

わが国の自殺死亡をめぐる状況断面と公衆衛生施策としての 自殺予防対策の在り方

谷 畑 健 生

I わが国の自殺死亡の断面

1 最近の自殺死亡についての特徴

平成 10 (1998) 年以降わが国の自殺死亡数が約 3 万人の高水準であることがマスコミ各方面で報道されている。厚生労働省の『人口動態統計』によれば、わが国において自殺死亡数は平成 10 年に年間 31,756 人となり、その後 3 万人前後で横ばいを続けている。

また警察庁の自殺についての統計『自殺の概要』では、平成 14 年においても、前年に比べて増加し、32,143 人であった。警察庁が明らかにした自殺の動機は、遺書のある自殺死亡のうち、「健康の問題」が最も多いが、30 歳から 59 歳までに限れば「経済・生活問題」が最も多い。またマスコミ、学者には、中高年の自殺死亡増加の原因を不況によるものであるという主張もある¹⁾。

中高年男性の間に自殺死亡が増加する理由として「中年クライシス」といわれる状態が重要な要因と考えられる。高橋祥友防衛医科大学校教授によれば、「うつ病は女性の方が多いが、他人に悩みを明かす。男性は他人に弱みを見せず、一人で抱え込む。女性を柳の枝にたとえれば、男は老木。懸命に風に向かう強さと、ポキッと折れる弱さを併せ持つ」と男女の違いを分析する。このような中高年男性の現実とその厳しさを伝えるマスコミの論調も多くなりつつある²⁾。しかし、中高年の自殺は「不況」と「自己の内面と向き合うこと」が問題となっていると考えられるのだろうか。

2 ネット心中

ネット自殺という言葉は平成 10 年 12 月「ドクターキリコ事件」により誕生した。この事件は、インターネット掲示板主催者が自殺志願者に致死性の高い錠剤を宅配した事件である。宅配された錠剤によって、実際に自殺死亡者がでて、主催者は自殺した。

また、インターネット掲示板で知り合った東京都の男性 (30 歳) と大阪府の女性 (32 歳) が平成 14 年 10 月に自殺した。この事件により、ネット心中や、ネット自殺という言葉が定着した。ネット心中の連鎖は平成 15 年 2 月の埼玉県入間市における男女 3 人の自殺から始まった。平成 14 年以降ネット心中とされる事件は、新聞紙上で明らかになったものだけで平成 16 年 5 月までに 18 件、自殺死亡者は大半が 20 歳代の 42 人、自殺未遂者 11 人に上った³⁾。

ネット心中は、インターネット掲示板に自殺予定時期、予定方法などを書き込み、自殺希望者を募り、それまで見ず知らずの人が電子メールなどで連絡を取り合いながら、自殺の方法などの入念な準備の果てに自殺を執行する、すなわち「一人では死ねないが、あまり知らない人となら死ぬる」タイプが主である。ネット心中は、「死ぬ目的で出会う」という自殺の形態が特異であることからマスコミ各方面で取り上げられた⁴⁾。

しかしネット心中は、「匿名の他者に道具としての役割を求め、(希望者同士が)お互いがお互いの『自殺マシン』として機能させていく」(渋谷, 2004) ことから従来のうつ病対策を中心とした自殺防止対策では十分な対応が難しいのではな

いだろうか。ではどのような対応が可能だろうか。2001年にWHOが示したガイドライン「自殺予防：教師及び学校関係者のための資料」を基に学校教育に自殺予防プログラムを導入したスウェーデンの例やマスコミによる論説⁵⁾を見ると、現実と向き合い、自分と向き合うため教育・訓練を学童期から行う必要性が理解できる。

3 大学生の自殺死亡

『人口動態統計』によれば青年層から44歳までの死因の第1位は自殺である(表1)。マスコミが特異な自殺以外に青年の自殺を取り上げることは少ないが、警察庁の統計『自殺の概要』によれば大学生の自殺が増加している。大学生の自殺死亡は1990年代前半には200人台で推移していたが、2000年以降321人から340人台に増加した。大

表1 人口動態統計に見る死因順位(1-2位)別死亡数・死亡率(人口10万対)、性・年齢(5歳階級)別統計

年齢	第1位			第2位		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
0歳	先天奇形等	688	114.5	呼吸障害等	310	51.6
1~4	不慮の事故	196	8.2	先天奇形等	121	5.1
5~9	不慮の事故	162	5.3	悪性新生物	67	2.2
10~14	不慮の事故	95	2.9	悪性新生物	80	2.5
15~19	不慮の事故	807	21.6	自殺	314	8.4
20~24	不慮の事故	991	24	自殺	828	20.1
25~29	自殺	1,187	24.5	不慮の事故	896	18.5
30~34	自殺	1,197	25.9	不慮の事故	771	16.7
35~39	自殺	1,303	32.8	悪性新生物	741	18.7
40~44	自殺	1,518	39.4	悪性新生物	1,496	38.8
45~49	悪性新生物	3,605	85.2	自殺	1,922	45.4
50~54	悪性新生物	9,224	168.9	心疾患	3,285	60.2
55~59	悪性新生物	12,613	310.2	心疾患	3,856	94.8
60~64	悪性新生物	18,398	481.5	心疾患	5,391	140.8

年齢	第1位			第2位		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
0歳	先天奇形等	610	107.1	呼吸障害等	266	46.7
1~4	不慮の事故	133	5.8	先天奇形等	111	4.9
5~9	不慮の事故	88	3	悪性新生物	55	1.9
10~14	悪性新生物	58	1.9	不慮の事故	48	1.6
15~19	不慮の事故	192	5.4	自殺	167	4.7
20~24	自殺	355	9.1	不慮の事故	285	7.3
25~29	自殺	512	10.9	悪性新生物	264	5.6
30~34	悪性新生物	538	12	自殺	495	11
35~39	悪性新生物	983	25.3	自殺	382	9.8
40~44	悪性新生物	1,736	45.8	自殺	400	10.6
45~49	悪性新生物	3,375	80.3	脳血管疾患	560	13.3
50~54	悪性新生物	6,832	124.6	脳血管疾患	1,192	21.7
55~59	悪性新生物	7,144	169.7	脳血管疾患	1,302	30.9
60~64	悪性新生物	9,284	228.8	心疾患	1,850	45.6

注) 年齢は0-64歳までを表示した。

〔平成13年 人口動態統計〕を参照した。

学求人倍率の低下と同じ軌跡をたどっている（東奥日報社説平成16年4月6日，読売新聞平成16年4月21日）。また，70万人の学生が加入する大学生協連共済センターによると，自殺による共済金給付件数は，1990年代前半は50件前後だったが，平成11年度，12年度は99件と急増。平成16年3月末までに80件に達し，給付対象になった本人死亡のうち自殺の占める割合は48%，昭和63年以降最悪となった（読売新聞平成16年3月24日）。これに対して全国の大学では保健管理センターなどを通じて，学生の相談に乗るなどの相談・支援体制を整えつつある⁶⁾。

4 過労自殺

過労自殺は少なくない。平成14年の労働者災害報償認定件数のうち，過労死160人，過労自殺43人であった（毎日新聞社説平成16年6月25日）。これまで過労死は過重労働・過重ストレスに伴う心筋梗塞，脳卒中による突然死がその範疇であり，過労自殺がその範疇にはいることは労災認定上難しかった。この問題は，労働者災害補償保険法第12条に「労働者の故意の死亡は保険給付を行わない」と規定されていることから，過労を原因とする自殺を労災として認定することはできないことによって生じた。

しかし，大手広告代理店社員の自殺死亡の原因が，長時間にわたる残業を恒常的に伴う業務に従事していたことによる過労が原因として，会社を被告に損害賠償を求めた訴訟「電通事件」について，平成8年の東京地裁，平成9年の東京高裁，平成12年の最高裁の判決によって，過労自殺は過労死の範疇として労働者災害補償に認定された⁷⁾。この判決をうけて厚生労働省は平成11年9月に過労自殺の認定基準を示した。さらに，過労自殺を予防するために⁸⁾，厚生労働省は平成12年8月に「事業場における労働者のこころの健康づくりのための指針」を公表した。これは，わが国の経済・産業構造の転換に伴い，労働者が仕事や職業生活に関する強い不安，悩み，ストレスを訴える割合が増加していることから，事業者が，労働者のこころの健康の保持増進のための基礎的

措置（メンタルヘルスケア）を事業場において行うことが望ましいとした指針である。

II 自殺死亡急増の地理学的検討

1 これまでの自殺死亡格差

一般的に自殺死亡が多い地域は，「自殺死亡は田舎に多く，都会に少ない」といわれるように，北海道・東北地方，日本海側の地方，南九州に多いとされてきた。

平成7年の人口動態統計における自殺死亡率を観察すると，男性は，青森，岩手，秋田，山形の東北地方，新潟，富山，鳥取，島根の日本海側の地方，宮崎，鹿児島，沖縄の南九州で高い。女性は，秋田，新潟，島根の日本海側，宮城，鹿児島，南九州で高い（谷口・石川・飯野，1998）。このデータを昭和60年の人口動態統計の結果と比較すると，北海道・東北地方，鳥取，鹿児島，沖縄で自殺死亡が増加している。逆に群馬，埼玉，千葉の関東地方，岐阜，静岡，愛知の東海地方，滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良の近畿地方，香川，高知の四国地方で自殺死亡が減少している（谷口・石川・飯野，1998）。これは四国を除けば，都市圏での死亡が減少したことが明らかである。このように自殺死亡者が急増する以前も「自殺死亡は田舎に多く，都会に少ない」という傾向が見られた。

2 最新の自殺死亡の地域格差と死亡数急増の原因

1998年にわが国の自殺死亡数の急増がみられた。自殺死亡が急増した地域について「北海道・東北地方，日本海側の地方，南九州に自殺死亡が多い」と言われることが多い。このような従来の指摘は当てはまるのであろうか。

以下の解析は国立保健医療科学院疫学部藤田利治博士らの研究に依る（藤田・谷畑・三浦，2003）。解析するに当たって，自殺死亡率の低かった1989年から1996年までの自殺死亡率の平均をベースとして，自殺死亡数が急増した1998年から2000年までの平均を比較した。また以下の解析は10歳以上の年齢を対象に解析を行ったも

表2 自殺死亡率と自殺死亡率変化比の全国順位 (10歳以上男女別, 上位5位まで)

自殺死亡率の差による順位			自殺死亡率の変化比による順位		
都道府県名			都道府県名		
男	1	秋田	男	1	大阪
	2	宮崎		2	奈良
	3	岩手		3	京都
	4	青森		4	神奈川
	5	島根		5	北海道
女	1	秋田	女	1	愛知
	2	新潟		2	秋田
	3	岩手		3	鳥取
	4	山形		4	福島
	5	富山		5	岩手

注) 自殺死亡率の差は (1998-2000 年平均) - (1989-1995 年平均), 自殺死亡率の変化比は 1989-1995 年対 1998-2000 年を表す。

出所) 藤田・谷畑・三浦 (2003) より筆者作成。

のである。

単純に自殺死亡率で観察した場合, 男性は, 東北地方, 日本海側, 南九州の自殺死亡率が高い。また女性では東北地方, 日本海側の自殺死亡率が高い (表2左)。この結果からは従来の指摘の正当性が確かめられたように見える。しかし, 先に示した表は自殺死亡率の低い時 (1989 年から 1995 年) と自殺死亡率が急増した時 (1998 年から 2000 年) の「差」を表現しただけである。これらの地域は自殺死亡率がもともと高い地域であることから, 自殺死亡率の急増の原因を探るためには, 自殺死亡率の低い時 (1989 年から 1995 年) と自殺死亡率が急増した時 (1998 年から 2000 年) の「比」で比較する必要がある。

そこで, 自殺死亡率の低い時 (1989 年から 1995 年) と自殺死亡率が急増した時 (1998 年から 2000 年) の自殺死亡比を比較した。女性は, 10 歳以上の粗死亡率は人口 10 万人あたり 11.7 から 14.0 と 1.2 倍の増加である。一方男性は, 10 歳以上の粗死亡率は人口 10 万人あたり 21.8 から 36.7 へと 1.6 倍の増加である。都道府県別では, 男性は大阪, 奈良, 京都, 神奈川, 北海道の順に高く, 女性は愛知, 秋田, 鳥取, 福島, 岩手の順であった (表2右)。

以上のような比較から, 1998 年から 2000 年までの自殺死亡の急増には男性の死亡が原因となったことがわかる。また, 都道府県の自殺死亡比の

高いものから 10 位までに都市部が集中する近畿地方, 関東地方に自殺死亡率比が高い。さらに二次医療圏別に観察すると, 都市部, 都市部近郊での自殺の増加が散見される。逆に従来自殺死亡が多かった地域, 例えば岩手県の久慈地域では自殺死亡率は減少している (表3)。

このことから 1998 年以降に見られる自殺死亡数の急増の原因は従来の「北海道・東北地方, 日本海側の地方, 南九州に自殺が多い」という説によるものとは逆に, 関西および関東などの都市部で自殺が急増したことがわかる。では都市部での公衆衛生施策としての自殺予防対策はどのようになっているのであろうか。

III 自殺と経済状況

1 不況と自殺

経済成長などの変化が自殺死亡率の上昇に影響を与えることは, Durkheim (1897) と Henry and Short (1954) らの研究が有名である。Durkheim のモデルは, 好景気と不況で自殺死亡率が高いという 2 次曲線モデルである。Henry and Short モデルは, 不況下で自殺死亡率が高く, 好景気で自殺死亡率が低いという線型モデルである。欧米各国では, GDP, GNP, 失業率などと自殺死亡率との関係をこれらのモデルに適合するかどうかの研究が積極的に行われてきた。わが国のマ

表3 二次医療圏別の自殺死亡率(ベイズ推定値)の変化

上位20カ所の医療圏

男			女		
都道府県	二次医療圏	自殺死亡の増加比	都道府県	二次医療圏	自殺死亡の増加比
群馬	高崎・安中	2.20	沖縄	八重山	1.67
神奈川	横浜西部	2.04	兵庫	西播磨西部	1.66
北海道	東肝振	2.03	北海道	札幌	1.61
大阪	三島	2.03	神奈川	県北	1.57
宮城	石巻	1.98	岩手	宮古	1.57
兵庫	北丹波	1.97	山口	長門	1.57
佐賀	北部	1.97	沖縄	宮古	1.55
大阪	北河内	1.97	神奈川	横浜西部	1.54
熊本	菊池	1.97	神奈川	湘南西部	1.54
京都	南山城	1.96	大阪	中河内	1.54
兵庫	西播磨中部	1.96	神奈川	川崎南部	1.53
岩手	両磐	1.95	大分	東国東	1.51
北海道	南渡島	1.94	東京	区西北部	1.51
北海道	札幌	1.94	北海道	北空知	1.50
大阪	大阪市	1.93	岐阜	岐阜	1.50
岐阜	岐阜	1.92	千葉	東葛北部	1.47
神奈川	県北	1.92	静岡	熱海伊東	1.47
奈良	北和	1.92	新潟	佐渡	1.47
福島	県南	1.92	福岡	宗像	1.46
宮城	宮城東諸県	1.88	北海道	東胆振	1.45

10歳以上

下位20カ所の医療圏

男			女		
都道府県	二次医療圏	自殺死亡の増加比	都道府県	二次医療圏	自殺死亡の増加比
岩手	久慈	0.92	岩手	二戸	0.65
鹿児島	熊毛	0.96	広島	三次・庄原	0.70
鹿児島	南薩	0.97	新潟	糸魚川	0.71
徳島	西部II	0.98	徳島	西部II	0.73
福岡	田川	1.02	鹿児島	日置	0.76
沖縄	八重山	1.03	長野	大北	0.76
新潟	糸魚川	1.05	山梨	富士北館	0.77
岐阜	飛騨	1.06	岐阜	中濃	0.78
新潟	上越	1.07	島根	大田	0.80
兵庫	南西但馬	1.10	熊本	芦北	0.80
兵庫	淡路	1.10	山梨	峡南	0.81
沖縄	北部	1.12	島根	益田	0.81
北海道	北空知	1.14	滋賀	湖東	0.81
鹿児島	伊佐	1.14	富山	礪波	0.82
宮崎	西諸	1.14	青森	北十三地域	0.83
島根	大田	1.14	大分	臼津	0.84
高知	高橋	1.15	和歌山	伊賀	0.84
熊本	球磨	1.17	長野	飯伊	0.85
広島	三次・庄原	1.18	鹿児島	南薩	0.85
鳥取	中部	1.18	奈良	南和	0.86

10歳以上

出所)「自殺にかかわる保健統計資料の整備についての研究」平成14年度研究報告書(分担研究者 藤田利治)による。

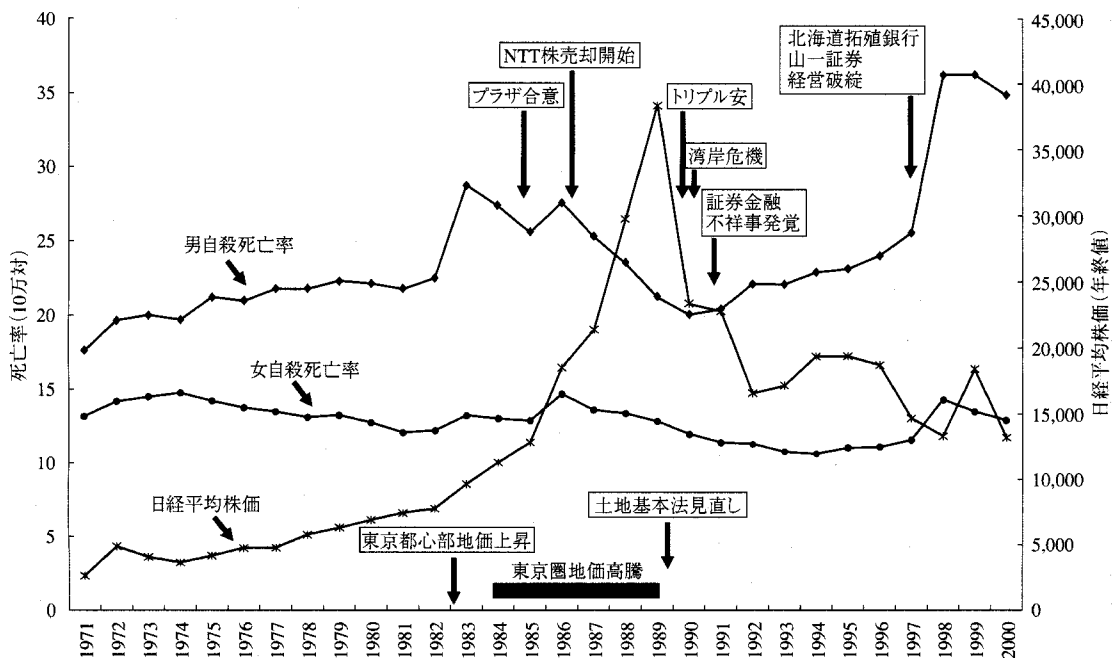
スコミ報道や、いろいろな書物において、自殺死亡の増加は経済の問題であるとか、不況になると自殺が増加すると言われているが、わが国の自殺死亡と経済状況について取り組んだ研究は少ない。自殺死亡の増加は不況が原因であると報道されるとき、Henry and Short モデルが使われているのか、Durkheim モデルが使われているのかわからないのが現状である。

そこで、わが国における経済状況の変化と自殺率の変化をこれら二つのモデルのいずれかが該当するののかという点に留意しつつ概観する(図1)。

1979年に『Japan as Number One』(Ezra Vbgel, 広中和歌子ら訳)が出版され、日本全体として自信がつきだした。1982~3年頃から東京都心部の地価の上昇、東京証券取引所の日経平均株価の上昇のはじまり、1986年秋の先進5ヵ国蔵相・中央銀行総裁会議の「プラザ合意」による長期の超金融緩和政策、加えて金融機関の行動の積極化、税制・規制要因による地価上昇の加速が起きた。これらによって消費者物価・卸売物価の

上昇が伴わない資産価値だけの上昇という現象が起き、1990年初頭のトリプル安(円安、株安、債券安)までの長期にわたるバブル経済が起きた(香西泰, 2000)。当時の経済状況をマスコミ各方面、経済評論家はバブル経済として認識したわけではなく、好景気ととらえられていた。日本の強さ、例えば『NOと言える日本』(盛田昭夫・石原慎太郎, 光文社, 1989年)が支持された。一方この時期の自殺死亡率は他の時期に比べて高い。この時期はHenry and Short モデルではなく、Durkheim モデルが適応可能である。その後平成不況とされる時期に突入し、自殺死亡率の上昇傾向がみられた。

1998年の自殺死亡の増加に先だって、1997年に都市銀行の一角である北海道拓殖銀行の倒産、野村證券と並ぶ最大手の山一証券の倒産にみられる平成不況の象徴とされる事件が起きた。その後不況は本格化し、自殺死亡数は1998年に3万人を越えた。この時期はHenry and Short モデルが適用可能と考えられる。その後不況は自殺死亡



出所) 筆者作成。

図1 自殺死亡率と経済に関する出来事

を増加させるという概念が定着する。このように観察すると、単純に好況・不況を自殺死亡増加の背景とするのは難しいことがわかる。

2 完全失業率

「完全失業率が高止まりしている」という報道に対して、われわれは「リストラ、倒産などで仕事を失った人が世間に多くいる」とイメージしてしまう。また失業が身につまされる状況の広がりも深刻に受けとめられている⁹⁾。

このようなイメージが先行する中で、自殺の要因かどうかを検証するためには、完全失業率の意味を今一度明らかにしておく必要がある。総務省統計局の統計『労働力調査』での完全失業率の定義は労働力人口に占める完全失業者¹⁰⁾の割合である。『労働力調査』は景気動向を示す統計の一つであり、完全失業率は景気動向指数のうち一致系列とされている。例えば内閣府が『労働力調査』結果を次のようにまとめている。

「男女別に雇用者数の推移を見ると、女性は増加傾向にあるものの、2001年以降男性は減少傾向となっているこの要因としては、女性の就業意欲が高まっていることに加えて、産業毎の雇用創出力の相違（製造業、建設業といった男性比率が高い産業の雇用が減少する一方、医療、福祉といった女性比率が高い産業の雇用が増加）などが影響しているものと考えられる。」（内閣府、今週の指標 No.514）。

この結果から、不況による雇用環境の悪化が男性の完全失業率の上昇につながっていることがわかる。このように完全失業率は単に仕事を失った人の数を数えた結果だけでなく、企業の雇用環境の変化や社会構造の変化、さらに経済状況の変化を読み取る指数である。

そこで、完全失業率の増加と自殺死亡数の増加の関係について筆者らは実証分析を行った（谷畑・藤田・尾崎・黒沢・簗輪・畑, 2003）。その結果は次のとおりである。

3 わが国の自殺死亡率と完全失業率の関係

自殺死亡率の性別年齢階級別変化（図2）をみ

ると、年齢階級によって異なるが、男性は1972年から上昇傾向にあり、1982年から86年に一つのピークがあり、1998年から2000年までにさらに高いピークがみられる。女性は観察期間中減少傾向にある。また完全失業率については、男性の20～39歳と60～64歳に増加傾向がみられる。女性はどの年齢層についても増加傾向がみえる。

次にこの観察をもとに自殺死亡率と完全失業率の相関関係を性年齢階級別に観察した。すると、男性は30歳から64歳までに強い相関関係があり、完全失業率が上昇すると自殺死亡率が上昇していることがわかる。一方男性の20歳代と女性の全年齢で相関関係がみられなかったことから、完全失業率が上昇しても、自殺死亡率が上昇するわけではないことをしめしている（表4）。男性の30歳以上はHenry and Shortモデルが適合できる。

では、完全失業率の上昇が起きたとき、自殺死亡率の上昇がいつ始まるのかという疑問が起きる。そこで、完全失業率の動きと、自殺死亡率の動きの時間的ずれを検討したところ、男性の30～49歳の各年齢層で完全失業率が上昇するときに同時に自殺死亡率が上昇することがわかった（図3）。また男性20歳代と女性の20～49歳は、完全失業率が低いとき、すなわち雇用条件の良い頃に自殺死亡が多いことが明らかになった。

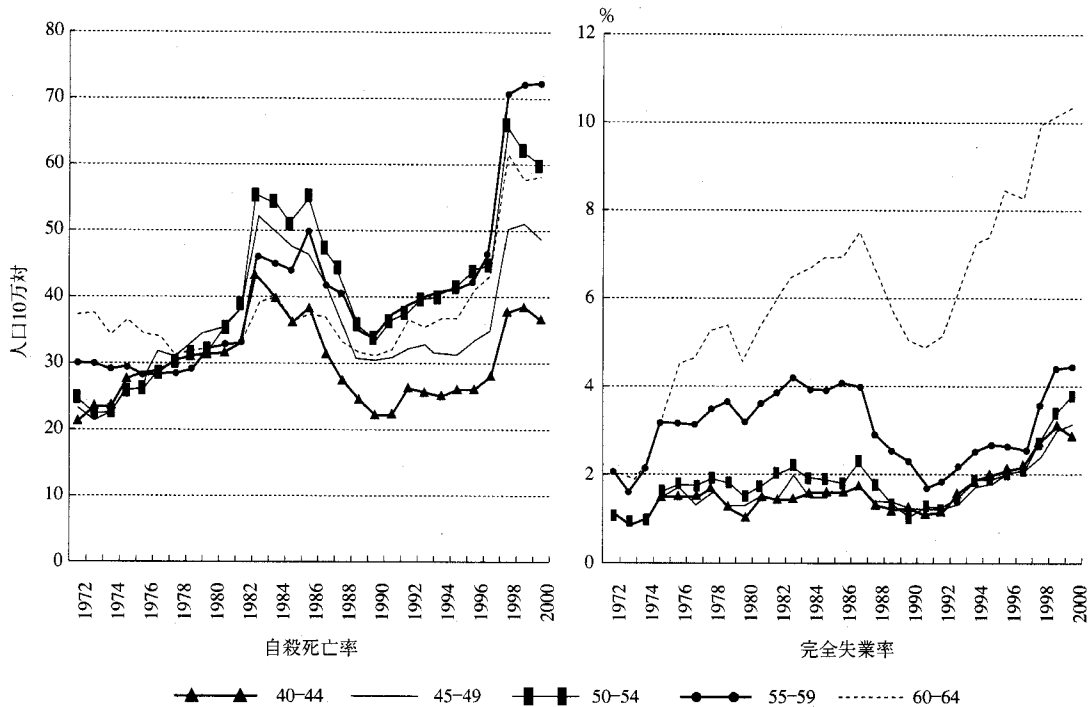
完全失業率は景気動向指数のうち一致系列であるために、景気の現状判断は可能であるが、これ

表4 完全失業率と自殺死亡率の相関関係

	男		女	
	r*	p**	r	p
全年齢	0.77	<0.01	-0.23	0.23
20-24	-0.24	0.21	-0.61	<0.01
25-29	0.03	0.89	-0.59	<0.01
30-34	0.57	<0.01	-0.30	0.12
35-39	0.76	<0.01	-0.43	0.02
40-44	0.48	<0.01	-0.36	0.06
45-49	0.69	<0.01	-1.01	0.60
50-54	0.77	<0.01	0.09	0.63
55-59	0.51	<0.01	-0.07	0.71
60-64	0.70	<0.01	-0.25	0.20

注) * Pearsonの相関係数, ** 有意確率。

出所) 谷畑・藤田・尾崎・黒沢・簗輪・畑 (2003)。



注) 他の年齢階級および女性については、谷畑・藤田・尾崎・黒沢・蓑輪・畑 (2003) を参照のこと。

図2 40-64歳年齢階級別自殺率(人口10万対)と完全失業率(男)

からの好況・不況を予測することは難しい。このため、完全失業率の動向をみて、自殺死亡の増加を予測し、対策を講ずるためには、時間が不足してしまう。景気動向の指数の先行系列のうち、自殺死亡の変動を予測しうる指数を開発する必要がある。

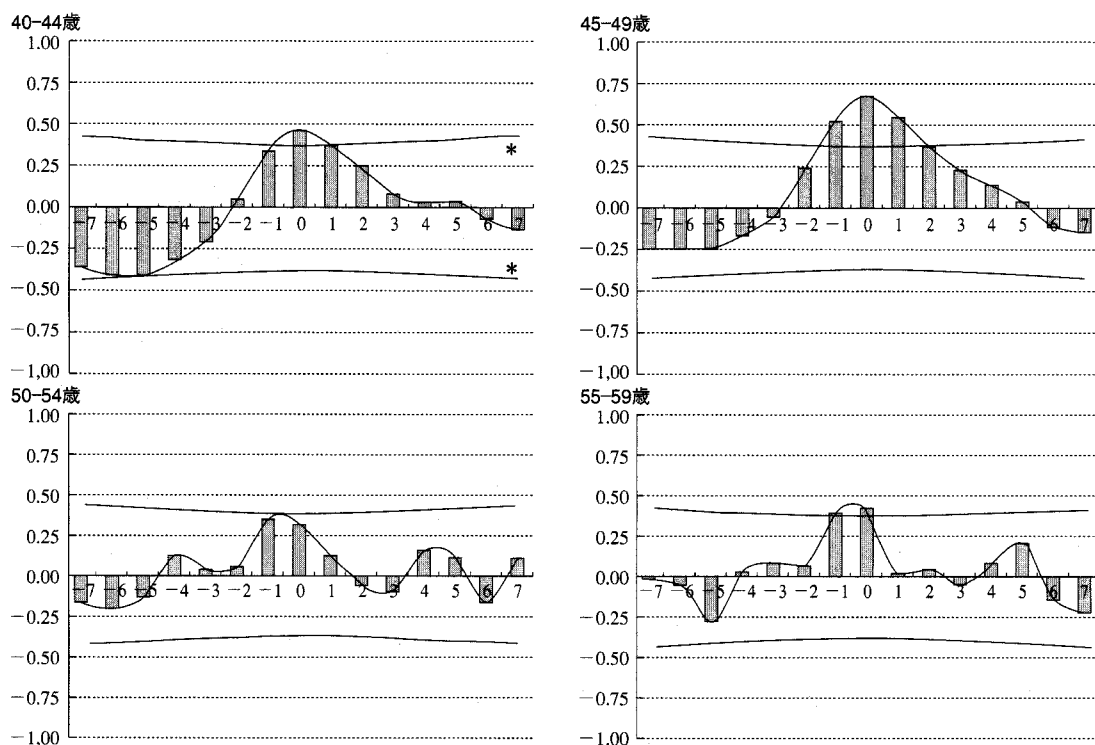
4 男性と不況と自殺と

完全失業率の上昇に示される不況圧力はすべての年齢層に加わるのではない。不況圧力は、男性の30~49歳の自殺死亡を引き起こす強い要因であると考えられる。このことから、国や地方公共団体が不況脱出のための経済施策を立て、厳しい雇用情勢や経営環境を緩和させるような雇用政策・労働政策を整えることが、この年代の自殺予防対策につながると考えられる。また男性の20歳代と女性の20~49歳は不況というよりも職場における問題が自殺に関係があるとうかがえることから、この年齢層には、雇用・労働環境の改善

を求めることが自殺予防対策につながる。

不況の表現形である完全失業率と自殺死亡率の関係は男性の50歳以上で関連を示している(相関関係がある)ようにみえたが、時間性を加えて検討した場合、完全失業率の上昇が直接に自殺死亡の増加に関係しているとはいえない。50歳以上の男性の自殺死亡については、一般的には不況が要因であるとされてきたが、実は不況以外の要因も加わっていることがいえる。

実存哲学の祖キルケゴールの代表作『死にいたる病』に、「絶望は死にいたる病である」とある。キルケゴールは次のように描写する(邦訳(1962))。「その男は良き父親であり、良き夫であり、しかも良き市民として、またキリスト教徒として毎週欠かさず教会にも行く。しかし彼が永遠の世界において再び自己を認めることが出来ないならば絶望そのものである。また自己自身への反省によって自己を引き受けないことも絶望そのものである。」



注) 横組はラグ, 単位は年。縦軸は相関係数。*は相関係数の信頼限界。他の年齢階級および女性については, 谷畑・藤田・尾崎・黒沢・簗輪・畑 (2003) を参照のこと。

図3 完全失業率が自殺死亡率に与える影響の検討 (男, 年齢階級別)

このキルケゴールの概念は, 近年の自殺の増加要因と関連する「中年クライシス」(河合, 1993)という現代語に応用される。中年というのは青年期から老年期への安定した時期ではない(河合, 1993)。時折表出する自己の内面の手つかずの部分と向き合うことなく, 仕事などで30歳, 40歳前半を駆け抜けてきた男性が, 40歳後半になって残りの人生の予想がつくようなる。さらに男は, 例えば出世街道からはずされたり, 上司・部下との確執, 出向などに表される職場の問題, 妻や子供との不仲など家庭問題に直面して「がんばってきたのに, なぜ評価してくれない? なぜこんな仕打ちをするのか? 自分の人生は何だったのか?」と、『失楽園』¹¹⁾の久木と同じように, 今まで手つかずできた自らの無意識と不用意に向き合ってしまう。人生残り後半の生き方を見出せず, 「自己の内面と向き合う」という課題を乗り越え

ることができないとき, 「中年クライシス」という自我の崩壊が起きる。

では不況, 中年男性の自殺と中年クライシスはどんな関係にあるのだろうか。先に50歳以上の中年男性の自殺には不況以外の要因があると指摘した。その要因とは「中年クライシス」と推察される¹²⁾。

中年男性は, 不況により悪化した雇用・労働環境を通して, 感じたことのない心理的圧迫感を背景に職場の問題, 家庭の問題に直面させられる。そのような事態の中で, なおざりにしてきた無意識の問題が意識上に出し, それを無視または乗り越えることができない中年男性が, 「ぼきっと折れるように」(読売新聞平成14年3月26日), 中年クライシスの表現としての自死に至ってしまうと考えられる。

自殺予防対策は, 一般にはうつ病対策が前面に

出ている。しかしこれまで論じたように50歳以上の男性に対する自殺予防対策は、うつ病対策は必要であるが、雇用・労働環境を整え、さらに「自己の内面と向き合う」という課題を、「中年クライシス」を乗り越えるだけのサポートが必要である。

IV 21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)と自殺予防

厚生労働省は、平成12年に国民が自由な意思決定のもとに健康を獲得するための取り組みを促す施策を示した。

健康を実現することは、個人の健康観に基づき、一人一人が主体的に取り組む課題であるが、個人による健康の実現には、個人の力と併せて、社会全体としても、個人の主体的な健康づくりを支援していくことが不可欠である。そこで、健康日本21は、健康寿命の延伸を実現するために、国が2012年度を目途とした具体的な目標を提示することにより、健康に関連する全ての関係機関・団体と国民が一体となった健康づくり運動を推進し、国民各層の自由な意思決定に基づく健康づくりに関する意識の向上及び取り組みを促そうとするものである。

目標を実現するための健康指標には、たばこやアルコールなどに加えて、「休養・こころの健康づくり」が含まれている。この指標には、次の内容が挙げられている。

(a) 自殺者の減少：平成22年(2010年)までに自殺による死亡数を2万2千人に減らすことが目標とされている。また「健やか親子21」においても、10代の自殺死亡率を減少することが目標とされている。その方法として、(1)自殺企図者への再発予防¹³⁾、(2)うつ病や心因反応の早期発見と早期治療¹⁴⁾、(3)社会的資源の開発¹⁵⁾、(4)社会的な啓蒙¹⁶⁾が挙げられている。(b) 最近1ヵ月間にストレスを感じた人の割合(1割以上減少)¹⁷⁾、(c) 睡眠によって休養が十分にとれていない人の割合の減少(1割以上減少)¹⁸⁾、(d) 眠りを助けるために睡眠補助品(睡眠薬・精

神安定剤)やアルコールを使うことのある人の減少¹⁹⁾。

(a)に見られるように、国は自殺を減少させることを目標にしている。健康日本21は平成12年に公表され、都道府県の健康日本21地方計画はそれ以降の平成14年から16年に公表されているので、平成10年からの自殺死亡の急増に対して、都道府県は何らかの自殺予防対策を地方計画に含むことが可能である。しかし、現実には、健康日本21地方計画に「自殺死亡の減少」や「自殺予防対策」が取り上げられているかどうかを検討してみると、全国20ヵ所の都道府県で自殺予防対策が策定されていなかった²⁰⁾。残念なことに、その中には自殺死亡が急増した都道府県も含まれている。

V 国が提示する自殺予防対策

自殺予防対策というと、一般的にはうつ対策だけを行えばよいと考えてしまう²¹⁾。しかし、公衆衛生対策としては、健康日本21にあるように、児童・思春期から高齢者までの対策を講じる必要がある。

厚生労働省はうつ病対策(メンタルヘルス対策)として「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(平成12年8月)、「職場における自殺の予防と対応」(平成13年12月)を公表し、自殺予防対策として「自殺予防に向けての提言」(平成14年12月、自殺防止対策有識者懇談会)を公表した。この「自殺予防に向けての提言」は職域のみならず、国民全体の自殺死亡対策の方策を示したことに意義がある。公衆衛生と関連する主な提言内容を以下、整理して示しておく。

まず、この提言は、「自殺予防対策の実施に当たり、自殺を考えている人がどういう状況にあるかということを理解する努力が必要であり、そのために一人ひとりが社会や他者とのつながりを持つための支援、自殺を考えている人への適切な支援、不幸にして自殺が行われた場合の周囲の者に対する適切な支援等を進めると同時に、これらの

支援が円滑に行われるような環境づくり」を理念としている。実施主体は、「国民、保健医療福祉関係機関、教育関係機関、マスメディア、事業者団体、労働組合、事業場、ボランティア団体、国及び地方公共団体等」であるが、「それぞれの特性を活かして役割分担を図りつつ、相互の連携を重視する」こととされている。そして、自殺予防の対象は、「自殺を考えている人や、自殺未遂者、その家族・友人等の周囲の者、さらに自殺死亡者の家族・友人等の周囲の人々であるが、国民各層に対しても心の健康問題に関する正しい理解を普及・啓発する」という意味で、国民全体を含んでいる。

さらに、この提言は、このような自殺予防対策を普及させていくため、「心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発」が必要であり、うつ病等の心の健康問題やそれに起因する自殺の問題を、誰もが抱え得る身近な問題として認識し、「セルフケア」²²⁾の普及・啓発を行うこと、及び地域・職域の適切な機関（保健所、精神保健福祉センター、市町村、医療機関、学校等）によるセルフケアの支援が必要であると指摘している。とくに、心の形成を重視した教育と心の健康問題に関する知識の普及・啓発のためには、児童・思春期に対しての教育が重要であり、「心理的問題を克服し適切に対処する力を養う必要がある」とともに、「他者との関係性を培うことが大切である」とされる。これらは、家庭環境や学校環境の中で培われるものであり、さまざまな機会や手段を通じて心の健康に対する配慮とその教育を図ることが必要であり、心の健康問題に対する偏見の解消にもつながることが期待される。このためには、「心の健康問題への専門的な相談・支援体制の充実」、「学校における相談・支援体制の充実」が必要である。

さらに、この提言は「自殺死亡者にうつ病を患っている者が多いこと、うつ病の治療法が確立されていること、一部の地域では、うつ病等の問題を持つ者への対策により自殺予防に一定の効果をあげていることから」、自殺予防のためのうつ病対策（危機介入）の要点として次の点を上げてい

る。「自殺の危険性が高い人の家族や周囲の人の役割」、「危機介入し得る専門家等の資質の向上」、「精神科医とかかりつけ医・産業医」の連携、「地域における体制づくり」、「職域における体制づくり」、「地域と職域の連携」。とくに地域における体制づくりでは、「自殺のリスクが高い者に早期に対応するための機会として、保健所、市町村等による訪問指導や住民健診、健康教育・健康相談の機会」の活用が指摘されている。

VI 疲労：こころと身体のバランスを崩すもの

「心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発」に関連して、疲労について理解を深めることは重要である。自殺死亡者の多くは、自殺を試みる以前に疲労、頭痛、食欲不振、体重減少または増加、睡眠の不良などの身体症状を愁訴として精神科以外の医療機関を受診している。疲労の症状はうつ病症状にもよく似ている。疲労という状態は、一般的には「ああ、疲れた」「体がだるい」「肩・腰が痛い」「休養すれば疲労はとれる」としかイメージされない²³⁾。

このような現実に対して、公衆衛生審議会は、健康で活力ある生活に役立てることを目的に、平成4年「健康づくりのための休養指針」を策定した。その指針は（1）生活にリズムを、（2）ゆとりの時間で実りある休養を、（3）生活の中にオアシスを、（4）出会いと絆で豊かな人生をとし、なかでも、ストレス、睡眠、疲労回復としての休養の必要性が取り上げられている。「健康日本21」でも、疲労やストレスからの回復と抵抗性の向上を目指すために休養を取ることを勧めている。また、厚生労働省は「過重労働による健康障害防止のための総合対策」を平成14年に打ち出した。その一環として「労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト」、すなわち過労度を自己診断するチェックリストを平成14年6月に公表し、同省webページに公表した。「過重労働による健康障害防止のための総合対策」は、業務による脳・心臓疾患の発症防止のために、疲労回復のための十分な睡眠時間または休息時間が確保できないよう

表5 わが国における疲労の状態
体力・スポーツに関する世論調査(内閣府)

肉体的な疲労

	調査数	大いに感 じる(%)	ある程度感 じる(%)	あまり感じ ない(%)	全く感じ ない(%)
平成3年	2,310	10.5	52.9	30.6	5.8
平成6年	2,211	10.5	52.1	29.9	7.3
平成9年	2,212	10.8	54.9	28.9	5.1
平成12年	2,095	11.6	52.9	29.3	6.0

精神的な疲労

	調査数	大いに感 じる(%)	ある程度感 じる(%)	あまり感じ ない(%)	全く感じ ない(%)
平成3年	2,310	10.7	42.0	36.9	10.1
平成6年	2,211	9.6	40.1	37.1	12.7
平成9年	2,212	12.7	42.0	35.4	9.7
平成12年	2,095	13.1	47.4	32.9	11.9

な長時間にわたる過重労働を排除するとともに、疲労が蓄積するおそれのある場合の健康管理対策の強化および過重労働による業務上の疾患が発生した場合の再発防止措置を図るために作られた。

ではどのくらいの国民が疲労を訴えているのであろうか。内閣府が行う世論調査「体力・スポーツに関する世論調査」のなかで、肉体的疲労と精神的な疲労についての調査項目がある。このうち、日本人の約6割の方が肉体的疲労と精神的疲労を感じていることが明らかになっている(表5)。

疲労の症状は、作業能率の低下、日内リズムの乱れ、睡眠障害などがある²⁴⁾。疲労の原因は、脳神経系—免疫系—内分泌系のバランスの崩れが原因であるというモデルが提唱されている(井上・渡辺・倉恒, 2001)。ウイルスによる慢性感染症、肉体的ストレス、精神的ストレスによって脳神経系—免疫系—内分泌系のバランスの崩壊、神経細胞の機能異常、神経伝達物質の代謝異常が生じる。例えば疲労やうつ病状態の脳神経回路は、大脳の特定部位(前頭前野、前頭皮質の一部)の局所血流が増加しており、非常な興奮状態を示している。このような興奮が持続すると、脳神経系—免疫系—内分泌系のバランスが崩壊するのである(井上・渡辺・倉恒, 2001)。

医学的には「慢性疲労」(6ヵ月以上の長期の疲労を訴える状態)が問題である。慢性疲労につ

いての全国規模の調査はないことから、われわれは、文部科学省科学技術振興調整費補助金「疲労および疲労感の分子・神経メカニズムとその防御に関する研究」によって、慢性疲労の特徴を明らかにするために「疲労の調査」(一般生活を送る男女4,000人を無作為抽出した)を行った(井上・渡辺・倉恒, 2001)。

この調査によれば、内閣府の世論調査結果とほぼ同様に約6割の方が疲労を感じており、そのうち慢性疲労を訴える方は約4割であった。このことから、国民の多くは疲労を感じており、4割近くの方が長期間の疲労(慢性疲労)を訴え、しかも次のような特徴があることがわかった。

1 慢性疲労の自覚症状の特徴

慢性疲労は単に持続する倦怠感や疲労感だけを訴えるだけではなく、いろいろな身体症状を持つことが少なくない²⁵⁾。慢性疲労に伴う身体症状は多彩ではあるが、いくつかの方向に収斂する可能性がある。未だ仮説ではあるが、身体症状を大きく分類すると、1. 風邪様症状を呈するもの、2. 自己免疫疾患様症状、3. 精神神経症状を示すもの、4. 自律神経症状を示すものに分類できる可能性がある(谷畑・簗輪, 2003)。

2 慢性疲労を訴える方の日常生活の特徴

慢性疲労を訴える方の特徴として、われわれの調査によると、睡眠の障害、抑うつ・ストレス耐性の低下、運動が少ない、飲酒・喫煙の習慣がある、ドリンク剤を飲む、などがあると思われる(井上・渡辺・倉恒, 2001)。慢性疲労は、うつ病と同様な身体症状、抑うつ、ストレス耐性の低下、睡眠障害などの症状がみられることから、うつ病にいたる下地にもなると考えられる。多くの国民が慢性疲労を訴えており、国民の心の健康を維持するためには「休養」といった一般的な言葉ではなく、脳神経科学的な知見にもとづいた疲労・慢性疲労からの回復の方策を見出す必要がある(井上・渡辺・倉恒, 2001)。

VII 自殺予防対策の広がり——国と都道府県の取り組み——

わが国では、北海道・東北地方で自殺死亡の多いことから、北海道、青森県、岩手県、秋田県で自殺予防対策の一環としてうつ病対策を中心として予防対策が行われてきた。残念なことに公衆衛生施策を保健分野のみに限定しており、例えば地域経済の問題、地域雇用の問題まで言及したものはない。

(a) 国の示すうつ病対策：都道府県・市町村が行うべきうつ病対策の方法については、厚生労働省「地域におけるうつ対策検討会」によって、「うつ対策推進方策マニュアル」が平成16年1月に作成された。このマニュアルでは、都道府県、市町村が行うべきうつ病対策²⁶⁾が示されている。

(b) 都道府県・市町村の取り組み事例：この事例については、「うつ対策推進方策マニュアル」で詳細に示されている。ここではその中から先進的な事例を紹介する。

① 秋田県の事例：秋田県は平成7年以来自殺死亡率全国一が続いている。特に自殺死亡の多い地域で、保健所と町が平成7年度から2年間「高齢者の心の健康づくりと自殺死亡対策」を実施し、高齢者自殺の実態と、地域住民の意識調査を行った。同時に、検討委員会の設置や、世代間の交流事業、講演などの広報活動も行われ、この事業が秋田大学医学部、医師会も巻き込んだ全県的な取り組みとなった。成果は普及啓発事業、うつ病のスクリーニング、保健指導、関係者の教育研修機会の確保、うつ対策手法の開発などが開始された。

② 石川県の事例：石川県は中年の自殺死亡が多いことから、うつ病のスクリーニング、精神科医と一般診療科との連携強化が行われている。事業は、うつ病の早期発見・早期治療をするための体制と施策を検討するための検討会を設置し、方策を検討した。課題として、精神保健センター、市町村などの従事者、さらに地域や職場がうつ病対策に対する意識の向上が必要である。

③ 岩手県久慈保健所の事例：久慈地域は全国

の自殺死亡率に比べて高いことから、自殺予防対策が望まれていた。警察、いのちの電話、医師会、岩手医科大学、市町村、福祉総合相談センターの職員からなる「久慈地域自殺予防調査検討委員会」が設置され、自殺死亡者家族への面接調査、地域住民を対象とした自殺・うつ病についての調査などの調査研究事業を行い、自殺予防対策のための基礎的な情報を収集した。さらに、自殺予防対策を行うために、大学・市町村などの関係機関との連携体制づくりに取り組んだ。

VIII 公衆衛生施策としての自殺予防対策に必要なもの

国の自殺予防のための施策の基本にある「自殺予防に向けての提言」(平成14年12月、自殺防止対策有識者懇談会)は、自殺予防のために、単にうつ病対策を掲げるのではなく、児童の教育からを視野に入れていることは評価すべきである。しかしこの提言は、どんな児童教育がよいのか、誰が行うのかなど提示していないし、まして雇用・労働環境の問題、経済問題の解決の必要性などについては具体的には一切言及していない。

自殺予防対策はうつ病対策が必要であるが、それだけでは不十分である。自殺の様相は性・年齢によって異なっているので、自殺予防対策もそれに対応する必要がある。自殺予防対策は、これまで概観したように、中高年が自己の内面と向き合うという課題、児童が現実と自分に向き合うための教育・訓練、疲労・休養の問題、経済不況、雇用・労働環境の問題など、われわれが乗り越えるべき問題解決の方策を内在する必要がある。

公衆衛生は、医学はもとより、文学、教育、政治、産業、経済、環境などのあらゆる知恵と技術を網羅し、調整し、人の健康問題に対処する。単に病気を扱うものではない。「うつ病対策をしても、不況だから自殺者が増加するのは仕方ない」と不況の責任にってしまうことは、あまりに無責任である。

謝 辞

本稿の作成に当たって、「男と不況と自殺と」の段でご意見いただきました京都大学大学院文学研究科の村田陽平君、鳴門教育大学教育臨床講座の今田雄三君に感謝の意を表します。

注

- 1) 例えば、「完全失業率の上昇とともに、中高年、特に男性の自殺者が増えている。出口の見えない長期不況を背景に、厳しいノルマ主義やリストラなどで雇用環境が悪化しているのが、最大の要因だ。構造改革による“痛み”がもたらす傷は深く、雇用政策とともに、自殺予防対策の確立が急務だ。(中略)新しい人事制度として注目される成果主義は、常に前年比アップのノルマを求められるため、大きなストレスとなる。ノルマを数値化しにくい総務などの間接部門も資格の取得などを強いられ、心理的な圧迫感が強くなっている。」(読売新聞平成13年11月27日)。
- 2) 例えば、「団塊の世代については組織に自分を同一化する最後の世代だから、能力主義やリストラへの悩みは深い。子どもや老いた親の問題も一挙に降りかかる、大変な年ごろである。」(読売新聞平成14年3月26日)。
- 3) 男女別では、男性30人(うち未遂6人)、女性21人(うち未遂5人)である。
- 4) 例えば、「若い世代には、豊かな時代に不自由なく育ったこともあってか、バブル崩壊後の厳しい現実直面して、強い挫折感を味わっている人も多い、と言われる。自殺願望を抱いている若者が、数十万人規模で存在する、という医療関係者の見方もある。しかも、芸能タレント自殺の後追い“模倣”自殺が社会問題化したことがあるように、ネット自殺も、模倣連鎖的に起きている。」(読売新聞社説平成16年5月9日)。
- 5) 「周囲のどのような支援があっても、最終的には、本人が自力で乗り越えていくしかない。自殺は現実からの逃避だ。家庭や学校で、現実と向き合う強さを身につける教育が、不足していないだろうか。」(読売新聞社説平成16年6月9日)。
- 6) 読売新聞平成15年3月24日、東奥日報社説平成16年4月6日、読売新聞平成16年4月21日などによる。
- 7) 過労死・過労自殺の背景として、例えばマスコミは次のように述べている。「長引く不況でリストラやサービス残業など労働環境は厳しさを増す一方だ。深夜まで働いても残業代を払わない企業も増えてきた。」(東奥日報社説平成14年8月20日)。
- 8) 過労自殺の対策のためには、「労使が話し合い、前者で勤務状況を点検し、社員同士が気配りして防いでいくしかない。産業医が身近にいて相談に乗る体制も必要だ。不況だけに責任を押しつけてはならない。」(毎日新聞社説平成16年6月26日)と述べられている。
- 9) 例えば、毎日新聞社説(平成16年6月25日)は「完全失業率と自殺率はほぼ連動している。いつリストラされるかわからない。失業の不安と過重な業務が、働く環境をむしろ悪くしている。『死ぬまで仕事をしなくても』。こういうのは簡単だが、職場で追いつめられた人を守るのは上司や同僚だ、」と述べている。
- 10) 完全失業者とは、国際労働機関(ILO)の定めた国際基準に照らして、①仕事がなく調査期間中に少しも仕事をしなかった(就業者ではない)、②仕事があればすぐ就くことができる、③調査期間中に、仕事を探す活動や事業を始める準備をしていた(過去の求職活動の結果を待っている場合を含む)、という三つの条件を満たす者である。
- 11) 1997年の大ベストセラー、渡辺淳一『失楽園』がある。中年54歳の主人公久木は最前線の記者から閑職にとばされる。嘆く久木は、37歳の書道講師凛子と出会い、凛子との不倫の性愛によって日常も精神もクライシスしていく。久木自身が気づいていない無意識の破壊的側面が「性愛」という久木の弱点を突破してしまったために、久木は家族も会社も忘れてしまったかのように凛子と「美しく」死なざるをえなかった。自殺予防の点からこれを読み直せば、もし久木が若い頃から自分の無意識の問題、自己の内面と向き合い、自分の性愛に機会あるごとに取り組んでいた場合、また閑職にとばされた自分と向き合うことができた場合、凛子との出会いは単に「エロス」だけの表現となり、「失楽園」は成立しなかったかもしれない。
- 12) 例えば、読売新聞の記事(平成13年11月27日)では、「出口の見えない長期不況を背景に、厳しいノルマ主義やリストラなどで雇用環境が悪化し、団塊の世代に「心理的な圧迫感が強くなっている」と指摘している。
- 13) 自殺企図は自殺死亡への重篤な危険因子であることから、適切な治療によって自殺企図が生じていないかについてフォローアップが必要である。
- 14) うつ病は適切な治療によって完全に治りうる精神疾患であり、反応性の精神疾患も周囲のサポートによって改善するものである。健診センター、事業所などが「うつ病スクリーニングテスト」を行い、うつ病が疑われる患者を抽出できた場合に、何らかの介入ができると思われる。
- 15) うつ病と思われる患者や、自殺希望を持つものが自らの意思で精神科を受診することは少な

- いが、例えば「いのちの電話」「NPO 国際ビフレンダーズ・自殺防止センター」など NGO, NPO, 民間団体, 行政が個別に行っている活動を利用することも少なくない。これらに対して、人的にも経済的にもサポートされるべきである。
- 16) 中高年の自殺対策だけでなく、青年期からの対策が必要である。そのためには学校などでの自殺予防教育、自殺についての相談窓口の紹介、正しい知識を啓蒙するインターネットの web site の作成などをする必要がある。また、精神科受診に対する抵抗感を減らす必要もある。
- 17) ストレス、ストレスの処理の仕方などについての指導教育を行う。
- 18) 睡眠障害はストレス関連因子である。今後介入する方法を検討するとされている。
- 19) これまで睡眠補助品が安易に処方されてきた。またアルコールは「最も多様、乱用されている睡眠導入剤」とされている。これらを減らすために目標を設定した。今後介入する方法を検討するとされている。
- 20) (北から順に) 北海道, 青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島, 群馬, 神奈川, 新潟, 山梨, 長野, 愛知, 滋賀, 大阪, 奈良, 和歌山, 鳥取, 岡山, 高知, 福岡, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄。
- 21) 例えば朝日新聞社説では「心の病気に対策を：自殺防止」(平成 14 年 2 月 12 日)とあるように「自殺防止＝うつ病対策」という図式ができてしまっている。
- 22) 自ら心の健康に関心を持ち、問題が生じた場合には、家族や周囲の者に相談したり、悪化する前に地域・職域の適切な機関(保健所, 精神保健福祉センター, 市町村, 医療機関, 学校等)に相談したりすること。
- 23) 「会社員は疲れている。(中略) 家庭が一家の働き手の健康を心配する時代だ。」(毎日新聞社説平成 16 年 6 月 25 日)。
- 24) 他には、多重注意(並行していくつかの仕事をこなす)の低下, 意欲の低下, 知覚異常や感覚の鈍麻がある。
- 25) 頭痛, のどや口の痛み, めまい, 過眠・不眠, 発疹, 息切れ, 食欲不振, 関節・筋肉痛および集中力・思考力の低下など。

- 26) ①地域の実態把握・地域診断, ②うつ病対策推進のための組織・体制, ③市町村, 保健所, 精神保健福祉センター, 本庁のうつ病対策における役割, ④関係部局・機関との連携。

参考文献

- 井上正康・渡辺恭良・倉恒弘彦(編集)(2001)『疲労の科学—眠らない現代社会への警鐘』, 講談社。
- 河合隼雄(1993)『中年クライシス』, 朝日新聞社。
- キルケゴール(1962)『死にいたる病』(邦訳), 白水社。
- 香西泰ら「バブル期の金融政策とその反省」, IMES Discussion Paper Series 2000-J-27。
- 厚生労働省「健康日本 21 総論」http://www.1.mhlw.go.jp/topics/kenko_21_11/s_0.html
- 厚生労働省「健康日本 21」http://www.1.mhlw.go.jp/topics/kenko_21_11/top.html
- 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」http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/12/h_1218-3.html
- 洪井哲也(2004)『ネット心中』, NHK 出版。
- 谷口たみ子・石川正文・飯野一浩(1998)「人口動態統計にみる自殺の現状」『厚生指標』第 45 巻第 8 号, pp. 3-9。
- 谷畑健生・藤田利治・尾崎米厚・黒沢祥一・簗輪眞澄・畑 栄一(2003)「自殺と社会的背景としての失業」『厚生指標』第 50 巻第 8 号, pp. 23-29。
- 谷畑健生・簗輪眞澄(2003)「慢性疲労」『からだの科学』第 230 号, pp. 64-72。
- 樋口美雄(2001)『雇用と失業の経済学』, 日本経済新聞社。
- 藤田利治・谷畑健生・三浦宜彦(2003)「1998 年以降の自殺死亡急増の地理的特徴」『厚生指標』第 50 巻第 10 号, pp. 27-34。
- 渡辺淳一(1997)『失楽園(上, 下)』, 講談社。
- Durkheim E., Le suicide. Paris: Felix Alcan, 1897.
- Henry A. F. and Short J. F., Suicide and Homicide, New York: Free Press, 1954.

(たにはた・たけお
国立保健医療科学院疫学部主任研究官)