

を示しているのかもしれませんが。

法律家やホームレスの支援をしている人たちと一緒に話し合いをしたことがあります。私は、法律家に、経済的支援、例えば多重債務の人に過払い金が戻された場合、ホームレスの人たちはそれをもとに生活再建を自立的に進めていくことができているのかどうかを聞いてみました。すると、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、ギャンブル行動、精神保健上の問題などがあらわれ、生活再建に至らないことがあるということでした。言われてみればそうかもしれません。人間にはそれぞれ癖があると言いましたが、ギャンブル依存も癖の一つと考えれば、自分の行動を反省して「もう借金はしません、ギャンブルはしません」というふうにはなかなかならない。自分にそういう傾向があることを認識しながら毎日何とか維持していくことはできるかもしれないけれど、「1回懲りたからもうやりません」という話になかなかいかないというのは事実です。アルコールの問題は、路上にいる状態ではお金がなくて飲めないで表面化しない。しかし、お金ができるとあらわれてきます。つまり入り口で問題解決をしても生活再建にはなかなか行かないということが現実には起こっているということです。

福祉事務所のケースワーカーは精神保健上の問題の専門教育を受けてこないことが多く、職場に経験知が蓄積されにくいということがあります。また、ケースワーカーの抱えるケース数は極めて多くなっているという問題があります。ケースワーカーを増やすだけではだめで、同時に、保健の問題という観点から支援する保健師も増やす必要があると思います。福祉事務所に保健師を配置していくとか、保健面の関与をしていかないと、その人たちの持っている行動にうまく関与できません。つまり、アルコール依存症等の精神保健上の問題が背景にある困窮者の支援は、入り口の支援だけでは不十分で、支援を継続できるシステムが必要だということです。リスクのある人がいた時に、その人と何らかのつながりを持ち続けるということが、自殺予防にとっては非常に大事なことです。これは、昔から地域の保健師の活動の中で「訪問」という形で行われていました。民生児童委員が心配なおうちに時々声をかけるということも共通しています。一声かけるということが、実は結構大事ということです。

我が国の自殺対策の経緯

我が国の自殺対策は、1998年に自殺者が急増してから、非常に発展してきました。

第1期は、急増直後で、厚生労働省から自殺対策を進めようと発信されて、一部の地域、特に北東北などの自殺死亡率の高い地域がまず取り組んでいきました。第1期の終わり頃にうつ対策が国の政策になりました。

第2期は、国会の参議院で決議があり、政府全体で取り組んでいこうという移行期になりました。

第3期は、平成18年の自殺対策基本法の制定で、これに基づいて社会全体で取り組んでいくという方向に大きく舵が切られました。この法律は、大きな効果を発揮しています。法律ができる前は、自殺対策に取り組んでいる都道府県はごく一部でしたが、法律ができてからは、自治体はすべて自殺対策に取り組むようになっていきました。

自殺対策基本法という名前にもあるように、「自殺対策」という言葉を使っています。自殺予防という言葉は、海外でも「スーサイド・プリベンション」と一般に使われますが、自殺対策という言葉は、実はほかの国では使われない、新たに登場した言葉だと思います。自殺対策というのは、自殺予防より少し幅が広くて、社会的取り組み、生きにくい世の中を変えようという社会改革のようなことも含めた視点があります。自死遺族に対して、心理的ケアだけではなく、遺族が経験する社会の偏見からくるさまざまなつらい経験、家族が亡くなることによって生じる経済的な困難、生活の困難、そういうことも含めた自死遺族支援ということです。そういう意味で、自殺対策というのは自殺予防よりももっと大きい考え方、広い考え方です。

ところが、自殺対策は自殺予防よりも広いものですから、何でも自殺対策になります。例えば、スクールカウンセラーの仕事も、多重債務の問題や消費者金融の金利を下げることも自殺対策であるということが出来ます。何でも自殺対策になります。しかし、その分、焦点がはっきりしないという欠点もあります。そこで、もう一度、私たちは、「自殺予防」という考え方に近寄った方が、私たちの日常活動で何をしたらいいかが見えるのではないかと思います。

今、自殺対策はほとんどの自治体で取り組まれています。しかし、啓発的な事業が多く、自殺の実態を明らかにするとか、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐというような、リスクの高い人に焦点を当てた対策が少ないのが現状です。

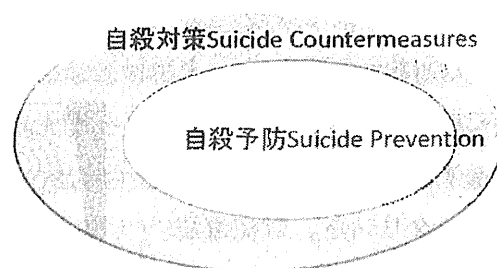
自殺予防と地域づくり

全国的に啓発的な事業はよく行われるようになりました。啓発に当たって、気をつけなければいけないことをお話しします。

オーストラリアの精神保健団体とメディアが連携して作った、メディア向けの自殺と精神疾患の報道についての冊子があります。この冊子には、報道に当たって気をつけてほしいこ

自殺対策の経緯

自殺予防と自殺対策



自殺対策は、自殺予防よりも幅の広い、自殺予防に社会的取組を含めた視点や、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用語

ととして、自殺には脆弱性の高い人（自殺のリスクの高い人）たちがいることを知ってほしいということが繰り返し書いてあります。そして、特に、自殺の報道で気をつけてほしいこととして、自殺の場所や次第について詳細な報道を避けてほしいと書いてあります。これは、私たちにとっても大事なメッセージだと思います。というのは、「自殺」という言葉に対して、いわゆる健康な人はそれほど驚きません。例えば、鳥取県で150～200人が自殺していることも「そうですか。心配ですね」と言うかもしれません。しかし、リスクの高い人の中には、「自分もそれで死ぬるかもしれない」と受け取る人もいます。ですから、自分たちの発するメッセージがリスクの高い人たちにどういうふうに映るのかということは考えた方がいいと思います。

先日、ある方が、「例えば、鉄道自殺の悲惨さを実際に写真等で示すことで自殺の抑止効果になるのではないか」という話を持ってこられました。それには私は反対しました。それを示すことによって、鉄道自殺を経験した遺族が見たらどういう反応をするであろうか、あるいは、抑止効果でいうと、決して期待しているような効果はないだろうと思います。その配慮をするには、精神保健や心理学の専門家の方たちと一緒に冊子を作るという方法もいいと思います。単に「自殺の問題がある」という啓発よりは、脆弱な人たちに配慮する啓発が大事だと思います。

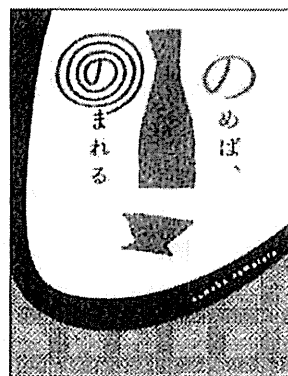
自殺予防総合対策センターが作った「のめば、のまれる」という冊子には、2人の男の語りが入っています。アルコールの負の影響やチェックリスト、対症療法などと一緒に主な相談窓口をあげています。これは、自殺予防のパンフレットですが、「自殺」という言葉はあまり使っていません。できるだけ少なくしています。申し上げたいことは、「自殺」と

いうことをたくさん言えば「自殺対策」ということではないということです。逆に抑制的である方がいい時もあります。特に、市町村の方たちに理解してほしいのは、自殺対策というのは決して「自殺」という言葉がついた事業を増やせば「やっている」ということではなくて、それを使わなくても、自殺予防を視野に入れた丁寧な事業をやっているのであれば、それでいいということです。

さて、自殺予防は一体どこで誰が担うのでしょうか。もちろん自殺予防を標榜して自殺予防活動として発展してきたもの、例えば、「いのちの電話」の活動は大変重要ですし、地域

のめば、のまれる

自殺予防と地域づくり



- ふたりの男の語り
- アルコールの負の影響
- チェックリスト
- 対処法(本人向け、家族・まわりの人向け)
- 主な相談窓口
- ホームページ「いきる」からダウンロードできる

<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/pdf/nomeba100123.pdf>

のネットワークも貴重な資源だと思います。また、自殺予防を標榜していないけれど、結果的にハイリスク者の支援を行うことによって自殺予防になっているものはもっと注目していかなければいけないと思います。それは、精神保健医療、母子保健、児童福祉などです。たとえば、母子保健の領域で新生児訪問が行われます。新生児の訪問をして、「ここのおうちはいろいろなものを抱えてしんどそうだな」ということに気がいたら、その家に一定期間訪問に行き続ける。少なくとも、その家の誰かが困った時に「保健師に相談してみよう」という気持ちがわくまで訪問する。これが、長期的には自殺予防になっていくと思います。児童福祉の領域でいえば、例えば、虐待の相談が増えていますが、実は虐待する家族の側も自殺のリスクの高い人です。児童相談所の児童福祉司など、現場で対応している方の実際の経験では、家族で自殺の問題を抱えている方は結構いる、事例としても結構経験しているということでした。ということは児童福祉の領域には、実は危険因子をたくさん抱えた、支援しなければいけない人たちがいるということです。また、障害者福祉、虐待防止、地域保健、介護保険、断酒会などもそうだと思います。自殺のリスクの高い人たちが集まっている場がある。だから、その人たちが適切な行動ができるように支援する。そういうことも実は自殺予防として大事であるということです。それには公的機関の役割は大きいと思います。

福岡県の保健師さんをしていた方から、地域の自殺予防活動で使っていた言葉を紹介してもらいました。誰でも使えるいい言葉だと思います。「眠れてる？食べれてる？体大丈夫？」。相手を心配する気持ちが入っていて、言われて怒る人はいないですよ。これなら誰でも使えます。「眠れてる？食べれてる？体大丈夫？」と言うことは、声をかけ続ける、そういうつながりを持ち続けるということで、私はすごく大事なことではないかと思います。

自殺予防において気になることとして、サービス利用の優等生、劣等生ということがあります。精神保健の領域もそうですが、制度やサービスが充実してくると、優等生を中心に考える。困った時は自分から来てくれる、相談する時は自分の悩みをちゃんと説明できる、呼ばれた日に必ず来る、適当な時間でちゃんと帰る。私たちはそういうことを期待するのですが、自殺のリスクの高い人は、そういうふうにはうまく行動できない。来過ぎる、来なさ過ぎる、ムラに来るというふうになりやすい人たちでもあります。その時、私たちはどうしたらいいか、どうして適切に行動できないのかを考えないといけないのですが、そういう時、精神保健は役に立つのではないかと思います。どうしてそういう行動をするのか、病気のせいなのか、その人が送ってきた人生の影響によるものなのか、どういう意味があるのか、なぜ支援しようとする手をはねのけるのかということを考えるのに、精神保健が役に立つと思います。

私は以前、「のめば、のまれる」というパンフレットを新橋の駅前で配ったことがありますが、ビラを出そうとすると、先の方でビラを受け取らないようにずっと分かれていきま

す。でもやはり人が通るところでないとビラを渡すこともできない。自殺対策も同じで、自殺対策を効果的にやろうと思ったら、自殺のリスクの高い人たちが流れる場所に入っていくという発想が要るのではないかと思います。精神科医療の場、断酒会、児童相談所など、そういうところに自殺のリスクの高い人たちが集まる場所があり、その場所を利用して対策を考えることは非常に効果的なことではないかと思います。これは、長崎県の「どこでも誰でもゲートキーパー作戦」とか当事者目線の支援というところとつながります。

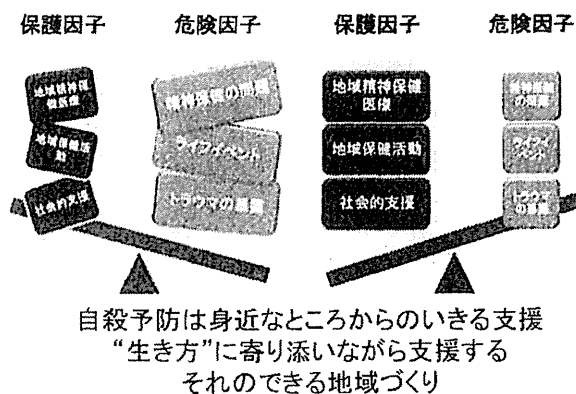
自殺対策という言葉は非常に大きい言葉です。社会のありようを見直すということも含んでいます。しかし、社会のありようを見直せば、本当にみんなが幸せになるかどうかはわかりません。それに対して私たちは、自殺予防、もう少しその人に目を向けた対策が大事ではないかと考えています。それは“生き方”に寄り添う支援ということです。寄り添う時に相手が逃げていく場合があります。あるいはその手

をはねのける場合があります。それには精神保健的観点、なぜそういう行動をとるのかという理解が必要です。ひとは、その人がなぜそういう行動をするのかを理解をすれば耐えられますが、理解することができないと耐えにくいのです。理解を助けるのが精神保健だということです。ハイリスクの人たちを同定して、その人たちの継続的ケアに取り組む。そのような地域づくりが自殺予防に一番大事なポイントだと考えています。そのようなことを通じて保護因子を増やす。つまり、地域精神保健医療、地域保健活動、社会的支援を強くして、これらにつないでいく。これが結局は自殺予防に資する取り組みになると思います。

自殺対策、自殺予防というのは決して特別なことではなく、私たちの身の回りにある活動を大切にすることです。その中で、この人はいろいろなものを抱えてしんどそうだなという人を見守り続ける仕組みを作っていくことが大事だと思います。

自殺予防と地域づくり

地域における自殺対策



「平成22年度鳥取県自殺対策フォーラム」（基調講演）から

～平成22年度11月7日、とりぎん文化会館～

日本社会精神医学会雑誌

Japanese Bulletin of Social Psychiatry

(Vol.20 No.2)

第20巻 第2号 2011年

巻頭言

精神科における禁煙—英国からの流れ—……………作田 勉 …… 80

原著論文

死亡時の職業の有無でみた自殺既遂者の心理社会的特徴：心理学的剖検による76事例の検討

…… 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 亀山晶子, 横山由香里,

高橋祥友, 川上憲人, 渡邊直樹, 平山正実, 竹島 正 …………… 82

精神障害をもつ人に対する援助職員の肯定的態度と組織風土の影響 …… 岩井和子, 野中 猛 …… 94

医療職を志す大学生の精神障害者に対する社会的態度—精神障害に関する情報源と学習効果—

…………… 加藤拓彦, 田中 真, 小山内隆生 …… 106

精神障害を有する人に対する一般地域住民のイメージ

…………… 小山明日香, 長沼洋一, 沢村香苗, 立森久照, 大島 巖, 竹島 正 …… 116

特別企画 「自殺予防：大原健士郎先生を偲んで」

序文 大原健士郎先生を偲んで…………… 高橋祥友 …… 128

自殺学が源流の“大原精神医学”—日本社会精神医学会への寄与—…………… 広瀬徹也 …… 129

大原の自殺研究と富士モデル事業…………… 松本晃明 …… 131

わが国の自殺対策・自殺学の方角—大原先生の業績を振り返って…………… 竹島 正 …… 138

自殺をめぐる医師の救護願望と家族の間接殺意…………… 石川 元 …… 144

第30回日本社会精神医学会(奈良県文化会館)

「第30回日本社会精神医学会」印象記…………… 立森久照 …… 154

優秀発表賞…………… 156

社会精神医学研究ワークショップの報告

…………… 和田 清 …… 159

社会精神医学研究ワークショップ体験記

…………… 新村秀人 …… 161

社会精神医学トピックス

第20回世界社会精神医学会(WASP)大会の報告…………… 水野雅文 …… 163

書 評

『社会精神医学のいま—疫学的精神医学へのアプローチ(精神医学の知と技) 中根允文(著)』

…………… 井上新平 …… 165

委員会活動報告…………… 167

会 告…………… 77

常任理事会議事録…………… 168

掲示板…………… 170

規 約…………… 172

投稿規定…………… 174

理事役員名簿…………… 177

編集後記…………… 178

■特別企画 「自殺予防：大原健士郎先生を偲んで」

わが国の自殺対策・自殺学の方 —大原先生の業績を振り返って

竹島 正

抄録：

日本社会精神医学会の創成期を支え、シュナイドマンから日本のデュルケムと呼ばれた大原健士郎のいくつかの業績をもとに、わが国の自殺対策・自殺学の方について考察した。大原は自殺学を“自殺の原因を究明し、その予防を考える研究分野である”と定義し、自殺学は統計で一般的傾向を理解して、症例検討を積み重ねて自殺を掘り下げて研究する、すなわち統計と症例研究が二本柱になると述べたが、これは社会精神医学研究のあり方につながる重要な指摘であろう。わが国の自殺対策は「自殺総合対策大綱」の改正を含めて重要な局面にあるが、大原が種を撒き、その系譜にある研究者が育ててきた自殺学が、わが国の自殺対策の発展に活用されることを期待する。

日社精医誌 20: 138-143, 2011

索引用語：自殺学，自殺予防，自殺対策，大原健士郎，社会精神医学
suicidology, suicide prevention, suicide countermeasures, Kenshiro Ohara, social psychiatry

はじめに

日本社会精神医学会の第三代理事長であった大原健士郎先生は、2010年1月28日に亡くなられた。筆者は大原先生と同じ高知生まれで、卒業した高校も同じであるが、実際に大原先生とお会いしたのは、丸山晋先生から日本社会精神医学会の事務局長を引き継いだ後であったと思う。大原先生との直接の接点は、常任理事会等でご挨拶したこと、筆者らの取り組んでいる心理学的剖検についてご意見をうかがったことの範囲にとどまる

が、それより前には、大原先生の著書との出会いがあった。本稿では、大原先生の業績を振り返り、わが国の自殺対策・自殺学の方について考える。

著書との出会い

大原の編著による「現代のエスプリ」の別冊「自殺学」(至文堂)は筆者が自治医科大学に入学した1974年に刊行が始まっている。書店で見た「自殺学」の文字が印象的であったことを覚えているが、実際にゆっくり読んだのは卒業後であったと思う。高知県本山保健所に勤務していた頃、保健所管内の自殺についてまとめて公衆衛生学会で報告したので⁷⁾、この頃だったかもしれない。

「自殺学」は、「自殺の精神病理」、「自殺の心理学・精神医学」、「自殺の社会学・生態学」、「自殺と文化」、「自殺の防止」の5分冊からなるが、この構成自体、画期的なものであった。その第1巻

英文タイトル：Suicidology and Suicide Prevention in Japan: From the Achievements of Kenshiro Ohara
著者連絡先：竹島 正(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
TEL: 042-341-2712 FAX: 042-346-1950
Corresponding author: Tadahisa Takeshima
Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

にはシュナイドマンの序文があり、大原を“日本のデュルケムと言うべき自殺学の重要な研究者”と紹介しているのが印象深い。

第1巻の「自殺の精神病理」では生・死・自殺を精神病理学の立場から追求している。その中の「自殺学の序章」において、大原は、自殺学 Suicidology を“自殺の原因を究明し、その予防を考える研究分野である”と定義している。大原によると、自殺学は1929年のオランダのボンガーの教科書に登場したが、1964年にシュナイドマンがボンガーとは無関係に使用し、ロサンゼルス自殺予防センターから米国の国立精神保健研究所の部長になって、自殺予防活動を全米に広めていくとともに広く使用されるようになったという。そして、シュナイドマンが自殺学を“自殺現象 suicidal phenomena の科学研究”と定義したこと、プリベンション（自殺行動が生じる前の特徴的な前駆症状を研究して理解する）、インターベンション（自殺企図者に直ちに対処して介助する）、ポストベンション（自殺未遂後の適切な活動によって自殺を再び繰り返すことを予防する、遺された人々に治療的働きかけをする）の3つの側面の包括的な計画によって概念化されると述べたことを紹介している。第1巻の構成は、今述べた「自殺学の序章」のほか、「死の意味するもの」「死の精神病理」「死の本能論」「自殺の理論」「自殺の哲学」「日本人の死生観」「殉死と殉教」「近代絵画における死」「遺書」「自殺の歴史的展望」「自殺の臨床的研究」である。このうち大原は「死の意味するもの」「自殺の理論」「遺書」の3章を執筆している。

第2巻「自殺の心理学・精神医学」は、自殺行動を心理学的、精神医学的に分析していくと、現代の自殺は、広い意味での精神障害の結果であるとして、発達心理学、精神障害、パーソナリティの観点から自殺に迫っている。その構成は「自殺と自己破壊的行動」「児童期の自殺」「青年期の自殺」「壮・老年期の自殺」「自殺者の心理学的特徴」「自殺者のパーソナリティ」「自殺未遂と自殺既遂」「自殺と精神病・神経症」「精神病院における自殺」「矯正施設における自殺」「情死と親子心中

の臨床」である。このうち大原は「自殺と自己破壊的行動」「壮・老年期の自殺」「精神病院における自殺」「情死と親子心中の臨床」の4章を執筆している。そのうち「自殺と自己破壊的行動」では、臨床の場でアルコール中毒者に接してみると、飲酒の基盤に隠れた神経症が存在し、家庭内対人関係が崩れると攻撃性が自己に向かうとして、自殺を広く自己破壊行動の器の中に入れて眺めることが必要であると述べている。大原は、全日本断酒連盟の発祥の地でもある高知県の断酒会員とも親交が深かったと聞かすが、そのことがこの考察にも反映されているように思う。「精神病院における自殺」では、自殺未遂・既遂が病院内で生じた場合、同じ時期に自殺が続発する場合があることを報告している。

第3巻「自殺の社会学・生態学」は、自殺を社会や文化という大きな器の中で眺めると、社会的・環境的条件によって自殺率は増減することから、きわめて社会的な現象ということもできるとして、自殺の個人的側面である1巻と2巻に対して、社会学的、生態学的側面から自殺に迫っている。その構成は「自殺と環境」「統計的にみた日本の自殺」「自殺の社会病理」「自殺の生態学」「社会環境と自殺（補遺）」「日本人の自殺の社会心理学的特徴」であって、このうち大原は「自殺と環境」「社会環境と自殺（補遺）」の2章を執筆している。そのうち「自殺と環境」では、自殺率の数字からは自殺の質的な差は出てこないとして、統計で一般的傾向を理解して、症例検討を積み重ねて自殺を掘り下げて研究すること、すなわち統計と症例研究が重要な二本の柱になると述べている。筆者は1975年頃、日本社会精神医学会の初代理事長であった加藤正明の講義で、統計と症例研究を併せて行うことの重要性を聞いた記憶があるが、社会精神医学における重要な視点として研究者間で共有されていたのであろう。

第4巻「自殺と文化」は、人は文化を形成し、また文化に規定されるとして、特徴的な自殺スタイルを生んだ日本文化、心中に親和性をもつ日本人の心情、そして常に世界の上位にある日本の自殺率に、日本文化との関係性から迫っている。そ

の構成は「文化と自殺行動」「民族誌からみた自殺」「仏教と自殺」「西洋の自殺思想」「切腹の沿革」「神風特攻隊」「心中の文化史的背景」「自殺スタイルの変遷」「自殺と法律」であって、大原は「文化と自殺行動」「神風特攻隊」の2章を執筆している。そのうち「文化と自殺行動」では、純粹自殺(哲学的自殺)を自殺の代表的なものとし、みなす慣習は外国ではあまり見られないこと、日本では、老人の自殺は、家庭内の葛藤や家庭における依存対象の喪失とその恐れから危機が発生するのに対して、西欧では物理的孤独の影響が大きいと述べる等、自殺の有り様は文化と密接に関連することを示している。そして、時代とともに日本人のパーソナリティが変化しているとしても、日本人が死を美化し、合理化する傾向を多分にもっていることは見逃すことはできないと指摘している。

第5巻「自殺の防止」は、自殺者のすべてに、死にたいと思う反面、助けられたいという願望の存在することが認められるとして、自殺のおそれがある者に社会はどのように対処すべきか、社会人として生活する人々はどうかアプローチしていくべきかを述べている。そして、自殺の研究はすべて究極的には自殺予防に帰結すべきであることは明らかであるとして、自殺学の自殺予防における位置を明確にしている。第5巻は「自殺防止の科学的根拠」「東京都23区内における自殺」「自殺の予告兆候」「自殺のおそれある者の精神療法」「家庭と学校の世界精神衛生」「職場の世界精神衛生」「地域社会における世界精神衛生活動」「世界の自殺防止活動」「日本の自殺防止活動」「安楽死」から構成され、大原は「自殺防止の科学的根拠」「自殺のおそれある者の精神療法」の2章を執筆している。このうち「自殺防止の科学的根拠」では、(1)自殺をしようとする人は「死にたい」と求める反面、「助けられたい」という気持ちを併せ持っている、(2)心理学的危機はたとえどんなに大きなものでも短期間で過ぎ去る、(3)自殺を考える者は遺された人にはかりしれないほどの悩みを与える、(4)生きようと努力することが人間本来の姿である、と述べているが、これらは、この特集の企画にあたった高橋祥友の長年の努力によって⁶⁾、ようやくわ

が国にも浸透しつつあるところである。

「自殺学」は1974年11月から1975年7月の9か月の間に5冊が刊行されているが、短期間に5冊をまとめた気迫、独創性と組織力には、大原の自殺学への深い献身が感じられる。後日、もっとも重要な著書のひとつである「日本の自殺—孤独と不安の解明」(1965年)を古書店から入手したが、それは、第一編「自殺の概念—自殺発現の動機と要因」(自殺とはなにか、人間はどうして自殺するか、自殺の動機と要因)、第二編「自殺の実態と精神病理」(児童の自殺、青年の自殺、老人の自殺、情死、親子心中)で構成されている。そして序文には「わたくしは、他の学者たちの仮説を借りることなく、自分自身の目で見、耳で聞き、じかに自分の体を通してえた経験、資料にもとづいて、自殺という現象を追求しようと考えた」とあるが、ここにも大原の気迫、独創性と自殺学への献身を見る思いがする。そして、このような気迫と独創性は、日本社会精神医学会の立ち上げに関わった中心メンバーにも共有され、その学術的發展を支えたと想像する。

大原の手紙

“psychological autopsy”はシュナイドマンの造語であって、それを“心理学的剖検”と日本語に訳したのは大原である²⁾。

筆者は2006年10月に国立精神・神経医療研究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長となったが、これより数年前から心理学的剖検 psychological autopsy の手法を用いた調査に取り組んでいた。自殺予防総合対策センターにおける心理学的剖検の研究成果を勝又が日本社会精神医学誌に投稿したが³⁾、それが掲載された頃、編集委員会に大原からの手紙が届いた。大原の手紙の内容は編集委員会を経て筆者にも伝えられた。直接お会いして話をする機会を持ちたいと考えて、大原が当直をしている横浜相原病院に大原を訪ねた。夕方から4~5時間であろうか、大原の話を聞き、私も話をしたが、これが大原と長く話した最初で最後の機会となった。そ

の後、大原の手紙は日本社会精神医学雑誌に掲載され、筆者の返信も同じ号に掲載された。大原の手紙には事実誤認が含まれており、それを訪問時に伝えたのだが、大原はいったん自分の書いた文章を直そうとはしなかった。このため、大原への返事では事実誤認であることに言及せざるを得ず、たいへん心苦しい思いがしたが、そのことは、大原が自分の主張をしっかりと出せと励ましているようにも思えたのである。筆者は高知生まれで、高知の保健所で9年、精神保健福祉センターで7年仕事をした後に研究者となったが、大原の発言や行動に“いごっそう”を思った（高知の方言で、気骨があること、信念を曲げない頑固者で、高知県人の気性を表わす語（広辞苑第五版））。大原の手紙「勝又陽太郎ほか「自殺の背景要因に関する定性的研究」を読んで」とそれへの筆者の返信である「わが国における心理学的剖検の発展に向けて」は本誌17巻2号に収録されている^{5,8)}。この原稿を書いていると、だんだん暗くなっていく病院の応接室で話したことを思い出す。

わが国の自殺対策の現状

わが国の自殺による死亡者数は1998年に急増して3万人に超え、以後もその水準で推移しているが、このことが契機となって、自殺予防は国民的課題となってきた。大原が、わが国における自殺学の発展を提唱してから約40年を経て、ようやく社会は自殺学を必要とするようになってきたと言うこともできる。

さて、自殺死亡急増後の、わが国の自殺対策の発展は3期に分けることができる⁹⁾。第1期（1998-2005）は、厚生労働省中心に取組の始まった時期である。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、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段階の取組を含めて、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が、その一部は、シュナイドマンから大原、高橋に続く、わが国の自殺学の系譜に連なるものであり、高橋による国連／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」のわが国への紹介でもあった⁶⁾。また、大原が40年前に種を播いたことが、ようやく根を下ろし始めたということもできる。第2期（2005-2006）は、自殺対策に政府全体で取り組むようになる転換期である。自殺がなかなか減少しないことから、2005年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」を行い、それを契機として、自殺対策は内閣府を中心として関係する省庁全体で取り組まれることとなった。第3期（2006-）は自殺対策基本法の公布以後であり、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」）が閣議決定された。大綱は2008年10月に一部改正されたが、その後も2009年6月の地域自殺対策緊急強化交付金の造成、2010年2月の「いのちを守る自殺対策緊急プラン」の公表等、自殺問題への政治、メディア、社会の関心は高まっている。

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掛け声のもと、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何でも進めていこうという方向に進んだ。ここで、自殺対策基本法の名称にもあるように“自殺対策”という新たな言葉が使われるようになったことに注意する必要がある。自殺対策は Suicide Countermeasures とされ、自殺予防 Suicide Prevention ではない。自殺対策は、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示した造語と思われる。大原は、自殺学を“自殺の原因を究明し、その予防を考える研究分野である”と定義していることから、自殺対策に自殺学の成果を反映していくこと、すなわち統計と症例研究から生まれた学術成果を自殺対策の基盤とすることを願ったと思うが、それはまだ十分に実現していない。大原は自殺対策という言葉はどう思っていたので

あろうか。可能であれば、直接聞いてみたかったことのひとつである。自殺対策基本法の成立は自殺対策の自治体への普及を大きく後押ししたことは間違いない¹⁾。しかし、自治体の取組は、イベントや啓発事業等の実施しやすいものに偏り、事業の目的や効果がはっきりしないものも無いとは言えない。筆者は、自殺死亡がなかなか減少しない今日、「自殺対策から自殺予防へ」と向かうこと、すなわち、自殺の危険因子を多く抱えて保護因子を少ししか持たない人たちを同定して、その行動に着目した介入を、精神保健医療と連携して取り組む必要があると考えている¹⁰⁾。これは中高年男性の自殺率が無職者、離別者において特に高いという人口動態統計の分析、心理学的剖検の研究結果等をもとにした提案であるが、同時に、筆者自身の地域精神保健活動における経験に基づくものであり、医療や福祉のサービスから漏れている人々にも分け隔てなく手を差し伸べる、光をあてる支援を行う保健師の願うこととも一致するものと思っている¹⁾。そして、これはコミュニティモデルとメディカルモデルの連携であって、大原の提唱した自殺学の発展にも寄与するものであると信じている。

自殺予防総合対策センターにおける 今後の取組

自殺予防総合対策センターでは、2011年3月1日に「自殺対策推進のための関連学会等の意見交換会」(以下、意見交換会)を開催した。その開催要綱には“平成18年6月の自殺対策基本法の公布から6年目、翌年10月の政府の自殺対策の基本的な指針である自殺総合対策大綱の閣議決定から5年目を迎えた。この間、各学会等においては、学術成果の集積とともに、自殺対策推進に係る調査研究や地域・職域等における取組に参画してきた。自殺総合対策大綱は、おおむね5年を目途に改正されることとなっており、平成23年は見直しの検討が始まる重要な年になる。本会は学会等の持つ学術成果や経験を互いに紹介し、意見交換することによって、大綱の改正に向けた学会等か

らの情報発信の充実に寄与していくことを目的とする”とある。意見交換会には、21学会、12団体等から計96人が参加した。参加した学会や団体からは、自殺対策推進のためのこれまでの取組と「大綱」改正への意見についての報告があった。自殺予防総合対策センターでは、学術団体と連携して「大綱」改正への提言を2011年9月の自殺予防週間をめぐりに行いたいと考えており、それについて参加した学会や団体等に問いかけたところ、最終的に提言もしくは大綱試案という形でまとめることを目指すことの合意を得た。今後は、各関連学会と共同して、これまでに集積してきた知見のレビュー、さらには「大綱」のあり方とその内容等について検討していくこと等を考えている。この取組は、大原の提唱した自殺学の発展にもつながるものであると確信している。

おわりに

本稿の執筆にあたり、何度かの引越しの中で手元から消えていた「自殺学」5巻を古書店で購入した。そしてシュナイドマンが大原を“日本のデュルケム”と称したことの意味を深く理解した。大原のように包括的に自殺学を発展させようと企てる者はなかなか出てこないというのが実感であるが、大原が種を撒き、日本の自殺学発展の系譜にある研究者が育ててきた自殺学は、今ようやく展開期に入ったように思う。その研究成果が、今後の「大綱」改正と自殺対策の発展に役立てられることを切に願う。

文 献

- 1) (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：都道府県・政令指定都市における自殺対策および自死遺族支援の取組状況に関する調査報告書(平成22年度)、2010
- 2) 勝又陽太郎、竹島 正：心理学的剖検、臨床精神医学 39(11)：1425-1429, 2010
- 3) 勝又陽太郎、松本俊彦、高橋祥友：自殺の背景要因に関する定性的研究－ライフチャートを用いた自殺に至るプロセスに関する予備的検討－、日本

- 社会精神医学会雑誌 16(3) : 275-288, 2008
- 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) 大原健士郎 : 勝又陽太郎, 他 : 「自殺の背景要因に関する定性的研究」を読んで, 17(2) : 218-219, 2008
 - 6) 高橋祥友 : 新訂増補 自殺の危険, 金剛出版, 東京, 2006
 - 7) 竹島 正, 高橋 和, 川村艶子, 他 : 農山村型の過疎地域(本山保健所管内)の住民の自殺について, 日本公衆衛生学会総会, 1982
 - 8) 竹島 正 : わが国における心理学的剖検の発展に向けて, 日本社会精神医学会雑誌 17(2) : 220-221, 2008
 - 9) 竹島 正 : 精神保健医療と自殺対策, 日精協誌 29(3) : 10-15, 2010
 - 10) 竹島 正 : 精神保健と地域づくりのつながり—自殺予防を糸口に, 公衆衛生 74(11) : 950-954, 2010

abstract

Suicidology and Suicide Prevention in Japan : From the Achievements of Kenshiro Ohara

Tadashi Takeshima

This is a review of suicidology and suicide prevention in Japan based on the achievements of the late Kenshiro Ohara, who had led the early stage of the Japanese Society of Social Psychiatry and was referred to as the Emile Durkheim of Japan by Edwin S. Shneidman. Ohara defined suicidology as 'the scientific study of the reasons for suicide and of the methodology to prevent it' and said that statistics and case studies shall be the two pillars of it, using statistics to find out general tendencies toward suicide and case studies to study them further. This is an important statement pointing out what's important in social psychiatry. The present state of Japan's suicide prevention strategy, including the forthcoming revision of the Comprehensive Suicide Prevention Initiative, is at an important stage now, and I sincerely hope suicidology, the science of which Ohara had sowed the seeds and researchers related to it have nurtured, will be effectively utilized for the development of suicide prevention measures in Japan.

Jpn Bull Soc Psychiat 20 : 138-143, 2011

Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

職場のメンタルヘルスをめぐる関連機関の現状 第45回

自殺予防総合対策センターの活動

竹島 正, 松本俊彦, 川野健治, 稲垣正俊, 勝又陽太郎

はじめに

わが国の自殺による死亡者数は1998年に3万人を超え、以後もその水準で推移している。わが国は世界でも自殺死亡率のもっとも高い国のひとつであり、自殺未遂や自殺の問題で深刻な影響を受ける人々を含めると、自殺対策はわが国の直面する大きな課題である。

自殺対策の目的は、自殺を防止し、あわせて自殺者の親族などに対する支援を充実し、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である（自殺対策基本法第一条）。

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に2006年10月に国立精神・神経センター精神保健研究所（当時）の内部組織として設置されたが、自殺の危険因子として精神保健問題が重要であることに加えて、政策研究機関として自殺予防研究を発展させることへの期待を踏まえたものと考えられる。自殺予防総合対策センター設立に至る経緯は、2002年12月の自殺防止対策有識者懇談会報告書「自殺予防に向けての提言」に、“各種の調査研究、相談体制の整備、情報発信、自殺予防対策の提案等を一括して行ういわゆる「自殺予防セン

ター」機能が必要である”と述べられたこと、2005年7月の参議院厚生労働委員会「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」に「自殺予防総合対策センター（仮称）」の設置が挙げられたことを踏まえ、2005年12月の自殺対策関係省庁連絡会議報告書「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」に、国立精神・神経センター精神保健研究所に自殺予防総合対策センターを設置するとされたことである。その6ヵ月後である2006年6月には自殺対策基本法が公布され、同年10月には施行となったことから、自殺予防総合対策センターの設立は、自殺対策基本法の施行時期と重なることとなった。

自殺予防総合対策センター（以下、当センター）は、センター長の下に、自殺実態分析室、自殺予防対策支援研究室、適応障害研究室の3研究室と事務部門があり、下記の業務を行っている（自殺予防総合対策センター設置要綱¹⁾）。

- (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

Tadashi TAKESHIMA, Toshihiko MATSUMOTO, Kenji KAWANO, Masatoshi INAGAKI, Yotaro KATSUMATA 独立行政法人国立精神・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（〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1）

表1 「いきる」トップページ トピックス¹⁾

自殺予防の取組みを静かに長く

平成23年になって自殺者数は減少しています。しかしながら、私たちの生活が豊かで幸せなものになったわけではなく、国民経済は依然としてきびしい状況にあります。さらに、3月11日に発生した東日本大震災は、被災地においては多くの方のいのちと生活を奪い、被災地以外においても経済活動の低迷等によって多くの方に困難をもたらすなどの甚大な影響を及ぼしています。こうした状況を考えると、今後も自殺の動向を慎重に観察し続けていく必要があります。

さて、このようなきびしい状況であるからこそ、私たちは、さらに自殺予防に取り組むとともに、自殺予防活動で培ってきた経験とつながりを被災者支援にも活用していきたいと考えます。自殺予防は、メンタルヘルスの問題などの自殺の危険因子を少なくするとともに、地域における対人的支援などの保護因子を強化していく取組みであり、被災者の支援とも共通するところが大きいからです。

内閣府自殺対策推進室は「東日本大震災に係る地域自殺対策緊急強化基金の活用について」という文書を各都道府県に送りました。この文書は、被災地はもちろん、被災者を受け入れている都道府県においても、今年度すでに計画した事業のうちの不要不急の事業を再度見直し、被災者支援に基金を活用していくよう幅広く検討することを提案しています。

私たちにできることは自殺の危険のある人や、苦境に陥った人たちの支援を強化するという静かな長い取組みです。私たちは、復興に向けての努力を続けている被災地の皆様に倣い、その努力を支援するとともに、被災地以外においてもその地域で必要とされる取組みを一歩ずつ進める必要があります。その一環として、地域自殺対策緊急強化基金の有効活用が望まれます。

(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

以下、情報の収集および発信、ネットワークの構築、研修、調査・研究、政策提言について、直近の2年間くらいの活動の概要を紹介するとともに、当センターの活動を通して見た、わが国の自殺対策の課題について述べる。

I. 情報の収集および発信

自殺は関連する要因の多い複雑な現象であり、自殺対策に関与する組織・人は多岐にわたる。また、自殺予防活動とは、自殺の危険因子を減少させ、保護因子を増やすことによって、結果として自殺による死亡を少なくすることであり、自殺予防を標榜しなくても、自殺予防に役立っている活動は多い。自殺対策の普及にあたっては、実態として自殺予防に関与している組織・人に、自殺対策に関連した、基本的かつ信頼できる情報を継続的に提供する必要があります。当センターでは、情報サイト「いきる」¹⁾の運営を通して情報提供を

行っている。「いきる」は、自殺予防総合対策センターの業務、調査研究、自殺の統計、地方自治体の対策、自殺対策担当窓口一覧、いきる・ささえる相談窓口、海外の情報、リンク集などで構成され、ほぼ毎週1回更新している。また、トップページには、とくに伝えたいことをトピックスとして掲載しており、1～2ヵ月に1回更新している。2011年7月現在のトピックスは東日本大震災と自殺予防である(表1)。「いきる」トップページへの月間アクセス数は約5万件であって、自殺対策の情報を求める人、相談窓口の情報を求める人などに広く利用されている。

市民社会への情報発信にメディアの果たす役割は大きい。当センターでは、メディア関係者の自殺予防・メンタルヘルスへの理解と関心を高め、その結果として、市民社会への情報発信が増えることを目的としてメディアカンファレンスを開催している。メディアカンファレンスはメディア関係者とメンタルヘルス専門家の交流の場にもなっており、2010年度には、東京で4回、名古屋で1回開催した。東京では、これまで数年間の開催経験を踏まえ、「発達障害・知的障害と触法行為-その理解と支援のあり方」「薬物療法をめぐって」



図1 パンフレット「のめば、のまれる」

「認知症の医療と地域ケア」「若者の自殺」をテーマに、メディア関係者がより多角的に問題を理解してもらえよう、複数名の、視点の異なる講師の講演の後にディスカッションを行った。名古屋では、初めての開催であることから、メディアカンファレンスの原点である、自殺予防の基礎知識、自殺報道に関するWHO提言の普及をテーマとした。いずれも参加したメディア関係者の関心は高く、講師、参加者間での意見交換も活性的に行われ、メディアを通じての、国民への情報発信の増加に役立っている。

専門家への情報発信としては、自殺対策の推進にとくに重要と思われる海外の情報をブックレットシリーズとして刊行している。2010年度に刊行したのは、「日常の援助場面における精神分析的アプローチ-地域精神保健の現場で働く援助者のための入門書」「自殺傾向ハイリスク者に対する介入研究で考慮すべき事項に関する手引き」の2冊である。

表2 チェックリスト (C.A.G.E.)

チェックリスト

【C.A.G.E】こんなことはないですか？

1	あなたは今までに、自分の酒量を減らさなければいけないと感じたことがありますか？ (Cut down)
2	あなたは今までに、周囲の人に自分の飲酒について批判されて困ったことがありますか？ (Annoyed by criticism)
3	あなたは今までに、自分の飲酒についてよくないと感じたり、罪悪感をもったことがありますか？ (Guilty feeling)
4	あなたは今までに、朝酒や迎え酒を飲んだことがありますか？ (Eye-opener)

もしも2項目以上あてはまるのであれば、たとえきちんと仕事ができたととしても、また、健康診断で肝臓の機能が正常だといわれていたとしても、あなたのアルコールの飲み方は問題があります。専門医に相談されることをお勧めします。

市民社会への情報発信としては、中高年男性の自殺の背景にあるアルコールの問題への関心を高めるため、パンフレット「のめば、のまれる」を作成した。このパンフレットは、アルコールの問題を抱える2人の男の独白と、アルコールの負の影響（アルコールとうつ、自殺にはつながりがあること、チェックリスト (C.A.G.E.)、対処法（本人向け、家族・まわりの人向け）、主な相談窓口で構成されている（図1、表2）。

II. ネットワークの構築

当センターと関係者相互間の連携体制を構築し、民間団体の活動を支援することを目的として、自殺対策ネットワーク協議会を設置している。ネットワーク協議会は、当センター長を座長として、全国精神保健福祉センター長会、全国保健所長会、全国社会福祉協議会、日本社会福祉士会、日本精神保健福祉士協会、日本精神科病院協

会、日本精神神経科診療所協会、日本司法書士会連合会、日本弁護士連合会、日本看護協会、日本臨床心理士会などの代表者と学識経験者を委員に迎え、参加する組織団体の拡充に進めている。2010年度は相談窓口の連携をテーマに協議を行った。

メンタルヘルスや生活苦、家庭の問題などを抱えている人たちは、深刻なニーズを持ちながらも助けを求める声をうまくあげることができず、必要とされる支援と見守りにつながらないことが少なくないことから、多重な困難を抱えた人を、法律家とメンタルヘルス専門家が共同して支援することのできるネットワークづくりが望まれる。このため精神保健福祉士と司法書士の連携をモデルとして「いきるを支える-精神保健と社会的取り組み 相談窓口連携の手引き」を作成し、都道府県・政令指定都市の自殺対策主管課、全国精神保健福祉センター、保健所などに配布した。また、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開催し、必要とされる対策を明らかにするとともに、地域への普及を図ってきた。

Ⅲ. 研修

当センターでは、その設立以降、自治体、相談機関などにおいて、自殺対策の企画立案、または相談活動のリーダー的な役割を果たす人材を対象とした研修を行ってきた。しかし、自治体などにおいて広く研修事業が取り組まれるようになったことから、2010年度に研修プログラムの再編を行い、自治体職員を主たる対象にした自殺対策の企画立案に関する研修、精神保健医療従事者等を対象にした専門研修とした。2011年度に行う研修は下記のとおりであるので、本誌読者の受講も期待したい。

第2回心理職自殺予防研修（2011年7月5～6日）：医療現場における心理職が患者の自殺予防に関わる重要性を理解し、自殺に傾いた人に適切に対応できるようにすることを目的とする。対象

者は、精神科医療機関などで働く心理職である。

第5回自殺総合対策企画研修（2011年8月24～26日）：自殺総合対策大綱の改正を踏まえ、自殺対策を企画立案する地方自治体の担当者がその企画立案能力を習得することを目的とする。対象者は、都道府県（政令指定都市）などの精神保健福祉センター所長、精神保健福祉担当部署（本庁主管課、精神保健福祉センターおよび保健所など）において指導的立場またはキーパーソンの役割を担う者である。

第3回・第4回精神科医療従事者自殺予防研修（第3回は東京で2011年9月6～7日に開催、第4回は名古屋で11月29～30日に開催）：自殺予防における精神科医療従事者の具体的な役割を理解すること、自殺の背景にある精神疾患の実態を踏まえた総合的な精神科医療の提供・チーム医療の実現・地域連携を促すことを目的とする。対象者は医師を含む医療従事者である。

第2回自殺予防のための自傷行為とパーソナリティ障害の理解と対応研修（2011年11月8～9日）：自傷を繰り返す者、あるいは、パーソナリティ障害を抱える者が自殺リスクの高い一群であることを理解し、適切に治療・対応できるようになることを目的とする。対象者は、医療機関、自治体における相談業務従事者である。

Ⅳ. 調査研究

当センターの基本的な研究として、人口動態統計をもとにした自殺の実態分析を行い、その結果を「いきる」に公開している。また、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・障害保健課との共同で、都道府県・政令指定都市における自殺対策の取組み状況調査を行い、自殺対策推進の資料としている。

自殺実態分析室では、自殺の心理学的剖検に取り組み、厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」によって開発された「自殺予防と遺族支援のための基礎調

査」を実施している。2010年度の分析では、若年女性の自殺既遂者は、生前に自殺関連行動を繰り返していた者が多く、若年女性を中心とする生存自殺未遂者と特徴が類似している、という新たな知見が明らかにされ、若年女性の自殺予防のためには、比較的致死性の低い自傷行為に対する危機介入が重要な意義を持つ可能性が示唆された。

自殺予防対策支援研究室においては、地域における自死遺族への支援に関する研究に取り組んでいる。地域での遺族ケアの普及を目的として、厚生労働科学研究をもとに作成されたガイドライン「自死遺族を支えるために」の改訂を検討するための情報収集として、自死遺族および有識者を対象としたヒアリングを行った。また、地域での自死遺族支援の評価プログラム作成に向けて、情報収集およびモニター調査を実施した。自死遺族支援における自助・支援グループの定義の難しさ、地域での自死遺族支援の評価の多元性、支援の断続性という特徴、およびステークホルダー間の調整の困難さが明らかになり、行政における自死遺族支援についての提案を行った。

適応障害研究室では、うつ病患者/自殺ハイリスク者に対するうつ病/自殺に対する予防法・介入法を開発することを目的として、かかりつけ医機能を有する一般病院内科外来におけるうつ病有病率と医師のうつ病認識率、治療導入率についての調査研究を行い、さらに、一般診療科医師のうつ病診療に関わる態度を調査した。これらの結果にもとづき、一般診療科において実施可能なうつ病ケアモデルの検討を行っている。

V. 政策提言

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・障害保健課などに、精神保健的観点から自殺対策の推進のための提案および協力を行っている。最近の取り組みとしては、厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクト・チームへの協力（報告書作成への協力、過量服薬防止のための提言）と、自殺総合対策大綱改正への提

言準備がある。また、東日本大震災の被災者支援を行い、自殺予防にも役立っていくような取り組みが必要とされている。このため、当センターの平成23年度の重点課題を下記のとおりとした。

国立精神・神経医療研究センターの中期計画と年次計画、および精神保健医療と自殺対策が密接に関連することを踏まえて、国内外の関係機関と連携し、調査研究、人材育成、情報発信、政策提言に取り組む。とくに以下の3点に重点を置く。

- (1) 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」（以下、「大綱」）は平成24年度に改正される見込みであり、平成23年度は大綱改正の検討の進む重要な年にあたることから、自殺対策関連学会と連携して大綱改正に向けての提言を行う。
- (2) 東日本大震災の被災者支援・復興支援には、社会的取組みと精神保健の連携などの自殺対策の枠組みが有効である可能性があることから、それを事例的、定点観測的に行い、検証・発信していく。
- (3) 自殺対策におけるハイリスクグループアプローチの重要性を踏まえて、各事業、国立精神・神経医療研究センター内の自殺予防への関心を高める取組み、地方自治体との連携研究などを行う。また、自殺予防に向けての政府の総合的な対策の支援の一環として、自殺対策関連学会、戦略研究などの研究成果の活用に取り組む。

このうち、大綱改正への提言については、2011年年3月1日に「自殺対策推進のための関連学会等の意見交換会」を開催した。その会議の席上、当センターから、各学会と連携して、大綱改正への提言を行うことを提案したところ、大綱改正の提言を共同でまとめることに参加者の賛同が得られた。このため、当センターにワーキンググループを設置し、各学会から、大綱改定において要望する内容、および、現在または今後、わが国で必要な科学的根拠にもとづく自殺予防活動についての提案を得て、それをもとに、大綱改正の提言をまとめることとしている。日本産業精神保健学会

にも、ぜひ提言づくりへの参画をお願いしたい。

文 献

- 1) 自殺予防総合対策センター. 「いきる」.
<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/> (2011年7月
3日アクセス)

Q

自殺者と精神疾患罹患の関係

厚生労働省の2008年患者調査によると、精神疾患患者数は約323万人（がんの約2倍）という。我が国の自殺者は年間3万人に上り、自殺者の約9割が何らかの精神疾患にかかっていた可能性があるというが、どのような調査に基づく推計なのか。（東京都 F）

A

多くの研究で、自殺者のほとんどが死亡時点では何らかの精神疾患の状態であったと報告しており、妥当性が高い

厚生労働省「人口動態統計」によると、我が国の自殺者数は1998年に8000人以上増加して3.2万人となり、以後も3万人を超える水準が続いているが、自殺は少なくとも50年以上死因順位で7位くらいにあることを忘れてはならない。

自殺の危険因子は、遺伝的負荷、周産期障害、幼少時のトラウマ、パーソナリティ（衝動性、攻撃性）、精神疾患、身体疾患、心理社会的危機、自殺手段の入手しやすさ、身近に自殺を経験すること等が挙げられるが、この中でも精神疾患は重要である¹⁾。自殺研究の有力な方法論としては心理学的剖検（psychological autopsy、自殺者の遺族や故人をよく知る人から故人の生前の状況を詳しく聞き取り、自殺の原因や動機を明らかにしていく調査手法）があり、自殺と精神疾患の関係を明らかにしてきた。

Bertoloteら²⁾は、1959～2001年に行われた、心理学的剖検等を用いて自殺既遂者の精神疾患について調べた31の研究（合計1万5629事例）をまとめ、98.0%に精神疾患があったこと、その内訳は、気分障害30.2%、物質関連障害17.6%、統合失調症14.1%、パーソナリティ障害13.0%等であったことを報告し（複数診断あり）、自殺防止にはうつ病だけでなく、アルコール使用障害、統合失調症にも注意を向けるべきであると述べている。

また、自殺の背景にある心理社会的要因、環境要因への介入の重要性を指摘している。なお、1万5629事例のうち7424事例は精神科入院患者の自殺既遂で、精神疾患の診断がないのは0.1%であった。また8205事例は一般住民の自殺既遂で、このうち精神疾患の診断がないのは主診断のみの1835事例では12.0%、複数診断のある6370事例では1.6%であった。（図1）。Arsenault-Lapierreら³⁾は、心理学的剖検の手法を用いた3275事例のメタアナリシスを行い、精神疾患と診断されたのは87.3%であったこと、その内訳は、気分障害43.2%、物質関連障害25.7%、パーソナリティ障害16.2%、精神病性障害9.2%であったことを報告し（複数診断あり）、精神病理は自殺の危険に介在すると述べている。

国内では、飛鳥井⁴⁾は、3次救急施設に収容された自殺企図者を企図手段の生命的危険性により、絶対的危険群と相対的危険群に分け、絶対的危険群という既遂者に準じる例を、基に、地域の一般自殺者中に占める精神障害の割合を、抑うつ性障害圏46%、精神病圏26%、物質乱用性障害圏18%と推計している。Yamadaら⁵⁾は、自殺企図のために横浜市立大学附属市民総合医療センターに入院した320人（男126、女194）のうち95%はDSM-IV（米国精神医学会作成の診断基準）のⅠ軸診断（臨床疾患等）またはⅡ軸診断（パーソナリ

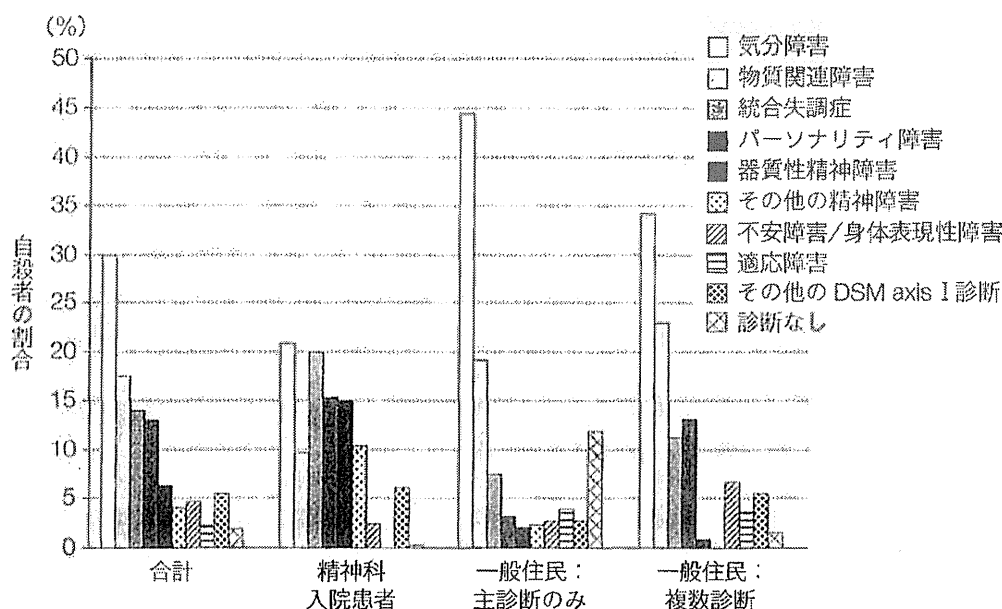


図1 精神科入院患者と一般住民の自殺者における精神疾患の分布

(文献²⁾より改変引用)

ティ障害と精神遅滞)に該当し、81%はI軸診断に該当したことを報告している。自殺予防総合対策センターの心理学的剖検88事例の分析⁶⁾では、精神科受診群では95.7%,精神科非受診群では82.1%は、死亡時点で精神疾患に罹患していたことが明らかにされている。

このように多くの研究は、自殺者のほとんどが死亡時点では何らかの精神疾患の状態であったとしており、「自殺者の約9割が何らかの精神疾患にかかっていた可能性がある」と述べるのは妥当性が高い。

なお、警察庁「自殺統計」の平成22年中における自殺者の総数は3万1690人であるが、自殺の原因・動機特定者数2万3572人のうち、自殺の原因・動機が「健康問題」である者は1万5802人(特定者数の67.0%)であった。そのうち精神疾患は、うつ病7020人(29.8%),統合失調症1395人(5.9%),アルコール依存症327人(1.4%),薬物乱用46人(0.2%),その他の精神疾患1242人(5.3%)であって、先行研究の成果に比べて精神疾患の報告は少なく、診断名の内訳にも大きな差がある。そ

の理由は警察庁「自殺統計」は死因の究明という警察活動の中で作成されたものであり、自殺と精神疾患の関係を明らかにするためではなく、診断名は必ずしも医師の診断によるものでないことによる。

▶文 献

- 1) Hawton K, et al : Lancet 373 : 1372, 2009.
- 2) Bertolote JM, et al : Crisis 25 : 147, 2004.
- 3) Arseneault-Lapierre G, et al : BMC Psychiatry, 4 : 37, 2004.
- 4) 飛鳥井望 : 精神誌 96 : 415, 1994.
- 5) Yamada T, et al : BMC Psychiatry, 7 : 64, 2007.
- 6) 松本俊彦, 他 : 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)「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」総括・分担研究報告書, 2011, p55.

▶回 答

国立精神・神経医療研究センター

*精神保健研究所精神計画部部長 **総長

*竹島 正 **樋口輝彦