

〔原 著〕

青年期のうつ病・自死に対する精神保健と関連施策

鶴岡 和幸¹・五百竹亮丞²・舩金 春佳³・磯邊 省三¹・河野 喬¹

Mental health and programs to prevent depression and suicide in adolescents

Kazuyuki TSURUOKA, Ryosuke IOTAKE, Haruka MASUKANE,

Shozo ISOBE, and Takashi KAWANO

Abstract

The purpose of this study was to examine support for preventing depression and suicide as “comprehensive support for life and empowerment” from the perspective of mental health and policy. The suicide rate among young people in Japan is high internationally and is the leading cause of death among them. Since the enactment of the Basic Law on Suicide Countermeasures, each municipality has implemented comprehensive suicide prevention. This law does not limit the causes of depression and suicide, but rather describes the need for preventive interventions and environmental improvement as events that occur when various factors are complexly intertwined and exceed limits. Adolescents should be viewed as a stage of life and holistic, selective, and individualized preventive interventions should be implemented.

Key words:

Mental health (精神保健), *depression* (うつ病), *suicide* (自死), *adolescents* (青年期), *comprehensive support for life and empowerment* (生きることの包括的支援)

1. 序論

世界保健機関 (World Health Organization: WHO) は、2013年5月、第66回総会において「メンタルヘルスアクションプラン2013-2020」(Mental Health Action Plan 2013-2020)を採択し、加盟国が2020年までに国々の自殺死亡率を10%減少させること

を世界全体の目標として掲げた。国際的にみると、より高所得の国々では男性の自殺は女性の3倍とされており、ほぼすべての国々で男女ともに70歳以上の自殺死亡率が最も高い (WHO, 2014)。

日本では、厚生労働省がまとめた2020年の自殺予防白書によると、2019年の日本の自殺者総数は10年連続で過去最低の20,169人に減少した

¹ 広島文化学園大学 (Hiroshima Bunka Gakuen University)

² 広島大学大学院社会科学部研究科マネジメント専攻 博士前期課程

(Graduate School of Social Sciences Department of Management Studies, Hiroshima University)

³ 社会福祉法人 広島市社会福祉事業団 広島市皆賀園

(Hiroshimashi MINAGAEN, Social Welfare Organization Hiroshima City Social Welfare Corporation)

(Figure 1)。2019年の10万人あたりの自殺による死亡率は16.0であり、1978年に調査が始まって以来最低値であるだけでなく、過去10年間で低下し続けている。この点だけをみれば、世界の方向性に沿った優等生的な国あると言えなくもない。しかし、20歳未満の自殺者数は前年比10%増の659人となり、2000年以来の最高値であり、10万人当たりの自殺率は3.1となった。日本では、15歳から39歳までの各年齢層の主な死因は自殺となっている。このような状況は先進7か国（日本、フランス、アメリカ、ドイツ、カナダ、イギリス、及びイタリア）のなかで日本だけであり（厚生労働省、2020）、特に女性の自殺死亡率の高さが指摘されている（NHK,2020）。つまり、前述の国際動向と比較すると、日本の自殺の特異性（若者及び女性の自殺の多さ）が浮かび上がる。

本稿では、自死をめぐる国際動向、国と地方公共団体の法整備及び関連施策の状況について整理したうえで、予防介入において国際的なアプローチとなりつつある「生きることの包括的な支援」に着目し、青年期におけるうつ病及び自死対策の具体的内容について検討を行った。

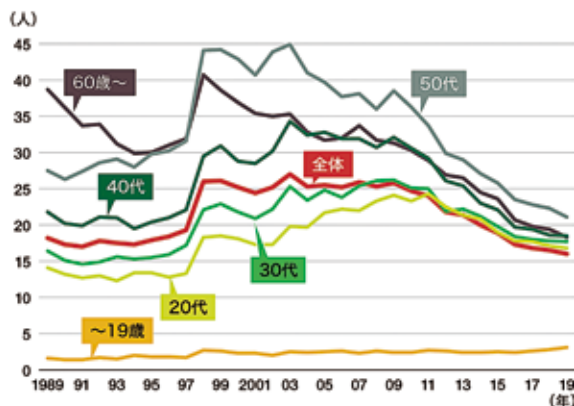


Figure 1 自殺率の推移（人口10万人当たりの人数）

出所：厚生労働省「自殺対策白書」を基に、公益財団法人ニッポンドットコムが作成。

2. 自死対策の国際動向

（1）自殺に関する俗説と事実

WHOは、自殺を主要な公衆衛生上の問題として捉え、包括的な自殺予防戦略の発展や強化を各

国に推奨し、支援することを目的として、2014年に「Preventing Suicide: a global imperative: 自殺を予防する：世界の優先課題」というレポートを発表した（WHO, 2014）。これは、WHOがはじめて作成した自殺に関する事実と科学的根拠に基づいた自殺予防の技術的助言をまとめたものである。内容は、自殺と自殺企図に関する世界の疫学、危険因子・保護因子・関連する介入、自殺予防の現状、自殺予防に向けた包括的な国としての対応、自殺予防のための今後の展望の5つで構成されており、なかでも次のような俗説に対して、事実による反論する構成をとっているところに特徴がある。

俗説1 「自殺を口にする人は実際には自殺するつもりはない。」（WHO, 2014:15）

事実1 「自殺を口にする人はおそらく援助や支援を求めている。自殺を考えている人の多くが不安、抑うつ、絶望を経験しており、自殺以外の選択肢はないと感じている。」

俗説2 「ほとんどの自殺は予告なく突然起こる。」（WHO, 2014:29）

事実2 「多くの自殺には言葉か行動による事前の警告サインが先行する。もちろんそのようなサインがないままに起こる自殺もある。しかし警告サインが何であるかを理解し、用心することは重要である。」

俗説3 「自殺の危機にある人は死ぬ決意をしている。」（WHO, 2014:43）

事実3 「この俗説とは反対に、自殺の危機にある人は、生死に関して両価的であることが多い。人によっては、生き延びたかったとしても、例えば衝動的に農薬を飲んで数日後に亡くなることもあるかもしれない。適切なタイミングで情緒的支援にアクセスすることで、自殺は予防できる可能性がある。」

俗説4 「自殺の危機にある人は、いつまでも危機

にあり続ける。」(WHO, 2014:47)

事実4「自殺の危険の高まりはしばしば短期的で状況特有である。自殺念慮を再び抱くことはあるかもしれないが永遠ではなく、以前自殺念慮があった人や自殺企図をした人でも長生きすることができる。」

俗説5「精神障害を有する人のみが自殺の危機に陥る。」(WHO, 2014:53)

事実5「自殺関連行動は深い悲哀のしるしであるが、必ずしも精神障害のしるしではない。精神障害とともに生きる多くの人が自殺関連行動に影響を受けるわけではないし、自らの命を絶つ人のすべてが精神障害を有するわけではない。」

俗説6「自殺について話すのはよくない。促しているようにとられかねない。」(WHO, 2014:65)

事実6「自殺についてのスティグマが広がっているため自殺を考えている人々の多くは誰に話したらよいかわからない。包み隠さず話すことは、自殺を考えている人に自殺関連行動を促すよりはむしろ、他の選択肢や、決断を考え直す時間を与え、自殺を予防する。」

上記の反論によって、自殺を個人的な問題とするのではなく、社会問題ないし公衆衛生アプローチによって予防できるという姿勢を強く打ち出している。自殺を精神保健の課題として捉えてきた従来の考え方を刷新するものであり、社会的、心理的、文化的因子が相互に作用して自殺に駆り立てられる人が発生するという構造論的な観点に立っている。同レポートでは、自殺関連行動に対する危険因子、保護因子、及び関連する介入について次のように整理されている。

(2) 自殺の危険因子と保護因子

WHOは、自殺予防に対する公衆衛生アプロ

チにおいて、サーベイランス (surveillance: 調査観察) を重視している (Figure 2)。世界各国のデータ分析を基に、自殺の危険因子を明らかにし、併せて危険因子の影響をやわらげる保護因子の抽出を行うことで、実効的な自殺予防につながる介入について、検討を行っている (Figure 3)。

危険因子は、保健医療システム、社会、地域、人間関係、個人に分類されている。保健医療システムにおける危険因子としては、ヘルスケアへの



Figure 2 自殺対策における公衆衛生モデル

出所：WHO (2014) . Preventing Suicide: a global imperative. (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による翻訳版)

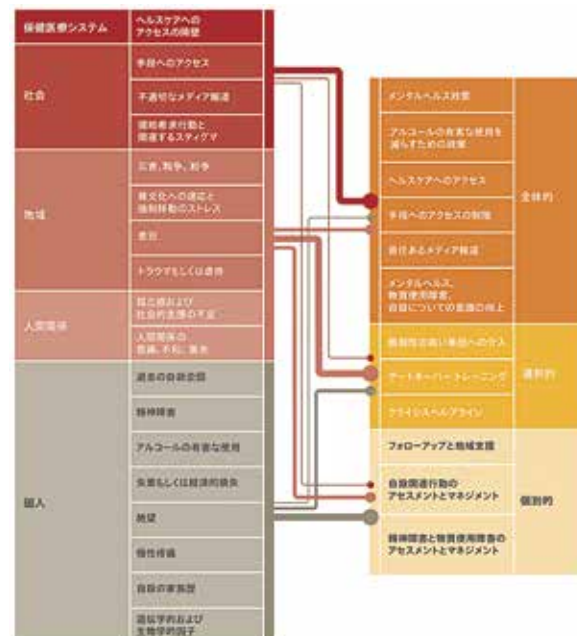


Figure 3 主要な自殺の危険因子と関連する介入

出所：WHO (2014). Preventing Suicide: a global imperative. (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による翻訳版)

アクセスの障壁が挙げられている。特に、多くの国々では、保健医療システムの複雑さや資源に限りがあることにより、メンタルヘルスリテラシーが低い人々にとってアクセスが困難となっていることが指摘されている。

社会における危険因子としては、(自殺)手段へのアクセス、不適切なメディア報道、援助希求行動と関連するスティグマが挙げられている。農薬や銃器といった自殺手段の入手可能性の高さや選択の容易さは、地理的及び文化的背景によって異なる。また、メディアによる自殺に関する報道は、「模倣」自殺の危険を高めるものとなる。多様なメディアとしてのインターネットやソーシャルメディアが及ぼす影響も大きい。一方で、援助希求行動に対するスティグマが多く社会において存続していることが指摘されており、自殺予防への対応を変化させ、実施することへの抵抗の一因となっている。

地域と人間関係に関する危険因子としては、災害・戦争・紛争、異文化への適応と強制移動によるストレス、差別、トラウマもしくは虐待、孤立感と社会的支援不足、人間関係の葛藤・不和・喪失等が挙げられている。特に、差別における性差別やいじめについては、日本においても大きな社会問題となっており、被虐待経験の有無が自殺の危険性と関連することが指摘されている。

個人の危険因子としては、過去の自殺企図、精神障害、アルコールと他の物質の有害な使用、失業もしくは経済的損失、絶望、慢性疼痛と疾患、自殺の家族歴、遺伝学的及び生物学的因子が挙げられている。但し、精神障害については、高所得国では自殺者のうち精神障害のある人の割合が90%に及ぶとの指摘がある一方で、自殺者における精神障害の有病率がそれほど高くない国・社会の存在も指摘されている。また、日本社会においては、アルコールが他国に比べて入手しやすく、価格が安価であるため、固有の有害性だけでなく、失業・経済的損失といった環境因子の影響によって危険性が増幅することが危惧されている。

3. 自殺対策基本法をはじめとする関連施策

(1) 自殺対策基本法

日本では、自死は「自ら進んで遂行した死」として捉えられ、長らく個人の問題として位置づけられてきた。自死問題を、国が対策を講じるべき社会問題として位置づけるようになったのは自殺対策基本法を契機とする(岡本, 2007; 竹島, 2011)。2000年代初頭、自死遺児たちの報道や、彼ら彼女らの支援団体であるNPO法人(自殺対策支援センターライフリンク)による署名運動、ロビイング等によって、自殺対策の法制化に向けた機運が高まり(小牧, 2017)、2006年10月に自殺対策基本法が施行された。この法律では、自殺対策における基本理念をはじめ、国及び地方公共団体等の責務、自殺総合対策大綱に基づく自殺対策の総合的な推進、自殺者の親族等の支援の充実等が定められている。但し、この法律は、抽象的・観念的な法的性格をもつものとされ、具体的な対策の立案は、法制定後の課題とされたことから、自死遺児等の当事者性を有する立場・観点を重視した社会的対策として検討されるようになった(小牧, 2017)。当初は、うつ病の悪化によって自殺に至るという医学モデルないし精神保健的観点から自殺対策を講じる内容であったものが、当事者支援団体等の関わりのなかで行われた2012年の自殺総合対策大綱の見直しに向けた議論(竹島他, 2012)、及び前述のWHOレポート等によって、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」をめざした2016年法改正に結実し、「生きることの包括的な支援」として自殺対策が展開されている。

(2) うつ病・自殺(自死)対策推進計画

自殺対策基本法では、国(政府)に自殺総合対策大綱の策定を義務付けるとともに、都道府県は都道府県自殺対策計画、市町村は市町村自殺対策計画の策定をすることとしている(第13条)。両計画の策定においては、各都道府県又は市町村の全事業の中から「生きる支援」に関連する事業を

総動員して、全庁的な取組としての「生きることの包括的な支援」の推進を求めている（厚生労働省，2017a; 2017b）。

広島市を例に挙げると、基本認識として「自殺（自死）は、その多くが追い込まれた末の死である」、「自殺（自死）は、その多くが防ぐことができる社会的問題である」、「自殺（自死）を考えている人は何らかのサインを発していることが多い」の3点を位置付け、切れ間のない取り組みとして8つを挙げた「広島市うつ病・自殺（自死）対策推進計画」（以下、推進計画）を策定し（現在、第2次）、定期的なアウトカム評価を基にした協議・見直しを経て、具体的対策及び体制整備を行っている（Table 1）（広島市，2017）。

（3） 青年期のうつ病・自殺対策

児童期及び青年期における自殺対策としては、命を大切にする教育、スクールカウンセラー等教育相談体制、いじめ問題対応等が行われてきた（鈴江，2016）。特に、学校においては、命を大切にする教育としての自殺予防教育に力が注がれており（丸山，2016）、個人の問題から社会問題であるとの認識が、学校教育現場においても浸透しつつある。しかしながら、自殺は複数の危険因子がかさなり発生する悲劇であり、予防のためには多角的な視点及び介入を要する。自殺の原因としては、学校問題、健康問題、家庭問題の順で挙げられており（厚生労働省，2020）、教育、医療、福祉分野が組織縦断的に、「生きることの包括的支援」として予防介入に臨むための体制整備が急がれている。広島市においては、前述の推進計画において、一般的な施策（一次予防）として、上記のような命の大切さを学ばせる教育の充実を行いつつ、正しい知識の普及啓発、教職員への研修、スクールカウンセラー活用、学校等への事後対応マニュアル普及等を行っている。青年期を含めたハイリスク層への介入（二次予防）としては、いじめ・不登校への早期発見プログラム実施、広島引きこもり相談支援センター運営、いじめ110番の運営、児童相談所等による虐待相談支援、ひろ

しまチャイルドライン事業補助等が展開されている。特に、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、及びゲートキーパーの重要性が浸透してきており、学校教育現場におけるチームアプローチが徐々に形成されつつある（山野他，2020）。

4. 考察

（1） 社会の変化がライフイベント、ストレス、精神疾患及び自殺に及ぼす影響

自殺の危険因子とされる精神障害及び疾病について、ライフイベントとの関連を明らかにするために構成された尺度がSocial Readjustment Rating Scale（SRS: 社会的再適応評価尺度）である。結婚を50点として基準にしたうえで、それぞれの出来事が生じた後に普段の生活に戻るまでに要するエネルギーをLCU得点（later termed life change units values）としてスケーリングしたものである。過去1年間で200～299点のライフイベントを経験した人のうち約50%の人、300点以上で約80%の人が、心身における何らかの疾患に罹患することが示されている。1965年にHolmesとRaheによって作成されたこの尺度は（Holmes et al., 1967）、1995年に社会情勢を踏まえて再度のスケーリングが行われた（Miller et al., 1997）。

1965年と1995年のLCU得点を比較すると、すべてのイベントで得点が増加していることが分かる（Table 1）。Miller et al. は、統計的手法の差ではなく、30年間の生活変化によって、ライフイベントないし生活に伴うストレスが著しく増加していることを指摘しており、特に、失業やローンの抵当流れといった経済的損失や、離婚、家族の死、親しい友人の死といった家族関係の変動に関する項目については25ポイント以上の重度化がみられた。時代とともに、雇用・家庭における個々人への負荷が高まっていることが示されている。

Table 5 ライフイベントにおけるストレス度の変遷（社会的再適応評価尺度を基に）

順位 (1965年)	順位 (1995年)	出来事	LCU得点 (1965年)	LCU得点 (1995年)	得点の増減
1	1	配偶者の死	100	119	19
2	2	離婚	73	98	25
3	4	夫婦別居生活	65	79	14
4	7	投獄	63	75	12
5	3	家族の死	63	92	29
6	6	怪我や病気	53	77	24
7	19	結婚	50	50	0
8	5	失業	47	79	32
9	13	夫婦の和解・調停	45	57	12
10	16	退職	45	54	9
11	14	家族の健康上の変化	44	56	12
12	9	妊娠	40	66	26
13	21	性交の障害	39	45	6
14	12	新しい家族ができる	39	57	18
15	10	ビジネスの再調整	39	62	23
16	15	経済状態の変化	38	56	18
17	8	親しい友人の死	37	70	33
18	17	仕事の変更	36	51	15
19	18	配偶者とのけんかの数	35	51	16
20	23	1万ドル以上のローン	31	44	13
21	11	ローンの抵当流れ	30	61	31
22	24	職場での責任の変化	29	43	14
23	22	息子や娘が家を出る	29	44	15
24	28	親戚とのトラブル	29	38	9
25	29	目覚ましい成功	28	37	9
26	20	妻の仕事の開始あるいは退職	26	46	20
27	27	就学・卒業	26	38	12
28	25	生活状況の変化	25	42	17
29	36	習慣の変更	24	27	3
30	33	上司とのトラブル	23	29	6
31	30	労働条件の変化	20	36	16
32	26	住居の変更	20	41	21
33	31	転校	20	35	15
34	34	気晴らしの変化	19	29	10
35	42	宗教活動の変化	19	22	3
36	38	社会活動の変化	18	27	9
37	35	1万ドル以下のローン	17	28	11
38	40	睡眠習慣の変化	16	26	10
39	39	同居家族数の変化	15	26	11
40	37	食習慣の変化	15	27	12
41	41	休暇	13	25	12
42	32	クリスマス	12	30	18
43	43	軽度の法律違反	11	22	11

LCU: later termed life change units.結婚におけるストレスを50として評価し、これを基準として各出来事が生じた後に普通の生活に戻るまでに要するエネルギーを評価したものである。過去1年間の総和200～299点で約50%の人が、300点以上で約80%の人が、心身における何らかの疾患に罹患すると示されている。

(2) 青年期のうつ病・自殺予防における3つの視点

前述のWHOレポートにおいて、自殺予防の基礎として背景にある自殺の危険因子の同定と、適切な介入による危険因子の軽減の必要性が指摘されている (WHO, 2014)。自殺関連行動は複雑であり、自殺には多くの因子や因果経路があり、その予防にも幅広い選択肢が存在する。そのため、自殺は1つの原因やストレスアースだけでは十分に説明できない。多くの場合、いくつかの危険因子が重なって個人の自殺関連行動のリスクが高まる。一方、危険因子があるからといって必ずしも自殺に結びつくわけではない。末木 (2017) は、自殺対策を不要と考える層と、危険因子への脆弱性が高い層の重なりを指摘している。すなわち、自殺のリスクが高い人ほど、自殺対策及び社会的支援の必要性を認識していないということになる。自殺を個人の問題として捉え、支援を求めることへの抵抗感やスティグマの存在が窺える。うつ病・自殺に対する援助希求行動へのスティグマを考慮し、ただ「生きること」を尊重した包括的

な支援ないし社会の形成が必要となる。そのためには、ライフイベントに伴うストレスが、一定の値を超えた場合に「溢れる」「壊れる」結果としてうつ病・自殺が「だれにでも」発生するという構造論的イメージを共有して、その予防介入を講じる必要があろう (Figure 4)。個人の脆弱性を保護・強化する「個別的介入」だけでなく、社会的包摂に向けた「全体的介入」、ハイリスク層を対象とした「選択的介入」の連動が求められる。

5. 結論

本稿では、自死をめぐる国際動向、国と地方公共団体の法整備及び関連施策の状況について整理し、「生きることの包括的な支援」として青年期におけるうつ病及び自死対策が行われている現状を確認した。自殺予防アプローチが精神保健から公衆衛生へと展開しつつある国際動向を受け、国と地方自治体による関連施策において、サーベイランスに基づいた危険因子の同定と、組織横断的なチームアプローチが行われ、全体的介入、個別的介入、選択的介入による重層的な取り組みと、アウトカム評価に基づいた改善が実施されている。

参考文献

- 1) 岡本洋子. (2007). 「自殺対策基本法」の施行と社会全体で取り組む自殺対策について. 社会関係研究, 13(1), 1-41.
- 2) 小牧奈津子. (2017). 自殺対策基本法制定後の政策過程. ノンプロフィット・レビュー, 17(1), 11-22.
- 3) 末木新. (2017). 自殺対策の推進を不要と考える者は自殺のリスクとなるデモグラフィック要因を有している: インターネット横断調査の二次解析. 自殺予防と危機介入, 37(2), 35-41.
- 4) 鈴江毅. (2016). わが国の自殺の現状と対策の動向 子どもの自殺を予防せよ. 学校保健研



Figure 4 ライフイベントとうつ病・自死の関連イメージ

筆者作成. 63347373©Athicha Thipboon|Dreamstime.com.

- 究, 57(6), 280-285.
- 5) 丸山克彦. (2016). 子どもの自殺の現状と文部科学省における児童生徒の自殺予防の取組. 学校保健研究, 57, 286-288.
- 6) 竹島正. (2011). 自殺対策における自殺とは何か. 精神神経学雑誌, 129, 120-123.
- 7) 竹島正, 稲垣正俊, 高橋祥友, 河西千秋, 齋藤利和, 齋藤友紀雄, ...& 勝又陽太郎. (2012). 自殺総合対策大綱見直しの提言について. 精神経誌, 114, 1428-1431.
- 8) Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11, 213-218
- 9) Miller, M. A., & Rahe, R. H. (1997). Life changes scaling for the 1990s. *Journal of psychosomatic research*, 43(3), 279-292.
- 10) 厚生労働省 (2017a). 都道府県自殺対策計画策定の手引: 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して. URL: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000186731.pdf> (2020.10.30確認)
- 11) 厚生労働省 (2017b). 市町村自殺対策計画策定の手引: 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して. URL: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000186730.pdf> (2020.10.30確認)
- 12) 厚生労働省 (2020). 自殺対策白書. URL: <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/19/index.html> (2020.10.30確認)
- 13) 警察庁 (2020). 令和2年の月別自殺者数について. URL: <https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/jisatsu.html> (2020.10.30確認)
- 14) NHK (NEWS WEB) (2020). 先月の自殺者去年より40%増加: 女性が大幅増 コロナの影響も. URL: <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20201110/k10012704501000.html> (2020.10.30確認)
- 15) Nippom.com (2020). 若い世代の「死因トップが自殺」はG7で日本だけ: 未成年自殺率, 最悪を更新. URL: <https://www.nippon.com/ja/japan-data/h00857/> (2020.10.30確認)
- 16) WHO: World Health Organization. (2014) Preventing Suicide: a global imperative. URL: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/ (2020.10.30 確認)
- 17) 広島市 (2019). 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画 (第2次), 広島市うつ病・自殺(自死)対策の推進. URL: <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/19/index.html> (2020.10.30 確認)
- 18) 山野則子, 石田まり, 山下剛徳 (2020). 学齢期における子どもの課題スクリーニングの可能性: チーム学校を機能させるツールとして. 社会問題研究, 69, 1-11.