特集論文

わが国の自殺対策

赤澤　正人
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター　精神保健研究所精神保健計画研究部

● 要約 ●
わが国の自殺者数は12年連続して3万人を超える水準で推移している．自殺総合対策大綱には，自殺対策の基本認識として，自殺は追い込まれた末の死，自殺は防ぐことができる，自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している，の3点が挙げられており，自殺対策は社会全体の大きな課題となっている．
筆者の所属する研究班では，自殺の実態把握を目的として，都道府県・政令指定都市の協力を得て，心理学的剖検の手法を用いた自殺予防と遺族支援のための基礎調査を実施した．また自殺の危険因子を明らかにするために，自殺事例と性別，年代，および地域を一致させた生存事例を対象に症例対照研究を実施した．
その結果，教育機関と精神保健福祉機関・精神科医療機関の連携，向精神薬の誤用の防止，アルコール関連問題への啓発と対応，専門機関の連携によるメンタルヘルス支援の向上などが，今後の自殺対策において重要になることが示唆された．

● Key words：自殺，自殺対策，心理学的剖検，精神障害，遺族支援

人間福祉学研究，3 (1)：31-42，2010

1．はじめに

自殺は，広く社会的に，情緒的に，経済的に影響をもたらす最も重大な公衆衛生学上の問題である．今世界で，毎年約100万人の人が自殺で亡くなり，そして一つの自殺によって強い影響を受ける遺族は，周囲に6人前後はいるものと考えられている（McIntosh, 1996)．わが国においても年間に3万人以上が自殺で亡くなっている．ここではわが国の自殺の実態と対策について述べることにする．

2．自殺対策に取り組むにあたって

2.1．自殺対策の必要性

わが国の自殺者数は，平成10年以降，12年連続して3万人を超える水準が続いている．警察庁(2010)の「自殺の概要資料」によると，平成21年中の自殺者数は32,845人であり，同年に交通事故で亡くなった人の6倍以上となっている．また日本の自殺死亡率（人口10万人に対する自殺者数）は，諸外国と比べてみても，男女ともに主要7カ国で最も高くなっている（自殺予防総合対策センター，2008)．

厚生労働省(2009)の平成20年「人口動態統計」における性・年齢（5歳階級）別にみた死因順位

で，自殺は，男性では 20～44 歳における死因の１位，45～49 歳で２位，50～59 歳で３位，60～64 歳で４位となっている．一方女性では，15～34 歳における死因の１位，35～49 歳で２位，50～54 歳で３位，55～64 歳で４位となっている．また自殺者の約４分の３は「65 歳未満」であり，早世の大きな原因となっている．

また，自殺は遺された人々に大きな悲しみと衝撃を与え，その後の生活にも多大な影響を及ぼすことになる．時には，メディア報道の読者や視聴者，特定のサブグループ，身近な人から，第２，第３の自殺が起こることすらある．遺族に対する支援も自殺対策における重要な課題である．

次項で詳しく述べるが，自殺者の多くが自殺時に精神障害に罹患していたことが知られている．自殺しようとする人々の大半は，死にたい気持ちと生きたい気持ちの狭間にあり，心の問題にアプローチすることによって，死にたい気持ちを和らげ，生きようとする気持ちを高めることができる．また，自殺の問題で深刻な心理的影響を受けた人への支援は，深い悲しみの中で，故人亡き後の生活を維持していかなければならない点や自殺の連鎖を予防する観点からも重要である．

2.2. 自殺対策に関する基本認識

自殺対策基本法に基づく，政府が推進すべき自殺対策の指針である自殺総合対策大綱には，自殺対策の基本認識として，〈自殺は追い込まれた末の死〉，〈自殺は防ぐことができる〉，〈自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している〉の３点が挙げられている（内閣府，2010）．

2.2.1. 自殺は追い込まれた末の死

自殺は，単に一つの原因から起こるのではなく，健康問題，経済・生活問題，家庭問題など，様々な要因が複雑に絡み合う中で，発生すると考えられている．

そして，ほとんどの自殺の背景には，精神疾患があることが明らかになっている．世界保健機関によると，心理学的剖検（自殺で亡くなった方のご遺族などから，自殺の原因・背景，自殺に至る経緯などについて話を伺い，多角的に分析して自殺予防に役立てていく調査）の手法を用いた調査の結果，自殺者の 90％以上は，自殺の直前に何らかの精神疾患の診断が可能な状態であったことが分かっている．その内訳は，気分障害（主にうつ病），物質関連障害（主にアルコール依存症），統合失調症などとなっていた（図１）．自殺予防には，自殺につながりかねない精神疾患の早期発見と適切な治療，その回復を支援する取り組みの充実，および精神疾患への理解を高める啓発活動が重要であろう．

そして自殺の背景には，社会的要因が想定される場合がある．経済のグローバル化に伴う社会経済環境の変化，そして失業，倒産，多重債務，長時間労働なども自殺の問題に影響している可能性は十分に考えられる．また身体疾患への罹患，離婚や死別，失職，借金といった生活環境の変化も自殺の要因として挙げられる．こうした社会的要因が先に述べた精神疾患の原因になることもあるし，精神疾患が原因でこれらの社会的要因を抱え

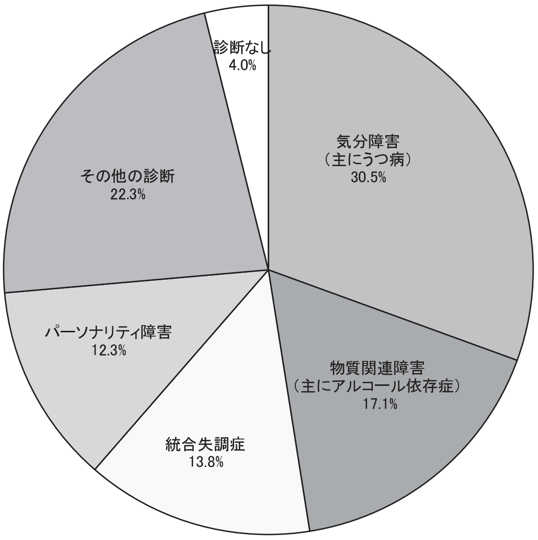

図１　自殺と精神疾患（内閣府 平成 21 年版自殺対策白書（2009）をもとに筆者が作成）

ることもある．

このように，多くの自殺は，個人の自由な意思や選択の結果ではなく，様々な悩みによって心理的に「追い込まれた末の死」であるといえる．ゆえに自殺予防には，精神保健的観点を含めた総合的な取り組みが必要とされているのである．

2.2.2. 自殺は防ぐことができる

世界保健機関が「自殺は，その多くが防ぐことができる社会的な問題」であると明言しているように，自殺は社会の努力で避けることのできる死であるというのが，世界共通の認識になりつつある．

心理的な悩みを引き起こす様々な社会的要因に対する適切な社会的取り組みと，精神疾患への正しい理解を図る取り組み，適切な治療と回復を支援する取り組みの充実によって，多くの自殺は防ぐことができるのである．

2.2.3. 自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している

死にたいと考えている人も，心の中では「生きたい」という気持ちとの間で激しく揺れ動き，自殺の危険を示すサインを発している．中には，自殺に先行して，事故傾性（accident proneness）と呼ばれる自分の安全や健康を守れない状態が現れる場合がある．例えば，不注意な交通事故や交通違反を起こす，頻繁に怪我をする，お酒を飲んでトラブルを起こす，無理な投資やギャンブルにお金をつぎ込む，医師の指示を聞かなくなる，健康に関心がなくなり自分の健康管理ができなくなるなどといった，自己破壊的と言ってもよい行動である（高橋，2008）．

また自殺直前のサインの一例として，深刻な絶望感や孤独感，無価値感に襲われる，注意が集中できなくなる，能率の低下，極端に食欲が落ちる，不眠がちになる，アルコールや薬物を乱用する，大切にしていたものを整理したり誰かにあげたりする，はっきりと自殺について話す，実際に自傷行為を行うなどがある．

身近に自殺を経験した家族や職場の同僚からは，こうしたサインがあったという報告もあり，このような気づきを，今後の自殺予防につなげていくことが必要である．

３．わが国の取り組み

平成 10 年の自殺死亡者数の急増以降における自殺対策の発展経緯は，おおむね３期に分けることができる．自殺対策の第１期（1998-2005）は，厚生労働省が中心となって自殺対策に取り組んだ時期である．平成 12 年２月にまとめられた「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」の各論である「休養・こころの健康づくり」には，ストレス，睡眠，自殺が取り上げられた（厚生労働省，2000）．そして平成 13 年度には自殺防止対策事業が予算化され，自殺防止対策有識者懇談会が設置された．この報告書「自殺予防に向けての提言」には，自殺の危険性（リスク）が高い人を早期に発見し，危機介入するという取り組み（ハイリスクアプローチ）が重要として，うつ病等への対策の充実に取り組むべきという考え方が示された．このことは，行政において，うつ対策に取り組む大きなきっかけとなった．

自殺対策の第２期（2005-2006）は，自殺対策が政府全体の取り組みに広がっていった時期である．参議院厚生労働委員会は平成 17 年７月に「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」を行い，これを受けて，政府は平成 17 年９月に自殺対策関係省庁連絡会議を発足させ，12 月にはその報告書である「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」をまとめ，内閣府を中心に総合的な対策に取り組んでいく方向が示された．

自殺対策の第３期（2006-）は，自殺対策基本法をもとに社会全体で自殺対策に取り組んでいく現在進行中の過程である．自殺対策基本法は議員立法として提出され，平成 18 年６月に成立した．

そして自殺対策基本法をもとに，政府が推進すべき自殺対策の指針である自殺総合対策大綱（以下，大綱という）が平成19年6月に閣議決定された．大綱は，上で述べた〈自殺は追い込まれた末の死〉，〈自殺は防ぐことができる〉，〈自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している〉という3つの基本認識を示し，社会全体で総合的な自殺対策に取り組むことを求めている．そして平成20年10月に，大綱は策定後1年間のフォローアップ結果および最近の自殺の動向を踏まえ，自殺対策の一層の推進を図るために一部改正され（自殺対策加速化プラン），その中にはうつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進として，統合失調症，アルコール依存症，薬物依存症等の支援が，また思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者等への早期介入のための取り組みの促進が挙げられることとなった．

４．自殺の実態を把握するために
—心理学的剖検の学術的意義—

大綱には，自殺を予防するための当面の重点施策の一つに自殺の実態を明らかにすることが挙げられており，「社会的要因を含む自殺の原因・背景，自殺に至る経過，自殺直前の心理状態等を多角的に把握し，自殺予防のための介入ポイント等を明確化するために，いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査を継続的に実施する」と明記されている．

心理学的剖検とは，当初は不審死の原因解明を目的としたものであったが，自殺で亡くなられた方の家族や知人を対象に，遺族ケアを前提に聞き取り調査を行い，故人の生前の様子や言動を詳細に聴取し，自殺に関連する要因を明らかにしようとするものである．心理学的剖検の概念をつくったシュナイドマン（2005）は，心理学的剖検を通じて遺族ケアの必要性を認識するとともに，面接における傾聴が遺族の心理的苦痛を和らげることに気づき，ポストベンション（遺された人へのケア）という言葉もつくっている．つまり，心理学的剖検には遺された人々をケアするという側面があり，遺族支援を念頭に置いた上で，自殺の実態を解明するための研究手法として用いられるのである．

心理学的剖検による自殺の実態把握の研究は，多くの国において実施され，自殺予防対策を進める上で大きな寄与をしてきた．心理学的剖検研究は，そのデザインから第一世代と第二世代に分類することができる（松本他，2007）．

第一世代の研究は，1950年代に始まった自殺事例に関する遺族からの聞き取りをもとに，自殺の実態を把握するものである．有名なものは，フィンランドの国をあげての心理学的剖検で，自殺者の9割以上に精神障害への罹患が推測され，その大半が適切な精神科治療を受けていなかったことが明らかとなり，その後の自殺予防に関する国民意識の高まりと自殺死亡率の減少に大きく貢献したとされる（Lönnqvist, et al., 1995）．

第二世代の研究は，1990年代以降の心理学的剖検による症例対照研究である．これは，自殺事例群を生存事例群と比較することで，自殺の危険因子を統計学的に明らかにするという手法であり，自殺の危険因子を疫学的に同定できるというメリットがある．海外の症例対照研究からは，未治療の精神障害や，過去の自傷行為歴，経済的困難，社会的孤立などといった様々な自殺の危険因子が同定されている（Arsenault-Lapierre, et al., 2004）（Cavanagh, et al., 2003）．そして，多くの研究が，自殺には複数の要因が関与していることを明らかにしており，自殺の危険因子に対して様々な角度からの介入が必要であると指摘している（Phillips, et al., 2002）．

このように，心理学的剖検は諸外国で多用されている研究手法であり，自殺予防を考える上で学術的意義が高いといえる．わが国でも，試行的な心理学的剖検が数例実施されているが，症例対照研究も含めた大規模な心理学的剖検はこれまでの

ところ実施されていなかった.

５．心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」

筆者の所属している研究班では，平成 19 年度から平成 21 年度にかけて，53 地域の都道府県・政令指定都市の協力を得て，平成 18 年１月以降の自殺事例で，かつ自殺者と同居していた遺族への聞き取りを基本原則として，心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査（以下，基礎調査という）」を実施した（図２）.

この基礎調査では，精神保健相談や遺族の集いなどを通じて，各地域の精神保健福祉センターなどにつながったご遺族のうち，遺族ケアなどの提供を通じて調査に耐えられる心理状態にあると判断された方からご協力をいただいた．基礎調査での聞き取りは，研究班が実施した調査員研修を受講した各地域の精神科医と保健師など地域保健従事者の２名の調査員が行い，平成 21 年 12 月末時点で 33 地域 76 名の遺族から協力を得ることができた．調査概要からも分かるとおり，この調査にはサンプル数や情報収集源など数多くの方法論上の限界があり，この結果をすぐにそのままわが国の自殺者の特徴として一般化できるものではないことに注意しなければならない.

このため，我々は学術的価値を確保するため，基礎調査と並行して症例対照研究を実施し，自殺に関連する要因を明らかにすることとした．具体的には，自殺事例群と性別，年代（同一５歳階級）および地域を一致させた対照群を住民基本台帳から抽出し，自殺事例群と同じ面接票を用いてその近親者に対して，対照群本人の情報を聞き取り，対照群 145 事例と自殺事例群との比較を行った.

以降に得られた知見をもとに，今後の自殺対策のあり方について若干の考察を行いたい.

６．心理学的剖検からみた自殺者の特徴

あらゆる年齢層で自殺が起こる中では，各世代における特徴に配慮した対策が求められる．ここでは大綱の中で示されている青少年（30 歳未満），中高年（30 歳～64 歳），高齢者（65 歳以上）という年齢区分を用いて，基礎調査からみた世代別自

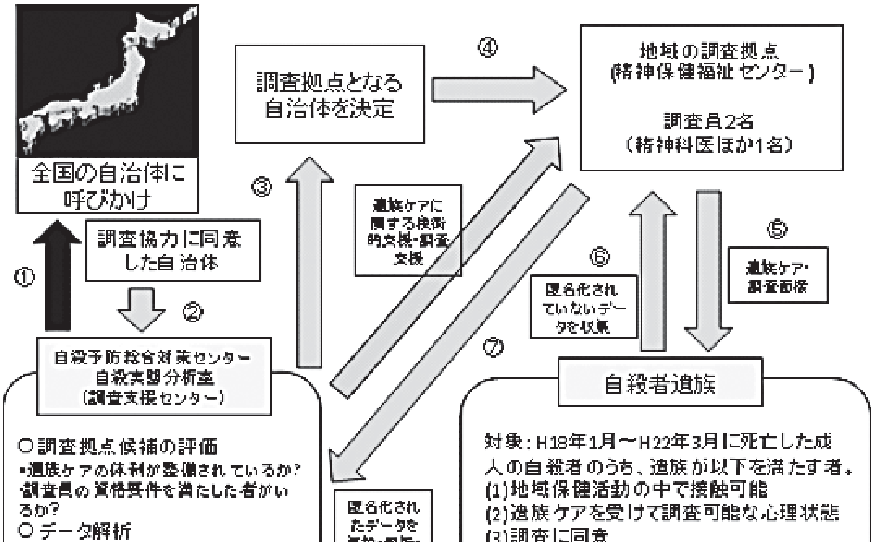

図２　「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の流れ

殺者の特徴について述べておきたい.

6.1. 青少年（30歳未満）

平成10年の自殺者急増以降，一貫して自殺死亡率が増加傾向を示し続けてきた年代は，大綱において「青少年」として一括されている青年および若年成人であり，その割合は全自殺者数の10%台前半で推移している．10代後半から20代にかけての年齢階級で，自殺は死因の第1位を占めており，決して看過することはできない問題である（内閣府，2010）.

基礎調査からは，青少年自殺既遂者の8割に精神障害への罹患が認められ，大うつ病性障害が39%，気分変調性障害が28%，統合失調症が17%となっていた（重複診断あり）.

心理社会的特徴では，過去の自殺関連行動の経験，18歳未満での親との離別，精神障害の家族歴，不登校経験，いじめ被害経験といった特徴において，4割から6割の経験率が確認され，特に女性において，こうした危険因子の累積が多く認められた．青少年における自殺の危険因子として，諸外国の先行研究では，精神障害とともに，自殺未遂歴，複雑な家庭状況，いじめ・退学・長期欠席等の学校生活上の出来事といった要因の関与が指摘されている．基礎調査からも幼少期における家庭や学校における様々な問題が，青少年の自殺の危険因子として示唆された（Katsumata, et al., 2010）.

また，生前に精神科受診をしていた事例の特徴を非受診群と比較してみると，比較的若年成人の事例が多いことが分かった．また精神科に受診していた事例では，死亡時の精神障害の診断で統合失調症への罹患が推測されるものが少なくなく，自殺既遂時には治療薬の過量摂取の影響が疑われる事例も多く確認された（廣川他，2010）.

6.2. 中高年（30〜64歳）

中高年の自殺者数は，平成10年に急増して，高い水準のまま維持している．中でも50代男性の増加が顕著で，中高年で自殺者全体の約6割を占めている（内閣府，2010）．わが国の自殺対策においては，自殺者の中で大きな割合を占める中高年世代に主たる関心が向けられてきたと言っても過言ではない.

基礎調査による中高年自殺既遂者の精神医学的診断では，9割以上に精神障害への罹患が認められ，大うつ病性障害が57%，アルコール使用障害が23%，気分変調性障害，全般性不安障害が15%となっていた（重複診断あり）.

基礎調査からは，うつ病に加えてアルコール使用障害を含めたアルコールに関連する問題が，中高年の自殺の特徴として浮かび上がってきたことを強調しておきたい．海外の研究をみると，アルコール依存・乱用と自殺の関連性に言及したものが多数ある（Cherpitel, et al., 2004）（Hufford, 2001）（Sullivan, et al., 2005）．また，アルコール依存・乱用は他の精神障害を合併することが多く，特にうつ病が合併した場合には，自殺リスクがはるかに高まることが指摘されている（Sullivan, et al., 2005）.

基礎調査において，死亡1年前に，アルコール依存・乱用に関わらず何らかのアルコール関連問題を抱えていた中高年は3割で，40代と50代を中心とした男性有職者がほとんどであった．彼らの多くは，異動・配置転換や資金繰りの借金といった職業上のストレスを，アルコールで一時的に紛らわせたり，不眠に対してアルコールを使用したりといった，アルコールによる誤った対処が認められた．また，アルコール関連問題を抱えていた人は，平均すると2つの精神疾患を合併していて，アルコール使用障害とうつ病との合併が最も多く確認された．また援助希求や精神科受診をしていながらも，アルコールの問題に対する精神医学的支援を受けていた事例は皆無であったことも特徴であった（赤澤他，2010）.

さらに，借金を抱えた中高年の自殺事例からもアルコールの問題が予測された．中高年の自殺事例をもとに，死亡時点において返済困難な借金を

抱えていた事例とそうでない事例とで比較したところ，借金を抱えた中高年自殺既遂者には自営業者が多く，離婚歴を持つ者が多かった．また，睡眠のためにアルコールを使用していた者，援助希求をしなかった者も多いという結果が得られた．これらの結果からは，周囲からのサポートが乏しい中で悩みを誰にも相談せずに，あるいは自営業であるがゆえに，仕事を休んで医療機関受診や相談する時間的余裕がなく，不眠に対してアルコールで対処している者が少なくないことが推測される（亀山他，2010）．

6.3. 高齢者（65 歳以上）

高齢者の自殺者の占める割合は，平成 10 年以降，中高年自殺者数が増加によって相対的に減少している．平成 10 年以降の自殺者数はほぼ横ばいであるが，高齢者人口の増加により自殺死亡率は低下傾向を示しているが，中高年世代と同程度あるいはそれ以上の高い水準にある（内閣府，2010）．

基礎調査による高齢自殺既遂者の精神医学的診断では，7 割近くに精神障害への罹患が認められ，大うつ病性障害が 56％と最も多くなっていた（重複診断あり）．

高齢者の自殺既遂者において，何らかの身体の不調や睡眠の問題を抱えており，かかりつけ医などを受診していた点については，他の世代と相違はみられなかったが，精神科受診まで至った割合は低率（22％）であった．

高齢者の身体疾患は自殺の重要な危険因子であり，中には身体疾患に加えて精神障害を合併しているものや，精神障害による身体愁訴を持つものも少なくないかもしれない．自殺の危険性のある高齢者の早期発見と，適切な精神科医療へつなぐことが重要である．

高齢者世代における精神科受診率の低さの理由について，この世代にとっては精神科医療に対する強い抵抗感があることは否めないと思われる．精神障害へのスティグマ，精神科医療に対する偏見や，本人の精神障害罹患に対する否認が，高齢者の精神科受診に影響していることが考えられる．他にも，農村部などの地域によっては精神科医が少ないといった医療格差も，高齢者の精神科受診率に影響を及ぼしているのではないかと思われる．

6.4. 精神障害に関する特徴

自殺事例に対する調査員の精神科医による精神医学的診断を表 1 に示す．自殺事例の 9 割近くに精神障害への罹患が推測され，大うつ病性障害，気分変調性障害とアルコール使用障害（アルコール乱用・依存），全般性不安障害の順に多くなっていた．既述のように，世界保健機関のまとめたところによると，自殺者の 90％以上は自殺の直前に何らかの精神障害の診断が可能な状態であったことが分かっている．その他にも，自殺者の多くが最後の行動に及ぶ前に何らかの精神障害に罹患していたとする研究が多い（Arsenault-Lapierre, et al., 2004）（Scott, et al., 2006）．その意味では，精神障害の早期発見と治療が重要な課題であることが改めて確認され，自殺予防にとって精神保健医療の役割が大きいことが示唆されたといえる．

7．症例対照研究からみた自殺の危険因子

ここでは，症例対照研究によって抽出された，自殺と有意に関連する要因について述べることにする．

心理社会的要因では，子ども時代の学校でのいじめや暴力，両親からの虐待といった被害体験は自殺と関連する危険因子であることが分かった．また，家族や地域との交流の少なさが自殺リスクと有意に関連していた．

職業関連要因では，正規・非正規・無職といった雇用形態の違いは自殺との有意な関連は認められなかったが，休職および配置転換や異動に関して悩みがあった場合に，自殺のリスクが高くなっていた．そして，経済関連要因では公共料金の滞

表１　基礎調査における精神科医による臨床診断（重複診断あり）

	N=74
いずれかの精神障害への罹患人数	66（89.2%）
通常，幼児期，小児期，または青年期に初めて診断される障害	2（ 2.7%）
広汎性発達障害	1（ 1.4%）
精神遅滞	1（ 1.4%）
せん妄，認知症，健忘障害，および他の認知障害	1（ 1.4%）
認知症	1（ 1.4%）
物質関連障害	15（20.3%）
アルコール依存	9（12.2%）
アルコール乱用	4（ 5.4%）
薬物（アルコール以外の物質）依存	2（ 2.7%）
ニコチン依存	1（ 1.4%）
統合失調症および他の精神病性障害	7（ 9.5%）
統合失調症	7（ 9.5%）
気分障害	47（63.5%）
大うつ病性障害	39（52.7%）
気分変調性障害	13（17.6%）
双極Ⅰ型障害	2（ 2.7%）
双極Ⅱ型障害	2（ 2.7%）
不安障害	11（14.9%）
全般性不安障害	8（10.8%）
強迫性障害	2（ 2.7%）
パニック障害	3（ 4.1%）
身体表現性障害	1（ 1.4%）
心気症	1（ 1.4%）
解離性障害	1（ 1.4%）
摂食障害	3（ 4.1%）
神経性無食欲症	2（ 2.7%）
神経性大食症	1（ 1.4%）
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	3（ 4.1%）
病的賭博	3（ 4.1%）
適応障害	6（ 8.1%）
パーソナリティ障害	7（ 9.5%）

注）２名の対象者については精神科医の判断がつかなかったためN=74とした.

納，借金返済期限の遅れなど返済困難や多重債務といった問題のある借金が自殺リスクと有意に関連していた.

身体的健康に関しては，ADL の低下を伴う身体的問題がある場合に自殺リスクが増加していた．そして，睡眠障害がある場合にも自殺の相対リスクが高かった．さらに飲酒者，眠るためのアルコールや睡眠薬を使用することが自殺と関連する危険因子であることが分かった．先のアルコール乱用・依存における危険因子と併せて，アルコー

ルの問題と自殺の関連性は症例対照研究からも示唆された．睡眠の問題は，うつ病や自殺リスクの指標としてよく取り上げられるが，眠るためのアルコール使用は自殺リスクを高めることも強く周知すべき事実であろう．また安易かつ処方を守らない睡眠薬の使用によるリスクにも注意すべきであると考えられる．

さらに，自殺のサインでは，死について口に出すこと，過去１ヶ月の身辺整理，不注意や無謀な行動といった事故傾性，身だしなみを気にしなくなることが自殺のリスクと強い関係にあった．また以前の自傷・自殺未遂の経験，失踪や自殺以外の過去１年間の事故の経験，親族や友人・知人の自殺および自殺未遂も，自殺と強い関係があった．

精神障害に関しては，うつ病が自殺の危険因子であることが改めて確認された．さらにうつ病だけでなく，アルコール乱用・依存，精神病性障害，不安障害も自殺と関連する重要な危険因子であり，今後の自殺予防の中で取り上げられるべき精神障害であると考えられた．

８．今後の自殺予防に向けて

以上の研究結果を踏まえて，今後の対策における自殺予防の介入ポイントとして以下のことを提言したい．

8.1．青少年の自殺対策の推進

既に述べたように，若年世代の自殺予防対策はわが国における今後の大きな課題である．青少年の自殺のリスクとして，幼少時や若年時に発症した精神障害や，家庭や学校の問題に対する支援の不足，薬物乱用，ストレス状況への対処能力の低さ，経済的困窮など様々な要因が考えられるが，その詳細な把握はこれからといえるだろう．

基礎調査と症例対照研究からは，特に学校や家庭での様々な問題（不登校，いじめ，親との離別，虐待など）が，将来の自殺の危険因子として浮かび上がった．幼少期の何らかの被害体験は，当然それらが発見された時点において早期に介入されるべき重要な問題であるが，十分な支援がなされなかった場合や，表面的あるいは一時的に問題が解決したかのような場合には，自殺のリスクを抱えた状態でその後の人生が続く可能性があることを，広く周知すべきと思われる．教育関係者をはじめ，児童，青少年の育成に関わる支援者への啓発や，教育機関と精神保健福祉機関・精神科医療機関との垣根を越えた連携と情報の共有による青少年への支援，あるいは家庭への早期介入が重要である．

そして，統合失調症患者の自殺リスクの高さと自殺予測の困難性は以前から指摘されていたことではあるが（安田，1992）（舟橋，2001），今後の自殺予防において統合失調症患者の自殺への対応は重要な課題であると思われる．また，向精神薬の誤用の防止も検討すべき課題である．向精神薬の過量摂取そのものは比較的致死性の低い自己破壊的な手段・方法であるが，脱抑制効果のために，致死的な自殺行動を促進することが知られているからである（De Leo；Evans, 2004）．

8.2．中高年のアルコール関連問題の啓発と支援

一般的に中高年男性は，援助資源につながりにくい集団と考えられており（高橋，2003），周囲に援助を求めることができずに，中にはアルコールで一時的対処をしている人もいるだろう．また睡眠のための飲酒は，自殺の危険因子である．そのように考えれば，アルコール関連問題と自殺の関連性についての住民向け啓発活動が必要である．アルコールが精神に作用する物質であり，その薬理作用が抑うつ状態を悪化させ，自身への攻撃性や衝動性を高め，心理的視野狭窄を促進させることで自殺行動のリスクを高めるという事実（Hufford, 2001）を，積極的に社会に発信していかなければならない．断酒会などの自助グループと連携した自殺予防活動の推進なども期待されるだろう．

また不眠やうつ病の背景にアルコール関連問題

が存在する可能性を排除しないような，臨床科医に対する啓発と診断能力の向上が求められるといえるだろう．そして，アルコール使用障害とその他の精神障害の合併も考慮した治療・支援体制の充実も必要であるように思われる．

わが国における精神保健領域の自殺対策は，うつ病に重点が置かれてきた経緯があり，その他の精神障害による自殺のリスクに目を向ける機会が少なかった可能性は否定できない．我々の研究からは，中高年のアルコール関連問題が，わが国の自殺予防対策において決して無視できない課題であることが示唆されたといえる．

8.3. メンタルヘルス支援の充実に向けた専門機関の連携

精神障害全般に対するメンタルヘルス支援の充実が，自殺予防につながる可能性にも言及しておく．生活上の何らかの問題をきっかけとして精神障害に罹患した場合，あるいは生まれながらにして，もしくは人生の比較的早期の段階において精神障害を抱えた場合であれ，生きづらさを軽減するような精神保健的支援が，その人が生きていくことを支えていくためには欠かすことができない．

その一例が，悩みを抱えた人が訪れる各種相談を受ける専門機関の連携である．例えば負債を抱えた自殺のハイリスク者には，勝又他（2009）が指摘するように，経済的・法的介入と精神保健的介入は相補的な支援として提供されるべきであり，司法と精神保健との連携が強く求められる．また，既に述べたように，学校を中心とした教育機関と，子どもの福祉に関る精神保健福祉機関との連携が，青少年の自殺予防で期待される．あるいは，身体の不調と精神障害の両方に対する医療という意味では，一般身体科医と精神科医との連携が必要不可欠であろう．こうした異なる分野，もしくは同じ分野の支援者による「顔の見えるネットワーク」（日本司法書士連合会，2009）の構築が，自殺予防の視点からみたメンタルヘルス支援の充実につながると思われる．

9．おわりに

基礎調査によって，地域における自殺予防や遺族ケアの推進がみられ，今後の各地における自殺予防の取り組みの基盤ができた地域もあり，今後もこうした活動を継続していくことが重要であろう．自殺対策の効果は，短時間のうちに現れることはなかなか困難で，長期的な視点で捉えることが必要である．それと同時に，自殺や精神障害に対する社会の偏見をなくしていくこともまた大切である．

自殺対策には社会全体での取り組みが求められるが，自殺のリスクでもある精神障害への対策は，自殺を考える人々の心の健康に対する必要不可欠な支援である．その中で保健機関と精神科医療機関の役割は非常に大きいと思われる．その支援を重層的なものにするためにも，他の専門機関とどのように連携を取っていくかが，今後のわが国の自殺対策の重要な課題となってくると思われる．自殺対策は，望まずして人生の中で生きづらさや，困難を抱えている人に寄り添いながら，その人の生き方に対する支援，ひいてはその人の生きる力を支える支援を行っていくことが求められるといえるだろう．

参考文献

赤澤正人・松本俊彦・勝又陽太郎・他（2010）「アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴：心理学的剖検を用いた検討」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』**45**(2)，104-118.

Arsenault-Lapierre, G.; Kim, C.; Turecki, G. (2004) Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry,* **4**(4), 37.

Cavanagh, J. T. O.; Carson, A. J.; Sharpe, M.& Lawrie, S. M. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychol Med,* **33** (3), 395-405.

Cherpitel, C. J.; Borges, G. L. & Wilcox, H. C. (2004) Acute alcohol use and suicidal behavior: A re-

view of the literature. *Alcohol Clin Exp Res,* **28**（Suppl), 18-28.
De Leo, D.; Evans, R.（2004） Chapter 10: The impact of substance abuse policies on suicide mortality, In:（De Leo D.; Evans R.）*International Suicide Rates and Prevention Strategies*. 101-112, Hogrefe & Hube.
舟橋龍秀（2001）「精神分裂病者における自殺について その実態と危険因子および予防」『医療』**55**, 159-163.
廣川聖子・松本俊彦・勝又陽太郎・他（2010）「死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴：心理学的剖検による調査」『日本社会精神医学会雑誌』**18**, 341-351.
Hufford, M. R.（2001）Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review,* **21**, 797-811.
亀山明子・松本俊彦・赤澤正人・他（2010）「負債を抱えた中高年自殺既遂者の心理社会的特徴：心理学的剖検による検討」『精神医学』**52**(9), 903-907.
Katsumata, Y.; Matsumoto, T.; Kitani, M.; Akazawa, M.; Hirokawa S. & Takeshima T.（2010） School problems and suicide in Japanese young people. *Psychiatry and Clinical Neurosciences,* **64**, 214-215.
勝又陽太郎・松本俊彦・高橋祥友・他（2009）「社会・経済的要因を抱えた自殺のハイリスク者に対する精神保健的支援の可能性　心理学的剖検研究における「借金自殺」事例の分析」『精神医学』**51**（5), 431-440.
警察庁生活安全局地域課（2010）「平成21年中における自殺の概要資料」
国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター（2008）『自殺対策の基礎知識～地域や職場で自殺対策に取り組むために～』
厚生労働省（2000）「健康日本21」
厚生労働省（2009）『平成20年人口動態統計』
Lönnqvist, J. K.; Henriksson, M. M.; Isometsä, E. T.; Marttunen, M. J.; Heikkinen, M. E.; Aro, H. M. & Kuoppasalmi, K. I.（1995）Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci,* **49**, Suppl, 111-116.
松本俊彦・勝又陽太郎・木谷雅彦・他（2007）「心理学的剖検で自殺の実態を解明し、予防に生かす」『精神科看護』**34**(12), 38-44.
McIntosh, J. L.（1996）Survivors of suicide: A comprehensive bibliography update, 1986-1995. *Omega,* **33**(2), 147-175.
内閣府（2009）『平成21年版自殺対策白書』
内閣府（2010）『平成22年版自殺対策白書』
日本司法書士連合会消費者問題対策本部地域連携対策部自殺対策WT（2009）『司法書士業務のためのメンタルヘルスハンドブック―自殺予防と遺族支援の取組にむけて―』
Phillips, M. R.; Yang, G.; Zhang, Y.; Wang, L.; Ji, H. & Zhou, M.（2002）Risk factors for suicide in China: A national case-control psychological autopsy. *Lancet,* **360**, 1728-1736.
Scott, C. L.; Swartz, E.& Warburton, K.（2006）The psychological autopsy: Solving the mysteries of death. *Psychiatric Clin North Am,* **29**(3), 805-822.
シュナイドマン, E. S.（高橋祥友訳）(2005)『シュナイドマンの自殺学―自己破壊行動に対する臨床的アプローチ―』金剛出版.
Sullivan, L. E.; Fiellin, D. A. & O'Connor P. G.（2005） The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: A systematic review. *Am. J. Med,* **118**, 330-341.
高橋祥友（2003）『中高年自殺―その実態と予防のために』筑摩書房.
高橋祥友（2008）『自殺のサインを読み取る改訂版』講談社文庫.
安田泰次（1992）「精神分裂病患者の自殺企図について」『精神神経学雑誌』**94**, 135-170.

Suicide countermeasures in Japan

Masato Akazawa
Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry

Over 30,000 people have committed suicide each year since 1998 in Japan, and suicide prevention has been one of the most serious social problems. The comprehensive suicide prevention initiative shows a basic understanding of suicide countermeasures ; suicides are forced deaths, suicides are preventable, and people in crisis are sending signs.

We have been conducting a psychological autopsy study, a semi-structured interview by a psychiatrist and a mental health professional including a public health nurse with the closest bereaved, to investigate features of Japanese suicides. Furthermore, we also conducted a case-control study, a comparison to the living community as control matched by age, sex, and residence, to clarify risk factors related to Japanese suicides.

Almost half of the cases of suicide among adolescent and young adults had histories of school-related problems or family problems in their teenage years. Further, they were likely to overdose by taking psychotropic drugs. Among middle-aged suicides, alcohol-related problems and problematic debt were suicide risk factors. Middle-aged suicides who have alcohol-related problems had nightcaps and did not receive specialized treatment for alcohol abuse. Compared with other age groups, elderly suicides tended to avoid consulting a psychiatrist.

We showed the following :

1) It is important to cooperate with other professional groups, including mental health welfare and psychiatric care institutions, to advance mental health support and prevent suicides.
2) There is a need to prevent the misuse of prescribed drugs to prevent the suicide of young adults.
3) It is necessary to highlight alcohol-related problems and support to prevent middle-aged suicides.

Key words : suicide, suicide countermeasures, psychological autopsy, mental disorders, support the bereaved