

of the National Institute of Mental Health, Japan, and the other members of the WMHJ. The survey was carried out in conjunction with the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. The authors would also like to thank the WMH staff for assistance with instrumentation, fieldwork, and data analysis. These activities were supported by the US National Institute of Mental Health (R01MH070884), the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, the Pfizer Foundation, the US Public Health Service (R13-MH066849, R01-MH069864, and R01 DA016558), the Fogarty International Center (FIRCA R01-TW006481), the Pan American Health Organization, Eli Lilly and Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical Inc., GlaxoSmithKline, and Bristol-Myers Squibb. A complete list of WMH publications can be found at <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>.

References

- Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:441–52.
- Takeshima T. Kokoro no kenko ni tsuite no ekigaku-chousa ni kansuru kenkyu (in Japanese). Tokyo: National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry; 2006.
- Naganuma Y, Tachimori H, Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, et al. Twelve-month use of mental health services in four areas in Japan: findings from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;60:240–8.
- Ono Y, Kawakami N, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, et al. Prevalence of and risk factors for suicide-related outcomes in the World Health Organization World Mental Health Surveys Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62:442–9.
- Health and Welfare Statistics Association. Journal of health and welfare statistics (in Japanese). Tokyo: Health and Welfare Statistics Association; 2010.
- Yamagata Prefecture. Annual report of vital statistics Yamagata (in Japanese). Yamagata: Health and Welfare Department of Yamagata Prefecture; 2010.
- Asahi Shimbun Publications. Minryoku 2009 (in Japanese). Tokyo: Asahi Shimbun Publication; 2009.
- Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare. Kanja Chousa (in Japanese). Tokyo: The National Patient Survey; 2007.
- Isometsä E, Henriksson M, Marttunen M, Heikkinen M, Aro H, Kuoppasalmi K. Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *Br Med J*. 1995;310:1366–7.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1009–14.
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:617–26.
- Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med*. 2002;136:302–11.
- Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications, Japan. 2005 Population census of Japan (in Japanese). Tokyo: Japan Statistical Association; 2006.
- Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13:93–121.
- Kawakami N, Shimizu H, Haratani T, Iwata N, Kitamura T. Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Res*. 2004;121:293–301.
- Oakley Browne MA, Wells JE, Scott KM, McGee MAS. New Zealand Mental Health Survey Research Team Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:865–74.
- Beautrais AL, Wells JE, McGee MA, Oakley Browne MA. Suicidal behaviour in the Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey (NZMHS). *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:896–904.
- Lee S, Fung SC, Tsang A, Liu ZR, Huang YQ, He YL, et al. Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116:429–37.
- Bromet EJ, Havenaar JM, Tintle N, Kostyuchenko S, Kotov R, Gluzman S. Suicide ideation, plans and attempts in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health Survey. *Psychol Med*. 2007;37:807–19.
- Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM, Kessler RC. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample: the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:1022–31.
- Takahashi K, Naito H, Morita M. Suicide prevention for the elderly in Matsunoyama Town, Higashikubiki County, Niigata Prefecture: psychiatric care for elderly depression in the community (in Japanese). *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 1998;100:469–85.
- Motohashi Y. Suicide program for elderly person in Akita prefecture (in Japanese). *J Natl Public Health*. 2003;52:317–21.
- Motohashi Y, Watanabe N. Suicide can be prevented: planning and action of suicide prevention by health promotion approach (in Japanese). Saimata: Spica-shobau; 2005.
- Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, et al. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:337–44.

特集 自殺予防と精神保健医療の役割

自殺予防と精神保健医療の役割

竹島 正

わが国の自殺による死亡者数は 1998 年に急増して 3 万人を超え、以後もその水準で推移しており、自殺予防は社会全体の大きな関心事となっている。このことを踏まえ、自殺予防と精神保健医療の役割について、日本社会精神医学会、日本自殺予防学会との共同シンポジウムとして実施した。

竹島正は、わが国の自殺死亡急増後の国の取組を 3 期に分け、第 1 期 (1998~2005) は厚生労働省中心の一部地域の取組であったこと、第 2 期 (2005~2006) は政府全体で取り組むようになる転換点であったこと、第 3 期 (2006~) は自殺対策基本法の公布以降の現在進行中の過程とした。そして、わが国の自殺対策は、社会全体で取り組むという方向のもと、自殺の背景にある社会的要因にも目を向け、必要と考えられることは何でも積極的に取り組んでいこうという方向に進んだが、今後はハイリスク者に焦点を当てた対策が必要であると述べた。

高橋祥友は、1996 年に国際連合と世界保健機関が発表した国のレベルでの自殺予防対策立案のためのガイドラインでは各国の社会文化的実情に応じた対策を計画することの重要性が強調されていること、国のレベルで自殺予防対策に効果があったとされるフィンランドでは、自殺に直結しかねない精神疾患を適切な治療に結びつけるメディカル・モデルと一般住民への啓発活動であるコミュニティ・モデルの間に緊密な連携を保ち、長期

的な視点に立って対策を進めたことを報告した。そして、わが国は、今やまさに自殺予防「ブーム」の観さえ呈しているが、せめて十年単位の長期的視点に立った活動が必要であるとして、精神科医がこれまで以上に自殺予防に積極的な役割を担うことへの期待を述べた。

松本俊彦は、わが国の自殺総合対策の特徴は、自殺対策を、「うつ病対策」として精神科医療の問題に矮小化せずに、社会全体の取組として総合的に推進していくという点にあるが、その「総合的対策」の中の一部である精神科医療が、依然として薬物療法に偏重したままであり、古典的なうつ病だけを念頭に置いた、きわめてシンプルな対策にとどまっていることの問題を指摘した。そして、心理学的剖検による自殺の実態調査の知見にもとづいて、自殺対策が「総合的」でなければならないように、精神科医療もこの機に「総合的」なものへと変化していく必要があると述べた。

川野健治は、自死遺族の経験は、故人との死別に際しての諸手続きや収入の確保などの生活の混乱、自死遺族が周囲との関わりの中で傷つくなどの対人関係の困難、自死で遺されたことに伴う心身の不調の、相互に重なりあい、影響しあうものとして捉えられると述べた。そして、わが国の自死遺族支援の状況は、自殺対策基本法の制定以前と比べると改善されてはいるが、まだメニューの数は十分とはいえず、特に複雑性悲嘆への専門医

第 106 回日本精神神経学会総会＝会期：2010 年 5 月 20~22 日、会場：広島国際会議場・アステールプラザ

総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合

シンポジウム 自殺予防と精神保健医療の役割 座長：竹島 正 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター)、張 賢徳 (帝京大学医学部附属溝口病院精神神経科) コーディネーター：竹島 正

療の整備が期待されると述べた。

稲垣正俊は、うつ病を発見し、適切なケアへの導入を可能とするモデルの構築が急がれることから、かかりつけ医機能を有する内科などにおけるうつ病有病率、医師のうつ病認識率、治療導入率について調査した結果を報告した。その結果、うつ病有病率は高く、医師はうつ病患者の精神的問題には気づいているが、不眠とのみ診断し、うつ病という診断をしていないことを明らかにした。また、向精神薬の処方内容も、抗不安薬・睡眠薬が多く使用されているという実態を明らかにした。そして内科などの身体科診療科においてうつ病患

者のスクリーニング、必要に応じて専門医である精神科への紹介が重要であると述べた。

シンポジウムは5人のシンポジストの報告のあと、張賢徳の指定発言があり、約1時間を会場とのディスカッションに当てた。わが国の自殺対策の基本的な指針である自殺総合対策大綱は2007（平成19）年に決定され、2012年（平成24）年は改正の年になる。このシンポジウムが契機となって、各学術団体などから大綱改正への提言が積極的に行われるようになることが期待される。

特集 自殺予防と精神保健医療の役割

自殺対策における自殺とは何か

竹島 正

わが国の自殺による死亡者数は1998年に急増して3万人を超え、以後もその水準で推移しており、自殺予防は社会全体の大きな関心事となっている。

自殺死亡の急増後の国の取組は3期に分けることができる。第1期(1998～2005)は、厚生労働省中心の取組である。第2期(2005～2006)は、政府全体で取り組むようになる転換期である。第3期(2006～)は自殺対策基本法の公布以降であり、社会全体で取り組むという現在進行中の過程である。自殺対策基本法以後のわが国の自殺対策は、社会全体で取り組むという方向のもと、自殺の背景にある社会的要因にも目を向けて、必要と考えられる取組は積極的に進めていこうという方向に進んだ。しかし、真の効果的な自殺予防の取組には、ハイリスク者グループへの対策に焦点を当てる必要があり、それこそ自殺予防総合対策の基本である。

＜索引用語：自殺対策、自殺予防、自殺対策基本法、ハイリスクグループアプローチ、日本＞

わが国の自殺による死亡者数は1998年に急増して3万人を超え、以後もその水準で推移しており、自殺予防は社会全体の大きな関心事となっている。

自殺死亡の急増後の国の取組は3期に分けることができる⁴⁾。第1期(1998～2005)は、厚生労働省中心の取組である。2000年の健康日本21の「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」の数値目標が挙げられ、2001年から自殺対策事業が予算化された。そして2002年には、自殺対策有識者懇談会の報告書「自殺予防に向けての提言」がまとめられた。この報告書には社会的取組、メディアとの連携、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3段階の取組など、現在の自殺対策基本法につながる考え方が示されている。シンポジストである高橋祥友氏が、国連/世界保健機関「自殺予防：国家戦略の作成と実施のためのガイドライン」作成に関与し、自殺対策有識者懇談会の委員として発言する機会のあ

ったことが、この報告書を経て自殺対策基本法につながったと考えられる。しかしながら、第1期においては、自殺対策に取り組んだのは厚生労働省の一部であり、地域的にも、自殺死亡率の高い一部地域に限られていた。第1期の成果は、こころの健康づくりの中でポピュレーションアプローチとして自殺予防が取り組まれるようになったことと、国の政策としてうつ対策が2004年から取り組まれるようになったことである。自殺対策はうつ病対策に矮小化されたために成果を挙げなかったという人が一部にあるが、そもそも、うつ病対策は2004年まで国の政策として位置づけられてこなかったことを忘れてはいけないと思う。

第2期(2005～2006)は、政府全体で取り組むようになる転換期である。自殺死亡がなかなか減少しないことから、参議院厚生労働委員会は2005年に「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」を行い、それを契機に自殺対策関係省庁連絡会議が設置され、同年末に

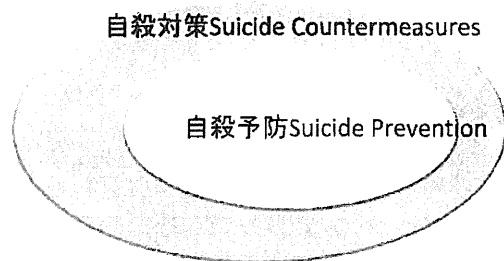


図1 自殺予防と自殺対策

はその報告書「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」が公表され、自殺対策は関係する省庁全体で取り組むこととなった。

第3期（2006～）は自殺対策基本法の公布以降であり、社会全体で取り組むという現在進行中の過程である。2007年6月には政府の自殺対策の基本的指針である「自殺総合対策大綱」（以下、大綱）が決まり、2008年10月にはその一部改正がなされ、2009年6月には地域自殺対策緊急強化交付金が造成され、2010年2月には、政権交代を経て「いのちを守る自殺対策緊急プラン」が公表された。

自殺対策基本法以後のわが国の自殺対策は、社会全体で取り組むという方向のもと、自殺の背景にある社会的要因にも目を向けて、科学的根拠は不十分としても必要と考えられる取組は積極的に進めていこうという方向に進んだ。ここでは自殺対策基本法の法律の名称にもあるように“自殺対策”という新たな言葉が使用されていることに注意する必要がある。自殺対策基本法の英語標記はBasic Act on Suicide Countermeasuresとされる。自殺対策はSuicide Countermeasuresであって、自殺予防Suicide Preventionではない。自殺対策は、自殺予防よりも幅が広く、自殺予防に社会的取組を含めた、また、遺族ケアだけでなく遺族支援の視点を含むことを明確にした造語であろう⁵⁾。自殺対策と自殺予防の関係を図1に示した。

自殺対策基本法の基本理念は、①自殺の背景に様々な社会的要因があることを踏まえて社会的な

取組として実施、②自殺の実態に即して実施、③事前予防、危機への対応および事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施、④関係する者の相互の密接な連携のもとに実施、の4つである。そして、基本的施策として9本の柱を挙げ、内閣官房長官を会長として、内閣総理大臣が指定する国務大臣を委員とする自殺総合対策会議を設置することとしている。大綱に示された自殺対策の基本認識は、①自殺は追い込まれた末の死である、②自殺は防ぐことができる、③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、の3つであって、自殺予防が社会全体の課題であることを、国民にわかりやすく発信することに重点を置いている。大綱には、自殺対策基本法の基本的施策のもとに、自殺を予防するための当面の重点施策を9つ挙げている。

自殺対策基本法の成立は自殺対策の地域への普及を大きく後押しした。都道府県・政令指定市における自殺対策の取組状況を見ると、自殺対策基本法公布前の2002年12月における自殺対策連絡協議会の設置は6/58（10.2%）、予算措置は8/58（13.6%）であったのに対して、自殺対策基本法施行後の2009年4月には自殺対策連絡協議会の設置は64/65（98.5%）、予算措置65/65（100.0%）と、全国の都道府県・政令指定市において自殺対策が取り組まれるようになった。しかし、自治体で取り組まれている事業数を自殺総合対策大綱の当面の重点施策別で見ると、「国民一人ひとりの気づきと見守りを促す」、「心の健康づくりを進める」、「社会的な取り組みで自殺を防ぐ」など、啓発的な事業の実施数が多い。これらに比べると、「自殺の実態を明らかにする」、「自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」、「遺された人の苦痛を和らげる」に該当する事業は少数である。このように自治体における自殺対策の取組は広がりを見せているものの、事業として実施しやすいものに偏る傾向があることに留意する必要がある⁶⁾。啓発的な事業は実施しやすいとしても、自殺予防の効果には疑問が残る。

筆者は、自殺死亡がなかなか減少しない今日、

いささか逆説的ではあるが「自殺対策から自殺予防へ」と向かうことが必要と考えている。自殺対策基本法の成立前から、自殺の背景にある多重債務、失業などの自殺の背景となる社会的要因が注目されたが、その一方で、個々人の思考・行動や自殺のリスクの高いグループの特性には注意が向けられなかった。人間不在の自殺対策に傾きつつあったと言ってもよいと思う。「自殺予防とは何であろうか？ 自殺対策とは何であろうか？」という基本的な問いが必要であり、自殺予防における精神保健医療の役割は、この問いに答えることであると思う。

さて、人口動態統計による分析の結果²⁾、無職者の自殺死亡率は、有職者と比べて高く、特に、中年期の男性無職者において高いことが明らかになった。また、配偶関係別の自殺死亡率では、有配偶者の自殺死亡率は比較的低く、これと比較して、配偶者と死別・離別した者や、壮年の未婚者は高い傾向があり、中でも配偶者と離別した男性などの自殺死亡率が特に高い傾向があった。そして、配偶者と離別した無職者の自殺死亡率は多くの年齢階級で最も高く、35～44 歳、45～54 歳の階級で、離別した男性無職者の自殺死亡率は有配偶の男性有職者の約 20 倍であった。このように自殺のリスクの高い集団は存在する。そして、このことは、自殺対策を社会全体で取り組むとしても、ハイリスクグループに焦点を当てた対策が必要であることを示している。いつまでも自殺対策の重要性を社会全体で共有するための啓発に時間と人手を割き続ける段階ではないのである。

2009 年に、自殺予防総合対策センターでは、多重債務の問題に取り組む法律家とホームレスなどの困窮者支援に取り組む NPO の人たちと、社会的取組と精神保健的取組の連携のための意見交換を行った³⁾。その中では、法律家から、多重債務の過払い金の返還後に、困窮状態では表面化しなかったアルコールの乱用・依存やギャンブル行動など、精神保健上の問題が現れ、生活再建に至らないまま、家族関係が崩壊していく過程を目の当たりにすることがあることが述べられた。また、

アルコール依存症などの精神保健上の問題が背景にある困窮者の支援は、入り口の支援では充分ではなく、支援を継続できるシステムを必要とするとの指摘があった。自殺予防の社会的取組は、精神保健医療と結びつくことが必要とされている。

自殺のストレス-素因モデルは、自殺行動は、希望のなさ、衝動性・攻撃性が高まりやすい傾向という素因と、精神疾患、心理社会的危機というストレスの重なる中で発生することを示している¹⁾。筆者は「自殺予防はどこで、だれが担うか」という問いに対して、自殺予防は身近なところからのいきる支援・社会的弱者への支援（“生き方”に寄り添いながら支援する）であると答えてきた。大綱の一部改正によって「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、大綱に“ハイリスク者対策”が盛り込まれたことを歓迎したい。高橋祥友氏は大綱策定の検討の場である「自殺総合対策の在り方検討会」の場で、大綱の中でマイノリティの問題に言及することを求めたが、社会全体で取り組むべき課題という当時の“空気”の中で取り上げられなかったと記憶している。真の効果的な自殺予防の取組には、ハイリスク、マイノリティの問題にきちんと目を向ける必要がある。その意味で、大綱の中で“ハイリスク者対策”に言及されたことを大事にしたい。

以上、このシンポジウムを始めるに当たって、自殺のリスクの高い人、グループと、その行動に目を向けた取組を充実すること、すなわち精神保健医療の重要性について述べた。2 年後に大綱の改正が迫っていることを踏まえ、大綱改正への提言の一步となるシンポジウムとしたい。

文 献

1) Hawton, K., Heeringen, K.: Suicide. Lancet, 373, 1372-1381, 2009

2) <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/> (最終アクセス 2010/08/15)

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：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報告書（平成 21 年度）。2009

p. 16-23, 2009

4) 竹島 正, 川野健治: 自殺対策基本法, 自殺予防
の実際 (高橋祥友, 竹島 正編集)。永井書店, 大阪,

5) 竹島 正: 精神保健医療福祉と自殺対策。日本精神科病院協会雑誌, 29 (3) ; 10-15, 2010

Expected Direction of Japan's Suicide Prevention

Tadashi TAKESHIMA

*Centre for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health,
National Centre of Neurology and Psychiatry*

The development of Japan's suicide prevention after 1998 can be broken down into three phases. Firstly, some local governments started suicide prevention activities under the support of the Ministry of Health, Labour and Welfare (1998-2005). Secondly, the government organized a liaison committee of related ministries and agencies for comprehensive suicide prevention measures (2005-2006). Thirdly, the passage of the Basic Act on Suicide Countermeasures raised great change (2006-). The Basic Act says suicide countermeasures should be implemented as a society-wide effort and the government established the Comprehensive Suicide Prevention Initiative (CSPI) in June 2007 under the Basic Act.

In Japan, the number of suicides increased dramatically in 1998. This has led the society to treat the increase as the result of socio-economic problems and high-risk group approach hasn't been paid enough attention. The issue confronting us is to focus on more effective measures, including high-risk group approach.

<Author's abstract>

<Key words : suicide countermeasures, suicide prevention, Basic Act on Suicide Countermeasures, high-risk group approach, Japan>

地域のメンタルヘルスの問題は どのように変わっているのですか？



竹島 正¹⁾ 宇田英典²⁾ 眞崎直子³⁾

はじめに

メンタルヘルスの問題は、例えば、ひきこもり、自殺関連行動、虐待、暴力、アルコールや薬物の乱用、ホームレス状態など、一見すると合理的ではない行動として、私たちの前に表れる。それは精神疾患を背景にするものが多く、その解決には、精神保健医療福祉サービスが重要な役割を担う。わが国の精神保健医療福祉サービスは「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革が進められているが^{1,2)}、この改革は、既存の精神保健医療福祉サービスにアクセスしているかサービスの近傍にある人たちは視野に入っているものの、残念ながら地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちのことを十分にとらえていない可能性がある。

本シリーズは、深刻なメンタルヘルスの問題をかかえながら、精神保健医療福祉サービスにアクセスしなかった(できなかった)人たちに目を向ける。そして、その人たちの行動に理解を深め、地域の公衆衛生活動の中で、よりよい支援を行っていく一助になることを目的とする。この1年間予定している連載計画内容を表に挙げておく。

本稿では、その第1回として、地域のメンタルヘルスの問題がどのように変わっているか、そし

表 本連載計画内容(本誌75巻4号～76巻3号まで)

- 1) メンタルヘルスの問題はどのように変わっているのですか？(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 竹島正・他)
- 2) 精神保健サービスにうまくアクセスできないのはどのような事情によるのですか？(岡山県精神保健福祉センター 野口正行)
- 3) ひきこもりはどれくらいいるのですか？ 背景にあるメンタルヘルスの問題と支援上の注意事項を教えてください(山梨県立精神保健福祉センター 近藤直司)
- 4) ホームレスとはどのような状態をいうのですか？ また、ホームレスの人たちのかかえるメンタルヘルスの問題の特徴と支援上の注意事項を教えてください(陽和病院 森川すいめい)
- 5) 自殺の危険の高い人たちの自殺リスクはどのように推移するのですか？ 支援のあり方にはどのような注意が必要ですか(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 勝又陽太郎)
- 6) 虐待、暴力を経験した人たちのかかえやすいメンタルヘルスの問題の特徴と支援上の注意事項を教えてください(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 松本俊彦)
- 7) 地域での取組を教えてください(岡山県精神保健福祉センター 野口正行)
- 8) 精神医療の取組について教えてください(大阪府立精神医療センター 籠本孝雄)
- 9) ホームレス支援の取組について教えてください(陽和病院 森川すいめい)。
- 10) 支援へのインターネットの活用について教えてください(東京大学大学院 末木新)
- 11) 地域からのこころの医療のネットワークづくりはどのように進めるのですか？(大阪府立精神医療センター 岩田和彦)
- 12) この連載のポイントをまとめます(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 竹島正)

1) たけしま ただし：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター

連絡先：☎ 187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

2) うだ ひでのり：鹿児島県始良保健所

3) まざき なおこ：日本赤十字広島看護大学

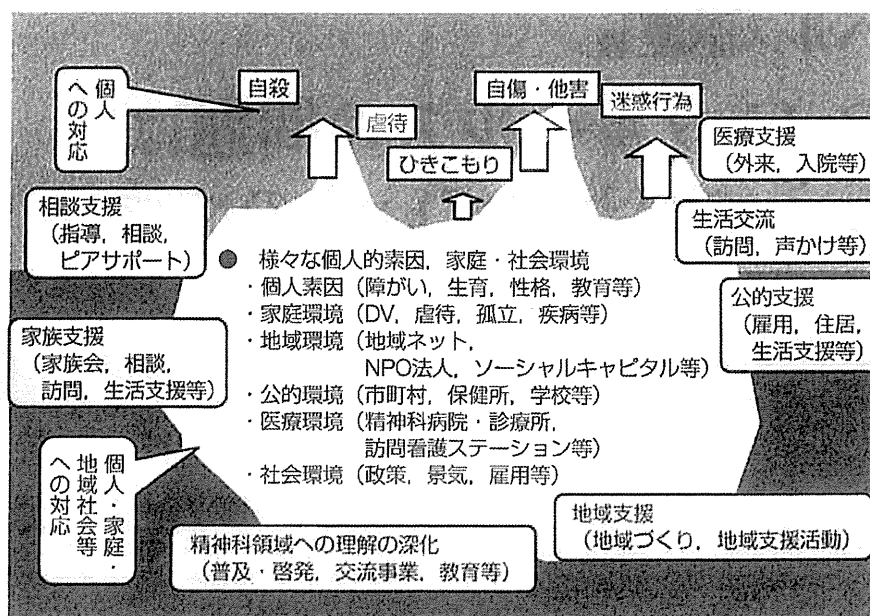


図1 精神障害者の危機事象と対応(出典：文献³⁾より)

て公衆衛生の精神保健活動に期待されていることについて述べる。

地域保健の場でメンタルヘルスの問題はどのように認識されているか

公衆衛生では「健康危機管理」が重要な課題となっている。厚生労働省の示した健康危機管理基本指針は、「健康危機管理」を医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療などに関する業務であって、厚生労働省の所管に属するものと定義している。また、この指針における「健康危険情報」を医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他の何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全に直接係わる危険情報と定義している。

健康危機管理の考え方は、公衆衛生の精神保健にも取り入れられて、「精神保健分野における保健所の危機管理に関するガイドライン」³⁾が作成されている。このガイドラインは、①平成20年患者調査で精神疾患による受療患者数が320万人を超えたこと、②自殺、ひきこもり、虐待、家

庭内暴力、認知症、産後うつ病など、メンタルヘルスの問題が深く関連していると思われるさまざまな事象が社会的に問題になってから久しいこと、③ホームレス状態にある人にもメンタルヘルスの問題をかかえた人が多いことが明らかにされていることなどを踏まえ、社会の中でメンタルヘルスの問題は拡大しており、地域社会全体の大きな課題になっているという認識を示している。そして、精神保健分野における危機的状況とは、メンタルヘルスの問題が、個人要因、家庭要因、社会要因の重なる中で拡大し、突発的あるいは連続的に顕在化している状況であると述べ、危機的状況の背景とそれへの対応を図にまとめている(図1)。

眞崎は災害時の要援護精神障害者に対する支援についての提言の中で⁴⁾、自分が保健師となった頃は、赤ちゃんからお年寄りまで、地区分担制によって家族を丸ごと支援していたため、地域で起きていることをいち早く知り、タイムリーな介入が可能であったと振り返る。しかし、現在は保健師の業務分担制とともに分散配置が進み、個人情報保護法によって情報の把握も困難になり、地区分担で培われた先輩保健師の経験を後輩に引き継

眞崎の提言には「災害時要援護精神障害者の支援概念図」が掲載されている(図2)。この図は、医療・福祉のデマンド(顕在的ニーズ)のまわりに、児童虐待、ホームレス、独居認知症、未受診・治療中断などの精神保健潜在ニーズを配しており、精神保健医療福祉サービスにアクセスしていない(できない)人たちの問題に目を向けることが、公衆衛生の精神保健活動の基本であり、災害時すなわち危機的状況においても役立つことを示している。

ここまで、地域保健の場においてメンタルヘルスの問題がどのように認識されているか述べてきたが、第一筆者の関与した調査研究をもとに深めてみたい。

精神保健潜在ニーズ

児童虐待

ホームレス

民生委員

不安定な親

警察

市町村

ケア会議

NPO 法人

ホームレス

市町村

ケア会議

学校

児童相談所

保健所

医療機関

医療・福祉のデマンド
顕在的ニーズ

独居認知症

未受診・治療中断

民生委員

認知症高齢者

警察・消防

市町村

ケア会議

警察・消防

治療拒否

市町村

ケア会議

保健所

保健所

医療機関

地域包括
支援センター

づく触法精神障害者に対する対応について、全国の都道府県・政令指定都市 65 か所を対象にアンケート調査を行った(回答率 86.2%)⁹⁾。その結果、精神保健福祉法第 24 条および第 26 条による通報件数は、第 24 条における警察官の保護下でない通報や、第 26 条における出所後の通報の著しい増加などによって著しく増加し、通報実態は大きく変化していると考えられた。そして、通報となった触法精神障害者は、たとえ医療観察法による医療や精神保健福祉法による措置入院には非該当であっても、日常生活の自立が困難、かつ社会からの支援が届きにくい、孤立しがちな者が含まれている可能性があり、精神保健医療の観点から、通報対象者の実態把握と支援の検討を行う必要があると考えられた。

(65) 323

い”といった意見が聞かれた。また、矯正施設からは、精神障害があると反省能力がないとみなされるために、仮釈放の要件を満たさず満期釈放になるため、地域での支援が得られにくいことが述べられた。ここで気づかれるのは、潜在的で、深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちは確かに居るが、現在の社会サービスは、これらのニーズをかかえた人に向き合うようになっていないことである。

自殺予防総合対策センターでは、日本精神保健福祉士協会、日本司法書士会連合会などと連携して「精神保健と社会的取組の相談窓口の連携のための調査」を行った⁷⁾。この調査は、自殺予防のための包括的な相談支援には、精神保健的支援の窓口を担当する精神保健福祉士と、経済・生活問題の解決に向けて法的な支援を行う司法書士の連携が有用と考えられることから、司法書士の自殺予防・遺族支援に関する活動の実態を把握するための調査を行い、両者の連携の手引きづくりに役立てることを目的としており、日本司法書士会連合会に加盟する都道府県司法書士会の理事 1,000 人のうち 500 人を無作為抽出して質問紙調査を行った(回収率 52.8%)。回答者のうち、業務上で、自殺既遂を経験した者は 6.4%、自殺未遂を経験した者は 6.8%、自殺念慮を経験した者は 30.7%、自殺した人の遺族の依頼による業務を経験した者は 17.8%であった。メンタルヘルスの問題をかかえる人とかかわった経験のある者は 46.2%と半数近くであった。また、司法書士自身のメンタルヘルスについては 3 割近くが不調を訴えていた。これまでに精神保健福祉士と一緒に仕事をした経験のある者は 17.8%で、成年後見を機会にしたものが過半数を占めていた。この調査を踏まえて「精神保健と社会的取組の相談窓口の連携の手引き」を作成しているが、その検討の場においては、司法書士または精神保健福祉士が支援したいと考える人たちは、日常業務で接する機会は乏しいものの、メンタルヘルスと経済・生活問題の両方をかかえた、支援の必要性の高い人たちであるという認識が共有された。

おわりに—既存の支援対象者モデルを見直す

第一筆者は、自治医科大学卒業の精神科医数人と共同して、わが国のかかえる今日的な精神医療・精神保健福祉の問題に焦点を当て、地域で精神医療・精神保健福祉に従事している者が、現場で気づき、悩み、考えていることを意見交換し合い、これからの精神医療・精神保健福祉の向上に貢献していくことを目的として「地域からこころの医療を考える会」を発足させた。この第 1 回研究会は 2011 年 1 月 22 日に大阪で開催されたが、その中で、精神科病院の機能分化と精神科クリニックの普及が進む一方で、複雑な問題をかかえた患者の受け入れ先が狭まっているという報告があった。このことが全国的な現象であるならば、精神保健医療福祉の改革への関心が高まる一方で、地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちは孤独の闇の中で、社会から切り離されていくことになる。

さて、厚生労働省が 2010 年に発足させた「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」(以下、「検討チーム」)においては、アウトリーチ体制の具体化、精神医療の質の向上、認知症等の高齢障害者対策、精神病床のあり方等、新たな地域精神保健医療体制の構築について検討を行っている。その検討の中心課題は、2010 年 6 月の閣議決定「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」にある、①精神障害者に対する強制入院、強制医療介入などについての検討(いわゆる「保護者制度」を含む)、②「社会的入院」を解消するための精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備、③精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策、などである。

この検討について最も気になるのは、地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちのことが、ほとんど俎上に載せられておらず、既存の精神保健医療福祉サービスにアクセスしているか、サービスの近傍にある人たちのこ

とが話題の中心となっていることである。

公衆衛生の精神保健活動の現場を熟知している者は、「検討チーム」において議論されていることが、どれだけ地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちの支援に役立つのか、公衆衛生の精神保健活動の強化につながるのか、しっかりモニタリングしてほしいと思うし、筆者もその問題を発信していきたいと思う。

精神保健医療福祉の改革に、既存のサービスに充てている専門スタッフを、地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちの支援に振り向ける方向性がないならば、精神保健医療福祉改革は地域社会からは支持されないであろう。

前述の「検討チーム」の第3回の資料に「地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像」が示されており、支援の届いている程度を X 軸に、重症度を Y 軸にして、① 医療・支援を受けていない重症者、② 虐待・独居者、生活環境の困難を有する者、③ 早期支援を要する者、④ 何らかの医療・支援を受けている重症者、⑤ 地域生活を継続している者、⑥ 退院に向けた入院中の者の6つのグループに分類している⁸⁾。ここで考えておく必要があるのは、① または② に区分される人たちは、精神保健医療福祉の領域からは主たる支援の対象とは考えられておらず、その存在も、ていねいな公衆衛生の精神保健活動なしには見えてこないことである。すなわち、この図は、三次元にして、Z 軸に可視化の程度を組み込むことでリアルさを増す(図3)。

精神保健医療福祉と公衆衛生の精神保健活動は互いに結びつく必要があるが、その関係は決して連続した平面ではないことを強調して、この連載を始まりとしたい。

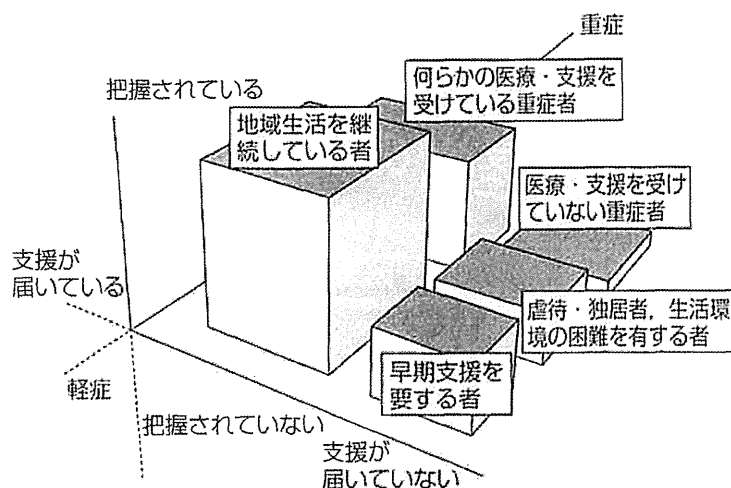
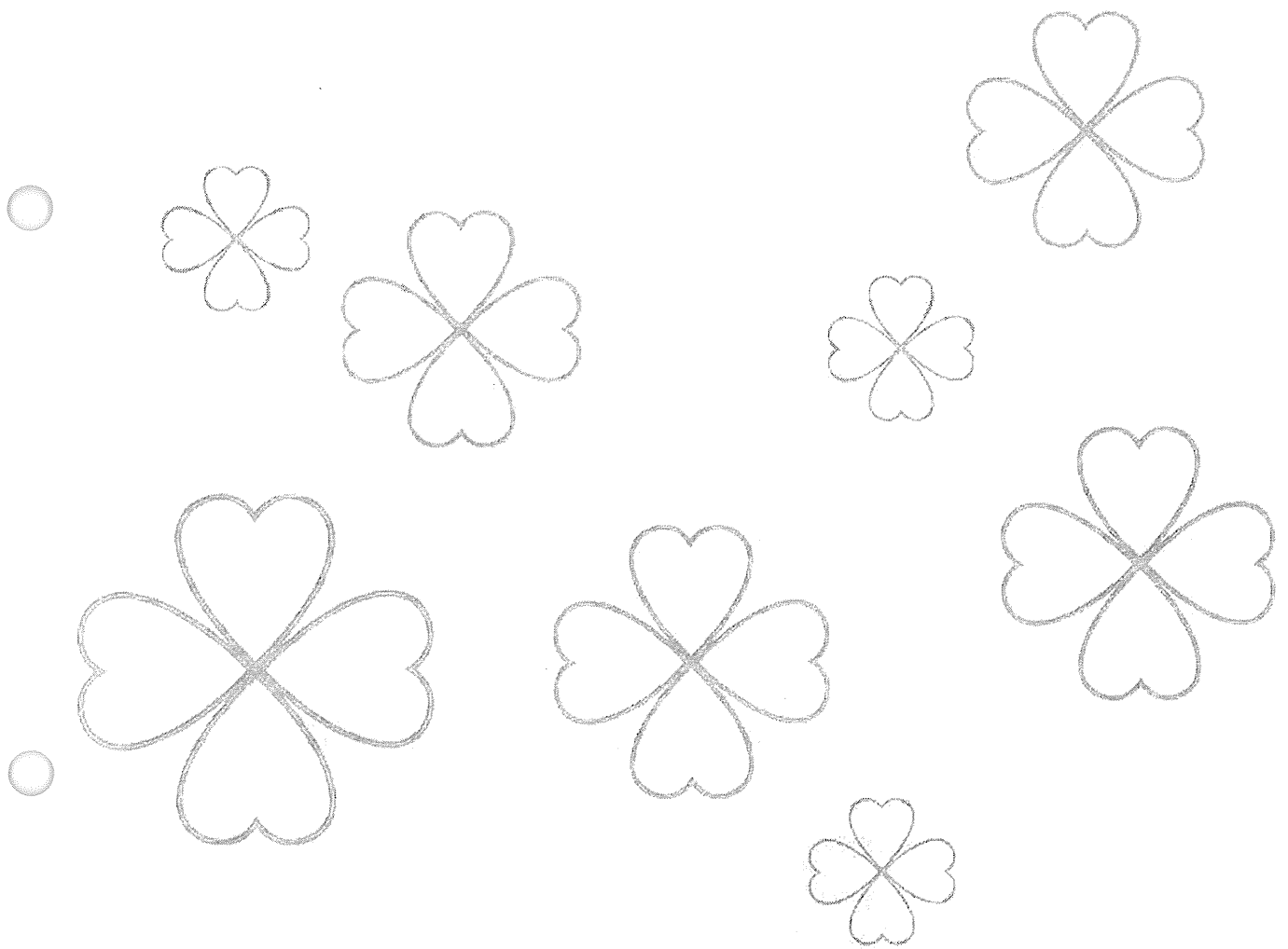


図3 地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像
(文献³⁾の図表を引用改変)

文 献

- 1) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン，2004
- 2) 厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて，2009
- 3) 宇田英典，高岡道雄，石丸泰隆，他：精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン，平成22年度厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）「健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」（研究代表者 多田羅浩三），印刷中
- 4) 眞崎直子：検討が求められる「平時における効果的な支援のあり方」と「災害時支援の必要量」，公衆衛生情報 40(11)：24-26，2010
- 5) 竹島正，小山明日香，立森久照，他：触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究，平成21年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究」（研究代表者 吉住昭）総括・分担研究報告書，pp 61-82，2010
- 6) 竹島正，三井敏子，金田一正史，他：精神保健福祉法第26条による通報となった者の実態把握，平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究」（研究代表者 平林直次）総括・分担研究報告書，印刷中
- 7) (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター：精神保健と社会的取組の相談窓口の連携のための調査報告書，2010
- 8) 厚生労働省：新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム <http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html#syakai> (最終アクセス 2011/2/26)

こころのけんこう



第38号

特集『自殺予防と地域づくり』
鳥取県精神保健福祉協会



特集

「自殺予防と地域づくり」

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

自殺予防総合対策センター長 竹島 正 氏

自殺予防はなぜ必要なのでしょうか。「死にたい人は死なせばいい」という人がいますが、その「死にたい」という気持ちは、自由が失われた状態での「死にたい」という気持ちです。例えば、虐待を受けてきた人、うつ病の人、借金やアルコールの問題がある人たちは、自由が失われて、「死にたい」という気持ちに近寄りやすくなっています。自殺予防とは、自由が失われた状態から自由を回復するお手伝いをするということです。そして、タイトルの「自殺予防と地域づくり」とは、自由を回復するお手伝いができる地域を作ることです。

自殺と統計

自殺は、「死亡者自身の故意の行為に基づく死亡」と定義されています。実際には、亡くなった人が故意であったかどうかはわかりませんから、事故以外で本人の行為によって行われた死は「自殺」に分類されることになります。

死因別の順位では、1958年以降、自殺は7位前後で推移しています。近年の自殺死亡率（人口10万人対）は、25人前後で推移しており、死因の中で最も多い悪性新生物に比べると死亡率は約10分の1ですが、死因の10位以内に入っています。

明治以降の自殺者数

自殺と統計

の年次推移を見ると、自殺者は増加傾向にあります。その一番の理由は人口が増えたため、自殺者も増えているということです。最近の特徴としては、男性の自殺が増えて、男女比が拡大している傾向にあります。

年次別に見た死因順位(人口10万対)

西暦	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位	第6位	第7位	第8位	第9位	第10位
1958	悪性新生物 149.8	脳血管疾患 135.5	心疾患 94.8	老衰 55.8	肺炎等 ※1 47.6	全結核 39.4	不慮の事故 35.9	自殺 28.7	胃腸炎 25.1	その他の新生児固有の疾患 23.4
1968	悪性新生物 173.6	脳血管疾患 114.8	心疾患 89.2	不慮の事故 40.2	老衰 39.4	肺炎等 ※1	高血圧性疾患 37.9	全結核 36.8	胃癌 31.1	肝硬変 11.2
1978	悪性新生物 140.2	脳血管疾患	心疾患 93.3	肺炎等 ※1 30.3	不慮の事故 26.2	老衰 24.4	食中毒 22.7	高血圧性疾患 16.4	肝硬変 14	糖尿病 8.5
1988	悪性新生物 163.4	心疾患 129.4	脳血管疾患 105.9	肺炎等 ※1 33.6	不慮の事故等 ※2 24.6	老衰 21.6	自殺 16.7	慢性肝疾患等 ※4 13.9	腎炎等 ※3 10	高血圧性疾患 8.4
1998	悪性新生物 226.1	心疾患 144.3	脳血管疾患 110	肺炎 63.8	不慮の事故 31.1	自殺 26.4	老衰 12.1	腎不全 13.3	肝疾患 12.9	糖尿病 10
2008	悪性新生物 272.3	心疾患 144.4	脳血管疾患 100.9	肺炎 91.6	不慮の事故 30.3	老衰 20.6	自殺 24	腎不全 17.9	肝疾患 12.9	慢性閉塞性肺疾患 12.3

厚生労働省ホームページの統計をもとに作成

※1「肺炎及び気管支炎」を「肺炎等」とする

※2「不慮の事故及び有害作用」を「不慮の事故等」とする

※3「腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼ」を「腎炎等」とする

※4「慢性肝疾患及び肝硬変」を「慢性肝疾患等」とする

日清戦争、日露戦争、第一次世界大戦、第二次世界大戦の始まりの頃は自殺死亡率が下がっています。自殺

は不幸な出来事ではあるけれど、自殺死亡率の下がっている状態が、世の中は幸せかというと、必ずしもそうとも言えないということです。

また、自殺死亡率（人口10万対）は、15～20くらいで推移しています。我が国では、平成10年に自殺者が急増する前から、自殺死亡率は15～20くらいあったという振り返りをする必要があります。つまり自殺者が急増したことに対する対策だけでなく、以前から起こってきたことへの対策も考えていかなければいけないということを示していると思います。

年齢階級別にみると、15～19歳、20歳代、30歳代では、自殺が最も多い死因です。年齢が高くなるとその他の原因で亡くなる人たちが多くなるので、自殺の順位は下がっていきます。ただ若年者の一番大きい死因は自殺です。

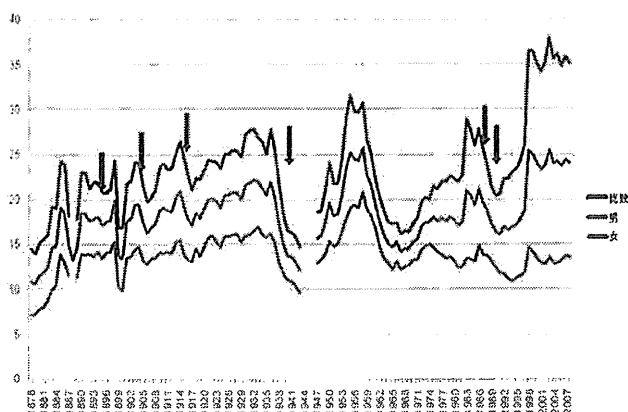
平成10年以降、我が国では、自殺者が毎年3万人を超える状態が続いています。しかし、対策の効果がなかったのかというと、実はそうではありません。平成10年と平成19年の自殺死亡率を比べてみると、中高年や高齢者の自殺死亡率は明らかに下がっています。これは、たとえば高齢者には介護保険制度が役に立ったのかなと思います。また、中高年に対するうつ病対策をみんなが認識するようになったり、多重債務や借金の問題を抱える人への相談が丁寧に行われるようになったり、その中で精神疾患のある人を適切に相談に結びつけるようになったことは、やはり意味があると思います。自殺者数は年間3万人を超えてはいるけれど、中高年、高齢者の自殺者は少なくなるなど、自殺の実態は変化が起きているということです。ただし、最近では20歳代、30歳代の自殺死亡率が徐々に上がっており、問題となっています。

最近の我が国の自殺死亡率（人口10万対）は、25くらいです。10万人に25人というのは、4千人に1人ということで、社会全体で見ると、さほど高い頻度で起こっているということではありません。ですから世の中全体の人に均等に目を配って自殺予防していこうというのは簡単なことではありません。自殺のリスクが高い人をもう少し特定して、その人たちに向けた自殺予防対策を行っていくことが大事です。

自殺予防総合対策センターと厚生労働省で、人口動態統計の分析を行いました。その結果、無職の男性は、明らかに自殺死亡率が高いということがわかりました。無職であること

目次と統計

わが国の自殺死亡率の長期経緯



山内貞史・「死亡診断書（死体検案書）の改訂および死因統計分類の改正が人口動態の自殺死亡統計に及ぼした影響」のデータによる

自体が高いのですが、無職の男性は飛び抜けて自殺死亡率が高い。30歳代～50歳代の無職の男性の自殺死亡率は200～250ですから、一般の人より10倍位高いということになります。しかも、無職の男性は人口の中で増加していることもわかってきています。

次に、配偶関係では、離別の男性は、中高年では自殺死亡率が200前後で、一般の人より7～8倍高くなっていました。自殺と離別の前後関係、離別の時期などはわかりませんが、離別している人たちの自殺死亡率は高いということがわかりました。無職の男性と離別、その両方の要素を入れると、例えば、45～54歳の男性では、自殺死亡率が595になり、一般の人よりも20数倍高くなっていました。つまり、無職で離別をしている人たちは自殺死亡率が非常に高いということです。

自殺の背景には、ハイリスクの人たちがいます。そして、無職や離別というのはそのハイリスクと関係しています。無職にならざるを得ない状態であり、離別にならざるを得ない状態であるということです。しかし、単に無職だから自殺のリスクが高いということではなくて、その人がトータルに持っているリスクがそこにあらわれていると考えた方がいいと思います。少なくとも自殺予防を考える場合に、世の中には自殺のリスクの高い人たちがいるということ、自殺のリスクの高い人たちがどこにいるのか、そして、自殺のリスクの高い人たちに対して、具体的に何をするのか、ということを考えてみる必要があると思います。

自殺の関連要因

自殺に関連する要因としては、遺伝、胎児期の成長と周産期の環境、神経生理異常、幼少時のトラウマ、パーソナリティ、精神疾患、身体疾患、自殺の手段が入手しやすいこと、モデルへの暴露などがあります。自殺の手段が入手しやすいというのは、例えば、諸外国では、銃器が入手しやすいとか、中国の農村部では農薬を自殺に用いるところが多いというようなことです。モデルへの暴露というのは、自分の肉親または重要な知人に自殺で亡くなった人がいるということで、これは、自殺の危険因子でもあるといわれています。

無職者の自殺死亡率は高いですが、無職者には精神疾患が多いなど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。これは大変大事なことだと思います。自殺に至りやすい人というのは、単に就職活動の窓口を作れば、自分からそこに来て、能動的に自由に仕事を見つけていける人ではありません。むしろ、自由に行動しにくい人たちであるということを考えておかなければいけません。

自傷または自殺未遂歴は、最も大きな自殺の危険因子です。自傷または自殺未遂をしているということは、その人が危険な状態にあるということを自分で示しているということです。また、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ということもいろいろな研究からいわれています。

自殺の素因モデルというものがあります。自殺行動は、希望のなさ、衝動性または攻撃性

が高まりやすい傾向に、精神疾患や心理社会的危機が重ね合っていく中で起こります。つまり、自殺予防ということで見た場合、私たちは、希望のなさに対して何ができるのか、衝動性または攻撃性が高まりやすいということに対して何ができるのか、精神疾患について何ができるのか、あるいは心理社会的危機に対して何ができるのか、そして、自殺行動が起こった時に何ができるのか、少なくとも、この5つが対策として考えられます。そして、これらを考えていくと、自殺予防は自殺の瞬間に対する対策ではなく、その人の人生に沿って、誰かがその人とつながれる状態を作っていくということであり、それが、結局自殺予防にじわじわと効いていくのだと考えられます。

「希望のなさ」について
まず考えてみたいと思います。自分の人生に希望を見出すことができない人たちがいます。例えば、虐待を受けた人たちの場合、家族にいいイメージが作れない、あるいは、自分の家族自体が周りからさげすんで見られていたことを知っている。そのような中では、相談するとか、人に話をす

る、自分の体調を気遣う、人の気持ちを理解するということが非常に難しい。そういう人たちが困難を抱えた時、誰かに相談をするという行動はなかなか生まれません。

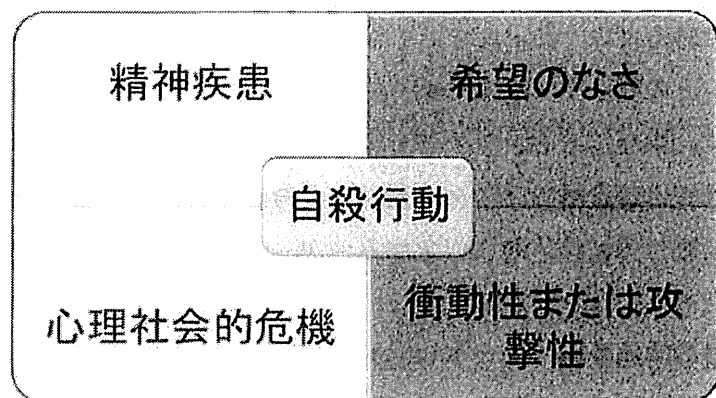
「衝動性または攻撃性」は、そのような人たちが、何か行き詰まった時に適切な行動をとりにくいということと関係してきます。また、お酒の問題は「衝動性または攻撃性」を高めやすく、自殺の引き金を引いてしまいやすいと言えます。

「心理社会的危機」というのは、例えば、離別、仕事がなくなる、借金を背負うなど、いろいろあります。人生にはいろいろな出来事が起こります。同じ出来事が起こっても、適切に対処できる人もいれば、うまく対処できない人もいます。うまく対処できるかできないかというのは、その人が人生の中で、どういう人とのつながりの中で、どういう経験をしてきたかということが関係すると思います。すなわち、自殺というのは、その人の人生の中で生まれた危機がじわじわと発展したものであると考えてもいいのかもしれませんが。

ある地域では、自殺のリスクの高い人たちをフォローしています。借金などの問題が起こると自殺のリスクが高くなりますが、それを支援して何とか危機を乗り越えます。単純に考えると、それで自殺のリスクが減ると思うのですが、どうもそうではありません。減ったら

自殺の関連要因

自殺のストレス-素因モデル



Suicide: Keith Hawton, Kees van Heeringen www.thelancet.com vol373 17
に掲載された図を改定

また増え、増えたらまた減り、また増えた、という不安定な人生を過ごす人も結構多いのです。すなわち、何かの支援をしたら、その人がはっと目覚めて、「わかりました。自分のやり方はこうだったのだ。じゃあこれから自分はこういうふうにします」と言って、それから自分なりに人生のいろいろな出来事への対処をうまくやっていく、というわけにはどうもいかない。人間というのはそんなに簡単なものではないということです。人間にはそれぞれ癖があります。癖というのは基本的になかなか変わるものではなくて、その人が一生持ち続けていくものです。安全な癖があれば、危険になりやすい癖もあります。我々はその癖を精神疾患とか、精神保健の問題として理解しましょうということです。自殺予防というのは、その人の癖や特徴に合った支援をするということです。癖にあった支援、その人の特徴にあった支援、そこに精神保健という問題性があると思います。

ニュージーランドの研究では、自殺行動に関連する要因として、個人要因、トラウマの暴露、家族要因、ライフイベント、マクロ社会・経済的要因などがあり、これらがいろいろと重なる中で精神保健の問題、精神疾患が起こり、自殺行動が起こるといわれています。幾つもの困難を抱えて上手に解決できない人たち、自分の背負っている課題をうまく相手に伝えられない、整理できない人たちが、自殺のリスクが高いということになります。また、WHOの調査では、自殺で亡くなった方の9割位は、亡くなる段階で精神疾患の状態になっているといわれています。

自殺予防総合対策センターで、自殺で亡くなった方たちについて、その御家族にお話をうかがい、自殺と関連する要因は何なのかを調査しました。

精神医学的問題としては、うつ病やアルコール使用障害などの精神疾患が多く、社会・経済的問題としては、借金や仕事上の悩みを持っている人が多いようでした。その他の生活上の出来事としては、虐待を受けた人、いじめを受けた人、身近な人の自殺・自殺未遂の経験をした人が多いようでした。これらは、ほかの国での研究とだいたい共通しています。つまり、自殺予防と言わなくても、私たちの社会の中で取り組まれているいろいろな活動の中に、自殺予防と重なるものがたくさんあるということです。

関連因子についての情報

最近、精神疾患による受療者数は増えてきています。これは人口の高齢化も関係していますし、より医療にかかりやすくなったことも関係しています。今、だいたい40人に1人が精神科を受診しています。1年間に精神疾患を経験する人は、例えば、うつ病では2%ぐらいあるということがわかっています。1年間に何らかの精神疾患を経験する人は10%います。例えば、鳥取県の人口が60万人、そのうち成人が50万人いるとしたら、そのうち5万人は1年間に精神疾患を経験するということです。つまり、ありふれたものとして精神疾患はあるということです。また、1年間に、本気で自殺を考えた方が1%ぐらい、実際に自殺を試み

た方が0.2%ぐらいあります。

精神疾患についてどう思っているのかをみると、「精神疾患は生活習慣病と同じように誰もがかかる病気だ」と思っている方は、「そう思う」と「ややそう思う」を合わせると8割以上おられます。ところが、実際に、アルコール依存症やうつ病、統合失調症などをあげて、これらの病気についてその他の病気と同じように思いますかと聞きますと、「とてもそう思う」、「ある程度そう思う」という人は6割ぐらいになります。具体的になると「いや、そうは思えない」ということです。精神疾患は自殺の危険因子であり、精神疾患になった時に適切な治療を受ける、相談をするということは、自殺予防の上でも、その人が健康を早く回復するためにも大事なことです、なかなかそういう行動をすぐにはとりにくいということが理解されます。

次に、離別についてみてみます。まず、婚姻を見てみると、最近では人口千対で5.7件ぐらい起こっています。それに対して、離別は、人口千対2件位です。単純に言うと、3組の結婚に1組の離婚がおこるということで、決して少なくない数で離別が起こっているということです。離別が自殺の危険因子だから離別はできるだけしないように、という戦略が成り立つかどうかは、また別の問題で、離別をしないことによって別の危険因子が増すということもあり得るわけですから、そんなに簡単な話ではありません。ただ、現実はこの状況であるということです。

次に、家族についてみてみると、最近では、家族の世帯当たりの人数は少なくなり、単独世帯が増えています。家族の小規模化、核家族化が進んでいます。例えば、子どもさんが1人というのは、おじさん、おばさんという人たちがいなくなるということです。家族にある程度の人数がいれば、その中に誰かバランスをとってくれる人とめぐり会えるのですが、家族がいないとそうはいかないということです。以前、私は保健所で、精神疾患の病状の悪い人の受診勧奨していました。そのとき我々は「本人に嘘を言ってはいけない、具合が悪いときちゃんと告げて病院に連れていきなさい」と言っていましたし、それは正しいと思います。ところが、実際には、「『デパートに行こう』と言って病院に連れていった」という家族がありました。「デパートに行こう」と言われて、具合が悪いながらも「うれしい」と思って、そのつもりで一緒に行ったら、行った場所は病院の玄関だったということです。それ自体は決してよくないことかもしれませんが、でも、当時は、調子の悪い時に一緒に連れて行く家族がいたわけです。しかし、これからは、そういう家族がいない人たちが増えていくということです。今、警察や消防に対する相談が非常に増えているというのは、恐らくそういう家族の機能が小さくなっていることと関係していると思います。自殺予防にとって、家族の力や地域の力が弱まっているということは、越えなければいけないハードルになると思います。ですから、それを何かの形で代償するものを作らないといけないというのが一つの課題です。

実際に、自殺の危険因子とされる問題の報告は増えています。この中で自殺予防だけが行われていくということは簡単ではありません。そして、例えば、虐待の相談があった時に対応していくこと自体が自殺予防だということです。「自殺したい」とか「死にたい」と言わなくても、本人や家族、虐待をする人自身もリスクが高いわけですから、相談に対して丁寧に対応して、そういう人たちが気持ちを通わすことができる、あるいは敵ではないと思う誰かを作っていくことが、自殺予防になっていくと考えた方がいいと思います。

「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」という法律では、「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設をゆえなく起居の場所とし日常生活を営んでいる者」、つまり屋根のないところに住んでいる人をホームレスといいます。しかし、外国のhomelessの定義は、「何らかの事情で住居を失ってシェルターや寮や病院、知人宅などで過ごしている状態」で、安定した居場所を持たない人をホームレスと考えています。自殺予防とホームレスの人たちへの支援は、実は共通してきます。例えば、虐待を受けていて家に安心してられない、暴力を振るう父親の前で平気でいなければいけない、自分の気持ちを感じないようにしてそこで過ごさなければいけない人たち、誰も気づいてくれない、誰もわかってくれない、自分自身どんな気持ちになっているかもわからない人たちを少なくするというのは、結果的に自殺予防になるということです。ですから、いわゆる横文字のhomelessという人たちを少なくすることが、実は自殺予防につながってくることになります。実際に「ホームレス」という状態は自殺のリスクが極めて高い一群であり、精神疾患のある人たちも多いということがわかっています。

近ごろ、衝撃を受けた調査がありました。池袋でホームレスに支援をしているTENOHASHIという団体が行った、ホームレスの人たちの精神疾患や知的能力についての調査です。調査時期は、平成21年末のワンストップサービスなどが行われた時で、つまりワンストップサービスが行われている場所に移動できた人はこの調査の対象から外れているということです。その路上に残った人たちの知能検査をしたところ、その結果は、軽度知的障害と境界域の人たちが7割くらいいたということです。この人たちは、自分の困っている課題を適切な言葉で十分伝えることができない人たちである可能性があるということです。私は、児童福祉や障がい者の福祉などが充実してきたので、この人たちは生涯にわたって守られているだろうと思っていました。ところが、そうではなくて、いろいろな事情で安定した居場所がなくなると路上に出ざるを得ない人たちが少なからずいるということです。つまり、私たちの社会は、一度外へ出てしまうと、安全な場所を持たない人たちは裸でいざるを得ないということです。それとつながって自殺の問題が起こってきます。その人たちは、精神疾患も多いですし、いろいろな出来事にあってもうまく身を守ることができない、適切に解決できにくい人たちであり、「希望がない」ということに傾きやすい人たちでもあるということです。ですから、自殺が多いということは、その人たちがうまく守られていないということ