

上；アルコール 75.7%，薬物 94.4%  $p < 0.01$ 。25 点未満；アルコール 43.1%，薬物 66.7%， $p < 0.05$ ）。

次に、自殺企図歴に関する下位分析の結果について述べる。女性の場合は、アルコール・薬物使用障害両群間で自殺企図歴に差がなく、いずれの群でも経験者は高率であったが（アルコール 62.2%，薬物 67.7%），その一方で、男性の場合は、薬物使用障害群で有意に高率であった（アルコール 23.3%，薬物 49.1%， $p < 0.001$ ）。年代別では、36 歳未満の場合は両群間に差がなく、いずれの群でも高率であった一方で（アルコール 54.8%，薬物 54.2%），36 歳以上の場合には、薬物使用障害群のほうがアルコール使用障害群よりも有意に高率であった（アルコール 26.1%，薬物 58.6%， $p < 0.001$ ）。さらに、BDI-II 得点による分類では、25 点以上では両群ともに比較的高得点を示して差がない一方で（アルコール 45.7%，薬物 59.3%），25 点未満では、薬物使用障害群のほうがアルコール使用障害群よりも有意に高率であった（アルコール 21.6%，薬物 50.0%， $p < 0.01$ ）。

最後に、BDI-II 質問 9 の回答に基づく現在の自殺念慮に関する下位分析の結果について述べる。これまでの自殺念慮・企図歴と同様、女性の場合は、アルコール・薬物使用障害両群間で現在の自殺念慮には差がなかったが（アルコール 16.8%，薬物 18.8%），その一方で、男性の場合には、薬物使用障害群で有意に高率であった（アルコール 8.5%，薬物 19.4%， $p < 0.05$ ）。年代別では、36 歳未満の場合は両群間に差がなく、いずれの群でも高率であったが（アルコール 18.2%，薬物 16.1%），36 歳以上の場合には、薬物使用障害群のほうがアルコール使用障害群よりも有意に高率であった（アルコール 8.5%，薬物 25.0%， $p < 0.01$ ）。また、BDI-II 得点による分類では、25 点以上・未満いずれの場合にも差は認められなかった（25 点以上；アルコール 57.9%，薬物 42.1%。25 点未満；アルコール 50.0%，薬物 50.0%）。

## 考察

### 1. 物質使用障害患者の自殺念慮・自殺企図の経験率

本研究の結果、多くの物質使用障害患者が、自殺念慮歴および自殺企図歴を持ち、入院時点でも、さまざまな程度の自殺念慮を抱く者が少ないことが明らかにされた。

表 3 に、今回の我々の結果を、国内における物質使用障害患者の自殺関連行動に関する先行研究と比較した結果を示す。アルコール使用障害患者に関する先行研究<sup>16, 20, 26, 27</sup>と比較した場合、今回我々が明らかにしたアルコール使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験率は、松本ら<sup>17</sup>による比較的最近の調査結果とほぼ一致する。自殺企図の経験率に限って言えば、斎藤<sup>27</sup>の調査ともほぼ一致している。また、薬物使用障害に罹患する者に関する先行研究としては、岡坂ら<sup>20</sup>による民間薬物依存回復施設男性入所者を対象とした調査があるが、自殺念慮に関しては、我々の対象者の経験率のほうが高いものの、自殺企図についてはほぼ一致した結果である。これらの比較結果は、我々の調査結果の妥当性を示唆するものといえるであろう。

それでは、我々が得た物質使用障害患者の自殺関連行動の経験率は、他の精神障害に罹患する者と比較して高いといえるのであろうか？ 欧州の地域住民を対象とした大規模調査<sup>9</sup>によれば、うつ病診断に該当する者の生涯自殺企図経験率は 28% であるという。この数値とそのまま比較することはできないが、本研究における物質使用障害患者の自殺企図経験が決して低いものではないと推測することは可能であろう。

精神障害の診断名ごとの自殺念慮および自殺企図の生涯経験率を調べた調査としては、川上による地域住民調査(図)<sup>12</sup>があり、すでに物質関連障害に罹患する者の著明な自殺傾向を報告している。それによれば、過去 12 か月の自殺念慮は、大うつ病エピソードの診断に該当する者で 19.4% であったのに対し、物質関連障害では 16.7%，ま

表 3 アルコール・薬物依存症者の自殺念慮と自殺企図の経験率に関する国内先行研究との比較

	大原 <sup>21)</sup> (1971 年調査) アルコール	清野 <sup>28)</sup> (1971) アルコール	斎藤 <sup>27)</sup> (1980) アルコール	松本ら <sup>17)</sup> (2000) アルコール	本研究 アルコール	岡坂ら <sup>20)</sup> (2006) 薬物	本研究 薬物
被験者数(人)	85	80	120	81	244	101	92
調査方法	面接調査	カルテ調査	面接調査	質問紙法	質問紙法	質問紙法	質問紙法
対象者	入院アルコール依存症患者	入院アルコール依存症患者	入院アルコール依存症患者	入院・通院アルコール依存症患者	入院アルコール依存症患者	民間薬物依存回復施設入所者(男性)	入院薬物依存症患者
対象者平均年齢(歳)	46.7	不明	不明	51.5	49.3±11.5	33.7	33.9±8.5
自殺念慮(%)	28.2	不明	28.3	61.7	55.1 男性 49.4 女性 81.1	55.4	83.3 男性 79.7 女性 90.3
自殺企図(%)	15.3	3.8	25.8	29.6	30.6 男性 23.3 女性 62.2	49.5	55.7 男性 49.1 女性 67.7

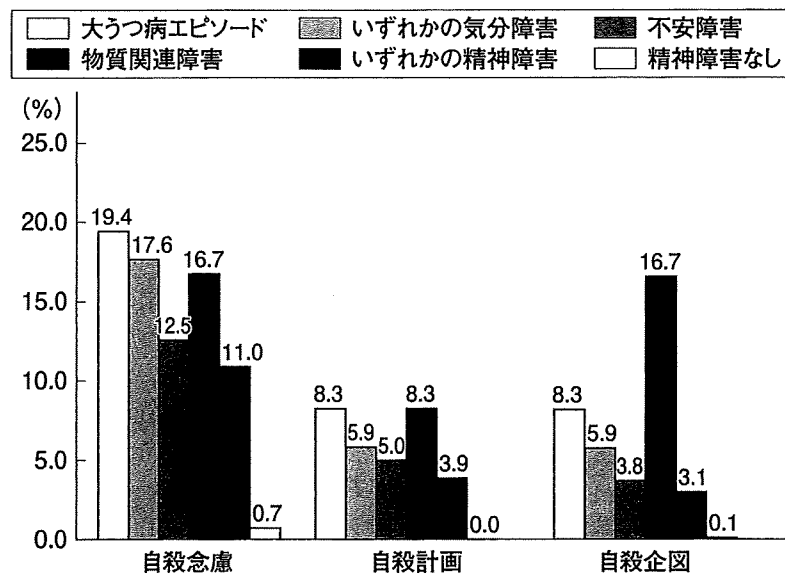


図 地域住民における過去 12 か月間の精神医学的診断(DSM-IV)別の自殺関連行動の頻度〔文献 12)より引用〕

た自殺企図の経験は、大うつ病エピソード 8.3% に対し、物質関連障害では 16.7% であった<sup>12)</sup>。川上の調査結果で興味深いのは、図からも明らかのように、「自殺の計画を立てた(自殺計画)」経験に関しては大うつ病エピソード該当者と物質関連障害該当者に差はないにもかかわらず、自殺企図の経験は、物質関連障害該当者では大うつ病エピソード該当者よりもはるかに高く、しかも自殺

計画経験者よりも自殺企図経験者のほうが多いことである<sup>12)</sup>。このことは、物質関連障害該当者の少なくない者が、具体的な計画を立てる間もなく自殺企図に至った可能性を示唆する。

実は、この点にこそ、物質関連障害患者における高い自殺企図率を説明する理由の 1 つがあるのではなからうか? De Leo と Evans<sup>10)</sup> は、物質使用障害患者には気分障害やパーソナリティ障

害が併存する者が多く、物質乱用による失職や服役、社会的孤立などの心理社会的状況の悪化のために、自殺の危険が高い状況にあることが多いが、それらの要因に加えて、物質そのものの薬理作用が衝動性を亢進させ、自殺行動を促進することを指摘している。川上の調査結果は、まさにそうした物質関連障害患者独特の衝動的行動——たとえば、「死にたいと思っていたが、死ぬ勇気はなかった。でも、酔ったら恐怖感がなくなって」という行動——を示唆するものかもしれない。

## 2. 物質使用障害患者における自殺のハイリスク群

本研究における下位分析では、対象全体の自殺念慮歴・自殺企図歴・現在の自殺念慮はアルコール使用障害患者よりも薬物使用障害患者で高率であったが、対象を 36 歳未満、もしくは女性に限定した場合には、アルコール使用障害患者と薬物使用障害患者の間に差はなかった。先行研究<sup>18)</sup>では、女性の物質使用障害患者は、その乱用物質の種類が何であれ、摂食障害や自傷行為・過量服薬といった多様な自己破壊的行動を併発する者が少なくなく、境界性パーソナリティ障害の重複診断が可能な場合もまれではないことが指摘されている。また、種類は何であれ、若年者が物質乱用を呈していること自体が将来の自殺行動を予測する強力なリスク要因であり<sup>22)</sup>、乱用物質の種類以上に物質使用開始年齢が重要であることも明らかにされている<sup>29)</sup>。その意味では、物質使用障害患者の自殺関連行動には、使用物質の種類とは独立して、女性および若年という属性が影響しているのかもしれない。

その一方で、男性かつ比較的高齢である物質使用障害患者の場合には、主乱用物質が薬物であることが自殺関連行動のリスクを高める可能性がある。というのも、本研究では、性別や年代別による下位分析ほど明確な結果ではなかったものの、対象を BDI-II 得点 25 点未満に限定した場合には、自殺念慮歴・自殺企図歴・現在の自殺念慮は薬物使用障害患者でより高率であった。このことは、薬物使用障害の存在が、うつ状態の程度とは

独立して自殺念慮や企図に関係している可能性を示唆している。一般に薬物使用障害患者は、アルコール使用障害患者と比べて、高率な被虐待体験や家族の自殺行動、さらには精神障害併存率の高さなど、単独でも自殺の危険因子とされている要因が複数認められる者が少なくない<sup>26,27)</sup>。今回の調査では明らかにできなかったが、本研究における薬物使用障害患者の背景には、こうした要因が複数存在した可能性は十分に考えられる。

ともあれ、ここで強調しておくべきなのは、「自殺企図を行った薬物依存者の約半数が、自殺企図に及ぶ直前に医療機関に受診してなんらかの助けを求めながら、適切な援助を提供されていなかった」という岡坂ら<sup>20)</sup>の指摘である。本研究の結果を見る限り、潜在的に、自殺の危機に瀕している薬物使用障害患者が相当数存在する可能性があるが、わが国の医療者の中には、違法薬物乱用者を犯罪者という視点でとらえ、援助提供を忌避する者も少なくない。本研究の結果は、自殺予防活動を展開するためには、医療者には克服すべき課題があることを示しているといえるかもしれない。

## 3. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界があるが、なかでも主要なものは以下の 5 点である。第一に、本研究は物質使用障害患者の自殺の危険を、自殺念慮や自殺企図によって検討したものであり、そのまま自殺の実態としてとらえることはできない。しかし、自殺企図歴が近い将来の自殺を予測する強力な危険因子であることは、すでに自殺予防研究の常識ではある<sup>11)</sup>。第二に、本研究は、自記式質問紙調査であるゆえに、結果の信頼性に関して限界がある。ただし、自殺行動に関する調査では、面接調査よりも自記式質問紙調査のほうが優れているという指摘<sup>11)</sup>がある。

第三に、本研究では、最も主要な乱用物質に基づいて「アルコール/薬物使用障害」の分類を行っており、副次的な乱用物質に関する情報収集を行っていない。また第四に、本研究は単一医療機関の入院患者を対象とした調査であるために、本

研究の対象が物質使用障害に罹患する者全体を代表しているとは結論できない。そして最後に、本研究ではあくまでも物質使用障害に罹患者という条件で対象を収集しており、気分障害や精神病性障害などの併存精神障害を考慮していない。

## おわりに

たとえばアルコールに限って考えてみても、海外にはアルコール消費量と自殺死亡率との有意な相関を支持する研究は複数存在している。現にロシアでは、ペレストロイカによるアルコール制限と自殺死亡率の減少との間の有意な正の相関が確認されており<sup>30)</sup>、米国では、最低飲酒年齢を18歳から21歳に引き上げたことにより、若年者の自殺率が有意に減少している<sup>7)</sup>。もっとも、アルコール消費量と自殺死亡率との関係を考える際には、それぞれの国の飲酒文化による影響を考慮する必要もある。というのも、欧州14か国を対象とした調査によれば、アルコール消費量の多い欧州南部ではアルコール消費量と自殺死亡率の間に相関は認められず、消費量の少ない欧州北部でのみ有意な正の相関がみられるという報告があるからである<sup>23)</sup>。たえそうであるにせよ、アルコールが自殺になんらかの影響を及ぼしているのは確かなことであり、おそらく薬物に関しても同様、あるいはそれ以上の影響が予想される。

本研究の結果は、わが国における物質使用障害と自殺との密接な関連を指摘する、現状では数少ない資料の1つであるとともに、自殺対策においては、うつ病の早期発見・早期治療と並んで、物質関連障害に対する施策が必要であることを示唆するものである。今後は、すでにアルコール関連障害と自殺との密接な関係を認識し、自殺予防活動に関与する意向を表明している断酒会<sup>14)</sup>などの自助グループと連携して、広範な自殺事例に対して心理学的剖検などによる実態調査を行い、本研究で明らかにした物質関連障害患者の深刻な自殺傾向が、自殺の実態を反映したものであるか否かを検証していく必要がある。

## 文献

- 1) American Psychiatric Association : DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington D.C., 1994
- 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用いた自殺失敗者の診断学的検討. 精神誌 96 : 415-443, 1994
- 3) Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al : A hundred cases of suicide : Clinical aspects. Br J Psychiatry 125 : 355-373, 1974
- 4) Beck AT, Steer RA, Brown GK : Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation, San Antonio, TX, 1996
- 5) Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al : Risk factors for suicidality in Europe : Results from the ESEMED study. J Affect Disord 101 : 27-34, 2007
- 6) Bertolote JM, Fleishmann A, De Leo D, et al : Psychiatric diagnoses and suicide : Revising the evidence. Crisis 25 : 147-155, 2004
- 7) Birckmayer J, Hemenway D : Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. Am J Public Health 89 : 1365-1368, 1999
- 8) 張賢徳 : 第七章 : 日本の自殺と精神障害の関係—東京調査の結果. 人はなぜ自殺するのか—心理学的剖検調査から見えてくるもの. 勉誠出版, pp 113-137, 2006
- 9) Chynoweth R, Tonge JI, Armstrong J : Suicide in Brisbane : A retrospective psychosocial study. Aust NZ J Psychiatry 14 : 37-45, 1980
- 10) De Leo D, Evans R : Chapter 10 : The impact of substance abuse policies on suicide mortality. In : De Leo D, Evans R ed. International Suicide Rates and Prevention Strategies. Hogrefe & Huber, Cambridge, pp 101-112, 2004
- 11) Hawton K, Rodham K, Evans E : Investigating deliberate self-harm in adolescents. In : Hawton K, Rodham K, Evans E ed. By Their Own Young Hand : Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents. Jessica Kingsley Publisher, London, pp 21-39, 2006
- 12) 川上憲人 : わが国における自殺の現状と課題. 保健医療科学 52 : 254-260, 2003
- 13) 川上憲人, 竹島正, 高橋祥友, 他 : 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究 : 症例・対象研究による自殺関連要因の分析. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺の実態に基づく予防対策の推進

- に関する研究(主任研究者北井暁子)」平成 18 年度総括・分担報告書. pp 7-26, 2007
- 14) 小林哲夫: 飲酒運転防止から自殺予防まで—アルコール関連問題と断酒会の役割. かがり火 144 : 3-4, 2008
- 15) Kojima M, Furukawa TA, Takahashi H, et al : Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Res* 110 : 291-299, 2002
- 16) Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET, et al : Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 49 (Suppl 1) : S111-116, 1995
- 17) 松本桂樹, 世良守行, 米沢宏, 他: アルコール依存症者の自殺念慮と企図. *アディクションと家族* 17 : 218-223, 2000
- 18) 松本俊彦, 山口亜希子, 上條敦史, 他: 女性物質使用障害における摂食障害—乱用物質と摂食障害の関係について. *精神医学* 45 : 119-127, 2003
- 19) 内閣府: 平成 19 年版自殺対策白書. 内閣府, 2007
- 20) 岡坂昌子, 森田展彰, 中谷陽二: 薬物依存者の自殺企図に関する研究—自殺企図の実態とリスクファクターの検討. *日アルコール・薬物医学会誌* 41 : 39-58, 2006
- 21) 大原健士郎: アルコールと自殺—アルコール依存症と自殺との関係からの考察. *CLINICIAN* 396 : 1141-1145, 1990
- 22) Pilowsky DJ, Wu LT : Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *J Adolesc Health* 38 : 351-358, 2006
- 23) Ramstedt M : Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 96 (Suppl 1) : S59-75, 2001
- 24) Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, et al : Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 49 : 888-899, 1959
- 25) Roy A : Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 158 : 1215-1219, 2001
- 26) Roy A : Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry* 63 : 403-407, 2001
- 27) 斎藤学: アルコール依存症者の自殺企図について. *精神誌* 82 : 786-792, 1980
- 28) 清野忠紀: アルコールおよび薬物中毒者の自殺企図に関する研究. *精神医学* 13 : 901-909, 1971
- 29) Waldrop AE, Hanson RF, Resnick HS, et al : Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents : Implications for prevention. *J Trauma Stress* 20 : 869-879, 2007
- 30) Wasserman D, Värnik A, Eklund G : Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 89 : 306-313, 1994

## 学会告知板

### 第 6 回日本うつ病学会総会

会期 2009 年 7 月 31 日(金), 8 月 1 日(土)

会場 品川プリンスホテルアネックスタワー プリンスホール(☎ 108-8611 東京都港区高輪 4-10-30) ☎ 03-3440-1111

会長 久保木富房(東京大学心療内科名誉教授, 早稲田大学先端科学健康医療融合研究機構 客員教授, 医療法人秀峰会楽山病院名誉院長)

テーマ 軽症うつ病—多様なうつ病からの社会復帰—

演題募集 2009 年 1 月 21 日(水)~3 月 4 日(水)

問合せ先 第 6 回日本うつ病学会総会(☎ 102-0075 東京都千代田区三番町 2 三番町 KS ビル(株)コンベンションリンクージ内) ☎ 03-3263-8688

Fax 03-3263-8693 e-mail : jsmd\_6th@c-linkage.co.jp

詳細は, ホームページ(<http://www.c-linkage.co.jp/jsmd6/>)をご参照ください。

## 月刊保団連 3

## 「道」

3月「国際女性デー」いま、連帯と行動を  
守谷武子 1

## 特集

## あらためて自殺を考える

## 過労自殺の背景

—期待される医師・医療従事者の取り組み—  
川人 博・須田洋平 4

診療現場から見た過労自殺 天笠 崇 11

被災事例から見る労働者の自殺の実態  
富樫昌良 17

高齢者の自殺の実態と防止対策 渡邊直樹 23

地域の力をどう活かすか  
—自殺対策としての活動のあり方—  
田中江里子・坂本真士 30

医療人の自殺  
—悲劇を繰り返さないために 私たちにできること—  
植木由紀子 36

## 論考

自殺の実態分析から見えてくるもの 松本俊彦 49

## 診療研究

第一次医療としての児童虐待への対応 (下)  
—児童虐待対応の心構え— 山田不二子 54

ビスフォスフォネートの有用性と顎骨壊死 (下)  
—ビスフォスフォネート関連顎骨壊死の病態と対応—  
米田俊之 58

## 文化

人間に似てるなあ、チンパンジー (番外編)  
—チンパンジーの病気— 西田利貞 42

インターネットに広がる情報の世界—Web2.0を  
知り利用する (最終回) 深水浩司 44

## シリーズ

海外保健医療 No.3  
—コンゴ民主共和国/米国/中国/パレスチナ/  
ニュージーランド/ブラジル—  
中村雄二 65

経営・税務誌上相談 344  
措置法 26 条の適用について 益子良一 67

雇用問題 Q&A 88  
給料の決め方 曾我 浩 68

## 会員

書評  
【想い出かたり 写真で回想してみませんか】  
片倉和彦 48

理事の想い  
社会保障 負担の押し付け合いから分かち合いへ  
三田 温 69

VOICE—1月号を読んで— 70

詰碁・詰将棋 問題 10 / 解答 71

編集後記・次号予告 72

開業医宣言—保団連の医療に対する基本姿勢— 表2

案内 保団連の出版物 29・64・表3◇第20回  
全国保険医写真展作品募集 表4

## 《表紙のことは》

宮城県 矢崎春彦



## 三文安

高齢出産の娘が帝王切開の薦めを断り、果敢な挑戦の末、自然分娩で恵まれた女兒。「ジージー」の甲高い呼び声と、満面に笑み浮かべ全身で喜び表現する様は、後期高齢者として基本的人権を奪われた私に生きる力を与えてくれる。

「年寄りっ子は三文安」というが、「ジージー」の方は三文安どころではない、10 文安、10 貫文安であろう。

カメラはシャッターを押しただけ、すべてはカメラ任せ。他人様にひけらかす資格など皆無である。

## 論考

# 自殺の実態分析から 見えてくるもの

国立精神・神経センター精神保健研究所  
自殺予防総合対策センター自殺実態分析室長  
松本 俊彦



まつもと としひこ  
1993年佐賀医科大学卒業後、  
横浜市立大学精神医学教室な  
どを経て、2007年より現職。  
著書『薬物依存の理解と援助』  
(金剛出版)、訳書『自傷行為  
治療ガイド』『自傷と自殺』(い  
ずれも金剛出版) など

わが国における自殺の現況について、厚生労働省と警察庁の統計にもとづいて分析した。当初、経済・生活問題を抱えた中高年男性で始まったわが国の自殺の急増であるが、以後の10年間、自殺の好発集団は若年化し、それに伴って、背景にある精神保健的ならびに社会的問題も刻々と変化している。詳細な自殺の実態解明のためには、自殺予防総合対策センターで実施している、心理学的剖検調査の成果を待つ必要がある。

### わが国の自殺の現状

わが国の自殺者数は、1998年に前年比35%増加して3万人を超えた。以後10年間、この状態が高止まりのまま推移している。2007年の自殺者総数は、厚生労働省の人口動態統計では30,827人、警察庁統計では33,093人となっている。

わが国の自殺の現状を、人口10万人あたりの自殺死亡率(人口動態統計)で見ると、1998年以前は、15～20(男性20～25、女性10～15)であったのが、1998年以降は一貫して25前後(男性35～38、女性10～15)で推移しているのが分かる。

国際的に見た場合、わが国の自殺者総数は世界第3位、人口10万人あたりの自殺死亡率で見ると世界第10位。また、主要国首脳会議(G8)加盟国で見ると、日本はつねにロシアに次ぐ第2位である。「銃社会」といわれ、自殺の手段として銃が用いられることが多い米国では、自殺死亡率は日本の半

分、英国に至っては3分の1となっており、西欧先進国のなかでは、明らかに日本は突出しているといえるだろう。

### 性別・年代別・職業別に見た自殺

わが国では、自殺者の7割以上(2006年、71.6%)を男性が占めている。また、男性の場合、1998(平成10)年を境に、45～64歳という中高年層の自殺が顕著に増加し、男性の自殺者全体の約4割を占めるに至った(図1)。一方、女性の場合には、1998年で、そうした特定の年代層の増加は見られなかった(図2)。

ただ、注意すべきなのは、この10年間、「中高年男性の自殺が多い」と叫ばれ続けるなかで、実は確実に自殺が若年化していることである。最近5年間、中高年男性の自殺はむしろ減少傾向にあり、代わって30代男性の自殺が増加している(図1)。10年前と現在とでは、自殺者の総数は同じでも、実は属性の異なる集団で自殺が多発している可能性が考

えられる。

### 原因・動機別に見た自殺

原因・動機別(図3)では、「健康問題」による自殺が最も多いのは一貫している。ただ1998(平成10)年より「経済・生活問題」が急増している。同年に見られた自殺者急増の背景には、「経済・生活問題」を抱えた中高年男性の自殺が大きな影響をしているといわれている。確かに、バブル崩壊後の社会経済的状況の悪化が、銀行の貸し渋りを招き、多くの中小零細企業経営者が多重債務者となり、あるいは、企業の経営悪化が大量リストラを招き、残された被雇用者も、1人あた

りの仕事量が著増して、いわゆる「借金自殺」や「過労自殺」につながった可能性がある。もっとも、「経済・生活問題」による自殺は、2003(平成15)年以降、減少傾向にある。

ところで、こうした自殺の原因・動機に関

する情報があるのが、警察庁統計の利点といえる。しかし一方で、本来、自殺の原因は複雑かつ多様であるにも関わらず、自殺予防学の素人である警察官が「1つだけ」確定することに無理がある。そこで、2007(平成19)年度からは、複数の原因・動機も選択可能と

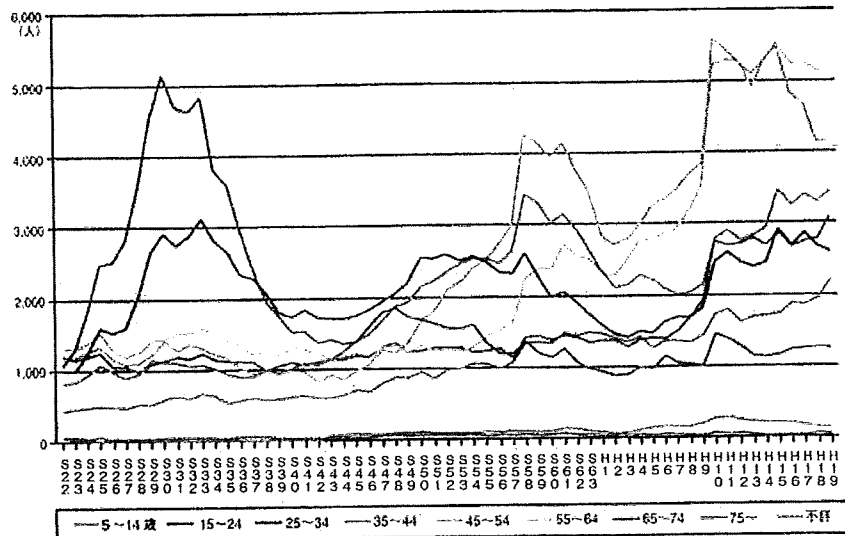


図1：男性の年齢階級別の自殺者数の推移  
(内閣府：平成20年度版自殺対策白書<sup>5)</sup>より引用)

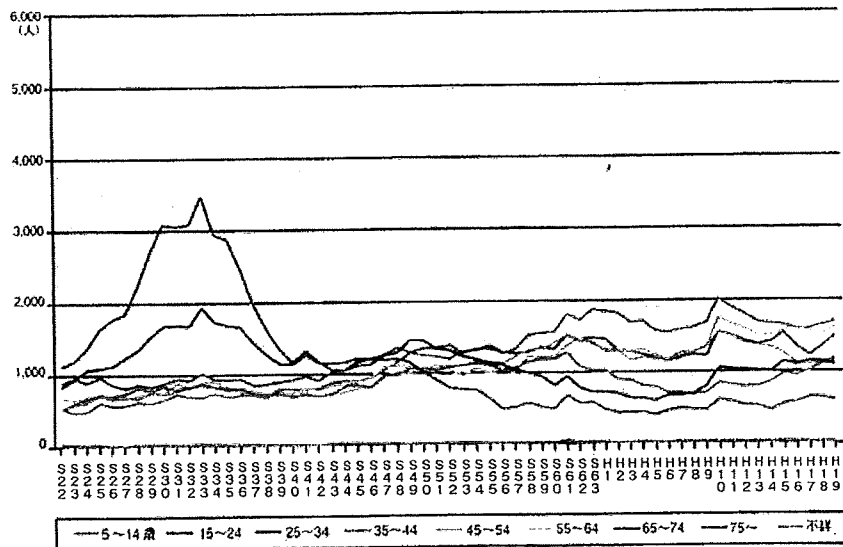


図2：女性の年齢階級別の自殺者数の推移  
(内閣府：平成20年度版自殺対策白書<sup>5)</sup>より引用)



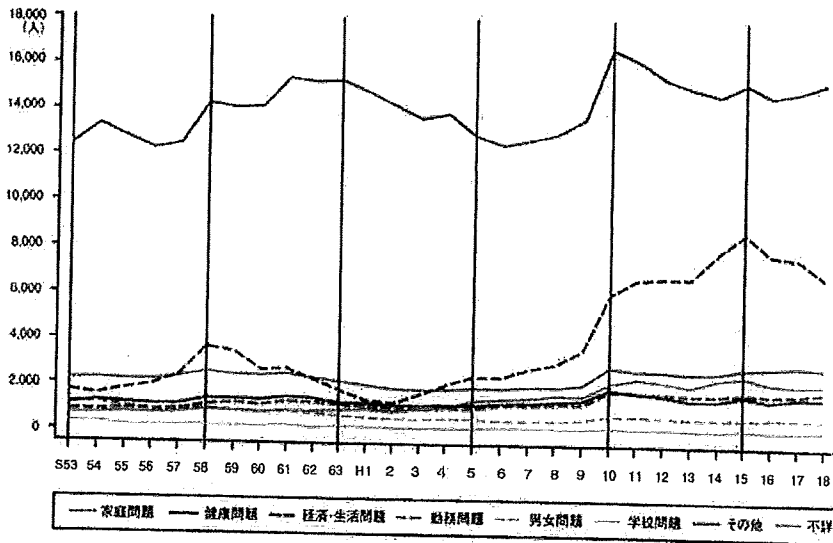


図3：原因・動機別の自殺者数の推移  
(内閣府：平成20年度版自殺対策白書<sup>5)</sup>より引用)

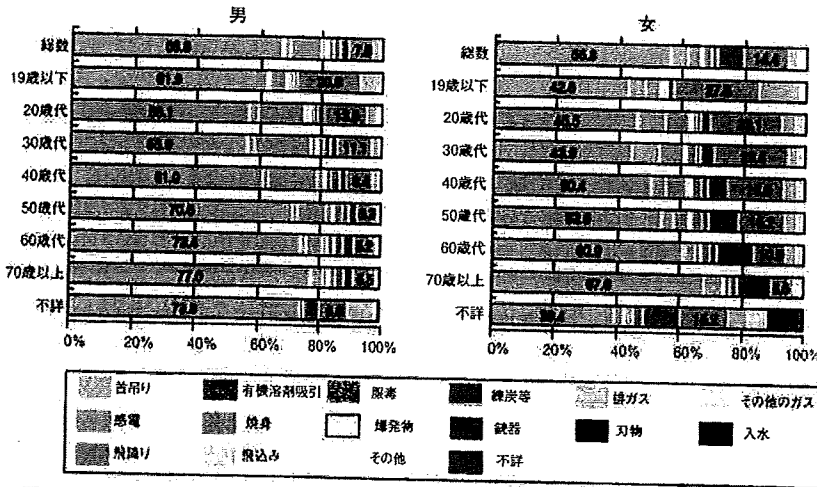


図4：平成19年における男女別・年齢階級別（10歳階級）・自殺の手段別の自殺者数の構成割合（内閣府：平成20年度版自殺対策白書<sup>5)</sup>より引用)

殺者14,684人の内訳として、「病気の悩み（身体の病気）」5,240人、「うつ病」6,060人、「統合失調症」1,273人、「アルコール依存症」295人、「薬物依存症」49人と報告されている。

しかし、これらの診断の根拠が判然とせず、信頼性にかなり疑問がある。確かに、自殺既遂者の96%が自殺の直前には何らかの精神障害に罹患しているといわれているものの<sup>1)</sup>、この警察庁のデータをそうした知見と同じ次元で扱うことはできない点にも、注意する必要がある。

### 手段別に見た自殺

自殺の手段（図

4）としては、男女ともに「縊首」が最も多く、6～7割を占めている<sup>5)</sup>。もちろん、それ以外にもいくつかの特徴が見られる。第1に、若年層では男女ともに「飛び降り」という高い衝動性が推測される手段を選択する者の割合が多く、特に女性でその割合が多い傾向がある。また、20～40代では男女ともに「練

する集計方式に変更された。それでも、「健康問題」は自殺者の63.3%、「経済・生活問題」が31.5%に認められ、従来と大きく変わらない傾向となっている<sup>3)</sup>。

2007（平成19）年度警察庁統計<sup>3)</sup>では、健康問題の詳細についてもデータが公表されている。それによると、「健康問題」による自

炭等」を用いる者が一定割合認められる。さらに、女性では「服毒（過量服薬も含む）」という、手段自体の致死性は高くないものの、既遂に至っている者の割合が比較的多いようである。

### 場所・時期・時間帯・その他の状況から見た自殺

自殺の場所としては、半数以上が「自宅」で最後の行為に及んでいるが、女性の場合には「高層ビル」、また、20歳未満の未成年では、男女ともに5～10%程度「鉄道線路」で行為に及んでいる者がいる<sup>5)</sup> (図5)。

また、厚生労働省 人口動態統計特殊報告<sup>4)</sup>によれば、死亡曜日・時間・月別では、男女ともに「月曜日」「午前5～6時台」「3月」に自殺が最も多く見られ、配偶関係別では、男女ともに配偶者と死別・離別した者の割合が多いものの、特に男性で離別者の割合が目立つ、ということが報告されている。

### 地域別に見た自殺

図6は、厚生労働省と警察庁の各統計を各

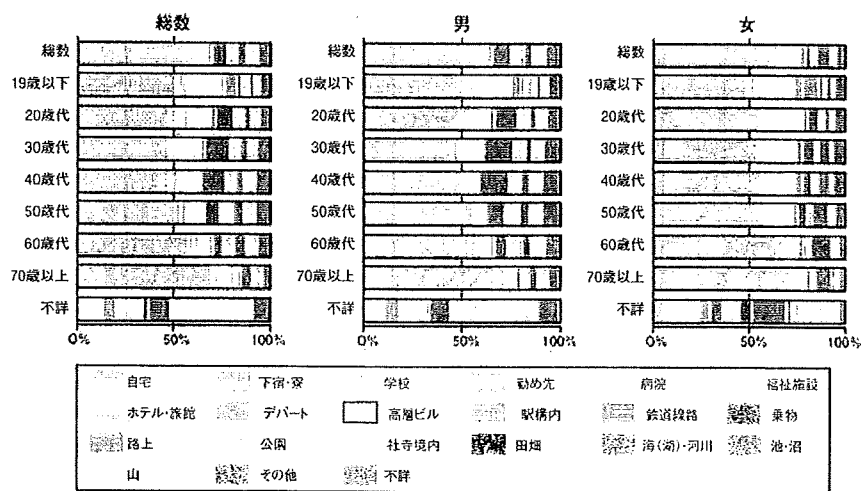


図5：平成19年における男女別・年齢階級別（10歳階級）・自殺の場所別の自殺者数の構成割合（内閣府：平成20年度版自殺対策白書<sup>5)</sup>より引用）

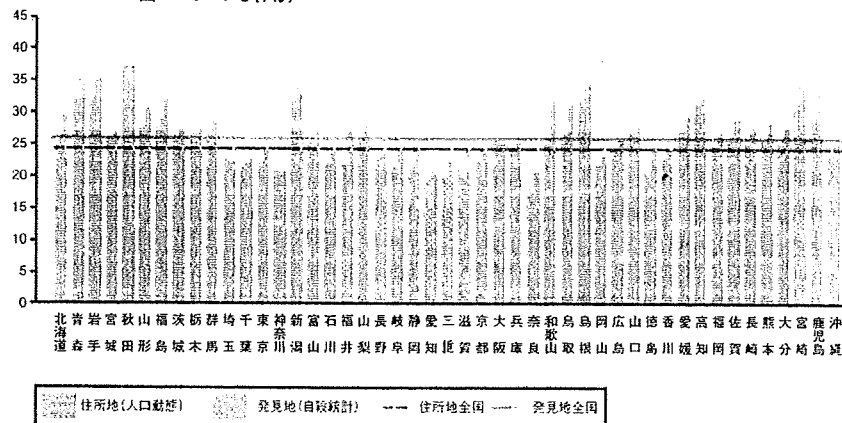


図6：平成19年における都道府県別の住所地・発見地別の自殺死亡率（内閣府：平成20年度版自殺対策白書<sup>5)</sup>より引用）

都道府県別に示したもので、前者は自殺者の住所地にもとづくデータ、後者は発見地にもとづくデータである。したがって、たとえば、「富士の樹海」という自殺多発地域を抱える山梨県の場合は、厚生労働省のデータと警察庁のデータとの間で著しい乖離が見られる。

地域的な傾向としては、自殺死亡率は、北東北（秋田、青森、岩手）などの地方で高く、首都圏や大都市で低い傾向がある。自殺死亡率の地域差は、各地域の平均所帯総収入、日

照る。老の以多率。マク明前ま問能そし年悪を数か心る。守身と男

照時間、年間アルコール消費量などに関連するともいわれている。しかし最も重要なのは、高齢化指数（人口に占める65歳以上の住民の割合）の影響である。地方では、高齢者は以前より自殺死亡率が高く、高齢者の割合の多い地方ではどうしても住民全体の自殺死亡率も高く出てしまう傾向にある。

### マクロ統計による自殺の実態分析と限界

以上、厚生労働省や警察庁の、いわゆるマクロ統計を中心に、わが国の自殺の実態を説明してきた。はっきりといえるのは、10年前、経済・生活問題を抱えた中高年男性で始まった自殺の急増であるが、その後の10年間、自殺の好発集団は刻々と変化している可能性があるということだ。好発年齢の若年化、それからごく最近では、インターネットを介した集団自殺や硫化水素自殺、さらには、10年前を凌ぐ水準で国際的な経済・雇用状況の悪化がある。

いずれにしても、マクロ統計からこれ以上を論じることはできない。マクロ統計は、「全数調査」として貴重だが、細部においてもどかしさは否めない。

### 心理学的剖検による自殺の実態解明

自殺の実態把握はきわめて困難な作業である。たとえば、最もエビデンス水準の高い疫学的手法とされるコホート調査をするには、莫大な時間と経費を要する。また、「自殺未遂」という代理変数による危険因子の同定にも限界がある。

こうしたなかで、わが国において、自殺で亡くなった方の家族や周辺の人への聞き取り調査を行い、自殺に至るプロセスを詳細に明らかにする、心理学的剖検という自殺の実態解明の手法が注目されるようになった。自殺総合対策大綱においては、この心理学的剖検の必要性が明記されている。

すでにわれわれは、2005年より心理学的剖検調査の準備（「心理学的剖検フィージビリティスタディ/パイロットスタディ」）を進め、2007年12月より正式にこの実態調査（「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」）<sup>2)</sup>を開始している。この調査は、2009年12月まで続けられるが、その成果によって、自殺の実態がより立体的かつ具体的に見えてくることが期待される。

### 文献

- 1) Bertolote JM, Fleishmann A, De Leo D et al: Psychiatric diagnoses and suicide: Revising the evidence. *Crisis* 25: 147-155, 2004
- 2) 自殺予防と遺族支援のための基礎調査ホームページ. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/kisochousa/index.html>
- 3) 警察庁: 平成19年度版 自殺の概要資料. [http://www.npa.go.jp/toukei/chuiki10/h19\\_zisatsu.pdf](http://www.npa.go.jp/toukei/chuiki10/h19_zisatsu.pdf)
- 4) 厚生労働省: 人口動態統計特殊報告. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/suicide04/>
- 5) 内閣府: 平成20年度版 自殺対策白書. 佐伯印刷株式会社, 東京, 2008

## 編集後記

■年間自殺する人が3万人を越える国へと変貌してしまったわが国であるが、昨年からのいわゆる派遣切り問題が労働者の生活を、いっそう過酷なものにしてきた。自殺問題は終息するどころか、その犠牲者はますます増加の一途をたどる感が強い。

今月号「あらためて自殺を考える」は大変重いテーマである。

特集を紹介すると、川人・須田両氏は企業に働く人々の健康に心を砕く産業医もまた、自らの健康を重視せねばならぬ必要性を示唆する。天笠氏は診療現場に即した自殺予防対策について述べている。富樫論文は派遣労働者と教員の実態を中心に労働者派遣法の改悪に触れており、労働行政・医療行政こそが貧困となっていると指摘する。渡邊論文では高齢者の自殺の実態と防止策について述べられ、なかでも人の「心のバリア」なるものを除去することが大切だと説く。田中・坂本論文は、自殺を脱するか脱さないかは個人の問題である、とするわれわれが陥りがちな認識からの脱却を提唱している。植木論文は過労自殺した小児科医・中原利郎氏の訴訟の経緯について語りながら、医師・患者双方が不幸になる現在の過酷な医療現場に大きな一石を投じる内容となっている。

松本氏の論考では、自殺の好発年齢が中高年層から若年者層へと移ってきており、継続中の詳細な実態解明の重要性に触れている。

社会問題となった日本の自殺問題は、先にも述べたように今も深刻な課題だ。にもかかわらず、私たちはどこかこの問題を人ごとのように受け止めてはいないだろうか。今月号が読者諸氏にとって自殺の実態や背景、さらにはその防止策といったものを考えていただく新たな契機となれば幸いである。

(出版部員 宇都宮健弘)

■自殺についての知識が普及するほど自殺率は減らせるそうです。今回の特集では、地域の力を活かした自殺予防という視点をひとつ強調しました。地域社会に住む人びとが快適な環境の下で生活ができる、ノーマライゼーションの確立した“コミュニティ”づくりを展望することも必要な気がします。

Web2.0の世界が生活や仕事のスタイルを変貌させています。軍事利用から始まったインターネットも今や生活に密着した道具ですが、攻略には時間がかかりそうです。(稲)

■100年前、各地で女性解放運動を率いた人々の目に、現代はどう映るだろうか。友人は就職してすぐに妊娠が分かり、職場で冷たい視線を浴びせられた挙句に中絶、退職した。これが男性なら「二重の喜び」と歓迎されるのだろう。産科医不足問題でも原因の1つに「女性医師の多さ」が挙げられるが、問題は女性が休むことではなく、女性を休ませられないことだ。パンと参政権は得られたが、まだ必要なものはそろっていない。(兆)

## 次号予告

【特集】日本の食は大丈夫か  
—食の安全を考える—

- 食の海外依存がもたらしたもの
- 食卓は誰のもの?
- 食品安全法制について
- 安全はそんなに安くない
- 穴だらけのチェック体制、これで安全を確保できるか
- 安全確保の取り組み

◇連載・シリーズ◇

税論考 経営税務誌上相談 雇用問題 Q&A  
海外保健医療 文化 語話将棋、ほか

月刊保団連 No.990 (毎月1回1日発行)

定価 900円 郵便振替 00160-0-140346

※会員の購読料は会費に含まれています。

発行日 2009年3月1日  
発行所 全国保健医団連合会(保団連)  
JAPANESE MEDICAL/DENTAL PRACTITIONERS  
FOR THE IMPROVEMENT OF MEDICAL CARE  
〒151-0053  
東京都渋谷区代々木2-5-5(新宿区協賛会館)  
電話 03(3375)5121(代表)  
FAX 03(3375)1862  
▼保団連のインターネットホームページ  
<http://hodanren.ccc-net.or.jp/>

発行人 住江 敏男  
印刷所 興報印刷出版株式会社

## 資料 自死遺族支援体制について

### 一 行政（施策集団）の取り組み

#### (1) 自治体の場合

自死遺族を支援しようと志す援助者達からは「自死遺族との接点が得られない。そのために支援事業として取り組むためには、不安感や困難感が伴う」「両者の間には心の壁があつて、なかなか理解し合うことが難しい」という声をよく聞く。なぜか。それは、未だに自死が「公認されざる死」であるからだ。現代の日本では、自死で亡くなったことを公表する遺族はまだ少数派に属する。それは自死遺族（以下、遺族と略）や自死者に対する世間の目が厳しいからである。もともと欧米でもそうした事情は変わらないようである。たとえば英語で「スーイサイタル・コミュニケーション」という言葉がある。この言葉は、支援者同士、家族同士、遺族と支援者同士など、たとえ親しい間柄であつても、こと自死のことに話が及ぶと、お互いに、いつも何か興菌にモノが挟まったような感じがして、その事柄について上手くコミュニケーションがとれなくなることを意味しているとい

う。

そのようなわけで、遺族は、自分たちの悲しみを誰にも打ち明けられず、孤立したまま苦しむことになる。それ故にこそ、周囲の者は、彼らの悲しみが少しでも緩和されるように配慮する必要がある。人々は、遺族にあたかも「腫れ物」にさわるかの如く恐れて近づこうとせず、見て見ぬふりをするか、逆に、あまりにも深く介入しすぎて、相手を傷つけてしまう。このように、遺族支援は難しい。それにもかかわらぬ、あえてこのテーマを取り上げるのは、それなりの理由があるからである。

#### 自死遺族支援の必要性

まずはじめに、なぜ遺族を支援する必要があるのかという点について、私の臨床体験を踏まえて、自分なりの意見を述べてみたい。

##### (a) 病的悲嘆について

遺族は、一時的に悲嘆反応を呈するが、しばらくすると正常な状態に戻る。つまり、死別後の悲しみは、決して病気ではないのである。しかし、少数ではあるが、パニック様の不安発作を起こしたり、悲嘆が慢性化し、慢性うつ病に陥る例がある。また、普段は正常に戻ったように見えても、

死者の命日や誕生日を契機として、うつ病が再発することもある。その他、死別を契機に心的外傷後ストレス障害（PTSD）や離人（離離）障害、あるいはアルコール依存症などに罹患する人もある。また、子どもの死によって、夫婦が離婚の危機に見舞われることもある。さらに、家族の大黒柱である父親や母親が自死した場合、子どもが傷つき、そのことが不登校、非行、家庭内暴力といった社会病理現象として現れることもある。

このように、一人の人間が自死することによって、残された家族全体が精神被害を被ることがあるのである。その場合、自死者やその家族を責めても、何も解決しない。このような人々に対し、自治体も周囲の人々も何らかの支援を行わなくてはならない。とくに心の問題が遺族に深刻な影響を及ぼし、精神病理あるいは社会病理的現象を呈している場合、精神科医や臨床心理士、保健師、看護師、精神保健福祉士など、専門家の知恵や技術支援が必要となる。しかし、これらの専門家が、前面に立つことは慎むべきであつて、あくまでも後方支援に徹すべきであろう。

### (b) 二次的被害について

二次的被害というのは、遺族にとって、身内を自死で失った悲しみの他に、様々な外的要因によって悲嘆が増幅される状態であると定義される。具体的に言うと、身内に自死者が出ると、警察官や救急隊員や検死官などが来て、遺族は、あたかも加害者の如く尋問される。そのために、彼らは二重の悲しみや苦しみを味わうことになる。また、精神科や心療内科に行くと、精神科医や心療内科医、

臨床心理士などに「患者」扱ひされ、屈辱感に苦しむこともある。さらに自治体の相談窓口や保健センターに相談に行った場合も、事件当時のことを高圧的な態度で根掘り葉掘り聞かれ、後になって嫌な記憶がフラッシュバックして蘇り、精神的に混乱する人もいる。これも二次的被害の一つである。またマスコミに報道されることによって職場や地域にいられなくなるケースもある。自助グループに助けを求めに行った遺族が、支援者の適切でない言葉や態度に傷つけられることもある。具体的には、当事者の秘密が外部に漏らされたり、個別性を無視した対応を取られたり、無視されたり、過剰に介入されたりして傷つくことがある。

このように遺族はその死に方の特殊性の故に固有の深い悲しみと向き合わなければならない。このような実情を踏まえ、援助に携わる者は「自死遺族支援は、大変デリケートな問題を抱えているのだ」という認識をいつも忘れずに持ち、細心の配慮を払いつつ接し、無理な介入を排し、二次的被害を与えないように注意する必要がある。

### (c) 社会的不利について

遺族が、社会的に不利な立場に追い込まれることも少なくない。鉄道に飛び込んだ場合、多額の損害賠償の支払いを請求されることがある。また、自死者の残っていた多額の借財を処理するために苦しまなければならない場合もある。自死した家を売却しようとしてもなかなか売れなかつたり低い価格でしか売れなかつたりする。借家で自死した際に、遺族は家主からいろいろな名目で過

剰な金銭を請求されることもある。さらに、自死とみなされたが故に生命保険が支払われないといった悲劇もある。身内が住宅公団の住居で自死した場合、別の場所にある公団の住宅に移転しようとしても許可されなかったという事例もある。

このように、遺族は、自死されたという喪失体験の他に、社会的不利という二重の重荷を負わなければならない。自死が執行されると、このようなさまざまな問題が浮かび上がり、遺された者を苦しめることになるので、われわれは彼らを支援する必要があるのである。

#### (d) 後追い自殺を避けるために

遺族は、「何か自分が悪かったから相手が窮地に追い込まれ、自死したのではないか」という考えに囚われてしまうことが多い。このように遺族は自分に対して強い罪責感を持つ。その結果、自分をトコトン追い詰めてゆき、そのことが、希死念慮や自殺企図へとつながって行く危険性がある。「私が実は自死者を殺したのだ。申し訳ないことをした。もはや自分はこの世に生きている価値はない。死んで、お詫びをしたい。早く死んだ人のところに行きたい」。このような考えに朝から晩まで囚われ続けて、頭がいつぱいになり、眠れなくなったり、食事も喉を通らなくなり、挙げ句の果ては、本当に「死んだ人のところに行きたい」といつて死んでしまうケースもある。

これが後追い自殺といわれるものである。遺族を支援するものは、なんとしてもこのような後追い自殺を遂行することがないように、親身になって関わり続ける必要がある。

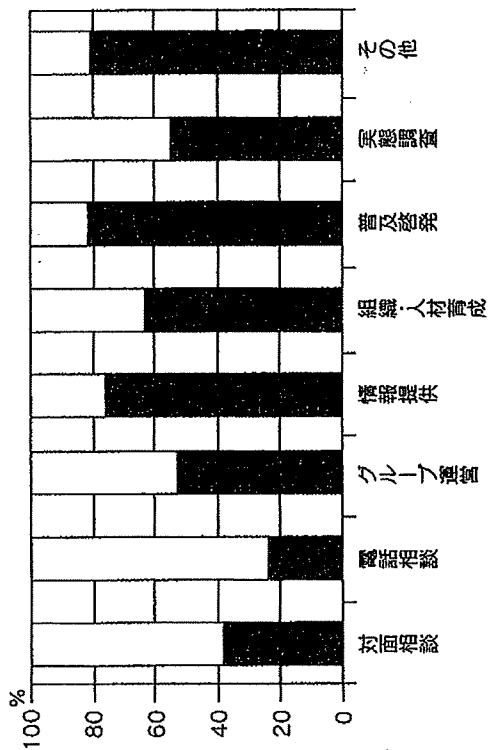


図1.自治体による自死遺族支援の取組状況

#### 自死遺族支援に関する自治体の対応

二〇〇八年七月、国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センターは、自殺対策基本法に基づいて定められた自殺総合対策大綱に基づき、全国の都道府県・政令指定都市（以下、自治体と略）における遺族支援への取り組み状況に関する調査を行い、その結果を報告している（以下、「報告書」と略）<sup>⑧</sup>。

ちなみに、自殺対策基本法の第十八条では「公共団体は、自殺又は自殺未遂が自殺者又は自殺未遂者の親族等に及ぼす深刻な心理的影響が緩和されるよう、当該親族等に対する適切な支援を行うために必要な施策を講ずるものとする」と定めている。また、自殺総合対策大綱でも、第8項で、遺された人の苦痛を和らげるように努めることが、重点的な課題の一つとして挙げられている。これらの国の方針に基づき冒頭に記した全国の自治体に対する調査が行わ

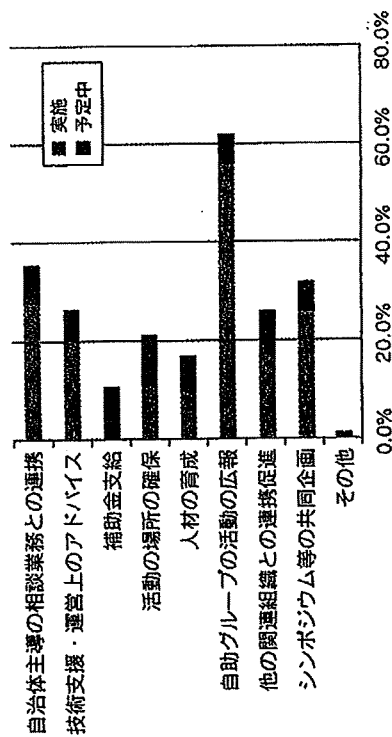


図3. 民間団体の自助グループへの支援

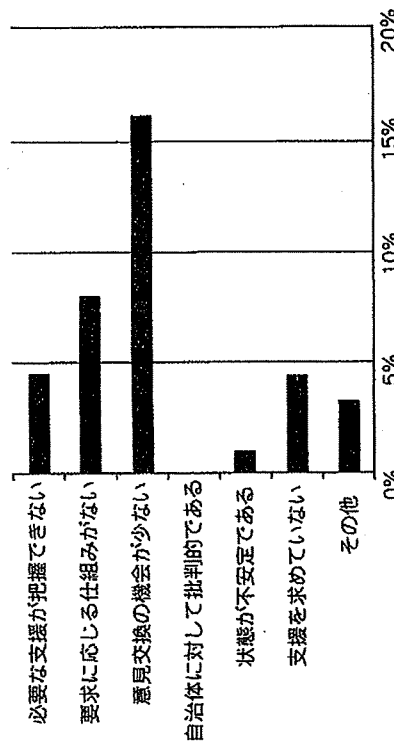


図4. 自治体が民間団体の自助グループを支援する上での問題点

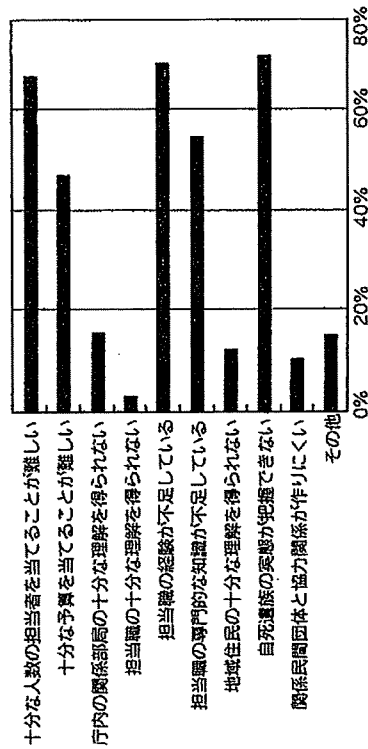


図2. 自治体が自死遺族支援に取り組む上での困難

れた。この「報告書」の内容及び結果については、図1から図4に示した。

図1の「自治体による自死遺族支援の取組状況」では、最も多かったのが一般市民を対象とする普及啓発シンポジウムであり、次いで情報提供、組織における人材育成、自助グループの運営の順であった。

図2の「自治体が自死遺族支援に取り組む上での困難」の項では、「自死遺族の気持が把握できない」という意見や「担当職の経験が不足している」が最も多く、次いで「十分な人数の担当者を当てるのが難しい」「担当職の専門知識が不足している」の順であった。

図3では「民間団体の自助グループへの支援」について問うたところ、現在自治体で行われている民間自助グループへの支援は広報が最も多く、次いで自治体主導の相談業務との連携、シンポジウム等の共同企画、技術支援・運営上のアドバイス、他の関連組織との連携促進などの順になっていることが明らかになった。

図4では「自治体の民間団体の自助グループを支援する



上での問題点」が示されている。この図4によると、最も多かったのが「意見交換の機会が少ない」という項目であり、次いで「要求に応じる仕組みがない」「必要な支援が把握できない」「支援を求めている」などの順になった。

なお、民間が立ち上げた自助グループに対してどのように支援するかということに対する自治体の考え方としては、自助グループの自主性を尊重し、適切な距離をとり、公平中立であるべきだという意見が多かった。また自治体と自助グループとの意見交換の重要性を指摘する意見も多かった。具体的な支援方法として、自助グループを養育させるための支援を行ったり、自助グループのケアの質を高めるためにスーパーバイズやコンサルテーションなど専門的な技術支援を行うといった後方支援も重要であることが強調されていた。

以上、この「報告書」で指摘された事柄をまとめておく。

自治体の担当者は遺族の実態が把握できておらず戸惑っている様子が浮き彫りにされている。それでも、なにかしなければならぬとの思いから、広報活動を通して、遺族支援に関する普及啓発シンポジウムやワークショップ、あるいは研修会や事例検討会を開催するところが多い。そして、その時、集まってきた聴衆の中で、遺族が集まり、自助グループが形成されるといった流れができる。

ところがその後、自治体と自助グループとの意見交換をする機会や場がないことが指摘されている。しかし自助グループの中で二次被害が起きたり、グループ間に対立・葛藤が生じたりすると人材育成への希望や人材派遣への要請が自治体に対して出されることが多く、自治体はその要請を受けてスーパーバイズやコンサルテーションを行う人材を彼らに紹介している。自治体はこのような

後方支援のために貢献することも重要な働きであると思う。また、遺族がどのように自助グループを立ち上げたらよいか、またどう運営していったらよいか困っているとき、情報提供、リーフレットの作り方、連携の仕方、社会的資源の使い方等を教えるといった側面支援を行うことができると考えられる。

### 自死遺族支援体制の流れ

前節の調査結果を踏まえ、本節では遺族支援体制の流れについて記すことにする。(図5)

#### (a) 普及啓発・啓蒙と情報提供

自治体が遺族を支援するためには、一般市民や遺族及びその周辺の人々に対して、自死を語れる「死」とするために、自死に対する差別や偏見を緩和し、実際に苦しんでいる遺族を支援する必要があることを訴えかける必要がある。そのためには自治体側が、こうした遺族の

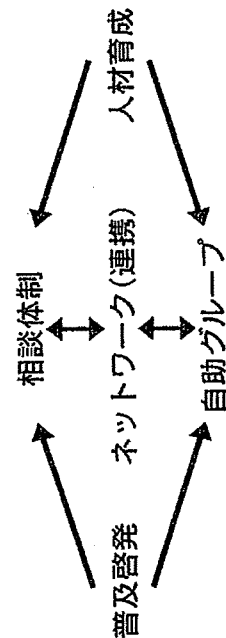


図5.自死遺族支援体制の流れ

抱える問題を支援する必要性を啓発するために積極的に遺族をテーマとするシンポジウム、フォーラム、パネルの展示、遺族の集い（自助グループ）などを企画することが望ましい。この場合、地域や文化特性についても十分に留意する必要がある。また、こうした会合に集まってきた遺族に対して、活用できる社会的資源、各種相談窓口などに関するパンフレット、リーフレット、ホームページなどの情報をまとめた資料を作成、配布する。また専門家の協力を得て対応マニュアルを作ったり、相談電話を設置することも重要である。これらの施策は、普及啓発及び情報提供事業として位置づけることができる。普及啓発や情報提供に関する告知を行う場合、自治体の広報を用いたりメディアの協力を得ることも考えられる。

### (b) 自助グループの結成

遺族の支援を目的としたさまざまな普及啓発や情報提供が行われると、支援を求める遺族が現れ、やがて、自助グループが結成されることが多い。そうすると、継続して、遺族が集い、経験や思いを共に語り、分かち合う場が必要になってくる。その際に、自治体が発足支援や運営のノウハウについてのコメント、スタッフ育成及び二次的被害の防止策、自助グループを開くための場等、ソフトとハードを含む幅広いサービスを提供できるようにすることが望ましい。そして、いくつかのグループができたとき、自治体は公平中立を貫き、各グループの自主性を尊重することも大切である。またグループ間の葛藤が起きたときには、調整役となることができるとよい。

### (c) 相談体制の充実

自治体が普及啓発活動や情報提供を行った場合、自助グループが結成されることが多いが、そのほかにも、個別に相談したいという人が出てくる。自治体がこのような相談窓口の充実を図ろうとする場合、その地域の主体性や自主性が生かされる形で運営されるべきである。たとえば、自死遺族専門の相談窓口を置いてよいし、心の健康や精神保健福祉相談の中でそれを扱ってもよいだろう。また、一般の電話相談や学校や職場の電話相談の中で行ってもよい。大切なことは、相談の受け手に当たる援助者が、遺族にきちんと対応できるような知識と技術と態度を持つことである。そのためには、次節で述べる人材育成が必要になる。

### (d) 人材育成の必要性

遺族が安心して自分の心の痛みと向き合うことができるような分かち合いの場が立ち上げられ、相談体制が確立しても、彼らが思う存分、自らの苦しみを表出でき、しかも、その苦しみに寄り添い、会を円滑に進行したり、適切なコメントができるような人材が必要になる。こうした事後対応を円滑に進めるためには、経験不足の自治体の担当者や自助グループのスタッフを対象として、専門的な知識や対人関係技術、それに遺族の心を傷つけない態度を身につけるため、遺族のケアの質の向上を目指した研修会が行われることが望ましい。研修会の対象となるのは、遺族の集いを立ち

上げようとしている当事者などからなるボランティア団体のスタッフや行政機関の相談員などで、ゲイトキーパー、ファシリテーター、チェイター、ピアカウンセラーなどと呼ばれている。これらの人々は、人材育成を目的とした研修会に出席することによって、分かち合いや相談業務の中の危機介入の方法を学んだり、二次的被害を防ぐ方法を習得したり、個別ケア支援プログラムを作成したり、個人情報保護の原則を学んだりするうちに徐々に成長していく。

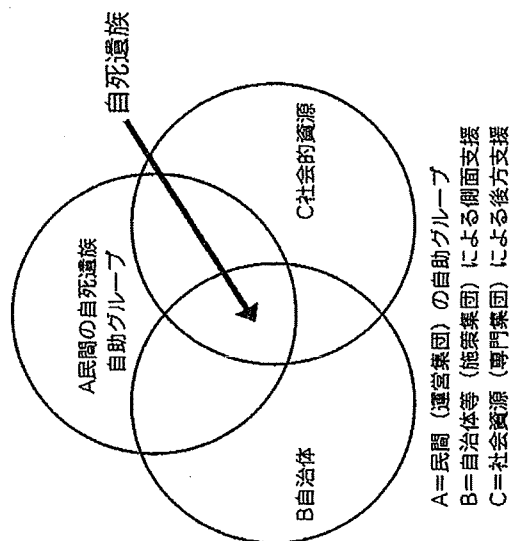


図6.自死遺族支援の構造

(e) 人や機関の連携（ネットワーク）につ

いて

冒頭でも述べたように、自死は、いろいろな要因によって生ずるものであつて単一の原因によつて起こるものではない。また、遺族の苦しみや悲しみには個別性がある。そのために遺族を支援するに際して、多くの人々や機関との連携が必要である。具体的には、自治体主体の相談業務と既存の社会的資源（民間団体を含む）

のそれを連携しつつ相談機能を充実させること（図2）。自治体と民間の自助グループとの定期的あるいは随意的意見交換と協力関係を結ぶこと（図3及び図6）。自死遺族支援に関するさまざまな問題に関して、自治体と自助グループ以外の他の関連機関との連携推進が必要である（図3及び図6）。このような論点が明らかになっているにもかかわらず、実際には図4が示すように、自治体と自死遺族の自助グループとの意見交換の機会が少ないことが指摘されており、この点については今後の課題である。

#### 参考文献

- (1) 平山正実、竹島正ら：保健師等の支援者側と自死遺族との関係について——自死遺族とのかかわり方の難しさとその克服方法を解明することを目指して——、二〇〇七年度、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厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業 分担研究報告書）
- (2) 平山正実：地域における自殺未遂者に対する適切な支援の方策（自殺対策ハンドブックQ&A（本橋豊編）、ぎょうせい、一五四—一五五頁、二〇〇七）
- (3) 竹島正ら：都道府県・政令指定都市における自殺対策および自死遺族支援の取組状況に関する調査、国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター、二〇〇八

## 自死遺族の心理とそのふさわしいケアのあり方

平山正実

私の問題提起がどの程度お役に立つかということはありませんけれども、私がこれまで経験したことを中心に総まとめをして、皆様に御判断していただき、御評価いただきたいと思っております。

私自身、精神科医として40年くらいやってきましたけれども、全国ネットを立ち上げるようになった動機を探ってみますと、初期研修の頃に私の親しい友人が統合失調症に罹患し、自殺で死んだことと無関係でないのです。彼はデパートの屋上から飛び降り自殺をしたわけですが、そのときの悲しみがずっと、心の傷（トラウマ）となっていて、そのことが今、御遺族を支える原点となっているのです。

職業とはいえ宿命なのかもしれませんが、自死者やその御遺族にお会いするたびごとに自分を反省し、またそこからいろいろなことを学び、そして現在に至っているというわけであります。その学びの一端をここで分かち合い致しまして、皆様のお働きの何かのご参考になればと、そういうふうに思っております。

### ⑨ → 自死した人の遺族のグリーフ・ケアに関する諸問題

グリーフ（grief）という英語は悲嘆というふうに訳しております。ケアという言葉は支援という意味です。二人称すなわち、周囲の人が悲嘆の中にある御遺族を援助するということでもあります。また、グリーフワークという言葉があります。これは亡くなった方が御自身で悲嘆緩和の作業をするということで、一人称の立場で悲しみを癒すときにこの言葉を用います。

次に、自殺という言葉がいいのか自死という言葉がいいのかという問題について考えてみたいと思います。自分の「自ら」という字は辞書を引きますと「みずから」とも「おのずから」とも読めると書いてあります。

「自ら」を「みずから」と読めば、本人の自由意志ないし自己責任で死を選ぶということ、つまり自分で自分のからだを殺すことであり、自殺という意味になります。生命を殺めることは仏教でも、キリスト教でも、いけないことだといっており、このような考えが行き渡っている世界では、自殺者や自殺とされた遺族は多くの人々の非難の目にさらされること