

「鳥の目」と、分析的に考える「虫の目」の両方をもつ、いわば、複眼的思考をもつことが重要である。

4 責任感をもつこと

遺族が、一次的被害を受けたとき、かならずフォローすることができる責任意識をもっていることが、援助者として大切な資質の一つであると思う。遺族を、一貫性と継続性をもつてかかわることができることが大切である。また、長時間の少ない回数面接よりも短時間でも頻回の面接の方が効果があることを銘記する。

5 肯定的思考の大切さ

困難な状況に直面しても、肯定的、積極的に希望を与えることができる感性をもっていることが、援助者の適性や資質を考える際には、大切であると思う。ちなみに、インフォームド・コンセント(納得の上での合意)という言葉のインフォームドという英語の意味の中には、ただ単に「情報を伝える」というだけではなく「元気づける」「勇気づける」という意味も含まれることを記憶しておく必要がある。

6 忍耐することができること

遺族の中には、自死ということを受けとめることができ

ず、うつ状態になり、自閉的になったり、援助者に対して怒りをぶつけたり自暴自棄になる人もいる。援助者は、これらの訴えを受容する忍耐力をもつことが大切である。そして、その怒りや抑うつがとけるまで、じっと待つ姿勢を崩さない人格的成熟さが求められる。

7 心が開かれていること

支援者の心が、自閉的・防衛的になっていると、相手も心を閉ざしてしまう。支援者としてふさわしい資質の一つとして、心が開かれているということが挙げられると思う。このことを別の言葉で言い表わすならば、いつも、相手に対する関心を失わないということである。

8 会を運営する管理能力

すぐれた支援者、リーダーの条件として、会の進行に際して、会員の発言時間や頻度、他人への攻撃や怒りが生じたときに制止すること、沈黙などの「間」の取り方に優れた能力をもっていることが望ましい。

以上、われわれは、一次的被害を阻止するための支援者の資質について言及してきた。しかし、よく考えてみると、このような資質・適性は、当事者(遺族)によって運営を

れている「自助グループ」や「分かち合い」のリーダー(ファシリテーター・モデレーター)の指導者にとっても、重要な指針となるものと思われる。

四 一次的被害を起さないうために、支援者が守らなければならない原則

これまで、自死遺族が受ける一次的被害を避けるために必要な支援者の資質・適性について触れてきた。本章では、実際に遺族支援を行うにあたって、最低限、守らなければならない規範、原則等について、考えてみたい。

1 守秘義務の原則

また、日本では、自死は「公認されざる死」であるという側面があり、遺族は、自死ということをお口にただけで、差別され、その偏見に苦しむことが少なくない。支援者は、遺族のこうした事情や心理をよく理解しておく必要がある。つまり、遺族が参加した会場で知り得た事実を、外部に漏らしてはならない。また、会を開催する場合は、プライベートの守られる静かな場所で行われる必要がある。守秘義務の原則が守られなかったために、一次的被害に苦しむ遺族は、少なくない。

2 傾聴の原則

支援者は、まず遺族の苦しみを受容と共感をもって聴き寄り添う姿勢をもつことが大切である。傾聴の姿勢が貫かれてはじめて、遺族は、十分悲しみを差出すことができ、そのことが、悲嘆緩和に役立つのである。

支援者側が、尋問調の質問をしたり、「すべきである」といった一方的な意見や価値観の押しつけは避けるべきである。他方、参加者の考えや発言に対して、自分の解釈や判断を下すことは、慎重であるべきだ。それよりも「言いつばなし」「聞きつばなし」の原則を重んじ、相手が何を訴えようとしているかを知ることの方が大切だ。もしなにか支援者が手伝いたいことがあったら、「なにか、お役に立つことがあったら、言つて下さい」とだけ、最後に言っておく。

はじめから、「遺族は、ケアが必要な存在である」という思い込みは、しない方がよい。

3 平等の原則

遺族が、集団で話し合うときは、すべての参加者が、平等に発言の機会が与えられるべきである。一部の人が、その場を独占し、自分の意見を長時間にわたって話し始めた

時は、リーダーないし、コーディネーターは、その発言を制止し、出席者のすべてに、発言の機会を与えるように配慮しなければならない。

4 自由の原則

コーディネーターや指導者は、遺族がグループで話し合っているとき、その発言を強制してはならない。「語りたくない自由」も認める。この「話したくない時には無理に話をしなくてもよい」という「パスルール」の原則は、貫かれるべきである。参加者から無理矢理なにか意見を引き出そうとすることは、聡明な判断とは言えない。

5 個性性の原則

ひとくちに自死遺族といっても、性別、亡くなり方、どんな人が亡くなったか、亡くなった人の既往歴の有無、家族背景、趣味、宗教、死生観、などそれぞれ異なっており、個性性がある。二次的被害が起こるのは、遺族のこうした個性性に配慮しないことによるところが大きい。遺族は、皆同じだという言動や対応は避けるべきである。

6 沈黙の原則

遺族が集団の中で話し合っている時、話し合いの「場」

に沈黙が訪れることがある。皆が、問題提起された課題に対して、どう判断してよいかわからず、思いめぐらしている時、このような場面に遭遇する。このようなとき、場の空気が白けることがある。するとコーディネーターは焦って、なにかとつてつけたことを言おうとすることがあるが、その言葉が、水をさすことになり遺族の心を傷つけることがある。このような対応は、運営する人の不安の防衛によるものが多く、結局、よい結果をもたらさない。沈黙する状況が生まれたのには、それなりの理由があるのだから、その沈黙の時間を大切に、「間」をうまくとることによって次の展開が開かれるまで、待つことが大切である。

7 承認の原則

遺族は、亡くなった人との体験の共有化を求めている。つまり、生者と死者をつなぐ記憶（リメンバー）を紡ぎ出そうとする。このことをもと具体的に言うと、遺族は周囲の人々に、「亡くなった人は、非業の死であると言われようと、精一杯生きたし、自分もできるだけのことをした」というひそかな自負心をもっていることがあり、そのことに対して周囲から承認してもらいたいという欲求がある。

また、遺族には、亡くなった人との連続性を保つために、新しい役割を獲得したいという願望がある。たとえば、辛い体験を生かして、カウンセラーやケースワーカーになりたいとか、教師になろうとか、介護職員になろうとか、聖職者になろうなどといった人もでてくる。彼らは、そうした行動が亡き人に対する供養であると考えている。また、死者への罪責感を、キリスト教の十字架による償いの信仰によって、許しを得、和解したいと思う人もいる。いずれにしても、このような遺族の言行を、支援者は、理解できなくても、承認し、支持し、保証することが大切である。

8 超越性の原則

自死遺族は、その精神的危機のまっただなかにあつて自分を超えたもの、つまりスピリチュアリティに覚醒することがある。具体的に言うと、彼らのスピリチュアリティとは、神や仏、自然、身体感覚などに、心が開かれることを指す。これは一種の超越的な神秘的体験である。支援者は、こうした遺族のもつ超越的体験に因してかりにわからなくても、その体験に対して理解を示しそれを認める寛容さをもつべきである。

9 遺族の心理や反応を理解していることをきちんと伝達するという原則

支援者は、刻々、移り変わる遺族の心理過程や、自死者の命日や記念日に訪れる悲嘆反応をよく理解する能力をもつていなければならない。

また、かれらの社会的・家族的背景を分析し、そこにどんなことが起こっているのか、できれば、知っていることが望ましい（もちろん、無理矢理にこのようなことを引き出すことは、慎むべきである）。そして、遺族が、自分の立場や状況の中で苦しんでいることを訴えたら、支援者は、それまで得た臨床知を土台にし、相手の苦しみをよく理解している旨をはっきりと伝えることが大切である。

10 ゆとりの原則

遺族が、心身共に癒されるためには、安心感や安全感をもつことが大切である。そのためには、支援者の心のゆとりが必要だが、時間や場所の設定にも配慮が必要となる。たとえば、場所や時間が、制約されている場合、出席人数を制限する必要も出てくるであろうし、支援者の数や質が、充実していない場合は、回数を減らすべきだろう。

11 尊重の原則

基本的には、遺族の主体性や人格を尊重する姿勢をもつことが大切である。支援者と相性が合わない遺族、攻撃的・批判的な遺族でも、その背後にある人格を尊重し、いたずらに、相手を説教したり、追放するのではなく、その根底にある人格の尊厳は、認め誠意をもって接することが望ましい。

12 明確化と助言の原則

悲嘆の緩和過程が進み、回復というゴールが見えてきた段階で、支援者に対して、遺族が、自分の心の中を少し整理してほしいとか、悲嘆が緩和された後、改めて、社会参加した場合、自死者と関連をもたせ、その中で新たな役割を明確化したいと申し出ることがある。このような時、支援者は、かれらに、その心の中を分析し、適切な助言を行える能力を身につけていることが望ましい。

もともと、この十二番目の原則を運用するにあたっては、グループ内で、つまり、多くの参加者のいる前で行うことが適切であるかどうかは疑問である。むしろ、個別的なカウンセリングで行う方が、適切であろう。しかも、このような要求に答えることのできる支援者は、知識、技術、

態度の三点で、優れた資質をもった人でなければならない。

まとめ

自死遺族の二次的被害は、クローズド・ミーティングという枠組の中で行われる遺族同士の「分ち合い」の中でも起こりうる。しかし、最近、問題になっているのは、オープン・ミーティングという枠組の中で、行われる遺族支援グループ内で、遺族が援助者であるファシリテーターから受ける二次的被害である。この場合、支援にあたる者が、専門集団であったり、公的機関であったり、善意のボランティア団体であるので、より事態は深刻である。われわれは、本稿を、こうした二次的被害を少しでも減らすことを目的に執筆した。この文章が、自死遺族の悲嘆緩和をめざすすべての善意の人々に、少しでも役に立てば幸いである。

【参考文献】

・平山正孝監修 「自ら逝ったあなた 遺された私」 朝日新聞社 二〇〇四

〔ひらやま・まほみ 聖学院大学大学院(国際福祉学科)教授〕

「自死者の名譽回復宣言」(案)について

—自死者の人格の尊厳を守るために—

平山正実

一 「自死者の名譽回復宣言」(案)の内容と筆者との関係

自死者に対しては、「この世の競争に敗れた憐れな人間だ」「生きていたのに死なざるをえない人が多い中、少くも辛うからといって、死んでゆくのは、わがままで」「かれらは、人に迷惑ばかりかけた」といった批判的な意見が投げつけられることが、少なくない。そのために、自死遺族自身

も世間に対して負い目や恥の感情を持つてしまう傾向がある。また、このような社会的背景のもとで引き起こされた自死遺族の悲嘆が緩和されるためにも、筆者は、こうした自死者を差別や偏見の目をもつてみる風潮をなくさなければならぬと考えるに至った。その意志を社会に向かつて、はっきりと表明するために筆者は、「自死者の名譽回復宣言」(案)を提起する(ここに訳した宣言(案)は、筆者個人の責

を、美化したり推奨したりしません。また自死者を英雄化することに対して反対します。

○わたくしたちは、自死者は、繊細、かつ純粋で、傷つきやすく、心やさしい人たちで、死ぬまで精一杯、まじめに生きてきたことを肯定的に評価します。

○わたくしたちは、自死者の思いに寄り添い、かれらのために祈ります。

二 「自死者の名譽回復宣言」(案)を提出する理由

自死者は、「多くの人々によって、命を救ってはならないという戒律を破った」「世間に迷惑をかけた」「遺族を悲しませ、しかも恥をかかせ、肩身の狭い思いをさせた」「自死者自身、この世の敗北者だ」といった中傷や非難、攻撃のことは投げつけられることが少なくない。このような、中傷や

非難、攻撃に対して、自死者は、一切、弁解の余地を与えられていない。つまり、かれらは、抗弁する自由を与えられていないのである。冒頭でも述べたように、かれらは本来、死にたかつたわけではなく、やむにやまらず自分の命を絶たざるを得なかつたのである。国連規約人權委員会は、第二〇条一項において、「自由を奪われたすべての者は、人道的かつ人間の固有の尊厳を尊重して、取り扱われる」と規定している。この条項が死者にまで及ぶかどうかということとは、検討の余地があるところであるが、生きている側の人達の偏見や中傷、非難、攻撃に対して、一切の抗弁の自由を失つた自死者の名譽や人格の尊厳は、生者の努力によって、回復されるべきではないだろうか。

日本の刑事訴訟法四五一条には、「再審の審判」という条文があつて、家

任において発券するものであるが、最終的には、委員会か団体の名において、発券することが望ましいと筆者は考えている。(27ページ参照)。

「自死者の名譽回復宣言」(案)

わたくしたちは、やむなく命を絶たざるをえなくなつた人たちの人格の尊厳と名譽を守るために「自殺」という言葉ではなく、「自死」という言葉を用いつぎのように宣言します。

○わたくしたちは、自死者に対して、偏見や差別の目をもつて見、その人格までも病んでいると看做し、かれらを、中傷、非難、攻撃するような風潮に反対します。

○わたくしたちは、自死者は、本来は、死にたかつたわけではなく、やむにやまらず、自分の命を絶たざるを得なかつたのだと考えます。

○わたくしたちは、自死という行為

族や遺族などは、死に者又は回復の見込がない心神喪失者の名譽と尊厳の回復をめざして再審請求することができると規定している。この死後再審の規定は、人間というもの、死んだ後も、生きていた時、その名譽や尊厳が傷つけられた場合、その名譽を回復すべく、裁判所に訴える権利を有するといふ考え方が、日本國憲法において、保障されていることを意味している。

たとえば、第二次世界大戦中、国の戦争政策に反対した人が、当時の治安維持法によって審かれる「横浜事件」というのがあつた。戦後六十年以上たつた今、当時行われた裁判結果に異議をとなえる遺族やその周辺の人々が、死者の名譽と尊厳の回復をめざして、死後再審裁判を求めて立ち上がった。そして、裁判所もやつと、遺族らのそうした要求を認め、死後再審が始まるうとしてゐる。

「自死者の名譽回復宣言」(案)について

(別掲) 米国において提出された自死遺族であるサバイバー(surviver)の「自死遺族の名誉回復宣言」(文獻1)

- | | |
|-----|--------------------------|
| (1) | 罪責感から自由である権利 |
| (2) | 自殺の責任を認めない権利 |
| (3) | 自分の感情を表現する権利 |
| (4) | 自意、家族からの疑問について説明を受ける権利 |
| (5) | 希望、平和・尊厳を維持する権利 |
| (6) | 自殺を理由に批判されない権利 |
| (7) | カウンセラーやサポートグループの支援を受ける権利 |
| (8) | 新しい出発を生きる権利 |

ってきた。周囲の人々は、遺族のこのような思いを理解すると共に、自死者の無念さや罪責感をも癒されるように祈ることを認めるべきであると思う。

今回、筆者が「自死者の名誉回復宣言」(案)を提起しようとした趣旨は、決して、死後再審の請求をして、前葬

三 「自死者の名誉回復宣言」

(案)は倫理的・道義的性格をもつ

外国においても、大量虐殺の対象となつたとされる市民の名誉と尊厳を回復するためにポルボト政権の指導者に対して、遺族が、死後再審の訴えを起している。

・自殺予防を推進している国際ピアレンダース(電話相談機関)は、活動の基準となる七つの原則の中で、「コーラ」(相談者)は、自殺をするという決心を含めて、自分で決定する自由を失わない。また、いつでも相談をやめる自由がある」と唱っており、「生きる権利」と同時に「死ぬ権利」を認めている。

述べたような法的に争うことを目的とするのではなく、あくまでも、世間の偏見や差別から自死者の人格の尊厳と名誉を守り、その回復をめざすために行われるものであって、倫理的・道義的視点からなされるものである。

自死者は、本来は死になかつたわけではなく、健康問題や経済的な問題、対人関係の亀裂などの理由で、やむにやまねず、自分の命を絶たざるをえない状況に追い込まれたのだと考える。

また、筆者は、自死行為を美化したり推奨したりするようなことは慎むべきであり、自死者の行動を絶対化したり英雄化することは危険であるという認識をもつべきであると考えている。

四 「自死者の名誉回復宣言」

(案)と遺族の悲嘆緩和

ところで、自死者の多くは、繊細かつ純粋で、傷つきやすく心やさしい人

五 「自死者の名誉回復宣言」

(案)を正式に提出する際の手続きの問題

なお、わたくしたちは、今回発表した「自死者の名誉回復宣言」(案)の他に「自死遺族のための名誉回復宣言」(案)も提出したいと考えている。自死遺族のための名誉回復宣言に関しては、すでに、米国において提出されている(別掲参照)。

今回、ここで、提出した「自死者の名誉回復宣言」(案)は、あくまでも、筆者個人の案である。この宣言を誰が、誰に対して、いつ、どのような方法で、提起するかは、今後の課題である。いずれにしても、筆者の提出したこの案は、今後、さらに、「自死者の名誉回復宣言検討委員会」で議論されるべきである。「自死者の名誉回復宣言」について、ご意見のある方や共に委員

連である。そして、かれらなりに、死ぬまで、精一杯努力し、真面目に生きようとしてきた。生者は、かれらの、そうした態度・姿勢を、肯定的に承認する心の広さを持つべきだと考える。

そして、自死者の思いに寄り添い、かれらのために祈ることが大切であると思う。

あの世とこの世、彼岸と此岸は、深い淵があり、相隔てられ、幽明境(サカイ)を異(コト)にしていることは事実である。しかし、遺族の自死者に対する罪責感や自死者の無念さやかれらの罪責感を感じる時、その思いを、なんらかの形で、相互に分ち合い、許し合い、和解し合いたいと思うのが人情というものである。そのことが、遺族の悲嘆緩和に役立つのであって、これまで、多くの人々は、その思いを大いなる存在(神やキリスト、仏)に託し、とりなしをしてほしいと願ひ祈

に加わってよりよい宣言を作つてゆきたいと思われる方はご連絡下さい。

【宣言検討委員会連絡先】

メール: sengen@jishicare.org

FAX: 〇二五七七五二三八七

郵便: 〒一〇七〇〇五二

東京都港区赤坂九一―一九

カルム第二赤坂一〇三号

【全国ネット】気付

なお、筆者の提出した宣言案は、「グリーン・ケアサポートプラザ」(NPO法人)理事の五十子敏子氏(産業学園大学教授、法律学、政策学、生命倫理学、専攻)の助言を参考にしたこととを記しておく。

【引用文献】

- (1) 日下忠文、斎藤友紀雄編「自殺と未遂、そして遺された人たち」現代のエスプリ 四五五 四七―四八 至 文庫 一〇〇五

【ひらやま・まさみ 理学部大学院 人間福祉学教授】

2

自殺対策基本法

はじめに

死因は、①疾病、老衰などの病死および自然死(natural death)、②外因死(事故・災害などによる不慮の外因死、その他および不詳の外因死)に区分される。自殺は、外因死の中の、「その他および不詳の外因死」であって、かつ“死者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法は問わない”に該当する¹⁾。

わが国の自殺者数は、1945年の終戦以降、人口増加と高齢化の進展とともに増加してきた。また自殺死亡率は、1957年前後、1985年前後、1998年以降を除くと、概ね人口万対15～20の水準で推移してきた²⁾。しかし1998年の急増以降は、自殺者数、自殺死亡率とも高い水準で推移するようになり、このことが自殺対策基本法の制定を促した。しかし1998年の自殺死亡急増以前も、わが国の自殺死亡率は高く、民間団体などによる自殺予防の取り組みが行われてきたことを忘れてはならない³⁾。本稿では、自殺予防の基本概念であるプリベンション(prevention、事前予防)、インターベンション(intervention、危機対応)、ポストベンション(postvention、事後対応)を踏まえて、はじめに1998年の急増以前の自殺対策を振り返る。次に1998年の自殺者数急増後の自殺対策と自殺対策基本法の概要について述べる。そして自殺対策基本法が、わが国における取り組みの長期的経緯を集約したものであることを検証するとともに、わが国における自殺対策の今後の在り方について考察する。

1 わが国の自殺対策の経緯——1998年の急増以前——

第二次世界大戦中は自殺死亡率の低下が起こり、戦後に上昇したことは、敗戦国のみならず、戦勝国でもみられる世界共通の減少であった⁴⁾。戦後の自殺死亡急増期に発行された1959年度版の厚生白書は自殺の原因として「厭世」が圧倒的に多いとして、その背景に貧困、病苦、事業の失敗などがあるとして、医療保障、所得保障の充実と民間社会福祉活動の促進が必要であると指摘している⁵⁾。村松と高臣は1958年の厚生省資料をもとに、①男女を通じて20歳前後に1つの著しいピークがあること、②男女比が10対6～7の割合で女性でも諸外国に比べて高率であること、③家族心中などの「集団自殺」が多いこと、を報告している⁶⁾。

1976年に始まる未青年(5～19歳)の自殺増加に関して、総理府は1979年に「青少年の自殺問題に関する懇話会」を設置し、「子供の自殺防止対策について(提言)」を取りまとめた。この提言には、自殺防止月間(仮称)の制定、「いのちの電話」などの自殺防止活動の充実、自殺防止センター(仮称)の設置、青少年の問題行動と防止策を総合的に研究する異常行動研究所(仮称)の設置などが含まれていたが、1980年には未青年の自殺者数が減少したこともあって、ほとんど

の施策は実現をみていない⁵⁾。

民間活動としては、1970年に自殺の実態把握と自殺予防行政の推進を図るため自殺予防行政懇話会(1983年に日本自殺予防学会)が発足した。また1971年には、東京で「いのちの電話」による電話相談が始まり、1977年には「いのちの電話」を全国に普及する目的で「日本いのちの電話連盟」が結成された。そして1977年には、自殺予防行政研究会、国際自殺予防学会、日本いのちの電話連盟の連名で「自殺予防のための施策実現に向けての要望書」を作成し、厚生省、文部省をはじめとする関係省庁や報道機関に趣旨説明を行った。この要望書では、自殺は単に個人の病理に帰されるべき性質の問題ではないと述べ、公的な専門機関「自殺防止センター」の設置を求めた⁶⁾。これら一連の動きは、前に述べた未青年(5~19歳)の自殺増加と同期している。

1985年前後の自殺死亡率の増加期には、厚生省は厚生白書の1985年版に壮年期の自殺者の増加を取りあげ、職場や地域における心の健康づくりの推進の必要性を強調した⁵⁾。また同年、厚生省は心の健康づくり推進事業を予算化した⁷⁾。

国際的には、1991年の国連総会で自殺の問題の深刻さが認識され、国家レベルで自殺予防に対する具体的な行動を開始することが提唱された。これに基づいて1993年にUN(国際連合)とWHO(世界保健機関)の主催による「自殺予防：国家戦略の作成と実施のためのガイドライン(Prevention of Suicide: Guidelines for the formulation and Implementation of National Strategies)」立案のための専門家会議が開催され、1996年に国連総会で承認されて加盟国に配布された。この会議には日本から高橋が参加し⁸⁾、高橋はその後、厚生労働省の「自殺防止対策有識者懇談会」構成員、内閣府の「自殺総合対策の在り方検討会」委員を務めたことから、このガイドラインの考え方と内容は、わが国の自殺対策に浸透していった。

1998年の急増以前のわが国の自殺対策の経緯を振り返ると、プリベンション、インターベンションに比べて、ポストベンションについての言及は少ない。また、その時期に表面化した問題には目を向けるものの、社会総体で継続的に自殺対策に取り組む方向性はみられない。しかし自殺の実態分析や、背景にある社会的要因を視野に入れた自殺対策の必要性は指摘しており、現在にも共通する論点や課題も多い。

2 1998年の自殺者数急増後の自殺対策の経緯

1998年の自殺死亡急増後のわが国の自殺対策の経緯は、1998~2005年の第1期(厚生労働省が中心となって取り組んだ時期)、2005~2006年の第2期(参議院厚生労働委員会の決議を受けて政府全体の取り組みに広がっていった時期)、2006年以降の第3期(自殺対策基本法の成立を契機に自殺対策が社会全体で取り組まれていく時期)、の3期に分けることができる⁹⁾。

■ 第1期(1998~2005)

1998年の自殺死亡者数急増後に、はじめに対策に取り組んだのは厚生労働省であった。

2000年2月には、健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動)の報告書の各論である「休養・こころの健康づくり」に、「ストレスへの対応」、「十分な睡眠の確保」と並んで「自殺者の減少」を挙げ、数値目標として示した。これによって国の戦略計画に自殺予防が取り入れられた。2001年度には自殺防止対策事業が予算化された。自殺対策は精神保健福祉施策との結びつきが強いことから、社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課(現在の社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課)を中心に進めることとして、2002年1月には有識者懇談会(自殺防止対策有識者懇談会)を設置した。有識者懇談会による中間とりまとめ「自殺予防に向けての提言について」(2002年8月)は、諸外国においてうつ病等対策を中心とした自殺予防対策が一定の効果を上げていることから、心の健康問題に関する国民への普及・啓発、地域・職域におけるうつ病等対策に早急に取り組むべきと報告している。有識者懇談会の報告書「自殺予防に向けての提言」は2002年12月に公表された。この提言は、「実態把握」、「普及・啓発や教育」、「危機介入」、「事後対策～自殺未遂者や自殺未遂者・死亡者の家族、友人などの周囲の者に対する相談・支援」、「その他」として報道・メディアに望まれること、などで構成されている。そして有識者懇談会設置の経緯と趣旨に「うつ病等対策などの精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会的、文化的、経済的観点などからの、多角的な検討と包括的な対策が必要となる」と述べている。有識者懇談会の提言は、総合対策の必要性に言及していること、プリベンション、インターベンション、ポストベンションの各段階に応じた対応の必要性を明示していることから、自殺対策基本法の原型をなすものであった。この提言をもとに、2003年度には厚生労働省に「地域におけるうつ対策検討会」が設置された。うつ対策検討会は、うつ病について地域の関係者が適切なサポートを実施できるようになるためのマニュアルづくりを進め、都道府県・市町村職員を対象とした「うつ対策推進方策マニュアル」、および保健医療従事者を対象とした「うつ対応マニュアル」を策定した。わが国の精神保健医療福祉施策は統合失調症を主たる対象として形成されてきたが、うつ病の受療者数が増加する中で、うつ対策の充実は大きな課題であった。第1期(1998～2005)の自殺対策は、行政としてうつ対策に取り組む大きな契機となった。しかし厚生労働省の取り組みであって、総合対策として深まるには至らなかった。

■ 第2期(2005～2006)

自殺者数がおも3万人を越す状態が続いたことから、2005年5月に12の民間団体が『自殺総合対策の実現に向けて～自殺対策の現場から「国へ5つの提言」～』を公表した。これを契機に、2005年7月に参議院厚生労働委員会は「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」を行った。この決議は、自殺を「自殺する個人を取り巻く社会」にかかわる問題として、自殺予防その他総合的な対策に取り組む必要があるとの考え方から、関係府省が一体となってこの問題に取り組むことを求めた。これを受けて政府は、2005年9月に自殺対策関係省庁連絡会議を発足し、12月に開催された第2回自殺対策関係省庁連絡会議において「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」をまとめ、関係省庁が一体となって自殺問題に取り組むこととなり、今後10年間の目標として自殺者数を1998年の急増以前の水準に戻すこ

とを明記した。こうして、厚生労働省中心に進められてきた自殺対策は、内閣府を中心に政府全体の取り組みとなっていった。

■ 第3期(2006～)

参議院内閣委員会において委員長提出法案となった自殺対策基本法は2006年6月21日に公布、同年10月28日に施行された(表1)¹⁰⁾。

自殺対策基本法の目的は、「自殺対策に関し、基本理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、自殺対策の基本となる事項を定めること等により、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図ること」(第1条)である。

自殺対策の基本理念としては、①自殺の背景にさまざまな社会的要因があることを踏まえ、社会的な取り組みとして実施される必要がある、②単に精神保健的観点だけでなく、自殺の実態に即して実施される必要がある、③プリベンション、インターベンション、ポストベンションの各段階に応じて実施される必要がある、④さまざまな機関や団体の密接な連携の下で実施される必要がある、という4項目を定めている(第2条)。これらの理念は、「自殺は社会の努力

表 1. 自殺対策基本法の概要

○本法の目的

自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること

○内容の概要

1. 自殺対策の基本理念

- ①自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならないこと。
- ②自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならないこと。
- ③自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じて効果的な施策として実施されなければならないこと。
- ④国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の相互の密接な連携の下に実施されなければならないこと。

2. 国、地方公共団体、事業主、国民のそれぞれの責務

3. 政府による自殺対策大綱の策定と、国会への年次報告

4. 国・地方公共団体の基本的施策

- ①自殺の防止等に関する調査研究の推進並びに情報の収集、整理、分析及び提供の実施並びにそれらに必要な体制の整備
- ②教育活動、広報活動等を通じた自殺の防止等に関する国民の理解の増進
- ③自殺の防止等に関する人材の確保、養成及び資質の向上
- ④職域、学校、地域等における国民の心の健康の保持に係る体制の整備
- ⑤自殺の防止に関する医療提供体制の整備
- ⑥自殺する危険性が高い者を早期に発見し、自殺の発生を回避するための体制の整備
- ⑦自殺未遂者に対する支援
- ⑧自殺者の親族等に対する支援
- ⑨民間団体が行う自殺の防止等に関する活動に対する支援

5. 内閣府に、関係閣僚を構成員とする自殺総合対策会議を設置

で避けることのできる死]であるという認識であって、WHO が「自殺は非常に大きな、しかし予防可能な公衆衛生の問題である」と明言したことを踏まえたものである¹⁰⁾。

国、地方公共団体、事業主、国民の自殺対策に関する責務については、第3条～第6条に規定している。国だけでなくすべての地方公共団体は、地域の実情に応じた施策を策定し、実施する責務を有するとし、事業主は、国および地方公共団体が実施する自殺対策に協力するとともに、雇用する労働者の心の健康の保持を図ること、国民は、自殺対策の重要性に対する関心と理解を深めるよう努めることとした。

第7条には、自殺対策の実施にあたって、自殺者や自殺未遂者ならびに親族などの名誉および生活の平穩に配慮することを規定している。

第8条には、政府が推進すべき自殺対策の指針として、基本的かつ総合的な自殺対策の大綱を定めなければならないこととした。

第9条および第10条には、自殺対策を実施するうえで必要な法制上または財政上の措置を講じること、および自殺の概要および政府が講じた自殺対策の実施状況に関する報告を毎年国会に提出するという、政府の講じるべき措置を定めている。

第11条～第19条には、国および地方公共団体が講ずるべき「基本的施策」として、調査研究の推進等(第11条)、国民の理解の増進(第12条)、人材の確保等(第13条)、心の健康の保持に係る体制の整備(第14条)、医療提供体制の整備(第15条)、自殺発生回避のための体制の整備等(第16条)、自殺未遂者に対する支援(第17条)、自殺者の親族等に対する支援(第18条)、民間団体の活動に対する支援(第19条)を定めている。

第20条および第21条には、内閣府に設置する自殺総合対策会議の所掌事務、組織について定め、社会的な取り組みとして実施される自殺対策は、各府省の所掌にまたがっていることから、内閣府において全体を統括することとしている。

自殺対策基本法をもとに、平成18年11月には自殺総合対策会議が設置された。この会議の決定に基づき、2006年11月に内閣府に「自殺総合対策の在り方検討会」が設置され、2007年4月にその報告書が公表され、この報告書をもとに、2007年6月に政府が推進すべき自殺対策の指針である大綱(自殺総合対策大綱)が閣議決定された。大綱は、「自殺は追い込まれた末の死」、「自殺は防ぐことができる」、「自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している」という3つの基本認識を示している。また、自殺対策基本法第2条の4つの基本理念および「自殺総合対策の在り方検討会」の報告書を踏まえ、①社会的要因も踏まえ総合的に取り組む、②国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む、③自殺の事前予防、危機対応に加え未遂者や遺族などへの事後対応に取り組む、④自殺を考えている人を関係者が連携して包括的に支える、⑤自殺の実態解明を進め、その成果に基づき施策を展開する、⑥中長期的視点に立って、継続的に進める、という自殺対策を進めるうえでの6つの基本的考え方を示した。またライフステージの特徴を踏まえた自殺対策を推進する必要があることから、青少年(30歳未満)、中高年(30～64歳)、高齢者(65歳以上)に分けて、各ライフステージにおける自殺の特徴と取り組むべき自殺対策の方向を示した。さらに当面集中的に取り組むべきものとして、自

自殺対策基本法の9つの基本的施策に沿って、9項目46種にわたる施策群を設定した。そして自殺対策の数値目標を自殺死亡率の減少割合で設定し、国および地域における自殺対策の推進体制、大綱に基づく施策の評価と管理、大綱の見直し期間を示した。しかし2007年も自殺死亡者数が3万人を超える水準となり、また2008年に入ると硫化水素による自殺が群発したことから、自殺対策の一層の推進を図るべく、2008年10月には、当面強化し、加速化していくべき施策を自殺対策加速化プランとして自殺総合対策会議で決定した。この決定により、大綱は一部改正され9項目50種の施策群となった。

自殺対策基本法の成立に始まる第3期は、自殺の背景にある社会的要因への取り組みが明確化されたことに特徴がある。大綱にある「現在の日本人の働き方を見直したり、失敗しても何度でも再チャレンジすることができる社会を創り上げていくなど社会的要因の背景にある制度・慣行そのものを見直しを進めることが重要」という認識は、そのことを端的に示している。

おわりに

本稿においては、はじめに1998年の急増以前の自殺対策を総括した。次に1998年の自殺者数急増後の自殺対策と自殺対策基本法の概要について述べた。自殺対策基本法は、わが国における自殺対策の経緯を集約したものである。自殺対策基本法に基づいて大綱策定のために設けられた「自殺総合対策の在り方検討会」は、その報告書の特徴について、①社会全体で取り組む必要性を強調したこと、②自殺の社会的要因に対する取り組みとポストベンションに積極的に取り組む必要があるとしたこと、③ライフステージ別の施策の在り方を提言したこと、の3点を挙げている。①に関しては、1959年度版の厚生白書、1977年の「自殺予防のための施策実現に向けての要望書」に先行する言及を読み取ることができる。②に関しては、2002年12月の有識者懇談会報告書と、2005年7月の参議院厚生労働委員会決議の2つに言及がある。③に関しては「自殺総合対策の在り方検討会」の自己発意と考えられるが、そのもとには、ライフステージによって自殺の実態と自殺対策の在り方は異なるという現実認識があったと考えられる。また、WHOを含む、自殺対策の国際的動向も影響したことは忘れてはならない。2006年の自殺対策基本法は、わが国の自殺対策の歴史を集約したものであり、そのことをきちんと捉えることは、自殺対策に携わってきた人や組織団体の力を集めることに役立つと思えるのである。筆者の捉えたわが国の自殺対策発展の経緯を図1¹¹⁾に示す。

さて自殺対策基本法は、わが国における自殺対策の普及にどのように影響したのであろうか。1998年の自殺死亡急増以降の第1期(1998～2005)である2002年12月に行われた調査¹²⁾によると、健康日本21の地方計画の中に自殺予防に関するなんらかの目標を記載している都道府県・政令指定市は44カ所(74.6%)であったものの、2002年度において自殺予防対策事業を実施していたのは8カ所(13.6%)のみで、自殺死亡率の高い北東北・北陸が主であった。ところが第3期(2006～)にあたる2008年3月に内閣府自殺対策推進室、厚生労働省精神・障害保健課、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の3者で行った調査によると、自殺対策連絡協議会は61カ所(95.3%)の都道府県・政令指定市に設置され、2008年度に実施予定の事業については63カ所(98.4%)から合計513の事業の記載があった¹³⁾。この結果か

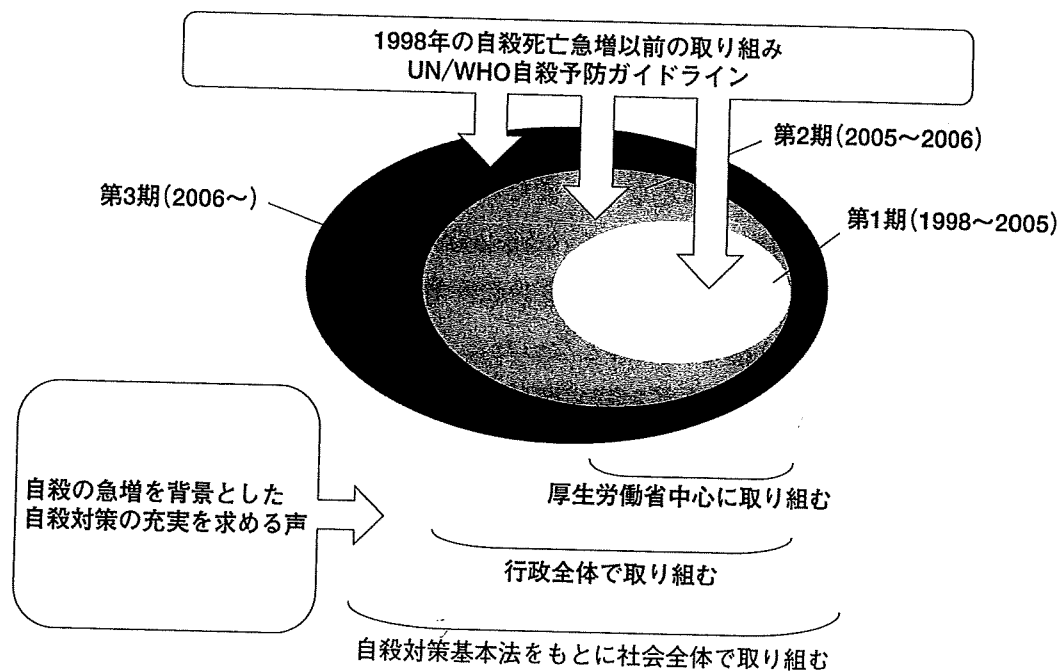


図 1. わが国の自殺対策発展の経緯

ら推測すると、自殺対策基本法によって、自殺対策が地方公共団体の責務となったことは、都道府県・政令指定市における自殺対策の普及に大きく影響した可能性がある。同じ調査によると、都道府県・政令指定市における 2008 年度の最も重点的な取り組みは、自殺対策の行動計画策定から個別の事業に至るまで多岐にわたっていた。政府が推進すべき自殺対策の指針である大綱は 9 項目 50 種という多くの施策群で構成されており、地方自治体が大綱に沿って行動計画を立てようとするならば、施策群の多さに戸惑い、効果的な対策に集中できない可能性がある。地方自治体における自殺対策の取り組みを進めるためには、地方自治体で共通して取り組むことを浮かび上がらせることが必要と考えられる¹³⁾。

大綱は 2008 年 10 月に一部改正され、当面強化し、加速化していくべき施策が自殺対策加速化プランとして公表されたが、この中に市町村における自殺対策担当の部局などの設置に積極的に働きかけることが含まれている。また「適切な精神医療を受けられるようにする」の中に「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」として、ハイリスク者対策の重要性に言及しているが、このことは地方自治体間の共通した取り組みを明らかにする契機になるだろう。

自殺対策は、自殺予防総合対策センターホームページ「いきる」の名称にもあるように“いきること”の支援である。わが国の自殺対策の推進には、地域住民の生活の場である市町村における取り組みが不可欠であって、特に地域保健、地域精神保健の培ってきたネットワークをきめ細かな自殺対策につなげていくことは極めて重要である¹¹⁾¹⁴⁾。わが国の自殺は第二次世界大戦後、3 回の急増期を経験しているが、その実態はそれぞれ異なる。1998 年の自殺急増後の自殺の実態も、徐々に若年成人層の自殺死亡率が高くなるなどの変化が生じているが、その変化を把握し続けることは自殺対策の基本である。

(竹島 正、川野健治)

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部, 厚生労働省医政局:平成 21 年度版死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル. 2009.
- 2) 内閣府:平成 20 年版自殺対策白書. 2008.
- 3) 斉藤友紀雄:日本自殺予防学会. 最新精神医学 10(2):211-217, 2005.
- 4) 国立精神衛生研究所:精神衛生資料第 4 号, pp 72-75, 1956.
- 5) 内閣府:平成 19 年版自殺対策白書. 2007.
- 6) 村松常雄, 高臣武史:新精神衛生. 南山堂, 東京, 1978.
- 7) 精神保健福祉研究会(監):平成 19 年度版我が国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック). 太陽美術, 東京, 2008.
- 8) 高橋祥友:自殺予防に関する各国の取組について;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. 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 塚宣道)」総括・分担研究報告書. pp 107-113, 2002.
- 9) 竹島 正, 松本俊彦:自殺防止の国家対策. 最新精神医学 12(6):545-550, 2007.
- 10) WHO Media centre. <http://www.who.int/mediacentre/news/en/index.html> (最終アクセス 2009/05/05)
- 11) 竹島 正:自殺対策と精神保健の役割. 日本社会精神医学会雑誌 17:306-311, 2009.
- 12) 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. 平成 14 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)「自殺と防止対策の実態に関する研究(主任研究者:今田寛睦)」総括・分担研究報告書, pp 137-157, 2003.
- 13) 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:都道府県・政令指定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. 2008.
- 14) 竹島 正, 松本俊彦, 川野健治, ほか:日常業務と自殺予防. シンポジウム;私たちができる自殺予防;これからの展望. 第 67 回日本公衆衛生学会総会抄録集, p 69, 2008.

1

メディカルモデルとコミュニティモデル

はじめに

WHO(世界保健機関)はその自殺予防戦略(SUPRE)の中で、「世界中で自殺は重大な問題であるとの認識が基本的に欠如しており、多くの社会ではこの問題を議論することもタブーとされている。また自殺予防のために何に取り組めばよいか不明確であることから、自殺予防は十分に組み込まれていない」と述べている。また「自殺予防には、健康関連領域外からの介入も必要なことは明らかであり、健康関連領域とそれ以外の両者による革新的、包括的な多領域からのアプローチが必要である」と述べている¹⁾。Bertolote は、自殺予防のためには臨床的アプローチと公衆衛生学的アプローチを統合させることが理想的として、その統合モデルを示した(図1)²⁾。ここでいう臨床的アプローチとは、自殺の危険性の高い人に個人的に働きかけ、自殺の背景に存在する精神障害を治療していくことであり、保護因子に重点をおいたアプローチである。また公衆衛生学的アプローチとは、社会全体を対象とするものから、対象を限定したものまでを広く含む。高橋は、自殺予防には自殺に直結しかねない重症の精神障害を早期の段階で発見し適切な治療に導入すること(メディカルモデル)と地域の健康な人を対象に問題解決能力を高めるような教育を実施すること(コミュニティモデル)の緊密な連携が必要と述べているが³⁾、この場合メディカルモデルは精神医学的危機介入に、コミュニティモデルは啓発・教育に近くなる。金子は、自殺の社会経済的要因と自殺予防の経済効果の実証分析をもとに、職場と地域・家庭における心のケアを通じた公衆衛生学的アプローチと医学的アプローチに、経済政策が連携することによって自殺予防に効果をあげていくことの重要性を述べている⁴⁾。野村は自殺や自死の根本原因や大半の近因が周辺社会の実情にあると思われるものを「社会的他殺」と呼び、従来の自殺や自死とは区別すべきであると述べている⁵⁾。金子と野村の問題提起は、自殺の社会的要因の重要性を指摘したものであって、2005年7月の参

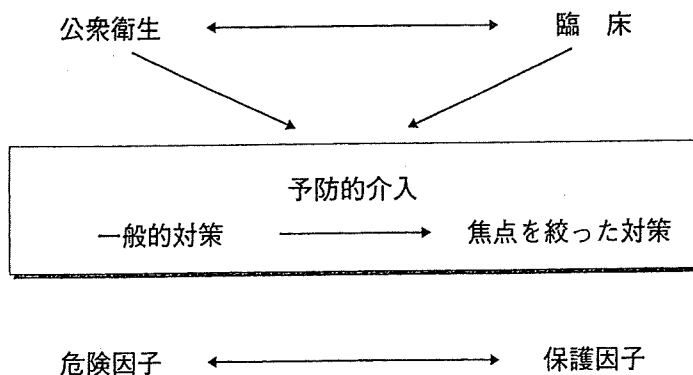


図1. 公衆衛生学的アプローチと臨床的アプローチの統合モデル
 (文献2)による)

議院厚生労働委員会における「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」にも相通じるものであろう。

本稿では、上記の公衆衛生的アプローチをコミュニティモデルと同義として、またメディカルモデルを臨床的アプローチと同義として扱う。また自殺の社会的要因に関しては、自殺との関連がある程度科学的に検証されているものはコミュニティモデルの自殺対策に含まれるものとして扱う。

はじめに WHO、フィンランド、ニュージーランド、イギリスの自殺対策を概観し、これらの国々においてメディカルモデルとコミュニティモデルがどのように組み合わされているかを示す。次にわが国の自殺対策の指針である大綱(自殺総合対策大綱)とその運用について若干の考察をしたうえで、日本司法書士会連合会、秋田県の自殺対策、自殺実態 1000 人調査と自殺実態白書 2008、富士モデル事業、自殺予防総合対策センターの自殺対策研究協議会を紹介し、その実践について考察する中から、わが国に適したメディカルモデルとコミュニティモデルの在り方、すなわち“革新的、包括的な多領域からのアプローチ”¹⁾を浮かび上がらせる。

1 諸外国の自殺対策の構造

■ WHO

1991年のUN(国際連合)総会で自殺の問題の深刻さが認識され、国家レベルで自殺予防のための具体的な行動を開始することが提唱された。この提唱に基づき、WHOは1993年にカルガリーでの専門家会議をもとに、1996年にUN/WHO「自殺予防：国家戦略の作成と実施のためのガイドライン(Prevention of Suicide : Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies)」を公表した。このガイドラインの特徴は、単に医療の充実だけでなく包括的アプローチを提唱している点にある³⁾。WHOは1999年にSUPRE(WHO自殺予防戦略)を開始したが、その一環として、保健医療・福祉機関、教育機関、行政機関、司法機関、報道機関、さらには家族や地域コミュニティを対象とした自殺予防のための手引きを公表し、自殺対策のために政府や一般の人々の協力体制をつくる活動を展開している⁴⁾。また2004年には、毎年9月10日を世界自殺予防デーと定め、「自殺は非常に大きな、しかし予防可能な公衆衛生の問題である」として自殺対策への関心を喚起し⁶⁾、各国の社会・文化的な実情や経済状況に合わせて、マクロとミクロ(社会と個人)すなわちコミュニティモデルとメディカルモデルの両面から、自殺対策の取組を進めることを唱道している。

■ フィンランド

フィンランドはヨーロッパの中で自殺死亡率の高い国であった。しかし1986年から開始された自殺予防国家戦略の結果、2002年には、自殺死亡率のピークを示した1990年に比較して約3割の自殺死亡率の減少を達成した。フィンランドの自殺対策は、国立公衆衛生院(KTL)に

おける自殺の実態分析と、国立福祉健康研究開発センター(STAKES)における具体的な自殺対策の実施を組み合わせた点にある。KTLは1987年の国内の全自殺者1,397人のほぼ全数に対して心理学的剖検を行うという大事業を成し遂げ、その結果から、自殺とうつ病、アルコール依存症との密接な関連を明らかにした。STAKESはその分析結果をもとに、各団体・組織でサブプロジェクトを企画・実行していった。その主な内容としては、「自殺未遂者に対する支援」、「うつ病に対するプロジェクト」、「地域における子どもの心の危機管理対策」、「若者の生き方の支援」、「警察との協力」、「労働省との協力」、「失業者に対する対策」、「男性の自殺予防へ向けた互助」、「薬物依存と自殺予防」などであった。フィンランドの取り組みは科学的研究の成果を活かした、コミュニティモデルとメディカルモデルの連携の好事例とされる³⁷⁾。

③ ニュージーランド

ニュージーランドでは15～24歳の若者の自殺死亡率が1980年代半ばに急増したことから青少年自殺予防戦略に取り組んだ。その成果は十分に評価できるものであり、2000年には全年齢を対象とした自殺予防戦略に拡大することとなった。まず先行研究のレビューが行われ、その結果得られた科学的根拠をもとに草案が作成された。その後、広く意見を募集しての検討がなされ、2006年に「ニュージーランド自殺予防戦略2006～2016」として公表された。「ニュージーランド自殺予防戦略2006～2016」は、個人要因からマクロ社会/経済的要因に及ぶ各種の要因と精神保健の問題、さらに自殺行動がどのように関連するかを、自殺行動に至る過程のモデルにまとめている(図2)⁸⁹⁾。このモデルをみる限り、自殺対策におけるメディカルモデルと

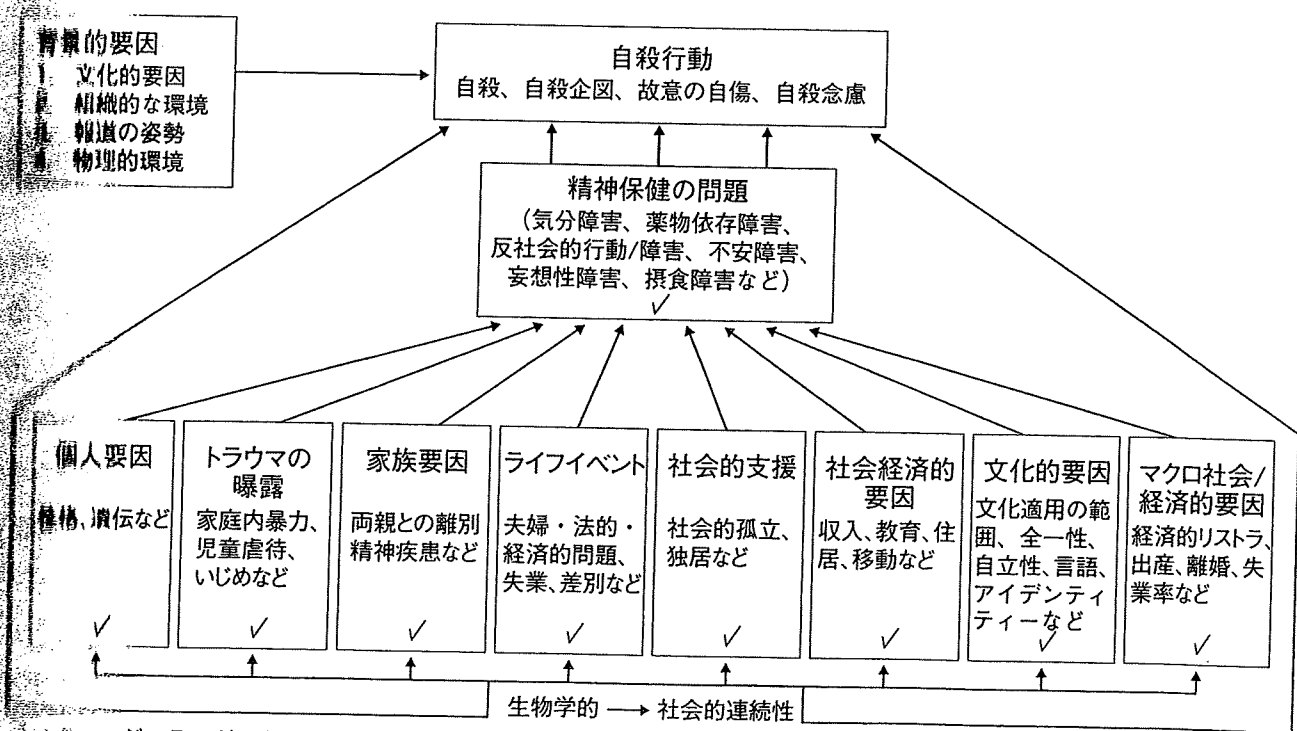


図2. 自殺行動に至る過程

ニュージーランド保健省：ニュージーランド自殺予防戦略2006-2016。自殺予防総合対策センターブックレットNo3, 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, 東京, 2007による)

コミュニティモデルの連携は当然のこととなる。

■ イギリス

イギリスでは「われわれの国をもっと健康に('Our Healthier Nation')」という国家計画のもとで、NHS(国民保健サービス)の改革のためにNSF(ナショナル・サービス・フレームワーク)を設定してサービスの充実を図った¹⁰⁾。NSFの対象となる疾患として最初に冠動脈心臓疾患と精神疾患が選ばれ、1999年には精神保健NSFが策定されて、7つの全国基準(精神的健康の増進、プライマリ精神保健ケアの充実、サービス・アクセスの改善、専門家による訪問型治療の開発、病院と危機対応型住宅の改革、家族支援、自殺予防)が設けられた。7つの全国基準の1つである自殺予防については、他の全国基準の実現とも併せて、10万人対9.2人の自殺死亡率を10年間で20%引き下げるという目標が設定された。そしてこの目標を達成するため、2002年に国家自殺予防戦略が開始され、戦略的目標として、①ハイリスク群のリスクを軽減する、②より幅広い対象(例えば少数民族、物質依存、虐待、自死遺族など)に安寧をもたらす、③自殺手段の利用しやすさと致死性を減少させる、④メディアにおける自殺報道を改善させる、⑤自殺と自殺防止に関する調査研究を促進する、⑥目標に向けての進捗状況をしっかりモニタリングする、を設定した。①の例としては若年男性の自殺減少を目的としたメンタルヘルスプロモーションのパイロットプロジェクト“リーチング・アウト”、③の例としては自殺多発地点(hotspot)でとられるべき活動の手引きがあり、それぞれ日本語訳が紹介されている¹¹⁾¹²⁾。イギリスの自殺対策はメディカルモデルから始まり、コミュニティモデルに展開している。イギリスの自殺対策は包括的かつ具体的で、科学的根拠に基づいており、モニタリングと進化する仕組みに特徴がある¹²⁾¹³⁾。

2 わが国の自殺対策と国内の代表的取り組み

第1章の自殺対策基本法で述べたように、1998年の自殺死亡急増後のわが国の自殺対策の経緯は、1998～2005年の第1期(厚生労働省中心に取り組んだ時期)、2005～2006年の第2期(参議院厚生労働委員会の決議をもとに政府全体の取り組みに広がっていった時期)、2006年以降の第3期(自殺対策基本法の成立を契機に自殺対策が社会全体で取り組まれていく時期)に区分できる。この間、行政における自殺対策の主導は厚生労働省から内閣府に移った。また自殺対策基本法の成立により、政府が推進すべき自殺対策の指針である大綱に基づいて総合的に進められることとなった。自殺対策基本法の基本理念に示された“単に精神保健的観点だけでなく、自殺の実態に即して実施される必要がある”という言葉は、“精神保健的観点”をメディカルモデルに、“自殺の実態に即して”をコミュニティモデルと捉えると、両者の連携が必要なことはわかりやすくなる。

わが国の場合、1998年の自殺死亡の急増が大都市圏の中老年男性を中心に起こり、当時の社会経済的状況が自殺を急増させ、自殺の社会的要因の解決こそ自殺対策の中核であるという見

方がある。今後は、臨床や公衆衛生から生まれた実証的研究の成果を政府の政策に反映していく必要があるが、現場レベルでメディカルモデルとコミュニティモデルとの連携を求めるようになってきているので、その概要を紹介する。

■ 日本司法書士会連合会

日本司法書士会連合会は、多重債務者対策と自殺対策とは密接な関係であるとの認識に立ち、2007年6月の定時総会において「多重債務者対策と自殺対策とは密接な関係であるとの認識に立ち、多重債務者救済を積極的に推進する決議」を行った。また2008年6月には、「自殺総合対策大綱において期待される司法書士の役割を認識し、国、地方自治体をはじめ関係機関ならびに諸団体などと、一層の連携を図り、社会全体で『いのちをささえる』ネットワークの構築を目指す決議」を行った。特に後者においてはその提案理由に、①多重債務問題に限らず、過重労働、DV、いじめ、高齢者・障害者虐待などさまざまな社会的要因が複雑に絡み合った相談が寄せられ始めていること、②相談者の中には、うつ、依存症などの精神疾患に罹患している者が少なくないこと、が挙げられ、“さまざまな関係機関ならびに諸団体などが、顔の見える連携を構築する”ことの必要性を述べている。

日本司法書士連合会は、近年大きな社会問題となった多重債務問題に積極的に取り組み、出資法上の上限金利引き下げに大きな役割を果たした組織である。日本司法書士会連合会の取り組みは、自殺の誘因となる社会的要因への取り組みから始まり、日常の法律相談の中で、その取り組みをコミュニティモデルの中に定着させていくものと考えられる。そして精神保健サービスすなわちメディカルモデルについての基本的な理解と、それとの連携の必要性を認識し、組織として実現していこうとするに至ったものと考えられる。日本司法書士会連合会は2009年3月に「司法書士業務のためのメンタルヘルスハンドブック」を発行したが、社会的取り組みを含むコミュニティモデルとメディカルモデルの連携を示す重要な1例であろう¹⁴⁾。

■ 秋田県の自殺対策

秋田県では2001年の「健康あきた21計画」および2004年の「秋田県健康づくり推進条例」で自殺予防対策を重点課題として掲げ、すべての世代における自殺者の減少を目指して事業を推進してきた⁹⁾。秋田県の自殺対策は、うつ病対策モデルを包含したヘルスプロモーションアプローチに特徴がある。すなわち、①自殺問題に取り組む合意形成、②地域や職場における具体的な行動計画の策定と自殺対策の実践、③目標の到達度の評価、の3段階である¹⁵⁾。このうち①に関しては、県民啓発のための継続的なシンポジウムの開催や全戸配布パンフレットの作成などの一次予防活動に積極的に取り組み、自殺予防に社会全体で取り組むという気運の醸成を進めた。②に関しては、2001～2005年にかけて一次予防活動を中心とした自殺予防モデル事業を6町で実施した。③に関しては、6町のうち4町において自殺予防モデル事業の統計学的評価が可能であって、3町においては減少幅が大きかったことを確認した。そして自殺死亡率の減少に特に効果的と思われる介入として、①住民を対象とした心の健康づくりに関する基礎

調査の実施、②うつ病のハイリスク者の事後追跡、③住民参加型の自殺予防活動、④外部の専門家への支援、の4つを報告している¹⁵⁾。秋田県の自殺予防モデル事業は2008年度には8市で実施されており、全市町村に事業を拡大する方向という。また自死遺族などの心理的支援相談などに対応することを目的に、平成19年8月に「あきたいのちのケアセンター」を設立した。さらに民間団体の活動も活発に展開されており、「秋田いのちの電話」、「蜘蛛の糸」、「心のちを考える会」などが、電話相談、中小企業経営者等の相談、地域づくり活動とそれぞれ分野で活動し、秋田県における自殺対策の一翼を担っている⁹⁾。

秋田県の自殺対策の特徴は、①秋田大学との緊密な連携のもと、県医師会、市町村など多くの関係機関・民間団体の協力を得て対策の推進が図られてきたこと、②自殺対策の立ち上げあたり知事が強いリーダーシップを発揮したこと、③報道機関が後押しをしたこと、が挙げられるが¹⁵⁾、自殺対策のモデルとしてみるならば、ヘルスプロモーションアプローチによるコミュニティモデルが、メディカルモデルや社会的取組と連携して発展しているものと考えられる。

■ 自殺実態 1000 人調査と自殺実態白書 2008

「自殺実態 1000 人調査」は、自殺対策の現場で実際に活動する実務家を中心となって、「自殺に追い込まれたプロセス」を明らかにすることと、その結果から具体的な自殺対策の立案を行うことを目的としており、NPO 法人ライフリンクと東京大学経済学部 21 世紀 COE プログラム CEMANO との合同調査チームの実施によるものであって、正式名称は「1000 人の声なき声に耳を傾ける調査」である。この調査の特徴は、①あらゆる立場の人が「参加者」として調査にかかわること、②調査を進めていくことで自ずと有効な対策がみえてくるように工夫されていること、③警察の自殺者統計と重ね合わせて解析できるように工夫されていること、④自死遺族支援と一体不可分のものとして設計されていること、である⁹⁾。2008 年 7 月には調査結果の一部が「自殺実態白書 2008」として公表された。「自殺実態白書 2008」では自殺で死亡した 305 名の「危機経路」をデータ化して解析しているが、その結果、自殺の要因が複数あった人がほとんどで、平均で 4 つの理由が重なった末に自殺に追い込まれているという結果を報告している。また「配置転換→過労」とか「生活苦→多重債務」というように、自殺の要因が連鎖する際のある種のパターンもみえてきたことを報告しており、要因の連鎖に対応する形で対策を連携・連動させて行うことが可能になってきたと述べている¹³⁾。さて 2008 年版自殺対策白書に示された危機経路の事例 6 例のうち 5 例は、「仕事の失敗」、「職場のいじめ」、「家庭の不和」、「多重債務」、「夫婦間の不和」の後に「うつ病」の記載がみられ、その後に「自殺」となっている。「うつ病」の実態多様と思われるが、このことは自殺対策の社会的取り組みにおいて、精神保健サービスすなわちメディカルモデルとの連携が必要であることを示唆するものと考えられる。自殺対策基本法にあるように、自殺は多様かつ複合的な原因および背景を有するものである。「自殺実態 1000 人調査」の科学研究としての詳細が明らかとなり、具体的な自殺対策の立案に役立っていくことが期待される。

■ 富士モデル事業

静岡県では50歳代をピークとした中年男性の自殺が多い傾向にあり、2006年度から産業都市である富士市(人口約24万人)において「働き盛りのうつ・自殺予防対策モデル事業」を実施している。うつ病にかかると、不眠や食欲不振などの体調不良がまず自覚される例が多いことから、うつ病の早期発見のアプローチとして身体症状、特に不眠を重視している点が、富士モデル事業の特徴である¹³⁾¹⁶⁾。

具体的な取り組みの2本柱は、①「お父さん、眠れてる？」をキャッチフレーズにした働き盛り男性のうつ病への気づきを高めるための「睡眠キャンペーン」、②かかりつけ医・産業医にかかった方を精神科専門治療につなぐ「紹介システム」、である。「睡眠キャンペーン」は、父親に対して高校生の娘が呼びかけるスタイルでうつ病への気づきと治療を促しており、リーフレット、ポスター、インターネット、時刻表(表紙広告)、路線バスのステッカー広告、さらにテレビCMを活用している。「紹介システム」は、かかりつけ医や産業医を受診した「不眠が継続する働き盛り男性」を、必要に応じて精神科医に紹介するシステムであって、このシステムの運営のため、医師会、市立病院と地元精神科で構成された「紹介システム運営委員会」が定期的に開催されている。このほか、薬剤師会との協力による市販睡眠薬を繰り返し購入する者の医療機関への受診の勧め、健診機関における「睡眠キャンペーン」リーフレットの同封なども行われている。以上のようにメディカルモデルである不眠を切り口としたうつ・自殺予防の取り組みを、医師会、薬剤師会、富士市、労働基準監督署などさまざまな関係機関と協働しながら行い、コミュニティモデルとしても発展させてきている。

■ 自殺予防総合対策センター自殺対策研究協議会

自殺予防総合対策センターは、自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するためことを目的として、2006年10月に国立精神・神経センター精神保健研究所に設置された。自殺予防総合対策センターの業務は、①自殺予防対策に関する情報の収集および発信、②自殺予防対策支援ネットワークの構築、③自殺の実態分析、④自殺の背景となる精神疾患などの調査・研究、⑤自殺予防対策等の研修、⑥自殺未遂者のケアの調査・研究、⑦自殺遺族などのケアの調査・研究、などである。自殺予防総合対策センターでは2007年度から、地域における自殺対策推進のために自殺予防総合対策センターと精神保健福祉センターなどの共有する課題について研究協議を行うことを目的に自殺対策研究協議会を開催している。2008年度の自殺対策研究協議会は12月10～11日に開催され、精神保健福祉センター所長または自殺対策担当者、自殺対策主管課、保健所などで自殺対策に従事する者が参加した。この会議では、「社会的取り組みと相談支援ネットワーク」をテーマに、産業保健、多重債務と経済生活問題、アルコール依存症、ギャンブル依存の現場、薬物依存の領域から講師を招き、自殺対策における相談支援ネットワークの構築について考えを深めるとともに、顔のつながるネットワークを築く機会とした。この研究協議会において自殺予防総合対策センターは、メディカルモデルとコミュニティモデルの