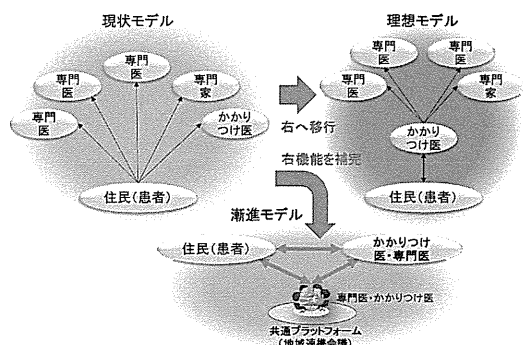


をするのが現実的ではないかとの仮説を設定するに至った(図4参照)。ただし、その事例の蓄積や検証は今後の課題である。

図4. かかりつけ医機能の強化方策案



E. 結論

OECD加盟国の中で公的なゲートキーピング制度が未成熟な国と分類されている日本(OECD, 2010)は、未遂者やハイリスク者への支援を工夫する必要がある。日本の保健医療制度全体に対するOECDの勧告(2014年11月)の柱のひとつである「より強力なプライマリケアの開発」も同様の趣旨を含んでいる(2015年に公表予定)。自殺予防対策は、自由主義をベースとした住民全体へのポピュレーションアプローチとともに、それぞれの地域での蓄積や資源を総動員してハイリスク者へいかに丁寧な支援を構築するかが問われていることを、本研究結果は示している。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表
伊藤弘人. 精神医療政策と今後の自殺対策. 第73回日本公衆衛生学会総会シンポジウム, 日本. 公衆衛生雑誌, 第61巻, 10号, 150, 2014.

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

引用文献

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. WHO, 2014 (自殺予防ガイドライン「(自殺を予防する:世界の優先課題)」). http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. WHO, 2013 (メンタルヘルスアクションプラン). http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
3. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. WHO, 2013. http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.
4. 厚生労働省. 健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料, 2012. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf.
5. Organisation for Economic Co-operation and Development. Making mental health count, 2014. <http://www.oecd.org/els/health-systems/mental-health-systems.htm>
6. Organisation for Economic Co-operation and Development. Reviews of Health Care Quality: JAPAN, 2014. <http://www.ncgg.go.jp/topics/dementia/presentation-day1.html>.
7. Roberts M, Hsiao W, Berman P, et al. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford University Press, 2008. (中村安秀, 丸井英二監訳: 実践ガイド: 医療改革をどう実現すべきか, 日本経済新聞社, 2010)
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health care systems: Getting more value for money, OECD Economics Department Policy Notes, No. 2., 2010. <http://www.oecd.org/eco/growth/46508904.pdf>.

参考資料：自殺に関する間違った俗説と事実

自殺と自殺企図に関する世界の疫学

【俗説】自殺を口にする人は実際には自殺するつもりはない。

【事実】

- 自殺を口にする人はおそらく援助や支援を求めている。
- 自殺を考えている人の多くが不安、抑うつ、絶望を経験しており、自殺以外の選択肢はないと感じている。

危険因子・保護因子・関連する介入

【俗説】ほとんどの自殺は予告なく突然起こる。

【事実】

- 多くの自殺には言葉か行動による事前の警告サインが先行する。
- もちろんそのようなサインがないままに起こる自殺もある。
- しかし警告サインが何であるかを理解し、用心することは重要である。

【俗説】自殺の危機にある人は死ぬ決意をしている

【事実】

- この俗説とは反対に、自殺の危機にある人は、生死に関して両価的であることが多い。
- 人によっては、生き延びたかたとしても、例えば衝動的に農薬を飲んで数日後に亡くなることもあるかもしれない。
- 適切なタイミングで情緒的支援にアクセスすることで、自殺は予防できる可能性がある。

自殺予防の現状

【俗説】自殺の危機にある人は、いつまでも危機にあり続ける。

【事実】

- 自殺の危険の高まりはしばしば短期的で状況特有である。
- 自殺念慮を再び抱くことはあるかもしれないが永遠ではなく、以前自殺念慮があった人や自殺企図をした人でも長生きすることができる。

自殺予防に向けた包括的な国としての対応に向けて

【俗説】精神障害を有する人のみが自殺の危機に陥る

【事実】

- 自殺関連行動は深い悲哀のしるしであるが、必ずしも精神障害のしるしではない。
- 精神障害とともに生きる多くの人々が自殺関連行動に影響を受けるわけではないし、自らの命を絶つ人のすべてが精神障害を有するわけではない。

自殺予防のための今後の展望

【俗説】自殺について話すのはよくない。促しているようにとられかねない。

【事実】

- 自殺についてのスティグマが広がっているため自殺を考えている人々の多くは誰に話したらよいかわからない。
- 包み隠さず話すことは、自殺を考えている人に自殺関連行動を促すよりはむしろ、他の選択肢や、決断を考え直す時間を与え、自殺を予防する。

参考資料

- 自殺は多大な犠牲を強いる
 - 毎年、80万人以上の人々が自殺により死亡
 - 15歳から29歳の死因の第2位
 - 成人1人の自殺死亡の背景に20人以上の自殺企図
 - 自殺は世界的な現象
 - 先入観：自殺は高所得の国々によく見られる
 - 自殺の75%は低中所得の国々で起きている
 - 自殺は生涯をとおしての重要な死因
 - 自殺企図・死亡：個人へのインパクトのみではない強力な波及効果→家族→友人→地域→国々

- 自殺は予防可能である。
 - 包括的な多部門による自殺予防戦略が必要
 - 国の戦略には次の連携を含むべき（政府や民間レベルでの保健医療および保健医療以外の部門）
 - 地域の関与
 - メディアによる責任ある自殺報道を促す
 - メンタルヘルスとアルコールに関する政策の改善
 - サーベイランスの改善
 - 早期予防は戦略の中心要素

- 自殺手段へのアクセス制限は効果的
 - 農薬、銃器、特定の医薬品を含む最も一般的な手段へのアクセスの制限
 - 特に衝動的な自殺の予防に重要な役割を果たす
 - 地域介入を伴う効果的な政策の実施は、手段への制限による自殺の減少に役に立ってきた。

- ヘルスケアサービスは自殺予防を核となる構成要素
 - 精神障害やアルコール使用障害は多くの自殺の一因
 - 早期発見と効果的なマネジメントは、人々が必要なケアを受けることを確実にするための鍵
 - ◇ 援助を希求者へのケアの質を向上：早期介入が効果的になる
 - ◇ ケアの質の向上は、自殺を減少させる鍵
 - ◇ メンタルヘルスやアルコールの政策はケアを優先事項とし、ヘルスケアサービス全体への良好な統合を促し、これらのサービス向上への十分な資金を支援すべきである。

- 地域は自殺予防において重要な役割を果たす
 - 脆弱性の高い個人への社会的支援を提供
 - フォローアップケアに取り組み
 - スティグマと闘い
 - 自殺で遺された人々を支援する
 - 特に資源が限られた国では、地域での自殺予防のための支援プログラムが重要
 - 地域における効果的な社会的支援や個人のレジリエンスは、社会的つながりや困難への対処スキルを構築し改善することで、脆弱性の高い人々を自殺から守ることができる。特に、地域は危機的状況において支援を提供し、自殺企図をした人と定期的に連絡を取り、自殺で遺された人々を支援することができる。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）））

国際的動向を踏まえた学術的基盤を強化する研究

～米国の保健医療政策の動向から見た自殺対策の方向性～

研究代表者 本橋豊 京都府立医科大学 特任教授
研究分担者 清水康之 NPO 法人自殺対策支援センターライフリンク理事長
研究協力者 藤田幸司 秋田大学大学院医学系研究科 助教

研究要旨：本報告の目的は、アメリカの保健医療政策の動向を調査し、わが国の自殺対策の今後の政策形成の方向性について考察することである。**方法：**アメリカ合衆国・ボストン市のハーバード大学公衆衛生大学院（Harvard University School of Public Health）のマイケル・ライシュ教授を訪問し、グローバルヘルスと医療保健政策の専門家の立場から、米国ならびにわが国の自殺対策の政策展開に必要な理論的枠組みについての討議を行うことにより、日本の自殺対策の推進に必要な観点について質的な分析を行った。**結果：**訪問調査による討議の結果、米国では銃規制の重要性や injury control の枠組みの中での自殺対策という日本にはない視点の自殺対策が重要視されていた。アメリカの医療保健政策の形成においては特定の利益団体の政治的意見が強く反映されることがあるが、自殺対策の法律の成立においてもそのような傾向が認められた。政策形成においてすべての利害関係者をリストアップし、利害関係と政治力のバランスを評価して政策の実現可能性を予見する手法が有用であるとの知見を得た。

まとめ：自殺対策の今後の政策形成においては、社会固有の文化的背景を考慮しつつ政策形成に関わる利害関係と政治力のバランスを明確にした上で、政策形成の実現可能性を探究する客観的手法の導入が有用である。

A. 研究目的

わが国の自殺対策の新たな政策展開にあたり、国際的動向を踏まえた学術的基盤を強化し、具体的な政策提言を可能にする手法を明確にする必要がある。自殺対策の現場や現場の実践活動から地方公共団体や国レベルの政策形成に繋げる提言や施策実現の努力を可能にするために求められるものは何かについて、海外の訪問調査により新たな視点を獲得考察することが本研究の目的である。

2014年度はアメリカ合衆国マサチューセッツ州ボストン市のハーバード大学公衆衛生大学

院を訪問し、グローバルヘルスの専門家で日本の医療保健政策に精通しているマイケル・ライシュ教授を訪問し、米国の医療保健政策の最新の動向をもとに、日本の自殺対策の今後の政策形成に資する討議を行うこととした。

B. 研究方法

2014年11月30日から12月3日の間にアメリカ合衆国マサチューセッツ州ボストン市に滞在し、ハーバード大学公衆衛生大学院国際保健学分野の主任教授であるマイケル・ライシュ教授の研究室を訪問し討議を行った。訪問日時は

2014年12月2日（火）午後1時30分から午後4時までの2時間30分だった。訪問者は、本橋豊、清水康之、藤田幸司の3人であり、本橋と清水が主として質問を行った。

ライシュ教授に対する質問項目と討議内容は以下のとおりだった。

- (1) 訪問目的の説明。日本の自殺対策の概要についての説明。
- (2) アメリカの自殺対策とくにハーバード大学が関与する自殺対策と自殺対策の研究動向について。
- (3) アメリカの医療保健政策の中で日本の自殺対策にも応用可能なものはあるか。
- (4) アメリカの医療保健政策を進める上で議会のロビー活動の重要性について。
- (5) アメリカの自殺対策に関する連邦レベルの法制度の現状について
- (6) 政策形成に関与するアクター及びステークホルダーの役割について
- (7) 日本の自殺対策の今後の展開に関する助言について

以上のような内容について、質問と討議を行った。質問と討議はオープンエンドな形式とし、自由な討議の中でテーマが進展していくことについては制止しなかった。なお、討議内容についてはライシュ教授に了解の上で、すべての内容を録音した。

(倫理面への配慮)

本研究で実施したインタビューは自殺対策の政策に関する内容であり、個人情報に関するものはなく、倫理面で問題となる内容は含まれていなかった。

C. 研究結果

方法で示したライシュ教授に対する質問と討議内容の結果を、番号別に整理して要約する。

- (1) 訪問目的と日本の自殺対策の概要については、本橋・清水が説明し十分な理解が得られた。
- (2) アメリカの自殺対策は、法制度面で見ると、日本のように国（連邦）全体としての総合的な法律はない。ただし、個別的法律としては、退役軍人会が中心になって作ったイラク・アフガニスタン戦争の帰還兵のメンタルヘルスと自殺対策を念頭においた法律が成立している（The Clay Hunt Suicide Prevention for American Veterans Act, 2014年）。また、若者の自殺予防のための補助金を支出するという法律も存在する（The Garrett Lee Smith Memorial Act, 2004）。退役軍人会は有力な政治団体であり、議会のロビー活動を通じて政策形成に隠然たる力を持っているとのことであった。

ライシュ教授の所属するハーバード大学では若者の自殺予防のための大学としての対策が充実してきている。学生の自殺は大学の管理運営上重要な課題となっている。なぜならば、学生の自殺は自殺した学生の親から大学の管理責任を問われる訴訟リスクとなる可能性があるからであり、大学として対策に力を入れているとのことであった。ハーバード大学では24時間体制で学生の相談を受け付ける体制を整備した。また教員には学生からの相談があったときに対応ができるようにするマニュアルが整備され教員に配布されており、教員を対象とした相談の研修制度もある。日本では大学の保健センターにて精神科的対応を行う大学が増えてきているが、保健センターの職員

以外へのマニュアルの配備や研修を充実させている大学は少ないと思われる。ハーバード大学の学生に対する自殺予防対策を取り入れる余地は日本の大学にあるように思われた。

- (3) アメリカでは銃の規制が統制されていないため、銃による自殺が手段として多いことが知られている。それゆえに銃規制を行うことが自殺予防につながると思われるが、全米ライフル協会という強い利害関係団体があり、銃規制の進展は難しい状態が続いている。

自殺対策は injury control という枠組みの中で考えられる傾向があり、ハーバード大学の自殺予防研究者は injury control center の研究者が中心である。この点が日本の自殺対策の取組みと異なっているようである。

アメリカにおいて自殺対策を進める上で、ターゲットとなる集団を明確にすることは日本と同じである。性別、年代別、人種別に自殺のリスクを評価し、対象集団を明確にして介入と政策を立案していくことが大切である。

- (4) 政策形成、政策展開を図っていく上で、議会でのロビー活動はアメリカではとくに重要である。日本と違い、議員が中心になって議員立法を行うことが多いため、議会や議員の果たす役割は日本より大きい。多くの利害関係団体がそれぞれの特定の議題についてロビー活動を行い、それぞれの目的を達成しようとする。自殺対策は、政治的・経済的な利害関係が絡むことが少ないため、これまで大きな政策上の論点とならなかったと思われる。例外的な事例とし

て、退役軍人会が推進したイラク・アフガニスタン帰還兵のメンタルヘルスケアと自殺予防の法律は、退役軍人の福利厚生のためにロビー活動が行われるインセンティブが働いたものと推測される。

- (5) 自殺対策に関する法制度は(2)に述べたように存在するが、連邦全体に及ぶような包括的な自殺対策の法制度は存在しない。連邦制のため各州が独自に法制度を構築することが前提のために、日本のような自殺対策基本法が成立することは難しいのかもしれない。また、オレゴン州などの安楽死を認める州が存在し、physician-assisted suicide を認めていることから、自殺対策の理念をどのように設定するかも合意の得にくい問題ではないかと考えられる。

- (6) 医療保健政策の政策形成における利害関係者の役割については、利害関係者のリストアップとその政治力のバランスを分析した上で政策実現の可能性を計算するソフトウェアの紹介を受けた。1990年代のクリントン大統領時代の医療制度改革が失敗に終わった背景の分析については、このソフトウェアを活用することで理解が可能になる。このソフトウェアは無料でダウンロードが可能であることから、日本の自殺対策の新たな政策形成(とくに多重債務問題と自殺、連帯保証制度と自殺というような利害関係者の調整が求められる議題)において、活用を考慮することができるものと思われた。

- (7) 今後の日本の自殺対策の政策展開に関するライシュ教授の助言としては以下のような点に言及があった。自殺対策の政策形

成に関わる人材の育成のために統一的な研修プログラムを作成することが重要である。自殺対策の現場の実践者に対する研修も重要であるが、さらには政策形成の高いレベルで関与できる人材の研修プログラムも用意すべきではないか。ハーバード大学ではライシュ教授が中心になって国際保健や医療政策のハイレベル人材の研修プログラムを世界銀行と共同で開発し毎年実施しているとのことである。集中的な研修プログラムで政策形成に関わる人材の能力開発を行うことで、世界各国で共通認識を有する医療保健政策が可能になることを目指しているとのことであった。自殺対策においても、賢人会議あるいは世界銀行を巻き込むようなハイレベルな研修プログラムを開発し、日本のみならず欧米あるいはアジアを巻き込むようなグローバルな政策展開を図ることが考えられる。

D. 考察

アメリカ合衆国の自殺対策は日本と異なり、連邦レベルでの包括的な法制度の構築は難しいことが明らかになった。一方で、アメリカの自殺総合対策の具体的取組はアメリカ合衆国保健医監報告 (A report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention) としてまとめられた「国家自殺予防戦略」(2012 National Strategy for Suicide Prevention: GOALS AND OBJECTIVES FOR ACTION) に示されている。この報告はアメリカの国家としての自殺予防対策の理念と方向性と具体的施策が詳細に示されており、わが国の自殺対策にとっても役立つ文書である。日本の自殺対策との違いは、この報告があくまでも保

健医監の報告であり医学的・公衆衛生的見地からまとめられていることである。総合的であっても分野横断的な包括度においては、日本の自殺総合対策に優位性がある。

さて、ライシュ教授との討議によりいくつかの有益な示唆が得られた。第一に、自殺対策の政策形成において関係者の利害や調整を念頭にいった客観的評価を行い、政策の実現可能性を評価することの重要性である。ライシュ教授から示されたソフトウェアを活用しての検証と分析を自殺対策の個別の課題ごとに活用することが望まれる。

第二に、政策形成に関与する人材のハイレベルな研修プログラムを開発し、そのプログラムを活用した実効ある魅力的な研修を企画することである。日本の自殺対策で言えば、地方自治体の担当課長レベルの研修ではなく、副知事や知事レベルの魅力ある研修プログラムを開発し、実現可能性を追求することである。

第三に、アメリカにおける銃規制の困難さはアメリカの歴史・文化的背景に関わる問題であり、その国固有の歴史的・文化的背景に十分に配慮した上で政策形成の可能性を検討することが重要であることが示唆された。日本の場合には、多重債務問題や連帯保証問題のような日本独自の社会的文化的背景に関わる自殺対策の推進が自殺対策として有用だった。

今後、自殺問題が深刻となりつつあるアジア地域では、その国固有の歴史的・文化的背景を考慮した自殺対策の推進が重要な課題になるものと思われる。わが国の優れた自殺対策をアジア諸国に技術的に移転していく際には、このような歴史的・文化的背景への考慮が求められる。

以上、今回の訪問調査により、日米の自殺対策の国際比較という視点のみならず、よりグロ

一バルな観点からの自殺対策の政策形成の課題が明確になったことが重要な成果であると考えられた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 本橋豊：高齢者の孤独と自殺。長寿科学振興財団業績集（平成 26 年度）印刷中。

2. 学会発表

1) 武見敬三、本橋豊、清水康之：自殺対策の新たな政策的枠組みをめざして。日本自殺総合対策学会設立記念フォーラム抄録集、75-76、2014年9月、東京。

2) 本橋豊：地域における自殺対策—その検証と評価。第38回日本自殺予防学会・特別講演、北九州市、2014年9月、第38回日本自殺予防学会抄録集、2014年。

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出 版 地	出版年	ページ
本橋豊	自殺とその対策のいま	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	2-6
本橋豊	秋田における地域介入研究	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	15-18
本橋豊	公衆衛生学の観点から見た自殺対策の政策展開	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	222-232
本橋豊	自殺対策の今後の展望	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	291-293
椿広計	知と行動の統合で「いのち」を守る	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	162-171
久保田貴文	統計データから浮かび上がる「自殺」	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	7-14
澤田康幸	経済学の観点から見た自殺対策の政策展開	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	211-221
上田路子・松林哲也	政治学・経済学から示す自殺対策のエビデンス	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	43-46
伊藤弘人	精神保健政策の国際的動向から見た自殺対策の展開	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	233-242
清水康之	「自殺総合対策学会」の意義	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	108-110
反町吉秀	Safety promotionとスウェーデンの自殺予防対策	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	84-87
岩瀬博太郎	法医学の観点から見た自殺対策の政策展開	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	260-267
生越照幸	法律実務家から見た過労自殺対策	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	76-79
高橋義明	幸福度から見た自殺対策	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	243-252
金子善博	秋田市の自殺未遂者対策	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	139-142

藤田幸司	高齢者の「閉じこもり」と自殺対策	本橋豊	よくわかる自殺対策	ぎょうせい	東京	2015年4月	64-67
本橋豊	高齢者の孤独と自殺	長寿科学振興財団	高齢者の不安とその対策	長寿科学振興財団	愛知	2015年3月	127-134
本橋豊	自殺・自殺予防の現状分析	京都大学医学部附属病院医療安全管理部	医療機関が取り組む患者の自殺予防	京都大学医学部附属病院医療安全管理部	京都	2015年3月	1-7

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Kobayashi Y, Motohashi Y et al.	The possibility of self-efficacy as a suicide ideation predictor: a population cohort study in rural Japan	Open J Prev Med			2014
本橋豊	地方自治体の自殺対策の効果の評価とその展望	公衆衛生	78(4)	238-240	2014
大野裕、他（本橋豊は10番目）	複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究	ストレス科学	29(1)	1-17	2014
本橋豊	地域における自殺対策	日本自殺予防学会雑誌		印刷中	2015

厚生労働科学研究事業・成果報告シンポジウム

知と行動の統合による 自殺対策の新たな政策展開

日時 2015年 1月31日(土)

場所 キャンパスプラザ京都 4階 第4講義室

主催 「学際的・国際的アプローチによる自殺総合
対策の新たな政策展開に関する研究」研究班

後援 京都府

知と行動の統合による 自殺対策の新たな政策展開

主催：「学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究」研究班

後援：京都府

開催日時：2015年1月31日（土） 午後1時30分～4時30分

会 場：キャンパスプラザ京都4階第4講義室

目 次

- (1) シンポジウムの開催にあたって（ご挨拶）…………… 2 頁
本橋 豊（京都府立医科大学特任教授）
- (2) 総合的な自殺対策の実現に向けて～知と行動の統合～…………… 4 頁
椿 広計（統計数理研究所副所長・総合研究大学院大学教授）
- (3) 経済問題からみた自殺対策～社会科学の視点から～…………… 6 頁
澤田康幸（東京大学大学院経済学研究科教授）
- (4) WHO の精神保健政策～グローバルな自殺対策の動向～…………… 8 頁
伊藤弘人（国立精神・神経医療研究センター 社会精神保健研究部長）
- (5) 自殺問題の社会化～そのプロセスと世界的意義～…………… 10 頁
清水康之（NPO 法人自殺対策支援センター・ライフリンク代表）
- (6) <総合討議の議論を深めるために>
自殺対策のこれから：
ハーバード大学公衆衛生大学院のライシュ教授とのインタビューを受けての考察…………… 12 頁
本橋 豊（京都府立医科大学特任教授）

シンポジウムの開催にあつて（ご挨拶）

厚生労働科学研究費補助金

「学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究」

研究代表者 本橋 豊

京都府立医科大学特任教授

本日は市民公開シンポジウム「知と行動の統合による自殺対策の新たな政策展開」を開催したところ、多くの方々のご参加をいただき、心から御礼申し上げます。平成18年に自殺対策基本法が成立したことを契機に、自殺問題は社会が優先的に取り組むべき課題として認識され、国レベル、地方自治体レベル、民間レベルで真摯な取組が行われてきました。1998年に自殺者数が全国で3万人を越えるという異常な事態となつてから、自殺対策基本法ができるまでに8年間の歳月を要しました。そして、自殺対策基本法成立から8年を経過した今日、自殺対策の新たな政策展開が求められています。日本の自殺対策は関係者の多大なご努力があり統計的には減少傾向を示していますが、それでもなお年間2万五千人を超える方々が自殺・自死でなくなっているという現実が変わりはありません。

学術的研究の成果がどのように社会に還元され現実社会を変えていけるのかという問題は、学術研究に携わる者につねに突きつけられている課題です。「自殺対策に関する学術的研究はこの点について前向きな回答を用意できているのだろうか」という問いが、現場の実践者及び政治や社会の分野の方々から聞こえてきました。平成26年4月から開始された、私どもの研究班はこのような鋭い現場の問いかけに応えるべき準備された研究プロジェクトです。厚生労働科学研究の補助金を受け、3年計画で実践的な研究成果を示すことが求められている研究プロジェクトです。

「知と行動の統合」という聞き慣れない言葉を使いましたが、その意味するところは、研究者が行う研究が「研究のための研究」ではなく、「研究の成果が具体的な対策にただちに反映されるような研究」であるべきという自殺対策の現場の実践者及び政治や社会の分野で政策立案者の要請に応えるということです。行動とは理論を政策や実践に還元するためのアクションということになります。象牙の塔に閉じこもることで満足する学問ではなく、社会の制度の改善や対策に結びつく理論の実践への転換を重視する学問を目指すということです。明治の初めに福沢諭吉が強調した「学問のすすめ」における実学重視、アメリカ発祥の哲学思潮であるプラグマティズムなどめざすところと同じであると私は考えています。「知と行動の統合」を自殺対策の政策研究においていかに実現するか。これが、私どもの研究班に課せられた使命です。

本シンポジウムでは、研究班の4人の研究分担者に今年度の研究成果についてご報告をいただきます。それぞれのご発表を踏まえて、様々な角度から「知と行動の統合」をテーマに自殺対策の今後の政策展開を具体的にどのようにすべきかについての議論を深めていきたいと思ひます。

本シンポジウムは厚生労働科学研究の研究成果を中心に議論が行われますが、市民の方々が多数来場されることを考慮して、総合討論ではなるべく平易な言葉で自殺対策の課題と今後の方向性を探ることにしています。活発な討議が行われ、今後の我が国の自殺対策の政策形成に役に立つことを期待いたします。

本シンポジウムの開催にあたり、研究班をさまざまな形で支援していただいた厚生労働省社会・援護局障

害保健福祉部の担当者の皆様に厚く御礼申し上げます。また、京都府での開催ということでご後援をいただいた京都府に、この場をお借りして、心から感謝申し上げます。

総合的な自殺対策の実現に向けて

～知と行動の統合～

椿 広計

統計数理研究所・副所長

哲学者・吉田民人は、「新しい学術の体系 [1]」構築を呼びかけ、これまでの「科学のための科学（認識科学）」に対峙するものとして、「社会のための科学（設計科学）」への注力を示唆しました。以来、様々な社会課題解決を目指したプロジェクト型研究が推進されてきました。まさに、自殺対策学は、社会設計科学の典型に位置づけられるべきです。「いのち」を守るという求心力を源泉に、必要な知を順次統合しなければなりません。自殺の可能性のある全ての対象とその要因、あるべき対応の設計に資する実学としての自殺対策学形成の必要性を社会構成員全員が同意し、何らかの形で協力しなければならないと考えます。

一方、自殺対策に資する行動も、この種の知を前提とした社会マネジメントシステムに基づいて設計されるべきです。通常の質マネジメントシステム（QMS）に比べて、自殺対策システムが難しい点は、自殺に至るプロセスが、これまでの個別領域の知で記述するには、あまりにも多様なことです。しかし、困難があっても科学の文法 [2] に基づき、まずは次のようなミクロな視点での、丹念な質的研究活動を現場と相互作用を持ちつつ、体系的に行うことが最重要です。

- ① 個々の自殺に至る主要な現象とその順序関係を丹念に追跡
- ② その順序関係の類似性に基づき、自殺に至るプロセスを適切に分類
- ③ 分類されたプロセス毎に、そのプロセスの支配的原因を除去ないしは軽減に資する社会プログラムを実装

勿論、自殺対策にも俯瞰的・マクロ的接近が寄与する余地はあります。明治を代表する統計家であった呉文聡は、社会全般に対する自殺対策を導くためには、自殺現象全体に比較的均一に影響を与える「恒同原因」と個別の自殺プロセスに選択的に生じる「変動原因」とを分類し、変動原因などの寄与を社会全体で評価するアプローチが重要とし、明治 30 年代に自殺統計 [3] を作成しました。確かに、国や自治体の政策決定・政策評価にとっては、この種の俯瞰的評価活動も重要です。ただし、自殺対策の現場に資する定量的研究があるとすれば、それは、十分な質的研究の裏付けに基づいた、データ設計が行われている必要があります。

この種の質的分析を自殺対策に資する作業仮説に結び付けるには、心理学、教育学、社会学、経済学、倫理学、宗教学、地域研究など多くの人文社会学の知や少なくとも精神医学等の知が必要です。また、合理的対策を導くにも、医学、法学、政治学、経済学を始めとする多くの知が必要です。従って、多様な学術の知と質的研究の現場が垣根を取り払ったチームとして常時議論可能な場が生成されなければなりません。2013 年度後半に厚生労働科学研究費の支援を受け、自殺に関わる多様な人文社会科学分野の専門家、更には自殺対策の現場で日々尽力する NPO 法人の専門家が集中的に議論する場を設けることができました。その中で、筆者が自殺対策に必要と考えるリスク対応技法について、社会システム工学専門家を交えて議論することもできました。この議論に参加した大半の研究者は初対面でした。しかし、互いの学術的原理が異なることを理解できましたし、現場と学術とのギャップを理解することもできました。

このような活動において、通常は没交渉な他学術領域の知を解釈し、移転を加速させる工学的方法や仕組の活用も必要と考えます。実際、重大事故を導いてしまう一歩前の原因事象を抽象化し、網羅的に分類し、その事象に主として影響を与える要因を抽象的に特定する信頼性工学のFMEA (Failure Mode Effects Analysis, [4]) 等の方法論は、鈴木和幸日本信頼性学会長が自殺対策などメンタルリスク分野においても有効ではないかと論じられたことは、これからの自殺対策を論じる際にも必要な視点と考えています。

【参考文献】

- [1] 日本学術会議運営審議会附置新しい学術体系委員会、新しい学術の体系－社会のための学術と文理融合－、<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/18pdf/1829.pdf>、日本学術会議、(2004)
- [2] Pearson, K., *The Grammar of Science*, 3rd ed., Adam and Charles Black, (1911)
- [3] 呉文聡、自殺統計、「統計実話」、pp. 24-36、丸善 (1899)
- [4] 日本信頼性学会編「新版信頼性ハンドブック」、日科技連出版 (2014)

経済問題からみた自殺対策

～社会科学の視点から～

澤田 康幸

東京大学大学院経済学研究科教授

世界保健機関（WHO）によると、世界で毎日 3,000 人もの人々が自殺を図り、およそ 30 秒に一件の自殺関連死がおこっているとされている。「自殺」は、現代日本における最も深刻な問題の 1 つであることは言うまでもない。特に日本では 1998 年以降 2011 年まで自殺者数が年間 3 万人を超え、その 14 年間、毎日およそ 90 人もの人々が自ら命を絶っているという事態が続いてきた。警察庁の自殺統計によると、2012 年に日本の自殺者数は 15 年ぶりに 2 万 7766 人となり、3 万人を割り込んだが、依然高い水準にあることには変わりがない。また、日本の自殺率は国際的に見ても高く、最新のデータによると男性自殺率は OECD 加盟国のなかで 3 番目、そして女性の自殺率は 2 番目に高くなっている（澤田・上田・松林, 2013）。

しかし、自殺の問題の捉え方は様々で、対策もまだ緒に就いたばかりという面がある。「個人が問題を抱え、自ら命を絶つ」－従来、日本では、「自殺は個人の問題」とされてきた。特にうつ病が自殺の直接的な原因として挙げられていることがある。しかし、自殺の直接的な原因が個人の問題だとしても、その背後に社会や経済の問題が潜んでいる。自殺の原因はうつ病であったとしても、多くの場合、個人の問題にとどまらず、個人を取り巻く経済状態や制度、あるいは人間関係によって強く影響を受けている。たとえば、失業、倒産、連帯保証人問題などによる経済的困窮は、多くの自殺の直接的あるいは間接的な原因となっている。したがって、自殺にかかわる一連の問題と有効な自殺対策のあり方は、人々が自殺に追い込まれていく社会経済環境についての慎重な実態把握なくして議論はできない。

本報告では、(1) 自殺の社会的経済的背景・実態の実証的解明、(2) なぜ自殺対策が必要かという根拠づけ、(3) エビデンスに基づいた自殺対策の効果検証・設計、の主に三点について、いくつかの例示を元にして議論したい。

【参考文献】

澤田康幸 上田路子 松林哲也 (2013) 『自殺のない社会へ』有斐閣。

精神保健政策の国際動向からみた自殺対策の展開

伊藤 弘人

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所社会精神保健研究部長

本報告の目的は、わが国の精神保健政策・自殺対策の政策形成に資するために、精神保健政策の国際動向を明らかにすることである。【方法】調査対象は、世界保健機関（World Health Organization: WHO）および経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD）における精神保健政策・自殺予防対策活動である。公表資料の収集・分析、および最新情報及び内容のポイントを把握するための関係者へのヒアリングを行った。【結果】WHOでは、昨年9月に自殺予防対策のガイドライン「Preventing suicide: A global imperative（自殺を予防する：世界の優先課題）」を公表した。カギとなるメッセージとして、①多大な犠牲を強いる自殺は予防可能であること、②自殺手段へのアクセス制限は効果的であること、③ヘルスケアサービスに自殺予防を組み込む必要があること、④地域が自殺予防において重要な役割を果たすことが示されていた。抄録末尾に、ガイドライン内にある自殺に関する間違っただ「俗説」と「事実」を示す。WHOは本ガイドラインに先立ち、2020年までの精神保健政策に関するアクションプランを2013年に報告している。アクションプランの目標の指標のひとつに「自殺率を2020年までに10%削減」することが掲げられている。一方OECDでは、昨年6月に精神保健政策における指標に関する報告書「Making Mental Health Count（メンタルヘルスを考慮する）」を出版した。具体的指標を明確には勧告していないが、死亡率の低減が重要とされ、ハイリスクと考えられる精神疾患（統合失調症または双極性障害）の自殺率の指標が例示されている（自殺率および退院後1年以内の自殺率）。また日本では測定が難しい外来患者のフォローアップに関する指標が複数提案されていた。【考察】OECD加盟国の中で公的なゲートキーピング制度が未成熟な国と分類されている日本（OECD, 2010）は、未遂者やハイリスク者への支援を工夫する必要がある。日本の保健医療制度全体に対するOECDの勧告（2014年11月）の柱のひとつである「より強力なプライマリケアの開発」も同様の趣旨を含んでいる（2015年に公表予定）。自殺予防対策は、自由主義をベースとした住民全体へのポピュレーションアプローチとともに、それぞれの地域での蓄積や資源を総動員してハイリスク者へいかに丁寧な支援を構築するかが問われていることを、本研究結果は示している。

【謝辞】

本研究は、厚生労働科学研究（主任研究者：本橋豊）の支援を受けて実施した。

【日本語訳のある参考 URL】

WHO 自殺予防対策報告書 (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)

WHO メンタルヘルスアクションプラン (http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/) OECD メンタルヘルス報告書 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/mental-health-systems.htm>) [紹介のみ日本語]

【参考資料】自殺に関する間違った俗説と事実（WHO 自殺予防対策報告書，2014）

【俗説】自殺を口にする人は実際には自殺するつもりはない。

【事実】自殺を口にする人はおそらく援助や支援を求めている。自殺を考えている人の多くが不安、抑うつ、絶望を経験しており、自殺以外の選択肢はないと感じている。

【俗説】ほとんどの自殺は予告なく突然起こる。

【事実】多くの自殺には言葉か行動による事前の警告サインが先行する。もちろんそのようなサインがないままに起こる自殺もある。しかし警告サインが何であるかを理解し、用心することは重要である。

【俗説】自殺の危機にある人は死ぬ決意をしている

【事実】この俗説とは反対に、自殺の危機にある人は、生死に関して両価的であることが多い。人によっては、生き延びたかったとしても、例えば衝動的に農薬を飲んで数日後に亡くなることもあるかもしれない。適切なタイミングで情緒的支援にアクセスすることで、自殺は予防できる可能性がある。

【俗説】自殺の危機にある人は、いつまでも危機にあり続ける。

【事実】自殺の危険の高まりはしばしば短期的で状況特有である。自殺念慮を再び抱くことはあるかもしれないが永遠ではなく、以前自殺念慮があった人や自殺企図をした人でも長生きすることができる。

【俗説】精神障害を有する人のみが自殺の危機に陥る

【事実】自殺関連行動は深い悲哀のしるしであるが、必ずしも精神障害のしるしではない。精神障害とともに生きる多くの人々が自殺関連行動に影響を受けるわけではないし、自らの命を絶つ人のすべてが精神障害を有するわけではない。

【俗説】自殺について話すのはよくない。促しているようにとられかねない。

【事実】自殺についてのスティグマが広がっているため自殺を考えている人々の多くは誰に話したらよいかわからない。包み隠さず話すことは、自殺を考えている人に自殺関連行動を促すよりはむしろ、他の選択肢や、決断を考え直す時間を与え、自殺を予防する。