



地域における自殺対策

竹島 正

川崎市健康福祉局障害保健福祉部担当部長（精神保健）

資料7



これまでの自殺対策の取り組みと成果

わが国の自殺対策は目覚ましい発展を遂げてきました。国では、1998年の自殺死亡の急増に対して、厚生労働省を中心に自殺予防の取り組みを開始。2000年には「健康日本21」に「自殺数の減少」の数値目標を掲げ、01年度から自殺防止対策事業を開始するとともに、02年には自殺防止対策有識者懇談会の報告書「自殺予防に向けての提言」を公表し、総合的な対策の必要性に言及しました。

国会では05年7月に参議院厚生労働委員会において、総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議を行いました。これに対応して政府は、05年12月に自殺予防に向けての総合的対策を策定。国会ではさらに超党派による「自殺防止対策を考える議員有志の会」が結成されて「自殺対策基本法」（以下、「基本法」）を検討し、06年6月に成立。

10月に施行となり、07年10月には自殺総合対策大綱（以下、「大綱」）が定められました。大綱は、10年に一部改正、12年に全体的な見直しが行われ、大綱の下での取り組みを総括したうえで、地域レベルの実践的な取り組みを中心とする自殺対策への転換の必要性を指摘しました。

この間、わが国の自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）は、1998年に前年の19・3から26・0に急増した後は、2009年から減少傾向を示し、14年は20・0に低下しています。年齢階級別では、50歳代は03年を境に減少傾向を示し、ここ数年は60歳代と20歳代までの各年齢階級で減少傾向にあります。しかし、若い世代は深刻な状況で、15歳と39歳の死因の第1位は自殺です。過去20年間の自殺死亡率の動きを見ると、1998年の急増からは減少したものの、急増前の水準にようやく戻ったのが実態です。

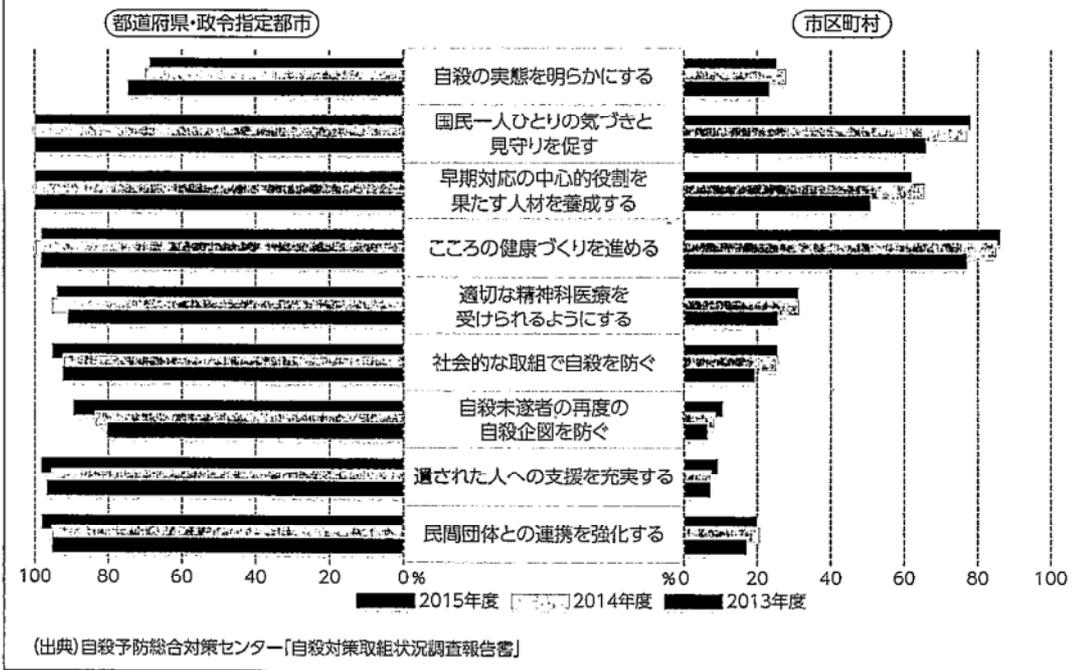
98年の急増後の自殺対策を振り返ると、

基本法、大綱、そして地域における対策強化のために設けられた地域自殺対策緊急強化基金（2009年度補正予算）は、自殺対策の地域への普及を進めたことは間違いありません。しかし、最近の自殺死亡率の減少をすべて対策の成果とするのは、自殺対策の過剰評価になりかねません。たとえば、第二次世界大戦以降の過去2回の急増期は、特別な対策を取らないうちに急増前の水準に復帰しており、今回の減少も対策の効果に自然変動が重なったと見るのが正しいと思われれます。だからこそ、持続可能な対策による自殺死亡率のさらなる減少が望まれます。

「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」によると、すべての都道府県・政令指定都市および本調査に回答した市区町村の約9割が、なんらかの自殺対策事業を実施しており、対策そのものは市区町村まで普及しています（図1参照）。しかし市区町村では、住民の気づきと見守りを促すという全体をターゲットとする予防介入はあっても、庁内外の自殺対策推進体制の整備や、脆弱性の高い集団や個人をターゲットとする予防介入に取り組んでいる市区町村は少ないのが実態です。このように2012年の大綱に示された地域レベルの実践的な取り組みは、市区町村レベルで発



図1 ●大綱の重点施策の実施状況



展の余地があります。
 「平成26年度自殺対策検証評価会議報告書」（内閣府自殺対策検証評価会議）は、地域の自殺対策のさらなる進展には、国の支援を適切に活用しつつ、都道府県や市町

自殺対策基本法の 厚生労働省への移管

基本法の制定以後、自殺対策は内閣府を中心に進められてきましたが、基本法は2016年4月に内閣府から厚生労働省に移管されることになりました。これまでの内閣府を中心とした省庁横断的な取り組みが減速しないこと、厚生労働省の取り組みが全省的なものとしてさらに発展することが期待されます。

厚生労働省では、引き続き重要な役割を担う自殺予防総合対策センターについて、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長を主査とする「自殺予防総合対策センターの業務の在り方等に関する検討チーム」を開催し、アドバイザーとして有識者の参画を求めて幅広い観点から検討を行ってきましました。そして、自殺予防総合対策センターの今後の業務のあり方について、以下の視点が重要としました。

① 国における総合的な対策の支援・機能の強化

自殺の背景にはさまざまな社会的要因がある中で、国は自殺対策を総合的に策定・

実施・検証する責務がある。自殺予防総合対策センターは、そうした国の取り組みを総合的に支援する機能を中核として強化することが必要と考えられる。

② 地域レベルの実践的な取り組みの支援

地方公共団体は、地域の実情に応じた施策を策定・実施する責務がある。自殺予防総合対策センターは、地方公共団体を中心とした地域におけるさまざまな分野の関係機関・団体の連携した取り組みが進むよう、都道府県等の自殺対策の企画立案支援「地域自殺対策推進センター（仮称）」（現行の「地域自殺予防情報センター」を機能強化したもの）等による基礎自治体のバックアップ機能の向上を図るため、地域レベルの実践的な取り組みを支援する機能をいっそう強化する。



厚生労働省への移管への期待

基本法の厚生労働省への移管は、自殺対策の発展にどのような強みを発揮するのでしょうか。わが国の自殺対策は、基本法の下、保健と保健以外のセクターにまたがる包括的・総合的なアプローチを実現してきました。そして今後は、都道府県だけでなく市区町村においても、全人口に行き届くような全般的予防介入に加えて、脆弱性の高い集団をターゲットとする選択的予防介

入、脆弱性の高い個人をターゲットとする個別的予防介入の発展が期待されています。

それでは、都道府県と市区町村に、選択的予防介入や個別的予防介入をどのように普及させていくのでしょうか。また、どのような視点で自殺対策を持続可能なものにしていくのでしょうか。ここから2つの提案を述べます。

提案①：基本法と自殺予防に関連する法律に基づく事業のそれぞれの強みを活かした共同運行

初めに、わが国に自殺対策と関連する多数の法律が整備されていることに注目しましょう。自殺死亡急増の1998年ごろからを振り返っても、「精神保健福祉法」と「障害者総合支援法」改正以外にも、「児童虐待防止法」「貸金業法」「過労死等防止対策推進法」などが制定または改正されました(表参照)。

WHO世界自殺レポートは、多くの場合、複数の危険因子が重なり自殺関連行動への脆弱性が高まるとしています。そして、地域や人間関係に関連する危険因子として、戦争や災害、異文化への適応のストレス(先住民や避難民等)、差別、孤立感、虐待、暴力、葛藤のある人間関係等を挙げられています。また、個人レベルでの危険因子として、過去の自殺企図、精神障害、アルコールの

表●自殺対策に関連する法律(精神保健福祉法、障害者総合支援法を除く)

介護保険法(1997)
児童虐待防止法(2000)
配偶者暴力防止法(2001)
健康増進法(2002)
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)
自殺対策基本法(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)
いじめ防止対策推進法(2013)
過労死等防止対策推進法(2014)

有害な使用、経済的な損失、慢性疼痛や自殺の家族歴を挙げられています。

都道府県、市区町村とも、多くの事業を限られた人員で実行することが求められていること、基本法とこれらの法律では、関係する民間団体等も重なるところが多いことを考えると、地域レベルの実践的な取り組みに向けては、基本法と自殺予防に関連する法律に基づく事業のそれぞれの強みを活かした共同運行は検討に値します。たとえば、児童虐待と家族支援において、児童相談所の活動を外部との専門機関を含めた包括的な援助体制の構築によって支援していくことは、児童虐待の背景に、保護者等の精神疾患、生活困窮、複雑な家族問題のある場合にとても役立つでしょう。また、アルコール

ル健康障害対策基本法に基づく関係機関ネットワークづくりにおいて、既存の自殺対策連絡協議会をアルコール健康障害対策にも活用することが考えられます。生活困窮者自立支援においても同様です。行政で各法律に基づく連絡協議会を立ち上げ、各会議を動かすのはかなりのエフォートを要することから、このエフォートを少しでも軽くして、他の必要な業務に割く時間を増やすためにも、事業の共同運行によって、強みを活かすことが望まれます。

提案②：バランスのとれた自殺対策の枠組みとしてのWHO健康の定義の活用

基本法の下、わが国の自殺対策は急速に発展してきました。一方で、自殺に関連する要因が多様なことから、さまざまな論点が同時に浮上し、自殺対策のあり方等について意見の対立が起こりがちな状態が続いてきました。たとえば、自殺を精神保健の観点からとらえるか、その社会的背景からとらえるか、などです。

WHOは、健康について「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、身体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」と定義しています(日本WHO協会訳を一部改編)。この定義を自殺対策にあてはめるならば、身体的、精神的、社会

的の3つの観点すべてを尊重することになります。

自殺のような複雑な現象には、「あれか、これか」ではなく、「あれも、これも」というとらえ方が必要です。2005年の世界自殺予防デーのテーマは「自殺予防はみんなの仕事(Suicide prevention is everybody's business)」でした。これからの対策の発展には、表面上の意見の対立を乗り越えて、それぞれの考え方から学び合いお互いを尊重する風土づくりが大切です。このような風土づくりに基づく広範な協働は、わが国の自殺対策の発展に役立つでしょう。

精神的健康に関しては、国際連合において、持続可能な開発目標に関するオープン・ワーキング・グループの報告書「我々の世界を変革する…持続可能な開発のための2030アジェンダ」が15年9月に国連総会において承認されました。17目標から構成される持続可能な開発目標(SDGs)の目標3「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」には、30年までに、非感染性疾患による若年死亡率を、予防や治療を通じて3分の1減少させ、精神保健および福祉を促進する(外務省仮訳)と述べられていることに注目したいのです。これは、精神保健が持続可能な開発目標の達成に必要な要素であるという認識が国際的に

共有されたことを意味します。



おわりに —川崎の事例を通して

筆者の勤務する川崎市では、2014年に「川崎市自殺対策の推進に関する条例」が制定され、それに基づいて、15年3月に「川崎市自殺対策総合推進計画」が策定されています。この計画は、基本法および大綱を踏まえ、また、条例に基づく計画とし、「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」の概念に同調し、「かわさきノーマライゼーションプラン」などの関係計画等と連携を図り、市の新たな総合計画策定において整合性を図ることとされています(図2参照)。この計画の特徴は、「川崎市地域包括ケ

アシテム推進ビジョン」とのつながりをよく考えていることにあります。このビジョンは高齢者を中心に議論が展開されてきた「地域包括ケアシステム」について、障害者や子ども、子育て世帯など、地域内において「なんらかのケア」を必要とするすべての人を対象とした場合でも、しくみを共有できる部分は多いことから、「すべての地域住民」を対象として構築を推進しています。筆者は、精神保健担当部長として、市の精神保健対策、自殺対策を通して、川崎型地域包括ケアシステム構築に貢献していく立場にあります。川崎型地域包括ケアシステムに対応した精神保健対策、自殺対策は、川崎市に限らず、全国に必要とされる方向と考えています。

図2 ●川崎市自殺対策総合推進計画

