

- a 反対する
- b とちらかといえは反対する
- c どちらともいえない
- d とちらかといえは賛成する
- e 賛成する
- f その他 \_\_\_\_\_

Q13 あなた自身が、癌などの末期にあり死に直面したとき、「安楽死」を選択しますか？

- a 「安楽死」は選択しない
- b 身体的苦痛が著しいときは選択するかもしれない
- c 精神的苦痛が著しいときは選択するかもしれない
- d どちらともいえない
- e その他 \_\_\_\_\_

Q14 我が国では安楽死の要件として名古屋高裁が下記の判決を出しており、安楽死を巡るその後の司法判断の拠り所となっています。

名古屋高裁 昭和 37 年 12 月 22 日判決

- 1 病者が現代医学の知識と技術からみて不治の病に冒され、しかもその死が目前に迫っていること
  - 2 病者の苦痛が甚しく、何人も真にこれを見るに忍びない程度のものなること
  - 3 もっぱら病者の死苦の緩和の目的でなされたこと
  - 4 病者の意識がなお明瞭であって意思を表明できる場合には、本人の真筆な囑託又は承諾のあること
  - 5 医師の手によることを本則とし、これにより得ない場合には医師によりえないと首肯するに足る特別な事情があること
  - 6 その方法が倫理的にも妥当なものとして容認しうるものなること
- この「安楽死の要件」について何かご意見があれば記載してください

【自殺に対する宗教者としての考え方について】

Q15 自殺についてあなたはとう考えますか？

- a いかなる理由にせよ、自殺は防がなければならない
- b 判断能力が保たれているのであれば、本人が自殺を選択しても仕方がない
- c 本人の意思を尊重するのであれば、死を選択することも尊厳死のひとつ
- d その他

Q16 自殺の予防に関して、宗教者が関わることができると思えますか

- a 関わることができる (\*)
- b 関わることはできない (\*)

c どちらとも言えない

d その他

\* 関わることかてきる、あるいは関わることかてきないとお考えの場合、それはどのようなことでしょうか

Q17 自殺者の遺族の精神的なケアに関して、宗教者の役割かあると思いますか

a あると思う（\*）

b ないと思う（\*）

c どちらとも言えない

d その他

\* あるとお考えの場合、あるいはないとお考えの場合、それはどのようなことでしょうか

ご協力ありがとうございました

---

## 宗教関係者へのアンケート②

あなた自身が、宗教者として自殺者やその家族と関わった事例について、差し支えない範囲でお答えください。なお、複数の事例が見込まれる場合には、あらかじめコピーしてご記入くださいますよう、お願いいたします。

### 自殺関連調査個人票

【回答者（あなた自身）のプロフィールについて】

- Q1 あなたの年齢を教えてください \_\_\_\_\_ 歳
- Q2 あなたの性別を教えてください 男 女
- Q3 あなたの宗教者としての帰属について教えてください  
A 神道系 B 仏教系 C キリスト教系 D ユダヤ教系 E イスラム教系  
F ヒンズー教系 G 儒教系 H その他 (\_\_\_\_\_)
- Q4 不明な点についてお尋ねする場合がありますので、差し支えなければ連絡先についてご記入ください。

住 所 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

【自殺者について】

- Q1 年齢 \_\_\_\_\_ 歳
- Q2 性別 男性 女性
- Q3 職業 \_\_\_\_\_
- Q4 住所 \_\_\_\_\_ 市・町・村  
移住 ( \_\_\_\_\_ 県・市・町・村 → \_\_\_\_\_ 県・市・町・村)
- Q5 家族 配偶者 (有・無)、離婚歴 (有・無)、子ども (\_\_\_\_人)  
同居家族 (有\_\_\_\_人、無)、独身、単身者、死別
- Q6 自殺の状況について、わかる範囲でご記入ください
- ・日時 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時頃
- ・自殺の手段 a 絞頸 (首吊り) b 絞頸 (自分で首をしめた)  
c 切創 (手首を切った・肘の血管を切った・頸部の血管を切った・切腹・その他 \_\_\_\_\_)  
d 飛び降り e 入水 (海 川 湖 プール その他 \_\_\_\_\_)
- f 焼身 (自分の体に火をつけた 住宅に火をつけた その他 \_\_\_\_\_)
- g 飛び込み (列車 自動車 その他 \_\_\_\_\_)
- h 服薬 (農薬・医薬品・その他 \_\_\_\_\_)

1 その他

---

・自殺場所 自宅(居室・寝室・車庫・小屋・その他\_\_\_\_\_)  
自宅外の屋内(病院・施設・その他\_\_\_\_\_)  
屋外(林・原野・畑・車中・路上・海岸・川・その他\_\_\_\_\_)  
自宅からの距離 約\_\_\_\_\_km

・遺書 有・無・不明

・過去の自殺未遂 あった(\_\_\_\_\_回) ・なかった

Q7 自殺者本人について

a とどのような性格の人でしたか

循環気質(社会的、親切、友情に厚い、人好き、明朗、ユーモアがある、活発、  
激しやすい、静か、落ち着いている、丁重、柔和)

分裂気質(非社会的、静か、用心深い、まじめ、変人、臆病、恥ずかしがりや、  
敏感、神経質、興奮しやすい、自然や書物に親しむ、従順、お人好し、  
温和、無関心、鈍感)

執着気質(熱中性、徹底性、凡帳面、正義感、責任感、感情が冷めにくい持続性)

b 自殺者本人は今までに病気をしたことがありましたか

精神科・神経科・心療内科などに通院したことがありましたか

あった ない わからない

上記以外の病気にかかったことがありますか

あった(\_\_\_\_\_) ない わからない

c 飲酒歴

お酒はよく飲む方でしたか

かなり飲む方であった 少しは飲んでいた あまり飲まなかった  
わからない

アルコール症の診断を受けたことかありましたか

ある ない わからない

d 家族の中で過去に自殺した人かいますか

いた いなかった わからない

e 本人は何かについて特に悩んでいましたか(複数選択可)

・家庭・家族など \_\_\_\_\_

結婚・離婚・別居・本人の病気・家族の病気・事故・怪我・夫婦不和・

親子不和・退職・妊娠・失恋・配偶者の死・子どもの死 親の死・

世間的に問題を起こした(内容\_\_\_\_\_)

子どもの進学・受験・子どもの問題行動、非行・出産・婚約・

その他(\_\_\_\_\_)

・金銭問題 \_\_\_\_\_

財産損失・大きな支出・収入減少・借金・借金（ローン）返済の困難・  
サラ金の借金・保証人・その他（\_\_\_\_\_）

・事件、事故、災害

環境の悪化・引っ越し・火事・犯罪関係・自動車事故・自然災害・

その他（\_\_\_\_\_）

・人間関係の問題

友人などの裏切り・友人の死・先輩の死・恋愛関係のもつれ・

近所との関係のもつれ・その他（\_\_\_\_\_）

・仕事関係

仕事の失敗・過重な責任・過酷な仕事量・仕事の質の変化・

身分の変化（昇進、左遷、降格、退職勧告など）・役割、地位の変化（転勤、

配置転換、その他）対人関係（セクハラ、上司とのトラブル、同僚とのトラブル、

部下とのトラブル、昇進で越された）

・その他（\_\_\_\_\_）

8 自殺者に対する宗教儀礼に、通常と違う配慮をしましたか

a 配慮した（\*）

b 配慮しなかった

c とちらとも言えない

d その他

\*配慮した場合、その内容について差し支えなければご記入ください

9 自殺者の遺族に対して、精神的なケアを考慮して特別な対応をしましたか

a 対応した（\*）

b 対応しなかった

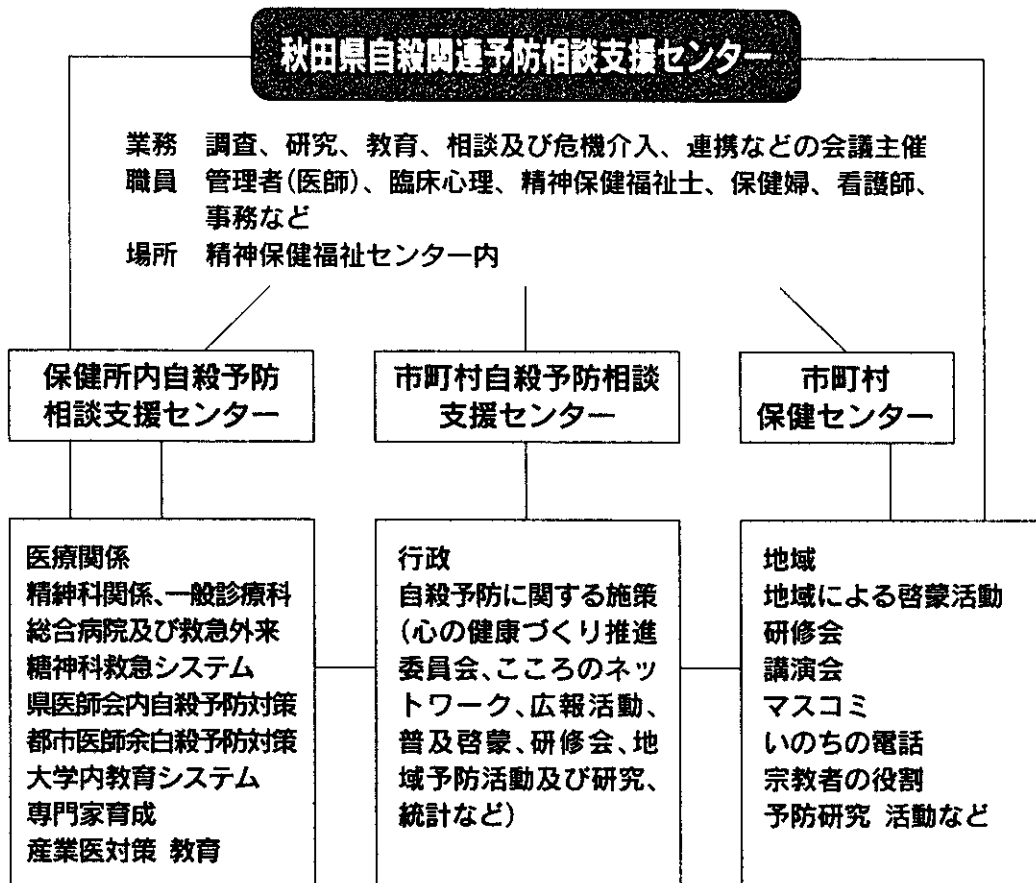
c とちらとも言えない

d その他

\*対応した場合、その内容について差し支えなければご記入ください

以上で終了です。面倒な質問にお答え戴き、ご協力ありがとうございました。

(資料4)



平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
自殺と防止対策の実態に関する研究

分担研究報告書（概要版）  
自殺予防と場所・空間に関する研究－（続々）－

分担研究者 野村 東太（ものづくり大学）  
研究協力者 山崎 健太郎（筑波剖検センター）

**研究要旨** 本研究の目的は、自殺の手段や内容と自殺の場所・空間との関係を調べると同時に、自殺の近因および遠因について調査分析することである。200X 年の 1 年間に東京都監察医務院において検案を行った全事例についての研究報告である。東京都監察医務院の死体検案調書から、自殺の場所・位置・状況、発見者、自殺者の性別・年齢、家族構成、学歴・職歴、自殺に至る社会的・経済的・家庭的・身体的な背景、自殺の直接動機となった具体的事柄、自殺の予兆、遺書、などを調査し、上記期間内の 1,858 事例すべてと、この中からサンプリングした 350 事例について分析した。

建築物や構造物による自殺防止対策は次の二つに限られる。一つは飛び降り自殺や飛び込み自殺などに対する物理的な防止対策であり、当面有効な唯一の対症療法的対策である。もう一つは、新たな家族関係の構築や地域社会の復権に寄与するような家づくりや街づくりである。

医学的や心理学的な面での対症療法も必要であるが、それ以前の社会的に健全な生活環境の確立、心ならずも自殺に至る疎外された人々への対応か、自殺予防の最短で最良の方策であると思われる。このため、社会的構造改革や当面の行政的対応の改善、家庭や学校での心の教育の復活、何よりも皆で支える地域社会の確保が必要であると考えられる。本研究で実証したことく、現在の自殺のうちかなりの事例は「社会的他殺」等の分類に入ると思う。われわれは、この「社会的他殺」等の防止に努めると同時に、これら行政・経済・生産・教育などの全てにかかわる課題であることを、しっかりと受け止めることが大切である。このため行政の直接対策だけに依存せず市民自体も動かねばならない。また、近年、人々の多様な価値観、変貌する世界観、科学技術による不老長寿と新たな生死観などから、自殺観が大きく流動化しつつある。この対応を早急に検討する必要がある。

#### A 研究目的

本研究は自殺予防と生活環境の実態に関する研究である。本研究の目的は自殺の手段や内容と自殺の場所・空間や用具などとの関係を、具体的事例をもとに調べると同時に、自殺を実行する引き金となった直接的な動機である近因、および、自殺に至るまでの社会的・経済的・家庭的・身体的・個人的な背景からくる遠因などについて調査分析し、その結果を報告することである。

#### B 研究方法

本研究の調査対象は、東京都区内の全自殺者のうち、200X 年の 1 年間に東京都監察医務院において検案を行った全事例についての研究報告である。東京都監察医務院の死体検案調書から、自殺の場所・位置・状況、発見者、性別、年齢別世代、家族構成、自殺に至る社会的・経済的な背景、自殺の動機となった具体的事柄、

自殺の予兆、遺書、などを調査した。報告内容は、東京都監察医務院の死体検案調書に記載されていた上記期間内の 1,858 事例全てについて行った分析と、この中から更にサンプリングした 350 事例について行なった具体的かつ詳細な事例考察からなっている。

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては、東京都監察医務院に共同研究計画書および誓約書を申請し、受理されている。

#### C 研究結果および考察

自殺手段別の自殺者は、日本では縊死が非常に多く、本調査でも 6 割弱を占める。これに次いで、飛び降り死か全体の約 2 割と多く、飛び込み死、中毒死、溺死、刃物自傷死などかこれに続く。本調査を全国事例統計と比べると、縊死か最も多い点などはかわらないが、飛び降り死や飛び込み死が地方より多いなどの大都会

の特色も見られる。

月別の自殺頻度をみると年度末から春芽時にかけてと、秋口にかけての時期にやや自殺数が増す。自殺の直接原因との関係では、年始年末や年度末には経済的理由、春先には入学・入社・職場異動など、社会的要因を感じさせるものが多い。

自殺者の性別は男性約7割、女性約3割である。女性の精神的・肉体的な特質もあろうか、中高年層男性の社会的環境の厳しさか非常に大きく影響していると考えられる。

年齢別で自殺を見ると、50-54才付近にピークがあり、次いで55-65才の間になだらかたが大きな山がある。これらの自殺は、倒産・リストラ・失職や、借金とくに高金利借金、これらに伴う家庭崩壊などからくるストレスや経済的苦難、有職者にとっても定年前後の生活環境激変や健康などの将来への不安などに起因するものと考えられる。一方、若者の自殺も少なくはない。若者にとって現代は必ずしも生き甲斐のある社会とは見えておらず、かつ未来への不安が垣間見て取れる。

性別と年齢の関係で見ると女性は、20代から80代の晩年まで、男性に比べて全体に自殺者数は非常に少なく、かつ年齢に関係なく、ほぼ一定で推移している。

自殺予防の最大対策の一つは中高年男性の雇用・労働環境にあると考えるか、女性の社会進出か進む将来は中高年女性の問題でもあると思う。自殺率は80才以上の男性で再び急上昇するか、高齢者には健康の衰えと同時におきる生活環境の激変か精神的にこたえるものと判断する。配偶者を失った独居老人や精神的孤独老人への対策、地域での相互扶助の復権など、取り組むべき課題は非常に多い。

自殺手法として、縊死は高齢化につれ増えるか、飛び降り自殺は逆に減少する。飛び降り自殺か若者に多いことについては、センセーショナルな報道の影響が大きいことか感ぜられる。

東京都区内での自殺者のほとんどか、生前は東京都区内に居住していて、かつ生前の居住地周辺で自殺している。自殺者の生前居住地と自殺手段の関係を見ると、都心部の生前居住者は近隣に中高層ビルが多いためか縊死か少なく飛び降り自殺が多い。低層建物が多い郊外地域居住者は縊死か多く飛び降り自殺は少ない。行政による具体的な自殺防止は、大都市レベルの広域でなく、区町村レベルの小さな単位できめ細かく対応することか大切である。

自殺者の住居形態を見ると、東京都内の住宅

事情を考えると1戸建て住宅居住者の自殺率が高いように思われる。1戸建て居住者は飛び降り自殺か少ない。1戸建て居住は一般に郊外の住宅地域に多く、近隣に高層建物か少ないことか影響しているとも思われる。

自殺場所は総数では自宅の室内か最も多いか、件数の多い縊死などか自宅で行われやすいことに関係かあると考えられる。縊死のほとんどか自宅で行われるのはプライバシー空間か確保されやすいことによるものと考えられる。

戦後の住宅は個人の尊重とともに家庭内に個室を確保する方向で進んできたか、一方で各人か家庭内でも孤立しやすく、自殺に無関係とは言い切れないうも思う。

縊死は半立ち姿勢や正座姿勢、さらには、足を前に投げ出した座り姿勢まで様々であり、短時間発見されない場所と紐とフックかあればどこでも実行できる。つまり、決行を事前に抑制する物理的条件は少なく、その予防は自殺に至らしめないような社会的背景や遠因を含めたソフトの課題である。なお、縊死は自殺の大半を占めるため、自殺全体の大半が物理的に防止不能であるとも言えよう。

飛び降り自殺の場所は中高層マンションが多い。外から自由にアクセスできる外階段や非常階段や開放型廊下などからの飛び降りが多いため、一階出入口で外来者を物理的にないし人的にチェックするのは有効である。商業用ビルからの飛び降り地点は屋上か最も多く、不使用時のロックなど何らかの注意が必要である。屋上に次いで開放型の外階段や非常階段からの飛び降りが多い。

16階以上の建物では飛び降り自殺が少ないか、避難階段か建物内にあり、窓や非難口の開閉も制限され、1階の出入りもチェックされていることなどが原因と考えられる。これは、駅ホームのホーム・ドアとともに、建築的に自殺を防止できる数少ない事例である。

自殺に至る直接の動機を見ると、精神疾患か直接動機になるものが最も多く、これと並んで社会問題か多い。なお、病苦と家庭問題かこれに続くか、その数は病苦か精神疾患や社会問題の半分程度で、家庭問題は1/3以下に近い。しかし、そもそも精神疾患は異常行動や通院入院歴などか自殺の客観的データとしてピックアップされやすい。

一方、社会問題や家庭問題には他から見えにくい葛藤もあり、関係者や周辺者も本当の動機を話したからず、自殺の直接動機として反映されにくい。また、精神疾患か直接動機であって



も、疾患か社会的・家庭的問題で発症することも非常に多いと考えられる。発症に至るまでの社会的・家庭的問題その他多くの事柄に対する抜本的な対応こそか自殺防止対策として重要と考える。

年齢と自殺動機との関係を見ると、精神疾患罹患は25才頃・65才頃まであまり変化かない。ところか社会問題は、50-65才に大きなピークを作っており、自殺総数全体の大きなピークを生む第一原因になっている。前述したごとく、この年代の男性は、仕事の責任か重くなる一方で、ストレスか大きく危機的な状況にあることかわかる。わか国の長寿不老化と少子高齢化がさらに進むと、高齢者の就労問題は経済的安定や生き甲斐と強く結びついて、自殺防止上も急速に大きな課題になると予測される。

年齢的に変化の目立つ自殺動機に病苦がある。病苦は55-60才頃から増え、70才を超えると過半数を超えている。これは一見医学上の問題にも見えるが、成人病の根元は若年からの日常生活環境と生活習慣に根さしており、社会問題の一部と考えるのが妥当であろう。精神疾患罹患は、思春期から発症し、20-40才ごろには動機の過半数を超え、加齢とともに次第に減少する。75才を超えると老人性痴呆等か加わり変化か感しられる。

男女別に自殺の動機を見ると、家庭問題と病苦が動機の比率は男女で大差はない。しかし、社会問題か自殺動機となっている比率は男性か大きい一方、精神疾患罹患が動機となる比率は女性か大きい。社会問題について言えば、この男女による差は、現状の自殺動機としてみる限り、わか国の女性か男性より社会問題から遠いところにいることを示している。

自殺手段別に動機の比率を見ると、縊死ては社会問題の関与か多い。精神疾患罹患もこれに次いで多いか、実際はこの内のかなりの者が精神疾患の遠因となりうる社会問題や家庭問題を抱えていると思われる。なお、飛び降り自殺ては動機の約6割か精神疾患である。飛び降りは咄嗟に決行されることが多いといわれているか、この決行に精神の不安定状態か大きく影響していることか読み取れる。

生前職業別の自殺者数を見てみると、無職か半数以上を占めており、自殺予防の中心課題の一つは無職者対策であるとも言える。なお、無職者の中には精神疾患罹患患者も非常に多く、これらの人々に対する社会的ノーマリゼーションの課題かきわめて大きい。

有職者については、自殺者数の多い順に、一

般事務従事者、管理的職業従事者、販売従事者と続く。母数か少ないはずの管理的職業従事者の自殺者数か多く、管理的職業の責任とストレスの大きさか伝ってくる。管理的職業従事者には、サラリーマン管理者もさることながら、中小企業の経営者が多数含まれており、自殺防止は中小企業経営者への社会的・経済的対策てもある。

自殺者の生前の健康状況をみると、病的な状態である者が6割弱に達し、その半数近くか精神疾患て残り半分も成人病が多い。ここでも自殺防止か社会政策を含む精神疾患対策であると同時に、社会環境を含む成人病対策であることを示している。

自殺者の生前の家族構成を、総数および男女別に見ると、複合家族か全体の半数弱を占めているか、単身生活者か全体の約1/3強と多く、さらに、夫婦のみか約15割ある。これは一般社会の家族構成と大きく異なっている。

性別で見ると、女性は男性に比へて単身生活者か少ない。中高年齢者か単身生活化する原因には離婚か多いか、子は妻側が引き取る場合か多いため単身独居化することか少なく、これか男性より自殺か少ないことかかなり寄与しているように見える。

自殺者に単身生活か多いのは、孤独感か自殺の遠因になると考えられる。単身生活の自殺者ては動機に社会問題か最も多く、精神疾患かこれに次いでいる。高齢からの単身独居は精神的に大きな衝撃を受けやすく、これか重大な契機となって変化を来たすことは想像に難くない。離婚後の独居化は男性か大半て、健康管理の悪さか加齢と伴に成人病の発症を加速し、その他の事情か加わって自殺に至る事例が目立つ。離婚後の男性の生活と精神のケアも自殺防止の重要な課題である。

病苦か原因の自殺は闘病生活の苦痛か第一て、具体的には成人病と難病かほとんどである。特に成人病か多く、若年・壮年期からの生活管理と教育か重要である。

職場においては、職場内の人間関係や配置転換、単身赴任、時間外勤務などが、自殺の直接動機になっていることも目立っている。職場の人事管理を経済効率や職場側の都合たけてなく、相手の立場に立って、より真剣に考慮すへきたと思う。

自殺の発見者は、4割強か家族や近親者などの身内である。知人が発見する例は1割弱て、電話の不応答、無断欠勤などから気付くことか多い。早期発見によって自殺か未遂に終わる例

は水面下で非常に多いと思われる。隣人による発見が少ないことは、失われた近隣地域社会の実態が浮き彫りになっていると言えよう。

自殺の増加は現代の乾いた人間関係にも遠因があると言え、良好な地域社会の復活は自殺予防の重要な課題である。これを建築計画の課題としてたけて捉えると、後述するごとく、個々人が家族及び地域社会との交流を図れる住居や地域の設計を心がける方策などが考えられる。

発見者は、縊死などでは自宅での家族が圧倒的に多い。家族の日頃の留意が大切なことが分かる。飛び降り死などの発見は、通行人が非常に多い。人の目か飛び降りを防止することは知られており、予防も含めて地域ぐるみの活動が課題と思う。

自殺の直接動機と自殺予告などの自殺予兆との関係を見てみると、自殺予兆有りの比率は、自殺動機に関係なく2割強あり、かつ、予告的な言葉には典型的ないくつかの特色があり、このメッセージに気付くことが自殺防止に大切である。

自殺の企図・未遂の有無をみると、精神疾患罹患者は有りが2割程度と多い。しかも、繰り返されることか多く、また既遂に至る事例も多く、要注意である。死の予告は全て的手段で見られるが、飛び降りや飛び込み自殺などは予告が少なく、咄嗟に決行されることを暗示している。

縊死者か遺書を残す率は平均的だが、飛び降りや飛び込み自殺には少ない。遺書からは、死ぬことが周囲に迷惑をかけることに後ろめたさを感じていることが伺える場合も多く、直接的には精神的ないし肉体的な苦痛などから諦めた結果としても、自らの死を十分納得した行為とは必ずしも思っていないように思われる。自分で納得できない死は、強いられた死で、本当は自殺ではないように思う。

#### D 結論

建築物や構造物による自殺防止対策は次の二つに限られる。一つは飛び降り自殺、飛び込み自殺などに対する物理的な防止対策であり、当面有効な唯一の対症療法的対策である。もう一つは、新たな家族コミュニケーションの構築や地域互助社会の復権に寄与するような家づくりや街づくりであるが、このような建築家の設計意図も計画を支援する社会的な背景が成立していないと実現は困難である。

医学的や心理学的な面でも、対症療法以前の

社会的に健全な環境の確立、自殺に至る疎外された人々への対応が、自殺予防の最短で最良の方策であると思われる。このための社会的構造改革や当面の行政的対応の改善、家庭や学校での心の教育の復活、何よりも皆で支える地域社会の確保が必要であると考え。行政の直接対策に依存せず市民自体も動かねばならない。

現在、自殺の多様性を確認し、その概念を再検討する時に来ていると考える。現状の、「自分で自分の命を断つこと」を自殺と言う自殺の定義は、表面的行為だけに着目した定義で、本質を正確に表しておらず、概念規定等は早急に改めるべきものと考え。自殺の事例を詳細に検討すると、自殺に至る背景や原因が自己責任によるものも多くあるが、一方、その根本原因や大半の原因が社会的責任とも言うべき社会状況、とくに、近年の経済的昏迷下での過当競争や、人間的互助を失った乾いた人間関係に代表される社会環境にある場合は、自殺と言うよりも「社会的他殺」とも言うべき事例が非常に多いことが分かる。

後述する新たな概念である、「他に支配されること無く自らの自由な意思で決定した死」は、明確に他の社会的他殺と区別すべきである。この概念に基づけば、現在、一見自殺として一括分類されている自殺のうち、かなりの事例が「社会的他殺」の分類に入ると思う。われわれは、この「社会的他殺」の防止に努めると同時に、これら行政・経済・生産・教育などの全てにかかわる課題であることを、しっかりと受け止めることが大切である。

ところで、現在、人々の自殺に対する概念は大きく変貌しつつある。複雑化した社会、多様化した価値観、不透明な未来像などを反映した変化は、若者の「無目的死」、「アパシー死」、「自閉死」などとして顕在化しはじめてきた。また、生命科学の展開による不老長寿社会の可能性や、生き甲斐の裏付けを欠いた高齢社会の出現は、高齢者の「ポックリ死」願望や「自然還元死」願望の急増となり、さらに、自らの死は自ら決めたいとする「自尊・安楽死」願望や「充足・満足死」願望の増大、さらに「生命不滅死」の発現にもなりつつある。今や、21世紀前半の重要な国家的課題として、生命倫理を含め真剣かつ早急に取り組むべきと考える。

E 健康危険情報 なし

F 研究発表 なし

G 知的財産権の出願・登録状況 なし

# 自殺予防と生活環境の実態に関する研究

自殺予防と場所・空間に関する研究報告（続々）

2004.03 31.

ものづくり大学 学長  
野村 東太

## 自殺予防と生活環境の実態に関する研究

### (自殺予防と場所・空間に関する研究報告―続々―)

ものづくり大学学長

野村 東太

研究協力者 筑波剖検センター

山崎健太郎

## 目次

### まえがき

### 調査内容と調査対象の概要

- [1] 調査内容の概要
- [2] 調査対象のサンプリング事例抽出方針

### 基本事項の考察

- [1] 自殺手段別・月別・性別の自殺頻度
- [2] 年齢別・性別から見た自殺頻度
- [3] 年齢から見た自殺手段
- [4] 時刻別・自殺手段別の自殺頻度

### 自殺手段と場所・空間に関する詳論

- [1] 自殺者の生前居住地域と自殺手段
- [2] 自殺者の生前住居形態と自殺手段
- [3] 縊死と場所・空間・状況・道具の事例考察
- [4] 飛び降り死と場所・階数・高さの事例考察
- [5] 飛び込み死と場所・空間の事例考察
- [6] 中毒死と場所・空間・状況・毒物の事例考察
- [7] 溺死と場所・空間・状況の事例考察
- [8] 刃物自傷死と場所・空間・状況の事例考察
- [9] 焼死と場所・空間・燃料の事例考察
- [10] 感電死と場所・空間・状況の事例考察
- [11] その他自殺と空間 状況の事例考察

### 自殺の直接動機と遠因・背景に関する詳論

- [1] 自殺の直接動機から見た自殺数
- [2] 自殺の直接動機と年齢・性別・自殺手段
- [3] 生前の職業と自殺手段および直接動機
- [4] 自殺者の生前生活状況と自殺の遠因・背景
- [5] 生前の健康状況・加療状況と自殺の遠因・背景
- [6] 生前の家族構成と自殺の遠因・背景
- [7] 事例から見た自殺の遠因と背景の考察

### 自殺の発見者と遺留品に関する詳論

- [1] 自殺の発見者と発見の動機
- [2] 自殺企図・予告などの自殺予兆
- [3] 自殺者の遺書と遺留品

### 自殺予防の根源的課題と新自殺観

- [1] 自殺防止から社会的他殺防止へ
- [2] 新たな時代の生死観と自殺観

## まえがき

- \* 本研究は、厚生労働科学研究費による「自殺と予防対策の実態に関する研究」の一環として行なわれた研究で、2001年度の「自殺予防と場所・空間に関する研究報告」(2002年3月)、および2002年度の「自殺予防と場所・空間に関する研究報告(続)」(2003年3月)につづくものである。
- \* 本研究は、「自殺予防と生活環境の実態に関する研究」で、自殺の手段や内容と自殺の場所・空間や用具などとの関係を具体的事例をもとに調べると同時に、自殺を実行する引き金となった直接的な動機である近因、および、自殺に至るまでの社会的・家庭的・身体的・個人的な背景からくる遠因などについて調査分析し、その結果を報告したものである。
- \* 本研究は、東京都監察医務院の死体検案調書に記載された具体的自殺事例、および、そこからサンプリングした事例をもとに、各事例のプライバシーが守られるように配慮しつつ研究考察したものである。
- \* 本研究に関しては、研究協力者である筑波剖検センターの山崎健太郎氏、また、東京都監察医務院の水上創氏、国立精神・神経センターの竹島正氏、ものづくり大学の石森契子氏および竹村雅行氏に協力を頂いた。ここに深く感謝申し上げる次第である。  
特に、山崎健太郎氏には、同氏が整理されていた死体検案調書に基づき基礎的なデータベースを利用させて頂いた。本報告では、再調査による多少の修正を加えて、基本的な分析の資料として使わせていただいた。また、石森契子氏と竹村雅行氏には調査資料の整理や図表作成などに尽力いただいた。厚く感謝する次第である。

## 調査内容と調査対象の概要

### [1] 調査内容の概要

- \* 調査対象は、東京都区内で発生した全ての自殺者のうち、200X年の1月から12月までの1年間に東京都監察医務院において検死した全事例についての研究報告である。本報告では、自殺者のプライバシーを尊重し、個々の具体的事例が特定できないようにするため200X年の事例として報告する。
- \* 報告内容は、東京都監察医務院の死体検案調書に記載されていた上記期間内の1858事例全てについて行った分析をもとにした報告と、この中から更にサンプリングした350事例について行なった考察をもとにした報告からなっている。
- \* 上記調書に記載された自殺1858事例とサンプリングした350事例の自殺手段別・月別・性別の数は「資料-01」の通りである。  
なお、調査対象は東京都区内で自殺した者についてであり、従って、自殺者の生前住所は必ずしも東京都区内とは限らない。また、本調査では、東京都区内の住民でも東京都区外で自殺した者は含まれていない。従って、ここで調査した自殺総数は、200X年の都民全体の自殺総数とも異なり、都区内居住の都民全体の自殺総数とも異なる。
- \* 調査研究に当っては、「資料-02」に示す調査票を作成し、この調査項目に限った内容を東京都監察医務院の死体検案調書の記載事実から、項目別に共通の概念と共通の表現により整理し集約したものを基にしている。  
具体的な内容の整理・集約 記入は、東京都監察医務院において死体検案調書より監察医の管理下で行なった。その際、自殺者のプライバシー保護のため、姓名、生年月日、生前住所をはじめ、故人を特定できるような具体的な生前の学歴や職業名をはじめ、極めて特異な状況や行動内容などは記入していない。
- \* 原簿の死体検案調書に実際に記述されている内容には、自殺者の属性、自殺の場所や空間、自殺の状況、自殺者の経歴、自殺の経緯や原因、自殺の予兆行動などなどに関し

て、その時々で不明・不詳や推測・伝聞の域を出ないものもある。また、記入した監察医により記述内容や表現などに多少とも差がある。

このため、本調査票では、原簿調書の内容を考察・検討し、ここに示した個人別調査票の項目に従って、出来るだけ共通的な表現に整理し直して記入した。

## [2] 調査対象のサンプリング事例抽出方針

\* 今回の研究では、自殺手段別の特徴を把握することが目標の一つであるため、サンプリング調査対象の選定に当たっては、実例の少ない自殺手段事例、例えば、感電死、窒息死、交通自爆死、拳銃死、餓死、凍死などは、少しでも多くの事例を確保するように努めた。なお、焼死も抽出率はかなり高い。

一方、縊死や飛び降り死、次いで飛び込み死、中毒死、溺死、刃物自傷死などのように事例の多いものについては、典型的な類似の多数事例は一定数に止めた。ただし、縊死や飛び降り死などでも特異な事例は全てを網羅するように努めた。具体的な自殺手段別や性別の抽出率は「資料-01」の通りである。

\* 既に前報告で述べた如く、現状の公的な統計には、基本的な項目の内容や精度、背景や原因の項目や精度などに不備な点があり、全数の数値統計を示しても、その数量的な価値は限られている。このため、本研究では、特異例や例外的事例になるべく注目して、その中に潜む質的な課題や未来に起る可能性のある前兆を見究めようとした。ただし、残念ながら現存する記録として残っている内容が限られているため、結果も限られたものになっている。

今後の自殺予防研究の飛躍的な発展を目指すためには、公的統計の項目や内容と、その精度の再検討が不可欠と考える。

## 基本事項の考察

### [1] 自殺手段別・月別・性別の自殺頻度

\* 自殺手段別の自殺者数は、「資料-03」に示した如くてある。わが国の場合、一般に地域や性や年度などにかかわらず縊死が非常に多い。ちなみに、本調査例の場合も縊死が6割弱を占めている。

これに次いで、飛び降り死が全体の約2割と多く、数は減るが、飛び込み死、中毒死(薬物・ガス中毒死などを含む総中毒死数)、溺死、刃物自傷死などがこれに続く。

焼死、感電死は一般に少なく、交通自爆死、拳銃死、餓死、凍死、その他などは非常に少ない。

\* 自殺手段別の自殺者数を本調査事例と全国事例統計とで比べてみると、東京都区内の傾向は、縊死が最も多いなどは全国統計と大きくは変わらない。

しかし、東京の場合、中高層建物からの飛び降り死が、前述のごとく全体の約2割を占めており、駅ホームからの飛び込み死も0.5割と地方より多く、この点は、大都会の特色を示している。

また、中毒死では向精神薬や睡眠薬などの服用によるものが多く、ガス中毒がこれに続いている。この場合も、地方の農村部に多い農薬服用による自殺が比較的少ないなど、都市の特色が見られる。

\* 月別の自殺頻度をみると「資料-04」のごとく、年度末から春芽時にかけてと、秋口にかけての時期に、やや自殺数が増すものの際立ってはいない。

ただし、自殺原因との関係で見ると、後述する如く、年始・年末や年度末には経済的理由、春先には入学・入社・職場異動などに伴う精神的理由など社会的要因を感じさせるものが多い。

- \* 性別で見ると、図は省くが、自殺数は男性が約7割を占め、女性は約3割である。男性は女性の倍以上の自殺率であり、女性は半分にも満たない。これについては、直接の図ではないが「資料-06」と「資料-18」を参照されたい。

この男女差は、女性の精神的・肉体的な特質もあろうが、後述する如く、現在の中高年齢男性の社会的環境状況から来る大量かつ深刻な自殺要因が大きく影響していると考えられる。

## [2] 年齢別・性別から見た自殺頻度

- \* 年齢別の自殺者数を「資料-05」より見ると、50~54才付近にピークがあり、次いで55~65才の間に、なだらかだが非常に大きな山があり、多くの自殺者が出ている。

この壮年期から定年退職期にかけての多数の自殺は、まさに、近年の過度の競争原理社会における社会的ストレスや、リストラ・倒産・失業による経済的苦難、あるいは定年前後の生活環境激変や将来への不安などに起因するものと考えて間違いない。

わが国の年間3万人を越す自殺者数を押し上げているのは、この階層と考えてよく、後述するような抜本的かつ早急な対策が不可欠である。

- \* 若者の自殺も決して少ない数ではない。物質的に恵まれている現代の若者にとって、残念ながら必ずしも現代が生き甲斐のある社会とは見えておらず、かつ、不透明な未来への失望と不安が垣間見て取れる。この点に関しては、最終章で詳述する。

いずれにせよ、社会環境・経済環境・地域環境・家族環境・教育環境・医療福祉環境などの抜本的改善と、政治・行政・教育側の新たな理念の確立と実行が不可欠と考える。

- \* ここで、男女別の自殺者数の差異を5才年齢段階別に見ると、「資料-06」に示すごとく、以下のようなことが分かってくる。

総数では「資料-05」と同じく50~54才にピークがあり、次いで55~59才、60~64才の間に多数の自殺者が出ている。

しかし性別で見ると、男性はこの傾向をまともに受けているが、女性は、20代から80代の晩年まで、男性に比べて全体に自殺者数は非常に少なく、かつ年齢に関係なく、ほぼ一定で推移している。

これを見ると、社会や職場その他での精神的ストレスや経済的困難さなどが、中高年齢男性を厳しく襲っていることが、ここでも分かる。

- \* 中高年齢男性の再就労は、かりに就労日や時間が減って収入が減っても、また、世間的なステータスがかなり低下しても、働くことで生き甲斐の再生が得られるのみならず、不就労による年金の食いつぶしを減らし、逆に若年労働者の不足をカバーし、かつ、多少とも収入を得れば年金資源を補充することにもなる。

この点からも、当面における自殺予防の最大対策の一つは、中高年齢男性の労働年限の延長と再就職の加速にあると考える。

ところで、今後、女性の社会進出が進み、女性も男性と類似の社会的環境におかれた場合を考えると、現在の深刻な中高年齢男性の問題は、近未来の中高年齢女性の問題でもあられると思う。

- \* 5才年齢段階別に該当東京都人口10万人当たりの自殺者数、つまり、5才年齢段階別の自殺率を「資料-07」より見ると、50~64才に大きな山があり、これとは別に80才以上で自殺率が急上昇している。

80才以上の高齢者には、自立した日常生活が難しくなってきた健康の衰え、子の成長独立後に続いていた高齢夫婦世帯での配偶者の寝たきり化や死別、これに伴う介護の疲労や、死別後の独居世帯化や子供家族への同居による急激な生活変化、老人施設への不本意な収容の不安、老齢年金や経済的な不安など、健康の衰えと同時におきる生活環境の激変が、精神的に厳しくこたえていると判断する。

独居老人や精神的孤独老人への対策、地域での相互扶助の復権など、取り組むべき課

題は非常に多い。

### [3] 年齢から見た自殺手段

- \* 5才年齢段階別に自殺手段の変化を見てみると、「資料-08」に示した如くである。
- \* 自殺比率の大きい縊死についてみると、縊死は年齢が若いとやや比率が少なく、特に10代では少ない。この点、年齢が高くなるほど縊死は増える傾向にあり、70代~80代では10代の2倍近い比率となる。  
なお、10~14才で縊死の比率が高いのは、「資料-06」で示した如く、本調査では、この年齢段階は1事例しかなく、統計的な意味はない。
- \* 飛び降り自殺の比率は、縊死とは逆に若年層では多く、加齢とともに急速に減少する傾向が見られる。飛び降り自殺が若者に多いことについては、前回報告(2003年3月)でも述べた如く、センセーショナルな報道の影響が若者には大きいことが感じられる。  
ちなみに、90才以上で飛び降り死の比率が高いのは、「資料-06」で示した如く、この年齢段階は本調査では3事例しかないため、統計的な意味はないと考えてよい。
- \* 飛び込み自殺は、全体の比率は少ないが、中高年にやや多くあり、中毒死は若年層にやや多い傾向が見られる。また、溺死と刃物自傷死は若者には少なく、中高年者で年齢が増すほど増える傾向が見られる。ただし、これらの理由は現在のところ不明である。

### [4] 時刻別・自殺手段別の自殺頻度

- \* 自殺時刻の頻度を「資料-09」で見ると、今回の事例では、総数では深夜の0~1時、早朝の4~6時、昼から昼下がりの10~16時頃に多い。一方、出勤・通学時間帯の7~8時頃、退勤時間帯から夜にかけての17~23時頃、深夜から早朝の2~3時頃には比較的少ない傾向が見られる。
- \* しかし、自殺手段別に見ると「資料-10」のごとく、自殺手段によって差異がある。従って、上記の傾向は自殺数の多い縊死・飛び降り死の傾向、特に縊死の傾向に引きずられた結果と見てよかろう。  
なお、縊死が11時に急減している理由は明確でない。司法解剖による検死を行わない限り、自殺推定時刻は正確ではなく、目撃証言などでも11時頃より心理的に切れのよい10時頃ないしは12時や正午頃と答え易いためもあるかもしれないが、その理由は判然としない。
- \* 上記以外の自殺について「資料-10」で見ると、事例数が少ないため明確ではないが、例えば、飛び込み死は、昼下がり時間帯の12~13時と退勤時間帯の16~18時にやや多く、一般電車の運行がない早朝1~4時は全く、ないしは、ほとんどない。  
中毒死は、早朝の1~4時頃と、朝食と夕食時間帯である7~8時頃と18~19時頃を除いて、ほぼ平均的に発生している。  
なお、溺死や刃物自傷死も、午前9~11時には少ないが、これも理由は定かてはない。

## 自殺手段と場所・空間に関する詳論

### [1] 自殺者の生前居住地と自殺手段

- \* 調査対象は東京都区内で自殺した者であるが、「資料-11」で見ると、生前の居住は東京都内がほとんどである。これに次いで、隣接県である埼玉県・神奈川県・千葉県の居住者が多少見られる。しかし、これ以外の道府県居住者は殆んどいない。  
このことは、自殺者の多くが、生前は東京都内に居住していて、かつ、生前の居住地域内ないしは日常の近距離通勤・通学の範囲である近隣地域内で自殺していることを示



している。

ただし、前回報告（2003年3月）したごとく、東尋坊や足摺岬のような景勝地などでの飛び降り自殺は、県外遠隔地からの者が多く、この限りではない。

- \* 東京都の区部ごとに、自殺者の生前居住地域を「資料-12」で見ると、まず、23区内で自殺した者に、同じ東京都民でも、市郡部の生前居住者は非常に少ない。このことは、東京都区内の居住者は、23区内で自殺していることを示している。
- \* 同じく「資料-12」で見ると、自殺者数は都心部のオフィス・商業地域より、周辺の住宅地域が多い。つまり、後述する如く、自宅内ないしは自宅周辺での自殺が多い現状から、夜間人口と自殺者人数は関係があることを示している。
- \* 自殺者の生前居住地域と自殺手段の関係を「資料-13」で見ると、次のようなことが分かってくる。
  - \* 都心部のオフィス・商業地域である新宿区・港区・中央区・千代田区などの生前居住者は、他に比べて縊死が少なく、飛び降り自殺が多い。これは、近隣に屋上などから飛び降りられる中高層ビルが多いことなどによると考えてよかろう。

一方、世田谷区・杉並区・目黒区はしめ、夜間人口が多く、かつ低層建物が多い周辺の郊外住宅地域に生前居住した者は、一般に縊死が多く、飛び降り自殺は少ない。
  - \* 溺死を見てみると、荒川や隅田川沿いの足立区・江戸川区・葛飾区・台東区・墨田区・中央区などや、多摩川沿いの大田区などの生前居住者に多い。これも、居住地ないし近隣地域で自殺場所を選ぶ傾向の現われてある。
  - \* 以上のことをまとめると、上述の事実から、行政による自殺防止の対応は、都道府県単位のような広域でなく、市区単位、さらに、町村や地域自治会単位程度の小さな単位で、所帯ごとや個人ごとに、きめ細かく対応することが大切なことを物語っている。

## [2] 自殺者の生前住居形態と自殺手段

- \* 自殺者の生前の住居形態を見ると、図は省略するか、「2階以下の1戸建て」と「3階以上の中高層集合住宅」がそれぞれ1/3強であり、「2階以下の集合住宅」が約1/6弱である。残りの約1/6が不詳・その他である。

東京都内の全住戸のうち、ここ数年は、約2/3弱が集合住宅であり、約1/4強か1戸建てであることから見ると、本調査の場合、1戸建て住宅居住者の自殺率か他の住居形態に比べて高めてある。

これは、1戸建て住宅居住の方が多少は人目に触れずに、自殺既遂になりやすい条件にあるのかも知れないが、憶測の域を出ない。
- \* 生前の住居形態と自殺手段の関係をやや詳細に見ると、「資料-14」に示す如くである。
- \* 1戸建て住宅と3階以上の中高層集合住宅に住んでいた者は、縊死が大半を占め、飛び降り自殺やその他の自殺は少ない。
- \* 中高層集合住宅の居住者が、特別の道具や薬物も要らずに、最も身近に実行できる飛び降り自殺を必ずしも選ばないのは、日頃から高所に慣れているため、多くの人が高所で感ずるような「吸い込まれるような誘惑」か湧かないためかとも思われるが確証はない。

しかも、後述するように、中高層マンションに住んでいるながら、飛び降り自殺する場所を自宅以外に選んで実行する例も多い。同じ飛び降りでも、死後の姿を考えると、見苦しい遺体が近所の人目に触れる中高層の自宅からは、飛び降りにくいのかも知れない。
- \* 2階以下の低層集合住宅に居住していた者は、縊死か他に比べて少なく、一方、飛び降り自殺の数がかなり多い。高層建物からの飛び降りに誘惑されるのは、日常あまり経験しない「吸い込まれるような感覚」にあるのかも知れないが、定かてはない。

たか、上記の理由のように、生前住居の高さとの関係だけで見ると、逆に1戸建て居

住者の飛び降り自殺の少なさを説明しにくい。ただ言えるのは、1戸建て居住は一般に郊外の住宅地域に多く、身近な近隣に咄嗟に飛び降りる高層建物が少ないことが影響しているとも思われる。このことは、すでに「資料-13」で詳述した通りである。

- \* 「資料-14」で見ると、簡易宿泊所居住者には、縊死が殆んど無い。多人数が過密居住していてプライバシーの少ないことが、逆に縊死予防になっているようにも見える。その分を、飛び降り自殺と飛び込み自殺が大きく埋めており、他の一般住居形態と異なって、この二つの自殺が多いことは理解できる。

### [3] 縊死と場所・空間・状況・道具の事例考察

- \* 自殺の総数で見ると、自殺場所は、自宅の室内や附属施設内が最も多い。これは、自殺事例数の多い縊死や中毒死などが、自宅内ないし附属施設内の自殺であることが多いことに関係があると考えられる。なお、刃物自傷死や感電死なども自宅が中心である。
- \* 縊死についてサンプリングした事例を基に考察すると、以下に列挙するようなことが言える。
- \* 場所で見ると、縊死はほとんどが自宅で行われている。最も簡単に縊死のための個人的プライバシー空間が確保され易いことによるものと考えられる。

この点は、敗戦後、個人の人権とプライバシーが尊重・重視され、一般住居でも各人の個室を確保する設計がなされ建設されてきた。戦前のように家族が大勢で同じ部屋で起居を共にした時代に比べると、現代は、住宅内でも各人は精神的に独居・孤立し易い条件が揃っており、背景として自殺の誘発や決行に全く無関係とは言い切れないとも思う。

都会における地域社会の崩壊とも関連して、家庭内での家族共同スペースや家族会話時間の喪失、特に、多世代家族の消滅、夫婦間の会話時間の欠乏、子供の頃からの個室化した部屋での「こもりきり」など、日本文化の特色でもあった、家族同士の価値観の共有や協同・互助の気持は急速に薄れている。

上述のことからも、自殺防止が単なる精神医学的防止や物理的防止のみの問題でないことが良く分かる。

この点、建築計画学だけに限って言えば、問題の一つが、住居の不用意な完全個室化にもあることを示唆している。

- \* なお、ホテルや病院やその他の公共施設などでの縊死自殺は、報道されるケースが多い割には、実際の事例はごく少ししかない。勤務先や公園その他の屋外での縊死も殆んど見られない。

ただし、屋外での縊死の少なさは、人目の少ない公園や山林などが少ない都会の特性と見るのが妥当であろう。農山村部では、裏山の山林で樹木の枝で縊死するなどの事例が多いところもある。また、地方によっては、山岳信仰などに関係があるとも思われるか、山林での死を選ぶことに抵抗を感じない地方があると言われている。

- \* 縊死の空間位置や使用道具についてサンプリングした事例から考察すると、以下に列挙するようなことが言える。
- \* 縊死は、前々回報告（2002年3月）でも述べた如く、原則として、首を吊る準備をして決行し、確実に死亡するまで発見されない数分ないし十数分間が確保できること、体重を吊れる強さのあるロープや紐の類が手元にあること、これを掛けられる丈夫な突起物のあることの三条件が揃えば、何時何処でも可能である。
- \* 自宅の場合も、上記の三条件が満足できる空間なら、縊死は何処でも実行できることになる。事例で見ても、多くの場合、ロープや紐の掛けられる、ないしは掛けやすい突起のあるところが選ばれている。

例えば、洋風居室の場合はドアノブ、ドアチェック・ドアクローザー、トアーストッパー、カーテンレールなどに引っ掛ける例が多く、和室居室では鴨居を利用する

例が多い。

室内階段は、首吊りに必要な、ある程度の高さが確保され易く、かつ、手摺や手摺子といったロープや紐を掛けるに好都合なものがあり、縊死の場選ばれ易い。特に、吹き抜けのある階段は、床まで十分な高さがあり、格好の場所になる。

住宅のベランダや物干し場も、物干し用ハンガーや手摺があるなど、利用しやすい引っ掛け場所があり、縊死の場所になり易い。

浴室やトイレでは、配管類やドアノブなどが使われる。また、一般居室の家具では、ふら下がり健康器の横臥材や二段ベッドの柱、大型家具の取っ手などが利用されやすい。

- \* 首の引っ掛け位置の床からの高さは、室内の場合、天井の梁や吹き抜け階段を利用する場合などは、床から 2.5～3.0m 以上のこともあるが、一般的には身長ないし身長より少し高めの 1.7～2.0m 程度のことが多い。

しかし、一方で、高さ 80cm 程度のドアノブに引っ掛けて縊死する場合もある。本調査事例ではなかったが、床上 70～80cm 程度のベット手摺や椅子背もたれに紐を引っ掛けて縊死した例もある。これらの場合、首の引っ掛け位置は、床から 50～60cm 程度になることもある。

なお、屋外の公園樹木での縊死は、室内より高めが多いと思われる。

- \* 縊死後の遺体の姿勢は、宙吊りが多いが、足先が床に着いた例もかなりある。

宙吊りの場合は、家具その他の踏み台を利用することが多い。

引っ掛け地点が低い場合の死後の姿勢は、半立ち姿勢や正座姿勢、さらには、足を前に投げ出した座り姿勢まで様々である。いずれにしても、決行を事前に抑制する物理的条件は少ないと思われる。

- \* 道具であるロープや紐は、体重を吊り下げるに十分な丈夫さがあればよく、材質もビニール紐や麻縄ロープから木綿の腰紐や電気コードに至るまで様々である。また、既製の紐類のほかに、ネクタイをつないだ例や、スカーフ類をつなげたり、靴やスポンのベルトを利用するなども見られる。

さらに、自宅以外の病院やホテルなどでの縊死では、あらかじめ準備した既製の紐類でなく、シーツやタオルやカーテンなどを裂いた紐や、ガウンや浴衣の帯なども利用されている。

この点でも、ロープや紐を自殺のおそれがある者から遠ざけたとしても、縊死の防止は難しいと言えよう。

- \* なお、縊死後の遺体からの失禁状況などについては、一般に死体検案調書にも記録が無いので不明である。自殺者が、縊死後の自分の遺体状況を考えて、自殺決行前に事前の排便や排尿をしたか否かも不明である。

- \* 以上述べてきたことは、縊死自殺のための場所も空間も道具も、その気になれば、如何様にも設定したり調達できることを意味しており、自殺企図者を物理的に阻止し防止することが不可能なことを示している。つまり縊死の防止は、ハードでなく、それ以前のソフトの課題なのである。

さらに言えば、自殺の大半を占める縊死の物理的な直接防止か不可能なことは、自殺全体の大半が物理的に防止が不可能なことを示しているとも言えよう。

#### [4] 飛び降り死と場所・階数・高さの事例考察

- \* 飛び降り自殺は、一般に中高層建物からの飛び降りと、景勝地や特殊な歴史的由来のある場所での飛び降りの二つが代表的である。

後者の景勝地や特殊な由来地での飛び降りについては、前回報告（2003年3月）で詳述した通りである。

- \* 建物や建造物からの飛び降り自殺についてサンプリングした事例を基に考察すると、以下に列挙するようなことが言える。

- \* 東京のような大都市の場合、飛び降り自殺の場所は、中高層マンション（含む、中高層アパート）が非常に多い。しかし、飛び込み地点が自宅の住戸からとは必ずしも言えず、自宅外のマンションを選ぶ場合も多い。

これは、前述したごとく、飛び降り後の悲惨な自分の遺体を、近所の人に見られたくないという心理が働くためかとも思うが、定かてはない。

たまたし、これを多少裏付けるように、自宅から飛び降りた事例には、精神疾患を罹患している者がかなり多く、計画的と言うよりも、前後を考えないで咄嗟に飛び降りた感触が強い。

この点は、前々回報告（2002年3月）でも述べた如く、飛び降り自殺の名所となった住宅公団の高島平高層住宅団地でも、飛び降りたのは殆んどが外来者で、団地内の高層住宅居住者か自宅から飛び降りた事例が少なかったこととも符合する。

- \* マンションの飛び降り地点は、自宅からの場合は、ハルコニーやベランダからが多く、窓からの飛び降りは殆んど見られない。

この点、自宅外での飛び降りは、外から自由にアクセスできる外階段や非常階段や開放型廊下などからが多く、これらか管理上の盲点となっている。1階のメイン出入口で、管理人やオートロックで外来者をチェックしているマンションなどは、少なくとも飛び降り企図のある外来者の立ち入り防止には有効であると考えてよい。

- \* 商業用ビルからの飛び降り地点は、屋上か最も多く、ビル管理上の盲点となりやすい。自社ビルと思って屋上を自由解放しているビルもあるが、不使用時のロックなど、何らかの注意が必要である。

屋上に次いで、開放型の外階段や非常階段からの飛び降りが多い。執務空間の窓からの飛び降りが無いのは、人目が多いことにあると思う。

- \* 商業用ビル以外の、病院・学校・その他公共施設などでも、飛び降り防止の盲点は屋上と外階段であると言えよう。
- \* 飛び降り自殺者の、飛び降り階数と高さについて、サンプリング事例を詳細に見ると次のようなこと可言える。
- \* 飛び降りの階数は、2階・3階から15階までと幅がある。しかし、詳細を見ると、2階から飛び降りた1例は、90才後半の老人性痴呆の方で、死因が飛び降りの落下高さによるダメージだけによらない可能性もあって例外である。

また、3・4階からの飛び降りても、多くは高さか12~14m以上あり、1~2階が商店・公共施設等で階高の高い場合は、3・4階といっても1階から住戸が始まる一般マンションの場合の5階程度に相当する高さと考えてよかろう。

- \* 上記のことから、一般に建物からの飛び降り自殺の既遂には、着地点の仕上げがアスファルト舗装やコンクリートや石畳みのような硬い材質でも、原則として一般マンションの階数で5階以上、高さで12~14m以上が必要と見てよかろう。

着地点の仕上材質に関わらず確実に既遂死に至るには、階数で7~8階以上、高さで20m程度が必要と思われる。このことは、前々回報告（2002年3月）とも符合する。

- \* 今回調査でも16階以上の飛び降り例は無かったが、これは、16~20階以上の建物か少ないこともあるか、前々回報告（2002年3月）の通り、超高層建物では、避難階段は屋外の露出でなく建物内の閉鎖空間であり、廊下もオープンでなく、窓や非難口開口などの開閉や範囲も日常はロックやストッパーなどで制限されていること、しかも、1階の出入りか管理人や監視カメラなどで厳しくチェックされていて、人目につかずに飛び降り易い場所、例えば、屋上やオープンのバルコニーなどに到達できないなど、一般の外来者が飛び降りられる建築的ないし管理的な条件の無いことが、飛び降りの防止になっていると考えられる。

- \* このことは、上述のような、建築的に飛び降りる足掛りのない設計の建物や、1階のメイン出入口に自動監視装置と自動ロック装置を設置して、みだりに外来者が出入りできないマンションやビル建築は、防犯・防盜などのセキュリティー効果だけでなく、