

# 自殺防止のために国が実施できる政策について

井 田 敦 彦

## 目 次

- I はじめに
- II 自殺の疫学と政策
- III 自殺の理論と政策
- IV 自殺防止活動と政策
  - 1 政策のモデル
  - 2 外国の事例（総論）
  - 3 外国の事例（各論）
- V おわりに

## I はじめに

最近の日本では自殺者が急増し問題になっているので、自殺防止のために国が実施できる政策について検討する。

自殺者数は平成10（1998）年に急増した。前年比8,261人増の3万1,755人となり、明治32（1899）年の調査開始以来初めて3万人を超えた。以後4年連続して3万人前後で推移し現在に至っている<sup>(1)</sup>。年に3万人というと1日82人、18分に1人が自殺している計算になる。

自殺防止のために国が実施できる政策とは一体何であろうか。例えば法などによって自殺を禁止することは日本でも過去に行われてきた<sup>(2)</sup>。日本書紀によると孝徳天皇の大化2（646）年、聖徳太子の嫡子である山背大兄王の自害と一族の殉死など、多発する自殺と殉死を背景に、その影響力と流行を恐れた朝廷が殉死禁止の詔を発し、違反者の一族を罰した<sup>(3)</sup>。これが最初

の自殺禁止令とされる。次の自殺禁止令は大宝律令に見られ、文武天皇の大宝1（701）年、浄土教の隆盛に伴い激増した僧侶の捨身往生、つまり穢土たる現世を厭い浄土を求めての自殺、殊に焼身自殺を禁じている<sup>(4)</sup>。その罪状は杖一百から鬪殺罪に一等を減ずるまでと推測され、師僧や寺内の者も一緒に処罰されたという。江戸時代になると諸藩で殉死が厳禁される一方、心中つまりは不義の情死が大流行し、対応に苦慮した幕府は享保7（1722）年、公事方御定書において情死者の弔いを禁止し、未遂者への厳罰、絵草子や歌舞伎に対する規制などの措置をとった<sup>(5)</sup>。近代に入って明治13（1880）年、（旧）刑法が制定されたが、ここには自殺の既遂・未遂を処罰する規定はない。自殺教唆・幫助などの自殺関与や、被害者の囑託を受けての殺人のみを罰している<sup>(6)</sup>（この点は現行刑法も同じである<sup>(7)</sup>）。自殺禁止法以外の政策としては例えば、戦争へと進む昭和8（1933）年、ダミアの歌う「暗い日曜日」を当局が発禁にしたり、「祖国のために死のう、主義のために死のう」などと叫びながら横浜から逗子まで行進した「死なう団」と称するグループを、特高警察が逮捕するなどしている<sup>(8)</sup>。

では現在ほどのような政策が実施されているのだろうか。平成10（1998）年の自殺者急増とその後の高止まりを受けて、厚生労働省は平成13（2001）年度から自殺防止対策費を予算化し、自殺の実態調査や電話相談体制の整備を進めている<sup>(9)</sup>。平成14（2002）年2月に同省は自殺防止対策有識者懇談会を設置した。同年12月に同

懇談会は報告書（「自殺予防に向けての提言」<sup>(10)</sup>）をとりまとめ、自殺の防止活動に関する基本的な提言を行った。

上記懇談会の報告書の意義は、包括的な自殺防止活動の必要性を国として初めて提言したことにあると思われる。同報告書は個々の実践的な自殺防止活動を体系化した。さらに現代日本に蔓延する「生きる不安」や「ひとりぼっち（孤独感）」について指摘し、自殺には、うつ病対策などの精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会的、文化的、経済的観点等からの「多角的な検討と包括的な対策」が必要だと述べている。

ただ同報告書の提言は、社会全体として自殺に取り組む契機とすることをその目的としており、従って国会・行政機関のみならず一般国民、専門家や関係者（保健・医療・福祉関係者、教育関係者、マスコミ、労使、職場の仲間、ボランティア団体）といった幅広い対象に向けて行われている。これに対し本稿ではもっぱら国が実施できる政策という観点から、自殺防止に関する「多角的な検討と包括的な対策」を見ていきたい。

ところでこうした「自殺と政策」の問題は特に近代以降、世界的に見ても比較的最近に至るまであまり表面化せず（その理由についてはV章を参照。個人の自殺阻止に国が介入することは自明ではない）、従って資料も少ない。そこで本稿では試みに、この問題を多角的・包括的に見ていくための手掛かりとして、既に体系化が進ん

でいる自殺学（suisidology）<sup>(11)</sup>の枠組を借りることにした。自殺学は自殺防止を目的とした包括的かつ実践的な学であり、その特徴は学際性（精神医学、臨床心理学、カウンセリング心理学、社会学、ソーシャルワーク、法律学、倫理学、精神衛生学、公衆衛生学、看護学、神学、教育学、警察科学、法医学、心身医学、救急医学等）と、広範囲な臨床活動（電話救急相談、危機介入、カウンセリング、自殺防止広報活動、教育等）にある<sup>(12)</sup>。表1は自殺学の体系の一例である。これによれば自殺学は、自殺の疫学、自殺の理論、自殺防止活動に分かれる。以下のII～IV章では、疫学、理論、防止活動について、それぞれ国が実施できる政策の観点から述べていく。

## II 自殺の疫学と政策

疫学は疾病・事故・健康状態について、地域・職域などの多数集団を対象とし、その原因や発生条件を統計的に明らかにする学問である。すなわち「傷病発生地、分布状況、頻度、罹病者の年齢、性別、病歴、人種、職業、住居などの社会的特徴を判明させ、治療対策の助けとするのが疫学の根本的使命である」<sup>(13)</sup>。自殺については、地理的・人口学的・社会的因子による自殺率の増減の調査と、自殺者集団に共通する因子の解明が焦点となる<sup>(14)</sup>。自殺の疫学は自殺の理論・防止活動の基礎となる。自殺の疫学の領域で国が実施できる政策は、自殺防止と

表1 自殺学の領域と関係従事者

	内 容	関係従事者（□は公的機関）
1 自殺の疫学（分布学）	基礎統計。自殺者を年齢、性別、職業、配偶条件、場所、手段、学歴、人種、動機などにより分類し、どの社会的人口集団に自殺の危険度が高いかを明らかにする。	社会学者、人口学者、 <u>警察</u> 、 <u>監察医務院</u> *、 <u>保健担当省</u> 、 <u>中央統計局</u> 、病院、大学研究所など。
2 自殺の理論	原因究明。なぜ人は自殺するのかを考察する。①社会的な理論、②心理学的な理論、③生化学的な理論などがある。	社会学者、心理学者、精神医学者、神経医学者、生化学者、哲学者など。
3 自殺防止活動	実践活動。①予防（prevention）。普及啓発、教育、広報などを行う。②危機介入（intervention）。電話相談、カウンセリング、救急救命医療などを行う。③アフターケア（post-vention）。自殺未遂者や遺族に対する支援、誘発自殺の防止などを行う。	精神科医、医師、看護師、ソーシャルワーカー、心理学者、牧師・神父などの宗教家、特別の訓練を受けたボランティアなど。

（出典）布施豊正「Q2 自殺学とは何ですか」『自殺問題 Q&A 自殺予防のために』（[現代のエスプリ]別冊）至文堂、2002.1、p. 52 を一部修整。

\* 日本では、死体解剖保存法第8条に基づき、不自然死（死因不明の急性死や事故死など）について死体の検案及び解剖を行い、その死因を明らかにする都道府県の機関。

いう目的に沿った公的統計の整備と分析である。

自殺に関する公的な統計として、日本では①警察庁生活安全局地域課「自殺の概要」<sup>(15)</sup>と②厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」が毎年公表されている（人口動態統計は出産、死亡、婚姻、離婚及び死産に伴う人口の動態をとりまとめたものであるが、死亡原因の1つとして自殺に関するデータがある）。なお不定期刊ではあるが人口動態統計のうち自殺に関するデータのみをとりまとめた③同上『自殺死亡統計 人口動態統計特殊報告』がある。また世界的な統計としてはWHO（世界保健機関）によるものがある（④WHO, *WHO Statistical Information System (WHOSIS)*<sup>(16)</sup>及びWHO, *Suicide Prevention : country report*<sup>(17)</sup>）。

①警察庁「自殺の概要」は毎年7～8月頃、前年分が公表される（例えば平成14年7月に平成13年の統計）。全部で8ページほどである。平成13（2001）年版には、昭和53（1978）年からの自殺者数・自殺率（人口10万人当たりの自殺者数）の年次推移、性・年齢・職業・原因動機別の自殺者数の年次推移が集計されている。平成13（2001）年の自殺者数は3万1,042人、自殺率は24.4である。うち男性が71.3%、60歳以上が35.1%（50歳代が25.4%、40歳代が15.0%）を占め、無職者が46.5%（被雇用者が23.5%）、健康問題によるものが40.1%（経済・生活問題によるものが31.5%）を占める。ただし「原因については遺書を残した者（約1/3）の分しか集計しておらず、しかも精神医学的に見れば自殺の背景には複合的な要因がある場合が多いのに警察は自殺の原因を1つに絞ってしまっているため、統計解釈には注意を要する」という指摘がある<sup>(18)</sup>。また「一口に経済・生活苦といってもリストラなのかローンなのかサラ金なのか具体的な内容が皆目分からず、自殺理由の統計的研究をして対策を立てるには項目が不備で不十分で大まかすぎる」という指摘もある<sup>(19)</sup>。

②厚生労働省「人口動態統計」は毎年1～3月頃、前々年分が刊行される（例えば平成15年

3月に平成13年の統計）。全3巻である。平成13（2001）年版には、明治32（1899）年からの自殺死亡数・自殺死亡率（人口10万対）の年次推移（上巻表5.12）、都道府県別の自殺死亡数・死亡率（下巻死亡第4表・上巻表5.19）、手段・死亡の場所・世帯の主な仕事・配偶関係別の自殺死亡数（上巻表5.36・下巻死亡第5・6・7表）、死因順位の年次推移（上巻表5.11）が集計されている。平成13年（2001年）の自殺者死亡数は2万9,375人、自殺死亡率は23.3である（①の警察庁統計とは数値が異なる）。自殺死亡数が最高なのは平成10（1998）年（3万1,755人）、自殺死亡率が最高なのは昭和33（1958）年（25.7、平成10年は25.4）である。平成13（2001）年には自殺死亡数は東京都がトップ（2,567人）、自殺死亡率は秋田県がトップ（37.1）、手段としては縊首、絞首及び窒息が68.8%を占め、自殺は死因の第6位である（1位は悪性新生物）。

③厚生労働省『自殺死亡統計』はこれまで昭和52、59、平成2、11（1977、84、90、99）年に刊行されている。それぞれ全1冊である。平成11（1999）年版には明治32（1899）年から平成9（1997）年までの自殺死亡数・自殺死亡率の年次推移、年齢、月、手段、配偶関係及び都道府県別の自殺死亡数・死亡率の年次比較のほか、諸外国（22カ国）における自殺死亡数・死亡率が集計されている。

④WHOの統計は、近年はWHOのホームページ上で不定期に更新されているようである。各国の自殺者数・自殺率の年次推移が集計されている。*Suicide Prevention : country report*の方がデータが新しい（国によってばらつきがあるが、2002年9月4日の更新で1998～2000年頃までのデータがある）。最新のデータで自殺率が高いのはリトアニア（44.1、2000年）、ロシア（35.5、1998年）、ハンガリー（32.6、2000年）、エストニア（32.5、1999年）、ラトビア（32.4、2000年）などである。日本は25.1（1999年）である（ただ、2001年には日本が自殺率世界一になったという推計もある<sup>(20)</sup>）。

以上の統計については、その信頼性に注意する必要がある。具体的には個々の自殺判定の正確さと、集計の正確さが問題になる。死因の推定は監察医や法医学者らが行うが、自殺を客観的に定義することは難しいので（例えば事故死や、アルコール中毒などによる緩慢な死亡との区別）、死因を自殺と判定する上で曖昧さが残り、自殺に対する文化的な態度とあいまって過少集計が行われる可能性があるという（しかし逆に自殺統計はおおむね信頼できるという研究もある）<sup>(21)</sup>。日本でも警察庁と厚生労働省の統計（①と②）にはズレがある。ましてや自殺判定に関する制度や文化の異なる外国と自殺率を比較する場合には注意を要する。

また以上の統計について自殺防止対策有識者懇談会の報告書（前掲）は、これら既存の統計が自殺の実態解明を目的とするものではないがゆえに、自殺の防止に役立つような多面的・複合的な情報を得ることができないと批判している。そして国立の研究機関等を中心に一定の要件の下で、自殺死亡者の家族や自殺未遂者に対する調査研究を行うことを提案している。

本章の終わりに、自殺との関わりで有益と思われる統計を挙げておく。例えばうつ病など精神障害（厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」<sup>(22)</sup>等）、過労死の労災認定・業務上と認定された精神障害（厚生労働省労働基準局労災補償部補償課「脳・心臓疾患の労災補償状況等について」<sup>(23)</sup>）、労働時間（総務省統計局「労働力調査」等）、失業（同上）、倒産・負債総額（帝国データバンク「全国企業倒産集計」等）、自己破産（最高裁判所事務総局「司法統計年報 1 民事・行政編」）、ホームレス（厚生労働省社会・援護局地域福祉課『ホームレスの実態に関する全国調査報告書』2003.3.26）、離婚（前掲「人口動態統計」）、いじめ・校内暴力（文部科学省初等中等教育局児童生徒課「生徒指導上の諸問題の現状と文部科学省の施策について」）、刑法犯（警察庁刑事局「刑法犯の現況」<sup>(24)</sup>）、などに関する統計は、次に述べる自殺の理論、自殺防止活動を考える上での基礎にもなりうる。

### III 自殺の理論と政策

自殺の理論は、なぜ自殺が起こるのかという問題に一般的な説明を与えようとするものである。自殺の理論は抽象的だが、実際の自殺防止活動に関する政策を構築する上で、何らかの理念を与えてくれるのではないかとも思われる。自殺の理論には様々なものがある。各資料<sup>(25)</sup>を参照した結果、試みにこれを3つに分類した（①社会学的な理論、②心理学的な理論、③生化学的な理論）。以下①～③の順に述べるが、特に①②で、科学的な自殺研究の先駆者かつ代表者とされる2人、デュルケーム（フランスの社会学者、1858～1917年）とフロイト（オーストリアの精神病理学者、1856～1939年）の理論を概観する。

①社会学的な理論は、統計を基礎に社会全体という巨視的な立場から自殺を考察し、自殺の原因を社会的な要素に求める。デュルケームによれば、「自殺は、個人の属している社会集団の統合の強さに反比例して増減する」（『自殺論』1897年）<sup>(26)</sup>。例えば社会における宗教的統合や家族的統合、政治的統合が弱まると自殺は増加する。このことは統計により実証される。つまり個人の社会的な孤立化は自殺につながる。「社会的人間とは、じつは文明人にはほかならない。社会的人間であることが、まさに彼らの生を価値あるものにしていたのである。このことからして当然、（社会の統合が弱まると）彼らの生きる理由（意味、目的）も失われることになる」。デュルケームはこれを自己本位的自殺と呼ぶ。自己本位的自殺は知的職業の世界に多く見られる。

しかし逆の場合もある。デュルケームによれば、「人は社会から切り離されるとき自殺をしやすくなるが、あまりに強く社会に統合されていると同じく自殺をはかる」。例えば社会集団の利益のために、構成員である個人が犠牲になって自殺することがある。この場合「個人はその仲間と同質的であるので、いわばそれ自身では

価値のない、全体の割り切れる部分の1つのようなもの」だからである。デュルケームはこれを集団本位的自殺と呼び、集団本位的自殺が慢性化している特殊な環境として軍隊を挙げている（身近な例では、会社の秘密を守るための自殺などが挙げられよう）。ちなみに「集団本位的自殺の支配的なところでは、人はいつでも生命を放棄する用意をしているが、そのかわり他人の生命を尊重しようとしなさい」。

デュルケームは自殺の類型をもう1つ挙げている。「社会は、(上記のように)ただたんにさまざまな強さで個人の感情や活動をひきつけるだけのものにはとどまらない。それはまた、個人を規制する1つの力でもある。社会の行使するその規制作用の様式と、社会的自殺率のあいだには、ある種の関係がみとめられる」。例えば経済危機の際に自殺は増加する。これは経済的破綻の場合のみならず、一国の繁栄を急激にもたらすような場合にもそうなので、生活の窮迫によるものではない。そうではなく、社会的規制の崩壊が自殺につながる。つまりアノミー（無規制な）状態において自殺は増加する。これは個人の欲望を規制するものが失われるためである。身分（社会秩序）、道徳（社会規範）などといった外部的な規制を失えば欲望はとどまるところを知らず、結局、それがかなえられないための焦燥と不安を味わう。「無力さ（貧困）は、人々に節度を守るようにさせ」るが、「豊かさは、それが与える力から、自分の力でなんでもできるという幻想をいだかせる」。「飽くことを知らないということは、病的性質の一徴候とみなすことができる」。デュルケームはこれをアノミー的自殺と呼ぶ。産業・商業活動が高度な発展をとげている社会ではアノミーが慢性化している<sup>(27)</sup>。なお経済以外にも例えば性愛に関するアノミーがあり、デュルケームによれば男性がその影響を強く受ける。

以上のようにデュルケームは、社会には道徳的理想として、自己本位主義（個人の尊重）、集団本位主義（集団への奉仕）、アノミー（反規

制・反身分、リベラル）という3つの観念的潮流が併存するとし、時代・社会により「その1つが一定の度を超えて他を圧するようになると」、道徳的存在としての人間に自殺が増加するとした。

②心理学的な理論は、臨床を基礎に個人の精神という微視的な立場から自殺を考察し、自殺の原因を心理的な要素に求める。フロイトは、愛する対象（家族、恋人、友人、職、自尊心、理想など）の喪失により発現する一種の攻撃性と、その内向が自殺を生むとみている（「悲哀とメランコリー」1917年<sup>(28)</sup>）。フロイトによれば、まず「愛の対象を失うことは、愛情関係の両立性（愛の混じりあった憎悪）を有効にし発現させるためのとくに目立った誘因である」。一方メランコリー（うつ病）も愛する対象の喪失に対する反応である。メランコリーは自己卑下の症状を示すが、こうした「自己非難とは愛する対象に向けられた非難（愛の混じりあった憎悪）が方向を変えて自分自身の自我に反転したものである。どうしてこうした反転が起こるかという、リビドー（性本能）が失われた対象から離れて別の対象に移るのではなく、「対象愛が自己愛的な同一視に逃げて対象が自我にとりいれられる」ためである。そして「自我が対象充当（対象に対するリビドーの発現）の逆転によって自分自身を対象として扱い、対象に向かっていた敵意を自分に向け、それが外界の対象にたいするもとの反応といれかわったとき、そのときに自我がみずからを殺すことができる」。これが人間の本来有する生の本能にもかかわらず自殺の生ずる理由である。フロイトは後に生の本能（エロス）に対し死の本能（自己破壊本能、タナトス）という概念を立てて、愛憎の両立性や攻撃性の内向を説明している（「快楽原則の彼岸」1920年）。

なお今日までに、愛する対象の喪失と自殺との関係や、うつ病と自殺との関係は多くの調査・臨床により実証されたといわれている<sup>(29)</sup>。

③生化学的な理論は、臨床や実験を基礎に個

人の身体という微視的な立場から自殺を考察し、自殺の原因を生化学的な要素に求める。例えば生理的な障害、体質、病変、身体疾患、遺伝などによって自殺が起こるとする。1976年にスウェーデンのアスパーグらは、大脳細胞の活動を支配する神経伝達物質の1つであるセロトニンの欠乏が自殺に関係しているという理論を発表した。セロトニンのレベルを増加させる薬を開発すれば、今後投薬による自殺のコントロールが可能であろうとする意見もあるらしい<sup>(30)</sup>。

以上①～③のように自殺の理論を概観したが、これらは自殺が起こる原因を3つの側面から説明したと考えるのが妥当だろう。それぞれの側面から見出されるいくつかの要因が、多面的・複合的に重なり合った結果、自殺は起こるものと思われる。かくして自殺の要因は、例えば図1のように一覧化することもできる。

さてこれを国が実施できる政策という観点から見ると、社会的要因については国が関与できる余地が大きい。国による関与を政策分野ごとにまとめたのが表2である。こうした一般的な政策は少なくとも間接的には、自殺の防止対策

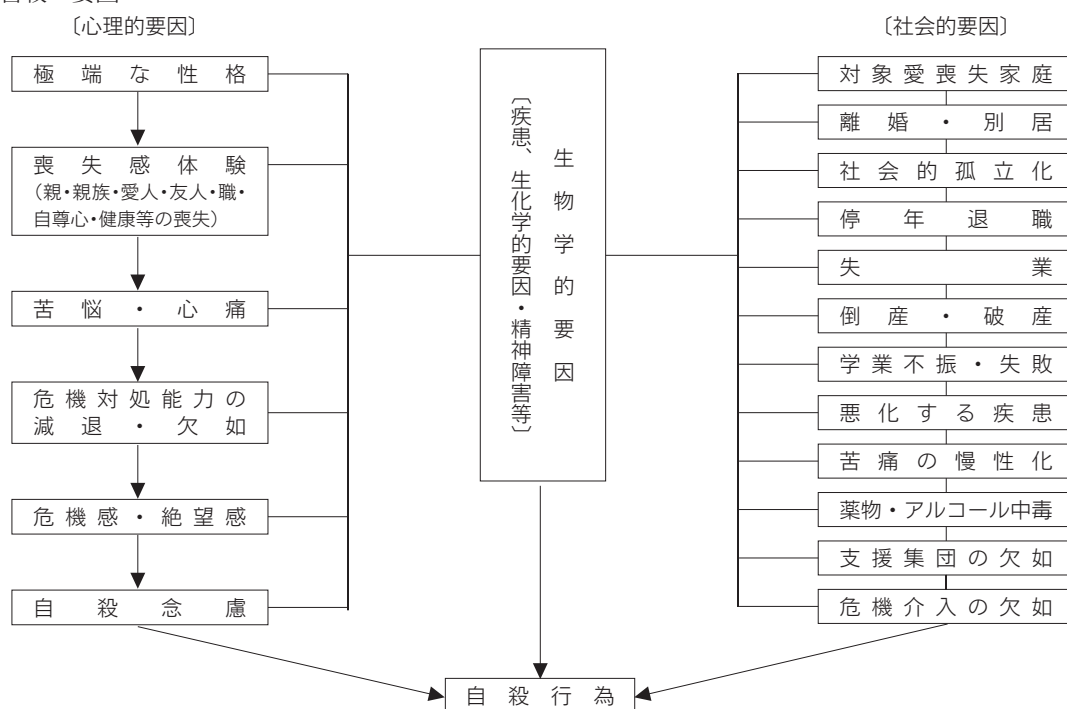
として機能すると思われる。つまり自殺の防止には結局、国民の幸福を増進するという意味で、国政全体をあげての包括的な対策が必要だということにもなる。

ただ次のIV章ではこのような一般的な政策にはあまり触れず、より直接的な自殺防止活動について述べることにする。

#### IV 自殺防止活動と政策

自殺防止活動は、自殺を防止するための実践活動である。厚生労働省が設置した自殺防止対策有識者懇談会による平成14（2002）年12月の報告書（前掲、「自殺予防に向けての提言」）にもあるように、それは本来、国会・行政のみならず多くの国民、専門家、関係者等が社会全体として取り組むべきものである。しかし本章ではもっぱら、国が実施できる政策という観点からこれを見ていく。なお政策の実施ということでは地方自治体の役割も不可欠だが、実施の枠組を作るという意味で国の政策に注目したい。日本では包括的・体系的といえる政策はこれから

図1 自殺の要因



(出典) 布施豊正『自殺学入門—クロス・カルチャラル的考察』誠信書房、1990.3、p.121.

(筆者注) 社会的要因としては、上記の他にも例えば、借金、少子高齢化、都市化・過疎化、いじめ・校内暴力、居住・通勤環境、過労、生命保険の免責期間、マスコミなどが考えられる。

表2 自殺防止に向けた政策分野間での協力

政策分野	自殺防止に寄与する機会
厚生	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人の社会的孤立を防ぐための少子高齢化対策</li> <li>・薬物、アルコール対策</li> <li>・自殺防止活動を担う人々の訓練（医師、ボランティアの養成支援など）</li> <li>・より身近で相談しやすい医療提供体制の整備（家庭医、かかりつけ医の充実など）</li> <li>・うつ病など精神障害者、自殺未遂者への支援（社会復帰訓練所の設置など）</li> <li>・抗うつ剤などの新薬や新治療法の承認、許認可</li> </ul>
労働	<ul style="list-style-type: none"> <li>・失業者を増加させないための雇用政策</li> <li>・失業者に対する支援</li> <li>・労働条件の改善（産業医の設置の促進、長時間労働の規制、非典型労働者の権利保障、育児介護休業等の取得促進など）</li> <li>・高齢者雇用の促進</li> </ul>
経済、産業、金融	<ul style="list-style-type: none"> <li>・倒産、失業を増加させないための経済政策</li> <li>・中小企業に対する支援（特別融資枠など）</li> <li>・貸金業の規制（ヤミ金融など）</li> </ul>
教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学校中退を防ぐための教育政策</li> <li>・いじめ、校内暴力を防ぐための教育政策</li> <li>・学校における自殺教育</li> <li>・自殺遺児に対する支援</li> </ul>
国土、交通、通信	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居住、通勤環境の改善</li> <li>・自殺防止のための報道政策（誘発自殺の防止など）</li> <li>・自殺の手段としての交通機関に対する安全措置（電車のホーム・ドアなど）</li> </ul>
法務、行政一般	<ul style="list-style-type: none"> <li>・過度の都市化、過疎化を防止するための地方分権政策</li> <li>・ボランティア、NPO などに対する支援（いのちの電話など）</li> <li>・警察による調査、統計上の協力</li> <li>・収監者の自殺の防止（精神疾患のある者に対する治療の実施など）</li> </ul>

(出典) WHO, *The World Health Report: 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, p.102 (「表4.2 メンタルヘルスのための部門間協力」) を参考に筆者が作成。

のように思われるので、主に外国の政策事例を紹介することにします。

### 1 政策のモデル

自殺防止対策有識者懇談会の報告書（前掲）は自殺防止活動を、①自殺の原因等を評価し、自殺の蓋然性が低い段階でその予防を図ること（普及・啓発や教育：prevention）、②現に起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐこと（危機介入：intervention）、③不幸にして自殺が生じてしまった場合に他の人に与える影響を最小限とし、新たな自殺を防ぐこと（事後対策：post-vention）の3段階に分けた上で、行政機関、専門家、関係者、一般国民などが実施できる具体的な対策を提言している。こうした体系化ないしモデル化は、自殺防止活動の論点を整理する上で有益と思われる。なお同報告書のモデルは予防医学において伝統的な、いわゆる一次（primary）、二次（secondary）、三次（tertiary）予防モデルである。

本章では、これと重複はするものの、これとは別の視点から自殺防止活動をモデル化した事例を紹介する。次いでそのモデルに対応させる形で、実際に諸外国において行われている具体的な政策を述べていく。本章に述べる事実及び分析は、特に注を入れた部分を除き、Rachel Jenkins（ロンドン精神医学研究所、WHO 協力センター）と Bruce Singh（メルボルン大学精神医学科）の論文（"General Population Strategies of Suicide Prevention", (2000)<sup>(31)</sup>）によっている。

自殺防止活動に関する政策のモデルには、例えば次のようなものがある。

国際連合『自殺予防 国家戦略の構築と実施のためのガイドライン』によって1996年に提案されたモデル<sup>(32)</sup>：①主体（うつ病者など自殺の危険の高い集団や自殺未遂者）に対する注意、②環境（主体の耐性を増減させる社会的な支援資源、経済的な要因、法的な規制、地域社会の態度など）に対する注意、③媒体（自殺の道具・手段や教育）

に対する注意、の3段階で、それぞれ具体的な自殺防止活動を計画、実施又は支援する。

スウェーデン国家自殺予防協議会によって1996年に提案されたモデル<sup>(33)</sup>：①一般自殺予防（一般的に健康を増進し傷害を防止する心理学的、教育的、社会的な政策）、②間接自殺予防（危険性の高い集団、状況における疾患及び社会的な関連問題の特定と解決）、③直接自殺予防（自殺念慮、自殺未遂、自殺といった自殺過程そのものへの介入）の3段階。

アイルランド保健児童省によって1998年に提案されたモデル<sup>(34)</sup>：①一般公共保健（公衆衛生、Public Health）政策、②自殺につながる精神疾患に対する早期かつ適時の危機介入、③精神疾患を有する人々にサービスを提供する、包括的な、地域社会（コミュニティ）によるケアの3段階。

以上いずれのモデルでも、国民全体を対象とする自殺防止活動と、自殺の危険の高い個人を対象とする自殺防止活動とを区別している<sup>(35)</sup>。前者を中心に考える政策のあり方を全住民戦略（General Population Strategies）と呼ぶ。自殺への包括的な政策対応を図るという前章でも述べた観点からすれば、この全住民戦略がより重

要となる。またこれは特定の個人に対する自殺防止活動が、むしろ医師等の専門家や「いのちの電話」等のボランティアに、多くを負っているためでもある。

Jenkins と Singh（前掲）は、自殺とうつ病（depression）などの精神疾患には強い関連性があるという心理学的知見<sup>(36)</sup>をふまえて、この全住民戦略を表3のようにモデル化している。

## 2 外国の事例（総論）

次にこのモデルに沿って、実際に諸外国政府が実施している具体的な政策を紹介する。ところで1996年の国連ガイドライン（前掲）によれば、自殺防止のための包括的な国家戦略を非政府部門と協力して構築し、実施している国は世界にもほとんどない。大多数の国が国家戦略をもたず、行政や非政府組織による個別的な努力に頼っている<sup>(37)</sup>。その後、いくつかの国が戦略の構築・実施に取り組んだが、各国の戦略の要素となるテーマには、多くの共通性が見受けられる。表3はそれを反映して作成された。

外国の事例を述べるに当たり、まず代表的なフィンランドとイギリス（イングランド）を例に総論的なことを述べる。

表3 自殺への進行を最小限化する全住民戦略

自殺に至る諸段階	自殺防止のための具体的活動
うつ病の原因となる諸要因（生活上の事件、特に貧困や失業など長期にわたる社会的ストレス、社会的支援の不足）	①雇用、教育、福祉、住宅、児童虐待、児童ケア（過去にケアを受けたことがある児童を含む）及び薬物濫用に関する政策 ②メディアでの指導、公共教育 ③学校でのメンタルヘルスの促進（対処法の教育、社会的な支援、いじめ対策） ④職場でのメンタルヘルスの促進 ⑤アルコール及び薬物に関する行動 ⑥身体疾患に関する行動
うつ病及びうつ的な思考に伴うその他の疾患	⑦自殺の危険の高いグループの発見に対する支援 ⑧評価、診断及び治療を促進するための専門家の訓練
自殺の観念化	⑨一次診療における効果的な危機管理 ⑩日常的な診療において危険防止措置を設けること
自殺の計画	⑪禁止の強化 ⑫一次及び二次診療において自殺の危険の高いグループに注意する上での効果的な実施要領
自殺手段へのアクセス	⑬自殺手段へのアクセスのコントロール
自殺手段の使用	⑭危機介入の促進 ⑮自殺未遂者に対する効果的な評価及び追跡調査（ならびに改善）
影響	⑯予防に資する教訓の調査及び学習 ⑰責任あるメディア政策

（出典）Rachel Jenkins and Bruce Singh, "Chapter 34, General Population Strategies of Suicide Prevention", *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 2000, p.601 を一部修整。



フィンランドで行われている全住民戦略は特によく展開され、他の国々が見習えば得るところ大であるモデルとして、1996年の国連ガイドライン（前掲）でも紹介されている<sup>(38)</sup>。戦略は4つの段階からなる。第1に、自殺者全員の家族を対象に面接調査を実施した<sup>(39)</sup>。第2に、自殺防止活動の対象地域、危機介入の方法及びそれらに対する責任が決められた。第3に、地域でのサブ・プロジェクトの実施には、（その地域での自殺に関する情報を保有している）地方自治体の意思決定を組み込んだ。第4に、地方レベルでの実施を、国家レベルにおける包括的な政策に統合させた。こうした地方レベルでの実施と国レベルでの実施との有機的統合が、フィンランドにおける自殺防止活動の際立った特徴である。

イングランドでは、自殺率に関して数値目標を置くことを重視してきた。これは国の保健政策の一環としての、各分野にわたる目標設定の一部であり、例えば自殺率に関する目標は精神保健分野に含まれている。目標では1990年から2000年までに国民全体の自殺率を15%減少させることとし（10万人当たり11.0人から9.4人以下に）、重度の精神病患者の自殺率を33%減少させることとしていた（15人から10人以下に）。イングランドにおける国民全体の自殺率は1990年から1997年まで年々低下し続けた。1997年に成立した労働党政権は、1997年から2010年までにイギリスの自殺率を20%減少させる（「4,000人の命を救う」）としている<sup>(40)</sup>。こうした目標を置くことについては、それが達成できなかった場合に責任のなすり付け合いになりかねないという懸念もある。ただ、国が数値目標を置けば幅広い波及効果が生じる。まずそれは政策の時期、財源、重要性に関する保健省（厚生省）内の優先順位に影響を与える。数値目標は他の省庁の、そして省庁横断的な政策の優先順位にも影響を与える。例えばイングランドは、省庁横断的な協体制を達成し支援するために内閣保健委員会（Health of the Nation Cabinet Committee）を設置した。

フィンランドにも同種の機関として国立社会福祉保健開発研究センター（STAKES: Sosiaali-ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus）がある。しかしながら政府内部における波及効果はプロセスの一部に過ぎない。数値目標は実際に行われる保健サービスの優先順位、財源、運用方針にも影響し、専門家の訓練、継続教育、臨床管理に影響を与える。さらに数値目標は、それぞれ保健・福祉活動を行っているボランティア団体、慈善組織、営利企業による貢献と、その優先順位の形成に影響を与える。換言すればこうした目標設定は、自殺防止という目標達成のための責任が個別の臨床医だけにあるのではなく、国の各省庁にもあることを、非常にはっきりと認めるものなのである。

### 3 外国の事例（各論）

表3の①～⑰の順に外国の事例を述べる。なお Jenkins と Singh の論文（前掲）は、表3の①～⑰に（一対一）対応する形では記述されていないので、筆者が適宜これを並べ替え、また補足した。そのため以下①～⑰の記述量には、ある程度ばらつきがある。

①雇用、教育、福祉、住宅、児童虐待、児童ケア（過去にケアを受けたことがある児童を含む）及び薬物濫用などに関する「一般的な」政策については、本章では立ち入らない。

②メディアでの指導、公共教育について：公共教育は全ての現存する国家戦略に含まれている。ここで国家戦略とは、個々の自殺防止活動を国が体系的・包括的に実施又は支援するための政策プログラムをいう。ノルウェーでは自殺に関する偏見（stigma）をなくすために、テレビとラジオで教育番組が提供されている。イギリスでは王立精神科医学会（the Royal College of Psychiatrists）が、精神疾患に関する偏見をなくすための国家的なキャンペーンを行っている。さらにイングランドでは数年にわたり、政府の後押しによる公共情報戦略が実施された。これはテレビ・ラジオによる番組提供と、一次

診療（一般開業医つまり家庭医による診療）や健康増進の専門家を通じた教材配布とを同時に行うものだった。オーストラリアも精神保健政策の一環として同様の政策を実施した。またフィンランドの公共教育キャンペーンは、自殺に対する国民の個人的な耐性と対処能力を高め、よき子育ての重要性とそうでない子育ての効果について教育し、そして定年退職の準備活動を支援することを目的として行われている。従来こうした公共教育プログラムは自殺のみならず、アルコール乱用、児童虐待、愛する者との死別、学校でのいじめ、エイズなどに対しても用いられてきた。しかしながら以上のような複数のプログラムはしばしば、国の政策全体としてうまく組み合わせられておらず、コストと効果の点で非効率をもたらすことがある。

③学校でのメンタルヘルスの促進について：学校でのプログラムには2つのタイプがある。自殺とは何かを教える（それによって友人のケースの発見や、友人への支援を促進する）ものと、うつ病とは何かを教えるものである。自殺とは何かを教えるプログラムは判断力の未熟な児童生徒に対しては逆の結果をもたらす危険性がある。うつ病とは何かを教える方は効果を上げているようである。ニュージーランドなどでは学校へのガイドラインの中に、こうした勧告を取り入れている。

④職場でのメンタルヘルスの促進について：自殺防止を直接の目的とするものではないが、それに関係するものとして、常軌を逸した長時間労働の規制、事業所における産業医の設置、あるいは事業者が労働者の健康に対して負う安全配慮義務、などに関する法令が各国で見られる。以上は日本では、労働基準法第32条、第36条、労働安全衛生法第13条、第65条の3、第66条、第66条の4、5、7などで規定されている。

⑤アルコール及び薬物に関する行動について：アルコール及び薬物中毒は自殺と関係があるといわれ<sup>(41)</sup>、また徐々に進行する自殺の典型ともいえる。フィンランドは自殺予防戦略の一環

として、アルコール乱用を禁止する明確な勧告を出している。旧ソ連はゴルバチョフ大統領のペレストロイカの際に厳しい反アルコール政策をとり、販売の制限と飲み過ぎに対する処罰を実施した。自殺率は1984年から1990年にかけて旧ソ連の15共和国の全てで低下した。アルコール中毒死のみならず自殺を含む暴力による死亡率が低下した。しかしながら他国における禁酒法の時代と同様に、アルコールの自家製造が増加した。一方アルコールと異なり薬物の使用は多くの国で禁止されているが、オランダなどの例外もある<sup>(42)</sup>。

⑥身体疾患に関する行動について：身体疾患は自殺と密接な関係がある。身体疾患のある自殺者ではその病苦から、身体疾患のほかに精神疾患をも伴っているのが普通であり、治療に際しては精神面でのケアを併用することが不可欠である<sup>(43)</sup>。国としての具体的な対策はあまり見られないが、日本の警察庁統計（Ⅱ章）によれば、平成13（2001）年の自殺者のうち健康問題によるものが40.1%にのぼる。

⑦自殺の危険の高いグループの発見に対する支援について：表3の出所である Jenkins と Singh（前掲）によれば、自殺の危険の高いグループとは、うつ病及びうつ的な思考に伴うその他の疾患を有する者である。従ってここでは、うつ病の発見が重要になる。うつ病の症状、その招く結果及び治療が可能であることなどに関する地域社会での理解を促進するため、うつ病認識プロジェクトが（2000年）現在、アメリカ、カナダ、イギリス及びオーストラリアで行われている。

アメリカでは最初のキャンペーンは、1986年に国立メンタルヘルス研究所（National Institute of Mental Health）によって始められた。それは当初メンタルヘルスの専門家と一次診療を行う開業医を対象としていたが、より地域社会を意識したものへと拡大されていった。メッセージを家庭に送り込むためにメディア・キャンペーンが張られ、地域社会相互の協力体制が

これを補完した。アメリカとカナダでは1991年以降、国の「うつ病診断の日」(a national depression screening day)がメンタルヘルス認識週間の一部として10月に設けられた。キャンペーンは抗うつ剤(プロザック)を製造する製薬会社(エリ・リリー財団)によって強力に支援されてきた。この点に疑問を抱く者もある。カナダのプロジェクトも(製薬会社による支援を含め)同様の形態をとっている。

イギリスのうつ病認識プロジェクトは王立一般開業医学会(the Royal College of General Practitioners)の協力の下、王立精神科医学会によりリードされてきた。キャンペーンは保健省、製薬会社その他の営利企業を含む様々な団体により支援された。その成果の一つとして、抗うつ剤には中毒性があると考える人々が13%減少した。イギリスでのキャンペーンは第1には、うつ病への薬剤による危機介入が適切、必要、かつ効果的であるという方向に専門家の態度を変えることを目的としたが、地域社会の態度を変えることをも目的とした。戦略のカギとなる要素は、最前線となる一般臨床におけるうつ病管理のためのガイドライン開発である。上記2学会は好ましい臨床ガイドラインに関する合意声明を発表した。ガイドラインを用いた訓練の効果に対する評価も行われている。このほかイギリスでは自殺率の高い職業に的を絞った取り組みも行われている。例えば1979~1990年の同国の統計によれば、男性で最も自殺率が高いのは医学の専門家(獣医、軍医、薬剤師、歯科医師及び医師)と農業従事者だった。イギリスでは1990年代に各省大臣が上記職業団体の代表と会談し、自殺率を減らすための支援システムの構築について話し合った。全国農民組合(National Farmers' Union)はボランティア団体(the Samaritans<sup>(44)</sup>、the Citizens' Advice Bureau)の協力を得て、保健省の資金援助の下に教材配布キャンペーンを行った。保健省は王立一般開業医学会の要求に応じて一般開業医のストレスを減らす方法を研究するための基金

(fellowship)を設立した。

⑧評価、診断及び治療を促進するための専門家の訓練について：イギリスでは⑦のうつ病管理ガイドラインに沿った訓練が行われている。自殺率の高止まりの中で精神科医自体の育成を進めた例としてハンガリーがある<sup>(45)</sup>。

⑨(一般開業医による)一次診療における効果的な危機管理について：国の対策としてはガイドライン策定への支援などが考えられる。

⑩日常的な診療において危険防止措置を設けることについて：この点も⑨に同じ。ただ近年、日常的な危険防止措置の重要性は増している。これはメンタルヘルス・サービスの基盤を精神病院から地域社会(コミュニティ)に移し、地域社会で精神疾患に対する早期の危機介入を行い、患者の支援と監視を改善していこうとする動きが多く、国で見られるためである。こうして患者の自由が増大した結果、アルコール・薬物や自殺手段へのアクセスが容易になることから、地域社会による積極的な支援とケアの管理がますます重要になってきている。イギリスでは地域社会によるケアを管理するために、ケア実施の枠組が設定された。それは4つの要素(ケアの必要性の評価、その必要性に応じた計画の策定、定期的な見直し、患者やその家族との接点となるkey workerの設置)からなる。またイギリスでは、いくつかのケアサービスの間を行き来する患者を追跡するための効率的な情報システムが開発されている。これは患者が異なったサービス間を行き来したり、一次診療から(専門医による)二次診療に移ったりする際に、意思疎通の不足から、双方により自殺の危険を見落とされる可能性があるためである。

⑪禁止の強化について：⑨に同じ。

⑫一次及び二次診療において自殺の危険の高いグループに注意する上での効果的な実施要領について：⑨に同じ。

⑬自殺手段へのアクセスのコントロールについて：1996年の国連ガイドライン(前掲)が紹介するフィンランドの国家戦略には、自殺手段

の利用可能性を低下させることを強調する一連の勧告が含まれている。例えば勧告4はいう。「特に自殺の危険の高い人々が、典型的な自殺の手段を簡単に利用できないようにするために、議論、監視及び規制が必要である」。勧告は具体的には、銃、毒性のある処方薬（又は非処方薬）、病院等における物理的な欠陥、自動車の排気ガスを挙げている<sup>(46)</sup>。他にも農薬、列車への飛び込みなどが考えられる。オーストラリアではバルビツール酸系催眠薬の利用を制限する立法が、催眠薬による自殺率及び全体的な自殺率を一時的に低下させたと考えられた。イギリス政府は1997年にパラセタモール（鎮痛剤の一種）について、個人に販売可能な量を制限する規則<sup>(47)</sup>を成立させた。パラセタモールは非処方薬であり、量を制限されずに買うことができたが、一定量を超えて服用すると非常に有害であり、特に女性の主要な自殺手段の一つとなっていた。フィンランドはパラチオン（農薬の一種）の使用を制限した。ただ全体的な自殺率に対する効果は小幅だったようである。

⑭危機介入の促進について：これには精神・身体両面での救急医療体制の充実が考えられる。フィンランドの精神保健協会が設置している危機センターには、モバイル（移動班）と呼ばれるメンバーが2人1組、3交代制で24時間待機しており、電話相談で自殺の危険を少しでも察知すると携帯電話で相談者、病院、警察、救急と連絡をとりながら出動し、自殺防止に積極介入するという<sup>(48)</sup>。ある資料<sup>(49)</sup>によれば、モバイルの拠点となる危機センターの人件費は国の失業対策費等から出ており、職員養成のための訓練も国費で行われている。なおモバイルは相談内容も対象者も自殺関係に限定しておらず、あらゆる悩みに対応している。

⑮自殺未遂者に対する効果的な評価及び追跡調査（ならびに改善）について：次の⑯と一部重なる。国の対策としては調査研究への支援や、自殺問題を扱う調査研究機関の設立などが考えられる。

⑯予防に資する教訓の調査及び学習について：フィンランドでは1986年に起こった全ての自殺に関して、詳細かつ心理学的な原因究明調査が実施された。そのデータが後の自殺防止活動に役立った。イギリスでは保健省の資金援助を受けた王立精神科医学会により、秘密調査の形で実施された。これはイギリスにおける他の秘密調査（例えば外科手術による死亡、出産による死亡）の形式を踏襲した。自殺に対する秘密調査は（2000年）現在、マンチェスター大学で行われており、調査の対象は全ての自殺者へと広がられている。その報告書によれば、精神病患者が自殺する危険について専門家が過小評価する傾向のあることが強調されたという。

⑰責任あるメディア政策について：アメリカ保健福祉省疾病管理センター（the Centers for Disease Control）は、他人の真似による自殺の可能性を減らすために潜在的に価値ある方法として、メディア報道と番組内容に対する行動規制（responsible codes of conduct）の、メディア自身による開発と受け入れを支援している。苦難に対しては援助を受けられることや、うつ病は治療可能であることを若手出演者のメッセージに乗せて提供するほか、自殺者の理想化を避けること、自殺に用いられた方法の詳細を伝えるのを避けることなどを、これらの規約は含んでいる。しかしインターネットではこういった規制は難しい。

## V おわりに

自殺の問題をタブー視する社会的な雰囲気は根強い。また、自殺という多分に個人的な問題を国が政策の対象として扱うことには、必ずしも論理的な必然性があるわけではない。現に厚生労働省が自殺防止対策費を予算化したのは平成13（2001）年度からであるし、日本の現行法制をみても自殺防止に関係する規定としては、わずかに刑法の自殺関与及び同意殺人罪（第202条）があるのみである（I章参照）。最後に本

章では、国が自殺の問題に関わる意味について考える。

WHO や国連は、国が自殺防止に関わるべきだとしている。1989年に WHO は加盟国に対し、他の公共保健（公衆衛生、public health）政策にできるだけリンクさせて国家予防プログラムを開発すること、国の諸政策を調整する委員会を設置することなどを勧告した<sup>(50)</sup>。1996年の国連ガイドライン（前掲）は、官民の関係者を集めて自殺防止のために政策調整を行う機関を設置すること、国は行政的・財政的・技術的に当該機関を支援すること、当該機関が自殺防止活動の立案・実施・調整に責任を負うこと、さらに包括的な国家戦略の構築にも責任を負うことなどを勧告した国際専門家会議（1993年）の報告書を紹介している<sup>(51)</sup>。これらをふまえて Jenkins と Singh（前掲）は、国が自殺防止に介入する理由を次のように説明している。①国の公共保健政策は回避可能な早すぎる死を減らすことを目的の一つとしているが、自殺もまた回避可能な早すぎる死である。死因としての自殺の規模は統計に表れているだけでも極めて大きく、優先順位は高い。②自殺には波及効果がある。家族は稼ぎ手や親を失い、家族と友人は長期にわたって心理的な外傷を負い、国も経済の担い手たる労働力を失う。③自殺は精神疾患の結果として起こり、自由な意志によるものではない。よって自殺は交通事故や伝染病と同様に、国が取り組むべき問題である。

私見によれば、こうした主張に対しては反論もありうる。①公共保健政策の一環であるという主張に対しては、自殺を他の病気と同一視してよいのかという問題がある。自殺及びその原因ともなる精神疾患は、他の病気にも増して社会的な要因によって起こるのであり、それゆえ保健政策というよりは、Ⅲ章で述べたようなあらゆる政策を動員してこれに当たる必要がある（表2）。とすればこれはもはや保健政策とは呼べなくなってしまう。また、「真に重大な哲学上の問題はひとつしかない。自殺ということだ。

人生が生きるに値するか否かを判断する、これが哲学の根本問題に答えることなのである」（カミュ『シュシュポスの神話』1942年）<sup>(52)</sup> などというように、たとえ哲学的な理由から自殺したものではないにせよ、多かれ少なかれ自殺には、自分が生きている意味を問うような一種哲学的な要素があるようにも思える。おそらく生きる意味（ないし無意味）とは、当人と社会との関係の産物である。社会は当人を含む様々な人間関係の集合であるが、同時に家族・企業・国家などのシステムの集合であり、また歴史・文化の集積であるとともに、未来を展望するための前提条件でもある。こうした社会との関係を問うことは、保健政策の枠を超えている。②波及効果があるという主張に対しては、個人の尊厳という点で反論がありうる。すなわち個人の尊厳を最大の価値とする国家（日本国憲法第13条参照<sup>(53)</sup>）では、国民を国の労働力とみなす全体主義国家などとは異なり、国民は個人として尊重される。例えば「自殺による GDP（国内総生産）の損失は、平成10～12（1998～2000）年平均で1兆3,000億円にのぼる」という試算が昨年出されたというが<sup>(54)</sup>、国の経済力が失われるから自殺防止活動をするという発想があれば、それは本末転倒のようにも思える。③自殺は精神疾患により、自由な意志によるものではないという主張に対しては、臨床的にもすべての自殺者ないしは自殺未遂者に、精神疾患が認められるわけではないという反論がありうる。たとえ客観的、臨床的には精神疾患と結びつけられるにしても、「自殺という行為は、当の本人にとっては主観的な論理性すらあり、耐えがたき苦しみに対する最も積極的な解決である場合が多い」<sup>(55)</sup> という見解もある。交通事故や伝染病が当人にとっていわば絶対悪であって、国は単にこれらを撲滅すればよいのに対し、自殺は多少複雑である。

以上のようなことから自殺は、国が政策の対象とするには厄介な問題といえる。確かに自殺者をして死んだ方がマシと思わせたような経済・

社会の状況が、いまも再生産されている可能性があり、だとすればIV章で述べたような(直接的な)自殺防止活動は、いわば場当たりのな応急措置にすぎず、より根本的にはそうした危機的状況を改善するような経済・社会政策の全般こそが、結局は自殺防止のために国が実施できる政策である、とさえ言えるようにも思える。つまりそれは自殺防止のための政策「としては」具体化しにくいわけであり、加えて自殺問題をタブー視する社会的傾向もあり、さらに自殺の背後にはいわゆる生きる意味などといった難しい問題が横たわっている。自殺防止のための政策があまり試みられなかったのも無理はない。しかし自殺者が毎年3万人というのは世界的に見ても尋常ではなく、ざっとその数倍に及ぶ数の家族が苦しんでいることを思うならば、国は応急措置でも何でもできるところから早く、この問題に対して取り組むべき時期に来ているといえる。そういった流れの中に、厚生労働省が平成13(2001)年度から始めた調査研究、相談体制の整備、啓発活動等の対策と、同省が設置した自殺防止対策有識者懇談会による平成14(2002)年12月の報告書があるわけで、今後はそれらの取り組みを継続しつつ、より根本的に経済・社会政策の全般や、生きる意味をもてる社会づくりへと視野を広げていくことが、あるいは求められているともいえる。自殺(死)について考えることは、生の総合的な見直しにつながる。例えばWHOや国連が勧告しているように、自殺防止という観点から経済・社会生活の全般において問題提起と政策調整を行う国家機関などが設けられてもよい。

注(1) 厚生労働省統計による。統計についてはII章を見よ。

(2) 以下、自殺を禁止する法の歴史について、稲村博『自殺学 その治療と予防のために』東京大学出版会、1977.5, pp.291-293を参照している。

(3) 黒板勝美・國史大系編修會編『新訂増補 國史大系 第1巻下 日本書紀 後篇』吉川弘文館、2000.8,

p.235。(巻25 孝徳天皇(大化2年丙午)。

- (4) 同上 黒板編『同上 第23巻 令集解 前篇』2000.8, pp.254-255。(令集解巻第8 僧尼令第1/2 焚身捨身条。)罪状は稲村 前掲注(2)による。
- (5) 滝本誠一編『日本経済大典 第1巻』明治文献、1966.8, p.823。(御定書百箇条の50 男女申合相果候もの之事。)絵草子や歌舞伎への規制は翌年(享保8年)制定の「覚」による(稲村 前掲注(2) p.293)。
- (6) 内閣官報局編『法令全書 第13巻の1(明治13年の1)』原書房、1976.1, p.147。(明治13年太政官布告第36号第320条及び第321条 自殺に関する罪。)
- (7) ただし現行刑法では、被害者の囑託を受けた場合だけでなく、その承諾を得て殺した場合にも、同じく同意殺人として処罰される(刑法第202条)。
- (8) 原田勝正『日本現代史読本(第2版)』東洋経済新報社、1997.1, p.92。
- (9) 「自殺者4年連続3万人 背景に中高年のうつ病」『毎日新聞』2002.7.25、「厚生労働省 自殺防止対策概要」国立保健医療科学院ホームページ>自殺防止研究プロジェクト、<<http://www.hiph.go.jp/wadai/bousi/gaiyou.html>>, (last access 2003.5.21)。
- (10) 自殺防止対策有識者懇談会「自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」」厚生労働省ホームページ>大臣等記者会見概要・報道発表資料>報道発表資料>社会・援護局>2002年12月、<<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h1218-3.html>>, (last access 2003.2.5)。
- (11) suicidology の語を用いて学問体系としての方法論を提示し(1964年)、世界的に普及させたのはアメリカの心理学者 E.S.シュナイドマンである(布施豊正『自殺学入門—クロス・カルチュラルの考察』誠信書房、1990.3, p.3、稲村 前掲注(2) p.4、大原健士郎編『自殺学 1 自殺の精神病理』(現代のエスプリ別冊)至文堂、1974.11, p.7)。
- (12) 同上(布施) p.4。
- (13) 同上 p.32。
- (14) 布施豊正「Q2 自殺学とは何ですか」『自殺問題 Q&A 自殺予防のために』([現代のエスプリ]別

- 冊) 至文堂, 2002.1, p.51.
- (15) 警察庁生活安全局地域課「平成13年中における自殺の概要資料」警察庁ホームページ>統計, 2002.7, <<http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki/chiiki09.pdf>>, (last access 2003.2.5).
- (16) WHO, "Table 1: Numbers of deaths and death rates (Suicide and self-inflicted injury)", *WHO Statistical Information System(WHOSIS)*, WHO Home Page >Research Tools >WHOSIS (WHO Statistical Information System) >Cause of death statistics (1997-1999 World Health Statistics Annual) >"Table 1", <[http://www3.who.int/whosis/whsa/whsa\\_table1.cfm?path=whosis,whsa,whsa\\_table1&language=english](http://www3.who.int/whosis/whsa/whsa_table1.cfm?path=whosis,whsa,whsa_table1&language=english)>, (last access 2003.2.6).
- (17) WHO, *Suicide Prevention: country report*, WHO Home Page >Health Topics >Suicide >Suicide Prevention >Select the desired country from this list (country report), <[http://www5.who.int/mental\\_health/main.cfm?p=0000000515](http://www5.who.int/mental_health/main.cfm?p=0000000515)>, (last access 2003.2.6). 上記>Suicide>Suicide Prevention: Global Charts>Suicide Rates (per 100,000) (Table)で各国の自殺率の一覧表を見ることができ、男女別の自殺率のみで、男女計の自殺率は掲載されていない。
- (18) 芹沢俊介・高橋祥友「対談 自殺者3万人時代の中老年へ 「うつ親和性社会」をどう生きぬくか」『中央公論』117巻10号, 2002.10, p.180.
- (19) なだいなだ「自殺者 内実を映す統計はどこに」『朝日新聞』2002.8.3.
- (20) 平成14年(2002年)8月24~29日に横浜で開催された第12回世界精神医学会(WPA)の国際会議で明らかになったという(「世界精神医学会で報告「ニッポン自殺率世界一」の衝撃」『サンデー毎日』81巻41号, 2002.10.6, pp.158-161)。
- (21) 布施 前掲注(1) pp.24-31.
- (22) 精神障害に関するデータのみをとりまとめたものとして精神保健福祉研究会監修『我が国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック)』(最新は平成13年度版で平成14年7月に当館に納入)がある。
- (23) 最新は平成13(2001年)度分で平成14(2002)年5月22日発表。厚生労働省ホームページ>大臣等記者会見概要・報道発表資料>報道発表資料>労働基準局>2002年5月, <<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/05/h0522-2.html>>, (last access 2003.2.6).
- (24) 警察庁ホームページ>統計, <<http://www.npa.go.jp/toukei/keiji7/h14-keihouhan.pdf>>, (last access 2003.4.11).
- (25) 布施 前掲注(1) pp.89-122、稲村 前掲注(2) pp.239-295、E.S.シュナイドマン(白井徳満、白井幸子訳)『自殺とは何か』誠信書房, 1993.10, pp.33-61、グリゴーリイ・チハルチシヴィリ(望月哲男ほか訳)『自殺の文学史』作品社, 2001.8, pp.105-117など。この他にも自殺の理論は実に様々に追求されている。例えば最近では京都大学の白川太郎教授らによる次のような論文もある。大津暁子ほか「1976-1994年の太陽活動が日本人の自殺死亡率に及ぼした影響」『厚生指標』50巻2号, 2003.2, pp.26-30.
- (26) デュルケーム(宮島喬訳)「自殺論——社会学的研究」『デュルケーム ジンメル』(世界の名著 47)中央公論社, 1968.11, p.156。(原書: Émile Durkheim, *Le suicide: Étude de sociologie*, 1897.) 本文のこれ以下の「」は順に、同上 p.161, 166, 170, 195, 195, 212, 204, 292から引用している。引用中の( )は、訳注又は筆者による補足である。
- (27) このデュルケームの理論を今日の日本に対し分りやすく当てはめると、次のような発言になるのではないと思われる。「自由に人生を選ぶ可能性や、その権利もあると思っている人だけが、思うままにならない現世に絶望して自殺する。日本人は、世界レベルで言うと、夢のような幸福の中にいるから自殺などという贅沢を選ぶのである」(曾野綾子「三万人の自殺者」『新潮45』21巻2号, 2002.2, pp.26-31)。「一部の若者たちが、肥大した未熟な自我を個性と勘違いしても不思議はない。……ネット心中で重態になった大学生は、自殺の理由について「あと40年間、毎日同じ生活をするのは苦しい」と言ったという。甘ったれるんじゃない、

と私は思う。さしたる才能もない人間が、あと40年も平凡に生きられたとして、それ以上どんな人生を望むというのかね」(池田清彦「『ネットで心中』事件に思う」『朝日新聞』2003.4.21, 夕刊)。もちろん仮にそうだとした場合も、当面は、「夢のような幸福」、「肥大した未熟な自我」等を所与の前提として、対策を考える必要はあるだろう。

- ⑳ フロイト(井村恒郎訳)「悲哀とメランコリー」『フロイト著作集 6』人文書院, 1970.12。(原書: Sigmund Freud, *Trauer und Melancholie*, 1917.) 本文の以下の「」は順に、同上 p.143, 141, 143, 144から引用している。なお「快樂原則の彼岸」(小此木啓吾訳)は同上 pp.150-194にある。
- ㉑ 布施 前掲注① pp.97-101.
- ㉒ 同上 pp.115-118. 臨床の場では現在、(日本でも1999年から、) 選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(SNRI)などといった抗うつ剤が使用されている。薬の副作用が強いなどの理由により、欧米では重いうつ病の治療で脳に電気刺激を与える「電気けいれん療法(ECT)」が改めて見直されるようになったともいう(「うつを知る② 多彩な新薬 治療に幅」『朝日新聞』2003.5.10)。
- ㉓ Rachel Jenkins and Bruce Singh, "Chapter 34, General Population Strategies of Suicide Prevention", *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, (Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2000), pp.597-615.
- ㉔ United Nations, *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*, (New York: United Nations, 1996), p.18.
- ㉕ The National Council for Suicide Prevention, *Support in Suicidal Crises -The Swedish National Programme to Develop Suicide Prevention (summary)*, Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare) Home Page >English > Publications in English in alphabetical order, <<http://www.sos.se/sos/publ/refereng/9700-70e.htm>>, (last access 2003.3.19). 以上は要約。フ

ルテキストは1996年の刊行らしいが、当館に所蔵なし。

- ㉖ Department of Health and Children, Report of the National Task Force on Suicide, (Dublin: The Stationery Office, 1998). Jenkins and Singh, *Op.cit.* ㉓が参照しているが、当館に所蔵なし。
- ㉗ 自殺防止対策有識者懇談会 前掲注⑩でも、両者の区別について言及がある。同報告は前者をポピュレーションアプローチ、後者をハイリスクアプローチとしている。
- ㉘ 例えば、飛鳥井望「自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—」『精神神経学雑誌』96巻6号, 1994.6, pp.415-443、*The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, *Op.cit.* ㉓, p.111、稲村 前掲注② pp.61-84などを参照のこと。
- ㉙ United Nations, *Op.cit.* ㉔, p.7.
- ㉚ *Ibid.*, pp.19-29. ("Part three: The Finnish Target and Action Strategy for Suicide Prevention".) 紹介元の資料は Jenkins and Singh, *Op.cit.* ㉓によれば、National Research and Development Centre for Welfare and Health, *Suicide can be prevented: a target and action plan for suicide prevention*, (Helsinki: Painatuskoskus Oy, 1993) だが、こちらは当館に所蔵なし。
- ㉛ 面接調査は、1987年4月から1988年3月までの1年間に国内で自殺した1,397人すべての家族を対象に行われた。自殺者が1年前、3ヶ月前、そして直前にどんな状況に置かれていたか。アルコールや薬物の習慣は。どういう思いで踏み切ったか。残された家族や友人がどう考えたか。自殺を促す要因を突き詰めようと試みた面接は、自殺者の人生を浮き彫りにすることに近く、質問は234項目に及んだという(朝日新聞秋田支局編『自殺の周辺 新聞記者の取材ノートから』無明舎出版, 2001.9, pp.128-129)。
- ㉜ Department of Health, *Saving Lives: Our*



- Healthier Nation: A Contact for Health*, Cm. 4386, (London: The Stationery Office, 1999), pp.95-104. オーストラリアも1994年に同様の目標を設定している (Jenkins and Singh, *Op.cit.* ③1), pp.603-604)。
- (41) 稲村 前掲注(2) pp.78-82, 220-223.
- (42) ラリー・コリンズ「オランダの麻薬対策の挫折 (Foreign Affairs (フォーリン・アフェアーズ論文))」『論座』55号, 1999.11, pp.146-160.
- (43) 稲村 前掲注(2) pp.84-95.
- (44) 世界の先駆けとなったイギリス版いのちの電話。田村毅「Q96 サマリタンズとはどういう組織ですか」『自殺問題 Q&A』前掲注(4) pp.276-277.
- (45) 朝日新聞秋田支局 前掲注(39) pp.124-125, p.133. 精神科医の数を1990年代に約500人から830人に増やした。なおハンガリーのいくつかの病院には、自殺未遂者を専門に治療する自殺科がある。自殺科は精神科医を中心に構成され、薬物自殺に対応して胃洗浄を行う内科などと連携している。ハンガリーでは、うつ病の治療薬は全額を国が負担している。
- (46) United Nations, *Op.cit.* ③2, p.25.
- (47) The Medicines (Sale or Supply) (Miscellaneous Provisions) Amendment (No.2) Regulations 1997 (Statutory Instrument 1997 No.2045).
- (48) 朝日新聞秋田支局 前掲注(39) pp.125-126. 次の注(49)からの引用に合わせるために、「SOSセンター」を危機センターに、「移動班」をモバイルに改めた。原語で同一語であることの確認はできていない。
- (49) 長野英子訳「フィンランドの危機サービスモバイルのチラシ 1日24時間1年365日「困っている人」に向けて開かれた窓口」長野英子のページ> 資料, <<http://www.seirokyo.com/archive/world/mobil.html>>, (last access 2003.3.10). 危機センターは3人の専門家と20人の職員により構成される。3年ごとに継続か廃止か、いかなる形態での継続かを定める。全国に10存在する。専門家の人件費は失業対策費からではないが、やはり国から出る。1つの危機センターの運営費用は年間7,200~9,600万円である。1994~1997年で20万人が利用した。
- (50) World Health Organization, *Consultation on Strategies for Reducing Suicidal Behavior in the European Region: Summary Report*, (Geneva: WHO, 1990). Jenkins and Singh, *Op.cit.* ③1 が参照しているが、当館に所蔵なし。
- (51) United Nations, *Op.cit.* ③2, p.7.
- (52) アルベール・カミュ (清水徹訳)『シューシュボスの神話』新潮文庫, 1982.1, p.11. (原書: Albert Camus, *Le Mythe De Sisyphe*, 1942.)
- (53) 第13条「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」。なお憲法的には自殺防止のための政策は、第25条(「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。(第2項) 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」)に関わってくるようにも思える。精神衛生を初めとする自殺の防止も、こうした生存権を具体化する施策の一環と位置づけることは可能と思われる。判例は25条について、そのように国政を運営すべきことを国の(政治的・道義的)責務として宣言したにとどまるとするが(朝日訴訟、最大判昭42.5.24民集21巻5号1,043頁)、学説の通説は、25条が国に立法・予算を通じて生存権を実現すべき「法的」義務を課しているとしている(芦部信喜『憲法 新版』岩波書店, 1997.3, p.240)。
- (54) 「自殺者の生涯所得損失 GDP 1兆3,000億円減 人口問題研(国立社会保障・人口問題研究所) 試算を公表」『毎日新聞』2002.8.8.
- (55) 布施 前掲注(11) p.112. が引用するジャン・バッシュレール(フランス国立科学研究所)の理論。自殺の自由に帰結し、反対者も多いという。上記によれば出典は、Jean Baeschler, *Suicides*, translated by Barry Cooper, (New York: Basic Books, 1967). 当館に所蔵なし。

(いだ あつひこ・社会労働課)