

No.1

各国の実情にあった 自殺予防対策を

ジョゼ M. ベルトローテ



ブックレット刊行にあたって

わが国の自殺による死亡者数は、平成10年に3万人を超え、以後その水準で推移しており、自殺死亡率は欧米の先進諸国に比べても突出して高い状態となっております。さらに、自殺未遂者や遺された家族や知人等、自殺の問題で深刻な影響を受ける方々を含めると、自殺の問題はわが国の直面する大きな課題となっております。

国立精神・神経センター自殺予防総合対策センターは、自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するために平成18年10月1日に開設されました。自殺予防総合対策センターにおきましては、情報の収集・発信等を通して、その役割を果たしてまいりますが、その一環として、自殺対策の推進に特に重要と思われることをブックレットとして刊行することにいたしました。

本書が広く活用され、自殺対策の推進につながることを期待しております。

平成19年2月

国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター

各国の実情にあった自殺予防対策を*

ジョゼ M. ベルトローテ

目 次

自殺がもたらす経済的損失	2
世界の自殺と各国の自殺の特徴	3
自殺予防のための戦略	7
自殺の危険因子	8
自殺と精神障害、手段	9
WHO 自殺予防介入研究	11
自殺予防に向けた公衆衛生学的介入	13
まとめ	14
文 献	15
質疑応答	16

各国の実情にあった自殺予防対策を*

ジョゼ M. ベルトローテ

世界保健機関、メンタルヘルス・物質乱用部門、精神障害・脳器質障害管理チーム調整官

皆様、こんにちは。2006年6月に自殺対策基本法が成立し、さらに本日は自殺予防総合対策センターが開設されたことに対して、日本の皆様にご心よりお祝い申し上げます。また、世界保健機関（WHO）を代表して、そして、個人的にも、開所式という特別な機会に日本政府が私を招待してくださったことに感謝申し上げます。とくに精神保健研究所の北井所長と竹島先生に深謝いたします。WHOは現在、自殺予防をきわめて重要な課題と考えており、その活動の一端を本日の講演で紹介いたします。WHOは日本政府、日本社会とともに協力し、自殺を減らすためにいかなる支援も惜しみません。

本日の講演で私が取り上げる内容は、すでに皆様がよく知っている事柄もあれば、現在、WHO

が実施中のプロジェクトもあります。

最初に皆様の注意を喚起しておきたい点があります。それは、自殺予防に関して、ある地域に該当することが、かならずしも、そのまま他の地域にも当てはまる訳ではないという事実です。最新の知見についてお話しするつもりですが、それがそのまま日本に当てはまるかどうかは定かではありません。私の話す内容が日本に該当するかどうか、皆様自身で検証していただきたいのです。ある地域で得られた情報や実際に効果があった方法について話しますが、それがそのまま日本でも同じように効果が上がるかどうかは断言できません。日本にも自殺予防総合対策センターが開設されたわけですから、今後はWHOも日本から多くのことを学べるようになることを期待しています。

* 2006年10月6日の自殺予防総合対策センター開所式において、Jose M. Bertolote 博士が行った招待講演 "Suicide Prevention: A feasible global and local need" を高橋祥友と山本泰輔（防衛医科大学校）が翻訳、構成した。

自殺がもたらす 経済的損失

まず、世界的な視点から、自殺による経済的損失をとらえてみましょう⁹⁾。表1の左列のようにWHOは世界を6つの地域に分けて管轄しています。中央の列はそれぞれの地域で生じる年間の自殺者数です。右の列には自殺がもたらす経済的損失を示しています。2002年には世界中で873,000件の自殺が生じています。これは、あくまでもWHOに報告された数であり、実数はさらに多いことが推定されます。言い換えると、世界のどこかで1分間に1.7人が自ら命を絶っていることとなります。さらに、自殺未遂者数となると、既遂者数の10倍から40倍も存在すると推定されています。仮に自殺未遂者数が既遂者数の20倍とすると、自殺未遂は世界中で約2秒に1件起きてい

ることになります。ということは、本日の開所式が始まってから今までの時間に、すでに世界のどこかで100人が自殺し、2,000人が自殺未遂に及んでいることとなります。

表1の右の列には障害調整生存年（DALY: disability-adjusted life years）を示しました。この指標で見ると、世界全体の平均値としては、自殺によって1.4%の経済的損失が生じています。しかし、日本が属している西太平洋地域では2.6%にのぼり、世界の平均値の約2倍となります。これには自殺未遂は含まれていません。自殺だけでも世界の平均の2倍もの経済的損失がこの地域で生じているのです。この表からも、自殺が非常に深刻な社会的問題であることが明らかです。

地 域	自殺者数	障害調整生存年 (%)
アフリカ	34,000	0.2
アメリカ	63,000	1
東地中海	34,000	0.7
ヨーロッパ	163,000	2.3
東南アジア	246,000	1.7
西太平洋	331,000	2.6
世 界	873,000	1.4

注：自殺者数は1,000以下を四捨五入した概数であるため、合計の数が871,000ではなく、873,000となっている。

表1：自殺者数と経済的損失（2002）

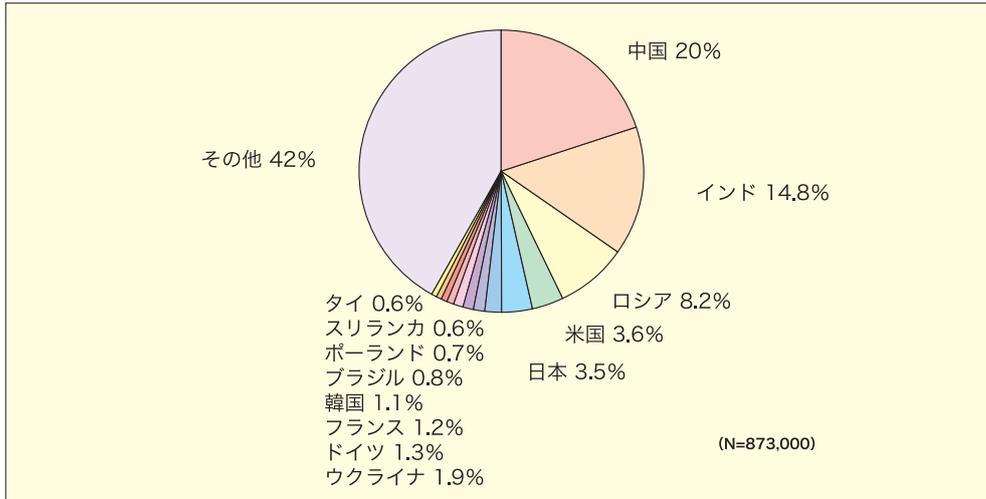


図2：国別に見た自殺者数

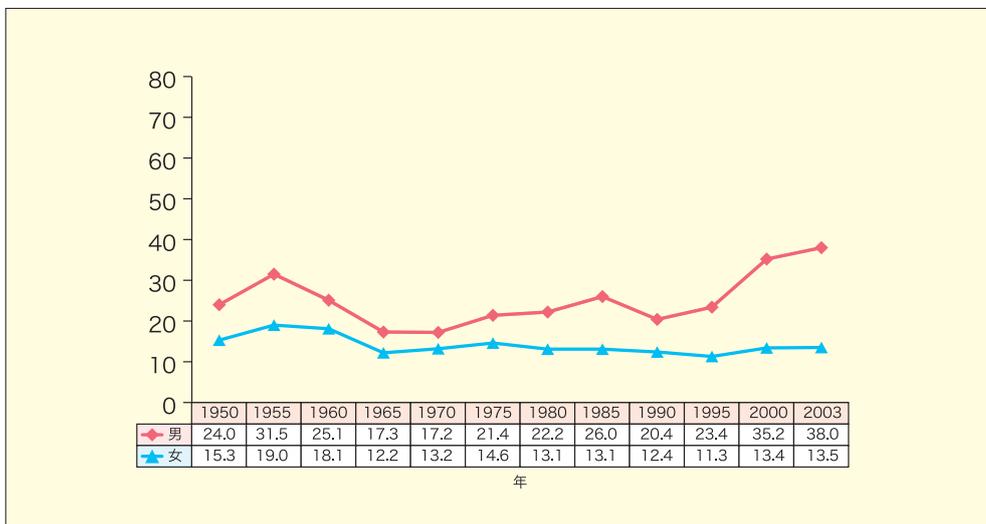


図3：日本の自殺率の変化,1950年-2003年
(人口10万人当たり)。

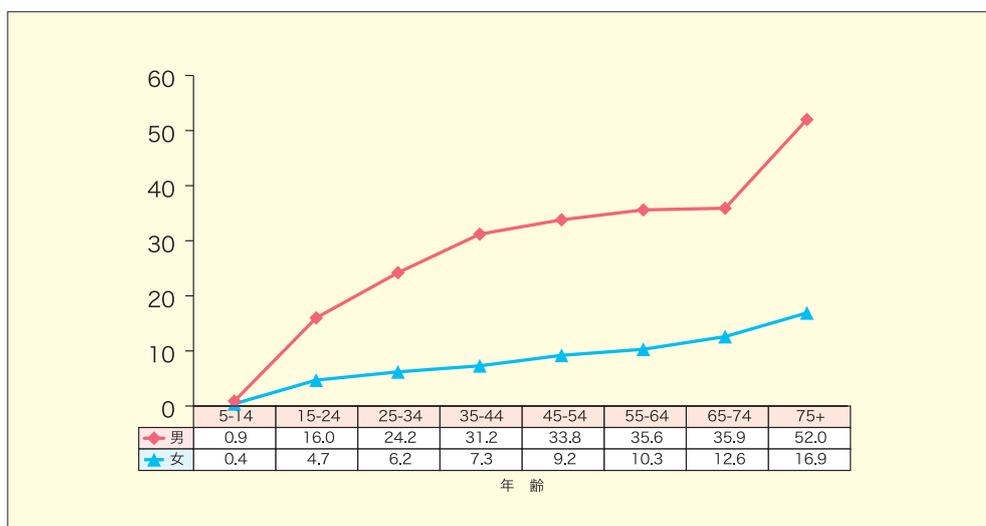


図4：世界の自殺率1994年-96年

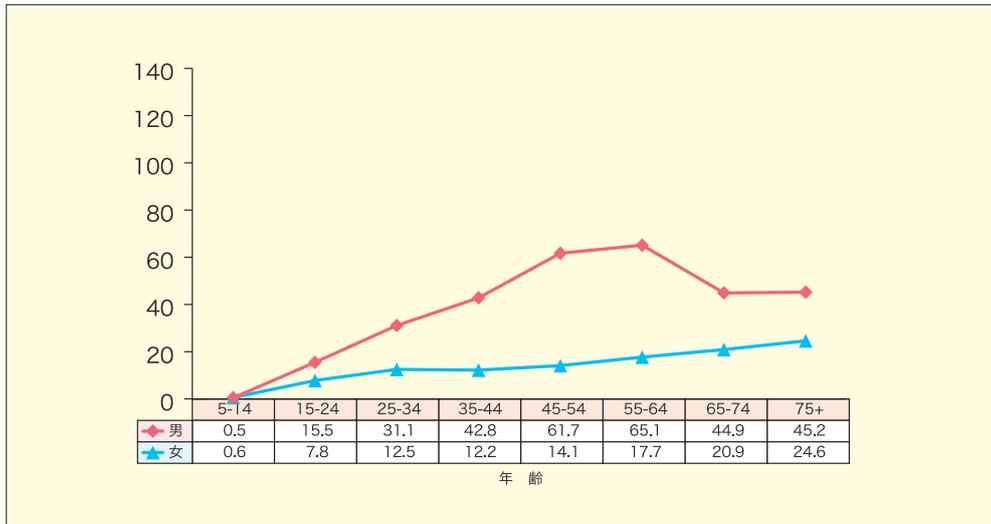


図 5：日本の自殺率,2003 年 .

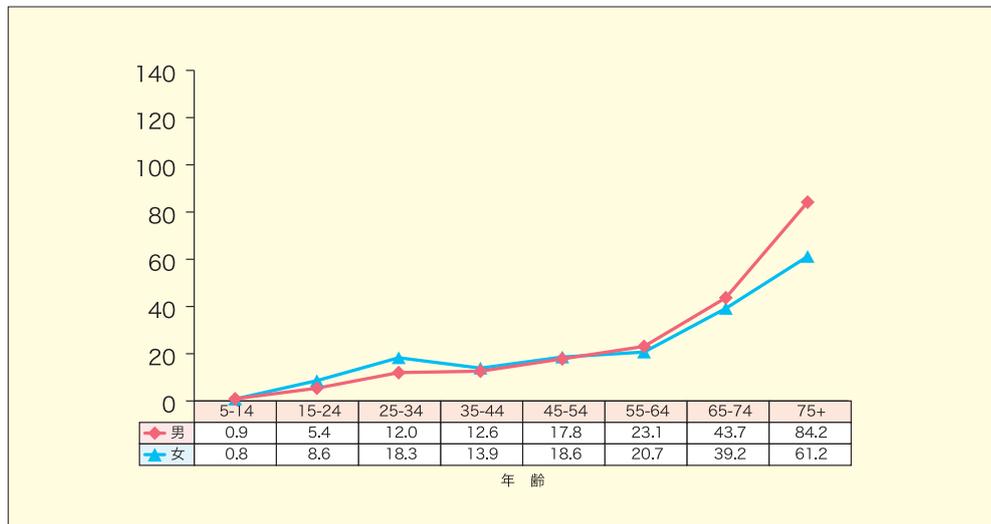


図 6：中国の自殺率,1999 年 .

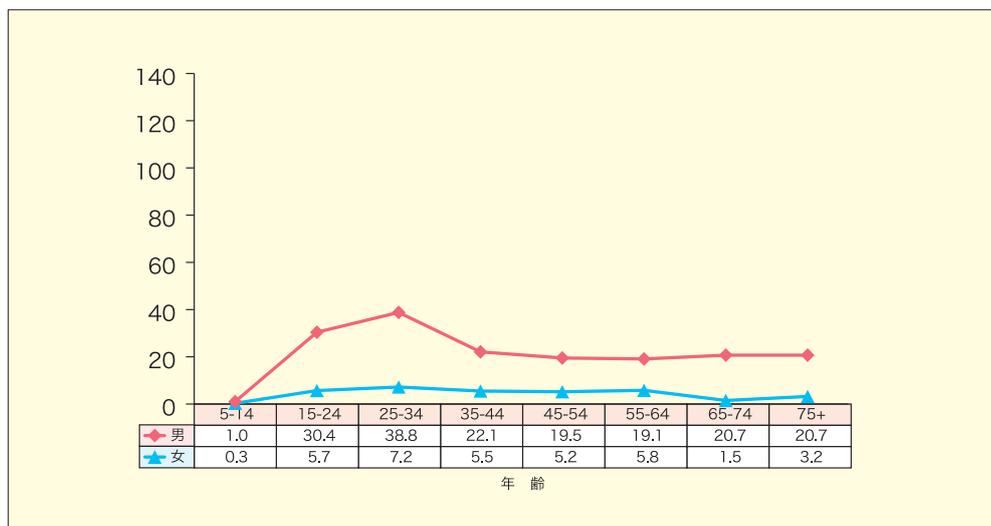


図 7：ニュージーランドの自殺率,2000 年 .

表2は各国の自殺者数と自殺率の順位を示しています⁹⁾。自殺者数、自殺率ともに上位10位以内に入ってくる国となると、人口が1億を超える国としてはロシアと日本の2カ国しかありません。ロシアは自殺者数で3位、自殺率で2位です。日本は自殺者数で5位、自殺率で10位です。自殺がとくにこの2カ国で深刻であることを示しています。しかし、前向きなとらえ方をすれば、この両国こそ自殺予防対策を始めるのに最適な国と言ってもよいのです。たとえば、自殺率が第1位のリトアニアで毎年生じる自殺は約600件に過ぎません。リトアニアの自殺を10%減らしたとしても、60人の命を救うことにしかならないのです。ところが、もしも日本で10%の自殺を減らすことができるならば、年間3,000人以上の命を救うことになります。

図8には、人口1億人以上の国における年齢補正自殺率の変化を示しました⁹⁾。人口が1億人を

超える国は世界で10カ国ありますが、WHOに自殺率を報告している国はここに示した7カ国です。そのうち、自殺率は5カ国で上昇し、2カ国で下降しています。自殺率が上昇した国と下降した国の差は何でしょうか？自殺率が下降した2カ国には国のレベルでの自殺予防の方針が立てられていたのです。対照的に、自殺率が上昇した5カ国にはこれまでのところ、国のレベルでの戦略がありませんでした。

日本は最近になって国として自殺予防対策に取り組み始めました。私はこれから日本で起きること、それがこれまでの傾向を大きく変えることに期待しています。さらに、先月、私は母国ブラジルを訪れましたが、政府が国による自殺予防戦略を立てつつあります。そこで、近い将来、日本とブラジルで自殺率が下がることを私は期待しています。WHOは国のレベルの自殺予防戦略を立てようとしている国々を積極的に支援しています。

国別自殺数 (千人)		国別自殺率 (人口10万人当たり)	
1. 中国	170	1. リトアニア	42.1
2. インド	105	2. ロシア	38.7
3. ロシア	55	3. ベラルーシ	35.1
4. 米国	31	4. カザフスタン	28.8
5. 日本	30	5. スロベニア	28.1
6. ウクライナ	13	6. ハンガリー	27.7
7. ドイツ	11	7. エストニア	27.3
8. フランス	10	8. ウクライナ	26.1
9. 韓国	9	9. ラトビア	26.0
10. ブラジル	7	10. 日本	23.8

表2：国別の自殺者数と自殺率

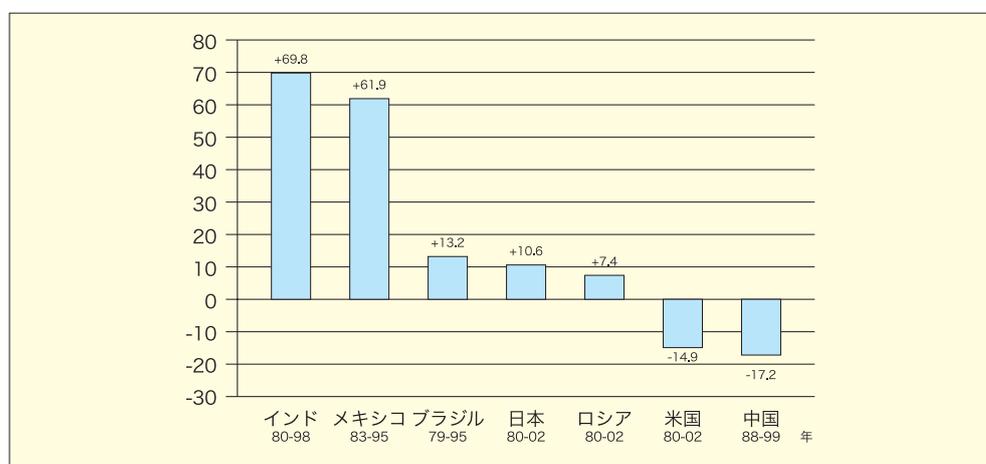


図8：人口1億人以上の国における年齢補正自殺率の変化

自殺予防のための戦略

図9に、自殺に関するWHOの生態学的モデルを示しました⁷⁾。自殺念慮のある人が、何らかの行動に及び、その結果、実際に亡くなってしまう場合と、救命される場合があります。前者が既遂自殺で、後者が自殺未遂です。このような自殺行動は物理的環境で生じます。しかし、その背後には、自殺に関連したより広範囲の社会文化的環境が存在します。このどちらの環境に対しても自殺予防は働きかけていかなければなりません。そして、いかなる自殺予防対策の目標も、最終的には既遂自殺を減らすことに力点を置くべきです。さらに、自殺未遂を減らす必要もあります。さて、それをどのようにして実行に移すかが重要な課題になります。ある対策が世界のどこかの地域で効果が上がったからといって、同一の対策が他の地域でも同じように効果が上がるとは断言できません。社会文化的環境に働きかけることが効果的な

地域もあれば、たとえば農薬の規制などといった方法で自殺予防の効果をあげられる地域もあるでしょうし、また、精神障害の早期発見と治療が自殺予防に結びつく地域もあるでしょう。この点については後にまとめますが、どの自殺予防対策が最善のものであるかは、実際に検証してみなければ、断言できません。

ある国では精神障害の治療によって、またある国ではたとえば農薬の規制をすることで、そしてまたある国では地域社会の絆を強めることで自殺を減らすことができました。もちろん、さまざまな対策を組み合わせる実施することがもっとも効果的のかもしれませんが、しかし、それぞれの対策にどれほど費用がかかるのかはわかっていません。公衆衛生の領域では、費用対効果はいつも重要な要素です。

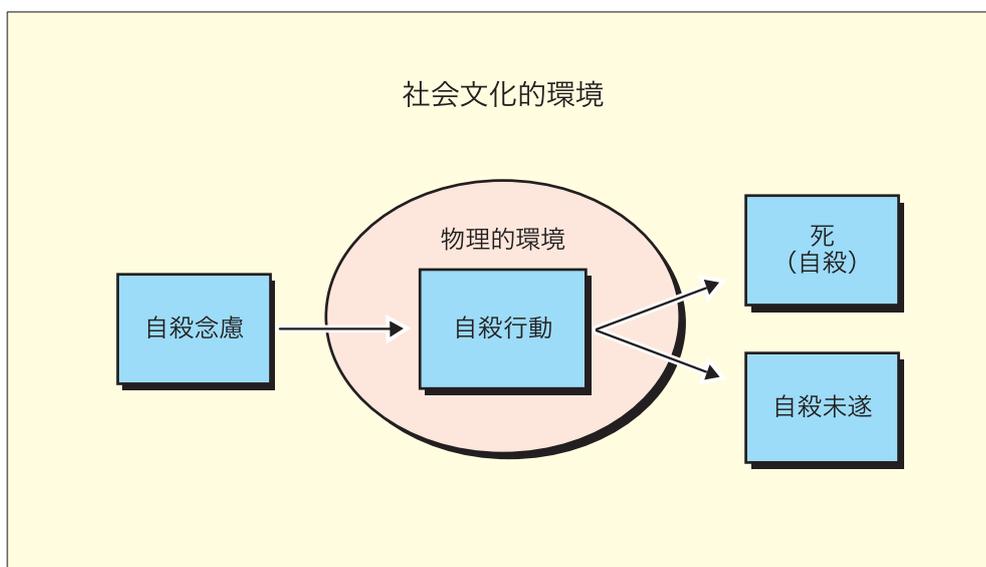


図9：自殺に関するWHOの生態学的モデル

自殺の危険因子

それでは自殺の危険因子について考えてみましょう（表3）⁶⁾。すでに指摘しましたように、保護因子についてはこれまで十分に調査されてこなかったため、これについては触れません。従来、指摘されてきた危険因子のほとんどは、残念ながら修正のきかない危険因子です。たとえば、性、年齢、人種、性的指向、自殺未遂歴、社会経済的変化、アノミー状況などはほとんど変更のしようがありません。たとえば、男性は女性よりも自殺率が3倍も高いですが、一般の人は性を変えようとはしません。性を変えようとする人もいるかもしれませんが、それは自殺予防の目的ではないでしょう。

一方、潜在的に修正可能な危険因子もあります。たとえば、手段、精神障害、身体疾患、社会的孤立、不安、絶望感（あるいは、人生の満足度）、婚姻状況、就業状況などです。致死性の高い手段が容易に手に入らないように規制することは可能です。精神障害を治療することによっても、自殺予防の余地があります。末期の身体疾患では精神障害が高率に合併することがわかっていますが、その治療も自殺予防につながります。これらの因子は修正が可能な因子であり、介入の余地があるのです。そして、それが自殺の危険を減らすことになります。

固定した危険因子

- ・ 性
- ・ 年齢
- ・ 人種
- ・ 性的指向
- ・ 自殺未遂歴
- ・ 社会経済的変化
- ・ アノミー

潜在的に修正可能な危険因子

- ・ 手段
- ・ 精神障害
- ・ 身体疾患
- ・ 社会的孤立
- ・ 不安
- ・ 絶望感 / 人生の満足度
- ・ 婚姻状況
- ・ 就業状況

表3：自殺の危険因子

自殺と精神障害、手段

次に、自殺と精神障害の関係です。心理学的剖検（psychological autopsy）の手法を用いて、自殺者が最後の行動に及ぶ前にどのような精神障害に該当したかについて調べた WHO の調査結果を図 10 に示しました⁵⁾。それによると、自殺の直前に精神科診断に該当しなかった人は 4%に過ぎません。

自殺にもっとも密接に関連していた精神障害は、気分障害、すなわちうつ病でした。第二が、物質関連障害です。このうちのほとんどがアルコール依存症です。自殺予防という視点からは、アルコール依存症を軽視できません。第三が、統合失調症です。私はこの三種の精神障害に焦点を当てようと思います。その理由は、これらの精神障害はエビデンスに基づいた効果的な治療法があるからなのです。うつ病、アルコール依存症、統合失調症に対して、今では有効な治療法があります。

次に、図 11 に地域別に見た自殺と精神障害の関係を示しますが、データが十分に大きなものでないことをお断りしておきます²⁾。ヨーロッパ、北米、他の先進諸国（日本、オーストラリア、ニュー

ジーランドなど）、アジアの発展途上国における自殺と精神障害の関係を見ていきましょう。

まずヨーロッパと北米の差です。北米のほうが物質関連障害、とくにアルコール依存症の割合が大きくなっています。これらのデータは心理学的剖検という手法で得られたものです。残念ながら、今のところ、日本では心理学的剖検による十分な情報が得られていません。近い将来、この点に関して、日本のデータを得ることができれば、この表にもうひとつグラフを加えることができるでしょう。

図 12 は、地域別の自殺手段を示しています¹⁾。イングランドとウェールズ、そして、オーストラリアでは縊死が第一位の自殺手段で、全体のほぼ半数です。日本も縊死が第一位の自殺手段ですが、その割合はやや高くなっています。これらの国々と比べて、中国は異なるパターンを示しています。約 6 割が農薬を用いた自殺で、毒物による自殺の大多数が農薬を用いています。きわめて致死性の高い農薬が、経済性という面から、規制されずに放置されていることを示しています。

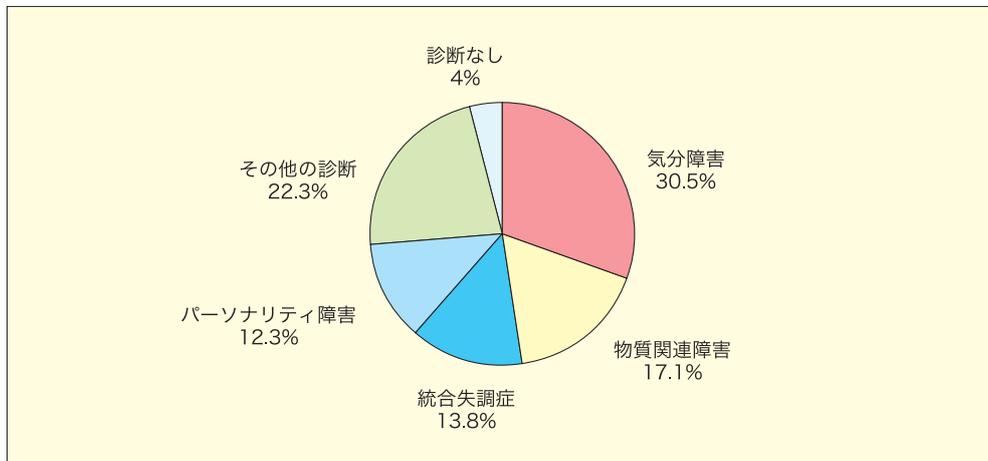


図 10：自殺と精神障害（N=16,524.20,613 診断）

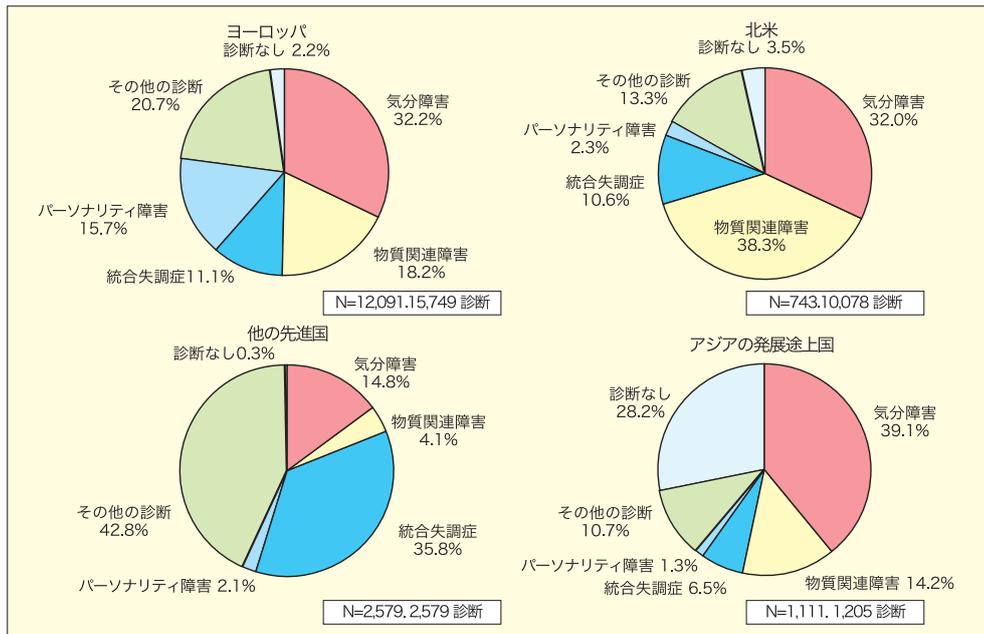


図 11：地域別に見た自殺と精神障害の関係

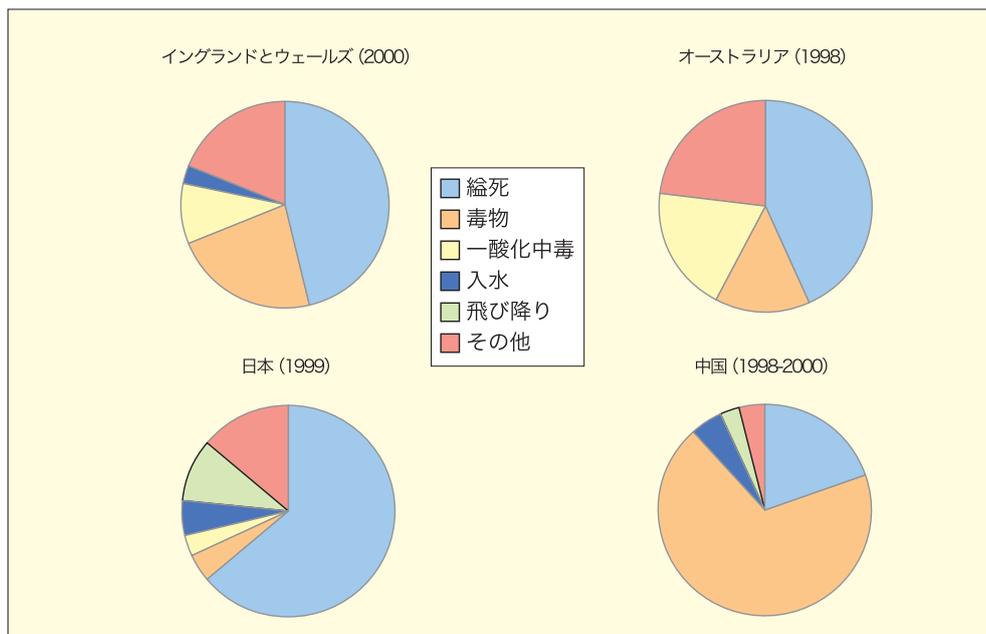


図 12：地域別の自殺手段

WHO 自殺予防 介入研究

WHO が 10 カ国と協力して行った自殺予防の介入研究をつい最近完了しました。自殺未遂者を無作為に 2 群に振り分けました。すなわち、UT (usual treatment：一般的治療) 群と BIC (brief intervention and contacts：短期介入とフォローアップ) 群です。一般的治療というのは、たとえば、手首を切った人の傷の手当てをすとか、過量服薬した人に胃洗浄をすといった治療にとどめて、その後のフォローアップはしていません。短期介入とフォローアップというのは、自殺未遂が起きた後、約 1 時間にわたる短期の介入をします。認知療法的なアプローチに加えて、自殺や自殺未遂についての事実を教育するのです。そして、18 カ月間に 15 回のフォローアップをしました。

18 カ月後に、この研究の結果を評価しました (図 13)³⁾。今週、これを Lancet に投稿したところです⁴⁾。驚くべきことに、一般的な治療をしただけの群は、短期介入とフォローアップを実施した群に比べて、死亡率は約 2 倍でした。自殺を見ると、両者に 6 倍の開きがありました。このデー

タを多くの専門家に送り、意見を求めました。

こういったアプローチでも自殺を減らす重要な方法であることがわかりました。そして、自殺以外の死亡を減らすことにも重要な方法であることが明らかになったのです。研究を開始した当初、こういった短期介入とフォローアップがどれほどの効果があるか定かではありませんでしたが、今でははっきりとした結果が得られたのです。

このフォローアップは実に簡単なもので、最初、多くの人が「こんなに単純な方法では、うまくいかないだろう」と懐疑的でした。このフォローアップは、自殺未遂をした人に直接会いに行き、基本的には 2 つの質問をすることで。すなわち、15 回のコンタクトがあったのですが、「お元気ですか？」(How are you?)、そして「何か必要なものはありますか？」(Do you need anything?) といった質問をして、せいぜい 5～10 分程度の接触でした。けっして、心理療法といった代物ではありません。何か必要としているものがあれば、それが得られるように取り計らいます。

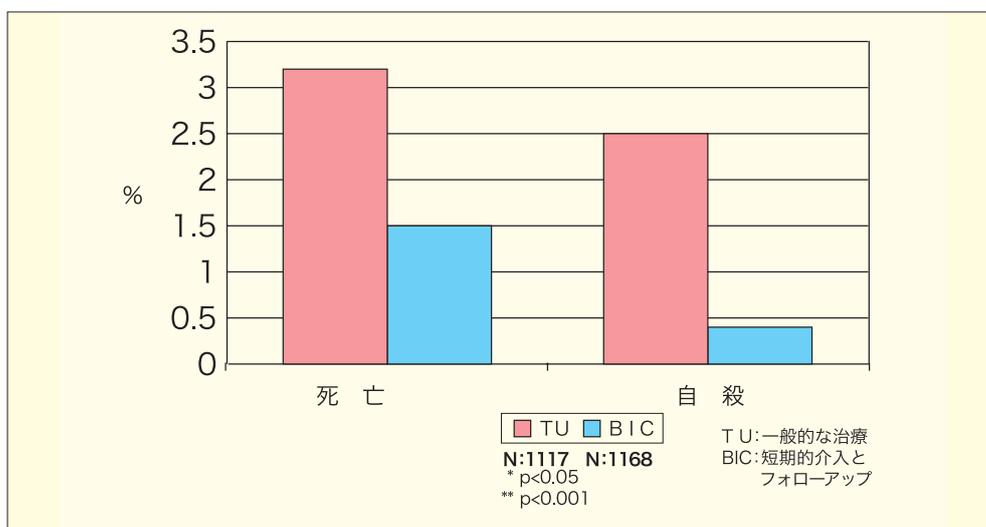


図 13：自殺未遂後の 18 ヶ月間のフォローアップ

この興味深い結果をどのように解釈することができるのでしょうか？私の解釈はあくまでも仮説に過ぎませんが、このように接触することで、自殺未遂者に対して何らかの対人的なネットワークを築き上げたと言えるのではないかと考えています。というものの、自殺の危険の高い人の多くは、家族、友人、同僚、地域社会との絆を失っています。このようなごく短い接触であっても、自殺の危険の高い人にとって重要な絆となったのではないかと思います。新たに人間関係を築き、自殺の危険の高い人もそれを感謝して受け入れたのだと思います。現在、日本でも自殺未遂者のフォローアップ研究が進行中であるとお聞きしましたが、この調査と関連があるでしょう。

WHO の調査では約 2,500 人を追跡調査しまし

た。図 14 に示したように、そのうち 12% が 18 カ月のフォローアップ期間中に再度、自殺未遂に及びました⁴⁾。30% が 1 週以内に、50% が 1 カ月以内に 2 度目の自殺未遂に及んだのです。したがって、自殺未遂者のフォローアップは、未遂が生じて、病院に受診し、治療が済んで退院して 1 週間以内に行うことがとても重要なのです。未遂直後の時期にフォローアップがないと高率に 2 度目の自殺未遂が起きてしまいます。自殺未遂を繰り返す人は、最初の自殺未遂が起きて 6 カ月以内に 80% が 2 度目の自殺未遂に及んでいました。ですから、これが最も重要なフォローアップの期間であるといえます。とくに 1 カ月、そして、1 週間以内が重要です。

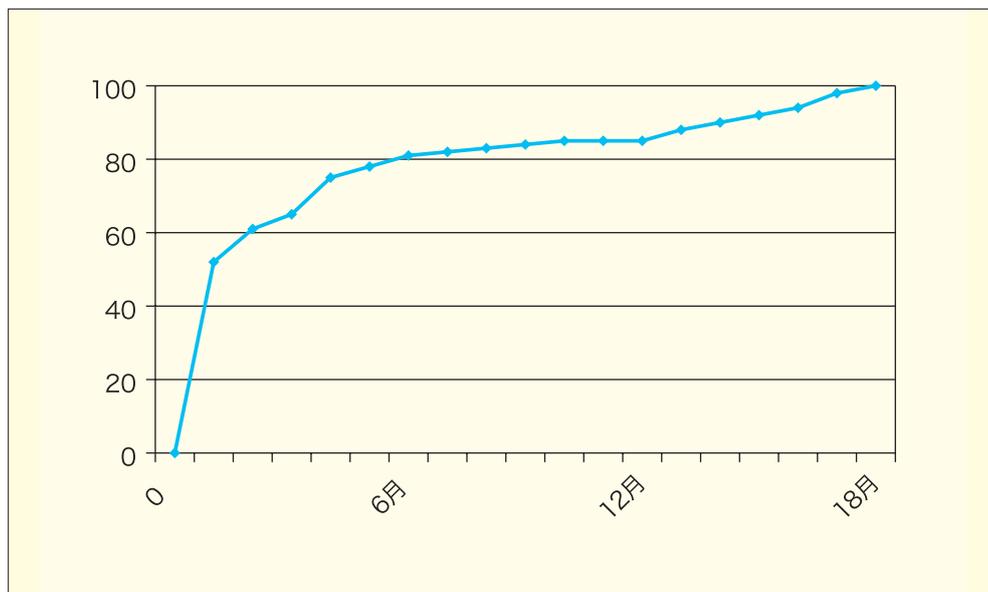


図 14：自殺未遂の反復（12%）

自殺予防に向けた 公衆衛生学的介入

次に示すのは WHO が推奨する、自殺予防に有効な公衆衛生学的介入の方法です。この5種の対策は、科学的に有効性を証明されています。

- ① 毒性の高い物質の規制：とくに農薬の規制です。WHO に報告されているだけでも、毎年、約 90 万人が自殺していますが、そのうち、少なくとも 30 万人が農薬を用いて自殺しています。すなわち、自殺者の 1/3 が農薬を用いていたのです。この傾向はとくにアジア諸国で顕著です。たとえば、中国、インド、ベトナム、マレーシア、スリランカ、インドネシアです。
- ② 精神障害の治療：これが自殺予防につながることは証明されています。とくに、うつ病、アルコール依存症、統合失調症などの精神障害の治療が、自殺を減らすことになります。
- ③ 自殺未遂者のフォローアップ：これはすでにお話した内容です。
- ④ 自殺をセンセーショナルに報道しない：おそらく日本では従来あまり取り上げられてこなかった点だと思います。マスメディアは、自殺を予防する意味でも、また、自殺が拡大してしまう危険があるという意味でも、非常に重要な役割を果たします。そこで、マスメディアが自殺予防に向けて何らかの行動を起こす必要があると私は考えます。
- ⑤ 銃の規制：米国やヨーロッパの一部の国では自殺予防のための銃規制、とくに拳銃の規制が、論議されています。

このような活動を実施するに当たって、WHO は自殺予防のための小冊子を用意しています。一般医、ジャーナリスト、教師、公衆衛生従事者、刑務官、遺族のグループ、カウンセラー、職場を対象とした各種の小冊子がすでに出版されています。そして、世界で多くの言語に翻訳されています。このガイドラインはとてもわかりやすく書かれていて、対処法も直接的で明解です。

まとめ

それでは、まとめに入りましょう。自殺予防のために何をすべきでしょうか？ 図 15 に示したように、公衆衛生的アプローチと臨床的アプローチを統合させるべきです⁹⁾。臨床的アプローチは自殺の危険の高い人に個人的に働きかけ、自殺の背景に存在する精神障害を治療していきます。それに公衆衛生的アプローチを統合させることが理想的です。

公衆衛生的アプローチには、広く一般を対象としたものから、より対象を選択して、焦点を絞ったものまであります。社会全体を相手にするものから、さまざまな問題を抱えた個人を対象とするものまであるのです。臨床的なアプローチでは、保護因子を取り上げます。この保護因子という概念について、私たちはこれまで以上に関心を払う必要があるでしょう。この2種のアプローチを統合してこそ、最善の結果が得られるはずです。各国でどのように自殺予防対策を実施するかは、各

国の判断によります。公衆衛生的アプローチに重点を置く国もあれば、臨床的アプローチに焦点を当てる国もあるでしょう。

講演に出席して下さった皆様とともに、WHO は今後も自殺予防活動を進めていきます。何か質問や必要な情報などがありましたら、次のところに連絡してください。

ウェブサイト

www.who.int/mental_health/prevention

E-mail mbd@who.int

bertolotej@who.int

T e l . +41 22 791 3627

F a x . +41 22 791 4160

講演を終えるにあたり、通訳をして下さった高橋祥友先生に感謝します。皆様、ご清聴ありがとうございました。

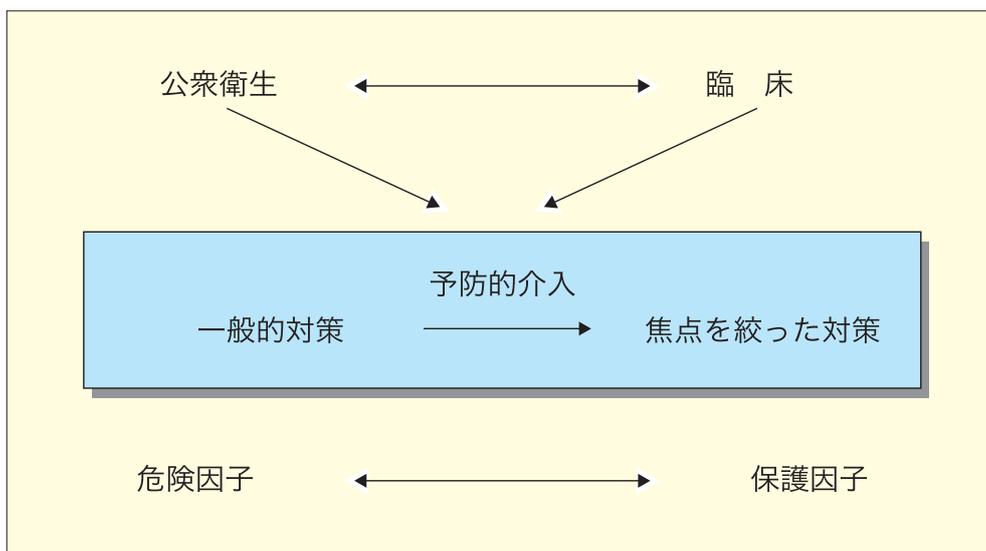


図 15：自殺予防 公衆衛生と臨床的アプローチの統合モデル

文 献

1. Bertolote JM, Fleischmann A (2002) Suicide and psychiatric diagnoses: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1: 181-185.
2. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo, D, Wasserman, D (2004) Psychiatric diagnoses and suicide: Revising the evidence. *Crisis*, 25: 147-155.
3. Eddleston M (2003) Preventing deaths from self-poisoning in the developing world. Presentation made at WHO Headquarters, 12 November.
4. Fleischmann A, Bertolote JM, et al. (2006) Brief intervention and ongoing contact for suicide attempters decreases subsequent deaths from suicide: A randomized controlled trial in five countries. (*Lancet* - submitted for publication)
5. Forster P, Wu L (2002) Assessment and treatment of the suicidal patient in an emergency setting. In: Allen MH (ed.) . *Emergency Psychiatry*, pp. 75-113. Washington, DC; American Psychiatric Publishing.
6. WHO (1998) Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Geneva, WHO.
7. WHO (2001) World Health Report 2001. Geneva. WHO.
8. WHO (2004) World Health Report 2004. Geneva. WHO.
9. WHO (2006) Suicide prevention. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

質疑応答

Q：自殺予防活動で、公衆衛生的アプローチと臨床的アプローチを統合すべきだという意見に全面的に賛同します。先生の講演の中で、未遂者に対して、短期介入とフォローアップが有効であると指摘されました。どのようなチーム構成でフォローアップをしたのでしょうか？

A：質問をありがとうございます。これはきわめて興味深い研究で、この研究についてだけでも5日間くらい説明したいほどです。

中国、インド、ベトナム、スリランカ、イラン、エストニア、ブラジル、南アフリカが参加し、スウェーデンとオーストラリアを対照群としました。これは研究であって、今後、臨床的介入をより積極的に行おうと考えています。研究としては限界があるので、より臨床的な介入をしていこうと考えているのです。

さて、たとえば、ブラジルでは、大学病院でこの研究が実施され、面接やフォローアップは医学生や精神科研修医が行いました。しかし、ベトナムでは、研究に参加できる看護師さえいなかったために、十分な訓練も受けていない、看護助手が参加しました。ほとんどの国では、看護、ソーシャルワーク、心理学専攻の学生が研究に参加しました。重要なのは専門家であるということではなく、自殺を図った人に質問するときに、個人的な接触を通じて人間的な温かさが伝わるかどうかなのです。専門領域よりも重要なのは、「お元気ですか?」「何か必要なものはありますか?」という質問を通じて、人間的な温かさが伝わるかどうかということではないかと思います。

こういった介入にかかる費用はきわめてわずかです。ほとんど費用はかかりません。何も特別なものは要らないのです。誰か真に心配している人

が、自殺未遂者に10分間の時間を割くことだけが求められます。

高度に訓練された専門家をこの種の研究に参加させると問題になるのは、彼らが心理療法をまったくしないでおくことはとても難しいということです。単に質問をするだけでなく、何らかの治療を始めてしまう可能性が高いでしょう。

なお、自殺未遂者はかならず精神保健の専門家の診察を受けなければならないという法律がある国もあります。しかし、大きな問題は、専門家に診てもらうまでに2~3カ月も待たなければならないという点です。これでは遅すぎます。

なお、さまざまな人に向けて自殺予防の小冊子を私たちは用意していると先程申しました。今後は、自殺未遂者に最初に出会う人に向けた小冊子も用意したいと考えています。消防士、警察官、パラメディックといった、自殺未遂者に最初に出会う人がいますが、彼らは自殺予防に関してほとんど何の訓練も受けていません。そこで、次の段階としてはこういった人々に向けて自殺予防教育を実施するとよいでしょう。

Q：青森県では健康な一般住民に対して、保護因子をさらに強めるような働きかけをしています。これにはそれほど費用もかかりません。先生のご意見はいかがでしょう？

A：先生のご指摘に賛成です。自殺には多くの誤解があります。たとえば、「自殺を口にする人は、けっして自殺しない」「自殺したいと考えている人は、周囲が何をしても、結局、自殺してしまう」といった誤解が広く信じられています。

臨床的に見ると、自殺者は最後の行動に及ぶ前にいくつかのサインを周囲の人々に発しています。

現代社会では、人々は苦悩を訴えている人に対して関心を払う時間も、関心も、勇気もありません。ですから、地域に働きかけて、人々の間の絆を強めることは、メンタルヘルスの改善にもつながりますし、当然、自殺予防にとっても重要です。

なお、危険因子は項目はそれほど多くはありませんし、それを検討するのにそれほど時間もかかりません。しかし、保護因子に働きかけていくとなると、それこそ10年、20年、あるいは30年、40年もかけていく必要があります、研究方法として、それを評価するのが非常に難しいという面があります。

個人的な意見ですが、母と子、あるいは父と子の絆を強めたり、小学生が適切に感情を表現できるように手助けしたり、地域のつながりを強めることが、自殺予防に有効だと思います。これはあくまでも私の個人的な意見であり、科学的に証明されたとか、論文で発表されているというものはありません。私は厳密な意味では科学者ではありません。しかし、科学的思考も重要ですが、時には常識的な考え方も大切だと思っています。科学的に証明されていなくても、直感の示すところにしたがって、それが有効かどうか確かめることも必要ではないでしょうか。

Aという薬とBという薬のどちらかが効果が上がるかを調べるには、科学的な手法があります。しかし、社会的な事象について調べる場合には、創造的で独自のアイデアが必要だと思います。社会的な介入は、薬のAがいいかBがいいかを判定するのは、異なるアプローチが必要になります。

Q: 日本で自殺予防対策を実施するにあたって、短期的な目標を達成するだけでなく、長期的な取り組みが必要だと思います。そのためにはビジョンや理念と言いますか、強いメッセージが必要ではないでしょうか。「自殺は避けられる」といったメッセージを訴えることが重要だと思うのですが、先生の意見をお聞きしたいです。

A: 大変よい質問です。最大の原則は、社会全体、さらに、その中の特定のグループに働きかけるこ

とです。国のレベルでの自殺予防戦略を立てるにあたって、たとえば、医師会を味方に引き込まなければなりません。さらに、マスメディア、政治家、退職者の団体、その他の利益代表団体にも働きかけなければなりません。

そして、地域です。たとえば、市議会、住民代表、女性団体などに働きかけていき、年間3万人もの自殺が生じているという現実を目を向けてもらう必要があります。重要なメッセージは「多くの死は予防できる」「多くの死は避けることができる」というものです。

さらに、自殺予防は可能だというメッセージを社会に向けて長期間にわたって発し続ける指導的な役割を果たす人も必要です。

国際自殺予防学会のスローガンは「自殺予防はすべての人の課題である」(Suicide is everyone's business.) というものですが、自殺予防に向けて社会を組織していく必要があります。ほとんどの人が、誰か自殺をした人を知っています。その意味で、自殺はけっして他人事ではありません。さらに、活動について「何か重要なことを見落としがないか」と常に警鐘を鳴らしてくれる人の存在も重要です。

司会：そろそろ時間になりました。ベルトローテ先生の講演から私たちが学ぶことはとても多いと思います。そして、それをわが国でも実行することができるか検証していくのが今後の課題と言えるでしょう。ベルトローテ先生、貴重な講演をありがとうございました。皆さん、もう一度、盛大な拍手をお願いします。

演者紹介

ジョゼ M. ベルトローテ博士

1948年3月4日にブラジルで生まれる。

1971年に医師免許取得、1974年に精神医学の専門医となる。1978年にはカナダ・モントリオールのマクギル大学において社会（比較文化）精神医学で修士号を、1991年にはブラジルのリオ・グランデ連邦大学において博士号を得る。ブラジルとスイスの幾つかの大学において教職の経歴や、ブラジル・カナダ、ウルグアイ、アンゴラにおいて臨床精神医学に従事した経歴もある。現在はWHO（世界保健機関）のメンタルヘルス・物質乱用部門の精神障害・脳器質障害管理チームにおいて調整官を勤め、そこで同僚とともにWHO精神疾患・神経疾患の防止・マネジメント運動やWHO自殺予防グローバルプロジェクトを推進している。今まで100編以上の記事・本・論文等を発表。

自殺予防総合対策センターブックレット No. 1 各国の実情にあった自殺予防対策を

- 発行年月日 平成19年2月23日 第1刷発行
平成19年11月30日 第2刷発行
- 著者 ジョゼ M. ベルトローテ
WHO 世界保健機関 メンタルヘルス・物質乱用部門、
精神障害・脳器質障害 管理チーム調整官
- 訳者 高橋 祥友
防衛医科大学校 防衛医学研究センター教授
山本 泰輔
防衛医科大学校 衛生学講座
- 装丁 織田 信生
- 発行 国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター
187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
TEL 042-341-2712（代表）内線（6300） FAX 042-346-1884
<http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>
- 印刷・製本 株式会社 東京アート印刷所



www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/