

特集 自殺対策と精神保健

世界の自殺対策からみた日本の自殺対策

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。わが国でも2006年6月に自殺対策基本法が成立し、2007年6月には自殺総合対策大綱が発表され、自殺予防は社会全体で取り組むべき課題であると宣言された。自殺予防の原則として、medical modelとcommunity modelの連携が強調される。すなわち、medical modelとは自殺に直結しかねない精神障害を早期の段階で診断して、適切な治療に導入するという方針である。さらに、問題を早期に認識し、適切に援助を求めることを強調した。一般住民に対する啓発活動であるcommunity modelも重要である。この両者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、自殺予防にとっての重要な戦略となる。さらに、UN/WHO自殺予防ガイドラインや諸外国の例と比較して、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考察した。

<索引用語：自殺予防，国連，世界保健機関，ガイドライン>

1. 国連・世界保健機関による 自殺予防ガイドライン

世界保健機関（WHO）は、毎年、世界中で約100万件的自殺が生じ、精神保健上の深刻な問題になっていると警告を発している。

1991年の国連（UN）総会において、自殺の問題の深刻さが認識され、国のレベルで自殺予防の具体的な行動を開始することが提唱された。これを受けて、1993年5月にカナダのカルガリにおいて、自殺予防のための国のレベルでのガイドライン立案のための専門家会議がUNとWHOによって共同主催され、14カ国から約20名の専門家が、1週間にわたって各国の自殺の現状を発表し、それに基づいてガイドラインをまとめ、1996年に最終的に承認されて、各国に配布された^{3,4,8)}。

会議ではまず各国の実状が報告された。国のレベルで自殺予防対策がすでに始められていたフィンランド、自殺予防対策に特化するのではなく、精神科医療の水準を上げることを目標にしたオラ

ンダ、青少年の自殺予防対策を最優先させたオーストラリアやニュージーランド、飢餓や感染症対策が最優先課題であるアフリカなど、各国の実状はさまざまであった。したがって、ガイドラインをまとめるに当たって、これはあくまでも叩き台とすべきものであって、各国の社会経済文化的状況に合わせて、十分に議論し、関係者が合意に達したうえで、独自の自殺予防戦略を立案すべきである点が強調された。表1にガイドラインの項目を挙げておく。このガイドラインでは自殺予防対策は主に精神保健の課題としてとらえられている。

詳細を解説する紙幅の余裕はないが、以下のような流れとなっている。

- ①自殺の実態を把握する。
- ②自殺予防対策を実施する目標を定める。
- ③実状に合った予防対策を立案し実施する。
- ④対策の効果を評価する。
- ⑤評価に基づいて、さらに効果的な予防対策に改善し、それを実施する。

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態勢を作る
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. 精神疾患や自殺予防に関する正確な知識を教育する
13. 専門家に対して自殺予防に関する正しい知識を教育する
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

2. フィンランドの取組

国のレベルでの自殺予防の取組が成功した例としてフィンランドが挙げられることが多いので、簡単に紹介しておこう^{2,5)}。フィンランドは面積が34万平方kmで、日本よりやや小さい。人口は約500万人で、精神科医の数は人口比で日本の約3倍である。民主的な先進工業国で社会経済的に安定している。

フィンランドは歴史的に自殺率の高い国であり、さまざまな自殺予防対策が実施されてきたが、十分な効果が上がらなかった。しかし、1980年代になって、国家計画としての自殺予防対策の必要性が認識された。このような動きが起きるには外圧と内圧があったという。すなわち、外圧としては、WHOがフィンランドの高い自殺率に警告を発し、適切な自殺予防対策を実施することを繰り返

返し指摘してきた。内圧としては、当時の保健大臣 Eeva Kuuskoski が夫を自殺で亡くするという経験をしていたために、個人的にも自殺予防にきわめて高い関心を持っていたという。

まず、保健大臣がヘルシンキ大学精神科教授 Jouko Lönnqvist を NPHI (国立公衆衛生院) の自殺予防計画の総責任者とした。当初、それまでもさまざまな対策が実施されてきたものの、十分な効果が上がらなかったために、精神保健の専門家の中にも自殺予防に懐疑的な者が少なくなかったという。まず、1986年に予備調査を1年間実施し、Lönnqvist が基本計画を立てた。さらに、1986年9月に約1,000人の共同研究者を集めて、研究を始めるにあたって教育を実施し、共通認識を得た。

1987年4月から1988年3月までの1年間に全国で生じた全自殺について心理学的剖検を実施しようとして計画した。この調査に応じた率はなんと96%にも達した。訓練を受けたフィールドリサーチャーが、遺族、故人に最後に会った人、医師などに面接し、情報を収集し、報告書を作成した。その報告書をもとに専門家が診断を下した。結局、約1,400例のベースラインデータを得ることができた。

NPHIの方針はいわゆる medical model (あるいは high risk approach) に基づいている。全国で実施した心理学的剖検の結果をまとめると、自殺者の3/4は男性であり、自殺者の約80%が、うつ病、アルコール依存症、あるいは両者が合併していた。ところが、適切な治療を受けていたものはごく少数にとどまっていた。そこで、うつ病やアルコール依存症を早期に発見し、適切な治療を実施することによって、自殺予防の余地は十分に残されているとしたのである。

一方、STAKES (国立福祉保健研究開発センター) は community model (あるいは population approach) によって自殺予防対策を実施していった。これは UN/WHO ガイドライン作成委員のひとりである Maila Upanne 博士が総指揮をとり、一般の人々に対する自殺予防の具体的

対策の実施を担当した。自殺予防対策が、研究のための研究に終わらないように互いに監視するという役割も持っていたという。community model では以下のような点を強調する。

- ①自殺は単一の原因から生ずることは稀であり、多くの場合さまざまな要因からなる複雑な現象である。
- ②長い過程を経て自殺に至る準備状態が生じる。
- ③いまだに精神障害や自殺に対する偏見が強く、なかなか助けを求めようとしないが、助けを求めるのは適切な対応である点を強調する。
- ④精神障害に対する偏見を減らす。
- ⑤自殺予防は全国民の問題である。

Medical model と community model は車の両輪のようなものであり、どちらか一方だけでは十分な効果が現れず、両者の間に緊密な連携が必要である。さらに、自殺予防対策は数年間で効果の現れるものではなく、長期的方針が必要であることもフィンランドの関係者は繰り返し強調している。図1に示すように、フィンランドの自殺率はかつては現在のわが国の率よりも高かったのだが、十数年かけて約30%低下させることに成功した。

ただし、フィンランドの関係者は単に精神保健政策のみによって自殺率の大幅な低下に成功したとは述べていない。たとえば、ソビエト連邦の崩壊といった歴史的な出来事もこの時期に起きている。隣国からの脅威が減ったというのも自殺率の低下に関連したのだろうというのである。また、当時のフィンランドではIT産業の勃興もあり、経済的に安定を見たという時期でもある。このような社会・経済・心理的背景が自殺率減少の背景に認められるというのである。

3. わが国の自殺予防対策の現状に対する感想

わが国の年間自殺者数は1998年以来3万人台で推移し、この数は交通事故死者数の6倍を超える⁷⁾。このような深刻な事態を直視して、2006年6月に自殺対策基本法が制定され、翌年6月には自殺総合対策大綱が策定された。こうして近年、自殺予防について関心が高まってきたのは幸いだ

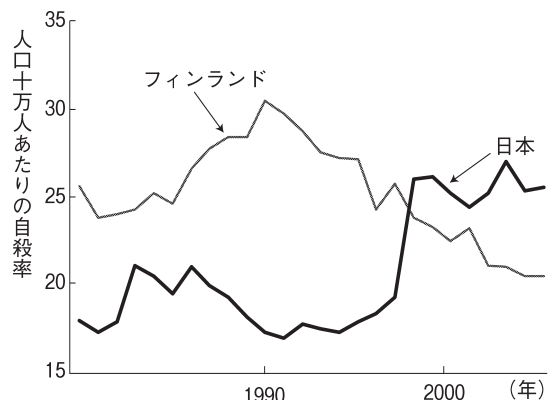


図1 フィンランドと日本の自殺率の比較

が、首をかしげるような事態も正直なところ生じている^{6,7)}。

世はまさに自殺予防「ブーム」の観を呈している。にわか「専門家」がさかんに大きな声を上げている。しかし、あくまでも長期的な戦略が必要なのであって、一時的に声高なキャンペーンを張ることの功罪を考えてほしい。

また、自殺総合対策大綱を読んでみて、あまりにも多くの課題が盛り込まれているのに気づき、「一体このような対策が現実にはできるだろうか」と途方にくれている地域の担当者の声もしばしば耳にする。真に必要なのは地域の関係者が十分に議論して、各地域での優先課題について合意に達することであり、それを基に限られた予算と人員をどのように配分するかという「今、ここから」の戦略が必要である。UN/WHOガイドラインでも指摘されているように、どの地域にも完全に当てはまる自殺予防対策などない。あくまでも各地域の独自の問題を見定めたうえで自殺予防対策を実施する必要がある。

現在は国の自殺予防対策の総元締め役を内閣府が担っているが、その総括担当官は真の専門家ではなく、2年間ほどで交代してしまう。これでは長期的な戦略に基づいた自殺予防対策など望むべくもない。その結果、一部の声高な人々に影響されて、キャンペーン自殺予防に終始している

が、そろそろこのような方針を変更する時期に来ているだろう。たとえば、国立精神保健研究所内に併設されている自殺予防総合対策センターを国のレベルの対策を実施するのに十分な規模に拡大させて、長期的な取組をするといった方針の変更も必要である。

一部からは安易な「精神科医療叩き」や「マスメディア叩き」ばかり聞こえてくるのだが、これではわが国の自殺予防対策は大した成果が上がるとは期待できない。精神科医療で批判されるべき点は我々も改善の努力をすべきであるのは当然であるが、自殺予防対策はあくまでもネットワーキングである。自らの組織の長所と短所を十分に引きわめたうえで、能力を超える点については、適切な機関に協力を要請するといった発想が求められる。

4. ま と め

UN/WHOの国のレベルにおける自殺予防ガイドラインが成立した過程と、その内容を紹介するとともに、フィンランドの自殺対策について解説した。明確な戦略と長期視点に立った自殺予防対策が必要である点を強調した。そして、わが国では現在さまざまな自殺予防対策が実施されているものの、十分な成果が上がっていない。現状について、より長期的な方針に基づくべきであるとい

う点を中心に私見を述べた。

文 献

- 1) 警察庁生活安全局地域課：平成22年中における自殺の概要資料。警察庁，2011
- 2) Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E. T., et al.: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 49 (Suppl. 1); 111-116, 1995 (高橋祥友訳：精神障害と自殺予防。精神医学から考える生と死：ターミナルケア，自殺予防，尊厳死 (高橋祥友編)。金剛出版，東京，p.167-181, 1997)
- 3) Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., et al.: Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of American Medical Association*, 294 (16); 2064-2074, 2005
- 4) 高橋祥友：自殺予防。岩波書店，東京，2006
- 5) 高橋祥友：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」分担研究報告書。2004
- 6) Takahashi, Y.: Suicide in Japan. *Suicide in Asia: Causes and Prevention* (ed. by Yip, P.S.). Hong Kong University Press, Hong Kong, p. 7-17, 2008
- 7) 高橋祥友，竹島 正編：自殺予防の実際。永井書店，大阪，2009
- 8) United Nations: Prevention of Suicide; Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies. United Nations, New York, 1996

Suicide Prevention in Japan in Contrast to Overseas

Yoshitomo TAKAHASHI

Division of Behavioral Sciences, National Defense Medical College Research Institute

In 1996, the United Nations (UN) and the World Health Organization (WHO) published guidelines for developing suicide prevention measures at national level. In Japan, the Basic Act on Suicide Prevention was promulgated in June 2006 and a Comprehensive Suicide Measures Framework was formulated in June 2007, which announced that suicide prevention is an official concern and that entire societies should be engaged in such suicide prevention efforts. One of the fundamental principles moving forward is to place emphasis on coordination between medical and community models of care. The medical model is based on the notion that mental disorders that could lead to suicide should be diagnosed at earlier stages and addressed through appropriate psychiatric treatment. The community model, which concerns awareness activities that emphasize earlier detection and attentive social support, is also important. Implementing policies with a long-term perspective that maintain close linkages between these models is a critical strategy for suicide prevention. This presentation investigates the current conditions and issues around Japanese suicide prevention with reference to the UN/WHO guidelines for suicide prevention, and compares the situation to that in other countries.

<Author's abstract>
