

特集 自殺予防と精神保健医療の役割

世界の自殺と日本の自殺予防対策

高橋 祥友

1996年に国際連合（UN）と世界保健機関（WHO）から国のレベルでの自殺予防対策立案のためのガイドラインが発表されたが、あくまでも各国の社会文化的実情に応じた対策を計画することの重要性が強調されている。国のレベルで自殺予防対策に効果があった例としてフィンランドがしばしば挙げられる。自殺に直結しかねない精神障害を早期の段階に診断して、適切な治療に結びつけるメディカル・モデルと、一般住民に対する啓発活動であるコミュニティ・モデルの間に緊密な連携を保ち、長期的な視点に立って対策を進めることが重要である。さらに、UN/WHO自殺予防ガイドラインやフィンランドの例と比較して、わが国における自殺予防対策の実状や今後の方針について若干の考察をした。

1. UN/WHO 自殺予防ガイドライン

1991年の国際連合総会において深刻な自殺の実態を直視し、国のレベルで自殺予防に取り組むための具体的な行動を開始することが提言された。それに基づいて、1993年5月に、カナダのカルガリーでUN（国際連合）とWHO（世界保健機関）の専門家会議が開催された。14カ国から約20名の専門家が招聘され、1週間にわたり各国から自殺の現状の発表があった。筆者もその会議に招待されたひとりであった。この会議の議論をもとに自殺予防のためのガイドラインをまとめ、1996年にガイドラインは最終的に承認されて、UNとWHOを通じて各国に配布された⁸⁾。以下、これをUN/WHO自殺予防ガイドラインと呼ぶ。

自殺は全世界で年間約100万件に上り、全死亡の2.5%を占めている。未遂者数は既遂者数の少なくとも10倍は存在する。自殺のもたらす経済的損失も莫大である。また自殺は死にゆく人だけの問題ではなく、遺された人へも重大な心理的影響を及ぼす。

一般的に、社会・経済的に安定して、ようやく自殺に関心が払われる傾向がある。国のレベルで

自殺予防対策の方針を定めている国は、先進国でも数えるほどしかない。多くの人々が単純な感染症や飢餓で亡くなっているような発展途上国では、ほとんど関心が払われていない。会議に参加した14カ国ですら、自殺の実態と予防対策は大きく異なった。

自殺予防を積極的に実施している国は欧米が中心だが、それらの国々も予防対策についての事情は大きく異なった。主な国の発表をまとめると以下のようなになる。フィンランドは世界でも自殺率が高い国のひとつだったが、すでに国家プロジェクトを開始していた。

対照的に米国では政府による対策が実施されるのを待つのではなく、過去半世紀にわたって草の根のレベルでの自殺予防活動が幅広く実施されてきた。国全体としての自殺率はほぼ一定（人口10万人あたり10前後）だが、とくに若者の自殺率が1960年代から1980年代にかけて3倍も増加した。もちろん、国立保健研究所（NIMH）や疾病対策センター（CDC）などの国の機関が中心となって、自殺に関する実態調査、予防のための研究を実施してきたが、国のレベルでの自殺予

防の方針が発表されたのは比較的最近のことである。

なお、フィンランドなどとは対照的だったのは、オランダの対応であった。まず自殺予防に焦点を当てた対策を取るべきかどうかを検討する委員会が設置された。1986年の調査委員会報告によると、自殺予防だけに焦点を当てた対策は効果が上がらず、むしろ、精神保健サービス全体の底上げを図るべきだという結論に達した。

カナダでは、本会議の開かれたカルガリーのあるアルバータ州は他の州よりも若者の自殺率が高かったため、若者を対象とした自殺予防対策を他の州に先駆けて始めていた。

エストニアでは、社会変動が自殺率に直接影響した。旧ソビエト連邦からの独立後、エストニアをはじめとするバルト三国では、当初、未来に対する希望が生まれるとともに自殺率は低下したのだが、その後、幻滅が再燃していくと、自殺がふたたび増加に転じた。

ハンガリーは、一貫して高い自殺率を示してきた。とくに高齢者の自殺の問題が深刻であるのだが、社会的な支援体制や援助源が乏しいとの発表があった。

オーストラリアでは、会議の時点では、若者や先住民の自殺の増加が最重要課題とされていた。そこで、まず青少年を対象とした自殺予防対策を実施し、その後、全年代を対象とした自殺予防対策へと進めた。

中国では、致死性の高い農薬が容易に手に入るため、農村部で自殺率が高かった。経済的な問題からこのような農薬が規制されないまま今でも使用されている。他の国々とは対照的に、農村部では女性の方が男性よりも自殺率が高いという特徴が報告された。

日本では、中高年や高齢者の自殺が問題化していた。今後、さらに高齢化が進む中で、高齢者の自殺の問題は引き続き深刻なままである可能性が高い。

インドでは、今でも自殺は犯罪視される傾向があり、18～30歳の比較的若年層で自殺率が最高

であるとの発表があった。

ナイジェリアからの参加者は、単純な感染症や飢餓のために多くの人が死亡しているアフリカ諸国では、自殺に対してほとんど関心が払われていないのが現状であると発言した。WHOに自国の自殺率を報告していない国もアフリカでは多い。

アラブ首長国連邦からの報告によると、一般にイスラム教圏では、他の文化圏に比較して、自殺率は低い。イスラム教諸国では、自殺(Durkheimの言う、利己的自殺)は家族の恥とされていて、系統的な調査は実施されていないという。

このように、各国の現状が発表された後、参加者が活発に議論して、ガイドラインの草稿をまとめた。最終的に1996年に国際連合で承認され、公表された。このガイドラインは地域や個々の組織のための自殺予防対策ではなくて、あくまでも国のレベルで自殺予防対策を立てるためのものである。また、これは叩き台とすべきものであり、どの部分が自分の国にとって有効か、どの部分は修正が必要か、あるいは、実施が難しいものかを検討したうえで、現時点で入手可能な資源を活用して、国としての自殺予防対策を立てる必要があることを冒頭で強調している。

表1にUN/WHO自殺予防ガイドラインの主な項目を挙げた。自殺予防のためには、社会に対する働きかけと、個人に対する働きかけの両側面からの対策が必要である。たとえば、死に至る危険がきわめて高い方法を入手しにくくするように法的な規制をしたり、生命を尊重する社会的規範を育むとともに、緊急に自殺を引き起こしかねない精神障害を早期に発見し、適切な治療を受けられるようなネットワークを築くことが重要である。

さらに、自殺はさまざまな原因からなる複雑な現象であるために、生物・心理・社会的な総合的なアプローチが必要である。なお、UN/WHO自殺予防ガイドラインで指摘されている項目を全面的に実施できている国となると、現時点ではごく少数である。ガイドラインを活用するうえで重要な点は、自国の実状を検討することである。この中のどの項目はただちに実施可能か、どの項目は

表1 UN/WHO 自殺予防ガイドライン

1. 各国の実状に合わせて独自の予防対策の方針を立てる
2. 自殺に関する研究, 訓練, 治療のための組織を整備する
3. 総合的な取り組みで自殺予防対策を進める
4. 最重要課題が何であるか見きわめる
5. 自殺に関する正確なデータ収集システムを整備する
6. ハイリスク者への対策を徹底する
7. ハイリスク者を長期にフォローアップするシステムを作る
8. ハイリスク者が問題解決能力を高めるように助力する
9. ハイリスク者を総合的にサポートする
10. ハイリスク者を抱える家族をサポートする
11. ゲートキーパーのための訓練プログラムを作る
12. 精神障害や自殺予防に関する正確な知識を普及する
13. 専門家に対して自殺予防に関する教育を実施する
14. プライマリケア医を対象に自殺予防に関する生涯教育を実施する
15. プライマリケア医と精神科医の連携を図る
16. 生命の価値を再考するように地域に働きかける
17. 学校における自殺予防教育を実施する
18. 危険な手段を法的に規制する
19. 自殺後に遺された人をケアする
20. マスメディアとの協力関係を築く

実施不可能か, どの項目は修正が必要なのかを検討して, 「今, ここから」実施できることを検討していくことこそが, 自殺予防の第一歩となる¹⁾.

2. フィンランドの実践

筆者は2005年2月にフィンランドを訪問する機会を得た⁵⁾. フィンランドの自殺率は1990年には人口10万人あたり30を超えていて, 最近の日本の自殺率よりも高かったほどである(2009年のわが国の自殺率は人口10万人あたり25.8であった). しかし, 地道な自殺予防対策を粘り強く実施し, 自殺率を約3割低下させた(図1)²⁾.

フィンランドの国土は面積34万平方キロメートルで, 日本よりやや小さい. 人口は約500万人である. 主要産業は工業デザイン, ハイテク機器製造(携帯電話など), 紙・パルプ, 金属であり,

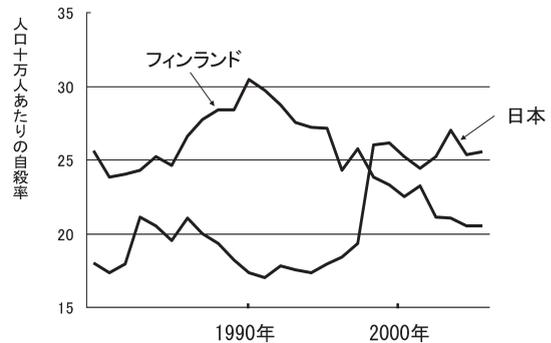


図1 フィンランドと日本の自殺率の比較

経済的に安定した民主主義国家であり, 医療・福祉制度も整備されている. フィンランド全体の精神科医の数は1400人(特別な資格を有する精神科医1100人)であり, 人口あたりの精神科医の数は日本の約3倍にあたる.

ヨーロッパの中でフィンランドは歴史的に自殺率の高い国のひとつであった. 1974年に国会で自殺予防対策の必要性が指摘され, それに従って, 自殺予防の専門家が提言をまとめた. しかし, 提言は総論的なものにとどまり, 具体的な自殺予防対策を全国的に展開するには至らなかった.

1980年代になると具体的な自殺予防対策を本格的に実施する機運が高まってきた. その背景としていわゆる外圧と内圧があったと, フィンランドの自殺予防対策で指導的な立場にある Jouko K. Lönnqvist 博士は述べていた. 外圧とは, 1960年代から各国の自殺率をモニターしてきたWHOが一貫してフィンランドに自殺予防対策の実施を求めてきたことである. 内圧としては, 当時, 厚生福祉大臣だった Eeva Kuuskoski が自殺予防に強い関心を持ち, 主導的な役割を發揮した. Kuuskoski 大臣は, 夫を30代半ばで自殺によって亡くしている. この個人的な経験からも大臣自身も自殺予防に強い関心があったという. 大臣が, 当時のヘルシンキ大学精神科教授 Lönnqvist 博士を国立公衆衛生院(以下KTLと略)の精神保健部長に任命し, 自殺予防プロジェクトの総責任者とした.

国立公衆衛生院（KTL）の役割：実態把握のための調査

Lönnqvist 博士は 1986 年に予備調査を実施し、自殺の実態調査のための基本計画を立てた。フィンランドの既存の医療・福祉の機関や人員を活用することが前提となっていて、多額の予算が与えられたわけではなかった。1986 年 9 月に約 1,000 人の共同研究者を集めて、研究の方向性についての合意形成を図った。そして、1987 年 4 月～1988 年 3 月の 1 年間にフィンランドで生じた自殺 1397 件について心理学的剖検の手法を用いた調査を実施し、分析した。驚くべきことに、調査に協力を依頼された人のうち、96%が調査依頼に応じたという。自殺者に関するデータは故人の身内や治療にあたった医療関係者に詳しく面接したり、精神医学、身体医学、福祉、警察、法医学、その他の記録も参考にし、遺書からも情報を集めた。

このような調査をもとに、多分野の専門家からなるチームが全例について討論し、最終的な事例報告書を作成した。これは自殺予防対策を立てるうえで基礎となる貴重なデータとなった。調査結果についての詳細はすでに学術誌に数多く報告されているので、ここではその要点だけに言及する。

- ①フィンランドの自殺者の大多数（93%）は最後の行動に及ぶ前に何らかの精神障害の診断に該当する状態にあった。
- ②うつ病、アルコール依存症、そして両者の合併で、全体の約 8 割を占めていた。
- ③ただし、適切な治療を受けていた人はごく少数であった。
- ④男性が自殺者全体の 3/4 を占めていた。

国立福祉健康研究開発センター（STAKES）の役割：具体的な自殺予防対策の実施

STAKES は KTL による実態調査をもとに、地域における具体的な自殺予防対策を地道に実施していくという役割を担った。

最近では、medical model と community model が互いに緊密な関連を持ってこそ、有効な自

殺予防対策が実施できるという意見が広く受け入れられている。フィンランドもこの両者の連携が円滑に進んだ例といってよいだろう。ごく簡潔に解説すると、medical model とは、自殺に直結しかねない重症の精神障害を早期の段階で発見し、適切な治療を実施して、自殺を予防する。いわば水際作戦で、ハイリスク戦略などと呼ばれることもある。一方、community model では、地域の健康な人を対象に問題解決能力を高めるような教育を実施していく。具体的には次のような点を強調する。

- ①地域の人々に対して精神障害について教育する。
- ②精神障害に対する偏見を減らすように働きかける。
- ③困った時には助けを求めろべきだというメッセージを伝え、助けを求めろのはむしろ適応力の高い反応であると教育する。
- ④どこで助けを求められるかという点についても正しい情報を提供する。

すべての状況や地域に一律に当てはまる万能な自殺予防対策は存在しない。そのため、フィンランドでもそれぞれの地域や対象に応じた自殺予防プログラムを作っていく必要があった。すなわち、若者、中高年、高齢者といったライフサイクルに沿った自殺予防、プライマリケアあるいは精神科といった医療の現場における自殺予防、一般の職場や特殊な職場（警察、消防、軍隊）などにおける自殺予防、ハンディキャップのある人に対する自殺予防、都会と地方における自殺予防といった具合に具体的な自殺予防対策を立てて、実施に移していった。

なお、高度に情報化した現代社会においてはマスメディアが果たす役割は大きく、自殺予防の分野にも同じことが当てはまる。センセーショナルな自殺が複数の自殺を引き起こす群発自殺という現象がある一方で、適切な報道は自殺予防に不可欠であることも事実である⁴⁾。フィンランドではガイドライン作成の段階から、ジャーナリストの代表者に委員会への参加を呼びかけ、専門家とジ

ジャーナリストが協力して、自殺報道のガイドラインを作成していった⁶⁾。

以上がフィンランドにおける自殺予防活動の概観である。当初の目標は自殺率を20%低下させることだったが、実際には30%低下させることに成功した。そして、専門家や一般の人々も自殺予防活動の必要性を徐々に認識し始め、肯定的に受け入れるようになった。Lönnqvist 博士を指導者とした KTL が実態把握のための科学的な調査研究を、Upanne 博士を指導者とした STAKES が現実的に有効な自殺予防対策を実施し、両者の間に緊密な関係があったということも、自殺予防活動を推進していくうえで重要であった。

3. わが国では

さて、わが国では深刻な自殺の現状を直視して、2006年6月に自殺対策基本法が成立した。この法律も大枠として前述した UN/WHO 自殺予防ガイドラインに沿った形でまとめられていると言ってよいだろう。自殺を社会全体の問題としてとらえて、幅広い取り組みが必要であることをこの法律は宣言している。そして、翌2007年には自殺総合対策大綱が発表され、具体的な方針が明らかにされた。最近では、各地でさまざまな自殺予防の取り組みが始まっているのだが、以下、これらの取り組みについて私見を述べたい^{6,7)}。

全国レベルでいくつかの大規模な研究が始まっている。たとえば、国立精神神経センター精神保健研究所が主導した「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」は、平成21年度に成果が報告されている(本シンポジウムで他の演者が詳述している)。あるいは、精神・神経科学振興財団による「自殺対策のための戦略研究」は2つの大きな柱からなる大規模研究を実施し、平成22年度が最終年度にあたり、その結果は間もなく発表される予定である。この研究では、①複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究、②自殺企図の再発防止に対する複合的ケースマネジメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究からなる。

さらに、政府は地域自殺対策緊急強化基金を設け、平成21~23年度まで当面3年間で100億円を各種の自殺予防対策に援助することを決めた。資金援助される対象の事業として、①対面型相談支援事業、②電話相談支援事業、③人材養成事業、④普及啓発事業、⑤強化モデル事業がある。以上は国のレベルでの動きの一部を紹介したものである。

なお、うつ病は自殺に密接に関連する精神障害であるが、初期の段階では、うつ病患者の多くが精神科以外のかかりつけ医のもとを受診している。この現状を直視し、日本医師会は2004年に「自殺予防マニュアル：一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」³⁾を編集し、全会員に配布するとともに、この冊子を用いて、各地で研修会を開催してきた。

他にも各地でさまざまな団体による自殺予防活動が実施されている。自殺予防に関して一般の人々の関心が以前に比べて格段に高まってきたのは望ましいことではあるが、反面、さまざまな問題が生じてきているのも現実である。

今やまさに自殺予防「ブーム」の観さえ呈している。多くの人々が自殺予防に関心を示しているのだが、短期的に世間の注目を集めるキャッチフレーズやスローガンを声高に叫ぶだけではなく、せめて十年単位の長期的視点に立った活動を続けてほしい。また、自殺予防を始めた民間団体の意見などを聞くと、「行政に期待する」面があまりにも強いが、むしろ、草の根の運動から始めて、限られた予算や人的資源の中で「今、ここから」何ができるかという発想で地道な活動を続けてほしい。

さらに、自殺対策を内閣府が統括しているのだが、担当官は真の専門家とは言いがたいうえに、2年間程度で交代してしまうため、方針の継続性に疑問を抱かざるを得ない。

また、自殺予防はそれぞれの団体の長所と限界を十分に認識したうえで、自分たちの守備範囲を超える点に関しては適切な能力を有した団体につなげるというネットワーク作りが必要である。と

ところが、実状は縄張り争いさえ起きていて、自分たちだけですべてを行おうとし、自分たちの活動こそが最善で、その主張を受け入れない他の団体を排除しようという動きも残念ながら散見される。自殺予防活動では、それぞれの立場で何ができるかを十分に検討し、他の団体との間でネットワークを築き上げていくことこそが重要である。

最後に筆者自身も精神科医であるが、自殺予防対策に精神科医がいささか及び腰であるように思われて仕方がない点についても指摘しておきたい。現時点では、公衆衛生の専門家や産業医が熱心に自殺予防対策を進めている。しかし、彼らは真に自殺の危険の高い人の治療にあたった経験はない。この点で経験豊富な精神科医はこれまで以上に自殺予防に対して大きな役割を果たすべきではないだろうか。もちろん、ある程度の臨床経験があれば、懸命に治療をしてきた患者を自殺で喪うという経験もしているため、自殺予防がそれほど簡単なものでないということを精神科医は実感しているかもしれない。しかし、「死からしか学べないこと」を知っているのも精神科医であることを踏

まえて、自殺予防にこれまで以上に積極的な役割を担ってほしい。

文 献

- 1) Bertolote, J.: 各国の実情にあった自殺予防対策を. 精神医学, 49 (5); 547-552, 2007
- 2) 警察庁生活安全局地域課: 平成 21 年中における自殺の概要資料. 警察庁, 2010
- 3) 日本医師会編: 自殺予防マニュアル: 一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応. 明石書店, 東京, 2004
- 4) 高橋祥友: 群発自殺. 中央公論新社, 東京, 1998
- 5) 高橋祥友: 分担研究報告書「諸外国における自殺予防対策の確立過程に関する研究」厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」. 2005
- 6) 高橋祥友: 自殺予防. 岩波書店, 東京, 2006
- 7) 高橋祥友: 新訂増補自殺の危険: 臨床的評価と危機介入. 金剛出版, 東京, 2006
- 8) United Nations: Prevention of suicide; Guidelines for the formulation and implementation of national strategies. United Nations, New York, 1996

Suicide Prevention Strategies around the World and in Japan

Yoshitomo TAKAHASHI

Division of Behavioral Sciences, National Defense Medical College Research Institute

“Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies” was published by the United Nations and the World Health Organization in 1996. It emphasizes the importance of each country developing suicide prevention strategies in accordance with its own socio-cultural characteristics. Finland is known as one of the countries that successfully reduced its suicide rate. The medical model, which detects mental disorders at an early stage and starts appropriate psychiatric treatments, should be closely integrated with the community model, which educates the general public with accurate information on mental disorders and suicide prevention. Suicide prevention strategies should be conducted on a long-term basis. The author describes some considerations on current suicide prevention activities in Japan, and compares them against UN/WHO guidelines and national activities in Finland.

<Author's abstract>
