

季刊 社会保障研究

貸出用

Vol. 40

Summer 2004

No. 1

研究の窓

自殺予防：心の健康リスクに応えるための社会保障……………金子能宏 2

特集＜社会経済の変化と自殺予防＞

自殺予防に対する一提言—精神科医の視点から—……………高橋祥友 4

自殺は予防できる—自殺予防研究のフロンティア—
……………ダヌータ・バツセルマン／山下志穂 訳 17

職場における心のケアと自殺予防
……………川上憲人・廣 尚典・高橋祥友・永田頌史 26

高齢者の心のケアと地域における自殺予防の在り方
……………大野 裕・坂本真士・田中江里子・根市恵子 36

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 45

自殺予防に関する公衆衛生・教育的アプローチと社会的規制の役割
—世界の取り組みとその考察—
……………アントーン・リーナース／音山若穂・金子能宏 訳 60

自殺の社会経済的要因と自殺予防の経済効果
……………金子能宏・篠崎武久・山崎暁子 75

投稿（研究ノート）

高齢者の食事保障に関する考察
—地域類型でみた東京都各自治体の配食サービス事業—……………松井順子 88

判例研究

社会保障法判例……………福田素生 101
—夫が経営する会社から監査役としての報酬を受けていた妻につき、厚生年金保険法
59条1項所定の「(被保険者の死亡の当時その者によって) 生計を維持したもの」との
要件に該当しないとしてされた遺族厚生年金不支給処分が適法であるとされた事例—

書 評

宮本太郎編著『福祉国家再編の政治』……………武川正吾 107

季刊
社会保障研究

Vol. 40 Summer 2004 No. 1

国立社会保障・人口問題研究所

研究の窓

自殺予防：心の健康リスクに応えるための社会保障

平均寿命を国際比較すると、わが国の女性と男性それぞれの平均寿命は2002年時点で85.3歳と78.4歳であり、世界一を誇っている。第2位は、女性ではフランスの83.5歳、男性ではスウェーデンの78歳である。このような平均寿命が達成できた背景には、公衆衛生やフリー・アクセスを可能にした皆保険と医療供給体制の整備、疾病や障害で不自由があっても暮らしやすい条件を整える福祉施策や介護保険の展開、罹患率が上がる高齢期においても勤労期間と比べて遜色ない暮らしが送れる基盤となる年金・公的扶助等の所得保障など、様々な社会保障制度の発展があったことが上げられるだろう。その一方で、経済はかつてのような高度成長は望めず、また人口は少子高齢化が進展するという状況があり、今日、持続可能な社会保障制度をどのように構築していくかが課題となっている。

持続可能な社会保障制度の一つの条件は、その支え手を一人でも多く育てていくことである。そのため、次世代育成策、高齢者雇用政策、障害者雇用政策など、様々な政策的努力が続けられている。しかし、現実には、1990年代の景気低迷のもとで失業率や企業倒産件数が増加し、世帯所得に占める負債の比率も上昇するなど、人々に不安やストレスをもたらす要因が増え、自殺死者数は1998年に急増し、それ以後2003年まで約3万人水準で推移するという事態に至っている。自殺死亡を年齢階級別にみると、労働力としてまた家計の支え手として大きな役割を果たす中高年男性の自殺死亡が多いことから、社会保障の支え手ともなるこれらの人々の自殺をいかに予防するかという問題は、自殺予防の中でも一つの重要な課題となっている。

欧米では、自殺者数が1980年代に増加した国々の経験から、自殺予防の研究が多角的に始まり、その結果、自殺予防学(Suicidology)という領域が認知されるようになった。こうした研究成果は、スウェーデンやオーストラリアやアメリカの自殺予防対策に取り入れられ、その成果が現れている。世界保健機関(WHO)も、このような自殺予防研究の成果と国際比較に基づき、自殺予防対策の勧告を行っており、これを受け入れて具体的な取り組みを始めた国々は、今日、先進諸国のみならず、ロシア・東欧などの移行経済の国々や、中国やタイなど東アジア諸国にまで及び始めている。

これに対して、わが国における自殺予防は、「いのちの電話」など非営利団体による活動や自殺死亡率の高い地域における医師と自治体の連携による取り組みは見られるものの、職場や地域や学校などどんな身近な場所でも有効な対策がとれるほど組織的には行われていないのが現実である。このような背景には、自殺予防に関する研究の必要性が社会保障に関心を持つ人々の間でも必ずしも十分理解されていないことと、関心があっても自殺予防の研究成果が必ずしも十分広く提供されていない問題が挙げられる。

そこで、本特集では、社会経済の変化に対応した自殺予防研究の展開を各国の取り組みを含めて概観しつつ、わが国における自殺予防研究の展開を紹介することにより、わが国の自殺予防を

社会保障政策の中に位置づけながら有効に進めていくための基礎となるエビデンスを提供するとともに、自殺予防の多様な施策の方向性を明らかにしたい。

年金制度・医療保険・介護保険・失業保険など社会保障の個別制度は、疾病、失業、引退などによって通常の生活が困難になるというリスクに対して拠出をプールして、リスクが生じた場合に給付を受け取るリスク・シェアを社会的な連帯と個人の加入インセンティブをバランスさせつつ実現する仕組みとして、多くの国々において導入され、制度運営されてきた。こうしたリスクは、今日、身体上の疾病や所得低下のみならず、心の健康リスクまで含めて対応しなければならないことが認識され始めている。豊かな暮らしの中に潜む孤独や孤立感、あるいは豊かさを追うがための過労や負債を負うことによるストレスなどは心の健康リスクを高める一因となっている。

『季刊社会保障研究』創刊号から本特集号まで、多くの方々のご協力と努力とによって40年の歴史が経過した。その間、平均寿命も延び、年金の給付水準も先進諸国の中で遜色のない水準に達しつつあることは確かであるが、自殺予防に取り組むことなど社会保障に関連する課題はまだ多く残されている。『季刊社会保障研究』が、社会保障政策に関連する個別研究や制度横断的な研究の成果を示すのみならず、自殺予防のような新たな課題に取り組むこともできるならば、持続可能な社会保障制度の発展にこれからも微力ながら寄与していくことができるであろうと思う次第である。

金 子 能 宏

(かねこ・よしひろ 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部長)

自殺は予防できる

——自殺予防研究のフロンティア——

ダヌータ・バッセルマン
山下志穂 訳

I はじめに

日本では、自殺死亡者数が1999年以降3万人以上の水準にあり、2003年は3万2千人あまりと、明治32年以降最高であった。特に、20～39歳では自殺が死亡順位の第1位であり、40～64歳でも第2位から第4位を占めている（厚生労働省、2004）。

少子高齢社会の進展に伴う医療費の増加に対して対処していく一つの方法は、予防医学の応用である。自殺問題においても、2002年12月に厚生労働省が公表した「自殺予防に向けての提言」にみられるように、対象・段階別の予防対策の必要性が指摘されている。

このように、平均余命に影響を及ぼす自殺に対して予防医学の観点から対策を講じることは、国民の健康福祉の水準に好ましい影響を及ぼすものと考えられる。このような観点から、本論ではIIで自殺の現状について諸外国の疫学的データを用いて述べたあと、IIIでは自殺予防対策の枠組みと具体的な取り組みを紹介し、今後の日本における自殺予防対策のあり方について示唆を導きたい。

II 自殺の現状：疫学的データによる国際比較

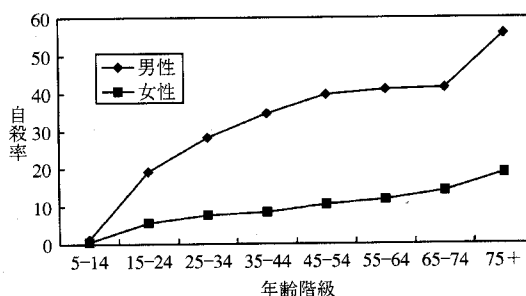
1 世界規模の自殺の現状

WHOによる世界の自殺の現状に関する報告によれば、2002年は全世界で約100万人（人口10万対約16人）が自殺によって亡くなった。また、

自殺率は過去45年間で約60%増加しており、2020年には自殺で亡くなる人が約153万人、未遂者がその10～20倍になると推計されている。

通常、自殺率が一番高いのは高齢者であり、自殺率は年齢と共に増加するという事実がある（図1）。しかし、長期的にみると、自殺者全体に占める5～44歳の割合が増加しつつある。自殺者全体に占める5～44歳の割合は1950年で44%であったが、それが2000年になると53%に増加している。

高齢者だけではなく若年者の自殺率の増加も問題となっている。15～44歳の年齢層では自殺は五大死因の一つに挙げられており、女性ではHIV/AIDSに次いで第2位、男性でもHIV/AIDS、交通事故、暴力に次いで第4位となっている（1998年時点における）。欧米諸国の15～19歳の自殺率（人口10万対）は1950年の2.7人から1998年には11.3人へと4倍余りの増加をみた。また、世界各地域の若年者層における死因順位を



出所) World Health Organization¹⁾より訳者作成。

図1 性別年齢階級別自殺率（世界全体：1998年）

表1 WHO 地域別若年者層 (15~24 歳) の主要死因

	アフリカ	南北アメリカ	南アジア	欧州・太平洋州
1 位	感染症	殺人	疾患	事故
2 位	自殺	事故	自殺	自殺
3 位	事故	自殺	事故	腫瘍

出所) WHO Mortality Database より筆者作成。

表2 WHO ユーロッパ加盟国における自殺率の変化 (15 歳以上, 男女計)

	0~20%未満		20~40%未満	40~60%未満	60%~
減少	イスラエル	アイスランド	デンマーク		
	マルタ	クロアチア	ノルウェー		
	チェコ	ルクセンブルグ	ハンガリー		
	スウェーデン	オーストリア			
	フィンランド	スロヴェニア			
	ポルトガル	英国			
	ドイツ	ギリシャ			
増加	オランダ	モルドヴァ	アイルランド	エストニア	リトアニア
	イタリア	アルバニア	ウクライナ	ラトヴィア	
	スペイン	ルーマニア		ロシア	
	ブルガリア			ベラルーシ	

出所) World Health Organization (2002) より訳者作成。

みると、自殺はアフリカ、南アジア、欧州・太平洋州では第2位、南北アメリカでは第3位である(表1)。このことから、若年者層においては自殺が死因の一つとして一般化しつつあることを考慮した、予防対策の取り組みが必要であることが理解できる。

ところで、スウェーデンの16~18歳の学生2300名を対象とした自殺念慮に関する調査によれば、過去に自殺を試みたことがあると自己報告した者の割合は女子で8.2%、男子3.2%であった。しかし、精神科医による面接の後ではこの数値が約半分(女子4.8%、男子1.6%)に下がった(Olsson, 1998)。

この調査が示唆するところは、自殺念慮があった場合でも周囲の人々や専門家とコミュニケーションを取ることによって、自殺の可能性は低下すると理解することができるだろう。自殺を考えた若者たちは、強く死を希求しているというよりはむしろ、救いを求める行為や声をあげているということである。自殺念慮者には、死にたいという気持ちと死にたくないという気持ちの相反する

感情があることは既によく知られていることではあるが、このような感情を持つ人々が精神科医の面接などを通じてコミュニケーションの機会を持つこと、あるいはコミュニケーションの方法について学ぶことは、自殺の危険性を低下させる可能性を高めるものと考えられる(自殺予防教育としてのコミュニケーション訓練については後述する)。

2 自殺率の国際比較

ヨーロッパでは、WHO 加盟国で構成されている「自殺予防のためのネットワーク」(WHO/ユーロネットワーク)がある。このネットワークでは、ヨーロッパ諸国におけるモニタリング調査とこれを踏まえた自殺予防活動が展開されてきた。このネットワークが実施した調査から、WHO ユーロッパ加盟国における1989~90年から1995~96年の自殺率(15歳以上、男女計)の変化を示したのが表2である。

これをみると、ロシアやバルト海諸国では自殺率が40%以上増加しており、東欧地域でも増加

している。対照的に北欧、西欧、南欧地域では自殺率が減少している。このような傾向は、自殺率の地域比較においてもほぼ一致しており、地域間格差が指摘されている。

3 自殺の背景：精神疾患との関連

自殺者に関する心理学的剖検や診断例を見ると、約9割が気分障害や統合失調症、物質関連障害など何らかの精神疾患を持っていることが指摘されている。このような様々な精神障害が他の障害と比較してその人の生活の質（QOL）にどの程度影響を及ぼしているのかという問題については、“The Global Burden of Disease”で明らかにされている。

表3は、疾病等で健康な人と同じような生活が送れなくなることを考慮した生涯寿命（Disability Adjusted Life Years: DALYs）に影響する10大要因を15～44歳の場合で示したものである。先進国では7要因が、後進国では5要因（太字で示したもの）が精神疾患である。

さらに、生涯寿命に影響する要因の順位をみる

と、単極性うつ病は1990年には第4位であったが、2020年には第2位になると予測されている（表4）。つまり、うつ病は生涯寿命に影響する極めて重要な要因であることが理解できる。

III 国民の健康・福祉の水準向上に資する自殺予防のあり方

1 日本の自殺の背景：欧米との比較から

以上の疫学的考察を踏まえ、本節では国民の健康・福祉の水準向上に資する自殺予防のあり方について議論を進めたい。議論の前提として、日本の自殺の背景を欧米の調査結果と比較し、自殺予防に必要な条件について考察したい。

日本人の自殺のリスクグループとして、高齢者、男性、若年者が挙げられる。高齢者では、家族のサポートの欠如、身体症状、疾病に対する不安などが関連している（Takahashi et al., 1995）。男性では、若年層、アルコール依存の中高年層、抑うつ症状、離婚、失業などが関連している（Noda et al., 2001）。また若年者では、自殺念慮

表3 15～44歳（男女計）における生涯寿命に影響する要因

	先進国	後進国	世界全体
1	単極性うつ病	単極性うつ病	単極性うつ病
2	アルコール依存	結核	結核
3	交通事故	交通事故	交通事故
4	統合失調症	戦争	アルコール依存
5	自殺	鉄欠乏性貧血	自殺
6	双極性うつ病	自殺	双極性うつ病
7	薬物濫用	暴力	戦争
8	強迫神経症	双極性うつ病	暴力
9	変形関節炎	統合失調症	統合失調症
10	暴力	アルコール依存	鉄欠乏性貧血

出所) The Global Burden of Disease²⁾.

表4 生涯寿命に影響する要因の変化

	1990年	2020年
1位	呼吸不全	急性心筋梗塞
2位	下痢性疾患	単極性うつ病
3位	出生時の症状	交通事故
4位	単極性うつ病	脳卒中
5位	急性心筋梗塞	慢性閉塞性肺疾患

出所) The Global Burden of Disease.

に伴うアルコール・薬物依存、拒食、喫煙などが関連し、自殺者の30～50%に心理障害がみられている(Yoshioka, 1998)。自殺者の多くは抑うつや統合失調症などの精神疾患を発症している場合が多いが、それらのきっかけは家族問題(いさかい、家族の死)、病気、学生であれば試験の失敗などが挙げられる(Yamamoto et al., 1990; Uno et al., 1987; Hattori et al., 1995)。このような原因は、欧米においても日本においても共通して見られることである。

ところで、自殺の危機が高まったとき、日本人は周囲の者や専門家にあまり助けを求めないといわれる(Ono et al., 2001)が、これもスウェーデンの調査でも見られる傾向である。日本はいわゆる「恥の文化」であり、スウェーデンのあるスカンジナビアは「罪の文化」であるといわれる。しかし、「罪の文化」も罪を犯したことについて恥を感じると解釈すれば、「恥の文化」の側面も持つのかかもしれない。そのような意味で、自殺の危機が高まったときは日本もスウェーデンも類似した挙動を示す場合があると理解することができる。

このようにリスク要因を整理してみると、日本の自殺者と欧米の自殺者では、相違点よりも類似点のほうが多く見出せる。したがって、日本の自殺予防において、自殺のリスクに関する一般的な知識を身に付けることは欧米と同様に可能である。ただし、自殺や自殺未遂に対する態度には大きな違いがある。つまりこれが自殺予防を進めていく上での壁であり、知識を身につける上での対立をよく理解しなければならない。ここでいう自殺や自殺未遂に対する態度とは、個人の態度や姿勢ということだけではなく、社会の姿勢、あるいはまた自殺予防に携わる者(例えば、医師、看護師などの医療従事者)の姿勢でもある。自殺予防に携わる者も基本は社会の一員であり、自殺のリスクに関する一般的な知識があっても、自殺に対する態度や姿勢に問題があれば、それは非常に自殺防止の障害になりうるのである。

それでは、日本における自殺に対する態度や姿勢とは何であろうか。日本における自殺に対する態度や姿勢には儒教の文化と日本独自の「武士

道」(Nitobe, 1990)とが錯綜した影響があるように思われる。すなわち、集団や他者に対する素直さ、義務感、忠誠心といった、集団と共に調和して行動したいという意識が倫理的に尊ばれ、半面、このような倫理に背くことが家庭生活や職場の仕事で起きると責任を執る必要性を意識し、その究極の手段として自殺もやむを得ないというコンセンサスがあると考えられる。

このように、日本では自殺行為が肯定的に捉えられてきた背景があるとすれば、このことをあえて意識する必要がある。もしこのような姿勢を人々が持っているのならば、自殺予防活動を非常に長い時間かけて行わないと態度や姿勢は変わらないからである。自殺や自殺未遂に関する知識を持つことも重要であるが、知識は、個人の感情や態度、姿勢を伴わなければ実践や施策には反映されないものである。したがって、自殺予防活動には自殺に関する知識だけではなく、個人の感情、態度や姿勢、あるいは、状況に応じた行動といったものも含めて考えていく必要がある。

2 国民の健康・福祉の水準向上に資する自殺予防戦略の枠組み

以上の議論から、自殺予防には様々な戦略があり得る。ここでは、医療サービスの提供といった「ヘルスケア」の観点から進めていく戦略と、自殺を予防する環境の整備といった「公衆衛生」という観点から進めていく戦略(図2)を紹介した

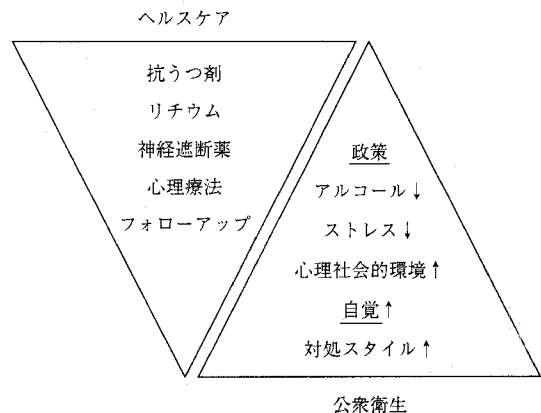


図2 自殺予防戦略のモデル

い。

(1) 自殺予防：ヘルスケア戦略

「ヘルスケア」の観点からの自殺予防戦略においては、単極性うつ病、双極性うつ病、統合失調症に対する薬物治療、精神療法、心理社会的介入がある。まず、単極性うつ病の場合は、抗うつ剤を使うことにより有意に自殺念慮を抑えることができる。スウェーデン Gotland 地方における自殺予防研究 (Rutz et al., 1992) では、一般医が自殺念慮を持っている患者に対して抗うつ剤の処方量を増やし、抗不安剤の処方量を減らした。その結果、女性の自殺は低下したものの、男性における自殺については変化が見られなかった。抗うつ薬の投与が男性の自殺念慮の抑制に効果を示さないという結果は、他のヨーロッパ諸国でも類似していることが知られており、どうすれば男性の自殺予防が可能となるかについては今後の課題である。また、抗うつ薬は自殺念慮を抑制するということであり、自殺未遂や既遂を減少させることができるかについては、実証研究が少ないために確定的な結論は導くことができないという問題がある。

双極性うつ病の治療においては、リチウムを使用した場合には有意に死亡率が低下したことが示されている (Muller-Oerlinghausen, Muser-Causemann and Volk, 1992; Tondo, Jamison and Baldessarini, 1997; Nilsson, 1999)。例えば、リチウム投与を受けた患者の自殺率は投与を受けなかった患者の自殺率の約 5 分の 1、自殺未遂の場合は約 10 分の 1 であることが示されている (Baldessarini, Tondo and Hennen, 2001)。

統合失調症の治療では、クロザピン (Clozapine) の投与により自殺未遂及び自殺率を抑制することができたという結果が得られている (Meltzer, 1999)。また、クロザピンと新しい抗精神薬であるオランザピン (Olanzapine) の効果についての無作為比較研究でも、クロザピンの有意な効果が得られている (Meltzer, 2002)。

精神療法では認知行動療法が自殺予防の治療法として利用され、自殺未遂や未遂の反復が減少したという知見が得られている (Salkovskis, Atha

and Storer, 1990; Linehan et al., 1991)。

未遂の反復という問題については、Hawton ら (1998) の研究に言及する必要がある。問題解決療法、緊急コンタクトカードの配布、談話行動療法、抗精神薬の投与などを行うことで、未遂の反復が減少したことが示されている (Hawton et al., 1998)。緊急コンタクトカードは、自殺念慮者に危機に対して助けが必要なときには連絡をとる方法があると認識させるという意味で重要なものであり、効果もある。ただし国によっては、助けが必要なときにいつでも医師やセラピストと連絡が取れるとは限らないという現状がある。

精神療法や抗精神薬などに加えて、心理社会的介入も有効である。例えば、Motto らは、自殺未遂者に対して積極的に連絡をとることで精神的フォローアップを行っている。具体的には、初めの 4 ヶ月間は毎月、以降は 2 ヶ月に一度ずつ、合計 5 年間フォローアップを行っている。このような介入の結果、フォローアップをしなかった群と比較して、大幅に自殺率あるいは自殺未遂を抑えることが確認されている (Motto, 1991)。

イタリアのベネト州では、「テレチェック」「テレヘルプ」という、電話を利用した高齢者の精神状態に関するフォローアップシステムがある。「テレヘルプ」は高齢者が助けの必要なときにいつでも連絡ができるシステムで、「テレチェック」は精神科看護師が週 2 回高齢者宅に電話をし、健康状態などについて尋ねるものである。このようなシステムを導入した結果、高齢者の精神状態は有意に改善し、入院率や自殺率も自殺が有意に減少した (De Leo, Carollo and Dello Buono, 1995; De Leo, Dello Buono and Dwyer, 2002)。

(2) 自殺予防：公衆衛生戦略

「公衆衛生」の観点からの自殺予防戦略とは、自殺予防の環境を整えることである。まず重要な問題となるのは、自殺の手段に手が届くかどうかという点である。例えば、銃器の所持を規制したり、農薬などの化学薬品を鍵のある所にしまったりなどして、簡単に手にとることができるかどうかという違いだけでも自殺予防に影響が出る。とりわけ女性の場合は、悩みやストレスが深いとき

に殺虫剤が手の届く所にあれば、すぐにそれを使用する傾向があることが確認されている。

これに関連して、自殺予防においてはアルコールが手に入る環境を考慮することも重要である。アルコールは感情や情動を抑制するのではなく、逆に衝動性を刺激する作用があり、自殺や自殺未遂とも関連することが指摘されているからである。

一例として、旧ソ連では、ペレストロイカ以前の1984年における男性の自殺率は人口10万対65人以上を示していた。またアルコール摂取量は1人あたり年間10リットルにのぼり、国民の健康がアルコールによって脅威にさらされていることが認識されていた。そのような背景から、旧ソ連ではペレストロイカの一つとしてアルコール抑制策が実施された。つまり、生産量の抑制に伴う価格の急騰によって、国民の飲酒習慣そのものを変えようとしたのである。旧ソ連では、飲酒は公的な場においても重要な役割を果たしていたが、公的なパーティーでも乾杯を禁止するほど徹底したものであった。筆者らがこの政策による自殺予防効果について研究を行った(Wasserman and Varnik, 1998)ところ、ペレストロイカ実施後の1986年にはアルコール摂取量が半減し、同時に自殺率も人口10万対約65人から40人に低下した。自殺率の低下は、とりわけ労働年齢にあたる24～54歳の男性で確認された。また、旧ソ連を形成する全共和国で確認されたこと、同期間のヨーロッパでの男性の自殺率の低下は約3%であったことから、アルコール摂取を制限するという環境作りが効果を挙げたことが示唆される。

もう一つ重要な問題は、自殺に関するマスコミ報道の影響である。これは間接的な証拠ではあるが、例えばウィーンでは、マスコミによる自殺に関する報道(誰が、どこで、どのように自殺したか)をやめた場合に、ウィーン市内の地下鉄での自殺があきらかに減少したといわれている。他にもマスコミ報道の影響が指摘されていることから、WHOでもマスコミ報道に関して自殺予防に向けたガイドラインを公表している。日本においても日本の状況に応じた自殺に関するマスコミ報道の指針が必要である。

また、自殺予防の環境を整えるという点では、学校や職域における自殺予防プログラムも有効である。例えば、アメリカのフロリダ州では学校教育としての自殺予防プログラムがあり、33万人の児童生徒にプログラムを実施したところ、自殺既遂を62%、自殺未遂を65%抑制することができたという研究結果が示されている(Zanere and Lazarus, 1997)。

スウェーデンでも、学校における自殺予防教育の必要性が議論され、2001年にWHOのガイドライン「自殺予防：教師及び学校関係者のための資料」をスウェーデンの状況にあわせ、生徒と学校関係者を対象としたプログラムを教育要領に盛り込む決議が採択された。筆者のいる国立心の病と自殺研究・防止対策センターでは、フロリダ州のプログラムを参考に、「ライフスキルプログラム」という自殺予防教育プログラムを開発した³⁾。このプログラムは14～17歳の生徒に対して、メンタルヘルスに関する知識(ストレス、抑うつ、いじめ、アルコール・薬物依存、自殺行為、睡眠、食生活、運動等)についての講義と、ストレス事態に陥ったときの対処方法を実習する心理劇から構成されている。特に心理劇では、悩みや不安が高まったときの対処方法として、親や周囲の大人など信頼できる人と話をする方法を実習した。筆者らは、ストックホルムの学校に通う生徒1000人を対象にこのプログラムを導入し、対象群1000人とその効果について比較検討した。その結果、精神的身体的症状については導入による有意な変化はみられなかったが、自殺未遂率は有意に減少し、周囲の大人とのコミュニケーションは有意に増加した。

職域における自殺予防プログラムとしては、自殺予防に関わる地域の精神保健医療スタッフへの教育プログラムを紹介する。スウェーデンの精神保健医療は、ソーシャルワーカー、精神科医、心理士らが一つの治療チームを構成している。チーム治療では、しばしばスタッフ間に緊張関係が生まれることもあるが、そのような緊張関係は患者への対応にも影響し、患者が混乱してしまう恐れがあることに留意する必要がある。そこでスウェ

ーデン国立心の病と自殺研究・防止対策センターでは、技術の向上と職務の明確化、緊張関係の解消、専門家意識の向上、スタッフ個人の精神的健康の向上を目的とした200時間の教育プログラムを実施している。ストックホルム州を22セクターにわけ、そのうち11セクター（住民75万人）でプログラムを導入している。このプロジェクトの結果、スタッフは互いの職務の役割が整理され、チーム内の緊張関係も減り、患者やその家族などから期待されていることなどについても理解が深まった。

IV まとめにかえて

本論では、疫学的データに基づいた世界全体の自殺の現状と、国民の健康・福祉の水準向上に資する自殺予防のあり方について、ヘルスケアと公衆衛生という観点から議論してきた。最後に、自殺予防の上で重要であると思われるコミュニケーションの問題と専門家の協力関係について述べ、まとめとしたい。

自殺行為には遺伝的素因、家族性が関係していることが既に示されている。しかし、同時に心理社会的要因も重要である(Wasserman, 2001)。例えば、ストレス脆弱性モデルをもとに、自殺をする可能性が高い性向がある個人を仮定する。そのような性向に加えて、心身に障害があり、かつ失業や家族の問題といったライフイベントでのストレスが起こった場合、この脆弱性は自殺念慮という形で現れる。しかし、自殺念慮に関するコミュニケーションは様々な人々（家族や専門家）に様々な形で伝わる。つまり、自殺未遂もしくは自殺の実行に対していろいろな段階で介入する可能性があるにもかかわらず、自殺に関するコミュニケーションがどのように行われているかは実際にはわかりにくい。もし、言語的なものであれ、非言語的なものであれ、あるコミュニケーションが自殺念慮や自殺企図に関するものであるとわかれば介入がしやすくなる。

しかし筆者自身の経験から言えば、自殺を考えている人からそのような話を聞いた家族は、たい

てい沈黙して対応してしまう傾向がある。つまり、家族は自殺の話をするのが怖くて何も言わないことが多いのである。このような対応に対して自殺を考えている人は、拒絶や無関心の対応をされたのだと誤解する。また、専門家も助けるべきかどうか分からないという両面性の気持ちをもってしまうことは、自殺を考えている人にとっては非常に厳しい反応と映る。つまり、自分自身が死ぬべきか死なずにいるべきかと揺れている時に、話を聞いた人も同じような揺れている気持ちを示してしまうことは、事態を悪化させるのである。また自殺を考えている人は、周囲の人々に対して攻撃的な感情を直接的には言葉によって、間接的には背を向けることなどによって示すことがある。これに対しても、周囲の人々が沈黙や動揺、攻撃的な態度を示したり、もう何もできないという絶望感を持ってしまったりすると、そのような態度は本人にも影響し、自殺するきっかけを与えることになる。しかし、家族の誰かが何か行動することによって、人間関係のダイナミクスが変化することがある。つまり、ここには自殺を促進してしまう可能性と同時に、自殺を思いとどまらせる機会もあるということを認識する必要がある。

コミュニケーションに関してもう一つ重要な点は、自殺を美化、栄光化してはいけないということである。前述のように、日本でも自殺を「道徳的行為、合理的な行動である」と考えたり、「勇気がある行為」として美化したりした歴史があるかもしれない。しかし、自殺予防にかかわるすべての人々は、自殺こそ唯一の解決策、脱出策であると人々に思わせてはいけない。自殺には精神的、社会的ストレスなど何らかの背景があること、そして自殺を考える人に対しては援助を提供することが可能であるということを示さなければならない。もちろん、精神科医あるいは研究者としては、自殺を考えている人全員を救うことは難しいと認識しているが、一般の人々にこの事実を認めてはならない。このような事実を認めてしまうと、絶望感は簡単に広まり、希望はあるということがなかなか伝わらなくなる。絶望感は簡単に伝わるが、希望は伝わりにくい。この非対照的な事実が自殺

予防における課題である。

自殺予防研究のなかでも科学的な証拠に乏しいものや、証拠があったとしても追試例が少ないためにその妥当性が明確ではないものがある。そのために研究者の発言が消極的になってしまい、予防策の信頼性が揺らぎ、自殺予防対策を講じる上での障壁になってしまうことがある。そのため、研究者と自殺予防の手助けをする当事者とは役割分担をする必要があるだろう。つまり、研究者は科学的な立場から研究をし、現場で自殺予防活動に従事する人々は、その専門家として尊重される必要があるだろう。このように課題は多々あるが、これらを踏まえつつ、自殺予防に携わるすべての人々が最善の対応法を見出す努力をしていくことが重要である。

注

- 1) Murray CJL and Lopez AD (eds.). 1996. *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1). Harvard University Press. (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicidecharts/en/より入手)
- 2) <http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/intro.htm>
- 3) Evaluation of a suicide preventive method (Prevention of Mental Health—Life Skill) in schools.

参考文献

- 厚生労働省大臣官房統計情報部 2004
『平成15年人口動態統計月報年計(概数)の概況』
- Baldessarini, R. J., Tondo, L. and Hennen J. 2001. "Treating the suicidal patient with bipolar disorder. Reducing suicide risk with lithium." *Annals of The New York Academy of Sciences* 932: 24-38.
- De Leo D., Carollo G. and Dello Buono M. 1995. "Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home." *American Journal of Psychiatry* 152 (4): 632-634.
- De Leo D., Dello Buono M. and Dwyer J. 2002. "Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy." *British Journal of Psychiatry* September; 181: 226-229.
- Hattori T., Taketani K. and Ogasawara Y. 1995. "Suicide and suicide attempts in general hospital psychiatry: clinical and statistical study." *Psychiatry Clinical Neuroscience* 49 (1): 43-48.
- Hawton K., Arensman E., Townsend E., Bremner S., Feldman E., Goldney R., Gunnell D., Hazell P., van Heeringen K., House A., Owens D., Sakinofsky I. and Traskman-Bendz L. 1998. "Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition." *BMJ* 317 (7156): 441-447.
- Linehan M. M., Armstrong H. E., Suarez A., Allmon D. and Heard H. L. 1991. "Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients." *Archives of General Psychiatry* 48 (12): 1060-1064.
- Meltzer H. Y. 1999. "Suicide and schizophrenia: clozapine and the InterSePT study. International Clozaril / Leponex Suicide Prevention Trial." *The Journal of Clinical Psychiatry* 60 Suppl. 12: 47-50.
- Meltzer H. Y. 2002. "Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options." *Current Psychiatry reports* 4 (4): 279-283.
- Motto J. A. 1991. "An integrated approach to estimating suicide risk." *Suicide & life-threatening behavior* 21 (1): 74-89.
- Muller-Oerlinghausen B., Muser-Causemann B., and Volk J. 1992. "Suicides and parasuicides in a high-risk patient group on and off lithium long-term medication." *Journal of Affective Disorders* 25 (4): 261-269.
- Nilsson A. 1999. "Lithium therapy and suicide risk." *The Journal of Clinical Psychiatry* 60 Suppl. 2: 85-88.
- Nitobe I. *BUSHIDO: The Soul of Japan* (矢内原忠雄訳 新渡戸稲造『武士道』1991 岩波文庫).
- Noda T., Imamichi H., Tanaka H., Kawata A., Hirano K., Ando T., Yoneda H., Iwata Y., and Kinoshita N. 2001. "Cause-specific mortality risk among male alcoholics residing in the Osaka metropolitan area." *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 55 (5): 465-472.
- Olsson G. 1998. "Adolescent depression: Epidemiology, nosology, life stress and social network. Minireview based on a doctoral thesis." *Uppsala Journal of Medical Sciences* 103

- (2): 77-145.
- Ono Y., Tanaka E., Oyama H., Toyokawa K., Koizumi T., Shinohe K., Satoh K., Nishizuka E., Kominato H., Nakamura K., and Yoshimura K. 2001. "Epidemiology of suicidal ideation and help-seeking behaviors among the elderly in Japan." *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 55 (6): 605-610.
- Rutz W., von Knorring L., and Walinder J. 1992. "Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 85 (1): 83-88.
- Salkovskis P. M., Atha C., and Storer D. 1990. "Cognitive-behavioral problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: A controlled trial." *British Journal of Psychiatry* 157: 871-876.
- Takahashi Y., Hirasawa H., Koyama K., Asakawa O., Kido M., Onose H., Udagawa M., Ishikawa Y., and Uno M. 1995. "Suicide and aging in Japan: an examination of treated elderly suicide attempters." *International Psychogeriatrics* 7 (2): 239-251.
- Tondo L., Jamison K. R., and Baldessarini R. J. 1997. "Effect of lithium maintenance on suicidal behavior in major mood disorders." *Annals of The New York Academy of Sciences* 29: 836: 339-351.
- Uno M., Ando E., and Ishikawa K. 1987. "The problem of student suicide." *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 55 (9): 273-278. [In German]
- Wasserman, D. (ed.). 2001. *Suicide: An unnecessary death*. London: Martin Dunitz.
- Wasserman D., and Varnik A. 1998. "Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction." *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement* 394: 1-4.
- Yamamoto Y., Yamada M., Fukunaga T., and Tatsuno Y. 1990. "Statistical studies on suicides in Shiga Prefecture during the 15-year period, 1974 to 1988". *Nippon Hoigaku Zasshi* 44 (2): 190-198. [In Japanese]
- Yoshioka N. 1998. "Epidemiological study of suicide in Japan—is it possible to reduce committing suicide?." *Nippon Hoigaku Zasshi* 52 (5): 286-293. [In Japanese].
- Zenere F. J. 3rd., and Lazarus P. J. 1997. "The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program". *Suicide & life-threatening behavior* 27 (4): 387-402.
- (Danuta Wasserman カロリンスカ医科大学
公衆衛生保健科学部長/スウェーデン国立心の
病と自殺研究・防止対策センター所長)
(やました・しほ 国立社会保障・人口問題
研究所客員研究員)

高齢者の心のケアと地域における自殺予防の在り方

大野 裕・坂本真士・田中江里子・根市恵子

I はじめに

わが国の平成10年度の自殺者が3万人を超えて以来、毎年3万人を超す自殺死亡者が出ている。警察庁の調べでは自殺の理由として経済苦や病苦が挙げられており、こうした要因が深く関与していることは疑問の余地がない。特に、先行研究から自殺率と失業率が連動することが指摘されており、わが国の最近の自殺率を押し上げているのが50歳代の男性であり、なかでも無職者や離職者の自殺が急増していることを考えると、経済的な要因を検討することはきわめて重要である。

しかしそれに加えて、うつ病などの精神疾患が自殺に深く影響していることも明らかである。欧米の研究からは自殺死亡者の8割から9割がその直前に何らかの精神疾患にかかっていたと推定されており、特に高齢者ではうつ病が重要視されている。つまり、経済苦や病苦などのライフイベントを契機としてうつ病を発症し、その結果として自殺に至る例が多く存在している知見が得られているのである。そうしたことから、自殺予防のためにはうつ病などの精神疾患の適切な診断、治療が不可欠と考えられている。

しかし、精神疾患に苦しんでいても医療施設を受診する人が少ないこともわかっている。青森県の一地域で行った我々の研究では、65歳以上の高齢者433名のなかで①死を繰り返し考えている人、または自殺について考えている人が44名(男性=13名、女性31名)存在していたが、そのなかで医療関係者を含む他の人に相談していた人の割合は15名(34.10%)、さらにそのなかで相

談の対象が医師であった高齢者は10名(22.73%)でしかなかった。

また平成14年度に行われた厚生労働科学研究費による大規模疫学調査によれば、調査時点までにDSM-IVで大うつ病と診断される状態を体験した地域住民は6.5%認められたが、そのうち精神科を受診していた人は18%、精神科以外の診療科を受診していた人は8%と、これも低い値であった。

このような状況を考えると、自殺予防を目的としたうつ病に対する早期介入は単に医療機関で患者の受診を待っているだけではなく、保健師など地域の医療従事者を中心とした地域全体での取り組みが重要であることがわかる。ちなみに、スウェーデンのゴットランドで行われた研究では、一般医をトレーニングすることによって自殺率が低下した。ただ、時間がたつとトレーニングの効果が失われていくこともわかっており、こうした所見からも、医療場面にきざらず地域全体の取り組みが大きな意味を持つことがわかる。

わが国では、保健師を中心とした自治体の保健医療従事者が地域介入を行った新潟県松之山町や岩手県浄法寺町などでは高齢者の自殺率が低下したことが報告されている。松之山町では、65歳以上の全住民に対して、SDSを改訂した新潟大学式うつ病自己評価尺度(Niigata university Self-rating Depression Scale; NSDS)の得点が60点以上の高齢者、または①過去にうつ病相があった高齢者、②自殺をほのめかしている高齢者、③配偶者が死亡した直後の高齢者、④医療機関から退院直後の高齢者、⑤最近、親族や近隣に自殺が発生した高齢者を高危険群として、Research

Diagnostic Criteria (RDC) を用いた診断面接を実施し、それによってうつ病と診断された住民に対して医学的治療やグループケアを行った。さらに、うつ状態の老人や閉じこもりの老人に対するグループケアや訪問活動も並行して行った。その後、介入開始前 16 年間で開始後 10 年間で比較したところ、65 歳以上の人の自殺死亡率が有意に低下していた。

松之山町の介入活動に関する高橋ら (1998) による一連の報告をもとに、大山 (2003) は同町の自殺予防活動の成果に第 2 次予防活動と福祉増進の方向性を持つ予防活動が強く影響することを指摘している。ここでいう第 2 次予防活動は、松之山町で最初に導入されたよううつ状態スクリーニングと高危険群に対する個別ケアを軸とした地域精神保健活動である。

一方、福祉増進の方向性を持つ予防活動は、松之山町では第 2 次予防活動に数年遅れて導入されている。これは、うつ状態・閉じこもり老人に対する施設での集団援助と、これに参加できない老人に対する友愛訪問が活動の中心になっていた。これはまた、閉じこもりがちな高齢者に対するグループケアや訪問を通した人間関係の再構築を通して高齢者自殺の危険因子である心理的孤立を防ごうとする試みでもある。

こうした訪問や在宅・施設福祉サービス整備などの高齢者福祉活動の重要性は、最近行われた松之山町とその周辺で実施された高齢者自殺介入活動の比較研究からも明らかにされている。このように自殺予防活動が成果を上げた松之山町の活動は、地元の一般医と精神科医との連携が密であり、閉じこもり老人に対する福祉訪問や集団援助、特別養護老人ホームにおける入所サービスなどの保健福祉活動が積極的に実施されていた点が特徴的であったという。つまり、高齢者自殺の予防には、うつ状態・うつ病への第 2 次予防活動だけでなく、在宅福祉サービスを含めた福祉増進の方向性を持つ 1 次予防活動が重要な役割を果たしているのである。

こうしたことから、我々は、青森県名川町で地域住民の意識の実態調査を行う一方で、地域の保

健医療従事者が利用可能な介入マニュアルを作成した。この介入マニュアルは、青森県名川町に加えて、鹿児島県伊集院保健所や岩手県久慈市など、各地の地域保険医療関係者等から意見を得ながら修正を重ねたものである。

以下本論では、スクリーニングの実際と自治体および地域住民の連携を中心に論じたい。

II 地域におけるうつ病による自殺予防のためのスクリーニングの実際

スクリーニングに際しては、①質問紙によるスクリーニングと、②面接によるスクリーニングを行う。図 1 はスクリーニングの概要についてフローチャートとして示したものである。それぞれのスクリーニング方法について次に概説する。

1 質問紙によるスクリーニング

スクリーニングの第 1 段階では、自己記入式の簡易質問紙を用いる。これはうつ病の評価に加えて、新潟県松之山町の先行研究などから自殺を誘発する可能性が高いとされているライフイベントの有無を評価するものである。そのライフイベントとしては、①死にたいといっている、②配偶者や家族が死亡した、③親族や近隣の人が自殺した、④医療機関から退院した、が含まれる。

うつ病の評価に関しては、高齢者に見られるうつ病の初期症状に加えて、うつ病と併存すると自殺に結びつく可能性が高いとされる不安障害 (特に、パニック障害) やアルコール依存症の存在などを考慮に入れて、総合的な視点から地域住民の精神的健康を評価することが必要である。

表 1 に示したように自殺予防のためのスクリーニングに用いる簡易質問紙は 8 問で構成されており、うつ病の有無を判断する目的なら問 1 から問 5 まで、自殺念慮までスクリーニングする目的の場合には問 6 以降の質問まで含めて利用する。

この簡易質問紙は、以下のような場面で使うことを想定している；(a) 保健師や民生委員、保健推進委員の訪問時のスクリーニング用、(b) 町全体の住民を対象とした定期的スクリーニング



図1 地域におけるうつ病による自殺予防のためのスクリーニングの概要

表1 自殺予防のためのスクリーニングに用いる簡易質問紙

スクリーニング質問票		年	月	日
最近のあなたのご様子についてお伺いします。次の質問を読んで、「はい」「いいえ」のうち、あてはまるほうに○印をつけてください。				
1. 毎日の生活が充実していますか	1. はい	2. いいえ		
2. これまで楽しんでやれていたことが、 いまも楽しんでできていますか	1. はい	2. いいえ		
3. 以前は楽にできていたことが、 今ではおっくうに感じられますか	1. はい	2. いいえ		
4. 自分は役に立つ人間だと 考えることができますか	1. はい	2. いいえ		
5. わけもなく疲れたような感じがしますか	1. はい	2. いいえ		
6. 死について何度も考えることがありますか	1. はい	2. いいえ		
7. 気分がひどく落ち込んで、 自殺について考えることがありますか	1. はい	2. いいえ		
8. 最近ひどく困ったことや つらいと思ったことがありますか	1. はい	2. いいえ		
↓ 「はい」と答えた方は、さしつかえなければ、どういうことがあったのか、 ご記入ください。				

として（定期検診での活用）、（c）地域の病院の受診時（医療スタッフによるスクリーニング、または自己チェックとして）。

もちろん、地域住民がアンケート実施時期に集中してうつ状態になるわけではないので、調査時点だけでなく過去にも同様の症状がなかったかどうかを確認しておくことが役に立つ。また、次のようなライフイベントに直面すると自殺する危険性が高まることがわかっており、問8もしくは家族や近隣の人たちから以下のような状況が存在していることがわかれば早めに介入することが望ましい：①死にたいと言っている、②配偶者や家族が死亡した、③親族や近隣の人が自殺した、④医療機関から退院した。

なお、自殺の心理的背景は個人的でデリケート

な問題で、そうした個別性に十分配慮しながら、地域住民の心身ともに健康な生活を地域全体でバックアップしていくことが重要である。

2 面接によるスクリーニング

スクリーニング質問票の結果を基に、うつ症状が認められる住民に面接を行う。面接に当たっては、まずうつ病の症状を評価する。

うつ症状については、アメリカ精神医学会の公的な診断分類である DSM-IV の大うつ病性障害の基準である①抑うつ気分、②興味や喜びの喪失、③食欲の減退または増加、④睡眠障害（不眠または睡眠過多）、⑤精神運動の障害（強い焦燥感・運動の制止）、⑥疲れやすさ・気力の減退、⑦強い罪責感（自分に価値がない、罪悪感）、⑧思考

力や集中力の低下(決断困難/思考力減退/集中力減退のいずれか)、⑨自殺への思い(死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図)について評価する。

その後、不安症状とアルコール乱用の可能性、生活への支障を評価して、医療機関への受診を勧めるかどうかを判断する。これは、前述したように、うつ症状と不安症状やアルコール依存が同時に存在している場合には自殺の危険が高まるためである。受診を勧める目安を以下に挙げる。

- (1) 「⑨自殺への思い(死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図)」が存在している場合。
- (2) 「①～⑧抑うつ症状のうち2項目以上」かつ「⑩不安、⑪飲酒、⑬生活の支障のいずれか」かつ「⑫受診していない」場合。
- (3) 「①～⑧抑うつ症状のうち2項目以上」かつ「⑩不安、⑪飲酒、⑬生活の支障のいずれか」かつ「⑫受診していない」場合。

なお、すぐに介入する必要がないと判断された場合にも定期的に訪問して本人や家族と話をすることが望ましい。その際に可能であれば、民生委員や保健推進員など地域の中心的な人たちにも様子を聞くようにする。訪問の頻度は人によってさまざまであり、訪問時には世間話をしながら雑談のなかで困っていることがないかを聞くようにする。

基本的な対応として、受診を進める場合には次のような点に注意して話を進めるようにする。

- ①時間も場所もゆとりを持ったところで話を聞く。
- ②プライバシーには十分配慮する。
- ③つらい気持ちに共感しながら、話に耳を傾ける。
- ④励まさないで、相手のペースで話を進める。
- ⑤相手がいろいろな話ができるような形で質問をする。
- ⑥不明な点を質問しながら、具体的な問題点ははっきりさせて解決方法を一緒に考える。

その上で、精神的な疲れで、誰でもかかる可能性があり最近増えている病気であり、治療を受け

れば楽になる可能性が高いということなど、うつ病についてきちんと説明するようにする。そのときに、一般向けの啓発書を読むように勧めるのもひとつである。

なお、家族に対しても同様の説明をすることが望ましいが、それに加えて、①腫れ物に触るようにしないで今までどおり接するようにする、②励まさないで、患者のペースを大切にする、③問題を解決することは大切だが、原因について考え込みすぎないようにする、④重大な決定は先延ばしにする、⑤ゆっくり休ませる、⑥薬をうまく利用できるようにする、といったことを伝えたい。

また、うつ病の治療では薬による治療が役に立つが、患者も家族も向精神薬を服薬することに抵抗感を示すことが多い。そうした場合には、①うつ病では脳の働きに変調が起きていて、薬は効果があることを説明し、②薬の副作用についても説明しながら薬に対する不安を取り除くようにする、③薬にたよるのではなく、薬を上手に利用して生活をしやすくするように勧める、といった対応が望ましい。

Ⅲ スクリーニングを効果的にするための地域活動

1 地域住民の協力

スクリーニングを効果的なものとするためには住民の側の主体的な動きをサポートして、うつ状態を防ぐような環境を作ることが重要である。そのために、講演会やパンフレットの作成・配布などを通じた啓発活動、季節に関わらず高齢者が集まって楽しめる機会の創造、地域相談システムの確立、等を積極的に推進するようにする。このほか、自治体の広報誌やマスコミ、講習会など、さまざまな機会をとらえて地域住民に対する啓発活動を行うことも役に立つ。

我々と共同で予防活動を行っている名川町では、「よりあいつこ」と呼ばれる高齢者向けの集会を開催している。これは、高齢者が集まって一緒に趣味的な活動をしたり、さまざまな専門家の講話を聞いたりするものであり、自分の世界に閉じこ

もって生き甲斐を喪失していくのを防止することを目的としている。また、「よりあっこ」では、地域の子どもたちが参加して高齢者と交流する機会も作っている。これは、子どもにもその豊富な体験を伝えるという重要な役割を担ってもらうことによって、社会のなかで役割を見失いがちになっている高齢者をサポートするためのものである。

しかし、このような活動をしてもうつ病などの精神疾患はある一定の割合で発症する。世界保健機関による World Mental Health 研究の一貫としてわが国で行われた大規模疫学調査によれば、調査時点までに DSM-IV の大うつ病性障害にかかったことのある一般住民は約 6.5% であった。

したがって、本人はもちろん、家族など周囲にいる人たちがはやくに変調に気づくことも重要である。そのためには、うつ病についての啓発活動を行う必要があり、その目的で我々はパンフレット

ト(図2)を作成して全戸に配布した。これは、前述したうつ病・うつ状態と自殺のスクリーニングのための5項目を図柄化したものである。また、自治体の広報誌やマスメディアを活用して情報の提供も行っている。

2 保健活動の質の向上と関連機関との連携

これまで述べてきたようなスクリーニングをはじめとする地域介入や住民に対する普及啓発活動はもちろんのこと、うつ状態であると判断された地域住民への援助にあたってより質の高いサービスを行うためには、保健師等の関係者の能力を高める努力を続けることが不可欠である。

そのためには、保健師が相談の際の基本的な態度や面接技法を修得し、住民の精神状態を把握して必要に応じて援助・介入を行えるような技法の修得を目的とした研修を行うことが必要になる。また、こうした活動には地域の民生委員や保健推進委員の協力も欠かすことができないことから、これらの人たちにに対する啓発活動も同時に行う必要がある。

さらに、地域における初期介入を効率的に行うためには保健師を中心として、一般臨床医や精神科医、その他の医療関係者との緊密な連携を確立することも重要である。特に、自殺者の3分の2が死の1ヵ月以内に医師を受診しているが、抑うつ患者が自分から自殺念慮について医師に話すことはなく、医師が注意することが重要であると指摘されている。このように、自殺患者の6割以上が自殺1ヵ月前から自殺までの間に医師のもとを受診していることを考慮すると、早期に介入して治療を行うことが重要であることがわかる。

しかし、自ら自殺念慮があることを訴える患者が少ないことを考えると、地域およびプライマリケアを実践する医療機関での積極的な介入が必要になるのである。しかも、うつ病患者はさまざまな身体不定愁訴を訴えるためにその背後に隠れているうつ病に気づきにくいことが少なくないので注意を要する。身体的な不定愁訴のために受診していた患者や、気分や意欲の低下を訴えていた患者が受診しなくなった場合も要注意であり、そう

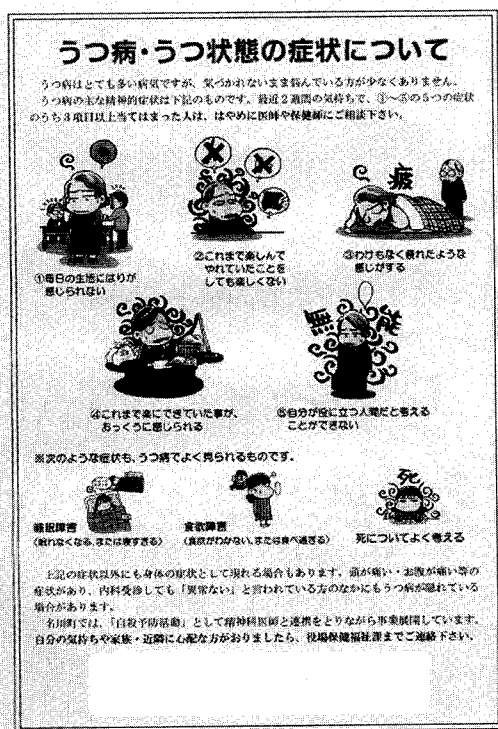


図2 うつ病についての啓発活動に用いたパンフレット

表2 自殺未遂者への対応マニュアル(青森県名川町の場合)

1. ケースの状態を把握します。
情報提供機関(救急隊員、等)および病院と連携できる地域システムを構築します。その際、秘密の保持には十分配慮するようにします。
2. 精神科医師に報告、相談します。
ケースの状態を報告して、今後の対応の仕方のアドバイスを得ます。
3. 役職者を含めて看護職でカンファレンスを開きます。
ケースについての情報を持ち寄り、精神科医師のアドバイスを参考に今後の対応策を考えます。
4. 家族に介入します。
 - a) 直接訪問して事業について説明して援助する。その際に、情報が漏れないことを伝えます。
※間接的に介入すると本題に入るタイミングを逃したり、対象者の不信感を招いたりする恐れがあります。
 - b) 家族の精神的苦痛を受容します。
※家族の中で自殺者が出たということで、本人の苦しみに気づいてあげられなかったという思いと、退院して町内に帰ってから近所の方にどう思われるかという不安が存在しているものです。
 - c) 自殺未遂をした本人の最近の状況を聞きます。
 - d) 精神科の受診を勧めます。
 - e) 困ったり悩んだりしたことがあったらいつでも連絡してほしいことを伝えます。
5. 民生委員から家族の補助的情報も得ておくようにします。
6. 本人に介入します(主治医と連絡をとり、精神状態・身体状況が安定してから面接します)。
 - a) 事業の説明をし、情報が入ってきたことを話し、情報が漏れないことを伝えます。
 - b) 本人の苦痛を受容します。
 - c) 主治医とも相談のうえ、必要に応じて精神科の受診を勧めます。
※家族の時と同様の対応をとるが、本人が拒否する場合は、家族の協力も得て説得します。
 - d) 困ったり、悩んだりすることがあったらいつでも連絡してほしいことを伝えます。
7. 町内環境を整えます。
 - a) 本人が退院後周囲の偏見をあまり受けないように、また、町民が影響を受けて同じ行為に走らないように民生委員へ協力を依頼します。
 - b) 頻回に町内巡回をします。

注) これは、一例です。プライバシーなどの倫理的側面に十分に配慮しながら、地域の状況や住民の方々の考えに応じて適切なプログラムを作成してください。

した場合には本人や家族に連絡を取ることが望ましい。

なお、うつ病のために自分を傷つける可能性が高くなった場合や自殺企図がみられた場合には消防や警察とも連携しながら、本人や家族に対して適切な援助を行う可能性について慎重に検討する必要がある。その概要を表2に示した。

IV おわりに

本稿では、高齢者の自殺予防実践について、過去の実践事例をもとに筆者らが行っている活動について、スクリーニングと自治体および地域住民の連携を中心に論じた。我々は、うつ病や自殺念慮状態の心理社会的背景について、認知およびその時の援助希求行動、自殺に対する態度、精神疾

患に対する偏見などを指標に明らかにし、自殺の背景に存在するうつ病を予防し治療するための、地域保健医療従事者用マニュアルを作成した。そしてこのマニュアルを青森県、鹿児島県、岩手県、等の保健師、等に試行してもらい、改善点を検討した。それと並行して、青森県名川町の40歳以上80歳未満の住民から1割を無作為に抽出し、質問紙調査を実施した(回収率93.98%)。その結果、地域保健医療従事者用のマニュアルに関しては実用段階にまでであることが示された。また、地域調査では、うつ病での相談相手は家族や親戚が7割近くを占める一方、精神科などの専門医は1割にとどまった。

こうした高齢者の自殺予防のための調査研究と、地域における活動を行う場合には迅速な対応が不可欠ではあるが、同時に個人のプライバシーや地

域住民の反応にもじゅうぶんに注意を払う必要がある。うつ病や自殺など精神医学的なことがらはきわめて個人的な情報であり、その情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護等については地域で十分に検討しなくてはならない。

なお、自殺予防活動を行っても完全には自殺を防ぐことができない。自殺への態度や精神疾患への偏見は自殺行動に影響する心理学的な変数であるが、看過されがちであり、また地域や年代によって異なってくるという複雑な側面があるからである。さらに、近親者の自殺に直面した家族の精神的苦痛は非常に強く、後々まで精神的な影響が残る可能性がある。従って、こうした人たちにに対する精神的なケアを行うことも、予防活動と同様に重要である。また、経済的側面も看過できない。今後はこのような視点も含めた総合的な施策が必要であろう。

参考文献

- 石井健一 (1988) 「自殺報道が自殺行動に及ぼす効果の実証的分析」, 東京大学新聞研究所紀要, 37, pp. 225-243.
- 大野 裕・田中江里子・坂本真士・根市恵子 (2003) 「青森での地域介入研究の経験と成果」, ストレス科学, 14, pp. 245-251.
- 大野 裕 (2000) 「厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業) 総括研究報告書『うつ病のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究』(主任研究者: 大野裕)」.
- (2003) 「高齢者の自殺予防の実践, 自殺の病理と実態—救急の現場から」, 別冊・医学のあゆみ, pp. 53-54.
- (2003) 「うつ病者の自殺のサインをどう読みとり, 対応するか, 自殺予防システム構築の提案」, 生活と教育, 47 (2), pp. 35-41.
- 大山博史 (2003) 『高齢者自殺予防マニュアル』, 診断と治療社.
- 金 恵京・甲斐一郎・久田 満・李 誠國 (2000) 「農村在宅高齢者におけるソーシャルサポート授受と主観的幸福感」, 老年社会科学, 22, pp. 395-404.
- 黒田研二・青木信雄・井上 学・久泉広子・山田 尋志・秋山正子 (1994) 「老人の死生観とその関連要因」, 老年社会科学, 15, pp. 166-174.
- 坂本真士 (2004) 「社会心理学的観点から見た自殺問題」, こころの臨床ア・ラ・カルト, 23, pp. 61-65.
- 坂本真士・田中江里子・豊川恵子・大野 裕 (2002) 「地域における高齢者のうつ病及び自殺の早期発見・早期治療に関する研究—地域住民はうつ病をどう認知し, だれに援助希求するのか—」, (財) 安田生命社会事業団 研究助成論文集, 37, pp. 161-168.
- 高橋邦明・内藤明彦・森田昌宏・須賀良一・小熊隆夫・小泉 毅 (1998) 「新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動: 老年期うつ病を中心に」, 精神神経学雑誌, 100, pp. 469-485.
- 田中江里子 (2001) 「高齢者の抑うつ・自殺危険群を抽出するためのスクリーニング尺度の信頼性・妥当性の検討」, うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺予防システム構築に関する研究総合研究報告書(平成11年~平成12年度 厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業報告書 主任研究者: 大野 裕), pp. 140-147.
- 布施豊正 (1990) 「自殺学入門 クロス・カルチュラル的考察」, 誠信書房.
- 増地あゆみ・岸 玲子 (2001) 「高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察」, 日本公衆衛生雑誌, 48, pp. 435-447.
- 山内隆久 (1996) 『偏見解消の心理 対人接触による障害者の理解』, ナカニシヤ出版.
- Buunk, B. P., Doosje, B. J., Jans, L. G. J. M., & Hopstaken, L. E. M. (1993) Perceived reciprocity, social support, and stress at work: The role of exchange and communal orientation. *Journal of Personality & Social Psychology*, 65, pp. 801-811.
- Conwell, Y., Lyness, J. M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A., & Caine, E. D. (2000) Completed suicide among older patients in primary care practices: A controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, pp. 23-29.
- Heikkinen, M. E., Aro, H. M., & Loennqvist, J. K. (1994) Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (Suppl.), pp. 65-72.
- Hintikka, J., Pesonen, T., Saarinen, P., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamaeki, H. (2001) Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 36, pp. 590-594.
- Jou, Y. H. & Fukada, H. (2002) Stress, health, and reciprocity and sufficiency of social support: The case of university students in Japan. *Journal of Social Psychology*, 142, pp. 353-370.
- Luo, L. (1997) Social support, reciprocity, and well-being. *Journal of Social Psychology*, 137,

- pp. 618-628.
- Ono, Y., Tanaka, E., Oyama, H., Toyokawa, K., Koizumi, T., Shinohe, K., Satoh, K., Nishizuka, E., Kominato, H., Nakamura, K., & Yoshimura, K. (2001) Epidemiology of suicidal ideation and help-seeking behaviors among the elderly in Japan. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 55, pp. 605-610.
- Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Short, L. M., & Wyckoff, S. (2002) The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy—suicide attempts relation among African American abused women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70, pp. 942-949.

(おおの・ゆたか 慶應義塾大学教授)

(さかもと・しんじ 日本大学助教授)

(たなか・えりこ 財団法人労働科学研究所)

(ねいち・けいこ 青森県名川町役場保健師)

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

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決行する、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

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	高幡	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。

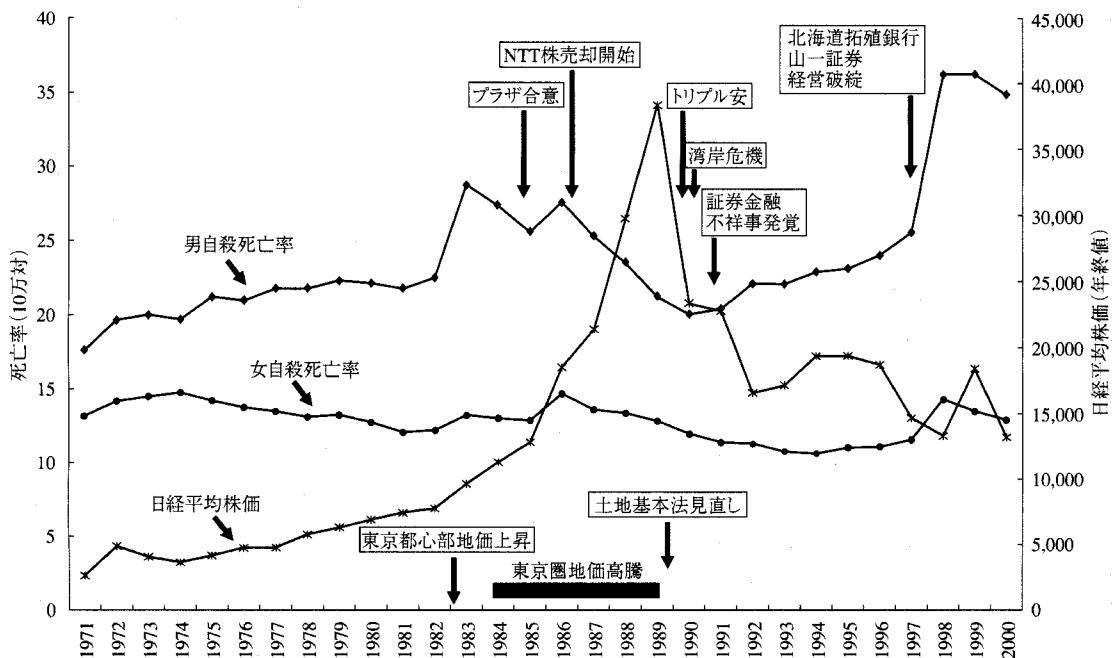
スコミ報道や、いろいろな書物において、自殺死亡の増加は経済の問題であるとか、不況になると自殺が増加すると言われているが、わが国の自殺死亡と経済状況について取り組んだ研究は少ない。自殺死亡の増加は不況が原因であると報道されるとき、Henry and Short モデルが使われているのか、Durkheim モデルが使われているのかわからないのが現状である。

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付きだした。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年秋の先進五ヶ国蔵相・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はいえる。

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。

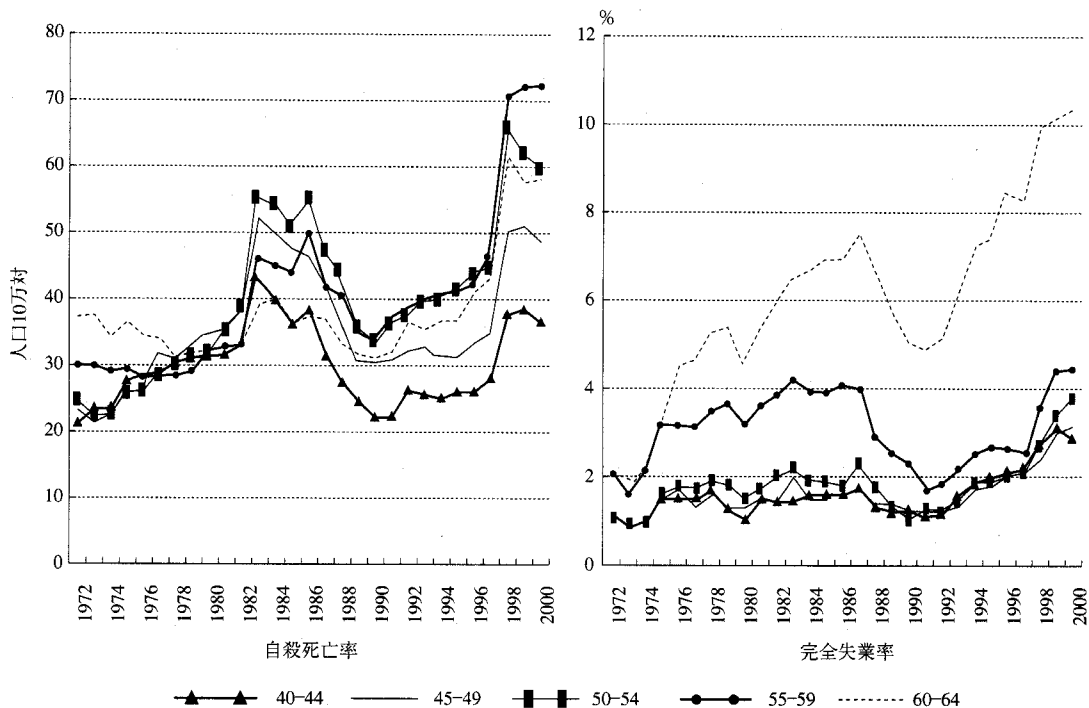
完全失業率は景気動向指数のうち一致系列であるために、景気の現状判断は可能であるが、これ

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。

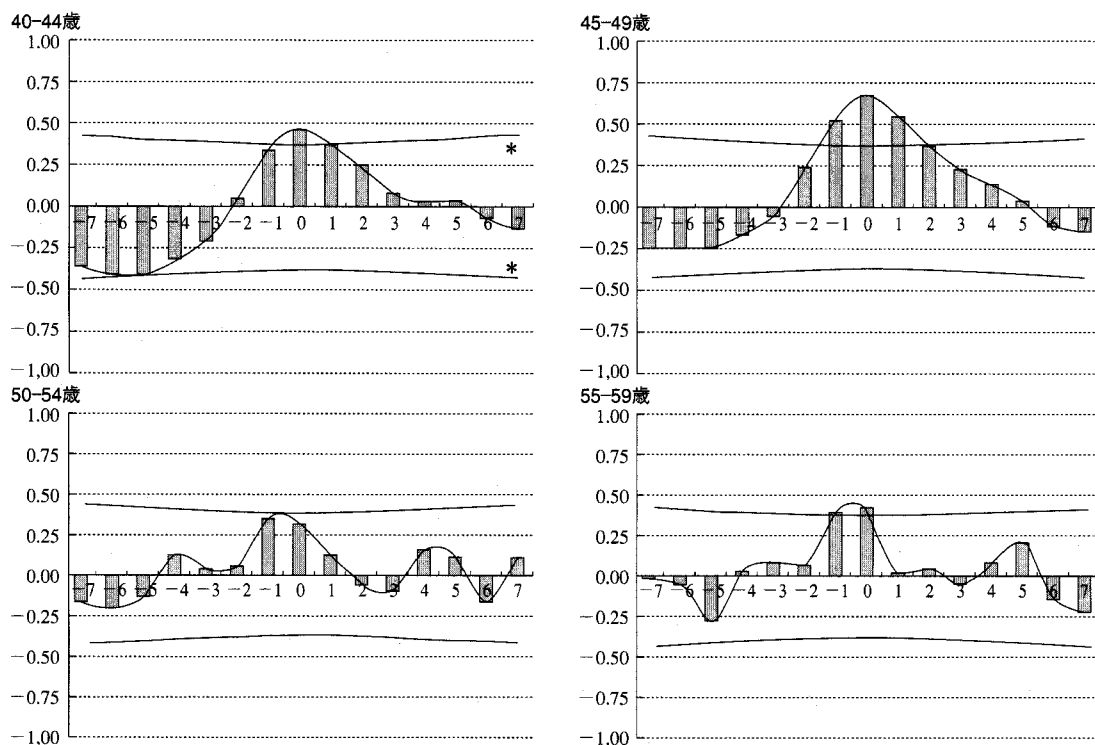
4 男性と不況と自殺と

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表出し, 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」とこととされている。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・思春期に対する教育が重要であり、「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ため、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。産業界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
- 渋井哲也(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)

自殺予防に関する公衆衛生・教育的アプローチと社会的規制の役割 ——世界の取り組みとその考察——

アントーン・リーナース
音山若穂・金子能宏 訳

I はじめに

効果的な予防策の必要性は、マラリア、タバコに関連する疾患、健康問題と同様に、自殺にも該当する。果たして効果的な戦略はあるだろうか。予防の効果的かつ実用的なモデルを開発することができるだろうか。

自殺は多面的な病理であり、自殺と自殺行為は多面的な事象である。その事象には生物学、心理学、個人内の精神過程、対人関係、社会学、文化および哲学の要素が含まれている。したがって、自殺と自殺行為の要因を一つに絞ることはできない。このような原因の複雑性が、それに合致した複雑な解決策が必要であることを示している。実際に、自殺は多面的な問題であるため、同時に複数の様々なレベルで対応する必要がある。唯一の解決策は存在しない。

一部の人々が自殺をする理由、あるいはリトアニアやロシアで自殺が比較的多い理由の一つの要因だけでは説明することはできない。自殺は複雑な要因が相互作用しあう結果であるということを理解することが、自殺予防の最も重要な段階の一つである。

IASP (国際自殺予防協会) の元会長 Robert Goldney は、*Archives of Suicide Research* に発表した論文「予防可能な自殺：最近の研究の検討」(1998) のなかで、自殺予防分野におけるジレンマを挙げている。「実証的手法でいかに自殺予防（および他の疾患予防）が可能であるか」と

いう問いに対して、例えば「現実には、教育、社会状況の向上および支援または訓練の向上が自殺予防に実質的な役割を果たしているという説得力のある証拠はどこにもない」(Wolkinson, 1994, p. 861) という悲観論者もいる。しかし、われわれは永遠に自殺、マラリア、SARS (重症急性呼吸器症候群) などから逃れられないのだろうか。

これに対して、Goldney (1998) は「これらは非常に冷静な意見である」と同時に、「楽観論の根拠がある」(p. 330) と述べている。筆者もこの言葉に同意する。確認された効果的な戦略はごくわずかだったかもしれないが、そのような状況は1990年頃までであった。また筆者は、Goldneyの次の言葉にも同意する。「私たちは創造力を働かせ、画期的な研究構想と方法論により、自殺予防の課題に取り組み、計画の有効性の有無を論証する必要がある」(pp. 336-337)。公衆衛生科学者はこの課題に直面しているが、楽観的になる理由はある。

本論では、IIで公衆衛生アプローチについて概説し、III以降で公衆衛生アプローチに加えて効果的な教育的アプローチと社会的規制等による研究を紹介する。具体的には、「公教育（特に学校での自殺予防に関する教育）」、「銃規制で例証される自殺手段の制限」、「アルコールなどの自殺の促進要因に対する環境管理」、および「メディア報道の抑制」である。

なお、筆者の本論での見解は、世界保健機関(WHO)の報告書「暴力と健康に関する世界報告」(2002)と一致していることを明記しておく。

本文書は自殺、暴力、世界中の公衆衛生問題に対する公衆衛生アプローチを明確に支持するものであり、意欲的で経験豊かな自殺研究者にはこの文書を熟読することを強く勧めたい。WHOは、全加盟国に対しコミュニティ／社会的戦略だけではなく、世界的戦略も開発するように呼びかけている。公衆衛生的な戦略とこれに関連するアプローチは、実際に自殺と自殺行為を減らし、全世界の健康と福祉を促進するための非常に効果的な国際対策だと思われる。

II 公衆衛生アプローチ

1 公衆衛生アプローチの視点と効果

前述したように、自殺は対人関係、社会、文化および環境が相互作用することによるものであるが、これは生態学モデルと呼ばれることがある (Bronfenbrenner, 1979; Dahlberg and Krey, 2002; Jenkins and Singh, 2000)。生態学モデルは、最初に児童虐待に適用され (Gabarino and Crouter, 1978)、その後はあらゆる行動に、最近では自分に対する暴力、つまり自殺にまで適用されている (WHO, 2002)。図1に示した生態学モデルは、様々なレベル、すなわち対人関係、コミュニティ、社会が自殺に影響を与えることを表している。つまり、人は様々なレベルの行動に組み入ることを示唆するものである。公衆衛生アプローチは個人を越えた要因を対象とするものである。対策を進めるために公衆衛生戦略ともよばれるこのアプローチは主にコミュニティと社会のレベルに焦点を当てて、対人関係 (家族、同僚などの関係) のレベルにも焦点を当てることがある。

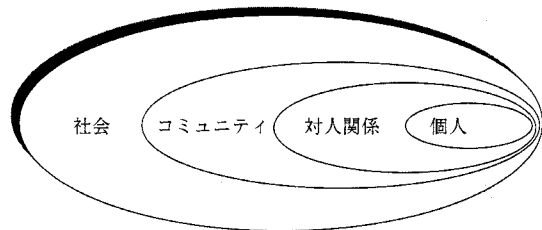


図1 自殺を理解するための生態学モデル

Emile Durkheimは100年以上も前に、今日「公衆衛生戦略」と呼ばれているこのような公衆衛生アプローチは自殺予防に効果的な対策であろうと指摘した。Durkheim (1897)は、自殺は社会規範・統合の脆弱さまたは欠如の結果であると述べている。Durkheimの戦略は、統合の強化とすることができ、これが公衆衛生アプローチなのである。

ここで、「公衆衛生アプローチがどのように役立つか」というWHO (2002)の問いを引用したい。この内容も、Durkheimの著書『自殺論』で示唆されているアプローチと、完全に一致すると思われる。

定義によると、公衆衛生は個々の患者を取り扱うものではない。公衆衛生は疾患および健康に影響を及ぼす状況と問題の対処に焦点を当てており、最多数の人々に最大限の便益を与えることを目的としている。これは、公衆衛生が個人への対処をないがしろにしているという意味ではない。むしろ、その内容は健康問題を予防し、全人口に対するケアと安全性の向上を促進するものである。

あらゆる問題に対する公衆衛生アプローチは学際的で、科学的根拠に基づくものである。医学、疫学、社会学、心理学、犯罪学、教育学、経済学を含めた多くの学問分野の知識を活用しており、これによって公衆衛生分野は画期的で、広範に及ぶ世界中の疾患、病気、負傷に迅速に対応できるようになっている。

また、公衆衛生アプローチは集団行動にも重点を置く。通常は純然たる「医学上の」問題とみなされるものを解決するためには、衛生、教育、社会福祉、司法、政策などの多様な分野からの協調的努力が必要であることがたびたび証明されている。(Dahlberg and Krey, 2002, pp. 3-4)

自殺率を低減する一つ的手段として公衆衛生アプローチを提言した人物の一人に、Erwin Stengelがいる。Stengel (1964)は、家庭用ガスの無害化 (一酸化炭素の含有量が多い石炭ガスから天然ガスへの切り替え) が、その切り替えが行

われた諸国の自殺率を低減させた可能性があると述べている。英国の家庭用ガスの無害化に関するその後の研究も、Stengelの提案を裏付けている(Kreitman, 1976)。また、オーストラリアのOliver and Hetzel (1972)は、自殺手段が入手できる可能性(ここでは、鎮静剤などの薬物)と自殺率の関連性を証明した。最近では、Clarke and Lester (1989)による研究レビューと、Leenaars, Cantor, and Connollyら(2000)の国際的調査により、アプローチの自殺予防における有効性が立証された。

公衆衛生の見地からの自殺予防への取り組みは、1993年のWHOの自殺予防に関する報告書とも一致する。Bertolote (1993)が率いる国際研究チームによりあらゆる自殺予防対策が入念に分析された後、科学文献に裏付けられた自殺予防策が提案された。提案された自殺予防のための6つの基本対策において、「精神病患者の治療」以外の対策、つまり「銃の所有規制」、「家庭用ガスの無害化」、「車の排気ガスの無害化」、「毒物の入手可能性の制御」、「新聞報道の抑制」はすべて、公衆衛生アプローチと一致している。また、Bertoloteらのチームは、「その他の対策」としてさらに多くの対策(例えば高い建物や橋におけるフェンスの設置など)を提案したが、これらも環境要因へのアプローチと一致している。「その他の対策」の有効性に関しては決定的な証拠は提出されていないが、研究では自殺を低減する効果的な手段として環境管理の必要性を求める5つの社会的規制と関連性をもつ公衆衛生アプローチが強く支持されている。これらは直接個人に働きかけるアプローチではなく、生態学モデルでいうコミュニティ、社会レベルを対象としている。

公衆衛生アプローチは効果があり、研究に基づく手段である。ただし、このことは心理療法、薬物療法などの個人を対象とした精神衛生アプローチは不必要だということではない。問題の取り組みには一つではなく様々な方法があり、我々は創造的かつ効果的に取り組む必要があるのである。

2 公衆衛生アプローチにおけるプリベンション/インターベンション/ポストベンション

精神衛生、公衆衛生ともに、予防に対する伝統的なアプローチはCaplan (1964)が対照したアプローチである。Caplanは、予防を一次予防/二次予防/三次予防に区別した。これらの区別に対応する形で現在よく用いられる概念は、プリベンション/インターベンション/ポストベンションである。Caplanの見解は、現在でも個人、社会、世界レベルというあらゆるレベルにおける自殺に対応する信頼できるモデルを提供している。これらの概念を簡潔にまとめると以下の通りである。

①プリベンションとは、一般的に良好な精神衛生の原則に関連するものである。これは自殺につながる状況を改善する戦略から構成されており、事象が起こる前に何らかの対応を行うものである。自殺予防では、主に教育によってプリベンションが行われ、もっとも効果的に予防が達成できる。タバコ関連の疾患やエイズと同様に、自殺に関する教育を受ける必要がある。自殺が多面的な病理であるとすれば、自殺予防に関する教育も非常に複雑なものとなる。

②インターベンションとは、自殺の危機または自殺がおきた時の対応と対処に関連するものである。自殺は多面的な事象であり、医学上の問題だけにとどまらないため、多くの人々が人命を救う役割を担うことができる。それにもかかわらず、依然としてインターベンションにおいて主な役割を果たしているのは、専門訓練を受けた人々、心理学者、精神科医、ソーシャルワーカー、精神医学看護士、クライシス・カウンセラーなどであり、公衆衛生専門家もここに含まれる。したがって、プリベンション、ポストベンションにも当てはまることではあるが、インターベンションでは公衆衛生の対応の特質であるコミュニティと社会のつながりを確立する必要がある。

③ポストベンションとはShneidman (1973)が広めた用語であり、「事後対応」という意味である。ポストベンションは自殺した人の遺族(または自殺未遂をした人に近い人)の精神的後遺症に対処するものである。遺族に対する精神衛生/

公衆衛生サービスの提供であり、必要とするすべての遺族への対応が含まれる。しかし、ポストペンションはほとんど行われていないのが現状である。

以下では、世界中の効果的な公衆衛生予防のうち、学校での公教育、旧ソ連における節酒政策、カナダの銃規制法、メディア報道の抑制の4つについて取り上げたい。

III 教育的アプローチ——公教育における自殺予防とカウンセリング——

1 学校における自殺予防プログラムの展開

公教育はあらゆる戦略の重要な側面である。マリファナ、タバコ関連の疾患などと同様に、自殺においても、公教育は重要な戦略である。学校は予防に関する絶好の機会を提供し、多数の青少年に受け止められる (Leenaars and Wenckstern, 1990; Wasserman and Narboni, 2001; Satcher, 1998)。公教育が重要な理由は、世界中で青少年の自殺率が高いためである。しかし、インターベンションやポストペンションではなく、自殺予防プログラムを学校で実施することに対しては最も多くの異議が唱えられている (Leenaars, Lester, and Wenckstern, 2004)。

当初の反対意見は、学校での自殺予防プログラムでは個人への対応が行われえないというものである (Shaffer, Garland, Gould, Fisher, and Trautman, 1988)。これは、公衆衛生アプローチに対する理解が欠如していることを示している。反対意見が論拠とする結論は、対象者が少なく有意性が低い非常に粗末な研究に基づいたものであり、実際にこれらの研究からは、自殺未遂者の中には自分が障害、精神疾患、問題などがあることを友人に知られたくない者がいるという事実だけであった。しかし、依然として「自殺に対する意識を促すと、自殺が増加するなど逆効果を招くことを示す証拠がある」という意見は存在する。ここで指摘したいのは、問題が全くないというのではなく、誤解を招く意見を裏付ける研究上の根拠は存在しないということである。

学校の自殺予防プログラムの評価に関する問題の一つは、プログラムの設定と目標が学校によってかなり異なるという点である。Malley, Kush, and Bogo (1994) は学校の自殺予防プログラムを調査したところ、14種類ものプログラムが報告された¹⁾。このような問題について Shaffer, Garland, Gould, Fisher, and Trautman (1988) は、学校主導プログラムは、自殺問題に対する意識向上、危険性のある生徒の発見の促進、職員と生徒に対する精神衛生に関する情報源の提供および青少年の対処能力の向上を目標にすることができるとしている。したがって結果として、学校主導の自殺予防プログラムの評価には多くの様々な基準が用いられることとなり、今後も統一性はないと考えられる。

以下では、自殺予防プログラムの例をいくつか検討する。

2 学校における自殺予防プログラムの効果

(1) 同級生に対する支援

Kalafat and Gagliano (1996) は、カリキュラムを受けた後の学生は、同級生に自殺の危険性がある場合、以前よりも大人に助けを求め、自殺の危険性がある同級生をより気遣う傾向があることを明らかにした。Kalafat and Elias (1994) も、カリキュラムを受けた学生はカリキュラムを受けなかった学生と比べると、自殺の危険性がある同級生に対してより積極的な姿勢を取るようになり、彼らに役立つ方法で対応する傾向が強いことを示した。

Abbey, Madsen, and Polland (1989) は、カリキュラムを受けた大学生は、自殺の危険性がある同級生に対してより適切な支援対応ができることを明らかにした。Ciffone (1993) は、自殺予防カリキュラムを受けた学生は、カリキュラムを受けなかった学生と比べると、自殺の危険性がある同級生に対してより積極的な姿勢を示し、自殺の危険性がある同級生と自分のために援助を求める傾向が高いことを明らかにした。

Johnson (1985) は、カリキュラムを受けた学生は、カリキュラムを受ける前よりも、自殺の危

険性がある同級生と自分に関して教師に相談する可能性が高くなることを明らかにした。Nelson (1987) は、カリキュラムに出席した学生は、カリキュラムを受ける前よりも、自殺の危険性がある同級生の助けになると自己評価したことを明らかにした。

Shaffer, Vieland, Garland ら (1990), および Shaffer, Garland, Vieland, Underwood, and Busner (1991) は、自殺予防カリキュラムを受けた学生は、カリキュラムを受けなかった学生と比べると、自殺の危険性がある同級生に対する有益な対応と対処が増えたことを明らかにした。しかし、心の問題に対して援助を求めようとする積極的な姿勢は見られなかった。

(2) 自殺に関する知識

Kalafat and Elias (1994) は、自殺に関するカリキュラムを受けた学生は、受けなかった学生よりも、自殺行為に関する深い知識を得たことを明らかにした。Abbey ら (1989) は、大学生を対象としたプログラムを設けたところ、自殺に関する正確な知識が深まったことを明らかにした。Nelson (1987) は、自殺予防プログラムを受けた学生は、受ける前よりも正確な知識を持ち、他者の自殺の兆候に気づくようになったこと、プログラムは自殺予防に役立たないと考えていた学生はわずか 4% であったことを報告した。

Johnson (1985) は、自殺予防に関するカリキュラムを受けた教師は以前よりも深い知識を得て、自殺の危険性がある個人に対してより積極的な姿勢を示すようになったことを明らかにした。

Spirito, Overholser, Ashworth, Morgan, and Benedict-Drew (1988) と Overholser, Hemstreet, Spirito, and Vyse (1989) は、自殺に関する意識向上カリキュラムを受けた学生は、カリキュラムを受けなかった学生と比べて、自殺に関する知識が深まり、対処方法も改善したことを明らかにした。また Shaffer ら (1990, 1991) も、自殺予防カリキュラムが自殺に関する学生の知識を深めたこと、このカリキュラムを受けることで学生の処置手段に関する知識も深まったことを明らかにした。

(3) 自殺リスクの低減

Orbach and Bar-Joseph (1993) は、自殺に関するカリキュラムを受けた学生は、カリキュラムを受けなかった学生と比較すると、自己報告による自殺的傾向、自我同一性および対処能力を高めながらも、絶望感にさいなまれていないことを明らかにした。そのプログラムから悪影響を受けたと感じる学生は報告されていない。

これらの研究結果から、現時点では、予防プログラムは効果的であると結論付けることができる。特に、公教育の効果は以下の 3 点にまとめることができる。

①学校の自殺予防プログラムは自殺に関する参加者の知識を深める。

②学校の自殺予防プログラムは、生徒が自殺の危険性がある同級生に適切かつ有益に対応する可能性を高める。

③プログラムの悪影響はまれで、ごくわずかであると思われる。

教育の対象者は青少年だけでなく、精神分析医、心理学者、ソーシャルワーカー、看護師、クライシス・カウンセラー、一般開業医 (GP) なども教育を必要とする。専門家に対する教育も役立つ例として、Rutz, von Knorring, and Willinder (1992) は、スウェーデンのゴトランド島の一般開業医を対象としたうつ病に関する教育プログラムを行った。Rutz らは、このプログラムは、自殺のリスクを十分に予測できたとしても、結果としてプラスの影響を与えたことを明らかにしている。さらに、GP はその教育が役立ったと報告している。

IV 自殺予防のための社会的規制

1 自殺手段の制限

公衆衛生アプローチの有効性に関して意見が一致している分野は、自殺手段の制限である。これは公衆衛生アプローチの介入対策であり、環境管理と呼ばれる。

最も頻繁に用いられる自殺の手段は国によって異なるが、多くの国々でよく用いられる手段は銃

である。銃規制は、自殺を予防するための公衆衛生介入の典型例として引用されることが多い (Bertolote, 1993; Leenaars, De Leo, Goldney, et al., 1998)。カナダでは、1977 年刑法改正法 (法案 C-51) が 1978 年から施行されたことにより、自殺目的での銃の使用を法的に規制することの効果が研究されるようになった。この法案では、すべての小火器に対する証明書の取得が要求され、特定個人が特定の小火器を入手することが規制される。また、小火器の取り扱いと保管の手順を規定し、小火器の販売者に対しても許可証が要求されている。さらに、小火器の違反に対する刑が重くなった。

この法案が自殺に及ぼす効果について、初期の研究者 (Mundt, 1990) は、法令は小火器を使った自殺にほとんど影響を与えていないと報告したが、簡単な表を提示しただけの報告であり、動向に関する統計的分析はなされていなかった。Lester and Leenaars (1993, 1994) は方法論上の問題点を改善し、法案 C-51 の自殺予防効果に関する包括的な研究を報告した。

カナダ統計局より、1969～1985 年における手段別自殺者数に関するデータを入手し、法案 C-51 可決以前の 8 年間 (1969～1976 年) と同法案可決後の 8 年間 (1978～1985 年) を比較した。その結果、厳格な小火器規制法が自殺率の変化と関連があった可能性が示唆された。つまり、法案 C-51 の可決が自殺目的の小火器の使用を減らした可能性を示すものである。その後 Lester and Leenaars (1995) は、個人が自殺手段を他の手段に切り替えたか否かを確認するために、回帰分析を用いて自殺率の動向を検証した。その結果、法案 C-51 の可決・施行後、カナダにおける小火器自殺率および小火器を用いた自殺の割合はいずれも大幅な減少傾向を示したと結論付けられた。さらに、他の手段による自殺率と全体的な自殺率も、小幅ながらも減少傾向が示された。個人が小火器から他の自殺手段に切り替えたとしても、この傾向は 1978 年から 1985 年まで増加していなかった。事実、1985 年には、小火器自殺率と他のすべての手段による自殺率はいずれも 1977 年以降最低

値を記録していたのである。Lester and Leenaars (1995) の結果は、厳格な小火器規制法は自殺率の変化に影響を及ぼす可能性が十分にあることを示唆するものである。法案 C-51 は、少なくとも銃による自殺率の低下という好ましい効果をもたらしたと考えられる。

その後、Leenaars and Lester (1997) は、法案 C-51 の小火器規制にもたらす予防効果を年齢階級別に検討した。1969～1985 年におけるカナダの各手段による自殺に関するデータから、15 歳から 64 歳までの年齢階級では小火器による自殺率が減少したが、65 歳以上の場合は増加したことが示された。つまり、カナダの銃規制法強化が自殺に及ぼす影響は 65 歳以上の人々に対しては明確ではなく、若い世代に対してより明確に表れていると考えられる。

また、自殺手段の入手が制限されることに對して、男性と女性は異なる反応を示すことが指摘されていることから、Leenaars and Lester (1996) は法案 C-51 が自殺に及ぼす影響の性差について研究を実施した。1969～1985 年におけるカナダの各手段による自殺に関するデータから、男女別に分析した結果、法案 C-51 の可決は自殺手段としての小火器の使用に関して男性よりも女性により影響を与え、男性は他の手段に切り替えた可能性があることが示された (手段の切り替えを置き換え displacement という)。Carrington (1999) は手段を切り替えた証拠がないことから、Leenaars and Lester (1996) のデータに疑問を呈したが、非連続的な変化をとらえることのできる時系列分析の手法を用いた研究 (Leenaars, Moksony, Lester, and Wenckstern, 2003) では、法案は男女ともに影響を与えたが、男性のほうが小火器を使用するために、一部の男性は置き換えを示した。銃規制といった公衆衛生アプローチで介入することには限界が存在するのは当然のことではある。

Stack (1998) は、銃規制の研究に関するレビューの中でさらに限界を指摘した。銃規制の研究は、自殺率に影響を与える可能性があるその他の社会的要因、すなわち離婚、失業、人口の年齢構

造などの要因をほとんど考慮に入れていないことである。Leenaars, Moksony, Lester, and Wenckstern (2003) は、この批評について検討した。

Leenaars ら (2003) は、社会的変化が銃による自殺率に影響を与えていたか否かを確認するために、1969～1985 年の時系列データを用いた回帰分析を実施した。社会指標として、出産率、結婚率、離婚率 (Durkheim (1897) が自殺率の決定において重要な要因として指摘したもの)、失業率 (Platt (1984) が自殺率に影響を与える要因として指摘したもの)、世帯の平均所得額、および男性総人口に占める 15～24 歳の割合 (カナダで最も自殺率が高いグループの一つ) が用いられた。

分析の結果、いくつかの社会的変数 (失業率、総人口に占める青年男性の割合など) を調整した後でも、より厳格な銃規制を導入した 1977 年の法案 C-51 の可決は、小火器による自殺率の大幅な減少につながった可能性を示した。つまり、他の社会変数を調整した場合でも、銃規制は効果があると考えられる。

当然ながら、考慮に入れた社会変化以外にも、自殺率の変化の要因となる社会変化があると思われる。また、異なる社会的変数 (薬物使用など) を用いれば、法案 C-51 の可決の効果も変わる可能性がある。しかし現時点では、他の社会的変数に関する時系列データは入手できない。例えば、カナダのアルコールと薬物の使用に関して入手可能なデータは 1985 年以降のものである²⁾。またカナダの司法省 (1996) は、移民の割合や教育水準など、カナダの自殺に関連する可能性がある他の社会的変数を挙げているが、収集時期や分析への適合性に問題がある。他の社会的変数の効果については、将来必要なデータが入手できた場合に研究を実施する必要がある。

一部の研究者は、銃規制が自殺を予防したという結論に異議を唱えている (Sloan, Rivera, Reay ら, 1990; Kassirer, 1991; Kleck, 1991)。例えば、Rich, Young, Fowler, Wagner, and Black (1990) は、カナダのトロントでは銃規制法の強化により銃を用いた自殺は減少したが、地下鉄へ

の飛び込みなど他の手段を用いた自殺が増加したと報告した。しかし、この研究は少数例に基づいているに過ぎず、統計的分析も信頼性が低い。Carrington と Moyer (1994 a; 1994 b) は、カナダのオンタリオ州では銃規制に対して自殺が減少し、同様のパターンは他のほとんどの州に対しても見られたことから、C-51 の可決後におけるカナダ全州の小火器自殺率は安定または減少していると報告している。

結論として、環境管理により自殺率を低減できるという Stengel の予測は、多少は真実であると考えられる。カナダの銃規制法に関する研究は、銃規制という対策が特に自殺率が高い年齢層である青年に効果があることを示している。しかし同様に、全面的な銃規制がカナダの自殺率に影響を与えたという事実も忘れてはならない。殺人 (1994, 1996) や事故死 (1997) などの関連現象についても、同様の結果が期待できるだろう。

カナダの銃規制法の可決がさまざまな死亡に影響を与えたという結論を補強するためには、さらなる研究が必要である。カナダでは、1995 年に新たな銃規制法 (法案 C-68) が可決されたが、2003 年 7 月 1 日までは完全施行されていなかった。この法案の影響について、1977 年可決された法案 C-51 と同様の効果をもたらすか調査することは興味深いものとなる。また、特に米国では銃規制の効果が依然として議論的となっているが、カナダでも他の諸国の銃規制に関する調査によりデータを補強する必要がある。

前述のように、環境を管理するという対策は典型例ではあるが、銃規制よりも複雑である。カナダと米国では銃が主な自殺手段であるため、国の自殺予防手段として銃規制を挙げるのは道理に適っていると考えられる。しかし他の諸国では、銃はそれほど頻繁には用いられない。例えばキューバでは、小火器は自殺手段としては最も頻度が低く、一方男性では縊首、女性では焼身が最も多い。リトアニアでは縊首、インドでは殺虫剤/農薬による服毒と縊首、アイルランドでは縊首と入水である。このように、銃規制は一部の地域ではほとんど意味がないものの、WHO 報告でも指摘され

ているように (Bertolote, 1993), 環境管理と呼ばれる公衆衛生の介入対策は適用可能であると考えられる。

2 自殺につながる物質の入手の規制

WHO (2001) によると, アルコールとタバコはもっとも頻繁に使用され, 公衆衛生問題を引き起こす最も深刻な物質である。これは世界中で当てはまり, 後述する旧ソ連 (USSR) も例外ではなかった。アルコールやその他の薬物と自殺の関係は十分に裏付けられている (Jenkins and Singh, 2000)。しかし, Eli Robinson と George Murphy による, 40 年以上にわたるアルコール依存症と自殺に関する膨大な研究のレビューでは, アルコール依存症者の自殺行為は複雑であるとも述べられている (Murphy, 2000)。例えば, 自殺の遺書に関する研究では, 苦痛, 精神的圧迫, 両面感情, 精神病理学, 自我の衰退, 対人拒否, 喪失感, 逃避欲求などさまざまなテーマが見られている (Leenaars, Lester, and Wenckstern, 1999)。また, アルコール依存症者は自殺する危険性が高く, アルコール依存症者の自殺の生涯リスクは 2.5%, 入院治療歴のあるアルコール依存症患者に関しては 3.5% である (Murphy, 2000)。

したがって, アルコール消費を対象とした介入は個人レベルだけではなく, コミュニティ/社会レベルにおいても効果的であると結論付けるのは簡単であろう。これまで, 1910~1920 年における米国の禁酒法, 1911~1924 年におけるデンマークでのアルコール価格の急騰, 1950 年代におけるスウェーデンのアルコール販売規制などが行われてきたが, これらの効果について検討する「自然実験」と呼ばれる研究がある。このような規制に関する研究は, 社会政策が大幅な減少をもたらしたことを示している (Norstrom, 1988; Skog, 1993; Wasserman, 1992)。1984~1990 年にかけて社会改革と節酒政策を伴って行われた旧ソ連のベレストロイカは, アルコールの法的規制が自殺にもたらす効果に関する研究の機会を提供したものと位置付けることができる。ここでは Wasserman and Varnik (2001) の研究を紹介し

たい。

1985 年にゴルバチョフ大統領によって着手された旧ソ連の改革は, 「抜本的なアルコール規制, あらゆるレベル (国のトップの政治指導者レベルから「草の根」レベルに至るまで) における態度の変化に向けた集中的な努力, (改革の基本的な介入が見られない場合の) 法的制裁を含めた様々な対策の組み合わせ」で構成されていた (Wasserman and Varnik, 2001, p. 255)。その成果は目覚ましいものであった。アルコールの生産と販売は急激に落ち込み, 公の場所での酩酊に対しては罰金が課せられた。そして公式の晩餐会でのアルコールによる正式な乾杯が禁止されるなどの, 態度の変化が見られた。男性が酒を飲み過ぎることも, 感心されるべきことではなくなったのである。この政策はゴルバチョフ時代と共に終焉した。

ところで, 旧ソ連の自殺に関する統計は極秘事項に分類されており, この種の公衆衛生問題は常に隠蔽されていた。1 世紀前は, ロシア地域の自殺率は人口 10 万対約 3 人とされていたが, 1988 年に情報公開されると, 実際には自殺率は高く, 増加していたことが明らかになった。例えば 1975 年には人口 10 万対 17.1 人だったのが 1984 年には 29.6 人に増加している。数字と割合の正確さを判断するのは困難であるが, これに留意した上で検討された Varnik と Wasserman らの研究からは, 以下のような事実が明らかとなった。

① 定量・定性分析では, 統計の信頼性と確実性が十分に高いため, かなり正確な結論が得られている (Wasserman and Varnik, 1998 b)。研究に関するデータは, 1970~1990 年に関してはソ連国家統計委員会, 1984~1990 年に関してはソ連の 15 の共和国が保管していた一次資料である「自然移住に関する年次報告書」, さらに統計年報に基づく公表資料, WHO の統計年鑑から得られた。

② 旧ソ連の自殺率には地域差が見られた。1984~1990 年の人口 10 万人対の自殺率は, コーカサス地方 (グルジア, アゼルバイジャン, アルメニア) の 3.5 人から, 中央アジア (カザフスタ

ン、キルギス、トルクメニスタン、ウズベキスタン、タジキスタン)の11.8人、モルドバの18.1人、スロバキア地方(ロシア、ウクライナ、ベラルーシ)の25.6人、バルト諸国(ラトビア、リトアニア、エストニア)の28.0人に及んでいた(Wasserman, Varnik, and Dankowicz, 1998)。

③旧ソ連の自殺率は年齢の上昇と直接比例して増加していた。自殺率は15~24歳で最も低く、75歳以上で最も高かった(Wasserman and Varnik, 1998 a)。

④旧ソ連の男性の自殺率は女性よりも高かった。ただし自殺率は地方により異なり、男性の自殺率はコーカサス地方の4.9人からバルト諸国の45.9人、女性の自殺率はコーカサス地方の2.1人からバルト諸国の12.3人に及んでいた(Wasserman, Varnik, and Dankowicz, 1998)。

ここから、「公共政策としてのアルコールの規制は自殺率に影響を与えるか」という問いを検討したい。これは、前述の「公共政策としての銃規制は自殺率に影響を与えるか」という前述の問いに対応しているが、WassermanとVarnikによる研究は、実際にアルコールの入手可能性の規制は特に男性の自殺の低減をもたらしたことを示している。総体的に、データはアルコールの規制が自殺率の変化と関連があった可能性を示しており、ペレストロイカが大幅な社会変革をもたらし、同時に自殺の低減をもたらしたと考えられる。実際、1984年から1986~1988年にかけて、旧ソ連の自殺率は35.2%減少したのである(Varnik, Wasserman, Dankowicz, and Eklund, 1998 a)。

前述したように、旧ソ連の自殺率は地域によって大幅な相違が見られた。ペレストロイカ時代(1984~1990年)は、すべての地域で自殺率の変化が見られたが、変化の様相は一様ではなかった。また、1990年の自殺率の減少は欧州の動向とも異なったのである(Varnik, Wasserman, Dankowicz, and Eklund, 1998 b)。

性別に関しては、一般に男性において自殺とアルコールの相関関係が見られる(Murphy, 2000)。Wasserman, Varnik, and Eklund (1994)はアルコール規制政策が男性の自殺に及ぼす効果を検討

したところ、自殺率は39.9%減少したことが明らかにになった。女性についてはアルコールが起因とする自殺は27%であり、男性(50%)よりも低いこと、アルコール規制によって女性の自殺率は17.17%減少したことから、アルコール規制政策は女性よりも男性により大きな影響を及ぼしたと考えられる。さらに、1984年から1990年における男性の自殺死亡率の減少は、欧州の動向とは異なっていることが明らかとなった。同期間の旧ソ連男性の自殺率は、欧州男性の自殺率と比べて3.8倍以上減少した。旧ソ連女性の場合は減少率が19.3%であり、欧州の女性(17.0%)よりもわずかに高い値に過ぎなかった。

Varnik, Wasserman, Dankowicz, and Eklund (1998 b)はアルコール規制政策による自殺の減少を年齢階級別に検討するため、旧ソ連で男性の自殺率が最も高かったスラブ地域とバルト地域における自殺率の変化を分析した。その結果、特に25~54歳の年齢層で、ペレストロイカが大幅な自殺率の減少に寄与したことが明らかになった。カナダにおける銃規制の研究と同様に、高齢者はそれほど大きな影響を受けていなかったが、これは影響がないということではなく、影響が比較的低いということである。ここからは、公衆衛生アプローチによる介入は自殺の危険性がある高齢者、あるいは高齢者の男性に影響を及ぼさないのかという問題が提起される。

Wasserman and Varnik (1998 a)も地域的相違を明らかにした。ロシアとベラルーシでは自殺が最も減少し、ペレストロイカの期間に男性の自殺が42%低下した。また、アルコール規制によって特に労働人口である25~54歳の男性で自殺が大幅に減少したことを示している。このように、WassermanとVarnikらの研究も、公衆衛生アプローチが様々な方法で自殺の危険性がある様々な人々に影響を与え、効果があったことを示したといえる。

もちろん、ペレストロイカの心理的効果(自由、解放、希望)や人々に希望をもたせるという自殺予防の役割自体が、自殺を低減させる原因となった可能性がある。事実、WassermanとVarnik

らは、アルコール規制だけではなく、ゴルバチョフが導入した解放、自由と民主主義に対する期待、態度の変化も自殺率に影響を与えた可能性がある」と述べている。民主化と自由化も重要であることには疑問の余地がない³⁾。

また、銃規制と同様に、他の社会的要因が影響を与えた可能性も考えられるが、現時点ではそれらの影響を考慮に入れた研究は行われていない。このような研究も、公衆衛生アプローチの有効性を示すために必要不可欠であると思われる。

3 自殺の手段に関するメディア報道の規制

公衆衛生アプローチの効果的な介入策は、手段の制限・抑制および/または自殺を促進させる要因の低減だけではない。WHO が効果を確認した、社会および/またはコミュニティ・レベルのアプローチがある (Bertolote, 1993)。メディア報道の抑制はその一つである。

メディアの影響は数世紀前から報告されている。例えば、ゲーテの小説、「若きウェルテルの悩み」(1774 年) が最たる例であるだろう。この小説は、主人公ウェルテルが報われぬ恋のために最後は自殺で終わるが、これが伝染性の悪影響を及ぼしたことが報告されてきた。ただし、ウェルテルをまねる出来事はあったかもしれないが、Thorson and Öberg (2003) が記録保管データを検証したところ、説得力のある証拠は見出せなかったことが報告されている。

いずれにしても Philips (1974) が、メディアによる自殺率への影響を初めて明らかにした人物の一人であり、上述の現象は「ウェルテル効果」として知られている。Schmidtke and Häfner (1988) もこれを支持する形で、メディアが描写する自殺の方法が、その方法による自殺の増加を招く可能性があることを示唆した。環境管理という対策についてはこれまで自殺を減少させる環境を促進させることについて述べてきたが、ここではその逆も当てはまるといえる。つまり、自殺を増加させる環境を促進することが可能、ということである。

Martin (1998) の文献レビューでは、販売部数

が多く、内容が反復的かつ露骨で、一面記事に記載されるような印刷・電子メディアの報道は、有名人の自殺を美化し、その方法を説明した場合、特にその報道が発表された地域で自殺が増加するのは避けられないことを明確に示した。また Martin (1998) は、公衆衛生予防の新たなターゲットであるインターネットによる影響についても特筆している。WHO (Bertolote, 1993) も、メディアの影響による自殺を抑制するために、公衆衛生の専門家とメディアとの協同アプローチを呼びかけている。

カナダの銃規制および旧ソ連のアルコール規制に関する研究は、「自然実験」あるいは単に「疫学研究」と呼ばれる場合があり、Philips (1974) による研究もこのタイプに属している。このような研究は公衆衛生アプローチを支持するために現地調査を行う必要がある。Etzerdorfer and Sonneck (1998) によって現地実験が行われ、それによって環境管理の有効性を把握することができるようになった。

Etzerdorfer ら (Etzerdorfer and Sonneck, 1998; Etzerdorfer, Voracek, and Sonneck, 2001) は、ウィーンの自殺に関するマスメディアの報道の影響を検証した。1978 年に完成したウィーンの地下鉄網は、次第に自殺の手段として用いられるようになり、自殺率が急増した。これに加え、マスメディアがこれらの問題をセンセーショナルに扱ったこと (一面記事への掲載、自殺者の写真の公開、報道の繰り返し) が、地域社会の不安を煽ることとなったのである。

この事態に対処するため、オーストリア自殺予防協会 (ÖVSKK) の作業委員会が設置された。同委員会は事態と文献を検討し、メディア・ガイドラインを作成した。そして 1987 年にメディアキャンペーンが開始された。報道関係者は、自殺の増加と報道の悪影響の可能性と、メディア報道における自殺低減戦略 (環境管理) に関するガイドラインを提供された。その結果、メディア報道は短期間で著しい変化を遂げた。自殺に関する報道は一般的なものとなり、また最も重要な点として繰り返し報道されなくなった。公衆衛生的な介

入に不可欠なメディアとの関係は現在も続いており、ガイドラインの修正も行われている。1978年の地下鉄の開通直後には数件の自殺と自殺未遂が起き、1982年までは増加していたが、1987年半ばのキャンペーン後は自殺と自殺未遂は急激に減少した。その減少率は84.2%という目覚ましいものであり、2001年まで減少傾向が維持されている⁴⁾。

以上から、メディア報道の抑制は最良の介入策といえるだろう。公衆衛生アプローチは効果があることを、この現地実験が証明している。Etzendorfer and Sonneck (1998) を引用すれば、メディア報道を変えることは可能である。また、公衆衛生アプローチでは、専門家だけでなく、記者、政治家、警察、隣人を含めたすべての人々が介入にかかわることが可能である。世界中の誰もが自殺の低減に協力することができるのである。当然、この現地実験には方法論的な問題点はあるが、方法論的な問題点はすべての科学にも当てはまるものであり、完璧な研究などはないだろう。

V まとめと今後の課題

Goldney (1998) が発表した研究は、通常の研究のゴールドスタンダードである、無作為比較試験の条件を満たしていない。しかし、その基準こそが間違いである。Goldney はメンタルヘルスに関する研究を個人レベルでレビューしたが、同じ結論に達した。自殺学における問題は、自殺の基準率が低いことである (Goldney, 1998)。いわゆるゴールドスタンダードだけを使用することをやめれば、自殺予防の有効性を立証することができる。これは個人、対個人、コミュニティおよび社会的なレベルに当てはまる。本論でレビューした公衆衛生アプローチ研究はこの事実を示しており、他にも有効性を示す研究は多くある。我々はプラチナスタンダード、つまり独創性による研究をする必要があるのである。

本論のレビューは、公衆衛生アプローチの有効性を明確に示すものである。自殺は複雑であり、複雑であるからこそ生態学モデル内のあらゆるレ

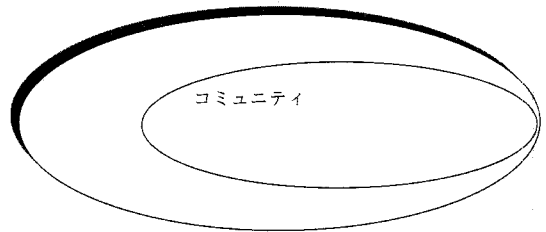


図2 自殺に対応するためのコミュニティ・レベル

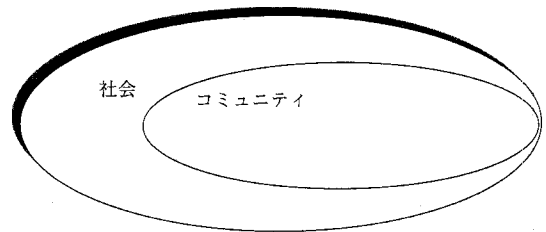


図3 自殺に対応するための社会/コミュニティ・レベル

ベルで自殺に取り組むことが必要なのである。一つのレベルだけで自殺に取り組もうとするのは、あまりにも簡単に割り切り過ぎているだろう。複雑な問題はあらゆるレベルでの複雑な解決策を必要とする (Leenaars, 2004)。自殺も、あらゆるレベルで、コミュニティ・レベルと社会レベルで低減することができる (図2・3)。

ここで、再度 WHO (2002 b) 『暴力と健康に関する世界報告』を要約したい。

暴力は不可避ではない。暴力に取り組み、それを防ぐために我々は多くのことができる。世界はこの課題の大きさをまだ十分に把握しておらず、実行に移すためのすべての手段を持っていない。しかし、世界的な知識の基盤は拡大しており、多くの有益な経験も得ているのである (WHO, 2002 b, p. 36)。

本論のレビューも、知識に貢献することを目指している。公衆衛生の知識の基盤があり、手段がある。それでも、実施すべきことははるかに多くある。例えば、ポストベンションに関しては何も実施されていない。プリベンションへの評価も行われていないが、本論のレビューからは、以下

のように結論付けることができる。

一つは、インターベンションに対する公衆衛生アプローチは効果があるということである。ウィーンのコミュニティ・レベルの研究、カナダと旧ソ連の社会レベルの研究が実証している。我々の課題は、新しいアイデアを生み出して、コミュニティ・社会レベルで自殺に取り組む方法を見出すことである。これは、個人レベルと対人関係レベルを放棄するべきだという意味ではない。むしろ、これらのレベルにおいても銃規制とアルコール規制を直接適用することは可能である(Leenaars, 2004)。

もう一つは、プリベンションに対する公衆衛生アプローチは効果的であると思われるが、この一次予防に取り組むためにはさらに多くのことを実施する必要がある。それでも、「予防が自殺を引き起こす」と言われていた時代は過ぎ去ったと確信できる。

様々な知見が得られたが、探求をやめるべきではない。我々は、創造的かつ楽観的になるべきで、弁解がましい態度を取るべきではない。Durkheim が指摘したように、公衆衛生アプローチは自殺を低減するのである。

最後に、生態学モデルは世界的レベルに拡大し、影響を与えることができることを指摘したい(図4)。

筆者がWHOを称賛するのは、WHOが社会レベルと世界レベルで影響を及ぼしたと考えているためである。WHOが、自殺予防を世界の主要目標に定めたというまさにその事実が、社会的な

影響を与えたのである。例えばカナダでは、数十年間にわたり自殺に対して何の対策も実施されてこなかった。自殺は旧ソ連と同様に故意に覆い隠され、タブーとされていたのである。2003年になってようやく、WHOの実施要請に依って、カナダ連邦政府は最初の行動を起こし、全国的な研究優先事項を定めたのである。

WHOと国際連合(UN: Center for Social Development and Humanitarian Affairs, 1987; Department of Policy Coordination and Sustainable Development, 1996)は国内政策を呼びかけている。自殺予防は臨床医、診療所、一部門の医療サービス、さらに言えば、社会の一集団だけが唯一の責任を負うものではないというのが、WHOとUNの見解である。協調的な対応には政府の対策が必要である。特に必要とされるのは国内戦略である。自殺と自殺行為は社会レベルで予防できるが、これらの戦略は証拠に基づくもので、評価を受ける必要がある。国内政策の開発と評価は、公衆衛生研究者の役割である。

ただし、自殺は複雑であるために、世界的発議も必要である。自殺は国際的なレベルで取り組まなくてはならない。必要とされるのは、国際戦略ではなく世界的な公衆衛生政策と発議である。これを実施するために、我々は「ゲシュタルト」(統一的な全体構造)として取り組む必要がある。一致団結すれば、自殺は効果的に予防することができるのである。

注

- 1) (1) 自殺に関する正式な方針声明書 (2) 危険な状態にある生徒に対処する手順書 (3) 職員の実務研修 (4) 学校の精神衛生専門家 (5) 学校の精神衛生チーム (6) 両親に配布する自殺予防に関する資料 (7) 生徒に配布する自殺予防に関する資料 (8) スクールカウンセラーに配布する自殺に関する参考資料 (9) 自殺の危険性がある生徒を確認するための心理テスト・プログラム (10) 自殺の危険性がある生徒に対する精神衛生カウンセリング (11) 教室での話し合い (12) スクールカウンセラーを対象とした自殺予防研修 (13) 教師を対象とした自殺予防研修 (14) 生徒の自殺後のポストベンション・プログラム。

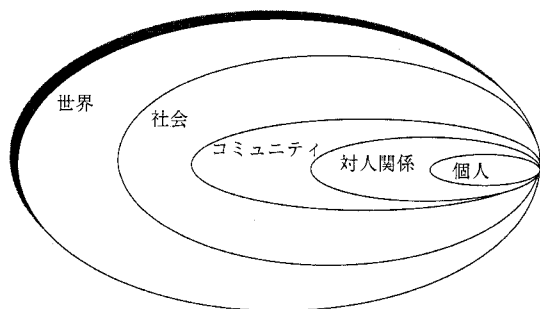


図4 生態学モデルにおける世界的レベル

- 2) E. Simoneti, パーソナル・コミュニケーション (1999年8月19日)。
- 3) D. Gailliene, パーソナル・コミュニケーション (2002年10月6日)。
- 4) E. Sonneck, パーソナル・コミュニケーション (2002年12月12日)。

参考文献

- Abbey, K., Madsen, C., and Polland, R. (1989) Short-term suicide awareness curriculum. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, pp. 216-227.
- Bertolote, J. (Ed.) (1993) *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Suicide*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Bronfrenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development: Experts by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Caplan, G. (1964) *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carrington, P. (1999) Gender, gun control, suicide and homicide in Canada. *Archives of Suicide Research*, 5, pp. 71-75.
- Carrington, P. and Moyer, S. (1994 A) Gun control and suicide in Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 151, pp. 606-608.
- Carrington, P. and Moyer, S. (1994 B) Gun availability and suicide in Canada. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 3, pp. 168-178.
- Center for Social Development and Humanitarian Affairs (1987) *Guiding principles for the development of social welfare policies and programs in the near future*. Vienna: United Nations.
- Ciffone, J. (1993) Suicide prevention. *Social Work*, 38, pp. 197-203.
- Clarke, R. and Lester, D. (1989) *Suicide: Closing the exits*. New York: Springer-Verlag.
- Dahlberg, L. and Krey, E. (2002) Violence—a global public health problem. In WHO (Ed.), *World report on violence and health* (pp. 3-21). Geneva: WHO.
- Department of Justice, Canada (1996) *A statistical analysis of the impacts of the 1977 firearms control legislation*. Ottawa: Department of Justice.
- Department of Policy Coordination and Sustainable Development (1996) *Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York: United Nations.
- Durkheim, E. (1897) *Le suicide*. Paris: Felix Alcan.
- Gabarino, J. and Crouter, A. (1978) Defining the community context for parent-child relations: The correlates of child maltreatment. *Child Development*, 49, pp. 604-616.
- Etzersdorfer, E. and Sonneck, G. (1998) Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research*, 4, pp. 67-74.
- Etzersdorfer, E., Voracek, M., and Sonneck, G. (2001) A dose-response relationship of imitational suicides with newspaper distribution. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, p. 251.
- Goethe, J. (1951) *Die Leiden Des Jungen Werther* [The sorrows of young Werther]. Hamburg: Christian Wegner Verlag. (Original work published 1774).
- Goldney, R. (1998) Suicide prevention is possible: A review of recent studies. *Archives of Suicide Research*, 4, pp. 329-339.
- Jenkins, R. and Singh, B. (2000) General population strategies of suicide prevention. In K. Hawton and K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 598-615). Chichester, UK: Wiley and Sons, Inc.
- Johnson, W. (1985) Classroom discussion of suicide. *Contemporary Education*, 56, pp. 114-117.
- Kalafat, J. and Elias, M. (1994) An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, pp. 224-233.
- Kalafat, J. and Gagliano, C. (1996) The use of simulations to assess the impact of an adolescent suicide response curriculum. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, pp. 359-364.
- Kassirer, J. (1991) Firearms and the killing threshold. *New England Journal of Medicine*, 325, pp. 1647-1650.
- Kleck, G. (1991) *Point blank*. New York: Aldine de Gruyter.
- Kreitman, N. (1976) The coal gas story. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 30, pp. 86-93.
- Leenaars, A. (2004) *Psychotherapy with suicidal people*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Inc.
- Leenaars, A., Cantor, C., Connolly, J., EchoHawk, M., Gailliene, D., He, Z., Kokorina, N., Lester, D., Lopatin, A., Rodriguez, M., Schlebusch, L., Takahashi, Y., Vijayakumar, L., and Wenckstern, S. (2000) Controlling the environment to

- prevent suicide: International perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, pp. 639-644.
- Leenaars, A., De Leo, D., Goldney, R., Gulbinat, W., and Wallace, D. (Eds.) (1998) The prediction of suicide: Controlling the environment. *Archives of Suicide Research*, 4, pp. 1-107.
- Leenaars, A. and Lester, D. (1994) Effects of gun control on homicide in Canada. *Psychological Reports*, 75, pp. 81-82.
- Leenaars, A. and Lester, D. (1996) Gender and the impact of gun control on suicide and homicide. *Archives of Suicide Research*, 2, pp. 223-234.
- Leenaars, A. and Lester, D. (1997) The effects of gun control on the accidental death rates from firearms in Canada. *Journal of Safety Research*, 28, pp. 119-122.
- Leenaars, A. and Lester, D. (1997) The impact of gun control on suicide and homicide across the life span. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29, pp. 1-6.
- Leenaars, A., Lester, D., and Wenckstern, S. (1999) Suicide notes in alcoholism. *Psychological Reports*, 85, pp. 363-364.
- Leenaars, A., Lester, D., and Wenckstern, S. (2004) Coping with suicide in schools: The art and the research. In R. Yufit & D. Lester (Eds.), *Assessment, treatment and prevention of suicidal behavior*. New York: John Wiley and Sons.
- Leenaars, L., Moksony, F., Lester, D., and Wenckstern, S. (2003) The impact of gun control (Bill C-51) on suicide in Canada. *Death Studies*, 27, pp. 103-124.
- Leenaars, A. and Wenckstern, S. (Eds.) (1990) *Suicide prevention in schools*. Washington, DC: Hemisphere, the Taylor & Francis group.
- Lester, D. and Leenaars, A. (1993) Suicide rates in Canada before and after tightening firearm control laws. *Psychological Reports*, 72, pp. 787-790.
- Lester, D. and Leenaars, A. (1994) Gun control and rates of firearm violence in Canada and the United States. *Canadian Journal of Criminology*, 36, pp. 463-464.
- Malley, P., Kush, F., and Bogo, R. (1994) School-based adolescent suicide prevention and intervention programs. *School Counselor*, 42, pp. 130-136.
- Martin, G. (1998) Media influence to suicide: The search for solution. *Archives of Suicide Research*, 4, pp. 51-66.
- Mundt, D. (1990) Gun control and rates of firearm violence in Canada and the United States. *Canadian Journal of Criminology*, 32, pp. 137-154.
- Murray, G. (2000) Psychiatric aspects of suicidal behavior. In K. Hawton and K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 135-146). Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.
- Nelson, F. (1987) Evaluation of a youth suicide prevention school program. *Adolescence*, 88, pp. 813-825.
- Norstrom, T. (1988) Alcohol and suicide in Scandinavia. *British Journal of Addiction*, 83, pp. 553-559.
- Oliver, R. and Hetzel, B. (1972) Rise and fall of suicide rates in Australia: Relation to sedative availability. *The Medical Journal of Australia*, 2, pp. 919-923.
- Orbach, I. and Bar-Joseph, H. (1993) The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, pp. 120-129.
- Overholser, J., Hemstreet, A., Spirito, A., and Vyse, S. (1989) Suicide awareness programs in the schools. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28, pp. 925-930.
- Philips, D. (1974) The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39, pp. 240-253.
- Platt, S. (1984) Unemployment and suicidal behavior. *Social Science & Medicine*, 19, pp. 93-115.
- Rich, C., Young, J., Fowler, R., Wagner, J., and Black, N. (1990) Guns and suicide. *American Journal of Psychiatry*, 147, pp. 342-346.
- Rutz, W., von Knorring, L., and Willinder, J. (1992) Long term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, pp. 83-88.
- Satcher, D. (1998) Bringing the public health approach to the problem of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, pp. 325-327.
- Schmidtke, A. and Häfner, H. (1988) The Werther effect after television films: New evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 18, pp. 665-676.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., and Trautman, P. (1988) Preventing teenage sui-

- cide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, pp. 675-687.
- Shaffer, D., Vieland, V., Garland, A., Rojas, M., Underwood, M., and Busner, C. (1990) Adolescent suicide attempters. *Journal of the American Medical Association*, 264, pp. 3151-3155.
- Shneidman, E. (1973) Suicide. *Encyclopedia Britannica*, Vol. 21, pp. 383-385. Chicago: William Benton.
- Skog, O. (1993) Alcohol and suicide in Denmark, 1911-1924: Experiences from a 'natural experiment'. *Addiction*, 88, pp. 1192-1193.
- Sloan, J., Rivera, F., Reay, D., Feris, J., and Kellerman, A. (1990) Firearm regulation and rates of suicide: A comparison of two metropolitan areas. *New England Journal of Medicine*, 322, pp. 369-373.
- Spirito, A., Overholser, J., Ashworth, S., Morgan, J., and Benedict-Drew, T. (1988) Evaluation of a suicide awareness curriculum for high school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, pp. 705-711.
- Stack, S. (1998) Research on controlling suicide: Methodological issues. *Archives of Suicide Research*, 4, pp. 95-99.
- Statistics Canada (annual). Mortality data of Canada. Ottawa: Author.
- Stengel, E. (1964) *Suicide and attempted suicide*. Baltimore: Penguin.
- Thorson, J. and Öberg, P. A. (2003) Was there a suicide epidemic after Goethe's Werther? *Archives of Suicide Research*, 7, pp. 69-72.
- Varnik, A., Wasserman, D., Dankowicz, M., and Eklund, G. (1998 a) Marked decrease in suicide in the former USSR during perestroika. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98 (Suppl. 394), pp. 13-19.
- Varnik, A., Wasserman, D., Dankowicz, M., and Eklund, G. (1998 b) Age-specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98 (Suppl. 394), pp. 20-25.
- Wasserman, I. (1992) The impact of epidemic, war, prohibition and media on suicide: United States, 1910-1920. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, pp. 240-254.
- Wasserman, D. and Narboni, V. (2001) Examples of suicide prevention in schools. In D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 269-275). London: Martin Dunitz.
- Wasserman, D. and Varnik, A. (1998 a) Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: The role of alcohol restriction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98 (Suppl. 394), pp. 1-4.
- Wasserman, D. and Varnik, A. (1998 b) Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970-1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98 (Suppl. 394), pp. 34-41.
- Wasserman, D. and Varnik, A. (2001) Perestroika in the former USSR: History's most effective suicide preventive programme for men. In D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 253-257). London: Martin Dunitz.
- Wasserman, D., Varnik, A., and Dankowicz, M. (1998) Regional differences in the distribution of suicide in the former Soviet Union during perestroika, 1984-1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98 (Suppl. 394), pp. 5-12.
- Wasserman, D., Varnik, A., and Eklund, G. (1998) Female suicides and alcohol consumption during perestroika in the former USSR. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98 (Suppl. 394), pp. 26-33.
- Wasserman, D., Varnik, A., and Eklund, G. (1994) Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, pp. 306-313.
- Wilkinson, G. (1994) Can suicide be prevented? Better treatment of mental illness is a more appropriate aim. *British Medical Journal*, 309, pp. 860-861.
- World Health Organization (WHO) (2001) Mental health: new understanding, new hope. The World Health Report 2001. Geneva: Author.
- World Health Organization (WHO) (2002 a) *World report on violence and health*. Geneva: Author.
- World Health Organization (2002 b) *World report on violence and health. Summary*. Geneva: Author.
- (Antoon A. Leenaars カロリンスカ医科大学 公衆衛生保健科学部客員教授・前アメリカ自殺予防学会会長・前カナダ自殺予防学会会長)
(おとやま・わかほ 郡山女子大学 短期大学部講師)
(かねこ・よしひろ 国立社会保障・人口問題 研究所社会保障応用分析研究部長)

高齢者の食事保障に関する考察 ——地域類型でみた東京都各自治体の配食サービス事業¹⁾——

松井 順子

I はじめに

介護保険法をはじめとし高齢者の自立支援制度が進展するなか、高齢者の食事保障に有効²⁾といわれていた配食サービスはこの度、その位置づけが大きく変わった。その変化を把握するため、さかのぼると、平成11年度まで、配食サービスは高齢者福祉の向上と介護保険制度を補完することなどを目的とした厚生労働省国庫補助事業、高齢者在宅生活支援事業の一事業であった³⁾。平成12年度には、介護予防施策や自立した生活の確保に必要な生活支援施策の推進を図るため、事業名が介護予防・生活支援事業に変わり、そのなかの一事業である配食サービスも一層の拡充が図られた^{4,5)}。しかし、変革は平成14年度である。事業名称は、高齢者ができるだけ住み慣れた地域で暮らせるように、効果的な介護予防の推進と、地域社会が果たす支え合い(共助)の役割が重視され、「介護予防・地域支え合い事業」に変更された。そして、同事業のなかでこれまで単独事業として扱われていた配食サービスは、「在宅の高齢者等が健康で自立した生活を送ることができるよう、配食サービスや食事の提供を伴う生きがい活動通所支援事業等の『食』に関わるサービスを、『食』の自立の観点から十分なアセスメントを行った上で計画的・有機的につなげて提供する」という、新たに創設された「食の自立支援事業」で実施されるサービスのひとつに組み込まれた⁶⁻⁸⁾。つま

りもはや配食サービスは単独事業という独立した位置にはないのである⁹⁾。

配食サービス事業としては後退ともいえるこの流れに大きく影響しているのは、平成12年度に施行された介護保険制度ではないだろうか。そのように考える根拠は、以下のようなことである。例えば、平成15年、(社)シルバーサービス振興会が全国自治体を対象に実施した調査では有効回答のうち(3,241自治体に対し1,815自治体)、平成12年以降に事業を開始した自治体が34.6%で、最多であると記されている。つまり、介護保険を補完するサービスとして介護保険施行を機に事業を実施する自治体が増えたとすれば、その結果、配食サービスに対する関心も高まり、サービスの必要性と効果に関する議論の活発化、並びに、多くの自治体で財源問題が浮上するのは当然なのではないか。そのサービスの必要性と効果について、これも介護保険の施行により、全国でケアマネジャーと介護支援センターの業務が充実し、在宅高齢者の情報がより正確に把握され、介護認定という客観的評価の後、在宅で自立して暮らすために必要なサービスをプラン化し、半年毎に見直すという政策の実施過程が確立したことが、高齢者の食生活をアセスメントするという新たな食事支援のあり方にも波及しているのではないだろうか。また、地域保険研究会(2003)の報告には「配食サービスを安易な動機で利用することで、調理や買い物の機会が減り、身体機能の低下を招く」など負の効果が露呈したことが述べられている。そ

の他、要介護者が、ホームヘルパーの調理支援で食事を整えた場合の費用は、介護サービスの1割の費用負担と食材高熱費が自己負担であるのに対し、介護予防事業の配食サービスの場合は食材費相当のみの利用負担で、介護認定外の者へも自宅まで食事が届けられるのであるから、同サービスの効果の評価が求められるのは当然かもしれない¹⁰⁾。このような現状を踏まえ、高齢者の食事保障の前進を図るために、先の研究会(2003)の報告にあるような「望むべき効果を食の確保と食の自立支援に据えてアセスメントを実施し、その結果に応じた支援を計画化して定期的な再評価を行う」という、新たな方針が打ち出されたのではないだろうか。

次に、配食サービスを政策的に整理する。配食サービスは高齢者保健福祉サービスであり、先に述べたように、この度、介護予防・地域支え合い事業、食の自立支援事業のなかの一支援方法に組み込まれたが、この事業の流れとサービスの位置づけは、地方分権改革はもちろんのこと、堀(1995)や古川(1997)らが述べるころの社会福祉政策のパラダイム転換による自治型社会福祉と、福祉多元主義に依拠するのではないか。つまりそれは、以下のようなことである。近年、経済の低迷による公費抑制や、家族構成の変化に伴う私的扶養能力の低下、ニーズの多様化・高度化、ノーマライゼーションの理念に基づく市民の基本的権利などにより、社会福祉政策の枠組みは基礎的自治体である市町村を基盤とし、自立した市民の参加と民間非営利組織やインフォーマル・ネットワークの活動を重視するという枠組みに発展している。但し、古川らは民間営利部門の参加に否定的であるが、旧厚生省は1987年に社団法人シルバーサービス振興会を発足させ、企業サービスにも一定の位置づけを与えて、政策的に民間営利部門へも在宅福祉サービスの委託を進めることで、福祉多元主義に市場メカニズムも導入した¹¹⁾。以上のような自治型社会福祉・福祉多元主義と、先に述べた食の自立支援事業の主旨である地域の高齢者が自立して自宅で暮らせるよう、自助努力と個人を取り巻く社会資源の活用を総合的に判断して

多くの主体による支援を計画することとは、概ね同義といえる。であるならば、そのなかの一支援方法である配食サービスも自治型社会福祉・福祉多元主義の事業として成立しているはずである。そして、その前提に立てば、各々の自治体の特徴と配食サービスの委託先には、一定の傾向があると予測できるので、筆者は事業の地域の特徴と委託先に注目するため、次のような研究を参考に用いることにした。

(財)埼玉県シルバーサービス公社(1996)は広域の配食サービスシステム構築の研究を目的とし、モデル事業を実施している。その結果、需要量の多い地域では営利企業が配達拠点を設け、配達員は職員とボランティアの併用が効率的で、需要量の少ない地域では採算性の問題から民間参入を促すことは難しく、よって社会福祉協議会などのボランティアを通じた直送方式になると報告している。野村(1998)は、住民参加を前提とした公費負担を伴う事業の実践を追求しているが、食事支援の必要性の度合いやその内容は地域により異なり、特に、買い物が困難で人間関係の希薄な地域では社会的援助が必要であると述べている。栗木(1999)は、例えば社会福祉協議会の要望や福祉公社の設立などをきっかけに、地域内の既存の組織やボランティアが動き始め、地域に住む高齢者の食事を支援している事例を報告している。従って、事業者は地域で活動することが可能な地域の実情に応じた組織である。これらは介護保険施行前の研究であるが、平成15年の(社)シルバーサービス振興会の全国自治体を対象にした調査研究(2003)によれば、配食サービス事業の実施率はベッドタウン・住宅都市、工業中心の都市で高く、人口に対するサービス利用者割合は、人口規模の小さい自治体の方が高い。給付対象者に関する特徴は、ベッドタウン・住宅都市、工業中心の都市で、昼間独居の高齢者へも給付を実施する割合が高い。委託先別の課題は、社会福祉協議会・社会福祉法人・NPO団体の場合、利用者の増加に伴う財政負担増であり、民間営利企業にはサービスの質を問うている。同報告をまとめると地域の特徴や委託先により、配食サービス事業の課題は異

なるといえる。

これらの研究と、筆者が行った自治体や社会福祉協議会、全国在宅配食サービス事業協議会や営利企業、各地の高齢者へのヒヤリング¹²⁾、並びに、サービスの需要量を測定し必要性の高い者の世帯形態と介護度を分析した研究(2001)、企業の実態調査から導いた事業の問題点(2002)、利用動機を分析した報告(2003)の結果を勘案すると、以下のように述べられる。配食サービスとは自治体毎に異なる人口規模、高齢化率、給付を必要とする高齢者数や世帯形態・身体状況、利用者の意識や嗜好といった需要側の要因と、それに対応する供給側の事情、つまり地域で委託できる供給主体の種類や自治体の予算制約など、需給両側の影響を受けながら、事業展開がなされているようである。そして、それは地域の実情に応じた取り組みを進める事業実施要綱¹³⁾、並びに、先に述べた自治型社会福祉・福祉多元主義に添うもののだといえる。であるならば、事業は各自治体の地域的特徴で類型化することが可能だと考えるが、そのような研究はみあたらない。更に問題は、事業に関連する公表の統計データは乏しく、特に量的データは社会調査に頼らざるをえない。

そこで本稿ではまず、多数で多様な特徴を有する東京都各自治体を対象に配食サービス事業に関する調査を行い、質的量的データの収集を行う。次に、サービスの需給に影響すると仮定できる変数を用いて地域類型を試み、その後、各類型を基準に事業の詳細を整理する。最後に、各地域類型の事業の抱える問題が、食の自立支援事業の進展にどのように影響するかを述べることで、配食サービスを含む食の自立支援、高齢者の食事保障を考える一資料になることを目指す。

II 研究方法

1 調査対象、調査方法、調査期間、回収状況、調査内容

調査対象：三宅島村を除く東京都61全自治体を対象とした。

調査方法：2自治体へは配食サービス事業の担

当部署を訪問して面接調査を行い、残りの自治体へは電話による質疑応答形式である。尚、電話調査を行った理由は個別性の高い質的情報も得やすく、それらが地域性を考慮する際、有効な資料になると考えたからである。

調査期間：平成14年4月22日～6月10日。

回収状況：依頼総数61自治体、回答(率)52自治体(85.2%)、有効回答(率)48自治体(78.7%)。

調査内容：質問項目は、①事業の開始年度、②対象者の世帯形態、③配達回数、④給付回数の決定基準、⑤利用登録者数、⑥配食実績食数、⑦利用者の自己負担額、⑧1食に対する補助額、⑨事業の委託先、⑩食事内容、⑪事業の今後の方針、などである。但し、①と⑥は回答率が低く、分析に用いることはできなかった¹⁴⁾。

2 分析に使用したデータ

調査回答で得られた量的データの一部、平成12年度国勢調査、平成12年度東京都社会福祉年報を用いた。

3 分析方法

まず、自治体毎の配食サービスの需給に関連する変数を用いて主成分分析を行い、全変数はどのような意味を持つ主成分に要約できるのか、その構造を明らかにする。尚、補足説明として、①被説明変数に該当するデータが揃わなかった、②標本数が48と少ない、の2点から、合成変数を作る分析法が望ましいと考えた。次に、要約された主成分のうち配食サービス事業に直接影響すると仮定できる主成分に限定し、その主成分の各自治体主成分得点を用いて、自治体間に差があることを前提とするクラスター分析(階層クラスター法)により、地域類型を行う。尚、分析の樹形図の切断点は、以下のとおりである。配食サービスは自治体により事業の委託先が異なるが、それは地域の実情に応じたサービス供給主体の多元化であり、事業の委託先が地域の実情を反映しているともいえる。よって、樹形図の切断は、地域間の差異が明確で各型の地域性と事業の委託先

との関連性が予測可能な点を採用する。

Ⅲ 分析結果

1 主成分分析による配食サービスの構造

表1は、調査で有効回答とした48自治体の主成分分析に用いた15の変数の分布である。これまでの調査研究を参考に、これらの変数が配食サービスの需給に影響すると考えた主な理由は以下のとおりである。

厚生労働省は高齢単身者、高齢者のみの世帯という、世帯形態を給付対象者の基準にしているが¹⁵⁾、人口規模や高齢化率はもちろんのこと、住宅の広さと持ち家率は家族同居や経済力と関連し、需要量を左右するであろう。よって、「65歳以上人口」「後期高齢化率」¹⁶⁾「住宅の1世帯あたり延べ面積」「持ち家率」「一般世帯に占める高齢者のいる世帯の割合」「高齢者のいる世帯に占める高齢単身者と高齢夫婦のみの世帯の割合」を変数とする。居宅サービスの調理支援やデイサービスでの食事は配食サービスと代替する関係にあるので、

それに関連する「要介護認定者数」「介護認定率」「居宅サービス受給者数」「介護認定者数に占める居宅サービス受給者数の割合」といった変数を用いる。本稿を含む筆者の過去の調査では、厨房に余裕のある特別養護老人ホームが配食サービス事業を自治体から受託している、或いは、独自事業で実施している事例を多く認めた。それは施設から在宅へという福祉政策上、施設から提供できる地域へのサービス給付の例だといえよう。従って、入所待機者があふれ「介護認定者数に占める施設介護受給者数の割合」が施設の充足状況を示す現在、施設利用率の高い地域では施設機能の充実と発展に伴い、同割合が地域内の高齢者に配食サービスを届ける事業委託先の一代理指標となる可能性は否定できないと考え、変数に加える。「配食サービス利用登録者数」は需要量に影響し、「高齢人口に占める配食サービス利用登録者数の割合」¹⁷⁾は、同サービスの普及水準の指標といえるので変数とする。配食サービスを利用する際、費用負担と補助額は自治体によって異なり、「1食あたりの配食サービス自己負担額」や「1食あた

表1 主成分分析に用いた48自治体の変数の分布

変 数 名	最小値	最大値	平均値	標準偏差
65歳以上人口	26	128000	31830.6	32643.1
後期高齢化率	3.6	18.6	7.3	3.0
住宅の1世帯あたり延べ面積	51.1	142.3	72.1	19.9
持ち家率	0.073	0.9355	0.4760	0.1671
一般世帯に占める高齢者のいる世帯の割合	0.1262	0.6842	0.2838	0.0972
高齢者のいる世帯に占める高齢単身者と高齢夫婦のみの世帯の割合	0.321	0.9024	0.5349	0.0975
要介護認定者数	2	13065	3282.5	3306.51
介護認定率(65歳以上)	0.037	0.2047	0.1024	0.0261
居宅サービス受給者数	1	7966	1845.6	1920.2
介護認定者数に占める居宅サービス受給者数の割合	0.3009	0.8571	0.5452	0.0728
介護認定者数に占める施設介護受給者数の割合	0.0714	0.5000	0.2537	0.0804
配食サービス利用登録者数	7	2431	342.8	440.7
高齢人口に占める配食サービス利用登録者数の割合	0.0014	0.7692	0.0452	0.1308
1食あたりの配食サービス自己負担額	0	900	418.5	163.3
1食あたりの配食サービス補助額	0	1750	537.9	322.1

出所) 人口や世帯形態等に関するデータは平成12年度「国勢調査」から、介護関連データは平成12年度「東京都社会福祉年報」を、配食サービスに関するデータは筆者の調査による。

りの配食サービス補助額」も必要な変数とみなす。

次に、15の変数がどのような意味を持つ成分に要約できるのか、主成分分析を行い、配食サービス事業の構造を明らかにする。尚、初期解計算の後、各主成分軸を解釈しやすくするため、バリマックス回転を行った。その結果、表2に示したとおり、累積寄与率が78.92%で4つの主成分に要約できた。以下では各主成分の解釈を試みる。

表2の第1主成分に対し、負荷量の大きい変数に注目する。「一般世帯に占める高齢者のいる世帯の割合」(0.9306)、「後期高齢化率」(0.8722)、「住宅の1世帯あたり延べ面積」(0.8448)、「持ち家率」(0.7270)の4変数が正の相関を示している。一方、「高齢者のいる世帯に占める高齢単身者と高齢夫婦のみの世帯の割合」(-0.4817)、「介護認定者数に占める居宅サービス受給者数の割合」(-0.6288)の2変数に負の相関が認められるので、第1主成分は(±)両極性である。以上の6変数で第1主成分を解釈すると「地域内の一般世帯には高齢者のいる世帯が多いが、一般世帯ではなく高齢者のいる世帯に限定すると、高齢者だけで暮らす世帯率は低い。高齢化は後期高齢化が進展し、家は総じて大きく持ち家で、介護認

定を受けた者はあまり居宅サービスを利用していない」とまとめられる。以上のことから、第1主成分は「高齢者の世帯状況」を示す成分とする。

第2主成分は、「居宅サービス受給者数」「要介護認定者数」「65歳以上人口」「配食サービス利用登録者数」以上4つの変数の負荷量が0.8334~0.9555と、極めて強い正の相関を示している。これらはいずれも数量的な大きさを示す変数であることから、第2主成分を「規模の大きさ」とする。

第3主成分に相関がある変数のうち「高齢人口に占める配食サービス利用登録者数の割合」(0.8818)、「1食あたりの配食サービス自己負担額」(-0.7634)は配食サービス事業の状況を直接示したもので、「高齢者のいる世帯に占める高齢単身者と高齢夫婦のみの世帯の割合」(0.5799)は、各地域の配食サービス給付対象世帯率と同じである。筆者が事業委託先の一代理指標と仮定した「介護認定者数に占める施設介護サービス受給者数の割合」(0.6218)も、第3主成分に相関を示した。これら4変数はいずれも配食サービスの給付に関する変数であることから、第3主成分を「配食サービス給付状況」とする。

表2 配食サービスの構造に関する主成分分析(因子負荷量)

変 数 名	第1主成分	第2主成分	第3主成分	第4主成分	共通性
一般世帯に占める高齢者のいる世帯の割合	0.9306	-0.0946	-0.0108	0.1262	0.8911
後期高齢化率	0.8722	-0.0787	0.0969	0.2193	0.8244
住宅の1世帯あたり延べ面積	0.8448	-0.3192	0.0493	0.0823	0.8248
持ち家率	0.7270	-0.1834	-0.1248	-0.4333	0.7654
居宅サービス受給者数	-0.1637	0.9555	-0.1607	0.0524	0.8992
要介護認定者数	-0.1649	0.9507	-0.1767	0.0383	0.6904
65歳以上人口	-0.1621	0.9477	-0.1782	-0.0102	0.3407
配食サービス利用登録者数	-0.1102	0.8334	0.0240	-0.0523	0.8193
高齢人口に占める配食サービス利用登録者数の割合	-0.1059	-0.1745	0.8818	0.0061	0.6825
介護認定者数に占める施設介護受給者数の割合	0.3951	-0.3529	0.6218	-0.4815	0.7584
高齢者のいる世帯に占める高齢単身者と高齢夫婦のみの世帯の割合	-0.4817	0.1824	0.5799	0.2845	0.9564
1食あたりの配食サービス自己負担額	-0.2556	0.2575	-0.7634	0.1676	0.7100
介護認定率(65歳以上)	0.2236	-0.0427	0.2149	0.7697	0.7426
介護認定者数に占める居宅サービス受給者数の割合	-0.6288	0.1127	-0.1776	0.5645	0.9684
1食あたりの配食サービス補助額	-0.0190	0.0495	0.2546	-0.5226	0.9638
負荷量の平方和	3.8719	3.8319	2.3428	1.7908	
寄与率(%)	25.8124	25.5458	15.6188	11.9385	
累積寄与率(%)	25.8124	51.3582	66.9770	78.9155	

注) 回転法: Kaiser の正規化を伴わないバリマックス法。

第4主成分に相関を示す変数のうち、正の符号は「介護認定率」(0.7697)と、「介護認定者数に占める居宅サービス受給者数の割合」(0.5645)で、負の符号は「1食あたりの配食サービス補助額」(-0.5226)である。これらは高齢者の介護福祉に関する変数であることから、第4主成分を「高齢者介護福祉」とする。尚、1食あたりの配食サービス補助額が第3主成分に相関を示していないのは、補助額の多寡は配食サービスの給付に影響を与えないと解釈できる。

以上のように配食サービスの需給に関する変数は、「規模の大きさ」「高齢者の世帯状況」「配食サービス給付状況」「高齢者介護福祉」の4主成分に要約できた。

2 配食サービス事業の地域類型

配食サービス事業について類似の傾向を持つ自

治体のグループ化を試みるために、先の4主成分のうち、同事業に直接影響するとみなせる、高齢者の世帯状況を示す第1主成分、需要の規模の大きさを示す第2主成分、配食サービスの給付状況を示す第3主成分、以上、3つの主成分の各自治体主成分得点を用いて階層クラスター分析を行った。その結果、II,3分析方法で述べた樹形図切断点の理由に添えば、48の自治体は5つの類型に分かれた。但し、樹形図に示された第5群は、第1群から第4群までとは全く別のものだと判断しなければならない明確な分かれ方をしている。よって、第5群は他の類型とは性質が異なるものだと考えられる。表3には地域類型別、主成分別の各自治体主成分得点を示し、表4には地域類型別に計算した各主成分得点の平均値を示している。次に、各地域類型の解釈であるが、その際、表4の地域類型別各主成分得点の平均値を参照しながら

表3 クラスター分析による配食サービス事業の地域類型と主成分得点

地域 類型	自治体名	第1主成分	第2主成分	第3主成分	地域 類型	自治体名	第1主成分	第2主成分	第3主成分
		高齢者の 世帯状況	規模の 大きさ	配食サービ ス給付状況			高齢者の 世帯状況	規模の 大きさ	配食サービ ス給付状況
第1群 自己責任型 (15)	葛飾区	-0.0350	0.9288	-0.3662	第3群 需要不足型(8)	武蔵村山市	-0.2903	-0.9167	-0.6006
	八王子市	0.0359	0.8987	-0.3516		瑞穂町	0.0929	-1.1845	-1.0803
	江戸川区	-0.2829	1.0570	-0.4756		文京区	-0.3497	-0.2308	-1.2975
	江東区	-0.3642	0.4875	-0.6666	第4群 食事自立型 (12)	武蔵野市	-0.5780	-0.1754	0.1015
	町田市	-0.0744	0.4891	-0.6401		府中市	-0.7108	0.0153	0.1209
	大田区	-0.0658	1.5917	-1.0714		小平市	-0.5155	-0.2378	-0.1998
	墨田区	0.1377	0.2714	-0.2816		中央区	-0.2921	-0.2750	0.2281
	荒川区	0.0288	0.1139	-0.2928		昭島市	-0.3157	-0.5476	0.0326
	台東区	0.2720	0.0537	-0.6294		清瀬市	-0.0905	-0.6830	-0.1178
	港区	-0.2371	0.1132	0.1093		国立市	-0.6857	-0.6284	0.3286
	目黒区	-0.1249	0.3569	0.1819		福生市	-0.8233	-0.8180	0.0820
	新宿区	-0.5357	0.4311	-0.1086		小金井市	-0.7214	-0.5712	-0.0642
	豊島区	-0.4343	0.4208	0.1185		狛江市	-0.6474	-0.6306	-0.1002
	品川区	-0.2936	0.4366	-0.2414		多摩市	-0.8260	-0.6958	-0.3347
	北区	-0.1527	0.6784	-0.2330		小笠原村	-2.4164	-1.4696	-0.1827
第2群 大規模需要型 (4)	板橋区	-0.2975	1.8177	0.1059	第5群 共同体型 (9)	御蔵島村	-1.1051	-0.5797	3.7775
	練馬区	-0.1406	2.0985	0.3567		青ヶ島村	-0.5465	-0.6774	4.2876
	世田谷区	0.0392	3.1846	0.3412		日の出町	1.3555	-0.9047	-0.7797
	杉並区	0.0103	2.7771	0.6825		新島村	1.5917	-0.7900	-0.0982
第3群 需要不足型 (8)	千代田区	0.2078	-0.7431	-0.5790		八丈町	0.8600	-0.5965	0.0366
	青梅市	0.1803	-0.5701	-0.5665		檜原村	3.4989	-0.2936	0.0032
	あきる野市	0.6011	-0.6636	-0.6025		奥多摩町	2.8396	-0.3176	0.3031
	稲城市	-0.7715	-0.9635	-0.8198		大島町	1.2855	-0.3829	1.2125
	羽村市	-0.6971	-1.1230	-1.0058		神津島村	2.3845	-0.5521	1.3770

表4 地域類型別、主成分得点の平均値

地域類型/主成分	第1主成分	第2主成分	第3主成分
	高齢者の世帯状況	規模の大きさ	配食サービス給付状況
第1群 自己責任型	-0.1417	0.5553	-0.3299
第2群 大規模需要型	-0.0972	2.4695	0.3716
第3群 需要不足型	-0.1283	-0.7994	-0.8190
第4群 食事自立型	-0.7186	-0.5597	-0.0088
第5群 共同体型	1.3516	-0.5661	1.1244

ら、事業の地域的特徴が類型名に反映できるようなものになることを念頭に置きながら以下に試みる。

第1群 (n=15) を考える。表4の第1群、高齢者の世帯状況を示す第1主成分得点の平均値は-0.1417で小さな負の値であることから、高齢者は高齢者だけで暮らす世帯割合がやや多く、持家率はやや低いようなグループである。規模の大きさを示す第2主成分の平均値は0.5553と大きく、その値は量的需要の存在を表している。しかし、配食サービスの給付状況を示す第3主成分は-0.3299と負の値であることから、第1群にはサービスを必要とする者が一定量存在するにもかかわらず、同サービスの給付は広がっていないようである。であるならば、配食サービス以外の食事サービスを利用して、日々の食生活を維持している者が多いことになる。以上を勘案すると、第1群では食事支援が必要となった場合、どのような食事サービスを選ぶかは個人の嗜好や経済力に応じて高齢者自身の判断に委ねられているといえよう。よって第1群を「自己責任型」とする。

第2群 (n=4) について、表4の平均値をみると、第2主成分の規模の大きさが2.4695と突出している。その顕著さに注目すると第2群の類型は「大規模需要型」となる。

第3群 (n=8) の表4の平均値を眺めると、規模の大きさである第2主成分 (-0.7994) と、配食サービス給付状況を示す第3主成分 (-0.819) のどちらも、全群のうちで負の値が最も大きい。詳細を述べると、第3主成分に相関を示す変数で、地域の配食サービス給付対象世帯率ともいえる「高齢者のいる世帯に占める高齢単身者と夫婦の

みの世帯の割合」は第3群が全体で最も低い45.6%である。つまり第3群には、配食サービスを必要とする者が数量的にも割合としても少ない。よって、第3群を「需要不足型」とする。

第4群 (n=12) について、表4の第1主成分は-0.7186で、全群で最も大きな負の値であることから、高齢化率が低く、高齢者のいる世帯に占める高齢単身者と高齢夫婦のみ世帯の割合は大きいようである。第2主成分は-0.5597で需要量も小さい。つまり第4群には年齢層の若い高齢者の割合が大きいので、元気な高齢者が多く、高齢者も高齢者だけで暮らす者が多いのではないかと。そして、量的需要も小さい。従って、今はまだ食事支援を必要とする高齢者が少ない類型だと思われるので、第4群を「食事自立型」¹⁸⁾とする。

クラスター分析の樹形図で、ほかの群とは全く違う性質の類型とみなせた第5群 (n=9) の特徴を表4でみる。高齢者の世帯状況を示す第1主成分は1.3516で、全群で唯一(+)符号で最も大きい。規模の大きさである第2主成分の平均値は-0.5661であることから、配食サービスの需要量は小さい。配食サービスの給付状況を表す第3主成分の平均値は1.1244で、第1主成分と同様に全群のなかで最大である。以上の傾向をまとめると、第5群では高齢化が進展し、各地域社会では高齢者のいる世帯割合が大きく、その高齢者は大きな持ち家に住む者が多いが、人口規模と配食サービスの量的需要は小さい。そのような地域のなかで、第3主成分の得点の高さはサービスが広く利用されていることを意味する。つまり、このような特性の地域でサービスが広がっているということは、配食サービスの給付対象者基準が厳密で

ないことや、口コミで認知度が高まりやすく利用のインセンティブが働く、或いは、買い物が不便で、高齢者の買い物の代替機能を果たしているからではないだろうか。以上のような特徴を持つ第5群は、過疎地のような「共同体型」の地域だと思われる。

以上のように配食サービス事業の地域類型は、市場原理を連想する「自己責任型」「大規模需要型」「需要不足型」と、食の自立支援事業と名称が似ている「食事自立型」、かつての日本の村社会のような「共同体型」の5つに分かれた。

Ⅳ 地域類型でみた配食サービス事業の特徴

介護予防・地域支え合い事業、食の自立支援事業のなかの一支援方法として位置づけられた配食サービス事業を地域類型毎に眺めると、どのような特徴があるのか。先の5つの類型を基準とし、調査で得られた1食の総額（自己負担額＋補助額）を表5に、事業の委託先を表6に、配達回数を表7に、それぞれクロス表で示し事業を整理する。

1 自己責任型の配食サービス事業

先ず、自己責任型に属する自治体の事業内容を

表5 地域類型で分類した1食あたりの配食サービス総額（自己負担額＋補助額）

地域類型	総 額				自己負担額				補 助 額			
	最小値	最大値	平均値	標準偏差	最小値	最大値	平均値	標準偏差	最小値	最大値	平均値	標準偏差
全 体	400	2200	956.4	317.8	0	900	418.5	163.3	0	1750	537.9	322.1
第1群 自己責任型	400	1200	839.2	178.2	400	800	490.0	112.1	0	700	349.2	193.5
第2群 大規模需要型	990	1350	1222.5	160.3	350	500	447.5	70.9	550	1000	775.0	184.8
第3群 需要不足型	766	1270	927.0	166.2	300	900	521.3	181.8	0	870	405.8	248.2
第4群 食事自立型	500	2200	1182.1	453.2	300	500	405.8	67.1	100	1750	776.3	432.2
第5群 共同体型	480	1000	758.9	198.3	0	410	212.2	170.6	240	700	546.7	151.4

表6 地域類型で分類した配食サービス事業の委託先（単位：上段は自治体数，下段は％）

地域類型/委託先	直営	社協	社福	福祉公社	在宅支セ	NPO	ボラ団	営利業者	その他	合計
自己責任型 15自治体に占める割合	1 7%	1 7%	2 13%	2 13%	3 20%	2 13%		10 67%		21
大規模需要型 4自治体に占める割合	1 25%		1 25%		4 100%			1 25%		7
需要不足型 8自治体に占める割合	1 13%	4 50%	1 13%		1 13%	1 13%		6 75%		14
食事自立型 12自治体に占める割合		5 42%	5 42%	1 8%	1 8%	1 8%	1 8%	3 25%		17
共同体型 9自治体に占める割合		6 67%	1 11%				6 67%	1 11%	2 22%	16
合計 全体(48)に占める割合	3 6%	16 33%	10 21%	3 6%	9 19%	4 8%	7 15%	21 44%	2 4%	75

- 注) 1) 委託先が複数の自治体もあり、合計は各地域類型の自治体数と一致しない。
 2) 各セルの下段の割合とは、各地域類型に該当する自治体数に対し、夫々の委託先の占める割合を示す。
 3) 委託先の正式名称は、直営が自治体直営事業、社協は市町村社会福祉協議会、社福は社会福祉法人、在宅セは高齢者在宅支援センター、ボラ団はボランティア団体である。

表7 地域類型で分類した1週間の配達回数 (単位: 上段は自治体数, 下段は%)

地域類型/配達回数	0.25回	0.5回	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	12回	13回	14回	合計
自己責任型 15自治体に占める割合			1 7%	1 7%	3 20%	1 7%	1 7%	1 7%		1 7%	1 7%	1 7%	4 27%	15 103%
大規模需要型 4自治体に占める割合				1 25%	1 25%			1 25%			1 25%			4 100%
需要不足型 8自治体に占める割合				3 38%			1 13%	2 25%	2 25%					8 101%
食事自立型 12自治体に占める割合			1 8%	3 25%	3 25%	1 8%	4 33%							12 99%
共同体型 9自治体に占める割合	2 22%	1 11%	4 44%	1 11%	1 11%									9 99%
合計 全体(48)に占める割合	2 4%	1 2%	6 13%	9 19%	8 17%	2 4%	6 13%	4 8%	2 4%	1 2%	2 4%	1 2%	4 8%	48 100%

注) 1) 各セルの下段の割合とは、各地域類型に該当する自治体数に占める割合である。

2) 週1回未満の配達は、週の回数に換算している。

3) 少数第3位を四捨五入しているため、合計割合が100%にならない類型がある。

述べる。表5の1食の総額について、自己責任型は全体平均を下回る839.2円で、自己負担額は490.0円で2番目に高く、補助額は349.2円で最も少ない。表6の委託先は多様であることと、営利企業への委託が多い(10自治体)ことに特徴がある。表7の配達回数は、かつて国庫補助事業の要綱に規定されていた週4回以上の配達回数を実施している自治体が10で¹⁹⁾、更に、1日2回以上配達する自治体も7つあり、配達回数は他の類型よりも多い。

以上が自己責任型に類型された自治体の配食サービス事業について、調査回答で得られた内容である。自己負担額の多さと補助額の少なさは、受益者負担に近い。事業委託先は多様であるが、そのなかで営利企業が多いのは、営利企業が価格面などで優位さを持つ形でサービス供給主体の多元化が進んでいるからではないのだろうか。配達回数の多さは、営利企業の受託が多いことも影響しているであろう。以上のことから、自己責任型に類型された事業は公的給付であっても、市場原理を伴うようなものかといえよう。

2 大規模需要型の配食サービス事業

大規模需要型に属する自治体の事業を述べる。表5の1食の総額は最高額の1222.5円で、自己

負担額は447.5円と全体平均を上回り、補助額も最高額の775.0円である。表6の委託先は、概ね公的施設である。表7の配達回数は、週2回から週12回までに分かれるが、該当する自治体が4に過ぎず、特徴はあげられない。尚、12回の自治体の実情を述べると、利用者の希望を踏まえ、自治体が必要性を審査して給付回数を決定しているので、高齢者が希望した利用回数ではない。

以上、大規模需要型の自治体の配食サービス事業は、量的需要が大きいにもかかわらず、費用面に着目すると、総額、自己負担額、補助額のいずれもが高く、規模の経済が働いているとはいえない。その問題について、委託先は公的施設が大半であることに着目して整理をしたい。筆者の各区役所へのヒヤリングによると、人口規模の大きさに示される必要性の高さと財政力を基盤とし90年前後、政策として地域内の福祉施設の充実が進められた。一方、本調査を参照すると、同類型自治体の配食サービス事業開始年度は90年過ぎである。そしてこの時代は、旧厚生省が作成した高齢者保健福祉推進10ヵ年計画や、各自治体に高齢者保健福祉計画策定が義務付けられたのとほぼ同時代であることなどを勘案すると配食サービス事業は、行政政策の中に位置づけられ或いは、政策に追随する形で公的施設を活用しながら広がっ

たとみなすのが、順当なのではないか。しかし、現在も委託先が概ね公的施設であるというのは、サービス供給主体の多元化という政策が導入されているとはいいい難い。そのことも影響して、大規模需要が存在するメリットが配食サービス事業のなかでうまく機能していないのではないだろうか。

3 需要不足型の配食サービス事業

需要不足型の自治体事業を整理する。表5の1食の総額は927.0円で全体平均に近いが、自己負担額が521.3円と最も高く、補助額は自己責任型に次いで少ない405.8円である。表6の委託先は多様であるが、営利企業(6自治体)と社会福祉協議会(4自治体)が目立つ。表7の配達回数の特徴は、少ない需要に対してかつての国庫補助事業の規定である週4回以上配達する自治体が5つある。

以上の需要不足型も費用面は自己責任型と同様に受益者負担に近いが、そのような構成になる理由を考えてみる。同類型の65歳以上人口は全体平均を下回り、高齢者だけの世帯率も低く、従ってサービスを必要とする者は数量的にも割合としても小さい。にもかかわらず、当類型の供給主体の多様さと配達回数の多さは実際のニーズ以上に整備されているようで、つまり配食サービス事業の方が先行しているとも解釈できる。仮にそうだとした場合、公的給付には予算制約があるので、そのなかで事業を維持するのであれば、利用者負担額を増やす、補助額を減らす、委託先の民間参入を進める、配達回数を減らすなどが選択肢になるであろう。そして現状から推し測ると、当類型では少ない需要に対し受益者負担に近い形でサービスを維持しているのではないだろうか。

4 食事自立型の配食サービス事業

食事自立型の自治体事業について、表5の1食の総額は1182.1円と2番目に高額で、標準偏差が大きい。自己負担額は405.8円と全体平均水準で、総額とは異なり標準偏差が小さい。補助額は最も多い776.3円で標準偏差が大きく、従って総額の散らばりは補助額の多寡に原因があるようで

ある。表6の委託先は、先の需要不足型と同様に多様であるが、こちらは社会福祉協議会(5自治体)や社会福祉法人(5自治体)など、非営利な組織が主である。表7の配達回数の特徴は週6回以上、つまりほぼ毎日配達する自治体がないことである。

一般にサービスは公的供給より民間供給、それも営利企業の供給の方が低コストであるが、同類型の主な委託先は非営利部門で、それが幾種類にも分かれている。そのことが1食の補助額の多さと散らばりに表れたのかもしれない。ではなぜ委託先が多様なのか。過去の筆者の調査を参考に述べると、同類型では例えば社会福祉協議会が住民の参加協力を得る、社会福祉法人施設の厨房の余力を活用する、或いは、地域で活躍するNPO法人に委託するなど、各地の実情に応じた主体に事業を委託して給付を行う自治体が多く、各自治体の事業歴も長い。つまり実績と地域の実情に応じた委託先を選んでいることが、少ない需要に対する供給体制作りになっていると思われる。特に、福祉サービスの場合、営利企業より非営利部門の方が事業歴は長く、その実績が地域住民のニーズを把握し、サービス普及に貢献している事実もヒヤリングで明らかである。その効果だろうか、高齢人口に占める利用登録者割合は全群のうちで2番目に高い。以上が食事自立型に類型された配食サービス事業であるが、住民参加で非営利な組織が主な委託先であることから、サービスの質の高さは予測できるが、今後、高齢化が進展すれば補助額の多さが問題になるのではないだろうか。

5 共同型の配食サービス事業

共同型の配食サービス事業を表5でみると、1食の総額は758.9円で全体で最も低く、自己負担額も最も少ない212.2円で、なかには無料の自治体もある。補助額は全体平均水準の546.7円で、標準偏差も小さい。つまり、同類型では利用者負担が低く、補助額も安定的で、結果として総額が抑えられているようである。表6の委託先は社会福祉協議会とボランティア団体が主であるが、詳細を述べると社会福祉協議会がボランティアの協

力を得て実施している事業、或いは、地域のボランティア活動のひとつとして配食サービス事業がなされているのが実情のようである。表7の配達回数は、月に1回から週に3回までで、それはボランティア活動として可能な配達回数であることが予測される。

共同体型に該当する自治体の高齢人口に占める配食サービス利用登録者数の割合は18.1%で、他の類型と比較すると突出して高く、そのことから同サービスの公的給付のスピルオーバーが予測される。費用抑制は、ボランティア活動に依るところが大きいであろう。配達回数の少なさは、自治体の予算制約と適切な委託先が存在しないことや、家族同居や近隣間のおすそ分けなどインフォーマルな支援に支えられ、現在はこれ以上の給付を求めるの聲があがらないからではないだろうか。このような実態を眺めると、給付の目的は食事支援というよりは、むしろ共同体内の住民参加の一事業とみなす方が自然で、事業の在り方自体が他の類型とは全く異なるようである。

V 結 論

先に述べた各地域類型の事業の特徴や問題点が、介護予防・地域支え合い事業、食の自立支援事業の進展にどのように関連するかを述べることで、結論としたい。

ひとつめの類型である自己責任型の事業は市場化されたような特徴を持っていた。こういった地域では、どの類の食事サービスも利用できない予算制約の厳しい高齢者や、社会とのかかわりの乏しい高齢者の存在する割合が高いことが予測される。また、このような者は必要性が生じて介護申請をしない者が多い。従って、地域内に埋められるように暮らしている高齢者を掘り出して、アセスメントする食の自立支援事業は、当類型では極めて有効に効果を発揮すると思われる。特に、会食による引きこもり予防や食生活改善の指導を促すことなどで、食の自立はもとより、介護予防の効果が高められるのではないだろうか。

大規模需要型の配食サービス事業の問題点は、

規模の経済が働いていないことであった。それは「都心部や大都市では自治体の行財政のマネジメント感覚の不備で、投下した財源に比べサービス経費が高く、効率性と効果に疑問がある」という渡邊の指摘(2002)が当てはまるのではない。そこでマネジメント感覚を高めるには、大規模な自治体であるがゆえに、支え合いに活用できる社会資源は自治体内の地域の違いによって傾向が大きく異なるので、食の自立支援事業の調整役の小回りが大切なのではない。

配食サービスはそもそも高齢者保健福祉計画の実態調査に基づき、事業が計画化されているにもかかわらず、需要が不足するような特徴を持つ類型が導き出されたということは、調査の需要の測定と計画策定に問題があるのではない。自治体は将来の高齢化の進展を予測した上での事業方針だと思われるが、公費負担を伴う以上、必要性の高さに応じた事業の実施が当然である。従って、食の自立支援事業で個人を確実にアセスメントし、生活の質の向上が図られるよう、サービスを測定して給付する事業が円滑に進めば、事業効率と効果は改善されるであろう。それがほんとうの意味での事業計画に基づく事業の実施であるといえるのではないだろうか。

食事自立型の配食サービス事業は、住民参加を伴うような非営利組織が主な委託先であった。従って、高齢者のニーズに添うサービスの質の高さは予測できるが、補助額の高さに問題があると述べた。先行研究でも、委託先が非営利組織の場合、問題は利用者増に伴う財政負担増であった。そこで、同類型では住民参加が得やすいという地域性を生かせば、料理教室や自宅へ赴く個性の高い調理指導なども必要量が揃いやすいと考えられる。つまり地域の福祉力を活用することが食の支援方法を多様にし、結果として高齢者の生活の質を高め、更に、財政負担の抑制につながるといえる。

先行研究には人口規模の小さな自治体の方が、サービス利用登録者の割合は高いと報告されていた。本稿の共同体型に該当する自治体の平均人口は最も少なく、また、配食サービス事業は公的給付のスピルオーバーが予測された。従って、人口

規模の小さな自治体の方が、サービスは広がりやすいようである。次に、他の4類型とは異なり、当類型の事業は給付回数が少なく、住民参加の一事業のような特徴を示していたが、しかし、当類型は高齢化率が極めて高く、過疎地で買い物が不便など、本来、食事支援の必要性の高い高齢者が多いはずである。更に、こういう地域では財政予算が厳しいのは明かである。従って、事業や制度に限らず、例えば、郵便配達員が弁当も届ける、或いは、巡回車で食材や惣菜を販売する小売業を充実させるなど、食の自立支援事業の実施に向けて地域内で活用可能な資源とは何なのかという、見直し作業から始めることが課題だと考える。

介護保険の介護認定作業と同様に、高齢者をアセスメントし、単なる食事給付ではなく、生活の質の向上を伴うような食の支援が模索され始め、この度、事業化に至ったのではないかと思われるが、これは費用対効果の実現でもあり、福祉政策にもその視点が積極的に導入され始めたと感じている。澤井(1996)は社会福祉計画の実施について「資源の有効活用という観点から多様な工夫を不断に求め、その点から計画の進行状況の管理とフォローアップシステムを確立する必要がある」と述べている。この論はまさしく食の自立支援事業の過程であり、そして、その実現こそが本来望むべき高齢者の食事保障のあり方を描くことになるのではないだろうか。従って、事業はようやくその緒についたところであり、今後の課題は実施後の事業の効果や、介護サービスの影響を踏まえた調査研究だと考える。

(平成15年7月投稿受理)

(平成15年12月採用決定)

注

- 1) 本稿は(財)家計経済研究所、2003年度研究助成による調査研究の一部であり、第24回社会保障政策研究会、平成15年度生活経済学会関西西部会第1回研究大会で報告した内容を修正したものである。作成にあたり、両研究会の諸先生方、奈良女子大学、澤井勝教授・清水哲郎教授・長嶋俊介教授、京都大学、西村周三教授・若林靖永教授、神戸女子短期大学、中田澯教授からは貴重な指導を賜った。記して感謝の意を

表したい。尚、本文の誤りは筆者の責任によるものである。

- 2) 村上是「身体が不自由で生活障害を持つ者に対し、健康で文化的な最低限の生活を保障するには、食事についてはホームヘルプサービスや配食サービスを給付することである」(1999:127)と述べている。
- 3) 平成10年1月、全国厚生関係部局長会議資料より。尚、最初に配食サービス事業が国庫補助事業化されたのは73年であるが、その後の沿革は別稿にて報告したい。
- 4) 「老人福祉関係法令通知集」平成12年度版、『介護予防・生活支援事業実施要綱』pp.826-829、第一法規出版。
- 5) 平成14年6月、全国介護保険担当課長会議資料によると、平成14年4月1日現在、全国で介護予防・生活支援事業として配食サービスを実施しているのは2,514団体である。
- 6) 平成14年1月、全国厚生労働関係部局長会議資料より。
- 7) 平成13年度まで単独事業であった配食サービスの位置づけを変える経過措置として2年間、単独事業でも国庫補助の対象として事業の実施が認められていたが、平成15年度で経過措置を終了し、平成16年度からは全面的に食の自立支援事業への移行を行うとしている。平成15年9月、全国介護保険担当課長会議資料参照。
- 8) 平成14年2月、全国介護保険担当課長会議資料参照。
- 9) 厚生労働省の国庫補助事業以外で配食サービスに公的費用負担が行われているのは、介護保険特別給付で第1号被保険者の保険料を上乗せして同サービスを給付するケース、その他、例えば自治体の高齢者福祉事業、社会福祉協議会や福祉公社の独自事業、或いは、NPO団体などが公的助成金を得て給付するケースなどである。尚、平成14年6月の全国介護保険担当課長会議資料によると、平成14年4月1日現在、介護保険特別給付で同サービスを給付している市町村は10に留まる。
- 10) 介護保険施行前、配食サービスを介護保険の対象とするか否かについて議論は、例えば、国会議事審議録検索システム<http://kokkai.ndl.go.jp>、97年10月参議院厚生委員会「配食サービスに関する審議」を参照。
- 11) 参考文献、河合克義を参照。
- 12) 筆者が聞き取り調査を行った主な自治体は、兵庫県、大阪府、神奈川県、島根県、東京都世田谷区、武蔵野市、国立市、横浜市、京都市、奈良市、大和郡山形市、大阪市、西宮市、芦屋市、宝塚市、神戸市、姫路市、鳥取県西伯町、松江市、出雲市、大田市、東京都高齢者研究・福祉振興財団(旧、東京都地域福祉振興財団)などの

担当部署の相当部署である。

- 13) 「老人福祉関係法令通知集」平成14年度版、『介護予防・生活支援事業実施要綱』pp. 831-833, 第一法規出版。
- 14) 配食サービスは、各自治体内で一斉同時に事業を始めるというよりはむしろ、給付が可能な地域から始め、時代とともに事業の種類が変化して、給付が広がった沿革を持つ自治体も多い。従って、事業の開始年度を明確に回答できない、或いは、回答しにくい自治体が多かったのは事実である。また、配食の実績食数は自治体が把握せず、事業の委託先が把握しているという自治体も多く、従って、質問項目の①⑥の回答率が低かった。
- 15) 平成14年でも給付対象者に変わりはない。「老人福祉関係法令通知集」平成14年度版、『介護予防・生活支援事業実施要綱』pp. 831-833, 第一法規出版。
- 16) 後期高齢者の方がサービスの必要性が高まるので、分析には後期高齢化率を用いた。
- 17) 給付対象は高齢者のみの世帯が基本であるが、調査によると「各世帯の状況を鑑み、それ以外の世帯へも給付する」という回答も多く、分母を「65歳以上人口」の変数にした。
- 18) 食の自立支援事業の主旨、並びに、筆者も「食事自立」とは、仮に身体に障害があっても体調の良い日は残存機能を生かして自分で、しかし多くは配食や家事支援で、また、ある日は地域内のボランティア活動に支えられ、可能な自助努力と個人を取り巻く社会全体の支援により、例えひとり暮らしでも食生活に不安を抱かない状況を考えており、ここでの自立は狭義に留まる。
- 19) 第一法規出版「老人福祉関係法令通知集」平成9年度版p. 384にまでは、一人当たり週4日以上という事業規定があり、平成10年度版p. 451にはサービス回数の規定が削除されている。

参考文献

- 大守隆編(1998)『介護の経済学』, 東洋経済新報社。
 右田紀久恵編(1993)『自治型地域福祉の展開』, 法律文化社。
 門脇忠彦他(1984)「多変量解析による地域類型の試み」『厚生と投標』31(13)。
 栗木黛子(1998)「食事サービスから食の保障を考える」『神奈川栄短紀要』30, pp. 1-10。
 ———(1999)『高齢社会の食事サービス』, 近代

出版。

- 河合克義・牧里毎治他(2002)『地域福祉』, 有斐閣, p. 89。
 澤井 勝・定藤 弘他(1996)『社会福祉計画』, 有斐閣, p. 111。
 埼玉県シルバーサービス情報公社(財)(1996)『広域老人給食システム構築研究事業報告書』。
 清水哲郎(1976)「都市化と農業の計量分析」『農林業問題研究』第42号。
 食の自立支援のあり方に関する調査研究委員会編(2003)「『食』関連サービス利用調整の実務マニュアル」, 地域保健研究会。
 シルバーサービス振興会(社)(2003)『配食サービスの実施状況およびサービス事業者の事業実態に関する調査研究事業』。
 シルバーサービス振興会(社)(2003)『高齢者の調理行動・食生活に基づいた調理環境づくりのための調査研究』。
 高田公理・石毛直道編(1995)『都市化と食』, ドメス出版。
 野村知子(1998)『元気になれる食事援助』, 一ツ橋出版。
 古川孝順(1997)「社会福祉のパラダイム転換」, 有斐閣, pp. 71-101, 136-156, 236-246。
 堀 勝洋(1995)「社会保障・社会福祉のパラダイムの転換」日本社会福祉学会第43回全国大会シンポジウム報告『日本社会福祉学会第43回全国大会研究報告概要集』, p. 79。
 松井順子(2001)「高齢者の食事保障に関する考察—要介護者への配食サービスを中心として—」『季刊家計経済研究』第52号, pp. 50-60。
 ———(2002)「配食サービスに関する考察—企業へのアンケート調査による実態分析を中心として—」『人間文化研究科年報』17号, pp. 399-411。
 ———(2003)「高齢者の食事保障に関する考察—A市要介護認定者と国立市配食サービス利用者へのアンケート調査による研究から—」『生活経済学会』第18号, pp. 105-117。
 村上雅子(1999)『社会保障の経済学』, 東洋経済新報社。
 渡邊洋一・大森 彌他(2002)『地域福祉と自治体行政』, 有斐閣, p. 208。
 和田八束・澤井 勝他(2001)『現代の地方財政』, 有斐閣。
 (まつい・じゅんこ 奈良女子大学大学院人間文化研究科博士後期課程)

判例研究

社会保険法判例

福田 素生

夫が経営する会社から監査役としての報酬を受けていた妻につき、厚生年金保険法 59 条 1 項所定の「(被保険者の死亡の当時その者によって) 生計を維持したもの」との要件に該当しないとしてされた遺族厚生年金不支給処分が適法であるとされた事例

東京高等裁判所平成 15 年 10 月 23 日判決 (平成 14 年 (行コ) 第 297 号遺族厚生年金不支給処分取消請求控訴事件) 判例集未登載

I 事実の概要

1 X は、厚生年金の被保険者であった夫が平成 6 年 2 月 24 日に死亡したため、平成 11 年 2 月 19 日、Y (社会保険庁長官) に対し、厚生年金保険法 (以下「法」という) 58 条の規定による遺族厚生年金の裁定を請求した。

2 Y は、同年 3 月 9 日付けで、X が「死亡した者 (夫) によって生計を維持していたものと認められない」との理由で遺族厚生年金を支給しない旨の本件処分を行った。

3 X は、本件処分を不服として、同年 4 月 26 日、群馬県社会保険審査官に審査請求したが、同年 6 月 11 日付けで棄却の裁決を受け、同年 7 月 1 日、社会保険審査会に再審査請求したが、翌年 4 月 28 日付けで棄却の裁決がなされた。

4 このため X は、本件処分は違法であると

して、Y にその取消を求めて東京地方裁判所に提訴した。同裁判所は、平成 14 年 11 月 5 日 X の訴えを認めて、本件処分を違法として取り消した。(以下「原判決」という (『判例時報』1821 号 20 頁))

5 Y は、原判決を不服として、東京高等裁判所に控訴した。

II 判 旨

1 「当裁判所も、本件処分が行政手続法 8 条の要件を満たしていると判断するものであり、その理由は、原判決……に説示するとおりである」

2 (1) 「法 59 条 1 項が生計維持要件を規定する理由は、上記遺族のうち被保険者等により生計を維持していた者でない者については、被保険者等の死亡によっても遺族厚生年金により生活保障を与える必要性が低いと考えられるところにあると解される。ところで、生計維持要件該当性の

有無の認定は、一般の社会経済状況の変化に応じて不断に変動し得る性質のものであるから、法自体において固定的かつ数量的な基準を定めるのは相当でなく、むしろ、このような変化に即応し得るように法自体では抽象的な要件を定めるのにとどめ、その適用にあたって一般の社会経済状況の変化を踏まえた運用を行うことが必要である。法59条1項が、単に「その者によって生計を維持したもの」との抽象的な定めを置いた上で、同条4項において、生計維持要件の認定に関し必要な事項は政令で定める旨規定しているのは、このような趣旨に基づくものであるから、法59条4項は、同条1項を受けて、生計維持要件の解釈基準に関する事項をも政令に委任する趣旨であると解される。」

(2)「前記のとおり、生計維持要件は、その事柄の性質上、固定的かつ数量的な基準を定めることになじまない要件であること及び収入自体その実態には多様な性格のものが考えられることからすると、多数の裁定請求の可否を一律かつ迅速に判断するためには、一定の基準を定めることが必要とされるものと解される。そうすると、法施行令3条の10が、遺族厚生年金の支給対象者を被保険者等の死亡当時その者によって生計を維持していた配偶者等で被保険者等の死亡当時その者と生計を同じくする者と定めた上で、厚生大臣の定める金額以上の収入を将来にわたって有すると認められる者を除外し、その収入額の定めを厚生大臣に委ね、厚生大臣がその収入額を600万円と定めたことも、上記委任の趣旨に含まれるもので、適法と解される。さらに、法施行令3条の10の具体的な運用に当たって、通達2が発せられ、同通達の別添1(1)ただし書きにおいて、「これにより生計維持関係の認定を行うことが実態と著しく懸け離れたものとなり、かつ、社会通念上妥当性を欠くこととなる場合には、この限りでない。」と定めているのも、上記の形式的基準を機械的に適用した結果生じるおそれのある不都合を回避しようとする趣旨で定められたものと解される。これらの事情を総合すれば、被控訴人による本件裁定請求の可否の判断に当たっては、法施行令3条

の10及びこれに基づいて厚生大臣の定めた金額を基準に、通達2の定めに従って、検討するのが相当というべきである。」

(3)「上記認定の事実によれば、被控訴人は、力男死亡の前年である平成5年において、監査役としての役員報酬の名目で、コイズミ社から被控訴人の銀行口座に振り込まれた690万円を取得しているのである。被控訴人の勤務実態からすると、被控訴人は、実質的には、コイズミ社の経理担当従業員として稼働していたものと解されるが、その点はしばらくおくとしても、被控訴人が上記報酬全額を口座振込の方法で支払いを受けていたことに照らせば、その平成5年の収入は、同額であったものといわなければならない。そして、近い将来、被控訴人の収入が同額未満になると予測されるような事情も見受けられないのであるから、被控訴人は、通達2に定められた生計維持要件の認定に照らして、遺族年金保険の受給資格がないものといわなければならない。」

(4)「遺族厚生年金の支給が被保険者等の遺族の生活保障を目的とするものであることを考えれば、生計維持要件としての収入は、遺族が実際に消費することができる金員であれば足り、その実質がどのようなものであるかは無関係であるし、さらには、その者が実際に提供した労務に見合うものである必要はないというべきである。したがって、名目上の収入が600万円以上であっても受給者が実際に受け取る支給額が600万円を下回るなどの事情が認められる場合には、現実の支給額を収入として認定すべきものと解されるが、平成5年に被控訴人に支給された690万円の報酬は、前記認定のとおり、その全額が被控訴人名義の口座に振り込まれたものであった。この点につき、被控訴人は、支給を受けた報酬のうち月額25万円程度を被控訴人と力男との生活費に充て、その余は、接待費や力男の負債の返済等に費消していた旨を供述する(被控訴人本人[原審])。しかし、前記のとおり、被控訴人に対する報酬は、その全額が被控訴人の管理する口座に振り込まれていたものであるから、被控訴人の上記供述のような事実があったとしても、これは、被控訴人が支給を受

けた報酬の使途の問題というべきであって、このことが、被控訴人の収入額を認定する際に考慮すべき事情に当たるとすることはできない。」

(5) 「取締役や代表取締役を選任する権限が、本来株主総会や取締役会にあること、役員報酬額も、株主総会の決議事項であることを考えれば、力男死亡後のコイズミ社の経営が、力男が考えたとおりになる保証もないというべきであるから、そのことから当然に、被控訴人が600万円以上の収入を将来にわたって有する者ではないということとはできない。」

(6) 「コイズミ社のような比較的小規模の同族会社の場合、任期が到来しても、取締役は退任することなく、重任されることは珍しいことではないし(コイズミ社においても、株主総会も開かれることなく、力男が取締役の就任を続けていたのであるし(被控訴人本人[原審])、被控訴人自身も、昭和49年から平成6年1月まで、小泉工業所やコイズミ社の監査役であり続けていたことは、前記認定のとおりである。したがって、商法上の取締役の任期を根拠に、被控訴人が、将来にわたって600万円以上の収入を有する者に当たらないということとはできない。」

(7) 「また、通達2は、前記のとおり、「これにより生計維持関係の認定を行うことが実態と著しく懸け離れたものとなり、かつ、社会通念上妥当性を欠くことになる場合には、この限りでない」(同通達の別添1(1)ただし書き)とし、認定基準を機械的に適用することによって生じる不都合を回避するよう求めているが、本件においては、被控訴人が600万円以上の収入を将来にわたって有するものであるとの認定が、実態と著しく懸け離れたり、社会通念上妥当性を欠くことになるというべき事情をうかがうことはできない。」

Ⅲ 検 討

本件は、遺族厚生年金の支給要件である生計維持要件にかかる遺族一特に同族経営の会社の代表取締役であった被保険者が亡くなった場合に役員として収入を得ていた遺族たる妻一の収入基準に

ついて判断した先例的事案として位置づけられるものであろう。

1 遺族厚生年金の受給権者に関する法令及び通知の規定

法58条は、一定の保険料納付要件を満たす被保険者が死亡した場合などに、その遺族に支給する遺族厚生年金の支給要件を定め、同法59条1項は、遺族厚生年金の支給を受けられる遺族について、被保険者等の配偶者等であって、被保険者等の死亡の当時その者によって生計を維持したものと規定している。そして同条4項は、1項の規定の適用上、被保険者によって生計を維持していたことの認定に関し必要な事項は、政令で定めると委任する旨を規定し、これを受けて同法施行令3条の10(平成12年政令309号による改正前のもの)は、「法59条1項に規定する被保険者等の死亡の当時その者によって生計を維持していた配偶者等は、当該被保険者等の死亡の当時その者と生計を同じくしていた者であって厚生大臣の定める金額以上の収入を将来にわたって有すると認められる者以外のものその他これに準ずる者として厚生大臣の定める者とする」と厚生大臣に再委任する旨を定めている。さらに、社会保険庁年金保険部長名の通知(以下「通知1」という)で、法施行令3条の10に規定する「厚生大臣の定める額」は、年額600万円とされていた(現在は、平成6年11月9日庁保発36号により、年額850万円となっている)。また、生計維持関係の認定については、社会保険庁の課長名通知(平成6年11月9日庁文発3235号、以下「通知2」という)で、原則として生計同一及び遺族の前年の収入の二要件により行うこととし、ただし、これにより認定を行うことが実態と著しく懸け離れたものとなり、かつ、社会通念上妥当性を欠くことになる場合には、この限りではないとしている。

2 争点など

(1) 行政手続法8条の理由提示の有無について

申請拒否処分理由の提示(行政手続法8条)

に関し、処分の理由をどの程度具体的に示さなければならないかについて明文の規定はない。行政手続法制定前の判例は、「申請制度の趣旨によっても異なる」(最判昭和38年5月31日)が、「いかなる事実関係に基づきいかなる法規を適用したかを、申請者においてその記載自体から了知しうるものでなければなら」ない(最判昭和60年1月22日)としており、本判決もそれらに沿ったものと考えられる。遺族厚生年金の裁定を求めた申請に対し、法59条1項に定める支給要件たる遺族の生計維持要件を満たさないとYが判断したことが、通知書の記載自体からXは了知可能と思われ、そう解した本判決は妥当である。

(2) 本件処分の適法性について

① 法59条1,4項および法施行令第3条の10の趣旨など

判決は、生計維持要件を定めた法59条1項の趣旨について、生計維持要件を満たさない者については、生活保障の必要性が低い¹⁾ため遺族厚生年金の支給対象から除外したものとした。その上で、生計維持要件該当性の認定は、一般の社会経済状況に応じて不断に変動しうるものであるから固定的かつ数量的な基準を定めるのは相当でなく、むしろ変化に即応し得るよう法自体では抽象的な要件を定め、その適用にあたって一般の社会経済状況の変化を踏まえた運用を行うことが必要とする。そして、同条4項が生計維持要件の認定を政令に委任しているのは、そうした趣旨に基づくものであり、生計維持要件の解釈基準に関する事項を政令に委任したものと解している。原判決は、同条4項について、生計維持の実体的要件を政令に委任したものと解するには疑問があるとしているが、規定ぶり、共済年金の「遺族」の要件との共通化という制定の経緯²⁾、執行命令の委任を定めた法101条の存在からみても、法59条4項は、生計維持の実体的要件の解釈基準を政令に委任したものであろう。

「一律かつ迅速に判断する」ためには、数量的な基準も十分考えられることから固定的な基準のみ排除すれば十分だったように思われるし、また、法59条1項の法文上は、「被保険者の死亡の当時

その者によって生計を維持したもの」となっており、法施行令3条の10は「者であつて厚生大臣の定める金額以上の収入を将来にわたつて有すると認められる者以外のもの」(下線は筆者)として(時間の面で)対象が広がっているようにも読めるが、遺族の(実質的な)生活保障の必要性という法の趣旨を考えると委任の範囲を逸脱したものではなく、全体としてほぼ妥当な判断と言えよう。なお、直接の争点にはなっていないが、法施行令3条の10により、厚生大臣に再委任されていることについて、一般に委任立法の再委任は許されないと考える立場もあるが、弾力的な対応を求める法の趣旨から考えても再委任は許されないと解する理由はあるまい。

② 通知1,2の適法性など

判決は、多数の裁定請求の可否を一律かつ迅速に判断するためには、一定の基準を定めることが必要とした上で、法施行令3条の10に基づき、遺族の収入額の定めを厚生大臣に委任し、厚生大臣が(通知1により)その収入額を600万円と定めたことも法59条4項の委任の趣旨に含まれ、適法と解している。そして通知2のただし書きの定めを、形式的基準の機械的適用の不都合を回避する趣旨と解している。

委任の範囲で、合理的な基準を設けることは必要であり、600万円という水準³⁾を判決も触れている通知2のただし書きを含めて判断すれば、法の趣旨を逸脱した不合理なものとは考えられず、行政機関の行動基準としては適法なものと言えよう。また、施行令3条の10及び通知1,2の適用の可否により本件処分の適法性を判断しようという判決の判断枠組み自体も妥当なものと考えられる。

なお、争点にはなっていないが、法施行令3条の10による委任を受け、支給要件の認定基準という申請者にとって明確でなければならない重要な事項を本来的には行政組織の内部規範にすぎないとされる行政規則たる通知で定めているという問題がある。外部効果のある法規命令たる厚生大臣告示などとして定める方が望ましかったのではないか。

③ 本件処分の適法性

判決では、前述のような判断枠組みを前提に、具体的な事実関係を詳細に検討、認定し、上記基準の適用の当否により本件処分の適法性を判断している。

判決は、平成5年の監査役としての収入全額がX名義の銀行口座に振り込まれていたことを重視し、それがそのままXの収入になるとしている。これに対し、原判決は、Xの労務の提供の対価としての収入額は、XがXと夫の日常生活費として支出していた年間300万円程度を上回るものではなく、平成5年度におけるXの690万円という収入のうち、それを超える部分（その部分は夫の交際費等として使われていた）は、ワンマン経営者であった夫がその収入の一部を形式上Xの収入としていたものにすぎないとする。しかし、生計維持要件としての収入は、判決も言う通り、労務の提供に見合うものである必要はないし、夫婦の日常生活費として支出されていた部分に限られるわけではない。そうなれば、例えば夫が妻の収入をギャンプルに費消した場合、妻には収入がないことになる可能性があるが、そうした取扱を法が是認するとは考えられない。ここでいう収入は、妻が実際に受け取っていた金員として捉えざるをえないのではないか。690万円は、ここでいう収入に当たるものと言えるように思われる。

また、Xは、商法上取締役の任期が2年を超えることができないことなどをあげて、通知2の「近い将来収入が年額600万円未満になる」と認められる者に該当する旨主張するが、Xが昭和49年から平成6年まで20年以上にわたって継続して監査役を務め、平成5年には、690万円の年収を得ていたことなどを踏まえると本件事実認定のもとでその主張を認めるのは困難ではないか。

本件は、被用者が亡くなった場合の遺族厚生年金という通常のケースではなく、同族経営の会社の代表取締役であった被保険者が亡くなった場合に、報酬を得ていた妻の遺族厚生年金にかかるものであり、原判決はその実態を重視しているようであるが、判決も言うとおり、本件事実関係から

本件処分が「実態と著しく懸け離れたものとなり、かつ社会通念上妥当性を欠くことになる」とは思われず、通知2のただし書きが適用になるようなケースではないように思われる。節税等の目的で名目上の収入を調整する者に対し、社会保障給付の決定に際しては、実態を重視して給付を行うとすれば、公平な負担と給付という考え方に反する場合も多くなるようにも思われるが、本判決は結果的にそういったことが生じる可能性を原判決よりも限定したものであろう。

④ 結 論

以上の検討から本件処分は、法律による委任の範囲で定められた適法な基準を適切に適用しており、本判決は妥当なものであると考えられる。

3 本判決の射程など

通知1, 2は、「生計維持」認定要件について、遺族厚生年金の遺族にかかるものだけでなく、①障害基礎年金の受給権者に生計を維持していた子がある場合の加算（国民年金法33条の2、同法施行令4条の8）、②遺族基礎年金の生計を維持していた遺族（国民年金法37条の2、同法施行令6条の4）、③老齢厚生年金の生計を維持していた配偶者または子にかかる加給年金（法44条、法施行令3条の5）、障害厚生年金の生計を維持していた配偶者にかかる加給年金（法50条の2、法施行令3条の5）、④夫の老齢厚生年金の加給年金の対象だった生計を維持していた妻にかかる老齢基礎年金のいわゆる振替加算（国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号）附則14条、国民年金法等の一部を改正する法律の施行に伴う経過措置に関する政令（昭和61年政令第54号）27条）についても共通するものとして定めており、その射程は広い。

しかし、公的年金による生活保障の必要性は、遺族、障害、老齢という支給事由などによっても、また共通で定額の基礎年金か2階部分で報酬比例の厚生年金かによっても異なるようにも思われ、場合を分けてきめ細かく考える必要があるのではないか。さらに、遺族を支給事由とする場合でも、本件のように妻のみが遺族になるケースと妻子が

遺族になるケースでは、生活保障の必要性が異なるように思われる。そういった場合、例えば、国民年金の第3号被保険者や健康保険の被扶養者の認定基準のように(第2号)被保険者の収入との相対的な比較というような要素³⁾なども基準として加味した方が、生計費の過半を負担するという生計維持要件に関する常識的な理解にも合致する合理的な基準になるのではないかとも思われる。検討課題であろう。

なお、制度、政策論として遺族年金の必要性やその在り方について多くの議論があることは周知のとおりであるが、そもそも社会保険方式をとる年金制度において支給要件としての生計維持要件を設定すること自体の当否を含め、ここではこれ以上立ち入らない。

注

- 1) 昭和60年改正前は、国民年金、厚生年金の遺族年金には、具体的な生計維持認定要件がなかった。60年改正で以前から生計維持認定要件のあった共済の遺族年金と共通の要件を設定する形で生計維持認定要件が設けられた。
- 2) 若干高すぎるような印象も受けるが、平成6年の改訂後の850万円の根拠について、「女性のライフスタイルの変化等に対応した年金の在り方に関する検討会」に提出された資料によれば、「遺族年金の生計維持認定要件は、法律上権利発生要件とされていることから、社会通念上著し

く高額の収入を有しているもの以外は生計が維持されていたものと考えて遺族年金の支給対象とする考え方がとられてきたもの」で「所得分位の上位10%に当たる者の推計年収をもって基準を設定」したと説明されている。

- 3) 例えば、国民年金の第3号被保険者の場合、原則として年間収入が130万円未満であることに加えて、第2号被保険者の年間収入の2分の1未満であることが認定の要件とされている(『国民年金法における被扶養配偶者の認定基準について』(昭和61年3月31日庁保発第13号、最終改正平成5年3月15日庁保発第5号)参照)。

参考文献

- 塩野 宏(1994)『行政法Ⅰ 第二版』,有斐閣。
 田中二郎(1954)『新版行政法 上巻 全訂第二版』,弘文堂。
 原田尚彦(2000)『行政法要論(全訂第四版増補版)』,学陽書房。
 水島郁子(2003)「遺族厚生年金における生計維持要件—夫が経営する会社の監査役であった妻の収入要件該当性」『判例時報』1840号。
 ジュリスト『行政法判例百選Ⅰ 第四版』(1999),有斐閣。
 『国民年金法総覧 平成14年3月版』(2003),社会保険研究所。
 『厚生年金保険法総覧 平成14年3月版』(2003),社会保険研究所。
 『厚生年金保険法解説』(2002),法研。
 『五訂 国民年金厚生年金保険改正法の逐条解説』(2000),中央法規。
 (ふくだ・もとお 岩手県立大学教授)

書 評

宮本太郎編著

『福祉国家再編の政治』

(ミネルヴァ書房, 2002年)

福祉国家研究の到達点と新たな出発

武 川 正 吾

I

わが国では、現在、福祉という言葉は一般に好意的に受け入れられているが、福祉国家という言葉の方は評判が芳しくない。「福祉国家から福祉社会へ」といったスローガンが認知顔で語られるようになってから久しい。こんにち現実政治やジャーナリズムの世界では、福祉国家が日本のめざすべき国家像として語られることはまずない。いまでは1960年版の厚生白書が「福祉国家への途」を説いていたことを覚えている人は少ない。

しかしこうした現実政治やジャーナリズムでの不人気とは対照的に、アカデミズムの方では福祉国家に関する研究が、近年むしろ盛んになっている。90年代末には、政治学者の宮本太郎、経済学者の埋橋孝文、社会学者の藤村正之などの福祉国家に関する研究書が相次いで刊行された。拙著が刊行されたのも1999年である。こうした研究動向を平岡公一は「福祉社会論から福祉国家論へ」と逆説的に表現している²⁾。

こうした学界における福祉国家研究の台頭は、そこに認識における一定の利得があるからである。

福祉国家を研究するということは、社会政策を構成する雇用、社会保障、住宅など個々の制度や政策を個別に研究するのではなく、これらを含む社会構造の総体を、システムとして、あるいは福祉国家研究における流行りの用語を用いるならば、レジームとして研究することを意味する。そのことによって個々の制度に拘泥していたのでは分からないことが明らかとなるからである。ここから少なくとも二つの認識利得が生まれる。

一つは、現代社会の客観的把握である。今日いかなる先進諸国においても、社会保障をはじめとする社会

政策の存在を抜きにして、経済システムや社会システムを理解することはできない。社会保障は国民経済のなかで相当な割合を占めており、社会統合にとっての不可欠な要素であるから、福祉国家の研究は、社会政策のプリズムをとおして、現代社会へ社会科学的な分析のメスを入れることを意味する。

他の一つは、新たな社会構想である。福祉国家の研究は、国際比較や国内分析をつうじて、いまここにある福祉国家とは異なる、もう一つの福祉国家のありかたを示す。そこには規範的な含意がある。構想を実行可能なプログラムとするためには、社会保障をはじめとする各種の制度を、部品としてそのなかに嵌め込んでいく作業が不可欠となるが、福祉国家をシステムやレジームとして理解することは、そうした作業の前提である。

今日いずれの先進諸国もグローバル資本主義に直面して、雇用や社会保障のありかたを模索しつつある。また、各国の公共政策は、家族や職場などローカルな水準で生じつつある社会変動への適応を迫られている。その意味で、現代は、社会構造を的確に把握し、新たなグランドデザインを示すことの求められている時代である（欧州ではこの種の作業がいろいろな立場から取り組まれているが、日本ではまだ少ない）。

この点で、この書評が取り上げようとする『講座福祉国家のゆくえ』全5巻（ミネルヴァ書房、2002年）は、まことに時宜に合った企画であった。宮本太郎、埋橋孝文、武智秀之、大沢真理、齋藤純一といった最強の編者を揃えて、福祉政治、国際比較、ガヴァナンス、アジア、規範理論といった最新のトピックを扱う。以下、この講座の第1巻『福祉国家再編の政治』（宮本太郎編著）について、その紹介と批評を試みたい。

II

本書は、序章も含めて10本の多様な論文から構成される。本書の概要を知るためには、目次を一瞥するのが効率的だと思われるので、最初に、全体の目次を掲載しておく。

序章 グローバル化と福祉国家の政治 (宮本太郎)

1 福祉国家の収斂と分岐

第1章 福祉国家の世紀と階級政治 (新川敏光)

第2章 北欧福祉国家の政治 (小川有美)

第3章 大陸型福祉国家 (水島治郎)

第4章 自由主義的福祉国家からの脱却? (阪野智一)

2 20世紀の経験と新構想

第5章 救貧法制の動揺とワークフェア構想 (重森臣広)

第6章 福祉国家とジェンダー・ポリティックス (深澤和子)

第7章 福祉国家と非営利組織 (北島健一)

第8章 シティズンシップと福祉国家 (堀江孝司)

第9章 福祉国家と「第三の道」の政治学 (住沢博紀)

以上の構成は序章における編者の問題意識に由来する。序章は、これだけで一冊を書くことができるくらいに情報が凝縮されている。このため読むのにたいへん苦勞する論文である。しかし読み終えると、グローバル化という今日的状況における福祉国家の変容を一望の下に見渡すことができるようになる。先行研究についての言及がていねいになされているため、読者にとっては裨益するところの大きい論文である。

編者によると、グローバル化とは、20世紀の福祉国家が前提してきた、(1)労働と資本の関係、(2)先進国と途上国の関係、(3)ジェンダー関係といった三つの関係が変容してくる過程である。このため「グローバル化という大波が福祉国家という島々をのみ込もうとしている」といった類の議論が声高に唱えられることになるが、「グローバル化によって福祉国家の時代が終焉した」というのは正確ではない。

とはいえグローバル化によって、これまで福祉国家が担っていた調整機能が、IMF, WTO, ILO, 国連, 世銀などの活躍するグローバルな水準に移行していることも事実である。また各国国際機関の福祉政策に一貫性があるわけではなく、グローバルな水準での福祉戦

略には、労使関係、南北関係、ジェンダー関係といった上述の三つの関係における対立がみられる。その意味では、グローバルな水準でも福祉政治が生まれている。

しかしこうしたグローバル化にもかかわらず、福祉国家は依然として「能動的なアクター」としての地位を保っている。グローバル化のインパクトによって各福祉国家のレジームシフトが生じていることは否めないが、そのありかたは国によって異なっているからである。そうしたなかでワークフェア, NPO, ジェンダーなどが、こんにち「新しい福祉政治」の争点となっている。

以上の問題意識にもとづいて、1部では、階級政治に関する総論と、各国別の現状分析を扱う論文が収録されている。エスピン・アンデルセンの福祉国家レジーム論を下敷きにしながら、スウェーデン, オランダ, イギリスが取り上げられる。

1章は、福祉政治を階級政治の観点からとらえるオーソドックスな論文である。論旨も明快であり、非常に読みやすい。ただ、ブレアの「第三の道」がサッチャーの枠内にあるという点について、評者は筆者と認識を共有するが、組織労働の衰退は必ずしも生じていないという現状認識について、にわかには首肯しがたい。日本の組織労働に関する限り、(福祉政治における)その衰退(というよりそもそもの弱体)は否めないのではないかな。

2~4章はスウェーデン, オランダ, イギリスの変化を扱い、それぞれ有益である。ただスウェーデンの経済政策の変化に関する2章の指摘はその通りだと思うが、そこからスウェーデンは「部分レジーム」の集合であるとの結論を引き出すのは言い過ぎだろう。レジームをあたかも交換可能なモジュールのように扱うことは、この概念の発見学的な価値を損なうことになると思う。「オランダの奇跡」を福祉国家といった視点から丹念に描き出した3章の功績も大きいですが、本章がオランダを丹念に描けば描くほど、本書が前提する「保守主義レジーム」なる概念の妥当性について疑問を挟みたくなってしまうから困る。4章は、ブレアの新しさを政治改革とEUへの態度に求め、それ以外の分野の政策については保守党時代との連続であると説く。この点は1章の見解とも共通し、メジャーではなくてブレアこそが「人間の顔をしたサッチャリズム」だと考える評者の解釈とも一致する。

2部では各国を横断する問題別の分析を行う論文が配置されている。ここで扱われるトピック(ワークフェア、ジェンダー、NPO、シティズンシップ、「第三の道」)は、この10年の福祉国家研究のなかで最も熱心に議論されてきたものである。

5章は、慈善組織協会、ブース、ウェッブ夫妻の就労支援の構想を明らかにする。ワークフェアの歴史的前提を明らかにすることを企てたという点で意欲的であるが、当時の議論がいかなる意味で現在の議論とつながっているのかは不明である。ジェンダー・ポリティクスを扱う6章は、昨年、惜しまれて急逝した深澤和子の遺稿である。ジェンダー視点からの歴史分析だけでなく、社会保障をはじめとする個別の制度の分析にまで及んでいる点で出色である。NPOは、これまで軽視されてきた北欧でさえも重視されるようになっていくが、7章は、NPOの類型化と国際比較を企てる。これによってNPOと政府の関係の仕方が国によって様々であることがわかる。シティズンシップを扱う8章は、新自由主義の台頭やライフスタイルの変化によって、T. H. マーシャルの時代の社会権が動揺しつつあることを明らかにし、新しいライフスタイルやリスクに対応したシティズンシップの再定義を提案する目配りの利いた論文である。

1990年代末には「瞬間的ではあるが、EU 15カ国中、13カ国で社民政党が首相や政権を担当」した。9章は、こうした事態を生み出す背景となった社会民主主義の刷新を各国ごとに示す。いかに多くの国で、グローバル化に適応した福祉国家のグランドデザインを描くという作業が追求されてきたかということがわかる。こうした作業が日本では乏しいだけに、評者にとっては非常に刺激的であった。

III

以上、駆け足で各章の紹介と批評を行ってきたが、最後に、本書の全体としての意義と限界について考えてみたい。

本書の意義は、本書の含まれる講座と、1984-5年に刊行された東京大学社会科学研究所の講座『福祉国家』全6巻(東京大学出版会)を比較しながら考えるのがよいだろう。それまで『基本的人権』全5巻や『戦後改革』全8巻といった成果を出してきた東大社研が、1979年から5年間かけて所内外のスタッフを集め、学際的に行ってきた共同研究の成果が1984-5

年の講座であり、福祉国家の歴史、法、経済、社会を網羅した。

この講座の意義は、何と言っても、福祉国家に関する研究をアカデミズムのなかで確立したことである。それまでの福祉国家は政治談義の対象であり、まじめな研究の対象ではなかった。しかし各ディシプリンにおいて指導的立場にあった人びとがこの研究に参加したことによって、福祉国家の研究は社会科学としての市民権を得ることができた。私なども、この講座が存在したおかげで、その後の研究を進めることができたようなものである。

この講座の国内的意義はいくら強調しても強調し足りないと思うが、国際的な文脈で見ると限界もあった。一つは方法論的なものである。70年代は福祉国家の研究に計量的なアプローチが導入され、これが相当な影響力をもった時期であるが、こうした方法論的革新に対して、この講座は無関心であった。この点についてのキャッチアップは、80年代に入ってから、社会保障研究所の研究によって補われることになる³⁾。

もう一つの限界は国際的な研究動向との乖離である。当時の先進諸国は「福祉国家の黄金時代」(フローラ)を終え、「福祉国家の危機」(OECD)のなかにあった。このため国際学会では「福祉国家の危機」が最大の関心事であった。ところが、この講座では福祉国家の「形成」と「展開」に力点が置かれ、「危機」に対する関心は稀薄だった⁴⁾。これは日本における福祉国家の形成の時期が国際的な危機の時期と重なっていたことと関係する。

これに対して『講座福祉国家のゆくえ』は、こうした限界を乗り越えている。もはやこの講座のアプローチやテーマが国際的な研究動向から乖離しているということはない。グローバル化、ジェンダー、ワークフェア等々は、この講座での関心の的であるだけでなく、国際的な福祉国家研究のなかでの関心の的でもある。方法論における断絶もない。約20年の年月を経て、日本の福祉国家研究も国際的な研究水準に追いついたことになる。

また第1巻『福祉国家再編の政治』は「福祉政治」という新しい分野を開拓しようとしている点で意欲的である。一時は収斂理論が幅を利かせ、福祉国家のありかたにとって政治は重要でないとの見方があったが、様々な国際比較研究の結果、いまでは政治という

変数が福祉国家を左右するということを否定するひとは少ない。単に政治が重要だというだけでなく、各国における福祉政治の動態を明らかにすることが今日的な課題である。

とはいえ本書にも限界があると思われる。

一つは、福祉政治の分析が企てられているにもかかわらず、1章や9章は別として、本書のなかで政治が必ずしも十分には語られていない点である。おそらく評者だけでなく他の読者も各章に対して社会政策をめぐる集団間の利害の衝突や権力関係にまで踏み込んだ分析を期待するのではないかと思われるのだが、論述が従来の制度分析や政策分析の枠内にとどまっていて隔靴搔痒の感を否めないところが散見した。

他の一つは、日本のことが十分には語られていないという点である。外国を対象とする2～5章は別として、いずれも日本についても言及してしかるべきであろう。8章ではシティズンシップとの関連で国民健康保険が、9章では「第三の道」との関連で民主党が取り上げられているが、他の章は概して日本に対し冷淡である。まさか日本の政治学は日本の政治を扱うべきでないという大昔の訓戒が今でも生きているわけでもなかろう。

以上、やや批判的なことも書いたが、それは本書の意義を十分に認めたうえでのことである。何はともあ

れ、本書が日本の福祉国家研究の到達点を示していることは間違いないと思う。今後は、ちょうど東大社研の講座がそうであったように、本書と本講座の成果をスプリングボードとして、日本の福祉国家研究はさらに発展していくことになるだろう。その過程で、いま指摘した限界も容易に乗り越えられていくことになると思う。

注

- 1) 埋橋孝文『現代福祉国家の国際比較——日本モデルの位置づけと展望』、日本評論社、1997年。宮本太郎『福祉国家という戦略——スウェーデンモデルの政治経済学』、法律文化社、1999年。藤村正之『福祉国家の再編成——「分権化」と「民営化」をめぐる日本的動態』、東京大学出版会、1999年。武川正吾『社会政策のなかの現代——福祉国家と福祉社会』、東京大学出版会、1999年。
- 2) 平岡公一「福祉社会論から福祉国家論へ」『デジタル月刊百科』2000年9月号。
- 3) 『季刊社会保障研究』Vol. 23 No. 1 (1987年6月)を参照。
- 4) もっとも、その後、東京大学社会科学研究所編『転換期の福祉国家』上下2巻(東京大学出版会、1988年)が出され、福祉国家の危機に関する補足が行われたことを指摘しないと公平を失するだろう。

(たけがわ・しょうご 東京大学助教授)

 海外社会保障研究 No.147 目 次

特集：ワークフェアの概念と実践

- 趣旨 ワークフェアの射程と限界……………武 川 正 吾
- 座談会 ワークフェアとベーシック・インカム：福祉国家における新しい対立軸
……………武 川 正 吾・宮 本 太 郎・小 沢 修 司
- 対談 所得保障と就労支援：日本におけるワークフェアのあり方
……………岩 田 正 美・八 田 達 夫・後 藤 玲 子
- ワークフェア改革とその対案 新しい連携へ？……………宮 本 太 郎
- ドイツにおけるワークフェアの展開—稼働能力活用要件の検討を中心に—
……………布 川 日 佐 史
- 韓国の Social Enterprise—ワークフェアの観点から— ……………尹 文 九

動 向

- アメリカの福祉改革の効果と批判……………阿 部 彩

書 評

- 平岡公一著『イギリスの社会福祉と政策研究—イギリスモデルの持続と変化』
……………木 下 康 仁
- 張紀濤著『現代中国社会保障論』……………中 村 良 二

【お詫びと訂正】

季刊社会保障研究第 39 巻第 4 号 402 ページに掲載した埋橋孝文先生の所属表記に誤植がありましたので、お詫びし訂正いたします。

- (誤) うずはし・たかふみ 日本大学教授
- (正) うずはし・たかふみ 日本女子大学教授

編集後記

「自殺は予防できる」という認識のもとで、有効な自殺予防のあり方に関する議論と取り組みが世界規模で行われている今日、わが国においても心の健康確保の観点から自殺問題が取り上げられ、学際的な視点から自殺予防に取り組む必要性が認識されています。

このような経緯を踏まえ、本特集号では、自殺予防の重要性和予防対策の方向性について様々な視点から取り上げました。欧米の自殺予防研究に関する最新の成果とともに、わが国における自殺予防研究の成果および自殺予防の実践的活動を幅広く紹介することができたものと考えております。本特集号が、自殺予防を含む、心身の健康確保のための有効な取り組みへの示唆となれば幸いです。

(SY/YK)

編集委員長

阿藤 誠 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

岩村正彦 (東京大学教授)

岩本康志 (一橋大学教授)

江口隆裕 (筑波大学教授)

遠藤久夫 (学習院大学教授)

新川敏光 (京都大学教授)

田近栄治 (一橋大学教授)

永瀬伸子 (お茶の水女子大学助教授)

平岡公一 (お茶の水女子大学教授)

島崎謙治 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

漆原克文 (同研究所・政策研究調整官)

本田達郎 (同研究所・企画部長)

府川哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

金子能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

田中 徹 (同研究所・企画部第2室長)

大石亜希子 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第2室長)

泉田信行 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

西村幸満 (同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長)

小島克久 (同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

尾澤 恵 (同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

季刊

社会保障研究 Vol. 40, No. 1, Summer 2004 (通巻164号)

平成16年6月25日 発行

編集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区千代田2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 (03) 3595-2984

<http://www.ipss.go.jp>

制作 (株) UTP 制作センター