

第3回平塚市自殺対策会議 議事録

日 時 平成24年7月27日（金）14:00～16:30

場 所 平塚市役所新館研修室

出席委員 荒木田委員、上田委員、和田委員、小島委員、廣澤委員、遠藤委員、北村委員、
諸山委員、小枝委員、東委員（小野寺防犯係長代理出席）、新倉委員、柴田委員
（山崎監督課長代理出席）、倉本委員（13人）

事務局 関本市民部長、くらし安全課 鈴木課長、宮脇担当長、田中主査（4人）

傍聴者 2人

（講話）

テーマ「うつ病の正しい知識と自殺の問題について」～精神科医の取り組みを通じて～

講 師 医療法人社団研水会平塚病院 副院長 上田竹人氏

（議題）

- 1 平塚市の自殺の現状と取り組みについて
- 2 自殺対策推進に当たっての協力依頼について
- 3 自殺予防週間関連事業等について
- 4 各委員からの情報提供、意見交換

配付資料

資料1 平塚市自殺対策会議傍聴要領

資料2 平塚市自殺対策会議要綱

資料3 平塚市民のこころと命を守る条例

資料4 平成24年度 こころと命のサポート事業（自殺対策）計画

資料5 自殺対策推進体制

その他 座席表、名簿、講師提供資料、リーフレット3種類、講演会・シンポジウム案
内チラシ1枚、啓発グッズ

- 開催に先立ち、落合市長からの委嘱状交付及び挨拶
- 委員自己紹介及び事務局の紹介
- 委員長、副委員長の選任について、委員長に荒木田委員、副委員長に上田委員を選出
- 会議の公開について事務局からの説明

これより委員長による議事進行

委員長

それでは、平塚市自殺対策会議の議題に入ります。議事を円滑に進めるため、御協力をよろしくお願いいたします。

本日は、議事の前に、ただ今副委員長に就任された上田委員から、「うつ病の正しい知識と自殺の問題について」と題しまして、精神科医としてのお取り組みを通じた視点でお話をいただきます。

講話

テーマ「うつ病の正しい知識と自殺の問題について」～精神科医の取り組みを通じて～
講師 医療法人社団研水会平塚病院 副院長 上田竹人氏

以下講話の内容

うつ病と自殺予防ということについて、精神科の医者目から見てお話しするというわけで、先ほども申し上げましたけれど、自殺というのは何もうつ病ばかりではなく、経済的な問題であったり、労働、家庭、教育の問題であったり非常に多面的なものであると思っています。うつ病、統合失調症、認知症であったりを日常的に診ている精神科の医者が、できるだけ一生懸命自殺の問題を考えたことについて、あくまで一面をご紹介しますということになっていただければと思います。

気分が落ち込んだり、やる気がでなかつたりということが比較的長く続いて仕事とか勉強がうまくいかなくなるというのは何となくわかると思いますが、大事な点として体の不調が多くでるといことがあります。市民のみなさんや、学生の皆さんに講義をするときにもすごく強調する点です。また、15人に一人は生涯に一度はかかるといわれていて、再発性があるので、みなさんのまわりにもご近所同僚というところまで広げると必ず、うつ病の方がいらっしゃるという我々は一生うつ病とは無縁ではられないということになります。

こころの症状としては大きく二つある。一つは気分が落ち込む、憂鬱である、それと気力がでない、何もおもしろくない、仕事もやる気がでない、落ち込むのと、億劫なのと二つある。一方で体の症状というのが案外、一般の方には知られていないことですが、眠れないとか食欲が落ちるといのはわかりやすいのですが、頭痛がすると体がしびれるとかおなかの具合が悪くなるとか、微熱が出てずっと下がらないとか息切れがするとか、頭の前から足の先までどこにでも体の症状がでてくるのです。うつ病の体の症状、眠れないやら体がだるいやら、食欲がないやら、痛みやら、実に大半の人は内科を受診するという調査結果があります。これも同じ話で上に4つ書いてあるのが体の症状、眠れないとか、こり、痛み、下に4つ書いてあるのが精神の症状、やる気が出なかつたり、仕事の能率が

落ちたり、気分が落ち込んだり不安だとか、これは地域のかかりつけの先生が参考にする資料だと思いますが、青が患者さんが自分で医者に訴えた症状、赤が医者の方が、〇〇さんこういう症状があるのではないですか？と聞きだして、そういえばそうです、という症状で実うつ病の患者さんが自分で言う症状というのは、ことごとく体の症状であるということです。一方、気分が落ち込むだの不安といった症状は聞かれなければ言わない。これが、うつ病だと気付くのが遅れたり、自殺してしまってから周りの人がびびりしてしまう理由だと考えられていることで、ほとんどのうつ病の患者さんは体の症状ばかりを言って、気持ちのことはほとんど医者に言わないということです。

うつ症状があった人が最初にどの科にかかるかということですが、ほとんどの人が内科にかかる。あるいは婦人科、婦人科というのは男はかからないので、女性の場合で言うと、まず 2 割くらいの方はまず婦人科にかかるということです。専門の心療内科や精神科にかかるという人は 1 割もいない。体の症状ばかり訴えて、専門の治療をしないで自殺してしまう人が多い、というのはうつ病予防のひとつのヒントになる話。おさらいですけど、うつ病では体の症状ばかり目立つ人が多いということ。仮面うつ病という言葉がありますけれども、精神の病気なのに体の症状というお面をかぶった症状ばかりが目立つという仮面うつ病というのがあります。

身体症状で困っているけれど原因がわからないという特に中高年の男女、ひょっとしたらみなさんのまわりにもいらっしゃるかもしれません、あるいは自分がそうだという方もひょっとしたらいらっしゃるかもしれませんが、そういう方がいらしたらひょっとしたら心の病気かもしれない、と疑っていただきたい。これは私が一般の市民の方にお話しするときに一番強調する点ということになります。

うつ状態のイメージですけど、これは何となくわかっていただけたらと思いますが、朝早く目が覚めてそれっきり眠れないとか朝、食欲がないとか、会社にはもちろん行きたくないし、行っても集中できないとか、テレビをみてもつまらない、楽しみがなくなって夜また眠れない、ここに、うつ病と書かないでうつ状態と書いてあるのですが、何が言いたいかというと、このような鬱々とした日というのが、1年の中で何回かあって当たり前ですよ、年中元気というのはないわけで、例えば家族が病気したとか、仕事ですごく大きい問題を抱えたというときにこういうことが1日、2日あっても当然だということです。ただそれが、悪循環に注意、というのはこの眠れないということをきっかけとして、この眠れないということが1週間、2週間と続いたら考える力を奪われてしまうので、そうするとますます仕事でミスをするという、問題を解決できなくなるどころかますます仕事量も増えてにっちもさっちもいかなくなってしまう。こういうことが年に何回かあっても当然なんだけどこれが2週間も続いたら要注意ですよということをよくお話しします。うつ病と健康な人の抑うつ、うつ病とうつ状態、うつ病は病とついていますから病気ですが、うつ状態というのは、われわれは健康だな、という人でも年に数回は落ち込むことがある、そこから病気に至るまでのかなり広いグレーゾーン、健康でもうつ状態になる。実はうつ病、

うつ状態というものを自殺予防に役立てようと考え、実はこのうつの概念を広く取った方がいい、あなたは病気じゃないからなんて精神科の医者は言っていない、グレーゾーンの方もかなりいらっしゃる、というかグレーゾーンの方のほうがたくさんいらっしゃるかもしれません。

みなさん、うつ病ってなんとなくうさんくさいな、と思われたことがひょっとしたらあるかもしれません、自分でうつ病と言っているけど、この人本当にうつ病なの？かなりあいまいな病気になってしまっている部分があります。

1940年代、戦後まもなく、カビのはえたような話ですけれどなかなか大事な話だと思うので下田光造のうつ病モデルというのをご紹介します。みなさん聞かれたことがあるかもしれませんがうつ病になる人というのはもともと非常にまじめな頑張り屋で、頑張り過ぎた果てに、ストーンとうつ病になる。下田光造という人が考えた執着気質というのがあるのですが、病前性格として非常に几帳面だったり、律儀だったり、あと人に配慮する、人に迷惑をかけちゃいけない、自分がしっかりしなきゃいけない、という人。

一般に、過労がある程度長く続いた後にぐったりしたり、やる気が出なかったりというのは、これは本来必要なんだと、自分を守るための逃避休養状態だ、というはわかっていただけですかね。残業、残業で夜も睡眠時間を削って働き続ければ、ぐったりして働けなくなるのは当たり前なのできちんと休んだ方がいい。ところがこの執着気質の人は、そうやって疲れているのに、ますます頑張り続けてしまう。頑張り続けた果てにかなり急性にストーンとうつ病になってしまう。これが今から、6、70年前に下田光造さんという人が唱えたうつ病モデルで、実はこの執着気質論というのは戦後からの、高度成長期に非常にフィットした、几帳面だったり、仕事をまじめにしたり、ある意味美徳ですから、頑張る日本人というのが、高度成長期に非常にフィットしたのですね。

こういう日本人が非常に多かったものだから、今までうつ病のモデルとして患者さん、あるいは家族が、一般の人が手に取るうつ病の本とかパンフレットなどにこういうことが書いてあります。うつ病になる人はまじめな頑張り屋で、自分で休めないんだから周りが気を遣って休ませてあげなければいけないと。

先ほど来、昔の話です、と繰り返しているのは、今こういうことばかりではなくなってきたというのを皆さんも感じていらっしゃると思いますが、これはまた後でふれま

まず、健康な人の一時的な落ち込みと、この人は本当に大変重い状態になるかもしれない、と見分けるポイント、コツというものを紹介します。

先ほど言いましたが、時間です。こういうことがあったけれど次の日は、一日ぐっすり眠った、ということであればそれでいい。これが1、2週間続いているということであれば要注意、自分の力で抜け出せない可能性がありますということ。継続時間、それと科学的説明として脳の中の神経伝達物質の働きが低くなっている、だからこのうつ病の薬というのはこの神経伝達物質の働きを強める薬、うつ病になる人はこの神経伝達物質の働きが弱

まっているのでそれを元に戻すような薬、というのが一応科学的説明です。

身体の臓器、パーツとしての脳の異常というのと、生きていく上での出来事、仕事や家庭の困難であったり、ひょっとしたらいじめだったりそういったものが相互作用しながら、良くもなり悪くもなったりする、どちらか一方ではないということ。

日内変動、うつ病の方だと、朝重くて夕方軽い、というのが時にみられることがあります。朝一番症状が重くて、夕方夜になるとちょっと楽になる、これは体の症状もそうで、原因不明の頭痛なども朝一番重くて、昼夕方夜になると楽になる

だから朝出勤、あるいは登校する時間に一番体も重く頭も痛くて、昼夕方楽になるという会社員とか、学生、生徒さんを見たら、怠けているというふうに決めつけずに、ひょっとしたらうつ病化もというふうにみていただきたい、ということになります。これはかなり大事な点で、うつ病の日内変動というもので、朝重くて夕方楽になる。うつ病が大変重くなるとこの日内変動は消えます。まだ軽いうちとか、重かった人がこれから良くなる時に日内変動が目立つことがある。

眠れないというのも、健康な人間が眠れないというのは寝付けなくなる、ふとんに入ってもなかなか寝付けなくなる、うつ病の人だと、そればかりではなく非常に朝早く目が覚めたり、真夜中に目が覚めてそのあと眠れない、とかのパターンを取る特徴がある。

こういうことが健康な人がたまたまうつ状態であることと、本当にうつ病である人との違いです。女性のうつ状態というのが生理前であったり、お産の直後であったり、更年期であったりというのは大変有名ですね。実は、神経伝達物質というのがホルモンのひとつで、女性ホルモンの体の中での変化というのが大変精神面に影響する、女性の方がリスクで、男性の倍うつ病になる。だからクリニックで外来をやっていると、女性の方が患者さんとしては圧倒的に多い。でも皆さんご存知だと思いますが、自殺される人は圧倒的に男性が多いのですね、だから自殺はうつ病だけでは語れない、そのことからわかります。

うつ病発症のきっかけというのが過労、これはもう当然ですよ。働き過ぎてあるいは負担が大き過ぎて疲れ果ててしまう。あとはこれは見落としがちですが、環境の変化というのが、新築引っ越し、会社で昇進する、結婚する出産するという変化、家を新築する、リフォームする、というのは相当負担になります。特に女性ですよ。新築、引っ越しというのは非常に負担になる。基本的には喜ばしいこと、こんないい変化でもうつ病のきっかけになります。体へのダメージ、病気、ケガというのは当然ですが何かを失うこと、子どもさんが大きくなって家を出ていくとか、定年退職、離別、この変化というのが人間の精神に大変重荷になる。

一般の人、つまり戦争で捕虜になるとか津波で家族をさらわれるとかではない普通の人生で何がどのくらいのストレスになるかということ調べた人がいて、配偶者の死というのは一番で、奥さんを亡くす、奥さんを亡くしたばかりにうつ病になる、離婚、夫婦別居、身近な人が亡くなる、これは当然ですけども、結婚というのでもかなりストレスになります。

妊娠であるとか、転勤であるとか、進学、改築、転居、など先ほど出たような話がでていうわけで、一見喜ばしいことですが、変化ということがすべからく重荷となる。

ここでお話を大きく戻すのですが、下田の執着気質論で言うと、もともとうつ病になる人というのはまじめな頑張り屋で頑張り過ぎてついうつ病になる、というモデルが実は今の、精神医学の世界では、表立ってはもう使われていない、ということをご紹介します。明らかな原因が見つからず発症する、内因性うつ病となっています。例えば奥さんを亡くしたら当然悲しいわけですが、それが並はずれて長く強く続くという、出来事に反応してのうつ病、葛藤を生む体験というのが、例えば家庭内がずっとうまくいっていない、あるいは仕事で上司とずっと折り合いが悪くて、というような原因があつて、うつ病になる。抑うつ神経症、と分けていた。内因性うつだけが本当のうつだ、何にも外に原因がないというような内因性うつが、先ほどの執着気質論にあてはまってくる。

これで比較的長く、日本の精神医学におけるうつ病というのは捉えられてきたのですけれども、ICDとかDSMという診断基準が外国から入ってきて、普及してきたということがここ十年でありました。

これは、元々の性格がどうだったかとか頑張った、頑張らなかったということは一切関係なく、これはDSMというアメリカの精神科学会の診断基準ですけれども、WHOのICDという診断基準とほとんど同じですけれども、箇条書きのようにして抑うつ気分、興味喜びの消失のうちどちらか一つ、とこれらをあわせて5つあったら、うつ病とします。かなり乱暴な話です。先ほどの下田の執着気質論からいうと、その人が元々どんな人だったかとか、どんな生活をおくっているとか、というのは一切考えないと、最近二週間どんな症状があったか、ということだけ、これだけで診断をつけてしまおうということになっていて、そうするとどんな医者がどんな患者さんを診てもだいたい同じような診断がつくと。下田の執着気質論とは結構対立します。その人がどんな性格だったかということ踏まえて診断をするのと、最近2週間の症状だけをみて診断してしまうのではしばしば衝突して、混乱して分かりにくい。

これはあくまで私が考えることですが、DSMとかICDを操作的診断基準というのですけど、これは一般の人でも結構知っています。というのはインターネットでうつ病を調べようとすると、出てきます。これとこれが該当するとうつ病です、といとも簡単に分かります。私たち精神科医が嫌だと言っても、「ネットに書いてありましたよ。」「WHOの診断基準にこうありましたよ。」となってしまうから、我々が下田の執着気質論を放棄せざるを得ない。成育歴は関係なく、一定の症状が2週間続けば、うつ病である、そういうわけで、うつ病の概念が拡大して、健康な人のうつ状態との区別がすごく難しくなっている。ところが下田の執着気質論は日本人に非常にフィットしてきたものだから、これもまた手放しきれなくて、混乱している。結論としては、先ほど少しふれましたが、うつ病ではないうつ状態でも自殺は起こり得るので、私は広く取ってあげた方がいいと思います。

元々まじめな頑張り屋の人が今うつ状態であったら、要注意で、治療といつては言い過ぎ

ならば、援助の対象であることは間違いない。

少しわかりにくい話だったかもしれませんが、こんな症状が 2 週間以上も続いていたら、やはりそれは要注意だといって間違いないだろうと思います。

ちょっと細かくご紹介すると、最初の 1 と 2、抑うつ気分と興味喜びの消失というのは、気持ちの症状、3, 4, 6 食欲が落ちる、眠れない、疲れやすいのは、体の症状。

5, 7, 8, 9 で自分が全く無価値に思えたり、自分を責める気持ちが出たり、あるいは考えられない、自殺念慮、というのがでたりというのは思考と判断の症状、うつ病は気分の病気なのですが、身体症状と思考判断能力を失う疾患と大雑把に捉えられる。

身体の症状、それと判断能力の低下が非常に大事なことです。

少し難しい話になるかもしれませんが、皆さん専門家というお立場ということでいらっしゃるの、すこし頑張ってお話しさせていただこうと思いますが、このうつ病、うつ状態を見落とさないためのポイントとして、身体症状というのは先ほど来何回も出てきていますけれども、一言で捉えようとする、「重さ」と「詰まり感」というふうに表現されます。例えばうつ病で頭痛になるんですけれども、どういう頭痛かといいますと、頭に鉢をかぶせられたような重さ、頭帽感、鉄の鉢を乗っけられているような締めつけられるような痛み、あと身体とか節々の痛みというもの、上からのしかかかっているような痛み、重みとしての痛み、それと食欲がなかったり、胃腸の調子が悪かったりするのも詰まり感、おなかが詰まって便秘になる、食べられない。あと息苦しさ、のどが詰まる、女性だとかなり多いです。重さと詰まり感、というのがうつ病の身体症状のキーワードといえると思います。そんなものが日内変動を伴って現れる、朝一番重い、朝起きていきなり疲れている、大事なこととしてこの体の症状を非常に強く訴える。自分でも体の病気だと思う、それで内科とか婦人科とか整形外科とかに行き、抑うつ症状などはなかなか訴えない。だからこの体の症状に注目するというのは大変重要なことです。日内変動に注目する、これは気分だけでなく、体の症状も朝重くて夕方、夜になると楽になる。ずっと落ち込んでいるわけではない。夕方とか夜になると好きなことならできるようになる。朝、出社とか登校できないのに、夕方、夜になると楽になってやりたいことやっている、なんだこいつは、ということになってしまうので、この日内変動があるということを知っておいていただきたい。その一方で非常に多様性がありますから、日内変動がなくてもうつ病ということがあります。日内変動がなかったらうつ病ではないとは思わないでいただきたい。行動の変化、うつ病といってもぐったりして落ち込んで動けなくなるということだけではなくて、いらいらして攻撃的になる、暴言を吐いて乱暴になるというようなことがあります。それが性格の問題だということに私たちでもつい見えてしまう。それがいつからそんな様子なのかということ、それはパーソナリティの問題なのだとということであれば、思春期頃からずっとそうだったと、ところが中年になってからだ、あるいはもっと年を取ってから急激にそういうことが出てきたということであれば、どちらかといえはうつ病であるらしいなど考える。だから元々若いときにどういう人であったかということに注目するとい

と思います。でもこの鑑別は結構難しい。

あと、不安障害との併存というのが、パニック発作とか全般性不安障害とか、強迫神経障害とか新しい言葉が出てきて恐縮なのですが、パニック発作というのは非常に強い動悸とか呼吸障害というような自律神経症状というのがものすごく強く急激に出てくる、どのくらい強いのかというと、これになった人は必ず、心筋梗塞になったとかぜんそくになったとか、死んでしまうと思って救急車を呼びます。ところがこの症状は15分から30分くらいしか続かないので、救急車が着いて、運ばれて病院に着くころには、症状がおさまってしまっている。繰り返し救急車を呼ぶということがよくあります。不安症状といわれています。強迫性障害というのは、ガスの元栓をきちんと止めたかどうかとか、家の鍵をかけたかどうか気になって何回も何回も確認しに戻ってしまうというもので、これも不安症状だと言われているものですが、こういったものが目立つ場合もあれば、一緒に出てくる場合もある。実は不安と抑うつというのは双子の兄弟みたいなものだとよく言うのですが、不安が長引けば必ずうつが出る、うつが長引けば不安が強くなるというわけで、こういう状態でうつ病の人が我々の前に現れることもあります。

月経前や更年期の症状、これは先ほどもあったとおりです。一般疾患との合併というのは、端的に言ってがんなどの非常に重い病気になった場合、当然気持ちは落ち込むわけで、体の病気があってさらにうつ病というのはわりと見逃されていたのですが、多くの疾患でうつ病が合併するというのはそれなりに大事なことかなと。甲状腺機能異常というのは割と有名なもので、皆さんも聞いたことがあるかもしれませんが、ホルモンの異常、糖尿病も含まれますが、リウマチであったり、がんであったり、脳の病気であったり、高血圧であったり、アルコールをたくさん飲んだ時もそうですが、どんな体の病気でも病気が重くなれば、長く続けばあるいは痛みを伴えば、二次的にうつ病になってくる可能性がある。逆にすい臓がんなんか有名ですけど、先にうつ状態が目立って後になってがんが見つかる、というケースもあります。体の病気とうつ症状というのは切っても切れない。

これは医師会の企画でやはり自殺予防に絡んでお話をしたことがある話で、一般診療科で見るとうつ病、地域の開業医の先生が読むような雑誌に載っていた話というのををご紹介します。今まで出てきた話のおさらいになるような話です。体の症状を訴えて地域のクリニック、主に内科を受診するような方だと思いますが、眠れないとか頭痛であるとかおなかの症状であるとか、糖尿病であるとかそういう症状でかかった人の中にうつ病が隠れている場合があります。仮面うつ病ですね。体の症状ばかり言う人で、うつ病の人がいるかもしれないというふうにみてください。そういう人に器質的疾患、体の病気があれば当然その治療をする。ところがこんな症状を訴えて、かかりつけの先生にかかっても、別に体の方は何ともないよ、ということが往々にしてある。みなさん、そういう中高年の方が身近にいらっしゃるかもしれません。なんか体の具合が悪くて、医者にかかったけど別にどこも悪くないって言われた、というような話はたくさんあると思います。そこで、うつ病では色々な体の症状がみられるのだから、次に日内変動をチェックしてください。朝調子

が悪くて、夕方楽になるという日内変動がうつ病ではありますと。こんな体の症状があるけど体はどこも悪くなくてという場合はうつ病の可能性を考えてください。

精神症状について尋ねてください。気分はどうですか、仕事ははかどっていますか、自分を責めたりしませんか、判断能力が鈍ったりというようなことがありますか、あと自殺の可能性についても。これは少し乱暴な話かもしれませんが、抗うつ薬を投与して、すごくよくなったならば、診断が正しかった証拠になりますよ、とこれは少し乱暴な話かもしれませんが、2001年に医者を読む雑誌にこんな話を書いてありました。

少し整理すると、痛みであるとか体の症状を訴えている場合に、当然体は調べる、ただ本人が言う位の体の異常がないということが往々にしてある、であるならば眠れない、食欲不振、疲れやすいというようなうつ病に関連する身体症状をチェックする。それから自律神経症状、便秘であるとか動悸であるとか、めまい、息苦しさ、そういった話をしながら、この人はひょっとしたらうつ病かもしれないぞという風に思ったら、気分の落ち込みとか意欲の低下などについても尋ねてくださいと。症状の日内変動というのもヒントになります。

神奈川県と横浜市、川崎市のこころと命の地域医療支援事業ということでうつ病の一番簡単な面接、2項目質問手法というのがあります。「この1か月気分が沈んだり、憂鬱な気持ちになることがよくありましたか？」というのと、「この1か月物事に対して興味がわかなくなったり心から楽しめない感じがありましたか？」というもので、抑うつ気分に対する質問と精神運動抑制、やる気のなさについて聞くものです。これについて尋ねると実にうつ病の90%をスクリーニングできると。DSMとかICDの操作的診断基準の全部で7つ8つの質問がありましたけれども、この2つについてとりあえず尋ねればいい、簡単に使い勝手を良くし、これにチェックがついたら、精神科に紹介しましょうというものです。

この2項目質問手法を使うときの注意点として、患者さんが正確に答えることが条件であると、あと質問紙が全てということではなくて、面接問診で直接確認してくださいということです。これもまた精神科の医者から地域の内科のお医者さんに説明するときの資料をご紹介します。面接のポイントというのを紹介します。2キロ以上体重が減っていたら結構大きい問題だと考えましょう。ダイエットしていないのに2キロ以上体重が減っているか、いつもより食欲が落ちているか。基本的に食事がとれているかどうか、と眠れているかどうか、が非常に大事なポイントになるということ。きちんと眠れていて、食べられていけばそうそう人間悪くはならない。逆に食べられず、眠れていなければまずい。同じ眠れないのもうつ病診断のポイントとしては、途中で目が覚めたり、朝早く目が覚めたり、それっきり眠れなかったりということがあります。あと、あまり耳慣れないかもしれませんが、かなり大事なこととして焦燥感というのがあります。じっとしていられずに、座っても寝てもいられず、右に行ったり左に行ったり落ち着かない。非常に焦燥が強くなるタイプのうつ病というのがあります。こういう方は非常につらくて苦しいので、自殺につながりやすい。焦燥が非常に強いうつ病の人は、私たちは気を付けなければいけないと思っ

ています。イライラして落ち着かなくて歩き回るとか、あせっているとか。私たちは仕事の上でこういう症状の人を診ることがありますが、こういう人をみたらかなり要注意です。自殺につながりやすい症状です。自分が迷惑をかけてしまう、強い罪責感というのが度を越すと妄想につながる、妄想というと統合失調症、昔でいう精神分裂病が有名なものかもしれませんが、うつ病も重くなると妄想が出ます。何千万も借金があって私が死なないとどうしようもない、実は私はエイズであるとか、自分がいるばかりに警察が家族を捕まえに来る、家族全員が恥かいてえらいことになるなど。妄想が出るタイプの人も自殺につながりやすい。3大妄想、最初のお金が全然ないと思ってしまう貧困妄想、私のせいで迷惑をかけてしまうという妄想、不治の病になってしまう疾病妄想。これは本人にとっては事実であると確信されているものでつらい。自分が生きてると迷惑をかけてしまうということで、自殺に結びつきやすい。

自殺に結び付けて考える場合、思考力や集中力の低下というのも大事です。1週間、2週間眠れないとどうしても自然に考えられない、判断できない、いい考えが浮かばない、となるわけでどんどん仕事でミスをする、つまらない事故をおこす、車をぶついたり軽い人身事故を起こしたりして一層追いつめられてしまう。回らない頭で考えてますますどうしようと眠れなくなってしまいます。これは経済問題、家庭の問題、学校のことで困っていたりする方でもそうかなと思います。追いつめられて思考力や集中力が低下すれば自分の力で抜け出せなくなってしまいます。だから周りの人がこういう状態に気づいて助けてあげなければいけない。判断能力の低下というのが自殺の直前には大きい問題であります。特につらいからといってお酒を飲んでいたり、うっかり睡眠薬を使うと、ますます判断能力が落ちるので自殺に近づきます。アルコールや薬物は問題があります。

「死にたい」というのをはつきりおっしゃらない、自殺してしまってから周りの人がびっくりしてしまう、ということがあります。死にたいという訴えを待っていては遅い場合がありますので、ひょっとしたらと思ったら、「ものすごく困って死にたいと思っているんじゃない？」と声をかけてあげなければいけない。恥の意識というのが大敵かなと思います。お叱りを受けるかもしれませんが、いじめを受けて自殺する子どもがいます。いっそ学校に行かなかったらいいのに、とつい乱暴な大人は思ってしまう。一年でも引きこもってしまえばいいと思ってしまうのですけど、行かなかったら「不登校は悪だ」とそういうお子さんは思ってしまう、学校に行かなかったら親に電話がかかってくる自分が恥ずかしい。そんなに苦しい思いをしているのに、学校に行き続けてしまう。勤労者の方もそうかもしれません。追いつめられているのに、仕事に行かないでぶらぶらしているのは恥ずかしいと思ってしまう。なかなか自分で言えないので、まわりが尋ねて、助けてあげなければいけない。声掛けをするのに、「〇〇さんひょっとして自殺したいと思っているんじゃない？」と聞くのは大変難しいことだと思うので、これは市民の方にお話しするときに言うのですが「生きるのがつらくて大変ですか？」とか「消えてしまいたいと思っていますか？」「全部捨てて遠くに行ってしまうか？」というような婉曲な聞き方を、市

民のみなさんにはご紹介しています。「つらい気持ちで死んでしまいたいという気持ちになる方もいらっしゃるかもしれませんが、〇〇さんはいかがですか？」というように、模範解答というのはありませんが、はっきり尋ねることが大変大事なので、自殺したいかということも聞いても決して間違いではない。よく、自殺なんていう言葉を使ってしまうと、その人が思いついてしまうのではないかと、それまでつらいながらも自殺は考えていなかったのに、自殺っていう方法があるんだというふうに思いついてしまうのではないかと、もし一般の方がそんな風に心配をされるようでしたら、そんなことはないですよ、と、今まで言えずにいた恥の気持ちに終止符が打たれて、安心することが多いのでぜひ尋ねてくださいとお話ししています。

自殺の原因動機は、健康問題だけではありません。経済的な問題であったり、勤務の問題であったり、学校の問題であったり、家庭の問題であったり様々であり、またこれらが重なり合って起こることもあります。

精神科医の立場で言わせてもらうことがあるならば、経済問題や家庭の問題であったりしても直前にうつ状態というのがある、うつの状態で判断能力を喪失するという局面がある。心理的視野狭窄というのが、真っ暗闇の中から抜け出す先に自殺しか見えない。医療もそうですが、福祉であるとか行政とか現実的な解決方法、様々なサポートがあるのにそれが見えない。ずっと眠らずに判断能力を喪失していると、思考能力が失われる、自殺という方法がこのつらくて苦しい暗闇から抜け出す唯一の方法に見えてしまう。本人は現実的な解決方法を思いつく能力を喪失してしまっているの、岡目八目という言葉がありますが、周りが気づいて助けてあげるべきです。ライフイベントとして否応なしにおとずれる出来事、リストラだったり借金だったり、離婚だったり、喪失体験だったり、誰にでも起こる可能性がある。それが長く続き、サポートが得られないと夜も眠れない、食事も十分にとれないといううつ状態に陥る。この状態から判断能力を喪失すると、自殺に向かって一気に加速してしまう。だからこのうつ状態というのをできるだけ多くの人知っておいてそういう人を見たら援助してあげてください。これが、精神科医の立場から一般の方へお伝えしている部分です。

精神障害で自殺して労災認定を受けた人で、自殺したときにうつ病にかかっていたと判断された人が92%であったという調査結果があります。自殺した後に家族や職場の人に話を聴いて、自殺された人がうつ状態だったということが分かった人がほとんどだったと、ところがそういった人たちの中で、精神科の医者を受診していた人はわずか2割しかいなかった。だから残りの方たちに早く気付いて専門治療あるいは援助を受けさせていけば自殺を食い止めることができたケースが相当あったかもしれない。多くの自殺では直前にうつの状態があってそれに気づくことが自殺予防の手掛かりとなる。うつ状態について皆さんに知っていただくと、援助の求め方について知っていただくことが大事です。

年間4～5回市民のみなさんにお話しする機会があるのですが、おおむねこのような内容でお話しさせていただいて、もしそういう人に気づいたら、お手元にカラーの資料があ

と思うのですが、ここに困ったときの相談先というのがでていたのでこういったところに相談すると非常に役に立ちますよというのをお伝えさせていただいて、そうやって困っているご家族とかお知り合いがいらしたら、一番いいのはご一緒に電話してあげるとか、つまり追い込まれた人は、自分ではもう何と書いていいかわからない、言ってもたらいまわしにされて恥をかくだけじゃないの、と書いてしまいがちなので、ご一緒に相談してつないであげる。そこまでやれば、その人を背負っていかなきゃいけないなんて思わなくていいですよと、とにかく専門家につないであげてくださいとお願いしています。

神奈川県だとか平塚市の援助システムが機能しているというふうに普段から感じていて、シングルマザーで乳飲み子を抱えて病気になってしまったお母さんとか、日常的に家族から暴力を受けている女性、多重債務で困っている方、が実際にこのリストの相談先をつかって危機を乗り越えた、というのを私自身経験しております。本当に役に立ちますよ、というのを皆さんに紹介させていただいています。

自殺というものを一面からとらえた話ということで私自身認識しているので、自分はちょっと別の見方があるという方はぜひ教えてくださるとありがたいです。以上です。

委員長

ありがとうございました。

私もすっかり聴き入ってしまったのですが、皆さんご質問等ございますでしょうか。では引き続き、議事に移りますが、準備のため少しお時間をいただきます。

ではせっかくの機会なので、お聴きしてもよろしいでしょうか。

若い女性で、リストカットを繰り返していて、その相談に乗っている子が巻き込まれてしまって、お互いに泥沼に入ってしまうというような状況ということがあるのですが、本人は治療も受けているのですが、そのようなときにその友だちへのサポートというか、巻き込まれないようにするための何かアドバイスというのはありますか。

講師

手首を切る、特に女の子に多いですね。これはなかなか問題で、意外に思われるかもしれませんが、本当に実際に自殺してしまうリスクが一番高いのがこのリストカッターです。よく狂言だ、本当に自殺する気なんかないんだと、そういう側面もあるかもしれませんが、一面的に決めつけられないのです。一番注目しないといけないのは、やはり行き詰って、にっちもさっちもいなくなって切るものなのです。死ぬつもりだろうがそうでなかろうが。行き詰ってしまってもう何も考えたくない。「お父さん、お母さん、私こんなことで困っているんだけどどうすればいい？」というふうに相談して、「それはお父さんどうすればいいかわからないけど、一緒に考えてみようか。」みたいな親がいれば、子どもは手首なんか切らないです。そういう現実的な解決方法というのを持っていない子なのです。そうやって相談したり、愚痴をこぼしたり、憂さ晴らしをしたりという方法を持っていない子

なんです。手首を切るくらいしか、つらい気持ちを和らげる方法を持っていない子なので、決してこのリストカッターを狂言自殺だとか本当に死ぬ気はないんだ、ということで片づけることはできないのです。先ほど言った3つの要素ですけれど「本当に自殺したいのか」「自殺するつもりはないけどサポートを求めたいのか」「とにかくにっちもさっちもいなくて逃げたいのか」この3つが混ざっている。その人によって、その時によって現れてくる。それを専門家に見抜いてもらって、この人は今はどうなのか、それによってひょっとしたら、今はカウンセリングを受けた方が良いのか、入院した方がいいのか。

ご質問いただいたとおり、周りも巻き込まれてにっちもさっちもいなくなるということがあります。専門家につながしましょう、といっても精神科医も巻き込まれたりして大変つらい思いをすることがあります。ただそういう子が相談できたりサポートを求めたりすることができる先はできるだけたくさんあった方がいので、その友だちにもできれば協力をしながらつきあってもらい、できれば家族にも関わり方を考えてもらう。できることを全部やっていく。

委員長

参考になりました。ありがとうございました。

では、議題1の平塚市の自殺の現状と取り組みについて、事務局から説明をお願いします。

事務局

平塚市の自殺対策の取り組みについて

資料4をもとに、平塚市の自殺対策の取り組みと自殺の現状について説明

参考として、前年度の取り組み状況を画像で紹介

委員長

では次の議題に進みます。

それでは議題の2、自殺対策推進に当たっての協力依頼について、事務局から説明をお願いします。

事務局

自殺対策推進に当たっての協力依頼ということで、議題の2にあげさせていただきました。一昨年度にこの自殺対策会議が設置された際にも会議の趣旨説明をさせていただきましたが、新しく委員に就任された方々もいらっしゃるので、あらためてご説明させていただきます。

では、お手元資料3をご覧くださいと思います。

まず、会議の設置につきましては、平塚市民のこころと命を守る条例第 16 条、「市は、総合的な自殺対策を推進するため、関係行政機関、関係団体、市民等で構成する自殺対策会議を設置するものとする」という規定に基づき設置をしています。設置に当たりましては、資料 2 のとおり要綱で定めています。また平塚市民のこころと命を守る条例第 2 条 5 項に、自殺対策は市、国、神奈川県、医療機関、事業主、学校、市民等の相互の密接な連携の下に実施されなければならない、と規定しており、連携協力の依頼をするものです。

委員長

いま、事務局の説明について何かご質問はございますでしょうか。庁内での連携に取り組んでいただいているということですのでけれども自殺対策については、様々な機関が互いに助け合ってそれぞれが持っているツールや資源、機会を使いあって進めていくことが本当に必要なのだと思っています。例えば市が作った普及啓発のためのリーフレットだとかを会員さんや従業員の皆さんに配っていただくとか、ポスターを貼らせていただくとか、研修会などに担当の方を参加させていただくとか、緩やかな形での協力体制ができてくるのが重要であると思います。今後このような形での連携協力、またさらに委員の皆様からつながっていただくこと、連携協力を強めていただくことについてご承認いただけますでしょうか。

ありがとうございます。

では、対策会議としてまずは、それぞれの委員の皆さんが所属の機関、団体の活動の中でできる連携協力をしていくということをお願いしたいと思います。

続きまして、議題の 3、自殺予防週間関連事業等について事務局からお願いします。

事務局

では、自殺予防週間関連事業についてご説明させていただきます。

9 月 10 日の世界自殺予防デーに合わせ、毎年 9 月 10 日から 1 週間を自殺予防週間とし、国、地方公共団体が連携して幅広い国民の参加による普及啓発活動を推進することとされています。平塚市でも 9 月 10 日に街頭キャンペーンをはじめ、様々な関連事業を予定しています。今年度の街頭キャンペーンにつきましては、神奈川県、大磯町、二宮町との共催で実施をいたします。また、通勤通学の人をメインターゲットにしたいということで 18:00 から平塚駅前にて行います。概ね 1 時間程度で、啓発用の相談窓口のリーフレットや啓発グッズを 2,000 セット配布の予定です。

つきましては、9 月 10 日の街頭キャンペーンに関し、後日お願いの文書を送りますので、御協力をいただける委員さんがいらしたら、可能な範囲で御参加をいただきたくご依頼するものです。

また、本日お手元にチラシを配付させていただきましたが、9 月 29 日に同じく共催で、講演会・シンポジウムを実施します。

「いのちを見つめて～伝えたい「大丈夫」のコトバ～」と題しまして、聖路加病院の細谷亮太副院長の講演会の後、シンポジウムを予定しております。シンポジストには荒木田先生もご登壇される予定となっております。場所は大磯駅前にある聖ステパノ学園です。

午前中には、同じ会場にて「こころとくらしの相談会」ということで、様々な職種の専門家に相談できる相談会が合わせて開催されます。こちらにつきましては、御参加いただければなお結構なのですが、ポスターやチラシの掲示ということで広報面で御協力をいただきたく、よろしくお願いいたします。

自殺予防週間関連事業については以上になりますが、最後に皆様方の機関にて周知や告知をしたいイベントや啓発物などがございましたら、事務局までご連絡いただきましたら事務局から皆さんへ情報提供させていただきます。

委員長

事務局からの依頼がございましたが、この対策会議としても何か協力できればと思いますので、皆様の中で、もしキャンペーンに御参加いただける、あるいは職員を派遣できる、というような場合にはぜひ積極的に御協力をお願いします。

議題4 委員からの情報提供、意見交換ですが、本来ですと委員皆様より御発言いただきたいところがございますが、あと30分弱ということでお時間も限られておりますので、僭越ですがこちらで御指名させていただいてよろしいでしょうか。またお時間の状況をみて皆様にもご発言いただきたいと思います。

現在いじめ自殺の問題が非常に大きな社会問題となっております。日々、ニュースがでているところですが、各地の教育委員会では対応策などを検討中のことと思います。平塚市教育委員会からも御出席いただいておりますので、差支えのない範囲でご発言をお願いできればと思います。

委員

7月の大津市の事件が起きてから私どもとしてどのような取り組みをしているのか、ということと日常的な取り組みを含めながらお話しさせていただきたいと思います。

今回の事案の中でも、いじめの実態をどう把握してそれをどう指導に結び付けていくかという部分が大きなポイントになっているかと思えます。通年、いじめの実態把握というのは各学校に調査をかけてそれを集約し、平塚市としてまとめたものを神奈川県、神奈川県から文科省という形で、それが全国で何件ということで統計が出されます。

日常、教育委員会が把握する方法といたしましては、こちらのリーフレットにもありました、子ども教育相談センターへの保護者や本人の場合もあるかもしれませんが、そこへの相談、また教育委員会の指導室というポジションがございますが、そういうところには各学校でいじめの事案が発生してそれをどう指導したのか、今こういう事案に対応している、

というような報告が上がる形になっています。相談センターからの情報も指導室で集約して教育委員会として今平塚の各学校の中でどういういじめが起きているか、それに学校がどう対処しているかということが把握できる形になっています。

すべて報告が上がるのがいいのですが、最初の統計のような形で調査をかけたり、アンケートをしたり、教育相談をしたりする中で一斉に上げてくるのではなく、日常の活動の中での把握です。4月から7月までにそのような形で教育委員会が把握しているいじめ事案の件数は18件ございます。匿名でされる相談もありますので、うち1件は匿名での事案があります。ですから個別のこととして把握できているのは17件、その17件の中で解決済みということで整理できているものが5件です。あとの12件については継続的に指導しているという状況です。

そういうものがどんどん積み上げられていながら解決を図り、それに対して教育委員会としても指導助言をしているという形になっています。

この7月の段階で教育長から各学校長にあて、いじめ防止の徹底についてという通知を出しました。この間、文部科学省からもいじめに対する通知がきていて、神奈川県からもきていて、それに先立って平塚市独自の通知を教育長から出させていただきました。

7月17日に各学校に通知をし、通知の内容として主に5点、学校長への要請をしています。一点目が、子ども、保護者からの訴え、PTAや地域からの情報、こどもの言動などに対して危機感を持って迅速に丁寧に対応してほしいという点。2点目が、子どもどうし、保護者の方も含めて、解決を図ってほしい、その経過についてはきちんと時系列で記録をとるように指示をしました。3点目が解決したと思われる事案でも、継続して観察をすること。4点目が定期的に教育相談また子どもに対するアンケート等を実施して、実態を把握してほしい。5点目が校長、教頭の指導助言、教育委員会との連携、そして関係機関との協力を行っていじめの解決を行ってほしい。この5点が主な内容になっています。これと同時に教育長と学校長、市立幼稚園5園の園長連名の保護者あての文書を出してほしいということで「いじめ防止に向けてのお願い」という文書を7月18日付で各学校が一斉に同じ内容で出しました。これは保護者への協力の要請です。いじめの問題は、当然教員は積極的にかかわっていかねばなりません、保護者の協力なくしてはできないということでぜひ保護者の皆様にも協力をしてほしいという要請です。その文面の中には、保護者と子どもさんたちが、いじめのことを積極的に話題にしてほしい、話し合ってほしい、その中で保護者の方が自分のお子さんがいじめをうけていると感じたら、こんな風にしてくださいと書いてあります。またもしかしたら自分のお子さんがいじめをしているかもしれない、と感じたら、こうしてください、またいじめを見たり、聞いたりしたらこんなふうにしてください、と大きく3つの分類をしながら行動をうながすような内容となっています。最後に些細なことでも学校に相談をしてください、ということで保護者あての依頼文を出しました。このような形で今教育委員会としての取り組みを進めています。

委員長

ありがとうございました。

いじめを受けている人からはなかなか相談をしにくい状況というのがあるかもしれませんが、見たり聞いたりというところでは、細やかに連携を求めていくということは重要ではないかと思いました。平塚市の教育委員会としては様々な対応をしていただけることがわかりました。

何かご質問等はございますでしょうか。

続きまして、自殺の現場や自殺の危険性の高い行方不明者などの問題を扱われている警察の方から情報提供ということで、よろしくお願いたします。

防犯係長

警察署で自殺に関して取り扱うこととしては、まず亡くなられた方、病院、関係者、ご家族等からの通報と、あとは亡くなる前に家から失踪した行方不明になった理由ということで家族等から聞いたというものということでお話しさせていただきます。

ただし、ここで数字を出しますが、警察統計、警察白書と一致するものではありません。私自身が確認して拾ったものですので、統計とは一致しないということをご了承ください。今年に入り、1月から6月上半期に取り扱った件数は16件あります。ただし、長期入院されている等、警察を経っていないところについては入っておりませんので、全てというわけではございません。また、死因がはっきりしないものについても入っておりません。

16名のうち男性が14名いらっしゃいます。女性が2名。やはりはるかに男性が多い。職業をみてみますと16名のうち7名が仕事をされていない、退職された方、やめられて仕事をしていない方、そのあと年金生活者等が3名、自営業の方が2名、そのほか土木建築業、サービス業、大学生、に分類される方がそれぞれいらっしゃいました。また、同居人がいるか単身で住まわれているか、ということを見ても12名の方がご家族と住まわれている、単身で住まわれている方は4名です。亡くなられた場所についてはご自宅で亡くなられた方が16名中9名、そのほか1名ずつですが、病院、路上、高層ビルで亡くなられている方がいらっしゃいます。自殺の手段としては、一番多いのが首つり自殺ということで11名、そのほか飛び降り、有機溶剤、練炭等。また、動機・原因については、遺書を書かれています方が8名、遺書によって原因がわかる、それ以外の方についてはご家族からお話を聴いてこういう状況であったということでもわかるということになります。遺書、ご家族のお話しを含めて確認してみたところ、身体関係の悩みで5名いらっしゃった。次に統合失調症2名いらっしゃいました。そのほかに複数の原因が重なっている方もいらっしゃるのですが、事業の不振だとか職場環境の変化、学業不振であったり自殺によって保険金支給を受けようという方、家庭不和などございました。

16名の中で過去に、リストカット等自殺未遂を図られたことがある、そのことを家族が

知っていたという方が4名いらっしゃいました。今までそういうことがなくいきなりです、という方が10名、原因がわかりませんという方が2名いらっしゃいました。今年の上半期の状況ですが、先ほど先生のお話しにもあてはまってくるのかなと思いました。次に行方不明にかかわる必ずしも亡くなるわけではありませんが、上半期で行方不明になられた、いわゆる自殺の恐れがあるということで行方不明になられた方ということですが、16名です。人数的には男性が9名、女性が7名。16名の中で実際に亡くなられた方というのは3名、また発見したり自ら帰ってきたりという方が13名です。行方不明になる方の理由として多いのは仕事上の悩み、仕事もうまくいかない、または仕事が変わった、ということで5名、同じ数で家庭不和、ご家族内でお話をしない、聞かない、さらにはご主人さんとは全く話をせず、息子さんとはノートでやり取りすると、実際には言葉をおかわしていないというご家庭も含まれています。あと、病気であったり男女トラブルであったり、やはり仕事上、家庭不和ということで行方不明になられる方が多いです。ご存命で発見されていますが樹海や海の中でずぶぬれ状態で発見されたりということもございます。警察では、自殺の恐れのある家出人につきましては、各民間の会社の協力を得まして、捜索活動をしていまして、皆様方も何か情報がございましたら、ご協力をよろしくお願ひします。

委員長

ありがとうございました。ご質問等ございますでしょうか。

ではほかにご発言いただける方はいらっしゃいますでしょうか。

よろしいでしょうか。

ではご発言いただきました委員の皆様にはありがとうございました。

今日お話を聴いているだけでもちょっとショックでもあり、つらいなと思って聴いておりました。今日ご参加いただきました皆様も、そんな風にお感じになった方もいらっしゃるかなと思いますが、自殺のことを考えると私たち自身も傷ついたり、落ち込んだりすることもあると思います。人の笑顔であったり、声掛けとか家族との話だとか、あとオリンピックも始まりますので、励まされたり精神的に楽しいことであったり気持ちを和らげて生きる望みにつながっていったりすることもあるかなと思います。

アップリフトなんていってありますが気持ちを持ち上げるようなお話しなどをご家族、職場などで出していただければなと思います。

ではお時間も終了時刻となりました。皆様のご協力により予定の議題を終了いたしました。今後ともご協力をよろしくお願ひいたします。ありがとうございました。

事務局にお返しいたします。

事務局

事務局からは特にございませぬ。長時間にわたりお疲れ様でした。