

[Article]

Toward suicide prevention based on the action-oriented study of suicide

Hideki Kishida*, Manabu Ashikaga*, Yasuko Kinoshita*, Tomoko Ezoe** and Hideharu Iida*

* Aino University

** Aino Gakuin College

Abstract

Suicide is a highly complex phenomenon. We need diverse strategies to prevent any type of suicide. In this paper, first, we explain difficulty in suicide prevention in the light of the various dilemmas. Second, we question the definition of suicide based on one's will or motivation and propose a definition based on the study of one's actions and their traces. Third, we point out that in Japan each cause of death is currently classified according to the action-oriented definition (as well as the sociological one by Durkheim). Fourth, depending upon Durkheim's social types of suicide (suicide *égoïste*, suicide *altruïste*, suicide *anémique*, suicide *fataliste*), we explore chances for intervention for individuals who could commit suicide. Finally, in order to contribute to community health promotion we propose adapting the psychiatric theory based on the model of preventive medicine as well as social policy based on the sociological model to suicide prevention. In addition to our ongoing research on depression, this perspective will also be informative in identification of the salutogenic resources (factors that support human health and well-being) that are latent in the community.

Key words : sanctity of life, self-determination right, suicide, social types of suicide, health promotion

行為論的研究に基づく自殺予防へ向けて

岸田 秀樹*, 足利 学*, 木下 泰子*
江副 智子**, 飯田 英晴*

【要 旨】 自殺現象は複雑であり、自殺のタイプに対応した多様な自殺予防戦略が必要である。そこで本稿でわれわれは、まず自殺をめぐるジレンマに起因する自殺予防の困難性を確認する。第2に、自殺者の意志や動機に基づく定義の問題を示しつつ、行為とその痕跡に基づく定義の必要性をうたえる。第3に、我が国の自殺認定が行為論的定義に基づいて、個々の死因を分類していることを示す。第4に、行為論的定義に基づいた、デュルケームによる自殺の社会的タイプ、自己本位的自殺、集団本位的自殺、アノミー的自殺、宿命論的自殺に基づいて、自殺予防のための個人への介入の可能性を探求する。最後に、地域住民自身によるヘルスプロモーションに貢献するため、予防医学モデルに基づく精神医学による自殺予防と社会政策的な社会学的自殺予防を概観しつつ、われわれのうつ病についての啓発活動と地域社会に潜在する対自殺抵抗資源の発見を目指した地域研究に言及する。

キーワード： 生命の尊厳、自己決定権、自殺、自殺類型、ヘルスプロモーション

はじめに

わが国の自殺死亡数は、1998（平成10）年に一挙に8000人も増加して3万人を超えて以来、高止まりのまま推移している。世論の憂慮もようやく深まり、2006（平成18）年には自殺対策基本法が成立した。今や、自殺予防のための戦略的行動が求められている。

しかし現状のままでは、自殺予防のための行動は至る所で衝突し、消耗してしまいかねない。世論は一方で自殺予防のための戦略的行動を求めながら、他方で自殺を個人の自己決定権に委ねているようでもあるからである。いったい、自殺は社会の総意によって抑止すべき行為なのか、個人の自由意志に任せるべき行為

なのか。自殺をめぐるこのジレンマは、法律のみならず世論に深く根をはり、社会生活に複雑に絡んでいる。

このジレンマから自殺が相当に複雑な現象であることが予想されるが、実際にそうした指摘がされている。自殺予防の戦略も自殺のタイプに応じて多様でなければならない。

われわれは自殺予防の立場から、どのような自殺にどのような対策が可能であるのか、検討する必要がある。ところが、そうした類型論の基礎となるべき自殺の定義すら、論者によって、自殺者の意志や動機からそれが表出した行為まで、多様であるのが現状である。

われわれは以下で、まず自殺をめぐるジレンマに起因する自殺予防の困難さを明確にしなければならない。

* 藍野大学

** 藍野学院短期大学

第2に、自殺者の意志や動機に基づく定義の問題点を検討し、行為とその痕跡に基づく行為論的定義の必要性を提示する。第3に、我が国では自殺が行為論的定義に基づいて自然死、他殺、事故死から識別されていることを確認し、我が国の自殺統計の科学的側面を明らかにする。第4に、デュルケムによる自殺の社会的タイプに基づいて、自殺予防のための個人への介入の可能性をさぐる。最後に、ヘルスプロモーションに基づく、われわれの自殺予防の活動と展望に言及する。

I 自殺をめぐるジレンマ

自殺は一般に「自分で自分の命を絶つこと」（大辞泉）と考えられており、死亡者自身が原因であるため、かれから死因を分離できない死亡である。他方、事故死や他殺は外力による死亡であり、病死や自然死もまた人体の限界を超えた力を想定できる死亡と言え、ここでは死亡者自身から死因を分離して考えることができる。さらに他殺では加害者と死亡者は別人であり、死亡者は純粋に被害者である。そして加害者は処罰され、被害者とその遺族関係者は慰められる。自殺者は被害者であり、加害者でもある。とすれば、われわれは自殺者を処罰すべきであろうか、慰めるべきであろうか。

現行刑法上、自殺は犯罪ではない。しかし自殺関与罪（刑法第202条）を説明する学説¹⁾には、自殺についてa) 違法行為説、b) 適法行為説が見られる。

a) 違法行為説は、生命の尊厳（Sanctity of Life: SOL）に基づいて、何人も可能な限り生命を充足させるべき義務を負うため、自殺は違法行為であるが、当事者を処罰できないため犯罪としない、と説明する。

b) 適法行為説は、個人の尊厳に基づいて、自己の生命の処分は本人固有の権限とする自己決定権により自殺の権利を認め、自殺は本来的に違法行為ではない、と説明する。

いずれに立脚しても自殺に関与した者は、a) では違法行為の共犯者として、b) では自己決定権を犯したとして、処罰されることに変わりない。

当初、国民社会の法律は違法行為説に立脚していたようである。フランスでは²⁾大革命まで、自殺は神に対する反逆として、自殺者の死体は市中引き廻しのうえ、廃物として捨てられ、財産は没収された。イギリスでも、自殺者はフランス以上に過酷な扱いを受け、自殺者への罰則が撤廃されたのは漸く1961年³⁾のこ

とである。我が国でも、仏教徒による捨身往生の禁止、近松門左衛門の心中物で知られた相対死の禁止がよく知られている。

適法行為説を基礎付ける自己決定権は、最近いよいよ自覚されてきた権利である。しかし、それに基づくと自殺を促進する行為が違法であるように、自殺を防止する行為もまた違法であることになる。世論がそこまで寛容であるなら、自殺対策基本法は成立しなかったに違いない。したがって、自己決定権に基づく「生命放棄という自己決定」が生命の尊厳と対立して生じる嫌悪感が世論から消えたわけではない。世論は、自己決定権を尊重して自殺を放任するか、自殺防止のために自己決定権を制限するか、決めかねていることになる。

この未決定状態は、終末期医療における尊厳死をめぐる議論にも重なる。終末期患者の尊厳死を自発的消極的安楽死に限って認めるにせよ、そこに含意されるだろう患者自身による「生命放棄という自己決定」に対してどのような態度をとるべきか、医療現場では結局は問わざるを得ない。まして医療倫理は、生活の質（QOL）に係わる自己決定権もさることながら、基本的に生命の尊厳に立脚している。したがって、たとえ同意殺人（刑法第202条）に関する法律が改正されようと、現場の医療人の倫理的葛藤が容易に解かれるわけではない。それは、尊厳死を選択した本人の家族関係者にとっても同様であるはずである。自殺をめぐるジレンマは、医療をはじめとする国民の生命を守ることを任務とする社会的諸機関から社会生活の様々な局面へと広がり、複雑に絡んでいる。

II 意志と動機に基づく自殺の定義

自殺の定義は自殺研究の対象規定に直接かわり、その要件は自殺者の意志や動機からそれが表出した行為まで論者によって多様であるが、類型論の基礎として検証が必要な論点である。以下、加藤による自殺の観念論的定義⁴⁾の問題点を検討し、自殺の行為論的定義の必要性を提示する。

II-1 加藤による自殺の定義

加藤は⁴⁾、「自殺とは成全された人格をもつ人間が、自らの意志に基づいて死を求め、自己の生命を絶つ目的をもった行動をとること」と定義し、① 幼児の自殺、② 精神病者の自殺を除外し、③ 制度的自殺に偽自殺（他殺）と真自殺との間の移行型を設定した。

制度的自殺は、規範の内面化の程度で測られる自殺者「自らの意志」の程度によって、社会的強制のみで生じる「偽自殺」と社会的強制が自らの規範となって生じる「真自殺」との間で、いずれに近いと判断できるに過ぎない、というのである。

加藤の定義要件は、自殺者本人の意志と死を目的とする動機にある。自殺は本人による死亡であるから、自殺者の意志や動機が重要な役割をはたしていることは確かである。

II-2 臨床精神科医による批判

加藤が ① 幼児と② 精神病者を除外したことに対して、自殺予防に係わる臨床精神科医から批判が出ている。幼児の自殺についてフェーファー、S. は⁵⁾、小児の多くが「死というもの」をよく理解していないことを認め、それ故にむしろ絶望が短絡的に自殺行為に結び付き易いという危険性に留意すべきであることを指摘している。精神病者の自殺については高橋⁶⁾をはじめ多数の臨床精神科医が、統合失調症患者の希死念慮に幻聴が介在し、かれの「自らの意志」の純粋性が失われることを認め、それでも患者の希死念慮に留意し、かれの行為に死を予測したなら自殺予防に努めるべきであることを指摘している。

これらの見解で興味深いのは、自殺予防に係わる臨床精神科医が加藤の定義を狭すぎると批判しながら、死に至ると予測される患者の「行為」に観察を向けていることである。「行為」への着目は、自殺学者シュナイドマン、E.S. や後に検討する社会学者デュルケム、E. にも共通に見られる特徴である。シュナイドマンは⁷⁾、自殺を「自殺とは自らがもたらした生命を止める意識的行為である」とし、『企図』とか『威嚇』といった単語を使わず、すべての自殺行為を記述するように試みることを提案している。

II-3 制度的自殺の問題

制度的自殺に係わる加藤の主張は⁴⁾「制度的自殺は社会的強制による他殺である」と言うことにある。しかし自殺を他殺と（あるいはその反対に）強弁することは、それらの判別が困難な事例が存在することを示すためであるとしても、自殺（あるいは他殺）の定義のためには何の利益もない。さらに、そこには自殺者の内面のみならず社会的要因が係わっており、社会学の観点からも疑問を禁じえない。

自殺は、社会的強制のみで生じるであろうか。死を迫られれば、少なくとも生への執着が抵抗を生み、そ

れが本人に内面的葛藤を生じさせる。たぶんそれが一般的であり、そこには生きる選択肢も残されている。本人が自殺行為に着手しないのに、他者が手を下して本人が死に至れば、それは制度的「自殺」ではなく、他殺である。しかし、本人が自殺行為を執行して死に至れば、他者が関与しようとしまいと、かれには相応の社会規範が内面化されていたと考えなければならない。それは、加藤のいう真自殺の範疇に入るであろう。こうして制度的自殺に真自殺だけが残るとすれば、制度的自殺は他殺であるという加藤の主張は自殺の大きな一群を見誤っていることになる。

加藤は日本の詰腹やインドの殉死などを例示し、社会規範の逃れがたい威嚇の側面を強調しているが、社会規範に反する行為が生じたとき発動される制裁（sanction）とは、本来、集団的かつ威嚇的なものである。その厳格さには程度の差こそあれ、どんな時代、どんな社会においても、社会規範が存立するところには必ず制裁がともなわれる。

それよりも、社会規範の存在意義は社会構成員の不可欠な生存条件である社会生活を確保することであり、その社会的目的に適う限り、構成員たちは自然に社会化され、社会規範を何ほどか内面化している。社会規範は社会生活のために構成員に献身的行為を求め、構成員たる個人はその社会的要求を内面化して自己の要求としている。われわれが失業したとき陥りやすい悔しく、寂しい自己嫌悪は、周囲の人々が非難するからというだけではなく、われわれ自身が社会生活に役立つ何か、だれかの役に立ちたいと望んでいるのでなければ説明がつかない。

献身的行為は社会生活に不可欠なのであるが、問題はその行為には自己犠牲がともなわれ、自己犠牲を突き詰めれば死に至ることである。衆生救済のために入定した仏教の殉教者、子どものために一身を投げ打った親、危機に瀕した祖国を救うために生命と引換えに出撃した兵士、警察官や消防士等の殉職者、さらにはいわゆる過労死（karoushi）といった、自発的行為が死の避けがたい犠牲にまで及んだこれらの死亡には一般に自殺という名称は使用されず、シュナイドマンのように⁷⁾病氣と見ることすら反発を招きかねないが、それらは「自分で自分の命を絶つ」という意味では自殺と無関係ではないと考えざるを得ない。

II-4 行為に基づく定義の必要性

加藤が提示した定義要件、本人の意志と動機は自殺の定義にはほとんど役立たない、と結論できる。本人

の意志は終局的行為によってしか知ることはできず、動機に至っては、死を目的としているのではなく、自己を超えた大義に生きるために不可避となった死を甘受する場合もあるからである。さらに自殺既遂者の動機については、遺書等の資料に基づいて可能な限り推論したとしても、結局、かれの最期の真意は永遠に「藪の中」である。

自殺の定義には、科学的検証に耐えうる観察可能な客観的な事実、すなわち行為とその痕跡についての観察に基づかなければならない。

Ⅲ 我が国の自殺認定と自殺統計の信頼性

我が国における自殺認定は、死亡者の行為とその痕跡の観察に基づいて、自然死でも、事故死でも、他殺

死でもない死亡として証明されている。この自殺認定の組織とプロセスは我が国の自殺統計の信頼性を考察するために、不可欠の論点である。以下、我が国における自殺認定が行為論的定義を採用していることを関係法規・ガイドラインにより確認し、我が国の自殺統計の科学的側面を明らかにする。

Ⅲ-1 内因死と異状死、外因死

我が国で自殺認定の義務を負っているのは、医師である。医師は、人の死亡を診察・検案に基づいて認定し（医師法第20条）、さらに自殺を含む「死因の種類」〔図1（15）〕を判定し、それを記載して死亡診断書（死体検案書）（図1）を作成し、交付しなければならない（同19条）。死亡診断書（死体検案書）は、人の死亡とその種類を医学的・法律的に証明する決定

死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書（死体検案書）は、我が国の自殺統計作成の資料としても用いられます。かき違えて、できるだけ詳しく書いてください。

氏名	△山▽夫	①男 ②女	生年月日 明治 昭和 平成 大正 平成	〇年〇月〇日	午前・午後 時 分 (年または月を訂正し記入してください。) (時または分を訂正し記入してください。)
死亡したとき	平成〇年5月18日 午前 午後 6時頃 (確定)				
(12) 死亡したところ	死亡したところの種別 1病院 2診療所 3老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他				
(13) 及びその種別	死亡したところ 〇〇県△△市〇〇5丁目 番地 号				
(14) 死亡の原因	Ⅰ 直接死因	窒息	発病(発症)	短時間	
	付随的原因	縊頸	又は受傷から死亡までの期間	同上	
	Ⅱ 原因の原因		◆ Ⅱ, Ⅲ, Ⅳの欄で記述してください。ただし、Ⅰ日本精神科医学会の「自殺の定義」を参照してください。		
	Ⅲ 原因の原因		◆ Ⅱ, Ⅲ, Ⅳの欄で記述してください。ただし、Ⅰ日本精神科医学会の「自殺の定義」を参照してください。		
	Ⅳ 原因の原因	躁鬱病		不詳	
(15) 死因の種類	1病死及び自然死				
	外因死	不慮の外因死 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火焔による傷害 6窒息 7中毒 8その他 9他及び不詳の外因死 10他殺 11その他及び不詳の外因死 12不詳の死			
(16) 追加事項	被害が発生したとき	平成 昭和 〇年5月18日 午前 午後 6時頃 (確定) 傷害が発生したところ 〇〇 都道府県 △△ 市 区 町村			
	手続及び状況	物干しに紐を掛け、これを頸部に懸せ、縊首したらしい。			
(17) 追加事項	出生時体重	単胎・多胎の別	妊娠週数		
	生後1年未満で死亡した場合の追加事項	グラム	1単胎 2多胎(子中第 子)	満 週	
(18) 追加事項	1無 2有	母の生年月日	前回までの妊娠の結果		
		昭和 平成 年 月 日	出生児 人 死産後 人 胎 (妊娠週22週以後に限る)		
(19) 医師	上記のとおり診断(検案)する 診断(検案)年月日 平成〇年5月19日				
	本診断書(検案書)発行年月日 平成〇年5月19日 〇〇県△△市〇〇3丁目 番地 号 △△ 医院 〇△ 〇△ (印)				

記入の注意

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「老人ホーム」は、養老老人ホーム、特別養護老人ホーム、経理老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

発病(発症)等は、日本語で書いてください。

1欄では、各発病について発病の型(例:急性)・病因(例:器質性)・部位(例:胃腸門部)・性状(例:病理組織型)等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠経過」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠経過後産後1日」と書いてください。

産後42日未満の死亡の場合は「妊娠経過後産後1日」と書いてください。

1欄及び2欄に記述した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を記入してください。術式や伝票等による情報についてもカッコを付して書いてください。

2交通事故は、事故発生からの期間にかかわらず、その事由による死亡に該当します。

5煙、火災及び火焔による傷害は、火災による一般化災被害中、避難等も含まれます。

1「住所」とは、住宅、娯楽等を含み、老人ホーム等の住居施設は含まれません。

傷害がどのような状況で起こったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定していただくことができます。

母子健康手帳等を参考に書いてください。

図1 死亡診断書（死体検案書）

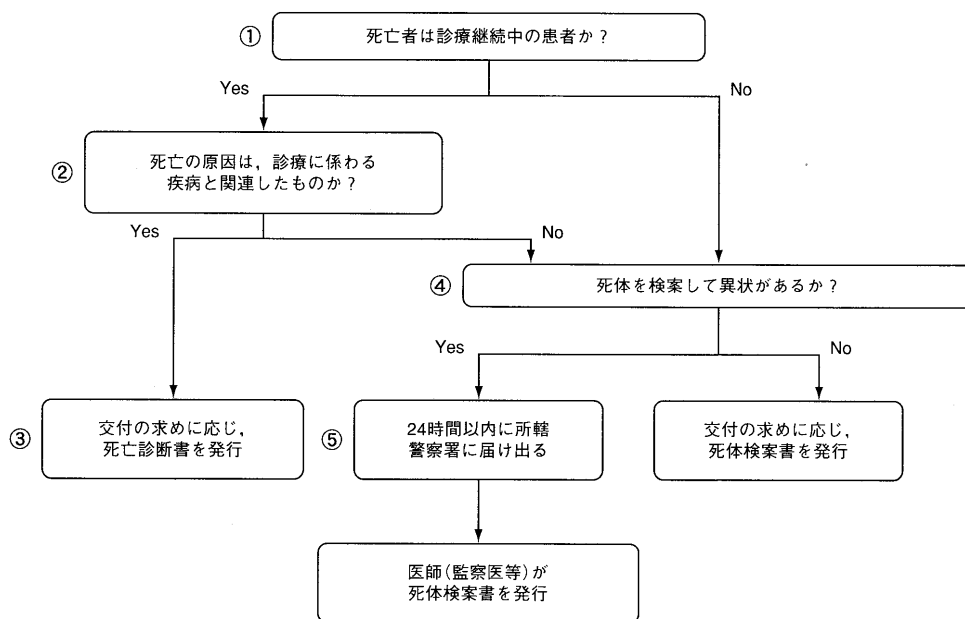


図2 医師の判断と行動⁸⁾

的文書であり、それがなければ死亡者の死亡届や埋葬、戸籍の抹消、生命保険等の手続きが始まらない。

死亡診断書（死体検案書）を作成するために、医師が求められる判断と行為のフローチャートは概ね、図2の通りである⁸⁾。

図2①→②→③で示される、診療継続中の患者が診断に係わる疾病で死亡した場合には、死因の種類は「病死及び自然死」（内因死）となり、死亡診断書が作成される。

図2④は、上記に該当しない死亡はすべて異状死とする「異状死」ガイドライン（日本法医学会 [1994]、以下、ガイドライン）の見解に基づけば、ありえない判断である。しかしそれは、異状死のなかにも内因死が含まれる可能性が否定できず、監察医制度非施行地域では監察医以外の医師による検案があること、諸他の医学会にはガイドラインの異状死の定義は広すぎるという批判があること、による。

自殺は診療の切断や回避をとまなうため、医師の管理外に存在する死体として異状死が疑われることになるので、ガイドラインが適用されることになるであろう。ガイドラインの概要は、表1の通りである。

表1で、自殺を含む【1】外因死は身体の外部に原因がある死亡であり、その疑いは死亡以前の【2】傷害から【5】死亡状況へと広がっている。したがって外因死の場合、死因検索は、1）死体から、2）死亡者の死亡直前までの行為、3）環境的要素に含意される事実へと拡大する。2）、3）は医師の管理外であ

表1 「異状死」ガイドライン（概要）

<p>【1】外因による死亡</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 不慮の事故：交通事故等の例示 (2) 自殺：死亡者自身の意志と行為にもとづく死亡。 (3) 他殺：加害者に殺意があったか否かにかかわらず、他人によって加えられた傷害に起因する死亡すべてを含む。 (4) 不慮の事故、自殺、他殺のいずれであるか死亡に至った原因が不詳の外因死 <p>【2】外因による傷害の続発症、あるいは後遺障害による死亡</p> <p>【3】上記【1】または【2】の疑いがあるもの</p> <p>【4】診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの</p> <p>【5】死因が明らかでない死亡</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 死体として発見された場合。 (2) 一見健康に生活していたひとの予期しない急死。 (3) 初診患者が受診後ごく短時間で死因となる傷病が診断できないまま死亡した場合。 (4) 医療機関への受診歴があっても、その疾病により死亡したとは診断できない場合 (5) その他、死因が不明な場合。病死か外因死か不明の場合。
--

出典：日本法医学会雑誌1994 第48巻、第5号、pp.357-358から引用・抜粋

るため、死因とその種類の認定のためには、警察および発見者等遺族関係者（以下、関係者）との協力が必要になる。

Ⅲ-2 異状死体の死因検索

死体に異状を認めたととき、医師は24時間以内に所轄警察署に届出なければならない（図2⑤：医師法第21条）。他方、所轄署に変死（異状死の警察用語）の疑ある死体が発見された旨、医師や関係者から通報が

あると、警察官は死体とその所在場所の状況（以下、死体現場）を保存し（関係者を遮断し）〔検視規則第4条〕、検察官あるいは司法警察員（以下、検視立会官）が検視を行う（同5条）。

死体現場における検視立会官の検視目的は、当該死亡が「犯罪行為に起因するか否か」（検視規則第6条の6）の識別である。死因となった傷害が、他者の行為によるのか否か、その行為は故意によるのか、過失によるのか、死体および死体現場に見出される物的証拠および関係者の証言が収集され、殺人と過失致死（他殺）の可能性が探求される。

死体現場で、医師は死体の検案を行う。ここで医師とは、監察医制度施行地域（東京都23区、横浜、名古屋、大阪、神戸）では監察医であり、その他では警察医等である（以下、監察医等）。監察医等は、所轄署の検案要請に基づき（検視規則第5条）、死亡者の自宅、死亡の場所、死亡を確認した病院や警察等の死体現場に出勤し、そこで死体を外表からくまなく観察し、死体現象から死後経過時間、死因を推定し、死亡状況を推理する。

こうして死体現場で、検視立会官は法律的観点から、監察医等は医学的観点から、死亡者の死因を検索し、死亡状況を推定する。その結果、両者の見解から他殺の可能性が浮上した死体は、事件性ありとして司法解剖に回され、警察の犯罪捜査が始まる。それ以外の死体については監察医等が、死体現場で死因検索が困難であれば場所を移し、行政解剖、病理組織学的・化学的検査と段階を踏みながら死因を検索し、それでも死因が判明しなければ「不詳の死」として死体検案書を作成する。

自殺が疑われる死体が司法解剖されないのは、刑法上、自殺は犯罪ではないからである。しかし自殺を唆す、あるいは手助けする行為は犯罪である（刑法第202条）。検視立会官は自殺について、1）原因及び方法、2）教唆者、幫助者等の有無、3）遺書があるときはその真偽、を綿密に調査することになっている（検視規則第6条の8）。

監察医等にとって、異状死にも内因死が含まれる可能性があり、また他殺が疑われない死体から他殺死体を発見することもあり、結局、死亡の種類すべての可能性がある。大阪府監察医事務所の年報を通覧すると他殺は稀であるが記録があり、平成16年版年報では⁹⁾病死（内因死）は総検案数3762件中2674件（71%）を占めていた。

外因死に絞られた死亡のうち自殺は、他殺でも、不

慮の死因でもない死亡である。ガイドラインの自殺の定義（表1）にある「死亡者自身の意志」には、「不慮」と対比される側面があり、その意味では自殺は「死亡者自身が自らの行為の結果、死に至ることを知っていた死亡」と言うことができる。しかしそれでは、死亡者自身が死に至ると知っていたことを、どのようにして証明することができるのか、という問題がのこる。

それは、自殺者自身が予測した意識内容を知ることによってではなく、かれが死を予測していたか、していなかったか、判別することによって証明される。マートン、R. K. が注目したように¹⁰⁾、人間の行為はそのときの物的状況のみならず主観的な予測にも従うため、死を予測していた場合と予測していない場合ではその後の行為が変わってくる。死を予測していた場合の行為仮説と予測していない場合の行為仮説のうち、いずれが死体と死体現場の状況に矛盾なく適合するか、二つの仮説と一つの死体現場との間で仔細な観察と比較検討が繰り返され、結論が導かれることになる。法医学的知識は、そうした事例検討の蓄積に基づく経験則として、仮説的役割を果たしている。たとえば死体に逡巡創を発見したとき、監察医が自殺を疑う根拠となる。それは、逡巡創が自傷行為に脅かされた生命の身体的・心理的な防衛反応の痕跡であり、致命傷を負うまでの自殺者の心の迷いを表している蓋然性が高いからである。

Ⅲ-3 自殺認定における自殺の行為論的定義

以上から我が国の自殺認定には、個々の死亡者の死因を、全死因から異状死、さらに外因死、外因死中でも他殺、不慮の死因と区別しながら、絞り込むプロセスがあることが理解される。このプロセスは、死体や死体現場に遺された物的痕跡に基づいて、死亡者の行為をめぐって展開した諸事実を明らかにすることを目的に、推進されている。

以上に見出される自殺の定義は、「死が死亡者自身の行為の結果であり、かれ自身がその結果を予測していた死である」と言える。この定義は行為およびその痕跡の観察に基づいていることから、行為論的定義と呼ぶことができる。

Ⅲ-4 我が国の自殺統計の信頼性

死亡認定制度は国によって異なるが、アメリカでは⁷⁾死亡認定を行う主体が州によって異なり、自然死が事故死・自殺・他殺の残余範疇とされているようで

ある。とすれば、関係者の圧力に晒された検死官 (coroner) の心証によって、死亡分類が左右される事態もありえる。そのため、社会学者ダグラス, J. D. らは¹¹⁻¹³⁾、自殺統計は検死官の心証の集計にすぎない、ということを描き、強調している。ダグラス自身は自殺統計を見限り、自殺者の遺書を対象とする研究に向かった。

しかし、ダグラスの見方は我が国には当てはまらない。

我が国の自殺統計には、二系統ある。1) 医師から役所、保健所を経て厚生労働省で集計される「人口動態統計」、2) 警察官から警視庁・各道府県警察を経て警察庁で集計される「自殺の概要資料」である。両統計には、① 統計対象が人口動態統計は日本在住の日本人、概要資料が外国人を含む総人口であること、② 計上方法が人口動態統計は住所地・死亡時点で、概要資料は死体発見の場所・時点であること等の違いがあるが、いずれも医師と検視立会官との協力関係に基づいた絞込みプロセスを経た、両者の一致した結論の集計であり、文書作成者の単なる心証を集計したものではない。両統計は各年次の実数に差があるものの、その増減のリズムは一致している。

我が国においても、社会生活の複雑化とともに境界事例数は増加していると推測される。にもかかわらず、監察医制度は限られた地域で施行されているに過ぎず、予算も十分ではないという制度的問題があり、現場からも市民からも改善の声があがり始めている。それでも、1998年の自殺率増加が全都道府県で、大阪府でも人口10万人超の全市で、同時に観察されているという事実は、自殺認定のための科学的探究が医師と検視立会官との協力関係のもとで確保され、その水準も一定以上に保たれていることのひとつの証である。

ただし、概要資料にある「原因・動機別自殺者数」は、検視立会官が犯罪捜査目的で収集した情報を、現場の混乱した状況下で判断せざるをえず、自殺統計原票の選択肢項目のうち1つを選択した結果を集計した数値であるため、そこに自殺動機の一般的傾向を見ることは困難である。この点で興味深いのは、岡崎が¹⁴⁾戦前からの警察統計に基づいて、自殺原因中の精神錯乱が19世紀末には50%を超えていたが1955年には12.3%に激減している理由を精神錯乱と精神衰弱症の分離に求め、さらに1955年における自殺既遂者と未遂者の原因別割合を比較し、精神錯乱で自殺未遂者は既遂者より低く、厭世で未遂者は既遂者より高いことを示し、この差に検視立会官が自殺者の動機を推測す

る際のバイアスを見出していることである。社会統計においては、比較をとまなわない定義要件は観察者のバイアスを除くことはできず、客観的な科学的結論を導くことはできない。

IV 自殺の社会学的類型論

デュルケームは²⁾自殺を、「死が、本人自身によってなされた積極的、消極的な行為から直接、間接に生じる結果であり、しかも、本人がその結果の生じうることを予知していた場合を、すべて自殺と名づける」と定義した。

この定義が、行為論に基づくことは明らかである。しかし、結果予知を自殺者の意識内容と解して、デュルケームによる方法論的逸脱を描き出す社会学者¹⁵⁾もいる。ところが、『自殺論』の主旨は自殺と他殺、事故死は相互に明確に区別されなければならない、自殺と事故死を分ける、自殺者が結果を予知していたか否かという問題は解ける、とすることにある。デュルケームの議論は、現代の社会学者が考える以上に、はるかに法医学に基づいている。以下、デュルケームによる自殺の分類について提示する。

IV-1 デュルケームによる自殺の類型論

デュルケームは自殺を、統計に基づいて考察した。それは、自殺死亡数の人口比すなわち自殺率が個々の社会によって異なるとともに、社会構造における変動に対応して増減する特性をもつことを発見したことによる。そして個人の行為の条件となり、かつ自殺率の増減に影響を与える要因として、まず非社会的要因(精神病理、人種・遺伝、気温・日照時間、模倣)を順次検討した後、それらは自殺率の増減に大きな影響を与えるものではないと結論し、次いで社会的環境にその要因を探求し、自殺の社会的タイプ(以下、自殺類型)を提示した。

その際、個々の自殺の形態学的特徴の比較から自殺類型を構成したのではなく、まず自殺率を増減させる社会的環境(宗派、家族、政治社会、職業集団など)の状態の探求によって社会的要因を分類し(原因論的分類 classification étologique)、次いでそれぞれの自殺類型が個々の自殺にどのように現れるかを検討した。個々の自殺の詳細かつ正確な情報が欠ける以上、他に方法はなかったと言える。以上の結果を示すと、表2のようになる。

表2の自己本位的自殺と集団本位的自殺は、個人が

表2 自殺の社会的タイプの原因論的分類と形態学的分類
社会的タイプがとる個人的形態

基本的性格		二次的変種	多発領域あるいは事例
基本タイプ	自己本位的自殺 suicide égoïste	無気力 自己満足をとまなう物憂げな憂鬱 懐疑者の悟りきった冷静さ	知的職業に従事し、思惟する人々
	集団本位的自殺 suicide altruiste	情熱的・自発的な エネルギー 平静な義務感をとまなう 神秘的靈感をとまなう 落ち着き払った勇気をとまなう	殉死（義務的） 切腹（随意的） 宗教的自殺（急性的）
	アノミー的自殺 suicide anomique	焦燥・嫌悪 生一般に対する荒々しい非難 ある特定の人物に対する荒々しい非難 (殺人—自殺)	商工業に従事する人々
	(宿命論的自殺) suicide fataliste	(絶望)	物的・精神的独裁下の奴隷の自殺
上記タイプの混合形態： 自己本位+アノミー、アノミー+集団本位、自己本位+集団本位			

*この表は、Le suicide, p. 332の表に、p. 311 (1)を加えて作成した。

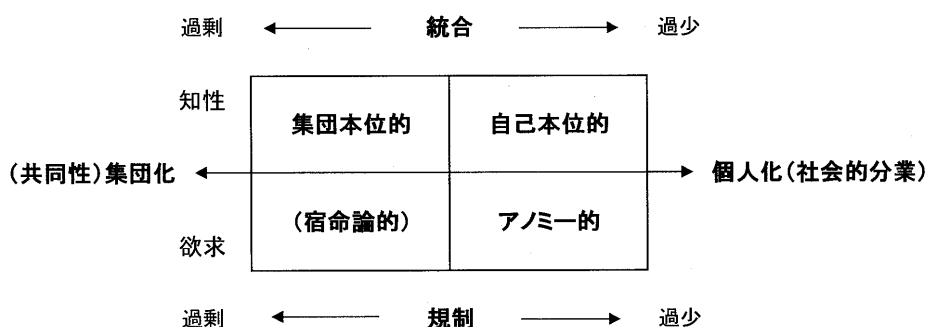


図3 自殺の諸類型の相互関係

社会に統合される様式によって規定される自殺類型である。この統合様式とその個人的帰結は、下記の通りである。

- 1) 社会の全成員に共通の信念と感情（共同性）の多少とも組織立った一全体に、諸個人が無媒介に統合される状態。ここでは全員一致した行為をとり、個人意識は共同性に覆われ、個人的人格を表す個性は究極的にゼロとなる。
- 2) 上記「全体」から社会的分業が発展した結果、諸個人は社会の構成部分に従属するようになる。ここでは諸個人の行為は相互に異なり、個人意識では共同性が覆われないまま残した領域に個性が生まれ、育ち始める。

つまり、個人意識は共同性と個性を含意している(homo duplex)。そこで共同性が個性を覆い尽くすとき集団本位的自殺が、反対に個性が共同性を凌駕するとき自己本位的自殺が生じる。集団本位的自殺は自らの生の存在理由を説明する理想が生の外部にあると感じられるところから生じ、自己本位的自殺はそうした理想を欠いて自らの生の存在理由を見失われることで生じる。こうして両者は対照的であるが、社会との関係で今ある自分に存在理由が欠けていると感じられ

ている点で一致している。

表2のアノミー的自殺と宿命論的自殺は、社会規範が個人的欲求を規制する様式によって規定される自殺類型である。社会と個人との関係は機械的ではなく、社会規範の内面化に個人差が生じるため、統合様式と規制様式は分けて考えることができる。規制作用を欠くと欲求の対象を確定できず、対象が全面化するため際限なく欲求が肥大するときにアノミー的自殺が、反対に過度の規制作用が対象へのかかわりを遮断し、欲求を押しつぶすときに宿命論的自殺が生じる。こうして両者は対照的であるが、いずれも満足を欠く今ある生活そのものが苦痛と感じられている点で一致している。

自己本位的自殺とアノミー的自殺はいずれも過度の個人化によって生じるが、集団本位的自殺と宿命論的自殺は反対に過度の集団化によって生じる(図3)。この対照性は、人間の生活において共同性が顕著であるか、社会的分業が顕著であるかにより、さらに共同性を条件にして社会的分業が発展することが確認されている¹⁰⁾ため、自己本位的自殺とアノミー的自殺はより新しい現代的な自殺類型であると考えられている。

IV-2 自殺予防のための個人への介入の可能性

上記のうち集団本位的自殺と宿命論的自殺は、社会制度の問題が前面に出てくるため、加藤が扱った自決類型である。しかし、個人的現象と見做すこともできる自己本位的自殺とアノミー的自殺でさえも社会的環境の影響を排除しては考えられない。問題が社会的である以上、デュルケームの実践的提言は社会政策に向かうことになる。しかしそこにも、自殺予防のための個人介入の可能性がないわけでは決していない。

しかし集団本位的自殺は、われわれが美德とする行為の延長上に位置しているため、いつの時代にもわれわれに生じる可能性のある自決類型であり、個人で対処できるものではなく、自殺予防のための個人介入もきわめて困難である。だからと言って、社会規範を他殺者に見立てて非難するだけでは問題は解決しない。そればかりか、そうした非難が社会規範を切崩すだけの結果に終われば、逆に自己本位的自殺とアノミー的自殺を招来する危険を増大させることを忘れるべきではない。結局、この自決類型を予防するためには、英雄的行為によらなければ対処できなかった社会生活における様々な危険への対処、管理方法や技術を不断に開発するとともに、諸国民間においても国民社会内部においても多様な文化が共存できる条件を拡大するために、継続的な社会政策が必要となる。

宿命論的自殺は、デュルケーム自身が『自殺論』の脚注で扱っているにすぎないため、長い間見過ごされてきた自決類型である。ベナール、Ph. によると¹⁷⁾、宿命論的自殺を欠いてはアノミー的自殺の欲求論的次元が確定しないため、アメリカではアノミーという社会学用語が異常に拡大し、一人歩きすることになった。

この自決類型の事例として、脚注に西インド諸島の物質的・精神的独裁のもとで自殺が頻発したという記事が出てくる。これに相当する事例を現代の我が国に探すのは困難であるが、近世大飢饉時の大量死に係わって伝承されている農民の一家心中や盲人の集団自殺の事例¹⁸⁾はそれに相当するであろう。菊池がいうように¹⁹⁾、近世大飢饉が国家(幕府・藩)と市場経済(江戸・大坂・京を本拠とする三都資本)との構造的矛盾により被害拡大したとすれば、この自決類型の予防策も両者の緩衝的機能を担うべき社会政策に係わっている。

ところで、シュナイドマンは⁷⁾自殺の危険性を評価するために「致死性」と「焦燥感」の程度を測ることを提案している。致死性は行為についての評価であり、自殺一般の危険性に対応している。さらに焦燥感とい

う精神医学的評価が提案されていることから、かれの対象者がアノミー的自殺の影響を強く受けている人々であることが窺われる。そうであれば、過度の個人化という状態においてアノミー的自殺と対になる自己本位的自殺の影響をかれらに見出すことも可能であるはずである。

自己本位的自殺とアノミー的自殺は、現代社会の自殺のリスクを増大させている基本的要因である。そして、それらの自決類型の基本的性格である無気力(自己本位)および焦燥感(アノミー)は、自らの行為を律し、組織化する上で、建設的に貢献する要因とはなりえない。それは、自殺者の自己決定が社会的支持を背景にして確信へと強化されがちな集団本位的自殺と対照的である。したがって、自己本位的自殺とアノミー的自殺は自己決定権の根拠に欠ける自決類型であり、そこに自殺予防のための多様な個人介入の余地を見出すことができるはずである。

さらにデュルケームの論理に従えば、人間の生活が個人生活と社会生活のいずれに傾きすぎても自殺の危険が生じることになる。とすれば自殺のリスクは、社会的地位が社会集団の周縁に近づくほど、高くなるはずである。この周縁とは、社会集団の遠心的境界の所属したいが曖昧な領域に位置づけられた人々だけでなく、求心的中心に位置づけられる諸個人をも含む。したがって自殺予防の観点からは、貧困によって特徴付けられる社会階層のみならず、責任が比較的集中しやすいにもかかわらず、社会集団と距離を置かなければならない、社会的上位の地位にある諸個人にも関心を向ける必要がある。

V 自殺予防のための展望

以下では、本稿でふれた医療(精神科医療、自殺学)と社会学による自殺予防の方法について概観し、われわれの研究活動の展望を述べたい。

医療(精神科医療、自殺学)における自殺予防のひとつの大きな軸は、臨床精神科医による「うつ病」患者の治療にある。ここには、潜在的な「うつ病」患者をいかに精神科受診に繋げるかという課題があり、その戦略として1)厚生労働省「こころの健康」事業うつ予防自殺対策戦略研究における予防医学モデルの適用、2)大阪大学石蔵准教授らを中心とした一般診療科医師と精神科医師の連携によるG-Pネットの構築、が提案されている。

われわれは、そのいずれにも係わって来た。特に

1) については、1次予防のために「うつ病」の正しい知識の普及を目的とする講演会を大阪市、仙台市、茨木市で精力的に開催してきた。こうした啓発活動は、2次予防のうつ病のスクリーニング、3次予防の医療による個人介入へと繋がる、予防医学モデルの序曲であるだけではない。われわれはこの活動を、地域住民自身によるヘルスプロモーションのための知的資源を供給する活動、とも位置づけている。

デュルケムによる実践的提案は、社会構造における秩序の空白領域である経済産業領域における秩序の確立のために、旧同業組合 (corporation) を刷新して再興することであった。すなわち、旧産業秩序に代わる新産業秩序を確立することである。

我が国には同業組合の歴史が見当たらないため、かれの提案をそのまま実行することはできない。しかし、どうやら1998年の自殺急増が急激な規制緩和と金融機関の倒産、統廃合と無関係ではない²⁰⁾とすれば、経済産業領域に新しい秩序を確立するために、社会政策の構想力と実行力が必要であることはまちがいない。

こうして、自殺予防の方法として個人介入と社会政策を見てきたわけであるが、それら両極の間には多様な形態の自殺予防策がありえる。われわれには、生命の尊厳をその存在理由としてきた医療保健福祉に係わる者として、自殺予防に取り組むべき使命がある。藍野学院が行ってきた啓発活動も、そうした課題遂行の一環に位置づけられる。

さらにわれわれは、自殺予防戦略を新たに構想するために、自殺類型の影響を同様に受けながらも大多数の人々が生存している、という事実に注目している。この事実に対してわれわれは、人はなぜ自殺したのか、という問いとともに、人はなぜ自殺せずに済んだのか、済んでいるのか、という問いを立てることができる。それら二つの問いをアントノフスキー、A. による健康生成論²¹⁾に基づいて戦略として表現すれば、

- 1) 自殺の原因を発見し、その自殺促進機能を抑止もしくは除去する疾病生成論的戦略、
- 2) 自殺に対する抵抗資源を発見し、その自殺抑止機能を増強する健康生成論的戦略、ということになる。

この対自殺抵抗資源が明らかになれば、地域住民のヘルスプロモーションに役立つとともに、社会政策的提言のエビデンスにもなり、自殺原因の科学的探求にも貢献できるにちがいない。

またわれわれは、過労死が取り沙汰される職場におけるメンタルヘルスにも関心をもっている。職場とは

本来、われわれが膨大なエネルギーを投入し、またそれを後押しする社会規範が作用する社会的領域である。この領域で、生産力の維持向上とメンタルヘルスを両立させる試みは意義深いものである。それと同時に、職業人の生活構造における職業生活と家族生活・地域生活との壊れ易いバランスが問題になっている。

こうしてわれわれは自殺予防として、地域社会における対自殺抵抗資源の探求に基づくヘルスプロモーションを志向している。またそうした資源の探求の見通しについても、大阪府下に自殺率の年次推移が対照的な2地域を発見、抽出し、その社会・経済学的比較研究を進めている (現在投稿中)。

引用・参考文献

- 1) 前田雅英. 刑法各論講義 第4版. 東京: 東京大学出版会; 2007. p. 22-3.
- 2) Durkheim E. Le suicide 12^e ed. Paris: Presses universitaires de France; 2004.
- 3) The Ministry of Justice. Suicide Act 1961 (c. 60). In: UK Statute Law Database, 2006 [cited 2007-06-08]. URL: <http://www.statutelaw.gov.uk/>
- 4) 加藤正明. 自殺 (異常心理学講座5). 東京: みすず書房; 1965. p. 95-131.
- 5) フェーフター SR, 高橋祥友訳. 死に急ぐ子供たち. 東京: 中央洋書出版部; 1999. p. 13-27.
- 6) 高橋祥友. 自殺の危険 新訂増補. 東京: 金剛出版; 2006. p. 17.
- 7) シュナイドマン ES, 高橋祥友訳. シュナイドマンの自殺学. 東京: 金剛出版; 2005.
- 8) 澤口彰子他. 臨床のための法医学 第5版. 東京: 朝倉書店; 2005. p. 15.
- 9) 大阪府監察医事務所. 大阪府監察医務死因調査統計年報 平成16年版. 大阪: 大阪府監察医事務所; 2004.
- 10) マートン RK. 予言の自己成就. In: 森東吾他訳. 社会理論と社会構造. 東京: みすず書房; 1978. p. 383.
- 11) Douglas JD. The Social Meanings of Suicide, Princeton N.J.: Princeton University Press; 1967. p. 190.
- 12) Tailor S. Durkheim and the Study of Suicide, London: Macmillan; 1982. p. 59.
- 13) Varty J. Suicide, Statistics and Sociology. In: Durkheim's Suicide. London, New York: Routledge; 2000. p. 53-65.
- 14) 岡崎文規. 自殺の社会統計的研究. 東京: 日本評論新社; 1960. p. 37-41.
- 15) 宮島喬. 古典入門デュルケム自殺論. 東京: 有斐閣; 1979. p. 42-3.
- 16) Durkheim E. De la division du travail social 11^e ed. Paris: Presses universitaires de France;

- 1986.
- 17) ベナール P, 杉山光信他訳. デュルケームと女性
あるいは未完の『自殺論』. 東京:新曜社;1988.
p.23-9.
- 18) 中島陽一郎. 飢饉日本史. 東京:雄山閣出版;1996.
p.61, 106-7.
- 19) 菊池勇夫. 飢饉・飢えと食の日本史. 東京:集英社;
2000. p.192-9.
- 20) 京都大学経済研究所附属先端政策分析研究センター.
自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書. 京
都:京都大学経済研究所附属先端政策分析研究セン
ター;2006.
- 21) アントノフスキー A, 山崎喜比古他訳. 健康の謎
を解く. 東京:有信堂高文社;2001. p.3-18.