

自殺総合政策研究

第3巻 第1号



◆原著

- ・2020年におけるCOVID-19パンデミックと1918～1919年におけるスペイン風邪パンデミックにおける自殺率の減少に関する考察
- ・COVID-19パンデミック下の社会的不安 (collective anxiety) が自殺率に及ぼす影響に関する実証的研究
- ・デュルケームのアノミー的自殺の現代的意義

◆報告

- ・新型コロナウイルス感染症に伴う社会的偏見
- ・COVID-19 (新型コロナウイルス感染症) の急激な感染拡大における精神保健的・心理社会的な留意事項

令和2年8月20日
自殺総合政策研究編集委員会事務局

自殺総合政策研究の発行元及び編集委員会事務局の移管について

令和2年4月1日より、「自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等の推進に関する法律」第4条第1項に基づき、一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター（Japan Suicide Countermeasures Promotion Center, JSCP）が発足したことに伴い、自殺総合対策推進センターにおいて発行して参りました自殺総合政策研究は、発行元及び編集委員会事務局をいのち支える自殺対策推進センターに移管いたしました。

自殺総合政策研究は、自殺総合対策の推進に寄与する学際的・国際的観点による研究の成果、科学的根拠（エビデンス）に基づく地域自殺対策に関する研究の成果などを扱うオープンアクセスジャーナルです。日本の自殺総合対策における最先端の学術的成果を国内外に迅速に発信し、実践的研究や政策研究を中心とした原著論文、総説、報告、解説文等を幅広く掲載します。JSCPにおいて引き続き、ウェブサイト及び冊子にて年2回発行して参ります。

自殺総合政策研究

第3巻 第1号

目次

1. 2020年におけるCOVID-19パンデミックと1918～1919年におけるスペイン風邪パンデミックにおける自殺率の減少に関する考察
本橋 豊、木津喜 雅、吉野さやか..... 1
2. COVID-19パンデミック下の社会的不安（collective anxiety）が自殺率に及ぼす影響に関する実証的研究
本橋 豊、木津喜 雅、吉野さやか..... 7
3. デュルケームのアノミー的自殺の現代的意義
本橋 豊、木津喜 雅、藤田幸司、吉野さやか.... 15
4. 新型コロナウイルス感染症に伴う社会的偏見
国際連合児童基金、世界保健機関、国際赤十字・
赤新月社連盟（編）
いのち支える自殺対策推進センター（訳） 22
5. COVID-19（新型コロナウイルス感染症）の急激な感染拡大における精神保健的・
心理社会的な留意事項
World Health Organization（世界保健機関）（編）
いのち支える自殺対策推進センター（訳） 29

原 著

2020年におけるCOVID-19パンデミックと1918～1919年における スペイン風邪パンデミックにおける自殺率の減少に関する考察

本橋 豊*¹、木津喜 雅*¹、吉野さやか*¹

要旨

本研究の目的は、1918～1919年のスペイン風邪パンデミックが自殺率に及ぼした影響を記述疫学的に検証し、2020年の上半期におけるCOVID-19パンデミックによる自殺率への影響と比較することである。1918～1919年の日米両国において、スペイン風邪パンデミックの影響によると考えられる自殺率減少が認められた。しかし、1918～1919年は第一次世界大戦が終了した年にあたり、第一次世界大戦による自殺率減少が両国においても顕著に認められたことから、第一次世界大戦による自殺率減少とスペイン風邪パンデミックによる自殺率減少が相互に影響している可能性も考えられ、その解釈は慎重にする必要があると考えられた。アメリカの1919年から1920年にかけてのスペイン風邪パンデミック時の自殺率減少は日本より大きく、第一次世界大戦による自殺率減少に加えてスペイン風邪パンデミックによる自殺率減少が影響している可能性が示唆された。2020年4～5月に観察されたCOVID-19パンデミック時の自殺率減少は1918～1919年のスペイン風邪パンデミック時に認められた自殺率減少という知見と合致していた。

Keywords : COVID-19、パンデミック、スペイン風邪、自殺率

1. 緒言

2019年11月に中国武漢市で最初の報告例が認められた新興感染症であるCOVID-19（新型コロナウイルス感染症）は2020年に入り世界的な感染拡大（パンデミック）を引き起こし、2020年3月11日には世界保健機関（WHO）はパンデミックを正式に表明するに至った¹⁾。COVID-19の世界的大流行に伴い、この新興感染症の引き起こすメンタルヘルスへの影響も懸念されるようになった。WHOは2020年3月18日に、「Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak」と題する文書を公表し、COVID-19パンデミック下におけるメンタルヘルスの保持増進のための対応の指針を示した²⁾。また、COVID-19パンデミックに伴う失業率増加等の経済状況の悪化がメンタルヘルスの悪化を介して自殺率の増加をもたらすのではないかと懸念が報告されている^{3,4,5)}。COVID-19パンデミックが自殺率増加を引き起こすかどうかについての自殺統

計データに基づく科学的検証は、自殺死亡統計の迅速な報告体制が整備されている国が多くないことから、2020年8月時点において海外からの報告は少ない。

日本では、警察庁の自殺統計原票に基づく自殺統計がデータが収集された翌月には公表されることから、世界的に見ても迅速に自殺率の増減を把握し、詳細なデータ分析を実施することができる体制となっている。日本では2020年4月7日に緊急事態宣言が発せられたが、2020年4月の日本の自殺者数は前年同月と比較して大きな減少を示したことが同年5月に公表され、日本のみならず海外のマスメディアの注目を浴びた⁶⁾。さらに、その後2020年6月までの自殺統計によると、2020年4月と5月の自殺者数は、前年同月に比較して1～2割減少していた。COVID-19パンデミック時の2020年4～6月に日本の自殺者数がなぜ減少したのかについての関係者の関心は高く、学術的観点からその解釈を示すことが求められている。

本研究は、歴史的事件である1918～1919年の

*1 いのち支える自殺対策推進センター 自殺実態分析部

スペイン風邪（スペインインフルエンザ）パンデミックが自殺率に及ぼした影響を記述疫学的に検証し、2020年に起きたCOVID-19パンデミックが自殺率に及ぼした影響と比較することを目的とした。

2. 方法

2020年のCOVID-19パンデミック時において認められた日本の自殺率の減少を記述疫学の観点から分析を行った。詳細な方法と主要な分析結果は既報にて報告したので参照していただきたい⁷⁾。本報告では2020年3～6月の自殺率と前年同月の自殺率の比を算出した。

人口動態統計に基づく1910～1926年の日本の自殺率のトレンド図を作成した。そして、1914～1918年の第一次世界大戦時の自殺率の変動及び1918～1920年のスペイン風邪パンデミック時の自殺率の変動について観察し、第一次世界大戦及びスペイン風邪と自殺率の増減との関連性について検討した。

1910～1926年のアメリカの自殺率データをstatista.comに掲載された論文⁸⁾により取得し、アメリカの自殺率のトレンド図を作成した。そして、1914～1918年の第一次世界大戦時の自殺率の変動及び1918～1919年のスペイン風邪パンデミック時の自殺率の変動について観察し、第一次世界

大戦及びスペイン風邪と自殺率の増減との関連性について検討した。

3. 結果

(1) 2020年のCOVID-19パンデミックにおいて認められた日本の自殺率減少

日本のCOVID-19パンデミック時の2020年3月(16.2)、4月(14.3)、5月(14.5)、6月(14.6)の自殺率は、2019年3月(17.3)、4月(17.5)、5月(17.3)、6月(15.8)の自殺率と比較して、それぞれ6.4%、18.0%、16.0%、7.4%の減少を示した⁷⁾。

図1に2020年3～6月の月別自殺率（自殺日での集計）の減少率（%、対前年同月）を示した。2020年4月と5月は減少率が大きく、それぞれ18.9%、18.5%の減少だった。

(2) 1910～1926年における日本の自殺率の変動及び第一次世界大戦及びスペイン風邪と自殺率の変動との関連性

スペイン風邪パンデミックは1918年3月にアメリカ・カンザス州にあるファンストン陸軍基地の兵営から始まったとされている⁹⁾。日本では1918年4月、台湾巡業中の大相撲力士が急死したことが流行の端緒とされている。さらに、同年5月に横須賀軍港に停泊中の軍艦に患者が発生し、横須賀市・横浜市へと感染が広がった。第1回目

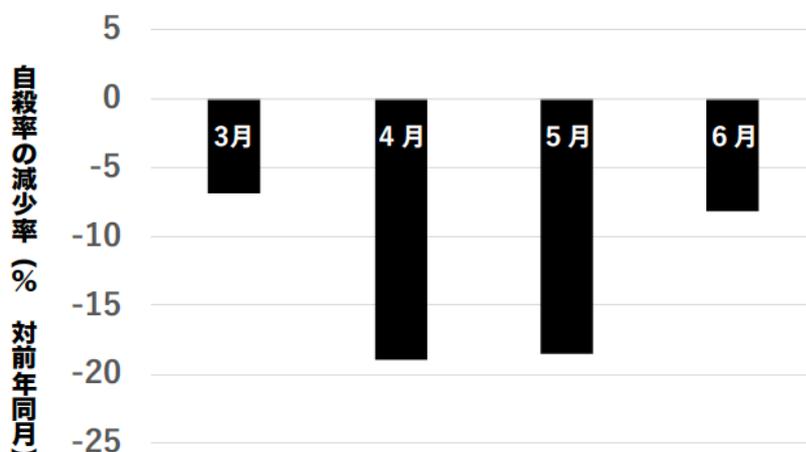


図1 COVID-19パンデミック時の日本における2020年の月別自殺率の減少率

2020年3～6月の自殺率の減少率（% 対前年同月2019年3～6月）を示す。

の流行は1918年8月下旬～9月上旬から始まり10月上旬には全国的流行となった。第2回目の流行は1919年10月下旬～1920年1月末だった。大流行の期間はおおむねピークの前後4週程度だった¹⁰⁾。

1919年の自殺率(18.0)は1918年の自殺率(18.5)と比較して3%の減少を示した。1920年の自殺率(19.0)は1919年と比較して6%増加した。1920年以降1922年まで自殺率は増加傾向を示した。当時の日本の経済状況は、1915年から1920年にかけて第一次世界大戦に伴う特需による「大戦景気」で好況を呈していた。第1回目のスペイン風邪流行は1918年10月であり、「大戦景気」による自殺率への影響も考えらる。それゆえ、1919年の自殺率の減少傾向がスペイン風邪のみの影響によるものかについては断定はできないが、自殺率の増加傾向が抑制された可能性は否定できない。

1923年の関東大震災後の1924年の自殺率(19.1)は、大震災前の1922年(20.1)と比較して5%の減少を示した。また、1925年以降は震災恐慌による影響と考えられる自殺率の増加が認められた。

第一次世界大戦時の自殺率の減少については、大戦開始時(1914年)の自殺率が20.9であったの

に対して大戦終了後(1919年)の自殺率は18.0であり、14%の減少だった。

(3) 1910～1926年のアメリカの自殺率の変動及び第一次世界大戦及びスペイン風邪と自殺率の変動との関連性

1918年3月4日、カンザス州のアメリカ陸軍ファンストン基地で報告されたスペイン風邪は同基地でクラスター感染を引き起こし3月上旬には522人の罹患者が報告された⁹⁾。アメリカで1918年6月までに報告されたインフルエンザによる死者は最大7万5,000人だった¹¹⁾。第二波は1918年8月後半にボストンで始まった。その後、2カ月で流行は北米全土に拡大した。第三波は1919年1月にニューヨークで報告された。欧米での第三波は1919年夏頃までに終息した。1919年の自殺率(11.5)は1917年の自殺率(13.0)と比較して12%の減少を示し、1920年の自殺率(10.2)は1917年と比較して22%の減少を示した。

第一次世界大戦時の自殺率の減少については、大戦開始時(1914年)の自殺率が16.1であったのに対して大戦終了後(1919年)の自殺率は11.5であり、29%の減少だった。スペイン風邪の流行が終息した後の1921～1926年においては、アメリカ経済は空前の好況を示し、禁酒法(1920～1933

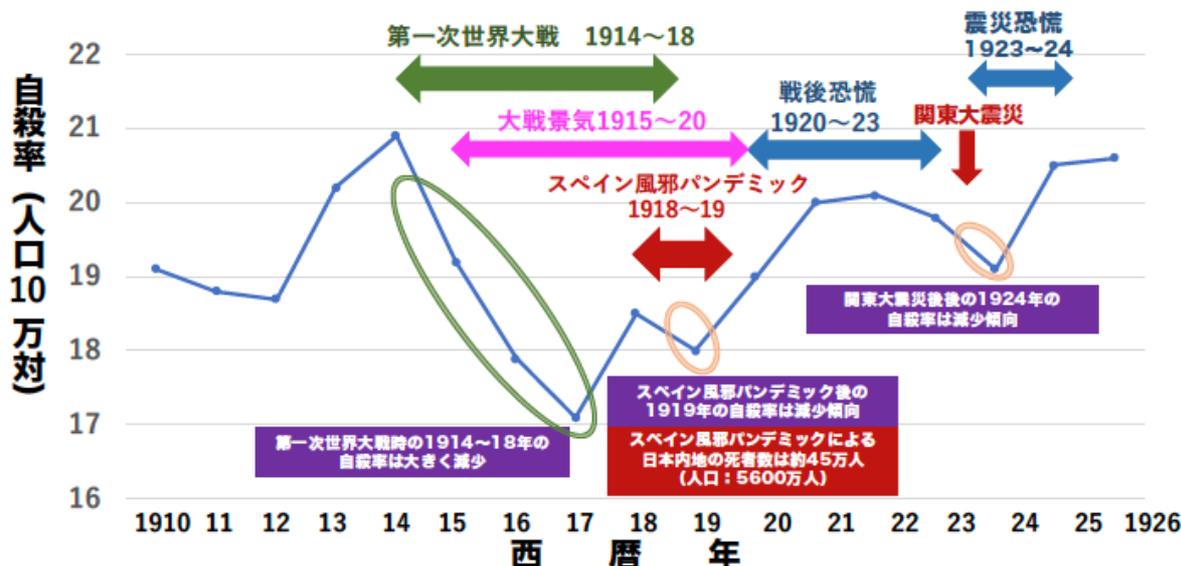


図2 1910～1926年の日本の自殺率の時系列推移と主要な社会的事件

年)が施行されたこともあり、アメリカの自殺率は11.5(1923年)～12.6(1926年)と相対的に低い値で推移した。

図4に、スペイン風邪パンデミック後及び第一次世界大戦終了後の自殺率の減少率を棒グラフとして示した。基準値としては、スペイン風邪流行前の1917年(日本は1918年)、第一次世界大

戦開戦時の1914年とし、それぞれの減少率を算出した。

4. 考察

日本のCOVID-19パンデミック時の2020年4月と5月の自殺率は前年同月と比較して大きく減少していた。既存文献の「大災害(disaster)や社

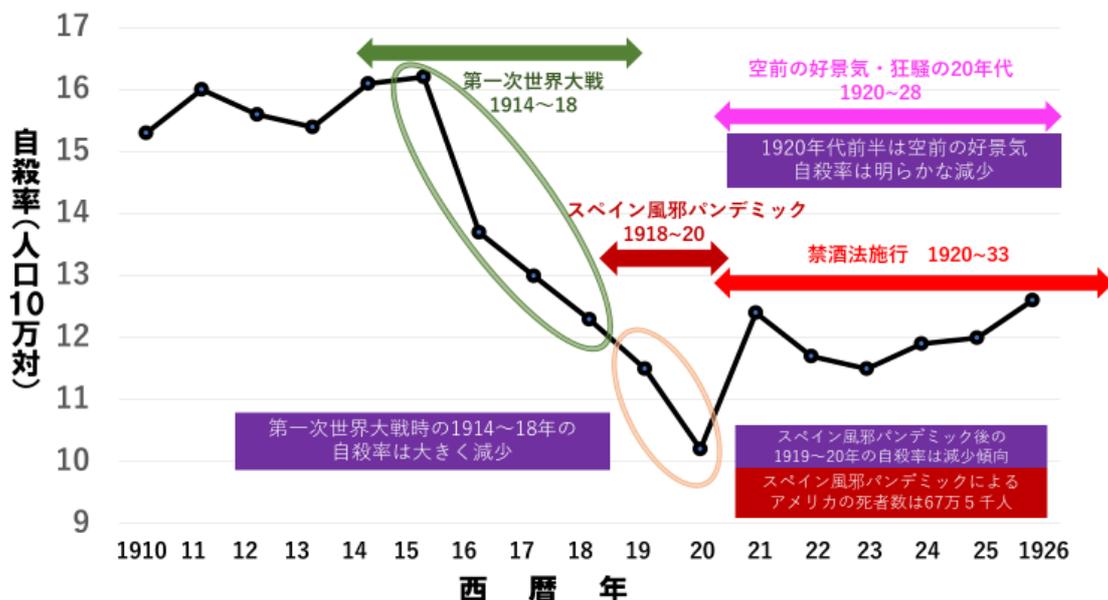


図3 1910～1926年のアメリカの自殺率の時系列推移と主要な社会的事件

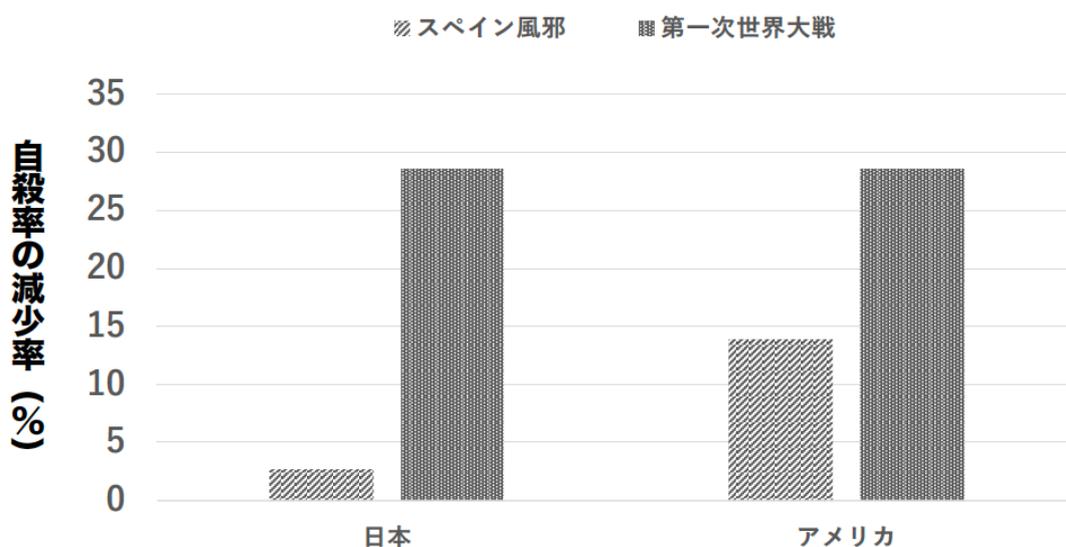


図4 スペイン風邪パンデミック後及び第一次世界大戦終了後の自殺率の減少率

スペイン風邪パンデミック前の1917年(日本は1918年)、第一次世界大戦開戦時の1914年を基準値として減少率を算出。

会的危機 (social crisis) の直後には自殺率は減少する」という報告と合致する知見であり、自殺対策研究者にとっては新規性はなかった。しかし、研究者以外の多くの自殺対策関係者やメディア関係者等にはこの自殺率の減少は理解しにくいと感じられ、専門家に減少理由の説明を求める意見が寄せられた。今回のCOVID-19パンデミックは大地震や大災害のような不可抗力の自然災害ではなく、人々が生命を脅かす危険を脅威と感じ予防可能性のある新興感染症の流行であることから、過去のパンデミックを引き起こした感染症の流行時においても自殺率が減少しているのかという問いに答える必要が生じた。

多くの人々が生命の危機を強く感じる大災害時や社会危機の発生直後に自殺率が減少する現象は、心理社会的には社会的不安 (collective anxiety) の増加による社会的アノミー (anomie) の減弱により自殺のハイリスク者の自殺関連行動の抑制されるためではないかという「社会不安」仮説がひとつの解釈である⁷⁾。「アノミー」はフランスの社会学者デュルケーム (Durkheim, É.) が「自殺論」の中で示した「アノミー的自殺」の概念に由来し、「規範 (norm) が無い (a は否定辞)」ことを意味している¹¹⁾。社会が不安定な状況に置かれると、社会構成員の連帯を規定していた社会的規範が揺らぎ、その結果として構成員の社会的孤立や疎外感の増大がもたらされ自殺者が増加する、というのがデュルケームの仮説である。

21世紀に入って社会問題化した新興感染症としては、SARS (2002～2003年) やMERS (2012～2015年) の世界的な流行が挙げられる^{12,13)}。しかしながら、SARSやMERSの流行は今回のCOVID-19ほどの全世界的な流行には至っておらず、日本においてはSARSやMERSは水際対策の強化で日本国内での流行を防ぐことができた。従って、COVID-19のパンデミックとの比較は必ずしも適当ではないと考えられた。これに対して、約100年前の1918～1919年に起きたスペイン風邪パンデミック時には日本においても多数の死者を出し、当時大きな社会問題となった。そこで、本報

告ではスペイン風邪パンデミック時の自殺率の減少の有無について、日本とアメリカのデータを用いて検証することにした。

その結果、日米両国において、スペイン風邪パンデミックの時期と一致した自殺率の減少が認められた。スペイン風邪パンデミックは1918～1919年は第一次世界大戦が終了した時期と重なっており、戦争期間中の自殺率の減少が両国においても認められたことから、第一次世界大戦による自殺率の減少とスペイン風邪パンデミックによる自殺率が相互に影響している可能性も考えられ、その解釈は慎重にする必要があると思われた。しかし、日本の自殺率は1917年以降増加傾向を示すことが予想されたにもかかわらず1919年に減少を示したことは、スペイン風邪パンデミックの影響であることを示唆しているものと推測される。一方、アメリカの1919年から1920年にかけての自殺率の減少は加速しているように思われ、第一次大戦による自殺率の減少に加えてスペイン風邪パンデミックによる自殺率の減少の影響が示唆された。

図4に示すように、スペイン風邪パンデミックによると推察される自殺率の減少は第一次世界大戦による自殺率の減少より減少幅が小さいことから、戦争による自殺率減少の影響はより強いものと推察された。

以上、1918～1919年において、日米両国においてスペイン風邪パンデミックによると考えられる自殺率の減少が認められ、2020年のCOVID-19流行時の自殺率の減少は過去の知見と合致するものと考えられた。今後、日本の日別自殺者数の時系列データの変動を詳細に分析することで、COVID-19パンデミックと自殺率の関係についてさらに検証をしていくことが必要である。

付記 開示すべきCOI状態はない。

受付 2020.8.10

受理 2020.8.27

引用文献

- 1) 日本経済新聞（電子版）：WHO 事務局長、新型コロナウイルス「パンデミック」と表明。2020年3月12日。
- 2) WHO: Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020, Geneva, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>
- 3) Kawohl W., Nordt C.: COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet psychiatry* 2020 May; 7(5):389-390.
- 4) Klomek A.B.: Suicide prevention during the COVID-19 outbreak. *Lancet psychiatry* 2020;7(5):390.
- 5) Gunnell D., Appleby L., Arensman E., Hawton K., John A, Kapur N., Khan M, O'Connor R.C., Pirkis J.,: COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration: Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020 Jun;7(6):468-471.
- 6) The Guardian (Gavin Blair in Tokyo): Japan suicides decline as Covid-19 lockdown causes shift in stress factors. Thu 14 May 2020 05.30 BST. (2020年8月10日閲覧)
- 7) 木津喜雅、吉野さやか、本橋豊：社会的不安 (collective anxiety) の概念とその影響に関する実証的研究。自殺総合政策研究、3 (1)、印刷中。
- 8) Aaron O'Neill : Changes in homicide and suicide rates during Prohibition in the US 1900-1950. Jan 16, 2020. <https://www.statista.com/statistics/1088644/homicide-suicide-rate-during-prohibition/>
- 9) Sara Francis Fujimura. The Great Flu of 1918. https://www.paho.org/English/DD/PIN/Number18_article5.htm (2020年8月10日閲覧)
- 10) 国立感染症研究所感染症情報センター：インフルエンザ・パンデミックに関する Q&A. <http://idsc.nih.gov/disease/influenza/pandemic/QA02.html> (2020年8月10日閲覧)
- 11) デュルケーム (Durkheim, É.) 宮島喬訳：自殺論、中公文庫、中央公論社、東京、1985年。
- 12) 厚生労働省：重症急性呼吸器症候群 (SARS) 関連情報。平成16年1月。 <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou05/index.html>
- 13) 厚生労働省：中東呼吸器症候群 (MERS) について。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/mers.html>

原 著

COVID-19 パンデミック下の社会的不安 (collective anxiety) が
自殺率に及ぼす影響に関する実証的研究

本橋 豊 *1, *2、木津喜 雅 *1, *2、吉野さやか *1

要旨

本研究の目的は、2020年3月以降のCOVID-19に対する社会的不安の高まりを、Google Trendsを用いて特定の単語の検索数の日別変動を調べ、社会的不安 (collective anxiety) の代理変数 (proxy variable) となりうる単語を探索し定量的に評価した。代理変数の候補として「コロナ」が抽出され、この単語の検索数の日別変動と自殺者数の日別変動との相関を調べることにより、社会的不安が自殺者数の増減にどのような影響を及ぼしているかを検討した。ジョインポイント分析の結果、自殺者数は2月1日から3月31日まで増加、4月1日から4月19日まで減少、4月20日から4月30日まで増加していた。4月1日と4月20日が統計学的に有意な変曲日だった。Google Trendsによる「コロナ」の検索数は、2020年3月22日前後から劇的に増加し、4月9日が最大のピークとなり、それ以後は徐々に減少傾向を示した。3月23～25日の東京都知事による「ロックダウン」発言や3月28日の有名芸能人のコロナ関連死の報道が社会的不安の醸成に寄与したものと推測され、3月下旬に認められた「コロナ」検索数の急増は社会的不安の醸成を反映したものと考えられた。「コロナ」検索数と自殺者数の相関分析の結果、統計学的に有意な負の相関が認められ ($R^2=0.035, p<0.01$)、「コロナ」検索数が増加すると自殺者数が減少するという傾向が認められた。以上より、「コロナ」検索数は社会的不安を反映する有用な代理変数と考えられた。今後、自殺者数の日別時系列データを活用して、一連のCOVID-19対策の政策評価を実証的に進めることが重要であると考えられた。

Keywords : COVID-19、パンデミック、社会的不安、Google Trends、代理変数

1. 緒言

2020年に起きた日本のCOVID-19パンデミックにおいて、日別の全国の自殺者数 (男女総数) の時系列変動を観察すると、3月下旬までは自殺者数が増加傾向にあったが、4月1日前後より減少傾向となった。2020年3月から全国の小中高校の学校閉鎖という社会的影響力の大きいCOVID-19対策が政治主導のもとで実施され^{1,2)}、COVID-19という新興感染症に対する漠然として不安が、完全失業率の漸増という雇用環境の悪化とともに広がっていったものと推測される。

3月24日、東京オリンピック延期問題にほぼ決着がつき³⁾、首都東京におけるCOVID-19問題が、あらためてクローズアップされることになった。

3月22～25日における東京都知事の「ロックダウン」発言⁴⁾は、マスメディアを介して広く社会に浸透し、「ロックダウン」という目新しい言葉とともに、治療法や予後に不安が残る新たな感染症に対する明確な不安が国民の間に醸成していったと推測される。

COVID-19パンデミック時の2020年4～6月に、完全失業率の増加にもかかわらず、日本の自殺者数が減少した理由について、本報告では3月20日以降の社会的不安 (collective anxiety) の高まりが一定の役割を果たしたのではないかという仮説を提示する。

社会的不安 (collective anxiety) とは、例えば、COVID-19の感染拡大により自らが感染するのではないかというような個人的不安がマスメディアやソーシャルメディア等を通じて社会全体に広がり、多くの社会構成員がCOVID-19の感染拡

*1 いのち支える自殺対策推進センター 自殺実態分析部

*2 共同筆頭著者 (equal contribution)

大に伴う不安を共有することになる状況である。COVID-19 パンデミック後の社会的不安については、海外文献では言及されているが、明確な定義は示されていない^{5,6)}。不安が社会全体に広がったというような根拠が曖昧な主観的な概念では、定量的データの分析に基づく実証的研究にはつながらない。そこで、本研究では社会的不安を以下のように定義し、定量可能な代理変数 (proxy variable) を用いた客観的分析を行った。

「社会的不安 (collective anxiety) とは、死への恐怖を伴う社会的危機 (COVID-19 パンデミック、大震災等) が高まることにより、対象となる社会全体にその危機が明確に感知され (perceive)、結果として、対象とする社会構成員に集団として共有される不安の存在が定量可能な代理変数により客観的に把握できるものを言う」

本報告では、3月以降の COVID-19 に対する社会的不安の高まりを Google Trends の社会的不安に関連すると予想される用語を探索した。そして、検索数の日別変動を調べることにより、代理変数となりうるかを検討し、定量化することを試みた。さらに、警察庁より入手した自殺者数の日別変動と Google Trends の社会的不安の代理変数候補となる単語の検索数の日別変動との相関を調べることにより、社会的不安が自殺者数の増減にどのような影響を及ぼしているかを検討した。

なお、精神医学診断学では、social anxiety disorder という疾患概念が確立されており⁷⁾、「社交的不安障害」という日本語訳が定められている。social anxiety は個人レベル、臨床レベルで観察される障害について名称が付されたものであり、集団レベルでの不安を意味する社会的不安 (collective anxiety) とは別の概念であることに留意する必要がある。

2. 方法

2020年2月1日から4月30日までの日別の全国の自殺者数 (男女総数) を警察庁生活安全課の協力により入手した。日別の自殺者数の時系列のトレンド図を作成し、時系列推移を観察した。

さらに、時系列データに対してジョインポイント分析を行い^{8,9)}、自殺者数が統計学的に有意に減少あるいは増加に転じた日を推定した。日別自殺者数の時系列データのトレンド図で自殺者数の増減の傾向を観察した後、主要な社会出来事の発生日と照らし合わせて、質的に社会的出来事と自殺者数の増減の関係を考察した。

社会的不安を反映する代理変数となりうる単語を探索するため、COVID-19 の社会的不安を反映しうると考えられる単語を研究チーム内で検討し、代理変数の候補となる単語を絞り込んだ。検討した単語は以下のものだった：コロナ、不安、相談、苦しい、悩み、死にたい、助けて、消えたい、孤独、緊急事態宣言、対策、死亡、クラスター、政府、首相、PCR 検査、休業補償、不要不急、濃厚接触、アベノマスク、自粛、StayHome、オーバーシュート、感染経路、感染拡大、医療崩壊。

以上の単語について、Google Trends を用いて、2月～4月の日別の検索数を算出し、2～4月の検索数の時系列データを作成した。

日別自殺者数と Google Trends による単語の日別検索数の相関を調べ、自殺者数と相関の強い用語を抽出した。代理変数となりうる候補として抽出した単語は以下の3個だった：「コロナ」、「不安」、「ロックダウン」。

統計学的検定は有意水準5%として行った。

3. 結果

(1) 2020年2月から4月における自殺者数の増減のジョインポイント分析による解析結果

図1に日別自殺者数の時系列推移と主要な社会的出来事の発生日を記した。

2020年の2月から4月にかけての日本の日別自殺者数は、ジョインポイント分析の結果、2月1日～3月31日は緩やかな増加傾向を示し、4月1日～4月19日は減少傾向を示した。4月20日～30日は再び増加傾向を示した。4月1日と4月20日はジョインポイント分析により統計学的に有意な変曲日であることが示された。

日別自殺者数の時系列変動と同時に Google

Trends による「コロナ」の日別検索数を示した。「コロナ」の検索数は、2020年3月22日前後から劇的に増加し、4月9日が最大のピークとなり、

それ以後は徐々に減少傾向を示した。3月23～25日の東京都知事による「ロックダウン」発言や3月28日の有名芸能人のコロナ関連死の報道が社

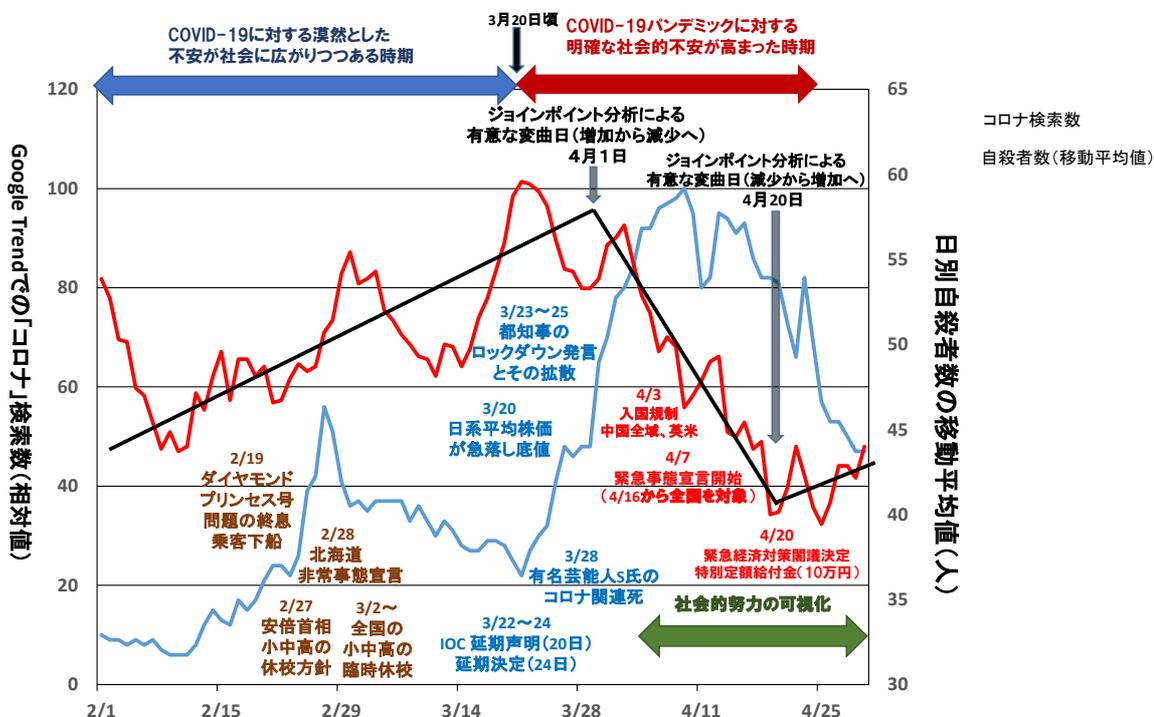


図1 自殺者数の日別変動のジョインポイント分析結果と Google Trends による「コロナ」の日別変動の時系列変動。「コロナ」の検索数が増加すると自殺者数は減少した。



図2 Google Trends による「コロナ」及び「ロックダウン」の日別検索数の時系列変動。「ロックダウン」の検索数は3月30日をピークとする急激な増加が認められたが、その後は急速に減少した。

会的不安の高まりに寄与したものと推測され、「コロナ」の検索数の急増は社会的不安の高まりを反映する形で増加を示したものと考えられた。図1で示された4月以降の日別自殺者数の減少の直前の3月下旬(正確には3月21日)から「コロナ」検索数が急激に増加し、「コロナ」検索数の増加した時期に一致して日別自殺者数の減少が認められた。なお、「不安」という単語の検索数は「コロナ」と比べて少なく十分な分析は難しいと判断されたため、最終的な分析からは除外した。

図2には、Google Trendsによる「コロナ」と「ロックダウン」の日別検索数の時系列推移を示した。3月23~25日の東京都知事による「ロックダウン」発言の報道による社会的影響が大きかったことが、「ロックダウン」の検索数の推移により推定される。「ロックダウン」の検索数は3月23日頃から増加し、3月30日をピークに急激に減少した。「ロックダウン」の検索数は日単位の一過性の増加だったのに対して、「コロナ」の検索数の時系列推移は月単位で増減する推移を示した。

(2) Google Trends を用いた代理変数候補「コロナ」の日別検索数と日別自殺者数との相関分析
Google Trends で調べた代理変数候補となる単

語の中で、相関分析の結果、自殺者数と強い相関を示した単語は「コロナ」だった。

図3に「コロナ」日別検索数と日別自殺者数の相関分析の結果を示した。両者の間には統計学的に有意な負の相関が認められ ($R^2=0.031, p<0.01$)、「コロナ」検索数が増加すると自殺者数が減少する傾向が認められた。

4. 考察

日別「コロナ」検索数は社会的不安 (collective anxiety) を反映する有用な代理変数と考えられた。3月20日頃を境に Google Trends による「コロナ」検索数は急激に増加傾向を示したが、この増加は東京都知事の「ロックダウン」発言による情報発信とほぼ一致しており、「ロックダウン」という新規性のある英単語のインパクトとともにメディアを通じて社会的不安が拡大したのではないかと推測される。また、3月28日に有名芸能人 S 氏が急死したとの報道¹⁰も社会的不安の拡散に影響したものと推測される。このように、3月20日から3月31日までの間に、COVID-19 パンデミックに対する社会的不安を高める可能性のあるニュースがメディアを通じて社会に広く拡散され、

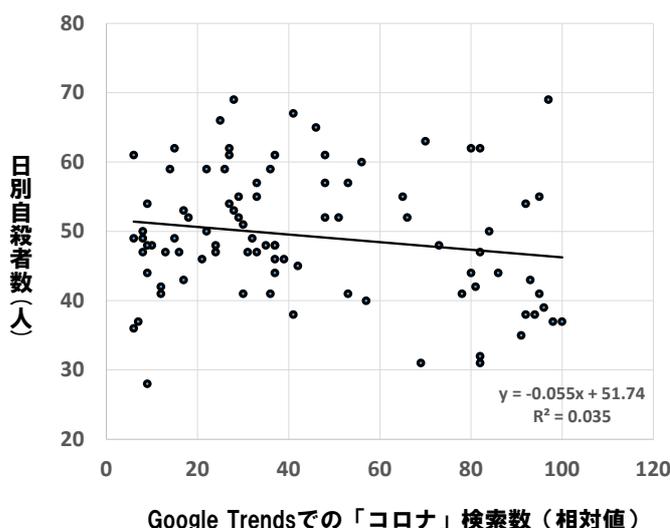


図3 Google Trends による「コロナ」の日別検索数と日別自殺者数の相関。
両者は統計学的に有意な負の相関を示した ($R^2=0.035, p<0.01$)。

COVID-19 パンデミックに対する明確な社会的不安が醸成されたと考えられる。以上より、Google Trends による「コロナ」の日別検索数は社会的不安の代理変数のひとつと考えられた。「コロナ」検索数が COVID-19 に対する社会的不安を反映する代理変数と考えると、3月20日～3月31日において「コロナ」検索数が急増した後の4月1日に自殺者数が減少傾向に転じたこと、及び「コロナ」検索数が減少傾向を示し始めた4月20日から自殺者数が増加傾向へと転じたことの解釈が容易になる。すなわち、社会的不安が高まると自殺者数は減少し、社会的不安が緩和すると自殺者数は増加したとの解釈することができる。

社会的不安の高まる時期に一致して自殺者数が減少する傾向は、過去の大震災¹¹⁾、¹²⁾や大災害においても認められた。例えば、阪神淡路大震災後の神戸市の自殺率は発災後2年間において減少した¹¹⁾。また、東日本大震災後の被災3県の自殺率も減少したことが報告されている¹²⁾。海外の報告では、アメリカにおけるハリケーンカトリーナの被災地における自殺率の減少が報告されている¹³⁾。

大震災後や大災害後の被災地における自殺率の減少は、コミュニティの崩壊や身近に死を日常的に実感する平常時とは異なる社会環境に曝されることによる社会的不安の高まり、社会的アノミーの減弱による社会的連帯感の高まり¹¹⁾などが心理社会的に自殺関連行動の抑止につながるものと考えられる。また、被災後の外部からのさまざまな支援活動や新たな社会的紐帯の形成、経済面・生活面等における生活支援の充実、被災地における献身的な保健医療サービスの提供などの手厚い社会的支援¹²⁾が結果として自殺の保護要因として機能するものと推測される。

COVID-19 パンデミックは、衣食住の社会的インフラストラクチャーを物理的に崩壊させる大震災・大災害とは異なり、社会の生活基盤は大きく壊されることはない点で、大震災・大災害とは区別して考える必要があると思われる。その社会的影響は、むしろ緊急事態宣言による外出自粛や

三密を避ける「新しい生活様式」の提案など¹⁴⁾、人々の行動面と社会的接触を制限するものであり、感染リスクへの不安ともあいまって、精神保健面での影響が早い時期から指摘されている。WHO は 2020 年 3 月 18 日に「Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak」を公表しており、感染リスクに対する対策とともにメンタルヘルス対策の重要性が強調されている¹⁵⁾、¹⁶⁾。また、新たな感染症に対する社会的偏見の拡大も、COVID-19 の感染拡大とともに懸念が広がっている。

COVID-19 パンデミックに伴う社会経済活動の停滞が失業率の増加を引き起こし、自殺率を増加させる可能性については、多くの専門家が注意を喚起している¹⁷⁾、¹⁸⁾。2020年4～6月の自殺率は失業率の増加にもかかわらず減少した。減少の理由は一つの要因だけで説明できるものではないことは、自殺の増減は数多くのリスク要因と保護要因のバランスの中で決まる¹⁹⁾という自殺対策学の共通認識から考えれば当然のことである。この共通認識は、自殺総合対策大綱では「自殺対策は、社会における『生きることの阻害要因』を減らし、『生きることの促進要因』を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる」と書かれている²⁰⁾。このように、2020年4月の自殺率の減少は、本報告で提示した社会的不安の増大による自殺関連行動の抑制という仮説で説明することが可能である。Google Trends による「コロナ」検索数の日別変動は社会的不安を的確に反映する代理変数と考えられ、社会的不安の増大と自殺率減少を実証的に検証することができた。

その他に重要な視点は、政府や地方自治体が2020年1月以来実施してきた COVID-19 対策²¹⁾の関連である。個別の政策の評価を施策の実施中に行うことは難しいので、正確な個別の政策評価については言及できない。しかし、2月から実施されている雇用調整助成金制度の弾力的運用、4月に社会にアナウンスされた特別定額給付金の支給（本格的な事業開始は5月以降）、持続化給付金の支給、緊急事態宣言下における外出自粛のメ

ンタルヘルスへの影響、雇用保険受給制度の弾力的運用等、生活困窮者自立支援制度と自殺対策の連携、SNS 相談事業の緊急的対応等、社会のセーフティネットを強化するさまざまな取組が国、地方自治体で精力的に行われてきた。

今回検討した 2020 年 4 月に自殺率の減少については、「社会的努力の可視化」も一定の役割を果たしているのではないかと考えられた。「社会的努力の可視化」とは、政府や地方自治体の COVID-19 対策の「施策の見える化」が自殺率の減少に寄与している可能性を考慮するものである。具体的には、3 月下旬から 4 月にかけて、緊急事態宣言の可能性を踏まえた外出自粛の要請、政府によるマスクの全国民への配布事業のニュース、全世帯に対する特別定額給付金の支給のニュース、持続化給付金の支給のニュース等がマスメディアを通じて広く提供された。例えば、特別定額給付金の支給のニュース²²⁾では、30 万円から 10 万円に支給額が変更になり、原則として所得制限なく国民が給付を受けられるという「良いニュース」

だったため、国民の関心は当然高いものとなり、心理的には自殺関連行動を抑制する要因のひとつになった可能性が考えられる。個別の政策の有効性を日別自殺者数の時系列変動データを用いて検証することは可能であると考えられるので、今後、このような政策科学的な実証研究を進めることが重要である。

図 4 に、著者らが現時点で考える 2020 年 4 月の自殺率の減少に関する試論的な仮説を示した。この仮説は自殺率の減少を説明する仮説のひとつである。社会的不安及び社会的努力の可視化が自殺率の減少に寄与した可能性がありうること、そして社会的不安の高まりは、社会的統制 (Intégration sociale) が弱まり社会的規範 (Régulation sociale) が緩むという Durkheim が提示した社会的アノミー²³⁾の減弱を介して、自殺率を減少させる可能性があることを示唆した。

付記 開示すべき COI 状態はない。

受付 2020.9.19
受理 2020.10.25

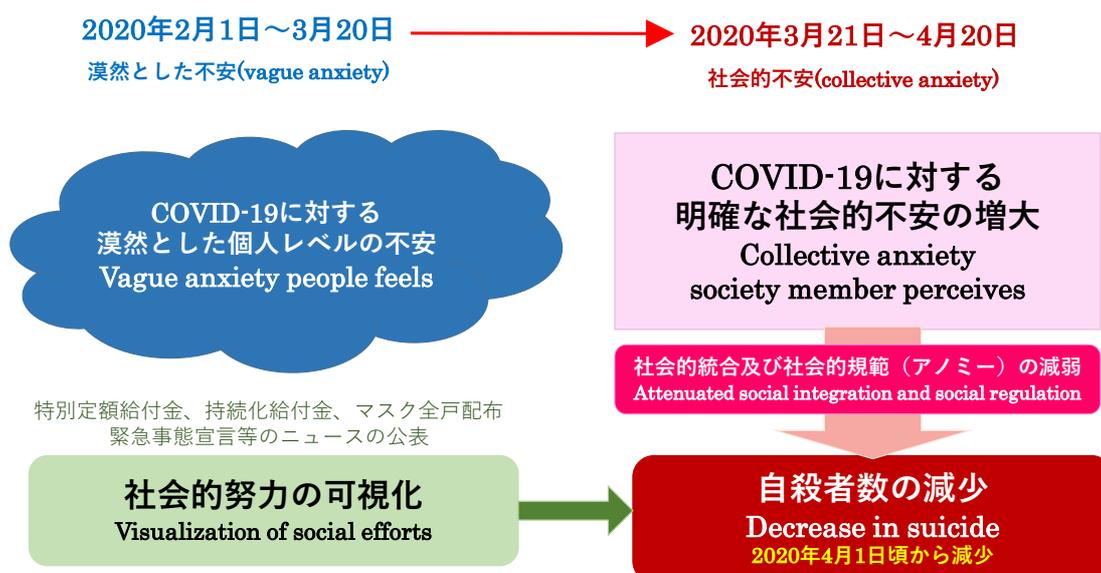


図 4 2020 年 4 月の自殺者数の減少に関する試論的仮説の提示。COVID-19 に対する社会的不安の高まりと社会的努力の可視化が自殺者数の減少に寄与した可能性があるとの仮説である。

引用文献

- 1) 首相官邸ホームページ：新型コロナウイルス感染症対策本部（第15回）、令和2年2月27日。 https://www.kantei.go.jp/jp/98_abe/actions/202002/27corona.html
- 2) 首相官邸ホームページ：安倍内閣総理大臣記者会見。令和2年2月29日 https://www.kantei.go.jp/jp/98_abe/statement/2020/0229kaiken.html
- 3) 首相官邸ホームページ：国際オリンピック委員会 (IOC) バッハ会長との電話会談についての会見。令和2年3月24日 https://www.kantei.go.jp/jp/98_abe/actions/202003/24bura.html
- 4) 東京都：知事の部屋 GOVERNOR'S OFFICE、小池知事「知事の部屋」／記者会見（令和2年3月25日） <https://www.metro.tokyo.lg.jp/tosei/governor/governor/kishakaiken/2020/03/25.html>
- 5) Winter E: Collective anxiety during the pandemic crisis. Why bad news turns us on , and good news bores us. Psychology Today. Posted at 29 March 2020. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/feeling-smart/202003/collective-anxiety-during-the-pandemic-crisis>. (2020年8月28日閲覧)
- 6) The Wire: Collective Anxiety: We Must Not Forget the Mental Agony Caused by a Pandemic. 5 April 2020. <https://science.thewire.in/health/pandemic-collective-anxiety-grieving-palliative-care/> (2020年8月28日閲覧)
- 7) Mayo Clinic: Social anxiety disorder (social phobia). <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/social-anxiety-disorder/diagnosis-treatment/drc-20353567>. (2020年8月28日閲覧)
- 8) Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN: Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. Stat Med Feb 15,19(3),335-51, 2000.
- 9) National Cancer Institute, Division of Cancer Control & Population Sciences: Joinpoint Trend Analysis Software. <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/> (2020年8月28日閲覧)
- 10) 朝日新聞デジタル：タレントの志村けんさん死去 70歳 コロナ感染で入院. 2020年3月30日。 <https://www.asahi.com/articles/ASN3Z3D71N3TUCLV004.html> (2020年8月28日閲覧)
- 11) Nishio A, Akazawa K, Shibuya F, Abe R, Nushida H, Ueno Y, Nishimura A, Shioiri T. Influence on the suicide rate two years after a devastating disaster: a report from the 1995 Great Hanshin-Awaji Earthquake. Psychiatry Clin. Neurosci 2009; 63(2): 247-250.
- 12) 眞崎直子、橋本修二、川戸美由紀、尾島俊之、竹島 正、松原みゆき、三徳和子、尾形由起子、人口動態統計に基づく東日本大震災後の自殺死亡数：岩手県・宮城県・福島県の沿岸部と沿岸部以外の推移日公衛誌 2018 ; 65 (4) : 164-169.
- 13) The Hurricane Katrina Community Advisory Group: Mental Illness and Suicidality after Hurricane Katrina. Bull World Health Organ. 84 (12): 930-939, 2006 December.
- 14) 厚生労働省ホームページ：新型コロナウイルスを想定した「新しい生活様式」の実践例を公表しました。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_newlifestyle.html (2020年8月28日閲覧)
- 15) WHO: Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020, Geneva, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020>.
- 16) WHO. COVID-19 (新型コロナウイルス感染症) の急激な感染拡大における 精神保健的・心理社会的な留意事項. 2020年3月18日、WHO、ジュネーブ、2020。(いのち支える自殺対策推進センター訳)
- 17) Kawohl W: COVID-19, unemployment, and suicide. The Lancet Psychiatry,7(5),389-390, 5 May, 2020.
- 18) Klomek AB: Suicide prevention during the COVID-19 outbreak. 7(5), 390, 1 May, 2020.

- 19) 本橋 豊：アメリカの自殺予防対策. In:本橋豊・高橋祥友・中山健夫・川上憲人・金子善博（編）STOP!自殺世界と日本の取り組み、海鳴社、122-141, 2006.
- 20) 厚生労働省：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）2017. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/taikou_h290725.html
- 21) 新型コロナウイルス感染症対策本部（首相官邸）：新型コロナウイルス感染症緊急経済対策～国民の命と生活を守り抜き、経済再生へ～（令和 2 年 4 月 7 日閣議決定）. https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/200407kinkyukeizaitaisaku.pdf
- 22) 毎日新聞：首相、補正予算案組み替えへ 現金 10 万円一律給付 「30 万円」は取りやめ方針. 2020 年 4 月 16 日.
- 23) デュルケーム (Durkheim, É.) 宮島 喬 訳：自殺論. 東京：中央公論社. 1985.

 総 説

デュルゲームのアノミー的自殺の現代的意義

本橋 豊 *1、木津喜 雅 *1、藤田幸司 *1、吉野さやか *1、

1. はじめに

2019年冬に始まった COVID-19 の世界的大流行（パンデミック）は世界のほとんどすべての国において社会の秩序を混乱させ、その混乱は今なお続いている¹⁾。2002～2003年の SARS の流行²⁾、2012年～2015年の MERS の流行³⁾ は新興感染症の脅威に現代社会が危ういことを示唆したが、今回の COVID-19 のパンデミックは再び現代社会における感染症の脅威に対する脆さを露呈させた。日本においては、2020年1～2月の横浜港に停泊した豪華客船ダイヤモンドプリンセス号内の乗客・乗組員の COVID-19 の感染拡大が閉鎖空間における未知の感染症の怖さを世の中に知らしめた⁴⁾。この豪華客船の感染拡大の騒動が終息した後、3月以降に日本国内の COVID-19 パンデミックにつながっていったことで、多くの国民は漠然とした不安と恐怖の中で社会生活を送ることになったと思われる。テレビ、新聞、ソーシャルメディア等を介した COVID-19 の連日のおびただしい報道や感染症の「専門家」による過剰な解説は、一般国民にとって未知の感染症の正体を知るといった関心を満たす意義はあったが、同時に過剰な情報に暴露されるという、いわゆるインフォデミック（infodemic；情報の大流行）⁵⁾ のために人々が過度の不安を抱えて日常生活を送るという体験をもたらしたものと推測される。2020年3月18日に WHO（世界保健機関）は「COVID-19（新型コロナウイルス感染症）の急激な感染拡大における精神保健的・心理社会的な留意事項」というレポートを公表した⁵⁾。このレポートの中でメディアが人々の不安をかき立てることでメンタルヘルスの悪化をもたらされる可能性があることから、社会的つながりが希薄になっている人

へのメッセージの中で「急激な感染拡大に関するニュース番組が連日のように配信されることで、誰が不安や憂鬱を感じてもおかしくはない。保健医療専門のウェブサイトや WHO 公式ウェブサイトから1日のうち決められた時刻に提供される情報更新や実践的なガイダンスを探し、気分が落ち着かなくなるような噂話には耳を傾けず、その情報を追おうとしないこと」という提言をしている。

COVID-19 に対する特異的な治療薬やワクチンの開発が急がれる中、COVID-19 の第一波において、海外では都市の大規模なロックダウンが行われ、我が国では法令に基づく感染者の入院と隔離、緊急事態宣言に基づく外出自粛と社会的接触の制限、緊急経済対策等の対策が矢継ぎ早に行われた⁶⁾。いずれも非特異的な公衆衛生学的対策であるが、COVID-19 の感染拡大の防止には有効だったと考えられる。日本の外出自粛・社会的接触制限の施策は感染拡大には有効だったと思われるが、同時に社会的孤立や心理的ストレスの増大をもたらし人々の精神的健康（メンタルヘルス）に影響を及ぼす可能性が指摘された⁷⁾。また、経済活動の停滞に伴う雇用環境や経済環境の悪化により失業率が増加し、求職者に対する心のケアが必要であるとの対策も示されるようになった⁸⁾。

2020年3月下旬から4月上旬にかけて、東京都知事によるロックダウン発言や緊急事態宣言が出される可能性についてのメディア報道がなされ、国民には COVID-19 の感染拡大が深刻になりつつあるとの認識が広まったものと推測される。ところが、失業率が増加しているにもかかわらず、4月及び5月の自殺者数は前年同月と比べて顕著な減少（18%及び16%の減少）を示したことが明らかになり⁹⁾、なぜ4月・5月の自殺者は増加せず減少したのかについてその理由を知りたいとの声が聞かれるようになった。

*1 いのち支える自殺対策推進センター 自殺実態分析部

専門家はどのように答えるべきなのだろうか？

「誰も正確にはその理由はわからない」と言う回答が正解に近いと思われる。しかし、少しでも納得ができる理由を聞かせてほしいとの要望も聞かれた。

本報告は、そのような難題に正面から答えるという趣旨のものではない。ひとつの可能性として、デュルケーム (Durkheim) の自殺論^{10,11)}で提起された「アノミー」という概念がその理由になりうるかもしれないという謙虚な立場から、デュルケームのアノミー論とその現代版ともいうべきパットナム (Putnam) のソーシャル・キャピタル論¹²⁾を紹介するものである。

2. デュルケームは自殺論でアノミーをどのように記述しているか？

大災害や大震災の直後に自殺者が減少することは多くの学術論文の報告^{13,14)}があり、自殺研究に従事した者には、この現象は新規性のあるものではない。社会的危機状況下における自殺の減少は第一次世界大戦時の日本や米国において共通に認められる公衆衛生学的事実である¹⁵⁾。その理由として、死の恐怖に日常的に曝されている社会では、人々の社会的統合 (social integrity) や社会的規制 (social regulation) が高まる傾向があり、アノミーが減弱するために自殺が減少するというものである^{10,11)}。ただし、デュルケームは、アノミーが自殺を増加させる可能性もあることを経済的好況時に自殺が増加することを例に挙げて、説明している^{10,11)}。

デュルケームはその有名な「自殺論 (Le Suicide)」の中で、自殺の第三の類型として「アノミー的自殺」(le suicide anémique) を挙げている。なお、第一の類型は自己本位的自殺 (egoistic suicide)、第二の類型は利他的自殺 (altruistic suicide : 集団本位的自殺とも訳される) である。アノミー (anomie) とは「規範 (norm)」が「無くなること (a は否定の接頭辞)」を意味している (なお、1897 年の初版では第四の自殺類型である宿命的自殺 (suicide

fataliste) は示されていない)。

それではデュルケームはアノミーをその著書の中でどのように定義していたのだろうか。アノミー的自殺は第 2 巻第 5 章 (LIVRE DEUXIÈME: Causes sociales et types sociaux ; 初版 1897 年) で説明されている。デュルケームがアノミーを記述した文章を、少し長くなるが、以下に原文で示す。

L'anomie est donc, dans nos sociétés modernes, un facteur régulier et spécifique de suicides; elle est une des sources auxquelles s'alimente le contingent annuel. Nous sommes, par conséquent, en présence d'un nouveau type qui doit être distingué des autres. Il en diffère en ce qu'il dépend, non de la manière dont les individus sont attachés à la société, mais de la façon dont elle les régleme. Le suicide égoïste vient de ce que les hommes n'aperçoivent plus de raison d'être à la vie ; le suicide altruiste de ce que cette raison leur paraît être en dehors de la vie elle-même ; la troisième sorte de suicide, dont nous venons de constater l'existence, de ce que leur activité est dérégulée et de ce qu'ils en souffrent. En raison de son origine, nous donnerons à cette dernière espèce le nom de suicide anomique.

(Émile Durkheim, Le suicide, LIVRE DEUXIÈME, CHAPITRE V, 1897)

「従って、アノミーは私たちの現代社会では、通常起こりうる特異的な自殺の要因のひとつである。そして、アノミーは毎年の自殺統計の中で一定の割合を占める自殺類型のひとつである。私たちは、その結果、他の類型と区別される新しい自殺の類型の存在を知ることになった。アノミー的自殺という類型は、個人が社会に結びつくということに依存するのではなく、社会が私たちを規制するという点に依存している点で、他の自殺類型と異なっている。自己本位的自殺 (le suicide égoïste) は、人々が自分の人生の存在意義 (raison d'être à la vie) を見出せなくなることに起因する自殺である。利他的自殺 (le suicide altruiste) は人々が自らの人生そのもの以外のところに自殺の理由があると思われる自殺である。そして、私たちがその存在を明らかにした第三の自殺類型は、

人々の日常的活動が社会規範の乱れた中で営まれ、そのことに人々が悩み苦しんでいるという状況 (leur activité est dérégulée et de ce qu'ils en souffrent) に起因する自殺である。この自殺類型の由来を考慮して、私たちはこの最後の類型をアノミー的自殺と名付けた。」(翻訳：本橋 豊)

デュルケームが記載したアノミーの正確な定義は上記に訳出したように、「アノミー的自殺という類型は、個人が社会に結びつくということに依存するのではなく、社会が私たちを規制することによって依存している点で、他の自殺類型と異なっている」という箇所及び「私たちがその存在を明らかにした第三の自殺類型は、人々の日常的活動が社会規範の乱れた中で営まれ、そのことに人々が悩み苦しんでいるという状況に起因する自殺である。」という箇所に示されている。すなわち、自己本位的自殺や利他的自殺と異なり、アノミー的自殺は、個人レベルの理由というより、人々が置かれている社会の現代的状況に起因する自殺類型と定義しているのである。

表1は、自己本位的自殺とアノミー的自殺の違いを社会的統合と社会的規制の過少という視点で整理したものである¹⁶⁾。両者の違いが分かりにくいという意見に対する説明として、デュルケームの意図に沿った解釈となっている。

1998年に世界的な金融危機の流れの中で起きた日本の自殺の急増は、デュルケームの示した経済変動のアノミーが背景にあったと考えてよいと思われる。日本に特有の金融システムの破綻、

失業者の増加、中小企業経営者の超過債務、二重金利問題、日本独自の連帯保証制度などの様々な制度が機能不全を起し¹⁷⁾、「経済変動によるアノミー」が拡大した中で中高年男性の追いつめられた末の自殺が増加したものと考えられる。

このデュルケームによるアノミーの定義は、20世紀後半に社会学や公衆衛生学領域の研究で注目されるようになったソーシャル・キャピタル (social capital、社会関係資本)¹⁸⁾の先駆けとなる概念提示であると考えられる。個人レベルの要因と集団レベルの要因を分けて要因分析を行うマルチレベル分析の手法の導入により、ソーシャル・キャピタルと健康に関する様々な定量的研究が20世紀後半から21世紀にかけて行われるようになった。このような定量的研究はデュルケームのアノミーをソーシャル・キャピタル指標という代替指標 (proxy variable) により研究することで、統計学的に科学的根拠を補強しうることを示したものと考えられる。以上に述べたように、自己本位的自殺及び利他的自殺という個人レベルの要因を重視する類型と集団レベルの要因を重視するアノミー的自殺という新たな類型を提示したデュルケームの先見性は、今なお現代的意義を有するものと考えられる。

それではアノミー的自殺という類型はどのように今回のCOVID-19パンデミックに伴う自殺者数減少を説明しうるのだろうか。本報告で論じている我が国の2020年4~5月に起きたCOVID-19パンデミックに伴う自殺者数の減少を説明する

表1 デュルケームの4つの自殺類型

	過少 (Défaut)	過多 (Excès)
社会的統合 (Intégration)	自己本位的自殺 (Suicide égoïste)	利他的自殺 (Suicide altruiste)
社会的規制 (Régulation)	アノミー的自殺 (Suicide anémique)	宿命論的自殺 (Suicide fataliste)

宿命論的自殺は初版 (1897年) では示されていない。

(出典：Wikipedia フランス語版、Le Suicide; 2020年8月19日閲覧、一部改変)

ひとつの仮説として、我々は「COVID-19 の感染に対する明確な不安や恐怖が社会的に蔓延したことで社会的不安 (collective anxiety) が増大した」ことを提示している。この仮説は、社会的不安の増大は、社会全体が COVID-19 に対する不安を共有することで個人が帰属する集団の社会的統制や社会的規制を高め、結果としてアノミーの減弱と人々の社会的連帯感 (solidarity) の増加をもたらした、集団としての自殺者数が減少するという可能性を示唆するものである。

自殺者数の減少に関与しうる要因は社会的不安の増大だけではない。3 月下旬から 4 月にかけて、政府は様々な緊急経済対策を打ち出しており、そのニュースはメディアを通じて広く国民に伝えられた。特定定額給付金、持続化給付金、雇用調整助成金といった経済対策のニュースは国民の不安を緩和する効果があったものと推測され、自殺者数の減少に寄与した可能性がある。

3. パットナムのソーシャル・キャピタル論

アメリカの公共政策学者であるロバート・パットナム (Robert D. Putnam) は、アメリカ社会の 20 世紀後半の社会的変質をソーシャル・キャピタルの衰退と関連づけて論証を進めた。2000 年に発刊された「孤独なボウリング：米国コミュニティの崩壊と再生 (Bowling alone: The collapse and revival of American community)」¹²⁾ は彼のもっとも著名な著書のひとつであり、この本の中でパットナムは米国社会のソーシャル・キャピタルの減弱がアメリカ社会のコミュニティの衰退を象徴的に示しているとしている。そして、本の表題にもなったアメリカにおける 1960～70 年にかけて認められるリーグボウリングの衰退が、米国社会のソーシャル・キャピタルの減弱を象徴的に表している (すなわちソーシャル・キャピタル減弱の代替指標としてのリーグボウリングの協会会員数の年次推移を示す図が示され、リーグボウリングの台頭と凋落が論じられている：日本語版 130 頁の図 26)。

パットナムはソーシャル・キャピタルを次のよ

うに定義している。「ソーシャル・キャピタルとは社会生活の特徴であるネットワーク (network)、規範 (norms)、信頼 (trust) といったものであり、協調的な行動を促進することで社会の効率性を改善するものである」。そして、そうした社会組織の中で生まれるのが「一般化された互酬性 (generalized reciprocity)」という規範である。パットナムのソーシャル・キャピタル論はコミュニタリアンの立場をとっており、共同体と伝統の重要性を強調する点が特徴である。これに対して、社会学者のブルデュー (Pierre Bourdieu) やコールマン (James S. Coleman) らの定義するソーシャル・キャピタルは社会のネットワークを重視している¹⁹⁾。ソーシャル・キャピタルを構成するネットワーク、規範、信頼、互酬性といったコミュニティの特性は、社会的凝集性 (social cohesion) や社会的統合 (social integrity) と密接な関係を有する要素であり、これらの構成要素が失われていくことによりデュルケームの定義するアノミー的状况に至ると考えられる。このように、パットナムのソーシャル・キャピタル論はデュルケームのアノミー論を現代的意味で再定義したものとも考えられ、しかもソーシャル・キャピタルの構成要素を定量化することで社会におけるアノミーを定量的に取り扱うことを可能にしたという点で重要である。

次に、パットナムのソーシャル・キャピタル論を中心に自殺対策との関係を、「孤独なボウリング (Bowling alone)」の第 14 章「世代から世代へ」において記載されているアメリカの 20 世紀後半の若者の自殺率の増加に着目した論考について解説する。アメリカの世代ごとの自殺率を 1950 年から 1995 年迄の時系列データとして観察すると、15～24 歳の青年における自殺率は 4 倍以上増加したのに対して、55～64 歳の年長者の自殺率は約 0.5 倍に減少した。この若者の自殺率の増加に関するパットナムの解釈はきわめて慎重であり、「若い年代グループを襲った社会的、心理的もしくは生物学的変化に潜んでいるはずである」と記載している。パットナムの隠れた意図を敢えて踏

み込んで言及すれば、アメリカ社会のソーシャル・キャピタルの減弱が若者の自殺に影響を及ぼした可能性は否定できない。一方で、Boydらの報告²⁰⁾によると、1970年代から銃器による若者(15~24歳)の自殺が急増しており、銃の入手の容易さが若者の自殺の増加に寄与した可能性も示唆されていることから、ソーシャル・キャピタルの減弱はあくまでも一つの仮説である。

Kushnerら²¹⁾は「ソーシャル・キャピタルの限界：デュルケーム、自殺論、社会的結合」という論文(2005年)の中で、デュルケームの自殺論におけるアノミーと現代のソーシャル・キャピタル論との関係を検討している。この論文でデュルケームは女性の自殺率が低い理由として社会的統合(social integration)が高いためとしているが、若年女性の自殺未遂率が男性より高いことなどから、女性の自殺関連行動は決して低くなく、慎重な考察が必要であると論じている。また、デュルケームは軍隊での自殺が多いことを挙げ、利他的自殺の事例としているが、軍隊での自殺率の高さは社会的統合が強すぎる可能性があり慎重な考察が求められるとしている。このように、デュルケームの提示した自殺類型の当てはめと考察(社会的統合や社会的規制が弱まることで自殺率を高めるという仮説)は慎重に検討される必要があるとしている。

最後に日本のコミュニティにおける地域のソーシャル・キャピタルと抑うつ度との関連を調べた金子らの研究(2006年)を紹介する²²⁾。この研究では、秋田県農村部の地域住民(16,908人)を対象に、住民の抑うつ度(Zung's SDS)と定量化された地区ごとの認知的ソーシャル・キャピタルとの関連を検討した断面調査研究である。線形混合モデルを用いたマルチレベル分析を行ったところ、個人の抑うつ尺度得点の高さは地区ごとの認知的ソーシャル・キャピタルの低さと有意に関連していた。ただし抑うつに関連する個人要因と比べると地域の認知的ソーシャル・キャピタルの関連の強さは小さかった。以上の研究は、自殺とのハイリスク要因となる抑うつ度の高さにソー

シャル・キャピタルが関連していることを示したものであり、自殺予防の観点から地域のソーシャル・キャピタルの醸成の重要性を示唆する研究である。

4. 経済危機、生活困窮、アノミーの連鎖が自殺を増加させる可能性

2020年7月の日本の自殺者数は対前年同月比の数値ではほぼ前年並みの数値を示しており²³⁾、自殺者数が今後大きく増加傾向に転じる可能性が危惧される。6月に入り、東京都や大阪府で第二波と思われるCOVID-19感染陽性者の増加が認められ、迅速な対応が求められているが、経済対策との兼ね合いで4月に取られた強力な公衆衛生学的施策の再現はなされていない。日本の自殺対策は2006年以来、医学的対策だけにとどまらない保健・医療、福祉、教育、労働、経済等の総合的対策の推進の観点から進められてきた。4月の緊急事態宣言後の厳しい経済状況の中で、生活困窮者に対する地域の現場における支援の連携強化や悩みを抱えた人に対する相談体制の強化等が進められてきた。失業率の増加にもかかわらず、4~6月の自殺率がただちに増加へと結びつかなかったのは、特別定額給付金、持続化給付金、雇用保険の失業手当の給付日数の延長等の施策に加えて従来の自殺総合対策のセーフティネットが機能したことが寄与しているものと推察される。

2020年8月17日、日本の4~6月のGDP(国内総生産)の実質伸び率が年率換算でマイナス27.8%であることが公表された²⁴⁾。このGDPの落ち込みはリーマンショック後の2009年1~3月の年率換算マイナス17.8%を超えるものであることから、COVID-19パンデミックによる日本経済への影響が深刻化しつつあることを示しているように見える。このような経済動向は完全失業率のさらなる悪化や雇止め者の増加等の雇用情勢の悪化をもたらしており、日本の自殺率が増加に転じる可能性を示唆している。

しかし、将来、自殺が増加するのか減少するの

かについての判断は慎重であるべきである。なぜなら、自殺において考慮すべきリスク要因と保護要因は数多くあることから、そもそも将来予測の正確性を十分に検討する必要がある。直近の自殺統計のデータを謙虚に分析し、さまざまな可能性を考慮しつつその時点で考えられる最善の自殺対策を迅速かつ的確に進めていくことが対策の現場では求められる。自殺対策の現場で求められているのは、自殺率の増加の可能性を念頭において、部門を越えた連携にもとづく総合的対策を実質的に進めていくことである。

本報告で示したように、深刻な経済危機の進展や生活困窮者の増加は中長期的には「経済変動によるアノミー」の増加あるいはソーシャル・キャピタルの減弱につながり、自殺のリスクを高める可能性がある。国や自治体の COVID-19 対策の推進と同時に、自殺リスクの高まりを受けての地域の現場における自殺総合対策の緊急的対応が求められている。

4. おわりに

我が国の COVID-19 パンデミックの深刻化とこれに伴う自殺リスクの高まりは、感染症対策としてのみならず、自殺対策としての緊急的対応が必要であることを示唆している。社会的危機状況下における自殺リスクの問題を学術面から理解するためには、自殺リスクの高まりの学術的背景として、デュルゲームのアノミー論及びパットナムのソーシャル・キャピタル論を学ぶことが必要である。

付記 開示すべき COI 状態はない。

受付	2020.9.23
受理	2020.10.30

引用文献

- 1) WHO 神戸センター. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) WHO 公式情報特設ページ https://extranet.who.int/kobe_centre/ja/covid (2020年8月19日閲覧)
- 2) 厚生労働省: 重症急性呼吸器症候群 (SARS) 関連情報. 平成16年1月 <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou05/index.html> (2020年8月19日閲覧)
- 3) 厚生労働省: 中東呼吸器症候群 (MERS) について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/mers.html> (2020年8月19日閲覧)
- 4) 国立感染症研究所. ダイヤモンドプリンセス号環境検査に関する報告(要旨) 国立感染症研究所(掲載日 2020/5/3、修正 2020/5/20) <http://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov/2484-idsc/9597-covid19-19.html>
- 5) WHO. COVID-19 (新型コロナウイルス感染症) の急激な感染拡大における 精神保健的・心理社会的な留意事項、2020年3月18日、WHO、ジュネーブ、2020. (いのち支える自殺対策推進センター訳)
- 6) 新型コロナウイルス感染症対策専門家会議. 「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」(2020年3月19日)、厚生労働省、2020年3月19日 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000610566.pdf> (2020年8月19日閲覧)
- 7) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課. 新型コロナウイルス感染症に係る心のケアの実施について. 各都道府県・政令指定都市自殺対策主管部(局)長宛(事務連絡)、令和2年5月19日.
- 8) 厚生労働省大臣官房参事官(自殺対策担当). 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止等に関連した求職者に対する職業紹介時の心のケアについて(情報提供). 各都道府県・政令指定都市自殺対策主管部(局)長宛(事務連

- 絡)、令和2年3月13日。
- 9) 東京新聞(TOKYO Web). <新型コロナ>自殺者の再増加に懸念 自殺対策推進センター理事 生活格差への対応求める. <https://www.tokyo-np.co.jp/article/32718>. (2020年6月2日、2020年8月19日閲覧)
 - 10) Durkheim E. Le Suicide. Etude de sociologie. (1897). Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi <http://bibliotheque.uqac.quebec.ca/index.htm>
 - 11) デュルケーム (宮島喬・訳). 自殺論—社会学的研究. 世界の名著 47. 東京: 中央公論社. 1968.
 - 12) ロバート・D・パットナム著. (柴内康文・訳) 孤独なボウリング 米国コミュニティの崩壊と再生. 東京: 柏書房. 2006.
 - 13) Nishio A, Akazawa K, Shibuya F, Abe R, Nishida H, Ueno Y, Nishimura A, Shioiri T. Influence on the suicide rate two years after a devastating disaster: a report from the 1995 Great Hanshin-Awaji Earthquake. *Psychiatry Clin. Neurosci* 2009; 63(2): 247-250.
 - 14) 眞崎直子、橋本修二、川戸美由紀、尾島俊之、竹島 正、松原みゆき、三徳和子、尾形由起子、人口動態統計に基づく東日本大震災後の自殺死亡数: 岩手県・宮城県・福島県の沿岸部と沿岸部以外の推移日公衛誌 2018; 65 (4) : 164-169.
 - 15) 木津喜 雅、吉野さやか、本橋 豊. 2020年におけるCOVID-19パンデミックと1918~1919年におけるスペイン風邪パンデミックにおける自殺率の減少に関する考察. 自殺総合政策研究 2020; 3 (1) web版: 1-6.
 - 16) Wikipedia. Le suicide. https://fr.wikipedia.org/wiki/Le_Suicide (2020年8月19日閲覧)
 - 17) 本橋豊. 日本の自殺予防対策: 本橋豊・高橋祥友・中山健夫・川上憲人・金子善博. STOP! 自殺~世界と日本の取組~第3章. 2006; 70-92. 東京: 海鳴社.
 - 18) イチロー・カワチ、高尾総司、S.V.スブラマニアン (編) ソーシャル・キャピタルと健康政策 地域で活用するために. 東京: 日本評論社. 2013.
 - 19) 本橋 豊、金子善博、山路真佐子. ソーシャル・キャピタルと自殺予防. 秋田県公衆衛生学雑誌 2005; 3 (1) : 21-31.
 - 20) Boyd JH, Mosciki EK. Firearms and youth suicide. *American Journal of Public Health* 1986; 76(1), 1240-1242.
 - 21) Kushner HI, Strek CE. The limits of social capital: Durkheim, suicide, and social cohesion. *Am J Public Health* 2005; 95: 1139-1143.
 - 22) 本橋 豊、金子善博、藤田幸司. ソーシャル・キャピタルと自殺予防—コミュニティ・アプローチの応用—. 近藤克則 (編著) ケアと健康. 京都: ミネルヴァ書房. 2016; 140-161.
 - 23) 厚生労働省. 自殺の統計: 最新の状況、厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/201906-sokuou.pdf> (2020年8月19日閲覧)
 - 24) 朝日新聞デジタル. 2020年8月17日 (山本知弘) 4~6月期実質GDP年27.8%減 戦後最大の減少率. <https://www.asahi.com/articles/ASN8K2QJDN86ULFA01T.html> (2020年8月19日閲覧)

新型コロナウイルス感染症に伴う社会的偏見

Social Stigma associated with COVID-19

国際連合児童基金（ユニセフ）、世界保健機関、国際赤十字・赤新月社連盟 編
いのち支える自殺対策推進センター 訳

社会的偏見を予防し対処するための手引き¹

対象者：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に取り組む政府、メディア、地域団体

社会的偏見とは？

公衆衛生²の領域における社会的偏見とは、ある特性を持つ個人や集団を、特定の病気と否定的に関係づけることである。

感染症の急激な拡大時には、感染症と関連していると人々が漠然と感じることで、一方的な評価を押し付けられ³、画一的なイメージに押し込められ⁴、差別で苦しめられ⁵、他の人とは別に区別して扱われ、社会的地位が失われる可能性がある。



こうした扱いは、感染者に限らずその看護を行う人、家族、友人、コミュニティにも悪影響を与えうる。感染していなくても、それ以外の特性が社会的偏見の対象である集団と共通していると、社会的偏見の標的となる。

現在の新型コロナウイルス感染症の急激な拡大は、一定の民族的背景の人々に限らず、ウイルスと接触したと思われる人々に対しても社会的偏見や差別的行動を引き起こしている。

なぜ新型コロナウイルス感染症はこれほどの社会的偏見を引き起こしているのか？

新型コロナウイルス感染症に伴う社会的偏見の段階は、3つの主要因に基づいている。

- ① 新規の感染症であり未知の部分が多い
- ② 人間は未知のものを恐れる傾向がある
- ③ その恐れを「他者」と結びつけることは容易である

世間一般の人々が混乱、不安、恐怖を感じるのは当然とも言える。残念なことに、こうした要

¹ このチェックリストには、Johns Hopkins Center for Communication Program、READY Network からの推奨事項が含まれる。

stigma は「スティグマ」と発音どおりに訳されることもあるが、本文にあるようにスティグマの本質はステレオタイプ化により社会的偏見が生み出され、差別につながるという構造であることから、ここでは「社会的偏見」と訳出した。

² health は一般に「保健」と訳されるが、ここでは本文の内容を考慮して公衆衛生（Public Health）と解釈し、このように訳出した。

³ label は、「名前・種類・用途などを説明するラベルを貼りつけて評価・分類を行う」の意から、このように訳出した。

⁴ stereotype は、「不確かな情報や知識に基づき、多くの人に浸透している固定されたイメージ」の意から、このように訳出した。

⁵ discrimination は、「差別待遇、他の人や集団と比べて不公平な扱いをすること」の意から、このように訳出した。

困りも悪い影響を及ぼす画一化された考え方に拍車をかけている。

どのくらい大きな社会的影響が起きるのか？

社会的偏見は社会的結束を弱体化させ、その結果として起こりうる集団の社会的孤立を一層早めてしまう可能性がある。このことはウイルスの感染拡大（感染縮小ではなく）の可能性を高めるという状況につながるかもしれない。結果として、さらに深刻な公衆衛生上の問題を引き起こし、感染症の急激な拡大を制御することが困難になると考えられる。

社会的偏見によって人々は、

- 差別に曝されないようにするために病気を隠そうとする
- すぐに保健医療を受けることができない
- 健康的な行動を取ろうとする意欲を失う

いかにして社会的偏見に対処するか

感染性疾患をとりまく社会的偏見と恐れが適切な対処を妨げるということがエビデンスによって明らかとなっている。保健医療サービスとアドバイスに信頼を築き、感染症に罹^{かか}った人々へ共感を示し、疾患そのものを理解し、自身や大切な人の安全を守るように効果的で実践的な対策を取ることが有効である。

感染症と戦い、恐れや社会的偏見の加速を阻止し、人々が効果的な行動を取れるよう支援するには、新型コロナウイルス感染症についてどう伝えるかがきわめて重要である。感染症とその影響を包み隠さずに、正直に、効率的に話し合い、対処できるような環境づくりが必要である。

以下は、複雑化し悪化していく社会的偏見に対処しこれを回避するための秘訣である。

- ① **言葉こそ大切にすべきである**…新型コロナウイルス感染症について話す時に「やるべきこと」と「やってはいけないこと」
- ② **すべての人が自分の役割を担う**…社会的偏見を払拭するための簡潔なアイデア
- ③ **コミュニケーションの秘訣とメッセージ**

言葉こそ大切にすべきである

新型コロナウイルス感染症について語る時、特定の単語（疑い例、隔離など）や言い回しが人々に否定的な意味を付与し、社会的偏見を強める考え方を助長する可能性がある。こうした単語や言い回しによって、現在の否定的な画一化されたイメージや憶測がいつまでも続いたり、病気とそれ以外の要因との誤った関連性を高めたり、人々に広く恐怖心を植え付けたり、感染者を非人間的に扱ったりすることが起こりうる。

それによって、人々はスクリーニング、検査、検疫から足が遠のいてしまう可能性がある。

我々は「ピープル・ファースト」（人々を第一に考える）という言葉推奨するが、この言葉はメディアを含むすべてのコミュニケーション手段において、人々に敬意を払い、また人々が自らの力で課題に取り組めるようになることを意味している。メディアで使われる言葉は特に重要である。なぜならメディアで用いられる言葉は、新型コロナウイルスに関する世間一般に理解されやすい言い回しやコミュニケーションを形成すると考えられるからである。好ましくない報道は、新型コロナウイルスに感染した疑いのある人、両親やその家族、感染症の被害を受けているコミュニティをどのように見出し、対処するかという点で悪影響を及ぼす可能性がある。

差別的意味を回避した言い回し⁵や偏見の少ない用語を使用することで⁶、HIV、TB（結核）、H1N1 Flu（新型インフルエンザ）のエピデミック⁷やパンデミック⁸をどのくらい制御できるようになるかという具体例は多数存在する。

「やるべきこと」と「やってはいけないこと」

新型コロナウイルス感染症について話す時の言い回しについて、
やるべきこと、やってはいけないことを以下に示す。

○やるべきこと

新型コロナウイルス感染症について話す。

×やってはいけないこと

場所・民族性を感染症と結びつけてはいけない。この感染症は「武漢ウイルス」「中国ウイルス」「アジアウイルス」ではない。

感染症の公式名称「COVID-19」は社会的偏見を避けるために慎重に決められた。COはCorona（コロナ）、VIはvirus（ウイルス）、Dはdisease（伝染病などの病気）、19は2019年に出現したことに由来する。

○やるべきこと

「新型コロナウイルス感染症に罹った人」、「新型コロナウイルス感染症の治療を受けている人」、「新型コロナウイルス感染症から回復した人」、「新型コロナウイルス感染症に罹り亡くなった人」について話す。

×やってはいけないこと

感染症に罹った人を「新型コロナウイルス感染症例」「新型コロナウイルス感染症の犠牲者」と呼ぶべきではない。

⁵ inclusive language: 性別・人種・宗教・年齢などによる差別をなくした用語。

⁶ UNAIDS 用語ガイドライン: 「エイズ被害者」から「HIVとともに生きる人々」へ。「エイズとの戦い」から「エイズへの対応」へ。⁷ 一定の期間に発生する感染症の罹患率・範囲が想定を越えている状態。

⁸ エピデミックが世界中で同時に発生している状態。世界的流行。

○やるべきこと

「新型コロナウイルス感染症に罹っている可能性がある人」、「新型コロナウイルス感染症に罹患していると推定される人」について話す。

×やってはいけないこと

「新型コロナウイルス感染症に罹っていると疑われる人」、「疑い例」について話すべきではない。

○やるべきこと

新型コロナウイルスに「感染している」または「罹っている」人について話す。

×やってはいけないこと

「新型コロナウイルス感染症を伝染させている」、「他の人に移しそうである」、「ウイルスをまき散らしている」人について話すべきではない。意図的にウイルスをうつしていると暗に言っており、相手にも責任を押し付けていることになる。

罪を犯しているかのような用語や人間性を失わせるような用語を使用することによって、感染者が何か悪いことをしている、もしくは罹っていない人よりも人間として劣っている存在であるという印象をつくり出す。偏見を膨らませ、共感を弱め、治療を受けることやスクリーニング、検査、検閲に参加することへの意欲の消失を煽る。

○やるべきこと

新型コロナウイルス感染症のリスクについて、科学的データや最新の公的機関が推奨する健康保持のための最新の助言をもとに正しいことを話す。

×やってはいけないこと

確証のない噂話を繰り返したり情報共有したりするべきではない。「ペスト」、「黙示録」といった恐怖心を生み出すように意図された誇張的な言い回しは使用しないこと。

○やるべきこと

前向きな話をして、予防と治療の対策の有効性を強くアピールする。大多数の人にとってこの病気は克服可能なものである。自分自身、愛する大切な人、最も感染症に罹るリスクの高い人々の安全を守るために、私たち皆にできる簡単な方法がある。

×やってはいけないこと

否定や脅しのメッセージを強調したり執拗に主張するべきではない。最も感染症のリスクが高い人々の安全を守れるよう、私たちは力を合わせる必要がある。

○やるべきこと

早期スクリーニング、検査、治療法のみならず新型コロナウイルス感染症を防ぐための予防対策を推進することの有効性を主張する。

すべての人が自分の役割を担う

政府、市民、メディア、大きな社会的影響力を持つ主要な人物（インフルエンサー）、コミュニティは、中国やアジアの人々をとりまく社会的偏見を予防・阻止する上で担う重要な役割がある。私たちがソーシャルメディアやその他のプラットフォーム⁹でコミュニケーションを取る際には、新型コロナウイルス感染症に関して協力する姿勢を見せながら、よく考えて慎重に行動するべきである。

以下に、社会的偏見を強める態度に対して取ることができる行動の例とその秘訣を示す。

● 事実を社会に拡散する

新型コロナウイルス感染症はどのように感染し治療されるのか、またどのように感染予防したら良いかについての情報・知識が十分でない場合、社会的偏見を強めてしまう恐れがある。その対応として、感染症の被害を受けている地域、新型コロナウイルス感染症に罹るリスクの高い個人や集団、治療の選択肢、医療や情報を入手できる場所に関する、国やコミュニティに特有の正確な情報を収集して整理統合し、広めることを優先すること。わかりやすい言葉を使い、臨床の専門用語は使わないようにすること。**ソーシャルメディア**は比較的少ないコストで健康情報を多くの人々へ届けることができるため便利である。¹⁰

● 大きな社会的影響力を持つ人物に主体的に関与してもらおう¹¹

宗教的指導者など、社会に大きな影響を与える人物に、社会的偏見の被害を受けている人々とその支援方法について意見を出してもらい、あるいは敬意を払われている著名人に社会的偏見を軽減させるようなメッセージを広めてもらうこと。情報は十分に的を絞らねばならず、こうした情報を伝えるように依頼された著名人は、自ら積極的に関与し、その影響を受ける聴衆にとって地理的にも文化的にも適切でなくてはならない。例としては、市長（もしくは別の重要なインフルエンサー）がソーシャルメディアでライブ配信を行って、中国系のコミュニティリーダーと握手を交わすなどが挙げられる。

⁹ 必要な情報やサービスを集めて提供している場や環境のこと。

¹⁰ ナイジェリアは、西アフリカの他の3か国に影響を与えた2014年のエボラ出血熱の発生を阻止した。その中には、対象を限定したソーシャルメディアキャンペーンを行って、正確な情報の流布とTwitterやFacebook上のデマメッセージを修正したことも含まれる。国際的な非政府組織（NGO）、ソーシャルメディアのインフルエンサー、著名人、ブロガーがさまざまなプラットフォームを用いて共通の健康に関するコミュニケーションの情報や意見を転送し共有したことで、介入は非常に効果的であった。Fayoyin, A. 2016. Engaging social media for health communication in Africa: Approaches, results and lessons. *Journal of Mass Communication and Journalism*, 6(315).

¹¹ 「アンジェリーナ・ジョリー効果」という用語が公衆衛生コミュニケーションの研究者によって作られた。2013年に女優アンジェリーナ・ジョリーが予防的両側乳房切除術を受け、その後数年にわたり乳がんの遺伝学と検査に関するインターネット検索が増加したことを説明するものである。その「効果」が示すのは、信頼できる情報源を著名人が支持することで、健康に関する知識、新型コロナウイルス感染症に対する姿勢、また新型コロナウイルス感染症に対する保健医療サービスの導入普及を求める人々に影響を与えるという点で、効果を発揮すると考えられるということである。

● 声を大きくする

新型コロナウイルスに感染し回復した、もしくは回復に向かう愛する大切な人を支えた地域の人々の声、話、イメージ（印象）を増幅し、大多数の人々は新型コロナウイルス感染症から回復することを力強く述べる。また、社会的偏見に曝される可能性がある看護師や保健医療従事者を称える「ヒーロー」キャンペーンを実施する。コミュニティのボランティアたちも、コミュニティ内の社会的偏見を軽減させるのに非常に大きな役割を果たしている。

● さまざまな民族集団の実情を確実に伝えるようにする

すべての資料・ツールは、感染症の被害を受けている、また感染拡大を予防するために協働しているさまざまなコミュニティを明らかにしなければならない。書体、記号、フォーマットは必ず中立的なものとし、特定の集団をほのめかすことがないようにしなくてはならない。

● 倫理的なジャーナリズムのあり方

新型コロナウイルス感染症にかかり、「ウイルスを拡散させる」個人的な行動と感染した人の責任に過剰な注目を置くマスコミ報道により、感染症に罹っている可能性がある人への社会的偏見を強めてしまうことが考えられる。例えば、報道機関の中には新型コロナウイルス感染症の発生源を憶測することに焦点を当て、それぞれの国における「0号患者」（その国で最初の患者となった人）を探し出そうとしているものがある。ワクチンや治療法を見つけるための取組を盛んに言い立てることで、恐怖心を増大させ、今私たちには感染症を止めることはできないのだという印象を与えてしまう可能性がある。そうではなく、感染を予防するための基本的な行動、この感染症の症状、いつ医療機関にかかれば良いかという報道内容を推進していくべきである。

● 皆の力を結集させる

社会的偏見とイメージの画一化に対処するための戦略は数多く存在する。こうした活動を一つに結び付け、すべての人にケアと共感をもたらすような新しい社会の動きと積極的な環境を新たに作り出して行くことこそ重要である。

コミュニケーションの秘訣とメッセージ

虚偽情報と風評の「インフォデミック」（情報の大流行）が瞬く間に社会へ伝搬していく様子は、現在感染を拡大させている新型コロナウイルスのスピードをしのぐほどである。これは、急激な感染拡大の被害を受けている地域の人々に、社会的偏見の助長や差別といった悪い影響をもたらす。私たちは社会的連帯、明確で法的な裏付けとなる情報を収集することが必要であり、それにより新たな形のアウトブレイク（流行の拡大）の被害を受けるコミュニティや人々を支援することができる。

誤った考え方、風評、虚偽の情報は社会的偏見や差別につながり、感染症に対する取組を妨げる。

- **誤った考え方を正し、** そうするために根底にある前提条件が間違っていたとしても、人々

の感じていることとそれに基づく行動が実際に現実に起きていることを受け入れること。

- 予防、救命措置、早期スクリーニング、治療の重要性を広めていくこと。

感染の増加を防ぎコミュニティの不安を軽減させるには、社会的連帯と世界的な協力体制が必要である。

- 新型コロナウイルスの被害を受けた個人や集団の体験・奮闘に、人間らしい思いやりを感じられるような話りや話を共有すること。
- この急激な感染拡大に最前線に対応する人（保健医療従事者、ボランティア、コミュニティ指導者など）に支援や激励の声を届けること。

恐れではなく事実こそが、新型コロナウイルスの拡大を止めることになる。

- 感染症に関する事実と正しい情報を共有すること。
- 迷信やイメージの画一化に対抗すること。
- 使う言葉を慎重に選ぶこと。情報の伝え方によって他の人の態度に影響を与えることが考えられる。（上記「やるべきこと」と「やってはいけないこと」を参照）

新型コロナウイルス感染症に伴う社会的偏見

Social Stigma associated with COVID-19

監訳	本橋 豊 いのち支える自殺対策推進センター長
翻訳	青木みあ いのち支える自殺対策推進センター
出典	Social Stigma associated with COVID-19 (作成：国際連合児童基金（ユニセフ）、世界保健機関、国際赤十字・赤新月社連盟)
発行日	2020年8月4日
発行元	一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター

本日本語版の著作権は、いのち支える自殺対策推進センターに帰属する。



COVID-19（新型コロナウイルス感染症）の急激な感染拡大における 精神保健的・心理社会的な留意事項

2020年3月18日

世界保健機関（以下、WHO）は2020年1月、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）を国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）とすることを発表した。WHOは、COVID-19が世界中の他の国々に感染拡大する可能性が高いと述べた。2020年3月、WHOはCOVID-19をパンデミックに位置づけるべきだと判断した。

WHOと世界中の公衆衛生当局はCOVID-19の急激な感染拡大を阻止するために動いている。しかし、今回の危機は世界中の人々にストレスを生み出している。当文書に記載されている留意事項は、WHOの精神保健・薬物乱用部門が策定したもので、感染が急激に拡大する中、さまざまな対象者の精神的・心理社会的な健康（well-being）を支援するためのコミュニケーションで使えるメッセージとなっている。

一般の方々へのメッセージ

1. COVID-19は多くの国、多くの地域において人々に影響を及ぼすものであり、実際にその影響は広まっている。COVID-19について触れる際、この感染症を特定の民族性や国民性と関連付けてはならない。国内においても海外からの来訪者においても、この感染症の影響を受けているすべての人に共感をもって接すること。COVID-19の影響を受けている人が悪いということではない。彼らは我々の支援、共感の思い、優しさを受ける権利がある。

2. この感染症にかかっている人を「COVID-19 cases (症例)」「victims (被感染者)」「COVID-19 families (感染症家族)」「diseased (病人)」と呼んではいけない。彼らはいくまで「COVID-19にかかっている人々」であり、「治療中の人々」であり、「回復に向かっている人々」であって、治れば仕事や家族との生活、大切な人たちとの暮らしが続く。偏見をなくしていくためにも、COVID-19を、感染した人のアイデンティティと結び付けないようにすることが大切である。

3. 不安や憂鬱を生じさせるようなCOVID-19に関するニュースの視聴・閲覧を最小限に留めること。また信頼できるソースのみから情報を求め、主に計画を立てたり自身や大切な人を守ったりするための実践的な対策を取れるようにする。更新された情報に関しては、1



日に1~2回、限定的に見る時間を設ける。突然で連日のように報道される感染拡大関連のニュースは、誰もが不安を感じる原因となる。真実に目を向けること。噂や誤った情報に惑わされないこと。WHOの公式ウェブサイトや地域の保健医療当局の情報発信元から定期的に情報収集することで、真実と噂を区別することができる。真実を知ることができれば不安も最小に留められる。

4. 自分を守り、他人には協力的に接すること。他の人が助けを必要としている時に援助できれば、支援を受ける人にも支援の提供者に良い効果がある。例えば、感染症に関連して、一般の人よりも多くの助けを必要としている可能性がある近所の人やコミュニティーの人々に電話して確認するなどが挙げられる。一つのコミュニティーとして皆で取り組むことで、COVID-19に対処するための結束を生み出すことができる。

5. COVID-19に感染した経験のある地域の人々のポジティブで役立つ話や、良いイメージを広める機会を見出すこと。具体的には、回復した人の話や、大切な人をサポートした話、体験談を共有したいと考えている人の話などが挙げられる。

6. コミュニティーでCOVID-19の影響を受けている人々を支える介護者や保健医療関係者に敬意を表すること。人々の命を救いあなたの大切な人を守るといった、彼らが果たしている役割に感謝すること。

保健医療関係者へのメッセージ

7. あなたやあなたの同僚の多くが圧力を感じていると思われる。昨今の状況では、そう感じてしまうのも仕方がない。ストレスやそれに関連する感情は、あなたが仕事のできない人だから、あるいはあなたが弱いからという理由では決してない。こうした時期の精神的・心理社会的な健康（well-being）は重要で、身体の健康と共に管理を怠らないこと。

8. こうした期間、体調に気を付けること。工作中やシフトの合間には必ず十分な休憩や息抜きを取る、健康的な食品を十分に摂る、運動に励む、家族や友人と連絡を取り合うなど、助けになる対処方法を試したり実行したりする。タバコ、お酒、薬物といった健康に有益でない方法は避ける。長期的に見れば、こうしたものは精神的・身体的健康（well-being）を悪化させる恐れがある。COVID-19の急激な感染拡大は多くの保健医療関係者、特に同様の対応に関与したことがない者にとっては、独特で前例のない展開である。そうだとしても、過去に効果があったストレス管理の戦略を使えば、現在の状況においても良い効果があるはずである。あなたのストレスを取り除く方法を最もよく知っているのはあなた自身であり心理的に安定した状態を保つことをためらってはいけな。マラソンのように絶えず対



策を継続していかなければ、一夜漬けの対策では効果がでない。

9. 残念なことに、社会的烙印や恐怖心のために家族やコミュニティから避けられている保健医療関係者もいる。これは、既に難しい課題である状況をさらに難しくさせてしまっている。可能なら、大切な人と、デジタルな方法（インターネット等）を含めて何らかのつながりを保つことが、関係を維持する手段のひとつとなる。同僚、管理者、信頼のおける人に社会的支援を求めること。同僚も似たような体験をしているかもしれない。

10. わかりやすい方法で知的障害、認知障害、心理社会的障害のある人々とメッセージを共有すること。可能なら、書面での情報のみに頼ることなく、さまざまな情報伝達の形式を取ること。

11. COVID-19の影響を受けている人々へどのように情報提供するか、またどのように利用可能な資源に結びつけるかを知ること。これは特に精神保健的支援や心理社会的支援を必要とする人々にとって重要となる。精神の健康問題に社会的烙印が押されていると、COVID-19及び精神の健康状態に対する支援を求めることを躊躇する一因となり得る。

「mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP 人道介入ガイド)」には、主要な精神の健康状態に対処するための臨床ガイダンスが記載されており、一般的な保健医療関係者が利用できるよう構成されている。

保健医療施設のチームリーダーや管理者へのメッセージ

12. この感染症への対応中、すべての職員を慢性的なストレスや精神的な不調から守り続けることで、彼らはより能力を発揮し、自らの役割を果たすだろう。この状況は一夜で消え去るものではないことを忘れないでほしい。そして、繰り返しの短期的な危機対応というよりも長期的に見た職業上の能力に重点を置くべきである。

13. すべての職員に良質のコミュニケーションと正確な最新情報を確実に提供すること。職員は交代制で高ストレスと低ストレスの職務を果たす。経験の浅い職員は経験豊富な同僚と一緒に行動する。2人組体制であれば、支援の提供や、ストレスのモニタリング、安全手順の強化がしやすくなる。アウトリーチを行う職員は必ず2人組でコミュニティに入るようにする。休憩を開始し、奨励し、管理する。職員が、あるいはその家族が、ストレスの高い出来事に直接影響を受けている場合は、フレックスタイム制を取ること。同僚が互いにソーシャルサポートを受けるための時間を必ず作る。

14. どこで、どのようにすれば精神保健的・心理社会的な支援サービスへつながるのかを確



実に職員に把握させ、そうしたサービスへのアクセスを促すこと。管理者やチームリーダーは職員と同様のストレスに直面しており、その役目を果たす責任から、さらに強いプレッシャーを感じているかもしれない。上記の対策や戦略が職員と管理者の両方に適用され、管理者がストレス軽減のセルフケア戦略のロールモデル（模範）となれることが重要である。

15. 心理的応急処置を用いて、感染症の影響を受けた人々に基本となる情動的支援や実践的支援をどのように提供するかという点について、看護師、救急隊員、ボランティア、症例識別子、教員、コミュニティー指導者、隔離された現場で働く人など、すべての対応者を正しく導くこと。

16. 急を要する精神保健上の病気や神経的な病気（せん妄、精神病、重度の不安、うつ病等）を、救命救急室や総合医療施設で管理すること。時間があるなら、十分に研修を積んだ有能な職員をこうした場所に配置することが求められる。また精神保健的・心理社会的な支援を提供するための総合医療施設の職員の能力を向上させるべきである（mhGAP Humanitarian Intervention Guide 参照）。

17. すべての段階のヘルスケアで、必須医薬品のジェネリックである向精神薬を確実に利用できるようにする。長期的な精神疾患やてんかん性発作がある人は、途切れることなく薬をもらえるようにする必要があり、突然の中断は避けなくてはならない。

子供の面倒を見る人々へのメッセージ

18. 子供が不安や悲しみなどの感情を、うまく表現する方法を探す手助けをする。子供は誰でも自分なりの感情表現の仕方がある。遊びやお絵かきなど創作活動に打ち込むことで、感情表現が促進されるだろう。子供が自分の感じていることを安全で支援的な環境で表現したり伝えたりすることができれば、気持ちが楽になるだろう。

19. 安全と考えられるなら、子供は両親や家族のもとに置き、子供と保護者はできるだけ離れないようにすること。もし主要な保護者と子供を離す必要があるなら、必ず他の適切な人が世話をし、ソーシャルワーカーやそれに値する人が定期的に子供たちのフォローアップをする。さらに言えば、隔離されている間は、電話、ビデオ通話、それ以外の年齢に見合った連絡の取り方（ソーシャルメディア等）を1日に2回行うなど、必ず両親や保護者と定期的な連絡を取り続けること。

20. 子供が家にいなくてはならない場合は特に、日常の生活習慣を極力続ける、または新しい習慣を身につけさせること。学習に関わることを含め、子供が興味を持つような、年齢に



見合った活動に取り組ませる。社会との接触を制限するよう忠告があった場合は、たとえ家族内だけであっても、可能であれば子供には他の人と遊んだり交流したりし続けるよう促す。

21. ストレスが高く危機的状況にある時、いつも以上に子供が親に甘えたりねだったりするのはよくあることである。COVID-19 について、年齢相応のやり方で正直に子供と話し合ってみる。子供が心配しているようなら、一緒に対処してあげることでその不安がやわらぐかもしれない。こうした大変な時期、子供は大人の行動や感情を観察することで、自分の感情の管理をどうコントロールすればいいかを学ぶ。

高齢者、基礎疾患を持つ人々とその介護者へのメッセージ

22. 高齢者の中でも特に孤立している人、認知機能の低下や認知症のある人は、急激な拡大感染や行動制限のある期間、いつもより強い不安や怒り、ストレス、動揺を感じたり、これまで以上に引きこもりがちになったりするかもしれない。インフォーマルなネットワーク（家族・親族）や保健医療専門家による実質的な支援や情動的支援を受けること。

23. 認知機能障害の有無にかかわらず高齢者が理解できる言葉で、今何が起きているのか、どうすれば感染症のリスクを低下させられるかについて事実を共有すること。必要があれば何度も説明する。指示は明確に、簡潔に、丁寧に、忍耐強く伝えることが求められる。文や図を使って情報を示すのも効果的だろう。情報を提供したり予防対策を実践してもらうため、家族やその他の協力者に関わってもらう。

24. 基礎疾患がある場合、今使用している薬は確実にすべて入手できるようにしておくこと。必要であれば、助けを求められるよう社会との接触を積極的に行う。

25. タクシーの配車、食料の配達、医療など、必要なときにどこでどうすれば実用的な支援が受けられるのかを事前に調べ、知っておくこと。例えば、タクシーの配車、食料の配達、医療など。必要な常備薬がすべて2週間分は揃っているようにする。

26. 行動が制限され社会との接触が乏しい期間は、毎日自宅でできる簡単な運動を覚えて運動機能を維持し、退屈を減らすようにする。

27. 日課となっている運動をする、掃除をする、家事を行う、歌う、絵を描くなど、今までの習慣や予定をできる限り続けたり、新しい環境で新しい習慣を身につける手助けをしたりする。大切な人とは定期的に連絡を取る（電話、eメール、ソーシャルメディア、ビデオ

談話等)。

社会的つながりが希薄になっている人へのメッセージ

28. 社会ネットワークでのつながりを維持すること。できる限り自分の日々の習慣を維持し、状況が変化しているなら、新しい習慣を身につける。保健医療当局が感染拡大を防ぐために社会との物理的接触を制限するよう勧告したとしても、電話、eメール、ソーシャルメディア、ビデオ談話を続けることは可能である。

29. ストレスが高まっている間、自分自身の要求や気持ちに意識を向けてみる。自分が楽しいと思う健康的な活動に取り組み、リラックスする。定期的に体を動かし、いつもの睡眠を維持し、健康に良い食事をする。状況を正しく見極める。感染症の影響を受けている人々が確実に最善のケアを受けられるよう、あらゆる国の公衆衛生機関・専門家たちがこの感染拡大の阻止に取り組んでいるところである。

30. 急激な感染拡大に関するニュース番組が連日のように配信されることで、誰が不安や憂鬱を感じてもおかしくはない。保健医療専門のウェブサイトやWHO公式ウェブサイトから1日のうち決められた時刻に提供される情報更新や実践的なガイダンスを探し、気分が落ち着かなくなるような噂話には耳を傾けず、その情報を追おうとしないこと。

最新情報を配信しているウェブサイト

COVID-19 が拡大している場所について WHO による最新情報:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

COVID-19 に関する WHO のアドバイスとガイダンス:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

<https://www.epi-win.com/>

社会の偏見に対処する:

[https://www.epi-win.com/sites/epiwin/files/content/attachments/2020-02-](https://www.epi-win.com/sites/epiwin/files/content/attachments/2020-02-24/COVID19%20Stigma%20Guide%2024022020_1.pdf)

[24/COVID19%20Stigma%20Guide%2024022020_1.pdf](https://www.epi-win.com/sites/epiwin/files/content/attachments/2020-02-24/COVID19%20Stigma%20Guide%2024022020_1.pdf)

COVID-19 の精神保健面や心理社会面への対処法について簡単な注意書き:

[https://interagencystandingcommittee.org/other/interim-briefing-note-addressing-](https://interagencystandingcommittee.org/other/interim-briefing-note-addressing-mental-health-andpsychosocial-aspects-covid-19-outbreak)

[mental-health-andpsychosocial-aspects-covid-19-outbreak](https://interagencystandingcommittee.org/other/interim-briefing-note-addressing-mental-health-andpsychosocial-aspects-covid-19-outbreak)

COVID-19（新型コロナウイルス感染症）の急激な感染拡大における
精神保健的・心理社会的な留意事項

Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak

監訳 本橋 豊 いのち支える自殺対策推進センター

翻訳 青木みあ いのち支える自殺対策推進センター

出典 Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak
(World Health Organization, 2020)

発行日 2020年4月14日

発行 厚生労働大臣指定(調査研究等)法人 いのち支える自殺対策推進センター

ライセンス Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO
(CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>)

翻訳内容、翻訳の質に関して WHO は一切責任を負わない。

本日本語版の著作権は、いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）に帰属する。

自殺総合政策研究投稿規定

本誌は、民学官連携による自殺対策の推進をはかり、学際的・国際的観点による研究成果、日常的な支援活動、エビデンスに基づく地域自殺対策など、自殺総合政策に関するテーマを扱ったオープンアクセスジャーナルである。自殺総合対策における実践的研究や政策研究を中心とした論文、報告、解説文等を幅広く掲載する。

1. 原稿の種別

原著論文、総説、活動報告（自殺対策に関する実践報告等）、資料、論壇、その他（掲載論文に対する意見等）であり、他誌に発表されていないものに限る。

2. 原稿の書式

A4 サイズ縦置き・横書きとし、1 頁当たり 25 字×32 行で作成する。書体は MS 明朝(英数字は半角とし、Times New Roman を使用)、フォントサイズは 10.5 ポイントを基本とする。

3. 執筆手続き

原稿は日本語で書かれたものとし、執筆要領に従うこと。提出時のファイル形式は MS-Word とする。

4. 執筆要領

(1) 要旨

400 字程度の和文要旨をつける。表題、氏名、要旨、キーワードの順に記すこと。キーワードは 5 個以内とする。本文とは別のファイルにすること。

(2) 表題

1 ページ目の冒頭に記す。書体は MS ゴシックの太字、フォントサイズは 14 ポイント、中央揃えとする。副題がある場合は、主題の後ろにコロロン（:）をつけて、続けて書くこと。

(3) 著者名

表題の後に、著者名（共同執筆者がいる場合はすべて）をフルネームで記載すること。著者名の右肩に上付きで番号を付し、著者名の一行下に番号と対応する著者の所属機関名を記すこと。

(4) 本文

著者名の後に、一行空けて続けて書くこと。原則として、緒言（背景、目的、意義等）、方法（研究計画、手続き等）、結果、考察、結論に分けて書く。見出しは、本文と同じフォントサイズのゴシック体とする。句読点は「、」「。」を用いる。

(5) 図表

本文中の該当箇所に挿入し、図および表それぞれに通し番号（例：図 1、図 2、表 1、表 2）をつける。白黒で作成し、原則としてそのまま掲載できる明瞭なものとする。また、写真は原則として用いないこと。

(6) 文献

本文中の該当箇所に上付きの番号（例：WHO の最新データ¹によると）で記し、本文の最後に一括して引用番号順に記載する。記載方法は下記の例を参照すること。

1) 雑誌

著者名・表題・雑誌名 発行年（西暦）；巻：頁-頁。

① 本橋 豊，金子善博，藤田幸司．高齢者の社会的孤立と自殺、自殺予防対策．老年精神医学雑誌 2011；22：672-677．

② Anthony B, Carrol P, Heather T. A guideline of evidence-based medicine. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 1995; 8(3):19-26.

2) 単行本

著者名・表題・編者名・書名・発行所所在地：発行所・発行年（西暦）；頁-頁。

① 本橋 豊．第 1 章 なぜ、自殺予防を公衆衛生の立場で行うのか．本橋 豊、渡邊直樹（編著）．自殺は予防できる．埼玉：すびか書房 2005；20-34．

② Doe T, Paxton A. Introduction to pathological science. Clifton Park (NY): Thomson Como Learning; 2005.

3) インターネットのサイト

他に適切な資料が得られない場合のみ文献として使用してもよい。サイト名およびアドレスを簡潔かつ明確に記載するとともに、アクセスした年月日も付記すること。

① 厚生労働省．自殺の統計：各年の状況 警察庁の自殺統計に基づく自殺者数の推移等（平成 29 年

の年間速報値). http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200_000-Shakaiengokyokushougaihonefukushibu/20171_2-sokuhou_2.pdf (2018年6月14日閲覧)

- ② World Health Organization. Suicide mortality rate. WHO, Geneva, 2017. <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en> (2019年1月15日閲覧)

4) 新聞

著者名(記されている場合)、記事(または欄)名、新聞名、年月日;版(面)(デジタル版の場合は、アクセスした年月日も付記)

- ① 世界の自殺者 年間 80 万人 地域の力で命守ろう。秋田さきがけ。2019年2月16日;医療欄。
② Chung, T. A guide to the management of mental illness. The New York Times. <http://www.nytimes.com> (2016年12月4日閲覧)

5. 原稿の表紙

原稿には表紙をつけ、表題、著者名、所属機関名、原稿枚数、図表の数、編集委員会への連絡事項、責任著者の氏名および連絡先(電話番号および電子メールアドレス)を記すこと。

6. 倫理的配慮

ヘルシンキ宣言および文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」あるいは他の適切な指針に従い、当該研究を実施した際に行った倫理面への配慮の内容及び方法、研究方法による研究対象者に対する不利益、危険性の排除や説明と同意(インフォームド・コンセント)に関わる状況等について、本文中に具体的に記入すること。倫理面の問題がないと判断し

た場合にはその旨を記入し、理由を明記する。また、倫理審査委員会の承認を得て実施した研究は、承認した倫理審査委員会の名称および承認年月日を記載する。

7. 査読及び原稿の採否

2人以上の査読結果をもとに、編集委員会が採否を決定する。

8. 著作権

掲載された論文等の著作権は、JSSCに帰属する。「著作権委譲承諾書」に著者全員の記名および自署の上、提出すること。

9. COI 自己申告書

当該研究遂行や論文作成に際して、企業・団体等から研究費助成、試料提供、便宜供与などの経済的支援を受けた場合は、謝辞等にその旨を記載すること。また、すべての著者は投稿時に、「投稿時 COI 自己申告書」を提出すること。COI 状態がない場合も、謝辞等および自己申告書に「開示すべき COI 状態はない」などの文言を記載し、自己申告書を提出する。

10. 投稿料・掲載料

投稿料および掲載料は無料とする。

11. 問い合わせ

いのち支える自殺対策推進センター

自殺総合政策研究編集事務局

〒102-0073

東京都千代田区九段北 4-3-8 市ヶ谷 UN ビル 2 階

E-mail : irpsc@jscp.or.jp

第1版 2018年9月10日

改訂 第2版 2019年2月5日

第3版 2020年6月1日

第4版 2020年12月10日

自殺総合政策研究編集委員会

編集委員長	本橋 豊	いのち支える自殺対策推進センター	センター長
編集委員	伊藤 弘人	独立行政法人労働者健康安全機構	本部研究ディレクター
(五十音順)	木津喜 雅	いのち支える自殺対策推進センター	PDCA 担当室長
	藤田 幸司	いのち支える自殺対策推進センター	地域連携室長
	藤原 武男	国立大学法人東京医科歯科大学	大学院医歯学総合研究科 国際健康推進医学分野 教授
	藤原 佳典	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所	社会参加と地域保健研究チーム 研究部長
	吉野さやか	いのち支える自殺対策推進センター	

自殺総合政策研究 第3巻 第1号

【発行日】2020年12月15日（年2回発行）

【ISSN】2433-6939（印刷版）／2433-2380（web版）

【発行元】いのち支える自殺対策推進センター

〒102-0073 東京都千代田区九段北4-3-8 市ヶ谷UNビル2階

E-mail : irpsc@jscp.or.jp



いのち支える