

医療に関する県民との懇談会 ～自殺の現状分析とその予防対策に向けて～

理事 玉井 修



会場風景

平成19年1月25日ハーバービューホテルにおいて県民との懇談会が開催されました。テーマは最近沖縄県でも急増し社会問題となっている自殺について取り上げました。参加者は県内各団体の代表13名と医師会から9名で、その他琉球大学医学部附属病院精神科のドクターが数人傍聴し、会場は熱気にあふれておりました。

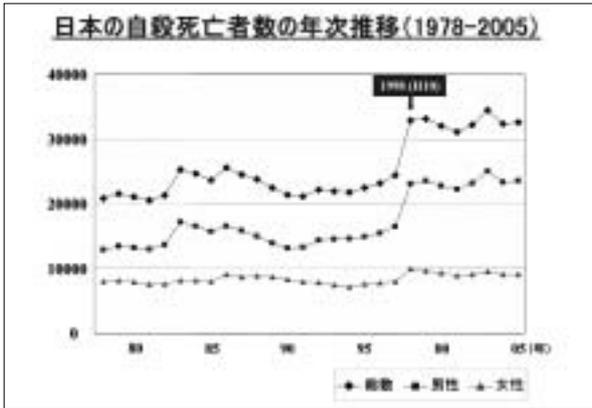
まず冒頭、玉城信光沖縄県医師会副会長よりご挨拶があり、年間3万人を越える自殺問題の深刻さを訴え、特に沖縄男性の自殺の多さを懸念し、全国で最も自殺率が低い沖縄女性から何かを学び取れないかとの提案を頂き、活発な意見交換をお願いしますとご挨拶がありました。

早速私の司会進行で懇談に移り、まず琉球大学医学部精神病態医学分野教授の近藤毅先生から「自殺について」と題し、全国の自殺の経年的推移、時代を背景にした自殺の特徴、沖縄県の実態、若年自殺の特徴、自殺に対する対応についてなど詳細に解説頂きました。

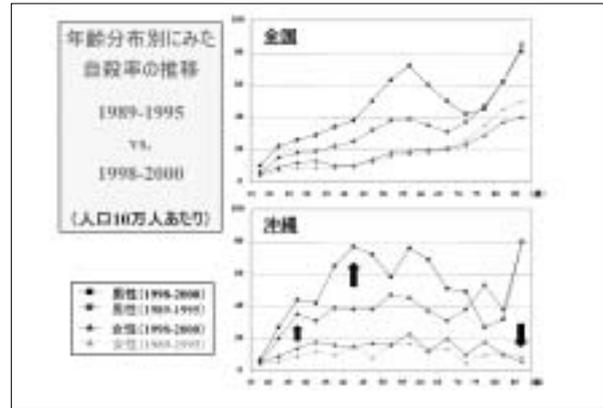


近藤毅先生

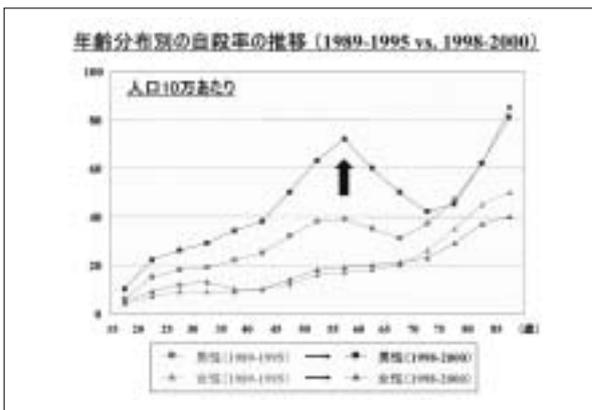
1998年を境に特に男性自殺者が劇的に増加しております。近藤教授はこれを年功序列、終身雇用から格差社会へ移行し、もうどうにもならないという閉塞感の増幅。さらにバブル崩壊のつけによるリストラ、失業、過重労働が絶望感へ連なっていくという社会的背景と関連づけてお話頂きました。また高齢男性の自殺は主に病苦や配偶者喪失などから来る孤立が原因となりやすいことを指摘して頂きました。一概に大家族であれば高齢者自殺が少ないと考えられがちですがそうではなく、東北では家族内孤立による高齢者の自殺も多いという実態もあるようです。むしろある程度の距離を保ちながら、子供や孫が尋ねてくる沖縄的高齢者生活環境は一つの理想的あり



スライド①



スライド④



スライド②

沖縄県における自殺の特徴は？

- 自殺率の男女相差(男性)女性)が大きい
沖縄がより男性社会・家父長制の色彩に乏しくとも関連？
→ 女性は生きることの楽しみや、家族関係の維持も自殺率に反映している？
- 20代後半の男性にのピークがある
全国には見られず、沖縄の自殺率が低く、高齢者が多いことが原因？
働きたくも休職できない、希望のある仕事がない(希望の落差)
若年男性に於ける不安定な事業開始(経済・心理的成熟の遅延)も原因？
- 40代前半の男性における第二ピーク
沖縄の経済的過渡期の影響から、全国より早く働き盛りの年齢での転職・リストラが早い？
生活不安定 → 再雇用の際にも、生活する目的の喪失、将来設計への希望の低下
失業 → 収入減少 → 家族関係の崩壊 → 離婚 → 借金 → 孤立 → 自殺リスク
- 全国と同様の現象がオーバーラップ
1990年代男性、社会経済・労働環境の変化(不況、失業、転職、退職)による自殺
高齢女性、病気・孤立を背景とした自殺
- 高齢女性における自殺が近年増加すること
沖縄の高齢女性のライフスタイル → 高齢者の低所得・低貯蓄に起因する？
家族関係の悪化(同居して家族の負担を押し付け、高齢者が頼りきれない)も原因

スライド⑤



スライド③

方だとして説明されました。

沖縄県の高齢女性は最も自殺をしないという特徴があります。沖縄高齢女性のライフスタイルに自殺予防対策のヒントがあるのではないかとされており。また、沖縄県では高い失業率を背景に20代後半男性の自殺も多く、希望ある将来が見えない事への不安があるのではないかと分析されておりました。若年自殺は死に対する現実感が薄く、衝動的な自殺へ流れやすい傾向があること、また多くがうつ病などの治

療により効果が期待できる事が報告されました。

自殺願望を打ち明けられたときの対応に関してはここで誤った対応をご紹介します。

- ①転換：「そんなに思い詰めないで」「家族の事も考えて！」
- ②楽観：「気を強く持って」「もっとプラス思考で考えようよ！」
- ③激励：「しっかりして」「元氣出して」「あなたらしくない」
- ④説教：「命を粗末にしないで」「自殺はダメだよ」
- ⑤批判：「馬鹿なこと考えないで」「苦しいことから逃げてはダメ」

これらの言葉はやっとの思いで自分の心を打ち明けた自殺願望者に更なる孤立感と絶望感を与え、黙って自殺を遂行させる危険性があると指摘されました。

基本的な対応として、心配していることを告げて傾聴し、率直に尋ねて、共感と受容を心がけること、一人にしないような配慮を提言して

若年者の自殺行動に関連した特徴

1. 死に対する感受性が低い
被害者や加害者の被害者である人の死を悼む経験が乏しい
 パーソナル・リフレクティブ・グループの活動が効果的(編集)→より受け取り
2. 衝動に流れやすい
衝動・感情・怒りのすぐ後に自殺行動がある
 感情の表出(怒り)が抑制されず「怒り」が「悲しみ」に転換し「悲しみ」が「死」に転換する
3. 運気力の低下
高齢・ストレス・疲労・健康への懸念が原因→「運気」が低下して運気
 低下→「運気」が低下して運気低下→運気低下→運気低下→運気低下
4. 現実や将来への無関心
希望・目標を失った、生きていく意味がなくなった、生きていく理由がなくなった
 現実・希望・目標を失った、生きていく意味がなくなった、生きていく理由がなくなった
5. 強影響性が高い
若年自殺者(同)と若年自殺者(同)の自殺行動は、若年自殺者(同)の自殺行動
 マスコミによる自殺報道→自殺報道→自殺報道
6. 健康問題を原因とする自殺
精神疾患(気分障害、統合失調症、うつ病など)によるものが多い
 身体的疾患による自殺(自殺)が減少していること、健康は重要!

スライド⑥

自殺に追い込まれる人の共通心理

1. 絶望感・孤立無援感
「自分でやるしかない」でも、これ以上どうにもならない「誰も助けてはくれない」状況
2. 無価値感
「生きている意味がない」「自分などない方が楽だ」「自分が嫌いだ」「死ななかつた」
3. 怒り
「なぜ自分ばかりこんな目に合うのか」「悔しい」「死んでしまえばいい」「死ななかつた」
4. 永遠の苦しみ
「何も変わらない」「何も変わらない」「何も変わらない」「何も変わらない」
5. 心理的拷問
「どうしてこんな状況」「どうしてこんな状況」「どうしてこんな状況」
6. 諦め
「もう諦めた」「これ以上何も変わらない」「どうでもいい」「無価値な苦しみばかり」
7. 自殺の全貌
「死ぬことで自分は何も変わらない」「死ぬことで楽になる」「自分は何も変わらない」

スライド⑦

頂きました。希望が見えること、ふれあいを感じられる事が自殺予防において最も重要な要素であると結んで頂きました。

更に、産業保健の立場から山本クリニック院長の山本和儀先生には働き盛りの男性に多い自殺に関して、産業保健の果たすべきメンタルヘルスケアの重要性をご指摘頂きました。また、男性が全国第3位と自殺率が高い一方で、対照的に女性が全国一低いことから女性の生活から学んでいく必要があります。気軽に相談し精神科等の専門機関を利用して頂きたいとのアドバイスを頂きました。追加発言として照屋勉先生から、膝や腰が痛くて通院している人の中にも自殺に関して悩んでいる場合がある、専門病院の受診がはばかれるのなら、まずはかかりつけ医に相談する事も考えて欲しいとのご意見がありました。

その後ディスカッションの時間となりました。

金城尚美委員からは、実際に職場での同僚の自殺によって生じた職場の動揺に対してどのような対応があるべきかとのご質問に、近藤教授



山本和儀先生

からできれば産業医を含めて、この事に対して個々に考えるのではなくみんなで集まって語り合う機会(ディブリーフィング)を作るべきとのご提案をして頂き

ました。自殺を取り巻く問題には、この様な残された同僚、残された家族の精神的ケアが大切であるとのことご指摘を頂きました。山本先生からは「あなたがついていながらなんで止められなかったの？」等という言葉によって残された家族は更に不幸のどん底に突き落とされるとのご意見を頂きました。大城節子委員からは「債とう病や隠すな(※負債と病気は隠し通すと手がつけられなくなり、命取りになることもあるという意。)」という沖縄の格言をご紹介して頂き、このあたりのオープンな考え方が沖縄女性の精神的強さの基本骨格なのだろうと一同感心致しました。国吉守委員からは実際に命の電話を主催しての感想を、とにかく聞くこと、傾聴することに心がけているとお話がありました。懇談会にはマスコミからも参加があったため、近藤教授からはマスコミ報道のあり方に関して、行きすぎた報道によって自殺は特に若年者において影響されやすく、連鎖自殺、後追い自殺が生じやすい状況を鑑み、節度のある自殺報道と、自殺防止に向けた報道のあり方も是非取り上げて欲しいとのご要望を出して頂きました。自殺願望を打ち明けられたときの対応に関して具体的な言葉はありませんかと委員のご質問に対し、近藤教授は「あなたに死んで欲しくないな」という言葉は、その方に寄り添いつつ自殺を思いとどまらせる率直な気持ちを伝える事が出来るかも知れませんがアドバイス頂きました。高嶺委員からは、生活苦によって借金を家族に残さないために敢えて自殺を選択せざるを得ない人もいるとのご意見を頂きました。この意見には正直、面食らいました。自殺はいったい何故いけないの？自殺をしてはいけない理由は何？という根本的な疑問を投げかけ

られた感があり進行役の私自身これに対し言葉を失ってしまいました。小渡副会長から、自殺を選択するという事は人間にしかできない選択肢ではあります。しかし、死しか選べないとすればそれは大きな問題であろうと思われます。このような社会病理に対しては今後行政を含めた対策が必要になると思われますとコメントして頂きました。最後に近藤教授に、この自殺に関する議論は今後も継続していくことが大切であると締めて頂きました。

※なお、当日は委員からその他に関するご質問を頂きましたので、その概要を報告いたします。

○金城委員：総合病院での名前コールに関して
○和氣先生から：番号で呼ぶ等の対応をしているところもあるが、実際には同姓同名の多い地域では○○村の○○さんと呼ばなくては患者の取り違えを生じるところもある。各地域によって対応に違いが出てくることについても理解をして頂きたい。阿波連弁護士からも、個人情報

保護の拡大解釈の感があり、患者の取り違いミスなどの予防の観点からもあまり神経質に対応すべきではないとのご意見をうかがいました。

○大城節子委員：患者本人に病名告知をして欲しいとのこと

○下地先生から：主に癌の病名告知に関してはかなり難しい対応がある。

現在は基本的に告知をする方向であり、本人の意思が最も尊重されるべきとのお話でした。

○大城節子委員：軟膏の塗り方の説明が良くわからない

○玉井：医師・薬剤師側はもっと具体的な説明をすべきですね。

○山田委員：ジェネリック医薬品について

○近藤先生より：開発費のかからないジェネリック医薬品は安価ではありますが、メーカーによって品質のばらつきがあります。よく主治医と相談して変更された方がよろしいでしょう。全てのジェネリック医薬品が中身は全く先発品と同じという訳ではありません。

医療に関する県民との懇談会出席者

(順不同)

団体名(懇談会委員)		氏名	団体名(医師会関係者)		氏名
1	沖縄県社会福祉協議会	山内 良章	1	琉球大学医学部精神病態医学分野教授	近藤 毅
2	沖縄いのちの電話	国吉 守	2	山本クリニック院長	山本 和儀
3	県調理師会	高嶺 貞裕	3	沖縄県医師会副会長	玉城 信光
4	沖縄県婦人連合会	大城 節子	4	沖縄県医師会副会長	小渡 敬
5	沖縄県経営者協会	又吉 民人	5	ふれあい広報委員会委員	下地 克佳
6	沖縄県中小企業団体中央会	上里 芳弘	6	ふれあい広報委員会委員	野原 薫
7	沖縄県老人クラブ連合会	山田 君子	7	ふれあい広報委員会委員	照屋 勉
8	沖縄県土地改良事業団体連合会	金城 尚美	8	ふれあい広報委員会委員	和氣 亨
9	沖縄県銀行協会	比嘉 博	9	沖縄県医師会理事	玉井 修
10	沖縄タイムス社	銘苅 達夫			
11	琉球新報社	上原 康司			
12	沖縄弁護士会	阿波連 光			
13	主婦代表	玉橋 涼子			

印象記



ふれあい広報委員 下地 克佳

最近、度々自殺に関する報道がなされ、胸が痛む。今回の懇談会はたいへん重いテーマ「自殺の問題」で、いつもより多くの県民側の委員（13名）が出席され、関心の高さがうかがえる。

そのうちの二人の委員より身近な方の自殺の報告があった。一人の委員は同業者で5名の自殺者がいたとのことであり、自殺問題の深刻さを再認識させられた。

〈いのちの電話〉の国吉委員、近藤先生によると自殺願望を打ち明けられたときは、まず真摯に傾聴し、聞き役に徹することが大切とのことである。そして共感、受容し、そのうえで必要なら助言するとのことである。打ち明けられたほうは不安になって“そんなに思い詰めないで”“家族のことも考えて”“命を粗末にしないで”と言いがちだが、それは誤った対応とのことである。自殺願望を打ち明けられた時の対応の仕方も一般の方々に広く啓蒙することが大切と思われた。

職場で自殺者がでた後の対応の仕方の質問があったが、山本、近藤両先生によると、連鎖的自殺者をださないようにするために憶測による情報が出ないようにしっかりと情報管理をすること、残された方への心のケアが大切で、産業医もしくは専門医に対応してもらうのがよいとのことであった。自殺（既遂、未遂）が一件生じると、強い絆のある人の最低五人は深刻な心理的影響を受けるとのことである。自殺者がでた後の対策を聞く機会は少なく、非常に貴重なお話だったと思う。

沖縄県の男性の自殺率は全国3位、女性は47位とのことであり、男性は深刻である。自殺の原因・動機として失業を含む経済問題、健康問題、アルコールの問題、家庭問題、職場の問題などがあり社会的、地域的対策が非常に重要である。一方、自殺した方の多くはその行動に及ぶ前に、うつ病、アルコール依存症、その他の精神疾患状態に陥っていたとの報告がある。また、自殺する方の40～60%は自殺する以前の一ヶ月間に医療機関（一般診療科）を受診しているとのことである。早い段階で一般医より専門医へ繋げるとかなりの自殺防止が可能と考えられる。医師、特にプライマリケア医の責務は非常に重いと思われた。

原稿募集！

プライマリ・ケアコーナー(2,500字程度)

当コーナーでは病診連携、診診連携等に資するため、発熱、下痢、嘔吐の症状等、ミニレクチャー的な内容で他科の先生方にも分かり易い原稿をご執筆いただいております。

奮ってご投稿下さい。

印象記



ふれあい広報委員 照屋 勉

『自殺』という重いテーマの懇談会でありました。まず、琉球大学医学部精神病態医学分野教授～近藤毅先生に「自殺の現状分析とその予防対策に向けて」というタイトルでご講演頂きました。様々なデータの分析を基に、「全国的な傾向」、「沖縄県の特徴」、「若年者の自殺」、「自殺予防」対策までお話頂きました。小生が特に印象に残ったポイントは…①「98ショック！」～自殺死亡者数の年次推移のなかで、1998年に急増し、ついに3万人を超えることになるのです。バブル崩壊、経済不況、倒産、リストラ、失業、過重労働…“さもありなんの感”であります。②「かかりつけ医のメンタルケア」～以前に山本先生からもご指摘を受けたのですが、かかりつけ医療機関によるメンタルケアが重要だということでもあります。やはり、小生（整形外科）などは、もう少し勉強して、“痛み”に悩む患者さんと同じ目線に立ち、心理的サポートをしていかなければならないということであらためて痛感いたしました。アルコールへの逃避、絶望感、自責感、閉塞感…うちあたいる鋭いキーワードの連続でありました。③「TALK！」～Tell：心配している旨伝える。Ask：率直に尋ねる。Listen：傾聴する。Keep safe：一人にしない、安全を確保する。これは、近藤先生の紹介した「自殺願望を打ち明けられた時、周囲の取るべき基本的な構え方！」であります。「自殺予防」対策で最も重要な要素は、“希望”が見えることや、“ふれあい”が感じられること…といった素晴らしいメッセージで理路整然とした講演が終了となりました。本当に有難うございました。

次に、山本クリニック院長～山本和儀先生から、特に産業医の立場におけるメンタルケアのお話がありました。膨大な情報をお持ちの山本先生のコメントは、何度聞いても重い説得力を感じるのですが、今回、特に気になったポイントは、①学校の先生の休職数が年間300人を超えるという事実…。②県職員の自殺死亡者が以前は10年間で9人であったのに対し、去年は半年で3人であったという事実…。③沖縄県の女性の自殺が極端に少ないという事実…。近藤先生も話をされておりましたが、沖縄県の高齢女性のライフスタイルの検討が、今後の「自殺予防」のヒントになりうるとの事でした。その後も、忌憚のない質疑応答が行われ、予定時間をはるかにオーバーするほどの白熱した懇談会でした。

最後に、一般医における「自殺予防」へのかかわり方についてですが、うつ病患者の約90%が内科・婦人科・整形外科など精神科以外の科を初診しているとのことですので、詳しい診断は無理だとしても、うつ状態を確認し早々に精神科へ紹介することが重要であると考えられます。ある月刊誌に、大阪における「一般医・精神科医ネットワーク（G・Pネット）」構想の話が掲載されていました。精神疾患における情報の共有、患者紹介などを通して連携を深め、開業医・勤務医など所属を問わず、各科の医師・産業医・学校医・精神科医・さらに弁護士も加わって、懇談会を開催したり、インターネットによる情報ネットワークの構築を行っているとのことでした。交通事故（年間約7,000人）撲滅キャンペーンと同様に、自殺（年間約3万人・1日約80人）撲滅キャンペーンを、家庭・職場・学校・地域・医師会・行政など大きなネットワークの中で大々的にとり行う必要があると思うのであります。今後、沖縄県においても、「G・Pネット」のような連携機能の充実が図られ、自殺防止につながっていくことを切に切に願っております。