

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

**自殺総合対策大綱の見直しを踏まえた  
自殺対策発展のための国際的・学際的検討**

平成 25 年度 総合研究報告書

研究代表者 椿 広計

平成 26(2014)年 3 月

## 目次

### 第 部 総合研究報告

|   |   |
|---|---|
| 自殺総合対策大綱の見直しを踏まえた自殺対策発展のための国際的・学際的検討<br>椿広計 | 3 |
|---|---|

### 第 部 分担者・協力者研究報告

#### 1. 国際調査

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| 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 藤森麻衣子 | 21 |
|----------------------------------|----|

#### 2. 学術分野別

|   |    |
|---|----|
| 経済学から見た自殺予防総合対策への寄与可能性の検討 - 自殺対策の社会モデルに<br>向けて - 澤田康幸 | 51 |
|---|----|

|                   |    |
|-------------------|----|
| 社会学の立場からの自殺研究 山本功 | 77 |
|-------------------|----|

|   |    |
|---|----|
| 自殺をめぐる研究の現状と今後 - 宗教学・死生学の立場から -<br>島蘭進、堀江宗正 | 87 |
|---|----|

|  |     |
|--|-----|
| 自殺総合対策に必要な融合的研究 - 教育的視点から考える子どもの自殺予防 -<br>渡辺弥生 | 103 |
|--|-----|

#### 3. データ整備

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| コホート生命表による自殺死亡率のコホート効果 岡本悦司 | 113 |
|-----------------------------|-----|

|  |     |
|--|-----|
| 自殺原因をマクロ的観点から検討する統計環境の整備について 椿広計、久保田貴文 | 121 |
|--|-----|

#### 4. 社会設計のための方法論

|                     |     |
|---------------------|-----|
| 自殺防止に関する法的対応の検討 川端博 | 135 |
|---------------------|-----|

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| リスク情報システム科学よりの自殺防止 鈴木和幸 | 143 |
|-------------------------|-----|

### 第 部 資料

|         |     |
|---------|-----|
| 班会議議事要旨 | 155 |
|---------|-----|

|           |     |
|-----------|-----|
| パネル討論会発言録 | 159 |
|-----------|-----|

|          |     |
|----------|-----|
| パネル討論会質疑 | 195 |
|----------|-----|

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
総合研究報告書

自殺総合対策大綱の見直しを踏まえた自殺対策発展のための国際的・学際的検討

研究代表者 椿 広計 統計数理研究所

研究要旨

【目的】わが国の2012年中の自殺死亡数は15年ぶりに3万人を下回り、前年に比べても1割近く減少した。自殺の減少には、自殺対策基本法制定以降自殺対策の効果が表れている可能性があるものの、若年層では自殺死亡率が高止まりを続けるなど、新たなニーズも顕在化している。また、3万人を下回ったとはいえ、自殺総合対策大綱に示されている数値目標には及ばず、また国際的にも自殺死亡率の高い国であることから、自殺の実態を踏まえた対策の強化が求められている。このような中、政府の自殺対策の基本的な指針である自殺総合対策大綱は2012年8月に見直しがあり、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を図ることが謳われている。わが国の自殺対策は、中長期的かつ総合的な対策の確立に向けて、大事な時期にさしかかっている。さて、自殺対策基本法の基本理念は「自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない」と述べている。またWHOは、自殺予防は保健医療とそれ以外の部署を含む、革新的で包括的な多部署協働のアプローチを必要としていると述べている。

WHOの述べている革新的で包括的な多部署協働のアプローチは、自殺対策基本法を基に取り組んできたわが国の自殺対策の方向性と共有する点が大きく、それをさらに発展させ、多様な学術分野の知見の統合モデルとすることが期待される。WHOは2014年9月の世界自殺予防デーに、自殺予防は公衆衛生上の重要な課題であるという認識の向上を目的として、はじめてのWorld Suicide Reportを刊行する準備を進めており、そのための専門家ミーティングが2013年12月に日本で開催された。本研究班はこのミーティングの日本開催の機会をとらえ、わが国の自殺対策を多様な学術分野の知見の統合モデルとして発展させるべく、国際的・学際的検討を行った。

【方法】国際的検討については、WHO専門家ミーティングにおいて情報収集するとともに、独自に研究協力者を招待し、日本の自殺対策に資するの多分野の研究者のコメントを得た。特に、自殺の学際的検討については、各学術領域からみた、自殺問題のとらえ方、自殺予防の必要性、現在行われている自殺予防または自殺予防に資する可能性のある活動、それらの今後の発展可能性と統合を議論した。これらの意見徴集と議論のために、3回の研究班会議並びに2014年3月には、研究班が主催したパネル討論会を実施した。以下の記載は分野を統合し、今後の自殺対策発展のために必要な自殺研究の在り方を提言したもので、本研究班総合研究報告として第 部とした。本報告書第 部は、分担者・協力研究報告として、研究分担者ならびに研究協力者がまとめた各学術領域から見た自殺研究の俯瞰と今後の在り方がまとめられている。第 部は研究会の記録資料である。

【結論】これらの議論をもとに、WHOカントリーレポート原案を提出するとともに、自殺総合対策発展に向けた個別学術領域の研究並びにそれらの融合的研究の在り方を提言した。

## 研究代表者氏名・所属機関

椿 広計 統計数理研究所・副所長 同データ科学研究系・教授  
総合研究大学院大学複合科学研究科・教授

## 研究分担者氏名・所属機関

岡本 悦司 国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部・上席主任研究官  
川端 博 明治大学法科大学院・教授  
澤田 康幸 東京大学大学院経済学研究科・教授  
島園 進 上智大学神学部・教授  
鈴木 和幸 電気通信大学大学院情報理工学研究科・教授  
藤森 麻衣子 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・  
適応障害研究室長  
山本 功 淑徳大学コミュニティ政策学部・准教授

## 研究協力者氏名・所属機関

久保田 貴文 統計数理研究所リスク解析戦略研究センター 自殺とメンタルリスク  
プロジェクト・特任助教  
清水 康之 NPO法人ライフリンク・代表  
竹島 正 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・  
センター長  
堀江 宗正 東京大学大学院人文社会系研究科・准教授  
渡辺 弥生 法政大学文学部・教授

## A. 研究目的

WHOは2014年9月の世界自殺予防デーに、自殺予防は公衆衛生上の重要な課題であるという認識の向上を目的として、はじめてのWorld Suicide Reportを刊行する準備を進めており、そのための専門家ミーティングを2013年12月に日本で開催することとしている。本研究はこのミーティングの日本開催の機会をとらえ、わが国の自殺対策をさらに発展させるべく、国際的・学際的検討を行うことを目的とする。

わが国は1998年に自殺死亡が急増して以降、2011年までの14年間、自殺死亡が3万人を超える水準で推移しており、2012年になってようやく3万人を下回った。しかし、このことは自殺総合対策大綱に示された数値目標(平成28年までに自殺死亡を17年と比べて20%以上減少させる)への通過点に過ぎない。さて、2006年の自殺対策基本法の制定以降、自殺対策の発展に重要な一歩となったのは2009年の地域自殺対策緊急強化基金の造成であり、これによって地方自治体への自殺対策の普及が進んだ。この7年間は、これまで自殺対策の取り組みの経験のなかった地方自治体、関係団体、民間団体等が自殺対策に取り組み、知識と経験を蓄積してきた期間であった。自殺死亡が3万人を下回った今日、全体的予防介入(万人を対象とする対策)、選択的予防介入(自殺行動のリスクの高い集団を対象とする対策)、個別予防介入(自殺行動のリスクの高い個人を対象とする対策)という対象ごとの対策を効果的に組み合わせるといふ基本を踏まえ、若年者の自殺死亡の高止まり等の自殺の実態の変化を踏まえ、国際的・学際的から、総合的な自殺対策を推進することが望まれている。わが国の自殺対策の特徴は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有することを踏まえて、総合的な取組として実施されてきたことであるが、その長所をさらに発展させるため、国際的・学際的観点から、より効果的な自殺対策を提示する点に独創性がある。WHO専門家ミーティングに合わせて、海外からの専門家を招聘して、日本の自殺対策

の強みをさらに強化するための視点を得ると共に、学際的検討によって自殺総合対策発展の可能性をさらに広げる総合的・俯瞰的研究である。

## B. 方法

わが国の自殺対策をこれまで交流したことがない、人文学、社会科学、社会システム工学など多様な学術分野の知見と自殺対策の現場の実践とを統合したモデルに基づき発展させるべく、専門家間の討論を積み重ねる。また、国際的検討については、WHO専門家ミーティングにおいて情報収集を行った。分担者以外にも必要な学術分野の研究者からの意見聴取と討論を実施し、記録にとどめた。

自殺の学際的検討については、各学術領域からみた、自殺問題のとらえ方、自殺予防の必要性、現在行われている自殺予防または自殺予防に資する可能性のある活動、それらの今後の発展可能性と統合を検討した。

## C. 研究結果

### 1) 自殺リスクに関する国際的研究の動向

2013年12月に実施されたWHO専門英ミーティングに来日した専門家を対象に各国の自殺研究の領域、予算規模、研究方法に関するアンケート調査を実施した。また、分担者の一部がWHOミーティングに出席し、各国の自殺対策が公衆衛生政策にまだ閉じている傾向が強く、我が国が実施しているような全社会的、総合的取り組みになっていないことを検証した。

### 2) 自殺リスクと国内対策の経緯と現状

日本における自殺者数は、1978年から1997年にかけては約25,000人またはそれ以下の水準で推移していた。しかし1998年、自殺者数は前年の24,391人から32,863人へと急増し、

国としての自殺予防戦略が必要であることが明白となった。この急増の背景には社会経済的な要因があると推測されたため、自殺予防には精神保健上の問題点だけでなく、社会経済的な側面も適切に織り込む必要があると指摘された。2002年には、厚生労働省が組織した自殺防止対策有識者懇談会により報告書が取りまとめられ、自殺予防を社会において総合的に取り組むことが提言されたが、実際の政策に反映されることはなかった。また、他省庁および地方自治体は、自殺予防に対し、2005年に至るまで十分な注意を払ってはこなかった。

この種の国内環境の中で、日本は、第2次世界大戦前後から長きにわたってタブー視されていた自殺の問題を、正面から取り上げることに成功した。2005年から2006年にかけては、自殺予防に関する基本法の制定に向け、自死遺児や遺族・メディア・NPO法人ライフリンク等・国会議員など民間を中心とした動きを中心になされ、包括的な自殺予防戦略策定への動きが加速し実現した。自殺対策の主導権は厚生労働省から内閣府へと移行し、その結果、一省庁ではなく政府全体の政策としての性格を強めていった。学でも、国立精神保健医療研究センター吉川武彦らが内閣府への働きかけを行った。そして2006年6月の自殺対策基本法とその翌年6月の自殺総合対策大綱の制定により、自殺問題に対する姿勢は大きく変化した。この結果、日本の自殺対策に関する政策は、自殺の背景にある様々なレベルの危険因子（個人的、社会文化的、状況的なレベルのものが含まれる）を抑制しつつ、保護的な因子を高めることを狙うものとなった。

2008年の世界的な経済危機後、日本政府は、地方自治体による取り組みを促すため特別な基金を用意したが、それにより地方では、各地の状況に沿った柔軟な対応が可能となった。自殺総合対策大綱もまた2012年8月に全面的に改訂され、若年層および自殺未遂者への支援の強調や、ハイリスクのグループ・個人に対する選択的・指向的な予防や関連組織間の

連携の重要性が盛り込まれた。本改訂は、自殺に追い込まれる者のいない社会の実現を目指したものである。

研究班は、これら我が国の自殺総合対策に至るまでの経緯、現状を本総括報告書付録に掲げたWHOカントリーレポート案として提出し、一次原案に採択されている。

### 3) 自殺を生じさせるリスクとその要因特定のための人文・社会科学的研究の現状と今後

研究班は、経済学、社会学、心理学、宗教学、統計学分野の専門家による国内の自殺、ないしは自殺に至る個別領域研究ならびに分野横断的研究について、サーベイを実施した。人文・社会科学などの個別学術領域については、これまで、あるいは現在、自殺というイベントないしは、自殺に至るまでのプロセスを対象とした研究は存在する。これらについては、分担者、協力者の執筆した本報告書第 部を参照されたい。

しかし、自殺のプロセスとその原因の解明についての分野を超えようとする人文・社会学視点を有する総合的研究は、戦前では、呉[1,2]、井口[3]、戦後では1998年から続いた自殺増加以前には、大原が代表的である。大原は、自殺学を「自殺の原因を究明し、その予防を考える研究分野である。」と定義したことは、明治時代に「自殺統計」の意義をその原因との関係性で強調した呉[1]と比べても、その専門性に裏付けられた知見と共に極めて先駆的であり、学術的には今日の自殺対策の礎となっている[4]。大原が、自殺学を、自殺の精神病理のみならず、自殺の心理学・精神医学、自殺の社会学・生態学、自殺と文化、自殺の防止の5体系で取りまとめようとしたことは、本研究班の求めた融合を既に実現していた試みである。大原は、これらの要点を啓発書[5]にもまとめていることが、確認されるが、これはエビデンスとしての自殺統計にも言及したものとなっている。

現時点では、本研究班分担者の澤田他[6]が

本格的な自殺学を目指した総合的社会科学研究と考えられる。しかしこれを除き、大原らの求めた、自殺予防に資する自殺学研究は極めてまれなこと事実である。また、自殺対策に資する試みは、自殺対策の現場の知として存在するものが多く、これを多くの領域の融合が必要な総合学術としての自殺学の成果を反映し、深化させ改善しようという社会設計科学的試みは、今後の課題と言わざるを得ない。

#### 4) 自殺リスクの要因特定とリスク評価のための情報リソース整備に関する検討

本報告書第 部で自殺の原因を探るためのマクロ的分析に必要な自殺統計整備状況は、別途報告する。ただし、我が国では、呉[2]以来自殺原因を究明することが困難であることを認識しつつも、統計整備強調されてきた。このことは、2013年東京で開催されたWHO会議においても、依然として発展途上国を中心に統計整備が遅れていることが認識された。また、昭和初期以来、一家心中、情死など、国内外で自殺統計には含まれない事象も多々ある。このような国内外の環境にあって、我が国は警察統計などを中心に自殺の事象としての統計整備は進行している。また、岡本の報告にもあるように、自殺死亡の年齢、時代、世代(出生コホート)に関わるデータ整備も着実に進行している。

ただし、下記の2つの情報整備の必要性を研究班は討論の中で認識した。

(ア) 自殺のプロセスの進行に関わる現場に蓄積する質的信息

(イ) 自殺に関わる多数の要因と自殺関連事象とをリンケージした統合データ

この中で、 は、一般的学術研究では、研究を目的として収集することが研究倫理的に困難な情報が多い。研究班の多くのメンバーが、実際に自殺対策の現場で意図的にないしは偶発的に収集される自殺予防に資する重要な一次情報を自ら収集することは、研究者が所属する

組織の研究倫理委員会が許諾しないと考えたのである。人を対象とした臨床研究については、ヘルシンキ宣言があり、どのような情報収集が許容されるかはある程度明確になっており、全国の研究機関が倫理委員会を設置し、研究情報収集の研究倫理審査審査を行っている。しかし、社会政策に資する研究において、その種の倫理規範はまだ確立していない。このため、各組織の倫理委員会は安全側の判断を下すことが容易に予想されるのである。

従って、現状ではこれら自殺企図を有する可能性のある者からの一次情報は、現実の自殺防止に資する情報収集を目的として、自殺防止の専門家が現場で収集するしか得られないのである。しかし、この情報とその情報の質の改善が、自殺学ないしは自殺対策にとって最も重要なミクロ情報であることは疑う余地はない。自殺対策の現場、政策部局、研究者がこれらの重要な情報を自殺の可能性のある者のために、どのような情報を収集すべきか、更にそれらの情報を如何にして2次利用(政策、自殺学研究への利用)可能にするかについては、自殺対応に資する自殺学形成の倫理的側面における大きな課題である。

についても、現在我が国の人文・社会科学、経済学、社会学、心理学のように分断されており、自殺事象ないしはそのプロセス上のマイルストーン通過の要因について、全く異なる視点から分析を試みている状況では、統合的構築のニーズが存在しなかった。しかし、研究班は文科系諸分野や医学系分野を横断する自殺学研究を加速するには、様々な要因と自殺関連事象との構造を解明するデータベースの作成がマクロ的には極めて重要と考えた。これは、単に市町村別集計、隔年集計というレベルではなく、自殺の地域性、季節性などを十分に配慮した粒度で設計されるべきである。もちろん、実際に観測されていない情報をデータベースには格納することはできないが、少なくともマクロな自殺要因究明に必要なデータベースの枠組みは整備し、当初格納データ自体はスパースなものになっても、徐々に整備を進めれば良い。

## 5) リスクへの対応を見据えた総合的研究の在り方

本研究班は自殺対策のための社会設計について、法学、公衆衛生学、社会システム工学分野の全く異なる3領域で現状とその検討を進めた。これも詳細は、第 部を参照されたい。この中で、リスク対応方針の選択については、産業界、特にモノづくり分野の現場が活用してきた、システム工学的接近ないしはリスクマネジメントの接近が、ミクロの自殺リスク対応についてもある程度有効ではないかとの仮説を分担者鈴木と協力者清水との共同研究によって生成するに至った。一方、マクロの接近としての法学、公衆衛生学分野の対応をこの種の接近とどのように結合すべきかは、今後必要な研究と考える。

## D. 考察と結論:総合自殺対策の今後を見据えた知と行動の統合を提言

警察白書によると、2012年、自殺者数は、1998年以来初めて3万人を割り込んだ。本研究班は、これまであるいは第 部で紹介するように、日本の自殺対策が、保健と保健以外の双方のセクターにまたがる包括的な分野横断的アプローチを含め、独創的な側面を有したことがその要因と考えている。今後も、それら融合的研究を推進すべきと結論する。日本政府および地方自治体が実施する自殺対策の有効性に対する評価とモニタリングの枠組みを強化することが、今後の重要な課題である。研究班は、この課題についてもWHOカントリーレポート案に記載することとした。大原が提唱した、自殺学を横断的社会設計科学(社会のための科学[7])としてとらえなければならないのである。本人も含め、自殺被害の影響をうける可能性のある全ての対象とその要因、あるべき対応を設計する、実学としての自殺学の形成と、それに基づく政策対応、自殺予防の現場での対応を社会構成員全員が理解し、何らかの形で協力することを目指さなければならない。このため、学術的には少

なくとも本研究班が試行したような、社会認識科学(社会現象やプロセスをモデル化して理解する学術体系)と医療・法学などの社会設計科学(社会に必要な組織やプロセスをデザインし社会に実装する学術体系)とシステムズ・マネジメント科学(社会が必要とする価値がなんであるかを提示する学術体系)の3分野融合が自殺学の発展と自殺のリスクマネジメントを国際的に合意されたPDCAマネジメントサイクルいわゆるマネジメントシステムのHLS(High Level Structure)[7]と整合化させるためにも必要である(図1、図2参照)。

関連して、ISO/IEC 31000-2009:Risk Management[8]では、リスクマネジメントプロセスを次のように規定しており、この原則は勿論自殺対策の活動においても有効である。

- Active Communication
- Communication and consultation with all stakeholders
- Process Execution
- Establishing the context
- Risk identification
- Identification of the sources of a particular risk, areas of impacts, and potential events including their causes and consequences
- Classification of the source as internal or external
- Risk analysis
- Identification of potential consequences and factors that affect the consequences
- Assessment of the likelihood
- Identification and evaluation of the controls currently in place
- Risk evaluation
- Comparison of the identified risks to the established risk criteria
- Decisions made to treat or accept risks with consideration of internal, legal, regulatory and external party requirements
- Risk treatment



- ・ Oversight
- Similar to the Framework, regular monitoring and review is required

これらの活動の中で、自殺学研究が現場や政策を積極的に支援できる部分は、Process Execution の部分と考えられる。

このほかにも、研究班では、統計的方法に基づく、マクロのアプローチのと個別の自殺に至るあるいは未然防止するケースの解釈を深化させるミクロのアプローチとの融合が必要とする議論がなされた。これは、人文社会科学全般に共通する課題であり、これが問題視されるのは、研究者コミュニティが研究方法によって分断されているからである。問題解決の第一ステップとして、現場におけるミクロの質的研究を組織し、自殺要因に関する多様な仮説を形成することが肝要である。今後、この種の仮説形成に関わる質的研究に対してツイッターなど、サイバースペースからの言語情報収集やテキストマイニングなどの支援も文理融合研究を推進すれば、可能となることも研究班の議論の中で指摘された。

その上で、整備されたデータベース上での量的研究を計画し、適切なデータを収集することが可能となる。量的研究は、質的研究で導かれた要因の社会全般に対する定量的インパクトならびにその有意性をエビデンスに基づき議論し、社会全体での対応設計のプライオリティをエビデンスに基づき与えるという意味で有用となる。しかし、特定単一学術領域のエビデンスは、政策オプション決定の必要条件に過ぎず、自殺学、犯罪学のような多様な原因間の相互作用が存在する分野では、自殺をプロセスとし、その多様な要因を社会システムとしてとらえた、連立構造方程式と

そのダイナミクス（構造の経年変化）の把握が肝要である。その種の要因間の因果性、連関性を前提にして、自殺の特定要因の除去ないしは減少といった政策目標の直接的インパクトないしは、他要因への影響を通じた間接インパクトが評価できるようになる。

研究班で、最後に問題となった統合が、自殺学研究と政策当局、自殺対策活動当事者との融合である。社会のための科学、設計科学としての自殺学は、当然、政策のための科学である。2013年12月のWHOの東京会議においては、日本の総合自殺対策の複合性・先進性が明らかになったものの、総合対策を支える総合学術の形成は、これまで偉大な先達による個人的提言は多々あったことを確認したものの、多様な学術分野専門家を自殺総合政策のために効果的・効率的に統合するプロジェクトのデザインは遅れていたといわざるを得ない。

マクロな立場の研究プロジェクトの形成による自殺学の発展は、本研究班が試行した共同行為で加速することができる。しかし、現場に根差したミクロな研究はこれだけでは発展しない。特に、自殺対策の現場が、センシティブな個人情報に基づいて活動を行わなければならないことは、既に述べたように学の直接研究を著しく困難にしている原因となっている。その意味では、自殺対策の具体的活動に対して、リスクマネジメントのとくに Process Execution に関するアドバイザーとしての学術チームを形成し、その主目的を自殺対策の現場のリスクマネジメントを有効にすることとし、副次的に総合科学としての自殺学を深化させるといった試行的プロジェクトが有効ではないかと考える。

図1 マネジメント・認識科学・設計科学の融合を通じて対策の現場に資する自殺学研究

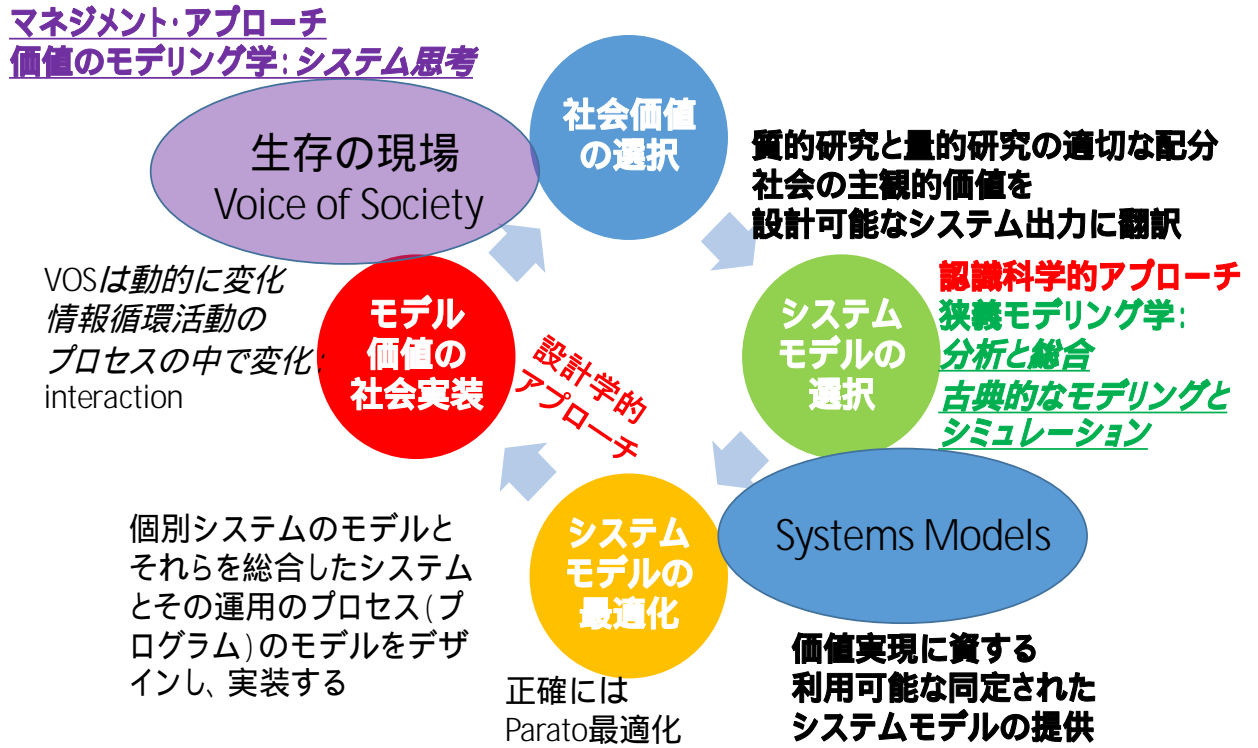
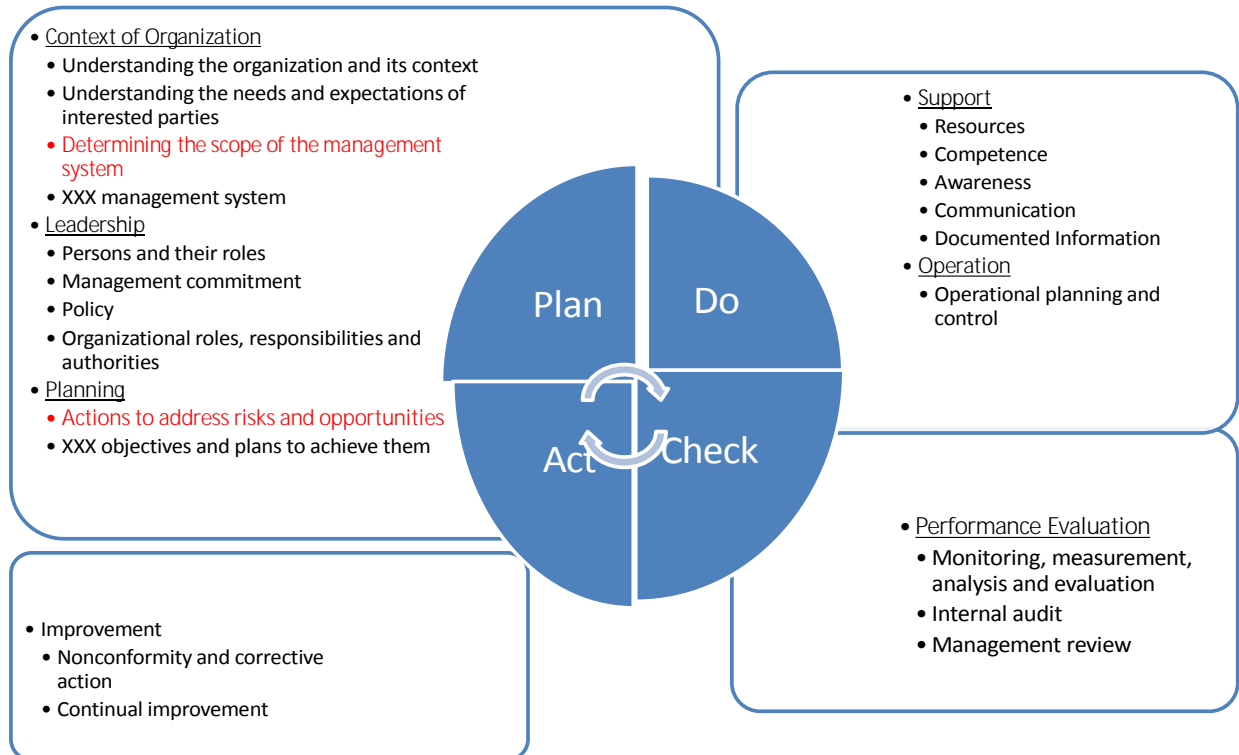


図2 国際的に合意されたPDCAサイクルに基づくマネジメント活動



## 参考文献

- [1] 呉文聡, 理論統計学：訂正、富山房 (1895)
- [2] 呉文聡, 自殺統計, 統計実話, pp.24-36、丸善, (1899)
- [3] 井口孝親, 自殺の社会学的研究, 東京清和書店, (1934)
- [4] 竹島正, 我が国の自殺対策・自殺科学の方向-大原先生の業績を振り返って, 日本社会精神医学会誌, 20, 138-143 (2011)
- [5] 大原健士郎, 挫折の心理学. PHP文庫, (1995)
- [6] 澤田康幸, 上田路子, 松林哲也, 自殺のない社会へ-経済学・政治学からのエビデンスに基づくアプローチ, 有斐閣(2013)
- [7] ISO, IEC, Annex SL, *ISO/IEC Directives*, Part 1, ISO/IEC (2013)
- [8] ISO, IEC, ISO/IEC 31000-2009 :Risk Management, ISO/IEC, (2009)

## 総括報告付録：WHOカントリーレポート案

WHO に対して日本のカントリーレポートは、本研究班から 2014 年 1 月に提出された。

### JAPAN: National comprehensive suicide prevention strategy after 1998

Drafted by the Japan Trans-disciplinary Research Group on Suicide Prevention

#### Background

In 1998, the number of suicides in Japan rose remarkably to 32,863. In 1997 there had been 24,391 suicides, and from 1978-1997 the annual suicide rate had averaged approximately 25,000. Most consider this rapid increase as arising from the socio-economic problems facing the country, particularly the collapse of a number of large financial institutions, along with a significant rise in unemployment levels. The increase in suicide rates was found in all age groups, but particularly among middle-aged men.

Despite these commonly recognized forces, suicide remained a social taboo topic in Japan, and the reality was not widely discussed. Suicide was considered an “individual” problem.

In 2000, the situation began to change when children who had lost their parents to suicide began to break the taboo by speaking out in the media about their experiences.

In 2002, the Health, Labor, and Welfare Ministry held an “Expert Roundtable on Suicide Prevention Measures.” The ensuing report outlined that a suicide prevention policy must not only properly address mental health issues, but it must also require a multifaceted examination of psychological, social, cultural, and economic factors. However, this report was treated simply as recommendations by experts, and it was not fully reflected in any actual policies.

#### Key Steps

Suicide began to be viewed in Japan as a “social problem” around 2005-2006. This change triggered concrete actions, aimed at bringing about comprehensive measures to prevent suicide. In May of 2005, LIFELINK, an NPO collaborated with a member of the Diet in bringing about the first forum on suicide at the Diet Members’ Office Building. LIFELINK, together with other NPOs, submitted urgent proposals for comprehensive suicide prevention at the forum.

The Minister of Health, Labor and Welfare, attended this forum, at which he vowed on behalf of the government to tackle the issue of suicide. This vow was widely reported in the media.

Subsequently, a bipartisan group “Diet Members for Suicide Prevention,” was formed in 2006. Buoyed by the “Petition for the Legislation of Suicide Prevention Measures” submitted by NPOs, which had more than 100,000 signatories, the *Basic Act for Suicide Prevention* was signed into legislation by Diet members in June 2006.

Following this, the driving force for suicide prevention shifted from the Ministry of Health, Labor and Welfare to the Cabinet Office. This signaled that suicide prevention was now viewed as an overarching government policy, and was not limited to any single ministry. In

2007, the *General Principles of Suicide Prevention Policy* was enacted, resulting in a dramatic change in the approach towards the issue of suicide. It is aimed at preventing suicide and providing support for the survivors . Delineated within it was the philosophy that suicide prevention policy would help build a society in which citizens live purposeful lives as well as the various responsibilities of the state.

After the global economic crisis in 2008, the Japanese government secured funding in 2009 through the “Regional Comprehensive Suicide Prevention Emergency Strengthening Fund ( Regional Fund).” In total, the government expenditure for suicide prevention efforts between 2008 and 2011 was 62.4 billion yen without the Regional Fund. The Regional Fund was mainly directed to reinforce local suicide prevention activities including intensive public awareness campaigns during the crucial month of March, a time when it was recognized that the rate of suicide increased. In 2010, the government designated March as “National Suicide Prevention Month.”

It also carried out reforms mandating the National Police Agency to release detailed municipal level suicide statistics on a monthly basis. Through this, it was possible to promote pragmatic suicide prevention measures in line with local needs. Following an extensive revision in 2012, the *General Principles of Suicide Prevention Policy* now also emphasizes support for the young, as well as those who have previously attempted suicide. Equally stressed is the importance of cross-organizational collaboration and cooperation by relevant agencies. The revision aims to achieve a society where no one is forced to choose suicide.

#### Future Tasks

Following a gradual decrease from 2009 onwards, the number of suicides fell below 30,000 in 2012, for the first time since 1998. This happened largely because of the decrease in suicides in urban areas. While the suicide rate for young people continued to rise, the rates of the middle aged and elderly had decreased, resulting in the overall decline. The data of the National Police Agency also show a marked decrease in suicides related to economic and livelihood issues.

The reason for the decrease is yet to be scrutinized. However, it may be considered that the enactment of the *Basic Act* in 2006, the raising of public awareness of suicide prevention, and the comprehensive approach taken at the national level (including addressing the social factors behind suicide) might have had this intended effect. The Cabinet Office reported in 2013 that the Regional Fund for comprehensive suicide prevention had contributed to the enhancement of nationwide cooperation among the various key groups involved in suicide prevention, such as doctors, lawyers, NPOs, and neighborhood associations. It also reported that these funds have helped to promote suicide prevention measures at the local government level.

WHO states that “suicide prevention requires intervention also from outside the health sector and calls for an innovative, comprehensive multi-sectoral approach, including both health and non-health sectors, e.g. education, labor, police, justice, religion, law, politics, the media.” The suicide prevention strategies and activities carried out previously in other countries were

mainly focused on the prevention and treatment of mental health problems, along with the restriction of access to common methods of suicide. Compared to these strategies and activities, Japan's strategy has some unique characteristics, particularly the emphasis on creating a stable society, along with dealing with social factors behind suicides.

We believe that Japan's comprehensive suicide prevention efforts include some original features. These include the involvement of the media and politicians in building a society that does not view suicide as a taboo. The most important challenge now faced in Japan is the creation of a PDCA ("plan-do-check-act") cycle of comprehensive suicide prevention measures and the accumulation of hard evidences to support the cycle. That is: 1) there must be a thorough analysis of the realities of suicide; 2) followed by the creation of comprehensive measures based on this analysis; 3) which is then implemented with necessary cooperation; 4) culminating in a process of close examination and verification of the implementation.

研究班活動終了直前に、WHOの委員会編集案の提示を受け、その下記再修正案を2014年4月に竹島協力者がWHOに送付している。

#### *Case Example: Japan – suicide prevention in the face of socio-economic change*

##### *Context*

In 1998, the number of suicides in Japan rose remarkably to 32,863, from 24,391 the previous year. From 1978-1997 the annual suicide rate had averaged approximately 25,000. Most considered this rapid increase as arising from the socio-economic problems facing the country. The increase in suicide rates was found in all age groups, but particularly among middle-aged men. Despite these commonly recognized forces, suicide remained a social taboo in Japan. It was considered an "individual" problem, and was not widely or publicly discussed.

##### *Drivers of change*

In 2000, the situation began to change when children who had lost their parents to suicide began to break the taboo by speaking out in the media about their experiences.

In 2002, the Health, Labor, and Welfare Ministry held an "Expert Roundtable on Suicide Prevention Measures." The ensuing report outlined that a suicide prevention policy must not only properly address mental health issues, but it must also require a multifaceted examination of psychological, social, cultural, and economic factors. However, this report was treated simply as recommendations by experts, and it was not fully reflected in any actual policies.

Suicide began to be viewed in Japan as a "social problem" around 2005-2006, and triggered concrete actions. In May of 2005, LIFELINK, a nongovernmental organization (NGO) collaborated with a member of the parliament in bringing about the first forum on suicide at the Diet Members' Office Building. LIFELINK, together with other NGOs, submitted

urgent proposals for comprehensive suicide prevention at the forum. The Minister of Health, Labour and Welfare, attended this forum, at which he vowed on behalf of the government to tackle the issue of suicide. This vow was widely reported in the media.

### *Into legislation*

Subsequently, a bipartisan parliamentary group supporting the formation of a suicide prevention policy was formed in 2006. Buoyed by a petition calling for suicide prevention legislation that had more than 100,000 signatories, the *Basic Act for Suicide Prevention* was signed into legislation in June 2006. The basic principles of the Basic Act show the idea that, Suicide prevention activities should be conducted based on the complexity of suicide related factors, and should not to be distorted as a mental illness issue, Suicide prevention activities should include prevention, intervention, and postvention, and suicide prevention should be conducted effectively under a close co-operation between stakeholders.

Following this, the driving force for suicide prevention shifted from the Ministry of Health, Labour and Welfare to the Cabinet Office, and suicide prevention became an overarching government policy, not limited to a single ministry. In 2007, the *General Principles of Suicide Prevention Policy* was enacted, aimed at preventing suicide and providing support for the survivors. Delineated within it was the philosophy that a suicide prevention policy would help build a society in which citizens live purposeful lives, and attributed various responsibilities to the state.

After the global economic crisis in 2008, the Japanese government secured funding in 2009 through the “Regional Comprehensive Suicide Prevention Emergency Strengthening Fund (Regional Fund).” The Regional Fund was mainly directed to reinforce local suicide prevention activities including intensive public awareness campaigns during the crucial month of March, a time when it was recognized that the rate of suicide increased. In 2010, the government designated March as “National Suicide Prevention Month.” It also introduced reforms to data collection, mandating the National Police Agency release detailed municipal level suicide statistics on a monthly basis. This enabled the promotion of suicide prevention measures aligned with local needs.

In 2012, the *General Principles of Suicide Prevention Policy* was revised to emphasize support for youth, and those who have previously attempted suicide.

### *Results*

Following a gradual decrease beginning in 2009, the number of suicides fell below 30,000 in 2012 for the first time since 1998. Most of this decrease occurred in urban areas. The suicide rate for young people continued to rise, signalling a need for new targeted interventions. However, the rates of suicide amongst the middle aged and elderly had decreased, resulting in the overall decline. The data of the National Police Agency also showed a marked decrease in suicides related to economic and livelihood issues.



平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
分担研究報告書

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

研究分担者 藤森 麻衣子 ( (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 )  
研究協力者 山内 貴史 ( (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 )  
小高 真美 ( (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 )  
竹島 正 ( (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 )

研究要旨

【目的】本研究は、海外での自殺対策の取り組みとその評価の実際を把握し、我が国の新たな自殺対策への示唆を得る。

【方法】WHO World Suicide Report 会議出席者を対象に、過去 5 年間の自殺対策の取り組み活動と評価に関する活動についての自己記入式の質問票に回答を求めた。

【結果】研究参加者は、アジア、欧米、オセアニアから参加した 23 名(回答率 54.8%) であり、経験 20 年以上の精神科医師、精神医学博士が半数を占めたが、欧米と比して日本を含むアジアの国々では医師の割合が高い傾向にあった。主な活動は、公衆衛生、疫学、精神医学の領域での研究であることが示されたが、日本を含むアジアでは臨床を主な自殺対策活動としている者の割合が高かった。自殺対策に取り組む研究者は、過去 5 年間に 3 つの「自殺対策の取り組み」に関与していることが示された。一方で、「自殺関連の取り組みに対する評価」への関与は少なく、行っていないという回答が 60%を占めた。「自殺対策の取り組み」は、危険因子への対策、効果的な予防戦略への意識の増加、自殺関連死の予防に関するものが多く、その対象は、青年期から老年期、未遂者、遺族まで多岐にわたり、その活動は、政府、公衆衛生、精神保健関係者と研究者との協働により、無作為化比較試験、コホート、症例報告により検討されていることが示された。我が国においては、欧米と比して「効果的な予防戦略への意識の増加」を主題とした取り組み、社会的弱者関連団体、自殺未遂者・家族、NGO・家族会、研究者との協働、システマティックレビューのデザインによる取り組みが少ないことが示唆された。

【考察】「自殺対策の取り組み」の主題、対象、協働者、デザインは多岐にわたって行われているが、「自殺対策の問組みに対する評価」は少なく、今後の課題である。【結論】日本は自殺対策基本法をもとに、国を挙げて自殺対策に取り組んできた経緯があり、それをさらに発展させるためにも、国際機関や諸外国と連携して、国としての、また国際的な自殺対策の発展に寄与することが望まれる。

A. 研究目的

日本の自殺死亡率は欧米の先進諸国に比べても高い状態となっている。1998 年の自殺死亡急増を機会に自殺予防の取組が行われ、2006 年に自殺対策基本法、2007 年には自殺総合対策大綱が策定され、国を挙げて自殺対策に取り組んできた。

その成果もあり、2010 年より自殺者数は減少傾向にある。また、2012 年 8 月の自殺総合対策大綱の見直しを踏まえ、若年層向けの対策や自殺未遂者向けの対策を充実するなど、新たな取り組みが求められている。また、国の対策の評価が求められている。

そこで本研究では、国際的・学際的な自殺

対策の取り組みとその評価の実際を把握し、今後の自殺対策への示唆を得ることを目的とする。

## B. 研究方法

調査対象：2013年12月16-17日に日本で開催された、(独)国立精神・神経医療研究センター、WHO、WHO西太平洋事務局の主催による第2回World Suicide Report会議出席者

方法：自己記入式質問票を用いた横断調査(調査期間：2013年11月15日-2014年2月22日)

調査項目(付録1): 背景(所属国、所属機関、学位、専門分野、主な活動、経験年数)

過去5年間の自殺関連の取り組み(テーマ、協働者、対象者、デザイン、予算)

過去5年間の自殺関連の取り組みに対する評価(テーマ、協働者、対象者、デザイン、予算)

分析：それぞれの回答について記述統計を算出した。また、地域による自殺対策の違いを検討するために、対象者の所属地域を日本(5名)、アジア(7名)、欧米(9名)に分け、それぞれの回答と所属地域の二乗検定を行った。

(倫理面への配慮)

調査に先立ち、対象者に対して本調査の目的、方法を書面と口頭にて説明し、調査への回答をもって参加同意の意思を確認した。

## C. 研究結果

### 調査参加者の背景

第2回World Suicide Report会議出席者42名中23名(回答率：54.8%)が調査用紙に回答した。調査参加者の所属国は、日本5名(21.7%)、アジア7名(30.4%)、ヨーロッパ7名(30.4%)、北アメリカ2名(8.7%)、オセアニア2名(8.7%)であった。南アメリカ、アフリカからの回答は得られなかった。所属施設は、大学9名(34.6%)、研究所4名(15.4%)、病院4名(15.4%)、その他9名

(34.6%)であった。学位は、医学博士6名(26.1%)、医師6名(26.1%)、医学以外の博士9名(39.1%)、修士2名(8.7%)であった。欧米は日本、アジアよりも医学以外の博士(8名)が有意に多かった。専門領域は、精神医学17名(51.5%)、公衆衛生8名(24.2%)、その他8名(24.2%)であった。経験年数の中央値は、20年(3-35年)であった。主な活動は、研究16名(50%)、臨床8名(25%)、教育4名(12.5%)、政策策定4名(12.5%)であり、欧米は日本、アジアに比べて研究(10名)の割合が高かった。自殺関連の主な活動は、公衆衛生17名(32.1%)、疫学14名(26.4%)、精神医学11名(20.8%)、心理学5名(9.4%)、その他6名(11.3%)であった(表1)。

### 過去5年間の自殺関連の取り組み

過去5年間の自殺関連の取り組みは平均3.4、中央値3(0-10)であり、研究費は平均852,119USドル、中央値32,840USドル(0-30,000,000USドル)であった(表2)。主題は、危険因子への対策28(22.6%)、効果的な予防戦略への意識の増加24(19.4%)、自殺関連死の予防20(16.1%)、スティグマの減少11(8.9%)、発生データ集積の向上10(8.1%)、効果的介入や評価の向上5(4.0%)、自殺未遂者による再度の自殺企図の予防5(4.0%)、保健医療システムの強化4(3.2%)、人的資源の訓練4(3.2%)、社会システムの強化3(2.4%)、こころの健康増進3(2.4%)、遺族支援強化2(1.6%)、民間組織との連携強化2(1.6%)、その他3(2.4%)であった(表3)。地域別には、効果的な予防戦略への意識の増加で欧米(9)が有意に多かった。

協働者は、公衆衛生機関30(16.3%)、精神保健機関30(16.3%)、関連政府機関28(15.2%)、研究者25(13.6%)、NGO・家族会10(5.4%)、教育機関9(4.9%)、法律機関7(3.8%)、司法機関5(2.7%)、政治家4(2.2%)、社会的弱者関連団体6(3.3%)、自殺未遂者・家族5(2.7%)、地域団体・宗教関係者6(3.3%)、メディア5(2.7%)、国家

統計機関 3 (1.6%)、専門機関 2 (1.1%)、民間セクター 2 (1.1%)、その他 1 (0.5%)、なし 7 (3.8%) であった (表 4)。地域別には、社会的弱者関連団体、自殺未遂者・家族、NGO・家族会、研究者で欧米 (それぞれ 6, 5, 9, 23) が有意に多かった。

対象は、若年成人 48 (23.3%)、中年者 38 (18.5%)、高齢者 37 (18.0%)、未遂者 30 (14.6%)、遺族 27 (13.1%)、その他 20 (9.7%) であった (表 5)。その他の主な回答は未成年であった。地域別には、中年者への取り組みは欧米 (10) で有意に多かった。

デザインは、症例報告 14 (14.7%)、無作為化比較試験 12 (12.6%)、前向きコホート 12 (12.6%)、比較のない研究 9 (9.5%)、システムティックレビュー 8 (8.4%)、後ろ向きコホート 5 (5.3%)、前向き症例対照研究 5 (5.3%)、後ろ向き症例対照研究 3 (3.2%)、エキスパートオピニオン 3 (3.2%)、その他 18 (17.0%) であった (表 6)。地域別には、システムティックレビューが欧米 (8) で有意に多かった。

### 過去5年間の自殺関連の取り組みに対する評価

過去5年間の自殺関連の取り組みの評価実施数は平均 1.0、中央値 0 (0-5) であり、研究費は平均 218,621US ドル、中央値 47,524US ドル (0-1,500,000US ドル) であった (表 2)。主題は、効果的な予防戦略への意識の増加 6 (16.2%)、自殺関連死の予防 6 (16.2%)、効果的介入や評価の向上 5 (13.5%)、リスク因子への対策 4 (10.8%)、人的資源の訓練 3 (8.1%)、心の健康促進 3 (8.1%)、スティグマの減少 2 (5.4%)、遺族支援強化 2 (5.4%)、発生データ集積の向上 1 (2.7%)、自殺未遂者による再度の自殺企図の予防 1 (2.7%)、保健医療システムの強化 1 (2.7%)、社会システムの強化 1 (2.7%)、民間組織との連携強化 1 (2.7%)、その他 1 (2.7%) であった (表 7)。

協働者は、関連政府機関 8 (28.6%)、精神保健機関 6 (13.9%)、研究者 6 (14.0%)、公

衆衛生機関 4 (9.3%)、教育機関 3 (6.9%)、法律機関 1 (2.3%)、司法機関 2 (4.7%)、地域団体・宗教関係者 2 (4.7%)、NGO・家族会 2 (4.7%)、国家統計機関 2 (4.7%)、政治家 1 (2.3%)、社会的弱者関連団体 1 (2.3%)、自殺未遂者・家族 1 (2.3%)、メディア 1 (2.3%)、専門機関 1 (2.3%)、民間セクター 0 (0%)、その他 2 (4.7%) であった (表 8)。地域別には、研究者との協働は欧米 (6) で有意に多かった。

対象は、若年成人 9 (20.0%)、高齢者 9 (20.0%)、未遂者 8 (17.8%)、中年者 6 (13.3%)、遺族 5 (11.1%)、その他 8 (17.8%) であった (表 9)。その他の主な回答は未成年であった。

デザインは、比較のない研究 4 (13.3%)、前向き症例対照研究 4 (13.3%)、エキスパートオピニオン 4 (13.3%)、システムティックレビュー 3 (10.0%)、無作為化比較試験 3 (10.0%)、前向きコホート 3 (10.0%)、後ろ向き症例対照研究 3 (10.0%)、症例報告 3 (10.0%)、後ろ向きコホート 1 (3.3%)、その他 1 (3.3%) であった (表 10)。

### D. 考察

本研究は、海外での自殺対策の取り組みとその評価の実際を把握し、我が国の新たな自殺対策への示唆を得ることを目的として行われ、第2回 World Suicide Report 会議に出席した13か国の自殺対策に携わる23名が調査に参加した。参加者は、経験20年以上の精神科医師、精神医学博士が半数を占めたが、欧米と比して日本を含むアジアの国々では医師の割合が高い傾向にあった。主な活動は、公衆衛生、疫学、精神医学の領域での研究であることが示されたが、日本を含むアジアでは臨床を主な自殺対策活動としている割合が高かった。

過去5年間に3つの「自殺対策の取り組み」に関与している一方で、「自殺関連の取り組みに対する評価」への関与は少なく、評価活動は国際的にみても今後の課題であるという現

状が示唆された。

「自殺対策の取り組み」活動の主題は、「リスク因子への対策」、「効果的な予防戦略への意識の増加」、「自殺関連死の予防」に関するものが多かった。一方で、「効果的介入や評価の向上」、「自殺未遂者による再度の自殺企図の予防」、「保健医療システムの強化」、「人的資源の訓練」、「社会システムの強化」、「こころの健康増進」、「遺族支援強化」、「民間組織との連携強化」を主題とした取り組みは少なく、自殺対策における多部署協働のアプローチの必要性が改めて浮き彫りになった。地域別には、「効果的な予防戦略への意識の増加」を扱った取り組みが、日本を含むアジアは欧米よりも少ないことが示唆されたことから、欧米の先行した取り組みを参考に今後検討していくとともに、急速な社会変化を経験しているアジアの環境に適した自殺対策の開発が求められる。

これらの取り組みは、政府機関、公衆衛生機関、精神保健機関、研究者との協働によるものが多いことが示唆された。これは、精神医学や公衆衛生学を専門とする研究者が多いという調査対象者の背景によるものであると考えられる。特に、日本を含むアジアでは、欧米と比して、NGO・家族会や社会的弱者関連団体、自殺未遂者・家族との協働が少ない可能性が示されたが、今回の質問票ではその実態を捉えることは困難であることから、各領域における専門的検討が必要であろう。

取り組みのデザインは、症例報告、無作為比較試験、コホート研究により検討されていることが示唆された。自殺対策という性質上、比較研究や介入研究は困難な側面もあるが、さまざまなデザインを工夫した取り組みが行われていると考えられる。一方で、日本を含むアジアでは、欧米と比してシステムレビューが少なかったことから、今後取り組むべき課題として挙げることができる。

## E. 結論

自殺対策に取り組む研究者は、過去5年間

に3つの自殺対策の取り組みに関与していることが示された。一方で、自殺関連の取り組みに対する評価への関与は少なく、行っていないという回答が60%を占めており、今後の課題として挙げられた。

自殺対策の取り組み活動は、危険因子への対策、効果的な予防戦略への意識の増加、自殺関連死の予防に関するものが多く、その対象は、青年期から老年期、未遂者、遺族まで多岐にわたること、その活動は、政府、公衆衛生、精神保健関係者と研究者との協働により、無作為比較試験、コホート、症例報告により検討されていることが示された。日本は自殺対策基本法をもとに、国を挙げて自殺対策に取り組んできた経緯があり、それをさらに発展させるためにも、国際機関や諸外国と連携して、国としての、また国際的な自殺対策の発展に寄与することが望まれる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) M. Fujimori, Y. Shirai, M. Asai, N. Katsumata, K. Kubota, Y. Uchitomi, 2013, Development and preliminary evaluation of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communicating bad news. Palliative & Supportive Care, In Press.
- 2) WR. Tang, KY. Chen, SH. Hsu, YY. Juang, SC. Chiu, SC. Hsiao, M. Fujimori, CK. Fang, 2013, Effectiveness of Japanese SHARE model in improving Taiwanese healthcare personnel's preference for cancer truth telling. Psychooncology, In Press.
- 3) K. Kondo, M. Fujimori, Y. Shirai, Y. Yamada, A. Ogawa, N. Hizawa, Y. Uchitomi, 2013, Characteristics associated with empathic

behavior in Japanese oncologists. Patient Education & Counseling. 93: 350-353.

- 4) K. Nixima, M. Fujimori, K. Okanoya, 2013, An ERP study of autistic traits and emotional recognition in non-clinical adolescence. Psychology. 4: 515-9.
- 5) M. Asai, N. Akizuki, M. Fujimori, Y. Matsui, K. Itoh, M. Ikeda, R. Hayashi, T. Kinoshita, A. Ohtsu, K. Nagai, H. Kinoshita, Y. Uchitomi, 2013, Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. Psychooncology. 22:995-1001.

#### H . 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- 1 . 特許取得 なし
- 2 . 実用新案登録 なし
- 3 . その他 なし

**表 1 . 参加者背景**

|               |       | N     | %    |
|---------------|-------|-------|------|
| 参加者           |       | 23/42 | 54.8 |
| 国             | 日本    | 5     | 21.7 |
|               | アジア   | 7     | 30.4 |
|               | ヨーロッパ | 7     | 30.4 |
|               | 北アメリカ | 2     | 8.7  |
|               | オセアニア | 2     | 8.7  |
| 所属*           | 大学    | 9     | 34.6 |
|               | 研究所   | 4     | 15.4 |
|               | 病院    | 4     | 15.4 |
|               | その他   | 9     | 34.6 |
| 学位            | 医学博士  | 6     | 26.1 |
|               | 医師    | 6     | 26.1 |
|               | 博士    | 9     | 39.1 |
|               | 修士    | 2     | 8.7  |
| 専門*           | 精神医学  | 17    | 51.5 |
|               | 公衆衛生  | 8     | 24.2 |
|               | その他   | 8     | 24.2 |
| 経験年数(中央値; 範囲) |       | 20    | 3-35 |
| 主な活動*         | 研究    | 16    | 50.0 |
|               | 臨床    | 8     | 25.0 |
|               | 教育    | 4     | 12.5 |
|               | 政策    | 4     | 12.5 |
| 自殺関連の主な活動*    | 公衆衛生  | 17    | 32.1 |

|  |      |    |      |
|--|------|----|------|
|  | 疫学   | 14 | 26.4 |
|  | 精神医学 | 11 | 20.8 |
|  | 心理学  | 5  | 9.4  |
|  | その他  | 6  | 11.3 |

\* 複数選択

表 2 . 自殺関連の取り組みと自殺関連の取り組みに対する評価の数、研究費

|                                | 中央値         | 平均           | 範囲           |
|--------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| 過去 5 年間の自殺関連の取り組み数             | 3           | 3.4          | 0-10         |
| 0                              | N=2         | 8.7%         |              |
| 1                              | N=4         | 17.4%        |              |
| <u>2</u>                       | <u>N=5</u>  | <u>21.7%</u> |              |
| 3 - 5                          | N=7         | 30.4%        |              |
| 6 - 10                         | N=5         | 21.7%        |              |
| 研究費 (アメリカドル)                   | 32,840      | 852,119      | 0-30,000,000 |
| 過去 5 年間の自殺関連の取り組みに対する<br>評価活動数 | 0           | 1.0          | 0-5          |
| <u>0</u>                       | <u>N=13</u> | <u>59.1%</u> |              |
| 1                              | N=5         | 22.7%        |              |
| 2 - 5                          | N=4         | 18.2%        |              |
| 研究費 (アメリカドル)                   | 47,524      | 218,621      | 0-1,500,000  |



表3．自殺関連の取り組みの主題

|                             | N  | %    |
|-----------------------------|----|------|
| 危険因子への対応                    | 28 | 22.6 |
| 効果的な予防戦略の活用や自殺の問題についての意識の増加 | 24 | 19.4 |
| 自殺や自殺未遂の発生の減少               | 20 | 16.1 |
| 自殺行動と関連するスティグマの減少           | 11 | 8.9  |
| 自殺、自殺未遂の発生のデータ集積の向上         | 10 | 8.1  |
| 効果的介入の研究や評価の向上              | 5  | 4.0  |
| 自殺未遂者による再度の自殺企図の予防          | 5  | 4.0  |
| 自殺行動に対する保健医療システムの強化         | 4  | 3.2  |
| 初期対応の中心的役割を果たす人的資源の訓練       | 4  | 3.2  |
| 自殺行動への社会システムの強化             | 3  | 2.4  |
| こころの健康の増進                   | 3  | 2.4  |
| 自殺遺族に対する支援の強化               | 2  | 1.6  |
| 民間組織との連携の強化                 | 2  | 1.6  |
| その他                         | 3  | 2.4  |

表4. 自殺関連の取り組みの協働者

|   | N  | %    |
|---|----|------|
| 健康、教育、社会福祉、その他関連省庁を含む政府機関   | 28 | 15.2 |
| 公衆衛生マネージャー、医師、看護師、救急スタッフ、小児科、老年医学者、遺族専門家、行政官、統計家、その他のサービス提供者を含む公衆衛生機関 | 30 | 16.3 |
| サービスマネージャー、精神科医、心理士、精神保健専門看護師、社会福祉士を含む精神保健機関                          | 30 | 16.3 |
| 教師、学校カウンセラー、行政官、その他教育専門家、学生リーダーを含む教育機関                                | 9  | 4.9  |
| 検視官、法医学スタッフを含む法律機関  | 7  | 3.8  |
| 警察、消防、救急サービス、刑務所、犯罪関係サービス、裁判所、自衛隊                                     | 5  | 2.7  |
| 国会議員、政策立案者、政治家  | 4  | 2.2  |
| 高齢者、若年者、先住民、難民、少数民族など社会的弱者関連団体  | 6  | 3.3  |
| 未遂者、家族  | 4  | 2.2  |
| 地域団体、宗教指導者  | 6  | 3.3  |
| NGO、家族会、市民団体、ボランティア   | 10 | 5.4  |
| メディア  | 5  | 2.7  |
| 研究者   | 25 | 13.6 |
| 国家統計機関  | 3  | 1.6  |
| 専門機関  | 2  | 1.1  |
| 民間セクター、私立財団   | 2  | 1.1  |
| その他   | 1  | 0.5  |
| なし  | 7  | 3.8  |

**表5. 自殺関連の取り組み対象**

|           | N  | %    |
|-----------|----|------|
| 若年成人      | 48 | 23.3 |
| 中年者       | 38 | 18.5 |
| 高齢者       | 37 | 18.0 |
| 未遂者       | 30 | 14.6 |
| 遺族        | 27 | 13.1 |
| その他(未成年者) | 20 | 9.7  |
| 回答なし      | 6  | 2.9  |

表6. 自殺関連の取り組みのデザイン

|                     | N  | %    |
|---------------------|----|------|
| メタ分析を含むシステマティックレビュー | 8  | 8.4  |
| 無作為化比較試験            | 12 | 12.6 |
| 前向きコホート研究           | 12 | 12.6 |
| 後ろ向きコホート研究          | 5  | 5.3  |
| 前向き症例対象研究           | 5  | 5.3  |
| 後ろ向き症例対象研究          | 3  | 3.2  |
| 介入前後、対照群との比較のない研究   | 9  | 9.5  |
| 症例報告                | 14 | 14.7 |
| エキスパートオピニオン         | 3  | 3.2  |
| その他                 | 18 | 17.0 |
| 回答なし                | 6  | 6.3  |

**表7．自殺関連の取り組みに対する評価の主題**

|                             | N | %    |
|-----------------------------|---|------|
| 危険因子への対応                    | 4 | 10.8 |
| 効果的な予防戦略の活用や自殺の問題についての意識の増加 | 6 | 16.2 |
| 自殺や自殺未遂の発生の減少               | 6 | 16.2 |
| 自殺行動と関連するスティグマの減少           | 2 | 5.4  |
| 自殺、自殺未遂の発生のデータ集積の向上         | 1 | 2.7  |
| 効果的介入の研究や評価の向上              | 5 | 13.5 |
| 自殺未遂者による再度の自殺企図の予防          | 1 | 2.7  |
| 自殺行動に対する保健医療システムの強化         | 1 | 2.7  |
| 初期対応の中心的役割を果たす人的資源の訓練       | 3 | 8.1  |
| 自殺行動への社会システムの強化             | 1 | 2.7  |
| こころの健康の増進                   | 3 | 8.1  |
| 自殺遺族に対する支援の強化               | 2 | 5.4  |
| 民間組織との連携の強化                 | 1 | 2.7  |
| その他                         | 1 | 2.7  |

表 8 . 自殺関連の取り組みに対する評価の協働者

|   | N | %    |
|---|---|------|
| 健康、教育、社会福祉、その他関連省庁を含む政府機関   | 8 | 28.6 |
| 公衆衛生マネージャー、医師、看護師、救急スタッフ、小児科、老年医学者、遺族専門家、行政官、統計家、その他のサービス提供者を含む公衆衛生機関 | 4 | 9.3  |
| サービスマネージャー、精神科医、心理士、精神保健専門看護師、社会福祉士を含む精神保健機関                          | 6 | 13.9 |
| 教師、学校カウンセラー、行政官、その他教育専門家、学生リーダーを含む教育機関                                | 3 | 6.9  |
| 検視官、法医学スタッフを含む法律機関  | 1 | 2.3  |
| 警察、消防、救急サービス、刑務所、犯罪関係サービス、裁判所、自衛隊                                     | 2 | 4.7  |
| 国会議員、政策立案者、政治家  | 1 | 2.3  |
| 高齢者、若年者、先住民、難民、少数民族など社会的弱者関連団体  | 1 | 2.3  |
| 未遂者、家族  | 1 | 2.3  |
| 地域団体、宗教指導者  | 2 | 4.7  |
| NGO、家族会、市民団体、ボランティア   | 2 | 4.7  |
| メディア  | 1 | 2.3  |
| 研究者   | 6 | 14.0 |
| 国家統計機関  | 2 | 4.7  |
| 専門機関  | 1 | 2.3  |
| 民間セクター、私立財団   | 0 | 0    |
| その他   | 2 | 4.7  |
| なし  | 0 | 0    |

**表9 . 自殺関連の取り組みに対する評価の対象**

|           | N | %    |
|-----------|---|------|
| 若年成人      | 9 | 20.0 |
| 中年者       | 6 | 13.3 |
| 高齢者       | 9 | 20.0 |
| 自殺未遂      | 8 | 17.8 |
| 遺族        | 5 | 11.1 |
| その他（未成年者） | 8 | 17.8 |
| 回答なし      | 0 | 0    |

表 10. 自殺関連の取り組みに対する評価のデザイン

|                     | N | %    |
|---------------------|---|------|
| メタ分析を含むシステマティックレビュー | 3 | 10.0 |
| 無作為化比較試験            | 3 | 10.0 |
| 前向きコホート研究           | 3 | 10.0 |
| 後ろ向きコホート研究          | 1 | 3.3  |
| 前向き症例対象研究           | 4 | 13.3 |
| 後ろ向き症例対象研究          | 3 | 10.0 |
| 介入前後、対照群との比較のない研究   | 4 | 13.3 |
| 症例報告                | 3 | 10.0 |
| エキスパートオピニオン         | 4 | 13.3 |
| その他                 | 1 | 3.3  |
| 回答なし                | 1 | 3.3  |



## 付録 1 . 質問票

Scientific Research Subsidy Project of the Ministry of Health, Labor and Welfare in 2013  
(Special research project of Health and Labor Sciences )

An international/interdisciplinary review for suicide prevention based on the reexamination of  
comprehensive measures to prevent suicide

A research study for understanding the current status and challenges of international suicide  
prevention

### **Briefing Paper**

#### **Introduction**

Japan has seen more than 30,000 people kill themselves annually since 1998. The suicide mortality rate has been fairly high compared to that of the developed countries of Europe and the United States. Considering the people severely affected by suicide and attempted suicide, suicide has been a major issue in our country as well.

The “Scientific Research Subsidy Project of the Ministry of Health, Labor and Welfare in 2013(Special research project of Health and Labor Sciences): An international/interdisciplinary review for suicide prevention based on reexamination of the comprehensive measures to prevent suicide,” it is our objective to learn about the efforts and the evaluation of suicide prevention overseas and to make use of them for suicide prevention in our country.

In this regard, we are writing to those who will attend the Second Meeting for World Suicidal Report by WHO in order to inquire about your opinions on suicide prevention.

We would like to ask you to read the briefing paper, understand the intent and purpose of it, and to answer the questionnaire attached to this letter. We appreciate your consideration of this matter.

#### **Purpose**

The purpose of this research is to understand your approach and evaluation of your activities for suicide prevention.

**Method**

This is self-completed questionnaire with ten questions, inquiring about your activities on suicide prevention. Please fill in the answers that apply to each item.

**The expected benefits**

This research is going to be an opportunity to learn about your activities concerning suicide prevention. Your answers are going to be the basic data that contributes to suicide prevention in Japan. To those who cooperate with this research, we would like to present a small gift to you on your arrival in Japan.

**The expected disadvantage**

It takes about thirty minutes to participate in this research.

**Subject**

Those who are to attend the Second Meeting for the World Suicide Report

**Privacy and protection of personal data**

We are going to handle all the data obtained in this investigation statistically; there is a possibility that the individual might be identified due to the nature of the investigation. In addition, please understand that the results processed statistically in this study will be published in reports, etc.

**Conflict of interest**

This is no conflict of interest on this research.

**Agreement and withdrawal**

You shall be deemed to have agreed with your answers to the questionnaire and a reply. Please hand or e-mail the questionnaire sheets which were filled answered to a contact personnel. The electronic file of the questionnaire is in the enclosed USB. Please contact the following address when you would like to withdraw.

**Contact address**

Maiko Fujimori

National center of Neurology and Psychiatry

National Institute of Mental Health Center for Suicide Prevention

4-1-1 Ogawa Higashi-cho

Kodaira Shi, Tokyo

187-8551

[mfuji@ncnp.go.jp](mailto:mfuji@ncnp.go.jp)

**Please fill in the underlined portion of the following or check the applicable box.**

- 1 Name : \_\_\_\_\_
- 2 Nationality : \_\_\_\_\_
- 3 Your main institution. : university, research, institution, hospital,  
other( )
- 4 Your main academic credential : MD, PhD, PhyD, MA, BA, other ( )
- 5 Your main field of academic study (public health, psychiatry, sociology etc.) :
- 6 Your main activity : research, education, clinical, creating policy
- 7 Years of experience ( research, education, clinical, policy ) : \_\_\_\_\_

8 Please check the main areas of your activities on suicide. ( multiple answers allowed )

|               |                          |
|---------------|--------------------------|
| Epidemiology  | <input type="checkbox"/> |
| Public health | <input type="checkbox"/> |
| Psychiatry    | <input type="checkbox"/> |
| Psychology    | <input type="checkbox"/> |
| Other ( )     | <input type="checkbox"/> |
| Other ( )     | <input type="checkbox"/> |
| Other ( )     | <input type="checkbox"/> |

9 On the activities on suicide you have been involved with or you have supported for the past five years, please fill in the primary heading. Please present any document (PDF, URL, Reference information etc.). In addition to that, please select the following options and fill in the number/numbers: i. central theme, ii. collaborating person, iii. target, iv. design (multiple answers allowed). In the question v. research expenditure, please enter the amount of research expenditure in the US dollar.

| Primary headings of your activities | i. central theme | ii. collaborator | iii. target | iv. design | v. research expenditure (US \$) |
|-------------------------------------|------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------------|
|                                     |                  |                  |             |            |                                 |
|                                     |                  |                  |             |            |                                 |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

i. Central theme (World Health Organization, 2012, Public health action for the prevention of suicide; Cabinet office, 2012, Comprehensive measures to prevent suicide)

|   |   |
|---|---|
| 1 | Increase awareness about the magnitude of the problem and the availability of effective prevention strategies   |
| 2 | Reduce the incidence of suicide and attempted suicide, thereby preventing premature death from suicide or morbidity/disability from attempted suicide, across the life span |
| 3 | Tackle risk factors of suicide and attempted suicide  |
| 4 | Reduce stigma associated with suicidal behaviors  |
| 5 | Improve data collection on the incidence of both suicide and attempted suicide  |

|    |  |
|----|--|
| 6  | Improve research and evaluation of effective interventions             |
| 7  | Strengthen the health system response to suicidal behaviors            |
| 8  | Strengthen the social system response to suicidal behaviors            |
| 9  | Train human resources who play a central role in the pre-emptive move  |
| 10 | Promote the health of heart  |
| 11 | Prevent repeated suicide attempts of the survivor of a suicide attempt |
| 12 | Enrich support for the suicide bereaved                                |
| 13 | Strengthen cooperation with private organizations                      |
| 14 | Other ( )  |
| 15 | Other ( )  |
| 16 | Other ( )  |

ii. Collaborator (World Health Organization, 2012, Public health action for the prevention of suicide)

|    |   |
|----|---|
| 1  | Various government sectors, including the Ministry of Health, Education and Social Welfare, and other relevant ministries   |
| 2  | The general public health sector, including public health managers, physicians, nurses, emergency care staff, pediatricians, geriatricians, bereavement specialists, administrators, statisticians, and other service providers |
| 3  | Mental health services, including service managers, psychiatrists, psychologists, mental health nurses, and social workers  |
| 4  | The education sector, including teachers, school counsellors, administrators, other education professionals, and student leaders  |
| 5  | Legal authorities, including coroners and medico-legal staff  |
| 6  | Police, fire services, ambulance services, prison and criminal services, courts, and defense forces   |
| 7  | Parliamentarians, policy makers, and politicians  |
| 8  | Relevant vulnerable groups, which could include, depending on a country's suicide demographics, e.g. the elderly, youth, indigenous peoples, refugees, and ethnic minorities  |
| 9  | Survivors and families  |
| 10 | Communities, spiritual and religious leaders  |
| 11 | Nongovernmental organizations (NGOs), family organizations, community-based organizations, and volunteers   |
| 12 | Media   |

|    |                                     |
|----|-------------------------------------|
| 13 | Researchers                         |
| 14 | National statistics representatives |
| 15 | Professional associations           |
| 16 | Private sector and foundations      |
| 17 | Other ( )                           |
| 18 | Other ( )                           |
| 19 | Other ( )                           |

iii. Target (Cabinet office, 2012, comprehensive measures to prevent suicide)

|   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | Young adult Group |
| 2 | Middle aged group |
| 3 | Old age group     |
| 4 | Attempted suicide |
| 5 | Bereaved          |
| 6 | Other ( )         |
| 7 | Other ( )         |
| 8 | Other ( )         |

iv. Design

|    |   |
|----|---|
| 1  | A systematic review of cohort studies with meta-analysis of randomized controlled trials, a large-scale simultaneous control  |
| 2  | At least one randomized controlled trial  |
| 3  | Cohort study with simultaneous control without random allocation (prospective study , concurrent cohort study etc.)           |
| 4  | Cohort study with a control in the past without random allocation (historical cohort study , retrospective cohort study etc.) |
| 5  | Case-control study (Prospective study)  |
| 6  | Case-control study ( Retrospective study )  |
| 7  | Research without a comparison of before and after treatment and the control group   |
| 8  | Case report , Case series   |
| 9  | Opinion of individual experts   |
| 10 | Other ( )   |
| 11 | Other ( )   |
| 12 | Other ( )   |

10 On your evaluation of your activity on suicide you have done for the past five years, please fill in the primary heading. Please present any document. (PDF, URL, Reference information etc. ) In addition to that, please select the following options and fill in the number/numbers i. central theme, ii. collaborating person, iii. target, iv. design. ( multiple answers allowed ) In the question v. research expenditure, please enter the amount of research expenditure in the US dollar.

| The primary heading of evaluation activity | i. central theme | ii. collaborator | iii. target | iv. design | v. research expenditure (US \$) |
|--|------------------|------------------|-------------|------------|---------------------------------|
|  |                  |                  |             |            |                                 |
|  |                  |                  |             |            |                                 |
|  |                  |                  |             |            |                                 |
|  |                  |                  |             |            |                                 |
|  |                  |                  |             |            |                                 |
|  |                  |                  |             |            |                                 |
|  |                  |                  |             |            |                                 |
|  |                  |                  |             |            |                                 |
|  |                  |                  |             |            |                                 |



|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

i. Central Theme ( World Health Organization, 2012, Public health action for the prevention of suicide; Cabinet Office, 2012, comprehensive measures to prevent suicide )

|    |   |
|----|---|
| 1  | Increase awareness about the magnitude of the problem and the availability of effective prevention strategies   |
| 2  | Reduce the incidence of suicide and attempted suicide, thereby preventing premature death from suicide or morbidity/disability from attempted suicide, across the life span |
| 3  | Tackle risk factors of suicide and attempted suicide  |
| 4  | Reduce stigma associated with suicidal behaviors  |
| 5  | Improve data collection on the incidence of both suicide and attempted suicide  |
| 6  | Improve research and evaluation of effective interventions  |
| 7  | Strengthen the health system response to suicidal behaviors   |
| 8  | Strengthen the social system response to suicidal behaviors   |
| 9  | Train human resources who play a central role in the pre-emptive move   |
| 10 | Promote the health of heart   |
| 11 | Prevent repeated suicide attempts of the survivor of a suicide attempt  |
| 12 | Enrich support for the suicide bereaved   |
| 13 | Strengthen cooperation with private organizations   |
| 14 | Other ( )   |
| 15 | Other ( )   |
| 16 | Other ( )   |

ii. Collaborator ( World Health Organization, 2012, Public health action for the prevention of suicide )

|   |   |
|---|---|
| 1 | Various government sectors, including the Ministry of Health, Education and Social Welfare, and other relevant ministries |
|---|---|

|    |   |
|----|---|
| 2  | The general public health sector, including public health managers, physicians, nurses, emergency care staff, pediatricians, geriatricians, bereavement specialists, administrators, statisticians, and other service providers |
| 3  | Mental health services, including service managers, psychiatrists, psychologists, mental health nurses, and social workers  |
| 4  | The education sector, including teachers, school counsellors, administrators, other education professionals, and student leaders  |
| 5  | Legal authorities, including coroners and medico-legal staff  |
| 6  | Police, fire services, ambulance services, prison and criminal services, courts, and defense forces   |
| 7  | Parliamentarians, policy makers, and politicians  |
| 8  | Relevant vulnerable groups, which could include, depending on a country's suicide demographics, e.g. the elderly, youth, indigenous peoples, refugees, and ethnic minorities  |
| 9  | Survivors and families  |
| 10 | Communities, spiritual and religious leaders  |
| 11 | Nongovernmental organizations (NGOs), family organizations, community-based organizations, and volunteers   |
| 12 | Media   |
| 13 | Researchers   |
| 14 | National statistics representatives   |
| 15 | Professional associations   |
| 16 | Private sector and foundations  |
| 17 | Other ( )   |
| 18 | Other ( )   |
| 19 | Other ( )   |

iii. Target ( Cabinet office,2012, comprehensive measures to prevent suicide )

|   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | Young adult Group |
| 2 | Middle aged group |
| 3 | Old age group     |
| 4 | Attempted suicide |
| 5 | Bereaved          |
| 6 | Other ( )         |
| 7 | Other ( )         |

|   |           |
|---|-----------|
| 8 | Other ( ) |
|---|-----------|

iv. Study design ( Minds Practice Guidelines selection committee, 2007, Guidance of practice guidelines )

|    |   |
|----|---|
| 1  | A systematic review of cohort studies with meta-analysis of randomized controlled trials, a large-scale simultaneous control    |
| 2  | At least one randomized controlled trial  |
| 3  | Cohort study with simultaneous control without random allocation ( prospective study , concurrent cohort study etc. )           |
| 4  | Cohort study with a control in the past without random allocation ( historical cohort study , retrospective cohort study etc. ) |
| 5  | Case-control study ( Prospective study )  |
| 6  | Case-control study ( Retrospective study )  |
| 7  | Research without a comparison of before and after treatment and the control group   |
| 8  | Case report , Case series   |
| 9  | Opinion of individual experts ( Reports from experts' report  |
| 10 | Other ( )   |
| 11 | Other ( )   |
| 12 | Other ( )   |

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
分担研究報告書

経済学から見た自殺予防総合対策への寄与可能性の検討  
- 自殺対策の社会モデルに向けて -

研究分担者 澤田 康幸 東京大学大学院経済学研究科

研究要旨

【目的】「自殺」は、現代日本における最も深刻な問題の一つであることは言うまでもない。世界保健機関（WHO）によると、世界で毎日3,000人もの人々が自殺を図り、およそ30秒に一件の自殺関連死がおこっているとされている。特に日本では1998年以降2011年まで自殺者数が年間3万人を超え、その14年間、毎日およそ90人もの人々が自ら命を絶っているという事態が続いてきた。警察庁の自殺統計によると、2012年に日本の自殺者数は15年ぶりに2万7766人となり、3万人を割り込んだが、依然高い水準にあることには変わりがない。また、日本の自殺率は国際的に見ても高く、最新のデータによると男性自殺率はOECD加盟国のなかで3番目、そして女性の自殺率は2番目に高くなっている（澤田・上田・松林, 2013）。本研究は、この問題に対する経済学的接近を俯瞰する。

【方法】「個人が問題を抱え、自ら命を絶つ」 - 従来、日本では、「自殺は個人の問題」とされてきた。特にうつ病が自殺の直接的な原因として挙げられていることがある。しかし、自殺の直接的な原因が個人の問題だとしても、その背後に社会や経済の問題が潜んでいる。自殺の原因はうつ病であったとしても、多くの場合、個人の問題にとどまらず、個人を取り巻く経済状態や制度、あるいは人間関係によって強く影響を受けている。たとえば、失業、倒産、連帯保証人問題などによる経済的困窮は、多くの自殺の直接的あるいは間接的な原因となっている。したがって、自殺にかかわる一連の問題と有効な自殺対策のあり方は、人々が自殺に追い込まれていく社会経済環境についての慎重な実態把握なくして議論はできないと考えなければならない。このような考え方は「自殺対策の社会モデル」と呼ぶことができよう。本俯瞰に当たってはこの自殺対策の社会モデルを用いた。

【結果】「自殺対策の社会モデル」は、（1）自殺の社会的経済的背景・実態の実証的解明、（2）なぜ自殺対策が必要かという理論的根拠づけ、（3）エビデンスに基づいた自殺対策の効果検証・設計、の主に三つの構成要素からなるものである。本稿では、これら3つの要素について、いくつかの例示を元にして議論した。

## A. 研究目的

### 1. はじめに

「自殺」は、現代日本における最も深刻な問題の1つであることは言うまでもない。世界保健機関（WHO）によると、世界で毎日3,000人もの人々が自殺を図り、およそ30秒に一件の自殺関連死がおこっているとされている。特に日本では1998年以降2011年まで自殺者数が年間3万人を超え、その14年間、毎日およそ90人もの人々が自ら命を絶っているという事態が続いてきた。警察庁の自殺統計によると、2012年に日本の自殺者数は15年ぶりに2万7766人となり、3万人を割り込んだが、依然高い水準にあることには変わりがない。また、日本の自殺率は国際的に見ても高く、最新のデータによると男性自殺率はOECD加盟国のなかで3番目、そして女性の自殺率は2番目に高くなっている（澤田・上田・松林, 2013）。

自殺の問題の捉え方は様々で、対策もまだ緒に就いたばかりという面がある。「個人が問題を抱え、自ら命を絶つ」 - 従来、日本では、「自殺は個人の問題」とされてきた。特にうつ病が自殺の直接的な原因として挙げられていることがある。しかし、自殺の直接的な原因が個人の問題だとしても、その背後に社会や経済の問題が潜んでいる。自殺の原因はうつ病であったとしても、多くの場合、個人の問題にとどまらず、個人を取り巻く経済状態や制度、あるいは人間関係によって強く影響を受けている。たとえば、失業、倒産、連帯保証人問題などによる経済的困窮は、多くの自殺の直接的あるいは間接的な原因となっている。したがって、自殺にかかわる一連の問題と有効な自殺対策のあり

方は、人々が自殺に追い込まれていく社会経済環境についての慎重な実態把握なくして議論はできないと考えなければならない。このような考え方は「自殺対策の社会モデル」と呼ぶことができよう。

「自殺対策の社会モデル」は、（1）自殺の社会的経済的背景・実態の実証的解明、（2）なぜ自殺対策が必要かという理論的根拠づけ、（3）エビデンスに基づいた自殺対策の効果検証・設計、の主に三つの構成要素からなるものである。本稿では、これら3つの要素について、いくつかの例示を元にして議論した。

## B. C. 研究方法と研究結果

### 2. 自殺の社会的経済的背景・実態の実証的解明

#### 2.1 国際比較

まず、国際的に見た日本の自殺の特徴を概観する。日本の全人口では、自殺率は10万人中24人であるが、これは国際的に見ても極めて高い深刻な水準である。経済状況が比較的類似している他のOECD（Organisation of Economic Cooperation and Development, 経済協力開発機構）諸国と比較しても、日本の自殺率は高い。各国の人口規模の違いや人口の年齢構成の違いを考慮に入れるため自殺件数ではなく、年齢構成の差を取り除いて国際比較ができるようにした「年齢調整済み自殺率」を用いて比較した場合、2009年以降の時点で日本の総自殺率は全34カ国中で韓国、ロシア、ハンガリーについて4番目に位置づけられている。また、男女別に自殺率を分

けた場合、男性自殺率はOECD各国の中で5番目、そして女性の自殺率は2番目に高い。図1は、日本と日本以外のOECD諸国の人口10万人当たりの自殺率推移を示している。とりわけ90年代終盤、1997年から98年にかけて日本の自殺率が上昇し、日本を除くOECD諸国の2倍近くに急増したことが見て取れる。

Chen, Choi, and Sawada (2009) は、世界保健機関 (WHO) のデータを用い、国際比較から日本の自殺の社会経済的背景に迫っている。この研究は、1980年から2000年までの21のOECD諸国に関する国際比較可能なデータを用い、各社会経済変数と自殺率との関係を示す回帰分析を行った。とりわけ、世界全体、性別、年齢階層別、日本とそれ以外の国々について推定している。この国際比較分析結果から、日本と世界の自殺に関する二つの傾向が得られている。

第一に、世界全体として、性別や年齢によって社会経済変数と自殺率との相関関係が異なっていることがわかる。特に、男性の自殺率は社会経済変数とより強い相関を示している。他方、女性や高齢者の自殺率と社会経済変数との関係は薄い。また、一般的に経済状況がよい国ほど自殺率は低く、さらに所得が平等な国ほど自殺率が低いことが示されている。

第二の点は、他のOECD諸国と比べて、日本の自殺率が経済状況とより強い相関関係を持っているということである。すなわち、日本においては、一人当たりGDPの低水準・所得不平等度・景気後退・高い失業率などの経済変数と自殺率との相関関係が他国よりも有意に強い。<sup>1</sup>特筆

すべきは、日本では、他のOECD諸国と比べて所得不平等と自殺率との相関が特に高いことである。これは日本において、所得の格差に起因するスティグマが自殺と関連している可能性を示している。また、これらの分析結果は、観察可能な経済指標をターゲットにするという観点から、日本の自殺対策において政府が果たすべき役割・余地が大きいということを示している。

ただし、この推定式の解釈や、こうした実証アプローチの有効性については、やや慎重な解釈を行う必要がある。たとえば、総人口 127 百万人、労働力人口 65 百万人、自殺者数 3 万人というデータを基にすれば、自殺がすべて失業を経由するという極端な仮定をたてたととしても、総人口を分母とした自殺率は 0.024%、失業率は 5%であり、自殺者数は全失業者数の 0.9%である。つまり、失業者の中でも、自殺する人は圧倒的に少数なのであるから、失業率と自殺率の間にたとえ因果関係があったとしても、失業が自殺に結び付くまでの間には、さまざまな個別要因が介在し、それらが回帰分析における失業率の係数にも反映しているはずである。したがって、一般的な失業対策のみならず、今後は、失業者の自殺実態を把握し、失業状態と自殺の意思決定との間に介在する様々な要因を捉えたうえで、より踏み込んだ対策を設計・施行することが重要であると示唆される。

<sup>1</sup>一方、離婚率は24~44歳の男性の自殺率のみについて統計的に有意な関係があった。

## 2.2 時系列でみた日本の自殺： 「急増・恒常性・若年化」

こうした日本の自殺の傾向について、時系列でみた場合には三つの特徴を挙げる事ができる。第一に、1997年から98年にかけての「急増」、第二に、98年から12年間にわたり年間の自殺者数が3万人を超えるという「恒常性」、第三に、自殺者の時間を通じた「若年化」である(Chen, et al., 2011)。これらの三点について詳しく見てみることにしよう。

図1に示された日本における自殺率の推移から目を引く第一の傾向は、1997年から1998年にかけての、いわゆる金融危機時に自殺率が急増していることである。事実、年間自殺者数は24,391人から32,863人へと約35%もの「急増」を見せた。<sup>2</sup>1997年はバブル崩壊後の長引く不況により、日本長期信用金庫や山一証券が破綻した時期である。月別自殺者数の推移を調べてみると、特に1998年の3月に自殺者数が目立って増えていることがわかる。1998年3月は決算期であることに加え、この時期は、金融当局の金融機関に対する自己資本比率検査が強化された時期であり、多くの金融機関は、「貸し渋り」「貸し剥し」を行い、多数の中小零細企業の破綻の引き金となったといわれている。<sup>3</sup>1997年7

<sup>2</sup>警察庁「平成20年度中における自殺の概要資料」平成21年5月による。

<sup>3</sup>1998年4月から早期是正措置が導入される予定であったため、97年から98年にかけて多くの民間金融機関が財務状況改善のために「貸し渋り」「貸し剥し」を行い、多数の中小零細企業の破綻の引き金になったとされている(Woo, 2003)。Sawada, Nawata, Ii, and Lee (2011)は世帯レベルのデータからそうした貸し渋りの存在を見出している。ただし、Hayashi and Prescott (2000)や

月から2004年12月までの男性自殺者の月次時系列データを分析した京都大学(2006)やWatanabe, Furukawa, Nakamura and Ogura (2006)の実証研究によれば、月次の男性完全失業者数・負債総額100万円以上の倒産件数と、月次男性自殺者数との相関関係が非常に大きい。<sup>4</sup>特に1998年3月決算期前後の失業・倒産の増加と並行して男性自殺者数が1998年3月に急増したことも示されている。1997年から1998年にかけての金融危機時に日本の自殺が急増していることは、自殺の社会経済的背景を正しく捉えることの重要性を示唆しているといえるだろう。

図2は、日本銀行が四半期に一度公表している、企業に対する統計調査である「全国企業短期経済観測調査」、いわゆる「短観」のDI(Diffusion Index)データにおいて、金融機関の貸し出し態度が「緩い」と回答した調査対象社数構成比(%)から「厳しい」と回答した社数構成比(%)を引いたものである。つまり、この指数が低いほど金融機関の貸し出し態度が厳しいことを示している。1998年第一四半期にこの指数は大幅な落ち込みを見せており、「貸し渋り」「貸し剥し」と呼ばれる事態を反映したものと考えられる。さらに、図3で見ると、日本の失業率は、とりわけ97年から99年にかけて急激な上昇をみた。図2・図3は、1997年から98年の日本の金融危機時における貸し渋りの問

三輪(2010)などそうした見方に対するエビデンス・反論もある。

<sup>4</sup>筆者の知る限り、この期間の金融危機と自殺との関係を明示的に分析した最初の研究がWatanabe, et al. (2006)とそのプロジェクトの日本語報告書である京都大学(2006)である。

題・失業率の上昇が自殺率の急増と強い相関関係を持っていることを示している。<sup>5</sup>

それでは、1997年から1998年にかけての、35%もの日本の自殺数「急増」は、どの年齢・職業層によるものであろうか。自殺実態対策プロジェクトチーム(2008)とChen, et al. (2009)は、自殺増加率を各層の寄与度に分解することで数量的な把握・考察を試みている。まず、1997年から98年の自殺増加率を年齢層別に分解してみると、全体の自殺増加率約35%のうち、約25%は40歳以上の年齢層によるものであり、特に中高年の自殺率の増加の寄与が大きいことが分かる。また、自殺実態対策プロジェクトチーム(2008)は、自殺増加率(約35%)を職業別の寄与度に分解しているが、無職者の寄与が15.07%と最も高く、続いて被雇用者9.28%、自営者5.44%と高めの数字になっている。特に無職者は失業者のみでなく退職した高齢層を含んでいるため解釈には注意が必要であるものの、金融危機時の日本における自殺の急増が失業と強く結びついていること示唆する結果である。

また、Chen, et al. (2011)は、自殺数の増加を動機別の自殺数の寄与に分解している。全体の自殺増加率35%のうち、健康問題による自殺の寄与が14%、経済生活問題による自殺の寄与が11%と高くなっている。このことは、日本における自殺の直接の原因で最も多いのがうつ病であることと整合的であるが、同時にこの経済生活問題の寄与度の大きさは、うつ病の背後に、失業や負債、生活苦、職場環境といった社会経済

<sup>5</sup> さらに、Chen, Choi, and Sawada (2009)では、失業率と自殺の相関関係が日本においては、他のOECD諸国にくらべて大きいことが報告されている。

的背景・構造的問題が潜んでいるとする見方と整合的でもある。

まとめれば、97年から98年にかけての日本の自殺率急増は、図2に見られるような「貸し渋り」「貸し剥し」による債務問題の悪化と図3で見られる失業率の上昇と軌を一にしている。「貸し渋り」「貸し剥し」、そして失業率の増加と、98年初頭における中高年・中小企業事業主・自営業者の自殺増加や人員削減等によって増えた無職者の自殺急増と「因果関係」を持っているかどうかについては、より慎重な分析が必要だが、これらの変数間には明らかに強い「相関関係」がみられる。

Chen, et al. (2011)は、さらに98年から12年以上にわたって年間の自殺者数が3万人を超えるという「恒常性」についても分析している。1997-98年の自殺の「急増」期以降の自殺率の推移をみても、1999年から2006年の自殺率変化は、13%であった。これを分解してみると、中高年齢層の自殺率の寄与はマイナスであり、中高年齢層は、全体としての自殺率・自殺者数を押し下げている。しかしながら、この自殺変化率13%の性別・年齢別分解では、この13%のうち、4.3%は20-39歳の男性による自殺率増加、2.1%は20-39歳の女性による自殺率増加となっており、20代、30代の自殺率の寄与が、中高年齢層のマイナスを打ち消す形になっている。これこそが日本における自殺の第三の特徴「若年化」であり、この「若年化」の進行が、日本における自殺の「恒常性」を生み出しているといえる。さらに、Chen, et al. (2011)の研究では、この時期の自殺の「恒常性」の背後に、男女ともに健康理由、男性の場合には経済理由があることを見



出している。経済問題に関連して、図 3 の失業率をさらに詳細にとらえ、年齢別に完全失業率の動きを見ると、1990 年から 2003 年にかけて、15-24 歳、25-34 歳の完全失業率が継続して上昇し、さらに 2009 年 7 月にはそれぞれ 10.1%、7.1%にまで上昇している。また、有効求人倍率についても 2008 年以降、大幅に低下しており、派遣・非正規労働者の雇止めなど雇用調整の動きも急速に広がりつつある（玄田, 2010）。若年化・恒常性の背後には若年層の失業の問題があるといえるのかもしれない。ただし、既に述べたように、失業が自殺に結び付くまでの間には、さまざまな個別要因が介在していることには留意が必要である。特に、自殺の若年化の背景に関する考察では、より一層慎重な実証分析が必要であろう。そうした様々な個別要因を捉えたうえで、より踏み込んだ対策を設計・施行することが重要である。

以上、相関関係を中心に議論してきたが、金融危機・失業が自殺を生み出しているという因果関係に迫るため、Chen, et al. (2011) は、日本の 1997 - 2005 年における県別パネルデータを用い、自殺率上昇を被説明変数、企業倒産率・個人自己破産率・失業率を説明変数とした線形重回帰分析を行っている。しかしながら、これらの説明変数は、観測されない生活困窮度やかかる自殺リスクなどを含む回帰式の誤差項と相関する可能性が高く、内生バイアスの問題があり得るため、金融機関の貸出態度 DI・企業の資金繰り DI とそれらの高次項や交差項を倒産率・失業率の操作変数として用い、さらに県の固定効果を含めた推計を行っている。ホリオカ他（2007）の研究展望や Woo (2003)・Sawada, Nawata, Ii, and

Lee (2011)の分析結果によると、90 年代末における日本の信用逼迫は資金供給側の要因で起こっているとみられる。特に、図 2 に見られる 98 年代位四半期における金融機関の貸し出し態度 DI の急激な悪化は、1998 年 4 月からの導入が予定されていた早期是正措置に対する財務状況改善のための民間金融機関の「貸し渋り」「貸し剥がし」を反映していると考えられる。そうであれば、金融機関貸出態度 DI は、借り手側の経済状態やリスク等の変化に対応したのではなく、金融当局の政策変化によって引き起こされたものといえる。これが正しければ、個人の自殺率を被説明変数とした回帰式の誤差項—ここには、個人の経済状態やリスク選好など個人レベルでの観測されない要因が含まれる—と、金融機関の供給側の要因で変化している金融機関貸出態度 DI・企業の資金繰り DI は相関しないと考えられるため、DI を 倒産率・失業率の操作変数として用いることは妥当であろう。こうした回帰モデルを用いた分析結果から、Chen, et al. (2011) は失業率と個人自己破産率の上昇が男性の自殺率の上昇につながっているということを見出している。とりわけ 40-59 歳の中老年における自己破産が与える自殺への影響は大きく、金融危機時に中老年の自営業主が貸し渋りに直面し、破産に追い込まれたことが自殺を生み出したという因果関係を支持する結果となっている。

### 2.3 自然災害

2011 年に発生した東日本大震災後に、被災者や被災者の支援に従事する人々の間で自殺者数が急増するのではないかという懸念から、政府

は特段の対策を講じてきた（総務省行政評価局 2012）。この背後に、自然災害の発生が心的ストレスを生み出し、自殺リスクを高めることが従来から指摘されてきたことがあげられる（宮地 2011）。被災者は災害そのものから PTSD を負うだけでなく、長い復興期に渡って様々なストレスにさらされる。さらには、災害は、被災者や被災地のみならず、現地に赴いたボランティアや、被災地から遠く離れた人々にも不安や無力感をもたらす。ボランティアが被災者や遺族から話を繰り返し聞いたり、トラウマについて深く考えることは、PTSD に似た症状をもたらす。これを代理外傷、あるいは二次的外傷性ストレスと呼んでいる（宮地, 2011）。PTSD に代表されるトラウマ反応は、自殺のリスクを高めると考えられている（宮地, 2011）。

しかしながら、「自然災害の発生後に自殺率が増加する」という仮説に対して、学術的な先行研究では一致した検証結果が得られておらず、自然災害と自殺率の関係について明確な結論は出ていない（澤田・上田・松林, 2013）。<sup>6</sup>従って、自然災害が自殺率に与える影響を正しく理解することは、災害発生後の被災者支援を考える上で非常に大きな意味を持つ重要な研究課題である。

---

<sup>6</sup>まず、1999年の台湾地震については、自殺が増加したとする研究が多い（Chou, et al. 2003; Yang, et al. 2005; Chuang and Huang, 2006）。他方、Shioiri, et al., (1999) and Nishio, et al. (2009)は、1995年の阪神淡路大震災後の状況を調査し、自殺が減少したことを見出している。さらに、アメリカの主な自然災害やインド洋津波後のスリランカにおいては、自殺への影響がみられないとする研究が多い（Krug, et al., 1999, Rodrigo, McQuillin, and Pimm, 2009）。

澤田・上田・松林（2013）では、1982年から2010年までの47都道府県において各年に発生した自然災害と、各年毎に計算された自殺率の時系列データを用いている。<sup>7</sup>1982年から2010年までという分析期間は、自殺率及び自然災害のデータが入手可能かどうかを基準にして決定している。分析の単位は各年の各都道府県で、データの個数は1,363（47都道府県×29年間）である。また、自殺率として、各都道府県の各年における人口10万人当たりの自殺者数を用いている。自然災害の影響が性別や年齢ごとに異なる可能性を考慮するため、総人口の自殺率だけでなく、男女別に65歳未満及び65歳以上に限定した自殺率も求めている。性別及び年齢別の自殺率を求め際には、分母は当該グループの人口を用いた。人口データは総務省統計局の国勢調査報告に基づくものである。自殺者数のデータは厚生労働省によって発行されている人口動態統計に基づいている<sup>8</sup>。

澤田・上田・松林（2013）は、「総自殺率」、「男性65歳未満自殺率」、「女性65歳未満自殺率」、「男性65歳以上自殺率」、「女性65歳以上自殺率」、そして「兵庫県をデータから除いた総自殺率」を用いた分析を行っている。得られた知見としては、自然災害はこれまで考えられていたよりも複雑な影響を自殺率に与える可能性があることである。災害の被害規模を死者数で測定した場合、死者数が大きくなるほど災害発生の翌年や翌々年に自殺率は上昇するとい

---

<sup>7</sup>災害後のデータが未だ十分には得られていないため、東日本大震災については分析データに含まれていない。

<sup>8</sup>データは総務省の発行する社会人口調査体系より入手した。

う結果が得られる。一方で災害の被害規模を罹災者数で測定した場合、罹災者数が大きくなるほど災害発生の翌年や翌々年に自殺率は減少する。特に、死者数や罹災者数は65歳未満男性の自殺率に対してのみ影響を与えるようである。これらの結果から災害の被害をどのように測定するかにより、自然災害が自殺に与える影響についての結論が全く異なることがわかる。また阪神淡路大震災の影響を除くために兵庫県を分析から除外した場合、死者数の増加が自殺率を上昇させるという傾向が観察されなくなる一方、罹災者数の増加が自殺率を減少させるという結果は保持される。つまり大規模な災害を除けば、自然災害は発生後に地域の自殺率を低下させるという結果が得られている。この説明として、澤田・上田・松林(2013)は、災害発生後に被災地域の社会的つながりが強まりそれが自殺率の低下につながっているという可能性を示している。

この分析では、死者数の多い大規模災害では自然災害発生直後だけではなく長期的な自殺予防対策が必要であること、男女や年齢別の対策が不可欠であること、そして被災地域での住民同士の社会的つながりは災害が被害者の心身に与える負の効果を和らげる可能性があるため、そうしたつながりをサポートすべきことを示唆している。

この研究結果の政策的示唆は、自然災害を原因とする自殺を減らすためには、自然災害の発生から少なくとも5年間の対策が必要であること、またそのような自殺対策は男女別年齢別それぞれのグループが抱える特定の課題に対して慎重に設計されるべきこと、とくに死者数の多

かった大規模な災害において65歳未満男性の自殺率が災害発生から1、2年後には上昇するという傾向に焦点を当てた自殺対策は重要な意味を持っている可能性がある。

この分析は災害発生後の被害地域の自殺率は一時的に低下するという示している。この減少には社会的つながりの強化が介在している可能性がある。どのようなメカニズムで災害、社会的つながり、そして自殺という3つの変数が結びついているのかをミクロレベルのデータを用いて明らかにするのは非常に重要な今後の研究課題である。さらに「災害が社会的つながりを強化し結果として災害後には自殺率が減少する」という現象が各国共通のものであるならば、そのメカニズムを解明し、災害後の復興過程においてどのようにすれば社会的つながりを強化することができるかを考えることは、日本だけでなく、すべての国にとって重要な意味を持つだろう。<sup>9</sup>

### 3. なぜ自殺対策が必要か

それでは、自殺を止めることの根拠はどこにあるのだろうか？自殺対策を行うことの根拠は、日本国憲法で定められているように、まず、健康で文化的な最低限の生活を保障し、生活の困窮が自殺リスクを高めてしまうことへ介入するという点があげられる。

日本国憲法第25条1項は「すべて国民は、健康

---

<sup>9</sup>ただし、澤田・上田・松林(2013)の分析では東日本大震災が自殺率に与える影響については検証を行っていない。東日本大震災のデータを分析に加えることにより、分析結果がどのように変わるかを検討することは今後の重要な課題である。

で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と定めている。ところが、厚生労働省社会・援護局保護課が2011年7月に発表した『生活保護受給者の自殺者について』によると、平成20～22年の生活保護受給者の自殺率は、全人口の自殺率の2倍以上に上っている（厚生労働省 2012）<sup>10</sup>。また、警察の自殺統計原票に基づくデータによると、「生活苦」を理由に自殺した無職者（失業者や年金生活者）の自殺率は有職者に比べて格段に高い。これら自殺についてのデータから浮かびあがってくる実態は、すべての国民が「健康で文化的な最低限度の生活」を営む権利を享受していない可能性を示唆している。憲法に基づき、「非経済（学）的理由」から政策介入が正当化される可能性がある。しかし、議論はそれにとどまらず、自殺が生み出す深刻な負の外部性や社会的費用の存在などからも自殺対策は正当化されうる。

### 3.1 負の外部性と社会的費用

まず、負の外部性・社会的費用という視点から、なぜ自殺「対策」が必要かを見てみよう。第一に、自殺が同時に遺族を生みだし、遺族に対して及ぼす深刻な心理的・精神的影響・経済的な負担という「負の外部性」を生み出すという点がある。自死者遺族はしばしば、極度の心的ストレスにさらされているうえ、さらには故人の残した負債、自殺によって生じた損害に対す

<sup>10</sup>報告書が指摘しているように、生活保護受給者の中に精神疾患を有する者が非受給者よりも多く含まれていることが受給者と全人口の自殺率の差につながっている可能性は存在する。しかしながら、報告書に掲載されているデータのみではこの点を検証することは不可能である。

る多額の賠償請求といった法的・経済的な負担を負わされていることも少なくない（全国自死遺族総合支援センター編 2008）。また、病気などの原因で家族を亡くした場合に比べて、自殺で亡くした場合には遺族への精神的影響が大きいことが知られており、特に自殺に対するスティグマ（汚名）の存在によって自死遺族への心理的負担は増加する傾向がある（Cvinar 2005）このような自殺の「負の外部性」は心理的や経済的なものにとどまらず、最悪の場合には遺族の自殺につながる可能性がある（澤田・上田・松林, 2013）。日本においては、小規模の調査ではあるが『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』が自殺死亡者（49名）および性別、年齢、居住地域をマッチさせた対照郡（145名）の双方を対象に詳しい調査を行い、自殺した事例群では、そうでない対照群と比較して、家族、親戚、友人、知人の自殺や自殺未遂を経験している人が多いことを示している。また、同研究の遺族を対象とした調査では、調査対象の遺族のうち半数（10名）が後追い自殺願望を訴えていた。

自殺によって生み出される、遺族に対するこうした深刻な負の外部性の存在自体が、国や地方自治体が自殺対策を行うことの根拠となりうるであろう。実際に、自殺対策基本法においても、自殺者の親族等に対する支援が明記されており、自殺が遺族に及ぼす深刻な心理的影響を国や地方公共団体が緩和する責務を負っているとしている。

しかし、自死遺族の実態については現在、個別の報告例などの限られた情報しか存在せず、自死遺族の規模についてすら公開された公式統計

は存在しない。この規模を算出する試みとして副田（2001, 2002）が自死遺児数、すなわち自殺により親を亡くした未成年者の数、を推計しているが、より幅広い遺族一般に関する試みは従来見られない。そこで、Chen et al. (2009)、森ほか（2008）は、自死遺族の範囲を一親等、すなわち配偶者・両親・子供、に兄弟姉妹数を加えた範囲に限り、日本におけるその総数の推計を試みている。この研究における推計を通じて、2006年時点の日本における自殺遺族数について主に三つの結果が得られている。第一に、自殺者一人当たり4.78人の遺族が存在するという事、第二に、親を自殺で失った未成年者である自死遺児はおよそ8万6230人いるということ、第三に、自死遺族全体の総数は約292万人～346万人にも上るということ、である。この推計に基づけば、日本の人口当たりおよそ37人～44人に一人が遺族ということになり、より広い親族・友人・同僚・近隣住民などを含めると国民全体にかなりの規模の負の外部性を生み出していることがわかる。こうした大きな負の外部性の存在は、自殺予防と自殺遺族への支援という二つの政策介入を正当化するであろう。

#### ウェルテル効果

さらに、自殺の「負の外部性」は遺族や知り合いだけにとどまらず、非常に広範囲に及ぶこともある。特に、著名人の自殺や一家心中、いじめ自殺などの大きく報道されるような自殺の場合、報道をきっかけに自殺が広がっていく可能性がある。

著名人の自殺が一般の人の自殺に与える影響については社会学者を中心に1970年代ごろから

研究が行われてきた。例えばPhillips（1974）は、アメリカの新聞の1面に自殺報道が掲載された月とそうした報道がなかった同じ月の自殺者数を調べ、新聞報道があった場合において自殺者数が上昇する傾向があることを明らかにしている。ゲーテの小説にちなんで命名されたこの「ウェルテル効果」はその後の研究でも確認されている（たとえば、Wasserman 1986, Stack 1987）。総じてこれらの研究は、著名人が自殺した後に自殺率は上昇する傾向があるということ、そして自殺に関する報道が大量であったときにその影響は特に大きいということを示している。

しかし、過去の研究では自殺者数の月次データを用いて検証が行われていることが多く、実際に自殺報道があった直後に自殺件数の増加があったのかどうかは必ずしも明らかではない。また、従来の研究では分析対象を数名の著名人のケースに限っていることが多いため、それらの著名人の自殺の影響はわかっても、一般に著名人の自殺が広範囲の人に影響を与えるのかどうかは明らかになっていない。さらに、日本における著名人の自殺の影響を分析した論文は非常に限定的である（Ishii 1991; Stack 1996）。これらの点をふまえて、Matsubayashi, Mori and Ueda (2012) は1989年から2010年までの22年間分の人口動態調査の日次データを用い、日本における著名人（芸能人、スポーツ選手、政治家、作家など）の自殺が総自殺者数に与える影響について、回帰を用いて推定している。

推定結果によると、自殺報道の直後に、自殺者数は自殺報道がなかったときと比べて約7%上昇し、その効果は約7日間続く。報道から1週間が経つと、その影響は半分程度（4%）に低下す

るが、それでも自殺報道の20日後くらいまで自殺者数の上昇傾向は継続する。この結果は、著名人の自殺に影響を受けて毎年約500件くらいの自殺が追加的に起きている可能性を示唆しており、日本における「ウェルテル効果」の存在を示すものである<sup>11</sup>。

このように、自殺は遺族に対してはもちろんのこと、それ以外の人にも多大な影響を与える負の外部性を持っている。自殺対策を行うことは、自殺を考えている人だけではなく、それ以上に多くの人々の人生を救うことにつながる可能性がある。

#### 鉄道自殺のコスト

さらに、自殺が生み出す負の外部性・社会的費用として深刻と考えられるのが、鉄道自殺によって生み出される、社会経済活動に対する直接の影響である。日本では、鉄道自殺は大きな社会問題の一つとなっており、その数は近年増加傾向にある。国土交通省鉄道局（2007, 2011）によると、自殺による輸送障害（列車の運休や30分以上の遅延など）は2006年度に534件であったものが、2009年度には682件と3年間に3割近くも増えている。これには自殺かどうか判断できず、人身障害事故、踏切障害事故として別カテゴリーに計上されている件数は含まれていないため（国土交通省鉄道局2010）、実際の鉄道自殺の数はこれより多いと考えられる。列車への飛び込み自殺は安全な鉄道の運行を妨げるだけでなく、多くの場合、長時間の列車遅延を引き

<sup>11</sup> Hong and Lee (2012) は、韓国の日次データを用い、韓国におけるウェルテル効果がかかなり大きいことを示している。

起こし、多数の旅客の日常活動に対して多大な負の外部性を生み出す。

2009年に国土交通省鉄道局調査検討委員会が実施した『鉄道輸送トラブルによる影響に関する調査』では、三大都市圏における詳細な鉄道事故・自殺データを分析している<sup>12</sup>。この調査によると、2007年度の三大都市圏の30分以上1時間未満の鉄道遅延の理由のうち61%が自殺によるものである。また、同調査では自殺によって影響を受けた乗客の総時間コストを推計しており、首都圏の一件当たりの自殺による影響額は、平均値が8900万円、中央値が7700万円となっており、高額に上っている<sup>13</sup>。ただ、この概算では影響を受けた列車の輸送人数は2000人と仮定されており、仮に列車の中にいる乗客が2000人だったとしても、実際には運休や遅延によって影響を受ける乗客ははるかにそれを上回るケースが多いと考えられることから、かなり少なめに見積もられた影響額であると思われる。さらに、これらのコストは鉄道自殺によって生じた様々な直接被害額を含んでいないため、下限の推計額であり、鉄道利用者が負担する実際の社会的コストはかなりの高額になると考えられる。

鉄道自殺は鉄道利用者だけではなく、鉄道会社にも多大なコストがかかる。人身事故の遺族に車両破損の際の修理代や振替輸送代を請求するかどうかは鉄道会社によって異なるようであるが、請求をしない会社ではそれらの費用は鉄道会社が負担することになる。加えて、鉄道自

<sup>12</sup>

[http://www.mlit.go.jp/report/press/tetsudo08\\_hh\\_000003.html](http://www.mlit.go.jp/report/press/tetsudo08_hh_000003.html)

<sup>13</sup> 概算では、利用者の時間価値を1分あたり51.3円と想定し、これに列車あたりの輸送人員や遅延時間などをかけて影響額が求められている。

殺は運転手を初めとした社員への精神的負担も大きいと考えられる。飛び込みが起きた場合の運転手の心理的負担は大きいことが知られている（Weiss and Farrell 2006; Farmer et al. 1992）。

国土交通省は、自殺による運行障害を減らすため、自殺防止効果があるとされる青色照明やホーム柵の設置などを鉄道各社に呼び掛けており、JR東日本は2018年春までに山手線全29駅にホーム柵設置を決定している。この山手線におけるホーム柵設置の総費用は約500億円にも上る見込みである。とはいえ、鉄道事故によって生み出される多額の社会的費用は、こうした高価な自殺対策をも正当化しうると考えられる。

#### 個人を失うことによる社会的損失

自殺によって社会の構成員を失うということは、それ自体が社会にとって損失であり、さらにその構成員が経済活動に参加できないことで国の経済全体にも影響を及ぼすと考えられる。

個人を失うことによる社会的な損失は、まず「損失生存可能年数」（Potential Years of Life Lost: PYLL）によって把握することができる。PYLLは自殺だけではなく、他の疾病による早世の損失の程度を測るためにも使われているが、自殺のケースに当てはめた場合、自殺をした人が仮に自殺をしなかった場合に、平均的に残りどれくらいの年数生存することができたかをもとに自殺による「失われた年数」を測るものである。しばしば自殺率を補完する指標として使われており、具体的には自殺者一人ひとりの余命を足しあげて求める。年齢や性別によって平均余命は異なることから、PYLLは自殺者の年齢や性別を考慮に入れた上で算出される。澤田・上田・

松林（2013）に示されているように、最新のデータである2010年（平成22年）の年齢別・性別自殺者数データに基づくPYLLの推計結果によると、全年齢のPYLL総計は男性約59万年、女性約26万年となっている。つまり、1年間の自殺によって将来に渡り実に85万年分もの人生が失われていることになる。また、自殺率だけを見ると高齢者の自殺率が一番高いが、PYLLに注目すると30代・40代前半のPYLLのほうが高齢者のPYLLよりも圧倒的に高く、若い世代の自殺が社会へ与える影響が一番大きい。

#### 逸失利益としての自殺のコスト

自殺によってこれだけの人生が将来に渡って失われるということは、自殺者が生存していれば参加できたであろう経済活動に参加できないことをも意味している。これは社会にとっての損失であり、自殺の間接的なコストと考えることができる。さらに社会が実際に負担する直接的な費用としては、自殺が発生した場合に必要な医療行為や警察の実況見分にかかる費用などが含まれる。こうした自殺の費用の規模の大きさを見るために、アメリカ疾病予防管理センター（Center for Disease Control and Prevention: CDC）は自殺（既遂）および自殺未遂に関するコストの推計を行っている（澤田・上田・松林、2013）。それによれば、自殺（既遂）件数1件あたりにかかる医療費は平均で約3000ドル（2012年8月の為替レートで約23万円）、将来に渡って失う累積所得額は一人当たり約100万ドル（同約7.8億円）となっている。アメリカでは2005年に3万2637件の自殺が発生しており、国全体でのコストの総額は34.63億ドル（約2.7兆円）と推計され

ている。さらに、同時期にアメリカでは自殺未遂は少なくとも36万件（つまり既遂件数の約20倍）発生しているの見積もられており、自殺未遂のコストは実際に死亡したケースに比べて比較的少ないものの、それでも国全体で6.5億ドル（約510億円）の総費用がかかっている。自殺未遂者の治療費だけでも総額2.2億ドル（約220億円）の費用がかかっている。

CDCによる推計はあくまで自殺による死亡者あるいは自殺未遂者の所得のみに注目しており、彼らが経済活動に参加しないことによるマクロ経済への影響までは考慮に入られていない。したがって、実際の社会へのコストは上記推計よりもはるかに大きくなる可能性がある。この点を改善した推計が、日本における自殺の社会的費用の計算として国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部の金子能宏氏・佐藤格氏によって行われている。彼らの推計は自殺によって失われる生涯所得、すなわち自殺死亡時点以降にその人が生きていたならば得られたはずの賃金総額をもって自殺死亡による逸失利益とし、それだけでなく、自殺した人の消費活動や労働市場への参加の影響も考慮に入れている点において、他の推計よりも包括的なものである<sup>14</sup>。マクロ経済モデルに基づいた推計によると、自殺がゼロになることによる国全体の稼得所得の増加は2009年で一兆9028億年にも上っており、自殺やうつ病がなくなった場合、2010年で1兆7千億年にも上るGDP引き上げ効果があるという。

<sup>14</sup>

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000qvsy.html>

しかしながら、こうした推計結果は、自殺による逸失利益を失われた生涯所得を元に推計するものであり、命が失われたことによる、遺族の精神的苦痛など、より広い損失を数量化しているものではないことに注意が必要である。従って、これらの逸失利益の推計額は経済的損失の「下限」と捉えることも可能かもしれない。

自殺対策には当然費用がかかるため、自殺対策に財源を振り向けるべきかどうかを疑問視する意見も存在するかもしれない。また、財政状況が厳しい中、自殺対策に予算をまわすことが困難な地方自治体も存在するであろう。しかし、これまで見てきたように自殺は個人の問題として完結するものではなく、多大な影響を広範囲にもたらす社会全体の問題である。自殺対策が有効であった場合、多くの社会的・経済的費用を削減することが可能となる。本節で紹介したデータは、自殺者数の減少がもたらす便益は自殺対策にかかる費用を上回る可能性を示唆している。

### 3.2 市場の不完全性とインセンティブの歪み

経済学の基本的な理論においては、市場が十分に機能していれば、市場の価格調整機能が社会にとって望ましい方向に働くことが知られている。しかし、市場がうまく機能しない場合には、様々な問題が起こり得る。これを経済学では「市場の失敗」と呼んでいる。本節では、そうした「市場の失敗」が自殺を誘発している可能性を議論する。一般にそうした市場機能の不完全性・市場の失敗に対しては、政府が介入し、より望ましい状況に社会を持っていくことが正



当化される。ここでは、市場の不完全性が自殺を促進している可能性があることが、市場の失敗を補正するための自殺対策の根拠となる点を議論したい。

まず、労働市場の摩擦によって非自発的失業が起きている可能性があること、また図3でみたように、失業率と自殺率が強い相関関係を持っており、Chen et al. (2011) の研究によれば、それが失業から自殺への因果関係である可能性も高いことを指摘しておきたい。これらのエビデンスは、直接的な失業対策が必要であるとともに、澤田・崔・菅野(2010) が論じているように、失業理由の自殺を未然に防ぐため、ハローワークで雇用相談のみならず、心と法律の相談を行うような政策を支持しうるであろう。

また、信用市場の不完全性とかかる信用割当による流動性制約も自殺の問題と関連している可能性がある。Chen, Choi and Sawada (2010) は、連帯保証人契約と自殺との関係を、事後的な厚生ロスという観点から理論的に論じている。日本では、中小零細企業・自営業の融資において、経営者個人あるいは経営者の親族や第三者が借り手の連帯保証人になることが一般的となっており、経営や金融の専門家でない第三者の連帯保証人の問題が指摘されている(瀬尾・田淵2003)。

理論的には、こうした日本の連帯保証人制度は、グラミン銀行のムハマド・ユヌス博士が創始したマイクロファイナンスと同様のメカニズムを持っており、貸し手と借り手の間の情報の非対称性という市場の不完全性があり、担保を持たない借り手が流動性制約に直面してしまうという状況において、そうした流動性制約を緩

和し、無担保融資における逆選択(アドバース・セレクション)<sup>15</sup>、モラルハザード、戦略的債務不履行問題を軽減する優れた仕組みであるということもできる(Armendriz and Morduch 2010)。しかしながら、Chen, Choi and Sawada (2010) の論文が示したことは、事後的に「悪い状況(Bad State)」が起こった場合、社会的ステイグマ(汚名)が大きく連帯保証人に対する利他性を強く持っているタイプの主債務者に対して過度の負担を強いることとなり、事実上の無限責任となるため、主務者が自殺してしまう理論的可能性があるということである。事実、NPO法人ライフリンクが実施した『1000人の“声なき声”に耳を傾ける自殺実態調査』でも、自営業の調査対象52ケースのうち、17ケースが連帯保証人問題による自殺であり、他方非自営業の253ケースのうち、連帯保証人の問題が原因であった自殺は9ケースにとどまっていた。同様の履行強制メカニズムを持っている回转型貯蓄信用講(ROSCAs)において、自殺がもたらされるケースが人類学研究でも報告されている(Besley 1995; Ardener 1964)。連帯保証人の問題は、信用市場の不完全性を緩和するための特異な契約形態として生み出されているといえる。しかし、そうした「特異」な契約形態が、ある状況下で、か

<sup>15</sup> 「逆選択(アドバースセレクション)」とは、買い手が売り手のリスクを判別できない場合、リスクの高い売り手が市場に残り、リスクの低い売り手が市場から出て行ってしまう状況のことを言う。他方、「モラルハザード」とは、リスクに備えるために何らかの保険に参加した個人が、かえってリスクを増やしてしまうという行動変化のことをいう。例えば、自動車保険を購入したために安心してしまい、安全運転を怠り、事故のリスクをかえって増やすような場合である。

なりの程度必然的に自殺を誘発するという  
ことであれば、自殺対策の対象として契約形態の  
在り方を再検討すべき余地がある。

もう一つの事例が、消費者金融の団体生命保  
険である。これは、流動性制約に直面している  
借り手に対して、消費者金融を供与する融資契  
約と生命保険契約とのインターリンケージ契約  
(複合契約)として解釈することができる。  
Braverman and Stiglitz (1982) などの研究を通じて、  
こうした契約のインターリンケージは、一般に、  
市場の不完全性によるインセンティブの歪みを  
是正する仕組みであると考えられている。しか  
し、消費者信用団体生命保険は、債務者の流動  
性制約を緩和すると同時に、債務返済のために  
自殺をするインセンティブを高める可能性があ  
る契約であり、必ずしも望ましい契約形態であ  
るとは言い切れない面がある。2006年10月金融庁  
の『消費者信用団体生命保険の調査結果』は、  
大手消費者金融5社のデータを集約している<sup>16</sup>。  
この調査結果によると、当保険の保険金受け取  
りは、平成16年・17年・18年のいずれも3月期で  
は、自殺による保険金支払いは実に6,110件、  
5,074件、3,476件となっており、死因等が判明し  
ている保険金支払いのケース、それぞれ26,388件、  
22,804件、17,928件にしめる割合は23.15%、  
22.25%、19.39%にも上っている。こうした自殺が  
元来信用市場に由来する不完全性にあり、そう  
した不完全性を補完するための生命保険契約か  
ら生じているとすれば、自殺対策の観点からこ  
うした「特異な」契約を用いるのではなく、そ  
もその資金市場の不完全性を是正するための  
他の政策手段を設計することが求められる。

<sup>16</sup> <http://www.fsa.go.jp/news/18/20061128-2.html>

## 生命保険市場の不完全性

また、生命保険市場における保険供給者と保  
険需要者との間に非対称情報が存在すると、逆  
選択、モラルハザードが生みだされ、生命保  
険の存在によって自殺が誘発されうるとい  
う理論的な可能性<sup>17</sup>がある。日本では、民間の生命保  
険金は自殺免責期間経過後に支払われる。日本  
の大手生命保険会社の自殺免責期間は1999年ま  
では1年間、2000年から2年間、2005年以降は3年間  
と延長されてきた。ある大手生命保険会社の自  
殺関連保険金支払いは1995年から2004年までに  
50%増加し、保険金の全支払いのうちの10%が自  
殺関連死に対して支払われているとする報告が  
ある<sup>18</sup>。白水(2011)の図2-8によれば、免責期  
間の延長に伴い、免責期間中の低自殺率期間が  
シフトしていることが分かる。このことは、自  
殺と生命保険の間に密接な関係があることを示  
している<sup>19</sup>。

<sup>17</sup> 一つの例であるが、インドのアーンドラ・プ  
ラデシュ州を中心とした地域において、債務に  
苦しむ農家の農薬自殺が大きな問題となってきた  
(Gruère, Mehta-Bhatt, and Sengupta, 2008)。特に、  
世帯主が自殺した場合、その遺族に対して州が一  
種の公的な生命保険金である弔慰金を支給した  
ことが自殺率を上昇させたとする報告がある  
(*The Economist*, 21 June 2007, *Elusive, but not  
unstoppable*)。

<sup>18</sup> 『自殺者急増で生保が免責延長』毎日新聞  
2005年10月4日。

<sup>19</sup> 月岡(2001)に引用されている免責期間1年  
の時期における日本生命保険協会のデータによ  
ると、保険契約数に対する自殺件数の比率は契  
約後13カ月目に12カ月目に比べて50%以上増  
加しており、生命保険の存在が自殺を誘発して  
いるという仮説を支持している。さらに、2011  
年公開の韓国映画「Suicide Forecast」は、生命保  
険免責期間(韓国では2年)の終了直後に自殺

自殺と保険契約の関係を論じた研究は、Tseng (2006) と Chen, Choi and Sawada (2008) を除き、筆者の知る限り皆無である (Villeneuve 2000)。Tseng (2006) は、米国 Society of Actuaries (SOA) のデータを用い、生命保険免責期間終了後自殺率が三倍になっていることを発見している。

Chen, Choi and Sawada (2008) は、OECD 26 カ国の 1980 年-2002 年における保険金支払免責期間の独自調査を行い、国別の国際比較可能なデータ (クロスカントリーデータ) を用いて自殺率と生命保険平均保険料との関係を分析している。この研究結果によると、両変数の間には正の相関関係があることが分かる (図 4)<sup>20</sup>。また、当研究では生命保険の免責期間が短いほど一人当たりの生命保険契約額が増えることも示している。これらの分析結果は、保険契約が自殺リスクの高い被保険者を増加させ (逆選択の問題)、保険契約後の自殺リスクを高める (モラルハザード) という仮説と整合的である。こうした結果は、1999 年以降、多くの生命保険会社が自殺による保険金支払いの免責期間を延長してきたという点とも軌を一にする結果となっている。従って、自殺免責期間延長の経済学的な問題は、生命保険の存在そのものが自殺を誘発しているという観点ではなく、自殺免責期間を延長することによって「自殺による保険金目的の加入」

---

し、遺族に保険金を与えようとする生命保険顧客を、保険外交員の主人公が懸命に食い止めるというストーリーを描いたものである。

<sup>20</sup> 図 3 は、国別の固定効果を含めたセミパラメトリック回帰と呼ばれる手法の推定結果に基づく。セミパラメトリック回帰とは、回帰線の関数形を特定化せず、フレキシブルに曲線をフィットさせる手法である。データ出所やより詳しい推定結果については Chen, Choi and Sawada (2008) を参照されたい。

を未然に防ぐ効果、をもって評価すべきかもしれない。

いずれにしてもこれらの分析結果は、市場の機能を補完してきた、現在の連帯保証人制度や保険契約のあり方を、今一度自殺対策という観点から再考する必要性を示していると言えよう。

#### 4 . エビデンスに基づいた自殺対策の効果検証

これまでさまざまな自殺対策が日本で行われてきたが、そもそもそうした対策がエビデンスに基づいたものであったかどうかは必ずしも明らかではない。さらに、実施した政策が自殺予防にどの程度効果があったかを、データに基づいて緻密に評価・検証し、政策改善を目指す作業が行われてきたとは必ずしもいえない。そこで、2009 (平成 21) 年度補正予算において 100 億円の予算を計上し創設された「地域自殺対策緊急強化基金」(以下「基金」という) の効果検証を行うことにする。2008 年に策定された自殺対策基本法もとに、基金は地域における自殺対策力を強化し地域の実情に即した自殺対策を当面 3 年間支援するために交付された。各都道府県は内閣府からの交付金を基金として創設し、2011 (平成 23) 年度までの間都道府県の自殺対策を基金事業として実施したほか、市町村や自殺対策に取り組む民間団体に補助金を交付することができた。基金の 100 億円は各都道府県の人口等に基づいて配分された。基金を用いた事業の具体的な内容としては、国が提示した (1) 対面型相談支援事業、(2) 電話相談支援事業、(3) 人材養成事業、(4) 普及啓発事業、およ

び(5)強化モデル事業の5つの事業のなかから地域がそれぞれ実情に応じて選択して行うこととなっていた。(5)の強化モデル事業とは、地域における自殺対策を強化するための事業を意味する。

内閣府自殺対策推進室作成の資料によると、2009年度の基金を活用した事業実績は全国で13億3300万円であり、47の都道府県すべてにおいて基金を活用した事業が執行されている。2010年度と2011年度の事業実績はそれぞれ31億7300万円、36億800万円であった。2009年度は年度の途中に基金が創設されたこともあり事業額は少なく、本格的に基金による事業が開始したのは2010年度であると考えられる。事業の内容については、2009年度には都道府県が実施した啓発活動事業が全体で最大の割合を占めていたが、2011年度までには都道府県による市町村への補助金の割合が一番多くなっている。市町村が中心になって自殺予防対策を行うことは基本法にいう「地域の実況に応じた施策を策定」するためには必要であると考えられ、高く評価すべきであると考えられる。つまり、基金の創設を受け、地方自治体は自殺対策に本格的に取り組むことができるようになった。特に、個別の事業内容を見ると、従来は心の健康づくりを進めるような施策に重点が置かれてきた一方で、近年では基金の増設によって社会的な取り組みで自殺を防ぐための施策や、人材育成や国民の啓発活動に関する事業も併せて実施する自治体が増加する傾向にあるとみられる。

#### 4.1 地域自殺対策緊急強化基金の効果検証

ここでは、政府による地域自殺対策緊急強化基金の創設が自殺率の抑制につながったのかを回帰分析によって明らかにする。統計分析には都道府県レベルの基金に基づく事業額と自殺率を用いる。ここでは、2009年度から2011年度にかけて毎年各都道府県に配分された基金の額を用いる。2009年から2011年の自殺対策基金総額の47都道府県の平均は1億7000万円で、最小は5900万円(長崎県)、最大は5億800万円(大阪府)である。

自殺対策基金の効果を推定するため、県別自殺者数を被説明変数、基金の県別事業実績金額を説明変数とした回帰分析を行った。各年の経済状況の違いを考慮するため、完全失業者数と年効果を制御した推定を行っている。用いられたデータは、2010年・2011年・2012年の自殺データに対して、基金のデータと完全失業者数はそれぞれ2009年、2010年、2011年の三年間を取っている。推定結果は表1に示されている。表1の定式化(1)は、OLSによる推定である。基金実績額の係数は負であるが統計的に有意ではない。しかしながら、定式化(1)の推定においては、自殺者数が多い件に対して基金の予算配分がより重点的になされているという逆因果関係を通じた内生バイアスの問題がある。仮に、説明変数の一つである基金の配分額が、この回帰分析における誤差項と正の相関関係を持っているとすれば、OLSによる基金配分額変数の係数の推定値は不偏推定量とはならず、上方バイアス(upward bias)を持つことになる。

そこで、県の固定効果を導入し、誤差項に含まれていると考えられる、時間を通じて一定の観測されない異質性を制御するとともに(定式

化(2)・FE)、より直接に内生バイアスに対処するため、操作変数法を用いた推定を行った(定式化(3)・IV-FE)。内閣府の「地域自殺対策緊急強化交付金交付要綱」によれば、基金の県別配分においては、人口割分に従った経費の交付が行われており、そうした制度上の理由から、各都道府県人口を基金規模の操作変数として用いることが正当化されよう。ここでは、2009年、2010年、2011年のそれぞれの自殺対策基金データに対して、前年の人口規模が配分決定に考慮されていることを考え、1年間のラグを取った2008年、2010年、2011年の人口規模と、さらに2・3年のラグを取った人口規模を操作変数に用いた。

最も望ましい推定方法と考えられる定式化(3)によれば、自殺対策基金総額の係数は負の値に推定されており、統計的にも有意である。推定された係数値が正しいとすれば、基金の交付2000万円~2500万円あたり約1名の自殺が抑止されることが示されている。また、OLSに基づいた定式化(1)と固定効果を含む操作変数法(IV-FE)に基づいた、基金係数の推定結果は、OLSの推定結果が上方バイアスを持つという仮説と整合的となっている。

また、完全失業者数は一貫して正で統計的にも有意な係数を持っており、社会経済的な環境要因が自殺者の動向を左右することを示唆している。(3)(4)の定式化によれば、失業者数約500人~600人に一人の率で自殺者が発生することを示している。

## D．E．考察と結論

### 5．自殺対策の社会モデルに向けて

自殺に関する学術研究も、主に精神医学や疫学・心理学などの分野において優れた研究成果が蓄積されてきた。このような状況のもとで、経済学の立場から貢献できることは、従来 of 取組に加えて、その背後にある社会・経済・政治的な要因に目を向けた社会科学的な視点がより有効な手立ての検討に資するということである。これは「自殺対策の社会モデル」と呼ぶこともできよう。

1つの例として、『今昔物語集』に収められている「御読経の僧が平茸にあたる話」という説話がある。

僧が平茸にあたって亡くなってしまったところ、左大臣が同情して手厚く葬った。それを聞いた他の僧が一所懸命に平茸を食っている。「なぜそんな危ないことをするのか」と聞いてみると、「手厚く葬ってもらいたくて平茸にあたって死のうと思った」ということである。

何百年も前の書物に、自殺の経済的インセンティブ(動機づけ)に関わる記述が残っていることに驚く。この説話は、自殺を抑止する鍵が人々のインセンティブにあり、そうしたインセンティブのいわば歪みを取り除くための政策が重要であることを示唆している。実は、我々の研究では、融資における連帯保証人制度や生命保険契約など我々の身の回りにある契約にも、社会経済環境次第ではこうした自殺の経済インセンティブの問題が潜在している。

また、著名人の自殺が社会全体の自殺率を上昇させるという傾向(ウェルテル効果)が日本

でも発見されており、人身事故による公共交通の混乱からもわかるように、自殺は様々な負の外部性・社会的費用を伴うものである。既存研究ではこうした費用が社会全体としてかなりの金額に上っていることも分かっている。慎重に設計された効果的な自殺対策は、よりよい社会を実現するためには不可欠であるといえよう。

自殺を予防するためのさまざまな取組が日本政府のみならず地方自治体や民間団体によって、これまで行われてきた。2006年に自殺対策の基本理念をまとめた「自殺対策基本法」が制定され、それ以降、国を挙げた本格的な自殺対策が実施されてきた。効果的な自殺対策のためには、これまでも行われてきた心の問題を中心とする健康問題への取り組みに加え、そうした問題を生み出す社会や経済の要因にも踏み込んでいく必要がある。重要な点は、「個人の問題としての自殺」という見方を超えて、自殺とは「社会的あるいは経済的な背景やそのメカニズムの解明と、社会全体への介入を必要とする政策課題」であることを、徹底した「実態把握」と「これまでの政策の評価」によるエビデンス（科学的根拠）に基づいて論じていくことの必要性である。自殺に対する政策介入はなぜ必要なのか、どのような社会経済環境が自殺を引き起こすのか、そしてどのような介入が効果的なのかを、徹底して明らかにしなければならない。そのためにも、緻密な学術研究によって質の高いエビデンスを蓄積し、「自殺対策の社会モデル」を具現化することが喫緊の課題である。とりわけ、エビデンスに基づいた医学（EBM）の流れがあり、自殺予防の先進国ではエビデンスに基づく対策を目指すことが標準となっている（Pompili

& Tatarelli 2011）。他方、日本においてエビデンスに基づく自殺関連の政策研究はまだ少なく、「自殺の実態の解明」と「すでに行われた政策の効果の測定」を緻密な科学的方法に基づいて実施されてということが不可欠であろう。

#### 自殺実態の解明

より具体的には、「自殺の実態の解明」とは、ハイリスク・グループの特定、年齢・性別による傾向の違い、社会的経済的要因を含む諸要因の自殺リスクへの影響などについての研究が含まれる。実態の解明には、政府機関による調査研究・分析に加えて、民間の研究機関による実証分析の積み重ねが必要になる。そのためにも、個人情報に十分配慮したうえで政府が自殺に関するデータを研究機関に公開することが不可欠である。日本における自殺に関する統計には、「警察庁の自殺統計原票」に基づく自殺統計と厚生労働省の「人口動態調査」に基づくものの2種類があり、どちらも自殺の実態を解明するための貴重な情報を含んでいる。とくに警察庁のデータは自殺死亡者の住所、職業、原因・動機などについての情報も含む国際的に見ても非常に貴重なデータである。しかし、現状では、民間の研究者がこれらの個票データを使用し、質の高いエビデンスを積み上げていくことはほぼ不可能である。警察庁の個票データは現時点では外部利用が許されておらず、人口動態に関しては、二次利用申請はできるようになっているものの、利用目的が厳しく制限されている。また、実態の解明に際しては、集計データの単純な比較など学術的方法に基づいていない結論をできるだけ排すべきである。できる限り大規

模なデータに厳密な統計解析を加えることによって実態の解明を目指し、それを対策の立案に役立てる必要がある。

## 自殺対策の検証

自殺の実態の解明とともに重要なのが、「過去に実施された予防政策の効果の検証」である。一見効果的であると思われる取組、あるいは一般的に効果的だと思われる取組でも実際には効果がない可能性があり、自殺対策に割り当てることができる資源には限りがある以上、効果的な取組を識別し優先的に実施していく必要がある。とはいえ、自殺予防対策の効果測定する試みというのは国際的にも進んでおらず、効果が不明なまま行われている政策も多い。たとえば、自殺やうつ病に関する啓発キャンペーンが自殺率の低下に寄与するという明確なエビデンスは存在しない(Mann et al. 1995)。また、他国における対策の検証結果は日本の自殺対策を立案する際に参考にすべきではあるが、他国で効果のあった政策が日本において同様の効果があるかどうかは必ずしも明らかでない。従って、日本国内で対策の効果の測定を行うことは非常に重要な課題である。

日本では、自殺予防対策の効果厳密に測定するための体系的な取組はかけている。例えば基金に関しても、「緊急強化事業実績報告」において地方自治体が個別の施策についてS(非常に有効である)からD(有効ではない)の基準に基づいて事後評価を行っているが、その評価基準が明確に規定されていないため、各自治体が政策ごとに主観的な判断をしていると考えられる。民間の研究においても、1985年以降自殺に

関する地域介入政策(研究対象の地域において自殺予防政策を行う)の効果厳密に測った研究事例は7件だけとなっている(大野2012)。

## エビデンス構築と政策設計の連携

さらに、自殺対策の効果に関するエビデンスの蓄積が進んだ際には、その知見を広く共有するための体制の構築が必要になる。この際に参考になるのは、アメリカやカナダで公開されているBPR(Best Practice Registry)である。BPRとは一定の審査によって効果があると認定された自殺予防政策や取組を紹介するもので、対策担当者が効果的な政策を選択できるようにすることを目的に作成されている。アメリカの自殺予防国家プログラムでも地方自治体などがBPRを参考にして政策を決定することが推奨されている(USDHSS 2012)。アメリカのBPRでは、プログラムがエビデンスに基づいた効果的なものであると認められるためには、専門家による審査を通る必要がある、審査の申請を行うためには、(1)実験的、あるいは準実験的手法を使用していること、(2)政策の効果について統計的に有意な結果を得ていること、(3)専門家による査読付きの学術論文あるいは包括的評価書として結果が発表されていること、など厳密な条件が設定されている。

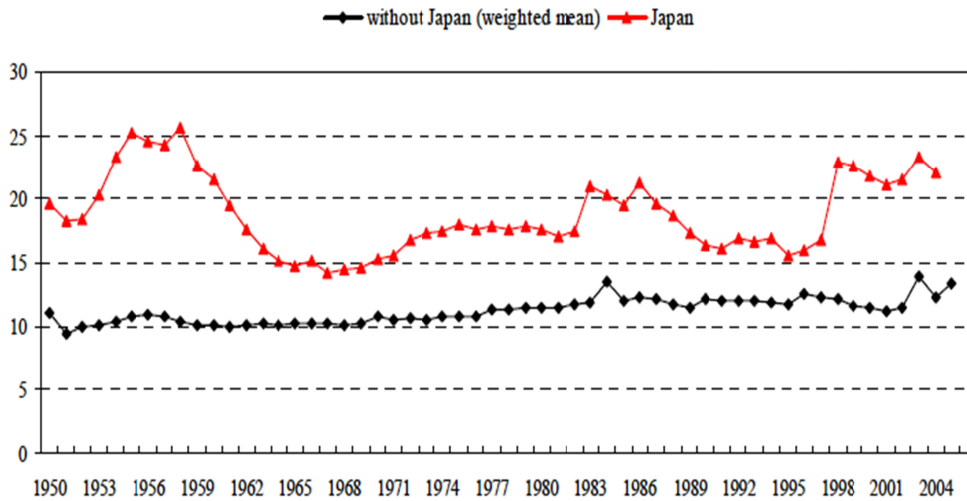
日本では内閣府自殺対策推進室が「地域における自殺対策取組事例集」や主催する全国自殺対策主管課長等会議等において地方自治体による取組事例を紹介しているが、取組の効果については触れられていない。つまり、日本においては過去の対策をエビデンスに基づいてその効果を分析し、政策改善のための評価することと、

その結果を対策担当者に紹介するための効果的な情報共有の両方が欠けていることになる。これは、地方自治体が基金を活用する際にはエビデンスに基づかずいわば手さぐりで自殺対策に取り組んでいかなければいけなかったということの意味する。このような状況では、啓発活動など実施が比較的容易な事業に偏る傾向が強かったとしても不思議ではない。実態に即した事業

を行なうために地方自治体に運用の裁量を持たせるといふ基金の方針は重要であるが、効果的な事業の実施に必要な科学的根拠を幅広く利用できるような仕組みも合わせて構築してゆく必要がある。とくに地方自治体の自殺対策の立案と実施を支援する実務的なサポートを提供する機関を設置することは不可欠であろう。

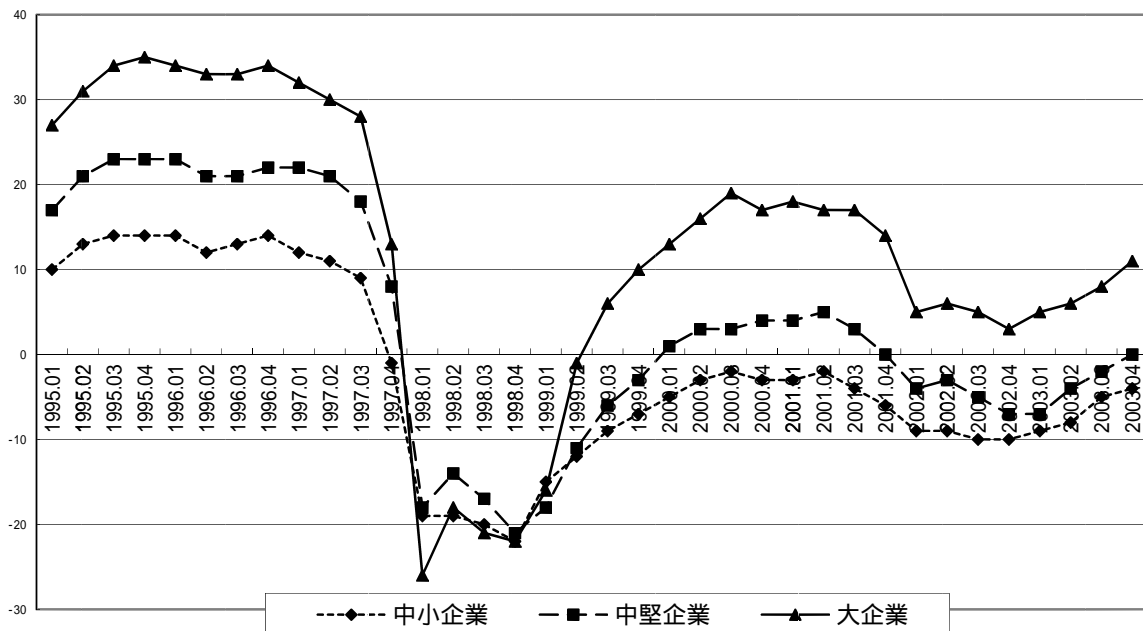


図1 日本とその他 OECD 諸国における自殺率（人口 10 万人当たり）



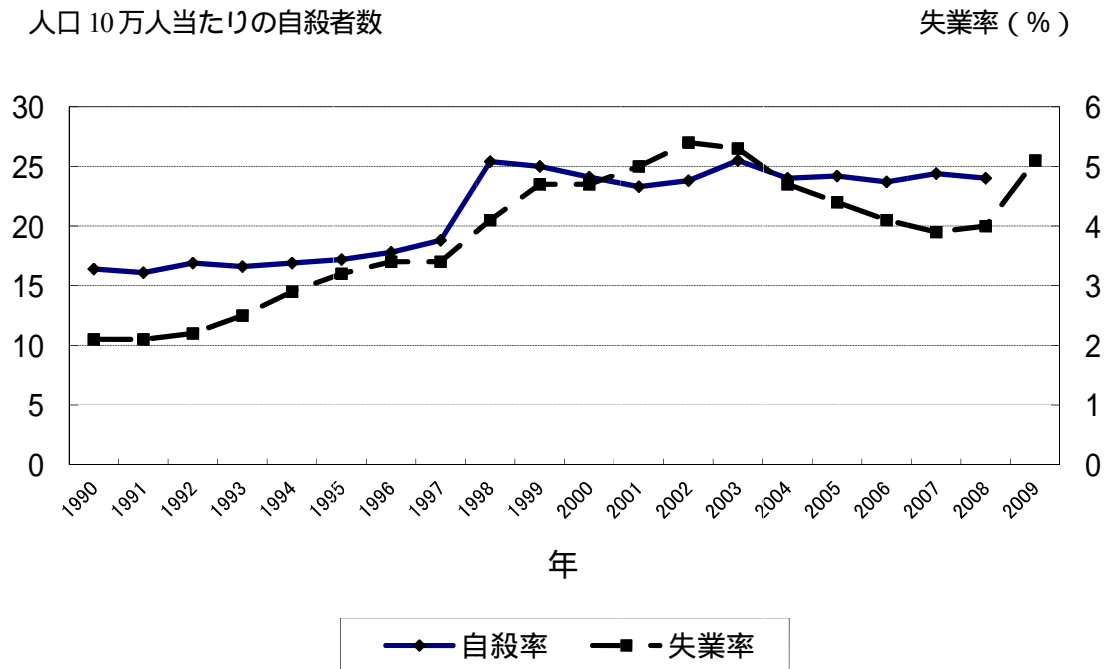
出所) WHO, Mortality Database より Chen, Choi, and Sawada (2009) 作成

図2 金融機関の貸し出し態度指数（「緩い」 - 「厳しい」）全国企業短期経済観測調査



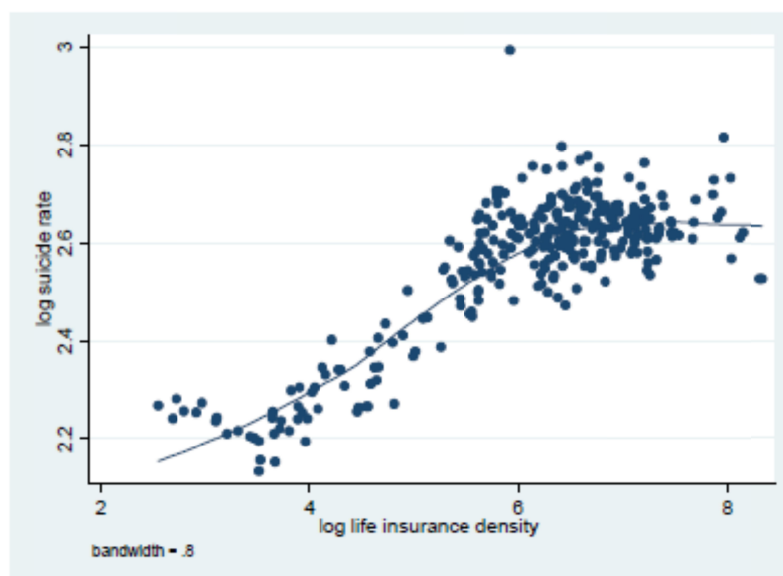
データ出所) 日本銀行「全国企業短期経済観測調査（短観）」の金融機関貸し出し態度 DI<<http://www.boj.or.jp/theme/research/stat/tk/>>より作成した。

図3 日本における自殺率と失業率の推移



データ出所) 自殺率は、自殺死亡率(人口10万人あたりの自殺者数)であり、厚生労働省『人口動態統計』より入手した。失業率は、15歳以上の全国・全産業の完全失業率であり、総務省『労働力調査』より入手した。

図4 国別自殺率(縦軸)と一人当たり生命保険契約金(横軸)との関係



(出所) Chen, Choi and Sawada (2008b)

表1 地域自殺対策緊急強化基金の効果検証

被説明変数：県別自殺者数（人）

|                            | (1)                   | (2)                   | (3)                   | (4)                   |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 推定方法                       | OLS                   | FE                    | IV-FE                 | IV-FE                 |
| 自殺対策基金県別総額（万円）             | -0.0135<br>(-1.63)    | -0.0181***<br>(-3.01) | -0.0507***<br>(-5.69) | -0.0414***<br>(-5.78) |
| 失業者数（人）                    | 0.00408***<br>(16.43) | 0.00259***<br>(3.73)  | 0.00160**<br>(2.43)   | 0.00188***<br>(3.31)  |
| 定数項                        | -0.459<br>(-0.03)     | 11.79<br>(0.75)       | 82.13***<br>(3.09)    | 62.04***<br>(2.78)    |
| 2010年のダミー<br>（2009年がデフォルト） | -89.88***<br>(-3.94)  | -96.81***<br>(-5.11)  | -29.55<br>(-1.10)     | -48.76**<br>(-2.15)   |
| 2011年のダミー<br>（2009年がデフォルト） | 150.7***<br>(6.69)    | 361.5***<br>(4.05)    | 560.1***<br>(5.69)    | 503.4***<br>(5.99)    |
| N                          | 141                   | 141                   | 141                   | 141                   |
| adj. R-sq                  | 0.959                 | 0.753                 | 0.644                 | 0.638                 |

（注） 数値は回帰分析による推定値を示す。年効果を考慮した推定である。定式化(2)(3)には、県の固定効果を含めており、定式化(3)(4)はさらに自殺対策基金総額を内生変数とし、それぞれ県別人口の1期ラグ、県別人口の1期・2期・3期ラグを操作変数とした推定を行っている。カッコ内の数値はHuber=Whiteの頑健なt値である。\*は10%有意水準，\*\*は5%有意水準，\*\*\*は1%水準で統計的に有意。

## 参考文献

- 大野裕 (2012) 「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究：NOCOMIT-J (厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業：精神障害分野) 平成 23 年度 分担研究報告書」
- 京都大学(2006) 『自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書』平成 17 年度内閣府経済社会総合研究所委託調査、平成 18 年 3 月。
- 国土交通省鉄道局(2007) 「鉄軌道輸送の安全にかかわる情報(平成 18 年度)」
- 国土交通省鉄道局(2009) 「鉄道輸送トラブルによる影響に関する調査結果の概要 - 大都市圏の 1 時間未満の輸送トラブルについて - 」
- 国土交通省鉄道局(2010) 「鉄軌道輸送の安全にかかわる情報(平成 21 年度)」
- 澤田康幸・菅野早紀(2009) 「経済問題・金融危機と自殺の関係について」『精神科』第 15 巻・第 4 号, 352-356.
- 澤田康幸・崔允禎・菅野早紀(2010) 「不況・失業と自殺の関係についての一考察」『日本労働研究雑誌』No. 598/May 2010, 58-66.
- 自殺実態対策プロジェクトチーム(2008). 『自殺実態白書 第 2 版』  
<http://www.lifelink.or.jp/hp/whitepaper.html>
- 清水康之(2009) 「自殺対策は「政治の責務」—1 日百人が自殺する社会への処方箋」『世界と議会』8・9 号, 14-19.
- 瀬尾佳美・田淵悦子(2003) 「連帯保証人の経済学-中小企業金融の再デザイン」『エコノミスト』2003.12.23.52-55
- 全国自死遺族総合支援センター編(2008) 「自殺で家族を亡くして」三省堂.
- チャールズ・ユウジ・ホリオカ、伊藤隆敏、岩本康志、大竹文雄、塩路悦朗、林文夫(2007) 「マクロ経済学は「失われた 10 年」から何を学んだか—パネル・ディスカッション」市村・伊藤・小川・二神編 『現代経済学の潮流 2007』東洋経済新報社 2007 年.
- 内閣府 (2010) 平成 22 年版 『自殺対策白書』内閣府.
- 内閣府 (2011) 平成 23 年版 『自殺対策白書』内閣府.
- 副田義也(2001) 「自死遺児について」副田義也編 『死の社会学』岩波書店, pp.195-210.
- 副田義也(2002) 「自死遺児について・再考」『母子研究』22 号, pp.21-37.
- 澤田康幸 上田路子 松林哲也(2013) 『自殺のない社会へ』有斐閣.
- 宮地尚子(2011) 「震災トラウマと復興ストレス」岩波ブックレットNo.815, 岩波書店.
- 三輪芳朗(2010) 『法人企業統計季報』個表を用いた日本企業の資金調達行動の研究——1994～2009』: Introduction and Summary』 CIRJE-J-222.
- 森浩太・陳國梁・崔允禎・澤田康幸・菅野早紀(2008) 『日本における自死遺族数の推計』 CIRJE Discussion Paper J-207 <<http://www.cirje.e.u-tokyo.ac.jp/research/dp/2008/2008cj207.pdf>>.
- Armendriz, Beatriz and Jonathan Morduch (2010), *The Economics of Microfinance, Second Edition*, MIT Press
- Braverman, Avishay and Joseph E. Stiglitz (1982), "Sharecropping and the Interlinking of Agrarian Markets," *American Economic Review* 72 (4), 695-715.
- Chou Y-J, Huang N, Lee C-H, et al. Suicides after the 1999 Taiwan earthquake (2003). *International Journal of Epidemiology* 32(6):1007-1014.
- Chen, Joe, Yun Jeong Choi, Yasuyuki Sawada (2008). "Suicide and Life Insurance." *CIRJE Discussion Paper* 558, University of Tokyo, April 2008
- Chen, Joe, Yun Jeong Choi, Yasuyuki Sawada (2009). "How is Suicide Different in Japan?" *Japan and the World Economy* 21(2): 140-150.
- Chen, Joe, Yun Jeong Choi, and Yasuyuki Sawada (2010) "Joint Liability Borrowing and Suicide," *Economics Letters* 109 (2), 69-71.
- Chen, Choi, Mori, Sugano, and Sawada (2011), "An Analysis of Suicides in Japan, 1997-2007: Changes in Incidence, Persistence, and Age Profiles" *mimeographed*, Faculty of Economics, University of Tokyo.
- Chen, Joe, Yun Jeong Choi, Kohta Mori, Yasuyuki Sawada, and Saki Sugano (2009), "Those Who Are Left Behind: An Estimate of the Number of Family Members of Suicide Victims in Japan," *Social Indicators Research* 94(3), 535-544, 2009.
- Chen, Joe, Yun Jeong Choi, Kohta Mori, Yasuyuki Sawada, and Saki Sugano (2012) "Socio-Economic Studies on Suicide: A Survey," *Journal of Economic Surveys* 26(2): 271-306.

- Chuang H-L, Huang W-C. (2006) A Re-Examination of the Suicide Rates in Taiwan. *Social Indicators Research* 83(3):465-485.
- Dixit, A.K. and Pindyck, R.S. (1994) *Investment under Uncertainty*. Princeton: Princeton University Press.
- Gordon KH, Bresin K, Dombek J, Routledge C, Wonderlich J (2011). "The impact of the 2009 red river flood on interpersonal risk factors for suicide." *Crisis* 32(1):52-5.
- Guohua L. (1995). "The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly:an historical cohort study." *Social Science and Medicine* 40(6): 825-8.
- Gruère, G. P., P. Mehta-Bhatt, and D. Sengupta (2008). "Bt cotton and farmer suicides in India: Reviewing the evidence." *IFPRI Discussion Paper* 808. <<http://www.ifpri.cgiar.org/sites/default/files/publications/ifpridp00808.pdf>>.
- Hamermesh, D. S., and Soss, N. M. (1974), "An economic theory of suicide." *Journal of Political Economy* 82(1): 83-98.
- Kessler RC, Galea S, Gruber MJ, et al. (2008). "Trends in mental illness and suicidality after Hurricane Katrina." *Molecular psychiatry* 13(4):374-84.
- Krug EG, Kresnow M, Peddicord JP, et al. Retraction: suicide after natural disasters. *The New England journal of medicine*. 1999;340(2):148-9.
- Liaw Y-P, Wang P-W, Huang C-C, Chang C-M, Lee W-C. (2008). "The suicide mortality rates between 1997-1998 and 2000-2001 in Nantou County of Taiwan following the earthquake of September 21 in 1999." *Journal of Forensic Sciences* 53(1):199-202.
- Mann, J. J. & Currier, D. (2011) "Evidence-Based Suicide Prevention Strategies: An Overview," in Pompili, M. & Tatarelli, R. (eds.) *Evidence-Based Practice in Suicidology: A Source Book*, Hogrefe.
- Matsubayashi, Tetsuya, Yasuyuki Sawada, and Michiko Ueda (2013), "Natural Disasters and Suicide: Evidence from Japan." *Social Science and Medicine* 82, 126–133.
- Matsubayashi, Tetsuya, Michiko Ueda, Yasuyuki Sawada, "The Effect of Public Awareness Campaigns on Suicides: Evidence from Nagoya, Japan," *Journal of Affective Disorders* 152, 526-529.
- Matsubayashi, Tetsuya, Yasuyuki Sawada, and Michiko Ueda (2013), Does the Installation of Blue Lights on Train Platforms Prevent Suicide?: A Before-and-After Observational Study from Japan, *Journal of Affective Disorders* 147.
- Mezuk B, Larkin GL, Prescott MR, et al. (2009). "The Influence of a Major Disaster on Suicide Risk in the Population." *Journal of Traumatic Stress* 22(6):481-488.
- Nishio A, Akazawa K, Shibuya F, et al. (2009), "Influence on the suicide rate two years after a devastating disaster: a report from the 1995 Great Hanshin-Awaji Earthquake." *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 63(2):247-50.
- Pompili, M. & Tatarelli, R. (eds.) (2011) *Evidence-based Practice in Suicidology: A Source Book*, Hogrefe.
- Pridemore WA, Trahan A, Chamlin MB. (2009). "No evidence of suicide increase following terrorist attacks in the United States: an interrupted time-series analysis of September 11 and Oklahoma City." *Suicide & Life-Threatening Behavior* 39(6):659-70.
- Rodrigo a, McQuillin a, Pimm J. (2009). "Effect of the 2004 tsunami on suicide rates in Sri Lanka." *Psychiatric Bulletin* 33(5):179-180.
- Sawada, Yasuyuki Kazumitsu Nawata, Masako Ii, and Mark J. Lee (2011) "Did the Financial Crisis in Japan Affect Household Welfare Seriously?" *Journal of Money, Credit, and Banking* 43(2-3), 297-324.
- Sawada, Yasuyuki and Satoshi Shimizutani (2008), "How Do People Cope With Natural Disasters? Evidence from the Great Hanshin-Awaji (Kobe) Earthquake," *Journal of Money, Credit, and Banking* 40 (2-3), 463-488.
- Shioiri T, Nishimura A, et al. (1999), "The Kobe earthquake and reduced suicide rate in Japanese males." *Archives of General Psychiatry* 56(3): 282-3.
- Shoaf K, Sauter C, Bourque LB, Giangreco C, Weiss B. (2004). "Suicides in Los Angeles County in Relation to the Northridge Earthquake Correspondence." *Prehospital and Disaster Medicine* 19(4):307-310.
- Suzuki, T. (2008). "Economic modelling of suicide under income uncertainty: for better understanding of middle-aged suicide." *Australian Economic Papers* 47(3): 296–310.
- United States Department of Health and Human Services (USDHHS) Office of the Surgeon General and National Action Alliance for Suicide Prevention. (2012) 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention, Washington DC: HHS.  
( <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/national-strategy-suicide-prevention/full-report.pdf> )
- Watanabe, Ryoichi, Masakazu Fukukawa, Ryota Nakamura, and Yoshiaki Ogura (2006). "Analysis of the Socioeconomic Difficulties Affecting the Suicide Rate in Japan." *KIER Discussion Paper* No.626, Kyoto University.
- Woo, David (2003), "In Search of "Capital Crunch": Supply Factors behind the Credit Slowdown in Japan," *Journal of Money, Credit and Banking* 35(6) : pp. 1019-1038.
- Yang C-H, Xirasagar S, Chung H-C, Huang Y-T, Lin H-C. (2005). "Suicide trends following the Taiwan earthquake of 1999: empirical evidence and policy implications." *Acta psychiatrica Scandinavica* 112(6):442-8.

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
分担研究報告書

社会学の立場からの自殺研究

研究分担者 山本 功 淑徳大学コミュニティ政策学部

研究要旨

【目的】本研究の目的は、社会学の立場からの自殺研究を俯瞰することで、今後必要な調査研究を明らかにすることである。

【方法】国内外の社会学の立場からの自殺研究に関する文献の系統的サーベイを行った。

【結論】体系的・継続的な自殺に関わる社会調査とともに、様々な二次分析が可能となるデータへのアクセシビリティを確保することが必要である。

A．研究目的

本研究の目的は、社会学の立場からの自殺研究を俯瞰することで、今後必要な調査研究を明らかにすることである。

B．研究方法

国内外の社会学の立場からの自殺研究に関する文献の系統的なサーベイを行った。

C．結果

1．社会学の立場からの自殺研究

(1) 近年の日本における研究

自殺という現象は、社会学の草創期から研究対象であった。フランスの社会学者エミール・デュルケムの『自殺論』(1897)はいまなお読み継がれている社会学上の古典であり、大学の社会学の講義では必ず言及される研究である。職業や宗教といった社会的な変数によって自殺率が異なることはその当時から指摘され、自殺は社会現象であるとの認識は、19世紀から社会学によって強調されていた。また、社会学の一領域である「社会病理学」という枠組みにおいては、自殺は、犯罪・非行と並んで重要な研究対象であった。しかしながら、自殺者が急増し社会問題化した今日の日本において、社会学からの自殺研究は、

必ずしも盛んになされているとは言い難い。

社会学系の自殺研究がどれほど行われているのかをみるために、まずは論文データベースの検索結果を提示していく。

国立情報学研究所論文情報ナビゲータ CiNii で、キーワード「自殺 社会学」で検索したところ、2000年以降の論文として72件がヒットした(検索日2014年2月24日)。

1件重複登録があったため、実数は71件となる。表1に検索結果を提示する。このうち、書評(書評へのリプライ、訳者解題含む)が6本、社会学説史的な研究論文が9本、法学的・法社会的な論文7本、明らかに社会学以外の立場からのものが5本であり、残りは44本となる。

日本社会学会による「社会学文献情報データベース」(<http://sociodb.jp/search/>)で、2000年以降の日本語文献でキーワード「自殺」を検索すると、31件がヒットした。表2に検索結果を提示する。

これらの検索結果をもとに、近年、自殺に関して社会学者がどのような研究成果を発表してきたか、主だったものに言及していく。

まず、近年の自殺の増加ということに鑑みて、時代に注目した研究をみてみよう。清水(2000)は、1998年の自殺急増という現象をうけて、特に50歳代男性の注目して年齢効果、時代効果、世代効果の3つの観点から

自殺率を分析し、「平成 10 年の高年自殺率の急上昇は、昭和 16 年から昭和 30 年にかけての戦中および戦後生まれのコホートの寄与が注目される」(清水 2000:20)と指摘している。

また松山(2000)は、1871 年生から 1980 年生まれまでのコホートで同様の観点からの分析を行っており、世代効果に着目した議論を行っている。この二本は、年齢・時代・世代の三者の弁別を指向した研究として記される。

石原・清水(2001)は、自殺がまださほど重要な社会問題視されていない時点で、人口動態統計のみならず、人口動態職業・産業別統計をも利用して 1975-1995 年の自殺の動向を分析している。「産業別自殺率は、職業別自殺率よりも、グループ間の自殺率の差が大きかった。このことは、従事している産業と自殺の関係が大きいことを示唆」(石原・清水 2001:98)していると指摘されており、留意すべき観点であるように思える。

佐々木(2004)は、社会学の古典的な理論であるアノミー論を援用しつつ、1899 年から 2002 年までの男女・年齢層・都道府県別自殺率を分析している。特に都道府県別の自殺率に注目して「1960 年代には地域差も圧縮し、その後は低水準を維持する地域と上昇する地域とに区別され、『東海道ベルト地帯が低く低開発地域が高い』構成へと再編成されている」(佐々木 2004:479-480)と指摘されている。

松本・舞田(2003)もまた、1950 年代から 10 年刻みで人口動態統計をもとに男性自殺率に注目して都道府県差を分析し、「各都道府県が 1960 年以降、日本社会全体の産業化・都市化の進展によって『人口増・過密』方向と『人口減・過疎』方向とに分極していくのに伴って、自殺率でも『高率県』と『低率県』とにわかれていく」(松本・舞田 2003:108-109)と同様の指摘がなされている。

田所(2010)は、国立精神・神経センター自殺予防総合対策センターの「市区町村・性別の自殺の推移」でデータを用いて、2005 年度の自殺率を対象とした分析を行っている。

「通勤流動性の増大は自殺傾向を抑止する」という仮説のもとに、全国 1816 市町村を対象とした重回帰分析をはじめとした解析がなされているが、従来しばしばなされてきた都市/農村という分析ではなく、中心都市/郊外の差異に注目した分析がなされていることが特徴的である。結論として仮説どおり通勤流動性の高さが自殺を抑止する傾向が析出されており、注目すべき研究であるように思える。

松本・舞田(2002)、松本(2006)は「危機」の「内向」「外向」という観点を提示し、自殺率と殺人率をあわせて分析するという研究を行っている。こうした分析はとりわけ国際比較という点から興味深い知見を析出しており、社会の「安全度」を示す指標としての意義があると主張されている(松本・舞田 2002:166)。さらに、松本は、縦軸に年齢、横軸に時代をとり、斜めに世代を観察することができる独自の図による表現方法を考案し、「社会動態地図 - S・マップ」(2006:60-61)と呼んで提示している。独特な研究成果である。

平野(2013)は二次分析が可能となるよう公開されている調査データである「日本版総合社会調査(JGSS)」を用いた自殺観の分析をしており、社会的統合の度合いの少ない人は自殺に肯定的な態度をとりやすい、という重要な知見を析出している。この研究に関しては本稿の最後で再び言及したい。

社会学の立場からの自殺研究を概説したものとして松本(2005、2005)があり、また、表 1、表 2 のデータベース検索ではヒットしなかったが、以下の 2 本の総論的論文もある。竹中による概説(竹中祐二,2013,「自殺に関する犯罪学:『社会学』的アプローチによる自殺をめぐる諸問題の検討」,日本犯罪学会『犯罪学雑誌』79(3):74-78.)、高原による概説(高原正興,2004,「病める関係性とマクロ問題

自殺の分析から」,高原正興・矢島正見・森田洋司・井出裕久[編]『病める関係性 ミクロ社会の病理』(社会病理学講座第 3 巻)

学文社:213-229.)の2本である。

自殺現象のうち特定の対象に限定しての研究にも言及しておきたい。生命保険と自殺の関連を俯瞰した貞包(2013)は、生命保険という自殺対策という点で重要な論点を提示している。貞包(2008)、柄本(2006)は「ネット自殺」という現象をとりあげている。とりわけ柄本はネット自殺のメディア報道を収集して分析しており、報道のあり方の問題が指摘されている。

計量的な分析ではなく、構築主義やエスノメソドロジーといった理論的立ち位置からの自殺研究として間山(2002)、藤原(2012)、藤原(2012)がある。

以上、論文データベースの検索結果をもとに概観してきたが、当然ながら、時期的な関係から検索でヒットしなかった研究もあるであろうし、私の力量不足から言及できなかった研究成果も多々あることは明らかである。そのことを踏まえた上で、社会学の立場からの近年の自殺研究についていくつかコメントを述べてみたい。

自殺の公式統計を使用して、様々な社会的な変数との関連を分析することによって社会現象としての自殺を解明しようという研究は、デュルケムの『自殺論』以来、社会学が綿々と続けてきたことである。しかしながら、個票レベルでの分析ができないというデータ上の制約から、俯瞰的な分析が多いということは否めない。そのような個人レベルでの分析は、社会学者によってではなく、NPO法人LIFELINKによる『自殺実態白書2008』によって初めてなされたといっておくであろう。

また、政府の「自殺総合対策大綱」に則しているならば、何らかの対策の介入効果を測定するような研究がみあたらないということも指摘せざるをえない。政策において「エビデンスに基づく」ことが要請される昨今、より良質なエビデンスの産出に資する研究が必要であろう。

大綱においては「実態解明のための調査の実施」「既存資料の利活用の促進」が謳われて

いるが、そのような観点から社会学がどのように自殺対策に資することができるのかは、次節「自殺にかかる社会調査」を踏まえて最後に改めて述べたい。

## (2) 自殺にかかる社会調査

つづいて、自殺に関してどのような社会調査がなされているのかを俯瞰してみたい。「自殺 アンケート」「自殺 調査」をキーワードに、ネット検索を行い、以下の表3にある調査が行われていることを確認した。

ほとんどが政府や自治体によって実施された調査である。これらの調査の調査票や基礎的な集計結果はネット上でも公開されており、閲覧することが可能となっている。

内閣府による調査や平成19年に広島市によって実施された調査は住民基本台帳からの層化二段階抽出でサンプリングがなされており、社会調査のサンプリング手続きとして適切なものと思われる。しかし、「市民モニターへのネット調査」と明示されているものはまだしも、サンプリング手法が明示されていない調査も多く、調査結果の公表のあり方として問題がなくはない。

まず第一に、このような社会調査が、自殺対策に資するように設計・実施される必要があるであろう。第二に、調査結果のデータが、個票レベルで二次分析可能となるような仕組みが必要であると思われる。この点に関しては以下で述べていきたい。

## D . E . 考察と結論

### 2 . 今後必要な調査研究

#### (1) 体系的・継続的な社会調査の必要性

何らかの社会現象の変化を観察するには、体系的・継続的な調査が必要であることは言うまでもない。ましてや、施策の効果を測定するには、その施策の前後での比較が必須となる。しかしながら、わが国では体系的・継



続的な社会調査の蓄積が十分になされている  
とは言い難い。

近年になってわが国において継続的に行わ  
れている社会調査の例としては法務省法務総  
合研究所による国際犯罪被害調査( ICVS )  
がある。この調査は、「平成12年から4年ご  
とに国連の国際犯罪被害実態調査( ICVS )に  
参加する形で」なされており、警察等によ  
って認知されていない犯罪被害の実態を把握  
するうえで貴重なデータとなっている。

法 務 省 サ イ ト

( [http://www.moj.go.jp/housouken/housou\\_housou34.html](http://www.moj.go.jp/housouken/housou_housou34.html) )

自殺対策にひきつけていけば、内閣府によ  
って実施されている調査にあるような自殺対  
策の認知、自殺念慮、そして市民の自殺の許  
容度を測定するような項目は、一定の年ごと  
に継続的に、かつ同一の項目で実施し、社会  
の変化を測定する指標として活用されるべき  
であろう。

## ( 2 ) データへのアクセシビリティの必要性

実態を分析するためには、必ずしも自殺に  
特化した調査のみではなく、様々な変数との  
関連が分析可能であるように設計された広範  
な事項にわたる調査が必要であり、かつその

個票データが研究者にアクセス可能であるこ  
とが必要である。

近年、社会学領域ではデータの二次分析が  
可能となるような仕組みの構築が進んでおり、  
そうしたデータは自殺対策に資するものと考  
えられる。代表的な例としては東京大学社会  
科学研究所附属社会調査・データアーカイブ  
研究センターによる SSJDA というデータア  
ーカイブがあり、研究者による二次分析が可  
能となっている。

SSJDA と大阪商業大学の連携による「日  
本版総合社会調査( JGSS )」という調査もな  
されており、2006年調査において「どうし  
ょうもない困難に陥った人は、自殺をしても  
やむをえないと思いますか」という設問があ  
り、平野(2013)はこれを分析し、社会的統  
合の度合いの少ない人は自殺に肯定的な態  
度を取りやすいことを明らかにしている(平  
野孝典, 2013, 「社会的統合が自殺観に与  
える影響」, 関西社会学会『フォーラム現  
代社会学』12:43-55.)

自殺に関する体系的・継続的な調査に加  
え、汎用性の高い社会調査に、自殺観のか  
かる設問、とりわけ、人びとの自殺に対  
する許容的な態度を測定する設問をおくこ  
とは、自殺対策政策のもっとも基底的な  
レベルを測定する意義があるように思える。

表1 国立情報学研究所論文情報ナビゲータ CiNii による「自殺 社会学」検索結果

| No. | 著者               | 年    | タイトル   | 媒体名                    | 発行者               | 巻   | 号   | 頁       |
|-----|------------------|------|--|------------------------|-------------------|-----|-----|---------|
| 1   | 野村洋平             | 2013 | 供犠としてのいじめの諸相：ルネ・ジラールの理論を中心に子どものいじめ自殺を見る                                  | 龍谷大学社会学部紀要             | 龍谷大学              | 43  |     | 64-76   |
| 2   | 上杉和央             | 2013 | 書評 荻野昌弘著『開発空間の暴力：いじめ自殺を生む風景』   | ソシオロジ                  | 社会学研究会            | 58  | 1   | 145-148 |
| 3   | 竹中祐二             | 2013 | 「社会学」的アプローチによる自殺をめぐる諸問題の検討（第49回日本犯罪学会総会報告）--（シンポジウム 自殺に関する犯罪学）           | 犯罪学雑誌                  | 日本犯罪学会            | 79  | 3   | 74-78   |
| 4   | 平野孝典             | 2013 | 社会的統合が自殺観に与える影響  | フォーラム現代社会学             | 関西社会学会            |     | 12  | 43-55   |
| 5   | 山下雅之             | 2013 | 自殺の社会的課題（特集 自殺論：対策の現場から）   | 現代思想                   | 青土社               | 41  | 7   | 215-225 |
| 6   | 小森田龍生            | 2013 | 2000年代の高自殺リスク群と男女差：既存統計資料の整理と課題抽出に向けて                                    | 専修人間科学論集・社会学篇          | 専修大学人間科学学会        |     | 3   | 117-126 |
| 7   | 大倉高志・引土絵未・市瀬晶子ほか | 2013 | 配偶者を亡くした自死遺族が望む情報提供と支援：地域における支援実践への寄与                                    | 評論・社会科学                | 同志社大学             | 104 |     | 51-87   |
| 8   | 貞包英之             | 2013 | 贈与としての自殺：高度成長期以後の生命保険にかかわる自殺の歴史社会学                                       | 山形大学紀要・社会科学            | 山形大学              | 43  | 2   | 93-110  |
| 9   | 野村洋平             | 2012 | 4. 供犠としてのいじめの諸相：ルネ・ジラールの理論を中心に子どものいじめ自殺を見る(IV-11部会【一般部会】理論研究発表IV)        | 日本教育社会学会大会発表要旨集録       | 日本教育社会学会          |     | 64  | 372-373 |
| 10  | 磯村健太郎・磯村健太郎      | 2012 | 書評へのリプライ(『ルポ 仏教、貧困・自殺に挑む』)(書評とリプライ)                                      | 宗教と社会                  | 「宗教と社会」学会         |     | 18  | 66-68   |
| 11  | 濱田陽              | 2012 | 磯村健太郎著『ルポ 仏教、貧困・自殺に挑む』岩波書店 2011年2月刊 B6判 174頁 1995円(書評とリプライ)              | 宗教と社会                  | 「宗教と社会」学会         |     | 18  | 63-66   |
| 12  | 藤原信行             | 2012 | 非自殺者カテゴリー執行のための自殺動機付与：人びとの実践における動機と述部の位置                                 | ソシオロジ                  | 社会学研究会            | 57  | 1   | 125-140 |
| 13  | 福若真人             | 2012 | レヴィナス思想における主体性と自殺の関係：「自殺する側」に応答する「自殺される側」の変容                             | 人間社会学研究集録              | 大阪府立大学大学院人間社会学研究科 |     | 7   | 27-47   |
| 14  | 大倉高志             | 2012 | 自殺発生直後の遺族支援に関する文献検討：警察死体検案医解剖担当者を中心に                                     | 評論・社会科学                | 同志社大学             | 99  |     | 97-135  |
| 15  | 山下雅之             | 2012 | 訳者解題 100年後の貧困と自殺：クリスチャン・ボードロ/ロジェ・エスタブレ著『豊かさのなかの自殺』山下雅之都村聞人石井素子訳          | 日仏社会学会年報               | 日仏社会学会事務局         |     | 23  | 81-85   |
| 16  | 藤原信行             | 2012 | 自殺動機付与/帰属活動の社会学・序説：デュルケムの拒絶、ダグラスの挫折、アトキンソンの達成を中心に                        | 現代社会学理論研究              | 日本社会学理論学会         |     | 6   | 63-75   |
| 17  | 元森絵里子            | 2012 | 「過労自殺」の社会学：法理論と制度運用に着目して   | 年報社会学論集                | 関東社会学会            |     | 25  | 168-179 |
| 18  | 谷直之              | 2012 | 医師による自殺助成の合法化：モンタナ州最高裁判決を素材として   | 同志社女子大学現代社会学会現代社会フォーラム | 同志社女子大学現代社会学会     |     | 8   | 41651   |
| 19  | 北澤毅              | 2012 | 「教育と責任」の社会学序説：「因果関係と責任」問題の考察   | 教育社会学研究                | 日本教育社会学会          |     | 90  | 41782   |
| 20  | 時津啓              | 2011 | 3. マスメディアによる教育に関する議題設定の構造：いじめ自殺報道の分析を中心に(VI-3部会【一般部会】青少年と文化研究発表VI一般研究報告) | 日本教育社会学会大会発表要旨集録       | 日本教育社会学会          |     | 63  | 388-389 |
| 21  | 阪本俊生             | 2011 | デュルケムの自殺論と現代日本の自殺--日本の自殺と男女の関係性の考察に向けて                                   | 関西学院大学社会学部紀要           | 関西学院大学社会学部研究会     |     | 112 | 41838   |
| 22  | 森山智浩・高橋紀穂        | 2010 | レイコフとバタイユの視座における「自殺と反道徳性」の研究--法言語学と法社会学による学際的アプローチ                       | 近畿大学法学                 | 近畿大学法学会           | 58  | 2   | 585-678 |

|    |                   |      |  |                   |   |    |     |           |
|----|-------------------|------|--|-------------------|---|----|-----|-----------|
| 23 | 高橋祥友              | 2010 | 自殺の社会学 (特集 自殺の予防と対策)                                     | 臨床精神医学            | アークメディア                                       | 39 | 11  | 1379-1384 |
| 24 | 赤澤正人・松本俊彦・勝又陽太郎ほか | 2010 | 死亡時の就労状況からみた自殺既遂者の心理社会的類型について：心理学的剖検を用いた検討               | 日本公衆衛生雑誌          | 日本公衆衛生学会                                      | 57 | 7   | 550-560   |
| 25 | ガイタニディスヤニス        | 2010 | スピリチュアル・ビジネスの社会経済を考える：スピリチュアル・セラピストの調査から                 | 宗教と社会             | 「宗教と社会」学会                                     |    | 16  | 143-160   |
| 26 | 狩野繁之              | 2010 | サイエンティフィック・ビュー--自然と人体と神の息吹(18)国内の自殺者が年間3万人を超える現状を社会的に考える | 福音と社会             | カトリック社会問題研究所                                  | 49 | 3   | 87-90     |
| 27 | 清水新二              | 2010 | 自死遺族の免責性と自殺防止システム  | 奈良女子大学社会学論集       | 奈良女子大学  | 17 |     | 23-35     |
| 28 | 小田切陽一・内田博之・市川敏美ほか | 2010 | 山梨県の自殺率と人口・世帯・産業・経済および医療・福祉要因に関する生態学的研究                  | 山梨県立大学看護学部紀要      | 山梨県立大学  | 12 |     | 41647     |
| 29 | 田所承己              | 2010 | 都市化・郊外化と自殺--通勤流動性からみる地域類型と市町村別自殺率                        | 社会学年誌             | 早稲田大学社会学会                                     |    |     | 69-85     |
| 30 | 嵯峨一郎              | 2010 | 書評 熊沢誠著『働きすぎに斃れて--過労死・過労自殺の語る労働史』                        | 日本労働社会学年報         | 日本労働社会学会                                      |    | 21  | 123-129   |
| 31 | 岸田秀樹              | 2010 | 曾根崎心中の歴史社会的分析 -書評；小林恭二著『心中への招待状・華麗なる恋愛死の世界』-             | 藍野学院紀要            | 藍野大学  | 24 |     | 75-87     |
| 32 | 三輪久美子             | 2010 | 自死遺族を支える：支援の現状と課題  | 社会福祉              | 日本女子大学  | 51 |     | 41-51     |
| 33 | 夏刈康男              | 2009 | デュルケム『自殺論』における文明と文化の問題                                   | 社会学論叢             | 日本大学社会学会                                      |    | 165 | 41654     |
| 34 | 山本雄二              | 2009 | ドキュメントを読む：いじめ自殺訴訟判決を例に(<特集>質的調査の現在)                      | 教育社会学研究           | 日本教育社会学会                                      | 84 |     | 65-81     |
| 35 | 神田悠二              | 2009 | 自殺の持つ意味について[含 講評]  | 立正大学社会学論叢         | 立正大学社会学会                                      |    | 8   | 126-133   |
| 36 | 飯田剛史              | 2009 | 現代日本社会とデュルケム社会学--宗教・自殺・犯罪                                | 哲学論集              | 大谷大学哲学会                                       | 56 |     | 41651     |
| 37 | 貞包英之              | 2008 | 私的な死、恣意的な死：ネット自殺の社会的考察                                   | 社会学評論             | 日本社会学会  | 58 | 4   | 593-607   |
| 38 | 青木慎一郎             | 2008 | 高齢者自殺の社会的側面--心理社会的介入はなぜ有効なのか (特集 高齢者の自殺と自殺予防)            | 老年精神医学雑誌          | ワールドプランニング                                    | 19 | 2   | 169-175   |
| 39 | 山田陽子              | 2008 | 「心の健康」の社会学序説--労働問題の医療化                                   | 現代社会学             | 広島国際学院大学現代社会学部                                |    | 9   | 41-60     |
| 40 | 平岡一雅              | 2008 | 自殺企図による両側膝下切断を合併した統合失調症患者のリハビリテーション・プログラムとソーシャルワーク       | 武蔵野大学現代社会学部紀要     | 武蔵野大学現代社会学部紀要編集委員会                            |    | 9   | 111-122   |
| 41 | 神田嘉延              | 2008 | 自立と共生の教育社会学(その3)地域民主主義と学校の再生                             | 鹿児島大学教育学部教育実践研究紀要 | 鹿児島大学   | 18 |     | 61-121    |
| 42 | 江頭大蔵              | 2007 | 危険社会の理論と日本の自殺 (特集 グローバル化時代における安全/安心社会の構築--日仏比較の観点から)     | 日仏社会学年報           | 日仏社会学会事務局                                     |    | 17  | 121-139   |
| 43 | 岸田秀樹・足利学・木下泰子ほか   | 2007 | 行為論的研究に基づく自殺予防へ向けて                                       | 藍野学院紀要            | 藍野大学  | 21 |     | 119-130   |
| 44 | 山岸利次              | 2007 | 統計、道徳、社会、そして教育：19世紀ドイツ道徳統計論史から                           | 長崎国際大学論叢          | 長崎国際大学  | 7  |     | 85-97     |
| 45 | 荻野昌弘・雪村まゆみ        | 2006 | 語りえぬものを問う--社会調査におけるアニメーション利用の可能性 (小特集 語りえぬものを問う)         | 先端社会研究            | 関西学院大学大学院社会学研究科21世紀COEプログラム「人類の幸福に資する社会調査」の研究 |    | 4   | 205-231   |
| 46 | 寺迫正廣・寺迫正廣         | 2006 | ゴッホの最晩年：弟テオへの手紙の分析を通じた一考察                                | 人間科学：大阪府立大学紀要     | 大阪府立大学  | 1  |     | 89-109    |
| 47 | 平田秀光              | 2006 | 過労自殺と損害賠償責任  | 人間社会研究            | 相模女子大学人間社会学科                                  |    | 3   | 72-58     |
| 48 | 松本良夫              | 2006 | 日本における自殺の近況--社会的分析                                       | 現代の社会病理           | 日本社会病理学会                                      |    | 21  | 59-72     |
| 49 | 柄本三代子             | 2006 | 「Webサイトを介した複数同時自殺(いわゆるネット自殺)」をテレビニュースはどのように問題化したか        | 応用社会学研究           | 東京国際大学  |    | 16  | 29-38     |
| 50 | 間山広朗              | 2005 | 「いじめ自殺」の不幸さ(第1回奨励賞を受賞して学会賞選考委員会報告)                       | 教育社会学研究           | 日本教育社会学会                                      | 76 |     | 317-318   |
| 51 | 佐々木洋成             | 2005 | アノミーの社会史：性・年齢・地域別自殺死亡率の経年分析                              | 社会学評論             | 日本社会学会  | 55 | 4   | 468-482   |

|    |                  |      |  |                   |                      |    |    |         |
|----|------------------|------|--|-------------------|----------------------|----|----|---------|
| 52 | 松本寿昭             | 2005 | 自殺の要因とその防止(予防)対策(日本の場合)、社会学の立場から   | 大妻女子大学<br>家政系研究紀要 | 大妻女子大学               | 41 |    | 61-67   |
| 53 | 松本寿昭             | 2005 | 社会学の分野からみた自殺の危険因子--環境・家庭における危険因子を含む(特集 自殺予防--自殺の危険因子)                      | 自殺予防と危機介入         | 日本自殺予防学会             | 26 | 1  | 13-18   |
| 54 | 川人博              | 2005 | 過労死と法社会学(シンポジウム・死そして生の法社会学)--(第3分科会『死の社会定義と法』)                             | 法社会学              | 有斐閣                  |    | 62 | 134-138 |
| 55 | 大野正和             | 2004 | 研究例会報告 過労死・過労自殺の心理と職場  | 労働社会学研究           | 東信堂                  |    |    | 171-174 |
| 56 | 山本道雄             | 2004 | 自殺論と安楽死論の出会いの場所(特集 社会学のフロンティアと応用領域)  | 社会学雑誌             | 神戸大学社会学研究会           |    |    | 41722   |
| 57 | 永井順子             | 2004 | 精神病院における自殺--「精神病者」から「生活者」へ福祉社会学的視座から                                       | ソシオサイエンス          | 早稲田大学大学院社会科学研究所      | 10 |    | 125-140 |
| 58 | 岡崎宏樹             | 2003 | 無限という病: デュルケム・バタイユ・ラカン理論による現代アノミーの分析                                       | フォーラム現代社会学        | 関西社会学会               |    | 2  | 84-97   |
| 59 | 野中亮              | 2003 | デュルケムの社会学方法論における象徴主義の問題  | 大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要  | 大阪樟蔭女子大学             | 2  |    | 161-175 |
| 60 | 松本良夫・舞田敏彦        | 2003 | 自殺率の地域差に関する研究--都道府県差の検討  | 武蔵野女子大学現代社会学部紀要   | 武蔵野女子大学現代社会学部紀要編集委員会 |    | 4  | 103-118 |
| 61 | 北中淳子             | 2003 | 「意志的な死」と病理の狭間で--自殺の医療人類学(特集・身体と医療の社会学)                                     | 三田社会学             | 三田社会学会               |    | 8  | 41740   |
| 62 | 森下伸也             | 2002 | いよいよ、憂国の社会学者! : グローバル化という危機と社会学の使命(<特集>現代社会の危機と社会学の役割)                     | フォーラム現代社会学        | 関西社会学会               |    | 1  | 24-32   |
| 63 | 間山広朗             | 2002 | 概念分析としての言説分析: 「いじめ自殺」の<根絶=解消>へ向けて  | 教育社会学研究           | 日本教育社会学会             | 70 |    | 145-163 |
| 64 | 田中英高・寺島繁典・竹中義人ほか | 2002 | 日本の子どもの自殺願望の背景に関する一考察: 日本-スウェーデンのアンケート調査から(パネルディスカッションIIII/ライフサイクルと現代の諸問題) | 心身医学              | 日本心身医学会              | 42 | 5  | 293-300 |
| 65 | 福島雄一             | 2002 | <論説>生命保険契約の自殺免責約款における免責期間経過後の被保険者自殺の問題(2・完): 東京高裁平成13年1月31日判決を素材として        | 行政社会論集            | 福島大学                 | 14 | 4  | 55-84   |
| 66 | 福島雄一             | 2002 | <論説>生命保険契約の自殺免責約款における免責期間経過後の被保険者自殺の問題(1): 東京高裁平成13年1月31日判決を素材として          | 行政社会論集            | 福島大学                 | 14 | 3  | 64-102  |
| 67 | 松本良夫・舞田敏彦        | 2002 | 殺人・自殺の発生动向の関連分析--20世紀後半期の日本の場合   | 武蔵野女子大学現代社会学部紀要   | 武蔵野女子大学現代社会学部紀要編集委員会 |    | 3  | 157-172 |
| 68 | 間山広朗             | 2001 | 「いじめ自殺」の語り方と「いじめ苦」(青少年)  | 日本教育社会学会大会発表要旨集録  | 日本教育社会学会             |    | 53 | 41734   |
| 69 | 島村忠義・越永重四郎       | 2001 | 東京都における自殺者の動機とその要因に関する一考察: 1984年・1990年の7年間の自殺者を中心に                         | 日本赤十字看護大学紀要       | 日本赤十字看護大学            | 15 |    | 70-78   |
| 70 | 松山博光             | 2000 | 自殺コーホートの社会学的研究   | 社会学論叢             | 日本大学社会学会             |    |    | 33-48   |
| 71 | 池田祥英             | 2000 | 書評からみる『自殺論』の受容--タルドとの対立を手がかりに  | 社会学年誌             | 早稲田大学社会学会            |    |    | 129-141 |

表2 日本社会学会文献情報データベースによる「自殺」検索結果

| No. | 著者                            | 刊行年  | 標題等   |
|-----|-------------------------------|------|---|
| 1   | 舞田敏彦                          | 2009 | 性別・年齢層別にみた自殺率と生活不安指標の時系列的関連<br>武蔵野大学政治経済学部紀要 1 p.145-157  |
| 2   | 山本雄二                          | 2009 | ドキュメントを読む：いじめ自殺訴訟判決を例に<br>教育社会学研究 84 p.65-81  |
| 3   | 山田陽子                          | 2008 | 「心の健康」の社会学序説：労働問題の医療化<br>現代社会学 9 p.41-60  |
| 4   | 貞包英之                          | 2008 | 私的な死、恣意的な死：ネット自殺の社会学的考察<br>社会学評論 58(4) p.593-607  |
| 5   | 荻野昌弘・雪村まゆみ                    | 2006 | 語りえぬものを問うー社会調査におけるアニメーション利用の可能性<br>先端社会研究 4 p.205-231   |
| 6   | 与謝野有紀・間淵領吾                    | 2006 | 自殺と社会的統合・連続的な2つの変数の関連の強さを測る：相関係数<br>与謝野,有紀/栗田,宣義/高田,洋/間淵,領吾/安田,雪(ed)<br>社会の見方、測り方：計量社会学への招待 p.67-73<br>勁草書房 |
| 7   | 間庭充幸                          | 2005 | 殺人と自殺のあいだ：犯罪の深層<br>大谷学報 83(3/4) p.61-64   |
| 8   | 池田祥英                          | 2005 | タルドとデュルケムの論争：デュルケム主要著作に対するタルドの批判を中心として<br>大野,道邦(ed)<br>フランス社会学理論への挑戦(日仏社会学叢書第二巻) p.135-163<br>恒星社厚生閣        |
| 9   | 安藤仁朗                          | 2004 | 成人男性自殺率の現状と推計：ベイズ型コーホートモデルによる3効果の分離<br>厚生指標 51(2) p.17-23   |
| 10  | 大野道邦                          | 2004 | 文化現象としての自殺：デュルケムの『自殺論』をめぐる<br>人間文化研究科年報 19 p.253-263  |
| 11  | 清水新二                          | 2003 | 急増する自殺：実態・背景・対策<br>大阪精神保健福祉 48 p.2-20   |
| 12  | 松本寿昭                          | 2003 | 自殺死亡率の地域分布と心理社会的要因に関する研究<br>大妻女子大学紀要・家政系 39 p.87-104  |
| 13  | 松本寿昭                          | 2003 | 宮崎県の自殺とその地域性<br>自殺予防と危機介入 24(1) p.34-46   |
| 14  | 清水新二・川野健治・石原明子ほか              | 2003 | 自殺に関する心理的社会的要因の把握方法に関する研究(平成14年度)<br>今田,寛睦(ed)<br>p.30-54<br>国立精神神経センター精神保健研究所                              |
| 15  | 岩崎信彦                          | 2002 | 現代における自殺の諸相<br>紀要 31 p.203-228  |
| 16  | 清水新二                          | 2002 | 自殺防止戦略<br>臨床神経科学 20(5) p.548-549  |
| 17  | 副田義也                          | 2002 | 自死遺児について・再考<br>母子研究 22 p.21-37  |
| 18  | 松本寿昭                          | 2002 | 自殺のSMRの地域間格差とその関連要因に関する研究<br>自殺予防と危機介入 23(1) p.46-65  |
| 19  | 清水新二・川野健治・宮崎朋子・平山正美・加藤勇三・秋山淳子 | 2002 | 自殺に関する心理的社会的要因の把握方法に関する研究(平成13年度)<br>今田,寛睦(ed)<br>自殺防止対策の実態に関する研究 p.30-54                                   |
| 20  | 清水新二                          | 2001 | 経済環境および家族環境と中高年の自殺問題に関する研究<br>80p. / 健康・体力づくり事業財団   |
| 21  | 石原明子・清水新二                     | 2001 | 近年における家族環境と中高年の自殺問題に関する研究：人口動態統計、人口動態職業、産業別統計より<br>精神保健研究 47 p.87-98  |
| 22  | 清水新二                          | 2001 | 社会問題としての自殺問題・社会のメンタルヘルスを考える<br>心の健康 49 p.12-19  |

|    |           |      |   |
|----|-----------|------|---|
| 23 | 清水新二      | 2001 | 自殺の世代的特徴にはどんなものがありますか<br>秋山, 聡平 / 斎藤, 友紀雄 (ed)<br>自殺問題Q&A: 自殺予防のために 46 p.73-75<br>至文堂 |
| 24 | 清水新二      | 2001 | 自殺には男女の違いがありますか<br>秋山, 聡平 / 斎藤, 友紀雄 (ed)<br>自殺問題Q&A: 自殺予防のために 46 p.76-79<br>至文堂       |
| 25 | 副田義也      | 2001 | 自死遺児について<br>副田, 義也 (ed)<br>死の社会学 p.195-210<br>岩波書店                                    |
| 26 | 清水新二      | 2001 | 遺族は支援欠き孤立 : 増える中高年の自殺<br>日本経済新聞 2001年10月20日朝刊<br>日本経済新聞                               |
| 27 | 池田祥英      | 2000 | 書評からみる『自殺論』の受容 : タルドとの対立を手がかりに<br>社会学年誌 41 p.129-141                                  |
| 28 | 清水新二      | 2000 | 退職前のストレス : 平成10年の自殺率急増をめぐる時代効果と世代効果<br>ストレス科学 14(4) p.222-230                         |
| 29 | 副田義也      | 2000 | 自死遺児について<br>母子研究 20 p.1-9   |
| 30 | 中野正大・大山小夜 | 2000 | 初期シカゴ学派にみる自殺研究(下) : R.S.キャバン『自殺』<br>京都市芸繊維大学工芸学部研究報告・人文 48 p.57-95                    |
| 31 | 吉野ヒロ子     | 2000 | 『宅配毒物自殺事件』はどのように「事件」になったのか : マスメディアにおける「インターネット」言説の一例として<br>社会情報学研究 4 p.141-151       |

表3 一般市民対象の社会調査調査

| No. | 調査名                   | 調査主体            | 調査時期                    | 配布数  | 回収数  | 回収率  | サンプリング方法                             |
|-----|-----------------------|-----------------|-------------------------|------|------|------|--------------------------------------|
| 1   | 自殺と孤独死に対する意識          | 第一生命経済研究所       | 平成19年10月15日<br>~ 11月4日  | 800  | 774  | 96.8 | 第一生命経済研究所生活調査モニターより抽出                |
| 2   | 生活ストレスについて            | 大阪市こころの健康センター   | 平成20年9月19日<br>~ 9月30日   | 600  | 558  | 93.3 | 市政モニター600人(公募モニター350人、無作為抽出モニター250人) |
| 3   | 「自殺対策」に関するアンケート       | 大和市             | 平成21年9月8日<br>~ 9月14日    | 858  | 398  | 46.4 | 不明                                   |
| 4   | 自殺に関する意識調査            | 東京都福祉保健局        | 平成23年12月16日<br>~ 12月28日 | 290  | 221  | 76.2 | インターネット(モニターがアンケート専用サイトから回答を入力する)    |
| 5   | 自殺予防対策に関する意識調査        | 内閣府自殺対策担当       | 平成19年3月1日<br>~ 3月11日    | 3000 | 1831 | 61.0 |                                      |
| 6   | こころの健康(自殺対策)に関する世論調査  | 内閣府             | 平成19年5月17日<br>~ 5月27日   | 3000 | 1728 | 57.6 | 層化2段無作為抽出法                           |
| 7   | 広島市こころの健康に関するアンケート調査  | 広島市社会局          | 平成19年6月4日~6月15日         | 3000 | 1636 | 54.5 | 住民基本台帳及び外国人登録原票から20歳以上の男女を無作為に抽出     |
| 8   | 自殺対策に関する意識調査          | 内閣府自殺対策推進室      | 平成20年2月21日<br>~ 3月9日    | 3000 | 1808 | 60.3 | 層化2段無作為抽出法                           |
| 9   | 自殺に関するアンケート           | 横浜市こころの健康相談センター | 平成21年9月2日<br>~ 9月16日    | 865  | 558  | 64.5 | 不明                                   |
| 10  | 自殺に関する市民アンケート         | 阿賀野市健康推進課       | 平成22年7月29日<br>~ 8月20日   | 500  | 412  | 82.8 | 不明                                   |
| 11  | 自殺対策(精神保健)についての市民意識調査 | 宮崎市健康管理部        | 平成24年10月1日~10月16日       | 209  | 192  | 91.9 | 不明                                   |
| 12  | 平成23年度 自殺対策に関する意識調査   | 内閣府自殺対策推進室      | 平成24年1月12日<br>~ 1月29日   | 3000 | 2017 | 67.2 | 層化2段無作為抽出法                           |

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
分担研究報告書

自殺をめぐる研究の現状と今後 - 宗教学・死生学の立場から -

研究分担者 島藺 進 上智大学神学部

研究協力者 堀江 宗正 東京大学大学院人文社会系研究科

研究要旨

【目的】宗教学・死生学に関わる領域のなかでも人文社会系、特に思想や文化や社会領域の研究を俯瞰することを通じて、今後どのような自殺研究が必要かを明らかにする。

【方法】先行研究を系統的にサーベイした。

【結論】これまでの研究動向に接ぎ木する形で発展が望まれる今後必要な研究としては、以下の 4 つがあげられる。(1) 宗教による自殺予防活動と遺族ケアの現状の調査 (2) 信仰・死生観と自殺観についての量的調査 (3) 自殺率と文化との関連、特にアジアについて (4) 自殺と文学以外のメディア、特にネットの影響

A. 研究目的  
はじめに

本報告では、宗教学・死生学に関わる領域のなかでも人文社会系、特に思想や文化や社会に関わる研究を対象とする。死生学には心理学・医学的なものもあるが、他の報告執筆者との分担の関係上、これらは除外する。この領域では、これまで次の 4 つの研究ないし思想潮流が存在していたと考えられる。(1) 自殺と哲学・思想、(2) 自殺と文学、(3) 自殺と日本文化論、(4) 自殺と日本の宗教である。この最後の「自殺と日本の宗教」の関係については、180 度の視点の転換が生じてきている。かつては日本の宗教は自殺を禁止しない、むしろ特異な自殺文化の牽引者だという見方が強かったが、今日では宗教者の自殺予防活動や遺族支援などが注目されている。それを踏まえて、かつこれまでの研究動向に接ぎ木する形で発展が望まれる今後必要な研究としては、以下の 4 つがあげられる。(5) 宗教による自殺予防活動と遺族ケアの現状の調査、(6) 信仰・死生観と自殺観についての量的調査、(7) 自殺率と文化との関連、特にアジアについて、(8) 自殺と文学以外のメディア、特にネットの影響である。

以下、「これまでの研究動向」と「今後必要な研究」の二つに分けて説明してゆきたい。

B. 研究方法  
これまでの研究

これまでの研究動向の客観的な整理をおこなうために、大学図書館の横断型データベースである CiNii を使った文献調査を試みた。CiNii には Books と Articles の二つのデータベースがあるが、その両方を使った。検索語は書名、論文名で「自殺 宗教」「自殺 文化」「自殺 文学」「自殺 思想」である。報告者に期待されているのは何よりも宗教学に関わる研究である。そのため、まず「自殺 宗教」で検索し、その内容を見た上で、他の検索語を決定した。また、ヒット件数が少なすぎず、多すぎもしないというのも、検索語選択の基準である。ヒットした著書・論文すべてについて、題名と要約、著書の場合は目次も参照し、有意味と思われる文献のみを残し、国内に関わるものと国外に関わるものとに分類し、とくに国内に関わるものを考察の対象とした。

なお、この文献調査の方法の限界をあらかじめ記しておく、書名・論文名などのタイトルに上

記の検索語が現れているもののみを拾い上げているため、たとえば内容が「自殺と宗教」に関わっていると、タイトルに含まれていなければ、この調査では拾い上げることができないということがある。また、関連性、有意味性を選択の基準としているので、必ずしも内容の善し悪しで選んでいるわけではない。通常の先行研究のレビューと異なり、質の高い文献の目録を作ることが目的ではない。あくまで研究の動向を把握することが目的であるので、上記のような方法で十分であると思われる。

なお、文献一覧はこの報告書の末尾にジャンルごとに分けて記す（文献の整理にはRefWorksを用いたが、出力の仕様の都合で音読み五十音順で並べ直されている）。

## C．D．結果と考察

### 1．自殺と哲学・思想

しばしば他分野の自殺研究者から、宗教の自殺抑止力について期待する声が上がります。キリスト教やイスラームにおける自殺禁止の教義、およびそのような宗教が浸透している社会における低い自殺率を念頭に置いたものと思われる。

しかしながら、キリスト教社会であれば、自殺を一律に否定する思想や言説が展開してきたかというところでもない。

今回の文献調査から、論文・著書などのタイトルに掲げられ、主題的に取り上げられている西洋の思想家でとくに複数の論文・著書で取り上げられているものを列挙すると、プラトン（ソクラテス）、ダン、ヒューム、ショーペンハウアー、デュルケムなどがある。これらは必ずしもキリスト教にのっとった自殺禁止論ではない。ダン、ヒューム、ショーペンハウアーはむしろ自殺擁護論で知られている。デュルケムも含めるならば、人間が自殺に傾くという現実を踏まえた上で、それについて思考するものと一括することができるだろう。日本ではとくにショーペンハウアーのペシミズムが自殺を擁護するものとして受容される。これは自らの生と死の自己決定という近代的自我の意識とも関連する。藤村操青年の自殺は1903

年であり、死生の意味への問いかけが自己決定としての自殺によって解決されるかのような哲学的自殺が注目を浴びるが、その背景には西洋の自殺論の輸入がある。

西洋における自殺論がキリスト教の文脈とどのように関連していたかを述べることは本報告書の目的ではない。おそらく本何冊分かの作業になるだろう。重要なのは近代的な死の自己決定としての自殺と、自殺を通しての社会的な自己主張や、逆に社会からの圧力による自殺とが、判然と分かつことの難しいまま存在していただろうと考えられることである。

「自殺と哲学・思想」の項目に加えられた著書・論文は、もちろん西洋の自殺論の輸入だけではない。近年の時代的变化を踏まえ、かつ自殺研究の主流である精神医学的・心理学的アプローチや統計学的アプローチを相対化するような論考もある。それがとくに顕著なのは雑誌『現代思想』の「特集 自殺論：対策の現場から（2013年7月）」である。ミシェル・フーコー以来、精神医学や心理学に関するある種のイデオロギー批判がなされているが、その延長線上にあるような仕事が散見される。自殺を病理として、また心の問題として囲い込むこと自体を歴史的に相対化し、自殺に関する現象や研究や対策がどのような概念や語彙によって規定されているのかを批判的に検討する論文が出てきている。今後どれほど発展するかは分からないが、一つの方向性として重要であるし、報告者もそのような問題意識を共有するものである。

### 2．自殺と文学

自殺と文学を扱う著書・論文で、タイトルにあげられている文学者・作家としては以下があげられる。夏目漱石『こころ』（1914）、有島武郎（1923年に自殺、以下の年数は自殺年）、芥川龍之介（1927）、太宰治（1948）、三島由紀夫（1970）、川端康成（1972）である。夏目漱石自身は自殺していないが、その作品『こころ』は登場人物の自殺がテーマとなっており、しばしば考察の対象となる。それは自殺の謎、遺された者への意味、そ



の教訓を読者に考えさせるものとなっている。

ここでも近代的自我と集団的規範との関係が問われている。自分自身が許すことのできない内面のエゴ、罪悪感、乃木希典の殉死という国民的ニュースのインパクトなど、デュルケムのいう利己的自殺と利他的自殺の二分法に振り分けにくい自殺、あるいはエゴと規範の葛藤そのものが懊悩の核にあるような自殺は、たしかに文学の対象となりうるだろう。あるいは文学を通してしか理解できないものである。自殺は遺書がある場合でも、遺された者に多くの謎を残す。同時に「なぜ自殺したのか」という謎は関係者のみならず多くの人を引きつけずにはいられない。文学であれば自殺者を直接とりあげずに、自殺の謎に迫ることができる。それが人々の自殺をめぐる感受性や志向性や規範を育てることになる。

上述のような日本文学を代表するそうそうたる文学者たちが（漱石以外は）自殺でその人生を締めくくっているのを見ると、自殺は文学者の実践のなかでも重要な位置を占めると言えるし、実際それをめぐって数多くの論述がなされている。自殺自体が文学的实践であり、死と生を描いてきた作家たちは、その最後に自らの死を通して自殺の物語を完成させたとも言える。

人間はむき出しの死をそのまま受容することはできず、物語や儀礼を通して死を受容する。そのような前提を、宗教学と心理学者に学んできた報告者は持っている。文学は人間の生と死を描くが、一人称文学であっても、主人公の死は物語られた途端、三人称の死になる。死を物語るとは、一人称の死や二人称の死を、それと直接は関係のない三人称の死に疎隔してショックを和らげ、それを通して間接的に自己の死や親しい他者の死を考えるための儀礼的装置として働く。

しかしながら、それはフィクションとして語られた死を現実と混同し、その通りに生きることにもつながる。作家は自殺することを通して、自らの内なる死の物語を完成させる。それを通して、遺された者に解くべき謎を残し、死についての語りを増殖させていく。

自らの意志で死を望み、自らの描いた物語の通りに死ぬという態度は、文学とは無関係に見える

戦時下での自害や、特攻隊にも通じる。そこでもエゴと規範、利己的自殺（自己本位的自殺）と利他的自殺（集団本位的自殺）のはざまでの揺れ動きを確認することができるだろう。

### 3. 自殺と日本文化論

最高の自己決定とも言える自殺が、国家や主君への忠誠として解釈されるならば、エゴと規範との葛藤は解消され、自殺は美化され、理想化される。切腹や心中や特攻や集団自決など、外国人の目から見て特異と思われる自殺の歴史を踏まえ、自殺を日本文化の一部として理解するような日本文化論がとくに外国人の著者らによってなされている。ピッケン『日本人の自殺』、パンゲ『自死の日本史』、オスグッド『老人と自殺 老いを排除する社会』、サミュエルズ「米国人記者が見た"もう一つの伝統文化" 自殺大国ニッポンをゆく「誰か、一緒に死のうよ」(世界が見た nippon)」などである。ステレオタイプ的な見方のものもあるが、日本人の著者とは異なる問題意識で膨大な知見を集めたパンゲのような労作もある。

また、近年の日本の著者のなかには中高年、高齢者の自殺を文化的側面から理解しようとするものも見受けられる。これは従来の「自殺を肯定する日本文化」という視点を、若い世代の「自殺を否定する研究者」が自分より上の世代に適用したものと見ることもできるだろう。

### 4. 自殺と日本の宗教 宗教の位置づけの転換

上記のいわば「日本自殺文化論」においては、宗教も主要な位置を占めるものとして取り上げられる。仏教において自殺（じせつ）は殺生の一つとして禁止されるが、捨身は最高の布施として賞賛される。日本でも修行の延長線上の自殺としてはミイラ仏・即身成仏、補陀落渡海などがある。また神の怒りを静めるための自己犠牲としての自殺が神話のなかでも語られる。武士階級における戦場での自殺、切腹、殉死は、武士道と関連づけられ、「宗教」とは認知されないかもしれないが生観に大きな影響を与えている。庶民の間で

も現世で結ばれない恋人同士が浄土への往生、救済を希望して心中するという現象が流行した。戦前においては国家のための死として神風特攻隊、靖国信仰・英霊崇拜などがあつた。

しかしながら、文献一覧が示すとおり、「宗教」というキーワードを含む論文を見ると、2000年代以降、とくに東日本大震災以降、宗教者・宗教団体による自殺予防活動に関する文献が多数出てきていることが分かる。それに関わる論文・著書の著者名とタイトルを年代順に記しておこう。

- 渡邊直樹「宗教と自殺-自殺予防活動に携わる立場から」(2005)
- 最上多美子「自殺防止ファクターとしての宗教と信仰の役割」(2006)
- 斎藤友紀雄『自殺危機とそのケア(キリスト教カウンセリング講座ブックレット)』(2009)
- 磯村健太郎『ルポ仏教、貧困・自殺に挑む』(2011)
- 小川有閑「自死者のゆくえ：僧侶なりの自死遺族支援の形」(2011)
- 『曹洞宗総合研究センター学術大会紀要』12(教団付置研究所懇話会「自死問題研究会」との共同企画 自死(自殺)問題に関する特別部会)(2011)
- 現代宗教課題研究部会「自死(自殺)問題に関する特別部会」『浄土真宗総合研究 = Jodo Shinshu Research』(2012)
- 林拓弥「宗教者による自殺予防の可能性」(2012)
- 中下大樹「自殺、孤立、貧困……「苦」の現場を回る僧侶 二〇〇〇人の最期を見送って」(2013)
- 西出勇志「自死に向き合う僧侶たち 「自殺したら成仏できないのか」という重い問い」(2014)

これらの活動は教団がバックアップして取り組む場合があるかもしれないが、多くはボランティア・ベースである。たとえば相談窓口に出るのが教団組織に属する聖職者の義務というわけではない。ボランティア的な精神のある有志が協力

し合っ、窓口の体勢を作っているのが現実のようである。そして、そのような有志は教団のなかではマイノリティであり、それゆえ相互協力のために、超宗教・超宗派でつながるようなネットワークを作っているようである。小川有閑「「安心して悩む」とは？」(宗教情報センター<<http://www.circam.jp/columns/>>、2013)によれば、僧侶による超宗派的な自殺予防活動のネットワークとしては以下のようなものがある。

- 自死・自殺に向き合う僧侶の会(旧：自殺対策に取り組む僧侶の会)
- 自死に向き合う関西僧侶の会(関西地方)
- 自死に向き合う広島僧侶の会(広島)
- 一般社団法人メッター

しかし、宗教者による自殺対策の動きは、宗教界や宗教学でこそ注目され、広く認知されているものの、一般社会ではほとんど知られていない。その認知を広げること自体が、宗教という窓口を知っていればアクセスするかもしれない希死念慮者に救いの機会を広げることになるだろう。

一方、日本文化論や歴史的研究において宗教と自殺の深い関わりを考えてきた著者らが、このような状況を知ったら奇妙に思うことだろう。あたかも「宗教」は自殺を予防し、遺族に寄り添うものであるかのようにとらえられているが、歴史的事実は正反対で、宗教は様々な自殺のスタイルや自殺を正当化する根拠を提供してきたではないか、と。この報告書では、「事実」の究明や、そのような転換がどのようにして、そしていつ頃から起きたのか、その意味は何なのかについて、これ以上、深入りはしない。

まずは人々の意識において宗教と自殺の関係が著しく変化しつつあることは認めなければならぬ。とくに東日本大震災後、宗教の人的活動や社会的貢献が大きくクローズアップされている宗教界・宗教学においては、宗教が自殺に否定的であることが自明視されている。とはいえ、これは偏りがあることも確認しておきたい。逆の立場から見れば、宗教が死後世界へのあこがれや、死の恐怖の軽減、自己犠牲の賞賛を通して自殺を

促す側面もあったことが、この数十年でほとんど論じられなくなってしまったのである。

## E．結論

### 今後必要な研究

#### 5．宗教による自殺予防活動と遺族ケアの現状の調査

よく知られているように、キリスト教やイスラームにおいて自殺は強く禁止され、これらが強い国では自殺率が低い。それゆえ、自殺対策の一つとして「宗教の力」に期待が寄せられ、実際に宗教者が自殺対策に乗り出すことに、何ら不合理な点はない。だが、日本の宗教は上記の一神教的宗教に比べると自殺を罪として禁止する姿勢がそれほど強くない（もちろん基本的には反対である）。したがって、一部の宗教者の取り組みを超えて、信仰そのものに「自殺予防機能」のようなものを本当に期待できるのかは疑問である。活動する「宗教者」ではなく「信者」のレベルでどの程度宗教が抑止力になっているのかを知りたい。仮に信者において自殺禁止が徹底していたとして、別の角度からの懸念も生じうる。強すぎる自殺禁止は過度の罪悪感を信者に植え付ける可能性がある。とくに日本では、熱心な信者ほど社会のマイノリティとなり、教団という共同体の適切な支えを失えば心理的に孤立する可能性がある。これは宗教に限らないのかもしれないが、自殺禁止と自殺者非難・タブー視は裏表の関係にあり、強すぎる禁止は希死念慮者および既遂者遺族の孤立につながる可能性もある。

しかし幸いにも、日本の宗教は過度の禁止圧力に傾くことはなさそうである。これはパネル討論会（2014年3月2日）に出席していた複数の僧侶のリアクションからも確認された。個別事例の検討が必要だが、自殺者を追悼・供養の枠から外すということは聞いたことがなく、少なくとも形式的には非自殺者と同等の甲いを受けている。その際に、宗教者が適切に遺族ケアをおこなうならば、遺族の感情を解きほぐし、自殺の連鎖を防ぎ、自殺タブー視の傾向を緩和する方向に導くかも

しれない。

今後、必要な研究としては、何よりも実態の解明があげられる。これまでの取り組みの事例の体系的な集約と分析である。その際に、実践者のネットワークが実践の活性化以上に、事例の調査・研究の上でも重要になると思われる。研究班のなかでの議論でも取り上げられたが、現在、人を調査対象とする研究に求められる倫理的配慮の水準は厳しくなる傾向がある。活動に関わることなく、客観的に事例のデータを収集しようとする、当事者の了解を得るのが困難な場合もある。また、実践者にアクセスしても、守秘義務があるので細かな事例の聴取はできない。一方で、研究者が超宗教的・超宗派的な枠組を作ることで、活動の社会的信頼性を高めることへの期待も大きい。そこで、研究者が団体同士の連携を助け、知見の整理に努めるという立場で、個別事例の客観的データではなく、実践者の主観的な体験知の共有を助け、それを通して取り組みの体系的な集約や分析をおこなうというアクション・リサーチ的手法が、可能かつ有益な選択肢として見えてくる。

すでに今回の研究班の一人である島園進が深く関わっているものとして、宗教者災害支援連絡会（宗援連）、東北大学などの臨床宗教師養成の試み、現在構築しつつある臨床宗教教育ネットワークがある。これらは自殺に特化したものではなく、被災者全般のケア、ターミナル・ケア、スピリチュアル・ケア、グリーフ・ケアなどと専門を細かく分けることもできる。しかし、被災者の自殺の予防、病気を苦とした自殺の予防、そして自殺者の遺族への対応などが、これらのケア提供者の仕事には含まれるだろう。したがって、これらのネットワークをさらにつなげることで、自殺対策活動の実態解明が進み、それがひいては自殺総合対策への還元にもつながると期待される。

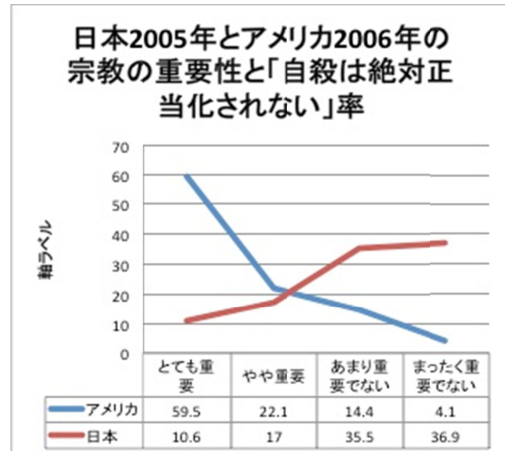
#### 6．信仰・死生観と自殺観についての量的調査

しかし、それと並行して「日本自殺文化論」とでも呼ぶべきオールド・パラダイムとの接合も視野に入れておかなければならない。「オールド」とは呼んでみたものの、これはあくまで、研究者

や対策の専門家の目から見た「オールド」であり、一般国民の意識とはかけ離れているかもしれない。宗教と自殺の関係性の転換を考察するためには、画期となるメルクマールの確認や歴史的推移の跡づけが必要だが、それ以前に人々の信仰と死生観と自殺観との関係の正確な把握が必要である。専門家以外の「日本人」の意識を広く量的に把握し、それを土台として、なぜそのような結果が出たのかを、社会の歴史的变化と関わらせ、無理のない証拠を積み上げてゆくことで、はじめて上記の「転換」を理解することが可能になるだろう。

以下、今後の量的な死生観研究（広く信仰と自殺観も含めた総称とする）で具体的な質問項目として考えられるものを列挙する。

- 1) まず日本人の自殺観の転換は起こっているのか。少なくとも「自殺は絶対にしてはいけない」という意識はどの程度広まっているのか。この質問項目は、世界価値観調査の質問項目にもなっている。また、既存の各種調査にも含まれている。したがって、ある程度の時間的推移を見ることができる。それをとおして自殺の「許容」から「禁止」への転換が起きたのか、起きていないのか、もし起きたとしたら、いつ起きたのか、そしてその要因としては何が考えられるかを歴史的に研究することが可能である。
- 2) 信仰・死生観に関する調査はすでに様々なものがある。しかし、それと自殺観との関連についてはきちんとした量的調査がなされていない。報告者は、世界価値観調査のオンライン・データ分析を用いて、宗教の重要度と自殺への不寛容をクロス集計した（下図を参照）。その結果、アメリカでは宗教を重要と考える人ほど、「自殺は絶対正当化されない」と答える人が多いことが分かった。これは強い自殺禁止規範がキリスト教にあることを考えれば当然の結果と言える。ところが、日本においてはまったく正反対の結果が出た。つまり、宗教を「とても重要」だと考えている人の間で、「自殺は絶対正当化されない」と答える人の割合はもっとも低く、逆に「宗教



はあまり重要でない/まったく重要でない」と答えた人においては高かったのである。このことだけでも、日本では信仰が自殺抑止に働いていないことが分かる。言い方を変えれば旧来の「日本自殺文化論」は決して今日においてもオールド・パラダイムとしては片付けられない。もちろんこのデータのあと、日本では自殺防止への取り組みがなされ、様々な広報・宣伝もなされ、宗教者の動きも活発になっているので、急激な変化が起きているかもしれない。いずれにしても、現在同種の質問でどのような結果が出るかを確かめなければならない。

- 3) 上に示した日米の二つのパターンは、この二国間のみで確認されるものではない。詳細は省くが、各国を比較すると、宗教の重要性が高い国と低い国との差異があるのではないかと見ている。同時に、宗教と自殺の関連については、国別ではなく、宗教別に考える必要もあるだろう。しかし、日本の場合「仏教徒」と言っても家の宗教としてとらえている回答者が混ざるのを排除できない。このような難しさもあり、各種の宗教意識調査においても、信じる宗教別の考察はあまり重視されていない。宗教との関係が一義的であると仮定せずに、しかし宗教と自殺の関係についてより細かい理論的仮定を考え、質問項目を設定しなければならない。試みにキリスト教と仏教について、自殺と関連性のある要因を考えてみる。

キリスト教においては当初から自殺を禁止

していたわけでない。ローマ帝国の国教となる以前はキリストに倣って殉教するものが後を絶たなかった。信者の立場からはこれを「自殺」ととらえるのは抵抗があると思われるが、宗教学においては広義の宗教的自殺とされている。それを誘引していたのは、「死後生」の観念と「自己犠牲」の美德である。「自殺禁止」の規範は、既成宗教化し、殉教の必要性がなくなってから形成されたのである。現代でもイスラームの自爆テロには「死後生」と「自己犠牲」の要素が見いだされるであろう。

仏教は早い時期に自殺（じせつ）を禁止しているが、同時に自己犠牲的な捨身（しゃしん）を最高の布施として肯定しており、ここでも「自己犠牲」は宗教的自殺の重要な要因である。釈迦は前世において捨身をおこなって徳を積み、現世で仏陀になったとされる。さらに病気による苦しみが酷い場合の自死や、修行の一環としての死など、例外的に許容されるケースがあとから発展する。来世における救済・解脱とも連動しており、やはり「死後生」の観念が自殺を誘引することが確認される。日本では心中などに来世における救済への希求が見られる。日本自殺文化論で取り上げられるような自殺においても、キリスト教の殉教と同様「自己犠牲」と「死後生」の要素を持っていると仮定できる。

- 4) 以上の宗教史的考察から量的調査において必要な項目を理論的に仮定すると次のようになる。まず、「宗教の信仰」は聞く必要がある。信じている宗教の名前を特定するかどうかは調査の規模によるだろう。なぜなら、信じている宗教の名前をはっきりと言える日本人は全体のなかでの割合としては少なくなるからである。

加えて前項で言及した死後生の観念に当たる「死後の生命」、「生まれ変わり」について尋ねることが考えられる。この二つは同じように思えるが、教育学、および俗説では、「生まれ変わり」がとくに自殺を促すという見解があり、検証項目として別立てに質問するべきである。

同じく宗教的自殺の重要な動機である「自己犠牲」については、直接的に尋ねるような質問項目を立てるのが難しい。しかし、「責任を取っての自殺」への賛否という聞き方なら一般的にも意味をなすであろう。

「自殺禁止」規範については、「自殺をしてもいけない」かどうかを直接質問すればよいので簡単である。それと関連して、現代の宗教のなかには「自殺をした魂は苦しみつづける」という教説によって自殺を食い止めようとするものもある。この教説は、自殺を誘引する「死後生」と「自殺禁止」を結びつけ、その潜在的葛藤を解消する役割を果たしていると思われる。

一方、自殺禁止規範は、ともすれば自殺のタブー視（自殺者への非難を含む）につながる。そこでとくに宗教のみと関連する質問ではないが、「自殺タブー視」項目として、「自殺は病気だ」「自殺は愚かだ」などを設定してもよいだろう。

- 5) 死生学の関心に広げると、従来の死生観調査で、自殺に関する質問項目はほとんどない。したがって、より広範な死生観と自殺観との関連を探る必要もある。たとえば、世論調査レベルですでに、延命治療に関する質問は広くなされている。「治る見込みがないのなら延命治療はしてもらいたくない」という質問文については、朝日新聞の調査だと8割が肯定的である（朝日新聞「死生観 本社世論調査」2010年11月4日）。延命治療の不開始・中止については、それを押し進めようとする医療者勢力があり、自殺との関連はほとんど問題とされていないが、自殺の原因の上位に病苦があることから、理論的には関連性を問うべきである。そこで「病気を苦しめた自殺は理解できる」かどうかを尋ねると同時に、延命治療への見解とその他の自殺に関する質問との関係を問うことには意味がある。
- 6) 上記以外で、心理学的な死生観尺度に含まれているものとしては、「私は死が怖い」、「死ぬと苦痛を感じなくなる」、「死についてはあまり考えたくない」、「自分の人生は

生きる意味があると思う」などがある（平井ほか 2000「死生観に関する研究『死の臨床』23(1), 71-76）。これらも調査項目が多すぎなければ、入れてもよいだろう。

以上の設問は、回答結果どうしの統計的な有意性を確認することを前提としている。そこで宗教学者だけでなく統計的処理の専門家の協力が必要である。今回の研究班では山本功がこのような研究に興味を示しており、今後、共同研究を進めることも視野に入れている。また、山本は調査会社の協力を得て、2014年3月中に試行的なネット調査をおこなっている。その分析については、4月以降におこない、将来的には論文として発表することが見込まれる。

## 7. 自殺の比較文化研究

日本自殺文化論など、これまでの文化論的な自殺論は、日本と西洋を対比するきらいがある。しかしながら、日本を追いかけ、追い越す形で韓国では自殺率が急上昇している。その他、非西洋諸国でも自殺率の高い国がある。今後の比較文化研究においては、日本と西洋の対比にとどまらず、このような自殺率の高い地域を視野に収めた文化と宗教にまたがる研究が必要である。自殺率と文化・宗教の関連、具体的には先述の死後生、自己犠牲との関連を比較し、考察することは有意義だろう。とくにアジア地域は、死後生観念において日本との共通性があり、地理的にも研究交流がしやすいので、研究戦略上、重要な比較対象である。

## 8. 物語としての自殺 自殺と文学以外のメディア

「自殺と文学」というテーマの研究は、今日的な状況を踏まえると、狭い意味での「文学」を超えてより広い情報環境を対象とするものに練り上げる必要がある。今日では「文学」を超えた広範囲にわたるメディア環境が人々に強い影響をもたらしている。とくにネットの影響も含めた研

究がなされなければならない。

まず、「自殺」を描くメディアにはどのようなものがあるのか。どのメディアが強い影響力を持っているのか。そこにおいて「自殺」はどのように表象されているのか。それは従来の文学の取り上げ方、描き方とどう異なるのか。

一方で、自殺に対する「予防」「対策」、とくに人間の生命を労働力と見なして、経済的損失の観点から自殺を害悪視する世俗的な「自殺禁止規範」に対しては、大衆レベル、ネットやサブカルチャーにおいてははっきりと反発の声が表明されている（今一生 編著『生きちゃってるし、死なないし リストカット&オーバードーズ依存症』晶文社）。他方、延命の不開始・中止などに見られるように、労働力として換算されなくなった生命には「尊厳」ある死、「平穩」で「自然」な死を医療者が与えることで、医療費が削減され、経済的效果が上がるという議論もなされており、それに対する批判も高まりつつある。人間を「いのち」としてよりも調整可能な労働力として見るような経済至上主義の風潮のもとで、自分は無用である、生きていても無益であると考え込まされた人々が自殺に向かっているとすれば、世俗的自殺禁止規範は、希死念慮者にとって逆効果なのではないか。

このような複雑な背景のなかで、自殺の表象を理解する必要がある。何が自殺で何が自殺でないのか。その線引きは、かつては宗教、今日では社会の主流のイデオロギーが決定している。それはどのようなものであり、また自殺の物語と自殺の現実にとどのような影響をもたらしているのか。

以上は、かなり大きなマクロ・レベルの問いである。その手前で検討しなければいけないのは、物語られた自殺と現実の自殺とのミクロな関係である。たとえば、希死念慮のある人にとってどのような物語がどのような条件のもとで、トリガーとなったり、カタルシスとなったりするのか。「カタルシス」という考えは危険で、安全よりも立つならば自殺を描写した物語は「トリガー」とみるべきであり、規制が必要だという立場もあるだろう。しかし、それは表現の自由と摩擦を生じ、現代社会では支持を得にくい。性急な規制よりも

その手前で考えるべきことの方が、多くあるように思われる。

逆に自殺を禁止する言論、つまり予防や対策に当たる研究者も含めた情報および、自殺はよくないと暗に啓蒙するような物語 制作側には自殺を賛美しないようにというプレッシャーが常に課されている には、予防効果があるのか。それとも自殺者非難やタブー視を助長し、孤立を深めるといふ逆効果があるのではないか。

物語環境から広い情報環境へと目を転じるならば、自殺タブー視を解きほぐし、自由に語れる環境を構築するという事は、場合によっては自殺容認論、かつて日本の自殺に大きな影響を及ぼした自殺擁護論とどう向きあうかという問題に

もつながる。哲学的な自殺擁護論は、キリスト教的な自殺禁止論に対抗してできたものであった。延命治療の不開始・中止を正当化しようとする本がよく売れていることを見ると、新たな形での自殺擁護論へのニーズは潜在的にあると思われる。

自殺禁止と自殺タブー視のジレンマを解きほぐすのに、宗教の項目で述べたような、自殺は容認しないけれど、供養という形で向きあうことで自殺タブー視の傾向を和らげようとする宗教者の態度が参考になるかもしれない。それを現代的な自殺情報環境に適用することはできないだろうか。それは「対策」を訴える実践者にとっても、必要な態度ではないか。

## 参考文献

### 【自殺と思想】

#### 国外

- Donne John・Sullivan Ernest W. 吉田 幸子・久野 幸子・岡村 眞紀子・齋藤 美和, 2008, 『ジョン・ダン 自殺論』英宝社.
- Fukuwaka Masato・福若 眞人, 2012, 「レヴィナス思想における主体性と自殺の関係: 「自殺する側」に回答する「自殺される側」の変容」『人間社会学研究集録』7: 27-47.
- Hillman James・樋口 和彦・武田 憲道, 1982, 『自殺と魂』創元社.
- Hume David, 1711-1776・福鎌 忠恕(1916-)・齋藤 繁雄, 1985, 『奇蹟論・迷信論・自殺論 / デイヴィッド・ヒューム [著]; 福鎌忠恕, 齋藤繁雄訳』法政大学出版局.
- Pearson Linnea・Purtilo Ruth B.・岡本 浜江, 1978, 『自殺のパンセ: 自殺についての往復書簡』サンリオ.
- Schopenhauer Arthur, 1788-1860・石井 立(1923-), 2012, 『自殺について / ショーペンハウエル[著]; 石井立訳』角川学芸出版; 角川グループパブリッシング (発売).
- Schopenhauer Arthur・齋藤 信治, 1979, 『自殺について: 他四篇』岩波書店.
- カンパニョーラ フランチェスコ, 2013, 「自己、社会、そして神に反して: 哲学・法学・文学に見る一八世紀イタリアの自殺論 (特集 自殺論: 対策の現場から)」『現代思想』41(7): 226-237.
- 上田 健二・ウエダ ケンジ・Ueda Kenji, 2004, 「その死を求める人格の権利: アルトゥール・カウフマンの「人格的」法哲学における自殺と安楽死」『同志社法學』55(6): 1403-1431.
- 会沢 久仁子, 2002, 「ヒューム哲学の、医療哲学・倫理学における注目点-動物の道徳的地位と、自殺(安楽死)をめぐって」『医療・生命と倫理・社会』(1): 22-28.
- 厚東 洋輔, 1989, 「「デュルケムと女性あるいは未完の『自殺論』-アノミ概念の形成と転変」フィリップ・ベナル著 杉山光信, 三浦耕吉郎訳」『思想』: p70-73.
- 合田 正人, 2011, 「三万人が自殺し続ける社会で フランツ・カフカ『巢穴』 (総特集 震災以後を生きるための50冊- 3・11 の思想のダイアグラム) -- (破局/復興)」『現代思想』39(9): 66-69.
- 富積 厚文, 2010, 「スピノザ思想と自殺の問題-生きることの意味とは何か」『宗教哲学研究』(27): 44-58.
- 小島 和男, 2002, 「ソクラテスの死についての小論: プラトン『パイドン』における自殺禁止論をめぐって」『哲学会誌』26: 1-21.

- 島崎 昇平・大西 良・占部 尊士, 2010, 「高齢者の自殺予防の理論的展開-デュルケームの自殺論とパトナムのソーシャルキャピタルの概念を用いて」『久留米大学大学院比較文化研究論集』(26): 27-35 .
- 平尾 昌宏, 2002, 「生命と倫理: ソクラテスとの対比によるスピノザの自殺論」『立命館哲学』13: 63-82 .
- 斎藤 友紀雄, 2012, 「自殺と宗教: ジョン・ダンの自殺論を軸に」『自殺予防と危機介入』32(1): 80-87 .
- 朴 一功, 1993, 「プラトンの「自殺禁止説」」『古代哲学研究室紀要: Hypothesis: The Proceedings of the Department of Ancient Philosophy at Kyoto University』3: 1-14 .
- 松永 幸子, 2010, 「18 世紀後半イギリスにおける人命救助と自殺防止-王立人道協会(Royal Humane Society)の誕生とその思想」『イギリス哲学研究』(33): 67-82 .
- 藤本 拓也, 2011, 「シオランの自殺念慮と自己受容-無用性から無名の宗教性へ」『死生学研究』(15): 82-108 .
- 麻生 享志, 2003, 「「論理学」による自殺の諫止-デューイの論理思想から」『国士館哲学』(7): 57-66 .

## 国内

- Wolfe Alan・島 弘之, 1987, 「自殺と日本のポストモダン (日本のポストモダン-ボストンにおけるワークショップ)」『現代思想』15(15): p8-22 .
- 中 真生, 2001, 「死を選ぶこと-安楽死と自殺」『東京大学大学院人文社会系研究科・文学部哲学研究室応用倫理・哲学論集』(1): 95-106 .
- 丹生谷 貴志, 1989, 「自殺の思考 (との論理)」『現代思想』17(7): p260-268 .
- 井村 恒郎・日高 六郎, 1954, 「自殺はあなたの心にも」『思想の科学』1(1): 67-74 .
- 今泉 孝太郎, 1951, 「自殺の哲学」『新文明』1(3): 10-14 .
- 佐伯 啓思, 1999, 「国家についての考察 「死の欲動」に抗する自死 (特集 自殺の流行と自死の思想)」『発言者』: 44-49 .
- 加藤 茂, 1981, 『人間はなぜ自殺するか: その現象学的考察』勁草書房 .
- , 1980, 『自殺の現象学: 生の亀裂』高文堂出版社 .
- 北澤 毅, 2008, 「「いじめ自殺」物語の解体 (特集=学校改革-教師の現場)」『現代思想』36(4): 200-213 .
- 合田 正人, 2011, 「三万人が自殺し続ける社会で フランツ・カフカ『巢穴』 (総特集 震災以後を生きるための50冊- 3・11 の思想のダイアグラム) -- (破局/復興)」『現代思想』39(9): 66-69 .
- 堀 正士・Hori Masashi, 2011, 「藤村操の「哲学的自殺」についての精神病理学的一考察」『早稲田大学大学院教育学研究科紀要』(22): 139-146 .
- 大谷 いづみ, 2013, 「「理性的自殺」がとりこぼすもの: 続・「死を掛け金に求められる承認」という隘路 (特集 自殺論: 対策の現場から)」『現代思想』41(7): 162-177 .
- 大野 更紗, 2013, 「狂気が希望に転じるとき (特集 自殺論: 対策の現場から)」『現代思想』41(7): 68-71 .
- 安岡 直, 1999, 「普通に生きていくということ (特集 自殺の流行と自死の思想)」『発言者』: 78-84 .
- 山田 陽子, 2013, 「自死の「動機の語彙」としての「うつ病」: 労災保険における「自死=病死=災害死」という構図 (特集 自殺論: 対策の現場から)」『現代思想』41(7): 81-97 .
- 朝倉 喬司, 2005, 『自殺の思想』太田出版 .
- 榎原 哲也, 2011, 「「生きる意味」を支えるもの: 「自殺に傾く人」へのケアについての現象学的一考察」『東京大学大学院人文社会系研究科・文学部哲学研究室論集』(30): 34-47 .
- 福田 和也, 1999, 「希望と誠実の自死 (特集 自殺の流行と自死の思想)」『発言者』: 38-42 .
- 藤原 司, 2004, 「自殺はなぜいけないのか」『フィロソフィア・イワテ』(36): 1-12 .
- 西部 邁, 1999, 「今月の発言 自死は精神の自然である (特集 自殺の流行と自死の思想)」『発言者』: 10-14 .
- 近藤 剛, 2011, 「自殺観の研究のための覚書: 思想的な素描」『神戸国際大学紀要』(81): 13-27 .
- 齋藤 慎爾, 2005, 「ブックハンティング2005 朝倉喬司著『自殺の思想』」『出版ニュース』: 20-21 .

## 【自殺と文学】

### 国内



- 井尻 千男, 1999, 「三島の自死と江藤の自死 (特集 自殺の流行と自死の思想)」『発言者』: 74-77 .
- 今野 紀子, 2005, 「メタ認知アプローチによる「ネット自殺」防止教育の実践研究」『東京電機大学総合文化研究』(3): 129-132 .
- 原 昌, 2011, 「自殺者の文学(その1)墓前に捧ぐ」『児童文化』(43): 59-70 .
- 坂口 安吾, 1950, 「麻薬・自殺・宗教」『文芸春秋』28(1): 120-127 .
- 大原 健士郎, 1972, 『作家と自殺』至文堂 .
- 宝泉 薫・芥川 龍之介・堀 辰雄・有島 武郎・夏目 漱石・森 鷗外・久米 正雄・宮沢 賢治・太宰 治・久坂 葉子・坂口 安吾・梶井 基次郎, 2010, 『自殺ブンガク選: 名文で死を学ぶ』彩流社 .
- 寺山 修司, 2006, 『青少年のための自殺学入門』河出書房新社 .
- 山内 春光, 1999, 「倫理想研究と社会情報学: 漱石『こころ』・三人の自殺を事例として」『群馬大学社会情報学部研究論集』6: 53-75 .
- 山崎 国紀, 1986, 『自殺者の近代文学』世界思想社 .
- 岡本 道雄, 1964, 「有島武郎の自殺: 近代日本思想史の一断面」『大阪女子学園短期大学紀要』8: 183-202 .
- , 1963, 「有島武郎の自殺とキリスト教 -近代日本思想史の一断面-」『論集』9(3): 39-64 .
- 末木 新, 2013, 『インターネットは自殺を防げるか = can the Internet Prevent Suicide?: ウェブコミュニティの臨床心理学とその実践』東京大学出版会 .
- 朴 順伊, 2002, 「夏目漱石『こころ』と李光洙『無情』-両作品における「自殺」をめぐる」『久留米大学大学院比較文化研究論集』(12): 231-246 .
- 柳澤 浩哉・ヤナギサワ ヒロヤ・Yanagisawa Hiroya, 2008, 「K はなぜ自殺したのか-『こころ』の謎を解く」『広島大学大学院教育学研究科紀要 第二部 文化教育開発関連領域』(57): 199-207 .
- 植田 康夫, 2008, 『自殺作家文壇史』北辰堂出版 .
- 権 赫建, 2005, 「日韓近現代文学作品に現れる投身自殺の比較研究」『東アジア日本語教育・日本文化研究』8: 163-181 .
- 毛利 優花, 2013, 「「自殺の歌」の思想性: 荒井由実「ひこうき雲」論」『金城日本語日本文化』(89): 49-61 .
- 渡辺 淳一, 1986, 『自殺のすすめ』文芸春秋 .
- 王丸 勇, 1971, 「自殺と宗教-仏教を中心 (作家と自殺) - (自殺の心理と背景)」『国文学解釈と鑑賞』36(15): 27-34 .
- 立石 巖, 1991, 『西行・世阿弥・芭蕉: 自殺者の系譜』世界聖典刊行協会 .
- 芦谷 信和, 2007, 「独歩「竹の木戸」-お源自殺の原因』『言語文化論叢』1: 1-7 .
- 高橋 祥友, 2012, 「「死にたい」気持ちをほぐしてくれるシネマセラピー上映中: 精神科医がおススメ自殺予防のための10本の映画」晶文社 .

## 国外

- Chkharishvili G.・越野 剛・清水 道子・中村 唯史・望月 哲男, 2001, 『自殺の文学史』作品社 .
- 権 赫建, 2005, 「日韓近現代文学作品に現れる投身自殺の比較研究」『東アジア日本語教育・日本文化研究』8: 163-181 .
- 清水 孝純, 2010, 「ドストエフスキーと自殺-『悪霊』に見るその様相 (総特集 ドストエフスキー)」『現代思想』38(4): 208-214 .

## 【自殺と文化・社会】

### 国内

- Osgood Nancy J.・野坂 秀雄, 1994, 『老人と自殺: 老いを排除する社会』春秋社 .
- Picken Stuart D. B.・堀 たお子, 1979, 『日本人の自殺: 西欧との比較』サイマル出版会 .
- Samuels David, 2007, 「米国人記者が見た"もう一つの伝統文化" 自殺大国ニッポンをゆく 「誰か、一緒に死のうよ」 (世界が見た nippon)」『クーリエ・ジャポン』3(8): 26-31 .
- いのちの電話・日本自殺予防研究会, 1979, 『自殺予防と死生観』星和書店 .

- グループ九八四年, 1984, 『日本の自殺』 PHP 研究所 .
- 上野 正彦, 2012, 『自殺の9割は他殺である』カンゼン .
- 南 俊秀, 2011, 『不況自殺を科学する』大学教育出版 .
- 唐木 順三, 2010, 『自殺について: 日本の断層と重層』弘文堂 .
- 大野 敏明, 2013, 『切腹の日本史』実業之日本社 .
- 天田 城介, 2013, 「老いらくの自殺: ポスト経済成長時代の超高齢社会から排除される人たち (特集 自殺論: 対策の現場から)」『現代思想』41(7): 98-109 .
- 宮武 外骨, 1932, 『近世自殺者列傳』半狂堂 .
- 島崎 昇平・大西 良・占部 尊士, 2010, 「高齢者の自殺予防の理論的展開-デュルケームの自殺論とパットナムのソーシャルキャピタルの概念を用いて」『久留米大学大学院比較文化研究論集』(26): 27-35 .
- 島園 進, 2007, 「浮世の死生と自殺」『臨床精神病理』28(2): 99-101 .
- 川人 博, 2010, 『過労死・過労自殺大国ニッポン: 人間の尊厳を求めて』編書房: 星雲社 (発売) .
- 川崎 未美, 1996, 「高齢者の自殺原因に関する社会・文化的考察-沖縄と岩手の調査を通して (特集: 高齢者の自殺)」『家族研究年報』: 88-98 .
- 平岡 エレン美幸・田村 優佳・加藤 匡宏, 2011, 「日本における自殺企図に関する心理社会的要因: 比較文化の視点から」『愛媛大学教育学部紀要』58: 179-184 .
- 張 雲松, 2010, 「自殺から集団自殺へ-現代日本人の若者心理変化から」『指向』(7): 171-179 .
- 斎藤 貴男, 2012, 『強られる死: 自殺者三万人超の実相』河出書房新社 .
- 本橋 豊・金子 善博, 2008, 「高齢者自殺の文化的側面 (特集 高齢者の自殺と自殺予防)」『老年精神医学雑誌』19(2): 176-182 .
- 杉尾 浩規, 2005, 「「人格と自殺」再考-レイモンド・ファースを事例として」『南山考人』(33): 3-20 .
- , 2009, 「フィジーにおける自殺の概要 (2003-2007)」『環太平洋・アイヌ文化研究』(7): 1-12 .
- , 2010, 「フィジーの自殺-先行研究の批判的分析」『環太平洋・アイヌ文化研究』(8): 31-40 .
- , 2008, 「人格・殺人・自殺-フィジーにおける殺人・自殺に関する一考察」『環太平洋・アイヌ文化研究』(6): 15-29 .
- 松本 寿昭・若林 佳史・小森田 龍生・小牧 奈津子・松山 博光・安田 和子・田所 満理奈・反町 吉秀, 2013, 「予防に向けた自殺の要因に関する研究: 世代・文化・コミュニティの視点から」『International Journal of Human Culture Studies』2013(23): 198-202 .
- 松永 幸子, 2012, 『近世イギリスの自殺論争: 自己・生命・モラルをめぐるディスコースと人道協会』知泉書館 .
- 森 繁哉, 2005, 「自殺-分かなさからの出発 (特集 暴力のフォークロア)-(暴力の民俗)」『東北学 第2期』(3): 141-143 .
- 清水 康之・上田 紀行, 2010, 『「自殺社会」から「生き心地の良い社会」へ』講談社 .
- 清水 康之・湯浅 誠, 2010, 『闇の中に光を見いだす: 貧困・自殺の現場から』岩波書店 .
- 澤田 康幸・上田 路子・松林 哲也, 2013, 『自殺のない社会へ: 経済学・政治学からのエビデンスに基づくアプローチ』有斐閣 .
- 熊沢 誠, 2010, 『働きすぎに斃れて: 過労死・過労自殺の語る労働史』岩波書店 .
- 若嶋 眞吾, 1991, 「西洋における自殺と自殺観の変遷(1): 聖書時代からギリシャ・ローマ時代迄」『神戸文化短期大学研究紀要』16: 48-58 .
- 荻野 昌弘, 2012, 『開発空間の暴力: いじめ自殺を生む風景』新曜社 .
- 野田 正彰, 1999, 「自殺者三万人 中高年を追い詰める「自殺文化」」『論座』: 46-55 .
- 高坂 正顕・臼井 二尚, 1966, 『日本人の自殺』創文社 .
- 高橋 祥友, 2009, 「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風景)」『神奈川大学評論』(63): 54-62 .
- 鶴見 俊輔, 1960, 「切腹の哲学-自殺への行程」『思想の科学 第4次』.

## 国外・比較文化

- 1990,『特集社会・文化精神医学における事例研究：自殺』星和書店。
- Baudelot Christian・Establet Roger・山下 雅之・都村 聞人・石井 素子,2012,『豊かさのなかの自殺』藤原書店。
- Gates Barbara・桂 文子,1999,『世紀末自殺考：ヴィクトリア朝文化史』英宝社。
- 北中 淳子,2003,「意志的な死」と病理の狭間で-自殺の医療人類学(特集:身体と医療の社会学)、『三田社会学』(8):4-11。
- 吉田 幸子・久野 幸子・岡村 眞紀子・齋藤 美和,2005,『ヨーロッパの自殺観：イギリス・ルネッサンスを中心に』英宝社。
- 大原 健士郎,1978,『自殺と文化』至文堂。
- 大野 道邦,2003,「文化現象としての自殺：デュルケームの「自殺論」をめぐる」、『人間文化研究科年報』19:253-264。
- 小田 晋,2007,「比較文化論的に見た今日の自殺・他殺の諸相-過労死自殺と自爆テロリズムを中心に(特集 自傷・自死)、『アディクションと家族』23(4):346-352。
- 巻口 勇一郎・小倉 義明,2006,「多変量解析による自殺の経済社会的要因と持続可能なコミュニティ福祉形成-北欧の福祉政策、エコビレッジ、lohas にみる新たな社会文化創造の動向」、『常葉学園短期大学紀要』(37):183-211。
- 布施 豊正,1985,『自殺と文化』新潮社。
- ,2003,「自殺と文化(特集 自殺予防)、『公衆衛生』67(9):654-658。
- 武市 英雄,2004,「タイムスの目 「他殺」「自殺」とマスメディア-異文化コミュニケーションを」、『月刊タイムス』28(8):8-10。
- 稲村 博,1979,『自殺の原点：比較文化的考察』新曜社。
- 若嶋 眞吾,1999,「西洋における自殺と自殺観の変遷(2):中世から近代」、『神戸文化短期大学研究紀要』23:141-151。
- 藤原 夏人,2011,「自殺予防及び生命尊重文化醸成のための法律」、『外国の立法：立法情報・翻訳・解説』(250):201-205。
- 蝦名 玲子・ヒューロップ マルタ,2005,「特別記事 文化的な手段による自殺予防を考える-ハンガリーの臨床心理学者との対談から」、『保健師ジャーナル』61(10):956-961。

## 【自殺と宗教】

### 国内

- Anonymous ,2003,「The Way of Life Special Report 自殺激増は「宗教の喪失」故「五木寛之の世界」、『Decide』21(4):49-55。
- Sumanasara Alubomulle ,2007,『自殺と「いじめ」の仏教カウンセリング』宝島社。
- テクノフォーラム,199,『死教育における生と死の概念と自殺及び宗教との相関関係』テクノフォーラム。
- 中下 大樹,2013,「自殺・孤立・貧困……「苦」の現場を回る僧侶 二〇〇〇人の最期を見送って(特集 宗教が「死」を見つめ直す)、『中央公論』128(1):56-61。
- 中野 東禅,2005,「自殺についての仏教の視点-現実感覚の確立とあの世への連続感」、『平和と宗教』(24):18-29。
- 坂本 堯,2005,「自殺について-カトリックの立場から」、『平和と宗教』(24):55-68。
- 坂輪 宣政,2003,「自殺の増加について」、『現代宗教研究』(37):92-110。
- 宇野 全智・寺島 英弥・岡野 正純,2011,「プリベンションの入り口で宗教者が出来ること(曹洞宗総合研究センター 学術大会紀要(第12回))- (教団付置研究所懇話会「自死問題研究部会」との共同企画 自死(自殺)問題に関する特別部会)」、『曹洞宗総合研究センター学術大会紀要』12:182-188。
- 宇野 全智・野呂 靖・竹本 了悟,2011,「宗教界と行政の連携の可能性(曹洞宗総合研究センター 学術大会紀要(第12回))- (教団付置研究所懇話会「自死問題研究部会」との共同企画 自死(自殺)問題に関する特別部会)」

- 『曹洞宗総合研究センター学術大会紀要』12: 198-205 .
- 安蘇谷 正彦, 2005, 「宗教の立場から自殺について考える」『平和と宗教』(24): 1-4 .
- , 2005, 「自殺について神道の立場から考える」『平和と宗教』(24): 98-111 .
- 富岡 幸一郎, 1999, 「文芸展望(60)神学における自殺論 (特集 自殺の流行と自死の思想)」『発言者』: 62-66 .
- 小川 有閑, 2012, 「自殺に対する宗教者の活動について(第十三部会,第七十回学術大会紀要)」『宗教研究』85(4): 1312-1313 .
- 小此木 啓吾・中野 東禅・藤井 正雄・山田 一眞・渡辺 宝陽, 2013, 『仏教不遇死法話集』四季社 .
- 小池 清廉, 2002, 「仏教思想から見た自殺、安楽死・尊厳死問題-阿含・ニカーヤ、律を中心に」『インド学チベット学研究』: 144-190 .
- 岡野 正純, 2007, 「宗教者に聞く 身体知の回復に向けて-社会に関わる仏教と自殺問題」『国際宗教研究所ニューズレター』(56): 23-37 .
- 最上 多美子, 2006, 「自殺防止ファクターとしての宗教と信仰の役割」『関西福祉科学大学紀要』9: 81-90 .
- 林 拓弥, 2012, 「宗教者による自殺予防の可能性」『宗教学年報』27: 55-66 .
- 渡邊 直樹, 2005, 「宗教と自殺-自殺予防活動に携わる立場から」『平和と宗教』(24): 144-155 .
- 現代宗教課題研究部会 2012 「自死(自殺)問題に関する特別部会」『浄土真宗総合研究 = Jodo Shinshu Research』(7): 117-208 .
- 磯村 健太郎(1960-) , 2011, 『ルポ仏教、貧困・自殺に挑む / 磯村健太郎著』岩波書店 .
- 稲岡 順雄, 1959, 「日本における宗教と自殺の問題」『禪學研究』: 92-109 .
- 竹本 了悟, 2011, 「宗教教団の社会活動における課題-京都自死・自殺相談センターの取り組みを通して (曹洞宗総合研究センター 学術大会紀要(第12回)) -- (教団付置研究所懇話会「自死問題研究部会」との共同企画 自死(自殺)問題に関する特別部会)」『曹洞宗総合研究センター学術大会紀要』12: 146-150 .
- 西出 勇志, 2014, 「自死に向き合う僧侶たち 「自殺したら成仏できないのか」という重い問い (特集 誰のための宗教: 現世の人助けか 来世の祈りか)」『中央公論』129(1): 32-39 .
- 青木 新門, 2007, 『死から見る生: 自殺と終末期医療を考える』佼成出版社 .
- 斎藤 友紀雄, 2009, 『自殺危機とそのケア (キリスト教カウンセリング講座ブックレット)』キリスト新聞社 .

## 国外

- Anonymous , 2001, 「中国政府「宗教勢力弾圧」強化で蘇える悪夢-法輪功の焼身自殺エスカレート」『月刊テミス』10(3): 52-53 .
- Carr G. L.・Carr Gwendolyn C.・川越 敏司, 2010, 『自殺者の遺族として生きる: キリスト教的視点』新教出版社 .
- Fukuwaka Masato・福若 真人, 2012, 「レヴィナス思想における主体性と自殺の関係: 「自殺する側」に回答する「自殺される側」の変容」『人間社会学研究集録』7: 27-47 .
- Kilduff Marshall・Javers Ron・新庄 哲夫, 1979, 『自殺信仰: 「人民寺院」の内幕とガイアナの大虐殺』講談社 .
- カンパニョーラ フランチェスコ, 2013, 「自己、社会、そして神に反して: 哲学・法学・文学に見る一八世紀イタリアの自殺論 (特集 自殺論: 対策の現場から)」『現代思想』41(7): 226-237 .
- 堀田 和義, 2008, 「死に至る断食-聖なる儀礼か自殺か?」『死生学研究』(10): 243-223 .
- 富塚 俊夫, 1997, 「社会・文化編 仏教とイスラム教(2)イスラム教と自殺 (変動する中東)」『中東協力センターニュース』21(11): 32-37 .
- 寺林 脩, 1982, 「デュルケムにおける宗教と自殺」『夙川学院短期大学研究紀要』7: 139-146 .
- 斎藤 友紀雄, 2005, 「死ぬことなく、生きながらえて-現代キリスト教自殺論の試み」『平和と宗教』(24): 69-82 .
- 氣多 雅子, 2004, 「21世紀と宗教(2)焼身自殺と自爆テロ」『春秋』(457): 5-8 .
- 泉 治典, 1970, 「「殺すなかれ」-自殺・死刑・戦争などをめぐるカール・バルトの見解 (死の哲学)」『理想』: 32-44 .

- 眞田 芳憲, 2005, 「イスラームと自殺」『平和と宗教』(24): 83-97 .
- 福嶋 揚, 2008, 「自殺についての神学的哲学的一考察—カール・バルトと滝沢克己を巡って」『比較思想研究』(35): 100-108 .
- 笹森 行周, 2008, 「仏教では自殺をどう見るか」『印度哲学仏教学』(23): 212-225 .
- 若嶋 眞吾, 1991, 「西洋における自殺と自殺観の変遷(1): 聖書時代からギリシャ・ローマ時代迄」『神戸文化短期大学研究紀要』16: 48-58 .
- 金 永晃, 2006, 「宗教伝統に見られる自殺と自殺幫助に関する見解(第九部会,第六十四回学術大会紀要)」『宗教学研究』79(4): 1252-1253 .
- 飯田 剛史, 2009, 「現代日本社会とデュルケム社会学—宗教・自殺・犯罪」『哲学論集』(56): 1-12 .

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
分担研究報告書

自殺総合対策に必要な融合的研究  
- 教育的視点から考える子どもの自殺予防 -

研究協力者 渡辺 弥生 法政大学文学部

研究要旨

【目的】教育的視点から子どもの自殺予防に資する融合的研究の在り方を明らかにする。

【方法】自殺総合対策大綱に記された若年層対象の重点施策を見直すとともに、子どもの自殺対策の現状と未だ十分対応されていない課題を抽出する。

【結論】自殺予防に寄与し、かつ実行可能な学校予防教育を提言した。

A．研究目的

教育的視点から子どもの自殺予防に資する融合的研究を明らかにする。

対応が重要である。さらには、自殺が起きてしまった場合の周囲の人たちの心のケアについて考えることが必要である。

B．研究方法

1．自殺総合対策大綱をもとに

教育的視点から自殺総合対策に有効な提言をしていくためにも、まずは今一度自殺総合対策大綱で、特に若年層対象に指摘されていることを概観する必要がある。まずは、そこで記述されていることをまとめた。

【背景と課題】

児童は精神的な安定を損ないやすい。心の傷は生涯にわたって影響する。若年層の自殺は増加傾向にあり深刻である。背景には、核家族化、少子化、経済の変化、メディアなどの情報媒体の変化など社会状況の変化がある。こうした変化は、青少年の心の健康の保持・増進や良好な人格形成、ストレスに直面したときの対処法などの健康面に必ずしも望ましい影響を与えていないところがある。そのため、心の健康を育み、ストレスに適切に対処できる教育として、「予防教育」を重視することが重要である。また、自殺に密接に関連すると指摘されているいじめへの対応を視野に入れておく必要があるほか、若者の場合に自傷行為などが少なくないことから、自殺未遂等の子どもへの

【現在の重点施策】

大まかな対応策

自殺の特徴や傾向を分析し、自殺予防のあり方について調査研究するよう要請されている。国民に広く知らしめることとして、体験活動、世代間交流の活用、命の大切さを実感できる教育、生活上の困難やストレスに直面したときの対処方法を身につけるための教育の実施と環境づくりが具体的に指摘されている。同時に、メディアリテラシー教育と情報モラル教育、違法・有害情報対策を推進していく必要がある。

人材養成と心の健康づくり

こうした対応策や知見について、学校スタッフ（担任、養護教諭、スクールカウンセラー、教育相談担当）が情報を共有できるような研修が必要である。その際、性的マイノリティなどの人権教育も含まれるべきである。また、心の健康づくりのしくみをつくるため、保健室やカウンセリングルームを開かれた場として活用し、相談体制の充実をはかることが急務である。事業場としての学校の労働安全衛生対策についても推進するべきである。

子どもの心の診療体制の整備の推進

こうした視点に立ち、子どもの心身をとともに丁

寧に診療できる医師の養成が求められる。

いじめをなくすための家庭、学校、地域の連携

いじめを予防し、早期に介入するためにも、子どもが気軽に相談できる電話相談や、家庭、学校だけではなく地域ぐるみで対応できるような人権擁護委員などによる人権対策も視野にいれる必要がある。

自殺未遂、自殺後のかかわった人へのトラウマのケア

身近にいる親など、周囲にいるものにとって若い命が失われることの喪失感や衝撃は想像を超えるものである。こうしたトラウマに対応するために、このような人たちを温かく支援するしくみが必要である。

## 2. 子どもの自殺の実態と現在すでに実施されていること

1979年のいじめ自殺という言葉が登場した年、アイドルの自殺の後に誘発されたかのように自殺が続いた。1986年は、突出しているかのようだが、平均して300人前後で推移。自殺率でみると、少子化傾向のために上昇しているとも考えられる。全自殺者の中に占める未成年者の割合は約2%である。

すでに、こうした実態および自殺総合対策大綱を受けて、文部科学省では、教師が「ゲートキーパー」になるよう「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」という手引きが作成され、平成21年3月に配布されている。ここでは、自殺を予防する知見を提供し、未然に自殺を予防する対策について記載されている。内容的には以下のことが項目として立てられている。

自殺の予兆を知る背景

(自傷行為、自殺未遂、心の病、家庭環境の問題、独特のパーソナリティ、喪失体験など危機への遭遇、孤立感など対人関係の問題、安全や健康を守れない傾向)

自殺直前のサイン

(自殺のほのめかし、興味を失う、集中できなくなる、動物や年下の子へ虐待、自殺計画の具体化、

成績が落ちる、落ち着かない、投げやりな態度、身なりの変化、身体の不調、不登校、引きこもり、乱れた性行動、自傷行為、過度に危険なことをする、自殺について文章を書いたり、絵を描いたりする、けがを繰り返す、アルコールや薬物の乱用、家出など非行、喪失体験、整理整頓・大切なものをゆずるなどの別れの用意)

対応の原則-TALKの原則

(1) Tell :

言葉に出して心配していることを伝える

(2) Ask :

「死にたい」という気持ちについて、素直に尋ねる

(3) Listen :

絶望的な気持ちを傾聴する

(4) Keep safe :

安全を確保する

対応の留意点

(1) ひとりで抱え込まない :

チームによる対応をする

(2) 急に子どもとの関係を切らない :

関わりすぎて疲れ、急に関係を切ってしまうことは子どもに不安を与えるので、継続的な関係は維持する

(3) 秘密にしてほしいという子どもへの対応 :

子どもの気持ちを尊重しつつも、保護者やその他の教員と相談する

(4) リストカットへの対応 :

あわてないで関係機関につなげる

自殺に追いつめられる子どもの心理

発作的にとみえる自殺も、背景には、リスクな心理状態(孤立感、無価値観、絶望感、心理的視野狭窄)が続いていると思われ、少なからずSOSのサインをみせているとも考えられ、早期介入が求められる。

## C. 考察

### 3. 今度対応すべき課題

#### 3.1 子どもの特徴を把握する

追いつめられやすい心理的特徴として、すでに

いくつか先の手引きなどにも盛り込まれているが、多くのエビデンスが報告されていることから、さらに具体的に指摘し、そうした心理的特徴に対応できるような予防教育を考えていく必要がある。具体的には下記にあげた。これらは、これまでの知見でいくつか報告されている心理的特徴があるが、心理的な面の把握が難しい原因として、もともとそのような特徴をもつために、ストレスに直面して自殺に自分を追い込みやすいのか、むしろ、いじめや引きこもりなどの状況に陥ったがために、そのような心理的特徴になるのか因果関係がわかりにくいことである。しかし、いずれにしても下記の心理的特性を獲得していくことは、良好な人格形成およびストレスへのコーピングにおいて重要であると判断される。

- (1) ソーシャルスキルの不足(対人関係のスキル、助けを求めるスキル、問題解決のスキル、感情をコントロールするスキル): 自殺には孤独感が強く背景にあることから、親子関係、仲間関係など良好な関係を築くソーシャルスキルが必要である。また、精神的に追いつめられた場合には、助けを求める力が求められる。
- (2) 自尊心、自己効力感が低い(自分の存在にほどほどの満足感を抱けず、何かがやれるという気持ちが少ない): いじめが原因にしる、その他のことが原因にしる、自分の存在に意義を感じ、何かがやれるという効力感をもつことは、生きる意欲をもたらすことができる。したがって、「まあまあこれでやっていける」といった気持ちをもたせるよう、自尊心や自己効力感を高める教育が求められる。
- (3) レジリエンスが低い(あるいは忍耐強さが低く、傷つきやすい): 同じようなストレスに直面しても、すぐに挫折してしまう人もいれば、たくましく立ちあがれるものもいる。この原因として、レジリエンス(粘り強さ)という心理的特性が関わっているといわれている。この心理的特徴を解明し、レジリエンスを育てる教育が求められている。
- (4) 時間的展望のゆがみ(過去をふりかえったり、現在について考えたり、未来を予測する力が

健康的でない): 子どもの発達に応じて、また状態に応じて、どれくらい過去をふりかえられるか、未来を予測できるかといったことや、バイアスがかかるかどうかなどの発達の研究がなされている。こうした時間的展望が歪んでいると、もうだめだといった心理的状况に陥りやすいと考えられる。したがって、こうした良好な時間的展望ができるように支援することが求められる。

### 3.2 いまだ十分に実施されていない課題を要約する

下記の点について、まず知識の共有が不徹底である。どのくらいの年齢でどのような理解をしているのかといった子どもの発達についての知見や具体的な教育方法についてのエビデンスがまとめられていない。また、さまざまな知見で子どもと日々かかわっている学校教師にこうした知識が伝えられていない。具体的に不足している知識は以下にある。

#### (1) 子どもの発達についての理解不足といのちの教育や道徳教育が不十分

子どもの発達に応じて、死や命の理解が違うというエビデンスは 1970 年代からアメリカでは死の教育についての研究が多くなされているが、日本では体系的になされていない。家族が最後を看取ることがなく、メディアによる仮想現実に入る時間が長くなり、生と死についての教育が必要なのではないか。具体的に下記のエビデンスをもとに考えられる必要がある。

生き物への認識が未熟: 大人の成熟した死の概念(不可逆性、無機能性、普遍性、因果性など)に比べると、生き物についての認識の発達が十分でない。幼児は、なんでも生きているというアニミズムの影響が強いが、しだいに、動いているものは生きている、自分から動くものは生きている、といった段階に変化し、小学校に入ることになると科学教育の影響を受けてくる。小学生では9歳ぐらい迄、死ぬと生き返らないことを理解するようになるが、低学年では再生願望が強いほか、自分には起こりえないと考える。10歳以上になると



現実に即した概念をもつようになる等様々な研究がある。

死の実態や予防できることへの理解不足について：社会経験の不足のためか、病死や殺人、事故死など「死」にはいろいろあることへの理解などが充分でない。最近では、インターネットやテレビゲームなどの遊びの時間が長くなり、仮想現実の世界に浸りきることから、攻撃性やいらつき、暴力行動の模倣などとの関係が指摘されている。また、現実に友達と遊ぶ時間が減少することから、けんかの程度がわからず過度にいじめるなど、思いやりやソーシャルスキルが育たないなどの問題が指摘されており、心の教育の必要性が求められて来ている。

#### (2) 学校予防教育の導入の不徹底

学校にかかわるあらゆる危機をどのように予防するか、また、どのように対応するかについて、十分なフレームワークがない。まず、自殺予防といじめ予防、非行対応などのマニュアルについては、それぞれ別々に作成されているが、学校にかかわる危機として統合されていない。そのために、複合的な危機に対応できない。いじめと非行問題が山積しているなかで、誰かが自殺、といった場合、どのマニュアルをもとにするのかわからなくなるという問題がある。しかも、具体的なマニュアルの作成や対応は、各学校の校長をリーダーに任されており、熱心な学校とそうでない学校に大きな偏りがある。学校内の役割や家庭や地域との連携のしくみが確立されていないと管理職まかせとなり、管理職がなんらかの危機で動けないと、学校全体が予防（prevention）機能や介入（intervention）機能がなくなる。また、備え（preparedness）が当然必要である。子どもだけでなく、自殺などを体験した学校スタッフのケアまで十分に対策が練られていない。実際に起きた場合に、教師のトラウマ問題が起きると考えられるが、管理職など十分に対処策がつけられていない。

(3) 教員やスクールカウンセラーのトレーニングが十分でない

マニュアルの配布で対応が終わっている場合が少なくない。マニュアルどおり、あるいは状況に

応じた適切な対応を実際に可能にするためには、具体的にシミュレーションするなどの行動リハーサルや、何に留意すべきかといったメタ認知的な視点が重要である。そのため、子どものソーシャルスキルやレジリエンス、問題解決能力、感情リテラシーを育てるためにソーシャルスキルトレーニングなどの望ましい人格形成およびストレスへの対応策を意図した心理教育の導入が基本的に実行されるべきである。

(4) 子どもや家族を支援する対応など、支援の組織の連携がうまくいっていない場合もある。学校対応、地域の対応など関係諸機関の連携は自治体に依存しており、自治体をこえて、参考になるモデルなどを国全体で共有できていない。もちろん、その自治体の文化や環境を考慮したものが必要であるが、普遍的に留意すべきことを徹底しておくことも必要に考えられる。

## D．結論

### 4．実行可能な自殺予防を含む学校予防教育の希望

上記の問題をふまえて、保護者ならびに学校関係者や関係者はまず、子どもたちの発達についてこれまで明らかになっているエビデンスを理解し、そのうえで、教育のなかでどのように取り入れるかを具体的に判断し実行していくべきであろう。

#### 4.1 子どもの生と死の概念の発達について学ぶ

幼児期、児童期、青年期の死の概念や自殺についての理解についてはわが国でも多々研究されている。このうち、共有しておくことが教育に役立つ知識を抜粋し、研修等を通して学ぶことが求められる。具体的には、死の概念研究、死の概念の定義、死の概念の発達、死別体験、希死概念、死の概念の獲得に及ぼす影響、メディアのもたらす攻撃性、などの内容である。

#### 4.2 具体的な学校予防教育

##### 4.2.1 直接的ないのちの教育

子ども達の自殺の問題や人を殺める犯罪の増加を考えると、戦後の死の問題のタブー傾向から脱却して、いのちの尊さの認識を深める教育が必要なのではないかという考えは、わが国では1980年代から久しく叫ばれている。核家族化、少子化のために家庭で死を看取ることがなくなり、遊びでヴァーチャルな世界で過ごす時間が長くなり、生身の人とふれあう機会の減少が、子どもたちの死や生に関する認識をゆがめているのではないかと危惧されている。現実には若い親による虐待の問題や、通り魔事件を起こす若者がネットやゲームの世界に浸っている実態が報道されるにつけ、いのちの教育が必要であると考えられる。現実には、わが国では、2007年の自殺総合対策大綱をもとに、2011年8月に、「小中高で自殺予防教育」の提案が文部科学省から提案された。また、大学生の自殺による死亡が、1996年以降死因の一位となっていることから、大学生迄を含めた自殺予防教育を考える必要がある。こうした背景から、さまざまな研究者からも、死の準備教育、Death Education、いのちの教育といった具体的な自殺予防教育がいくつか提案されている。

#### 4.2.2 良好な人格形成を育む教育

自殺予防に特化した教育ではないが、自殺を予防できる人格特性であるソーシャルスキル（孤独にならず、人に援助を求めたり、円滑な対人関係を築ける）や、感情のコントロール（うつになったり、攻撃を自分や人に向けすぎない）などを育てる学校予防教育がわが国でも導入されつつある。また、思いやりや道徳性を育てる教育も有益であろう。こうした教育はいまだ、自治体によって取り入れられ方に温度差があり、わが国の学校で一斉に導入されていない。また、教員がこうした教育を実施するのか、学校カウンセラーが実施するのかがまちまちである。欧米では学校カウンセラーが対応しているが、もしわが国の場合に、教員が対応していく方がきめ細かく対応できるのであれば、教員養成時にこうした心理教育を実践できるようにしておく力を獲得しておくことが、教員自身の資質向上のためにも必要ではないかと考え

られる。したがって、教員研修のカリキュラムへ盛り込むことがもとめられる。

参考までに、思いやりに焦点を当て絵本や物語を教材に実践されているプログラムや、先に述べたソーシャルスキルや感情教育を具体的な教材を紹介しながらまとめられている文献を章末に掲載しておく。

#### 4.3 学校予防教育（あらゆる学校危機に対応し、学校を安全な場に保つ教育）

自殺のみならず、あらゆる学校危機に対してどのように予防し、事態が起きたときに介入し、その後どのようなことに配慮すればよいのか、すべてのプロセスを想定した学校危機予防のフレームワークを体系的に考えておくことが必要と思われる。予防するためには、学校内外の連携ができていないか、学校がかかげる目標が皆に理解できるインパクトのあるものになっているか、学校スタッフの組織が機能的で協力的か、学校が子ども達にとって安全、安らぎを感じる場所になっているかといった物理的環境（家具の配置、掲示などすべて）先にも述べた予防教育などがしっかりトレーニングされているか、などをあらかじめチェックしておくことが必要である。日本ではまだモデルになるフレームワークがないが、アメリカやヨーロッパではスクールカウンセラーや教員を中心に、モデルがつくられ毎年トレーニングが実施されている。

##### 【ヨーロッパ型】

ESPCT(European School Psychology Centre for Training)モデル(<http://www.espct.eu>)

ヨーロッパにはたくさんの国々が隣接しているわけであるが、国を越えて学校に危機が生じた後、どのように対応していけばよいのか、その役割を学校スタッフに求める機運が強くなっている。このモデルは、ヨーロッパ、イスラエル、アメリカで10年以上の実践経験をもつ。日頃から暴力や攻撃の種を減らして行くとともに、学校を安全な場にする必要があること、また、その安全だという感覚が、私たち人間の不安や恐れなど生物学的な反

応を緩和する上で重要だと指摘している。そのために学校が子ども達の攻撃性を減じ、情緒的な安定やウエルビーイングを促すシステムを構築することが求められている。こうしたシステムが確立することはまた、子ども達だけでなく学校スタッフすべてのレジリエンスを産み出すことにつながる。危機をマネジメントする鍵になるのが計画である。Prevention、Preparation、Interventionの機能がうまく統合していくことが求められる。最初に大切な段階のPreventionでは、「安全、安心の風土をつくりだすこと」つぎにPreparationの段階。こうした安心、安全の感覚をもたらすカリキュラムを考えることが求められる。いつ、何を、どのようにといったことを誰でも思いつのように知識と実践を身につけるカリキュラムの構築である。そして、Interventionの段階では、ただちに命を守り心理的なケアが与えられる機能が発揮されなければならない。そのための心理教育やコーピングのスキル、メディアへの対応など具体的な実践力が求められる。危機後の学校スタッフや子ども達にとって学校を再び安全な場所にしていくための介入とPTSDなどのアセスメントや適切な対応が求められる。

このカリキュラムには2つのワークショップがある。具体的な内容として、学校の安全性や危機予防のために、身体的だけではなく心理的な安心が大切であることや、危機チームの必要性と計画、特別な配慮の必要性等が取り上げられている。心理状態やPTSDのアセスメントも重視されており、適切で迅速な対応ができるようにトレーニング内容が充実している。支援や介入には、個別、クラスなどサイズや問題に応じた心理教育や心理療法が必要なことも指摘されている。こうしたカリキュラムは常に評価され効果を示すエビデンスが求められることが指摘されている。実際にトレーニングを受けた人たちは、危機予防や対応に向けて必要な知識を獲得できたという満足感が高い。予防から復興までの一貫したフレームワークづくり、皆が理解し合える概念をもつこと、コラボレーションとコミュニケーション、身体的及び心理的な安心感や安全感覚、支援のサステナビリティ、法律等と照らし合わせた安全な学校環境づくり、学習環境を取り戻すこと、などの重要性が示唆されている。

### 【アメリカ型】

#### 学校危機予防カリキュラムモデル

PREPaRE ([http://www.nasponline.org/prepare/prepare\\_publications.pdf](http://www.nasponline.org/prepare/prepare_publications.pdf))

このフレームワークのベースには、アメリカ教育省の危機管理の考え方があり、Preparedness Response Recovery Prevention-Mitigation 始め、へといたったサイクルがある。



#### Conceptual Framework

|             |  |
|-------------|--|
| P           | <b>Prevent</b> and prepare for psychological trauma                          |
| R           | <b>Reaffirm</b> physical health and perceptions of security and safety       |
| E           | <b>Evaluate</b> psychological trauma risk                                    |
| P<br>a<br>R | <b>Provide</b> interventions<br>and<br><b>Respond</b> to psychological needs |
| E           | <b>Examine</b> the effectiveness of crisis prevention and intervention       |

## 参考文献

### 【死の概念】

- 赤澤正人(2001)「子どもの死の概念について」*臨床死生学年報*, 6P,130-137.
- Berkowitz,L.& Geen,R.G.(1966)“Film violence and the cue properties of available tar- gets.” *J. of Personality & Social Psychology*, 3,525-530.
- Berkowitz,L.& Alioto,J.(1973)“The meaning of an observed event as a determinant of its aggressive consequences” *J. of Personality & Social Psychology*, 28,206-217.
- Childres,P.& Wimmer,M.(1971)“The concept of death in early childhood.” *Child Development*, 42,1229-1301.
- Kane,B.(1979)“Children’s concepts of death” *Journal of Genetic Psychology*, 134,141-153.
- 駒井健太郎(2005)「死と自殺の概念発達と定義」*生老病死の行動科学*, 10p,157-164.
- Koocher,G.P.(1973)“Childhood, death and cognitive development” *Developmental Psychology*, 9,369-375.
- Nagy,M.(1949)“The child’s theories concerning death” *Journal of Genetic Psychology*,73,3-27.
- 仲村照子(1994)「子どもの死の概念」*発達心理学研究*, 5,61-71.
- 西村昴三(1986)「小児と死の世界」*デーケン, A. (編) 死を考える*, メジカルフレンド社
- 丹羽洋子・渡辺弥生(1988)「現代・子ども・死(2)」185.
- 岡田洋子(1998)「子どもの死の概念」*小児看護*, 21:1445-1452.
- Speece,M.W.& Brent,S.B.(1984)“Children’s understanding of death: A review of three components of a death concept.” *Child Development*, 55,1671-1686.
- 東京都立教育研究所(1983)「子供の『生と死』に関する意識の研究」
- 常葉恵子・伊藤和子・岡田洋子・岡堂哲雄(1979)「児童期における死の概念の発達」*聖路加看護大学紀要*,6:31-41.
- 渡辺弥生・丹羽洋子(1988)「現代・子ども・死(1)」*日本心理学会第52回大会発表論文集*,184.
- 湯川進太郎・吉田富二雄(1999)「暴力映像が攻撃行動に及ぼす影響-攻撃行動は攻撃的な認知および情動によって媒介されるのか?」*心理学研究*, 70,94-103.

### 【いのちの教育】

- 角丸歩・山本太郎・井上健(2005)「大学生の自殺・自傷行為に対する意識」*臨床心理研究*,31(1),69-76.
- 阪中順子(2006)「中学生の自殺予防 精神療法」金剛出版
- 阪中順子(2008)「学校における自殺予防教育-自殺予防プログラム」*広島大学臨床教育センター紀要*,7,27-29.
- 橋本治(1998)「いじめと自殺の予防教育」明治図書
- 橋本治(2012)「文部科学省提案の「自殺予防教育」についての一考察」61(1),189-202.
- 小澤竹俊(2006)「13歳からの『いのちの授業』」大和出版
- 高橋祥友(1997)「自殺の心理学」講談社
- 高橋祥友(2008)「新訂増補 青少年のための自殺予防マニュアル」金剛出版
- 得丸定子編著(2008)「『いのち教育』をひもとく-日本と世界-」現代図書
- 得丸定子編著(2009)「学校での『自殺予防教育』を探る」現代図書
- 内野悌司(2006)「大学生の自殺予防」*精神療法*,32(5),30-37.

### 【ソーシャルスキル・感情教育】

- 林泰成(2008)「小学校 道徳授業で仲間づくり・クラスづくり モラルスキルトレーニングプログラム」明治図書
- 林泰成(2011)「中学校 道徳授業で仲間づくり・クラスづくり モラルスキルトレーニングプログラム」明治図書
- 小泉令三(2013)「日本における社会性と情動の学習 山崎・戸田・渡辺編著 世界の学校予防教育」金子書房,337-342.
- 松木繁・宮脇宏司・高田みぎわ(2004)「教師とスクールカウンセラーでつくるストレスマネジメント教育」あいり出版
- 渡辺弥生(2002)「VLFによる思いやり育成プログラム」図書文化
- 渡辺弥生(2011a)「絵本で育てる思いやり：発達理論に基づいた教育実践」野間教育研究所
- 渡辺弥生編著(2011b)「子どもの感情表現ワークブック」東京：明石書店
- 山崎勝之・戸田有一・渡辺弥生(編著)(2013b)「ソーシャルスキルトレーニング著」世界の学校予防教育,281-287,東京：金子書房
- 渡辺弥生・小林朋子編著(2013c)「10代を育てるソーシャルスキル教育[改訂版] 感情の理解やコントロールに焦点を当てて」東京：北樹出版
- 山崎勝之・戸田有一・渡辺弥生(2013)「世界の学校予防教育」東京：金子書房
- 山崎勝之・佐々木恵・内田香奈子(2013)「トップ・セルフ『いのちと友情』の学校予防教育-教育方法の特徴-」鳴門教育大学学校教育研究紀要,27,23-30.
- 大野太郎(2003)「ストレスマネジメント フォ キッズ」東山書房
- 竹中晃二(1997)「子どものためのストレスマネジメント教育」北大路書房会社
- 藤原忠雄(2006)「学校で使える5つのリラクゼーション技法」ほんの森出版
- 國分康孝・國分久子・吉田隆江・森田勇・吉澤克彦(2003)「教室で気になる子」図書文化

### 【フレームワーク】

- 上地安昭(2003)「教師のための学校危機対応実践マニュアル」金子書房
- 新福知子(2005)「必携!教師のための学校危機への予防・対応マニュアル 危機管理をどうするか」教育出版
- 渡辺弥生(2013)「学校危機予防教育の流れと展望 -アメリカでの取り組み-」  
法政大学文学部紀要,57-69. <http://repo.lib.hosei.ac.jp/handle/10114/8656>

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
分担研究報告書

コホート生命表による自殺死亡率のコホート効果

研究分担者 岡本 悦司 国立保健医療科学院

研究要旨

【目的】自殺率に対する世代効果を検証する。  
【方法】「百世代死因別コホート生命表」を二次利用し、自殺死亡率に及ぼすコホート(世代)効果を分析した。  
【結論】自殺は疾病とは異なり加齢という生物的要因よりも、その時の社会経済環境による時期(period)効果が大きくそれに比較するとコホート効果は小さかった。それでも一定の前提をおいて加齢 - 時期 - コホート(APC)分析を試みたところ、若い頃に戦争を経験した世代(男)は後世の自殺率が他の世代に比べて低い、といった傾向がみられ、さらに平成生まれの若い世代の自殺率が男女とも急増している、という重大な傾向が明らかとなった。また 1970 年代に若い女性の自殺率が一時的に上昇しており「二十歳の原点」によるウェルテル効果の存在が示唆された。

A. 目的

コホート生命表を用いて、同じ性・年齢であっても出生した世代によって自殺率にどのような影響があるかを検証する。

B. 方法

百世代死因別コホート生命表は、別の厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(統計情報総合研究)「人口動態統計の個票集計による死因別コホート生命表作成に関する研究」により作成されたわが国初のものであり、それを二次利用して自殺死亡率を分析した。

通常生命表といえば、**その年**の年齢別死亡率をつないだ期間生命表とよばれるものであ

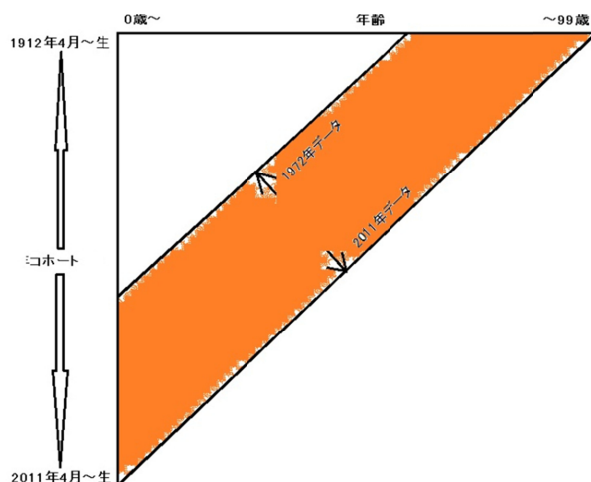
る。それに対して、出生集団(コホート)の死亡率を追跡したものをコホート生命表と呼ぶが、それではコホートの全員が死亡するまで 100 年以上たたないと完全な生命表はできない。

コホート生命表を作成しようという試みは過去にもあり、日本大学人口研究所は 2002 年 1 月「日本の世代生命表 1891～2000 年期間生命表に基づく」を刊行している。最も古い 1891 年出生者は 2000 年には 109 歳になっているのでほぼ完全な生命表ができる。しかし、これはタイトルにもあるように期間生命表を接続したものであって真のコホート生命表ではない。なぜなら下記に示すように 2010 年に 60 歳で死亡した者はイコール 1950 年生まれではなく、1949 年と 50 年生まれが半々でまざっているからである。



したがって真のコホート生命表を作成するには、個票を集計して出生年ごとに作成しなければならない。また日大が作った生命表は全死因の生命表であって、たとえば自殺とか肝がんといった死因別にはなっていない。

百世代死因別コホート生命表は 1912 ~ 2011 年(大正・昭和・平成)の百世代について性別、0 ~ 99 歳の年齢別に自殺等 26 の死因について作成された。しかし残念ながら個票が分析可能なかたちで残っていたのは 1972 年以降だったので 40 年間のデータしか分析できなかった。(報告書はデータ DVD と共に全国の主要図書館に寄贈)。コホート生命表の概要は以下の通り、縦軸にコホート(Cohort)、横軸に年齢(Age)そして斜めに期間(period)がある。40 年というデータは斜めの帯びの幅となつてあらわれる。



本研究では作成されたコホート生命表を二次利用して自殺死亡率のコホート効果を調べた。

### C. 結果

百世代死因別コホート生命表と分析例

下に女性の自殺の年齢階級別死亡率を示す。

ICD は 8,9,10 の 3 つにまたがるため、以下の死因より抽出した。

- ICD8 (1972-78), 左 2 桁が “95”
- ICD9(1979-1994), E(external cause) コード: 115
- ICD10(1995-2011), 簡単分類: 20200 死亡率の分母

- 1972 年 4 月以降出生者は出生数を用いた
- 1972 年 3 月以前出生者については、1970 年 10 月実施の国勢調査より出生年月別の人口を用いた(当時は沖縄県復帰前なので、沖縄県独自の同年の国勢調査結果を加えた)
- 出生数、1970 年人口より毎年の全死因死亡数を引いて生存数(分母)とした
- 各年、千人当たり自殺死亡数であらわす 10 年間の累積死亡率の観察

10 代、20 代、30 代、40 代、50 代、60 代について 30 コホート間の累積自殺死亡率を観察した。それぞれの分母はたとえば 10 代の自殺死亡率は 10 歳時点の生存数を用いた。

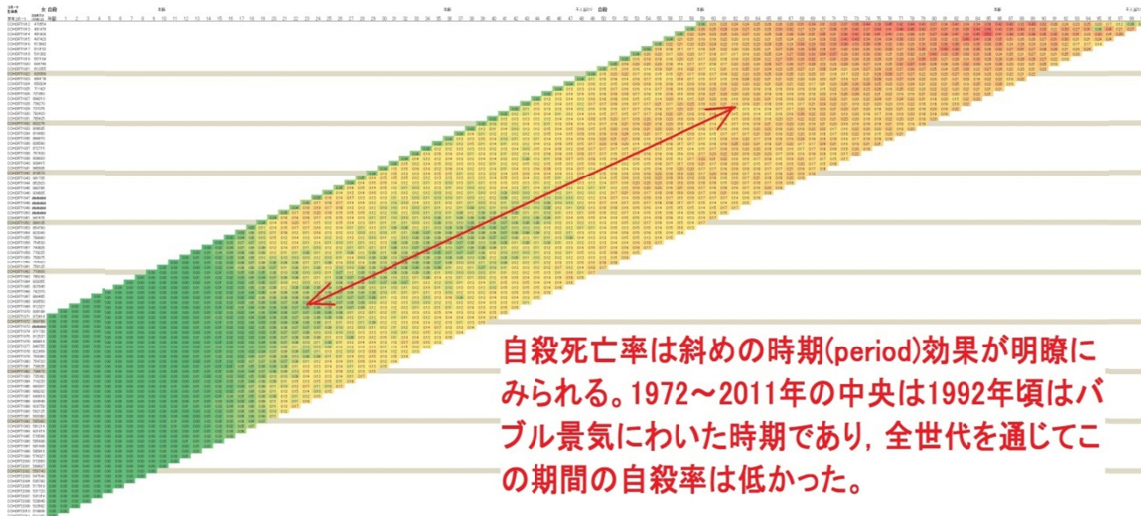
APC(Age-Period-Cohort)分析

- 年齢(age)=調査年(period) - 出生年(cohort)のため、数学的な解は定まらない(non-identifiability problem)

それゆえ何らかの仮定が必要 年齢(age)効果を一定と仮定する(=自殺の年齢パターンは普遍とみなす)。ただし、90 歳以上は標本数の少なさのためブレが大きいので除外する。

喘息有病率に同様の方法を用いた例。  
Okamoto E, et al. Age-Period-Cohort analysis of asthma prevalence among school children. *Environmental Health & Preventive Medicine* 2007;12(3):119-128.

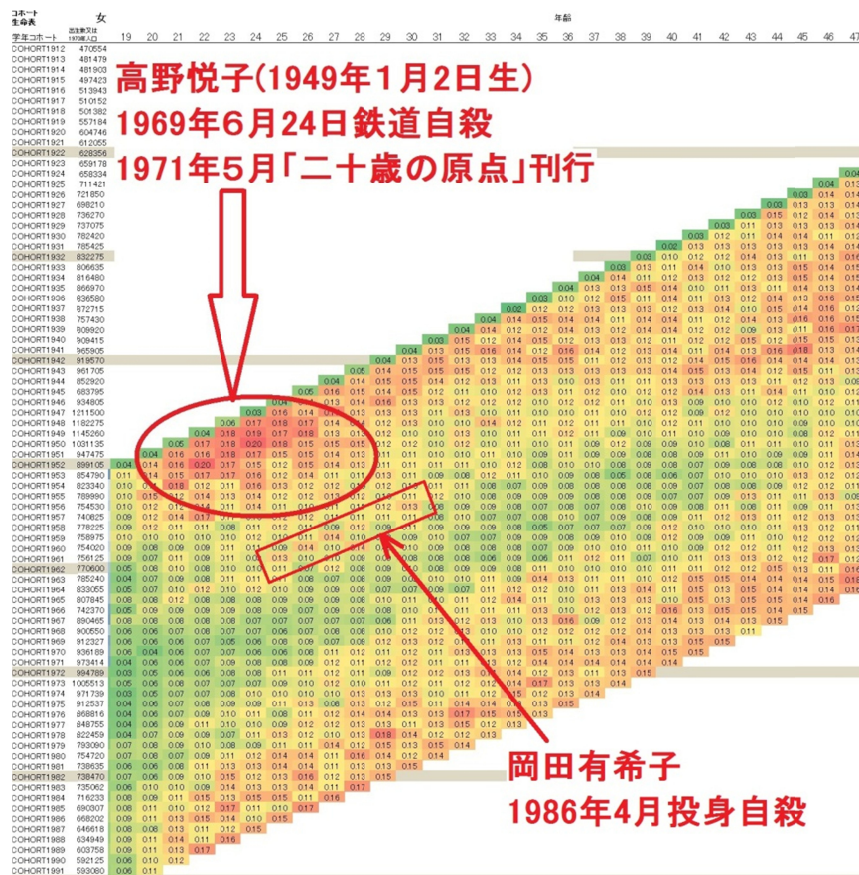
Excel の条件付き書式機能を用いて高いところを赤、低いところを緑で表示した。20 ~ 30 代の帯びの真ん中に緑の線がみられ、これは 1990 年代のバブル期の自殺率が低かったことを示している。



自殺死亡率は斜めの時期(period)効果が明瞭にみられる。1972~2011年の中央は1992年頃はバブル景気にわいた時期であり、全世代を通じてこの期間の自殺率は低かった。

Excel の条件付き書式は部分的に適用して違いを明確にすることができる。20~30代の部分を拡大した部分は以下の通り。1972~4年頃に20代女性の自殺率が高かったことがわかる。学園紛争の最中(1969年6月)自殺した高野悦子の「二十歳の原点」は1971年5月に刊行されベストセラーとなったが、その後

数年間、同年齢女性へのウェルテル効果があった可能性がある(その下に1986年の岡田有希子の影響と思われる増加があるが、二十歳の原点と比較すると影響は小さい)。2008年以降の世界同時不況でも自殺率は高くなったが、それは20代だけでなく40~50代にわたって広範囲に影響がみられる。



高野悦子(1949年1月2日生)  
1969年6月24日鉄道自殺  
1971年5月「二十歳の原点」刊行

岡田有希子  
1986年4月投身自殺



## 百世代死因別コホート生命表による観察

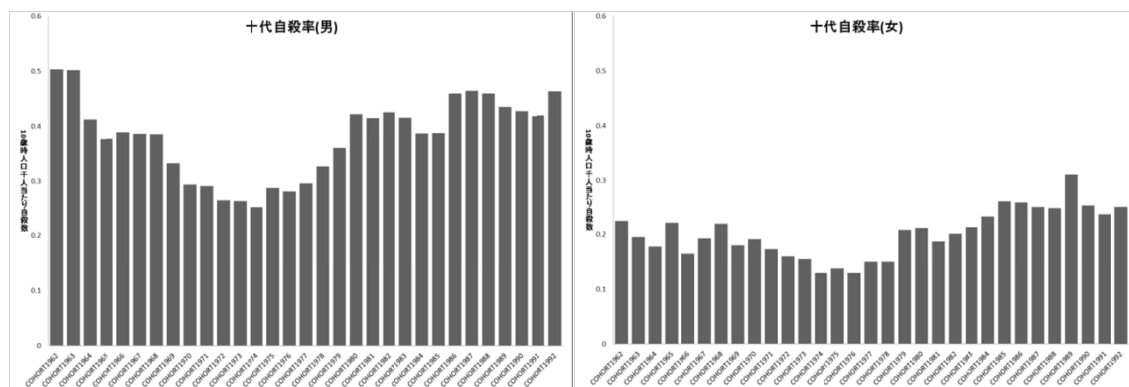
10年間のきざみで31コホート間の累積自殺死亡率を男女同目盛りで比較した。

女性は40, 50, 60代では平坦であり, コホート効果はほとんどみられない。

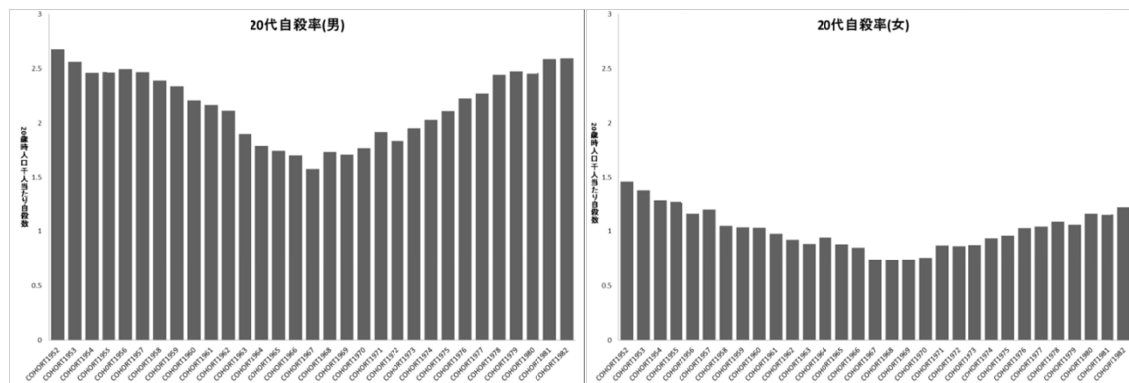
男性ではコホート効果ははっきりしているが, 既にみたように1990年代前半の自殺死亡率は低く, どの年齢でも, この時期に重なった世代の死亡率が低い谷となっている。たとえ

ば20代自殺死亡率が最も低いのは1967年生まれ, 30代は1958年生まれ, 40代は1947年生まれ, 50代は1937年生まれである。1937年生まれを例にとると1987年というバブルが開始する直前に50代を迎え, バブル景気の絶頂期に50代をすごした世代である。自殺という死因は性や年齢よりも, 時期という社会環境の影響をつよく受けることがうかがえる。

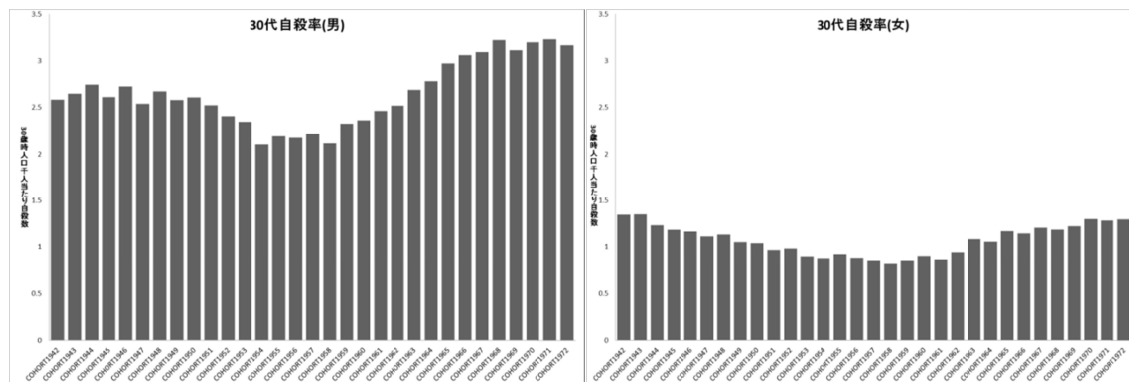
## 十代



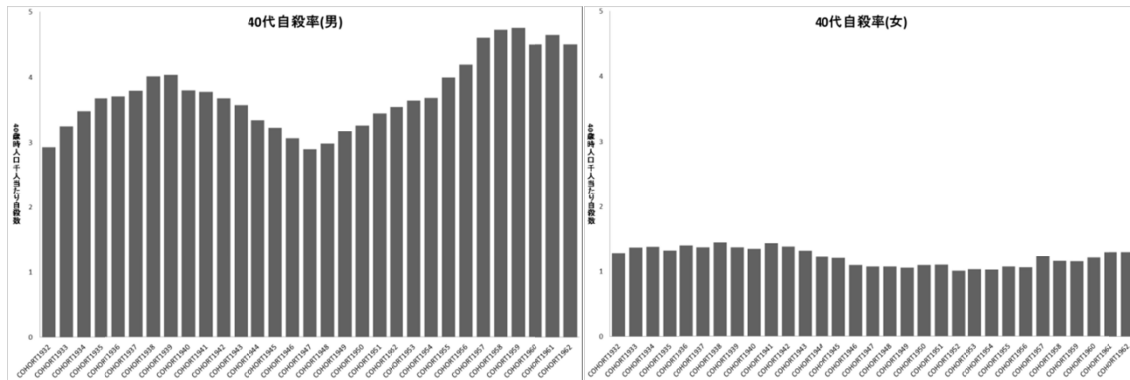
## 20代



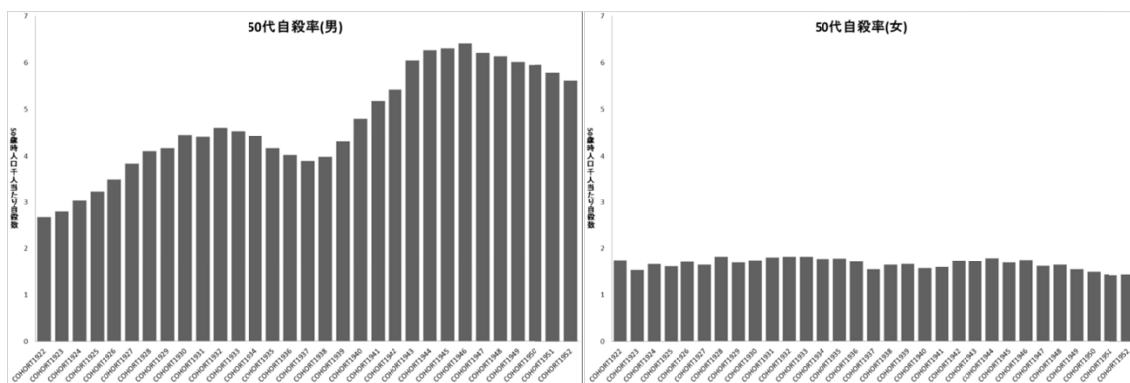
## 30代



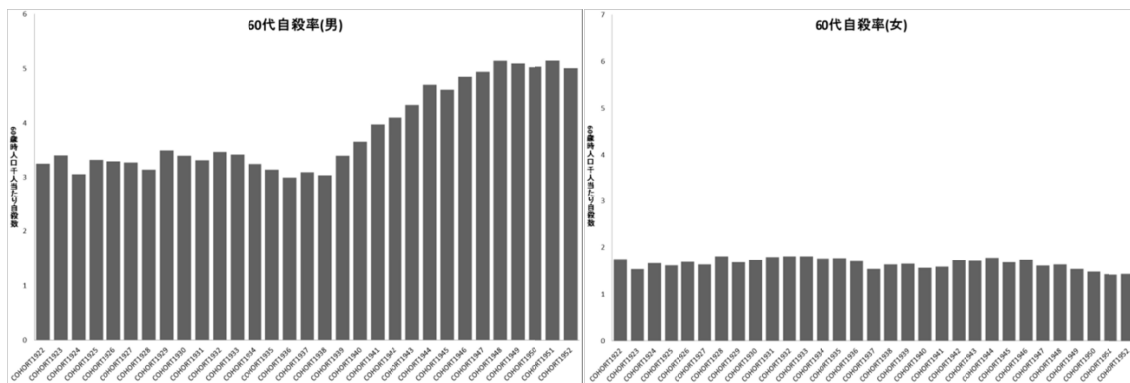
## 40代



## 50代



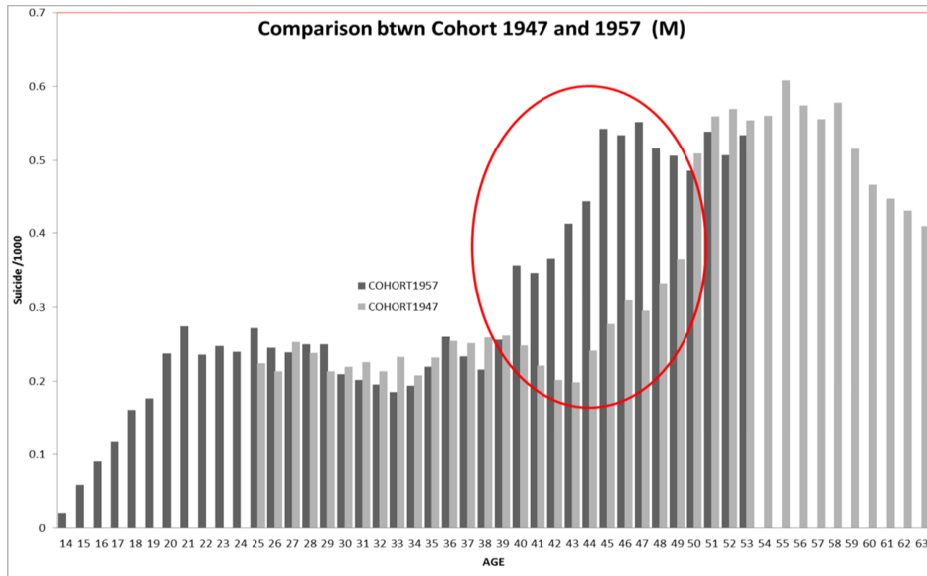
## 60代



### 10年離れたコホートの比較

自殺死亡率はその時期の社会経済要因の方がコホートの差異による影響より大きいことを、1947年生まれと1957年生まれの年齢別自殺死亡率を比較することで検証した。下記のように、両コホートは40代で大きな自殺率の違いがあるが、その他の年齢ではほとんど差

がない。1947年(戦後ベビーブーム世代)はバブル絶頂期に40代の大半を過ごしたため自殺率は低かったが10年遅く生まれた1957年生まれはバブル崩壊後に40代を過ごしたためその差が自殺死亡率にあらわれた。しかし1947年生まれは50代で自殺が急増することになる。

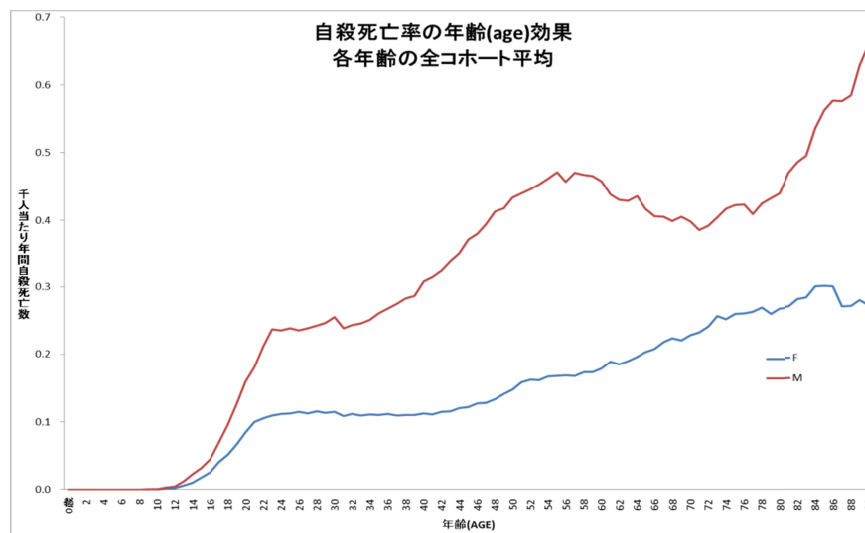


### APC 分析

#### 年齢(age)効果

自殺は10歳くらいから出現し、20歳まで上昇する。女性はそこでいったん平坦化し50歳(更年期)くらいから徐々に上昇する。男性

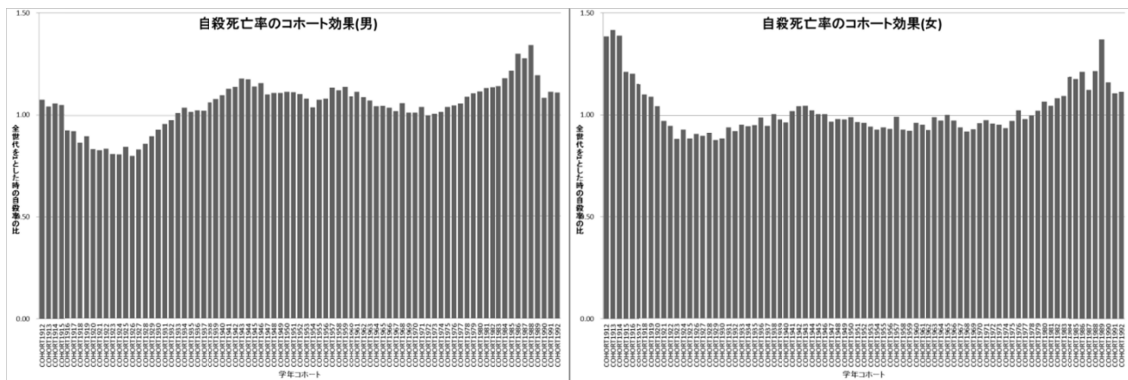
は20歳以降増加して社会的責任の重い50代でピークに達するが定年後の70歳くらいまでは減少、しかしその後ふたたび上昇する。しかし疾病と違って、この自殺死亡率が加齢という生理現象の影響とのみすることには慎重であるべきであろう。



#### コホート効果

男では戦争による犠牲が最も大きかった1921年(大正10年生まれ,戦争により男性6人に一人が戦死)において最も自殺率が低かった。逆に戦争を知らない戦中・戦後生まれの自殺率は高かった。対してその子供にあたる1970年前後出生の二次ベビーブーム世代

は低い。女性は男性に比べてコホート間の差異は少ないが、1912~14年の高齢世代の高い自殺率が目立つ。また男性のように戦争の影響を受けた大正出生コホートの自殺率は低めであった。男女ともに平成生まれ以降の若い世代の自殺率が急増しているのは特筆される。



#### D.E. 考察と結論

初めて作成された死因別コホート生命表を用いることにより自殺という死因とコホートとの関連を分析した。

自殺という死因はやはりその時の社会経済状況の影響を強く受け、それに比べるとコホート効果は比較的小さい。わが国は 1990 年代に空前の好況を迎え、その時期の自殺率は低かった。その結果、その時期に 20 代の大半を過ぎた出生者は 20 代の自殺率が低く、それは出生年が異なっても同じ傾向であった。

また女性について入手できる最も古い 1972 年から数年の自殺死亡率には 20, 30 代という若い世代に明瞭な山が観察された。これは 2008 年以降に観察された世界不況による影響が幅広い世代にみられているのとは好対照であり、1971 年に刊行されてベストセラーになった「二十歳の原点(大学紛争への苦悶から 1969 年 6 月鉄道自殺した女子学生の手記)」による一種のウェルテル効果であった可能性は否定できない。

全体としてコホート効果を明らかにするためには APC 分析が必要だが、前述のように APC 分析は何らかの前提をおかなければ数学的な解を求めることはできない。そこで年齢階級別の自殺死亡率は全コホートで共通という前提で、コホート効果を推計した。この手法は喘息とか疾病については有効であるが、自殺という死因は医学生物的な要因より社会環境要因の影響を強くうけるので前提として

は必ずしも適当ではない。

それ理解した上で、結果をみなければならないが、まずわかることは、男性に関しては戦争の影響を最も受けた世代の自殺率が低かった。たとえば米国ではベトナム帰還兵に自殺や精神病が多発したという報告があるが、それとは正反対の結果であった。戦争という厳しい体験を経験した世代がその後の自殺率が低く、程度は弱いが女性でも似たような傾向はみられた。

何より重要なことは、平成以降に出生した若い世代において自殺率の急増がみられることである。平成世代は、大正生まれのような戦争も、戦中・戦後生まれが経験した紛争等の経験もなく、そうしたため生まれた社会環境に育った世代が自殺死亡率が急増しているのはなぜか、については生命表は何ら回答を与えない。少なくとも、自殺対策は、対象となる世代が生まれ育った社会環境を考慮せずに有効な効果をあげにくいであろうことを今回の分析は物語っている。

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
研究分担報告書

自殺原因をマクロ的観点から検討する統計環境の整備について

研究代表者 椿 広計 統計数理研究所  
研究協力者 久保田 貴文 統計数理研究所

研究要旨

【目的】自殺原因を解き明かすための統計情報整備の意義を明らかにする。

【方法】自殺統計に関わる歴史的文献サーベイと現在の自殺統計データの分析

【結論】自殺統計整備の有用性を明らかにするとともに、それをういたマクロ研究の問題点を抽出した。また、今後の自殺統計を用いたデータ分析の発展の可能性も示した。

A．研究目的

本報告では、自殺原因を解き明かすための統計情報整備の意義を明らかにする。

B．研究方法

1．自殺原因を解き明かす  
統計研究の源流

我が国の初期の自殺に関する学術的著述は、明治 7 年 6 月に刊行された名六雑誌第 13 号の加藤弘之訳「米國政教」であり、米國の信教の自由を認めても、宗教的理由で、國民交際上の倫理に背いたり、その平和や秩序を危うくする場合には、政府がこれを禁じたり罰する権利があるとした部分の例示である。

「インドの婦人好んで自殺する（インドに夫死すれば婦は自ら火中に投じて殉ずるを貞節となすとの風あり）」

しかし、本格的に自殺統計を論じたのは、杉亨二と共に、我が國統計制度に米國流統計学を導入し、國勢調査の生みの親として知られる統計学者、吳文聡である。その著書、「訂正理論統計学」[1]72 節「如何なる統計が最も貴重なるや」には、國勢統計導入、すなわち地域人口を正確に知る目的の一つとして、「犯罪人、私生児、自殺者或は各種の政費を地方の人口に比例するに方りても、之が根本たる人口にして精確ならずば、一も統計の

効用を顕す能わざるべし」と記載されている。この本は明治初期の統計家が、既に自殺の原因に迫る統計整備の必要性を感じていたことを示すものである。

17 節「如何なるものを以て統計材料とするかにおいて、「或る勢力ありて現象の一集團を生かし、この集團の各個が又他の勢力より生ずる場合においては、この現象の総量は統計的方法を応用すべき材料なり」と記載し、その意の解釈として、下記のように複雑な自殺の原因分析についての統計的大量観測の意義を示した：

「例えば、凶年にて生計立ち難く、自殺者または犯罪者多くありたりとせん。是ある勢力ありて現象の一集團を生かしたるなり。然るに、その自殺者犯罪者各個に就いて之か、妻子に不身持の者ありしとか、火災に遇ひしとかの類あらん。是れ集團の各個が又他の勢力の例鏡を蒙るものなり。斯かる現象には、統計的法皇を応用すべしとなり。併し、此の場合に何れが主として人を自殺せしめ、犯罪に陥らしめしやは知るに苦しむところなりと。統計的方法を応用すべき材料は、一般に恒変二原因の同時に働きたりと見ゆる現象なり。」ちなみに明治 26 年の我が國の自殺者数 7389 人という紹介もなされている。

ここで、恒変二原因というのは、吳が、原因を恒同原因と変動原因との 2 種に分類して

いるからである。恒同原因は、「現象の大量上に常に同一に整然として働く常存の原因」としており、人の加齢効果などが挙げられている。特に、自殺においては、「自殺者及び怪我溺死者の冬より夏に多き」ということが指摘されている。また変動原因とは、「一時の攪乱的の規則なる不意の原因にして小量の現象上に経過的に働くもの」としている。第 41 節「統計的方法を応用し得べきものと否との別如何」には、統計の方法を応用すべき分野として、

発作の性質同種なること、即ち恒同、  
変動の二原因が同時に働く  
計量算用を手段として研究し得べきこと

の 2 つが満たされることとしており、「例えば死ぬるということは、恒同並びに変動の両原因により起るものにして皆人類生存の機能を止むるものなるが故に之を統一して、統計的研究の目的とす。又自殺の如きも種々原因加わりて自ら死を決せしむるものなるが、故に一と括げとして之を研究す」と述べ、自殺研究を統計的研究が適用できる分野としている。また、自殺現象や移住現象に作用する原因として貧困を上げ、その関連性を上げてはいるものの、出生、死亡が天然の作用をうけてその法則性を容易に得られるのに対し、商品消費量、自殺犯罪の原因が人に起因することが多いために、その法則性が明確にはならないことを指摘している。それでも、物価の高い年には物価の低い年よりも志望者が多くなるのは法則であることを指摘し、更にその原因は食料の欠乏であり、経済的に貧困な階層がその犠牲になることを指摘している。

更に、呉は、明治 37 年自身の統計的研究の実例を集めた「統計実話」[2]を刊行し、その中で「自殺統計」という論文を発表する。これが、我が国の統計学における最初の本格的自殺研究論文である。呉は、自殺の中に、「自己の荣誉を保持せんとの意思に出もの」と、「彼の溝洫に縊るるもの」の 2 種がある

ことを示している。後者については、家族の士別、疾病、負債、不義、貧困に苦しみ「終に死を以て自ら其の痛苦を免がるる」こととしている。呉は、キリスト教がローマ以来の自殺は罪でないという意識を改善したことに注目して「本邦にては自殺を以て罪となすの信念なきのみならず、あるいは之に反すものあるべし。是大いに研究を要することなりとす、」としている。その後、古墳時代から江戸時代までの歴史的自殺行為を振り返り、自殺を宗教的に禁止していないこと、自殺を人士処決の最も名誉なる仕方としたことが一般庶民にも影響を及ぼしたこと、自殺者が浄瑠璃などの芸能に取り上げられたことなど、諸外国に比して自殺数が比較的多くなっている原因を考察している。ただし、1881 年から 1890 年までの日本の 100 万人当たりの自殺者数は 158 名であり、イギリス 77 名、ロシアの 32 名よりは自殺率は高いが、彼の統計表では、デンマークの 255 名が最大であり、スイス 227、ドイツ 209、フランス 207 が日本の自殺率を超えている。

呉の考察の根拠となったのが、我が国の明治 23 年から 5 か年間の自殺の男女別、年齢階級別、そして 17 原因別（自殺者数の多い順番に、精神錯乱、活計の困難又は薄命を嘆きて、病苦、色情、前非を悔いて又は慙愧、親族の不和、将来のことを苦慮、商業などの為損失し、または負債償却に苦しみて、罪の発覚を恐れ又は刑の免れ難きため、鬱憂、夫または子の不行状を嘆きて、親または夫妻の死去を嘆きて、戸主又は親などの譴責、離縁、私通妊娠を憂いて、身体の不具なるを嘆きて、婚姻を忌て、その他、不詳）統計表であり、この論文の 7 ページがそれに充てられている。更に自殺の月別集計も行い、4 月から 9 月が、10 月から 3 月に比して多いおことなどを指摘している。欧州と比して、女性の自殺比率が高いことがあり、教育及び社会的地位の改善が必要という考察も行われている。

統計実話には、「28 年中米国における殺人

統計」で米国における自殺手段の変遷、「ドイツ帝国遭難及び自殺統計」なども報告されている。この時期には、ほかに三田評論 1902 年 2 月号に横山雅男による「本邦自殺統計に就いて」という講演が残されているようだが、今回それを調べることはできなかった。

## 2 . 昭和金融恐慌時の自殺統計研究

既に紹介したように、自殺に関する文献が増えているのは昭和金融恐慌の時期 1920 年代後半から 1930 年代前半である。大阪市社会部調査課[3]は、大阪市の抱えている問題点を家族的疾患、経済的疾患、保健的疾患とに分類し、家族的疾患の中に自殺を配置し、その実証的検討を試みている。「本市に於ける自殺者の数は、昭和 3 年中 566 名に上り、同未遂者 329 名にして、年と共に増加の趨勢を辿り、如実に世相を反映せしめてる。」として、大正 14 年の自殺者数 529 名から昭和元年に 552 名に増大した状況を、大阪府警察部調査で明らかにしている。自殺手段別統計も服毒が 48%、入水が 18%、縊死、列車への飛び込みがそれに次ぐことが示されている。縊死、飛び込み、入水では未遂が非常に少なくなる傾向も今日と同様である。また、自殺決行の季節性についても呉[2]と同様の考察がなされており、7 月がピーク、1 月が最も低いことが示されている。自殺の年齢階級別分布も調べられている、30 歳未満が 41%、50 歳以上は 19%ということが示されており、「高年齢者は生活苦、病苦に対する老後の不整」が原因と推察されている。呉同様、自殺既遂、未遂の 895 名中自殺原因を統計表より分析し、厭世 330 名、病苦 199 名、精神錯乱 63 名というまとめ方をしている。ただし、「これ等、厭世、精神錯乱によるものの、其の過程に於いて病苦、貧困などの素因を有するもの少なからざるべく、病苦のために十分と医療をなし得ず、又治療し得べき期待を持ち得ざるに起因するものと見ることができるのであって、従って直接間接に物資に恵まれず、

概して経済的原因によるものとみるべきは総数の半ば以上を占めているといえよう。次いで、情死、失恋、痴情、嫉妬、淫逸、放蕩以下兵役拒否等によるものは 103 名を数えるが、これ等は多分に個人的欠陥、個性の墮落によるものであり、又老衰、不具、家族又は親族の不和、離婚などによるもの 78 名を数えるが、これ等は家族的欠陥によるものとみることができよう。その他商業上の孫汁によるもの、将来のことを苦にするものなども少なくないのであって、要するに経済生活、社会生活の破綻が彼らをして苦難に陥れつつあるかが窺われよう。併しながら、これによって自殺は一時的の偶発時とのみ見ることはできない。それは多くの場合、経済的、肉体的、家族的の欠陥が慢性的に彼らの個性を侵食した結果によるものである。斯様な欠陥なり、困難に対して適当な処置を与えることが甚だ肝要でなければならぬ」としている。これらの考察は、自殺を偶発的なイベントとしてとらえるのではなく、そこに至る複合的プロセスの検討を地方行政当局が考察した例として貴重なものとする。同時期、安倍[4]は 0、失業を起点として、失業者が犯罪を行うのは積極的に生活難を救おうとするものだが、消極的な態度を取った場合、自殺するより外にないことが指摘さて、大正 14 年 4 月から昭和 2 年 6 月の 2 年間に日本の一家心中が 250 件以上、年少の子女の犠牲が 500 人となっていることを指摘し、失業を通じた生活難、並びに当事者の精神的退廃もしくは悪化といった複合プロセスを記述している。大阪市[3]においても一家心中は特に考察の対象とされている。全く別の視点で自殺プロセスの要素を示したものは、小南、土屋[5]は、第 4 章慢性「アルコール」中毒において、「英国では、自殺や自殺企図も、犯罪の一つにさせられて居るが、この自殺には、慢性アルコール中毒が重要な役目を務めている。あらゆる統計学者は、自殺者の少なくとも 3 分の 1 は、飲酒に因由すると指摘している。普通とどのつまりに、人をして自殺に導くものは、心身の

社会的退廃に因る、人生倦怠であるが、多くの場合には自殺は、酒を過度に引用したる後か、あるいは酒精中毒性精神障害の状態かにおいて行われることが多いといわれている。」と記載している。

このほかにも井口[6]は、社会現象としての情死をかなり詳細に扱っている。西欧で情死がかなり多いという事実を調べるために第6章「プロシヤ・パリの情死統計」を記している。その中で、「我が国に於いては、今日まだ、単純自殺の統計はあるにしても、多数自殺あるいは共同自殺のそれがない。」としたが、この状況が、欧米でも同様であり、プロイセンの統計だけが、国勢調査票における総括的質問を通じて、共同自殺を集計したものとしている。

この種の根拠を確かめたいところではあるが、昭和初期の自殺多発時代に、自殺に対する多様な見方が形成されていたことは、注目に値しよう。この後、「自殺統計」に関わる我が国の文献は、少なくとも Google Scholar では、1960年代まで探すことはできなかった。

## C . D . 考察と結論

### 3 . 自殺のマクロ統計研究の現状と問題

現在、自殺統計としては、「警察庁の自殺統計原票を集計した結果(自殺統計)」と厚生労働省の人口動態統計が代表的である[7]。このほかに、国立精神神経医療センターが情報・システム研究機構に委託した「自殺対策のための自殺死亡の地域別統計」[8]という形態で整備されつつある。一方、国立保健医療科学院でも厚生労働科研の支援を受けて、自殺に限らず様々な死因についてのコホートデータが整備されている。先進諸国に比しても自殺を事象としてとらえて、自殺対策の効果検証に資するデータ整備とその先端的可視化技術による提示は進んでいると評価できる。

一方、自殺をプロセスとしてとらえたとき、そのリスクモードの明確化とそれに関わる統計整備は行われていない。また、上記統計と

リスクモードの発生に関わるデータとのリンケージは、例えば、可住地人口密度、可住地平均傾斜度、失業率、生活保護者世帯率などのリンケージは、統計数理研究所などで地域別統計を基に作成は試行されている。しかし、人文社会学、医療健康科学など多様な分野にわたるリスクモード発生原因に関わる主要仮説を反映して、総合的自殺対策に資する自殺総合対策データベースの作成を目指す必要がある。このためには、政府統計システムなどで公表されているデータでは不十分であり、統計法33条に基づく目的外申請を公的研究機関から一元的に行う必要がある。

自殺総合対策データベース構築と共に、そのデータを用いた社会システム全体の静的・動的モデリング(コホート解析を含む)は早急に進めなければならない。地域モデリングについていえば、地域統計整備の結果、それに基づいた研究は加速しており、データベース構築によって、自殺のマクロ的因果推論が可能となりつつあり、データ中心の社会設計科学としての自殺学構築の可能性が広がる。いずれにせよ、この種の研究を推進し、呉[1、2]が目指した複合的原因の寄与度解明を行うためには様々なデータをリンケージした統合データベースが必要である。

一般に経済政策決定に産業連関表分析が用いられることは多いが、その種の構造モデルは、ありとあらゆる政策決定に活用されるべきである。そのためには、単純な経済的入出力関係のみならず、人間・社会的価値と経済的価値の関係性を連立方程式で表現した計量科学的記述モデルなども構築する必要がある。なお、些細なこととはいえ気になるのは、平成の市町村合併以来、市町村集計情報は、異なる地域、例えば山間地域の旧自治体と中心都市との特性を平均化したものとなってしまう、正しい地域政策意思決定を行うには不十分なデータベースとなっているという批判があることである。単に行政境界より細密な地域特性を政策部局はデータベースとして保持すべきであることを指摘したい。



#### 4 データ整備を通じた定量的自殺研究発展の可能性

統計数理研究所でデータの整備を行うことで、自殺の原因について定量的解析を行い、時間的・地域の特徴を検出すると共に、関連のある要因についての共同研究活動が、多くの研究機関で加速した。本節では、久保田が実施した都道府県別の原因・動機別自殺者の5年間の年次推移を例示する。

##### 【全国の原因・動機別自殺者の推移】

[7]のうち、自殺日ベース、〈都道府県〉、A5表 都道府県別集計-住居地-を2009年1月~2013年12月まで集計し、年ごとにまとめて原因・動機別自殺者の年次推移と地域特徴について調べた。また、本研究により、近年における自殺者の減少を確認し、その原因

を探ることも可能となる。

図1は、上記月別のデータを年ごとに集計した結果のうち、全国の総計である。なお、本統計において原因・動機については、少なくとも1つの原因・動機が特定されている自殺者（原因・動機特定者）を集計しており、原因・動機を3つまで計上可能として集計しているため、その総計が自殺者数とはならないことに注意が必要である。

これより、原因・動機特定者を比較すると健康問題、経済・生活問題、家庭問題の順に多くなっており、特に過去5年で減少したのは、その割合の最も大きい経済・生活問題であることがわかる。また、健康問題も減少しつつあるが、2013年には多少増加している。一方で勤務問題、男女問題、学校問題はあまり変動していない。

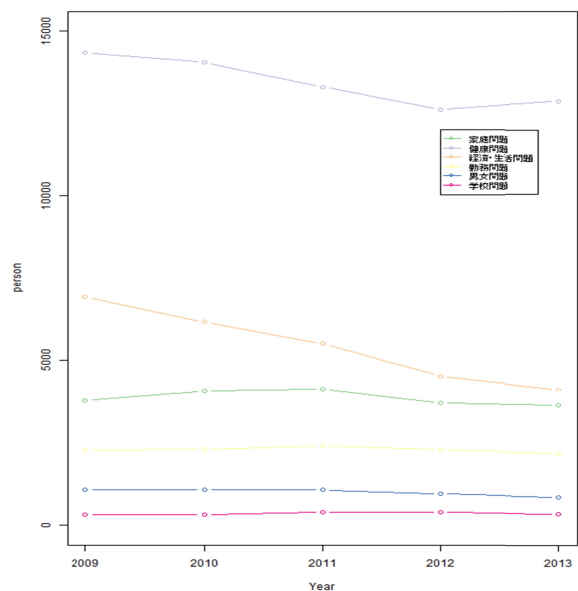
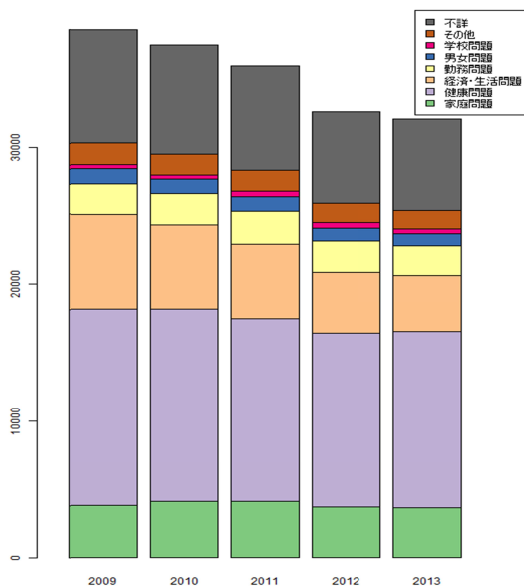


図1 年ごと原因・動機別自殺者のうち積上ポウグラフ(左)と各原因・動機ごとの折れ線グラフ(右)

##### 【都道府県別の原因・動機別自殺者の経年変化】

都道府県別の原因・動機別自殺者数を比較するために、2010年時点における人口で算出した自殺率（人口10万人あたり自殺者数）にて都道府県別のグラフを下図にて示す。健

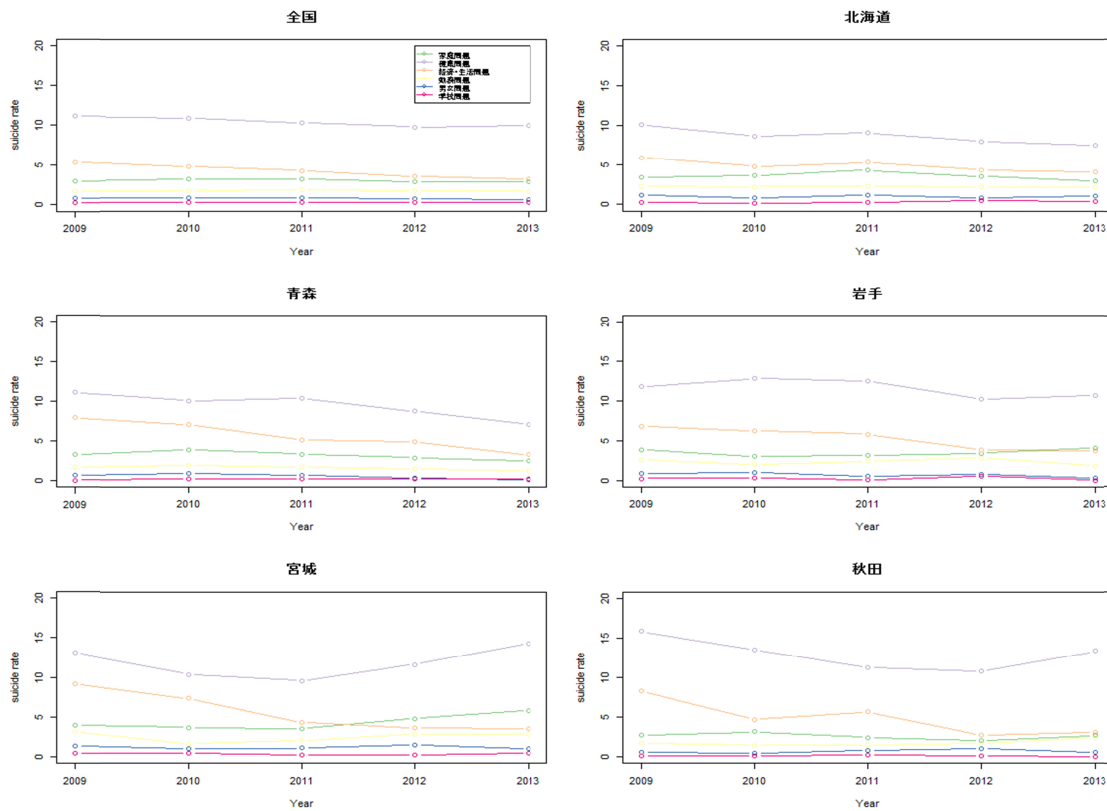
康問題（紫色）については、全体として下がる傾向のある都道府県が存在する一方で、近年（特に2011年以降に）増加を示した都道府県も存在した。また、経済・生活問題と家庭問題を比べると、過去5年間で、順位の入れ替わる都道府県も存在するため、自殺減少

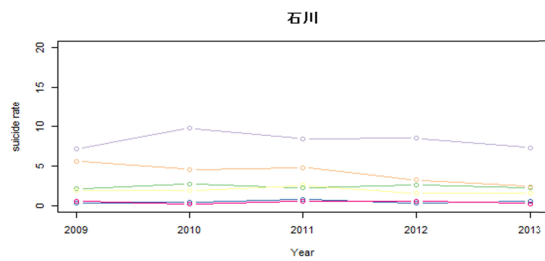
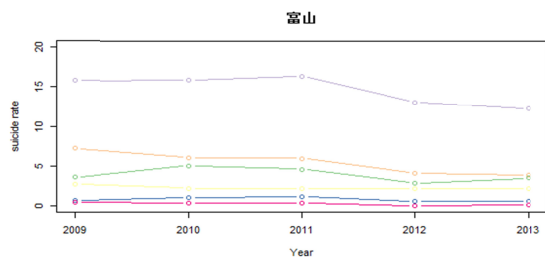
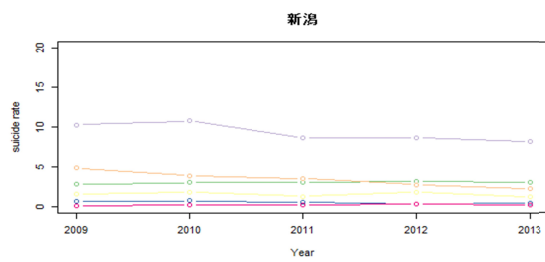
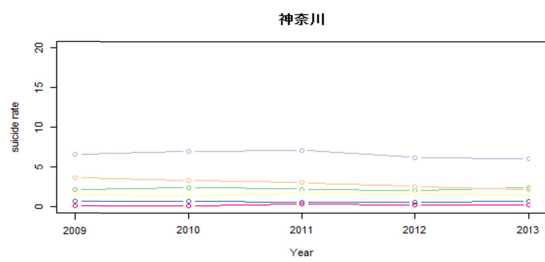
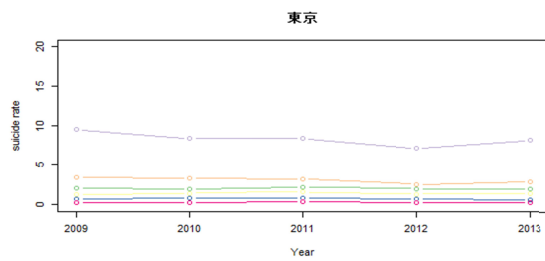
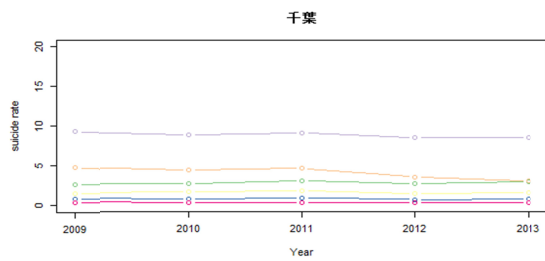
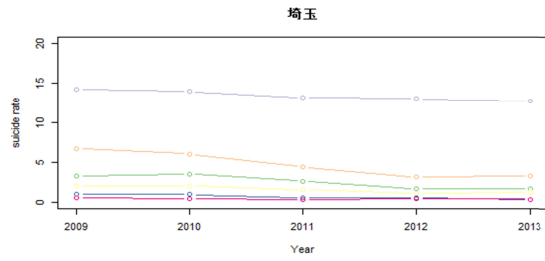
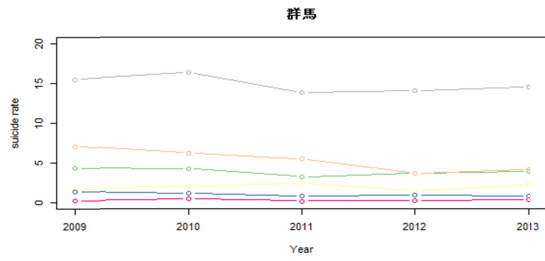
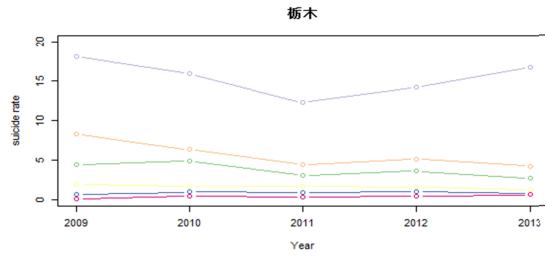
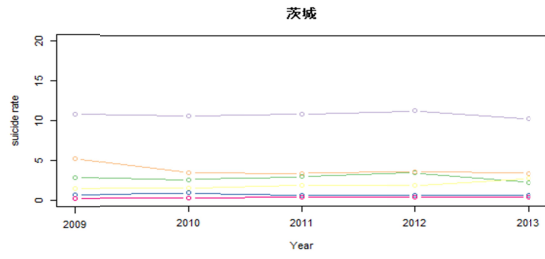
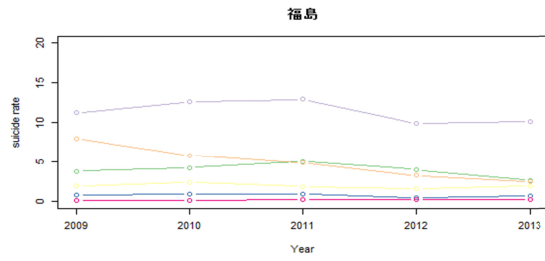
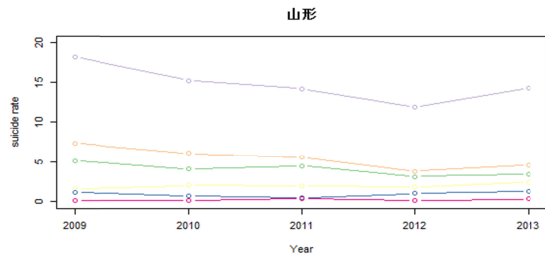
の要因としては、経済・生活問題での自殺者が減少していることが説明していると考えられる。都道府県によっては、家庭問題が増加したために順位が入れ替わっている。

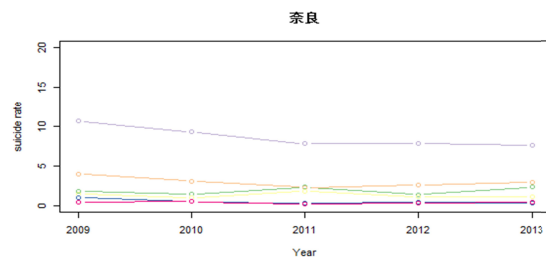
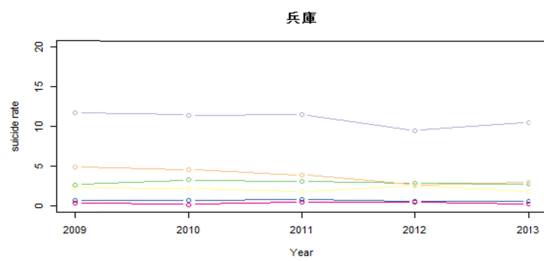
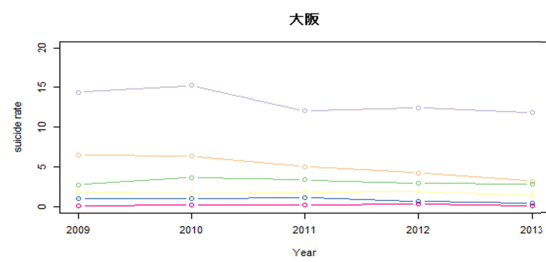
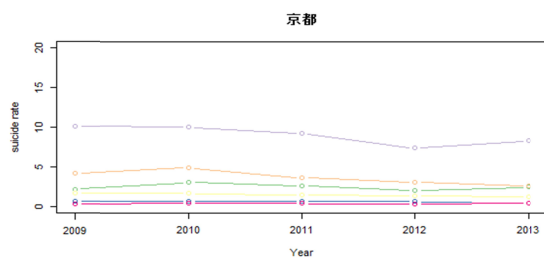
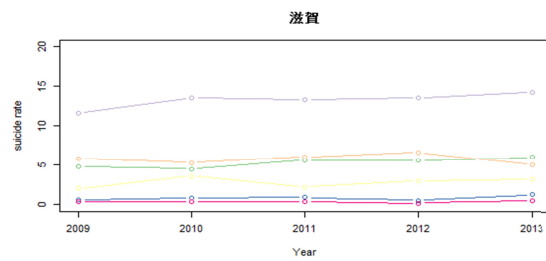
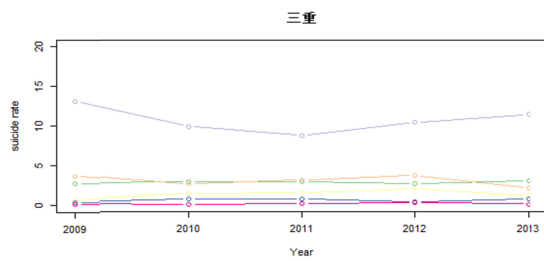
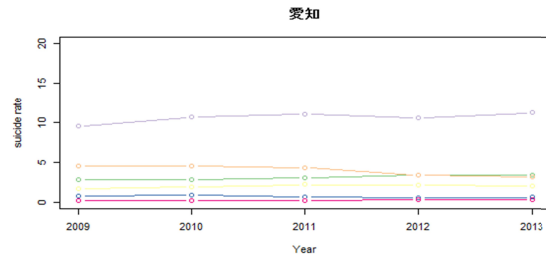
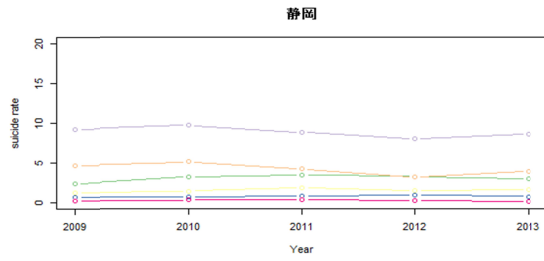
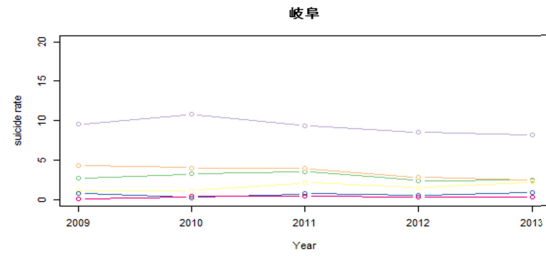
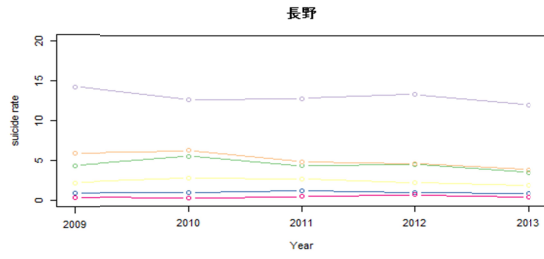
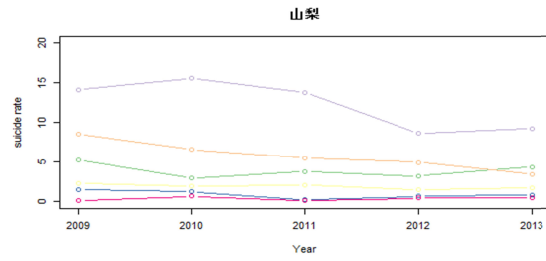
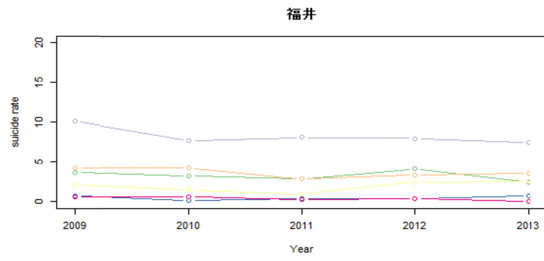
**【多変量時系列解析】**

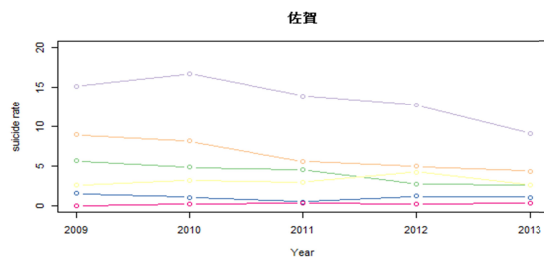
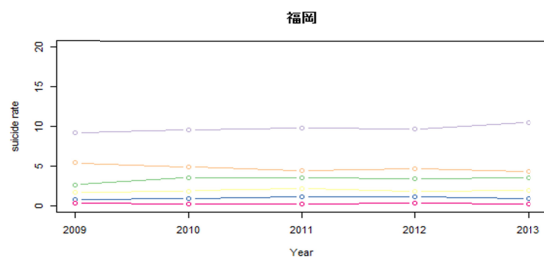
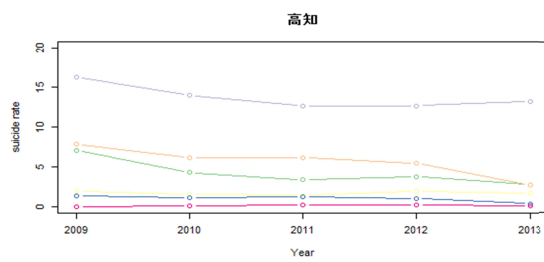
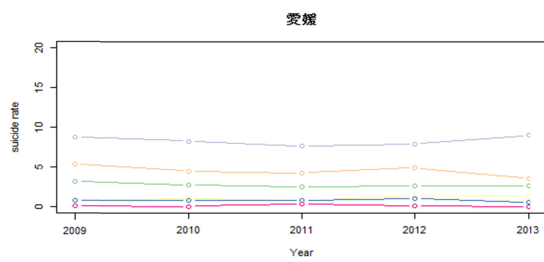
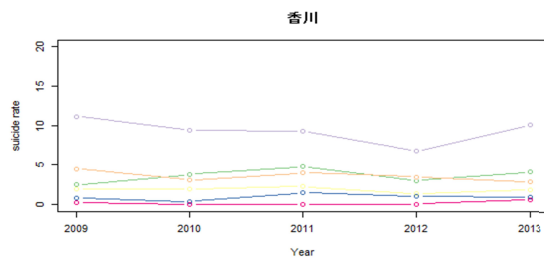
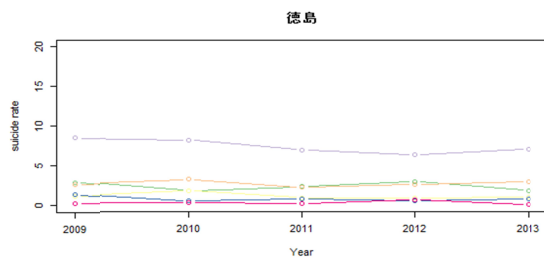
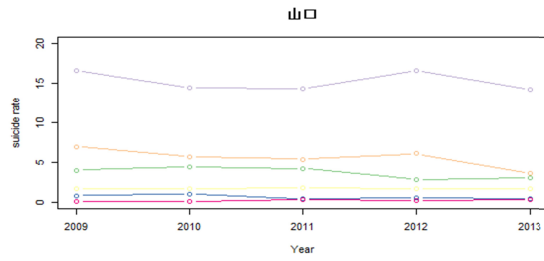
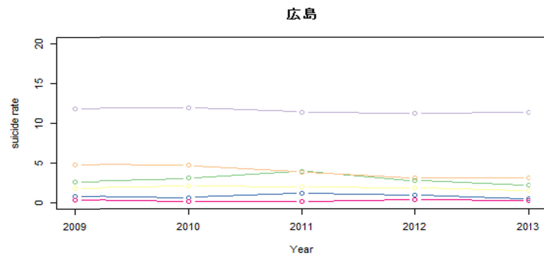
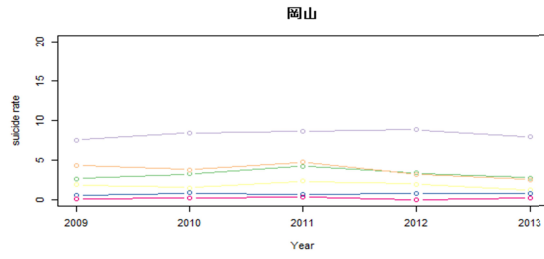
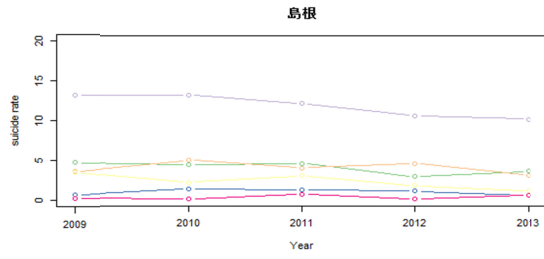
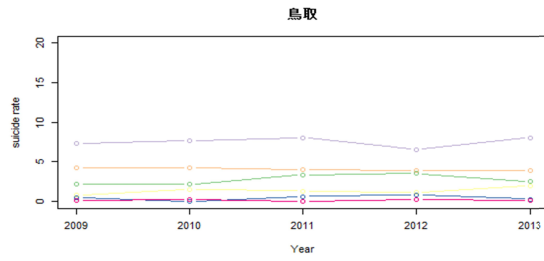
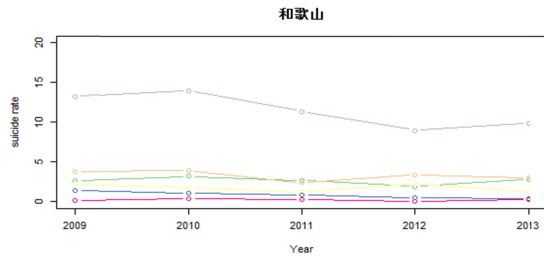
本研究では、引き続き自殺の減少（増加）の時系列的な変動と関連のある経済的な要因

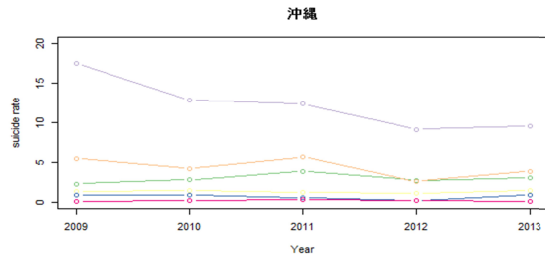
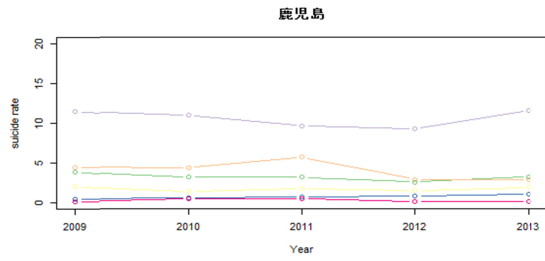
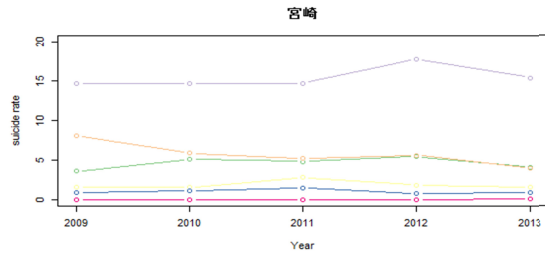
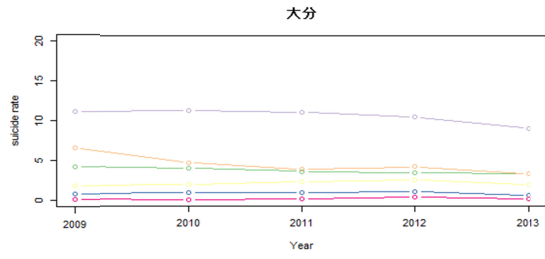
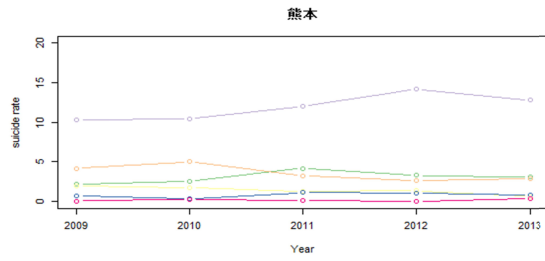
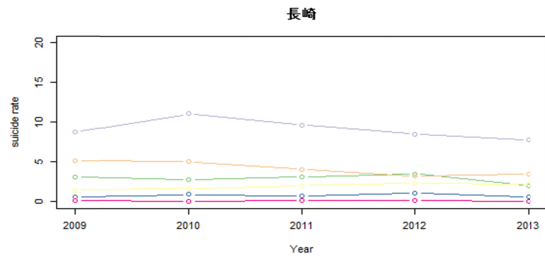
（失業、生活保護など）を多変量的に取り扱い、多変量自己回帰分析などを用いることによって、解析を進めていく予定である。なお、本研究については、新領域融合研究プロジェクト冬合宿 2014[9]、第4回自殺リスクに関する研究会[10]にて報告を行った。











## 参考文献

- [1] 吳文聡、理論統計学：訂正、富山房（1895）
- [2] 吳文聡、自殺統計、統計実話、pp. 24-36、丸善（1899）
- [3] 大阪市社会部調査課、1章家族的疾患 8節自殺、本市に於ける社会病、pp. 41-47、  
大阪市社会部報告第 121 号（1930）
- [4] 安倍磯雄、失業問題、時事問題講座 11、日本評論社（1929）
- [5] 小南又一郎、土屋栄吉、飲酒と犯罪及び禁酒、自然科学叢書 2、日本評論社（1930）
- [6] 井口孝親、自殺の社会学的研究、東京清和書店（1934）
- [7] 内閣府、自殺の統計、<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/>
- [8] 自殺予防総合対策センター、自殺対策のための自殺死亡の地域統計 1973-2009、  
<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/genjo/toukei/>
- [9] 久保田貴文、椿広計、原因・動機別自殺者の経時推移とその地域特徴について、新領域融合  
研究プロジェクト冬合宿 2014、ポスターセッション、（2014a）
- [10] 久保田貴文、椿広計（2014b）、原因・動機別自殺者の経時推移とその地域特徴について、  
第 4 回自殺リスクに関する研究会、口頭発表、（2014a）

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
分担研究報告書

自殺防止に関する法的対応の検討

研究分担者 川端 博 明治大学法科大学院

研究要旨

【目的】自殺防止に関する法的対応の課題を明らかにする。

【方法】自殺立法の現状と分析、これまでの法制度の問題点などの抽出。

【結論】自殺対策と法教育の充実、自殺の遠因の探求と法的措置、相談窓口の拡大などの法律が実効性を持つための提言を行った。

A . 目的

本研究では、自殺対策基本法やこれまでの法制度の分析を通じて、自殺防止に関して今後必要な法的対応を明らかにする。

B . C . 方法と考察

1 . 自殺対策基本法の周知徹底と  
施策実現

近時、自殺予防が重大な社会問題となるに至っている(澤田康幸・上田路子・松林哲也『自殺のない社会』[2013年]3 - 5 頁、15 頁以下)。そこで、自殺予防を直接、目的とする法制度の整備が喫緊の課題として浮上してきた。それを推進する市民運動も展開され、自殺予防に関する立法が要請されるようになってきたのである。それを受けて「自殺対策基本法」(平成 18 年法律第 85 号)が制定され、自殺予防と法制度は新たな段階を迎えたといえる(自殺対策基本法の制定の経緯や運用の実態については、澤田・上田・松林・前掲書 162 頁以下参照)。

本法は、その名称からも分かるとおり、「基本法」の形で制定されている。「基本法の一般的内容は、特定分野の施策の理念・基本的事項や国・地方公共団体等の関係者の責務を宣言するにとどまるものが多く、理念は、法律本則中のみならず、前文を付して詳細に述べられるものが相当ある」とされる(大森政輔

「内閣立法と議員立法」大森政輔・鎌田薫編『立法学講義』[2006年]50 - 51 頁)。本法においては理念は、法律本則中に規定されている。基本法が議員立法によることが多い理由は、次の点にあるとされる。すなわち、「処理すべき懸案の山積する今日、この種の立法のうち、行政施策の遂行上不可欠とまではいえないものについては、行政府の手が回りきらない面があり、内閣提出に至らないことが多い。この間隙を埋めるものとして、国会による行政監督ともいべき権能の行使の一手法として、特定の行政分野に関する基本法が議員立法によって相次いで制定された」というのである(大森・前掲 51 頁)。「国会による行政監督ともいべき権能」は、民主主義の観点からは、きわめて重要な意義を有する。なぜならば、国民主権の下における主権者たる国民の意思を反映する国権の最高機関たる国会が、行政機関の施策の実施・遂行などを監視・督促することによって、民意に即した実践が可能となるからである。自殺防止の施策に関しても、その権能の重要性は高いのであり、本基本法の規定の中にもその権能を実現する制度が盛り込まれている。

「自殺対策基本法」は、3 章から構成されている。すなわち、第 1 章総則(第 1 条から第 10 条まで)、第 2 章基本的施策(第 11 条から第 19 条まで)、第 3 章自殺総合対策会議(第 20 条から第 21 条まで)から成る。自殺



対策基本法は、本法の目的を第1条において、「この法律は、近年、我が国において自殺による死亡者数が高い水準で推移していることにかんがみ、自殺対策に関し、基本理念を定め、及び国、他方公共団体等の責務を明らかにするとともに、自殺対策の基本となる事項を定めること等により、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする」と規定している。これは、「基本理念」を明確に定め、「国、地方公共団体等の支援」を明らかにし、「自殺対策の基本となる事項を定めること」などによって、「自殺対策を総合的に推進」して、「自殺の防止を図り」、「自殺者の親族等に対する支援の充実を図」ることを目的として掲げるものである。本法がこのような総合的施策を明示したことの意義はきわめて大きい。なぜならば、社会問題として重視されるようになってきた自殺対策について、実定法化されその実現が法的に保障されたことになるからである。

本法第2条は、「基本理念」として、次のように規定している。すなわち、「自殺対策は、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、社会的な取組として実施されなければならない。

2 自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない。

3 自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない。

4 自殺対策は、国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の相

互の密接な連携の下に実施されなければならない。」とされているのである。

まず第1項において、自殺が個人的な問題としてのみ捉えられるべきものではなく、「社会的な要因」をも考慮に入れて、自殺対策が「社会的な取組」として実施されるべきことが要求されている。自殺が個人的問題にとどまらず社会的要因を包含する社会的問題であることを看過することなく、適切に自殺対策が講じられるべきことを明らかにしている点は、きわめて重要である。第2項においては、自殺対策は、「単に精神保健的観点」からだけではなく、「自殺の実態に即して」実施されるべきことが要求されている。「自殺の実態」を無視した施策は、實際上、無意味である。自殺対策は、自殺の実態に即して実施されてはじめて、その実効性を確保できるのである。第3項において、自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応、

自殺が発生した後または自殺未遂後の事後対応の各段階に応じた「効果的な施策」として実施されるべきであるとされる。自殺には、自殺行為前、行為時、行為後の3つの段階がある。自殺対策も、それぞれの段階に応じた事前対応、自殺発生の危機への対応及び事後対応が必要となる。その際、各段階にとって最も有効適切な施策が実施されなければならない。本項は、そのことを明らかにしたものである。そして第4項は、自殺対策が、国、地方公共団体などの関係する者の「相互の密接な連携の下に」実施されるべきことを要求している。自殺対策は、多数の機関が関与してなされるが、いわゆる縦割行政によりそれぞれ管轄が異なるため、バラバラに実施されるおそれがある。それがバラバラに実施されると、実効性が損なわれる。そこで、各機関の相互密接な連携が要請されるのである。

第3条は、「国の責務」として、「国は、前条の基本理念（次条において『基本理念』という。）にのっとり、自殺対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。」と規定して

いる。これは、自殺対策の総合的策定とその実施を国の「責務」として明定し、国の取組みを義務づけるものである。

第4条は、「地方公共団体の責務」として、「地方公共団体は、基本理念にのっとり、自殺対策について、国と協力しつつ、当該地域の状況に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する。」と規定している。これは、地方公共団体に、自殺対策について 国との協力義務および 当該地域の状況に応じた施策の策定・実施義務を課するものである。これによって地域の特性に対応した肌理の細かい対策が要求されることになる。

第5条は、「事業主の責務」として、「事業主は、国及び地方公共団体が実施する自殺対策に協力するとともに、その雇用する労働者の心の健康の保持を図るため必要な措置を講ずるよう努めるものとする。」と規定している。5条及び6条は、国及び地方公共団体と同様、条文の見出しは、事業主の「責務」及び国民の「責務」となっているが、本文は「～よう努めるものとする」と表現されている。これは、努力目標を提示するものといえる。5条は、事業主が 国及び地方公共団体の自殺対策への協力、 雇用労働者の「心の健康の保持を図るための必要な措置」を講ずるよう努めることを要請するものである。

第6条は、「国民の責務」として、「国民は、自殺対策の重要性に対する関心と理解を深めるよう努めるものとする。」と規定している。これは、国民に対して、「自殺対策の重要性」に対する「関心と理解を深める」ことを要請するものである。

第7条は、「名誉及び生活の平穩への配慮」に関して「自殺対策の実施に当たっては、自殺者及び自殺未遂者並びにそれらの者の親族等の名誉及び生活の平穩に十分配慮し、いやしくもこれらを不当に侵害することのないようにしなければならない。」と規定している。自殺の原因等については複雑な要因があり、自殺者・自殺未遂者・その親族等のプライバシーに深く関わっている。自殺対策の実施に

際して、これらの者の名誉・プライバシーなどが不当に侵害されてはならない。本条は、このことを明言している。

第8条は、政府による「施策の大綱」の決定について、「政府は、政府が推進すべき自殺対策の指針として、基本的かつ総合的な自殺対策の大綱を定めなければならない。」と規定している。これは、政府が推進すべき「自殺対策の指針」としての「基本的かつ総合的な自殺対策の大綱」の決定を政府に対して義務づけるものである。政府が決定した「自殺対策の大綱」を指針にして自殺対策が有効適切に実施されることが望まれる。

第9条は、「法制上の措置等」について、「政府は、この法律の目的を達成するため、必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講じなければならない。」と規定している。これは、本法の目的を達成するために必要な「法制上又は財政上の措置その他の措置」を講ずべき義務を政府に課するものである。法制上の措置及び財政上の措置は、自殺対策にとって非常に重要であるから、本条に特に例示されている。

第10条は、国会に対する政府の「年次報告」に関して、「政府は、毎年、国会に、我が国における自殺の概要及び政府が講じた自殺対策の実施の状況に関する報告書を提出しなければならない。」と規定している。これは、毎年、「自殺の概要」と政府が講じた「自殺対策の実施状況」に関する「報告書」を国会に提出すべき義務を定めたものである。当該「報告書」の審査は、「国令による行政監督」権能の行使であるから、厳密になされるべきである。

第11条は、基本的施策の1つとして、国及び地方公共団体による「調査研究の推進等」について、「国及び地方公共団体は、自殺の防止等に関し、調査研究を推進し、並びに情報の収集、整理、分析及び提供を行うものとする。2 国は、前項の施策の効果的かつ効率的な実施に資するための体制の整備を行うものとする。」と規定している。これは、国及び地方

公共団体に対して、自殺予防に関して、調査研究の推進、情報の収集・整理・分析及び提供を行うことを要求するものである。そして、国に対しては、これらの施策の効果的かつ効率的な実施に資するための体制整備を要求している。

第12条は、国及び公共団体に対して、「国民の理解の増進」のために、「国及び地方公共団体は、教育活動、広報活動等を通じて、自殺の防止等に関する国民の理解を深めるよう必要な施策を講ずるものとする。」と規定している。これは、教育活動や広報活動などによって自殺の防止等に関する国民の理解を深めさせ、国民規模による自殺防止等を図るための施策を要求するものである。

第13条は、「人材の確保等」について、「国及び地方公共団体は、自殺の防止等に関する人材の確保、養成及び資質の向上に必要な施策を講ずるものとする。」と規定している。自殺の防止等の充実に当たっては、優秀な人材が必要であり、人材の確保・養成・資質の向上が必要不可欠であるから、そのための施策が要請されるのである。

第14条は、「心の健康の保持に係る体制の整備」について、「国及び地方公共団体は、職域、学校、地域等における国民の心の健康の保持に係る体制の整備に必要な施策を講ずるものとする。」と規定して、国民の心の健康の保持に係る体制の整備に必要な施策を講ずべきことを要求している。その内容は抽象的であるが、より具体化していく必要があるといえる。

第15条は、「医療提供体制の整備」に関して、「国及び地方公共団体は、心の健康の保持に支障を生じていることにより自殺のおそれがある者に対し必要な医療が早期かつ適切に提供されるよう、精神疾患を有する者が精神保健に関して学識経験を有する医師（以下この条において「精神科医」という。）の診察を受けやすい環境の整備、身体の傷害又は疾病についての診療の初期の段階における当該診療を行う医師と精神科医との適切な連携の確保、

救急医療を行う医師と精神科医との適切な連携の確保等必要な施策を講ずるものとする。」と規定している。これは、自殺のおそれのある者に精神科医の診療を受けやすくするなど、の施策を国及び地方公共団体に要求するものである。

第16条は、「自殺発生回避のための体制の整備等」について、「国及び地方公共団体は、自殺をする危険性が高い者を早期に発見し、相談その他の自殺の発生を回避するための適切な対応を行う体制の整備及び充実に必要な施策を講ずるものとする。」と規定している。ここにおいては、自殺をする危険性の高い者の早期発見・自殺発生回避のための施策を講ずることが国及び地方公共団体に義務づけられている。

第17条は、「自殺未遂者に対する支援」に関して、「国及び地方公共団体は、自殺未遂者が再び自殺を図ることのないよう、自殺未遂者に対する適切な支援を行うために必要な施策を講ずるものとする。」と規定している。自殺未遂者は、精神的に重大なショックを受けており、再度自殺を行うことを防止するための支援はきわめて重要であり、そのための適切な施策が要求されるのである。

第18条は、「自殺者の親族等に対する支援」について、「国及び地方公共団体は、自殺又は自殺未遂が自殺者又は自殺未遂者の親族等に及ぼす深刻な心理的影響が緩和されるよう、当該親族等に対する適切な支援を行うために必要な施策を講ずるものとする。」と規定している。自殺者・自殺未遂者の親族等は精神的に重大なショックを受けていることが多いので、深刻な心理的影響を緩和するためのケアが必要である。そのための施策が要求されることになり、本条はそのことを明らかにしている。

第19条は、「民間団体の活動に対する支援」について、「国及び地方公共団体は、民間の団体が行う自殺の防止等に関する活動を支援するために必要な施策を講ずるものとする。」と規定している。これは、国及び地方公共団体

に民間団体に対する支援を要求するものである。

第3章は、組織に関する規定から成り、「自殺総合対策会議」の設置と所掌事務や組織が規定されている。これらについては、条文上、明白であるから、格別コメントの必要はない。

## 2. 自殺と法制度

従来、わが国の法制度は、自殺予防に関して何ら規定して来なかった。わずかに刑法が自殺関与罪を規定していたにとどまるのである。すなわち、刑法202条は、「人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその囑託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、6月以上7年以下の懲役または禁錮に処する」と規定しているのである。本条の前段が自殺関与罪の規定であり、後段は同意殺人罪の規定である。自殺関与罪は、他人に自殺することを「教唆」する行為と自殺を決意している他人が自殺することを「幫助」する行為を処罰するものである。

かつて欧米においては、自殺は宗教上の理由から「罪」とされ実定法である刑法上も「犯罪」とされたことがある。わが国は、西欧法を継受するに当たって、自殺自体を犯罪とすることなく、自殺に関与する行為を犯罪として規定したのである。すなわち、旧刑法は、「自殺ニ関スル罪」として第320条において「人ヲ教唆シテ自殺セシメ又ハ囑託ヲ受ケテ自殺ノ為メニ手ヲ下シタル者ハ6月以上3年以下ノ輕禁錮ニ処シ10円以上50円以下ノ罰金ヲ附加ス其他自殺ノ補助ヲ為シタル者ハ一等ヲ減ス」と規定し、第321条において「自己ノ利ヲ図リ人ヲ教唆シテ自殺セシメタル者ハ重懲役ニ処ス」と規定したのである。自殺関与罪の規定は、自殺行為それ自体を防止するために設けられたものではない。つまり、自殺予防を直接、目的としているわけではないのである。これは、他人の「自殺」行為に関与する行為を処罰することによって、「間接的に」自殺を抑止する機能を有するものであ

る。したがって、その限度でこれからも自殺予防に対して、一定の意義を有することになる。その意味において、自殺関与罪の固有の問題点を検討しておくことは、有益であるので、刑法解釈論上の問題について述べておくことにする。

わが国の刑法上、自殺は犯罪ではなく、不可罰とされている。自殺を不可罰とする理由に関して、学説は、次のように分かれている。

すなわち、自殺者は自己の生命に対する処分権を有するから、自殺は違法でないとする違法性阻却・放任行為説、自殺は違法であるが、可罰的違法性が阻却されるとする可罰的違法性阻却説、自殺は違法であるが、期待可能性が欠けるので責任が阻却されるとする責任阻却説が、主張されている。説及び

説は、自殺を違法とするが、自殺を違法とする根拠につき、2つの学説がある。第1説は、生命に関する罪は、個人の生命を保護法益とするだけでなく、国家的・社会的法益をも同時に法益とするので、個人は自己の生命に対する処分権を有しないとす。第2説は、生命についてはそれを処分する自己決定権を有しないので、違法であるとする。

自殺の不可罰性の根拠について、次のように解するのが妥当である。すなわち、生命に対する罪が、同時に超個人的法益をも保護しているとする論拠は、他殺のばあいについては不要であり、自殺の不可罰根拠を説明するために一般論としてこれを展開するのは本末転倒である。また、生命は、自己決定権の基礎をなすものであり、その基礎はいかなるばあいにも自ら処分できない至高の価値をもつとするのであれば、その刑罰による保護をも根拠づけることになるはずである。生命の放棄についても、自己決定権がまったく否定されるわけではない。自殺は、自己の法益の処分行為であるから違法でないといふべきである。

生命はあらゆる価値の根源であるから、その生命の処分である自殺が本人の意思に基づいていても、他人が自殺に関与することは生

命の保護にとって有害であるとして、刑法はそれを違法としているのである。

前述のとおり、自殺自体は犯罪でないので、刑法上、狭義の共犯（教唆犯・幫助犯）は正犯の存在を前提とすると解する判例・通説の立場（共犯従属性説）の見地からは、自殺の「教唆」または「幫助」は、刑法総則における「共犯」として把握することはできず、独立の犯罪類型として捉えられなければならないことになる。自殺が不可罰であるにもかかわらず、自殺関与行為が処罰される根拠及び法定刑が軽減されていることの根拠の問題については、違法性阻却説によれば、自殺は適法であるから、これに関与する行為も不可罰とするのが理論的に一貫しているといえる。しかし、生命という重大な法益の自己処分については、刑法がパターンリズムの見地から介入し他人の関与を排除することには十分な合理性がある。さらに、自殺防止という社会的観点からも、自殺関与行為を処罰することによって自殺の防止に役立つ合理性がみとめられることになる。そして普通殺人罪の法定刑よりも法定刑が軽減されている理由は、被害者の同意による法益性の減少に求められる。

自殺関与罪の行為は、教唆または幫助して自殺させることである。「教唆」とは、自殺の意思のない者に、故意に基づいて自殺の意思を生じさせ、自殺を行わせることをいう。その方法の如何を問わない。明示的方法だけでなく、暗示的方法でもよい。妻の不貞を邪推した夫が、妻の自殺を予見しながら、これに対して直接・間接の暴行・脅迫を繰り返した結果、ついに妻が自殺したばあいには、自殺教唆罪が成立する（広島高判昭 29・6・30 高刑集 7 卷 6 号 944 頁）。

「幫助」とは、すでに自殺を決意している者に対して、自殺行為に援助を与えて自殺を容易に遂行させることをいう。たとえば、自殺の方法を教えたり、自殺の用具を提供したりする行為が幫助に当たる。死後、家族の面倒をみてやるというような精神的幫助もこれに含まれる。合意に基づく同死、すなわち「心

中」の 1 人が生き残ったばあいについて、自殺幫助罪が成立する（大判大 15・12・3 刑集 5 卷 558 頁）。偽装心中についても、教唆の方法・手段は、自殺の意思を起こさせるに足りるものであればよいので、本罪の成否が問題となる。それが意思決定の自由を奪う程度の方法・手段であるばあいには、殺人罪の間接正犯となる。

なお、自殺と殺人とがどのような関係にあるのか、という問題は、古くから多くの犯罪学者によって研究されてきているが、いまだ結論が出ていないとされる（影山任佐『テキストブック殺人学・プロファイリングの基礎』[1999 年]39 頁）。殺人が自殺と結びつくよく知られた例として「母子無理心中」があり、特にうつ状態で母親が自殺を決意し、愛する子供を道連れに無理心中を図る例が少なくない（影山・前掲書 41 頁）。いわゆる「一家心中」も無理心中にほかならず、殺人と自殺が結びついている。

前述のように自殺関与罪は、刑法上、規定されているが、判例としてはその数は多くない。おそらく刑事事件として立件される例が必ずしも多くないためであると考えられる。しかし、自殺予防の観点からは、今後、積極的に立件し判例が積み重ねられていくようにすることが望まれる。その意味において、最近、警視庁が自殺教唆の疑いで大学生を逮捕したのは注目に値する。その事案は、男子学生が交際中の女子学生に携帯電話の無料通話アプリ「LINE」を使って、「お願いだから死んでくれ」、「手首切るより飛び降りれば死ねるじゃん」とメール数通を送信し、その女子学生をマンションから飛び降り自殺させた疑いにより自殺教唆容疑で逮捕されたというものである（2014 年 2 月 21 日付「朝日新聞」・「読売新聞」夕刊東京版）。

刑法上の問題が自殺の遠因となる場合がある。すなわち、「いじめ」問題が自殺の遠因となると解される場合に、その「いじめ」行為自体が刑法上の犯罪を構成することが多いのである。社会問題としていじめが取り上げら

れるが、しかし、その実体の中核が「犯罪行為」である場合には、刑事事件として処理する必要がある。つまり、刑事事件として立件することによって、その行為が許されない犯罪行為であることを社会的に広く知らしめる必要性が存在するのである。その場合に問題となる犯罪類型として、暴行罪、傷害罪、恐喝罪、強盗傷人罪、強要罪やネット使用による名誉棄損罪・侮辱罪等がある。これらの罪についても積極的な立件によって自殺予防の効果の実現を図るべきである。

## D．結論

### 3．自殺対策と法教育の充実

いかに優れた法律があっても、それが市民に理解され支持を得るものでなければ、遵守されず実効性を有しないものとなる。したがって、法律が実効性を持つためには、その理念・内容が市民に周知される必要がある。そこで、日常生活においてその法律が有する意義や機能等に関する一定の教育が必要となる。学校教育において、近時、重視されているのが、「法教育」である。国際的観点から見ても、わが国の義務教育の普及及びその内容の充実は優れていると解されている。その義務教育における社会科の内容の一環として自殺に関する社会的意義について触れていくようにすることが重要な意義を有することになる。前述のとおり、自殺防止に関して「自殺対策基本法」が存在するが、その理念や内容、さらに自殺に関する社会的意義等については、法教育において充実した授業を実施することが望まれる。

### 4．自殺の遠因の探求と法的措置

自殺の原因については、社会科学や自然科学の諸分野から研究が深められているところである。それによって原因の究明が進展しており、その除去が自殺防止となっている。直接の原因とはされていないが、法律問題が遠

因となっている場合が少なくない。自殺防止にとってその遠因の解消は重要である。そこで、その法律問題を明らかにするように努める必要がある。

民事関係の法律問題を苦にして自殺に至る場合が少なくない。例えば、多重債務を抱えた者が苛烈な債務取立てに精神的に追い詰められて自殺せざるを得なくなることがある。この場合、弁護士による法的な支援があったとすれば、法的に救済されて自殺に至らなかったであろうと考えられる事案も存在するのである。現在、日本弁護士会において、法律相談等から自殺の遠因となる法律問題を包含する事案を解明して自殺予防に取り組んでいるようである。これは、全国の地方公共団体においても、法律相談の窓口で取り扱う法律問題について自殺防止の観点から取り組むべきことを検討する必要があるといえる。

### 5．相談窓口の拡大と周知徹底

前述のとおり、法律問題が自殺の遠因となることがある。そのような自殺の遠因となっている法律問題は、潜在的な場合が多く、役所や弁護士事務所・弁護士会等の相談窓口で顕在化することが多いので、相談窓口を各種機関において積極的に拡充する方策を進めて行く必要がある。さらにそういう窓口があり、どういう内容の相談が受けられるか等について、広報活動や法教育等において推進されるべきである。

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
分担研究報告書

リスク情報システム科学よりの自殺防止

研究分担者 鈴木 和幸 電気通信大学大学院情報理工学研究科

研究要旨

【目的】自殺未然防止を目指したシステムのアプローチを明らかにする。

【方法】自殺のようにその影響が大きい事象へは未然防止が鍵を握る。未然防止の鍵は“予測”にある[3]。我々は、一般に、“予測できないこと”は防げない。将来、生じうるトラブル現象を何らかの方法で予測しうるならば、この発生の原因を取り除く、原因の兆候を検出する、あるいは、影響を防止・緩和することが可能であろう。それでは具体的にはどのように予測すればよいか。“予測”のために帰納的アプローチと演繹的アプローチの2つの考え方を示す。

【結論】機能と演繹の両アプローチを“システムのアプローチ”によって融合・包括し、自殺の未然防止を目指すことができる。

A．研究目的

1．はじめに

一般に、“予測できないことは防げない”。生じうる好ましくない“絞り込まれた事象”を何らかの方法で予測しうるならば、この発生を防ぐ、あるいはその兆候を検出し、影響を防止・緩和することが可能となる。あるいはトラブルに追い込まれるメカニズムがわかれば、逆にその防止も可能となる。

モノづくりの分野においては、問題(トラブル)の9割は、そのトラブルが事前に予測し得なかったために生じているという。そのトラブルが事前に予測し得たとき、それを防げなかったのは5%にすぎない、とも言われている。この視点から眺めれば、以下の三点が大切である。

- ( ) 予測すること
- ( ) その事象の発生メカニズムを探り、原因への防止策を実施すること
- ( ) 予測とその防止策により未然防止をなしたとき、その成功体験を皆が共有すること

本章では、上記のトラブル予測と未然防止に対し、帰納的アプローチと演繹的アプローチ、そしてこの両者を統合するシステムのアプローチを考える。前者は、過去に生じたトラブルより、現場・現物・現実の三現の視点よりこれを一般化・抽象化し、情報共有を行い、現時点から先のトラブルの未然防止を図ろうとするものである。個別への演繹的アプローチは、普遍的な原理・原則・病理から個々の事象を推論し、個別の予測により未然防止を図ろうとするものである。この両者を統合するシステムのアプローチは“目的”から出発し、帰納的アプローチと演繹的アプローチの両者を統合しトラブルの予測を行い、未然防止を図るものである。

B．研究方法

2．予測に基づく未然防止

以上の予測へのアプローチとして次の4項目を考える。

- A1 組織を超えたトラブル情報の共有による未然防止
- A2 PDCAの徹底による未然防止
- A3 インシデント情報の活用による未然防止
- A4 原理・原則・病理に基づく未然防止

っかりと分析がなされ、プロセスがパターン化され、未然防止へ向けて、過去のトラブルと成功事例のデータベース(以下、DBと略)が構築されているか。そして活きたものとなり、次項のPDCAが回されているかが大切である。

## 2.1 組織を超えたトラブル情報の共有による未然防止

自殺をはじめとするトラブルの発生経緯(以下、“プロセス”と呼ぶ)を考察し、これを類型化し、パターンとして分類すれば、

- a) 過去において生じたもの
- b) 過去において生じていないもの

に分かれる。b)はさらに

- b1) 個人としては生じていない
- b2) その個人の属する集団・組織としては生じていない
- b3) 一つの業界・業種としては生じていない
- b4) 業界・業種・国の枠を越えて生じていない

パターン、に分かれよう。このとき大半のトラブルパターンは、a)とb1)~b3)に分類される。このパターンを含め、トラブルを如何に組織として共有し将来への財産にするか、これが大切である。勿論、自殺以外の事象に関する一般論としてb4)も存在するが、まずはa)とb1)~b3)を考え、これらへの対処が終わった後に、b4)を考えればよい。

従って a) ならびに b1)~b3) の情報を収集し、部門を越えて個々人と社会の英知・技術を結集し、トラブルの発生パターンとそのメカニズムを究明し、これらすべてを共有し、

“発生防止”

“発見”

“影響緩和”

の三側面への対処を行う。

大切なことは、個々人のトラブルパターンと成功体験を如何に組織・社会全体の財産にするかである。このために事実に基づき、し

## 2.2 PDCAの徹底による未然防止

過去に生じた個々のトラブルのミクロな視点からの原因分析とこれに基づく再発防止を、その仕組み・体系のマクロなレベルまでさかのぼって行うことにより、また、これによる未然防止の徹底を組織・社会全体で行うことにより、将来生じうる同一の、あるいは類似のパターンの多くへの対処が可能であろう。また、是非とも対処しなければならぬ。基本はミクロな視点からの解析と、これに基づくPDCA、そしてマクロなレベルでの社会の体系と仕組みの構築である。

PDCAのP(Plan)は目的と標準よりなる。ここで“標準”とは、

### ・基準

- ) 就業時間規定、労働衛生管理基準
- ) 介護保険評価基準、生活保護基準
- ) 自殺対策基本法

などの定量的尺度や基準を定めたもの

### ・基準を達成するためのプロセスの確立

[組織・社会におけるシステムの構築とその未然防止プロセスの策定]

よりなる。この標準に個々人ならびに社会全体の英知・経験・データの蓄積を図り、これを共有し、PDCAを回すことが肝要である。

## 2.3 インシデント情報の活用による未然防止



労働災害において同一原因より生じる結果は、死亡:骨折:かすり傷 = 1:29:300(件)というハインリッヒの法則に従うという報告がある。これは、自殺防止においても同様である。重大事象が生じる前の数々のヒヤリハット・かすり傷に相当するインシデント情報を感度良く収集し、この中から重大事象の兆候をいち早く感知する態勢の構築が必須である。重大な兆候へは迅速なアクションをとらねばならない。

例) 薬物依存、摂食障害、妄想

## 2.4 原理・原則・病理に基づく未然防止

普遍的な原理・原則・病理に基づき、どのような環境・条件下においてどのようなトラブルが生じるかは、多くの場合、予測しえよう。即ち、

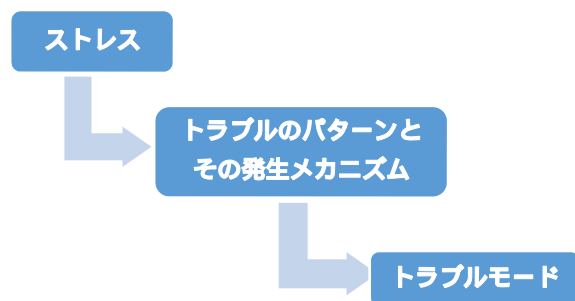


図1. トラブルのパターンとその発生メカニズム

図1に示すパターンとメカニズムを暗黙知から形式知とし、この情報を家族・組織・社会が共有・活用しうる“組織知”にしなければいけない。ただし、モノづくりの場合と異なり、人間の場は個人差がある。また、複数のストレスによる相乗効果(相互作用)にも気を付けなければならない。

## 3. システム的アプローチと7つの視点

### 3.1 トラブル予測への7つの視点

モノづくりの分野においては、はじめに目的を如何に設定し、どのような機能によりその目的を果たすか、どのようなアイテム(アイテムとは対象とするシステム、ユニット、部品などの総称、例えばガソリン自動車、電気自動車など)により、その機能を実現するかが検討される。次に、この機能を実現するために開発・設計が行われる。即ち、機能達成メカニズムの探求である。この機能達成の過程において、発熱や応力などの内部ストレス、および環境条件等による外部ストレスが加わり、物理的・化学的・金属学的変化が生じて故障に至る。この過程は故障メカニズムと呼ばれ、外部より観測しうる故障の形態を -1 “故障モード” と言う。これが -2 “トップ事象モード” に至り、重大事故や故障を引き起こし、 -1人への影響・被害が生じる。また、 -2環境への影響も配慮する必要がある。さらに -3機能・性能への影響も考慮しなければならない。即ち、

| 目的・機能メカニズム | アイテム           | 機能達成メカニズム   |
|------------|----------------|-------------|
|            | ストレス           | 故障メカニズム     |
|            | -1故障モード        | -2 トップ事象モード |
|            | 人・環境・機能・性能への影響 |             |

のプロセスに着目し、科学的原理原則に基づいてどのようなトラブルが生じうるかを予測し、未然防止を図ることが重要である(図2参照)。

以上のシステム的アプローチを自殺防止にあてはめれば、図3に示す7つの視点を得る。即ち、

- 目的(人間としての幸せな生活を送る)
- インプット(家庭、職場、友人)
- 情報処理モデル(知覚・認知・判断・実行)
- ストレス(生活苦、いじめ、健康問題)

トラブルのメカニズム（気持ちの落ち込み）

-1 トラブルモード（薬物、アルコール依存、睡眠薬多量摂取、摂食障害）

-2 トップ事象モード（重度のうつ）  
影響・危害（自死、自殺企図、自殺念慮）

本章では特にこれらの内、トラブルモードとトップ事象モードに着目する。

### 3.2 トラブルモードへの着目

モノづくりの分野において“故障モード”とはJIS Z8115-2000では「故障状態の形式による分類。例えば断線、短絡、折損、摩耗、特性の劣化など」と定義されている。ここでモードとはmeasureから由来した言葉で、測定しうるもの、測れるものを示す。すなわち、観測可能な故障の形態である。

一般家庭の水道配管において観測可能な故障の形態は、破断、亀裂、変形、詰まりである。これらは、水道配管にとどまらず、都市ガスのパイプ、人間の血管、そして人と人とのコミュニケーションの“パイプ”に対しても同様であり、“パイプ”という（帰納的に）一般化された“モノ”に対しては上記の4点を考えれば良い。逆に人間の脳の血管に対しては、“パイプ”の“詰まり”より、“脳の血管”の“詰まり”が導かれる。このように、製品・システムの構成要素中の好ましくない現象あるいは事象をできるだけ多くの構成要素に対し、そのトラブル事象を容易に予測しうるように汎用化し、抽象化・一般化をはかったものを故障モードと定義する。

故障モードをモノづくり分野ではなく一般化すれば、“トラブルモード”となる。自殺防止においては人と人とのコミュニケーションパイプの“詰まり”、“破断”、また、薬物、アルコール依存、睡眠薬多量摂取、摂食障害などが挙げられよう。

このようなトラブルモードをデータベース(DB)にたくわえ、これを“組織知”として活用することにより、予測を為し得、これにより重点指向が可能となる。

### 3.3 トップ事象モードへの着目

現在運用中のシステム・プラントにおいて、現時点より先において、決して起こしてはならぬ事象は何であろうか。また、現在開発中の製品・システムにおいて、絶対防がなければならぬ事象は何であろうか。例えば、航空機であれば墜落、船舶であれば転覆、車輦であれば横転などが思いつく。しかし、航空機の墜落は、“全エンジン停止”、“制御不能”などのいずれによるかでその要因と対策は異なる。そこで本章では、絶対生じてはならぬ重大事故・重大危害発生のシーケンスに着目し、これらの事故・危害に至る直前の事象で、これを出来るだけ多くのシステム・製品・構造物等に適用しうるよう汎用化し、発生防止策とともに、影響防止策を為すべき事象（先の例では“全エンジン停止”、“制御不能”など）を“トップ事象モード”と呼ぶ[3]。

自殺防止においては“重度のうつ”がトップ事象モードにあたる。この状態に、家族の不和・孤立などのコミュニケーションパイプの“詰まり”が生じたとき、自死・自殺企図・自殺念慮に陥りやすい。

## 4 . 危険因子（ハザード）

黒田勲先生（早稲田大学教授、日本ヒューマンファクター研究所初代所長、故人）は、安全に関し次のように語られている；

「安全はこの世には存在しない。存在するのは“危険因子(ハザード)”とそれが顕在化した“危険(リスク)”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危険は事故という形で顕在化する。」

ここでハザードとはJIS Z 8051;2004では「危害の潜在的な源」と定義されているが、本章ではトラブル未然防止の視点より、今一歩踏み込んで「危害を与える可能性のあるもの、または危害・損害をもたらす潜在的状態・要因、またはそのシナリオ」と定めることにする[1]。ハザードとはJIS Z 8051;2004では「危害の潜在的な源」と定義されているが、それではいかに危険因子を未然に防止すればよいか。本章では、危険因子（ハザード）の存在として、図3の ~ に着目する。これを簡略化すれば、図3を基に図4の流れを考えることとなる。

## C. 考察

### 5. 自殺実態白書 2008 [第二版] に基づく解析

自殺実態白書 2008[第二版][4]には、「自殺実態1000人調査」が記されている。

本調査の概要を下記に示す：

- 自殺に至るまでのプロセスを明らかにすることで、具体的かつ実践的な自殺対策の立案・実施につなげること死から学ぶことで、同じような形で自殺に追い込まれていく人を一人でも減らすこと
- 実施機関NPO法人ライフリンク、ならびに東京大学経済学部SOS(Studies on Suicide)プロジェクト
- 調査期間2007年7月～2008年6月（継続中）
- 調査者ライフリンク専従スタッフ及び自死遺族支援に関わってきた各地のスタッフ（本調査についての研修を受けた者のみ）
- 調査方法面接による聞き取り調査（平均聞き取り時間：2時間30分）

図5に2004~06年の3年間の職業別自殺者のパレート図を示す。この3年間に97,032名の命が失われている。図において、無職者は就業経験ありとなしに分かれる。これらの区分ごとに自殺へといたったプロセスの例を以下に示す。これらは文献[4]に基づくものであり、さらに詳しい分析に関しては[4]を参照頂きたい。

#### 【無職者（就業経験あり）】

身体疾患 休職 失業 生活苦  
多重債務 うつ病 自殺  
連帯保証債務 倒産 離婚の悩み  
+ 将来生活への不安 自殺

#### 【無職者（就業経験なし）】

子育ての悩み 夫婦間の不和 うつ病  
自殺  
DV うつ病+離婚の悩み 生活苦  
多重債務 自殺

#### 【被雇用者】

配置転換 過労+職場の人間関係  
うつ病 自殺  
昇進 過労 仕事の失敗 職場の人間  
関係 自殺

#### 【自営者】

事業不振 生活苦 多重債務 うつ病  
自殺  
介護疲れ 事業不振 過労 身体疾患  
+ うつ病 自殺

#### 【学生】

いじめ 学業不振+学内の人間関係(教師と) 進路の悩み 自殺  
親子間の不和 ひきこもり うつ病  
将来生活への不安 自殺

これらに基づき、作成したものが、図3である。また、以上を基に、プロセスのパターン化も可能と思われる。この種の分析と研究を行う必要がある。

## D . 結論

### 6 . マクロな仕組み・体系の構築

前節までの議論と分析を基に、自殺防止へのスキームを図6に示す。

1) まずは家庭・職場・社会において、全ての人々が“主役”とならなければならない。そして、現場において、

- A. 自殺への未然防止活動
- B. トラブルモード(薬物依存・摂食障害)とトップ事象モード(重度のうつ)への迅速・適切対応
- C. トラブルモードとトップ事象モードへの再発防止活動

が為されなければならない。そして、これらの活動を

2) 組織 :

従業員全てが主役となる文化の創成、職場・家族との良好なコミュニケーション

3) システム :

就業規定、安全衛生管理規定などの自殺防止への仕組みとプロセスの構築

4) 社会・行政 :

生活保護、介護保険、NPOライフリンクなどの社会行政の積極的な関与

が重要であり、これらの支えが自殺防止に必須である。

## 7 . おわりに

本章では、リスク情報システム科学の視点より自殺防止に関し、論じてきた。特に、今後の研究と実践において、

- 個々のケースについての自死、自殺企図、自殺念慮へのプロセス・パターンの究明
- 上記パターンの組織・社会としての情報共有
- 上記の分析と情報に基づく組織・社会という系全体におけるPDCAと、マクロなレベルでの社会の体系と仕組みの構築

へ向けて、データに基づき検討し、一人でも多くの人間を救うべく、行政をも巻き込んだ活動が必須である。

図2. トラブル予測への7つの視点

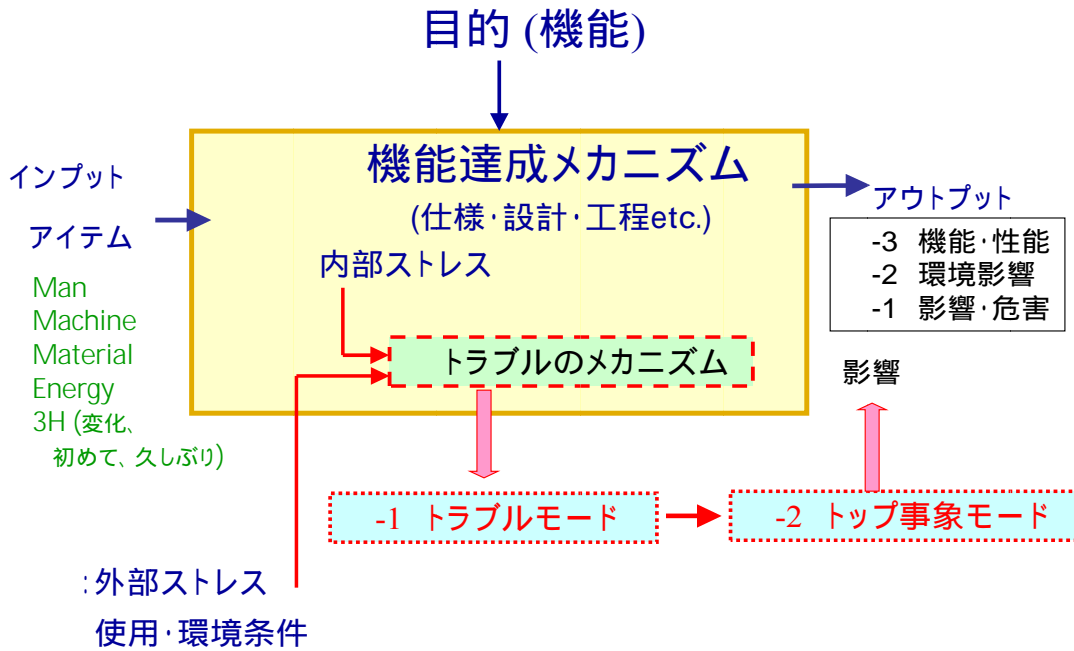


図3. 自殺防止の視点

①～⑦の予測の視点から、自殺を未然に防ぐためのリスク予防モデル

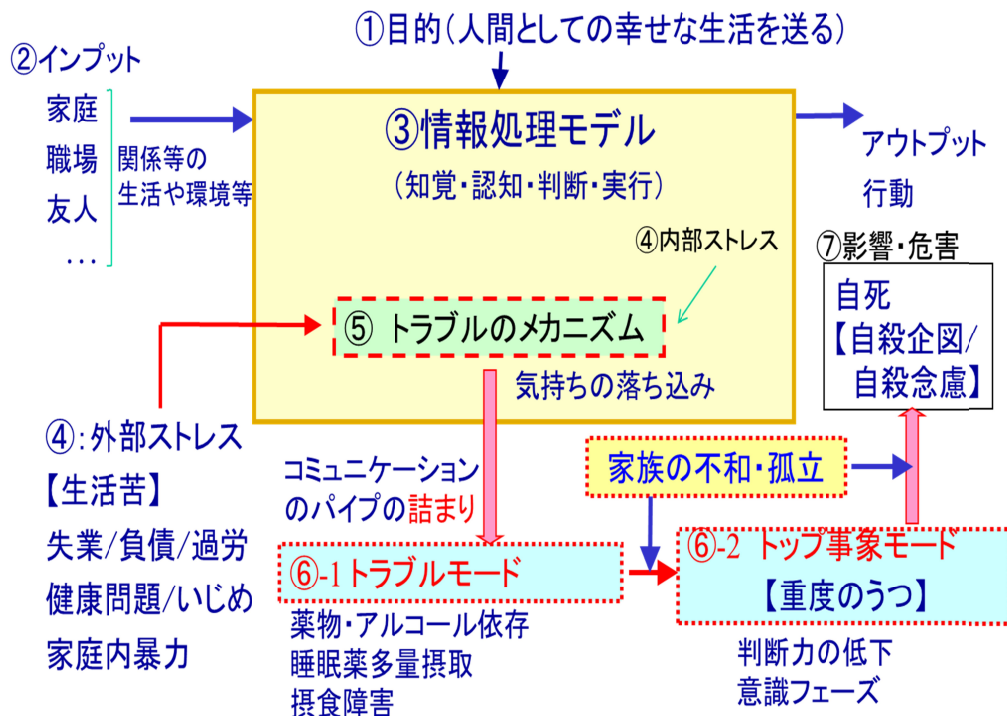


図4. 未然防止の4つの柱

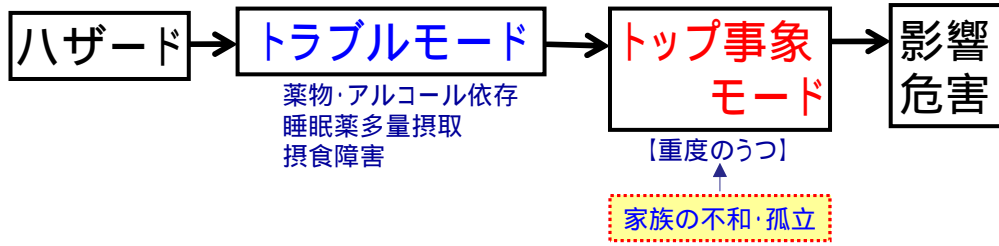


図5. 2004～06年の職業別自殺者（警視庁「自殺統計原票」）

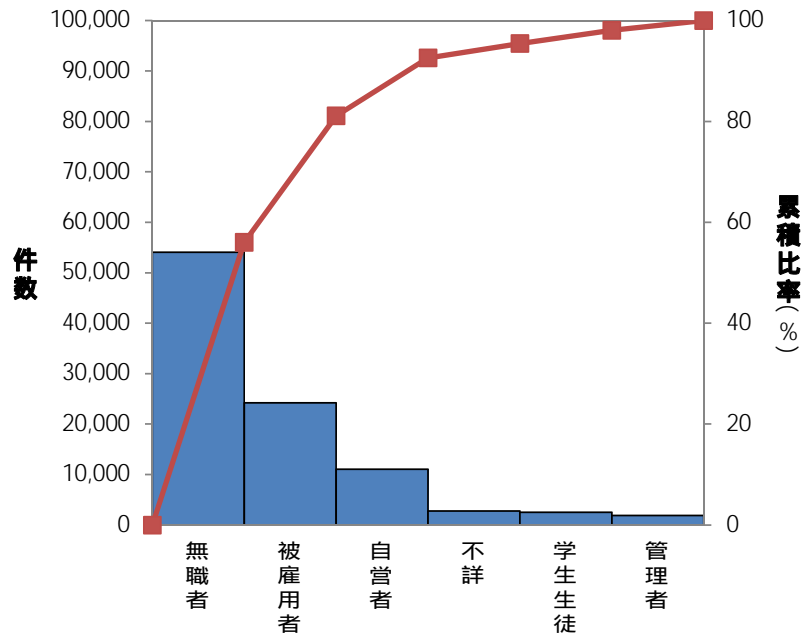
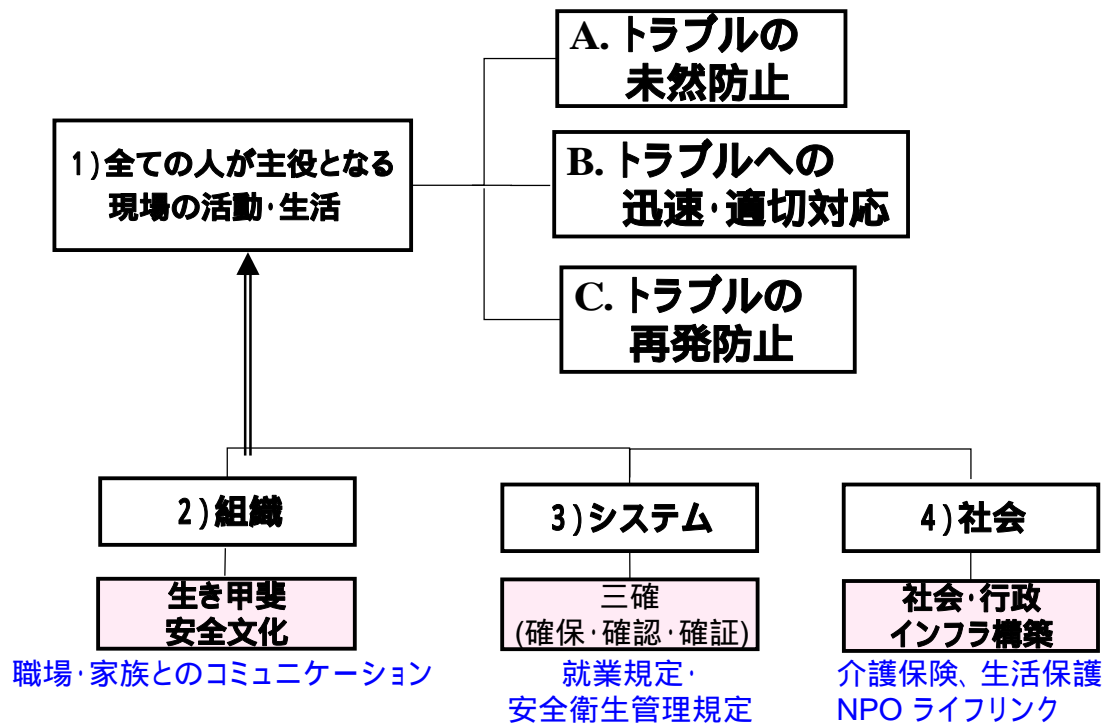


図6. 自殺予防へのスキーム



参考文献

- [1] 真壁 肇, 鈴木和幸, 益田昭彦:「品質保証のための信頼性入門」, 日科技連出版社 (2002).
- [2] 鈴木和幸: 「未然防止の原理とそのシステム」, 日科技連出版社 (2004).
- [3] 鈴木和幸: 「信頼性・安全性の確保と未然防止」, 日本規格協会 (2013).
- [4] 自殺実態解析プロジェクトチーム:「自殺実態白書 2008 [第二版]」, NPO法人 自殺対策支援センター ライフリンク 代表 清水康之に基づく分析 (2008).

## 厚生労働科学特別研究第1回班会議議事要旨

日時：平成25年10月23日(水)18時 22時

会場：統計数理研究所八重洲サテライト

### 議事

1. 厚生労働省 江副 聡氏より、自殺対策の現状、本研究班立ち上げの経緯、目的、期待などが示された。

2. 代表者、分担者、協力者から自己紹介と共に研究紹介、問題意識などが示された：

2-1: 椿代表者あいさつ並びに久保田協力者と共に紹介

椿より、本研究班交付申請に当たって種々ご尽力いただいたことに感謝が述べられた。また交付申請書に基づき、諸学術分野の研究者が問題意識を出し合い、多様かつ複合的な自殺現象に対策資する研究俯瞰を行い、政策的意義のある総合的研究の方向性を明らかにしたい旨挨拶があった。引き続き、本研究班代表としてシステム科学的アプローチの必要性を述べたうえで、欠席の鈴木和幸教授のリスク情報・システム科学の構想などを紹介した。また、統計数理研究所リスク解析戦略研究センター自殺・メンタルリスクプロジェクトとそこが行っている自殺時空間集積性分析、自殺要因分析、ツイッターの分析が紹介された。

2-2 川端分担者：自殺予防と法制度（刑法上）に関わる竹島先生との共同研究、特に自殺への関与（自殺教唆、自殺ほう助など）に関わる研究（自殺援助と死因とのかわり、Finland の高自殺率原因の究明）、背景にある現象解明の方法としての弁護士相談による自殺の原因究明（自殺の法的複雑性から導かれる自殺対策）、マイノリティが追いつめられることによる自殺についての法的対応の問題などが紹介された。

2-3 澤田分担者・清水協力者：自殺の社会経済的背景と実態の実証的解明、なぜ自殺対策は必要か（遺族数推計、ウェルテル効果、生命保険支払の経済インセンティブなど）、エビデンスに基づいた自殺対策の効果検証（自殺対策基金、こころの絆創膏、青色灯など）の計量経済学的分析などが紹介された。日本の自殺の実態と共に、大局的見地から自殺総合対策によって日本に何が起こったのか、その価値観、理念、対策枠組みの変動を効果検証を行わなければならないこと、それらが、WHO の活動レポートに組み込まれるべき点でもあるとの提言がなされた。

2-4 島園分担者、堀江協力者：文化・宗教と自殺とのかかわり方の現状に関するこれまでの研究、国際的動向を紹介するとともに、宗教者の社会活動（特に、我が国の仏教）としての自殺防止について紹介があった。自殺と自己犠牲との差異などにつ



いて死生観の立場から問題提起があった。

2 - 5 藤森分担者，竹島協力者：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必要性，方法，研究計画について紹介があり，WHO 会議参加者に対して調査を行うので，この機会に本研究班研究者にも質問項目を提示するよう希望が示された。

2 - 6 山本分担者：社会学観点からこれまで研究した暴力団排除の取組みについての研究を例に地域社会に安心を与える方法の研究とはどのようなものであるかを紹介し，自殺の認知についての計量的分析などのあり方も提言した。

2 - 7 渡辺協力者：教育学，発達心理学的視点から生徒が抱える危機とその危機を予防し，自殺を予防するための教育の学校や社会への導入についての国内外の研究動向について紹介があった。

### 3. WHO 会議への対応

12月16-18日に秋葉原で行われるWHO世界自殺対策会議について，竹島協力者より紹介があるとともに，そこでのカントリーレポートの構成案について意見が求められた。清水協力者より，レポートに盛り込まれるべき内容について提言が示された。カントリーレポートについてはそこに含まれるべき各学術領域の項目をWHOからエビデンスを求められることを前提に研究班メンバーが必要に応じて提出することとした。藤森分担者から要請のあった参加者アンケートの質問項目についても各メンバーが提出することとした。12月16-18日に出席可能なメンバーは可能な限り，出席することとした。

### 4. 今後の進め方：次のような進め方が代表者より提案された。

11月中：研究課題項目のアイデア出し、海外研究、データなどの洗い出し

12月WHO会議終了ころ：

各個別学術領域ごとに推進すべき研究課題項目の確定と海外動向などの確認、学術間の関連性の分析、WHO会議前：諸領域の相互理解と研究項目についての自由な議論、政策や現場と連携できる研究項目のデザインについての自由議論

1月上旬：各領域別レポートのアウトライン完成

2月上旬：総合的方向性のアウトライン完成

2月15日ころまで：各領域ごとに推進すべき研究課題についての報告書ドラフト

3月10日ころまで：政策的ソリューションに繋がる総合的研究の提言案完成

3月末：報告書完成

## 厚生労働科学特別研究第2回班会議議事要旨

日時：平成26年1月26日 12時 15時

会場：統計数理研究所八重洲サテライト

出席者 椿，伊東，岡本，河鳶，久保田，澤田，鈴木，清水，  
竹島，藤森，堀江，山本，渡辺

### 議題1：前回議事要旨の確認

確認されたが，第1回会議についてはテープ起こしの上で議事録も記録として残すこととした。以降，そのようにする。

### 議題2：研究分担者の研究報告

・岡本先生，鈴木先生が自身の研究分野について報告し，質疑応答があった。

自殺対策に資するコホート型データとそれに対する要因データのリンケージ，リスク情報・システム科学の方法論の自殺対策分野への適用可能性についての活発な議論が行われた。

### 議題3：WHO 会議報告と WHO カントリーレポート取りまとめについて

WHO 会議出席者・オブザーバーから概要報告と感想を聴取した。日本の総合自殺対策の先進性について，改めて認識する機会となったという点では一致した。WHO カントリーレポートとして研究班から提出する案について意見交換がなされ，若干の文章修正の上，翌日，WHO 担当者に提出することとなった。

### 議題4：研究報告書のとりまとめについて

各分担者，協力者は，23日までに代表者に各領域の報告書アウトラインを提示し，椿が，それを基に研究報告書の総合的部分についての構成について次回研究会議で報告し，その後，総合部分について早急に起案することとなった。報告書の原案については，次回会議に各分担者・研究者が持ち寄ることとする。

### 議題5：次回班会議とパネル討論

次回班会議はパネル討論が実施される3月2日夜とし，報告書とりまとめの最終案とする。各分担者，協力者はパネリストや討論者のリストを早急に代表者に提出されたい。原則として，分担者または協力者をパネリストとする。

## 厚生労働科学特別研究第3回班会議議事要旨

日時：平成26年3月2日 18時 21時

場所：学術情報センター2階会議室

出席者 椿，伊東，岡本，久保田，澤田，鈴木，清水，竹島，藤森，堀江，山本，渡辺  
本橋

議題1：前回議事要旨の確認

確認された。

議題2：研究班報告書のまとめ方

- ・椿より、WHOのカントリーレポート案を先方に送付したとともに、研究班総括報告のアウトラインについて説明がなされた。これに対して研究班員並びに厚労省、自殺対策の現場を代表する、清水氏、次期厚労科研を組織する可能性のある本橋教授の意向を確認した。特に、現場で行われる必要な情報収集と自殺研究として可能な情報収集とのギャップについて議論が行われ、それに起因する困難について報告書に記載することとなった。

議題3：研究報告書のとりまとめについて

年度内に報告書印刷経費を執行するため、各分担者、協力者は、3月24日までに代表者に各領域の報告書並びにパネル質疑の回答を提出することとした。

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を知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、最近はやさしい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ようになった。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を出し、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扱った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し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はない。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済学から順次紹介させていただきます。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きます。

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、社会科学的な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。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済学を2つ目の柱にしている。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。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り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こと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 年目は低いけど 3 年目に延びる。3 年に延びたら、1 年、2 年、3 年は低いけれども 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、物語から死を知ることとは、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るのが実情である。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した。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考えると、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で疑問である。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、多かっ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。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。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扱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らうと思う。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らう。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のだら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。今日のご多忙の中、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。

2014年3月2日 研究班パネル討論会質疑

| 質問者   | 分類  | 対象者 | 内容   | 回答   |
|-------|-----|-----|--|--|
| 池田真介  | 意見  | 藤森  | RCT の具体的内容、規模(予算含)、目標とする精神的負担の指標は何か。   | 回答によりますと下記のとおりです。1. スウェーデンの国家プロジェクト(予算 1,500,000US\$/年、 <a href="http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?l=en&amp;d=13243">http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?l=en&amp;d=13243</a> )の、2. ニュージーランドにおける自殺企図者のサポートのための保健制度強化を目的としたプロジェクト(予算 10,000US\$)、3. アメリカにおける10代と高齢者の対人的つながりに関するプロジェクト(各予算 400,000US\$/年)、4. イギリスにおける子どものメンタルヘルス向上のための学校職員への介入試験(予算 660,000US\$)、5. アジアでの自傷患者への介入試験(予算 1,600,000US\$)、6. デンマークでの自傷患者への支援活動(予算 500,000US\$)、7. デンマークでの自殺企図者への行動介入(予算 1,000,000US\$)、8. 中国での電話相談者への問題解決療法(予算 30,000US\$)   |
| 岩瀬博太郎 | その他 |     | お招きいただきありがとうございます。個々の死について検討する法医学が専門ですので、どのような点で接点があるのかについて、現段階ではあまり思いつきません。しいてコメントさせていただきますと、今回の討論会については、マクロ的な解析が多く、私にとっては漠然とした印象を受けました。個々の事例について自殺の方法や動機などについてデータベースなどあるのであれば、そういったものの解析も必要かと思えます。例えば「楽に死ぬ」とネット上で話題になった死に方(硫化水素や練炭)がどの程度あり、その動機がなんであるのかといった解析をすれば、ある程度自殺を減らせるかもしれません(マクロ的效果は大してないかもしれませんが) |  |
| 宇田英典  | 質問  | 澤田  | 介護保険制度の導入と高齢者自殺数の減少との関連についての分析はされておられますか？(居宅系サービス、通所系サービス、入所系サービス)   | 大変重要な視点と思いますが、現在のところ、データ不足の問題で、そうした研究はできていません。一般論ですが、高齢者の置かれている状況を個人あるいは世帯の目線ではなく健康面のみならず社会経済面までとらえたデータは、経済産業研究所(RIETI)と一橋大学、東京大学(第2回調査より参加)が協力して実施している、50歳以上の中高齢者を対象としたパネル調査「くらしと健康の調査(Japanese Study of Aging and Retirement, 略称 JSTAR)」くらいだと思います。JSTARとは先進諸国の中で先駆けて高齢化が進展する日本において、持続可能な社会保障制度を構築するためには、高齢者の実態を多角的に捉えたマイクロデータの存在が政策インフラとして必要不可欠であるという問題意識から何人かの研究者の強力な貢献によって2007年から実現したプロジェクトです。すでに、世界各国では高齢者を対象とした大規模調査が実施されており、学術研究に用いられるだけでなく、現実の政策立案の判断材料として活用されています。しかし、高齢化が進んでいる日本においては、これまで高齢者の多様性を多角的に捉えた、十分な情報を備えた統計調査が存在しなかったわけです。JSTARのデータは、高齢者の経済面、社会面、および健康面に関する多様な情報が含まれているだけでなく、先進各国ですでに実施されている、Health and Retirement Study (HRS, USA)、Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE, continental Europe)、English Longitudinal Study of Aging (ELSA, Britain)とも国際比較可能な、国際標準のデータです。こうした重要な試みが、日本ではこれまで軽視されてきたのは驚くべきことだと思っています。 |

| 質問者  | 分類 | 対象者  | 内容   | 回答  |
|------|----|------|--|---|
| 大澤幸生 | 意見 | 澤田   | ウェルテル効果についての時系列データ(曲線)を拝見する限り、これは「引き金」であって、すでに他要因で動機が蓄積されているように見えます。各種要因に対する自殺発生の応答関数(i.e.,時間遅れ)を分析しておくことも必要ですね。   | 仰る通りと思います。やはり、そうした多面的な要因をとらえることと、著名人の自殺がどのようなところで引き金になってしまうのかを一步踏み込んで議論できるようなエビデンスが不可欠と感じます。  |
| 大澤幸生 | 意見 | 全体   | 自殺の原因の1つに、全ての対策についての諦めがあるのではないかという気がいたします。すると、諦めである以上、言葉として人に表現されることも少なく、本人からのヒアリングのデータなど難しいでしょうから、大変な難題であろうと思います。むしろ、声にならない内面の諦めを拾うためには、声にならないという事実、即ち「沈黙」も顕在化した予兆と同様に拾う必要があるように思いました。この様な分析では、個別の人の、あるいは周囲の人の行動・言論についての時系列が対象となるのではないかと思いますので、今後のご講演も含めて期待いたします。 |   |
| 大澤幸生 | 意見 | 全体、椿 | 個人についての自殺の研究の一方で、組織あるいは社会といった系の病理学として自殺データを分析する試みも有意義かと思えます。系全体に対する外からの影響因子、およびそれらの因子間、因子と系の相互作用(マクロ)に関する研究と、系内部におけるミクロな過程に関する研究が並行に走りながら連携しておくことが重要ではないかという感想を持ちました。この点について鈴木先生のお話にいたく共感しました。   |   |
| 大塚俊弘 | 意見 | 堀江   | 宗教家の中で「自殺は誰にでも起こりうる事象であり、決して個人の脆弱性や努力不足等に起因する不名誉な死ではない」という正しい理解は広がっているのでしょうか。一般国民と比較しても正しい理解をしている方の割合は高いのでしょうか。  | 僧侶である加茂順成さんのコメントにもあるように、仏教の教義では、自殺への善悪の判断はないそうです(加茂さんは經典の網羅的な研究を担当されたそうです)。同時に加茂さんが指摘されるように、僧侶個人では自殺タブー視は見られるそうです。しかし、そのような僧侶は相談される確率が低いという結果があるようです。   |
| 大塚俊弘 | 意見 | 全体   | 自殺被害の影響を受ける可能性のある「弱者」のためにという考え方はなく、「強者」であっても自殺のリスクはあるというスタンスで研究を進めていただきたい。   |   |
| 小川有閑 | 質問 | 堀江   | 日本の宗教には、規範的な意味での抑止力はあまり期待できないと感じますが、治さない姿勢、苦しいのが当たり前という姿勢がある種の効果があるのではないのでしょうか。つまり、自殺を減らすという「自殺対策」からはみ出る領域といたしますか...   | 同意します。自殺禁止と自殺タブー視は裏表の関係にあり、そのジレンマを和らげる機能が、自殺者を他の死者と差別せずに喪う日本の宗教には期待されるのではないかと思います。  |
| 小川有閑 | 質問 | 堀江   | 「幸せ」や「苦しさ」への認識も宗教と関連するのではないのでしょうか。すでにそのような調査がありますでしょうか。  | アメリカの宗教心理学では様々なウェル・ビーイングと宗教的信仰との間には関連があると言われています。日本でもJGSSの二次分析で、宗教と幸福度に有意な関係があることが指摘されています。cf. 「幸福感の決定要因」 - 経済社会総合研究所、<br>< <a href="http://www.esri.go.jp/jp/archive/e_dis/e_dis165/e_dis165b.pdf">http://www.esri.go.jp/jp/archive/e_dis/e_dis165/e_dis165b.pdf</a> > |



| 質問者  | 分類       | 対象者       | 内容  | 回答  |
|------|----------|-----------|---|---|
| 金子能宏 | 質問       | 久保田<br>岡本 | 久保田先生のスライド 2 ページ目に年齢階級ごとの空間スポットの分析があると示されています。年齢階級ごとの自殺は、コホート別にみた自殺率にも関係していると思います。例えば、計算量は大変ふえると思いますが、久保田先生の研究と岡本先生のコホート分析を連動して地域の特徴を反映した自殺死亡率のコホート分析の可能性、展望はあるでしょうか。もしそういう運動ができると、例えば県の自殺予防対策にも大きく役立つと思いますので。  | コホート効果についてはぜひ検討していきたいと考えているし、年齢の隣接を考慮してホットスポットを求めることも検討したい。(久保田)また、ホットスポットを求める解析ではないのだが、2013年10月17日に開催された「第3回自殺リスクに関する研究会」にて「都道府県別自殺率の年齢・時代・世代効果からみた特徴」ということをご報告いただいてもいいので、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。  |
| 金子能宏 | 質問<br>意見 | 澤田        | 自殺対策には 2 面あることがよくわかりました。自殺防止対策のためには、生命保険、連帯保証人など経済的要因を明らかにすると、予防対策が具体的にくめると思います。自殺遺族数推計は、自殺の事後的影響が明らかになり、防止の必要性がよりリアルに分かると思います。貧困研究(Poverty Studies)では、貧困の世代間移転(子の学歴が親の学歴か所得階層に依存)が最近重要視され、ルクセンブルクインカムスタディー(LIS)のマークスジャンティ先生たちのグループなどが実証研究しています。自殺遺児の学歴向上、貧困の伝播の防止のために、先生としては遺族数推計の拡張と貧困研究との共同などにどのようなお考えをもっていらっしゃいますか。 | 自殺の社会的な悪影響をミクロレベルでとらえ、有効な防止策を明らかにするにはどうすればよいかというご指摘と思いますが、確かに貧困研究と自殺の社会経済的な研究とは密接に連携すべきだと思います。問題は、こうした重要な全体像を浮き彫りにして有効な対策をたてるための「エビデンス」が決定的に不足していることだと思います。質の高いデータを収集することの重要性がきちんと認識され、自殺対策が前に進むことを願ってやみません。  |
| 加茂順成 | 質問       | 堀江        | 震災以降、宗教者による自殺予防活動に関する文献が増えたものの、一般的に認知されていない理由をどのようにお考えですか。  | 宗教そのものがタブー視されていることが背景にあると思われます。とくに教団の利益追求に対する世間の批判的意識は新宗教のみならず既成宗教に対しても強いと思います。そのような状況のなかで、社会貢献活動でさえも布教宣伝の一環ではないかという警戒感が強く見られます。個人的には、宗教の社会貢献活動をメインストリームにのし上げるのは難しく、逆に特異な立場だからこそ必要とされるという面を生かした方がよいのではないかと考えています。心理カウンセラーや精神科医にはなれないし、学ぶことは重要だけれど、それになりきるべきではなく、知らせる活動と、門を叩いてくる人への準備が必要と考えます。同時に、宗教界内の自殺タブー視や二次被害について調べ、宗教内、宗教学内で議論することも重要だと思います。 |
| 加茂順成 | 意見       | 堀江        | (仏教の立場からの情報紹介)自殺予防と自殺のタブー視のジレンマを宗教が解消しようというご指摘について。現場について 浄土真宗本願寺派の調査において、自殺をタブー視している僧侶ほど相談をされる確率が低いという結果がでています。正しい教義理解が必要と言えます。教義について 仏典では、亡くなり方の善悪の価値判断をしていません。同時に、自殺を容認するのではなく、生きていてほしいというメッセージも仏典中に多い。前者は自殺のタブー視の緩和に、後者は自殺予防機能の発揮につながり、両者が両立しうる可能性が仏教にはあります。  | 貴重な情報をありがとうございます。とても大きな示唆を受けました。  |

| 質問者  | 分類 | 対象者  | 内容  | 回答   |
|------|----|------|---|--|
| 吉川武彦 | 質問 | 樫久保田 | 「自殺脆弱性(小生の造語)」をもたす要因として、地域特性との関係のひとつともいえるが、当該地域に伝わる自殺・自死に関する伝説、説話との関係が「ある」あるいは「あった」と考えている私です。例を挙げれば、沖縄の宮古島、新潟県下の松立山(?)などがこれに当たるように思うが、その点についての今後の研修、研究の方向についてお考えを伺いたいと思います。   | 既に、歴史的な自殺研究、我が国、国勢調査の父と言われる杉亮二の研究にもその種の説話の影響を原因仮説として示しています。その実証については、現時点では初中等教育や子供たちがどのような情報をインプットされているかに注目したケース・コントロール研究などを実施することが考えられるでしょう。  |
| 吉川武彦 | 質問 | 岡本   | 年齢別のコホート研究を志したものとしての質問です。私自身は「60年安保」世代であり、この世代の自殺の高さ、つまり同年世代の自殺率の高さから自殺研究を始めました。その「自殺体験」から私自身はコホートを10年と考え追いかけてきました。基本的には～00年から～09年(つまり1930年生まれから1939年生まれ これが私の世代です)を考えてきました。そうすると1969年の東大安田講堂事件を中心とする大学紛争世代は一世代あとです。こう考えていくと社会的事象と自殺関係がよく見える気がします。ご意見をいただければ幸いです。 | 社会や文化がどのように進化しつつ、思想や気質についても周期性トレンドを持ち、世代効果が生じるということは、大いにあり得ることで、そのメカニズムは社会科学では考察されているのでしょうか。新たな社会学の理論のようなものをより実証的に作ることが社会の理解には必要なかもしれません。(回答にはなっていませんが、樫が記載しました)もちろん、文化動学のような分野が社会心理分野にあることは承知しています。 |
| 吉川武彦 | 質問 | 澤田   | 現在「働く人の自殺防止」について、あるNPO法人与共同で研究をすすめる、企業主や労働者の自殺防止活動をすすめています。お教えいただきたいのは、企業の規模にもよりますが、ひとりの労働者(自社の職員)が自死することの損失はどれほどのものかという点です。新人教育に要した投資、蓄積したノウハウの損失を考えたとき、労災、家族年金等を含めてどのように計算すべきか「いったいいくらぐらいか」ということです。当然自殺自死の年齢によって違いますが。  | この点については、国立社会保障人口問題研究所の金子能宏先生の推計結果が参考になると思います。勤労者が自殺した場合に、自殺しなかったとすれば生み出されたであろう不可価値を総計して自殺の損失を数量化したもので、大変重要な研究です。  |
| 吉川武彦 | 意見 | 樫    | 自殺防止か自殺予防かという用語についてです。小生は自殺防止派ですが、これは長い間、厚生(労働)省で自殺防止センターを作ろうとしてきた「闘い」の結果です。厚生省は疾病対策を軸とした省庁であり、疾病は予防と治療を主としてきました。今ではハビリも入ります。そこで「闘い」ますと、「自殺は疾病ではない」という門前払いです。メンタルヘルスが厚生行政にとり入れられてからもこれが続きました。その経験から自殺は予防ではなく「防止」と私自身は決(?)め、厚生行政から切り離し、内閣府にお願いすることにしたいきさつがあります。    |  |
| 清水康之 | 意見 | 全体   | 研究のための研究になってはいけない。「人の面影」をどこかで感じながら研究を進めてほしい。自殺対策の「実践(現場のとりくみ)」と「研究」、さらに「政策」とを連動させる仕組みが必要。「実践」と「政策」はかなりつながってきているので、「研究」もそうした連動を意識してほしい。  |  |

| 質問者  | 分類 | 対象者      | 内容   | 回答   |
|------|----|----------|--|--|
| 高倉節子 | 意見 |          | 全般的にグローバルな対応についての展開が多いように思えます。自殺の問題を個々の問題として探究し、ケース・スタディ的な研究、それを総括しての全体的な把握というアプローチも必要ではないか。統計的な手法もデータマイニング等を導入して、個々の問題のきめ細かい分析がもっと必要ではないかと思う。   |  |
| 竹島正  | 質問 | 堀江<br>島蘭 | インフォーマルなケアとして宗教者による支援はきわめて重要と考えるが、その自然な参加が阻まれているように思う。それを変えるには何が必要か。教えていただきたい。   | 加茂順成さんの質問への回答で替えさせていただきます。(堀江)   |
| 竹島正  | 質問 | 椿        | 学際的研究、融合的研究の発展には、それぞれの領域の研究方法論の尊重、対話が必要に思う。特別研究をとおして椿先生の気付かれたこととお話しただけとありがたい。  | 多様なディシプリンを融合するプロジェクトの成否は、研究者が多様性受容という力量をもつことです。否定をしない、全ての学術活動、プロジェクト活動のどこに価値があるかを聴いて納得してゆくことです。逆に自分自身の領域が他から観たらどのように考えられているであろうかということに、創造性を発揮する。いわゆるメタ認知ができることが大切でしょう。ただ、この考え方は多くの研究者はそうあるべきものと訓練されているのではないかと思います。実際、今回の研究班のように、まったく今まで出会ったことのない研究者グループが突如集まって議論する方が、異分野とは言え、自分に近い方を集めたプロジェクト研究より、問題の発見が進むのではないかとすら思っています。 |
| 得丸定子 | 意見 |          | 教育、特に大学教育、とくに教育大学(教員養成大学)への教育対策を政策的に取り組むことを要望します。【理由】日本国内は経済、壮年期、老年期への自殺対策が主流です(最近、青少年への視点が项目的にはあがってきてはいますが)。・フィンランドでは項目の第一位として青少年対策をあげてきています。・青少年の自殺リスクは、時間経過的には、壮年、高齢者へのリスクにつながります。・学校教育現場での自殺予防教育は非常に少ない(様々な理由から)。・教員自身が自殺予防教育をどのようにしてよいのか分からない現状。・単発的な研修会では教員への教育は不可能。・よって、先生の卵である教育大学の学生への教育を重点項目に入れることは大切ではないかと思います。 |  |
| 西尾隆  | 質問 | 椿        | 「プロセスとしての自殺」について、もう少しお聞かせください。自殺率の国際比較で日本はかなり高いわけですが、ストレスの多い(と思われる)社会の中で、死を考え、心を病み、徐々に死に至るといったことがあるのでしょうか。そうしますと、日本人の平均寿命の高さは、どう理解すればよいのでしょうか。   | 自殺というイベントがどのようなプロセスで生じたのか、自殺の前に何が起きて、その前に何が起きていたかというミクロの順序を丹念に追うということが本来の自殺対策につながる研究だと考えます。そのプロセスの中で似ているもの似ていないものを分類するという事です。日本人の平均寿命の高さ自体は、諸外国に比して乳幼児期の死亡率が著しく改善したことが、かなりの寄与率を占めていると思います。もちろん、長寿命の要因解析自体がマクロとミクロとの連携で明らかにされるべきものと思います。  |

| 質問者  | 分類       | 対象者 | 内容  | 回答   |
|------|----------|-----|---|--|
| 西尾隆  | 質問<br>意見 | 澤田  | レジュメ2の(公的)自殺対策の必要について感想と質問です。戦後史の中で、自殺率の高まり(ピーク)は、1950年代、1980年代、1990年代後半と3回あり、本格的に対策がとられたのは2000年以降です。これは、社会の中で点化し、政府(政治家・役所)が自殺を 이슈として認知してはじめて公的な対策が始まる、ということかと理解します。経済学では、市場や市民社会に対し、あえて介入することに対し多様な考え方がありますが、現在は戦後史の中で「政府の介入」についてどのような考え方をしているのでしょうか。(あくまで「補完」という自由主義的見方もありうるかと思えます。) | 重要なお指摘、ありがとうございます。戦後の自殺率ピークは岡本先生のご報告でより深く理解することができる問題だと思います。経済学の考え方ですが、まず「市場」の役割が挙げられます。ある仮定の下では、市場の競争が社会にとって最も望ましい状態を達成するというのが「厚生経済学の第一定理」で、これが1950年代に完成したこの考え方が一つの基礎にはなっています。ただし、こうした定理が現実になり立つと思っている(まともな)経済学者はいません。こうした定理が成り立たない、つまり市場に任せておいても必ずしも最も良い状況にならないという考え方を「市場の失敗」と呼びます。市場が失敗する場合に重要になってくるのが政府の役割で、政府は課税や補助金など様々な手段を用いて市場の失敗を補正するという重要な役割を果たします。ここで、市場と政府は相互補完的な役割を果たすことが理論上は分かります。ところが、政府はそれ自身が利己的な行動をとります。政治家は、より望ましい社会を目指すだけでなく、自らの再選可能性を確実にするような行動をとります。官僚機構は、しばしば省益を最大化するように行動します。つまり、「政府もまた失敗」するのです。市場が失敗し、政府が失敗するとき、それを補正する役割を潜在的に果たするのが「コミュニティ」です。これは、農村共同体のようなものもあれば、非政府組織(NGO)一般も含まれます。コミュニティに根差す社会関係資本(ソーシャルキャピタル)が市場の失敗・政府の失敗を補完する役割を果たすというのが経済学の一つの有力な考え方であると思えます。 |
| 野間久史 | 意見       | 藤森  | 近年の社会疫学研究では、日本は海外(欧米)と大きく異なる特徴的な結果が多くの研究で得られていると言われています。例えば、自殺率が景気と連動するとしても、海外でも景気の悪い時期はあり得ます。日本で特に自殺率が高くなるのだとすれば、その原因は何なのか?そのような科学的エビデンスをきちんと確立したうえで、Evidence-based Health Policyの原則で、効果的な対策を打ち出していく必要があるかと思えます。   | 仰る通りだと思います。一つ一つ科学的根拠を積み重ねることが重要であると思えます。また、国際共同研究について議論していくことも大切かもしれません。   |
| 林泰成  | 意見       |     | 長期的なスパンで自殺対策を考えると、価値観や人生観を変えるような取組も必要だと思います。学校教育でも直接的に自殺を取り上げるわけではないにしても、いのちに関する教育は行われていますが、しかし、その効果についての実証は難しい。こうした点も含めて「総合対策」が進められるとよいと思いました。   |  |
| 福地成  | その他      |     | 被災地で地域住民を支援している人間としては、どうしても災害と自殺について関心がかたよります。地域の中には災害後に多くの調査が行われ、その多くは分析されずに残っています。これをつなぎ合わせて、地域の健康に寄与できないかをよく考えます。統計学、疫学の先生方との連携によって打開策がみつからないか思案しております。  | 私自身は統計学の人間ではありませんが、被災地での自殺の実態には関心があります。今後とも研究協力など進められれば幸いです。(堀江)   |

| 質問者  | 分類  | 対象者 | 内容   | 回答   |
|------|-----|-----|--|--|
| 宮本定明 | 質問  | 久保田 | SNS 等 Web 情報の解析によって、有益かつ新たな知見が得られたでしょうか？また同様の Web 情報の解析から有益な知見が得られたという先行研究はありますか。  | 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、どういうツイートがいつされているかというのを表わしている。何が特徴的かという、実は7月の部分だけが他と比べて全然違うというのを見て取れ、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。実際にインデキシングから検索を行う事もやっちはいるが、そこからさらに踏み込んだ解析というものが必要になってくると考えている。また、Web 解析から得られる知見については、ある区切られた時間のなかでいくつかのキーワードの頻度を比べたものや、特定のキーワードに限って、それが時間的に急上昇した時間を調べるといったことは行われている。キーワードの繋がりについては十分な知見は得られていないが、むしろもう少し長い文章のなかでのワードのネットワークの分析については行われており、その辺りの関連についても先行研究を調査し研究に生かしたい。 |
| 宮本定明 | 質問  | 澤田  | 先生のチームは学際的チーム(経済学からはみ出している?)ではないのでしょうか(*)。もし学際的であるならば、学際性のメリットはなんですか。また学際研究のデメリットは何でしょうか。(*)研究発表誌をみると経済学に限らないように思えます。  | 自殺の問題は、経済学だけで取り組むことは到底不可能です。他方、医学的・疫学的研究にも埋めるべき穴があり、経済学はそうした穴埋めを精緻にできると考えています。こうした学際研究のメリットはあれど、デメリットを感じたことはありません。もちろん、テクニカルチームの違いで苦労するということはありますが。例として、疫学・公衆衛生学では、統計分析で Confounding factor という問題がありますが、経済学はこれを endogeneity bias と呼んでいて、用語が異なるという点があります。   |
| 宮本定明 | 質問  | 鈴木  | もともと人工物を対象としてきた工学が自殺予防のような課題に対するとき、注意すべきことについてご教示ください(再現性・データの正確さ・予測可能性・人間機械論の是非)。工学、システム工学の1つの役割は「ツールの供給」であると考えてますが、本学際研究における主要ツールは先生がおっしゃったデータベース以外に何かあるでしょうか。 | 工学との違いは、同じストレスでも人間の場合は個人差が大きいことと思われます。また、周囲の人による支えが、その人の心を変えうることではないでしょうか。ツールとしてのトラブルモード、トップ事象モードへ着目が重要と思います。  |
| 宮本定明 | その他 |     | 自殺予防に関する学会設立の話がうかがい、大変有益と考えました。また、本テーマに関する共通理解としての「自殺予防リテラシー」の確立が期待されます。   |  |

| 質問者  | 分類 | 対象者 | 内容   | 回答   |
|------|----|-----|--|--|
| 山田全啓 | 質問 | 澤田  | 名古屋市におけるこころの絆創膏配布後の男性4ヵ月、女性2ヵ月の低下の違いの理由、また配布の効果は5ヵ月ということでしょうか。   | 重要なお指摘と思いますが、こうした構造についてはあまりよくわかっていません。ご指摘の点にお答えするには、より質の高いデータ・情報を収集、解析し「エビデンス(科学的証拠)」を積み上げることが不可欠であると考えています。 |
| 山田全啓 | 質問 | 堀江  | 奈良県は宗教団体教師数が人口10万対1963.6と全国一で、自殺率も低い。因果関係はあるのでしょうか。宗教家数と自殺率には相関はあるのでしょうか。  | その数字の出所を確認できなかったのですが、「宗教統計調査結果」を元に人口あたりの割合を出したものと思われます。多生手間はかかりますが、検証はできると思います。貴重な情報をお知らせくださり、ありがとうございました。   |
| 渡辺弥生 | 意見 | 全体  | ミクロとマクロの統合について。・同じパターン(例:失業 うつ)に陥っても自殺する人とならない人に生起する背景に、個人の性格、能力、発達という factor から考える視点も重要では(そうした視点から教育を考えることができる)。・また、子どもの自殺率は低くても軽視せず、予防する視点が重要。その意味で、「死」について把握する知識、能力が未発達な子や、対人関係のスキルが低い子(いじめ対策も関連)への対応が必要。・こうした個人変数もマクロの統計に入れてもらえるとよい。 |  |

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<br>編集者名 | 書 籍 名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|------|---------|---------------|-------|------|-----|-----|-----|
|      | なし      |               |       |      |     |     |     |

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 |
|-------|---------|------|----|-----|-----|
|       | なし      |      |    |     |     |