

Considering the Phenomenon of Suicide

—Japanese suicide trends—

Chikara Yamaguchi

In this paper, quoting the data from 2016 editions of countermeasure white papers (annual book) for suicide issues in Japan, we conduct an analysis, and carry out statistic research from a macro point of view. The paper discusses the current tendency of Japanese people toward suicide which should be the closest subject within our social attribution. A reason is stated to explain these three peaks of increasing the numbers of suicide to date after the post-war period in Japanese, focusing on politics and economic conditions, or the popular sentiments in these times. In addition, regarding the third peak of most remarkable spike in suicides, I describe the special feature related to the reasons for suicide or the motivation behind it and issues particular to each age group. Moreover, a comparative analysis is attempted by defining the features between different regions, of the gender differences between men and women, the differences between various countries, and various types of partnerships.

自殺現象に関する考察

—日本国民の自殺の動向について—

山 口 力

1. 自殺現象の研究への動機

著者は、職業として専ら臨床医の活動を行ってきたが、大学病院の勤務時代には、内科、心療内科を標榜し、大病院のなかの各診療科の一つ、二つとして診察室を開き、自ら選び、あるいは他の医師から選ばれた患者を対象に診療を行ってきた。時には、約50分間の心理療法を特別に持ち治療に当たったこともあったが、診療直後のクライアント、患者が自殺するということは、ほとんど経験になかった。あるとすれば、摂食障害の拒食症の女子が、病状が悪化し、極めて重度の栄養失調状態に陥り、結果として、あるだけの医療資源を投入しても救命できず、多臓器不全で死亡した数人の症例であった。

この時、治療者として関わっていた著者の内心に、悔恨や申し訳なさの情念が湧いたことは、一般に自殺既遂者に対して感じる心持ちと似ている。拒食症死を指して「緩やかな自殺」と表現することもあるが、それでも対する患者の死が突然に訪れる自殺例とは違い、少なくとも生前の患者の様々な身体医学的所見から、治療者が類推する死期への接近を自覚している点において、その関係性に相違がある。

一般的に概ね当時の著者らが治療対象としたのは、慢性疾患に伴う心身症患者や慢性疼痛患者、さらには身体化障害といわれる患者の心の悩みの表現としての身体症状を呈する患者群、いわゆる過去の医学で神経症と言われた患者群が大勢を占めた。我々医療者は、患者の訴える身体症状を大きく受容して、一

緒に解決しようという、いわば理想の幻想を患者と共有することで何とか生き延びてきたというのが本音であって、結果、個人の自殺という悲惨に遭遇せずにはいられたとも言えるのかもしれない。

一方、地域の開業医として居を構えて、精神科を標榜するとなると、ニュアンスが少々異なってくる。医院を受診する患者の気持ちが、今現在の生活の苦悩からの助けを求める気持ちに、より重心を置くようになっていることを実感する。すなわち、死にたいと思ってしまう気持ちを、何とか救ってもらえる最後の砦としての機能を課せられているという意味である。したがって、著者が開業医として診療を始めて7年を経過したが、それまでの大学病院勤務の診療と比較して、患者の自殺に直面することが明らかに増えた。さらには、直接の患者以外の周辺の自殺をも見聞きすることが増えたと思う。診療患者数が増えたこと、または当事者である著者の自殺現象に対する意識が高まり、より鋭敏になったとも言えるが、「これはいったい、どうしたことか!？」と自身の診療に落ち度がないかと省みた。何度も再点検し予防に努め、修正もするが明瞭な理由を見出せずにいる。ただ、理由は各人において異なるものの「意外にも人は自殺するものだ」という著者の認識は高まった。

他方で想起したこととして、著者らが受講した学生当時の医学部の講義学習では、人の“死にかた”についてほとんど聴講したことがない。“良い死にかた”“悪い死にかた”“正しい死にかた、死なせかた”などはほとんど教授されてこなかった、ということである。同じように、「自殺」という語彙も講義に含まれてはいたが、あくまで症状転帰としての表現であって「自殺率」が高い疾患とかいう意味で講義を受けたのみである。

このことは、宗教性や哲学性を度外視してきた近代医学部教育の盲点とも言える事柄であって、最近年にはその反省を踏まえて、ホスピスや緩和医療などの提唱もあり、臨床医学現場にも変化を見せつつある。しかし、「生」を拒み、「自死」を選ぶ「自殺」という行為に対して、面と向かって対処しているとは言い難い現況である。これは、医師を主体にした医療関係者だけが対処すべき問題ではなく、その個人の生活を取り巻く、より広範な属性に関わる問題を孕んで

いるために、多角的で学際的なアプローチを考慮しなければ対処しづらいという問題点が挙げられる。この点を踏まえて、「自殺現象」という問題を考えるために、単に精神医学を含めた医学上の視点だけではなく、社会科学的視点や政治経済学的視点、さらには生物学的視点や哲学的視点を併せ持ち解答していく姿勢が必然となることは容易に理解できるであろう。

2. 人類史的課題としての自殺

人類の歴史において、自殺という現象は長遠な過去から存在していたとされる。それは、「種の保存」を目的とした生物学的な本能に基づくものか、人類社会が派生して集団生活が始まった頃に遡った原始的な文明や宗教の勃興に伴って顕現化してきたものなのか、あるいはそれ以外の理由によるものなのか、識ることは重要であり、生命哲学の中核的命題とも言える。近代文学の偉人とされるシュテファン・ツバイク、アーネスト・ヘミングウェイ、芥川龍之介、金子みすゞ、太宰治、川端康成らが自殺によって人生の最期を遂げた事実からも、人類社会における自殺が深い問題であることが示唆される。

自殺とは、自死に至る方法から述べれば、縊頸や高所からの飛降、電車への飛込、刃器・鈍器による自傷、入水、服毒などの手段により自らがもたらす死¹⁾であり、その定義は死亡者自身の意志と行為にもとづく死亡とされる¹⁾。単純にうつ病などの精神的疾病によってのみ引き起こされるものではなく、いわゆる自殺は、自己と、対境としての社会との様々な要素との関係性が複雑に絡み合って、引き起こされる現象と言及することができる。

したがって、本稿では、まず我々にとって身近な社会的属性である日本国を対象にした現況について、平成28年度版自殺対策白書からの資料を引用して分析検討し、マクロ的視点で統計的な考察を行い、日本国民の自殺の動向について述べる。日本の戦後から現在に至るまでの当時の時代背景にあった政治・経済状況や大衆の心情について、縦覧してフォーカスしながら三つの自殺者増加のピークの理由を論述していく。また自殺者増加が一番著しかった第三のピークにおける原因・動機の特徴や年齢階級別に見た自殺の特徴について述べる。

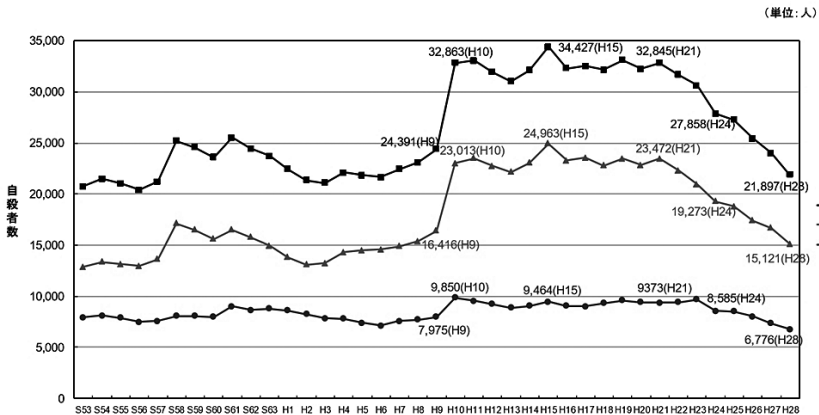
横断的には国土の地域差の特徴、さらには、海外諸国との比較や男女の性差に伴う特徴と配偶関係別の特徴についても触れながら考察を試みることにする。

3. 日本国民の自殺の動向

(1) 日本国民の近年における自殺者数の動向

まず、近年の我が国の自殺者数は、平成10年以降、14年連続で3万人を超える状態が続いていたが、平成24年に15年ぶりに3万人を下回り、平成28年は2万1,897人となった。その男女比を見てみると、総自殺者数が増加したこの期間に、女性も若干増加に転じてはいるが、性差の特徴として男性の総自殺者数が圧倒的に増加していることが分かる。それは、平成9年から10年の変化で見るとよくわかる。男性16,416人→23,013人（6,597人増加）、女性7,925人→9,850人（1,925人増加）を示し、実に女性に比べて男性の方が、3.4倍自殺者数が増加していることが分かる（図1）。この時期の社会的背景の最も特徴的な事象としては、日本の高度経済成長期を経たのちに続いて起きたバブル経済の破綻に伴う不景気な連鎖を伴う社会状況である。

図1) 自殺者数の近年における年次推移



平成28年警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成 より転載

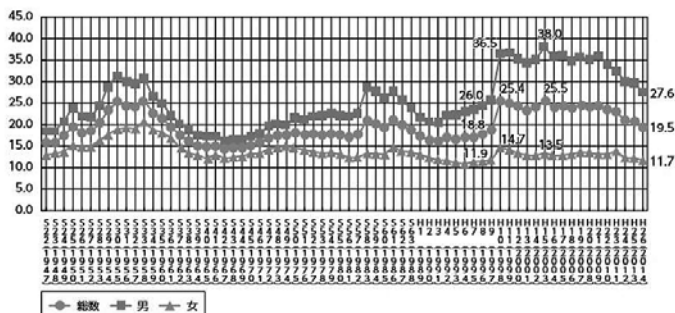
平成18年に自殺対策基本法が制定され、平成19年に自殺総合対策大綱が策定、平成24年には改訂され、地域における相談・支援体制の整備、教育・啓発活動など自殺予防に向けた取り組みがはじまっている¹⁾。その取り組みのひとつに精神医療体制の整備が掲げられており、うつ病などの精神疾患を早期に発見し、適切な治療へと導入することが重視されている¹⁾。

以上のような国を挙げた自殺対策の機運と相まって、日本経済の好転も重なり、平成27年には総自殺者数は24,025人となり、ようやく2万5千人を下回った。平成28年の自殺死亡者数の性差の内訳は、男性15,121名、女性6,776名で、男女比は約7：3の割合である（図1）。

（2）戦後半世紀以上の経過における自殺者増加の3つのピーク

次に、日本国民の自殺について、戦後から半世紀以上の長期の経過を縦覧して概観してみる。一般に、死亡率は人口10万人当たりの死亡者数を表し、都道府県による人口密度の違いなどから、死亡原因を明確に示すためにも死亡率で示されることが多い。したがって、自殺者数についてもその自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）で示すことが多く、その自殺死亡率でみると、1958年（昭和33年）と1986年（昭和61年）とに二つの山を形成し、さらに1998年（平成10年）の第3の急峻な増加に続いていることが分かる（図2）。

図2）我が国における自殺死亡率の長期的推移（人口動態統計）



厚生労働省「人口動態統計」より厚生労働省自殺対策室作成 より転載

i) 戦後の第1の自殺者増加のピーク 1958年(昭和33年)

その背景には何があったのか分析してみると、敗戦後の日本は、いわば日本国民総体として、戦前・戦中にあった思想の特徴とされる「神風日本」に象徴される戦勝の自尊国感情の幻想を、敗戦により打ち碎かれた喪失体験をして、価値観の変遷を急峻に迫られた時期と言えるであろう。天皇の人間宣言や日本国憲法の公布、さらに公職追放や農地改革など精神的支柱や国民の生活に直接関わる制度改革が、連合国軍最高司令官総司令部により強制的に施行された。国民は翻弄されながらも、敵国に植民地化された奴隷民に成り下がるよりはましとのほのかな希望を抱きながら生きたのかもしれない。また、自ら戦地に赴き、畜生と化す人間の本性や人の冷酷な行為などを場に共有した心的外傷体験をした上で、命からがら帰国した若き復員兵らの傷心にも、何かに希望を見出して生きる萌芽が生まれ始めていたのかもしれない。

一時の絶望から立ち上がった先には希望の灯りを見つめながら、後に勃発してきた朝鮮戦争での朝鮮特需を含めた景気回復を享受し、昭和29年から32年まで神武景気という好景気をもたらした³⁾。その際に、耐久消費財ブームが生まれ、三種の神器と言われた冷蔵庫・洗濯機・白黒テレビが世に出現し、一般市民家庭にも普及するようになる。しかし、降って湧いて起きてきた神武景気も、国際収支の悪化により急速に景気は低迷した。その後続いた不況に対して、当時の政府が長期に亘る景気低迷の予測を示し「なべ底不況」を唱えたため、国には暗たんたる雰囲気漂い、将来への不安を抱く国民が増えたことは否めない。結局、この予測は外れ、国内消費の高まりと政府の3回にわたって実施された公定歩合の引き下げなどが功を奏し、昭和32年7月から33年6月までのデフレーションを伴う短期不況に止まり、なべ底論は現実とならなかった³⁾。以上のような日本社会、とくに経済状況の変化を背景にして、1958年(昭和33年)辺りに総数の自殺死亡率が25を超える戦後の第1の自殺者増加のピークが認められたものと考察できる(図2)。

ii) 戦後の第2の自殺者増加のピーク 1986年(昭和61年)

その後には岩戸景気と言われ、東京タワーの竣工や長嶋茂雄の読売巨人軍への入団、さらには明仁皇太子と美智子令嬢との結婚など明るい話題が続き、名神高速道路や首都高速道路、さらには東海道新幹線が開通し、オリンピック景気へと高度経済成長を引き上げていった。高度経済成長期では、新三種の神器と呼ばれたカラーテレビ、クーラー、自動車がヒット商品となった。

一方、世界経済の動向は、第二次世界大戦で欧州やアジアの主要国の多くが、国の本土が戦場となり戦禍に巻き込まれ疲弊していた。事実上、本土が戦場とならず多国への経済的支援を行う一方、その軍事特需で富を蓄積して、終戦後に圧倒的な経済力を持っていたアメリカ合衆国は、リーダーシップをとっていった。ブレトン・ウッズに連合国44カ国が集まって、大戦後の世界経済の運営や国際通貨の管理を行うことにより世界経済を安定化することを目的とした協定がもたれた。この協定に基づく国際金融体制がブレトン・ウッズ体制と言われ、国際通貨のなかで唯一、アメリカの通貨ドルだけが金と交換できる通貨としたもので、各国の通貨は強いドルに対しての交換比率を固定し、為替相場を固定化して国際貿易を円滑にすることが目的であった。

他方、各国は、当初は国土が疲弊した切迫した経済状況であったが、ブレトン・ウッズ体制のおかげで安定した国際貿易の利益を享受していくことにより、次第に西欧諸国が経済力を回復させ、日本も高度経済成長期へと至った。アメリカ以外の各国が経済発展していくなかで、アメリカ自体は、戦後の復興と科学技術の発達による経済規模の拡大などの影響もあり、さらに東西冷戦による恒常的な軍事費の増額などでドルの絶対的価値が揺らぎ始め経済的に陰りを見せ始める。とくにベトナム戦争に荷担したことで財政赤字とインフレの拡大も重なり、国際収支の赤字が続き、1960年代後半にはドルは凋落の兆しを見せた。

ドル売りが進むなかで1971年8月に、多額のドルの金交換要求をしたフランスに続いて、イギリスもアメリカに対して30億ドルの金交換を要求した。このことを発端に、当時のアメリカ合衆国大統領ニクソンが、もはやそれまでの国際金融体制を維持できない旨の声明を発表したのであった。これが世に、ニクソン・ショックと言われるもので、第二次大戦後の国際金融の枠組みであった

米ドルの絶対的価値を前提にしたブレトン・ウッズ体制の終焉を告げるようになった。アメリカが、金とドルの交換を一時停止、10%の輸入課徴金の導入、価格政策（90日間の賃金・物価凍結）を行ったことで、結局、円やマルクを筆頭にした多国通貨の切り上げを行い、ドルの大幅な切り下げを行うことに成功した⁴⁾と言われる。しかし、世界的に見れば、アメリカを含めた各国が、戦後の復興から右肩上がりに上昇していた経済状況は、必ずしも絶対的で明朗なものではないという景気の暗雲を、人々の心に抱かせたと言っても過言ではないだろう。日本にとっても、アメリカに冷や飯を食わされた出来事となって、その後にニクソン不況と言われた約17ヶ月間の時期を経ることになる。

その後の日本は、再び列島改造景気に湧くも、今度は第一次オイル・ショックの波に襲われることになる。1973年10月6日にイスラエルとアラブ諸国との間で、第四次中東戦争が勃発した。これを受け10月16日に、石油輸出国機構（OPEC）加盟産油国のうちペルシア湾岸の6カ国が、原油公示価格を70%引き上げることを発表。さらに翌10月17日にはアラブ石油輸出国機構（OAPEC）が、原油生産の段階的削減という石油政策を決定し、さらにアラブ石油輸出国機構（OAPEC）諸国は、侵略してきたイスラエルが占領地から撤退するまでは、アメリカやオランダなどのイスラエル支持国に対して、経済制裁として石油禁輸を行うことを相次いで決定した。

これを受けて、これまでエネルギー革命として行ってきた工業化において、主なエネルギー源を石炭から石油に変えながら、そのほとんどを中東の石油に依存していたが、この事変によって先進工業国日本の経済を大きく脅かすことになった。ちょうどその時代の日本は、列島改造ブームで地価高騰に伴う急速なインフレーションを示していたが、上記の石油危機に伴った相次いだ便乗値上げなどの理由により、日本国内ではインフレを一層加速させていった。例えば、トイレットペーパーや洗剤などの生活物資の買い占め騒動も、石油価格が間接的に物資の価格を上昇させるといった不安を群衆に呼び起こした、この時代の特徴でもある。1974年は、消費者物価指数が前年と比べて23%上昇し、「狂乱物価」という造語も聞かれた世相⁵⁾であった。また、この年は戦後初めてマ

イナス経済成長を経験し、高度経済成長は終焉に至った。その後、1979年にイラン革命による石油生産の中断がなされ、さらにOPECによる原油価格の段階的値上げが発表され、その後原油価格が再び高騰していった（第二次オイル・ショック）。アメリカの干渉もあり、当時の相場は1ドル＝200円を切るほどの円高を示し、主に日本国内の貿易黒字を得て潤っていた輸出産業やその下請けなどの関連企業、あるいは輸入品と競合している産業界は、この円高不況にもなって大打撃を受けることとなる。

上記のような日本と、それを取り巻く世界の経済・政治状況が相互に複雑に絡み合う時代経緯のなかで、日本の第2の自殺者増加のピークは、1986年（昭和61年）辺りにある。昭和58年頃から、自殺死亡率が急上昇している理由について、当時の国を揺るがすような大きな自然災害や最大の人災ともいえる戦争などないなか、これまで述べてきた経済不況や政治状況だけで説明が尽くせるのか。当時の日本国民の思想の底流に流れていたものは何か？その思潮を汲み取ることが第2の自殺者増加のピークを読み解くには必須のことであろう。

一つの仮説として考えられるのは、団塊の世代を中心とした主に男性社員の成長と変容への影響である。人口構成として密度の高い団塊の世代と呼ばれた企業戦士たちは、日本全国に多く存在し、35歳前後の年齢に達しており、高度経済成長以降の日本の企業や組織の中核を担い始め、「モーレッツ社員」と呼ばれ、もてはやされた。生活必需品は基より、家電や高級車を含めた様々な物品が巷に溢れ、ゴルフやミュージックホールなどのスポーツや娯楽を享受するなど、バリバリ働く仕事量に比例して収入も増えていった好景気の時代の旨味を多く味わいながらも、先に挙げたニクソン・ショックやオイル・ショックを経ながら不景気の反動の煽りをも強く受けたと想定される。

そこでは、とくに日本の壮年男性にとって、モノやカネだけでは真の幸福を得られないといった精神的な欲求不満も推察できる。円などの貨幣や石油をはじめとする物品、さらに土地などの不動産の価値が大きく変動する時代を経験するなかで、アメリカ流資本主義への不信感や、東西冷戦構造下に配備された核兵器による人類滅亡への一触即発の危機を含めた世紀末思想の暗雲が立ち込

めていたことは否めない。家庭や家族も顧みずに日本の屋台骨としてモーレツに働けども、抱いてきた価値観や信念が崩落し、絶望することもあったかもしれない。事実、昭和58年からの第2の自殺者増加のピークでは、当時の女性の自殺死亡率の上昇は他のピークと比べてほとんど目立たず、15を下回る値であるが、逆に当時の男性の自殺死亡率は急峻に上昇しており、30に届かんとする高い値であった（図2）。

iii) 戦後の第3の自殺者増加のピーク 1998年（平成10年）～

その後の日本は、行政改革路線のなか三公社民営化（日本専売公社 → 日本たばこ産業、日本国有鉄道 → 日本国有鉄道清算事業団とJRグループ、日本電信電話公社 → NTTグループ）が実施され、1988年（昭和63年）に消費税法案が可決し、新自由主義路線へと移行していく。世界においては、イギリスのサッチャリズム政策とアメリカ合衆国のレーガノミックス政策の実施や、東側諸国におけるバレストロイカや改革開放政策、さらに香港、シンガポール、韓国、台湾などのアジア諸国の経済躍進などを背景とした世界経済の大転換期のなかで、日本銀行による円高不況対策が行われて内需拡大が進み、いわゆるバブル景気に突入していった。

バブル景気とは、1986年（昭和61年）12月から1991年（平成3年）2月までの51か月間に、日本で起こった土地神話と呼ばれた地価の高騰を含めた資産価格の上昇と好景気、およびそれに付随して起こった社会現象を指す。その後1990年1月の株価の大暴落から始まり1991年（平成3年）3月から1993年（同5年）10月までの景気後退期はバブル崩壊と呼ばれ、バブル期に上昇した賃金や過大な雇用、さらには不良債権と不良資産の整理が始まっていった。

バブル崩壊後、損失補填、利益供与、巨額損失の隠蔽など金融機関の不祥事が相次いで発覚した⁵⁾。当初、日本政府は大手金融機関を破綻させない方針であったが、1995年頃に方針転換し、経営状態の悪い金融機関も破綻・再生の処理に取りかかることで、1995年8月に兵庫銀行が戦後初の経営破綻となり、以降、金融機関の破綻が相次いでいった。アジア通貨危機とも重なった1997年から

1998年にかけては、北海道拓殖銀行（拓銀）、日本長期信用銀行（長銀）、日本債券信用銀行（日債銀）、山一証券、三洋証券など大手金融機関が、不良債権の増加や株価低迷のあおりを受けて次々と倒産し、事態は金融危機の様相を呈したため、1998年10月に制定された金融再生法に基づき、一部は国有化されていった⁶⁾。上記の当該銀行をメインバンクとしていた企業も相次いで煽りを受け、大中小の企業が次々と倒産していった。また、住宅金融専門会社（住専）も7社のうち6社が破綻し、公的資金が注入されることになる。さらに、上記の金融時勢のなかで、銀行の貸し渋りや貸し剥がしが中小企業の経営を逼迫し³⁾、大手企業から下請け企業に対しても厳しい経営条件を突きつけられる事態が相次ぎ、多くの企業の破綻を招いたのである。

バブル崩壊に伴い、生き残った企業は必然的に雇用の抑制が図られることとなり、1991年から2000年前半にかけて求人倍率は軒並み減少して、就職氷河期を迎えることとなる。第二次ベビーブーム世代の若者で就職できなかった若者の多くが、フリーターやニートとなり、彼らの雇用の不安定さから来る生活の困窮が際立ち社会問題ともなった。また1999年には、大手企業の経営の悪化から、リストラを名目にした人員削減を目的とした大規模な解雇が頻発し、全国平均で失業率が5%を超える水準に達していた。

上記のように、バブル景気で高まった日本経済の高揚感から、バブルが一気に崩壊となり、バタバタと足をすくわれる出来事が続いたことで、国全体に悲観的な暗雲が立ちこめるなか、1997年（平成9年）から1998年（同10年）にかけて、戦後日本の第3の自殺者の急増を来し、バブル崩壊後の景気後退局面の中で職業を持つ人々、とりわけ中高年男性の自殺者の増加が大きな割合を占めている²⁾ものと考察できる。

このピークは、戦後の3つのピークのなかでも最大規模のものであり、さらに統計のある1897年（明治30年）以降で見ても、初めて日本の総自殺者数が3万人を超えるという異常事態であり、またその期間も1998年（平成10年）から2011年（同23年）までの連続14年間続くものとなった（図1）。総数の自殺死亡率でその推移を見てみると、平成10年に急上昇し、以後同15年の27.0をピー

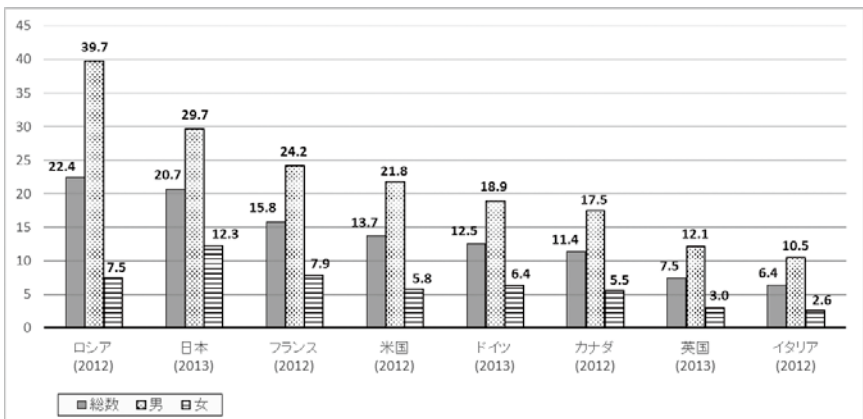
クとして高い水準が続いていたが、同22年以降は低下を続け、同28年には17.3となっている²⁾。

(3) 統計から見る多面的な考察

i) 日本人の自殺の性差

性差で見えてみると、まず2013年（平成25年）の自殺死亡率は男性の方が女性より2.4倍高かった。国際的な主要国でも性差の特徴は同様の傾向が認められ、2012年あるいは2013年での主要国との比較では、とくにロシアが最も高く、男性の方が女性より5.3倍高かった（図3）。

図3) 主要国の自殺死亡率



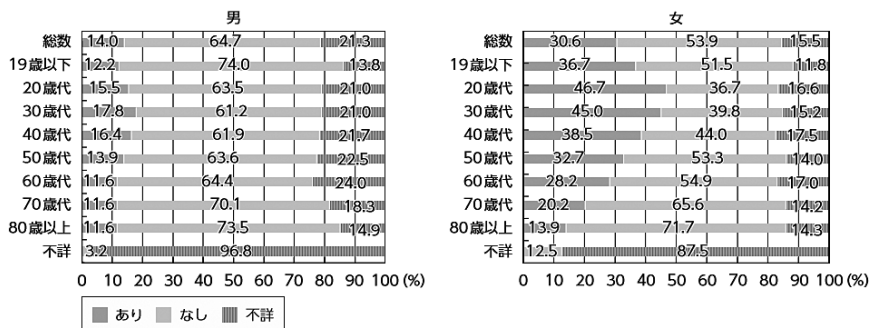
世界保健機関資料「Preventing suicide : A global imperative」などより厚生労働省自殺対策推進室作成 より転載

対照的に、同年の平成27年における自殺未遂歴の有無別自殺者数の年代別男女差の割合を見ると、女性の方が男性に比べて明らかに自殺未遂歴が多いことが示され、男性では各年代比較で最少11.6%から最多17.8%で女性に比して大差はないが、女性では最少は80歳代で13.9%、最多のピークは20歳代で46.7%を示し、次いで30歳代、40歳代、19歳以下の順位で自殺未遂歴有りの自殺者数の

高さを示している（図4）。自殺死亡率の男性の強度とは逆の結果を示している。

上記の事実は、比較的若年の女性に多い自殺未遂者への対応の方途について大きな示唆を与ええると言える。すなわち、自殺未遂を図った、または繰り返す例では自殺既遂する可能性が高くなるということが言えるのである。

図4）平成27年における自殺未遂歴の有無別自殺者数の年代別男女差の割合



警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成 より転載

ii) 年齢階級別自殺死亡率

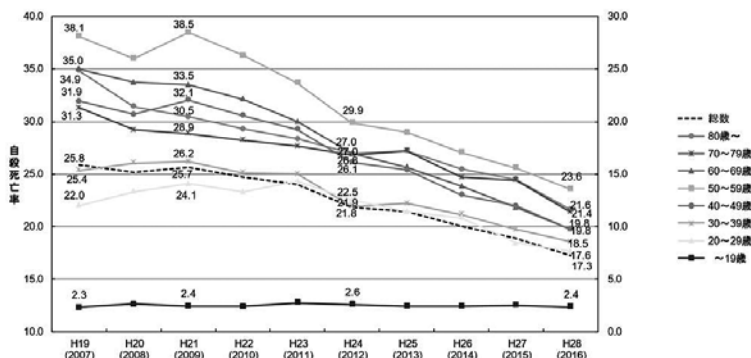
次に、2007年（平成19年）から2016年（同28年）までの年齢階級別自殺死亡率の年次推移を見てみると、19歳以下の年代では全体と比較すると低い水準ではほぼ一定して推移しているのに対して、30歳代以上の年代では概要ピーク時から前年代において自殺死亡率は減少している。そのうち10歳毎の区分けで分けて見ると、最も高い自殺死亡率を示しているのは、不況の影響を受けやすい中高年男性を主体とした50歳代の年代であり、次いで60歳代、80歳代、40歳代、30歳代の順位で自殺死亡率の漸次低下を示している（図5）。

このことは、戦後日本の第3の自殺者増加のピークでは、中高年の男性自殺者の増加を主体としたものを反映していることが推定され、ピーク後半の年次での自殺者数の減少においても、それらに相関して推移していることが理解できる。対照的に19歳以下や20歳代の年代では、上記の傾向を認めず、とくに19

自殺現象に関する考察

歳以下の年代では、自殺死亡率は2.3～2.6の範疇で横ばいに推移していることが特徴である。

図5) 年齢階級別自殺死亡率の年次推移



警察庁自殺統計原票データ、総務省「人口推計」及び「国勢調査」より厚生労働省作成より転載

注) 平成18年までは「60歳以上」だが、19年の自殺統計原票改正以降は「60～69歳」「70～79歳」「80歳以上」に細分化された。

iii) 若年代代の自殺

表1) 平成26年における死因順位別にみた年齢階級・性別死亡数・死亡率・構成割合
総数

年齢階級	第1位					第2位					第3位				
	死因	死亡数	死亡率	割合(%)	死因	死亡数	死亡率	割合(%)	死因	死亡数	死亡率	割合(%)	死因	死亡数	死亡率
10～14歳	悪性新生物	101	1.8	20.2	自殺	100	1.8	20.0	不慮の事故	85	1.5	17.0	悪性新生物	141	2.4
15～19歳	自殺	434	7.3	36.0	不慮の事故	312	5.3	25.9	悪性新生物	175	2.9	7.5	悪性新生物	325	5.0
20～24歳	自殺	1,178	19.7	50.8	不慮の事故	382	6.4	16.5	悪性新生物	413	5.7	10.6	悪性新生物	1,219	12.6
25～29歳	自殺	1,423	22.0	49.5	不慮の事故	388	6.0	13.5	悪性新生物	551	6.5	9.4	悪性新生物	1,719	20.3
30～34歳	自殺	1,520	20.9	39.0	悪性新生物	698	9.6	17.9	不慮の事故	2,015	26.2	10.2	悪性新生物	2,249	29.7
35～39歳	自殺	1,762	20.7	30.0	悪性新生物	1,392	16.4	23.7	心疾患	3,912	43.9	6.8	悪性新生物	2,786	312.3
40～44歳	悪性新生物	2,901	30.1	28.8	自殺	2,042	21.2	20.3	心疾患	1,219	12.6	12.1	悪性新生物	4,683	55.2
45～49歳	悪性新生物	4,683	55.2	34.1	自殺	2,046	24.1	14.9	心疾患	1,719	20.3	12.5	悪性新生物	7,760	100.9
50～54歳	悪性新生物	7,760	100.9	39.1	心疾患	2,562	33.3	12.9	自殺	2,015	26.2	10.2	悪性新生物	13,851	182.7
55～59歳	悪性新生物	13,851	182.7	45.7	心疾患	3,689	48.7	12.2	脳血管疾患	2,249	29.7	7.4	悪性新生物	27,860	312.3
60～64歳	悪性新生物	27,860	312.3	48.6	心疾患	7,133	80.0	12.4	脳血管疾患	3,912	43.9	6.8	悪性新生物	27,860	312.3

厚生労働省「人口動態統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成より転載

(注) 構成割合は、それぞれの年齢階級別死亡数を100とした場合の割合である。)

表2) 先進7カ国の年齢階級別死亡者数及び死亡率(15～34歳、死因の上位3位)

	日本 2013				フランス 2011				ドイツ 2013				カナダ 2011								
	死	因	死亡数	死亡率	死	因	死亡数	死亡率	死	因	死亡数	死亡率	死	因	死亡数	死亡率					
第1位	自	殺	4,731	18.1	事	故	2,377	15.4	事	故	1,598	8.5	事	故	1,558	17.9					
第2位	事	故	1,533	5.9	自	殺	1,440	9.3	自	殺	1,428	7.6	自	殺	1,043	12.0					
第3位	悪	性	新	生	物	1,262	4.8	悪	性	新	生	物	1,027	5.5	悪	性	新	生	物	502	5.8

	アメリカ 2012				イギリス 2013				イタリア 2012				韓国(参考) 2013			
	死	因	死亡数	死亡率	死	因	死亡数	死亡率	死	因	死亡数	死亡率	死	因	死亡数	死亡率
第1位	事	故	27,586	32.0	事	故	2,038	12.1	事	故	1,589	12.3	自	殺	2,580	18.3
第2位	自	殺	11,068	12.8	自	殺	1,120	6.6	悪性新生物		889	6.9	自	殺	1,225	8.7
第3位	殺	人	8,885	10.3	悪性新生物		1,070	6.3	自	殺	620	4.8	悪性新生物		874	6.2

世界保健機関資料、総務省統計局「世界の統計2015」、カナダ統計局「2011 Census of Canada」より厚生労働省自殺対策推進室作成より転載

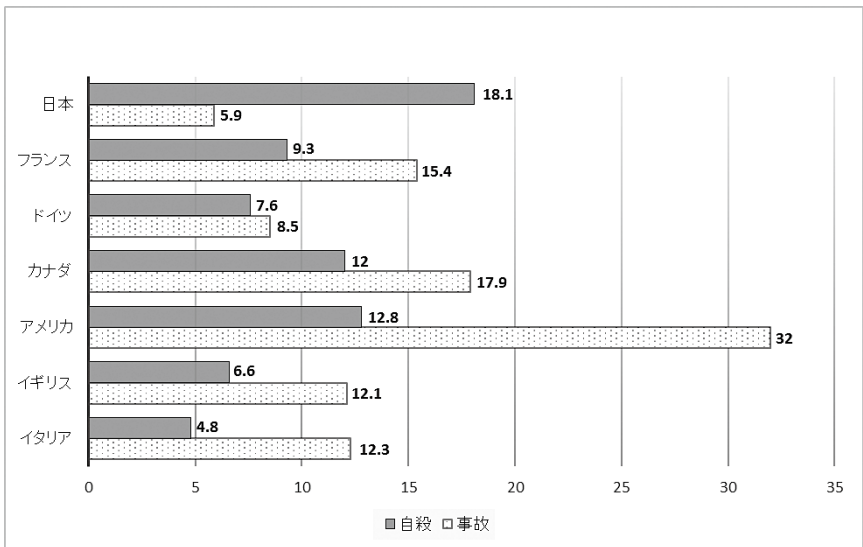
我が国における若年世代の自殺は深刻な状況にあり、例えば平成26年における死因順位別にみた年齢階級・性別死亡数・死亡率・構成割合を見ると、15～39歳の各年代の死因の第1位が自殺であり(表1)、2013年(平成25年)における統計では、15～34歳の若い世代では事故や悪性新生物の死因に比べて、国際的にみても韓国と日本において、自殺が死因第1位(自殺死亡率18以上)で高い水準を示している(表2)。2011年(同23年)から2013年(同25年)の間の統計比較で、先進8カ国の年齢階級別の死亡者数及び死亡率の上位3位の比較を見てみると、第1位が自殺、第2位が事故、第3位が悪性新生物と続く日本および韓国と比較して、西欧諸国では第1位が事故、第2位が自殺の順位を示していることが多い。なお、アメリカでは第3位に他殺が示され、イタリアでは自殺死亡率(4.3)が悪性新生物より低い第3位を示していることが特筆できる。

また、若年世代の特徴として、自殺の原因・動機に学校問題が多くを占めることが知られているが、日本の学校社会や企業社会の制度上の区切りに関連して、月別でいうと特に年度替わりの直前の3月に自殺死亡率が高くなり、また曜日別には週末の休暇明けの月曜日に、さらに日別には9月1日が夏休み明けの初日ということで高い自殺死亡率を示すことが知られている。

iv) 先進7カ国における自殺死亡率と事故死亡率との比較

さらに世界の統計2015年（カナダ 2011）で見る先進7カ国での自殺と事故の死亡率の比較では、日本は自殺死亡率が18.1と高い値を示すことに対して、事故死亡率は5.9と比較的低い値を示していることが特徴である（図6）。

図6）先進7カ国における自殺死亡率と事故死亡率との比較



世界保健機関資料、総務省統計局「世界の統計2015」、カナダ統計局「2011 Census of Canada」より厚生労働省自殺対策推進室作成 から転載

これは、我が国の行政機関による方策において、自殺対策よりも交通事故を含めた事故対策の方が優位に効果を顕しているといえるのかもしれない。逆に、アメリカでは自殺死亡率が12.8と日本よりも低い反面、事故死亡率は32.0と著しく高い値を示していることは、両国における国民性に際しての自罰性や他罰性の感性の違いを如実に表しているのかもしれない。

いずれにしても国際的に若年者の死因別の比較をみると、事故死、自殺死、悪性新生物死の3大死因の割合に違いがあり、各国の民族性や思想・文化が反

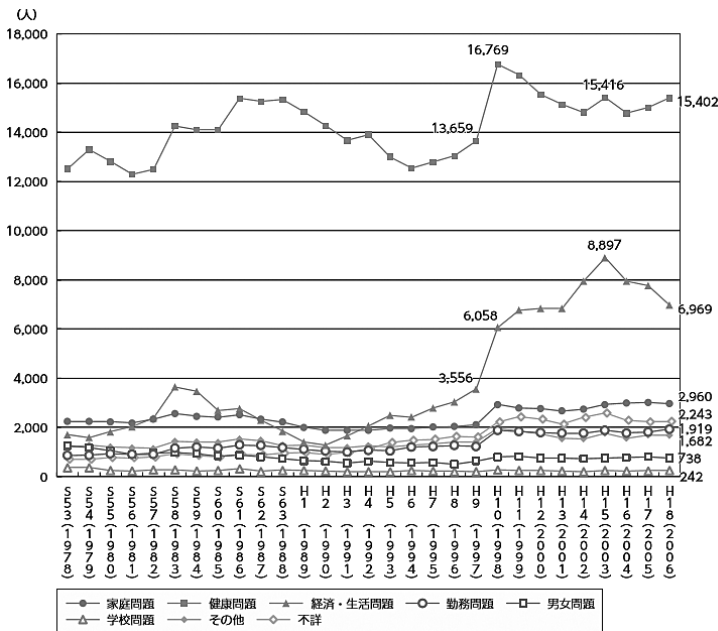
映されており、日本や韓国は自殺死が著明に高いことが理解できる。

v) 日本国内における自殺死亡率の地域差

地域による自殺死亡率は男女で差があり、男性では北東北・南九州・山陰で比較的高い傾向がある⁷⁾のに対し、女性では秋田県を除くと男性ほど明確な地域差はない⁷⁾。特に男性では自殺率が地域ごとに1.6－1.7倍の差があるという⁷⁾。このことから男性への負担が地域差の主な原因であると推定できる。首都圏、近畿圏、中京圏などの都市部近郊の自殺死亡率は比較的低く、逆に上記に挙げた過疎化地域では比較的高い値を示していることが特徴である。

vi) 原因・動機別の自殺者数の推移

図7) 平成18年までの原因・動機別の自殺者数の推移



警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成 より転載

戦後の第3の自殺者増加のピークでは、この時期の社会的背景に、日本のバブル経済の破綻に伴う不景気な連鎖を伴う社会状況があり、働く中高年男性層を中心にして最もダメージを与える状況であった⁸⁾。そのため、一般的には自殺者の原因あるいは動機は複合的に関連し合うと言われ、三分の二に心身の健康問題を抱え、五分の一に生活苦や家庭問題を抱えるとされるなか、この時期には、とくに経済・生活問題が急増し（図7）、それに釣られるように家庭問題、勤務問題が増加し、心身の健康問題も動揺していることが原因・動機別の分析結果の特徴に挙げられる。

vii) 配偶関係別の自殺の状況

表3) 平成26年における配偶関係別の自殺死亡率の状況

男						
年齢階級	総数 ¹⁾	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上
総数 ²⁾	31.6	27.5	25.4	35.3	36.6	36.0
有配偶者	21.5	11.1	12.0	18.6	24.0	26.0
未婚	37.5	31.1	38.2	57.2	61.3	85.0
死別	64.7	—	74.7	81.1	75.0	63.7
離別	127.9	124.2	125.7	155.2	123.2	116.4

女						
年齢階級	総数 ¹⁾	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上
総数 ²⁾	13.1	10.2	10.6	13.4	12.8	16.3
有配偶者	9.9	4.2	5.6	9.0	9.6	13.4
未婚	13.4	11.7	18.2	21.8	27.2	18.9
死別	19.1	—	25.2	33.6	14.2	19.1
離別	32.6	42.1	33.3	35.3	29.3	31.6

注：1) 総数には15～19歳及び年齢不詳を含む。

2) 総数には配偶関係不詳を含む。

厚生労働省「人口動態統計」再集計及び国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2015)」より 厚生労働省自殺対策推進室作成 より転載

人間が生活する最小の社会の単位は家族であると言われるが、その家族世帯のなかでも「未婚」、「死別」、「離別」の経過により配偶者の有無が決まってくる。この家族形態を焦点にした平成26年における配偶関係別の自殺死亡率の状況（表3）をみると、男女共に「有配偶者」は全ての年齢階級において各年齢階級別の「総数」よりも低い値を示した。各「総数」との比較では、男性の「有

配偶者」では68%、女性の「有配偶者」では76%低い自殺死亡率を示した。一方、「無配偶者」である「未婚」、「死別」、「離別」の家族形態では男女ともに相対的に自殺死亡率が高くなっており、「無配偶者」は危険因子と言える。とくに男性でその傾向が顕著であり、「総数」と「未婚」、「死別」、「離別」のそれぞれとの比較では、「未婚」で119%、「死別」で205%、「離別」では実に405%の自殺死亡率に高める。女性では、「総数」と「未婚」、「死別」、「離別」のそれぞれとの比較では、「未婚」で102%、「死別」で146%、「離別」では249%の自殺死亡率に高めることが分かる。

したがって、家族形態における高い自殺率を示す要因として、有配偶者に比べて無配偶者は数倍高くなり、「未婚」に比して「死別」が高く、さらに「離別」は一層高率を示している。このことは、女性に比べて男性において顕著であり、個人の人生設計を如何にするか考慮し、また社会的資源の提供を施す上でも重要な示唆を与えているものと考えられた。

viii) 男性の自殺死亡率が高い理由⁸⁾

家族が次世代を養育しながら生活を営んでいくためには、家族役割の上からは、障害が無いことを前提にして主に男性が外の社会で仕事をこなし、収益を得て家族を養うといった役割構成上の負荷が与えられていることが一般的である。カトリーヌ・ヴィダルらは、失業時や離婚時に男性の方に負荷が集中しやすいことに言及している。失業や離婚をした場合に、男性と比べて女性のほうが、家族や社会の状況に組み込まれて保護されることが多いと考えられるが、男性の場合には、社会的に孤立を余儀なくされ易い生物学的脳の基盤について説明している⁹⁾。

(4) 世界的なうつ病患者数と自殺者数

2015年12月に発表された厚生労働省による「平成26年患者調査」によると、日本でのうつ病患者数は約112万人となり調査開始以来最多となったが、世界保健機関（WHO）の2015年時点の推計では、さらに深刻な数字に言及し、2017年

3月に公開されている。

そこには、世界でうつ病に苦しむ人が3億2200万人となり、10年前の2005年と比較して、約18%増加していると記されている。さらに、その内訳によるとアジア・太平洋地域で全体の48%を占め、日本は約506万人とされる。この数字は、厚生労働省が記すうつ病患者だけではなく、医療機関を受診していない患者も含む数字であり、潜在するうつ病者を含めていると考えられる。うつ病は、アルコール依存症と並んで自殺リスクの高い疾患として一般的に知られている。さらに、日本における自殺企画者の4分の3は精神疾患を伴うと言われており、そのうち半数近くがうつ病を伴っているとされている。

世界における2015年の世界の自殺者数は、推計78.8万人で、死者全体の1.5%を占め、とくに5～29歳の若年層の死因では2番目に多い。日本についてみれば、自殺者数は2012年までは3万人を超えていた。最近年の日本の自殺者数は減少傾向にあり、2017年には2.2万人を下回っているが、依然として自殺は若年層の死因のトップとなっている。

上記の自殺者の割合の多い国を見ると、アジア・太平洋地域の国が目立っており、2位の北朝鮮（10万人中38.5人）を始めとして3位の韓国（同28.9人）、4位のスリランカ（同28.8人）など9カ国がトップ25にランクインしている¹⁰⁾。アジア・太平洋地域以外では、南米やアフリカの小国が目立ち、紛争や貧困の影響により国民が過酷な生活を強いられている地域が多いとされる。うつ病患者数の急増は、発展途上国における貧困の拡大や世界情勢の不安定化が背景にあるとも考えられ、自殺者数やうつ病患者数の減少には、一国による政策のみでは難しいため、WHOを中心にして国際的に協同して対処していく課題であると言える^{11、12)}。

おわりに

本稿では、日本における自殺の動向について、主に戦後日本社会が現在に至るまでの過程を縦覧しながら、政治経済の動乱を背景にした3つの自殺者増加のピークに関して分析し、考察した。さらに統計的な多面的な比較を行い、考

察を加えてみた。

世界トップクラスの長寿国となった日本は、過去実際に交通戦争と言われた交通事故死亡者数を減少させてきた実績があるが、多国に比して、この自殺の問題に対しても深刻に考え、同様に多方面から自殺予防にアプローチしており、近年の自殺死亡者数も減少の態勢を呈していることは喜ばしいことである。この日本の経験とスキルを、さらに世界に向けて発信していくことで、世界的にも自殺の悲惨を減らすことに貢献できるのではないか。ひいては日本が、紛争のない平和な環境を基盤として、国民の健康長寿を獲得していく国づくりの方途を世界に指し示すことで、国際社会の健全な繁栄と保健に寄与していくことができるのではないかと思う。

なお、心理的洞察を含めた、よりミクロな個人の自殺現象を考察することも重要なことであり、これについては次稿に述べることとしたい。

注

- 1) 自殺 柳 雅也、辻井農亜、白川 治 近畿大学医学部精神神経科学教室 提供：脳科学辞典
- 2) 平成28年中における自殺の状況 平成29年3月23日 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
- 3) 古川隆久『早わかり昭和史』単行本（ソフトカバー）、2006/7/21
- 4) 池上彰『そうだったのかアメリカ』2005年10月、ホーム社
- 5) 田中秀臣『経済政策に歴史を学ぶ』ソフトバンククリエイティブ、2006年、（ソフトバンク新書）
- 6) 松原聡『日本の経済（図解雑学—絵と文章でわかりやすい！）』ナツメ社、2000年
- 7) 自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書、研究会報告書（経済社会総合研究所）18.（2006-07）
- 8) 自殺増加の社会的要因についての検討 分担研究者 竹島 正 国立・精神神経センター精神保健研究所
- 9) カトリース・ヴィダル『脳と性と能力』ドロテ・ブノワ＝ブロウエズ、金子ゆき子訳、集英社〈集英社新書〉、2007年6月15日（原著2005年2月3日）
- 10) Suicide data (Report). WHO
- 11) Preventing Suicide: a global imperative. World Health Organization 2014.
- 12) Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization 2013.