

若者の自死を減らすための社会のあり方
—「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」の視座から考察する—

A. S.

目次

はじめに

1. 「自死」問題の現在
 - 1.1 「自死」という言葉を用いる意義
 - 1.2 自死率について
 - 1.2.1 若年層の自死率（日本/韓国）
 - 1.2.2 コロナ禍における自死率
 - 1.3 自死と精神医療の関係整理

2. 「追い込まれた末の死」としての自死を考える
 - 2.1 自死問題の3つの分析枠組み
 - 2.2 自死の背景と原因
 - 2.2.1 貧困
 - 2.2.2 セクシュアルマイノリティ
 - 2.3 「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」を活用する意義

3. 各国の政策を学ぶ
 - 3.1 日本の自死対策
 - 3.2 韓国の自死対策
 - 3.3 フィンランドの自死対策
 - 3.4 有効な自死対策とは

4. 自死の選択を強制されない社会のために
 - 4.1 支援
 - 4.1.1 死から学ぶ支援
 - 4.1.2 自死遺族の支援
 - 4.1.3 自死未遂者の支援
 - 4.1.4 支援者のケア
 - 4.2 教育
 - 4.3 メディア
 - 4.4 生きやすい社会を目指して

おわりに

参考・引用文献

はじめに

私は以前から人の心と身体の関係や心の病に関心があった。そのため大学では臨床心理学を学びながら、新宿区の自死防止セミナーに参加したり、大学病院の医療ボランティアに参加したりもした。その際周りの人のSOSに気づくこと、また、どのようにメンタルケア、サポートをしていくべきかという具体的なことを学ぶことができた。しかしながらいつしか自死対策はメンタルケアや心の病の治療だけでは不十分ではないか、自死の原因は個人ではなく社会の側にあるのではないかと考えるようになった。また自死と聞くと個人の問題、自己責任の問題であると捉えられる傾向にあるが、厚生労働省は自死は「追い込まれた末の死」であると掲げている。私自身も、自死には社会的な背景が密接に関わっていると感じる場面がこれまで幾度となくあった。「自死は社会的な問題であり、防ぐことのできる死である。」この認識を広めていくためにも、そして社会問題にアプローチすることでより有効な自死対策を構築していくためにも、本論文では社会病理としての自死について考えていきたい。

現在の日本、韓国においては若年層の自死が深刻な社会問題となっている。私は死因のトップが「自死」であることは異常事態であると感じている。加えて、現在行われている自死対策はうつ病対策をはじめとした心の病に関連する支援が多く、自死の背景にまで着目している支援は少ないように思う。しかし自死問題の根本的な解決を目指すため、そして多様な属性を持った人それぞれが生きやすいと感じられる社会を実現していくためには、社会問題や社会病理そのものにアプローチしていく必要があると強く思う。支援の構築や人々の認識の変革など、自死問題へのアプローチ法は様々であるが、今を生きる私たちには何ができるのか、社会には何が必要なのかについて、自死問題を切り口として考察していく。

第1章では「自死」という言葉を使う意義やその定義について述べたのち、若年層の自死が多い日韓の自死の現状、そしてコロナ禍における自死率の変化について把握していく。また自死と結びつきやすい心の病の概要についても見ていきたい。第2章では自死問題を論じる上で有効だと考える「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」について考察する。それを踏まえた上で、実際に社会問題と自死問題がどのように関わっているのか、本論文では貧困とセクシュアルマイノリティを取り上げて考察する。第3章では日本、韓国、フィンランドの自死対策について述べていく。それぞれの国がどのような体制で自死対策に乗り出しているのか、自死対策の変遷と実際に行われている施策について論じる。第4章では自死を減らすための社会のあり方、そして多様な属性を持つ人々が生きやすいと感じられる社会とはどのようなものかについて、支援、教育、メディアという3つの視点から考察していく。

1. 「自死」問題の現在

本章では導入として本論文における用語の定義と、その用語を使うことの意義を述べたのち、現代社会における自死の現状と心の病について整理していくこととする。

1.1 「自死」という言葉を用いる意義

本論文では「自殺」ではなく「自死」という表現を使うこととする。加えて「自死者」の定義としても、「自死を選択した人」ではなく「自死を選ばざるを得なかった人」とする。

はじめに、以上の定義付けをする意義を述べていきたい。多くの人がよく耳にする「自殺」という言葉。日常生活では現在でも「自死」に比べて「自殺」という言葉が使われることの方が多いだろう。しかし遺族の中には「自殺」という表現を避けて欲しいと願う人も少なくなく、「自死」という言葉は、差別と偏見に苦しんできた多くの遺族が望んだ言葉でもある。実際「殺」という文字の印象が犯罪者のイメージだから変えて欲しいという要望があったり、好んで自死を選んだわけではなく、自死を選ぶ他なただけなのに“自分を殺す”という表現が使われることに対して不快な思いをされた遺族の方がいたりしたという理由から島根県、鳥取県、宮城県のように公文書の表記を全て「自殺」から「自死」に変えた自治体もある（瀬川 2016:14）。「自殺」という表現は遺族の自責感と強めることや、「命を粗末にした」という格下げされた死のレッテルという印象を否めないのだ。

また「自殺」は学問的には「自らを殺す行為であって、しかも死を求める意志が認められるもの」と定義されることもある（石濱 2017:130）。しかしこの定義では自死者自らが積極的かつ能動的に命を絶ったとして、あたかも自己決定のように認識されかねない。つまり複合的な要因の中で「死」に追い込まれていった個人の状況を正しく伝えていないのだ。また、瀬川（2016:14）も「自殺」という言葉の持つ差別と偏見にまみれた既成概念が、名称を変えることで、少しでも変化するための一助になってほしいと述べている。したがって本論では「自死」、「自死者」という表現を使い、加えて自死者の定義を「自死を選ばざるを得なかった人」とすることにした。

ただし、引用では原文を用いることもあるため、「自殺」と表現する箇所もある。

1.2 自死率について

1.2.1 若年層の自死率（日本/韓国）

日本は世界有数の自死大国と呼ばれている。厚生労働省のデータによると 1998 年から 2011 年までの自死者の数は連続して年 3 万人を超えている。2011 年以降は減少傾向にあるものの、年 2 万人以上の人自死を選択していて、2020 年も 21,081 人も人が自死を選んだ。この数字は前年と比較して 912 人（約 4.5%）増えた数字となっていて、リーマン・ショック後の 2009 年以来、11 年ぶりに増加した¹。

¹ 厚生労働省，2021，「令和 2 年中における自殺の状況」

そしてここ日本では特に若年層の自死率が高いことが度々指摘される。若年層に着目してみると、G7では日本だけ死因一位が「自死」となっている。「日本財団自殺意識調査 2016」の結果としても、若年層の自死念慮や自死未遂を経験した割合が他の世代よりも高いことが明らかとなった²。2020年も若年層の自死は増加傾向にあり、小学生 15 人、中学生 145 人、高校生 338 人、合計 498 人にも上った³。また、各世代の死因データを参照しても、15～39 歳の死因は自死が最も多くなっている。先進国では日本だけに見られる事態であり、厚生労働省も「国際的にも深刻な状況」と危機感を抱いている。

また日本と並んで若年層の自死が多い国が韓国である。OECD 加盟国では韓国の自死率がトップで、2020 年もその事実に変化はなく、OECD 加盟国の平均自死率 12.1 に比べ韓国は平均の 2.4 倍であった⁴。統計によると、2020 年の韓国の自死者数は 13,195 人であり、前年比-4.4%であった。この数字は総死者数 304,948 人の 4.3%を占めている。また一日に平均 36.1 人が自ら命を絶ったということになる。それでも全体の自死者数としては前年と比べ減少した。その理由としては高齢層の自死が急速に減少したからである。80 歳以上の 2010 年の自死率は人口 10 万人当たり 123.3 人だったが、10 年後の 2020 年には 62.6 人と、49.2%もの減少を見せた。それと同様、70 代、60 代に関してもそれぞれ 10 年前と比較して 53.5%、42.9%も減少している。40 代、50 代を見ても 2009 年から 2010 年をピークに下降傾向にある。しかし若年層、とりわけ 20 代に着目すると自死死亡率は 21.7 人と、前年より 12.8%急増している。10 代に関しても 9.4%増えた 6.5 人となっている。全体的な自死率が減少しているにも関わらず、若年層だけがその減少傾向に当てはまらないのだ。2016 年から 2020 年にかけての数値を見ても、10 代の自死率が 4.9 人から 6.5 人、20 代の自死率も 16.4 人から 21.7 人とそれぞれ約 32.5%上昇している。加えて 30 代の自死率も 24.6 人から 27.1 人と 10%の上昇を見せた。高齢層の自死が減少傾向ゆえ、より若年層の自死が目立っているのが現状だ。韓国における自死の特徴としては、景気の悪化、特に失業率の悪化に大きな影響を受ける。また精神疾患に対する偏見、自死の深刻さに対する国民の認識の低さなどが挙げられる。そのため直接的な動機としては「精神的問題」が最も多く、次いで「経済的問題」となっている⁵。

本論文では若年層の自死が深刻な社会問題となっている日本と韓国、この 2 カ国に焦点を当て考察していきたい。

<https://www.mhlw.go.jp/content/R2kakutei-01.pdf> (2021.10.31)

² 日本財団, 2017, 「日本財団自殺意識調査 2016 (結果概要)」 https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2018/12/wha_pro_sui_mea_05.pdf (2021.10.31)

³ 日本財団, 2021, 「日本財団ジャーナル 新型コロナ禍で急増する女性、若者の自殺。ライフリンク清水さんが説く「自殺は個人ではなく社会の問題」」 <https://www.nippon-foundation.or.jp/journal/2021/55066> (2021.10.31)

⁴ 関連機関合同, 訳: 自殺総合対策推進センター, 「自殺総合政策研究 第 1 巻 第 1 号 韓国における自殺予防の国家行動計画」

https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/SPRJ2018_1_5.pdf (2021.11.01)

⁵ 関連機関合同, 訳: 自殺総合対策推進センター, 「自殺総合政策研究 第 1 巻 第 1 号 韓国における自殺予防の国家行動計画」

https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/SPRJ2018_1_5.pdf (2021.11.01)

1.2.2 コロナ禍における自死率

私たちの生活を大きく変えたコロナウイルス。コロナ禍になってからというものコロナウイルスに罹患したことで亡くなった人も少なくない。日々のニュースでは毎日のようにコロナによる死亡者の報告がなされ、その数は約2万人にも上る。しかし実はコロナによる死亡者数よりも、自死による死亡者数の方が多いのが現状である。コロナウイルスは生活のあらゆるシーンに影響を与え、経済的な苦境に追い込まれたり、孤立に陥ったりする人も増えたとされる。そのため年々減少傾向にあった自死者の数もコロナを機に再び上昇傾向へと変わってしまったのだ。政府の見解としても日常生活が一変したことにより、他者との接点が少なくなり孤独を感じたり、社会的、経済的に孤立したりする人が増えたことが自死者増加の要因の1つになっているとし、対策強化に乗り出している。

実際の数値を見ても、減少傾向にあった自死率がコロナ禍で増加傾向へと変化した。その中でも女性と若年層の自死が急増している。2020年8月の自死者数の増加分246人のうち186人(75.6%)は女性である⁶。コロナ禍の影響がサービス業に生じたことから女性の方が失職し、生活苦に陥っている割合が高い可能性がある。また在宅勤務の増加に伴うDV被害、育児の悩みの深刻化など、女性の方がストレスを感じやすい環境が続いていることも関係しているのではないだろうか。この現象と同様のことが韓国でも見られ、コロナによる経済危機の中、非正規雇用など経済的に不安定な境遇の女性が死を選ぶ傾向があるという。

次に若年層に言及すると、20代の自死者数は200人台である。医療系ベンチャーの調査によると、大学生の44%にうつ病の可能性があることが明らかとなっている⁷。キャンパスにも行けず、友人にもなかなか会えず、自宅で一人孤独な中オンライン授業を受講していた学生も少なくない。さらにはコロナ禍での就職活動など、先の見えない不安と常に隣り合わせという状況でメンタルを良い状態に保つことが困難だった学生も数多くいるだろう。このような状況が心の病にも直結し、最終的に自死を選択した人が増加したと予想される。

1.3 自死と精神医療の関係整理

「自死を選択した人の多くが精神疾患に罹患していた。」この言葉を耳にしたことがある人は少なくないだろう。実際、自死の直前はほとんどの人が精神的に極度な不安定な状態にあり、そのうちの多くが「精神疾患」として診断できる状態にあるという。日本の心理学的剖検による研究では、自死既遂者76人のうち、66人(89.2%)が自死直前になんらかの精神疾患に罹患した状態にあったと推測されており、これは欧米における研究とも

⁶ 藤和彦, 2020, 「独立行政法人経済産業研究所 自殺者急増、女性と若者の増加率大…未遂者は自殺者の20倍、「孤立」が深刻な社会問題化」
<https://www.rieti.go.jp/jp/papers/contribution/fuji-kazuhiko/188.html>
(2021.10.20)

⁷ 藤和彦, 2020, 「独立行政法人経済産業研究所 自殺者急増、女性と若者の増加率大…未遂者は自殺者の20倍、「孤立」が深刻な社会問題化」
<https://www.rieti.go.jp/jp/papers/contribution/fuji-kazuhiko/188.html>
(2021.10.20)

一致した結果である⁸。厚生労働省の資料でも自死の原因・動機として最も多く計上されているのは「健康問題」である。若年層の原因には「勤務問題」、「学校問題」も比較的多く、それを契機に「健康問題」へとつながるケースも珍しくない。「健康問題」を原因・動機とする自死者の内訳としては、「病気の悩み・影響（うつ病）」が最も多く⁹、その他にも統合失調症、アルコール依存症などを始めとした精神疾患が関連している。この節では若年層に多く見られる精神疾患と自死の関連性について幾つかの心の病を取り上げながらまとめていきたい。

うつ病

抑うつは、健康な人でも半健康状態に陥ると不安とともによく見られ、憂鬱な気分になり好きなことも楽しめない状態である。この抑うつが病的レベルまで悪化したものを一般的にうつ病と呼んでいるが、医学的には、その程度は軽症から中等症、重症まで幅広い。また厚生労働省による生涯調整生存率でみた主要疾患の 2020 年の予想では、うつ病はがんの次に多く、将来さらに増加する疾患とされている。うつ病は多様化し、日本のうつ病患者は 100 万人を超えたとも言われるほど増加の一途をたどり、自死との関連は大きな社会問題にもなっている。

うつ病の発症については十分に解明されているわけではないが、少なくとも遺伝子によって規定される素因と、環境やストレス度との関連が強く指摘されている。つまりはうつ病にかかりやすい素因を強く持たない人であっても、大きなストレスを受けた場合誰でもかかりうる病気なのだ（西村，藤本，白樫，高橋 2010:168-169）。

第 1 章第 2 節第 1 項で述べた 1998 年から 2008 年までの年間自死者 3 万人以上のうち、その 6 割がうつ病と言われている。この割合からもわかるように自死の背景にある精神疾患はやはりうつ病が多いのである。

統合失調症

統合失調症の症状は多岐にわたるが、例としては現実とのつながりの喪失、幻覚及び幻聴、妄想、異常な思考や行動、感情表現の減少、意欲の低下、精神機能（認知機能）の低下などの問題を特徴としている。統合失調症を引き起こす原因はうつ病と同じく解明されていないが、遺伝的な要因と環境的な要因の双方によって起こすと考えられている。統合失調症は自立した生活を確立していく年代の若年層に発症するのが典型的であり、日常生活、すなわち仕事、対人関係、身の回りの管理に関する能力に支障をきたすことが多い。厚生労働省の報告では、統合失調症として受診中の人は約 80 万人いるとされている。

自死との関連性については、統合失調症患者の約 5～6%が自死し、約 20%が自死を試み、さらに多くの患者が自死を考えることがあるという。自死は統合失調症患者における若年死の主因であり、統合失調症患者の平均寿命が一般の人より 10 年短いことの主な理

⁸ 滝澤透，反町吉秀，2014，「自殺における精神疾患の実態把握について－死因究明制度に関連して－」『八戸学院大学紀要 第 48 号』

⁹ 厚生労働省，「自殺の状況をめぐる分析」 <https://www.mhlw.go.jp/content/h28h-2-02.pdf> (2021. 11. 14)

由の1つでもある¹⁰。

不安障害・パニック障害

不安障害は、かつては「神経症」と呼ばれ、合理的な危機的状况が存在しないもしくは過ぎたにも関わらず、不安や恐怖が長続きする、繰り返し出現する疾患である。不安障害の中にも様々なカテゴリーがなされていて、米国精神医学会が作成した診断基準（DSM-IV-TR）では、原因、臨床症状及び病態によって次のように分類されている。①広場恐怖を伴わないパニック障害、②広場恐怖を伴うパニック障害、③パニック障害の既往歴のない広場恐怖、④特定の恐怖症、⑤社会恐怖、⑥強迫性障害、⑦外傷後ストレス障害、⑧急性ストレス障害、⑨全般性不安障害、⑩…「一般身体疾患を示すこと」…による不安障害、⑪特定不能の不安障害（西村，藤本，白樫，高橋 2010:147-148）。症状としては突然理由もなく、動悸やめまい、発汗、窒息感、吐き気、手足の震えといった発作（パニック発作）を起こし、生活に支障がでる状態である。この症状は命の危機を感じるほど強く、また自分自身ではコントロールができないように感じると言われている¹¹。

不安障害は10代から20代といった若年層に多く発症が見られる。複数の不安障害を発症したり、うつ病を併発したりすることも少なくなく、さらにはアルコール中毒や自死の原因にもなりかねない病気である。

パーソナリティ障害

パーソナリティ障害は自分や周りの人、ものごとについての捉え方が大きく偏っていて、自分の感情や行動をコントロールすることが困難なために、広い範囲にわたる対人関係や社会生活上の困難を長期に渡り持続的に示す障害とされている（西村，藤本，白樫，高橋 2010:139-140）。また自傷や自死企図を含む衝動コントロールの問題も特徴とされる。パーソナリティ障害も成人後、あるいはそれに近い年代で診断されることが多い。

パーソナリティ障害は衝動性の高さから、環境の変化や対人関係といった問題をきっかけにすぐに自死行動に至ることがあるとされる。特に「孤立」を生む関係に陥りやすい場合に、自死に結びつく可能性が高いと言われている¹²。

前節では自死の現状を述べ、ここでは自死と直接的に結びつきやすい心の病について論じた。日本と韓国においては国際的に見ても若年層の自死が多く、自死の直前には多くの人が心の病に罹患していることが分かった。この現状を踏まえ、以降では自死対策においてどういった考え方が重要であるのか、また、具体的にはどのような対策・支援が有効で

¹⁰ S. Charles Schulz, MD, University of Minnesota Medical School, 2016, 「MSD マニュアル 家庭版 統合失調症」 <https://www.msmanuals.com/ja-jp/ホーム/10-心の健康問題/統合失調症と妄想性障害/統合失調症> (2021. 11. 05)

¹¹ 厚生労働省, 「パニック障害・不安障害」

https://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease_panic.html (2021. 10. 31)

¹² 衛藤暢明, 2015, 「若者の自殺未遂について ○若年者に多い精神疾患を自殺行動の特徴」 <http://www.ktq-kokoro.jp/wp-content/uploads/2015/07/10807704658cfea78aa7dc796fa86aeb.pdf> (2021. 11. 03)

あるのかを考察していく。

2. 「追い込まれた末の死」としての自死を考える

「自死は、その多くが追い込まれた末の死である。」これは自殺総合対策大綱における自死の基本認識である¹³。自死は人が自ら命を絶つ瞬間的な行為としてだけでなく、人が命を絶たざるを得ない状況に追い込まれるプロセスとして捉えなければならないのだ。しかしながら、一般的な認識としては自死は“個人的な”問題であり、“自己責任”であるとされることが多い。だからこそ自死は隠され、公になれば差別や偏見に晒されてきた。この章では社会病理及び社会構造そのものに目を向けることで、自己責任論に傾倒することがいかに危険か、また、社会病理・社会構造の問題点に着目する「ソーシャルモデル」の視座の重要性について考察していきたい。また自死の直前は多くの人々が心の病に罹患していたというのは前述の通りだが、心の病に罹患する原因の1つともなりうる、自死の背景に潜む社会問題についても考察していくこととする。

2.1 自死問題の3つの分析枠組み

この項では「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」の有効性について述べていきたい。「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」とは、「メディカルモデル」と「ソーシャルモデル」を融合させたものだとして解釈できる。そもそも「メディカルモデル」と「ソーシャルモデル」とは何か。これらへの理解を深めるために障害学を例に論じていく。

障害学には、障害の認識について「個人モデル」と「社会モデル」の二つの枠組みがある。障害をインペアメントとディスアビリティに二分化し、障害の原因はインペアメントにあるとし、その軽減に焦点が当てられ、障害の負担が個人に押し付けられてしまうのが「個人モデル」だ。障害という現象を疾病、外傷、もしくはその他の健康状態により直接生じた個人の身体機能が原因であるという考え方である。これは医療・福祉の領域問題とも言える。一方、障害の原因はインペアメントではなく、ディスアビリティであり、つまり障害を個人の属性ではなく、社会的障壁として捉えるのが「社会モデル」である。社会が障害を作り出している、かつそれを解決するのは社会の責務だとする考え方である（石尾 2008）。

ここで「個人モデル」と「社会モデル」についてよく使われる例を挙げたい。とあるところに足の不自由なAさんがいたとしよう。Aさんは歩行が困難であるため車椅子を普段利用している。ある日Aさんは車椅子で駅まで行ったが、その駅にはエレベーターがなく、ホームまでいくことが不可能、すなわち電車に乗って出かけることができなかったとする。

¹³ 厚生労働省, 2017, 「自殺総合対策大綱」 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu/0000172329.pdf> (2021. 11. 14)

このケースを見たとき、Aさんの足が不自由であることが原因であるため、治療やリハビリテーションをすることにより、ホームまでいけないという問題を解決しようとするのが「個人モデル」である。反対に、ホームまで行けないのは社会側に原因があるとするのが「社会モデル」だ。エレベーターがついていないからホームに行けない、あるいはスロープがないからホームに行けない、健常者の身体のみを考慮した駅的设计自体が問題であるという考え方だ(石尾 2008)。つまり障害者を社会に“できなくされている人”とし、“社会の障壁に着目する”というのが「社会モデル」の最も大きなポイントである。

次は自死のケースについて考えてみたい。「メディカルモデル」とは前述の障害学でいう「個人モデル」である。この視点から考えると、どうすれば自死を防ぐことができたのか、なぜ自死を選択してしまったのかというように、個人、あるいはその家族、また治療の観点から研究されるということになる。例えば地域社会で自死があった場合でも、個人や家族の問題だからと地域住民や地域そのものが変わるべきだという認識にはならない。自死は個人と家族の自己責任の問題であり、むしろ地域の人には隠されてしまうことが多いのだ。一方「ソーシャルモデル」は障害学でいうところの「社会モデル」であり、社会病理や社会構造そのものに着目する。精神疾患だけでなく、自死の背景にあった可能性のある虐待、貧困、ひきこもり、セクシュアルマイノリティといった社会問題やマイノリティ性に向き合っていくということだ。したがって地域社会で自死があった場合は、特定の個人や家族にフォーカスするのではなく、地域社会で生活する人々全体への対策の必要性を論じていくことができる。以上が「メディカルモデル」と「ソーシャルモデル」の概要である。

現在に至るまでの日本の自死対策は公衆衛生問題が根幹であり、「メディカルモデル」による成果や広がりを得てきたと言える(石濱 2017)。というのも、うつ病やアルコール依存症をはじめとした精神疾患と自死の関係性に大きく着目したことにより、「メディカルモデル」ばかりが進んでしまったのだ。しかし実際にはうつ病をはじめとした精神疾患に罹患するまでには様々な社会問題が背景として存在している。加えて、「メディカルモデル」では個人を取り巻く環境や家族、友人、生活習慣や宗教などの文化、社会的要因と「人」との関係について社会構造的に研究するには限界がある(石濱 2017)。したがって自死問題を考える上では「ソーシャルモデル」の視座が欠かせないと思う。

そして「メディカルモデル」と「ソーシャルモデル」の2つを融合させた考え方が「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」だ。ここでいう「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」とは人を全人的に捉えていく「Narrative Based Medicine¹⁴」の立場から提唱されたものである。Cedars-Sinai 医療センターのフランツ・アレクサンダーが先鞭をつけ、ローチェスター大学のジョージ・エンゲルが命名(1978年)し、ジョン・ロマーノにより詳しく論じられた。個人の発達や身体的・精神的に影響する様々な要因を「生物」「心理」「社会」という3つの側面でまとめ、効果的な介入を行うための枠組みだ。問題がそれぞれ独立した問題として捉えるのではなく、各要因が相互的に絡み合っていると捉え、関連要因を包括的に扱い、要因同士が複雑に相互作用しあって個人に影響を及ぼしているという考え方

¹⁴ イギリスのジェネラル・プラクティショナーの中から出てきた運動で、全人的な判断を必要とする立場。(石濱 2017)

である（石濱 2017）。つまり「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」を用いることによって、「環境や人間関係が病気を引き起こした」と捉えることが可能となるのだ。私は心の病と自死の関係を論じていく上で、この考え方は不可欠なものだと感じている。特に地域全体で自死対策を進める際には、前提として文化・社会的要因が心の病や自死と強い関連を持っていると認識する必要があるのだ。

したがって「メディカルモデル」か「ソーシャルモデル」かの二者択一ではなく、それぞれのメリットを活用していくことが最も有効だと考える。問題の原因や解決の責務は社会の側にあると考え、精神疾患の治療に注力するだけでなく、それらの背景にある社会問題に向き合っこそ、日本社会を「自死を生み出さない社会」へと転換していくためのアプローチが重層的になるのではないだろうか。そうすることで個人に対してもより多角的なアプローチをしていくことが可能となるのである。実際、ヨーロッパ圏の中でも自死率が極めて低いイギリスでは、国の自死対策大綱にて自死抑止力として「メディカルモデル」と「ソーシャルモデル」双方の重要性、それだけでなく、失業、過労などの社会的要因を踏まえた総合的対策を強調している（浅野 2009:106）。自死の要因が複合的である以上、自死対策も総合的でなければならないのは当然のことと言えるが、日本や韓国の社会ではまだこういった視点が欠如している部分もある。清水（2009:72）も「社会問題解決力が欠如していることのツケを、社会的に弱い立場の人たちが自殺という形で払わされていること。私は自殺問題の本質を、そこに見る。」と述べているが、社会全体がこのような考え方にシフトしていく必要があるのだ。そのため今後の自死対策においては、選択的、個別的に焦点化した介入が可能となる「メディカルモデル」を強化しつつ、「メディカルモデル」の範疇では解決できない社会構造そのものへのアプローチを「ソーシャルモデル」で補うという、この両者の強みを組み合わせた「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」が有効性を示すのではないだろうか。

2.2 自死の背景と原因

これまで自死の背景には社会問題が大きく関わっていることを述べ、「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」の視座で対策を練ることの重要性を論じた。うつ病を始めとした精神疾患の治療ばかりが発展しても、他の背景にある問題が解決されなければ、再び精神疾患に罹患する可能性もあれば、そもそも根本的な解決には全くつながらない。本論文では社会問題の中でも特に貧困とセクシュアルマイノリティに焦点を当てていきたい。これらの社会問題が個人をいかに追い詰め、また自死とどのように関わっているのかを考察していく。

2.2.1 貧困

日本の自死の原因を見ると、「健康問題」に次いで「経済・生活問題」が多い¹⁵。これまでも多くの実証研究において、失業率が高いことと自死率が高いことの相関関係、経済問

¹⁵ 厚生労働省自殺対策推進室警察庁生活安全局生活安全企画課，2021，「令和2年中における自殺の状況」<https://www.mhlw.go.jp/content/R2kakutei-01.pdf>（2021.10.31）

題による生きづらさが自死に関係していることが明らかになってきた。景気動向指数の増減と「経済・生活問題」による男性の自死者数の増減には負の相関関係があり¹⁶、加えて「失業」「就職失敗」「事業不振」「生活苦」による自死者も少なくない。またコロナ禍において経済的に孤立してしまった人が自死を選択したケースもある。確固たるセーフティネットが存在しないがために、そこからこぼれ落ち生活に困窮した人が自死を選ぶ他なくなってしまう状況が生まれるのだ。2020年の職業別自死者数を見ると「無職者」が11,718人で全体の55.6%を占め¹⁷、加えて生活保護受給者の自死率は一般のそれを大きく上回り、2倍を超えている。清水(2010:158)は「景気が悪化したくらいで、人々が死に追いやられるような脆弱な社会基盤の上に生きているということの恐ろしさを、そろそろ身にしみて痛感した方がいい。」と主張する。「しかもセーフティネットが機能していない、かつなんとかして助けようとする社会の意思が感じられない。」とも述べている。

経済・生活問題による自死が多いのは韓国でも同様だ。2020年若年層の雇用状況はコロナ禍により氷河期を迎えることとなり、韓国統計庁によれば2020年に25～39歳の年齢層のうち就業の経験がない者は321,654人にまで及んだ。これはリーマンショック後の2008年の1.5倍もの数値である¹⁸。そしてコロナ禍で就職難が進んだことにより、貧富の差も広がり、自死を選ばざるを得ない人が生まれてしまったのだ。

生活困窮者の中には過量服薬による自死企図やリストカットなどの事象が見られる場合も少なくない。また、夜間や早朝に「死にたい」と連絡が入ったり、訪問時練炭が用意されていたりと、明らかに希死念慮をもっている場合もあれば、希死念慮とまではいかなくとも自らの健康を害したり、生活が不安定になってしまったりする人は多い。加えて、現在は安定しているように見えても過去に自死企図があった人や自死企図の後遺症を抱えている人もいる(的場 2021:64-65)。また、就労支援対象者の自死も少なくないという。生活困窮者を支援する際、支援の一環として就労支援プログラムや生活訓練が提供されることがあるが、支援のあり方によっては、常にプレッシャーに晒され続けたり、ストレスや悩みを共有できず孤立してしまったりするケースも存在する(的場 2021:68-69)。不安定な生活基盤や孤独感から精神疾患に罹患することもあり、自死が心配される場合は医療機関や保健所と連携した支援がなされているが、やはり居場所や人との関わりがなければ根本的な解決には至らない。しかし、貧困や自死が個人の問題、つまりは自己責任の問題であると捉えられているのは、地域社会で支えるという構造が実現することはあり得ない。湯浅(2010:21-22)は「貧困に陥る人たちの実態の可視化、あるいは自死に至る実態の可視化だけでなく、社会的な損失であるということを示す可視化しなくてはならない。社会の活力がなくなる、少子化が進む、地域コミュニティが崩壊するといった問題であること

¹⁶ 厚生労働省, 2016, 「自殺対策白書 28年度第2章第2節 自殺の状況をめぐる分析」
<https://www.mhlw.go.jp/content/h28h-2-02.pdf> (2021. 11. 01)

¹⁷ 厚生労働省自殺対策推進室警察庁生活安全局生活安全企画課, 2021, 「令和2年中における自殺の状況」
<https://www.mhlw.go.jp/content/R2kakutei-01.pdf> (2021. 10. 31)

¹⁸ 東洋経済 ONLINE, 2021, 「ソウル新聞 コロナ禍で“蒸発”させられた韓国の若者たち 2020年の自殺者はコロナ死者数より多い、20代女性が最多」
<https://toyokeizai.net/articles/-/414876> (2021. 11. 01)

を伝える必要がある。」と述べている。このことから「ソーシャルモデル」及び「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」の視座の重要性がわかるだろう。失業や事業不振をきっかけに生活苦に陥った人も最終的には心の問題や心の病に収斂されていくことが多いが、そのフェーズに辿り着いてしまう前に、セーフティネットで貧困を防ぐことが求められるのではないだろうか。

2.2.2 セクシュアルマイノリティ

セクシュアルマイノリティ（性的少数者）に関する問題は個人にとって非常にセンシティブなものであり、本人は深刻な悩みを抱えているケースが多い。周囲の人に打ち明けられないケースも多く、そこから生じる孤立感から精神疾患を併発することも少なくないのだ。実際セクシュアルマイノリティは抑うつ症状や強い不安、自傷行為や自死未遂、アルコールや薬物依存などの心理的社会的ストレスに由来するとされる精神的な問題や症状を抱えやすいことが知られている（岩垣，梅垣 2016）。

セクシュアルマイノリティは近年になってようやく脱病理化が進み、社会的関心が寄せられるトピックになってきたが、未だに日常的に偏見や軽蔑の対象となり、差別に苦しむ人も多い。それゆえマジョリティと比較すると精神的不調を経験する傾向が高くなり、それに伴い自死や自死未遂の数も増えてしまう。海外において行われたトランスジェンダーの高校生を対象とした調査では、トランスジェンダー自認群がうつ症状を持つ割合は、そうでない人に比べて 5.7 倍、過去 12 ヶ月でも自傷行為経験率が 2.7 倍、自死未遂経験率 5.0 倍に上ることが判明した。加えて精神疾患に罹患する割合としても、トランスジェンダー当事者は高い経験率を示し、抑うつ状態の基準を満たしている人が 50.6%、（非トランスジェンダー群：20.6%）、不安障害が 26.7%（10.0%）、希死念慮を抱いている人が 31.1%（11.1%）となっている（岩垣，梅垣 2016）。その他にも同性愛者、両性愛者などのセクシュアルマイノリティにも同様の傾向が見られ、セクシュアルマイノリティが精神疾患に罹患しやすい傾向が一貫して示された。

日本国内においても海外の調査結果と類似した結果が得られている。日本精神神経学会によると、2007 年末までに 7,177 人が性同一性障害と診断されている。国立大学法人岡山大学病院はその性同一性障害の総合的診療を行うセンターの 1 つであるが、1999 年の「ジェンダークリニック」開設以降、2009 年までの受診者の自傷・自死未遂割合は 28.4%にも上った。また自死念慮を持つ人の割合は 58.6%であり、受診者の過半数が自死念慮を抱いていた時期があることがわかる。自死念慮を抱きやすい第 1 ピークとしては思春期であり、第 2 次性徴による身体の変化期、制服や恋愛で悩む時期にあたる。第 2 ピークは就職や結婚などで困難を感じる人が多い、社会人になる前後だとされる（向笠 2012）。

そして若年層の自死が多いのは性同一性障害に限られたことではない。2011 年に日本国内ゲイ・バイセクシュアル男性 3,685 人を対象に実施されたインターネット調査によると、自傷行為の経験割合は全体の 10.0%であり、30 代で 9.2%、20 代で 11.8%、10 代で 17.0%と、年齢層が低くなるにつれて自傷行為を行う割合が高くなる傾向が見られた。加えて 1999 年に行われたゲイ・バイセクシュアル男性 1,025 人の調査の結果によれば、全体の 15.1%は自死未遂の経験があり、最初の自死未遂の平均年齢は 17 歳、自死念慮を抱いたことがある人は 64%もいることがわかった（向笠 2012）。

このような傾向も若年層の自死の増加に影響していると考えられる。ここでは全てのセクシュアルマイノリティを取り上げることではできなかったが、セクシュアルマイノリティであることがもたらす生きづらさがある以上、その他セクシュアルマイノリティについても類似した傾向があると推測することができる。

また、セクシュアルマイノリティの場合自死で亡くなったとしても動機が不明とされることもあり¹⁹、セクシュアルマイノリティであったことも、生きづらさを感じていたことも公になりにくい。それゆえセクシュアルマイノリティが生きづらさを抱え自死を選択する割合が高いという問題自体が可視化されないという負のスパイラルが生まれてしまうのだ。最近では多様性が謳われ、セクシュアルマイノリティに対する偏見や差別を無くそうとする運動も行われてはいるが、社会全体の認識を変えるまでにはまだ至っておらず、差別に苦しむ人、そもそもカミングアウトもできず一人で悩みを抱え込んでいる人も多いはずである。精神疾患や自死との関連性が比較的高いセクシュアルマイノリティに対してアプローチすることで、若年層の自死を少しでも減らしていくことが今後急務となってくるだろう。

2.3 「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」を活用する意義

本章では「メディカルモデル」と「ソーシャルモデル」の2つの視点を組み合わせた「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」の有効性を論じ、実際にどのような社会問題が自死と関連しているのかについて貧困とセクシュアルマイノリティを取り上げた。最近では多くの領域で「メディカルモデル」ではなく、「ソーシャルモデル」の視座が重要であることが主張されているが、第1章でも述べたように自死は心の病と密接に関係しているからこそ、「ソーシャルモデル」にばかり重点を置き、「メディカルモデル」の視点を置き去りにすることは適切とは言えない。したがって双方の視点を柔軟に取り入れた「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」が今後必要だと考える。「ソーシャルモデル」の考え方により獲得した知見を活用し、個人へと還元していくことで「メディカルモデル」的支援も充実させていくことができるのだ。

また、本論文では自死の背後に潜む社会問題として貧困とセクシュアルマイノリティを例として提示したが、この他にも様々な社会問題や社会病理が自死とリンクしている。それは1つの問題が関連しているだけでなく、多くの問題が複雑に絡み合いながら最終的に心の病や自死を選択せざるを得ない状況に収斂していくことがほとんどだ。したがって自死対策に注力することは、すなわち社会問題解決の糸口を見つけることにもなり得ると言える。自死が「追い込まれた末の死」であることを明確にするためにも、「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」を活用していくべきである。

¹⁹ 衛藤 暢明, 2015, 「若者の自殺未遂について ○若年者に多い精神疾患を自殺行動の特徴」 <http://www.ktq-kokoro.jp/wp-content/uploads/2015/07/10807704658cfea78aa7dc796fa86aeb.pdf> (2021. 11. 03)

3. 各国の政策を学ぶ

3.1 日本の自死政策

厚生労働省は「誰も自殺に追い込まれることのない社会を目指して」と掲げ、自死を「追い込まれた末の死」と定義している。この基本認識を下とした自死対策を進め、生きることの包括的な支援を総合的に推進している。この節では現在に至るまで行われてきた日本の自死対策の大まかな変遷と施策についてまとめていきたい。

厚生労働省は1998年の自死者増加を機に自死対策に乗り出し、2年後の2000年2月には21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の報告書がまとめられた。その中の「休養・こころの健康づくり」に「自死者の減少」が数値目標として組み込まれている。その後2001年から厚生労働省は自死防止対策事業に取り組み、2002年1月には厚生労働大臣決裁として自死対策有識者懇談会を設置、そして「自殺予防に向けての提言」をその年の12月に公表した。この提言には①実態把握、②普及・啓発や教育、③危機介入、④事後対策～自殺未遂者や自殺未遂者・死亡者の家族、友人等の周囲の者に対する相談・支援、⑤その他（報道・メディアに望まれること等）が自死対策として記載されている²⁰。

また懇談会設置の経緯と趣旨に「うつ病等対策などの精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会的、文化的、経済的観点等からの、多角的な検討と包括的な対策が必要となる」と述べられている。翌年2003年には「地域におけるうつ対策検討会」が設置され、そこでは都道府県・市町村職員を対象とした「うつ対策推進方策マニュアル」及保健医療従事者を対象とした「うつ対応マニュアル」を策定した。これによりうつ対策を行政で進めていく基盤が整えられた²¹。

しかしこの時期の政策は多角的、包括的な対策の必要性が謳われているものの、それはあくまで厚生労働省のみが中心となって行っていることであり、政府全体に共有されるまでには至らなかったという。地方自治体に関しても、自死率が高い地域には積極的な取組が見られたが、それ以外の地域では特に進捗はなく、2002年12月に行われた調査によると、自死予防対策事業を実施したのは自死率が比較的高かった北東北、北陸のわずか8地域のみだった²²。

その後も自死者数は増える一方で、2005年5月には民間団体と議員融資の共催による自殺対策シンポジウムが開催され、同年の7月には参議院厚生労働委員会において「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」がなされた。この決議では自死を自死を選択する個人の問題に帰すことなく、個人を取り巻く社会環境に関わる問題として

²⁰ 厚生労働省, 2016, 「自殺対策白書 28 年度第 2 章第 1 節 自殺対策の 10 年」
<https://www.mhlw.go.jp/content/h28h-2-01.pdf> (2021.11.01)、竹島正, 2008, 「わが国の自殺対策」
https://www.jstage.jst.go.jp/article/tits1996/13/3/13_3_15/_pdf
(2021.11.01)

²¹ 同上

²² 注 20 に同じ

自死問題に取り組む必要があるとされた。これを契機に政府の関係府省が一体となって自死対策に乗り出すことを求めた。12月には自殺対策関係省庁連絡会議において「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」の取りまとめが行われた。ここでは自死者の数を1998年以前の水準に戻すという目標が明記された²³。

自死対策が厚生労働省から政府全体に、一部地域から全国に展開していくこととなり、2006年には自殺対策基本法が可決・施行された。その基本的理念は「自死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、社会的な取り組みとして実施されなければならない。」であった。そしてその翌年2007年には「自殺対策総合対策大綱」が閣議決定された。この大綱は「自殺対策の基本的考え方」、「世代別の自殺特徴と自殺対策の方向」、「自殺を予防するための当面の重点施策」、「自殺対策の数値目標」、「推進体制等」で構成されている。この大綱は2012年に初めての見直しが行われ、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」という目指すべき社会が提示された。そして今後の課題として地域レベルの取り組みを中心とする自死対策への転換を指摘した。またその際概ね5年を目処に見直すことが決定された。さらにこの見直しでは2016年までに自死死亡率を2005年と比べ20%以上減らすことが目標とされ、子供の自死対策強化も盛り込まれることとなった。次の見直しは2016年から検討に着手し、2017年7月にサブタイトルは前回と同様の「自殺総合対策大綱～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～」が閣議決定された。この大綱では①地域レベルの実践的な取組の更なる推進、②若者の自殺対策、勤務問題による自殺対策の更なる推進、③自殺死亡率を先進諸国の現在の水準まで減少することを目指し²⁴、2026年までに2015年比30%以上減少させることを目標とする²⁵、ことを掲げた。

これまで日本における自死対策の基盤について述べてきたが、これを踏まえた上で現在実際に行われている自死対策の例を挙げ考察したい。

厚生労働省の支援

厚生労働省は2020年「まもろうよ こころ」を公開した。これは自死に関する情報を国民がわかりやすく理解できるようにまとめたサイトである。「まもろうよ こころ」には自死対策の概要や取り組みの説明とともに相談窓口を設置している。相談窓口は悩みや年代によって相談先が選択できるようになっており、電話とSNSで主に対応している。電話の相談先には「心の健康相談統一ダイヤル」（有料）と「よりそいホットライン」（無料かつ24時間対応）の2つを掲載している。この内の後者は2012年の3月から全国で運用が開始されたものだ。SNSの相談先としては特定非営利活動法人を4つ掲載している。特定非営利活動法人の中には年齢でカテゴライズしているものと、年齢・性別を問わないものがあり、いずれもチャットによる相談を行っている。またそもそもどこに相談をしたらいいかわからないという人に対しては支援情報検索サイトを設けたり、その他の相談先へつ

²³ 注20に同じ

²⁴ 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター，2021，「自殺対策の歩み」 <https://jscp.or.jp/overview/course.html> (2021.11.10)

²⁵ 厚生労働省，2021，「自殺対策白書第2章第1節 自殺対策の基本的な枠組み」 <https://www.mhlw.go.jp/content/2-1.pdf> (2021.11.02)

なげる窓口が設置されていたりする。この SNS 相談はコロナの感染拡大に応じて拡充された²⁶。

また地域における自死対策の推進も行われている。自殺対策白書によると、地域における連携・協力の進展、地域自殺対策強化事業の 2 つが主であり、前者の具体的な内容としては、地域の特性に応じた施策ができるようデータを収集し、ホームページで公表している。後者は「地域自殺対策強化交付金」により地域の取組を支援している²⁷。

厚生労働省以外の支援（神奈川県相模原市の事例）

厚生労働省以外にも自死対策に取り組んでいる機関、団体は多くある。その中でも今回は神奈川県相模原市の『若者向けメンタルヘルス対策事業＝「さがメンター」育成プログラム＝』を取り上げたい。

神奈川県相模原市は、自殺対策基本法や自殺総合対策大綱及び、かながわ自殺総合対策指針を踏まえ、平成 26 年 2 月、「相模原市自殺対策総合対策推進のための行動計画」を策定した。これにより市民と行政が一丸となり、地域で総合的な自死対策に取り組んでいる。特に相模原市が着目したのは若者層の自死であり、自死を取り巻く環境と課題に対応した 11 の重点施策を定め、その中で「自殺対策に関する若い世代をはじめとする市民参画の増進」を掲げている。相模原市はストレス社会において、若年層が「生きにくさ」に対する耐性をつけるためには、まず若者自身がメンタルヘルスについて考え、周囲のメンタルヘルスの不調に気づき、働きかけを行う人材の育成が重要だと述べている。加えて、この実現には行政や教育機関が対策を実施するだけでなく、両者が協働し、気軽に相談できるような多様な場を確保していくことが重要であるとしている。

この理念の下設定された事業の目的は以下の通りだ。

- ① ロールプレイングを通じたコミュニケーション能力の向上
- ② 現在の就業環境下、あるいは就職活動におけるストレス対処能力の向上
- ③ 他者の不調に気づき、適切な専門家へとつなぐこと

の 3 点である。そしてこれらを達成するために実施されたのが、説明会 1 回、グループワーク、ロールプレイング、メンタルヘルスファーストエイド²⁸を組み合わせたセミナーを 5 回、交流会が 1 回である。また広報活動にも注力し、WEB サイトや SNS の活用のみならず、行政が主体となり、各教育機関への訪問も行われた。この結果として参加者総数は延べ 55 名となった。また参加者の平均年齢は 25.9 歳となり、最初のターゲット設定にも合致したと言える。しかしその中には 40 代を超える方や、日常的に若年層に関わる方の参加も見られたようで、このことから、“若年層を支援する方”への支援もまた必要であることが明らかとなった。加えて、メンタルヘルスについて学ぶ機会がないという声も上がったことがわかっている。相模原市としてはこのような課題を解決すべく、大学や自治体が連携し、

²⁶ 厚生労働省、2021、「自殺対策白書第 2 章第 1 節 自殺対策の基本的な枠組み」
<https://www.mhlw.go.jp/content/2-1.pdf> (2021. 11. 02)

²⁷ 同上

²⁸ メンタルヘルスの問題を抱える人に対して、専門家による支援より前に提供する支援のこと。メンタルヘルスに関わる症状の認識、初期支援の提供、適切な専門家へのつなぎを学ぶものである。

行政区域にとらわれない事業周知について検討している²⁹。

前述は自死対策のほんの一例である。厚生労働省の自死対策としては主に「いのちの電話」、「チャイルドライン」、「よりそいホットライン」がベースとなっているが、これらの全てがボランティアにより成り立っている状態だ。もちろんこういった支援により救われた命もあるが、常に質の担保ができていないかと問われれば議論の余地があるように思う。特にコロナにより自死を考える人が以前よりも増加した中、質を担保した上で全ての対応をしていくには間に合わない。高橋（2021:191）はボランティアの善意の搾取で成り立っている日本の相談システムの脆弱さを主張しているが、自死対策に注力しなければならない今、この問題が解決されることは急務ではないだろうか。

また厚生労働省の支援は基本的に個人に対してなんらかのフィードバックをする、適切な支援機関（この場合は精神科のある病院など）につなげるという形式であり、「メディカルモデル」の要素が大きいと言える。こういった支援はなかなか社会病理・社会問題へはアプローチしづらいと考える。もちろん個人への介入も欠かせないものではあるが、自死の問題が社会問題と捉えられる以上、個人だけではなく社会構造そのものに目を向けた支援が必要となってくるのではないかと考える。したがって自死の背景にある様々な社会問題とリンクさせた支援の構築、また既存の支援との連携が不可欠になってくると考える。

その点、神奈川県相模原市の例は個人よりも地域社会にアプローチしているため、「ソーシャルモデル」の視座を取り入れていると言える。さらには若年層をターゲットとしているため、若年層の自死が深刻化している日本において、その解決に少しでも着手している点は評価できるといって良いだろう。自死問題における地域包括システムのようなものを構築するためにも、地域社会全体での自死対策は必要不可欠になる。したがって今後はより個人だけではなく、地域にもフォーカスした支援を構築していくべきではないだろうか。

3.2 韓国の自死対策

次に日本と同様若年層の自死が多い韓国の自死対策について考察していきたい。韓国では1997年のIMF経済危機、2002年の金融危機、2008年の世界通貨危機の際自死者の数が急増した。それに伴い2011年に「自殺予防及び生命尊重文化醸成のための法律」が成立し、精神健康福祉センターや民間団体などで自死予防活動と研究が本格的に始まった³⁰。韓国政府は2022年までに自死者の数を毎年1,000人ずつ減少させ、自死死亡率を3分の2の水準まで減少させることを目指している。

²⁹ 桜美林大学健康心理・福祉研究科，神奈川県相模原市健康福祉局福祉部精神保健福祉課，2014，「若者向けメンタルヘルス対策事業＝「さがメンター」育成プログラム＝」
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu/s4-2-2_2.pdf（2021.11.02）

³⁰ 朴恵善，藤田幸司，金子善博，本橋豊，2018，「韓国の「自殺予防の国家行動計画」について：国家行動計画策定の背景」
https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/SPRJ2018_1_4.pdf?190418（2021.11.18）

これまで自死予防計画が1次（2004～2008）、2次（2009～2013）、3次（2016～2020）と行われてきた。「第1次自殺予防基本計画」では生命尊重文化の醸成を始め、青少年・高齢者の精神的な健康の増進と自死予防、うつ病と自死リスクの高い人の早期発見、相談システムの構築などが行われた。しかしこれらの支援は全て個人と精神保健事業のみにフォーカスしたものであったため、社会的な対策としては不十分であるという批判が上がった。

「第2次自殺予防総合対策」では、自死に関する国民の認識改善、自死リスクへの個人及び社会的な力量の強化、自死予防人材の教育システムの強化などが行われた。第2次と第1次の自死予防計画の大きな違いは、対策が個人と精神保健事業の範囲に留まらず、社会経済的支援策や社会環境の改善が盛り込まれたことである。第2次の批判としては精神保健事業やハイリスク階層支援事業などの優先順位が示されなかったこと、各事業の進捗状況を評価して調整する担当者について明示されなかったことが挙げられた。これを踏まえ第3次ではまず自殺予防法を改定し、ゲートキーパー養成の拡大などを追加した。しかし自死予防推進システムの具体的な内容が提示されなかったり、専門部署の新設や予算の増額が反映されなかったりしたことが原因で、政策推進の決意に疑念が持たれてしまった³¹。

その後の国家行動計画では科学的根拠に基づいた戦略的アプローチを推進し、自死の原因と発生動向を詳細に分析することで防止策の整備を進めた。金（2019）は「積極的な介入を通じた自死リスクの除去や具体的な自死予防の推進基盤を構築したことには意義がある。」と述べる。

ここで韓国で実際に行われている若年層向けの自死対策の例を取り上げたい。韓国では教育庁が相談支援の体制の整備や自死予防教育プログラムの実施を行っている。また、韓国では「Wee プロジェクト」というプロジェクトが行われており、これは青少年への相談支援を包括的な観点で行うものである。その中でも本論文では京畿道で行われている取組に着目していきたい。京畿道教育庁は児童の相談支援に関して、外部の相談支援専門機関との日常的な連携・協力体制を構築している。2016年に青少年センターが設立され、相談支援、予防教育、さらには自死の事後介入も行っており、相談士、社会福祉士、専門相談士なども設置されている。京畿道における相談士は約1,700人、専門相談士が約1,300人、相談士の資格を持った支援員が約300人だ。専門相談士に関しては公務員として教育長により採用されたのち、全員が常勤職員として学校機関に配属される。教育福祉士は子どもの心理支援の他、学校と家庭をつなげる役割を担い、虐待やトラウマに関連する支援なども行っている³²。このように青少年センターを中心とし、若年層、主に学校生活を送る子どもの支援に注力している。

次に京畿道の「Wee プロジェクト」について述べていく。Weeとは「We」、「Education」、「Emotion」の頭文字を取った造語であり、3層のセーフティネットにより構成されている。そのセーフティネットとは学校に設置されている Wee class、教育庁の Wee center、広域

³¹ 金渡潤，翻訳：朴恵善，本橋豊，2019，「韓国の自殺対策と今後の課題」『自殺総合対策研究第2巻第1号』https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/SPRJ2019_1_1.pdf（2021.11.18）

³² 吉野さやか，朴恵善，堀口泰代，本橋豊，2019，「韓国京畿道教育庁における子ども・若者の自殺対策に関する調査」『自殺総合政策研究第2巻第1号』https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/SPRJ2019_1_6.pdf（2021.11.18）

市・道教育庁のWee schoolだ。Wee classは第1次支援機関で、学校における様々な問題に対処する学校カウンセリングセンターのような位置付けである。相談士の資格を持った教師が対応し、早期予防と支援を目的としている。Wee centerは第2次支援機関であり、学校だけでは対応できない事例に取り組む。家庭型と病院型の2種類に分けられ、後者では精神科治療も行っている機関である。Wee schoolは第3次支援機関として、学校や教育長から依頼を受けたのち、深刻な状態にある子どもの支援を担っている。6ヶ月間の長期支援を実施していることが特徴であり、全寮制と通学制がある。これらは全て家庭や地域との連携が重視され、全国的なネットワークを構築できるよう尽力している³³。

これまで韓国京畿道で行われている支援を見てきたが、学校と外部の専門機関との連携が常に取れている点、加えて家庭や地域とも連携を図っている点は進取的であると考えられる。日本の学校制度と比較しても、日本におけるスクールカウンセラーは多くの場合非常勤であるため、学校に専門相談士を設置している韓国の体制は今後参考にできるのではないかと考える。若年層の自死の背景には「学校問題」もかなり密接に関係しているため、若年層の自死を減らすためにも学校で行う自死対策に注力していることは評価できる。そして、地域別の危機支援協議会を行うことを始めとした地域との連携を拡充し、地域社会全体で子供の自死を考え、支えられるようにしていくことができれば、「ソーシャルモデル」及び「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」の視座もより担保されるようになるかと考える。これは前節の神奈川県の実例にも通ずるものがあるだろう。「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」の実現にあたって、個人のみならず背景にも着目した上で、学校に留まらず家庭も視野に入れながら、子どもを取り巻く環境全体に目を向けていくことが重要である。

なお、教育やメディアに関しても有効な対策は行われているが、この2つについては第4章で例として取り上げるため、ここでは触れないこととする。

3.3 フィンランドの自死対策

この節ではフィンランドにおける自死対策を述べていくこととする。まず、フィンランドを取り上げる意義だが、最も大きな理由としてはフィンランドは国家レベルで自死予防戦略を立ち上げた世界で最初の国だからである。1980年代後半、フィンランドはヨーロッパ諸国の中でもハンガリーに次ぐ自死大国であった。その深刻な事態に対し政府は社会政策を行い、1987年から1996年までの10年間で自死を減少させるに至った。本論文では自死大国であった当時のフィンランドの状況と、自死対策として有効性を示したフィンランドの自死予防プロジェクトを見ていく。

1980年代後半フィンランドはヨーロッパ諸国で自死率2位であり、国際的に見ても高い数値を示していた。特に15～24歳の男性の自死率はヨーロッパ諸国で最も高く、1960年代末から1970年代のはじめには15～17歳の自死が急増したこともあり若年層の自死が多かったことがわかる。また、自死の要因になりうるものは複合的なものであることには変わりないが、フィンランドで行われた自死原因の調査によると、自死前の3日間で89%の自死者が人生の危機的な状態を経験している。その中でも病気や経済的な打撃などが多く、

³³ 注32に同じ

これらは直接的な自死の原因になることがあるとわかる。そして自死者の31%が自死する1週間以内に何らかのサービス提供機関に連絡をとっていたこともわかっている。青少年の自死者に関してはその70%が1年以内に保健サービス機関をはじめとしたサービス提供機関にアクセスしていたことも報告された(山田 2006)。

フィンランドでは1970年代にフィンランド精神衛生協会がSOS サービス自死予防センターを設立し、同時期には自死に関する研究の開始や予防精神衛生ケアの開発も進められた。国家プロジェクトもこれらの準備期間を経て立ち上げられたものであり、加えてプロジェクトを開始するにあたり自死のケースの詳細な調査も行われた。このような研究や調査の結果により、個人の自死は予防できるものがほとんどであり、自死予防は社会全体で取り組むべきであるという結論が導かれた。そのため自死予防戦略モデルにも「メディカルモデル」的な個人の支援だけでなく、「寛容なフィンランドの文化を、教育制度を含めて構築する。現在よりも罪、恥、罰などの意識を減らすようにし、寛容で余裕のある文化にし、肯定的な人生観を育成する。」などが盛り込まれた(山田 2006)。このようにすることにより自死を容認する傾向や、個人の問題と捉えられがちなフィンランドの社会的認識や文化に変革を起こすという国の意思表示にもなったと考えられる。

実際に行われた対策として幾つか取り上げると、まず社会福祉・保健・教育サービスの役割を担っている自治体が、これらの既存サービスの中で自死予防を行った。その際ケアの対象とされたのが児童や青少年、予期せぬ危機に遭遇した人、自死した人の遺族や親しい友人であり、さらに対象を主に若年層に絞った。若年層の自死が少なくなかったフィンランドにおいて若年層の支援は最優先課題の1つとされていたのだ。外部との協力体制にも注力し、その機関は一次医療機関、学校、協会、国防軍など広い範囲に及んだとされる。フィンランド国立社会福祉保健研究開発センター(STAKES)は県や特別医療及び予防活動の関連諸機関と協力し、国家レベルで自死予防活動の実施と追跡調査をコーディネート、さらに諸機関が実施した事業のモニタリングも行い、情報収集と成果発表まで担った(山田 2006)。

フィンランドはプロジェクトにより1996年には1987年、1990年と比較し、それぞれ8.7%、17.5%の自死率減少を達成した。プロジェクトの目標値としては20%減ではあったものの、プロジェクト前に比べれば大幅に自死率を減少させることができた(山田 2006)。

フィンランドの自死対策の中で最も評価すべき点は、自死予防を個人の精神衛生ケアに留まらせることなく、対策に社会政策的アプローチを組み込んで推進した点である。多くの対策は個人に焦点が当てられ、精神疾患の治療や家族への支援が主となる傾向にあるが、失業対策や労働対策、教育政策といった「ソーシャルモデル」の視座での自死対策に国家規模で着手したことは他の国のモデルとなるだろう。加えて山田(2006)はフィンランドの重要な点は、なぜ自死予防が国と国民にとって大切であるかという福祉国家の根源的な理念に関わるのところからプロジェクトが設計されたことだと主張する。加えて、市民が自死しないですむような社会を構築しようと国が決意し、それを社会政策全体で行い、その政策を国民も支持した点にあるとも述べている。今後日本が自死対策を進めるに当たっても、フィンランドの理念や対策から学ぶことは多くあるのではないだろうか。

3.4 有効な自死対策とは

本章では日本、韓国、フィンランドの自死対策について論じた。自死を個人の問題として捉えるのではなく社会的な問題として認識すること、また、言葉として掲げるだけでなく、フィンランドのようにそのことを社会全体に普及していくことの重要性を改めて理解することができた。加えて、若年層の自死を減らしていくためには、韓国のように教育や学校の段階で早期発見・解決に導いたり、神奈川県事例のようにターゲットを若年層に明確化したりすることも有効であると考えられる。前述の複数の例はまさに「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」としても評価できるのではないかと考える。しかし、現在行われている多くの支援は心の病そのもののみや個人や家族のみに着目しているものが大半を占め、すなわち「メディカルモデル」的支援が多いように思う。したがって今回取り上げた各国の例を参考にしつつ、今後はより「ソーシャルモデル」の視点を取り入れた支援を提供していくことが求められるだろう。自死対策における地域包括システムの構築や、他の社会問題を解決するための支援と連携させた新しい支援の推進に期待したい。

4. 自死の選択を強制されない社会のために

自死が深刻な社会問題と化している日本や韓国で、今後どのような支援が求められるのか、どのような社会的対策が必要なのか。支援、教育、メディアの3つの視点から考察していくこととする。

4.1 支援

この節では自死問題に対する支援について述べていきたい。現在日本で行われている厚生労働省を中心とした支援は前述の通り電話相談やSNS相談がメインであるが、こういったメディアを利用した支援については後の第3節で考察していくため、ここではメディア関連以外の支援について述べていくこととする。

4.1.1 死から学ぶ支援

第2章第1節でも論じたように、自死問題を考える際には「メディカルモデル」だけではなく、「ソーシャルモデル」の視点を取り入れた「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」が必要かつ有効であると考えられる。したがってうつ病対策のみならず、その背景にある社会問題にアプローチし、適切なセーフティネットを構築していくことが求められる。そのためには自死者が自死を選択することとなった背景、または心の病に罹患した原因を分析し、根本的な解決を目指していくことが必要不可欠である。清水（2010:172）は「死から学ぶこと」の重要性を主張しているが、自死者が生前に遺した声に耳を傾けることで、どこにセーフティネットを張るべきか、解決すべき社会問題は何かということを明確にしていくことができるのではないだろうか。ここで重要なのが死から学んだことを確実に社会に反

映していく、還元していくということである。現状では自死に対して社会がオープンでないために、社会で自死があったとしてもその原因は公開されないことがほとんどだ。公開されたとしても心の病に罹患していたというケースが大半であり、その心の病に罹患するまでのプロセスが語られることは少ない。それは芸能人の自死報道でも同様であり、自死があったという事実や遺書、心の病にばかりフォーカスされてしまうのが現状だ。しかしそうではなく、自死や心の病の背景には社会問題や文化が複雑に絡み合っていることを最も伝えていくべきではないだろうか。そうすることで、自死に対する差別や偏見を減らすことにもつなげられるとともに、今後どういった支援が求められるのかを社会全体で認識できるようになると考える。

また死から学ぶ、自死者の声を活かすことは遺族が望むことでもある。清水(2010:173)は「僕たちは、亡くなられた方の命を取り戻すことはできないけれど、遺された“声”を社会づくりに反映させることで、その存在を生かすことはできると思います。というか、生かさなければならぬ。」と述べる。そしてそうすることで遺族の方も「自死を選択した家族の死が無駄にならずに済んだ。」「他の人のために生かしてくれてありがとう。」と思うことができるとも言う。このことからわかるように「死から学ぶ」ということに重点を置き、政策や支援を進めていく必要がある。そして自死の背景にある社会問題は第2章で取り上げた貧困(経済苦)やセクシュアルマイノリティをはじめ、学校(いじめ問題)、過労・過重労働などその他様々であり、複合的で多岐にわたる。年齢層ごとに自死の背景となった原因に傾向が見られることも多いため、それぞれの年齢層に応じた対策を練っていくことも有効であろう。特に若年層の自死が深刻化している日本や韓国においては、今までケアの対象とされることが少なかった若年層をターゲットとした対策が今後より求められるだろう。メンタルヘルスに着目するだけでなく総合的に原因を分析する必要性、政策や支援においても領域や分野を跨ぎ、連携する重要性を社会全体が理解していくべきである。

4.1.2 自死遺族の支援

私は今後注力していくべき支援として自死遺族のケアがあると考え。なぜなら遺族の中には自死した家族を追うように自死念慮を抱く人もいれば、自死に向けられる偏見や差別のために遺族までもがその対象になったり、自死をオープンに話すことが難しかったりすることが多々あるからだ。しかし未だ行政が支援を提供しているところは少なく、また行政の立場にある人が遺族の気持ちに寄り添うことは容易とは言えない(渡邊, 浅野 2009:86)。社会の中には「自死は家族のせいだ。」「家族が防げなかったのか」などという心ない言葉を浴びせる人もいるだろう。親しい人の自死によりただでさえ心に傷を負っている中、さらにつらく苦しい思いをし、その思いを吐露することもできないまま孤立してしまうケースもあるのだ。

また死因が「自死」であるためにオープンに話せないという人もいる。実際、親を自死で亡くしてしまった自死遺児の中には、自分の親が自ら命を絶ったことを言えなくなってしまうこともある。遺児の集まりがあったとしても、他の子どもたちは親を「災害で亡くしました。」「病気で天国に行ってしまった。」などとうとうもない理由で命を落としている中、自分の親は自ら命を絶ったと言い出せないということだ(清水 2010:56-57)。

このような課題を解決するために設けられているのが遺族ケアであり、自助グループとも呼ばれる同じ経験をした人の分かち合いの会である。自分の思いを言葉にし、周りにはただ傾聴する。話したくなければ話さなくても良い。大切なことは自死遺族が安心して自分の率直な思いを語るができる場所を設けることなのだ。NPO 法人東京自殺防止センターが開催している「エバーグリーンの集い」もその1つであり、毎月最終日曜日の午後に事前予約なしで行われている³⁴。この会は、「自死」に対する社会の偏見が壁になって語れなかったグリーフやつらい思いを安心して吐露できる空間を提供し、加えて、同じ体験をした人たちと気持ちを分かち合うことによって癒され、新たな一步を踏み出す場として機能している（斉藤 2007:69-70）。ここで重要なのが、“偏見や差別の対象になるから同じ経験をした人とのみ話す”のではなく、“同じ経験をした人の方が共感から得られる心の癒しがあるから自助グループに参加する”ということだ。自死を嫌厭する社会の風潮から逃れるための自助グループではなく、純粋な元々の意義としての自助グループを広め、それを社会全体で支えていく必要があるだろう。

しかし自助グループだけで十分なケアができているとは言えない。自助グループへの参加自体を踏みとどまってしまう人もいる。したがって気軽に相談できる電話相談やカウンセリングといったケアも充実させていく必要があると考える。また自死の経験を機に塞ぎ込んでしまっている人もいることが予想されるため、自死があった家庭に支援の紹介をするなど、アウトリーチ的ケアとして支援情報を提供していくことも重要だ。自死遺族の生きづらさを解消するためにも今後遺族のケアにも力を入れていくべきである。

そして最終的には、自死を個人的な問題であると認識する傾向に一石を投じるためにも、自死の経験を社会に伝えていくことも必要だ。渡邊(2009:87-88)も「遺族の人たちも当初は“遺族だけ”という閉鎖的な空間でしか安心できないとしても、会を重ねるごとに徐々に気持ちに変化していき、“自分の体験を多くの人に伝えたい、そのことが亡くなったあの人にとっても供養になる”というように他の遺族以外の人たちにも気持ちを伝え合うことを求めていく可能性がある。」と述べている。当事者の声を社会に伝えることで、自死を社会的な問題として捉えることの重要性を広めていくことができれば、自死を防ぐことにもつながっていくだろう。

4.1.3 自死未遂者の支援

自死遺族のケア同様、自死未遂者のケアも重要だ。なぜなら自死未遂者には一定数自死企図を繰り返す可能性が高い人もいるからである。救急病院に搬送され、一命をとりとめた自死未遂者は、身体的な処置が終わるとほとんどのケースがそのまま帰宅してしまう。たとえ自死を再企図する可能性があったとしても、多忙な救急の現場ではそれ以上のケアをすることができないのだ（奥田 2021:30）。したがって自死未遂者を対象とした自死防止プログラムを拡充していく必要がある。滋賀県大津市保健所では行政が救急病院と連携して未遂者を支援する事業が展開され、2013年から専任の相談員を配置する「いのちをつなぐ相談員派遣事業」を実施している。保健所だからこそ初期介入のみならず、地域での継

³⁴ 東京自殺防止センター, 2021, <https://www.befrienders-jpn.org/evergreen/> (2021.11.18)

続事業にも取り組むことができるのだ(奥田 2021:30)。救急病院と保健所が連携しているため、支援要請が入り次第、担当者は病院へと向かい面会を行う。支援の開始にあたり、面接用紙の質問に答えていく必要があるのだが、「命が助かったことについて、どう思われますか？」という問いに対して、自死未遂者の3人に1人は「死ねなくて残念だった」という回答を選択するという(奥田 2021:31)。このことからわかるように、一命をとりとめたことに対してマイナスな感情を抱く人も少なくない。一貫して「消えたい」、「生きていたいと思えない」と思い続けている場合、そのまま帰宅させてしまうと今度はより確実な方法で自死を実行しようとするのは想像に難くない。そのため救急病院と保健所が連携し、早急に支援にあたることは非常に重要であると言える。

しかしもちろん未遂者の全員が支援を望むわけでもなければ、支援を求めることそのものに葛藤がある場合もある。一度支援を求めても、実際に面会をしようとするとはやはり支援はいらないといったように、気持ちが揺れ動くことも稀ではない。それでも支援側はなんとかして生きる道を選んでもらおうとアプローチし、命をつなぎとめられるよう尽力する。それは支援を求めようとせず、孤立してしまう人ほど再企図の可能性が高くなるからだ。このような場合にはアウトリーチ的支援が不可欠である。奥田(2021:35)は「他者に不信感をもち、自己を否定し、支援を求めようとしない人には、“相談があれば対応する”という支援モデルは無力である。」と述べ、諦めずに手を差し伸べ続けることの必要性を主張している。アウトリーチ的支援は、支援が中断してしまうケースや本人ではなく家族が支援を拒否してしまうという事態を防ぐことにも直結するため、当事者の心理的境界を侵さないよう慎重にバランスを取りながら推進していくべきだろう。

4.1.4 支援者のケア

多くの自死対策は、その対象が心の病を抱えている人や自死念慮がある人などの当事者となっている。もちろん当事者に寄り添い支えていくことの優先順位が高いことは確かだ。しかしながら、近年当事者をケアしている人を対象とした支援の必要性も叫ばれている。なぜなら当事者を支えているうちに、ケアしている人の方まで共倒れになってしまうケースも少なくないからだ。自死を考えている人の相談に乗るのは専門的な訓練を受けたボランティアである。ケアする側はロールプレイングを含むボランティア養成講座研修を受けてはいるものの、やはり「死にたい」、「消えたい」という想いを抱えている人に寄り添い、彼らのつらさに共感しながら支援をすることは容易ではなく、心理的負担がかかることもある(斉藤 2007:67-68)。聞く際には「共感」がポイントになることが多いが、話を聞いているうちに、共感ではなく同感となってしまうことで、ケアしている人自身もなんらかの心の病に罹患してしまったり、自死企図を行ったりすることもあるのだ。

したがって、ケアする人たちを支えるシステムの構築が必要不可欠だと考える。現在でもケア・サポートを行っている団体はいくつかあるものの、広い範囲への普及までは実現できていない。斉藤(2007:69)も「まだまだケアに携わる団体や個人が自らのうちに抱える部分が大いなのが現状である。」と述べている。共倒れや、バーンアウトを防ぐためにも、今後ケアする人の支援を充実させていく必要がある。

現在日本では国や自治体、民間のそれぞれが自死対策を行っている。以上のような支援

を新たに構築・改善しつつ、現在行われている支援を社会に認知させていくことが重要である。社会全体に普及させる過程では、自死は誰にでも起こりうることであり、事実を広め、そして心の病に罹患する、または深刻化する前に、早めに気軽に相談できる場所を用意することが急務である。

また支援を行う際には支援者の独りよがりになったり、自己満足になったりしないよう気をつける必要がある。支援する/されるという関係は非対称性を生むこともあり、強者、弱者という関係として固定化される危険性も孕んでいる。そのため相手の心情や少しの変化にも配慮し、共感し、適切な傾聴姿勢を大切にすることが求められる。

そして、最も重要なことは自死は社会的な問題であるということを広め、社会全体の認識に変革を起こしていくことだ。したがってそれぞれの活動において周知活動をしつつ、他の社会問題との連携も図っていく必要があるだろう。

4.2 教育

若年層の自死を防ぐには学校教育の段階から自死を防ぐための対策、さらには自死に関する教育を行っていくことが肝心である。私は教育において重要なポイントは大きく3点あると考える。

1つ目はまず自死に関する現状や背景を知り、自死についてオープンに考える時間を早い段階から確保することだ。例として韓国京畿道の学校における自死対策教育を挙げたい。韓国京畿道では年1回、発達段階に応じた自死予防教育プログラムを実施していて、小学校では1回につき2コマ、中学校及び高校では1回につき4コマの時間数が、標準的に設けられている³⁵。プログラムの具体的な内容としては、苦痛から逃れるため自死を選択せざるを得ない子どもたちがいるという現状を知り、生きることと死ぬことに関する洞察から始まる。以前はゲートキーパー養成がテーマのプログラムが実施されていたようだが、現在では子どもたちが死についてオープンに話すための死の準備教育プログラムが実施されている。この死の準備教育プログラムというのは、子どもたちが自死についてどのような考えを持っているのかという観点から開発されたプログラムであり、死そのものの意味について議論をしていく。ただし死の経験が正しいか否かについてや、望ましい死、希望する死のあり方などについては取り上げないこととなっている。このプログラムは子ども一人一人が死や自死を知り、考えを深めていくものなのだ。

私はこのプログラムは子どもたちが幼い頃から自死に関する知見を得、考えを深めていくという点で進取的な取組であると考え。というのも私自身今まで自死に関する教育というものを受けた覚えがない。道徳の時間はあれど、自死そのものを取り扱った記憶はなく、どちらかというと比較的避けられてきた話題のように思う。しかし若年層の自死を減らすためにも、社会的な認識を変えるためにも、教育のフェーズで自死対策を織り交ぜていくことがキーとなってくる。加えて京畿道でも行われていたようにゲートキーパーの養

³⁵ 吉野さやか, 朴恵善, 堀口泰代, 本橋豊, 2019, 「自殺総合政策研究 第2巻 第1号 韓国京畿道教育庁における子ども・若者の自殺対策に関する調査」
https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/SPRJ2019_1_6.pdf (2021. 11. 18)

成も必要なことではあるが、それよりも自死は誰にでも起こりうるということを子どもたちが理解することが重要なのだ。それにより自死を避けるべき話題、隠されるべきものと認識するのではなく、当事者事として捉えることが可能となると考える。

また教育の一環として、自死が複合的な問題であることを伝えていくことも重要だ。前述の通り、プログラムでは苦痛から逃れるために自死を選択せざるを得ない子どもたちがいるという現状把握から始まるが、その苦痛にはどういった背景があるのか、そして背景にある社会問題を分析し、解決方法などに考えを巡らすことが必要だと考える。そうすることにより、自死は個人的な問題だ、自己責任であるという社会的な認識を、自死は「追い込まれた末の死」であるという捉え方に変えていくことができるのではないだろうか。

2つ目は自死に結びつきやすいサインを理解し、周りの人や自分自身のSOSのサインに気づき、そしてどのように対処していけば良いのか、その術を知ることである。そうすることで自死念慮を抱くようになり、心の病が深刻化したりする前にケアをすることがより可能となる。というのも、心の病の症状が重くなってからでは専門的な知識を持つ人以外、つまりは普段周りにいる人が支えていくのには限界がある。専門家の育成が必要に間に合っていない現状を考慮しても、いち早くサインに気づき周りの人がサポートしていくことが重要となるだろう。そして第3章第2節で取り上げた韓国京畿道のような学校体制を有効活用していくためにも、自死に結びつきやすいサインそのものを理解していることが大切なのだ。実際、埼玉県教育委員会では「早期の問題認識」と「援助希求的態度」を狙いとした自死予防教育を行っている³⁶。中でも「危機に陥った際に一人で背負いこまずに乗り越える力を培うこと」、「自分自身や友人の危機に気づき、対処したり関わったりして、信頼できる大人につなぐことの重要性を伝えること」を強調している。自死が予防できるものであるということ、また自死を防ぐために自分たちにできることがあるということ子どもたちに伝えていくことが自死予防教育で求められるだろう。

最後に国や地域で行われている支援を知ることである。幾ら支援が存在していても、そのことが知られていなければ助けを求めることもできない。加えて周りのSOSに気づいたとしても傍観することしかできなくなってしまう。こういった事態を防ぐためにも、地域にある支援機関やその利用方法を具体的に紹介するべきである。私の小中学校では相談機関の電話番号が記載されているカードが配られていたこともあったが、その機関がどのような支援を行っているのか、またどういった時に電話をすれば良いのかを教えてもらうことはなかった。支援機関に関する理解ができていなければ、悩んでいたとしても「電話をするほどの悩みなのか」、「電話の向こうにはどのような人がいるのか」といった不安が付き纏い、相談するという一歩を踏み出すことができない。電話で悩みを打ち明けることそれ自体も相当な勇気がある場合もあるため、少しでも気軽に、躊躇なく悩みを相談できるよう支援機関についての理解を深めることも重要であると考え。早めに相談することが肝心であり、そのための支援機関があるということ、また相談することで自死は防ぐことができるということを伝えていくべきではないだろうか。

³⁶ 埼玉県教育委員会，2016，「学校教育における自殺予防」
<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/70886/gakkoukyouikuniokerujisatuyobou.pdf> (2021.11.22)

自死予防教育は若年層の自死を少しでも減らしていくという点でも、社会の認識を変えるという点でも不可欠だと考える。また中央大学で教育に携わる渋井（2021:204）は人材教育の視点から「自死について教育することも必要だと思います。」「“自死の話なんて聞きたくない”という声もありますが、終わる頃には、“自死について学べてよかった”という反応もあつたりします。」と述べているが、子どもに自死予防教育をするためには必然的に人材育成も拡充していかなければならない。ここで気をつけるべきポイントは「いのちは大切」という特定の価値観を一方的に押し付けてしまつては、自死が脳裏を過つた時、自分はいのちを大切にできないダメな存在として認識してしまい、さらに自尊心を低くしてしまう可能性があるということだ。つまり価値観を押し付けるのではなく、子どもたちが自死の実態を把握し、自死に対する考えを深めることが大切だということを理解する必要がある。そして子どもの考えに触れることでどのように子どもに寄り添い支えていくべきか自分自身が熟慮していくことが重要なのだ。

4.3 メディア

世間的には「自死とメディア」と耳にすると、負のイメージを抱く人も少なくないだろう。確かに一時期自死系サイトで知り合った人たちが集団で自死を決行する、いわゆるネット心中が社会問題ともなり、ネットは自死を幫助するものだという声も上がった（斉藤 2007:138）。2017年に起きた神奈川県座間市男女九人殺害事件もネットの負のイメージ通りのものであり、SNSを含むネットやメディアを利用した自死対策の有効性を懸念する意見も否定することはできない。しかしながら、ネットだからこそ日常生活ではどこへも吐き出せない苦しい胸の内を曝け出すことができたり、同じような悩みを抱えた人と気持ちを共有できたりすることで少しばかり心の癒しになるケースがあることも事実である（斉藤 2007:138）。つまり SNS は若者を中心とした悩みを抱える人々が助けを求めるときもあるのだ。

しかし第3章第1節でも少し触れたが、現在厚生労働省を中心とした SNS 支援は質の担保ができていないとは言えない。また「死にたい」という感情に襲われるのは主に深夜帯にかけて多くなる傾向にあるが、24時間体制の支援以外は肝心の深夜帯につながらないという事態が発生してしまう（渋井 2021:192）。勇気を出して電話をかけてみてもつながらず、苦しみから逃れるために自死を選択してしまう人もいる中で、このような現状はいち早く解決されなければならない。また、SNS 相談について渋井（2021:192）は「件数は把握されているんですが、内容の評価・検証はまったくされていません。相談にアクセスしたことによって何が変わったのかということをきちんと検証していく必要があると思います。たとえば、一日に1000件くらい相談が来ても、フォローできるのは100件もない。ほとんどはアクセスしたのに話を聴いてもらえないという現実もあるんですよ。」と述べる。加えて、厚生労働省が展開する SNS 支援は、Twitter や LINE、Instagram といった若年層が頻繁に用いるツールではないため、利用するハードルが高いのも弱点であると考えられる。その上渋井（2021:193）によると「死にたい」、「消えたい」といったツイートは有害情報として削除されてしまうこともあるそうだ。SNS はその特徴として気軽に自身の気持ちを発信することができるメリットがあるため、この特徴を利用した支援を実施していくべきではない

だろうか。

したがって、①厚生労働省が主導となり、各 NPO への役割分担、時間帯の分担を行うこと、②相談内容の分析を行うこと、③対応の評価制度を整えること、④SNS 支援のツールのバリエーションを増やすこと、などが比較的すぐに着手できる改善策として挙げられると考える。そして人手不足の問題については今後議論していかなければならない重大な問題である。しかも単にボランティアの数を増やせば良いというわけではなく、メンタルヘルスに関する専門家の育成を並行して行わなければならない。現状においてはこの人手不足の問題と、専門家の育成が最も重要な課題となってくるのではないだろうか。

SNS やネットを利用した支援が自死幫助ではなく、自死予防として機能するためには「死にたい」というメッセージか、その背後にある「つらい」というメッセージのどちらに共感するかが重要であり、「つらい」という感情を敏感に汲み取って、共感することが必要だと言う(斉藤 2007:158)。生きづらさにより「消えたい願望」を持つ若者が増えている今、若年層が普段頻繁に使う SNS やネットのツールを利用した支援の質を改善していくことが急務となってくるだろう。

次にメディアと自死に関連した支援について考察していく。近年、日本においても韓国においても芸能人の自死が度々発生し、それに伴い報道後若年層の自死者数が増加する現象が起きている³⁷。それほど芸能人の自死は若年層に大きな影響を与える可能性が高いのだ。そのため WHO (世界保健機関) は 2017 年に「自殺報道ガイドライン」にて「やるべきでないこと」と「やるべきこと」を明記し、政府もメディアに向けた注意喚起を行っている³⁸。具体的には自死報道を目立たせず過度な報道は避けること、自死の手段を伝えないこと、支援先の情報を載せることなどだ。隣の国、韓国京畿道では若者の自傷行為や模倣自死を防ぐために、主にインターネット上における自死有害情報の監視と削除なども行っている³⁹。

このような芸能人やインフルエンサーといった知名度が高い人の自死報道によって世間にも自死の波が広がってしまうことを「ウェルテル効果」とも呼ぶが、一方、私は芸能人やインフルエンサーの影響が大きいことを、自死防止に役立てることも可能ではないかと考える。自死を減らす方向に働く自死報道のことは「パパゲーノ効果」とも呼ばれたりするが、清水 (2021) はこのパパゲーノ効果について、「自死を考えている人が、自分と同じような状況の人が生きる道を選択したストーリーに触れて、自分も生きようと、自死ではなく生きる道を選ぶようになるような報道をメディアには期待したい。」と述べている⁴⁰。

³⁷ 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター (JSCP) , 2020, 「コロナ禍における自殺の動向 10 月の自殺急増の背景について」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000707293.pdf> (2021. 11. 20)

³⁸ 厚生労働省, 2020, 「メディア関係者各位」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000672331.pdf> (2021. 11. 20)

³⁹ 吉野さやか, 朴恵善, 堀口泰代, 本橋豊, 2019, 「自殺総合政策研究 第 2 巻 第 1 号 韓国京畿道教育庁における子ども・若者の自殺対策に関する調査」
https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/SPRJ2019_1_6.pdf (2021. 11. 18)

⁴⁰ 日本財団, 2021, 「日本財団ジャーナル 新型コロナ禍で急増する女性、若者の自殺。ライフリンク清水さんが説く「自殺は個人ではなく社会の問題」」 <https://www.nippon->

また報道というツールだけでなく、芸能人の発言、さらには文学や音楽の歌詞などといった芸術分野でも自死防止に影響を与えることが可能なのではないかと考える。現在では芸能人やインフルエンサーが実際に自死防止のための影響を与えられているのかという正確な調査は行われていないが、彼らを与えるのはマイナスな影響ばかりではないだろう。韓国ではアーティストの楽曲や歌詞について精神科医が心の病や社会病理と関連させながら意見を述べている記事もあるが、大衆の目に触れるアーティストだからこそ社会全体の認識に影響を与えることができるのではないだろうか。ただし、アーティストを政策に利用すべきだという意味ではないことは留意しておく必要がある。

4.4 生きやすい社会を目指して

本章では支援、教育、メディアという3つの視点から自死防止対策を考察した。前述の通り、現在行われている支援はうつ病対策をはじめとした「メディカルモデル」的支援が大半を占めるが、それでは自死対策に限界があることは明白である。したがって「ソーシャルモデル」の視点も組み合わせた「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」を活用することで、心の病や自死念慮に収斂するその前の段階から対策を講じることが今後必要不可欠である。自死対策はすなわち「生きる支援」であり、自死は「追い込まれた末の死」、「防ぐことができる死」であるということを社会に共有し、人々の認識を変えていく、そのために国家レベルで働きかけていくことが最も重要なのだ。そうすることで悩みを抱える人が少しでもオープンに打ち明けられる場を作ることができると思う。また今後支援体制を構築していく際には、社会問題と自死問題を連携させて考えることがポイントとなってくる。自死の要因となり得る社会問題は様々で複合的であるからこそ、単純な連携では効果的な対策を打ち出すことはできないが、自死問題を1つの切り口として、多岐にわたる社会問題へとアプローチすることは可能である。そして社会問題を解決に導くこと、それこそが自死を減らしていくための有効な方法と言えるのではないだろうか。深刻化する若年層の自死に対して自分は無関係だと捉えるのではなく、社会を構成する一員、当事者として、地域社会、社会全体で自死対策に取り組んでいくべきである。若年層の自死が増加している今、そしてコロナ禍による自死者が増えた今、この状況だからこそ社会全体が自死について関心を持ち、一人一人が自死問題に向き合っていくことが重要なのだ。

おわりに

本論文では自死を減らすための社会のあり方を、主に若年層に焦点を当てて考察してきた。自死の原因は社会の側にあるとする考え方の重要性や「バイオ・サイコ・ソーシャルモデル」を取り入れた支援の有効性を主張し、いくつかの具体的な提言をした。生きやすいと感じられる社会の実現には、確固たるセーフティネットや支援体制を構築すること、

多様性を受け入れ、どんな悩みも相談しやすい環境を作り上げることなどが不可欠であり、また自死問題を切り口に様々な社会問題にアプローチし、連携していく必要性があるという結論に至った。

しかし改めて最も重要なことは、自死は「追い込まれた末の死」であるという認識を社会全体に共有することである。厚生労働省が掲げていたとしても社会的にその認識が広まりを見せなければ、相変わらず自死は忌避される問題として片付けられてしまい、それゆえ支援の構築も遅れてしまうことが予想される。本論文では社会的な認識を変えていくためにはどのようにしていけば良いのかについて具体的に示すことができなかった。加えて、自死の背景にある社会問題が複合的であるゆえ、具体的な支援の連携方法についても提言することが困難になってしまった。本論文の執筆を通して、重層的な解決方法を導き出せていないことやいかに自分自身が知識不足であるかも実感したため、今後の課題として自死を減らすために自分ができることを考え続けていきたい。そして少しでも生きやすいと感じられる社会を構築していくことに尽力したい。

参考・引用参考文献

- 浅野弘毅, 岡崎伸郎, 2009, 『自殺と向き合う』 批評社
- 石尾 絵美, 2008, 「障害の社会モデルの理論と実践」
https://ynu.repo.nii.ac.jp/?action=repository_action_common_download&item_id=5052&item_no=1&attribute_id=20&file_no=1 (2021.10.18)
- 石濱照子, 2017, 『現代の自殺—追いつめられた死：社会病理学的研究』 東信堂
- 岩垣, 千早; 梅垣, 佑介, 2016, 「セクシュアル・マイノリティのメンタルヘルスの現状と援助要請行動に関する研究の概観と今後の展望」 https://opac2.lib.nara-wu.ac.jp/webopac/bdyview.do?bodyid=TD00004332&elmid=Body&fname=aa12714928v3pp41-47_nw.pdf&loginflg=on&block_id=_296&once=true (2021.10.13)
- 桜美林大学健康心理・福祉研究科, 神奈川県相模原市健康福祉局福祉部精神保健福祉課, 2014, 「若者向けメンタルヘルス対策事業＝「さがメンター」育成プログラム＝」
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/s4-2-2_2.pdf (2021.11.02)
- 関連機関合同, 訳: 自殺総合対策推進センター, 2018, 「資料 韓国における自殺予防の国家行動計画」『自殺総合政策研究 第1巻 第1号』
https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/SPRJ2018_1_5.pdf (2021.11.01)
- 金渡潤, 翻訳: 朴恵善, 本橋豊, 2019, 「韓国の自殺対策と今後の課題」『自殺総合対策研究第2巻第1号』 https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/SPRJ2019_1_1.pdf (2021.11.18)
- 衛藤 暢明, 2015, 「若者の自殺未遂について ○若年者に多い精神疾患を自殺行動の特徴」
<http://www.ktq-kokoro.jp/wp-content/uploads/2015/07/10807704658cfea78aa7dc796fa86aeb.pdf> (2021.11.03)
- 厚生労働省, 2016, 「自殺対策白書 28 年度第 2 章第 1 節 自殺対策の 10 年」

<https://www.mhlw.go.jp/content/h28h-2-01.pdf> (2021. 11. 14)
厚生労働省, 2016, 「自殺対策白書 28 年度第 2 章第 2 節 自殺の状況をめぐる分析」
<https://www.mhlw.go.jp/content/h28h-2-02.pdf> (2021. 11. 14)
厚生労働省, 2017, 「自殺総合対策大綱～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～(平成 29 年 7 月 25 日閣議決定)」 <https://www.mhlw.go.jp/content/h30hs2.pdf> (2021. 10. 31)
厚生労働省, 2017, 「自殺総合対策大綱」 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyo-kushougai-hoken-fukushibu/0000172329.pdf>
(2021. 11. 14)
厚生労働省, 2020, 「メディア関係者各位」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000672331.pdf> (2021. 11. 20)
厚生労働省自殺対策推進室警察庁生活安全局生活安全企画課, 2021, 「令和 2 年中における自殺の状況」 <https://www.mhlw.go.jp/content/R2kakutei-01.pdf> (2021. 10. 31)
厚生労働省, 2021, 「自殺対策白書第 2 章第 1 節 自殺対策の基本的な枠組み」
<https://www.mhlw.go.jp/content/2-1.pdf> (2021. 11. 02)
厚生労働大臣指定法人・一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター(JSCP), 2020, 「コロナ禍における自殺の動向 10 月の自殺急増の背景について」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000707293.pdf> (2021. 11. 20)
厚生労働大臣指定法人・一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター(JSCP), 2021, 「自殺対策の歩み」 <https://jscp.or.jp/overview/course.html> (2021. 11. 10)
埼玉県教育委員会, 2016, 「学校教育における自殺予防」
<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/70886/gakkoukyouikuniokerujisatuyobou.pdf> (2021. 11. 22)
斉藤弘子, 2007, 『自殺したい人に寄り添って』 三一書房
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
瀬川正仁, 2016, 『自死一現場から見える日本の風景』 晶文社
滝澤透, 反町吉秀, 2014, 「自殺における精神疾患の実態把握について—死因究明制度に関連して—」『八戸学院大学紀要 第 48 号』
竹島正, 2008, 「わが国の自殺対策」
https://www.jstage.jst.go.jp/article/tits1996/13/3/13_3_15/_pdf (2021. 11. 01)
東京自殺防止センター, 2021, <https://www.befrienders-jpn.org/evergreen/>
(2021. 11. 18)
東洋経済 ONLINE, 2021, 「ソウル新聞 コロナ禍で“蒸発”させられた韓国の若者たち 2020 年の自殺者はコロナ死者数より多い、20 代女性が最多」
<https://toyokeizai.net/articles/-/414876> (2021. 11. 01)
西村健, 藤本修, 白樫三四郎, 高橋依子, 2010 『メンタルヘルスへのアプローチ 臨床心理学, 社会心理学, 精神医学を融合して』 ナカニシヤ出版
日本財団, 2017, 「日本財団自殺意識調査 2016 (結果概要)」 https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2018/12/wha_pro_sui_mea_05.pdf (2021. 10. 31)
日本財団, 2021, 「日本財団ジャーナル 新型コロナ禍で急増する女性、若者の自殺。ラ

イフリンク清水さんが説く「自殺は個人ではなく社会の問題」 <https://www.nippon-foundation.or.jp/journal/2021/55066> (2021. 10. 31)

反貧困ネットワーク/NPO 法人自殺対策支援センターライフリンク, 2010, 『自殺と貧困から見える日本レポートブック』 エコー出版

原政代, 黒田研二, 2019, 「生活ほど受給者の健康支援：ニーズに関するレビューと支援体制の検討」 <http://hdl.handle.net/10112/00017084> (2021. 11. 06)

朴恵善, 藤田幸司, 金子善博, 本橋豊, 2018, 「韓国の「自殺予防の国家行動計画」について：国家行動計画策定の背景」 https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/SPRJ2018_1_4.pdf?190418 (2021. 11. 18)

松本俊彦, 2021, 『「死にたい」に現場で向き合う 自殺予防の最前線』日本評論社

向笠章子, 2012, 「第16回自殺対策推進会議向笠委員提出資料 セクシュアルマイノリティの自殺および自殺未遂のリスクについて」 https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/s11_2.pdf (2021. 11. 03)

山田眞知子, 2006, 「フィンランドの自殺予防対策：国と自治体の連携の試み」 <http://id.nii.ac.jp/1136/00001460/> (2021. 11. 19)

吉野さやか, 朴恵善, 堀口泰代, 本橋豊, 2019, 「韓国京畿道教育庁における子ども・若者の自殺対策に関する調査」『自殺総合政策研究 第2巻 第1号』 https://jssc.ncnp.go.jp/file/pdf/SPRJ2019_1_6.pdf (2021. 11. 18)

S. Charles Schulz, MD, University of Minnesota Medical School, 2016, 「MSD マニュアル 家庭版 統合失調症」 <https://www.msmanuals.com/ja-jp/ホーム/10-心の健康問題/統合失調症と妄想性障害/統合失調症> (2021. 11. 05)

