⁾。

ここに重要なポイントがある。精神科医療を含む精神保健的対策は、現在推し進められている「総合対策」を構成する一領域にすぎないが、大綱の改正による追加項目は、その精神保健的対策を「総合的」なものへと変化することの必要性を含意したものと読み取ることはできないであろうか？ いいかえれば、精神科医をはじめとする援助者が、これまで抱えていた苦手意識や忌避的感情を克服して困難な病態に挑戦すること、薬物療法一辺倒の精神科治療から脱して、「総合的な」精神科治療へと成長することを求めているとはいえないであろうか？

しつこく繰り返させていただく。現在、わが国で展開されている様々な自殺対策のなかで、いまだに手つかずの領域が一つだけ残されている。それは、精神科医療の質の向上である。何も、「精神療法の技能向上に努めよ」などと高尚なことをいっているつもりはない。そうした患者を援助する際に見られがちな否定的態度をほんの少しでも変えること。それだけでも多少とも救える患者が増える、と筆者は確信している。

文 献

- 1) Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., et al.: Psychiatric diagnoses and suicide: Revising the evidence. *Crisis*, 25; 147-155, 2004
- 2) 河北新報社: Kahoku Online Network (<http://www.kahoku.co.jp/news/2010/04/20100427t13017.htm>)
- 3) Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E. T., et al.: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci*, 49 (Suppl. 1); S111-116, 1995
- 4) 松本俊彦, 廣川聖子, 勝又陽太郎ほか: 心理学的剖検における精神医学的診断の妥当性と数量的分析に関する研究 (3) 精神科治療の有無からみた検討. 平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究 (研究代表者: 加我牧子)」総括・分担研究報告書. p. 95-109, 2010
- 5) 内閣府: 自殺対策加速化プラン (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/pdf/plan.pdf>)
- 6) 南条あや: 卒業式まで死にません. 新潮社, 東京, 2000
- 7) Owens, D., Horrocks, J., House, A.: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*, 181; 193-199, 2002
- 8) Simon, R.I.: Chapter 2. Suicide risk assessment. *Assessing and Managing Suicide Risk* (ed. by Simon, R.I.). American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, p. 25-60, 2004
- 9) 樽味 伸ほか: うつ病の社会文化的試論—特に「ディスチミア親和型うつ病」について. *日本社会精神医学雑誌*, 13; 129-136, 2005
- 10) 東京都福祉保健局編: 自殺実態調査報告書—自死遺族からの聞き取り調査—. p. 41-44, 2009

Assignment of Psychiatry in the Japanese Suicide Countermeasures

Toshihiko MATSUMOTO

*Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry*

In Japan, national suicide countermeasures have been promoted since enactment of the “Basic Act on Suicide Countermeasures” in 2006, and the “Comprehensive Suicide Prevention Initiative” in 2007. The key element of the Japanese countermeasures is expressed by the word “comprehensive,” which indicates that suicide prevention should not only be implemented through mental health approaches, but should also be addressed via other measures, including changes in administrative practices.

This is an appropriate policy, although the mental health measures appear to be too simplistic, inclining toward psychiatric treatment using pharmacotherapy for the classic type of “depression.”

This paper presents the findings of a psychological autopsy study which was recently conducted in Japan, and stipulates that mental health measures, including psychiatric treatments, need to be made more comprehensive.

<Author's abstract>

<**Key words**: Basic Act on Suicide Countermeasures, Comprehensive Suicide Prevention Initiative, psychological autopsy, Japan>
