

同時に、飛び降り防止の抑止になると考えてよい。

これは、駅ホームに設置したホーム・ドアとともに、建築的に自殺を防止できる数少ない物理的な事例である。

- * たたし、上述した飛び降り防止の物理的な有効策と、世界の人口問題や大都市人口集中問題に手をこまねいていて、このような監視付きの閉鎖的な超高層建物に、かつ、大地から遠く離れた高さで日常生活をすることか、人間にとって良いことなのか否かの問題とは、全く別である。

同様に、上述したホーム・ドアによる飛び込み防止の有効策と、都市人口問題や非人間的な交通事情の解決を後回しにして、このような物理的に制限された安全設備で将来とも問題を解決すべきか否かとは、全く別である。

- * ところで、超高層ビルからの飛び降りか殆んどない理由の一つに、20階以上になると、着地面か実際以上にはるか下方に見えて、現実に死を意識する認識範囲を超えた日常体験しない高さであり、飛び降りるに当たって、この高さへの逡巡もあるかと思われる。今回もこの見方が多少裏付けられていると言えよう。
- * 一般に人間が「高い」と強く感じるのは 10~12m程度以上で、「とひ職」のような高所作業員で無い限り、ほとんどの人が身近に頼れるガードがないと恐怖心を感じる高さである。

ちなみに、自衛隊の空挺部隊が落下傘降下の飛び降り訓練を始める最初の高さは、地上 11mからと言われている。

- * 飛び降り自殺者の年齢別・性別の飛び降り階数と高さについて見ると、年齢と飛び降り位置の階数とは関係がない。

たたし、性別で見ると、マンション（含む、賃貸アパートなど）からの飛び降りでは、どちらかと言えば、男性は 8~10 階程度以上の高層階からの飛び込みがやや多く、8 階程度以下の中高層階からの飛び降りは女性の方にやや多い傾向が見られる。高さの認識に関して性別で多少の差異があるのか否かも含めて、その理由は不明である。

商業用高層ビルからの飛び降りは、本調査事例では男性のみであり、女性の実例がみられなかった。商業用ビルからの飛び降りは、勤務地との関係か深いと思われるか、女性の実例が無かったのは、勤務上の立場や年齢構成など、性別による現状の職場環境の差異からくるストレスの差異かとも見られるか、全く憶測の域をてない。

[5] 飛び込み死と場所・空間の事例考察

- * 飛び込み自殺は、殆んど全てが鉄道への飛び込みであり、自動車への飛び込みは統計上もほとんど無い。

自動車への飛び込みが無いのは、一般には、自殺に失敗する可能性が高いためではないかと考えられるが、実際には、飛び込んだのか撥ねられたのか判断が不可能で自殺と断定できず、一般の自動車交通事故として処理されてしまっている場合が、ごく僅かでも起きているのではないかと想像される。

- * 鉄道への飛び込み自殺は、都市では駅ホームからの飛び込みが多く、地方では駅間の踏み切りや線路脇からの飛び込みが多い。

なお、飛び込み自殺については、前回報告(2003年3月)で、事例を含めて詳細に報告したので、ここでは、サンプリングした事例を基に、以下、簡単に補足的な報告をするに止める。

- * 都会の特性として、飛び込みの場所は駅ホームが大半で、駅間や踏み切りの飛び込みは少ない。
- * 駅ホームからの飛び込み状況は、ホームを走ってきたの真正面からの飛び込み後ろ向きに電車を見ないで背中からの飛び込み、頭や身体をホームからのり出しての撥ね飛ばされなど、様々である。

また、ふらふらとした状態での飛び込みや、身体を乗り出しての撥ね飛ばされなどには、意識的な自殺か、目まいのための転落か、気分が悪くて吐くために身を乗り出して撥ねられたのかなどが明確でない事例も時には起きて、必ずしも自殺と断定できない場合もある。

- * 踏切りや駅間での飛び込み自殺は、踏み切りの場合は遮断機をくくっての飛び込み、ないしは接触が多く、駅間では線路脇からの飛び込みが多い。地方では、あらかじめ、線路上に横臥する例もあるが、都会では、まず見られない。

なお、都会でも、駅間の線路上に人が立ち入って交通がストップする例がしばしば発生しているが、自殺企図者か否かは、公式なデータが無いので不明である。

[6] 中毒死と場所・空間・状況・毒物の事例考察

- * 中毒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。

- * 中毒死の様態は、使用する有毒薬物や有毒ガスの種類によって、多種多様である。
- * 薬物中毒死についてみると、都会が一番多いのは、向精神薬の過量服用であり、これに市販の睡眠薬や、農薬・殺虫剤などの過量服用が続いている。

なお、向精神薬と睡眠薬の混合服用も多く、少数だが飲酒をともなう事例もある。また、青酸カリのような猛毒な劇薬の服用もたまにある。

毒物の使用は、一般にその種類と量を誤ると苦痛が激しく、吐血や吐瀉による窒息死や、後遺症が残る未遂に終わったりもする。

- * 薬物服用の場所は、自宅が最も多く、ベット上や布団上か一般的であるか、浴槽内などもある。
- * なお、地方の農山村での薬物中毒死は、都会と異なって農薬を服用することが多い。
- * ガス中毒についてみると、一酸化炭素中毒が多く、場所は、自動車内や浴室のように、ガムテープなどで密閉し易い小空間が利用される。

自動車内のガス中毒は、駐車場内や空地に停めて実行し、後刻、発見されることが多い。従って、場所としては、かなりの時間、人に気付かれないことが条件となる。

ガス発生の方法は、自動車の場合は排気ガスのホースによる車内引き込み、浴室などは、コンロの持ち込みなどが多い。最近のインターネットで募集した自殺には、自動車内にコンロを持ち込んだ事例が報道され、模倣者が現れはしめている。

なお、ビニール袋で頭を覆い、ガスボンベから直接ガスを噴射・吸引した事例などもある。

[7] 溺死と場所・空間・状況の事例考察

- * 溺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。

- * 溺死は殆んど河川・海・湖沼などに限られる。東京の場合は、水量の多い大きな河川があり、それらの河川への周辺地域住民の入水が多い。

- * 河川への入水には、橋上からの飛び込みと、岸伝いの徒歩入水がある。なお、少ない例として公園内の池や、自宅浴槽での溺死、車ごと海に飛び込んで水没する溺死などもある。

- * 溺死には、それだけの単独でなく、刃物自傷や、薬物服用や飲酒を伴って実行する場合もある。これは他の自殺手段についても言えることである。

[8] 刃物自傷死と場所・空間・状況の事例考察

- * 刃物自傷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。
- * 刃物自傷死の場所は、自宅か殆んどである。これは、他から引き止められたり、妨害されることの最も少ない場所だからであろう。
自傷の空間は、大量の出血を意識してであろうか、浴室やトイレが多く、浴槽内も多い。もちろん、ベッド上や布団上もある。出血を意識してか、ビニールシートを敷いた上で行なう事例もある。
- * 自傷の部位は、頸部が最も多く、胸部と腹部がこれに続く。自傷の仕方は、創り傷よりも刺し傷が多い。
なお、刃物自傷の自殺者には、手首自傷や他のためらい傷があることが多い。また、以前に行なった自傷経歴のある例が散見される。
- * 刃物自傷に用いた刃物は、料理包丁が最も多く、その他に、カッターナイフやペティナイフから紙切り挟みや刀剣まで多様である。
- * なお、刃物自傷による自殺は、男性が圧倒的に多く、年齢的には50~60代の中高年に多い傾向がある。女性の刃物自傷死は極めて少ないが、その理由は定かでない。

[9] 焼死と場所・空間・燃料の事例考察

- * 焼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。
- * 焼死自殺の場所は、室内よりも屋外が多く、この点は、他の自殺手段と大きく異なっている。
屋外の焼死場所は、公園や河川敷や路上など、比較的広いところ選ばれている。この点、火災による延焼を避けているように見える。
- * 建物内の焼死は自宅が大半であるが、その多くが精神疾患罹患患者で、用意周到の焼死とは思えない事例が多い。
一般には、屋内で焼死を執行すれば、家屋が火災になる可能性が非常に高く、家族を道連れにしたり、隣家に類焼するなどのおそれがあり、これらから、自宅での執行を逡巡する気持が働くため、他の自殺手段に比べて家屋内が少ないのかもしれないと考える。
建造物内での焼死は、今回の抽出事例では、公園内のRC造の公衆トイレだけであった。
- * なお、駐車場や空地に自動車を停めて、自動車内で焼死する事例がかなり見られるが、この場合は、車ことの炎上となる。
- * 焼死自殺に用いる燃料は、灯油が最も多く、次いでガソリンが多く、この2つで大半を占めている。いずれも、最もポピュラーで、手に入れ易いからであろう。

[10] 感電死と場所・空間・状況の事例考察

- * 感電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。
- * 感電死の場所は、殆んどが自宅で、しかもベッド上や布団上に横たわった状態で行なわれている。
感電死のための通電は、殆んどの場合タイマーを用いており、従って、タイマーのセット時刻までは、他人に妨害されることなく独りで横たわっていないければならない。人によって異なるであろうか、1時間から数時間は他人に発見されないようにしなければならず、自宅の自室が最も選ばれ易いと言えよう。

- * 道具としては、電気コードと、身体への貼り付けテープと、タイマーがあれば実行可能である。電気コードの端子は、胸部と背部で心臓を意識して固定する場合が多い。
- * 感電死自殺は、年齢的に若い人に多い傾向にある。50才代以上の事例が無いか、理由は定かてはない。あえて言えば、後述する自殺マニュアルの影響かもしれない。
- * 感電死自殺の事例の中に、自殺のマニュアルを所持していたり、インターネットの自殺掲示板にアクセスしたままの自殺者がいることは、大変気になる点である。当然ながら事例は若者である。
- * タイマーによる通電時刻までの睡眠のために、横になる前に睡眠薬や飲酒をする事例もある。

[11] その他自殺と空間・状況の事例考察

- * その他の自殺死（窒息死、拳銃死、交通自爆死、餓死、凍死を含む）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。
- * わが国では、窒息死、拳銃死、交通自爆死、餓死、凍死などは、いずれも事例が非常に少なく、統計的にも、実例的にも、まとまった結論も傾向も出てこない。
- * 窒息死には、ビニール袋が利用されていることが多く、毒ガスの吸入と併用される事例もある。
- * 拳銃自殺は、アメリカなどでは非常に多いが、日本では極めて稀で、暴力団や警察・自衛隊関係者など、拳銃が入手できる特殊な者に限られる。
- * 極めて稀な事例であるか、この豊かな現代日本で、餓死や凍死を自殺手段とする人がいる。

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

- * 自殺に至る直接の動機を見ると「資料-15」のごとく、精神疾患が直接の動機になるものが最も多く、これと並んで社会問題が多い。
病苦と家庭問題がこれに続くが、その数は病苦が精神疾患や社会問題の半分程度で、家庭問題は1/3以下に近く、かなり減少している。たが、ここには重大な落とし穴があると思う。
- * 多くの公的統計の見誤りがそうであるように、一見、現実の実態も上述の分類ごとの数値のように見誤りかちである。しかし、精神疾患は異常な行動が他から発見されたり見分けられたりし易く、かつ、客観的資料として通院や入院の記録などがあるため、死体検案調書にも精神疾患の病歴は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、社会問題は直接動機として見分け難い。例えば、倒産・失業や、近隣にも知られるようなサラ金返済の督促や、明らかな遺書が残された場合のように、明確に外部からも分かるものは拾い上げられるが、職場をはしめ日常生活の目に見えない軋轢や不安などからくる葛藤は他からは見えにくい。
一般に、職場の人間関係や仕事上の失敗や、転勤・転任などから発生する直接的・間接的な自殺動機は、企業側も公表したからず、同僚も口にしないからない。遺族もその点は必ずしも明確に把握できていない場合が多い。このため、統計上も自殺の直接動機としての社会問題は正確にはピックアップされにくい。
学校での友達関係や成績や「いじめ」や不登校などの問題が遠因の自殺も、これに似ている。
- * この点は、家庭問題も同様である。プライハシーの問題もあって、家庭内のことは他人には見分け難く、遺族も家庭内のトラブルや様々な事実を公表したくないことが多

い。

最近のような近隣地域の人間関係が希薄な社会、特に砂漠社会とまで言われるような乾燥した大都市では、近隣との付き合いも殆んど無く、隣家の家族構成すら知らない状況にあり、仮に、隣や近所の家庭内に問題があっても感知せず、自殺の原因や背景のデータとしてピックアップされることは非常に少なくなっている。

- * 上述したような事情のため、「資料-15」に示したような、この種の統計資料は、そのまま正確な実態を表しているとは考え難い。従って、この種の統計を基にした対症療法的な精神疾患対策の最優先は、必要不可欠ではあるか、それだけを過大評価しては、抜本的解決にならないと思われる。

この点は、前々回報告（2002年3月）でも述べた如く、精神疾患の罹患か仮りに自殺の引き金となった直接の動機であっても、精神疾患は他の社会的・家庭的はしめ多くの背景や遠因による結果として発症した現象であることか多い。

つまり、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が重大だと考える。これについては、詳細な考察を後述の「事例からみた自殺の遠因と背景の考察」で述べる。

[2] 自殺の直接動機と年齢・性別・自殺手段

- * 年齢と自殺の直接動機との関係を見ると、「資料-16」のごとく、自殺の直接動機の内容は年齢によって大きく変わることか分かる。

- * 自殺の直接動機別の総人数てみると、精神疾患罹患の動機によるものが多いか、この動機は25才頃から始まり65才くらいまであまり変化がなく続いている。

ところか、これと並ぶ社会問題による自殺動機は、量的に50~65才に大きなピークを作っており、このピークか、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ことが分かる。

既に述べた如く、この年代の特に男性は、仕事が管理職的になって責任か重くなる一方で、早期の「肩たたき」や出向なども始まり、リストラの対象にもなり易く、迫りくる定年前後の精神的ストレスなどか重くのしかかって、危機的な状況にあることが分かる。

- * この点、35才以前や70才以後には、少なくとも量的には社会問題か急速に減っている。自殺の現実を通して見る現段階ての高齢者就労問題は、当面は70才までの就労対策であろう。後述するか、今後、わか国の長寿不老化と少子高齢化か進むと、高齢者の就労問題は大きく、かつ、急速に変わってくと予測する。

- * もう一つ、年齢的に変化の目立つ自殺動機に病苦がある。社会問題の動機から遅れること数年、つまり、55~60才頃から成人病による肉体的障害が量的にも目立ち、加齢とともに増加している。

一見、これは医学上の問題にも見えるか、成人病の根元は、若年から中年までの日常生活状況や生活環境に深く根さしており、この問題は、実は社会問題の一部と考えるのか妥当であろう。発症してしまつてからの疾病対策や病苦対策ては到底解決てきない課題であるか考える。

- * 年齢段階ごとに自殺動機別の割合を見たのが、「資料-17」である。これて見ると、「資料-16」て述べたことか、年齢的により明らかになってくる。

病苦問題は55~60才頃から急増し、一生増え続け、70才を超えると過半数を超える動機となっている。

この点、社会問題は若年層ては比較的少なく、30~35才頃から問題となり始め、50~65才てピークとなり、70才以後には急減しており、比率的に見ても前述した結果と同じである。

- * 精神疾患罹患の動機は、思春期から発症し、20~40才頃には動機の過半数を超え、加

齢とともに次第に減少していく。

ただし、精神障害の疾患内容は、75才を超えると老人性痴呆などが加わり、質的にも量的にも変化が感じられる。

- * 男女別に自殺の直接動機を見たのが「資料-18」である。男性・女性とも自殺動機全体に占める家庭問題と病苦問題の比率は、大きな差はない。しかし、男女の差は、社会問題と精神疾患罹患問題で決定的な相違がある。

社会問題か自殺の直接動機となっている比率は、男性では3割弱だが、女性では1割弱で男性の1/3もない。これに代わるのか精神疾患罹患で、男性が15割弱に対して、女性は45割強と3倍近い。

- * 社会問題について言えば、自殺の直接動機で見ると、この男女による差は、わが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。逆に言えば、現在の日本は男性社会であり、男性優位社会であると同時に、社会の軋轢や苦難を男性の方が背負っていることも如実に現れていると言える。

しかし、前述した如く、近未来社会では男女平等・男女公平の意識拡大や女性の社会進出が極めて大きく進むと考えられるので、早晚、この男女差は縮まって来ると予測する。

- * 自殺手段と自殺の直接動機との関係を、自殺手段別に動機の比率で見たのが「資料-19」で、以下のようなことが分かる。
- * 縊死では、直接動機に社会問題の関与が多い。精神疾患罹患もこれに次いで多いが、実際はこの内のかなりの者が、前述の如く精神疾患に罹患する遠因としての社会問題や家庭問題を抱えていると思われる。従って、この場合も、自殺に至る背景や遠因を含めて考えると、社会問題や家庭問題の動機を割増して捉える必要がある。
- * 飛び降り自殺や、飛び込み自殺では、直接動機に精神疾患罹患が多い。特に飛び降り自殺では約6割と非常に目立っている。飛び降りや飛び込みは咄嗟に決行されることが多いといわれているが、この決行に精神の不安定状態が大きく影響していることか読み取れる。
- * 東京都の場合、中毒死自殺の中心は向精神薬や睡眠薬による中毒死、特に向精神薬が中心であるが、当然ながら直接動機に精神疾患罹患が多い。精神疾患加療者が向精神薬を入手しやすいと考えられ、さらなる投薬上のケアが必要であろう。
- * なお、刃物自傷死の動機に社会問題が多いのは、多少分かるような気がする。この点、溺死の動機に病苦が多いは、その理由が明確ではないが、入水によって体が冷えることが苦痛を和らげると感じる向きもあるようにも察しられる。ただし、憶測の域を脱しない。

[3] 生前の職業と自殺手段および直接動機

- * 自殺者の生前職業別に自殺者数を見ても、「資料-20」に示した如くて、以下のようなことが分かる。
- * 全体では、無職が圧倒的に多く、半数強を占めている。この点、自殺予防の中心課題の一つは、近年の倒産・リストラ・失業・就職難を含む無職者対策であるとも言える。
特に、無職者の社会的環境や家庭的環境などに対しては、「生き甲斐」を含む精神的・経済的な対策が不可欠であろう。なお、無職者の中には精神疾患罹患者が非常に多いことも、社会的な対応が必要なことを示している。この点については年齢を含めて後述する。
- * 有職者について見ると、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。

ここで気付くのは、従事者の母数では少ないはずの管理的職業従事者の自殺数が非常に多く、自殺比率が極めて高いことである。管理的職業の責任とストレスの大きさが伝

ってくる。

管理的職業従事者には、いわゆるサラリーマン管理者と同時に、多くの中小企業の経営者が含まれている。自殺防止は中小企業経営者対策でもある。このことは後でも詳述する。

なお、農林漁業作業員や保安職業従事者などの自殺者が少ないのは、都会のために母数自体が少ないためであると考えてよい。

- * 自殺者の生前職業ごとに自殺手段別の比率を見ると、「資料-21」に示した如くである。

いずれの職種も縊死の比率が多いが、学生に飛び降り自殺が多く、運輸・通信従事者や技能工・生産工程作業従事者、専門的・技術的職業従事者などに飛び込み自殺がないのは特徴的である。特に、運輸・通信従事者の中心は交通関係者と思われるが、この人々に飛び込み自殺がないのは、職務と無関係とは思えないように感じる。

学生に飛び降り自殺が多いことは、前述の「資料-08」でも述べたように、飛び降り自殺が若者に多いことと符合している。

なお、保安職業従事者や農林漁業作業員の自殺手段別比率は、母数が少ないので統計的な価値はない。

[4] 自殺者の生前生活状況と自殺の遠因・背景

- * 自殺者の生前における職業の有無を、5才年齢段階別に見ると「資料-22」に示した通りである。

これで見ると、学生時代を別にすれば、20才頃から55~60才頃まで常に無職が有職者と同数、つまり、どの年齢でも半分は常に無職である。この約50%の無職率は、一般健康人から見て異常に高い無職率である。さらに、60才を超えると、一層、無職が増えてくる。

- * 自殺者の生前の生活状況をみると「資料-23」の如くである。既に述べた如く、自殺者全体の半数強が無職者であるが、この無職者の生活は、家族の被扶養者か年金・預貯金生活者か大半である。しかも、一般社会に比べて被生活保護者の比率も高く、実数は少ないながらも浮浪者も比率が高い。

これらのことは、年齢が青年や壮年に達しても経済的に自立できにくく、自殺者の多くが抱える精神疾患や成人病にも悪影響を与え、未来への希望を失う素地が加速されていることを裏付けていると言えよう。経済的問題は、自殺者増加の極めて重大な遠因であると考えられる。

- * 生前の生活状況と自殺動機の間を「資料-24」から見ると、特徴的なことは次の如くである。

- * 給与所得者と自営業者であった者には、生前に社会問題を抱えていた自殺者が非常に多く、前述したように、サラリーマンや中小企業経営者の悲哀が大きく聞こえてくる。

- * この点、生前に家族の被扶養者になっていた者や生活保護を受けていた者には精神疾患を罹患していた者が多く、実際に、精神疾患に罹患すると、家族の被扶養者や生活保護以外に生きる道が無いわが国の現状を示している。

前述した如く、自殺防止に必要なものは、医療対策であると同時に強力な経済福祉雇用対策でもあろう。

- * なお、生前に年金・預貯金生活者であった者は、自殺動機に病苦と精神疾患罹患が多い。この人々には疾病による障害年金受給者が多いとも考えられるが、一部には、退職ないし離職後の高齢年金受給者も含まれると思われる。従って、精神疾患には高齢者の痴呆なども含まれていると考えてよからう。

[5] 生前の健康状況・加療状況と自殺の遠因・背景

- * 自殺者の生前の健康状況をみると、「資料－25」に示した如くである。これで見ると、健康者はわずかに2割強である。
一方、半数以上が加療中であり、病的状態で未加療な者を加えると6割弱に達する。不詳の中にも同程度の病的状態者がいると考え、自殺者の約2/3は何らかの病気にかかっていることになる。一般社会人で見ると、この疾病率は極めて高率である。
- * しかも、「資料－26」で既往疾患の内容を見ると、その半数近くが精神疾患であり、残り半分も高血圧・糖尿病・消化器疾患・癌・脳血管障害などの、いわゆる成人病が中心である。
ここでも、自殺防止が社会政策を含む精神疾患対策であると同時に、高齢者だけでなく若者を含む成人病対策であることを示している。
- * つまり、自殺防止のためには、生活・労働環境や医療・福祉環境の向上による疾病の予防や低減、さらに健康増進、特に、社会環境に関するソフトの充実により精神疾患や成人病の発症を減らすことが根本であると考えられる。
- * 自殺者の生前の健康状況と自殺の直接動機との関係を見ると、「資料－27」の如くである。
生前に健康であった者の自殺動機は、大半が社会問題であり、これに家庭問題が続いている。当然ながら病苦や精神疾患罹患は殆んど無い。
このことは、今後、保健予防が進んだ暁には、自殺問題の中心を社会問題と家庭問題が占める可能性を暗示していると思う。
- * 上述のことは、病的状態だが未加療だった者や、過去に加療したか自殺直前は未加療だった者を見ても、社会問題と家庭問題が自殺動機の過半数を占めていることでも分かる。
なお、生前に加療中であった者の自殺動機は、当然であるが病苦と精神疾患罹患が殆んどである。予防に重点を置いた、さらなる保健医療対策の必要なことが良く分かる。

[6] 生前の家族構成と自殺の遠因 背景

- * 自殺者の生前家族構成を総数および男女別に見ると、「資料－28」に示した如くである。
- * 親と子供その他が共に生活する複合家族が全体の半数弱を占めているが、一部に寄宿学生や単身赴任者を含むとは言え、単身生活者が全体の約1/3強と異常に多く、さらに、夫婦のみが約15割ある。
- * 性別で見ると、男性は女性に比べて単身生活者が非常に多く、その分、夫婦のみの生活や複数家族が少ない。この点、女性は男性に比べて単身生活者が少なく、その分、夫婦のみの生活や複数家族が多い。
現状では、中高年齢者が単身生活化する原因には、離婚が関与することが多い。わが国では、離婚の場合、子は母親、つまり妻側が引き取る場合が多い。これが、女性に単身生活者が少なく、複数家族が多い一因たとも思う。
このことは、女性の場合、単身生活から来る自殺要因を減らし、男性より自殺が少ないことにも寄与しているように見える。
- * 自殺した者は、単身生活の比率が一般社会に比べて非常に高い。これは、単身生活そのものが孤立感や孤独感を深めて、自殺の遠因になる面があると考えられる。
- * 自殺した単身生活者の単身独居化の原因を見ると、前述した如く離婚による独居化のほかにも、経済破綻による家族離散からくる独居化や、さまざまな原因で浮浪者化した者もあり、この人々が単身生活化するに至った社会問題や家庭問題などの理解と対応が大変に重要である。

なお、離婚による独居は精神的に大きな変化を来すと考えられる。自殺者の経歴に、離婚が多いのは、元々問題が在って離婚に至ったのではあろうが、離婚による家族離散や独居化が大きく自殺決行にも影響していると思う。

- * 自殺者の生前家族構成と自殺の直接動機との関係を見ると、「資料-29」の如くである。単身生活者では、動機に社会問題が最も多く、精神疾患がこれに次いでいる。

しかし、既に述べた如く、精神疾患罹患には単身生活をしてきたこと自身が発症の原因となっている者も多く含まれていると考えられる。

- * この点、生前に夫婦のみで生活していた者では、直接の動機に病苦や精神疾患が多少増え、社会問題がやや減少する傾向にあり、複数家族の場合は精神疾患罹患が増える傾向にある。

夫婦のみの生活者で病苦や精神疾患が多いのは、夫婦と言っても高齢の夫婦が多いことによるものと見られる。ここでも、成人病や痴呆対策を含む高齢者問題が反映していると言えよう。

また、複数家族で精神疾患が多いのは、精神疾患罹患者は精神疾患関係施設に入所しない限りは、複数家族で面倒を見る以外に無いことを物語っており、前述の如く、これも、現状の日本の状況を反映していると思える。

- * 5才年齢段階別に自殺者の生前家族構成を見ると、「資料-30」の如くである。学生や若年単身者・壮年単身赴任者・若年夫婦などを除けば、一般に、加齢と共に複数家族から「夫婦のみ」の生活に、さらに高齢化するに従い「夫婦のみ」から高齢単身独居へと移行することが多い。

この高齢化してからの単身独居は、精神的に大きな衝撃を受け易く、これが重大な契機となって変化を来すことは想像に難くない。この社会問題を軽視して自殺防止対策は立たないように思う。

[7] 事例から見た自殺の遠因と背景の考察

- * 自殺者が、自殺するまでに至る間の家庭的・社会的・医学的・その他の背景を、全調査対象 1858 例からサンプリングした 350 事例について、自殺手段別に一覧表の形に整理した、この事例一覧表を基に考察すると、以下に列挙するようなことが言える。

なお、サンプリングの方針は、既に本文内でも詳述した通りである。

- * 各事例を見て分かることは、自殺の原因には、家庭的問題、社会的問題、経済的問題、肉体疾患的問題、精神疾患の問題など様々な問題が入り混じっており、とれが先行原因か主原因かも分からない場合が多い。

- * 自殺の直接原因で最も多くを占めている精神疾患罹患についても、例えば、ある働き盛りの男性が、倒産や借金返済が発端で経済苦と同時に精神的ストレスを受け、これが原因で夫婦関係が軋み、さらに離婚となって当人は独居の身となり、この独居が原因で不摂生から体調を崩して成人病となり、さらに精神疾患発症の原因になったとしたら、これは、根本的には社会問題と言わざるを得ない。

事実、事例からも、このような、ないしは一部がこのような、あるいは原因と結果が前後しながらも、類似のケースは多い。

- * 事例を見ても、中小自営業の経営者か、経営不振、借金、倒産などの切羽詰った状況に、他の様々な要因が加わって、最終的に自殺に至るパターンの多いことが読み取れる。

実際、事例から見ても、サラ金やマチ金の高利借金の返済督促が、これらの人を自殺にまで追い込んでいる事情がよく分かる。

ギャンブル好きや浪費癖などによる結果の借金自殺は、自己責任が大半の場合もあろう。たが、現実によく見られる経営の失敗や高利の借金は、確かに自己責任の面もあろうが、中小企業を取巻く不況や過当競争などの過酷な経営環境、金融機関の貸し渋り、さらに、高金利融資の広告や勧誘など、基本的には社会問題と認識すべきものが多いと

考える。

- * 未返済借金の額は、少数事例だが十数億～数億円から始まり、数千万～一千数百万円、そして一千万～数百万円と続く。借金の額は正確には把握できないが、事例では、一千数百万～数百万円程度が多かったといえる。

また、他にも借金があったかも知れないが、中には数十万～十数万円でも、期限付きの厳しい督促で自殺に追い込まれた事例もある。社会問題として、より強力な対策が不可欠である。

- * 離婚して独居化した時期は、長い場合は自殺の30～40年前もあるが、多くは10～数年前が多い。つまり、10～数年の間に独居の影響がじわりじわりと肉体的・精神的に響いて来ていることを物語っている。

既に述べた如く、離婚後の独居化は男性が大半で、独居後の健康管理の悪さが加齢と伴に成人病の発症を加速し、この病苦にその他の事情が加わって自殺に至る事例が非常に目立っている。

女性にこのような事例が少ないのは、前述した如く、離婚後の独居が非常に少なく、かつ、食生活を含めて健康管理が損なわれにくい事情などにも考えてよからう。

なお、前述の事例とは別に、離婚が自殺の直接動機になった事例がある。これは上述の場合とは異なり、離婚後数ヶ月に起る事例で、離婚そのものが精神的ショックや落胆によるものと思われる。このような事例も男性に多い。離婚のショックが、男性の場合は、独居生活で倍加されるためとも思われる。離婚後の男性の生活と精神のケアは、見落とされがちだが、極めて重要な新たな課題である。

- * 病苦が原因の自殺には、長い闘病生活の苦痛が第一であるが、具体的には成人病と難病が殆どである。特に、生活習慣病に近い加齢に伴う成人病が多く、社会問題としての栄養管理を含む生活管理教育の重要性か、自殺防止の上からも分かる。
- * 上述とは別に、重篤な疾病や難病に関わる自殺については、医師の告知の仕方や患者の憶測・誤解が引き金になっている事例がある。告知の方法は、受け取る患者の感受性や人生観などとも関係して非常に難しいと思う。インフォームドコンセントに関わる、さらなる医師教育が大切と思う。

このことは、教師の一言か生徒を死に追い込む場合も同じと思うし、行政官の一言が弱者を死に追い込む場合も同じと思う。それぞれの立場や受け取り方も様々で、一概には言えないが、もう少し、コミュニケーションのとり方を大切にする社会が必要と思う。

- * 職場の環境が自殺に大きく関与していることは、事例からも分かる。職場内の人間関係が精神的なストレスを与えていることは重要な課題であるが、配置転換や単身赴任や時間外勤務などが、自殺の直接の動機になっていることも目立っている。

この点、従来の組織や企業の人事管理上の配慮が、とかく職場効率や企業利益だけに偏りすぎていると思われる。

配置転換が個人の能力や感情を疎外したり、特に、時間外勤務や単身赴任が、夫婦や父子の絆を希薄にし、家庭を破壊する遠因になっていることは、既に社会的に憂慮すべき状況になっている。重大な社会問題として、職場の人事管理を、より真剣に考慮すべきだと思う。

- * 既に述べた如く、職務上の立場では、中小企業の経営者や、一般に管理職的立場の責任が重い人の自殺が多い。

職種で見ても、水商売と言われるほど浮沈の激しい飲食店はじめサービス業に自殺が多く、不況を反映して中小の製造・加工業や建設業などにも多い。交通関係ではストレスが多い上に勤務時間も変則的なタクシー運転手などに自殺が多いなどの傾向が見られる。

- * 若者の自殺者には、一流大学に入学したり、卒業したり、大学院を出たりした高学歴の者もいる。しかも、中・高校時代に成績優秀で、浪人もせずストレートに進学した者が多く、純粋培養や井の中の蛙的な養育環境の中で、自己肥大した者が多いと思われる。

彼等が、大学や実務社会や学問社会に出て、自分より能力の高い、ないしは、自分とは異なった優れた能力の保有者が大勢いることに気付き、自分の能力の限界に劣等感を感じたときに、自殺が起きているように見える。

この事実は、親の過剰な期待や知識偏重の教育環境などにも問題かあると思われる。多様な価値観の修得や仲間との人間的切磋琢磨を失った社会的・家庭的・教育的環境の課題であるようにも思う。

- * 多くの人は、追い込まれた状況になると、客観的に周りを見て落ち着くよりも、パニックの状態になり易い。

自殺原因の一つとして、試験や結婚の直前、プロジェクトや制作期限の締め切り直前などに、予定の仕事の完成や、行動や心の準備が間に合わないと、咄嗟に諦めたり途方にくれて自殺することも見受けられる。

物事が6~7割も出来れば大成功と感じる民族や個人では、あまり起らないことだが、ラテン系などに比へても、日本人には、どうも、完璧を目指す気質が大きいように見える。良い面が多いとは思いますが、自殺の面から見ると、あまり芳しくない面もあるようにも見える。

- * 自殺者の性格や気質としては、よく神経質、真面目、完全癖、非融通などが挙げられているが、事例でもこうした面は多少感しられる。逆に言えば、物事にこたわらない、気にしない、時には、いいかげんて、清濁併せ呑むような人は自殺から遠いと言えるかも知れない。

しかし、生活態度で見ると、ずぼら、いいかげん、不摂生、清濁併せ呑むなどが、結局、病気や借金などを背負い込んで生活の破綻を来す原因となり、遂に自殺に追い込まれる事例もあり、一概に自殺が性格や気質とは結び付けられない面もあるように見える。

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

- * 自殺の発見者別の発見割合をみると、「資料-31」に示した如くてある。また、自殺者発見の動機別の比率は、「資料-32」の如くてある。

- * 発見者は、「資料-31」でみると、4割強が家族や近親者などの身内である。自宅内での自殺の多さから見ても、自殺者に対する日頃の家族等の留意状況から見ても、家族か発見する比率が高いのは当然である。

家族や近親者の自殺者発見の動機は、「資料-32」の円グラフで「その他」と表示されているような、「偶然の発見」や「たまたまそこに居合わせて発見した」などかほとんどである。

- * 「資料-31」でみると、知人か発見する例は1割弱ある。「資料-32」で示した電話の不応答、無断欠勤、予約不履行などの異常な状況から不審に気付くことか多い。最近では、携帯電話の不通が異常発見につながる例か多い。

既遂・未遂にかかわらず、自殺の発見には日頃のコミュニケーションの有無が大きく関係している。公的統計としても正確な把握は出来ていないか、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。

- * 「資料-31」で見ると、通行人か気付くのも2割弱あり、かなり多い。この場合は、屋外自殺の発見が主で、建物周辺・公園・公共施設・一般屋外などでの縊死や飛び降りなどの遺体発見、駅ホームや踏切などでの飛び込み自殺の目撃、河川や海などでの溺死遺体の発見などが中心となる。

発見の動機は、「資料-32」で示した「その他」の項目に含まれる偶然の発見のほか、

飛び降り自殺では不審音による発見もあると言えよう。

- * この点、「資料－31」で見ると、隣人による発見は非常に少ない。マンションのような集合住宅で、たまに、電灯の付けっぱなしや配達物の滞留、異臭の発生などから気付くことはあっても、かつてのような、日々のつき合いから自然と分かる隣人の日常生活パターンの急な異常や異変からの発見は、少ないと考えられる。

ここでも、わか国で、特に大都市で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、日頃の相談相手も無く孤立してしまいかちな、乾いた人間関係にも遠因があると言える。良好な地域社会の復活、特に、生活圏での人々の交流は、自殺予防の重要な課題である。

- * 上述の点を、建築計画の課題としてたけて捉えると、まず、個々人が家庭内で孤立化しないように、住居内に一家団欒の場を確保したり、家族とのコミュニケーションが断ち切られないように個室の設計に工夫を加えたりすることなどが必要になる。

さらに、都市計画の課題としてたけて捉えると、各住戸が地域から孤立しないように、プライバシーを確保しつつも各住戸が地域に家の表情を発信し、住民が互いに声を掛け合えるような設計にしたり、さらに、積極的に身近に自動車の入らない路地や広場や空地を設けて、子供の遊び場たけてなく、大人も含めて、井戸端会議から始まる日常の人間的交流の場を設けるなど、さまざまな仕掛けや方策が考えられる。

しかし、これも、社会全体のシステム、例えば、互助の精神的背景、職住接近や労働・生活内容のゆとり、何よりも、生き甲斐の見出せる信頼と安全の地域関係などが背景にないと、成功は極めて難しい。

この点、現在のわか国は、近年の犯罪多発から、嘗ての安全な国から危険な社会に変わりつつあり、結果として、対症的に戸締りや監視を強めた閉鎖型住居にせざるを得ない状況にある。しかし、信頼と安全の得られる社会を生む社会改革の方が、各家々の鍵の増設より根源的であると思う。

- * アパート 寄宿舍・寮などでの独居者の自殺には、「資料－31」にあるように、家族・友人などのほかに、管理人が発見する事例がある。配達人は新聞・郵便等の配達物滞留で気付いていると考えられる。

- * 自殺手段別に発見者の構成比率を見てみると、「資料－33」に示した如くて、以下のようなことが分かる。

- * 縊死や中毒死や刃物自傷死は、自宅で行なわれることが多いので家人の発見が圧倒的に多く、少ないが知人がこれに続いている。縊死の数の多さから見ても、家族の日頃のケアと留意が大切なことが分かる。

- * 飛び降り死と溺死の発見は、通行人が非常に多く、たまたまそこに居合わせた人による発見がこれに続いて多い。この両者で大半を占めている。

飛び込み自殺は、「たまたまそこに居合わせた人」による発見が圧倒的に多く、通行人による発見がこれに続いており、両者でほとんどを占めている。

- * 前回の報告（2003年3月）でも述べたが、自殺は人目の多いところ、人目が在りそうなどころでは実行され難い。通行人やたまたまそこに居合わせた人による自殺既遂者発見の多さは、日頃から他人とのコミュニケーションが円滑な地域社会ならば、自殺企図者の事前発見や、ひいては未遂にもつながってくると思う。

地域ぐるみ、社会ぐるみの自殺防止こそが、飛び降り防止や飛び込み防止を物理的に行う以前の基本課題と思う。

[2] 自殺企図・予告などの自殺予兆

- * 自殺の直接動機と、自殺の企図や予告などの自殺予兆との関係を見てみると、「資料－34」に示す如くてある。

- * 厭世的な発言をしたり、死にたいと洩らしたり、死ぬことをほのめかしたり、死ぬ決意をしたことなどを、事前に会話や電話や手紙などで家族・近親者や、知人・関係者などに知らせる、いわゆる「死の予告」について見ると次に示す通りである。
- * 自殺予告の比率は、何らかの予告が把握された事例だけで、自殺の動機に関係なく 2 割強に達しており、不明に含まれる把握の洩れを考えると、1/4~1/3 の自殺者が、何らかのメッセージを自殺前に発していた可能性が高い。
このことは、いち早く、このメッセージに気付くことか、自殺防止に極めて大切であり、かつ、有効であることを物語っている。
- * 自殺前に洩らす予告は、ごく一般的な表現で示すと、「疲れた」、「死にたい」、「死んだほうがいい」、「生きていても仕方がない」「もう駄目だ」、「もうお仕舞いた」といった言葉が多い。特に、この中の二つ以上の言葉が続いた場合、例えば、「疲れた、死にたい」、「もう駄目だ、生きていても仕方がない」などと続いた時は、周辺は注意しなければならないと思う。
- * また上記の発言が、倒産・借金・離婚・失恋・死別をはじめ、大きな失敗や躓きの事実と重なっている時は、極めて要注意の信号と受け取る必要かあると思う。さらに、精神疾患による妄想・頭痛・身体痛・異常行動などがある場合も、要注意度が高い。
- * なお、上記の予告的な発言は、飲酒時に表れることも多い。ただし、殆んどの健常人も、何らかのかたちで「死んでしまいたい」と感じたり、軽く発言することは、ままあることであり、上記の発言だけで判断はできない。
- * 「資料-34」からみると、以前に自殺を企図したり、自殺行動をしたが未遂に終わったことの有無をみると、精神疾患罹患者は全体の 2 割程度と非常に多く、不明・不詳にも同しように自殺企図や未遂かあると仮定すると、かなり多いと考えられる。
このことは、逆に言えば、自殺企図や自殺未遂で最も注意しなければならない対象の一つは、精神疾患罹患者であることが分かる。
自殺企図や自殺未遂は、繰り返し実行されることか多く、結局、自殺既遂になる事例も多く、極めて要注意である。
この点、社会問題・家庭問題・病苦などの動機では、自殺企図や自殺未遂か殆んど無い。
- * 異常行動も自殺前に見られる予兆である。異常行動には、予告無し欠勤や失踪、約束の不履行、意味不明の言動、被害妄想、引きこもり、無目的の放浪、突然の預金引き出し、酒の暴飲など、その様態は様々である。
- * 自殺の動機と異常行動の関係てみると、いずれの場合にも異常行動はあるか、特に、自殺動機が家庭問題の場合に多い。これは、異常行動の発見は、生活を共にしている家族か最も早く、かつ小さな異常にも気か付くためと思われる。
この点、精神疾患罹患者に多くないのは、日常的に多少とも異常なことが多く、どれが自殺に結びつく異常行動か判別し難い面があるのではないかと考えられ、また、鬱病のように症状がやや快方に向かった時に自殺しやすいなどの傾向があるといわれており、原因は定かてはない。
- * 自殺の手段と自殺の企図・予告や異常行動などの自殺予兆との関係を見てみると、「資料-35」の如くである。
- * 死の予告は、全ての手段で見られるが、飛び降りや飛び込みは予告か少ない。これは、前述した如く、飛び降りや飛び込みが、かなり咄嗟に決行されることを暗示している。それ以外は、おおむね 2 割程度である。不明の中にも実際は予告をした者かいると思われるので、その分も入れると、かなり多いと考える。
- * 自殺企図や自殺未遂は、比率としては、中毒死や溺死に多いが、その理由は不明である。
- * 異常行動は、飛び降り死や飛び込み死、溺死などに多いが、この異常行動は、死に場所をさがして「うろうろ」したり、暗い表情で長時間座っていたり、といった行動で、

他の異常行動とはかなり質が異なっている。詳細は前回報告（2003年3月）のとおりである。

[3] 自殺者の遺書と遺留品

* 自殺者の遺書の有無を「資料-36」で見ると、総計では遺書有りが4割弱、無しが6割強となっている。遺書は、自殺者か何らかのメッセージを家族・縁者はじめ生存を続ける者に残す重要な意味を持っているが、この遺書の割合を多いと見るか少ないと見るかは意見の分かれるところであろう。

* 自殺者の遺書の有無を自殺動機との関係で見ると、同じく「資料-36」に示した如くである。

これで見ると、社会問題が直接動機の場合は、約55割が遺書を残している。病苦と家庭問題が動機の場合も、遺書の有無が約半々であり、かなりの人が遺書を残している。

一方、精神疾患が直接動機である場合は遺書が少なく、3割弱に止まっている。この傾向は、疾患の特性から見て、当然だと理解できる。

* 自殺手段と遺書の有無との関係を見ると、「資料-37」に示す如くである。縊死の遺書率は平均的だが、飛び込み自殺は遺書が非常に少なく、次いで飛び降り自殺も少ない。

飛び込み自殺や飛び降り自殺、特に飛び込み自殺は、咄嗟に行なわれる率が高いと言われるが、遺書の有無からも、このことは納得がいく。

なお、薬物中毒死・ガス中毒死・刃物自傷死・溺死なども、遺書有りの自殺が4~5割で、かなり多い。

* 遺書の内容や表現は様々だが、ごく一般的に次のような記述パターンが多い。つまり、「生前の今日までの感謝」、「先立つことへの謝り」、「死後の始末に迷惑をかけることへの謝り」が最も多く、次いで、「後始末や葬儀の内容への依頼」、「遺産や借金の処理方法」、そして、「病苦や経済困窮状況の訴え」、「近親者や関係者への恨み」などである。

* 前述のことには、幾つかの共通する注目点がある。第一点は、自殺者が自殺前に近親者や関係者などに生前の人生に関して感謝している点である。第二点は、死後の後始末に気を配っている点である。

この二つは、共に、死ぬことが関係者に迷惑を掛けることを意識しており、しばしば、感謝と共に詫言っている。また、自殺す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い。

つまり、自らの死を、自ら十分納得した行為とは、必ずしも思っていない死に方が多いように思えてくる。自分で納得できない自殺は、何らかの強いられた死で、本当は自殺ではないように思う。

* この点は、戦前の特攻精神やおそらく中東の聖戦思想に見られる自己犠牲的な自殺では、自分で十分納得しているか否かは別としても、仮に、「生前の今日までへの感謝」、「先立つことへの謝り」、「近親者への惜別」など、表面的な文言は同しても、精神構造にはかなり大きな相違があると思われる。

特に、若くして散華した特攻隊員の遺書は、心情的でなく歴史的背景を見極めながら捉えなおしてみる必要があると思う。さらに、自爆未遂に終わった元特攻隊員か、敗戦後、「特攻隊くずれ」として精神的荒廃に陥った実情も解明する必要があるように思う。

* この他、南海の極楽浄土を目指して死の船旅にてた昔の僧侶たち、村人のために自らの食い扶持を減らすべく「姥捨て山」や「姥捨て洞窟」に赴いた世界各国の高齢者たちの気持や遺言は、一体どの様なものだったのたろうかと考える。

* 死に至る病苦や経済苦・家族関係苦などは、自殺者各人には非常に長く重かったに違いないが、残された遺書は一般に短く、走り書きが多く、詳しい状況が残される事例は多くない。自殺直前は、説明や訴えを長々と残すような状態にないためと思われるが、定かたではない。

この点、今後、出現して一般化される可能性が高いと思われる後述の「自尊・安楽死」や「充足・満足死」・「生命不滅死」などの自殺では、自叙伝に近い長大な自分史的な遺言が残されるようにも思う。

- * 多くの自殺は、咄嗟の飛び降りや飛び込みなどのほかは、大なり小なり死後に遺体や遺書を発見されることを念頭においていると思われる。

この点、死後の遺体を発見されないことを前提にした特殊な自殺として、樹海での自殺があるが、これについては「ひっそり死」と名付けて後述する。

- * 遺留品は、自宅で自殺した場合は、生前の品か全て残る。この点、飛び降り自殺や、飛び込み自殺では、遺留品は極端に少なく、景勝地での飛び込みなどでは身元不詳のまま終わることも多い。前述の樹海での自殺は、特に遺留品がなく、大半が身元不明である。

なお、自殺決行に当って、酒の力を借りる場合もある。このため、景勝地での飛び降り自殺や、自宅での刃物自傷死などの現場遺留品には、酒瓶・ビール缶などが散見される。中毒死の場合、酒に薬物を混ぜて嘔下する場合もある。

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の防止へ

- * 現代は表面的には物質的に豊かな時代である。にもかかわらず、昨今の自殺の急増である。とう見ても、敗戦直後の極端な飢餓と物質的欠乏の時代から見れば、天国の昨今である。それなのに、自殺が急増している。

貧困な開発途上国では、紛争が多発し、人々は飢えと死の恐怖にさいなまれている。学校に行きたくても行けない子供たちは、働かされている。

貧困諸国の情報が伝わっていないわけでもない。それなのに、わが国では、惜しげもなく残飯を捨て、学校では登校拒否、家庭では引きこもりである。さらに、中高年の自殺が急増している。

「何かおかしい」、これが自殺防止を考える原点だと思う。

- * 飢餓と欠乏の時代にも、多かれ少なかれ自殺はあった。だが、現代の自殺は、その趣意が昔とは大きく変わってきていると思う。

それほど遠い過去でなくても、例えば、つい少し前の1900年代前半、つまり、大正と戦前の昭和時代の主な自殺原因は、農民を中心とする慢性的な飢餓と物資的な欠乏、冷害や経済不況による一家離散や子女売買、封建思想に基づいた身分序列制度や社会的タブーによる人権無視や男女差別、地域閉鎖社会での過干渉と個人の無視、国家主義による思想弾圧や行動の統制、その反動としての現世逃避やユートピア願望などが中心であった。

だが、多くの国民は自殺を選ばず、欧米の先進帝国主義諸国の支配に対抗して富国強兵に励み、中には海外への移民や侵略した新天地に人生の夢を託した。しかし、敗戦で全ては瓦解した。

- * 現代は、当時から見れば、平和で目前に殺戮も無く、豊かでユートピアに近い。その現在を築いた国民の努力と敗戦後の立ち直りは、中高年以上の者には既知の通りである。

それなのに、自殺は増えている。何故か。それが問題の根元であり、解決はこの中にあると考える。

- * 現代はどのような時代なのか。成熟と言うよりは過熟・腐敗に近い時代、不透明な未来に代表される希望の持ちにくい時代なのだろうか。

- * 確かに、現代のような複雑な社会構造の下では、全体像が見え難い。科学や技術の分野でも、専門分化が進んだことで、物資的に豊かで利便の多い社会が生まれた。

しかし、一方で、人々に科学や技術の専門部分は見えにくくなり、人類や地球との係

わり合いも分からなくなってきた。

このため、市民の良識が現代の科学や技術に対する倫理上の確認をしたり、これに基づいて制御をしたりし難い状況になっており、科学や技術の前途にかなり不安を抱いている。

- * また、近代工業による大量生産は、人類悲願の飢餓と貧困からの脱出を、初めて先進国で実現した。

だが、このための分業生産体制は、働く者を工程上の一歯車と化し、全体像を見えにくくして、各自の仕事の意義や達成感、ひいては自己実現の希望を減らす一面をもたらした。

結果として、ものづくりに愛着と責任を持ってなくなり、生産者の顔が見えない物が氾濫し、企業倫理の欠落を示し始めた。このことは、企業倫理と個人倫理の狭間に立って悩む人々を増やしてきた。

- * 時代と共に人々の価値観や倫理観は大きく変わる。世界の人口爆発と物質文明の追求で生じた環境破壊は、地球の生態系を軽視した人類優先や、科学や技術による自然支配の思想を行き詰らせた。

倫理の根源であった人道主義や博愛主義も、世界の人口爆発を前にして、全ての人を飢餓や貧困や差別から救えない状況となっている。

- * さらに、生命科学の急速な展開により、人は遺伝子組換えや再生医学などの技術を駆使して、各人の天性の変更や不老長寿を目指し始めた。

遺伝子組換えは、先天的な人格や能力の変更に対する重大な倫理問題であると同時に、従来の教育による後天的な能力の学修と対峙する時代を迎えようとしている。

- * 再生医学による臓器の再生による不老長寿は、人間の生命観を大きく揺さぶり始めている。1~4万年前に生息したマンモスを現代に再現させようと、真剣に試みている学者のいる時代でもある。

隔世的な人間の再現にてもなれば、人間の生死観だけでなく、生命倫理の大転換を覚悟せねばならないかも知れない。当然ながら、従来の自殺の意味は根底から覆ることになるだろう。

- * 先進国の物溢れは、人々の物質に対する価値観や考え方を次第に変えつつある。多くの人が、これ以上に物は要らないと感じ始め、物の財産価値が減って、物の所有がステータスでなくなりしめた。

買い替えや使い捨てを煽る供給者側の論理に乗せられて、目先だけを物を買ってきた生活を消費者は反省し始めていると思う。経済優先や利便優先の社会は行き詰まりは始めている。

- * 一方で、旧態依然たる政治・行政・産業・学問の無責任体制は現在も残っており、建前と本音の乖離は甚だしく、人々は日常生活の指針を何処に求めるべきか混迷していると言えよう。

相互扶助と「あうんの呼吸」のもとに「助け合いの精神」で生きてきた日本文化も、国際的な過当競争の前に、風前の灯火に近くなってきた。

終身雇用や年功序列の崩壊、年金問題を含む老後保障の不安など、確かに、人々の生活を取巻く環境は不安定、かつ、不透明である。

- * 以上述べてきたことをまとめると、とう見ても、根本は、人類の倫理の再確立、そのための道徳や歴史の再確認、そして新たな考え方の社会再構築が不可欠であり、自殺の問題も、結局は、顕在化した自殺という現象を追うだけでなく、潜在的な社会的な社会の在り様から考え直すことが重要であり、不可欠であると考えられる。

- * すてに本文で繰り返し述べた如く、自殺を精神疾患や精神医学領域の課題として捉えるだけでなく、自殺に至る、ないしは、精神疾患発症に至る社会的問題として、抜本的に取り組むことが肝要である。これが、当面の対症療法から病根の根絶へとつながるものと思う。

この点、不幸にして精神疾患が発症した場合も、社会的に特殊な環境で隔離収容するのではなく、地域社会と結びつきながら、少しでも一般社会に近い形でのリハビリテーションや生産・自立を目指す必要がある。

わが国でも、最近はこのノーマリゼーションの考え方が医療福祉施設にも普及し始めてきたが、施設的には多少整備されてはきたものの、北欧を始め医療福祉先進国から見ると、基本的な患者への接し方やケアの内容の遅れは、いまだ、取り戻されていないと思う。

- * ところで、今回報告のテーマの一つである、建築や構造物による自殺防止の対策は、既に本文でも述べた如く、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手段による防止対策であり、当面、有効な唯一の対症療法的対策である。
もう一つは、多少は抜本的対策に近いが、具体的な建築計画や都市計画を通して、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、人間的な家づくりや街づくりに協力することである。ただし、これとても、この計画を支援する社会的な背景が成立していないと成功は困難である。この点、広い意味で、場所や空間の問題は、即、社会問題なのである。
- * 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かちな人々への対応、特に、文化と心の復権による「生き甲斐と楽しみ」のある社会の成立に努めることか、結局は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、何よりも皆で支えたいような地域社会の確保が必要であると考えられる。
- * 対策と言うと、とかく、行政の直接対策に依存しがちであるか、これからの対策は、「してあげる、してもらおう」的な対策ではないような気がする。
市民自体が動かねはならないのたか、残念なから、言うのは易いが、優れた具体的な妙案と実現方法が提案できないうる。

[2] 新たな時代の生死観と自殺観

- * 戦後の個人の自由と人権の保障、および経済的・物質的な充足は、戦前の様々な自殺原因を無くす方向に大きく貢献した。特に、個人の自由と人権の保障は、過去の社会的・思想的な制限や、個人の行動や活動圏域の固定を解体した。
- * 過去の自殺は、前述した如く、飢餓や極貧からの脱却死、社会的タブーへの反抗死や脱出死、ユートピアへの願望死、人権無視からの脱出死、病苦の解消死、正義や聖戦への自己犠牲死などが中心であった。
近過去と現在の自殺原因は、肉体的健康の問題、精神疾患の問題、社会 経済・労働の問題、家庭の問題などが中心になっている。
さらに、現代や近未来の自殺には、「無目的死」、「アパシー死」や「自閉死」、さらに「自尊・安楽死」、「充足・満足死」や「生命不滅死」などの新たな自殺が加わりはしめてきた。
- * とは言え、自殺の原因は様々であり、死の様態も様々である。本報告の最後に、ここ数年の間に身近で見られる自殺の様態を思いつくままに列挙してみることにする。
どうやら、この中の幾つかに、次の未来社会を暗示する重要な鍵があると思うからである。つまり、何らかの見落としはならない社会的な課題や背景があって、それが、たまたま自殺という形をとって現れているだけに思えるからである。
- * 「無目的死」の流行
現代の若者に見られるもので、現在の飽食・物溢れ時代の産物に見える。一昔前までは、現実の過酷さに耐えかねて、来世に夢を求める「青い鳥熱望死」があった。だが、現在の若者の中には、無風状態に浸っていて、ユートピアも青い鳥も思い浮かばない世

代が生まれてきた。

耐え難い現世の人情や「しがらみ」にへったり縛られた「へたべた死」から、個人と社会、個人と個人の間柄が希薄になった結果の「さらさら死」への変化でもあろう。

先年来のインターネット自殺掲示板による自殺同道者の募集などは、自殺同道以外の一切の目的は不問、死の目的を必ずしも共有しない自殺行為のための集合、一人では死ねないひ弱な者の集合、そして、新たな情報取得手段としてのインターネットの恐ろしさなど、様々な新要素をもっているように見える。

さらに、自動車内での練炭不完全燃焼による中毒という、自殺手法の均一性や模倣伝搬性も気になる。これは、衝撃的な飛び降り自殺や飛び込み自殺が、報道を介して連鎖反動的に伝播するのに似ている。

* 「アパシー死」の出現

人生に対する無感動・無関心・無気力からくる自殺である。「面倒くさい死」、「どうてもいい死」、「飽きちゃった死」、「いやになった死」と言ったように、内容の多少の差異で表現は様々になる。

自己の未成熟、感動の機会の未体験、人生目標の未発見など、言い換えれば「なんて生きねばならない的な死」でもある。

これは、「なぜ、学校に行かねばならないの」、「なぜ、就職しなければならないの」、「なぜ、結婚して子を育てねばならないの」といった、一連の感情や思考と類似している。従って、従来型の失敗の連続による悲観や生き甲斐の挫折などからくる、諦めの気持による自殺ではない。

従来型生活苦難の体験が欠落した新たな世代の出現である。希望すれば高校・大学に全入できる時代である。就職しなくても食へては行ける時代である。人生を真剣に考えなくても生きていけると錯覚しやすい時代でもある。この場合、粘りの未修得や、生活や生命の意識の希薄さが背景にあると思われる。上述の「無目的死」に通じる一面も感しられる。

* 「ふらっと死」の恒常化

この事例は、咄嗟の衝動的な自殺で、精神疾患が直接動機の場合もかなり多い。このため、例えば症例の多い鬱病の場合も、多少快方に向かった時に起こりやすいなど、症状による医学的な注意も払われてはいる。

しかし、精神疾患はむしろ衝動的行動の原因であり、問題は、前述した通り、精神疾患に至る以前の社会的な背景にあり、その解決が重要と考えられる。

なお、精神疾患が引き金でない場合は、社会および本人の精神的・倫理的なバックボーンの不足や不在の結果もありそうに見える。

* 「完全主義死」の増加

一種の「きまじめ過ぎ死」である。社会の価値観の多様化に対応できない人でもあり、清濁併せ呑むこともでき難い。この点、黒を白と言い張る政治家とは対照的な存在であろう。

この融通性の欠落は、実社会の体験不足もあろうが、知能と知識万能教育の被害者にも見える。正解は一つに代表される正否明別思想の教育の下では、現実を理解する応用力が不足して、頭脳と現実の乖離に対して適合できない犠牲者がでて不思議ではないようにも見える。良い意味での、骨太な「ずぼら教育」が必要な社会なのかも知れない。

過度の潔癖症は、失敗過大視症から失敗恐怖死につながることもあり、精神疾患につながる例も出てくる。

* 「疲れ果てた死」の早期化、

過当競争社会の犠牲者や、時代変化の急加速による犠牲者の場合が多く、次に述べる、社会的他殺の範疇に入る事例もかなり多い。特に、高齢者などには急速かつ大きく変わりつつある時代の価値観に、上手く追従できない事例も出てくる。

ところで最近では、「疲れ果てた」まて行かずに、「疲れた」段階で死を選ぶ者も現れ始

めた。疲れ易い若者や壮年の出現でもあろうか。最後まで努力や闘争を持続せず、途中下車する人が増えているように感じられる。

* 「いやいや死」の増加

本人は死にたくないのに、社会的・家庭的ないし諸般の状況から死を選ばざるをえなくなった自殺である。一応、外見上は自分で自分の命を絶つ自殺であるが、内容は社会的他殺に近い事例が多い。

この点、事態悪化の根本原因についてみると、大半が社会の責任である「社会的他殺」と思われる自殺と、半分は自己責任と思われる「半社会・半自己的他殺」がある。

この場合、本人の責任よりも、周辺の社会状況による責任の方が大きい時の自殺、つまり「社会的他殺」が重大な問題となる。

例えば、最近の経済不況による倒産・離職・借金などが自殺原因の場合、これらの原因の大半を本人が招いた責任でない場合は、おおむね、社会的他殺の部類に入ると思われる。

また、仮に精神障害が直接の自殺原因であっても、ここに至る原因か、精神的孤独な独居にあり、独居の原因が離婚にあり、離婚の原因が家庭を省みない夫にあり、その夫の家庭無視の原因が単身赴任や超過勤務を強いられた企業事情や社会情勢にあったとすれば、これは、半社会・半自己的他殺、ないしは、社会的他殺に近いと考えても不都合ではないと思う。

何もかも社会の責任とするのは不当だが、根本原因が社会の現状にあると思われる社会的他殺は絶対に防止せねばならない課題である。

* 「追い込まれ死」の急増

この自殺には、昨今の不況で急増した経営難・倒産・リストラ首切り、未返済借金の増加、サラ金の強引な督促などが原因の自殺が最も多い。

この種の自殺には、根本原因が放漫経営や個人的浪費など自己責任による事例もあるが、大半は経済不況下の過当競争や金融引締めなどに起因した事例が多く、この場合などは上述した社会的他殺の部類に入るであろう。つまり、社会による自ら望まない「八方塞がれ死」の状態て起る自殺である。これには、世相の反映か非常に大きい。

これとは別に、入試・入社・離婚・転勤・開店・興行の直前などに起る「極度不安死」がある。外的条件で定められた時までに、精神的・物理的な準備が間に合わない時に起きやすい。一種の追い詰められたパニック状態に近く、行動様態は衝動的自殺に近いものがある。

* 「自閉死」の増加

自ら作った壁に自ら閉じこもり、活路を見出せなくなる自殺である。最近の若者に多く、一度引きこもり状態に入ると長期化する者も出てきて、「引きこもり死」に結びつく者もててくる。

前述の「追い込まれ死」は、社会的な外圧や外部強制による「八方塞がれ」の状況から発生するか、この場合は、壁を自分で作っての閉じこもりで、一種の自衛手段でもあり、外部から壁で囲まれたのとは質が異なる。

背景となる原因は様々であるが、過保護や過剰・過期待などの家庭環境や、知識偏重や画一・役個性・成績主義の教育現場、そして、フランクな仲間とのコミュニケーションの不足などか基にあり、これらの上で起ることが多いと考える。その意味では、半社会・半自己的他殺の面かあるとも思える。

長い間の精神的プレッシャーがたまって、些細な動機で自らの壁内にこもったり、逆に、何かの「きっかけ」で吹っ切れて、自分で自分の壁を脱出することも多い。この「きっかけ」には、友達や家族などの場合が多く、人に始まり人に終わることか多いように見える。

この点、少子社会での無兄弟・無姉妹の発生、地域社会の崩壊による地域の遊び仲間の消滅や「がき大将」の欠落、コミュニケーションのバーチャル化など、個人の人間性

と自立を促す社会的環境が欠けている課題は大きいと考えられる。

* 「がっかり死」の継続

予期しない、ないしは、今までに経験したことのない、突然の失敗や挫折や異変による衝撃から来る自殺である。倒産・離婚・受験失敗・失恋などが引き金になることがある。

原因が社会的な事情による場合は、社会的他殺の場合もあるが、一方、ぬるま湯浸漬者、激変の無経験者にも多く、恵まれ過ぎた環境に育った純粋培養者にも起りやすいという点では、自己責任と社会的責任が混在していると思われる事例もある。

この他、現実を適確に把握できず、失敗過大視による場合もある。その場合は、後述する「思い違い死」に近い。

* 「青菜に塩死」の持続

次第次第に落胆していく自殺で「慢性気落ち死」である。長期の困難や苦痛に、次第に忍耐力の減退が効いて来る自殺である。経過時間が長く、最後の自殺動機は、些細なことが引き金にもなりやすい。

社会的な軋轢や難病や長期間の経済的な困難などによる肉体的・精神的苦痛の積み重さなりによる事例が多く、社会的他殺の部類に入る事例と、半社会・半自己的他殺と思われる事例とが見られる。

精神疾患に罹患した者も、長年の間、社会的に隔離ないし放置されると、肉体的にも精神的にも慢性疲弊の無気力な気落ち状態になる。精神病院に長期入院していると起りやすい「施設病」の家庭版でもある。

現実には鬱病が直接の自殺要因になることは多いが、鬱状態や軽い鬱病は、むしろ万人に起ることであり、一種の「はしか」と考えてよいようにも思う。薬物の効用もあって、誰もが社会復帰でき易い時代にはなったが、社会的対応を含めて、対処を誤ると重大な結果にもなるからである。

* 「面当て死」の若年化

被害者反撃性の強い自殺で「逆切れ死」でもある。しばしば子供にも起こり、学校のいじめへの抗議自殺などは典型的である。家庭内では親への「当てつけ死」がある。

発散できる場の少ない社会環境、教育現場での目に見え難い陰湿さ、親の子への過度の期待、競争を煽る教育環境、固定概念墨守の社会、人情的コミュニケーションの崩壊社会などが垣間見えてくる。ここでも、半社会 半自己的他殺と思われる事例がかなりあると思う。

* 「思い違い死」の持続

普遍的思考の欠落、極端な自己罪悪視、未来の過度悲観視などが嵩した死や、ストーリー的片想いや被害妄想による死もある。後者には、正当の理由が客観的に存在しない「逆恨み死」もある。

社会的な経験が不足しているため、抜け道がないと錯覚して「生きてはいけない死」に至ることもある。

* 「自己犠牲死」の突出

宗教や理念による求道的な自殺には、自己犠牲的自殺や救世的自殺、さらに、警世的自殺などがある。

国家理念や宗教理念による自己犠牲死には、戦前の特攻精神の死や現在の中東聖戦の死などがある。

「自己犠牲死」が、特殊な国家的ないし宗教的な教育によるマインド・コントロールが原因の場合は、全てが自己責任とはいえない難い面が強く、特に、国家指導による場合などは社会的他殺の面も強い。

社会が腐敗し、混迷し、かつ、未来が不透明な時には、警世的な自殺が発生しやすい。歴史は繰り返されるが、わが国の乱雑で不透明な現状も、その可能性が生まれる素地があることを懸念する。