

自殺の心理学的剖検調査の再開を提案します

-新型コロナウイルスの感染拡大にともなう社会状況の激変を踏まえて-

わが国は、第二次世界大戦後に3回の自殺死亡の急増期を経験している。1998年からの第3の急増期には、中高年男性を中心に自殺死亡が急増し、自殺死亡率が低い傾向にあった近畿および関東などの大都市部での増加が大きく関与していた（藤田、2003）。この急増については、人口増と高齢化の進展に加え、当時の社会経済的変動が働き盛りの世代の男性に強く影響したことなどによると推測されている（平成19年版自殺対策白書）。その後、自殺死亡率は減少していくが、寄与度分析によると、「経済・生活問題」と「健康問題」による自殺者数の割合の減少が大きいとされる（平成26年版自殺対策白書）。

さて、新型コロナウイルスの感染拡大は、再び自殺死亡の増加を引き起こすのではないかと懸念されている。男性の完全失業率と自殺死亡率に強い相関があることを背景にしていると思われるが、失業者のうち、自殺で亡くなった方は一部であり、ここに自殺予防のヒントがある。そのヒントは、ご遺族などのお話をていねいにうかがうことから浮かびあがるものであり、それが自殺の心理学的剖検である。

心理学的剖検は、自殺対策基本法（2006）をもとに定められた政府の自殺総合対策大綱（以下、「大綱」という。）に盛り込まれた。当時の大綱の「自殺を予防するための当面の重点施策」には「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を把握し、自殺予防の介入ポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」と述べられている。

大綱をもとに自殺予防総合対策センターにおいて心理学的剖検が取り組まれてきたが、2016年に自殺対策基本法が改正され、大綱の見直しの行われた中で、心理学的剖検の記載は消え、中止となった。この間の心理学的剖検から明らかになったことのうち、昨今の状況に関係することをいくつか紹介する（松本ほか、2014）。

（1）返済困難な借金を抱えた中高年男性とそうでない中高年男性の自殺既遂事例を比較すると、前者（返済困難な借金を抱えた者）では、自営業者、離婚経験者、不眠への対処としてアルコールを用いていた者が多かった。

（2）男性における初回自殺企図が既遂となることを予測する要因として、うつ病などの気分障害への罹患とともに、返済困難な借金の存在と、アルコール乱用・依存への罹患という要因が抽出された。

自殺はさまざまな要因が関係する複雑な現象であり、社会の変化とともにその実態も変化している。新型コロナウイルスの感染拡大によって社会状況は激変しつつある。ご遺族の協力をもとに、個別の事例をていねいに分析し、新たな自殺の予防の糸口を明らかにする心理学的剖検は、今こそ必須の取組である。科学的かつ安全な自殺対策を推進するため、自殺の心理学的剖検の再開を提案します。

多重債務問題及び消費者向け金融等に関する懇談会
構成員 竹島 正

心理学的剖検研究と今後の方針

Psychological autopsy study and the future directions

松本俊彦¹⁾、小高真美¹⁾、山内貴史¹⁾、川野健治¹⁾、藤森麻衣子¹⁾、勝又陽太郎²⁾

赤澤正人³⁾、廣川聖子⁴⁾、亀山晶子⁵⁾、白川教人⁶⁾、竹島 正¹⁾

Toshihiko Matsumoto, Manami Kodaka, Takashi Yamauchi, Kenji Kawano, Maiko Fujimori, Yotaro Katsumata

Masato Akazawa, Seiko Hirokawa, Akiko Kameyama, Norito Shirakawa, Tadashi Takeshima

I. はじめに

心理学的剖検 psychological autopsy という研究手法が広く知られることとなった契機は、2007年6月に閣議決定された自殺総合対策大綱（以下、大綱）によってであろう。そこには、「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入のポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」と明記されている。同様の文言は、2012年8月に改正された同大綱にもある。実は、自殺の実態調査における一研究手法の名前にすぎないこの言葉がこうして行政文書のなかに明記されるというのは、きわめて異例なことである。

本稿では、心理学的剖検研究の歴史、ならびに、自殺の実態を解明するうえでの意義と課題を論じ、そのうえで、海外における心理学的剖検研究の動向、さらには、自殺予防総合対策センターにおける心理学的剖

検研究の進捗状況と今後の展望について概説したい。

II. 心理学的剖検とは？

1. 心理学的剖検の起源

心理学的剖検という概念は、1958年、ロサンゼルス自殺予防センターの共同創設者である Shneidman と Farberow が考え出したものである²³⁾。当初は、不審死の死因を明らかにするために行われた。たとえば、薬物の過量服薬による死亡した場合、事故死なのか自殺なのかがわからずには判じがたい場合がある。そこで、検死官や監察医の依頼を受けた心理学者が、自殺者の遺族や職場の同僚、友人などから自殺前の言動を詳細に聴取し、故人の「意図」を検証することで、検死官や監察医による判断に貢献するのである。その意味では、「剖検」といういさか陰惨な印象の名前は、その起源における目的を反映したものであったわけである。

Shneidman²³⁾は、この手法が自殺に至るプロセスと自殺直前の心理状態を理解するのに有用であることに気づいた。彼は、遺族や同僚、友人、主治医との対話をもとに自殺者の人生を多角的に検討するなかで、持続する「精神痛」と「心理的視野狭窄」によって、人が自殺に追い詰められていくプロセスを明らかにした。その具体的な方法は、彼の著作「Autopsy of A Suicidal Mind」²⁴⁾で知ることができる。

2. 自殺の実態解明研究への応用

心理学的剖検は、さらに自殺の実態を解明するための研究手法として用いられるようになった。大規模な数の自殺者を対象として自殺の実態を明らかにするには、Shneidman のような卓越した臨床家個人の尽力では限界がある。といって、面接調査を行

1) 独立行政法人 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

Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 新潟県立大学人間生活学部
Faculty of human life, University of Niigata Prefecture

3) 兵庫県こころのケアセンター
Hyogo Institute for Traumatic Stress

4) 埼玉県立大学保健医療福祉学部
Faculty of Health, Medicine, and Welfare, University of Saitama Prefecture

5) 日本大学文理学部人文科学研究所
Institute of Humanities and Social Sciences, College of Humanities and Sciences, Nihon University

6) 横浜市こころの健康相談センター
Yokohama-city Mental Health and Welfare Center

う者の技量によって得られる情報に差が出てしまうのもまた問題である。そこで、面接調査票を用いて、あらかじめ決められた質問を順次していくという構造化面接や半構造化面接が採用されるようになつたわけである。

そのようにして多数例に対する心理学的剖検研究を最初に行ったのは、米国の Robins ら²¹である。彼らは、早くも 1959 年には構造化面接を用いて 134 例の自殺者を調査し、その 90% が精神障害に罹患していたこと、60% 近くが生前に自殺念慮を訴えていたことを明らかにした。これ以後、世界各国で心理学的剖検による研究が行われるようになつたのである。

III. なぜ心理学的剖検研究が必要なのか—他の研究手法との比較

1. コホート研究の問題点

自殺既遂者の実態を解明するには、いくつかの方法がある。そのなかでも最もエビデンスレベルの高い研究手法はといえば、いうまでもなくコホート研究である。しかし、コホート研究の手法で自殺のような発生率の低い事象に関する危険因子を明らかにするには、かなり大規模な地域住民サンプルを長期間追跡していく必要がある。

このような調査を実現するには気が遠くなるほどの時間と相当なマンパワー、さらには莫大な予算が必要となる。もちろん、自殺対策に限らず、わが国の精神保健サービスをより科学的かつ効率的なものとするうえで、このような大規模コホート研究が望まれることは論を俟たないが、研究成果が出るまでの数年から十数年のあいだ、何らかの対策も講じないというのは現実的ではない。

2. 自殺未遂者研究の問題点

もう少し現実的な研究手法としては、自殺既遂者に近似するサンプルとして自殺未遂者を対象として、その背景要因や自殺に至るプロセスを分析するというものがある。この手法の長所は、対象にアクセスしやすく（救命救急センター）、対象者本人からの情報収集ができるという点である。

しかし、やはりこの手法にも問題がある。既遂者と未遂者とでは自らの身体を傷つけるのに用いた手段・方法に明らかな相違がある。また、致死性の高

い手段を用いながらも一命を取り留めたというような、相当に重症の自殺未遂者を対象として分析を行っても、既遂者とは性構成や背景にある精神障害の診断に相違が認められることが指摘されている。すなわち、未遂者は既遂者に比べて女性の割合が高く、若年であり、背景にある精神障害診断において気分障害の割合が高く、統合失調症の割合が低いのである²⁵。また、自殺者の遺書を対象とした研究においても、既遂者の遺書は未遂者のものに比べて自責感情が強く表出されているという指摘もある³。このような相違を考慮すると、未遂者から得られた知見をそのまま既遂者に適用することには慎重となざるを得ない。

3. マクロ統計の問題点

さらに現実的で比較的容易な方法がある。それは、警察庁の「自殺の概要資料」や厚生労働省の人口動態統計を用いた分析手法である。この手法は、全数統計であるがゆえに対象の代表性という点で、他の手法の追随を許さない。

しかし、これらのマクロ統計が把握できる自殺既遂者の背景にある問題は限られている。たとえば、人口動態統計では、自殺死亡という「事実」を正確に把握することができるものの、自殺の「原因及び背景」について知ることはできない。その点では、警察庁の「自殺の概要資料」、職業や自殺の原因・動機に関する情報が含まれているという理由から、人口動態統計よりも優れている。しかし、その原因・動機とは、死因究明の結果、自殺と判断された場合に、事前に設定された「家庭問題」「健康問題」「経済・生活問題」「勤務問題」「男女問題」「学校問題」などの項目群から、警察官が判断し、選択したものという限界がある。

4. 心理学的剖検の限界

以上のことを踏まえると、心理学的剖検という手法が自殺の実態解明に一定の役割を果す意義が理解できるであろう。

もちろん、すでに Pouliot と De Lec²⁰ が指摘しているように問題点は少なくない。すなわち、自殺既遂者遺族のうちこの調査への協力に同意する者は一部に限られており、対象の代表性に問題がある。また、家族のいない単身生活者の自殺に関しては、そもそもこの手法による解析の対象とはならないし、

既遂者自身からの供述が得られない以上、既遂者自身が家族にも告げていない情報について収集しようがない。さらに、遺族による想起に様々なバイアスが混入する余地もある。

こうした限界にもかかわらず、現状では、得られる情報の詳細さと実現可能性という点で、既存の他の研究手法にはない利点があり、世界各国で自殺の実態を解明する調査手法として広く実施されている。

III. 海外における心理学的剖検研究の動向

心理学的剖検による自殺者の研究は、海外の多くの国において自殺の実態把握の目的から実施され、国家的対策を実行するうえで大きな寄与をしてきた²²。これらの研究は、その研究デザインから第1世代の研究と第2世代の研究に分類することができる。

1. 第1世代の心理学的剖検研究

第1世代の研究は、対照群をおかずして、自殺事例に関する遺族からの聞き取り調査を基にした記述的な研究を中心としたものであり、1950年代末のRobinsら²¹の研究から始まるが、なかでも有名なのはフィンランドにおける国家をあげての心理学的剖検である。

フィンランドでは、国立公衆衛生院を中心に、1,000人の共同研究者を擁する調査プロジェクトが発足され、1987～1988年の2年間に国内の全自殺者の96%にあたる1,397人の遺族、さらには自殺直前に自殺者と会った医療関係者に対する面接調査が行われた。その結果、自殺者の93%が最後の行動におよぶ前に何らかの精神障害に該当する状態にあり、なかでも、そのうちの8割がうつ病、アルコール依存症、もしくはその両者の合併であることが明らかにされた¹⁵。また、そのような精神障害に罹患した状態にあった者の大半が適切な精神科治療を受けていなかったことも明らかになった。これらの知見は、2002年までに自殺率を30%減少させることに成功したフィンランドの国家戦略の基礎となつたばかりでなく、全ての自殺者遺族が協力するという驚異的状況のなかで、国民の問題意識が高まるという副次的効果も大きかったと指摘されている¹⁸。

2. 第2世代の心理学的剖検研究

1990年代以降になると、心理学的剖検は第2世

代といわれる、心理学的剖検による症例・対照研究が主流となった。年齢・性別を一致させた事故死事例や生存事例を対照群として自殺事例を検討する方法には、自殺の危険因子を疫学的に同定できるというメリットがある。

Arsenault-Lapierreら²、Scottら²²、Yoshimatsuら²⁶によれば、海外にはすでに24もの心理学的剖検による症例・対照研究が存在しており、ほとんどの研究が、自殺者の80～90%が行為前にはうつ病やアルコール・薬物依存症などの精神障害に罹患していたことを明らかにしているという。また同じ精神障害罹患者の比較では、対照群に比して精神障害の重症度に差はないにもかかわらず、自殺事例では精神科治療を受けていないことが多く、精神科治療が自殺予防につながる可能性が示唆されている¹。さらに、過去における自傷行為歴^{2,4}、家族内葛藤^{2,4}、経済的困難^{2,4}、犯罪歴⁴、身体疾患への罹患^{2,4}、近親者における自殺者の存在⁴、過去1年以内における非飲酒時の暴力行動⁴、社会的孤立^{2,4}、自殺2日前以内の対人葛藤¹⁹などが、自殺の危険因子として報告されている。

このように第2世代の研究では、実に多くの危険因子が同定されているが、重要なことは、多くの研究が自殺には複数要因が関与していることを明らかにしている点である。その最たるものは、「自殺事例の特徴は、個々の危険因子の有無以上に危険因子総数の多さにある」ことを明らかにした、Phillipsら¹⁹による大規模な症例・対照研究であろう。これらの知見は、自殺予防のためには、多方面に及ぶ危険因子に対して様々な角度——保健医療、福祉、教育、経済など——からの介入が必要であることを示唆している。

IV. わが国における心理学的剖検の現状

わが国における心理学的剖検研究はまだ黎明期にある。かつてわが国で試みされた心理学的剖検研究としては、1990年代前半に張⁵により実施されたものがあり、海外の先行研究と同様、自殺者の90%近くが行為前には精神障害に罹患していたことが明らかにされている。

このしかし、この調査の対象は、1救急医療機関に搬送された全自殺死亡者94例中の25事例に限定されたものであった。単一施設での調査であるとい

う限界もさることながら、救命救急センターで死亡が確認される自殺既遂者は、全自殺既遂者の一部にとどまるなどを考慮すれば、対象の代表性に大きな課題を抱えた調査であった。

そこで、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所では、2005年より、将来における全国的な心理学的剖検の実施を目指して慎重な準備を進め、2007年より本格的な全国実施を行っている。以下に準備のプロセス、ならび、現在までの進捗状況と得られた成果の概要を述べる。

1. 全国実施に向けた準備

我々は、厚生労働科学研究「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究（主任研究者 北井暁子）」において方法論の整備を進めてきた。平成17年度、研究班は、「心理学的剖検に関するフィージビリティに関する研究」と題して、わが国における心理学的剖検——自殺者遺族に対する半構造化面接による調査——のフィージビリティ（実現可能性）を検討した¹³。具体的には、海外で実施された心理学的剖検を用いた先行研究を整理したうえで、北京自殺研究・予防センターで実施された心理学的剖検調査票をもとにして面接調査票を開発した。そして、2地域5事例の自殺者遺族に半構造化面接を実施し、心理学的剖検の実現可能性を確認した。

続く平成18年度「心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究」¹⁴では、前年度よりも調査実施地域と対象とする自殺者事例を広げ、11地域28事例の自殺者遺族に対して調査を実施するとともに、年齢・性別・地域を一致させた生存者対照群を設定した数量的分析、さらには事例分析も行った。

ここでは、事例分析の結果のみ触れておく^{7,8}。事例について自殺に至るまでの継続的プロセスを整理したライフチャートを作成し、ストレスに曝露された自殺事例が、どのような対処行動やサポート希求行動をとったのかを検討したのである。その結果から見えてきたのは、やはり自殺の要因は単純ではないという事実であった⁷。たとえば、一見「借金問題」による自殺事例でも、実は数年以上前からギャンブルやアルコールなどの嗜癖問題を抱えており、ギャンブルが借金を増大させ、アルコールの酩酊が最終的な衝動的に自殺を促すというプロセスが認められることがあった。こうした事例では、借金に対する経済的支援に加えて、ギャンブルやアルコール

などの問題に対する精神保健的介入がなければ、自殺は回避し得ない可能性が示唆された⁸。

2. 本格的な全国実施に向けての課題

本格的な心理学的剖検研究の全国実施は、2007年12月より国立精神・神経医療研究センターに設置された自殺予防総合対策センター自殺実態分析室を中心として、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」として開始された。しかし、実施に際しては二つの重要な問題があった。

一つは、対象の代表性に関する問題であった。わが国の自殺の実態を解明するという趣旨からすれば、フィンランドで実施したような自殺者全数に対する調査、もしくは何らかの方で自殺者全員からランダムに対象を抽出するような科学的調査が求められるところである。しかし残念ながら、わが国の自殺に対する意識はまだそこまで成熟していない。実際、我々も人口動態統計死亡票を用いた対象抽出を検討した時期もあったが、倫理的問題からそのような疫学的手法は断念せざるを得なかった。

最終的に、我々が出した結論は、その遺族が相談や遺族の集いを通じて公的機関につながっている自殺者のうち、遺族ケアなどの提供を通じて調査に耐えられる心理状態にあると判断された遺族にのみ調査協力を依頼するというものである。現時点においては、疫学調査としての科学性よりも遺族ケアの視点を優先するというスタンスをとることにしたわけである。なお、対象の偏りに対する解決策としては、我々が収集した自殺既遂事例と、性別、年代、居住地域を一致させた生存事例を対照群として設定し（生存事例の家族から同じ面接票で情報収集する）、症例対照研究のデザインによって自殺の危険因子を明らかにする方法をとった（図1）。

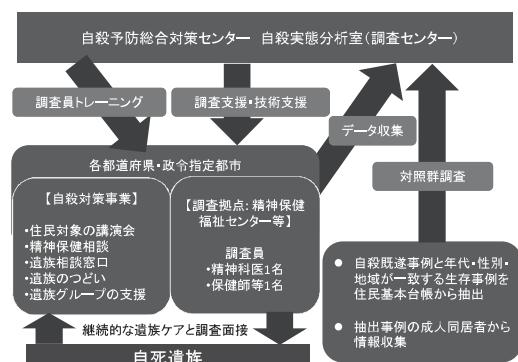


図1 「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」

もう1つの問題は、守秘義務を含めた調査員の資格や技術、さらには各地域の公的機関における遺族ケアの体制に関するものである。この問題を解決するため、我々は調査員候補者の資格を厳密に定めるとともに、研究班が主催する調査員研修会への参加を条件としている。また我々は、各地の公的機関における遺族ケア体制の拡充を支援するために、自殺予防総合対策センター自殺実態分析室に「調査支援センター」を開設し、必要に応じて、各公的機関の遺族ケアに関する技術的援助を提供していくこととした。我々は、こうした活動こそが、大綱における「地方公共団体、民間団体等が実施する自殺の実態解明のための調査を支援する」という活動の一部に当たると考えている。これによって各地の公的機関において遺族ケア体制が広がっていけば、将来的には調査に協力する遺族は増え、結果として実態解明に資する対象の代表性を確保できる可能性もあるとも考えた。

3. 調査の進捗状況

全国的な心理学的剖検調査は2007年12月より開始し、本稿執筆時点(2013年9月30日現在)で99例の自殺既遂事例に関する情報収集を終了している。得られた情報については、これまで自殺既遂事例内における検討、ならびに症例対照研究の手法による検討を行っている。検討結果の概要については、次節に示す。

V. 我々の心理学剖検研究から現在までに明らかにされたこと

我々の心理学的剖検研究からは、すでに自殺予防に資すると思われる知見を学術論文のかたちで刊行しており、自殺予防の介入のポイントとして記者発

表1 自殺既遂事例の検討から見えてきたこと

症例対照研究 オッズ比(95%信頼区間)		自殺既遂事例内での類型分析
精神医学 的問題	<ul style="list-style-type: none"> ●うつ病障害 6.20(3.54-10.86) ●アルコール使用障害 3.13(1.52-6.46) 	<ul style="list-style-type: none"> ●アルコール問題を呈した事例の特徴 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 中高年男性、有職者 ➢ アルコール問題に対する治療・援助なし ●精神科受診事例の特徴 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 50%が精神科治療中 ➢ 自殺時に向精神薬を過量摂取 ➢ 若年者、統合失調症罹患者
社会・経済 的問題	<ul style="list-style-type: none"> ●返済困難な借金 38.43(4.96-297.97) ●仕事上の悩み 4.19(1.34-13.04) 	<ul style="list-style-type: none"> ●借金を抱えた事例の特徴(非借金事例との比較) <ul style="list-style-type: none"> ➢ 自営業、離婚経験、睡眠時のアルコール使用、援助希求の乏しさ ●有職者と無職者との比較 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 有職者:中高年男性、アルコール問題、借金 ➢ 無職者:若年女性、未婚
生活歴上 の問題	<ul style="list-style-type: none"> ●幼少期の被虐待歴 5.34(1.59-17.93) ●学校でのいじめ被害 3.59(1.45-8.88) ●身近な人の自殺・自殺未遂歴 27.89(6.58-118.17) 	<ul style="list-style-type: none"> ●青少年事例の背景要因の分析 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 4~6割に不登校、いじめ被害 ➢ 親との離別、精神障害の家族歴 ➢ 過去の自殺未遂行動経験 ➢ 不登校経験後75%が学校復帰

表などで公表している(表1)。現在投稿中の論文もいくつか存在し、調査ならびに解析は現在も進行中である。以下には、そのなかで主要な研究成果の概要を示したい。

1. 自殺既遂事例検討から明らかにされた知見

1) 精神科治療と自殺

最初に我々が行った分析は、自殺既遂事例のうち精神科受診行動がみられた一群の臨床的特徴について明らかにすることであった。我々が収集した自殺既遂者の半数が、死亡前1年以内に精神科治療を受けていた(精神科受診群)。精神科受診群は女性と若年者が多く、過去に自傷・自殺企図歴を持つ者が多かった。また、自殺時に治療目的で処方された向精神薬を過量摂取した状態で致死的行動におよんだ者が多く、酩酊による衝動性亢進が自殺行動を促進した可能性が示唆された¹¹。

これらの結果から、今後の自殺対策では、精神科治療を行うにあたっては、治療薬の適正な使用を担保できるようなシステムや治療の確立が求められると考えられた。

2) アルコール問題と自殺

次に我々は、死亡1年前にアルコール関連問題を抱えた自殺事例の検討を行った。その結果、自殺既遂事例の21.1%にアルコール関連問題が認められ、そのような自殺既遂者の大半が40~50代の男性かつ有職者という特徴を持つことが確認された。その一群には、習慣的な多量飲酒、自殺時のアルコールの使用、事故傾性、死亡時点の返済困難な借金、高い離婚歴という特徴が認められ、81%の者でアルコール依存・乱用の診断が可能であった¹。また、多くの者が精神科治療中であったが、その大半はうつ病に対する治療を受けるのみ、アルコール関連問題を標的とした治療・援助を受けていた者は皆無であった。

このことから、働き盛りの男性に対する自殺対策という観点からいえば、うつ病対策とともに、アルコール問題への対策が不可欠である可能性が示唆された。

3) 返済困難な借金と自殺

我々は、自殺既遂事例のなかで返済困難な負債を抱えた中高年男性を抽出し、その特徴についても検討を行っている。その結果、返済困難な借金を抱えた中高年男性では、借金問題のない中高年男性の自殺既遂事例と比べて、自営業者、離婚経験者、不眠

への対応としてアルコールを用いている者が多かった。また、借金問題を抱えてない自殺既遂事例と比べて死亡前1年間の年収や精神障害に罹患率に差はなかったものの、借金問題を抱える者では、死亡前1年間の援助希求行動、ならびに精神科受診をしていた者が有意に少なかった⁶。これらの結果から、借金問題を抱える者の自殺予防では、単に借金問題の解決だけでなく、並行して精神保健的支援が必要である可能性が示唆された。

4) 青少年の自殺既遂事例に見られる背景要因

我々は自殺既遂事例のうち、30歳未満の事例を抽出し、青少年の自殺の特徴と背景要因についての検討を行った。その結果、成人の9割には若干おぼないものの、青少年の自殺既遂事例の8割に何らかの精神障害への罹患が認められ、若年世代においても精神障害への罹患が自殺の重要な危険因子となり得ることが示唆された。また、過去の自殺関連行動の経験、親との離別、精神障害の家族歴、不登校経験、いじめ被害経験に該当する者が4～6割も認められ、特に女性事例においてこうした危険因子の累積が顕著であった⁹。さらに、不登校経験者の75.0%は学校に復帰しており、日先の学校復帰もさることながら、学校教育現場における長期的な視点に立った精神保健的支援の必要性が示唆された。

2. 症例対照研究から明らかにされた知見

1) 全体的な自殺の危険因子

ランダムに抽出した、性別、年代、居住地域の市町村を一致させた生存事例を対照群とした統計学的検討では、様々な自殺の危険因子が明らかにされている¹⁰。

自殺のサインに関する項目では、「自殺について口にすること」「過去1ヶ月の身辺整理」「不注意や無謀な行動」「身だしなみを気にしなくなる」などの自殺の危険因子として同定された。また、過去の経験に関しては、「過去の自傷・自殺未遂の経験」「失踪や自殺以外の過去1年間における事故の経験」「親族や友人・知人の自殺および自殺未遂」も、自殺と強い関係がある要因であった。さらに、職業に関連する要因では、「配置転換」や「異動に関する悩み」も自殺の相対リスク因子であった。

一方、心理社会的要因では、「子ども時代の虐待やいじめのエピソード」「家族や地域との交流の少なさ」が自殺リスクと有意に関連していた。身体的

健康に関する要因では、「ADLの低下を伴う身体的問題」「睡眠障害の存在」も自殺の相対リスクが高い要因であった。また、「飲酒習慣の存在」、特に「眠るために飲酒していること」も相対リスクが高かった。精神保健に関する要因では、「大うつ病性障害」のほか、「アルコール乱用・依存」「精神病性障害」「不安障害」が自殺と有意に関連しており、これらは、社会経済的要因を考慮しても、高いオッズ比で自殺と関連していた¹²。

2) 精神科治療中の男性うつ病患者における自殺の危険因子

我々は、自殺直前まで「うつ病」という診断で精神科治療を受けていた、30～50歳代の男性自殺既遂者を抽出し、この群の対照群として、年齢をマッチさせた精神科治療中のうつ病患者で、最近1年内は自殺念慮や自傷・自殺行動が認められない者を設定して、社会経済的要因や家族構成・生活様式、ならびに精神医学的特徴に関する変数を比較した¹⁶。

その結果、家族構成や就労・生活状況、あるいは、収入・借金といった経済的状況については、両群間で差は認められなかった。しかし、自殺既遂群では、「休職取得」や「自立支援医療制度（精神通院医療）の利用者」が有意に少なかった。この結果は、精神疾患に罹患していることに対する本人や家族の受容と理解、さらには、治療に対する職場の理解と協力が得られておらず、治療継続を容易にするための環境が整備されていないことが示唆された。また、自殺既遂群では、死亡1年前にアルコールに関連した様々なトラブルを起こしていた者が多く、1ヶ月の飲酒日数が10日以上であるといった特徴も認められた。このことは、治療経過中に飲酒がうつ病患者の自殺リスクを高めるという、先行知見を確認する結果と考えられた。

3) 初回自殺企図が既遂となった成人男性に関する自殺の危険因子

近い将来の自殺死亡の予測因子として、最も重要なオッズ比が高いのは、いうまでもなく「自殺企図歴の存在であるが、たとえば警察庁統計によれば、わが国の男性自殺既遂者のなかで過去の自殺企図が確認されている者は全体の13.7%にすぎない。このことは、男性の自殺予防に関するかぎり、自殺企図歴という予測因子はほとんど実効的な意義を持たない可能性を示唆している。

そこで我々は、初回自殺企図が既遂なった男性の

データを抽出し、一方、既遂群と居住地と年代をマッチさせた、自殺企図歴のない生存者を対照群として設定し、両群間での比較を試みた¹⁷。その結果、男性における初回自殺企図が既遂となることを予測する要因として、うつ病などの気分障害への罹患とともに、返済困難な借金の存在と、アルコール乱用・依存への罹患という要因も高いオッズ比で抽出されたのである。このことから、成人男性の自殺予防のためには、うつ病診療に際してたえず患者の経済的状況と飲酒様態に目配りし、それぞれに対して必要な支援や治療を提供することが重要であることが示唆された。また、司法書士等と精神科医療機関とのあいだの連携や、一般精神科とアルコール依存専門医療機関との連携を構築する必要があると考えられた。

VI. おわりに

本稿では、心理学的剖検研究の歴史と海外における動向を概観し、わが国での実施状況として、現在のところ唯一の全国規模での心理学的剖検調査である、我々の研究の進捗状況、ならびにその主要な研究成果を示した。

わが国は、いまだに自殺に対する社会的偏見が強く、心理学的剖検研究を行うのは容易ではない。我々は、わが国において心理学的剖検研究が自殺の実態を継続的にモニタリングする方法論として定着させる必要があると考えており、その一環として、東京都23区内の異状死事例すべての検案を行っている東京都監察医療院と連携した調査を計画している。この方法論が実現すれば、法医学的知見も含めた、複数の情報源にもとづく心理学的剖検という、従来の心理学的剖検研究の限界を克服することができるかもしれない。

ともあれ、我々は、心理学的剖検研究には単に自殺の危険因子を明らかにする以上の意義があると考えている。実際に調査面接において遺族の語りに耳を傾けるなかで、我々は、自殺予防のために自分に何が求められ、何ができるのかを自問し、思いを新たにさせられるという体験を何度もしてきた。実際、高橋も、Shneidmanの訳書²³のあとがきにおける自殺予防のあり方について論じたくだりで、「精神保健の領域に携わっている者は、まず先入観を抱かずに目の前にいる人の声に耳を傾けるように、そして、その人の心の痛みはどこから生じてい

るのかを探っていくこと、これがすべての第一歩だと教えられた。精神医学や心理学は統計学だけで答えが出るものではない。ある人が背負っている人生すべてが相手だ」というShneidmanの言葉を引用している。まったく同感である。自殺という重苦しく、我々を圧倒してやまない事象の直接的な感触なしに、血の通った自殺対策などあり得ない。そのことを最後に強調し、本稿の結びとしたい。

文 献

1. 赤澤正人、松本俊彦、勝又陽太郎、ほか：アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴：心理学的剖検を用いた検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 45: 104-118, 2010.
2. Arseneault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G.: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry, 4: 37, 2004.
3. Brevard, A., Lester, D., Yang, B.J.: A comparison of suicide notes written by suicide completers and suicide attempters. Crisis, 11: 7-11, 1990.
4. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol. Med., 33: 395-405, 2003.
5. 張賢徳：人はなぜ自殺するのか—心理学的剖検調査から見えてくるもの. 勉誠出版, 東京, 2006.
6. Kameyama, A., Matsumoto, T., Katsumata, Y., et al: Psychosocial and psychiatric aspects of suicide completers with unmanageable debt: A psychological autopsy study. Psychiatry. Clin. Neurosci., 65: 592-595, 2011.
7. 勝又陽太郎、松本俊彦、高橋祥友、ほか：自殺の背景要因に関する定性的研究—ライフチャートを用いた自殺に至るプロセスに関する予備的検討—. 日本社会精神医学会誌, 16: 275-288, 2008.
8. 勝又陽太郎、松本俊彦、高橋祥友、川上憲人、渡邊直樹、平山正実、木谷雅彦、竹島正：社会・経済的要因を抱えた自殺のハイリスク者に対する精神保健的支援の可能性—心理学的剖検研究における「借金自殺」事例の分析—. 精神医学, 51: 431-440, 2009.

9. Katsumata, Y., Matsumoto, T., Kitani, M., et al.: School problems and suicide in Japanese young people. *Psychiatry. Clin. Neurosci.*, 64: 214-215, 2010.
10. 川上憲人, 江口のぞみ, 土屋政雄, ほか: 心理学的剖検の症例対照研究. 平成21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)「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究(研究代表者: 加我牧子)」総括・分担研究報告書, pp145-182, 2010.
11. Hirokawa, S., Matsumoto, T., Katsumata, Y., et al.: Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death: A psychological autopsy study of 76 cases. *Psychiatry. Clin. Neurosci.*, 66: 292-302, 2012.
12. Hirokawa, S., Kawakami, N., Matsumoto, T., et al.: Mental disorders and suicide in Japan: A nation-wide psychological autopsy case-control study. *J Affect. Disord.*, 140: 168-175, 2012.
13. 北井暁子: 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」平成17年度総括・分担研究報告書, 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 2006.
14. 北井暁子: 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」平成18年度総括・分担研究報告書, 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 2007.
15. Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E.T., et al.: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry. Clin. Neurosci.*, 49: Suppl 1: S111-116, 1995.
16. 松本俊彦, 勝又陽太郎, 赤澤正人, ほか: 自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究—精神科受診歴のあるうつ病患者における自殺のリスク要因の検討—. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究(研究代表者: 加我牧子)」総括・分担研究報告書, pp25-35, 2012.
17. 松本俊彦, 勝又陽太郎, 赤澤正人, ほか: 自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究—過去に自殺企図歴のない成人男性における自殺の危険因子の検討—. 平成22年度～平成24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究(研究代表者: 加我牧子)」総合報告書, pp37-51, 2013.
18. 本橋豊, 中山健夫, 金子善博ほか: *STOP! 自殺—世界と日本の取り組み*, 海鳴社, 東京, 2006.
19. Phillips, M.R., Yang, G., Zhang, Y., et al.: Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy. *Lancet*, 360: 1728-1736, 2002.
20. Pouliot, L., De Leo, D.: Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide. Life. Threat. Behav.*, 36: 491-510, 2006.
21. Robins, E., Gassner, S., Kayes, J., et al.: The communication of suicidal intent: A study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry*, 115: 724-733, 1959.
22. Scott, C.L., Swartz, E., Warburton, K.: The psychological autopsy: solving the mysteries of death. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 29: 805-822, 2006.
23. Shneidman, E.S.: エドウイン・S・シュナイドマン著 高橋祥友訳「シュナイドマンの自殺学—自己破壊行動に対する臨床的アプローチ」, 金剛出版, 東京, 2005.
24. Shneidman, E.S.: *Autopsy of Suicidal Mind*. Oxford University Press, London, 2004 (エドウイン・S・シュナイドマン著 高橋祥友訳「アーサーはなぜ自殺したのか」, 誠信書房, 東京, 2005)
25. Suresh Kumar, P.N.: An analysis of suicide attempts versus completers in Kerala. *Indian J. Psychiatry*, 46: 144-149, 2004.
26. Yoshimasu, K., Kiyoohara, C., Miyashita, K.: Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Environ. Health. Prev. Med.*, 13: 243-256, 2008.

【課題Ⅰ】十代の自殺

十代の自殺とその予防

たけ しま ただしⁱ やま うち たか しⁱⁱ かわ の けん じⁱⁱⁱ まつ もと とし ひこ^{iv} たか せ あき のり しま ぞの すずむ
竹島 正ⁱ 山内 貴史ⁱⁱ 川野 健治ⁱⁱⁱ 松本 俊彦^{iv} 高瀬 顕功^v 島薦 進^{vi}

1. はじめに

2015年から開始された「健やか親子21（第2次）」においては、「学童期・思春期から成人期に向けた保健対策」として、十代の自殺率の減少が主な目標の一つとされた。しかし、十代の自殺死亡率はベースライン値と比較して、10～14歳は増加、15～19歳は減少し、5年目の中間評価は「変わらない」とされた。自殺の多くは防ぐことのできる死であり、十代の自殺の原因や背景を把握し、指標の達成を促していくことが望まれる。

本稿では、はじめに既存の自殺統計から見た十代の自殺について述べる。次に著者らが自殺予防総合対策センター（CSP）当時にまとめた「若年者の自殺対策のあり方に関する報告書」（2015年3月）の概要を紹介する。なお、この報告書はCSPの設置した「科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会」の「若年者の自殺対策のあり方に関するワーキンググループ」による学際的な検討によるものである（コンソーシアム準備会は、CSPの自殺総合対策推進センター（JSSC）への改組によって活動を停止している）。続いて、川崎市において取り組まれている社会実装の取り組みを紹介し、おわりに今後の十代の自殺予防の視点を述べる。

i 川崎市精神保健福祉センター所長

ii 東京慈恵会医科大学環境保健医学講座講師

iii 立命館大学総合心理学部教授

iv 国立精神・神経医療研究センター薬物依存研究部部長

v 大正大学地域構想研究所助教

vi 上智大学グリーフケア研究所所長

2. 既存の自殺統計から見た十代の自殺

人口動態統計「死因（死因年次推移分類）別にみた性・年齢（5歳階級）・年次別死亡数及び死亡率（人口10万対）」によると、わが国における十代の自殺死亡数および死亡率は男女とも2010年以降ほぼ同水準で推移している。しかしながら、特に男性では2010年以降で男性全体の自殺死亡数が顕著に減少しており、結果として自殺死亡者全体に占める十代の自殺者の割合は増加している（図1）。女性においても、男性と比較して死亡数は少ないものの、女性全体での自殺死亡数の減少に反して、十代の自殺死亡数はほぼ横ばいの状況である。

年齢別の死因順位については、2018年の人口動態統計「死因順位別にみた性・年齢（5歳階級）別死亡数・死亡率（人口10万対）及び割合」によると、10～14歳の女性を除き、10～24歳の死因の第1位は自殺となっている（表1）。十代では、15～19歳の男性では死者の約4割、同年齢層の女性では約半数が自殺による死亡である。

厚生労働省の「自殺対策白書」（令和元年版）によると、2009～2018年の警察庁の自殺統計において公表されている自殺の原因・動機について、その判断資料がなかった自殺死亡者の割合は、十代前半では3分の1以上と高く、15歳以上ではおおむね4分の1程度である。十代前半において、遺書や自殺を裏付ける生前の言動がない中で自殺に至った者が多い状況がうかがえる。

自殺の原因・動機が特定された生徒・学生にお

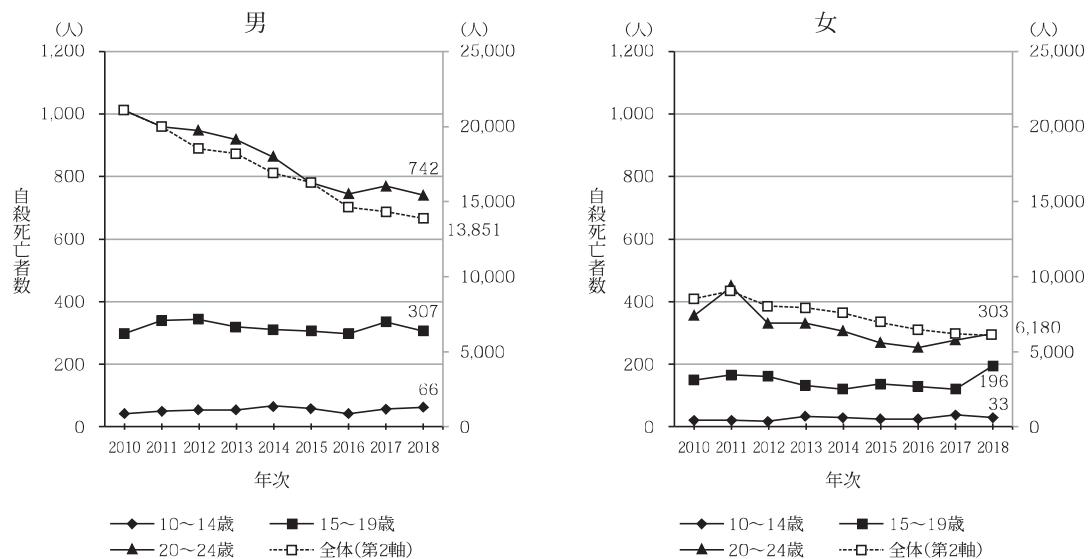


図1 性・年齢階級別の自殺死亡者数の推移（2010～2018年）

出典) 人口動態統計¹⁾

ける、原因・動機として多かった要因では、小学生の自殺死亡数は相対的に少ないが、男女ともに家族からのしつけ・叱責や親子関係の不和などの「家庭問題」が最も多くなっている（表2）。男性は、中学生では家庭問題とともに学業不振に関する悩みが多くなり、高校生以上では学業や進路に関する悩みなどの「学校問題」による自殺が多くなっている。女性は、中学生では小学生と同様に親子関係の不和が自殺の原因・動機として最も多い。高校生以上では「健康問題」としてのうつ病によ

る自殺が多くなり、特に高校卒業以降でこの傾向が強く見られる。なお、警察庁の自殺統計においては、「親子関係の不和」および「家族からのしつけ・叱責」は「被虐待」と、「その他学友との不和」は「いじめ」とそれぞれ区別して集計されている点に留意する必要がある。

2009～2018年の警察庁の自殺統計における、生徒・学生の月別の自殺死亡数は、中学生では8月、高校生では1月や9月に緩やかなピークが見受けられるが、大学生と比較すると季節による顕

表1 性・年齢階級別の死因順位および死亡数全体に占める割合（2018年）

	第1位	(%)	第2位	(%)	第3位	(%)
男						
総数	悪性新生物	31.3	心疾患	14.0	脳血管疾患	7.5
10～14歳	自殺	24.8	悪性新生物	22.2	不慮の事故	12.8
15～19歳	自殺	41.1	不慮の事故	24.5	悪性新生物	10.2
20～24歳	自殺	52.8	不慮の事故	18.1	悪性新生物	7.2
女						
総数	悪性新生物	23.4	心疾患	16.6	老衰	12.3
10～14歳	悪性新生物	27.9	自殺	16.8	不慮の事故	15.7
15～19歳	自殺	49.5	不慮の事故	14.1	悪性新生物	8.8
20～24歳	自殺	50.5	不慮の事故	10.0	悪性新生物	9.8

注) 割合(%)は、それぞれの年齢別死亡数を100とした場合の割合である。
出典) 人口動態統計¹⁾

表2 自殺の原因・動機が特定された児童・生徒における原因・動機の状況（上位3つ、2009～2018年）

		(人)	第1位 (%)	第2位 (%)	第3位 (%)
男	小学生	28	家族からのしつけ・叱責 43	学校問題その他 18	学業不振／その他学友との不和 14
	中学生	359	学業不振 19	家族からのしつけ・叱責 18	学校問題その他 12
	高校生	1,048	学業不振 18	その他進路に関する悩み 16	うつ病 9
	専修学校生等	587	学業不振 18	その他進路に関する悩み 17	うつ病 16
	大学生	2,493	学業不振 26	その他進路に関する悩み 21	うつ病 15
女	小学生	21	親子関係の不和 38	家族からのしつけ・叱責 33	その他学友との不和 14
	中学生	229	親子関係の不和 20	その他学友との不和 18	学業不振 14
	高校生	796	うつ病 18	その他の精神疾患 12	その他進路に関する悩み 12
	専修学校生等	288	うつ病 33	学業不振 13	その他の精神疾患／その他進路に関する悩み 10
	大学生	796	うつ病 29	その他進路に関する悩み 15	学業不振 13

注) 厚生労働省「令和元年版自殺対策白書」をもとに作成²⁾

著な自殺死亡数の変化は見られない。大学生では3月に自殺死亡数が多くなっているが、就職・進学・進級関連の失敗や悩みによる自殺が多いことが示唆される。

なお、JSSCが公表している「地域自殺実態プロファイル（2019）」に「子ども・若者関連資料」の記載があるが、警察統計の2014～2018年の児童・生徒等の自殺の自殺日・住居地の集計であって、合計4,107人のうち、中学生以下577人、高校生1,141人、大学生1,864人、専修学校生等525人という人数が示されているのみである。

以上から分かるように、既存の自殺統計から、十代の自殺の原因や背景を把握することは困難である。

3. 若年者の自殺対策のあり方に 関する報告書

本報告書は「危機介入班（医療）」と「予防・啓発・地域づくり班」の2班から構成され、若年者の自殺や対策について科学的な観点から学際的に検討した本邦初の試みである。それぞれの班と全体のまとめの一部から要約して紹介する。なお、カッコ内は報告の執筆者である。

1. 危機介入班（医療）

(1) 発達段階と自殺行動（齊藤卓弥）

児童青年期においては、認知、社会性、気分・

情緒、生物学的、脳形態、脳機能の全ての領域が急速な変化を遂げ、生物学的な脆弱性に加えて社会的な要因が自殺行動に重要な影響を与える。幼少時の逆境体験による自殺の脆弱性（素因）の形成と、思春期以降の社会的ストレスの増大、精神疾患の発症、アルコールの使用などが引き金になり、自殺に至る発達的なモデルが想定される。

(2) 自殺企図に関する横断的な観察研究（渡辺由香、尾崎仁）

海外の研究からは、危険因子として、女性、過去の自殺企図歴、精神疾患、自殺手段へのアクセス、家族の自殺歴、家族の不和や虐待などの家族背景、学校不適応、喪失体験、メディアの影響が挙げられる。

自殺企図者の大半が精神疾患を有している。日本の知見からは、10歳代は20歳代と比べると適応障害の割合が大きく、環境因子の影響が大きい可能性が指摘される。日本では、統合失調症などの精神病圏が1～2割、発達障害が1割、若年者の自殺企図に認められている。適応障害例の多さ、環境因子の影響を考慮すると、薬物療法などの生物学的治療のみならず、環境への介入も必要であろう。広汎性発達障害については、診断すること自体が自殺企図予防の端緒となる。

子どもの自殺において、他の世代と異なることとして群発自殺という現象が見られ、メディアの影響がある。保護因子としては、家族との交流が

多いこと、学校とのポジティブなつながりがあることが挙げられる。

（3）自殺と精神疾患（成重竜一郎、三上克央）

気分障害の有病率は若年者において成人と大きく変わらず、若年者においても非常にありふれた疾患である。気分障害は若年者においても成人と同様、自殺企図の最も大きな誘因である。抗うつ薬は自殺関連事象の危険性を高めるが、気分障害自体による自殺の危険性も高く、気分障害に対する適切な治療を行うことは重要である。

境界性パーソナリティ障害（BPD）は、対人関係、自己像、感情などの不安定および著しい衝動性を特徴とし、その特徴は思春期以降さまざまな場面で明らかになる。見捨てられることを回避するためのなりふりかまわぬ行動は、時に自己破壊的行動に至り、自殺企図に及ぶことがある。若年BPDの症状は浮動的であり、慎重な診断姿勢が望まれるが、若年の自殺企図例にはBPDが存在すること、自殺企図に及ぶときは気分の安定性のコントロールが不十分であることが示唆される。

統合失調症の生涯有病率は0.3～0.7%で、通常10代半ばから30代半ばに発症する。特に初回エピソードの後の自殺リスクが高いため、発症が多い若年者において問題となる。統合失調症は、年齢を問わず、病状の悪化そのものが自殺企図の誘因となりやすく、突発的かつ重篤な自殺企図が目立つ。社会参加の困難さも、通常の社会生活や人間関係が築けていないという心理的負荷を介して、自殺企図に影響している可能性がある。

自閉スペクトラム（ASD）は発達障害の一つであり、対人相互性、コミュニケーション、行動や興味の限定的、常的な様式の問題を認める。ASDを行う者は、複雑な社会的課題や対人関係が要求される青年期になって、抑うつや不安などの精神症状や不登校や自殺などの問題行動を呈し、精神科受診につながることも少なくない。対人関係構築の繰り返しの失敗による自尊心の低下と、家族内葛藤ゆえに相談できない状況が存続すると、社会的孤立感が高まり、心理社会的準備因子の一つになると考えられる。

2. 予防・啓発・地域づくり班

（1）心理学の立場から見た理論的検討（勝又陽太郎）

自殺に至る個人の心理過程、あるいは自殺に関連するさまざまな要因間の相互作用過程を説明する心理学的理論を中心にレビューを行った結果、認知的な自殺傾向（自殺念慮）のみならず、将来の自殺関連行動（自傷行為、自殺企図）をある程度予測することが実証されている理論として、絶望感理論と対人関係理論の2つの理論が挙げられた。

絶望感理論における絶望感（hopelessness）とは、ネガティブなライフイベントを自分で制御することができず、これから先も変化しないものとして認知し、より一層ネガティブな結果がもたらされると信じ、自分を欠陥がある存在であると確信するような認知傾向である。

自殺の対人関係理論（interpersonal theory of suicide）とはJoiner（2005）が自らの臨床実践をもとに提案した理論である。この理論では、まず自殺念慮と自殺企図を明確に区別し、前者は所属感の減弱（thwarted belongingness）と負担感の知覚（perceived burdensomeness）という2つの対人関係上の問題と関連して生じ、後者は自己保存の本能が弱まり自殺することができる能力（自殺の潜在能力）が高まることによって生じると仮定している。

Van Orden ら（2010）は対人関係理論に絶望感を組み込んだモデルを新たに提示している（図2）。このモデルによると承認的環境の提供によって所属感を高めつつ、対処スキルの習得と実行を治療者や周囲の者から強化（承認）されることによって、自己効力感の高まりとともに負担感の知覚が低減され、課題に対しての現実的協力や共同作業が強化されて所属感もさらに高まるという好循環が形成される可能性がある。具体的には、例えば学校における自殺予防教育やゲートキーパーのトレーニングにおいて、悩みを抱えた生徒を大人につなぐだけではなく、つないだ先の大人との

相互交流場面やその後の生徒同士の相互交流場面において、効果的な対人交流を生み出すことを組み込んだ対策が望まれる。

(2) 思春期学・公衆衛生の立場から（岩室紳也）

自殺対策はハイリスクな個人へのアプローチに傾倒しがちになる。しかし、ハイリスクアプローチに加え、ポピュレーションアプローチの基本となる「社会に蔓延するリスク」への対応を保護因子として実施する必要がある。自殺のみならず、思春期の諸問題につながる「社会に蔓延するリスク」としては、関係性、自己肯定感、居場所の喪失やコミュニケーション能力の低下が考えられる。生きる力を発揮するにはコミュニケーションが不可欠かつ重要である。思春期のように、本人自身がまだ成長過程にある時期に起こり得るさまざまな問題を予防し、解決するためには、彼らを受け止める立場の大人が、自殺につながる可能性のある「社会に蔓延するリスク」が何かを検証し、そのリスクへのアプローチも併せて行う必要があ

る。

(3) 社会学から見た若年自殺の背景（浅野智彦）

若年者の自殺状況が悪化した時期に若者全体の幸福度・生活満足度は上昇していることから、両面を視野に入れる必要がある。若者全体の幸福度・生活満足度の上昇は、身近な人間関係の良好さが幸福の重要な源泉になっていることによると推測される。

世代論的な要因に着目すると、1930年代生まれの自殺死亡率の高さには世代特有の価値意識が関与しているが、現在の若者の自殺に世代要因を想定することは難しい。しかし現在の子どもの貧困は、将来的に自殺の促進要因になる危険性がある。

社会経済的な要因として、失業率と経済格差が自殺死亡率を押し上げる度合いが日本では大きい。積極的労働市場政策などのマクロな政策の持つ自殺抑止効果は注目すべきである。また就活自殺を防ぐためにはライフコースのモデルの修正も

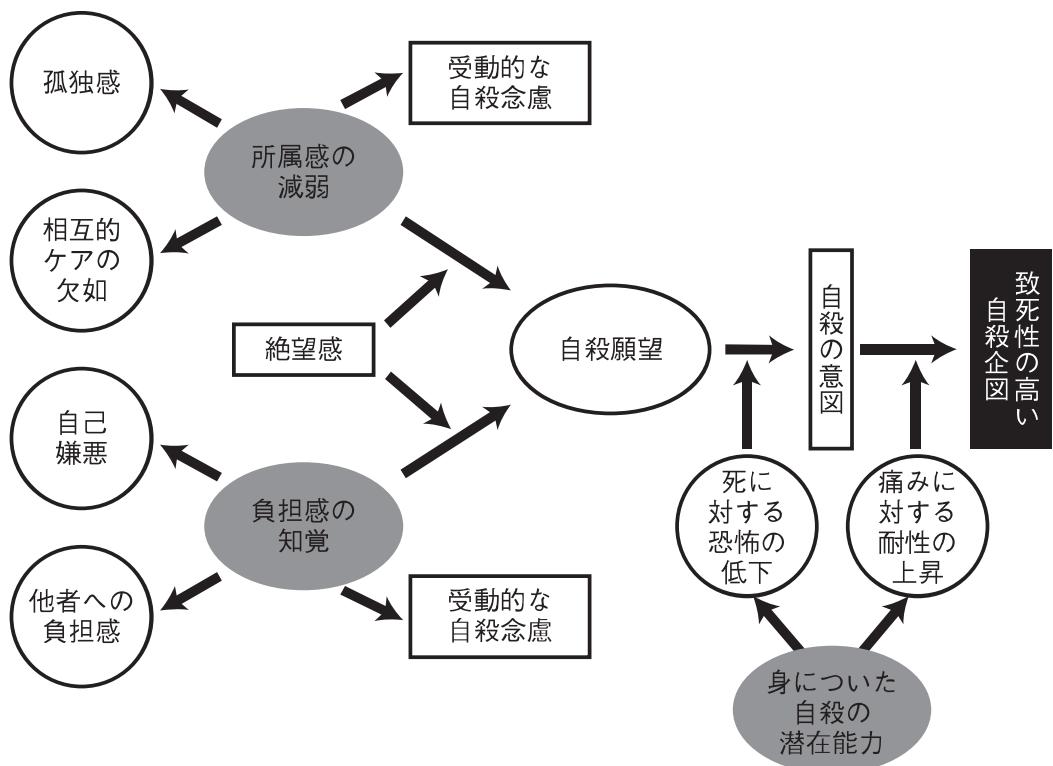


図2 対人関係理論における自殺行動の説明モデル

出典) Van Orden, et al. (2010) 翻訳・改編 勝又陽太郎³⁾

必要である。

身近な人間関係に着目すると、家族関係の良好さは自殺を抑止するが、家族への見守りの期待が過重にならないように注意が必要である。友人関係の良好さは自殺を抑止するが、同時に友人ネットワークを通して自殺は「伝染」もする。マスメディアの報道の仕方は自殺の促進要因になり得る。「いじめ自殺」などについての語り方が、新たな自殺動機の供給にもなっている可能性に注意すべきである。

(4) 学校における自殺予防（窪田由紀）

学校においては、教育活動のあらゆる場面で自殺予防の視点に立った教育を行うことができる。全ての児童生徒対象に自殺予防教育を行うことは、生涯を通したメンタルヘルスの基礎づくりとしての意味を持っている。

児童・生徒に誰もが危機に陥る可能性があること、その際に他者に援助を求めることが重要性を伝えることは、自殺に限らず、いじめ、薬物乱用、暴力など他のリスク行動を防ぐためにも欠かせないメッセージである。悩みや困り事について相談することへの敷居を下げることは、既存の援助システムの効果性を高めることにもつながると考えられる。さらに授業実施前・授業実施後の取り組みを通して、教師同士、スクールカウンセラーや校外の専門機関とのチーム体制やネットワークが強化されることも期待される。

(5) 地域での自殺の予防啓発（鈴木晶子）

明確な所属を持たない若者は地域においても把握しにくい。すなわち「発見」そのものが難しい。支援への「誘導」も難しい。さらに支援につながった後も「支援」「出口」「定着」のフェーズがあるが、若者支援においてはとりわけ「出口」である就労支援は重要となる。就業の問題を抱える若者が自殺のリスクを抱えながら就労支援を求めてくる実態も指摘されている。若者を支援する地域ネットワークにゲートキーパー研修を行うなど、自殺のリスクへの感度を上げていくことが望まれる。

(6) インターネットを活用した支援（末木新）

インターネットを活用した自殺予防に関する取り組みについてのレビューを行ったところ、援助資源マッチングの研究、ピアサポート研究、専門家による介入の3つに分類できた。

援助資源マッチングについてインターネットは、自殺の危機に瀕する人の減弱した「助けを求める力」を補うことができ、適切な支援者へとつなげるためのツールとして活用することが望ましい。

ピアサポート研究について、インターネットは、自殺の危険性の高い者同士が直接メッセージのやりとりをするという新たなつながりを生み出したが、自殺サイトの利用が自殺誘発的な影響を有することが示唆されている。ピアサポートをインターネット上で行うには、しっかりとした専門知識を持つよう訓練を受けた者の参画が必要である。

専門家による介入については、インターネットを介して提供される認知行動療法には、自殺念慮を低減させる力がある可能性がある。

インターネットを活用した支援は始まったばかりの領域であり、質・量ともに研究が十分に蓄積されているとは言い難い。インターネット上の新しいサービスの影響を検討することは可能かつ重要なことであるが、サービスや技術の刷新のスピードに研究は追いつくことができない。そのため、特定のサービスや技術の影響を検討するのみならず、新しいサービスや技術から悪影響を受けやすい人がどのような人なのか、そのような人をどうすれば自殺の危険から遠ざけることができるのかを検討していく必要がある。

3. 全体のまとめ

若年者における自殺の危険因子として共通する2つの知見が明らかにされた。一つは、成人の場合と同様、若年者においても気分障害、BPD、統合失調症、発達障害などの精神障害への罹患が若年者の自殺行動に影響を与えていたということである。そしてもう一つは、若年者の家族が抱える心理社会的問題やメンタルヘルスの問題もまた若

年者の自殺に無視できない影響を与えていていることである。

また若年者の自殺行動の背景には、心理的な苦痛や社会的困難を抱えた家族の存在が無視できないこと、若年者の自殺の背景にも、中高年と同様、雇用などの経済的要因の影響があること、そして、家族や友人との関係性も無視できない影響を与えていていることが明らかにされた。さらに、すでに若年者支援のさまざまな試みを通じて、援助希求能力やストレスへの対処能力を高める自殺予防教育、就労支援活動の意義、インターネットを用いた支援の可能性や、コミュニケーション能力を育む場の必要性も確認された。

報告書には考えられる対策を5つ挙げている。

1. 学校における自殺予防教育とハイリスクな若年者に対する早期支援の仕組みづくり
2. 学校と地域保健機関をつなげる仕組みづくり
3. 学校中退者・無職者等のための交流の場をつくり、インターネットやアウトリーチでつながる仕組みづくり
4. 背景にあるメンタルヘルス問題を看過せず、適切な治療・援助につなげる仕組み
5. 自殺リスクの高い親に早期介入する仕組みづくり

4. 川崎市において取り組まれている社会実装の取り組みの紹介

科学技術振興機構（JST）の社会技術研究開発センター（RISTEX）の「安全な暮らしをつくる新しい公/私空間の構築」領域の「都市における援助希求の多様性に対応する公私連携ケアモデルの研究開発」（以下、「島蘭プロジェクト」という）では、孤立化が進みやすい都市型コミュニティにおいて、公と私の領域の間をまたぐ複雑で多様な援助希求に対応する「集いのモデル」の生成を図り、公私双方の機能強化と相互の連携の拡充を目指して、2016年10月から2020年3月までの実施期間で研究開発を進めている。

島蘭プロジェクトの研究成果は下記に要約される。

・川崎市の中でも、川崎区は、子育て世代の転入に加え、高い外国人人口の割合と、住民の多様性が増している。また、自殺死亡率が高い。一方、地域課題に取り組む支援機関の連携がある。

・これら生活課題を持つ人の個人情報の取り扱いに関して、支援者間、または支援機関間での制限があり、情報共有は難しい。

・人々が気軽に集い、交流できる集いの場は、個人情報の壁を越え援助希求を持つ人の早期発見や危機介入につながるだけでなく、支援者同士の連携促進に有効である。

・そのような水平的ネットワーク（年齢・性別・所属に制約されない場）への参加による健康と幸福度の向上が確認されている。

・他者からケアを受けた人は、他者にケアを提供する傾向にあり、集いの場が共助の人材資源の発掘に役立つ可能性を持つ。

・寺社や教会等は、その特性を生かした地域活動を行い、集いの場を形成しているところも少なくない。

上記をもとに、研究者・行政・支援機関が連携して、川崎区における社会実装のための話し合いを繰り返し、支援機関同士や潜在的地域資源との連携モデル構築を模索してきた。そこでは、援助希求を発することが阻まれる背景には、当事者のメンタルヘルスや当事者家族の抱える課題など、制度（高齢・障害・貧困・その他）を横断する複合的要素によって支援機関が介入しづらい状況があるだけでなく、そもそも援助希求を発することができない／しない状況に置かれた人もいる。従って「集いの場」が援助希求の早期発見に必要となるという結論に達した。

そして、生活課題を抱えた市民がその援助希求を負担なく発することのできる「集いの場」の要件として、

①安心・安全な場 〈無条件の承認〉

②あげた声が支援につながる場 〈専門機関との連携〉

③支援の受け手・支え手に二分されない関係性 〈役割の付与〉

④地域に開かれ、社会と接続していることへの実感〈地域との共生〉などをまとめた。

島蘭プロジェクトの成果を踏まえた川崎区における社会実装の取組は2020年からスタートするが、ここにまとめられた「集いの場」の要件は、十代の自殺予防を進める上でも重要と考える。

5. おわりに —今後の十代の自殺予防に向けて—

WHO（世界保健機関）は、2014年9月に、自殺と自殺企図が公衆衛生上の重要な問題であることへの意識を高め、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を各国に推奨し、支援することを目的に「Preventing suicide: A global imperative」（日本語タイトル「自殺を予防する：世界の優先課題」自殺予防総合対策センター訳）を刊行した⁴⁾。本書には、自殺予防のために科学的根拠に基づく介入は、全体的、選択的、個別的予防介入という理路的フレームワークに区分されるとしている。

全体的予防介入戦略 (universal)：ケアへの障壁を取り除き、援助へのアクセスを増やし、社会的支援のような保護プロセスを強化し、物理的環境を変えていくことで、健康を最大限に、自殺の危険を最小限にするもので、全人口に届くように計画される。

選択的予防介入戦略 (selective)：年齢、性別、職業的地位や家族歴等の特徴に基づき、人口集団のうちの脆弱性の高い集団をターゲットとする。個人としては、現時点では自殺関連行動を示していないかもしれないが、生物学的、心理的、あるいは社会経済的に危険性の高い状態にあるかもしれない。

個別的予防介入戦略 (indicated)：人口集団のうち、特定の脆弱性の高い個人をターゲットとする。例えば自殺の可能性を示す早期サインを表している人や自殺企図歴のある人などである。

この理論的枠組みは、2012年8月に閣議決定された「自殺総合対策大綱」には掲載されているが、

2017年7月の改訂では削除された。「健やか親子21（第2次）」の中間評価には、十代のメンタルヘルスケアについて「自殺死亡率に代表されるように、子どものこころの問題に関しては喫緊の課題である。学童期からの個人への対策のみならず、親を含む家族のこころの問題への支援が必要であり、子どもの発達特性を踏まえた上で、医療機関、行政機関、教育機関、民間機関における多職種の連携を、地域資源を活用して進めていくことが必要である」と述べているが、このためには選択的予防介入戦略（selective）は必須である。

また自殺の統計からは自殺の実態分析の充実が求められる。自殺の実態分析の一つである自殺の心理学的剖検は、2007年に自殺総合対策大綱が閣議決定されて以来、自殺総合対策大綱の「自殺を予防するための当面の重点施策」に記載があったが、2017年7月の改訂では削除された。CSPは2016年4月1日付でJSSCに改組され、自殺対策に係る研究実施方針が変化したことが関係しているかもしれないが、科学的根拠をもとに十代の自殺を予防していくためにも、自殺の心理学的剖検の再開を図るべきであろう。

さて、本稿ではわが国の自殺統計、CSPの報告書などを紹介したが、若年者の自殺予防には国際的動向からも学ぶ必要がある。勝又は若年者の自殺予防は諸外国においても重要な公衆衛生上の課題であるとして、諸外国の取り組みをレビューするとともに、今後も定期的にレビューし、情報を更新していくことや、わが国からも発信していくことの必要性を述べているので参考にされたい⁵⁾。

謝辞

本稿に紹介した「科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会」の推進役であった稻垣正俊先生（島根大学）に感謝します。また「若年者の自殺対策のあり方に関するワーキンググループ」の座長をお引き受けいただいた松本英夫先生（東海大学）に感謝します。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省. 人口動態統計. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065>
- 2) 厚生労働省. 令和元年版自殺対策白書. 2019.
- 3) 自殺予防総合対策センター (CSP) : 若年者の自殺対策のあり方に
関する報告書<http://iwamuro.net/files/wg.pdf>
- 4) Preventing suicide: A global imperative」(日本語タイトル「自殺
を予防する：世界の優先課題」自殺予防総合対策センター訳)
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_jpn.pdf;sequence=5
- 5) 勝又陽太郎 (2019) 若年者に対する自殺予防－日本の対策の変遷
と国際的動向. 社会と倫理 34, 59-71.



TOPICS

団体概要

調査研究

情報発信・地域支援

ネットワーク・人材育成

啓発・権利擁護

モニタリング・政策提言

リンク

アーカイブズ

入会案内

危機のときだからこそ、一人一人の尊厳を大切にしたい

～新型コロナウイルスに追い込まれない社会へ

新型コロナウイルス感染拡大によって4月7日に発せられた緊急事態宣言も解除され、感染予防のための新しい生活様式を取り入れた日常が戻りつつあります。この間、医療の現場で戦ってきた方々、市民の生活維持のために働いてくださってきた方々に感謝します。

経済活動も再開しつつありますが、社会への影響はこれまでにないほど大きく、苦境に陥った人が増えています。そして、これからの方々を背負う若者達も苦境の中で必死に戦っています。このような状況だからこそ、苦境に陥った人が、仲間や支援者と出会い、新たな連帯をつくる工夫が求められます。

しかしながら、メディアの報道には、史上最悪の伝染病というイメージを植え付け、人々の不安や恐怖をあおるものも少なくありません。感染力が強く、遺族はお骨を拾うことさえできないという報道に恐怖を感じている人もいるのです。それが「自肃警察」と呼ばれる活動や差別的言動につながっていると感じます。自死にまつわる報道や情報に関する、気がかりなものが散見されます。こうした状況では、人々は、経済的にも社会的にも、個に分断され、追い込まれていくでしょう。孤立した人には、支援の手も届きにくくなります。メディアには、一人ひとりの声をていねいに聞き取り、新たな連帯に向かえるメッセージを発することを意識してほしいと思います。

また、支援の提供が単なる押し付けや強制となってしまっては、かえって孤立する人を増やし、社会の分断を招くことになります。支援を必要としている人を「弱者」や「貧困」と一まとめにして扱うことでも、人間の尊厳を傷つけ、相談窓口から足を遠ざけさせることになります。日本国憲法13条には「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」とあります。支援の根底には、この意識と認識が必要です。すなわち、どんなに厳しい状況にある人も、弱者として哀れまれたり、一方的に支援される存在に貶められたりしてはなりません。人間の尊厳を認められ、人として尊重されなければならないのです。

自死の問題に深く関わってきた組織や団体は、緊急事態宣言中も「3密」を避けながら、工夫して、制度利用の手続き支援などの相談会を開催してきました。自殺対策基本法ができて15年、活動の中で蓄積されたノウハウが役立ったのです。

一方で、支援方法の選択や説明に配慮を欠いて相談してくださった方の心情を傷つけてしまうような事例、支援のアナウンスの方法に配慮を欠き、かえって自死を誘発してしまうのではないかと懸念される事例も見受けられます。すべての団体、支援者において、改善すべき課題と考えています。

私たち「自殺予防と自死遺族支援・調査研究研修センター」(CSPSS)は、全国各地で活動をしている仲間が、これまでと同じように支え合い、支援を続けていくように、多様な組織団体と連携し、力を尽くしていきます。

危機のときだからこそ、これまで以上に、苦境に陥った人の声を聞き、支援の隙間からこぼれ落ちそうな人たちに声をかけ、希望をもってもらえるような活動を丁寧に続けていきます。

ひとつでも多くのいのちが、未来を開いていけるように。
喪われたいのちが生かされるようにと願って。



一般社団法人 自殺予防と自死遺族支援・調査研究研修センター

理事長 田中幸子

(一般社団法人 全国自死遺族連絡会代表理事)

[過去のTOPICS](#)