

連携によるハイリスク者支援の身近な取り組みとして「中高年男性の自殺予防に取り組む人のための10箇条」の改訂版を紹介した(図3)。これは大綱の一部改正に含まれる「うつ病以外の精神疾患などによるハイリスク者対策の推進」に対応するものである。またメデイカルモデルである精神保健福祉の領域から、コミュニティモデルへのアクセスを高める取り組みでもある。

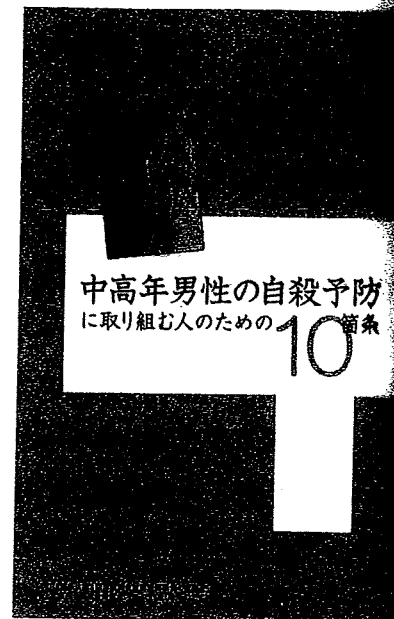


図3. 「中高年の自殺対策に取り組む人のための10箇条」

3 まとめ

本稿で紹介した諸外国の事例、わが国の取り組み事例は、実効性の高い自殺対策には科学的根拠を踏まえたメデイカルモデルとコミュニティモデルの連携が必要であることを示している。わが国においては1998年の自殺死亡者数の急増をもって自殺対策基本法が成立した経緯があり、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、メデイカルモデルとコミュニティモデルの連携という意味にとどまらず、自殺を引き起こす社会そのものを変えていくという意味が含まれている。そのことは大綱の「国を挙げて自殺対策に取り組み、自殺を考えている人を1人でも多く救うことによって、日本を『生きやすい社会』に変えていく必要がある」や、「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つくり上げていくなど社会的要因の背景にある制度・慣行そのもの見直しを進めることが重要」という認識からも読み取ることができる。

しかし敢えていうならば、制度・慣行の見直しは必ずしも自殺を減少させることにならないし、必ずしも「生きやすい社会」をつくっていくことにもならない。制度・慣行の見直しは、これまでの制度・慣行に馴れ親しんできた人々と社会に大きなストレスになり、新たな自殺を引き起こす要因にならないとは言えないのである。

わが国をはじめ世界全体が大きな変革期を迎えている。社会も人もその軋みの中に生きていかなければならないとするならば、自殺対策とは、“軋みの中で、ひとへの支援を行うこと”、“ひととひと、ひとと社会の間に温かい関係を築くこと”であろう。そしてそれがよりよく行えるよう、できる限り実証性のある方法で取り組むことであろう。本書のVII-10の「自殺予防対策

の政策決定プロセス」(294 頁)にはアメリカの自殺予防戦略が紹介されている。ここに示されているように、対象集団と介入方法によるマトリックスモデルで検討することも大きな参考になるだろう。メディカルモデルとコミュニティモデルについて考えることは、結局、自殺対策とは何かについて考えることである。

(竹島 正、稲垣正俊)

◆ 文 献

- 1) WHO Suicide prevention (SUPRE). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/(最終アクセス 2009/05/05)
- 2) Bertolote J: 各国の実情にあった自殺予防対策を。自殺予防総合対策センターブックレット No 1, 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.
- 3) 高橋祥友: 自殺の危険; 臨床的評価と危機介入. 新訂増補, 金剛出版, 東京, 2006.
- 4) 金子能宏, 篠崎武久, 山崎暁子: 自殺の社会経済的要因と自殺予防の経済効果. 社会保障研究 40(1): 75-87. 2004.
- 5) 野村東太: ものづくりと人づくり. 日刊工業新聞社, 東京, 2006.
- 6) WHO Media centre. <http://www.who.int/mediacentre/news/en/index.html>(最終アクセス 2009/05/05)
- 7) 本橋 豊, 高橋祥友, 中山健夫, ほか: STOP! 自殺. 海鳴社, 東京, 2006.
- 8) 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 No 3, 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.
- 9) 内閣府: 平成 19 年版自殺対策白書. 2007.
- 10) 英国保健省: 精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク; 5 年間の経過. 日本精神障害者リハビリテーション学会, 東京, 2005.
- 11) 国立精神保健研究所, ロンドン大学教育学部トーマス・コラム研究所: 若者の自殺を減らすパイロットプロジェクト「リーチング・アウト」. 自殺予防総合対策センターブックレット No 4, 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, 2008.
- 12) 英国保健省: 自殺多発地点でとられるべき活動の手引き. 自殺予防総合対策センターブックレット No 2, 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.
- 13) 内閣府: 平成 20 年版自殺対策白書. 2008.
- 14) 日本司法書士会連合会消費者問題等対策本部, 地域連携対策本部, 自死対策 WT: 司法書士業務のためのメンタルヘルスハンドブック; 自殺予防と遺族支援の取組に向けて. 日本司法書士会連合会, 東京, 2009.
- 15) 本橋 豊: 自殺予防運動の実践とその評価. 公衆衛生 69(5): 358-362, 2005.
- 16) 静岡県うつ自殺予防対策「睡眠キャンペーン」. <http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-810/seishin/suimintop.html>(最終アクセス 2009/05/05)

2

コミュニティメンタルヘルスと自殺予防

はじめに

コミュニティメンタルヘルスは、地域精神医療と精神保健運動の2つの系譜で進めることができる。前者は患者のためのよりよい精神医療を目指すものであって、治療共同体から、脱施設化と地域精神医療に発展してきた¹⁾。後者は地域社会に発生するさまざまな精神保健上の問題を社会の中で解決していくものであって、虐待防止、犯罪被害者支援などにおける精神保健面からの関与として発展してきた。吉川は前者をサポータティブメンタルヘルス、後者をポジティブメンタルヘルスとして、両者を含む全体をトータルメンタルヘルスと呼び、メンタルヘルスの全体像を示したが²⁾、現代社会におけるメンタルヘルスへのニーズは大きくなり³⁾、今日では社会を維持し、健康に機能させるシステムとしての役割をメンタルヘルスに求めるようになってきている⁴⁾。

本稿ではコミュニティメンタルヘルスを、トータルメンタルヘルスに相当するものとして捉え、“地域に起こるさまざまな問題について、精神保健の立場から実態を明らかにして、社会との協働によってその問題の解決を図り、社会をよりよいものに変えていく活動”と定義する。この定義は、広瀬による社会精神医学の定義、すなわち“社会的な面を他の要素より多くもち、かつ強調された精神医学の臨床や研究が社会精神医学である”⁵⁾と公衆衛生の重なるところと言ってもよいかも知れない。本稿ではコミュニティメンタルヘルスを先導してきた米国と英国の発展を、自殺予防も含めて概観する。次に日本のコミュニティメンタルヘルスの発展を概観し、敢えて草の根的要素の強い取り組みを紹介する中で、コミュニティメンタルヘルスと自殺予防の関係性について考察する。

1 米国および英国のコミュニティメンタルヘルスの発展と自殺予防

米国では巨大州立病院を中心とした精神科病院が精神医療の中心であったが、1963年のケネディ教書(精神病および精神薄弱に関する大統領教書)によって地域精神保健法(Community Mental Health Act)が制定され、地域精神保健センター(Community Mental Health Center)を拠点に地域精神医療を進めることとなった。1965年のメディケア(高齢者と身体障害者を対象とした健康保険制度)とメディケイド(低所得者層を対象とした健康保険)の導入は、巨大州立病院の解体と脱施設化を急速に進めることになったが、退院患者を受け入れる施設や支援体制の不足から、精神医療を受けずにナーシングホームに住んだり、ホームレスとなる人が増えていった。このためケアマネジメントやACT(包括型地域生活支援プログラム)が実施されるようになったものの、入院日数の短縮化が一層進む中で、ホームレスや精神作用物質による精

精神障害を合併する精神障害者の問題が顕在化していった⁶⁷⁾。このため 2003 年にはメンタルヘルスに関する新しい大統領諮問委員会より「約束の達成：アメリカの精神保健ケアの改革 (Achieving the Promise : Transforming Mental Health Care in America)」が公表され、メンタルヘルスの問題はきわめて深刻であるとの認識のもと、回復(recovery)を目指した精神保健システムへの変革が進められることとなり、この中で自殺予防に言及している⁶⁸⁾。大きく捉えるならば、米国のコミュニティメンタルヘルスは脱施設化と地域精神医療への移行を目指して展開したものであって、自殺予防とは直接つながってこなかったように見える。高橋は 1950 年代からおよそ 20 年間の米国の自殺予防活動の重要な出来事をまとめているが、それは、① 1950 年代から Shneidman らが中心となって自殺予防活動に取り組んだこと、② 1958 年にロサンゼルス自殺予防センターが開設され、世界の自殺予防活動を主導したこと、③ ロサンゼルス自殺予防センターで心理学的剖検の技法が開発されたこと、④ 1965 年に Shneidman が国立精神保健研究所 (National Institute of Mental Health ; NIMH) に招聘されて自殺予防研究センターの責任者となったが、その当時の NIMH の 5 大優先課題は、アルコール依存症、児童虐待、児童と家族のメンタルヘルス、犯罪と非行、自殺であったこと、⑤ 1965 年に全国に 15カ所あった自殺予防センターは 1972 年には 300カ所を超えたが活動の質が疑問視されるようになったこと、などである。そして米国の自殺予防運動は、草の根の活動によって発展してきたと述べている⁹⁾。すなわち高橋は、米国における自殺予防活動と、脱施設化と地域精神医療の関連性については言及していない。

最近の米国における自殺予防活動については本橋の報告がある¹⁰⁾。米国では、目標設定型のヘルスプロモーションである「健康国民 2000 (Healthy People 2000)」に自殺予防に関する数値目標が組み込まれたものの、国家として体系的に自殺予防対策を進めることには至らなかった。しかし 1996 年に国際連合から公表された「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) と自殺予防アドボカシーネットワーク (Suicide Prevention Advocacy Network) などの活動を契機に大きく変わり、2001 年の新しい公衆衛生の考え方を導入した国家自殺予防戦略の公表につながったと述べ、米国の自殺予防対策の今後の発展に期待を寄せているが、米国の精神保健運動と自殺予防のつながりには言及していない。

英国では 1950 年代から脱施設化と地域精神医療への転換が進められた。英国の保健医療システムにおいては、コミュニティメンタルヘルスサービスの提供は NHS (国民保健サービス制度) が基盤であるが、NHS の活動は低医療費政策、制度改革による混乱などで低迷し、医療の質も低下していったため、コミュニティメンタルヘルスの発展も阻害されていた。1997 年に誕生したブレア政権は、教育改革とともに医療改革を掲げて NHS 改革に着手し、1999 年に「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 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。NSF の対象となる疾患としては最初に冠動脈心臓疾患とともに精神疾患が選ばれたが、その背景には政策優先順位を決める指標として DALY (Disability-adjusted life-years, 障害生命

調整年)が採用され、癌、冠動脈心臓疾患とともに、精神疾患が三大重点疾患に選定されたことによる。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¹¹⁾⁻¹³⁾。そして2002年に7つの全国基準の1つとして自殺予防戦略が始まった。このように英国の自殺予防対策は、医療改革、精神医療改革の流れの中で取り組まれており、自殺予防が独立して取り組まれてきたわけではない。米国におけるロサンゼルス自殺予防センターの開設に匹敵する、英国の草の根的な自殺予防活動として、1953年のサマリタンズ(Samaritans)の発足があることは言うまでもないが、若年者におけるさまざまな形の自傷や自殺念慮の実態や臨床的特徴などについて、自らの手で調査活動を行い、現場の教職員と連携して「自分を傷つける青少年にかかわる学校関係者のためのガイドライン」をまとめたHawtonらの活動も、学校を舞台にしたコミュニティメンタルヘルスの秀逸な事例と考えられる¹⁴⁾。英国の場合、脱施設化と地域精神医療の充実、すなわちコミュニティメンタルヘルスの充実に向けての流れは、ヘルスプロモーションと保健医療システムの改革の中で、国民保健の問題として自殺予防につながっていった。

以上、米国と英国のコミュニティメンタルヘルスの発展を概観したが、自殺予防を標榜しなくても、その活動の実質が自殺予防に大いに役立つものを自殺予防活動というのであれば、精神疾患を含む自殺の危険因子を多く抱えた人たちを支援するコミュニティメンタルヘルスは、そもそも自殺予防の中核にあるというべきであろう。さて、米国と英国に続いて国家規模でコミュニティメンタルヘルスの構築に取り組んでいる豪州の精神保健戦略 Australia's Mental Health Strategy は、当初5ヵ年の計画で始まり、第二次(1998~2003年)、第三次(2003~2008年)と継続している。この戦略の目的は、①精神保健の推進と障害の予防、②障害による影響(インパクト)の軽減、③精神障害者の権利の保障であったが、第三次では地域社会自体のメンタルヘルスの向上が組み込まれた¹⁵⁾。これらの国々の事例からみると、コミュニティメンタルヘルスと自殺予防は、近年のメンタルヘルスの問題の顕在化と相俟って³⁾、目標設定型のヘルスプロモーションの重要な構成要素として認識されつつある。

2 わが国のコミュニティメンタルヘルスの発展

精神保健福祉制度から捉えると、わが国のコミュニティメンタルヘルスの発展は、欧米の新しい考え方の導入を目指した精神衛生法制定(1950)、地域精神衛生活動普及のスタートとなった精神衛生法改正(1965)、入院患者の人権擁護と社会復帰の促進、また国民の精神的健康の保持増進を目的とした精神保健法改正(1987)、障害者基本法(1993)の成立に基づく精神保健福祉法改正(1995)と続き、わが国の精神保健医療福祉の在り方を「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革するための概ね10年間の目標を表した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004)、障害者自立支援法の成立と精神保健福祉法改正(2005)と続く⁶⁾。これらの法改正も、地域精神医療と精神保健運動というコミュニティメンタルヘルスの2つの系譜の発展の取り組みとみる

ことができるが、特に精神保健法改正(1987)は、国民の精神的健康の保持増進を法の目的に加えることで、心の健康づくり、すなわちメンタルヘルスプロモーションに道を開いたものと考えられる。心の健康づくりに関連する施策としては、アルコール関連問題対策、薬物乱用防止対策、ひきこもり対策などが取り組まれているが、これらは自殺予防を標榜したものではないが、自殺のハイリスク者を対象とすることには注意しなければならない。自殺予防を標榜しての取り組みは、2000年2月に健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動)の各論である「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」が数値目標として示されたことに始まる。2002年8月の厚生労働省自殺防止対策有識者懇談会の間とりまとめ「自殺予防に向けての提言について」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、自殺予防の観点からうつ対策が取り組まれるようになっていった。しかし、わが国においては、これまでのところヘルスプロモーションは英国ほど強く国家と結びついておらず、メンタルヘルスプロモーションの重要性についての認識を保健医療従事者の中でさらに高め、社会にも伝えていく必要がある。

メンタルヘルスの問題の大きさについては、WHOの主導する国際的な精神・行動障害に関する疫学研究プロジェクトである世界精神保健(World Mental Health)の日本調査で知ることができる¹⁶⁾。調査時点までの生涯では地域住民の約5~6人に1人が、調査時点からの過去12ヵ月間では約13~14人に1人が、少なくとも1つ以上のなんらかの精神障害を経験していた。特に頻度の高い大うつ病(DSM-IV診断)は生涯に6.3%、過去12ヵ月間に2.1%が経験しており、これまでに本気で自殺を考えた者は9.7%、過去12ヵ月間に本気で自殺を考えた者は1.2%であって、精神障害の合併により自殺傾向のリスクが著しく増加していた。また地域の心の健康問題の連鎖(暴力、軽症の精神疾患、身体疾患)が確認され、心の健康問題の予防のためには、ライフサイクルを通じた多様な対策が必要であることが指摘されている。精神障害の合併によって自殺傾向のリスクが著しく増加すること、また心の健康問題の連鎖は海外の先行研究の成果ともよく一致するものであって¹⁷⁾、わが国においても、自殺予防におけるメンタルヘルス、特にハイリスク者対策が重要であることを示すものであろう。

自殺対策基本法(2006)に基づき、2007年に閣議決定された自殺総合対策大綱は、策定後1年間のフォローアップ結果および策定後の自殺の動向を踏まえて一部改正された。そして当面の重点施策群の「適切な精神科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」が設けられ、“うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症などについて、調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行う”とされた。また“思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者について、救急医療機関、精神保健福祉センター、保健所、教育機関などを含めた連携体制の構築により適切な医療機関や相談機関を支援するなど、精神疾患の早期発見、早期介入のための取り組みを促進する”とされた。自殺総合対策大綱の一部改正は、コミュニティメンタルヘルスの重要性を社会に示すとともに、実効性の高い自殺予防の取り組みを進める重要な機会となる可能性がある。

これと関連するが、自殺総合対策大綱の当面の重点施策「国民一人ひとりの気づきと見守りを促す」の中には「自殺予防週間の設定と啓発事業の実施」があり、9月10日の世界自殺予防デーに因んで、この日から1週間を自殺予防週間に設定している。内閣府自殺対策推進室は、自殺対策に関連する学術団体、民間団体などに、自殺予防週間における啓発事業の実施を呼びかけている。この呼びかけに応じて、日本精神神経学会(理事長：小島卓也)は2008年9月10日に「自殺対策に関する声明」を公表した。その内容は、①会員は日々の診療や研究、さらに地域、職場などにおける社会活動によって自殺対策に参画してきたこと、②自殺が多様かつ複合的な原因および背景を有することを理解したうえで、総合的な対策を担う一翼として学会活動を推進して社会に貢献していくこと、を示した¹⁸⁾。また日本社会精神医学会(理事長：広瀬徹也)は、「自殺予防週間に向けてのメッセージ」として、学会誌に掲載した自殺対策関連の論文の抄録などをホームページ上で紹介するとともに、精神医学の三本柱である“Bio・Psycho・Social”の一翼を代表する学会として、①自殺の背景などに係る実証的研究の推進とそれに基づく防止対策の提唱、②諸外国あるいは学際的交流に基づく情報発信、③会員個々のレベルでの自殺対策への参画の奨励によって自殺対策に貢献していくこと、を示した¹⁹⁾。勝又らの行った心理学的剖検の手法を用いた「借金自殺」事例の分析は、自殺の原因・動機が経済・生活問題と考えられる自殺においても、問題飲酒、自傷経験、睡眠障害などのメンタルヘルスの問題が自殺に至るプロセスに深く影響している可能性があることを示している²⁰⁾。自殺行動には、素因としての希望のなさ hopelessness と衝動性・攻撃性、ストレスラーとしての精神疾患と心理社会的危機が影響していると考えられていることから²¹⁾、メンタルヘルスが自殺予防の重要な要素であることは明らかであり、2つの学会が学会としての意思表示を行ったことの意味は大きい。

3 まとめ—草の根的取り組みに自殺予防を学ぶ—

本稿では、コミュニティメンタルヘルスと自殺予防の歴史的な結びつきと、メンタルヘルスプロモーションとして、公衆衛生的な視点を含めての発展が望まれていることを述べてきた。さて高橋は、自殺のキーワードは“孤立”であるとして、“困ったときには、誰かに助けを求めてもかまわない、むしろ、それが適切な対応なのだという点を強調したい。自殺の危機とは、そのような人がまったくいないと固く信じ込んでしまうような状況であるのだ”と述べている²²⁾。WHOは、自殺行動は精神障害者で高率に認められ、気分障害をもつ人の生涯自殺リスクは6~15%、アルコール症では7~15%、統合失調症では4~10%と推定されるとしている²³⁾。メンタルヘルスの従事者は、この事実を目を向け、社会の中にあるメンタルヘルスの問題に広く目を向ける必要がある。一方で、自殺予防の社会的取り組みを行う者も自殺予防におけるメンタルヘルスの重要性を深く認識する必要があると思う。精神疾患についての理解は、自殺予防におけるメンタルヘルスの役割の認識にも影響しているように思えてならない。

この膠着した状況を切り開いていくのは、コミュニティメンタルヘルスにおける当事者活動ではないか。当事者活動はさまざまであるが、そこに共通しているのは“孤立”させないこと

であって、それは孤立した仲間が自殺してきた事実に裏打ちされたものであろう。精神疾患という自殺の危険因子を身のうちに抱え、家族との良好な関係が得られず、経済・生活問題を抱えて将来の見通しが立たないとしたら、自殺の危険は高くなるだろう。当事者活動は自殺予防を標榜しなくてもハイリスク者の支援を担ってきた可能性がある。本稿では、自助グループの例として、全日本断酒連盟、全国精神障害者団体連合会を挙げることにする。もちろんこのほかにも、アルコールクス・アノニマス(Alcoholics Anonymous; AA)、ダルク(Drug Addiction Rehabilitation Center; DARC)など、さまざまな当事者活動があり、いずれも自殺リスクの高い仲間の支援を行っているが、本稿は自助グループの紹介を目的とするものではないので省略する。

全日本断酒連盟は、“酒害に関する啓蒙を行うとともに、地域の断酒組織の結成を促すなどにより酒害の及ぼす社会悪の防止につとめ、広く社会福祉に貢献することをもって目的とする社団法人”であって、その会員は、“全日本断酒連盟の目的と趣旨に賛同したもので、断酒実行者または断酒運動に理解と熱意のあるもの”によって構成される²⁴⁾。全日本断酒連盟はそのホームページに“自殺の陰に依存症あり”として、“断酒会では最近あまり自殺について語られなくなった。しかし、自殺問題を追及していくと、結局はアルコールを含めた依存症に突き当たる場合が多いことがわかってきた。今一度原点に立ち戻って、断酒会、ひいてはアルコール依存症と自殺の関わりを検証してみよう”と述べている。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が開催したアルコール問題と自殺に関する意見交換会において、小林哲夫(全日本断酒連盟参与)は“私が知っている断酒会員の自殺は人数こそ少ないものの、多種多様な死に方をしていきます。心理的な葛藤、経済的な原因、険悪な家族関係などで追い詰められて逃げ場がなくなり、自殺するしか選択肢がなかった人、そうかと思うと酒の勢いを借りて突発的にパッと死ぬ人がいる。自殺か事故死かわからないような死に方があって、警察は事故死で処理していても、われわれ断酒会員は彼の過去を辿っていくと自殺しかない、と考えることがよくあります”と述べている²⁵⁾。われわれの社会がアルコール問題の存在を否認し、アルコール関連問題への取り組みを遅らせてきた中で、全日本断酒連盟には約1万人の会員がいて、自殺予防を標榜していなくても、自殺予防に重要な役割を果たしてきたことはもっと知られてよいと思うし、その経験から学ぶことはたくさんあると思われる。

全国精神障害者団体連合会(全精連)は“ひとりぼっちをなくそう”をスローガンに、1993年4月に結成された²⁶⁾。全国精神障害者団体連合会はピアサポートを行い、また全国の精神障害関連団体とも協力して、社会の偏見や差別の解消、精神障害者の人権の確立や生活環境の改善などに向けて広く活動を行っている。全国精神障害者団体連合会のスローガンには、これ以上自殺で仲間をなくすることがないようにしたいという気持ちが込められている。

精神衛生法改正(1965)による地域精神衛生活動をリードした1人である助川は、その著書「ふたりぼっち；精神科ソーシャルワーカーからの手紙」に精神障害者の「ひとりの人間としてつましく暮らしたい」という訴えと向き合ってきたことを、精神障害者や支援者の「ありのままの姿」として読みやすい手紙の形にまとめているが、その中に「悲しみの踏切-友人の言葉に傷

ついた Y さんへ」と自殺した 1 人の精神障害者に手紙を送る。そして“本当に何をすればよかったのか。「もういい」と言うまであなたとずっと一緒にいてあげればよかったのではないか。今でも自問自答しています”と結んでいる²⁷⁾。助川に限らず、コミュニティメンタルヘルスの発展の途上で自殺事例を経験した精神保健従事者の経験を、もっと自殺予防に活かすことができればと考える。

わが国は少子高齢化が進み、従来の地縁・血縁だけに頼らない、新たな視点で地域を再構築していくことが求められている。自殺対策には個別の事例に応じた適切な社会資源に結びつけていく、温かい人の手とネットワークが必要である。自殺対策は、“危機にある地域住民の誰でもが精神保健サービスを受けられる”ような、新たなコミュニティメンタルヘルスの構築である。わが国のコミュニティメンタルヘルスの発展に大きな足跡を残した岡上は、助川の「ひとりぼっち」への寄稿中で“伝えきく地域精神衛生の話は、半分はちんぷんかんぷん。最近になって、わからなかったのは「地域の中のケア」ではなく「地域社会の中のケア」だったと、ようやく己の中で整理がついたぐらいのものです”と述べている²⁷⁾。わが国のコミュニティメンタルヘルスは今ようやく大きな転換期を迎えつつあるが、岡上の「地域社会の中でのケア」は、当事者活動または NGO の活動の発展ともつながって、筆者の中で膨らむ。われわれはコミュニティメンタルヘルスの発展が自殺予防につながることを再認識し、その充実に努めなければならない。

(竹島 正、松本俊彦)

◆ 文 献

- 1) 精神保健の教科書。
- 2) 吉川武彦：地域精神保健活動入門。金剛出版，東京，1994。
- 3) WHO Mental health. http://www.who.int/mental_health/en/DALY (最終アクセス 2009/05/06)
- 4) 竹島 正，助川征雄：精神保健活動はどのように変わってきたか；地域活動から見た精神保健。これからの精神保健，吉川武彦，竹島 正(編)，pp 1-20，南山堂，東京，2001。
- 5) 広瀬徹也：社会精神医学の定義。社会精神医学，日本社会精神医学会(編)，pp 1-20，医学書院，東京，2009。
- 6) 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。太陽美術，東京，2008。
- 7) 仙波恒雄(監訳・解説)：アメリカの精神医療。星和書店，東京，1980。
- 8) The President's New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the Promise : Transforming Mental Health Care in America.
- 9) 高橋祥友：諸外国における自殺予防対策の確立過程に関する研究；とくに国連自殺予防ガイドラインが米国の自殺予防戦略に及ぼした影響。平成 17 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)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」総括・分担研究報告書 1，pp 209-219，2006。
- 10) 本橋 豊，高橋祥友，中山健夫，ほか：STOP！自殺。海鳴社，東京，2006。
- 11) 英国保健省：精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク；5 年間の経過。日本精神障害者リハビリテーション学会，東京，2005。
- 12) 伊勢田堯：自治体における精神保健活動の課題。PHN ブックレット 7，萌文社，東京，2008。
- 13) 内閣府：平成 20 年版自殺対策白書。2008。
- 14) キース・ホートン，カレン・ロドハム，エマ・エヴァンス(松本俊彦，河西千秋(監訳))：自傷と自殺；思春期における予防と介入の手引き。金剛出版，東京，2008。
- 15) Australian Health Ministers : National Mental Health Plan 2003-2008. Commonwealth of

- Australia. 2003.
- 16) 川上憲人：こころの健康についての疫学調査に関する研究. 平成 18 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)「こころの健康についての疫学調査に関する研究」総括・分担研究報告書, pp 1-16, 2007.
 - 17) Keith Howton, Kees van Heeringen : Suicide. Lancet 373 : 1372-1381, 2009.
 - 18) 日本精神神経学会(自殺対策に関する声明). <http://www.jspn.or.jp/>(最終アクセス 2009/05/06)
 - 19) 日本社会精神医学会(自殺予防週間に向けてのメッセージ). <http://www.jssp.info/>(最終アクセス 2009/05/06)
 - 20) 勝又陽太郎, 松本俊彦, 高橋祥友, ほか：社会・経済的要因を抱えた自殺のハイリスク者に対する精神保健的支援の可能性；心理学的剖検研究における「借金自殺」事例の分析. 精神医学 51 (5) : 431-440, 2009.
 - 21) Mann JJ : A current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. Annals of Internal Medicine 136 : 302-311, 2002.
 - 22) 高橋祥友：自殺予防. 岩波新書, 東京, 2006.
 - 23) WHO Suicide prevention (SUPRE). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/(最終アクセス 2009/05/05)
 - 24) 社団法人全日本断酒連盟. <http://www.dansyu-renmei.or.jp/>(最終アクセス 2009/05/06)
 - 25) 社団法人全日本断酒連盟：アルコール依存症と自殺(自殺対策意見交換会). 平成 20 年 7 月号「かがり火」別冊, 2008.
 - 26) 特定非営利活動法人全国精神障害者団体連合会. <http://www18.ocn.ne.jp/~zenseirn>(最終アクセス 2009/05/06)
 - 27) 助川征雄：ふたりぼっち；精神科ソーシャルワーカーからの手紙. 万葉舎, 東京, 2002.

特集：国の自殺予防総合対策センターの取り組み

I. 自殺予防総合対策センターの取り組み

－1年8ヶ月を振り返って－

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

竹島 正 松本 俊彦 川野 健治 稲垣 正俊

はじめに

自殺予防総合対策センター（以下、当センターという）は、平成17年7月の参議院厚生労働委員会における「自殺に関する総合的対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」、平成17年12月の自殺対策関係省庁連絡会議の報告書「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」（以下、「関係省庁連絡会議報告書」という）を直接の契機として、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、平成18年10月1日に国立精神・神経センター精神保健研究所に開設された。これと重なるように、平成18年6月には議員立法で自殺対策基本法が成立し、10月28日には施行となった。そして、11月7日の自殺総合対策会議の決定に従い、内閣府に「自殺総合対策の在り方検討会」が設置され、その報告書「総合的な自殺対策の推進に関する提言」がまとめられ、平成19年6月には政府が推進すべき自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」がまとめられた。¹⁾

さて、「関係省庁連絡会議報告書」によると、当センターの役割として、情報発信、調査研究、ネットワーク、民間支援、研修、政策提案の6つが挙げられている。この論文では、開設されてから1年8ヶ月を経た当センターの取り組みを上記の6本柱にしたがって紹介するとともに、当センターの今後のあり方について展望する。

自殺予防総合対策センターの取り組み

1. 情報発信

当センターでは、ホームページ「いきる」<http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>を運営し、内閣府や厚生労働省等の自殺対策の動向、わが国における自殺の現状、WHOと海外の取り組み、都道府県等の取り組み等を紹介してきた。ホームページを「いきる」という名称にしたのは“自殺予防は「いきる」ことの支援である”と考えたことによる。ホームページ「いきる」は平成18年12月1日の「いのちの日」にリニューアルを行い、その後もおおむね週1回程度の更新を行い、新しい情報を提供している。平成19年11月には相談窓口に関する情報を全国で共有することを目的として、各都道府県の相談窓口を紹介する「いきる・ささええる相談窓口（都道府県・指定都市の相談窓口の一覧）」のページを新設した。また、いじめに関連した自殺や硫化水素を用いての自殺など、マスメディアによる自殺報道の過熱が懸念されるときには、WHO（世界保健機関）の「自殺予防メディア関係者のための手引き」²⁾への注意喚起を行うとともに、硫化水素自殺の群発に際しては「いきる」のトップページに緊急メッセージを挙げた（表1）。「いきる」は、自殺対策に関する基本的な情報を集約することにより、閲覧者が自殺対策についての情報を手軽に手に入るよう運営を行なっているが、より利用しやすいホーム

ページになるよう、平成20年9月10日の世界自殺予防デーには再度のリニューアルを計画している。

表1. 硫化水素による自殺に関する緊急メッセージ

硫化水素を用いた自殺が連続して発生しました。本来なら、わたしたちの生活に役立てるために開発されたものが、その目的以外に使用された結果、今回のような事態となっています。とても残念なことです。

しかしこうした事態も、みなさんひとりひとりがこの危険に注意を払い、ほんのひとこと語りかけることで改善できます。

硫化水素の入手に関わることでできる、すべてのメーカーや小売店、または、それらを管理している公的機関、企業、家庭にお願いがあります。入手者に対して、「使用目的は何ですか?」と確認してほしいのです。

それから、硫化水素の入手情報に関わることでできる報道関係者やウェブサイト運営者の方にもお願いがあります。それぞれのできる範囲で入手情報を抑制し、相談機関の情報を広めてください。

最後に、その自殺手段を入手しようとしている方にお願いがあります。まずはご家族や友人、あるいは近くの相談機関に電話をして、あなたの気持ちを話してください。

また、当センターでは、自殺対策の推進に特に重要と思われることをブックレットとして刊行している。第1号は平成18年10月に行われた開設記念行事におけるWHOベルトローテ博士による招待講演「各国の実情にあった自殺予防対策を」である。³⁾平成19年2月に刊行し、全国の都道府県・指定都市などに配布したが、いくつかの都道府県から自殺対策連絡協議会の委員全体に配布したいと追加送付の依頼があり、よい情報提供ができたものと考えている。

その後、第2号として英国のホットスポット対策を紹介した「自殺多発地点でとられるべき対策の手引き」⁴⁾を平成19年3月に、第3号として「ニュージーランド自殺予防戦略2006-2016」⁵⁾を平成19年12月に刊行した。第4号として英国の若年男性の自殺予防プロジェクトのパンフレット「Reaching Out (手を差し伸べる)」と

「若年男性の自殺減少を目的とするメンタルヘルスプロモーション・パイロットプロジェクトの評価最終報告書」の翻訳を平成20年7月に刊行するよう進めているところである。

さらに、内閣府および厚生労働省と連携して、都道府県等の自殺対策の取組状況に関する調査を2回行った。第1回は平成19年6月に内閣府自殺対策推進室と合同で行い、その概要は平成19年7月の自殺対策主管会議に報告した。第2回は平成20年3月に内閣府自殺対策推進室、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課と合同で行い、7月にはその結果を公表の予定である。

2. 調査研究

自殺対策基本法の基本理念を述べた第2条2には「自殺対策は、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。」と述べている。また、国および地方公共団体の基本的施策を述べた第二章には、その一番目である第11条に「国及び地方公共団体は、自殺の防止等に関し、調査研究を推進し、並びに情報の収集、整理、調査研究を推進し、分析及び提供を行うものとする。」と述べており、自殺対策の推進における調査研究の重要性を示している。

当センターの設置要綱(表2)の第3条(自殺予防総合対策センターの業務)には、調査研究として「自殺の実態分析等」、「自殺の背景となる精神疾患等の調査・研究」、「自殺未遂者のケアの調査・研究」、「自殺遺族等のケアの調査・研究」が挙げられている。

自殺対策基本法の基本理念及び基本的施策に従うならば、自殺の実態分析等の調査研究を行うことは当センターの責務であって、これら

表2. 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設置要綱（一部略）

（目的）

第1条 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、国立精神・神経センター精神保健研究所の内部組織について、この設置要綱の定めにより、自殺予防対策推進に資する機関を設置する。

（自殺予防総合対策センター）

第2条 国立精神・神経センター精神保健研究所の内部組織として、自殺予防総合対策センターを置く。

（自殺予防総合対策センターの業務）

第3条 自殺予防総合対策センターは、自殺予防対策の推進に関し、次の業務をつかさどる。

- (1) 自殺予防対策に関する情報の収集及び発信に関すること。
- (2) 自殺予防対策支援ネットワークの構築に関すること。
- (3) 自殺の実態分析等に関すること。
- (4) 自殺の背景となる精神疾患等の調査・研究に関すること。
- (5) 自殺予防対策等の研修に関すること。
- (6) 自殺未遂者のケアの調査・研究に関すること。
- (7) 自殺遺族等のケアの調査・研究に関すること。

に更に、自殺予防と遺族支援に役立つような情報収集や調査研究を柔軟に組み入れて実施する必要があることは言うまでもない。このため20年度は、断酒会等と連携しての取り組み、インターネットを利用しての自殺予防の取り組み等、ハイリスクアプローチの検討を行なうこととしている。

当センターの3研究室（自殺実態分析室、自殺対策支援研究室、適応障害研究室）で実施されている調査研究の詳細については、本特集の他の3篇に詳述されている。自殺実態分析室では「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」に取り組んでいる。これはご遺族の支援を前提にして面談を行い、故人の生前のお話をうかがう中から自殺予防のための介入ポイントを明らかにしようというものである。自殺対策支援研究室では、各地の未遂者ケア・自死遺族ケアを推

進するために、未遂者や遺族の実態を調査しつつ、各種のケアガイドラインや研修プログラムを作成している。適応障害研究室では、精神疾患から自殺の恐れのある人に必要な医療が適切に提供されるよう、一般診療科・精神科が連携する共同チーム医療（Collaborative Care）モデルと、必要なツールの開発に取り組んでいる。

調査研究は中長期的な自殺対策に必要不可欠である。日本自殺予防学会の会員の方々にもご理解とご協力をお願いしたい。

3. ネットワークおよび民間支援

「関係省庁連絡会議報告書」には、ネットワークおよび民間支援として「第一線で自殺予防対策に関わっている関係省庁、都道府県、市町村等の関係機関・団体、NPO等民間支援団体との連絡・連携」、「自死遺族の支援団体等民間団体に対して研修、情報提供、相談、助成団体の紹介等の支援」を行うことが期待されている。当センターにおいては、センター開設の直前である平成18年9月にNPO等民間支援団体の参加を得て自殺対策ワークショップを開催した。⁶¹ また、平成18年12月には自殺対策ネットワーク協議会を立ち上げた。この協議会は、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、関係者相互間の連携体制の構築、円滑な連携を図るとともに、民間団体の活動を支援することを目的としており、「各団体がそれぞれの立場で自殺対策に取り組む上での問題の共有と打開策の検討」、「民間団体が行う自殺対策の支援方策についての検討」の2つを検討課題に掲げている。この協議会は自殺対策に関する全国的なネットワークの構築および民間支援推進のための基盤となるよう設置したものであり、全国保健所長会、全国精神保健福祉センター長会、全国精神保健福祉連絡協議会、全国社会福祉協議会、日本司法支援センター、日本精神科病院

協会、日本精神神経科診療所協会、日本精神保健福祉士協会、ヤフー株式会社等の代表者が委員となっている。多重債務等の社会的問題をかかえる人たちの中にもうつ病、ギャンブル依存症などの精神保健上の問題をかかえる人は少なくないと考えられ、また自殺死亡者の多くは自殺時に精神障害の状態にあったと考えられることから、精神保健、生活・福祉、社会的問題に関する相談窓口間の連携は重要である。平成19年12月に開催された第2回自殺対策ネットワーク協議会では、日本精神保健福祉士協会を代表する委員から、精神保健と生活・福祉、社会的問題に関する相談窓口の連携を求める報告があった。このため、全国精神保健福祉センター長会の協力を得て自殺対策研究協議会を平成20年2月22～23日に実施し、相談窓口の連携について協議した。自殺対策研究協議会では、自殺対策の推進において、精神保健の領域で、精神保健福祉センター等がこれまで築いてきた精神保健福祉領域の民間活動とのつながりが自殺対策にも大いに役立つであろうことが話し合われた。

4. 研修

「関係省庁連絡会議報告書」によると、当センターの研修として「都道府県、市町村等において自殺予防対策業務に従事している者、NPO等民間支援団体に対して研修を行う」ことが期待されている。

18年度は、国立保健医療科学院と当センターの共同により自殺対策企画研修（11月18～20日）を開催した。この研修は地方自治体が自殺対策を推進する上で必要な知識を提供し、地域の実情に応じた自殺対策の企画に資することを目的とするものであった。また、自殺対策支援研究室が中心となって「自死遺族ケアに関する精神保健福祉センター職員研修会」（11月24～25日）を開催した。

19年度は、当センターが主体となり、国立保健医療科学院の協力を得て「第1回自殺総合対策企画研修」（平成19年8月29～31日）を開催した。この研修は都道府県・政令指定都市において、自殺対策連絡協議会等の場を通じて策定される自殺対策の計画づくりの企画立案能力の習得を目的としており、18年度の自殺対策企画研修を発展させたものである。また、「第1回自殺対策相談支援研修」（平成20年1月10～11日）を開催した。この研修は、自殺未遂者を含む希死念慮者、自殺者遺族等への相談技法と地域での情報提供（研修）技術の修得を目的としており18年度に行なわれた研修会の発展したものである。

20年度の研修は4つに加え、「第2回自殺総合対策企画研修」（9月1～3日）、「第2回自殺対策相談支援研修」（11月6～7日）に加えて、「地域自殺対策相談支援研修」（9月6日）、「心理職等研修」（10月2～3日）を開催することとしている。

5. 政策提案

「関係省庁連絡会議報告書」によると、当センターには「国、自治体等に自殺予防対策に関する政策を提案する」ことが期待されている。当センターの政策提案としての取り組みは、内閣府自殺対策推進室の「自殺総合対策の在り方検討会」（平成18年11月～19年4月）、自殺総合対策大綱の策定（平成19年6月）、厚生労働省の「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会」（平成18年12月～19年3月）への情報提供または参画の中で行なわれてきた。現在は、内閣府自殺対策推進室の開催する「自殺対策推進会議」にオブザーバーとして参加しつつ、必要に応じて情報提供や提案を行なっている。これとは別に、内閣府、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課と自殺予防総合対

策センターの3者で定期的な情報交換の場を持っている。政策提案は必ずしもまとまった報告書の形式を取らなくても、調査研究などから得られた情報をもとに、日常業務の中で行なわれることが望ましい。都道府県・政令指定市においても、自殺対策主管課、精神保健福祉主管課、精神保健福祉センター等で、このような定期的な情報交換の場を持つことが望まれる。

今後のあり方

当センターの平成18年10月から平成20年5月までの1年8ヶ月の取り組みを表3にまとめた。

わが国は少子高齢化と社会構造改革の変化に直面している。わが国の自殺対策が内閣府の総合的な調整をもとに、国を挙げて取り組むという枠組みが設けられているのはそのことを反映したものと考えられる。当センターとしては、自殺は、個人、家族、地域さらには広く社会システムが複雑に関係した中で、多年の過程を経て発生するものが少なくないであろうことを踏まえ、国立精神・神経センター精神保健研究所に設置されたという特性を活かして、政府の総合的な対策を支援するという目的を達成していきたい。特に、自殺対策は中長期的な視点で取り組む必要があるため、それを担っていく人材を養成することは当センターに課せられた責務と考えている。このことに関しても、日本自殺予防学会の会員の方々のご理解とご協力をお願いしたい。

表3. 自殺予防総合対策センター開設後の経緯

平成18年度	
10月1日	開設
10月6日	開設記念行事
11月18～20日	自殺対策企画研修
11月24～25日	自死遺族ケアに関する精神保健福祉センター職員研修会
12月1日	自殺予防総合対策センターホームページ「いきる」リニューアル

12月26日	自殺対策ネットワーク協議会
2月	自殺予防総合対策センターブックレットシリーズ第1号、自殺予防総合対策センターリーフレット刊行
3月	自殺予防総合対策センターブックレットシリーズ第2号刊行

平成19年度

6月	自殺対策各都道府県・政令指定都市調査
8月29～31日	第1回自殺総合対策企画研修
10月15～17日	「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」調査員トレーニング
11月	ホームページ「いきる」に「いきる・ささえる相談窓口」のページ新設
11月20日	自殺予防に関するメディアとの意見交換会
12月17～19日	「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」調査員トレーニング
12月20日	自殺対策ネットワーク協議会
12月	自殺予防総合対策センターブックレットシリーズ第3号刊行
1月10～11日	第1回自殺対策相談支援研修
2月22～23日	自殺対策研究協議会
3月26日	断酒会、アルコール医療専門家との意見交換会

平成20年度

4月	「自殺対策の基礎知識」刊行
5月	都道府県・政令指定都市における自殺対策の取組状況調査
5月12～14日	「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」調査員トレーニング

文献

- 1) 内閣府：平成19年版自殺対策白書、2007。
- 2) WHO：自殺予防メディア関係者のための手引き（河西千秋，平安良雄監訳 横浜市立大学医学部精神医学教室訳）。
http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~psychiat/WEB_YSPRC/index.htm
- 3) ジョゼM. バルトローテ（高橋祥友、山本泰輔訳）：各国の実情にあった自殺予防対策を。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、2007。
- 4) 英国保健省（伊勢田堯、松本俊彦、駒村樹

里訳)：「自殺多発地点でとられるべき対策の手引き」。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。2007。

- 5) ニュージーランド政府健康省 (大内幸恵、稲垣正俊、山田光彦訳)：ニュージーランド自殺予防戦略2006-2016。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。2007。
- 6) 竹島正、橋爪章、勝又陽太郎：PCM手法を用いた自殺対策ワークショップの実施報

告。平成18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)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」総括・分担研究報告書。95-105。2007。

たけしま ただし：

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

まつもと としひこ： 同上

かわの けんじ： 同上

いながき まさとし： 同上

不条理な死としての自死

平 山 正 実

さきほどの川野先生のお話は、いま何が問題になっているのかという、全体の地図、または見通しと言いますが、願望をお教えいただきまして、私は教えられることが多かったです。話を聞いているうちに今日のレジュメに沿って話すつもりだったので、いろいろなインスピレーションが私の頭に湧いてきて、ちよっとレジュメから外れるかもしれませんが、お許しくださいと思います。

人間関係の距離感を認識する

川野先生は、自死遺族自身の自助グループと、その他の専門職を交えたケアグループとの間にいろいろと雑執があると指摘しておられました。つまり、自死遺族以外の援助者とは、体験者でないボランティアや、保健師や行政機関の方や、世間一般の方を指します。先生のお話を聞いていまして、よく世論調査でやる「ガンの告知の是非を問う質問」を思い出しました。

「自分ががんになったとき教えてほしいか」と問うたとき、これは当事者すなわち一人称の場合ですが、そのときは「ぜひ真実を伝えてほしい」という人が最も多い。それが「家族だったら教えますか」と問うと、パーセンテージが落ちてくるんですね。さらに医療者や看護師さんとかが、「当事者である患者さんに真実を伝えるか」と問うと、もともとパーセンテージが下がってくる。つまり人間関係の距離が遠くなるとパーセンテージがだんだん落ちてくるんです。

このことは自分の問題だと、最も関心があることを示していますが、それがだんだん距離が離れると、関心の度合いが薄くなっていて、真実を言わない、そこにすれ違いが生じるんだろうなということを感じました。

私も臨床の場で、保健師さんと話す機会があるので、彼女たちは遺族の中に入っていくことが難しいと感じているようです。何かいつも奥歯にものが挟まったような、川野先生がよく言われる、サイサイダイダルコミュニケーションというか、自殺のころになると皆口を閉じてしまう。つまり、自殺の問題になると奥歯にものがはさまったように、なかなかコミュニケーションが成り立ちにくいのです。ですから自死遺族と向き合うとき、そのことを知っておくことが必要です。私たちは基本的な姿勢として、当事者の方の言うことに謙虚に耳を傾けることが大切だと思います。三人称に当

たる専門家のように、心理的距離の離れた方は当事者の方の心に入ってゆけないんだという、その限界というものを、まず我々は認知しておかなくてはならない。そうではなければ認知の限りが起こると思います。

心の地獄をめぐる苦しみ

川野先生が持ってこられたテキストの中で、イギリスの国営サービスのガイドラインを見せていただきました。その中で、ふっと私が目留まったのは、読書案内です。デス・エデュケーションや心理教育の中で、本はたいへん役立つ。私はこのグリーンケア・サポータープログラムが編集した『自ら逆ったあなた、運されたわたし（朝日新聞出版刊）』という本を読んでいて、自死遺族の体験というものを文章にしておくことが大切であると気づいたんです。

私は自死遺族の気持ちと、18世紀から14世紀に生きたダンテという詩人の気持ちを重ね合わせてみました。彼はフイレンチエを良くするために積極的に政治にかかわった人物なんですが、汚職の絡む派閥闘争に巻き込まれて、処罰されてしまう。それで、彼はフイレンチエから永久追放されて、自ら罪責感に苦しみつつ、イタリア各地を放浪し始めるわけですが、その間に有名なダンテの「神曲」を書くのです。その中に地獄篇というのがある。その中にこうあります。「愛」（これは鬱のことです）の園に行かんとする者はわれを潜れ（地獄の門を潜ることです）、永劫の呵責に遭わんとする者はわれを潜れ、破滅の人に伍せんとする者はわれを潜れ「われを過ぎんとする者はわれの望みを捨てよ」（「神曲」：地獄篇第3歌、ダンテ著、平川祐弘訳、河出書房新社、1992）と。

ダンテは、自分の罪責感に囚われ、そして絶望のどん底へ突き落とされた。その体験をもとに、この「神曲」は書かれている。世間から追放されて、地獄の門を通過するダンテの生き様、これは自死遺族の気持ちとよく似ています。彼等は、象徴的にいわば地獄の世界に入ってしまったようなものだと思うのです。心の病を体験した人もそうだと思います。彼等の孤独感や、絶望感、悲哀感や罪責感、まさに心の地獄そのものです。これを一人で乗り越えることは困難だということに気づいたのです。ダンテはだんだんと地獄から天国に昇っていくのですが、その中で、どうしても助け手が必要になってくる。彼の場合、援助者が2人います。

苦しみにある人への援助とは

その1人がペリギエウスという詩人です。この詩人の存在は何を意味しているかと言うと、知恵を象徴しているのです。つまり、この詩人は知恵や知識を象徴し、彼が天国に行くための導き手を象徴しているのです。知とは、現代的な言葉で言えば、「救い

とか「癒し」ということでしょう。

そして、もう1人が愛を象徴する彼の永遠の恋人であるペアトリチエです。この2人が地獄から天国に行く導き手、つまり援助者になっているわけです。

これを、我々の自死遺族ケアに当てはめて考えてみます。自死遺族が立ち直るためには、知恵あるいは知識が必要なのだと思います。これは現代的な言葉で言えば、情報提供です。これは病気のような鬱状態になったとき、たとえれば船が嵐に運って難破したとき、今どきの辺にいろのかを知っておく必要がある。また磁石が必要です。彼等にどういうケアが必要なのか知っておく必要がある。それが心理学的な知識である場合もあるし、法的な知識であるかも知れない。あるいは生きがいや人生の意味といったスピリチュアルな知識であるかも知れない。いずれにせよ、そういう知識というのがないとは地獄から天国に上がれないということなんです。これはある程度一人称の問題として自分で勉強しなくてはならない。「神曲」では、詩人のペリギエウスという人物がダンテに教えてくれるという筋書きになっている。現代的に言えば、今行われているような研修会もこれに相当する。「知は力なり」とペーコンが言いましたけど、そういう知恵や知識を学ばないと癒すことができない部分があると思います。

それから永遠の愛を象徴する、ペアトリチエの存在は、ケアの大切さを象徴しているのです。うつや罪責や孤独に悩んでいるとき、人間というのは自分一人ではうまくいかない。

遺族同士の支え合いも、ケアであることは間違いないと思います。二次的被害というのはケアをやるうと思っていたのに、あるいはケアを受けようと思っていたのに、逆に傷付けてしまう。これは本末転倒なこと、これは後で問題となるのですが、要するに二人称の問題です。知識の問題、これは自分で学習していくことが必要ですが、何を学習するのかという問題をもう少し突き詰めて考えていきますと、我々が死別の悲しみを抱えて生きてゆく場合に、どこにポイントを絞ればいいのかということ、つまりどこに問題があるのか、問題の所在と、生き方の手続き、方向性を学ぶことなどだと思います。

臨床哲学者による3つの方法

これらのような生きるにあたって本質的な問題を、この中で読書の意義というものをもう一度考えてみたいと思います。

この点に関しては、トマス・アティックという臨床哲学者の言っていることが、私にとってたいへん示唆的でした。日本では臨床心理や医学部の中では臨床研修といったテキストの中で「臨床」という言葉を使います。

しかし、この本を読んでみてアメリカに臨床哲学という分野があることを初めて知り

ました。臨床哲学者は、死別による悲嘆体験者のところに行つて、ケアしたり、学んだりするらしいのです。彼の書いたものを読んで、非常に教えられるところが多かったです。

この本で読んだことをちよつとご紹介させていただきます。彼は、死別後の悲嘆体験から立ち直つて、人生に対しての意味と目的を持って生きていくためには、世界を学びなおす必要があると言っているのです。言葉を覚えて言えば、死者なしで生きていく術を見つけることが必要だと述べています。すなわち世界を学び直すということは、残された者が、他者はもちろんのこと、故人とも新しい関係を作り直すこと、つまり自己と社会に対して新しい理解、新しい態度、新たなあり方を学びなおすことであるということをおっしゃっているわけです。

この中で、世界を学び直すということとはどういうことかと申しますと、彼は網の比喻を用いて説明しています。親しい人との死別体験というのは、それまで故人と残された者とが相互に築いてきた網が切断されることだと。その結果、自己との関係、自己と他者との関係、自己と社会との関係が、一度全部解体される、切断されることである。

人間は周囲の社会環境や他者との全体的な網の中で生きています。しかし、愛している人が亡くなると、その網が断ち切れ、分断されてしまう。そうするとその人はたいして他者の助けを拒み、自閉的になり孤独になる。そして極端な場合は、精神病理や社会病理の現象が現れ、死の淵に突き落とされてしまう。これがダントラの言う地獄の門なんです。ですからこういう状態を防がなければいけない。すなわち網の組み換えが必要なんだと彼は主張します。つまり、ズタズタに分断された網をもう一度結びなおす必要がある。具体的に言ううと他者との関係と自己との関係、それから死者との関係を結び直す必要がある、そういうことを言っているんです。

そこで、彼は3つの方法を提示しています。これは、さすがに彼は臨床哲学者なんで、哲学者のキルケゴールの有名な「真実に至る3段階」というものを援用しているのです。つまり、悲嘆を乗り越える3つの方法を呈示している。

その第1は審美的な方法です。第2は倫理的方法、第3は宗教的方法、この3つです。彼は、この3つの方法を使って悲しみを乗り越えることができている。

悲嘆の乗り越える1つ目の方法

この方法を我々のグループケアに結びつけてみますと、審美的方法と言いますのは、文字どおり「美しいもの」と解釈していいでしょう。美とは自然や芸術（絵や音楽、文学、詩など）などを指すと考へてもよいのではないのでしょうか。我々は美によって悲しみを癒すことができます。それから、「美」という言葉には純粹なもの、やさしさ、

繊細で良いものといった意味もあるのではないかと思います。

私はよく遺族外来で子どもさんを亡くされたお母さんに「お亡くなりになったお子さんの良いところを箇条書きに書いてみてください」とお願いしています。「あの子はまじめで繊細で純粋でした。あの子なりに死ぬまで一生懸命に生きました」と言われます。そう言われた後、お母さんは急に顔が輝いてこられるんですね。「あー、私はこれまでネガティブなことばかり考えていたけど、うちの子はこんないいところがあったんだ」と言われ、罪責感に苦しみ、ズタズタになった自尊心が、亡くなったお子さんのポジティブなところを思い出すことによつて、だんだんと回復されてくるのです。そういうポジティブな面を通して一度切断された故人との網が繋がってくる。そんなとき私はそのお母さんに「あなたはお子さんは、この世に存在しなかつたほうが良いとおもいますか」と聞きますと、「いやとんでもない、子どもがこの世に存在した意味は十分あったと思う」とおっしゃいます。私が「どういう意味があったんでしょうか」と聞くと、「ああ、あの子にこんな良いところがあった」というふうに、故人の価値を改めて再評価したと言われる。これも、キルケゴールの言う審美的な見方だと思つてです。つまり、その人の持っている生命のもつ尊厳というか人格というか、そういう価値をもう一度見直して気づく。実は、そこがその人（親）が生きているためのインセンティブ（動機付け）になるのだと思つています。

悲嘆の乗り越えるための2つ目

次は、倫理的な方法です。故人は、我々にさまざまなメッセージを発信してくれれます。つまり遺された者は、故人から与えられた課題、宿題、あるいは義務というものがあはらずです。そうした課題を責任を持って引き受けるといふことが倫理的な方法だと思つています。

たとえば、自死遺族が、同じように苦しんでいる遺族を助けようとか、自殺予防活動に従事するとか、医療や教育や福祉の分野に携わるなどといった「遺族の社会化」を実践される方々がありますが、その動機を聞いてみると、故人がこの世に残していったメッセージに答えようとする義務感から行動されている場合が多い。これがキルケゴールの言う「倫理的方法」で、悲しみを乗り越える方法の1つとなると思つています。それが亡くなった故人に対して一つの「供養です」と言われる方もいます。つまり、そうした行動が自分に与えられた宿題というものを自分の問題として責任をもって引き受ける、これが倫理である。それを自分の一つのライフワークとして生きることが、亡くなった人のメッセージに答えることであると言われるのです。カウンセラーになりたい人や電話ボランティアをやりたいという人は、そういうモチベーション、つまり動機づけの人が随分います。ケアの源流をたどれば、このような動機で動いている

方が意外に多いのではないでしょうか。

悲嘆を乗り越えるための3つ目

最後に宗教的な方法による、悲しみの乗り越え方について考えてみたいと思います。人は身近な人が亡くなると「人間としての限界」というものを考えるようになります。死を通して、人間の方では、どうしようもできないことがあるのだと気づき、自己の悩みを大いなる者に委ねるといった心境に達する。これも人間のあり方の一つだと思えます。つまり、神という大いなるものの中に癒しを求める。このような方法もあるのです。

死者から学ぶ

ところで「なぜ私の身近な人が、よりによって自死したんだ」と問う人がいます。その不条理性には、誰も答えることはできないでしょう。この“なぜ”と問う方は、因果論的思考なのです。我々現代人は因果論的思考に慣れています。「自死というものがある、どうして、自分の家族に限って起ったのか?」。こうした因果論的思考では、自死という“不条理性”は解けない。「なぜ自死でなければならなかったのか」ということは謎であり、番号のまま残される。そして我々は、その番号を解くことはできない。それは、一種の神祕の領域に属することです。死の領域に属する事柄を人間は畏れる心がないといけないと思う。つまり、このようなテーマは「問う」ことで解決がつかない、むしろ「パラダイム（認識するための枠組み）の転換」をはかる必要がある。つまり、自死した人に対して、「なぜ死んだ」と「問う」より、死者が自分にどんなメッセージを送っているのか、つまり、生者のほうを「問われる存在」として位置付けてみる。死者から学ぶことはいかに謙虚に振り返ってみる。こういうことが大切だと思ふのです。

例えば、ある自死遺族は「自分は今まで競争原理を至上価値として生きて来た。人を陥落としても自分さえよければそれで良いと思って生きてきた。問題が起ると、このような方法で解決してきた。しかし、子どもが亡くなって分かったが、財産、地位、名誉などはどうでもよくなった」と言われるのです。人間の優しさとか、感謝とか謙遜とか、子どもに恥じない生き方をするとか、今日1日を充実して生きること、人を愛することなどのほうが大切なんだ、また人間の限界性とか、人生の価値基準が変わったと言われる。因果論ではない、意味論なんです。子どもの死が自分の人生にとってどういう意味なのかという、これが課題になるのです。

自死遺族と精神科医

それから、自死遺族と精神科医のかかわり方について最後に少し述べます。自死遺族の中には、特に精神科医を恨んでいる方がときにおられます。なぜならば、亡くなった方の多くが、生前精神科医にかかっておられたという事実がある。それで自死された場合、遺族は複雑な気持ちになりますね。だから、精神科医が遺族の援助活動にかかわるのは、慎重にしなればならない。むしろ、我々は後方支援、側面的支援に徹するほうがいいのです。私も何かお役に立てることがあればお手伝いしましょうというスタンスです。決して出しやばらない。しかし、たとえばうつ病など、どう見てもこれは心の病にかかっているのだから分かってもらいたい。分かったら、はやり介入したほうが良い場合があります。

以上、私が日頃考えていることを少々述べさせていただきました。なにかご参考になることがありましたら、望外の幸です。