

視 座

毎年3月は自殺対策強化月間

宮城県医師会常任理事

高 階 憲 之

世界では、約80万人（約40秒に1人）の人々が自殺により死亡し、影響の大きさからWHOでは自殺の予防を世界の優先課題と位置付けている。日本は人口10万人あたりの自殺者数は18.5人で、世界全体では18番目に高く先進国中では9番目に高い。男女別では、男性が15番目であるが女性は4番目に高く、諸外国に比べて女性の自殺死亡率の高さが際立っている。令和2年では、10歳から39歳までの5歳ごとの年齢階級で死因の第1位が「自殺」である。各年齢階級の全死亡者に対する割合をみると、15歳から29歳では死因の半数以上が「自殺」によるものであった。男女別では、男女ともに「55歳～59歳」および「60歳～64歳」を除く全ての年齢階級で「自殺」は死因の3位以内に入っており、特に男性は10歳から44歳の、女性は10歳から34歳の各年齢階級において、「自殺」による死因が1位となった。

自殺者の推移をみると、1983年に約2万5千人に増加し、1986年に約2万6千人となったが、1991年に1万9,875人まで減少した。しかし、1998年に前年から8,261人増加の3万1,755人となり、2003年には34,427人まで増加し、2011年まで3万人以上で推移した。その後は減少を続け2019年には2万169人となった。しかし、2020年以降は増加に転じている。本年1月20日に公表された警察庁の自殺統計（速報値）では、2022年の自殺者数が21,584人となり、2021年の確定値より577人増加している。2022年の宮城県の自殺者数は428人（速報値）であった。2021年は418人で都道府県中13番目に多く、自殺率は18.2と15番目に高かった。

宗教の多くは自殺を禁止している。ユダヤ教では、人間の命は神に属するので人間が勝手にできないとあり、イスラム教には自らを殺す者は地獄の業火に焼かれるとある。仏教では、自殺は不殺生戒に反する行為となる。しかし、アジアでは「自殺は個人の決断なので、周りがとやかく言うものではない」「自殺を理性的な行為として容認する」「自殺は責任の取り方の一つ」と自殺を容認するような風土があるとされている。日本でも、「忠義」や「命よりも名を惜しむ」という大義名分によって切腹や自決が行われたりした。また、世界では歴史的に「自殺は個人の自由で人権」や「個人の意思に委ねられる自由意思による死」という考え方もわずかながらあった。しかしながら、人間が自殺を考える時は、幸福な時ではなく苦悩を抱えた時であり、追い詰められて他の選択肢が失われた場合のただ一つの選択肢であり、自由な意思による選択ではない。また、うつ病などの精神疾患や健康問題などを原因とする「自殺は個人の問題」と考える傾向があった。

2006年10月に施行された自殺対策基本法では、自殺の背景には、精神保健上の問題だけではなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤独・孤立などの様々な社会的要因があることを指摘し、これまでの「自殺は個人の問題」から「自殺は広く社会の問題」へと認識の変化を求めている。

コミュニティモデルによる対策として、2007年4月には自殺対策のあり方検討会による「総合的な自殺対策の推進に関する提言」が出された。6月には自殺対策基本法に基づいた指針として策定された自殺総合対策大綱では、「自殺は追い込まれた末の死」「自殺は防ぐことができる」「自殺を考えている人は悩みを抱えながらもサインを発している」の3つを基本的な認識として、「社会的な取り組みにより自殺は防ぐことができる」を明確に打ち出した。また、2003年にWHOが定めた9月10日の世界自殺予防デーにちなんで毎年9月16日までの1週間を自殺予防週間として設定された。自殺総合対策大綱は、概ね5年ごとの見直しが行われており、2012年の大綱では「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」ことを大綱の副題とし、その後の大綱でも継承されている。2012年の大綱では、月別の平均値で自殺者が3月に急に増加し6月まで多い状態が続いていることから、毎年3月を自殺対策強化月間に設定し自殺予防の啓発活動が実施されるようになった。

2017年の見直しを経て、昨年2022年に4度目の大綱の策定が行われた。「誰もが自殺に追い込まれることのない社会を目指す」という基本理念に基づき、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通して、社会全体の自殺リスクを低下させるとしている。新型コロナウイルス感染症拡大の影響を踏まえた対策の推進もあるが、女性の自殺が2年連続して増加したことや小中校生の自殺が過去最大の水準となったことから、女性に対する支援の強化や子ども・若者の自殺対策などの13項目を重点施策に位置付けている。

自殺既遂者の98%は何らかの精神障害を有している。そして、大多数の自殺の背景には、診断も下されず適切な治療が行われていない精神障害が存在している。自殺未遂は既遂の10倍から40倍は生じていると推計されている。そして、自殺未遂・既遂1件あたり強い絆のあった人の最低5人は心理的な影響を受けると推定されている。国の施策にあるように、地域社会等の問題解決能力を高め自殺予防を実現することや、地域や家庭、学校の中で、精神疾患への偏見を取り除くことや、必要なときの支援の求め方を教えること、自殺に関連する社会的要因に働きかけ自殺予防を実現するコミュニティモデルは重要である。また、自殺につながる可能性のある精神疾患を早期に発見し適切な治療を行って自殺の予防をするメディカルモデルも同様に重要であり、双方の緊密な連携が求められている。受療行動では、自殺した人の半数以上は何らかの身体疾患を訴え精神科以外の医療機関を受診していると言われている。

令和4年の診療報酬改定では、孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行うとして、こころの連携指導料（I）が新設された。施設基準は、

（1）精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること

（2）当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していることの二つである。宮城県医師会では札幌医科大学医学部神経精神医学講座（河西千秋主任教授）主催、宮城県医師会が共催、仙台市医師会協力による要件研修を2月10日に開催した。今後、コミュニティモデルとメディカルモデルのさらなる連携により、誰もが自殺に追い込まれることのない社会が実現することを願う。

