

「自殺対策基本法」の施行と社会全体で取り組む 自殺対策について

岡 本 洋 子

要 約

本稿では、自殺対策基本法により社会で取り組む自殺対策が国レベルで開始されたことに伴い、これまで自殺が個人的問題として捉えられ、国の政策課題に上ることもなかった社会背景から、今なぜ自殺対策の社会的必要性があるのかを検証することとした。また、本法成立が単なる国の施策の一環で止まらず、全国民への広がりを持続性のある展開となるため、今後の社会全体での自殺対策に何が必要であるかを検討した。まず、前者については自殺対策の社会的必要性について近年の自殺の動向から、過労やいじめ、また多重債務などの社会問題を反映したものが多いと現象を捉え、もはや自殺は個人的問題としては解決できないものであり、適切な社会的介入の自殺対策が必要との見解に至った。さらに後者では本法の成立にいたる経緯から、市民活動の展開やWHOの国際的自殺予防の運動の推進、また国の自殺対策関連施策の策定など、国内外からの強い要請に応じた結果であるとし、自殺対策の社会的必要性が示された。今後の自殺対策に必要なことについては、職場や教育、地域の各分野で検討したが、EAPの活用や教員向け自殺予防マニュアルの開発、またヘルスプロモーションやソーシャル・キャピタル等のアプローチの採用、適切な介入のための人材の養成さらに、地域の特性を生かし住みやすい、生きやすい環境のための社会的ネットワークづくり等地域福祉の観点が求められる考察となった。

キーワード：EAP、ヘルスプロモーション、ソーシャル・キャピタル、社会的ネットワークづくり

目 次

はじめに

1. 自殺の概要
 - 1.1 自殺の定義
 - 1.2 自殺の周辺にある死
2. 自殺の動向と自殺対策の社会的必要性
 - 2.1 自殺の動向
 - 2.2 自殺対策の社会的必要性
3. 「自殺対策基本法」の成立の背景と経緯
 - 3.1 「自殺対策基本法」の成立の背景
 - 3.2 「自殺対策基本法」の成立の経緯
4. 「自殺対策基本法」の概略
5. 自殺対策の施策やプログラム等
6. 自殺対策基本法への期待と限界
7. 社会全体で取り組む自殺対策に求められるもの
 - 7.1 職場における自殺対策
 - 7.2 教育における自殺対策
 - 7.3 地域における自殺対策
8. 自殺対策の理念とアプローチ
 - 8.1 ヘルスプロモーションの観点から
 - 8.2 ソーシャル・キャピタルの観点から
 - 8.3 多重債務者の救済対策

おわりに

注

引用文献

はじめに

1998年以降、我国の自殺者数は年間3万人を超えた状態が続いている。その背景には個人的要因だけでなく社会的要因も関係しており、自殺による精神的、経済的、社会的損失は、自殺者の家族や周辺のみならず、広く社会に影響を及ぼすとされる^{1)、2)、3)}。自殺対策基本法は、平成18年6月に成立し、10月から施行された。本法がこれまでの自殺対策に法的根拠を与え、国や地方自治体の責務を明確化したことで、今後、社会で取り組む自殺対策が全国レベルで展開していくことが期待される。

本法成立については、自殺者の家族や周辺の者たちだけでなく広く市民の間からも要望が強かった。僅か3ヶ月間で10万以上の署名が集まったことにもその関心の高さが表れている^{4)、5)}。「自殺」は、従来、特にわが国においては話題にすることさえタブーとされ、公の場で議論されることは少なかった。社会の自殺対策への意識が高まることにより、社会の自殺に対する偏見や無理解で苦しんできた自殺の親族等への生活や精神的支援がより積極的に進められることが望まれる。また、自殺の危険が高いとされる自殺未遂者や自殺念慮者に対しては、細心の配慮を持った予防対策が急務であり、専門家による介入も必要となる。今回の自殺対策基本法では、自殺がもはや本人や家族等に関係する個人的問題として捉えられるのではなく、社会的な取り組みが必要であることを基本理念に掲げている。

本稿では、自殺対策基本法の施行に伴い、自殺対策を社会で取り組む必要性を検証し、これまでに考案された自殺対策の施策や概念とアプローチ、さらに各分野での取り組み等の考察をとおして、今後、社会全体での自殺対策の展開に何が必要かを検討する。

1. 自殺の概要

自殺対策を論ずるにあたり、まず、自殺とは何かについてその概要を定義や分類から捉えていきたい。

1.1 自殺の定義

自殺の定義は、様々であるが、一言で表現すると、「自ら選んで遂行した死」となる。この捉え方では、自殺既遂のみしか自殺とみなさないということになる。しかし、自ら選んだ死であったとしても本人の意志に反して自殺に至らない場合もあり、簡単には定義できない難しさがある。自殺の定義や分類が多様であることはそれを示している。そこで、自殺既遂のみならず自殺未遂やそれに類する自殺について関連文献から列挙してみる。

自殺既遂

自殺は、未遂に終わったもの、意図があいまいなものについてはこれまで様々な説が展開されてきた。まずは自殺既遂について主に社会学的見地、精神医学的見地また、心理学的見地からはどう捉えているのか代表的な説から概念を展望してみる。

社会学的見地としてその代表的なものとして、社会学者E.デュルケームの『自殺論』(1897)による自殺の定義と分類が引用される。デュルケームは、「死者自身によってなされた積極的な、または消極的な行為から、直接または間接に生ずる死で、死者がこの結果の生ずべきことを知っている場合に、これを自殺という。」と定義し⁶⁾、次の4つの類型に分類した⁷⁾。

- ① 「集団本位的自殺」(altruistic suicide)：集団の権威があまりにも強く個人におよばされると、個人は自己同一性を失い、自己の命を共同的に捧げようとする。
- ② 「自己本位的自殺」(egoistic suicide)：共同体の絆があまりにも弱く、宗教、家庭、政治、社会からの規制が弱い時に起こる。
- ③ 「アノミー的自殺」(anomic suicide)：社会の変化にただ単に個人が適応できない場合に起こる。
- ④ 「宿命的自殺」(fatalistic suicide)：過度の規制が課せられた結果として(受刑者や奴隷などの間で)起こる。

デュルケームは、個人と集団、あるいは社会との関係から自殺という行為を捉えており、その背景には個人や集団の置かれた時代や文化、価値観など

が複雑に関係していることを指摘している。デュルケームの定義は、今日においても最も妥当とされるもののひとつとされ、広く支持されている⁸⁾。

次に精神医学的見地から、精神科医で自殺研究者でもある大原健士郎は、自殺を「自ら生命を断つ行為で、顕在的であれ、潜在的であれ、死ぬ意図が認められたもの」と述べ、自殺の類型として主として次のタイプを紹介している⁹⁾。

- ① 「慢性自殺」：メニンガーによるアルコール依存症や過度のギャンブラーなど悪習慣が自己破壊的で自殺にいたったもの。
- ② 「間接自殺」：ロンブロゾによる死の準備性をもつ自殺で、死刑の執行を受ける意図をもって殺人などの重大犯罪をおかすもの。動機が贖罪としてか、生に興味を失ったためかで二群に分かれる。
- ③ 「疑似性自殺」：精神科学者による幻聴など病的体験を背景に持つ自殺。

大原は、これらの類型には、「普通の自殺とはニュアンスが違う。」ところがあると指摘しながらも、前述の自殺の定義を満たせば自殺とみなすとの広義の自殺観を提案している。

アメリカの自殺研究で知られる心理学者のE.S.シュナイドマンは、自殺の概念に多面的に取り組みながらその定義を、「今日の西欧社会において、自殺は、自ら手を下した意識的行為によってもたらされた死とされる。その行為は、死ぬことが最良の解決法と認識された出来事に直面し、窮地を脱することを願った人物の、多くの次元を持った苦痛によってもたらされる、と考えると最も理解しやすいと提案している¹⁰⁾。また、自殺の分類については、次の3つのタイプで説明している^{注1)}。

- ① 「エゴ自殺」：一人の人間の精神内部で行われる討議、論争、争いなど自己自身との対話の結果として起こる自殺。本質的に心理的自殺。
- ② 「相互的自殺」：自分の人生において重要な位置を占めてきた人物に関連しておきる自殺。本質的に社会的自殺。
- ③ 「脱落自殺」：自己が属している世代の列から脱落することに関連して

起こる自殺。

一方、WHOは、ICD-10において自殺を「X60-X84 故意の自傷および自殺」(含、意図的な自己誘発性の中毒、自傷および自殺)と規定している¹¹⁾。

また、APA(American Psychiatric Association)の自殺の基準は、「意図的に自己をいためつけることによる死(自分自身を、「殺す」を意味するラテン語に由来)」と定義している¹²⁾。

自殺未遂

シュナイドマンは、「自殺未遂という言葉は、正真正銘死ぬつもりであったのに目的を果たすことができなかった場合にだけ用いられるべきもの」としている¹³⁾。この点に関し、高橋は、自殺未遂を自殺企図(attempted suicide)と捉えて、この規定を支持する意見が少なくないことを指摘しながらも、一方で、「死に至らなかったものをすべて真剣な死の意図を欠いた事例であると判断してしまうことは、大きな危険をもたらしかねない。」と注意を促している¹⁴⁾。これについては、次項のパラ自殺で説明する。

パラ自殺(parasuicide:自殺様行為)

その他、自殺(自殺既遂)にも自殺未遂にも当てはまらないもの、死に至らないほどの服薬や自傷行為等本気で死のうとしたとはいええない自殺行為に対しシュナイドマンは、parasuicideという用語を用いることを提案している¹³⁾。日米の自殺対策の研究者である高橋祥友は、「この日本語訳には、『パラ自殺』、『類似自殺』、『類自殺』などもあり、いまだに定訳はない」とし¹⁴⁾、「最近では、deliberate self-harm(意図的な自傷)という語がヨーロッパ、とくに英国を中心にもちいられるようになってきた」という¹⁵⁾。

さて、パラ自殺は、ICD-10では、Z91.5で自傷の個人歴に含まれている。一方で、その定義については精神医学ではかならずしも厳密ではないが、「自殺中核群の周辺を指す」ものとして自殺、自殺未遂とは異質のものとして提示しているが、疫学的見地からは、「アルベルタ大学病院の疫学的調査で「6割が独身、9割が過量服薬、平均年齢30.2歳、男女比1:1.6で4割はパラ自殺の既往つまりリピーター」との報告がされている¹⁶⁾。自殺予防の観点から

高橋は、「当初はパラ自殺と考えられる症例であっても、長期間追跡すると、実際に自殺に終わる危険は一般人口よりもかなり高率である」として自殺の重要な危険因子だと指摘している¹⁵⁾。実際、パラ自殺既往者による自殺については、「30～47%あるいは半数の自殺完遂者に既往があったことや、パラ自殺後の1年以内に1%が自殺完遂したという報告」があり¹⁶⁾、自殺対策では、自殺未遂と同様に重要な対象とみる必要がある。

心中 (dual suicide)

極めて日本的なタイプの死であり、複数自殺ともいわれている。「2人の人間が命を絶つタイプの自殺。通常は親子心中 (murder-suicide)、恋人同士の無理心中、配偶者の後追い自殺、情死などが下位分類として含まれる」とされる¹⁷⁾。最近では、ネット心中 (自殺) /メル友自殺が話題となっている。これは、「インターネット上で知り合った若者が、それまで一面識もなかったのに一ヶ所に集まり、自動車などの中で排気ガス心中を行うという現象」と説明される¹⁸⁾。

以上、代表的な自殺の定義や分類、診断基準を紹介したが、定義や分類についてはさまざまなものがあり、ひとつに統一するのは難しい。ただ、自殺の概念としては、「意図的に自ら生命を絶つ行為」と表現できよう。その中で、近年急増している自殺については、社会的要因の観点からデュルケームの分類による「アノミ的自殺」、また個人的要因の観点からシュナイドマンが指摘するアメリカ人に多いとされる「自己中心的自殺」に近いとされる。しかしながら、自殺はさまざまな要因が複雑に絡み合いながら起こるとされることから、自殺予防についても種々のタイプを対象としていくことが求められる。

1.2 自殺の周辺にある死

自殺と関連ある「安楽死」や「尊厳死」について自殺予防の観点からは、どう捉えられるかを考えてみたい。最近、特に話題になっているこれらの「死」であるが、まずその定義をみてみよう。

「安楽死」(euthanasia)：『良き死』を意味するギリシャ語に由来する言葉であり、苦痛を取り除く手段として当人以上のものがもたらす死のことも指す。「慈悲殺」とも呼ばれるこの行為は、宗教、政治、倫理の領域で今なお大いに物議を醸している」とされる¹⁹⁾。しかし、安楽死を法的に認めているところは、現在でもオランダや米国のオレゴン州など限られており、わが国においては、認められていない。安楽死に、類似するものとして、「自殺幫助」がある。

「自殺幫助」(assisted suicide)：「死をもたらし行為の遂行に当人以上の者が手を貸す。この場合、他者の手助けはあるにせよ、厳密に言えば当人が自らの手で死ぬのである。自殺幫助の一例として、死をもたらしために医者にもらった薬を飲んで死ぬ¹⁹⁾」ことと説明される。

「尊厳死」(death of dignity)については、「安楽死」との区別が明確でない向きがある。日本では、「本人の意思を尊重し人間の尊厳にふさわしい死」という意味で使われている²⁰⁾。

このように、自殺に関連する様々の定義や種類については、種々の見解がある。自殺は病死や老衰、事故死等死の一つの形態である。死とは生を受けたものにとって、生物学的に避けることのできない事実であり定めである。しかし、この「死」の存在を知りながら人生の途上で自ら生命を絶つことを考え、最後の舞台を踏む前に挙げる自殺者は後を立たないのも事実である。いつの時代でも自殺は、主要な死因の一つであった。その意味で自殺は、人類と切り離すことの出来ないincidentといえよう。

2. 自殺の動向と自殺対策の社会的必要性

自殺対策が急がれてきている理由として、1998年に年間自殺者が3万人を超えた後も3万人台を推移しており、減少する気配は一向に見えてこない。一体何が起きているのか。近年の自殺の動向、特に増加傾向を示している年齢層や自殺の原因とされるものを取り上げて考えてみたい。そして、今なぜ自殺を社会で考え、その対策を社会全体で取り組む必要があるのか、そ

の社会的必要性について考察する。

2.1 自殺の動向

ここ10年間の自殺者数を見てみると、1997年までは2万人前後から2万2、3千人で推移していたのが、急に1998年から3万人を超えた状態が続いている。これは、1899（明治32）年以來の「人口動態統計」から見ても注目すべき増加である。当時、主要死因別の死亡率（人口10万対）では13.7であったのが、1975（昭和50）年からは、結核や肝疾患を抜いて死亡率18.0、死因順位は7位に上昇した。さらに、死因順位では1996年（平成8）に6位、また1998（平成10）年には死亡率25.4に急上しそれ以降25前後の高率を保っている²¹⁾。

このような自殺者の急増には、中高年男性による自殺の増加が影響しているとの指摘がなされている。藤田らは、「年平均の自殺死亡数は、1989～1995年の20,556人から1998～2000年の30,849人へと1万人を超える急増がみられているが、その4分の3以上に相当する増加が・・・特に45歳～69歳までの男での自殺死亡数の増加は、全増加の62%に相当する大きさであった」との調査結果を得ている²²⁾。その原因として、谷畑らは、男の30～49歳において失業の増加が自殺死亡の増加に直接影響を与えていること、また、50歳代と60～64歳の年齢層の男において、完全失業率が上昇すると自殺死亡率も上昇するとの研究結果を報告している²³⁾。働き盛りの年齢層の自殺死亡数の増加は、経済状況の影響を強く受けているとみることができる。

さらに、平成16年の人口動態統計では、自殺死亡率（人口10万対）が、55～59歳で40.7また85～89歳で37.4の高率の山がみられる²⁴⁾。従来、わが国では高齢者による自殺が上位にあり、今後も高齢化の進行と中高年相の加齢が相俟って自殺者の増加は必至とみられる。警察庁の「自殺の概要資料」では、平成17年中自殺の原因・動機として、「健康問題」が15,014人で全体の46.12%、次いで「経済・生活問題」の7,756人、23.82%と発表しており、全体の3分の2を占めている。また、平成10年の対前年比を見ると、「健康

問題」が123%、「経済・生活問題」が170%に上昇した。その後緩やかに減少しているものの依然ハイレベルで推移している。さらに、年齢別の原因動機（遺書あり）で見ると、50～59歳では、「経済・生活問題」が1位で1,247人、2位「健康問題」で906人であり、60歳以上の1位「健康問題」1,989人、2位716人と順位が逆になっている²⁵⁾。現役世代と退職後の世代で状況が違ってくると考えられるが、これら2つの自殺の原因・動機が上位を占めていることは、現代社会で生きることが厳しい状況にあることを示していると言えよう。

2.2 自殺対策の社会的必要性

従来、自殺は、個人的要因が大きく関係していると見られてきた。先に取り上げた定義や分類も個人的及び主観的要因の要因から多くが説明されている。しかし、近年急増してきた自殺の中には、個人的要因のみならず社会的要素も大いに関係しており、社会が個人に及ぼす影響から自殺を考えていくことの傾向も強くなってきた。自殺対策の必要性が叫ばれ始めた理由でもある。自殺という事実は、それを意図した本人に既遂、未遂にかかわらず心身に重大な損傷をもたらす。とともに家族や友人など身近な者にとっても同様の痛みを与えるものである。このように、人々に及ぼす精神的、心理的また、生理学的等の損失をはじめ、人間社会への影響は、自殺者の増加に伴い生産や経済面へのマイナス効果も増大してくると予想される。

さて、自殺は、人類の有史以来いつも起こってきた事象であるが、これまで自殺は個人の問題であり、個人や家族が関係しているのであって個人の領域まで社会が関与するのは良くないと考えられてきた。逆に言えば、個人や家庭が問題であるとの捉え方がされてきた。このような社会的偏見は、医学的領域での感染症対策やがん対策また、警察庁を主体とした交通事故防止対策のように取り組めなかった社会状況や環境を作ってきた要因と考えられる。

現実では、当事者の多くは、生と死との葛藤を持ち生きるための苦悩の結

果自殺に至っていると専門家により指摘されている。その背景からすると、社会・経済的苦境の中に立たされた中高年層の自殺は、まさに生きたかったが死を選ばざるをえなかった末の結果と言える。「過労自殺」が1980年代から社会問題として話題となり、ようやく最近になって過労による自殺を労災として認定するケースも出てきたが、職場内での勤務状況を証拠立てることが難しく、遺族が訴えても認められない場合が多いと言われている。また、自殺にいたる前段階としての精神的、身体的疲労や苦痛、それによって引き起こされるうつ病状態になった従業員への適切な対応、例えば時間外労働や休日勤務を減らすこと、休暇を与えること、また、それらの比較的少ない職場への配置換え、カウンセラーや産業医の受診などを行う雇用者がまだ少ないとの指摘がある。

さらに、健康問題が自殺の第一原因となっている高齢者層では、本人自身の健康問題とともに、介護疲れによる自殺が深刻化している。その背景には、急激な高齢化や核家族化により高齢者が高齢の配偶者や親を介護する「老老介護」のケースや認知症や重度の要介護者を抱えるケース、さらに介護が5年、10年と長期に渡り介護者の心身の疲れが極度に溜まり、心中や虐待による殺害などの悲惨な事件も発生している。

一方、子どもたちの世界では、近年「いじめ自殺」が深刻化している。2006年にいじめによると見られる自殺が小、中、高校の教育現場で相次いで発生し、その対応としての学校や教育委員会の隠蔽、教員の教室における不適切な教育態度や言動が問題とされた。その後、文部科学省も対策に乗り出し、教育現場や家庭、いじめの加害者への対応策がようやく国会で審議されるに至った状況である。また、摂食障害や自傷行為、不登校という事象は直接的でなくとも自殺の危険をはらんでおり、その背後には家庭の養育問題や学校の教育指導体制の不備、また、刺激的で急激に変化する社会環境の問題があるとされる。

このように、自殺に関係する問題のほとんどが社会的要因や背景を持っている。この点で自殺は適切な支援や対策が講じられていれば防止できるもの

が多くあるとの指摘がある。自殺を公衆衛生の視点から研究している本橋豊らは、わが国の取り組みについて自殺死亡率がわが国より下回っている米国や英国と比べても約30～40年は遅れているとし、米国では、1960年代から自殺予防センターを中心に進められてきたという。また、イギリスでは、自殺率はわが国の約半分であるのにもかかわらず、自殺予防対策を国家の健康政策で掲げていることを挙げ、わが国の対応は遅きに、失したという批判を免れないとし、その理由として、国家レベルで自殺対策に取り組んでいる西欧諸国では、「自殺を避けることのできる死」と考えているのに対し、わが国ではこれまで「自殺は個人的な問題であり自己責任の問題」と捉えてきたように思えると指摘している²⁶⁾。

確かに、自殺に至る理由は複雑でその対策は簡単ではないが、自殺者の多くは、本当は死にたくはないとの思い、誰かに止めてもらいたいとの揺れる気持ちを抱いている。大原は、救急病院で一命を取りとめた「自殺未遂者の予後調査」でかれらの多くが「助けられて良かった」と回答したことを挙げ、自殺対策センターの設置の必要を訴えている²⁷⁾。このことから自殺は止められるということ、止めることは社会の責務であることが示されているのであり、国外の取り組みからも自殺対策の社会的必要性は大きいといえる。

3. 「自殺対策基本法」成立の背景と経緯

3.1 「自殺対策基本法」成立の背景

「自殺対策基本法」により自殺対策に第1歩を踏み出したわが国であるが、本法の成立にはいくつかの大きな活動があった。

まず、当事者の家族の活動が挙げられる。遺族や遺児の自殺対策に対する強い要望と陳情活動は、社会に自殺の問題の大きさに関心を集め、延いては国会を動かした。自殺は、当事者に関係する少なくとも10人もの人々への影響があるとされる。親を亡くしたあしなが育英会の自死遺児^{注2)}たちは、2001年12月に小泉首相へ直接、自殺防止対策を訴えた。そのことは新聞その他のメディアも取り上げ注目を浴びた。家族の精神的、経済的、社会的苦悩

を訴えたくとも言い出せないという心の重荷や傷について、遺児たちは『自殺っていえなかった』で語っている²⁸⁾。彼らは、また街頭で自殺対策の法律制定への理解や協力を求める活動を行った。一般市民による自殺対策への関心を促す機会が増えたことで、公的な施策への要求が強まった。それに加え、近年の自殺が、過労や借金、病苦や介護疲れなど様々な社会情勢を反映していることから緊急な対策が求められるようになり、これらが国内での本法成立を進める力となった。

一方、国外では、1980年代よりWHO（世界保健機構）の自殺予防の提唱が、世界規模の動きとなった。各国に自殺予防の対策が促され、本法成立もこの提唱に呼応して制定の検討がされた。最初にWHOは、1987年国連総会において自殺問題の深刻さを認識し、国家レベルでの自殺予防に対する具体的な行動の開始を提唱した。その後、WHOは、2001年に事務総長G.H.Brunthlandによる「ワールド・ヘルスレポート2001」自殺対策宣言を発表し、2004年9月には、「自殺は大きな、しかしその大半が予防可能な公衆衛生の問題である。自殺は暴力による死の約半分を占め毎年約100万人以上の死亡原因となっており、何十億ドルもの経済的損失をもたらしている」との声明を出した²⁹⁾。2000年に公表された自殺予防のための6種の冊子は、多くの国々で翻訳され、活用されている。その中でWHOは、自殺対策を非感染疾病の予防対策として世界規模の展開がされるよう各国の早急な取り組みを訴えている。わが国でもWHOの趣旨に賛同し、自殺予防の冊子のうち一般医、プライマリケア従事者、メディア関係者向けを翻訳、自殺予防の手引き書として自殺対策に取り入れている³⁰⁾。

このように、自殺対策基本法の成立は、わが国の国民生活に対する緊急の政策であると同時に、WHOの掲げる世界規模での自殺予防活動の一貫となっている。

3.2 「自殺対策基本法」の成立の経緯

本法成立には、大きく国の政策としての経緯と、市民による活動の経緯と

がある。

まず、国の政策として、2000年からのスタートした「21世紀における国民健康づくり運動」（以後「健康日本21」）は、本格的に自殺予防が国のプログラムとして認められた最初のものとして³¹⁾、この中で自殺防止のための数値や努力目標が示された。また、「国民の心の健康づくり」として、2002年12月に自殺防止対策有識者懇談会が「自殺予防に向けての提言」を報告した。2004年1月には地域におけるうつ対策検討会において採択された自治体職員や保健医療従事者向けのマニュアルが配布されている。

また、平成17年7月、参議院構成労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急勝効果的な推進を求める決議」を採択した。平成17年9月には、関係省庁連絡会議を設置し、同年12月に自殺予防に向けての政府の総合的対策の取りまとめ、2015年度までに自殺者を2万5,000人前後まで減少を目標にかかげた。平成18年3月、厚生労働省は、都道府県及び、政令市に自殺対策連絡協議会の設置や相談体制の充実などの取組みを通知要請し、同年6月には、議員立法による「自殺対策基本法」が成立し、国・地方公共団体の責務を盛り込む等総合的な取組みが始まった。

一方、市民による活動の取組みでは、まず平成10年7月に東京自殺防止センターで相談活動が開始された。また、前述のあしなが育英会の自死遺児学生らによる小泉首相への陳情が平成13年11月に行われている。平成15年11月には、東京自殺防止センターは世界各国の自殺防止に取り組む団体に向けて「進めよう自殺防止活動—世界の仲間とともに」の世界集会を開催、そして翌年5月にはワークショップ「あなたにもできる自殺防止活動の実際」が開催された。平成18年4月、自殺対策支援センターライフリンクは「自殺対策の法制化を求める3万人署名」を中心となって開始し、わずか3ヶ月で10万人を越す署名を集め国会に提出し、本法律の制定がいかに多くの市民から待望されていたかを示したものとなった。

4. 「自殺対策基本法」の概略

本法の構成と内容について、その概略を示す。

まず、構成は、第一章総則（第一条—第十条）、第二章基本的施策（第十一条—第十九条）、第三章自殺総合対策会議（第二十条・第二十一条）の3部からなっている。

次に内容は、本法の目的について第一章第一条において、自殺対策の基本理念と国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、自殺対策の推進により国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の現実を目指すことを掲げている。自殺企図者を減らし、また不幸にも遺族となった者への支援により二次的自殺の防止も明示し、自殺による心的、経済的損失に対し憲法第25条の基本的人権の保障に努めるとの姿勢を強調する。

また、基本理念として第二条第1項では、自殺がもはや個人の問題のみならず社会的要因が影響していること、その対策には社会全体で取り組むべきとしている。第2項では、自殺の実態に即した対策を、第3項では、「自殺の事前予防」や「未遂に終わった後の事後対応」の各段階に応じた効果的な施策を実施するとしている。さらに、第4項では、国や地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間団体等の密接な連携の下での実施を挙げている。これらは、自殺対策が社会的取り組みであることを述べ、自殺の事前事後の対策により予防を徹底させること、また関連機関や団体等との相互連携が重要としている。

自殺対策の責務の所在については、第三条から六条で国や地方公共団体、事業主の責務、さらに国民の責務を明示し、それぞれの機関や立場での自殺予防の対応を求めている。また、自殺対策の倫理という面で、第七条において自殺者や自殺未遂者及び、その親族等の生活の平穩、名誉の侵害がないよう注意を促している。

自殺対策の多方面からの取り組みについて第二章では、調査研究の推進等（第十一条）や国民の理解の増進（第十二条）、人材の確保等（第十三条）、心の健康の保持に係る体制の整備（第十四条）、医療提供体制の整備（第

十五条)、自殺発生回避のための体制の整備等(第十六条)、また、自殺未遂者に対する支援(第十七条)や自殺者の親族等に対する支援(第十八条)さらに、民間団体の活動に対する支援(第十九条)を掲げている。

最後に、第三章で、自殺総合対策会議の設置を内閣府に設置することとし、自殺対策推進の拠点を定めている。

このように、本法によって国全体での自殺対策を行うにあたっての目的や理念、また、取組の方針が示されたが、各支援体制の具体的な施策については、各省庁や地方自治体での体制の整備にゆだねられる形となった。今後、各方面での独自の自殺対策が企画されていく一方で、自治体によっては関心の度合いや財政力の違いから、全国で対策の推進にはばらつきが出てくることも懸念される。例えば、都道府県内の様々な分野の関係機関・団体で構成され、自殺対策の拠点となる自殺対策連絡協議会の設置については、2006年3月の「自殺予防に向けての総合的な対策の推進について」で厚生労働省は都道府県と政令都市に対し通知要請している。しかし、2007年6月現在、設置されているのは47都道府県中36、11政令都市中6に止まっており、設置期限の2008年に向けて、残りの都道府県等の早急な対応が求められる。

今後は、具体的な対策に地域差があるとしても、自殺対策が全国的な取り組みとなるには足並みをそろえることは大事なことである。そのためには、全都道府県で自殺に対する社会的危機や社会で取り組む自殺対策の緊急性への認識が全国規模で高められていく必要がある。本法成立がこれまで関心の低かった地方自治体に喚起を促す好機となることが期待される。

5. 自殺対策の施策やプログラム等

自殺対策基本法の成立までには、各種のプログラムや施策が企画、展開されており、本法はそれらを大枠で統一する形で構成されている。ここでは、それらプログラムや施策がどのように自殺対策に取り組もうとしてきたのか、主なものを取り上げて検討したい。

2000年に施行された健康日本21は前述のように、国の本格的な自殺予防

プログラムであり、厚生省（当時）はその基本理念を、「すべての国民が健康で明るく元気に生活できる社会の実現のために、壮年死亡の減少、健康寿命の延伸と健康に関する生活の質の向上を目指し、一人一人が自己の選択に基づいて健康を増進する。・・・その個人の活動を社会全体が支援していくこと²⁹⁾」と定めている。「壮年死亡の減少」という目標は、近年増加傾向にある中高年の自殺の防止とも関係し、また「社会全体が支援」することで自殺防止・予防に必要な官民一体の活動やシステムづくり、地域づくりの推進を目指すものである。また、具体的内容として、9つの分野（①栄養・食生活、②身体活動・運動、③休養・こころの健康づくり、④たばこ、⑤アルコール、⑥歯の健康、⑦糖尿病、⑧循環器病、⑨がん）においてそれぞれの取組みの方向性と具体的な目標を示しており、自殺については、関係する③の分野で；2010（平成22）までに自殺死亡者数を2万2千人に減らす数字目標を立てている^{注3)}。

数値目標に関するプログラムでは健やか親子21があるが、このなかで、厚生省（当時）は2000年11月に10代の自殺死亡者数を減らすという目標を策定している。平成12年人口動態統計によるとわが国の十代における自殺率は、10-14歳で人口10万対の1.1、15-19歳で6.4であり、毎年死因の3位内に位置し自殺対策には重要な対象人口といえる。

さらに、2005年12月の「自殺予防に向けての政府の総合的な対策」の中では数値目標を詳細に設定し、自殺率の20%減少と自殺未遂者の再企図率の30%減少、そのための自殺未遂者への対応方法を5年以内に確立し全国展開を図ることや5年後に中間評価を実施することになっている。これにより、今後10年間で自殺者数を急増以前の水準（2万5千人前後）に戻すことを想定したものである。

その後、2007年6月に策定された「自殺総合対策大綱」では数値目標を、「平成28年までに、平成17年の自殺死亡率を20%以上減少させることを」掲げている。本大綱では自殺は防ぐことができることを強調している。自殺対策に国を挙げ社会全体で取り組むことの重要性や多方面にわたる取組みの

全体像などを示し、数値目標を掲げることで対策の指針を国民にビジュアルにアピールし、より自殺予防に関心と理解を得たいとのねらいがあると考えられる。

この数値目標の設置については、自殺対策の推進にとって意義があるとの意見がある一方で、数が減ったことのみで果たして対策の効果が上がったといえるのかという疑問の声もある。地域における自殺対策の実践者であり、精神科医の渡辺直樹は、大綱の数値目標について、「数よりも、地域が力をつけていくプロセスそのものが大事だ」とする見解を述べている³³⁾。本来、自殺の危険の高い自殺未遂者や自殺念慮の人々の数を正確に把握することは難しく、現状では数値目標の対象とはなりにくい。また、もし、数値目標の達成のためとして、これらの人々に対し自殺予防を強化することになれば、個人生活への監視や管理体制などプライバシーの侵害に当たるような対策が取られる心配も起きてくる。慎重な対応が望まれよう。

また、本法成立の指針でもある自殺防止対策有識者懇談会による自殺予防に向けての提言は、平成14年12月にその最終報告書が出された。自殺の現状と今後取り組むべき自殺対策について多角的な検討により、関係するとされるあらゆる分野と各分野において取り組むべき自殺対策の具体的施策を提案している³⁴⁾。具体的には、各界の有識者で構成された検討チームによりこれまでに明らかになった自殺を増加させていると見られる社会的および、個人的要因やその背景の報告、また、医療、教育、職場、地域、マスメディアにいたる関連分野における施策や取り組みの効果などに言及している。確かに、これらは自殺対策の専門家による提言であり、現在考えられる取り組みについてのアイデアの粋が結集された内容ではあるが、拘束力がないことは実際的な取り組みを遅らせることとなり、結果、本法の成立に期待がかかったと言える。

実践的なものとしては、平成16年1月に配布された自治体職員や保健医療従事者向けマニュアルがある。うつ病と自殺の関係についてはすでに多くの研究で指摘されており^{35)、36)}、今後住民のうつ病対策に大きな役割を担うと

考えられる自治体職員や保健医療従事者に対し地域のうつ対策検討会の策定で作成されたものである。行政の職員は窓口業務や定期健診等で住民と接触する機会が多く、これらのマニュアルによってうつ病についての正しい知識や対応等を学び、自殺予防のための情報の発信や早期発見に大きな役割を果たすことが期待される。

ところで、このよううつ病の対策に重点を置いた自殺対策はこれまで多く講じられてきたが、一方で、自殺には複数の要因が関係しており自殺対策には多面的な取り組みも重要であるとの見方も出てきた。2005年7月参議院構成労働委員会で採択された「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」では、先の自殺防止対策有識者会による「自殺予防に向けての提言」が、その施策において個人を対象とした対症療法的なものに偏っていた」との反省に立ち、『『自殺する個人を取り巻く社会』に関わる問題として総合的な対策を講じるべきであるとして5つの事項を提示した。

第1に、政府による関係府省一体となった対策実施と必要な体制の確保。第2に、自殺の原因について、精神医学的観点のみでなく、公衆衛生的観点、社会的・文化的・経済的観点からの多角的検討。第3に、個人を対象とした対策とともに社会全体を対象とした対策の策定と、必要な予算の確保。第4に、地方公共団体や日夜相談業務等に携わる民間団体等との連携と総合的対策のための「自殺予防総合対策センター（仮称）」の設置。第5に、自殺した人の遺族や自殺未遂者に対する支援としてのこころのケアと自殺の社会的・構造的要因の解明に資する認識である。確かにこれらは、従来、個人に対する医学モデルに偏っていた自殺対策を広く社会的側面からも多面的に捉えようという国の姿勢が窺える。しかし、依然、「社会全体を対象とした対策」が何を指しているのかが明確ではない。実際の施策展開に係わるそれぞれの地域の関連機関や団体の存在とその機能の把握、また各機関の特徴に応じた具体的体制づくりが求められよう。

その後、2005年9月の自殺対策関係省庁連絡会議の設置で、各省庁が集まった総合的な自殺対策のための意見や情報の交換また施策の提案等が

行われ、同年12月には本連絡会議により、「自殺予防に向けての政府の総合的な対策」が取りまとめられた。そして、翌2006年3月には、「自殺予防に向けての総合的な対策の推進について」により自殺対策連絡協議会の設置に関する通知要請が出され、これらの経緯を経て同年6月、「自殺対策基本法」が成立した。さらに、同年10月1日には、自殺対策の中核機関となる自殺予防対策センターが、国立精神・神経センターに開設され、また各都道府県、政令都市では自殺対策連絡協議会の順次設置され関連民間団体とのネットワーク化が進められている。平成19年6月には、「自殺総合対策大綱」が策定され、これから具体的で実践的な自殺対策の展開に期待がかかる。

このように、本法成立以後もさまざまなプログラムや施策等が出されているが、それらの多くは行政向けの自殺対策の取り組みに止まっているのが現状である。NPO活動の立場からは、「制度や対策ができて、現場とのすき間があれば実効性は乏しい。そのすき間をどう埋めるかが、カギである」との意見があり³⁷⁾、今後、地域の社会資源との連携が円滑に行われ、現実的な取り組みにつながっていくシステムや環境づくり、また、それらを動かす人材の確保と養成が必要と考える。

6. 自殺対策基本法への期待と限界

本法による自殺対策には、どのような進展が期待されるのか、また一方で、その限界とは何かを考えてみたい。

まず、本法成立によって自殺対策が法制化されたことは今後の進展にメリットであるといえる。行政は、法を根拠として政策の立案や、施策の機能、またそれに必要な経費の予算化等を決定しており、企画された制度や必要とされる人材の確保、広報活動、キャンペーン等がより現実的に推進されていく。法の根拠ができたことで、自殺防止に対して行政権による施策の推進が可能となった。行政関係機関内での指示や連携は、組織網によってさらに円滑に運用される。国の機関には自殺総合対策会議が設置され、これからの具体的施策の審議、立案、関係機関相互の調整が推進されていくことになる。

具体的には、次のような点が可能となると考えられる。

第一に行政が実施主体となり、各地方自治体においては年間を通し、またある期間を通じての自殺への対策の企画が立てられる。第二にネットワークシステムによる関連機関との連携活動、それによる医療、保健、福祉の社会的資源の活性化と創造の展開が図られる。第三に自殺対策の効果の公表等で、自殺対策について市民の関心が高められ、さらに効果的な実施策が練られることとなる。第四に「交通事故死」などと同様に施策に対して社会的認識が得られる。自殺が一個人や家庭のなかでの固有のものではなく、どこにもだれにでも起こりうることであり、社会全体の理解と協力が不可欠であることへの啓発が促進される。第五に遺族、遺児に対しての経済的支援、精神的支援等の政策が展開される。何よりも関係者に早急に必要なものが十分に与えられることへの支援は、国民生活の基本的な人権が守られることである。これらが、進められることで、自殺者の家族や周囲の者への精神的、経済的、社会的困難が軽減されると期待される。

一方で、自殺対策の法制化による限界として、第一に、行政権や行政組織によるシステムティックな自殺への取り組みが行政的縦割りの対応になるとの懸念がある。法的根拠を基盤にした効率優先の事務的な対応にならないよう行政関係者の配慮が望まれる。第二に、自殺対策の予算編成について各市町村で格差が生じることの弊害である。自殺対策は、各自治体でその立案や施行に独自性や地域性が期待される。しかし、市町村によっては規模が小さいために予算が必要最小限の事項を運用することで手一杯というところもあり、結局、自殺対策が後回しにされるのではないかと懸念がある。第三に、結果を急ぐあまり個人の生活やプライバシー、価値観にまでも干渉し、管理するような行き過ぎた自殺対策が行われなにか心配である。第四に、人材の確保については本法の条文に明記されているが、果たして資質を備えた人材の養成やその教育機関、カリキュラム等は十分か問われるところであるが、これも各自治体の関心の高さと財政力に関係してくる。第五に、各個人や家庭、周囲の状況や特性に考慮した細やかな相談体制、また必要な場合の危機

介入など各場面に応じた適切な対応については、さらに具体的な検討が必要とされる。

今後、各自治体での取り組みには、このような自殺対策への期待と限界を考慮し、いかに社会全体で取り組む自殺対策の体制づくりや状況に応じた実地的な施策の運用ができるかが大切である。

7. 社会全体で取り組む自殺対策に求められるもの

社会全体で自殺対策に取り組むためには、職場や教育そして、家庭を含めた地域という社会の各分野で考えていく必要がある。本法十四条においては、「国及び地方団体は、職域、学校、地域等における国民の心の健康の保持に係る体制の整備に必要な施策を講ずるものとする。」として各分野でのメンタルヘルスの体制整備の必要を述べている。そこで、ここでは心の健康体制づくりをとおして職場、教育そして地域の3つの分野における自殺対策に今後何が求められてくるのかを検討していきたい。

7.1 職場における自殺対策

厚生労働省は2000年8月、職域でのこころの健康のための体制整備に関し「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を出した。その中で働く人たちへのメンタルヘルスの対策として4つの柱；1) セルフケア、2) ラインによるケア、3) 事業場内産業保健スタッフ等によるケア、4) 事業場外資源によるケアを提示している。1) セルフケアは、労働者自身によるものであり、研修や情報を提供することにより自己チェックや相談のしやすい職場作りを目指す。2) ラインによるケアでは、作業環境や勤務体制を見直すことで従業員の心のケアを図る。3) 事業場内産業保健スタッフ等によるケアは、管理者や産業医、また保健師等が連携を取りながら職場内の巡視や相談体制を整備することでメンタルヘルスの環境を整備する。4) 事業場外資源によるケアでは、事業外の地域産業医センターや労災病院等の関連社会資源とネットワークをつくり、メンタルヘルスの向上を図るものである。

これまでの職場でのメンタルヘルス対策は、旧労働省によるトータル・ヘルスプロモーション・プラン^{注4)}によるところが大きい。そこでは、企業内での産業保健制度が活用され、産業医による健康管理や指導がなされてきた。しかし、社員にとって人間関係や勤務体制に関することは、職場外の機関の方が相談しやすいことや家族も利用できるなどのメリットから最近では、「EAP」（従業員支援プログラム）^{注5)}を専門の事業所と契約を結び、職員のメンタルヘルスを進める企業も出てきている。職場が一体となって自殺予防に取り組む体制作りの一助として期待されている。

しかし、事業所全体で見るとまだメンタルヘルス対策は進んでいないのが現状である。平成14年労働者健康状況調査^{注6)}によると、「心の健康対策に取り組んでいる」事業所は、23.5%で前回平成9年の26.5%から3%減少し、「取り組んでいない事業所」は、73.5%から76.5%と増加している。内容を見ると事業所規模が小さいところほど取り組み状況が低く、300人未満の規模の事業所では取り組み率が50%を下回っており10~29人では20.2%という結果である。一方規模が大きくなるに伴い取り組み率は大きくなり、1,000人~4,999人の事業所では90.6%となっている（表1）。なお、取り組んでいない事業所はその理由として、「専門スタッフがいない」（46.1%）、「取組方がわからない」（39.9%）、「労働者の関心がない」（30.2%）、「必要を感じない」（26.9%）、「経費がかかる」（19.9%）と回答しており、メンタルヘルス体制への関心や取り組みに事業所規模で温度差があり、いまだ全体的に普及していないことを示している。

これらのことから、今後こころの健康の体制を整備していくためにはいくつかの課題を解決していく必要がある。まず、事業所の管理者や労働者に対しこころの体制づくりについての理解と関心を高めるために研修会や講習会、またキャンペーンなどで啓発と広報に努める必要がある。また、専門スタッフについては、厚生労働省が「自殺予防に向けての提言」で言及している産業保健推進センターやEAP等の関連機関やプログラムの推進のためにその養成に努める必要がある。今回の調査項目の中、心の健康対策の取り組

表 1

(単位：%)

事業所規模	事業所計	心の健康対策（メンタルヘルスケア）に取り組んでいる
平成14年	100	23.5
5,000人以上	100	88.9
1,000～4,999人	100	90.6
300～ 999人	100	64.7
100～ 299人	100	44.0
50～ 99人	100	32.4
30～ 49人	100	26.6
10～ 29人	100	20.2
平成 9 年	100	26.5

平成14年労働者健康状況調査「心の健康対策取組の有無及び取組内容別事業所割合」から作成

みの内容では「相談（カウンセリング）の実施」が55.2%と最も多く関心の高さを示している。EAPについては、相談内容を的確にアセスメントする能力を持ち、相談者がうつ病など精神疾患の可能性があると判断した場合、精神科医など必要な専門家や機関へ結びつけることのできる訓練されたカウンセラーの養成が求められる³⁸⁾。また、プログラムの質の向上と信頼性の高まりには、相談についての絶対的な守秘義務が守られることが大切である。

さらに、経費については、小規模の事業所では設備投資などで社員のメンタルヘルスにまで手が回らないといった状況もあるため、補助金を支給するなどしてメンタルヘルス対策に取り組みやすくする支援が必要である。実際に取り入れている事業所ではその6割以上で効果があると答えている。小規模の事業所であれ、また長期・短期の雇用体系に関係なく従業員はすべてメンタルヘルスのプログラムを受けることができることが重要である。こころの健康体制づくりがあまねく全国の職場で展開されることこそ社会全体で取り組む自殺対策の推進となるのである。

7.2 教育における自殺対策

本法第十二条には、教育活動や広報活動等を通じての自殺防止の必要が述べられている。また、教育現場である学校における自殺対策については、平成17年12月に「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」が関係省庁により構成された自殺対策関係省庁連絡協議会から出されている。その中で、相談体制等の充実のため児童生徒に対しては、「命の大切さを実感できる教育の推進」や「スクールカウンセラーやこどもと親の相談員を配置」することが勧められている。その他、文部科学省は、児童生徒の特徴や傾向を分析しつつ自殺予防の調査研究を行うこと提言し、一方厚生労働省は、子どもの心の問題に対応できる医師等の養成の推進を挙げている。教育現場においては、こころを育てることはその基本であることから「いのち」を守ること、生きることの意義を子どもなりに理解し、「いじめ」等による自殺が防止できるような機会を作り出すことは重要な務めである。いじめについては、最近、ニュースでも大きく取り上げられることが多くなってきたが、実態が掴みにくく件数や被害者数等の正確な把握はされていない。しかし、急増していることやその内容が恐喝に当たるものなど陰湿で凶暴化していることが指摘されており、自殺教育と適切な介入が求められている。

青少年の自殺は、厚生労働省の人口動態統計によると19歳以下では戦後を通じ基本的に低い状態が続いており、1975年以降10万人対の自殺死亡率は10以下と中年や高齢者と比較すると5分の1から7分の1と少ない。しかし、年齢階層別による死因順で常に上位にランクされており、2004年では、10～14歳で3位、15～19歳で2位、また20歳以上39歳までのでは1位となっている。これらの順位は15～19歳で女子が1位で男子が2位となるものの性差による大きな違いは見られない。

青少年に対する自殺対策が重要とされるのは、第一にこれから人生を歩んでいく将来性をもったものたちであり、自殺は既遂、未遂にかかわらず本人にとってもまた家族や友人たち周囲の者にも精神的、社会的に多大な損失と喪失となる。次に、青少年の衝動的に死を考えやすいことや非暗示性の強い

ことで群発自殺を招きやすいという指摘がある。まだ自分自身で冷静な判断が難しい青少年たちにとって自殺対策は人生の教育としても必要である。

厚生労働省では、スクールカウンセラーの配置で相談体制の整備を図っているが、嘱託制であるため一環相談体制には十分とさえいえない。自殺予防教育については、まだ本格的にはほとんど進められていないというのが現状である。実際、学校ではいまだはっきりとした指針がないため、生徒の死にたいという訴えにはその場その場で必死に対応しているとの報告がある³⁹⁾。

教育における自殺対策では、教育現場での自殺予防に向けての指針が示される必要がある。青少年に対しては自殺予防を学校のカリキュラムに盛り込んでいく教育プログラム、また、教員に対しては、青少年の発達段階での自殺の危機に対する正しい知識や理解を持ち、日ごろから生徒や学生の微妙な変化や自殺のサインに気づき、適切な指導と介入ができるプログラムの作成と実際に備えての教育訓練が重要とされよう。さらに、家庭と学校との連携で互いの見えない生徒や学生の置かれている問題等が発見でき、自殺に至らない事前の対処に期待がかかる。さらに、放課後についても部活や予備校、塾といった学校の延長上にあるところと連携することで生徒や学生の一日を通しての自殺予防体制が取れるのではと期待される。

高橋は実際に視察した米国カリフォルニアにおける学校での自殺教育について、教師、親、生徒の三本柱で構成され、それぞれ特徴に応じたワークショップやうつ病についての教育、自殺兆候への気づきなどへの対応のプログラムが地域内で必要に応じて弾力的に実施されていると述べている⁴⁰⁾。今後は、自殺予防マニュアルなど場面に応じた即応的で具体的、実際の自殺予防の指針が作られ、自殺対策が教師、生徒、家庭等各部署で適切に実施されていくことが重要といえる。

なお、教育現場では、生徒による自殺だけでなく、担任教師や校長など教育スタッフによる自殺も起きている。これは職場による自殺対策の分野にかかるものでもあるが、教師の適切な配置、授業や生徒指導等の労働時間の見直し、また新任教師のスーパービジョンや人間関係等の悩み相談体制の整備

等が必要である。教育者の精神的苦痛は、生徒にも大きく影響を及ぼすと考えられるため職場と教育の両面での対策が早急に求められる。

7.3 地域における自殺対策

地域は、各人の家庭を含み本来日常生活とは切り離すことのできない存在である。最近の単身世帯や共稼ぎ夫婦などの増加で、以前より地域とのかかわりが少なくなったといわれているが、地域に存在する役所や病院、学校、各種センターなどの社会資源は日常的、あるいは危機的場面の非日常的に係らず人々の生活に必要な役割を担っている。そのことから地域は、自殺対策に取り組むにあたり重要な位置を占めている。

地域での自殺対策にはまず、自殺に関する周辺状況、特に生活の実態を把握する必要がある。その実施主体として、生活に身近な地方自治体である市町村は、当事者や家族を始め地域住民の生活の実態把握また、予防対策の実践という点でまさに第一線機関である。また、市町村には、行政機関だけでなく各種の団体やグループ等社会資源も存在しているため、これらを活用する用意周到な計画と緻密な運用により地域社会での自殺対策が望まれる。

次に、専門的知識や技術と地域住民の自殺予防に対しての十分な理解や地方自治体との良好な協力関係が必要である。現在、自殺対策の先進地域といわれるいくつかの自治体では、関連の専門家や研究者、その所属機関との協力体制の下で対策に臨んでいる。例えば、青森県では青森県立精神保健福祉センター、秋田県では秋田大学、また岩手県では岩手医科大学が地元の調査研究や対策のプランづくりなどに専門的見地からアドバイスや調査分析を行っている。そこでは、実際に現場で調査や訪問に当たるスタッフの活躍が重要であり、地域の保健所や保健師への期待は大きい⁴¹⁾。今後、このような専門的知識と技術を持った地域の人材が今後ますます必要とされよう。

そこで大切なのは、これらの取組が単に、調査分析や介入研究で終わるというのではなく、地域の自殺対策が地域の人々に受け入れられ、続けられることにより自殺予防が地域全体の取り組みになっていくことである。その

ためには地域における自殺対策の目的は何か、またこのことでどう個人やその地域社会での生活が変わってくるのかという具体的なビジョン（展望）を持って行うことが重要である。その意味で自殺対策は、各自治体の生活環境づくりの方向付けを行っていくことであり、地域福祉の青写真といえよう。

実際、自殺企図者の多くがその理由に生きづらさを訴えていることは、地域環境の改善が自殺予防のひとつであることを示唆している。さらに、自殺予防が個人や家庭だけでなく地域社会にとっても重要であるとの理解と協力を得るためには、行政機関のみならず民間団体やNPOなどとの連携が大切であることは、本法にも強調されているとおりである。地域ぐるみの運動は、社会全体での自殺対策の重要なステップとなる。

しかしながら、実際の取組みとなると地域ごとにばらつきがあるのも否めない。先に紹介した秋田や青森など自殺死亡率の高い地域では、独自のプログラムにより自殺者数の減少に一定の効果を上げており、先駆的な取組となっている。

そこでこれからの取組みから地域での自殺予防対策には何が大切か、ポイントとなることについて検討し、今後の展開の参考としたい。ポイントの一つは、その地域の住民の理解と参加による独自の施策の企画や実施の展望である。地道な努力と時間とを要する作業だが、住民の自殺予防への意識の高まりとともに自殺死亡者は確実に減少した。それは、自殺予防対策が地域再生と関係していることを示している。

また、住民と行政の連携が不可欠であり、どのように連携していくのかその技量が問われる。これまでの行政機関の関わりという点から、精神衛生施策は地域住民にどう関わっていくのか、保健所や保健福祉センター、各医療機関との連携や開かれた、身近な緊急対応の精神衛生相談所の設置などが急がれる。これまで「いのちの電話」は草の根運動として地道に活動を続けてきた⁴²⁾。今後も自殺対策の市民活動として先駆的役割を担うことになろう。

さらに、自殺の要因のひとつであるうつ対策をどのように社会的、地域ぐるみの展開とするのか。また、公的レベルと民間・個人レベルとの連携の円

滑化。さらに、公衆衛生の観点から、市民の健康と公衆の健康を守る公衆衛生機関：保健所、精神保健福祉センターの人的資源の確保や専門家の養成なども進展のポイントと考えられる。

これらの活動は、自殺対策のみに該当することではなく、障害者の自立対策など他の分野とも関係する事項であり、単なるキャンペーンに終わらないためにも取り組んでいかねばならない事柄である。今回の「自殺対策基本法」の成立は、今まで関わりを持たなかった、また関心のなかった人々にも自殺について目を向けさせる機会となったに違いない。自殺は、限られた人たちの問題ではなく、社会全体の問題であることを認識し、早急な施策の実施と長期にわたる市民も取り込んだ草の根的取り組みが根気強く実施されていくことが大切である。

8. 自殺対策の理念とアプローチ

社会全体で取り組む自殺対策には、関連する理念とそれに伴うアプローチが考案されている。ここでは、すでに実際に展開されているヘルスプロモーションとソーシャルキャピタルの理念について取り上げ、その理念と自殺対策の接点や今後の展望をそれぞれのアプローチと共に考察したい。また、「多重債務者」の救済の動きから経済的支援という面からの自殺対策のあり方を検証する。

8.1 ヘルスプロモーションの観点から

自殺対策を公衆衛生の対策として、ヘルスプロモーションアプローチを使った取り組みがある。これは、WHOの自殺対策で提唱しているものであり、「自殺予防対策を公衆衛生の課題と捉えて、保健医療のアプローチと公衆衛生のアプローチを進めるという基本コンセプト」により⁴³⁾、個人自らが健康に関心を持ち健やかな生活を送るように社会的支援をしようという方法である。WHOの第1回ヘルスプロモーション国際会議（1986年）での「ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章」採択されたのが起源で、そこ

において、「人々が自己管理により健康の改善を図れるようにするための過程」と定義づけられた。ヘルスプロモーションの特徴は、「うつ病などの精神医学的アプローチよりは、包括的アプローチが重視されるとともに、関係する団体の連携（パートナーシップ）、ネットワークの構築、関係者のエンパワメント、地方分権に対応した地方レベルの自殺予防プログラムの重視、社会的弱者への対策の重視などが挙げられており⁴⁴⁾、社会全体で取り組むわが国の自殺対策の方針に沿ったアプローチとして、すでに健康づくりに取り入れている自治体もある。

公衆衛生学者の本橋豊は、このヘルスプロモーションで自殺を減少させた実例として、秋田県の「健康秋田21」を取り上げ、効果的な介入について、第一に、心健康づくりに関する基礎調査に関し、住民が調査に参加すること自身が自殺予防に対する関心を高めている。また、調査に伴うアドボカシーの機会を増大させることによりメンタルヘルスリテラシーを増大させる可能性があること。第二に、うつ病のハイリスク者の事後追跡の整備。第三に、住民参加型の自殺予防対策の推進。第四に、外部の専門家の支援を活用することを勧めている。実際、そのほか効果を挙げた成功例として、青森県の例から、県、精神保健福祉センター、保健所、市町村の連携を円滑にし、県民（住民）が相談できる場をひとつでも多く作っていくことを基本的目標としていること。また、オリジナルなプログラムを独自で開発し、住民が気軽に心の相談ができるように取り組んでいる。その一つとして「心の健康教室」を開催し、うつへの関心を高めるための紙芝居やこころの健康体操ビデオの作製また、普及活動などを実施していることなどを紹介している。さらに、専門家の連携強化のための一般医（内科医など）と精神科医との交流会の開催やクリニックに心の相談のできる看護師を養成し配置するなど精神科との連携を図っている³¹⁾。

これらの例でこのアプローチが評価されるのは、これまでのうつ病対策が個人に向けての医学モデル、つまり「自殺の医療化」に重点が置かれていたのが、住民参加や自殺予防での地域づくりである「健康の街づくり」(healthy

community) といった地域福祉の考えも取り入れた「自殺の社会化」へと移行されてきたところにある。まさに、社会的自殺対策のモデルというべき取り組みの展開である。また、効果的取り組みとして青森県精神保健センター長の渡辺は、継続していくことが大切だと述べている⁴⁵⁾。それには、継続していく工夫が必要であり、地道な取り組みには自殺予防に対する熱意を持った地域のスタッフが求められる。それは、町の保健師や民生委員、町内会やPTAの役員などの人材である。これらの人材をどう確保し、育てていくかが重要である。

これから、ヘルスプロモーションを自殺対策に採用していく自治体も多くあると思われる。どう継続させていくのかは、先進地域の取り組みとともに今後の課題と言えよう。一方で、今後危惧されることとして、各自治体の取り組みの格差が生じてくることである。地域の経済力の低迷からどのように予算や社会資源を効果的に活用するかは、自治体の将来の方向性がかかる重要なことである。このためには、国の補助金制度も必要と考える。

8.2 ソーシャル・キャピタルの観点から

もう一方で、社会全体で取り組む自殺対策として、地域におけるソーシャル・キャピタルの増加の観点から考えようとする動きがある。ソーシャル・キャピタルは、直訳では社会資本となるが、まだ適切な日本語名がない。単に社会資本とすると道路や橋といった社会基盤（インフラ）を想起されるため、ソーシャル・キャピタルそのままの語で語られることが多い。その定義も未だ確立されたものではなく^{注8)}、その中心的概念とされているのがアメリカの政治学者ロバート・パットナムによる著書Making Democracy (1993)で明記された、「人びとの協調活動を活発にすることによって社会の効率性を高めることのできる、『信頼』『規範』『ネットワーク』といった社会組織の特徴」の考え方である。この概念の背景には、現代の多様なニーズを抱えた地域生活を豊かにするため従来の物質的な資源や行政主導の運用に頼るのではなく、市民自らによる地域活動への参加や意識向上や人間関係の構築

等が必要との考えがある。一つの興味深い例として、日本の都道府県を対象にしたボランティア活動者率と犯罪発生率、失業率及び出生率との調査結果で、「ボランティア活動の活発な地域は、他の地域と比べて犯罪発生率や失業率が低い傾向にあり、また出生率が高い傾向がみられる」との見解がある⁴⁷⁾。

豊かな地域生活と自殺対策への実践で秋田県では、ソーシャル・キャピタルを、「地域に対する人々の信頼感」と捉え、具体的に「良好な近隣関係がある」「地域に愛着がある」「長く住みたいと思う」地域へのポジティブな感じを高めようとして取り組んでいる。実際に、秋田大学医学部の研究チームは、このソーシャルキャピタルが自殺予防にどのように有効に機能するのかソーシャルキャピタルの客観的な測定の指標作りを進めている^{注9)}。

この住みやすさと自殺予防の効果については、都市部住宅地域への介入プログラムによる高齢者の自殺予防のあり方を研究した結果が注目される。宮城県の平野農村部N町について（高齢化率24.4%、2002年4月1日現在）自殺念慮とその関連要因の調査は、ソーシャルサポートを提供するための保健福祉資源、とくに人的資源の不足を指摘し、今後の政策として、自治体の保健看護専門職員の増員とともに、地域生活支援センターや訪問看護ステーション、地域ボランティア活動の連携により社会的ネットワークの構築の推進の必要を強調している⁴⁸⁾。

社会的ネットワークとは、集団や組織などの範囲に限定されない人間関係の広がりをとらえるためにつくられた分析概念であり、家族や近隣などのインフォーマルな関係から、福祉や医療の専門職などのフォーマルな関係まで広範におよぶとされる⁴⁹⁾。わが国の高齢者の自殺が多いことや急速に進む高齢化社会を考えると、今後の自殺対策に社会的ネットワークの構築が重要な事項として期待されよう。

一方で自殺対策を社会的ネットワークづくりで取り組むことについては、その効果とともにネットワーク構築の主体があまりにも行政側たのみとなり、ネットワークに依存してしまうという副次効果を生むことをどう回避す

るのかという問題も考慮しておく必要がある^{注10)}。今後の展開には時間をかけた論議と実践による対策の検討が求められる。

これらヘルスプロモーションのアプローチやソーシャル・キャピタルの理念やアプローチを自殺対策に取り入れようとの試みは地方自治体や地域で広がりつつある。その展開には、住民主体、住民参加が特徴であり、まさに社会全体で取り組むことの原点といえる。これまで国の主導によるさまざまな検討会や研究会等が専門家サイドで実施されてきたが、まだ国全体での展開にはなっていない。自殺対策を全国的な広がりとし持続性のある展開としていくのかは、今後の課題である。それには、国民の意識をどう高め、どう自殺対策の主体として巻き込んでいくのか、ネットワークの効果的な運用とともに社会全体で取り組む自殺対策のカギとなろう。

8.3 多重債務者の救済対策

近年の自殺死亡数の増加に社会・経済的要因が大きいと言われていることは、前述したとおりである。この要因に多重債務が関係しているとして、積極的に多重債務者の救済に乗り出している自治体や団体が出てきている。

全国で多重債務者は、200万人を越すといわれ、返済に困り自殺を考えひとも多い。2006年3月の国民生活センターのアンケート調査の結果によると、3人に1人が自殺念慮（自殺を考える）や自殺企図（自殺を図る）の経験があるという。国の自殺対策でも重要課題にあげられ、すでに行政と弁護士団体とが連携を取って債務者の相談や問題解決に乗り出している地方自治体も出てきている。

そのひとつが、鹿児島県奄美市だが、生活保護や税務の担当職員が連携協力し、また、弁護士との協力体制のもと債務の返済方法や返済期間中の生活のアドバイスなど心身的に窮地に陥った人々を励まし、立ち直りの支援を行っている。このような自治体での動きは最近、NHKの特別番組で、沖縄県の様子が紹介された。

また、民間組織として岩手県の消費者信用生活共同組合の例がある。弁護

士会や県内の市町村と連携し、生活再建の支援を行うもので、必要に応じ低率の借り換えローンもする。このような支援は、福岡、東京、青森などの生協にも広がってきている⁵¹⁾。

これらのように、直接的に「今、ここの」問題を解決する支援体制や活動が展開されていることは、自殺企図者や自殺念慮者を緊急に救済するものとして高く評価したい。自治体におけるその地域での社会資源、たとえば行政の関連課職員、弁護士、消費者信用生活共同組合などが連携し合って取り組む自殺予防対策は、危機介入の得策といえる。しかし、まだ十分とは言えず、今後、自治体や地域の団体が知恵と行動力を出し合って住民の救済に乗り出す積極的な自殺予防対策が期待される。

おわりに

自殺は、当事者自身の抱える問題の重さや複雑さを示すとともに、その周囲の人々や所属する地域社会、そして地方や国家が抱えるさまざまな問題をも浮き上がらせる。本稿では、まず近年の自殺者の増加の背景にある社会的要因を探った。そこには悩める現代社会の縮図や地域性をもった問題の側面が見えてきた。自殺はもはや、個人の問題として片付けられない社会問題なのである。

次に、社会全体で取り組む自殺予防対策は、自殺対策基本法の理念ともいうべき目標であることから、自殺対策を社会的問題として取り組むことの必要性を検証した。近年注目を集めた過労自殺やいじめ自殺、ネット自殺また多重債務による自殺は、社会の問題を反映したものといえる。また、自殺対策は、国連による世界規模での取り組みであり、その一環として本法が成立した経緯などから、社会的解決の必要性があるとの見解に至った。

さらに、本法に関連する国による施策や提言等については、健康日本21をはじめ自殺死亡率の数値目標が示されたものの、大まかな枠組みと指針となっており、社会全体で取り組む自殺対策は、2007年6月の自殺総合対策大綱により具体策は各地方自治体や職場、教育の現場での取り組みにゆだねら

れることとなった。

以上のことから、これらの分野で今後自殺対策に必要とされるものを検討するため、自殺対策の理念とアプローチとしてヘルスプロモーションやソーシャル・キャピタルをまた、EAPや自殺予防マニュアル等を取り上げ、実際の取り組みから検討した。そのことから、自殺は複雑で多様な要因から起こるため、その場その場に応じた方策を組み合わせが必要であることや様々な分野の専門家や行政関係者、ボランティア、市民などがそれぞれの場面に応じて敏速で柔軟対応が必要とされること。また、地域の特徴にあった自殺対策による住みやすい、生きやすい環境づくりの展開が必要とされるなど地域福祉の観点が求められることが分かってきた。それは、また、社会全体で自殺対策に取り組むことの意義がそのプロセスにあり、生きやすい環境づくりはその展開の中で組み立てられることを示しているといえる。

なお、2007年度から熊本県地域自殺対策のプロジェクトが開始されるため、今後は現地研究調査で実際的な検討を実施していく計画である。地域で自殺対策を展開していくことでまた、新たな自殺対策の視点が広がり、考察は今後の研究課題としていく所存である。

注

- 1) 後にシュナイドマンは、これら3つは、エゴ自殺ひとつにまとめられるべきとしており、さらに、「自殺問題を理論面から真剣に考えるならば、分類の問題にとらわれない方が良い」¹⁰⁾として自殺の分類には消極的な見解を示している。
- 2) この「自死遺児」とは、民間非営利団体あしなが育英会では、自殺のことを自死と呼び、親が勝手に自分を殺した「自殺」ではなく、社会に追い詰められた結果の自らの死：「自死」が適切な表現との認識によっている。
- 3) 本橋は、自殺対策の数値目標設定には、国の目標設定健康増進戦略を用いた健康政策が背景にあると指摘する³²⁾

- 4) トータル・ヘルスプロモーション (THP) は、昭和63年から労働省 (現厚生労働省) が働く人の心とからだの健康づくりを推進するために出した指針であり、個人の生活習慣を見直し、若いころから継続的で計画的な健康づくりをすすめることで、働く人がより健康になることを目標としている。具体的指針は、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」がある (http://www.jisha.or.jp/health/thp1/thp_sisin.pdf)。
- 5) EAP : Employee Assistance Program (従業員支援プログラム) とは、「1) 職場組織が生産性に関連する問題を提議する。2) 社員であるクライアントが健康、結婚、家族、家計、アルコール、ドラッグ、法律、情緒、ストレス等の仕事上のパフォーマンスに影響を与える個人的問題を見つけ、解決する」と日本EAP協会は定義している。
- 6) 労働者健康状況調査は、労働者の健康状況等を把握し、自主的な健康管理を推進することなどを目的として、全国の事業所と労働者を対象に5年ごとに抽出調査を実施している。平成14年の取組内容は前回9年と大幅に変わっており複数回答の比較はできていない。
- 7) WHOは、ヘルスプロモーションを以前から感染症対策などで採用してきたが、今回は、2000年まで、またそれ以降も「すべての人に健康を」実現するための活動と位置づけている。
- 8) 宇沢弘文は、ソーシャル・キャピタルを社会的共通資本という言葉で「一つの国ないし特定の地域に住むすべての人々が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような社会的装置を意味する」と述べている⁴⁶⁾。それは、「広い意味での環境」であり、自然環境だけでなく道路や公共交通機関等の社会的インフラストラクチャー、教育、医療、行政などの制度資本も含まれ、これらの管理、運営も重要な要素となる。
- 9) 人々が自分の住んでいる地域に愛着を感じ信頼感をもっていること

は、自殺予防におけるエンパワメントをはかるうえで有効に機能すると推測され⁵⁰⁾、社会的努力が自殺予防に機能するとの仮説に立って質問紙調査での測定の指標が研究されている。

- 10) ネットワークによる副次効果については、下地教授（熊本学園大学社会福祉研究科）指導の「社会福祉学特殊研究指導V」（下地ゼミ）のなかで「ネットワーク化の両義性」として次のようなことが論議された； 社会資源のネットワーク組織は、理念としては図式化されるが、えてして実際には「ワーク」せずに、その体制そのものが固定化することによる「ネガティブ」効果が生じるということ。その効果とは、組織依存性やそのネットの硬直化によるさまざまな資源に属するスタッフや利用者などの双方に生じる問題であったり、あるいは、社会資源が「点」と化して、その交流性を失う場合であり、その横断的な連携性の劣化なども話題に上った。そして、その「点」化を防止し、そのネットの「線」化や「立体」化の持続的な生成をいかに実現していくのかという暮らしの次元における「実践の生き方」が焦点に上った。このことは、社会資源のネットワークはつくられても実際には「ワーク」せずに、それぞれの資源が「点」と化してうまく機能しないことがあることを意味する。その対策として、社会資源の持続的な横のつながりと開放性が必要であり、「点化」から、「線化」のネットワークの創制、つまり静的なネットワークから状況に応じ自在に変化対応していく動的なものとしてのネットワークこそが真に機能するものであると考えられる。

引用文献

- 1) 岡山明ほか、自殺予防の疫学、日社精医誌、12: 34-40, 2003.
- 2) 金子能宏ら、働きざかり（中高年）の自殺の問題、こころの臨床*a・la・carte*、23: 67-72, 2004.
- 3) 足立倫行、自殺者三万人時代、社会福祉NHKセミナー、8-10, 2004.

- 4) 毎日新聞、「自殺対策：法制化求め、参院に署名渡す」、2006年6月7日
- 5) 朝日新聞、「10万人分の署名提出、自殺対策の法制定求め」、2006年6月7日
- 6) デュルケーム、宮島喬訳、自殺論、中央公論新社、22, 2005.
- 7) グレン・エヴァンズ、ノーマン・L・ファープロウ、高橋祥友監修、自殺予防事典、88-89, 2006.
- 8) 高橋祥友、自殺の現状、こころの科学、118(11): 12-18, 2004.
- 9) 大原健士郎、生きることと死ぬこと、朝日新聞社、16, 1996.
- 10) E.S.シュナイドマン、白井徳満、白井幸子訳、自殺とは何か、誠信書房、244, 1993.
- 11) 融道男ら監訳、ICD-10精神および行動の障害－臨床記述と診断ガイドライン、医学書院、305-306, 2003.
- 12) ベンジャミンJ.サドック、バージニアA. サドック編、カプラン臨床精神医学ハンドブック第2版、メディカル・サイエンス・インターナショナル、269, 2003.
- 13) E.S.シュナイドマン、白井徳満、白井幸子訳、自殺とは何か、誠信書房、25, 1993.
- 14) 高橋祥友、自殺の危険－臨床的評価と危機介入、金剛出版、18, 2006.
- 15) 高橋祥友、自傷の予後－自殺との関係、127(5):84-89, 2006.
- 16) 精神医学用語解説、臨床精神医学、32(1): 104-105, 2003.
- 17) グレン・エヴァンズ、ノーマン・L・ファープロウ、高橋祥友監修、自殺予防事典、88, 2006
- 18) 集英社、imidas、1030, 2006.
- 19) グレン・エヴァンズ、ノーマン・L・ファープロウ、高橋祥友監修、自殺予防事典、104, 2006.
- 20) 集英社、imidas、754, 2006.

- 21) 厚生統計協会、国民衛生の動向、53(9): 376-377, 394-395, 2006.
- 22) 藤田利治ほか、1998年以降の自殺死亡急増の地理的特徴、厚生 の指標、50(10): 27-34, 2003.
- 23) 谷畑健生ほか、自殺と社会背景としての失業、厚生 の指標、50(8): 23-29, 2003.
- 24) 厚生統計協会、国民衛生の動向、53(9): 388-389, 2006.
- 25) 警察庁生活安全局地域課、平成17年中における自殺の概要資料、2006.
- 26) STOP! 自殺 - 世界と日本の取組 -、本橋豊ほか、海鳴社、2, 2006.
- 27) 大原健士郎、生きることと死ぬこと、朝日新聞社、V, 1996.
- 28) 自死遺児編集委員会、あしなが育英会（編）：自殺って言えなかった、サンマーク出版、2002.
- 29) <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/print.html>
- 30) 「WHOによる自殺予防の手引き」（研究協力者：高橋祥友）、平成14年度厚生労働科学研究補助金（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
- 31) 本橋豊、自殺予防運動の実践とその評価、公衆衛生、69(5): 358-362, 2005.
- 32) 本橋豊、公衆衛生と自殺—予防のアプローチ、公衆衛生、67(9): 659-663, 2003.
- 33) 朝日新聞、opinion 「『地域の力』向上がカギ」、2007年5月24日
- 34) 植田紀美子、自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」について、公衆衛生、67(2): 124-126, 2003.
- 35) 張賢徳、現代人の自殺、日医雑誌、129(10): 1606-1610, 2003.
- 36) 植田紀美子、うつ病対策—地域におけるうつ対策検討会報告から、公衆衛生、68(4): 298-300, 2004.
- 37) 朝日新聞、私の視点「自殺大綱どう生かす」、2007年5月24日

- 38) 田中克俊、自殺防止とE A P、こころの臨床a`・la・carte、82-85、2005.
- 39) 阪中順子、学校における自殺予防教育、こころの科学、118(11):19-23、2004.
- 40) 高橋祥友、自殺の危険、金剛出版、257-263、2006.
- 41) 大山博史ほか、岩手県浄法寺町における高齢者自殺に対する予防的介入、精神医学、45(1): 37-47、2003.
- 42) 「東京多摩いのちの電話」ホームページ<http://homepage1.nifty.com/lltama/index.htm>
- 43) STOP! 自殺 - 世界と日本の取組 -、本橋豊ほか、海鳴社、34、2006.
- 44) STOP! 自殺 - 世界と日本の取組 -、本橋豊ほか、海鳴社、36、2006.
- 45) 渡邊直樹、「『自殺問題を考える』研修会～青森県の取り組みを通して」講演、2006.
- 46) 宇沢弘文、社会的共通資本、岩波新書、2000
- 47) ソーシャル・キャピタルー豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて、内閣府国民生活局、1:2003.
- 48) 栗田主一、都市部住宅地域に在住する高齢者の自殺予防プログラムの開発、精神科、3(5): 422-429、2003.
- 49) 藤島宏子、高齢者・家族・社会的ネットワーク、培風館、11、261、1998.
- 50) 本橋豊、渡邊直樹編、自殺は予防できる、すびか書房、181-182.
- 51) 「成功例に学びたいー多重債務対策」、朝日新聞、12/25/2006.

**The Enforcement of the Basic-Suicide Prevention Law
and the Works toward Suicide by the Whole Society**

OKAMOTO, Yoko

This paper was to examine the social necessity of the suicide prevention measurements, and discuss what kinds of approaches and concepts for the development of suicide prevention should be required since the basic-suicide prevention law was enacted. Since suicide had been a taboo in Japanese society, the people have recognized suicidal problems as just individual ones and the Japanese government also had never discussed about them. Thus, this law is a sensational issue for Japanese society.

As the result of this study, the suicidal prevention measurements are socially significant. Actually, some approaches, social networking and appropriate intervention such as EAP, Health-Promotion and Social-Capital should be needed.

Key Words: EAP, Health-Promotion, Social-Capital, Social Networking