

平成20年度第2回マスコミとの懇談会

「自殺」～沖縄の自殺をどう食い止めるか～

理事 玉井 修



平成20年9月5日那覇市医師会館4階ホールにおいてマスコミとの懇談会が開催されました。今回は沖縄県の平均寿命に大きな影を落としている自殺について取り上げました。年々沖縄県の自殺者は増加の一途をたどり、ついに2006年には年間400人に達しました。沖縄県の自殺の特徴は極端に男性に多いという事と、全国と比較して20代男性に小さなピークが存在するという事です。そして近年、女性の自殺者が僅かずつではありますが増加の傾向を見せています。癒しの島沖縄で自殺者が多いという意外な事実はマスコミにもよく認識されていることで、今回の懇談会にもマスコミ関係者10名の参加があり、懇談会は活発な意見交換がありました。琉球大学医学部精神病態医学分野の近藤毅教授の解説によれば、自殺対策は、生活苦、病苦、多重債務、アルコール依存、家族不和、孤立といった様々な要因が背景にあるとの事です。男女差、年齢、職業の有無によって非常に複雑に絡み合った背景があって、うつ状態が進行し、やがて死ぬしかないという発想に至ってしまいます。多様な背景に応じた、きめの細かい対策が求められ、自殺対策の難しさを感じました。そのような中でも、自殺について

話すことをタブー視せず、むしろ自殺願望をうち明けられたらどのように対応すべきかを職場や家庭で堂々と話しあう動きが出始めています。自殺に対する相談窓口も非常に多彩に用意されてきました。癒しや、ゆいまーる精神をこれほど声高に言いながら、一方では年間400人もの自殺者を出している沖縄の問題点も、もう一度見直す必要があると思います。自殺者の遺骨は門中のお墓にも入れず、死亡広告も出さないという対応がなされると聞きます。職場で自殺者が出た場合、皆がそのことに関して口を閉ざし、触れないようになるそうです。残された家族や職場の同僚は、自殺者を救えなかったという悔恨の念に苛まれ続けなくてはなりません。自殺について語る事を決してタブーとしない社会の共通理解が自殺予防にはとても大切であると思いました。自殺予防対策に多くのセーフティネットワークが整備されつつある現在、その利用を思いとどまらせてはいけません。自殺についてむしろオープンに語り合う素地が無くてはならないと思いました。『自殺を防ぐには個人自身を社会集団と結びつける以外に方法はない』というディルケムの言葉を考えてみれば、沖縄のゆいまーる精神が何かしら表面的に

上滑りし、むしろ個人と社会集団との心理的乖離を生じさせている気がしてならないのです。過干渉な社会がむしろ個人の心情的孤立を産んでいるのではないのでしょうか。余りに近すぎる他人、常に感じる他人の視線、そしていつしか外見ばかりを取り繕う自分が、ついに心理的孤立へと発展しているのではないかと想像してし

まいます。近藤教授からマスコミの皆さんに特に自殺報道に関していくつかの提言がありました。硫化水素自殺に限らず、自殺報道は自殺の連鎖反応を惹起する可能性があることを常に意識して報道して欲しいという事です。自殺報道においては常にセーフティネットワークの存在を併記して欲しいとのご要望がありました。

懇談内容

マスコミとの懇談会出席者

1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	佐伯 敏	NHK沖縄放送局記者	
2	松下 温	NHK沖縄放送局記者	
3	大城 勝太	エフエム沖縄アナウンサー	
4	米吉 奈名子	ラジオ沖縄制作報道部副部長待遇	
5	本橋 垂希子	沖縄テレビキャスター	
6	金城 倫明	週刊レキオ社編集部長	
7	久田 友也	QAB琉球朝日放送記者	
8	玉城 江梨子	琉球新報社社会部記者	
9	稲福 政俊	琉球新報社社会部記者	
10	友利 久子	タイムス住宅新聞社編集部記者	

2. 沖縄県関係者

No.	氏名	役職名
1	垣花 芳枝	沖縄県福祉保健部障害保健福祉課長
2	上里 とも子	沖縄県福祉保健部障害保健福祉課主任技師

3. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	近藤 毅	琉球大学医学部 精神病態医学分野教授	琉球大学医学部附属病院
2	小渡 敬	沖縄県医師会副会長	平和病院
3	新垣 実	中部地区医師会	新垣形成外科
4	喜久村 徳清	那覇市医師会理事	三原内科クリニック
5	野原 薫	広報委員会委員	のはら小児科医院
6	石川 清和	ふれあい広報委員会委員	今帰仁診療所
7	下地 克佳	ふれあい広報委員会委員	下地内科
8	照屋 勉	ふれあい広報委員会委員	てるや整形外科
9	増田 昌人	ふれあい広報委員会委員	琉球大学医学部 附属病院がんセンター
10	玉井 修	ふれあい広報委員会委員	曙クリニック

開 会

○司会 (玉井) きょうは給料日ということで、実際、給料日の後に外来が増えます。へえーっと思われるかもしれませんが、これが現実でございます。1週間血圧の薬を切らして、180とか200とかという血圧でいらっしゃって、「これは自殺行為だよ」とか話をしますけれども、本当にこれは緩やかな自殺なんじゃないかなと思ったりすることもあります。生活習慣病という名前を借りた緩やかな自殺みたいなこともあるんじゃないかなと、少々寒々とした気持ちにもなりました。

初めに本会を代表いたしまして、小渡敬副会長よりご挨拶をさせていただきます。

挨 拶

○沖縄県医師会副会長 小渡 敬



皆様、こんばんは。県医師会の小渡でございます。本来なら宮城会長が皆さんにご挨拶をするところですが、所用があり、私が代役を務めさせていただきます。

今回のテーマは自殺問題で、「沖縄の自殺をどう食い止めるか」が副題であります。もう皆さんご存知のように、自殺については大きな社会問題になっており、ここ10年で約3万人以上の方が自殺されています。それに対して交通事故で亡くなる人が8,000名~9,000名であり、自殺で亡くなる人がかなりの数に上っているというのはただならぬ数であります。国際的にみても日本の

懇談会

ような先進国が、このような状況になっていることに疑問があります。本日は琉球大学精神科の近藤教授をはじめ、県福祉保健部の垣花課長、上里主任に出席して頂いて、沖縄県の自殺の現状や、その対策について、行政や専門家の立場から有意義なお話が聞けると考えております。

現在、県では9月1日から自殺予防キャンペーンを行っております。従来は1週間だったものを今年からは1カ月間に延長し、取り組んでいるところであります。自殺に関しては、それを予防するのになかなか決定的な対策を図るのが難しいと思います。その辺をどうしていくのか、今日は色々な角度からお話して頂きたいと思っております。今日はマスコミ各社の方も参加しておられるので、活発な意見交換が出来れば良いと考えております。宜しくお願いいたします。

○司会(玉井) それでは、早速懇談に入らせていただきます。

本日のテーマである「自殺～沖縄の自殺をどう食い止めるか～」については、琉球大学医学部精神病態医学分野教授の近藤毅先生。

そして沖縄県福祉保健部障害保健福祉課の垣花芳枝様。

同じく沖縄県福祉保健部障害保健福祉課主任技師の上里とも子様にもお話を伺いたしたいと思います。

それでは、早速、近藤教授からお話をお願いいたします。

懇談

自殺～沖縄の自殺をどう食い止めるか～

自殺をどう食い止めるか？

— 増加へのポテンシャルを有する沖縄県 —

スライド1

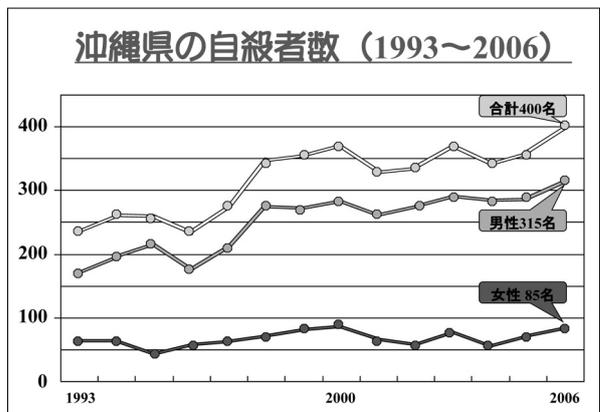
琉球大学医学部精神病態医学分野教授 近藤毅



どうも皆さん、こんにちは。

私の話は「自殺をどう食い止めるか～増加へのポテンシャルを有する沖縄県～」ということで題を選んでできましたけれど

も、主に医療・保健学的にどうやって自殺を予防できるかという話を中心にしていきたいと思っております。



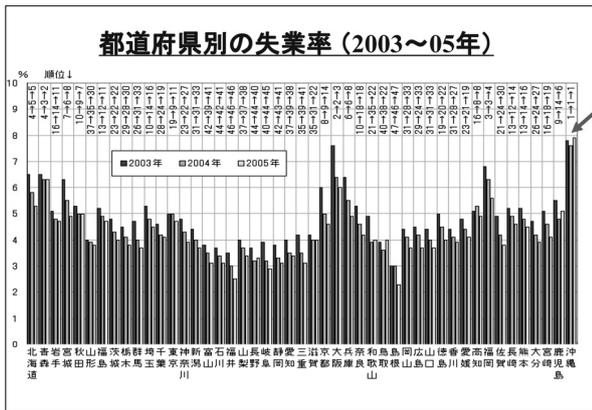
スライド2 沖縄県の自殺者

ある意図をもって2006年までのデータで止めていますが、全国と同様に1998年を境に自殺者数が沖縄でも増えていきます。2006年(平成18年)の時点で合計400名に達しており、ついにここまで来てしまいました。実はこの後の年度で少し下がるのですが、沖縄の状況を考えますと、いつでもこの人数に達するポテンシャルがあると危惧しています。

順位	都道府県	婚姻率	離婚率	出生率	死亡率	自殺率/(10万)
1	東京	0.72%	0.27%	1.21%	1.20%	42.7
2	沖縄	0.65%	0.24%	0.99%	1.15%	34.2
3	愛知	0.65%	0.24%	0.98%	1.13%	31.7
4	神奈川	0.65%	0.23%	0.91%	1.12%	31.7
5	大阪	0.61%	0.23%	0.91%	1.10%	31.5
...
...
...
43	新潟	0.47%	0.17%	0.77%	0.75%	20.1
44	高知	0.46%	0.17%	0.76%	0.73%	19.3
45	徳島	0.46%	0.16%	0.76%	0.70%	19.0
46	島根	0.45%	0.16%	0.74%	0.68%	19.0
47	秋田	0.42%	0.15%	0.68%	0.67%	18.0

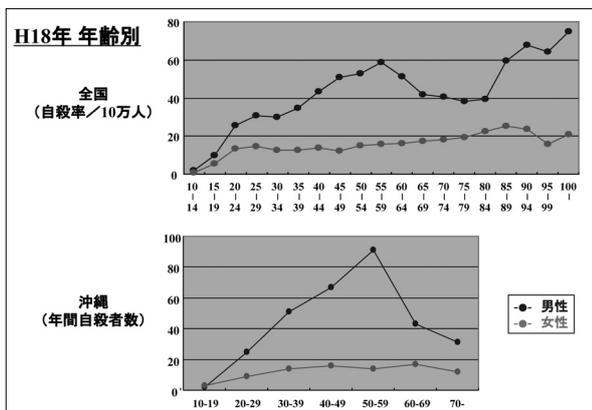
スライド3 人口動態統計

沖縄県は人口動態的にも特徴のあるところで、婚姻率が高い一方で離婚率も高い。また、出生率は非常に高い一方で、死亡率が非常に低い。そうするとそれに見合った形で自殺率も低いのかと思いきや、この平成18年のときに全国で13位になってしまい、上位県に位置してしまいました。死亡率が低いにもかかわらず、なぜこのようなことが起こったかについて検討されるべきでしょう。



スライド4 都道府県の失業率

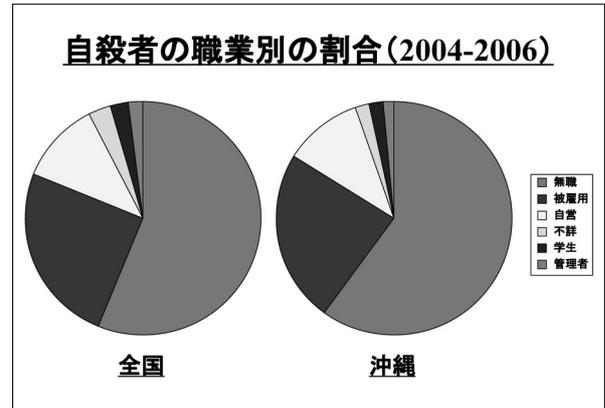
1つには、沖縄の経済的基盤が弱いところがあります。これはやや古いデータですが、2003~2005年の間で失業率が連続して1位を占めており、なかなか仕事に就けない男性の方が多いことが容易に予想されます。



スライド5 年齢別

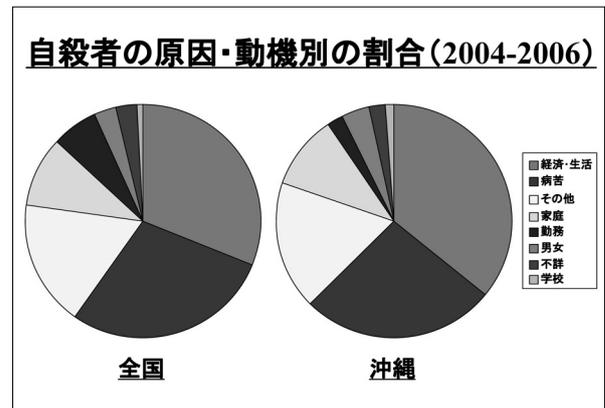
これは平成18年の年齢別にみた全国の自殺率と沖縄県の自殺者数です。比率と絶対数ですから、単純な比較はできませんが、全国と同様

に50代を中心にピークがあります。沖縄の場合、特に男性と女性の格差が非常に大きいのが特徴です。このため、効率を考えた自殺予防対策においては、男性層を重点的なターゲットと捉える必要があるでしょう。



スライド6 職業別の割合

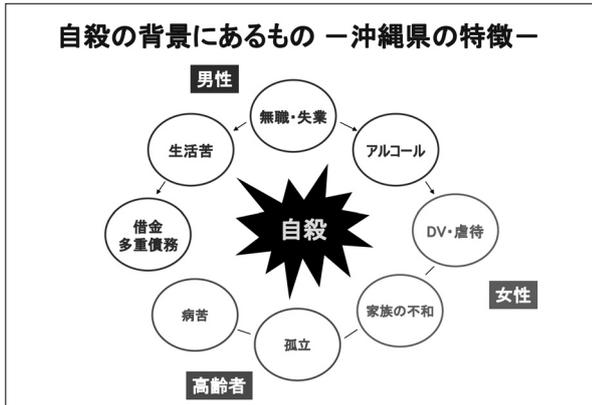
自殺者を職業別に分類し、2004年~2006年の平均データをみまると、全国と沖縄ではその分布に大きな差は見えませんが、強いて言うとお沖縄では無職者層の方が若干多いという特徴があります。



スライド7 原因・動機別の割合

次に、自殺者の原因・動機別の割合(2004年~2006年)ですが、これも沖縄では経済・生活問題を背景とした自殺が全国よりもやや多いようです。

自殺の背景について、沖縄県の特徴を挙げてみました。これは本県の特徴というよりは、日本の中の地方における特徴でもあるかもしれま



スライド8 自殺の背景にあるもの

せん。特に男性の場合は職がないことから発して、次第に生活苦ですとか、アルコール、さらには借金・多重債務といった関連する背景因子が連鎖することが多く、女性の場合は身近な家族関係や養育上の問題などが自殺の背景になりやすいようです。高齢者の場合は2大背景因子とされる病苦および孤立の問題が重視されます。沖縄の場合、お年寄りが敬われ、家族と同居をされる文化があり、北東北の自殺高率県と比べると、高齢者の孤立の問題に関しては背景因子として軽減されているところがあるのではないかと考えております。

自殺減少に向けて実効性の高い対策は？

男性向けの自殺予防対策が重要
→ 孤立させないこと + 多方面のサポートへのアクセスが可能であること

1. 男性一般(男性性幻想からの解放)

自己表現力の向上: 苦しさを訴え、伝える。忍耐を美德としない。恥やプライドに縛られない。
 普段の人間関係の構築: 苦しい時に、気付いてもらえる。また、相談できる仲間の形成。
 社会との相互作用の維持: 社会サポートを受けたり、自らが参画したり、の双方向性が重要
2. 40代後半～50代の男性(経済・生活問題への対応)

不況: 政府 → 経済・雇用政策 → 景気対策、ワークシェアリング、再チャレンジ促進
 過労: 企業・事業所・労働者 → 労働環境の監視・改善 → 残業制限、産業医常駐
 倒産・借金: 税理・法律関係者 → 経営相談、債務整理
 失業: 労働局・雇労省 → 再雇用、失業保険・職業訓練のセーフティ・ネット構築
 ストレス: 医療/保健関係者 → 自己啓発、管理職教育、メンタルヘルス・プロモーション
3. 高齢男性(病苦・孤立への対応)

病苦: 家族からの心理的サポート + かかりつけ医療機関によるメンタル・ケア
 孤立: 配偶者喪失、社会的関わり不足 → 民生・保健活動、コミュニティ再編

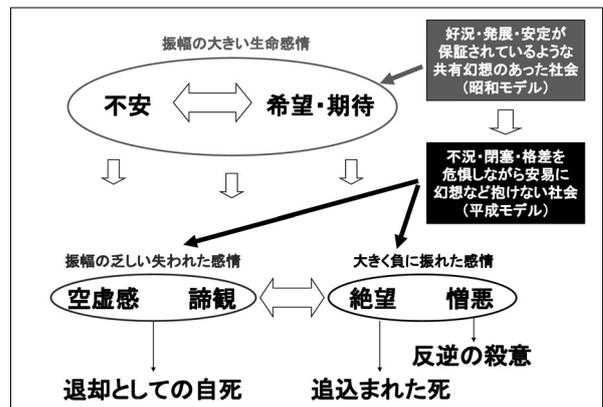
スライド9 自殺減少に向けて実効性の高い対策は？

自殺減少に向けて実効率の高い対策というのは、一言で言うと、やはり男性向けの自殺予防対策が重要です。苦境時に男性は孤立しやすく、サポートを求めるのが苦手であり、どうやって孤立させずにサポートにアクセスさせるかが鍵になると思います。

男性一般の自己表現能力の問題もありますし、普段の人間関係から、はたして自分が苦しなくなった時に気付いてもらえるような、あるいは、相談できるような、そういった関係が構築されていることが重要となるでしょう。それと、特に退職された高齢者の方が、社会サポートを受けたり、あるいは逆に自ら社会参画したり、という双方向性の社会的つながりも必要かもしれません。

最も気になる40代後半から50代の男性ですが、やはり、経済生活問題への対策が主になります。医療保健関係の我々からすると、不況・倒産・失業・借金の問題はいかんともし難いものがあります。これらは、経済・雇用政策と連動しないと私たちの力だけではどうにもならないでしょう。ただ、過労の問題に関しては、過労とストレスなど、産業メンタルヘルスの観点から我々が切り口をもてる可能性があります。

それと、高齢男性の病苦と孤立への対応ですが、慢性的な身体疾患を抱えていらっしゃる方がどれだけ家族からの心理サポートを得られているか、また、常時診てもらっているかかりつけ医でも果たして異変に気づいてもらってメンタルケアしてもらっているか、そういった点を強化することが対策になると思います。孤立という問題を考えますと、配偶者を喪失された方や、社会的な関わりに乏しい方に対して、地域保健の観点からどのような関与ができるのかということが大事になってくるでしょう。



スライド10

さて、日本全体として時代的背景を振り返りますと、昭和の時代は右上がりの好況・発展・安定が保証される幻想を持てる社会にあり、その中で、各個人が様々な不安とか希望・期待、将来性ですとか、社会に対して割と振幅の大きい生命感情を持てる状況にありました。しかし、平成の時代は不況が続き、閉塞感や格差意識が非常に強くなってきており、それらを危惧しながら、あまり安易に未来への幻想を抱けない厳しい社会になってきています。そうすると、生命感情の振幅は乏しくなり、空虚感や諦めなどの虚無的な感情が全体の空気を支配するようになりますし、逆に、大きく負の方向に感情が振れていくと、絶望や社会に対する憎悪という否定感情が生まれてきます。

そうすると、絶望からは「追い詰められた死」という視点が出てきますし、一方の虚無からは「もういいや」といった感じの「退却としての自死」を選ぶという方向性も出てきます。また、それと対極的に社会に対する逆恨みのような反逆的な形で、次々と衝動的な殺人事件が起きていますが、こういう形で社会病理が表れやすくなっているのではないかと考えられます。

“追い詰められた死”：中高齢者などの中間層（現実密着群）

- 無念 “生きていたかった”
- “避けられる死”という観点
 - 自殺予防促進のスローガンとしても機能
(既存の社会資源をサポート材料とする)
 - 振り返って得られた結果を吟味しての対策

“自ら選んだ死”：若年、高齢者の一部の両極層（現実超越群）

- 諦観 “全て底が見えた、先が読めた”
- “先行きに期待を抱けない社会”という問題提起
 - 幻想を提供する社会システムの破綻
(新たな社会構造を創出する必要性)
 - 前向きに予想される展望を抱いての戦略

スライド11

自殺予防の観点からは、「追い詰められた死」という考え方が強調されますが、一方で、「自ら選んでいる死」もあるのではないのかなと私は考えています。

まず、「追い詰められた死」というのは、現実と密着している中高年らの中間世代層にみら

れる死です。本当は生きていたかった、無念である、などの思いを残し、本来は避けられる死ではないかとする観点が持たれており、自殺予防促進のスローガンとして機能しているわけです。自死に至った原因や自殺に追い込む社会病理を考えながら、現在活用できる社会資源をサポート材料として対策を立てるという方針へと結び付きます。

一方、「自ら選んでいる死」というのは、若年者と高齢者の両極層にみられると想定しているのですが、現実との関わりが薄く、社会に対するある種の諦観があって、すべてもう先が読めた、底が見えた、という感じを持っている群も存在し、先行きに期待を抱けない現代社会という問題を提起しているような感じがします。これは社会システムがいろいろな夢とか希望とかを提供することができなくなっているために起こっているという考え方で、そうなるとう度は新たな社会構造を創出する必要が生じ、前向きに予想される展望を抱いての何らかの戦略が必要になってくるというわけです。

“追い詰められた死”を防ぐためには？

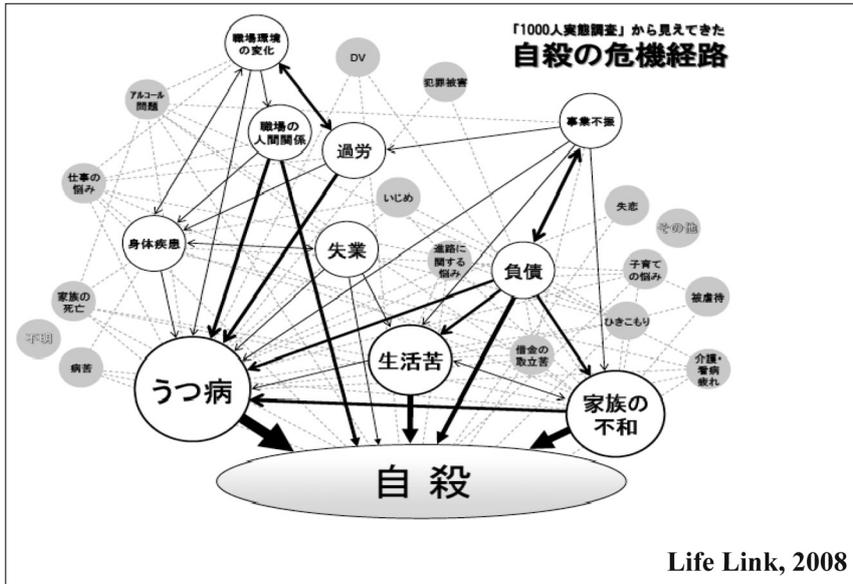
↓

**様々なセキュリティ・ネットワークが
用意されていなければならない**

スライド12

前者の「追い詰められた死」を防ぐためには「様々なセキュリティ・ネットワークが用意されていなければならない」という結論になります。

これはLife Link（2008年）の1,000人実態調査から見えてきた自殺の経路ということで、実際に亡くなられた方たちの家族から聴取された様々な背景因子を関連付けた非常に重要なデータです。最も自殺に近い直近の大きなフ



スライド13 自殺の危機経路

患・過労・職場の人間関係・失業・負債といった少し大きな問題が同時に複合化してきて、最終的に決定的な危険要因（家庭不和・生活苦・うつ病）にも連鎖が及び、深刻な自殺リスクへと直結していきます。

自殺時に抱えていた危険要因は平均4つの複合要因からなり、先ほど申し上げた10大危険要因に7割が集中しています。最終的に一番複合度が高いのがうつ病であり、自殺予防に向けてうつ病対策を行

クターとしては、家族の不和、生活苦、うつ病の3つが挙げられています。特に、うつ病は他因子との相関が最も集中しており、最終的に自殺を後押しする危険要因となっています。

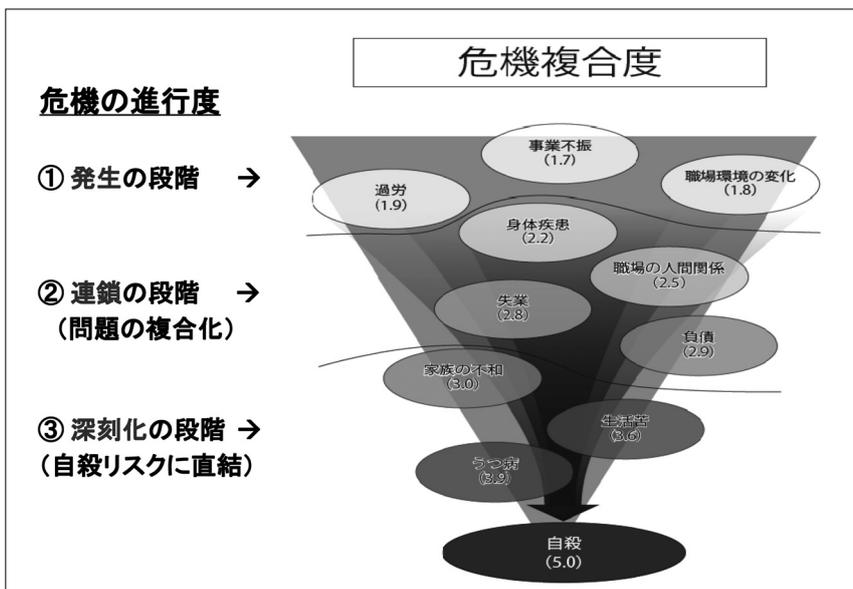
自死家族の調査から、自殺に関連する10大危険要因が抽出され、それらの危機複合度が示されました。初期の発生段階では過労・事業不振・職場環境の変化などが見出されますが、この時点ではこれらがすぐ自殺につながる危険性は低いようです。ただ、これらを放置しておく

「自殺実態1000人調査」から (Life link 2008)

1. 自殺時に抱えていた危険要因は一人当たり平均4つ
2. 10大危機要因に7割が集中

①うつ病	⑥職場の人間関係
②家族の不和	⑦職場環境の変化
③負債	⑧失業
④身体疾患	⑨事業不振
⑤生活苦	⑩過労
3. 10大危機要因は連鎖を形成し、複合度が最も高いのが「うつ病」
4. 危機の進行度には、発生→連鎖→深刻化の3段階がある
 - ① 発生の段階： 個々の要因に応じたシンプルな対策で対処可能
 - ② 連鎖の段階： 複合化した要因への多分野専門家の連携が必要
 - ③ 深刻化の段階： 複合要因への対処 + 危機介入(自殺リスク大)

スライド15

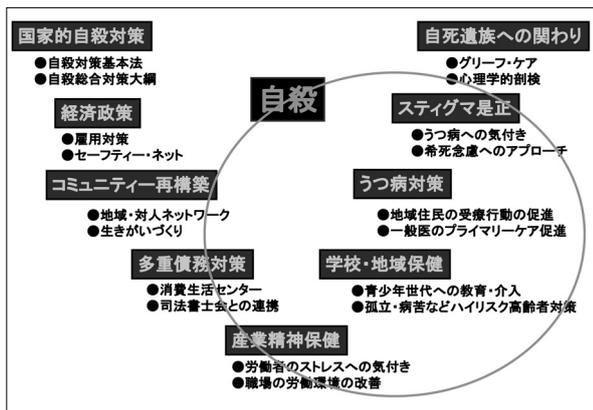


スライド14

うことが重要であることは言うまでもありません。

それと先ほど申し上げたように、危機の進行度は発生、連鎖、深刻化の3段階があって、それぞれの段階で介入の仕方がちょっと違ってきます。発生の段階でもし取り上げることができるのであれば、個々の少ない要因に応じたシンプルな対策で対処が可能だと思っ

門家の連携でサポートするということが必要になってきます。しかし、このような連携・サポートが得られない場合には、1人で深刻化の段階に入って行ってしまいます。そうすると様々な複合要因に一人で対処しなければならなくなり、すぐにも自殺リスクが増大していく状態に陥り、危機介入という形での問題の対処を迫られます。



スライド16

自殺というのはここに挙げたような包括的で実に多方面からの対応を必要とされます。その中で我々医療保健関係者ができることというのは、この丸で囲んだところに限られるかもしれません。これらの医療保健モデルとしての対策は集約化され、実行の焦点が絞られる必要があるでしょう。

「国家的な自殺対策」、「経済政策」、「コミュニティ再構築」に関しては、やはり政策ですとか、あるいは行政がかなり力を発揮しなければなりませんし、「多重債務対策」に関しては法律の専門家のサポートが必要になってきます。「自死遺族の関わり」に関しては、NPO主体で行われていることが多いと思います。

ハイリスク領域への重点対策として沖縄県における現状と評価を現時点で総括しました。実は、最も影響がありそうな「無職・失業」の方たちには、なかなかアクセスしづらいんですね。どういう形でこれらの方々に予防の手が届くかということは非常に難しい問題になっています。職業安定所にアクセスしながら心理サポ-

ハイリスク領域への重点対策 (沖縄県における現状と評価)

- × 無職・失業: 職業安定所における心理サポートが困難
- △ 多重債務: 司法書士会(債務整理)+心理相談(再発防止)
- △ 過重労働: メンタルヘルス・プロモーション+労働環境改善
- △ 高齢者: 孤立・病苦などのハイリスク者への保健活動
- △ うつ病: ゲートキーパー/メンター養成 + プライマリーケア促進
(保健師/一般住民) (かかりつけ医)

スライド17 ハイリスク領域への重点対策

トを行うという考えもあるのですが、実際問題としては職業安定所には職を求める方に対して、心理サポートは第一義的に求められていることではないため拒絶される可能性が大きいです。職業安定所のほうでも「心理サポートまでは…」とか、あるいはそういった部外者がサポートに入ってくることへの違和感を覚えるところもあるようです。

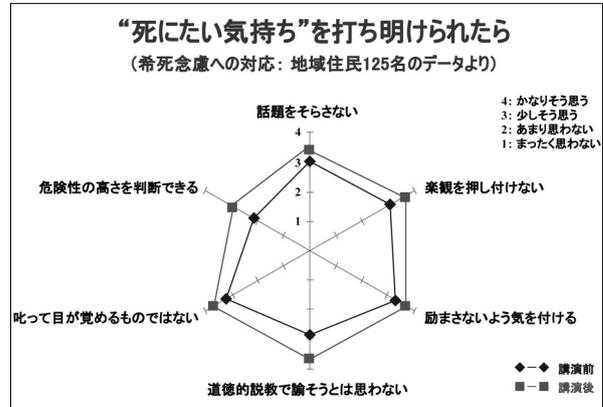
「多重債務」の問題に関しては、司法書士会が債務整理に関して大きな力を発揮してくれるようになってきましたが、借金を繰り返してしまう方や債務による強い心理的重圧を抱えている方々にはやはり心理相談が必要になります。再発防止には、債務を繰り返し、ある意味で嗜癖傾向のある方、あるいは背景にそういった病的な借金を繰り返さざるを得ない生活状況ですとか、病的な賭博の問題、に対する対策が不可欠と思われますが、ここをどう心理相談につなぐかというネットワーク作りが非常に重要になってきています。

「過重労働」に関しては、まず普段のメンタルヘルスを向上させるということと、労働環境をどういうふうに変更させるかということが必要になってきますけれども、当然メンタルヘルスプロモーションという形で産業精神保健的に介入できる余地はありますし、我々もいろいろな職場に対して介入調査を始めている段階です。

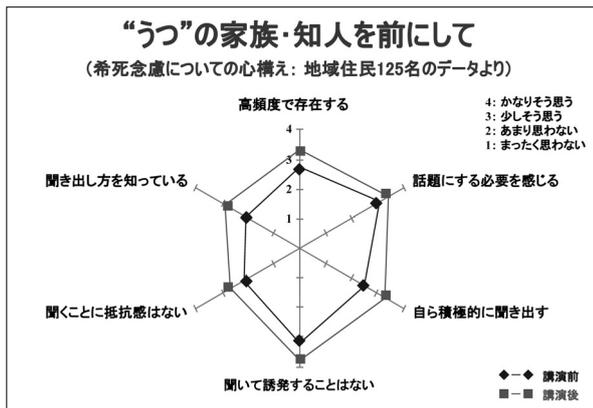
「高齢者」に関しては、孤立・病苦などハイリスクをもっていらっしゃる方に対する地域保健活動が重要になってくると思います。

「うつ病」ですが、これはもう特別な病気ではありません。風邪の症状や治し方くらいのレベルで、一般の方達が知識や対応を十分理解できるように浸透させていく必要があります。そしてうつ病というのは困ったことに、なり比較的初期の病状が進行していく過程で病識を失いやすく、自身の考えに閉塞して固まってしまい、相談しなくなってしまうところがあるので、周囲の人が発見して声を掛けてあげなくてははいけません。その役割を果たせるのは、保健師のような方がゲートキーパーとなるか、あるいは、ご家族や民生委員など一般の方々でも結構なのですが、メンターとしてつなぎ役をするなど、そのようなサポーターを養成するための啓発が重要と考えています。一方、受け手の側である医療機関の啓発も重要です。患者さんはまっすぐ

ないので抵抗感がある」という部分は残るようです。したがって、一般の方に対してはためらうことなく、希死念慮を聞き出す手法を共有する段階にきているのかなとも思っております。



スライド19 死にたい気持ちを打ち明けられたら 125名のデータ

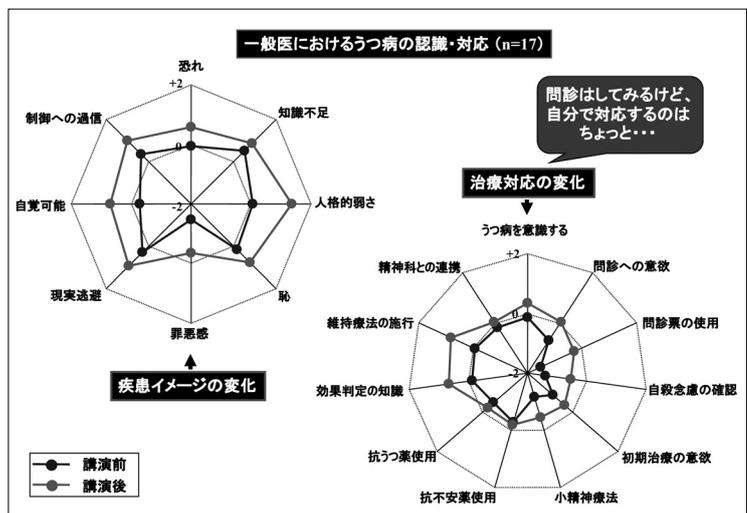


スライド18 うつの家族・知人を前にして 125名のデータ

今度は、実際に知人や家族に死にたい気持ちを打ち明けられて時の対応ですが、予想を越えて、一般の方たちは「話題をそらさない」、「楽観を押し付けない」、「励まさない」、「説教はしない」、「叱責しない」といった原則的対応への意識の高さが目立ち、少し安堵できるデータです。ただ、一般の方ですから、対応しながらどのぐらいの危険性があるのか評価・判断するのは難しいようであり、こういった点も伸ばして危機察知能力を高めて、それで医療につなげるモチベーションも持ってもらわなければならないという気もします。

精神科に来ないことが多いので、かかりつけ医レベルでまず発見して治療的対応をしていただくことが必要で、うつ病プライマリケアの促進、これも非常に重要な眼目になってきます。

地域住民125名のデータですが、もし自分のご家族や知人がうつと分かった時、自殺のリスクをどう捉えているか、また、それに対する心構えを聞いたものです。アンケート結果では、希死念慮の可能性を想定して、話題にする必要性を感じており、自ら聞き出す姿勢もみられます。ただ、「聞き出し方がよくわから



スライド20 一般医におけるうつ病の認識・対応

受け手の一般医のうつ病への認識や対応についてみたものです。我々が独自の啓発講演＋ロールプレイの2回シリーズのセミナーを行い、その前後でうつ病の疾患イメージや治療対応の変化をみたのですが、疾患イメージは講演後に改善するものの、治療対応に関しては伸びが悪く、「問診はしてもいいけれども、自分で治療対応するのはちょっと…」といったレベルに留まりがちです。啓発後もサポータティブなフォローアップが必要なのかもしれないと考えております。

“死を選びたくなる社会” にしないためには？



**希望や生きがい未来展望できる
自助システムが機能しなければならない**
(受動的には与えられない。地域や世代で創る必要がある)

スライド21 死を選びたくなる社会にしないためには？

今度は後半の死を選びたくなる社会にしないためにはということで、少し医療モデルから離れてしまっていますが、私が期待している領域で、かつ、マスメディアさんにも期待するところが大きい分野なのでお話させていただきます。やはり、希望や生きがい未来展望できて、お互いに助け合えるシステムが機能する社会でなければならないと思うのですが、そういったものは受動的に与えられるものではなく、地域単位あるいは世代単位でつくっていく必要があると思います。

デュルケムの「自殺論」では、「人々の拠り所となる集団や人間関係との結合により自殺率が異なる」としています。カトリック信仰者や既婚者においては、おそらく対人的な関係が密な個人、集団、環境にあると思われそうですが、実際にこのような方達の自殺率は低いことが昔から言われております。ですから、「自殺を防ぐには社会的集団を十分強固にして、個人をしっ

デュルケム 「自殺論」

人々の拠り所となる集団や人間関係との結合により、自殺率が異なる
(例：プロテスタント>カトリック, 未婚者>既婚者, など)



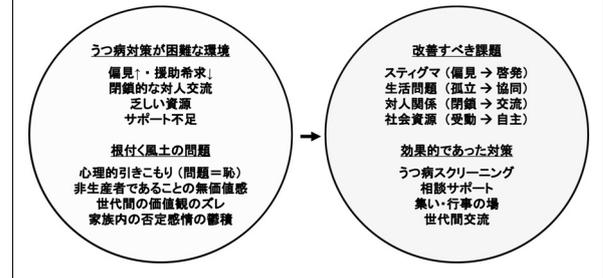
**「自殺を防ぐには社会的集団を十分強固にして、
個人をしっかり掌握するとともに、
個人自身を社会集団と結び付ける以外に方法はない」**

スライド22 デュルケム自殺論

かり掌握する」とともに、「個人自身を社会集団と結びつける以外に方法はない」という風に言い切っています。これは今日の自殺予防対策の指針にもよくあてはまるどころです。

“地域づくり” を主眼とした対策

— 高齢過疎地域の予防モデル(保健・行政ベース) —

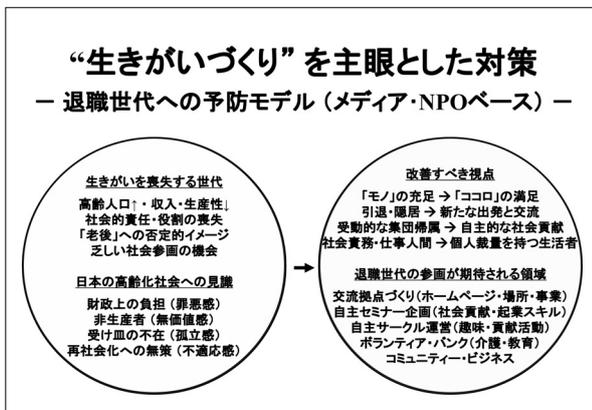


スライド23 地域づくりを主眼とした対策

まず、「地域づくり」という概念が浮かんできます。これは高齢過疎地域の保健・行政ベース予防モデルです。北東北の自殺高率県では特に対策が進んでおり、過疎地域の予防モデルとして機能しています。そのような地域は、うつ病対策が遅れており、非常に偏見が強く、住民も援助を求めようという姿勢が乏しい環境にあります。対人交流も閉鎖的ですし、社会資源も限られており、サポートを得にくい状況に置かれているのです。地域の風土として、個々が心理的にひきこもりやすく、問題を持つのは恥であるという固定観念があり、非生産者であることの無価値感が存在し、世代間の価値観にもズレが見られ、家族内の否定感情の鬱積が生じや

すいとされています。北東北では同居老人ほど自殺するという逆説的現象があるようで、それはこうした風土が原因のようです。

ただ、このような問題に対して改善すべき課題として、スティグマですとか、生活の問題ですとか、対人関係、社会資源などいろいろあるわけですが、実際に効果的であった対策としては、うつ病スクリーニングを保健活動として行ったり、相談サポートをできるようにしたり、集いや行事の場を作ったり、ということだったようです。また、若い世代との交流機会も高齢者のメンタルヘルスに対して好影響を与えたようです。



スライド24 “生きがいづくり”を主眼とした対策

次に、高齢者の「生きがいづくり」を主眼とした対策が考えられますが、これは沖縄の場合、地域よりも世代を対象として、特に社会とこれからつながりを失うかもしれない退職世代への予防モデルとして必要になるかもしれないと考えています。既に東京の一部地域における都市型モデルとして様々な動きが出てきているようです。これは医療モデルでは全くなく、どちらかというメディアやボランティア・ベースでムーブメントを盛り上げていく必要があるかもしれません。

退職世代の男性は生きがいを喪失しやすい世代です。仕事を辞めてしまうと、すっかり社会参画の機会が乏しくなり、これから団塊世代を中心にそのような高齢の方が増加していくわけです。しかし、日本の高齢化社会に対する見識は、概してネガティブな捉え方が多いような気

がします。財政上の負担になる、生産性のない対象とみられるならば、そういった世代の方々には罪悪感や無価値感を持ってしまおうでしょう。社会における受け皿の不在というか、もう一度その世代の人たちを社会に再び取り込むことに無策である日本においては、高齢世代が孤立感や不適応感を抱きやすいわけです。

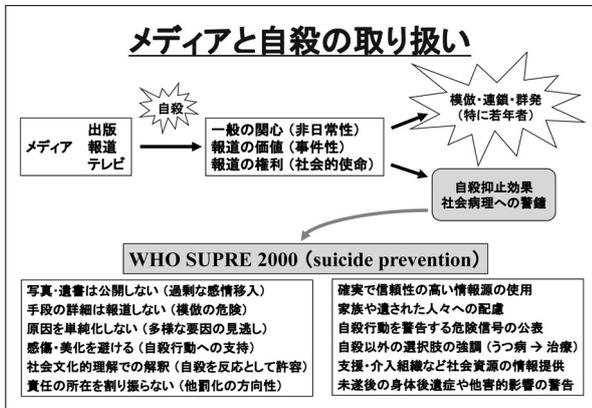
この世代の方々には、「モノ」の充足から自分たちの「ココロ」の満足をどういうふうにしていくかとか、引退・隠居としての老後の捉え方ではなく新たに自由な出発と交流をどのように獲得するか、という視点を持っていただきたいと思います。また、これまで職場や社会に受動的に集団帰属していた方たちには、今度はもうそういう縛りもなくなるので、むしろ自主的な社会貢献をできるチャンスがあるのだ、とポジティブに捉えていただきたいですし、社会責務とか仕事人間という形できた人達も、もうそろそろ退職されたら個人裁量を持つ生活者であるという視点に切り替えていってくだされば、と考えます。

実際に退職世代の参画が期待される領域として交流拠点づくりがあり、その世代のためのホームページを作ったり、場所を確保したり、あるいは事業を始めたりという動きが一部で起こっています。退職世代の社会貢献スキルや起業スキルを高めるための自主セミナーを企画したりして、自主的に社会参画していこうという動きです。その他、自主サークルを運営したり、ボランティアバンク、あるいはコミュニティ・ビジネスを行ったり、いろいろなチャンスはあると思うのですが、どなたかが、あるいは、何らかの外部組織かが起爆剤となってくれないと、なかなかこういった活動には進展しないところがあります。私個人としては、メディアやボランティア組織へその役割を期待したいところです。

最後に、メディアと自殺の取り扱いについてお話しして終わりたいと思います。

やはり、非日常的な事件というのが一番メディアとしては取り上げたい話題になるのでしょうか。それは、一般の関心も引きますし、報道の

価値もあるからです。また、事実を伝えるということに対して、メディアは社会的使命を持っていますし、報道する権利も持っています。



スライド25 メディアと自殺の取り扱い

ただ、自殺という問題は適切な形で取り上げられなかった場合に、特に若年者を中心として模倣・連鎖・群発といった現象を生むのは皆さんよくご存知のことだと思います。逆に、報道の仕方によっては自殺抑止効果を持ったり、あるいは、社会病理への警鐘を鳴らす効果も持つため、私達も非常に大きく期待しております。

WHOのSUPRE2000年 (suicide prevention) から、マスメディアに対して様々な要請が出されました。写真・遺書を公開しないのは過剰な感情移入を防ぐためですし、手段の詳細を報道しないのは模倣させないためです。原因を単純化して報道することは、自殺における多様な要因を見逃すことにつながります。もちろん、感傷・美化を避けたり、あるいは、社会文化的理解で解釈し断定してしまわないことも大事です。それは、ある意味、自殺が社会の問題であるため仕方がない反応だと許容・支持してしまう方向に働いてしまう可能性もあるからです。それと、安易に責任の所在を割り振らないことも重要であり、これは悪い人探しで終わることがないようにするためです。

むしろ積極的なマスメディアの役割として、確実に信頼性の高い情報源を使用する、家族や遺された人々に配慮する、自殺行動の危険信号を公表して周知を図る、あるいは、自殺以外の

選択肢があることを強調すべきでしょう。たとえば、自殺直前にうつ病に罹っていた可能性がある場合には、治療の手段があることをアピールしていただきたいですし、自殺予防に向けて様々な支援・介入組織があり、そのような社会資源へのアクセスの仕方についても情報提供をしていただきたいと思います。

最後に、皆さんの手元にもお渡ししましたけれども、日本自殺予防学会で硫化水素自殺の頻発に対して声明を出しましたので、ご参照していただければと思います。この問題は単に個人が自殺を試みてひっそり亡くなられるばかりでなく、周囲に非常に迷惑を掛けてしまうことになり、さらに、幸い生存された場合にも重大な後遺症を残す可能性があるため、報道の中に未遂後の身体後遺症や他害的影響に対する警告も必要なのではないかと考えています。

どうもありがとうございました。

○司会 (玉井) 近藤先生、どうもありがとうございました。

引き続きまして、沖縄県福祉保健部障害保健福祉課長の垣花さん、よろしくお願ひします。

沖縄県福祉保健部障害保健福祉課長

垣花芳枝



ただいま近藤先生のほうからいろいろと自殺の原因、それに対応する環境、統計も含めて非常に詳しく、どういう取り組み方をしたほうがいいのかという

ことでご説明をいただきましたので、私ども行政としましては、本来であればこのことを1つ1つ実践しながら自殺の対策を強化していくことが一番大事なのかなということをお話をお聞きしながら非常に感じておりました。

私どものほうからは資料をお配りしてありますが、原因等は先ほどご説明がありましたので、簡単に沖縄県の取り組みの状況についてお話しさせていただきます。

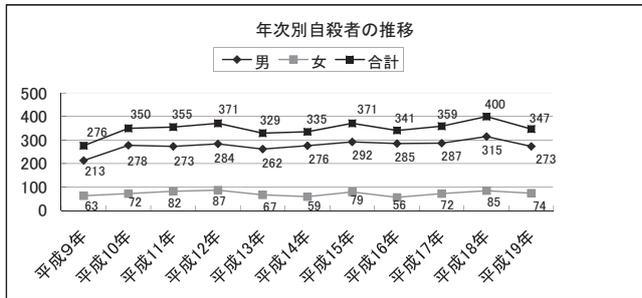
まず資料①の19年の沖縄県の自殺の状況に

資料①

沖縄県における自殺の現状(警察統計)

1) 年次別自殺者の推移

平成10年以降年間300人台で推移。平成18年は400人と過去最多。平成19年は347人。



2) 原因別・動機別状況

「健康問題」と「経済・生活問題」で6割を占める。

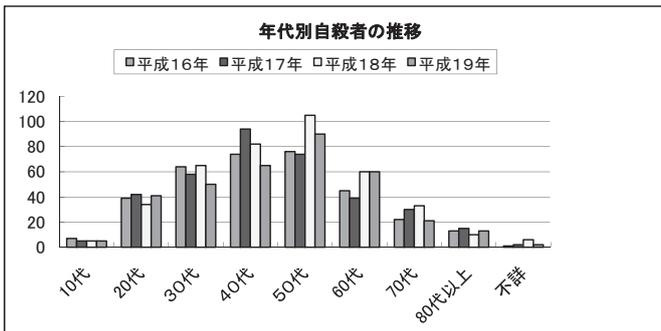
年次	健康問題		経済・生活問題		家庭問題	勤務問題	男女問題	学校問題	不詳	その他	合計
	精神障害	病気苦	精神障害	病気苦							
平成19年	115	59	92	51	19	13	2	73	15	439	
(割合)	26.2	13.4	21	11.6	4.3	3	0.5	16.6	3.4		

* 「精神障害」、「病気苦」は平成19年から「健康問題」に統合
* 平成19年から複数計上のため、自殺者数(347人)を上回る。

年次	健康問題		経済・生活問題		家庭問題	勤務問題	男女問題	学校問題	不詳	その他	合計
	精神障害	病気苦	精神障害	病気苦							
平成18年	58	118	98	41	9	20	0	29	27	400	
(割合)	14.5	29.5	24.5	10.3	2.3	5	0	7.3	6.6		

3) 年代別自殺者の推移

* 年代別では平成19年は「50代」、「40代」、「60代」の順で多く、6割以上を占める。



について示してあります。

先ほど近藤先生のお話しにもありましたように、やはり原因としましては精神障害を中心にした健康問題、これが一番高く、その次が経済・生活問題というのが高くなっています。これは18年も19年も同じような状況になっていまして、やはりそれらが連鎖して自殺に至っていると言えると思います。

警察統計では18年には400名という過去最多の自殺者数になりましたけれども、19年は若干改善されまして347名となっています。資料1の3) 年代別自殺者の推移をご覧ください。30代、40代、50代が19年には改善しております。

ただ、一方で沖縄県の特徴として実は全国との比較であるのですが、20代の自殺数が沖縄県は非常に多いということがありまして、昨年度と比べまして19年も増えております。

その資料②をご覧いただきたいのですが、そういうふうなことを背景にして20年度をどうするのかということで、20年の沖縄県の取り組みについて提案をしてあります。20年度は経済問題、それから精神の健康問題が多いということがありましたので、「壮年の自殺対策」ということを重点項目にいたしまして、メンタルヘルスと多重債務というテーマを選択しまして取り組みを進めていきたいと考えております。

それは400名から347名に改善した年代が30代から50代になっておりますが、しかし、全体的にはそちらの方が依然として高い比率を占めております。30代から50代でメンタルヘルスや多重債務が大きな原因かどうかということのクロス分析はまだ結果が出ておりませんが、やはりその部分を強化することが自殺対策のポイントではないかということで、今年度はそこを中心にして進めていきたいと考えております。

事業を大きく7つに分類してございまして、1番の実態把握ですが、圏域ごととか職域とかの自殺の状況、それから心理の状況をいろいろと関係者の方にもご協力をいただきながら実態調査をまず進めていきたいと考えております。特にメンタルヘルスの部分につきましては、各職場、沖縄県は零細・中小企業が多いんですけども、やはりそこにおいて心の健康相談をする産業カウンセラー的な職員が配置されているのか、体制があるのか。それから日常的に過重な労働、疲れ、そういうものに対する相談体制はどうなっているのかというのが非常に気になる場所ですので、そういうことについて雇用労働者に対してはそういうことについて労働組合とご協議いただきながら調査ができればいいかなということで相談をしていきたいと考えております。

資料②

平成20年度事業計画

沖縄県

<重点取り組み>

- 「壮年の自殺対策」メンタルヘルスと多重債務等経済問題への支援
 - ・普及啓発
 - ・連携体制、情報提供体制の構築

- 1 **実態把握**:①人口動態統計、警察統計を圏域毎に継続し把握する。
②圏域毎に自殺の発生状況を把握する。
③職域についての生活実態・心理状態の調査。
④心理学的剖検・1000人調査への協力
- 2 **普及啓発**:①自殺予防キャンペーンを1週間から1ヶ月に延長し、多重債務とこころの相談等を同時開催するなど各機関が連携した事業を実施する。
②自殺予防対策講演会、パネル展、リーフレット配布など普及啓発事業や、各相談等自殺対策を視野に入れた活動をする機関を増やし、また協働で行う等普及啓発を強化する。
③主管課では出前講座を開催し「沖縄県自殺総合対策行動計画」の周知を図る。
④マスコミを活用した啓発事業を実施する。
⑤認知行動療法を取り入れたこころの健康教室・うつ病患者家族教室等を開催する。
- 3 **人材育成**:①身近なところで気軽に相談できるよう、「こころの健康相談講座」を開催し民生委員児童委員を相談者として育成する他、介護支援専門員、教師、医療機関のコメディカル、多重債務相談者等地域の相談者への研修を行う。
②市町村や福祉保健所、精神保健福祉センター・クリニック(かかりつけ医)等の専門的相談に対応する職員を育成する。
- 4 **適切な医療対策**:①認知行動療法を取り入れたうつ病デイケアの、医療機関への普及。(研修等技術移転)
②かかりつけ医のうつ病対応向上研修の実施。
- 5 **連携事業**:①「沖縄県自殺対策連絡協議会」では県の自殺総合対策について評価・課題の検討をし、県全体で対策を推進する。
②「県機関連絡会議」では、県の自殺対策の評価や圏域毎の課題について検討し、それぞれの施策に反映させる。
③「関係機関自殺対策実務者会議」で県自殺総合対策の状況を把握し、各機関・事業をコーディネートすると共に圏域毎の課題について検討する。
④警察や消防、医療機関、民生委員等地域の実情に応じた関係機関が、圏域の自殺状況を把握し、その対策を検討すると共に、具体的な対策事業を連携して実施するよう「福祉保健所圏域毎の自殺対策関係機関連絡会議」を設置、開催する。
⑤「市町村等自殺対策関係機関連絡会議」では、各相談機関が他機関のサービスを熟知し、適切に連携できるよう情報提供体制をつくり、地域で対策を推進する。
- 6 **未遂者対策**:①圏域毎の自殺対策連絡会議や、警察・消防・保健所の連絡会議、精神科救急責任者会議等を通して各機関が連携した未遂者支援を行う。
- 7 **遺族支援**:①さらにファシリテーターを養成と資質向上を図り、分かち合いの会を継続支援すると共に宮古地区の会を再開させる。
②相談支援者への研修の継続と、県民・関係機関への相談窓口、社会資源を周知する。

ただ、自殺者の中で無職者というのが実はかなり高い比率を占めておりますので、そちらのほうへの切り口方をどうするかということがありまして、そこは次の多重債務の生活相談のところから調査できないかと考えております。その関係もありまして、普及啓発、それから相談事業のところにおきましては、今年度9月10日から3日間、多重債務を中心にした司法書士会の皆様の相談事業を集中して展開していきたいと考えております。

適切な医療対策というところで、先ほどの近藤先生のお話にもありましたし、またライフリ

ンクの調査からも自殺をする方はうつ病の状態にあることが多いということであり、やはりうつ病対策を強化していく必要があります。

その中においても、かかりつけ医のうつ病対応研修を強化していく必要があるのではないかと考えております。

今年度も別添の資料にありますように、年度末にはかかりつけ医研修をしていきたいと思っております。

今年度は講演会スタイルでやりますが、今後は圏域毎にかかりつけ医研修をして、圏域でのうつ病対策の体制がとれる方向で取り組みが進められたらと考えております。

さらに、県の精神保健福祉センターで、慢性のうつ病の皆さんを対象にして、認知行動療法を取り入れたうつ病デイケアを実施しております。それにつきましては、今年度から民間の医療機関を含めて、うつ病デイケアの実施ができないかと、アンケート調査を実施いたしました。その技術移転、技術の推進に向けて取り組みを進めているところです。

かなり関心の高さを示されておりますけれども、いざ実施となりますと、

いろいろと人材の問題ですとか、それから場所の問題ですとかまた実際にうつ病の方が診察を受け、治療を続けるという方はまだ少ないというふうに聞いております。

やはり、必要な方は医療や相談につなげていくという活動が重要であり、そこも、精神保健福祉センターを中心に進めたいと考えております。

そのほか5番目、連携事業ですが、平成20年3月に沖縄県自殺総合対策行動計画を策定しております。その中で示してありますが、いろいろな関係者が連携し、相談のネットワークを組み、地域の中でどういうファクターで相談が

資料③

あったとしても相談をつなげていける、次の支援につなげていける体制をとっていくことが肝心なのではないかということで自殺対策連絡協議会を設置しております。

それから、県の中において県機関の例えば多重債務の担当、それから心の健康の担当というふうな諸々の担当の連絡会議も設置して情報を共有し、連携できるよう進めているところです。

また、各地域におきましては、福祉保健所を中心にして、相談の態勢、環境を整えていくという取り組みを進めているところです。

6番目、7番目なんですけど、6番目の未遂者の対策につきましては、一番最初に消防や警察・救急病院が関わります。ですから是非、それらの機関から相談機関や専門の医療機関につなげていく、そのケアや協力をお願いしているところです。

さらに、遺族の支援につきましては、「分かち合いの会」が3月に結成されまして、ボランティアが現在対応しています。精神保健福祉センターの職員はそのボランティアを育成して支援する役割をしており、将来は自死遺族の方々が自ら分かち合いの会を運営していけるよう支援しているところです。

その次に、今年度（20年度）の自殺予防キャンペーン、先ほど小渡副会長からお話がありましたように、国の方では9月10日から1週間を自殺予防週間として啓発活動をしておりますが、県におきましては、諸々の取り組みをいろいろな皆さんに参加をしていただく機会を多くつくっていききたいということもありまして、9月1日から30日を自殺予防月間の設定をして取り組みを進めていききたいということで、今、途中でございます。進めたばかりで9月1日に開始式を行いまして県民の皆様、シンポジウムや多重債務とこころの相談、講演会や電

平成20年度自殺予防キャンペーン 平成20年9月1日～30日

テーマ：「仕年の自殺対策」
～メンタルヘルスと多重債務等経済問題への支援～

☆自殺対策シンポジウム

(主催：沖縄県)

「かけがえのないあなたへ ひとりで悩まないで！！」

○講演「大切な人をなくして」：
弘中照美(多重債務で自死をなくす会代表)

○シンポジウム：働き盛りの自殺対策
～今私たちにできること～

コーディネーター：名嘉幸一(琉球大学医学部教授)

シンポジスト：安里長従(司法書士)

山本和儀(沖縄産業保健推進センター
基幹相談員)

田中治 (琉球大学医学部精神科医)

①日時：9月20日(土)13:30～16:30
場所：沖縄産業支援センター

多重債務・こころの健康相談会(10日～15日)

(主催：沖縄県)

①9月10日(水)13:00～16:30

県民生活センター(ているる4階)

②9月11日(木)・12日(金):13:30～16:30

宜野湾市中央公民館3階

③9月13日(土)～15日(月):13:30～16:30

講演会・多重債務相談

(主催：県中央保健所・多重債務対策協議会)

9月25日(木)14:00～17:00

○講演「うつ病を知っていますか？」

:城間清剛(心療内科・精神科医)

○自死遺族からのメッセージ

○多重債務相談

電話相談

◆働く人の電話相談(主催：日本産業カウンセラー協会沖縄支部)

9月10日(水)～12日(金)

10:00～22:00

(0120-583358)

◆防ごう自殺！九州・沖縄地区

一斉電話相談(主催：九州・沖縄

地区精神保健福祉センター)

9月8日(月)～12日(金)

9:00～21:00

(0570-054054)

◆いのちの電話

毎月10日 8:00～翌8:00

(0120-738-556)

毎日 10:00～23:00

(888-4343)

◆こころの電話相談～うつ・自殺予防・自死遺族支援～

講演会

◆自殺予防・メンタルヘルス対策

研修会(主催：厚生労働省・中央労

働災害防止協会)

○9月24日(水)13:30～17:00

浦添市でこホール

*問い合わせ：868-2826

◆ストレスに10倍強くなるココロ

の健康法(主催：北部福祉保健

所)

○9月13日(土)14:00～16:00

話相談などのキャンペーン事業や各種相談窓口についてチラシを配布いたしました。電話相談につきましては、これはもちろん通年で行っておりますが、集中して強化する形で実施しております。

さらに、年間を通していろいろな機関で、諸々の自殺対策を行いますけれども、そういう取り組みを通して、ぜひ1人で悩まないで必ず悩みは解決できると。一緒に解決していきましようという呼びかけを強化していきながら地域で、誰もが相談できる体制、環境をつくっていきたいと思っております。

以上、私どもの20年度の取り組みの経過です。自殺総合対策行動計画にもデータを示して

ありますし、先ほど近藤先生からもお話がありましたように、男性は自分の体調がおかしいなと思ってなかなか相談しないという傾向があります。女性はすぐ相談をして、きついか、例えば借金で困っているとか、うちの県民生活センターでもやはり女性のほうが相談が多いというふう聞いております。相談をすれば何かの解決の糸口がつかめるということですから、男性の皆さんにもぜひそこらへんを進めていけるような体制がとれたらいいんじゃないかというふうに思っております。以上です。

○司会（玉井） 垣花様、どうもありがとうございました。

続きまして、上里とも子主任技師にお話をいただきたいと思っております。

沖縄県福祉保健部障害保健福祉課主任技師

上里とも子



時間も超えておりますので、私のほうからは資料の説明だけをさせていただきます。

皆様のほうに「いのちを大切に」というパンフですとか、それから

「地域のきずなで守ろう尊いいのち」というふうなものをお配りをしてあります。「いのちを大切に」のほうは、各医療機関ですとか、社協ですとかいろいろなところで自殺を食い止めようということでチラシとしてお配りをさせていただいています。

「地域のきずなで守ろう尊いいのち」は、中のほうに相談機関が書いてありますので、どこを窓口としてもみんながつながって行って、どこかで相談ができるというふうなことを目指しております。

それから、課長から説明がありました自殺対策シンポジウムですけれども、全県的な展開としていくために、今回は離島のほうでもということで宮古でも計画をしております。

今日、皆様をお願いなんですけれども、白い

チラシのほうですが、近藤先生のほうからもありましたように、経済的な問題で自殺が多いということもありまして、今回、「多重債務と心の相談」ということでの同時相談会を計画しております。3カ所で6日間連続して行きますので、ぜひピーアールしてご参加いただけたらと思います。よろしくお願いたします。

質疑応答

○司会（玉井） どうもありがとうございます。

マスコミの皆様、何かご質問があればお受けしたいんですけども。所属とのお名前をお願いいたします。

○稲福（琉球新報）



琉球新報の稲福といいます。お伺いしたいのですが、自殺の原因でいろいろ生活苦だったり、健康問題だったりという統計をとられていると思うんですけども、これは1件1件確認されてやられているのですか。どういった方法でふり分けているのかなと思っております。平成19年度からは2つカウントしているということですよ。それ以前はどうやってまとめてやられていたのかという点も含めて聞かせていただければと思います。

○司会（玉井） 近藤先生、いかがでしょうか。

○近藤教授 自殺の動機に関するデータは県警からの情報だと思います。県警の方では従来は健康問題と一括していたのを、精神障害の有無についても確認するようになり、より細分化がなされるようになってきたようです。

ただ、警察では、自殺の原因を解明することが本務ではないので、主因を取り上げて分類する傾向があり、大まかには本日のデータのような形で表れますが、実際に先ほど提示したLife Linkのデータのように、詳しくご家族から聴取すると、もっといろいろな問題が背景にあり、複数の要因が重なっているのが本当の実態

のようです。警察の調査は、まず自殺であるかどうかの確認に焦点が置かれ、理由の聴取は付随的情報になりますので、絞られた情報しか入ってこないというところがあると思います。

○司会（玉井） よろしいでしょうか。

増田先生。

○増田（医師会）



琉大のがんセンターの増田と申します。

県の垣花課長さんにお伺いしたいんですが、一昨年に「自殺対策基本法」が制定されて、去年に大綱ができました

けど、それと県のつくられた行動計画との関係をちょっとお話していただければと思います。

○垣花課長 一昨年「自殺対策基本法」ができて、翌年策定しました、国が発表しました大綱を踏まえて、各県ともその中の対策の柱、そういうことを各県で行動計画をつくって、10年間で20%の自殺率を削減するというふうなところの目標値を定めて各県でやっているところなんです。

例えば、沖縄県の自殺の実態、実施の状況ですとか、そのへんにつきましては、独自に19年度に、近藤先生とか、いろいろご協力いただきながら分析をしているところでして、その中で最も重要なことがスクリーニングを重要視しながら、1次対策、2次対策、3次対策というふうなところで自殺の予防をしていこうと進めています。関連とすることは、国の基本法、それから大綱を踏まえて、県としても策定していったということが経過になっております。

○増田（医師会） そうしますと沖縄県の独自性というか、特徴というのは今のスクリーニングのところに出てくるんですね。対策の特徴としては何が一番か、1つか2つでいいんですけど、教えていただけますか。他府県と違う…、沖縄県独自ということはないんでしょうけど、沖縄県が若干力を入れている場所、部分というのはどういうところでしょうか。

○垣花課長 先ほどお話がありましたけど、男性が全国の中に比べて全国は7対3でやはり男性が多いんですが、沖縄の場合は8対2という、男性が圧倒的に多いということ。それから、20代の自殺者が多いということがありますので、その自殺者の原因でありますけれども、精神の疾病を原因とした理由が多い。

もう1つは経済問題。多重債務についてはやはり沖縄県は非常に高い比率を占めているんです。その関係もありまして、行動計画の中でも、その部分については多重債務の対策は項目をつけて設定をしているというふうなところはあります。

さらに、統合失調症、それからアルコールの疾患についても項目をつけて強化していくというふうなところは設定させていただいているところなんです。

○司会（玉井） マスコミのほうから何か。

○大城（エフエム沖縄）



エフエム沖縄放送制作部の大城と申します。

垣花課長にお伺いしたいんですが、20年度の事業計画の1つとして、うつ病デイケアの医療機関、民間

の医療機関への技術移転に関して少し質問をさせていただきたいんですが、先ほどのお話の中で希望する病院のアンケート調査を終えられたということなんですけれども、今、いくつぐらいの病院がうちでやってもいいですよというふうに手を挙げていらっしゃるのでしょうか。

○垣花課長 総数で74カ所にアンケート調査をした結果、16機関が「関心がある」と、やる方向で示しておられます。ただ、これは「関心がある」というふうなことです。具体的に、20年度中とか、21年度中とか時期がございまして、時期を示して22年度以降も含めてやりますと、現在8カ所になってきています。その中でもこれから具体的には医療機関の形も、クリニックのような形から精神科

病院のような形までありますので、環境がちょっと違いますので、今、センターで実施しているようなデイケアがそのままの形でできるかどうかというのは、今後の検討になります。

○大城（エフエム沖縄） 昨年度末だったと思うんですが、やっぱり技術移転の問題を含めて、一度うつ病だけ打ち切りという報道もあって、私もその当時取材をしたんですけども、民間への技術移転を含めて時間をかけて存続へ向けた動きというのがあって、本年度もセンターでのうつ病デイケアが実施されていると思うんですが、県としては今後どのぐらいの期間で、センターのうつ病デイケアのプログラムというのを民間にどんどん移していくという具体的な年数の話は出ていらっしやるんでしょうか。

○垣花課長 技術移転計画を策定しているのは、精神保健福祉センターで所長を中心にしてやっておられますけれども、何年でできるかというのは条件がございまして、また、技術移転ということが、現在やっているうつ病のデイケアの形をやるのが技術移転なのか、それとも診療の形のプロセスの中でやることも含めてやるのかというふうなことについては、まだ十分に検証がされていないということです。

現在は移行があるのかなのかという実態を把握しないといけませんので、そこを今現在分析しているところです。ですからまだ目途はついていません。

○司会（玉井） 非常に大きな問題ですけども、ほかに何か質問ありますか。

○佐伯（NHK）



NHKの佐伯と申します。

先ほど来の説明の中でもLife Linkさんのデータがよく出てくるわけなんですけれども、こういった問題で先ほ

ども警察の統計の話もありましたけれども、やっぱり民間のNPOとの連携というのは実態把握の上では有効になるかと思うのですが、特に

これだけ県内特有の事情もあるといわれている中で、県内で連携が図れているような民間レベルの団体であるとか、先ほども「分かち合いの会」がもうすぐできるという話もありましたけれども、そういう民間レベルでの動向というのはどのような状況になっているんでしょうか。

○垣花課長 多重債務の部分で、県の県民生活相談センターの対応をしているのは、NPOの生活の相談委員の皆さんですね。この皆さんは地域でやっています。それから連絡協議会の中で民生委員・児童員協議会のところの皆さんにご参加いただいております。さらに労働組合の皆さんとか、やはり民間の皆さん、地域の中に根を張っている皆さんとは提携をしていきたいというふうなところで、今、委員としてご参加いただいているところです。

○司会（玉井） 新垣先生。

○新垣（医師会）



中部地区医師会から来た新垣です。県の取り組みは何年前ぐらいから行われたんですか。19年の大綱ができてから始まった、すごくこれは新しい事業なのか。

それとも10年ぐらい長いスパンでずっと継続的にやっているお仕事なのか。というのは、僕もちょっと自閉症とか、そういったところで統合医療のほうにかかわっているものですから、キレーションセラピーとか、栄養面から改善ができないかというところに取り組んでいるので、今回このアナウンスを受けて申し込んで、きょうこの場に参加したんですけども、県としてこれだけ素晴らしい取り組みをやっているというのは初めて聞いたものですから、そこらへんの取り組みと、今後の方向性として、実は栄養面からのアプローチというのが今、アメリカを中心に、水銀が体内に溜まることによって自閉症が多いと。それがまたつながってくる。

例えば先々週、沖縄に栄養学の先生を呼んで、中部地区医師会で講演してもらったんです

けれども、沖縄の風土の中でやっぱりアルコールをすごくたくさん飲むと。1人当たりのアルコール摂取量というのはすごいものがあって、そうすると当然ビタミンB群がすごく消費されて枯渇すると。それを補うだけのきちんとした栄養を摂っていないから、ビタミンB群不足で、特にナイアシンが不足すると精神的にうつになる。あるいは統合失調になりやすいということを書いていらっしゃる精神科の先生もいらっしゃるんだという話を聞いたものですから、今日聞いた中では食のほうからのアプローチが全くなかったものですから、もし予算があれば、1つの対策としてそこらへんのところも入れていただけるといいんじゃないかと思いました。

○垣花課長 まず、自殺対策という限定的なテーマでセクションを決めてやったのは、17年度ぐらいからだと思っています。ただ、沖縄県においては、長寿で健康な島・沖縄ということで、それが「26ショック」ということで男性の寿命が落ちたというふうなところから、もう少し健康増進というのに考えなければいけないんじゃないかというふうなところのショックもありましたけれども、沖縄では「がんじゅうプラン」と言いますか、「おきなわ健康21」というプランをつくってございまして、その中で実は自殺の問題についても対策を総合的にやらなければいけないと。ですから自殺だけが突出してやっているのではなくて、沖縄県の健康増進を図っていく。食育の問題もそうですし、それから農林の原産と原材料の問題もそうですし、それはすべてトータルとした形で沖縄の健康の増進を進めていくというふうな取り組みはやってあります。

ただ、役所で「おきなわ健康21」を所管しているのが健康増進課で、私どもが同じ福祉保健部ではあるんですが、障害福祉課のほうで自殺の対策をしている関係で、自殺の予防というふうなことでは今のような行動計画になっているんですけれども、トータルとしてそこも含めた形で健康増進は進めていくと。

ちなみに、健康21の中で、現在の自殺者が

ゼロになった場合は、平均余命が1.1長くなるというふうなことになっておりますので、かなりの大きな力になるということで取り組んでいるところです。

先生がおっしゃられた食育も非常に力を入れてございまして、保育所ですとか、学校とか、これらも含めて進めていきたいと思っています。

今、メタボ体操ということで、県庁の中でも進めてございましてけれども、ぜひそれも進めながら健康増進にするということで、福祉保健部としては進めております。

○司会 (玉井) マスコミのほうから何かありませんか。

○金城 (週刊レキオ) 週刊レキオの金城で



す。自殺というのは自殺した本人よりも遺された家族のほうの心理的な負担、悔いというか、いろんなものが多いと思います。そういう方面への取り組みと

いうのはされているんでしょうか。

それと、自殺報道のガイドラインを読みますと、もっともだというふうな気はするんですけども、報道すると自殺が増えるというふうな解釈もあります。そうじゃなくて、もっと個々のケースにわたって、例えばこういう自殺報道をしたからという、もっと読み物のストーリーとしてまとめられた研究というんですか、何かないんでしょうか。そういうものがあればちょっとご紹介いただきたいんですが。例えば自殺予防メディアとか、自殺と報道についてのもう少しまとまった研究はないんでしょうか。

○近藤教授 私が知っている事実として、自殺に関する手段を含めた報道を行うと一時的に群発自殺が増えるという海外の報告データがあります。

本来は、どのような報道をするとそれほど群発も起こらないのか、とか、ポジティブな報道をすると自殺が減るのか、などの報道内容の効果を検討する研究もあっていいと思うのです

が、なかなかそういったポジティブな研究は見当たりません。それで、2000年のWHOのメディアへの勧告という形の指針で終わっているところがあります。

報道ガイドラインは、群発自殺を招かないための最低限のラインを示しているだけですので、メディアの方にはもう少し前向きでポジティブなメッセージを、自殺が起こる、起こらないにかかわらず、発信していただいたり、キャンペーンをはっていただければありがたいと思います。これは、報道各社の裁量により限りもあるでしょうが、私たち関係者は大いに期待しております。

○上里主任技師

すみません、ちょっと追加させていただきたいんですけども、先日メディアのほうで自殺についての報道があって後に、相談機関はこういうところがありますよ、精神保健福祉センターも相談できますよということで、番号も併せて報道をしていただいたことがありました。その後未遂を繰り返していらっしゃるご本人さんからセンターにお電話をいただいたということがございました。だから自殺の報道をされて後に、相談機関、きょうお配りしているパンフレットの中にありますので、番号も一緒にご紹介していただくと有難いと思っております。

それから、自死遺族のことにつきましては、皆様チラシをお配りしてありますが、現在のところ毎月第3土曜日にセンターのほうで「分かち合いの集い」をやっております。

○司会（玉井） 石川先生、いかがでしょうか。

○石川（医師会）



今婦仁診療所の石川です。

11月に自閉症の方のニキ・リンコ先生の講演会を予定しているんですけども、その中で、今、私もちょっと

本を読んでいるところなんですけれども、うつとか不安が画像診断、脳の機能障害なので、そ

れをIRを注射してCTで撮影をする。それを10年前くらいからやってアメリカのダニエル・エーメン・クリニックというところがあるんですけども、それで見ると不安とかうつが脳の基底核、辺縁系、側頭葉、帯状回、皮質の5つの場所の過剰活動、あるいは機能不全が影響している。特にアルコールとか薬物によって皮質の機能低下とかがみられるとか、そういう脳の精神疾患を画像診断しているらしいんですけども、それで薬物の使い方も特に側頭葉の過剰のときには自殺が多いとかいうふうなことがあって、それとまた行動パターンが非常に一致すると。ですからある程度問診でどこの過剰か、どこの機能不全かがわかるというようなことを言われていたんですけども、ちょっと私も勉強をしている状況で、もしそのへんのところを今後、取り組まれるのでしたらぜひ取り組んでほしいと思うんですけど。

○近藤教授 最先端の画像研究で、うつの病態が明らかにされようとしています。うつの場合、側頭葉の過剰活動は負の情動が活発に動いている状態を反映し、前頭機能の低下は負の情動をコントロールする活動が低下していることを示す、とされています。ですから、負の情動が優位になって、それを認知的に補正できないという病態が脳機能画像にも現れており、納得のできる結果です。これを診断的に活用するとすれば、状態像としてのうつの病状がこのような脳機能の活動になっていることを、患者さんに目で見てもらいながら説明することができるかもしれません。また、治療による改善についても画像的に客観的に提示できるので、治療の指標としても非常に有効な方法ではないかと思えます。

閉 会

○司会（玉井） 議論は尽きないんですけども、重層的なアプローチが必要だということで、一番最後に小渡副会長のほうで閉めの言葉をいただきたいと思えます。よろしく願います。

○小渡副会長 皆様、大変お疲れ様でした。

この自殺問題については、その原因が多岐にわたっているため、その対策についても議論は尽きませんが、県が策定した自殺予防対策を着実に実行し、市民一人ひとりがこの問題に関心を持ってもらうことが大事であると思います。また、うつ病についてもこの病気のことを多くの人に理解してもらい、精神科に対する社会的偏見を無くすような啓発を行い、早期に受診に結び付けるような努力が必要であると思います。国も自殺総合対策大綱を策定し、県も自殺に対して網羅する形で取り組んできております。我々医師会もここ数年にわたり、公開座談会や自殺予防フォーラム等を行い、広報活動を行っております。

本日は近藤教授に自殺についての統計的な資料、後半ではマスコミへの要望や報道に関する配慮して欲しい点についてまとめて報告して頂きました。そして垣花課長からは、県の現在の取り組み等々について詳しく説明して頂き、また上里主任のほうからも現状の問題やリーフレット等について説明して頂きました。医師会としても、今後も出来るだけこの問題に取り組んで行きたいと思っております。

本日は長時間にわたり、いろんな角度から議論をして頂きまして、ありがとうございました。今後とも宜しくお願いします。

○司会 (玉井) どうもありがとうございました。

