

自殺しない誓約は有効か？

齊尾 武郎^{1)*} 栗原 雅直²⁾

1) フジ虎ノ門整形外科病院内科・精神科

2) 虎の門山下メンタルクリニック

Is a no-suicide contract valid?

Takeo Saio^{1)*} Masanao Kurihara²⁾

1) Department of Internal Medicine and Psychiatry, Fuji Toranomom Orthopedic Hospital

2) Toranomom Yamashita Mental Clinic

Abstract

Background : Although “no-suicide contract” (NSC) has been widely used all over the world including Japan for decades, its effectiveness has not been established.

Purpose : To verify the effectiveness of NSC-related suicide prevention strategies (NSC-related strategies).

Methods : A narrative non-systematic review concerning the effectiveness of NSC-related strategies was performed.

Results and Discussion : Five empirical studies on the effectiveness of NSC were found. All five studies could not demonstrate the effectiveness of NSC on suicide prevention. On the contrary, three out of the five studies were suggestive of harm by NSC. Although there are mainly two obstacles (difficulty in masking intervention and psychological resistance of healthcare professionals to refrain from NSC) to perform randomized controlled trials (RCTs) with NSC-related strategies, cluster RCTs might overcome these problems.

Conclusion : NSC-related strategies lack convincing evidence of their effectiveness. Because of the possibility of the detrimental effects on suicidal patients, these customary practices in suicide prevention should be abolished.

Key words

Suicide prevention, adverse effects, clinical pearl, clinical evaluation

Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation). 2019 ; 47 : 153-62.

* K&S産業精神保健コンサルティング (K&S Consulting Office for Occupational Mental Health)

1. はじめに

自殺念慮のある患者に「自殺しない誓約」(no suicide contract : NSC) をしてもらおうという自殺予防戦略は、1973年にRobert C. Drye (Lecturer in Psychiatry, Stanford University School of Medicine) が交流分析 (transactional analysis) の再決断療法 (redecision therapy) 派の創始者であるRobert L. Goulding & Mary E. Goulding夫妻¹⁾とともにその有効性に関するデータ²⁾を示して以来、世界中で用いられており、我が国では、“うつ病の小精神療法に関する「笠原の7カ条」”³⁾のひとつ「自殺しないように誓約してもらおう」というclinical pearlとしてよく知られている。(ただし、Dryeらの論文にあるのは、5年間超で600例を超える患者が“no-suicide decision”を行い、自殺者はゼロである旨の記載や、31名の治療者に質問票を送り、609名の患者中266名で自殺リスクが高かったが、3人に自殺既遂・重篤な自殺企図があったのみであるというものであり、後に「質問票の信頼性・妥当性に関する情報がなく、参加者の選択について表面的な情報が示されているのみであり、調査期間に関する情報もない」と強く批判された⁴⁾。また、同論文の主題は自殺予防戦略ではなく、自殺リスクの評価である。)

患者との間で自殺をしない誓約を結ぶことで自殺を防止するという戦略は、Dryeらの論文よりも7年早く、すでに1967年、今日、“*Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*” (最新版は2017年刊の第10版・50周年記念版)として知られる有名な精神医学の教科書の初版で、Jack R. Ewalt (執筆当時Bullard Professor of Psychiatry, Harvard Medical School; Superintendent, Massachusetts Mental Health Centerで、1963年～64年に第92代米国精神医学会会長を務めた)⁵⁾が“In no instance should the person be cut off, nor should he be asked to promise not to commit suicide”という言葉で⁶⁾、「自殺しない誓約」と同様の自殺防止アプローチを否定的に論じている^{7, 8)}。また、

2019年のSydney大学、Catherine M. McHughらのメタ分析⁹⁾によれば、自殺念慮の存在は、平均9.1年間の観察期間で、後の自殺既遂の陽性的中率が1.7% (95%信頼区間は0.9-3.2) と極めて低かった。従って、自殺念慮のある患者が自殺既遂する確率は高くはなく、自殺念慮のある患者が「自殺しない誓約」(NSC) をしても、NSCが有効であるがために自殺が予防できたのかどうかは不明だということになる。

本稿では、この「自殺しない誓約」およびその関連・類似の自殺予防戦略 (以下、NSC関連戦略) の有効性を中心に文献的な考察を行う。

2. 「自殺しない誓約」関連の自殺予防戦略の有効性

NSCの類語には、“no-suicide agreement”, “no harm contract” (NHC), “suicide prevention contract” (SPC), “life-maintenance agreement” (LMA), “commitment for safety” (CFS) などが¹⁰⁾、本稿ではこれらをNSC関連戦略と位置づけ、キーワードとし、これらを主題とする論文をPubMed, Google Scholar, Cochrane Library, ProQuestにて検索し (Table 1), さらにこの検索で得られた文献に参考文献として挙げられている文献リストを参照し、NSC関連戦略の有効性に関する実証研究を抽出した (Table 2)¹¹⁻¹⁵⁾。

結果的に、抽出した5報のNSC関連戦略の有効性に関する実証研究は、すべて「自殺しない誓約」に関するものであり、他のNSC関連戦略の有効性に関する実証研究は存在しなかった。また、5報のうち、Barbara L. Drewによるカルテを用いた後ろ向き研究¹⁴⁾のみが、NSCが実際に自傷行為を減らすか否かを量的に検討した疫学研究であったが、NSCが自殺予防に有効であることは証明されなかった (後ろ向き研究であり、因果推論の解釈には慎重であるべきではあるが、自傷行為に対するNSCはオッズ比7.43もの高値であることから、NSCは、むしろ自傷行為を増やす可能性があると考えられる)。Jerome Knollの

Table 1 Literature search on no suicide contract and its synonyms

Search engine Key words	hits/empirical			
	PubMed	Google Scholar	Cochrane Library	ProQuest
no suicide contract(s)	10/2	35/1	0/0	33/2
no-suicide agreement(s)	7/1	14/1	0/0	12/1
no harm contract(s)	0/0	3/0	0/0	5/0
suicide prevention contract(s)	3/0	6/0	0/0	7/0
life-maintenance agreement(s)	0/0	0/0	0/0	0/0
commitment for safety	0/0	0/0	0/0	0/0

“hits”は、題名からNSC関連戦略を主題とする英文論文の件数、“empirical”はうち有効性に関する実証研究の件数。【検索日：2019年3月7日】

検索式

PubMed = “検索語” [TI], Google Scholar = intitle: “検索語”, ProQuest = TI(検索語).

Table 2 Empirical evidence on no suicide contracts

著者	要点
Jerome Kroll ¹¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> ● ミネソタ州の514名の精神科医に質問票（葉書）を郵送（267名：52%が回答）. 152名（57%）がNSCを使用，うち62名（41%：全回答者の23%）がNSC後の患者の自殺既遂もしくは激しい自傷行為を経験. ● 精神科医歴5年以下（51名）のうち39名（76%），6～10年（56名）のうち34名（61%），11年以上（152名）のうち76名（50%）がNSCを用いており，精神科の診療歴の長い医師ほど，NSCを使わない傾向だった.
Steven E. Davisら ¹²⁾	<ul style="list-style-type: none"> ● 自殺の危険性が高いことを理由に入院した135名の患者に自殺しない契約（no-suicide agreement: NSA）を自筆で記載・署名してもらい，約5日後にCommitment to Safety Survey(CSS)やTreatment Alliance Scale, Reasons for Living Inventoryなどの質問票でNSAに対する感想を調査した. ● ほとんどがNSAを良いことと受け止めていたが，自殺企図の回数の多い患者は，NSAは無意味だと考えていた.
Tony L. Farrowら ¹³⁾	<ul style="list-style-type: none"> ● ニュージーランドの8人の患者，9人の看護師に対する面接調査. ● 7人の患者はNSCが自殺衝動への対処を，患者の自己責任に転嫁するものであると感じた. 6人がNSCへの署名を強制されているように感じた. ● 看護師の意見の中に，NSCにより自殺の危険性の評価が甘くなるのではないかと，というものもあった（逆に，自殺リスクの評価に役立つという意見もあった）.
Barbara L. Drew ¹⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> ● 総合病院精神科病棟の成人650名のカルテを用いた後ろ向き研究. ● 31名（4.8%）が自傷行為をし，うち半数が自殺目的であった. ● NSC（オッズ比7.43），身体拘束（オッズ比2.47）が自傷行為と正の相関があった.
George Buelowら ¹⁵⁾	<ul style="list-style-type: none"> ● 112名の大学生（うち45名 [40%] で平均3.5年前に自殺念慮の経験あり）に3種類の自殺をしない誓約を勧める文書を読ませ，自殺しない気持ちになるかどうかを調査. ● 3種類のうち，一番長く詳しい誓約が一番良いという結果となった.

精神科医に対する質問票調査¹¹⁾でもNSCを行った患者で41%もの高率に自殺既遂や激しい自傷行為がみられたことから，NSCは自殺予防に有効ではなく，むしろ有害（自殺行為を促進してし

まう）であることが推測される。また，Tony L. Farrowらの面接調査¹³⁾では，NSCは多くの患者に不快感を与えていた。いっぽう5報のうち，残りの2報（Steven E. Davisら¹²⁾，George Buelow

ら¹⁵⁾の質的研究は患者等にNSCに関する感想を訊くもので、いずれもNSCに有利な結果であった。

一方、「自殺しない誓約」に関する和文論文は医学中央雑誌データベースとgoogle scholarで「自殺しない誓約」や「自殺をしない約束」をキーワードにして検索したところ、5報がヒットした(Table 3)^{16~20)}。いずれもNSC関連戦略の有効性に関する実証研究ではない。うち自殺しない誓約を直接のテーマとしたものは、花岡¹⁷⁾のみであった。自殺しない誓約が有効であるとする論文は、日本交流分析学会の学会誌である『交流分析研究』に掲載された花岡の1報¹⁷⁾と辻らの1報¹⁹⁾の計2報である。その他の3報のうち、松本¹⁸⁾は自殺しない誓約を事務的に患者に求めることを戒め、久村²⁰⁾は、行動療法の観点から、自殺しない誓約が自傷行為を増やす可能性を指摘している。

3. 考察

3.1 有効性実証の困難さ

以上のように、「自殺しない誓約」関連の自殺予防戦略(NSC関連戦略)が有効であるという疫学的データは存在せず、「自殺しない誓約」(NSC)

が自傷行為を増加させる可能性すら示唆された。しかしながら、NSC関連戦略は、わが国はもとより、欧米でも長年にわたって頻用されてきた。

NSC関連戦略の有効性について、高いレベルのエビデンスであるランダム化比較試験を実施することは、いくつかの理由から困難である²¹⁾。まず、個別の患者や治療者に対し、NSC関連戦略のブラインド化が不可能である。次にNSC関連戦略は、医療職の間で自殺予防策として有効であると信じられ、長年にわたって広く行われており、NSC関連戦略を行った患者と行わなかった患者の自殺率を比較することに倫理的な問題、あるいは医療職側に心理的な抵抗がある。したがって、必然的に、1)医療現場でどの程度、NSC関連戦略が用いられているかについての医療職等に対する質問紙法による量的研究、2)NSC関連戦略使用に関するカルテを用いた後ろ向き量的研究、3)NSC関連戦略に関する患者や治療者の感想を訊く、質問紙法や面接による質的研究、といった3種類の調査研究が主に用いられている。しかしながら、NSC関連戦略が患者に対し十分なマスキングが不可能だとしても、地域や施設単位でランダム割付すれば(クラスターランダム化試験²²⁾)、有効性評価は可能なのではないか。また、NSC

Table 3 Japanese literature on no suicide contract

著者	要点
川島ら ¹⁶⁾	<ul style="list-style-type: none"> ●希死念慮患者に対するメッセージについて、調査紙法により医師が自由回答したものをテキストマイニングの手法で分析した。 ●自殺予防に対する医師の説明モデルの5つの構造的特徴の中に、「自殺しない約束」が存在した。
花岡 ¹⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> ●ワーカホリックの患者4名に、「逃避口を塞ぐ」概念に沿って「自殺しない契約」をした結果、その後の経過に良好な経過をたどった。
松本 ¹⁸⁾	<ul style="list-style-type: none"> ●「自殺しない契約」は「時限的契約」であり、面接のたびに確認するべき。 ●自殺念慮の背景にある現実的困難や苦痛に関心を持たずに、医療者が単に「自殺しない契約」だけを患者に求めるのは有害である。
辻ら ¹⁹⁾	<ul style="list-style-type: none"> ●患者に自殺念慮がある場合、交流分析の再決断療法では、「自殺しない契約」を結ぶことが最優先であり、著者らの臨床経験上、自殺予防に有効であると考えられる。
久村 ²⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> ●「自殺をしないよう約束させる」のは、行動療法的には、自傷行為を弱化・消去させ、自傷行為に「注目」という正の社会的強化子を与えるため、自傷行為を増やすことになる。

検索語:「自殺しない誓約」,「自殺をしない約束」【検索日:2019年3月7日】

関連戦略の有効性は未確定である以上、臨床的平衡が成立している、あるいは不確実性があるといえるため、NSC関連戦略を行った患者と行わなかった患者の自殺率を比較することは、倫理的に正当化できないものではない。

3.2 治療同盟・意思能力

患者が「自殺しない誓約」(NSC)を拒否することは、必ずしも当該患者の自殺リスクが高いことを意味せず、また逆に、患者がNSCを結んだからといって、当該患者の自殺リスクが低いわけではない。しばしば患者はNSCのもたらす帰結を認識しており、NSCにより治療者から自殺リスクが低いと判断されれば、自身の行動の制約される範囲が縮小されること(NSCをすれば、自殺リスクが低いと判断され、退院できるかもしれないと患者が考える可能性がある)や、逆にNSCを拒否することで行動の制約が強まること(NSCを拒否すると、自殺リスクが高いと判断され、非自発的な入院をさせられる可能性があること)を理解したうえで、治療者側の判断を左右するべく、患者がNSCに対する態度を決めることがある²³⁾。

NSCが実効性を持つ、すなわち、自殺予防効果を持つには、まず、良好な治療者－患者間の治療同盟が確立していることが大切である(この意味では、境界性パーソナリティ障害では、その衝動性や治療者に対する患者の陽性の評価が激変し、治療同盟が急速に悪化する可能性を常に認識しておくべきかもしれない)。「自殺しない誓約」関連の自殺予防戦略(NSC関連戦略)は、自殺企図・未遂の患者に対して精神科救急の場で行われることが多いが、こうした状況では、患者の意思能力が減弱していることや十分な治療同盟を結ぶ余裕がないことを考慮すべきである²⁴⁾。

患者がNSCを拒否した場合、治療同盟が十分に確立していない可能性や、あるいは病状が重く、NSCに関する判断力が低下している可能性を考えてみる必要がある。逆に、NSCを結んだからといって、患者の判断力が低下している場合には、NSCの実効性は乏しいと考えられる(大量

飲酒時や向精神薬の過量服用時、重症うつ病や統合失調症急性期など、意思能力が減弱している場合)。さらに患者が子ども・青年の場合も、単に未成年であるということだけではなく、患者を取り巻く逆境(生活の糧が得られるかどうかを大人に左右されるなど)が患者の自由意思に影響を与えることに鑑み、NSCに関する意思能力の判断には慎重であるべきであろう。

また、NSCを患者に求める際の治療者の態度も、患者からよく観察されていると考えるべきである。すなわち、自殺予防策としてNSCを結んだこと(あるいはNSCを結ぼうとしたこと)が、「防衛医療(defensive medicine)」²⁵⁾(医師等が責任逃れのための方策を重視する診療をすること)として、患者が自殺した際の治療者の責任を減ずるために行われていると患者が感じる場合、NSCは治療者－患者間の治療同盟を損ない、むしろ反治療的なのである。場合によっては、NSCを患者に求めることは、治療者が不寛容(「患者の言うことに対し、聞く耳を持たない人物」)であると、患者に受け止められることもある²⁶⁾。

NSC関連戦略は、単に患者と誓約を結んだ時点での誓約に過ぎず、その後その誓約が守られることを保証しない²⁷⁾。また、NSCを結んだがゆえに、患者は自殺念慮を持つことが誓約に反していることから、自身が自殺念慮を有することを治療者に対して語るのを躊躇するかもしれない²⁸⁾。さらには、NSCを結ばなければ治療してもらえないので、患者が仕方なくNSCに応じる場合もある²⁶⁾。

したがって、NSC関連戦略を使うことは、治療者が患者の自殺リスクを適切に評価し、自殺に対する予防手段を取ったということの意味しない。すなわち、NSC関連戦略を使うことは、治療者が自殺予防に関し、適切な処置を取ったことを意味せず、NSC関連戦略を使った患者が後に自殺企図した場合に、NSC関連戦略を用いたことで治療者が法的に免責されるわけではない。しかしながら、NSC関連戦略を用いたことは、治療者が患者の自殺衝動に、何らかの対処(その有

効性は別にしても)をしようとしたという証拠にはなるかもしれない²⁹⁾。ただし、NSC関連戦略を「良くて無効、最悪の場合は有害」(at best, ineffective and, at worst, harmful)³⁰⁾と断言する意見もあることに留意すべきである。

良好な治療同盟が存在するときにおいてのみ、NSC関連戦略は自殺予防戦略として有効であることが予想されるが、これまで述べてきたようにNSC関連戦略の有効性は実証されておらず、有害性すら示唆されるので、良好な治療同盟が存在するときに、NSC関連戦略は自殺予防戦略として有効なのかどうか、未だ実証されていない。むしろ、治療同盟が良好な場合には、患者の自殺リスクは低減されるのであり、治療同盟を損なう可能性のある(むしろ、治療同盟を強める可能性もあるが)NSC関連戦略をあえて行う必要はないのではなかろうか。

なお、トラウマに対する認知処理療法では、良好な治療同盟を結ぶことに時間を費やすことにより、治療を開始する適切な時期を逸する可能性や、治療者の治療に対する自信のなさの表れであると患者から受け止められることがあることも指摘されているが³¹⁾、この指摘が自殺予防に関して同様に該当するものなのかは不明である。

3.3 逆転移性嫌悪

自殺念慮を持つ患者、自殺を企図した患者、激しい自傷行為を行った患者(以下、自殺ハイリスク者)を前に、治療者は力動精神医学という逆転移現象として、時に無力感・不全感や怒り、鬱屈を感じる(逆転移性嫌悪: countertransference hate³²⁾³³⁾。そのことが患者との関係の悪化や治療的ニヒリズムにつながる。「自殺しない誓約」関連の自殺予防戦略(NSC関連戦略)は、良好な治療同盟が存在するときにこそ、有用であると思われる(ただし、実証されてはいない)が、NSC関連戦略を治療者が形式的・事務的に実施することには、自殺ハイリスク者に対する治療者の陰性逆転移による治療同盟の悪化を防止する機能があるかもしれない。あるいはNSC関連戦略を形式

的・事務的に実施することにより、治療者が患者の自殺を巡る辛い感情労働を回避するという、治療者側の心理的な防衛機制もあるだろう。すなわちNSC関連戦略は治療者が自殺ハイリスク者に向き合う際の心理的ストレスを低下させ、治療同盟の悪化を防ぎ、さらには自殺リスクを低減させる可能性がある。しかしながらそれは、NSC関連戦略を形式的・事務的に実施することが、治療者が自殺ハイリスク者に対して持つ逆転移性嫌悪に無自覚なままであることを助長することを意味する。これは本来は、治療者が自殺ハイリスク者に対して持つ逆転移性嫌悪に関して自覚的であるべきであるという、力動精神医学的な見地からは望ましいことではないだろう。

NSC関連戦略は、治療契約一般と同じく、契約を結ぶ当事者同士が対等であることを前提としている。したがって、父権主義的立場からは、治療者と患者との間の権威勾配に鑑み、NSC関連戦略は欺瞞とも考えうることになる。しかし、NSC関連戦略は果たして、治療者と患者との間で結ばれる契約なのだろうか。「自殺しない誓約」(NSC)は、患者が治療者に対して行うものではなく、患者が患者自身に対して行う誓約であり(治療者は誓約の証人もしくは助言者)、患者の自律性を顕現するものであると解釈することもできよう。だが、その際の患者の自律性が十分なものであるかどうかには、一定の留保がつくことは、本稿の「3. 考察」の「3.2 治療同盟・意思能力」に縷々書き示したことを鑑みれば明らかであろう。

3.4 診療ガイドラインを巡って

NSC関連戦略の自殺予防効果が証明されていないことに対してはすでに、2003年の米国精神医学会の診療ガイドライン³⁴⁾でも注意を促しており、2004年の王立オーストラリア・ニュージーランド精神医学会の診療ガイドライン³⁵⁾では、NSCは「有害な可能性すらある」(may even be detrimental)とまで記載されている³⁶⁾。この他のガイドライン(いずれも最新版)では、2000年の

世界保健機関 (World Health Organization : WHO) の自殺予防の医師向けの手引き³⁷⁾には, “Entering into a “no suicide” contract is a useful technique in suicide prevention” と NSC を推奨する記載があり (論拠は不明である), 1999 年の自殺予防国際学会 (International Association for Suicide Prevention : IASP) のガイドライン^{38, 39)}には, NSC 関連戦略についての記載はない. 2012 年の欧州精神医学会 (European Psychiatric Association : EPA) のガイドライン⁴⁰⁾では, NSC については, “Also, reliance on so-called “no-suicide contracts” should not be considered, by itself, to be a sufficient basis upon which to make a temporary leave from hospital or discharge recommendation” とのみ記されている.

いっぽう, 我が国のガイドラインでは, まず, 2015 年の日本精神科救急学会の精神科救急ガイドライン⁴¹⁾には, NSC 関連戦略に対する記載はない. 2016 年の日本うつ病学会のうつ病/大うつ病性障害治療ガイドライン⁴²⁾には, その「第 1 章うつ病治療計画の策定」に「[自殺行為]をしないことを約束してもらおう」と記載されている. また, 2009 年の日本臨床救急医学会の自殺未遂患者への対応の手引き (自殺未遂者ケアガイドライン)⁴³⁾には, “自殺をしない約束……真摯な態度で患者の話に耳を傾けた後に, 「同じ行為を繰り返さない」約束をする. 単なる口約束ではあるが一定の抑止効果がある”, “[死にたい]と繰り返す患者……同じ行為を決して繰り返さないよう約束する. 「絶対しないとは言えない」「必ず同じことをする」という患者には, “しないよう努力する”ことを要請・約束する”との記載がある. 2008 年厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業として, 地域保健福祉関係者等が「自殺に傾いた人の相談・支援を行おうとする際の指針」として作成された文書⁴⁴⁾でも, “自殺をしない約束を交わす”, “困難な状況を改善する方法があることを伝え, 「死なないこと」の約束につなげることが重要である”と記載されている. なお, 2013 年の日本精神神経学会の自殺予防の

手引き⁴⁵⁾は, その記載内容の多くを 2009 年版 (現行は 2015 年版) の日本精神科救急医学会の精神科救急医療ガイドライン⁴⁶⁾に負っており, NSC 関連戦略に関する記載はない (むろん, 2009 年版精神科救急医療ガイドラインには NSC 関連戦略に関する記載はない).

日本精神科救急医学会の精神科救急医療ガイドラインと日本臨床救急医学会の自殺未遂者ケアガイドラインに基づき, 自殺未遂者ケア研修会が, 2008 年より厚生労働省主催で開催されている⁴⁷⁾ (2009 年からは救急医療従事者向けの自殺未遂者ケア研修会は日本臨床救急医学会が共催し, 精神科救急従事者向けの自殺未遂者ケア研修会は日本精神科救急医学会が共催して, 現在まで実施されている⁴⁷⁾). すなわち, 同じ厚生労働省主催の自殺未遂者ケア研修会であっても, 救急医療従事者向けの研修会と精神科救急従事者向けの研修会とで, 異なるガイドラインに沿って研修が行われており, 「自殺しない誓約」関連の自殺予防戦略 (NSC 関連戦略) については, 両研修の間で扱いが異なっていると考えられる. 本稿でここまで述べてきたように, NSC 関連戦略は有害である可能性があり, NSC 関連戦略から患者の受ける心証も必ずしも好ましいものではない. 従って, 厚生労働省主催の救急医療従事者向けの自殺未遂者ケア研修会で 2009 年から 10 年間にわたって, NSC 関連戦略を実施すべきものとして指導してきたのであれば問題であろう.

4. おわりに

本稿の冒頭に述べた通り, NSC 関連戦略は, 我が国では, “うつ病の小精神療法に関する「笠原の 7 カ条」”³⁾ のひとつ「自殺しないように誓約してもらおう」という clinical pearl としてよく知られており, その評価は高く⁴⁹⁾, 現在もわが国のうつ病の精神科臨床で一般的に用いられている技法である⁵⁰⁾. (ただし, 今日では, 笠原の小精神療法は, 同氏が 1980 年に掲げた「日常臨床におけるミニマム・リクワイアメント」を指すものと目

されており⁴²⁾、そこではNSCには言及されていない。)本稿で示したように、英文論文では、特に1990年代後半から2000年代にかけ、NSC関連戦略についてさまざまな議論があり、その有効性を検証する動きもあったが、わが国にはそうした動きはほとんど紹介されていない。名医の箴言・clinical pearl, 古くからある医学的慣習も、その主張・方法・内容が正しいかどうかを検証することが健全なる批判的精神の表れであり、後進たちの果たすべき責務であろう。

付記

本稿の概要は、第110回日本精神神経学会(2014年6月27日、横浜)にて、齊尾が「自殺しない誓約は有効か?」と題して口演した。

利益相反・倫理的配慮

本稿に関し、筆者には日本精神神経学会利益相反(COI)指針に鑑み、申告すべき利益相反はない。また、本稿は学術研究として公表された文献を用いたレビューであり、個人を特定可能な情報を含まない。

文献

- 1) Edwards S, Harries M. No-suicide contracts and no-suicide agreements: a controversial life. *Australas Psychiatry*. 2007 ; 15 (6) : 484-9.
- 2) Dye RC, Goulding RL, Goulding ME. No-suicide decisions: patient monitoring of suicidal risk. *Am J Psychiatry*. 1973 ; 130 (2) : 171-4.
- 3) 笠原 嘉. うつ病(病相期)の小精神療法. 季刊精神療法. 1978 ; 4 (2) : 118-24.
- 4) Davidson MW, Wagner WG, Range LM. Clinician's attitudes toward no-suicide agreements. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1995 ; 25 (3) : 410-4.
- 5) Braceland FJ. Jack Richard Ewalt, 92nd President: a biographical sketch. *American Journal of Psychiatry*. 1964 ; 121 (1) : 9-16.
- 6) Ewalt JR. Other psychiatric emergencies. In : Freeman AM, Kaplan HI, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore : Williams & Wilkins ; 1967.

- p. 1179-87 [cited 2019 Mar 29]. Available from : <https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.129081/page/n1147>
- 7) Rudd MD, Mandrusiak M, Joiner Jr TE. The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. *J Clin Psychol in Session*. 2006 ; 62 (2) : 243-51.
 - 8) Bartlett ML. The efficacy of no-suicide contracts with clients in counseling on an outpatient basis. Dissertation abstracts International. 2006 ; 67 : 3438, 06B UMI No. 3225247 [cited 2019 Mar 29]. Available from : https://etd.auburn.edu/bitstream/handle/10415/312/BARTLETT_MARY_51.pdf;sequence=1
 - 9) McHugh CM, Corderoy A, Ryan CJ, Hickie IB, Large MM. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*. 2019 ; 5 (2) : e1. doi: 10.1192/bjo.2018.88.
 - 10) Lewis LM. No-harm contracts: a review of what we know. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 ; 37 (1) : 50-7.
 - 11) Kroll J. Use of no-suicide contracts by psychiatrists in Minnesota. *Am J Psychiatry*. 2000 ; 157 (10) : 1684-6.
 - 12) Davis SE, Williams IS, Hays LW. Psychiatric inpatients' perceptions of written no-suicide agreements: an exploratory study. *Suicide Life Threat Behav*. 2002 ; 32 (1) : 51-66.
 - 13) Farrow TL, Simpson AIF, Warren HB. The effects of the use of "no-suicide contracts" in community crisis situations: the experience of clinicians and consumers. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2002 ; 2 : 241-6.
 - 14) Drew BL. Self-harm behavior and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Arch Psychiatr Nurs*. 2001 ; 15 (3) : 99-106.
 - 15) Buelow G, Range LM. No-suicide contracts among college students. *Death Stud*. 2001 ; 25 (7) : 583-92.
 - 16) 川島大輔, 小山達也, 川野健治, 伊藤弘人. 希死念慮者へのメッセージにみる, 自殺予防に対する医師の説明モデル-テキストマイニングによる分析. パーソナリティ研究. 2009 ; 17 (2) : 121-32.
 - 17) 花岡啓子. 「自殺しない契約」の有効性-ワーカホリックの症例から. 交流分析研究. 2003 ; 28 (1) :

- 53-8.
- 18) 松本俊彦. わが国の自殺の現状と自殺予防に期待する薬剤師の役割. 薬学雑誌. 2013 ; 133(6) : 599-615.
 - 19) 辻裕美子, 木村武彦, 桑野 譲, 赤松達也, 斎藤 裕, 吾郷晋浩, 矢内原巧, 国谷誠朗. 更年期女性の自殺念慮への介入. 日本女性心身医学会雑誌. 1999 ; 4(1) : 57-61.
 - 20) 久村正樹. 自殺企図. 治療. 2014 ; 96(7) : 1150-5.
 - 21) Garvey KA, Penn JV, Campbell AL, Esposito-Smythers C, Spirito A. Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009 ; 37(3) : 363-70.
 - 22) Christie J, O'Halloran P, Stevenson M. Planning a cluster randomized controlled trial: methodological issues. *Nurs Res*. 2009 ; 58(2) : 128-34.
 - 23) Weiss A. The no-suicide contract: possibilities and pitfalls. *Am J Psychother*. 2001 ; 55(3) : 414-9.
 - 24) Farrow TL, O'Brien AJ. 'No-suicide contracts' and informed consent: an analysis of ethical issues. *Nursing Ethics*. 2003 ; 10(2) : 199-207.
 - 25) US Congress, Office of Technology Assessment. *Defensive medicine and medical malpractice* (OTA-H-602). Washington, DC : U. S. Government Printing Office ; 1994 [cited 2019 Mar 29]. Available from : <http://biotech.law.lsu.edu/policy/9405.pdf>
 - 26) Range LM, Campbell C, Kovac SH, Marion-Jones M, Aldridge H, Kogas S, Crump Y. No suicide contracts: An overview and recommendations. *Death Studies*. 2002 ; 26(1) : 51-74.
 - 27) Simon RI. The suicide prevention contract: clinical, legal, and risk management issues. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1999 ; 27(3) : 445-50.
 - 28) Miller MC, Jacobs DG, Gutheil TG. Talisman or taboo: The controversy of the suicide-prevention contract. *Harvard Review of Psychiatry*. 1998 ; 6(2) : 78-87.
 - 29) Lewis LM. No-harm contracts: a review of what we know. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 ; 37(1) : 50-7.
 - 30) McMyler C, Pryjmachuk S. Do 'no-suicide' contracts work? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008 ; 15(6) : 512-22.
 - 31) P・A・リーシック, C・M・マンソン, K・M・リチャード. ト라우マへの認知処理療法: 治療者のための包括的手引き. 大阪: 創元社; 2019. [原本: Resick PA. Monson CM, Chard KM. *Cognitive processing therapy for PTSD: a comprehensive manual*. New York : Guilford Press ; 2017.]
 - 32) Maltzberger JT, Buie DH. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1974 ; 30(5) : 625-33.
 - 33) Ellis TE, Schwartz JAJ, Rufino KA. Negative reactions of therapists working with suicidal patients: a CBT/mindfulness perspective on "countertransference". *International Journal of Cognitive Therapy*. 2018 ; 11(1) : 80-99.
 - 34) Work Group on Suicidal Behaviors (Jacobs DG, Chair). *Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behavior*. American Psychiatric Association ; 2003 [cited 2019 Mar 29]. Available from : https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf
 - 35) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm (Boyce P, Chair). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004 ; 38(11-12) : 868-84.
 - 36) Edwards SJ, Sachmann MD. No-suicide contracts, no-suicide agreements, and no-suicide assurances: a study of their nature, utilization, perceived effectiveness, and potential to cause harm. *Crisis*. 2010 ; 31(6) : 290-302.
 - 37) World Health Organization, Mental and Behavioural Disorders Team. Preventing suicide: a resource for general physicians (WHO/MNH/MBD/00.1). Geneva : World Health Organization ; 2000 [cited 2019 Mar 29]. Available from : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf [邦訳: 河西千秋, 平安良雄, 監訳. 自殺予防プライマリ・ケア医のための手引き (日本語版初版). 横浜: 横浜市立大学医学部精神医学教室; 2007 [cited 2019 Mar 29]. Available from : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1_jpn.pdf]

- 38) I.A.S.P. guidelines for suicide prevention. I.A.S.P. Executive Committee. *Crisis*. 1999 ; 20 (4) : 155-63.
- 39) International Association for Suicide Prevention (IASP). IASP guidelines for suicide prevention [cited 2019 Mar 29]. Available from : https://www.iasp.info/suicide_guidelines.php
- 40) Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, Zalsman G, Zemishlany Z, Carli V. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012 ; 27 (2) : 129-41.
- 41) 杉山直也, 大塚耕太郎, 河西千秋, 松本俊彦. 第5章 自殺未遂者対応. In : 平田豊明, 杉山直也, 編. 日本精神科救急学会, 監修. 精神科救急医療ガイドライン 2015年版. 東京 : へるす出版 ; 2015. pp. 135-84 [cited 2019 Mar 29]. Available from : http://www.jaep.jp/gl/gl_p135-184.pdf
- 42) 日本うつ病学会 気分障害の治療ガイドライン作成委員会. 日本うつ病学会治療ガイドライン II. うつ病 (DSM-5) / 大うつ病性障害 2016. 2012年7月26日作成, 2016年7月31日第2回改訂 [cited 2019 Mar 29]. Available from : http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/160731.pdf
- 43) 日本臨床救急医学会 「自殺企図者のケアに関する委員会」(委員長 : 三宅康史). 自殺未遂患者への対応 : 救急外来 (ER) ・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き. 平成21年3月 [cited 2019 Mar 29]. Available from : https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyoku-shougaihenfukushibu/07_2.pdf
- 44) 平成20年度厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究 (編集責任者 : 桑原 寛, 河西千秋, 川野健治, 伊藤弘人). 自殺に傾いた人を支えるために—相談担当者のための指針—. 平成21年1月31日 [cited 2019 Mar 29]. Available from : https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihenfukushibu/02_2.pdf
- 45) 日本精神神経学会精神保健に関する委員会. 日常臨床における自殺予防の手引き. 平成25年3月 [cited 2019 Mar 29]. Available from : https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/journal/suicide_prevention_guide_quickreference.pdf
- 46) 日本精神科救急医学会. 精神科救急医療ガイドライン (3) (自殺未遂者対応). 2009年12月9日版 [cited 2019 Mar 29]. Available from : https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihenfukushibu/11_2.pdf
- 47) Anonym. 自殺未遂者ケアについて [cited 2019 Mar 29]. Available from : <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihenfukushibu/15.pdf>
- 48) 河西千秋. 自殺対策における一般救急医療従事者と精神科救急医療従事者との連携. *精神神経学雑誌*. 2012 ; 114 (5) : 572-6.
- 49) 渡邊衡一郎. 精神科外来臨床における非薬物療法的アプローチの位置づけと期待—うつ病を例に. *総合病院精神医学*. 2013 ; 25 (3) : 262-7.
- 50) 大野 裕. うつ病の精神療法. In : 第129回日本医学会シンポジウム記録集 うつ病. 日本医学会 ; 2005. p. 57-60 [cited 2019 Mar 29]. Available from : <http://jams.med.or.jp/symposium/129.html>

* * *