

■ 編集だより

編集後記

私ごとで恐縮だが、とある人口1万人余りの町健康保健センターで1ヶ月に1回程度の精神衛生相談のお手伝いをさせていただいてから約14年が経つ。東京23区より広い町に精神科医は一人もいない。農業・酪農業が町の主力産業であり、過疎化・高齢化が進んで、住民の認知症予防対策の一環として依頼されたのがきっかけであった。当初は、一軒ずつ家庭を訪問して、対象となるご老人と茶飲み話をしながら、治療を要する認知症か否かを判断し、家族にアドバイスをしたり、車で1時間近くかかる近隣の医療機関受診につなげるという仕事が大半であった。しかし、当初見込まれた候補に挙がった高齢者のスクリーニングが一段落ついた頃、精神保健事業が自治体レベルに移管され、にわかには多彩な精神障害者やその疑いのある人は町の精神衛生相談会に現れるようになった。それとともに、年に一回、町民を対象としたメンタルヘルス講演会が開催されるようになり、不眠、ストレス、物忘れ、抑うつなどを題材として、講演を依頼された。町役場の保健課職員は、住民の健診に合わせて不眠や抑うつの実態調査を積極的に行うほどメンタルヘルスの普及に熱心であったが、町民講演のタイトルに「自殺」の文字が入ることには極めて消極的であった。これだけ小さな町では、自殺者の顔がお互いにすぐわかり、その家族との接触も多いというのがその理由である。最近の国家的な「自殺防止」キャンペーン

や関連事業に対する大型予算化によって、確かに、私のような、うつ病を専門とはしていない精神科医に対しても、自殺予防に関連する講演依頼がぼつりぼつりと各地から舞い込むようになっていた。しかし、それは少なくとも比較的人口の多い大都市レベルの保健所からであり、小さな町レベルからの依頼は経験していなかったが、ついに今年、この小さな町でも町民講演会に「自殺」を真正面から取り上げることが決定された。このようなデリケートな題材を講演する際には、どのような参加者層であるかは非常に重要な問題である。普通の一般住民なのか、自殺に多少なりとも関わる可能性のある医療・保健・行政関係者なのか、あるいは身内や身近に自殺を経験された関係者なのか。当日は参加者層の予測が全く立たないまま講演を始めることになったが、予想に反して例年以上に参加者は多く、結果的には上記三者が全て含まれていたことが後からわかった。この小さな町にまで国の「自殺予防」対策事業が徐々に浸透してか、住民が自殺に少なくとも関心を持ちつつあることをまさに実感した。

寺山修司著の「青少年のための自殺学入門」の中に「自殺のライセンス」という章があり、次のような一節がある。

……「何よりも生きることが尊い」などとは思わぬが、自殺の価値を守るために“事故死”や“他殺”“病死”と“自殺”との混同を避けたい。ノイローゼで首を吊った、というのは病死だし、生活苦と貧乏に追いつめられてガス管をくわえて死んだのは〈政治的他殺〉である。……何かが足りないために死ぬ—というのは、すべて自殺のライセンスの対象にならない。なぜなら、その“足りない何か”を与えることによって、死の必然性がなくなってしまうからである。家庭は幸福で、経済的にも充足しており、天気も晴朗で、小鳥もさえずっている。何一つ不自由がないのに、突然死ぬ気になる—という、事物の充足や価値の代替では避けられない不条理な死、というのが自殺なのであり、……

公表されている統計によれば、わが国における自殺の原因は健康問題、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題の順に多い。寺山流に言えば、大半が“病死”や“政治的他殺”によって命を奪われたことになる。寺山の言う「自殺はきわめて贅沢なものであり、ブルジョア的なものである」かどうかの議論はさておき、なんとかこうした“病死”や“他殺”を防ぐために微力を注ぎたいものである。

久住一郎