

中高年男性を対象とした自殺予防対策の検討
～静岡県富士市「富士モデル事業」を通して～

The Suicide Prevention Measure for Middle-Elderly Aged Men
～ A Case of “Fuji-Model Project” ～

高 城 佳 那

- I. はじめに
- II. 中高年男性の自殺
- III. 静岡県の自殺予防対策
- V. 援助希求のゾーンモデルと富士モデルの検討
- VI. むすびに

In this article, we are aiming to analyze the situation of local measures to prevent suicide by highlighting on one of the causes of middle-elderly aged male committing suicide due to their “inability to seek for a help”

Firstly, we define the inability of middle-elderly aged men to seek for a help and then, we will capture the characteristics of their suicide.

Secondly, we will compare and examine the pre/post suicidal situation change utilizing “seeking for a help model” through the suicide prevention measures of “Fuji model” conducted in Fuji city, Shizuoka prefecture to raise awareness of the measures among working men and people around them.

Using the extracted data from the study, we will analyze the transition of pre/post measures through “seeking for a help zone model.” By this initiative, we are aiming to review the appropriate local suicide prevention measures.

I. はじめに

日本の自殺者数は、平成10年に初めて3万人を超えた。これは、バブル崩壊後の経済状況の悪化によって負債を抱えた中高年層¹⁾の自殺急増があったとして、多くの社会的関心が向けられた。それ以降、日本の自殺者数は高い水準を保ち続けている。近年では自殺者数は減少傾向にあり、平成24年には自殺者数は27,858人となり15年ぶりに3万人を下回った。しかし、世界的にみると依然として自殺率の高さはトップクラスであり、日本において自殺問題は、早急に解決しなければならない大きな社会問題の1つといえる。

心理学的剖検調査²⁾では、自殺者の約90%が自殺時に何らかの精神障害を有していた、という調査結果が示されている。その中で、女性は自傷行為や死亡前1ヶ月間に死に関する発言が有意に多くみられ、援助を求めているのに対し、男性では、死亡1年前から援助を求めている者が有意に多く認められ、男性は自殺前に援助を求める行動をとる人が少ないことが確認されている。

男性の自殺者数は、女性の自殺者数の2倍以上であるため、自殺者の3分の2以上が援助希求せずに既遂にいたっていると推測でき、自殺企図者にとっていかに援助を求める能力が重要であるかがわかる。援助を求める能力の低い自殺企図者が自殺既遂に至らないためには、それに対応した地域においての環境を形成する必要があるのだ。

平成21年6月に内閣府より、政府の自殺対策の基本的指針が示された自殺総合対策大綱が発表され、自殺予防対策への社会の関心が高まった。地方自治体においても、様々な取り組みが行われてきた。その中でも、働き盛りの中高年男性を対象にした対策が、静岡県富士市でおこなわれているうつ自殺予防対策「富士モデル」である。

本稿は、中高年男性の自殺既遂の要因の一つと考えられる「援助希求能力」の低さに着

目し、地域の自殺予防対策のあり方について分析を試みるものである。まず、中高年男性の援助希求能力の低さについて明らかにし、中高年男性の自殺の特徴を捉える。その後、静岡県富士市において働き盛り世代の男性とその周囲の気づきを目的としておこなわれたうつ自殺予防対策「富士モデル」事業を通して、自殺予防対策前後の変化を、「援助希求モデル」を用いて比較検討する。そこから抽出されたものをもとに対策実施前後の推移を「援助希求のゾーンモデル」を通して分析し、地域に対応した自殺予防対策についての検討を試みるものである。

II. 中高年男性の自殺

1. 中高年男性自殺者の特徴

人間にとって、自分の生涯をどのように生きるか、また生涯の終わりをどう遂げるかは、大きな課題である。時代や文化によって、「殉死」という習慣が存在し、日本でも、かつて「切腹」して自殺する、ということが行われてきた。命をもって主張し抗議することも「自殺」であり、現在でもみられる一つの信念に基づいた自己主張の場とする世界的にみても共通な行為といえる。また、うつ病や依存症などに罹患している人が自殺する場合、生死について正常な判断をもち、決定する能力が損なわれていると考えられる。その場合に自殺者の行為が、明確な「自らの意志」をもった「自分の生命を絶つ行為」であると言いきれ得るであろうか。自殺の意図がどのくらいあったのかが曖昧な自傷行為や自殺の意図が全くない自傷行為も、自殺を企図し既遂に至る危険性が高い。つまり、自殺について取り上げる際には、明確な意志をもつ自殺企図にのみ焦点をあてるだけではない。自傷行為や自殺未遂も関連性のある事象として捉え、自殺に関連し得る行動やその背景についてさまざまな観点から検討する必要がある。

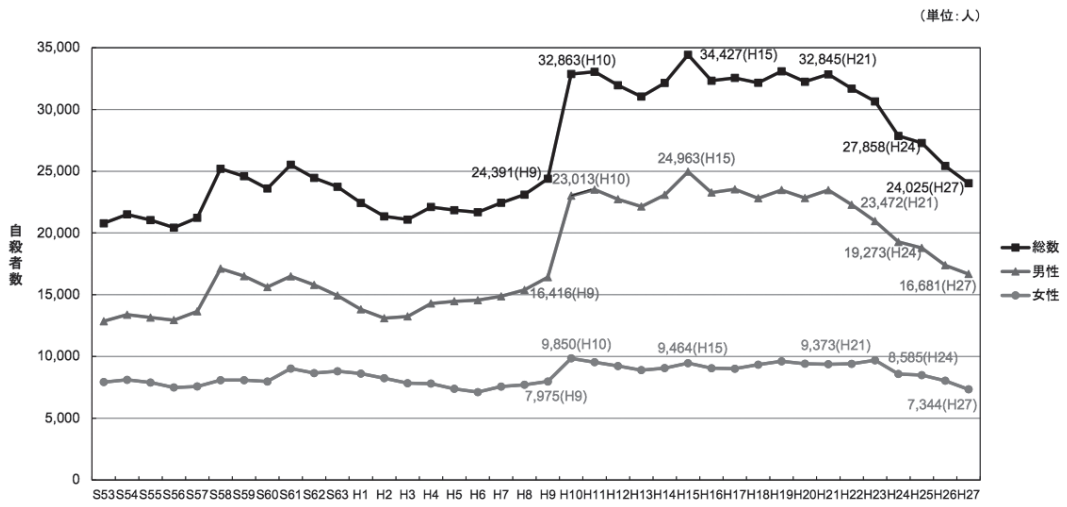
日本の男性自殺者の経緯を年齢階級別でみ

1) 自殺総合対策大綱では、「中高年」を30歳から64歳と定義している。

2) 心理学的剖検とは、自殺の実態を調査する主要な方法として活用されており、入手可能なあら

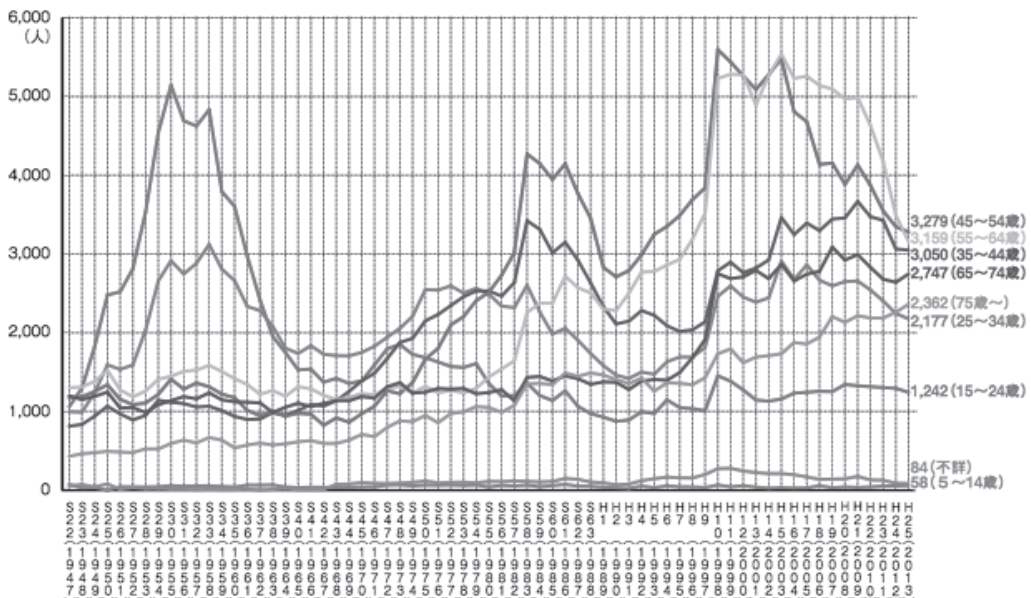
ゆる情報を用いて故人の人生を辿り、自殺に至った原因の解明を目指す手法である。入手可能な情報の中でも、特に重要なのが、近親者からの聞き取り調査である。

中高年男性を対象とした自殺予防対策の検討



(出典: 内閣府自殺対策推進室 (2018))

図1 自殺者数の年次推移



(出典: 平成27年版『自殺対策白書』)

図2 年齢階級別の自殺者数の長期的推移 (男性)

ると、現在とは違い昭和30年は15歳から24歳までの若年層の自殺者数が最も多いのが特徴である。しかし、昭和38年以降には若年層の自殺者数は減少傾向に転化している。その若年層の減少と反対に、昭和58年には40歳から54歳である中年層の自殺者が激増し、平成2年前後に一時減少傾向になるものの、平成10年には統計上最も高い数値を示している。

また、40歳から54歳に次いで55歳から64歳の自殺者数も非常に高い上昇をしており、他の年齢と比較すると、平成10年に顕著な増加があり人口10万人対70人台で推移しているが、女性の同年齢層では同様の傾向はみられない。

中高年期の自殺の原因は、男性の場合は仕事上の問題、女性は家庭内の問題（嫁姑の不和、夫の浮気や離死別、子供の非行など）が主な自殺の動機となっており、性別によって自殺にいたる要因には違いがある。自殺の手段にも性差があり、自殺未遂者に関しては女性が多いことがこれまで多くの研究から示されている。女性の未遂者は複数回の自傷行為や過量服薬、飛び降りといった、自殺関連行動が多い。これらの自殺に関する男女の傾向の違いの特徴に応じて対応していく必要があり、自殺者数の最も多い中高年男性では既遂にいたる手段をとることが多く、援助することが難しい。

2. 中高年男性の援助希求能力

(1) 性別にみた中高年自殺者の特徴と自殺原因

男性の場合は、壮年期³⁾になると、事業の失敗、仕事上のミス、過労、転職、失職、定年など仕事上の問題が自殺の直接動機になりやすい⁴⁾。男性は仕事を生きがいに行っていることが多く、それが崩れる恐れがある場合に危機的な心理状態になるという。男性は失業や退職によって職場での関係性を失うだけでなく、家庭内での家族を養う者としての役割の喪失が、自殺と関連する。

伊藤らは、既遂自殺率は男性で高く、女性では未遂が多い、ということの理由として、自殺の性差に関する仮説をたて、次のように検証した。

第一に、男性は、全ての問題を自分ひとりで抱えてしまって問題解決の幅が狭くなる。それによって行き詰まり、自殺既遂に至りやすい、という仮説である。こころの問題を抱えた時、男性よりも女性の方が抵抗なく医学的、精神的援助を受けやすい。

第二に、未遂、完遂についての社会文化的規範があるとする仮説である。完遂は「男性的」、未遂に終わるのは「女性的」とみなされる傾向がある。なので、男なら潔く死を遂げるべきである、という社会的規範に基づく考え方である。この影響もあり、男性は致死率の高い手段を選択しやすく、既遂率が上がると考えられる。

第三に、男性の方が、問題解決の際に、攻撃的で危険な手段を取りやすいことが生物学的に定められている、という仮説である。男性は、問題を抱えた時に、自殺という攻撃的手段で解決を図ろうとする。また、同じ自殺企図をするにしても、男性は女性よりも致死率の高い手段を選択するので、その結果、既遂率が上がると考えられる。

第四に、女性は男性に比べ、死を目的とせず、コミュニケーションの一つの方法とする、という仮説である。つまり他者に変化を強制したり手を差し伸べてもらったりするために自殺企図をする傾向があるので、リストカットなどの致死率の低い手段をとることが多い。よって、女性では未遂に終わる自殺企図が多く、既遂は少ない、と考えられる。

第五に、女性はより痛みや体の汚れが少なく、簡単に使用でき、醜くしないで済む手段を好む、という仮説である。よって、服薬などの致死率の低い手段を選択し、このことが既遂率を下げている、と考えられる。

上記の各説をみると、自殺率や自殺行動の

3) 心身ともに成熟して働き盛りの年ごろ。厚生労働省の一部資料（健康日本21など）では、壮年期31 - 44歳、中年期45 - 64歳、高年期65歳 - と

区分をしている。

4) 大原健士郎「なぜ死に急ぐ中高年（自殺者急増の背景を探る）」公明306,1987,p.167

特徴には、男女で大きな差があるといえる。伊藤らは、自殺既遂では、男性が圧倒的に多く、男性が女性の約3倍、という状況であり、男性では働き盛りの中高年での自殺率が高いが女性では高齢になるにつれ自殺率が高くなるという傾向がみられた、と述べている⁵⁾。

また、高原は、全国49か所の「いのちの電話」に寄せられた相談は男女半々であるが、50歳代以上では男性は35%に止まり、中高年を中心に悩みをなかなか口に出せない男性が多く、弱音を吐いてはいけないという文化があるという指摘をしている⁶⁾。中年以降の世代では、さまざまな悩みやストレスを抱えていても、電話相談を利用することができずに自殺に至ることが考えられ、相談することへの抵抗感について金子らが指摘している⁷⁾。

松本らは、「心理学的剖検」の手法を用いて収集した情報をもとに、男女の比較を通して、精神医学的及び心理・社会的問題に関する検討を以下のように行った⁸⁾。

自殺既遂事例のうち、男性の自殺既遂事例 64 例と女性の自殺既遂事例 24 例の心理社会的要因を性別に比較し、その特徴を明らかにした。それによると、男性の方が女性よりも年齢層が高く、男性の自殺既遂事例の多くが、中高年男性であることが示された。特徴として婚姻歴のある者が多く、死亡時に有職者で、経済的問題や借金を抱えている者が多かった。一方、女性では若年者が多く、婚姻歴のある者は少なく、死亡時に有職者が少なかった。これは、男性では働き盛りの中高年で家計を担う立場にある者が多く自殺既遂に及んでおり、借金といった経済的問題が自殺の背景にかかわっているとも考えられる。死亡前

の行動の比較では、女性の自傷行為が67%と男性の28%よりも有意に多く、死亡前一カ月間に死に関する発言も女性が80%と有意に多かった。一方、男性は、死亡前一カ月間に死に関する発言をする者が47%と少なく、死亡一年前に援助を希求しない者も女性の20%に比べ48%と有意に多く認められた。

自殺既遂者においても、男性は死亡前に援助を求める人が少ないことが確認された。また、女性に比べ自傷行為や死に関する発言をしない傾向があるため、周囲も自殺のサインに気づきにくい。したがって、男性の自殺予防においては、精神的問題が背後に潜んでいる可能性を考慮しなければならない。そして、早期に精神医学的問題を発見し、支援につなげていく必要があることを指摘している。

(2) 中高年男性自殺者と精神疾患との関連性

借金や経済的問題を抱えた中高年男性自殺既遂者の多くが、睡眠の問題をアルコールで対処するなど、問題使用がある。そのためアルコール関連障害が多く、85.9%が死亡時に何らかの精神障害に罹患していた⁹⁾。これまで、精神的問題に関する援助を求める行動での性差については研究で示されており、男性は女性よりも精神的な問題で医療サービスを利用しないこと等が指摘されている^{10) 11)}。

高橋は、自殺で亡くなった人の大多数が、生前にこころの問題を抱えていたのに精神科治療を受けることもなく、最期の決断を下していると述べており、中高年の自殺の危険性について以下のように説明している。気分が沈む、仕事の能率が落ちる、集中できない、決断ができない、といった症状や酒量が増す

5) 伊藤香苗・久永文恵・石原明子「自殺と性別、セクシャリティ」精神保健研究49, 2003, pp.30-32

6) 高原正興「自殺から見える中高年男性の生きにくさ」現代の社会病理25, 2010, p.20

7) 金子能宏・山下志穂・山崎暁子「働き盛り(中高年)の自殺の問題」こころの臨床23(1), 2004, p.71

8) 松本俊彦ら 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」分担研究報告書 自殺既遂者の心理

社会的特徴に関する研究 (2)性差からみた検討. pp.29-35

9) 松本俊彦「地域保健従事者のための精神保健の基礎知識: 自殺問題から明らかになる地域保健の課題1.」公衆衛生74 (5), 2010, pp.325-329, pp.419-422

10) 高原正興「自殺から見える中高年男性の生きにくさ」現代の社会病理No. 25, 2010, p.20

11) 金子能宏・山下志穂・山崎暁子「働き盛り(中高年)の自殺の問題」こころの臨床23号1巻, 2004, p.71

といったことが、うつ病にはしばしば現れる。だが一般の人にはこれがすぐにはこころの病と結びつかない。つまり、説明のつかない身体症状や不眠が長時間持続したら、精神科に受診し、専門家の助言を求める必要がある¹²⁾。また、中高年の人たちが泣きごとを言わなくても、表情、動作、食欲、睡眠などに普段と異なる点が見つかれば、周囲の側から彼らの心理にアプローチしようとする努力が必要である¹³⁾、と大原は警鐘している。

これらのことから、自殺既遂者の約半数にうつ病が、2割近くにアルコール依存がみられ、中高年男性の多くが精神疾患との関連性があり、何らかの精神疾患に罹患した中高年男性が、自分自身がこころの病気に罹っていることに気付くことがないため、死亡前に周囲の人たちや専門家などへの援助を求めず、自殺既遂にいたっていると考えられる。

自殺者の大多数がかかえている精神疾患の中で、最も自殺と結びつくのがうつ病である。うつ病は、様々な精神的なストレスが誘因となって生じる。その誘因は、生活上の変化や人生上の出来事（ライフイベント）が知られている。一般に男性の場合は、「仕事」に関係したエピソードが多く、職務上の出来事、過労、人事異動、昇進、退職、転職、経済的問題などが誘因になりやすい。また、男女ともに、近親者との死別、目標達成、財産などの喪失、経済的困窮、身体の病気なども誘因に挙げられる¹⁴⁾。

下園は、中高年は、うつ病に陥ったとしても、自分で認めないし、気がつかない、という。精神的な問題を持つことに恥の概念が強い中高年は、自分の不調を「自分の努力が足りないから」「年をとってきたから」「体力が落ちているから」と考える。その結果、疲労困憊しているにもかかわらず、「これぐらいのことは乗り越えなければならない」と努力し、仕事を休まない。プライドを保持することで自分を保っている場合が多く、人に話すこともなけ

れば、助けを求めることもしない。自分は大丈夫だと感じたいがために、余計に頑張って毎日を過ごす、と述べている¹⁵⁾。また、周囲の人々が自殺に対して「逃げるもの」「選択するもの」などと捉えている場合が多く、そのため自殺の可能性を否定しがちとなる。そのような考えによって周囲の人々は安心を得て、対応が遅れることを示唆している。

このように自殺要因は性差により様々な違いがあるが、中高年男性の特徴として、援助希求せず自殺既遂にいたっていることが明らかにになった。

Ⅲ. 静岡県の自殺予防対策

1. 静岡県における自殺の現状と対策

静岡県における自殺者の状況は、全国の傾向とほぼ同様である。自殺者数は、平成10年に700人を超えてから14年連続で700人から800人台と高い数値で推移している。平成10年の増加は、前年比より234人と大幅なものである。また、自殺者数は交通事故死者数の3倍から4倍にものぼり、交通事故死者数が減少傾向にある中、自殺者数は上昇傾向にある。

静岡県の自殺死亡率は、平成21年まで長期にわたり低い都道府県順位からほぼ一桁台であり、全国的に見て低く推移していた。しかし、平成21年には低い都道府県順位で21位となり急激な下りを見せている。この背景として、平成21年は全国の自殺死亡者数が減少したのに対し、静岡県では自殺死亡者数が増加したことがある。次年度である平成23年も同様に、自殺死亡率の順位は17位であり、全国の自殺者数が減少している中で静岡県の自殺者数の減少率が下回っている状況であることがわかる。全国の自殺者数が減少傾向にあるなかで、静岡県の自殺者数が増加しているという状況は、今までの自殺希少地域であるという認識を変換させて高い危機意識をもつ必要がある事態であるといえるだろう。増加の一因として考えられることとして、平成23年

12) 高橋祥友「働き盛りの自殺を予防するには」労働の科学55巻3号, 2000, p.18

13) 大原健士郎『「いきること」と「死ぬこと」人はなぜ自殺するのか』朝日新聞社, 1996, p.112

14) 齋藤高雅「中高年のこころの危機」大分看護科学研究2 (2) 2001, p.46

15) 下園壮太「中高年の自殺」臨床心理学第6巻第3号, 2006, p.336-337

に30歳未満の自殺者が前年よりも20人増加したことが挙げられる。これは性別年齢別にみた際にも、20歳代男性の自殺死亡率が全国平均を上回っており、留意すべき特徴であるといえる。

地域別でみると、自殺死亡率の低い中西部地域に対して東部地域が全体的に高くなっているのが特徴である。

静岡県は、平成23年2月に静岡県総合計画「富国有徳の理想郷“ふじのくに”のグランドデザイン」を策定した。その計画は、中長期的な指針や将来像、今後の施策の方向や具体的取組などを示す新しい総合計画としてうちだされたもので、おおむね10年間の「基本構想」を描いている。その基本計画の「3-3「安心」の健康福祉の実現」「5希望や自立につながるセーフティネットの整備」の「(2) 自殺対策の推進」の中で自殺総合対策の推進が明記されている。同計画では、平成21年に低いほうから8位であった自殺による死亡率の都道府県順位を低いほうから1位にすることを目標としている¹⁸⁾。

それをうけて、「県における自殺対策を総合的・効果的に進める基本方向を定め、関係機

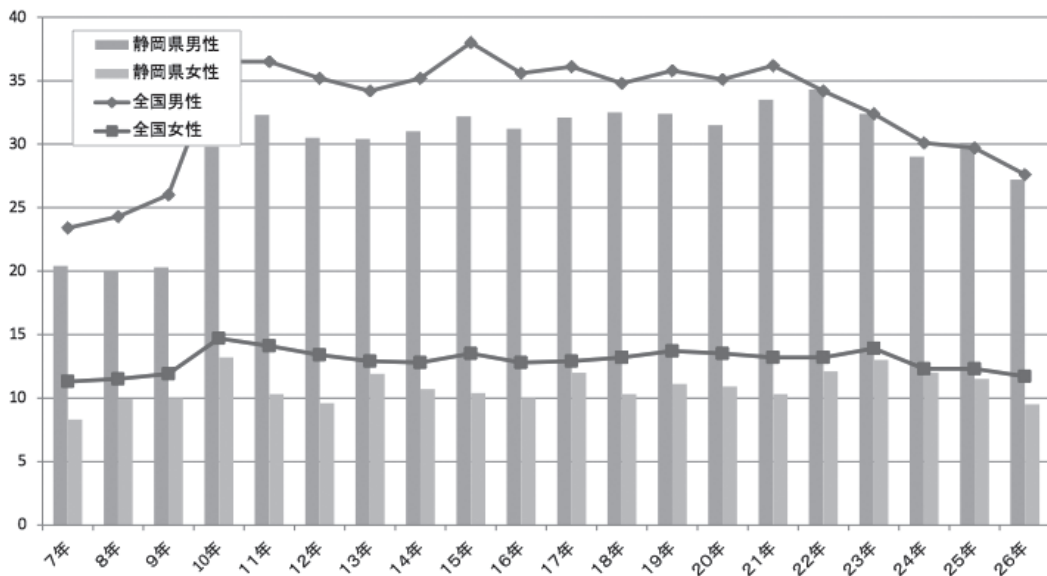
関・団体と連携して具体的に施策を推進するため」として平成25年3月に策定された「いのちを支える“ふじのくに”自殺総合対策行動計画」は、平成25年度から平成28年度までの4年間を計画機関として、「富国有徳の理想郷“ふじのくに”のグランドデザイン」と同様に「自殺による死亡率の都道府県順位を低い方から1位にする」ことを目標としている。しかし、表1を見ると、策定後の自殺死亡率都道府県順位は、平成21年を最上位として下降傾向にある。

表1 静岡県の自殺死亡率都道府県順位

	都道府県順位	自殺死亡率
平成21年	14	24.6
平成22年	22	25.4
平成23年	28	25.6
平成24年	21	22.3
平成25年	28	22.5
平成26年	23	20.4
平成27年	25	19.8

※本統計は、自殺の発生地における計上である。

(出典：内閣府「自殺の統計」より筆者作成)



(出典：静岡県精神保健福祉センター)

図3 静岡県自殺死亡率の推移・男女別

自殺総合対策行動計画では3つの基本認識として、自殺はその多くが追い込まれた末の死であること、自殺はその多くが防ぐことができる社会的な問題であること、自殺を考えている人は何らかのサインを発していることが多いこと、としている。

自殺に対する考え方を、総合的に自殺対策に取り組むこと、県民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組むこと、自殺の段階ごと対象ごとの対策を組み合わせること、関係者の連携による包括的な生きる支援を強化すること、自殺の実態に即した施策を展開すること、施策の検証・評価を行いながら中長期的視点に立って継続的に進めること、年齢階層の実態を踏まえた対策を推進することを基本的考え方としている。

また、平成18年度から富士市をモデル地区にして中高年男性をターゲットとした「富士モデル事業」を実施しており、今年度で10年目になる進行中の対策である。「地域自殺対策緊急強化基金」を活用して、平成21年度から市町・県健康福祉センターにおいて研修会、相談会、普及啓発、ゲートキーパー養成などの人材養成、庁内連絡会、地域のネットワークづくり、自死遺族支援等様々な取り組みが行われている。

平成21年4月には、自殺予防対策の推進を目的に、「静岡県自殺予防情報センター」が設立され、自殺予防対策に関する情報収集や情報提供等を行っている。

2. うつ自殺予防対策「富士モデル事業」

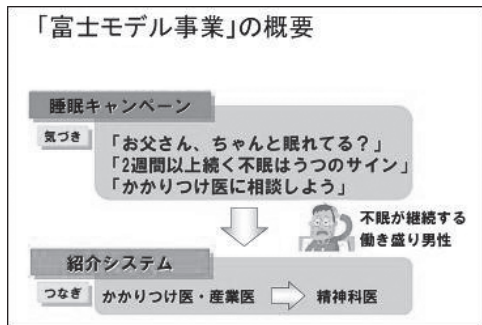
前述した「富士モデル事業」は、働き盛りの「中高年男性を対象」として行なわれたうつ・自殺予防対策の確立を目指すために静岡県富士市で実施されている自殺予防対策である。静岡県富士市は、製紙業が盛んで労働力人口の多い産業都市である。事業実施にあたっては、富士市、富士市医師会、富士市薬剤師会、富士労働基準監督署等の関連機関と

県が協働して、「働き盛りのメンタルヘルス日本一を目指して」をスローガンとして行われた。平成17年から自殺予防対策を開始し、平成18年に「富士モデル事業」をスタートさせた。

働き盛りの中高年男性は、仕事が多忙で追い詰められても弱音をはかず、家族や会社のために懸命に頑張ろうとし、自分の健康は二の次となりがちである上に、うつ病予防などの講演会を開催しても多数の参加が見込めなかった。それを踏まえ対策として、従来のうつ・自殺対策のような直接的な「うつ病」の啓発活動が中心であった対策を、「睡眠キャンペーン」として改め、「パパ、ちゃんと寝てる？」と言う娘からの問いかけをキャッチフレーズに、「2週間以上の不眠はうつのサインかも。かかりつけ医に相談を」として呼びかけ、一般医から精神科医患者へとつなぐ「紹介システム」を柱とした。中高年男性の「不眠」への対応は、うつ病に気づかず内科等を受診していることが多く、睡眠薬を処方されていた。そのため「紹介システム」は、一般外来や企業の診療所において、2週間以上継続する不眠を訴える中高年男性が来院した場合に、専用紹介状を用いて精神科に優先的に予約が入る仕組みを構築した。また、「薬剤師がゲートキーパー」となり、うつの可能性のある人に、医師とよく相談するよう声をかける取り組みを行い、「酒販組合の協力」をあおぎ、小売酒屋に啓発ポスターの掲示を、酒販店の配達用軽トラックにステッカーを貼るなどの啓発活動の実施に取り組んだ¹⁹⁾。また、睡眠キャンペーンの広い周知と地域への浸透を目的として、キャンペーンの広告を掲載した路線バスやテレビやラジオを媒体としたCM、インターネット、リーフレット、JR時刻表の表紙広告による周知活動をおこなった。その結果、平成20年におこなわれた富士市民を対象とした調査では、睡眠キャンペーンの周知の割合は22.7%と前年に比べて倍増している。

¹⁸⁾ 富国有徳の理想郷“ふじのくに”のグランドデザインと都道府県順位が相違しているのは、厚生労働省「人口動態統計」と警察庁「自殺統計」の計上の違い及び自殺者の居住地と発生値の違いによるものである。

¹⁹⁾ 内閣府自殺対策推進室『地域における自殺対策取組事例集』2012, pp.123-127



(出典：静岡県精神保健福祉センター)

図4 富士モデル事業の概要

紹介システムでは、睡眠障害を基準にして紹介フローチャートが作成され、富士市の一般医と精神科医の話し合いの中から煩雑な作業をさけることのできる専用紹介状が大きな武器となった。紹介システムによる紹介件数は、平成19年1月には3件であったのが徐々に増加し、平成20年には月平均が11件になり、現在では累計紹介件数は1000件を超えている。松本は、「紹介報告件数は、平成20年3月末までの1年強の間に、135件に上った。平成17年まで増加傾向にあった富士市内の自殺者数（警察統計）は、モデル事業を開始した平成18年以降40～50歳代男性を中心に減少傾向にある。富士市内の自殺者数の減少が本事業の成果かどうかは、今後の動向を見ながら時間をかけて検証していく必要がある²⁰⁾」、と述べている。

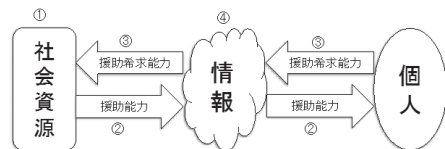
また、坂本らは、事業を実践して感じたこととして、「こころのバリア」は、一般の中年男性だけの問題ではなく、関係者にも影響を与えている点をあげている。うつや自殺を前面に出すのではなく、「不眠」をキーワードにすることで抵抗感がなくさまざまな機関にも

受け入れられやすかったと実感している²¹⁾。

静岡県富士市の中高年男性の自殺者数の増減の具体的な数値はでていないが、「富士市では、中高年を中心にして2006、2007年と自殺者数のかなりの低下がみられた（40代、50代については、2005年から2007年でほぼ半減した）²²⁾。」とした報告がでている。

V. 援助希求のゾーンモデルと富士モデルの検討

援助希求は、「社会資源」と「個人」、そしてそれをつなぐ「情報」と「個人」が情報にアクセスするための「援助希求能力」と「社会資源」が「個人」を支援するための「援助能力」という5つの要素が関わって機能するものであり、それを「援助希求モデル」として構築したものが図5である²³⁾。以下、それぞれの要素について説明を行う。



(出典：高城,熊田2015)

図5 自殺予防における援助希求モデル

① 〈社会資源〉

社会資源の有無や社会資源そのものの充実は、援助希求に至る大事な要素の1つである。行政や公的機関の相談窓口のように制度化されているサービスであるフォーマルな社会資源だけでは対応しきれない²⁴⁾ため、公の機関ではない、家族、友人、地域住民、ボランティアなどの、日常での人とのつながりの中で行われるインフォーマルな社会資源が必要にな

20) 松本 晃明「静岡県における自殺対策—富士モデル事業の実践」公衆衛生 72(11), 2008, pp.903-906

21) 坂本久子, 松本晃明「うつ・自殺対策としての睡眠キャンペーン—富士モデル事業」保健師ジャーナル 67(7), 2011, pp.594-598

22) 静岡県精神保健福祉センター, 富士市医師会「睡眠障害を足がかりに“うつ”を発見 中高年自殺予防に県・市一体の取組み—静岡県富士市

「富士モデル」事業」月刊保険診療 64(4), 2009, pp.62-65

23) 高城佳那, 熊田博喜「自殺予防対策における援助希求の構造と地域の諸特性～先進事例の分析を基に～」武蔵野大学人間科学研究所年報5, 2015, pp151-165

24) 末木新「自殺の危険の高いものは他者に助けを求めないか？」自殺予防と危機介入31(1), 2011, pp.84-90

る。単に、施設や相談窓口を設立し、近親者がそばにいることだけでは、援助希求に関与できる「社会資源」とはいえず、それらを充実させ機能する援助資源にすることが重要であるといえる。援助希求の拠り所となる「社会資源」は、フォーマル、インフォーマルに関わらず、援助希求できる自殺予防対策に寄与するものであるといえる。

② 〈援助能力〉

インフォーマル・ケアの社会資源であり最も援助希求される対象は近親者であることはすでに前述した。その近親者と援助希求者との間に日常的にコミュニケーションがあれば、近親者は援助希求者の小さな変化に「気づく」可能性があり、「潜在的な要因」が顕在化する前に対処できる可能性がある²⁵⁾。

援助者に必要な知識や能力は多岐に渡り、それらの能力を近親者が習得する事は容易ではないが、援助者との信頼関係の構築やフォーマルな専門機関に繋げるスキルは、ソーシャルワークスキルを応用し活用できる余地がある²⁶⁾と考えられる。

③ 〈援助希求能力〉

援助希求能力を向上させることができれば、インフォーマルな社会資源からフォーマルな社会資源に繋がり、自殺に至らないという可能性が示唆される。援助希求行動にいたらない要因には、「恥ずかしい」や「言えない」といった援助を希求する行動に対して抵抗する因子と、末木の指摘する自己の問題解決能力を過大評価しているために社会資源へアクセスしない因子があり、援助を希求することへの抵抗因子は、個人の能力によって大きく作用するといえる。

また岡は、コミュニティ特有の因子を抽出し、自殺の危険を緩和する「自殺予防因子」

の可能性を示唆している。その予防因子の1つとして、「援助希求への抵抗が小さい」ことを挙げており²⁷⁾、これは援助希求能力が高いことと差異がない。

④ 〈情報・知識〉

援助希求しない者の理由には、援助資源へのアクセス方法の知識不足を指摘されており²⁸⁾、社会資源に関する広報の徹底が重要であることを明らかにしている。援助希求しにくいと感じている者に対して、「情報」を提供し、援助希求への否定的なイメージを払拭する「知識」を得ることで、援助希求行動が高まる可能性が期待できる。

このように援助希求モデルを通して、中高年男性の「援助希求能力」の低さが自殺既遂をもたらす状況として浮き彫りになり、援助希求能力を向上させることで、自殺に至らない可能性が示唆される。

次に、援助希求モデルを通して富士モデル実施前後をみていくと図6として表せる。

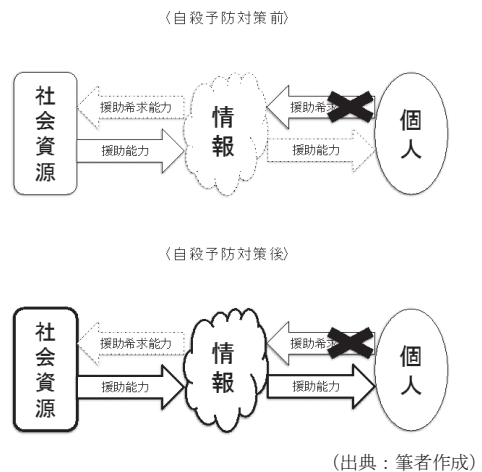


図6 富士モデル実施前後の援助希求モデルの比較

25) 「自殺に傾いた人を支えるために -相談担当者のための指針-」平成20年度厚生労働省科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)2009, p.13

26) 福島喜代子「自殺対応とソーシャルワークつなげる実践と専門性-」ソーシャルワーク研究38(3), 2012, pp.4-16

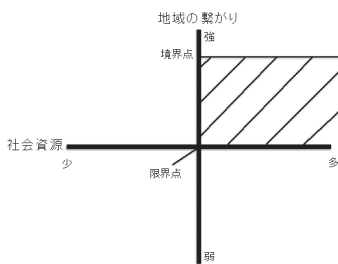
27) 岡壇「自殺希少地域における自殺予防因子の探索-徳島県海部町の住民意識調査から-」日社精医誌20, 2011, p.221

28) 末木新「自殺の危険の高いものは他者に助けを求めないか?」自殺予防と危機介入31(1), 2011, pp.84-90

富士市は、対策前からうつ病予防の講演会等の社会資源が充実していたが、援助能力の不足により、その情報が中高年男性にとどいていなかった。個人である中高年男性からの援助希求能力は前述したとおりである。対策後には、フォーマルな社会資源だけではなくインフォーマルな社会資源として娘からのアプローチが加わり社会資源がより充実した。いままで不眠で一般医を受診していた個人は、紹介システムにより援助能力が強化された。しかし、個人からの援助希求能力としては中高年男性自らの希求能力が向上したとはいえないが、身近な存在である娘というインフォーマルな社会資源からのアプローチにより、うつや自殺に対する嫌悪意識が減少していることが期待できる。

中高年男性への自殺予防としては、援助希求能力を高め「社会資源」に自らアプローチできるスキルを身につけることよりも、「社会資源」からのアウトリーチによって自殺予防を実施することがより迅速で適切な対策であったといえるであろう。

次に、援助希求能力の低い中高年男性を対象にした自殺予防対策を構築するにあたり、地域のネットワークの構成要素である「社会資源」と「地域の繋がり」を軸にした、「援助希求のゾーンモデル」で富士モデルを検討する。



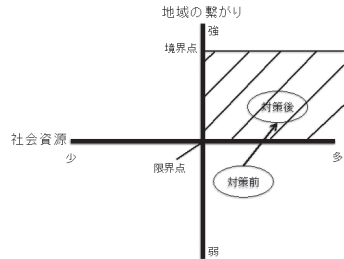
(出典：高城,熊田2015)

図7 援助希求のゾーンモデル

中高年男性がおかれている環境を「援助希求のゾーンモデル」の「援助希求可能ゾーン」の外側と仮定し、中高年男性が援助希求を行なわなくても援助される「援助希求可能ゾーン」に入れ込めていくため富士モデルはどの

ような変化があったかをみていく。

富士市の環境は自殺予防対策前には「援助希求可能ゾーン」の外側に位置しているが、自殺予防対策後は「援助希求可能ゾーン」に内側に位置し、地域の環境が変化したといえる。



(出典：筆者作成)

図8 富士モデル実施前後の比較

自殺予防対策の以前からフォーマルな社会資源は充実していたが、地域の繋がりをみていくと援助能力と援助希求能力が弱く、援助体制が整っていなかったために「援助希求可能ゾーン」の外側に属する地域であった。

対策後は、フォーマルな社会資源にインフォーマルな社会資源が加わり、より充実を図っている。地域の繋がりでは、様々な媒体を駆使した睡眠キャンペーンの周知活動により、自殺という避けられやすい事柄を身近なものとしてうながしている。そのためにモデル内での縦軸の位置が上昇し、「援助希求可能ゾーン」に移行したことがみてとれる。

VI. むすびに

富士モデルはメディアに広く取り上げられ先駆的な自殺予防対策として注目をあびてきた。対策は人々にうったえかけやすく受け入れられやすいキャッチーなコピーで不眠を切り口とした戦略で、うつに対する先入観や無知さを払拭したアプローチであるといえる。全国的にみても、この富士モデルは地域性を考慮した自殺予防対策といえるだろう。

近年強調される「エビデンスに基づく自殺学」は、社会における医療政策の決定は、科学的・客観的な根拠に基づいて行われるべきであるという主張からでていた概念である

が、富士モデルのような自殺予防対策が対策を策定する際だけではなく、対策後や対策過程においてもエビデンスに基づき批評をおこなうことにより、根拠に基づく状況の把握ができ今後の対策の進路が明確になる。うつと自殺の関連やそれに対応する自殺と自殺予防対策の関連についてもエビデンスに基づいて行われるべきであろう。

本稿では、静岡県の上昇から、全国の自殺者数が減少していく中で静岡県の死亡者数の増加が明らかになった。その中でも20歳代である若者の自殺者が増加しており早急に対策を講じるべき問題が明らかになった。この問題をさらに検討することを今後の研究課題としたい。

参考・引用文献

- 伊藤香苗・久永文恵・石原明子「自殺と性別、セクシャリティ」精神保健研究 49,2003,p.30-32
- 大原健士郎「なぜ死に急ぐ中高年（自殺者急増の背景を探る）」公明306, 1987,p.167
- 大原健士郎『「いきること」と「死ぬこと」人はなぜ自殺するのか』朝日新聞社, 1996, p.112
- 岡壇「自殺希少地域における自殺予防因子の探索-徳島県海部町の住民意識調査から-」日社精医誌20,2011,p.221
- 加藤正明『自殺』みすず書房, 1954, p.4
- 金子能宏・山下志穂・山崎暁子「働き盛り（中高年）の自殺の問題」こころの臨床23号1巻, 2004, p.71
- 窪田幸久,荒井毅ら「うつ自殺予防対策「富士モデル事業」8年間の報告」Depression journal 4(1),2016,pp.36-39
- 熊田 博喜「地域包括支援センターにおける「地域」: その理解の視点とアプローチ」武蔵野大学人間科学研究所年報 (4),2014, pp.27-44
- 熊田 博喜「「制度の狭間」を支援するシステムとコミュニティソーシャルワーカーの機能: 西東京市における実践の分析を通して」ソーシャルワーク研究 41(1), 2015,pp.58-67

- 厚生労働省「自殺に傾いた人を支えるために-相談担当者のための指針-」平成20年度厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）2009,p.13
- 齋藤高雅「中高年のこころの危機」大分看護科学研究2 (2) 2001,p.46
- 坂本 久子「合言葉は「眠れてる?」-働き盛りのメンタルヘルス日本一を目指して-うつ自殺予防対策「富士モデル」事業による静岡県の取り組み」月刊地域保健 40(10),2009,pp.32-39
- 坂本久子,松本晃明「うつ・自殺対策としての睡眠キャンペーン-富士モデル事業」保健師ジャーナル67(7),2011,pp.594-598
- 静岡県精神保健福祉センター,富士市医師会「睡眠障害を足がかりに“うつ”を発見 中高年自殺予防に県・市一体の取り組み-静岡県富士市「富士モデル」事業」月刊保険診療 64(4), 2009, pp.62-65
- 下園壮太「中高年の自殺」臨床心理学第6巻 第3号, 2006, p.336-337
- 末木新「自殺の危険の高いものは他者に助けを求めないか?」自殺予防と危機介入 31(1),2011,pp.84-90
- 高城佳那,熊田博喜「自殺予防対策における援助希求の構造と地域の諸特性~先進事例の分析を基に~」武蔵野大学人間科学研究所年報5,2015,pp151-165
- 高橋祥友「働き盛りの自殺を予防するには」労働の科学55巻3号, 2000, p.18
- 高橋祥友「自殺問題 特に中高年の自殺に焦点をあてて」月刊保団連 No. 898, 2006, p.40
- 高原正興「自殺から見える中高年男性の生きにくさ」現代の社会病理No. 25, 2010, p.20
- 内閣府「自殺の統計」平成18-27年
- 内閣府自殺対策推進室『地域における自殺対策取組事例集』2012, pp.123-127
- 府川哲夫「診療行為の地域差分析」健康保険 50(7),1996, pp.80-87
- 福島喜代子「自殺対応とソーシャルワークつなげる実践と専門性-」ソーシャルワーク研究38(3),2012,pp.4-16
- 松本俊彦「地域保健従事者のための精神保健の基礎知識: 自殺問題から明らかになる

精神科医療・精神医学の課題」公衆衛生74

(4), 2010, pp.325-329

松本俊彦「地域保健従事者のための精神保健の基礎知識: 自殺問題から明らかになる地域保健の課題1.」公衆衛生74 (5), 2010, pp.419-422

松本俊彦ら 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」分担研究報告書 自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究 (2) 性差からみた検討. pp.29-35

松本 晃明「静岡県における自殺対策—富士モデル事業の実践」公衆衛生 72(11), 2008, pp.903-906

本橋豊編著『自殺対策ハンドブックQ&A』ぎょうせい, 2007, p.29

大原健士郎「なぜ死に急ぐ中高年 (自殺者急増の背景を探る)」公明306, 1987,p.167

