

自殺の社会経済的要因とその対策のありかた¹

大阪大学 山内直人研究室

阪口 慶次朗²

山本 彩加

井上 ゆり絵

梅澤 啓

螺良 彩花

¹ 本稿は、2013年11月23日、24日に開催される、WEST論文研究発表会2013に提出する論文である。本稿の作成にあたっては、ご指導を頂いた山内直人教授（大阪大学大学院国際公共政策研究科）、佐々木周作氏（大阪大学大学院国際公共政策研究科博士前期課程）、自殺対策について助言を頂いた松林哲也准教授（大阪大学大学院国際公共政策研究科）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。また、〔二次分析〕に当たり、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SSJ データアーカイブから〔日本版 General Social Surveys<JGSS-2006>〕（大阪商業大学 JGSS 研究センター）の個票データの提供を受けた。日本版 General Social Surveys (JGSS) は、大阪商業大学 JGSS 研究センター（文部科学大臣認定日本版総合的社会調査共同研究拠点）が、東京大学社会科学研究所の協力をを受けて実施している研究プロジェクトである。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

² 代表者の連絡先 kkk_1rm7@yahoo.co.jp

要旨

我が国では、1998年から2012年まで自殺死亡者数が3万人を超えており、深刻な問題となっている。具体的な内訳としては、自殺死亡者数の約6割が失業者であり、男性の自殺死亡者数は女性の約2.5倍である。また、要因としては男性では健康問題と経済・生活問題が大半を占め、女性では健康問題が大半を占めている。

日本では伝統的に切腹や自決が行われていた時代があり、自殺は個人の自由であるという考えもあるが、自殺死亡者数の増加はもはや単なる個人の問題ではなく、深刻な社会問題であると言える。

自殺死亡者数の増加が社会に与える影響として、自殺によって家族を失った遺族の抱える精神的・経済的負担やこれによる遺族の自殺のリスクの増大、著名人の自殺による後追い自殺など、自殺が与える負の外部性というものが考えられる。また、自殺により命を絶った個人が経済活動に参加できないため、国の経済全体にも影響を及ぼすという点で社会的損失であるとも考えられる。さらには、日本の自殺率は世界の国々と比較しても非常に高く、世界保健機関（WHO）のデータによるとOECD諸国の中では男性に関しては第3位、女性に関しては第2位となっている。

日本国憲法の第25条第1項において、「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と定められているが、自殺者数や自殺率の増加は、国民の健康状態や生活の質が悪化していることを意味しており、ここにも、国や地方公共団体が自殺を止める必要性がある根拠が存在すると言える。

本稿では、様々な側面から現代の日本における自殺対策の必要性を説き、現在の政府による政策の問題点を指摘したうえで、日本版総合的社会調査（JGSS）のデータを用いて自殺者が自殺願望を抱く要因を、20歳から59歳までの若年・中年層と60歳以上の高齢者層に分けて分析した。分析の結果、若年・中年層では「女性」、「離死別」、「失業の可能性レベル」、「自殺許容レベル」、「トラウマの回数」が自殺願望を持った経験に対して正の影響を与える一方で、「50歳代」、「友人との交際の満足レベル」、「健康レベル」が負の影響を与えるということがわかった。また、高齢者層では「未婚」、「自殺許容レベル」、「トラウマの回数」が自殺願望を持った経験に正の影響を与え、「健康レベル」、「友人との交際の満足レベル」が負の影響を与えることがわかった。

分析の結果を踏まえて我々は、「自殺願望を抱かせない社会づくり」、「自殺を遂行させないための施策の実施」、「自殺未遂者の再犯防止・遺族の後追い自殺防止」及び「自殺対策のための社会経済学的研究の推進」を目指し、現状の問題点をそれぞれ指摘した上で、自殺対策について有用な策を講じたい。

WEST 論文研究発表会 2013

はじめに

我が国では、1998年から2012年まで自殺死亡者数が3万人を超えており、深刻な問題となっている。政府は1998年に経済状況の悪化によって自殺死亡者数が急増したことを受けて本格的に自殺対策に取り組み始めた。現在制定されている自殺対策基本法では、自殺対策の基本理念として、自殺が個人的な問題としてのみ捉えられるべきではなく、その背景に様々な社会的要因があることを踏まえ、国、地方公共団体、事業主、国民のそれぞれが責務を果たし、自殺対策を社会的な取り組みとして実施することが定められている。また、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の方針として自殺総合対策大綱が2007年に閣議決定で定められた。ここでは、具体的な数値目標として、2016年までに2005年の自殺死亡率を20%以上減少させることが設定されている。2012年には、1998年以来連続して3万人を超えていた自殺死亡者数が15年ぶりに3万人を下回ったものの、自殺死亡率³について政府が掲げている目標には依然として達していない。自殺は様々な要因が複雑に絡み合った結果であるが、自殺という最終段階に至るまでの過程で精神的な問題や個々人の思想が大きな影響を与えていると考えられるために、我々は心理的な要因に着目した。

本稿では、JGSS-2006のデータを基に「友人との交際の満足レベル」、「自殺許容レベル」、「トラウマの回数」という3つの心理的要因の変数を作成し、これらが自殺願望を抱いた経験の有無にどのような影響を与えてきたのかを分析する。その結果から、これらの要因は自殺願望を抱いた経験の有無に大きく影響すると言える。これを踏まえ、今後あるべき自殺政策について提言を行う。

なお、本稿の構成は以下の通りである。第1章では日本における自殺の現状及びその対策のための現行政策を紹介する。第2章においてこれまで行われてきた先行研究をまとめ、第3章で実際に行った分析について述べる。最後に第4章で我々の考える自殺対策について政策提言を行う。

³人口10万人あたりの自殺死亡者数

WEST 論文研究発表会 2013

第 1 章 自殺の現状及び問題意識

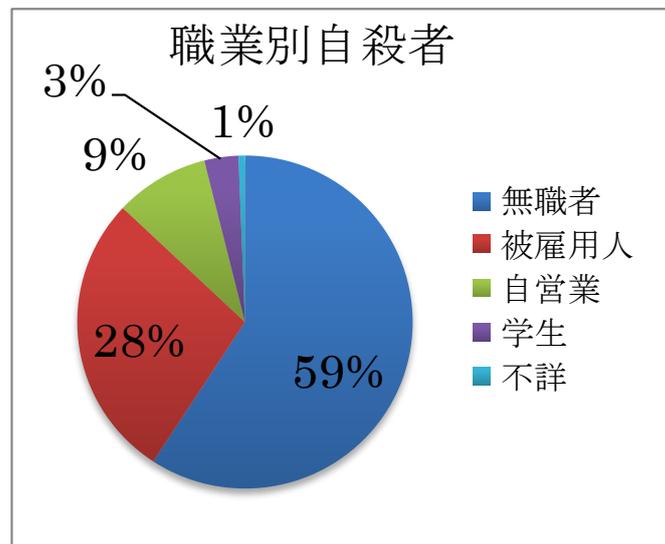
第 1 節 日本における自殺の現状

1. 自殺者数とその内訳

近年我が国では自殺死亡者数の増加が深刻な問題となっている。自殺死亡者数は 1998 年から 2012 年まで一貫して年間 3 万人を超えており、毎日約 90 人もの方が自殺しているということになる。2012 年には 2 万 7766 人と 3 万人を下回ったものの、依然として高い水準である。

また、自殺に繋がる要因には様々なものが考えられる。また、その一つ一つの要因の背後には人々の様々なライフスタイルが関係している。

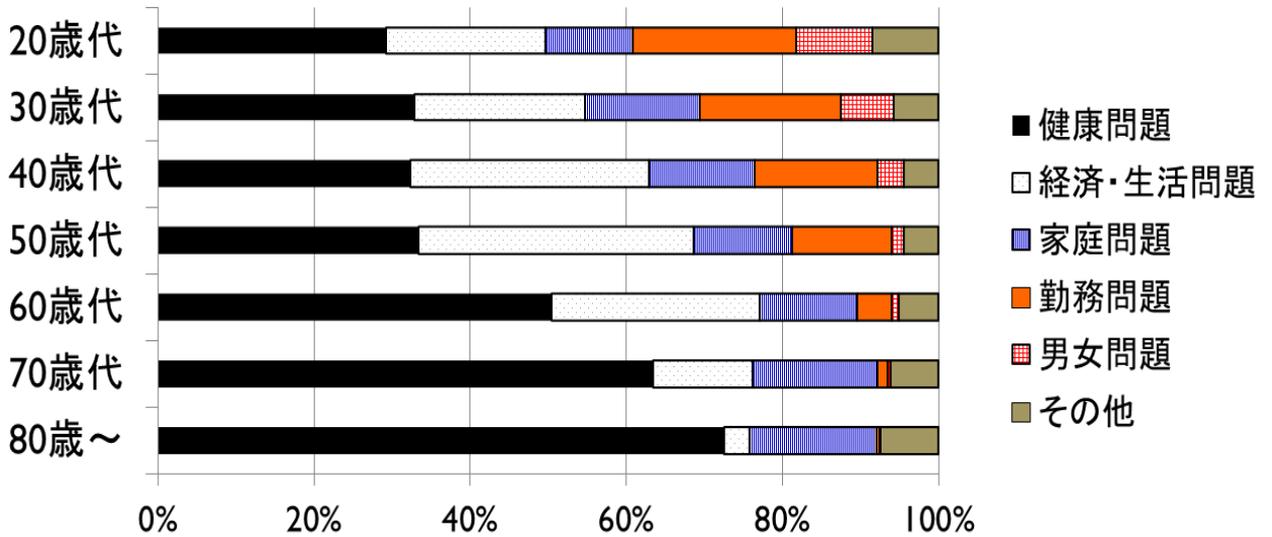
図 1：自殺者の職業別割合



(出典) 警察庁生活安全局生活安全企画課
平成 24 年中における自殺の概要資料を基に筆者作成

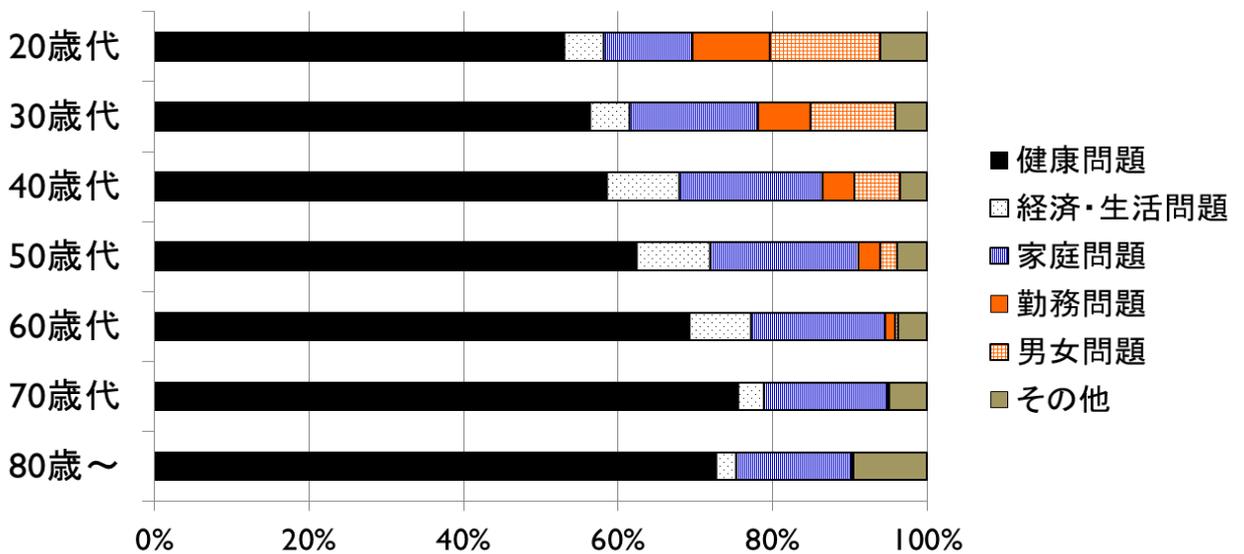
図 1 は、2012 年の自殺者の職業別の内訳をグラフにしたものである。これを見ると、自殺者の約 6 割が無職者であり、その次に多いのが被雇用人であることがわかる。無職者の中には定年退職後の高齢者や主婦も含まれているが、「警察庁生活安全局生活安全企画課 平成 24 年度中における自殺の概要資料」によると、自殺した無職者の多くは失業者である。

図 2：男性の自殺要因内訳



(出典) 警察庁生活安全局生活安全企画課
平成 24 年度中における自殺の概要資料を基に筆者作成

図 3：女性の自殺要因内訳



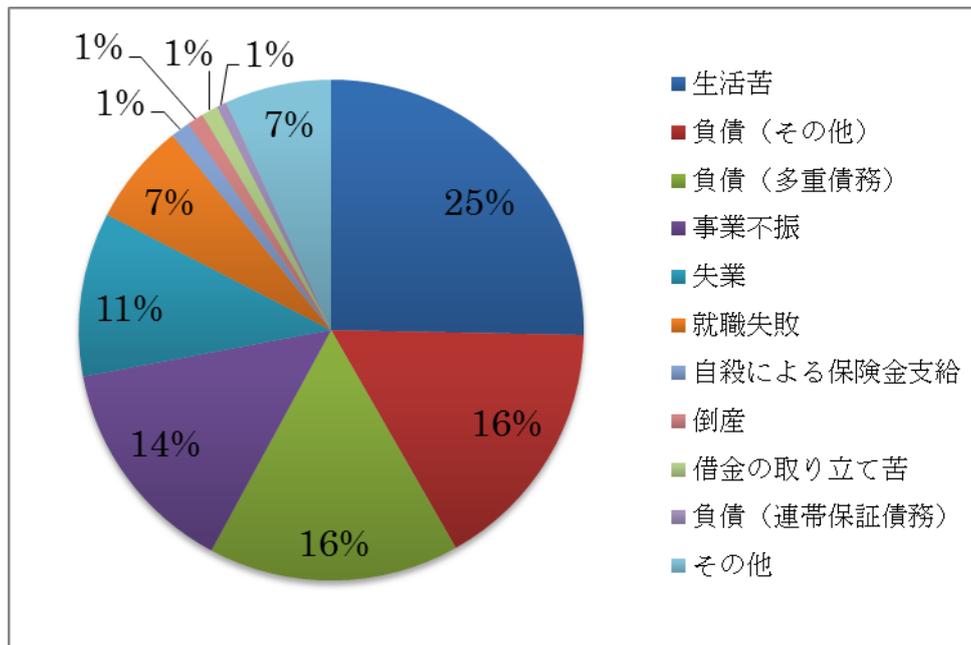
(出典) 警察庁生活安全局生活安全企画課
平成 24 年度中における自殺の概要資料を基に筆者作成

図 2 は男性、図 3 は女性に関する 2012 年における自殺の年齢別要因の内訳をグラフにしたものである。これを見ると、男性に関しては、20 歳代から 50 歳代では健康問題と経済・生活問題の割合がほぼ同じであり、60 歳代以上では健康問題が半数以上を占めていることがわかる。これに対して女性は、20 歳代以上のすべての世代において健康問題が自殺要因の半数以上を占めてい

WEST 論文研究発表会 2013

る。人数で比較すると、健康問題に関しては男女でそれほど人数に差はないが、経済・生活問題が原因で自殺を図る者の数は、男性が女性の約7~10倍である。このことから、経済・生活問題は特に男性に特有の要因であると言える。

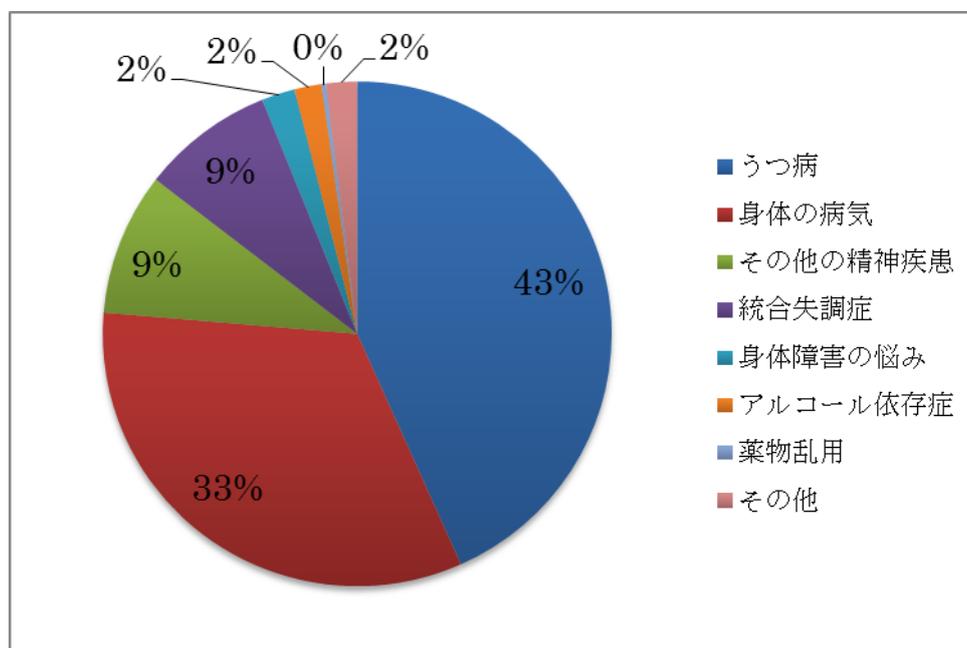
図4：自殺要因の経済・生活問題内訳



(出典) 警察庁生活安全局生活安全企画課
平成24年度中における自殺の概要資料を基に筆者作成

図4は経済・生活問題のより詳細な内訳を示している。経済・生活問題による自殺死亡者は年間約5200人(平成24年警察庁自殺統計)であり、図4から、その内40%以上が負債を抱えたことによって自殺していることがわかる。この中には、連帯保証人等の保証債務も含まれる。連帯保証人の数に関する公式の統計は存在しないが、自己破産事由のうち4分の1程度が保証債務である(平成16年早稲田大学消費者金融サービス研究所)ことに鑑みると、その影響は決して小さいとは言えない。また、保険金を目当てとする自殺も、年間70人近く存在している(同上自殺統計)。

図 5：自殺要因の健康問題内訳



(出典) 警察庁生活安全局生活安全企画課
平成 24 年度中における自殺の概要資料を基に筆者作成

図 5 は健康問題のより詳細な内訳を示している。これを見ると、うつ病と身体の病気が健康問題の 70%以上を占めていることがわかる。

図 1 の職業別のグラフ、図 2・図 3 の自殺の要因の内訳のグラフ、図 5 の健康問題の内訳のグラフを関連付けてみると、自殺に至るいくつかのパターンが見えてくる。無職者の自殺が多いのは、リストラなどの事情により職を失った人、あるいは身体の病気を抱えていて職に就けない人がうつ病、あるいは生活苦に陥り、再就職できずに自殺願望を抱くようになったためであると考えられる。また、勤労者でも生活苦や家庭の問題によってうつ病などに陥ってしまい、自殺を図るということも考えられる。

これまで日本では、自殺はうつ病や精神疾患、健康問題など各個人の要因に起因する問題であると考えられてきたが、実際には様々な社会的問題が絡んでおり、一概に述べることはできない。多くの個人が抱えるうつ病の背後には、過酷な労働や多重債務、健康に問題を抱える人々のケアの不十分さなど、うつ病を生み出す社会経済環境があると考えられる。したがって、自殺は社会問題が複雑に絡み合うことによって引き起こされる現象であるということができる。

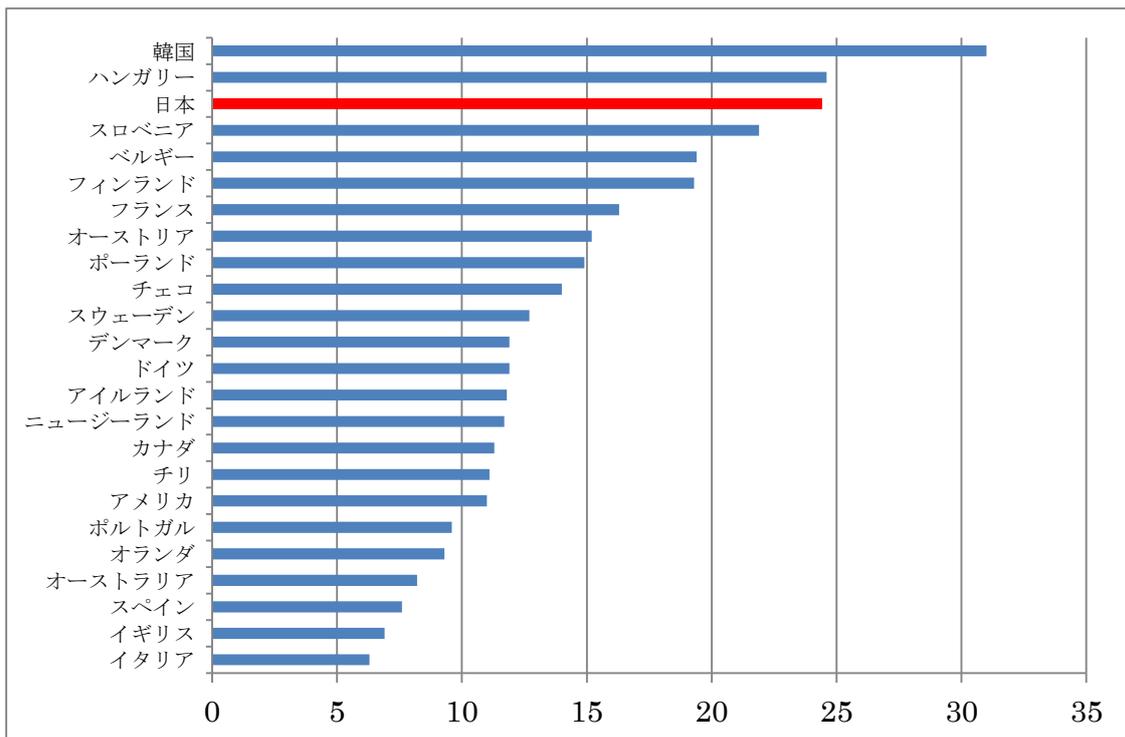
2.自殺の国際比較

自殺率の高い地域として、ロシア、ハンガリー、リトアニア、ベラルーシ等の旧社会主義国家である東ヨーロッパが挙げられる。WHO の 2008 年の調査によると、東欧において自殺率の最も高い年齢層は 75 歳以上の高齢者である。東欧での自殺率が高いのは、社会主義から資本主義への

WEST 論文研究発表会 2013

変化や、グローバル化、IT化等の急激な社会構造の変化によって、既存社会が崩壊することによるものであると考えられている（阪本（2011））。また、韓国に関しては1997年のアジア通貨危機により、経済に大きな打撃を被ってから、貧富の差が拡大し、自殺率が急増したと考えられている（平成20年度版自殺対策白書）。

図6：OECD諸国における自殺率の国際比較



（出典）総務省行政評価局(2012)を基に筆者作成

図6はOECD諸国における自殺率の国際比較をグラフにしたものである。2012年のWHOの報告書では、日本における自殺率は24.4であり、OECD諸国の中でも高い数値を示している。日本に関しては歴史的に自殺率が高い傾向にあり、1950年代より、日本の自殺率は20から25の間を推移している。これは、古くから自決、切腹が責任の取り方であり美德であるとする、自殺に対して肯定的な伝統的死生観が存在することによると考えられる（澤田・上田・松林2013）。また、キリスト教やイスラム教では自殺を明確に禁止しているのに対して、仏教・神道では自殺を積極的に禁止していない。これも自殺率が高い一因であると考えられる（Stuart D.B. Picken (1979)）。

WEST 論文研究発表会 2013

第2節 自殺対策を行う意義

自殺は個人の自由であるという考え方もあるが、我々はいくつかの根拠を挙げて政府が自殺対策を行う必要性を論じる。

まず、日本国憲法第25条第1項において、「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と定められているように、国民の幸福を一定程度維持することは政府の役割であると言える。しかしながら図6に示している通り、我が国の自殺率はOECD諸国の中でも依然として高い水準にあることから、政府が行っている自殺対策は必ずしも有効であるとは言えず、改善の余地が残されている。

1.自殺がもたらす負の外部性

自殺によって家族を失った遺族は精神的・経済的負担を抱える傾向にあり、それによって自殺のリスクが増大する。また、著名人の自殺に関しての報道が大々的に行われると、後追い自殺が増加することが分かっている。以上のように、自殺には「負の外部性」があり、自殺者本人だけではなく周囲の人々にも多大な影響をもたらすと言える。

1-1 自死遺族に与える影響

デンマークの研究では、自死遺族の自殺リスクは一般市民に比べ、2倍以上高いことが示されている。これは、家族の精神疾患の有無なども考慮したうえでの結果である。さらに未成年者においては、親を自殺で亡くした者の自殺リスクは親が健在の者より、3倍近く高い。このような差は、親の死因が事故・病気の場合にはほとんど見られないものである(Cvinar J. G.(2005))。

以上より、親の死因が自殺であることが自殺リスクを上げる原因になると言える。

また、故人の残した負債、家族の自殺によって生じた損害に対する多額の賠償請求も遺族の負担となり、自死遺族の自殺につながると考えられる。

1-2 ウェルテル効果

ウェルテル効果とは、著名人などの自殺の報道が一般人に影響を与え、新たな自殺を誘引することである。

1989～2010年の22年間分の人口動態統計の日次データを用い、日本における136人の著名人(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を、回帰分析で推定した結果がある。この分析結果によると、自殺報道の直後の自殺者数は、自殺報道がないときに比べ7%上昇し、この効果は約7日間続く。報道から1週間後、この影響は約4%まで減少するが、それでもなお自殺報道の約20日後までは自殺者数の増加傾向は継続する(Matsubayashi, T.,Mori, K. & Ueda, M.(2013))。

上述の通り、自殺は遺族だけでなくそれ以外の人にも多大な影響を与える「負の外部性」をもっている。

WEST 論文研究発表会 2013

2.個人を失うことによる社会的損失

社会の構成員を、その人の寿命よりも早く亡くすことの影響を計る指標に、「損失生存可能年数」(Potential Years of Life Lost; PYLL)がある。自殺における PYLL は自殺をした人が自殺をしなかった場合を仮定し、平均的にあとどれくらいの年数生存することができたかを基に、自殺による「失われた年数」を計るものである。

澤田・上田・松林；自殺のない世界へ（2013）では、1950 から 2010 年の 5 年ごとの人口動態統計に基づいた自殺者数のデータ、及び自殺者数データに対応する年の生命表(厚生労働省 各年)を用いて、2010 年の年齢別・性別自殺者データに基づく PYLL の推計結果が算出されている。結果として、全年齢の PYLL 総計は男性が約 59 万年、女性が約 26 万年であった。これにより、2010 年の 1 年間で自殺によって失われた人生は 85 万年分にも及ぶことが明らかになった。

本来であれば経済活動が可能であったこれらの年数を失うことは、日本経済に大きな損失を与えていると言える。

第3節 政府の取り組み

日本の自殺者数は1998年に急増し、以降3万人前後の数をとるようになった。これをきっかけに、政府は国をあげて自殺対策を行うようになった。

まず、2000年に厚生労働省は健康日本21を策定し、2010年までに自殺者数を22,000人以下とすることを目標とした。健康日本21は、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」の「趣旨」、「基本的な方向」、「目標」、「地域における運動の推進」などについて、その概要を解説するとともに各分野の数値目標を掲載したものである。2001年には厚生労働省で自殺防止対策費を予算化し、相談体制の整備、自殺防止のための啓発、調査研究の推進等の対策を開始した。その後、2005年に自殺対策省内連絡会議を設置するなど対策がとられたが、明確な効果が表れることはなかった。

ここで、2006年に自殺対策基本法が制定されることになる。自殺対策基本法は、自殺対策の基本理念を定め、国、地方公共団体、事業主、国民のそれぞれの責務を明らかにするとともに、自殺対策を総合的に推進して、自殺防止と自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、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している。また、基本理念として、自殺が個人的な問題としてのみ捉えられるべきではなく、その背景に様々な社会的要因があることを踏まえ、社会的な取り組みとして実施されるべきであると述べられている。

更に自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の方針として自殺総合対策大綱が2007年6月に閣議決定で定められた。自殺総合対策大綱は、日本の自殺を巡る現状を整理するとともに「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」という三つの基本的な認識を示した。更に、2016年までに2005年の自殺死亡率を20%以上減少させる数値目標を設定した。

その後、自殺総合対策大綱は5年をめぐりに見直しをすることになっていたことを受けて、2012年に見直された。新たな自殺総合対策大綱では、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」が目

WEST 論文研究発表会 2013

指され、今後の課題として地域レベルの実践的な取り組みを中心とする自殺対策への転換が指摘されている。また、重点施策として、「自殺や自殺関連事象等に関する正しい知識の普及」、「様々な分野でのゲートキーパーの養成の促進」、「大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進」、「児童虐待や性犯罪・性暴力の被害者への支援の充実」、「生活困窮者への支援の充実」などが新たに盛り込まれている。

2012年の自殺対策の実施状況として、主に9つの取り組みが挙げられる。①自殺の実態を明らかにする取り組み、②国民一人ひとりの気づきと見守りを促す取り組み、③早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する取り組み、④心の健康づくりを進める取り組み、⑤適切な精神科医療を受けられるようにする取り組み、⑥社会的な取り組みで自殺を防ぐ取り組み、⑦自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ取り組み、⑧遺された人への支援を充実する取り組み、⑨民間団体との連携を強化する取り組みである。

具体的な重点施策は①「自殺予防週間と自殺対策強化月間を設定すること」、②「支援を必要としている人が簡単に適切な支援策に辿り着けるようにするため、インターネットを活用するなどして支援策情報の集約、提供を強化すること」、③「様々な分野でのゲートキーパーの養成を促進すること」、④「児童生徒が命の大切さを実感できる教育だけでなく、生活上の困難・ストレスに直面したときの対処方法を身に付けさせるための教育を推進すること」、⑤「児童生徒の自殺が起きた場合の実態把握をより厳密に行い、いじめ問題への対処について指導すること」、⑥「認知行動療法などの診療の普及を図るため、精神科医療体制の充実の方策を検討する。また、適切な薬物療法の普及や過量服薬対策を徹底すること」、⑦「救急医療施設において、自殺未遂者が必要に応じて精神科医等によるケアが受けられる体制の整備を図ること」、⑧「職場の管理・監督者及び産業保健スタッフや労働者に対するメンタルヘルスに関する教育研修を実施するとともに、労働者が働きやすい職場環境の整備を図る。また、いわゆる過労死・過労自殺を防止するため、労働基準監督署による監督指導を強化するとともに、小規模事業場や非正規雇用を含めた全ての労働者の長時間労働を抑制するため、労働時間等の設定改善に向けた環境整備を推進すること」、⑨「大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等を推進すること」などである。

自殺総合対策大綱の制定後、2008年には自殺対策加速化プランが策定され、翌年には地域自殺対策強化基金が設置された。

以上のように、政府は自殺対策のための様々な取り組みを実施しているが、未だ世界的にも高い自殺率に鑑みて、政策の改善や新たな施策を打ち出す必要があると考えられる。

第4節 諸外国の取り組み

世界全体における自殺死亡者数は毎年約 100 万人に上るという調査結果が存在する (Keith Hawton, Kees van Heeringen. (2009))。自殺はいまや国際社会にとっても重大な社会問題であると共に、その効果的な対策は国際的にも重要な関心事となっている。

1991年、国連総会において、国家レベルで自殺予防をすることの提唱がなされる。これを踏まえ、世界保健機構(WHO)は 1996年、自殺予防を重要課題として取り上げた上で、包括的な自殺

WEST 論文研究発表会 2013

予防対策のガイドブックとなる「Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies」を発表し、各国に自殺予防を勧告している。もちろん、このガイドブックの発表以前にも、国家及びNGO等による自殺予防の取り組みは存在している。各国・各機関の長年にわたる自殺対策に関する調査・研究がこのガイドブックの基底にあることは言うまでもない。

その中でもフィンランドは1970年代より国家的な自殺対策を推進し、効果が出ている国の一つであり、WHOをはじめ全世界からその政策が注目されている。実際、フィンランド政府は1990年には30を超えていた自殺率を10年以上かけて3割減らすことに成功した。

フィンランドでは1897年、自殺予防に関するNGOとして世界で最も歴史あるフィンランドメンタルヘルス協会が設立された。そして1970年には、自殺志願者に対して電話相談や危機介入を無償で行うSOSセンターが、教会の援助を得て設立される。このようにフィンランドでは、民間が政府に先行して活動してきたのである。しかしながら、こうした民間の努力とは裏腹に自殺率は増加の一途を辿った。そこで1987年に、政府が国家的包括的な自殺予防に向けての予備調査を開始し、フィンランド社会保健省直轄の専門家が率いる国立研究機関である国立公衆衛生院(KTL)が、全自殺について心理学的剖検及び報告書の作成を行った。その報告書の中で、自殺の高リスク要素として、①男性、②アルコール依存症、③うつ病が挙げられた。これらの結果を基に、医療現場においてスクリーニング治療を実施した。スクリーニングとは、ふるいわけ検査とも呼ばれ、高リスク要素を持つ人に対し、症状の無い段階で、それぞれ要素に合わせた適切な予防治療を行うというものである。日本においても、市町村単位での実施例はあるが、国家的長期的な実施は未だ行われていない。また、フィンランド政府は上述の危険因子に対する国民の理解を促す為に、息の長いパブリックキャンペーンを実施している。

これらの綿密な調査・研究と適切な予防治療、広報活動が奏功し、フィンランドにおける自殺率は漸進的に改善されていった。もちろん、日本とフィンランドではその国土・風土・社会構造等のバックグラウンドが異なり、自殺の高リスク要素も相違する。そのため、さらなる調査・研究が必要であろう。しかしながら、リスク要因を究明し、スクリーニング治療を行う手法は極めて合理的であり、効果も出ていることから学ぶべき点が多い。

第5節 問題意識

上述の通り、現在政府は様々な自殺対策を実施しているにも関わらず、日本の自殺率は世界の国々と比較しても非常に高い。日本国憲法第25条第1項において、「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と定められており、自殺者数や自殺率の増加は国民の健康状態や生活の質が悪化していることを意味すると言える。そのため、国や地方公共団体が主体となって自殺を減らす必要があるのではないかという問題意識を持った。

そこで我々は、自殺願望に影響を与える要因は何か、そして現行の政府による自殺対策の問題点はどこにあるのかを調査することにした。

WEST 論文研究発表会 2013

第2章 先行研究及び本稿の位置づけ

1. 先行研究

自殺の要因に関する研究は、医学、心理学、社会学など様々な分野で行われている。経済学的な視点で研究されたものとしては、「コホートサイズ⁴の自殺率規定力に対する年齢効果の検討—世代間、世代内コンフリクトが日本の自殺に対して与える影響の計量分析」(紺田、与謝野(2013))や、平成17年度内閣府経済社会総合研究所委託調査による「自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書」(京都大学(2006))、「自殺願望の規定要因に関する一考察」(森田(2006))、「自殺のない世界へ—経済学・政治学からのエビデンスに基づくアプローチ」(澤田、上田、松林(2013))などがある。

「コホートサイズの自殺率規定力に対する年齢効果の検討—世代間、世代内コンフリクトが日本の自殺に対して与える影響の計量分析」(紺田、与謝野(2013))では、1993年から2010年の都道府県別・年齢階級別の男性の自殺率を分析対象として、コホートサイズが自殺率に及ぼす影響を検討している。分析の結果、若年層・中高年層では大きなコホートサイズほど自殺率が増加し、高齢者層では大きなコホートサイズほど自殺率が減少しており、世代間の信頼の弱体化と世代間の対立の両者がともに自殺率に対して影響を持つことが明らかになっている。

「自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書」(京都大学(2006))では、1998年以降急増した自殺の原因動機として経済・生活問題が大きく増加している点に注目し、自殺とその経済社会的要因との関係について統計的分析を行うと共に、自殺予防対策について考察している。分析においては、ミクロレベルに細分化されたデータである年齢別性別(都道府県別)年次プール・データ(厚生労働省「人口動態統計特殊報告」、国立保健医療科学院(2003))を用いて、1998年以降の自殺増加の要因の統計的検証を行っている。その結果、年齢階層別データ分析及び都道府県別年齢階層別データを用いた分析において、長期失業等を含む失業要因が有意に男性自殺率を増加させる方向に作用し、寄与度も大きいことが明らかになっている。また、都道府県別年齢階層別データの統計分析では、近所付き合いの頻度が高い地域で自殺率が低い傾向にあったことが不完全ながらも示されている。したがって、失職者や経営難に陥った自営業者を経済面だけではなく、精神面でも支援するような人的ネットワークを土台とするセーフティーネットの構築が自殺予防に有効である可能性が高いということが明らかになった。

「自殺願望の規定要因に関する一考察」(森田(2006))では、自殺願望の経験(過去に自殺をしたいと考えたことのある経験)の有無を規定する要因を、JGSS-2006データを用いて、ロジスティック回帰分析により、20歳から59歳までの若年・中年層と、60歳から89歳までの高齢者層の2集団に分類した上で、男女別に分析している。その結果、若年・中年層について、男性では、失業の可能性のある者、健康状態が悪い者、友人との交際がまったくない者が、自殺願望を抱きやすいということがわかった。その一方で、女性では、20歳代、大卒者、労働時間が40時間以上60時間未満の者、健康状態の悪い者が自殺願望を抱きやすく、未婚者は抱きにくかった。

⁴同時出生集団の人口サイズ

WEST 論文研究発表会 2013

これに対し、高齢者層で、男性では、健康状態が悪い者、独居の無配偶者、集団参加のある者が自殺願望を抱きやすく、70歳代は抱きにくかった。その一方で、女性では、友人との交際がまったくない者、持ち家のない者が自殺願望を抱きやすかった。

「自殺のない世界へ-経済学・政治学からのエビデンスに基づくアプローチ」(澤田、上田、松林(2013))では、自殺や精神疾患の多くが個人の特質のみに由来するのではなく社会経済的要因にも由来する問題である可能性を検証し、そうした観点からエビデンスに基づく適切な社会経済政策や予防策を講ずることの重要性を、経済学・政治学のアプローチから議論している。経済危機や自然災害等が自殺率に与える影響を実証的に検討し、現在行われている様々な政策の成果を統計分析等で検証している。

2.本稿の位置づけ

本稿の目的は自殺願望に影響を与える要因を明らかにすることである。また、先行研究では言及されていない人間の心理的な側面に着目した分析を行い、自殺願望を抱かせる要因は何かを明らかにする。これを踏まえた有用な政策を提言することでこれまでより望ましい自殺対策の制度策定を目指すことが、本稿の目的である。

第1節 分析の枠組み

本稿では自殺についての質問項目がある個票データを用いて、自殺願望に影響を与える要因、さらにはその影響度合いについて明らかにする。先行研究に倣い、説明変数を基本属性、労働要因、身体的要因、社会的要因、経済的要因に分類し、そこに心理的要因として自殺許容レベル、トラウマ経験の有無を追加し、20歳から59歳までの若年・中年層と、60歳以上の高齢者層の2種類に分類した上でロジスティック回帰分析を行う。

第2節 変数選択

1. 被説明変数

本稿では、被説明変数に自殺願望の経験の有無を用いる。自殺願望の経験の有無については、個票データである JGSS-2006 データの「あなたは、ここ 5 年の間に『自殺をしたい』と考えたことがありましたか」という質問に対し、「1：あった」、「2：ここ 5 年はないが、それ以前にはあった」、「3：一度もない」、「4：無回答」から一つを選択する質問項目を使用する。JGSS-2006 は大阪商業大学 JGSS 研究センターが、20 歳から 89 歳の男女を調査対象の母集団とし、全国を北海道・東北、関東、中部、近畿、中国・四国、九州の 6 ブロックに分け、各ブロック内で市郡規模に応じて大都市、人口 20 万人以上の市、人口 20 万人未満の市、郡部の 4 つに分けた層化から層化 2 段抽出法により対象者を抽出して行った調査である。

本稿では、上述の質問項目に対する「1：あった」及び「2：ここ 5 年はないが、それ以前にはあった」という回答に関しては「自殺願望を持った経験がある」とし、「3：一度もない」という回答に関しては「自殺願望を持った経験がない」として扱った。

なお、回答の度数分布に関しては表 1 の通りである。

表 1：「自殺願望の有無」に関する度数分布

	度数	%
1：あった	117	5.5
2：ここ 5 年はないが、それ以前にはあった	245	11.5
3：一度もない	1743	82.1
無回答	19	0.9
合計	2124	100.0

WEST 論文研究発表会 2013

2.説明変数

説明変数については JGSS-2006 の質問項目から得られた回答を基に作成している。

(1) 基本属性

基本属性として「性別」と「年齢」を用いる。「性別」については、男性の自殺率が圧倒的に高いという警察庁の自殺統計より、男性の方が自殺願望を抱きやすいと推測される。「年齢」については、職場でのストレスが管理職となる 40 歳代・50 歳代ほど高くなると考えられるため、40 歳代・50 歳代ほど自殺願望を抱きやすいと推測される。また、本稿では「あなたは、ここ 5 年の間に『自殺をしたい』と考えたことがありましたか」という質問項目に対しての「ここ 5 年はないが、それ以前にはあった」という回答も「自殺願望を持った経験がある」として扱うため、単純に長く生きている高齢者ほど自殺願望を抱きやすいという結果も推測される。

(2) 労働要因

労働要因として、20 歳から 59 歳に関しては「労働時間」及び「失業の可能性レベル」を用いる。60 歳以上に関しては「就労の有無」を用いる。「労働時間」については、肉体的・精神的負担から、労働時間が長ければ長いほど自殺願望を持った経験が多くなると推測される。「失業の可能性レベル」については、職を失うことによる経済的な問題への不安が精神的負担となるため、より失業の可能性があると感じている人ほど自殺願望を持ちやすいと推測される。「就労の有無」については、仕事をするることによる肉体的・精神的な負担から、就労している人は自殺願望を抱きやすいと推測される。

(3) 身体的要因

身体的要因として「健康レベル」を用いる。「健康レベル」については、健康問題が自殺の要因の約半数が健康問題（警察庁生活安全局生活安全企画課 平成 24 年度における自殺の概要資料）であることから、健康レベルが低ければ低いほど自殺願望を抱きやすいと推測される。

(4) 社会的要因

社会的要因として「配偶関係」を用いる。また、60 歳以上に関しては「持ち家」、「趣味への取り組み」も社会的要因として用いる。「配偶関係」については、「離死別」に関しては精神的ショックから自殺願望を抱きやすくなると推測され、「未婚」に関しては、孤独によるストレスによって自殺願望を抱きやすくなると推測される。「持ち家」に関しては、持ち家があれば家賃の支払いが不要となり、生活していく上での負担が軽減されるため自殺願望を抱きにくくなると推測される。「趣味への取り組み」については、趣味を持っている人は、趣味を持っていない人よりも充実感が高いと考えられるため自殺願望を抱きにくいと推測される。

(5) 経済的要因

経済的要因として「世帯収入のレベル」を用いる。「世帯収入のレベル」については、経済問題に直結すると考えられるため、低ければ低いほど自殺願望を抱きやすくなると推測される。

WEST 論文研究発表会 2013

(6) 心理的要因

心理的要因として「友人との交際の満足レベル」、「自殺許容レベル」、「トラウマの回数」を用いる。「友人との交際の満足レベル」については、友人関係が良好であればあるほど、日々の精神的なストレスを軽減させることができるため、自殺願望を抱きにくいと推測される。「自殺許容レベル」については、そもそも自殺は個人の自由であると考えている人は自殺に対して否定的ではないために、自殺願望を抱きやすいと推測される。「トラウマの回数」については、トラウマによって受ける精神的負担が大きいためトラウマの回数が多いほど自殺願望を抱きやすいと推測される。

第3節 本稿の分析

1.分析結果

以上のような変数を用い、実際に 20 歳から 59 歳の若年・中年層、60 歳以上の高齢者層に分けてロジスティック回帰分析による分析を行った。

表 2：記述統計量（若年・中年層）

変数	サンプル数	平均	標準偏差	最小値	最大値
自殺願望を持った経験	1329	0.215952	0.411636	0	1
女性	2656	0.537651	0.498674	0	1
20 歳代	2656	0.1641566	0.3704874	0	1
30 歳代	2656	0.264684	0.441248	0	1
40 歳代	2656	0.24247	0.428658	0	1
50 歳代	2656	0.32869	0.469825	0	1
有配偶	2656	0.7251506	0.4465224	0	1
離死別	2656	0.050828	0.219688	0	1
未婚	2656	0.224021	0.417015	0	1
労働時間（39 時間未満）	2632	0.2492401	0.432655	0	1
労働時間（40 時間以上 59 時間未満）	2632	0.4445289	0.497008	0	1
労働時間（60 時間以上）	2632	0.112462	0.3159941	0	1
失業の可能性レベル	1357	1.515107	0.776185	1	4
世帯収入レベル	2630	2.711787	0.855816	1	5
友人との交際の満足レベル	2641	3.671337	0.95994	1	5
健康レベル	1334	3.684408	1.053033	1	5
自殺許容レベル	1333	0.141035	0.348189	0	1
トラウマの回数	2649	1.126085	1.169522	0	4

表 3：分析結果（若年・中年層） サンプル数：1076

独立変数	カテゴリー	オッズ比	標準誤差	有意性
性別（男性）	女性	1.534012	0.298983	**
年齢（20 歳代）	30 歳代	0.872944	0.229915	
	40 歳代	0.786765	0.222803	
	50 歳代	0.487768	0.142665	**
配偶関係（有配偶）	離死別	2.167421	0.756445	**
	未婚	1.011772	0.227113	
労働時間（40 時間未満）	40 時間以上 59 時間未満	1.069486	0.213239	
	60 時間以上	0.825075	0.257643	
失業の可能性レベル		1.287091	0.127061	**
世帯収入レベル		0.88954	0.089413	
友人との交際の満足レベル		0.712898	0.063521	***
健康レベル		0.796795	0.063405	***
自殺許容レベル		3.520167	0.692527	***
トラウマの回数		1.171152	0.078449	**
疑似決定係数		0.1115		

***は 1%水準で、**は 5%水準で、*は 10%水準でそれぞれ有意なことを表す。

表 4：記述統計量（高齢者層）

変数	サンプル数	平均	標準偏差	最小値	最大値
自殺願望を持った経験	776	0.09665	0.295671	0	1
女性	1598	0.525031	0.499529	0	1
60 歳代	1598	0.528786	0.499327	0	1
70 歳代	1598	0.366083	0.481883	0	1
80 歳代	1598	0.105131	0.306819	0	1
就労	1598	0.31602	0.465066	0	1
趣味への取り組み	767	0.26206	0.440042	0	1
持ち家	1598	0.11577	0.320049	0	1
有配偶	1598	0.751565	0.432241	0	1
離死別	1598	0.223404	0.416658	0	1
未婚	1598	0.025031	0.156269	0	1
世帯収入のレベル	1571	2.486314	0.869313	1	5
友人との交際の満足レベル	783	3.501916	1.182647	1	5
健康レベル	1567	3.779196	0.987664	1	5
自殺許容レベル	774	0.03876	0.193147	0	1
トラウマの回数	1584	1.126894	1.218797	0	4

WEST 論文研究発表会 2013

表 5：分析結果（高齢者層）サンプル数：735

独立変数	カテゴリー	オッズ比	標準誤差	有意性
性別（男性）	女性	0.802084	0.233892	
年齢（60 歳代）	70 歳代	0.6052515	0.1940565	
	80 歳代	0.6887913	0.3894148	
就労（なし）	あり	1.424139	0.4344353	
趣味への取り組み（なし）	あり	1.174287	0.3815942	
持ち家（なし）	あり	1.497029	0.5536881	
配偶関係（有配偶）	離死別	0.9393876	0.3768647	
	未婚	2.632759	1.459023	*
世帯収入のレベル		0.8138965	0.1352066	
友人との交際の満足レベル		0.6289179	0.0910382	***
健康レベル		0.7994347	0.0954057	*
自殺許容レベル		5.763595	2.682589	***
トラウマの回数		1.204839	0.1285629	*
疑似決定係数		0.1281		

***は 1%水準で、**は 5%水準で、*は 10%水準でそれぞれ有意なことを表す。

表 3・表 5 が本稿の分析の結果である。結果として、若年・中年層では「女性」、「離死別」、「失業の可能性レベル」、「自殺許容レベル」、「トラウマの回数」が自殺願望を持った経験に対して正の影響を与える一方、「50 歳代」、「友人との交際の満足レベル」、「健康レベル」が負の影響を与えるということがわかった。また、高齢者層では「未婚」、「自殺許容レベル」、「トラウマの回数」が正の影響を与える一方、「健康レベル」、「友人との交際の満足レベル」、「健康レベル」が負の影響を与えることが明らかになった。

2. 考察

2-1 若年・中年層についての考察

まず本稿の若年・中年層についての分析結果に対し、考察を加える。表 3 中で説明力を持つという結果を得た「女性」に関しては、うつ病の発生率が男性よりも高いため、男性と比較してストレスを感じやすいと考えられる。そのため、自殺願望を持った経験に正の影響を与えると捉えられる。「離死別」に関しては、離婚・死別による精神的なストレスが自殺願望を持った経験に正の影響を与えると考えられる。次に、「失業の可能性レベル」に関しては、不況のために再就職が難しく、その不安が自殺願望に正の影響を与えると考えられる。また、失業の可能性があると感じている人は職場で何らかの問題を抱えている可能性が高く、これが自殺願望を持った経験に正の影響を与えているとも考えられる。「自殺許容レベル」に関しては、そもそも自殺は個人の自由であると考えている人は自殺に対して否定的ではないために、自殺願望を抱きやすいと考えられ

WEST 論文研究発表会 2013

る。そのため、自殺願望を持った経験に正の影響を与えていると捉えることができる。また、「トラウマの回数」に関しては、親族の死などによる精神的ショックから自殺願望を持った経験に正の影響を与えると考えられる。一方で、「50歳代」に関しては、就職氷河期を経験した20歳代と比較して、雇用に対する不安の経験が少ないために、自殺願望を持った経験に負の影響を与えると考えられる。「友人との交際の満足レベル」に関しては、友人関係が良好であればあるほど、日々の精神的なストレスを軽減させることができるため、自殺願望を持った経験に負の影響を与えると考えられる。「健康レベル」に関しては、健康に何らかの問題を抱えている場合、これが精神的負担となり自殺に繋がる可能性があるため、健康レベルが高ければ高いほど自殺願望を抱きにくくなると考えられる。そのため、自殺願望を持った経験に負の影響を与えると捉えることができる。

2-2 高齢者層についての考察

次に本稿の高齢者層についての分析結果に対し、考察を加える。表5中で説明力を持つという結果を得た「未婚」に関しては、未婚のため一人暮らしになることが多く、孤独になりがちになるために、自殺願望を持った経験に正の影響を与えると考えられる。次に、「自殺許容レベル」に関しては、上述の考察と同じく、そもそも自殺は個人の自由であると考えている人は自殺に対して否定的ではないために、自殺願望を抱きやすいと考えられる。そのため、自殺願望を持った経験に正の影響を与えていると捉えることができる。また、「トラウマの回数」に関しても上述の考察と同じく、親族の死などによる精神的ショックから自殺願望を持った経験に正の影響を与えると考えられる。「友人との交際の満足レベル」に関しては上述の考察と同じく、友人関係が良好であればあるほど、日々の精神的なストレスを軽減させることができるため、自殺願望を持った経験に負の影響を与えると捉えることができる。また、高齢者は孤独に陥りやすく、友人との交際によってその孤独を解消することができると考えられ、自殺願望を持った経験に負の影響を与えとも捉えることができる。「健康レベル」に関しては、上述の考察と同じく健康に何らかの問題を抱えている場合、これが精神的負担となり自殺に繋がる可能性があるため、健康レベルが良ければ良いほど自殺願望を抱きにくくなると考えられる。そのため、自殺願望を持った経験に負の影響を与えると捉えられる。

WEST 論文研究発表会 2013

第 4 章 政策提言

本稿の分析の結果、20 歳から 59 歳の若年・中年層においては「女性」、「離死別」、「失業の可能性レベル」、「自殺許容レベル」、「トラウマの回数」が自殺願望を持った経験に対して正の影響を与える一方、「50 歳代」、「友人との交際の満足レベル」、「健康レベル」が負の影響を与え、60 歳以上の高齢者層においては「未婚」、「自殺許容レベル」、「トラウマの回数」が正の影響を与える一方、「健康レベル」、「友人との交際の満足レベル」が負の影響を与えることがわかった。

また、実際に自殺対策を実施している地方自治体への聞き取り調査の結果、自殺対策に改善の余地があることがわかった。

以上を踏まえ、我々は現状の問題点をそれぞれ指摘した上で、第 1 節から第 3 節では「自殺願望を抱かせない社会づくり」、「自殺させないための施策の実施」、「自殺未遂者の再犯防止・遺族の後追い自殺防止」の 3 つを目指す政策を提言する。また、第 4 節では今後より効率的な自殺対策を行うための体制作りを目指す政策を提言する。以下、政策提言の根拠となる本稿の分析における説明変数との対応を表 6 に示した。

表 6：政策提言の根拠となる説明変数

フェーズ	関連する説明変数
①自殺願望を抱かせない社会づくり	自殺許容レベル
②自殺させないための施策の実施	健康レベル、トラウマの回数
③自殺未遂者の再犯防止・遺族の後追い自殺防止	トラウマの回数

第 1 節 自殺願望を抱かせない社会づくりの政策

1. 自殺予防教育

本稿の分析から、自殺許容レベルが自殺願望を持った経験に正の影響を与えるという結果が得られた。つまり、自殺許容レベルが高ければ高いほど自殺願望を抱きやすい、ということが明らかになった。自殺許容レベルは個人の思想に大きく左右され、また、成人段階における思想は幼少時の教育に大きく影響されると考えられる。そのため、成人段階における自殺許容レベルは子供時代の学校教育によって変えることができると言える。つまり、青少年期のうちに自殺に対して正しい認識を持たせる必要があるという点で、学校での自殺予防教育は非常に重要である。

文部科学省が平成 24 年に実施した「児童生徒の自殺予防に資する教育に関する取組状況調査」の結果によると、現在の学校教育においては、「生命を尊重する」教育や「人間関係づくり」に関する取り組みについては 7 割から 8 割の学校において実施されている。しかし、「自殺予防を目的とした教育」に関する取り組みとして、自殺予防教育そのものを実施している学校は 5 割程度であり、他の取り組みよりも実施率が低いということが明らかになった。また、文部科学省のもとで「児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議」が設置されているものの、その目的はも

WEST 論文研究発表会 2013

っばら「児童の自殺」を予防することにあり、成人になった後に自殺願望を抱いた場合や、周りの人が自殺の兆候を見せた場合に対処できる内容のものではない。

自殺予防教育の先行例として、アメリカを挙げる。現在日本の半分以上の自殺率であるアメリカでは、1950年代から1980年代にかけて15歳から24歳の若者の自殺率が約3倍になったことを受けて、自殺予防教育の見直しを行い、教師・保護者・生徒を対象に絞って対策を行った。まず教師には、精神保健の専門家と定期的に会合を行うことでネットワークを作ることを推進し、有事の際には迅速な対応ができるようにする対策がとられている。また、生徒に自殺の危険が高まった場合を想定したシミュレーションを行う対策もとられている。次に、学校が保護者に対して自殺に対する正しい知識と理解を深めるよう促し、その上で教師との信頼関係を大切にすることが推進されている。最後に、子供に対しては自殺の実態や自殺の危険を示すサイン、ストレスや薬物乱用と自殺の危険、どのように助けの手を差し伸べるか、地域にどのような資源があるかを正確に伝える教育が徹底されている。

これを踏まえ、自殺願望を抱かせないための施策として、「日本における自殺予防教育の変革」を提言する。

前述の通り、直接的な自殺予防教育を行うために敢えて自殺というテーマに踏み込んだ教育を行う。具体的な方法として、「自殺の実態について伝えること」、「実際に自殺願望を抱く状況に追い込まれることがあるということを伝えること」、「友人が自殺願望を抱く状況に陥ったときにどう対応ができるかロールプレイ方式で考えさせること」、「周りにどんな施設があるかを教えること」の4点を中心とした教育を徹底する。「自殺の実態について伝えること」については道徳的な判断や倫理を押し付けるのではなく、統計的な事実を用いて実態を明らかにする。「実際に自殺願望を抱く状況に追い込まれることがあるということを伝えること」については、誰にでも人生の中で絶望的な気持ちになることは決して異常なことではないということを伝え、また自殺の危険を示すサインとして様々な項目を挙げる。「友人が自殺願望を抱く状況に陥ったときに自分がどう行動をとれるか考えさせること」については、ロールプレイ方式を使ってどのように動くべきかを指導し、自ら考えることで実際に起こりうる状況に対応できるようにする。「周りにどんな施設があるかを教えること」については、自殺予防センターや保健所、精神保健センター、電話相談等があるということを伝える。また、どのような状況で連絡ができるかということも併せて知らせる。保護者に対しては、学級懇談会や学年懇談会などと共に、書面でも自殺予防教育の目的と概要を伝える。

これらをきっかけとして、子供たちひとりひとりが自殺への正しい知識と認識を得ることができると考える。

WEST 論文研究発表会 2013

2. 連帯保証制度

第1章で述べた通り、自殺要因の約3分の1が経済・生活問題である。そのうち、40%以上が債務を負ったことが原因となり自殺していることが明らかになっている(平成24年警察庁自殺統計)。この中には、連帯保証人等の保証債務も含まれる。連帯保証人の数に関する公式の統計は存在しないが、自己破産事由のうち4分の1程度が保証債務であることに鑑みると(平成16年早稲田大学消費者金融サービス研究所)、その影響は決して小さいとは言えない。

民法第454条では連帯保証の制度が設けられている。この制度は金融機関からの融資や賃貸借契約、住宅ローンを組む時など様々な場面において用いられており、我が国の商慣習の一つとなっている。連帯保証人は、単なる保証人とは以下の点で異なる。1つ目は、債権者が保証人に債務履行を請求したときに、保証人がまず、主たる債務者に催告するべき旨を請求できる「催告の抗弁権」(民法第452条)が認められていない点である。2つ目は、保証人が債権者に対し、主たる債務者の財産につき執行をなすまで自己の保証債務の履行を拒むことができる「検索の抗弁権」(民法第453条)が認められていない点である。3つ目は、保証人が複数いる場合、各保証人は、その人数で割った等しい履行義務のみを負う「分別の利益」(民法第456条)が認められていない点。以上の点を鑑みれば、連帯保証制度は、単なる保証制度よりも強力な保証効力を有するが、連帯保証人の置かれる立場は単なる保証人に比べ著しく不利なものである。しかしながら、債権者の保護や、強力な保証力ゆえ低金利で融資を受けることができる事業者等の便益の観点から、連帯保証制度を廃止してしまうことは円滑な取引を妨げることに繋がるとの指摘も多い。問題なのはその運用の仕方である。零細事業者や個人が連帯保証契約を結ぶ際、事業等に全く関わらない親族や親しい友人が善意で保証人になるケースが多々存在する。そして、主たる債務者の経済状況が悪化すると、途端に保証債務の履行を迫られるのである。また、連帯保証人に迷惑をかけたくない一心で、主たる債務者の心理的負担も大きくなる。このように、現状の連帯保証制度の運営では、主たる債務者のみならず連帯保証人にも多大な経済的・心理的負担を強いており、これらは自殺の一端となっていると言える。

連帯保証制度そのものやその運用の仕方については、昨今見直しの動きがある。2006年、信用保証協会が保証を与える際に、第三者の連帯保証人を取らない方針を打ち出した。さらに2011年、各金融機関に対して金融庁から「経営に関わらない第三者の個人連帯保証を禁ずる」とする通達が出された。さらに、2013年、債権法改正の中間試案第17.6.(1)【個人保証の制限】において、前述の金融庁通達の法文化が検討されている。中間試案においては、他にも契約締結時の情報説明義務や、主たる債務者が保証人に対して債務の履行状況に関する情報提供義務等が示されている。さらに、連帯保証人救済の手段として、裁判で保証債務の額の減免を請求できるようにする制度を検討している。このように、保証人の救済・保護が連帯保証制度の課題であり、制度面は改善される兆しがある。

以上を踏まえ、我々は上述債権法改正案の当該部分の早期実現化を支持した上で、「連帯」保証人ではなく、保証人やその他担保で融資が下りるように、運用面を変えることを提言する。

これまで連帯保証制度は危険性が高いにも関わらず、リスクへの対処の為にむやみに多用されてきた。そこで、金融庁・地方自治体を中心として各金融機関・企業の連帯保証契約を調査し、

WEST 論文研究発表会 2013

統計等を基に基準を定め、内容に対して不合理な条件を提示している企業には行政指導等を行うべきである。例えば、賃貸借契約においては、UR 都市機構が連帯保証人無しで、前払家賃制度などで賃貸住宅を展開している。また、事業者への融資として、日本政策金融公庫は連帯保証人を取らず、決算書や事業計画書・経営者の意欲等を多角的に審査した上で融資をしている。これらのように、連帯保証制度に頼らずとも、確かな審査や他の担保によってリスクを軽減する方法を探るよう各企業が努め、金融庁・地方自治体はこれを推進すべきである。

3. 生命保険約款の見直し

保険法 51 条 1 号には「被保険者が自殺をしたとき」保険者は保険給付を行う責任はない。と規定されている。しかしながら、各生命保険会社は自殺に対してその約款で約 3 年の免責期間を定め、免責期間後の自殺に関しては、原則保険金を出している。自殺免責に期間があることが、免責期間後の被保険者の自殺を助長すると考えられる。つまり、本稿で言う「自殺の許容レベル」の上昇の一因となっている。また、実際に韓国では免責期間終了を契機に自殺が増加しているという調査結果⁵もある。

以上を踏まえ、我々は「生命保険協会や各生命保険会社が自殺の免責期間を廃止し、精神障害によるものを除き自殺を免責事由とすること」を提言する。

平成 22 年 8 月 27 日奈良地方裁判所において、自殺の免責期間中であっても、精神障害に陥って判断能力が欠如していることが証明された場合、保険金の支払いが認められた。それ以降、各保険会社は、免責期間中であっても、精神病になり判断能力が欠如している被保険者には自殺であっても任意で保険金を支払っている。このように、精神病による自殺と証明されれば、事実上免責期間に関係なく保険金が支払われている。このような現状に鑑みて、3 年という自殺免責期間の設定は、免責期間後の保険金目当ての自殺を助長するのみで、制度的合理性を有しない。また、精神疾患以外の理由の自殺に対して保険金が出ることを謳った保険商品はそもそも公序良俗に反し、違法である。

⁵ 韓国保険研究員による調査結果

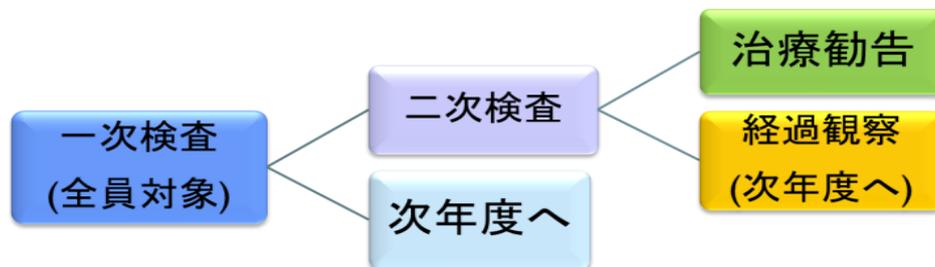
WEST 論文研究発表会 2013

第2節 自殺させないための政策

1. スクリーニング

本稿の分析の結果、「健康レベル」が自殺願望を持った経験に負の影響を与え、「トラウマの回数」が自殺願望を持った経験に正の影響を与えたことから、健康状態とトラウマの経験が自殺に繋がることが明らかになった。そこで、トラウマを経験した人々にケアを行う機会を設け、自殺願望を抱く人が実際に行動に移すことを未然に防ぐために上述のフィンランドの例を倣い、多くの人にスクリーニング（ふるいわけ検査）を行うことで自殺願望を抱いているか、または、自殺の恐れがあるかを判断する。そこで何らかのケアが必要と判断されれば、十分なケアを行うことによって実際に自殺に繋がらないようにする。秋田県八峰町や宮崎県小林市野尻町など市町村単位では実際に行われており、効果が出ている。我々は実際に秋田県八峰町でスクリーニングにより受診が必要とされた人のケアを行っている保健師の方に、電話によるヒアリング調査を実施した。その結果、秋田県八峰町では対面型相談支援事業、人材養成事業、継続的普及啓発、強化モデル事業など様々な取り組みをしているが、その中でも最も効果的であったのがスクリーニング制度であるということが明らかになった。このように、自殺者を未然に早期発見するための方法としてスクリーニング制度は効果的であると考えられるにも関わらず、その実施は地方公共団体の裁量に任されている。

図7：スクリーニングの流れ



以上を踏まえ、我々は「スクリーニングを政府が地方公共団体に政策として義務付けること」を提言する。

方法としては、現在労働安全衛生法に基づきすべての労働者に義務付けられている会社の定期健康診断の際に、身体検査だけでなく心の健康診断も行う。具体的には図7のように、1次スクリーニングとして、労働安全衛生規則44条に定められている一般健康診断の項目（既往歴、業務歴の調査、自覚症状、他覚症状の有無の検査、身長、体重、腹囲、視力、聴力の検査、胸部エックス線検査、喀痰検査、血圧の測定、貧血検査、肝機能検査、血中脂質検査、血糖検査、尿検査、心電図検査）に加え、何らかの悩みを抱えているか、トラウマがあるか、など精神的な問題を問う「心の健康度評価票」を受診者に記入してもらい、陽性者のチェックを行う。その後2次スクリーニングでは、1次スクリーニングの陽性者に対し、本人の同意を得て保健師等の面接による調査を行う。健診終了後、二次スクリーニング結果判定を保健師等が行い、「治療勧告群」と「経

WEST 論文研究発表会 2013

過観察群」に分け、必要に応じて助言をする。「治療勧告群」に対しては専門医及び保健所等の相談窓口を紹介し、「経過観察群」についてはしばらく期間を設けた後に訪問、または相談を行う。自殺をしなかった場合にその人が経済活動によって得られたであろう利益が膨大であるということについて触れたが、そのことから、会社がスクリーニングに協力することは有益であると考えられる。

ただし、無職者及び非正規雇用者などに関しては健康診断を自費で受けることになり、そもそも一般健康診断の受診率が低いことが問題となっている。厚生労働省が 2007 年に実施した調査によると、過去 1 年間に定期健康診断を実施した事業所の割合（企業検診実施率）は 86.2%、受診率は 81.2%である一方で、自営業者、専業主婦、無職者などの国民健康保険加入者の健診受診率は 30%未満であった。無職者や自営業者、お高齢者が徹底して健康診断に行くよう、政府や地方公共団体が、問診票付きの往復はがきの送付によって検診を代替する措置を設けることや、その他広報活動によって呼びかけ、毎年の受診を徹底させることが求められる。

また、精神的な病気は身体の病気以上にデリケートな問題であるため、このスクリーニング制度が実施される場合、受診者のプライバシーの保護については十分に考慮する必要がある。

2. マスメディアを利用した自殺予防

自殺とその予防に関する因子は複雑で、まだ十分には解明されていないが、メディアがウェルテル効果として、また自殺の予防に大きな影響力を及ぼすことについて根拠が示されている (Phillips(1974)、Matsubayashi,Mori&Ueda(2013))。自殺願望を抱いている人にとって、自殺の報道が大々的で目立つものであったり、センセーショナルなものであったりすると、その自殺に追随するように気持ちが向いてしまう。逆に、報道の仕方によっては自殺に関して社会を啓発し、自殺願望を抱いている人を救うことや命の大切さを伝えることもできる。WHO によって作成された自殺予防のガイドラインのひとつに「自殺予防 メディア関係者のための手引き (内閣府・2008 年改訂版日本語版)」がある。この手引きでは、メディア関係者が自殺関連報道をする際に注意すべき点がまとめられている。具体的には、社会に向けて自殺に関する啓発・教育を行う、自殺をセンセーショナルに扱わない、自殺の報道を目立つところに掲載するなど過剰に行わない、自殺既遂や未遂に用いられた手段や場所を詳しく伝えない、見出しのつけ方、写真や映像の使用には慎重を期する、著名な人の自殺報道に関しては特に注意する、遺された人に対して十分な配慮をする、どこに支援を求めることができるのかについて情報を提供することなどが定められている。

以上を踏まえ、我々は「政府としての、社会全体で自殺の問題を解決するための各メディアに対する呼びかけ」を提言する。

日本では、報道の自由を含む表現の自由というものが特に侵害されてはならない人権とされているため、この手引きを法律化し、義務付けることは難しいが、メディアが大衆に多大な影響を及ぼすことから、政府が各メディアに呼びかけて社会全体で自殺の問題を解決するよう努めていくことには大いに意義があると考えられる。文書やメディア関係者らを集めた講演会などにおいて、自殺の報道がその後の自殺率に影響を及ぼすというエビデンスを示したうえでその対策を講

WEST 論文研究発表会 2013

じることが効果的であると考えます。また、これは他の政策に比べてもかなり低コストで実施することができるはずである。

第3節 自殺未遂者の再犯・遺族の後追い自殺防止

1. 自殺未遂者の再犯防止

自殺者の4割近くに過去の自殺未遂歴があり、救命救急センター等で入院に至った自殺企図例のうち、42%に過去の自殺企図歴があるという報告がある（厚生労働省：自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会 報告書(2008)）。さらに自殺未遂者や自傷患者の3%から12%がその後自殺しており、自殺未遂者は自殺者の少なくとも10倍存在することから、自殺未遂者のケアには自殺予防のために重要なことであると考えられる。

現在政府は、自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ取り組みを大きく分けて2つ行っている。まず1つ目は「救急医療施設における精神科医による診療体制の充実に関する取り組み」である。厚生労働省は、精神科救急情報センターや輪番制等による精神科救急医療施設の整備を行う「精神科救急医療体制整備事業」にて、自殺未遂者等の精神・身体合併症患者に対する対応力の強化について一層の体制整備を図っている。また、平成17年度からの自殺対策のための戦略研究の中では、「自殺企図の再発防止に対する複合的ケースマネジメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究」を行っている。これは自殺未遂で救急部門に搬送された者に対する、再度の自殺企図を防ぐための有効な取り組みに関する詳細な研究である。さらに、救命救急センターにおいて、精神科の医師を必要に応じ適時確保することを各都道府県に求めている。これは救急医療の実施と併せて、精神科の医師による診療等が速やかに行われるようにするための取り組みである。平成20年度には「自殺未遂者ケアに関するガイドライン」を作成するとともに、同年度から関係学会との協同でガイドラインを基にして、救急医療の従事者を対象に「自殺未遂者ケア研修」も開催している。

2つ目は「家族等の身近な人の見守りに対する支援」である。

平成19年度から、自殺予防総合対策センターにおいて、精神保健福祉センター等で相談業務に従事する者を対象として、相談技法に関する専門的な研修の実施・協力が行われている。その後、相談技法に関する研修は都道府県において幅広く実施されるようになったことから、21年度をもって自殺予防総合対策センターにおける研修を終了し、前述の「自殺未遂者ケアに関するガイドライン」の普及により、自殺未遂者へのケア対策の推進を図っている。

以上の政府の取り組みから、研究を基に策定されたガイドラインを踏まえ、実際に自殺未遂者と関わる医療機関・公的機関の職員の育成が行われていることが見受けられる。

しかし、精神保健センターや保健所等の公的機関で相談業務に従事する者をいくら育成しても、自殺未遂者が彼らに相談する機会がなければ、有効であるとは言えない。実際、精神疾患の影響等で体力や気力、自発性及び判断力が低下している可能性の高い自殺未遂者自らが公的な相談窓口で相談しに行くことは、そう多くないと考えられる。相談の機会があつたとしても、継続的な治療が行われているかについては疑問が残る。

WEST 論文研究発表会 2013

これを踏まえ、我々は「救急から公的相談窓口への引継ぎ及び相談支援の継続性の重視」を提言する。

救急病院に運搬された自殺未遂者、またはその家族の同意が得られた患者について、「相談窓口連絡票」を病院が作成して公的機関の相談窓口に送付する。相談窓口はこれを基に、本人または家族に連絡し、相談支援を実施する。滋賀県彦根市では平成23年度から「自殺対策ネットワーク構築事業」の一環として、「平成27年度に、彦根市立病院に自傷行為で救急受診した患者のうち80%が地域の相談窓口につながり支援を受けることができる」という目標のもと、同様の取り組みが行われている。

また、相談支援の継続の重要性を示すエビデンスとして、以下の実験が挙げられる。

WHOが10ヶ国と協力して行った自殺予防の介入研究にて、短期介入⁶と18ヶ月間に15回という継続的なフォローアップをした群では、一般的な治療をただけの群に比べ、自殺率が約6分の1にとどまったことが判明した。このフォローアップは実に簡単であり、自殺未遂をした人に直接会いに行き、「お元気ですか (How are you?)」、そして「何か必要なものはありますか (Do you need anything?)」という2つの質問を投げかけるだけのものである。接触時間は5分から10分程度で、内容も決して心理療法の類のものではない。

この実験から、「友人との交際の満足度」も低く孤独を抱えている自殺未遂者において、例えば簡単なコミュニケーションであっても、継続的であれば自殺再犯防止に繋がると考えられる。

2. 遺族の後追い自殺防止

本稿の分析の結果、「トラウマの回数」が自殺願望を持った経験に正の影響を与えたことから、トラウマの経験が自殺に繋がることが明らかになった。親族が自ら死を選ぶということは、トラウマの経験に値すると考えられる。自死遺族の自殺死亡率は、通常の2倍にも及ぶ。内閣府は、遺族の自助グループ等の運営支援を行っている。さらに地方公共団体では、地域の相談先や自助グループの連絡先などを記載した「遺族のためのリーフレット等」を作成、配布している。しかし、自殺未遂者同様遺族が自ら相談先に連絡することは考えづらい。

そこで、「地方公共団体による公的機関・民間の自助グループなどへの自死遺族情報の連絡」を提言する。同意を得られた自死遺族に関する「相談窓口連絡票」を地方公共団体が作成し、公的機関・民間の自助グループなどの相談窓口を送付する。相談窓口はこれを基に、自死遺族に連絡し、相談支援を実施する。このように、親族の自殺というトラウマを事後的にケアすることができれば、遺族の後追い自殺は減らせることができるのではないかと。

⁶自殺未遂が起きた後約1時間にわたって行う、認知療法的なアプローチ及び自殺や自殺未遂についての事実の教育

WEST 論文研究発表会 2013

第4節 自殺対策のための社会経済学的研究の推進

我が国では、現在までに医療的見地からの研究はいくつか行われているものの、社会経済学的見地に基づく研究が包括的に行われていないため、統計的なエビデンスが不足している。さらに、政策の実施においても、地域自殺対策緊急強化基金に基づく交付金を地方自治体に配分することにとどまっているため、効果の薄い政策が実施されている可能性もある。日本における自殺対策推進会議は各自治体の政策について議論してはいるものの、その効果などについては検討されておらず、提言も行っていない。限られた資源を有効に活用し、自殺につながる問題を根本的に解決するためにも、社会経済学的なエビデンスは重要である。

以上を踏まえ、我々は「自殺の社会経済学的な研究者の支援及び育成のための学術機関や研究機関の創設・強化」を提言する。

澤田ほか(2013)によると、アメリカにおいて、保険社会福祉省が中心となり、BPR(Best Practice Registry)と呼ばれる政策が実施されている。これは、数ある自殺対策に関する政策のうち、専門家による審査を通して、その効果に関して統計的に有意な結果が出ているものを抽出し、各自治体等に提言するものである。その結果、各自治体はエビデンスに基づく政策のみを行うことができている。このように、自殺対策が効果的・効率的に行われるためにも、100億円にも及ぶ地域自殺対策緊急強化基金を見直し、その一部を利用するなどして、官学民が連携して自殺の社会・経済的研究を行い、政策に反映するような体制を整えることが必要である。

WEST 論文研究発表会 2013

おわりに

本稿では、自殺願望を抱く要因は何であるかに焦点を当て、心理的な要因が自殺願望にどのような影響を与えるのかについて分析を行った。その上で政府による現行の自殺対策の問題点を指摘し、「自殺予防教育」、「連帯保証制度」、「生命保険約款の見直し」、「スクリーニング」、「マスメディアを利用した自殺予防」、「救急から公的相談窓口への引継ぎ及び相談支援の継続性の重視」、「地方公共団体による、公的機関・民間の自助グループへの自死遺族情報の連絡」、「自殺の社会経済学的な研究者の支援及び育成のための学術機関や研究機関の創設・強化」に関する提言を行った。

しかし、本稿には以下のような課題も残されている。1つ目に、データの制約上、分析の被説明変数が「自殺願望を抱いた経験があるか」という過去についての問いの回答であり、実際の自殺死亡者のデータで分析することができなかったという点である。自殺死亡者のプライバシーの問題が残るものの、実際の自殺者の詳しい統計データの作成が望まれる。2つ目に、自殺対策の効果のエビデンスが得られなかったという点である。自殺は様々な問題が複雑に絡み合った結果起こるものという性質上、経済学的な観点から自殺対策が実際にどの程度効果をもたらすのかというエビデンスを分析により明らかにすることはできなかった。投入可能な資金が限られている以上、これを有効に活用し、より大きな成果を得られる自殺対策を目指すべきである。今後、明確なエビデンスを得られるような研究が実施されることが望まれる。

本稿では、「自殺願望を抱かせない社会づくり」、「自殺を遂行させないための施策の実施」、「自殺未遂者の再犯防止・遺族の後追い自殺防止」及び「自殺対策のための社会経済学的研究の推進」を目指した、政府による自殺対策の今後の可能性を検討した。今後、政府が様々な研究によるエビデンスを得た有用な自殺対策を行うことで、自殺という日本社会の闇に光を照らすことが望まれる。

最後に、本稿が我が国における自殺率の低下の一助となることを願い、本稿を締めくくる。

WEST 論文研究発表会 2013

【参考文献】

参考文献・HP

- ・澤田康幸、上田路子、松林哲也（2013）『自殺のない世界へ-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
- ・森田次朗（2008）『自殺願望の規定要因に関する一考察 -JGSS-2006 データによる分析-』
- ・阪本俊生(2011)『デュルケムの自殺論と現代日本の自殺』関西学院大学社会学部紀要 112
- ・紺田広明、与謝野有紀（2013）『コホートサイズの自殺率規定力に対する年齢効果の検討—世代間、世代内コンフリクトが日本の自殺に対して与える影響の計量分析』
- ・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
- ・小出篤(2013)「債権法改正における「保証」制度の改正について—一日弁連「意見書」の検討」『学習院法務研究第 7 号』
- ・甘利公人ほか(2009)『保険法の論点と展望』商事法務
- ・保険事例研究会(2012)「精神障害者の自殺企図行為(マンションからの転落)による高度障害について故意免責を認めなかった事例[奈良地裁平成 22.8.27 判決]」『保険事例研究会レポート(265)』
- ・自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会（2008）『自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会 報告書』
- ・平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金 20 年度厚生労働科学研究費補助金 自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究（2008）『こころの健康科学研究事業自殺に傾いた人を支えるために—相談担当者のための指針—自殺未遂者、自傷、を繰り返す人、自殺を考えている人に対する支援とケア』
- ・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（2007）『自殺予防総合対策センターブックレット No.1 各国の実情にあった自殺予防対策を』
- ・自殺予防 メディア関係者のための手引き 2008 年改訂版日本語版(2008)
- ・子どもの自殺予防のための取組に向けて（第 1 次報告）(2007)-文部科学省
- ・金融庁(2011)「主要行等向けの総合的な監督指針一部改訂」
- ・金融庁(2011)「中小・地域金融機関向けの総合的な監督指針一部改訂」
- ・法務省法制審議会民法(債権関係)部会(2013)「民法(債権関係)の改正に関する中間試案」
- ・Keith Hawton, Kees van Heeringen (2009)『Suicide』 *The Lancet*, vol. 373 No. 9672 pp.1372-1381
- ・Cvinar J. G(2005)『Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature』
- ・Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. B. (2002) 『Suicide Risk in Relation to Family History of Completed Suicide and Psychiatric Disorders: a Nested Case-control Study Based on Longitudinal Registers』
- ・Stuart D.B. Picken (1979) 『Suicide: Japan and the West』
- ・Eddleston M (2003) 『Preventing deaths From self-poisoning in the developing world. 』
Presentation made at WHO Headquarters, 12 November.

WEST 論文研究発表会 2013

・ Fleischmann A, Bertolote JM, et al. (2006) 『Brief intervention and ongoing contact for suicide attempters decreases subsequent deaths from suicide: A randomized controlled trial in five countries.』 (Lancet – submitted for publication)

データ出典

- ・ 日本版 General Social Surveys<JGSS-2006> (大阪商業大学 JGSS 研究センター)
- ・ 警察庁ホームページ (<http://www.npa.go.jp/toukei/index.htm>)
- ・ 厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>)
- ・ 世界保健機構 (WHO) ホームページ (<http://www.who.int/en/>)
- ・ 韓国保険研究員ホームページ (<http://www.kiri.or.kr/html/main.asp>)
- ・ 自殺の概要資料 (警察庁)
- ・ 人口動態統計 (厚生労働省)
- ・ 自殺対策白書 (内閣府)