

# 症例対照研究

## 対照群の抽出

- ・ 2008年1月～2009年7月までに収集された20歳以上の自殺既遂事例群49例と年代(同一5歳階級)・性別・地域が一致する生存事例
- ・ 住民基本台帳から抽出し、順次協力を求めた。
- ・ 抽出された対照事例の成人の同居者1名(配偶者、父母、子、その他の順の優先順位)から情報収集
- ・ 対照群145事例を抽出

## 生活歴上の問題

	事例群 (N=49)		対照群 (N=145)		P値	オッズ比 (95%CI)
	人数	該当者数(%)	人数	該当者数(%)		
学校でのいじめや暴力**	42	14(33.3)	126	13(12.0)	0.006	3.59(1.45-8.88)
両親の死別・離婚	49	10(20.4)	143	17(11.9)	0.136	2.03(0.80-5.13)
両親からの暴力・無視**	43	8(18.6)	127	6(4.7)	0.007	5.34(1.59-17.93)

幼少期の被害体験は、成人の自殺  
における危険因子である

# 自殺直前の状況と過去の自殺未遂歴

	事例群 (N=49)	対照群 (N=145)	人数	割合 (%)	OR	95%CI
死に関する発言**	「死に関する発言」「身辺整理」「身だしなみの乱れ」「事故傾性」「自殺未遂」「失踪」は自殺のサインである					
身辺整理***	49	22 (44.9)	145	2 (1.4)	0.000	57.15 (7.67-425.69)
身だしなみ*	友人・知人を含む身近な人の自殺は、残された人の自殺のリスクを高める可能性がある					
不注意や無謀な行為**						47.39)
以前の自殺未遂の経験						63.92)
以前の失踪の経験***	49	12 (24.5)	145	2 (1.4)	0.000	32.92 (4.24-255.42)
家族・親戚・友人・知人の自殺や自殺未遂***	45	32 (71.1)	128	27 (21.1)	0.000	27.89 (6.58-118.17)

# 労働の状況

	事例群 (N=49)	対照群 (N=145)	人数	割合 (%)	OR	95%CI
職業	雇用状況や労働状況と自殺との関連は明らかにならなかった					
無職者						5 (0.85-5.08)
雇用形態	非正規					
						0.04-3.40)
転職の有無						0.68-4.38)
兼業の有無	しかし、休職、および、配置転換や異動に関する悩みは、無視できない危険因子と考えられた					
残業の有無						0.16-2.41)
0.36-2.05)						3 (2.47-32.71)
現職者の休職の有無***	33	12 (30.4)	116	9 (7.0)	0.001	4.19 (1.34-13.04)
配置転換や異動に関する悩みの有無*	25	10 (40.0)	115	19 (16.5)	0.014	
1カ月当たりの労働日数	人数	日数	SD	人数	日数	SD
	32	20.7	7.8	119	22.9	3.5



# 経済的状況

死生観の調査

	人数	平均(SD)	人数	平均(SD)	P値	オッズ比(95%CI)
経済的問題*						オッズ比(95%CI)
生活保護、障害年金の受給*						1.12(0.12-5.31)
生活保護について						3(0.01-∞)
無計画な支出*	47	7(14.9)	134	4(3.0)	0.014	4.83(1.38-16.86)
借金の経験	49	26(53.1)	145	63(43.4)	0.128	1.77(0.85-3.68)
返済困難な借金***	49	13(26.5)	144	4(2.8)	<0.001	38.43(4.96-297.97)
多重債務**	49	9(18.4)	145	3(2.1)	0.002	25.74(3.17-209.24)
負債総額(万円)	10	2560.0(3071.8)	2	1725.0(2368.8)	0.61	1.00(0.99-1.00)
一年間の世帯年収(万円)	43	650.86(612.74)	80	587.80(352.68)	0.126	1.00(1.00-1.00)

両群で年収や負債額に差はなかったが、その一方で、返済困難な借金や多重債務は自殺の危険因子であった

# 医療機関の受診状況

	事例群(N=49)		対照群(N=145)		P値	オッズ比(95%CI)
	人数	該当者数(%)	人数	該当者数(%)		
医療機関の受診						
かかりつけ医の有無	49	27(55.1)	145	76(52.4)	0.658	1.18(0.57-2.47)
1年内の医療機関受診の有無	48	41(85.4)	142	115(81.0)	0.412	1.48(0.58-3.77)
受診科*	41		115			
内科		21(51.2)		81(70.4)	0.746	0.78(0.17-3.53)
精神科		17(41.5)		41(35.7)	0.911	1.12(0.16-7.61)
耳鼻咽喉科		6(14.6)		16(13.9)	0.425	0.37(0.03-4.19)
精神神経科*		18(43.9)		2(1.7)	0.011	53.84(2.51-∞)
脳神経外科		6(14.6)		8(7.0)	0.128	4.81(0.64-36.23)
産婦人科		2(4.9)		1(0.9)	0.847	0.04(0.00-∞)
リハビリ科		2(4.9)		0(0)	0.960	78.34(0.00-∞)
救命救急科		2(4.9)		1(0.9)	0.942	118.77(0.00-∞)
心療内科		6(14.6)		0(0)	0.641	1662.99(0.00-∞)
その他		7(17.1)		18(15.7)	0.729	1.48(0.16-13.27)

自殺既遂者の43.9%が過去1年以内に精神科を受診しており、36%あまりが自殺直前に精神科を受診していた

# 睡眠の状況

気分障害

	事例群(N=49)		対照群(N=145)		P値	オッズ比(95%CI)
	人数	平均(SD)	人数	平均(SD)		
睡眠時間(時間)***	29	5.78(2.02)	80	6.93(1.17)	<0.001	
睡眠障害の有無***	46	37(80.4)	130	15(11.5)	<0.001	27.55(8.41-90.26)
睡眠障害の種類	46		130			
入眠困難*		18(39.1)		2(1.5)	0.015	25.06(1.89-331.67)
中途覚醒						(1)
早朝覚醒*						(5)
熟眠不良						(3)
昼夜逆転						(4)
睡眠障害の出現頻度						
毎日***						(16)
睡眠障害の継続						
1年以上***						(34)
睡眠のための物質使用の有無***	46	30(65.2)	130	4(3.1)	<0.001	79.43(10.78-585.342)
アルコール**		13(28.3)		1(0.8)	0.003	50.78(3.88-664.603)
睡眠薬***		19(41.3)		3(2.3)	0.001	63.54(5.92-681.735)

睡眠障害は自殺の危険因子といえ、なかでも、睡眠のためにアルコールを用いている者に対しては注意が必要と思われた

# こころの健康問題に関する状況

DSM-IV診断*	事例群(N=49)		対照群(N=145)		P値	オッズ比(95%CI)
	人数	該当者数(%)	人数	該当者数(%)		
アルコール使用障害**	49	9(18.4)	145	4(2.8)	0.002	3.13(1.52-6.46)
薬物使用障害	49	2(4.1)	145	-(-)	0.051	4.09(0.99-16.82)
気分障害***	49	24(49.0)	145	2(1.4)	<0.001	6.20(3.54-10.86)
大うつ病挿話***	49	22(44.9)	145	-(-)	<0.001	6.56(3.74-11.52)
気分変調性障害	49	2(4.1)	145	2(1.4)	0.33	2.02(0.49-8.32)
精神病性障害**	49	4(8.2)	145	-(-)	0.006	4.22(1.52-11.74)
短期精神病性障害**	49	4(8.2)	145	-(-)	0.006	4.22(1.52-11.74)
不安障害**						7.73(1.59-8.76)
パニック障害						1.19(0.99-16.82)
全般性不安						1.16(1.41-8.98)
その他の精神						1.13(1.59-8.76)

大うつ病挿話、アルコール乱用・依存は特に自殺の危険因子と考えられる



# 症例対照研究から見えてきたこと

「うつ病」「睡眠障害」「借金問題」は自殺の危険因子

アルコール対策にさらに重点を置く必要がある

精神科医療の質の向上が必要

身近な者の自殺を経験した者へのケアが必要

幼少期の被害体験への対策も重要

## 今後に向けて

わが国では心理学的剖検の実施には様々な困難がある

とはいえ、各地域での自殺対策が進むにつれ、調査終盤になってから、対象事例が増え始めた

今後も長期間にわたって継続することが重要

本研究班活動によって、わが国における心理学的剖検調査の基礎を築くことができた

## Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧表

## 別紙 4

## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
高橋祥友	自殺の現状	日本医師会	自殺予防マニュアル第2版	明石書店	東京	2008	7-18
高橋祥友	改定新版 青少年のための自殺予防マニュアル	高橋祥友	改定新版 青少年のための自殺予防マニュアル	金剛出版	東京	2008	
高橋祥友	新版 自殺のサインを読みとる	高橋祥友	新版 自殺のサインを読みとる	講談社	東京	2008	
Schmidtke, A., Schaller, S., Takahashi, Y., & Gajewska, A.	Modelverhalten im Internet: Fördert das Internet Doppelsuizide und Suizidcluster?	Herberth, A., Niederkrotenthaler, T., & Till, B.	Suizidalität in den Medien: Interdisziplinäre Betrachtungen	Lit Verlag	Hamburg	2008	275-285
Beautrais, A., Hendin, H., Yip, P., Takahashi, Y., Chia, B.H., Schmidtke, A., & Pirkis, J.	Improving portrayal of suicide in the media in Asia	Hendin, H. et al.	Suicide and Suicide Prevention in Asia	WHO	Geneva	2008	39-50
Takahashi, Y., Wasserman, D., Pirkis, J., Xiao, S., Huong, T.T., Chia, B.H., & Hendin, H.	Educating gatekeepers in Asia	Hendin, H. et al.	Suicide and Suicide Prevention in Asia	WHO	Geneva	2008	51-62
Khan, M., Hendin, H., Takahashi, Y., Beautrais, A., Thomyangkoon, P., & Pirkis, J.	Addressing the problems of survivors of suicide in Asia	Hendin, H. et al.	Suicide and Suicide Prevention in Asia	WHO	Geneva	2008	89-96
Takahashi, Y.	Suicide in Japan	Yip, P.S.	Suicide in Asia: Causes and Prevention	Hong Kong University Press	Hong Kong	2008	7-17
平山正実	自死遺族を支える	平山正実	自死遺族を支える	エムシー・ニュース	東京	2009	p.284
平山正実	不条理な死としての自死	丸山久美子	21世紀の心の処方学	アート&ブレイク	東京	2009	p.67~83
平山正実	自殺者の深層意識構造	平山正実	死別の悲しみに寄り添う	聖学院大学出版会	東京	2008	p.221 ~ 228

平山正実	人生の危機に向き合う	臨床パストラ ル教育研修 センター	心の魂の叫 びに依って	臨床パストラ ル教育セン ター	東京	2008	p.228~ 232
平山正実	遺族に対する悲嘆 援助に対する考え 方	平山正実	生と死の看 護	メディカルフ レンド社	東京	2009	p.112~ 115
平山正実	親を亡くした子ど もへのケア	平山正実	生と死の看 護	メディカルフ レンド社	東京	2009	p.115~ 119
平山正実	burn-out に陥る死 の医療の担い手に 対する支援	平山正実	生と死の看 護	メディカルフ レンド社	東京	2009	P.179~ 180
平山正実	援助者の適正	薬害 HIV 感 染被害者等 のメンタル ケアに 関するマニ ュアル 作成のため の検討委員	薬害 HIV 感 染被害者遺 族等のメン タルケアに 関するマニ ュアル	(財)友愛 福祉財団	東京	2009	p.105~ 107
竹島正, 川野 健治	自殺対策基本法	高橋祥友, 竹島正編	自殺予防の 実際	永井書店	東京	2009	pp16-23
竹島正, 稲垣 正	メディカルモデ ルとコミュニテ ィモデル	高橋祥友, 竹島正編	自殺予防の 実際	永井書店	東京	2009	pp79-87
竹島正, 松本 俊彦	コミュニティメ ンタルヘルスと 自殺予防	高橋祥友, 竹島正編	自殺予防の 実際	永井書店	東京	2009	pp88-95
高橋祥友	うつ病と自殺	上島国利	新しい診断 と治療の ABC 9 気 分障害 改 訂第2版	最新医学 社		2009	248-255
高橋祥友	セラピストのため の自殺予防ガイ ド	高橋祥友	セラピスト のための自 殺予防ガイ ド	金剛出版		2009	
高橋祥友	自殺	山内俊雄	精神科専門 医のための プラクティ カル精神医 学	中山書店		2009	565-570
高橋祥友	自殺予防の実際	高橋祥友, 竹島正	自殺予防の 実際	永井書店		2009	
高橋祥友	自殺の危険因子	高橋祥友, 竹島正	自殺予防の 実際	永井書店		2009	24-33
高橋祥友	自殺の危険の高 い患者に対する 長期治療	高橋祥友, 竹島正	自殺予防の 実際	永井書店		2009	179-189
高橋祥友	群発自殺	高橋祥友, 竹島正	自殺予防の 実際	永井書店		2009	227-233



高橋祥友	自殺	金生由紀子, 下山晴彦	精神医学を知る:メンタルヘルス専門職のために	東京大学出版社		2009	129-132
高橋祥友	新訂 老年期うつ病		新訂 老年期うつ病	日本評論社		2009	
高橋祥友	自殺予防の基礎知識;精神科医の立場から	本橋豊	ライブ 総合自殺対策学講義	秋田魁新報社		2009	8-55
高橋祥友	自殺	日本社会精神医学会	続「社会精神医学」	医学書院		2009	227-237
平山正実	不条理な死としての自死	自死遺族ケア団体全国ネット	自死遺族ケア団体全国ネット 第4回研修会報告書	自死遺族ケア団体全国ネット	日本	2009	P.33-49
竹島正	自殺予防と自死遺族支援の現状と課題 課題に関する現状報告	聖学院大学総合研究所	自殺予防と自死遺族支援の現状と課題—自殺未遂者とその家族を理解し、自死遺族を支えるためのシンポジウム—資料	聖学院大学総合研究所	日本	2009	別紙
田中幸子	自死遺族支援に遺族当事者の要望を反映させてください						5
若月友直	自殺予防と自死遺族支援がめざすべきもの						10
土肥隆一	自殺防止対策に政治は何ができるか						14
齋藤幸光	「自殺者及び自殺未遂者並びにこれらの親族の二次被害からの保護法」に対する提言						16
平山正実	シンポジウムのまとめとして						20
—	—	自死遺族ケア団体全国ネット	自死遺族ケア団体全国ネット 第1回サポーター研修会報告書	自死遺族ケア団体全国ネット	日本	2009	全て

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
竹島正	わが国の自殺対策	学術の動向	3	15-19	2008
竹島正, 松本俊彦	自殺防止の国家対策	最新精神医学	12	545-550	2007
竹島正, 勝又陽太郎	自殺対策に関する行政の取り組み. 自殺予防を考える	日本精神保健福祉連盟	No.33	31-39	2007
竹島正	自殺を防ぐ	公衆衛生情報	3	6-11	2008
高橋祥友	わが国の自殺の現状と課題	学術の動向	13 (3)	8-14	2008
高橋祥友	自殺予防	総合臨床	57(3)	553-554	2008
高橋祥友	統計から見た日本の自殺	最新精神医学	12(6)	507-514	2007
高橋祥友	ポストベンション: 自殺の後に遺された人へのケア	最新精神医学	12(5)	427-434	2007
高橋祥友	自殺防止と遺族ケアを考える	アディクションと家族	23(4)	331-337	2007
高橋祥友	患者の自殺と治療者の反応	精神療法	33(1)	80-88	2007
竹島 正	自殺対策基本法の意義	市民政策	60	13-21	2008
竹島 正, 松本俊彦, 川野健治, 稲垣正俊	自殺予防総合対策センターの取り組み-1年8ヶ月を振り返って-	自殺予防と危機介入	28	4-9	2009
竹島 正	自殺統計の見方・読み方	公衆衛生情報	38	20-23	2008
松本俊彦, 阿瀬川孝治, 伊丹 昭, 竹島 正	自己切傷患者における致死的な「故意に自分を傷つける行為」のリスク要因: 3年間の追跡調査	精神神経学雑誌	110	475-487	2008
松本俊彦, 勝又陽太郎	自殺対策の視点 第2回 自殺の多様性~「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」から	公衆衛生情報	2008年11月号	28-31	2008
松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 赤澤正人, 竹島 正	物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験.	精神医学	51	109-117	2009
松本俊彦	自殺の実態分析からみえてくるもの	月刊保団連	990 (3)	49-53	2009

平山正実	自死遺族支援体制について	市民政策	60号	p.144~157	2008
平山正実	自死した人の遺族の グリーフケアに関する諸問題	自死遺族ケア団体 全国ネット第3回 スタッフ研修会 報告書	3巻	p.31~36	2008
平山正実	自死遺族の心理と 精神病理	自死遺族ケア団体 全国ネット第3回 スタッフ研修会 報告書	3巻	p.36~48	2008
平山正実	二次被害の回避とその留意点	現代のエスプリ	501号	p.74~84	2009
平山正実	自死者の名誉回復宣言(案)について	現代のエスプリ	501号	p.224~227	2009
Kaga M, Takeshima T, Matsumoto T	Suicide and its prevention in Japan	Legal Medicine	11	18-21	2009
竹島正	自殺予防とマスメディア —メディアカンファレン スの試み—	公衆衛生情報	39	30-32	2009
竹島正, 松本俊彦, 立森久照	自殺対策と精神保健医療 福祉	精神障害とリ ハビリテーシ ョン	13	126-130	2009
竹島正, 稲垣正俊, 松本俊彦, 森川 すいめい, 藤田利 治	社会構造的視点から見た 自殺	精神保健福祉	80	302-306	2009
竹島正	メンタルヘルスと QOL の追求—自殺の実態から 何を学ぶか—	看護	62	25-29	2010
竹島正	自殺の原因分析	厚生労働	65	13-16	2010
竹島正	精神保健医療福祉と自殺 対策	日本精神科病 院協会雑誌	341	10-15	2010
松本俊彦	自殺対策の視点 第7回 ハイリスクな人たちへの 支援	公衆衛生情報	2009年4月 ・5月合併号	60-63	2009
松本俊彦, 竹島 正	アルコールと自殺	精神神経学雑 誌	111 (7)	829-836	2009
松本俊彦	〈シンポジウム4 自傷行 為と攻撃性〉自傷行為へ の対応	児童青年精神 医学とその近 接領域	50 (4)	409-428	2009
松本俊彦	自殺対策の25年	精神科治療学	25 (1)	79-83	2010
松本俊彦	リストカッターの自殺	精神科治療学	25 (2)	237-245	2010



松本俊彦	物質使用と暴力および自殺行動との関係	日本アルコール・薬物医学会雑誌	45 (1)	13-24	2010
松本俊彦	地域保健従事者のための精神保健の基礎知識: 自殺問題から明らかになる精神科医療・精神医学の課題	公衆衛生	74 (4)	325-329	2010
松本俊彦	アルコール・薬物の乱用・依存と自殺予防	日本精神科病院協会雑誌	29 (3)	51-57	2010
松本俊彦	地域保健従事者のための精神保健の基礎知識: 自殺問題から明らかになる地域保健の課題・1	公衆衛生	74 (5)	419-422	2010
廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎 他	死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特長: 心理学的剖検による調査	日本社会精神医学雑誌	18	341-351	2010
赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎 他	死亡1年前にアルコール関連問題を呈した自殺既遂者の心理学的剖検による検討	精神医学			(印刷中)
Katsumata Y, Matsumoto T, Kitani M, Akazawa M, Hirokawa S, Takeshima T	School problems and Suicide in Japanese young people	Psychiatry and Clinical Neurosciences	64	214-215	2010
赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎 他	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 (2)	104-118	2010
高橋祥友	自殺の危険の高い患者に対する精神療法的アプローチ	精神科治療学—増刊号「精神療法・心理社会療法ガイドライン」	24 増刊号	268-269	2009
高橋祥友	家族への接し方	精神科治療学—増刊号「精神療法・心理社会療法ガイドライン」	24 増刊号	273-275	2009
高橋祥友	わが国の自殺の現状. 特集「死を受容する社会と文化: 生と死をめぐる時代的風景」	神奈川大学評論	63	54-62	2009
高橋祥友	職場のメンタルヘルスの進め方	総合臨床	58(3)	491-492	2009

高橋祥友	子どもの自殺とその予防	チャイルドヘルス	12(1)	40-44	2009
平山正実	遺された家族のグリーフワーク	精神科治療学	第24巻増刊号	276-277	2009
平山正実	自死遺族の受ける二次被害の回避と留意点	月刊 宗報	11・12月合併号(第514号)	47-48	2009

### Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷



# わが国の自殺対策

竹島 正

## A はじめに

わが国の自殺による死亡者数は、平成10年に8千人以上急増して3万人を超え、以後もその水準で推移している。第2次世界大戦以後の自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）の推移を見ると、昭和30年前後、昭和60年前後に高くなった時期があるが、今回はそれらよりも長く、高い状態で続き、しかも平成10年に急増していることに特徴がある。平成10年の自殺による死亡者数の増加は、45～64歳の中高年男性が大半を占めている。また、原因・動機別では経済・生活問題と健康問題の増加が著しかったことから、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が、これまでも自殺死亡率の高かった昭和一桁～15年生まれにも影響したことによるものと推測されている。しかしこれらの推測だけでは効果的な自殺対策を実施するには不十分であり、自殺死亡率が高い状態で持続している理由を説明することにもならない。効果的な自殺対策の実施には、自殺の実態の詳細な分析が求められる。

特にわが国の自殺死亡率は、高い時期を除いても15～20で推移しており、もともと世界でも自殺死亡率の高い国に属してきたことに留意する必要がある。このため昭和52年には自殺予防行政研究会（1983年に日本自殺予防学会）等が「自殺予防のための施策実現に向けての要望書」を作成し、関係省庁や報道機関に自殺対策の実施を働きかけているが、この当時、社会的反響はきわめて乏しかったことが報告されている。

このことは深く反省されなければならない。

本稿では、わが国で自殺対策が積極的に取り組まれるようになった平成10年以降を、その特徴から3期に分けて紹介する。そのうえで、我々が今後重視すべきと考えている対策について述べる。

ここで自殺対策の第1期とは、自殺死亡者数の急増が明らかになってから厚生労働省を中心に対策が進められてきた時期をいう。第2期とは、参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされ、政府が一体となって自殺対策を総合的に推進するため、自殺対策関係省庁連絡会議が発足し、それが機能し始めた時期をいう。第3期とは自殺対策基本法が成立し、自殺総合対策大綱が閣議決定されてから今日までをいう。

## B わが国における自殺対策の経緯

### 1) 第1期—厚生労働省を中心とした取組

平成10年の自殺死亡者数急増に最初に対応したのは厚生労働省であった。平成12年2月には21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の報告書がまとめられたが、その各論である「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」が数値目標として組み込まれた。厚生労働省は平成13年度から自殺防止対策事業に取り組み、平成14年1月には厚生労働大臣決裁として自殺対策有識者懇談会を設置し、その報告書「自殺予防に向けての提言」を2002年12月に公表した。この提言には、自殺予防対策として「実態把握」、「普及・

啓発や教育]、「危機介入」、「事後対策～自殺未遂者や自殺未遂者・死亡者の家族、友人等の周囲の者に対する相談・支援」、さらには「その他」として報道・メディアに望まれること等が記載されている。そして懇談会設置の経緯と趣旨に「うつ病等対策などの精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会的、文化的、経済的観点等からの、多角的な検討と包括的な対策が必要となる」と述べている。この考え方は、現在の自殺対策基本法にもつながるものである。平成15年度には自殺対策有識者懇談会の検討結果等をもとに、厚生労働省に「地域におけるうつ対策検討会」が設置された。検討会では都道府県・市町村職員を対象とした「うつ対策推進方策マニュアル」、および保健医療従事者を対象とした「うつ対応マニュアル」を策定し、行政として、うつ対策を進めていく基盤を整えた。

このように第1期は、自殺対策には多角的な検討と包括的な対策が必要という基本的な考え方を示したものの、それは政府全体に共有されるには至らなかった。地方自治体の取組も、自殺率が高く、関心の高い一部の地域では積極的な取組が見られたものの、それ以外の地域ではなかなか進捗がみられなかった。平成14年12月に行われた調査「都道府県・政令指定都市における自殺予防対策の実態について」によると、平成14年度において自殺予防対策事業を実施していたのは8箇所（13.6%）で、自殺死亡率の高い北東北・北陸がほとんどであった。この調査報告には「都道府県等が自殺予防対策事業に取り組むにあたっては、都道府県等の精神保健福祉と健康づくり行政の連携を軸に、警察、教育、

産業、医療、宗教関係等、幅広い関連領域が参画する体制を整えていくこと、それを国が支援することが必要である」と述べられているが、この実現は第2期以降に委ねられた。

## 2) 第2期—政府全体の取組へ

自殺者数が3万人を越す状態はその後も続き、平成17年5月には12の民間団体が『自殺総合対策の実現に向けて～自殺対策の現場から「国へ5つの提言」～』を行い、平成17年7月には参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされるに至った。この決議は、自殺を「自殺する個人」の問題だけに帰すことなく、「自殺する個人を取り巻く社会」に関わる問題として、自殺の予防その他総合的な対策に取り組む必要があるとの考え方から、政府の関係府省が一体となって自殺問題に取り組むことを求めた。これを受けて9月には自殺対策関係省庁連絡会議が発足し、12月に開催された第2回自殺対策関係省庁連絡会議において報告書「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」がまとめられ、関係省庁が一体となって自殺問題に取り組み、今後10年間で自殺者数を1998年の急増以前の水準に戻すという目標が明記された。こうして厚生労働省中心に実施されてきた自殺対策は、厚生労働省が中心になりながらも、関係省庁が連携して総合的な自殺対策として展開していくこととなった。地方自治体における取り組みの普及に関しては、平成18年3月に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長から各都道府県・政令指定市の長に、自殺予防に向けての総合的な対策の推進に関する通知が出され、

平成19年度中に各都道府県・政令指定市に自殺対策連絡協議会を設置することを求めている。第2期において、自殺対策は「厚生労働省から政府全体へ」、「一部の地域から全国へ」と展開していくことになった。

### 3) 自殺対策基本法—社会全体の取組へ

自殺対策が厚生労働省から政府全体に広がる一方で、国会においては、議員立法として提出された自殺対策基本法が平成18年6月に可決された。自殺対策基本法は同年10月に施行されたが、その基本理念に「自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取り組みとして実施されなければならない」と述べている。また自殺対策基本法によって、国・地方公共団体には自殺対策を策定・実施する責務が課せられ、事業主にも労働者の心の健康を保持する等の措置を講ずる責務が課せられた。自殺対策基本法をもとに、平成18年11月には内閣官房長官を会長とし、関係府省の国務大臣を委員とする自殺総合対策会議が設置された。自殺対策基本法によって、自殺総合対策会議は自殺総合対策大綱の案を作成することとされている。この会議での決定に基づいて同じ11月に内閣府に「自殺総合対策の在り方検討会」が設置され、その報告書「総合的な自殺対策の推進に関する提言」は平成19年4月に公表された。そしてこの報告書をもとに、平成19年6月に自殺総合対策大綱(以下、大綱という)が閣議決定された。大綱は、「自殺対策の基本的考え方」、「世代別の自殺の特徴と自殺対策の方向」、



#### PROFILE

竹島 正  
(たけしま ただし 1954年生)  
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  
長、精神保健研究所精神保健計画  
部長  
専門：精神保健、社会精神医学

「自殺を予防するための当面の重点施策」、「自殺対策の数値目標」、「推進体制等」で構成されており、当面の重点施策として、自殺対策基本法に示された基本的施策に基づく9つの領域を掲げている。大綱はわが国における自殺対策の到達点であるが、自殺対策を社会的要因も含めて総合的に取り組む戦略を示したことにその意義がある。また平成19年4月には、国、地方公共団体、民間団体等の相互の密接な連携のもと、自殺総合対策を推進することを明らかにするため、内閣府に自殺対策推進室が設置された。地方自治体における取組の普及に関しては、平成19年7月に内閣府自殺対策推進室長から各都道府県・政令指定市の長に、総合的な自殺対策の推進についての通知が出され、庁内の推進体制の整備、民間団体との協働の推進、都道府県等における自殺対策に関する計画づくりの推進、相談体制の充実、普及啓発の推進等の取り組み強化を求めた。第3期は、第2期の民間団体の動きや参議院厚生労働委員会決議から発展したものであるが、社会的要因への取組が強調されたこと、それにしながって政府の取組の中心が厚生労働省から内閣府に移ったことにその特徴がある。大綱にある「現在の日本人の働き方を見直したり、失敗しても何度でも再チャレンジすることができる社会を創り上げていくなど社会的要因の背



景にある制度・慣行そのもの見直しを進めることが重要」という認識は、自殺対策が社会改革的な意味合いをもって語られるようになったことを示している。

### C わが国の自殺対策—今後の課題—

わが国における平成10年以降の自殺対策の発展経緯は、第1期が第2期に包み込まれ、さらに第3期に包み込まれていくという図式に整理できる。特に第2期以降はこれまでの対策の遅れを取り戻すように、理念や考え方が急速に展開してきた。大綱には「諸外国の例を見ても、自殺予防に即効性のある施策はないといわれており、中長期的な視点に立って継続的に実施する必要がある」と、国としても中長期的に取り組む必要があると述べている。このことと自殺対策の理念や考え方が急速に展開してきたことはどのようにつながるだろうか。これに関しては、自殺は複合的な原因・背景を有するため社会的取組として実施する必要があることから、まずは社会的取組としての自殺対策を進めるための態勢づくりを行ったと考えるのが適切であろう。

では中長期的な自殺対策は何をもとに構築すればよいだろうか。筆者は研究としては自殺の実態分析が、現場の取組としては相談窓口の連携が重要と考える。

大綱には「第4 自殺を予防するための当面の重点施策」の「1. 自殺の実態を明らかにする(1) 実態解明のための調査の実施」の項で、「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。また、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」と記されている。

自殺は、単にひとつの原因から起こるのではなく、健康問題、家庭問題、経済・生活問題など、さまざまな要因が複雑に絡み合う中で発生すると考えられる。このため効果的な自殺予防対策を進めていくためには、どのような経緯で自殺が起こったのかを明らかにするための実態調査は不可欠である。筆者等は自殺の実態分析を進め、わが国に適した自殺対策を進めるために、平成17年度のフィージビリティスタディ、平成18年度のパイロットスタディを経て、平成19年12月からは全国の都道府県・政令指定市64箇所のうち46箇所の参加・協力を得て、わが国としてはじめての大規模な心理学的剖検の手法を用いた調査「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」に取り組んでいる。この調査は遺族ケアを前提として行うものであって、調査結果を遺族支援にも役立てることとしている。調査がある程度進んだ段階では、社会的取組としての自殺対策を効果的に進めるために、調査結果の学際的な検討を行うことが望ましく、日本学術会議の支援を期待するところである。

さて、自殺予防総合対策センターは、自殺対策関係者の円滑な連携を図るとともに、民間団体の活動を支援することを目的として、自殺対策ネットワーク協議会を設置した。そして平成19年12月には、大綱の「自殺対策の基本的考え

方」に「問題を抱えた人に対する相談・支援体制の整備・充実を図る」と提言されていることから相談窓口の連携について協議した。協議の場では、日本精神保健福祉士協会の代表委員が宿題報告を行ったが、そこには精神保健福祉士の多年の経験をもとにした創作事例として、無理心中を図る母子の例(母：うつ病)、住所不定者の自殺未遂事例(本人：統合失調症)、グループホームに退院後間もなく自殺した事例、アルコール依存症の自殺未遂事例、手術後の自殺事例、ビルの屋上から「今から死のうと思う」と電話のあった事例、企業の健康管理室での相談事例(本人：うつ状態)が報告された。これらの事例からもわかるように、自殺対策には精神保健、

福祉・生活、社会的問題の相談窓口が、事例を通して連携を深める必要である。またそれを促進するネットワークが必要である。そして個人情報保護を考えると、保健師や精神保健福祉士等がアウトリーチを行える態勢を整える必要があると思う。

わが国は少子高齢化が進み、地縁・血縁だけに頼らない、新たな視点での地域力を構築していくことが求められている。自殺対策には、個別の事例に応じた適切な社会資源に結びつけていく、あたたかい人の手とネットワークが必要とされており、このネットワークは自殺の危機にある者だけでなく、広く社会にも役立つものと考えられる。

## 自殺防止の国家対策の経緯(1998年～2008年2月)

### 第1期

2000(平成12)年 2月	健康日本21の「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」の数値目標(厚生労働省)
2001(平成13)年 4月	自殺対策事業始まる(厚生労働省)
2002(平成14)年 12月	自殺対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」(厚生労働省)
2003(平成15)年 8月	地域におけるうつ対策検討会(厚生労働省)
2004(平成16)年 1月	うつ対策推進方策マニュアル、うつ対応マニュアル(厚生労働省)

### 第2期

2005(平成17)年 7月	参議院厚生労働委員会「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」
2005(平成17)年 5～8月	「自殺予防対策に関する有識者意識調査」(総務省)
2005(平成17)年 9月	自殺対策関係省庁連絡会議発足(内閣官房長官決裁)
2005(平成17)年 12月	「自殺予防に関する調査結果報告書」(総務省)
2005(平成17)年 12月	「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」(自殺対策関係省庁連絡会議)

### 第3期

2006(平成18)年 6月	自殺対策基本法
2006(平成18)年 10月	国立精神・神経センター精神保健研究所に自殺予防総合対策センターが開設される 自殺対策基本法施行
2006(平成18)年 11月	自殺総合対策会議が設置される
2007(平成19)年 4月	内閣府に自殺対策推進室が設置される
2007(平成19)年 4月	自殺総合対策の在り方検討会「総合的な自殺対策の推進に関する提言」(内閣府)
2007(平成19)年 6月	自殺総合対策大綱が閣議決定される
2007(平成19)年 12月	自殺対策白書が刊行される
2008(平成20)年 2月	自殺対策推進会議が設置される

# 自殺防止の国家対策

竹島 正, 松本俊彦

## Key words

suicide, suicide prevention, national strategy, the suicide prevention law

## はじめに

わが国の自殺による死亡者数は、1998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く、自殺未遂や自殺の問題で深刻な影響を受ける人々の問題を含め、自殺防止は国家対策として取り組むべき課題となっている。

自殺死亡者数の急増と、以後その水準で推移したことが、社会全体による取り組みを促したのであるが、そもそもわが国は、急増以前から自殺死亡率が高く、そのことと関連してさまざまな取り組みがあったこと、国家対策の必要性が指摘されてきたことを忘れてはいけない。1977年には、自殺予防行政研究会（1983年に日本自殺予防学会）、国際自殺予防学会、日本いのちの電話連盟の連名で「自殺予防のための施策実現に向けての要望書」を作成し、厚生省、文部省をはじめとする関係省庁や報道機関に手渡し、趣旨説明を行っている。この要望書では、自殺は単に当事者個人の病理に帰されるべき性質の問題ではないとして、公的な専門機関「自殺防止センター」を設置するなどの提案を行っているが、この取り組みは、政府の関心を引き出すには至らなかったという経過がある<sup>1)</sup>。

本稿では、1998年の自殺死亡者数の急増以降

の自殺防止の国家対策を、その特徴から3期に分けて述べる。そのうえで、自殺防止の国家対策が定着し、中長期的な自殺防止の取り組みが着実に進んでいくための課題について考察する。

国家対策の第1期は、自殺死亡者数の急増が明らかになってから厚生労働省を中心に対策が進められてきた時期をいう。第2期は、参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされ、政府が一体となって自殺対策を推進するため、自殺対策関係省庁連絡会議が発足し、それが機能し始めた時期をいう。第3期は自殺対策基本法が成立し、自殺総合対策大綱が閣議決定されてから今日までをいう。

## 1. わが国における国家対策の経緯 (表1)

1. 第1期—厚生労働省を中心とした取り組み  
1998年の自殺死亡者数急増に最初に対応したのは厚生労働省であった。2000年2月には21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の報告書がまとめられたが、その各論である「休養・こころの健康づくり」に「自殺者の減少」が数値目標として示され、国全体の健康づくりに自殺予防が取り入れられた<sup>2)</sup>。2000年3月発

TAKESHIMA Tadashi, MATSUMOTO Toshihiko : Japan's Suicide Prevention Strategy

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