

椿：多くの学術分野が協業することで自殺対策に資するような活動ができる。ここでは、そのようなことを議論していただければと思う。私は一統計家にすぎない。統計数理研究所には、3年前に自殺対策に資する統計を作られた藤田利治先生がいらした。残念ながら先生は志半ばにして病魔に倒られたのだが、我々の研究所としては、自殺という非常に大きな問題を研究するいろいろな分野の方々を支えられればと考えている。

私は今日、司会者という立場に徹しなければいけないのだが、自殺というのは社会現象としてタブー視され、深く研究することができなかつたと言われているのではないかと考えている。最近、google スカラーというものが出てきた。これは、1870年から今日まで10年刻みで自殺という論文がどれくらいあったか、自殺原因、自殺と統計の両方の検索をしたカウントである。自殺と同様に、恐らく研究という意味では非常にセンシティブな面があるだろう離婚、失業という一般的な社会現象に対して、例えば1870年代にどのような論文があったか、1920年代にどのような論文があったかという単純なカウントである。これを見ていただくと、自殺というものがいわゆる学術雑誌に初めて出てきたのは1870年代である。明六雑誌という雑誌である。「インドでは女性の自殺が多いという」という文章から始まる、記述的なものである。一方で自殺と統計、自殺を量的に測る、あるいは自殺の原因というものに関しては、実は戦後の論文が非常に少ない。ところが1920年代、いわゆる昭和金融恐慌、若槻礼次郎内閣、田中儀一内閣の時代には、自殺という論文は525稿もある。今日と比べて学術雑誌が非常に少ない時代であるので、この525稿というのは非常に多いと思われる。内容は詳細に調べる必要があるだろうが、1920年代、1930年代は実は多い。それが時局の趨勢に従い、戦時下になると急速に減少し、戦後非常に少ない状態が続き、1998年以来自殺が急増するという社会問題になった段階で、また自殺というのが学術研究の対象になった。もちろん学術研究の対象だということだけでなく、自殺はやはり社会的な現象である。1920年代は、日本の中で非常に失業者が増えていた時代である。その段階での社会のニーズにこたえるために自殺研究があった。それが戦後、むしろ自殺というものを非常に家族、個人の中に限定するという形の中で、我々が対策というものについてあまり考えなかつた時代が続いてしまったのではないかというのが、私の第一の問題提起である。離婚や失業というのも、日本の中では扱いにくい問題だと思うが、こういう問題に関して自殺研究よりは規模が小さいながらつながっているという印象を持っている。

さて、私共の研究班は2013年11月に開始した。研究班というのは、よく知った人が集まってやると思うが、今回は初めましてというような人達が皆集まった研究班である。私自身も、どのように進めるかというのは大変難しい問題だと思っている。まず、一体自殺は誰の問題なのかということである。先ほど言ったように、今までは個人の問題であり、家族の問題であり、あまり外に出さなかつた問題であったのが、今や地域ないしは職場のコミュニティの問題、それから経済、社会の問題となっている。自殺のステイクホルダー、

自殺自体を考えようということは残念ながら、日本の自殺が非常に増えたことで、社会の問題としてきちんと捉えることができるようになった。昨年 12 月に初めて WHO の会議に出席させていただいたのだが、世界各国はむしろ保健、公衆衛生の問題として捉えている。しかし日本はそれを超えて、経済、社会全体を考えている。全ての中で考えているのである。

一方で日本の現場活動は、ライフリンクをはじめ、いろいろな活動がある。私のような統計の人間のように自殺を単にイベントとして考えるだけではなく、プロセスとして何が起きているかを熟知している活動である。日常の状態からどのようにして、自殺に至る状態へ思慮や態度が変容を起こしたのか、メンタルリスクが非常に増大していくその上で最終的に非可逆的な行動状態として自傷行為、自殺行為を選択するプロセスを現場として捉えようという努力を行わなければならない。こういった異分野の方々が集まって議論ができる場を形成できるのではないかと考えている。自殺対策のための融合的研究というのはどういうものが必要なのか？我々が人間として、個人として精神を持ち肉体を持っていることを考える健康科学・人間科学という分野がある。一方で経済行為の中で経済学というものがあり、経済行為のリスクを考えるマネジメント科学がある。また、コミュニティを考える学として社会学があり、そこには価値観や文化というものがある。ところが自殺の複雑さというのは、研究としてそういったものすべてのインタラクション、相互作用があることである。融合的な研究、統合的な研究の中で、あるべき社会、どういったコミュニケーションを設計していくのか。企業と共同体と社会でどういう相互作用を考えなければいけないのか。いわゆるワークライフバランスのようなものがあるが、経済的な保証とワークライフバランス、経済と人間というのをどのように融合させなければいけないのか。我々はまだ融合ということに慣れていない。まず各分野の現状がどういうものであるかということ、各分野で自殺関係の研究を進めていらっしゃる方々に、質疑を含めて 10 分から 15 分の短時間ではあるが議論していただく。その上で、今日は非常に多くの方に集まっていたので、1 時間ほどの討論をやっていきたい。今日は大変多くの方々に集まっていたので、この場で完全な討論というものができないのではないかと危惧している。お手元にいわゆる討論用の質問用紙、コメント用紙が配布されていると思う。討論の時間を長く取ることができなかと危惧するので、どなたに対するものかを分かるようにしていただいた上で、ご意見、質問、コメントを書いて出していただきたい。もちろんこの場で回答できるものにたいしてはしていきたいと思う。理科系の学問、文化系の学問の融合だけではなく、皆様方全体との融合の良いチャンスになればと考えているところである。早速パネリストによる講演をしていただく。

最初はまずデータアプローチ、データに基づく自殺研究により現状把握が行なわれている。これについては統計学、疫学・公衆衛生学という分野で今どういう研究があるのか、あるいはどのように考えているのかということについてご提言、ご報告をしていただく。

トップバッターは我々統計数理研究所の久保田先生である。続いて岡本先生をお願いし

たい。それでは久保田先生、よろしくお願いします。

久保田：ただ今ご紹介いただいた統計数理研究所の久保田である。私は今ご紹介いただいたとおり、データに基づく我が国の自殺現状の把握ということをもとめさせていただく。

報告に入る前に、統計数理研究所リスク解析戦略研究センターも本パネル討論を共催させていただいているのだが、その中で私は自殺とメンタルリスクプロジェクトで活動させていただいている。プロジェクトのメンバーには所内の研究員および所外の客員の先生、外来の先生、それ以外にもいろいろな方のご協力をいただいで研究を進めている。

私の報告としては大きく 2 つである。統計数理研究所のリスク解析戦略研究センターの中で我々のプロジェクトがどのような研究をしているのかについて 4 点紹介させていただき、さらにどのような活動をしているのかというところを紹介させていただきたい。まず我々は、自殺対策のための、自殺死亡の地域統計、地域に焦点を合わせた統計を最初に利用することから始めた。そのため、最初に着目したのはどこに自殺死亡者が多いか、もしくは自殺死亡率の高いエリアはどこなのかといったことである。詳細は割愛するが、東北地方や九州の南のほうなどがホットスポットとして検出されたり、これを都市、年代をおって調べてみたり、男女別で比べたり、年齢階級に分けて若い世代からお年寄り世代まで傾向の違いを調べてみたり、もしくは逆に自殺率の低いエリアはどこなのかといったことや、増分がどう変化しているのか。さらには時間と空間の隣接を考え、時空間などを見て行っている。次に我々は、データ自体がどうしても一覧表で与えられ、使いづらいので、視覚化、可視化してヒストグラムを書いてみたり、3次元で並べてみたり、さらにはユーザーにアプリケーションを提供したりといったことを始めた。さらに、どのような地域特徴があるかということを確認したり、自殺の要因を見るため国勢調査のデータ等进行分析したり、気象のデータ、貧困や経済状況、商工業の状況、地域の財政状況などさまざまなデータとリンケージして、どのような関係があるのかといったことを見ている。さらには回帰分析や、ある現象が次の現象に影響を与え、さらにそれが影響してといったようなことを明らかにするデータ解析もやっている。

少し視点を変えて、今度は地域統計ではなく、自殺の要因を考える上でインターネット上の SNS、例えば twitter の中で自殺という言葉がどういう言葉と一緒につぶやかれているのかということ調べるために半年分ほどのデータを収集し、そこから潜在意味解析をし、「自殺したい」に近いツイートや、カテゴリーに着目して見ていくということをやっている。

これは警察庁のデータを使っているのだが、最近はより細かなデータが提供されるようになってきたため、例えば自殺だけではなく、その自殺がどういう原因、動機で起こったのかということを見ることができる。その中で生活経済問題の自殺に着目し、それと生活保護を受けている人の割合が都道府県、地域ごとにどのような関係になっているのかということ調べ出し、さらにはその関係性について確認をしようとしている。

このようなさまざまな研究をやっている一方で、我々統計数理研究所の中だけではなく、外に出て行ってさまざまな学会と共同して研究集会を行なっている。自殺予防総合対策センターから受託して地域統計を作成し、それを使った解析ということを連続的にやらせていただいている。

椿：データを作るというところから考え、いろいろな研究者の方々に来ていただき、そこで第1歩が進むという、統計の分野での思惑である。続いて岡本先生は、公衆衛生学・疫学のお立場から非常に貴重なデータを作られて分析されている。そのお立場で、基礎的現状把握についてさまざまな知見を持っていらっしゃる、また経験もある。

岡本：私が行ったのは人口統計である。死亡届の統計を使った、コホート分析である。これは専門用語なので説明したい。通常、年を取ると死亡率が高くなるというように、死亡率は年齢の影響を受ける。しかしそれ以外に、いつ生まれたのかということ、よく特定の世代を指して昭和一桁世代であるとか戦後世代というが、それによって自殺率に差があるものなのか。例えば若い頃に戦争を経験した世代というのは、平和な時代に育った世代に比べて高いのか、低いのか、そういったことである。卑近な例で言うと、子宮頸がんワクチンを学校で打つと大人になったときの子宮頸がんでの死亡率は減るのかといったことについても、副作用の問題などで急にやめたりすると、当然同じ30歳の女性でも学年によって死亡率に差が出るかもしれない。このように、病気に関しては割とはっきりしているのだが、自殺に関してはどうだろうかということである。人口動態統計というのは、亡くなった方の死亡理由を集計しているのだが、100年以上前からやっているのだが、きちんとデータが残っているのは過去40年分しかなかった。1972年以降しか残っておらず、それ以前のものはない。とりあえず40年分のデータを使用し、生年月、亡くなった年月、死因のデータを取得した。これは自殺だけではなく、24の死因について生命表を作り、図書館にDVD付で寄贈しているので、皆さんもエクセルで取得することができる。

大正・昭和・平成つまり1912年4月の学年から2011年までのちょうど100世代を対象とした。その100世代の0歳から99歳までの100歳分である。40年間のデータの死因分類は定義が頻繁に変わっている。例えば40年前はエイズなどなかった。ただ自殺というのは分類が問題になることはない。

Age Period Cohort とあるが、どういうものを作ったかということ、要するに縦軸が学年であり、一番上が1912年生まれである。横軸は0歳から99歳までの年齢である。もし過去のデータが全部残っていれば、これがちょうど三角形になるのだが、40年間分しかなかったのでこれだけの幅しかない。例えばバブルの頃は失業率が低かったので、もしバブルの影響が出るのであれば、斜め線となって表れる。数学的には3つの効果は同時には解けないものなので、分析するには何らかの仮定が必要になる。私が過去に子どものぜん息の研究をしたときは年齢効果が一定、例えばがんというのは歳を取ると増えていくので、

このパターンはどの世代も一緒であるというふうに仮定した。ただ、先に結論を言ってしまうと、それは自殺という死因には当てはまらないということが分かった。それから死亡率を出さなければいけないのだが、当然毎年生まれてくる子供の数は違うので、1972年4月以降の出生者は出生数を用いたが、それ以前は1970年の国勢調査のデータを使った。厚生労働省には1961年以後のデータがあり、1970年、1971年のデータを入れたかったのだが、71年以前の数年間はデータの不備が多く使えなかった。そのため生存数は1970年の人口から毎年、海外の移民などは無視し、全死因で死亡した数をどんどん減らしていった分母にした。その結果、このような表ができる。

色分けは、低いところが緑で、高いところが赤である。10歳未満の子供はほとんど自殺しない。斜めの線、つまり72年から2011年の真ん中辺りの1990年頃、景気が良かった頃の自殺率は低かった。よく見ていただくと、この辺りに少し赤くなっている部分がある。これはエクセルの条件付き書式というものののだが、この部分だけ拡大してみると非常に傾向が出てくる。この辺りにある赤いかたまりは1972年から1973年頃であるが、20代の女性の自殺率が他の40代、50代の女性よりも高かったということが分かる。これは、1969年6月に「二十歳の原点」を書いた高野悦子という立命館の学生が鉄道自殺をしており、その手記が1971年5月に刊行されたことによるウェルテル効果であったのではないかと思われる。因果関係ははっきりと分からない。この本が出たから自殺が増えたのか、そもそもこの時期は学園紛争などがあって若い女性も悩み、その1人が高野悦子だったということかもしれない。

もう少し目を凝らすと、ここに少し赤い筋が見える。1985年、岡田有希子の自殺である。最近になってくると、真っ赤になってきて、全年齢が赤い。これは年越し派遣村に象徴されるように、やはり女性も失業など不景気の影響を受け、どちらかという若い人よりもお年寄りに多いのではないかという気もする。

こちらは男性である。基本的によく似た傾向が見られる。年を取ると赤くなっていくという傾向がある。

各論は別にして、どの年齢が自殺しやすい世代なのかというのをAPC分析するために、先ほど言ったようにまず年齢効果の自殺率はどの世代も一緒だと仮定し、要するに平均値を出した。赤が男性、青が女性である。10歳くらいから自殺率が急に上がり、20代くらいで平たくなる。男性の50代というのは組織、会社の中で一番責任が重く、失敗して自殺をするといった状態になり、非常に赤くなる。定年する60代を過ぎると少し赤くなるが、女性の場合はそれがあまりなく、男性より低い。要するにこのパターンはどの世代も一緒だと仮定し、先ほど見たグラフと同じように死んでいたら1、それよりも低かったら1より低いというふうに計算した。

これが、一番古い1912年の世代から一番新しい平成の世代に至るまでの結果である。1921年、大正10年生まれの世代は非常に低い。この世代の特徴は、男性が戦争で兵隊にとられ、6人に1人が戦死していることである。このように戦争体験があるかどうか、例え

ばアメリカではベトナム帰還兵の自殺や精神病が多いというデータがあるが、日本の自殺に関していうと逆である。若い頃に戦争を経験した世代は、年を取って自殺をしにくくなる。それから、1970年の第2次ベビーブームの世代は比較的低くなっているが、非常に憂慮されるのは平成生まれの若い世代の自殺率が急激に高まっていることである。これもよく言われることである。女性の場合は男性に比べると比較的平坦なのだが、やはり女性も若い頃に戦争を経験した世代は自殺率が低い傾向が出た。

結論として、男性に関しては50代頃ピークを迎え、そのまま低下し、80歳頃からまた急増する。女性は年齢と共に緩やかに上昇する。コホート効果は男性には明瞭だが、女性には目立たない。非常に面白かったのは、戦争経験のある大正世代の自殺率は低い。また学園紛争を経験した戦中、戦後生まれの世代も比較的高い。女性に関していうと「二十歳の原点」の効果があったのかもしれない。1970年の第2次ベビーブーム世代は低いのだが、昭和末期、平成元年から男女とも急増していることが憂慮される

椿：2点の報告について、統数研のほうは地域集積性のようなことをやっており、岡本先生のほうはコホートという形である集団をずっと追いかけている。いずれにしろデータを取り、ある種の傾向を出している、そういった現状把握ができるという報告である。

国立精神神経医療研究センターの藤森先生に、WHOの会議に関して各国の研究状況などを調べていただいた。藤森先生は心理学がご専門である。先生の研究と国際的な研究状況を含めてご報告いただく。

藤森：国立精神神経医療研究センターの藤森である。私に与えられた課題である、国際的自殺対策の実態および課題把握のための調査研究の調査結果を報告させていただく。申請書に書かれている内容を少し抜粋しているが、日本の自殺による死亡率は先進諸国に比べて高い状態となっている。2006年に自殺対策基本法、自殺対策大綱が策定され、国として自殺に取り組んできた。その成果もあり2010年より減少傾向にあるが、自殺対策大綱の見直しもありさらなる対策に向けて新たな取り組みが求められていることから、国際的な自殺対策の取り組みとその評価の実態を把握することを目的とし、WHOのWorld Suicide Reportの会議に出席する国際的な自殺対策の取り組みを行なっているエキスパートを対象に調査を行なった。調査項目は、背景としての所属国、所属機関。専門分野、主な活動、経験年数を聞いた。そして過去5年間の自殺関連の取り組みに関しては、その取り組みの主題について、共同者、対象者、予算、デザインについて聞いている。さらに過去5年間に自殺関連の取り組みに関する評価を行なっているものについて同様の質問をしている。分析は記述統計を行なった。参加者背景だが、参加者42名中55%程度の23名の方から回答をいただいた。アジアの方が12名で半数以上を占めた。またヨーロッパの方からも3割程度の回答を得ている。所属については、大学に所属している方が一番多くなっている。学位は医師の方、特に専門としては、精神科医の方の回答が多かった。経験年数は20年程度である。主な活

動であるが、研究を主にしている方が半数を占め、研究のフィールドは公衆衛生や疫学、精神学という形になっている。過去 5 年間の取組みについて、プロジェクトの数と研究予算を伺っている。その結果、自殺関連の取組みに関しては、回答者 1 人につき中央値で 3 つ程度になった。2 という回答が一番多いようである。

研究費は 0 という回答から非常に大きな国家プロジェクト未満のものまでばらつきが大きいという結果になっている。自殺関連の取組みに対する評価をどのように行なっているか、その数であるが、「行っていない」という回答が 6 割を占めている。同様に、予算についても非常にばらつきが大きい。回答者の出身エリアで見ると、オセアニアの回答者は 1 人当たりのプロジェクトの数が非常に多いという結果が出ている。主な主題は、危険因子を扱ったものが一番多くなっている。続いて啓発、意識を増加させるというものについて、それから自殺の発生を減少させるというテーマのものが主になっている。ヨーロッパでは 3 つ目の、自殺や自殺未遂の発生自体を減少させたいということを取組みが多いという結果が得られている。また、下のほうになると少なくなっているのだが、例えば遺族の支援、民間組織との連携の強化といったものの取組みは回答が非常に少ない。次にコラボレーター、どういった領域の方々と一緒にプロジェクトを行なっているかという質問に対しては、政府機関や公衆衛生機関、精神保健機関、研究者との共同での活動というのが 5 割という結果が得られた。特にヨーロッパや北米では政策立案者とのコラボレーションや、社会的弱者関連団体とのコラボレーション、NGO、研究者とコラボレーションとしているという回答が多かった。またその取組み対象はどういった方かということ聞いてみたところ、こちらに関しては全ての領域にわたってばらつきが認められる。その他に対する回答としては、青年期を扱っているという回答がほとんどであった。それから、どういった形で取組みをおこなっているかという取組みのデザインについては、研究のベーステーマの質問をしているのだが、その結果として、無作為化比較試験、マイノリティコホート研究、症例報告といったものが多い。地域別に見るとヨーロッパはシステムティックレビューやマイノリティコホート研究のデザインでの取組みが多いという結果になっている。

次に自殺関連の取組みに対する評価を行なっているかという回答に対し、どういったテーマで行なわれているかというのを見てみると、意識が増えたかどうかというものを評価しているもの、自殺自体の発生を減少させるもの、介入の評価というものが多くなっていた。それからこの取組みに対する評価をどういう方と一緒に行なっているかということだが、やはり政府機関、精神保健機関、研究者という結果になっている。先ほどの結果同様、ヨーロッパと北米では社会的弱者関連の団体、生存者や家族、NGO、研究者と一緒に取り組んでいるという回答が多いという結果が得られた。

取組みの対象については、先ほどの結果と同様ばらつきが見られた。その他は青年期という回答が最も多くなっている。

評価のデザインだが、前向き症例対照研究、比較のない研究というようなものと、専門家の意見という回答が多くなっているが、ヨーロッパではシステムティックレビューとい

う回答も多く見られた。

以上の結果をまとめると、今回の調査では 13 か国 23 名の方が調査に参加している。参加者の背景は、経験年数 20 年以上の精神科医や精神医学博士が半数を占め、公衆衛生や疫学の領域で自殺対策の研究を行なっているという方が多く参加している。そのようなことも踏まえつつ、こういった方の回答では自殺対策の取組みは主に 3 つほどである。自殺関連の取組みに対する評価に関する活動は非常に少なく、「行なっていない」という回答が 6 割を占めていた。予算は非常にばらつきが大きく、0 というプロジェクトも多数存在することも分かった。自殺対策の取組みの活動に関しては、危険因子を扱ったもの、啓発に関するもの、発生に関するものが多く、政府や公衆衛生、精神保健の関係者や研究者とのコラボレーションによる取組みが多いということと、無作為化比較試験、コホート研究、症例報告というのが多いということが示唆された。課題としては、やはり自殺対策の取組みをどのように強化するかということだが、こちらは国際的にもまだ少なく、今後の課題であると考えられた。

椿：WHO の会議自体は世界の自殺対策あるいはカントリーレポートというものを総括するために昨年 12 月、東京で行なわれた。そこに世界の自殺対策関係の研究をされている方々が集まられた。その機会を捉え、藤森先生に今のような調査をしていただいた。何かご質問等があればお受けする。

質問者：RCT はどれくらいの規模の予算と、どの危険因子に関するものだったのだろうか。

藤森：今すぐ回答ができない。細かいことは後ほど確認して回答させていただきたい。

椿：自殺研究での無作為化試験というのはどういうものかという関心だろう。

質問者：秋田大学の本橋である。私は 12 月の WHO の会議に出席できなかったので少しお伺いしたのだが、これは参加者に対しての質問であるので、当然メンタルヘルスや精神医学関係の方が多い。先生のご経験として、今まで政策研究、要するにこれらを踏まえてどうやって対策に生かしていくかという研究そのものが、この WHO の会議に来られている方以外でどの程度世界において進んでいるかということについて、そのとき情報が得られたか教えていただきたい。

竹島：このミーティング自体には、世界各国から 40 名ほどの方が参加された。WHO のいろいろな Office から参加されている方と、レポートの執筆にかかわっている方達である。先生のおっしゃっていることについては、それぞれの国のプロジェクトにかかわっている、多くのリサーチャーや研究者に集まっていたと考えると間違いない。それぞれの国のプロジェクトをリードされている方が集まったと考えている。

椿：それではここからは諸分野からのアプローチという形で、いろいろな学術分野の中で自殺対策に資する研究としてあるべき姿とはどういうものかということを経次紹介させていただく。初めに東京大学経済学部の澤田先生から経済学の立場でお話させていただく。

澤田：経済学を専門にしているが、経済学の立場から自殺対策についての研究を簡単にご紹介したい。「自殺対策の社会モデル」と書いてあるが、これについては最後に少し補足して説明したい。我々の研究チームは自殺対策を主に3つの柱から、社会科学적인見地からやっている。去年「自殺のない社会へ」という本を上梓し、この中にこれまでの研究をまとめている。今日も来ておられるが阪大の松林先生と、シラキュース大学の上田先生と一連の研究をやっている。この共同研究には主に3つの柱がある。最初は、自殺の実態を実証的に解明するという事。それからそもそもなぜ自殺対策が必要なのか、自殺は個人の問題であり自殺するのも個人の自由ではないかという考え方もあるかと思われるので、それに対してなぜ政府が予算を配分して自殺対策を行なう必要があるのかということを経2つの柱にしている。3番目は、自殺対策には潜在的にはいろいろな手法がありうるわけだが、どういった対策に非常に効果があり、限られた予算の中で政策全体の効果を高めることができるのかということである。

1番目については、OECDの集計データを使った国際比較の中で日本の実態を共有するという事。それから、データの問題があってなかなか難しいのだが日本の県別、ないしは集計されたデータを使って日本国内の自殺の実態についてどういうパターンが出るか。また、多くの方の関心が非常に強かったが自然災害が起こった場合に自殺のリスクがどのように変化するのかということをやっている。2番目の、自殺対策がなぜ必要なのかということについては、経済学の考え方だが外部性、負の外部性というものがある。これは当然のことながら「遺族」というものが生まれてしまうということや、先ほど岡本先生から紹介があったがウェルテル効果というものがある。それと同時に経済上の取引がさまざまな形で自殺に関連する可能性がある。ひとつは債務に関連して、連帯保証人制度というものがある。それから生命保険、死んだ方が遺族をどうやってサポートするか、そのための仕組みであるわけだが、生命保険契約そのものの存在が自殺を増やす可能性がある。これは歪んだインセンティブということができる。最後の、エビデンスに基づいた自殺対策の効果検証であるが、これは緒に就いた感がある。集計されたデータを使い、政策全般あるいは自殺対策、国レベルの自殺対策が始まったことによる効果。それから、後で紹介するが自殺対策基金という予算がまとまって付く形になったことが、最近の日本の自殺者数低下につながっている可能性がある。

最後に、市区町村あるいは鉄道会社さんレベルの取組みでいくつか我々がやっている研究

成果を紹介したい。最初の実態については国内の動きをごく簡単にご紹介し、なぜ自殺対策が必要なのかということについては、遺族数の推計・ウェルテル効果・生命保険について紹介し、最後のエビデンスに関しては自殺対策基金、こころの絆創膏といわれる個別の取組みについて紹介したい。

まず日本の自殺の実態なのだが、多くの方がご存じのように、97年までは自殺者数が2万人台だったものが98年にかけて34%急増した。それから98年以降2011年まで、ずっと3万人を超えていた。一昨年3万人を切り、去年の数値もほぼ同じ。2つ目の特徴としては恒常性というものがある。それから3つ目の特徴として、実は過去98年以降、自殺率が非常に高い状況だったわけだが、中身を見てみると高齢者の自殺率そのものは低下している一方、若年層、20歳から39歳までの自殺者が非常に増えているという傾向が見られる。

1番目の急増については特に40代、50代の男性無職者、健康問題を抱えている方、それから自営業で経済問題を抱えている方というのが非常に特徴的である。いろいろな経済要因が関連している可能性がある。失業率との相関関係も強く出ており、最近そこに非常に強く相関関係を捉えるという状況になっている。集計データによって、本当に因果関係があるのかということまで迫るとするのは道半ばなのであるが、集計データをできる限る分析した上ではこういった姿が確認できたということである。

次に、なぜ自殺対策が必要かということについてである。我々が取り組んでいるひとつの研究として、自殺遺族数の推計がある。1人が自殺することによって一体何人の遺族が生まれるのか、これは、人口動態統計を家計調査などいろいろなデータと合わせることによって推計している。我々の結果では、大体1人亡くなると平均して5人弱の遺族が生まれる。数年前の数字ではあるが、20歳未満の遺児というのが9万人近くいる。それから全体では300万人の遺族がおられ、ざっくり言って日本の40人に1人が自殺遺族になっているということになる。海外の研究や日本の小規模な研究で、自殺遺族の自殺リスクは非常に高いということが知られている。やはりこういった負の外部性が前提にあれば、政府が予算を割いて取り組む必要があるだろう。それから、負の外部性のもうひとつはウェルテル効果である。これは著名人が自殺すると、その後追いが増えるということである。ここに紹介している図は私の研究ではなく、松林さんと上田さんの研究であり、*International Journal of Epidemiology* という公衆衛生学のトップジャーナルに出ている研究結果である。これはコホートを使われたと理解しているが、人口動態統計を丹念に分析し、日別の動きをたどっていくと、作家、芸能人、あるいは政治家といったハイプロファイルの著名人の自殺が起こると、その10日前、20日前では特に自殺が変化するという傾向は見られないのだが、著名人の自殺が1件起こると、平均して7%ほど自殺が増える傾向がある。そしてその7%の増加は1週間程度続く傾向があり、その後4%程度に下がりはするが、3週間程度にわたって著名人の自殺が後追い自殺を増やすという統計的に有意な傾向が見られることが分かる。これは、日本のウェルテル効果がはっきり存在するというを示した研究になっている。このウェルテル効果があるとすれば、やはり負の外部性があるということな

ので、自殺に対して積極的に介入する理論的根拠になる。それから 3 つ目の、自殺対策が必要な理由であるが、通常我々が使っている経済的な契約というものが自殺を増やす可能性があるとするれば、契約が自殺を増加させるインセンティブになっているので、その何らかの対策を講じて改善する余地があるだろうということである。

生命保険を事例にとった。2 つの図があり、左側の図は日本生命の医師が書かれた論文から拝借してきたものである。自殺者が、生命保険に加入してから何年で自殺するに至ったかということと、保険年度を横軸に取っている。加入してから 1 年、2 年、3 年とあるのだが、実は生命保険には自殺に関する免責というものがあり、1999 年までは生命保険加入後 1 年未満で自殺した場合には保険金は下りないという状況であった。それが 2000 年に軒並み 2 年に延び、例えば加入後 1 年 11 か月であったら自殺しても保険金は下りないという状況になった。2005 年からはそれが 3 年になった。1 年の免責期間、2 年の免責期間、3 年の免責期間と延びているわけだが、仮に生命保険に入り、支払われた保険金を遺族のために使おうという動機で自殺をするということがあれば、1 年、2 年、3 年に免責期間が変化したのに従って、自殺のタイミングが分かるのではないかと思われるのだが、実際にこの図はそれを示している。横軸は保険に加入して何年かという経過年、契約保険年度という形で取っている。縦軸は、被保険者全体の自殺率に比べてどのくらい自殺の割合が大きいかという、自殺の指数を取っているのだが、免責期間が 1 年の場合には、1 年目は非常に自殺率が低いのだが、1 年経つと上がる。これが 2 年に延びると、1 年目、2 年目は低いが 3 年目に延びる。3 年に延びたら、1 年、2 年、3 年は低いだけでも 4 年目に延びるという傾向になっている。もちろんこのスロープが緩やかになっているということは、自殺の抑止になっているということも示唆されるが、やはり自殺が生命保険によってある意味で誘発されている面があるだろうということになる。右の図は我々の研究グループでやっている分析であるが、個別の個票データというのはビジネスの糧であるので生命保険会社さんからは出していただけないのだが、集計データは分かる。国別にどのくらい生命保険金を支払っているか、保険料を支払っているかという集計データは分かるので、OECD の過去 22 年間のデータを使った。実は OECD の各国は免責期間が違う。それから時期によっても免責期間が変化するということがあるので、免責期間を丹念に調べることによって統計的な処理をしたところ、国民 1 人当たりの平均的な生命保険料支払と自殺率の間には非常に強い正の関係があるということが分かった。なかなか個別の問題にはアプローチできないのだが、この免責期間が終わった直後に自殺するインセンティブがあるということについては、例えばこれは 2011 年に公開された「SUICIDE FORECAST」という韓国のコメディ映画である。韓国では保険の免責期間が 2 年だが、2 年が終わる日に保険の営業員が必死にお客さまが自殺するのを止めるという映画である。この映画ができるほどであるから、日本のみならず韓国でも生命保険のインセンティブというのが非常に問題のようである。

最後にいくつか自殺対策の効果検証ということでご紹介したい。冒頭にも申し上げたと

おり、98年から3万人超であった自殺者数が2011年には27,700人となり、去年はさらに500人減ったということで低下のトレンドにある。この自殺者の低下というのが何でもたらされたのかということは検証すべき重要な課題である。ここでは自殺対策基金というものから、地域自殺対策研究強化基金というものが県別に配布されたことによっていろいろな事業が行なわれるようになり、そのことが自殺低下に結び付いたのではないかとということで統計解析をしている。横軸は2009年から2011年まで100億円という予算規模で行なわれた基金の県別の配分額を取ったものである。縦軸は、基金が始まる前の2008年から、基金最終年の2011年の3年間の自殺の変化率というものを取っている。これは非常に強く負の相関関係があるということが分かった。この解釈についても、因果関係として解釈できるかどうかというところは議論が残るが、多く予算が配分されたところで自殺が低下する傾向がある。

それから個別の取組みについては、名古屋市がこころの絆創膏という取組みをされている。これは2010年から2012年までのデータを使っている。この試みは、名古屋市の主要な駅あるいはハローワークでこのような絆創膏を配ったというものである。絆創膏の表には「僕のこころが泣いている、気づいて欲しい、そして助けて欲しい」と書いてあり、裏面にはこころの健康の相談電話の番号、サラ金、多重債務の相談番号、中小企業の経営相談番号が書いてある。中を開けると絆創膏が入っているのだが、絆創膏のカバーに「うつ病とは何か」といったことが書いてあり、「何か思い当たる人はここに電話してほしい」ということで電話番号が書いてある。名古屋市がこういうものを2009年から主要な駅で配っていた。配るタイミングが各駅で違うので、我々がデータを集約し、何部絆創膏が配られたかというデータと、ライフリンクさんを初めとする皆さんの努力によって得られるようになった市区町村別の自殺データというものを合わせることで、この絆創膏が配られたことによって自殺が低下する傾向があったかどうかということを経験的に見ている。これを見ると、配られたことがある区で、配られた枚数が多かったとき、2か月後と4か月後にその区の自殺者数が低下する傾向が見られた。男女別に見ると、2か月後に低下するのは女性で、4か月後に低下するのは男性であることが統計的に分かった。非常に簡単な形ではあるが、丹念な介入というのにも効果がある可能性がある。もうひとつは、鉄道自殺というのは非常に重要な問題であり、特に社会的なコストが大きい問題となっているが、青色灯というものを設置することにより鉄道自殺を抑止するということを、いくつかの鉄道会社がやっている。我々の研究チームでは、首都圏のある私鉄会社さんから2000年から2010年までの11年間の、70ほどの駅のデータを提供していただき、青色灯が設置された前後と、青色灯が設置されているところと設置されていないところの2つのバリエーションを使って青色灯の効果を見ている。これを見ると、青色灯が設置された直後はほぼ自殺が抑止されていることが分かる。1件だけあるのは青色灯が点いていない昼間にあった自殺である。とはいえ、1件あったということなのでそれも加味して統計解析をすると、青色灯には80%以上の自殺抑止効果があると言える。

最後に、今まで申し上げたとおり3つの柱が必要であるということである。1つは自殺の実態の解明。2つ目は、なぜ自殺対策が必要なのかというそもそもの理屈付け。実態と合わせて理屈付けというのをきちんと確立する必要があるということである。3番目は、エビデンスに基づいてどういう対策に非常に効果があるか、しかも限られた予算の中で効果が発揮できるものは何かということ積み上げていくということが可能だと思われる。これらを自殺対策の社会モデルと呼んでいるのだが、自殺対策の文脈ではないが障害の文脈では社会モデルというものが非常に有力な考え方となって議論されている。障害というのは医学的に判定できる物理的な障害ではなく、従来からの社会のほう障害者を保護できないという仕組みがあるために障害になってしまうという、簡単に言えば世の中が皆体操選手だったとすると、私などは障害者になってしまうというように、社会の側が作り上げる障害という姿がある。自殺対策についても、もちろん医学的なうつ病対策というのは非常に重要であり、欠かせないわけであるが、うつ病のみならず社会全体のいろいろな複合的なことが絡み合っ、障害のように自殺というものが起こってしまうということを考えるべきである。これは大綱の中でも、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現というのが掲げられているので、自殺対策の社会モデルというキーワードをここでひとつ考える必要があると思っている。長くなったが以上である。

椿：経済学の立場から紹介していただいた。続いて東京大学の堀江先生から、宗教学・死生学の立場からご講演いただきたい。

堀江：東大の死生学・応用倫理センターの堀江である。恐らく今日のこれからの議論の中でも非常に異色の角度からの話をするようになると思う。つまり、今までの研究はどちらかという統計学的な話が多く、社会・経済的な側面というものが非常に強かった。私の今日の話は、価値観といったソフトの部分にフォーカスを当てたものになる。今回の研究班の中では、これまでの研究動向と今後何が必要なのかということ整理し、報告書にまとめるつもりである。自殺にかかわる研究文献という非常に膨大な量になるので、ここでは割り切ってデータベースで検索した非常に表面的なところから研究動向をまとめた。

今までの日本の言論やジャーナリズムなどの状況を連想すれば大体分かるようなことであるが、日本ではかなり早い時期から西洋の自殺論が輸入されていた。西洋における自殺というと、普通はキリスト教だから自殺を禁止しているだろうと思われがちであるが、それはあまりにも幸福な自殺観である。しばしば取り上げられるのは、例えばダン、ヒューム、ショーペンハウアーといった自殺擁護の思想である。つまりキリスト教に則った自殺論というよりは、人間は自殺に傾くのだという現実を踏まえた上で、それをどういうふうに考えれば良いのかというものである。この中で特に決定的に重要な役割を果たしたのはショーペンハウアーである。文学的、哲学的な青年が自殺するといったことをきっかけにし、日本社会の中でも自殺というものがクローズアップされてきた。先ほどの Google

Scholar 結果にもあったが、戦前のある時期、非常に件数的な高まりがある。先ほどもウェルテル効果という、ゲーテの作品に触発された自殺ということがあったが、文学や物語と自殺というのは非常に大きくかわる。ここに挙げたのは、例えば論文や著書のタイトルに出てくるような人である。それから文学者で自殺した人、夏目漱石は『こころ』という作品がよく取り上げられるが、ここに並べているような非常に有名な文学者が自殺をしている。これにエビデンスがあるかどうかは別として、人間は死というものを物語を通して受容する、あるいは死というのは非常に生々しいものであるので、ダイレクトに思考するのはどうしても難しい。物語を通して死を受容するという傾向があるというのは、終末期の患者に関してもそうであるし、自殺に関してもそうで、心理学においてはショッキングな出来事があると、乖離という、いったん自分から人格を引き離して処理することがあるが、物語というのはそういった意味合いもあるのではないかとということで、文学は非常に重要であると考えている。

日本では非常に自殺が多く、歴史上切腹などというものもあり、日本文化としては自殺に傾きやすい文化であるという日本文化論が展開されていく。そういう中で日本の宗教というのは、自殺を肯定的に捉える、そういった文化の重要な要素になっていったと考える傾向がある。これは決して根拠がないわけではなく、例えば心中というものが江戸時代に流行るが、これは心中することによって亡くなった 2 人が救われるという、救済を希望した心中というのが流行したわけである。その後も、国家のために死ぬ、これを自殺というのかどうかという議論はあると思うが、大きな意味での分析のために考えるとしたら自殺というふうに捉えることができると思われる。そして、こういったものに対して宗教や思想というものが非常に重要な役割を果たしてきた。外国人から見た日本文化論ということでは、クーリエ・ジャポンという雑誌の中に「自殺大国日本」という記事がある。これは、自殺をするのは伝統だという考え方である。我々にとっては、ごく最近急増したとされているわけだが、そのように、日本文化論として自殺というものが重要であるということが言われている。

それに対して新たな研究動向、宗教の位置の転換と書いてあるところだが、2000 年代以降、特に東日本大震災が起こった 2011 年以降、宗教者や宗教団体による自殺予防活動に関する文献というものが多数出てきている。しかしこれがどのように一般に認知されているかということ、ほとんどご存じない人が多いのではないかと。ここにいらっしゃる方は見聞きしたことがあるかもしれないが、一般社会においては宗教者と自殺予防活動というのはあまり結びついていないかもしれない。しかし文献の動向を見ると明らかにたくさんの文献が出てきている。ここに置いたのは、比較的タイトルが分かりやすいものである。この中では小川有閑さんという方が実践しつつ研究するというスタイルを取っている。小川有閑さんは宗教情報センターのホームページの中で、僧侶による超宗派的な自殺予防活動についてどういうものがあるかということを紹介なさっている。これは、1 宗派の中のものではなく、いろいろな宗派の僧侶が連合して行なっている取組みである。これは非常に良い

傾向だと思うのだが、いったんその文脈から離れて、日本の宗教というのはキリスト教やイスラム教のように、強く自殺を禁止するような規範というものを持っているかということ、歴史的に考えるとそれほど強く自殺を禁止していない。中には、死んだ後で地獄で苦しむのだといったことを言う宗教もあるわけだが、それが日本の宗教の中でどの程度あるのかと思う。教団あるいは宗教者という立場で、「自殺は仕方がない」ということを決して言うことはないと思う。しかし実際に信仰をしている一般の信者さんにおいてはどうかということ、私にとって非常に関心がある。話が拡散してしまうかもしれないが、例えば人工妊娠中絶などについてもキリスト教では非常に強く禁止しているが、日本では、形式的には良いことではないと言うが、その後の供養といったことに注意が払われる。遺族にとって自殺者の供養というのは当然重要なので、遺族ケアというものを通して自殺の連鎖を防ぐということ、そして日本の宗教界はむしろ自殺のタブー視の緩和というほうに向いているのではないかと。つまり、自殺は絶対禁止であるということと自殺のタブー視というのは裏表というジレンマが常にあるのだが、日本の宗教はそのジレンマをやわらげることができる可能性があるのではないかと思うわけである。この東日本大震災以降、様々な災害にもかかわらず自殺率が上回らず、スピリチュアルケアなどいろいろな形で宗教者がかかわるようなケアができていき、その資源というものが有効に生かされるのではないかと。この点に関しては、島藺先生がいらっしゃるので一言話していただきたい。

島藺：日本宗教界が自殺対策というものに大変意欲的に取り組む兆候が見え、それに私も主体的にかかわっているので、そのことを少し申し上げたい。

いわゆる葬式仏教というような形で、地縁、血縁の中で動いていた僧侶や協会が、本来の宗教の役割、人間の苦に向き合うということが十分にできるような形になり、社会問題や災害支援、死の見取り、グリーフの世話、当然その中には自殺に対する対応というものも入っているが、若い方を中心に熱心に取り組んでいる。こういった傾向を私共は記述的に明らかにしたいと思っている。そしてそれは文化の変化、日本の文化の中で宗教が持っている位置の変化にかかわってくると思うので、ぜひそれを数量的な分析に取り込んでいただけると大変ありがたい。地域による違いや、宗教が与えるもの、文化が与えるものをいれただけだとありがたいと思っている次第である。

堀江：宗教対策、宗教者災害支援連絡会、宗援連というものと、臨床宗教師、臨床宗教教育ネットワーク、それぞれに島藺先生がかかわられている。これまでも宗教者が自殺予防活動に携わってきたといっても、教団の中でも一部の動きといったところがあったのだが、こういったネットワークができあがっている。これは一宗教のものではない。その中でさまざまな事例がシステムティックに集約され、分析されていくことでどういう効果を持つのかということも明らかになってくるのではないかと。そういう意味でもネットワークとい

うのは非常に重要である。実践するためにも重要であるし、それを評価するのにもネットワークを生かせると考えられる。

先ほど示したこれまでの研究動向、ある種オールドパラダイム、つまり自殺と思想や文学というものが密接に絡み合っていて、日本文化の中である種野放しというか、肯定的に捉えられているという動向と、急激な変化というものにどう折り合いをつけるかということを考えなければいけない。話のとりかかりとして、私が世界価値観調査データを整理して作ったグラフがある。日本とアメリカを比較し、宗教が重要だと答えた人、左側が「とても重要だ」、右側が「全く重要でない」と分かれているのだが、それと「自殺は絶対に正当化されない」と答えた人の率である。これを見ると、アメリカでは「宗教が非常に重要だ」と答える人は「自殺は絶対に正当化されない」と答えている。それに対して「宗教は重要でない」と答えた人は自殺についても寛容である。ところが日本では全く逆の傾向を示しており、「宗教はとても重要だ」と答えた人のほうが、自殺を許しているというデータが明らかになっている。専門家的な人以外の日本人の意識の実態把握というのは非常に重要である。いくつかの仮説をもっているいろいろな質問項目でやってみたらどうかと考えている。同じ研究班にいらっしゃる山本功先生がこのことに関心を示してくださり、いくつか死生観にかかわる調査項目を用いた 1,000 人規模の調査を行なうことになっている。

椿：もし質問等があればお願いしたい。

質問者： 国立社会保障・人口問題研究所の金子能宏である。貴重なお話を聞くことができ、大変勉強になった。ひとつ確認なのだが、先生が物語を通して死を知ることが大きなテーマになるとおっしゃっていて、例えば夏目漱石の『こころ』というものを挙げていらっしゃったが、子どもが死を知ることについて、学校教育の中でペットを飼って、ペットが死ぬこと、例えば冷たくなったインコを抱かせることによって死を知ってもらうということもあった。それは自殺ではないが、物語から死を知るということは、自殺で死ぬ場面もれば、交通事故で死ぬ場面もあるし、いろいろな死の場面を物語は語ることができると思うのだが、子どもに自殺を知ってもらうときに、ペットと物語というものの死の知り方、認知の仕方というのはどのような差があるのか、あるいは宗教的に考えて両者を比較する必要はあまりないのか、その辺りについて先生のお考えを確認したい。

堀江：宗教学的に考えると、その点は非常に重要である。宗教には儀礼がある。しばしば動物を生贄に捧げるような儀礼は重要である。これは別にペットを大事に考えない、生贄に捧げるというわけではないのだが、ひとつの儀礼を通して死と再生というものを経験するということがある。私は「物語を通しての死の受容」といったが、これを宗教学的にいうと、儀礼をとおして死というものに慣れていく、小さな死をとおしていろいろな変化や、社会的な激動や問題にも揺らがないメンタルが宗教者の中に育っていく可能性がある。ペットを育てて見送るというのも、ひとつの儀礼としての力があるかもしれない。

椿：続いて工学の立場、リスクシステム工学、社会システム工学の立場ということで、電気通信大学の鈴木和幸先生にお話しいただく。

鈴木：工学論の立場からご報告させていただく。これまで私達は、製品安全、医療、輸送、食品安全といったことについて分野横断的に、リスクシステム情報学の立場から未然防止、という形で4年間研究をしてきた。その視点からお話させていただければと思う。取り返しが付くものは良いのだが、取り返しのつかないものについてどうやって未然防止をするかということが大事である。我々は、これから先起こるものが何らかの形で予測できれば、それに対して防止できるのではないかと考える。そうすると、これから起こる取り返しがつかないものというのは、ほとんどが過去に起きたものではないだろうか。これまで起こったものをしっかりと分析し、そこにどういう意味があるのかを分析していくことが重要ではないかという立場で研究してきた。それは、帰納と演繹を両方フォローしていくということである。

システムのアプローチというのも考えてきた。重要なのは、社会全構成員の総力の結集、みんなが主役にならなければいけない。これが演繹と帰納を統合するシステムのアプローチであり、7つの視点として提案することができる。

黒田先生は航空機の安全性の研究をされてきた先生である。先生は、「安全はこの世には存在しない。存在するのは危険因子と、それが顕在化した危険だけである。潜在する危険因子を顕在化しないように努力し続けた結果、何事も起こらなかった状態を安全という。この努力を一瞬でも怠れば意見は事故という形で顕在化する」。こういう形で、そこにリスクというものが存在する、潜在的な問題というものを考えていかなければならないと述べられた。

今日も出席していらっしゃる清水さんが代表をされているライフリンクの自殺実態白書から分析をさせていただいたことを、これからご報告させていただく。最初は、自殺実態白書からの内容である。ここにあるのは、自殺実態1,000人調査という形で清水さんから提供された内容である。職業別に分類すると、無職の方、非雇用者、自営者、学生さん、無職者の場合でも就業していても病気等でその後無職、最初から就業など大きく2つに分かれる。少し紹介させていただくと、例えば先ほど連帯保証人の問題があったが、連帯保証人、倒産、不安、夫婦間の不和、DV、うつ病、離婚の悩み、こういう形のパターンが必ず存在する。こういったことを、7つの視点で分類していくと形になる。我々の目的としては、人間としての幸せな生活を誰もが送るということである。やはり家庭、職場、友人、それぞれの生活において私達がこれをどう五感で判断し、どう感じて、どう意思決定しているかを分析する、そういった情報処理モデルである。ここでは「生活苦」という外部ストレスに注目した。失業、負債、過労、健康問題、いじめ、家庭内暴力。先ほどの情報処理のところの4つのステップで、そこで我々は人間関係のストレスを感じてしまう。トラ

ブルのメカニズムというところは、先ほどのように分かれてくる。そこで現象として表面に現れてくるのがトラブルモードである。いわゆる人と人とのコミュニケーションのパイプが詰まって、薬物・アルコール依存、睡眠薬多量摂取、摂食障害。そこに家族の不和・孤立が入ると重度のうつ状態がさらに進む。

深く孤立したり、それが重度のうつと重なる。その詰まりのところで破たんしてしまうと暴力やストーカー行為といったことになってしまう。トラブルモードというのは、例えばものづくりの分野でパイプというものを考えると、パイプで好ましくない現象というのは亀裂が詰まりである。コミュニケーションのパイプが詰まってしまふ、都市ガスのパイプが詰まる、人間の血管が詰まる。ただ、人間の冠動脈が詰まったときの影響と、下水のパイプが詰まったときの影響は違う。そういう形で、いろいろなものに対して汎用化、抽象化、一般化をはかったものという形でトラブルモードあるいは故障モードと呼んでいる。

それからトップ事象モードは、福島のとくに全電源喪失という状況を検討しておけば防げたのではないかと、そういう影響、被害が起きる手前の事象をトップ事象モードと呼んでいる。自殺の場合には、先ほど申し上げたように家族の不和などである。

以上を踏まえて、申し上げたいことは2つある。何かというと、先ほど申し上げた現場ではみんなが主役なのだという内容、もうひとつはデータベースである。日本医療機能評価機構では医療事故のデータベースが作られており、これを私なりに分析させていただいた。全部で4,600件の、治療や処置に関する重度の問題がある。循環器内科の、カテーテル治療である、ステントを入れてバルーンをふくらませ、ステントを密着させる。

私が分析すると、このときのトップ事象モードは4つである。大量流出、詰まり、瘤形成、異物の体内残存。4つの柱で分析していくと大体どんな場合でも、全く医学が分からない私でも分析ができる。分類すると、67%が適切な行動を組織として未確立であったというデータも取ることができた。申し上げたいことは、このようなデータベースというものを我々は分析していかなければならないということである。

椿：工学信頼性の分野で行なわれているアプローチが自殺対策の中でも非常に有効なシナリオを形成できるのではないかとということである。何かご質問等があればお受けする。

大澤幸生（東大）：コメントとなるかもしれない。ここまでのお話の中で社会的な視点、そして個人に関する視点の両方があった。個人に関しては、個人におけるプロセスがあって自殺に至り、その中には本当に目に見えないような予兆や原因があったりするわけである。しかもそれは、場合によってはあらゆる方向に対する諦めみたいなものであって、諦めである限りそれは人に対して発現されないということもあると思われる。そういった目に見えない原因というのが、実は社会やシステムの外からやって来ていると思う。しかもシステムというのは、個人であったり組織であったり社会であったりと非常に多重性がある。

そういった意味の階層性、個人があり組織があり社会があり、それぞれに対する外からの外部性、これからのミクロなインタラクションと、外からのマクロなインタラクション全体を捉えるような考え方というのは、これまでの自殺研究の中でもあったのだろうか。

椿：清水先生、補足していただければありがたい。

清水：先ほど鈴木さんのほうで触れていただいた自殺実態白書の表紙の次のページに、自殺は極めて個人的問題であると同時に、社会的な問題であり、社会構造的な問題であると書いてある。社会構造的な問題というのは、先ほど鈴木さんもお話されていたがある種のパターンがある。私はもともと報道の仕事をしていたので、自殺で亡くなったいろいろな方達あるいは遺族取材をする中で、どうも同じような立場の人達が、同じような問題を抱え込んで、同じように亡くなっている、そういったことを感じるようになり、よくよく調べてみると、一般に公になっていることではあるが、日本では年間の自殺者が1998年に急増し、3万人ということですずっと推移してきた。それ以降、亡くなっている人達の割合というのはそんなに大きく変わっていない。ということは、同じような立場の人達が同じような問題を抱えて同じように亡くなり続けている、つまりその背景には社会性がある。場合によっては社会構造的なしくみということだろうと思う。したがって、個々のミクロを見ていく中で構造が明らかになってくるということだろうと思う。階層を分離して考えるというよりは、個々のミクロを見ていく中でその共通性を見出し、しかもその共通性が固定化されている中で個人の問題であり、社会の問題であり、さらには社会構造的な問題であるというような発想が出てくると思う。

大澤：そうすると、鈴木先生がおっしゃっているようなシステム的なアプローチをやっていくひとつの路線の上で、社会的なマクロな立場から研究されている人と、心理学や宗教といった個人に関する研究の研究者が連携的にやっていくようなプロジェクトというものを大規模にやっていくことが重要と思った。

竹島：自殺予防総合対策センターの竹島である。2点お話しておきたいことがある。ひとつは他の国の自殺対策、例えばニュージーランドの自殺予防戦略なども社会的な領域から個人の領域まで、かなり階層的対策の構築をしている。そういう意味で他の国でも日本の対策と構造上は似たようなものが出てきているのではないかと思う。もうひとつは、国内のことで申し上げますと、すでに亡くなられた大原先生が自殺対策の研究をずいぶんされていて、著書の中には、精神医学だけではなく社会学、心理学、さらには経済学などさまざまな学際的な領域での研究が必要であるという視点があつた。それをどう発展させるかというところが必要と理解している。

清水：関連して、先ほどのご提案なのだが、まさに私もそういった問題意識を持っている。ただ実際のところは、個人のレベルと社会構造的なレベルの実態を明らかにした上で、それをどう対策につなげていくかということまで考えなければならないと思っている。自殺対策の現場で活動している立場だからこそ、ああいったミクロの情報を得られるということになるので、そういう自殺対策の現場と研究、さらにその研究成果を政策に反映させる政策立案の関係者、自殺対策の現場と研究と政策がどう連動して社会的な仕組みとしての自殺対策 PDCA サイクルを生みだしていくか、これが自殺対策が直面しているもっとも重要な課題だと思っている。それに対しては、実は今度学会を立ち上げようと思っている。実務家と研究者と政策立案者 50 人ほどで発起人会を作った。そういうふうにして、ミクロの現場と最前線の現場を研究の対象とする研究者、その研究の政策を政策に反映させる政策立案者、そして政策が現場を後押ししていくというものをぜひ作っていききたい。また皆さんにも呼びかけさせていただきたいと思っている。

椿：私共もこういった融合的な研究というものはあまりやったことがなかったのが、本来この自殺学というのは社会を設計する科学でなければならないというのがひとつのポイントだと思っている。それには、鈴木先生が言われたように全員が参加しなければならないということがポイントである。それと同時に社会を認識する科学と、医療や法学など社会を設計するための科学、それから鈴木先生が研究されている工学やマネジメントといったものが融合しなければならない。清水先生が言われているような現場の中のミクロのアプローチとマクロのアプローチをどうやって融合するのかということは、結構な難問なのであるが、そこにチャレンジしなければまずい。その上で今お話があったように政策当局あるいは自殺対策をやられている活動の当事者と研究者が全て融合しなければならない。先ほども言ったように、我々の研究班というのは今後あるべき研究テーマを提言しようというミッションがあるわけだが、清水先生が提言していただいたことは落としどころであり、本当はディスカッションで話すべきことであろうと思う。竹島先生がおっしゃったように、それはこれまでも研究されてきていたということであれば、もう少しその辺りを確立できればと思っている。総合討論でやるべき議論だとは思ったのだが、我々自身もそういう問題意識を持っているということをお大澤先生に言っていただいた形になった。リスク社会現象の中に、このようなアプローチが必要なのではないかと思うが、特に自殺はそういうものであると思っている。

それでは、私共の研究班ではない外部の先生方に、研究班とは別の立場でご講演していただき、勉強させていただく。初めは国立精神神経医療研究センター、精神保健研究所の山内先生に、自殺対策の現状と今後である。

山内：こちらのスライドは、私が地方自治体の職員や地域の保健師さんなどに対して研修を行なうときにいつも使っているスライドである。今日の話でいうと、そもそもなぜ自殺

対策ではなく自殺総合対策が必要なのか、まさに融合的な必要なのかということを含めて示すスライドではないかと考えている。こちらが自殺行動ということで、直接的かつ介入可能な要因として精神保健の問題があるということなのだが、それ以外のさまざまな要因が、しかもさまざまなレベルで複雑に絡み合って自殺という問題が成立している。したがって自殺総合対策というものが必要であり、融合的な研究が必要なのだというふうを考えている。私もこれまで、要因についてはいくつかの論文で報告してきた。今日は、自殺行動にフォーカスを絞って話をしたいと思う。ここは、自殺死亡だけでなく、広い意味での自殺未遂なども含めた自殺行動であるとなっている点に注意していただきたい。自損行為や自傷行為、自殺未遂について私自身の研究も交えながら紹介したい。

未遂については、平成 24 年 8 月に見直しされた自殺総合対策大綱の中でも、重点項目であることは変わっていない。その中のひとつとして、「自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」という項目がある。これは当然、自殺未遂をされた方が再度自殺を企図するリスクが高いからということになる。その中でさらに見直しのポイントとして、若年層への取組の必要性、重要性和並んで、この自殺未遂者対策の必要性、重要性が大きく謳われるようになったという経緯がある。その背景として、自殺死亡者に未遂歴があったかということについての、警察当局の報告を元にしたデータでは、男性が全体の 15~20%、女性の若年については全体の半数近くに過去に自殺未遂歴がある。これは不詳を含めてということになっているのだが、それでも 15%前後の方については未遂歴が報告されているということになる。こちらは自損行為の救急出動や救急輸送・搬送数である。これについては消防統計から引っ張っているのだが、こちらが救急車の総合出動回数、こちらが実際に自損行為によって搬送された人の数である。自殺死亡が 98 年に急増し、ある意味 3 万人で高止まりをしているのに対し、自損行為で搬送される人については 1998 年以降も右肩上がりが増えていくのが実情である。こちらについては、先ほど澤田先生のほうから簡単に説明があったので割愛させていただくが、ひとつ言いたいのは、海外では、そういった大々的な報道の後には実は死亡は伸びておらず、自殺未遂が増加しているという報告もある。そうは言っても、自殺未遂への対策というのは、ある意味でもっとも手が付けられていない領域であるということも確かである。

我々が毎年行っている調査なのだが、実際に都道府県、政令市であっても大綱の 9 項目の中での、未遂者の再度の企図を防ぐということに取り組んでいるのは全体の 8 割である。これが市町村になると全体の 1 割に満たないという現状がある。その背景として何があるのかということを考えてときに、ひとつは自殺未遂や、未遂も含めた広い意味での自損行為に対する情報というものが少ないのだろうということがある。我々としては、自損行為による救急搬送の実態に関する研究を 2011 年頃から、地方自治体の委託研究や、研究費を取ったりする形で進めている。こちらは、自傷行為によって救急搬送された事例の、救急活動記録票を分析したものである。この救急活動記録票なのだが、自治体によって差はあるが、救急搬送された事例について記入されていることとしては、発生日時、場合によ

ては細かい時間まで書かれている。あとは性別、年齢、手段、実際に救急搬送されたかどうかや、傷病の程度。それから救急搬送された事例については精神疾患や身体疾患についてのいわゆる既往の情報について多くの場合、広く残っているということになる。先ほど紹介したのはあくまでひとつの自治体レベルに留まっているのだが、我々としては当然全国の記録票が知りたいということがあり、その情報を持っているところがどこかと考えた場合、総務省消防庁だろうということで、そちらに少しアプローチをし、全国の自損行為による救急搬送データを提供していただいた。

過去5年間で、理由を問わず救急搬送された事例は2,040万件ほどであるが、その中の約1%、つまり救急搬送が100回あったとき、100回のうち1回は自損行為による救急搬送だということであった。正直申し上げて、全国といっても一部の地域は入っていないのだが、大体22万例ほどの事例について分析を行なった。こちらについては残念ながら、全国のほうでは、手段や精神疾患、身体疾患の既往歴についてそもそも報告がされていないということでデータとして提供されていない。こちらについてはつい先日、我々のホームページで簡単にはあるが総務省消防庁の資料の解析ということで掲載している。

こちらは、基本的には全国の救急搬送の資料ということで、今こちらに示しているのが統計数理研究所の藤田先生という方が作成された「自殺対策のための自殺死亡の地域統計」という資料である。この自損行為版もしくは自傷行為版、なんとかここまでもっていき、ぜひ地方自治体の実態も含めた我が国の自損行為、自傷行為の実態をデータとして提供できないかと悪戦苦闘しているところである。なぜ悪戦苦闘になるかというと、残念ながら人口動態統計のような形で、国の基幹統計ではなく、あくまで消防の業務統計であるということがあるのだが、なんとか地域統計のような形までもっていきたいと考えている。

今年の10月に奈良で、世界精神医学会というところの疫学・公衆衛生学セクションミーティングというものがあるのだが、こちらの中で自殺予防関連のシンポジウムをやろうかと考えているので、関心のある方は参加していただきたい。

椿：研究班の外部の先生からということで、本橋豊先生に「地域における自殺対策 今後の課題」ということでご講演いただく。よろしくお願いします。

本橋：これまで私がやってきたことを少しまとめさせていただいた。私は秋田において地域における自殺対策をやってきた。先ほど、科学的エビデンスに基づく政策立案が大切だという話があったが、実は世界の中でも日本というのは地域におけるいろいろな包括的介入によって自殺未遂がどうなるかという研究が一番精力的に行なわれている国ではないかと思う。海外のいろいろな文献やレビューを見ても、日本の文献が紹介されていることが多い。この部分は誇って良いと思う。地域介入による自殺率の減少の研究というのは、最近のものまで含めてさまざまあるわけだが、3つだけご紹介したい。1枚目の左に秋田県の地図があるが、これは私共が行なった介入研究である。総人口43,000人ほどのところを介

入の対象地域として、前向きの研究で包括的なプログラムを実施した。これは2001年から2004年頃まで行なわれた研究である。その結果が1枚目の右下にある。やったこととしては、住民に対する啓発や、実態調査をもとにさまざまな巡回型の健康教育を行なった。それから巡回型健康教育の中では、当時主にうつ病対策を念頭にやっていたので、公衆衛生学的な立場からの医学的なことではあったが、それにプラスして自殺に対するさまざまな偏見の除去などを行っていた。それからリーフレットの作成や、民間のネットワークを作るということを重視した。3年間このような包括的モデル事業を行なったが、この人口43,000人の地域では、4年後にトータルとして半数くらい自殺率が減少したというデータをお示しすることができた。

1枚目の裏にあるのは海外の研究で、ニュルンベルグでのうつ対策である。これはHegerl先生というドイツの精神学者が、自殺予防というより、うつ病に対する患者のケアの向上というものを基本的な目的として行なわれたようであるが、包括的な対策を行なったときに自殺率および未遂を含めた指標を見ると、自殺率の減少が認められたということである。左上のところに書かれている4つのレベルの介入、これは我々が秋田県で行なったものとほぼ同じようなことであるが、しかし文化的な違いがある。ファシリテーターというのは、例えば宗教家であるとか、日本とは少し違った職の方に対するファシリテーター教育を行っているのであるが、基本のプロセスは同じである。右上にあるのがこの方達の研究結果である。自殺行動と未遂行動を合わせて評価すると、ニュルンベルグでは2年間で、対象地域のビュルツブルグに比べて有意な現象が認められたということで、地域に対する包括的な公衆衛生的・医学的介入によって自殺率が減少するということドイツでも認めることができたということである。我々とほぼ同じ時期に同じような研究をやって報告されているということで、私もHegerl先生に直接会ってお話したという経緯があるので、いつもこのニュルンベルグの結果をご紹介している。

3つ目の研究というのが、厚生労働省で行なわれた戦略研究である。本日は、これにかかわられた先生が多く参加しておられるので私が話すべきことではないが、昨年10月に報告された研究結果を簡単にご紹介する。この戦略研究というのは、非常に大規模な研究グループを作成し、10万単位に近い介入地域と対象地域、それからもうひとつは農村部における介入と都市部における介入に違いがあるのかどうかということも検証する、それから自殺と自殺未遂の2つについて分析を行なっている。さらに介入の方法や、それを標準化して日本全国で同じレベルでの介入を行なったということと、介入の度合いというのをきちんと評価したということで、かなり厳密に行なわれた我が国の研究である。恐らく世界でもこういった精密な研究というのはないと思われるので、日本が世界に発信した研究であると思われる。

上の表が農村地域で、介入によってどれだけ自殺未遂が減ったかということで、下に行くほど自殺未遂が減少したということである。下の表が都市部における結果である。見方としては、1から下がっているか、下がっていないかということである。時間の関係で結論

だけ申し上げると、農村地域では男性、それから 65 歳以上の高齢者で有意に低下する。しかし下の図の都市部においては、有意な低下が認められなかったという結果になっている。これをどう解釈するかというのは難しいのだが、恐らくこの戦略研究では都市部における効果的な研究があるのかどうか調べるというのが大きな目的だったと思うのだが、人口規模が大きくなるとあからさまに介入の効果が見えてこないという結果になったと思われる。では都市部において効果がなかったからダメなのかというと、私の個人的な見解ではあるが、やはり都市の中においては人口の規模をもっと小さくした形での対応を行なえばどうだったのだろうかということである。今回はそれをやっていないので分からないのだが、清水さんがやっているような足立区の介入などでは効果が出ているので、恐らく人口規模というのはかなり重要なのではないかと示唆しているのではないかとというのが私の個人的な見解である。

それから 2 ページ目の上の部分であるが、私も医者の方の端くれであるので、当初は Depression ということを念頭に置いていた。その際、左下にある個人的要因、これは医学的要因やライフサイクルの要因があるわけだが、我々公衆衛生の立場からいうと、それ以外の社会文化的公共要因というのがどうかかわっているかということを中心にしなければならぬ。ここ 15 年ほどの公衆衛生学の研究の中では、Social Capital や Contextual Effects のようなことがずいぶん研究されており、我々も neighborhood や近隣関係、社会関係資本、社会の信頼や絆というのがどのような影響を及ぼすのかということの研究してきた。今日は時間の関係でお話しないが、これについてもやはり小地域、地域が小さいと Social Capital が自殺率の減少に影響を及ぼすというデータは蓄積している。ところが都市部になるとそれが消えていくというデータもある。したがってやはり、介入や働きかけ、地域の絆に対する働きかけというのも大きなところで一律にやるというのではどうも効果が薄そうだという研究が進んでいるということに触れさせていただく。

秋田県の自殺対策として何をやっているかについて簡単にご紹介する。これは、いろいろな介入研究や戦略研究、我々の地域介入研究で行なったのは大体こういうことである。情報提供や相談体制の充実、うつ病対策、予防事業の推進、予防研究、さらに重要なことは、秋田県の中では民間団体のネットワークが非常に強固になってきたことがある。蜘蛛の糸という団体の佐藤久男さんという方がいらっしゃって、具体的な検証は難しいのだが、この方の対面相談が秋田県の中高年の自殺率の減少に効果があったと私は考えている。戦略研究等においても、地域の自殺対策の中で対面型の相談事業を熱心にやっているということが、かなり秋田県地域での自殺率の減少につながっているものと考えている。秋田県の自殺者数がどう推移したかということについては、2003 年以降着実に減少しているということがお分かりになるだろうと思う。

最後に 2 ページの右下の資料についてであるが、来年度国のほうに研究申請をしている。いろいろな先生を巻き込み「学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究」というものを考えている。基本的には、蓄積しつつあるいろいろな科

学的根拠をもとに、それを実際の政策提言にどう結び付けていくかということ等をできれば研究していきたいということである。3つの柱として、自殺総合対策大綱の検証・提言。それから学際的な研究推進。本日の研究会もまさしくそうだと思う。それから、やはり国際的動向を踏まえてどうやって政策提言に生かしていくかという研究もぜひやっていきたいということで、この研究プロジェクトの実現に向けて頑張っているところである。

椿：それではディスカッションに入ってまいりたいが、まずこの班の位置づけというものを私が適当に言ってしまったのだが、行政の狙いというものがあったかと思う。今日は厚生労働省の江副室長がいらっしゃるのだが、何か一言お願いできるだろうか。

江副：我が国の自殺者数は近年減少傾向にあるが、まだまだ、昨年で27,000人にのぼる。自殺対策に関する研究であるが、これまでは医学的あるいは公衆衛生学的な見地からの研究が多かったと思われる。今回のこういったさまざまな方面からの研究を進めていただくことにより、今後の対策に非常に有効に生かせるのではないかと考えている。研究成果が生かせるようにこれからも協力をお願いしたい。

椿：ありがとうございます。そういうことを生かして今後、産官学、皆さん全体が支えられるようなものが出せればと思っている。非常にたくさんの質問ならびに意見をちょうだいしている。今回私共の班では分担研究という形で進めていたのだが、医療・法律以外に実は教育というものが非常に重要な対策につながるということで、分担者の渡辺先生、渡辺先生から紹介していただいた得丸先生より大学教育に関する要望などについてコメントを頂戴している。それから意見として林さまから、「人生観や価値観を変えるような取り組みも必要だと思うが、学校教育で直接的に自殺を取り上げるわけではないとしても、命の教育は行なわれる。しかしその効果に対する実証は難しい、こうした点も総合対策に含めていただきたい」と頂戴している。もしよろしければ、得丸先生あるいは渡辺先生から補足していただくことは可能だろうか。

得丸：上越教育大学の得丸である。私と林先生はずいぶん昔から命の教育ということで、自殺予防をその一環としてきている。ただ、ひとつ言えることは、青少年の自殺は非常に低い、そのリスクは壮年、高年と引き続くので、やはり若いときに対策を取るのが効果的なのではないかということである。しかし学校現場では、先生による自殺予防教育はまず無理である。先生自身も大変であるし、自分自身がそういった教育を受けていない、一度や二度の研修では自殺予防の対策はできない。ということはある意味で、先生に対する自殺予防の教育プログラムが必要なのではないかとということと、では先生の卵を育てる教育大学の学生に対しての教育がまずひとつ大きな提案ではないかと思う。現場はそれどころではないので、子どもへの自殺予防教育は、まず大学教育ではないかと考えている。

渡辺：法政大学文学部心理学科の渡辺である。この研究班に入らせていただき、非常にマクロな観点から、いろいろなものと結びついているということで、私自身が勉強させていただいている。先ほど、失業したりDVを受けたりしてうつになって死ぬという行動パターンは同じであっても死なない人もいるというか、自殺をしない人もいるということを見ると、心理学の立場からはやはり個人の中で同じようなストレスを受けた場合、個人的資質の何に差があって自殺をする行動を取らない人がいるのかというところの知見がいろいろとあるので、そういうところとマクロの統計などが一緒に分析できれば面白いのではないかと思っている。それから10歳以下の子どもの自殺というのは、統計的にも自殺だったかどうかというのが分からないところがあるようだ。またパーセンテージとしては2%と低いのだが、小学校の先生に聞いてみると、やはり先生方は自殺というものを体験されている。私もデスエデュケーションという、子どもが「死ぬ」ということをどのくらい分かっているかについて調査したことがあったのだが、やはり小学校1年生くらいに死んだ人の絵を描かせても、目は開いているし立っている人間の絵を描く。小学校3年生くらいになると、壁にもたれかかったり横になったりしているのだが、病死のイメージではなく、ナイフで刺されたり銃で撃たれたりする殺人のイメージが強い。小学校5~6年生になると病死のイメージがかなり強くなっているというように、死というものをどのように捉えているかといったことが、命や「死ぬ」ということに対してどういう教育を施すことが予防教育になるのかという面も大事なことではないかという感想を持った。

椿：そもそも子ども達にどういうプログラムを与えなければいけないか、それは先生の問題でもあるということであるが、これは社会的な自殺対策という意味ではひとつのアウトプット、落としどころとしてそういうことが必要だろうと思われる。ただ、それをどうするかということに関しては、今日のいろいろな議論中で、価値観は多様である必要はあると思うのだが、どういう価値観を与えるかということがあったかと思う。パネリストの先生方には、今日フロアの方からいただいた質問票を配布している。その中で、先生方のところに来ている代表的な質問に対して答えるという形で話を進めていただければと思っている。久保田先生のほうから、回答していただきたい。たくさんの質問をいただいており、全てにはお答えできないため、何かひとつ本質的な質問にお答えいただきたい。

久保田：私からは2つのことについてお答えしたい。まず1つ目は、金子先生からいただいている、私が紹介した年齢階級ごとの空間ホットスポットのついての疑問である。それから岡本先生に紹介いただいたコホートの効果について、データを統合してうまく解析できないのかという質問であった。それについては私共もぜひ検討していきたいと考えている。実際にホットスポットを求める解析ではないのだが、去年10月に都道府県別の自殺率の年齢、時代、特徴ということをご報告いただいているものもあるので、この辺りとのコ

ラボレーションも考えながらぜひ検討していきたいと考えている。それが1点目の回答である。もうひとつが筑波大の宮本定明先生からいただいた、私がかかわったSNSの研究から有益な知見、結果が得られたのかどうか、また同様の解析があるかどうかという質問である。実はテキストを解析するというのは大変難しい分野であり、どのような解析結果が出たかについてスライドを1枚お見せして紹介したいと思う。これは、深夜から午前、午後、夜という時間帯と、7・8・9・10・11・12月の月別に、どのようなツイートがいつされているかというのを表わしている。これは何が特徴的かということ、実は7月の部分だけが他と比べて全然違うということが見て取れる。例えばニュースやいじめといったことが多くつぶやかれている。これは一昨年の7月で、ちょうど大津でのいじめが関連した自殺に関する報道がなされていたときであるため、そういうことが顕著に検出されたということはあるのだが、もう少し踏み込んだ検討というのが必要だと考えている。

椿：これからまだいろいろな検討を進めなければいけないが、言葉が発せられているということは非常に重要なところだろう。では岡本先生も少しご回答いただきたい。

岡本：では山本栄美子さまからの質問にお答えする。「うつ病罹患者の自殺率の統計はあると思うが、薬物による衝動的な自殺という潜在的な可能性もあると一保健師としては感じている。把握できる要因のひとつとして投薬、精神科への受診状況と自殺率という把握も可能だろうか」。非常に良い質問だと思う。私事で恐縮だが、今日発表した人口統計も興味があることなのだが、私の本職はレセプトデータの分析である。今日お示したように、死亡診断書には、この人は自殺だということは書かれても、どういう薬を飲んでいったことや、どこの精神科にかかっていたかということは、普通は書かないので、死亡統計では分からないのだが、現在はレセプトのデータベース化が進んでおり、山本さんは保健師さんでいらっしゃるということだが、自治体だろうか。

山本：健康保険組合である。

岡本：すでにレセプトのデータベースというものができていて、去年10月から公表が始まっている。これは全部個人情報のデータベースである。少なくとも死亡したら資格を失うわけであるから、亡くなった人が直前にどこの医療機関にかかり、どんな薬を飲んでいたので、もちろん処方データなので一度に100錠飲んだのかといったことは分からないが、それは完全に把握できる。実は私もこのことについて非常に興味を持っている。ご存じのように、日本の向精神薬治療は問題があるのではないかとされている。問題意識としては、薬での副作用ももちろんであるが、この自殺というものも非常に重要で、確か去年、国のほうが向精神薬をこっそりためて一度に飲むといったことがあるので、管理をしっかりしてほしいという通達を出した。答えを先に言うと、今日示したような人口統計ではむ

りだろうが、少なくとも現在から先はデータベースがあるし、健康保険組合のデータもあるので、できるということである。私もやりたいし、やってほしい。保険の面からの話を付け加えると、私も臨床をやっていたときに自殺未遂者のような人が運ばれてきて診たことがあるが、レセプトに自殺未遂と書いてはならない。言うまでもなく自殺未遂であれば保険からの支払いはできないので、例えば薬物中毒と書くのは構わないが自殺未遂と書いてしまうと診療報酬がもらえない。逆にいうと、それを出してしまうと、健康組合は良いが国保は半分以上国の補助金なので、それで診療報酬をもらってしまうと不正請求になってしまう返還を求められる。制度上、微妙なところがある。自殺者が3万人ということは、その何倍、何十倍の未遂者が当然いて、ケガをして入院したり、植物状態になったりして膨大な医療費が使われていると思う。それは命の問題としても重要であるし、お金の面でも非常に重要である。ただ、実際には制度的な問題があると思う。

椿：海外では抗うつ剤が新しくなったことによる自殺抑制効果の研究がある。日本は、先生がおっしゃるようにレセプトがあるということが非常に大きなポイントではないかと私も思う。それでは藤森先生。

藤森：GRIPSの池田さまからいただいたご質問で、無作為化比較試験の具体的内容についてである。詳細は分からないところもあるのだが、私が聞いている範囲で見ると、無作為化比較試験をプロジェクトに含んでいるという回答の予算は、100万単位から億単位までであった。その内容、目的、主題にしていることも多岐にわたっているのだが、複数選択が可能であるため必ずしも全てが無作為化試験での評価ではないと思うが、多かつたものとしては自殺についての意識を増加するというようなものや、自殺に関連するスティグマの減少、介入研究や介入法の評価、自殺対策の役割を果たす人的資源へのトレーニング、遺族に対する支援、心の健康を促進するようなものということが挙がっているようである。それから「精神的負担や疾患の指標は何か」という質問もいただいているのだが、申し訳ないが指標に関しては今回細かく考えていないので、戻ってからプロジェクトの名前で検索し、ご回答できそうであれば分かる範囲で、何かの形でご報告させていただければと思う。

椿：それでは澤田先生。

澤田：私のほうには3名の方からエビデンスに関する質問と、経済学者として学際研究にかかわることについてのご質問が2件あるので、その2つにお答えしたい。まず最初は、吉川先生からいただいたご質問である。吉川先生自身が働く人の自殺防止ということで、ある企業の方と活動されているということである。労働者が自殺した場合、具体的にどういふ損失が生じるのか、それをどうやって把握するのか、一体いくらぐらいなのかということなどをどのように示せば良いのかというご質問である。企業にとっての労働者、雇用者が

自殺することの広い意味での損失ということなのだが、これについては少し違う視点からお答えしたいと思う。ここに座っておられる社人研の金子さんが、企業だけではなく国全体で自殺者がいなくなったことによる経済的な便益はどのくらいなのかということ推計されている。手元にある 2009 年の事例では、自殺された方が仮に自殺せず生活されていたとすると、当然所得が毎年生み出されることになる。経済学者がこのようなことを言うと嫌な感じがするかもしれないが、国全体の所得の大きさは GDP といわれるものであるが、この GDP はこの労働者の方が毎年働かれて生み出す価値を集計した側面がある。そういう意味で考えると自殺のコストというのは、仮に生きておられれば毎年生み出した価値というものが失われたということで、その価値を年齢別のデータを使って集計されている。金子さんの研究によると、仮に 2009 年の自殺が 0 であったとすると、国全体としての所得は 1 兆 9,000 億円上がっていただろうということである。それから自殺にかかわる、あるいはうつ病等も一緒になって推計されているのだが、労災補償給付というものがある。

自殺がなくなれば、自殺による労災補償給付というものもなくなるので、その部分のコストがなくなる。逆に言えば自殺によってそうしたコストが生じているということで、金子さんの推計によると 456 億円という数字が出ている。国全体として 2 兆円近い損失が起こっていることになる。これは企業レベルでの失われた価値と、あるいはそれにかかわるさまざまなコストということで概算して推計することは可能だと思われる。金子さん、何か一言あるだろうか。

金子：まず今のデータは 2009 年当時の推計であり、リーマンショック以降の企業の行動パターンや、日本の中小企業の生産性というものが変わってきたので、機会があればまた推計し直したいと思う。それからもうひとつ、今澤田先生がおっしゃったのは経済全体の GDP を生み出すためであり、亡くなられた方がサラリーマンあるいは自営業者として働いて得られた所得プラス、その人の消費、例えば映画館に行って映画を見ると映画館で働く人の雇用機会となって所得が増えるというようにめぐりめぐって皆を幸せにするという部分も含めると、比較的大きな金額になるということである。経済学がこういう自殺防止に役立つことがあれば、澤田先生達と一緒に貢献していきたい。どうもありがとうございます。

澤田：あとはエビデンスについてのご質問を 2 点いただいている。山田先生からいただいているご質問は、「名古屋のこころの絆創膏の配布によって男性は 4 か月後、女性は 2 か月後の低下ということだったが、この違いの理由は何だろうか」ということ。それから「配布の効果は 5 か月程度ということだろうか」というご質問をいただいているが、これについてはデータの制約がありなんとも言い難いところがある。データがないのではっきりしたことが申し上げられないということなのだが、仮に警察の自殺統計の個票が公開されるとすればそれを精査することによって、どうして男性のほうが効果発現に長くかかるのかといったことを明らかにすることができると思われる。例えば、先ほど山内先生のほう

から、女性のほうが自殺された方の中で未遂の割合が高いというお話があったが、そういうことが仮に名古屋市でもあるとすれば、こころの絆創膏という形で早期にしかるべき情報が提供されることが早い段階での予防につながっているという仮説は設定可能である。それを精査するためにもやはり個票データというものが非常に重要になる。

今日私が、集計されたデータを解析して皆さんにお示ししたことについていろいろな印象を持たれた方がおられると思うが、このように集計されたデータでいろいろなことを明らかにするというのももちろん重要なのだが、やはり個人レベルあるいは家族、ミクロとったり個票とったりするが、個票レベル、ミクロデータというものを丹念に挟ませて考えるということが重要だろうと考えている。そして、宇田さんからいただいたエビデンスについての3点目の質問だが、これは非常に興味深い質問である。「介護保険制度の導入と高齢者自殺の減少との関連についての分析はしておられるか」というものであるが、これについては我々はやっていない。ただこれは、高齢者の自殺が減っているというトレンドと、公的な仕組みが整ってきたということの関係は精査されるべきだと思う。

これもやはりデータを作らないとできない。驚くべきことなのだが、これだけ世界最速で高齢化が進んでいる日本において、高齢者が置かれている生活の実態を把握するデータというものに非常に欠けている。個別の統計として、国民生活基礎調査という健康面を中心に把握するものはあるし、消費実態調査で消費生活あるいは所得を把握するということはできる。肉体的・精神的な健康、経済面として所得・雇用・消費というものに加えて高齢者がどういつながりを持っているのか、家族とのつながり、コミュニティとのつながり、こういったものを全て束ねた、高齢者の置かれている環境を把握するためのマイクロデータというものは非常に欠けている。これについては、実は高齢者の暮らしの調査というパネルデータを我々がやっている。今日は時間がないのでご紹介できないが、こういった問題意識は共有して、いただいた質問にきちんと答えられる環境が必要だろうと思う。

それから、「経済学者として学際研究にかかわることにはどのような意味があるのか」というご質問をいただいている。ひとつは西尾先生からいただいたご質問である。戦後史の中で自殺のピークというのは50年代、80年代、90年代と3回ある。政府が動いたのが2000年以降であるので、そういう実態がありながら政府が動かないということもある。ご質問は「経済学は、市場や市民社会に対して介入することに対して多様な考え方がある」というもので、政府の介入を経済学者はどのように考えていくのかということなのだが、これは非常に重要なポイントである。私を含め今の多くの経済学者はこのように考えている。まず、市場メカニズムが非常にうまく働けば世の中は良くなるというメカニズムがある。ただし、市場がうまく働かないことが多く、これは市場の失敗という。今日ご紹介した負の外部性というのは市場の失敗の教科書にでてくる話になる。市場が失敗するところはやはり政府が介入して市場がうまくいかないところを補正すべきだということで、市場と政府の政策介入というものの補完的に動くというのが教科書的な話になるのだが、実は政府というのも失敗する。政府というのは官僚あるいは政治家の集合体であり、政治家というの

は自分達の再選というのを期し、官僚というのは例えば自分達の省益というものを最大にするというように、世の中を良くするというとは違う動機で動いているので、政府も失敗するということになる。市場が失敗して政府がそれを補正しようとするのだけれども、政府も失敗する、そこで登場するのがコミュニティである。コミュニティというのは受益者が主体的に、市場が失敗し政府も失敗する穴埋めをするというようなことで、ソーシャルキャピタルや絆といわれるものがある。この、市場と政府とコミュニティの三角形のモデルというのが経済学者が共有している考え方だと思う。

最後に、宮本先生からいただいたご質問が今のこととかかわるのだが、「先生のチームは学際的チームではないのか。もし学際的であるならば、学際性のメリットとは何だろうか。また学際研究のデメリットは何だろうか」というものである。先ほど申し上げたように、経済学というのは市場マーケットという、50年代に完成したひとつのモデルがある。これは、人々は利己的にふるまい、企業も利己的にふるまって利潤を最大にするというものである。そして、どんなものでも全て市場で取引できるというようなことにおき、市場メカニズムで競争させることによって世の中がもっと良くなるというのが、1950年代に完成された厚生経済学の基本命題である。実は、経済学者の多くが、こういったモデルが現実に当てはまるとはほぼ100%思っていないので何をやっているかということ、市場が失敗するよくあるパターンに対して政府がどうあるべきか、政府が失敗するパターンにどうあるべきかということである。ここで非常に興味深いのは、こういう市場の失敗、制度の失敗を分析する中で、政治学や心理学といった周辺分野との学際研究が急速に進んだ。

今日の話と少し関連付けると、青色灯の自殺予防効果がどれくらいかということやなぜ経済学者がやるのかということなのだが、経済学者というのはやはり人間がどのようにふるまうかという意思決定の問題をずっとやっている。ここ50年の議論は、人間というのは利己的にふるまうというものだったわけだが、最近の議論というのは、人間のふるまいにはいろいろなくせがあるというものである。認知のくせであったり、行動のくせである。そういうことで行動経済学というものが盛んになってきている。行動経済学では経済学と心理学というものが非常に密接に連携しているという状況になっている。こういう流れで考えると、私自身は学際的な総合自殺対策にかかわることはほぼメリットしかないと感じている。やはり非常に新しいissueと、他分野の新しい分析の手法というものを日々学びながら、しかも現実の重要なissueに取り組むことができるので、デメリットはあまりないと思われる。例えば、1つの同じことを経済学と疫学で異なる用語を使い、用語の違いで苦労するといった些末なことはあるが、基本的にはメリットが非常に大きい。

椿：堀江先生。

堀江：4人の方から質問をいただいたのだが、かなりつながっている感じがある。ひとつは自殺予防と自殺のタブー視との違いについて。大塚俊弘さんからは「自殺は不名誉な死で

ではなく、誰にでも起こりうるという正しい理解を宗教者は持っているだろうか」という質問が投げかけられ、それにちょうど答えるようなコメントが浄土真宗の加茂順正さんから情報提供されている。「自殺をタブー視している僧侶ほど相談される確率が低いという調査結果がある」ということである。それから、「仏典において自殺の容認はしないが、亡くなり方に善悪の価値判断というのはいらない」ということを教えていただいている。それと関連して、浄土真宗を研究した小川有閑さんから、「あえてなおそうとしない姿勢、苦しいのが当たり前なのだという姿勢のほうがかえって効果的なのではないか」というご意見をいただいている。こういった宗教者の自殺予防活動あるいは遺族ケアの活動について竹島先生のほうから「インフォーマルに留まっているのはなぜなのだろうか。自然な参加というのがもっと行われるためにはどうすれば良いのか」ということ。それから先ほどの加茂先生から「一般的認知に至らないのはなぜなのか」というかなり大きな質問が来ている。私もこれに関して根拠を持って答えることは難しいのだが、ひとつ答えるとすれば、やはり日本社会における宗教の位置づけというのが少しマージナルなものなのではないかということが挙げられると思う。宗教そのものがある種タブー視されていて、教団という組織のエゴを宣伝・布教して拡大していくことでお金儲けをしようとしているのではないかといった批判というものが、宗教に関する論調としては強い。私も大学などでこういった宗教者による社会貢献的な活動について紹介することがあるのだが、布教・宣伝の一環なのではないかという反応が学生から返ってきたりすることもよくある。それに対してどう説明すれば良いのかということについて、例えば私のような宗教学者が、宗教者が正しいことを言っているのだということを宣伝して歩くというのもひとつの手ではあるのだが、例えばアメリカのように宗教的な信仰を持っている人がたくさんいる国とは違うので、メインストリームに押し上げようといったことまで考えるのはあまりにも大きな野望ではないかと思う。むしろ、そういったマージナルで特異な立場だからこそ必要とされるという面もあり、心理カウンセラーや精神科医の知見や技術、あるいは「こういうことはやってはいけない」と学ぶことはあっても、やはりその代わりにはなれないと思う。したがって、宗教者としての独自性というものもこういう活動を通して自覚されているであろうし、そういうところにあえて門をたたいてくる人というのがいるわけであるから、そういったものへの準備が大切なのではないだろうか。同時に、「知っていればそういうところに相談したのに」という人はたくさんいると思われるので、やはり知らせる活動というのも重要だろうと思う。それと同時に宗教界あるいは宗教学内において、自殺のタブー視ということが宗教家の中にもある。現実レベルでは、やはり自殺すると救済されないのではないかという不安や、実際そういうことを説いている宗教者もいる。また、遺族に対する二次被害としてどういうものがあるのかということ調べ、議論するということが重要ではないかと思っている。

椿氏：それでは鈴木先生。

鈴木：須賀先生から、「自殺に至る過程を全てパターン化して捉えることは、自殺の多彩さを考えると非常に難しいと思われる。具体的に対策にどのように生かしていくのだろうか」という質問を頂戴した。資料を使って話をさせていただく。先ほどの内容ではあるが、この中で大事だと思っているのは、一番多い、いわゆる無職者のところで、一度就業経験があり、2番目の非雇用者のところである。非雇用者のところをご覧いただくと、職場の人間関係、過労と言っておられる。実は私のゼミ性がある会社に就職し、3年目ほどに大学に来て「軍隊より厳しいところだ」と言いました。その市の自殺者数を調べると、私が今数えている限りで一番多かったです。そういうことを考えると、学生のときの自殺に至るパターンと、企業においては全然違うと思われる。そういう視点から考えると、例えば今企業で最も大事なことは何かということ、この場をお借りして私なりの考え方を述べたい。これは、米国の乗用車市場における日本のマーケットシェアである。このように、80年代の半ばから90年代には30%まで増加している。1954年に米国のダレス国務長官が、日本の貿易拡大策に対して、「日本の製品が米国で売れる見込みはほとんどない」と言った。そこで、先ほどのこのデータからたくさんの方が視察団でやってきた。彼らが一番びっくりしたことは何かというと、米国ではワーカーは決められたことのみやる、マニュアルを与えられ、標準作業を与えられてそれを守れば良い。ところが日本というのは、現場で働くワーカーの人達が主役なのである。ここが一番大きなショックであった。

実はその中に、ボーイングの777の開発を担当されたムラリという方がいる。彼はその後ボルボで活躍され、現在フォードを立て直しているのだが、このデータをご紹介したい。実は、80年代から90年に入って、これだけ事故率が減っているわけである。これは何かというと、実は飛行機というのは、昔の飛行機も飛んでいるわけである。ところが90年以降に開発された飛行機の事故は非常に少ないのである。ある機種では、ほとんど事故が起きていない。どういうことかということ、300万点ある部品を組み立てるときに、「ワーカーはマニュアルさえ守れば良い」と言われるのと、そうではなく現場が主役になるというのでは、全く違うと思うのである。これは私の仮説なのだが、恐らくムラリさんがかなりボーイングのほうに出向いたのではないかと。そうすると、ただ単にものを作るということではなく、人への生きがい、モチベーションを与えている、そういうことがあるのではないかと思う。

椿：最初に私が「自殺はイベントとして捉えるのではなくプロセスとして捉えるべきだ」ということを申し上げたことについて説明してほしいという質問があったが、今まさに鈴木先生がおっしゃってくださったことである。私は本来、自殺というのはミクロで捉える分野だと考える。やはり日常の状態があり、鈴木先生はコミュニケーションのパイプが破断するあるいは詰まるとおっしゃったが、ある種の incident や environment を通じてコミュニケーションが途絶する、切れる、もちろんコミュニケーション以外にも収入が非常に

減少して負債が拡大し非可逆を受けるということはあるが、それによって日常から非日常に自分達が行ってしまう。思慮や態度の変容が起きる。それが生きがいの減少というものにつながったり、あるいは鈴木先生がおっしゃった、うつという形のトップ事象というものにつながっていき、最終的に非可逆的な行動に移ってしまう。鈴木先生は、清水先生と一緒にいろいろなケースを積まれたということなのだが、やはりそのプロセス、どんなことの後に何が起きたのかというミクロのプロセスを積み重ねないと、あるいは質的研究といわれるものを積み重ねることが大切である。実は、フロアの高倉先生から、私が統計家であるからマクロな対応にウェイトが合っているのではないかというコメントをいただいている。澤田先生も先ほどそれだけではダメだということをおっしゃった。やはりミクロが研究の基礎であり、ミクロ的なプロセスが類似しているからこそ統計的なデータをどう取ろうかというアイデアが実は出てくるということなのである。したがって、現象のプロセスというものを非常に重視する、そういうことが自殺の研究の中に必要である。これはいつも鈴木先生に教わっていることである。ミクロからマクロ、どちらかという、量的な研究、統計的な研究が必要だという意味は、対策を打つとこのくらいの効果があるのではないかという評価である。我々の分野はそういうところに非常に寄与できるし、あるいは、例えば地域なり世界なりのどこに問題があるかという、対策を絞り込むことに関しても、我々の領域は寄与するかもしれない。しかし、研究の第一段階というのはどちらかというミクロ的なものであるし、統計の人間が価値観などと言うとおかしく思われるかもしれないが、今日堀江先生がおっしゃったような価値観が大切である。

価値観や生きがいというのは大変重要なものであり、人文科学、社会科学の先生方の知というのは非常に重要なのではないかと思われる。社会が何かの価値を選択しているから、我々はその中で生きているということがあるので、その環境条件というものは非常に重要なのではないかと思う。その中で我々のような統計家といわれている人間がどういう役割を果たすのだろうか？情報の循環の歯車の中で我々は何かをやり、それを見ながら実際の社会の価値の選択や、どういう対策を使って徐々に変更されていくといったようなことを明らかにする。情報がゆったりと循環しながら、必要な社会的な対策が打たれてくるのだと思う。私共の研究班は質的研究やケーススタディというものを重視していないということではなく、むしろそれが非常に重要だという前提で学が進んでいくということではないかと思う。

ライフリンクの清水先生から、「研究のための研究になってはいけない。人の面影というものをどこかで感じながらやってほしい」というコメントをいただいているが、まさにそういった部分が起点になっていなければならないだろう。それと、先ほどのミクロの研究とマクロの研究とがうまく融合すること。研究と政策をつなげるということに関しても、清水先生からのご指摘にあるとおりだが、政策と研究というのは、ミクロである現場と研究とがうまくつながっていくことが非常に大切なだろうと思っている次第である。

本橋先生が次の研究班のプロジェクトを率いてくださると期待しているわけだが、今後

やっていくということがあれば、ご発言いただきたいと思う。

本橋：今回の研究成果を見て、やはり学際的研究についての広がりというものを実感させていただいた。それをどうやって政策につなげていくかということの方向性の議論も十分になされていると思う。私もずいぶん長く現場でやってきたので、例えば地域での介入研究の結果をどうやって大きな政策に生かしていくかといったことを常々考えていた。私自身は医学や公衆衛生という立場にどうしても偏りがちな部分があるので、やはり学際的な観点、政策提言に生かしていくための、ミクロのレベルからマクロのレベルの両方のバランスをどのように取っていき、政策につなげていくかということ、私自身、これからも考えていきたいと思っているし、本日お集まりの多くの先生方の協力を得て、ぜひ研究を次に発展させていきたいというのが私の今日の感想である。

椿：どうもありがとうございました。今日は大変多くの先生方に集まっていたので、本当はもっといろいろな意見を聞きたいところではあるのだが、時間を過ぎてしまった。コメント表や質問票はまだあるので、これだけは言っておきたい、こういうことに配慮してほしいということがあれば、それを提出してお帰りいただけると幸甚である。

自殺は永遠の課題として、対策、研究は進むと思うが、ぜひいろいろな知恵や現場の実態等を結集して良い方向に進められればと思っている。今日はご多忙の中、そして休日にもかかわらず多くの方にご参集いただいたことを、主催者として心より感謝申し上げます。パネリストの先生方、どうもありがとうございました。