

## Ⅱ 自殺対策の基本的な考え方

防衛医科大学校防衛医学研究センター 高橋祥友

### 1. UN/WHO 自殺予防ガイドラインとその意義

全世界では、年間約 100 万件の自殺が生じています。さらに未遂者数は、既遂者数の少なくとも 10 倍に上ると推定されています。また、自殺は死にゆく人だけの問題ではなく、遺された人々へも重大な心理的影響を及ぼす深刻な問題です。

一般的に、社会・経済的に安定してはじめて自殺予防に関心が払われる傾向があります。それでも、国のレベルで自殺予防対策の方針を定めている国は、先進国でも数えるほどしかないのが現実です。多くの人々が単純な感染症や飢餓で亡くなっているような発展途上国では、ほとんど関心が払われていないと言っても過言ではありません。

こうした現状を直視し、1993 年 5 月にカナダのカルガリーで UN(国連)と WHO(世界保健機関)が共同主催した専門家会議が開催され、国のレベルでの自殺予防ガイドラインの作成について議論されました。このガイドラインは 1996 年に UN で最終承認され、各国に配布されました。これは、「UN/WHO 自殺予防ガイドライン」【表Ⅱ-1】と呼ばれています。

【表Ⅱ-1】 UN/WHO 自殺予防ガイドライン

1. 各国の実状に合わせて独自の予防対策の方針を立てる	11. ゲートキーパーのための訓練プログラムを作る
2. 自殺に関する研究、訓練、治療のための組織を整備する	12. 精神疾患や自殺予防に関する正確な知識を普及する
3. 総合的な取り組みで自殺予防対策を進める	13. 専門家に対して自殺予防に関する教育を実施する
4. 最重要課題が何であるかを見きわめる	14. プライマリケア医を対象に自殺予防に関する生涯教育を実施する
5. 自殺に関する正確なデータ収集システムを整備する	15. プライマリケア医と精神科医の連携を図る
6. ハイリスク者への対策を徹底する	16. 生命の価値を再考するように地域に働きかける
7. ハイリスク者を長期にフォローアップするシステムを作る	17. 学校における自殺予防教育を実施する
8. ハイリスク者が問題解決能力を高めるように助力する	18. 危険な手法を法的に規制する
9. ハイリスク者を総合的にサポートする	19. 自殺後に遺された人をケアする
10. ハイリスク者を抱える家族をサポートする	20. マスメディアとの協力関係を築く

このガイドラインは、地域や個々の組織のための自殺予防対策ではなく、あくまでも国のレベルで自殺予防対策を立てるためのものです。また、議論の叩き台とすべきものであり、どの部分が自分の国にとって有効か、どの部分には修正が必要か、あるいは実施が難しいものかを検討したうえで、現時点で入手可能な資源を活用し、国としての自殺予防対策を立てなければならない、とその冒頭で強調しています。

ガイドラインの主な項目は、【表Ⅱ-1】に示したとおりですが、このガイドラインで指摘されている大きな流れは、①自殺の実態の把握、②ターゲットの設定、③地域の実状に合った予防対策の立案と実施、④実施した対策の評価、⑤予防対策のさらなる改善です。

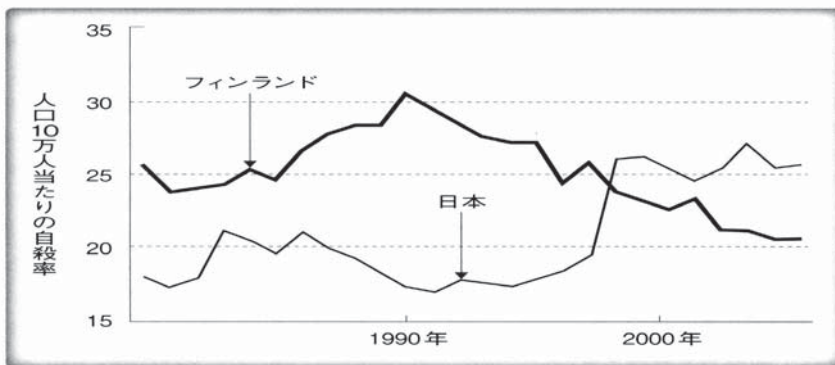
自殺予防においては、自殺につながりかねない精神疾患の早期診断と適切な治療という「メディカルモデル」と、問題を直視し適切な解決を図るように地域住民を教育していく「コミュニティモデル」の双方を密接に関連させることではじめて効果が上がる、ということをおぼろげに忘れてはなりません。自殺はまた、さまざまな原因からなる複雑な現象であるので、生物・心理・社会的な総合的なアプローチが必要です。ガイドラインで指摘している項目を全面的に実施できている国となると、現時点ではごく少数です。

重要な点は、まずこのガイドラインを自国の実状と照らし合わせて検討することです。この中のどの項目がただちに実施可能であるか、どの項目は実施不可能であるか、どの項目には修正が必要なのか、を検討していくことこそが、自殺予防対策の第一歩となります。

## 2. フィンランドの実践：国レベルの自殺予防対策が成功した例

フィンランドは歴史的に、自殺率の高い国の一つでした。しかし 1980 年代になって、本格的な自殺予防対策を実施する機運が高まってきました。まず、1987 年 4 月から 1988 年 3 月までの 1 年間にフィンランドで生じた自殺 1,397 件についての実態調査が実施され、次のような結果を明らかにしました。

- ①自殺者の大多数（93%）は、自殺に至る前に、何らかの精神疾患の診断に該当する状態にあった。
- ②男性が自殺者全体の 3/4 を占めていた。
- ③うつ病、アルコール依存症、またはその両者の合併が全体の約 8 割を占めていた。
- ④ただし、適切な治療を受けていた人はごく少数だった。



【図Ⅱ-1】 フィンランドと日本の自殺率の比較

そして、この全国調査の結果をもとに今度は、地域における具体的な自殺予防対策を実施してきました。その際に強調されたのは、次の点でした。

- ①悩みを抱えてもなかなか相談できない人が多いのが現実だが、相談しようとするのは適切な対処法であると強調する。
- ②どこで援助を求められるかという情報を提供する。
- ③同時に、精神疾患に対する偏見を和らげることに努力する。

こうしてフィンランドでは、自殺予防対策を粘り強く実施し、自殺率を約 3 割低下させたわけです【図Ⅱ-1】。なお、この時期のフィンランドでは、IT産業の勃興により経済的に安定しはじめ、また長年にわたって脅威をもたらしたソビエト連邦の崩壊もあったことから、そうした社会経済的変化も自殺率の低下に寄与したであろうと指摘されています。

## 3. ないものねだりをせず、できることから始める

自殺予防対策を実施する上で重要なことは、自殺に関連して各地域が抱える問題は何か、地域住民がもっとも高い関心を抱いている問題は何か、という点について合意を形成することです。そして、今ここから何ができるか、という視点で議論を進めていくことが何よりも大切です。

もちろん、どの地域も乏しい予算やマンパワーの不足といった悩みがあります。しかし、ないものねだりをしてもはじまりません。地域の実情に応じて、自分たちの生活する場が抱えている問題に焦点を当てて、実施可能なことから始めていくことが重要です。

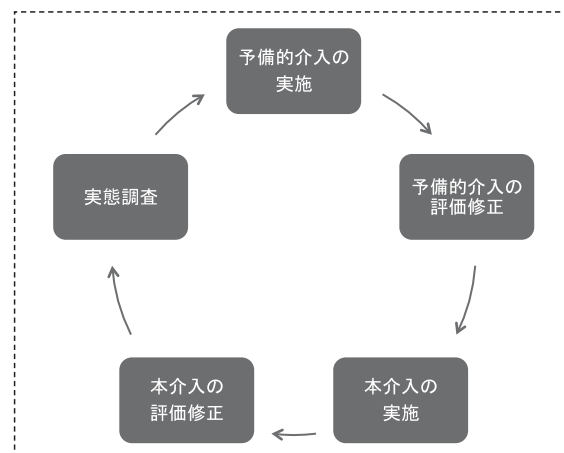
### ●参考文献

- 1) United Nations: Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York: United Nations, 1996
- 2) 高橋祥友：自殺予防。岩波書店、2006
- 3) 警察庁生活安全局地域課：平成 21 年中における自殺の概要資料。警察庁、2010



## 【地域における自殺予防活動とその評価】

これまで、県内でも国の方針に合わせて、講演会などの啓発活動、相談体制の充実、ゲートキーパー養成など様々な自殺対策に関する取り組みを行ってきました。今後は地域の実態に沿った、より効果的な取り組みが求められます。そのためには、地域の実態を把握し、課題の解決策を考え、それらの活動がどうであったか評価をすることが重要になります。



フローチャート図

### 1. 実態調査

①自殺に関する統計データの分析：厚生労働省や警察庁より発表される統計データ分析

例) 自殺者数、自殺死亡率、年齢、性別、職業、手段、月別、時間別など

②地域にある自殺の危険因子・保護因子の調査

例) 自立支援医療（精神通院医療）の申請数、精神障害者保健福祉手帳の件数、虐待の件数、家庭内暴力の件数、生活保護申請件数、地域の経済指標・失業率など

①の分析で傾向を把握することができますが、②を調べることによりどのような人たちに、どのような支援（介入）が必要なのかが見えてきます。

### 2. 介入

自殺予防における介入の目的は、精神保健の問題の改善にあります。精神保健の問題をきたす背景には、個人的要因から心理社会的要因に至る問題など様々な要因があるとされています。しかし、これらすべての要因に対応することはできません。まずは、精神保健の問題を抱えた人について優先して支援を行うことが重要です。優先して解決すべき課題に焦点を当て、解決に向けての一連の対策が必要になります。具体的で実施可能な活動計画を立てましょう。

### 3. 評価

実際に介入によって効果があったかどうかを検証する必要があります。モニタリング（実際に目的とした活動が実施できているか）と評価の方法はあらかじめ計画の段階で決めておきます。評価方法は下記の2種類が必要になります。

①プロセス評価：活動はどれくらいできたか？今後気をつけることは何か？

②アウトカム評価：活動と結果の因果関係・費用対効果・有効性はどうか？

アウトカム指標の例) 自殺死亡率、うつ病有病率、消防機関の自損行為搬送数、希死念慮の低下など

#### ●参考文献/引用文献

1) 地域における自殺対策の手引き：ライフ出版社

2) 自殺予防総合対策センター主催「第5回自殺総合対策企画研修」 稲垣正俊氏の資料より