

自殺予防について

周知のとおり、2006年6月に自殺対策基本法が国会で成立しました。そのなかでは、プリベンション、インターベンション、ポストベンションからなる自殺予防の基本概念を規定したうえで、自殺予防を社会全体の問題として取り組むこと、医学モデルのみならず地域社会モデルとの連携をはかりながら実施することの重要性も盛り込まれています。

基本法成立に至った経緯については、現在日本が直面している深刻な自殺問題があることはいうまでもありません。ちなみに、警察庁の報告によりますと、2005年の自殺者総数は3万2,552人であり、1998年以来、年間自殺者は急増（過去10年間の平均年間自殺者数の約1.5倍）し、現在まで3万人台を数え続けていることとなります。2005年の交通事故死者数は6,871人であり、その年の自殺者総数は交通事故死者数の4.7倍にもなります。問題の深刻性がいかに重大であるかご理解いただけたらと思います。まさに自殺予防対策は喫緊の課題といえます。2005年における自殺者の内訳をみると、年齢別では50歳代が23.1%、40歳代が16.0%であり、働き盛りの世代だけで約4割を占めています。この事実は国際的にみて日本の自殺の特徴であり、産業保健の立場からの原因解明とそれに基づいた自殺予防対策を講じることが求められています。60歳以上の自殺者は全体の33.4%と、先進国に一般的な特徴となっています。WHOのレポートで、2002年の世界各国の自殺率をみると、東欧圏で人口10万人あたり27、日本の自殺率は25、米国では11、ラテンアメリカとイスラム圏で6.5を下回っています。いまや日本は先進欧米諸国と比べても、自殺最高率国となっています。

日本がいま何故深刻な自殺問題に直面しているかは、メンタルヘルス専門職にとどまらず、国民の一大関心事となっています。一般的には、自殺はさまざま原因からなる複合的な現象であり、線型的因果論が成立するほど単純ではないと考えられています。性格因をはじめ環境因、精神障害の発症、家族負因、衝動性制御の障害などが複雑に関わって、自殺の準備状態が形成されると考えられます。従来より、自殺率は急激な社会的変化を示す重要な指標のひとつとされています。1990年代から始まった日本社会の急激な変動は尋常でないものがあります。宗教や民族がらみの地域紛争やテロ、環境問題や金融システムの危機が世界的なものとなりました。そして、これらの変化は文化的な事象や人間の心性をも深く巻き込んで進行しているようにみえます。過剰な情報社会化と価値観の多様化のために、一貫した歴史と伝統のなかで互いに共有し合ってきた既成の信念のシステムは、かつての栄光と権威を刻々と失っているように思えます。家庭・学級・会社といった社会の基本を形成するシステムが崩壊の淵にあるともいえます。日本における自殺の急増現象の背後には、こうした現代社会の変化を見据えておくことも重要と思います。

これまで述べてきた自殺の実情と背景要因に基づいて、具体的な自殺予防介入の実施がいろいろと試みられる必要があります。例えば、プライマリケア医、一般公衆、地域ないし組織のゲートキーパーを対象とした教育・注意喚起プログラム、高リスク個人のスクリーニング、精神障害の診断と治療、自殺未遂者のフォローアップケア、致死的手段へのアクセス制限、自殺に関するメディア報道のガイドライン作成などである。特にプライマリケア（かかりつけ）医の教育プログラムの実効性が評価されています。したがって、自殺予防における産業医の役割にますます大きな期待が寄せられることと思います。北海道医師会産業保健部としても、これらの要請に応えるべく、精神科専門医とプライマリケア医との連携ネットワーク形成とガイドライン作成を計画中であります。ご感想、ご意見をいただければ幸いです。