（資料１０）竹島（正）構成員提出資料

多重債務問題対策推進懇談会への提案

竹島正（大正大学地域構想研究所）

1. 多重債務になるハイリスク群を特定し、予防策を講じることについて

貸金業者から複数件の借入残高がある人数は増加傾向にあり、2026 年 3 月末現在で 155 万人である。財務局等に寄せられた「多重債務」に関する相談は年間約 7 千件である。地方自治体に寄せられた「多重債務」に関する相談は年間 3 万件弱である。「多重債務」に関する消費生活相談は年間約 2 万 4 千件である。同一人物が複数の場の相談に計上されている可能性があるが、そもそも相談に結びつくこと自体に、サバイバーバイアス（相談につながったという成功例への偏り）が生じているかもしれない。

これまでの会議で、多重債務のハイリスク群を特定して予防策を講じることを提案してきたが、そのアプローチとして、複数件の借入残高がある人を対象に、生物－心理－社会的モデルに基づく調査を行うことができないだろうか。あるいは、多重債務問題対策推進懇談会委員のエキスパートコンセンサスにより、ハイリスク群を抽出し、その人たちに適した啓発を含む予防策を講じることができないだろうか。ここで生物－心理－社会的モデルというのは、メンタルヘルスの課題を有する人を全体的な視点から捉える学際的な方法である。生物的要因は、知的能力、身体疾患、精神疾患などである。心理的要因は、幼少時の逆境、現在進行中の人間関係のストレス、課題に対処するための問題解決のスキルなどである。社会的要因は、貧困等の経済的問題、死別・離別、差別・社会的抑圧、ジェンダー、住居、孤立して安全でない環境、コミュニティとのつながりなどである。生活困窮者自立支援制度の利用者についての調査があれば、それも参考資料になるかもしれない。

2. 多重債務が原因とみられる自殺事例の分析について

多重債務が原因とみられる自殺者数は増加傾向にあり、年間の自殺総数の５％程度である。警察統計による分析は示されているものの、ここから具体的な対策を明らかにすることは困難である。具体的な対策を講じるには、自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査は不可欠と考える。厚生労働省は、心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査の実施について検討しているだろうか。自殺総合対策大綱の見直し時期が近づいているが、大綱に心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査の実施を記載し、その成果を多重債務が原因とみられる自殺の予防にも活用していくことを望む。

なお、心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査については、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（CSP）において開発した自殺の心理学的剖検調査「自殺予防と自死遺族支援のための基礎調査」のツールをもとに、子供・若者の自殺にも対応した「自死予防と遺族支援のための基礎調査」を開発し、科研費基盤研究(B)「自殺対策における共創的（Co-creative）ネットワークの構築を目指した実践研究」（研究代表者　小高真美）においてフィージビリティスタディ（実現可能性調査）を終え、本調査に移行する段階である。

心理学的剖検の手法による「自死予防と遺族支援のための基礎調査」のツール開発論文はこちらを参照されれたい。https://www.cspss.jp/pdf/46-1_79_shiryo.pdf

資　　料

心理学的剖検の手法による「自死予防と遺族支援のための基礎調査」のツール開発

竹島　正[1)]，高井　美智子[2)]，勝又　陽太郎[3)]，小髙　真美[4)]

[1)] 大正大学地域構想研究所，[2)] 埼玉医科大学医学部，
[3)] 東京都立大学人文社会学部，[4)] 武蔵野大学人間科学部

Development of tools for psychological autopsy study: Basic survey for suicide prevention and survivor support

TAKESHIMA Tadashi[1)], TAKAI Michiko[2)],
KATSUMATA Yotaro[3)], KODAKA Manami[4)]

[1)] Institute of Regional Development, Taisho University, [2)] Faculty of Medicine, Saitama Medical University,
[3)] Faculty of Humanities and Social Sciences, Tokyo Metropolitan University,
[4)] Faculty of Human Sciences, Musashino University

要　旨

日本の自殺率は減少してきたが、子供・若者の自殺は高止まり、または増加している。子供・若者の自殺予防を充実させるには、マクロな統計の質を高めるとともに、自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査が不可欠である。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（CSP）において著者らが開発した自殺の心理学的剖検調査「自殺予防と自死遺族支援のための基礎調査」のツールをもとに、子供・若者の自殺にも対応した「自死予防と遺族支援のための基礎調査」を開発した。この成果物が、自殺総合対策大綱に掲載される国のプロジェクトとなり、自殺対策の発展に寄与することが望まれる。また、子供の自殺が起きたときの背景調査への活用が望まれる。

I　背景と目的

人口動態統計による自殺死亡者数は1997年の23,494人から1998年の31,755人に急増し、厚生労働省は2002年に自殺防止対策有識者懇談会を設置し、報告書「自殺予防に向けての提言」を取りまとめた［17, 25］。報告書は、こころの健康問題についての国民への普及啓発やうつ病等対策に早急に取り組むべきとした。その一方、自殺予防には、精神医学的観点のみならず、心理、社会、文化、経済等の観点からの多角的な検討と包括的な対策が必要とした。そして、自殺の実態把握に関しては自殺死亡者の「心理学的剖検（psychological autopsy）」という専門的な調査方法があり、その実施に向けての検討を行う必要があるとした。

心理学的剖検の実施に向けての検討は、厚生労働省の研究事業において行われ、2005年度報告書には、面接票の開発、フィージビリティ・スタディの実施が報告されている［7, 22］。2006年6月には自殺対策基本法が成立し、10月の施行に合わせて、国立精神・神経センター（NCNP）精神保健研究所に自殺予防総合対策センター（Center for Suicide Prevention。以下「CSP」と略す。）

が設置された。2007年には政府の自殺対策の指針である自殺総合対策大綱（以下「大綱」と略す。）が定められた。大綱の当面の重点施策である「実態解明のための調査の実施」には「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査や、救命救急センター等で治療を受けた自殺未遂者に関する調査等を継続的に実施する。」と記載されたことから［17］、CSPは、2005年度研究の成果をもとに、2007年12月に「自殺予防と自死遺族支援のための基礎調査」（以下、「CSP基礎調査」と略す。）の調査票、回答者用冊子、記録用紙・同意書・同意撤回書、調査マニュアルからなるツール一式を開発した［23］。

CSP基礎調査は、全国精神保健福祉センター長会等の協力を得て始まり、2012年には東京都23区内で発生したすべての不自然死の検案を行う東京都監察医務院との連携が実現し、日本における自殺の心理学的剖検研究の持続可能な基盤が整った［24］。CSPは、精神科医療と自殺、アルコール問題と自殺、返済困難な借金と自殺、青少年の自殺既遂事例等について分析し、2014年時点の主要な研究成果を総説として報告した［15］。さらに、女性の自殺者の心理社会的特徴・精神医学的特徴［10］、102名の20歳以上の自殺者と性別・年齢・居住地をマッチングした生存対照群334名の症例対照研究［11］等を英語論文として発表した。地域の自死遺族支援との連携も進み［8, 20］、心理学的剖検についての新規厚生労働科学研究事業「自殺総合対策大綱に関する自殺の要因分析や支援方法等に関する研究」は、2016年3月に、行政的評価点8.0以上（応募21件の最上位2件の1件）、学術的評価点8.0以上（応募21件の最上位5件の1件）と高い評価を得て採択された。ちょうど2016年4月に自殺対策基本法は改正され、内閣府から厚生労働省に移管された。そしてCSPは自殺総合対策推進センターに改組された。採択された心理学的剖検の新規研究事業については、研究実施担当者が厚生労働省と協議した結果、自殺総合対策推進センターの自殺対策の研究実施方針が変化し、研究員の大幅な人員配置転換が行われたことから、当初目的とした成果を得る研究の実施は著しく困難になったとして、2016年5月30日にNCNP理事長名の国立研究開発法人日本医療研究開発機構宛の委託研究開発中止（廃止）承認申請書を提出した［21］。また大綱は2017年に改訂され、心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査についての記述はなくなった［9］。これによって、2005年度厚生労働科学研究のフィージビリティ・スタディから12年にわたって継続されてきた自殺の心理学的剖検は中止となった。

さて、いじめ防止対策推進法（2013）では、「いじめにより当該学校に在籍する児童等の生命、心身又は財産に重大な被害が生じた疑いがあると認めるとき」等に事実関係を明確にするための調査を行うこことされ、「子供の自殺が起きたときの背景調査の指針（改訂版）」［16］には「事実関係の確認のみならず、自殺に至る過程を丁寧に探り、自殺に追い込まれた心理を解明し、それによって再発防止策を打ちたてることを目指す」と、自殺の心理学的剖検の手法を用いた調査を想定した記述がある。さらに、COVID-19のパンデミック下において、女性・若者の自殺増加が課題となり［28］、近年は、小学生・中学生・高校生の自殺増加が社会問題となっているにもかかわらず［12］、子供や若者、女性の自殺事例について、自殺に至る過程を丁寧に探る調査は実施されていない。この状況において、心理学的剖検調査が求められている［6, 19］。

CSP基礎調査は、自殺の急増が都市部中高年男性に始まったことから、借金、過重労働、うつ病とアルコール乱用の併存等の中高年男性の抱えやすい問題を重視して開発された［22, 23］。このため、子供・若者の自殺が増加した現状においては、新たな調査ツールの開発が必要である。

本報告は、子供・若者の自殺が増加に対応した心理学的剖検の調査ツール開発の活動報告を目的とする。なお、新たな調査ツールにおいては、これまでの「自殺」にかわって「自死」を用いることとした。これは大綱において「自殺は、その多くが追い込まれた末の死である」との認識が示されていることを踏まえたものである。この認識は、「自殺」を自由意志が制限された状態で生じる死の一形態として捉える姿勢を伺わせるものであり、能動性を想起させづらい「自死」を用いることとした。新たに開発した調査ツールは「自死予防と遺族支援のための基礎調査」（以下、「CSP基礎調査改訂版」と略す。）である。

II　方　法

CSP 基礎調査は、前述のとおり、中高年男性の自殺の危険因子を重視して開発された [22, 23]。子供・若者の自殺の詳細を把握するには、調査項目として、幼少期や学校生活を含めて、人生のより早期の段階における経験やジェンダーの視点を取り入れて改訂する必要があった。また、若者には単身生活者も少なくないことから回答者も検討する必要があった。これらを踏まえて、調査ツール全体の見直しを行った。その手順は下記のとおりである。

はじめに、CSP 基礎調査の調査票開発から実施に深く関与してきた研究者4名（本論文の著者）で、CSP 調査票の改訂箇所の検討を行った。次に、子供・若者・女性の自殺の当事者や家族に詳しい団体や個人（一般社団法人全国自死遺族連絡会2名（https://www.zenziren.com/）、安全な生徒指導を考える会1名（https://note.com/sido_u_）、ジャーナリスト1名）から、CSP 基礎調査改訂版の開発についての意見を得た。これらの意見を統合し、第一著者、第二著者を中心に、CSP 基礎調査改訂版の素案を作成した。この素案をもとに、ここまでのプロセスに関与した者や他の研究者等の参加するミーティングを2回開催した（2024 年6 月7 日、6 月25 日）。このミーティングを踏まえて、第一著者、第二著者を中心に素案の修正を行い、CSP 基礎調査改訂版を確定した。

1　倫理面への配慮等

本研究は個人情報を取り扱うものではないが、CSP 基礎調査改訂版の開発は第4 次川崎市自殺対策総合推進計画に基づく自殺の実態分析への活用を視野においていたことから、川崎市総合リハビリテーション推進センター研究倫理・利益相反懇談会に諮り、同センター所長の研究実施決定を得て実施した。本研究にかかる研究助成はない。

III　結　果

本報告は、子供・若者の自殺が増加に対応した心理学的剖検の調査ツールの開発の活動報告を目的とすることから、方法に記載した手順に基づく検討の最終結果を結果として記載する。

1　面接対象者と本人（自死で亡くなった人）

CSP 基礎調査では、面接対象者は「本人（自死で亡くなった人）と同居していた遺族（優先順位は、配偶者、父母、子、その他）」として、死亡時に本人が単身赴任していた場合は面接対象者としなかった。CSP 基礎調査改訂版では、若者の場合、進学や就職によって単身生活者も少なくないと思われることから、「本人（自死で亡くなった人）と同居していた遺族」だけでなく、「同居していなくても生前の生活をよく知る遺族」を追加することとした。また、CSP 基礎調査では、本人（自死で亡くなった人）を「死亡時年齢が20 歳以上」としていたが、CSP 基礎調査改訂版では本人（自死で亡くなった人）の年齢制限を外すこととした。

2　面接票

「CSP 基礎調査における調査票」の構成は、「I 調査の導入部分」「II ご本人とご家族に関する情報」「III 自由な話し合いでの質問事項」「IV 生活出来事」「V 特定の生活歴」「VI 死亡の状況」「VII 仕事の状況」「VIII 経済的問題」「IX 生活の質」「X 身体的健康」「XI 心の健康問題」「XII 調査員による本人に対する精神障害の診断」「XIII 補足的質問事項」「XIV ご遺族のサポートニーズ」「XV 調査終了」「XVI 調査員が面接終了後に記入する項目」であった。

「CSP 基礎調査改訂版における調査票（以下、CSP 調査票改訂版と略す。）」の構成は、「I 調査の導入部分」「II ご本人とご家族に関する情報」「III 自由な話し合いでの質問事項」「IV 生活出来事」「V 死亡の状況」「VI 仕事・学業等の状況」「VII 経済的問題」「VIII 生活の質」「IX 全般的な健康状態」「X こころの健康問題」「XI こころの健康問題」についての援助希求」「XII ご遺族のサポートニーズ」「XIII 川崎市への意見」「XIV 調査についての感想」とした。

主な変更点は、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」から「自死予防と遺族支援のための基礎調査」への名称変更のほか、(1)CSP 基礎調査の「IV 生活出来事」と「V 特定の生活歴」を統合して「IV 生活出来事」としたこと、(2)CSP 基礎調査の「VII 仕事の状況」を大幅に改訂して「VI 仕事・学業等の状況」としたこと（調査票の中高年男性の調査項目を簡素化するとともに、児童・生徒・学生の調査項目、ジェンダーの調査項目を新設）、(3)「VIII 生活の質」に EQ-5D[1] 日本語版の項目

表1　CSP調査票改訂版の構成

	内容
I 調査の導入部分	調査日、調査員の自己紹介と調査の説明、同意書の取得
II ご本人とご家族に関する情報	回答者について（性別、年齢、生年月日、本人からみた回答者の続柄・関係）、家族構成、本人（生年月日、学業年数（最終学歴）、死亡年月日、死亡時の年齢、居住地等
III 自由な話し合いでの質問事項	ご本人の人となり、ご本人の個人史の概略、亡くなるまでの出来事や経緯、ご本人が亡くなった原因や動機
IV 生活出来事	発達の出来事（就学、就職、子どもができた等）、偶発的な出来事（事故や災害等予測の難しい出来事）と具体的エピソードを尋ねる 「学業・学校生活の出来事」「交際・結婚・性に関する出来事」「仕事・職場の出来事」「経済上の出来事」「身体及び精神健康の問題」「家族に関する出来事」「住居に関する出来事」「災害・違反・訴訟等の出来事」についての質問を設定
V 死亡の状況	自殺の場所、手段、時間帯と経過（発見者、応急措置や治療の有無）、遺書等の有無、自殺前の発言や行動の変化、自殺に関する報道への接触、自殺企図や自傷行為の経験、家族や友人・知人の自殺や自殺未遂
VI 仕事・学業等の状況	職業の種別が「死亡時の職業がフルタイムの勤務、自営業、パートタイムの勤務であった場合」「死亡時の主な職業が30歳以上の生徒・学生及び無職、主婦・主夫であった場合」「死亡時の職業が30歳未満の児童・生徒・学生の場合」に分けてクローズドクエスチョンを設定
VII 経済的問題	収入、借金の有無、借金の影響、生命保険への加入
VIII 生活の質	死亡前1か月前の体調、精神的な状態、経済状況、家族との関係、身体的問題による日常生活への支障、友人や知人との付き合いの頻度、信仰の有無。EQ-5D日本語版を使用した質問項目の設定
IX 全般的な健康状態	亡くなる前1か月の身長、体重、医療機関の受診、診療科、入院経験、命にかかわるまたは日常生活に大きく影響する慢性疾患の有無と内容、睡眠等
X こころの健康問題	ICD-11を参考に、診断カテゴリーすべてにわたって質問項目を設定（神経発達症群、統合失調症又は他の一次性精神症群、うつ病、躁エピソード、社交不安症、パニック発作、全般不安症、広場恐怖症、強迫症、身体醜形症、ためこみ症、抜毛症、心的外傷後ストレス症、解離症、神経性やせ症、神経性過食症、病気不安症（身体症状症）、物質使用症又は嗜癖行動症群、物質使用、ギャンブル行動症、衝動制御症群（秩序破壊的又は非社会的行動症群）、ボーダーラインパーソナリティ症、パラフィリア症群、神経認知障害群、妊娠・出産又は産褥に伴う精神又は行動の疾患）。それぞれ「ない」「たぶんある」「ある」「不明」の選択肢を設定し、「たぶんある」「ある」の場合は、精神科の受診歴や診断の有無を質問
XI こころの健康問題への援助希求	亡くなる1年前の相談経験、受診経験等
XII ご遺族のサポートニーズ	一般社団法人全国自死遺族連絡会、自死遺族等の権利保護研究会の報告書等をご本人の亡くなった後の経験を回答。支えになってくれた人、組織、活動を回答。「困っていること」を回答。WHO-5精神健康状態表簡易版を回答
XIII 調査についての感想	調査についての感想を尋ねる

を使用した調査項目を新設、(4)「X こころの健康問題」について診断カテゴリーほぼすべてにわたって質問項目を設けたこと、(5)「XII ご遺族のサポートニーズ」について一般社団法人全国自死遺族連絡会、自死遺族等の権利保護研究会の報告書[3]を参考に調査項目を新設したことである。CSP基礎調査改訂版の概要を表1に、CSP基礎調査とCSP基礎調査改訂版の比較を表2に示す。

3　調査マニュアル

CSP基礎調査では、調査票と調査マニュアルは独立していたが、CSP基礎調査改訂版では、調査マニュアルは独立して作成せず、調査面接中にも注意事項を参照しやすいよう、調査票の中に留意事項を青字で記載することとした。

表2　CSP 調査票と CSP 調査票改訂版の比較

	CSP 調査票	CSP 調査票改訂版
I 調査の導入部分	調査日、調査員の自己紹介と調査の説明、同意書の取得	変更なし
II ご本人とご家族に関する情報	回答者について（性別、年齢、生年月日、本人からみた回答者の続柄・関係）、家族構成、本人（生年月日、学業年数（最終学歴）、死亡年月日、死亡時の年齢、居住地等	ほぼ同じ（本人の身長、体重を追加）
III 自由な話し合いでの質問事項	死亡の経過、ご本人の人となり	ご本人の人となり、ご本人の個人史の概略、亡くなるまでの出来事や経緯、ご本人が亡くなった原因や動機
IV 生活出来事	回答者用冊子の生活出来事一覧表（学業上の出来事、結婚・交際、職場の出来事、経済上の出来事、健康問題、家族員に関する出来事、違反・訴訟等の出来事、それ以外）、ライフチャート図をもとに具体的エピソードを尋ねる	発達の出来事（就学、就職、子どもができた等）、偶発的な出来事（事故や災害等予測の難しい出来事）と具体的エピソードを尋ねる（ほぼ同じ） CSP 調査票の「V 特定の生活歴」を移行 「学業・学校生活の出来事」「交際・結婚・性に関する出来事」「仕事・職場の出来事」「経済上の出来事」「身体及び精神健康の問題」「家族に関する出来事」「住居に関する出来事」「災害・違反・訴訟等の出来事」についての質問を設定
V 特定の生活歴	学生時代の学業成績、いじめや暴力にあった経験、両親の離婚、両親による暴力の経験、結婚と離婚の経験	IV に移行
VI 死亡の状況	自殺の場所、手段、時間帯と経過（発見者、応急措置や治療の有無）、遺書等の有無、自殺前の発言や行動の変化、自殺に関する報道への接触、自殺企図や自傷行為の経験、家族や友人・知人の自殺や自殺未遂	微調整（自殺に関する報道への接触を、自死の情報にふれた機会として「インターネットや SNS」「自殺対策の啓発」を追加する等）
VII 仕事の状況	主たる役割（自営業、家族従業者、被雇用者（正規雇用・非正規雇用）、主婦／主夫、無職者、学生・生徒、不明）に区分し、就業したすべての仕事、期間、辞めた理由、死亡時の就労形態と業務（分類表による）、交代勤務の有無、就労時間、長時間労働、仕事のつらさの訴えを質問	「VI 仕事・学業等の状況」とする。職業の種別が「死亡時の職業がフルタイムの勤務、自営業、パートタイムの勤務であった場合」「死亡時の主な職業が 30 歳以上の生徒・学生及び無職、主婦・主夫であった場合」「死亡時の職業が 30 歳未満の児童・生徒・学生の場合」に分けてクローズドクエスチョンを設定
VIII 経済的問題	収入、借金の有無、借金の影響、生命保険への加入	微調整
IX 生活の質	死亡前 1 か月前の体調、精神的な状態、経済状況、家族との関係、身体的問題による日常生活への支障、友人や知人との付き合いの頻度、信仰の有無	EQ-5D 日本語版を使用した質問項目の設定等
X 身体的健康	亡くなる前 1 か月の身長、体重、医療機関の受診、診療科、入院経験、命にかかわるまたは日常生活に大きく影響する慢性疾患の有無と内容、睡眠等	微調整
XI 心の健康問題	DSM-Ⅳ（アメリカ精神医学会（APA）による精神障害の統計・診断マニュアル第４版）基準をベースに「アルコール、物質依存および乱用」「気分障害」「精神病性障害」「不安障害」「PTSD」「全般的不安障害」「その他の心の健康問題」についての質問を設定。「心の健康問題に対する援助希求」を質問	ICD-11（世界保健機関（WHO）による国際疾病分類第 11 版）を参考に、診断カテゴリーすべてにわたって質問項目を設定（神経発達症群、統合失調症又は他の一次性精神症群、うつ病、躁エピソード、社交不安症、パニック発作、全般不安症、広場恐怖症、強迫症、身体醜形症、ためこみ症、抜毛症、心的外傷後ストレス症、解離症、神経性やせ症、神経性過食症、病気不安症（身体症状症）、物質使用症又は嗜癖行動症群、物質使用、ギャンブル行動症、衝動制御症群（秩序破壊的又は非社会的行動症群）、ボーダーラインパーソナリティ症、パラフィリア症群、神経認知障害群、妊娠・出産又は産褥に伴う精神又は行動の疾患）。それぞれ「ない」「たぶんある」「ある」「不明」の選択肢を設定し、「たぶんある」「ある」の場合は、精神科の受診歴や診断の有無を質問。「心の健康問題に対する援助希求」は「XI こころの健康問題についての援助希求」として独立
XII 調査員による本人に対する精神障害の診断	DSM-IV 基準をもとに可能性のある精神科診断を調査員が記載（精神科受診歴があればその診断を参考にする）	設定なし
XIII 補足的質問事項	回答者の追加したいことの有無を確認（遺書の内容についてはこのセクションで尋ねる）	設定なし
XIV ご遺族のサポートニーズ	ご遺族のサポートニーズを聞きながら面接を終了させる	一般社団法人全国自死遺族連絡会、自死遺族等の権利保護研究会の報告書等をご本人の亡くなった後の経験を回答。支えになってくれた人、組織、活動を回答。「困っていること」を回答。WHO-5 簡易版を回答
XV 調査終了	面接の終え方は非常に重要（調査の感想を十分に聞く、調査協力の謝意を伝える、調査員が面接を通じて感じたことを伝える、ご遺族の気持ちや困難への対応を行う）	調査についての感想を尋ねる
XVI 調査員が面接終了後に記入する項目	面接所要時間、面接の進み具合、調査中に気づいた課題や改善点等	各セクションについて「適正であった」「改善意見あり」の設問を設け、改善意見の記載を追加

4　回答者用小冊子

改訂内容に対応して修正した。

5　説明書・同意書・同意撤回書

改訂内容に対応して修正した。

Ⅳ　考　察

WHOによると、2000年からの20年間で、世界の年齢標準化自殺率は36% 減少したものの、毎年72万人以上が自殺で死亡、15〜29歳の死因の第3位である［29］。世界と同様、日本でも自殺率は減少してきたが、子供・若者の自殺は高止まり、または増加している。さらに、2022年の小中高生の自殺者数が514人と過去最多となったことを踏まえ、2023年6月に、こども家庭庁が中心となって、こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議が設けられ、2023年6月に「こどもの自殺対策緊急強化プラン」をまとめた［12］。このプランでは、取り組むべき施策の一番目に「こどもの自殺の要因分析」を掲げた。さらに、2025年6月には、2024年の小中高生の年間の自殺者数が529人と過去最多となる等、極めて憂慮すべき事態が生じている状況等に鑑み、こどもに係る自殺対策に社会全体で取り組むことを基本とすること等を基本理念に明記するとともに、こどもの自殺の防止等について学校の責務を明らかにするほか、地方公共団体がこどもの自殺の防止等について必要な情報の交換及び協議を行う協議会を設置することができること等、自殺対策基本法が改正された。こどもの自殺の要因分析における課題は、(1)死後調査における情報収集・整理の質的向上、(2)予防のためのこどもの死亡検証体制整備モデル事業（CDRモデル事業）検証結果資料等の収集・分析、(3)可視化されづらい要因等の把握と「生きているこどもたちの声」の重要性、(4)自殺に至る「プロセス」の解明の4点が挙げられている［4］。個々の自殺に至る背景を探る方法として世界で広く用いられているのは自死遺族の協力を得て行われる心理学的剖検である［14］［19］。子供・若者の自殺の増加のように、時代の変化や社会的潮流の影響が反映される自殺の要因は継続的に研究することが求められる［6］。また、国により自殺の背景は異なる。ビッグデータの解析からは見えてこない自殺の実態の把握には、情報・選択バイアスはあるとしても、自殺に至る経時的なプロセスを知ることのできる、調査項目の制約の少ない、心理学的剖検は欠かせない［5, 15, 19］。オランダでは2017年に10代の自殺が急増し、自殺予防戦略の立案のために全国的な心理学的剖検が実施された［14］。韓国では2011年に「自殺予防及び生命尊重文化醸成のための法律」が制定され［18］、自殺予防国家行動計画において、心理学的剖検システムが整備され、根拠に基づく政策と自死遺族支援にも役立てられている［1, 13］。日本で心理学的剖検が中止されてから9年になる。第一著者は、日本の自殺既遂、自殺企図、自殺念慮について、この10年で公的データの質を検討し、自殺既遂については低下し、自殺企図、自殺念慮については横ばい状態に止まるとまとめた［26］。自殺既遂について低下とした理由は、(1)人口動態統計の分析による「自殺対策のための自殺死亡の地域統計」のような質の高い統計資料が提供されなくなったこと、(2)警察庁「自殺統計」の連続性が失われたこと［2, 27］、(3)自殺実態プロファイルという集計だけが自治体に提供されていることである。また、自殺の心理学的剖検が中止されたままになっていることである。子供・若者の自殺予防を充実させるには、マクロな統計の質を高めるとともに、自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査が不可欠である。

本研究において開発されたツールは、2025年度〜2029年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）基盤研究(B)「自殺対策における共創的（Co-creative）ネットワークの構築を目指した実践研究」（研究代表者小高真美）においてフィージビリティ・スタディさらに本調査が行われる予定である。その成果は本誌にも投稿の予定であるが、心理学的剖検が再び大綱に掲載される国のプロジェクトとなり、自殺対策の発展に寄与することが望まれる。また、子供の自殺が起きたときの背景調査への活用が望まれる。

Ⅴ　結　論

CSPにおいて開発・実施された自殺の心理学的剖検である「自殺予防と自死遺族支援のための基礎調査」のツールをもとに、子供・若者の自殺が増加した現状を踏まえた自殺の心理学的剖検のツールを開発した。この成果物が、自殺総合対策大綱に掲載される国のプロ

ジェクトとなり、自殺対策の発展に寄与することが望まれる。また、子供の自殺が起きたときの背景調査への活用が望まれる。

注

1 EuroQol 5 Dimension の略。健健康関連 QOL を測定するために開発された自己記入式の包括的な評価尺度。1987 年に設立された EuroQol グループが開発し、世界各国で用いられている。

謝　辞

CSP 基礎調査の改訂版「自死予防と遺族支援のための基礎調査」の開発にあたっては、田中幸子、明英彦（一般社団法人全国自死遺族連絡会）、中原のり子（医師の過労死家族会）、はるか（安全な生徒指導を考える会）、渋井哲也（フリーライター）、立森久照（慶應義塾大学）、松本俊彦、河野稔明（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、山内貴史（東京慈恵会医科大学）、廣川聖子（川崎市立看護大学）、橋本貢河、河西将一（川崎市総合リハビリテーション推進センター）等の協力を得ました（敬称略）。誌上を借りてお礼申しあげます。

文　献

[1] Chang SS, Hwang TY, Wu KCC et al: Suicide prevention laws in Japan, South Korea, and Taiwan: Achievements, challenges, and future directions. The PRCP & WACP 2025 Joint Congress in Tokyo, SY-78, 2025.

[2] Inoue K, Takeshima T, Yamauchi T et al: An urgent problem: The major revisions of suicide statistics in Japan greatly hamper the research. Lancet Reg Health West Pac 2023; 39: 100852.

[3] 一般社団法人全国自死遺族連絡会，自死遺族等の権利保護研究会：自死と向き合い，遺族とともに歩む—法律・政策—社会的偏見の克服に向けて—．2023.

[4] 一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター：令和6年度こども政策推進事業費補助金（こどもの自殺対策推進事業）「こどもの自殺の多角的な要因分析に関する調査研究報告書」．2025. https://jscp.or.jp/research/report/cfa-suicidereport-250618.html (2025/10/29)

[5] 科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会（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）：若年者の自殺対策のあり方に関する報告書．2015.

[6] Katsumata Y, Okano T, Takeshima T et al: Exploring factors associated with increased suicides during the COVID-19 pandemic in Japan: A study using data from postmortem examinations conducted in an urban area. PCN Rep 2024; 3: e70005.

[7] 川上憲人，高橋祥友，井上快，他：心理学的剖検に関するフィージビリティスタディに関する研究—自殺の心理学的剖検症例・対照研究の文献レビューと日本における面接票の開発—．平成17年度厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」（主任研究者　北井暁子）総括・分担研究報告書 II，pp 1–9, 2006.

[8] 川野健治，川本静香，菊池美名子，他：遺族支援のための情報提供に関する研究．平成27年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「自殺総合対策大綱に関する自殺の要因分析や支援方法等に関する研究」（研究代表者　中込和幸）．平成25–27年度総合研究報告書，pp 35–62, 2016.

[9] 厚生労働省：令和元年版自殺対策白書．2019.

[10] Kodaka M, Matsumoto T, Yamauchi T et al: Female suicides: Psychosocial and psychiatric characteristics identified by a psychological autopsy study in Japan. Psychiatry Clin Neurosci 2017; 71: 271–279.

[11] Kodaka M, Matsumoto T, Takai M et al: Exploring suicide risk factors among Japanese individuals: The largest case-control psychological autopsy study in Japan. Asian J Psychiatr 2017; 27: 123–126.

[12] こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議：こどもの自殺対策緊急強化プラン．2023.

[13] Lee YJ, Kweon YS, Kang YH et al: Suicide warning signs that are challenging to recognize. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2024; 18: 41.

[14] Mérelle S, Bergen D, Looijmans M et al: A multi-method psychological autopsy study on youth suicides in the Netherlands in 2017. PLoS One 2020; 15: e0238031.

[15] 松本俊彦，小高真美，山内貴史，他：心理学的剖検研究と今後の方向．精神保健研究 2014; 60:

89–96.

[16] 文部科学省：子供の自殺が起きたときの背景調査の指針（令和6年8月改訂版）．2024. https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1400142_00006.htm (2025/10/29)

[17] 内閣府：平成19年版自殺対策白書．2007.

[18] Paik J, Park H, Park J: 韓国の自殺対策（Suicide and Countermeasures in Korea）の現状と課題．自殺予防と危機介入 2020; 40(2): 53–59.

[19] 齊尾武郎：心理学的剖検の機会喪失―コロナ禍の日本における若者と女性の自殺急増は未解明である―．Clin Eval 2022; 50: 101–122.

[20] 高井美智子，川本静香，山内貴史，他：自殺発生から間もない遺族に求められる支援の探索的検討―心理学的剖検研究における自死遺族の語りから―．自殺予防と危機介入 2019; 39(1): 124–131.

[21] 竹島正：自殺対策のこの10年から学ぶこと―精神保健と公衆衛生の狭間で―．精神科治療学 2021; 36: 863–868.

[22] 竹島正，川上憲人，高橋祥友，他：心理学的剖検に関するフィージビリティスタディに関する研究―心理学的のフィージビリティスタディの実施と評価に関する研究―．平成17年度厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」（主任研究者　北井暁子）総括・分担研究報告書II，pp 11–20, 2006.

[23] 竹島正，木谷雅彦，松本俊彦，他：心理学的剖検の実施および体制に関する研究―「自殺予防と自死遺族支援のための基礎調査」面接票の構成と内容―．平成19年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」（主任研究者　加我牧子）総括・分担研究報告書，pp 17–27, 2008.

[24] 竹島正，勝又陽太郎，福永龍繁，他：自殺の心理学的剖検の実施に関する研究．平成22–24年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」（研究代表者　加我牧子）平成22–24年度総合研究報告書，pp 25–35, 2013.

[25] 竹島正：自殺対策における自治体職員のあり方．協働型の地域自殺対策と自治体―持続可能なまちづくりへのアプローチ―．公益財団法人日本都市センター「都市自治体の自殺対策のあり方に関する調査研究」報告書，pp 141–164, 2024.

[26] 竹島正：自殺の疫学と自殺予防―公的データの質は改善されているのか―．こころと文化 2025; 23: 44–53.

[27] 竹島正，山内貴史，井上顕，他：自殺の統計の健全な発展を願う―2022年警察庁自殺統計原票の見直しを踏まえての提案―．自殺予防と危機介入 2024; 44(1): 114–116.

[28] Tanaka T, Okamoto S: Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. Nat Hum Behav 2021; 5: 229–238.

[29] WHO: Suicide worldwide in 2019. 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643 (2025/10/29)

2025年12月16日受理