

スキャンダルとしての自殺 : 20世紀前半の「厭世自殺」の歴史社会的分析

貞 包 英 之
(基盤教育院)

山形大学紀要（社会科学）第45巻第2号別刷

平成27年（2015）2月

論 説

スキャンダルとしての自殺 ：20世紀前半の「厭世自殺」の歴史社会学的分析

貞包 英之

(基盤教育院)

1 厭世自殺という謎

自殺が重要な社会学的問題となるのは、ひとつにそれが生権力の臨界を表現するからである。ミッシェル・フーコー (Foucault 1975=1977) が指摘するとおり、近代にはよりよき生を追求することを求める生権力が、社会一般に浸透していく。しかし自殺は、死を選ぶ主体の存在をあきらかにすることで、生権力にとってスキャンダラスな現象となる。一方でみずからの選択を極限まで肯定することで、自殺は生権力を正当に展開する。しかし他方でこの望ましい主体の戦略が、死という権力からの逃亡にさえ行き着いてしまうことで、自殺は生権力にとって解きたいアポリアになるのである。

こうして生権力の臨界に現れるからこそ、近代の権力は自殺に対して複雑な構えを取ってきた。自殺は政治的、または芸術的に許容される一方で、近年ではうつや過剰労働、いじめといった外部の原因に自殺を還元していくことが制度化されつつある。たしかに自殺がそうした原因によって強制されたものとなるのであれば、よりよく生きるという主体の意志が死を招くという逆説は回避される。ただしそれは容易な道でもない。自殺をうつや過剰労働のせいにすることは、それを発見できなかった家族や医者、または会社の責任を問うことで公式、非公式に厄介な社会的抗争を引き起こしてしまうためである。

以上のように自殺は自己決定する主体の矛盾をあきらかにすることによって、現代社会に大きな問題を構成する。しかしだからこそ一方で自殺には、大きな関心が寄せられてきた。現代社会では自殺の危険を最小化し、無効化し、さらにその責任を他者に押し付ける戦略が複雑に錯綜している。あってはならないスキャンダラスとして、自殺は「ニュース価値」をもった報道の対象になるだけではない。自殺は異常の烙印を押しつけ、他者を管理する医学的な賭金になるとともに、それを促した組織や企業、学校を法的に責めるための武器として利用される¹。さらに生命保険の普及によって自殺は経済的な利益をもたらす機会としてさえ一般化されてい

¹ 過労自殺にかんする近年の法的論理の展開については、(元森2012) 参照。

るのである。

こうして自殺は、生権力が主体にそれぞれ割り当てた生をもう一度再考し、再配分するいわばメタ的なゲームの機会をひらいているといえよう。自殺の頻発は、それに対応し、生権力が前提とする自由意志や、生命の大切ささえ賭金としたあらたなマネーや権力の流れを現代社会につくりだす。そうして自殺を規定し、利用する社会体制がいかに構成され、成長してきたかを分析することが本論の主題となる。自殺はいまでは社会に様々な活動を組織するいわば「資源」として活用されているが、ではこうした自殺が日本においていかなる来歴をもっているかを本論は探るのである。

そのために重要になるのが、二〇世紀前半における「厭世」を理由とする（とされる）自殺の急増である。自殺の動機に関する統計が取られ始めた19世紀末には自殺の動機は、「精神錯乱」と「活計ノ困窮又ハ薄命ヲ嘆テ（昭和3年以降、「貧困ニ因リ」に改称）、「病苦ニ因リ」が3大原因として大部分を占めてきた。しかし明治35（1902）年に「厭世」に「因」る自殺が統計上に登場すると、1900年代後半以降、割合の上でも量的にも、その自殺は急激に増加する。図1が示すように、「厭世」はその割合において明治43（1910）年には早くも「活計ノ困窮又ハ薄命ヲ嘆テ」を抜き、さらに昭和2（1927）年には「精神錯乱」を超え、主要な自殺動機に

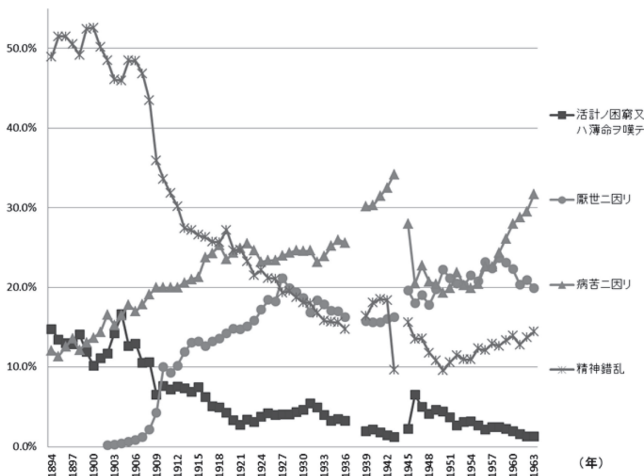


図1 自殺の動機種別割合：『内務省統計報告』、『警察統計報告』、『犯罪統計報告』各年より作成

上り詰めるのである。

数量的にも、明治43（1910）年に850件みられた厭世自殺は、大正9（1920）年に1981件、昭和5（1930）年には3058件と着実な増加をみせた²。たしかに同時期には「病苦ニ因リ」行なわれる自殺も厭世自殺と並行して割合を上昇させている。しかし厭世自殺は、1950年代にはその「病苦」を抜き、一時のあいだとはいえず自殺動機の1位とさえなるのであり、こうした急激な

成長において、それは近代日本の自殺を特徴付ける無視しがたい類型を構成している。

ではなぜ厭世自殺は20世紀に急増したのだろうか。それを考える前提として、それがそれまでの自殺と意味論的に大きく異なる現象としてあったことに注意する必要がある。そもそもそ

² 『内務省統計報告』各年より作成。

れ以前に自殺の主要な動機を占めた「精神錯乱」や「貧困」、「病苦」は、外部からは避けがたいものと理解されていたことで共通する。「貧困」や「病苦」はいうまでもなく、「精神錯乱」もその当時に医者によって多くは遺伝にもとづく避けがたい現象とみなされていた。たとえば東京帝国大学医科大学教授呉秀三は、松沢病院の自殺企図者で85%以上の者に遺伝が認められることを確認している³。

そうして避けがたいものと納得された自殺とは異なり、しかし20世紀前半にははっきりと理由がわからず、だからこそ一定の自由意志が関与するようにみえる自殺が数を増し、話題を集めていく。明治36（1903）年の藤村操の自殺や昭和2（1927）年の芥川龍之介の自殺を代表に、

厭世的とされる自殺が、理解しがたいセンセーショナルな現象としてしばしば耳目を集めることになったのである。

それら著名な自殺だけではない。より一般的にも厭世自殺は、当時さかんに報道された。図2は朝日新聞の見出しから、厭世自殺やそれにかかわる自殺（未遂も含む）を数えたものである。そのグラフから「厭世」と呼ばれた自殺、さらにはそれを追いかけて「神経衰弱」と名付けられた自殺が、20世紀前半に新聞上でますます

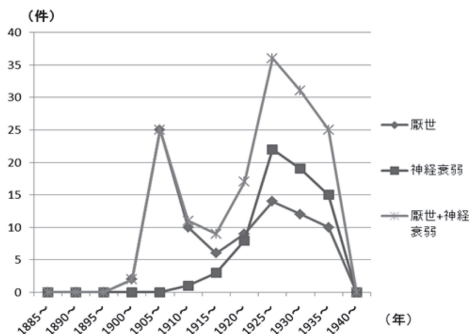


図2 「厭世」、「神経衰弱」と見出しの付けられた『朝日新聞』における自殺の報道件数（朝刊、未遂を含む）：『聞蔵Ⅱ』より作成

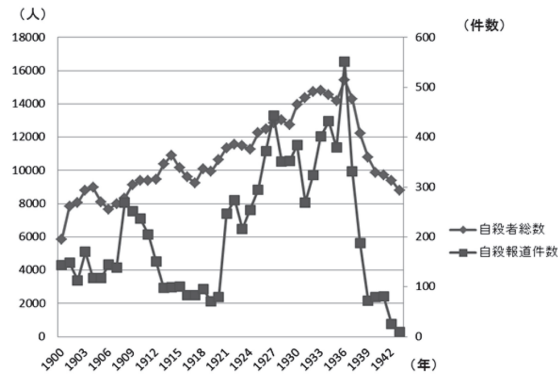


図3 自殺者総数と『朝日新聞』における自殺報道総数（朝刊、見出し）：厚生労働省「人口動態統計」、『聞蔵Ⅱ』により作成

さかんに報道されていくことが読み取れる。実業之日本社の社長の増田義一が、青年は「神経衰弱症に罹り」「厭世」自殺を行なうとみなしているように（増田1915：15）、この「神経衰弱」は、厭世自殺の主要な原因と当時目されていた。その意味で広義の厭世自殺の流行は、報道で「神経衰弱」と呼ばれる自殺と「厭世」と名付けられた自殺の総和によって構成されていたが、興味深いのはこの総和が、図3が示す自殺総体の報道と同形の波をつくっていたことである。自殺そのもののゆるやかな増加に対して、自殺報道は、1910年代後半と1920年代に後半に急激な山をもつモード的なブームを形成していた。厭世自殺もそ

その意味で広義の厭世自殺の流行は、報道で「神経衰弱」と呼ばれる自殺と「厭世」と名付けられた自殺の総和によって構成されていたが、興味深いのはこの総和が、図3が示す自殺総体の報道と同形の波をつくっていたことである。自殺そのもののゆるやかな増加に対して、自殺報道は、1910年代後半と1920年代に後半に急激な山をもつモード的なブームを形成していた。厭世自殺もそ

³ たとえば呉秀三は、松沢病院の自殺企図者で85%以上の者に遺伝が認められることを確認している。ただし呉自身によれば、これはそもそも精神病が遺伝することを原因とする（呉1894～1895→1983：299）

れに同調し、自殺総体に対する世間の関心を前提にすると同時に、逆にそれを底支えるブームをつくっていたのである。

ではなぜ厭世自殺は、20世紀前半に急増し、人びとの興味を引いていったのだろうか。本論はそれをあきらかにすることを具体的な課題とするが、ただし先取りしていえば、この厭世自殺の流行を性急に実体化してはならない。厭世自殺はそれを自殺と判断し、さらにその動機を探るまなざしと切り離して分析しがたい対象としてあり、だからこそ単純に厭世自殺の実体的な原因を突き止めようとする前に、その時代になぜ自殺がますます意志的に行なわれるものとみなされ、またそうした自殺がなぜ一定の人びとを魅了していったのかを探る必要がある。それを通して、自殺が近代社会において一体いかなる現象としてあったのかをあきらかにすることが本論の目的になるのである。

2 厭世自殺の条件

ではなぜ厭世自殺は20世紀前半に急増加したのだろうか。当時の記事や報道を参照するかわり、それを説明することは、さほどむずかしくないように見える。たとえば大阪府高等医学校の教諭で雑誌『変態性欲』を主催した医者田中香涯は、厭世自殺を青年期の煩悶と密接にむすびつけ理解している。『現代社会の種々相』（大正3（1924）年）のなかで田中は、「厭世自殺者といへばその大部分は青年学生なるが如き有様」（田中1924：148）とし、また「厭世論は実に青年時代に於て主唱せられるもので、老人になると鬱憂病に侵されない限りは、決して厭世観を抱くことはない」（田中1924：141）と厭世が青年学生のかかる病であることを主張している。

青年学生が厭世に取り憑かれる原因も、さまざまに探られた。たとえば先にも触れた実業之日本社の社長の増田義一は、厭世の原因を、①「試験制度の弊」、②「奇怪なる哲学と軟學の弊」、③「個人主義の弊」、④「家庭における新舊思想の衝突」、⑤「社会の刺激」などに求めている（増田1915：14～15）。これらの原因は、それぞれ緊密にむすびつく。近代社会の発展は青年を学校に入るための試験競争や学校を出てからの出世競争に駆り立てるとともに、家庭や社会のなかで孤立に追い込む。そうして近代社会の変動にいち早く、また深く感応する点として、青年は個人主義的な哲学や文学に惹き寄せられ、そのはてに「神経衰弱症に罹り、些々たる事情に遭遇しても、直に圧迫を感じ、身を殺して悔ざるに至る」（増田1915）と考えられていたのである。

それら著名な論説家だけではない。より一般的にも20世紀前半のジャーナリズムは、厭世自殺を近代化に直面した青年の憂鬱や煩悶にしばしばむすびつけていた。たとえば先にも触れた朝日新聞の見出しから析出されたケースでも、「厭世」と呼ばれる自殺の場合、学生が17.9%

	厭世 (N=88)	神経衰弱 (N=68)
学生	17.0%	19.1%
教師、医師、弁 護士、検事	2.3%	20.6%
会社員、官吏、 技術者	8.0%	26.5%
奉公人、職人、 自営業、芸者	14.8%	1.5%
兵士	2.3%	5.9%
農民	0.0%	0.0%

表1 『朝日新聞』における自殺者の職業割合(未遂を含む)：『聞蔵Ⅱ』より作成

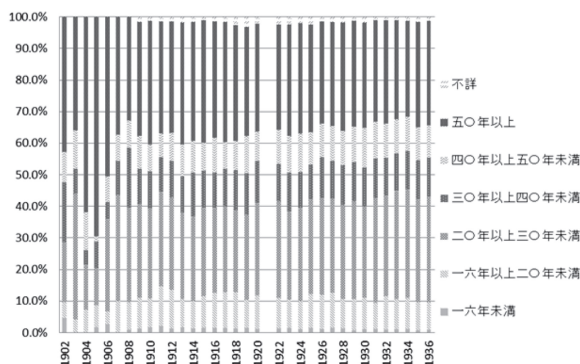


図4 厭世自殺の年齢別割合：『内務省統計報告』各年より作成

多く行なわれた一方で、50歳以上の者によってもしばしば実践されていたことを無視できないのである。

第二に厭世自殺が、そもそもそれ自体として切り離して考察しがたい複雑な社会現象だったことを見逃してはならない。どの自殺を「厭世」とみるかには判断主体の恣意と独断がつきまとう。たとえば財部静治はすでに大正14(1925)年に、「厭世」という曖昧な動機をもとに行なわれた自殺の増加を不確かなものと主張している。厭世自殺は「他の実際的一動機の実を、隠すに都合よき一名称として、利用」(財部1925:21)されていると財部にはみえたのである。

こうした動機確認のむずかしさは、個別の自殺の報道からより具体的に確認される。たとえば昭和7(1932)年3月30日に発生した自殺に対して、朝日新聞は、「師範出の厭世自殺」と見出しをつけているのに対して、読売新聞は同じ事件を、「教へ子の不成績を悲観」したものより限定的に伝えている。横須賀の小学校の訓導で4月より軍隊に入隊する予定だったその22歳の青年は、「軍隊が嫌ひなのではありません世の中が笑つて暮せる人は幸福です」と書いた

と最大の割合を、「神経衰弱」の場合でも19.1%とかなり高い割合を示していたことが確認される(表1)⁴。

とはいえそれは同時代的な独断にすぎず、こうした実体的な原因によって、厭世自殺をどこまで説明できるかには疑問も残る。第一に厭世自殺を青年男子とむすびつける見方は、量的に正しいものとはいえない。たとえば「神経衰弱」について度会好一は、一般に「神経衰弱が学生病だとい

うのは、明治30年代においても、過度の単純化」(度会 2003:164)と指摘している。巣鴨病院や東京脳病院の患者に学生以外にも高齢者が多数含まれていたためだが、それは厭世自殺の場合でも同じである。図4は、警察の自殺統計のなかで厭世と判断された者の年齢別の割合を示している。そこにあきらかにされているように、厭世自殺が20代の者に数

⁴ ただし神経衰弱の場合、会社員や技術者の割合が多いのは、厭世自殺を行いやすとされた層がその後、就職職業についたためと考えられる。

遺書を残した。この遺書を前提に朝日新聞はそれを「思想的煩悶」によって引き起こされた厭世自殺とみたのに対し、読売新聞は「自分の教へ子が全部パスしなかつたのを苦し責任観念から自殺を図つた」より合理的な自殺と解釈し、それゆえ厭世という言葉を用いていないのである⁵。

以上の理由から、厭世自殺を学生たちの煩悶によって起こったものとする同時代のジャーナリスティックな言明に対して、一定の距離をとる必要がある。厭世自殺を青年学生とむすびつける見方はあくまでジャーナリスティックに構築された現象としてあったのであり、その意味で報道の言説を無批判に信じるのではなく、むしろその言説が社会のいかなる配置のなかで構築され、信憑されていったのかについて考えていく必要がある。

そうして厭世自殺が社会的に生産される際に大切になるのが、(α)自殺の医療化の進展とその限界、(β)自殺を規定する家と警察の抗争、(γ)消費社会に伴う特有の生の様式の成長である。それら3つの要素が複雑に絡み合い、場合にはよってはたがいにせめぎあうなかで、厭世自殺は「事実」として確認される。さらにそれは「ループ効果」(I・ハッキング (Hacking 2002=2012)) 的に、実際にそれを選択する人びとも増加させていくのであり、そうして厭世自殺に関わる複雑な権力やまなごしの絡み合いを解きほぐすことが、以下での具体的な作業になる。

(α) 自殺の医療化の進展とその限界

20世紀前半の自殺の特徴として、医学とのかかわりを強めたことが、近年強調されている。北中淳子 (kitanaka2011) (北中2004) や鈴木晃仁 (Suzuki2013)、Francesca Di Marco (Di Marco2013) 等によって、自殺を器質的な病としての精神医学の分析の対象とする見方が、自殺を伝統的な日本文化とみなす思潮に対抗しつつ、1920、30年代に医者を中心に拡がっていくことがあきらかされているのである⁶。

こうした分析のなかで興味深いのは、自殺の「医療化」が、国家権力による精神病患者の収監と治療の進展を土台として進められたという指摘である。明治33 (1900) 年の精神病患者監護法と、大正8 (1919) 年の精神病院法の施行を前提に、医者の診断を前提に精神異常者を監禁、監視する制度や機構が整えられる。前者の精神病患者監護法が精神病患者の私宅監置を許可したのに対し、後者の精神病院法が「国家の責任において公立精神病院を設置することを初めて明確に」(井上2010: 23) したことで、両者のちがいが強調されることもある。とはいえ、それを過大視してもならない。橋本明 (橋本2011) によれば、医師や行政組織の許可と監視を前提と

⁵ 『朝日新聞』、1932年3月31日、朝刊、7面、『読売新聞』1932年3月31日、朝刊、7面、7面。

⁶ ただし軍国主義的な風潮が強まるなかで、精神病にかかわらない伝統的な自殺が再顕彰されていたことも指摘される (Di Marco2013)、(Suzuki2013)。

する私宅監置は、近世の座敷牢的な隔離の流れを汲みつつ、あくまであらたに成立した近代的な制度としてあった。

この私宅監置をひとつの核として、精神異常者を隔離、監視し、できれば治療の対象とするメカニズムが20世紀前半に稼働していく。それが自殺の医療化を進める制度的土台になった。自殺未遂者の収監と診断、自殺企図をもつ入院患者の観察、さらに自殺死体の解剖を前提として、自殺の根底に精神病があることがますます主張されていく。たとえば呉秀三は、1880年代に全国や東京市で「精神病二因ル」自殺が半数近くみられることを根拠に、自殺の根底に精神病があることを強調している（呉1894～1895→1983：256）。この呉の見解を引き継ぎ、同じく東京帝国大学医科大学の教授三田定則は、昭和4（1929）年に「自殺者の多数は、精神的に不健全なる者のみ」（三田1929：65）と断定する。三田によれば、自殺死体の解剖によって男性の88%、女性の91%に何らかの病変が確認されたというのである。

こうして精神病患者を監禁する医療の制度化に伴い、20世紀前半には自殺が精神病の一症状としてあることが、医者のみならずなかば常識化されていった。ただし他方で、自殺の医療化には限界も残った。少なくとも医療化を、①ある事象に医学的言説が一般的に割り当てられることと、②具体的な権力の運用を前提に医者の手によって何らかの症状が管理されることとに分けて考える必要がある。そして後者の意味では、自殺の医療化が20世紀前半に進んだとみることにはあきらかに問題が残る。自殺を語ることは別に、医者がそれを病的症状として治療し、予防することにはさまざまな限界がつきまとったためである。

最大の問題は、20世紀前半には多くの精神的病をもつ者たちが構造的に医者の治療からしばしば取り残されていたことである。たしかに20世紀前半には精神病患者の病床が拡大し、それに応じて入院者の患者、または私宅監置を受けた者の割合は増加していく。とはいえそれを強調しすぎてはならない。実数で見れば、病と認められながらも、入院や私宅監置を受けなかった者の数は増加し続けていた（図5）。さらに当時から医者の目を逃れた「暗数」としての精神病患者が多数いることも疑われていたのであり、たとえば東京医科大学の医者樫田五郎は、大正6（1917）年に内務省の保健衛生調査会が調査した6万4941名の精神病患者——軍隊や民間の静養所にいる疑わしい者を含めたそれ自体過大な数字——を大幅に超える14万人の精神患者が、欧米水準からみると社会に潜在していると警告している（樫田1917：2）。

医者による精神病患者の治療にこうして限界がみられたのは、第一に精神病院の設置が十分に進まなかったためである。戦前の公立、私立の精神病院の立地は都市部に限定され、病院への入院はあくまで都市部を中心とするものに留まった。さらに階層的な問題もつきまとう。公立の病院が最下層向けのものとしてあり、私立の病院が逆に上層の患者向けであったことで、残りの大量の中間層の患者は入院治療を受けることなく、私宅監置を含む家族の介護に任されたか、端的に放置される場合が多かったのである⁷。

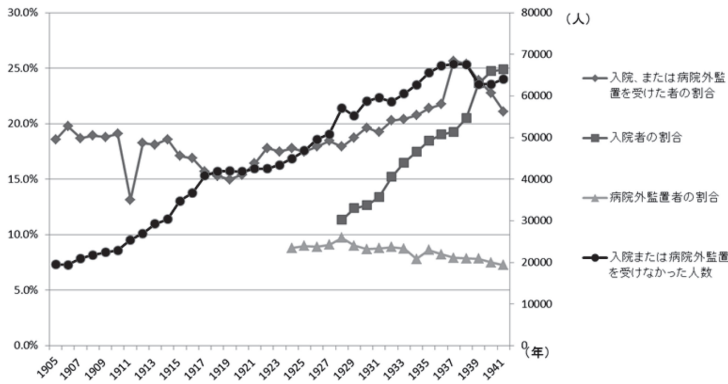


図5 精神病にかかわる入院患者、監置者の割合、
実数：(厚生省医務局編1955：803)

第二に医療技術的にも、精神病の治療には大きな限界が伴った。遺伝が精神病の重要な原因とされるなかで、精神科医が選択可能な治療の手段は20世紀前半には入浴や作業療法など処处的なものに限られた。なかでも自殺の治療や予防はむずかしく、呉秀三は自殺に

対して「処置ハ唯守視アルノミ」で「守視ニハ守夜不寝ノモノ一人以上アルヲ要ス」(呉1894～1895→1983：300)と述べているが、戦前段階でそれができる病院は限られていた。さらにそもそも入院も一般的でなかった状況において、医者が自殺企図をみせる者にできることは殆どなかったのである⁸。

その結果、自殺は精神病の症状に理論的には含まれながらも、医者による真剣な予防や対策の枠外に留まる。20世紀前半に、まったく自殺予防が試みられなかったわけではない。著述家の小林隆之助が自殺防止協会を設立したこと(牧1937)や、神戸婦人道場会の城ノブが大阪毎日新聞の記者村嶋歸之と相談の上、自殺防止札を須磨に置いたこと(村島1926：22～27)など一定の自殺予防の試みもみられる。しかし自殺対策がジャーナリストや教育家、宗教家に任せられ、医者がふかくかかわらなかったことも事実なのである⁹。

以上のように、二〇世紀前半には自殺にかかわる医学的理論の精緻化が進む一方で、実際の治療や防止の進展には限界が残った。この医療化の限界が、厭世自殺を増加させたひとつの条件になる。そもそも厭世自殺は、医者とかかわりの薄いことを特徴とする。朝日新聞で報道された自殺のケースでも、「厭世」と呼ばれる場合に自殺者が医者にかかった形跡がまったくみられず、「神経衰弱」でもさほどそれがみられなかったことが確認される(表2)。他方、「精神」(錯乱や異常)と呼ばれる自殺を同様に見出し上で調べたケースでは、医者の診断を受けていた

⁷ 私宅監置ではたしかに先にみたように医師の巡回と治療が義務付けられていた。しかしたとえば呉秀三によればそれは建前にすぎず、医者の治療を受けない者も実際には多かった(呉・樫田1920)。

⁸ そもそも自殺を防止することが望ましいかどうかさえ、疑問とされた。たとえば、自殺に対する統計的研究を発表した井上庚二郎は、一方では貧困のような「社会的悪」を原因とした自殺者が減少することを願いつつも、他方では医療的見解を受け入れ、「社会的生存の落伍者たる」自殺者が生命を断つことが、「社会進化」に役立つものであることを認めている(井上1915：24)。

⁹ たとえば後の第二次大戦後のこととなるが、医者や官僚、教育学者を集めひらかれた第1回自殺懇談会では若者の自殺増加に対し、なお「道徳教育」や「歴史教育」(渡辺1957：30)が強調されている。

	厭世 (N=88)	神経衰弱(N=68)	精神 (N=50)
診察中、入院中、入院予定	0.0%	10.3%	16.0%

表2 『朝日新聞』自殺記事中の診察、入院、入院予定の割合(未遂を含む)：『聞蔵Ⅱ』より作成

り入院中である比率が高かったものであり、この意味で、医者診断を生前受けなかったことが厭世自殺の発生の一条件だったと考えられる。

る。

裏を返せば、精神的な病が疑われながらも、現在、医者関与がみられない自殺が、その狭間で厭世自殺と判断されていったといえる。厭世自殺の増加という統計的な事実に対し、医者による懐疑がしばしばみられたのもそれゆえである。たとえば東京脳病院の医師、後藤城四郎も現在の動機の統計は不十分なものにすぎず、「今日の處では日本の統計は精神病者の割合が大分少ないようではありますが、恐らく西洋の割合と餘り大差ないものと考へられます」(後藤1921:28)という。後藤にしてみれば、「精神錯乱」の減少は実態というよりあくまで統計的な現象としてあり、医療や統計の進歩によって将来、自殺の多くは器質的な病変に還元されるというのである。

しかし厭世自殺を医療化の時代的な限界線上で発生したもののみとみることができるのはこままでである。まず医者見解とは反対に、そもそも20世紀なかばにいたるまで、「厭世」を原因とする自殺があくまで増加を続けていった。先にみたように厭世自殺は20世紀に増加を続け、一時のあいだとはいえ最大の死因にまで上り詰める。厭世自殺を医療化から取り残された自殺と考えるだけでは、それが20世紀前半にますます増加を続けた理由を積極的に説明しがたいのである。

さらに詳しくみれば、統計的にも厭世自殺を「精神錯乱」をたんに置き換えたものとみなすことはできない。たしかに「精神錯乱」と「厭世」を足した総和の割合の変遷をみると1900年代後半から1920年代前半まで、総和は40%前後に安定して留まっており(図6)、その期間に限れば、医療の精緻化と厳密化に伴い、「精神錯乱」のうち医者関与を受けない自殺が「厭世」に読み替えられたというメカニズムを想定することもできる。しかしそれだけでは、より長期の時間的幅で、総和が段階的に減少していったことを説明できない。1900年代後半に50%前後だった総和は一定の平衡状態を経つつ、1920年代後半には30%台前半まで低下する。こうした現象は、「精神錯乱」を原因とする自殺が「厭世」自殺が増加する以上に

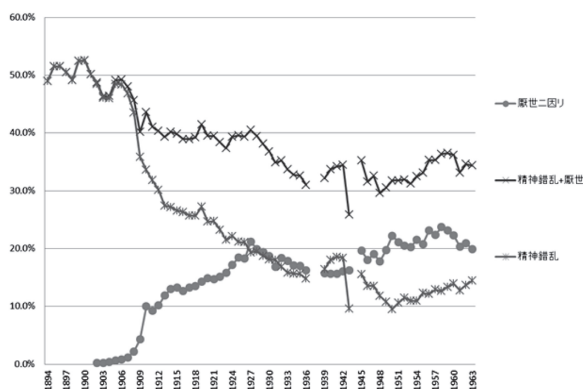


図6 「精神錯乱」と「厭世」の総和：『内務省統計報告』、『警察統計報告』、『犯罪統計報告』各年より作成

減少していたことによっておもに発生していたと考えられる。その意味で厭世自殺を「精神錯乱」を原因とした自殺をたんに読み替えたものとみなすことは困難なのである。

以上から、厭世自殺の流行を、医療化の限界だけで十分に説明することはむずかしい。「精神錯乱」を減らすとともに「厭世」自殺を増加させた独自の社会的メカニズムを想定しなければならないのである。

（β）自殺を規定する家と警察の抗争

医療化の限界以上に、こうして厭世自殺を増大させた有力な条件として、自殺と家のかかわりについて考えてみる必要がある。家は戦前において大きな力を保有しており、そのことは精神病患者を医者の手任せにすることが進まなかったことから確かめられる。精神病患者監護法（明治33（1910）年）でも、第一条で「精神病患者ハ其ノ後見人配偶者四親等内ノ親族又ハ戸主ニ於テ之ヲ監護スルノ義務ヲ負フ」と規定される。医者や社会ではなく、家が精神病患者を保護し、「監護」する主体であることが法的にもあくまで当然とされていたのである。

家が重要な意味をもったのは、自殺においても同じである。自殺は基本的には、残された遺族によって認められることでいわば社会的に生産される。問題は、にもかかわらず多くの場合、自殺が家にそのままでは受け入れられなかったことである。たとえば波平恵美子（波平1988）によれば、習俗的には献身的な自殺といった例外を除き、自殺者を出した家は責任を追究され、何らかのサンクションを受けることが当然とみなされていた。他殺や事故死や妊婦の死と並び、自殺にはケガレが読み込まれたのであり、それを特別な仕方では葬むることで、死者を祖霊として取り込み、他人に危害を加えないようにすることが家に求められたのである。

西洋的な精神医学の導入も、家の責任を免除しなかった。逆に血統性の病とみなされることで、自殺は家に往々にしてこれまで以上のスティグマをあてる。J・ダグラス（Douglas1967）が指摘するように、統制力の強い家は自殺をうまく隠せたことは、たしかに日本でも同じである。穂積陳重が「自殺者の親戚朋友又は医師等も屢々之を隠匿して公に致しません」（穂積1887：33）というように、家が自殺をできるだけ隠すことは公然の事実だった。しかし逆に自殺を隠すだけの力をもつことが、家の責任を重くもした。家が力をもつ主体として世間的に認められるほど、逆に自殺者をだしたことの経済的、感情的、または医学的な責任は大きくなったためである。

自殺はこうして家にとって露見した場合の責任を増大させる厄介なりスクになったが、家とは独立に自殺の認定を下す警察という主体が登場してくることが、さらに事態を複雑にする。明治7（1870）年の警視庁達81号ですでに「變死傷」が見つかった場合には「原因」をあきらかにすることが規定されている（新井1878：415）。他殺でないことを確認し、さらに自殺でないことがあきらかな場合にも、死の背景を調べ他の捜査に役立てることが近代警察の大切な職

務になったのである（藤岡1931：63）。しかしだからこそ警察の見解は、自殺を隠そうとする家の主張と対立し、結果として自殺の認定を巡って家とその外部の警察、さらには報道機関や医者を巻き込む複雑な争いがしばしばくりひろげられる。

一例を挙げれば、昭和12（1937）年4月21日に朝日新聞で報道された財閥系物産会社に勤める新婚直後の男が「神経衰弱」のために轢死したケースが興味深い。その事件では、警察は乗客の証言から「自殺」と「認定」したのに対し、家人はそれに反対し列車に「轢殺」された「過失死」として「各方面に通告した」という¹⁰。そうして家と警察は自殺の事実認定を巡って争ったのであり、このケースでは最後まで対立が残った。検視官の検印がなければ変死体の埋火葬許可がでないという建前はあったが、「警察は自殺の認定は曲げ難い」としつつも「火葬を急ぐのも無理からぬ事として」、「轢死」として処理されたというように、警察と家の主張は折り合わないまま、曖昧に処理されたのである。

以上のような家と警察の対立を、よりマクロに示すのが、2つの自殺統計の差異である。日本では自殺にかんして明治11（1888）年以來の警察庁の調査に基づく内務省の統計と、明治32（1899）年以來の内閣統計局、更には後の厚生省が引き継ぐ2つの系統の統計が継続的に残されている。興味深いのは、両者には異なる自殺数が記録されていることである。具体的にみれば、殆どの場合、①警察を出処とする統計のほうが数が多く、②またその割合は戦前の方が高い。戦前では警察の統計が1.2倍程度の倍率で推移するのに対し、戦後には1.05倍ほどの乖離に収束しているのである。

警察庁の統計が、とくに戦前期に大きく上回った原因は、①統計上のミスや、②外国人を含むというちがいが考えられるが、それだけには還元されない。前者によっては、戦前と戦後のちがいやまた後にみるような地域による差異の分布を体系的に説明しがたい。さらに後者の寄与も大きくは見込めない。たとえば昭和10（1935）年や昭和11（1936）年の内務省の統計には外国籍の自殺者も記載されているが、その数はそれぞれ5人と7人にすぎなかったのである。

統計の乖離はそれ以上に、③前者が警察の調査によった数字であるのに対し、後者が家の意向によっておもに自己申告されたという出所の差異に基づいていた可能性が強い。前者の内務省の統計は警察による検視の結果としての死因が参照されているのに対し、後者の人口動態統計は村や市に家によって届けられた死亡届の集計として作成された。その結果、牧忠勝が「友人婚姻戚等によりて自殺としての届出を拒否する場合がある」（牧1937：52～53）というように、警察によって調べられた自殺者の数が人口動態統計の数を超過することは、当時から当然とみなされていたのである。

この意味で最大値としてみれば、自殺者総数の20%程度、数にして毎年3000人近くの死を

¹⁰ 『朝日新聞』、1937年4月21日朝刊、11面。

	1900-	1905-	1910-	1915-	1920-	1925-	1930-	1935、36、39
1	沖縄	沖縄	沖縄	沖縄	沖縄	沖縄	沖縄	和歌山
2	宮城	神奈川	東京	大阪	香川	香川	和歌山	兵庫
3	神奈川	宮城	神奈川	香川	兵庫	神奈川	兵庫	青森
4	大阪	富山	香川	神奈川	宮城	熊本	大阪	京都
5	福岡	東京	和歌山	東京	大阪	兵庫	青森	山口
6	北海道	福岡	富山	兵庫	和歌山	和歌山	京都	沖縄
7	富山	和歌山	兵庫	佐賀	神奈川	佐賀	神奈川	大阪
8	奈良	福井	北海道	宮城	福岡	福島	香川	東京
9	長野	北海道	茨城	和歌山	埼玉	京都	大分	神奈川
10	三重	香川	千葉	静岡	滋賀	宮城	東京	静岡

表3 自殺統計の隔離の多い上位10県（6大都市、福岡・宮城は色付け）：『内務省統計報告』、『警察統計報告』、『犯罪統計報告』、『人口動態統計』各年より作成

巡って、家と警察との対立がみられたといえる。ではこの対立とは、具体的には何を意味していたのだろうか。まず考えられるのは、家の力が戦前期には大きく、警察の主張に反し自殺を否認できたことである。構成員の生に責任をとる主体として家は自殺を隠し、しばしば警察と対立してまで自説を曲げなかったと考えられる。

しかしより詳しくみれば、事態はそれだけに収まらない。たとえば表3はデータの揃う明治32（1899）年から昭和11（1939）年までの5カ年ごとの警察庁の統計と内閣統計局の差が大きい上位10府県を挙げたものである。興味深いことに、そこにはいくつかの府県が偏って登場している。その府県と全期間における総計の格差の倍率を示した表4で¹¹、まず沖縄や和歌山、香川や富山、北海道で内閣統計局と警察の差が大きかったことは、家の力のつよさを示していると考えられる。自殺者数がそもそも多くない沖縄の1.8倍は外れ値としても、地方に位置するこれらの県では、警察に抗い家が自殺を隠蔽することで統計の乖離が目立ったと推測されるのである。

ただしそれだけではなく、逆に乖離が大きい府県の過半数（12件中7件）で、人口密集地域が登場することが注目される。当時の6大都市の所在地である東京（5回）、神奈川（8回）、大阪（5回）、兵庫（6回）、京都（3回）や、仙台、福岡、北九州などの大都市を含んだ宮城（5回）、福岡（3回）で、しばしば警察と内閣統計局の乖離が大きかった。こうした地域では他の地域以上に家の力が強いことを想定しがたいことに加え、さらにその時期、大都市で自殺が急増していたことが問題になる。近代日本の自殺はたしかに都市部の自殺率は高くなくことをひとつの特徴とするが、一方で大都市では自殺率が1920～30年代に増加していく（津田1998：312～316）。その意味でそもそも大都市を含む府県で、よりうまく自殺が隠されていたとみなすことはむずかしいのである。

¹¹ ただしデータのない大正10（1921）年、また東京の数値が著しく低いなどデータの不備が疑われる大正11（1922）年、さらに自殺者総数にそもそも大きな減少がみられた昭和19（1939）年は除いてある。

	回数	総計倍率
沖縄	8	1.80
神奈川	8	1.36
和歌山	7	1.34
香川	6	1.32
兵庫	6	1.32
宮城	5	1.27
大阪	5	1.32
東京	5	1.27
福岡	3	1.23
北海道	3	1.19
富山	3	1.22
京都	3	1.24

表4 各県の表1における登場回数、また統計の総合倍率：『内務省統計報告』、『警察統計報告』、『犯罪統計報告』、『人口動態統計』各年より作成

この意味でそれらの地域での自殺率の超過は家の力の強さよりもその相対的な弱さを表現していたと考えられるが、それと同型の事態が、統計の年齢別分布からも確認される。表5は、統計の年齢別の差を、1920年以降の5カ年ごとに確認したものである。そこから倍率においては、20歳代で最大の数値が記録されていること、ただし1925年と1930年ではさらに50歳以上でもう1度上昇していることが確認される。実数ではこの傾向はさらに目立ち、青年層と高齢層で2つの山が全期間を通して観察される。こうして警察の統計における自殺の超過は、年齢別に2度の上昇をみるが、それを家の力の強さの効果として説得的に説明することはむずかしい。逆に家の庇護を失った者の死とそれは重なるのではないか。問題は、大都市を中心に1900年頃より夫婦と子どもを中心とした小家族を営む人びとが増大していくことである(貞包2012)。都会でそうした小家族を築くことを目指し家を出た青年層や、そのために置き去りにされた高齢者層など、家の庇護から切り離された層でむしろ自殺の超過が観察されていると考えた方がよい。

以上のように都市部や、青年層、高齢者層が行なう自殺で、警察と統計局の統計の差が目立つことは、家が自殺を隠蔽したことだけでは説明されない。警察と家とのより複雑な関係が想定されるのであり、それを図式的に示したのが、表6である。まず家と警察が完全にお互いの意見を聞き同調する③のケースにおいては、警察の自殺統計の超過は発生しない。さらに①のように家の力が飛び抜けて強大であるときにも、警察の自殺統計の超過は生じないはずである。警察は家のいうことに従い、そのまま自殺を記録するしかないからである。

それに対して警察統計の超過がみられるのは、家の力が弱められ、しかし警察に対してはまだ相対的に優位にある②のようなケースである。家は警察から自殺の発生を隠蔽するのであ

内閣統計局の自殺数に対する警察庁統計の倍率/実数の超過(人)	1920	1925	1930	1935
二〇歳未満	1.05/59	1.07/96	0.96/-53	0.91/-139
二〇歳以上三〇歳未満	1.33/847	1.30/933	1.26/914	1.26/1,008
三〇歳以上四〇歳未満	1.27/412	1.21/340	1.22/406	1.20/371
四〇歳以上五〇歳未満	1.25/346	1.10/171	1.07/123	1.10/164
五〇歳以上	1.17/683	1.16/700	1.08/438	1.08/419
不詳	N.P/370	29.87/433	46.31/589	68.50/675
総計	1.26/2,717	1.22/2,673	1.17/2,417	1.18/2,498

表5 内閣統計局の自殺数に対する警察庁統計の倍率と実数の超過：『内務省統計報告』、『警察統計報告』各年、『平成16年度 人口動態調査特殊報告』より作成

	家と警察の 関係	状態	警察の自殺統計 の超過
①	家>警察	家による自殺の支配	0
②	家>警察	家による自殺の隠蔽	+
③	家=警察	家と警察の同調	0
④	家<警察	警察による捜査の拡大	+
⑤	家<警察	警察による自殺の支配	0

表6 家と警察の関係の模式図

り、これがおもに地方で確認される自殺超過を説明すると考えられる。しかしそれだけでは説明しがたい現象も表4や表5では確認された。そこでみられる大都市、また青年や高齢者層で統計の超過をより合理的に説明するのが、警察が家の力を上回る④のケースである。問題となるのは、警察の捜査力の拡大である。とくに青年層が都市部で行なう自殺では、家が自殺でない場合と主張した場合にも、直接収集可能な目撃者や友人知人の証言が多く残されていることで、警察が独自に自殺と認定することも可能になったのである。

20世紀前半では②を背景としつつも、この④の関係がせり上がることで、警察統計における自殺の超過が高い水準で保たれたと考えられる。ただし家の力が、一方的に弱まったわけではない。家の力が弱く警察の捜査に抵抗できない⑤のような場合——おそらくは戦後のケース——では、そもそも統計の不一致は発生しないはずである。問題はむしろ警察が捜査力を拡大していく一方で、家も世間体を気にすることなく独自に生活を送れるようになったことである。都市部の家や、青年を都市部に送り出し地方に家に留まる家は、それゆえ警察の判断を気にすることなく、自殺に関しても独自の主張を保てたと考えられるのである。

こうした家と警察による主張の乖離を極端に示すのが、年齢不詳の自殺の場合である。先の表6は年齢不詳の自殺において、警察の統計がとくに倍率で大きく超過し、それがますます拡大傾向にあったことをあきらかにする¹²。年齢不詳の死は、多くが身元不明の変死体から構成されていたと考えられるが、そうした死の超過は、動機を認定する家人や友人がみつけれない場合に市町村役所は変死を自殺としてはカウントしなかった一方で、警察は逆にそれを積極的に自殺と認定していったことを浮き彫りにする。自殺を否認する家をもたない死者たちを積極的に自殺として認定していったこうした警察の傾向を条件に、④のような関係も拡大していったのである。

以上、警察統計における自殺の超過の背景には、家と警察のそれぞれ自律的な力の拡大とそのせめぎあいが想定される。重要なことは、そうして警察により多く認定された自殺が、本論の主要な考察の対象である厭世自殺に数多く割り振られていた可能性である。自殺の動機にかかわる統計は警察によってだけ記録されているために、先と同様の体系的な比較はできない。しかし残された断片的な統計や記録から、厭世自殺が家と警察の自殺をめぐる同様の綱引きの

¹² 倍率と実数の差がみられるのは、内閣統計局の統計ではそもそも年齢不詳の自殺が殆ど記録されていないためである。

なかで生じていた可能性があきらかにされるのである。

まず問題になるのが、年齢層の一致である。先にも触れたが、厭世自殺は20歳以上30歳未満の若者と50歳以上の高齢者の割合が大きかった(図4)。それは家の庇護を欠いた青年と高齢者の死が警察によって自殺と認定されやすかったことと共通する。こうした一致は、家の庇護から切り離された死がしばしば自殺と警察によって認められただけではなく、厭世自殺という動機のカテゴリーにも組み込まれやすかったことを示唆するといえよう。

その前提になるのが、動機を確認することがむずかしい自殺を厭世自殺に組み入れる傾向が警察にみられることである。警察は明治14(1881)年から自殺の動機(因由)の統計を戦争等によって断続させながらも基本的には継続していくが(高橋1910)、そして警察が自殺統計の収集に固執したのは、ひとつに動機を確定することが、警察にとって死に事件性がないことを保証する最大の根拠になったためである。変死体が発見された場合、それが動機をもつ死、すなわち自殺の結果であることが確かめられれば、警察は捜査を終わらせることができた。

そのための格好の動機として利用されたのが、「厭世」だったのではないか。実際、昭和8(1933)年の『警察書式実例』では、轢死した変死体に対し、「死者の生前ノ境遇身辺等ノ事情ハ全ク不明」(穴原 1933:259)と死の状況をあきらかにする証拠が全くないにもかかわらず、そこでの死は唐突に、「現場ノ模様等ヨリ総合スルニ何等カ連綿セル事情アリテ煩悶ノ結果遂ニ厭世ノ心ヲ惹起シ自企轢死ヲ遂ゲタルモノ」と判断されている。これはたしかに実在の事件ではないが、検視の模範的な書例として挙げられていることからみて、こうした書き方が警察で当然のものとして通用していたことが推測される。つまり書例は、家人や友人の裏付けが得られず、動機が不明に留まる死が、しばしば警察では厭世自殺に組み込まれた傾向を示唆するのである。

こうした警察の傾向に後押しされ、厭世自殺は警察統計のなかで膨張していくが、最後に「厭世」が警察に選好されただけでなく、家にとっても一定の「有効」な死因になった可能性も否定できない。先にみたように、家は自殺者が出した場合、責任を免れがたかったが、それが「厭世」にもとづくものと認定される場合には、その責任を家は一定程度転嫁することができた。「貧困」を原因とする自殺の場合、家の庇護や保護の責任が追求され、「精神錯乱」の場合には、血統的なスティグマが今後の婚姻や社会的体面の維持でしばしば問題になった。それに対して「厭世自殺」の場合、原因のあきらかではないいわば「流行病」として、家は自殺の原因を外部に押し付けることができた。そのことは先にみた財閥一家の事例からも確認できる。新婚直後の男が轢死したその事件では、自殺認定を巡り家と警察が対立したが、その格好の落とし所になったのが、厭世自殺だったのではないか。その自殺を新聞は、「神経衰弱」を原因とした自殺と報道している——その情報源が、警察か家かは判明としないが——が、そして一種の流行病として世間が納得した場合、家は自殺の責任追及から少なくとも一定程度免れる

ことができたのである。

以上の意味で家と警察、さらにはそれを報道するジャーナリズムを含め、自殺をどう認知し、統計的、またはニュースとしていかに社会に伝え残すかのせめぎあいのなかで、厭世自殺は産まれた面をもつ。警察が捜査のコストを省く自殺として、またジャーナリズムがニュース価値をもった自殺として厭世自殺を歓迎したことに加え、家も不本意ながら自殺を受け入れざるをえなくなった場合に、少しでも責任を軽減するいわばアリバイとして厭世自殺を受け入れていく。そうして三者三様に利益をもたらすからこそ、厭世自殺は自殺の説明としてあれほど急速に一般化していったのではないか。先にみた「精神錯乱」が20世紀前半に自殺の原因として統計的に減少していたことが、その裏側からの傍証になる。家は、自殺を受け入れざる得なくなった場合に、致命的なスティグマをあたえる「精神錯乱」ではなく、「厭世」として解釈されることを好んだのであり、そうした家の合理的選択によって20世紀前半には「精神錯乱」を原因とする自殺も急減していくのである。

(γ) 消費社会化を前提とした生の様式の成長

以上のように厭世自殺は、(α) 医療化が完全には進まないその限界において、またさらに、(β) 家と警察のせめぎ合いの妥協の産物として増加をみせる。そうした社会関係が、先にみたような厭世自殺を若者の流行病と説く記事や報道を膨らませる土台にもなった。そうした語りは、警察が捜査を打ち切ることを正当化するとともに、自殺の責任を時代や社会に割り当てることで、家の責任を免責する言説として歓迎されるのである。

しかし以上のような解釈は、厭世自殺を観察し、統計を取る側の動機の外在的な説明に留まる。医者や警察、また家が厭世自殺に一定の意味を割り当てることも事実だが、その意味が当事者にとっていかなる有用性や魅力をもち、結果、自殺に導いていくのかといった「ループ効果」的問題についても考えてみなければならない。

厭世自殺のこうした当事者にとっての意味や有用性を考えていく上で、まず大切になるのが、自殺を報道するときには非難していったメディアとのかかわりである。とくに日露戦争を機に新聞は発行部数を拡大していくが、そのなかで自殺は、紙面を埋める埋草として格好の報道対象になった。その結果、先にもみたように自殺の報道が20世紀前半に模式的に過熱化していったのだが(図3)、厭世自殺はこうしたメディアの注目をいわば逆用した自殺としてあったと一面では考えられる。その証拠のひとつになるのが、厭世自殺が遺書をより多く残した自殺だったことである。たとえば表7は、『朝日新聞』の自殺報道中、遺書が記載されていたり、残されていることが報道された記事の割合を調べたものである。そこから「精神」(異常、錯乱)と名付けられた自殺で遺書がまったく残されていないのに対し、「厭世」と呼ばれる23.9%の自殺で、また「神経衰弱」と冠された自殺でも8.8%の自殺で遺書が残されていることが確認さ

	厭世 (N=88)	神経衰弱 (N=68)	精神 (N=50)
遺言への言及	23.9%	8.8%	0.0%

表7 『朝日新聞』記事中の遺言への言及割合（未遂を含む）：『聞蔵Ⅱ』より作成

が自殺の動機の確定のために、貴重な手がかりとなったためである。一定の合理的判断の存在を裏付けることで、遺書は少なくとも「精神錯乱」や狂気に陥り人が死んだわけではないことを証立てる。

ただしそれだけではなく、遺書が自殺者が家人や友人の範囲を超えて何らかの想いを伝える一種の自己表現の手段として積極的に利用されていった可能性も見落としてはならない。問題は、とくに日露戦争を機に、メディアの日常生活への浸透が進むなかで、人びとが情報商品を日々享受する消費者へとなかば強制的に位置づけられていくことである。そうしたメディア状況を、いわば逆転する手段として厭世自殺は利用されたのではないか。これまで日々情報を消費するばかりだったメディアをいわば逆用し、厭世自殺者は広く思いを伝える。それにもっとも成功したのが、明治36（1903）年に「巖頭之感」を残し自殺した藤村操であり、また「恋しき亮様。私は遂に最後の手段を取りました。私は死にます。」と書き残し、大正8（1919）年に死んだ濱田榮子だった。両者はさかんな報道の対象になるとともに、死の動機を世の中に説明し、訴えかける独自の遺書の型や「文體をつくり出」（山名1933：44）したといわれる。それを手本として第2、第3の藤村操、または濱田榮子になることを目指した死が積み重ねられていくのである。

以上のように、厭世自殺の少なくとも一部は、遺書を利用して、みずからの思いを社会に広く伝えることを目的としたメディア的实践としてあったとみることができる。もちろんすべての自殺が、注目を集めたわけではない。報道を前提とした自殺の積み重ねは、皮肉にも多くの死を報道価値のない陳腐なものへと変えてしまう。結果として、遺書を残しながらも、文面を紙面に取り上げられない自殺も多かったのである。

だが他方で、厭世自殺が他者に訴えかけるだけではなく、自己満足にも通じる一種自律的な志向性をもっていたことも見逃してはならない。それを間接的に示すのが、そこで選ばれた自殺の手段の偏りである。朝日新聞で報道されたケース（表7）をみれば、自殺の手段として、「精神」と見出しのつけられた自殺で「喉を刺す」（34.0%）や「割腹」（12.0%）が多く取られていたのに対して、「厭世」と呼ばれる自殺では「服毒」が19.3%ともっとも愛好される手段になっており、また「神経衰弱」と呼ばれる自殺でも「喉刺す」、「轢死」に続き、「服毒」が16.2%と比較的高い割合を占めていたことが分かる。

これらのうち「喉を刺す」や「割腹」といった手段は、他者の注目を集めるいわば示威的行為であることを特徴とする。そもそも「精神」（錯乱、異常）と呼ばれる自殺では、妻子を殺

れる。

「厭世」や「神経衰弱」と呼ばれる自殺で遺書がより多く残っているのは、ひとつにそれ

	厭世 (N=88)	神経衰弱 (N=68)	精神 (N=50)
喉を刺す	10.2%	22.1%	34.0%
服毒	19.3%	16.2%	8.0%
縊死	10.2%	10.3%	2.0%
割腹	1.1%	0.0%	12.0%
轢死	14.8%	17.6%	12.0%
投身・入水	17.0%	4.4%	10.0%

表8 『朝日新聞』自殺記事中の手段の割合：『聞蔵Ⅱ』より作成

傷するといった異常行動がしばしば伴われており、耳目を集めるそうした一連の攻撃的、示威的な行為の延長上で、「喉を刺す」や「割腹」という手段も選ばれたと考えられる。他方、「厭世」や「神経衰弱」において

しばしばみられる「服毒」には、「入水」と並び、みずからの命をひっそりと処断する自己志向的な傾向がみられる。自己陶酔がそこになかったとはいえないが、それを含め、他者を巻き込むことを避け、残される者に不快感をなるべく残さず穏やかに死ぬという志向がそこに想定されるのである。

注目すべきは、厭世自殺だけにおいてではなく、服毒がそもそも20世紀前半に自殺手段として人気を集めていたことである。実際、大正8（1919）年以前に「毒ヲ仰ギテ」という自殺の手段は、総体のなかで4%前後にすぎなかったのに対し、大正9（1920）年には8.8%、大正10（1921）年には16.2%と急増を遂げた（牧1937：91）。その直接的な契機となったのが、先にも触れた大正8（1919）年の濱田築子の自殺である。猫イラズを用いて死んだ最初の事件（山名1933：45）といわれるその自殺を契機として以後、服毒は流行の自殺手段となった。

ただしそれだけではなく、よりマクロには近代における買薬習慣の活性化が服毒自殺の増加を支えていたとみることができる。内務省の重要な財源になった売薬税（明治15（1882）年以來）の創設にも後押しされ、19世紀末以降、売薬の販売が制度的に整備され盛んになる。たしかに巡回する薬売りや店舗から薬を買うことは近世以來、広汎にみられた。しかし従来の置き薬の売薬が家を単位として基本的に買われたのに対し、近代の売薬業の興隆は家族にさえ知られず、手軽にかつ強力な薬を買えることを前提としていたことを特徴とする。より具体的には、①19世紀末以降、新聞広告や通信販売を利用し、誰にも知られずに薬を買うことが容易になるとともに、②第一次世界大戦以降、従来の生薬から合成薬への転換が進んでいくことで、売薬の大衆化が進んだのである（山田1994：150～152）。

実際、大正8（1919）年に2356万円だった売薬の生産額は、昭和4年（1929）年には4744万と2倍以上に伸びている（山田1994：156）。こうした売薬の生活への浸透を具体的に示すのが、鈴木晃仁（鈴木2004）（鈴木2008）や、中村一成（中村2008）が紹介する「滝野川健康調査」（小峰2009）である。東京滝野川の人びとが昭和13（1938）年から昭和14（1939）年にかけていかなる病にかかり、どんな治療行為を受けたかを記録するこの調査は、期間中、買薬や民間療法など、「非醫師的の治病型態」（小峰2009：139）に多くの者が頼っていたことをあきらかにする。全罹病者1253名のうち、医師のみによった治療を受けた者は144名と全体の1割強に

すぎなかったのに対し、医師の診療と買薬や民間療法など合わせ受けた者は569名、さらに医師の治療は受けず民間療法や売薬だけに頼った者が513名と大勢を占めていたのである（小峰2009：206）。

以上のような売薬の習慣の浸透が、服毒を手段とした自殺が一般化していく構造的な土台となった。カルモチンを使った昭和2（1927）年の芥川龍之介の自殺を嚆矢として、1930年代以降、劇薬化した売薬を買い服用する自殺がとくに大都市で目立って行くのである（山名1933：34）。

その流れのなかで、服毒を主な手段とした厭世自殺の流行もみられたが、この場合に重要になるのが、精神的不調にかかわる売薬の増加である。先に厭世自殺は、精神的病の医療化の限界において現れることを確認したが、精神的不調者が医者の治療を受けなかったのは、精神病院の不足や家が精神病院や脳病院への通院を忌避したこと、さらに健康保険の不備に基づく経済的な問題という事情に加え、より直接的には、当時、精神的不調にかかわるとされる売薬が多数売りだされていったことを原目としていた。たとえば「神経衰弱」に効くという効能をうたう代表的な売薬の朝日新聞紙上の広告を数えた図7からは、その時代に精神的病に効くとうたわれた売薬が人気を集め、多様化していった傾向が伺われる。「健脳丸」といった伝統的かつ脳病に効果を限定した薬から、一見何の効用があるか分からないが、だからこそ消費者の多様なニーズに対応したカタカナ名の新薬まで、1920、30年代には多様な薬が盛んに売られていった。それを前提として、精神的な不調にかかわり薬をみずから選び飲む行動も一般化される。たとえば先の滝野川健康調査でも、「神経科」にかかった者が26人だったのに対して（小峰2009：364）、「神経衰弱」「眠れナイ」「気分ワルイ」という症状を訴えた14名が医師にかからず買薬だけに頼り、3名が「売薬と民間療法」、1名がそれぞれ「民間療法」、「民間療法と施術行為」、「民間療法と新興療法」だけを選択している（小峰2009：413）。神経科に通った者と「神経」に不満を訴える層はかならずしも重ならないとしても、少なくとも軽度の精神的不調の場合に

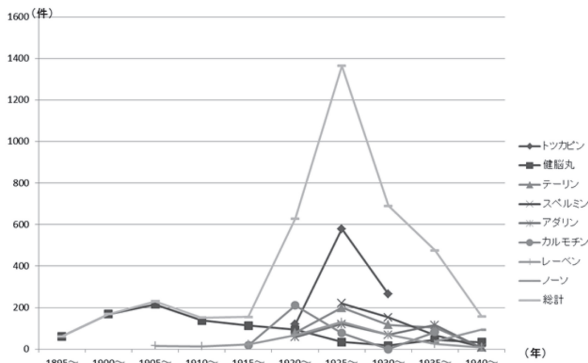


図7 『朝日新聞』中の神経衰弱にかかわる売薬広告の件数：『聞蔵Ⅱ』より作成

「神経科」に行く程度には、売薬が有力な手段となっていたことがそこから浮かび上がるのである。

こうして精神的な不調にかかわる売薬が20世紀前半に興隆し、それが厭世自殺の流行を後押しする支えになった。そのことを具体的に示すのが、厭世自殺の原因としばしばみなされた神経衰弱の流行である。従来、神経衰弱は、20世紀後半に流行

する「ノイローゼ」と対照され、即物的で、それゆえ患者の人格的な統合に関係しない病として否定的に評価されることが多かった。患者の性格や病歴が診断や治療に深くかかわるノイローゼに比べ、対処的に対応可能で、それゆえ人格的な背景や生活歴とふかくむすびつけられない即物的な病として神経衰弱はおもにみられてきたのである（近森1999）。しかしこうした見方は、医者やカウンセラーの神経衰弱に対する矮小化された見解を強調している危険性がある。ノイローゼにおいて、精神的不調は医者やカウンセラーに管理可能でまたは管理されるべき病理として対象化される。それに対して神経衰弱は、医者を必要としなくとも自己診断され、売薬によって対処される病として独自の意味をもつ。たとえば度会好一は、神経衰弱の社会的特徴に、「神経衰弱がたやすく自己診断できる病気であった」こと、また欠勤や辞職のための言い訳として重宝されたことを挙げている（度会 2003：179～183）。売薬業者が広告を通し、些細な不調にまで不安を煽ったことを前提としつつも、医者に頼らず自己診断され、ときには「仮病」として利用される病として、神経衰弱はその時代に能動的な消費活動とむすびついていたのである。

この神経衰弱と同様に、医者や家族の手を免れる能動的な生の技法として厭世自殺も考えてみる必要がある。厭世自殺は神経衰弱を原因とすると同時に、都市における売薬の興隆を前提として、医者、あるいは家人に頼らず、みずから健康を確かめ改善し、場合によってはみずから病の根幹を絶つ一種の「自己技術」としての面をもつのである。

この意味では厭世自殺の流行の背景として、近代の消費文化の拡大を見逃せない。厭世自殺は警察や家によって利用される便利な現象としてあっただけではなく、近代都市における消費活動の興隆に支えられ選択される一種の能動的なライフスタイルとしても考えてみなければならない。

ただし最後に厭世自殺を、完全に近代的なものとみることに無理が残る。厭世自殺はたしかに近代的な消費習慣の興隆を背景に活発化するが、しかしそれが多数の人びとに受け入れられていくのは、一方でそれが共同体への復帰を試みるための習俗的な手段として有効だったからではないだろうか。先にもみたように習俗のなかで自殺は「異常死」としてしばしばケガレが読み込まれ、そのために通常の死とは異なる扱いが要求されてきた。祀る側としての家が、弔いのために特殊な葬法を求められただけではない。祀られる側としての自殺者本人も、「神隠し」や「駆け落ち」というかたちで自殺を発見しがたいものへと変形することで家に協力する。つまり自殺者は、自殺であることをしばしば自分に対してさえ隠し、それによって家の責任をあらかじめ取り除いていくのである。

習俗でくりかえされてきたこの身を隠すタイプの自殺と、厭世自殺も一定の関係をもつ。その補助線になるのが、現代までくりかえされている、樹海を代表とした「風光明媚」な場における自殺である。そうした場がよく自殺に選ばれるのは、岩本通弥によれば自己の怨念を解除

することに深く関係する（岩本1999：212～214）。「未練を残すことや恨みを持ったまま死ぬ」ことは自殺者から「成仏」の道を遠くするのに対し、自殺の名所への参集は、集団的行為にみずからを紛れ込ませることによって、個人的な怒りや恨みを和らげ、憑き物を落とす役割をはたしたというのである。

厭世自殺にも、同様の「成仏」への願いを読み取れる。新聞や売薬の興隆を前提とした消費文化的実践としてあるこの自殺は、自己責任的に罪をかぶる自己処断的な実践としてあると同時に、同時に流行のなかにみずからの自殺の原因を紛れ込ます実践としてある。そうして他人へ迷惑をかけることを避けることで、生きている限りではかなわなかった家や共同体への復帰を可能にするという夢をみさせるからこそ、厭世自殺は近代にあれほどの流行をみせたのではないか。もちろんそれはたんに望んで行われたものではない。「神かくし」や「駆け落ち」と同様に、厭世自殺も共同体からの排除を前提としてあくまで作動する。厭世自殺が家や村を離れた者により多くみられることを先に確認したが、その自殺はそうして祀ってくれる家人をもたない者が、他者への恨みを押し隠し、みずからケガレを解き「成仏」を願うぎりぎりの選択として実行されたと考えられるのである。

3 厭世自殺の再編

以上のように本論は、厭世自殺が、(a) 医療化の限界や、(β) 家と警察の抗争など社会の秩序の動揺を前提としつつも、(γ) メディアや売薬などの消費文化の興隆に後押しされ、さらには習俗とも関係する共犯的な実践として、統計的にと同時に実践的にも流行していくことを確認してきた。

それによってあきらかになったのは、厭世自殺が、多様な利用価値をもつ一種の妥協点として社会に組み込まれていくことである。厭世自殺は、家の秩序を乗り越える主体の能動的な活動が死に行き着くことを示すことで、スキャンダルとして「ニュース価値」のある報道の対象となるだけではない。厭世自殺は、医者がみずからの知識や理論を確かめる参照点になると同時に、警察の捜査のコストを削減する落とし所となる。さらに家から貧困や精神錯乱の責任を取り除く免責の手段になるのであり、結果、家とその外部のメディアや警察機構、消費文化をつなぐ媒介として厭世自殺は重宝されるとともに、そうした世間の注目を利用してみずからの思いを広く表現する「ループ効果」的に増大していくのである。

この意味で厭世自殺は、増加していく自殺を社会的に有効なものとして再び取り込む重要な結節点になったが、ただし最後に、この厭世自殺にかかわるメカニズムが現在の自殺に直接、引き継がれているわけではないことも確認しておく必要がある。事実をみれば、逆に厭世自殺は20世紀後半に忽然と姿を消した。1960年代に警察による自殺の動機統計が一時中断される

が、それ以降、昭和49（1974）年に極端に厭世自殺は数値を著しく減らして再登場した後に、統計上から消えるのである（図8）。

なぜこうした変貌がみられたのか。それをあきらかにすることは20世紀前半の自殺を分析する本論の枠を超えるが、その一定の見取り図を示すことで、現代の自殺を分析する上での歴史社会学的視点の重要性を最後に確認しておきたい。

まず厭世自殺が減少する条件として見逃せないのが、家の弱体化という構造的な変容である。戦前に家は自殺を定義する主要な主体として警察に拮抗し、その妥協点として厭世自殺は社会的に生産された。しかし家は、戦後には警察の判断に抵抗してまで自殺を定義する力を失う。それを端的に示すのが、先にみたように、人口動態統計と警視庁の差が戦後に殆どなくなることである¹³。こうした事態は、表6の⑤の場合のように、戦後に家が自殺を隠す固有の主体としての力を弱め、警察の判断を受け入れていくことによって、生じていたと考えられる。それと同時に、家は逆に自殺の責任を負うことから解放されていった。20世紀前半に家は、自殺の原因を外部に転嫁するために厭世自殺を活用していったが、家の弱体化はそもそも自殺の責任を取ることからさえ家を免責していくのである。

ただし家の力が失われるといった実体的な理由からだけでは、厭世自殺が突如として統計上から消える原因を十分に説明できない。それをみる上で、「厭世」という自殺動機の意味が、20世紀後半の自殺を取り囲む環境の変化のなかで実体的かつ統計的に再編されていった可能性が重要になる。とくに大切になるのが、「精神障害」と「経済問題」といった動機の発達である。振り返ってみれば20世紀前半には、「厭世」が割合を増していったのに並行して、「精神錯乱」や「貧苦」といった自殺動機は数をますます減らしていった（図1）。しかし20世紀後半

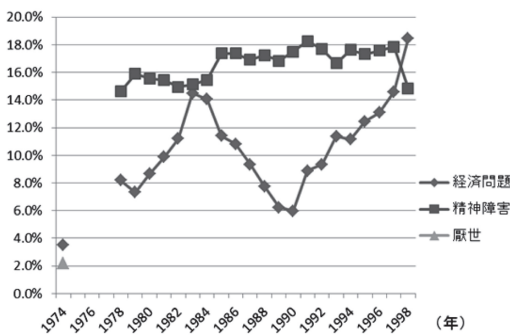


図8 20世紀後半における自殺の動機種別割合：『犯罪統計書』各年より作成

には、自殺の動機上から「厭世」が消滅すると同時に、「精神障害」と「経済問題」が今度は増加し始める（図8）。それらは「精神錯乱」や「貧苦」を直接引き継いだわけではないが、しかしそうして自殺動機が再編されるなかで、かつての厭世自殺の少なくとも一部がそれらの動機に飲み込まれていった可能性について考えてみなければならない。

たとえば「精神障害」という動機の増大の条件になったのは、昭和25（1950）年の精神

¹³ より詳しくみれば、津田真人（津田1998:287～288）が確認しているように、昭和29（1954）年から昭和37（1962）年の間には、警察の統計が人口動態統計に凌駕される時期さえある。なぜそうした事態が起こったのかはあきらかではないが、ひとつには警察の捜査力の限界（または抑制）をそこにみる必要がある。

衛生法の成立以降、精神病者を入院させる仕組みが国家的につくりだされたことである。確認したように20世紀前半の精神的病の医療は、おもに私立病院、私宅監置、さらには売薬によって多重かつ多様に担われていた。それに対して精神衛生法は、公私立の病院への入院を前提として治療や看護を行なう体制へと精神医療を統合する。結果、精神科の病床数が急激に拡大していくのであり、それを前提として、また国民健康保険の浸透によっても後押しされ、精神病者の受療率や入院率も上昇していったのである¹⁴。

結果として医者を中心とした自殺予防の体制も実現される。入院患者を監視し管理する体制が整うことで、医者による自殺予防も現実味を帯びるのであり、とくに昭和40(1965)年のシュナイドマンの来日をきっかけとして、1970年には日本自殺予防学会自殺予防行政懇話会、1978年には自殺防止センターが設立されるなど、医者や医療機関を中心とした自殺予防の取り組みが全国的に活発化していく。それらを前提として、「厭世自殺」のうちに含まれていた自殺の多くが、「精神障害」を原因とした「病」のカテゴリーに組み込まれる。そもそも「精神障害」とは、精神衛生法によって医者が管理すべき病を括げるものとして初めて一般された概念だったが、それを前提に明確な動機をみつけがたい自殺にも「厭世」という曖昧な原因ではなく、この「精神障害」という「病」が20世紀後半には疑われるようになったのである。

第二にそれに並行して、かつて厭世自殺に含まれていたより意図的な自殺が、「経済問題」を動機とした自殺に再編されることが重要になる。その背景として、20世紀後半における生命保険の拡充が見逃せない。

20世紀前半には「貧困」を原因とする自殺が右下がりの傾向を続けたのに対し、戦後の時代には「経済問題」を動機とする自殺が、景気によって大きく変動しつつも右上がりの傾向をみせていく。高度成長という社会の富裕化のなかで「経済問題」を原因とした自殺が増加するという皮肉な現象がみられたのは、ひとつに戦後における生命保険システムの拡大を原因とする。以前、詳しく論じたように(貞包2013)、敗戦とその後のインフレによって大きな被害を受けた保険会社は、1950年代以降、死後の保険金を高倍率化した養老保険を主力として販売し始めることで、世界でも例がないほどに成長を遂げる。こうした生命保険の成長は、よく語られるように地域から切り離された核家族化の増大を原動力にしていただけではない。さらに重要になるのが、中小企業の経営者が融資を獲得するための担保として生命保険が利用されてい

¹⁴ ひとつに戦後には精神病院経営が有利なものとなる大きかった。昭和33(1958)年に、精神科にかぎり必要とされる看護婦数が削減され(井上2010:37)、昭和36(1954)年の精神衛生法の改定とともに財政負担の比率がそれまでの2分の1から10分の8にまで引き上げられたことにも伴い(芹沢2005:186)、精神病院の経営は経済的に有利なものに変貌する。立岩真也によると、当時医療業界で「精神病院が儲かることは知られており」、「医学生のとき精神科を希望していると言ったら金を稼ぐつもりか」(立岩2013:128)としばしば問われたというが、そうして有利な経営形態として精神病院の設置が進むことを前提に、精神的病をもつ者を医者や管理のもとに長期のあいだ治療、入院させることを当然とする体制がつくられたのである。

くことである。高度成長のなかでより多くの資金が必要とされたにもかかわらず、家のネットワークから切り離された中小業者に対してマネーを融通する結節点になることで、生命保険は経済発展を支えるシステムの要素として戦後社会に組み込まれていくのである。

結果として、「厭世」を動機とするものと認められてきた多くの自殺も再編を被る。生命保険は免責期間を超えた自殺を保障の対象としていくが、それは自殺が意志的でないことを少なくとも建前としていた。だからこそ自殺が意志的に行なわれたと認めることがとくに残された遺族にはむずかしくなるのであり、結果、せいぜい「経済問題」に基づくものとして自殺を解釈することしか公式には許されなくなるのである。

以上のように精神科医療の拡充と生命保険の成長によって、「厭世」という動機の意味は社会的な有効性を洗い流される。「厭世」に基づく自殺は、精神病院や生命保険という制度的装置が拡充するなかで、「精神障害」や「経済問題」に基づく自殺へと読み替えられていくのである。大切なことは、それによって戦後社会が、「厭世」という生権力のスキャンダルを馴致することに一定の成功をおさめたことである。乱暴に言えば、自殺は主体の意志や気分によって選択されるものではなく、病や経済問題に基づく他律的で、それゆえ例外的な現象として位置づけられるようになるのである。

ただしそれでもなお完全に生権力のスキャンダルが封殺されたわけではない。詳述は避けるが、「精神障害」や「経済問題」とされる自殺の再生産を支える根拠のなかにも、自己決断的死という前提が実は暗黙のうちに含まれていることが確認される。たとえばそもそも精神科医自身が、今なおしばしばあらゆる自殺が精神病に基づくものではなく、それゆえ予防しがたいものであるという主張をくりかえしている¹⁵。その条件になるのが、自殺が精神科治療の大きな法的、また経済的リスクとなっているという現実である。戦後、自殺予防は精神医療の重要な目標のひとつに含まれ、治療の成功を証立てる有力な証拠とさえなった。しかし皮肉なことに自殺予防の可能性が高められるほど、自殺が発生した場合のリスクも高くなる。自殺の発生が、医療ミスとみなされかねなくなるためであり、実際、昭和49（1974）年には、うつ病の患者が自殺死したことをめぐって裁判（松尾事件）が行なわれ注目を集めた。裁判では結局、精神科医療が自殺を完全にコントロールできないことが認められ、医者の責任が免責されたが（永井2004：130～131）、反面それ以降、医者は自殺を予防できるとすることに留保をつけざるをえなくなる。こうして自殺予防に深くかかわるほど、自殺の少なくとも一部に意志的な行為が含まれていることを認めるという矛盾に医者は追い込まれていくのである。

「経済問題」とみなされる自殺の場合も、よくみれば、意志的な死が成立の暗黙の条件として含まれている。最大の問題は、建前は別としても、意志的なものとして行なわれる自殺に対

¹⁵ 医者のこうした発言については、（北中2007）参照。

しても保証されることが生命保険の重要な魅力となることである。望まれた時にマネーを産み出すことができることが、生命保険が住宅ローンや中小企業運営の担保として活用される大切な前提になるのであり、実際生命保険会社はそうした魅力を「売り」として販売に活用していった。1970年代には生命保険各社は、自殺による保険金の支払いを免除する免責期間をそれまでの2、3年から1年へと相次いで短縮していく（貞包2013：103）。そうして意志的な自殺をより拡大的に取り込みつつ、生命保険は繁栄を続けたのである。

以上、「精神障害」や「経済問題」を動機とした自殺も、意志的な死の可能性を完全には否定せず、むしろそれをシステムの根幹に組み込むことで稼働していることが確認される。こうした意志的な死にリアリティをあたえるひとつの奥行きとして、20世紀前半に積み重ねられてきた厭世自殺の経験がそれゆえ大切になるのではないか。厭世自殺は、20世紀前半に自殺の典型を占めるといってよいほどに一般化された。その後それはたしかに統計的には姿を消すが、しかしそうして積み重ねられてきた自殺の経験が、意志的に死ぬ可能性を社会的念念として納得させることで、現在の「精神障害」や「経済問題」を動機とする自殺の発生までも暗黙に支えている。この意味で20世紀前半に増大した厭世自殺やそれによって消えていった生を、たんに過ぎ去った出来事とみなしてはならない。厭世自殺は現在の自殺に関わる体制の稼働を支える暗黙の根拠となっている可能性が強いのであり、だからこそ厭世自殺にかかわる複雑な歴史的厚みをあきらかにすることが、現在の自殺や自殺予防をより根底的に問い直すために大切になるのである。

[文献]

- 穴原信吉、1933、『警察書式実例』松華堂書店。
- 新井新、1878、『日本警察全書 甲編』白楽圃。
- 近森高明、1999、「二つの「時代病」：神経衰弱とノイローゼの流行にみる人間観の変容」『京都社会学年報』7。
- Douglas, J. D., 1967, *The Social Meanings of Suicide*, Princeton, Princeton University Press.
- Di Marco, Francesca, *Act or Disease?: The Making of Modern Suicide in Early Twentieth-century Japan*, *The Journal of Japanese Studies*, 39(2).
- Foucault, Michel, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Éditions Gallimard, 1975 = 1977、田村俣訳『監獄の誕生：監視と処罰』新潮社。
- 藤岡政一、1931、『警察譚叢：実務と法理』東亜書房。
- 後藤城四郎、1921、『煩悶と自殺：自殺心理の研究』有朋館書店。
- Hacking, I., 2002, *Historical Ontology*, Harvard U. P. = 2012、 出口康夫・大西琢朗・渡辺一弘

- 訳『知の歴史学』岩波書店。
- 橋本明、2011、『精神病患者と私宅監置 近代日本精神医療史の基礎的研究』六花出版。
- 穂積陳重、1887、「自殺の話」『東洋學藝雜誌』4（67）。
- 井上庚二郎、1915、「自殺に関する研究（一）」『統計集誌』418。
- 井上俊宏、2010、『近代日本の精神医学と法：監禁する医療の歴史と未来』ぎょうせい。
- 岩本通弥、1999、「死に場所と覚悟」岩本通弥編『覚悟と生き方』筑摩書房。
- 樫田五郎、1917、『精神病問題』樫田五郎。
- Kitanaka, Junko, 2011, *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton University Press.
- 北中 淳子、2004、「「神経衰弱」盛衰史：「過労の病」はいかに「人格の病」へとスティグマ化されたか」『ユリイカ』36（5）。
- 、2007、「「意志的な死」を診断する 自殺をめぐる精神医療の人類学」芹沢一也編『時代がつくる「狂気」：精神医療と社会』朝日新聞社。
- 厚生省医務局編、1955、『医制八十年史』印刷局朝陽会。
- 呉秀三、1894～1895→1983、「精神病患者ノ自殺症ニ就キテ」、『呉秀三著作集 第二巻』思文閣。
- 呉秀三・樫田五郎、1920、『精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的視察』呉秀三。
- 牧忠勝、1937、『日本自殺考』関西出版クラブ事務所。
- 増田義一、1915、「青年の厭世自殺は何故に増加せるか」『実業の日本』18（17）。
- 三田定則、1929「自殺者の真相」東京日日新聞社『通俗講話生きた科学』春陽堂。
- 元森絵里子、2012、「『過労自殺』の社会学：法理論と制度運用に着目して」『年報社会学論集』第25号。
- 村島婦之、1926、『ドン底の闇から』サンデー・ニュース社。
- 中村一成、2008、「戦前・戦時の都市民衆と医療：東京市の事例から」『民衆史研究』75。
- 波平恵美子、1988、「異常死者の葬法と習俗」藤井正雄編『仏教民俗学大系 通号4』名著出版。
- 永井順子、2004、「精神病院における自殺：「精神病患者」から「生活者」へ、福祉社会学的視座から」『ソシオサイエンス』10。
- 貞包英之、2012、「近代における消費の変容：勤工場から百貨店へ」『山形大学紀要（人文科学）』17（3）。
- 、2013、「贈与としての自殺：高度成長期以後の生命保険にかかわる自殺の歴史社会学」『山形大学紀要（社会科学）』43（2）。
- 芹沢一也、2005、『狂気と犯罪：なぜ日本は世界一の精神病国家になったのか』講談社。
- Suzuki, Akihito, 2013, *Psychiatry in the Land of Suicide: Medicalization of Self-killing in Early*

- Twentieth-Century Japan, 『日本医史学雑誌』 59 (1)。
- 鈴木晃仁、2004「戦前期東京における病気と身体経験：「滝野川区健康調査」(昭和13年)を手がかりに」栗山茂久、北津一利編『近代日本の身体感覚』青弓社。
- 、2008、「治療の社会史的考察：滝野川健康調査(1938)を中心に」川越修・鈴木晃仁編『分別される生命：20世紀社会の医療戦略』法政大学出版局。
- 高橋二郎、1910、「本邦自殺統計の來歴」『統計集誌』 351。
- 田中香涯、1924、『現代社会の種々相』日本精神医学会。
- 立岩真也、2013、『造反有利：精神医療現代史へ』青土社。
- 津田真人、1998、「日本近代と自殺：社会心理史のために」津田真人『桐朋学園大学短期大学部紀要』 16。
- 度会好一、2003、『明治の精神異説：神経病・神経衰弱・神がかり』岩波書店。
- 渡辺定、1957、「日本人の自殺」『生命保険協会会報』 38 (2)。
- 山田久雄、1994、「日本医薬品産業近代史」『薬史学雑誌』 29 (2)。
- 山名正太郎、1933、『自殺に関する研究』大同館書店。
- 財部静治、1925、「自殺動機統計に就きて」『統計時報』 (10)。
- 小峰茂之、2009、「滝野川調査報告書」近代資料刊行会編『近代都市環境研究資料叢書 2 近代都市の衛生環境(東京編) 35衛生・保健②』近代資料刊行会。

The Scandal of Suicide: The historical sociology of suicide caused by Ensei in the first half of the 20th century in Japan

Hideyuki SADAKANE

(Yamagata University)

Suicide appears to be a scandal under the condition of the operation of bio-power, because it proves that bio-power, which encourages people to lead better lives, drives them to death at last. In this paper, we elucidate this process by scrutinizing the history of suicides motivated by Ensei (feeling misanthropic) in the first half of 20th century Japan. Beginning early in the 20th century, the number of suicides due to pessimism increased significantly, and caused great concern in the mass media. There were three social conditions that made Ensei in fashion.

The first Ensei suicide expressed the limits of medicalization. Suicides which had not received a doctor's medical treatment in their lifetime, were often judged to be suicides out of despair.

The second Ensei suicide was treated as valuable resource by both the police and a traditional Family (Ie). A traditional family carried the stigma of suicide due to “mental derangement” or “poverty,” and preferred considering that the suicide was caused by pessimism in order to avoid having to take on responsibility. On the other hand, there was a tendency for police to process these suicides as Ensei, so that they could reduce the costs of criminal investigations.

Finally, suicides due to pessimism were caused subjectively by the special lifestyle of one who has grown up in a consumer-driven culture. Suicide out of despair develops as a style of self-expression, in response to the growing influence of media, and the development of patent medicines.

It is necessary to consider the developed Ensei suicide in this way as one condition supporting the present suicide. Although development of psychiatry or a life insurance system in the latter part of the twentieth century obliterate Ensei suicide in the surface top, that suicide has been still an important condition for supporting the system defining the suicide of current.