

アルコールと自殺の関連 および対策について

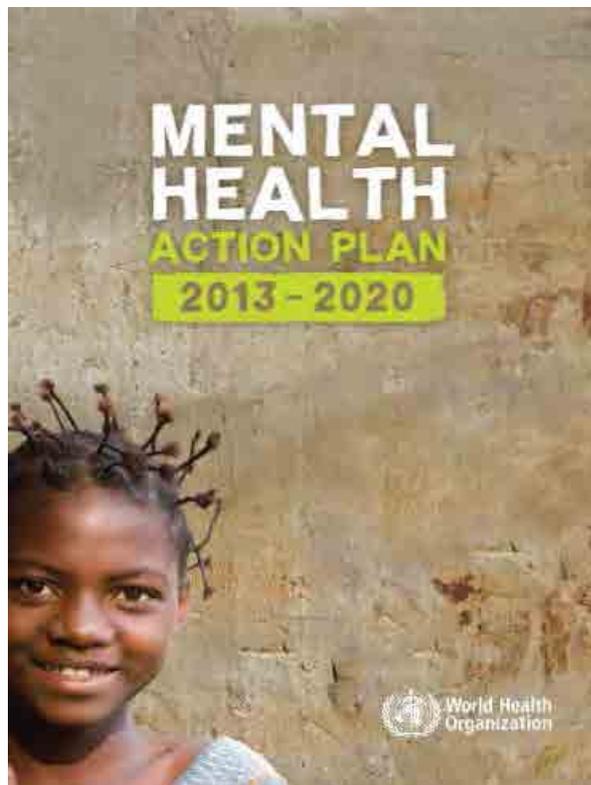
竹島 正

(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター

WHOの自殺予防の取組経緯

- 1991年の国連(UN)総会は、国レベルで自殺予防に取り組むための具体的な行動を開始することを提言した
- UNとWHOは、1993年にカナダのカルガリーにおいて専門家会議を開催し、この会議の議論をもとに自殺予防のためのガイドラインをまとめ、1996年に各国に配布した(各国の社会文化的実情に応じた対策を計画することの重要性を強調)
- WHOは、自殺予防イニシアティブとしてSUPREを開始した
- WHOは、2008年に資源の乏しい環境にある国々に焦点を当てた「精神保健の格差に関する行動プログラム(Mental health gap action programme (mhGAP))」を開始し、その介入ガイドの中に自殺予防の記載を設けた
- WHOは、2013年にWHO総会で承認された「メンタルヘルスアクションプラン 2013–2020」の2020年の達成目標の中に“国々の自殺死亡率を10%低下させる”ことを挙げた
- WHOは、2014年9月に世界自殺レポート“Preventing suicide: A global imperative”(自殺を予防する:世界の優先課題)を発行した

メンタルヘルスアクションプラン2013-2020



【原則】 No health without mental health (メンタルヘルスなしに健康なし)

【最終目標】精神的に満たされた状態 (mental well-being) を促進し、精神障害を予防し、ケアを提供し、リハビリを促し、人権を促進し、そして精神障害を有する人々の死亡率、罹患率、障害を低減すること



日本語訳があります

http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/pdf/mental_2013-2020.pdf

メンタルヘルスアクションプラン2013-2020 の目的と達成目標

1. To strengthen effective leadership and governance for mental health (精神保健の効果的なリーダーシップとガバナンスの強化)⇒国際的および地域の人権規約に即して、世界の国の80%がメンタルヘルス政策・計画を整備または改訂、50%の国がメンタルヘルス関連法規を整備または改訂する
2. To provide comprehensive, integrated and responsive mental health and social care services in community-based settings (包括的、統合され、反応性のある精神保健と社会的支援が地域を基盤に提供されること)⇒重症の精神障害に対するサービスの適用範囲を20%増加する
3. To implement strategies for promotion and prevention in mental health (精神健康増進と予防戦略を実施すること)⇒世界の国の80%が、全国規模かつ多部門による、機能しているメンタルヘルスの促進と予防プログラムを少なくとも2つ以上持つ。**国々の自殺死亡率を10%低下させる**
4. To strengthen information systems, evidence and research for mental health (情報システム、精神保健の科学的根拠と調査研究の強化)⇒世界の80%の国々が、国家的な保健・社会情報システムにより、中核となるメンタルヘルス指標を少なくとも1セット以上、2年毎に定期的に収集・報告する

メンタルヘルスアクションプラン2013-2020に記載されている“他の世界的なアクションプラン、戦略およびプログラムへのリンク”

- アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略（2010）は、各国が実施を考慮すべき政策の選択肢と介入のポートフォリオを提供するとともに、地方、国そして地域レベルでの関連する行動を促進・支援・補足することを意図した、世界的な行動における優先すべき分野を定めている
- これらの方向性と行動は、アルコール使用障害の予防、治療とケアに関連する「世界的なメンタルヘルスアクションプラン」で強化されている
- 全文入手可能なURL：
http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf

世界自殺レポート

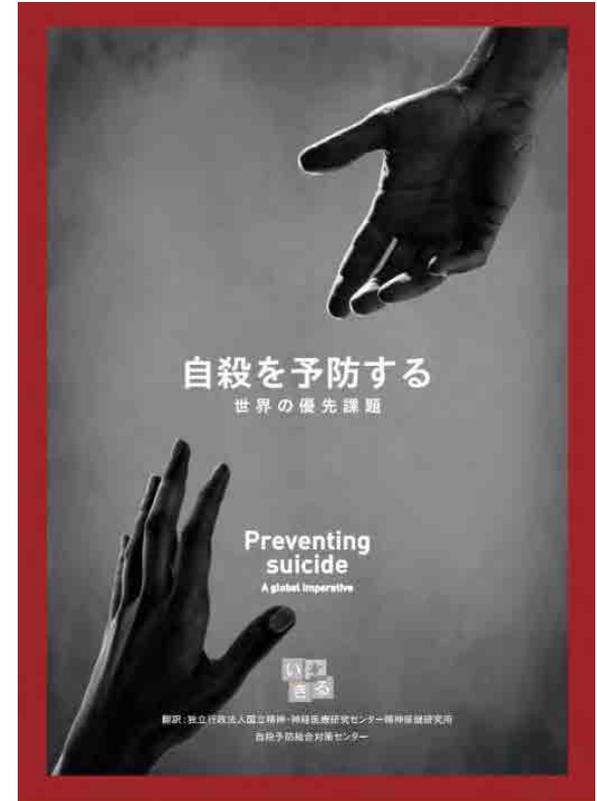
Preventing suicide: A global imperative

制作の背景

- 自殺は予防可能な公衆衛生上の問題
- 世界で毎年80万人が自殺で死亡
- 自殺の多くが低中所得国で発生
- 自殺企図者は自殺の約20倍
- 自殺は世界的に若者の死因の第2位

主要なメッセージ

- 自殺は多大な犠牲を強いる
- 自殺は予防可能である
- 自殺手段へのアクセスを制限することは効果がある
- ヘルスケアサービスは、自殺予防を核となる構成要素として組み込む必要がある
- 地域は自殺予防において重要な役割を果たす



構成

1. 自殺と自殺企図に関する世界の疫学

人口30万人以上のWHO加盟国172か国における自殺死亡者数や自殺死亡率の推定値について地域別, 所得別, 年齢階級・性別に比較危険因子を保健医療システム

2. 危険因子・保護因子・関連する介入

危険因子を, 保健医療システムの, 社会的, 地域的, 人間関係, 個人的な領域にグループ分けし, 全体的予防介入, 選択的予防介入, 個別的予防介入という理論的フレームワークで区分された関連する介入と結びつけて説明

3. 自殺予防の現状

国際自殺予防学会(IASP)とWHO精神保健・物質乱用部が実施した, 自殺予防に関する各国の戦略や活動についての実態調査の結果を報告

4. 自殺予防に向けた包括的な国としての対応

自殺予防戦略の構成要素を具体的に示し, 日本, チリ, スイス, スコットランドにおける戦略事例を紹介

5. 自殺予防のための今後の展望

国としての戦略がある国, いくらかある国, ない国それぞれが, 今後取るべき行動を提案

図3 世界の自殺死亡数の地域分布(2012年)

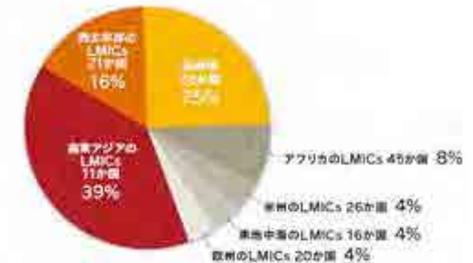
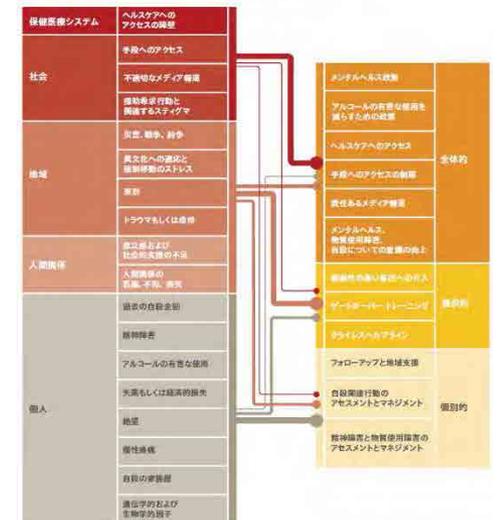
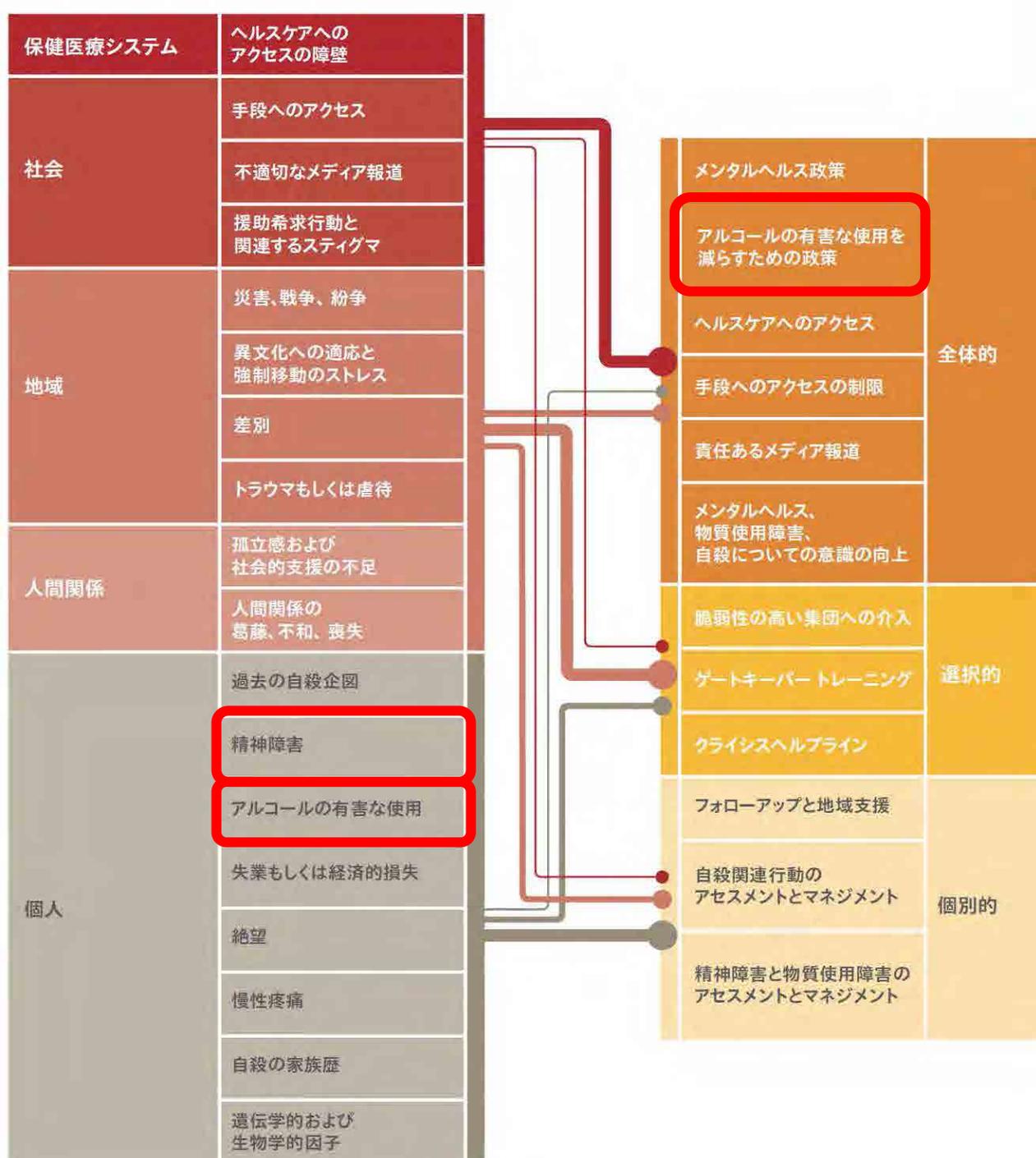


図7. 主要な自殺の危険因子と関連する介入 (危険因子の異なる領域について介入レベルの重要性の違いをラインの太さで示している)



危険因子への対策

- 全人口に行きとどくような「**全般的**」(universal) 予防介入の戦略には、保健医療ケアへのアクセスを増やすこと、メンタルヘルスの促進、**アルコールの有害な使用の減少**、自殺手段へのアクセスの制限、メディアに責任のある報道を求めること等が含まれる
- 「**選択的**」(selective) 予防介入の戦略は、脆弱性の高い集団をターゲットとし、そのなかにはトラウマや虐待を受けた人や、紛争や災害の犠牲者、難民や移民、そして自殺で遺された人々が含まれる。そこでは、脆弱性の高い人々を援助する「**ゲートキーパー**」をトレーニングしたり、ヘルプライン等のサービスを提供する
- 「**個別的**」(indicated) 予防介入の戦略は、特定の脆弱性の高い人々をターゲットとしており、地域支援、ヘルスケア施設から退院する人へのフォローアップ、ヘルスワーカーへの教育やトレーニング、そして精神障害や物質使用障害の発見とマネジメントの改善が含まれる
- また、個人の人間関係の強化、個人の信念体系、建設的な対処法等の**保護因子**を奨励することも自殺予防の強化につながる



全人口に行きとどくような「全般的」(universal) 予防介入の戦略には、保健医療ケアへのアクセスを増やすこと、メンタルヘルスの促進、アルコールの有害な使用の減少、自殺手段へのアクセスの制限、メディアに責任のある報道を求めること等が含まれる

自殺関連行動と最も関連のある精神障害はうつ病とアルコール使用障害である。自殺の生涯リスクは気分障害の患者で4%、アルコール依存症を有する人で7%、双極性障害を有する人で8%、統合失調症を有する人で5%と推定されている。重要なことに、併存疾患があると自殺関連行動の危険は増大する。精神障害が2つ以上ある人は自殺の危険が有意に高い

すべての物質使用障害は自殺の危険を高める。全自殺者の25%から50%にアルコールや他の物質使用障害が認められ、アルコールや他の物質使用が他の精神障害と併存すると、自殺の危険はさらに高まる。全自殺死亡のうち、22%はアルコール使用に起因しており、つまりその人口集団においてアルコールが消費されなければ、5人のうち1人の自殺は起きないということを意味する

自殺予防に向けた包括的な国としての対応：日本のカントリーレポート

事例：日本国—社会経済的変化に直面した中での自殺予防

背景

1998年に、日本国の自殺死亡数は前年の24,391人から32,863人へと急増した。1978年から1997年にかけては、自殺死亡数は毎年概ね25,000人前後で推移していた。多くの人は、この急増は国全体の社会経済的な問題によるものと考えた。自殺死亡率はすべての年齢階級で増加していた

が、特に中年男性において顕著であった。危険因子についての共通認識はあったにもかかわらず、日本国において、自殺は依然として社会的タブーであった。自殺は個人的な問題と考えられ、広く公に議論されることはなかった。

変革のための推進力

2000年に、親を自殺で亡くした子供たちが自身の体験についてメディアを通じて語りかけることでタブーを打破しようとした。状況が変わり始めた。2002年に、厚生労働省は「自殺防止対策有識者懇談会」を開催した。その後の報告書には、自殺予防政策はメンタルヘルスの問題に正しく取り組むだけでなく、心理的、社会的、文化的ならびに経済的因子に対する多面的な取り組みを含めなければならないことが概説された。しかしながら、この報告書は単なる専門家からの提言として扱われ、実際の政策には十分反映されなかった。

自殺は2005~2006年頃には日本国における「社会的な問題」として認識され始め、これが具体的な行動を引き起こした。2005年5月、NGOのライフリンク(LIFELINK)は国会議員と協働し、自殺に関する最初のフォーラムを開催した。このフォーラムにおいて、ライフリンクならびに他のNGOは包括的な自殺予防に関する緊急提言を提示した。このフォーラムに参加していた厚生労働大臣は、政府を代表して、自殺の問題に取り組むことを明言した。この公約はメディアで広く報道された。

立法

その後、自殺予防政策の策定に向け、2006年には超党派の国会議員団が結成された。自殺予防に関する法律の制定を求める10万人以上の署名とともに提出された要望書の後押しを受け、2006年6月、日本国における自殺対策基本法が成立した。これに引き続き、自殺予防の中心的役割は厚生労働省から内閣府へと移行し、自殺予防は単独の省だけに限らない政府全体の政策となっていった。2007年、自殺の予防ならびに自死遺族への支援の提供を目的とした「自殺総合対策大綱」が制定された。大綱では、国民が生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与するという自殺予防政策の理念を基礎としつつ、国に対する様々な責務が明確化された。自殺対策基本法の原則は、自殺予防活動は自殺に関連する因子の複雑さを考慮すべきであり、精神障害のみに焦点を当てべきではない、という考えを反映したものである。

したがって、自殺予防活動は、利害関係者間の緊密な協力のもと、事前予防、自殺発生の危機対応、および事後対応を含むべきとしている。

2008年の世界的な経済危機の後、日本国政府は2009年に「地域自殺対策緊急強化基金」による財源を確保した。この基金は主として、3月という重要な月(自殺死亡率の上昇がみられてきた月)に実施される集中的な一般市民への意識向上キャンペーンを含めて、主に地域の自殺予防活動を強化することに充てられた。2010年、日本国政府は3月を国の自殺対策強化月間とした。また、政府は、自殺関連のデータ収集に関する改革を導入し、警察庁に市町村別の詳細な自殺統計を毎月公表するよう要求した。これにより、地方のニーズに応じた自殺予防対策の展開が促進された。

結果

2009年以降、自殺死亡数は徐々に減少し、2012年、日本国の自殺死亡数は1998年以降で初めて3万人を下回った。この減少の大半は都市部で起きていた。若年者の自殺死亡率は上昇し続けており、新たにターゲットを絞った介入の必要

性を示している。しかしながら、中高年と高齢者の自殺死亡率は低下しており、結果として全体の自殺死亡率も低下している。警察庁のデータもまた、経済・生活問題に関連した自殺が顕著に減少していることが明らかになっている。

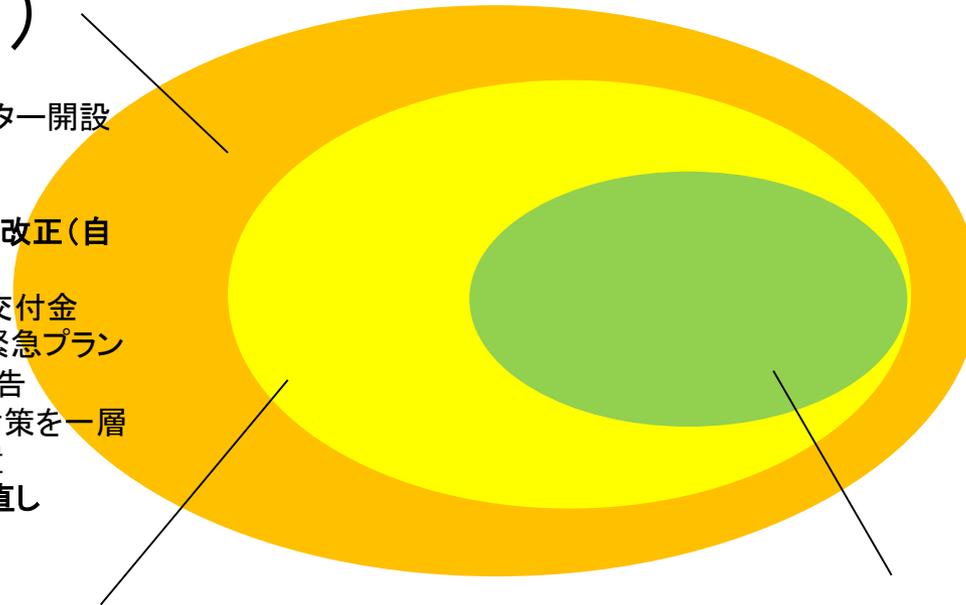
本書は、多部門による公衆衛生アプローチとして、包括的な自殺予防戦略の発展や強化を各国に推奨し、支援することを目的としています。政府は、国の自殺予防戦略のために、通常は連携することのないかもしれない多くの利害関係者をまとめるというリーダーシップの役割を果たすことが必要不可欠です。さらに政府には、サーベイランスの開発と強化、また活動の告知に必要なデータの提供と普及という、ユニークな位置づけも担っています(世界自殺レポート序文)

自殺対策基本法をもとに“多部門が連携する包括的な協働アプローチ”による自殺対策に取り組んできた日本にWHOが注目

わが国の自殺対策の経緯（急増以後）

第3期（2006-）

- 2006.6 自殺対策基本法
- 2006.10 自殺予防総合対策センター開設
- 2006.10 自殺対策基本法施行
- 2007.6 自殺総合対策大綱
- 2008.10 自殺総合対策大綱一部改正（自殺対策加速化プラン）
- 2009.6 地域自殺対策緊急強化交付金
- 2010.2 いのちを守る自殺対策緊急プラン
- 2010.5 自殺・うつ病等対策PT報告
- 2011.11 「官民が協働して自殺対策を一層推進するための特命チーム」設置
- 2012.8 自殺総合対策大綱の見直し



第2期（2005-2006）

- 2005.7 参議院厚生労働委員会「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」
- 2005.9 自殺対策関係省庁連絡会議設置
- 2005.12 自殺対策関係省庁連絡会議「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」

第1期（1998-2005）

- 2000.2 健康日本21の「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」の数値目標
- 2001.4 自殺対策事業
- 2002.12 自殺対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」
- 2004.11うつ対策マニュアル

自殺総合対策大綱(見直し後の全体像) ～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～

(第1) はじめに

< 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す >

国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が緊密な連携を図りつつ、国を挙げて自殺対策に取り組み、一人ひとりがかけがえのない個人として尊重され、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指すものとする。

自殺総合対策の現状と課題：地域レベルの**実践的な取組**を中心とする自殺対策への転換

地域の実情に応じて、対策の有効性や効率性、優先順位などを検討し、国民一人ひとりに身近な地域において、それぞれの実情に応じたきめ細かな対策を講ずることが必要。

自殺総合対策における基本認識：
<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が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>

(第2) 自殺総合対策の基本的考え方

1. 社会的要因も踏まえ総合的に取り組む
2. 国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む
3. 段階ごと、対象ごとの対策を効果的に組み合わせる
4. 関係者の連携による包括的な生きる支援を強化する
5. 自殺の実態に即した施策を推進する
6. 施策の検証・評価を行いながら、中長期的視点に立って、継続的に進める
7. 政策対象となる集団毎の実態を踏まえた対策を推進する
8. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

(第4) 自殺対策の数値目標

○平成28年までに、自殺死亡率を17年と比べて20%以上減少させることを目標とする。

(第3) 当面の重点施策

1. 自殺の実態を明らかにする
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する
4. 心の健康づくりを進める
5. **適切な精神科医療を受けられるようにする**
6. 社会的な取組で自殺を防ぐ
7. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
8. 遺された人への支援を充実する
9. 民間団体との連携を強化する

(第5) 推進体制等

- 国における推進体制
- 地域における連携・協力の確保
- 施策の評価及び管理
- 大綱の見直し