



Review Article

Suicide and its prevention in Japan

Makiko Kaga^{a,b,*}, Tadashi Takeshima^{a,b}, Toshihiko Matsumoto^a

^a National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

^b Office for Policy of Suicide Prevention, Cabinet Office, Government of Japan, Japan

ARTICLE INFO

Article history:
Received 19 December 2008
Accepted 8 January 2009
Available online 6 March 2009

Keywords:
Suicide prevention
Japan
Basic Act on Suicide
Comprehensive Suicide Prevention Initiative
Internet
Hydrogen sulfate

ABSTRACT

Japan is one of the countries with high suicide rate. In this article, number and rate of suicide, comparison between countries, causes of death, occupations of the people who commit suicide and geographical distribution of suicide victims in Japan were explained. Influential reports by the media and by the appeal of the internet were added. Then history and trends of suicide prevention after World War II, especially after the sudden increase of number of suicide in 1998 were described. Establishment and its meaning of Basic Act on Suicide Countermeasures and Comprehensive Suicide Prevention Initiative along with Suicide Prevention Center were commented. Tasks and Measures for suicide prevention now and in the coming years were discussed.

© 2009 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Japan is known for the high suicide rate. The objective of our presentation is to show the recent data on suicides in Japan, to describe the history of working out of countermeasures of suicide, and to describe the present tasks of Japan.

2. Number and rate of suicides in Japan [1]

Fig. 1 shows the yearly change of the number and rate of suicide since 1899. Rate is expressed as number per 100,000 people. Population gradually increased so the actual number also gradually increased. These data are described by present Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW).

Suicide rate has been relatively high of 15–20/100,000 people for a century. However, the number and rate fell during World War II. No data is available in the middle of the war because of the lack of statistics.

From 1947 to 2006, after World War II, the number of people who commit suicide in Japan has three peaks, 1958, 1986 and 2003. The third peak began in 1998 with a 35.2% increase from the year before (Fig. 1). Numbers always parallel to rate. The increment of the third peak has been due to the rise of the number of men aged 45–65 years. Males have always predominated in num-

ber among suicide, and the increase of such deaths is usually due to an increase in the number of males committing suicide. Following 1998, Japan has lost 30,000 or more people every year by suicide. In the past 10 years, the death rate from suicide has been around 25 per 100,000 people, but its rate was 34.8 for men and 13.2 for women in 2006. Moreover, the increment of suicide runs parallel to unemployment (Fig. 2). Correlation between the yearly change in the suicide ratio and the unemployment ratio is more than 0.91. Economic hardship and physical/psychological poor health condition in the unemployed are definitely related with the tendency of suicide.

3. Comparison between countries

According to statistical data from WHO, the death rate from suicide (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html) in Japan is in one of the highest group. Among the G8 developed countries, the suicide rate is highest in Russia, then Japan, France, Germany, Canada, USA, Italy and the UK (Fig. 3) follows. It is not possible to analyze all the reasons why Japan has the silver medal in suicide, but the Japanese want to decrease this high suicide rate.

4. Cause of death in Japan by age

The overall cause of deaths in Japan based on the dynamic statistics of the MHLW is announced yearly. Malignant neoplasm, heart disease and cardiovascular disease are the three major causes of death in males over 45 and females over 35 years of age, respec-

* Corresponding author. Address: National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan.

E-mail address: kaga@ncnp.go.jp (M. Kaga).

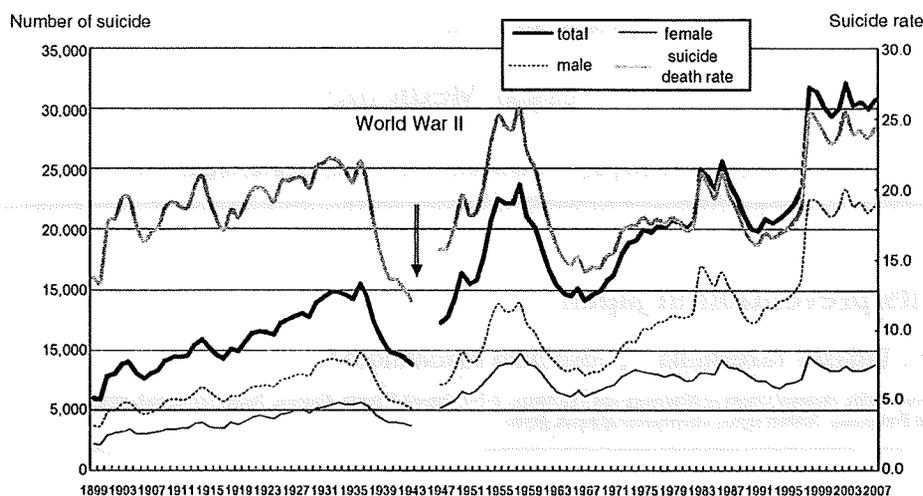


Fig. 1. Yearly change in number of suicide and its Rae. Number/100,000 population.

tively. However, among men under 44 and women under 34 years of age, suicide is the most frequent cause of death. Especially in men aged from 20 to 29 years and women aged from 15 to 29 years, suicide as the cause of death prominently prevail the other causes of diseases. In the younger generation of less than 19 years of men and less than 14 years of women, the percentage of the cause of death is very high in accident and in suicide. Actually, about 40% of 20- to 34-year-old men and 20- to 29-year-old women died from suicide. Thus, apart from the actual number of deaths, suicide is an important challenge in the young and early middle aged people.

5. Occupations of the people who commit suicide in Japan

When occupations are classified as the self-employed, managing/administrative works, employed, householder, unemployed, student and unknown, the increment of the number of suicide ran mainly parallel to the unemployed and the employed. During the three peaks of suicide after World War II, the number of self-employed was surely increased. However, because the absolute number is small in self-employed, both the unemployed and the employed are attributed to the increment. Another data suggests that economical crises have effect especially on the unemployed and the self-employed. Moreover under such situation, overwork and depression are the easily brought-about problem of the employed. These phenomena are rationally interpreted as the reflection of the thriving business.

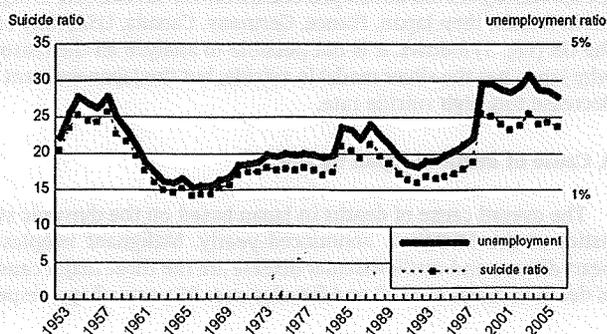


Fig. 2. Suicide rate and the unemployment ratio.

6. Influential reports by the media and the appeal of the internet

In 1986, a popular singer aged 18 years jumped from the roof of the building and died. This was sensationally reported by the multiple mass media. Following 2 weeks more than 30 young people committed suicide by jumping from tall buildings. This kind of suicide cluster has been well documented in the world. Recommendation to mass media by WHO in 2000 tells us most appropriate way of reporting suicide.

In a very recent year, suicide with strangers in a car by carbon monoxide intoxication and, in a chemical synthesis of hydrosulfate using detergents and lime sulfate in daily use came to the Topics of Japan. Based on the data from the National Police Agency, 29 people died from hydrogen sulfate in 2007 and the following 5 months (January–May, 2008) 517 people died from the same chemicals. Among them, 247 (45.2%) were 20–29 years old, and the composition was completely different in the people who died from suicide by "traditional" manner such as hanging.

Systematic voluntary regulations of sales of the materials was introduced by civil service and mutual aid society of pharmacies. The administrative department supports the non-profit organization of inspections of illegal and harmful information in the Internet.

7. Geographical distribution of suicide victims

Suicide rate is different from each prefecture. In the northern part of Japan, the rate has been rather high.

In general most people die at home or neighboring area of their living/profession. However in some prefecture, where there are suicide hotspots, many people commit suicide at those landmarks. In those cases, they do not actually live in the prefectures where they die. Yamanashi prefecture is an example.

8. History and trends of suicide prevention after World War II

In Japan, fight to suicide was first realized by the MHLW. They took suicide in younger generation and middle aged people seriously and wrote about it in the white papers of MHLW of 1955 and 1985, respectively.

Beginning in 1979, the Cabinet Office and Ministry of Education tried to promote suicide prevention in the young.

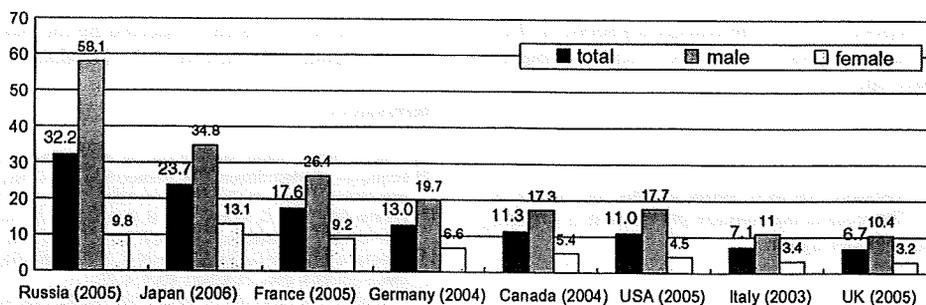


Fig. 3. Suicide rate in G8 countries.

When WHO published guidelines for suicide prevention in 1985, the suicide ratio was rather low, and no special policy was introduced by the government.

However, after the sudden increase of the deaths from suicide in 1998, MHLW seriously recognized the condition and took measures for the suicide prevention, mainly by the mental health promotion, such as the countermeasure of depression and depressive states.

In the years since, many non-government/non-profit organizations such as Federation of Inochi No Denwa (telephone service for the life), settled at Tokyo in 1971, have continued to act to prevent suicide on a purely volunteer basis. Speaking out of surviving children from their parent's death, from suicide influenced public opinion. Once suicide was a forbidden word, however, because of their activity, suicide became a term of talkable death.

9. Basic Act on Suicide Countermeasures

These trends of suicide prevention promoted to settle Basic Act on Suicide Countermeasures which was enacted by the legislation at the instance of House members in October 2006. The basic philosophy is that people are driven to suicide, and they do not choose death by individual free will. Therefore, Duties of the nation, local governments, and each individual were intensified to take policies and activities.

10. Comprehensive Suicide Prevention Initiative (CSPI)

In June, 2007, the CSPI was formulated. This initiative is the guide to consider making policies. 'Creating a Society Where Life is Easier' is the catch words for promotion of suicide prevention by the Cabinet office. Basic concepts were: (1) Suicides are forced deaths, (2) Suicides are preventable and (3) People in crisis are sending signals. This CSPI has basic concept of the suicide prevention strategy: (1) comprehensive framework considering social factors, (2) social education, (3) care for survivors, (4) measures based on studies on the actual status of suicides and (6) long-range planning.

Immediate Targets of the Suicide Prevention Strategy were described as (1) Studies on the actual status of suicides, (2) Social education and enlightenment, (3) Human resource development, (4) Mental health promotion, (5) Enhancement of mental health services, (6) Economic and other social measures, (7) Prevention of the re-attempt of suicide, (8) Care for survivors and (9) Cooperation with NGOs.

The first sentence shows the importance of investigating how a person was forced to commit suicide. Necessity of continuous psychological autopsy [2] is described in the CSPI. Psychological autopsies as a national project are carried by Center for Suicide Prevention, which was established in 2006, and will be later explained.

Psychological autopsy in several countries revealed the risk factors of suicide: (1) treated and untreated psychiatric diseases, (2) history of self injury and/or committing suicide, (3) troubles in

the family, (4) economic difficulty, (5) history of criminal behavior, (6) physical diseases and (7) suicide in people closely related, (8) violent behavior without alcohol ingestion in a latest year, (9) social isolation, and (10) interpersonal conflict before 2 days. Most important factor is number of risk factors than presence of individual factors themselves [3–6].

In Japan, we should realize the research to clarify the Japanese risk factors other than those of other countries.

11. Suicide prevention center (<http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>)

In October 2006, suicide prevention center was established at the National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry (NCNP).

The purpose of this center is to support the comprehensive suicide prevention policy of the government. Academic research, providing information, developing human resources, networking, support for private sector, and policy proposals are important roles. Psychological autopsies is one of the important missions carried by the section on suicide epidemiology. Methods of psychological autopsy should have been modified to apply the situation of Japan. Based on the feasibility and pilot studies, we are now focusing on national study with local government professional employee, whom we trained to carryout psychological autopsy and care of the surviving family.

12. Tasks and measures for suicide prevention now and in the coming years

The tasks and measures of our current society for suicide prevention are listed below.

- (1) Promotion of research on suicide.
- (2) Promotion of mental health and social support
 - (i) appropriate and prompt care of psychiatric diseases and (ii) work-life balance campaign to reduce death from overwork.
- (3) Financial improvement of individuals by
 - (i) job training for the unemployed or young part-timers., (ii) amendment of laws applying to temporary staffs and (iii) appropriate legal measures for the multiple debts.
- (4) Prompt removal of illegal and harmful information from websites through
 - (i) support of the Internet Hotline Center of the private sector, (ii) requests to local police departments to delete illegal appeals on the web and (iii) support the internet providers to change their contract stipulations on authorizing to delete illegal notes.
- (5) Education of school children to convince them that they are valuable persons.

(6) Requests for cooperation with the emergency services of the Fire and Disaster managing agency to care the suicide attempters for a long-term follow-up.

13. Conclusion

Above tasks are measures are now going on but the actual results are on the way. The goal of our suicide prevention is Creating a Society Where Life is Easier again.

Conflict of interest

We have no conflict of interests.

Acknowledgements

We appreciate the colleagues of Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, NCNP and Office for Policy of Suicide Prevention, Cabinet office. Government of Japan.

This work was partly supported by the National Grant from the MHLW, Japan. 2007-Kokoro-007. (PI; Makiko Kaga).

References

- [1] Cabinet Office. White paper of suicide prevention in Japan. (in Japanese), 2007.
- [2] Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET, et al. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatr Clin Neurosci* 1995;49(Suppl. 1):S111–116.
- [3] Phillips MR, Yang G, Zhang Y, et al. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy. *Lancet* 2002;360:1728–36.
- [4] Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatr* 2004;4:37.
- [5] Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395–405.
- [6] Scott CL, Swartz E, Warburton K. The psychological autopsy: solving the mysteries of death. *Psychiatr Clin North Am* 2006;29:805–22.

自殺対策の視点

連載

最終回

自殺予防とマスメディア

メディアカンファレンスの試み

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

予防対策への効果の期待と 自殺誘発の危険が隣り合わせ

自殺総合対策大綱（以下、大綱）は、政府が推進すべき自殺対策の指針です。自殺予防には、マスメディアとの協力関係が重要であることから、大綱の基本的な考え方や、および当面の重点施策には、マスメディアについての記載があります。

基本的な考え方には、「マスメディアの自主的な取組への期待」として、「マスメディアによる自殺報道では、事実関係に併せて自殺の危険を示すサインやその対応方法等、自殺予防に有用な情報を提供することにより大きな効果が得られる一方で、自殺手段の詳細な報道、短期集中的な報道が他の自殺を誘発する危険性もある。このため、国民の知る権利や報道の自由も勘案しつつ、適切な自殺報道が行われるようマスメディアの自主的な検討のための取組を期待する」と書かれています。

また、当面の重点施策の一つである「社会的な取組で自殺を防ぐ」には、「報道機関に対する世界保健機関の手引きの周知」として、「世界保健機関の自殺予防の手引きのうち「マスメディアのための手引き」の報道各社に対する周知を図る」と書かれています。参考までに、表1に「自殺予防メディア関係者のための手引き」改訂版のなかのクイック・リファレンスを挙げておきます。

さて筆者は、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部が平成十六年にまとめた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に示された「国民意識の改革」について、メディア従事者と検討を行い、国民意識の改革には、精神障害に対するメディアの理解と関心を高めることが不可欠であり、そのためには、①メディアカンファレンスの定期開催、②メディアに対して専門家の立場から情報を提供し、より確かな報道を促す取り組みの実施、③精神障害についての知識、関心の度合いを把握するため、メディア関

表1 メディア関係者のためのクイック・リファレンス

●努めて、社会に向けて自殺に関する啓発・教育を行う
●自殺を、センセーショナルに扱わない。当然の行為のように扱わない。あるいは問題解決法の一つであるかのように扱わない
●自殺報道を目立つところに掲載したり、過剰に、そして繰り返し報道しない
●自殺既遂や未遂に用いられた手段を詳しく伝えない
●自殺既遂や未遂の生じた場所について、詳しい情報を伝えない
●見出しのつけかたには慎重を期する
●写真や映像を用いることにはかなりの慎重を期する
●著名な人の自殺を伝えるときには特に注意をする
●自殺で遭われた人に対して、十分な配慮をする
●どこに支援を求めることができるのかということについて、情報を提供する
●メディア関係者自身も、自殺に関する話題から影響を受けることを知る

世界保健機関「自殺予防 メディア関係者のための手引き 2008年改訂版日本語版」
(訳：河西千秋・横浜市立大学医学部精神医学教室)より

係者へのアンケート調査の実施——の三つが重要であるとまとめました。これは、マスメディアのより深く確かな報道を支援することが、報道をとおして、国民意識の改革につながっていくという考え方によるものです。

自殺予防総合対策センターでは、このまとめなどを参考に、自殺予防に関するマス

表2 厚生労働省記者クラブへの投げ込みを用いた趣旨説明文

わが国の自殺による死亡者数は平成10年に3万人を超え、以後もその水準で推移しており、自殺予防はわが国全体の大きな課題となっています。

平成18年10月に施行された自殺対策基本法を受けて平成19年6月に閣議決定された自殺総合対策大綱には、マスメディアは、報道を通して自殺予防に有用な情報を提供することができる一方で、自殺手段の詳細な報道、短期集中的な報道が他の自殺を誘発する危険性も指摘しています。

また、平成20年2月から開催されている内閣府の自殺対策推進会議では、メディアの啓蒙とメディアの質問に中立的な立場から情報提供を行うところを設けることが大事であることが指摘されています。

これらの提言を踏まえて、自殺予防総合対策センターではマスメディアが自殺に関してよりよい報道ができるよう3回シリーズでメディアカンファレンスを開催することといたしました。各回とも、前半は情報提供者から話をさせていただき、後半は自由に意見交換を行います。また、第3回はこのカンファレンスに参加したマスメディア従事者の皆様のご意見をもとに、内容を決めたいと考えております。積極的な参加をお待ちしております。

これらの提言を踏まえて、自殺予防総合対策センターではマスメディアが自殺に関してよりよい報道ができるよう3回シリーズでメディアカンファレンスを開催することといたしました。各回とも、前半は情報提供者から話をさせていただき、後半は自由に意見交換を行います。また、第3回はこのカンファレンスに参加したマスメディア従事者の皆様のご意見をもとに、内容を決めたいと考えております。積極的な参加をお待ちしております。

深く確かな報道を

第二回(平成二十年六月三日)

自殺予防の基礎知識と自殺報道に関するWHO提言について(防衛医科大学校防衛医学研究センター・高橋祥友)

*発表内容をもとにした意見交換

*参加者数三二名(新聞社二四名、テレビ・インターネット・出版など八名、研究者八名、行政二名)

第三回(平成二十年八月五日)

自殺の統計について(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・竹島正)

*発表内容をもとにした意見交換

*参加者数三二名(新聞社七名、テレビ・インターネット・出版など四名、研究者八名、行政三名)

第四回(平成二十一年二月十六日)

中高年男性の自殺予防に取り組む人のための10箇条(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・竹島正)

*世界保健機関「自殺予防—マスメディア関係者のための手引き」について(防衛医科大学校防衛医学研究センター・高橋祥友)

*参加者数三四名(新聞社二名、テレビ・インターネット・出版など八名、研

自殺予防総合対策センターの取り組みの第一歩として、平成十九年十一月二十日に「自殺予防に関するメディアとの意見交換会」を開催しました。

自殺予防総合対策センターから、わが国

の自殺と自殺対策の概況についての説明を行い、「自殺報道—マスメディアに望むこと」と題して、防衛医科大学校防衛医学研究センターの高橋祥友氏に世界保健機関の「自殺予防—メディア関係者のための手引き」をわかりやすく解説していただくとともに、参加者との意見交換を行いました。

参加者は、メディア従事者二六名、自殺予防総合対策センターに關係する研究者二名でした。

参加者のアンケートでは、「意義のある内容だが、もっと突っ込んだ議論が必要」「今回はイントロダクションだが、テーマを絞って定期的に開催していけば、報道のあり方も変わってくると思う」「教室のような机の並べ方では、話が広がらない」「本音が飛び出すような雰囲気づくりがあれば、もっと有意義であった」「興味ある分野をずっと担当できる記者は、まれである」などの意見がありました。一回だけの意見交換会でしたが、二十年度の取り組みに向けての意義のある機会となりました。

二十年度は、自殺予防に関するマスメディアのより深く確かな報道を

「支援する」とともに、国民に広くメッセージを伝えてきた経験を持つマスメディアから「学ぶ」という考え方を前提に、より計画的に取り組むこととしました。

まず自殺予防総合対策センターの事業計画に、自殺予防メディアカンファレンスを明確に位置づけました。二十年六月から八月まで、専門家による講演とそれをもとにした意見交換を三回のシリーズで開催し、参加したメディア従事者の感想や意見をもとに、今後の実施方法や回数を検討することとしました。当初の予定は二回で、三回目には「記者からみた自殺問題」として、メディア従事者から発言していただく機会を設けました。加えて四回目として、世界保健機関の「自殺予防—メディア関係者のための手引き」が改訂されたことから、その内容の紹介を主にした自殺予防メディアカンファレンスを平成二十一年二月に開催しました。各回の開催内容と参加者数は、次のとおりです。

第二回(平成二十年七月四日)

*自傷と自殺—若年者に対する自傷・自殺予防活動のあり方(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・松本俊彦)

*発表内容をもとにした意見交換

*参加者数二四名(新聞社二二名、テレビ・インターネット・出版など三名、研究者八名、行政一名)

第三回(平成二十年八月五日)

*自殺の統計について(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・竹島正)

*記者からみた自殺問題(朝日新聞社・和田公一、高橋康弘)

*発表内容をもとにした意見交換

*参加者数三二名(新聞社七名、テレビ・インターネット・出版など四名、研究者八名、行政三名)

第四回(平成二十一年二月十六日)

*中高年男性の自殺予防に取り組む人のための10箇条(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・竹島正)

*世界保健機関「自殺予防—マスメディア関係者のための手引き」について(防衛医科大学校防衛医学研究センター・高橋祥友)

*参加者数三四名(新聞社二名、テレビ・インターネット・出版など八名、研

自殺予防のメッセージ—メディアからの学びも視野に

メディアのより深く確かな報道を「支援する」とともに、国民に広くメッセージを伝えてきた経験を持つマスメディアから「学ぶ」という双方向の取り組みとして、「自殺予防メディアカンファレンス」を実施しています。

本稿では、自殺予防総合対策センターにおける自殺予防メディアカンファレンスの取り組みを振り返り、今後の課題についても述べたいと思います。

「自殺予防に関するメディアとの意見交換会」を開催しました。

自殺予防総合対策センターから、わが国

「自殺予防に関するメディアとの意見交換会」を開催しました。

自殺予防総合対策センターから、わが国

「自殺予防に関するメディアとの意見交換会」を開催しました。

自殺予防総合対策センターから、わが国

表3 参加者アンケートの結果

項目	回答数	割合
どの程度役に立ったか	役に立った	6
	ある程度役に立った	4
	どちらともいえない	0
	あまり役に立たなかった	0
	役に立たなかった	0
所要時間	十分だった	9
	どちらともいえない	0
	不十分だった	1
実施頻度	月に1回	3
	半年に1回	2
	年に1回	1
	不定期	1
	その他	3
期待する開催形式	講義または話題提供とディスカッションの組み合わせ	5
	講義中心	3
	共同キャンペーン等の実施を目的とした検討会	2
	テーマを決めたディスカッション	0

講義のほかに座談会を2時間程度

2~3か月に1回、硫化水素自殺などテーマがあれば随時開催する、必要に応じて情報発信を期待する

専門家からの情報提供や共同キャンペーン等を望む声も

三回目終了時にメディア従事者を対象に

究者一名、行政三名
なお、メディアカンファレンスに参加したメディア従事者への参加の呼びかけ方法は、①自殺予防総合対策センターホームページ「いきる」に開催要綱を掲載する、②これまでに知り合った記者に、メールで案内を送る、③厚生労働省記者クラブに案内書の投げ込みをするなどでした。

アンケートを行い、参加者のちょうど半数である10人から回答を得ました(表3)。「どの程度役に立ったか」については、「役に立った」6人(60.0%)、「ある程度役に立った」4人(40.0%)でした。「メディアカンファレンスの所要時間(2時間半で計画・実施)」については、「十分だった」9人(90.0%)、「不十分だった」1人(10.0%)でした。「適切と思われる実施頻度」は、「月に1回」3人(30.0%)、「半年に1回」2人(20.0%)、「年に1回」1人(10.0%)、「不定期」1人(10.0%)、「その他」3人(30.0%)で、その他の内容は、「二〜三か月に1回」「硫化水素自殺などテーマがあれば随時開催する」「必要に応じて情報発信を期待する」などでした。「今後、期待する開催形式」は、「講義または話題提供と、ディスカッションの組み合わせ」5人(50.0%)、「講義中心」3人(30.0%)、「共同キャンペーン等の実施を目的とした検討会」2人(20.0%)、「ディスカッション」0人(0.0%)でした。

メディアカンファレンスの各地での展開を期待

「二〇〇〇年度の自殺予防メディアカンファレンスは、講師または話題提供者間の意見交換が多かったのですが、今後は参加している他の研究者をはじめ、出席者全員が意見交換に加わることが望まれます。」

今回は、自殺予防総合対策センターにおける、自殺予防メディアカンファレンスの取り組みを紹介しました。自殺予防に関するマスメディアのより深く確かな報道を支援する とともに、国民に広くメッセージを伝えてきた経験を持つマスメディアから「学び」を取り組みとしては、まずは、無事にスタートを切ることができたと思います。しかし、まだ始まったばかりの取り組みであり、これからさらに実績を積み重ねて、柔軟な姿勢でよりよいものに練り上げていく必要があります。平成二十一年度は、自殺問題を報道する可能性のある部署に新たに配置になった方を含め、自殺問題に関心のあるマスメディア従事者の方々に参加していただくよう

らに呼びかけを行い、去る四月二十三日、情報・システム研究機構統計数理研究所の藤田利治氏による講演「統計からみた自殺」と、ディスカッション「自殺報道と自殺予防報道」の内容で、第一回目を開催しました。二回以降は、平成二十一年七月六日、十月七日、平成二十二年一月十三日に開催する予定です。

メディアカンファレンスを実施して、自殺予防や精神保健などをテーマにこのような機会が各地で開催され、メディア従事者と日常的な交流を図ることが大切だと感じました。各地で専門家とメディア関係者が車座になり、活発な意見交換が行われるメディアカンファレンスが展開されることを、期待しています。

◎参考文献

- 1) 平成十九年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究」総括・分担研究報告書(主任研究者 保崎秀夫、日本精神保健福祉連盟、2008年)
- 2) 竹島正、松本俊彦、川野健治、稲垣正俊、高橋祥友、メディアカンファレンスの試み、シンポジウム「自殺とマスメディア」第33回日本自殺予防学会抄録集、49、大阪、2009年
- 3) 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ホームページ「いきる」<http://kiru.norp.go.jp/kiru-hp/index.html>

2009年11月30日発行



特集 自殺対策と精神保健医療福祉

総論：自殺対策と精神保健医療福祉

竹島 正 松本俊彦 立森久照

精リハ誌, 13 (2); 126-130, 2009

精神障害とリハビリテーション

第13巻第2号 (通巻第26号)

総論：自殺対策と精神保健医療福祉

竹島 正¹⁾ 松本俊彦²⁾ 立森久照³⁾

精リハ誌, 13(2); 126-130, 2009



word

索引用語：自殺予防, 精神保健医療福祉, 自殺対策基本法, 自殺総合対策大綱, 精神保健医療福祉の改革ビジョン

Key words: suicide prevention, mental health, Basic Act on Suicide Countermeasures, Comprehensive Suicide Prevention Initiative, Reform Vision for Mental Health and Welfare Services

□ I はじめに □

死因は、「ふつうの死」(疾病, 老衰等の病死および自然死)と「外因死」(明らかな事故・災害・過失による不慮の外因死, 自他殺または不詳の外因死)の2者に大別される。自殺は「外因死」の中の「自他殺または不詳の外因死」であって, 死亡者自身の故意の行為に基づく死を言う¹⁰⁾。

ここで故意の行為とは, 自殺した人が, その自由意志によって死を選択したことを意味するものではない。WHO(世界保健機関)は, 最後の行為に至る段階では自殺者の9割以上が精神疾患の状態であったと報告している。また自殺のストレス-素因モデルは, 自殺行動が, 素因(絶望感,

衝動性または攻撃性)とストレス(精神疾患, 心理社会的危機)の交錯する中で発生することを示している¹⁵⁾。これらのことは, 自殺が何らかの追い詰められた状態, すなわち自由意志の発露とは言えない状態で起こっていることを示すものと考えられる。このほか, うつ病, アルコール依存症または統合失調症を有する人の生涯自殺リスクは, 精神疾患と自殺に密接な関係があることを示しているが¹⁶⁾, 自殺は, 精神疾患を有する人にとって致命的な合併症の一つと言ってもよいかもしれない。

本稿では, わが国の自殺対策の経緯において, 精神保健医療福祉がどのように位置づけられてきたかを概観する。そして, 自殺対策のモデルについて述べた上で, 精神保健医療福祉の分野に自殺対策を取り入れる視点を示す。

□ II わが国の自殺対策の経緯と精神保健医療福祉の位置づけ □

1998年の自殺死亡急増後の自殺対策の経緯は, 厚生労働省中心の時期(1998~2005年), 政府全体の取り組みに広がる転換期(2005~2006年), 自殺対策基本法以後(2006年~)の三つに区分できる^{1, 14)}。

General remarks: Suicide prevention and mental health

- 1) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部/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, Tadashi Takeshima: Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry / The Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center for Neurology and Psychiatry
- 2) 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, Toshihiko Matsumoto: The Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center for Neurology and Psychiatry
- 3) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部, Hisateru Tachimori: Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

1. 厚生労働省中心の時期

2000年に「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」の各論である「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、健康づくり、すなわちヘルスプロモーションの中に自殺予防が位置づけられた。2001年度からは自殺防止対策事業が予算化され、それをもとに自殺防止対策有識者懇談会（以下、有識者懇談会）が設置された。有識者懇談会は、2002年12月に報告書「自殺予防に向けての提言」を公表したが、この報告書には、自殺の危険性（リスク）が高い人を早期に発見し、危機介入するという取り組み（ハイリスクアプローチ）が重要であるとして、うつ病等への対策の充実に取り組むという考え方が示された。この報告書をもとに、2003年度には「地域におけるうつ対策検討会」を設置し、「うつ対策推進方策マニュアル」「うつ対応マニュアル」がまとめられた。

2. 政府全体の取り組みに広がる転換期

自殺者数が3万人を越す状態がなおも続いたことから、参議院厚生労働委員会は2005年7月に「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」（以下、参議院決議）を行った。参議院決議は、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、政府に関係府省が一体となって自殺対策に取り組むことを求めた。これを受けて政府は、2005年9月に自殺対策関係省庁連絡会議を発足させ、12月には、各省庁が行うこと、目標および今後の推進スケジュール等をまとめた「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」（以下、関係省庁連絡会議報告）を公表した。関係省庁連絡会議報告によって、自殺予防総合対策センターは、国立精神・神経センター精神保健研究所に設置されることとなった。

3. 自殺対策基本法以後

国会において、参議院内閣委員長から提出された自殺対策基本法が、参議院、衆議院の審議を経て2006年6月に公布、10月に施行された。自殺対策基本法はわが国の自殺対策の経緯を反映した内容の法律となっており、UN（国際連合）による「自殺予防：国家戦略の作成と実施のためのガ

イドライン」の内容も取り入れられている¹⁴⁾。そして自殺対策基本法をもとに、政府が推進すべき自殺対策の指針である自殺総合対策大綱（以下、大綱）が策定され、2007年6月に閣議決定された。

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、自殺対策の数値目標等のほか、当面の重点施策群九つを挙げた。精神保健医療福祉は、このうち“心の健康づくりを進める”、“適切な精神医療を受けられるようにする”、“自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ”の三つはもちろん、九つの重点施策群すべてに関連する項目を持つが、精神保健医療福祉の従事者には、自殺対策にどのように参画すべきか、戸惑いがあったと思われる。

しかしその戸惑いも、大綱が2008年10月に一部改正され、“適切な精神医療を受けられるようにする”の新たな項目として「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」が取り上げられたことによって薄らぎつつある。なぜなら、大綱のハイリスク者対策の内容は、(1)うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等について、調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行うことと、(2)思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者について、救急医療機関、精神保健福祉センター、保健所、教育機関等を含めた連携体制の構築により適切な医療機関や相談機関を利用できるよう支援する等、精神疾患の早期発見、早期介入のための取り組みを推進することであって、精神保健医療福祉にとって馴染みのある内容だからである。大綱の改正によって、精神保健医療福祉従事者が日常の業務に丁寧に取り組むことは、すなわち、自殺対策の重要な一部であることが明確になった。

1) 自殺対策のモデル変化と精神保健医療福祉
自殺予防のアプローチとしては、メディカルモデル（自殺の危険性の高い人に個人的に働きかけ、自殺の背景に存在する精神障害を治療する）とコミュニティモデル（地域社会の問題解決能力を高める。広く一般を対象としたものから対象を絞ったもの、社会全体を対象とするものから問題

をかかえる小集団を対象とするものがある)の二つがある^{1, 13)}。WHO (世界保健機関) は、世界自殺予防戦略 (SUPRE) の中で、“自殺予防のためには、健康関連領域外からの介入も必要なことは明らかであり、健康関連領域とそれ以外の両者による革新的、包括的な多領域からのアプローチが必要である”と述べている¹⁵⁾。自殺予防のアプローチは、それぞれの国や地域の自殺の実態、利用できる資源、また社会文化的・歴史的な文脈等によって異なる¹³⁾。しかし自殺リスクの高い人が、自殺の危険因子を多く抱えた状態、その結果としてきわめて不安定な状態にあるとするならば、介入や支援によって、自殺の危険因子を減少させること、保護因子を増やすことは自殺対策の基本である。そして、自殺の危険因子を多く抱えた人を生み出しやすい社会であるとしたら、そのような社会をよりよい社会に変えていこうとすること (世直し) も自殺対策と言ってよい。精神保健医療福祉の自殺対策は、目の前にある人あるいは集団の自殺の危険因子を減少させ、保護因子を増やすアプローチであるが、社会の制度・慣行が自殺を生み出している可能性に気づかれた場合は、科学的な研究の成果を社会に発信することによって、その改善に働きかけていくことになる。

平成20年「自殺の概要資料」によると、平成20年中の自殺による死亡者数は32,249人で、職業別では「無職者」が18,279人 (56.7%) でもっとも多く、次いで「被雇用者・勤め人」8,997人 (27.9%)、「自営業・家族従事者」3,206人 (9.9%)、「学生・生徒等」972人 (3.0%) の順となっている。無職者の割合が高い背景には、無職者には精神疾患を有する人が多い等、関連する要因が複雑であることを考慮する必要がある。また、原因・動機が明らかなもの23,490人のうち、その原因・動機が、「健康問題」にあるものが15,153人 (64.5%) でもっとも多く、次いで「経済・生活問題」7,404人 (31.5%)、「家庭問題」3,912人 (16.7%)、「勤務問題」2,412人 (10.3%) の順となっている。警察庁の統計は、検視等の警察活動の結果、自殺とされたものが対象になり、自殺の原因に関しては、遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を三つまで計上可能とした

ものであるが、この結果からは、自殺は、精神疾患を含む健康問題、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題等が複雑に入り組んで発生することが予想される。また精神疾患が同定されない場合も、広義の精神保健的問題が推測される事例もある⁵⁾。

さて今日の精神保健医療福祉の現場では、「社会的ひきこもり」の相談事例が増加しているが、この中には自殺関連行動を示す者も少なくない¹⁴⁾。精神保健医療福祉においては、今日の精神疾患の病態の変化に応じて、自殺リスクが高く、かつ対人関係上の困難を抱えた事例への対応が求められるようになってきている¹¹⁾。精神保健医療福祉サービスを、現実のニーズに合わせて更新していくことも、また自殺対策の重要な局面であろう。

2) 自殺対策とアルコール依存症

自殺予防総合対策センターでは、全日本断酒連盟の協力を得て、断酒会員を対象に自殺関連行動の実態を把握するための調査を行った⁸⁾。調査票は5,422部が配布され、4,625部が回収された (回収率85.3%)。この調査で回答者自身の自殺関連行動の経験について尋ねたところ、本気で死にたいと考えたことがある者は40.6%で、そのうちの66.4%が「断酒会につながる前」、23.6%が「断酒会につながる前と後の両方」であった。また、本気で死にたいと考えて自殺の計画をたてたことがある者は23.1%で、そのうちの70.5%が「断酒会につながる前」、19.9%が「断酒会につながる前と後の両方」であった。さらに、実際に行動を起こしたことがある者は20.1%で、そのうちの73.7%が「断酒会につながる前」、14.1%が「断酒会につながる前と後の両方」であった。この結果から、一般国民と比較して、断酒会員の自殺念慮を含む自殺関連行動の経験率は著しく高く、特に断酒会に入会する前が高いことがわかった。この結果は、断酒会入会者と同等またはそれ以上に自殺のリスクのある人が、断酒会等の自助グループにつながらなかった場合、自殺の危険が高いことを推測させるものである。自殺対策においてハイリスク者対策はきわめて重要であるが、特に自殺リスクの高い人たちの行動に着目することは自殺対策を有効に進める鍵であり、アルコール問題は、少なくとも飲酒人口の多い男性中高年の自殺予防

を進める上では、重要な介入ポイントと言ってよいと思う。アルコール依存症は、問題飲酒が顕在化した段階において、アルコール依存症という精神疾患、家庭問題、経済・生活問題等、自殺の危険因子を併せ持った状態である可能性が高く、これらに同時に介入して、本人および家族の自殺リスクを低減できるという特色がある²⁾。わが国の精神保健医療福祉施策は、統合失調症を有する人を主たる対象として発展してきたため、アルコール依存症等の精神作用物質による精神および行動の障害を有する人を対象にした施策の発展が遅れてきたが、大綱の改正に「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」が取り上げられたことを契機に、アルコール依存症等の物質依存を有する人の治療と回復支援を、精神保健医療福祉の領域に普及することが望まれる。

3) 地域移行と自殺対策

わが国の精神保健医療福祉は、長い間、入院処遇を中心に進められてきており、入院医療体制の急性期への重点化や、地域における生活を支えるために必要な医療、福祉等の支援を提供する体制の整備は不十分なままであった。こうした背景を踏まえて、2004年9月に厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、改革ビジョン)をもとに、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、「国民意識の変革」、「精神医療の改革」、「地域生活支援の強化」を3本柱に、障害者自立支援法の制定や診療報酬改定等の施策を展開してきた。改革ビジョンは、おおむね10年間の精神保健医療福祉の見直しに関する具体的方向性を明らかにしたもので、2009年9月に中間点を迎え、後期5カ年の重点施策群を示す報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」が策定されたところである⁹⁾。この中では、未受診者や受診中断者が強制入院を要する状態に至らないよう、訪問診療を含む支援体制を強化することや、精神科訪問看護等の在宅医療の充実を図ること等によって、症状が不安定であり、多様な生活支援を要する人に対応できるよう、訪問診療、訪問看護等の在宅医療の充実を図ることが挙げられている。これらは自殺予防にもきわめて重要な施策になるであろうことは強調してよい。

4) 精神保健医療福祉の社会的位置づけと自殺対策

英国では1950年代から脱施設化と地域精神医療への転換が進められてきた。英国の保健医療システムにおいて、地域精神保健医療の提供はNHS(国民保健サービス)を基盤とするが、その活動は低医療費政策や制度改革による混乱等で低迷し、医療の質は低下、地域精神保健医療の発展も阻害されていた。1997年に誕生したブレア政権は医療改革を掲げてNHS改革に着手し、1999年に「われわれの国をもっと健康に('Our Healthier Nation')」という国家計画のもとで、NHSの改革のためにNSF(ナショナル・サービス・フレームワーク)を設定してサービスの充実を図った。NSFの対象となる疾患としては最初に冠動脈心臓疾患とともに精神疾患が選ばれたが、その背景には政策優先順位を決める指標としてDALYs(Disability-adjusted life years: 障害調整生命年)が採用されたことがある。1999年には精神保健NSFが策定され、七つの全国基準(精神的健康の増進、プライマリー精神保健ケアの充実、サービス・アクセスの改善、専門家による訪問型治療の開発、病院と危機対応型住宅の改革、家族支援、自殺予防)が設けられた。そして2002年に自殺予防国家戦略が始まった¹²⁾。このように、英国の自殺予防対策は保健医療改革、精神医療改革という大きな流れの中で取り組まれてきたが、国家としての政策優先順位において、保健医療を高く掲げたこと、国民健康に影響を与える大きな問題として精神保健医療を重視したことに特徴があり、そのダイナミズムの中で、精神保健医療と自殺対策が結びついていることは、われわれも大いに学ばなければならない。

わが国における精神疾患による受療患者数は増加しており、2005年には300万人を超える水準となった。WHOによる国際的な疫学調査によると、わが国ではおよそ4人に1人が75歳までの生涯にうつ病等の気分障害、不安障害または物質関連障害等のいずれかを経験すると推計される⁷⁾。これに統合失調症、アルツハイマー病等の認知症や発達障害等を含めると、精神疾患は、国民に広く関わる疾患である。一方で、精神疾患は、あらゆる

年齢層、特に若年層で疾病により生じる負担が大きく、また、精神疾患にかかることにより稼働能力が低下することがあるなど、本人の生活の質の低下とともに、社会経済的な損失を生じている⁹⁾。

第一著者は、地域精神保健活動を、地域に起こるさまざまな問題について、精神保健医療福祉の立場から実態と背景となる要因を明らかにしつつ、社会との協働によってその問題の解決を図り、社会をよりよいものに変えていく活動であると述べた¹⁴⁾。また、かつて自殺対策には、自殺対策を標榜しているものと、自殺対策を標榜していないものの、実態として、自殺対策として重要な役割を果たしているものがあると述べたが¹⁴⁾、自殺対策の発展において精神保健医療福祉は不可欠であり、また精神保健医療福祉の発展にも自殺対策の視点は不可欠である。

文 献

- 1) Bertolote J : (高橋祥友, 山本泰輔訳) 各国の実情にあった自殺予防対策を. 自殺予防総合対策センターブックレットNo1. 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, 2007.
- 2) De Leo D, Evans R : Chapter 10 : The impact of substance abuse policies on suicide mortality. In D De Leo, R Evans : International Suicide Rates and Prevention Strategies, pp.101-112, Hogrefe & Huber, Cambridge, 2004.
- 3) Howton K, van Heeringen K : Suicide. Lancet, 373 ; 1372-1381, 2009.
- 4) 伊藤順一郎, 吉田光爾, 小林清香, 他 : 「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告 (ガイドライン公開版). 厚生科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究 (主任研究者: 伊藤順一郎) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/07/tp0728-1.html> (最終アクセス 2009/10/24).
- 5) 勝又陽太郎, 松本俊彦, 高橋祥友, 川上憲人, 渡邊直樹, 平山正実, 木谷雅彦, 竹島正 : 社会・経済的要因を抱えた自殺のハイリスク者に対する精神保健的支援の可能性 : 心理学的剖検研究における「借金自殺」事例の分析. 精神医学, 51 ; 431-440, 2009.
- 6) 警察庁生活安全局生活安全企画課 : 平成20年中における自殺の概要資料, 2009.
- 7) Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, Graaf RD, et al : Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Surveys. World Psychiatry, 6 ; 168-176.
- 8) 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ホームページ「いきる」<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html> (最終アクセス 2009/10/24)
- 9) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する討会 : 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. 2009.
- 10) 厚生労働省大臣官房統計情報部, 厚生労働省医政局 : 平成21年度版死亡診断書 (死体検案書) 記入マニュアル. 2009.
- 11) 松本俊彦 : 自傷行為の理解と援助 : 「故意に自分の健康を害する」若者たち. 日本評論社, 2009.
- 12) 日本精神障害者リハビリテーション学会監修 : 英国保健省 : 精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク : 5年間の経過. 日本精神障害者リハビリテーション学会, 2005.
- 13) 高橋祥友. 新訂増補 自殺の危険. 金剛出版, 2006.
- 14) 高橋祥友, 竹島正編 : 自殺予防の実際. 永井書店, 2009.
- 15) WHO Suicide Prevention (SUPRE). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/ (最終アクセス2009/10/24)
- 16) WHO : Preventing suicide : A resource for general physicians. (河西千秋, 平安良雄監訳) 自殺予防 : プライマリ・ケア医のための手引き 横浜自殺予防研究センター. http://www-use.yokohama-cu.ac.jp/~psychiat/WEB_YSPRC/index.htm (最終アクセス2009/10/24)

〔総説〕

社会構造的視点から見た自殺

たけしま 竹島 1
いながき 稲垣 1
まつもと 松本 1
もりかわ 森川 すいめい 2
ふじた 藤田 利治 3

¹ 国立精神・神経センター精神保健研究所

² 久里浜アルコール症センター

³ 統計数理研究所

はじめに

わが国の自殺死者数は11年連続30,000人を超える水準で推移しており、自殺予防は社会全体の大きな課題となっている。本稿では、はじめに自殺とは何かについて、次いでわが国の自殺の実態と対策の経緯について述べる。そして自殺がなかなか減少しない背景を踏まえて、今後の自殺対策のあり方について考察する。

自殺とは何か

自殺は死因の1つであって、死因は「ふつうの死」（疾病、老衰等の病死および自然死）と「外因死」（明らかな事故・災害・過失による不慮の外因死、自他殺または不詳の外因死）の二者に大別される¹⁾。自殺は、「外因死」のなかの「自他殺または不詳の外因死」であって、“死亡者自身の故意の行為に基づく死”と定義される。WHO（世界保健機関）は、最後の行為に至る段階では、自殺者の80~100%が精神疾患の状態であったことを紹介している²⁾。また、自殺のストレス-素因モデルは、自殺行動が、素因（絶望感、衝動性または攻撃性）とストレス（精神疾患、心理社会的危機）の重なるなかで発生することを示している。さらに、これまでの研究成果は、自殺の危険因子には、年齢、性別、遺伝、パーソナリティ、胎児期の成長と周産期の環境、幼少時のトラウマ、精神疾患、身体疾患、自殺手段の入手しやすさ、モデルへの暴露等があり、自傷または自殺未遂歴は、最も大きな危険因子であると述べている。そして自殺の前には、多くの場合、対人関係や健康の問題が先行すると述べている³⁾。これらの所見は、自殺が、自由意志の発露とはいえない状態で起こっていることを、また、生物的・心理社会的・社会的要因が絡み合った複雑な事象であることを示している。自殺を社会構造的視点から見る場合も、自殺が複雑な事象であることは決して忘れてはならない。自殺は「社会病」ともいふべき側面を有するが⁴⁾、そうであればこそ、自殺予防には人間行動を理解した介入、すなわち精神保健的観点が必要になる。

自殺の実態

わが国の自殺の実態把握に利用できる全国規模の統計は、厚生労働省の人口動態統計と、警察庁の統計の2つである。厚生労働省の人口動態統計における自殺者数は、戸籍法および死産の届出に関する規程により市区町村に届け出られた死亡のうち、死体検案書により自殺と判断されたものが対象になる。また、日本人を対象としており、住所地をもとに計

上される。警察庁の統計は、検視等の警察活動の結果、自殺とされたものが対象になる。自殺者は必ずしもその地域の住民とは限らず、その年（月）に発見された自殺が発見地をもとに計上される。

藤田らによる厚生労働省の人口動態統計の分析によると^{5)~8)}、日本の自殺死亡数は1997（平成9）年の約24,000人から1998（平成10）年の約32,000人へと急増し、特に男性の自殺死亡の増加が著しかった。また45歳から69歳までの自殺死亡数増加は、全体の増加の62%に相当する大きさであった。地域的には、自殺死亡増加の早期には、人口の多い大都市部で自殺死亡増加が著しかった。男性の自殺死亡率と完全失業率（労働力人口に占める完全失業者の割合。完全失業者とは15歳以上で仕事をもたず、すぐに就業が可能で、求職中の者）には強い正の相関があり、女性は相関がなかった。職業別では、無職での自殺死亡数の増加は、全体のおよそ半分に相当しており、配偶関係については、離婚男性での自殺死亡数は、1995（平成7）年と比べて2000（平成12）年では明らかに増加していた。無職と離婚が重なった男性での自殺死亡率は極めて高く、無職と離別の自殺死亡への影響は、相乗的であった。

警察庁の「平成20年中における自殺の概要資料」によると⁹⁾、全国における自殺者数の動向は人口動態統計と同様の推移を示していた。2008（平成20）年中の自殺者の総数は約32,000人であって、職業別状況では、「無職者」が約18,000人で57%を占めて最も多く、「被雇用者・勤め人」28%、「自営業・家族従事者」10%などと続いていた。このうち「無職者」は、「主婦」「失業者」「利子・配当・家賃等生活者」「年金・雇用保険等生活者」「浮浪者」「その他無職者」に分けられるが、そのうち最も多いのは「その他無職者」の47%であって、「年金・雇用保険等生活者」29%、「主婦」13%、「失業者」10%などと続いていた。原因・動機（3つまで計上可能）を公表している約23,000人のうち、原因・動機が「健康問題」である者は65%で最も多く、「経済・生活問題」32%、「家庭問題」17%、「勤務問題」10%などと続いていた。最も多い「無職者」の原因・動機は、「健康問題」60%、「経済・生活問題」16%、「家庭問題」12%などと続いていた（複数回答あり）。

このように人口動態統計の分析結果では、男性の自殺死亡率と完全失業率には強い正の相関があり、無職と離婚が重なった男性での自殺死亡率が極めて

高かった。また、警察庁の統計では、自殺のなかで最も多いのは「無職者」であって、そのなかでも特に多いのは「その他無職者」であった。警察庁の統計では分母に当たる人口が特定できないため、その解釈には慎重でなければならないが、「その他無職者」には自殺のハイリスク者が多く含まれる可能性がある。一般に無職者は精神疾患を有する者が多いなど、関連する要因が複雑であることを考慮する必要があるが³⁾、効果的な自殺予防対策を実施するためには、「無職者」、特に「その他無職者」と分類されている自殺者の特徴を分析する必要がある。

自殺対策の経緯

1998年の自殺死亡急増後の自殺対策の経緯は、第一期（厚生労働省中心の時期。1998～2005〔平成17〕年）、第二期（政府全体の取組みに広がる転換期。2005～2006〔平成18〕年）、第三期（自殺対策基本法以後。2006年～）の3つに区分できる¹⁰⁾。

第一期は、2000年に「健康日本21」の「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」があげられたことから始まる。厚生労働省に設置された自殺防止対策有識者懇談会は、2002（平成14）年12月の報告書「自殺予防に向けての提言」の中で、自殺の学際的な検討と包括的な対策を提言した。また、ハイリスクアプローチをとることで成果が期待できるとの考えから、早急にうつ病等対策の充実に取り組むことを提言した。そして2003（平成15）年度から、うつ病対策はようやく精神保健医療施策の新たな柱として登場することとなった。

第二期は、2005年7月に、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」が行われたことに始まる。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”にかかわる問題として、政府に関係省が一体となって自殺対策に取り組むことを求めた。これを受けて政府は、2005年9月に自殺対策関係省庁連絡会議を発足させ、12月には報告書「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」を取りまとめ、関係省庁がそれぞれ取り組むべき内容を明確にして、政府として総合的に進めていくこととした。

第三期は、参議院内閣委員長から提出された自殺対策基本法が、参議院、衆議院の審議を経て2006年

6月に公布、同年10月に施行されたことに始まる。自殺対策基本法は、その第2条（基本理念）に、自殺対策は、「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、「単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない」と述べている。自殺対策基本法の成立によって、わが国の自殺対策は、社会的な取組みを重視していくこととなり、2007（平成19）年6月には、政府が推進すべき自殺対策の指針である自殺総合対策大綱（以下、大綱）が策定された。大綱は、“自殺は追い込まれた末の死”という基本認識のもと、有識者の経験と意見に基づきエキスパートコンセンサスの形で策定された。しかし大綱にあげられた当面の重点施策、自殺対策の数値目標などは、稲垣が指摘するように¹¹⁾、エビデンスレベルの説明が十分にされていないため、戦略的にどの活動に焦点を当てるべきかという議論がなされにくい構造となっている。これは、わが国の大綱は指針であって、どの問題から対策を立てることが効果的であるかという“戦略”を記述していないことによる。各都道府県・政令指定都市においては、大綱を参考に対策が取り組まれているが、エビデンスレベルの必ずしも高くない事業が、事業として実施しやすいという理由から実施されやすい傾向もみられる¹²⁾。大綱は2008年に改正され、はじめてハイリスク者対策が盛り込まれたが、このことを契機に、ハイリスク者対策に戦略的に取り組むなど、より効果的な対策の重点化が望まれる。

自殺死亡が減少しない理由

自殺対策基本法によって、国民の自殺問題への関心は高まったと考えられるが、なぜ自殺死亡は減少しないのであろうか。その理由の一部は、年齢別の人口構成の変化にあると考えられる。わが国の自殺死亡率は、中高年、高齢者において高く、高齢化の進むなかで、自殺死亡者数は減少しにくい状況となっている。また、世界的に若年者の自殺死亡率は増加しているが^{3) 13)}、わが国も同様の傾向を示しており、このことも影響しているであろう。

社会構造的な視点からは、経済・生活問題、貧困問題・困窮者問題の影響が考えられる。経済・生活問題としては多重債務が取り上げられ、グレイゾーン金利が撤廃されたが、その結果として、貸出し供

給が減って、中小零細企業向けの金融分野が機能しなくなったという指摘もある¹⁴⁾。貧困問題・困窮者問題については、2008年12月から2009（平成21）年1月の派遣村、2009年11月30日の仕事を探している離職者で、住居・生活支援を必要としている人のためのワンストップ・サービス・デイが実施された。このほか、ネットカフェ難民、派遣切り・雇止めなど、貧困問題・困窮者問題を取り上げる記事やテレビ番組は多いが、その実態を実証的に論じたものは少ないように思われる。特に、精神保健面については実証的なデータに乏しい。Morikawaらは、東京の一地域でホームレスの精神疾患について調査し、調査対象者の64%が精神疾患に罹患していたことを報告しているが¹⁵⁾、ホームレスなどの困窮者には自殺関連行動が多いという報告もあることから¹⁶⁾、貧困と困窮者の問題に、社会が適切に対応していくためにも、このような実証的研究の広がることが期待される。HartはThe Inverse Care Law（さかさま医療ケアの法則）の中で、「よい医療ケアの確保は、そのサービスが提供されるグループの医療ニーズが高いほど、反対に難しくなる傾向がある。このさかさま医療ケアの法則は、市場の力に医療が支配されているところでは最も完全に貫かれ、その支配がゆるいところではより穏やかになる」（日本語訳は特定非営利活動法人シェア＝国際保健協力市民の会代表理事・本田徹による）と述べているが¹⁷⁾、自殺の危険の高い人たちは、ワンストップ・サービスの場を含めて、サービス提供の場面になかなか現れない可能性もある。貧困・困窮者と自殺問題は密接に関係すると思われるが、自殺予防に真に効果的な対策のためには、困窮者のかかえる精神保健問題の実態把握や、民間支援団体との情報交換など、地道な活動が何より大切と思う。

今後の自殺対策について

モルガン・スタンレー証券のチーフエコノミストであるロバート・A・フェルドマン氏は、日本社会における典型的な行動パターンを、問題が大きくなって危機（Crisis）が来るとあわてて反応（Response）する。それによって状況が少し改善（Improvement）するとすぐに安心（Complacency）してしまうことにあるとして、このサイクルをCRICサイクルと名付けている¹⁴⁾。

	青少年 (30歳未満)	中高年 (30~64歳)	高齢者 (65歳以上)
特徴と問題点	<ul style="list-style-type: none"> 学校・家庭でのさまざまな問題 (不登校・いじめ・親との離別など) 早期発症の精神障害による社会参加困難 精神科治療薬の誤用 	<ul style="list-style-type: none"> 社会的問題 (借金) をかかえた人の背景にアルコール問題 アルコールによる不眠への対処 アルコール問題とうつ病の合併 アルコール問題に対する援助を受けていない 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科受診率が低い
介入ポイントと対策	<ul style="list-style-type: none"> 教育機関と保健機関・精神科医療機関との連携促進による早期介入 精神科治療薬の適正使用のための対策 精神障害者の家族支援 	<ul style="list-style-type: none"> 地域保健・産業保健領域で、うつ病だけでなくアルコール問題も含めた、メンタルヘルスプロモーション推進 精神科医のアルコール問題に対する診断・治療能力の向上 	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医のうつ病に対する診断・治療能力の向上、および精神科受診の促進

※「心理学的剖検調査」については、厚生労働科学研究 (「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」(研究代表者: 加我牧子 国立精神・神経センター精神保健研究所所長)) により実施している。 (H21.9.8 自殺予防総合対策センターにおいて公表)

図1 「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」(心理学的剖検調査)の中間報告より

資料: 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。

わが国の自殺問題は30,000人を超えることによって社会の関心を高めることとなったが、もし仮に、幸いにして自殺が減少して、30,000人を切ることが2年くらい続けば、すぐに安心(Complacency)してしまうのであろうか。自殺者数は11年以上30,000人を超える水準で続いているが、効果的な対策の実施に至らなくても、平均への回帰としての減少が起ることもありうるのである。

自殺予防対策におけるエビデンス、特に介入効果に関するエビデンスは、非常に限られたものであるという実情がある。

第一筆者は、精神保健領域の政策研究についての論考の中で、わが国に必要なのは、辛抱強くモニタリングして、そこから社会の取り組むべきことを炙り出し続けていくシステムであると述べた¹⁸⁾。実証性の高いエビデンスの構築をめざした取組みこそが、CRICサイクルを脱した、中長期的な自殺予防の取組み、すなわち中長期的に自殺の増加を抑制していく政策につながっていくであろう。

自殺予防総合対策センターでは、自殺予防のための介入ポイントを明らかにするため、遺族ケアを前提に、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。現在までにおよそ70事例の調査を終えたところであるが、2009年の自殺予防週間における中間報告として、青少年、中高年、高齢者の各ライフステージにおける、自殺予防のための介入ポイントをまとめて公表した(図1)。青少年では、精神疾患に罹患したときの早期介入、精神科治療薬の適正使用のための対策、

家族支援が重要と考えられた。中高年では、アルコール関連問題についての社会の認知を高めること、断酒会等の自助グループの支援、一般医・精神科医のアルコール問題に対する診断・治療能力の向上が重要と考えられた。また、高齢者では、うつ病等でも精神科を受診していないという現状があることから、かかりつけ医のうつに対する診断・治療能力の向上、精神科受診の促進が重要と考えられた。これらは、自殺の危険性が高くなりつつある人たちの示す行動への介入であり、自殺予防の効果的な介入につながると考えている¹⁹⁾。

日本精神保健福祉士協会には、自殺予防総合対策センターとして、自殺の社会的要因をかかえる人が相談を持ち込む可能性がある相談機関と、精神科医療機関等との双方向性の連携促進のための研究を委託しているところである。筆者らは、今後とも、実証性の高いエビデンスの構築をめざして研究に取り組んでいくが、臨床や教育の現場に働く精神保健福祉士の方々との連携は極めて重要と考えているので、ご協力をお願いしたい。

文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部・厚生労働省医政局:平成21年度版死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル, 2009.
- 2) World Health Organization: Preventing Suicide A Resource for General Physicians.2000.(日本語訳は横浜自殺予防研究センターウェブサイトを参照)

- 3) Keith Hawton, Kees van Heeringen : Suicide. The Lancet volume 373 No.9672 : 1372-1381, 2009.
- 4) 竹島 正 : 自殺とはなにか/自殺対策の考え方. マンスリー保健センター (投稿中).
- 5) 藤田利治・谷畑健生・三浦宜彦 : 1998年以降の自殺死亡急増の地理的特徴. 厚生学, 50 (10) : 27-34, 2003.
- 6) 藤田利治 : 自殺予防対策のための自殺死亡統計. 臨床精神医学, 33 (12) : 1529-1537, 2004.
- 7) 藤田利治 : 様相が変貌した2003年の自殺死亡の状況—都市部から地方へ. 公衆衛生情報, 35 (4) : 1-3, 2005.
- 8) Toshiharu Fujita, Tadashi Takeshima, Hisateru Tachimori : Features of Increase in Suicide Deaths in Japan from a Statistical Viewpoint. The Second World Congress of Asian Psychiatry, 79-80, 2009.
- 9) 警察庁生活安全局生活安全企画課 : 平成20年中における自殺の概要資料, 2009.
- 10) 竹島 正・川野健治 : 自殺対策基本法. 高橋祥友・竹島 正編, 自殺予防の実際, pp.16-23, 永井書店, 2009.
- 11) 稲垣正俊 : 自殺予防対策の政策決定プロセス. 高橋祥友・竹島 正編, 自殺予防の実際, pp.293-299, 永井書店, 2009.
- 12) 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 : 都道府県・政令指定市における自殺対策および自死遺族支援の取組状況に関する調査. 2009.
- 13) WHO世界自殺予防戦略 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/ (最終アクセス2009/11/30)
- 14) 竹中平蔵 : 「改革」はどこへ行った?—民主党政権にチャンスはあるか. 東洋経済新聞社, 2009.
- 15) Suimei Morikawa, Ritei Uehara, Kouzhi Okuda, et al : Prevalence of substance dependence including alcoholism among homeless people in a district of the Tokyo metropolitan area. The First Congress of Asia-Pacific Society for Alcohol and Addiction Research, 112, 2009.
- 16) 逢坂隆子・坂井芳夫・黒田研二、他 : 大阪市におけるホームレス者の死亡調査. 日本公衆衛生雑誌, 50 (8) : 686-696, 2003.
- 17) Julian Tudor Hart : The Inverse Care Law. The Lancet, volume 297 No.7696 : 405-412, 1971.
- 18) 竹島 正・加我牧子・今田寛陸 : 政策立案を担う (特集 病院・医学部以外での精神科医の仕事). 精神科, 13 (2) : 117-122, 2008.
- 19) 内閣府 : 平成21年度自殺対策白書. 2009.

メンタルヘルスとQOLの追求

— 自殺の実態から何を学ぶか —

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 センター長

竹島 正 ● takeshima tadashi



【講師紹介】 社団法人島根県看護協会会長 住田 佳子

ただ今から、特別講演「メンタルヘルスとQOLの追求—自殺の実態から何を学ぶか—」を始めます。初めに、本日の講師の竹島正先生をご紹介します。

竹島先生は高知県のお生まれで、自治医科大学をご卒業後、高知県に勤務され、室戸保健所長、高知県精神保健センター所長を務められた後、1997年から国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部長に就任され、精神保健の政策立案のための調査・研究活動をなさっています。

2006年10月には自殺対策基本法に基づく自殺予防総合対策センターが新設され、センター長を兼任されています。また2007年から、内閣府自殺予防対策推進室参事官も務めていらっしゃいます。先生の豊富な研究活動の中から、メンタルヘルスの向上に向けた有意義なお話を伺えると思います。

では竹島先生、どうぞよろしくお願いたします。

はじめに

自殺とは何か？ 統計から見た自殺の実態について

ご紹介いただきました、竹島でございます。今日は、「メンタルヘルスとQOLの追求—自殺の実態から何を学ぶか—」というテーマで、お話しさせていただきたいと思います。

まず自殺と統計の話です。人が亡くなることについて、死因は2つに大別されます。1つは、疾病や老衰などの病死や自然死。もう1つは外因死と言われるもので、不慮の外因死(アクシデント)と、その他および不詳の外因死があります。自殺は、その他および不詳の外因死であり、「死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段・方法を問わない」に該当します。自殺に関する全国レベルの統計は2つあって、1つは人口動態調査(基幹統計調査)によるものと、もう1つは検視等の警察活動によるものです。我が国の自殺者の数は、この2つの統計のどちらかを利用し算出されています。

1. 人口動態調査

人口動態調査の実施機関は、厚生労働省です。出生・死亡、婚姻・離婚の数を数えていくもので、日本において発生した日本人の事象を客体としています。調査方法は住所地において計上され、調査項目は性別・出生年月・死亡年月日・死亡場所など、たくさんあります。

自殺者の数を見てみると、昭和30年代の半ばくらいに、特に若年者層の自殺率が高い時期がありました。その後は少し落ち着いて、昭和60(1985)年前後に再

び自殺者が増え、平成10(1998)年になって8,500人ほど急増しました。そして現在は、3万人を超える水準で推移しています。新聞でも何度か報道されているように、特に男性の自殺者数の増加が目立っています。

年齢層別で見た時、我々が最も気になっているのが、だんだん若年男性の自殺死亡率が高くなってきていることです。この10年の推移を見てみると、15～24歳、25～34歳、35～44歳の増加が気になります。中高年の自殺が急増している社会背景としては、証券会社の倒産など経済的な影響が大きいと考えられます。

また、どの地域で自殺者が増えたかというデータがあります。統計数理研究所の藤田利治先生の分析によると、増加率で見た時、大都市圏が高い傾向にあります。もともと自殺死亡率が高いのは秋田県など北東北地方ですが、増加率で見ると、急増期には大都市圏が高くなっています。自殺死亡と失業率について見ると、男性の場合は、強い相関があります。女性の場合は、相関は見られないと言っていいでしょう。

以上が、人口動態調査による分析です。QOLの観点から見ると、大都市圏の中高年男性層が1つ浮かび上がりますし、もう1つは若年成人層はどうなっているかという点が気になります。

2. 警察庁「自殺の概要資料」

「自殺の概要資料」は、警察庁が各都道府県の警察活動で扱った自殺事例の報告を基に全国集計しています。人口動態調査との大きな違いは、警察庁は自殺の発生地で見ますので、自殺者は必ずしもその地域の住民とは限らないということです。それから、遺書等の自殺を裏付ける資料により、明らかに推定できる原因・動機を3つまで計上しています。これが警察庁の自殺統計の特徴で、人口動態調査ではこの原因・動機という項目はありません。

2008年の「自殺の概要資料」を見ると、職業別状況では無職者が約6割、次いで非雇用者、自営業、家族従事者という順番になっています。原因・動機が明らかかな人では、健康問題が約3分の2の64.5%を占め、以下、経済生活問題31.5%、家庭問題16.7%、勤務問題10.3%となっています。

ただし、自殺に至るプロセスは非常に複雑です。健康問題が基になって経済・生活問題が起こり、それが家庭問題に波及する場合もあるし、家庭問題がもとになって健康問題が起こるかもしれない。いろいろなケースがあるので、自殺の原因・動機に簡単な答があるわけではありません。

また、原因・動機特定者における健康問題の内訳を見てみると、トップがうつ病になっています。次に身体の病気、統合失調症などが挙がっています。WHO(世界保健機関)の研究によると、自殺者の90%以上は、自殺前に精神疾患の診断可能な状態でした。気分障害(うつ病)、依存症(アルコール・薬物)、統合失調症、パーソナリティ障害などいろいろあり、全体で9割くらいが診断のつく状態でした。

自殺予防と遺族支援のための基礎調査

次に、我々が行っている「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」についてお話しします。これは、心理学的剖検の手法を用いた調査です。ご本人はもう亡くなっていますから、遺族にインタビューをして、故人の自殺の原因・動機から自殺に至るプロセスを明らかにしていきます。

2005年度に実現可能性調査をして、2006年度にパイロットスタディをして調査方法を調整しながら、2007年度から基礎調査を行うというステップを踏んで進めてきました。現在の取り組み状況は、全国53の自治体から168名の調査員の方をリクルートし、ご遺族との接点ができた段階で、遺族のケアを行いつつ協力をお願いして、調査に結び付けていくという試みをしています。ご遺族の心情に配慮しながら慎重に行うため、現時点の調査事例は60例ほどです。

ここで、主要な精神医学的診断について2008年度報告書を基に見てみましょう。まず気分障害が多く、次にアルコール依存症、統合失調症、パーソナリティ障害、不安障害などが出てきます。また、複数の精神医学的診断がつく方は少なくありませんでした。

自殺の危険因子に関する検討では、自傷・未遂歴のある方、自殺時のアルコール使用のある方がそれぞれ