

自殺総合対策大綱の見直しに関する私見

31 May 2012

大塚 俊弘

(長崎こども・女性・障害者支援センター)

【現状の理解】

わが国においては、“自殺”および“自殺関連事象”について、等しく「不名誉で恥ずかしいものである」という間違った社会通念があり、それらが国民一人一人の価値観を支配していることが、自殺総合対策の推進を阻害している可能性があり、この間違った社会通念からの脱却を国民全体の目標とすべきである。

(間違った社会通念の例)

「自殺は、命を大切にできなくなったり、人生をあきらめた人が、現実から逃げるために行う、恥ずかしい行為である。」

「借金は、金にルーズなダメな人間がするものであり、自分で作った借金なのだから、自力で落とし前をつけるべきである。」

「うつ病は、くよくよ考え過ぎたり、悩みをため込んだ人、あるいは精神力や性格が弱い人になる病気である。」

参考：正しい理解の例

「人間は、解決困難な課題が山積すると、それらに圧倒され、徐々に周囲の様々な解決方法や支援者等が見えなくなり『死んで全てを終わりにするしか方法がない』という思い(“心理的視野狭窄”)に陥るためにその行為に及んでしまう。すなわち、自殺とは誰にでも起こりうる追い込まれた末の死である。」

「借金に苦しむ人の多くは生活のために借金をせざるを得なくなった人たちで、グレーゾーン金利の存在など社会的な問題によって返せなくなるもので、法律家に相談することで解決するものである。」

「うつ病は、困難や仕事などが多い人が脳内の神経伝達物質を使い果たしてしまった、脳のバッテリー切れで、機能が多いスマートフォンのバッテリーがすぐ切れるのと同じようなものである。」

わが国においては、「命は大切にすべきであり、粗末にはいけない」という観念が広く国民に浸透している一方で、命を大切に出来なくなるほどの危機に遭遇した際の対処方法に関する教育や情報提供がほとんどされていない。その結果、多くの国民にとって、自殺に追い込まれるという事態は“想定外”の事態となっている。価値観や社会構造の変化にともない様々な危機に遭遇するリスクが増加した今般、“想定外”の事態に直面した人の多くが自殺という悲しい行動選択をしまっている可能性があり、危機遭遇時の対処に関する教育と情報提供の徹底が必要である。

様々な危機に遭遇した際の対処技法に関しては、かつては、家族コミュニティー、地域コミュニティー、および、職業的コミュニティーの中で次の世代に脈々と引き継がれてきたと考えられる。家族、および地域コミュニティーは、核家族化と少子化により構成メンバーの数の減少と個別化が進みその危機対処技法の伝承力が低下した。さらに、職業的コミュニティーに関しては、高度成長時代の、10代の若者をまっさらな状態で雇用し、会社ぐるみで職業技術以外の危機対処技法を教え込み一人前の社会人にするといった機能が消失しつつある。危機対処技法を伝承するコミュニティーの復活または新たなコミュニティーの創設が必要と思われる。

わが国においては、命を大切に出来なくなるほどの危機に遭遇した人々に対して適切な支援を行う司法、医療、福祉等の専門家や相談機関は一定整備されているものの、結果としてそれらの社会資源が十分には機能していない。その要因には大きく二つがあり、一つは支援を必要としている人の一部しかその支援につながっていないこと、そしてもう一つが、支援につながっても質の高い支援を継続的に利用できていない場合があることであり、支援サービスに関しては、早期利用の促進、質の向上と維持、利用継続の維持、3つの側面からの対策が必要である。

(具体例)

多重債務やメンタルヘルス不調に苦しんでいても、“間違った社会通念”に強く影響された者は、弁護士/司法書士や医師への相談をしない。

多重債務やメンタルヘルス不調に関しては、“間違った社会通念”に支配されている地域コミュニティや各種組織の中において、もっぱら本人の資質、努力不足や不摂生に起因するものと考えられているため、過度に個人的な問題として取り扱われており、支援につながらない、支援が中断となるといった望ましくない状況に至っても、本人やその家族の判断任せになっている。

法律、医療保健、いずれの分野においても、これまで長年に渡って、支援サービスの早期利用に向けた普及啓発を続けてきたが、各領域の専門家を中心とした活動であるためか、交通安全対策のように国民的な展開にはなっておらず、早期利用者はあまり増えていない。

精神科医療や地域精神保健分野においては、これまで精神障害者支援の最重要課題である統合失調症対策を中心展開してきており、うつ病や依存症、その他の軽度精神障害への対策は優先順位が低くなっていた。加えて、精神科への偏見もあいまって、一般診療科や本来心身症を専門としている心療内科においてうつ病等の患者が治療される割合が増えてきた。その結果、一般医療と精神科専門医との連携の無さや、過度に薬物療法に頼りすぎた医療や、多剤併用等の必ずしも適切ではない薬物療法、過量服薬といった問題が表面化している。過量服薬問題は、薬物療法そのものへの不信感を増強するといったさらなる負の影響も与えている。

【大綱に書き込むべき事項】

《総論》

「“自殺”および“自殺関連事象”は不名誉で恥ずかしいものである」という間違った社会通念からの脱却と正しい知識の獲得が、社会全体および国民一人一人の責務である。

自殺に追い込まれるという危機については、どんなに社会的取り組みをしても完全に取り除くことはできないものであり、“誰にでも起こりうる危機”として位置づけ、その対処方法に関する教育と情報提供の強化に努める。

自殺に追い込まれるという危機に対する対策事業は、精神保健等の一部の専門分野で取り組むべきものではなく、交通事故対策の成果を参考に、国内全ての地域コミュニティおよび組織において取り組むべき事業である。

単に自殺に追い込まれた高リスク者への支援を推進するだけでなく、自殺に追い込まれること事態を減少させるための取り組みが重要であり、それには社会の仕組みや支援体制の変更と強化ならびに、国民個人の対処能力の向上の両面からの視点からの施策必要である。

《世代別対策》

間違った社会通念からの脱却と正しい知識の獲得、および危機遭遇時の対処能力（援助希求技術）を高めるための、幼少期からの教育の実施。

思春期以降の世代に対する、危機遭遇時の対処能力（援助希求技術）を高めるための教育支援の実施と、間違った社会通念からの脱却と正しい知識の獲得を目的とした若者向け情報の大量発信。

会社組織や業界、団体における、間違った社会通念からの脱却と正しい知識の獲得に向けた再教育の徹底と、個人の判断に過度に任せない、危機遭遇時の対処能力（援助希求技術）への積極的な援助体制の構築。

中高年世代においては、会社組織に所属できていない人々への、情報提供と積極的な支援の実施。

既存の相談機関や専門機関にアクセスしない若者、および孤立した中高年世代をターゲットとした、新たな援助機関や援助の仕組みの構築（民間団体、インターネットの活用、異種サービスと混合等）