

自殺の急増について考える

——なぜ日本では自殺が急増するのか——

張 賢徳

日本はもともと自殺率が高いうえに、社会に大きな衝撃をもたらすような事象が発生すると自殺が急増する特性をもつ。「山一ショック」があった1997年から1998年にかけて中高年男性の自殺が急増し、そして「コロナショック」により、女性と若者の自殺が急増した。そのときの社会情勢の負の影響を受けやすい人たちの自殺が急増する。社会情勢の影響による自殺の急増現象は東アジアを除く他の地域ではほとんど報告がなく、今回のコロナショックに関しては日本以外で自殺急増の報告はみられない。自殺急増に関係する背景要因として、軽いうつ状態でも自殺が起きやすいことと、そもそも自殺に対する心理的な閾値が低いことが挙げられると著者は考えている。自殺予防について考えると、臨床的には、うつ病・うつ状態の早期発見と適切な対応が重要である。うつ状態の人は最初に身体科を受診する可能性があるため、GP ネット（general practitioner and psychiatrist network）の重要性をあらためて強調しておきたい。また、医療従事者、特に精神医療に携わる者は希死念慮をもつ患者への対応を知っておくべきである。最後に、社会全体として、自殺に対する心理的な閾値を高めるような教育や啓発活動が普段から必要であることを指摘しておく。

索引用語

自殺、自殺の急増、コロナ禍、適応障害、GP ネット

はじめに

日本の自殺者数は1998年に急増し、年間自殺者3万人を突破した。以後、「年間自殺者3万人」時代が14年間も続き、2012年ようやく3万人を下回り、その後、順調に減少傾向が続いた。しかし、コロナ禍が始まった2020年、自殺者数は11年ぶりに増加に転じた。しかもその増え方は、特に女性において、激増と言える状態であった。日本

では、社会情勢の影響で自殺の急増が起こるわけだが、その背景を考察しつつ、自殺予防に関して臨床的に重要なことを導き出したい。

1. 日本の自殺者数の推移からみえてくる問題点

近年の日本の自殺者数の推移で特筆すべき点は、まず1998年の激増である（図1）。このとき、対前年比で35%も増加し、統計史上初めて3万人を超え、以後14年間「年

著者所属：一般社団法人日本うつ病センター/六番町メンタルクリニック

編注：本特集は第117回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに八木淳子（岩手医科大学医学部神経精神科学講座、岩手医科大学附属病院児童精神科）を代表として企画された。

doi：10.57369/pnj.23-135

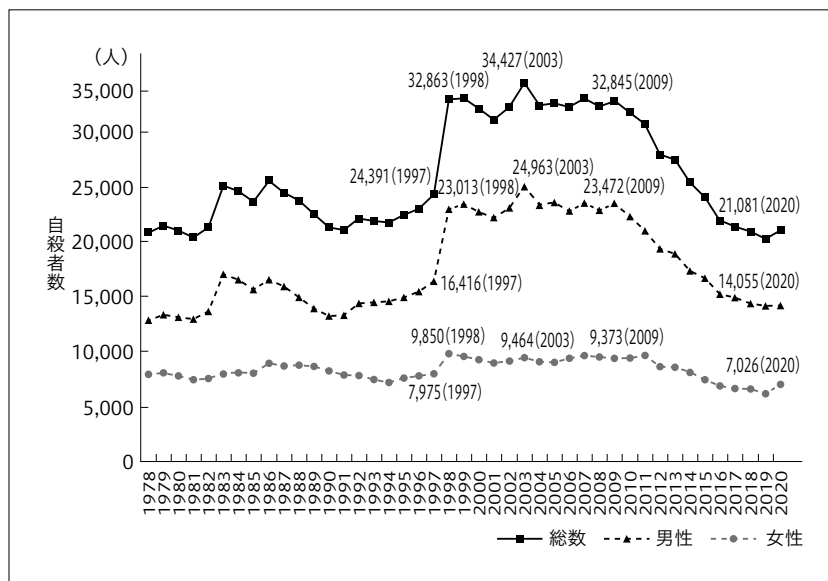


図1 日本における自殺者数の年次推移
(文献6より改変)

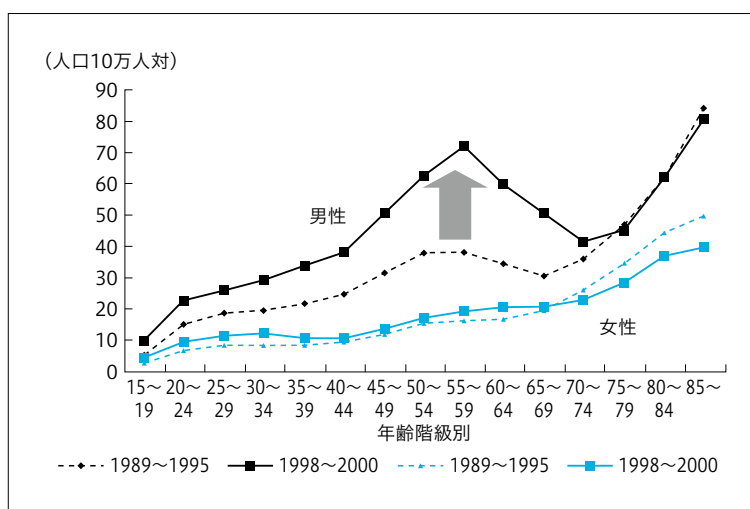


図2 1998年前後の自殺率の変化
(文献5より作成)

間自殺者3万人」時代が続いた。1998年の激増を振り返ると、前年に「山一ショック」(山一証券の破綻)があり、1998年には日本長期信用銀行(長銀)や日本債券信用銀行(日債銀)の破綻など、国全体の経済不安が極度に強まったときである。自殺率の上昇が特に著しかったのは、40歳代後半から60歳代の中老年男性であった(図2)。「倒産自殺」「リストラ自殺」などのマスコミ造語が作り出されるとともに、多重債務などの借金苦による自殺も社会的に大きな問題となった。また、被雇用者にとっては、リストラを免れても過労やハラスメントにさらされる危険性が

増し、職場のメンタルヘルスがクローズアップされる時代に突入した。そのようななか、働き盛りの男性の自殺が激増し、「年間自殺者3万人」時代が続いたのである。

2006年に『自殺対策基本法』ができ、さまざまな対策が展開され、2012年には年間自殺者が3万人を下回り、2019年まで減少傾向が続いた。自殺対策に関連する施策として、『児童虐待防止法』『配偶者暴力防止法』『ホームレス自立支援法』『発達障害者支援法』『改正貸金業法』『アルコール健康障害対策基本法』『生活困窮者自立支援法』『過労死等防止対策推進法』などの法律、ならびにワ

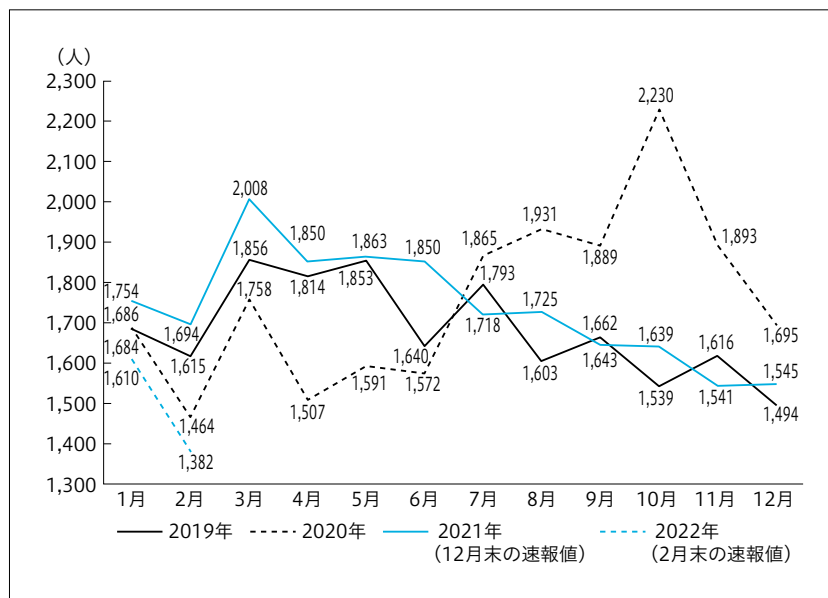


図3 月別自殺者数の推移（総数）
（文献4より作成）

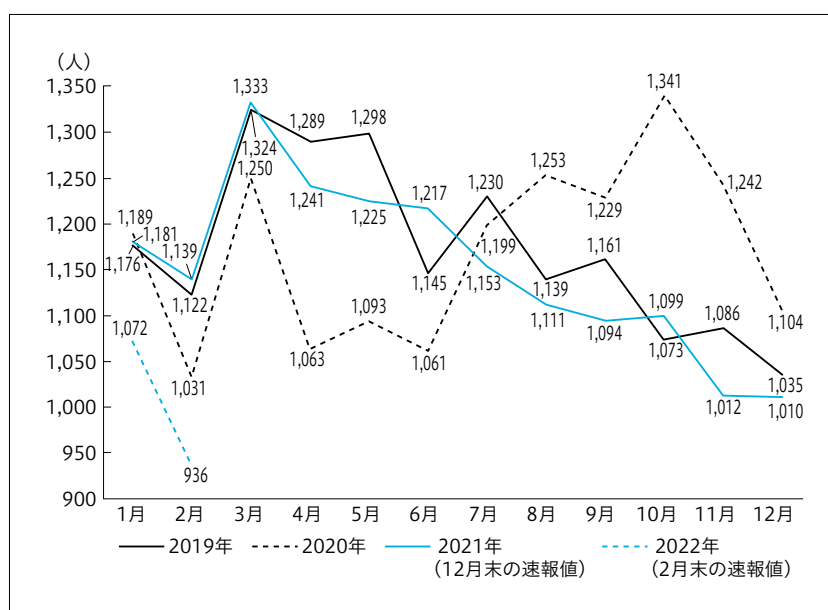


図4 月別自殺者数の推移（男性）
（文献4より作成）

ンストップ支援の整備などが挙げられ、これらもまた自殺者数減少に寄与してきたものと考えられる⁹⁾。

しかし、2020年、いわゆる「コロナ元年」の年間自殺者数は11年ぶりに増加に転じた。日本では同年3月に新型コロナウイルス感染の第1波が始まり、4月に1回目の緊急事態宣言が発令された。感染予防策として「3密回避」や「ソーシャルディスタンス」が叫ばれるなか、飲食業やホテル・観光業、レジャー産業、タクシー・公共交通機関

など、人流や対人接触が減ることで経済的な打撃をいきなり受けた業種があり、当初から経済苦による自殺の増加が懸念されたが、同年6月までの自殺者数は前年を下回っていた。ところが、同年7月に急増し、10月には当面のピークを記録した（図3）。6月から7月の1ヵ月で19%も増え、10月は6月と比べて42%も増加したのである。

2020年6月から10月のたった4ヵ月での激増を男女別で見ると、男性は26%増、女性はなんと74%増と、女性

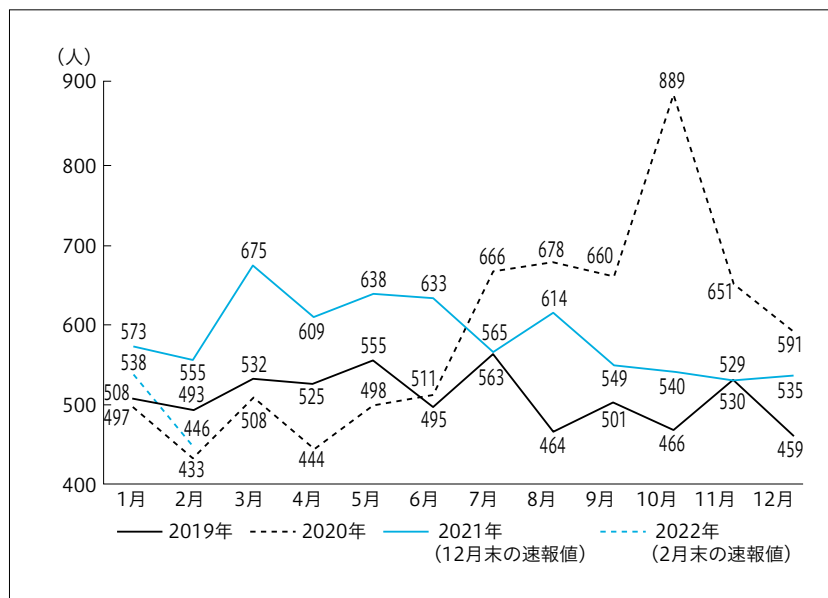


図5 月別自殺者数の推移（女性）
（文献4より作成）

への影響が深刻であることがわかる（図4, 5）。通年では、男性は2019年14,078人、2020年14,055人で0.2%減っているのに対し、女性では2019年6,091人、2020年7,026人と15%も増加した。

年齢別では若者の自殺の増加が目立つ。10歳代の自殺者数は2019年659人、2020年777人で18%増、20歳代では2019年2,117人、2020年2,521人で19%増と、いずれも高い増加率である。10歳代の自殺者数を性別でみると、男性が2019年443人、2020年466人で5%増であるのに対し、女性では2019年216人、2020年311人で44%もの増加であった。コロナ禍での自殺の増加は女性と若者に多いことが特徴的である。

女性と若者の自殺の増加に関係する要因としてまず挙げられるのは、コロナ禍での雇用状況の悪化である。女性労働者の比率が高い卸売業、小売業、宿泊業、飲食サービス業で雇用者数の減少が大きい¹⁰⁾。女性は非正規雇用率が高いため失業しやすい。アルバイトなどの若者も同様である。コロナ禍のストレスは経済問題だけではない。ドメスティックバイオレンス（DV）や児童虐待事件件数がコロナ禍で増加していることが知られており¹⁰⁾、家庭内不和の問題が女性や若者に負の影響を与えていることも容易に想像される。また、他者との会話や交流など女性ならではのストレス軽減効果がコロナ禍での人流抑制で減ってしまったことが女性のストレスを増大させていたと考えられているが¹⁰⁾、これは若者にもあてはまるだろう。

以上のように、集団の自殺者数の推移は、時の社会情勢の影響を受けることがわかる。「山一ショック」のときは中高年男性、そして「コロナショック」では女性と若者というように、そのときの社会情勢の負の影響を受けやすい人たちに自殺が増える。同時に指摘しておきたいことは、単に増加するというだけではなく、日本では自殺の激増という現象が起こることである。また、社会情勢の影響で自殺率が高まるだけではなく、そもそも日本の自殺率は世界的にみて高く、日本は自殺率が慢性的に高い国であること⁸⁾を忘れてはならない。

II. 自殺の実態

自殺は、社会情勢が大いに関係しているという点で社会的な行動といえるが、一方できわめて個人的な行動でもある。山一ショックにせよコロナショックにせよ、そのようなストレスにさらされた人がすべて自殺するわけではない。「コロナ関連のストレス⇒自殺」の「⇒」の中身がどうなっているのかを知らねばならない。個人がもつ自殺の危険因子はさまざま知られているが、そのうちの1つが精神疾患である。

自殺者の約90%が自殺時に精神科の診断がつく状態であったことが判明している¹⁾（図6）。最多は気分障害で、そのほとんどがうつ病・うつ状態である。多くの自殺者が、少なくとも最終段階では、精神的な変調をきたしている。

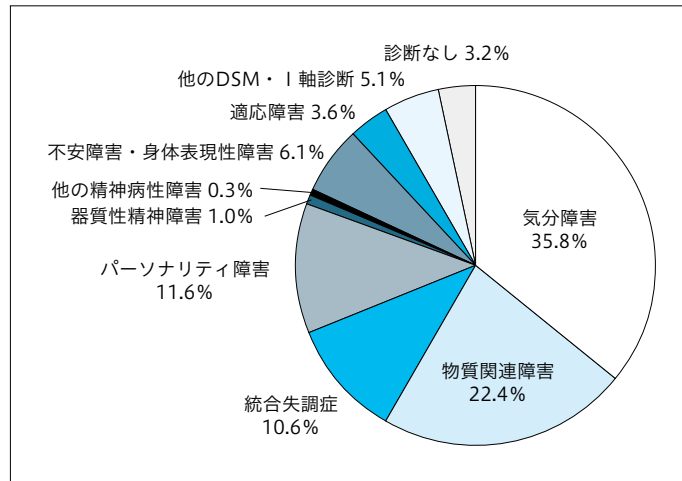


図6 自殺と精神障害 (WHO 公表データ)
(文献1より和訳して引用)

重複診断にも注意せねばならない。主診断がアルコール依存症であれ、境界性パーソナリティ障害であれ、自殺行動のときにはうつ病・うつ状態が重畳していることが多い。うつ病・うつ状態は完全に理性を失ってしまうような精神異常ではないが、過剰な罪責感やマイナス思考、あるいは「心の視野狭窄」と呼ばれるような認知の障害が症状としてよく起こり、このような病的状態が自殺プロセスを加速させてしまうと考えられる。

III. 自殺に関する日本の問題点 ——「軽うつ」の自殺——

世界の精神医学では一般的に、うつ病が重症であるほど自殺の危険が高まると考えられている。これに関連して、日本の自殺には大きな問題が横たわっていると著者は感じている。日本でも重症うつ病が自殺の危険群である一方、いわゆる「軽うつ」(軽症うつ病ないし、それよりも軽症のうつ状態)でも自殺の危険性が高い一群がいるのだ。これを裏づける貴重なデータがある(図7)。横浜市立大学医学部精神医学教室の河西千秋准教授(当時;現・札幌医科大学医学部精神神経医学講座教授)らの調査結果で、救命センターに搬送された重傷自殺未遂者の精神科診断を調べたものである¹¹⁾(図7は文献11の結果にさらにその後の症例が加えられたものである)。何が重要かと言うと、重傷自殺未遂者の約2割が適応障害レベルであったという点だ。適応障害とは、精神科診断の約束上、うつ病よりも軽いうつ状態を指す。つまり、軽症のうつ状態でも、致死的な自殺

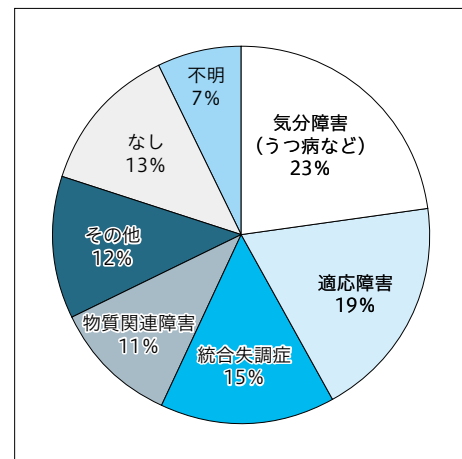


図7 横浜市立大学 重症自殺企図者564人の精神科診断 (DSM-IV・I軸診断)
(札幌医科大学 河西千秋教授より提供)

行動を起こす人が少なくないのである。

図6の円グラフは欧米人のデータが中心で日本人は含まれておらず、対象は自殺既遂者であり、図7と単純な比較はできないが、日本人は欧米人に比べて軽いうつ状態でも自殺が起こりやすいと著者は考えている。その理由として著者が推察しているのは、われわれが生まれ育ってきたなかで形成される「自殺に対する心理的な閾値」の差である。例えば、キリスト教圏の国では幼児期からバイブルに慣れ親しみ、「自殺をしてはいけない」と教えられて育つ。一方、日本ではテレビの時代劇で切腹が描かれ、小さい子どもでもその意味合いを理解する(少なくとも著者はそう

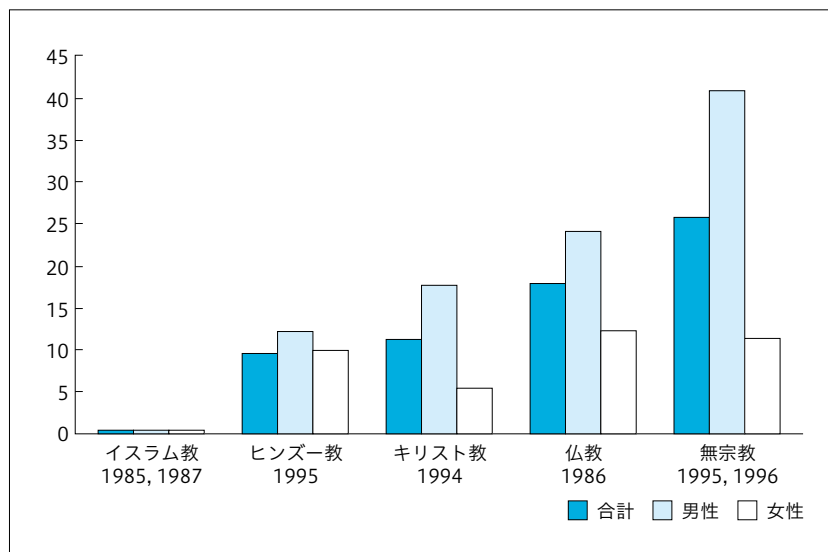


図8 宗教圏別の自殺率
(文献2より作成)

であった)。社会文化的背景の違いによって自殺に対する心理的な閾値に差が生まれ、これが国ごとの自殺率の差の一因になっているのではないかと思う。社会文化的な背景要因として自殺観や宗教が重要であると著者は考えている。1つの傍証として世界の国々の宗教圏別の自殺率を示しておく²⁾(図8)。

日本人は自殺に対する心理的な閾値が低いために、軽いうつ状態でも一線を越える人が欧米人より多いのだろう。そして、それが慢性的な高自殺率や、社会情勢による自殺の急増に関係していると推察される。

IV. 日本では自殺の急増が起りやすい

前述のように、「山一ショック」のときは中高年男性、そして「コロナショック」では女性と若者というように、そのときの社会情勢の負の影響を受けやすい人たちに自殺が増えた。そして、その増え方は激増と呼べる現象であった。

2021年6月に大手新聞をはじめ各種メディアが、経済協力開発機構(Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD)によるメンタルヘルスに関する国際調査の結果を報じた。それによると、日本ではうつ病・うつ状態の人の割合は、before コロナ(2013年調査)の7.9%から、with コロナ(2020年)の17.3%と2.2倍になっている。米国では6.6%(2019年)から23.5%(2020年)と3.6倍、英国では9.7%(2019年)から19.2%(2020

年)と2倍になっている。コロナ禍のなか、多くの国でうつ病・うつ状態の人が増えているのだ。しかし、著者の知る限り、現在のところ自殺の激増が報じられているのは日本だけである⁷⁾。

どうして日本では自殺の激増が起こるのだろうか? 先述のように、重傷自殺未遂者のデータから、日本人は軽いうつ状態でも自殺する人が多いと考えられる。社会全体を震撼させるような出来事が起こると、影響を受けて軽いうつ状態に陥る人の数が増えると考えられるが、コロナ禍が続く今、これも現実になっている。軽いうつが増え、しかも社会全体に閉塞感が漂う状況に出口がみえないと、自殺者が増え、激増という結果に至る——これが著者の推察である。

V. 自殺予防のために ——自殺プロセスの理解と実践活動——

自殺は、ある日突然起こることはまずないといわれている。傍からみると突然にみえるような自殺でも、その人なりのプロセスが進行して自殺に至る。著者が昔から考えてきた自殺のプロセス図を紹介しておく(図9)。最終段階では多くの人がうつ病・うつ状態をはじめ、精神的な変調をきたした、いわゆるハイリスク状態にある。しかし、そこに至るまでには、ネガティブな出来事や、サポートの不足という段階がある。したがって、ハイリスク者の発見・対

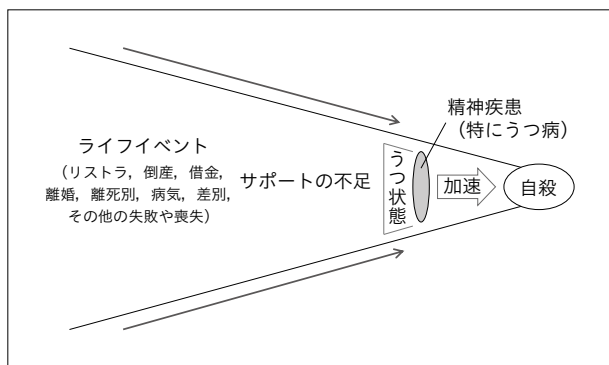


図9 自殺プロセス
(著者作成)

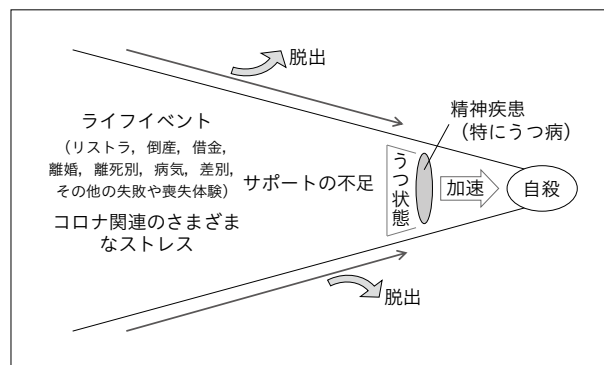


図10 自殺予防プロセス
(著者作成)

応と、環境改善・サポート供給の両方が自殺予防にとって重要になる(図10)。特に日本においては、先述のように、軽いうつ状態でも自殺行動を起こす人が多いと思われることから、ハイリスク状態の発見とサポート体制の拡充が諸外国以上に必要だといえるだろう。

ハイリスク者の発見では、うつ病・うつ状態の早期発見と治療が非常に重要になる。1998年に中高年男性の自殺が激増して、「年間自殺者3万人」時代が続いていた頃、うつ病の早期発見の啓発活動として「お父さん眠れていますか？」キャンペーンが全国的に実施された。不眠を糸口にうつ病を発見しようという作戦で、医学的にも理にかなっているし、うつ病という病気自体の啓発にもつながったと思う。当時、うつ状態のファーストタッチにあたる身体科医と精神科医の連携を構築する手段としてGPネット(general practitioner and psychiatrist network)が話題になったが、コロナ禍でうつ状態の人が増えている今、あらためてGPネットの重要性を強調したい。

精神医療の現場では、精神科医は希死念慮をもつ患者に対応できる技量を身につけておかねばならない。希死念慮への対応の基本形は、(i)「死にたいと思うほどつらかったんだね」とねぎらいの言葉を返して傾聴を開始する、(ii)希死念慮の強さのリスク評価を行う、(iii)傾聴しながら患者の苦境を把握し、環境調整や精神療法の糸口を探る、(iv)「これからも一緒に考える」など孤立させない言葉でそのセッションを終了し、次回の予約を入れる(あるいは、関係機関につないだり、精神科入院を進めることもある)³⁾。社会資源を積極的に活用する姿勢も大切である。

おわりに

最後に、長期的視点になるが、自殺の実態を伝えながら、自殺に対する心理的な閾値を高めるような教育や啓発活動が自殺の急増を防ぎ、普段の自殺率の低減にも寄与するだろうと考えている。まずは、命を大切にすることを教える教育を早い段階から学校や家庭で実践することが大切だろうと思う。自分の命を大切にすること、他者の命を大切にすること、生き物の命を大切にすること、そういうことの延長に自殺予防やいじめ予防があるように思う。皆が命を大切にするとあたたかい社会になることを願ってやまない。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) Bertolote, J. M., Fleischmann, A. : Suicide and psychiatric diagnosis : a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1 (3) ; 181-185, 2002
- 2) Bertolote, J. M., Fleischmann, A. : A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7 (2) ; 6-8, 2002
- 3) 張 賢徳 : 自殺予防における臨床的対応. *精神科治療学*, 36 (9) ; 991-995, 2021
- 4) 警察庁 : 自殺者数統計 (令和4年3月15日) (<https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/R04/R3jisatsunojoukyou.pdf>) (参照 2023-10-05)
- 5) 厚生労働省 : 人口動態統計に基づく自殺死亡数及び自殺死亡率 (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kai go/seikatsuhogo/jisatsu/jinkoudoutai-jisatsusyasu.html) (参照 2023-08-10)
- 6) 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 : 令和2年中における自殺の状況. 2021 (<https://www.mhlw>

go.jp/content/R2kakutei-01.pdf) (参照 2023-08-10)

- 7) Pirkis, J., John, A., Shin, S., et al. : Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic : an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry*, 8 (7) ; 579-588, 2021
- 8) 太刀川弘和 : 自殺者数の推移—世界と日本の現状—. *精神医学*, 63 (7) ; 1025-1032, 2021
- 9) 竹島 正 : 自殺対策の経緯とこれから. *予防精神医学*, 2 (1) ; 40-47, 2017
- 10) 八木淳子 : COVID-19 感染拡大状況下における女性の自殺の増加について. *精神科治療学*, 36 (8) ; 881-885, 2021
- 11) Yamada, T., Kawanishi, C., Hasegawa, H., et al. : Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan : a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry*, 7 ; 64, 2007

The Rapid Increase of Suicide in Japan during the Coronavirus Pandemic

Yoshinori CHO

Japan Depression Center, Rokubancho Mental Clinic

Japan has a chronically high suicide rate and social phenomena with a strong negative impact tend to cause a rapid increase in the suicide rate. Increases in the suicide rate were found among middle-aged males in 1998 following the ‘Yamaichi shock’ economic crisis, and among females and younger people during the ‘corona shock’ period in 2020. The increase of suicide was not universal, and there have been no reports so far indicating a surge in suicide rate since 2020 except in Japan. Possible causal factors of the rapid increase were that the psychological threshold for suicidal behavior is low among Japanese, and they are more likely to perform a suicidal act in a mild depressed state.

In terms of suicide prevention, it is important to detect depression of all levels of severity early and offer treatment and care for those with mild depression. The network of general practitioners and psychiatrists can promote appropriate care for depression. The education of healthcare professionals, particularly psychiatric professionals, is necessary to deal with suicidal ideas. Education and information are necessary as interventions to heighten the psychological threshold for suicide.

Author’s abstract

Keywords

suicide, rapid increase of suicide, coronavirus pandemic, adjustment disorder, network of general practitioners and psychiatrists