

米国の自殺対策

—ハワイ州の実践を中心に—

神 澤 創

1. はじめに

自殺対策は今や国家的な対応を必要とする緊急の課題である。その背景には1997年に急増した自殺者数が10数年間連続して30000人を超えるという憂えるべき現実があり、未遂者を含め、自殺が周囲の人々に与える影響は甚大である。ちなみに、2009年の自殺者は32,845人、若年層（15歳代～39歳代）の死亡原因の第1位である（平成22年度版自殺白書）。この現状を重く見た政府は種々の対策を急ピッチで進めているところであるがその成果はまだ見えてこない。

一方、米国の自殺率は日本の半分以下（人口10万人中11人前後）であり、これはかなり安定した数字で、世界的にみてもそれほど高いものではない。にもかかわらず、米国では以前から自殺を「予防可能な公衆衛生上の問題（NSSP, 2001）」にとらえ、国家規模での行政的な対応が進められ、自殺研究においても、早くから「心理学的剖検（Psycho autopsy）」などの調査手法が開発されてきた。

本報告では米国の自殺対策の概略を紹介し、その具体例としてハワイ州の実践を取り上げることにする。ハワイ州は人口の約25%を日系人が占めことから、米国他州に比べて日本に近似した風土や文化を有しており、我が国との比較も容易ではないかと思われる。

なお、本稿はハワイ州保健局（Hawaii Department of Health：以下 DOH）の救急医療サービスおよび傷害予防システム部傷害予防プログラム課（Injury Prevention Program, EMS & Injury Prevention System Branch）所属の自殺予防コーディネーター、ナンシー・カーン（Nancy S. Kern）氏、同課でハワイ州全体のゲートキーパー養成計画コーディネーターを務めるジュディ・ストレート・ジョーンズ（Judy Strait-Jones）氏、並びに危機サービスのディレクター、スティーブ・バルコム（Steve Balcom）氏（DOH、Behavioral Health Administration, Adult Mental health Division）とのインタビューを基に筆者が関係資料を補足・整理したものである。なお、本稿の最後で、ハワイ州の自殺予防対策から学ぶべき内容や、日本でも適用可能なアプローチについて若干の考察を試みる。

2. 米国の自殺の現状

米国の自殺の実態についてNational Institute of Mental health（以下NIH）の資料（2009）を基に概説する。

【疫学】

米国の自殺者は年間約33000人、自殺率（人口100000人当たりの自殺者）は10.9で、死亡原因の11番目に位置している。また、2010年5月に発表された、米国健康福祉省疾患管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention 以下、CDC）の報告では、調査対象になった16州における事故死の原因の第1位に自殺（事故死者116,319人中9,245人）が挙げられていた。

【自殺の危険要因】

自殺の危険要因として、「うつ病その他の精神障害、物質乱用およびその家族歴」「自殺の家族歴」「身体的・性的虐待を含む家庭内暴力」「家に銃がある」「家族・友人の自殺やマスコミ報道に接する」などが挙げられ、自殺者の90%以上が自殺企図の前に精神的な問題を有している。

【性差】

自殺は男性の死亡原因の第7位、女性の死亡原因の第16位であり、男性の自殺は女性のほぼ4倍、自殺未遂は女性の方が多い。方法としては、銃、窒息（縊死）、薬物が一般的であるが、男性は銃が半数を超え（56%）、女性では服毒が最も多い（40%）。

表 1. 自殺手段の性差

自殺の手段	男性 (%)	女性 (%)
銃	56	31
窒息	23	19
服毒	13	40

【若年層の自殺】

自殺は15歳から24歳の若者の死亡原因の第3位に位置し、自殺率は、10歳～14歳の児童で1.3、15歳～19歳の思春期では8.2、20歳～24歳の若い成人では12.5と、年代によって差がみられる。なお、思春期と若い成人では窒息よりも銃の使用が多く、児童では圧倒的に窒息が多い。

【高齢者のリスク】

高齢のアメリカ人は自殺する傾向が非常に高く、とくに85歳以上の非ヒスパニックの白人では人口100000人につき48人が自殺している。

【民族や人種によるリスク】

人種別にみると、「アメリカインディアンとアラスカ先住民」の自殺率が最も高く（15.1）、非ラテン系白人（13.9）がそれに続く。一方、テン系アメリカ人はもっとも自殺率が低く

(4.9)、非ラテン系黒人 (4.9)、アジア系と太平洋諸島人 (5.7) がそれに続く低率を示す。

【自殺未遂の要因】

男性と高齢者は女性や若年者より致死的な自殺を試みる傾向が強く、成人の致命的でない自殺企図の危険要因には、うつ病などの精神障害、アルコールや他の物質乱用、離別や離婚が含まれる。一方、若者の自殺企図の危険要因には、精神障害に加えて傷害、身体的もしくは性的虐待、破壊的行動が含まれる。

3. 米国における自殺対策の流れ

・自殺予防国家戦略 (National Strategy for Suicide Prevention)

米国の自殺対策は、2001年に発表された「自殺予防国家戦略 (National Strategy for Suicide Prevention以下、NSSP)」に沿って進められている。NSSPは、全国の権利擁護、臨床家、研究者、サバイバーの協働作業を代表するものであり、自殺予防の枠組みを整え、開発すべきプログラムやサービス配置の促進、関連政策の調整などにより、社会的変化を促進するよう計画されている。

NSSPの推進にあたっては防衛省、教育省、国防省、司法省などの連邦政府各省庁およびその下部組織が協力しているが、中でも、保健社会福祉省 (Department of Health and Human

表2 NSSPの成立とその後の展開

1958年	ロスアンゼルス自殺予防センター開設。その後、各地に自殺予防センター設置
1989年	『若年自殺対策委員会報告』(全4巻)刊行
1996年	WHOの“Prevention of Suicide: Guideline for the Formulation and Implementation of National Strategies”によりNSSP策定に向かって、CDC, NIH, The Office of Surgeon General, SAMHSA, HRSA, Indian Health Service (IHS)などの公的機関とSuicide Prevention Advocacy Network (SPAN)など民間組織が動員された
1998年	リノ会議においてNSSP成立 ネバダ州リノに、研究者、臨床家、政策当局者、自殺のサバイバー、各州の代表団が集結し議論の末、公衆衛生を強調したNSSPがあらゆる自殺対策活動の基本として採択された
1999年	Surgeon Generalの“the Call to Action to prevent Suicide”発表 自殺における「気づき、介入、方法論 (AIM)」を強調した15の目標を提言
2001年	NSSP開始
2001年	Institute of Medicine 報告
2002年	Suicide Prevention Resource Center (SPRC) 開設
2004年	Garrett Lee Smith Memorial Act 施行
2004年	全米ホットライン基金
2006年	SAMHSAの優先順位マトリックスに自殺が組み込まれる
2006年	自殺防止連邦ワーキンググループ設立
2007年	全米自殺予防活動連合成立

Services) の下部組織である、薬物乱用・精神衛生管理庁 (Substance Abuse and Mental health Services Administration: 以下SAMHSA)、疾病対策予防センター (Centers for Disease control and Prevention)、NIH、保健資源事業局 (Health Resources and Services Administration) などがその中心的な役割を果たしている。表 2 にNSSP成立までの経緯とその後の米国自殺対策の流れを示した。この表から、2000年以降に活動が急速に活発化していることが分かる。

【NSSPの行動目標】

米国の自殺対策の到達点としてNSSPに示されている11の行動目標を表 3 に示す。米国ではこれらの目標 (goal) の実現に向かって様々な自殺対策事業が展開されているわけである。

表 3 自殺予防国家戦略のゴールと目標

目標 1: 自殺は公衆衛生の問題であり予防することができるという意識の促進
目標 2: 自殺予防のための広範な支援体制の開発
目標 3: メンタル・ヘルス、物質乱用、自殺予防サービスの利用者であることに関連するスティグマを軽減する戦略の開発と実施
目標 4: 自殺予防プログラムの開発と実施
目標 5: 死に至る自傷の手段や方法への接近を減少させる努力の促進
目標 6: リスク行動の認知や効果的な対処法の提供のための訓練の実施
目標 7: 効果的な臨床的かつ専門的な実践の開発と促進
目標 8: メンタル・ヘルスと物質乱用サービスへのアクセスとコミュニティ連携の改善
目標 9: マスメディアにおける自殺行動、精神障害、物質乱用の報道と描写の改善
目標10: 自殺とその予防に関する研究の促進と支援
目標11: 監視システムの改善と拡大

【気づき・介入・方法論: AIM】

NSSPの基本概念は、「気づき (Awareness): 自殺とその危険要因を一般の人々に適切に広めてゆくこと」、「介入 (Intervention): 地域住民と個人への臨床的かわりと両者へのサービスおよびプログラムの強化」「方法論 (Methodology): 自殺防止科学の進歩」の 3 つにまとめられ、個々の活動はAIMに基づいて進められている。この考え方は非常に簡明、かつ具体的であり、日本の自殺対策への導入が期待されるところである。

4. ハワイ州の自殺対策

4-1. 自殺の実態

はじめに、DOH傷害予防管理プログラム職員のダン・ガラニス (Dan Galanis) 氏から提供された資料を基に、ハワイ州における自殺の現状について概説する。

ハワイは米国のなかでも自殺者が少ない州 (全米50州中43番目; 2002-2006年平均) である

が、2005年～2009年の5年間の数字をみると、総自殺者数651人、年平均130人、自殺率10.7（全米12.7）となり、3日に1人以上が自殺でなくなっている計算になる。また、自殺者数は過去5年間、増加傾向にあり（図1）、とくに、ハワイ島、マウイ島、カウアイ島、など隣島での自殺率が高く、都市部のホノルル市（オアフ島）の自殺率が最も低い（表4）。男女別では男性が女性の約3倍であり、年代傾向としては45～59歳代の自殺が最も多い（図2）。なお、自殺の手段は、縊死もしくは窒息（48%）、銃（20%）、服毒（13%）、高所からの飛び降り（12%）の順となっている。

一方、記録の上では自殺とはみなされないが、若い女性（15～30歳）の非致死性的自傷（non-fatal self-inflicted injuries）は看過しえない高水準にあり、その多く（72%）は睡眠薬、鎮痛剤、解熱剤、などの薬物によるものである。また、2007年に実施された若者を対象とした調査（Youth Risk Behavior Surveillance, 以下、YRBS）では、高校生の19%が「自殺を考えたことがある」、17%が「自殺を計画したことがある」と答えており、両者とも全米で第2位の高さであった。若年層への予防対策の強化が期待されるところである。

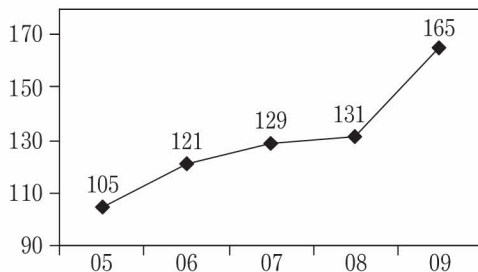


図1 自殺者数の年次推移（2005～2009）

※過去5年間一貫して増加傾向にある

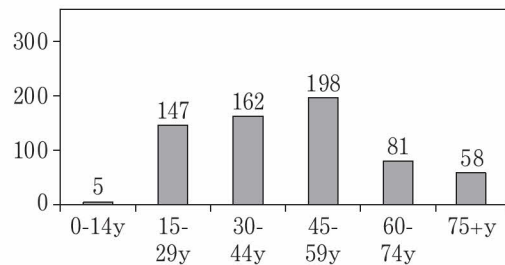


図2 年代傾向（2005～2009）

※25歳～64歳代で自殺者の70%を占める

表4 郡ごとの自殺者数と自殺率（2005～2009）

County	deaths	rate
Hawaii	111	65.1
Honolulu	391	43.3
Kauai	44	70.4
Maui	105	74.5

4-2. 組織的な流れ

ハワイの自殺対策は近年急速に発展し、その流れは州政府の行政システムを活用した組織的なものである。実際の対策事業はDOH救急医療サービス傷害予防システム部傷害予防課が、傷害予防プログラム（Injury Prevention and Program）の一環として行っており、DOHの各部署は必要に応じて他部署と連携し、協働して作業を進めている。次に、その指針となる資料を紹介する。

【ハワイ傷害予防プラン2005－2010（“Hawaii Injury Prevention Plan 2005-2010”）】

DOH傷害予防諮問委員会が2005年に発行した48頁からなる本冊子には、水難事故、転倒、バイク、自動車、歩行者、非意図的毒物汚染（薬物乱用）、暴力と虐待など自殺を含む8つの傷害それぞれに提言（Recommendation）が示され、これに沿って具体的な対策が進められている。また、自殺に関しては、「1996年－2000年の平均自殺率を基準とし、2010年にはその半減を目指す」との具体的な数値目標も明記されている。以下に、自殺対策への4つの提言を示す。

表5 ハワイ傷害予防プラン2005－2010の提言

-
- ・自殺予防に対する知識と理解を深めるために
 1. 自殺予防「ゲートキーパー」トレーニングの開発と実施
 2. 自殺に対する社会的認識を高めるキャンペーンの開始
 3. 自殺とその予防に関する研究の支援と促進
 - ・スクリーニングとサービスへのアクセスの拡大をはかるために
 4. 効果的な臨床的・専門的実践および政策の開発と推進
-

事項以下では、この提言を踏まえて現在実践されている具体的な活動を紹介する。

4-3. ハワイ州自殺対策タスク・フォース（Prevent Suicide Hawai'i Task Force：PSHTF）

ハワイ州の自殺対策の基本構想はこの自殺対策タスク・フォースで検討される。2006年、ハワイ州全体の自殺対策について議論するために設置されたこの会議は、DOH、DOE、ホノルル警察、軍関係者などの行政スタッフのほか、自死遺族支援団体などのNPO関係者、米国自殺学会メンバーなどの専門スタッフ、精神科医、ソーシャル・ワーカー等で構成され、2カ月おきに開催される。会場はオアフ島のクイーンズ医療センターの会議棟やDOHの会議室が使用されるが、ハワイ島やマウイ島などの隣島とは電話回線を利用した遠隔会議の形式をとっている。

また、この会議は非常に開放的なもので、筆者のような外部者の参加も可能である。ちなみに、ハワイ州の精神保健審議会（STATE COUNCIL ON MENTAL HEALTH）も同様に開放的なもので、筆者の参加を快諾してくれた。

筆者が参加した2010年6月17日の会議には10数名が参加し、「PSHTF定款の改訂」「HIPP（ハワイ州傷害予防プラン）文書の検討」「アクセス・ライン（緊急電話相談）のサービスとデータの更新」「全米自殺予防週間（9月5日－10日）の活動について」などの議題について議長が手際よく進行し、落ち着いた雰囲気ながら、率直な意見交換がなされていた。

4-4. ゲートキーパーの養成

ハワイ州では、Garrett Lee Smith Memorial Act（2004）に基づき、SAMHSA（前出）

からの経済的支援を受けた“Hawaii Gatekeepers Training Initiative”が各種のゲートキーパー養成プログラムを実施している。なおここでいうゲートキーパーは、職務上、自殺の危険性の高い人と接触する可能性が高い立場にある人を指す。

＊ゲートキーパートレーニングの実際

・焦点化された職種

ゲートキーパートレーニングには誰でも参加可能であるが、現在、ハワイ州では特に緊急度の高い次の4つの職種に焦点を当てている。なお、参考のために若干の説明を付した。

①警察官

ホノルル警察のすべての警察官が自殺予防のトレーニングを受ける。2010年1月に開始された本プログラムは、年度内に2000人の警察官を対象に3時間のトレーニング（Safe TALK、後述）を行う予定である。なお、トレーニングの指導はホノルル警察の警察心理士（Police Psychologist）Michael Christopher氏が担当している。

②教師

ティーンエージャーの妊娠や自殺予防等のテーマについて指導するピア教育担当教員（Peer education teachers）26人を対象に訓練を実施した。その後、これらの教員は、自ら希望した中・高校生に自殺予防実践の訓練を行い、生徒たちは彼らの学校の生徒に自殺予防の知識や技術を伝え、自殺予防に対する意識を高める活動を行った。

③ハワイ州教育局（DOE）のスタッフを中心とする行動保健（Behavioral Health）の専門家

④アルコールおよび薬物乱用防止専門家（Alcohol and Drug Abuse Prevention Specialist）

およびクライシス・ワーカーCrisis Workers；危機介入を専門とするソーシャルワーカー）

【訓練プログラム：ASIST とSafe TALK】

ゲートキーパーの養成にはカナダのLiving Works社が開発した、ASISTとSafe TALKの2種類の訓練プログラムが用いられ、企画・広報から受け付けに至るまで、すべての作業をDOHのストレート・ジョーンズ氏がコーディネートしている。なお、これらのトレーニングワークショップは非常に好評で、全6回の訓練計画は募集すると間もなく定員に達し、受付を締め切らざるを得ない状態であった。以下に、両プログラムを簡単に紹介しておく。

- ・ASIST……対人援助専門家を主な対象とした2日連続のプログラムで、参加者は講義やロールプレイなどを通じて、危機状態にある人への介入技法の実際について学ぶ。1クラスは30人で構成され、遅刻は一切認められない。2日両日の出席が必須となっており、通常は2名～3名のトレーナーによって実施される。2009年には411人の州政府職員が2日間のプログラムに参加した。

- ・Safe TALK……コミュニティのすべての人を対象とし、ASISTを補完する約3時間のトレーニングである。自殺を考えている人を察知し、ASISTの訓練を受けた援

助者につなぐ技術を身につけることを目的としている。

なお、両プログラムの詳細に関しては以下に示すLiving Works社のホームページ
<http://www.livingworks.net/> を参照されたい。

4-5. 危機介入

この項では、実際に自殺の危険が迫っている場合の具体的な介入方法について説明する。

* アクセス・ライン (ACCESS Line)

ハワイ州の危機介入において中心的役割を果たしているのは、アクセス・ラインと呼ばれる24時間体制のホットラインサービスである。DOHの成人精神保健部門によって2002年に始められた本サービスには自殺を含む精神的な危機状態にある人なら誰でも電話をかけることができる。

サービスの特徴は、電話をかけてきた利用者のいる場所にクライシス・ワーカー（危機状態にある人の安定を図るために現場に派遣される専門スタッフ）を派遣し、危機介入をおこなうアウトリーチサービスにあり、ビーチ、家庭、公園等州内のどこにいても利用が可能である。

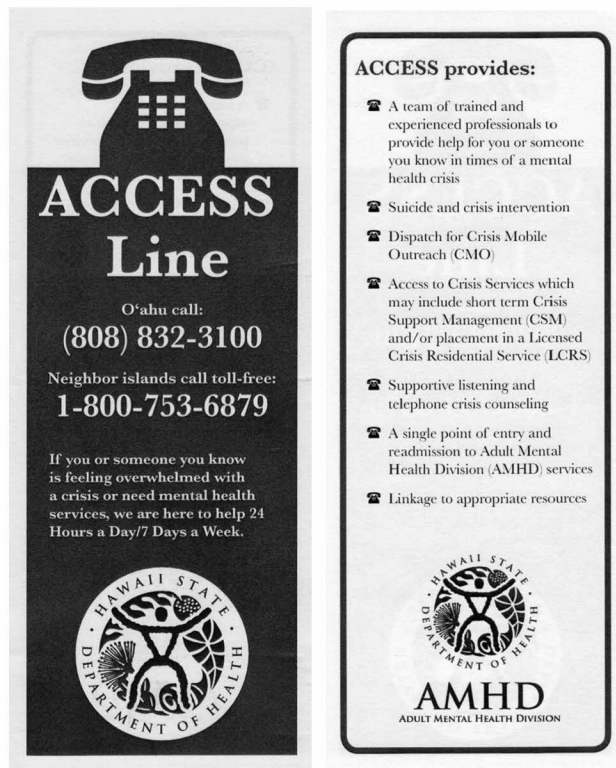


図3 ACCESS LINEパンフレット

【アクセス・ラインのスタッフ】

アクセス・ラインはスーパーバイザー（精神保健専門家）の下、カウンセリングや心理学の修士、社会福祉学士等などの資格を有する14人のスタッフで構成され、常時5－7名のスタッフが24時間体制で勤務している。スタッフの中には4人のピア・スペシャリスト（厳密なトレーニングを受け、1年以上安定状態にある認定された精神保健サービスの利用者）が含まれ、スタッフをサポートする精神科医が24時間体制で待機している。

【危機対応の流れ】

電話対応スタッフが、通常相談か緊急介入かといった通話内容のスクリーニングを行い、必要を認めた場合は精神保健サービス提供機関に危機対応派遣チーム（Crisis Mobile Outreach, 以下CMOと略す）の派遣を要請する。アクセス・ラインから連絡を受けたCMOのクライシスワーカーは、危機的状況にある人の電話を受けてから45分以内に現場に到着することになっている。

【危機対応派遣チームCMO】

CMOはDOHが契約を結んでいる民間の精神保健サービス提供機関（Care Hawai'i）から派遣され、自殺対応以外にも精神病などで心理的な危機状態を経験している利用者のところにスタッフが向いて直接利用者と会い、危機状態の安定を図るコミュニティベースのサービスである。CMOには1日に平均3～5件の緊急電話があり、3、4人のクライシス・ワーカーがオアフ全島にわたってサービスを提供する。

【サービス提供のエージェンシー】

実際の危機支援サービスは委託された精神保健サービスのプロバイダーが行うのであるが、現在、ハワイ州と契約しているクライシス・サービス・エージェンシーは、オアフ島、ハワイ島、カウアイ島を担当するケア・ハワイ（Care Hawai'i）と、マウイ島、モロカイ島、ラナイ島を受け持つアロハ・ハウス（Aloha House）の2つの民間サービス機関だけである。なお、ハワイ州には非英語圏からの移住者が多いため、バイリンガルのケース・マネジメント・サービスも実施されている。

【全米自殺予防ライフラインとの連携】

SAMSHAの経済的支援によって構築された全米自殺予防ライフライン（National Suicide Prevention Lifeline、以下NSPLと略す）は番号が1－800で始まるフリーコールとして全米に展開されており、各州の自殺ホットライン組織との連携契約でなりたっているサービスである。したがって、ハワイでNSPLに電話をかけた場合、その電話はハワイ州のアクセス・ラインに自動的に転送される。

現下の問題点は、携帯電話を使用する利用者が多いため、ライフラインにかかってきた電話がその携帯電話を購入したエリアコード（市外局番）の州の自殺ホットラインに転送されてしまうことである。その結果、電話の転送先と利用者が実際に電話をかけている場所が異なる場

合が生じてくる。たとえば、ホノルルから電話をかけても、その電話がテキサス州で購入されたものであれば、テキサス州のホットラインにつながってしまうわけである。ハワイ州には他州からの流入者が多いためこの問題は無視できない。

【警察との連携】

緊急事態における警察との連携は重要である。通話の内容から、利用者に身体的な危険が差し迫っていると判断される場合は、まずホノルル警察に連絡をとることを勧める。また、アクセス・ラインスタッフが専用回線を用いて警察に電話をかけ、警察官が利用者の自宅を訪問し、安否確認を行う場合もある。

【サバイバーサポートグループの紹介】

利用者への対応に際して、アクセス・ラインのスタッフはハワイ州のあらゆるリソースが記述されているコンピュータ・データベースを参照し、その情報を元にサバイバーグループとの面会の日時や場所等を利用者に伝えることができる。

【シェルターと精神科救急病棟】

利用者の医療的な保護が必要とされる場合は短期的に、専用のシェルターや精神科救急病棟が利用される。

現在、ソルトレークでケ・アハワイが運営している16床の短期（4～10日）危機シェルターでは、薬物療法、看護、精神保健カウンセリングなどのサービスが提供され、入院施設スタッフが常駐している。また、クイーンズ医療センターには精神科救急用の個室ベッドが6床あり、安定した後は、別の精神科病棟（28床）に移される。このほか、Castle病院の精神科病棟にも15床の精神科救急ベッドが整備されている。

4－6．啓発活動とサバイバーサポート

一般市民を対象とした啓発活動は自殺予防の基本であり、ハワイ州でも自殺予防啓発ツールとしてパンフレットやステッカーなど様々なグッズが活用されている。図－5．に示したTEEN SUICIDEはハワイ州カリヒ地区にあるフェアリントン高校教員のジョーダン氏が作成した手作りのパンフレットをタスク・フォース（PSHTF）が高く評価し、大量（7000部）に印刷されることになったもので、警察やDOH、教育局などに配布されている。

また、2009年11月には自殺サバイバー（自殺未遂者と自死遺族）のための大規模な啓発イベント、「自殺防止：サバイバーとコミュニティのパートナー（PREVENT SUICIDE：“Survivor and Community Partners In Action”）」が開催され、基調講演、サバイバーのパネルディスカッションに続き、コミュニティにおける支援活動やHealingなど6つの分科会セッションが行われた。イベント終了後、午後5時からは同時開催の「第1回自殺防止ハワイ・コミュニティウォーク」がおこなわれ多くの市民が参加した。この催しは参加者の寄付金によって運営される市民参加型のイベントである。

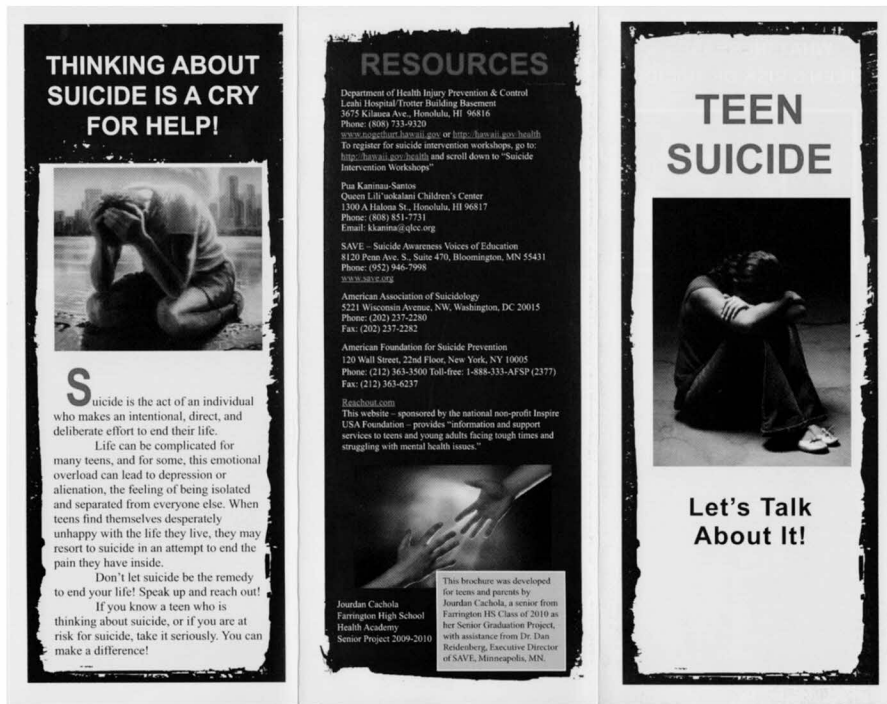


図 4 - 1 TEEN SUICIDE パンフレット (表)

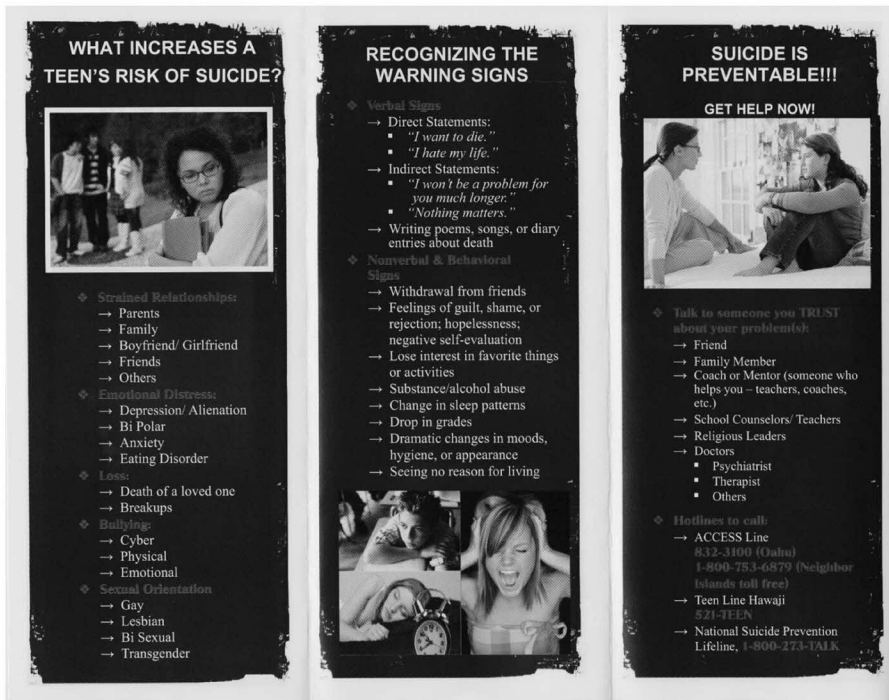


図 4 - 2 TEEN SUICIDE パンフレット (裏)

一方、その必要性の高さにもかかわらず、州が行っているグリーフカウンセリングやグリーフワーク等のサバイバー・サポートは不十分な状態にあり、本調査時点ではPua Kaninau-Santos氏が主宰する“Hawai'i SPEAR—SOS Grief Group”が唯一の公的なサバイバー・サポートグループであった。ちなみに、Pua氏は、15歳の息子を自殺でなくしたことをきっかけに、活動を始めたサバイバーであり、Task Forceのメンバーでもある。日本同様、米国においても自殺に対するスティグマはかなり強く、サバイバー支援の場が設けられても、それが活用されるまでには、それなりの時間がかかるようである。

自殺コーディネーターの一人は若年層への働きかけの重要性に言及し、「自殺に対する意識の改革には、今後、テレビ、ラジオ等、各年代層に応じたメディアを活用するとともに、携帯電話メール、FacebookやTwitterなどコンピュータ・ネットワークを用いた、より若い世代への働きかけを行う必要がある」と語り、メディアを活用した啓発活動の可能性について語ってくれた。

終わりに

今回の調査により、米国の自殺対策が国家的な指導戦略（NSSP）に基づいて、行政（州政府）の主導のもとに進められていることが分かった。ハワイ州は政策の一部として自殺予防に取り組んでおり、そのことは調査に協力していただいた、カーン氏やストレート・ジョーンズ氏など、自殺対策を専門に担当する職員が配置されていることからもうかがわれる。

しかしながら、ただ単にトップダウンで作業が進められるのではなく、行政は主に提案と予算を担当し、計画の立案や実践には民間サービス機関やNPOが大いに貢献する構造になっている。たとえば、新規のサービス事業を立ち上げる際には公募を行い、応募してきた計画案のなかから優れたものを採用する競争的なシステムをとっているとのことであった。また、危機介入サービスの提供はコミュニティが基本であり、DOHの電話相談機関（アクセス・ライン）が、必要に応じて民間の派遣チーム（CMO）にスタッフ（クライシス・ワーカー）の派遣を依頼するというシステムをとっているが、ここでも官民の協力体制が際立っている。

すべての自殺は一回限りの個別的なものである。したがって、すべての介入も自ずと個別的・臨床的なものにならざるを得ない。しかしながら、対応のあり方には共通する部分がないわけではない。本稿において米国ハワイ州の実践から日本への導入が期待されるいくつかのアプローチを紹介したが、ASISTやSafe TALKなどのゲートキーパートレーニングが目指す、「自殺に敏感なコミュニティを育てる」という発想は大いに参考となった。筆者は以前から、必要な人に「聴く耳を届ける」システムの充実を提案してきたが、これらのトレーニングは、さしずめ「聴く耳を育てる」プログラムということになるだろうか。また、専門家だけではなく、コミュニティの1人1人が自殺に対する意識を高め、自殺の危険性への認知力や対応技能を養成してゆけば、

いずれは自殺に敏感なコミュニティに成長してゆくことであろう。時間はかかるかもしれないが、これが最も確実な方法かもしれない。

最後に、事業の継続性（sustainability）について触れておく。要は予算の問題である。幸い日本ではかなりの政府予算が投入（たとえば、平成21年度補正予算において「地域における自殺対策力」強化のために100億円が計上）されたようであるが、ハワイ州の対策はほとんどが期間限定の基金（grant）によって賄われているため、予算が終結した後、事業や活動をどのように続けていくかはスタッフにとって大きな課題である。これは心理学の範疇を超える話題であるが、成果に関する信頼できるデータ（evidence）を示し、予算管理者に事業の必要性を説明することができればそれなりの意味はあろう。そして、そのような調査や研究は我々、心理スタッフの職務に含まれる。

本稿では情報をうまく整理できず、羅列的な紹介に終始してしまった。インタビューで得た内容を尊重するあまり読みづらくなった点もお詫びしたい。また紙幅の関係からやむを得ず削除した部分も少なからずあり、今後、それらの情報を加味した報告を行うことができればと考えている。

参考文献

- 1) Erchul, William P. ed (1993). Consultation in community, school, and organizational practice : Gerald Caplan's contributions to professional psychology” Taylor Francis
- 2) Goldsmith,S.K., Pellmar,T.C., AM Kleinman,A.M., Bunney, W.E.,editors (2002) Reducing Suicide : A National Imperative. Institute of Medicine of the National Academy
- 3) Hawaii State Department of Health, Injury Prevation and Control Program : Hawaii Injury Prevention Plan 2005-2010 (2005)
<http://hawaii.gov/health/healthy-lifestyles/injury-prevention/injuryinfo/ipplan.pdf>
- 4) Injury Prevention Advisory Committee, Injury Prevention and Control Program, Hawaii State Department of Health (2005). Hawaii Injury Prevention Plan 2005-2010
- 6) 内閣府 (2010) 平成22年度版 自殺対策白書
- 9) National Institute of Mental health (2009). Suicide in the U.S. : Statistics and Prevention
- 10) President's New Freedom. Commission on Mental Health (2003). Achieving Promise : Transforming Mental health Care in America
- 11) 高橋祥友 (2005) 平成17年度：厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 分担研究報告書 諸外国における自殺予防対策の確立過程に関する研究：とくに国連自殺予防ガイドラインが米国の自殺予防戦略に及ぼした影響
- 12) U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Public Health Service, Rockville, MD (2001) NATIONAL STRATEGY FOR SUICIDE PREVENTION : GOALS AND OBJECTIVES FOR ACTION
- 13) U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (2010)
“Morbidity and Mortallty Weekly Report : Surveillance for Violent Deaths-National Violent Death Reporting System, 16 States, 2007 Vol.59 No.SS-4

www.cdc.gov/mmwr

- 14) U.S.Department of Health and Human Services, U.S. Public health Service, (1999) The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide

Suicide prevention measures in the United States

: Focusing on the State of Hawai'i

Tsukuru Kamizawa

Abstract

The suicide rate in the United States has recently reached the rate of 32,000 people per year, in which male suicides account for four times more than that of females. A majority of these deaths are committed by method of gun. Although many suicides of Caucasian men and senior citizens have been reported, suicide is also ranked as the third leading cause of death in youths between the ages of 15 to 24 yrs. old. Furthermore, demographically, the suicides of Native Americans and Native Alaskans have been ranked the highest, in which there are many attempts of life-threatening suicide among men and senior citizens.

Since the establishment of the Los Angeles Suicide Prevention Center in 1958, suicide prevention centers have been set up in various locations, and techniques such as "psychoautopsy" have been developed. The National Strategy for Suicide Prevention (NSSP) promulgated in 2001, is currently at the core of anti-suicide measures implemented at the national scale, and the actual activities are carried out along the basic concepts developed by NSSP: "Awareness, Intervention, Methodology."

In the state of Hawai'i, suicide rates have consistently increased within the past 5 years (2005-2009), where the rate of suicide in neighbor islands such as Kauai(70.4) and Maui(74.5) have been reported to be higher than in inner cities such as Honolulu city(65.1).

Suicide prevention measures are conducted by the State of Hawai'i under the Injury Prevention Program (IPP). Within this program, the Prevent Suicide Hawaii Task Force (PSHTF) leads anti-suicide measures which are deliberated in their meetings held every two months. The principal objectives of the PSHTF include 1. providing telephone life line services (i.e. ACCESS Line), 2. providing crisis intervention (i.e. Crisis Mobile Outreach(CMO)), 3. training gatekeepers through programs such as ASIST and SafeTALK, as well as 4. coordinating events such as educational/enlightening activities and providing suicide prevention promotional goods.

Keywords : suicide prevention, gatekeeper training, crisis intervention