

表1. 自殺防止の国家対策の経緯 (1998年～2007年9月)

第1期	
2000(平成12)年 2月	健康日本21の「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」の数値目標(厚生労働省)
2001(平成13)年 4月	自殺防止対策事業始まる(厚生労働省)
2002(平成14)年12月	自殺防止対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」(厚生労働省)
2003(平成15)年 8月	地域におけるうつ対策検討会(厚生労働省)
2004(平成16)年 1月	うつ対策推進方策マニュアル, うつ対応マニュアル(厚生労働省)
第2期	
2005(平成17)年 7月	参議院厚生労働委員会「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」
2005(平成17)年 5～8月	「自殺予防対策に関する有識者意識調査」(総務省)
2005(平成17)年 9月	自殺対策関係省庁連絡会議発足(内閣官房長官決裁)
2005(平成17)年12月	「自殺予防に関する調査結果報告書」(総務省)
2005(平成17)年12月	「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」(自殺対策関係省庁連絡会議)
第3期	
2006(平成18)年 6月	自殺対策基本法
2006(平成18)年10月	国立精神・神経センター精神保健研究所に自殺予防総合対策センターが開設される 自殺対策基本法施行
2006(平成18)年11月	自殺総合対策会議が設置される
2007(平成19)年 4月	内閣府に自殺対策推進室が設置される 自殺総合対策の在り方検討会「総合的な自殺対策の推進に関する提言」(内閣府)
2007(平成19)年 6月	自殺総合対策大綱が閣議決定される

行の「精神保健研究」の座談会において当時の精神保健福祉課長がトータルな自殺防止対策の必要性に言及しており³⁾, 2001年度には自殺防止対策事業を開始していることから、厚生労働省としては、自殺死亡急増が明らかになった段階で対策に取り組み始めたことがわかる。2002年1月には、厚生労働大臣決裁として自殺防止対策有識者懇談会が設置され、同年8月に中間とりまとめ「自殺予防に向けての提言について」が公表された⁴⁾。中間とりまとめには、自殺予防対策の理念として「自殺予防対策は、自殺を考えている人を含めてすべての人々に対し、生きるための勇気と力を与えるような支援体制・環境づくりをする」との記載があり、自殺者の多くがその前に精神医学的な問題を有していること、これまでうつ病等対策を中心とした自殺予防対策が一定の効果をあげていること

から「心の健康問題に関する国民への普及・啓発」「地域、職域におけるうつ病等対策」を早急に取り組むべきと報告している。自殺防止対策有識者懇談会の報告書「自殺予防に向けての提言」は2002年12月に公表されたが、この提言には、自殺予防対策として「実態把握」, 「普及・啓発や教育」, 「危機介入」, 「事後対策～自殺未遂者や自殺未遂者・死亡者の家族、友人等の周囲の者に対する相談・支援」, さらに「その他」として報道・メディアに望まれること等が挙げられている⁵⁾。そして懇談会設置の経緯と趣旨に「うつ病等対策などの精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会的、文化的、経済的観点等からの、多角的な検討と包括的な対策が必要となる」と述べている。2003年度には、自殺防止対策有識者懇談会の検討結果等をもとに、厚生労働省に「地域におけるうつ対策検討会」

が設置された。検討会では、うつ病について地域の関係者が適切なサポートを実施できるようになるためのマニュアルづくりを進め、都道府県・市町村職員を対象とした「うつ対策推進方策マニュアル」、および保健医療従事者を対象とした「うつ対応マニュアル」が策定され、行政として、はじめてうつ対策を進めていく基盤になった^{6,7)}。このように、第1期は自殺防止には多角的な検討と包括的な対策が必要という認識はありながらも、その取り組みは政府全体には共有されず、厚生労働省を中心とした取り組みで進められたことがわかる。地方自治体の取り組みも、自殺率が高く、関心の高い一部の地域では積極的な取り組みが見られるものの、それ以外の地域では具体的な進捗が見られなかった。例えば2002年12月に行われた調査⁸⁾によると、健康日本21の地方計画の中に自殺予防に関する何らかの目標を記載している都道府県等は44箇所(74.6%)あるものの、2002年度において自殺予防対策事業を実施していたのは8箇所(13.6%)で北東北・北陸地方に多かった。地方自治体における取り組みの普及について、この調査報告には「都道府県等が自殺予防対策事業に取り組むにあたっては、都道府県等の精神保健福祉と健康づくり行政の連携を軸に、警察、教育、産業、医療、宗教関係等、幅広い関連領域が参画する体制を整えていくこと、それを国が支援することが必要である」と述べられているが、この実現は第2期以降に委ねられることになる。

2. 第2期—政府全体の取り組みへ

自殺者数が3万人を越す状態はその後も続き、2005年5月には12の民間団体が5つの提言をまとめた⁹⁾。その後、2005年7月19日に参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされるに至った。この決議は、自殺を「自殺する個人」の問題だけに帰すことなく、「自殺する個人を取り巻く社会」に関わる問題として、自殺

の予防その他総合的な対策に取り組む必要があるとの考え方から、政府に自殺問題に関し、総合的な対策を推進するため、関係府省が一体となってこの問題に取り組むことを求めた。これを受けて9月27日には自殺対策関係省庁連絡会議が発足し、12月26日に開催された第2回自殺対策関係省庁連絡会議において「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」がまとめられ、関係省庁が一体となって自殺問題に取り組み、今後10年間で自殺者数を1998年の急増以前の水準に戻すことが目標として明記された¹⁰⁾。こうして、厚生労働省中心に実施されてきた対策は、厚生労働省が中心になりながらも、関係省庁が連携した総合的な自殺対策に展開していく準備が整った。地方自治体における取り組みの普及に関しては、2006年3月に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長より、各都道府県・政令指定市の長に、自殺予防に向けての総合的な対策の推進に関する通知が出され、2007年度中の自殺対策連絡協議会の設置を求めている。このように、第2期において、自殺防止の国家対策は、厚生労働省から政府全体へ、一部の地域から全国へという方向を示すに至った。

3. 自殺対策基本法—社会全体の取り組みへ

自殺対策が厚生労働省から政府全体に広がる一方で、国会においては、議員立法として提出された自殺対策基本法(以下、基本法という)が2006年6月に可決された。基本法は同年10月28日に施行されたが、その基本理念に「自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取り組みとして実施されなければならない」と述べている。また、基本法では、国・地方公共団体に自殺対策を策定・実施する責務が課せられ、事業主にも労働者の心の健康を保持する等の措置を講ずる責務が課せられた。自殺対策基本法をもとに、2006年11月7日には内閣官房長官を会長とし、関係府省の国務大臣を委員とする自殺総合対策会議

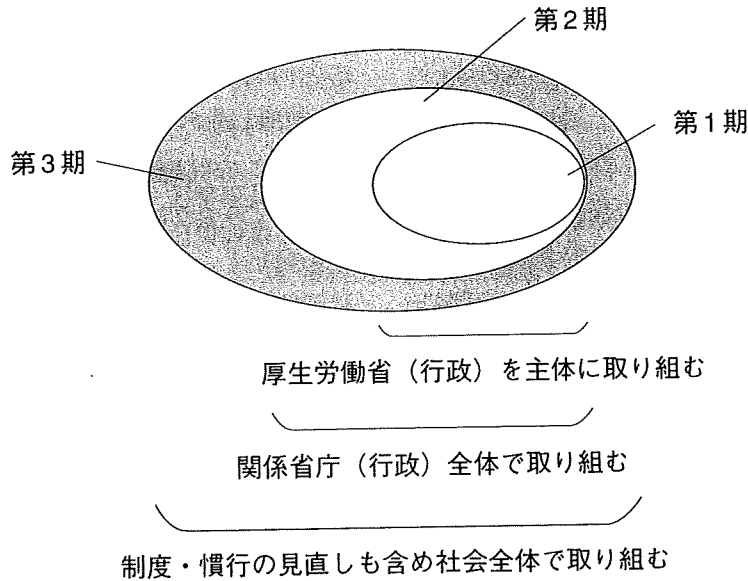


図1 自殺防止の国家対策としての展開

が設置された。自殺総合対策会議は、自殺対策基本法のもとで、基本法第8条に基づく自殺総合対策大綱の案を作成することとされており、この会議での決定に基づき、11月20日に内閣府に「自殺総合対策の在り方検討会」が設置され、その報告書は2007年4月に公表された¹¹⁾。この報告書の特徴は次の3点にまとめられている。

- 1) 自殺対策の基本方向として、自殺対策を全ての国民に関わる問題として認識し、社会全体で取り組む必要性を強調したこと。
- 2) 自殺の社会的要因に対する取り組みと自殺未遂者や遺族などに対する支援などの事後対応については、これまでの取り組みが不十分であることから、積極的に取り組む必要があるとしたこと。
- 3) それぞれ特徴を有する青少年、中高年、高齢者の世代別に施策のあり方を提言したこと。

この報告書をもとに、2007年6月には、自殺総合対策大綱（以下、大綱という）が閣議決定された¹²⁾。大綱は、「自殺対策の基本的考え方」、「世代別の自殺の特徴と自殺対策の方向」、「自殺を予防するための当面の重点施策」、「自殺対策の数値目標」、「推進体制等」で構成されており、当面の重点施策として、自殺対策基本法に示さ

れた基本的施策に基づく9つの領域を示している。大綱は、わが国における自殺防止の国家対策の現在の到達点であるが、自殺対策を社会的要因も含めて総合的に取り組む方法に方向づけた点にその特徴がある。また、2007年4月1日には、国、地方公共団体、民間団体等の相互の密接な連携のもと、自殺総合対策を推進することを明らかにするため、内閣府に自殺対策推進室が設置され、自殺総合対策大綱に基づく総合対策を本格的に推進することとなった。地方自治体における取り組みの普及に関しては、2007年7月に内閣府自殺対策推進室長より、各都道府県・政令指定市の長に、総合的な自殺対策の推進についての通知が出され、庁内の推進体制の整備、民間団体との協働の推進、都道府県等における自殺対策に関する計画づくりの推進、相談体制の充実、普及啓発の推進等の取り組み強化を求めている。第3期は、第2期の民間団体の動きや参議院厚生労働委員会決議からつながるものであるが、社会的要因への取り組みが強調されたこと、それにしなげがって政府の取り組みの中心が厚生労働省から内閣府に移行していったことにその特徴がある。大綱にある「現在の日本人の働き方を見直したり、失敗しても何

表2 都道府県・指定都市における自殺対策の取組状況

調査項目	2007年6月調査	2002年12月調査
自殺対策連絡協議会等の設置状況	設置済み・設置日まで確定… 47箇所(73.4%) 年度内に設置予定…17箇所(26.6%)	県民代表、有識者等による全県レベルの対策協議会の設置…3箇所(5.1%) 自殺予防対策事業における県民代表、有識者等による対策協議会」と同様な役割の広域的な組織やネットワークがある… 6箇所(10.2%)
自殺対策に係る予算および事業	63箇所(98.4%)	8箇所(13.6%)

度でも再チャレンジすることができる社会を創り上げていくなど社会的要因の背景にある制度・慣行そのものを見直しを進めることが重要」という認識は、そのことを端的に示している。

II. これまでの評価と今後の課題

わが国における1998年以降の国家対策の経緯を図式にすると、第1期が第2期に組み込まれ、さらに第3期に組み込まれていくという動きが見えてくる(図1)。そのうえで年表を見直すと、特に第2期以降、自殺防止の国家対策が短距離走のスピードで進んできたのがわかる。表2は、第1期と第3期の都道府県・指定都市における自殺対策の取り組み状況を示しているが、都道府県・指定都市における自殺対策の推進において重要な役割を果たす自殺対策連絡協議会の設置が急速に進むとともに、自殺対策に係る予算・事業もほとんどの自治体で確保されるなど、自治体においても自殺対策は、予算・事業の上では急速に普及した。

さて、大綱には「自殺対策は、社会的要因の背景にある制度・慣行の見直しや相談・支援体制の整備・充実を図るとともに、国民全体に対する啓発活動等を通じて正しい知識を普及させ、自殺や精神疾患に対する偏見を減らし、併せて、精神科医療全体の改善を図っていくことが必要であるが、直ちに効果を発揮するものではない。

諸外国の例を見ても、自殺予防に即効性のある施策はないといわれており、中長期的な視点に立って継続的に実施する必要がある」と、国家対策として中長期的に取り組む必要があると述べられている。このことと、現在、短距離走のスピードで取り組みが進んでいるように見えることをどのように理解すればよいのだろうか。これに関しては、わが国の自殺の実態は、国家対策として取り組むべき喫緊の課題であり、まずは着手可能なことから取り組むという姿勢が、現在の短距離走の取り組みにも表れていると考えるのが適切であろう。では、中長期的な国家対策は何をもとに構築すればよいのだろうか。

筆者は、自殺対策の自殺対策を中長期的に進めていく最も重要な道具はやはり自殺の実態分析であり、実態分析が継続的に実施できる土壌を築いていくことであると考えている。筆者等はこれまで精神保健の政策研究に従事し、精神保健福祉の現況と施策効果の観察・評価のためのモニタリング研究の重要性を指摘してきた。精神保健福祉モニタリング研究は精神保健福祉制度の運用実態をモニタリングし、問題点の早期発見と改善に働きかけていくものであり、精神保健福祉制度の機能測定のための研究であるが¹³⁾、ここから得られた経験は自殺防止の国家対策にも役立つものと考えている。

大綱には、「第4 自殺を予防するための当面の重点施策」の「1. 自殺の実態を明らかにする

(1) 実態解明のための調査の実施」の項で、「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる『心理学的剖検』の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する。また、地方公共団体、民間団体等が実施する自殺の実態解明のための調査を支援する」と記載されているが、筆者等は、

①わが国における広範な心理学的剖検の実施可能性、ならびに、各地域で実施された調査にもとづく心理学的剖検データベース・システムのあり方について検討すること、

②公的機関の地域保健従事者が日常業務において接触可能であった自殺事例の臨床類型（ライフステージ、精神医学的問題、社会的要因、自殺にいたるまでの縦断的経過と支援の状況を考慮した臨床類型）を明らかにし、各類型における自殺の関連要因、ならびに自殺予防の介入ポイント・支援のあり方について検討すること、

③公的機関の地域保健従事者が日常業務において接触可能な遺族に関して、自殺者の臨床類型に応じた地域保健における支援のあり方を明らかにすること、

を目的に、心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」に取り組んでいるところである。

第3期の国家対策は、自殺の社会的要因の背景にある制度・慣行そのものの見直しを進めることも視野に入れているが、制度・慣行の見直しは十分な根拠をもって行うことがなければ、却って社会に混乱を生じる恐れがある。制度・慣行にもさまざまなものがあると思うが、社会構造の変化や、制度・慣行が自殺の問題にどのように影響しているか、具体的に分析することが中長期的な国家対策に何よりも必要と思われる

る。

筆者は、自殺対策の中長期的目標は、明治以降おおむね15～20で推移してきたわが国の自殺死亡率を10～15で推移していくようにすることであり、これこそが制度・慣行の見直しと自殺防止の国家対策のつながるところと考えている。

文献

- 1) 齊藤友紀雄：日本自殺予防学会，最新精神医学10(2)：211-217，2005
- 2) 健康日本21企画検討会，健康日本21計画策定検討会：21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）について報告書，2000
- 3) 三觜文雄，月崎時央，吉川武彦ほか：誌上座談会「今後の精神保健研究—社会の求めるもの」，精神保健研究46:47-58，2000
- 4) 自殺防止対策有識者懇談会：自殺防止対策有識者懇談会中間とりまとめ「自殺予防に向けての提言について」，2002
- 5) 自殺防止対策有識者懇談会：「自殺予防に向けての提言」，2002
- 6) 地域におけるうつ対策検討会：うつ対策推進方策マニュアル-都道府県・市町村職員のために-，2004
- 7) 地域におけるうつ対策検討会：うつ対応マニュアル-保健医療従事者のために-，2004
- 8) 竹島 正，三宅由子，佐名手三恵：自殺予防対策の実態と応用に関する研究—都道府県・政令指定都市における自殺予防対策の実態について，平成14年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「自殺と防止対策の実態に関する研究（主任研究者：今田寛陸）」総括・分担研究報告書：137-157，2003
- 9) 自殺対策支援センターライフリンク，日本ののちの電話連盟，東京自殺防止センターほか：『自殺総合対策の実現に向けて』～自殺対策の現場から「国へ5つの提言」～，2005
- 10) 自殺対策関係省庁連絡会議：自殺予防に向けての政府の総合的な対策について，2005
- 11) 自殺総合対策の在り方検討会：自殺総合対策の在り方検討会報告書「総合的な自殺対策の推進に関する提言」，2007
- 12) 自殺総合対策大綱，2007
- 13) 竹島 正：精神保健計画部とモニタリング研究，精神保健研究49：5-9，2003

自殺対策に関する行政の取り組み

竹 島 正 勝 又 陽 太 郎

(国立精神・神経センター精神保健研究所)

I. はじめに

「自殺の概要資料」（警察庁生活安全局地域課）によれば、わが国の自殺者数は平成10年に急増して3万人を超え、以後その水準で推移している。世界的に見ても主要国首脳会議（G8）の中でロシアに次いで2番目に高い自殺死亡率であり、自殺対策は喫緊の課題となっている。本稿では、平成10年以降のわが国の自殺対策について、国および地方自治体の取組を中心に報告する。

II. 国の自殺対策

1. 厚生労働省を中心とした取組

平成10年の自殺死亡者数急増以降、平成16年までは、主に厚生労働省を中心に対策が進められてきた。平成12年に21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」が数値目標として示され、翌年には自殺防止対策事業が予算化された。平成14年12月には、平成13年度の自殺防止対策事業として設置された自殺防止対策有識者懇談会から「自殺予防に向けての提言」が報告された。この提言には、自殺予防対策として「実態把握」、「普及・啓発や教育」、「危機介入」、「事後対策～自殺未遂者や自殺未遂者・死亡者の家族、友人等の周囲の者に対する相談・支援」、さらには「その他」

として報道・メディアに望まれることなどがまとめられている。そして懇談会設置の経緯と趣旨に「うつ病等対策などの精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会的、文化的、経済的観点等からの、多角的な検討と包括的な対策が必要となる」と記されている。この考え方は、後の自殺対策基本法の理念に通じるものと考えられる。また、この提言の中で、各種の調査研究、相談体制の整備、情報発信、自殺予防対策の提案等を一括して行ういわゆる「自殺予防センター」機能の必要性に言及している。自殺防止対策有識者懇談会の提言を受け、平成15年には、厚生労働省において「地域におけるうつ対策検討会」が設置された。検討会では、うつ病について地域の関係者が適切なサポートを実施できるようになるためのマニュアルづくりを進め、都道府県・市町村職員を対象とした「うつ対策推進方策マニュアル」、および保健医療従事者を対象とした「うつ対応マニュアル」が策定され、行政として、うつ対策を進めていく基盤になった。平成17年には、大規模多施設共同研究で効果的な介入方法に関するエビデンスを構築し、今後の自殺防止対策に役立てることを目的とした「自殺対策のための戦略研究」が開始された。

2、行政全体の取組へ

自殺防止対策有識者懇談会等の提言が行われ、それに基づいてうつ対策が取り組まれるようになったが、実際に講じられた施策は、提言に示された総合的な視点を持つには至らなかった。また、遺族や自殺未遂者に対する取組が不足していた。さらに、地域保健、産業保健としての取組も、自殺率が高く、関心の高い一部の地域では積極的な取組が見られるものの、それ以外の地域では具体的な進捗がみられなかった。

自殺者数が3万人を越す状態はその後も続き、平成17年7月19日に参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされた。これを受けて9月27日には自殺対策関係省庁連絡会議が発足し、12月26日に開催された第2回自殺対策関係省庁連絡会議において「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」が示され、関係省庁が一体となって自殺問題に取り組み、今後10年間で自殺者数を1998年の急増以前の水準に戻すことが目標として明記された。こうして、厚生労働省中心に実施されてきた対策は、関係省庁が連携した総合的な自殺対策に展開していく準備が整った。この間の行政の動きを反映して、平成17年8月には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」をもとに、精神保健研究所のホームページ内に自殺予防対策支援ページ「いきる」の立ち上げ研究が行われた。この成果は、現在の自殺予防総合対策センターホームページ「いきる」に引き継がれている。

平成18年3月31日には、厚生労働省社会・

援護局障害保健福祉部長より、各都道府県・政令指定市の長に、自殺予防に向けての総合的な対策の推進に関する通知が出され、平成19年度中の自殺対策連絡協議会の設置を求めている。また厚生労働省労働基準局長より各都道府県の労働局長に労働者の心の健康の保持増進のための指針が通知された。このように平成17年度は、厚生労働省を中心とした自殺対策が政府全体に広がっていった年と考えることができる。

3、社会全体の取組へ

自殺対策が政府全体に広がる一方で、国会においても大きな動きが見られた。議員立法として提出された自殺対策基本法は、平成18年6月15日に可決され、同年10月28日に施行された。自殺対策基本法では、自殺を個人的な問題としてとらえるべきものではなく、その背景にさまざまな社会的要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならないと述べている。また、国・地方公共団体には自殺対策を策定・実施する責務が課せられ、事業主にも労働者の心の健康を保持する等の措置を講ずる責務が課せられた（図1）。平成18年11月7日には、自殺対策基本法をもとに、内閣官房長官を会長とし、自殺対策に関わる関係省庁の国务大臣を委員とする「自殺総合対策会議」が設置された。自殺総合対策会議は、自殺対策基本法のもとで、基本的かつ総合的な自殺対策の大綱案を作成することとされており、この会議での決定に基づき、平成18年11月20日に内閣府に「自殺総合対策の在り方検討会」が設置され、その報告書は平成19年4月に公表された。

また平成19年4月1日には、国、地方公共

団体、民間団体などの相互の密接な連携の下、自殺総合対策を推進することを明らかにするため、内閣府に自殺対策推進室が設置され、自殺総合対策大綱に基づく総合対策を本格的に推進することとなった。その後、自殺総合対策会議を経て、平成19年6月8日に「自殺総合対策大綱」が閣議決定された。

自殺総合対策大綱は、「自殺対策の基本的考え方」、「世代別の自殺の特徴と自殺対

策の方向」、「自殺を予防するための当面の重点施策」、「自殺対策の数値目標」、「推進体制等」で構成されており（図2）、当面の重点施策として、自殺対策基本法に示された基本的施策に基づいて9つの領域が示されている（図3）。自殺総合対策大綱は、わが国の自殺対策における国家戦略であるが、自殺対策を社会的要因も含めて総合的に取り組む方法に方向づけた点にその特徴がある。

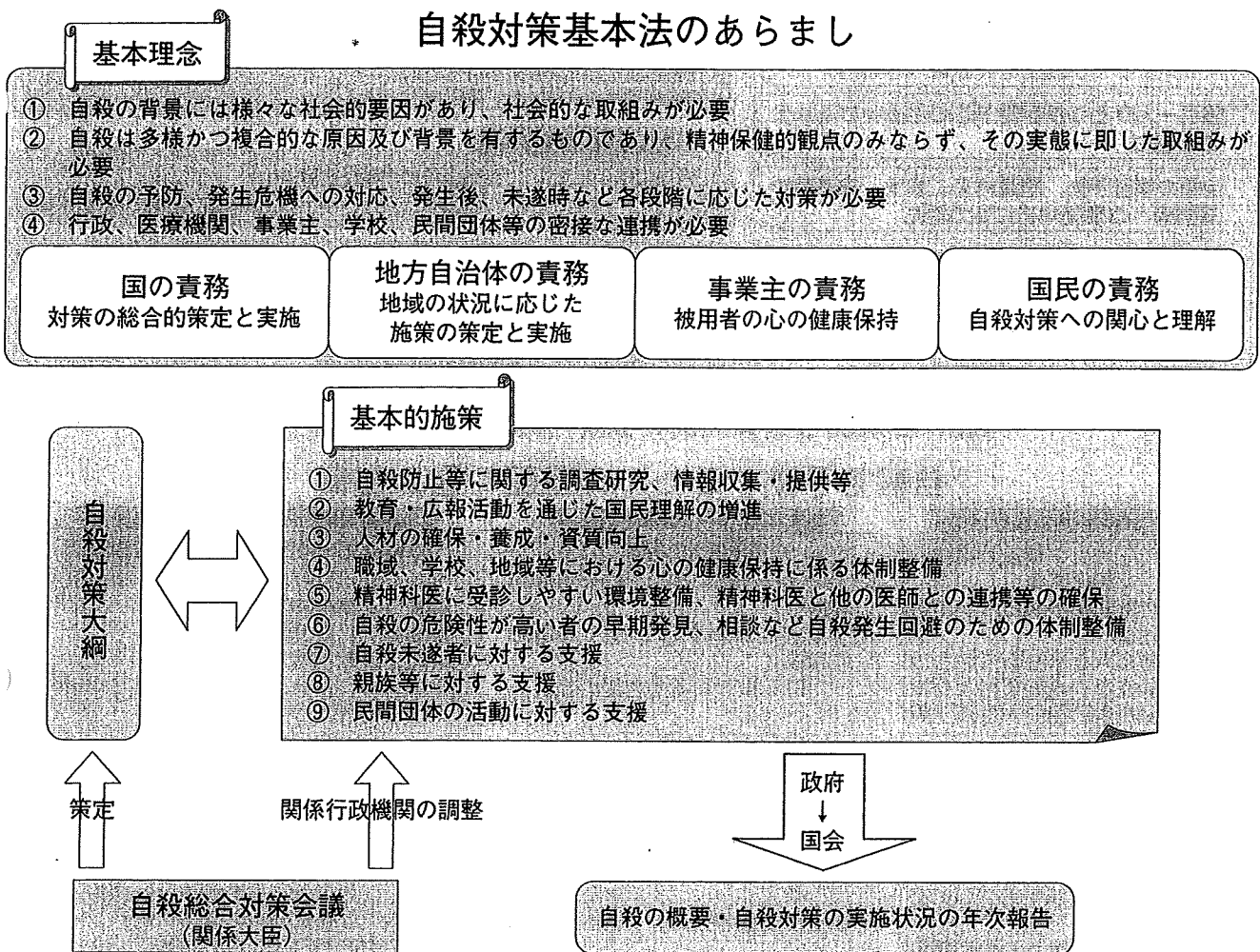


図1. 自殺対策基本法のあらまし（厚生労働省作成）

自殺総合対策大綱の概要

資料1

現状と基本認識

- (現状)**
- 平成10年に自殺者数が3万人を超え、以降、9年連続で高い水準で推移。
欧米の先進諸国と比較しても高い水準
 - 世代別の自殺の現状
 - ・将来ある子どもの自殺や20代、30代のインターネット自殺が問題化
 - ・心理的、社会的負担の大きい中高年男性が自殺者急増の主要因
 - ・高齢者は、健康問題に加え、介護、看病疲れも課題

(基本認識)

- ◇自殺は追い込まれた末の死
 - ・多くの自殺は個人の自由な意思や選択の結果ではなく、社会的要因を含む様々な要因が複雑に関係して、心理的に追い込まれた末の死
 - ・自殺者の多くは、自殺の直前にうつ病等の精神疾患に罹患
- ◇自殺は防ぐことができる
 - ・制度、慣行の見直しや相談・支援体制の整備という社会的な取組とうつ病等の精神疾患に対する適切な治療により予防が可能。
- ◇自殺を考えている人はサインを発している
 - ・家族や同僚の気づきを自殺予防につなげていくことが課題

基本的考え方

- 社会的要因も踏まえ総合的に取り組む
 - ・働き方の見直しや再チャレンジが可能な社会の構築、失業、多重債務等の相談支援体制の整備
 - ・うつ病の早期発見、早期治療
 - ・命の大切さの理解を深めるとともに、自殺や精神疾患に対する偏見をなくす取組
 - ・マスメディアの自主的な取組への期待
- 国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む
- 自殺の事前予防、危機対応に加え、未遂者や遺族等への事後対応に取り組む
- 関係者が連携して包括的に支える
- 実態解明を進める
当面、これまでの知見に基づき施策を展開
- 中長期的視点に立って、継続的に進める

当面の重点施策

- 自殺の実態を明らかにする
- 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
- 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する。
- 心の健康づくりを進める
- 適切な精神科医療を受けられるようにする
- 社会的な取組で自殺を防ぐ
- 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ
- 遭された人の苦痛を和らげる
- 民間団体との連携を強化する

自殺対策の数値目標

- 平成28年までに、自殺率を20%以上減少
- なお、一人でも多くの自殺を考えている人を救うため、早期の目標達成に努力
- 目標達成の場合、見直し期間にかかわらず数値目標を見直す

推進体制

- 国、地方それぞれに関係行政機関、民間団体等相互の緊密な連携・協力
- 評価見直しへの民間有識者の関与
- 5年後を目途に見直し

図2. 自殺総合対策大綱の概要（内閣府HPより抜粋）

自殺を予防するための当面の重点施策

自殺の実態を明らかにする

- 実態解明のための調査の実施
- 情報提供体制の充実
- 児童生徒の自殺予防についての調査の推進
- 脳科学等様々な分野からのうつ病等精神疾患の病態解明及び診断・治療技術の開発・普及等

国民一人ひとりの気づきと見守りを促す

- 自殺予防週間の設定と啓発事業の実施
- 児童生徒の自殺予防に資する教育の実施
- うつ病に関する普及啓発の推進

早期対応の中心的役割を果たす人材（ゲートキーパー）を養成する

- かかりつけ医師等のうつ病等の精神疾患の診断・治療技術の向上
- 教職員への普及啓発等の実施
- 介護支援専門員への研修
- 多重債務、失業、経営難に関連する相談員の資質の向上等

心の健康づくりを進める

- 労働者が相談しやすい環境整備等の職場におけるメンタルヘルス対策の推進
- 精神保健福祉センター等地域の心の健康相談に関する窓口の充実
- スクールカウンセラーの配置等学校における相談体制の充実

適切な精神科医療を受けられるようにする

- 精神科医をサポートする人材養成など精神科医療体制の充実
- うつ病の受診率の向上
- うつ病スクリーニングの実施
- 慢性疾患患者等に対する支援

社会的な取組で自殺を防ぐ

- 地域における相談しやすい体制整備の促進
- 多重債務、失業者の相談窓口の充実
- 経営者の再チャレンジ支援
- ホームドア・ホーム柵の普及
- ネット上の自殺予告事案への対応等
- 介護者への支援の充実
- いじめ電話相談等の体制整備
- ニート状態の若者の自立支援等

自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ

- 救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実
- 家族等身近な人の見守りに対する支援

遭された人の苦痛を和らげる

- 自殺者の遺族のための自助グループの運営支援
- 学校、職場での自殺発生直後の身近な人へのケア等事後対応の促進
- 遺族のための相談窓口一覧や民間団体の連絡先を掲載したパンフレットの作成・配布

民間団体との連携を強化する

- 民間団体の人材育成に対する支援
- 地域における公的機関との連携体制の確立
- 民間団体の電話相談事業への支援
- 民間団体の先駆的・試行的取組に対する支援

図3. 自殺総合対策大綱「自殺を予防するための当面の重点施策」（内閣府HPから抜粋）

Ⅲ. 地方自治体における取組

地方自治体における取組は新潟県松之山町における高齢者に対する自殺予防活動に始まると考えられている。昭和61年から、大学の精神科医、町内の診療所医師や保健師等の連携で、うつ病のスクリーニング、面接、診断、その後のフォローなどを行い、10年間の活動によって自殺者数が減少した。この活動は必ずしも行政主導ではないが、地域と専門機関との連携による取組例として、後の活動に大きな影響を与えた⁸⁾。このほか、平成7年に秋田県由利町（現・由利本荘市）において、町、保健所、地元の有識者等を中心に「こころの健康づくりを考える会」が結成され、平成4～6年の間に町内で起こった全自殺について家族への訪問調査が行われている⁹⁾。

平成10年の自殺者急増以降は、特に自殺死亡率の高い都道府県を中心に独自の取組が広がっていった。秋田県では、平成12年度当初予算に、自殺予防に関する普及・啓発活動、および自殺予防に関する調査を行うための予算を確保し、県レベルでの自殺予防事業を行うこととなった。具体的には、6つの町が自殺予防モデル事業の対象に選定され、各地域において「情報提供および予防意識の啓発」、「相談体制の充実」、「うつ病対策の推進」、「予防研究」が実施された⁷⁾。また、青森県では平成13年度より、こころのヘルスアップ事業において、県内6保健所の管轄市町村の中から9市町村を選定して心の健康づくりのための調査を実施し、調査結果に基づいた保健活動を展開した⁶⁾。しかし、関心の高い一部の地域以外では具体的な進捗はみられず、平成14年度

において自殺予防対策事業を実施していた都道府県・政令指定市は8箇所（13.6%）、自殺予防のための広域的な組織やネットワークがあるのは6箇所（10.2%）であった⁹⁾。

平成17年12月の自殺対策関係省庁連絡会議の報告書「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」には、2年以内を目途にすべての都道府県において自殺対策連絡協議会を設置されるよう促すことが明記されたが、この前後から地方自治体の取組は大きく変わっていった。さらに、平成18年6月に自殺対策基本法が成立し、地方公共団体の責務および基本的施策が示されたことは、地方自治体の取組を大きく進めることになった。

平成19年6月に内閣府自殺対策推進室と自殺予防総合対策センターは、連名で全国の都道府県・政令指定市を対象に、自殺総合対策に関する取組状況の調査を行っている。

各都道府県・政令指定市における自殺対策連絡協議会の設置状況については、平成18年10月の自殺対策基本法施行時自殺予防総合対策センターでは「設置済み」が21箇所であったが、平成19年6月には47箇所（73.4%）の都道府県・政令指定市において「設置済み（設置予定日確定を含む）」であり、19年度中にはすべての都道府県・政令指定市に設置予定との回答であった（表1）。さらに、各都道府県・政令指定都市における自殺対策に関する予算と事業概要について調査したところ、ほとんどすべての都道府県・政令指定市で事業予算を確保していた。さらに、複数の都道府県・政令指定都市が共同して自殺対策に取り組む例もいくつか見られた。地方自治体におい

ても、国の動きに呼応して、自殺対策は確実に普及してきている。

表1 自殺対策連絡協議会設置状況一覧 (自殺予防総合対策センターHP「いきる」から抜粋)
平成19年6月13日調査時点

		設置している・設置日まで確定している		設置していない 設置の予定
		名称	設置年月日	
北海道		北海道自殺予防対策連絡会議 (北海道・札幌市共同設置)	平成19年3月15日	—
青森県		青森県自殺対策連絡協議会	平成18年10月11日	—
岩手県		岩手県自殺予防対策推進協議会	平成18年5月18日	—
宮城県		宮城県自殺予防対策ネットワーク会議	平成18年3月15日	—
秋田県		秋田県健康づくり審議会・心の健康づくり推進分科会	平成14年1月24日	—
山形県		自殺予防対策推進会議	平成16年7月12日	—
福島県		福島県自殺対策推進協議会	平成19年3月22日	—
茨城県		茨城県自殺対策連絡協議会	平成19年7月3日	—
栃木県		—	—	有 (19年7月頃)
群馬県		群馬県自殺防止対策会議	平成17年8月1日	—
埼玉県		埼玉県自殺対策連絡協議会 (埼玉県・さいたま市共同開催)	平成19年1月19日	—
千葉県		千葉県自殺対策連絡協議会	平成18年2月24日	—
東京都		自殺総合対策東京会議	平成19年6月15日	—
神奈川県		かながわ自殺対策会議 (仮称)	平成19年8月7日	—
新潟県		新潟県自殺対策推進協議会 ※1	平成19年7月1日	—
富山県		富山県自殺対策推進協議会	平成18年12月19日	—
石川県		石川県自殺対策連絡協議会	平成18年10月20日	—
福井県		自殺・ストレス防止対策協議会	平成18年6月9日	—
山梨県		—	—	有 (19年8月頃)
長野県		長野県自殺対策連絡協議会	平成19年3月20日	—
岐阜県		岐阜県自殺予防対策協議会	—	有 (19年7月頃)
静岡県		—	—	有 (19年8月頃)
愛知県		愛知県自殺対策推進協議会	平成19年7月4日	—
三重県		三重県自殺予防対策推進協議会	平成18年8月31日	—
滋賀県		—	—	有 (19年夏～秋頃)
京都府		京都府自殺対策連絡協議会	平成18年10月30日	—
大阪府		大阪府自殺対策連絡協議会	平成18年12月5日	—
兵庫県		兵庫県自殺対策連絡協議会	平成18年11月27日	—
奈良県		—	—	有 (19年9月頃)
和歌山県		—	—	有 (19年度中)
鳥取県		鳥取県自殺予防対策連絡協議会	平成18年8月16日	—
島根県		園城自殺予防対策連絡会	平成17年4月	—
岡山県		岡山県自殺対策連絡協議会	平成18年11月29日	—
広島県		広島県自殺対策連絡協議会	平成18年7月2日	—
山口県		—	—	有 (19年7月頃)
徳島県		徳島県自殺対策連絡協議会	平成18年8月21日	—
香川県		香川県自殺対策連絡協議会	平成18年8月9日	—
愛媛県		愛媛県自殺予防対策連絡協議会	平成18年11月30日	—
高知県		高知県自殺対策連絡協議会	平成19年4月11日	—
福岡県		福岡県自殺対策連絡協議会	平成19年1月31日	—
佐賀県		佐賀県自殺対策協議会	平成14年5月30日	—
長崎県		長崎県自殺対策連絡協議会 ※2	平成19年1月17日	—
熊本県		熊本県自殺対策連絡協議会	平成19年3月27日	—
大分県		—	—	有 (19年7月頃)
宮崎県		宮崎県自殺対策協議会	平成18年8月9日	—
鹿児島県		—	—	有 (19年8月頃)
沖縄県		沖縄県自殺対策連絡協議会 ※3	平成18年8月25日	—
札幌市		北海道自殺予防対策連絡会議 (北海道・札幌市共同設置)	平成19年3月15日	—
仙台市		—	—	有 (19年9月頃)
さいたま市		埼玉県自殺対策連絡協議会 (埼玉県・さいたま市共同開催)	平成19年1月19日	—
川崎市		かながわ自殺対策会議 (仮称)	平成19年8月7日	—
千葉市		千葉県自殺対策連絡協議会	平成19年4月～参加	—
横浜市		かながわ自殺対策会議 (仮称)	平成19年8月7日	—
新潟市		—	—	有 (19年度中)
静岡市		—	—	有 (19年7月頃)
浜松市		—	—	有 (20年)
名古屋市		名古屋市自殺対策連絡協議会	平成19年5月16日	—
京都市		—	—	有 (19年7月頃)
大阪市		大阪府に参画 ※4	—	—
堺市		堺市自殺防止対策連絡懇話会	平成19年4月1日	—
神戸市		こうべこころの健康づくり委員会	平成19年3月1日	—
広島市		広島市うつ病・自殺対策推進協議会	平成18年9月11日	—
北九州市		—	—	有 (19年度中)
福岡市		福岡市自殺対策協議会	平成18年11月14日	—
設置・予定確定		36都道府県 11政令指定都市		
設置予定		11都道府県 6政令指定都市		

※1 平成15年10月1日に新潟県自殺予防対策推進協議会、平成17年10月1日に新潟県自殺予防対策会議設置
 ※2 平成18年12月25日長崎県自殺対策専門委員会設置
 ※3 平成18年8月25日自殺対策県機関連絡協議会設置
 ※4 大阪府自殺対策連絡協議会に委員として参画。大阪市は設置せず。

IV. 自殺の実態分析

自殺総合対策大綱には「当面の重点施策」の第一に「自殺の実態を明らかにする」ことを挙げ、その中で「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」ことを明記されている。これまで、わが国における自殺の実態把握には、厚生労働省の人口動態調査に基づく保健統計、警察庁生活安全局地域課の「自殺の概要資料」が用いられてきた。人口動態調査に基づく保健統計からは自殺死亡の発生はかなり正確に把握できるが、自殺の原因および背景は把握されない。警察庁生活安全局地域課の「自殺の概要資料」には自殺の原因・動機に関する情報が含まれているが、事前に設定された項目群から考えられる原因等を選択する形をとっており、自殺に至るまでの詳細な経過や、自殺の多様かつ複合的な原因及び背景を明らかにすることはできない(表2)。

表2. 主要調査の比較

	人口動態調査	警察庁自殺の概要資料	心理学的剖検
対象事例数	全数	全数	抽出(一部)
保健統計	○	△	×
自殺手段	△	○	○
原因・動機	×	○	○ (詳細)
生活歴	×	△	○ (詳細)
生活出来事	×	△	○ (詳細)

自殺対策を社会的要因も含めて総合的に進めていくためには、自殺に至る複雑な背景情報を、可能な範囲で、できる限り正確に把握することが必要であり、自殺研究に特異的な方法論である心理学的剖検 *psychological autopsy* を用いた研究は欠かせない。

心理学的剖検は、ロサンゼルス自殺予防センターの共同創設者であるシュナイドマンとファーブロウが1958年に提唱した³⁾。現在では自殺の理由を説明し、予防的介入のための疫学データベースを構築する際にも用いられる手法であるが、もともとは死因を明らかにしようとする検死官や監察医を援助するための方法の一つとして開発された。この手法は諸外国においても、自殺の実態調査として用いられており、自殺予防対策の国家戦略に寄与してきた⁴⁾。国を挙げて自殺対策に取り組んだフィンランドの対策の外部評価においては、国家の広範にわたる心理学的剖検研究の実施は、専門家や自治体の関心を喚起し、さらに自殺対策を促進し自殺に対する理不尽な恐れを減少させた可能性があったと指摘している¹⁾。

わが国で実施された心理学的剖検の例として張(2006)の報告があるが、大規模な調査はこれまで難しいとされてきた²⁾。筆者の把握する限り、諸外国と比較して、わが国で実施された心理学的剖検の研究数は未だに少ない。

筆者らは、社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイントなどを明確化するため、また遺族支援のニーズを明らかにするため、心理学的剖検を用いた自殺の実態分析の方法

を検討してきた。まず文献レビューと、北京自殺研究・予防センターで実施された心理学的剖検全国調査票（症例・対照研究）をもとに、調査票と調査実施マニュアルを開発し、平成17年度にはフィージビリティスタディ（実現可能性調査）を実施した⁴⁾。さらに、平成18年度にはパイロットスタディを実施し、本格的な調査実施の準備を進めてきた⁵⁾。

心理学的剖検の手法は、主として自殺者の遺族から話を聞く調査方法であるため、遺族の心情に十分配慮して調査を行う必要がある。調査によって遺族を傷つけることを危惧する意見はあったが、これまでの経験からは、調査という場においてさえ、語ることで遺族の喪の作業になったと推測可能な事例もあった。

わが国においても自殺にこれまで自殺に関する研究や臨床経験が蓄積され、自殺の原因や背景についても様々な推測がなされているが、十分に検証されていないことも多く残されている。

わが国の自殺対策の推進において実態解明は不可欠である。国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センターにおいては、科学的な根拠に基づく自殺の実態把握を進め、自殺に至るまでの詳細な経過や、自殺の多様かつ複合的な原因及び背景を明らかにして、長期的な自殺対策に貢献していく予定である。

引用文献

- 1) Beskow, J., Kerkhof, A., Kokkola, A., et al.: SUICIDE PREVENTION IN FINLAND 1986-1996: External evaluation by an international peer group. Helsinki, 1999.
- 2) 張賢徳：精神科医からのメッセージ 人はなぜ自殺するのか、心理学的剖検調査から見えてくるもの 勉誠出版, 東京, 2006.
- 3) Evans, E., & Farberow, N. L.: The Encyclopedia of Suicide. 1988. 高橋祥友（監）, 小川真弓, 徳永優子, 吉田美樹（訳）自殺予防事典. 明石書店, 東京, 2006.
- 4) 川上憲人, 高橋祥友, 井上快ら.: 自殺の心理学的剖検症例・対照研究のレビューとわが国における面接票の開発. 平成17年度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. 総括・分担研究報告書(監), 1-9, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2006.
- 5) 川上憲人, 竹島正, 高橋祥友ら: 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究：症例・対照研究による自殺関連要因の分析. 平成18年度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. 総括・分担研究報告書, 7-26, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2007.
- 6) 本橋豊, 渡邊直樹: 自殺は予防できる, ヘルスプロモーションとしての行動計画と心の健康づくり活動. すぴか書房, 埼玉, 2005.
- 7) 本橋豊: 自殺が減ったまち, 秋田県の挑戦. 岩波書店, 東京, 2006.
- 8) 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏, 須賀良一, 小熊隆夫, 小泉毅.: 新潟県東頸城郡

松之山町における老人自殺予防活動－
老年期うつ病を中心に－. 精神神経誌,
100(7); 469-485, 1998.

- 9) 竹島正, 三宅由子, 佐名手三恵: 自殺
予防対策の実態と応用に関する研究－
都道府県・政令指定都市における自殺
予防対策の実態について－. 平成14年
度厚生科学研究費補助金(こころの健
康科学研究事業)自殺と防止対策の実
態に関する研究. 総括・分担研究報告書,
137-157, 国立精神・神経センター精
神保健研究所, 東京, 2003.

引用・参考Webページ

- 1) 自殺予防総合対策センターホームペー
ジ「いきる」[http://www.ncnp.go.jp/
ikiru-hp/index.html](http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html)
- 2) 警察庁: 平成18年自殺の概要資料. 生活
安全の確保に関する統計, 2007. [http://
www.npa.go.jp/toukei/chiiki8/
20070607.pdf](http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki8/20070607.pdf)
- 3) 内閣府自殺対策ホームページ: [http://
www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku)
- 4) World Health Organization: Country
reports and charts available. Web
page:[http://www.who.int/mental_health/
prevention/suicide/country_reports/
en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)

特集

自殺を防ぐ

我が国の自殺者数は、平成十年に三万人を突破して以来、減少傾向を見せ、平成十八年に自殺の社会的な要因に踏み込んだ自殺対策基本法が制定された。翌年には自殺総合対策大綱が閣議決定された。

自治体でも多くの取り組みがなされているが、保健センターでは何をどのような役割を果たせばいいのか、手探りの状態だ。

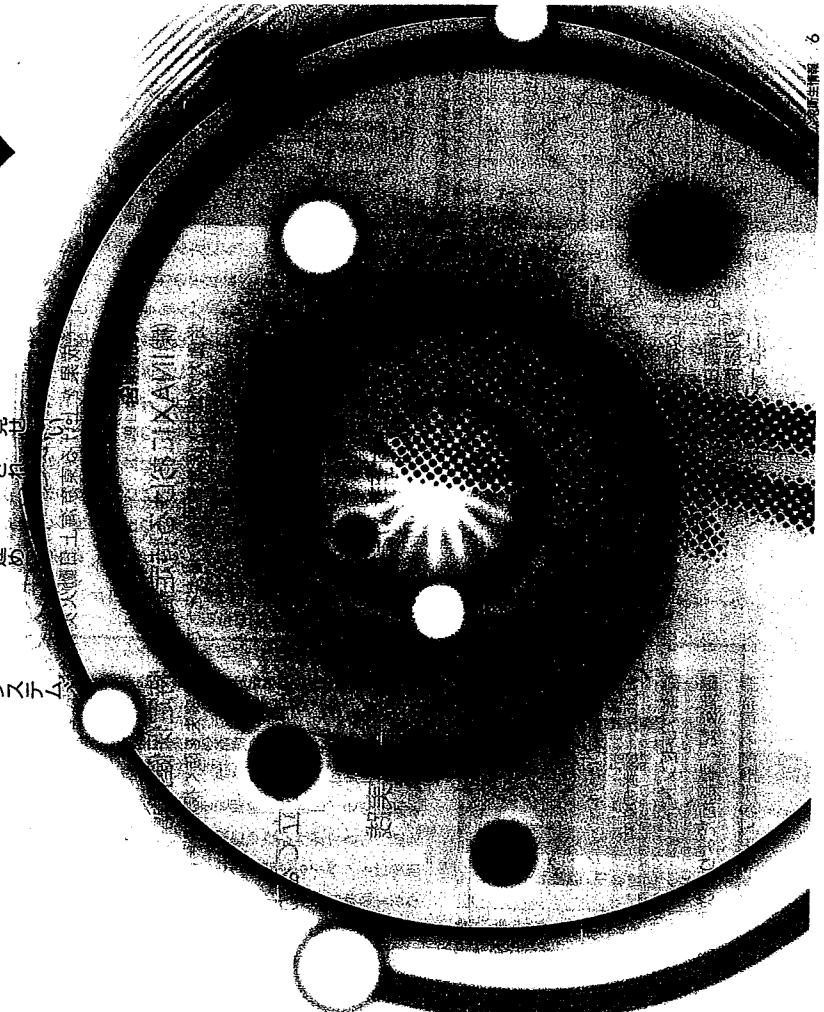
そうしたなか、秋田県では総合的な対策を展開し自殺者数を減らした。

静岡県も、薬剤師会による処方箋や医師会による精神科医への紹介システム、睡眠キャンペーンに着手し、果たすべき役割を果している。

今月号では、これら先進県の取材をするともに、

自殺予防総合対策センター長の竹島正氏に、日本の自殺の現状、

さらには保健センターの関与のあり方についてインタビューした。



インタビュー

国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター長
竹島 正氏

自殺予防は「生きる」とくの支援 — そんな視点で従来の活動と資源を活かせば 自殺はきっと減らせるはず

自殺対策基本法が制定された。世の中、自殺の取り組みが活発化していき、自治体間にも連携が広がるのが望ましい。自殺には、自殺対策基本法という大きな枠組みがあるが、それだけではなく、地域に根ざった活動が必要だ。自治体には、自殺対策基本法に基づき、自殺の社会的な要因に踏み込んだ自殺対策基本法が制定された。翌年には自殺総合対策大綱が閣議決定された。自治体でも多くの取り組みがなされているが、保健センターでは何をどのような役割を果たせばいいのか、手探りの状態だ。こうしたなか、秋田県では総合的な対策を展開し自殺者数を減らした。静岡県も、薬剤師会による処方箋や医師会による精神科医への紹介システム、睡眠キャンペーンに着手し、果たすべき役割を果している。今月号では、これら先進県の取材をするともに、自殺予防総合対策センター長の竹島正氏に、日本の自殺の現状、さらには保健センターの関与のあり方についてインタビューした。



竹島 正 (たけしま・まさお)

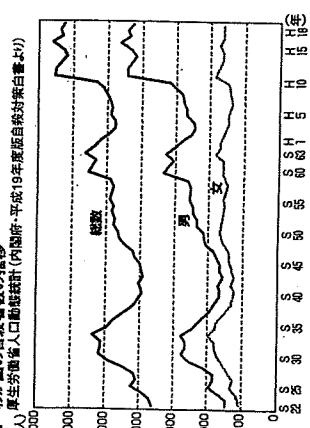
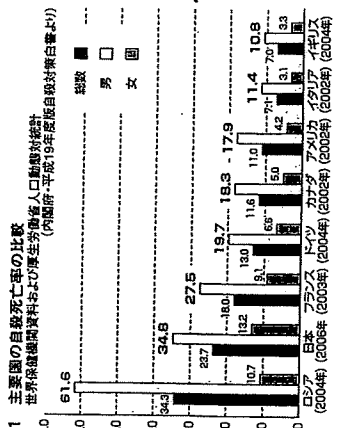
昭和30年東京都生まれ、65年自治医科大学卒業。66年自治医科大学大学院修了。68年より精神科、69年自治医科大学精神科部長、71年自治医科大学精神科部長、73年自治医科大学精神科部長、75年自治医科大学精神科部長、77年自治医科大学精神科部長、79年より国立精神・神経センター自殺予防総合対策センター長、19年自治医科大学名誉教授。自殺予防総合対策センター長併任。

主筆をナットは中産層男性
しかし、若年層での増加傾向も懸念になる
——まず、最近の日本における自殺の現状、詳細について教えてください。
わが国の自殺率は、長期的には人口10万人に15〜20人程度で推移しています。80年代から90年代にかけては、ロシアに次いで2番目に自殺死亡率が低い状況となっております(図1参照)。
近年の最大の問題は、一九九二年に二万九千八百七十五人まで減少していた自殺者数が、一九九八年には、前年から約三割も急増して三万一千七百五十八人と初めて三万人を突破し、以降、自殺率の低い状態が続いているという点です(図2)。
急増した当初は、「中産層」「無職」「都市部」の男性の自殺が目立ちました。ところが最近では、地方においても自殺の増加

が目立っています。
さらに急増するのは、課題視されてきた四〇〜五〇歳代より下の、やや若い世代が増加してきている点です(次頁図3)。マスコミ報道により、中高年層ばかり注目されていますが、実はより若い層を含めた成人層全体で増えているわけです。われわれは、この層にもしっかりと目を向けなければなりません。
——本誌では二〇〇四年と比べて、若者の自殺をストップせよ」と題し、国際的には主要課題である若年層の自殺対策特集しました。この層には問題はありますか。
わが国においては、二〇〇〇年度の若年層の自殺の割合は、全体の二割程度と必ずしも多くはありません。
しかし最近、児童相談所への児童虐待の通告や相談の件数が増えているのが気がか

りです。嗜好は自殺の危険因子であるため、今後、未成年層での自殺が増えなるとは言い切れず、注意喚起が必要とされます。近年の自殺対策は、「中高年」「無職」「都市部

をターゲットとして進められてきました。が、今後はもう少し層を広げ、これらのハイリスク層にも目を向けた対策を急いでいく必要があると聞いています。



基本法や大綱の整備などにより 国家的な対策にまで進展

—近年、自殺対策が強化されている背景には、自殺対策基本法の施行や、閣議決定された自殺総合対策大綱の存在があると思えます。その意義をどうお考えですか。

自殺対策基本法(図4)や大綱ができる以前の状況を考えれば、その意義が依然際立っています。

当初は厚生労働省を中心に対策が取られていましたが、たとえば二〇〇三年当時、健康日本21地方計画に自殺予防の目標を掲げていた都道府県等は七四・六%あった一方で、実際に自殺予防対策を実施していたのは一三・六%に過ぎませんでした。

その後、対策の主体は厚生労働省から関係府庁にまで拡大し、二〇〇五年十二月にまとめられた自殺対策関係各府庁連合会議報告書「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」(国立精神・神経センターホームページhttp://www.ncnp.go.jp/kirip/measure/051226_03-1.pdf)には、相談体制の充実や成功事例についての情報提供、放棄の監視防止などのための取組へのホムドア・ホムド機の設置、生業者の早期就業支援といったさまざまな対策が示されるようになりました。しかし、実際の取組事例は、自殺者の甚しい一部の自治体には限られていたのが実情でした。

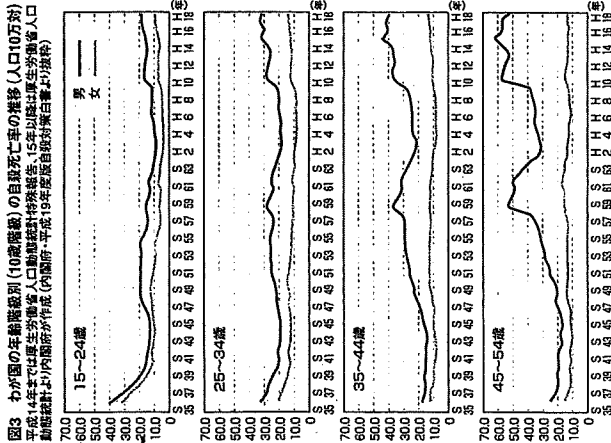


図3 わが国の年齢階級別(10都府県)の自殺死亡の推移(人口10万対)

ところが、自殺対策基本法(国立精神・神経センターホームページhttp://www.ncnp.go.jp/kirip/measure/jisatsutaisaku/ehonhou1.pdf#search=「自殺対策基本法」)が議員立法として提出されて、二〇〇六年六月に可決されたからは、二〇〇七年度中にすべての都道府県に国選代表や国選者、関係セクションなどからなる自殺対策連絡協議会が設置される見込みとなり、ほとんどの都道府県が自殺対策に関する事業に取り組むようになりました。

もちろん取り組みの効果があらわれるのはこれからですが、厚生労働省中心の取組みから国家的な対策へと展開した意義は非常に大きいと言えます(表1、図5)。

その意味では、法律等の整備はことも意義があったと思えます。

重大な危険因子は精神疾患 しかしこれは「修正可能な因子」もある

—ところで、自殺対策のポイントは何だとお考えですか。

自殺の背景には多くの場合、精神疾患や精神障害が存在しています。VLD(世帯保護制度)の調査では、死亡前に九〇%以上が精神障害の状態にあったことがわかっています(図6)。日本国内の調査においても、七・八割くらいにこれらの問題があると考えられています。

自殺の危険因子には、表2のように「固

定した危険因子」と「潜在的に修正可能な危険因子」があると国際的には認識されており、精神障害なども後者のリスクの一つとされています。無気力状態であれば「死ね」という幻覚が聞こえたり、うつ病の場合には、回復期に自殺を考えた時に迷ってしまうなど、自殺予防に注意する必要があるとされています。まだ、アルコール依存症なども自殺をする割合が高いとされています。いずれにしても、精神障害や精神障害は、重大な危険因子であることが明らかです。

しかしこれらは「潜在的に修正可能な危険因子」であるということをお考えください。精神障害等はきちんと治療すれば「世直し」的なアプローチを行えば十分考えうる回復もいふことができます。

自殺の原因には、社会経済的な理由も少なくないことから、一部の職者は「自殺対策を精神医療・医療の問題として狭小化するから、自殺者を減らせないのだ」として精神保健医療的なアプローチを重視し過ぎる人もいます。しかし、社会経済的な対策を充実させれば自殺の問題が解決するほど人間は単純な存在ではないのです。

「世直し」的なアプローチを行えば十分考えうる回復もいふことができます。自殺の原因には、社会経済的な理由も少なくないことから、一部の職者は「自殺対策を精神医療・医療の問題として狭小化するから、自殺者を減らせないのだ」として精神保健医療的なアプローチを重視し過ぎる人もいます。しかし、社会経済的な対策を充実させれば自殺の問題が解決するほど人間は単純な存在ではないのです。

ば、予防できる余地がある、すなわち修正可能であるのです。自殺は適切な介入によって減らせる、ということなのです。

「修正可能な危険因子」を減らすというのが回復の従順ということですね。

その通りです。もう一つ、「保護因子」を増やすことも重要です。

二〇〇七年の自殺対策大綱において示された「自殺行動に至る過程」(図7)では、自殺の背景には実に多岐な要因があり、性格や気質、精神障害等の個人的、生物学的な要因から、取入や離婚、失業といった社会的な要因まで多岐にわたって示されています。そして、自殺にはそ

うような多岐な要因が複雑に絡み合っていて、危険因子を一つずつ減らしていくことが有効である一方、「保護因子」を増やすのも有効とされているのです。

われわれ関係者ができることは、危険因子を減らすことと同時に、「保護因子」をいかに増やすかということなのです。身近な相談者を増やすことや、精神障害などの危険因子があっても有効な治療につなげるということなどは、「保護因子」を増やすこととなります。

「保護因子」と「危険因子」は表裏の関係と考えるとよいでしょう。たとえば、ソーシャルサポートを考えた場合、「引きこもり」という状態は、苦痛になる刺激を受け

るという意味で一時的には「保護因子」になるけれど、その状態が長く続くと外部との関係性が途切れて「社会的孤立」という危険因子になります。あるときは「保護因子」になり、あるときは「危険因子」になるという理屈はおおむね正しいと思います。

したがって、自殺対策においては、「修正可能な危険因子」を減らす、「保護因子」を増やす、という意識を持つことが重要と言えます。

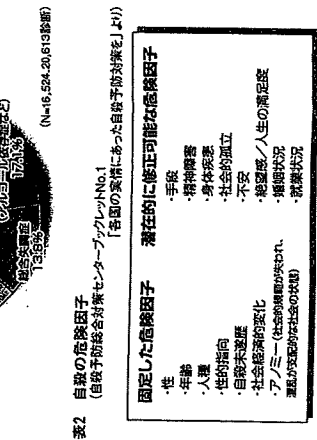
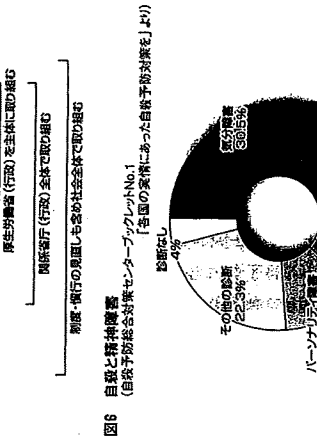
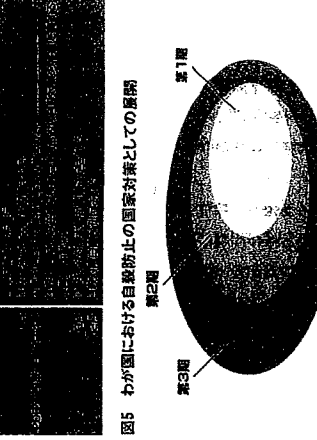
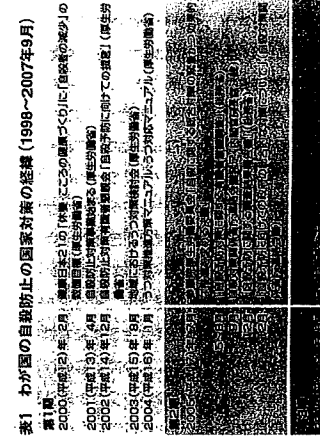
多重債務問題などの対応とともに 従前からの活動や資源の活用も重要

—自殺の要因は多岐であることから、多重債務問題などの社会経済的な対策、すな

わら「世直し」的なアプローチを行えば十分考えうる回復もいふことができます。

自殺の原因には、社会経済的な理由も少なくないことから、一部の職者は「自殺対策を精神医療・医療の問題として狭小化するから、自殺者を減らせないのだ」として精神保健医療的なアプローチを重視し過ぎる人もいます。しかし、社会経済的な対策を充実させれば自殺の問題が解決するほど人間は単純な存在ではないのです。

「世直し」的なアプローチを行えば十分考えうる回復もいふことができます。また、そうした社会経済的な問題を根絶し口々に持ち込むの中には、精神障害や精神障害などの課題を立するケースが少なからずあります。ただ



は、その程度はうつ病や依存症などの問題が絡んでいり場合があります。そういったときは、社会経済的な相談を福祉・生活や精神保健の相談窓口と連携させることが不可欠です。その上で、保健所などで対応する精神保健的な問題を抱えた人の中に、社会経済的な問題や福祉・生活の問題を抱えている人がいたら、それぞれの窓口につながるということが必要です。

すると、自殺対策において重要なのは、「精神保健的な相談・対応」と「福祉・生活的な相談・対応」そして多重債務や過重労働などの「社会経済的な相談・対応」がセプトになる必要があり、それぞれの窓口が密接に連携することが絶対条件となります。

—そうした対応は、従来から関係者が行ってきた活動のように思いますが……

まさに保健所や精神保健福祉センターなどの関係者が、日常の職務において実施してきたことです。つまり、自殺対策と重要なのは、そうした従来から行ってきた業務をしっかりと行うということです。

最近、この分野でもアウトリーチ（訪問型・出張型支援活動）という言葉がよく使われるようになっていますが、相談室と一緒に出て行き、そして関係者につながるという、以前から地域精神保健医療関係者が行ってきた支援の方法が自殺対策にお

いても極めて重要であると感じます。たとえば、精神疾患や精神障害を抱えた人が、多重債務や過重労働などの問題も有する場合には、「あの機関に社会経済的な相談に応じてくれる窓口があります」と伝えても、その必要性を判断できなかったり、その通りに行動に移せなかったりします。ですから、誰かが伴って案内するということも不可欠です。

それから最近つくづく感じるのは、保健所や精神保健福祉センターなどに関係する組織などの「地域資源」が、自殺予防に極めて有効であるということ。たとえば、断酒会などはその典型として、アルコール依存はうつと合併することがありますし、それ自体自殺の危険因子です。したがって、断酒会などのアルコール問題の自助グループにつながっている人たちは、ハイリスク者であり、そうした人たちの支援者はまさに貴重な自殺対策の「地域資源」と言えることができます。

そういった自ら自願から関わっているネットワークを重視して、自殺対策を協働できる人たちが集まってくることに努めます。こういった視点で捉えることは、自殺対策の底辺を広げることにもなると思います。自殺対策のために新たにネットワークを構築することも大切ですが、身近にある「地域資源」やネットワークを見直し、それらが自殺対策と協働できない

が考えられていることが大切です。

—そのほか、関係者が協働を求むべき領域はありますか。

もう一つ着目すべきは、児童福祉の領域です。ここには、非行や虐待といったさまざまな家庭の問題が背景にあり、親世代を含めりリスクの高い人たちが存在することが多く予想されます。この分野と連携を深めることが非常に重要なのですが、これも実は従来から関係者が関わってきた「地域資源」の一つと言えることができます。

自傷行為などに対応する救急分野との連携の必要性も指摘されているところですが、その段階に至る前の、地域における保健や福祉の窓口を訪れている人たちの中には、生きるとは苦しいと嘆息する人たち、すなわち「ハイリスクの人たちが大勢いる」ということをしっかりと意識し、そこにもつ目を向けてほしいと思います。

出口は、自殺予防には公衆衛生学的アプローチと医療的アプローチを統合させるべきであるという視点です。そして、公衆衛生学的アプローチは、広く一般を対象にしたものから、より対象を絞ったものまであると捉えています。すなわち、自殺予防には「全層型」「リスク集団」「ハイリスクな特定個人」という3つの介介対象があるわけです。

いずれにしても、保健福祉活動を自殺予

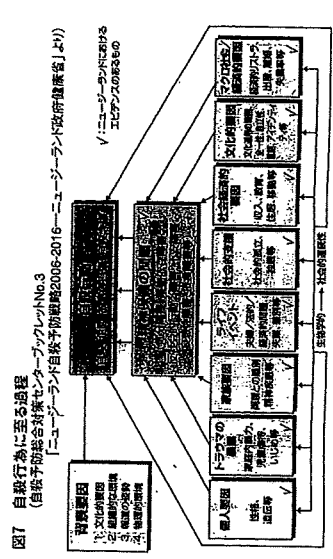


図7 自殺行為に至る過程 (自殺予防総合対策センター・自殺予防センター・保健所・児童福祉センター) (自殺予防センター・自殺予防センター・保健所・児童福祉センター)

診療報酬改定を追い風に 精神科医療との連携がより一層緊密に

—この度の診療報酬改定により、自殺予防に関する精神科医療の加算が新設されました(表3)。精神科医療の環境整備も、関係者の重要な課題になりました。

まずは、従来から課題ですが、精神科医療が不可欠な人に利用されやすいようにな

ることが重要でしょう。適切な量と発給などにより、タブレットに本人が受診できるような環境づくりが必要ですね。

もう一つは、より身近な相談窓口を確保し、そこに結びつく体制が欠かせません。今回の特集で紹介された、秋田県では、早期発見のためにかかりつけ医が自殺のリスクであるうつ病に関する知識を深め、精神科医に結びつけるしくみをこころがけています。静岡県においても同様なしくみを構築しています。その点で、秋田県と静岡県の例は無理のないシステムと言えます。うまくいけば各地に普及する可能性もあると思います。

さらには、救急の場から、必要となる

精神科医に結びつけるルートも整備する必要がある。救命救急センターに精神科医を置いたり、精神科医と連携するしくみを構築することが大切です。

—自殺対策という、重要と思いながらも「選り課題」と考えたり、着手がむずかしい状態にあると感じてしまっている。重く課題もあり、課題になりすぎて、感じ取られかねない感が出てしまっている。しかし、いままで通りだとしておこなうのはいけないと考える必要は決してありません。

先ほど少し紹介した秋田県では、医師会と協働したり、地域の住民組織の人たちが相談員になったりと、これまでの地域保健活動で接点のあった「地域資源」と自殺予防という切り口でしっかりと手を結んでいます。静岡県の取り組みにおいても、地区の医師会や薬剤師会、商工会議所といった既存の「地域資源」と協働しています。関係者の多くは、これらの「地域資源」と何らかの接点があると思います。ですから、従来の活動に加えて、新たに「自殺予防」という切り口でネットワークを組んでほしいのです。躊躇せずに積極的に協働してほしいと思います。

これらの「地域資源」は自殺予防ばかりではなく、今後の課題の一つでもある支援活動という面からも、実に有効な資源とな

ります。たとえば、精神障害者支援会はその好例です。ここには、この本人が自殺などだけでなく、そのご家族の方やご家族会に出席されている場合も少なくありませんし、保健所や精神保健福祉センターもそのケアに積極的に関わってきたと思います。つまり、家族会の支援活動を通じて、従前から連携・連携がなされてきたわけです。

また、母子保健福祉の領域でも、ケースによってはその背後に自殺念図などがあり、関係者は地域、児童福祉の関係者などと連携しながら支援していただく必要があります。これまでも日常の仕事を大切にすることで、そしてそれを深めて発展させてきたことから、自殺対策に取り組んでほしいと思います。

なら効果的な介入ポイントの解明を目指し 現在、調査研究に着手

—より効果的な自殺防、支援活動に向けて、自殺予防総合センターとはどのような取り組みを進めていますか。

現在、厚生労働省研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「心理学的アプローチの健康被害研究事業」(心理学的アプローチ)の委託研究として、「自殺予防と支援活動のための基礎調査」を進めているところです。まずは、自殺の原因は一つや二つではなく

健康問題や家族問題はもちろん、経済や生活上の問題などさまざまな要因が複雑に絡み合っていると言いましたが、日本の自殺に関しては、このような要因が密接に関連しているのが、実は明確には解明されていないのが現状です。

そこで、この調査では、自殺がどのように起るのかを分析して類型を明らかにして、具体的、効果的な介入ポイント、介入方法を明らかにします。昨年11月より、保健所や市町村が行う健康相談や訪問指導、精神保健福祉センターなどが実施する精神保健福祉相談などを利用した方々を対象に、故人の生前の様子やいくつかの質問に答えていただく調査をスタートしており、現在、四六の都道府県・政令指定都市がこれに参加協力してくれています。この調査は、一連、地方自治体などの協力を得てしっかりと取り組む、有効な自殺予防施策を支援活動のあり方を明らかにしていきたいと思っています。

自殺予防というのは結局、「生きるときの支援」です。したがって、保健福祉の領域においてもは、これまで以上に力を入れてほしいと思います。自殺予防の課題と向き合い、自分たちの力で課題や課題が活かせず取り組むとすると、継続的に対策にあたってほしいと思います。

(聞き手/徳田 武)

表3 今度診療報酬改定で力点が置かれた自殺対策における精神科医療の充実

00円料 (5つ種の扱い?)	200円
00円料 (5つ種の扱い?)	3,000円

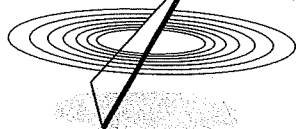
※ 精神科医療の提供を前提として精神科医への受診を予約する

※ 精神科医の診療報酬に医師会・治療士が関与

自殺予防

Suicide prevention

診断の指針 治療の指針



高橋 祥友
TAKAHASHI Yoshitomo

警察庁の発表によると、1998年以来わが国の年間自殺者数は3万人台であり、この数は交通事故死者数の約5倍にのぼる。自殺予防というと精神科が専門と考えられているが、現実には精神科受診にまで至らずに、自ら命を絶っている人が圧倒的に多い。自殺の危険の高い人がしばしば精神科以外の医療機関を受診していることから、医療者一般が自殺予防について正確な知識を有することが望まれている。

1. 自殺の危険因子

表1にあげたような危険因子を数多く満たす人は、潜在的に自殺の危険が高い。この中でもとくに重要な危険因子を取り上げる。

1) 自殺未遂歴

自殺を図ったものの、幸い救命された人であっても、その後、適切な介入がなければ、将来同様の行動が繰り返され、死に至る可能性が一般人口よりもはるかに高い。なお、自殺未遂に関しては、判断を誤りかねない次のような点がある。

高所から飛び降りたり、電車に飛び込んだものの奇蹟的に助かった人に対しては、死の意図を疑うことはないだろう。ところが、手首自傷、過量服薬といった、直ちに死に至る危険の低い行為に及んだ人であっても、その後、自殺によって命を落とす危険は、自傷行

為を認めない人に比べるとはるかに高い。

さらに、自殺未遂直後の感情状態にも注意を払う。自殺を図った直後の人という、抑うつ的であったり、不安焦燥感が強い人を一般には思い浮かべるだろう。しかし、自殺未遂がカタルシスの効果をもたらして、外見上は抑うつ的には見えない自殺未遂者も少なくない。自殺未遂について他人事のように語ったり、どこか妙に昂揚した気分であることさえあるので注意が必要である。

2) 精神障害の既往

自殺者の大多数は最後の行動に及ぶ前に、気分障害(うつ病)、統合失調症、アルコール依存症、物質関連障害、パーソナリティ障害といった精神障害に罹患していたと指摘する研究が多いが、適切な治療を受けていた人となるときわめて少ない。

うつ病は自殺に最も密接に関連する精神障害である。うつ病では、感情・思考・意欲の症状ばかりでなく、さまざまな身体症状も現れてくる。うつ病というと、精神科がその治療の専門と思われているが、実際にはうつ病患者の大多数は初診時点ではさまざまな身体症状を訴えて精神科以外の科に受診している。検査を繰り返しても、器質的な原因が明らかにならないのに、患者の訴えが執拗に続く場合は、うつ病の可能性を検討すべきである。

表1 自殺の危険因子

①自殺未遂歴	自殺未遂はもっとも重要な危険因子 自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応などを検討
②精神疾患の既往	気分障害(うつ病)、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用
③サポートの不足	未婚、離婚、配偶者との死別、職場での孤立
④性別	自殺既遂者：男>女 自殺未遂者：女>男
⑤年齢	年齢が高くなるとともに自殺率も上昇
⑥喪失体験	経済的損失、地位の失墜、病気や怪我、業績不振、予想外の失敗
⑦他者の死の影響	精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
⑧事故傾性	事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない。慢性疾患に対する予防や医学的助言を無視

(高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント 第2版、医学書院、2006)

防衛医科大学校防衛医学研究センター行動科学研究部門 教授
Key words 自殺 自殺予防 危険因子 事故傾性 重複罹患

また、うつ病患者が同時にアルコール依存症の診断も下されるとか、統合失調症患者が薬物依存の診断にも該当するといった具合に、複数の精神障害に同時に罹患する、いわゆる重複罹患 (comorbidity) の場合には自殺率はさらに高くなる。

3) 周囲から得られるサポートの不足

未婚者、離婚者、何らかの理由で配偶者と離別している人、近親者の死亡を最近経験した人の自殺率は、結婚し配偶者のいる人の自殺率よりも約3倍の高さを示す。

4) 他者の死の影響

同一家系に自殺が多発することがしばしば報告されている。さらに、家族以外にも、知人の自殺、事故死、不審死を最近経験したことはないか、また、自殺報道に接して影響を受けていないかなどという点にも注意する。

5) 事故傾性

自殺は突然、何の前触れもなく起きると一般には考えられているが、それに先行して自己の安全や健康を守れなくなる事態がしばしば生じている。自殺に先行するこのような現象を事故傾性 (accident proneness) と呼ぶ。繰り返す事故が、患者にとって意識的あるいは無意識的な自己破壊傾向の発露となっている。

たとえば、糖尿病でそれまでは十分に管理できていた人が、食事療法も、薬物療法も、運動療法も突然やめてしまったり、あるいは、インスリンを多量に注射したりすることもある。また、腎不全の患者が人工透析を突然受けなくなったり、臓器移植を受けた後に、免疫抑制剤の服用を止めてしまったりした例もある。一般の職場などでは、まじめな仕事ぶりだった人が、何の連絡もなく失踪してしまったり、性的な逸脱行為を認めたり、いつもは温かな人が酒の上で大喧嘩をしたりするといった行動の変化を自殺に先行して認めることもめずらしくない。

自殺の危険を適切に評価することが予防の第一歩である。危険因子を検討することによって、自殺の危険を判定していくが、これはあくまでもその危険性を判定する最初のスクリーニングの手段である。生活上に認められた自己破壊傾向を評価しながら、危険因子を検討すれば、得られた情報は、自殺の予防のためにさらに有用なものとなる。

2. 治療の原則

自殺の危険が高いと考えられる人に対応する第一段階は「TALKの原則」としてまとめられる。「Tell」、はっきりと言葉に出して相手のことを心配していると伝える。「Ask」、真剣に取り上げるつもりならば、死にたいと思っているかどうかを率直に尋ねても危険ではない。むしろ、それは自殺の危険を判断する第一歩になる。「Listen」、徹底的に傾聴する。絶望的な気持ちを一生懸命受けとめて聞き役に回る。「Keep safe」、危険と判断したら、本人の安全を確保したうえで、適切な対処をする。危険を察知したら、ひとりで抱え込まずに、精神科を受診させるようにする。

自殺の危険の高い人に対して、薬物療法、心理療法、周囲の人々との絆の回復を3本の柱にすえて、総合的・長期的に治療を計画していく。

1) 薬物療法

精神障害の存在が明らかな場合は、適切な薬物療法は欠かせない。

2) 心理療法

問題を抱えたときに、自殺行動といった適応力の低い行動に及ぶ傾向に焦点を当てていく。これまでよりも適応力の高い他の選択肢を試みられるように、対処能力の向上を目指した心理療法が重要となる。

3) 周囲の人々との絆の回復

自殺を理解するキーワードは「孤立」である。自責感や無価値感があまりにも強いために、周囲の人々から何らかの救いの手を差し伸べられても、自らそれを拒絶してしまう傾向が強くなり、その結果、ますます孤立を深めてしまう。したがって、治療の成否は、周囲の人々との絆の回復にかかっているといっても過言ではない。

なお、多くの場合、自殺の危険は一度だけで終わることよりも、繰り返して生じてくる可能性が高いので、長期にわたるフォローアップを計画しなければならず、専門の精神科的治療が必要になる。

ま と め

自殺の背景にはさまざまな精神障害が存在しているのだが、自殺の危険の高い人はそれに気づかず、身体症状を訴えて、精神科以外の医療機関を受診しているのが現実である。したがって、医療従事者一般が自殺予防について正しい知識を身につけ、ゲートキーパーの役割を果たすことが期待されている。

自殺防止と遺族ケアを考える

高橋祥友*

自殺の現状

図1に過去半世紀にわたるわが国の自殺者数の推移を示す³⁾。1988年～1997年までの10年間では、年間平均自殺者数は約22,000人であった。しかし、1998年にこの数が32,863人になって以来、年間自殺者30,000人台という緊急事態が続いている。今では年間自殺者数は、交通事故死者数の4倍をはるかに超えている^{6,7)}。

さらに、自殺未遂者数は既遂者数の少なく見積もっても10倍は存在すると推計されている。そして、自殺未遂や既遂が1件生じると、強い絆のあった人が最低5人は深刻な心の傷を負うとされている。したがって、自殺とは年間3万人を超える死にゆく人だけの問題にとどまらず、わが国だけでも年間に百数十万人の心の健康を脅かす深刻な問題になっている⁴⁾。

自殺の年代を見ると、40～50歳代の自殺者が全自殺者の約4割を占め、長期にわたる不況のために働き盛りの世代の自殺が急増したことがとくに深刻な社会問題化している。急激な社会変動を経験した国では、若年者、それもとくに男性の自殺率が増加することが一般に知られているが、近

年のわが国では中高年の自殺が増えていることが、他の国々と比べて大きな特徴である。

なお、先進国では高齢者の自殺率が高いという共通点があるのだが、わが国でも同様の傾向が認められ、高齢者ではその人口構成比よりもはるかに高い自殺率をこれまでも一貫して示してきた。そして、わが国は諸外国に比べて、今後、急速な高齢化社会を迎えることが予測されている。現在、中高年の自殺予防に社会の強い関心が向けられているが、この年齢層が近い将来に高齢者層に突入することを考えると、高齢者の自殺予防は一刻の猶予も許されない。

自殺対策基本法

毎年、世界中で約100万人が自殺で命を失っている。そこで、国連は自殺予防を精神保健の重要課題ととらえて、1996年に自殺予防のガイドラインを発表した。このガイドラインをもとに、各国の実情や文化に合った独自の自殺予防対策を立てるように提言している。

わが国でも超党派で法案が国会に提出され、2006年6月に自殺対策基本法が成立した。自殺予防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が宣言された。自殺予防は、個人、社会、民間、行政が協力して取り組むべき課題なのである。

自殺対策基本法の中には自殺予防の重要な概念がいくつか盛り込まれている。まず、自殺予防の

Suicide prevention and care for survivors of suicide

* 防衛医科大学校・防衛医学研究センター・行動科学研究部門
(〒359-8513 埼玉県所沢市並木3-2)

Yoshitomo Takahashi, M.D., Ph.D.: Division of Behavioral Sciences, National Defense Medical College Research Institute, 3-2 Namiki, Tokorozawa, Saitama, 369-8513, Japan