

〈特別寄稿〉

現代社会における自殺の現状とソーシャルワークの可能性

福島 喜代子

ルーテル学院大学総合人間学部教授
Kiyoko FUKUSHIMA

*Department of Social Work, Faculty of Integrated Human Studies
Japan Lutheran College*

1. はじめに

社会福祉領域で、研究テーマとして自殺がとりあげられることは多くない。しかし、自殺予防は大きな社会問題である。そして、現場で自殺への対応の知識や技術の普及は求められている。そこで、自分ができる範囲のことをやろうと考え、このテーマに取り組みはじめた。研究の焦点は自殺への初期介入である。自殺の予兆に気づき、関わり、どのように対応するかについて、自分の専門である社会福祉援助技術の側面から研究し、また、現場での実践に結びつける研修の普及につとめている。

2006年度に在外研究で米国に1年滞在していた。そのとき、米国で自殺予防の実践的な取り組みに触れる機会があった。日本と米国の自殺率を改めて比較したとき、日本の自殺率の高さにショックを受けた。日本の人口10万人あたりの自殺率はおよそ25人。それと比較してアメリカの人口10万人あたりの自殺率は12~13人である。つまり、日本はアメリカの2倍もの人が自殺で死んでしまう国だということに気づき、愕然とした。

少し異なる視点を加えると、日本は人口減少社会となっている。このような社会では、奪われる必要のない命がひとつでも救われるように、社会全体で取り組むことがきわめて重要であるとも考えている。

2. 自殺とは

自殺とは、人が自ら命を絶つことである。人がなぜ自殺するのかについては、昔からさまざまな議論があるものの、明確な答えは出ていない。自

殺は個人の意思によってなされるようにみえても、それだけで説明すべきではない。一方、社会的状況が背景にあることは確かであるものの、社会状況が改善されたからといって、すべての自殺がなくなることはないであろう。結局、社会全体を生きやすい社会にしていくことと同時に、自殺危機にある状態の一人ひとりに知識と技術を持つものが近づき、関わり、対応することによって、はじめて自殺が防げるのかもしれない。

3. 自殺は複合的な要因によって起こる

政府は、自殺予防の重点的な施策として、うつ状態にある人を精神科医につなぐことを強く推奨している。WHOの調査でも、90%の人が自殺の直前に何らかの精神疾患に当てはまる状態にあり、そのうちの60%はうつ病と診断される状態にあったとされている。確かに自殺とうつ病との関連は深い。しかし、うつ病以外の精神疾患も関係しているので注意が必要である。また、最近の自殺に関する心理学的剖検調査によると、精神科を受診中でありながら自殺をした人の割合は、調査対象者の半数近くであったと報告されている。このようなことから、精神科につなぎさえすれば問題が解決するというほど単純でもない。

自殺は複合的な要因によって起きる。まず、生活上のストレスが強いと、脳の中のさまざまな神経伝達物質のバランスが崩れ、うつ状態・うつ症状が強くなったり、うつ病以外の精神疾患にり患したりして、身体的な要因が自殺の引きがねになることもある。一方、当事者本人の心理的な状態を深く理解すると、強い孤立感や絶望感、負担感

等を抱えている。こうした心理状態も自殺と強い関連があることを理解していかなければならない。そして、社会的な要因が自殺に関連していることは明らかである。例えば、近年、就活の失敗などを理由に自殺で亡くなる大学生の数は増えている。まさに社会情勢を反映した傾向といえる。自殺は、常に社会的な問題との関係で増加したり、減少したりする。日本の社会は今、経済的に決して良い状態とは言えない。こういう状況の日本で自殺数を減らすことは実は容易ではない。

専門家によっては「自殺は追い詰められたうえでの死だ」と表現している。自殺に至る人は、そこにいたるプロセスで、心理的・身体的・社会的に追い詰められ、死に至っているということを理解し、社会全体で何とか対応していくべきであろう。

4. 日本の自殺の現状

(1) 13年連続の3万人超え

日本の自殺者は、2010年より2011年にかけては少しではあるが減少した。しかし、1997年から1998年にかけて一気に約3割(8,472人)増加し、3万2,863人になって以降、13年連続して3万人を超えたままである。

自殺で亡くなった人を単純に365日で割ると、1日に約84人である。また、自殺者の累計数を計算すると、大体この10年で31万人の人が自殺で亡くなっている。この数字は、天王寺区と阿倍野区と生野区の人口を合わせた数になる。この3つの区の人口と同じ数の命がこの10年で自殺により失われている。

(2) 60歳代男性の自殺が多い

男女比では、女性が全体の3割、男性が全体の7割を占めている。その中でも、40歳代から60歳代の男性が断然に多い。今、各地に研修に行っているが、受講者全員が女性ということが結構ある。保健、医療、福祉の最前線で働いている女性の割合が高いので、それはそれで良いのだが、男社会の中でこのことに関心を持ち、何とかしようと思う人を増やすことも大切である。

一般的には、若い人が亡くなったときのほうが、大きく報道されることが多いため、イメージとしては若い人の自殺が多いと思われるかもしれないが、実数ではそうでもない。自殺は年齢が高いほど、多い傾向にある。80歳以上でも、全体の7%

を占めている。

(3) 若年人口の自殺

若年者の自殺は、割合こそ少ないが、生じたときのインパクトは大きい。人口動態統計によると、昨年、15歳～19歳では500人弱が自殺で亡くなっている。20歳～24歳で1約1,400人、25～29歳で1,600人台、30～34歳で1,900人台、35～39歳で2,300人台が亡くなっている。

死因の順位では、若年層では自殺が1位である。先進国で、若年層すべての年齢階級で自殺が死因順位の1位というのは珍しい。ちなみに15歳～29歳の死因順位の2位は不慮の事故である。30～39歳では悪性腫瘍生物、つまり、がんが死因順位の2位になっている。

(4) 自殺死亡率

日本の自殺率は、人口10万人あたり約25人である。男性の自殺率のほうが高く、人口10万人あたり約36人である。女性の自殺率は人口10万人あたり約14人である。

静岡県富士市で始まった「富士モデル」という自殺予防の先駆的取り組みでは、ポスターが有名で、全国で採用された。そのポスターでは、セーラー服姿の女の子が「パパ、眠れてる？」と背広姿のパパに声かけしている。家族の声かけの大切さと呼びかけている。特に中高年の男性は自分からなかなか「助けて」や「しんどい」を言わないので、こういう声かけをすることはとても大事である。

ところが、実は同居者がいると、男性であっても自殺率はそれほど高くはない。東京都監察医務院の分析調査によると、同居者がいると、自殺率は男性であっても人口10万人あたり19ぐらいであった。ところが、40歳代後半の一人暮らしの男性の自殺率は人口10万人あたり60に跳ね上がる。中高年の男性は、一番、保健、医療、福祉の窓口から遠い存在である。実直に仕事だけに行き帰って生活されているような人がたくさんいる。そういう人は残念ながら地域社会とのつながりも少ない。しかし、そのような人の自殺率が高い。従って、そういう人たちにも気にかける社会を築いていく必要がある。

なお、自殺の原因や動機を明確にする良い資料はあまりない。警察庁は長い間、「一番の理由は何か」を集計してきた。「一番の原因」は健康問題が多いという集計結果となる。そして、経済や生活

問題は2割ぐらいとされる。しかし、自殺は、複合的な要因によって起きる。したがって、初期介入するとしても、複合的な問題を抱えていることを前提に、「自殺しないで済む」方向に向かって、伴走していく働きかけが必要になってくる。

5. 自殺予防のための取り組み

自殺予防のためには、ミクロ、メゾ、マクロという、すべてのレベルで取り組む必要がある。まずは、個人で自殺を考えているような人が早く発見され、支援が受けられることが大事である。また、家族や組織で、いろいろな人がお互いに気にかけてあげることが必要である。そして、地域社会で取り組み、社会全体で取り組む必要がある。

世界にはいくつか、効果のあったとされる取り組みの研究報告がある。なお、自殺予防の効果検証は一般的に非常に難しい。

(1) スウェーデンの島での取り組み

ひとつは、スウェーデンの人口6万人くらいの島の取り組みである。スウェーデンはプライマリケアの仕組みが確立しているおり、医療サービスを受けるとき、まず「一般医」にかかる仕組みとなっている。この島では、島の一般医全員が丸2日間の研修を受講した。その結果、2年間、自殺率は有意に減少した。一方、その効果は長く持続せず、島の医者に入れ替わり等により、2年後以降は消滅してしまつたと報告されている。継続的な研修の必要性が同時に明らかにされた研究である。

(2) アメリカ空軍の取り組み

アメリカの空軍の自殺率はもともと、アメリカの一般人口と比べかなり低い。アメリカ社会の中で、空軍は何十万人の完結したコミュニティを形成している。それでも、あるとき、空軍コミュニティで、「自殺を予防しよう」というポリシーが掲げられ、プロジェクトが動きだした。12の大きな柱からなる重層的なプロジェクトである。例えば、組織の上層部の者が「組織として自殺を減らす」「研修に積極的に出るように」と定期的に呼びかける。また、軍人のみならず、関係する家族やコミュニティ全体の関係者に対して、さまざまな啓発研修がなされている。また、空軍の軍人の9割がゲートキーパー養成研修を受講し、それが継続的に行われている。上司に対しては、部下が心配な状態にあるときに精神保健の専門家に早くつな

げることが明確に奨励されている。また、もし万が一精神科等の受診をしても、キャリアにマイナスにならないことを明確に示している。このプロジェクトへ取り組みははじめた後、自殺の数は有意に減少した。プロジェクトの各プログラムは今でも継続的に提供され、自殺率は相当低い状態を維持している。

(3) イリノイ大学での取り組み

教育機関の取り組みでは、イリノイ大学の取り組みがある。イリノイ大学は学生数が約4万人である。1976年から1983年の間に19名の学生が自殺で亡くなった。10万人あたりの自殺率に換算すると6.9人である。若い人口層とはいえ、アメリカ全体の自殺率12.5人よりずっと低い。それでも、この大学では、真剣に取り組むをはじめた。プロジェクト担当者が詳細に調べたところ、自殺した学生の7割弱は、大学あるいは地域の精神科を受診していたが、大学の学生相談室のソーシャルワーカーや臨床心理の専門家からの支援を受けていたのは1人だけであった。

そこで、大学では、自殺のサインを示すか、自殺未遂をした学生は、必ず学生相談室のサービスを利用するように大学の全教職員に周知した。米国の大学の学生相談室では、一般に、大学院修士レベルを終えたソーシャルワーカーと博士課程レベルを終えた臨床心理士が個別面接等を提供している。その呼びかけ後、3か月たっても利用者数は全く増えなかった。そこで、担当者は「自殺企図を示す言動」について明確な基準を作成し周知した。この基準の周知は、関係者の二次的な解釈を排除する意図であった。基準に合致した行動をとった学生は、大学の学生相談室で、ソーシャルワーカー等による面接を4回受けることが義務化された。

1回目の面接は、自殺企図の言動あるいは退院後1週間以内に必ず実施することとした。面接はアセスメント中心に行われた。ソーシャルワーカー等は自殺の考え、意図、そして手段の入手についてアセスメントする。そして、自殺企図のときの状況・環境を把握し、学生の考えを再構築する支援をする。学生の生育歴等の調査を行い、自殺予防に関する大学の方針を示す。自殺未遂に終わったアメリカの学生は、「自殺するのは自分の権利だ」と主張することもある。そう言われても、大学は一貫した対応を行い、4回の面接を受けさせ

る義務を徹底した。その結果、学生の在籍数3万6,000人の大学で、21年間で2,017のケースに対応し、自殺者数は累計29人となった。このプログラムの導入前の8年間と導入後21年間の数を比較したところ、自殺率が6.91だったものが3.78まで下がった。同じようなプログラムを実施していない近隣の11大学と、導入前4年間と導入後6年間の自殺率を比較したところ、イリノイ大学のみ7.89から2.00に下がり、近隣の11大学は7.07から8.68に上がっていた。

このような報告を知ると、日本の社会でも「やれることはある」と思う。ある組織のキーパーソンとなる人々が一定の知識と技術を持ち、共通の考えのもと、適切に対応すること。それが自殺率の減少につながるのであろう。

6. 自殺危機にある人への初期介入に焦点を当てた研修—ゲートキーパーの養成—

(1) ゲートキーパー養成の必要性

日本で福祉や心理の専門教育を受けても、必ずしも、自殺への具体的な対応方法を学ぶとは限らないのが現状であろう。アメリカでも専門職の知識と訓練不足が指摘されている。例えば、臨床心理学の博士課程に在籍している学生を対象にした調査では、院生の98%が、インターンで自殺企図者をケースとして担当していた。しかし、教育プログラムのなかで、自殺企図者への対応の方法を学んだと答えた人は約5割であった。実際に担当したクライアントが亡くなった経験をした者は全体の4%、約11人いた。そのうちの3人は、実際に自分のケースが亡くなった後も、自殺企図のある人への対応の仕方を学ぶ機会がなかったと報告されている。

米国のソーシャルワーカーについての研究でも同様の傾向が報告されている。アメリカの場合、ソーシャルワーカーは、修士レベルの学位を得た後、現場で個別面接中心の業務を行うことがかなりある。現場で働いているソーシャルワーカーを対象にした調査で、修士課程の授業で自殺企図者への対応について学んだと回答した割合は4割強であり、その不十分さが懸念されている。

日本でも自殺予防の取り組みは必要だと言われている。そこで、ゲートキーパーの養成に取り組んでいる。自殺危機のある人への初期介入につい

ての知識とスキルを持っている人材をできるだけ多く養成しようとしている。

(2) ワークショップの構造等

私たちは、構造化された研修を作成し、それを普及することを通して、適切な知識とスキルを有するゲートキーパーの仲間を増やすことを目指して活動してきた。私たちのワークショップは、定員20名である。時間は、約6時間半、丸1日かかる。決して軽いものではないだろう。それでも、2009年9月後半から提供を始めて、全国でこれまでに140回開催され、2,800人くらいの方が参加された。自殺危機の初期介入の知識と技術を持つ仲間が増え、うれしいと感じている。

ワークショップは構造的なもので、やる内容と手順が決められている。進め方、ポイント、留意点も決まっている。何よりも、どのような参加者にも対応でき、参加者の安全性に最大限の配慮がなされる。構造的に、講師は2人必要となっている。私たちは、ワークショップの普及がすすむように、講師養成研修も同時にはじめ、講師養成もしている。大阪府は、積極的に私の考えに賛同して下さり、大阪府のこころの健康センターでは、ここ2年は、ワークショップのみならず、講師養成研修も併せて開催してきた。府内では、講師養成研修まで終了した人が増えてきている。大阪府も、毎年、ワークショップの開催と、東京での講師養成研修への参加者を出している。市の精神保健福祉相談員(保健師)が、市内でワークショップの開催をしている。これまで、全国で多くの保健師、ソーシャルワーカー、精神科のPSW、障害者支援施設の職員、地域包括支援センターの職員、臨床心理士等が参加している。また、薬剤師、救急救命士、ハローワーク窓口担当者、司法書士、医師などをはじめ、家族会、民生委員、精神保健ボランティア、自助グループファシリテーターなど、ボランティアな立場の人も多く受講している。

(3) ワークショップの内容

ワークショップは、自殺危機にある人への「初期介入」を専門にしている。「死にたい」と「死にたくない」の間で気持ちがゆれている人を発見し、「死ななくていいでしょう」、「死ぬ以外に方法があるでしょう」と言って引き戻すことができるよ

うになるための実践的な研修を行っている。初期介入は、「危機状態からの脱出」を支援して、次へつなぐためのお手伝いである。

自殺予防に必要とされる「スキル」は、一定の知識と訓練をもって身につけることができる行動（活動等）である。そのため、座学の講演では身につかない。小規模の演習を交えて初めて身につけられる。そこで、私自身は、自殺をテーマにした、大人数を対象にした講演依頼は全てお断りしている。ワークショップ形式（演習を中心とした、少人数での研修）の依頼のみお引き受けしている。今日は、いろいろな特別な事情でお引き受けした。ワークショップのエッセンスをお伝えしたい。

7 自殺危機にある人への対応

初期介入では、「サインに気づく」「信頼関係を結び、生きる理由を探る」「危険性をはかる」「安全確保」「支える仲間へつなぐ」、そして「フォローアップ」等が必要である。ここでは、**自殺危機にある人への対応のエッセンスの一部をお伝えしていきたい。**

（１）「死にたい」と「生きたい」の２つの気持ちの間のゆれを理解する

まず、自殺危機にある人の理解であるが、「死にたい」と確かに思っているが、どこかで「生きたい」とも思っていることを理解する必要がある。それから、「他に道はない」と思う、視野狭窄と言われる状態に陥ってしまっていることも理解する。

（２）「あれ？」と思えば声をかける

「あれ？」、「どうしたかな？」、「いつもと違うな」と気になったら、感じたら、ぜひ声をかけてほしい。自殺された後、周りの方は、「なぜ自殺したかはわからない」「疲れているとは思っていたが、まさか自殺してしまうなんて思ってもみなかった」と言われる。しかし、実は、「あれ？」「いつもと違うな」、「何か変だな」と感じた人が周囲にいることが多い。まずは、第一歩の声かけをしてほしい。

（３）自分と相手の価値観の違いを理解し、相手の話を受け止めていく

信頼関係を結ぶことは大切である。そのために、

相手の話をよくきき、価値判断をしないで、受け止めていく必要がある。しかし、実は、自分が正しいと思っている人ほど、自分の言葉かけが、価値観の押し付けになっていることに気づかない。講義形式でこの話を聞き、「そりゃそうだ」と思い、「自分は大丈夫、適切な対応ができています」と思う人は多い。しかし、現実はそのでもない。

例えば、若い男性が疲れきった様子で「もう俺なんかダメだ。」と言う。このとき、親しい間柄では、「なあに言ってんの・・・若いのに。ダメなんてことないでしょ。しっかりして。」などの返答が、あまり違和感のない返答として考えられる。話の聞き手は、「若い人はがんばらないと」「ちょっとやそっとのことで投げやりになってはいけない」など、「正しい」と確信している価値観を持っている。そして、その考えを表明することは「正しいことを伝える」ことにすぎないので、それが結果的に、自分の考えや価値観の押し付けになっていることに気がつかない。

自殺予防をやる気満々でいる人が、適切な知識やスキルを持たないでいると、自殺危機にある人が「俺なんかもう本当にダメだ・・・」などと思いつめて、せつかくその心情を吐露していても、「そんなことない、頑張れ」「そんな弱気ではダメだ」「前向きに考えないと」などの声かけをしてしまうことがある。このような対応は、本当にしんどい状態にある人の気持ちに寄り添っていない。思いつめている人の、心の深いところには入っていけない。これでは、相手は心を閉ざしてしまい、自殺予防はなかなかできない。

そこで、自殺危機にある人が、どれほど投げやり、あるいは、後ろ向きな考えを持っていても、まずは受け止める必要がある。自分とは違う価値観を持っている人の話を聞いていく、具体的な「スキル」を身に着けることが重要である。私たちのワークショップでは、自分の価値観を押しつけない、決めつけをしない、早すぎるアドバイスや説得は逆効果だということを実感してもらおう演習を行い、相手の話のペースに合わせながら、相手の気持ちに寄り添いながら話をきく訓練も行う。

（４）置かれている状況の把握

各地で行われている短時間の研修では、傾聴共感のみに重点をおいた研修も行われているかと思う。しかし、傾聴のみでは自殺予防、自殺の初期

介入はできない。自殺危機にある人の置かれている状況の把握をしていく必要がある。自殺危機にある人がそこまで思い悩むにいたったきっかけと、現在の状況について把握していく。例えば「仕事がうまくいかないんだよ」と悩んでいたら、「いつ頃から?」「何がきっかけでそういうふう感じたの?」「今はどんな感じなの?」というように、今の悩みのきっかけや、悩みが存続している期間、そして、今どのような状況なのかということを開き、その人の置かれている状況を立体的に把握していく。そして、相手の最大の悩みが仕事関係だとしても、あえて家族関係、友人関係や体調等について聞いていく。そうすることによって、相手が複合的な問題を抱えている人のことが理解できる。複合的な問題を抱えている人のほうが、自殺危機に近い状態になるからである。

(5) 自殺のリスクアセスメント

自殺のリスクアセスメントをするためには、単刀直入な質問をする必要がある。そのため、死ぬ意図の確認や、自殺の計画の具体性や実現可能性を確認できる質問を重ねていく。このようなことをたずねることにより、急激に高まっている「死にたい」とか「死ぬしかない」という気持ちや衝動を下げる意味がある。そして、このようなことをたずねることにより、リスクのアセスメントができる。

(6) 生きる理由を探る支援

生きる理由を探るとは、もう死ぬしかないと思いきこんでいる人が、死ななくてもいいとか、死ぬ必要はないかと思えるようにスイッチしていく支援のことである。例えば「あなたの周りで誰が悲しむと思う?」と聞くと、「誰も悲しまないよ」と答える人もいるだろう。しかし、「そうだなあ、やっぱり母親は悲しむかな」など、悲しむかもしれない人が存在すると思っておこすだけで、自殺を思いとどまることがある。あるいは「世話をしなげなければいけない人とか動物がいるんじゃないの?」と問われ、「ああ、そういえばかわいがっていた犬にえさをやらなきゃ」と思い出し、思いとどまることもある。

(7) 危険性の高い因子

自殺の危険性が高い因子の一部を紹介したい。

例えば、自殺未遂歴や自傷行為歴は危険因子である。うつ病、統合失調症、アルコール依存症なども危険因子である。アルコールや薬物の影響下にある状態も自殺の危険性を高める。

緩衝材となる因子もある。例えば、身近に支えてくれる人の存在、人生の目標、などは自殺の保護因子であり、緩衝剤となる。

(8) 安全確保

自殺の危険性の度合いに応じて、その後の対応を変える必要がある。自殺の危険性が非常に高い場合には、安全確保が必要となる。危険性がそれほど高くなければ、その人のサポートを厚くする働きかけをしていく。単純に言うと、そのような方向で対応することになる。自殺の危険性が高い場合の安全確保は、物理的な方法によるときもある。あるいは、信頼関係を築いた上で、本人と自殺を予防しようとする者との間の約束であったりする。

(9) 本人を支える仲間へとつなげていく

自殺危機にある人と接したときには、一人で抱え込まないで、できるだけ本人の了解を得て、他の人へつなげていく。他の人に、自分が聞いたこと、知ったことを、全て話すつもりはないが、「そこまで思い詰めている」ということを他の人にも知ってもらって、一緒に支えていきたいと伝え、了解を得て他の人につないでいくことが望ましい。

つなげる先の支える仲間の一つは、夕方から夜間にかけて一緒にいられる関係である。家族や親しい友人が重要である。地域を基盤に働く専門家だけでは、自殺の危険性の非常に高い人を夜間も含めて支えていくのは困難である。そこで、インフォーマルな関係の人にも関わってもらい、追い詰められていることを理解したうえで見守ってもらえる体制をとることに意味がある。実際に思いつめた状態にあると、身近な人があたたかく見守ってくれていると、感じられるだけで落ち着くときもある。

長期の信頼関係に基づくサポートを与えてくれる人との関係も大事である。例えば、親友、親せき、恩師などである。このような人に対して問題を押しつけなければいいという意味ではない。長期的な信頼関係で結ばれている人は、精神的な痛みの理解ができ、心理的サポートを与えられるからで

ある。専門家だけの支援では、どうしても精神的痛みの理解と、心理的サポートの提供は十分にできないことが多い。

(10) その後もあなたを気にかけていることを伝える

自殺予防に関しては、フォローアップが大事である。たとえば奨学金についての相談が、関係ない施設管理関係の窓口になされたとき、施設管理関係の窓口職員は、正しい相談窓口（奨学金の相談窓口）を教えるだけで終結しても大きな問題にはならない。しかし、「死ぬしかない」と思うほどに追い詰められている人への対応で、「どこそこに相談してください。それでは、さようなら」ということが複数回あると、相手は「たらい回しにされた、もうダメだ」と感じてしまう。そのような打撃を与えないためにも、フォローアップの約束をする。「あなたが別の窓口（正しい相談窓口）に行って、どうなったかまで私は気にかけている」というメッセージを相手に伝えるのが大事である。「だからもう 1 回、会う約束をしておこう」と話すことにものすごく意味がある。

8 おわりに

自殺を予防するためには何が必要か。それは、個人と個人を取り巻く環境の双方に働きかけをすること。それが大事である。個人だけに働きかけるのではなく、社会にだけ働きかけるのではなく、両者の相互作用に働きかけることが大事である。ここにソーシャルワークの考え方を直接適用できる。そして、個人の気持ちに寄り添い、精神的な痛みを理解し、置かれている状況を把握して、「協働的」に問題を解決していく。

自殺を考えるほどに追い詰められている人の多くは、身近に家族や友人などの人たちがいるにもかかわらず、なぜか、本人たちからの視点でみたとき、社会的な関係を遮断してしまっているように思う。家族や職場など、身近な人に相談できればいいのに、本当に追い詰められていると、壁が高く、厚く感じてしまい、自分からは乗り越えていくことができなくなっている。実際に、自殺した人の統計では、男性でも 7 割、女性では、8 割に同居者がいたことが明らかにされている。そのような状態であることを理解すれば、お節介と感じて抵抗があるかもしれないが、他人、特に、身

近な人との「つながりの再構築」の支援を、専門家など、ゲートキーパーとなるものが行うことが大事である。そして、地域社会やマスコミの報道のあり方や政策、社会への呼びかけをしていくことが大事である。

本日は、座学のための講演となった。今日の内容だけでは、自殺危機にある人への適切な判断や対応を実際に行うことは難しいと思う。しかし、今日の話が少しでもお役にたつことを願っている。そして、機会があれば、ぜひ、実践的なワークショップへ参加いただきたい。ご清聴ありがとうございました。

（生活科学研究科学術講演会：平成 24 年 3 月 12 日）