

6. 学術的情報

2) 自殺のサイン

【自殺の危険因子】

どのような人に自殺の危険が迫る可能性があるだろうか。表1に主な自殺の危険因子を挙げておく。このような因子を数多く満たす人ほど、潜在的な自殺の危険が高いと判断しなければならない。その中でも特に重要な点を簡単に説明していく。

自殺未遂歴：自殺を図ったものの、幸い救命された人は、そうでない人に比べてはるかに高い自殺率を示す。手首を浅く切る、薬を少し余分にのむといった、それ自体では命を失う危険が低い方法で自殺を図った人であっても、長期間追跡調査をすると、将来同様の行為を繰り返して命を失う危険が非常に高い。したがって、自殺未遂があったということ自体、極めて深刻な状況と考えなければならない。

なお、その前段階として、自殺願望を打ち明けることについても真剣に取り上げる必要がある。そのような状況では、徹底的に相手の絶望的な訴えに傾聴するのが第一歩となる。話を逸らしたり、批判したり、社会一般の常識を押しつけたり、性急な助言をしようとするのは禁物である。

精神障害：欧米では自殺が起きると、専門家を派遣し、同意を得た上で知人や家族に面接し、自殺した人が生前抱えていた問題を調査する試みが盛んに行われている。

そのような調査に基づいて、自殺と精神障害の関係を世界保健機関（WHO）が発表している（図2）。それによると、自殺した人で、生前に精神科診断にあてはまらない例は1割にも満たず、残りの大多数に精神障害を認めている。ところが、実際に精神科治療を受けていた人はせいぜい2割程度に過ぎないとされる。したがって、精神障害を早期に発見して、適切な治療を実施することが、自殺予防につながると世界保健機関は強調している。

例えば、働き盛りの世代で自殺ともっとも密接に関連するのはうつ病である。一生のうちにうつ病になる率は、男性で5～12%、女性で10～25%であり、うつ病は決してまれな病気ではない。そして、現在では様々な治療法も開発されている。最近ではうつ病はしばしば「こころの風邪」などと呼ばれることもある。しかし、「風邪は万病のもと」などという諺もあるように、「こころの風邪」も放置しておく、「こころの肺炎」になって、命取りにもなりかねないのだ。

また、うつ病とアルコール依存症はいわば双子の関係にあるといっても過言ではない。うつ病患者が一時的に気分を持ち上げようとして、酒量が増えてしまったり、アルコール依存症患者が様々な問題を抱えるうちにうつ状態を呈するといったことはめずらしくない。

さらに、アルコール依存症の診断にまで該当しなかったとしても、酩酊状態で自己の行動をコントロールできないような状態において、自殺行動に及ぶ人も少なくないため、うつ状態で自殺願望のある人で酒量が増えるというのは危

険なサインととらえなければならない。

サポートの不足：未婚の人、離婚した人、配偶者と死別した人は、結婚して家族のいる人に比べて、自殺率は約3倍高くなる。人間は孤独の中では生きていけないことをこのような数字が明らかに物語っている。

他者の死の影響：強い絆のあった人の死を経験することが、遺された人の自殺の危険を増してしまう可能性もある。病死や事故死よりも自殺は、遺された人にさらに深いところの傷を負わせてしまいかねない。特に若年者では家族や知人の死が強い影響を及ぼしかねない。

事故傾性：自殺はある日何の前触れもなく突然起きるというよりは、それに先立って自己の安全や健康を守れない状態が出てくる。例えば、それまではよくコントロールされていた糖尿病の患者が、食事療法・運動療法・薬物療法をしなくなってしまう。腎不全の患者が透析を受けなくなる。あるいは、まじめな社員が突然失踪してしまう。過量服薬や交通事故を繰り返す。このような場合には、無意識の自己破壊傾向が生じている可能性について検討しておく必要があるのだ。

以上、危険因子について簡単にまとめたが、これは潜在的に自殺の危険性が高まる可能性のある人をスクリーニングする第一段階に過ぎない。このような点を念頭に置いて、まず自殺の危険を大きくふるいにかけるのだ。

【自殺の心理】

次に、自殺に追い込まれる人に共通の心理とはどのようなものか考えてみよう。

絶望的なまでの孤立感：うつ病などの精神障害の結果、最近になって孤立感が急激に増した人もいれば、強い孤独感を幼いときから抱き続けてきた人もいる。家族、知人、同僚などの多くの人々に囲まれていても、自分はたったひとりで誰も頼りにできる人がいないと確信している。

無価値感：「私は何の価値もない」「生きていてだけで皆に迷惑をかけてしまう」「私などいないほうが皆は幸せだ」といった自己の存在を否定する気持ちも非常に強い。

極度の怒り：自殺願望に圧倒されている人というのは、同時に、特定の他者や社会に対してしばしば極度の怒りを抱いている。そして、その怒りが何らかのきっかけで突然自身に向けられると自殺の危機が生ずることになりかねない。

窮状が永遠に続くとの確信：自分が抱えた難しい問題がどのように努力しても解決など図れずに今後も永遠に続くという妄想的なまでの確信もしばしば認められる。

心理的視野狭窄：周囲の人にしてみれば様々な解決策が考えられるにも関わらず、本人は自分の抱えた問題に対して残された唯一の解決策が自殺しかないという、いわば心理的視野狭窄の状態に陥っている。

諦め：孤立感、怒り、問題に対する解決策などまったくないといった心理的

視野狭窄の状態が続いた後、独特の諦めの境地に陥っていく。これまで不安・焦燥感が非常に強かった人が急にこのような状態になると、あまり敏感でない人の目には、むしろ落ち着いたように映るかもしれない。しかし、これはいわば「嵐の前の静けさ」といった状態であり、自殺を決行することを決意してしまったために表面的に落ち着きを取り戻したようにみえるだけなのだ。

全能の幻想：どのような問題も解決のためには努力が必要であるし、時間もかかる。ところが、自殺の危険の高い人にとってある時点を境として、「ただひとつだけ今すぐに自分の手で何とかできるものが残されている。それは自ら命を絶つことだ」といった幻想にとりつかれてしまうことがある。このような状態になると、一刻の猶予も残されていない。直ちに手を打たなければ、実際に自殺が起きてしまう可能性が非常に高い。

以上、自殺の危険の高い人に共通する心理について述べてきたが、このような心理を念頭に置きながら、救いを求める叫びに耳を傾ける必要がある。

【参考図書】

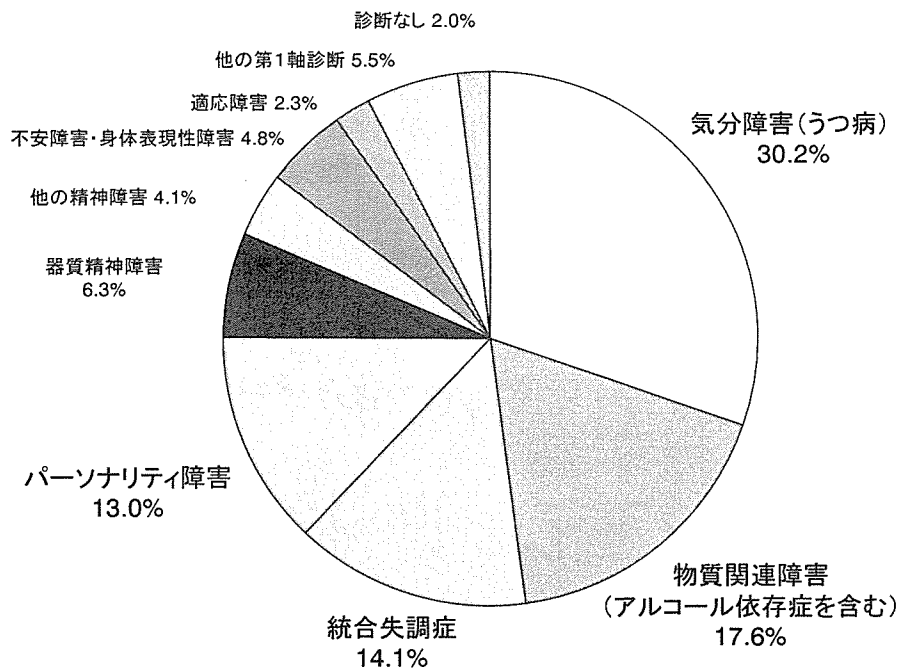
- 厚生労働省編：職場における自殺の予防と対応．中央労働災害防止協会，2001
- 日本医師会編：自殺予防マニュアル：一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応．明石書店，2004
- 高橋祥友：自殺の危険：臨床的評価と危機介入．金剛出版，1992
- 高橋祥友：自殺のサインを読みとる．講談社，2001
- 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント．医学書院，2002
- 高橋祥友：自殺，そして遺された人々．新興医学出版社，2003

(高橋祥友)

表 1 : 自殺の危険因子

①自殺未遂歴	自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応などを検討する
②精神障害の既往	気分障害（うつ病）、統合失調症、人格障害、アルコール依存症、薬物乱用
③サポートの不足	未婚、離婚、配偶者との死別、職場での孤立
④性別	自殺既遂者：男＞女　自殺未遂者：女＞男
⑤年齢	年齢が高くなるとともに自殺率も上昇
⑥喪失体験	経済的損失、地位の失墜、病気や怪我、業績不振、予想外の失敗
⑦他者の死の影響	精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
⑧事故傾性	事故を防ぐのに必要な措置を不注意にもとらない。慢性疾患に対する予防や医学的な助言を無視する

世界保健機関
図1：自殺と精神障害 (15,629例；診断 19,716)



6. 学術的情報

3) 精神医学からみた自殺

1. はじめにー精神医学と自殺の関係

人はなぜ自殺するのか？一人の生に関する最大の謎と呼べるこの問題は古来、多くの人々の関心を集めてきた。古くは哲学、倫理学、宗教で取り扱われていた自殺が、近代医学の俎上に載せられる過程はヨーロッパを舞台に行われてきた。その歴史を概観しながら、自殺と精神障害の関係をみておこう。

医学の祖といわれるヒポクラテス（前 460 頃～前 375 頃）は、自殺の一部は精神の変調によってもたらされると述べている。また、ローマ時代の記述には、例えば、自殺念慮をもつ友人の自殺を止めようとする人の発言に、「その決断（自殺）は理性から生じたものではなく、うつから生じたものだ」という一文がある。すなわち、精神の変調が自殺に関与することが、少なくとも一部の人々に知られていた。しかし、精神医学という分野は当時甚だ未成熟であり、また、神経衰弱やうつは病気ではなくモラルの問題とみなされる社会的風潮が強かったために、自殺が医学の対象になることはほとんどなかった。

その後、キリスト教では 5 世紀に自殺が禁じられ、6 世紀からは自殺に対して宗教的制裁が科された。これに伴い、キリスト教国では自殺を法律で禁じ、処罰の対象とした。神と王に対する罪とみなしたわけである。その考えの根底には、自殺は理性的になされるという認識があったものと思われる。例えばイギリスでは、自殺に対する処罰が苛酷であった。しかし、その一方で、精神障害による自殺は免責の対象とされた。その際、精神障害の判定を下す役割は、キリスト教の聖職者が担っていた。このような背景のもと、中世以降キリスト教聖職者によって、自殺と精神障害の関係が繰り返し記された。自殺の精査によって、精神の変調、特にうつ状態の関与が知られるところとなっていたわけである。しかし、聖職者たちの考えは根本のところキリスト教を脱することができず、精神の変調や自殺願望の原因はサタンに帰せられた。

18 世紀になると、啓蒙思想を背景に医学・心理学が発展し、それまでは神の領域とされていたものが人間の手によって解明される時代が到来した。自殺も精神医学の対象となり、19 世紀ヨーロッパの精神医学の主要テーマのひとつとなった。その主たる論点は、自殺者中の精神障害の割合と、いかなる精神障害が自殺に関係しているかということであった。しかし、これらを解明するような、代表性の確保された実証的な疫学調査はなされなかった。

20 世紀に入り、神経症と人格障害が精神障害として認識され、自殺者の精神障害に関する議論の再燃をみたが、20 世紀前半には実証的な疫学調査はなかった。それにはいくつかの理由が考えられるが、当時の精神科診断基準の不統一性がそのひとつであった。この問題点を克服した調査がなされたのは 1950 年代であった。（以上、参考文献 1）

2. 自殺者の精神障害

1950年代にアメリカのワシントン大学精神科のRobinsらが自殺研究の金字塔を打ち立てた。彼ら²⁾は、1956年から57年の1年間にセントルイスで起こった全自殺者を対象として対象の代表性を確保し、情報収集には心理学的剖検法と呼ばれる近親者面接を主とする方法を採用した。さらに、精神科診断基準は、現在のDSM診断に通じる操作的基準が用いられた。その結果、全体の94%が自殺時に何らかの精神障害を有していたと判明した(うつ病47%、アルコール依存症25%、脳器質性障害4%、統合失調症2%、薬物依存症1%、診断不明瞭な精神障害15%、精神障害なし6%)。前項で述べたように、自殺時に精神的変調をきたしている場合があることは古くから知られていたが、実に90%以上が精神障害を有していたことは衝撃的であり、当時の精神医学界ですぐには受け入れられなかった。

その後、同様の調査方法を用いた研究がいくつかの国で行われ、似かよった結果が出された。つまり、自殺者の約90%が自殺時に精神障害の状態にあり、最多はうつ病である。この事実は今では精神医学界で受け入れられている。これまでに行われてきた心理学的剖検研究の系統的レビュー³⁾が最近発表されたところだが、それによると、自殺者中の精神障害の中央値は91%、気分障害の中央値は59%となっている。そして、自殺に関連する要因の中で精神障害がもっとも強い関連性をもつことが示され、精神障害の治療が自殺予防対策上もっとも有効だろうと結論づけられている。

3. 日本の自殺について：社会的風潮

日本の仏教は自殺を宗教上の罪としたことはなかったようであるし、法律上禁止されたのは江戸時代の心中の禁令を除いて、なかったようである⁴⁾。また、責任のとり方としての自決が古くから行われてきた。このような背景から、自殺に対して寛大な社会的風潮が現在も続いていると考えられる。自殺に対する意識調査の日米比較で興味深い結果が出されている⁵⁾。対象は医学部生であった。つまり、一般の人たちよりも医学知識や生命の倫理観を高くもっていると考えられる。結果は、人には死ぬ権利があり、自殺は正常な行為であると考えた人の割合が日本で有意に高かった。ここで重要な点は、自殺と精神障害の関係について、両国の学生とも同程度に知っていたことである。すなわち、日本の医学部生は、精神障害のある自殺であっても、それを正常な行為とみなす傾向が強いと考えられる。

自殺が受容されたり、美化されたりする傾向が日本では強い反面、タブー視される傾向もある。先の調査⁵⁾によると、自殺で亡くなった人を個人的に知っていたかどうかの割合は両国学生でほぼ同じであったが、それが親類であったと回答した割合は、日本はアメリカの半分であった。この結果をどう解釈すればよいのだろうか？ひとつの解釈は、親族の自殺を隠す傾向が日本では強いということであろう。自殺を「正常な行為」とみなしていながら、親族の自殺についてはなぜ隠すのか？おそらくその背景には、精神障害に対する恥の意識があるのではないだろうか。

以上で指摘したように、自殺に対する日本の社会的な風潮には二面性がある。ひとつは容認や賞賛である。たとえ精神障害が関与していたとしても、故人の「正常な決断」とみなされる。これでは自殺予防という動きが起こりにくいのは容易に理解できよう。もうひとつの側面はタブー視、すなわち身内の自殺を隠す風潮である。これは自殺の実態調査遂行にとって大きな障壁になる。いずれにせよ、日本で自殺の実態調査と予防活動が大幅に遅れてきたことの原因の根幹は、このような社会的風潮にあるのかもしれない。

4. 日本の自殺について：その実態

前項で述べたように、日本は自殺に寛大な歴史的背景と社会的風潮を有する。このことは、精神障害の介在しない自殺が日本では欧米よりも多いのではないかという仮説を成立させる。この仮説の検証のためには、欧米で行われてきたような対象の代表性を確保した実態調査が望まれてきたわけだが、自殺をタブー視する社会のもう一方の側面のために、実行されないままであった。

日本の自殺の実態に精神医学的な解明を試みたのは飛鳥井⁶⁾が最初である。遺族に直接連絡をとり協力を求める心理学的剖検法が行いにくいので、彼は辛うじて死を免れた「自殺失敗者」を対象とした。また、対象の代表性を確保するために、ある総合病院の救命救急センターにある期間に搬送された全例が対象とされた。そして、対象の精神医学診断が検討され、さらに、その結果と同地域・同時期の全自殺者の年齢層別割合がかけ合わされて、自殺者の精神医学診断が推計された。その結果、うつ病圏 46%、統合失調症圏 26%、アルコール・薬物依存圏 18%となり、3つを合わせると 90%に精神医学診断がつくことになった。

もうひとつの研究は筆者⁷⁾が行ったもので、ある総合病院の救命救急センターにある期間搬送された全自殺者を対象として、遺族の協力が得られた場合には心理学的剖検調査を行い、それ以外のケースでは監察医務院の記録を情報源とした。その結果、うつ病圏 54%、統合失調症圏 26%、アルコール・薬物依存症圏 9%と判明し、少なくとも 89%に精神医学診断がついた。これは飛鳥井の研究結果に近い値であった。

以上から、日本の自殺にも欧米同様、精神障害が関与している率が高いといえる。つまり、いわゆる理性的な自殺が日本に多いのではないかという仮説は否定される。上記 2つの研究は約 10 年前のものだが、その結果は現在の自殺にもある程度あてはまると思われる。1998 年に、特に中高年男性の自殺が激増し、今もその状態が続いているが、その背景にはうつ病やアルコール依存症が介在していると考えられる。

5. 自殺に対する精神障害の関与

精神障害がどのように関与して自殺が起こるのだろうか？まず、うつ病では、その症状として、マイナス思考に代表される認知の歪みが生じる。悲観、無価値感、自責感、希死念慮などが生じ、他の選択肢を冷静に考えられない状態と

なる。こういう状態で自殺が起こるのであろう。理性が完全に失われているわけではないが、認知障害という点で、部分的に理性が障害されているといえる。決して「理性的な決断」とはいえない。アルコールや薬物依存の場合、抑うつ状態を合併することが多いと知られている。したがって、この場合も、うつ病と同じような認知障害が自殺に関与すると考えられる。

統合失調症の場合、幻覚や妄想に影響された自殺が確かにある(例:「死ね」, 「飛び込め」などの幻聴)。その一方で、内省力が回復してからの自殺が多いことも知られている。内省力が戻り、自らの病気や将来を考えたとき、現実的な悲観や絶望に襲われる。このような状態で起こる自殺に対して、それはそれで理性的な決断だという厳しい見方もあるかもしれないが、やはり精神障害のために起こる自殺といえるだろう。統合失調症への差別や偏見が弱まり、病者も役割を担える社会を築いていけば、このような悲観・絶望による自殺も減るのではないだろうか。ちなみに、飛鳥井の研究⁶⁾、筆者の研究⁷⁾ともに、自殺者に占める統合失調症の割合は、諸外国に比べると非常に高い値であった。

6. まとめ

自殺者の約90%に精神障害の診断がつく。残る10%はどうかというと、最近の報告⁸⁾によると、人格障害をはじめ、何らかの精神医学的問題を有する割合が高い。自殺に至るプロセスは多面的であり、精神医学だけが関与しているわけではないが、自殺予防に対する精神医学の役割は大きい。精神医学的に自殺予防を考えると、3つの大きな問題がある。ひとつは、自殺者がすべて精神医療を受けていたわけではないという事実を踏まえ、精神障害の適切な発見と医療機関受診の促進が問題となる。これには社会全体に対する啓発活動が必要になる。第2点目は精神医療全体の質・量の充実である。精神科医の技量の向上、うつ病患者が休める病棟の拡充などが必要である。最後に、精神障害に対する社会の理解と受け入れ体制の拡充である。これは統合失調症だけにあてはまることではない。例えば、うつ病で会社を休んでいる人に対し、「完治してから復帰するように。復帰したら、以前と同じように働いてもらう」と望む企業がある。これはうつ病治療に対する理解不足の表れである。このように、精神医療の面でも、取り組むべき課題が数多く残されている。

文献

- 1) 張賢徳：自殺研究における多数例研究の意義。精神医学，1996，38：477 - 484.
- 2) Robins ER, Murphy GE, Wilkinson RH, et al: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Am J Public Health, 1959, 49: 888-899.
- 3) Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, et al: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychological Medicine, 2003, 33: 395-405.

- 4) 岡崎文規：自殺の社会統計的研究. 1960, 日本評論新社, 東京.
- 5) Domino G, Takahashi Y: Attitudes toward suicide in Japanese and American medical students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1991, 21: 345-359.
- 6) 飛鳥井望：自殺の危険因子としての精神障害：生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討. *精神神経学雑誌*, 1994, 96 : 415 -443.
- 7) 張賢徳：中年の自殺の病理. *医学のあゆみ*, 2000, 194 : 505 -508.
- 8) Ernst C, Lalovic A, Lesage A, et al: Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry*, 2004, 4:7.

(張賢徳)

6. 学術的情報

4) 自殺の心理社会的要因

1. 個体要因と社会的要因

自殺はいうまでもなく個人の心理に根ざす個人の行為であるが、その原因や背景には社会文化的な要因が深く影を落としている。周知のとおり、自殺率は経済不況、戦時体制、戦後の混乱期など、その時代環境の背景によって大きな差異を示す。戦後では自殺率の高まりには3つのピークがあり、昭和30年前後、昭和60年前後、そして3つ目のピークは、バブル崩壊以降打ち続く平成不況の圧力を受けての平成10年社会急増現象を反映するものである。一方でうつ病やアルコール依存症などの精神障害有病者に自殺の多いことは知られているのだが、しかし他方で自殺が急増したそれぞれの時代に突然うつ病の人が増えたとみる個体要因説だけでは自殺率の年次的推移は理解されず、自殺の社会的背景要因も視野に入れて社会的対応策を考えていく必要がある。一般住民も含めた広い「自殺予防」を考える場合には社会的要因はとりわけ重要になり、今自殺を考えている人あるいはハイリスク・グループをターゲットにする「自殺防止」の場合にはより個体的要因が緊要性を増す。

また自殺問題には、何らかの原因があってその結果として自殺がもたらされる局面と、今度はある自殺が原因となってさらなる自殺やうつ症状や心理的ディストレスをもたらす局面（具体的には遺族ケア問題）がある。ある一人の自殺が周囲に与えるインパクトはそれだけ大きいといえる。したがってその両者を視野に入れた社会的対応策が望まれることになる。以下では、この兩者について取り上げ、述べていく。

2. 自殺の心理自殺的要因

(1) 戦後の自殺急増期とその社会的背景

社会が急激に変化し過ぎると、それまでの社会的規制力が減退する結果、人々はそれまで保持していた周囲との絆を断ち切れやすい。相互の扶助も規制も従前のようには効かなくなり、その結果個々人が社会的にアトム化し、さらなる社会的無規制状態になる。こうした中で生じる自殺をE. デュルケームはアノミー的自殺と呼び、経済環境の急速な変化はこうしたアノミー状態を引き起こしやすいのだという。

確かに戦後日本の自殺率変動は、基本的に経済不況サイクルや社会的混乱期等の社会経済的変化との深い関連性を示してきた。前述した戦後の自殺率急増の3つのピークの最初は昭和30年前後だが、日本が戦争に負けて戦後の闇市の混乱期をようやく脱しつつも、まだまだいろんな社会的な混乱があった時期である。特にここで高い自殺率を示したのは20代の若者であった。特攻隊で凶らずも生き残ってしまった人たちが自分はどう生きていったらいいかわからないとか、戦前の軍国主義体制の中における教育的な価値観がすべてひっくり返ってしまったとか、まだまだ自分の生き方を定められないでいろんなことを

考えている人が多かった時代であった

次のピークは昭和 60 年前後にみられる。この時期は比較的会計要因がハッキリしており、プラザ合意による円高誘導政策によるドルショック、円高不況という経済環境の悪化である。そして今時の平成バブル不況である。したがって、戦後の自殺の 3 つのピークとは、戦後のある種の混乱期、これはプラザ合意による円高不況、これはバブル崩壊の不況というふうにいふことができよう。

こうした経済的な影響は日本に限らず、各国ほとんど同じである。世界各国にほぼ共通しているのは、戦時には自殺率は減り、多くの国で不況期には自殺率が高まって、好況期には自殺率が下がるという傾向である。わが国もこの例外ではない。

(2) 自殺の社会的要因

自殺は単一の原因から生じるのではなく、いくつかの要因が複雑に絡み合っ形成されるものである。例えば社会経済的な背景要因がアルコール乱用やうつ病的反応を引き起こし、さらにうつや自殺念慮の相談機会にも恵まれず追い込まれ孤立して自殺に至るといふ具合である。この事実を踏まえて、以下では自殺の「原因」というよりも「要因」の用語も使用する。

現在自殺の心理社会的要因に関する唯一の統計は警察庁による自殺動機統計である。ここ 10 年の間ではもっとも多い自殺の動機が健康問題と経済問題であり、特に経済問題は平成 10 年から“激増”している。ただし警察庁統計は現場の警察官が遺書から、また周囲や関係者から事情を聴取した上での自殺の“推定動機”であったため、平成 11 年からはもう少し現場警察官の主観を補正するため遺書のあるケースに限定した統計を出している。ただしその際、それまで別立てであった病苦とアルコール・精神障害が「健康問題」に統合されたのは残念なことである。

平成 11 年の統計を年齢別にみると、60 歳以上では健康問題が最大の自殺動機であるが、40 歳から 59 歳の中老年層では経済生活問題が最大となっており、近年の社会経済的環境の悪化が個人の自殺に及ぼす影響は年齢層によって大いに異なることがわかる。同様に性別による影響も異なり、女子では中高齢層でも健康問題が圧倒的に多いことがわかっている。ただし自殺の動機は大変複合的で、個別事例的にも社会的にも単一の原因で論断することは慎むべきである。

(3) 自殺の生活環境的要因

前項 2 でみたように、経済環境や戦争などの社会全体の動きは自殺率の増減に極めて大きな影響を及ぼす要因だが、このほかにももう少し日常的で具体的な生活環境が自殺の要因として関わっていることがわかっている。配偶者よりも無配偶者に、第三次産業の一般のサラリーマンよりはストレスの多い管理職従事者に、他方また農林漁業従事者および採掘作業従事者の斜陽産業従事者に、そして諸外国と異なり日本では都市部に比して概して農山村部に、より高い自

殺率が観察されている。農山村部に自殺が多い背景としては、高齢人口の多さと高齢者扶養規範、イ工意識との関連が議論されている。さらに季節的には、以前は春夏秋冬の順に自殺者が多かったが、大都市を先頭に 1990 年代あたりからは冬が春に続く高さに変化してきている。

このほか世代的には、昭和 1 ケタから太平洋戦争開戦前の昭和 15 年生まれの戦前派世代に高い自殺率がみられる。冒頭で述べた戦後日本の 3 つの自殺率急増ピークをそれぞれに時期に支えた中核人口が、実はこの世代であることは注目される。加齢や時代要因からくる影響のほかに、明らかに世代の影響要因というものも存在しており、この世代は<自殺親和性の高い世代>ともいわれている（清水，2002）。

こうした自殺の心理社会的要因をも勘案して、対策のスタイル、効果の特徴の観点から社会的対応策を整理したものが表 1 である。第一次になるほど「自殺防止」に、第三次になるほど「自殺予防」に近い対応となる。

表 1 自殺対策枠組みの分類

分類	介入	効果	具体例
第一次	直接的	短期的・速効的	ホットライン・相談、手段規制
第二次	間接的	中・長期的	治療体制整備、雇用制度整備
第三次	環境的	長期的・遅効的	啓発活動、健康増進システム整備

※ ここでいう第一次は first-order, 第二次は secondary-order, 第三次は third-order の意味であって、予防医学の概念に限定されないものである。

3. 原因としての自殺とその影響

(1) ハイリスク・グループとしての自殺者の遺族

自殺者の周囲にはその甚大な影響を受ける人が 5 人はいる、といわれている。実際本研究班による地域調査の結果は、地方市町村の場合であるが 4 人に 1 人の割で身近な人の自殺を経験している事実が判明した。とりわけ自殺者の遺族は最愛の人の自殺が原因で、厳しい心理的ディストレスを体験し、その結果うつ反的反応や PTSD 症状を呈することも少なくない。自殺者の遺族はさらなる自殺へのハイリスク・グループなのである。にも関わらずこの問題はまったく個人的課題と看過されてきた。

(2) 社会的対応活動

これまでこの問題に対応してきたのは、いのちの電話や自殺防止センターなど、民間による相談、支援活動が知られている。しかし“自殺者 3 万人時代”にあつて、そうした活動が民間に限らずもっと広範に展開される必要がある。こ

ここではその実態について、こころの健康研究事業の研究成果（平成 13 年度～15 年度）をもとに述べてみる。

a. 民間遺族サポートグループ活動

育英会あしながの自死家族の子どもへの相談支援活動は NHK などが積極的に取り上げたこともあり、一定の社会的認知を得ている。しかしこのほかにも、地道な形でいくつかの遺族サポートグループの活動が報告されている。ただ現在把握されている定期的な民間遺族サポートグループ活動は全国的にみても 2002 年現在 10 を超えないものと思われ、まだまだ緒についたばかりの支援活動といえる。今後の立ち上がり、支援育成が大きな課題となっている。

その実態については報告書を参照していただくことにして（清水他, 2003）、この研究から判明したサポートグループが直面するいくつかの課題を述べてみると、1) 支援スタッフの育成・リクルート問題、2) グリーフ・ワーク実践の経験集積と整理、3) サポートグループ間の相互コンタクトの必要性、などが訴えられた。さらに 4) 希少な支援資源ゆえ開催案内などの情報開示が望まれるところであるが、参加者の匿名性やプライバシー護持のためにはあまりオープンな公報はしにくく、結果的にニーズを抱えた人々に資源の認知が促進されにくいなどの困難も語られている。

b. 専門機関の取り組み

一方、専門機関からの対応はあげて今後の課題という状況である。救急救命センターは家族や遺族へのケア必要性を強く認識するも、その緊急蘇生処置に手一杯で対応不可という現実があり、かといって精神科医を正規スタッフに加えているセンターは数えるほどで、精神科との連携も決してスムーズといえる状況にはないことが判明している（清水他, 2002）。

地域精神保健医療の一環としてこの遺族サポートケアが期待される全国の精神保健福祉センターでも、状況は似たり寄ったりである。遺族へのケアニーズは認識しているものの、精神障害者の社会復帰問題などの従前からの業務に加え、ひきこもりや児童虐待など新規業務課題も増え、手一杯の状況にある。かといって連携外部資源があるかといえば、回答のあった 52 センターのうち、自殺者の遺族自助グループの認知 1 件、民間の遺族支援グループの認知 2 件でしかなかった。また 1 年間に自殺者の遺族から相談を実際に受けた 13 センター（計 15 例）でも、「連携機関なし」が 9 センターに達している（清水他, 2002）。

清水新二, 2002, 自殺の世代的特徴にはどのようなものがありますか, 秋山聡平・斎藤友紀雄編『現代のエスプリ 自殺問題 Q&A—自殺予防のために—』, 至文堂, 73-75.

清水新二・川野健二・石原明子・太田ゆず・高崎文子, 2002, 自殺に関する心理社会的要因の把握方法に関する研究, 平成 13 年度障害保健福祉総合研究事業「自殺と防止対策の実態に関する研究」(主任研究者 堺宣道), 30-54.

清水新二・川野健二・宮崎朋子・平山正美・加藤勇三・秋山淳子, 2003, 自殺

に関する心理社会的要因の把握方法に関する研究：遺族個別面接調査と遺族支援グループ訪問調査，平成 14 年度こころの健康科学研究事業「自殺と防止対策の実態に関する研究」（主任研究者 今田寛陸），123-136.

（清水新二）

6. 学術的情報

5) 自殺の社会経済的影響

1. はじめに

自殺の増加は、社会の様々な面と関連している。過労自殺の労災認定や、親が自殺した児童・生徒の奨学金申請数は自殺率とともに増加している。また男性の平均寿命が低下した1999年は、その一因に自殺者数の急増が挙げられた。実際、自殺率の推移を年齢階級別にみると、総じて80-84歳の自殺率が高いが、1990年代以降はそれが減少傾向であるのに対して、1998年を境に50-64歳の男性自殺率が増加に転じた。特に55-59歳の自殺率は1998年以降、人口10万人対70人台で推移している。一方、女性では、55-64歳層ではこのような傾向はみられず、75歳以上の自殺率が相対的に高い。

働き盛りの人々あるいは中高年者を自殺によって失うことは、労働力の減少とこれに伴う所得と消費の減少を通じて、国民経済に影響を及ぼす。一方、高齢者の自殺は、その人が引退しているとすれば経済活動の供給面に及ぼす影響は小さいかもしれない。しかし、高齢者の自殺は、自殺で亡くなる人が培ってきた家族・親類縁者との関係や地域社会との関係に影響を及ぼすのみならず、こうした人間関係とも関連する衣食住のための消費支出や教養娯楽支出、あるいは健康維持のための医療支出などが減少することを通じて、国民経済の需要面に影響を及ぼすことに留意する必要があるだろう。

したがって、自殺が、どの年齢層においても何らかの社会経済的な影響を及ぼすことを数量的に把握することは、自殺予防対策の意義を理解する上で有益であると考えられる。本章では、このような観点から、自殺の社会経済的影響を経済学的にどのようにとらえるのか整理した上で、自殺によって労働力が失われる側面と、人々の消費支出が影響を受ける側面とを含めると自殺によってどれだけの社会的損失が生じているのかその大きさを、自殺による国内総生産額の損失額として示すことにしたい。

2. 自殺による生涯所得の損失

自殺によって人々が死亡すると、その人が仮に天寿を全うするまで生きていたと仮定した場合に得られるはずの所得は自殺した年齢後のすべて失われる。例えば、ある人が50歳で自殺したとすると、もしもその人が自殺しないで平均寿命年齢まで生きていたならば、その人は少なくとも51歳から60歳までの勤労所得と年金受給権に基づいて得られるはずの老齢年金給付の総額および遺族年金給付の総額（配偶者がいる場合）が得られたはずである。そして、もし勤労所得を貯蓄して資産運用に成功すれば、資本所得もそれだけ増加するはずである。しかし、その人が50歳で自殺すれば、これらの所得は失われることになる。さらに、50歳で自殺した人に子どもがいて、その子どもが高等教育を受けている年齢だとすると、親の自殺により家族の経済生活が困難になった場合には中退などを余儀なくされる場合があるかもしれない。そのような場合に

は、賃金所得には学歴間格差があるために、自殺者の子どもが就業した後の賃金所得が低下して、その子どもの生涯所得も低下する可能性がある（図1左端の欄、世代重複ありの場合）。

このように、個人のレベルでは、自殺した年齢から平均寿命までの間の勤労所得と年金所得の合計額が自殺によって失われたとみなすことによって、その人の自殺による費用＝自殺による生涯所得の損失額が明らかになる。このような個人レベルの自殺による生涯所得の損失額を、労働者（勤労者）と自営業者など職業ごとに合計することによって、自殺によって国民経済全体で失われる生涯所得の損失額が得られる。これが、自殺によって失われる生涯所得を視点とした自殺の社会経済的な影響である（図1中央の欄、世代重複なしの場合）。

図1 自殺の社会経済的な影響—個人のレベルとマクロ経済的なレベル—

	自殺による個人の生涯所得の損失*1	自殺による社会的な生涯所得の損失*2	自殺によるマクロ経済的な損失(国内総生産額の損失)
世代間の重複なし＝ひとつの世代	労働者：自殺による勤労所得（賃金＋ボーナス）の喪失＋自殺による老齢年金の喪失＋自殺による遺族への年金（遺族年金）の喪失 自営業者：自殺による自営業所得の喪失＋自殺による基礎年金の喪失＋自殺による遺族年金の喪失	労働者個人レベルの生涯所得の損失×労働者の自殺者数＋自営業者個人レベルの生涯所得の損失×自営業の自殺者数	需要面への影響：自殺による労働者と自営業者と（引退した）高齢者の所得の損失額合計 →消費支出の減少 →有効需要の減少 供給面への影響：自殺による労働者数と自営業者数の減少＋有効需要の変化がもたらす失業率の変化 →労働力人口の変化と就業者数の減少
世代間の重複あり	個人の生涯所得の損失＋子ども一人あたりの親の自殺によって失われる生涯所得の損失額の推計値	個人レベルの生涯所得の損失×（労働者数＋自営業者数）＋子ども一人あたりの親の自殺によって失われる生涯所得の損失額の推計値×労働者・自営業者それぞれの平均子ども数	

*1 生命保険のネットの便益の取り扱いと社会保険料負担と年金課税の負担を除くべきかどうか留意すべきであるが、ここでは生命保険の受け取りは含めず、社会保険料負担と年金課税など公租公課を含めていない。その代わりに、マクロ経済的な影響をみるために補助金と公租公課を含む国内総生産額の推計値を用いている。

*2 勤労所得に反映される人的資本（教育水準や技術など）の外部経済を含むべきかどうか留意すべきであるが、今後の課題としたい。

3. 自殺のマクロ経済的な影響

(1) 自殺が需要面と供給面に及ぼす影響

さらに、経済活動には様々な要因が相互作用していることを考慮すると、自殺による生涯所得の損失は、マクロ経済的にも影響を及ぼすことに気づく（図1の右端の欄）。まず、日本経済の需要面に目を向けると、自殺により自殺で亡くなられた人々の生涯所得が失われた結果、この人たちの消費活動が失われることが、有効需要の減少につながることになる。同時に、自殺した人々が、もし生きていて働く機会に恵まれていたならば、その人たちが働くだけ労働力人口が増加することになるので、マクロ経済における総供給が増加することになる。したがって、マクロ経済的にみれば、自殺したことによって失われた経済全体の消費額と労働力がもし有効に経済活動に貢献していたならば得られたはずの国内総生産が、自殺によってそれだけ小さくなっている現実の国内総生産を超過している差額として、自殺による社会的費用をとらえることができる。

ただし、自殺した人々が生きていたとしても、職場にいる人々や求職活動している人々と同様に、その人たちも労働市場で決まる失業率に直面することになるので、一部の人々しか就業機会に恵まれないことは確かである。また、自殺した人々が生きていたとして、労働市場に参入すれば、労働供給が増えるので労働市場で決まる賃金水準は減少する可能性があり、減少すればそのぶんだけ企業の労働需要が増加して、失業率は低下する可能性もある。そこで、自殺によるマクロ経済的な社会的費用を推計する場合には、こうした労働市場の変化を考慮した推計を行う必要がある。このような留意点にちやうつつ、自殺による社会的費用を推計する方法が、このような総需要と総供給の変化と労働市場の相互作用をとらえることのできるマクロ経済モデルを用いた方法である。

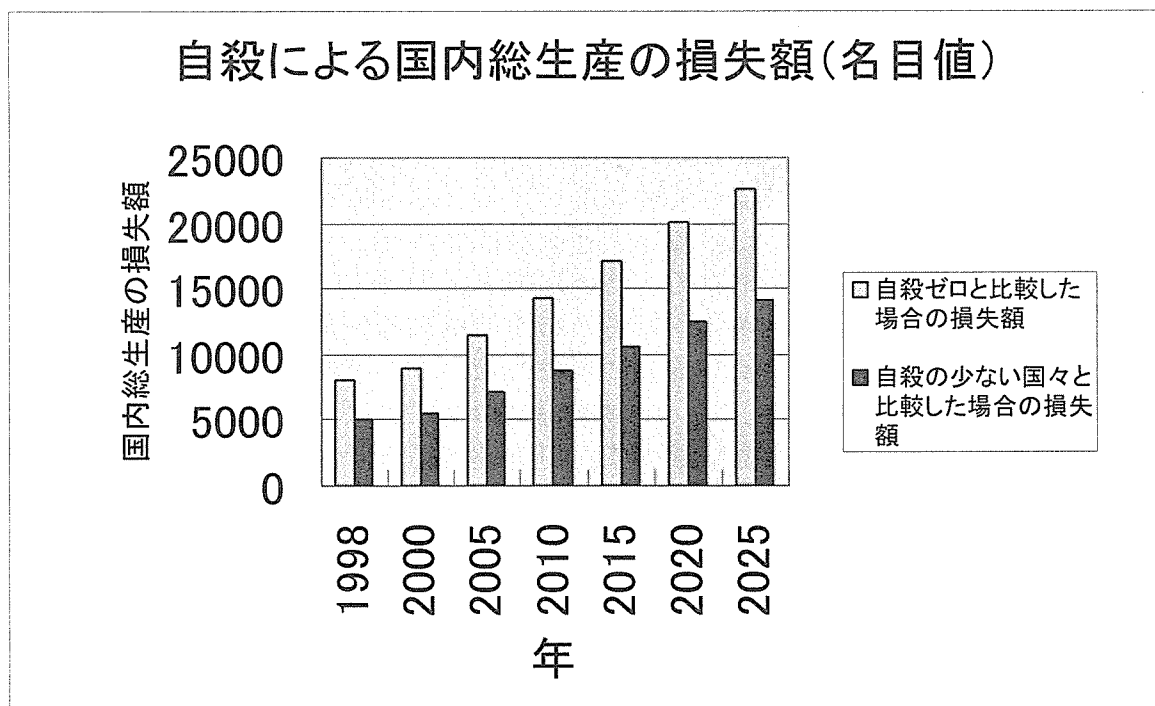
(2) 自殺による国内総生産額の損失額

自殺の社会経済的な影響を、自殺による国内総生産額の損失額として推計するために、ここでは、自殺を反映した現状の労働力人口に基づく国内総生産の推計値（現実のGDP）から、自殺予防対策が発揮されて自殺者数（3万人水準）がゼロになった場合の国内総生産の推計値（自殺ゼロGDP）を引いた差額を推計した結果を示すことにする。図2は、この差額（自殺ゼロGDP－現実のGDP）として求められる自殺による国内総生産の損失額の推移を5年おきに示したものである。これは、国立社会保障・人口問題研究所のマクロ経済モデルをこのような推計が行えるように拡張したマクロ経済モデルを用いて、金子・篠崎（2003）が推計した結果である。このマクロ経済モデルの特徴は、自殺した人々が生きていた場合の労働力増加の影響とその人々が失業率に直面するという点を考慮した、供給型マクロ経済モデルであるという点である*3。

*3 方程式体系については、金子・篠崎（2003）（図2の出所）を参照。方程式体系の推定期間は、SNA97の改訂があったため、1970年から1997年までの期間である。

まず、上記のように算出される自殺による名目国内総生産の損失額は、1998年から2000年までの3年間平均でみると1年間あたり8309億円という水準にあったと推計され。これに対して、自殺による名目国内総生産の損失額は、2001年の1年間あたりでは1兆471億円なのに対して、2005年では1年間あたり1兆2046億円に達するなど、次第に増加する傾向がみられる。

図2 自殺による国内総生産の損失額の推移（単位：億円）



出所 金子能宏・篠崎武久(2003)「自殺による社会的な生涯所得の損失と自殺防止対策の経済効果」国立社会保障・人口問題研究所『自殺による社会経済への影響調査 調査研究報告書Ⅰ』第4章をもとに、筆者作成。

このような社会的費用が生じていることを別の観点からみれば、自殺予防対策が効果を発揮して1998年以降5年連続で3万人以上となっている自殺者数がゼロとなった場合に、2000年から2004年までの5年間の平均でみると、国内総生産（名目額）が1年間あたり1兆995億円増加する可能性があることを意味している（図2、自殺ゼロの場合の損失額を参照）。もちろん世界のどの国にも自殺者がいることを考慮すれば、自殺者数がゼロになることは強い仮定である。そこで、自殺者数が少ないヨーロッパ先進諸国、イギリス、スペイン、ポルトガルおよびスウェーデン四カ国の人口10万人対自殺者数の平均にまでわが国の自殺者数が低下したと仮定した場合の国内総生産額から、自殺者数が3万人水準にある現実の国内総生産額を引いた値を、自殺による国内総生産額の損失額を推計したものが、図2の自殺の少ない国々と比較した場合の損失額である。この場合でも、2000年から2004年までの5年間の平均でみると、約

6000 億円の損失が生じており、2010 年から 2014 年までの 5 年間の平均は 1 兆円以上に達することがわかる。

国内総生産の成長率が低い水準で推移している状況において、失業率が経済的な相互関係で変わることが考慮してもなお、自殺予防対策によって国内総生産の増加が期待されることは、自殺予防対策の社会的便益は軽視すべきではないことを意味している。確かに、自殺予防対策の費用は、政府の自殺予防対策の予算だけではなく、職場における心のケアに関わる様々な雇用管理費用も含まれなければならないだろう。企業にとっては、このような費用が増えることに対して、直接、収益が上がるかどうか判断がつかない限り負担を控えたいというのはもっともなことかもしれない。しかし、自殺予防により、経済活動の相互関係を通じて国内総生産の増加が期待されるならば、それは企業活動の場が拡大すること、ひいては収益増加の機会が得られることを意味している。このような自殺予防対策の期待が企業にも理解されるならば、政府は多種多様な補助金の配分を見直して、企業が負担しなければならない自殺予防対策のための費用の一部を補助金などにより軽減して、職場における自殺予防対策を有効にする必要があるだろう。このように、自殺予防対策を、社会保障政策の枠組みにとどまらせることなく、多様な経済政策とも連携しながら展開していくことは、今後の重要な課題であると考えられる。

(金子能宏)

6. 学術的情報

6) 都道府県・市町村の行動目標および達成度評価

都道府県・市町村の自殺予防に関する行動目標および達成度を評価するにあたっては、住民の「自殺予防に寄与する」と考えられる「望ましい保健行動」を中心に各種要因を整理することも大切である。

図1は、藤内氏が提唱した「MIDORI理論」¹⁾を利用して、要因を分析整理したものの例示である。この図の概要を以下に説明する。

「適切な行動」により、「望ましい（健康）状態」が達成されるが、そのことにより「ヒトのQOL（生活の質）や自己実現、地域の活力」が満たされる一助になる。しかしながら、行政が管轄する各地域には専門医の有無、ネットワークの存在などの「容易に変革できない環境要因」があるのも事実である。また一方、「適切な行動」をとるには、「その行動をとるための知識や信念などの要因（準備因子）」、「その行動を継続するために必要な賞罰や周囲の人からのねぎらいの有無などの要因（強化因子）」、そして「行動をとるために必要な技術習得や受け皿作り（社会資源）などの要因（実現因子）」がある。さらに、これらの3要因に関して必要な「健康教育の体制」や「政策・法規・組織・制度」を住民とともに体系的に整備していく必要があり、このようなプロセスは「ヘルス・プロモーション」²⁾の理念に沿ったものである。

さて、住民にも老年期・育児中の者の別、更年期・青少年期の別、スクリーニング等で「要精密検査」と指摘された者・すでに加療中の患者の別等、様々な状況が想定され（図1中の「QOL」中を参照）、それぞれによって必要な要因（優先度の違いも含む）や、関わりの強い組織・団体、職種、人が存在する。

端的に言えば、図中の「準備因子」「強化因子」「実現因子」に係る「健康教育」や「政策・法規・組織」で、行政が主体となって行うものが「行政の行動」であり、その目標値設定が「行政の行動目標」ということになる。また、これら3つの要因はもちろん、全要因で例示した内容に対する「行政の行動（施策・事業）」の影響（効果含む）を検証することが、「行政としての達成度評価」につながると考えられる。

以下に、整理した要因について都道府県・市町村が主体となって関与するものについて、さらに整理して「行動目標・達成度評価」について述べる。

1. 準備因子に関する行政の関わり

図1に例示した「～知っている」の主語は住民・従事者・患者等、いろいろな想定がある。その中でも、まず「住民が～知っている」について行政は関わりをもつこととなるであろう。一般に、この要因に行政が関わることは、「住民への普及啓発」と総称されている。

しかしながら、前述したとおり様々な住民がおり、一言で普及啓発といっても、さらに細かな分類とその分類に応じた普及啓発の実施方法（工夫）が企画されることとなる。