

第7章 健康・福祉の向上に資する自殺予防の  
国際的な動向に関する研究  
—スウェーデンの事例と日本への示唆—

＜研究協力者＞

スウェーデン国立自殺と心の病に関する  
研究・防止対策センター所長

Danuta Wassrman

＜主任研究者＞

国立社会保障・人口問題研究所  
社会保障応用分析研究部第1室長

金子 能宏

## 海外の自殺防止対策の動向と日本への示唆

カロリンスカ医科大学公衆衛生保健科学部長  
スウェーデン国立自殺と心の病に関する研究・防止対策センター所長  
**Danuta Wassrman**

【監修】金子能宏（国立社会保障・人口問題研究所）

【翻訳】山下志穂（学習院大学大学院人文科学研究科博士課程）

### 1. 自殺の現状－疫学的な国際比較（ヨーロッパを中心に）－

少子高齢社会の進展に伴う医療費の増加に対して対処していく一つの方法は、予防医学の応用である。日本では、自殺死亡者数が1999年以降3万人以上の水準にあり、死亡原因としての自殺は、5歳階級別にみると中高年者の死亡順位の第4位から第6位を占めている。その意味で平均余命に影響を及ぼす自殺を防止することは国民の健康福祉の水準に好ましい影響を及ぼす。このような観点から、本研究では、自殺防止対策における世界保健機構WHOとスウェーデンの先駆的な取り組みについて概観するとともに、日本の現状との比較を行うことによって、日本への示唆を考察する。

まず最初に、疫学的なデータ（資料1“自殺予防”）を紹介したい。これは世界の国々と日本のデータを比較したものである。（資料1“自殺予防”）を見ると自殺というのは防止が可能であることが理解できるであろう。もちろん評論家の人たちはよく、自殺には既遂と未遂者がおり調査は必ずしも完全ではない、したがってもっと十分な調査をすべきだとか、もっとランダム化すべきとか、逆にコントロールすべきだとか色々な見解を述べている。しかし、重要なことはもうすでに我々が持っている知識を活用すべきだということである。もう既に色々と調査が行なわれ、その結果も公表されているのだから、それを活用すべきだという立場から、以下の考察を行いたい。“自殺予防”スライド3は自殺防止関連領域とそのための組織を示したものであるが、これから、社会医療や介入など多様な手段があり、部門としては職業医療、ストレス、回復過程などがあることが理解できる。また、国際的な医療部門も関連しており、アジアの中国とかベトナムとか、他の大陸の国々とも協力している。

“自殺予防”スライド4は主要な死因を示している。これは15歳から44歳までの場合であるが、男性と女性について世界の状況を示している。世界全体では、女性の自殺の死亡順位は第2位、それから男性については第4位になっている。ただ、多くの国、例えばスウェーデンや日本においては、自殺は男性については、この年齢層では死因として1番となっている。“自殺予防”スライド5はジュネーブのWHOのデータによるものであり、これから、2002年、昨年はだいたい100万人の人がこの地球上で自殺をしていることが分かる。“自殺予防”スライド6のように、自殺率はここ45年で60%増えている。これに付

け加えれば、とくに旧ソ連の共和国では非常に増加率が高い。ここ数年間でだいたい同じような形で伸びている。“自殺予防”スライド7は、世界における男女それぞれの自殺増加率の推移である。重要なことは、自殺というのは通常は非常によくあることであり、特に女性に比べて男性のほうが多いということである。例外はあるが、例えば年齢や国によってそうではないところもあるが、それについては紙幅の関係から割愛する。

“自殺予防”スライド7はもう一つの事実を示している。すなわち、自殺率は年齢と共に増加する点である。ということは、世界全体で見て、通常は自殺率が一番高いのは高齢者ということになる。

“自殺予防”スライド8は日本における全年齢層の自殺率の推移であり、“自殺予防”スライド9は日本における全年齢層の男女別自殺率の推移である。これは、厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神保健福祉課の植田紀美子対策官が WHO のデータから日本のデータを取り上げたものである。これらのグラフから、かなりの自殺率が50年前に見られたことがわかる。1956年とか1961年において10万人に対して25人という時期があったことが分かる。その後このような自殺率は低下したが、しかし今では同じぐらいのレベルに再び高まってきた。この二つの時期の間、長い間減って来ていたのに再び上昇したことでとくに心配すべきことは、男性の増加（青いグラフの線）である。近年、非常に自殺率が男性において高くなっている。この増加は、1991年から上昇し始めており、最近急速に増えてきている。このような顕著な増加が明らかになった故に、日本においても何らかの防止策を取らなければいけないということになったのは、当然のことだと考えられる。

“自殺予防”スライド10から“自殺予防”スライド14は、スウェーデンとの比較である。男女計の自殺率では、日本の自殺率の方がどの時期を見てもスウェーデンよりも高くなっている（“自殺予防”スライド10）。とくに1950年代の日本の自殺率はスウェーデンよりも顕著に高い。その後両国の差は縮小したが、1980年代後半以降、スウェーデンの自殺率は低下傾向にあるのに対して、日本の自殺率は1998年以降急増し、若干低下したが高い水準にある。1950年代の日本の自殺率がスウェーデンよりも高い原因の一つは日本の女性の自殺率が非常に高かったことが挙げられる（“自殺予防”スライド11）。一方、日本の男性の自殺率は1999年代後半以降、急増している（“自殺予防”スライド12）。このように日本の自殺率には男女間で相違が見られるが、スウェーデンの自殺率よりも高い原因として挙げられるもう一つの理由は、日本の場合、男性では中高年者の自殺率がスウェーデンよりも高く（“自殺予防”スライド13）、女性では夫に先立たれて単身世帯となる場合の多い後期高齢期の自殺率がスウェーデンよりも高いことである（“自殺予防”スライド14）。このような事情から、日本では、中高年者に対する自殺の原因究明とその対処、及び予防策の検討が重要な課題であることが理解される。

確かに自殺者に占める高齢者の割合は高いけれども、日本とスウェーデンの比較のみならず、長期的かつ世界的な観点から見ると、“自殺予防”スライド15のように、自殺者数に占める5～44歳の割合は1950年で44%（黄色）であったが、それが2000年になると

53%に増加していることである。この問題とも関連する重要なことは、欧米先進諸国において、青少年の自殺率、15歳から19歳の自殺率が1950年から400%増えてきたことである（“自殺予防”スライド16）。色々な地域を見てみると（“自殺予防”スライド17）、アフリカは若い人たちにとって自殺は第2位の死因です（最初はエイズである）。南北アメリカでは自殺は若い人たちの死亡順位の3番目である。また東南アジアでは2位、ヨーロッパでも2位である。このように、15歳から19歳の若い人たちにとって、自殺は非常に目立った死因であるということであるスウェーデンのストックホルム、ウプサラ、イエーテボリを調査区域として、16歳から18歳の学生を対象に実施した調査によると（“自殺予防”スライド18）、女子の8%、それから男子の3%は自殺を試みたことがあるということが判明した。それから精神科医の面接調査の後ではその数字が半分になっている。この調査の示唆するところは、子どもたちは自殺を考えたことがあるけれども、しかし実際には自殺しなかったということで、未遂とかあるいはまたそういうものが減っているということである。ただ、それでも3%ぐらいの16歳から17歳の子どもたちがスウェーデンでは自殺をしようとしたことがあるということは、重要な事実である。この調査の過程で明らかになったのは、自殺未遂者のほとんどは死にたくはなかったこと、ちょっと救いを求めている行為、私のために助けて欲しいとそういう声をあげていたゆえに（“自殺予防”スライド19）、精神科医の面接調査の後では自殺を試みた割合が減少したのだと考えられる。

このような事実に加えて明らかになっているのは、自殺を50歳、65歳、あるいは70歳でしようとする（自殺企図）、その場合、自殺のリスクは非常に高くなるということである。その対応関係はおおよそ1：1の比率になる。言い換えれば、高齢者で自殺しようと思ったことがある人に対して何かをしないと、結局数ヶ月の間にその人はもう一度自殺をしようとする、そして自殺してしまうということが、調査などから知られている。

“自殺予防”スライド20はヨーロッパのデータである（スライド21はスライド20の縦軸の国々の名前を再掲している）。スウェーデンでは、自殺率は低下してきている。ヨーロッパでは、自殺防止のためのネットワーク、WHO/ユーロネットワークがある（“自殺予防”スライド22）。このネットワークで、筆者は自殺予防活動を担当している。ネットワークでは、最初にモニタリング活動が始まり、これを踏まえてヨーロッパでの自殺予防活動が展開してきた。ヴェルツブルグのアーミー・シュミットケ先生がコーディネートしており、筆者らはこれに協力する形でWHO/ユーロネットワークでの活動を行っている。

“自殺予防”スライド23はヨーロッパ諸国の1989-90年から1995-96年の自殺率の変化（15歳以上の男性）である。青い棒グラフは自殺率が増加していることを示し、赤い棒グラフはそれが減少していることを示している。リトアニアなどでは1989年から増えてきていることが分かる。ここで、ある程度文化的な状況は似ているかもしれないし、ヨーロッパの国々において、どうして自殺が増えたり減ったりするのかという疑問が浮かんでくる。確かに、治療の状況、うつ病の治療など社会心理学的な状況は似ている点もあるので、問題はこういう精神障害とかあるいは治療だけを見て、自殺が国によって減るあるいは増え

るということを断定することはできないということである。例えばオランダでは自殺は抗うつ剤の治療によっても減っていないのに対して、スウェーデンとは状況が違うという事実があるが、このことをとってみても、ヨーロッパ諸国の間で自殺率に差があるのは、こうした疫学的、精神医学的側面の他に要因があるのではないかということが重要な点として浮かび上がってくる。

“自殺予防”スライド24では、さらに若い人々を対象に比べるとかなり差がヨーロッパでもあるということが分かる。日本でも地域によって違うと予想されるが、こういう地域間格差について考慮することは重要である。15～19歳の若い人々の自殺率が高い国々はロシア連邦、バルト海諸国、フィンランド、ウクライナ、ベラルーシであり、これらの国々では男女ともに自殺率が高い。このような自殺率が他の諸国と比べて高いことは、高齢者でも見られることが知られている。これに続いて高い水準にある国々は、チェコ共和国、スイス、ノルウェーなどである。それから自殺率の高さが中間よりも低い水準にある国々（黄色の部分）は、イギリス、オランダ、スウェーデンである。また非常に自殺率が低い国は、ポルトガル、スペイン、マルタ、アルメニアなどである。このように、ヨーロッパ諸国においても若い人々の自殺率は格差が大きい。このような格差は、同じ地域でも見られる。

“自殺予防”スライド25は、イギリスの精神医学ジャーナルで発表された精神診断の調査結果である。これから、だいたい24%の方が気分障害を患ったということであるが、精神病の人たちを見てみると、その人達では75 - 80%の人たちが気分障害を持っている（こういった人たちは入院しているので非常に重篤である）。自殺をする人、結局病院に入院していないような人たちのほうがこうした精神障害が少ない。また4%の人たちが統合失調症、それから29%の人たちが薬物乱用である。こうした数字は先行研究によるものである（心理的な剖検といったものもある）。10%の人たちが人格障害、また発達障害が17%、その他の精神病が1%、不安障害5%、それから適応障害が4%などとなっている。ここで指摘されているような色々な障害があるということと、これがかなりの部分を占めているということが分かるのであるが、ここで精神障害はどのように他の障害と比較できるのかという点が問題になる。これは、公共医療、あるいは公衆衛生で論議されている問題で、ハーバードでも“The Global Burden of Disease”という先行研究により検討された問題である。

“自殺予防”スライド26には、10の主要なDALYs, Disability Adjusted Life Years すなわち健康な人々が送れる生涯の長さとは比べて病気で同じ生活が送れなくなることを考慮した生涯の長さを規定する要因が示されている。簡単に言えば、どのぐらいその人が病気で死ぬということではないが、病気や生涯によりどのぐらい健康な生活を送れる生涯が減るかということを示している指標を規定する要因である。先進国の場合は10のうち7つの障害となる要因が精神病の領域に入る。途上国の場合は10のうち5つが精神病の領域にはいる。それから、“自殺予防”スライド27のように、2020年全年齢で見ると、この病気によって寿命が短くなることは、単極性うつ病、大うつ病が4位から2位になる。うつ

病というのは、このような極めて重要なファクターであることが位階できると考えられる。以上は疫学的な考察であり、次に自殺の予防対策の在り方について考察する。

## 2. 国民の健康・福祉の水準向上に資する自殺予防のあり方

次に、国際的にみて自殺予防は可能かどうかについて考察したい（資料2 “自殺は予防できる”を参照）。まず、日本の自殺について見てみることにする。欧米の調査結果と日本の調査結果とどのくらい似ているのか似ていないのかをためてみるために、日本の先行研究を整理すると、“自殺は予防できる”スライド2が得られる。興味深いのは、高齢者において、拡大家族がないとかあるいは家族がないとか、あるいは身体化の問題とか、病気による痛みとか不安やうつというのは極めて重要な自殺の兆候となることである。男性を対象とする日本の調査では（“自殺は予防できる”スライド3）から、通常若い人たち、中年ではアルコール依存の人たちが自殺のリスクグループになる。離婚、失業、職を探している（失業中）などの問題である。また若い人たちにおける既死念慮は（“自殺は予防できる”スライド4）、通常はアルコール依存、シンナーの誤用、喫煙とかあまり体を動かさないとか、あるいはまた素直でないとか、そういうことに関係している。心理障害というのは、若い人たちで自殺をしようとする人たち、あるいは自殺既遂の人たち、だいたい30ないしは50%見られる。

それでは、こういう心理剖検で実際に死亡した人が見られるが、だいたい75%が何らかの精神上、あるいはまた情動障害とか、あるいはまた薬物乱用があった（“自殺は予防できる”スライド5）。既死念慮としては、身体症状とか、あるいは他の人との関係が悪いとか、という問題が挙げられる。これらの問題とその諸要因については、東京や京都、あるいはその他の日本の地域を対象とした先行研究でも指摘されていることであり、単に大都市だけのものではないことが分かる。自殺未遂の場合であるが（“自殺は予防できる”スライド6）から分かるように、まず精神障害診断、うつ、情動障害、危機に対する反応、家族の問題、それからさびしさゆえに死にたいと思うとか、あるいはまた仕事と結婚のどちらをとるかとか（これは女性の場合）が自殺企図の原因となっている。欧米においても日本においてもこれらの原因は恐らく同じであろう。また学校の成績が悪いとか、家庭崩壊とか、あるいはまた経済的に大変だとか、精神障害とかその他の疾病が指摘されている。

“自殺は予防できる”スライド7は、男女のリスク挙動を整理したものである（東京の小野先生の先行研究による）。日本の人たちは専門家からも親戚からもあまり助けを求めない傾向がある。同じような挙動はスウェーデンの調査でも見られる。違いはないと筆者は思うが高橋先生もやはり日本も同じだという見解を持っている。沈黙、誰もこの非常に悲しい時期を何とか乗り越えようとするという時期があることを意味する。日本の文化というのは恥の文化であるのに対して、スカンジナビアの文化は罪の文化である。罪を犯したことについては恥を感ずるといふ点では、恥の文化の側面も持つのもかもしれない。そういう意味で、日本とスウェーデンの間でかなり類似した挙動を持つ場合があることが理解で

きる（“自殺は予防できる”スライド8）。

リスク要因については、自殺あるいは自殺未遂のリスク要因は日本と欧米の自殺者でかなり多いように思われる。この点では大きな違いがある。自殺防止において必要なことは、この対立をよく理解するということである（“自殺は予防できる”スライド9）。葛藤を理解するということで、精神の知識は日本でも欧米でも違いはないと思われるが、可能性、これは共通言語、それからまた問題の理解ということである。そうすると、障害は何をいみするのか。姿勢、態度というのは、普通の人の姿勢ということだけではなくて、社会の姿勢、あるいはまた医師の姿勢でもある。なぜならば、医師、看護師といった医療従事者は人間であって社会の一員だからである。したがって、こういう知識があっても姿勢のほうに何か問題があればそれは非常に自殺防止の障害になりうるということの意味する。

防衛医科大学校の高橋祥友教授の日本における調査に基づいて、日本における姿勢を見てみると（“自殺は予防できる”スライド10）、儒教の文化の影響が見られる。素直さとか、義務感とか、グループに対する忠誠心、雇用者に対する忠誠心、それからまた同僚に対する忠誠心。しかしながら、それに対して自分の感情に対する忠誠心とか、自分の病気に対しての忠誠心というのはないように見受けられる。また、グループと一緒にちゃんと幸せに調和した形で過ごしたい。また倫理観、これはつまり自殺というのはプラスとして、道徳的だ、合理的な行動ではないかというふうに見られる場合がある。心理的な調査を概観してみると、自殺はほとんどの場合は不合理な行為であり、自殺が合理的だということはほとんどありえないにもかかわらず、95%においては、この行為は感情的に混乱しており、カオスであることが理解される。本当に絶望感あるいは不安といったことによって、これが起きていることが理解される。

日本の歴史においては、自殺はプラスだととらえることがあるのではないか。これについてはあえて意識する必要があると考えられる。なぜならば、もしこのような市政があれば、自殺予防においても、なかなか姿勢は変えられないからである。非常に長い時間がかからないと姿勢は変わらない。知識というのは重要であるが、この知識というのはもし、知識と感情的な方面を合わせなければ、あるいは姿勢とあわせなければ実践や実際の施策には反映されない。姿勢にはいくつか、知識や、感情や、認知あるいは反応、状況に応じた（反射的）行動、こういったものが要素として入っている。それゆえに、こういったものを全部自殺予防のバックグラウンドに加えていく必要がある（“自殺は予防できる”スライド11）。なぜならば、“自殺は予防できる”スライド12「若年者の自殺と精神障害(過去30年間の自殺)」(Danuta Wasserman「自殺—無用な死」より引用)が示すように、その要因には上に掲げたものと関連する様々な診断結果が関連するからである。

したがって、予防には様々な戦略がありえる。“自殺は予防できる”スライド13が示す戦略ナンバー1はヘルスケアの観点から見るということであり、2番目の戦略は病院あるいはGP開業医が関わる公衆衛生という観点から見ていく方法である。

ヘルスケア、医療サービスの枠組みの具体的な内容については、“自殺は予防できる”ス

ライド 14 が示すように、抑うつ治療、例えば抗うつ剤を使うことが挙げられる。これを使うことにより、有意に自殺念慮を抑えることができる。ただし、これは自殺念慮を抑制することが知られているのであり、未遂については既遂を有意に下げることができるかどうかについては、いずれの研究においてもまだ例数が少なすぎ、確定的な結論は導けないという問題がある。Gotland の研究によれば（“自殺は予防できる” スライド 15）、開業医 GP のレベルで、自殺を考えている人に対して抗うつ剤をしている際に、抗うつ剤の処方量は増えている。抗不安剤の処方量は下がる、入院での受診・ケアは下がる、女性における自殺は低下した、しかし男性における自殺については何ら変わらなかった。このような結果はハンガリー、エストニアを含むヨーロッパ諸国でも類似していることが知られており、どうすれば男性において予防ができるかということは今後の課題である。

もう一つ重要な診断上の問題は、躁鬱、躁鬱性の治療をどうするかという問題である。いくつかの治験が行なわれているが、リチウムを使用した場合に有意に死亡率を下げることもできたということが確認されている（“自殺は予防できる” スライド 16）。“自殺は予防できる” スライド 17 は、ニューヨークの全米科学アカデミー 2001 年の結果であるが、これによれば、リチウムの投与を受けた患者の自殺率（スライド 17 左側）、右側のリチウム投与を受けなかった患者に比べて有意に下がっていることが分かる。一番上が実際に自殺をしてしまった、中段が未遂、全てに関して影響が出ていることが理解される。つまり、リチウムで投与をしなかった場合、これは双極性であるが、自殺による死亡率が高い。リチウム投与をした場合には、10 分の 1 に抑えることができるという結果が出ていることとその意味することを指摘しておきたい（“自殺は予防できる” スライド 18）。

他にも統合失調症の治療で神経弛緩薬を使ったもので研究がある（“自殺は予防できる” スライド 19）。クロザピンを使うことにより、75%自殺率を抑制することができた、未遂も下げることができたという結果が得られている。同様の知見を、オランザピンについても行なっている（“自殺は予防できる” スライド 20）。オランザピンは新しい抗精神薬であるが、これによって自殺を抑えることができる。必ずしも広く普及しているわけではないが、認知行動療法も自殺予防の処方として使用されている（“自殺は予防できる” スライド 21）。Salkovkis らが行なっているものがあり、また Linnehan らは談話的な行動療法を行なっている。その場合には、未遂それから反復的な未遂いずれについても有意に引き下げることができるという所見が得られている。ただし絶対数は少なく、例数が少ないので、さらに反復・再現をしなければならぬが、複数の研究が世界各地で実施されていることは確かである。

未遂を反復する問題については、さらに、メタ分析を 21 の欧州とアメリカにおける研究について言及しておく必要がある（“自殺は予防できる” スライド 22）。それによれば、問題解決型のセラピー、緊急コンタクトカードを渡すことなどは効果がある。例えば、自殺を念慮している人たちは、ありとあらゆるアクセスの方法が与えられていることが重要である。ただしスウェーデンでは問題があり、患者さんたちは必ずしもこのヘルプが必要



なときに手が届くとは限らない現状がある。例えばサイコセラピスト、医師などが必ず手に届くとは限らないわけです。DBT、精神弛緩薬、抗精神薬は役に立つときがあることは確かであるが、これに加えて、精神社会的なインターベンションに関してこれもまた有効であることが、何年も前に **Motto** らの研究として結果が報告されている（“自殺は予防できる”スライド 23）。**Motto** はカリフォルニアの先生であるが、アクティブな形で患者のフォローアップを行なう方法を採用している。これに関連して、電話サービスに関して **Lester** の調査結果が出ている、これによれば実際に自殺件数を抑えることができることが示されている。“自殺は予防できる”スライド 24 は、**Motto** らが連絡を取り合って未遂者をフォローアップすることの具体的内容である。1ヶ月ごと、4ヶ月ごとを目処として、自殺未遂を行なってから4ヶ月間は毎月、それからそれ移行に関しては2月に一度、合わせて5年間フォローアップしている。24件フォローアップしたが、大幅にグループ内で自殺率あるいは未遂を抑えることが確認できた。対照群としてはこういったフォローアップをしなかった群が取り上げられ、フォローアップした群と比較されている。

そこでこのような自殺予防のヘルスケアの枠組みを医療機関との関連で見ると（“自殺は予防できる”スライド 25）、未遂も既遂もかなり抑えることができることになる。抑うつを治療する、リチウムを使う、神経弛緩薬を使う、サイコ療法を使って患者のなかで精神社会的な問題がある場合には治療する、さらにそのあとフォローを一人一人することで効果があがることがわかっている。

“自殺は予防できる”スライド 26 は、イタリアでのアプローチを見たものである。これはテレチェック、テレヘルプと呼ばれており、遠隔的に行なうものである。テレヘルプは高齢者、ベネット地域の高齢者でもヘルプが必要なときにはいつでも連絡することができるという方法で、テレチェックは週2回必ず高齢者が連絡するものである。精神科の看護師が電話をする。その結果自殺が有意に下がった、入院も有意に下がった、さらに患者の精神状況も有意に改善したという結果が報告されている（イタリアの **De Leo** らが発表した結果）。

以上はヘルスケアの観点からの方法と成果の概観であったが、公衆衛生の観点からは、自殺の手段に手が届くかどうかという点が重要な問題である（スライド 27）。例えば銃器を規制することができる場合、もしくは農薬など化学物質については、例えば鍵をかけた所にこういった物質をしまっているかどうか、簡単にとることができないような場所にしまいかしまわないか、これらの点の相違で自殺予防に影響が出ると考えられる。とりわけ女性の場合は、しばしば苦悩の状態にあり、手に届くところにこういった殺虫剤があると使う場合があることが確認されている。マスコミにおける報道、これも影響がある。直接的証拠ではなく間接的な証拠ではあるが、例えばウィーンで非公式の研究が行なわれたことがある。どういう自殺がいつ起こったかという新聞報道、例えば精神病患者さん、近くのクリニックにいた患者さんが再び飛び降りた、あるいは電車で飛び込んで死亡したというような報道があるのが実際であるが、ウィーンで行われた研究では、マスコミが自殺報

道を止めた場合に明らかに自殺率がウィーンの地下鉄で下がったということが確認されている。他にもマスコミ報道の影響が間接的にあることが分かっている。したがって、今では WHO がマスコミ報道に関して自殺を予防するような方向でのガイドラインを出している。この WHO のマスコミ報道に関するガイドラインもインターネットにあり、アメリカ自殺防止財団、こちらでも状況に合わせたマスコミ報道に関するガイドラインがある。このような先行事例があるので、日本においても日本の条件にあった自殺に関するマスコミ報道の指針が自殺予防のためには重要だと考えられる。

とりわけ重要なのは、自殺は栄光化してはいけない、カッコいいとしてはいけないということである。特に日本では歴史的に切腹、ハラキリ、これは勇気があると美化してきた歴史があるかもしれない。しかし、自殺予防に係わるすべての人々は、自殺こそ解決であるとか、脱出策であるとか、きれいな解決策であると人々に思わせてはいけない。その背景に一体なにがあったのか、それは精神社会的なストレス、環境、精神的な問題、それだけではなく、ヘルプは可能であるということを示さなければならない。我々のような精神科医あるいは研究者としては、全員は救えないことは分かっているが、けれども一般の人に全員を救うことはできないと言っではいけない。つまり、この事実を認めてしまうと、もうだめだとか、絶望感、こういう観念が簡単に広がってしまうからである。これに対して、希望はあるのだ、これを広めることが難しい。絶望感は簡単に伝わる、希望はなかなか伝わらない。この非対照的な事実が自殺防止における課題である。

このような課題を認識しつつも、研究者と自殺予防の手助けをする当事者とは役割分担をする必要がある。確かに、例えば自殺防止研究の専門家のなかで科学的な証拠はこれに関してはない、あの証拠はないという場合や、証拠があったとしてもそれが本当かどうかはわからず発言には留意する場合は、予防策の信頼性が揺らぎ自殺防止策を講じる点からすれば、これは障壁になってきた。しかし、このような事実を認めつつも、我々研究者は1歩下がったところにおいて、あくまでも研究す、本当にヘルプをして防止する担当者の人々は他の専門家として尊重される必要がある。

“自殺は予防できる”スライド 28~30 は、Värnik の研究結果である。これは、ペレストロイカが旧ソ連で実施されたときに自殺予防効果がどうであったかということ整理したものであり、アルコールの制限、アルコールが手に入ったかどうかで区別している（“自殺は予防できる”スライド 29）。縦軸は 10 万人あたりの自殺率で、赤がロシアで、84 年は 10 万人あたり 65 人以上の男性が自殺していた。その時のアルコール摂取量は一人あたり 10 リットルで、ゴルバチョフが登場してペレストロイカを始めた際、ゴルバチョフはロシア国民の健康が脅威にさらされていることを認識していた。あまりにも飲みすぎて健康の脅威があることを分かっていたので、アルコールの生産量を抑え、その結果価格が急騰することによって、ゴルバチョフは国民の飲み方を変えようとした。もともとは飲むことが重要だった旧ソ連社会で、公的なパーティーにおいても乾杯が禁じられたほど、徹底的な生産量抑制、アルコール摂取量抑制策が実施されたわけである。その結果死亡率に大きな

影響が現れた（“自殺は予防できる”スライド30）。自殺率は65ぐらいであったところから40に下がり、アルコール量も約半分、10から5に同期間で低下した。これは40%ほど下がったことを意味するが、とりわけ男性にそれが顕著に確認された。いわば労働年齢24～54歳の働き盛りの男性で確認された。また15の全ての共和国で確認されたということで、これは人為的なアウトライアではないことが理解できる。ヨーロッパでも同期間に調べたところ、男性での自殺率の低下はたった3%であった。旧ソ連では同期間40%だったのが欧州では3%、女性の自殺率も低下した。他の研究結果でも得られたことであるが、自殺が低下しただけではなく、暴力による死、母親の出産死、それから事故死なども減少したことが確認されている。このように、自殺予防においては、アルコールがどういう役割を果たすかも重要なポイントである。アルコールというのは気持ちを抑圧するのではなく、逆に衝動を刺激する作用があり、これが自殺とも関連することに留意する必要がある。

フロリダでは学校プログラムがあり、自殺を62%教育によって抑えることができる、未遂についても65%抑制することができるという研究結果が示されている（“自殺は予防できる”スライド31）。スウェーデンでは閣議が採択され、今では学校での全てに対して自殺予防に関するプログラムが必要であるとされている（“自殺は予防できる”スライド32）。WHOの自殺防止策の一つにも、学校においてそのためのプログラムが必要だということを指摘したドキュメントがある。

ストックホルムにおける学校プログラムについては、私が行なった研究結果がある。このプログラムは、ライフスキルプログラムといわれており（“自殺は予防できる”スライド33）、学校が実施しているこのプログラムのインターベンショングループにはおよそ1,000人の学生・児童が参加しており、一方1,000人が対照群に入っている（“自殺は予防できる”スライド34）。その結果、プログラム導入により、未遂これが有意に低下したことが分かった。精神・身体的症状での変化はなかったが、インターベンショングループでは半減した結果となっている。症状は変えることができなかったが、しかし振る舞いのほうには影響を及ぼすことができたことが理解される。なぜならば、未遂率が下がったということは、子どもたち、学生たちは自殺を念慮したとしても、このプログラムのあとコミュニケーションが上がった結果、自殺の高位につながる可能性が下がったことを示唆している。普通は、子どもたちは、なかなか大人や親とあまり話をしない。特に、気分が優れないときにはなかなかコミュニケーションしないので、このプログラムでは信用ができる人とコミュニケーションしようと呼びかけたのである。もしくは、歳が上の人、あるいは同僚でも歳が上の人と話をしてみるようにと呼びかけたのである。その結果は、意図した影響がでたのである。同じ研究を、現在、フィンランドのユーヴァスカラでも再現しようとしている（“自殺は予防できる”スライド39）。ストックホルムの最初のプログラムは短期間であって、35しか質問を問うていなかったという問題点があったので、この研究ではこの点を改善するように努めている。

もう一つ職場に関する研究も重要である。“自殺は予防できる”スライド40は、ストッ

クホルムでの大規模な職場で、特に精神ヘルスケアについてまとめたものである。200時間の学科コースがある。1チームに対しソーシャルワーカー一人、精神科医一人、心理科医一人で、そのうちの一人は薬理に詳しい、もう一人はサイコダイナミクスに造詣があるということで、そういうチームを作っている。なお、このようなチーム作りは治療メンバー間での緊張関係にも影響を及ぼすが、患者にも、一人は薬物投与が必要だといひ、もう一人が薬物ではなく心理療法のほうがいいという場合があると、患者は混乱することに留意する必要がある。具体的には、11の対象セクターがあり、住民の人数が75万で、インターベンションセクターについては11に分けてある（“自殺は予防できる”スライド42）。緑のところでは専門家がこのプロジェクトに投入されていて、黄色のところは特にそのような啓蒙は受けていない地域を示している（“自殺は予防できる”スライド43）。これらの職務の役割を整理すれば（“自殺は予防できる”スライド44）、紛争がチーム間の間で減り、スタッフとしても指示がはっきりしてきたことが分かった。患者から何を期待されているのか、家族から何を期待されているのか、同僚から何を期待されているのかなどに点についても、スタッフは理解を深めることができることが判明した。

最後に、以上の考察に加えて、自殺予防の上で重要であると思われる点について言及したい。“自殺は予防できる”スライド45が示したモデルは自殺の展開を示したものである。まず遺伝的にも素因があること、すなわち自殺的な行為は家族性があることが分かっている。優勢遺伝かどうかはまだ確認されていないが、家族性があることはわかっている。けれども、同時に精神社会的ファクターも重要であることが分かってきたことも確かである。ただし、これも家族との関連性があることに留意しなければならない。ストレス脆弱性モデルを念頭に置いて、ある個人の中ではある特定の脆弱性、例えば自殺をする可能性が高い性向があるとしよう。そこで心身、あるいは精神障害があった場合、かつ異なるライフイベント、例えば失業、家族の問題といったストレスが起こった場合、この脆弱性が自殺を念慮するという形で現れてくる。つまり、自殺のことを考え始めるようになる。その考えは、家族やヘルスケアの専門家で違う形で伝わる。未遂を起こすかもしれない、もしくは自殺をしてしまうかもしれない。色々な段階で介入する可能性があるにも拘わらず、この自殺に関するコミュニケーションが実際にはどのような形で伝達されているのかが分からないことが多い。そこで、家族とか医療の専門家にこの様子がどう伝わっているのかがわかれば（例えばそれは言葉なのか言葉以外のものなのかが分かれば）、介入がしやすくなる（“自殺は予防できる”スライド46）。ただし、この様子は文化によって違うことに留意する必要がある。筆者自身の研究から言えば（“自殺は予防できる”スライド47）、普通は家族の誰かというのは沈黙で対応してしまう傾向がある。家族は、自殺の話をするのも怖いということでなかなか何も言わないことが多い。自殺を考えている人にとっては、拒絶されたか無関心と誤解する。そうではないのに、家族が無関心だというふうに印象を持ってしまう。また、家族に加えて、医療の専門家も、両面性の気持ち、すなわちヘルプすべきなのかしない方がいいのかどちらとも言えないような気持ちは、自殺を考えている人

にとっては、かえって非常に厳しいものになる。これは自分たち自身がこういった二面的な気持ちで揺れているので（死ぬべきか死なないべきかと揺れている）、話を聞いた人が同じような揺れている気持ちを示すと事態は悪化することが多い。また周りのそれ以外の人たち、医療の人たちあるいは家族の人たちに対して、攻撃的な気持ちが出てくることもある。直接的、あるいは言葉、あるいは間接的なもの、場合によってはもう全く目を背けてしまう、背を向けることがある。自殺を考えている人がいる家族のダイナミクス、力学に関しては、誰かがこういう行動を始めるとすぐに変わることがある。逆に言えば、ここには機会があるということになる。すなわち、自殺を促進してしまう可能性もあれば、これを止める機会もあるということを知覚する必要がある。“自殺は予防できる”スライド 48 が示すように、沈黙してしまう、揺れる気持ちを示す、攻撃的な態度を示す、あるいは自らがヘルスケアの専門家、ドクターであったとしても、もう何もできやしないと絶望感を持ってしまうと、それは、直接、患者に影響を及ぼすことになり、この際自殺をしておうという要因を与えることになる。したがって、自殺予防に携わるすべての人々は、その対策に取り組む過程で直面するこのような問題に留意しつつ、最善の対応法を見いだす努力をしていくことが重要であると考えられる。

スライド1

# 自殺予防

日本講演 2003年3月21-30日  
国立社会保障・人口問題研究所

Prof. Danuta Wasserman

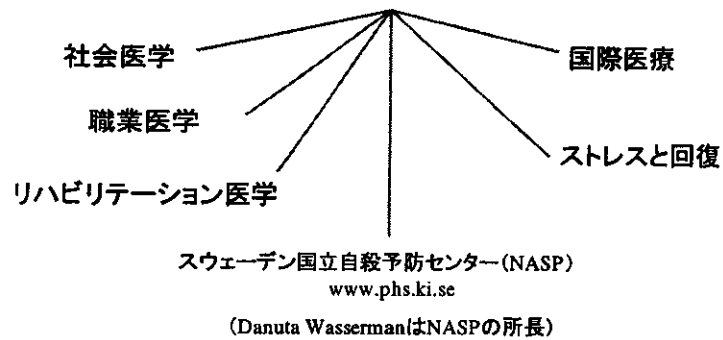
スライド2

## 「自殺予防」講演の概要

1. 疫学
2. 自殺は予防できる
3. 自殺予防の国家的取り組み

スライド3

**Danuta Wasserman 略歴**  
カロリンスカ医科大学精神医学・自殺学教授  
カロリンスカ医科大学公衆衛生保健科学部長



スライド4

15-44歳の主要死因(性別, 全世界, 1990年)

	女性	男性
1	結核	交通事故
2	自殺	結核
3	戦争	暴力
4	出産時出血	自殺
5	交通事故	戦争

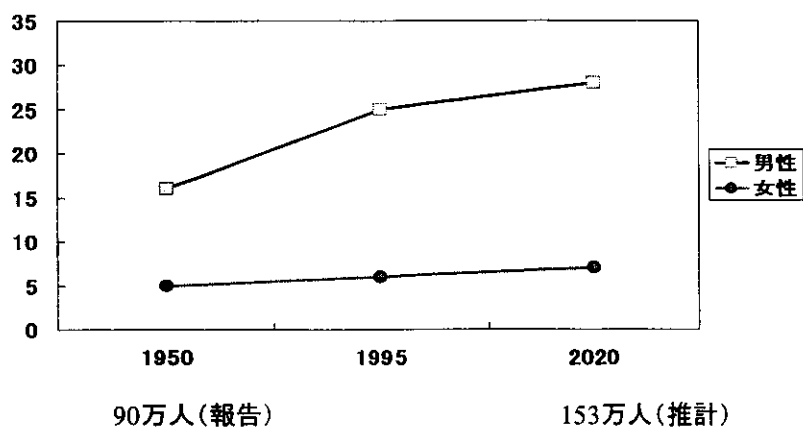
スライド5

### 世界規模での自殺

- 2002年は約100万人が自殺で死亡. 人口10万人あたり16人の死亡率であり, 40秒に一人が自殺で死亡している.
- 世界的には, 自殺死亡率は過去45年間で60%増加している.

スライド6

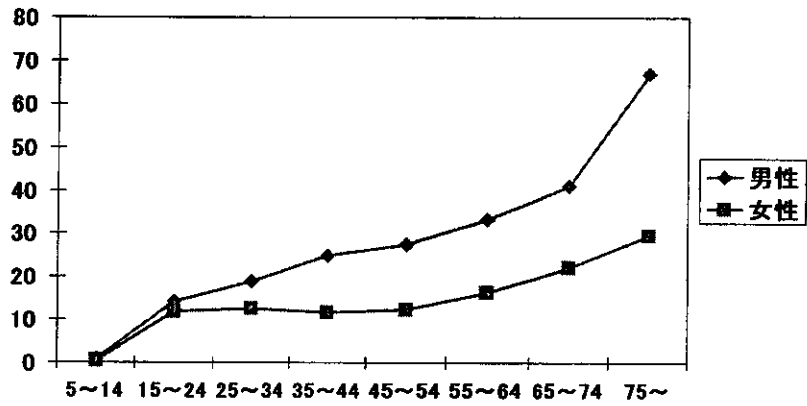
### 自殺率の推移(1950-2020年)





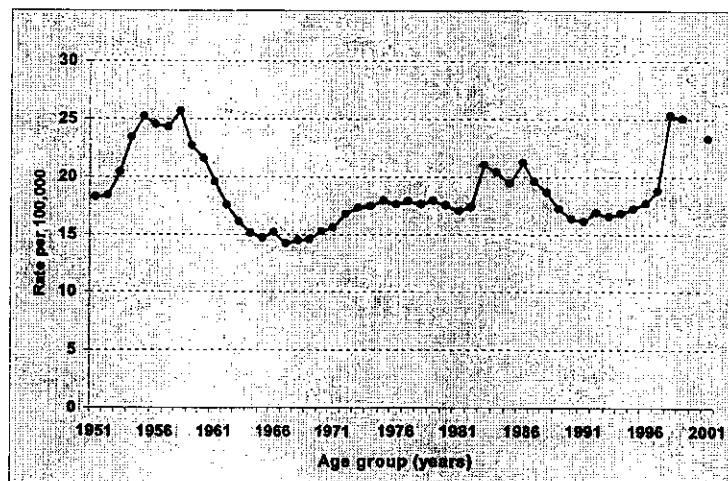
スライド7

世界全体の自殺率(人口十万人対, 性別, 年齢別)



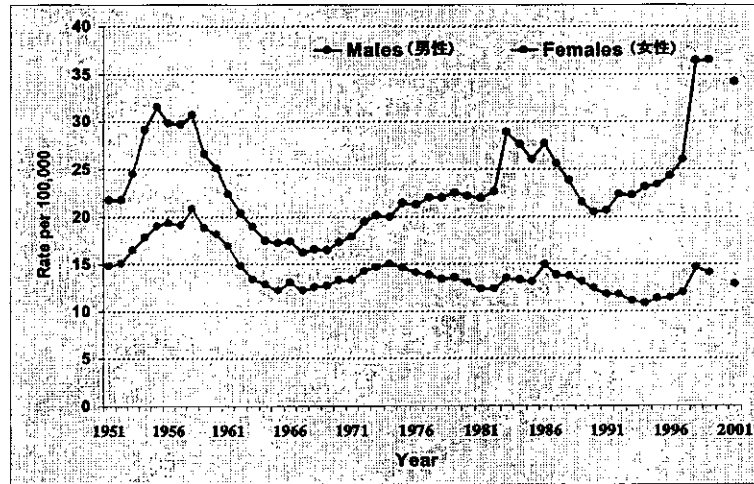
スライド8

日本における全年齢層の年間自殺率  
(人口10万人対, 1951-2001年)



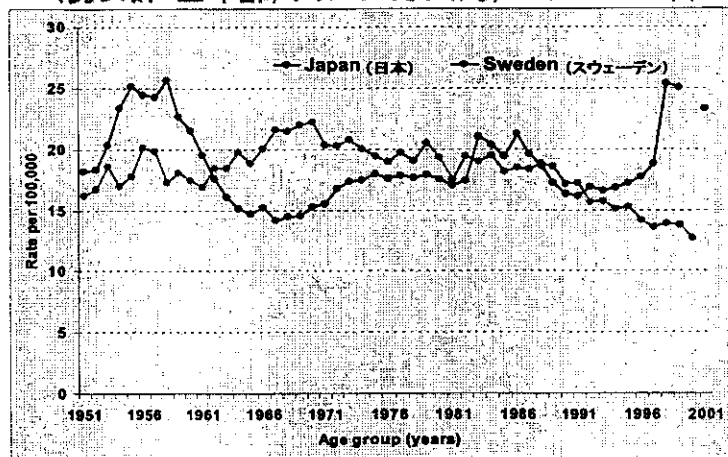
スライド9

### 日本における全年齢層の性別年間自殺率 (人口10万人対, 1951-2001年)



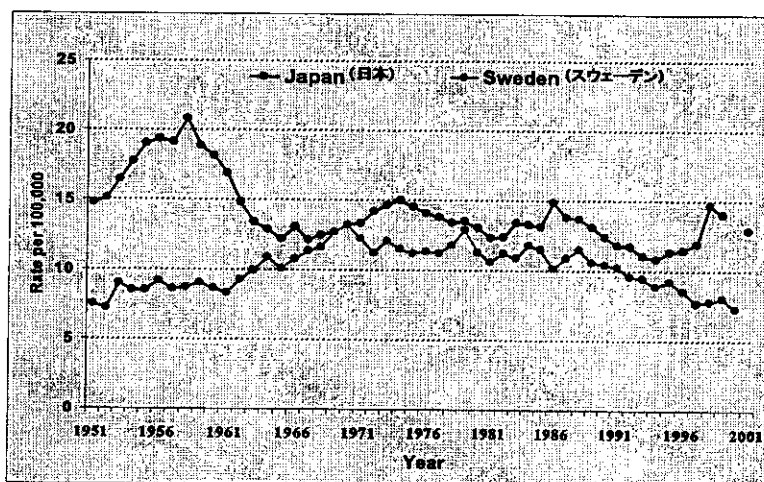
スライド10

### 日本とスウェーデンにおける年間自殺率の推移 (男女計・全年齢, 人口10万人対, 1951-2001年)



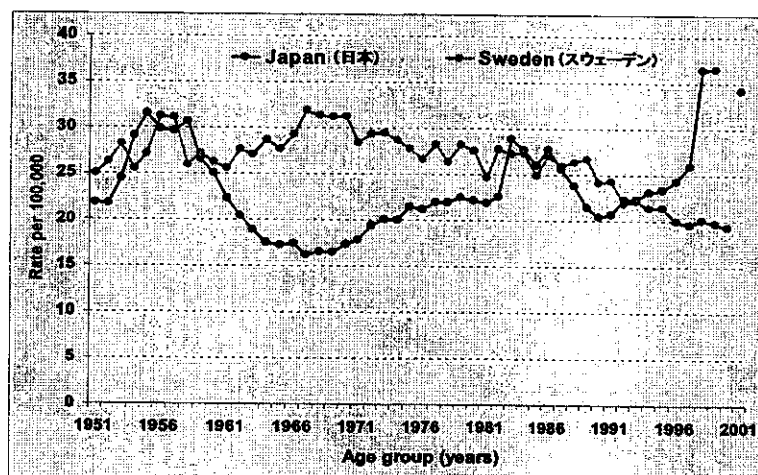
スライド11

日本とスウェーデンにおける女性の年間自殺率  
(全年齢, 人口10万人対, 1951-2001年)



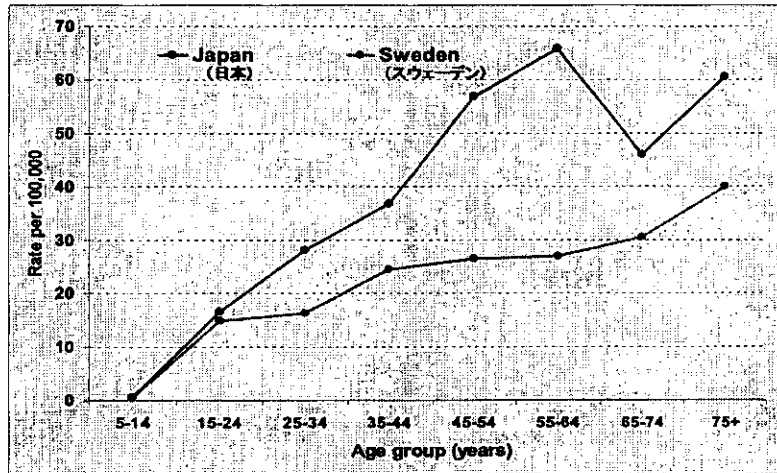
スライド12

日本とスウェーデンにおける男性の年間自殺率  
(全年齢, 人口10万人対, 1951-2001年)



スライド13

日本とスウェーデンにおける年齢階級別自殺率  
(男性:人口10万人対, 1999年)



スライド14

日本とスウェーデンにおける年齢階級別自殺率  
(女性:人口10万人対, 1999年)

