

自殺対策の経緯とこれから

竹 島 正

キーワード：1. 自殺予防 2. 自殺対策基本法 3. 自殺総合対策大綱 4. 精神保健

Key words：1. Suicide prevention 2. Basic Act for Suicide Prevention
3. General principles of suicide prevention policy 4. Mental health

抄 録

わが国の自殺対策は自殺対策基本法の制定以降大きく発展し、自殺死亡率はようやく1998年の急増以前の水準に戻った。自殺死亡率の減少は、(1)自殺対策基本法に基づく施策の影響、(2)自殺対策と関連する施策の影響、(3)長期的変動の3つの要因が重なって起こってきたと考える。そして、(1)と(2)の効果は、自殺死亡率が急増前の水準に戻った今こそ、それがさらに低下することを示すことによって検証されるであろう。わが国の自殺対策は、WHOの推奨する多部門による包括的な自殺予防戦略を、自殺対策基本法とそれに関連する施策をもとに具体化した一例であるが、自殺対策のさらなる発展には、行政、研究、活動のインターフェイス構築による創造的な横のつながりが必要とされている。

はじめに

わが国の自殺死亡者数は1998年に8千人以上増加して32,863人となり、以後、3万人を超える状況が続いた。自殺予防は社会の大きな関心事となり、2006年6月には自殺対策基本法が成立、2007年10月には政府の自殺対策の指針である自殺総合対策大綱が定められた。その後、自殺対策の発展する中で、2009年から中高年男性を中心に自殺死亡率は減少、2012年には1998年以降で初めて自殺死亡は3万人を下回った。そして2016年の自殺死亡者数は21,897人となり、急増前の水準に戻った。本稿では、2006年10月から2015年3月まで、自殺予防総合対策センター長とつとめた者として、自殺死亡率減少の要因と、今後の自殺対策への期待について述べる。

1. 自殺死亡率減少の要因

平成26年版自殺対策白書は、自殺死亡率への寄与度分析を行っているので、その概要を紹介する(内閣府, 2014)。

本論文の内容は第20回日本精神保健・予防学会学術集会で特別シンポジウム2として発表したものを中心にまとめた。

Japan's Suicide Prevention: Achievements and Challenges

Tadashi Takeshima

川崎市精神保健福祉センター、Kawasaki City Center for Mental Health and Welfare

(1) 1998年以降、2006年までは60歳以上と50歳代、2007年以降は60歳以上と30歳代の自殺死亡率上昇への寄与が大きい、60歳以上の寄与の主要因は、その人口構成比の上昇である。

(2) 原因・動機別にみると、2010年から2012年までの自殺死亡率低下は、主として「経済・生活問題」と「健康問題」による自殺者数の割合の低下による。特に2012年から2013年にかけては、「経済・生活問題」による自殺者数の割合の低下が自殺死亡率低下の最大要因となっている。

(3) 市区町村の人口規模別では、人口規模が小さい市区町村ほど、自殺死亡率が高い傾向がある。

そして、2010年以降の「経済・生活問題」による自殺死亡率の低下傾向の要因として、貸金業法改正などの多重債務対策や、2011年以降の雇用状況の改善が考えられるとしている。また、人口規模が小さい市区町村では、「健康問題」のなかで「病気の悩み（身体の病気）」が最も自殺死亡率を押し上げており、これらの市区町村においては医療サービス等の機会・質が相対的に低いことが影響しているかもしれないとしている。

筆者はこれまで、自殺死亡率減少の要因について、(1) 自殺対策基本法に基づく施策の影響、(2) 自殺対策と関連する施策の影響、(3) 長期的変動の影響の3点から述べてきたので、その概要を紹介する。

はじめに自殺対策基本法に基づく施策の影響について述べる。自治体における自殺対策の取組状況調査によると、2014年度には、都道府県・政令指定都市のすべて、調査に回答した市区町村(1,721箇所の中の1,175箇所)の89.4%が自殺対策事業を実施していた(自殺予防総合対策センター, 2015)。自殺対策基本法、自殺総合対策大綱、2009年度補正予算による地域自殺対策緊急強化基金(以下、基金)は、自殺対策の地域への普及を推し進めたことは間違いのないであろう(Takeshima et al., 2014)。Nakanishiらは基金が地方自治体の自殺対策推進体制の構築に及ぼした影響について調べ、基金事業として、対面型相談支援事業、人材養成事業、強化モデル事業等に取り組むことが、地方自治体の自殺対策の推進体制の構築に寄与した可能性があることを報告し、地域の取組を持続可能なものにするため、標準的なプログラムパッケージをまとめることの必要性を示している(Nakanishi et al., 2015)。

次に自殺対策と関連する施策の影響について述べる。自殺死亡急増の前後からを振り返ると、介護保険法(1997)、児童虐待防止法(2000)、配偶者暴力防止法(2001)、ホームレス特別措置法(2002)、発達障害者支援法(2004)、がん対策基本法(2006)、貸金業法改正(2006)、アルコール健康障害対策基本法(2013)、生活困窮者自立支援法(2013)、過労死等防止対策推進法(2014)等の法律が成立し、また改正された。これらの法律の対象者は自殺リスクの高い人たちと重なり、自殺対策と重なることで、自殺死亡率の低下に寄与してきたことは十分考えられる。また、これらの法制度の整備にあわせてワンストップによる総合支援の考え方が整理されてきたのも大きいだろう(図1)。日本うつ病センターでは、厚生労働省自殺防止対策事業をもとに「ワンストップ支援における留意点－複雑・困難な背景を有する人々を支援するための手引き－」をまとめているが(日本うつ病センター, 2017)、この手引きは、自殺対策に参加してきたさまざまな領域の知見とコンセンサスを集約したものであり、連携支援の必要性を示したものである。

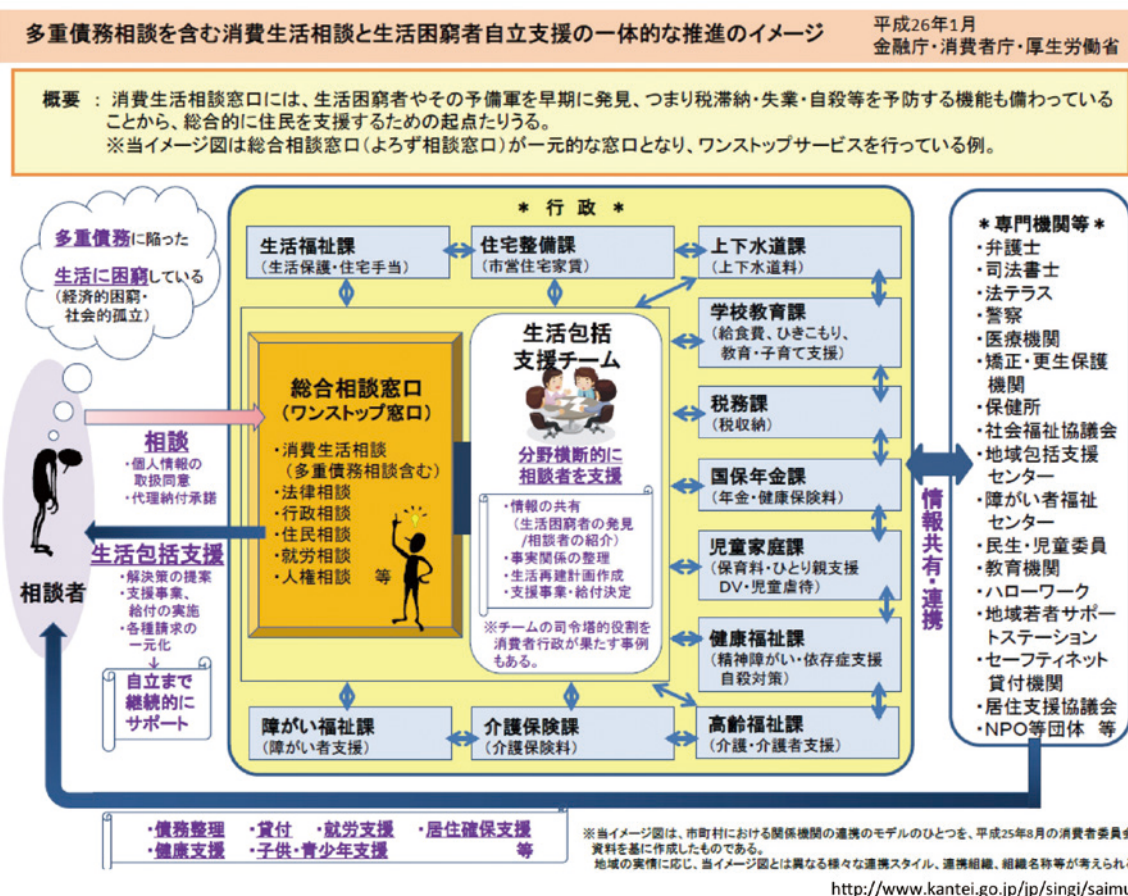


図1 多重債務相談を含む生活困窮者自立支援の一体的な推進のイメージ

最後に長期的変動の影響について述べる。わが国は第2次世界大戦後、3回の自殺死亡の急増期を経験している。第1回は1950年代、第2回は1980年代、そして1998年以降の増加期である。ここで過去2回の急増期が特別な対策なしに減少していったことには注意が必要である。すなわち、現在の自殺死亡率の減少には、長期的変動の影響（社会経済の影響、高齢化、コホート効果を含む）があることは否定できない。

WHO（世界保健機関）は、自殺と自殺企図が公衆衛生上の重要な課題であって、多部門による公衆衛生アプローチとして、包括的な自殺予防戦略の発展や強化を推奨している（WHO, 2014）。わが国の自殺対策は、WHOの推奨する方向を、自殺対策基本法とそれに関連する背景をもとに具体化した一例であろう。

すでに述べたように、筆者は、(1) 自殺対策基本法に基づく施策の影響、(2) 自殺対策と関連する施策の影響、(3) 長期的変動の3つの要因が重なって、現在の自殺死亡率の低下が起こっていると考える。そして、(1)と(2)の効果は、自殺死亡率が急増前の水準に戻った今こそ、それがさらに低下することを示すことによって検証されるであろう。ここで警察庁の自殺統計に基づく月別自殺者数の推移を見てみよう（図2）。2008年以降、比較的堅調に減少してきた自殺死亡者数は、2017年になってやや足踏み状態になっているようにも見える。筆者のあげた(1)、(2)、(3)の観点から、自殺対策の“伸びしろ”が

どこにあるかを検討し、その効果を発揮するような取組が求められる。

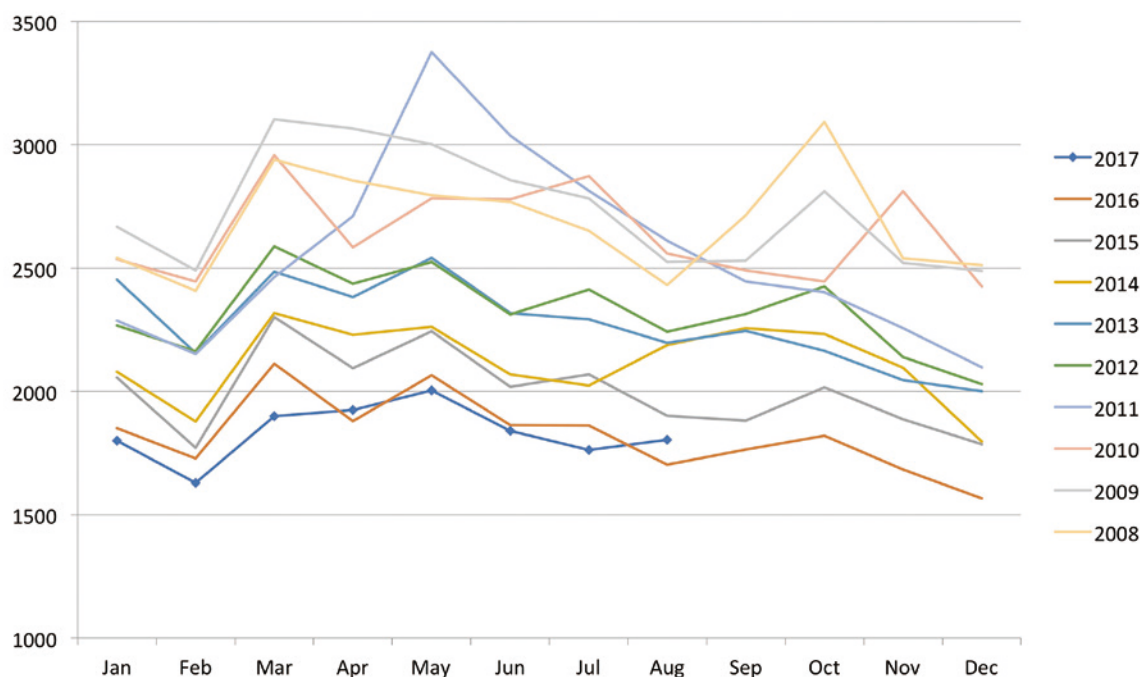
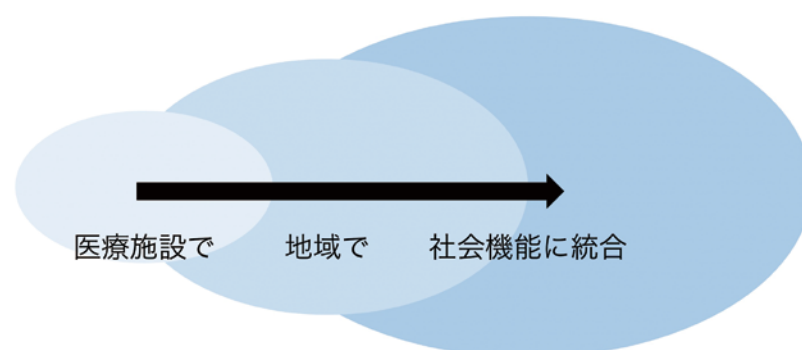


図2 警察庁の自殺統計に基づく月別自殺者数の推移(2008年1月～2017年8月)

2. 今後の自殺対策への期待

政府における自殺対策に係る業務は、内閣官房及び内閣府の業務の見直しにより2016年4月に厚生労働省に移管された。また、自殺対策基本法も2016年4月に改正され、2017年7月には新たな自殺総合対策大綱が閣議決定された。新大綱では、①関連施策の有機的な連携を図り総合的な対策の推進(「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現に向けた取組や生活困窮者自立支援制度など各種施策との連携等)、②地域レベルの実践的な取組の更なる推進、③若者の自殺対策の推進、④過重労働を始めとした勤務問題による自殺対策の推進、⑤施策の推進体制として、自殺対策のPDCAサイクル(現状や課題を踏まえつつ、自殺対策の目標設定と対策の企画立案、施策の検証・評価を行い、新たな政策提言、対策の企画立案への還元という流れ)の推進、⑥わが国の自殺死亡率が主要先進7か国で最も高い現状を踏まえた数値目標の見直し等が行われた。精神保健医療については「当面の重点施策」の「心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する」、「適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする」、「勤務問題による自殺対策を推進する」等の中に具体的な記述がある。

筆者は、精神保健が社会機能に統合されるという方向性を示してきた(図3)。自殺対策はその具体的一例であって、社会機能と精神保健の間に創造的なネットワークが発揮されること、それには公平かつ透明な横のつながりが必要と考えてきた。また、科学研究の成果が十分に活用されることが必要と考えてきた。今、国の進めようとしている自殺対策が、各地の自殺対策関係者の創造的な側面に働きかけ、自殺対策のさらなる発展が起こることを期待する。地域レベルの実践的な取組の更なる推進には、トップダウンの手法ではなく、行政、研究、活動のインターフェイス構築による創造的な横のつながりが必要とされている。



地域は自殺予防において重要な役割を果たす。地域は脆弱性の高い個人への社会的支援を提供し、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ことができる（WHO「自殺を予防する-世界の優先課題-」による）

図3 精神保健の方向

最後に、自殺総合対策大綱素案の段階における日本精神神経学会の意見（資料1）、筆者が世話人をつとめる自殺対策円卓会議の意見（資料2）を紹介する。自殺対策円卓会議は、自殺対策における学び合いと尊重の風土づくりのための公平な対話を進める任意団体である。

これらの意見は自殺対策の今後の発展に役立つと思う。

なお、本論文において報告すべき利益相反はない。

【文 献】

- 1) 自殺対策円卓会議Facebook ページ <https://www.facebook.com/sui.entaku/>
- 2) 自殺予防総合対策センター：平成27年度都道府県・政令指定都市及び市区町村における自殺対策の取組状況に関する調査, 2015.
- 3) 内閣府：平成26年版自殺対策白書, 2014.
- 4) Nakanishi T, Yamauchi T, Takeshima T : National strategy for suicide prevention in Japan : Impact of a national fund on progress of developing systems for suicide prevention and implementing initiatives among local authorities. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 69 : 55-64, 2015.
- 5) 日本精神神経学会「自殺総合対策大綱」の見直し素案に対する意見書 https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20170621seishinhoken_ikensyo.pdf
- 6) 日本うつ病センター：ワンストップ支援における留意点－複雑・困難な背景を有する人々を支援するための手引き－. https://www.jcptd.jp/pdf/jdc_guidance_20170327.pdf
- 7) Takeshima T, Yamauchi T, Inagaki M, et al : Suicide prevention strategies in Japan : A 15-year review (1998-2013). *Journal of Public Health Policy* 36 : 52-66, 2014.
- 8) WHO : Preventing suicide – A global imperative. 2014 (自殺予防総合対策センター訳 : 「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/

【資 料】

資料1:「自殺総合対策大綱」の見直し素案に対する意見書(日本精神神経学会, 2017)

- 1) 見直し素案においては、ほとんど科学的根拠の尊重や科学的根拠の蓄積に関する記載がありません。1998年の自殺死亡の急増以後の取組において、各地において、様々な取組が行われ、科学的根拠が蓄積されてきました。その成果は自殺死亡率の減少にも反映されていると思いますので、その記載を追加してください。また、見直し素案に、科学的根拠の尊重や科学的根拠の蓄積を図ることを記載するとともに、それを強化するために、学術団体や各地の大学の自殺対策への参画を促すことの記載を設けてください。
- 2) 見直し素案からは、現大綱の「自殺総合対策の基本認識」が削除されております。基本認識に掲げられた「自殺は、その多くが追い込まれた末の死」「自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題」「自殺を考えている人は何らかのサインを発していることが多い」という基本認識は、ようやく人口に膾炙するようになったところであり、科学的根拠も求めることができるので、大綱に残すべきと考えます。
- 3) 現大綱の「段階ごと、対象ごとの対策を効果的に組み合わせる」の中の「全体的予防介入」「選択的予防介入」「個別的予防介入」が削除されております。この3つの介入は、世界保健機関(WHO)の世界自殺レポートに、自殺予防における科学的基づく介入の理論的フレームワークとして示されたものであり、大綱に残すべきと考えます。また、ライフステージ別の取組を推進するという考え方も、地域における実践的な取組を促進する意味で、大綱に残すべきと考えます。
- 4) 当面の重点施策に「勤務問題による自殺対策を更に推進する」が新設されたことは歓迎すべきと考えます。現在の職域では、いじめ、セクシャルハラスメント、パワーハラスメント、人間関係に関連した出来事等の心理的負荷が高くなっており、労災事案でも多くが人間関係の支障が問題となっており、ストレスチェック等を用いた、人間関係及び支援関係についての質的対策が必須となっています。大綱の中に、「人間関係及び支援関係といった質的負荷のチェックの視点を踏まえて、職場環境の改善を図っていくべき」との文言を加えていただきたいと思います。
- 5) 自殺者には、無職者、経済的困窮状態にある方や、借金はあるがSOSを出さずに死を選ぶ人がいます。年間2万人以上が自殺で死亡していますが、その背景は多様であり、自殺の実態把握には、マクロ統計的な分析だけでなく、個別事例の詳細な分析も必要としています。見直し素案からは、心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査の記載が削除されていますが、心理学的剖検を含めて、個別事例の詳細な分析を継続して自殺対策に反映することを望みます。それによって、経済的側面を含めて、社会的支援と精神保健的支援の連携を、より具体的にすることができそうです。
- 6) 今回の大綱見直しの検討会においては、(1) 関連施策の有機的な連携を図り、総合的な自殺対策を推進、(2) 地域レベルの実践的な取組の更なる推進、(3) 若者の自殺対策の更なる推進、(4) 過重労働を始めとする勤務問題による自殺対策の更なる推進、(5) PDCAサイクルの推進、数値目標の設定、という5つの論点がほぼ決まっておりました。これらの論点では、社会制度や自殺対策

の枠組みの話が中心になり、自殺が切迫している方の支援に欠くことのできない精神保健医療の提供に関する議論が不足しがちになります。総合病院ではほとんど精神保健福祉士の配置がなく、医療機関である大学病院ですら精神科専属の配置がなされているところは稀であるという現状を踏まえ、「誰にも等しく質の高い精神科医療を提供する」という趣旨から、精神保健福祉士の配置促進を強く望みます。また、自殺の危険を有する当事者がどのような地域にあっても等しく質の高い十分な対応が可能となるような精神科救急医療の均霑化が望まれます。

- 7) 地域における自殺対策の持続的発展には、量的広がりだけでなく、質的な充実も重要です。そのため、地域における自殺対策において、倫理面への配慮に関する記載を設けるようお願いします。

その他、見直し素案には、今後10年間の目標として「先進諸国の現在の水準まで減少することを目指し、自殺死亡率を平成27年比で30%以上減少」を掲げています。WHO世界自殺レポートは、国の戦略の主要な定量的アウトカムとして、(1)自殺死亡率の減少割合、(2)成功裏に実施された自殺予防介入の数、(3)自殺企図による入院数の減少、を挙げています。今回の見直しには間に合わないかもしれませんが、中間地点の見直しにおいて、定量的なアウトカムの複数化を行い、より科学的な自殺対策の評価を可能にするべきと考えます。また、自殺死亡率を先進諸国の現在の水準まで減少させるのであれば、先進諸国において現在取り組まれている対策の検討を行い、その成果を、自殺対策の発展に活かすべきと考えます。

また、今回の大綱見直しには間に合わないかもしれませんが、「自殺」「自死」の用語問題、刑務所出所者等の自殺予防も重要な課題と考えます。5年度の間見直しにおける検討を期待します。

資料2：大綱見直し素案についての意見(自殺対策円卓会議, 2017)

- 1) わが国の自殺死亡率は減少を続け、ようやく、急増前の水準に戻ったところです。素案はPDCAサイクルを回すことを重視しています。それであるならば、大綱の見直しの過程にもそれを適用し、PDCAのC（チェック）、すなわち、自殺死亡率の減少の要因をしっかりと分析し、継続すべき政策、強化すべき政策、見直すべき政策を明らかにする必要があります。今回の素案には、C(チェック)に相当する記載が乏しく、加筆の必要があります。
- 2) 自殺死亡率が急増前の水準となった今、自殺対策推進には、多様な主体の創造的な取組を尊重するとともに、その科学的検証が必要です。それを可能にするのは政策決定プロセスの透明性と公平性の確保です。新しい大綱の中に、自殺対策の政策決定プロセスの透明性と公平性を確保することと、第三者による政策の科学的妥当性と必要性・有効性・効率性の評価を進めることを明記してください。
- 3) 円卓会議では、自殺、自死の用語問題について話し合ってきました。自殺、自死の用語問題には、自殺がどういう死であるかを考えるという重要な側面があります。大綱の中に、自殺、自死の用語問題という課題があることを明記してください。
- 4) 自殺、自死は多くの要因が関連する複雑な死です。がん、心疾患、脳血管疾患などと同様に、自殺がどのような死であるかを明らかにするための研究を進めることを明記してください。また、自死遺族が多様な困難を経験することを踏まえ、個々の遺族の主体性を尊重した、遺族支援の拡充を明記してください。
- 5) 自殺対策基本法以後、民間活動は量的に普及してきましたが、今後は、それぞれの主体を尊重しな

がらも、活動の質の向上を図る必要があります。自殺対策における個別支援においては、個人情報や守秘性の高い情報を扱う可能性があることを踏まえ、新しい大綱の中に、民間活動の質を高めること、倫理面の配慮に留意することの記載を設けてください。

- 6) よりよい相談活動の実施に向けて、ハイリスク者と出会う機会の多い相談窓口のある官民の団体・機関のゲートキーパーの再育成の方針を示してください。

最後になりますが、自殺対策基本法の厚生労働省への移管に伴い、科学的根拠に基づく自殺対策が推進されること、多様な困難を抱えたハイリスク者支援が、公衆衛生的な取組の中で一層進むことを祈念しております。