

性＝2.6)、特に白人高齢者における自殺率(高齢白人男性:高齢黒人女性は約10倍)が非常に高い結果であった。一方黒人女性は全年齢層で低い自殺率であり、特にアメリカ南部地方では極めて低い自殺率であった。白人の自殺率が高い傾向は全世界的に認められており(ハンガリーやフィンランド、オーストラリア、北欧、フランス、スイスなど)、逆にスペイン系、黒人、アジア系は全体的に自殺率は低め～平均レベルである。黒人という場合、そこには多くの民族、文化の違いがある。一般に黒人は白人に比較して社会的、経済的に挫折や不幸であることが多いが、自殺率は概して低い。一方で黒人の場合、自殺率は低い殺人を犯す率は高いという報告もある。黒人女性の自殺率が低い理由のひとつとしては、これまでの苦しい歴史の経験から家族や友人並びに社会的支援が充実していることが挙げられる。黒人についてはアフリカ系黒人についても検討されている。自殺者の2/3は男性であり、自殺の原因としては結婚問題が最も多く、また手段としては縊死が多い結果であった。

アジアの人々は、日本を除いて、自殺率は全体に低めであるが、西洋と同じく高齢になるほど自殺率が高くなる傾向が見られる。また西洋ほど自殺率に男女間の差が見られない。日本では、三島由紀夫の自殺に代表されるように、ある面で自殺が許容される環境が存在している。さらに、最近のアジア人と白人の比較研究でいくつかの興味ある相違点が指摘されている。アジア人は白人に比べて、女性特に高齢女性の自殺率が非常に高いこと、自殺手段としては縊死が多いこと、アルコールや薬物中毒による自殺率が低いことなどである。

<民族、国民性による自殺の側面>

民族とは国民性や文化的側面から規定されたグループであり、言語や結婚、子育ての習慣、食習慣などが同じという文化圏というグループとは異なる部分が多い。この民族性と自殺の間には関連が見られる。まず北欧諸国については、デンマークやスウェーデンで自殺率が高く、ノルウェーでは低いことが知られている。デンマーク人は自責の念に駆られたり、うつ状態になりやすく、また自殺がタブーとされていないため自殺率が高い。スウェーデン人は実行と成功に強い関心があるため、失敗すると自殺への道をたどる可能性が高い。一方ノルウェー人は、競争的ではなく成功や達成感はあまり重要なものではなく、またアルコール中毒が少ないことなどが自殺率の低い要因である。

フィンランド人はもともと田舎に点在し、スカンジナビア語でもロシア語でもない独自の言語を有している民族であるが、フィンランドは自殺率が高い国であり、特に男性で高い。この原因としては、不規則な冬の気候条件やそれに伴った生活、深刻なうつ病者やアルコール中毒者の増加などがあげられる。ハンガリーは世界で最も自殺率が高い、特に高齢男性の自殺率が高い国である。その原因として、社会の変化に適応しきれず自殺率が高くなっているとする報告や、自殺率が高くなればなるほど社会の自殺許容度も増加するという社会経済的な背景が存在するなどという報告が見られる。オーストリアやドイツも自殺率が高い民族であるが、その原因として、生真面

目で融通のきかない性格やアルコール中毒、うつ状態へのなり易さなどが挙げられている。

移住民の自殺率の研究も行われている。高い自殺率の国から移住してきた移民の自殺率は母国の自殺率を数世代に渡ってそのまま維持する。さらに移住によって親族による支援が受け難くなることから、移住先で多くの困難に出会った際に自殺率が高くなっている場合もある。

<自殺における文化の影響>

文化とは人種や民族とは異なる概念であり、人々のある特定のグループが総括的に獲得した生活習慣、生活スタイルのことである。言い換えれば、文化とは獲得した情報・行動であり、人から人へ、世代から世代へ受け継がれていくものである。その中で最も基礎的なものが言語であり、自殺に関して言えば、インドにおける‘suttee（妻の殉死）’、日本の‘腹切り’‘神風’などである。

イエットエスキモー（アラスカからシベリアにまたがるエスキモーの種族）では、男性が年を取り、あるいは病気になり、家族の重荷になりはじめると、他人の迷惑になる前に家族等の加勢を得て自殺する習慣が見られる。ポリネシアのチコピア人にとって本来自殺とは、社会的、行動的ならびに偶発的に起こる突発的出来事であり、目的を達するためには実行すべきことと考えられている。また一般に国が新しく、ローマカトリック教徒が多い南米では自殺率は低いが、プエノスアイレスで、特に 20 世紀になってからの自殺率が高くなっている。この原因については、多くの独身男性移民が増え、急速に社会が変化したことにより、固有文化と移民文化との相違による違和感、争い、緊張ならびにアルコール中毒などが増加した事がその一因と考えられた。しかし、ここでも黒人女性については、親族を中心とした社会支援が充実しており、自殺率を低くする要因と考えられている。

アメリカ原住民については、全米の自殺率の 10 倍以上も自殺率が高いことが報告されている。原因としては、失業、貧困、家族の問題、アルコールや薬物中毒、低い健康度などが考えられている。ただし、アメリカ原住民には大きく 6 つの民族があり、それぞれが異なる文化を有し、自殺率も異なっている。あるインディアン一族では自殺が忌み嫌われ、自殺率も低い。あるインディアンの一族では神話的な概念により自殺率が増加しているところもある。しかし、一般的にはインディアンの自殺率は同じ州のアメリカ人より低い場合が多い。アメリカ原住民において文化と自殺率には多くの多様性が見られる。

3. 職業、経済

信頼に足る厳密な職業と自殺に関する研究は、医師・歯科医師・芸術家などの幾つかの職業のみに限定されている。どのような職業で自殺率が高いのか？また、その原

因や関連因子との因果関係を論じるためには、未だ多くの研究が必要とされている状況である。

職業に関わる経済と自殺との関係における研究は、結論が一定していないものも多く、解釈が難しい。加えて、解析対象も小さく、国家レベルでの研究がないため、今後の研究が待たれるところである。

＜職業と自殺に関する研究＞

アメリカの国家規模データでは、自殺率が高い職業として歯科医・医師・肉体労働者・芸術家が挙げられる。一方、自殺率が低い職業として、学校教員・店員・郵便局員が示されている。

以下に、職業と自殺に関する主な研究成果の概要を記載する。

歯科医：職業と自殺に関する様々な調査で、常に最も自殺率の高い職種である。その原因としては、1) 機会要因：自殺に使用する薬物の易入手性、2) 職業ストレス：独特の医者患者関係（多くの患者が結果として敵意を持つ）、患者依存型の職業（敵意をもつ患者への感情表現のコントロールが必要）、ジレンマ（スペシャリストの名声を得るのは10%）、経済的問題（保険の患者に対するカバー率は20%。治療費を集める際にトラブルが多い）、孤独性（一人で仕事をしがち、社会的孤立の程度が高い）、等が挙げられている。

歯科医に、65歳以上（高齢者の自殺率が高い）の白人男性（自殺率は一般大衆平均の2倍）が多いことを原因にあげられていたが、Stack(1996)は国レベルでのデータを使い、考慮にいれるべき因子をコントロールした後でさえ、歯科医自殺率は労働力人口平均の6.64倍高いと結論づけている。

医師：初期(1960年代)の研究から自殺率が高いとされ、原因としては、アルコール中毒率が高いこと、致命的薬物を入手しやすいことがよく挙げられていた。一方で、医師は白人男性が多く、比較的高齢、離婚率が低い（離婚は自殺を増やす）ことが混乱因子であると指摘されてきた。アメリカ国家規模データ(1990)では、医師は、労働力人口に比べ、1.95倍の自殺率だが、婚姻状況や他要因をコントロールするとそのリスクは2.45倍になる。特に、女性医師の自殺率は高く、一般女性との比較では4倍ほどになる。男性優位の職業ゆえに同僚や大衆からの受け入れが充分でなく、女性にはストレスフルなのかもしれない。最近の研究結果は、伝統的男性職業における女性に、自殺リスクが高いことを強く示唆している。このような職業として、医師以外に軍人・肉体労働者が含まれる。

肉体労働者：他職業にくらべ自殺率が高いと言われている。しかし、性・婚姻状況などをコントロールすると他職業と同一になるという研究もある。

芸術家：Stack は 21 州での研究から、芸術家の自殺率は、生産年齢人口平均の 3.7 倍で、様々な要因をコントロールすると 2.25 倍になるとしている。芸術家の自殺に関するほとんど全ての研究で、精神疾患の多さが着目されており、芸術家の就業前傾向として精神的不健康による影響が指摘されているが、一定の結論までには到っていない。

看護師：アメリカ・イギリスでの研究は、しばしば、看護師は自殺リスクが高いとされている。最も大きな研究（1984-1990 年のアメリカ 27 州）では、看護師自殺リスクは有意に高く、女性優位の専門職であることを考えるとこれは驚くべきことである。機会因子（致命的薬物にアクセスしやすく）に加えて、仕事と関連したストレスも自殺率上昇に関与しているのかもしれない。しかし、Stack（1999）の追試では、看護師の自殺率上昇は確認できていない。

警官：自殺率研究の多くは、一般大衆の 2 倍以上とされ、変則勤務・市民の反警官意識・業務上の危険ストレスなどをその原因としている報告が多い。しかし、性別を含め、比較対照を厳格にとれば、自殺率の違いに有意差は認められず、わずかな違いとなる。

会計士・エンジニア・ソーシャルワーカー：自殺率上昇は認められないといわれている職業である。

教授・管理職・小学校中学校教員・店員：一般対象人口より低い職業との評価が一般的である。

＜失業と自殺に関する研究＞

個人レベルで重要な自殺予測因子は、失業が継続することである。失業は、収入減・一般的な福祉減・自尊心喪失・不安増・失望感増加・婚姻ストレス増・アルコール問題増などを引き起こし、失業者とその家族に影響を与える。一般に失業者は、同年齢の 2 倍以上の自殺率であることがわかっている。しかしながら、失業単独で高自殺率をどれくらい説明しうるのか？ 失業前の精神的状況・婚姻状況変化などが関与しているのか否かも明らかではない。

景気と自殺の関係を論じる際に、景気指標として失業率が非常に多く用いられる。Platt(1984)は、31 研究をレビューし、20 研究で失業と自殺に関連を認め、不景気時に自殺が増えており、多くの国でこの関係が成立していると述べている。景気変動は、自殺のトレンドをかなり矛盾なく予期させ、この関係はアメリカや海外で行われたほとんどの研究で時代に関係なく確認されている。

歴史的データをひもとくと、大恐慌時には自殺が増えることは周知の事実である。高い失業率は、賃金ダウンや仕事のミスマッチングを引き起こし、失業者のみならず

就業者の自殺をも増やすのである。

＜社会経済的状態と自殺に関する研究＞

社会経済的状態が低い人々は、より高い自殺率を示す傾向がある。家族不安定・うつ等のメンタルトラブル・経済的ストレス・身体疾患・仕事からの疎外・アルコール中毒・前科などによる迫害などにより、貧困は自殺リスクを増加させる傾向にある。シカゴにおける 1549 例の解析では、低層者自殺率は 33（10 万対）であったが、中層者は 21.9、上層者は 15.2 の自殺率であった。デトロイトの 1210 例解析では、ブルーワーカー自殺率は 44.2（10 万対）、ホワイトカラーは 17.8 となっていた。肉体労働者の自殺率は専門職の 4.6 倍であった。ある研究の男性年齢調整死亡率では、1945、1955、1965 年からの各 10 年間に於いて農場およびその他労働者は専門的技術者の 2 倍以上の自殺率で、中間階層とみなされている事務員や営業従事者の自殺率は全男性労働者の平均自殺率以下であった。

＜転職と自殺に関する研究＞

自殺学における移動性の研究は、物理的移動に焦点が当てられがちであり、居住地をよく変える人は自殺率が高いという結論に達している。頻回の転職も自殺を高めるようである。ただ、社会経済と自殺との関連において移動性の研究は、最も手薄な部分である。職業に関する移動性（世代間または世代内での移動性）において、下向きな転職は、自殺率を増加させると推測されている。これは、収入低下・フラストレーション・自尊心喪失・仲間との関係喪失などによるものである。上向きな転職は、収入増加や新たな生活習慣を得ることで自殺率を下げると予想されるが、ある学者は社会的適応ができないこと、他の学者は不安から自殺率が増えると分析している。

4. 自殺の社会連関

元来個人の外部にあり、かつ他人との相互関係を通して個人を束縛する社会連関に焦点をあてた。まず、小説家ヘミングウェイの血縁者にうつ状態や自殺者が多いことを紹介した。彼と父、兄、姉、孫が自殺し、その他にも躁鬱病の治療を受けた者がいるが、家族内群発自殺（suicide clusters）の典型例である。もちろん、ヘミングウェイのケースでも重大な疑問点は、自殺がどれほど社会情勢から影響を受けたのか、あるいはどれほどが遺伝的もしくは生化学的な産物なのであるかということである。多くの社会自殺学者は、自殺率は個々の事例の集積のみでは説明できないことに同意しており、「社会的自殺」には大量自殺や群発自殺等が挙げられている。

＜自殺の社会学の歴史＞

自殺の社会学についての歴史を紐解くと、自殺に関する科学的社会的研究は Emile Durkheim による死亡記録と自殺率の量的分析が 19 世紀末フランスで行われたことに端を発する。彼は、自殺率は個々の自殺事例の原因説明とは異なったレベルの説明、彼が分類した自殺類型（利己主義の Egoistic, 愛他的な Altruistic, 没価値的な Anomic, 運命論的な Fatalistic）でいえば例えばアノミー（混沌状態、1929 年の株暴落等）やエゴイズムにあたるが、こういった広く社会的統合によって理解されると主張した。これら経験則は大きく偏った法則として解釈された。社会学者である Gibbs や Phillips, Stack, Pescosolido は、Durkheim 学派を継いでいったが、しばしば Durkheim をも批判した Jack Douglas は、自殺と社会情勢に関する研究に関して、「民俗学的方法論」という異なったアプローチをした。Douglas は、1967 年「The Social Meanings of Suicide」を著し、自殺の（1つではない）複数の意味を知るには自殺企図をした本人にしばって考えるべきで、生命統計に存する第 3 者やアノミーやエゴイズムといった社会的概念に注意を注ぐことはないと主張した。最後に、Henry, Short および Maris は、個人と社会要因とは自己破壊という社会的定理にまとめられると論じた。1981 年 Maris は、シカゴにおける自殺の 50% は親しい友人が存在しなかったことを見出している。

＜社会的孤立とネガティブ社会連関＞

自殺の社会連関は、通常 2 つの異なった、ただしオーバーラップする領域に分けられる。:(1) 喪失 (2) ネガティブ社会連関である。

- (1) 個人も集団も、もし社会的に孤立した場合、自殺率（自殺の可能性）が高くなる傾向がある。例えば、幼少期における両親もしくは片親の喪失、非婚もしくは離婚、親友が少ない（いない）といった状況は個人の自殺の可能性を高め、また、そういったグループにおいては自殺率が高い傾向がある。
- (2) ネガティブな社会連関、すなわち自殺伝播やストレス、ネガティブなライフイベント、否定的な人間関係といったものも論議された。自殺を肯定する集団（自殺カルト、Jonestown や Guyana, the Hemlock Society, Heaven's Gate といった集団）は個人が孤立しているわけではないが、明らかに自殺に向き合う者を守らない。契機となった自殺例が潜在的模倣者に似ていた場合や自殺イベントに多く繰り返して遭遇した場合、有名人が自殺した場合、模倣者が傷つきやすい（うつ状態）場合や若年者の場合は、自殺の模倣や自殺伝播が起こりやすい。
- (1) については、例えば 1955 年 Peter Sainsbury がロンドンでの自殺を分析し、単身（1 部屋しかない住居に住んでいる人、ホテル住まいの人、離婚した人）の方が統計学的に有意に自殺率が高いことを見出している。Nisbet は 1996 年黒人女性の自殺について検討し、家庭崩壊やうつ病、経済的貧困の率が高いにもかかわらず、米国の他の人種より自殺率が低いことを挙げ、

その理由として、大家族や友人の多さとそのネットワークという社会的サポートシステムによって自殺から守られていると結論づけた。その他、前述の Maris の報告等が示唆している。

- (2) については、小説家ヘミングウェイの血縁者の例以外にも多くの事例が報告されており、例えば 30 代女性はマリリンモンローの自殺の模倣者を期待するようであるし、第二次世界大戦の折には日本に「カミカゼ」が見られた。また、例えば 1974 年 David Phillips が、ニューヨークタイムスの 1 面で自殺が取り上げられた後に米国の自殺者が増加することを示した。また、Gould と Shaffer は、1986 年にテレビで自殺に関する映画が放映された後に青年の自殺が増加したことを報告した。

<ストレスとネガティブライフイベント>

一方、ストレスは複数の長い自殺キャリアーとなる傾向がある。典型的な自殺状況は、中年白人男性が離婚したり妻や愛人と離別したような場合である。自己破壊的なライフイベントは必ずしも常にネガティブである必要はない。Holms と Rahe は、ポジティブでもネガティブでも人生の転機の総得点が、発病や重症化に関係することを見出した。例えば離婚 (73 点) に対して結婚 (50 点) のように、高いストレスレベルが発病や重症化に関与するのである。

上記にも、社会学者によって研究された自殺の社会連関には、職業、経済、性別、家族、文化的側面や地域差等があるが、それらはキーワードの他項目を参照してほしい。

<結語>

以上みてきたように、一般的にストレスに対する個人の脆弱性と病的社会連関が自己破壊的行動に結びつくようである。うつ状態でアルコール依存の年老いた白人の完全主義の男性は、自殺しやすい。しかし、社会連関も「自殺キャリアー」としてそのベースにある。「自殺キャリアー」の 2 つの一般的な特徴は、不景気と人生の失敗であろう。もちろん、主原因がセロトニン欠乏のような非社会的なものである自殺もいくつかはあるだろう。しかし、一般的に社会的要素、個人的要素、生物学的要素が相互に複雑に影響しあって個人の自殺や集団の自殺率を生じるのであろう。

「自殺の原因になる個人的経験は、犠牲者のモラル性向から影響を受けているが、それ自身社会のモラル状況のエコーに他ならない。—彼の悲しみは外部からやってくる。
Emile Durkheim」

5. 自殺手段

自殺手段の選択は、一部の者については各々の決意の度合いによって決められる。つまり死のうとする気持ちの強さに従って、より致死度の高い方法が選ばれる。

また一部では、選択した場合どのような結果になるかということによって、方法が選択される。したがって、死のうとしている若者には、薬の大量服用で死のうとしても、どのくらいの量が必要なのか理解していなかったり、十分な知識や理解を持ち合わせていない場合もありうる。

自殺方法の選択は、独立したり複合したりしている数多くの要因によって強く影響されるものであり、大きく分けて以下のようなものが関係している。

- ・ 手軽で入手しやすい環境にあること
- ・ 知識や経験があり、慣れているもの
- ・ 意味、象徴性、文化的特性
- ・ 暗示、影響、モデル的な要素
- ・ 自殺に対する潜在心理

また、具体的な自殺の方法は主に以下の8つのカテゴリーに分類される。薬物、他の液体固体の（注射）、ガスおよび蒸気、縊死（窒息）、銃器および爆発物、入水（溺死）、飛び降り、自傷（切る、突き刺す）とその他である。その特色について以下に述べる。

<銃器>

米国における自殺件数の増加は、銃器を用いた自殺が増加していることと関係している。銃の普及具合によって自殺率が異なり、銃規制の厳しい州であるほど自殺率が低下しているなどの報告がされている。銃器の使用は殺人と自殺に多く使われるが、自殺への使用数はおおまかに見積もっても殺人より50%以上多い。また事故による死亡においても原因として銃器が挙げられるが、ロシアンルーレットなどの場合、「事故」とするか「自殺」とするかなど臨床家によって解釈が異なってくる。

自殺の際に狙う場所としては、75%が頭部であり、その中でも39%が右前頭部であるという報告があり、右利きが多いからとされている。その他9%が心窩部、9%が口腔内、5%が左前頭部、頸部と腹部が各4%であった。

自殺の際には受傷時の傷は足の指で引き金を引いた場合以外は、手が容易に届く場所となる。また、受傷部の傷以外に、周囲にできる”smoking gun”と呼ばれる傷が至近距離から発射されたという証拠となる。これは近接部からの発射の際に皮膚にすずや粉等が含まれる傷を形成するというものである。殺人や事故などでは比較的この

ような傷はできにくい。傷の数はほとんどの場合1箇所だけである。複数の傷が認められるのはおよそ1%である。

＜薬物服用＞

精神科医から処方された薬剤は患者にとって最も自殺の際に使用されやすいものである。特に女性の自殺未遂で治療を受ける際の9割が過剰服用であるが、大多数の場合、死亡率は低いものである。過剰服用を行う際には複数の薬剤を飲んでしまうのが一般的である。市販薬の場合、最も多く自殺に使用されるのは、サリチル酸とアセトアミノフェンであり、後者は肝機能障害を起こすため致死率が高くなる可能性がある。

致死率の低い過剰服用のケースの多くは若年層の女性であり、典型的には家族や重要な人間関係における葛藤の結果生じている。

＜縊死、窒息＞

縊死は米国では2番目に多い自殺方法であり、世界的にはより一般的な方法である。7-8ポンドの圧力があれば頸動脈の血流を遮断することが可能であり、左右の頸動脈の血流が遮断されれば直ちに意識が消失する。その後4-5分で低酸素による脳障害あるいは死に至る。刑務所の受刑者はズボンのベルトなどさまざまな材料を用いて首とドアの取っ手につけ、座るかしゃがむなどにより自殺を実行できる。精神科入院中の患者も同じくドアの取っ手やスプリンクラーなどで同じことができる。

＜飛び降り＞

着地点の状況、着地の際の衝撃の状況、飛び降りた高さなどにより、死に至るかどうかは決まる。ゴールデンゲートブリッジから飛び降りた際の救命率は2%である。一般的に飛び降りる人は自殺の意志を証明するものを残している。また、典型的な場合、飛び降りる際には足から落ちている。橋から水に落ちた場合には即死でなくとも、その衝撃から意識を失うために、結果として死にいたることとなる。

＜ガスおよび蒸気＞

ヨーロッパでは暖房用ガスによる一酸化炭素中毒は最も一般的な自殺方法であった。米国では自動車での方法がよく用いられていた。意識消失が先行するため、一酸化炭素による死亡は苦痛のない方法と考えられており、若者達に自殺方法として広まっている。イングランドとウェールズでは1960-76年の間に家庭ガスの一酸化炭素濃度が1%未満まで減ったことにより、他の方法への影響を生じずに、ガスによる自殺が50%から0.2%まで減少した。

＜自傷＞

切るあるいは突き刺すなどは自殺完遂例では珍しい方法であるが、死に至らない場

合にはしばしば認められる。またいくつかの特徴が認められる。典型的なものとしては頸部や手首、胸部の傷があり、手の届くところに刺し傷が認められる。ためらい傷があり、防御のためにできる前腕や手指の傷は認められない。

自分で頸部を切る際には、頭を後ろにのけぞらせる傾向があるため、頸部の動脈や静脈は押しやられ気管に守られることとなる。死に至る場合は大抵、組織からの出血による窒息という報告がある。

<溺水>

目撃者がいない場合、どのようにして入水したか大抵はっきりとわからない。溺死の一番多い原因は事故である。米国では入水自殺の10倍の「事故による溺水」が毎年起きていとされている。自殺の場合には医師は、場所に似つかわしくない衣類、水泳しても危険のない状況、自力でも助かりやすいと思われる浅い場所などかどうかのサインを注意してみてほしい。

<まとめ>

米国の死亡統計は毎年米国の全国保健統計センター(NCHS)から出されているが、自殺方法の傾向もこの50年間で次第に銃器の増加へとシフトしている。銃器による自殺は全自殺のほぼ5件に3件を占めている。1950年では銃器の使用は米国での全自殺の43%であったが、1996年には1950年に比べて37%の増加を示している。1996年の全米での自殺30,903件のうち、方法の内訳は、銃器使用(59%)、縊死(17%)、注射(10%)、ガスおよび蒸気(6.5%)、その他(7.5%)であった。

国によって傾向は異なっており、国際的には最も多いのは縊死(窒息)であり、1980年のデータでは米国を含む30ヶ国のうち、縊死による自殺は21ヶ国で最も多い方法であった。米国以外でもオーストラリア、カナダ、イスラエル、コスタリカにおいては銃器および爆発物による自殺が最多であったが、デンマークでは注射、アイスランドでは溺死が最も多い理由となる。

1996年の米国のデータを男女別に分けて見てみると、男性の最も多い方法は銃器であり、これは女性でも自殺完遂例においては最も多くとられる方法である。薬物は女性に一番使用される方法である。年代別に分けて見てみると、年齢が高くなるほど銃器の使用が高率となり、縊死はむしろ若年層に用いられる方法となっている。薬物やガスなどは中年層にピークが認められる。

このように自殺の方法を理解することにより、自殺者個人や彼らの行動により起こりうる結果について、非常に多くのことを学ぶことができる。

最も重要なことは、自殺方法の選択理由は何であるかということやその致死率について理解すればするほど、自殺を回避する方法について、より知ることができるということである。自殺予防の中心となる考え方は、致命的な手段をとりまくること、手段の致死率を下げること、などであり、これらにより命を救うことができる。自殺

手段の研究とは、方法やメカニズムとそれを使う人間との間の共同作用に関する研究と言える。

6. 精神疾患と自殺行為

長年の間、自殺行為へのメンタルヘルス障害の影響は反省と議論のトピックとなってきた。自殺に対する社会の評価は、時代とともに「悪」から、「容認」あるいは「称賛」にさえ変化してきた。1700年代の終わり頃には、自殺は個人により選択される行為の一つという認識がなされるようになり、ルネッサンスの頃には、自殺の合理性について主張されている。その一方で、自殺という行為の選択は誤ったものであるとの見方もあった。

19世紀になると、社会経済的な理由から個人の価値観の問題ということになり、だからこそ個人の命を救うことが重要とされるようになった。20世紀の終わりまでに、精神科医が自殺を含むところの精神障害の治療に当たるようになったが、精神病理学の起源を理解することへ努力が払われるあまり、難しいものとしてしまった感がある。最近の「科学的な薬剤」の出現により、メンタル障害は異質なものと認識されるようになり、特異的でかつ効果的な介入に注目されるようになったことから、保護施設収容患者における自殺についての調査に焦点が当てられるようになった。そして、あまりにも容易に、自殺および自殺行為は、メンタル障害の合併症として定義されてしまった。その結果、自殺の恐れのある者は皆、保護施設に収容された。20世紀の半ばでは、我々の自殺や自殺行為への認識は、メンタル障害をもった者の内部心理学的なメカニズムに基づいていた。現在では、我々（自殺はメンタル障害に違いないと明言している者は皆）は、これは古典的なセレクションバイアスの例だと認識している、なぜならメンタル障害のある自殺者のみを対象とし、調査研究を実施してきたからである。

この項では、自殺とメンタル障害の関連の量、タイプ、特質についてエビデンスを調査し提示する。現在、個人のケーススタディは稀なので、新しい方法論で知識を得る。いくつかのメカニズムが考えられるが、我々の知識は不十分であり、推論的ではない。詳細に検討したい人にとって、3つの実質的なレビュー（Miles 1977、Tanney 1992、Harris & Barraclough 1997）を参照してほしい。

<精神疾患の診断>

精神疾患を診断する際、いろいろな方法、システムがあるが、ほとんどの精神科やメンタルヘルスの臨床医が American Psychiatric Association の「メンタル障害の診断と統計マニュアル」又は DSM を使用しているのに対し、ほとんどの公衆衛生、疫学調査では ICD のような WHO のシステムが使用されている。診断の階層構造は、症状

／徴候→症候群→障害→疾患／疾病というようになる。用語について、例えば“自殺行為”は「Suicidal Acts/Behavior（自殺行為／行動）」のような言い方があるが、この項では、同じ意味で使用している。しかし、診断が複雑であるにもかかわらず、自殺行為とメンタル障害との関連性が立証されるということは驚くべきことではない。

＜自殺行為と精神疾患の関連＞

自殺行為自身の理解を進めるために重要な課題は、メンタル障害との関係の強さや重みであり、このことはかなり複雑である。自殺行為と精神疾患（メンタル障害）の関連性については、以下のようにまとめられる。

1) 自殺行為（既遂・未遂とも）とメンタル障害の間には、重要で明らかな関連があり、さまざまな人口ベースの調査からのエビデンスは、その多くがクリニカルケーススタディであった以前の文献に、お墨付きを与えることとなった。活動期のメンタル障害者の自殺危険度は、一般人の約7から10倍に増加する。自殺行為とメンタル障害は共に十分把握されていないことによりこの関連性の重要性が過小評価されている。しかし、この2つの本質が独立していないと特徴づける研究により過大評価されている面もある。他の影響事項としては、性別、治療状況、コホートセレクション、他の障害による死亡がある。

2) メンタル障害といってもその内容により、自殺行為との関連性は異なってくる。気分障害、薬物乱用／依存、そして分裂病の診断形態は最も重要なAxis I診断（人格異常と精神薄弱以外の全ての精神障害）として残っている。自殺死亡におけるこれらの障害の違いは、現在のところ、広く信じられているほど注目されていない。Axis II診断（人格異常と精神薄弱）やCluster B診断や特にBPD（Borderline Personality Disorder 人格障害のボーダーライン）患者は、明らかに自殺行為を起こすことがある。

3) 自殺行為とメンタル障害（Axis IやAxis II）との関連性についての研究より、自殺行為の原因の中でメンタル障害が強く影響していることが示唆された。種々の疾患に合併したうつでは、多くの場合明らかに自殺の可能性が増加する。大うつ病と薬物乱用は、致命的な組み合わせである。薬物乱用や苦悩／心配のある者には、自殺は差し迫ったものであるが、うつは潜在的かつ末期の自殺リスクとして考えられている。最近の研究では、自殺に至る過程で、段階的に予知することの重要性を強調している。

4) メンタル障害と自殺行為の関連性は、複雑で推測に過ぎない。メンタル障害の過程が自殺行為を直接説明するのに十分なこともあるが、多くの場合、間接的なメカニズムで、例えば脆弱性（傷つきやすさ）の増加および（又は）自殺行為に対する防御システムの障害がみられる。神経質な性質はメンタル障害により引き起こされた、あるいは自殺行為の引き金となる補助因子と考えられる。これらの仮説を用いて、活動期のメンタル障害を最小限に留めるために、種々の予防や治療による介入を試行しなければならない。

5) 多くの自殺行為について、メンタル障害は必要であっても十分な要素ではないと

考えられる。しかしながら、自殺の“プロセス”（自殺行為の軌跡とも言う）は、メンタル障害現象学とは同義語ではない。自殺行為（又は何らかの同意された言葉）をDSM-V診断の構成要素として採用することにより、自殺とメンタル障害との関連や連携についての更なる研究のための戦略が提供される。

<まとめ>

この項では、結論として自殺行為が個人の行為のみならず、その個人の *infrasystem*（基礎システム）の中で理解、説明されうる事象であるということを主張している。自殺は、対人関係や社会での問題のみならず、個人内の問題でもある。自己の死を理性的で責任のある選択として決定した者はほとんどいないが、そのわずかな者たちにとって、これらの行動は個人の自由を守るために我々が時に社会として支払う代償である。たとえば、安楽死はこのような見地での近年の実例である。自殺は、個人だけの問題（*single beast*）ではないと我々は認識しているので、リスクのある全ての人に自殺の責任を要求したり、期待したりすることは適切ではない。メンタル障害のある人々が彼ら自身の自殺（自身の最期）をも含めていろいろな行動に対して責任が無いと言えるほどにメンタル障害が多数の機能や精神能力に影響を与えうるというエビデンスは論理的かつ確信できるものである。

7. 身体疾患と自殺

<はじめに>

急性および慢性身体的疾患を有するほとんどの患者は自殺をしない。患者が自殺するには、危険因子が重要な役割を果たす。危険因子には、既往として精神病、肉体的および精神的ストレスの解消能力、さらに社会的支援を受け入れその利益を得る能力の欠如または低下がある。また、自殺する人には、疾患自体の危険因子もある。うつ、不安、精神病に引き続いて起こるころころの変化、また投薬による意識障害（譫妄）、酸素飽和度や心拍出量などの運動能力の低下、肉体的および精神的荒廃、不十分な疼痛緩和療法、社会的孤立、主導権を他人に委譲、経済的不安等自分では不可避なストレスがある(Derogaris et al., 1983; Perry, 1990; Conwell et al., 1990)。一般に、身体疾患の悪性度より、合併している精神科的問題の方が重要と思われる。

完全には証明できないが、身体的疾患は自殺または自殺行為を増加させると考えられる。各疾患の自殺の相対危険度は、HIV感染者およびエイズ(6.6)、ハンチントン病(2.9)、全悪性腫瘍(1.8)、頭部・頸部の悪性腫瘍(11.4)、多発性硬化症(2.4)、消化性潰瘍(2.1)、慢性腎不全による透析(14.5)、腎不全で移植(3.8)、脊髄損傷(3.8)、全身性エリテマトーデス(4.3)であった(Kelly, Mufson & Rogers, 1999)と報告されている。

<多発性硬化症>

多発性硬化症では、診断後5年以内に自殺率が特に高い。

<癲癇>

癲癇では、わずかに自殺率が高く、その理由は痙攣より、性格の要因によるものと考えられる。

<腎透析>

腎透析中の患者は自殺率が高い(Abram, Moore & Westervelt, 1971)。慢性腎疾患では、尿毒症性脳障害、高血圧症性脳障害、血液透析による不均衡症候群、透析による痴呆を合併し、これらはすべて錯乱状態になることがあり、自殺の危険を高めることになる。しかし、透析中の自殺を判断することは困難である。例えば、透析中の患者における透析拒否は死を意味するが、自殺とは言い難いと考える人もあれば、合理的自殺とみなす人もある。透析中止を自殺と記録するかどうか不明でない。

<癌>

癌に対する恐怖は、特に男性および転移する癌を有する患者の自殺率を高める。大規模の疫学調査により、一般人口より自殺率が有意に高いことが判明した(Louhivuori & Hakama, 1979; Marshall, Burnett & Brasure, 1983; Fox, Stanek, Boyd & Flannery, 1982)。それに反して、剖検例の徹底した調査では、何人かの症例では癌がないにも拘わらず癌と信じ、または実際より重症と思い込んでいた(Murphy, 1977)ことから、癌に対する恐れが、自殺をするに至る重要な役割を果たすと考えられる。Dorpat 他(1968)は、自殺を完遂した事例を調査し、癌に対する極度の恐れがあることを報告した。この研究では、癌を恐れて自殺した65%の事例において、剖検では癌は証明されなかった。これらのことから、癌であることを本人に知らせることは必ずしも自殺を増加させないことを示唆しており、周囲の支援があれば、むしろ患者は癌に立ち向かうことになると思われる。

<脊髄損傷>

脊髄損傷では、自殺率が高いが、各個人の自己認識や精神疾患の合併率が高いことに関係していると考えられる。

<エイズ>

エイズやエイズへの恐怖については、生理学的、精神病および環境のストレスが複雑に影響して自殺の危険率を高めている。具体的には、(1)同性愛者は喪失体験に対して脆弱(自殺の危険群)、(2)同性愛者に対する社会的偏見、(3)周囲からの支援を受け難い、(4)進行性の疾患、予後不良であることを自覚、(5)経済的自立

が困難、(6) 中枢神経の障害、(7) エイズ患者の自殺の報道(群発自殺)、(8) 自己破壊的目的(薬物濫用、複数と性交渉を持つことは自殺的行為)がある。

＜消化性潰瘍および自己免疫疾患＞

消化性潰瘍および自己免疫疾患の自殺率が高いとの報告もある。

＜末期患者＞

疾患の末期では、自殺の危険が高まると予想するのは間違いである。ホスピスでのケアを疑問視する末期患者の77%は、死が早期に来ることを望んでいない(Brown, Henteleff, Barakat & Rowe, 1986)。死を望む患者はすべて臨床的には高度のうつであった。末期患者の自殺は、病気自体と言うより、社会心理的要因により関係があると考えられる。Marzuk(1994)は長い経過で衰弱するような末期患者の自殺に関して、新たな興味ある傾向を報告した。(1)多くの末期患者は、早期診断や緩和治療の改善により、より慢性の経過をとるようになった。(2)社会は、自発的な安楽死、合理的自殺、および医師による自殺教唆について急速に注目し始めた。(3)予後の悪いハンチントン病やエイズ患者の診断に必要な血液検査の発達により、早期にかつ無症状の間に診断が可能であることから、患者は自殺の可能性に関心を持つ機会が増えた。これらのことは、身体疾患による自殺を減少させると考えられる。

＜身体疾患と自殺との関連調査における課題＞

多発性硬化症、呼吸器疾患、慢性関節リウマチ、癲癇、糖尿病、高血圧症では、自殺率に一致した知見はない。身体疾患と自殺との直接的関係を実証し難い理由として、(1)合併する精神疾患の存在、(2)治療薬の影響、(3)身体疾患が中枢神経を障害する可能性、(4)身体疾患がもたらす社会的要因の除外が困難、(5)群発自殺の影響がある。さらに、調査方法の違いによっても自殺率が異なる。例えば、Schwartz and Pierron(1972)は、1955年から1975年に死亡原因が多発性硬化症と記録されている408例の死亡診断書に関する総説を報告した。4例は明らかに自殺であった。これから計算された自殺率は、アメリカ合衆国のすべての死因に占める自殺と比較して、その頻度は同様であった。死亡診断書のみを頼りにする一番大きな問題は、検死官がたびたび死因として自殺を避けることである。このため自殺率は低く報告され、実際の30~40%と考えられる(Jobes, Berman & Josselson, 1987)。この報告は、前述の多発性硬化症では自殺率が高くなるという報告とは反対の意見である。

＜身体疾患のある患者の自殺予防対策＞

ヘルスケアやメンタルヘルスケアを提供する者は、慢性に衰弱していく患者は自殺または自殺行動をする可能性があるため、彼らがどのように病気を理解しているかを認識する必要がある。責任ある臨床家は、身体疾患を有する患者に存在する自殺の危険因子や予防策をも注意深く探索する。一旦評価を完了したら、患者の自殺行動に対

する相対危険度に関する臨床判断をもとに、臨床家は危険因子を減少させる等の治療計画を立てる必要がある。

治療計画には、精神療法の介入、社会心理的介入、精神疾患に対する薬物療法、環境を変えること等が含まれる。

残念ながら、慢性身体疾患を治療するほとんどの臨床家は自殺の評価、治療、予防の訓練を受けていない。一般の医師が患者の自殺を十分予防できない理由 (Murphy) として、(1) 精神疾患、特にうつ病の診断が正確にできない。(2) 適切な治療ができない (例えば、抗うつ剤の投与量が不適切)、(3) 自殺に関する具体的かつ直接的な質問をしていない。さらに、一般の医師が患者の自殺について対応したとしても、自殺を決意した患者や自殺企図直後の患者で、抑うつ症状が一過性に解消し、一見明るく振舞うことがある (Schneidman, 大原) ことを、一般の主治医は理解しないで安心してしまうこともある。医師は主治医の言動や対応が自殺の引き金になることがあることも忘れてはならない。例えば、(1) 患者が見捨てられた体験、(2) 転院、(3) 訪問回数の減少、(4) 主治医の交代、(5) 患者の出している自殺の警戒徴候を否認などがある。

また、プライマリケア提供者に対して、いかに効果的に救急および自己破壊的行動の危険因子を有する患者を評価し、介入するかを教育することが重要である (U. S. Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide 1999 (U. S. Public Health Service, 1999))。また、慢性疾患を治療中の医師は、自殺の危険性を意識し、さらに自殺予防に介入する必要がある。さらに、3つの自殺予防対策を強調している。

- 1) プライマリ・ケアを担当する医師に、身体疾患と自殺傾向との関係、気づきを高めること、診断、専門医への紹介、カウンセリングについて教育する。
- 2) 自殺行為を助長する投薬に関して教育する。賢明な選択をすることや向精神薬以外の投薬を増やすように教育する。
- 3) 患者がプライマリ・ケアの実施場所を受診してきた場合、自殺行為を示す精神症状に対する治療および介入に必要な向神経薬の適切な選択と使用方法について医師を教育する。

8. アルコール、薬物依存

アルコール中毒、薬物乱用と自殺行動の関係は社会的なレベルと個人のレベルに分けられる。社会的レベルにおいては一人当たりのアルコール消費量か或いはアルコール中毒の発生が社会的に測定されたり、自殺率と比較されたりしている。また、個人レベルの研究は重要であり、自殺行動を予防したり、または個人の自殺予防の対処のガイドラインを生み出すことにつながる。

自殺と研究

<社会的レベルの研究>

アルコールと自殺の関係は様々な年代で様々な結果がある。ポルトガルではアルコールの消費量と自殺については有意な相関が認められている。個人の消費量が1リットル増えれば、男性の自殺率を1.9%上昇させる (Skog, 1995)。米国において1936年から1970年の間アルコールの消費は戦争の規模や失職とともに自殺率との間に有意の相関を認めている (Lester, 1993)。こうした相関はどのグループにおいても認められることではない。ノルウェーにおいては1911年から1990年までにおいてアルコールの消費量と自殺率の相関は女性ではなく男性にだけ認められた (Rossow, 1993)。フィンランドにおいては1950年から1991年において15歳から34歳と35歳から49歳の年代の男性にのみアルコール消費と自殺率の相関を認めた (Makela, 1996)。

国によってもこの結果は様々である。1950年から1972年までの13カ国の研究においては10カ国においてはアルコール消費量と自殺率には相関を認めたが (Lesser and Yang, 1998)、1カ国はネガティブであり、2カ国は有意ではなかった。アルコール消費が多い国の場合 (フランス、デンマーク、ポルトガル) は、アルコール消費が低い国 (スウェーデン、ノルウェーやハンガリー) に比べてこの消費レベルの変動は自殺率に対して影響はしないと報告している (Norstrom, 1995)。

社会的政策は自殺率に影響しうるのか? 旧ソビエト連邦のペレストロイカのアルコールを限定する政策によって男性の自殺率は下がった報告 (Wassermann, Varnik, and Eklund, 1994) とデンマークにおいてはアルコールの値段の上昇によってアルコールの消費量が減ったことにより自殺率、特にアルコール中毒の自殺率が減少した報告 (Skog, 1993) がある。アメリカ合衆国におけるアルコール消費削減政策 (1970年) により自殺率は減少したという報告もある (Lester)。しかし、すべての研究報告が同様の結果であったわけではない (ポルトガルでは negative であった) が、こうした報告はアルコール販売を限定する社会的政策が自殺率を下げるひとつの方法として存在する可能性が高いことを示唆している。

<個人レベルの研究>

多くの自殺者は自殺行動の前にアルコールを摂取していたことが認められる。自殺未遂者の62%に未遂時の飲酒を認めた報告 (Suokas and Lonnqvist, 1995)、自殺完遂直前の飲酒は15%に認められたフィンランドの報告 (Virkkunen 1971)、同様の自殺完遂者の33%に飲酒を認めた報告 (Welte, Abel, and Wieczorek, 1988) がある。アルコールによる自殺は21歳から60歳までの男性に多く、自殺未遂の経験がなく、トランクライザーを使用し、遺書もなく、夕方から夜にかけて、銃を使用したり車の中で発見されることが多いと Welte らは報告している。こうした結果よりアルコールによってより衝動的に自殺をしていることが示唆される。また自殺未遂にも飲酒をしていることが多いという報告もある (Hawton, Faggs, McKeown, 1989)。

＜自殺行動と薬物乱用＞

薬物の乱用（薬物、アルコール乱用の両方）において自殺完遂、自殺未遂の両方の自殺行動との関係は明らかに認められているが、すべての研究報告ではなく、主な集団のみであり、すべての集団について認められているわけではない。しかし、この相関はかなり強いものである。

多くの個人のグループにおいては自殺行動と薬物乱用はその他の症状を伴い発生していることが認められている。例えば、オーストラリアの薬物乱用の女性では食行動異常、自殺企図、多重人格、身体的、性的虐待の経験を認めた(Swift, Copeland, and Hall, 1996)。同様に、性的虐待を受けた10代の女性では受けないものに比較し自殺企図、食行動異常、薬物使用がより多く認められたとの報告がある(Chandy, Blum, and Resnick, 1996)。

＜自殺の予測指標＞

薬物の乱用は自殺傾向を増加させるということは明らかであるが、Menningerの見解に賛同するなら、薬物の乱用自体が自己破壊（ある意味自殺も含めて）行動である。このように薬物の乱用は自殺の予測因子であると考えられる。また、一方、自殺の予測スケールには薬物の乱用は含まれていない。Litteieriは老年期の女性の自殺の予測スケールだけにアルコールが含まれていたと報告した。このように、薬物の乱用が自殺の有用な予測指標になる特定の集団に対して多くの研究が行われなければならない。また、その他の予測因子との相互作用効果を正確に示す研究が必要である。

この章にはアルコール中毒や薬物の乱用において、自殺完遂を予測できる可能性の高いさまざまな指標の報告があった。薬物乱用よりもアルコール中毒に関する更なる研究が行われる必要があると思われた。アルコール中毒に関しては、アルコール乱用症状1、精神的症状6、人口統計と社会因子13が自殺完遂の予測因子として可能性があると考えられた。一方、4つの因子だけが薬物乱用における自殺の予測因子としてあげられていた。しかし、これはひとつの研究報告から導かれたものであった。このように薬物乱用における自殺完遂を予測する指標についての研究が必要と思われる。さらに、自殺完遂の予測指標について今後実証する研究が進められる必要がある。自殺を予測する生物化学的指標の可能性についての報告もあるが、まだ、エビデンスの立証はされておらず、現段階では実用性には乏しい。

アルコールと薬物乱用における自殺を予測する指標はアルコールと薬物によらない自殺と差はなかった。例えば、アルコール中毒の自殺完遂の予測因子としてはうつ病、絶望、感情障害の現病歴が含まれるが、これは一般的にも当てはまる。本来アルコール中毒における自殺を予測することはきわめて困難なことである。その結果、アルコール中毒における自殺と一般的自殺の間に大きな違いを見出すことはできなかった。

＜予防対策＞

個人の薬物乱用に対する適切な診断及び対処法によって、明らかに自殺を防ぐことが可能であるが、薬物乱用における自殺予防は社会的政策によってもたらされることが証明されている。スウェーデンにおける一人当たりのアルコール摂取量を25%減少させたことで肝硬変、事故、自殺による死亡を半分にすることができた。また同様に、大量飲酒常用者(例えば上位5%)のアルコール量を36%減らすことによって肝硬変、事故、自殺による死亡を半減させることができた。

9. 自殺と法

おそらく現代における自殺の考え方について、その最大のパラドックスの一つは、自殺が非常に個人的な自己破壊行為だと思われているのと同時に、他人にもその責任が問えると考えられている事である。この明らかな矛盾を理解するためには、自殺に対する社会的文化的な態度を歴史的観点から探る必要がある。

ローマ帝国では国家の財産であり国家の安全を守るのに必要な兵士も自殺で「義務を放棄する」事が禁じられていた。St. Augustine (A.D. 354-430) は、自殺は(十戒の中の)六戒の教え「汝殺す事なかれ」の違反であるとするキリスト教会立場を明確にした。St. Thomas Aquinas (1225-1274) は、自殺は(生死を決定する)神の力を強奪するものであり、その人間が所属する地域社会に損害を与えるものと結論付けた。まもなく国家はこういった議論に同調し、自殺に反対する法令を作った。中世では自殺者は聖地での埋葬を拒否され、国家に家財を没収された。その判定を下す者として検死官の役割が確立し、自殺と病理学、自殺の原因と遺族への影響についての社会的関心が高まった。18世紀中ごろまでには英国でも米国でも精神異常が自殺の主な原因とされるようになり、初期の自殺が重罪であるという考え方からほとんど180度変化した。能力の減少した個人の責任を問うより、自分で自分を危険に陥れることから保護を必要としている個人を守る世話者の役割を社会に求めるようになった。

現代の米国では社会の習慣や法令で安全な環境が求められている。こういった環境とは職場条件から一児童労働法及び有毒物処理規制が施行されているように一あらゆる場所や製品にまで及んでいる。このように、職務上および人として予想可能な損害から他人を守る義務を持っている。必要な公共の安全と保護が与えられず、怠慢により損害又は損傷が引き起こされた場合、法により被害者は損害賠償金を請求できる。自殺に関してその不法行為の責任を負う可能性があるのはセラピスト、公共機関、雇用主、製品を製造する業者の場合もある(Berman, 1993)。仮に、怠慢による危険な労働条件が存在し、それにより被雇用者が損傷を受けた場合、労働者補償法により治療費の全て、その結果失われた所得等が補償される。被雇用者が次第に鬱になり、孤立

し、憂さを酒で紛らわせるようになり、ついに自殺したような場合、雇用主の怠慢がその自殺に関連しているとして、不当な死の原因の責任を問われることもある。

<自殺と学校>

学生の安全を確保し、保護する手段や措置を取らない学校や学校関係者は、学生が死亡したような場合には雇用者と同様、弱い立場に立たされる。教師も教員資格の中で「学生の感情的ストレスの徴候を認識する事ができ、自殺防止に力を入れた危機防止手法」を取る事が求められている。

<矯正施設での自殺>

矯正施設で最も多いのは自殺による死亡である。典型的なのは若いアルコール中毒の男性囚人で、軽犯罪で逮捕されて間もなく自殺するケースが多い。隔絶され、孤独感と屈辱感と恐怖に打ちひしがれた若い罪人は、牢に入って最初の数時間、あるいは数日のうちに手近な方法（通常は首吊り）で問題を素早く解決してしまおうとする。矯正施設での自殺についてのパターンや方法、危険因子などについては十分に研究されており、こういった施設における自殺の防止方法についても盛んに発表がされている。拘留所や刑務所では囚人に対する保護責任がある。従って、こういった施設では囚人が自己を傷つける恐れが予想される場合に保護することは当然の義務と考えられている（通常、米国憲法修正第8箇条と14箇条が引き合いに出される）。ここでもまた、自殺防止義務が不履行であったとされる際に、その方針や対策が怠慢である場合、あるいは文書化されていない場合、このような施設の責任を負うべき立場にあるスタッフ、監督者、選挙により選出された役員は全員、告訴される可能性がある（Maris, 1992b:240-241 参照）。

<医療過誤>

米国で年間約3万1千件に上る自殺者のうち、約半数は精神衛生（医療）機関と関わった者である。そのうちの数例は自殺時に治療中、あるいは治療を終了したばかりの者であったと考えられる。自殺の徴候は臨床医が最もよく出くわす精神衛生上の緊急事態なのである。自殺した患者の家族が、担当のセラピストが治療義務を怠り、患者の自殺につながったと申し立てた場合には医療過誤訴訟となる。そのセラピストの行動は弁護士や経験豊富な同僚、さらにおそらくは法廷や陪審員によって標準的ケアとして知られる、定義の漫然たる職業上の「なすべき事」「なさざるべき事」の基準に基づいて評価される。標準的ケアとは「常識的に考えて十分慎重である人物、あるいは専門家が同様な、あるいは似たような状況下において行ったであろうと考えられる程度のケア」のことである（Black, 1979:1260 参照）。もし、責任者が標準的ケア以下のケアしか行わなかったと考えられる場合には、それが遂行罪であれ怠慢罪であれ、治療義務不履行であり、そして患者の自殺がその不履行から直接的あるいは近因的に生じたものだとの議論に説得力があれば、その行為は医療過誤と見なされる