

これからの自殺予防  
「子ども達も含めすべての人へ」

基幹相談員  
渡嘉敷 新典

わが国の自殺者が年間3万人以上を記録し、交通事故死者よりも5倍多いこと、世界で比較しても先進国ではトップ、発展途上国を含めると10位前後の実態が明るみになり自殺大国日本という不名誉が嘆かれている。国も自殺対策基本法の法律を制定して対策に乗り出したところである。これを受け大分県でも自殺対策連絡協議会が発足し、全国の自殺対策のモデル事業として玖珠地区の一般開業医（かかりつけ医）によるうつ病等の精神疾患の早期発見と専門の精神科治療につなぐ国のモデルケース事業にのりだした。

又、産業保健の分野では自殺が労働災害として認定されることも増加している。

ところがどうすれば自殺を防げるかという自殺予防の考え方はすでに確立されている。自殺が起きないように予め予防する（1次予防：プリベンション）、自殺する危険を認めてその自殺を防止する（2次予防：インターベンション）、更に、不幸にして自殺が発生したときに対応（3次予防：ポストベンション）して、関係者のケアや心理学的剖検（psychological autopsy）から得られた教訓を再発防止として還元する自殺防止活動の考えが存在する。しかし、その自殺予防活動を誰が、何時、どのように、何を、どこまで行うかの具体的社会制度はわが国では確立されていない。一部の個人や団体が地道な自殺予防活動を行っているのが現状である。そして、自殺は防げている。

このような状況のなか、私達が配偶者（妻・夫）、親（子）、兄弟、職場の関係者、児童生徒（教師・学校関係者）に自殺する危険があることに気づいてその人を自殺させないためにどのような対応をすれば良いか？あるいは地域の人（民生委員・自治会長・警察官・消防官・福祉関係者・医療関係者）として、近所の人々の自殺予防への対応のあり方、表現を変えると「私達、国民1人1人がこの自殺問題にどう取り組めば良いのか」という視点で稿をすすめていきたい。

## I 自殺が発生する要因と対策

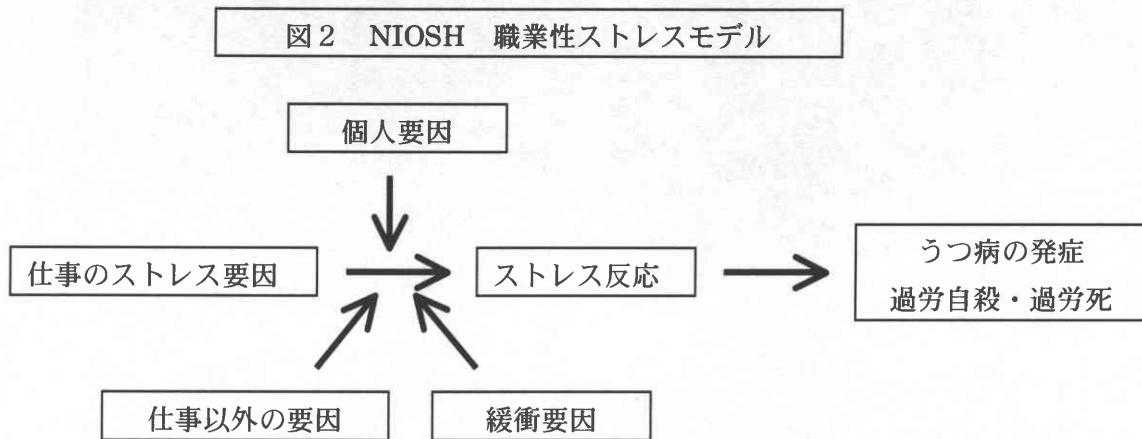
自殺が発生するには3つの要因があるといわれる。1 環境要因、2 個人要因、3 疾病要因である（図1 自殺の発生する要因）。

図1 自殺の発生する要因



NIOSH の職業性ストレスモデルをとおして自殺の要因を説明する。(図2 NIOSH 職業ストレスモデル)

NIOSH の職業性ストレスモデルでは、過重労働(環境要因)という仕事のストレスに暴露した個人(個人要因)は、仕事以外の要因及び緩衝要因とが複雑に関係して結果的にストレス反応としてのうつ病(疾病要因)を発病し、過労死や過労自殺が発生すると捉えている。



この場合の環境要因は、長時間わたる過重労働という仕事上のストレスで、仕事以外の要因では家庭問題の悩み、借財、失業等の経済問題、及び子弟教育等、日頃、私達が日常体験する出来事であったりする。

個人要因は、その人自身のもつパーソナリティー、性格特性、ものの見方、捉え方、ストレスへの反応やストレス耐性、更にその人が帰属する社会文化(伝統・慣習・宗教等)も含まれる。

緩衝要因はそれぞれ3つの要因への影響を軽減させる家族や社会への帰属意識や信頼関係、社会制度やサポート体制である。

それぞれ3つの要因の対策について述べる。

#### 1 疾病要因対策

疾病要因とは、うつ病等の精神疾患である。自殺した人の95%は自殺した時に何らかの精神疾患を患っていたとの報告がある。その内、精神科の治療を受けていた者は20%にも満たない。その95%から20%を引くと残り75%の人が何らかのこころの病気を発症して専門の治療を受けないまま自殺していることになる。又、精神疾患の身体症状や精神症状から精神科以外の診療科目、特に内科や婦人科を受診している実態も報告されている。自殺予防の視点から早期発見と治療へのかかりつけ医の役割が必要な場面である。

このことから、

- (1) 精神疾患発症に気づく対策(早期発見と適切な早期治療へ)

ストレスとこころの活動、メンタル不全状態と健康管理について普及教育が必要である。特にうつ病教育が重要になる。自殺した本人は、うつ病の身体・精神症状の自覚症状をうつ病として捉えず内科領域等の症状と理解している。又、抑うつ感等の精神症状を気持ちの問題として解釈し、うつ病に気づいていないことが確認されている。更に、うつ状態の周りからでもわかる他覚症状の「最近、元気がない」「やせた」「何か考え悩んでいる様子」のことを「疲れているのだろう」「何か悩んでいるのだろう」と解釈し、うつ症状（うつ病）理解されていない。そして、医療への連携が取られていない身近な人の実態もある。

うつ病等の早期発見と適切な治療を受けるためには、私達自身がこころの病気について正しく理解し、こころの病気に対する取り組み方を知り実践する必要がある。又、身体・精神的に発達段階にある生徒への学校教育での「人のこころの働きと病気」についての知識教育、メンタル不調時への対応、自殺の危険への気づきと対応についても具体的に教えることも必要である。

こころの病気、特にうつ病についてはすでにいろいろな文献がでていたので割愛する。

## (2) 自殺の危険への気づきの必要性

自殺することを考えている人の表現する「言葉（話し）や行動」から自殺の危険に気づくことができること。話す言葉や行動はその人の内的世界（心理状態・認知・病気）を表現している。その話しや行動偏倚から病理性や自殺の危険に気づくことが求められている。自殺者の多くは生前に周りの人に、生きづらさ、心的悩み、身体や精神症状、自責・自罰的な話、直接的に死を表現した話（死にたい・消えてしまいたい）を示している。この自殺の危険への気づきと対応がなされれば不測事態の回避ができる。

## (3) 話しを聴くこと（傾聴）が出来ることの必要性

自殺の危険に気づくには、人の話しを聴くこと（傾聴）ができなければならない。日常生活や仕事あるいは趣味の話しから今までの変調、身体症状、精神症状を傾聴して、自分を責めるような話し（自責感）や自分を否定する内容や自分の存在を価値のないものと評価したような話し方（自罰感）をする人、直接的に「死にたい」と話す人、自殺を考えていることを話す人、自殺行為（自殺未遂）を認めたとき、その人から話しを聴いて総合的に自殺の危険があることを判断できることが求められている。

傾聴とは、聴き手側の主観で話しを聴くのではなく、話している側の心象理解である。話し手の話しから、「今、話し手が感じ、認め、思っている世界」を理解する聴き方である。その傾聴ができれば、死のことを考えていること（自殺念慮）や具体的に自殺することを考えている（自殺願望・自殺企図）ことが判断できる。傾聴ができる

ようになるには傾聴訓練が必要である。「リスナー研修」「積極的傾聴」「カウンセリング・マイド的聴き方」と呼ばれている。

#### (4) 精神科救急診療への備えと受診の必要性

自殺者の75%人が何らかの精神疾患を患いながら精神科の専門的治療を受けないまま自殺していることはすでに記述した。自殺者3万人の75%は、2万2500人である。私達は、毎年自殺で亡くなっているこの2万2500人の声なき声を聴き取らなければならない。この声なき声は、次のようなことを示唆している。

「私達は、大切な身近な人の抑うつ症状の訴え、あるいは、うつ病が発症していることに気づかねばならない。あるいは、自殺念慮や自殺願望への気づき、又は、自殺未遂を認めたときには躊躇することなく精神科にその人を受診させなければならない。もし、うつ病等の発症や自殺の危険に気づかなかったとき、あるいは、受診がなされず治療を受けさせることができなかつたら大切な人を自殺で失うことになる。今日のように治療を受けないまま自殺されてしまうことが繰り返される」ことを意味している。

ところで、現実問題としてどこの精神科の病院に何時どういう方法で受診させれば良いか、又、身近な人をどう説得すれば良いかという疑問もある。

これについては、住んでいる地域の状況、病院の所在（社会資源）、受診を必要とする本人とその家族、関係者等の立場や役割、人間関係が複雑に関係してくる。一律には記せないのが事実である。

ここで大事なことは、「受診を必要とする状況になったときの対応要領を日頃から私達自身で考え準備しておく」ことである。私は、このことを「精神科救急診療への備え」と称している。怪我をしたときや急病で病院に受診する必要に迫られたときと同じように備えておけば良いのである。

#### (5) 知っておくことが必要な関係法律

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」がある。精神に何らかの障害ある人の医療及び保護、社会復帰の促進、国民の精神的健康の保持と増進について定めた法律。

入院形態には、任意入院、措置入院、医療保護入院、応急入院、緊急措置入院がある。

**任意入院**：自らの意思に基づいた入院であり、患者本人が入院の同意書に署名、捺印が必要になる。退院は、本人が希望すれば可能になる。

**医療保護入院**：精神保健指定医が診察したうえで医療及び保護が必要と認めた場合に保護者（配偶者・親）の同意を得て患者本人の意思によらないで入院させることができる。精神に不調をきたしているときに病識がない場合もあり患者本人が入院治療を納得しないときには、この入院形態をとる必要に迫れることがある。退院は、本人

の希望ではできない。

ここで私達が理解しなければならないことは、「本人が自らすすんで精神科を受診することが少ない」ことから「病院に受診させ治療（通院・入院）を受けさせるには家族の直接のはたらきかけの協力を必要としている」ということである。疾病要因の対策で家族の病気への理解と気づき、それからの直接的協力は必要不可欠である。家族以外の人がうつ病や自殺の危険に気づいたら家族との連絡・連携・協力の処置がなされる必要のある場面である。

#### (6) 自立（社会・職場復帰）まで継続した援助の必要性

ここからの病気から社会・職場復帰して自立できるまでには決して平坦な道程ではない。しかも、かなり長期の期間を必要する場合もある。その間に色々な懸念・問題事項が生じてくる。これらの問題事項は、医療や家族の援助だけでは成し遂げられない現実がある。社会資源の援助を受ける着意が必要になる。又、今ある社会資源が果たす役割を自殺予防の視点から再検討する必要もある。

社会資源については、次の2、(2) 上手くいかない演出者への援助を参照

## 2 環境要因・個人要因と対策

### (1) ライフステージのイベントの演出者

心理学で人の一生（ライフステージ）は、「身体的・精神的・社会的な変化のなかで、人としてどのように発達するか」の課題（発達課題）がある。」といわれている。

私達のライフステージは、誕生から死までの間に様々な出来事と経過をたどる。それは受胎、発育、出生、成長、人間関係の体験、社会学習、進学、就職、仕事、結婚、出産、家庭生活、社会的役割、死別、生別、病气、加齢、老化、死亡までのライフステージ全てが発達課題といえる。このように、私達は自分のライフステージのなかで自分自身を取り巻く環境の中で生きている。このことは、「人生上の出来事（ライフステージのイベント＝環境要因）をどう生きるかということ」を日々実践している」とも言い表せる。具体的に考えてみる。例えば進学から就職、そして仕事や職場環境へ適応するまでには、進路決定から職業選択、就職先の選択、そして仕事への学習、組織や人間関係への適応をそれなりに成してきている。このように、人は自らの環境条件（地位、役割、希望、条件等々）について思考、判断、決定して行動をしてきている。このことは、その人自身の自由意思で行われている。その人生劇場の演出者はその人自身なのである。

この自分の人生劇場で上手くいかない場面は多々あり、そのときに私達はストレスを感じ、不安、不満、イライラ、葛藤が生じてくる。悩みや心配事であったりする。これは、ストレス管理の問題である。（ストレッサーとストレス反応・出来事

→感情→認知→行動)

ライフステージのイベント(環境要因)のストレスは、1身体、2精神活動(認知)、3行動(心理反応)へ影響する。その結果、身体や精神症状を出現して心身症やうつ病等を発病する。最悪の場合、症状の本質であるうつ病(疾病要因)に気づかずに自殺に至ることになる。自殺による問題解決の誤った選択の行動をしている。

ここで大事なことは、「ライフステージのイベント(環境要因)のストレス、挫折、生きづらさ、閉塞感は誰にでも直面することである。その結果、体調不良になり、気持ちの上でも生きづらくなる」ことがある。そのように生きづらい状況に陥ったとき、私達自身、あるいは身近な人がそのような状況になったときの対応をどうするかが問われている場面である。

## (2) 上手くいかない演出者への援助

私達は、自らのライフステージのイベントの演出者であることは述べた。自分の人生をどのような演出にしてどのような色合いに染めるかは1人1人全て違っている。その差異は、「個性、キャラクター、自分らしさ」で表現される。この演出に影響するのが個人要因の性格特性・パーソナリティ・生育歴がある。

自殺の危機にある人は、自分の人生の生き方(演出)に手詰まり状態に陥っていると表現できる。上手く生きたいが上手くいかない状態(生きづらさ)のときにはまず、最初にその状況(生きづらさ)を一度見直してみる。次いで生きづらい状況を改善する方策を検討してみる。その方策で自ら実行できる方法で行動すれば良い。いいかえると生きやすい別の生き方(演出)を探せば良いのである。しかし、別の生き方(演出)を変えるには本人の力だけでは変えられない場面も多々ある。このとき、周りの人の援助が必要になる。この周りの人の援助そのものが直接的あるいは間接的に自殺を防ぐことにもなる。又、自殺の危機にある状態での直接的自殺防止(危機介入)にもなる。

ここで、「自殺の要因(疾病・環境・個人要因)は個人の問題であるが自殺を防止することは社会の問題として関わる必要性(援助する。相談する。一緒に考える)のあることが理解できる。この関わりの関係性は個人と集団(家族・社会)の関係である。

ここで、どのような状態のときにどのような援助が必要になるかを列挙する。

援助を求める先は社会資源がある。しかし、現在、社会資源そのものがない地域もある。又、その社会資源が自殺予防の視点から活動しているとは限らないのでその点を理解する必要がある。このことは、自殺予防上での社会制度の未整備と理解すればよい。具体的援助の内容は割愛する。

大分県福祉保健部障害福祉課「豊の国こころの“ホッ”とライン」相談窓口参照  
☆ 疾病要因に必要な援助項目

精神疾患の早期発見・早期治療対策  
適正な治療（入院・通院）継続への援助  
病識欠如と服薬管理への援助  
休養と仕事（経済の困窮）の両立への援助  
精神的孤立防止への援助（帰属意識・自己存在感の喪失・将来への展望のなさ）  
社会・職場復帰への援助（社会的地位・役割）  
精神疾患の再発への援助  
長期療養者への援助  
事件・事故（他害・自傷）防止

☆ 環境要因に必要な援助項目

一般的ストレス対策  
災害被災時ストレスへの援助  
職場での人間関係（セクハラ・パワハラ）のストレスへの援助  
事件・事故関係者（被害者側・加害者側）のストレスへの援助  
配偶者との人間関係（別居・離婚）への援助  
子弟教育・養育（各種障がい・非行・不登校）への援助  
家庭の諸問題（病気・借財・DV・児童虐待・不仲）への援助  
人間関係のトラブルへの援助  
傷害事案（加害者・被害者）への援助  
窃盗者への援助  
飲酒に関わる事故への援助  
異性間のトラブルへの援助  
失踪した人及びその関係者への援助  
借財、離婚、交通事故等の各種民事事案への援助

☆ 個人要因に必要な援助項目

物質依存（アルコール・薬物依存）への援助  
過程依存（買い物・病的賭博）への援助  
人間関係依存への援助  
自己愛の高い性格と不適応状態への援助  
自己愛の低い性格と不適応状態への援助

(3) 個人と集団（家族・社会）の関係

上手くいかない演出者（生きづらさに陥っている人）への援助で、自殺の要因（疾病・環境・個人要因）は、個人の問題ではあるが自殺を防止するには社会の問題として関わる（援助）必要性が生じていることは説明した。ここであらためて自殺する人と社会のあらゆる人（子供を含め）との関係性を説明する。

「図3 自殺の要因と各分野との関係」

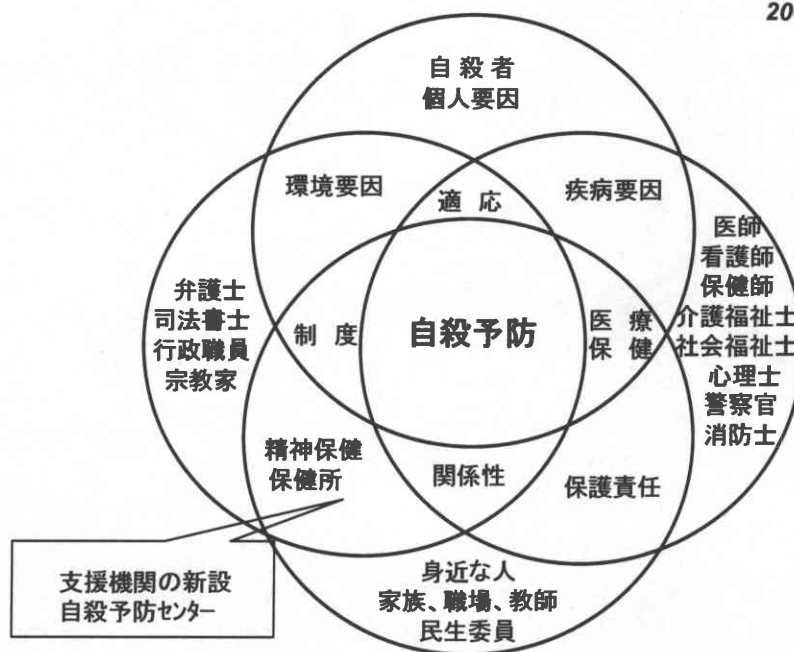
自殺する人は、何らかの自殺の要因を抱えて生きることに行き詰まり状態になっている。これは、自殺する人が社会にどのように適応するかということに直面している状況と理解できる。(不適応状態)

自殺する人の身近にいる私達は、その自殺する人のこころの病気(早期発見と早期治療)、置かれている環境(仕事、家庭、人間関係、借財、育児等)そして、その人の人権(全人格)や生命にどう向き合いどのような関係性を築けば良いかを考えるヒントになると考える。その答えは人によって1人1人が全て違ってくる。

その関係性や関わりの内容は今後の社会の自殺予防活動の結果でかたちづくられるものとする。

図3 自殺の要因と各分野との関係

2005 渡嘉敷



3 自殺を防ぐための援助的人間関係

人は自分の人生劇場で上手くいかないとき、自殺による問題解決の道を選択するのではなく今までの生き方(演出)を変えることが必要と説明した。そのときの自殺の要因への援助的人間関係の一例(図4)について考えてみたい。

個人要因の感情、認知及び行動は、自殺する人自身の内的問題である。これは、本人の認知や意思によっては改善される可能性がある問題である。

環境・疾病要因は、本人の意思だけでは改善される可能性がないものである。これは第3者が現実的な環境・疾病要因に対する何らかの援助を直接必要とするもの



である。これには医療、司法、福祉等がある。外的問題と表現できる。

内的問題（感情・認知・行動）には心理療法（カウンセリング）が必要である。

外的問題には、外的問題（例：借財・離婚・疾病）そのものとその外的問題の要因（例：失業による経済苦、病的賭博によるサラ金からの借り入れ・経済苦や借金苦からの家庭崩壊と離婚、抑うつ症状）になっている内的問題（感情・認知・行動）への心理療法があわせて援助される必要がある。

自殺は何らかの原因があってその結果としての自殺という単純な図式では理解できない。自殺する人は、その心理状態の問題、パーソナリティー（認知・行動）、生育歴、精神病理、その人が属する家庭や職場環境、人間関係、抱えている幾つかの問題の改善への方向性の無さ等々がある。これらの複雑で複数の問題に自殺を防ぐ視点から個別的及び総合的な援助なされる必要がある。

図4 自殺の要因への援助的人間関係の一例

