死の有無の関連については、アルコール摂取をしていない者10名中2名が、アルコール摂取した者5名中1名が死亡しており、対象者の結果では、アルコール摂取の生命予後への関与は認められなかった。

Ⅲ-2-2. 要因

警察庁自殺統計の自殺の原因・動機別表記に従って分類したところ、家庭問題3名（男性1名／女性2名）、健康問題（※）4名（男性1名／女性3名）、経済・生活問題2名（男性2名／女性0名）、男女問題2名（男性1名／女性1名）、進路問題を含む学校問題4名（男性3名／女性1名）、特定できないその他の者が9名（男性6名／女性3名）となっていた。特定できない者については、既遂者7名中5名が死亡のため把握出来なかったが、未遂に終わった者についても主要因を特定出来ない者が17名中4名存在した。

※ 健康問題は「病気の悩み・影響（うつ病）」を指すとされている。

Ⅲ-2-3. 企図前の状況（表3.参照）

今回の企図前の未遂経験有無が確認できた者は24名中15名であった。実際に未遂経験が一回以上ある者は8名（男性4名／女性4名）であった。反対に、始めて自殺企図を行った者は7名で、その年代の内訳は、7名（10代3名／20代1名／70代2名／80代1名）となっていた。

表3. 企図前の状況

未遂経験	未遂経験あり	8	33.3
	未遂経験なし	7	29.2
	不明	9	37.5
既往歴	精神科既往歴あり	11	45.8
	精神科既往歴なし	4	16.7
	身体科にて精神科薬処方	4	16.7
	不明	5	20.8

また、未遂者8名の今回の企図方法の内訳については、8名（墜落1名／飛び込み1名／薬物2名／切創・刺創3名／縊頸1名）となっていたが、以前の未遂体験時の企図方法については、半数以上が複数回のリストカットや大量服薬の方法に拠っていた。企図方法の深刻化する傾向が示唆された。

なお、今回の入院以前に精神科既往歴があった者は11名おり、身体科にて精神科薬の処方を受けていた者が4名いた。精神科既往歴のあった11名のうち、1名のみが未遂経験なしと判断でき、6名は確実に未遂経験を有していた。一方、身体科にて精神科薬処方を受けていた者4名のうち3名は入院に至るまでは未遂経験はなく、1名のみに未遂経験があった。精神科既往歴がない者では、未遂経験のある者はおらず、今回が初の自殺企図の試みと判断できた。

Ⅲ-3. 入院後の転帰等（表4.参照）

Ⅲ-3-1. 在院日数

入院後の在院日数については、今回の対象者の平均は 12.9 日であった。死亡者 7 名全員は 1-2 日で既遂を遂げる結果となった。生存者で見ると、1-2 日 2 名（男性 0 名／女性 2 名）、2 日-7 日 2 名（男性 1 名／女性 1 名）、1-2 週間 3 名（男性 2 名／女性 1 名）、2-3 週間 4 名（男性 1 名／女性 3 名）、4-5 週間 1 名（男性 1 名／女性 0 名）、5 週間以上 5 名（男性 4 名／女性 1 名）となっていた。5 週間以上の在院日数を要した者は 5 名中 4 名が墜落によって企図した者であり、骨盤骨折等の手術の処置で入院が長引いていた。

Ⅲ-3-2. インタビュー実施状況

すべての患者にインタビュー実施について打診した。1-2 日の入院につき時間の都合からインタビュー出来ない者、また、数日以上の入院であっても、気管挿管等の医療処置によってインタビューが施行できない者が 6 名いた。その結果、17 名中 11 名（死亡者を省く）に入院中にインタビューが施行できた。なお、インタビューが施行できても、認知機能の後遺症によって意思疎通が計りづらい者も含まれていた。

Ⅲ-3-3. 転帰等

表4. 入院後の状況

		n	%
在院日数	1-2日	9	37.5
	2日—7日	2	8.3
	1W—2W	3	12.5
	2W-3W	4	16.7
	4W-5W	1	4.2
	5W以上	5	20.8
意思疎通の程度(死亡者除く)	可能	7	41.2
	かろうじて可能	5	29.4
	不可	5	29.4
面接実施の有無(死亡者除く)	実施	11	64.7
	未実施	6	35.3
精神科往診の有無(死亡者除く)	あり	13	76.5
	なし	4	23.5
転帰(死亡者除く)	身体科病院	3	17.6
	精神科病院	7	41.2
	精神科診療可能な身体科病院	2	11.8
	自宅	4	23.5
	その他	1	5.9

退院先についてであるが、生存者 17 名の内訳は、身体科病院への転院 3 名、精神科病院への転院 7 名、精神科診療可能な身体科病院への転院 2 名、自宅 4 名、その他 1 名であった。12 名が医療機関への転院になった。

精神科への転院が多い背景には、入院中から精神的側面のフォローあるいは査定が必要な者が 17 名中 13 名いたことが挙げられる。そのインタビュー前後で精神科医が常駐している関連診療所（兵庫県こころのケアセンター）に精神科往診の依頼が入り、13 名中 11 名に精神科診療が行われた。

診察・インタビュー実施の結果、生存者の半数以上に、希死念慮の継続や自殺再企図の恐れが確認され、高度救急医療の処置の後に精神科病院あるいは精神科診療可能な身体科病院に転院した者が 9 名いた。身体状況が回復した者で自宅に帰った者は 4 名いたが、それら 4 名は以前からかかっていた近医の精神科クリニック、あるいは身体科（内科）からの紹介で精神科に受診することを条件に退院となった。入院後に希死念慮がなくなったことが確認できた者はわずか 3 名であった。

Ⅳ. 結果（質的結果から）

ここからは、インタビューが施行できた 11 名で、かつ意思疎通が出来た者の語りを中心に報告する。なお、結果の記載については、プライバシーへの配慮から、個人が特定されないよう事実をゆがめない程度に一部内容の変更を行っている。

Ⅳ-1 患者の語りから見えてくる自殺企図の背景

自殺企図に至った主要因については**Ⅲ-2-2.**で前述したが、語りの中からは主要因の他にも様々な不安や問題があることが明らかになった。なお、本人の語りによる自殺企図の理由について、表 5.に簡略にまとめた（一部、入院後死亡した者も含む）。以下、企図理由と背景について、若者、中高年、高齢者に分けて見ていく。

表5. 自殺企図した理由

10代女性	きょうだいは優れているのに自分は違う。自分が嫌だった。（家庭問題）
10代男性	自分の将来のことで困っていた。何も決めてなかったが親から早く決めておくように言われた。（学校問題）
10代女性	1～2か月前からしんどかった。将来のこととか自分のことを考えていて不安になった。（学校問題）
10代男性	お金や進路のことで悩んでいた。（学校問題）
20代男性	担任との進路相談からの帰り道で警察に追いかけられパニックになった。（学校問題）
20代女性	高校くらいから家族の問題もありうつ病で、リストカットを繰り返していた。（健康問題）
40代男性	彼女に怒りを感じ、お酒を飲んでいたこともあり衝動的に自傷した。（男女問題）
50代女性	主治医から転医をすすめられショックを受けた。うつ状態で通院中だった。（健康問題）
50代男性	何もかもに対して恐怖を感じた。アルコール飲むと余計に恐怖が出てきた。（経済・生活問題）
70代男性	お金を貸したのに、返してくれない。（経済・生活問題）
70代女性	私は悪いことをしたと思っていた。（健康問題）
80代男性	2年前に妻を亡くした。生きている意味がないと思った。（家庭問題）
80代女性	自分が生きていても家族に迷惑をかけると思った。（家庭問題）

Ⅳ-1-1. 企図理由と背景〔若者の場合〕

若者の自殺企図の背景として、限られた事例数ではあるものの、10代、20代の自殺企図者の大半は、家庭・学校問題に絡んだ背景を有している傾向が見いだされた。例えば、10代女性は、「きょうだいは優れているのに自分は違う。自分が嫌だった」と語った。勉学の成績や周囲の評価から、きょうだい間におけるコンプレックスと葛藤の末に前日に自殺企図の着想を得て企図していた。状況としては、家庭、学校での生活は特記すべき事項はなく、友人にも恵まれていた。また10代男性は、「自分の将来のことで困っていた。何も決めてなかったが親から早く決めておくように言われた」と企図理由について述べている。彼の場合、将来的にも完治することのない身体的疾病があり、精神疾患の既往はないものの進路等の将来に対しては大きな不安を抱いていた。一方、20代男性は、「担任との進路相談の帰り道で信号無視につき警察に追いかけられパニックになった」と語るが、その背景に、今後の進路をめぐり悩んでいて、日常生活の不適応状態や不眠、食欲不振が出現したため企図数週間前より精神科クリニック受診を開始していたことが挙げられた。精神科往診の診療録から発達障害の可能性も示唆されており、パニックに陥ることで衝動的に企図行為を行ったことが想定された。さらに、10代「お金や進路のことで悩んでいた」と語る男性は、小学校時から不登校気味で高校卒業後はアルバイトを転々とする生活をしていた。進学したい希望はあるものの、家庭に経済的余裕がないため一人悩んでいたとのことであった。

Ⅳ-1-2. 企図理由と背景〔中高年の場合〕

中高年の自殺企図の背景としては、男女問題や家庭問題、経済・生活問題が今回の主要因となっていた。また同時に、中高年の大半に、健康問題（うつ病）がその企図の背景に潜んでいた。例えば、40代男性は、「彼女に怒りを感じ、お酒を飲んでいたこともあり衝動的に自傷した」と語る。今回の自殺企図以前にも、離婚を契機に抑うつ的になり自殺未遂をしていた。そして、その離婚の背景には経済的問題が絡んでおり、現在も金銭的に厳しい状況によって追いつめられていた。また、50代女性は、「主治医から転医をすすめられショックを受けた。うつ病で通院中だった」と語る。その女性の場合、阪神淡路大震災によって莫大な借金が出来て悩まされるようになり、精神的に追いつめられ何度も自殺未遂をはかるという過去があった。

なお、既遂者の割合（生存／死亡）についてはⅢ-2-1.に記載しているが、今回既遂してしまったためにインタビュー実施に至らなかった者の多くが、この中高年世代にあたった。墜落・縊頸という確実な手段で自殺企図に至り、その結果、帰らぬ人となった。亡くなった者の背景については、はっきりしない。しかし一部、医療関係者の家族の聞き取りのカルテ記載から状況を紹介する。ある40代男性は「不眠に悩まされており、自殺方法をあれこれ調べていた」という。仕事で疲弊して休職しはじめ、療養中に自宅で自殺企図に至った。また、ある30代男性は、「ベランダに空気を吸いにいくと言い、その直後に飛び降り

た」とのことである。統合失調症を発症して離職に至り精神科に入院中であった。今回の企図は、病院の一時帰宅許可が出て自宅に戻った際に企てたものだった。

Ⅳ-1-3. 企図理由と背景〔高齢者の場合〕

高齢者の自殺企図の背景は、経済・生活問題や家庭問題で悩み、その結果うつ症状等が出現し自殺企図に至っている場合がほとんどだった。70代男性は、「お金を貸したのに、返してくれない」ことを企図理由として挙げていた。しかし、お金に困っていたことも確かであるが、70代に至っても不規則な勤務形態の労働を続け、その結果従来から困っていた不眠が顕著となっていたことがインタビューで語られた。また、70代「私は悪いことをしたと思っていた」を企図理由として語る女性は、夫の看病・看取りを終えた直後から、抑うつ的となり内科で睡眠導入剤が処方されていた。往診時の精神科医の精神医学的評価から、うつ病による罪業妄想によって企図したことが想定された。一方、80代「自分が生きていても家族に迷惑をかけると思った」と企図理由を述べる女性は、嫁姑問題が本人の最大の悩みになっていた。その背景には、もともと社交的であった者が、身体的に弱って引きこもりがちとなり、抑うつ的・被害的な傾向になっていたことが挙げられた。それが更に嫁姑の関係の増悪をもたらしていた。80代「2年前に妻を亡くした。生きている意味がないと思った」を企図理由としてあげる男性は、親の精神疾患の既往や、きょうだいの自殺などのエピソード等を持つものの、周囲のサポートに恵まれ今まで生きてきた。しかし、妻の死後に生きる意味を見失ってしまい、妻の命日に企図した。この男性は、脳梗塞の後遺症が出ていたため介護保険が導入されていた。近年の介護保険改革のサービス制限・縮小により、外出支援やヘルパーとのコミュニケーションが十分に図れなくなり、妻の死後はとりわけ孤独な生活に一転していたことがインタビューで語られた。

Ⅳ-2. 患者の語りから見えてくる企図前後の状況

Ⅳ-2-1. 企図前のサポート

自殺企図前に誰かにその自殺に絡む思い・悩みについて相談していた者は、11名中2名であった。ほとんどの対象者が自殺企図前はそのことについて相談していなかった。若者は、「学校の先生や心理の先生に相談したいと思わなかった」、「お母さんにはそのことは話せなかった」、「精神科に行きたかったが行かなかった」とのことであった。中高年では、「(とにかく) 話せなかった」、「自殺願望については話したくなかった」という意見が大多数であった。高齢者に至っては、「聞いてほしいが、聞いてくれる人がいなかった」、「話したところで解決にならないと思った」といった意見があった。

なお、公的機関の電話相談の存在についてインタビュー聴取側から言及するが、「そのような電話相談窓口があっても電話をするかはわからない」「誰かわからない人には電話したくない」、「電話で話してもどうしようもない」といった意見があった。積極的に公共の相談電話に架けてみたいという者は本対象者ではいなかった。

Ⅳ-2-2. 企図時の心境

自殺企図しようと考えた時期についてであるが、11名中10名がインタビューから把握できた。そのうち5名は、企図する直前に自殺企図の着想を得て衝動的に行為に至っていた。20代男性は「急にパニックになり突然死んでしまいたいと思い、マンションから飛び降りた」と述べ、40代男性は、「彼女と口論になり衝動的に台所にあった包丁を持ってきて自分の腹に刺した」と述べていた。うつ病による罪業妄想が強いと考えられる80代女性は「急に自分の罪の恐ろしさが出てきて胸を包丁で刺してしまった」と述べた。

また、その他5名は計画的に企図を行った。企図計画した時期は1日前～2年前に計画していたものまで様々であった。例えば、10代男性は「18歳になったら自殺企図しようと思っていた」と述べマンションから飛び降りた。40代で服薬自殺企図した女性は「主治医が自分を診ることができないと言われたら死のうと思っていた」とのことである。また、80代で入水自殺企図した男性は、「妻の2度目の命日がきたら死のうと思っていた」と述べた。

なお、その自殺企図によってその当時に既遂できると考えていたか否かについては、半数以上が「よくわからない」という回答であった。確認できた4名のうち2名は、100%（10割）既遂できると思い行為に及んだといい、また残りの2名は7－8割既遂できると思い行為に至ったとのことであった。また、その企図によって、自分の抱えている問題がどれほど解決すると思っていたかについてもインタビュー聴取側から尋ねているが、「わからない」といった回答が大半であった。明確に回答できた者は3名で、「自分が死ねば問題はなくなる」と考えている者2名と「死んでも問題は残る」と認識していた者1名がいた。

Ⅳ-2-3. 入院後の意識の変化

インタビューが実施できた11人のうち、入院以前に存在したであろう希死念慮がなくなった者は、3名であった。残りの8名については、それぞれの自殺企図に至った原因が解決していない現実の生活に戻ることに躊躇いを感じていた。例えば、「お金のことや、進路の悩みがあるから」「自分の状況が変わるわけではない」、「今後の生活を考えたくもない、未来がない」、「ノイローゼ（自殺願望が出てきてしまった時の心理状態を指す）になった時にどうしたらいいかわからない」、「パニックになった時のことは分からない」、「誰かそばにいないと自分だけでは不安」という意見があった。

なお、企図後の入院生活については、「スタッフがよくしてくれる」、「スタッフが皆優しい」、「規則正しい生活ができるようになった」といったコメントがあった。

Ⅳ-2-4. 今後のニーズ

インタビュー時に、「今後の希望・周囲に期待すること」について尋ねているが、全ケースで、これといった明確な語りは得られなかった。「ないです」、「具体的に何を頼めばよいかわからない」「自分自身で考えることが億劫になっている」といった意見があった。

しかし、個々が抱える問題の語りから、今後のニーズ・課題は見いだせ、そこに介入していく余地はあった。例えば、10代男性は、就職・進学について一人悩んでいたことから、若者の将来を一緒に考えてくれる相談場所があればよいと述べ、情報を提供されることを希望した。また、40代男性は、経済的に不安定であるが精神科治療の継続を望んでいた。生活保護の申請とともに、精神科病院への転院調整を希望するに至った。また、80代男性は、介護保険制度のサービス制限によってヘルパーの外出援助が少なくなっていたことなどから、介護保険サービスの見直しを望んでいた。80代女性は、誰とも口をきかない生活を改善したいとの思いから、家事援助ボランティアを希望していた。

これらのニーズに対して、転院先医療機関（精神科・身体科）や地域の関係機関に情報提供を行い、個別の調整をはかってもらえるように筆者から主治医に掛け合った。また、A救命救急センターのソーシャルワーカーの具体的な支援も導入された。

Ⅳ-2-5. インタビュー実施自体について

本インタビューの実施に対しては、「始めて自分の思いを話した」、「話せてすっきりした」、「聞いてくれて気持ちが整理できた」等の感想があった。「また来てほしい」とインタビュー聴取者のインタビューの機会を再度希望される方も複数名おられた。早期にインタビューを実施した場合の方が、その傾向が強かった。

なお、若者は、インタビュー実施まで親やスタッフに自殺企図の思いを話したことがない者が多かった。インタビュー時の自殺企図の自分の気持ちを身内に開示してほしくないと希望する者も複数名いた。

Ⅴ.考察

Ⅴ-1. 自殺企図の要因をどのように解釈するか

自殺企図の要因は、若者の場合は、家庭、学校問題が、また、中高年の場合は男女問題や家庭問題、経済・生活問題が、高齢者の場合は経済・生活問題や家庭問題があった。自殺企図の要因は、世代によってその傾向が異なることが確認できたが、概していえることは、その要因の背景に、何らかの精神的不調が絡んでいたことである。

既遂者の大規模調査を行った自殺実態解析プロジェクトチームの調査[6]によると、既遂者が自殺時に抱えていた危機要因として、①うつ病　②家族の不和　③負債　④身体疾患　⑤生活苦　⑥職場の人間関係　⑦職場環境の変化　⑧失業　⑨事業不振　⑩過労　があり、一人あたり平均4個の要因を抱えていたとのことである。そして、上記の10要因のなかでも自殺の危険複合度を最も高めるものは「うつ病」であると結論づけていた。実際、救急病院に搬送された自殺企図者の調査を行った飛鳥井[2]によれば、企図者の75%に精神障害があるとしている。本結果からも、うつ症状を中心とした精神的不調が8割の企図者に結びついていることが確認できた。

精神的不調の状況についてであるが、若者の自殺企図についていえば、自らの学校問題

（進路問題）で追いつめられ抑うつ的となり、半ば衝動的に企図に及んだ者が多いと考えられた。また、一部の者で発達上の問題（発達障害）が、その思いこみを強化することに働いていたことも否めない。日本青少年研究所が日米中韓の高校生に行った大規模意識調査[12]で、「この一週間に憂うつを感じた」と答えた割合は、「よく」「時々」を合わせると、韓国22%、中国30%、米国27%に比して、日本は47%であった。「成績など勉強」「友人関係」「親との関係」「進路」でストレスを感じていたという。また、「自分が価値ある人間と思うか」の問いに、「全くそうだ」と答えた割合は、米国が57%、中国42%、韓国20%である一方で、日本はわずか8%だった。本邦の若者の自己評価の低さが目立つ結果であった。子どもの自殺予防の一つとしてWHOの手引き[3]に自己評価を上げる必要性が指摘されている。実際に本邦においても、過去の経験（小さな成功）を思い出し、自分自身のよい点に気づくような取り組みを実施して自己評価を高めようとする学校の自殺予防の取り組みがある。現在、経済の見通しの暗さを含めた将来への不安から、夢や目標が持ちにくい世の中である。だからこそ、自分自身に価値を見出し、前に進んでいけるような生き方を、大人がモデルとなり率先して具体的に示していくことが求められるだろう。その手がかりを、自殺企図した若者が、入院後早期に気づきを得れるための介入が必要であろう。

中高年の自殺企図については、上記で述べた主要因に健康問題（うつ病）が直結していた事例が多く、実際、30代・40代・50代ではほとんどの者が精神科受診の既往があった。なお、既遂者についてであるが、本対象者では若者と高齢者に比べ、中高年の既遂者が最も多かった。自殺企図で死に至ることが高齢者にとりわけ多いとする報告[19]もあるが、本結果から、高齢者よりも中高年の自殺の確実性が見受けられた。すなわち、確実な死を望み実行に移す企図者の存在が本邦の自殺企図の特徴として確認できた。中高年の自殺については、特に自殺の多い働き盛りの男性に焦点を当てられることが多く、本邦においても中高年のうつ自殺予防対策として例えば2006年から富士モデル事業が展開されてきている。これは、うつ病に焦点を当て、早期発見・早期治療システムの構築を目指すものであり、かかりつけ医・産業医から精神科医へつなぐ事業である。しかしながら、今回の調査では、中高年の78%（9名中7名）が精神科につながっていたが、45%（9名中4名）が治療の甲斐がなく既遂になった。精神科への紹介システム等の早期発見・早期治療導入は重要であるが、それだけでは不十分な状況を示唆していた。治療導入となった後にどのようなケアが出来るかにかかっているといえるだろう。

最後に、高齢者の自殺企図についてであるが、中高年と同様に、健康状態（うつ病）が企図に絡んでいた。しかし同時に、高齢者が置かれた社会的状況が自殺企図に強く影響していた。実際70代・80代について述べると4名中3名が家族と同居していた。高齢者の自殺が、独居の高齢者よりも2世代・3世代同居の高齢者に自殺が多いとしている報告と一致していた[16]。即ち、家庭内の心理的な孤独、嫁姑葛藤、高齢者に対する役割期待の喪失によって、高齢者は社会的にはソーシャルサポートが得られる状況であっても、自殺企図に及んでしまうことが確認できた。また、本対象者の中に介護保険を利用する対象者を複

数含んでいた。それらの者が介護保険のサービスを納得いく形で利用できておらず、その結果孤立の状態に陥っていたことが挙げられた。介護保険制度導入によって幾分、高齢者の在宅生活の質が向上したかもしれない。しかし、近年の介護保険サービスの財源不足問題から、かつては受けることのできたサービスが受けられないようになるなど、生活面のみならず精神面に支障をきたしている者が出てきていることも事実である。高齢者が増え続ける超高齢社会において、高齢者の生き甲斐や楽しみを高めていける精神的側面のサポートの在り方も検討していくことが必要だろう。

V-2. 精神的サポートの現状

精神的不調が自殺企図の背景にあることを指摘したが、その精神的不調に対するサポートについてどう対策を講じていくかが次の課題になるだろう。実際、今回の結果から、対象者（不明な者を除く）の 53%（15 名中 8 名）が、自殺未遂の経験を過去に有していた。また、身体科での精神科薬の処方を受けている者を含めると、精神科医のサポートを受けていた者（不明な者を除く）は 79%（19 人中 15 名）に上った。即ち、今回の自殺企図に至る以前から精神的不調が存在し、何らかのサポートを受けていたことがわかる。今回のように再企図をしてしまうということは、それらの既存のサポートが十分ではないか、あるいは関わり方の質に限界があると考えられた。

今回、自殺企図前に自殺に絡む思い・悩みについて事前に相談していなかった者は 82%（11 名中 9 名）に上った。また、電話相談等のサービス利用についても、今回の調査では利用したいと思わない傾向にあった。ある大学病院精神科救急における 1,2,3 次救急外来の調査の結果 [14]があるが、その中で自殺企図者の実態として、自殺企図前に誰にも相談していなかった者は 45%に達していたとの報告がある。3 次救急のような生命に危険が伴う重症の自殺企図患者は、とりわけ援助希求の程度が低いことが推測された。

ただ、彼らの援助希求の低さが“話をする相手がいない”ことを指しているのではなく、自殺願望・自殺念慮についての相談をじっくりできる対象がいなかったということである。即ち、自殺念慮の思いを相談したところで、事態を打開できないと企図者が見切っていた所以とも取れる。言葉を変えれば、かかりつけの精神科病院・クリニックで、自殺念慮のある者に対して、どのようにしたら再企図をしないで済むかについての具体的示唆を与えられていない状況にあったのかもしれない。実際、通常の精神科診療の時間では、自殺のリスクの高い者の話を精神科医が十分に聴き対応できるだけの余裕がないこともしばしばである。自殺企図後に再企図をして自殺をしてしまう危険性は、自殺企図後の 6 ヶ月の間が最も高くなると考えられている [13]。その企図後の半年間でさえ、自殺企図者へのきめ細やかな介入を実施できている医療機関は、多いとはいえない状況だろう。

自殺企図の介入方法としては、本邦では、認知（行動）療法(CBT)がその介入方法の一つとして紹介されることが増えてきた [15]。例えば、その流れをくむ弁証法的行動療法（DBT）は、個人的な面接と集団での社会化訓練を併用しつつ、最低でも 1 年間、週に何度も面接

や訓練を続けるように促す。患者に「自分に強い影響を与えるような出来事をどう処理しているか」を教え、患者の社会的機能を向上させ、自殺願望行動を減少させることに焦点をあてる手法である[1), 10)]。今後、本邦における精神的サポートの充実に向けて、精神科診療の質の向上を検討することも重要であるし、また、DBT のような自殺企図に焦点を当てた有効な心理療法の方法を検証していくことも急務の課題といえるだろう。

V-3. 心理社会的フォロー実施に向けての課題

自殺企図に関する内容のインタビューを実施した者の大半がインタビューを肯定的に捉えていたことからも、自殺企図後の患者には、心理社会的フォローのニーズと必要性があると考えられた。しかも、出来る限り早期からの介入をはかった方が、よりよいサポートにつながる傾向があると推測された。実際、本調査においても、墜落によって自殺企図した者に、入院翌日にインタビューを実施した時には多弁に企図の理由について語ってくれた。しかし、一週間も経つと自殺企図に関することについては固く口を閉ざしてしまうということがあった。つまり、入院早期は、患者が援助と接触を求めている時期といえる。この段階で患者と意志の疎通をはかることが、多くの患者が感じてしまう強い恥辱感（自殺しようとしたことを恥ずかしいと思う気持ち）を和らげ、その後の継続した治療につながると考えられた[17)]。

ただ、心理面や社会面のフォローを救命救急センターで行うにあたり、現在の体制では不十分にならざるを得ない状況にある。なぜならば、救命救急センター自体に精神科医が常駐していることは稀だからである。よって、同院の精神科医の往診やリエゾン診療を依頼することになる。ただ、往診等が可能であったとしても、他科から駆けつけるのには時間がかかる。自殺企図直後からの精神的サポートとはならないことが多い現実がある。しかも、近年、海外の多くの先進国では精神科病院の脱施設化の流れによって、単科精神科病院を廃止し、総合病院の精神科病床の確保・増床を進めている。一方で、本邦では、その流れに反して総合病院の精神科の病棟は非採算部門扱いになるために、廃止や縮小に追い込まれている。その結果、救命センターの母体となる総合病院内に精神科医が存在しない、また精神科入院につなげたくてもつなぐことができないという総合病院が増えているのである。

しかし、命を預かる救命救急医にとって、精神科医が企図直後の患者の心の見立てを行うことは、患者の治療と今後の転帰を検討する上で重要な評価の１つとなっていた。日本臨床救急医学会が発行した「自殺未遂患者への対応手引き[11)]」においても、自殺未遂患者のケア目標として、身体的および精神医学的評価および治療の項目が挙げられており、救急医療現場で精神医学的評価をとることが必要であるとしている。実際、精神保健専門機関への紹介・連携を促進するための患者の評価は、退院後に地域に戻ってから介入開始するのではなく、医療サービスの一環として取り組みはじめる方が守秘義務を順守しつつ適切な情報提供を行うのに現実的である[9)]とも考えられている。よって、今後の救命救急医療

体制においては、施策の再検討を早急に図り、精神的フォローのできる精神科医師等のスタッフを制度にのっとり配置させていくことが急務の課題になるだろう。

V-4.ケースマネジメントの必要性

個々の現時点における具体的な自殺リスクと自殺時期の予測は困難である。よって、自殺リスクを軽減させる保護因子を評価することは、継続的な治療計画を立てるうえで重要と考えられている[5]。具体的に述べると、上記で述べてきた精神的サポートに加えて、心理・社会的ストレス因子と精神力動的問題を解明して社会支援体制を強化し人間関係・生活環境の調整を計ることが重要な視点と考えられる。

実際、「死にたい」と思うことは、「生きていたいが、死ぬ以外によい解決方法がない」と思うことと同義であり、解決する術が言語化出来ない中で、心理的視野狭窄に陥っていることが多い。つまり、自ら抱えている困難な問題にはまだ試していない他の解決法があることを思い至らなくなっていることが少なくない[16]。よって、自殺企図後に、精神的サポートと平行して、医療ソーシャルワーカーや精神保健福祉士等が個別性の高いケースマネジメントを実施し、具体的な解決方法を共に考えていく必要がある。

それらの福祉職の介入によって、1点目に患者のその後の生活を変化させることが可能になる。患者のニーズに基づいて経済的に困窮しておれば生活保護の申請、借金問題で苦悩しておれば債務処理の専門家への紹介、医療費支払いで困っておれば、高額療養費支給の手続きや健康保険証失効者における新規作成など、様々な環境調整の手続きが遂行されることになる。根本的な自殺企図の要因は減じないとしても、それが患者の懸念事項を減らすことにつながり、何とか生きていくための解決の手がかりになると考えられる。

2点目に、福祉職が環境調整の一つとして、救命救急センターの退院後の地域や医療機関と連携して支援を円滑に進めることが出来る。自殺のリスクを持ち続ける者には、自殺念慮が高まった時に迅速に面接を行ったり、精神科クリニックと連絡を取り合うなどの危機介入を行えるような継続的な支援が必要であり、中長期的に支援が提供できる体制作りが欠かせない[4]。それらの中長期的な支援を提供するためにも、各救命救急センター等に自殺企図者が搬入された早期から、柔軟に福祉職が関わることの出来る体制が求められている。なお、それらのソーシャルワーカーの介入によって、患者の在院日数の短縮化につながったという報告もある[7]。近年、精神保健福祉士を自殺防止へ未遂者の実態調査という形で病院に配置する府県が出てきているが、この流れを推進していくことも自殺企図者の再企図を軽減する上で重要な取り組みといえるだろう。

おわりに

自殺総合対策大綱において、自殺とは“追い込まれた末の死”であり“予防できる”とされた。しかし、その予防方法や自殺企図者を受け入れる医療体制は確立しているとはいえなかった。今回の調査からも明らかになったように、自殺企図の背景には従来から挙げ

られることの多い精神的不調（うつ病）があり、社会環境や家庭状況等の様々な要因と絡みあい、人々を苦悩の渦の中へと陥れていた。

今後、自殺予防対策を進める際に、若者の進路や中高年の働き方、高齢者等への社会サービス等、様々な課題で個々が悩んだとしても、どこかに“希望”を見いだせる社会システムづくりを行うことが何よりも重要だろう。また、自殺企図ハイリスク者に対して、具体的な心理社会的フォローを行う体制を確立していくことも欠かせない視点である。その体制を確立していくための精神科医療、救急医療、地域の精神科関連施設等の充実に向けての経済的基盤の検討が必要になるだろう。

なお、本調査は、限られた事例数に基づく結果報告にすぎない。再企図防止に向けた自殺企図者の大規模調査の実施については、今後の課題としたい。

謝辞

このたび、インタビューにご協力下さった対象者の皆様に心より感謝すると同時に、心身共に回復されますことを心よりお祈り致します。また、今回インタビュー調査にご協力を下さった兵庫県災害医療センター救急部のスタッフの皆様に紙面を借りて御礼申し上げます。

＜文献＞

1) A.L.ミラー、J.H.レイサス、M.M.リネハン（高橋祥友訳）：弁証法的行動療法. 金剛出版. 2008.
2) 飛鳥井望：自殺の危険因子としての精神障害―生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討―, 精神神経誌 96:415-443, 1994.
3) Department of Mental Health, World Health Organization: Preventing Suicide a resource for teachers and other school staff. 2000.
4) 平野みぎわ：精神保健福祉士と自殺予防：救命センターにおける自殺企図者へのかかわり. 神奈川県精神医学会誌. 58:39-42, 2009.
5) 伊藤敬雄：自殺企図歴のある患者におけるリスクマネジメント. Jpn Gen Hosp Psychiatry. 21(2):131-141, 2009.
6) 自殺実態解析プロジェクトチーム：自殺実態白書. 2008.
7) 河西千秋，山田朋樹：自殺予防のためのハイリスク対策：自殺未遂者のケアモデルの提示. 日本医事新報. 4411:73-77, 2008.
8) 岸泰宏, 黒澤尚：救急救命センターに収容された自殺者の実態のまとめ. 医学のあゆみ. 194:588-590, 2000.
9) 黒澤美枝：岩手県指定救急機関における自殺未遂者の実態調査. ﾄﾗｳﾏﾃｨｯｸ・ｽﾄﾚｽ誌. 7(2):70-75, 2009.
10) Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL.: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry.; 48(12):1060-4, 1991.
11) 日本臨床救急医学会：自殺未遂患者への対応－救急外来・救急科・救命救急センターの

スタッフのための手引き－. 2009.
12) 日本青少年研究所: 高校生の心と体の健康に関する調査－日本・アメリカ・中国・韓国の比較－. 2011.
13) Nordström P, Samuelsson M, Asberg M.: Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. Acta Psychiatr Scand.;91(5):336-40, 1995.
14) 大塚耕太郎: 救急医療での自殺対策. 精神科. 14(3):240-245, 2009.
15) Robinson J, Hetrick SE, Martin C.: Preventing suicide in young people: systematic review. Aust N Z J Psychiatry.;45(1):3-26, 2011.
16) 高橋祥友・竹島正: 自殺予防の実際. 永井書店. 2009.
17) 内村直尚監修: 自殺願望のある患者へのケア. 毎日コミュニケーションズ. 2010.
18) WHO: Preventing Suicide: A Resource for General Physicians. 2000.
19) Yeates C: Management of suicidal behavior in the elderly. SUICIDE. 20(3): 669-683, 1997.