

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

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2017-03-30 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 高城, 佳那, 熊田, 博喜 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/414

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～

Structure of Help-seeking and Community Characteristics in The Suicide Prevention Measure

～ Based on an Analysis of The Advanced Example ～

高城佳那*
TAKAGI, Kana

熊田博喜†
KUMADA, Hiroki

1 はじめに

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つである。日本の自殺者数は、1998年に急増し、初めて3万人を超えた。これは前年の35%増という急激な増加であった。その背景には、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の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おり、自殺大国と呼ばれ、社会的関心事となってからかなり長い年月が経っている。近年、自殺者数は減少傾向にあるが、他国と比較するとその自殺率の高さはトップクラスである。また、「自殺未遂者は自殺既遂者の10倍存在する」¹といわれている。自殺既遂者と強い絆のあった人で深い心の傷を負う人は、自殺1件あたりに最低でも6人はいると推定されており、自殺とは、自殺者だけの問題にとどまらず、広く社会を巻き込んだ極めて深刻な問題である。

1950年代から欧米で行われている自殺に関する心理学的剖検調査では、その重要な成果として、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、という事実が見出された。日本でも、同様の調査結果が示されている²。その中で、女性は自傷行為や死亡1ヶ月間に死に関する発言が有意に多く、援助を求めているのに対し、男性では、死亡1年前からみても援助を求めている者が有意に多く認められ、死亡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³。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、3分の2以上の自殺者が援助を希求せずに既遂にいたっていると推測することができ、自殺企図者にとって援助を求める能力が重要であることに気づかされる。よって、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ける環境形成を行う必要があると考える。

本稿は、「援助希求」という概念から自殺予防対策に必要な地域のあり方についての分

*静岡産業大学経営学部講師 †人間科学研究所研究員／人間科学部社会福祉学科教授

析を試みるものである。援助を求めない、あるいは求められない特性を先行研究のレビューを通して、助けを求める行為（援助希求）を自殺予防対策前後の変化を用いてモデル化し、地方自治体で行われている先進的な自殺予防対策に関して、同モデルを用いて比較検討する。そこから取り上げた事例の共通性と相違点を明らかにして「援助希求のゾーンモデル」を構築し、援助希求能力の低い者に対応した自殺予防に必要な対策の検討を試みるものである。

2 援助希求モデルの重要性とその構造

1) 自殺の定義とその動向

自殺とは、一般的に「自ら死ぬ事を念頭に行われた行為」のことを「自殺企図」といい、死に至ったものを「自殺」あるいは「自殺既遂」という。また、命を取り留めたものを「自殺未遂」という。とはいえ一概に、自殺とは何か、を定義することは難しい。それは、自殺の意図が曖昧な自傷行為や自殺の意図のない自傷行為も、自殺を企図しており、既遂に至る危険性が高いことが知られており、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なく、自傷や自殺未遂も自殺と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からである。また、広い分野における学際的な研究が必要であり、検討すべき課題であろう。

1998年以降、年間の自殺者数が3万人を超える状態が14年間続いた。自殺者に関する数値データがとられて以来、自殺者数に関して過去最高となる2003年に3万4,427人まで達した後、2010年以降に減少し、2012年には15年ぶりに3万人を下回っており、近年では、自殺者数の減少傾向がみえる。2012年の自殺者数は2万7,858人と、前年と比べて2,793人減少、約9.1%の減少率を記録した⁴。1998年の急上昇の主な要因となった中高年男性の自殺死亡率は自殺者数が減少傾向に移行してからも依然として高いが、傾向としては低下傾向にある一方で、男性・女性とも若い世代の自殺死亡率が上昇傾向にあることが特徴である。

先に述べた1998年に急増した自殺者は、その40%以上が働き盛りの40、50歳代で占めていた。マスメディアは、この原因を長期にわたる不況と結び付けて報道していたが、はたしてそれだけがこの世代の自殺急増の原因だといえるものなのだろうか。リストラや負債が当事者にとって深刻な問題であることは確かだが、実際には同じ状況下でも自殺する人と自殺しない人がいる。高橋は、1人の人間が自殺という最終的な手段を選ばざるを得ない状況というのは、何か1つの原因で説明がつくほど単純ではなく、その人を取り巻く環境はもちろん本人のもつ個性、性格や考え方の傾向、家族や友人との関係、付き合い方など、さまざまな要因が複合的に作り出す、きわめて複雑な状況なのである、と述べている⁵。

警視庁の自殺統計(自殺統計原票を集計した結果)によると、2013年の自殺者数は27,283人(男性18,787、女性8,496)であった。自殺者の特色として同居人を有している者が多いが、男性では離婚後に自殺をする人が多い。職業別でいうと、被雇用者の約2倍の値で無職者が多く、最近の傾向として年金・雇用保険等生活者の自殺数の増加がみられる。

2) 援助希求の重要性

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指摘した上で、以下のように述べている。「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とといったことが、うつ病にはしばしば現れるが、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、精神科を受診し、専門家の助言を求めてほしい⁶」という。援助を求めないあるいは求めることができない人たちの実態について検討及び把握する必要があるといえるが、そもそも援助を希求するという行動はどのようなものであるのかを、先行研究をもとに検討を進めていく。

3) 先行研究からみる援助希求

(1) 自殺念慮・自殺関連行動と援助要請の関連

何らかの問題を抱えた人が他者に援助を求めることは援助要請（help-seeking）という概念として社会心理学の領域で援助行動研究の一環として始まり、1980年代にはメンタルヘルスの領域を中心に研究されてきた。

末木は、自殺に関する援助要請行動のレビューを行い、その実態を捉えている。援助要請をしなかった理由には、「独力で対処できる」と言う回答が多数見られ、特に男性は「必要を感じなかった」という理由が多く、こうした自己の問題解決能力の過大評価は、自尊心の問題と密接に関連していると考えられる。また、援助資源へのアクセス方法の知識が無く、必要なときに援助を受けられないという理由を挙げる傾向があった。援助要請をする者の特徴として、自殺の危険の高い人が援助要請をする相手は「友人や家族といった非専門家」が最も多いということが示唆されている。心理学的剖検調査によると、専門家に援助要請した者の理由として、81.0%が周囲のものが必要だと判断したからであり、自発的に援助要請したものは10.7%にとどまっている。こうした点から、専門家の受診に際して友人・家族等の非専門家が果たす役割は大きいと考えられる。また、援助要請を行うためには、コミュニケーション能力が必要となるため、コミュニケーション能力向上のための教育も重要となってくる⁷。

これらを考慮すると、自殺予防の対策を社会・コミュニティ全体の取り組みとして位置づけることは妥当なことである。また、援助資源へのアクセス方法に関する知識のなさが、資源に至らない理由であったことから、援助資源に関する広報を徹底させることも重要であると考えられる。そして、その際には、援助資源の中でもサポート資源の充実と、アクセスするための心理的コストを低減するよう努めることが重要である。

(2) 自殺対応とソーシャルワーク

自殺企図者は、複雑な問題を抱えていることが多い。ほとんどの人は、社会的な側面の問題を抱え、かつ、身体的側面と心理的な側面の問題を抱えている。

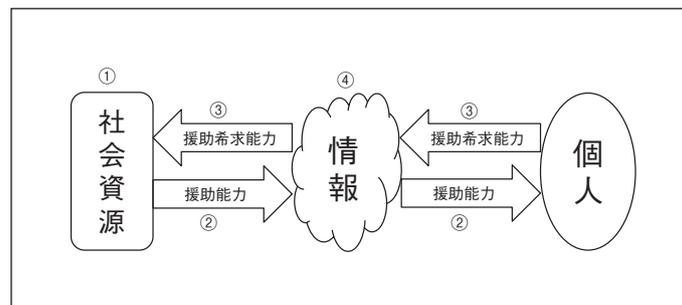
ソーシャルワークの観点からみると、自殺が総合的な問題であるということと、ソーシャルワーカーが実践で「人々がその環境と相互に影響しあう接点に介入する」ことは大きく関連している。自殺企図者への対応は、個人の支援のみならず家族レベル、組織レベル、

地域レベルなど様々なレベルで、葛藤やトラブルを抱えることが多いため、環境との接点への介入が必要となる。自殺企図者は、新たな機関や人とつながる必要があるため、ソーシャルワーカーが、つなげる支援を行う必要がある。ここでいう「つなげる」実践は、制度的サービスのメニューを紹介する、あるいは相談機関の連絡先をするというような単純な行為のみではなく、環境との接点に介入を行い、その結果、本人と環境の双方が変化し、かつ、本人と環境との関係性が良い方向へ変化するが結果まで伴うものである。ソーシャルワーカーは、自殺企図者を支援するために、信頼関係を築き、本人のおかれている状況を把握し、自殺の危険性を把握して、他機関につなげていく。自殺企図者のためのソーシャルワーカーが持つつなげるためのスキルは、自殺企図者を支援する他者にとって必要となるものである。ソーシャルワーカーが自殺企図者と接して、他の専門機関につなげようとする時につなげる代表的な機関として、①精神科医療機関、②専門相談機関、③インフォーマルな社会資源が考えられる、と福島は述べている⁸。

4) 援助希求の構造と諸要素

以上、2つの先行研究を検討してきたが、「援助希求」はどのような要素で構成されているといえるであろうか。先行研究を踏まえると、援助希求を行うためには、「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ことが明らかになった。それを「援助希求モデル」として構築したものが図1である。

〈図1 援助希求モデル〉



出典：筆者作成

① 〈社会資源〉

はじめに、援助希求モデルの概念として考えられるのは、「社会資源」である。社会資源の有無や社会資源そのものの充実、援助希求に至る大事な要素の1つであるといえる。

しかし、行政や公的機関の相談窓口のような、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ことは、末木の研究で明らかである。そこで必要となってくるのは、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である。インフォーマルな社会資源の中でも特に重要となるのは、援助希求者から近い家族や友人であるが、その近親者が「社会資源」となり得るためには、自殺の危険因子とされる抑うつ病などの正

しい知識を得るための教育が必要である⁹。

社会資源の活用により、その「生きづらさ」を減らしたり、解消したりすることができるが¹⁰、単に、施設や相談窓口を設立したり、近親者がそばにいることだけでは、援助希求に参与できる「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¹¹。そのためには、近親者の変化に「気づく」能力が必要となってくる。これらを円滑につなげるためには、末木の研究であったように援助者のコミュニケーション能力の向上が不可欠である。

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、それらの包括的能力を持ち合わせているのが、福島の研究にあったソーシャルワーカーである。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ている。

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、援助希求とは、何か問題を抱えた時に周囲に助けを求めるという意思あるいは行動を指し、自殺対策の鍵であると考え¹²、自殺希少地域である住民を対象とした質問紙調査を実施した。その結果として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」ことを挙げている¹³。援助希求への抵抗が小さいことは、援助希求能力が高いと言い換えることができる。

④ 〈情報・知識〉

末木は、援助希求しなかった者の理由として、援助資源へのアクセス方法の知識不足を指摘しており、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。

3 援助希求をめぐる自殺予防対策の実際 ～先進自治体をケースに～

それでは次に、「援助希求モデル」をもとに、先進研究である2地域のケースを分析していくことにしたい。

2006年に「自殺対策基本法」が制定され、翌年、その具体的指針が「自殺総合対策大綱」に取りまとめられた。自殺総合対策大綱においては、自殺死亡率を2016年までに2005年と比べて20%以上減少させることを数値目標としており、各自治体において自殺予防対策が講じられている。

1) 地域における自殺予防対策

自殺対策基本法が成立し、日本でも総合的な対策が行われるようになってきた。実際に地方自治体ではどのような自殺予防対策が実施されてきたのだろうか。これまでに行われてきた自殺予防対策の先駆けであるとされる秋田県藤里町と、地方と比べて自殺率が低いという事由から、対策が立ち遅れてきた都市部において、「自殺対策の都市型モデル」という先駆的な取り組みがモデル化されている東京都足立区の事例をとりあげて検討をすすめていく。

(1) 自殺予防対策の先駆け「秋田モデル」

a. 地域と自殺予防対策の概要・特徴

秋田県藤里町は、2014年3月時点の人口は3,694人で、そのうちの41%以上が65歳以上の高齢者である。

秋田県の自殺対策は「秋田モデル」と呼ばれ、最大の特徴は、「民」「学」「官」の連携にあり、秋田大学の学問的研究とアドバイス、県や市町村の啓発、医師会や民間団体の連携が有効に機能した。10年の歳月をかけて作り上げた「秋田モデル」は、自殺対策基本法の基本理念に最もそった連携モデルと言われている¹⁴。

b. 対策前の経緯と対策後の自殺者数の推移

秋田県では、行政が取り組む自殺対策として、全国でも早い時期に取り組まれた。その理由として、秋田県の自殺率が全国で1番高かったという危機感があったと同時に、行政のトップだった知事が自殺問題を優先的に取り組むべき課題として決意表明したことが大きかったといわれている¹⁵。県レベルで正式に自殺予防事業を行うというのは日本で初めてのことであった。

秋田県の自殺対策は、当初は啓発活動と市町村での地域づくり型のヘルスプロモーション活動などを中心に実施された。うつ病や心の健康づくりという視点から住民に対して啓発活動を行い、同時に市町村の保健師などが中心になって心の悩みを抱えている人への支援を行うという活動を展開した。はじめは、行政や大学が中心になって心の健康づくりの観点から始められた秋田県の自殺対策であったが、住民や民間の中から自主的に自殺対策活動に取り組もうとする動きが芽生え始めた。

事例として取り上げる藤里町は、地域の市民活動は自発的に立ち上げたものであり、対

策活動前は、全国1位の秋田県の自殺率の中で、その2倍の自殺率であった藤里町の自殺者が、2004年には0人、2005年には1人になったことで、特色のある住民参加型の自殺予防対策として極めて効果的であったと言われている¹⁶。

秋田県の自殺者数の推移をみると、ピークであった2003年の519人以降、2006年からは減少傾向が続いている。2012年の自殺者数は293人であり、ピーク時から43.6%減少した。秋田県の自殺者数が300人を割ったのは32年ぶりのことであった¹⁷。このことから、秋田県の自殺予防対策は「秋田モデル」として全国の先駆けとして大きく取り上げられるようになった。

c. 自殺予防対策

では、藤里町に着目して検討を進めていくことにしたい。藤里町で誕生した①「心といのちを考える会」は、福祉的な視点で地域住民の心の絆を強めていこうとするものである。活動として、定例会で心の健康やうつ病に関する知識を向上させること、自殺予防に関するシンポジウムを開催することから始まった。例えば、専門家を招いてうつ病の人にどのように接したら良いのか、心の悩みを抱えている人はどのような心理的状态にあるのかを実際に相談所の立場で演じてみるというロールプレイ法で理解する機会を提供している。

また、②コーヒーサロン「よってたもれ」は、住民のボランティアが週1回コーヒーサロンを開設し、誰もが気軽に立ち寄れる語り合いの場を提供するという活動である。そこで語られるのは必ずしも深刻な心の悩みではなく、人々が顔を合わせて語り合うことで、住民同士の関係性が深められていくことを意図したものである。

次に、2006年には悩みを抱える町民に対する、③新たな専門相談所を開設した。従前では保健師が担当する健康相談の窓口で心の悩みに関する相談業務を行っていたが、うつ病や健康上の悩みに対応することはできても、借金を抱えた人の相談や生活が苦しいといった福祉問題に対する助言ができなかった。複雑な社会的背景が絡む自殺予防の相談業務に十分な対応できていなかったため、医療・保険の相談窓口だけでなく、福祉の相談窓口と法律の相談窓口を新たに設けて、無料の専門相談所としている。

以上のような自殺予防対策を踏まえ、秋田県藤里町の実践を援助希求モデルで整理すると以下ようになる。

d. 対策前後の変化と援助希求モデルでの比較

対策が始める前の1999年12月に、秋田大学の研究グループは、秋田県の市町村別自殺率と社会的・経済的要因との関連性についての研究を公表した。この研究では1990年から1996年までの秋田県の市町村別の年齢調整自殺率を求めて、都市部と比較して農村部で自殺率が多く、また秋田県内にも地域の格差があることを明確に示している。そのうえで、農村部で自殺率が多いのは、多世代同居といった家族形態と医療資源の少なさが関連している可能性を指摘している¹⁸。この研究から、[I]第1次産業が盛んな藤里町においても「社会資源」が少ないことが示唆される。

また、[II]多世代同居である家族形態が援助希求できない状況を作り出し、「援助希求能力」の低下に繋がっていたことが推測できる。

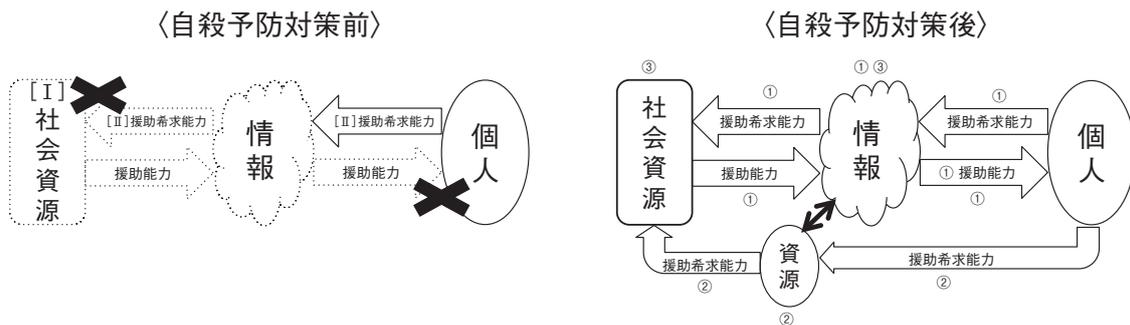
このような状況の中で、対策後はどのように変化していったかをみていく。まず1つめ

として、①「心といのちを考える会」での定例会やシンポジウムの開催は、社会資源の「情報」と「知識」の提供力が向上し「援助能力」が高まり、この会に参加することで地域住民が集まる機会が増え、自殺について語れるようになり「自殺希求能力」の向上にも寄与していると考えられることができる。

次に、②コーヒーサロン「よってたもれ」の活動は、地域の絆あるいは地域における互助と信頼が強化する役割を果たしている。これは地域のソーシャル・キャピタルが強化されることである、と言い換えることができる。地域の福祉的活動は自殺対策に効果をあらわす好のメカニズムであると言われており¹⁹、援助希求モデルでいうとフォーマルな「社会資源」に繋がる前のインフォーマルな地域の場所である新たな「資源」と考える事ができる。また、コーヒーサロンで、住民同士の関係性が深められることにより、それが自殺の原因となる孤独感の解消に繋がり、「援助希求能力」の向上となり得る。

③の新たな専門相談所の開設は、「社会資源」の充実に該当する。そして今までなかった福祉と法律という新たな資源を充実させることにより、これまで知り得なかった「情報」と「知識」の提供に繋がる。

〈図2 秋田県藤里町の自殺予防対策前後の比較〉



藤里町の自殺予防対策後では、図2のように、援助希求モデルの中で援助希求者である個人と社会資源が繋がったことにより、援助希求しやすい関係性が構築できたため、自殺予防に寄与する可能性が高まったと言える。

(2) 東京都足立区における「生きる支援」自殺予防対策

a. 地域と自殺予防対策の概要・特徴

東京都足立区は、総人口673,852人（2014年12月1日現在）の東京23区の最北端に位置する自治体である。高齢化率は22.9%（2015年1月現在）と23区で3番目に高い。

足立区は全国の中でも先駆けて自殺対策の専門部署を設置し、地域の資源をつなぎ、連携して支援する都市型自殺対策モデルの構築を目指して自殺予防に取り組んでいる。

b. 対策前の経緯と対策後の自殺者数の推移

足立区では、2006年と2008年には自殺者数が23区内で最も多くなり、また対策前の10年間の自殺者数は1616人でこれは区内の町会が1つ消滅したのに匹敵する数であるなど、総合的な対策の必要性に迫られた。

2008年10月より自殺総合対策として「心といのちの相談支援事業」を開始した²⁰。行政や民間の複数の相談窓口が連携し、こうした要因の連鎖を断ち切れれば、自殺を防ぐことが出来るのではないかという発想である。つまり、自殺に至る問題を上流までさかのぼり、それぞれの要因を総合的に解決していく。そのためには、様々な部署・機関の連携が不可欠となる。

区及び関係機関の職員は、各窓口で相談者の複数の悩みに気づいたら、問題に応じた相談窓口と連携することによって支援し解決を図っている。例えば「4つの問題」があると、その問題に対応した「4つの窓口」が別個にあるが、それぞれが連携していない。それを、当事者がいずれかの窓口にとどりつけば、他の支援にもつながる仕組みを構築し、心の悩みや多重債務、子育てなど、自殺対策にかかわるさまざまな窓口で、相談に訪れた市民をもっともふさわしい窓口につなげられる体制を整えようと試みた。

取組み後の自殺者数の推移として、2011年足立区の自殺者数は、前年より40名減少し、割合では21.9%の減少であった。全国の3.7%減少という状況と比較しても、足立区の自殺予防対策は効果があったと言ってよいだろう。

c. 自殺予防対策

具体的な事業内容として、①気づきのための人材育成、②当事者に対する支援、③区民への啓発・周知、④関連団体とのネットワークの強化の4本柱で取り組んだ。

まず、①気づきのための人材育成として、足立区では「気づく」「つなぐ」などのスキルに応じ初級・中級・上級と段階的に学ぶことができる「ゲートキーパー研修」を実施している。研修を受講した区職員や区民・関係機関等の職員は、2014年3月末現在で延4000人の職員、1370人の区民・関係機関が受講し、この研修で各課の自殺対策に対する理解も深まり、区長のリーダーシップで自殺対策専門の課がつけられるに至った。

次に、②当事者に対する支援として、ハローワーク、福祉事務所、保健所、弁護士会が連携して支援を行う総合相談会を実施している。必要に応じて精神科医療機関などに繋げている。これを、援助希求モデルに当てはめると、社会資源の充実及び社会資源からの援助能力を高めるための事業であると言える。

また、③足立区民の啓発・周知では、自殺に対する偏見を一掃し、対策への協力を求めるため、区役所や図書館でのパネル展示、バスでのポスター掲示、メッセージカードの配布などを行っている。区広報誌では、年に2回特集号を組んでいる。これらの啓発・周知事業は、援助希求者への情報の提供、また偏見を除くことによって援助希求しやすい環境を構築し、援助希求行動しやすくなるという援助希求能力に繋がる活動である。

そして、④関連団体とのネットワークの強化としては、「足立区とこころと命の相談支援ネットワーク連絡会」を設置し、区役所だけでなく、警察、消防、病院、ハローワーク、鉄道など30以上の関連団体・企業が自殺対策についての情報交換などを行っている。また、メッセージカードの配布など具体的な活動にも参加している²¹。

d. 対策前後の変化と援助希求モデルでの比較

では、自殺者数が減少する以前の足立区は、何が不足していたのだろうか。援助希求モデルを基に検討していくこととする。

足立区では、[Ⅱ] 都市部の特徴である地縁・血縁が弱く孤立しがちな人間関係が構築されていた。このような都市部で地縁・血縁関係の弱い場合、最も援助を求める相手である家族がなく、または、家族関係が希薄で、[Ⅲ] 援助を必要としていると気づいてくれるものもない。また、[Ⅳ] 孤立していることで「情報」や「知識」の入手を得にくく、[Ⅴ] 「援助希求能力」を育む教育をすることも難しかった。しかし、都市部の利点として、[Ⅰ] 法律や福祉、消費者関連などの相談窓口や医療機関等のフォーマルな「社会資源」が豊富であったことがあげられる。

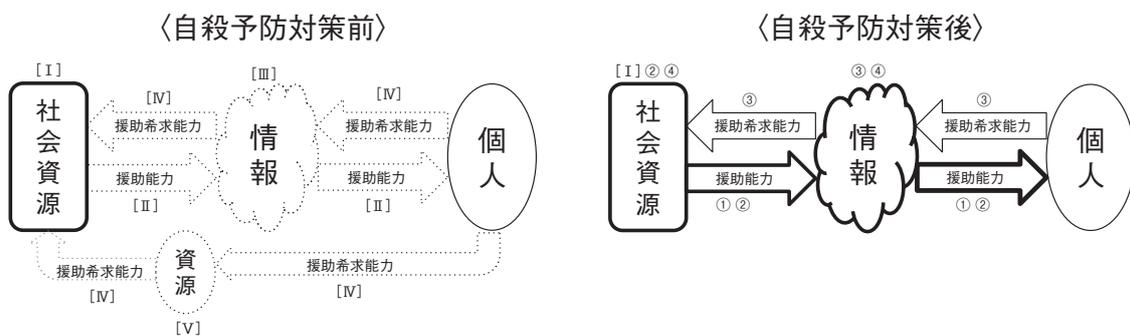
このような状況の中で、対策後はどのように変化していったのであろうか。フォーマルな「社会資源」の職員らに①「ゲートキーパー研修」を実施した人材育成は、もともとの豊かであった資源を活かす取り組みであり、援助希求モデルで言うフォーマルな社会資源からの「援助能力」の向上につながる。

次に、②当事者に対する支援として行われたフォーマルな「社会資源」が連携して支援を行った総合相談会を実施している。必要に応じて精神科医療機関などに繋げている。これを、援助希求モデルに当てはめると、「社会資源」の充実及び社会資源からの「援助能力」を図るための事業であると言える。

それをつなぐ役割として③啓発・周知事業は、援助希求者への「情報」の提供、また偏見を除くことによって援助希求しやすい環境を構築し、援助希求行動しやすくなるという「援助希求能力」に繋がる活動でもある。

最期に、④ネットワークの強化は、都市型自殺対策モデルの特徴と言えるが、これは援助希求モデルの中の「情報」及びフォーマルな「社会資源」をネットワークの形成によって強化する取り組みと言えるだろう。

〈図3 東京都足立区の自殺予防対策前後の比較〉



〈自殺予防対策前〉では、フォーマルな「社会資源」が充実しているにも関わらず、援助希求者につなげるための「情報」と「援助能力」が不足しているために、豊かな「社会資源」を援助希求を高める要因として活用できていないことが見てとれる。

しかし、〈自殺予防対策後〉では、「社会資源」と援助希求者を、「情報」と「援助能力」の充実に取り組んだことにより繋げることができている。

ただし、自殺予防対策では対応が難しいものがある。それは、都市部における家族構成や地域住民との関わりを強化させるインフォーマルな「社会資源」の構築である。その補填として、足立区のモデルでは、フォーマルな「社会資源」からのアウトリーチを強化さ

せることで補っていると言える。

4 「社会資源」と「地域」からみる自殺予防対策 ～援助希求のゾーンモデルから～

1) 援助希求の阻害要因と援助希求が行なえる「環境」づくりの重要性

次に、2つの事例を通して、援助希求できなくなる原因であると考えられる「援助希求の阻害要因」が何であるかを検証していく。

藤里町は、小さな町のため地域住民のつながりが強固で、町民みんなが顔見知りであるといった地域性がある。また、自殺や精神疾患などに関することを口に出せない環境があった。岡は、地域住民のつながりが緩やかであれば援助希求しやすく、地縁血縁が濃く地域住民のつながりが強いほど援助希求しにくいことを指摘している²²。藤里町は、後者にあたり、援助希求をしにくい地域性であることが示唆できる。また、社会資源として専門機関が充実しておらず、行政や医療機関に頼ることも難しかった。

一方、足立区は、地域住民のつながりや血縁地縁が希薄で、充実した専門機関等の社会資源があるが、それをつなげる地域性がないために情報が少なく援助をどこに求めれば良いのか分からないために、援助希求ができない環境にあった。

これらを踏まえると、「援助希求の阻害要因」となっているものは、藤里町では、「地域住民の強いつながり」があるために「自殺のことを口に出せない」、まして「助けてなどと言えない」、という地域性に加えて「社会資源が少ない」ことがあげられる。また、足立区の「援助希求の阻害要因」となっているものは、「社会資源が豊富」にあっても、地域住民や家族との関係が希薄で、社会資源と個人が繋がらない、助けてと言いたくても「どこに、だれに言えばいいか分からない」といった環境が「援助希求の阻害要因」になっていたと考えられる。

では次に、その「援助希求の阻害要因」を「取り除く」ために、どのような対策を講じて、援助希求できる環境を構築していったのか見ていこう。藤里町では、「社会資源が少なく」、「自殺について語れない」ことが阻害要因であったため、「自殺について語れる」場所である中間的な社会資源をつくることによって、阻害要因の除去をおこなった。実際には、毎週運営されているコーヒーサロン「よってたもれ」や男性の参加の増加をねらって町内各地区で「赤ちょうちん よってたもれ」をボランティアで行い、インフォーマルな社会資源の充実に取り組んでいる。このような「自殺について語れる」場所ができたことにより、それが地域住民の強いつながりのクッションのような役割をはたす中間社会資源となり、弱音を言いたくない強いつながった関係から、「自分のことを話せる」という「ほどよい」つながりの関係をもてるようになり、「援助希求の阻害要因」を取り除くことができたのではないかといえる。

足立区の人口は、藤里町とくらべると180倍以上で、また、地域住民の関係も希薄化しているため、藤里町のような地域住民のボランティアによる個人へアプローチできる環境を構築することは難しいと考えられる。そのため足立区では充実したフォーマルな社会資源を活かし、その社会資源の要素である全職員がゲートキーパーになることにより、個人の「誰にどこに相談していいか分からない」という阻害因子を、様々な場所にたくさんの

センサーとして「気づける」環境をつくることで、援助希求できない個人に対して、行政である社会資源からアプローチができるようにしたのである。また、気づいた問題を、様々な機関を社会資源として連携していく体制をつくることにより、その後に「つながる」環境を構築させることにより、「援助希求の阻害要因」を取り除く対策を講じている。

このように、2事例を検討することにより、以下の2点のことが明らかになった。

まず1点目として、「つながり」を持つためのネットワークを立ち上げるという事が「援助希求の阻害要因」を取り除くための重要な要素であるということである。地域においてそのネットワークは、「社会資源」と「地域の繋がり」の強弱のバランスで構成されていると考えられる。

また2点目として、そのネットワークが立ち上がるまでの過程として、2つに分けて考えられることが事例からみえてきた。1つは、住民が主体となり、地域住民のゆるやかなつながりから問題に気づき社会資源へとボトムアップのアプローチをおこなうネットワークづくりであり、これを実行しているのが「藤里町モデル」である。もう1つのネットワークは、行政が主体となり、行政から地域住民へアプローチをおこなうトップダウンのネットワークであり、これは、「足立区モデル」であるといえよう。このような住民主導のボトムアップと行政主導のトップダウンの両方向からのネットワークを通して、その地域で自殺予防対策の中心となるのが誰であるのか、そしてどのように連携を深めていくかが規定されていくのである。

つまり、自殺予防対策の構築は、「地域性」とその地域の「社会資源」の状況によって異なるため、「援助希求」できる環境をつくるためには、自殺予防対策を行う地域の特性を鑑みて、「援助希求の阻害要因」がなにであるのかを検討し、その除去に取り組んでいかなければならないということになる。

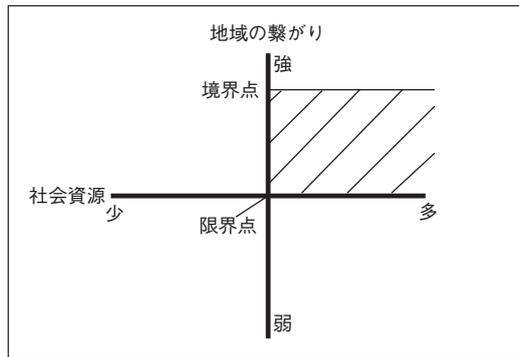
〈表1 2事例モデルの比較〉

	藤里町モデル	足立区モデル
地域性	三世帯同居・住民の繋がりが強固	血縁・地縁の希薄化
援助希求の阻害要因	助けてと言えない	どこに言っているのかわからない
フォーマルな社会資源	不足	充実
阻害要因の除去モデル	住民主導のボトムアップ	行政主導のトップダウン

2) 「援助希求のゾーンモデル」と事例を通じた検討

以上の成果をもとに、「助けてくれ」といえる地域の状況を社会資源の多寡と地域のつながりの強度に着目しモデル化したものが「援助希求のゾーンモデル」である。

〈図4 援助希求のゾーンモデル〉



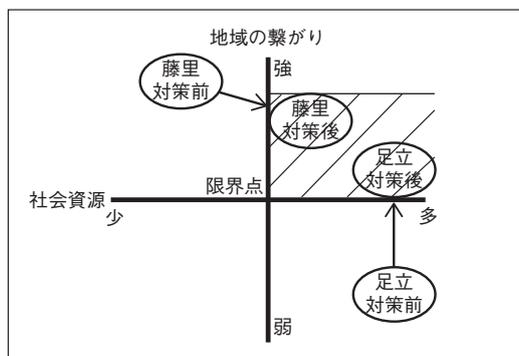
出典：筆者作成

上記の図4は、横軸が「社会資源」の多寡を表しており、左側は社会資源が少なく、右にいくにつれて社会資源が豊富になっていくことを表している。縦軸は、「地域の繋がり」を表しており、上にいくにつれて繋がりが強固になることを表している。また、両軸の交差点を限界点として、援助希求するのに必要な「社会資源」の限界地点と、援助希求に必要な地域の繋がりの強さの限界、ある程度の地域の繋がりの強さの必要性を示している。双方とも、この限界点よりも低い値になると援助希求できない環境が構築されると考えられる。また、縦軸である「地域の繋がり」には、既述した強すぎる繋がりが援助希求の阻害要因となることから、援助希求できる強さの境界があると考えられるため境界線を設けている。境界点よりも強い「地域の繋がり」は援助希求を阻害するため、線で示している「援助希求可能ゾーン」に移行するためには、例えば藤里モデルのように繋がりが強すぎない中間社会資源であるサロンをつくることにより、繋がりが弱まる状況ができ援助希求ができる環境の構築が必要になる。そうすることで、地域が「援助希求可能ゾーン」に移行し、援助希求できる状況になったことが示される。

また、「援助希求可能ゾーン」の外側に位置する地域は、援助希求ができない自殺危険度の高い環境であるため、援助希求能力の低い自殺企図者がその外側に属した場合、援助希求せずに自殺既遂にいたる危険性が高まると考えられる。

では次に、先に取り上げた先駆的な2事例の自殺予防対策前後での違いを「援助希求のゾーンモデル」で図5に表してみる。

〈図5 2事例の自殺予防対策前後の比較〉



出典：筆者作成

図5では、自殺予防対策が行なわれる以前の2事例のおかれている地域の環境は、自殺予防対策前は「援助希求可能ゾーン」の外側に位置するが、自殺予防対策後は「援助希求可能ゾーン」に入り、地域の環境が変化したといえる。順にみていくと、藤里モデルでは、フォーマルな社会資源が少なく、地域の繋がりが境界点を超えるほど強固であるために、自殺予防対策前は「援助希求可能ゾーン」の外側に属する地域であったが、サロン活動をおこなうことによって、住民の集える場所であるインフォーマルな社会資源が増え、今まで話せなかったことを話せる環境に変化し、地域の繋がりがゆるやかになる場所をサロンという中間資源が担っている。

また、足立モデルでは、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、地域の繋がりが希薄で限界点を下回っていたことから「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、充実したフォーマルな「社会資源」の量は変わらないが、その充実した社会資源を活用して、地域と行政の窓口とが繋がり、その後も連携したネットワークによって「地域の繋がり」がフォーマルな資源を軸に強化されることにより、希薄であった繋がりが強まった。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。

5 おわりに

本稿では、援助希求できない自殺企図者に対応した自殺予防を、ゾーンモデルを通して地域へのアプローチを行うことについて整理を試みてきた。

自殺企図者と関わりのあるすべてのものが「社会資源」となり得る。その可能性をふまえた上で、あらゆるものを「社会資源」としてとらえ、その「社会資源」をアウトリーチできる場所や人として構築していくことが自殺企図者を救う手段であるといえよう。

それらの可能性を高める手段の1つとして、ゲートキーパーの養成が国と行政を主体として進められている。これは自殺総合対策大綱に、「早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する」とあり、重点政策の1つになっているからである。また、WHOが2012年に発表した「自殺予防のための公衆衛生活動」の中でも、自殺予防に効果的な戦略の1つとしてゲートキーパーの養成を挙げている。双方ともに、ゲートキーパーを自殺予防における初期介入できる人材の養成として期待しており、主に役割を期待する人としてかかりつけの医師を始め、教職員、保健師、看護師、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、民生委員、児童委員、警察官、各種相談窓口担当者などを挙げている。各自治体で講座が開催され、ゲートキーパーの養成に関しては、ゲートキーパー講座の受講者数は増加しているものの、受講者の内訳をみていくと自殺総合対策大綱や「自殺予防のための公衆衛生活動」にあるように行政職員が最も多く、続いて介護職、医療職と続く。その中で割合が低いのが、「一般住民」の受講者数である。前述した末木のレビューでは、自殺の危険性の高い人が援助要請する相手は「友人や家族」であり、専門家ではないことが示唆されている。このことから、身近なゲートキーパーの育成に努め、一般住民のゲートキーパーを増やし、それらの警鐘が必要であるのではないかと考えられる。あらゆる場所での「社会資源」となり得る気づける「環境」の構築が急がれる。

本稿では、援助希求能力の低い自殺企図者について述べてきたが、援助希求能力の向上

や育成を並行して行っていくことも併せて必要である。援助希求能力の向上には、コミュニケーション能力の向上が必須である。すでに文部科学省では、子どもに対する「援助希求的態度の育成」を援助希求スキルの獲得できる手助けになる教育として促進している²³。その能力は教育によって培うことのできるものである。これからの自殺予防対策は、援助希求能力の低い自殺企図者に対応した「社会資源」の構築と同時に、援助希求能力を高めるための教育の二本柱で行う必要があるだろう。将来、その教育を受けた子どもたちが、援助希求を行うことにより、自殺既遂にいたらなくなる可能性が高くなると期待できるため、自殺者数の減少に寄与できるものと考えられる。また、「援助希求のゾーンモデル」において、第二・四象限においての示唆を得たが、第一・三象限の検討を深める必要がある。そのことがより充実した自殺予防対策の構築に繋がるためのテーマとして、別稿の課題としたい。

注

- 1 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
- 2 張賢徳「自殺研究における多数列研究の意義」精神医学 38(5), 1996, pp.477-484
- 3 松本俊彦「「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」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」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) pp.29-35
- 4 『平成 26 年版自殺対策白書』内閣府, 2014, p.3
- 5 高橋祥友『中高年の自殺を防ぐ本』法研, 2000, p.21
- 6 高橋祥友「働き盛りの自殺を予防するには」労働の科学 55(3), 2000, p.18
- 7 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
- 8 福島喜代子「自殺対応とソーシャルワーカー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
- 9 坂本真士「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—地域住民うつ病をどう認知し、誰に援助希求するのか—」研究助成論文集 明治安田こころの健康財団編(37), 2001, pp.161-168
- 10 「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
- 11 前掲書, p.13
- 12 岡壇「日本の自殺希少地域における自殺予防因子の研究」博士論文, 2009, p.202
- 13 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
- 14 佐藤久男「自殺対策と関係者の密接な連携」自殺予防と危機介入, 34(1), 2014, p.3
- 15 本橋豊「自殺対策における福祉の視点」地域 caring13(6), 2011, p.1
- 16 本橋豊『自殺が減った街 秋田県の挑戦』岩波書店, 2006, pp.73-74
- 17 内閣府「地域における自殺の基礎資料」2013
- 18 本橋豊『自殺が減った街 秋田県の挑戦』岩波書店, 2006, p.59
- 19 佐々木久長「地域に密着した福祉的な自殺対策の現状」地域 caring13(62), 2011, p.22
- 20 内閣府「地域における先駆的な取組 3 こころといのちの相談支援事業 [東京都足立区]」地域における自殺対策取組事例集平成 2012, pp.116-119
- 21 馬場優子「東京都足立区『生きる支援』の取り組み」救急医学 36(7), 2012, pp.763-766
- 22 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
- 23 文部科学省「子供に伝えたい自殺予防 学校における自殺予防教育導入の手引」児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議 2014, p.27