

平成19年9月8日（土）、札幌市教育文化会館に於いて札幌市と共催で、「第2回北海道自殺予防フォーラム～みんなで考える自殺予防～」を開催しました。昨年が続いて、自殺の問題を社会全体で考え取り組むことを趣旨として、北海道産業保健推進センターの三宅浩次所長の講演「現代社会と自殺予防」と、三人のパネリストによるパネルディスカッション「自殺予防を考える」を行いました。当日は約250名の参加者があり、自殺に関する報道のあり方、命に関する教育のあり方、過重労働問題を含めた社会のあり方などを変革するための気運の盛り上がりの重要性が話されました。

（保健福祉推進部 小田島）



基調講演

「現代社会と自殺予防」

講師：三宅 浩次氏（北海道産業保健推進センター所長）

始めに社会医学の立場からお話をします。日本の自殺による死亡率は10万人中24人です。しかし、自殺未遂者はその10倍とも言われています。また、「自殺のことをいつも、或いは時々考える」という人を含めると、10万人中1万人が該当するということになります。WHO（世界保健機関）のメッセージ（「自殺は、大きな、しかし、その大半が予防可能な公衆衛生上の問題である。自殺は暴力による死の約半分を占め、毎年約100万人以上の死亡原因となっており、何十億ドルもの経済的損失をもたらしている。」2004年9月10日世界自殺予防デー（抜粋））からもわかるように、“自殺は世界的問題”であると言えます。

自殺予防は三段階、すなわち「第1次予防」（prevention）「第2次予防」（intervention）「第3次予防」（postvention）に分けて考えることができ、それらは、また「社会」「文化」「心理／生理」という分野ごとに区分することができます（表1参照）。自殺に関する偏見を是正するための普及啓発活動が大切です。また、日本の研究から、自殺企図を数回繰り返す人が多いということが分かっています。

自殺、他殺、事故等の区別がつかない事例があります。単独交通事故の2%は自殺だったという分析もあり、心中、集団自殺、過労自殺などをどのように考えるかという問題もあります。人口動態統計と警察統計とでは計数の違いがあり、後者の方が毎年3,000人くらい多くなっています。この一因として、自殺であっても遺族が「事故死」として診断書を希望するなどのことが考えられ、隠された自殺の存在があると思われれます。デュルケームの自殺論（1897）は鋭い考察によって自殺を社会的問題として捉えており、古典として優れています。デュルケームは、自殺を自己本位的自殺（所属集団の凝集性が低い場合：家族の結びつき、宗教との関係、政治状況）、集団本位的自殺（所属集団の凝集性が強すぎる場合：軍人自殺、未開集団）、アノミー的自殺（突然の危機、無規制状態、肥大した欲求と不満）に大別しています。

	第一次予防 prevention	第二次予防 intervention	第三次予防 postvention
国、自治体 社会	制度、政策、 調査研究	ハイリスク管理	医療体制整備
地域、家庭、 学校、職場 文化	啓蒙活動、 文化育成	早期発見介入	相互助け合い
個人 心理/生理	人生観、 基礎疾患	診療、相談	救済

表1 自殺予防の段階

一万数千人の自殺者を対象にしたWHOの調査(2004)によると、自殺者の約30%に気分障害(うつ)、約18%に薬物乱用、約14%に統合失調症、約13%にパーソナリティ障害があったという結果であり、全体の9割くらいは精神疾患を持っていたということでした。しかし、全員が精神科で治療できるものではないということでもあります。

また、群発自殺というものがあり、自殺がマスコミで報道されると次から次へと自殺者が出て、自殺名所になるということがあります。報道の自由はありますが、人間の心理を無視した報道には問題があります。オーストリア・ウィーンの地下鉄では、新聞記事に自殺事故が掲載されたことで自殺者数が増えました。そこで、ウィーン精神科医がメディアに向けて、自殺予防が重要でありそのことを記事に取り上げるようにという報道ガイドラインについて提言したところ、自殺者が激減したということがありました。札幌の地下鉄の自殺についても、防護柵を設けるなど手段を断つことも必要ではないでしょうか。

人口動態統計から見た自殺の特徴として、我が国では1970年と2000年の比較で、男性中高年層の自殺の増加、女性の自殺死亡率は減っているのに男性の自殺死亡率は減らないという特徴があります。また、都道府県比較では、自殺死亡率の多いところは少ないところの2倍にもなっています。国際比較では、バルト三国、ロシア、ハンガリー、スリランカ、フィンランドに続いて日本の自殺死亡率が高くなっています。中国では、女性の方が自殺死亡率が高くなっています。我が国の職業別自殺者数では、無職者が半数近くを占めています。原因別(警察庁統計)では、「健康問題」が約46%、「経済生活問題」が約25%、次が「家庭問題」になっています。失業率との関連では、日本は失業率と自殺死亡率が相関しますが、アメリカ、スウェーデンでは両者が関係ない結果が出ています。

北日本産業保健推進センターの平成18年度共同調査研究(北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形の各産業保健推進センターが共同で、産業医、事業所、従業員を対象にした調査)では、うつ状態を調べるスケール(CES-D)を使って、自殺念慮とうつ状態の関係を調べました。その結果、死にたいと考えている人は、強いうつ症状を持っていることがはっきりしました。うつ症状を持っている人の自殺念慮の度合いは、そうでない人の200倍高いということが言えます。うつ症状を持っていることは危険な状態です。勤務時間、残業時間との関係では、1日9時間以上働くとうつ症状が出やすくなり、残業は月45時間以内であってもうつ症状が出やすくなるという結果が出ました。

自殺の危険因子として、「MASSALAD」(Resnic,1980)「SADPARSONS」(Paterson,1983)(表2、表3参照)が提唱され、私は次のような歌を作ってみました。『男一人、身寄りなく うつつとして、酒に溺れ 薬を飲むも、眠られず 自暴自棄と咎められ 時には死を思い、死にきれず 私を助けてくれるは誰』

■ M medical status	精神状態
■ A attempts	自殺企図歴
■ S support	サポートの不足
■ S sex	性別
■ A age	年齢
■ L loss	喪失体験
■ A alcoholism	アルコール依存症
■ D drug abuse	薬物乱用

表2 MASSALAD

■ S sex	男>女
■ A age	年齢
■ D depression	うつの存在
■ P previous attempt	自殺企図歴
■ E ethanol abuse	アルコール乱用
■ R rational thinking loss	合理的思考停止
■ S social support lacking	周囲からのサポート不足
■ O organized plan	具体的自殺計画
■ N no spouse	配偶者がいない
■ S sickness	慢性疾患

表3 SADPERSONS

パネリスト：吉田 浩二氏（牧師：厚別福音キリスト教会、元道立保健所長）

### 1 私と自殺予防の関わり

大学で社会学と出会い、社会学的観点から自殺を学びました。同じ頃、旭川の「いのちの電話」に関わっていました。その後勤務した保健所ではアイドルの後追い自殺等の研究に関わり、保健所を退職した今は牧師の立場で関わっています。

### 2 境界性人格障害と自殺

私が牧師になって最初に洗礼を受けた女性は精神障害をもった人でした。夜中に電話をかけてきたり、リストカットをしました。「あなたの病気は境界性人格障害」と告知を受けてから落ち着いてきました。しかし、そんなある日、突然自殺してしまいました。大きな衝撃を受けましたが、教会で一人の女性が側にいて一緒に涙を流してくれたことが助けになりました。翌週の礼拝ではグループに分かれて彼女の死を悼み、そのときの気持ちを正直に話しあいをしました。悲しみを分かち合うことで回復の糸口がつかめたような気がします。

境界性人格障害の人たちはけっこう身近にいます。一見するとお付き合いが難しい人たちですが、その障害を理解することで良い関係を築くことができます。お付き合いの秘訣は①「見捨てない」というメッセージを送り続けること ②但し私にできることはここまで、と線を引くこと。ほどよい距離感を維持すること。③とにかく話を聴くこと。以上の3点です。

### 3 自殺予防のための私的提言

- ① 予防には精神論だけでなく環境整備が必要。地下鉄などのホームに防護柵を。
- ② 癒やしの過程を健全に過ごすためには、身近なところに自死遺族の会があるとよい。
- ③ 自殺SOSは電話より携帯メールで入る。携帯使用者は限られた年齢層かもしれないが。対応のノウハウは電話もメールも同じ。

パネリスト：高崎 暢氏（弁護士：札幌弁護士会、北海道過労死問題研究会代表世話人）

1988年から過労死110番活動をしてきました。500件ある相談のうち200件が死亡例でした。「これから死ぬ」というメールをもらい戸惑ったこともありましたが。今日は過労自殺の視点から話します。

労働のストレスからうつ症状が生じて自殺につながる場合があります。労働関連精神疾患とも言われます。ストレスの要因は、長時間労働、厳しいノルマ、過大な責任、人間関係でのハラスメントなどがあります。また過労自殺の増加は経済状況など社会的な背景があります。人員削減、コスト削減などは一人一人の過重労働に繋がります。

1999年労働省の労災認定基準作成と電通事件で損害賠償を認めた判決を機に、自殺に対する世間の意識が変わり、労災申請が増加しました。

就労者、特に40才以上の中高年男性層の自殺においては、過労自殺の割合はおそらく高いと思います。60時間以上の残業をしていると、自殺念慮をもつ人が増えるといわれています。日本は長時間労働の国です。長時間労働をなくすることと職場におけるメンタルヘルスの重視は、車の両輪のようなもので、自殺根絶のために両方が必要です。自殺を個人の問題としてではなく、社会全体の問題として考えることが必要です。

パネリスト：斎藤 智氏（相談職：旭川いのちの電話専門職・研修担当）

日本では1時間に約4人が自殺している。北海道では1日に4人以上の自殺者がでてくる。これは異常な社会病理現象です。以前は厚生省と労働省が「そちらの管轄」とおしつけあっていましたが、厚生労働省に一本化されてやっと前進しました。

自殺者のうち20%あまりは「死にたい気持ち」を誰かにうちあけています。しっかり関わる人が身近にいれば自殺は防げます。啓蒙活動が必要です。日常から自殺や死にもっと向き合うべきです。

いのちの電話は自殺予防を目的に始められました。全国に50のセンターがあります。年間の受理総数は70万件です。自殺関連はその6.9%になります。いのちの電話で実際に自殺を止めることができたかどうかはわかりませんが、「真剣に聴いてくれてありがとう」というお礼の葉書が来たこともあります。

自殺予防のためには、家庭、職場、知人・友人など日常の寄り添える人間関係が大事です。親しい人の危機と変化を見逃さないことが大切です。

