

### 資料3

(21世紀の心の処方学]67~83ページを転載) 資料協力:(有)アトアンドブレイン

#### 5. 不条理な死としての自死 — 自死遺族および自死遺族支援者に対する臨床心理教育について —

平山正実  
聖学院大学大学院

##### 1. はじめに

わが国において自死で亡くなった人の数は、1988年から2007年に至るまでの9年間、毎年3万人の大台にのつたまま、いっこうに減る気配がない。そして、人口10万対の自殺者数の占める割合は、23.7であり、この数はフランス、ドイツ、カナダ、アメリカなど先進国の中で、トップの座を占めている。この様な現状を踏まえ、危機意識を持った政府は、2006年10月、自殺対策基本法を制定した。この法案は、四つの基本理念を持つ。第一は、自死は個人の問題であると同時にいろいろな原因が関与した社会的問題であること。第二は、実態に即した取り組みをしなけれなければならないこと。第三は、いろいろな段階に即した対策が必要であること。第四は、官民共に各機関が連携し、自死を防がなければならないことを謳っている。2007年には、この法律の流れにそって、自殺総合対策大綱が出来た。この大綱の中で、自死遺族への事後対応に取り組むことが、わが国の自殺総合対策を実施する上で重要な方針である事が打ち出された。しかも、それは、官民連携のもとに行われなければならないとしている。

ところで、1人の人間が自死によって亡くなると、その家族や友人、関係者などを含め、その後には最低5人も人が深刻な精神的打撃を受けるといわれる。このような事実を真摯に受け止めて、本稿は、自死遺族及び彼らを支援しようとする人達への臨床心理教育の必要性を訴えることを目的として執筆した。

##### 2. 不条理な死としての自死

人間の生には、さまざまな生き様があるように、人間の死には、さまざまな死に方がある。自然死や老衰死、さらに大多数の場合においてはまる病死などは、納得のゆく死であるといわれている。他方、自死、事故死、災害死(地震、水害、火災、海難事故など)、戦争死、犯罪に巻き込まれた死などは、その多くが突然死であって、非業の死、不条理な死といわれることが多い。このような死に対して、遺族はその死を受容できず苦しむことが少なくない。その中でも、とくに自死の場合、遺族にとつて、後々まで痛ましい記憶が再三にわたって蘇り、しかも、それは心の傷となつて残る。

彼らに、大きな心理的負荷を与える理由の一つは、その死が遺族に不条理感をもたらすからである。遺族はよく「故人は、なぜ自死を選んだのか」「どうして、死ぬ前に自分に一言、言葉をかけてくれなかったのか」「自死したのは、自分たちの責任ではないか」という。しかし、「なぜ」というという問いに対して、誰も納得のゆく答えを出すことはできないであろう。まさに「死人に口なし」であって、あの世から帰還した者は一人もいないからである。その意味で自死は、謎であり、神祕である。しかも自死は遺族の心に傷として残り続けることは確かであって、その死を不条理な死として受け止めること自体が、彼らを苦しめるのである。

自死遺族を苦しめるもう一つの理由は、周囲の人々の批判的なまなざしと偏見や差別の感情である。「自死者は、人生の敗者だ」「自分勝手に社会を捨てた敗者だ」「かれらは、人類が普遍的に持っている命を殺すなかれという規範をいし不文律を犯したのであって、遺族もその共犯者だ」と批難されたり、警車に飛び込んだ場合「多くの人に迷惑をかけた」といって中傷を受けたりする。また、とくに死因がはっきりしない場合、警察が検視に来て、自死であることがわかると、病氣として扱われず、事件扱いされ、遺族も“共犯者”の疑いをかけられるケースもあるという。このような場合、遺族は二次的被害を受ける。さらに、自死者の多くは、自死する前に、精神障害者として精神科に入院していたり、かつて入院していた者が多い。このことが、また、差別や偏見を増幅させる原因になる。このような事実を知っている遺族は、もしも、死因を世間打ち明けたなら、悪い噂をたてられたり、好奇の目に曝され村八分になるのではないかと恐れる。そして、もし、そのような事態が生ずれば、自死者の名誉や尊厳が損なわれるかもしれないといった危機感に囚われ、自らの悲哀感、無力感、自責感なども重なって、自分の殻に閉じこもってしまう。他方、人間は、このような悲しみを抑圧すればするほど、その悲哀感情は、複雑化し病理化する恐れが出てくる。つまり、その苦しみを他人に打ち明けることができず、自分ではどうすることもできない感情に押しつぶされ、当事者も家族も破綻してしまふ可能性がある。このような悲惨な事態に陥るまえに、自死遺族ならびに自死遺族支援者に対する臨床心理教育が行われる必要があると考える。

##### 3. 自死遺族に対する臨床心理教育

###### (1) 自死の原因に関する専門家の情報提供

自死遺族は、専門家である精神科医に「自死者の死因は、心の病という立派な病氣によるものだ、とはっきり言ってもらった方がかえって慰められる」とよくいう。そして、かれらは、「今まで、自分の責任で病氣になったと思ひ、自分を責めてばかりいた」と述べる。自死者の死が病氣によるものであるということが判明すれば、どうすることもできなかったということになり、そのことが悲嘆緩和の一因となりうる。それゆえ、専門医は遺族に対して、その発症メカニズム、経過等について、よく説明すべきである。

## (2) 自死遺族に対する心理的ケア

援助者は遺族に対して、心を聞き、ゆつくり時間をかけ、共感的な態度で徹底的に聴く姿勢をとり続ける必要がある。その際、遺族の肯定的感情も悲観的感情も自由に表現できるように留意する。遺族は、支援者に安全感や安心感が担保されているということがわかると、信頼感を保持しようになり、「これまで、まじめにやっていたのに、よりによって、なんで自分こんなことが起こったのか」「なにか悪いことをしたのか」「自分も自死に加担したのではないか」「故人を助けられなかったのは自分のせいだ」などといった自らの悲しみ、苦しみ、悔みを一挙に表出するようになる。実は、こうした感情表出をすることが、悲嘆緩和のためには、大切なことなのである。

怒りや不安の故に、遺族が自らの感情をコントロールできず、パニック状態に陥ったときは、傍らに居て、手を握ったり、背中をさすったり、抱擁するなど、触覚に訴えるケアが効果的であるとわれている。そして、援助者は「悲しむのは当然です。幸いのはあたりまえです。」と言い、彼らの苦しみや悲しみを、全面的に肯定することが大切である。それと同時に、今まで長年の間、故人と一緒に歩んできたことが、どんなに大変だったかということや、きちんと受け止め、その労苦をねぎらい、「今後は、どんなに苦しいことがあっても、共に歩みましょう。私達は、あなたに寄り添ってゆきますよ。決して見捨てませんよ」と述べ、彼らの言行を支持すると共に、相互の関係性を保証する。そして、「かならず、いつか光が出てくる時まで、根気強く待つ」と伝える。

ところで、自死遺族の、故人や周囲の人々に対する感情は揺れ動いている。そこで、感情的に過度に不安定な遺族に対しては、心理的介入が必要である。介入が必要と思われる遺族は、大別すると、自罰型と他罰型に分けられる。時期、経過の違いはあるにせよ、両タイプが混在しているケースもある。

まず、自罰型の遺族について考えてみよう。かれらは、過剰な自己責任感や罪悪感を持っており、故人が自死した責任はすべて自分にあると決めつけ、自分の言行を悔い、自らを責め続ける。その結果、無力感、絶望感、自己否定感に囚われてしまう。

他罰型の遺族は、死んでいった者に対して「なんで、自分だけ先にゆき楽になつたんだ」といい、死者を憎んだり、主治医に対して、「おまえの見立てが悪かったから死んだのだ」と怒む。周囲の人々に対しては、「おまえが、自分に協力してくれなかったから、こんな不幸な目に合ったんだ」と責め立てる。

このような自罰型および他罰型の自死遺族に共通している点は、感情のコントロールが不安定なこと、自己認知が歪んでいるということ、自己同一性が混乱しているということ、人間関係のコミュニケーションがうまくとれないことなどといった特徴を持っている。援助する者は、まず、かれらが「亡くなった人はすでに、この世にいないのだ」という事実に向き合えるように、導くことが大切である。そのためには、自罰型であるにせよ他罰型であるにせよ、遺族が死者と一定の心理的距離をとるように勧める。しかし、こうした心理的距離をとることができるためには、遺族の方が、

自己超越的拠点を持っていること、つまり、自己を客観視でき、自分が万能的な存在ではなく、限界のある存在であることに気づかなければならない。

一般的に、自罰型と他罰型の遺族は、深層意識において、万能感や全能感が強い。そこから、過剰な責任感や自責感、さらには、極端な正義感が生まれてくる。要するに、全能感や万能感と自己の限界性の自覚とは対極的な構造を持つ。全能感が肥大すると、他罰的になることもあるが、反対に過度に完璧主義に陥り自罰的になったり、依存感情が亢進した後進自蔽の危険性が生ずる。自罰型も他罰型も、自己との関係や、他者との関係との間の境界線、つまり心理的距離をおくことが苦手であるという共通特徴を持っている。援助者は、遺族が、自己洞察する中で、自己を客観視する能力を身につけ、自己との関係や他者との関係に境界線を引くことができよう導くべきである。

ところで遺族と自死者の間に境界線を置くこと、つまり心理的距離を置くことは、見方を変えれば、死者の名誉や人格の尊重を重んずることである。かれらは、この世的にみれば、どんなに不器用な生き方をしたようにみえても、彼らなりに一生懸命生き、完結した人生を送ったのである。人生は、結果ではなく経過(プロセス)をみて、評価しなければならぬ。遺族は、彼らなりに全力疾走していったのだ、その様な彼らなりの死と生を認めてあげなければならぬ。

## (3) 自死遺族の“燃え尽き症候群”に対する支援方法について

自死遺族は、自死者が生前、慢性的精神疾患に罹患していたことが多く、長期間にわたる介入による心労や突然訪れた自死によるショック、死因を公にできず、秘匿しておかなければならない辛さ、死者に対する罪悪感、親戚や警察、その他の公的機関からの批判的言辭などに戸惑い、混乱し、疲弊していることが多い。このような事態を、われわれは、自死遺族の“燃え尽き”と定義しておく。彼らが、燃え尽きるとさまざまな症状が現れる。具体的には過呼吸、めまい、だるさ、頭痛、吐き気、胃部不快感、胃痛、頻尿、頻脈、口渇、動悸、不整脈、頭重感といった身体症状や不眠、抑うつ気分、疲労感、焦燥感、意欲の減退、罪責感、怒り、希死念慮といった精神神経症状を訴えることが多い。また、彼らは、常に緊張感、圧迫感、拘束感、挫折感、自己否定感に囚われている。

このような燃え尽き症候群に陥っている自死遺族に対して、援助者は、問題解決策を提示すべきである。

まず第一に、上に述べた、さまざまな身体症状や精神神経症状の背後に自死者とのさまざまな葛藤があることを想定し、できればその要因を探る。そして悲嘆感情の表出と自己の精神境界を洞察することが身体化した症状や精神神経症状に伴う苦痛を緩和することがあることを伝える。

第二に燃え尽きやすい遺族は、完全主義者が多い。かれらは、責任感が強く、人や物に執着しすぎる傾向があり、かつ、依存的性格の持ち主が多いことを指摘しておくべき。完全主義者は、

自死者に対し、生前、完璧な介護やケアをしてこなかったことを悔やむ。そして、「取り返しがつかないこととしてしまった」と嘆く。このような自死者に対する執着心や依存心の強さを持つ人は、たとえ相手がこの世からいなくなっても、なおも、その死を認めず、死者と一体化しようとする傾向が強い。このような一体化願望が強くなってくると、後追い自殺の可能性が出てくるので要注意である。援助者は、前章の「自死遺族に対する臨床心理教育」の(2)「自死遺族に対する心理的ケア」でもふれた自前型や他前型の自死遺族への対処法を念頭に置きつつ、彼らの性格傾向と自死者との関係に関して自己洞察を促すとともに、彼らの心的構えを修正するよう指導する必要がある。

第三に、援助者は、自死遺族が心身共に、疲弊している場合は、一時、仕事や家事を離れ休養をとることを勧める。休養入院や旅行という選択肢もありうることを告げる。

第四に、家族の誰かが自死した場合、家族関係に亀裂が生じ、家族全体が解体する危機が防れることがある。このような場合、精神的緊張からの解放や悲嘆緩和を促す手段として、外からのなんらかの支援や介入がなされる必要がある。具体的には、地域の保健師の援助を求めたり、教会関係者やカウンセラーによる家族合同カウンセリングを行い、家族間葛藤の調整を行う。

第五に、上に述べたさまざまな心理的アプローチを行っても、身体症状や精神神経症状が緩和されなるときは、抗うつ剤や抗不安剤の投与を行う。それでも、自傷他害的行為や暴言が、頭蓋に表われる場合は入院を勧める。

最後に注意すべき点として、援助者は、自死遺族の来歴を言いたくないのであれば無理に聞くことは避けるべきである。このような専門問診は、過去の心的外傷(トラウマ)を蘇らせてしまうことがある。つまり、フラッシュバック現象が起きてしまい、病状が悪化することがあるので、十分注意する必要がある。

#### (4) 自死遺族に対する社会的介入

自死遺族に対する援助者の社会的介入の仕方は、さまざまな方法が考えられる。これまで述べてきたように、自死遺族は、世間の目を恐れて、隠れるようにして、自閉的な生活を送っている人が多い。そのような人は、人と話すことに関心がないのかというと、決して、そうではない。彼らは、自らの不条理感や悲しみ、怒りを思い切り、吐き出し、聞いてもらいたいという気持はある。しかし、取の感情や社会的不利な立場に置かれることを恐れて、引きこもっているのである。われわれは地域で、自死遺族に対して支援している保健師と面接したことがある。その結果、自死遺族に対するこのようなアウトリッチ型の訪問看護の需要は多くあり、しかも、それは社会的にも自死遺族にとっても、大切な仕事であることを知った<sup>3)</sup>。

その他、日本では、電話やインターネットの掲示板、自助グループなどによる自死遺族への社会的介入が始まっている。この点については、後に記す第4章の「自死遺族支援者に対する臨

床心理教育」の項で、もう一度、触れることにする。なお、ここで、自死遺族の社会的介入に関与する世界の動向について若干触れておく。河野健治の報告によると、スウェーデンには、自死遺族に特化したグループ(SPEs)があり、その自死遺族支援組織は社会の中で大きな役割を果たしているという。ここでは、遺族会を統合する形の“アンブレラ組織”が全体の自殺対策の中で大きな働きをしているという<sup>4)</sup>。また、自死遺族が難しい課題を抱えている場合、地域の保健師やかかりつけ医に相談し、問題を解決する。インターネットのサイトをみるとか、支援組織にメール相談をするなどといった方法があるという。しかし、スウェーデンのやり方にも泣き所があって、伝病的な専門家からの必要な情報は入ってくるが、横の人間関係が希薄であるという。それに引き換え、イギリスでは Compassionate friend, CRUSE のように医療の専門家のネットワークにほど強くはないが、家族や地域共同体の絆が強いことが大きな特徴であるという。また、ドイツには、Verwaiste Eltern がある。こうした自死遺族のサポートグループは、カナダ、マルタ、ニュージーランド、そして、アフリカへと活動が広がっているという。日本でも、自死遺族に対するいろいろな社会的介入の仕方を模索している。たとえば、われわれが運営している自死遺族支援団体「グリーフケア・サポートプラザ」では、電話相談や分ち合いの会だけでなく自死者を悼むための追悼式を行おうとしている。参加者は、どの宗教を信じていてもよいし、無宗教者も参加してよい。自死遺族関係者は、この追悼式に参加することによって、死者を想起し、その魂が安らかになるように祈る。しかも、一人ではなく、共通の痛みを持つ仲間と共に、この式に参加を促すところに、真の社会化と悲嘆緩和をめざす、主催者の意図がある。

この他、社会的介入の方法として、多重債務など、負の遺産を背負った遺族のケアなどがあるが、この点については法テラスなど、専門機関に紹介することも援助者の大切な仕事の一つである。

#### (5) 自死遺族に対する実存的・スピリチュアルなケア

自死遺族を支援するにあたって、もつとも大きな課題の一つは、実存的・スピリチュアルなケアである。なぜならば、自死はすでに述べたように、不条理な死であるからだ。人間は、不条理な現実直面する時、その意味を問う。そして、人生における生や死の意味を問うことこそが、実存的・スピリチュアルケアの主要なテーマなのである。

悲惨な自死で身内を失った遺族は、その直後から激しい悲嘆の嵐に襲われる。そして、この時期を通り過ぎると、故人の死は、自分にとって何だったのだったのかと考え始める。つまり、死者が残っていた価値について熟考し、その未完の課題を完成させることが、遺された者の責任なのではないかと考えるようになる。自死した人の生を振り返るとき、確かに結果からみれば、中途で挫折した人生であったように見えるかもしれない。しかし、亡くなった人の結果、つまり、死に様だけを見てもならない。彼らの生と死、つまり全体をみなければならぬ。彼はその全生涯を生ききるまで、彼なりに一生懸命、努力をしたであらうし、人生の不条理や病と闘い続けたの

である。その勇氣ある生への姿勢をもつと評価すべきではないだろうか。また、自分の意志ではなく、難しい心の病にかかり、自分が苦しいだけでなく、心優しい彼らにとって、身内や周囲の人に迷惑をかけたことを申し訳なく思い、他者配慮的動機から、自ら積極的に死を選び取ったのかもしれない。このように考えてくると、遺されたわれわれは、もつと自死者の人格を認め、彼らを選びとった死というものを、尊敬ある死として認めてもよいのではないかと思う。確かに彼らは、この世において、精神的安らぎは、得られなかったかもしれない。しかし、かれらの生き様、死に縁そのものが、遺された者の生き様そのものに対して、あるときは優しく、またあるときは厳しく問いかけているのではないか。そこで、われわれは、死者が果たしえなかつた夢、未完の課題、かれらが遺された者に託していった意志や希望を達成すべく、まさに「一日一生」のつもりで、現在の時を大切に使うことが求められているのではないだろうか。自死遺族支援者は、自死遺族に対してこの点をきっちりと指摘すると共に、共にこれらの点について考えてゆく姿勢を貫くべきである。

それでは、自死者がわれわれに残していった“宝物”つまりプラスの遺産とは何か。われわれは、それを四つの範疇に分けて考えてみたいと思う。

第一は、自然領域における美への気づきである。自死遺族は、自然の美にふれる中で、その悲しみが癒されると述べる人が多い。かれらは、事件が起こる前まで、なにも感動しなかつた自然の中に新鮮な美と生命力を感じ、しかも、その中に怒りにより癒されたと訴える人は多い。

第二は、社会的領域への気づきである。多くの自死遺族は、長年にわたって、故人と共に心の病と戦ってきた。彼らが、身内に人を、自死で失ったとき、死者が生者に託そうとした意志とは何だったのかというのを考える時、遺族自身が、精神障害者を助ける仕事に関わりたいという思いが強くなって、カウンセラーやソーシャルワーカーや介護士、看護師などといった援助的な仕事についていた人が少なくない。<sup>4)</sup>

また、ある自死遺族は、この淋しさ、苦しさ、悲しさなど、自分の心情を正直に吐露した体験記を公開した。こうした行方も自らの意志を社会に向かって発信する有力な手段になる。その体験を読んだ、ある自死願望を持った人は、遺族がこれほど悲しんでいるということは全く知らなかつたが、その体験記を読んだから、もう二度と自死しようとは思ひまいと決心したと言ったことを聞いたことがある。その意味で、この自死遺族は、自分が執筆することを通して、立派な自殺予防活動を行ったことになる。

第三は、倫理的領域への気づきである。

自死遺族の多くは、大切な身内を自死で失い、かれらが生前に執着していた金銭、地位、見栄、体裁、世間体、プライドを絶対化することなく、むしろ、自分の精神内界を客観的に見詰めて直し、これまでの自分がとってきた心的態度を相対化できるようになったという人は多い。彼らは、悲惨な自死という出来事を通して身内を失うことにより、これまで気づかなかつたさまざまな徳、

すなわち、病めるもの、筑しものへのやさしいまなざしや共感、人に対する謙遜と感謝、自分が限界ある存在であるということに対する認識、委譲する心、寛容さが大切であること、優れた品性を形成するためには訓練が必要であること、新しい人との出会いによる感動、大切な人を記憶にとどめることこそが愛や希望の源泉になること、といった事柄に気づきを与えられたと語っている<sup>5)</sup>。つまり、自死遺族の多くは、自分の身内や親友を自死で失ったことが、新たな倫理的飛躍をもたらす契機となつたと証言している。このような自死遺族の態度変容の真態を知ると、この世に生起する一見すると楯のように思える出来事すらも、幸福なときには得られなかつた知恵や徳を与えてくれるきっかけとなることがあるということに気づかされる。その意味で、人生において、悲しい出来事に遭遇することも決して無駄なことではない。

このようなことは、悲嘆の渦中にある自死遺族は、視野狭窄に陥っていて、なかなか気づかなかい。しかし第三者の立場にある支援者は、そうしたことを経験知によって知る機会が多いので、そのことを自死遺族に伝えるべきである。

第四は、宗教領域への気づきである。自死遺族は、身内の者が、自死することによって、多かれ少かれ、見捨てられ体験を持つ。そのため、彼らは、超越的他者のとりなしによって、自死者とのつながりを希求するようになる。つまり、神仏への信仰を持つことによって、未来への展望を開き、希望を持って生を全うしようとする。

これらの事柄をもう少し敷衍すると、自死者との再会やつながりを願う自死遺族の気持というものに分析してみると、凡そ二つの動機があるように思われる。第一は、自分の犯した過ちを神にとりなしていただき、自ら至らなかつたことを悔い改め、故人との和解と許しを願うという目的がある。このような遺族は、生前十分に自死者を愛せなかつたことへの許しを神に求め償っていただくことを願うと同時に、その苦しみを自らも荷ない、かれらの遺志を証することが生者としての責任であると思うに至る。第二は、愛している者との再開への希望である。つまり、自死遺族の心の中には、死者は、無にならぬ、無になつてほしくないという願望がある。このような再会願望が成就されるためには、いったん灰になつた身体を蘇らせて下さる神の力への信仰が与えられなければならない。無限の宇宙空間の中にあり、しかも永遠の相における生者と死者との再会、共存、共生を信仰のゆえに確信した者は、この世で一度死者と共に死に、現実の社会の中で死者と共に生きなおすことができるようになる。

以上、まとめると、支援者は自死者と遺族との絆が強ければ強いほど、その死後、遺された者は、自然的、社会的、倫理的、宗教的領域において、大きな気づきを与えられ、視野が拡大されることを支援者は遺族にたいして教育すべきである。

#### 4. 自死遺族支援者に対する臨床心理教育

これまで、自死遺族個人に対する臨床心理教育の必要性について言及してきた。本章では与えられた紙面が限られていることを考慮し、自助グループのスーパーバイザーやリーダーを念

頭に置きながら、その心構えや運営を進めるにあたって注意すべき点のみについて触れておきたい。

自死遺族が、救いと慰しを求めて、自死遺族の自助グループや支援グループあるいは、専門家等のごとくを助れたとき、かえって傷つけられて帰ってきたという話をよく聞く。これを二次的被害という。このような不幸な出来事を防ぐためにも、自死遺族支援者に対する臨床心理教育は重要である。

ここでは、自死遺族を中心とする自助グループを支援者する場合、その運営にあたる際に、スーパーバイザーが留意すべき点を記す。

#### (1) 基本的態度

話し合い、分ち合いの場が、安全感と安心感の持てるような空間であるように配慮すること、温かさや肯定的な言葉かけ、つまり、ねぎらいの言葉を忘れないこと、聴くという態度を貫くこと、批判的言葉や相手を巻き込み誘導するような態度は避けること、謙遜であること。

#### (2) 守秘義務の原則

分ち合いや支援グループで話された内容が外にもれた場合、遺族自身や家族が、世間の偏見や差別に会い、さまざまな社会的不利に陥ることがあるので、そこで得た情報は、口外しないこと。

#### (3) 自由の原則

参加者に対して自死に関わる事柄を、分ち合いの場で話すことを強制してはならない。また、本人の自由意志によって自死者に関する事柄を話す自由を阻んではならないこと。

#### (4) 個別性の原則

分ち合いや支援グループに参加している者は、性差、性格、生育環境、家族状況、亡くした対象、自死の仕方、病気の有無、その種類、罹病期間、悲嘆のプロセス、経済状態、趣味、信仰など、それぞれまったく異なっていることに十分留意し、その個別性を尊重すること。その際、相手の状況を考慮せず、忠告やコメントをすることは、厳に慎むべきである。

#### (5) 平等の原則

分ち合いの席上、ある特定の人物が、長時間にわたって発言するような場合は、相手を傷つけないように配慮しつつ、制止する必要がある。時間は限られているから、平等に発言の機会が与えられるべきである。もちろん、沈黙を希望するものは、それを受け入れる。

#### (6) 限界をわきまえること

分ち合いや支援グループという枠の中に、参加者があてはまるかどうか、的確な判断を行う能力が求められる。治療が必要な場合は専門機関を紹介する必要がある。また、法的・経済的問題がからむケースは、ニーズにあった社会的資源を探し紹介することが大切である。

#### 5. むすび

これまで、自死を不条理な死として位置づけ、自死遺族および自死遺族支援者に対する臨床心理教育に必要と思われる事柄について言及してきた。このような教育は、自死遺族の悲嘆緩和を目的として行われるものである。

今後、このような臨床心理教育のカリキュラムを充実させ、また、実施場所や実施方法に工夫を加え、さらに、教育者の人材育成に心を砕き、この目的達成のために努力してゆくことが望まれる。

#### 引用・参考文献

- 1) 自殺対策白書—平成 19 年度版、内閣府、38 ページ、2007
  - 2) 自殺対策白書—平成 19 年度版、内閣府、3 ページ、2007
  - 3) 平山正実、保健師等の支援者側と自死遺族との関係について—平成 19 年度、「心理学的指標データベースを活用した自殺原因分析に関する研究」、p3～p13、2008.3
  - 4) 平山正実監修、自ら逝ったあなた、遺された私、朝日新聞、2004
  - 5) 川野健治、自死遺族ケアをめぐる官民の動向について、P14～P15
- 自死遺族ケア団体全国ネット 第3回スタッフ研修会〔報告書〕、自死遺族ケア団体全国ネット、2008.1.26

自死遺族ケア団体全国ネット 第4回研修会報告書

2009年9月30日発行

発行者「自死遺族ケア団体全国ネット」

〒107-0052

東京都港区赤坂9-2-6 カルム第2赤坂103号

電話：03-5775-3876(木・土曜の10時～16時)

FAX:03-5775-3871

メール: [info@jshicare.org](mailto:info@jshicare.org)

ホームページ: <http://www.jshicare.org/>

作成協力: 奈良自死遺族ケア研究会

無断転載・複製を禁ずる

印刷: (株)新踏社

## 課題に関する現状報告

国立精神神経センター  
自殺予防総合対策センター  
竹島 正

ご紹介ありがとうございました。自殺予防総合対策センターの竹島でございます。平山先生からご紹介いただきましたが、基礎調査のことを含めまして、今日のシンポジウムのテーマについての現状報告ということで、私どもの考えている自殺の問題というものを簡潔にお話していきたいと思っております。

### 自殺とは何か

統計によれば1998年(平成10)に急増し、以後もその水準が続いているという現状があります。その現状を踏まえて、自殺予防または自死遺族の支援を進めることとなりますが、適切な対策を立てるためには、そもそも自殺とは一体何なのかということにさかのぼる必要があるのではないかと考えております。

自殺は死因の一つです。死因というのは大きく二つに分かれて、病死及び自然死というものと、外因死に分かれます。外因死の中の一つが自殺です。自殺はどのように定義されるかということ、「死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法を問わない」と書かれています。これは死亡診断書作成マニュアルをもとにした文章です。では「死亡者自身の故意の行為」の「故意」という言葉はどのような意味なのか。故意というのは基本的に、本人がそういう結果になると理解し

た上で行った行為と理解されています。そうすると、本人が死ぬという意味を持って死んだことになるのかということです。そのところを後で議論をしてみたいと思います。

次に、全国レベルの統計が二つあります。「人口動態統計」と、検視等の警察活動によるデータ、「自殺の概要資料」です。通常これらは新聞紙上とかではあまり区別されずに使われていますが、実はこの二つの統計は違った意味を持っています。

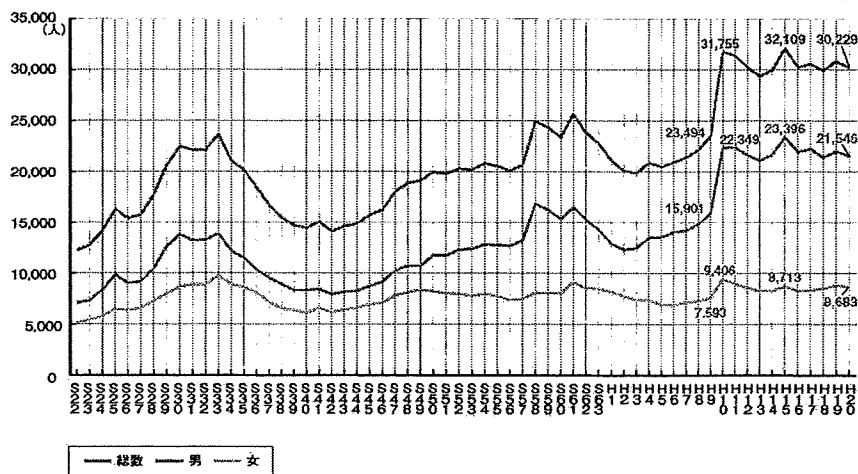
ちょっと退屈な話で申しわけないですが、「人口動態統計」は、出生、死亡、婚姻、離婚、死産を住民票のある住所地で調べていくものです。死亡の中で自殺を取りまとめたのが、人口動態をもとにした自殺の統計になります。それから、もう一つは警察庁の統計ですが、これは警察庁のほうで、自殺なのか、事故死なのか、他殺なのか、死因を見きわめるために行われる警察活動をもとにしたもので、発見地でまとめられます。例えば、東京の方が大阪で自殺で亡くなった場合には、警察のデータでいうと大阪に上がってきます。ただし、人口動態になると東京で上がるということです。このように二つの統計は意味が違います。だけど、通常はそんなことまでは考えないで私たちは数字を見ているということを、まずお話しておきたいと思っております。

### 自殺は一括りにできない

自殺者の数ですが、残念ながらこの11年間、3万人を超える水準で推移している、これは皆さんご存じのとおりです。だけど、なぜ3万人を超える水準で推移

# 自殺者数の推移

第1-2図 自殺者数の長期的推移(人口動態統計)



資料：厚生労働省「人口動態統計」  
平成24年度版自殺対策白書

しているんだろう、なかなか減りにくいのはなぜだろうかということになります。ここで一つだけ覚えておいていただきたいのは、多くの国で、中高年とか高齢者の自殺死亡率は高いのです。日本はだんだん高齢化社会に向かっていくので、中高年と高齢者の人口はふえています。高齢者人口がふえると、自殺による死亡者数は減少しにくいのだということを、頭のどこかに置いておいてほしいのです。

それから、もう一つ、若年者の自殺死亡率がちょっとずつ高くなっているという問題があります。

98年から3万人を超えたので自殺が大きく話題になった。でも逆に気になるのは、3万人を下回る年が2～3年続いたら、急に人々の関心が冷めて、自殺予防の中長期的な対策が遅れていくのではないか、その心配があります。

私は、自殺者が増える原因はいろいろな意味で明らかにされ、対策もとられるようになっていくので、これからは徐々に減少に向かうのではないかと、期待をまじえて予測しています。人口の高齢化

を割り引いても、徐々に変化の兆しが出てくるんじゃないかと期待しています。

それでは一体、自殺の問題をどうとらえたらよいのかということになります。私は第1に、死因10位の中で7位に多い死だという単純な事実に向けるべきではないかということです。死因の10位の中の7位の死であって、亡くなる方の中で決して少なくない方が自殺で亡くなっている、その事実に向けるべきではなかろうか、という点がまず一つあります。

## 自殺は「社会病」のひとつ

あるとき、たまたま「社会病」ということばが頭に浮かびました。それで「社会病」というのをインターネットで検索してみると、結核予防会の森(亭)先生が講演された記録が出てきました。その中に、ベトナムでは公衆衛生上、「社会病」の概念があるという説明があったのです。ベトナムでは社会病として結核を挙げているというのが出たのです。大変おもしろい考えだと思いました。



では結核とは一体何か、なぜ社会病なのかということですね。結核はご存じのとおり結核菌によって起こる。日本では、いま高齢者の結核や、あるいは貧困層の結核の問題がある。結核は治療法は進歩しましたが、社会対策もやらないと減っていかないという意味では、結核対策と自殺対策とは一体どこがどう違うんだ、と考えることもできます。

違うのは、結核は結核菌から病気になるのですが、自殺は実は多様なもので、結果として自分の行為で亡くなったものを自殺と言うわけなので、実はきわめて多様です。例えば今日、皆さんはここに来られるときに、いろいろなところから来られています。しかしここに来たという事実だけで集めている、そういう数え方に近いということです。そういう意味でいったら、自殺対策というのは、実に非常に多様なものを含みます。

### 自殺対策とは何か？

次に、我々がこれから自殺対策の中で、どこに重点を置かなければならないかという話をします。これは決して、ほかの対策はどうでもいいと言っているのではありません。事実として見ていただきたいのは、若年層の自殺死亡率が徐々に高くなっている。そして、若年層の自殺の問題は恐らく、我々の国で、中長期的に、重点課題であることは間違いないのです。この事実から絶対に目を背けてはいけません。実はほかの国も同じ問題を経験してきたし、英国とかオーストラリアはこの問題を克服してきた。これもまた事実なのです。それから目を背けて

はいけないだろう。

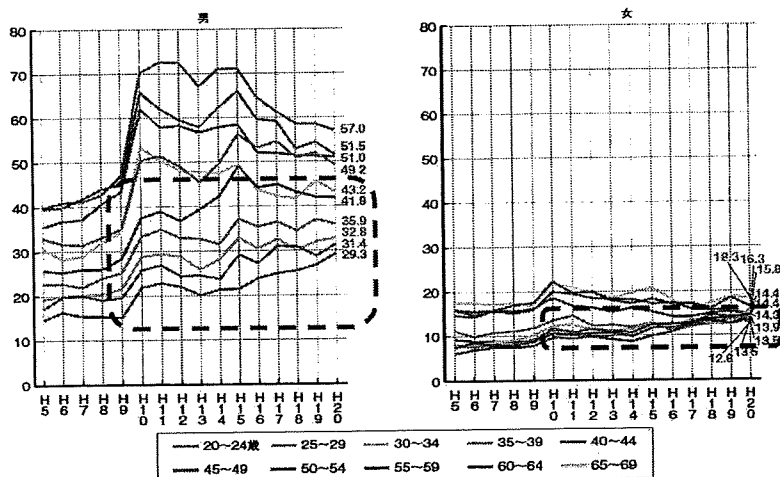
それから、すごくシンプルにされがちな問題がある。例えば職のない人が自殺をすると、失業によって自殺をするというシンプルな扱い方をされる。就職あっせんをすれば自殺が減るのかというと、実はそんな単純なことではない。自殺で亡くなっている方の大体6割は無職者です。無職者の中でも、実は警察のデータで見ると、その半分は「その他無職者」に入れられています。「その他無職者」とはどういう人なのかというのは、実はよくわからなくて、いま内閣府に、警察のデータから「その他無職者」をもう少し分析できないかということ相談しています。「その他無職者」と「失業者」は、統計上も分けられているということです。

では、ここで言っている「その他無職者」という方たちは一体どういう人なのだろう。この人たちをもう少し調べていくと、自殺対策で重要な要素が浮かび出てくるのではないかと思います。人間というのは、恐らく、仕事がなくなっただけでは死なないと思うのです。もっといろいろな要因が絡まって亡くなっていると思います。そこをもっと調べていかなければならない。

若い方の自殺のことをお話しましたが、なぜ若い方の自殺のことを言うのかというと、今の日本の自殺対策はあまりにも中高年の男性モデル、しかも社会経済の問題が直接自殺に影響を与えているというモデルで捉えられ過ぎています。シンプル過ぎます。このシンプル過ぎるモデルを、もっと実際の人間の生死に近寄せていかなければならないと思います。

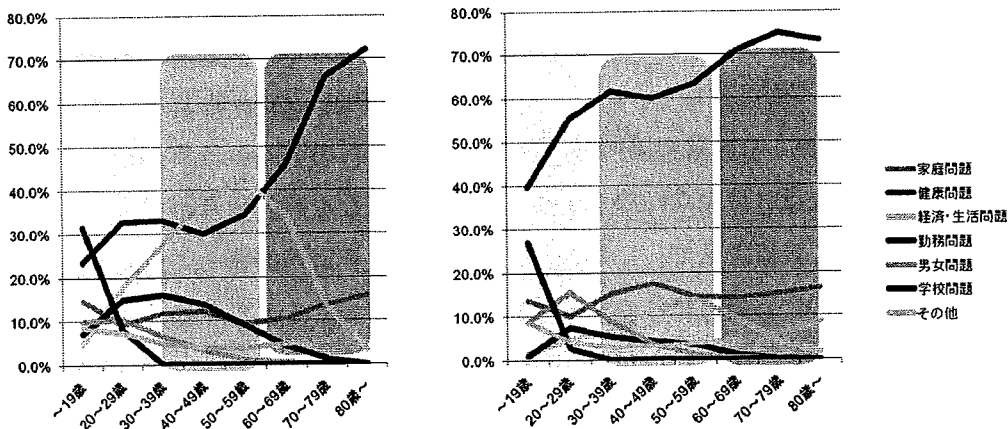
# 年齢階級別の自殺死亡率

第1-11図 20歳以上～70歳未満までの自殺死亡率の推移



資料：厚生労働省「人口動態統計」より内閣府作成  
平成21年度版自殺対策白書

# 性・年齢階級別の原因・動機



それぞれの性・年齢階級の自殺者数で、該当の原因・動機に記載のあった人数を割ったものをパーセントで表した

「平成20年中の自殺の概要資料」をもとに作成

## 年齢層別、男女別に見た自殺の原因

それをわかりやすくするために、この図で、若年層と中高年と高齢者のところに分けました。警察庁のデータの「年齢

階級別の原因・動機」によるものです。非常にシンプルですが、それを見ましても、若年層のところはいろいろな要因が絡んでいます。これは男性ですけれど、中高年のところになると経済問題

と健康問題が同じくらいです。高齢者になると健康問題が高くなります。年齢別にみるだけでもこれだけ違うのです。ですから、中高年の男性の経済モデルでは、若年層は当てはまらないのです。これから見ても、自殺が多様だということはごらんいただけたと思います。

女性でも、同じく若年層、中高年、高齢者と分けています。若年層はやはり多様ですが、男性と違うところは、健康問題が高くなっている。自殺者の数だけのデータで見ますと、男性が多くて女性が少ないので、女性の自殺の問題は、しばしば隠れてしまいます

### 自殺と精神疾患

次に、自殺と精神疾患の関係です。これはWHOがデータを出していますが、自殺者の9割の方が、亡くなったときには精神疾患の診断がつく状態だということです。ただし、もう一つ申し上げておきたいのは、精神疾患の疫学調査で見ますと、大体10人に1人は1年間で精神疾患のような状態を経験するということがわかっている。何を申し上げたいかというと、精神疾患というのは、我々の非常に身近にある問題です。だから、自殺で亡くなった方が精神疾患だと分かったから、精神疾患が原因なのだとすることを申し上げているわけではない。ただ、先ほど「故意による死」ということを申し上げたけれども、実は故意といっても、本人が十分に自律的な判断ができない状態で亡くなった方もいるのではないかと、そういう方も結構多いのではないだろうか。それが「自殺総合対策大綱」で言う

「追い詰められた死」に当たると考えています。

### 自殺について

自殺について重要な論文を、レクチャー形式にまとめた論文があります。

①多くの国々で高齢者は自殺死亡率が高いが、過去50年で見ると高齢者の自殺死亡率は減少し、若年者の自殺死亡率は増加している。これは先ほど申し上げたとおりです。この現象はWHOのデータにもあらわれてはいますが、若年層の自殺死亡率がだんだんふえてきているという傾向は、実は、日本もその中にあるということです。ですから、日本の特徴のような形ではなく、世界各国がこういう問題を経験してきている、日本もその共通の問題を経験しているというふうにとらえたほうが良いと思います。

②自殺の危険因子の遠位にあるものとしては、遺伝、パーソナリティ（衝動性、攻撃性）、胎児期の成長と周産期の環境、幼少時のトラウマ、神経生理異常、近位にあるものとしては、精神疾患、身体疾患、自殺手段の入手しやすさモデルへの暴露がある。モデルへの暴露というのは、実際に身近に自殺で亡くなった方を知っているということです。これはさまざまな文献から研究成果をまとめたものですが、危険因子にはいろいろなものがあります。

③無職者の問題です。無職者の自殺死亡率は高いが、無職者には精神疾患が多い等、関連する要因が複雑であることを考慮する必要があります。ご存知の方も多いと思いますが、男性の完全失業率と自殺

死亡率は相関が高いといわれます。完全失業率が高くなると自殺がふえるので、やっぱり経済が好転しないと自殺は減らないという話がまことしやかに語られます。しかし、失業という中でも、仕事を見つけないというだけではなかなか解決しないさまざまなものを背負っている人たちと、単純に仕事の間を自分で見つければそこで解決できる人たち、いろいろな人たちがいるのということを考える必要があります。

④自傷または自殺未遂歴は最も大きな自殺の危険因子である。後で申し上げますけど、この対策が一番進まない。後でもう一度お話をするかもしれませんが、いま実際に進んでいるのは、取り組みやすいこと、やりやすいことがほとんどです。例えば、自殺予防の文字の入ったティッシュペーパーを配る、自殺予防のポスターを張る、こういうことはやりやすい。だけど、こういうことが本当に有効かという検証はあまりなされていない。今までは、自殺の問題を社会で認識するがためにそれが必要だった。でも、今からは違うと思います。社会における自殺問題への認識はかなり広まった。いつまでも広報活動をやっている時代ではない。本当に効果がある対策と思われるものにもっと精力を集中していく時代に来たのだと私は思っています。

⑤自殺の前には多くの場合、対人関係や健康の問題が先行する。これらが重要なポイントです。

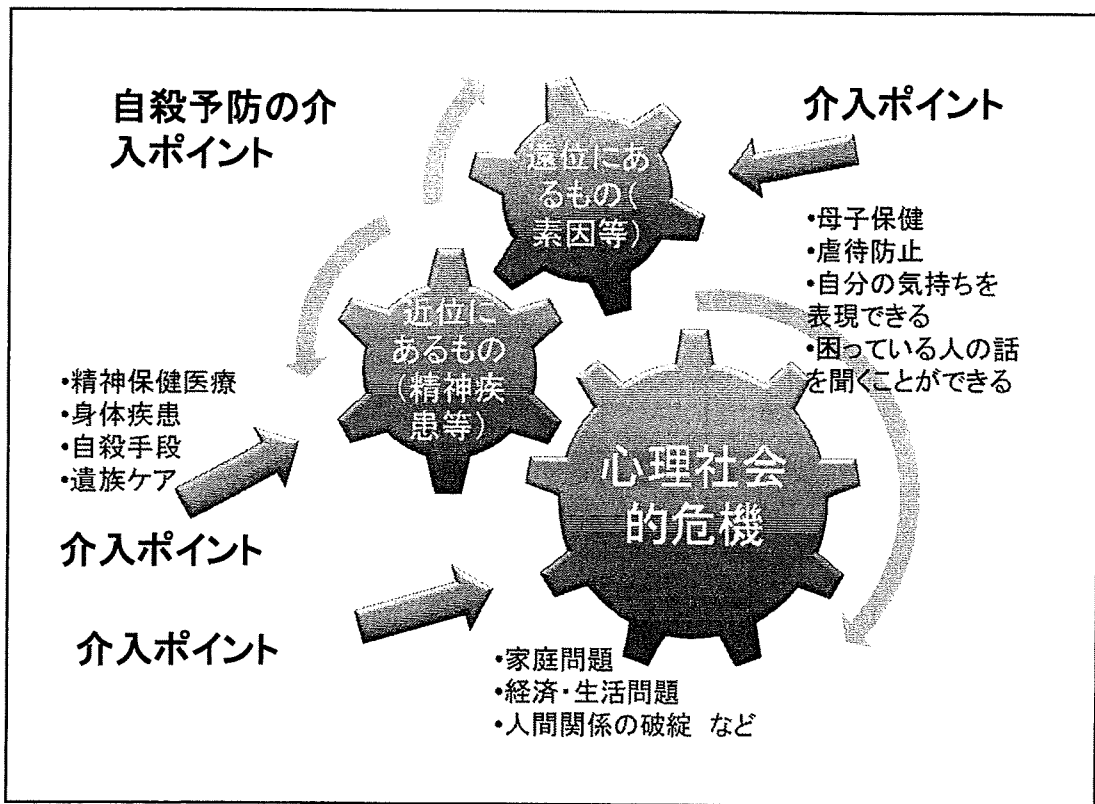
## 自殺予防の介入ポイント——自殺対策における「精神保健的観点」とは？

自殺予防は一体どうやったらできるのかという話です。私なりにシンプルに図のように整理してみました。今日のために言葉を少し入れています。

要するに自殺予防というのは、人生のさまざまな段階で取り組むことだということです。例えば遠位にあるものとして、「虐待」という問題がある。お母さんがうまく子供を育てられない原因に、お母さんが非常に孤立しがちであったり、病弱であったり、精神疾患をもっていたり、さまざまな事情があります。その中で、母子保健による母親のサポートは自殺予防にもなっていきます。それから、これはオーストラリアの精神科医の先生と話していたときに話題になったことですが、「自分の気持ちを表現できるようにする」ことです。実はこれは、学校教育の美術教育なんかで、上手な絵をかくというよりは自分の気持ちを表現できるようにしたほうがいいという話とつながってまいります。それから、「困っている人の話を聞くことができる」、あるいは人の気持ちがわかるということも大事になってくる。こういうのも自殺予防に将来的につながっていく話です。

2番目が「近位にあるもの（精神疾患等）」に対する対応です。例えば、精神保健医療とか、身体疾患のケアとか、自殺手段にアクセスしにくくする。自殺手段というのは、昨年は硫化水素の自殺等が話題になりました。遺族のケアも、遺族の自殺予防として重要と思います。

それから、「心理社会的危機への介入」



としては、家庭問題、経済・生活問題、人間関係の破綻への対応があります。先ほど申し上げたことですが、今の日本の自殺対策は、私どもから見たら、最後の「心理社会的危機」の中の「経済問題」のことだけを言っていると思います。もう少し全体のことを言わなければならない。

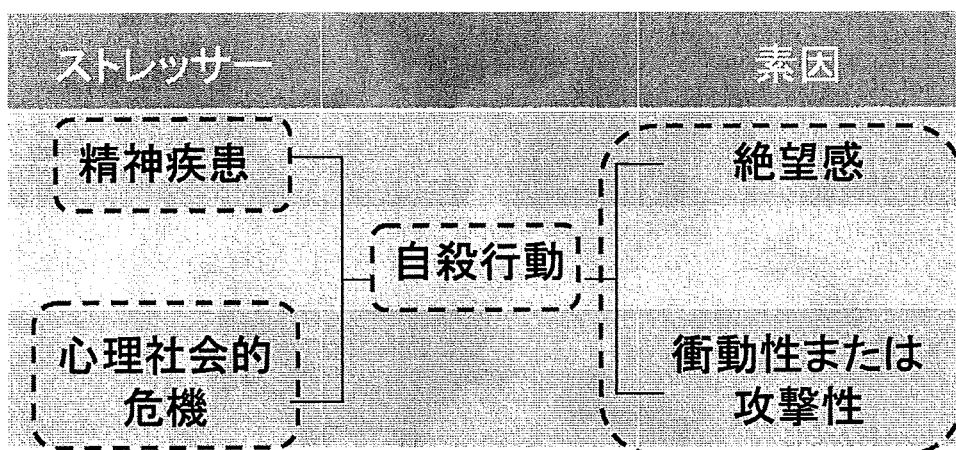
それから、後で申し上げますが、人間というのはみんな生き方の癖を持っています。私も持っていますが、皆様方も持っています。みんな人によって、危機に陥ったときにとる行動が違います。ですから、自殺予防というのは結局、人間のとる行動に働きかけていくことです。例えば支援制度があっても、そこにアクセスする人もあれば、しない人もいます。その支援制度が自殺予防に役立つ人もいれば、逆になると言ってもよい人もいます。例えば多重債務の問題で解決するとき、ギャンブル依存の方に多重債務の

過払いを本人に戻したら何が起こるかといったら、そのお金でさらなる借金をするという可能性があります。過払いの返還で助かる人たちもいます。自殺予防というのは、人間の行動というものをセットで考えなくてはならない。その人間の行動を考えるとというのが精神保健的観点だと思っています。

### 自殺のストレス-素因モデル

自殺行動を理解し、自殺予防対策を立てるためには、ストレス・素因モデルが役立ちます。素因として、絶望感に陥りやすい傾向とか、衝動的または攻撃性が高まりやすい傾向というのがある。それから、ストレスとして、精神疾患、心理社会的危機があり、その上に自殺行動がある。図の「自殺のストレス-素因モデル」の点線で囲んだ五つの部分が、自殺予防のアプローチとしてすべて可能性があるものです。

## 自殺のストレス-素因モデル



Suicide: Keith Hawton, Kees van Heeringen  
www.thelancet.com vol373

今はまだあまり実行されていないのが、素因に働きかけるということです。例えば衝動性または攻撃性、絶望感に陥りやすいということにどのように働きかけるかということです。このモデルで説明すると、選択肢が限られた発想をしやすい人は、絶望感に陥りやすい、そして自殺の可能性がどうしても高くなる。ストレスへの対処行動を身につけていくのも重要なこととなります。この点は、まだ自殺対策であまり述べられていません。

それから、精神疾患については、まだまだ精神保健医療の充実の必要があるし、心理社会的危機に対する対処については先ほど言ったとおり、まだ全体のことは語られていない。さらに自殺行動を示した人に対しての介入ということになると、これも道遠しの感があります。

そういう意味で、自殺対策についてやることはいっぱいあって、実はこれをしていくことが結果的に、自殺の問題だけではなく、ほかのものにもいろんな意

味で広がるようなプラスをもたらしてくれるということを理解しておくことが大事です。そうしないと3万人を2年くらい下回ったときに、自殺対策を強化するときは終わったというような話になります。

実際にこういう例がありました。昭和50年代に若年者、未成年の自殺がふえました。総理府から自殺予防のためのレポートが出た翌年に、自殺者数が減ったんです。対策の実施は泡と消えました。自殺者数が減ったときに要注意で、注意していかなければならない。自殺者数に関わりなく、予防政策をきちんと取り組んでいったら、恐らく、またふえざるを得ないような時期が迫ってきたときにも、ふえる幅を最小にできる、あるいはふえないで済むようにできる可能性があると思います。

### 我が国の自殺対策の経緯

次に、我が国の自殺対策の経緯について

## 自殺予防の介入ポイント

	青少年(30歳未満)	中高年(30～64歳)	高齢者(65歳以上)
特徴と問題点	<ul style="list-style-type: none"> <li>●早期発症の精神障害による社会参加困難</li> <li>●精神科治療薬の誤用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●社会的問題(借金)を抱えた人の背景にアルコール問題</li> <li>→不眠への対処</li> <li>→うつ病との合併</li> <li>→援助を受けていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●精神科受診率が低い</li> </ul>
介入ポイントと対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>●学校と外部機関との連携による早期介入</li> <li>●精神科治療薬の適正使用のための対策</li> <li>●家族支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●アルコール問題を含めたメンタルヘルスプロモーション</li> <li>●精神科医のアルコール問題についての診断・治療能力の向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●かかりつけ医のうつ病に対する診断・治療能力の向上、および精神科受診の促進</li> </ul>

平成21年度版自殺対策白書をもとに一部改変

て簡潔にご紹介したいと思います。今まで日本の自殺対策というのは1998年に急増してから始まったと言われていたのですが、その前にも民間団体等が取り組んでいます。日本ののちの電話連盟などが取り組みはじめたのもそのころです。だけど、そのころには、あまり社会のほうは反応しなかったようです。

第1期(1998年-2005年)は、厚生労働省が中心になって取り組みました。

第2期(2005年-2006年)は政府全体の取組みに進み、第3期である2006年の自殺対策基本法の成立以降は、社会全体で取り組む方向になりましたが、中身の構築はこれからだと思っています。

その中身の構築に関して、私どもがいま行っていることとして、まだ十分なものではありませんけれど、ご遺族の方からお話を伺って、自殺予防のためにどのようなことが大切かを教えていただくための調査を「自殺予防と遺族支援のため

の基礎調査」という名称で取り組ませていただいております。現在70名ぐらいのご遺族の方からご協力いただいておりますが、今日ご紹介するのは、40数名の時点の分析結果を簡潔にまとめたものです。

先ほど私は、警察のデータから見ても、若年者、中高年、高齢者のライフステージによって、自殺に関連する要因は違うようだというお話をいたしました。まだ少ない事例ではありますが、せっかくいただいたデータなので、そこからわかることをまとめてみました。

### 自殺予防の介入ポイント

それを見ますと、若年者の方、30歳未満の場合には、例えば発症した精神疾患で引きこもりとか不登校を引き起こす中で、人との関係が細っていく、その中で自殺が起こってくるという問題に気づきました。そうしますと、精神疾患が起こってきた早期のうちに、学校と学校以外

の機関が連携して介入するということが大事になります

それからもう一つは、自殺の手段、または自殺の補助手段として治療薬を大量に使ったりする、あるいは薬局で買った薬をまとめて使ったりすることがあります。そういう問題への対策です。ここで補助手段と申し上げるのは、例えば薬剤を使って、自分のコントロールが十分でない状態になって、飛びおるとか、縊死をするということです。それからもう一つは、ご家族の方の支援ということも考えるべきではなからうかということが浮かび上がってまいります。

それから、中高年の男性ですけれども、調査によりアルコールの問題が出てきました。うつ病のことは今までよく出ているので書いていませんが、うつ病とアルコールの問題は、深い関係にあります。特に自営業の方で一生懸命仕事をして、なかなか仕事がうまくいなくなって、アルコールにはまっていくということが起きる。それから、アルコールにおぼれる中でうつになる、うつだからアルコールを使うという悪循環が起こる。かつ適切な相談機関を利用しないという方がいらっしゃる。これまでの自殺予防対策の中で、アルコールの問題はあまりに抜け落ちている。

私が高知県で仕事をしていたとき、断酒会の方ともおつき合いがあったのですが、その方に、自殺予防総合対策センターの仕事をするようになってから、断酒会員の自殺はどうだったのかを聞いたことがあります。そうしたらその方が、いろいろ振り返る中で、自分が知っている

自殺の事例は結構あるという話をされて、そのことが縁になって、実は全日本断酒連盟の協力を得て、断酒会員の方に調査をお願いしています。アルコールの問題は、自殺対策から抜け落ちています。いま私どもは、この問題を指摘しているのです。

アルコールの問題は介入する甲斐があると思っています。なぜかというと、例えば、アルコール依存症の方は家庭問題も持っています。家族関係がガタガタになりますから、家庭問題が起こります。それから、アルコール依存症という精神疾患があります。他の精神疾患も併存しているかもしれません。それからもう一つは、経済生活もガタガタになります。収入の問題が起こっています。アルコールの問題から入った自殺予防は、精神疾患、家庭問題、経済問題、その三つに介入ができる。

しかも、断酒会などの自助グループは、それに介入してきた、それで仲間を助けてきた歴史を持っているのです。やっぱりアルコールの問題は、もっとスポットを当てていかないといけないと思います。

来年(2010年)の2月に秋田県の精神保健福祉協会の支部から依頼があって、話に行くことになりました。秋田県の自殺対策はたいへん充実していますが、アルコールのことはあまり話題になりません。酒どころのおひざ元でアルコールの話をしてきたいと思っています。

それから、高齢者については、うつに対する受診の問題ですね。やっぱり高齢者の方の場合、なかなか受診がしにくい



ので、受診へのアクセスを高めるという課題があります。

ハイリスクと言われる方、リスクが高く重なっている人たちへの介入が必要で、介入するときどう介入するかとなると、その方たちが示している行動、相談のきっかけになる行動がやっぱり介入しやすい。アルコールの問題の例でいえば、アルコールの問題で困っているご家族の方から相談を受けるとか、そういったところが、まず入り口になるのではないかといいことです。

これは自殺予防総合対策センターの研究者たちとよく話をするのですが、自殺そのものに対する介入ということよりも、実際はその人たちが示す行動の中で介入のチャンスがあるのではないかといいことです。例えば、自殺に至る前に何年間かの不安定な時期を過ごすのであれば、その中で、介入の機会があるのではないかという話です。我々の行っている調査は、ご遺族の方々に教えていただくものですが、それによって、今後の自殺予防の取組みも明らかになっていくのではないかと考えています。

### **自殺予防のための断酒会へのアンケート調査**

断酒会の方たちを対象にアンケート調査を実施しました。その結果は簡潔に申し上げますと、本気で死にたいと思ったことがあるとか実際に自殺の計画を立てたということは一般の方よりもずっと多いのです。ところが断酒会員になってからはそれが減るのです。だけど、会員になってからも、自殺を思う方はもちろんい

ます。でも減るのです。リスクがありながら、断酒会などの自助グループに結びつかない方というところを、気にかけていくことが大切だと思います。

### **自殺対策はどこで、だれが担うか**

そろそろまとめていきたいと思います。ここで取り上げたいのは、自殺対策はどこで、だれが担うかという問題です。これはずっと私たちが考えてきたことですが、自殺対策とを看板に掲げているところだけが自殺対策に取り組んでいるのかということ。結論を申し上げますと、どっちかという、自殺予防とか自殺対策を看板に掲げていないけれど、実際に自殺の危険の高い人たちを支援し続けている取組みはたくさんある。そこでやっていることは、すべて、考えようによっては、自殺対策をやっているのですね。精神保健医療もそうですし、母子保健とか児童福祉の現場もそうだと思います。それから、障がい者福祉もそうだと思うし、虐待防止や、地域保健の活動とか介護保険の領域もそうでしょう。ホームレスの支援もそうです。ホームレスの人たちに精神疾患のある人も多し、自殺行動も多いのです。断酒会とかダルクとか自助グループも自殺予防に取り組んでいることになるでしょう。

このような活動を大切にすることによって、結果的に、行政や、自殺予防や自殺対策を標榜している民間団体も、いい活動ができるのではなからうかということです。このような話を自治体の職員の方たちに話をする、非常に安心してくれるし、納得してくれるのです。それな

らば、自分たちの日常業務の中でも、できるものが見つけられるということを書いてくれます。それを私は大切にしたいと思っています。

これは先ほど申し上げた今の対策の問題になりますが、「自殺対策基本法」の「自殺総合対策大綱」の中に柱が9本ありますが、最も少ないのは「自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」という事業です。もちろん事業の数ですから、これで物を言うのは非常に荒っぽいことであるし、ひょっとしたら皆様方に誤解を与えてしまう恐れもありますので、問題提起としてお聞きいただきたいと思います。多いのはやはり啓発的なものです。講演会、研修会、このようなものは事業としてやりやすいですね。市町村のトップは、自殺対策に取り組んでいることを外に示そうと思うと、啓発的な行事に傾くという話を聞いたことがあります。でも、もうそのような時代ではないと思います。もっと中身に入るべきだろうというのが私の主張です。

いま自殺予防総合対策センターのホームページに上げているのは困窮者の問題です。今ちょうどワンストップサービスとかいろんなことを言われているけど、私たちはもう少し困窮者の方の実体を踏まえた支援が必要だと思っています。そのためには、困窮者の方たちの抱えるメンタルヘルスの問題について、もっときちんとした調査が必要であると考えています。そのための準備をしているところです。

## メディアへの要望

最後にメディアのことについて一言だけお話をして、私の話を終わらせていただきたいと思います。12月か1月ぐらいになると思うのですが、自殺予防総合対策センターで翻訳をつくっていて、もうすぐ公開します。オーストラリアのSANEというNGOが中心になってとりまとめた冊子です。連邦政府の資金で、NGOが中心になって、メディアと精神保健の専門家が共同作業でつくった『自殺と精神疾患の報道—メディア従事者のために』という冊子です。

この中で繰り返し書かれているのは、社会には脆弱な人たちがいること、脆弱な人たちが報道を目にするということを考えて報道してください、ということです。自殺の問題については、自殺の手段とか自殺の場所についての詳細な報道は避けてください、ということを繰り返し書いています。例えば公園のどの場所で死んだとか、具体的にどのような方法で自殺をしたということです。それは一般の方たちはあまり気にしないかもしれないけど、脆弱な人たちはそれに非常に引きつけられます。そのような報道を避けるようにと、繰り返し書いてあります。私はこれを翻訳したときに、やはりこういったものが日本に要すると思いました。

以上、たくさんのお話をさせていただきましたけど、私の話を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。  
(拍手)

平山 竹島先生、どうもありがとうございました。竹島先生のお話を聞いてお

りまして、科学者としての冷徹な目というよりも、むしろその背後にあるヒューマニティーと申しますか、人間を大切にするという思想をきちんと踏まえていらっしゃるということを今日のご講演から知ることができました。今日は大変よかったですと思います。

次いで、ご遺族からの提言ということで、全国自死遺族連絡会の田中幸子さんに「遺族からの提言」という主題で、遺族としてどのような問題に直面してこられたか、行政や政治に何を求めたいかをお話させていただきます。

## 遺族からの提言1 自死遺族支援に遺族当事者の 要望を反映させてください

全国自死遺族連絡会  
田中幸子

皆さん、こんばんは。仙台から参りました田中でございます。短く自己紹介をさせていただきます。宮城県の警察官であった、当時34歳の長男を自死で亡くしております。事故処理担当係長でした。それから半年後に自分で立ち上げた会が藍の会です。そして、今から約2年ほど前に全国自死遺族連絡会を結成しました。これは分かち合いをする組織ではございません。遺族から国に対していろいろな要望を出していくことがあります。また遺族の会を立ち上げたいのだけどどうしたらいいのか、裁判したいんだけどどうするかというような相談を受けて、さまざまところにつなげていくということ

をしています。遺族個人をそれぞれつなげていく支援をしております。

私が会をはじめて約3年半になりますけど、その中で私自身が知らなかったさまざまな問題をたくさん教えていただきました。遺族の方から3万件以上、延べ件数にしていま3万2000~3000件だと思いますが相談を受けました。去年からですが、相談の中で出てきた問題を要望としてまとめて国に対して出しております。

国の対策で私たち遺族が非常に疑問に思っているのは、第一に「自殺総合対策大綱」の「概要」(パンフレット)の裏側にあります自治体窓口が、北海道から沖縄まで全国すべて、精神保健課、精神障害課なのです。全部「精神」がついております。そして私は宮城県の仙台市に対策の担当課は変えられないのかとたずねました。仙台市は健康増進課が窓口になっていますが、自分たちは心の健康づくりが主である、ほかの組織の課のところまで手は出せない、だから対策としてはどうしても精神障害、精神、心の問題になってしまうのだということをおっしゃっていました。私たちは、窓口を変えてほしいと要望しております。さまざまな総合支援と言われている中で、総合支援の願いをしても、担当窓口は、「いやいや、ここは健康増進課なので心のケアなのです」とおっしゃるのです。遺族が求める総合支援には結びついていかない。そして、自殺対策も同じだと担当課の方がおっしゃっています。

去年から2度、国に対して要望書を提出しております。それをここで具体的に

2009 年度  
厚生労働科学研究費補助金  
(こころの健康科学事業補助金研究事業)による学術シンポジウム

## 自殺予防と自死遺族支援の現状と課題

——自殺未遂者とその家族を理解し、自死遺族を支えるためのシンポジウム——

### 資 料

主 催

国立精神神経センター・自殺予防総合対策センター

聖学院大学大学院・総合研究所