

公衆衛生モニタリング・レポート(1)

経済変動期の自殺対策のあり方について

日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会

1. はじめに

日本公衆衛生学会は平成22年2月8日づけで福島みずほ内閣府自殺対策特命担当大臣に「経済変動期の自殺対策のあり方に関する提言」¹⁾を提出した。

自殺は予防可能な公衆衛生上の問題である。わが国では2009年の自殺者数も32,753名(警察庁統計平成21年12月末の暫定値)と3万人を越え、年間3万人の自殺者数が1998年からこれまで12年間にわたって継続している。わが国の自殺率は、自殺統計が利用可能な世界の国々の中で上位8位に位置している。国、地方および公衆衛生の研究者、実践家は、それぞれの役割を果たしながら自殺対策に取り組んできており、一部の地域では地域での自殺対策が自殺率の低下に奏功したことが報告されはじめている^{2,3)}。しかし、なお日本全体としては自殺率は低下の傾向をみせておらず、一層の自殺対策が求められる。国は、平成21年度からの地域自殺対策緊急強化基金事業を開始し、地方自治体の自殺対策を推進している。また平成21年11月27日には政府は「自殺対策緊急戦略チーム」による「自殺対策100日プラン」を立ち上げ、年末および年度末における自殺予防対策の重点化に努力している。しかしわが国の自殺者数を大幅に改善するためには、各自治体での自殺対策が効果的に継続的に進むための施策を一層充実させる必要がある。また、日本公衆衛生学会もまた専門家集団として自殺対策により積極的に関わる必要がある。

日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会に設けられた「健康の社会的決定要因」ワーキンググループのうち、自殺予防に関するサブワーキンググループでは平成21年7月から平成22年2月にかけて、こうした現状を分析し、わが国の自殺予防対策の効果的な推進のためになすべきことにつ

て議論を行った。自殺予防の推進策を、緊急性、対処可能性、社会の受け入れ、対象の大きさ、効果量の大きさ、公正性を軸に分類し、また時間的枠組みから短期および中・長期に整理した。その結果、1) 自殺の統計・モニタリングのあり方への提言、2) 地域自殺対策緊急強化基金事業の効果的な推進、3) 中・長期的な自殺対策のビジョンのあり方、4) 日本公衆衛生学会が自ら行うべきこと、の4点が重要となると考えられた。

ここでは、これらの各点について議論の要点を紹介するとともに、この議論に基づいて公衆衛生モニタリング・レポート委員会が理事会に提案し、公表された「経済変動期の自殺対策のあり方に関する提言」の背景について解説する。

2. 自殺予防対策のための短期的な取り組み

1) 自殺の統計・モニタリングの体制の整備

地方自治体が自殺予防対策を計画する際に、まず必要となるのは、自らの自治体においてその特性を捉え、どのような視点から効果的に対策を立案するかという点である。また一方で、対策を実施した際に、その対策が効果的に実施されているかの評価を行う必要がある。平成21年度からの国の地域自殺対策緊急強化基金事業に関してはその効果評価について国からは明確な枠組みが提示されていない。全国で共通した効果評価枠組みを作ることで、同事業が効果的に推進されることが期待される。

特に自殺対策の定量的なアウトカム評価は、対策の実施に関するプロセス評価とともに重要である。自殺対策において最も重要なアウトカム指標は当該地域の自殺率であるが、自殺率は人口が少ない地域では自殺者数も少なく指標として不安定である、どのような側面への介入が必要であるかという側面には情報を与えてくれない、効果が明確になるまで数年以上の時間がかかる場合もあるなどの問題点がある。各自治体では、地域住民の自殺関連要因を独自に調査している場合もあるが、その結果は他の自治体と比較できないことが多い。自殺と関連する、あるいは自殺の代替指標となる指標が経年的に地域

日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会の委員は以下の通りである。

原田規章(委員長)、香山不二雄、川上憲人*, 小林章雄、佐甲隆、笠島茂、曾根智史、津金昌一郎、野津有司、橋本英樹*, 長谷川敏彦、本橋豊*, 矢野栄二、實成文彦(理事長)。*担当委員

ごとに調査されて自治体ごとに比較でき、これが自治体に提供されて地域の自殺予防に役立てられる体制を整えることが、地域における効果的な自殺予防対策において重要と考えられる。すでに警察庁の自殺統計（「自殺の概要資料」）については、平成21年秋から、所轄署ごとの自殺データが公表され、自治体に提供されている。これらは、自殺者の背景や動機について情報を与えてくれるものの、自殺予防対策の評価に活用するためにはなお十分な情報ではない。

一方、国は定期的に、例えば、国民生活基礎調査などの公的統計調査を実施している。こうした調査に、自殺と関連の深い危険因子や中間指標を含めることが考えられる。たとえば自殺念慮⁴⁾、抑うつ・不安⁵⁾、精神保健リテラシー^{6,7)}などは、自殺の関連因子として知られており、実際の自殺対策の評価指標としても地域の自殺対策の中で用いられている。またこれまでの研究は、地域における社会的ネットワークや社会的支援の低さが自殺と関連すると指摘している^{2,5)}。地域の社会的ネットワークの量と質についての項目をこうした全国調査に含めることで、地域の間人関係づくりを目標とした自殺対策の評価が可能になると考えられる。また人間関係を豊かにする、「信頼」、「規範」、「ネットワーク」といった地域の社会的仕組みの特徴をソーシャル・キャピタル（社会関係資本）と呼んでいる。最近の欧州における研究では、国別のソーシャル・キャピタルが自殺率と負の関連を示したと報告されている⁸⁾。わが国でも市町村レベルのソーシャル・キャピタルが高齢者の抑うつと負の相関を示し⁹⁾、自殺対策においてもソーシャル・キャピタルへの対策が効果的であるとの指摘がある¹⁰⁾。国民生活基礎調査などにこれらの調査項目を含め、これを都道府県や政令指定都市別に表象し、自治体に情報提供することで、各自治体の自殺予防対策の計画立案を助け、またその効果を評価できるようになると期待される。

2) 失業者の自殺予防対策

無職者の自殺率が高いことは知られているが（厚生労働省、人口動態職業・産業別統計）、これは定年退職後の無職者などを含んだものであり、必ずしも失業中の休職者の実態を示すものではない。しかし近年、失業者の自殺リスクが一般国民の数倍以上に達している可能性があることが指摘されている^{11,12)}。例えば金子¹¹⁾の推計によれば、自殺率（人口10万対）が男性では就労者で32に対して失業者では184.1、女性では就労者で8.9に対して失業者では34.1である。これまで、地域での自殺予防対策は、失業者に焦点をあててこなかったが、今後は失業者

に注目した自殺予防対策がなされるべきであると考えられる。

失業者の自殺予防対策では、失業者が求職に訪れるハローワークに健康相談などの機会を設けて、この中で精神的な問題への相談や支援を行うことが考えられる。すでに国は「自殺対策100日プラン」の中で、ハローワーク内に住居、法律、健康などの相談を一括してできるワン・ストップ・サービスを設置し、実施しているところである。しかしこの事業は、「自殺対策100日プラン」による平成22年3月までの暫定的な措置であり、それ以後の継続や予算的裏づけについてはまだ明確でない。実施時点においても独立した予算はなく、地域保健からの人員によって運営されている場合が多く、その頻度や時間は限定されている。このような状況で、ワン・ストップ・サービスが自殺予防のために効果的な健康相談としてどの程度機能しているかも不明瞭である。こうした相談窓口は、その地域の保健医療福祉システム、特に地域の自殺対策と密接に連携することが効果的と考えられる。例えば地域ごとにセーフティネット担当者会議を開催し、ハローワークの担当者、生活保護担当者などが、保健医療担当者と情報共有する場を作ることが効果的である可能性もある。しかしワン・ストップ・サービスと地域の自殺対策事業とを共通して実施するための枠組みは現時点ではまだない。さらに、ワン・ストップ・サービスで健康相談を行う担当者には一定の教育研修がなされるべきであり、その教育研修・人材養成体制の整備も重要であると考えられる。

また、失業に関しては、ハローワークにおける対策だけで十分とは言えない。失業者では、失業により産業保健の対象外となり、一方で地域保健とのつながりも弱いという、保健サービスが届きにくい状況にある。企業が失業時の相談先や制度に関する情報提供をしっかりと行うなどの対応も検討されるべきである。失業に至るリスクの高い非正規雇用に対する年金・医療保険制度の見直しも検討課題である^{13,14)}。

3. わが国の自殺予防対策の中・長期的な取り組み

中・長期には、わが国の自殺予防は、より広く、日本を人々の生きやすい国に変えてゆくことが目標となる。例えば、失業者や事業に失敗した者などの自殺に関しては、連帯保証人制度のために、借金のカタとして自宅など生活インフラを含め生活の全てを失うことが起きうる制度になっているのが現状である。この制度の見直しなどにより、金銭的に破綻

したとしても、生活の場まで奪ってしまうことのないような制度を設計することも検討されるべきである。さらに、わが国の文化の中には、社会的に挫折した人々が「もうやり直せない」と感じて絶望し死を選ぶ風潮があるように感じられる。これが社会的挫折者の自殺につながっている可能性がある。周囲の者も、社会的立場を失った者を見捨てる傾向があり、「社会的挫折者」の自殺を助長している構造があるのではないだろうか。経済的に、社会的に一旦は挫折したとしても、地域社会の中で新しい役割や生き甲斐を見だし、最低限住居は確保でき、生き続けられるような社会づくりが必要である。

こうした社会づくりは、近年の欧州型の「社会的包摂」(social inclusion)政策をわが国にも取り入れることを日本学術会議が提言していること¹⁵⁾、また国(内閣府)が「生きやすい社会」の実現を目指して「共生社会」政策の推進を行っていることと一致するところである。長期的には自殺予防は、さまざまなハンディキャップをもった人々が社会の中でそれぞれの居場所を確保できるようにする社会的包摂政策の一部として国民運動化されることが望ましい。

4. 日本公衆衛生学会の役割

日本公衆衛生学会は、わが国の最高峰の公衆衛生教育研究者が参加する学術集団であり、また地域や国で自殺対策に関わる実践家の集まる専門職能集団である。わが国の自殺対策の中で、日本公衆衛生学会の果たす役割は大きい。

1) 学会としての姿勢表明

自殺が、わが国で重要な公衆衛生上の課題となっていることを受け、日本公衆衛生学会としての姿勢表明を行うべきである。日本公衆衛生学会は、その特質を生かし、研究および施策評価を通じて、自殺予防対策の効果的実施を助け、現場の実務者を支援すべきである。

2) 効果的な自殺対策の情報提供とその効果評価

地域自殺対策緊急強化基金事業に関しては、国がその効果評価法の枠組みを作るべきであるが、学会としても、自殺予防対策事業の評価枠組みを検討し、提案することも考えられる。また学会が国・自治体の自殺予防対策の評価を行う、効果的な自殺予防対策の標準的手法を作成し自治体に提案することも考えられる。

3) 人材養成への貢献

日本公衆衛生学会では自殺予防に関する保健専門職の人材養成・ネットワーク構築にも積極的に対応すべきである。例えば、学会が自殺予防の人材育成の標準的プログラムを作成し、講師養成講座、共通

資料の提供を行うことも考えられる。これらは、国立保健医療科学院で実施されている同様の人材養成コースとは異なった視点で、学会としての特性を生かしてなされることが効果的である。

4) 自死遺族への支援

近親を自殺で失った遺族の悲嘆は、これ以外の死因による場合と比べて大きい¹⁶⁾。また、自治体の保健担当者は、必ずしも自死遺族の支援への関わりができていない場合も多い。学会は、調査研究、好事例の蓄積および教育研修を通じて、自死遺族への支援に対する地域保健福祉担当者の関わりを支援することが期待される。

5. 経済変動期の自殺対策のあり方に関する提言

日本公衆衛生学会は、自殺をわが国の重要な公衆衛生上の課題として認識し、自殺予防のための研究および対策の評価を通じて自殺対策の推進に取り組んでいる。また、学会総会やその他の機会を通じて、自殺対策に関する教育研修の機会を提供している。わが国の自殺対策をより一層効果的に推進するために、学会として国に対して以下を要望するものである¹⁾。

提言 1. 自殺対策の効果評価指標の全国的モニタリングの実施

自殺対策の効果を共通に評価する指標を国が行う全国的な調査に含め、これを自治体別に表象することで、各自治体が自殺対策の推進に利用できるようにする。具体的には、国民生活基礎調査等において精神保健リテラシー、うつ・不安、自殺念慮、社会支援やソーシャル・キャピタルなどを測定し、都道府県および政令指定都市単位で利用可能とする。

提言 2. 失業者の自殺対策の強化

社会経済的に不利な立場にある者の自殺予防のために、社会的、経済的に支えるためのセーフティネットを一層強化する。特に失業者の自殺対策のために、現在実施中のハローワークにおけるワン・ストップ・サービスの利用状況等を実態把握し、自殺対策を遂行する上でより効果的な施策となるよう見直し、さらに地域の自殺対策と連携させる施策を立案する。

提言 3. 多様な人々が生きやすい社会の形成

様々な困難を抱えた多様な人々が受け入れられる社会を形成する社会的包摂(ソーシャルインクルージョン)の実現が、長期的には自殺対策と一致した活動であり、このための施策の推進する。特に社会

経済的に不利な条件にある人々の住居の確保, これらの人々が社会的役割を果たす機会の増加とこれを認める社会の意識づくり, 信頼や連帯などソーシャル・キャピタルを高める地域づくりを推進する。

「健康の社会的決定要因」ワーキンググループ自殺サブワーキンググループのメンバーは以下の通りである。

川上憲人 (東京大学大学院医学系研究科・教授), 近藤克則 (日本福祉大学・教授), 橋本英樹 (東京大学大学院医学系研究科・教授), 松本晃明 (静岡県精神保健福祉センター・所長), 本橋 豊 (秋田大学大学院医学系研究科・教授), 桜井桂子 (東京大学大学院医学系研究科・院生)

文 献

- 1) 日本公衆衛生学会. 経済変動期の自殺対策のあり方に関する提言. 日本公衆衛生雑誌 2010; 57: 71-72.
- 2) Oyama H, Watanabe N, Ono Y, et al. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59: 337-344.
- 3) 本橋 豊. 自殺が減ったまち—秋田県の挑戦. 岩波書店, 2006.
- 4) Ono Y, Awata S, Iida H, et al. A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. *BMC Public Health* 2008; 8: 315.
- 5) Awata S, Seki T, Koizumi Y, et al. Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population: a community-based, cross-sectional study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59: 327-336.
- 6) 八重樫由美, 黒澤美枝, 坂田清美, 他. 住民対象うつ病健康教育の介入効果の検討 自殺多発地域における中高年を対象とした地域介入研究より. 岩手公衆衛生学会誌 2006; 17: 44-52.
- 7) Kaneko Y, Motohashi Y. Male gender and low education with poor mental health literacy: a population-based study. *J Epidemiol* 2007; 17: 114-119.
- 8) Kelly BD, Davoren M, Mhaoláin AN, et al. Social capital and suicide in 11 European countries: an ecological analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 971-977.
- 9) 本橋 豊, 金子善博, 山路真佐子. ソーシャルキャピタルと自殺予防. 秋田県公衆衛生学雑誌 2005; 3: 21.
- 10) 本橋 豊. 第三章 日本の自殺予防対策. 本橋 豊, 編. STOP! 自殺. 東京: 海鳴社, 2006; 70-92.
- 11) 金子善博. 統計資料から考える自殺対策. 本橋 豊, 編. ライブ総合自殺対策学講義. 秋田医学叢書 No.1. 秋田: 秋田魁新報社, 2009; 109-134.
- 12) 川上憲人. 1. 自殺の実態: 日本と世界の自殺. 高橋祥友, 竹島 正, 編. 自殺予防の実際. 大阪: 永井書店, 2009; 3-15.
- 13) 戸田典子. 非正規雇用の増加と社会保障. レファレンス 2007; No. 673: 21-44.
- 14) 西村 淳. 非正規雇用労働者の年金加入をめぐる課題. 海外社会保障研究 2007; No.158; 30-44.
- 15) 日本学術会議. 提言: 経済危機に立ち向かう包摂的社会政策のために. 日本学術会議, 2009. <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/Kohyo-21-t79-1.pdf> (2010年5月10日アクセス可能)
- 16) 宮林幸江, 安田 仁. 死因の相違が遺族の健康・抑うつ・悲嘆反応に及ぼす影響. 日本公衛誌 2008; 55: 139-146.