

## 自殺に関する概況と子どもの自殺をめぐる ——希死念慮のある子どもの小児神経科外来での対応の経験を含めて

加我 牧子・森山 花鈴

### 1. はじめに

厚生労働省が発行した『平成28年版自殺対策白書』によれば、警察庁の自殺統計では2015年に自殺した人の数は24,025人（図1）、厚生労働省の人口動態統計では23,152人（2015年確定数）と報告されている。いずれも1998年に自殺が急増し、自殺者が30,000人を超えたとして社会に衝撃を与え、2009年にピークとなった時期の直前、すなわち1997年に近い値まで減少してきたことになる<sup>(1)</sup>。

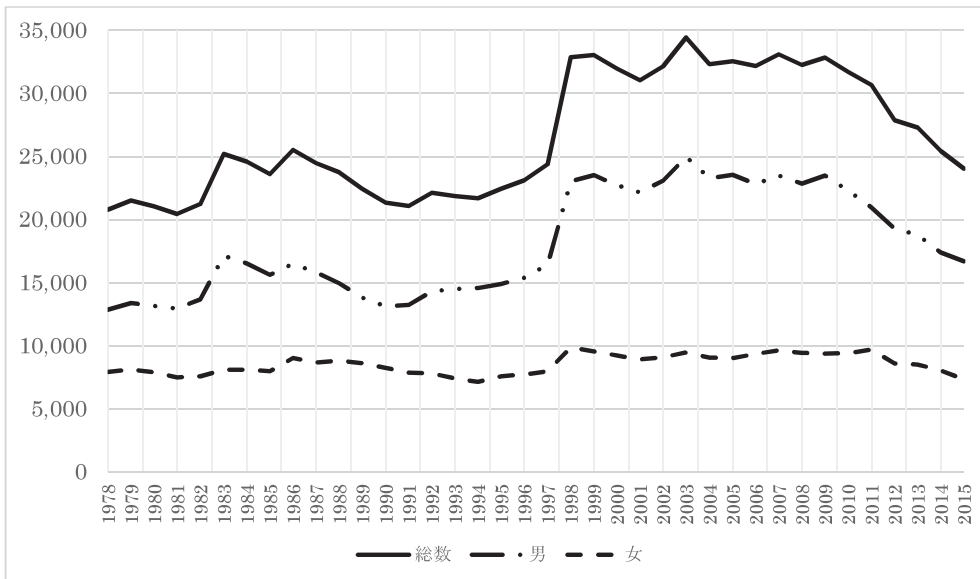


図1 年間自殺者数<sup>(1)</sup>

このうちの若年者に限っていえば厚生労働省の2014年の人口動態統計では5歳から14歳ま

では男 68 名、女 34 名の合計 102 名、15 歳から 24 歳までは男 1,180 名、女 432 名の合計 1,612 名と報告されている (図 2、図 3)。

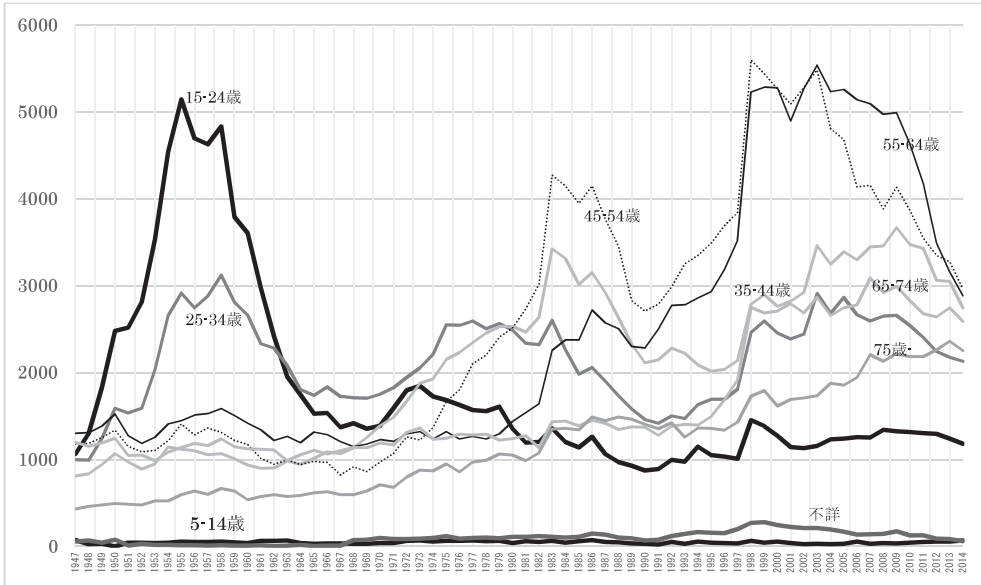


図 2 年齢階級別自殺者数 (男性)<sup>(2)</sup>

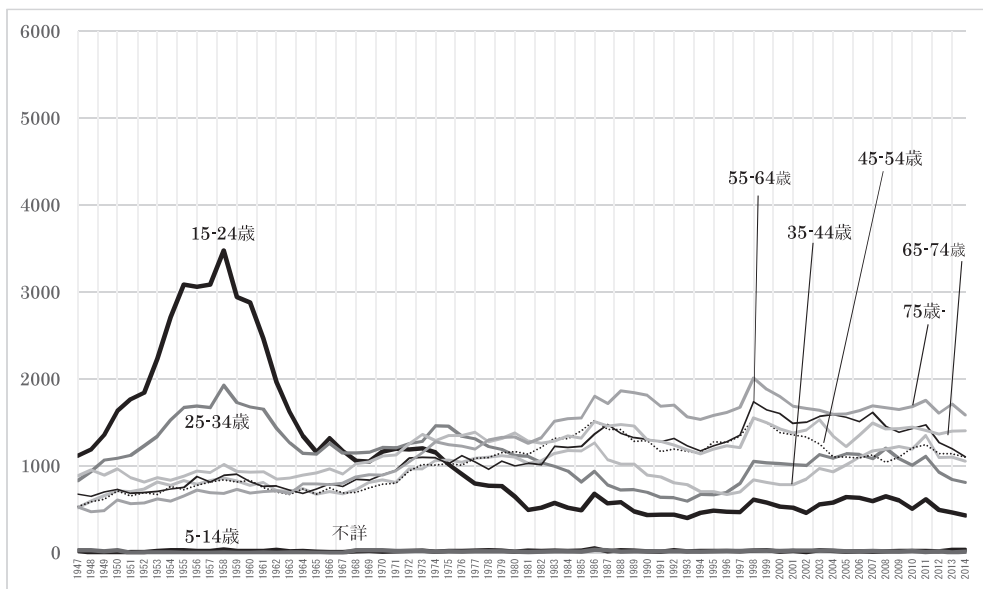


図 3 年齢階級別自殺者数 (女性)<sup>(2)</sup>

警察庁の調べでは学生生徒の自殺については 2014 年に小学生 17 人、中学生は 99 人、高校生

は213人、大学生428人、専修学校生等は109名であった。1978年からの学生生徒等の自殺者数の推移については図4に示す<sup>(3)</sup>。

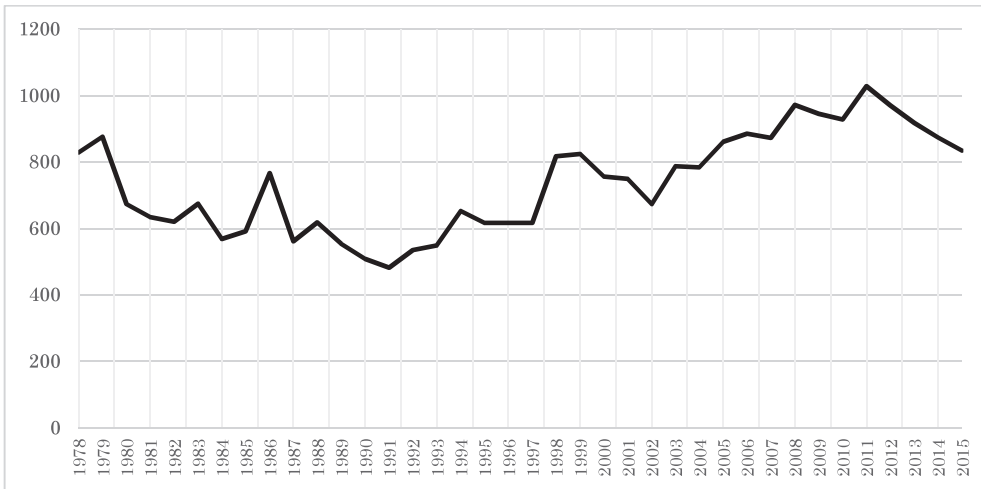


図4 学生・生徒等の自殺者数<sup>(4)</sup>

小学生は男女ほぼ同数であるが中学生以上は成人同様男児が女児の3～4倍を占める<sup>(5)</sup>。2011年の1,028名をピークに2014年の866名となっており、絶対数こそ増えていないが憂慮すべき数字であることはまちがいが無い。

自殺数の増減についてはさまざまな社会事象が反映されるため、単一の原因に帰すことはできない面が大きい。しかし、この10数年間の自殺数の推移には、2006年の自殺対策基本法の成立とそれにとまなうさまざまな施策をはじめとする国としての取り組みと、民間の多くの人々に関わる活動が大きく関係していることは間違いないと思われる<sup>(6)</sup>。自殺は精神疾患との関連の深さからもともと厚生労働省の担当であったが、超党派の議員立法で自殺対策基本法が成立したことをきっかけに、内閣府を中心に省庁横断的発想から自殺対策に取り組む時期をもつことができた。この影響もありこの10数年間に公私を問わず、自殺対策の重要性を理解し、自らの生き方や行動について意識する人たちが社会の中で増加するなど、広い範囲の人たちがそれぞれの活動を通じて自殺に対する関心を持つようになったことも、大きな要因のひとつであったと推察される。

厚生労働省の人口動態統計と警察庁の自殺統計の違い<sup>(7)</sup>は関係者にはよく知られていても、多くの人々は知らないですませられる事項である。前者は日本人が対象で、死亡時点での住所地で計上され、後者は日本における外国人も含む総人口が対象で、死亡が発見された時点で計上している。前者は死亡診断書をもとに自殺、他殺、または事故死のどれかが不明の時は自殺以外で処理され、自殺として訂正報告がなされなければ自殺に計上されない。後者は捜査などをもとに自殺であると判明した時点で自殺統計原票を作成して計上される。自殺者の年度変化

の動向については、二つの統計数値はほぼ同様の傾向を示すが、数値自体が微妙に異なるのは、対象や調査時点や、場所、また登録の方法が異なるためである。

## 2. 自殺のハイリスクと対応

自殺についてこれまでの経験知や、心理学的剖検<sup>(8),(9)</sup>の成果を通じて、実際に自殺した人は、その前に自殺未遂あるいは類似のことを考えたり、実行の準備をしたりしていることが多いことがわかっている<sup>(6)</sup>。高橋はその著書<sup>(8)</sup>の中で、自殺の危険因子は自殺未遂歴（もっとも重要な危険因子）、精神疾患の既往（うつ病、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用）、サポートの不足（未婚、離婚、配偶者との死別、職場での孤立）、性別（自殺既遂者は男>女、自殺未遂者は女>男）、高年齢、喪失体験（経済的損失、地位の失墜、病気や怪我、業績不振、予想外の失敗）、性格（未熟依存的、衝動的、極端な完全主義、孤立、抑うつ的、反社会的）、他者の死の影響（精神的に重要なつながりのあった人の突然の不幸な形での死亡）、事故傾性（事故を防ぐのに必要な措置をとらない、病気の予防や医学的助言の無視）、児童虐待（小児期の心理的、身体的、性的虐待）をあげている。そして自殺を口にすることも重要なポイントであるとしている。

実際、自殺未遂を起こした人に加えて、自傷行為を繰り返す人は自殺のハイリスク者として認知されるべきであり、特別な注意を必要としている。事故傾性の具体的な形としては危険運転など危ないことを積極的に行ったりするなど、日常生活の中でも危険にあえて近づいたりすることがある。現代における自殺は、それ自体が本人の覚悟の末の自発的な意思に基づいて行われるものではなく、自殺しか方法がないと思いついてしまうという視野の極端な縮小化に至り、正当な判断ができない状態に陥った状態で実行されてしまうものであるが、それでも生と死の選択の間でゆれながら死に至るということも明らかになっている<sup>(9)</sup>。実際、成人の自殺既遂者では、アルコールが検出された例が全体の32.8%におよぶ<sup>(10)</sup>ことも報告されている。また自殺に至る原因は通常単一ではなく、いつもの不幸な要因が重なり合って起こることもわかってきている。

またひとりの自殺既遂者の周囲では、少なくともその数倍から数10倍を超える人数のひとが大なり小なり、なんらかの影響を受けるものであり、悲しんだり、衝撃を受けたりする人は家族や友人など身近な人だけではなく多数にのぼる。それぞれの関係者にとって濃淡はあるにしても、ある一人の死が別の人の一生に、忘れられないライフイベントのひとつとして、あるいは記憶の底にしまわれるとしても非常に大きな影響を与えるものと考えられる。従って自殺が生じてしまった後で、残された人々への心理的サポートの重要性は自殺のポストベンションとして配慮されるべきであることは常識となっている<sup>(11)</sup>。現代社会において、自殺の報道の仕方はその後の自殺の発生に大きな影響があり、一般に事実の公表に際して自殺の具体的な方法や自殺現場の状況を詳細に報道しないと、遺書や写真を報道はしない<sup>(12)</sup>などの注意事項

は、報道関係者にくりかえし、アナウンスされるものなかなか定着していかないのも現実である。

極端に元気がなく鬱々としているなど自殺の危険を感じるひとに出会ったり、だれかに自殺をほめかされた時の対応についても多くの推奨法が提案されており、多くの人が「ゲートキーパー」としての意識をもつことの重要性<sup>(13)</sup>も広く知られるようになった。大原則は、励ましたり、叱ったりするのではなく、そのひとの辛さに共感して寄りそい、共にいる人があることを感じてもらうこと、そして専門家への橋渡しを含めた行動をいっしょにとることが原則であることも徐々に理解が深まる方向に進んでいると信じたい。特に自殺したいと打ち明けられた場合、打ち明けられた側の動揺や不安は当然であるが、打ち明けた本人はだれでもよいから打ち明けたのではなく特定の誰かを選んで絶望を訴え、同時に助けてほしいという気持ちで救いを求めている。生きることと死ぬことの間で揺れ動いているからこそその行動であり、時間をかけて訴えを聞く必要がある。沈黙が続くことをおそれるのではなく、また説得しようというのではなく、悩みを共有しようとしていることを理解してもらえらるまで相手の話を聞き、ほかの道があることについて話せる関係を維持していく態度を示し続ける必要があるであろう。問題解決には自殺しか方法がないという心理的な視野狭窄におちいって抑うつ的になっている人を精神科医につなげるためには、自殺を考えている本人がアドバイスを聞き入れる可能性のあるキーパーソンを探していく必要もあるが、場合によっては「あなたのことがとても心配なので私もいっしょに行くから一度専門家の助言を聞いてみよう」というアプローチもありうる。いずれにしても本人の安全を確保して受診につなげる必要がある。

### 3. 小児・若年者の自殺者

#### 3-1 小児の自殺の現状

図2、3に示す通り、中高年の自殺者にくらべて小児の自殺者の総数は格段に少なく、自殺死亡率も低い。それなのになぜ小児若年者の自殺をとりあげて問題にしなければいけないかという問いを發する方々もないわけではないと思う。理由の第一は、なんといっても、特別の病気がない限り、この年齢の日本の子どもたちは、文明社会の「生き物」として、幸せに生き続けて、今後も成長発達をとげる権利と義務をおうはずの、未来あるひとたちであるという前提がある。幸い、新生児、乳幼児はみずから死ぬことを選ぶ力はないし、自ら死ぬことを選ぶ判断もできないが、多くの疾患や先天異常などにより医学の力を尽くしても一定の数の子どもたちの命は奪われている。医学の進歩と医療や介護技術の向上により、子どもたちの予後は今後とも改善されていくことが期待できるが、残念ながらひとが生き物である限り、子どもたちが病気で亡くなることは無くならないであろう。しかしながら、子どもたちの死、若年者の死亡の原因の多くが病気ではない不慮の事故であることはよく知られており、1歳から4歳、5歳から

9歳、10歳から14歳、14歳から19歳までの死因のうち不慮の事故の占める割合はそれぞれおよそ14.1%、22.2%、17.0%、25.9%に及ぶ（図5）。

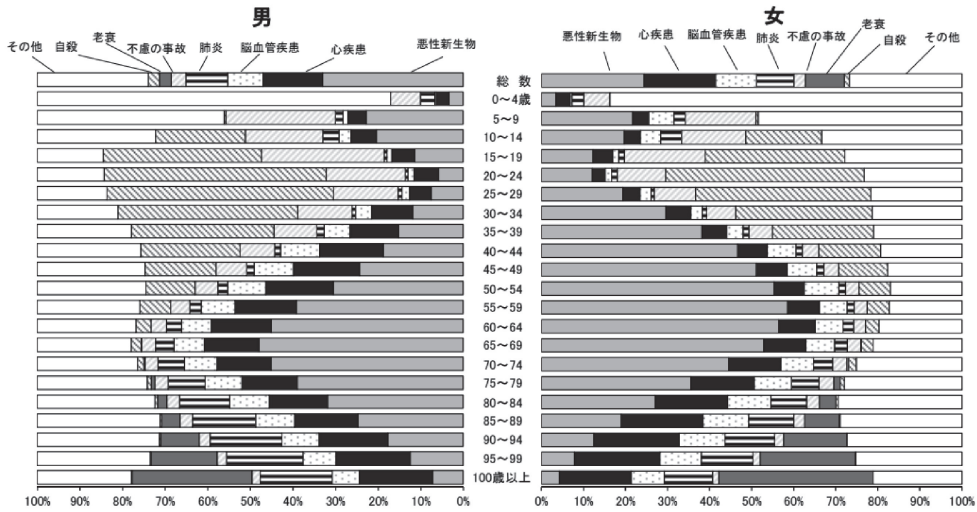


図5 性・年齢階級別にみた主な死因の構成割合（平成26年）<sup>(14)</sup>

そして特に自殺の占める割合は10歳から14歳では死因のうちの2位、15歳から39歳の死因の1位を占める重要な項目となっている<sup>(15)</sup> 事実には注目する必要がある。生物学的にはまだ死なないはずの、あるいは死ななくてよい子どもたち、若年者が死ぬということは本人のかけがえのない未来、ご家族の愛情や望み、友人やまわりのひとたち、ひいては社会にとってなくてはならない人をうしなうという大きな損失をこうむることになる。

### 3-2 子どもの死の概念<sup>(16)</sup>

子どもがいつから死を考え、実感できるのかについては過去に多くの研究があり、当然心理発達の影響を受けるが、家庭環境の違いや社会の変化に加え、哲学的考察がなされる場面も多いようである。具体的な死の概念については①死が不可逆的なものであること、②生きているとき行なっていること、機能していることすべてが死によってすべて終わるということ、③自分も含めてすべての命あるものは、死が普遍のかつ不可避なものであること、④死には生物学的な要因があること、の大原則が一般的に認められるようになってきているという。これらの4つの性質を理解できるようになるためには子どもの年齢発達と、身近な死の体験に加えて、家族をふくめた周囲のひとたちの死に対する考え方や態度に影響される。幼児には生命が有限であるという認識は不確かであるが、死によってずっといなくなるということと、一時的にその場からいなくなるということの差を理解できるまでには時間がかかる。これらの死の概念が大人

に近い意味で理解できるようになるのは諸家の報告で9～10歳以上とされている<sup>(16)</sup>。社会的な側面として、漫画やテレビ、ゲームでは死んだキャラクターが生き返ることを日々見せられている子どもたちは、ほんとうの死の意味を理解することが難しい時代になっていることはたしかであろう。

また死にたいと思ったことのある子どもの数についての調査は限られているが、文部科学省のパンフレットには図6に示した2004年の調査<sup>(17)</sup>と2006年の調査<sup>(18)</sup>の2つの調査結果が例示されている。

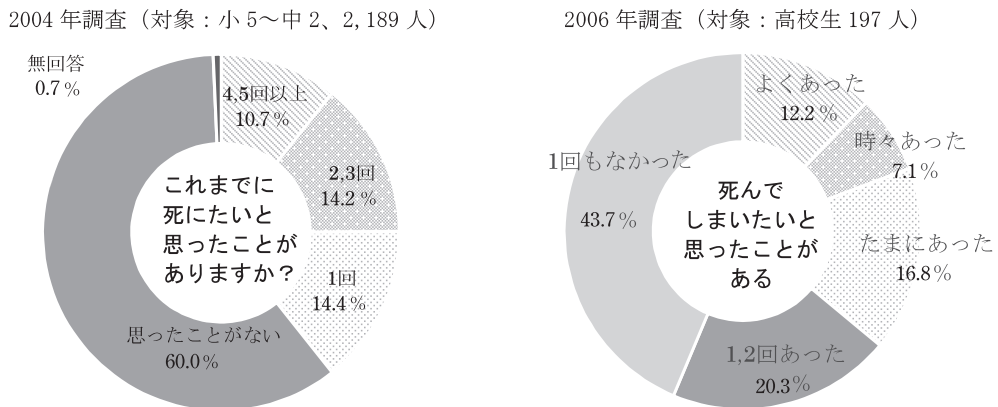


図6 「死にたい」と思ったことのある子どもの割合<sup>(17)、(18)</sup>

それによれば小学校5年生から中学2年生2189名への聞き取り調査により10.7%が死にたいと思ったことが4～5回以上あり、死んでしまいたいと思ったことが1回以上ある高校生は197名中56.3%もあったという。このように、小学校上級生から高校生の年代で死にたいと感じる経験のある者が多い事実があることを考えると、死なないで済むための周囲の大人の取り組みの工夫の重要性と、子どもたちのレジリエンスを高める方法を確立することの重要性を指摘しておきたい。

### 3-3 重篤な病気の子どもの死の概念について

深刻な病気を持っている子どもでは、年齢を問わず、なにかしら死の予感のようなものがあるのではないかとと思われる場面が多い。特に重篤な病気の子どもの病気を治すためには辛い治療も受けてもらわなければならないわけで、子どもと向き合っ、病気の予後や治療の見込みについても理解できる範囲で伝えていく努力が必要である。入院中の子どもたち、特に小学生以上の年齢では、病棟で同じような病気の子どものたちと交流する中で、子どもながらにそれぞれの死の認識というか予感を感じているという確信を得ることがある。重篤な病気の子どものたちの死の認識は、自分の周囲における友人の死などを通じてうまれてくるものであり、一般

の健康な児童における死の認識とは必ずしも一致しない可能性もある。

自身の経験のひとつとして、白血病で死がせまっていた、いつも不機嫌で主治医にまったく親しみを見せなかった1歳5か月児が、夜回診の際に、澄んだ目で主治医を見つめ、はじめてのバイバイをしてくれた翌朝早く亡くなったことがあり<sup>(19)</sup>、死という別れを予感していたのではないかという思いを数十年間消せないでいる。

### 3-4 子どもの自殺についての報道など

一方で、子どもが自殺する年齢について、近年のインターネット上の記載としては母親を5年前に自殺でなくしている小学校2年生(7歳児)の自殺についての報道があるとされるが<sup>(20)</sup>、自身ではオリジナルの記事の記載をまだ確認できていない。いずれにしても小学生、中学生の自殺はマスコミの格好の話題となりがちで、大きく取り上げられ、その悲劇性が語られ、原因となる犯人捜しがスクランダラスに報道されることが多い。中学高校生の自殺者の数と推移は図7のとおりであるが、有名なアイドル歌手の自殺の後に同様の手段で自殺した子どもたちが多かった事実も広く知られている(図7)。

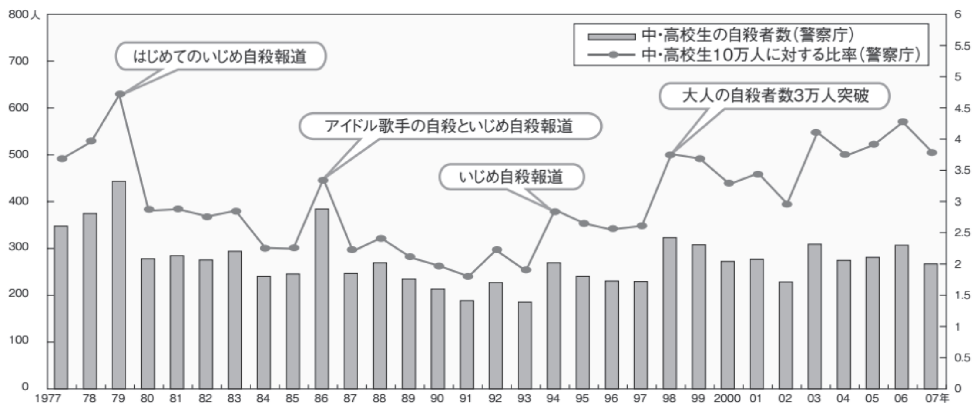


図7 中・高校生の自殺者数と自殺死亡率<sup>(21)</sup>

事情はいろいろでもいったん自殺がおこると、多くは自殺の原因となる犯人捜しが注目され、いじめが見つければ、いじめた子どもたちひいてはその親への徹底的な、興味本位としか思えないマスコミの追及が行われる。1970年代には受験戦争が原因とされることが多かった<sup>(8)</sup>が、時代背景の変化はあるにせよ、単一の原因を求めて、自分にはとりあえず関係がないと安心したがる世の中の風潮の問題点が顕在化するポイントにもなっているように思われる。ご本人やご家族の思いを推察するにつらい状況に心を痛め、再発を防止する策があればこれ語られる割には、また似たような、しかしそれぞれに異なる事件が繰り返されている。このような状況の改善に向けて焦るばかりではなく地道にとりくみ続ける必要がある。



### 3-5 文部科学省の取り組み

子どもの自殺について、文部科学省は、2006年から児童生徒の「自殺予防に関する研究協力者会議」を開催しており、同年に「児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会」の第1次報告を提出した。この提言内容などを踏まえ、2009年3月には「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」、平成22年3月には「子どもの自殺が起きたときの緊急対応の手引き」、2011年3月には、米国における子どもに対する自殺予防教育の現況調査についての結果を含む「平成22年度児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議審議のまとめ」を作成・公表してきた。これらの手引きがすぐにすべての教員のもとに届いて、理解を深め実践することは簡単ではないかもしれないし、限られた授業時間の中で教えなければいけないことはたくさんあり、自殺予防教育のための時間をあらたに設けることは各学校にとっても大変なことでもあろうとは想像できる。しかし教育の中で計画的に子どもたちに自殺予防について考えさせることができるような方法の確立は必要である。その中でも文部科学省におかれた「自殺予防に関する調査研究協力者会議」は、2014年7月に「子どもに伝えたい自殺予防一学校における自殺予防教育導入の手引き」<sup>(22)</sup>を上梓しており、子どもの自殺予防のための努力は継続されている。

自殺は連鎖を呼び群発自殺となる危険を秘めており、自殺が発生した場合、級友など残された子どもたちへの心理的配慮が確実に必要になる。特に本人と親しい関係にあった子どもへの影響ははかりしれないものがある。かつてはこれらの配慮はすべてが家庭や担任教員の肩にかかっていたが、最近では自殺のポストベンションの必要性のひろまりと専門家の関わり的重要性も知られるようになり、心理士の当該校への派遣なども行われるようになってきた。とはいえ、家族自身も大きな影響を受けているはずであるが、級友の自殺の報に接した子どもたちについては家族は万全のかまえて共に考え、子どもの不安や恐怖を受けいれるとともに乗り越える時間と精神的エネルギーを持続し続ける必要があるであろう。

### 3-6 小児科外来で希死念慮を示す子どもたちの経験から

精神科外来ではなく、小児科診療の現場でも、残念ながらさまざまな年齢の子ども本人やご家族の自殺既遂や自殺企図に出会ったりすることがないわけではない。ここでは小児科外来で自己肯定感が極端に低く、希死念慮がある子どもについて、また自殺未遂行為があったらしい子どもについて、とりあえず希死念慮の急性期・亜急性期を乗り切ったと考えられたふたりの患者さんの例を紹介しておく。なおどんな形でも本人が特定されることのないように、当時の本人の様子と対応以外は、患者さんのプロフィールは完全に変更してあることをお断りしておく。

## 症例1 小学校3年生 男児 Aくん

疝積がひどく、ルールがわからず友人とのトラブルが多いことに気づき、母親とともに受診された。父は開業医。母は父を手伝っていて多忙。両親とも成績優秀で、知的できちんとした性格。成績はきわめて重要と考えており子どもの勉強にも厳しい。父母と姉2人の5人家族。姉2人は有名高校2年生と有名中学3年生。

発達歴：予定5か月。独歩17か月と運動発達は多少遅めだった。言葉の発達については母子手帳に記載がなく母も覚えていない。乳児期から保育園に通園。人との関わりが好きな優しい子で、性格や行動に何の問題も感じていなかった。小学校3年の学校参観で、子どもが教室でねそべっているのを見て母がびっくりし、他院の小児神経科を受診し、自閉性障害を疑われ投薬を受けている。担任は、他の子どもに迷惑をかけていないので問題視していないとのことである。

理科の実験や図工など好きな科目は受けるが、嫌いな授業は全く無視してなにもしないうえ、課題の提出を一切せず、母がつききりで宿題をみて、何とか普通のレベルの成績を維持している。またあらためて考えると、学校で他の子とトラブルがあっても、相手が怒っているのか理由がわからず、うけようとして話しているのにほかの子がのってこないと激昂するということであった。姉たちの成績と比較されることが多く、数か月前から家でよく「死にたい」というようになった。しかし家人は気にしている様子がなかった。

外来では、診察室に入ったとたん、わざとらしくひっきりなしにあくびをし、外来のじゅうたんに寝そべて、「疲れた、疲れた」という。今回の外来受診についてはいやではないが、なぜ病院に来たのかわからないと答える。「大きくなったら何になりたい？」と聞くと「どうせ中学に入るまでに自殺するからそんなこと考えるのは無駄」という。なにを聞いても、「無理。」「無理。」「無理。できない。」といい、「どうせ死ぬのに何をしてもしょうがない。」と投げやりにくりかえす。「自殺したくなるほど辛いんだ。でもどうしてなのかな？」と聞くと「ストレスでしょ？ストレスでしょ？ストレスでしょ？」と指を折って数えているように言い続けるがストレスの内容は答えない。一般診察や神経学的診察にはすなおに応じ、いずれも明らかな異常所見を認めなかった。睡眠には特段の問題はないようであった。

本児のウエクスラー知能検査は総IQ100、言語性IQ100、動作性IQが115と正常知能であったが下位項目には解離がみられた。長時間集中して課題に取り組むことは難しく、注意力の検査ではお手付きや見逃しなど間違いが多かった。話しかけられた内容は理解しているように見えるが、指示は実行できず、すぐに意欲が下がって継続できない様子も見られた。優秀で手のかからない姉たちに対する思いはあるようで、姉弟のかかわりはあまりないとのことだった。父は仕事が忙しく、子どもと遊ぶこともなく、母が日々つきっきりで宿題をやらせている様子であった。

母親と子どもについて別々に話すと、児本人は「死ぬことを前提に暮らしている。」との発言が一貫していて、また何をしても面白くないし、何にもやりたくないといいながら、親がゲー

ムをやらせてくれないことには不満をのべていた。また父と遊びたい様子があった。

家族の危機感がなさすぎるため、母親との会話でまずは注意を喚起し、患児の極端なやる気のなさ、疲労感を訴えていることは注意すべき徴候であり、実際に死ぬ手段を見つけてしまえば取り返しがつかなくなる緊急のサインであることを時間をかけて伝えたが、母親には一貫して危機感が感じられなかった。しかし万が一にも自殺しないように十分注意を払いつつ暮らすことと同時に、姉たちと比較して本人の勉強について責めたてないこと、本人のできること、できたこと、優しい性格や行動を評価すること、本人の好きな工作ができるよう時間をもうけることに重点をおいてほしいと伝えた。特に患児が父親と遊ぶことを願っている様子があるので、父と好きなものを作る機会をふやすことをアドバイスした。以後1か月、次いで2ないし3か月ごとに必ず本人と会い、次回話してもらう内容について約束して診察室から送り出すようにした。投げやりな様子はいくつか変わらないが、毎回好きな工作を続けられるよう励ましつづけているうちに外来でも笑顔がふえ、多少は楽しかったこと、好きなことについても語れるようになってきた。その後2年半を経過し、「疲れた」という発言は減ってきて、家でも外来でも「自殺する」という発言は聞かれなくなった。まだまだ油断できる状態ではないが、本人の自己肯定感を増すような働きかけと、次の外来の約束をかわすことを継続していく予定である。

症例2 中学校1年生女兒 B子さん てんかん治療のために通院中の女兒。

5才時、急に意識を失い手足ががくがくし、数分で気がつく発作が数回ありてんかんの診断を受けた。6歳から他院で抗痙攣剤を用いた治療が始まり、その後は臨床発作は認められていない。小学校に入学してから学習に時間がかかり成績ががんばしくないことに気付かれた、学校に行くのがつらくなり、3年生から学校を休みがちとなった。4年生後半からはほとんど登校せず、家に閉じこもっている状態であった。転居に際し、てんかん治療継続のため紹介受診されたが、外来ではいつも暗い表情で、「何も面白いことはない、つまらないことばかり」となにごとも否定的で、虚無的な投げやりな発言をくりかえしていた。一方、学校や家庭に対して常に怒りを秘めており、同行する母親にいつも攻撃的であった。家ではよく死にたいといい、「どうせ私なんか……」という発言もよく聞かれた。絵をかくことと手芸は好きで、小さなかわいらしい物を作っているということだった。IQは85と評価された。外来では生活の中の楽しいことや手芸についてよく話題にして、作品作りを励まし、見せてほしいという希望も伝えていたが応じることはなかった。また生活について本人はいつも「楽しいことは何もない。」と言い続けた。中学校は普通級から特別支援学校にうつったが保健室登校が多かった。1年生の秋の夜、母親が気付くと、居間のテーブルの前で椅子に座って、首の周りにひもをぐるぐる巻いているので母が驚いて止めたところ、本人はすぐにやめて、そのあとずっと泣いていた。5日後に外来を受診した際、本人のすきを見て母親からこの件が伝えられた。子どもの長期にわたる抑うつかつ他罰的な様子と、学校や家庭への敵意があり、大事には至らなかったものの、自殺企図があったと考え、心理的emergencyに準じた状態として対応することにした。

外来では常にも増して暗く思いつめたような感じで自分からリストカットの跡を見せてくれ、「自分がいなくなっても関係ないでしょ」と言い「やっぱり死にたい」という。「死にたくなっちゃったみたいだけど、死なないでいてくれてよかった。あなたに会えてうれしい」といい、いつもと同じ話題に触れ、作品をぜひ見せてほしいといい、翌週の外来を予定外の時間に予約した。母親にはしばらく子どもの行動をよく観察して万一の自殺企図に気を付けてほしいと依頼した。翌週も同じような暗さのまま、何気ない様子で受診されたが、この日はじめてA子さんは自分のビーズ作品のプレスレットを持参して見せてくれた。再度「A子ちゃんに会えるのはうれしい、会えないと寂しいから。」と心を込めて伝え、次の週の来院の約束をして予約をいれた。このようなかたちで2か月半、週に1回から2週間に1回、外来で顔をみて話をつづけた。この間、暗さと投げやりな様子は変わらなかったが、次第に思いつめた様子がなくなり次の予約は1か月後とした。とりあえずの危機は去ったと判断してから通常の3か月に1回の外来のサイクルに戻した。その後1年以上たって、多少休みながらではあるが学校にいけるようになり、中学校普通クラスから特別支援学校の高等部に進学した。卒業後は、周囲の悪口を言いつつも、作業に従事できるところまで社会性を回復した。

本児の状況は実際のところは不明であり、過剰診療であったかもしれないが、そうであっても最悪の事態が生じなかったことで、よしと考えている。自分で自分の思いを伝えることができず、友人もほとんどなく、家の中に閉じこもって、ある意味世の中を敵視することを生きがいとせざるをえないように見える児童では、家族以外にも子どもを見守り、気にかけている大人の存在を伝えることが必要と考えればこの外来対応も意味があったと考えたい。

こういった患者さんたちに対してマニュアルで解決できる決まった方法があるとは思えないが、相手を尊重し、本人の良いところや、本人を大事に思っていることを伝え続けること、ご家族が慎重な見守りを継続し続けることは大切だと思われる。ご家族が子どもの自殺に危機感を十分感じ取れていないときは、危機であることを伝え続けて理解していただくようにつとめること、どんなときも必ず次の外来日を約束し、同時には来院時に小さい宿題を果たすことを約束することが必要であろう。幸い、これまでは上記の2症例のような外来対応で急性期の危機を乗り越えてこられたが、これが常に成功するとは限らないかもしれず、もっと重症例では緊急入院による保護管理が必須である。しかし小児に適した病棟への緊急入院は物理的にも家族の心理的にもハードルが高いのが現実であり困惑することが多いのが現実である。

しかし危機（のおそれ）に際してはできることをやり続けることは、偶然にしても、自殺の危機のある人に会おうかもしれないあなたの対応にも役立つ場合があるかもしれないと考え、あえてここに紹介した。

#### 4. おわりに

2006年、自殺対策基本法が公布、施行され、10年が経過した。この法律成立以前から今日までの本邦の自殺者数の推移やその年齢特徴を述べ、自殺のハイリスクについて記載した。さらに小児若年者の自殺の現状を抽出し、子どもの死についての概念や自殺に関わる課題について述べた。文部科学省を中心としたこれまでの対策や考え方について触れた。また著者が小児科外来で出会った小児の中から希死念慮のある小学校3年男児、自殺未遂と考えられた中学1年女児の例とその対応の経験について記載した。重度の希死念慮には専門的な治療や配慮が必要なことはもちろんであるが、日常的にも子どもたちひとりひとりが、ひとりぼっちではないと感ぜられる環境を大人が用意できることが重要であろう。次に会うまで死なないでいてくれるように約束するということは大人でも子どもでも変わらない必要な真実のように思える。

とにかく自殺の悲劇をなくしたい。特に子どもが自殺したくなるほど悩んでいるときには大人の知恵を総動員してそれを止める力を働かせたいと思う気持ちを共有したい。

※なお、本研究は科研費（若手研究B、課題番号：16K17061）および2016年度南山大学パッヘ研究奨励金I-A-2の助成を受けている。

#### 引用文献

- (1) 厚生労働省『平成28年度自殺対策白書』、2016年。
- (2) 厚生労働省『人口動態統計』より筆者作成。
- (3) 厚生労働省『平成28年度自殺対策白書』、2016年。
- (4) 警察庁『自殺統計』より筆者作成。
- (5) 文部科学省『子どもに伝えたい自殺予防 学校における自殺予防教育導入の手引き』2014年7月。
- (6) Kaga M, Takeshima T, Matsumoto T: Suicide and its prevention in Japan. *Legal Medicine* 11: 18-21, 2009.
- (7) 厚生労働省『平成28年度自殺対策白書』、2016年。
- (8) 高橋祥友『自殺予防』岩波書店、2006年。
- (9) エドウィンSシュナイドマン、高橋祥友訳『シュナイドマンの自殺学 自己破壊行動に対する臨床的アプローチ』金剛出版、2005年。
- (10) 伊藤敦子・伊藤順通「外因死ならびに災害死の社会病理学的検索（4）飲酒の関与度」東邦医会誌、35：pp. 194-199、1988年。
- (11) 高橋祥友・福岡詳『自殺のポストベンション——遺された人々への心のケア』医学書院、2004年。
- (12) World Health Organization. Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals. 2000. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43954/1/9789241597074\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43954/1/9789241597074_eng.pdf)
- (13) 内閣府『ゲートキーパー養成研修テキスト』、2012年。 [http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper\\_text.html](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper_text.html)
- (14) 厚生労働省『平成26年人口動態統計月報年計（概数）の概況』、2015年。

- (15) 厚生労働省『平成26年我が国の人口動態』、2015年。
- (16) 赤澤正人「子どもの死の概念について」臨床死生学年報、pp. 130-137、2001年。
- (17) (財) 21世紀ヒューマンケア研究機構「兵庫・生と死を考える会2004年調査」、2005年。
- (18) 赤澤正人・藤田綾子「青年期の死を考えた経験と抑制要因に関する研究」、大阪大学大学院人間科学研究科紀要第34巻、2008年。
- (19) 加我牧子「コミュニケーション」脳と発達、29：2、1997年。
- (20) 少年犯罪データベースドア「史上最年少の自殺者」2010年8月18日、<http://blog.livedoor.jp/kangaeru2001/archives/52178800.html>（最終アクセス2016年8月4日）。
- (21) 文部科学省『教師が知っておきたい 子どもの自殺予防』、2009年3月。
- (22) 文部科学省『子どもに伝えたい自殺予防 学校における自殺予防教育導入の手引き』2014年7月。