

学位申請論文

自殺の予防・防止と自死遺族への支援
ーソーシャル・キャピタルと悩みやストレスの相談ー

平成30年12月

関西福祉科学大学大学院 社会福祉学研究科
臨床福祉学専攻 博士後期課程

高 梨 薫

目 次

〔序 章〕 平成 10 年の自殺者 3 万人超と平成 18 年の自殺対策基本法、

そして自死遺族の支援

1 節	研究背景	1
2 節	目的と構成	2
3 節	わが国の自殺の現状－自殺対策と自殺対策基本法－	3
	(1) 警察庁自殺統計と厚生労働省人口動態統計－自殺者数、自殺死亡率の推移－	
	(2) 社会背景要因	
	(3) 国際的にみた自殺の状況	
	(4) 自殺対策の施策の進展（自殺総合対策大綱）	
	(5) 国における自殺対策の推進体制と	
	地域における自殺対策（地方公共団体「地域自殺対策緊急強化基金」H21）の推進	
	(6) 平成 28 年自殺対策基本法の改正と平成 29 年自殺総合対策大綱の改正	
	(7) うつ病についての普及啓発の推進	
	(8) 自殺対策と自死遺族支援－遺された人への支援を充実する取り組み－	
4 節	自殺の研究動向	13
	(1) 自殺予防、防止を目的とした自殺学	
	(2) デュルケムからシュナイドマン	
	(3) 経済社会的要因に関する調査研究	
5 節	うつ病と自殺－メンタルヘルスとソーシャルサポート－	17
	(1) うつ病と自殺	
	(2) ストレスとうつ－メンタルヘルスとソーシャルサポート－	
	(3) メンタルヘルスとソーシャル・キャピタル	
6 節	遺された人の苦しみ	21
	(1) 自殺と自死	
	(2) 死を見ない現代社会	
	(3) 自殺対策としての自死遺族支援	

第 I 部

[第 1 章] 自殺を予防、防止するこころの健康づくりの取り組みとソーシャルサポート

1 節 メンタルヘルスと生活ストレス、ソーシャルサポート ————— 27

- (1) 大阪市の調査
- (2) 研究方法
- (3) 自殺念慮・企図、メンタルヘルス、ソーシャルサポート、悩みやストレスの相談、地域の人との交流と暮らし向き（単純集計）
 - 1)自殺念慮・企図 —女性に多い自殺念慮—
 - 2)メンタルヘルス —女性に CES-D 点数が高い—
 - 3)ソーシャルサポート —サポートは女性に多い—
 - 4)ソーシャルサポートとしての悩みやストレスの相談 —男女で異なる様相—
 - 5)地域の人との交流
 - 6)暮らし向き
- (4) 自殺念慮・企図とメンタルヘルス、悩みやストレスの相談、暮らし向きとの関連（クロス集計）
 - 1)メンタルヘルスとの関連
 - 2)ソーシャルサポートとしての悩みやストレスの相談との関連
 - 3)暮らし向きとの関連

2 節 メンタルヘルスとソーシャルサポート —大阪市調査の結果— ————— 34

- (1) 市民のメンタルヘルス状況
- (2) メンタルヘルス関連要因
- (3) 考察

3 節 メンタルヘルス、自殺念慮、悩みやストレスの相談 ————— 37

- (1) 自殺念慮、悩みやストレスの相談
- (2) 研究方法
- (3) 結果と考察

4 節 自殺のジェンダーパラドクス ————— 44

〔第2章〕 メンタルヘルスとソーシャル・キャピタル

1 節 自殺及びメンタルヘルスとソーシャル・キャピタル _____ 49

- (1) メンタルヘルスとソーシャル・キャピタル
- (2) 「生活ストレスと悩み相談に関するアンケート調査」について
 - 1) 倫理的配慮
 - 2) 質問項目
- (3) 研究方法 ―奈良県のこころの健康に関する意識調査について―
- (4) 結果
 - 1) メンタルヘルス関連要因としての地域生活への思い、仕事有無、配偶者有無、相談の有無
 - 2) メンタルヘルス状況 Kessler (K6)、自殺念慮、地域生活への思い
―奈良県との比較から―
- (5) 考察
 - 1) メンタルヘルス関連要因としての地域生活への思い、仕事有無、配偶者有無、相談の有無
 - 2) メンタルヘルス状況 Kessler (K6)、自殺念慮、地域生活への思い
―奈良県との比較から―

2 節 ソーシャル・キャピタルの定義と測定 _____ 61

- (1) ソーシャル・キャピタルの定義
- (2) ソーシャル・キャピタルの測定
- (3) 本研究で使用した質問項目 ― 地域の人との交流、地域生活への思い ―

〔第3章〕 自殺対策に資するソーシャルサポート、ソーシャル・キャピタル

1 節 自殺念慮、メンタルヘルスとソーシャルサポート _____ 73

- (1) 自殺念慮とソーシャルサポート
- (2) 自殺念慮関連要因としての悩みやストレスの相談

2 節 ストレスへの対処とソーシャルサポート ―直接効果と緩衝効果― _____ 75

- (1) ストレス緩衝効果
- (2) 異なるストレス耐性の可能性

3 節 メンタルヘルスとソーシャル・キャピタルの関連が意味するもの ————— 77

- (1) メンタルヘルス関連要因としての地域生活への思い、仕事有無、配偶者有無、相談の有無
- (2) メンタルヘルス状況 Kessler (K6)、自殺念慮、地域生活への思い
—奈良県との比較から—

第Ⅱ部

[第4章] 悩みやストレスの相談とソーシャル・キャピタル

1 節 深刻な悩みの相談と周囲の人との関係 ————— 82

- (1) 悩みを吐露しやすい関係性
- (2) 研究方法
 - 1)生活ストレスと悩み相談に関するアンケート調査
 - 2)インタビュー調査
- (3) 結果と考察

2 節 相談のしやすさと周囲の人との関係 ————— 84

—自殺希少地域のコミュニティ特性とソーシャル・キャピタル—

3 節 自死遺族支援への自殺希少地域研究にみる可能性 ————— 86

- (1) そっとしておいてもらえる関係
- (2) 自死遺族を追い詰めることのない地域

[第5章] 自殺と自死

1 節 自殺と自死 ————— 89

- (1) 語ることが避けられる死
- (2) 自死を語る—自死者の尊厳回復—

2 節 自殺対策としての自死遺族支援 —自殺予防、防止と自死遺族支援のねじれ— — 91

- (1) 自殺対策のポストベンション
- (2) 自殺予防、防止と自死遺族支援のねじれの問題
- (3) 当事者と非当事者
- (4) 自死を封印させないために
- (5) 自死遺族の自責感と自殺予防、防止

3 節	自殺予防、防止と自死遺族支援の切り結び	97
4 節	自殺予防、防止と自死遺族支援の橋渡し	99
(1)	橋渡し型ソーシャル・キャピタルの可能性	
1)	悩みを吐露しやすい関係性 ―当事者と非当事者―	
2)	自殺予防、防止と自死遺族支援	
(2)	自死遺族と地域社会の関係において	

〔第6章〕 人と人、人と社会を結び、互いの信頼感を生むソーシャル・キャピタル

1 節	本研究の課題と展望	104
(1)	本研究からいえること	
(2)	自殺対策の三局面	
2 節	悩みやストレスの相談、そしてソーシャル・キャピタル	106
(1)	自殺対策の国民一人ひとりの気づきと見守りを促す取り組みについて	
(2)	地域住民のこころの健康づくり	

謝辞

引用（参照）文献 参考文献 一覧

〔序章〕 平成10年の自殺者3万人超と平成18年の自殺対策基本法、

そして自死遺族の支援

1 節 研究背景

わが国の1998（平成10）年以降の年間3万人超という自殺者の急増は、バブル崩壊による経済状況の悪化との関係を指摘する見方が多い。しかしその後も高水準で自殺者数が推移してきたことについて定説はなく、分析の課題となっている（1998年以降14年連続して3万人を超える状態が続いた）。わが国の自殺対策は2006（平成18）年の自殺対策基本法施行により生活の問題へと視野が広げられ、多重債務の相談や就労支援といった施策がとられてきた。ただし、多重債務や失業といった社会的困難を抱えた人はうつ病的状態に陥っている可能性が高く、医学的観点からうつ病の早期発見といった対策もこれまで通り重要であるとされた。

人が自殺企図や自殺念慮をもつ理由（原因）は多重債務や失業、あるいは過重労働や家族の問題、離婚など様々に異なっていたとしても、その出来事やおかれた状況により大きなストレスとなっていることが考えられ、多くの場合メンタルヘルスの悪化が共通している。自殺を予防、防止するためにはメンタルヘルス、そしてストレスに着目することが重要となってくる。そのためメンタルヘルスの悪化を防ぎ、ストレスへの対処に、これらに関連する要因を検討することが自殺予防、防止に資すると考えられる。

メンタルヘルスとストレスに関連する要因としてはこれまでソーシャルサポートの効果に関する知見が多くあるが、本研究では、新たにメンタルヘルス関連要因としてソーシャル・キャピタルに着目する。そしてソーシャルサポート（認知）に加え、ソーシャルサポートの実績としての悩みやストレスの相談を検討する。

ところで本研究は1998（平成10）年以降10年以上続いた自殺者3万人時代と、その間の自殺対策基本法2006（平成18）年、自殺総合対策大綱2007（平成19）年を背景としている。自殺対策基本法ではいわゆる自殺予防、防止だけでなく、自死遺族のケア（自死遺族の支援）についてもその必要を明確に記している¹⁾。

親しい人を自殺によりなくしてしまった自死遺族の苦悩は、自分が気づかなかったゆえに、至らなかったゆえになど、自責の念や自らの無力に対する怒り、そしてそういった感情や思いを周囲に吐露するのが難しいこと、多くの場合残された家族は周囲からの理解も得にくく、夫を自死（自殺）でなくしたある女性は理解し支えてくれると期待した夫の実

家から非難され、葬儀に参列することもできなかったという。そのため孤独で辛い思いを胸に抱きながらその後の人生を歩まなければならない。

こうした自死遺族への支援を考えるときには、日常的に協力しあうというような人と人の強い結びつき、そこからのソーシャルサポートとは異なり、そっとしておいてくれる、必要なら手助けする。そのような緩やかな人の繋がりのあるソーシャル・キャピタルの豊かさが有効なのではないか、そしてこころ無い言葉に傷つけられることも少ないのではないか。本研究では、自死遺族と周囲の人との関係を検討しつつ、自死遺族の支援についてもソーシャル・キャピタルに着目する。

以上、本研究では上記の 1.メンタルヘルスやストレスに関連する要因としてソーシャル・キャピタルと悩みやストレスの相談、ソーシャルサポートを、また 2. 自死遺族の支援のあり方を検討していく手掛かりとしてのソーシャル・キャピタルを検討、考察する。

2 節 目的と構成

自殺及び自殺念慮の背後にあるメンタルヘルスの悪化を防ぐ要因としてはこれまでソーシャルサポートに関心が寄せられてきた。本研究の目的は、新たにソーシャル・キャピタルと悩みやストレスの相談に注目し、それにより（自殺及び自殺念慮の背後にある）メンタルヘルスの悪化を防ぐことで自殺の予防、防止に資する知見を得ることである。

そしてもう一つ、自殺予防、防止は自殺対策基本法のもと国の施策を中心に進められてきたが、自殺対策として自死遺族支援をして欲しくないとの遺族らの声があったこと、自死した大切な人の行為、生き様そして死に様は、遺族からすると予防の対象ではあり得ず、否定的にしか理解されないものではない。自死遺族にとって遺族支援が予防対策として位置づけ語られることには違和感が、時に反発が感じられるという。しかし、それでも自殺の予防、防止と遺族の支援はともに自殺予防、防止対策として進められることが望ましいのではということ論じる。

本研究は、1. 自殺及び自殺念慮の背後にあるメンタルヘルスの悪化を防ぐことに関連する要因として、ソーシャル・キャピタル、ソーシャルサポート、悩みやストレスの相談をとりあげて量的調査データを分析、検討、考察することで自殺予防、防止対策に資する知見を得ようとする部分（第 I 部 1～3 章）と、2. 自殺を自死へ言い替えることの意味を考察、そのなかで自死遺族への支援に求められる役割（支援のあり方）を再検討し、そ

して自死遺族支援と自殺予防、防止対策は互いに矛盾する部分はあるが、自殺予防、防止と自殺（自死）が生じてしまった後の自死遺族支援が矛盾をもちつつ、両者が“生きることへの支援である”という点では共通しており、自殺対策に携わる専門家にとっても、そして自死遺族にとっても、この二つはセットで展開されることが必要であるということを論じる部分（第Ⅱ部の概ね4、5章）に分けられる。

1. についてはメンタルヘルス悪化を防ぐ要因を検討するために、大阪市政モニター調査データを使用した研究論文「大都市圏住民のメンタルヘルス、生活ストレスと自殺関連体験—大阪市『市政モニター質問書』調査結果を中心に—」高梨 薫・吉原千賀・清水新二 2011 厚生指標 58:5、「大都市圏住民のメンタルヘルスと自殺念慮—自殺に関するジェンダーパラドクス—」高梨 薫・清水新二 2012『現代の社会病理』日本社会病理学会 27 号、および大阪府人権協会（平成 24 年度大阪府補助事業）自死と悩み相談活動に関する調査データを使用した「地域住民のメンタルヘルスと関連要因としてのソーシャル・キャピタル—自死の抑止のために—」高梨 薫 2016『現代の社会病理』日本社会病理学会 31 号をもとに、自殺対策に資する視点に重きをおいて全体を再構成し、総合的に新たな考察を加えることで研究をすすめた。

2. については 1. の結果を鑑みながら先行研究、関連文献のレビューによりすすめた。

なお序章では、本研究が 1998（平成 10）年以降 10 年以上続いた自殺者 3 万人時代と、その間の自殺対策基本法、自殺総合対策大綱を背景としていることから、自殺対策の施策の進展（自殺総合対策大綱）、国における自殺対策の推進体制と地域における自殺対策を確認し、自殺の研究動向、うつ病と自殺、そして遺された人の苦しみにについてとり上げている。そして 6 章では、本研究の課題と展望、ソーシャル・キャピタルと悩みやストレスの相談について本研究からいえることを記した。

3 節 わが国の自殺の現状—自殺対策と自殺対策基本法—

(1) 警察庁自殺統計と厚生労働省人口動態統計—自殺者数、自殺死亡率の推移—

自殺に関する公的な統計として、日本では警察庁生活安全局「自殺の概要」と厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」が毎年公表されている。人口動態統計は日本における日本人を対象とし、警察庁の自殺統計は日本における外国人も含む総人口を対象としている。自殺に関する統計にはこの他総務省や内閣府の調査によるものがある。わが国は

保健統計の充実という意味では世界に類を見ないほどであるとされるが、自殺判定に関する制度や文化の異なる外国と自殺死亡率を比較する場合には注意を要する。また自殺者の統計では自殺とは決めてしまえない、自殺とは判定されていないが自殺だったかもしれないといった不明確なものは含まれていないことを踏まえ、実態について考えなければならない。以下、とくに記さない数値については内閣府の自殺対策白書によるものである²⁾。

2017（平成 29）年における自殺者数は 21,321 人（警察庁自殺統計）である。人口 10 万人あたりの自殺者数である自殺死亡率をみると、警察庁では総数 16.8、男 24.0、女 10.0（2017 年）で、厚生労働省では総数 16.8、男 24.1、女 9.9（2016 年）である（図 1-1「自殺死亡率の推移」）。1998（平成 10）年に 32,863 人と 3 万人を超えて以降、15 年ぶりに年間の自殺者数が 3 万人を下回った 2012（平成 24）年の自殺者数からは 5 年を経てかなり減少している。しかしとくに中高年は減少している一方、若い世代の自殺死亡率はこの間に上昇傾向もみられた³⁾。

2017（平成 29）年の自殺の状況を概観すると、年齢階級別では 40 歳代が最も多く（17.2%）、男女別の自殺者数は男性が 7 割弱で（69.5%）あり、20 歳～50 歳代のそれぞれの階級で 7 割を超えている。また男女別・年齢階級別の自殺者数構成割合では 40 歳代男性が最も多く（12.6%）、次いでいずれも男性の 50 歳代（12.2%）、60 歳代（10.9%）、30 歳代（9.4%）と続く（警察庁自殺統計）。

職業別にみると、無職者が全体の 6 割弱を占め、次いで被雇用者・勤め人（30.2%）、自営業・家族従業者（6.8%）となっている。原因・動機をみると、健康問題が最も多く、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題、男女問題、学校問題の順となるが、健康問題は男女とも 60 歳代と 70 歳代が多く、経済・生活問題は男性の方が女性よりも著しく多い。

自殺は男性に多く、また高齢者を別とすると、経済・生活問題に繋がる無職者に多いことがわかるが、この傾向は 2017（平成 29）年に限らず概ね一定している。この他配偶関係別の自殺死亡率についても、未婚、死別、離別が有配偶者よりも高く、とくに男性離別者の自殺死亡率が高くなっている。一方、自殺者の自殺未遂歴については女性に多く、2017（平成 29）年では女性の 20 歳～30 歳代において 4 割以上となっている。

(2) 社会背景要因

わが国の 1998（平成 10）年以降の年間 3 万人超という自殺者の急増は、経済状況の悪

化との関係を指摘する見方が多い。わが国の自殺対策は 2006（平成 18）年の自殺対策基本法施行により生活の問題へと視野が広げられ、多重債務の相談や就労支援といった施策がとられてきた（ただし、多重債務や失業といった社会的困難を抱えた人はうつ病的状態に陥っている可能性が高いことから、医学的観点からうつ病の早期発見といった対策も重要である）⁴⁾。

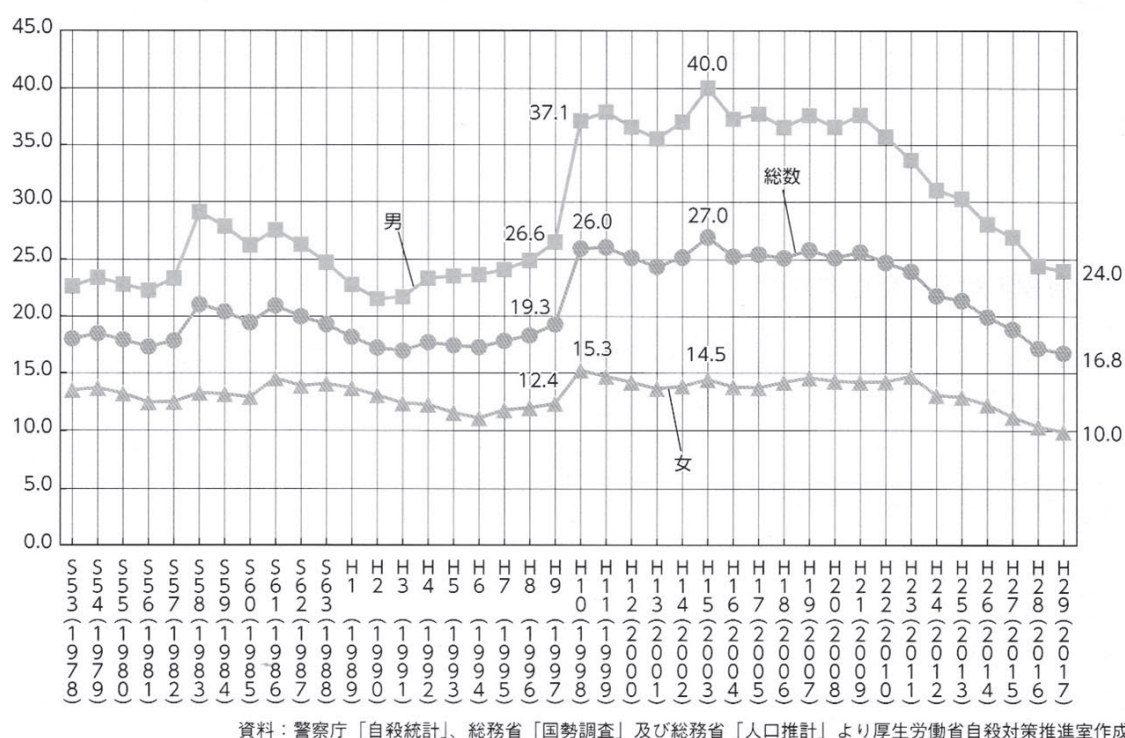


図 1-1 自殺死亡率の推移（自殺統計）

出典 平成 30 年版自殺対策白書 厚生労働省 p.5

日本の自殺死亡率は経済状況が比較的類似している他の先進諸国と比較しても、高い深刻な水準にあるという。1997（平成 9）年から 1998（平成 10）年にかけてのいわゆる金融危機時に、年間自殺者数が 24,391 人から 32,863 人へと急増した（警察庁「自殺統計」）。1998（平成 10）年の 3 月、この時期は決算期であることに加え、金融当局の金融機関に対する自己資本比率検査が強化された時期であり、多くの金融機関は「貸し渋り」「貸し剥がし」を行い、多数の中小零細企業の破綻の引き金となったといわれている。さらに日本の失業率は 1997（平成 9）年から 1999（平成 11）年にかけて急激に上昇した。「貸し渋り」「貸し剥がし」、そして失業率の増加と、1998（平成 10）年初頭における中高年・

中小企業自業主・自営業者の自殺増加や、人員削減等によって増えた無職者の自殺増とが因果関係をもっているか、より慎重な分析が必要とされるが、これらの変数間にはあきらかに相関関係がみられるとされる⁵⁾。

(3) 国際的にみた自殺の状況

国際的な状況をみると、主要国の自殺死亡率はロシア 21.8 (2011)、日本 19.5 (2014)、フランス 15.1 (2013)、米国 13.4 (2014)、ドイツ 12.6 (2014)、カナダ 11.3 (2012)、英国 7.5 (2013)、イタリア 7.2% (2012) で、WHO によると自殺は深刻な公衆衛生上の問題「自殺を予防する世界の優先課題 (2014)」であり、15～29 歳の死因の第 2 位となっている。世界の自殺の 75%は低中所得の国々であるが、高所得の国々においては自殺と精神障害、とくにうつ病やアルコール使用障害との関係性が確立しているといわれる。

WHO は自殺予防に、科学的根拠を踏まえた革新的で包括的な協働アプローチの必要性を指摘している。2013 年の 5 月の第 66 回 WHO 総会においては、「精神保健行動計画 2013－2020」が承認されたが、その目標として 2020 (平成 32) 年までに世界の自殺死亡率を 10%減少させることを挙げ、効果的な活動が必要と述べている。また同年 12 月、日本で世界各国から参加する世界自殺レポート会議が開催され、2014 (平成 26) 年 9 月に日本の自殺対策の分析も含めた初めての世界自殺レポート“Preventing Suicide : A global imperative”が刊行された⁶⁾。年間 80 万人以上の人が自ら命を絶ち、さらに多くの人が自殺企図をしている。自殺は悲劇であり、家族、地域そして国全体に影響を及ぼし、遺された人々に長期にわたる影響を与える。

自殺は深刻な公衆衛生上の問題である。しかし、自殺は適時かつ科学的根拠のある、そして多くの場合は低コストの介入によって予防することができるとされている。日本では自殺対策基本法の下、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、総合的な対策に取り組んできた⁷⁾。この方向性は WHO の推奨する包括的な自殺予防戦略と一致しているとされる⁸⁾。わが国の自殺死亡率は平成 24 年以降徐々に減少している。自殺対策を持続可能性あるものとして自殺死亡率をさらに減少させていくために、世界自殺レポートに示された全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入を、科学的根拠を踏まえたうえでわが国の施策に反映させていくことが必要とされる。

(4) 自殺対策の施策の進展（自殺総合対策大綱）

わが国の自殺は国際的にみても高い比率を示し、自殺は社会経済的損失の大きな要因で、社会全体で自殺防止に取組み多角的な検討と包括的な対策が必要といえる。1998（平成10）年に自殺者数が急増し、以降14年間高い水準で推移したが、この間、厚生労働省は2002（平成14）年自殺防止対策有識者懇談会を設置、報告書「自殺防止に向けての提言」で、現代日本に蔓延する「生きる不安」や「ひとりぼっち（孤独感）」について指摘し、加えて自殺には、うつ病対策などの精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会的、文化的、経済的観点等からの「多角的な検討と包括的な対策」が必要だと述べている。また厚生労働省は社会関係（社会的つながり **Social Cohesion**）を、わが国の国民の社会参加の程度、日常生活から得る満足度等を反映する指標と捉え、生活や社会への満足度が低い、自殺（死亡）率が極めて高いなど、多くの課題を抱えているとしている⁹⁾。そして、2006（平成18）年に施行された自殺対策基本法に基づき、2007（平成19）年に自殺総合対策大綱が策定され、「自殺の背景にはさまざまな社会的要因があることから、社会的な取組みとして実施されなければならない」との考えを踏まえて政府をあげて総合的に対策に取り組まれた。また、2009（平成21）年には内閣府は地域の実情を踏まえて対策を講じやすい「地域自殺対策緊急強化基金」を造成するなど、さまざまな取り組みが行われた。2012（平成24）年には、地域レベルでの実践的な取組みがより一層重要になるという観点から自殺総合対策大綱が見直され、重点施策が改めて設定された。この中で厚生労働省は職場・地域におけるこころの健康づくり、失業者に対する相談等に取り組んでいる。

自殺対策基本法を受けた自殺総合対策大綱では、2016（平成28）年までに基準値(平成17年自殺死亡率24.2、自殺者数30,553人 人口動態統計)の20%減少¹⁰⁾、具体的には6,111人を減少させるとしていたが、実際には21,017人にまで減少し、総合的な自殺対策ゆえその効果を詳細に検証していくことが必要になってきている。

以上のように自殺対策基本法に基づき、政府は自殺総合対策大綱を策定し自殺対策を総合的に推進してきた。政府のみならず地方公共団体、関係団体、民間団体などによるさまざまな取り組みの結果、近年自殺者数は減少している。もちろん自殺総合対策の文脈でもうつ病の早期発見、治療のための取組み、地域住民を対象にしたメンタルヘルスにかかる普及・啓発の取り組みがなされるようになっており、地域住民のこころの健康づくりは国の重要課題と位置づけられている¹¹⁾。

(5) 国における自殺対策の推進体制と地域における自殺対策

(地方公共団体「地域自殺対策緊急強化基金」H21)の推進

2006（平成 18）年、自殺対策基本法に基づき内閣官房長官を会長とし、「自殺総合対策会議」が設置された。同会議は大綱案の作成のほか、自殺対策に必要な関係行政機関相互の調整、自殺対策に関する重要事項について審議し、その実施を推進することとされた。

自殺総合対策会議の下には有識者等による自殺対策推進会議（平成 20～25 年）、自殺対策検証評価会議及び自殺対策官民連携協働会議（25 年～）が置かれ、さらに平成 22 年には、自殺総合対策会議の下に内閣府特命担当大臣（自殺対策）、国家公安委員会委員長、総務大臣、厚生労働大臣を共同座長とし、自殺対策に特に重要な役割を果たす府省の副大臣・政務官等によって構成される自殺対策タスクフォースが設置された。

2006（平成 18）年に国立精神・神経センター（現 国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター）精神保健研究所に設置された「自殺予防総合対策センター」は、自殺対策に関する情報の収集、発信、調査研究、研修等の機能を担う機関として位置付けられてきた。

ところで 2015（平成 27）年、1 月に閣議決定された「内閣官房及び内閣府の業務の見直しについて」において、自殺対策の業務推進は厚生労働省へ移管することとされた。9 月には業務移管に必要な法整備を行う「内閣の重要政策に関する総合調整等に関する機能の強化のための国家行政組織法等の一部を改正する法律」が成立し、平成 28 年 4 月 1 日をもって業務が移管された。本業務移管に伴い、自殺総合対策会議の会長は厚生労働大臣とされ、厚生労働省に自殺対策推進室が設置されて内閣府が担ってきた事務を引き継ぐこととされた。

自殺予防総合対策センターについては自殺総合対策推進センターに改組し、地域連携推進室を新設するなどの強化を図ることとされた¹²⁾。

地域における自殺対策の推進について、自殺対策基本法において地方公共団体は、地域の状況に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有すると定められている。自殺総合対策大綱の策定を受け、各都道府県において自殺対策を担当する部局等が明確にされるとともに、平成 20 年度末までに全都道府県において様々な分野の関係機関・団体により構成される自殺対策連絡協議会等が設置された。

内閣府では「地域における自殺対策力」を強化するため平成 21 年度補正予算において

100 億円の予算を計上し、都道府県に当面 3 年間の対策に係る「地域自殺対策緊急強化基金」を造成した。当時、地方公共団体における総合的な自殺対策は、国における自殺対策の本格的な推進を受けて数年前から開始したところが多く、本格的な取り組みが全都道府県で行われているとは言えず、市町村に至っては 20 年 10 月末に決定した自殺対策加速化プランに基づき自殺対策担当の部局等が設置されるよう働きかけを行ったばかりという状況にあった¹³⁾。

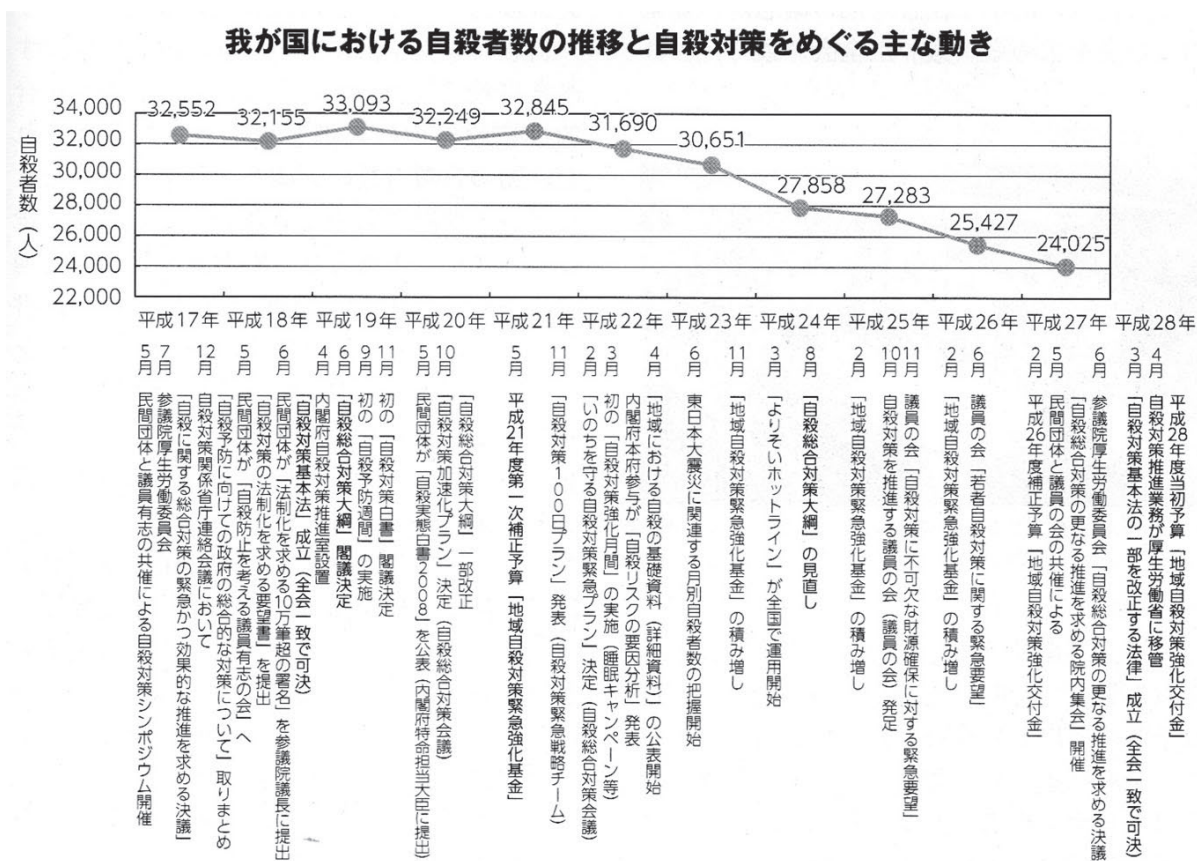


図 1-2 出展 平成 28 年版自殺対策白書 厚生労働省 p.41

(6) 平成 28 年自殺対策基本法の改正と平成 29 年自殺総合対策大綱の改正

自殺対策基本法の施行から 10 年が経過しようとする中、この 10 年間に蓄積された様々な知見や経験を踏まえた自殺対策基本法の見直しが必要であるという機運が高まってきた。具体的な改正案の検討は自殺対策を推進する議員の会を中心に行われ、同会において 5 回にわたり計 28 団体へのヒアリングを行い、改正案は「自殺対策基本法の一部を改正する法律案」として参議院厚生労働委員会、参議院本会議、衆議院厚生労働委員会、衆議院本

会議において可決成立、平成 28 年 4 月 1 日から施行された。

自殺対策基本法の一部を改正する法律の概要は、目的規定の改正で第一条に「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、これに対処していくことが重要な課題となっていること」が加えられた。また基本理念の追加として第二条に自殺対策は、「生きることの包括的な支援として、全てのひとがかげがえのない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その妨げとなる諸要因の解消に資するための支援とそれを支えかつ促進するための環境整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、実施されなければならない。」こと、また「保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならない。」ことが規定された。そのほか国の責務の改正を始め自殺総合対策のさらなる推進のための改正が行われた¹⁴⁾。

ところで平成 19 年 6 月に閣議決定された自殺総合対策大綱は「社会経済情勢の変化、自殺をめぐる諸情勢の変化、本大綱に基づく施策の進捗状況や目標達成状況等を踏まえ、おおむね 5 年を目途に見直しを行う」こととされていた。今回、見直しにより平成 29 年 7 月に新たに策定された大綱は、厚生労働大臣決定により「新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会」を開催することとなり、検討会では、以下の 5 つの論点に沿って、今後のわが国の自殺対策の方向性も念頭に置きつつ検討が行われた。①関連施策の有機的な連携を図り、総合的な自殺対策を推進 ②地域レベルの実践的な取り組みの更なる推進 ③若者の自殺対策の更なる推進 ④過重労働を始めとする勤務問題による自殺対策の更なる推進 ⑤PDCA サイクルの推進、数値目標の設定 検討に先立って大綱に基づく諸施策の実施状況が、検討会に報告された。

新たな大綱では、基本理念として自殺対策は社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる方向で推進するものとするのが新たに掲げられた。また自殺対策は「生きることの包括的な支援として推進する」「関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む」「対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる」こと等が掲げられた¹⁵⁾。

「自殺総合対策大綱」(概要)

※下線は旧大綱からの主な変更箇所

平成28年の自殺対策基本法の改正や我が国の自殺の実態を踏まえ抜本的に見直し

第1 自殺総合対策の基本理念

- 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す
- 自殺対策は、社会における「**生きることの阻害要因**」を減らし、「**生きることの促進要因**」を増やすことを通じて、**社会全体の自殺リスクを低下させる**
- 阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等
- 促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

- 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- 年間自殺者数は減少傾向にあるが、**非常事態はまだまだ続いている**
- 地域レベルの実践的な取組を**PDCAサイクル**を通じて推進する

第3 自殺総合対策の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
2. 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
3. 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に運動させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な**精神保健医療福祉サービス**を受けられるようにする
7. **社会全体の自殺リスクを低下させる**
8. 自殺未遂者の再発の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. **子ども・若者の自殺対策を更に推進する**
12. **勤務問題による自殺対策を更に推進する**

第5 自殺対策の数値目標

- 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、**平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少**(平成27年18.5 ⇒ 13.0以下)

(WHO:仏15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、加11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012))

第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における**計画的な自殺対策の推進**
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

図 1-3 出展 平成 28 年版自殺対策白書 厚生労働省 p.53

【参考】自殺総合対策大綱の構成(旧大綱との比較)

旧「自殺総合対策大綱」

第1 はじめに

1. 自殺総合対策の現状と課題
2. 自殺総合対策における基本認識

第2 自殺総合対策大綱の基本的考え方

1. 社会的要因も踏まえ総合的に取り組む
2. 国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む
3. 段階ごと、対象ごとの対策を効果的に組み合わせる
4. 関係者の連携による包括的な生きる支援を強化する
5. 自殺の実態に即した施策を推進する
6. 施策の検証・評価を行いながら、中長期的に視点に立って、継続的に進める
7. 政策対象となる集団毎の実態を踏まえた対策を推進する
8. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

第3 自殺を予防するための当面の重点施策

1. 自殺の実態を明らかにする
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する
4. 心の健康づくりを進める
5. 適切な精神科医療を受けられるようにする
6. 社会的な取組で自殺を防ぐ
7. 自殺未遂者の再発の自殺企図を防ぐ
8. 遺された人への支援を充実する
9. 民間団体との連携を強化する

第4 自殺対策の数値目標

第5 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における連携・協力の確保
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

新たな「自殺総合対策大綱」

第1 自殺総合対策大綱の基本理念

2. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
- <自殺は、その多くが追い込まれた末の死である>
<年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はまだまだ続いている>
<地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する>

第3 自殺総合対策の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
2. 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
3. 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に運動させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. **社会全体の自殺リスクを低下させる**
8. 自殺未遂者の再発の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. **子ども・若者の自殺対策を更に推進する**
12. **勤務問題による自殺対策を更に推進する**

第5 自殺対策の数値目標

第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における**計画的な自殺対策の推進**
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

図 1-4 出展平成 28 年版自殺対策白書 厚生労働省 p.54

(7) うつ病についての普及啓発の推進

こころの健康問題の重要性を認識し、メンタルヘルスから自殺予防、防止を論じる自殺とうつ病の関連を検討した研究には、たとえば職場における自殺関連うつ病、児童・思春期におけるうつ病と自殺行動、高齢者のうつ病と自殺予防といったものがある。失業、倒産した経営者、望んでも正規雇用につけない若者、社会的に孤立しがちな高齢者などは、住宅、医療、福祉サービスが十分いきわたらず、親族や地域社会との関係も希薄になりがちである。そして、周囲の人びとからの支援を受けにくい状況となり、メンタルヘルスも悪くなる。地域での社会的孤立はうつ状態を引き起こし、結果として自殺のリスクとなることが考えられる¹⁶⁾。

厚生労働省では毎年「精神保健福祉全国大会」を開催し、精神保健福祉に関する正しい知識の普及を行うとともに「うつ対策推進方策マニュアル」「うつ対応マニュアル」を関係機関に提供するなど、うつ病を始めとする精神疾患に関する普及啓発の推進を行っている。加えて地方公共団体においては、こころの健康に関するホームページを作成し、各種精神疾患に関する基礎的情報やうつ病等の対処方法、地域内の医療機関の情報の掲載及び行政サービスや相談窓口の紹介を行い、同様のパンフレットを配布する等により地域の実情に応じた普及・啓発を行っている¹⁷⁾。

また、労働者のメンタルヘルス対策が重要な課題となっている中で、労働者のメンタルヘルスの不調の未然防止を図るため、ストレスチェック（心理的な負担の程度を把握するための検査）の実施を事業者に義務付ける（ただし、労働者数 50 人未満の事業場については、当分の間努力義務）こと等を内容とする改正労働安全衛生法が 2014（平成 26）年に公布され、翌年 12 月から施行された¹⁸⁾。

(8) 自殺対策と自死遺族支援—遺された人への支援を充実する取り組み—

厚生労働省では、2008（平成 20）年に「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会」の報告書を取りまとめ、それを踏まえて「自死遺族ケアに関するガイドライン」を作成している。また内閣府では 2009（平成 21）年度には「自死遺族支援研修等事業」を実施し、自死遺族のための分かち合いの会の運営についての研修に加え、講習会、自死遺児支援のためのつどいを実施した¹⁹⁾。また、地域自殺対策緊急強化基金及び地域自殺対策強化交付金を通じ、自死遺族のための分かち合いの会の運営等の支援を実施している。

2016（平成 28）年からは業務を移管された厚生労働省が引き継いでいる。自殺総合対策推進センターでは近年の状況を踏まえ自殺総合対策推進に向けた自死遺族支援等に関わる指針を 2017（平成 29）年度に検討した²⁰⁾。「自殺」という言葉が基本的には行政用語から出発して、社会全体に浸透しているが、「自死」は主に当事者とその支援者の間で使われ始め、今では行政でも遺族の支援問題を中心に「自死」が一般に使われている。

自殺問題への対応を政策レベルでみると、大きくは 3 つの局面に分けられる。第 1 には、まだとりわけ自殺への念慮・願望もないごく普通の一般市民を対象に行う「自殺予防活動」、第 2 には現在希死念慮があったり、さらには企図行為に及ぼうとしている危機的状況にある人々を対象に展開される「自殺防止（介入）」活動がある。前者の具体例としては子どもたちへのいのちの教育や各種の住民メンタルヘルス活動、あるいは自殺問題への啓発活動などが考えられる。また周知のいのちの電話や各種の自殺相談活動、時に自殺未遂者ならびにその家族に対する支援プログラムは後者の例である。こうした 2 つの対策・施策局面に関しては十分な成果をあげえないままとはいえ、これまでもわが国でも行われてきた。しかし 2000 年を過ぎたころから、いわば対策上のエアポケットとして急速に喫緊の課題として関心を寄せられ、着手され始めたのが第 3 の局面である。それは、自死が発生してしまった事後の対応に関する取り組みで、第 1 および第 2 の局面をそれぞれプリベンション、インターベンションとすれば、この局面はポストベンションと呼ぶことができ、主に遺された人々、関係者を対象に一般的には自死遺族支援と呼ばれる相談・支援活動を中心とするものである²¹⁾。

4 節 自殺の研究動向

(1) 自殺予防、防止を目的とした自殺学

近年体系化が進んでいる自殺学は、自殺防止を目的とした包括的かつ実践的な学問といえ、その特徴は学際性にあるが、自殺の原因や背景には社会文化的な要因が深く影を落としている²²⁾。そのため、自殺者数は経済不況、戦時体制、戦後の混乱期などの時代背景によって大きな差異を示す。また、うつ病やアルコール依存症など精神疾患を有する者に自殺の多いことが知られているが、自殺が急増した時代に突然うつ病が増えたとみる个体要因説では、自殺死亡率の年次推移は理解されず、社会的背景要因を視野に入れて考えていくのが自然である²³⁾。

自殺と社会的要因を実証的に考察したのはフランスのデュルケム（E.Durkheim）で、デュルケムは社会的な要因がもとで起こる自殺について体系化を行い、各要因についてヨーロッパ各国のデータをもとに記述している。その後の社会的要因による自殺の分析は、この研究における体系・分析を基にして行われているといっていよい。

デュルケムはまず社会の統合性と人びとの連帯性に注目した。たとえば、社会における宗教的統合や家族的統合、政治的統合が弱まると自殺は増加する。集団主義的傾向の強いカトリック社会は個人主義的傾向の強いプロテスタント社会よりも自殺死亡率は低く、家族的世界で日常生活を送っている人びとの自殺死亡率は単身生活者（未婚、離別、死別者など）より低く自殺しにくいといった仮説を検証した。つまり個人の社会的な孤立が自殺につながる。社会的な連帯感が失われてくると、自殺という行動をとり易くなるというものである（自己本位的自殺）。しかし、デュルケムは単純に社会的統合性が強ければ自殺は少なく、統合性が弱ければ自殺が増えるとしたのではない。「人はあまりに強く社会に統合されていると同じく自殺をはかる」たとえば、社会集団の利益のために、構成員である個人が犠牲になって自殺することがある（集団本位的自殺）。国のため命を捧げる特攻隊や自爆テロなどが例として考えられる。社会もしくは自身が属している集団に対する強い帰属意識から起こる自殺である。

また、「社会は個人を規制するひとつの力でもある。社会の行使するその規制作用の様式と、自殺死亡率の間には、ある種の関係が認められる」。われわれは自身の際限ない欲望に対して、信頼できる社会がそれを規制することをむしろ望んでいるといえ、しかし、社会の急激な変動期などでは人びとを規制していた社会的規範が衰微し、欲望や行動に規範的指針を提示できなくなるという無規制状態になると、人びとはコントロールを失った飛行機のように迷走状態に陥りやすく、自殺が発生する。社会的な規制の崩壊が自殺につながる（アノミー的自殺）^{23）24）}。

デュルケムによる研究以降も自殺を社会的な現象として捉える研究が積み重ねられてきている。そして、社会的な要因による自殺の社会学的研究では統計データや調査をもとにした実証的な分析が重視されるようになってきている。近年の社会的背景要因を自殺に関連するものと捉えた研究では、所得、負債・破産などの変数を自殺に関連する経済的な要因の指標としてとりあげ、年齢、離婚（婚姻状況）、出生、世帯、社会関係などの変数を社会的な要因の指標としてとりあげている。このうち個人をとりまく環境、外的要因を考え

ていくうえで最初に考慮されるべきなのは「社会関係」であろう。

ところで自殺とは何かについての正確な定義に関する議論には、デュルケムや過去の研究者の定義を紹介したアメリカの **Comprehensive Textbook of Suicidology** によるものがあるが、1985 年に **Definition of Suicide** を著したシュナイドマン (E.Shneidman) によるものが普遍性があり、臨床においても実用性のあるものとされている²²⁾。シュナイドマンは、**suicidology** の語を用いて学問体系としての方法論を示して世界的に普及させたアメリカのロサンゼルス自殺予防センターの所長である（現在は名誉教授）。前述した自殺学が自殺についての専門的知見を提示する学問分野「**suicidology**」の和訳である。自殺学では自殺予防や企図者への治療など臨床的側面を重要な部分とみなしている。

ところで自殺の問題には、ある自殺が原因となってさらなる自殺やうつ症状や心理的ディストレスをもたらす局面がある。ある一人の自殺が周囲に与えるインパクトはとて大きい。シュナイドマンはこのことを自死遺族支援の必要性につなげて「人の死は終わりを意味しない。それはまた始まりでもあるのだ。とくに遺族や友人にとっては……。実のところ、自殺問題の場合、最大の公衆衛生的問題は自殺の防止でもなく、自殺企図の取り扱いでもない。むしろ問題なのは、以後生涯自殺による影響を受けることになる遺族や友人のストレスを低減させることにある」と指摘している²⁵⁾。

(2) デュルケムからシュナイドマン

デュルケムの『自殺論』が出版されて一世紀以上になるが、現代の自殺学者はデュルケムや精神分析学のフロイトを避けて通ることは出来ない。一方で今日の自殺学者の間では自殺の定義を含め、自殺とはいかなるものかについて見直してみる時期がきたとする見方が多い²⁶⁾。シュナイドマンは今日の、自殺をより良く理解する方法は社会学的な数理分析や新しい精神力動論のなかにはなく、常識の目から見た一般的な自殺の特徴のなかにも求められるという。そして自殺者にみられる共通の特徴と考えられる項目を選び出し、自殺に一般的にみられる明らかな、あるいは注意すればそれとわかる特徴（自殺にみられる共通の特徴）をあげている²⁶⁾。

シュナイドマンは、自殺の原因とされるもの、病気、前途の悲観など自殺の共通の動機は耐え難い心の痛み、心の願いのかなわぬことという環境的側面、ジレンマ、困難、どうにもならない状況などから逃げ出すための手段であり、自殺は何となくなされる行為では

なく何らかのゴールを頭に描く、その共通の目的は直面する難問を解決し、意識を失うことという意志的側面、自殺における感情面の寄与の大きさ、特に望みと助けのないことの思い、揺れる心という情緒的側面、そして自殺者は誤った前提と誤った推論の結果、死へ向かって身を投ずる（認識は視野の狭窄）という認識的側面の4つをあげている。

また5つめに自殺に関連する側面として、自殺はしばしばふたりの不幸な人間をめぐって生じる。たとえば拒絶の結果や復讐や哀れみ、罪を感じたりして、ふたりの人間間の出来事として起こる。デュルケムは自殺者と社会との関わりを強調したが、鍵となる重要人物と自殺者との関係に注目し、自殺者にみられる特徴的な対人行為は、死ぬことの予告であるという。

以上に加えて、自殺とは耐えることのできない苦痛から「逃亡」する行為であり、同時に周りの人からも逃亡する。自殺においても過去の難問に直面した時の適応パターンが現れるという特徴をあげてこれらを「自殺にみられる共通の特徴」としている²⁷⁾。

シュナイドマンは、自殺学は臨床に役立つ定義を絶えず求めつつ失敗に終わる歴史を繰り返しているが、自殺を適切に定義することが自殺予防にとって欠くことの出来ない大切なことであるとしている。

(3) 経済社会的要因に関する調査研究

わが国では自殺対策基本法施行により、多重債務の相談や就労支援といった施策がとられてきた。ただし、多重債務や失業といった社会的困難を抱えた人はうつ病的状態に陥っている可能性が高く、うつ病の早期発見といった対策が重要である。

しかし、近年は自殺を引き起こす原因としての社会経済環境の役割の重要性を指摘する研究の発表が増えているという²⁸⁾。もともと日本では自殺はうつ病に代表される精神疾患を直接的な原因とした個人の問題であるという認識が強かったが、経済状況と自殺死亡率が関連していることに着目するものや、失業などによる経済的困窮が自殺の直接的、間接的な原因となり得ることを示す研究もある。自殺に至る直接の原因がこころの健康問題だったとしても、その背後には社会経済的な問題が存在していることを示す研究の蓄積が進んでいる。いうまでもなく多くの自殺の直接の原因となる精神疾患の治療は今後も重視されるべきであるが、同時に背後にあると考えられる失業や経済的困窮が、身体的、精神的健康に与える悪影響を緩和するような政策を国レベルで政府が実施していくことが重要

である 29)。

日本の自殺死亡率は経済状況が比較的類似している他の先進諸国と比較しても高い深刻な水準にある。日本の社会的経済的背景に迫った既存の研究では、世界と日本の自殺に関する傾向がみられるとされる 30)。世界全体として性別や年齢によって社会経済変数と自殺死亡率との相関関係が異なっており、一般に男性の自殺死亡率の方が社会経済変数とのより強い相関がある。一方女性や高齢者の自殺死亡率と社会経済変数との関係は薄いとされる。

ところで日本の 1997 (平成 9) 年～1998 (平成 10) 年の自殺の急増期以降の自殺死亡率の推移をみると、1999 (平成 11) 年～2006 (平成 18) 年にかけての自殺死亡率の変化は 13%の増加であった。これを詳細にみると中高年の自殺死亡率は減少している一方、この 13%のうち 4.3%は 20 から 39 歳の男性による自殺死亡率増加、2.1%は 20～39 歳の女性による増加となっており、20 代、30 代の自殺死亡率の増加が中高年層の自殺死亡率減少傾向を打ち消すかたちになっている。これが日本における自殺の特徴「若年化」である。またこの若年化の進行が 1998 (平成 10) 年から 14 年間にわたって年間 3 万人を超える自殺の「恒常性」を生み出してきたとされる 31)。

5 節 うつ病と自殺－メンタルヘルスとソーシャルサポート－

(1) うつ病と自殺

多くの自殺者は直前に何らかの精神科診断が認められることが明らかになっており、精神医学的にみれば、うつ病などの精神疾患の影響により正常な判断を行うことができない状態にあったとされる 32)。

自殺対策にはうつ病に対する理解や受診率の向上への取り組みが重要とされるが、うつ病のようなメンタルヘルスに関連してくるものとして、現代は人間関係やこころにまつわるストレスの多い社会であり、自らのストレスを予防、軽減し、対処することが求められる。

精神科を受診する患者の推移は最近約 20 年間で 300 万人に達するほど増加した。特にうつ病とストレス関連障害の患者は著しく増加している 33)。増加の背景としてストレスに満ちた現在の日本の状況に加え、自殺予防対策の一環としての「うつ病はこころの風邪」「誰でも精神疾患にはかかり得る」など積極的に精神科受診を勧めたことがあげられるが、

一方で、日本うつ病学会における総会テーマが「多様化するうつ病のいまとこれから（2013年）」「うつ病治療の再考（2014年）」となっているように「うつ病」の名の下に病態が一括りにされて診断や治療法が検討されるようになってきている。

遡る高度経済成長期においては、メランコリー型うつ病が典型であると考えられてきた。几帳面で真面目な病前性格の人が昇進や引っ越しなどを契機に発症する。症状として抑うつ気分、興味や関心の消失に始まり、睡眠障害を含む身体の不調、自殺企図などを呈するとされる。バブル経済の時期になるとうつ病の軽症化が指摘され、仕事以外の活動には精神的な逃避型抑うつは、大学生にみられる五月病の勤労者版と考えられた。その後、非定型化を特徴とするうつ病が現れた³⁴⁾。そのほか子どものうつ病に対する関心も高まっているが、10歳以上では成人と基本的な違いはなく、10歳未満では虐待やいじめの結果として生じる場合が多いとされる。

ところで近年状態像としての抑うつが増えてきたといわれる。抑うつは日常生活で誰もが経験する気分的な落ち込みを含め、それが酷くなると感情面だけでなく身体面や行動面でも変化がおこり、日常生活にも支障が出始める。程度や期間によって自殺をはじめさまざまな問題が生じる。抑うつを特に病気（うつ病）としてみた場合、身体疾患による症状性うつ病や他の精神疾患の中で現れる抑うつ、ストレスフルな出来事を体験した後に起こってくる抑うつ反応、内因性うつ病、神経症性うつ病など身体因と心因の2つの軸から捉えたキールホルツの分類に加え、仮面うつ病やパーソナリティ障害に伴う抑うつなど、（背後には）さまざまなレベルのものがある。したがって一言で説明するのは難しいが、少なくとも「身体的なものと心理的なものの接点にある」と表現されるくらい身体的、素質的と心理的、環境的側面からの理解が求められる病態のひとつであるということはいえる。特に最近の傾向としては、他の精神疾患との境界が曖昧になってきただけでなく、低年齢化、軽症化、蔓延化などが指摘されている³⁵⁾。

うつ病の医学的原因は不詳であるが、複数の遺伝的素因と環境的因子の相互作用によって発症傾向が規定される「多因子疾患」の一つであると考えられている。また「生活習慣病」としての側面も考察されている³⁶⁾。うつ病患者のおよそ3人に1人は薬物治療抵抗性であることを世界中の臨床研究が支持しており、根治的な新薬の開発に期待する側面もあるがターゲット分子が特定されておらず、多因子疾患や生活習慣病としての側面を考慮するならば非薬物療法や生活習慣調整も組み合わせた包括的治療の実現も重要と考えられ

ている。

うつ病に関連してこれまでも精神医療保健従事者は自殺防止のため努力してきた。軽躁病相とうつ病相を反復する双極Ⅱ極型障害は自殺の危険が増すため、治療に際しては躁うつ混合状態の時期に特に留意が必要とされる。また、産後うつ病でも嬰兒殺しや自殺が生じる可能性がある。

自殺者を減少させるためにうつ病対策が自殺者の大幅な減少をもたらすかのごとく過度にいうのは、不況が及ぼす経済・生活問題や過重労働などの勤務問題など、重要な問題を覆い隠してしまう。その意味ではうつ病対策を患者個人に対する治療に限定するのではなく、職場や家庭を対象とするメンタルヘルスの問題として考えることが重要とされている³⁴⁾。

平成 27 年 12 月から労働者に対するストレスチェック制度が始まっている。この制度は一般検診と同様に職場におけるうつ病などのメンタルヘルス不調の一次予防を意図した法律に基づいて、高ストレスとされた労働者に産業医が介入し、仕事量を軽減したり、職務変更することなどで職場のメンタルヘルス改善を促す、それにより精神疾患を発症したり、生産性が低下することを防止する目的のものである。

(2) ストレスとうつ —メンタルヘルスとソーシャルサポーター—

わが国は 1990 年代のバブル経済の破たんにより、人件費削減やリストラ、成果主義の導入など労働環境が大きく変化した。企業においては、うつ病や自殺は種々の要因が絡み合い生じるものであるため、個々には限界があるが、職場における自殺予防では、うつ病を疑わせる労働者をいかに確実に医療機関への受診につなげるかがポイントといえ、2015（平成 27）年 12 月から、医師、保健師などによる心理的負担の程度を把握するための検査（ストレスチェック）を実施することなどを事業者の義務とする「労働安全衛生法」上の新たな制度が実施されるようになった。厚生労働省はこの法に基づいてマニュアルなどを公表している。

うつ病等、メンタルヘルス（の悪化）から自殺予防、防止を論じるために自殺とうつやストレスとの関連を検討した研究をみると、まず企業におけるメンタルヘルスケアに関するものがある。職業生活に関して約 6 割の人が強い不安、悩み、ストレスがあるとされ、ストレスの内容としては職場の人間関係の問題が最も多く³⁷⁾、厚生労働省もこころの健

康対策の取り組みとしてカウンセリングの実施等の指針を示している³⁸⁾。

またうつによる自殺に孤独感がとり上げられることがあるが、宮崎³⁹⁾は周囲に人が存在しても孤独感が解消するとは限らず、孤独感の裏返しは家族や友人など周囲からの支援の有無ともとれ、自殺を防ぐ対処資源としてのソーシャルサポート、あるいはその自覚（認知）が考えられるとしている。長田ら⁴⁰⁾は高齢者の自殺においては抑うつ感がリスク要因のひとつであり、悩みを相談できるような相手がいない状況におかれると自殺の危険性が高いとし、高齢者の場合三世同居の中の自殺が特徴的で家族と生活していながら気持ちを交流させることなく孤立している可能性を指摘している。

ところで、自殺の背後にあるメンタルヘルスに関連する要因を検討した先行研究は（前述の）企業におけるメンタルヘルスケアの具体的取り組みや³⁷⁾、職業ストレスと抑うつの関係におけるソーシャルサポートをみたもの⁴¹⁾、高齢者の抑うつとその関連要因をレビューして論じたもの⁴²⁾ などがあり、いずれもソーシャルサポートの重要性を指摘している。前二者は労働者の抑うつには慢性的な職業ストレスの関与することを指摘しているが、小松ら⁴¹⁾はストレスを軽減あるいは緩衝する要因としてソーシャルサポートを検討している。また増地ら⁴²⁾は欧米を中心に行われてきた調査研究を概括し、高齢者の場合ソーシャルサポートとネットワークが抑うつを予防、あるいは緩和する効果をもつことが示唆されたとしている。

加えて、高齢者の自殺の抑制・促進にかかわる心理社会的要因を検討した名嘉らは、同居家族外からの情緒的サポート及び家族内外への社会的役割（見舞い、相談、訪問、話しかけ）は、女性において抑うつ点数（CES-D）に影響を与えていたとし、女性の場合対人関係がこころの健康に重要な関連要因といえ、家族内外からのサポートが男性よりも女性において重要であることを指摘している⁴³⁾。

(3) メンタルヘルスとソーシャル・キャピタル

公衆衛生学の分野で、人々の健康に多くの影響を与えるものとして近年取り上げられるようになったソーシャル・キャピタル（social capital）という概念がある。ソーシャルサポートとは似て非なるソーシャル・キャピタルと名付けられた他者との関わりから生じる力、人と社会との理想的な結びつきは国民の健康、社会、公共政策を視野に置く公衆衛生の考えと重なるところが多く、公衆衛生学分野に積極的に受け入れられていくと考えられ

ている 44)。

そこで本研究ではメンタルヘルスに関連する要因にソーシャルサポートに加えてソーシャル・キャピタルに関心を寄せている。

健康・予防元年を副題にし刊行された平成 26 年版の厚生労働白書には、地域保健体系の下で、市町村が取り組むべき方向を示す「地域保健対策の推進に関する基本的指針」の改正とし、～ソーシャル・キャピタルの考え方の導入～について記されている。指針のなかでは具体的にソーシャル・キャピタルを「地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会資本等」とし、地域保健対策の推進に当たっては、これらを活用して、住民による共助への支援を推進することとしたとある。そして「ソーシャル・キャピタルの活用」を、指針の 2012（平成 24）年改正の大きな特徴と位置づけている 45)。

6 節 遺された人の苦しみ

(1) 自殺と自死

公的機関で自死遺族と直接接点を持ち支援する業務に関係する部署としては自殺企図者が運び込まれる救急救命センターや一部大都市の監察医務院などがある。しかし実際には医師やスタッフは遺族のことが気になっても到底そのケアまで手が回らない。また精神科領域でも一部の精神科クリニックで自死遺族のグリーフケアが行われている程度である。こころのケアを受けもつ精神保健福祉センターや各地域の保健所・保健センターでも、問題の重要性は認識されだしているものの、日本ではまだ自死遺族への支援は十分といえる状況ではない。

自殺には背後で悲しむ人の存在があり、ひとりの自殺によって 5、6 人以上の人が深刻な心理的影響を受け、一生それを背負って生きていくことになる。「なぜ一人で先に逝ってしまった・・・」、「もしあの時、私が気づいてあげられていたら・・・」

厚生労働省では「自死遺族ケアに関するガイドライン」を作成しており、今では行政でも遺族の支援問題を中心に「自死」が一般に使われている 46)。大切な人を自死で喪った場合の深い悲嘆と自責感に苦しむ遺族をはじめとする当事者にとって、「自らを殺す」という表現はあまりにもつらい、とうてい受け入れられないとの思いから、「自死」の言葉への置き換えが望まれた背景がある。

自死遺族の体験する苦悩は、他の突然の死とは別の要素をもっている。自分が気づかな

かったゆえに、至らなかったゆえになど、いつ果てるやもしれぬ自責の念や、自らの無力に対する怒り、そして一人で先だってしまった故人や助けてくれなかった人たちへの恨み。そして、問題はこうした感情や思いを周囲に吐露することもできないことである。多くの場合遺された遺族は周囲からの理解もなく、孤独で辛い思いを胸に抱えながら、その後の人生を歩み続けなければならない。

(2) 死を見ない現代社会

自殺という言葉に代えて自死という言葉を使うのはなぜか。病死などの自然死に対して自殺という表現には同じ人間の死であるにもかかわらず、どこか死んだひとを非難し、人生に失敗したひとというイメージと響きがある。たとえば病のため余命の宣告を受け、一方では一日でも長く生きたいと思っている人がおり、その立場からみればさまざまな事情ながらその尊い命を自ら絶ってしまうのは(命を粗末にしすぎている)。あるいはもっと単純に、自殺は結局はその人が弱いからだとか、逃避だとかいって蔑視、忌避することも少なくない。

しかし、いうまでもなく誰でもむざむざと死にたくはないはずだし、死ぬことの背景にはそれぞれどうにもならない事情がある。・・・そして、・・・自殺により遺された家族の立場に立つとき、遺族が会う自殺に対する社会の偏見、蔑み、忌避がどれほど辛いものであるか、大切なひとを失ったうえにその悲しみやさまざまな感情を語れず、自分のところに閉ざし込んでしまわなければならないのである⁴⁷⁾。

自死という言葉を使うのは、そのような遺族に対し自殺という、傷口に塩をもみこむようなまなざしや響きをまとっている言葉をあえて使う必要はないという考え方があるからである⁴⁸⁾。

現代の社会では自殺に対する社会的汚名、忌避が存在するといえ、遺族の側にも身内の恥、不名誉といった意識、言動のあることもある。その結果遺族は周囲から孤立して罪障感、自責感、傷つけられ感などで苦悩することになる。

そのため自死はときに封印された死とも呼ばれてきた⁴⁷⁾。他の死亡原因とは異なり、自死は語ることが避けられる社会的な問題であり、遺族を前にお悔やみの言葉さえぎごちなく当惑する。自死に対するこうした周囲の態度や反応が予測されることから遺族も大切な人の死を語ることを自らもやめてしまうという状況がある。

(3) 自殺対策としての自死遺族支援

ポストベンションという直訳すると事後対策となる新造語が米国から入ってくる以前から、細々ながらもグリーフケアなどのかたちでわが国でも自死遺族に向き合い寄り添う取り組みはあったのだが、社会的あるいは政策的な関心を寄せられたのは 1998（平成 10）年に生じた自死遺族の急増以降のことであった⁴⁷⁾。そして 2006（平成 18）年には自殺対策基本法が制定され、官民一体となって自死遺族支援への取り組みに努力することが明記された。

法律の中で自死遺族支援対策が特記事項のように第 1 条に総合的取り組みの必要性とともに明示されたのであるが、法律の基本精神ともいえる第 1 条においてこうした具体的対策が明記されるのは、行政法としては異例といってもよく、それだけ自死遺族支援問題が喫緊の対策課題であること、それも社会的、総合的な取り組みとして進められねばならない重要性を反映するものといえる。

しかし事後のこと、自死が起こってしまってから何をしたらよいのか、当初は自死遺族支援といっても殆ど理解されていなかった。そのため、公衆衛生関係者、全国の保健センター、精神保健福祉センターや精神科領域の担当者、職員にとってそれが自分たちの役割なのか戸惑いを生むこととなったとしている。

清水⁴⁹⁾は、自死の問題を社会的に考えて取り組むとき、ポストベンション（事後対策）を手掛けなければ完結した自殺対策にならないとしていた。そしてポストベンションを再発防止として位置付けた。遺族のケアは何故しなければいけないのか、それは自死遺族というのは後追いの場合を含めて予防の対象になるということであった。

引用（参照）文献

- 1) 『平成 22 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.146-147.
- 2) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.2-19.
- 3) 『平成 27 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.40-41.
- 4) 『平成 22 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.68-72.
- 5) 澤田康幸 2015「経済学の観点から見た自殺対策の政策展開」ぎょうせい pp.211-221.
- 6) 伊藤千絵子 2015「これからの自殺対策－厚生労働省の立場から－」ぎょうせい pp.193-201.
- 7) 『平成 29 年版 厚生労働白書』厚生労働省 pp.277-278.

- 8) 竹島 正 小高真美 2015「自殺対策の効果と、その評価(17)—WHO の世界自殺レポート—」ぎょうせい pp.88-91.
- 9) 『平成 24 年版 厚生労働白書—社会保障を考える—』厚生労働省 pp.120-125.
- 10) 『平成 22 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.156-157.
- 11) 桑原 寛・河西 千秋 2008「メンタルヘルス対策の重要性」『自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究 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 年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業）
- 12) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.45-46.
- 13) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.47-48.
- 14) 『平成 28 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.49-51.
- 15) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.50-54.
- 16) 高梨 薫 2016「自殺」日本社会病理学会監修『関係性の社会病理』学文社 pp.197-198.
- 17) 『平成 29 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.95-96.
- 18) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.93-94.
- 19) 『平成 22 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.133-134.
- 20) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.114.
- 21) 清水新二 2014「自死遺族の困惑と苦境」清水新二 編『臨床家族社会学』放送大学教育振興会 pp.184-203.
- 22) 石原明子 2003「自殺学とは何か—自殺研究の方法と題材—」『精神保健研究』精神保健研究所 49 pp.5-12.
- 23) 清水新二 2007「わが国戦後の自殺動向とその時代的、世代的背景」『アディクションと家族 23(4)』至文堂 pp.338-345.
- 24) デュルケーム 宮島 喬 訳「自殺論」中公文庫 1985 pp.160-292.
- 25) Shneidman,E.S./ 白井 徳満・白井幸子・本間 修 訳『死にゆく時 そして残されるもの』誠信書房 1980 pp.48-59.
- 26) E.S.シュナイドマン『自殺とは何か』白井徳満 白井幸子 訳 誠信書房 1993 pp.181-222.
- 27) E.S.シュナイドマン『自殺とは何か』白井徳満 白井幸子 訳 誠信書房 1993 pp.236-237.
- 28) 渡部良一・小倉義明・齋藤隆志・古川雅一・中村良太 2006『自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書』京都大学 平成 17 年度内閣府経済社会総合研究所委託調査 pp.20-55.

- 29) 上田路子・松林哲也 2015「自殺対策の効果と、その評価(7)」ぎょうせい pp.43-46.
- 30) 澤田康幸、上田路子、松林哲也 共著 2013「自殺のない社会へ：経済学・政治学からのエビデンスに基づくアプローチ」有斐閣 pp.47-52.
- 31) 澤田康幸 2015「経済学の観点から見た自殺対策の政策展開」ぎょうせい pp.211-221.
- 32) 『平成 22 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.67-69.
- 33) 白石弘巳 精神科医療の 10 年『精神保健福祉白書 2015 年版 改革ビジョンから 10 年ーこれまでの歩みとこれから』精神保健福祉白書編集委員会編 中央法規 pp.152.
- 34) 高岡健 うつ病『精神保健福祉白書 2012 年版 東日本大震災と新しい地域づくり』精神保健福祉白書編集委員会編 中央法規 pp.148.
- 35) 袴田俊一 2006 抑うつと認知療法『福祉現場における臨床心理学の展開 医学モデルとライフモデルの統合をめざして』袴田俊一・三田英二・櫻井秀雄・西村 武・寶田玲子 kumi pp.43-44.
- 36) 中村元昭 うつ病『精神保健福祉白書 2015 年版 改革ビジョンから 10 年ーこれまでの歩みとこれから』精神保健福祉白書編集委員会編 中央法規 pp.165.
- 37) 坂田由美, 田中克俊 2006 職場における自殺関連うつ病対策の現状と課題 精神保健研究 第 19 号 精神保健研究所 pp.17-23.
- 38) 労働者の心の健康の保持増進のための指針 厚生労働省 2006 pp.20-26.
- 39) 宮崎隆穂 2003 自殺における社会的関係 精神保健研究 第 16 号 精神保健研究所 pp.41-60.
- 40) 長田賢一, 中野美穂, 御園生篤志, 他 2006 高齢者のうつ病と予防対策 精神保健研究 第 19 号 精神保健研究所 pp.49-58.
- 41) 小松優紀・甲斐裕子・永松俊哉・志和忠志・須山靖男・杉本正子 2010「職業ストレスと抑うつの関係における職場のソーシャルサポートの緩衝効果の検討」産業衛生学雑誌 52 pp.140-148.
- 42) 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ーソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心にー」日本公衆衛生雑誌 48 pp.435-448.
- 43) 名嘉幸一・和気則江・渡辺直樹 2006「高齢者自殺の抑制・促進にかかわる心理社会的要因の検討(1 章. 秋田県由利町における調査結果)」平成 13-15 年度科学研究費補助金基盤研究(C)(2)研究成果報告書 pp.1-24.
- 44) 木村美也子 2008 ソーシャルキャピタルー公衆衛生学分野への導入と欧米における議論よりー 保健医療科学 第 57 巻 国立保健医療科学院 pp.252-265.
- 45) 『平成 26 年版 厚生労働白書』厚生労働省 pp.155-156.

- 46) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.114-115.
- 47) 清水新二 2014 「自死遺族の困惑と苦境」 清水新二 編『臨床家族社会学』放送大学教育振興会 pp.184-203.
- 48) 清水新二 2015 「別れと遺族支援」『新訂 家族生活研究-家族の景色とその見方-』 清水新二 宮本みち子 放送大学教育振興会 pp.233.
- 49) 清水新二 編 2009 『封印された死と自死遺族の社会的支援』現代のエスプリ 至文堂 pp.5-30.

参考文献

- 澤田康幸 2015 「経済学の観点から見た自殺対策の政策展開」 ぎょうせい
- 伊藤千絵子 2015 「これからの自殺対策 -厚生労働省の立場から-」 ぎょうせい
- 高梨 薫 2016 「自殺」 日本社会病理学会監修『関係性の社会病理』学文社
- 清水新二 2014 「自死遺族の困惑と苦境」 清水新二 編『臨床家族社会学』放送大学教育振興会
- デュルケーム 宮島 喬 訳「自殺論」中公文庫 1985
- 上田路子・松林哲也 2015 「自殺対策の効果と、その評価(7)」 ぎょうせい
- 澤田康幸、上田路子、松林哲也 共著 2013 「自殺のない社会へ：経済学・政治学からのエビデンスに基づくアプローチ」 有斐閣
- 袴田俊一・三田英二・櫻井秀雄・西村 武・寶田玲子 2006 抑うつと認知療法『福祉現場における臨床心理学の展開 医学モデルとライフモデルの統合をめざして』 kumi

第 I 部

〔第 1 章〕 自殺を予防、防止するこころの健康づくりの取り組みとソーシャルサポート

1 節 メンタルヘルスと生活ストレス、ソーシャルサポート

(1) 大阪市の調査

1998（平成 10）年に自殺者年間 3 万人時代に突入し、自殺対策の枠組みは従来うつ病対策中心のものであったが、2006（平成 18）年に成立した自殺対策基本法によって、総合的な対策、取り組みへと軸足を大きく移した。いわばこころの問題から生活の問題へと対策視野が拡大されたといつてよい。とはいえ自殺対策は（多重債務や過労、就労支援といった総合的施策とともに）、なおその中核にこころの問題が据えられている。

本章では、自殺者実数が著しく多く、自殺者を減少させるうえで自殺予防、防止が最も期待された大都市圏、大阪市の場合をとり上げ、上に述べたような大きな流れの中で、市民の日常的なメンタルヘルスと生活ストレスを改めて問い直している。以下では 2008（平成 20）年に実施された大阪市における市民のメンタルヘルスと自殺に関連する要因の調査結果をとりあげ、そこから導けるいくつかの示唆を改めて検討する。

ところで、2007（平成 19）年の大阪市の自殺死亡率をみると 29.3 で全国平均の 24.4 より高く、全国の都道府県、政令指定都市の中では 8 番目に高く、特に政令指定都市の中では最も高い値である。大阪市では全国と同様に、1998（平成 10）年に前年の 525 人、自殺死亡率 20.2 から一気に 876 人、33.7 と急増した。その後、徐々に減少傾向を示し 2005（平成 17）年には 696 人と 700 人台を割ったが、2006（平成 18）年以降には再度 700 人台に戻り、2007（平成 19）年には 774 人と再び増加傾向を示している。

年代別にみると、1998（平成 10）年以降、20 歳から 70 歳代まで各年齢層に増加傾向がみられるなかで、40 歳代、50 歳代および 60 歳代は 1998（平成 10）年から 2000（平成 12）年に急激に増加し、その後はほぼ減少傾向を示している。一方、30 歳代については 2002（平成 14）年以降も基本的に増加傾向を維持し危惧された¹⁾。

こうしてみると、大阪市の自殺状況は他の自治体に比しても問題の多い状況にあったこと、中高年に加えて 30 歳代の自殺者が増加しており、これまでの中高年者対策に加えて若年成人層にも注視する必要があることを示している。

(2) 研究方法

使用するデータは、大阪市において 2008（平成 20）年 9 月に実施された「市政モニター質問書」調査¹⁾によるもので、この調査は大阪市自殺対策基本指針の策定、及び大阪市の自殺対策に役立てる目的で実施された。市政モニター 600 人を対象に、自記式調査票「市政モニター質問書」が大阪市を通じて郵送配布、回収され、回収数 558（男性 281、女性 277）で、回収割合は 93.3%であった。

大阪市の市政モニター制度では毎年モニターの募集を行うため、本調査対象は新たに無作為抽出されたものではないが、公募モニターに無作為抽出モニター 250 人を加えた 600 人の市政モニターが対象となった。また無作為抽出分は、各区住民数に応じた比例配分ならびに年齢構成比に基づいて無作為抽出されている。

この調査（以下大阪市調査とする）では、自殺関連体験、メンタルヘルス状況、暮らし向き、地域の人との交流、ソーシャルサポート、悩みやストレスの相談等が尋ねられた。自殺関連体験は、親しい人の自殺体験として「これまであなたの人生の中で、家族、友人・知人などで親しい方が自殺をされた経験がありますか」に対し、「ある」「ない」「答えたくない」の 3 つの選択肢で尋ねられており、また、自身の自殺念慮、自殺企図として「過去 1 年以内に、死にたいと思ったことはありますか」を、「頻繁に思った」「ときどき思った」「あまり思わなかった」「全く思わなかった」「答えたくない」の 5 つの選択肢で尋ね、同様に「過去 1 年以内に、実際に自殺しようとしたことがありますか」に対し「あった」「なかった」「答えたくない」の 3 つの選択肢が用意された。

今回の分析でとりあげた質問項目は自殺関連体験に加え性別、年齢、暮らし向き、メンタルヘルス、家族サポート、友人・知人サポート、職場サポート、地域の人との交流、悩みやストレスの相談であった。分析にあたって性別は、男性は 0、女性は 1 とした。また年齢は階級幅を 10 歳として「20 歳代」から、「60 歳代以上」の 5 群として分析に使用した。

メンタルヘルス状況は各国で広く使用されている CES-D（Center for Epidemiologic Studies Depression）スケールを使用した。CES-D は 20 の質問項目からなり、「この 1 週間のあなたのからだやこころの状態についてお伺いします」としたうえで、各質問項目に対して「ほとんどなかった」「少しはあった」「時々あった」「たいていそうだった」の選択肢で尋ね、順に 0 点から 3 点まで与えた（なおポジティブ感情を表す項目は逆転項目とし

て順に 3 点から 0 点を与えた)。そしてこれらを加算した点数 (0~60 点) を求めることで評価した。ところでメンタルヘルス状況についてはこの大阪市調査の結果を、2007 (平成 19) 年に同じく大阪市で実施された「勤労者の生活ストレス調査」(以下勤労者調査²⁾) ならびに平成 11 年に日本家族社会学会が行った無作為抽出サンプルによる全国調査³⁾の結果と比較を行った。その際は 3 つの調査で使用された CES-D の共通 11 項目のみを利用した。

暮らし向きは「現在の暮らし向きについてどう感じていますか」に「ゆとりがある」「ややゆとりがある」「普通」「やや苦しい」「苦しい」の選択肢で、「ゆとりがある」から「苦しい」に 5~1 の数値を与えた。

ソーシャルサポートは「何か困ったことがあって、自分の力ではどうしようもないとき、助けてくれる」と思うかどうかを、家族、親戚、友人・知人、近所の人、職場関係の人、の 5 つそれぞれについて尋ねた。「非常にそう思う」「まあそう思う」「あまりそうは思わない」「まったくそうは思わない」の 4 つの選択肢を用意してそれぞれ 4~1 の数値を与えた。

地域の人との交流は、ソーシャル・キャピタルの一般的な定義 (2 章 2 節) とされている「個人間のつながり、すなわち社会的ネットワークおよびそこから生じる互酬性と信頼性の規範」の、社会的ネットワークに焦点をあてた質問である。「あなたは地域の人と話をしたり、交流する機会がありますか」に対し、「よくある」「ときどきある」「あまりない」「まったくない」の選択肢で尋ね、4~1 の数値を与えた。

悩みやストレスの相談は、「日常生活での悩みやストレスはありますか」に対し、「ある」と答えた対象 (n=416) に「悩みやストレスを日ごろ誰かに相談していますか」を尋ね、「相談している」「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」「誰に相談したらいいかわかっているのだが、内容的に誰にも相談できないでいる」「相談する必要はないので誰にも相談していない」の 4 つの選択肢を用意した。

以上の質問項目を集計し、その集計結果をみたうえで、自殺念慮、自殺企図と、メンタルヘルス、暮らし向き、悩みやストレスの相談の関連について検定を行った。

次にメンタルヘルスに影響を及ぼす要因を探るため、従属変数を CES-D 点数とし、独立変数に「性別」「年代 (「20 歳以上 30 歳未満」~「50 歳以上 60 歳未満」に「60 歳以上」の選択肢を加えて 5 群)」「暮らし向き」「地域の人との交流」、そして「ソーシャルサポート (家族、友人・知人、職場関係)」の 7 つを取り上げた重回帰分析を行った。ソーシャル

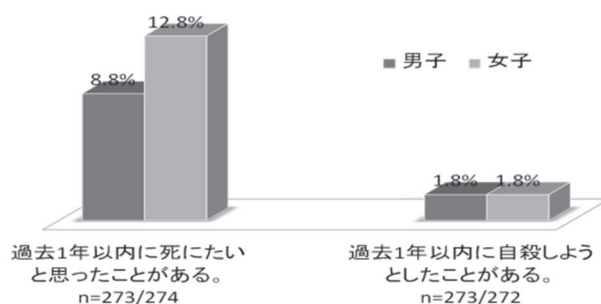
サポートは家族、親戚、友人・知人、近所の人、職場関係の5つがあるが、家族、友人・知人、職場関係の3つについてのみ取り上げた。また分析は男女別にも行った。

(3) 自殺念慮・企図、メンタルヘルス、ソーシャルサポート、悩みやストレスの相談、地域の人との交流と暮らし向き（単純集計）

1) 自殺念慮・企図 —女性に多い自殺念慮—

過去1年以内に死にたいと「頻繁に思った」回答者は男性で2.2%、女性で2.9%であった。これに「ときどき思った」を加えると男性8.8%、女性12.8%、全体で10.8%となり、市民の10人に1人がこの1年間に何らかの程度で自殺念慮をもっていた。同様に過去1年以内の間で実際に自殺を試みた体験を持つ回答者は、男女共に1.8%であった。

また、親しい人の自殺体験として、「これまであなたの人生の中で、家族、友人・知人などで親しい方が自殺をされた経験がありますか」との問いに、回答者のほぼ4人に1人が「ある」（男性28.3%、女性25.2%）と答えていた。



(図-1) 自殺念慮と自殺企図

出展「大都市圏住民のメンタルヘルスと自殺念慮－自殺に関するジェンダーパラドクス－」

『現代の社会病理』2012 27 号 p.80

大阪市の、この1年間での自殺念慮ならびに自殺企図の体験者の調査結果を、2011（平成23）年10月に実施された東京都日野市の調査結果⁴⁾と比較すると、大阪市の全体でそれぞれ10.8%と1.8%、日野市は10.7%と0.7%であった。また親しい人の自殺体験は大阪市26.2%に対し日野市22.3%であった。また川上ら厚生労働省調査⁵⁾と比較すると、それぞれ男性で1.7%と0.3%、女性で1.4%と0.4%となっており、大阪市調査の回答者にみる自殺念慮、企図率の高いことがわかる。

また、以下の 3 節での自殺念慮関連要因の分析対象となった n=336 について、自殺念慮と自殺企図の関係をクロス集計でみると、自殺念慮ありと答えた 94 ケースのうち 8 ケース（8.5%）が自殺企図ありと答えていた。自殺念慮なし 234 ケースに自殺企図ありと答えたものはなかった（表-1）。

（表-1）自殺念慮と自殺企図クロス集計

	自殺企図あり	自殺企図なし	計
自殺念慮あり	8 (8.5%)	86 (91.5%)	94 (100.0%)
自殺念慮なし	0 (0.0%)	234 (100.0%)	234 (100.0%)
P<.001			

出展「大都市圏住民のメンタルヘルスと自殺念慮ー自殺に関するジェンダーパラドクスー」

『現代の社会病理』2012 27 号 p.80

2)メンタルヘルス —女性に CES-D 点数が高い—

市民のメンタルヘルス状況は CES-D スケールを使用し、20 の質問項目を加算した点数で評価した。今回の調査対象全体の CES-D は平均 13.9、標準偏差 9.0 であった。性別では男性で 13.5、標準偏差 (SD) 9.4、女性で 14.4、SD 8.5 と、女性に点数が高くなっていたが、有意差は認められなかった。年代別では 20 歳代が平均 15.7 で最も高く、30 歳代 14.7、40 歳代 14.0、50 歳代 13.1、60 歳代以上 12.6 と年代が上がるにつれ低くなっており、若年成人層ほど CES-D の点数が有意に高くなっていた ($p<0.01$)。

平成 19 年に同じく大阪市で実施された勤労者調査ならびに平成 11 年日本家族社会学会が行った全国調査と、共通 11 項目での CES-D 平均点を比較すると、勤労者調査 4.6 (男性 4.3、女性 5.1)、全国調査 4.5 (男性 4.1、女性 4.9)、平成 20 年大阪市調査 6.2 (男性 5.8、女性 6.5)であった。

3)ソーシャルサポート —サポートは女性に多い—

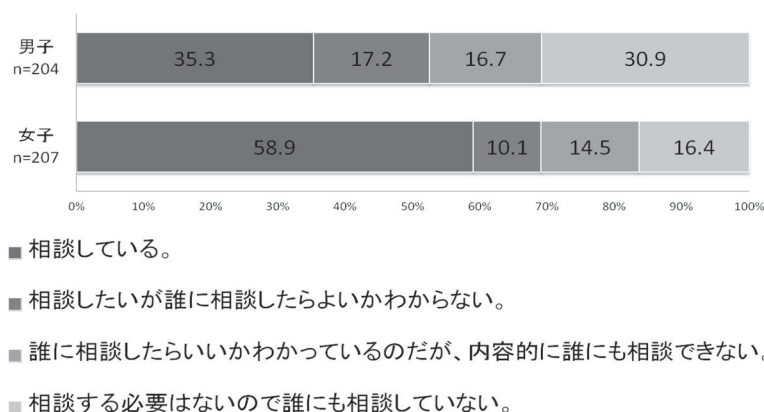
「何か困ったことがあって、自分の力ではどうしようもないとき、助けてくれる」と思うかどうかを、家族、親戚、友人・知人、近所の人、職場関係の人について尋ねた結果、「非常にそう思う」と「まあそう思う」を合わせた肯定的回答が多かったのが家族の 88.5%で、そのうち男性 88.1%、女性 89.1%、続いて友人・知人の 63.5%、男性 59.5%、女性 67.6%

であった。

一方、近所と職場関係の2つについては、否定的回答、「あまりそうは思わない」と「まったくそうは思わない」を合わせたものが、近所の人 77.8%（男性 82.5%、女性 72.9%）と、職場関係 54.5%（男性 57.3%、女性 51.6%）と、ともに肯定的回答「非常に思う」と「まあそう思う」を合わせたものを上回っていた。

4) ソーシャルサポートとしての悩みやストレスの相談 —男女で異なる様相—

上記のソーシャルサポートは主観的な期待に基づくもので、質問項目は違うものの実際に活用しているソーシャルサポートとして悩みやストレスの相談に関してはどうか。「日常生活での悩みやストレスはありますか」に対し「はい」と答えた対象への「誰かに相談していますか」との質問に、年代では有意な差はみられなかったが、女性で 58.9% の人が「相談している」と回答しているのに対して、男性では 35.3% とその割合が有意に低かった。



(図-2) 悩み・ストレスの相談状況

出展「大都市圏住民のメンタルヘルスと自殺念慮—自殺に関するジェンダーパラドクス—」

『現代の社会病理』2012 27 号 p.81

加えて、「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」（男性 17.2%、女性 10.1%）、「誰に相談したらいいかわかっているのだが、内容的に誰にも相談できないでいる」（男性 16.7%、女性 14.5%）、「相談する必要はないので誰にも相談していない」（男性 30.9%、女性 16.4%）と、相談に関して消極的な回答している割合はいずれも女性に比べて男性で高かった（ $p<0.001$ ）。

5) 地域の人との交流—交流は女性に多い—

「よくある」「ときどきある」を合わせた割合が 67.8%であった。ただし女性では「よくある」「ときどきある」を合わせた割合が 75.5%あるのに対し、男性では 60.2%であっ

た。また地域の人との交流が「まったくない」と答えた女性は 6.1%であるが、男性は 15.4%であった ($p<0.001$)。年代とのクロス集計では年代が上がるほど地域の人との交流が多い回答となっていた ($p<0.001$)。

6)暮らし向き

生活ストレスに大きな影響が考えられる現在の暮らし向きについてみると、全体では「普通」と回答した人が 45.4%と多く、「やや苦しい」「苦しい」を合わせた否定的回答割合が 39.2%、「ややゆとりがある」「ゆとりがある」を合わせた肯定的回答が 15.4%と続いていた。性別では男性が女性に比べ「やや苦しい」「苦しい」を合わせた割合が若干高くなっていた (男性 41.1%、女性 37.4%)。

(4) 自殺念慮・企図とメンタルヘルス、悩みやストレスの相談、暮らし向きとの関連 (クロス集計)

以下は自殺念慮・企図とメンタルヘルス、悩みやストレスの相談、暮らし向きそれぞれとの 2 変数間関連をみた結果である。

1)メンタルヘルスとの関連

CES-D を点数の高い群 (16 点以上)、中位の群 (11~15 点)、低い群 (0~10 点) に分けてクロス集計を行った結果、全体では CES-D の点数が高い群に、自殺念慮、自殺企図とも多くなっていた。自殺念慮は「頻繁に思った」「ときどき思った」合わせて 24.9%、自殺企図は「あった」が 4.7% ($p<0.001$)。性別にみても男女とも CES-D の点数が高い群に自殺念慮が多くなっていた ($p<0.001$)。しかし自殺企図については女性のみ有意で ($p<0.01$)、男性においては傾向は同じだったが有意ではなかった。

2)ソーシャルサポートとしての悩みやストレスの相談との関連

「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」に自殺念慮が多くなっていた ($p<0.05$)。性別では、男性は「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」人の自殺念慮が 20.0%と顕著となり ($p<0.05$)、女性では自殺念慮は有意でなく、反対に、自殺企図が「誰に相談したらいいかわかっているのだが、相談できないでいる」に多くなっていた ($p<0.05$)。

3)暮らし向きとの関連

暮らし向きとの関連をみると、全体では「苦しい」との回答者ほど自殺念慮、自殺企図

が多くなっていた ($p<0.001$)。性別では、男性はやはり「苦しい」との回答者に自殺念慮、企図が多くなっていた ($p<0.001$) のに対し、女性は「苦しい」の回答者に自殺念慮のみが多くなっていた ($p<0.05$)。

2 節 メンタルヘルスとソーシャルサポート —大阪市調査の結果—

(1) 市民のメンタルヘルス状況

自殺総合対策大綱の掲げる対策目標に対して実数で最も多い自殺者を出している東京、大阪といった大都市での自殺減少が強く期待されていた反面、その大阪市での市民のメンタルヘルス状況に懸念が向けられた。大阪市民のメンタルヘルス状況と自殺関連体験は大阪市固有の特異なものか。2007（平成 19）年に同じ大阪市内で実施された勤労者調査ならびに 1999（平成 11）年に日本家族社会学会が行った全国調査³⁾との比較では、勤労者調査では全国調査より若干高い程度であるが、2008（平成 20）年大阪市調査の CES-D 平均点は両者と比べ著しく高くなっていた。ほぼ同じ時期の大阪市の調査でありながら勤労者調査より大阪市調査の CES-D 平均点が著しく高い理由としては、勤労者調査サンプルの場合、職場で平常勤務ができる程度の健康水準にあるのに対し、大阪市調査ではそうした健康水準は担保されていないことも考えられる。

ところで、大阪市調査と同じ 20 項目での調査が障害高齢者の介護者を対象に 1996（平成 8）年に三鷹市で行われている⁶⁾。三鷹市の調査は在宅の障害高齢者の介護者を対象としており介護負担からうつ傾向が高いことが考えられ、町田⁷⁾は在宅介護者の 4 人に 1 人は軽度のうつ状態にあると報告している。しかし、今回の結果はこの三鷹市調査の結果よりも CES-D の平均点で 2 点以上高く（三鷹市 11.7、大阪市調査 13.9）、ストレス状況が高いと考えられる高点数群（16 点以上）も三鷹市（26.4%）より著しく多かった（大阪市調査 34.1%）。こうしてみると先行の調査との類似点も見いだせる一方、やはり大阪市民のメンタルヘルスの悪さおよび自殺関連体験の多さは顕著だったと考えられる。

(2) メンタルヘルス関連要因

メンタルヘルスに影響を及ぼす要因を探るため、従属変数を CES-D とし、独立変数を「性別」「年代（5 群）」「暮らし向き」「地域の人との交流」、そして「ソーシャルサポート（家族、友人・知人、職場関係）」とした重回帰分析を行った。分析は男女別にも行った。

その結果、「性別」「年代」「暮らし向き」と「地域の人との交流」「家族サポート」「職場関係サポート」が有意になっていた。男性、年代は高い方、暮らし向き「ゆとりがある」、地域の人との交流は「よくある」方で、また家族サポート点数、職場関係サポート点数のそれぞれ高い方で CES-D 点数は低くなっていた (n=432)。R²は 0.23 であった。

男女別の分析結果をみると、男性では暮らし向き、地域の人との交流、職場関係サポートが有意で、暮らし向き「ゆとりがある」、地域の人との交流「よくある」、職場関係サポート点数の高い方で CES-D 点数は低くなっていた (n=238)。次に女性では暮らし向き、地域の人との交流、そして家族サポート、が有意で、暮らし向き「ゆとりがある」、地域の人との交流「よくある」、家族サポート点数の高い方で CES-D 点数が低かった (n=194)。男性では職場関係サポート、女性では家族サポートが、また地域の人との交流は男女ともに CES-D 点数を低く抑えるという結果であった。

表3 暮らし向き、地域の人との交流およびまわりからのサポートとCES-Dの関連

独立変数	従属変数 CES-D		
	全体 (n=432)	男子 (n=238)	女子 (n=194)
	β	β	β
性別(男=1, 女=2)	0.114*	-	-
年齢(5段階)	-0.102*	-0.094	-0.114
暮らし向き	-0.286***	-0.321***	-0.250**
地域の人との交流	-0.162***	-0.180**	-0.148*
家族サポート	-0.126**	-0.055	-0.223**
友人・知人サポート	-0.032	-0.022	-0.094
職場関係サポート	-0.174**	-0.263***	-0.064
決定係数(R ²)	0.226***	0.245***	0.210***

出展「大都市圏住民のメンタルヘルス、生活ストレスと自殺関連体験

—大阪市『市政モニター質問書』調査結果を中心に— 厚生指標 2011 58:(5)p.27

(3) 考察

大阪市調査の結果が示す限り、地域の人との交流、家族（女性において）や職場（男性において）でのサポート、悩みやストレスの相談のしやすさなどについて改善工夫が望まれる。しかし改善工夫とはいうものの実際にはそう単純なことではなく、比較的具体的、直接的に取り組める事柄と、むしろ根気よく長期的にアプローチする必要のある事柄がある。また地域の人との交流はソーシャル・キャピタルの一側面であると考えるが、Putnam⁸⁾

はこのソーシャル・キャピタルがさらに人々の精神保健に影響を及ぼすことを大規模かつ詳細に明らかにしている。グローバリゼーションの流れの中で日本が経済システムの再構築を迫られているのと同じくらい根底的、長期的で地道な課題である。

また大阪市調査の結果では、CES-D 点数は女性と若年成人層に高いことも明らかになった。この知見はこれまで各国でも確認されてきており広範な先行研究レビューをした Mirowsky⁹⁾は「女性は男性よりもディストレスが高い」「中高年は最もうつ傾向が少なく、高齢者に最も不安感は少ない」と指摘している。

日常生活での悩みやストレスについては、「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」「誰に相談したらいいかわかっているのだが、内容的に誰にも相談できないでいる」と答えた対象が、あわせて男性で 33.9%、女性で 24.6%あった。そして「相談する必要はないので誰にも相談していない」、男性 30.9%、女性 16.4%と、相談に関して消極的な回答している割合はいずれも女性に比べて男性で高かった。特に、「相談する必要はないので誰にも相談していない」と回答している男性が女性の 2 倍近くあった ($p<0.001$)。「相談する必要はないので誰にも相談していない」の回答を自己対処とみるか、自己抑制（がまん）とみるか、いのちの電話による自殺相談は、「自殺者 3 万人」時代に入った後 2005 年あたりから女性を上回って男性にも増えてきている¹⁰⁾。

2006（平成 18）年成立の自殺対策基本法の趣旨と精神は、総合的取り組みにあり総額 100 億円を超える緊急強化基金（内閣府）も各自治体にまで降りてきた実績もあって、財政的に対応できないとの繰り返しに終わらない取り組みが要請されていた。連携のスムーズさを担保した相談体制の整備としてケアマネジャー的人材の開発と配置と、加えて制度や窓口を整備するだけでなく広報をはじめ相談する側から見た相談のしやすさ、相談内容の秘匿性確保、駆け込み的応急相談対応、ワンストップサービスや必要に応じた同行支援、当事者関与の工夫が今後も求められる。

ところで、市民のメンタルヘルスに関して明瞭であったのは現在の暮らし向きが大きな影を落としていることで、長引いた不況の影響は否定されるべくもなく、その上不安定で流動的雇用情勢、年金をはじめとする社会保障システムの信頼性の低下等、自殺対策としては手に余る難題が現在まで山積しており、これらの問題に対応して自殺対策として可能なものは市民のメンタルヘルス対策、とりわけうつ病の早期発見と介入という従前からのアプローチである。市民のメンタルヘルス状況が落ち込み自殺念慮、企図体験も多かった

大阪市の場合、むしろうつ病対策は今後とも自殺対策の中核に位置づけられるべきものであった。ただこのようにうつ病対策は間違いなく必要なアプローチであるものの、市民のメンタルヘルスを改善し、自殺念慮や企図に苦しむ市民を少なくするためには、底辺でのうつ病対策だけでなく中流以上へ総合的な取り組みが、具体的に展開される必要がある。

3 節 メンタルヘルス、自殺念慮、悩みやストレスの相談

(1) 自殺念慮、悩みやストレスの相談

1 節で述べたように自殺対策基本法により自殺対策はうつ病対策中心から総合的な対策、いわばこころの問題からそれを含めた生活の問題へと対策視野が拡大された。そうしたなか 2009（平成 21）年内閣府「自殺対策緊急連絡チーム」は「自殺対策 100 日プラン」を策定し、このプランのなかで、総合的相談窓口の緊急的な開設が提案された。多重債務や失業や倒産といった社会的困難を抱えたひとは、うつの状態に陥っている可能性が高いことから、総合相談窓口のなかにこころの健康相談窓口を必ず置いて、医学的観点から自殺予防に役立てる目的であった。自殺対策は多重債務や就労支援といった施策とともに、うつ病の早期発見といった従前からの対策も重要である。窓口では弁護士や保健師といった異分野の専門家が一堂に会し、悩みを抱える当事者に対面したうえで相談にあたるという包括的相談体制が実現された¹¹⁾。

ところで本章、前節までは大阪市の調査のデータで、メンタルヘルスから自殺予防、防止を論じてきたが、この大阪市調査で、日常生活での悩みやストレスについて「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」「誰に相談したらいいかわかっているのだが、内容的に誰にも相談できないでいる」と答えた対象が、あわせて男性で 33.9%、女性で 24.6%あった。そして「相談する必要はないので誰にも相談していない」、男性 30.9%、女性 16.4%と、相談に関して消極的な回答している割合はいずれも女性に比べて男性で高かった（ $p<0.001$ ）。

また、悩みやストレスを誰かに相談しているか否かによって自殺念慮や企図が変わってくるものかをみた結果では、全体では自殺念慮が有意となり、「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」に自殺念慮が多くなっていた（ $p<0.05$ ）。性別では、男性は「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」人の自殺念慮が 20.0%と顕著となり（ $p<0.05$ ）、女性では自殺念慮は有意でないが、反対に自殺企図が「誰に相談したら

いいかわかっているのだが、相談できないでいる」に多くなっていた。(p<0.05)。こうした結果からも自殺予防、防止を支援するための相談窓口の重要性を再確認しており、各種専門機関との連携を担保した相談体制だけでなく相談する側から見た相談のしやすさに十分な配慮が加えられるべきである。

さらに、大阪市の自殺対策調査ではメンタルヘルス状況ならびにメンタルヘルスの関連要因を検討した結果、CES-D 点数は全国平均値より顕著に高く、メンタルヘルス状況の厳しさが認められたが、加えて男性よりも女性において、また高齢者よりも若年層において有意に点数の高いことが明らかとなった。そして重回帰分析の結果、地域の人との交流、家族サポートと職場サポートが CES-D 点数と関連していた。

1 章 2 節の分析では、自殺を説明するメンタルヘルス関連要因については対策に資する示唆を得たと考えているが、本節は次のステップとして同じ大阪市調査のデータを使い、自殺関連体験である自殺念慮の関連要因を検討する。大阪市調査からは回答者全体で 1 割以上が、過去 1 年の間に「死にたいと思った」体験、すなわち自殺念慮を有していた¹¹⁾。そして 1 節(3)4)の結果、「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」対象者に自殺念慮の割合が大きかったことを受け、自殺念慮や自殺企図体験のあるひとは、悩みやストレスの相談が十分ではないのではないかと考え、日常生活での悩みやストレスの相談状況に着目する。もとより内閣府の「自殺に関する意識調査」(平成 20 年)でも、「自殺したいと思ったことがある」との回答者中、そのとき誰かに相談したかを重ねて質問した結果は「相談したことはない」が 60.4%となっている¹²⁾。近年精神科への受診に抵抗感は減りつつあるが、精神疾患や精神科医療に対する偏見はなお根強く自殺者が多い中高年男性は相談することに対する抵抗感が強いとされる。

ところで、前述したようにメンタルヘルス関連要因を検討した先行研究はいずれもソーシャルサポートの重要性を指摘している。これらの先行研究は自殺に結び付くと捉えられている抑うつとソーシャルサポートの関連を論じているものであり、自殺念慮との関連をみたわけではない。また、自殺念慮とソーシャルサポートの関連を直接検討した研究は少なく、加えて必ずしも好ましい効果を期待できないという知見¹³⁾もある。そこでここでは、上述した日常生活でのソーシャルサポートの実績としての悩みやストレスの相談状況のほか、メンタルヘルス (CES-D) 関連要因と捉えられる(認知的)ソーシャルサポート、地域の人との交流が、さらにはメンタルヘルス (CES-D) が、自殺念慮においても関連を

示すものかどうかを検討する。あわせて、これらの要因の男女差に注目し、考察の論点としてとりあげる。

男女差に注目する理由は、従前より経験的、臨床的にも知られてきた自殺に関するいくつかの基本的事実の齟齬に関連している。すなわち、各種の調査からメンタルヘルスは一般に男性よりも女性において悪く、うつ病罹患率ならびにうつの傾向においても女性は男性より高く、にもかかわらず自殺は圧倒的に男性に多いという不整合がある。今回の調査結果でも男女間で見られた差異に注目すると、CES-D 点数は男性より女性に高く、自殺念慮も同様に女性に多く、にもかかわらず大阪市を含めて全国的にまた国際的にも周知の事実として、自殺者数、自殺死亡率ともに男性の方が高いという矛盾したデータを手にしているためである。このデータ上の齟齬を“自殺に関するジェンダーパラドクス (suicidal gender paradox)”と呼んで考察の論点に据えることにした。

注) 自殺念慮とは「自殺という能動的な行為で人生を終わらせようという考え方」で、「死にたい」という直接的言動だけでなく、「いなくなりたい」「ずっと眠っていたい」という間接的言動も死を願う気持ちのことである。

(2) 研究方法

1 節(2)研究方法で記したとおり、使用するデータは、大阪市において 2008 (平成 20) 年 9 月に実施された「市政モニター質問書」調査によるものである。

大阪市調査では自身の自殺念慮、自殺企図として「過去 1 年以内に、死にたいと思ったことはありますか」を、「頻繁に思った」「ときどき思った」「あまり思わなかった」「全く思わなかった」「答えたくない」の 5 つの選択肢で尋ねており、関連要因分析にあたっては「頻繁に思った」「ときどき思った」「あまり思わなかった」の 3 つを合わせたものを「(自殺念慮) あり」とした。「全く思わなかった」を「(自殺念慮) なし」とした。「あまり思わなかった」の選択肢を選んだ対象は、「全く思わなかった」のではなく、僅かであっても「(自殺念慮) あり」と捉えた。また「答えたくない」は分析対象から除いた。自殺念慮「あり」を 1、「なし」を 0 とした。

自殺企図は「過去 1 年以内に、実際に自殺しようとしたことがありますか」に対し「あった」「なかった」「答えたくない」の 3 つの選択肢で尋ねた。「あった」を「(自殺企図) あり」、「なかった」を「(自殺企図) なし」とした。「答えたくない」は分析対象

から除いた。

このほか独立変数としてとりあげた質問は性別、年齢、暮らし向き、メンタルヘルス（CES-D）、家族サポート、職場サポート、地域の人との交流、悩みやストレスの相談の8つで、まず性別と年齢について、1節(2)に記した様に、年齢は階級幅を10歳として「20歳代」から、「60歳代以上」の5群に分け、カテゴリー変数として分析に使用した。また分析にあたって性別は、男性は0、女性は1とした。

暮らし向き以下も1節(2)方法と同様であるが、悩みやストレスの相談は、5節での分析にあたってこの変数は2つの質問項目を使って新しい1つの変数を作成した。調査票「市政モニター質問書」ではまず「日常生活での悩みやストレスはありますか」との質問に「はい」「いいえ」の選択肢を用意し、「はい」と答えた対象に、次の質問「悩みやストレスを日頃誰かに相談していますか」を尋ねている。2つめの質問の選択肢は「相談している」「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」「誰に相談したらいいかわかっているのだが内容的に誰にも相談できないでいる」「相談する必要はないので誰にも相談していない」の4つを用意。最初の質問で「いいえ」の悩みやストレスはないと答えた対象を、2つめの質問の5番めのカテゴリーとして加え、5群の名義尺度変数とした。

分析は、自殺念慮を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。独立変数は性別、年齢、暮らし向き、メンタルヘルス（CES-D）、家族サポート、職場サポート、地域の人との交流、悩みやストレスの相談状況である。メンタルヘルス（CES-D）と、家族サポート、職場サポート、及び地域の人との交流は共変量として分析に投入した。カテゴリー変数として投入した性別は男性をレファレンスに、年齢は20歳代を、相談状況は「悩みやストレスはない」群をレファレンスにした。すべての変数に欠損値がなく、仕事の有無を尋ねた質問で有りと答えた n=336 を分析対象にした。分析は男女別にも行った。

自殺念慮関連要因、分析対象の特性、従属変数と独立変数の単純集計を表-2に、また変数間の相関を表-3に示した。

(表-2) 関連要因分析対象の特性 (n=336)

		人数	割合
自殺念慮	1 あり	101	30.1%
	0 なし	235	69.9%
性 別	1 男子	199	59.2%
	2 女子	137	40.8%
年 齢	20 歳代	65	19.3%
	30 歳代	81	24.1%
	40 歳代	74	22.0%
	50 歳代	60	17.9%
	60 歳以上	56	16.7%
暮らし向き	5 ゆとりがある	11	3.3%
	4 ややゆとりがある	37	11.0%
	3 普通	157	46.7%
	2 やや苦しい	96	28.6%
	1 苦しい	35	10.4%
家族サポート (自分の力ではどう しようもないとき、 助けてくれる)	4 非常にそう思う	176	52.4%
	3 まあそう思う	125	37.2%
	2 あまりそうは思わない	24	7.1%
	1 まったくそうは思わない	11	3.3%
職場関係サポート (自分の力ではどう しようもないとき、 助けてくれる)	4 非常にそう思う	29	8.6%
	3 まあそう思う	104	31.0%
	2 あまりそうは思わない	123	36.6%
	1 まったくそうは思わない	80	23.8%
地域の人との交流	4 よくある	81	24.1%
	3 ときどきある	127	37.8%
	2 あまりない	80	23.8%
	1 まったくない	48	14.3%
悩み・ストレスの相談	1 相談している	117	34.8%
	2 誰に相談したらよいかわからない	36	10.7%
	3 内容的に誰にも相談できない	43	12.8%
	4 相談する必要はない	73	21.7%
	5 悩み・ストレスはない	67	19.9%
CES-D 点数	平均値	14.2	
	標準偏差	9.3	

(表-3) 変数間の相関 (n=336)

	自殺念慮	性別	年齢	暮らし向き	家族サポート	職場関係サポート	地域の人との交流	CES-D
自殺念慮	1.000							
性別	0.143**	1.000						
年齢	-0.078	0.071	1.000					
暮らし向き	-0.190**	0.090	0.125*	1.000				
家族サポート	-0.129*	0.064	-0.046	0.177**	1.000			
職場関係サポート	-0.083	-0.003	-0.157**	0.196**	0.293**	1.000		
地域の人との交流	-0.036	0.226**	0.304**	0.105	0.106*	0.047	1.000	
CES-D	0.419**	0.055	-0.151**	-0.342**	-0.202**	-0.270**	-0.205**	1.000

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$,

表-2、表-3 出展「大都市圏住民のメンタルヘルスと自殺念慮ー自殺に関するジェンダーパラドクスー」

『現代の社会病理』2012 27 号 p.82

(表-4) 「自殺念慮」関連要因分析

独立変数	従属変数 自殺念慮		
	全体 (n=336) 男子 (n=199) 女子 (n=137)		
	β	β	β
性 別 (男子=0, 女子=1)	0.774	—	—
年 齢 (5 段階)			
30 歳 台	-0.154	-0.074	-0.440
40 歳 台	0.413	0.416	0.481
50 歳 台	0.460	0.714	-0.074
60 歳 以上	-0.388	-1.442	-0.236
暮らし向き	-0.105	-0.366	-0.042
家族からサポート	-0.131	-0.145	-0.330
職場関係からサポート	0.240	0.044	0.428
地域の人との交流	0.121	0.289	-0.007
相談状況			
相談している	0.746	1.354	0.377
誰に相談したらよいかわからない	1.527*	2.094*	0.422
内容的に誰にも相談できない	1.514*	2.236*	0.959
相談する必要はない	1.108*	0.718	2.193**
メンタルヘルス	0.100***	0.085**	0.114***
決定係数 (Nagelkerke R^2)	0.319***	0.377***	0.345***

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

出展「大都市圏住民のメンタルヘルスと自殺念慮－自殺に関するジェンダーパラドクス－」

『現代の社会病理』2012 27 号 p.83

(3) 結果と考察

自殺念慮の関連要因についてロジスティック回帰分析を行った結果は、悩みやストレスの相談状況とメンタルヘルス（CES-D）が有意となり、自殺念慮ありは悩みやストレスの相談の「誰に相談したらよいかわからないでいる」「内容的にだれにも相談できないでいる」「相談する必要はない」で、「悩みやストレスはない」と答えた群と比べて多くなっていた。CES-D は点数の高いほうで「自殺念慮あり」が多くなっていた。

男性のみの分析の場合も同様に、悩みやストレスの相談とメンタルヘルス（CES-D）が有意になっていた。「誰に相談したらよいかわからないでいる」「内容的にだれにも相談できないでいる」で、「自殺念慮あり」が多くなっていた。ただし「相談する必要はない」に有意差はなかった。CES-D は点数の高いほうで多くなっていた。

次に女性のみの場合、女性においても悩みやストレスの相談とメンタルヘルス（CES-D）が有意となっていたが、女性の場合では男性とは反対に「相談する必要はない」と答えた群で「自殺念慮あり」が多くなっていた。CES-D は点数の高いほうで多くなっていた。

悩みやストレスの相談状況は自殺念慮に有意に関連していたが、男性と女性ではその内容が全く異なるものであった。（表・4）

自殺予防、防止対策に向けて、自殺対策としてうつ病対策及び市民のメンタルヘルスに関心において、2 節では CES-D を従属変数とした重回帰分析を行った。その結果 CES-D 点数は、暮らし向き「ゆとりがある」、家族と職場のサポート「助けてくれると思う」、地域の人との交流「ある」方で点数が低く（メンタルヘルスが良く）なっていた。他方、今回の分析結果によれば、自殺念慮を説明するのは悩みやストレスの相談と、今回は独立変数としたメンタルヘルス（CES-D）であって、家族、職場のサポートや地域の人との交流は有意とならず、暮らし向きすらも有意差がみられなかった。これらの結果からは、1.やはり普段からのこころの健康を保持する個人的工夫とこれをバックアップする社会経済的環境整備の双方の重要性が改めて示唆されるところである。また、2.ひとたび自殺念慮をもった場合では、時間のかかる地道な努力だが、やはり周囲に“相談”できる官民の体制づくりならびにインフォーマルな環境づくりが重要な進むべき方向として再認識されたといえる。

しかし、ここではそうした一般論的な対策示唆を越えて、大阪市調査から得られる知見を踏まえつつ、もう少し現実的、具体的な対策示唆を考えてみることにしたい。問題はメ

ンタルヘルス (CES-D 点数) では効果を示したソーシャルサポートや地域の人との交流 (社会的ネットワーク) が、自殺念慮に対しては男女ともに効果を示さなかったという、少々不可解な結果をどう理解したらいいのかである。これについては次節の自殺に関するジェンダーパラドクスの実態を含めて 3 章で改めて考察したい。

4 節 自殺のジェンダーパラドクス

自殺念慮関連要因の分析対象となった $n=336$ について、自殺念慮と自殺企図の関係をクロス集計でみると、自殺念慮ありと答えた 94 ケースのうち 8 ケース (8.5%) が自殺企図ありと答えていた。自殺念慮なし 234 ケースに自殺企図ありと答えたものはなかった。見方を変えると自殺企図ありと答えた対象すべては自殺念慮ありと答えていた。

自殺企図ありケース 8 例中すべてが自殺念慮ありと回答していることからすれば、自殺企図の、強いて言えば自殺既遂自体の防止上、自殺念慮をいかに低減させるか、念慮をもったとしてもそれが自殺企図へと進む連鎖をいかに食い止めるかが対策のポイントといえる。前記の 1. 及び 2. の方策の重要性がこれらふたつの介入 (防止) ポイントと深く関連していることは言うまでもないが、特に相談状況と自殺念慮の関連性を示す今回の調査結果には、さらに検討を加えるべき論点が内包されている。

今回の調査結果を男女間で見られた差異に注目すると、従前より経験的、臨床的にも知られてきた自殺に関するいくつかの基本的事実の齟齬に関連していることが見えてくる。すなわち、各種の調査からメンタルヘルスは一般に男性よりも女性において悪く、うつ病罹患率ならびにうつの傾向においても女性は男性より高く、にもかかわらず自殺は男性に多いという不整合である。

自殺者増の背景にうつ病、あるいはうつの傾向のあることが支持されている。同様にメンタルヘルスにはソーシャルサポートが関連し、職場や家族のサポートがメンタルヘル스에 良いという結果である。ところで序省 3 節(1)でみたとおり、自殺者数は圧倒的に男性に多く、自殺死亡率をみても男 24.1、女 9.9 (2016 年) である。自殺とうつとの関連を前提に考えると、男性のメンタルヘルスは女性に比べて悪いことが考えられる。しかし、上記のいくつかの調査でみたメンタルヘルスはいずれも女性のほうが男性より悪いという結果である。

うつの傾向の強い女性よりも男性の自殺の方が多いことは、精神科や専門家では経験的

に知られている事柄でもある。たとえば、うつ病やうつの傾向、PTSD 罹患率、各種の不定愁訴やリストカットなどの自傷行為は女性により顕著である ¹⁴⁾ ¹⁵⁾ ¹⁶⁾。女性に自殺者が少ないのは、自殺未遂が多い可能性は考えられる。

大阪市調査では、CES-D 点数から見たうつの傾向では男性 (13.5) よりも女性 (14.4) に高く、また自殺念慮体験者は女性 (12.8%) の方が男性 (8.8%) より多い。にもかかわらず、大阪市の場合も日本全体の場合でも通時代的に自殺は男性に多い死亡原因であることは言うまでもない。一方、自殺念慮や企図と関連するといわれてきたソーシャルサポートや社会的ネットワーク (地域の人との交流) では女性に多いという結果であった。悩みやストレスの相談でも相談しているのは女性の方が多かった。

このように自殺に関連する要因に男女差のあることは明らかであるが、このギャップ、不整合を“自殺に関するジェンダーパラドクス”と名付けて、以下では今回の調査データに基づきつつ悩みやストレスの相談及び、悩みやストレスの相談と自殺念慮の関連が男女で大きく異なることと併せて考察、検討すべき事柄としておさえておきたい。悩みやストレスの相談とジェンダーパラドクスは分けては捉えることができない共通の土台にある議論と考えるからである。そしてこの自殺に関するジェンダーパラドクスについては、3 章自殺対策に資するソーシャルサポート、ソーシャル・キャピタルにおいて、さらに考察を深めるが、ここでは先にその実態について少し詳細にみておきたい。

自殺性比でみると、自殺者数はいつの時代もどの社会でも男性が女性より多いことは、普遍的事実である。このため、この実態を示すにはたとえば大阪市の最近の事実を示すだけで十分であろう。(大阪市調査の報告書が纏められた翌年の) 2010 (平成 22) 年の大阪市では自殺者総数 744 人中、男性 512 人、女性 232 人であり、前年平成 21 年でも自殺者総数 688 人中、男性 473 人、女性 215 人であった。平成 22 年の自殺死亡率は 27.8 で、全国の政令指定都市では 1 位となっている。さらに、この性比は 1975 (昭和 50) 年頃までほぼ 1.5 倍であったものが 1997 (平成 9) 年には 2.1 倍 (男性 15901 人 : 女性 7593 人) にもなり、以前にもまして自殺は圧倒的に男性に多いことが知られる。(2016 年 2.2 倍)

そして自殺未遂について、上記のような基本的事実に“うつと自殺の親和性”という臨床的、経験的事実を加味すれば、その帰結として男性に比して女性に自殺が多いという仮説が導かれる。にもかかわらず自殺性比で見たように事実は反対で、自殺者は女性に比して男性に多かった。これに対しこれまでの通説は、女性に自殺未遂が多いからだとの見解で

ある。確かに女性の自殺手段には致死性のやや低い薬物使用や入水などが目立つ。元来自殺統計の問題点は、リストカッティングに典型的にみられるように自殺未遂基準が必ずしも明確ではないことに加え、救命救急センターなどに搬送された事例などを除けば、自殺未遂がどのくらい発生しているのかも曖昧なことである。したがって、この通説的な解釈もなお確定的なものとして受け止めるわけにはいかない。

そこで、ここでは少し推定的確率が高いと考えられる一般住民の自己申告による自殺念慮及び企図（広義の未遂）を見てみる。大阪府で実施された 2007（平成 19）年「勤労者の生活ストレス調査」及び今回の報告調査である 2008（平成 20）年「市政モニター調査—生活ストレスについて—」からの結果によれば、この 1 年間で自殺念慮をもった者は勤労者調査及び市政モニター調査それぞれ、前者で男性 11.3%、女性 13.1%であり、後者では男性 8.8%、女性 12.8%である。自殺企図に関しては、同様に前者で男性 1.4%、女性 2.0%であり、後者では男性 1.8%、女性 1.8%であった。自殺念慮では確かに女性に若干高いが、自殺企図では該当者が少ないためか男女での差異が明瞭ではない。

他方、自殺念慮該当者数値がずっと少ない調査結果も報告されている。厚生労働省の実施した調査¹⁷⁾によれば、男性で 1.7%、女性で 1.4%、自殺企図はそれぞれ 0.3%と 0.4%である。自殺念慮経験を直接聞いたものではないにせよ、この 1 カ月で「死ねたらなあと思ったことがある」かどうかを質問している無作為抽出標本による地域住民調査¹⁸⁾では、男性 3.8%、女性 4.8%であった。

◇ 1 章は「大都市圏住民のメンタルヘルス、生活ストレスと自殺関連体験—大阪府『市政モニター質問書』調査結果を中心に—」高梨 薫・吉原千賀・清水新二 2011 厚生指標 58:(5)pp.22-29.

「大都市圏住民のメンタルヘルスと自殺念慮—自殺に関するジェンダーパラドクス—」高梨 薫・清水新二 2012『現代の社会病理』日本社会病理学会 27 号 pp.75-91. の 2 本の論文をもとに加筆再構成した。

引用（参照）文献

- 1) 大阪府健康福祉局こころの健康センター2009『平成 20 年 9 月 市政モニター報告書「生活ストレスについて」』

- 2) 清水新二・吉原千賀 2008『平成 19 年度大阪市勤労者のストレス調査報告書』大阪市こころの健康センター
- 3) 全国家族調査委員会 NFRJ 1998 第 1 回全国家族調査(NFR98) 東京：日本家族社会学会
- 4) 日野市「心の健康の維持促進を図るための地域ネットワークの構築」に関する委託調査研究報告書 平成 24 年 3 月 31 日 明星大学心理学研究室
- 5) 川上憲人, 大野 裕, 宇田英典, 他 2003 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究:3 地区の総合解析結果 平成 14 年度厚生労働科学特別研究事業 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究
- 6) 東京都老人総合研究所 保健社会学部門 1997 高齢者・障害者の保健・福祉施策に関する研究(三鷹市 高齢者・障害者の生活と福祉ニーズ調査)
- 7) 町田いづみ 2006 高齢化社会の中での在宅介護の現状. 厚生労働科学研究費補助事業こころの健康科学研究 自殺企図の実態と予防介入に関する研究 pp.112-142.
- 8) Putnam,R., Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community, Simon &Schuster, New York, 2000. 柴内康文訳. 孤独なボウリングー米国コミュニティの崩壊と再生ー 柏書房 2003 pp.301-337,401-412.
- 9) Mirowsky, J. and Ross,C.E.,2003 Social Causes of Psychological Distress, Aldine Gruyter, New York
- 10) 社会福祉法人いのちの電話 自殺予防いのちの電話_フリーダイヤル実施報告書 東京 2009
- 11)『精神保健福祉白書 2011 年版 岐路に立つ精神保健医療福祉ー新たな構築をめざして』中央法規 pp.27-28.
- 12)『平成 22 年版自殺対策白書』内閣府 pp.69.
- 13) Rowe, J.L., Conwell, Y., Schulberg, H.C., Bruce, M.L., 2006“Social support and suicidal ideation in older adults using home healthcare services”American Journal of Geriatric Psychiatry 14:758-766.
- 14) 吉松和哉 1991「成人期の自殺」精神保健研究 37 pp.23-31.
- 15) Scott,B. and Melin,L.,1998“Psychometric properties and standardized data for questionnaires measuring negative affect, dispositional style and daily hassles. A nation-wide sample” Scandinavian Journal of Psychology 39:301-307.
- 16) 前田雅也・佐藤新 1998「疫学」広瀬徹也・樋口輝彦編『気分障害』中山書店 pp.21-41.

- 17) 川上憲人・大野 裕・中根允文・竹島 正・宇田英典 2002『心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究』（平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書）
- 18) 清水新二・川野健治・石原明子・志村ゆず・高崎文子・宮崎朋子・小泉典章 2004「自殺に関する心理社会的要因の把握方法に関する研究—自殺問題に関する地域住民調査—」『自殺と防止対策の実態に関する研究』（厚生労働科学研究費補助金 平成 15 年度総括・分担研究報告書） pp.167-195.

参考文献

川上憲人，大野 裕，宇田英典，他 2003 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究：3 地区の総合解析結果．平成 14 年度厚生労働科学特別研究事業 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究

川上憲人・大野 裕・中根允文・竹島 正・宇田英典 2002『心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究』（平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書）

Putnam,R., Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community, Simon & Schuster, New York, 2000. 柴内康文訳．孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生—．柏書房 2003

【第2章】メンタルヘルスとソーシャル・キャピタル

1 節 自殺及びメンタルヘルスとソーシャル・キャピタル

(1) メンタルヘルスとソーシャル・キャピタル

序章 5 節(3)に触れたように公衆衛生学の分野で、人々の健康に多くの影響を与えるものとして近年取り上げられるようになったソーシャル・キャピタル (social capital) という概念がある。ソーシャル・キャピタルと名付けられた他者との関わりから生じる力、人と社会との理想的な結びつきは、国民の健康、社会、公共政策を視野に置く公衆衛生の考えと重なるところが多く、今後公衆衛生学分野に積極的に受け入れられていくと考えられている¹⁾。

そこでソーシャル・キャピタルを個人間のつながり、社会的ネットワーク、およびそこから生じる互酬性と信頼性の規範に基づいて人々に通常好ましいと考えられるプラスの効果をもたらす社会関係、社会関係資本とし、本章ではメンタルヘルスに関連する要因にソーシャル・キャピタルとしての“地域生活への思い”に着目する。1 章 2 節に記したように、大阪市の調査ではソーシャル・キャピタルの一側面であるとする「地域の人との交流」が、メンタルヘルスに関連していた。そこで本章でとり上げる大阪府の調査ではソーシャル・キャピタルという視点からさらに新たな質問項目を追加した。周知のように海外では国民の健康、社会、公共政策のとどまらず、このソーシャル・キャピタルはさらに人々の精神保健に影響を及ぼすことが大規模かつ詳細に明らかにされている²⁾。

2 章では、1 章の大阪市の調査研究を踏まえつつ、自殺問題の関心が主にあてられてきた中高年と近年関心を寄せられ始めた若年の 2 つの年齢層に注目し、2013 年に大阪府全体を対象に実施された調査のデータを分析、検討する。健康寿命の延伸等を目標とする国民健康づくり運動である「健康日本 21」では、「国民全体の自殺死亡率は低下しているものの、(2011 年時点で) 自殺者数は 3 万人前後の状態が続いている。性・年代別の自殺死亡率では、50 歳代以降の自殺死亡率は高いが減少傾向があり、近年では働き盛り世代(20～40 歳代)の自殺死亡率が増加している傾向がみられた」³⁾としている。そして後の 2015 (平成 27) 年版の自殺対策白書では若年層の自殺をめぐる状況についてこれまで以上に深く掘り下げた特集が組まれており、「自殺死亡率は平成 10 年に急上昇しその後も、高止まりしてきたが、その要因は中高年男性の死亡率の上昇だけでは説明できるものではなく、変化があることが分かる」⁴⁾としている。

さて、ソーシャル・キャピタルと自殺死亡率に関する研究は、海外のもので有意な関連がみられたとするものがいくつかある⁵⁾。わが国でもソーシャル・キャピタルと自殺について研究知見が蓄積されつつあり、川上らが東京都の行政区ごとのソーシャル・キャピタルと自殺死亡率の関連を調べた研究⁶⁾がある。そして女性では行政区ごとの有意な関連はみられなかったが、男性では「近所の人への信頼」が低い地域（行政区）ほど自殺死亡率は高くなっていたとしている。川上らのほかに三瓶ら⁷⁾は31市町村の一般高齢者を調査し、ソーシャル・キャピタルの19指標と各市町村の自殺死亡率との関連で「地域住民の互酬性がある」「地域への愛着がある」「友人・知人と会っている」等の高齢者の割合が高い市町村では自殺死亡率が有意に低かったとしている。一方東京都の20市区町村の調査データを使用した芦原らの研究⁸⁾では「たいていの人は信頼できる」と回答した者が多い市町村ほど男性の年齢調整自殺死亡率が低かったが、ソーシャル・キャピタルと自殺死亡率に有意な相関はみられなかったとしている。

一般的にソーシャル・キャピタルが高い^{注)}地域ほど自殺死亡率が低いことが示されているが、ソーシャル・キャピタルと自殺死亡率の関連はソーシャル・キャピタルの指標の種類、男女いずれの自殺であるか、都市部と非都市部では異なっているとの指摘がある⁸⁾。そのため例えば地域でどのようなソーシャル・キャピタルに対してこれを向上させる対策を行うかを考える必要、またソーシャル・キャピタルが低い都市部では住民の相互信頼を向上させることが自殺対策に効果的である可能性があるが、非都市部ですでに凝集性の高い集団がある場合には、かえってこうした集団に入れない者を地域社会から排除することになる可能性もあるという。

また、ソーシャル・キャピタルは精神的な健康へのよい効果が期待されている⁹⁾。ソーシャル・キャピタルが高い地域は低い地域と比較して住民の抑うつは低く、精神疾患の頻度、精神疾患による入院率が低いという。そのためソーシャル・キャピタルが豊かなことで住民の精神的健康が高まり、自殺行動を減少させ、そして自殺したい気持ちや行動などに対して周囲の見守りが行われること、また自殺対策に住民が協力することで効率的な対策が進むなど自殺死亡率の低下に繋がる¹⁰⁾というプロセスを考えることができる。

2008年の大阪市調査でも、自殺対策はなおその中核にこころの問題が大きいと考え、メンタルヘルス状況とその関連要因として家族サポート、職場サポートに加え、地域の人との交流に注目した。

ソーシャル・キャピタルと自殺（自殺死亡率）との関連は、慎重に検討していくべきであり、自殺との関連の前にメンタルヘルスとの関連を先ず詳細にみてみるのが求められるといえる。また、さまざまな地域におけるソーシャル・キャピタルと自殺、メンタルヘルスとの関連をみていく必要があるといえる。

ところで、自殺との関連で社会的な要因を検討した研究では、従前から関心を寄せられる要因として所得、負債・破産、離婚、失業などがあげられる。離婚（婚姻状況）や、バブル期以降、リストラ等の雇用環境の悪化が中高年男性の自殺に繋がったといわれる失業は、自殺に関連する社会的要因として見過ごすことができないものといえる。平成10年の自殺者数の急増には失業に代表される雇用・経済環境の悪化が指摘されている。また、配偶関係別の自殺死亡率の状況をみると男女とも「有配偶者」はすべての年齢階級で年代別（20歳代～60歳以上の5階級）の総数よりも低くなっており、「未婚」「死別」「離別」は各年代別の総数よりも高くなっている。また自殺者数は職業別にみると無職者が全体の6割を占め、次いで被雇用者・勤め人（26.7%）、自営業・家族従業者（7.8%）となる¹¹⁾。これらの傾向は年度に関わらず概ね一定である。

メンタルヘルスとの関連においても配偶関係が精神的健康に及ぼす影響に関する研究は、岡林らの全国高齢者パネル調査¹²⁾をはじめ一連の研究があり、重要な要因として配偶者の有無がたびたび言及されている。原田¹³⁾は、中高年期における配偶関係と精神的健康の関連を横断的にみると、男性で有配偶であることが精神的健康と強く関連していたとしている。また杉澤ら¹⁴⁾は、中高年の失業に着目し、職業を失った状態や失うという不安が精神健康に与える影響について、全国55～64歳の中高年者を対象に1999年から行われているパネル調査で「うつ」が疑われる割合をみると、男性の失業者では就業者よりもその割合が有意に高かったとしている。

自殺やメンタルヘルスへの、離婚や失業といった従前から関心を寄せられてきた社会的要因の関連はより研究の蓄積がされているといえる。大阪市の調査の際は、特にソーシャルサポートの認知と悩みやストレスの相談、暮らし向きに着目して検討したが、今回関心を寄せるソーシャル・キャピタル（としての地域生活への思い）は、自殺やメンタルヘルスとの関連を現時点では慎重に検討していくべきで、関連要因の分析にあたっては、配偶者の有無や仕事の有無といった従前から関連が指摘されている要因をコントロール変数にとりあげたい。

つまりこれら研究の蓄積が多い仕事の有無、配偶者の有無といった社会的要因とともにメンタルヘルスと有意な関連を示すか、また関連があるとして例えば性別、年代別にどのような関連を示すか、これらの要因とは異なるかを詳細にみてみることにした。

また、大阪市調査で自殺念慮は「誰に相談していいかわからない」「内容的に誰にも相談でない」といった相談がうまくできない男性に多いこと、「相談する必要はない」と答えた女性に多いことが示唆されていた¹⁵⁾ことから、今回「相談の有無」についても、メンタルヘルスの関連要因にとりあげた。そしてソーシャル・キャピタルとしての地域生活への思い（地域への広くかつ間接的で薄い信頼性）に着目し（これに対し大阪市調査のソーシャルサポートは地域への狭いながらも直接的で厚い信頼性を指すとも捉えられる）、独立変数を性、年齢、暮らし向き、地域生活への思い、配偶者の有無、仕事の有無、及び相談の有無とした重回帰分析を行った。なお、関連要因の分析は日常生活での悩みやストレスがあると答えた対象を前提とし、重回帰分析は全体での分析に加え性別に、20～44歳と45～60歳の4群に分けて行った。

注) ソーシャル・キャピタルの程度を表現する場合に、「高い／低い」と表したり、「豊かである」と表したりすることがある。ここでは引用（参照）元の表現をそのまま使用している。

(2)「生活ストレスと悩み相談に関するアンケート調査」について

「生活ストレスと悩み相談に関するアンケート調査」（以下、大阪府調査）¹⁶⁾は、大阪府人権協会・自死相談研究会（清水新二、菊地真理、青木加奈子、菊地慶子、吉原千賀、高梨 薫）が平成25年2月（調査期間2月1～25日）大阪府民を対象に実施した。これまで自殺問題の関心が主にあてられてきた中高年と近年関心を寄せられ始めた若年の年齢層に注目し、年齢層、男女別に3024人を無作為抽出。調査票を郵送配布、回収により650が回収された（回収割合21.8%、宛先不明42を除く）。

調査では性、年齢の他、暮らし向き、メンタルヘルス状況CES-DとKessler (K6)、自殺関連体験（自殺念慮、自殺企図）そして地域生活への思い、配偶者の有無、仕事の有無、相談の有無を尋ねた。

1)倫理的配慮

調査のお願い文では「この調査は、名前を書く必要はありません。統計的に処理をいた

しますので、個人の秘密は厳重に守られます。」と記している。個人情報の取り扱いについては調査票を用いた無記名の社会調査であり、回答された内容はすべてコンピュータで処理し、個人を特定し得る情報はない。調査票には番号が付されるが、番号と個人名の照合表は存在しないので、個人を特定することはできない。

また、自死相談研究会において自殺関連体験（自殺念慮、自殺企図）について尋ねる際の配慮について検討し、調査の目的において「平成 10 年以来年間 3 万人をこえる事態が続いて（調査実施時点）」おり「今後の自死対策に活かして」いくためであることを説明したうえで、「中には少々重い質問もありますが、そのような場合、お答えになれる範囲でお答えください。」と記し、さらに調査の対象となった者が過去に自殺体験があった場合に精神的な負担を強いる可能性があるため、自殺関連体験の質問の直前において再び、「平成 20 年の大阪市の調査では過去 1 年以内になんらかの程度で「死にたいと思ったこと」がある人は約 10 人にひとり、「実際に自殺しようとしたこと」がある人は 50 人にひとりという結果でした。」「以下の問〇〇について、お答えになれるようでしたらお答えください。」と記した。

そして、調査のお願い文において「この調査について分からないことがありましたら、下記へご連絡ください。」と記し、調査の実施主体である大阪府人権協会・自死相談研究会（本調査研究の執筆者を含む）が対応することを調査票に明示し、調査期間中の問い合わせについて、大阪府人権協会と自死相談研究会のメンバーが電話で対応する体制を整えた。また神戸学院大学の人を対象とする医学系研究等倫理審査委員会の承認を得ている。（課題名 自死と相談活動に関する調査 承認番号 HEB20160418-1）

2)質問項目

暮らし向きについては、「現在の暮らし向きについてどう感じていますか。」と尋ね、「ゆとりがある」「ややゆとりがある」「普通」「やや苦しい」「苦しい」の 5 つの選択肢を用意し、分析にあたっては「ゆとりがある」から 5～1 の数値を与えた。

メンタルヘルス状況は、大阪市調査同様 CES-D スケール¹⁷⁾を使用した。「この 1 週間のあなたのからだやこころの状態についてお伺いします。」としたうえで、20 の質問項目に対して「ほとんどなかった」「少しはあった」「時々あった」「たいていそうだった」の選択肢で、順に 0～3 点を与えた。ただしポジティブ感情をあらわす逆転項目は 3～0 点を与えている。20 項目の加算点数を使用した。

また、こころの健康状態を測定するための 6 つの質問項目 Kessler (K6) ¹⁸⁾ も使用した。Kessler (K6) は国民生活基礎調査 ¹⁹⁾ においても平成 19 年より 3 年ごとに使用されている。「あなたは過去 1 か月の間、どのくらいの頻度で次の①～⑥に示したようなことがありましたか。」と尋ね、例えば「①神経過敏に感じましたか。」に対して「まったくない」「少しだけ」「ときどき」「たいてい」「いつも」の選択肢を用意した。選択肢に順に 0 ～4 点を与え、その合計が 9 点以上の場合には、こころの健康が崩れている可能性が高いとされている。

自殺念慮については、「あなたは、これまでの人生のなかで、本気で自殺したいと考えたことがありますか。」と尋ね、「ある」「ない」の選択肢を用意した。そして「ある」と答えた対象には、「過去 1 年以内に自殺したいと思ったことはありますか。」と尋ねた。「頻繁に思った」「ときどき思った」「あまり思わなかった」「全く思わなかった」「答えたくない」の選択肢で、集計にあたって「頻繁に思った」「ときどき思った」を「ある」とし、「あまり思わなかった」「全く思わなかった」を「ない」とした。「答えたくない」は分析対象から外した。

「地域生活への思い（地域への広くかつ間接的で薄い信頼性）」は、奈良県の「こころの健康に関する意識調査」²⁰⁾を参考に、4 項目の質問で捉えなおした。「次の①～⑤はあなたご自身の地域生活への思いについて、どれくらいあてはまりますか。」に、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらかといえばそう思わない」「そう思わない」の選択肢を用意、順に 3～0 点を与えた。分析には加算点数を使用した。尺度としての信頼性をみて 1 項目外し、「①あなたにとって、この地域は居心地がよいですか。」「②あなたは、この地域の住人のほとんどが、あなたのことを知っていると思いますか。」「④あなたは、この地域で何か問題が生じた時は、住人がそれを自ら解決することができると思いますか。」「⑤あなたは、この地域に住む人々がお互いに良い関係を保っていると思いますか。」の 4 項目とした。

配偶者の有無は、「あなたには、現在配偶者がいますか。なお、離別・死別を経験されている方は、一番最近の結婚についてお答えください」と尋ね、「現在、配偶者がいる（同居）」「現在、配偶者がいる（別居）」「いない（離別した）」「いない（死別した）」「いない（結婚したことはない）」の選択肢を用意、「現在、配偶者がいる（同居）」「同（別居）」を配偶者あり（1）とし、残りの 3 つの選択肢は配偶者なし（0）とした。

仕事の有無は、「現在お仕事をお持ちですか。」と尋ね、「あり」「なし」の選択肢にそれぞれ 1 と 0 の数値を与えた。

相談の有無は「日常生活でのストレスについてお答えください。あなたの不満、悩み、苦勞、ストレスとはどんな内容ですか。」と尋ね、10 の選択肢を用意し、そのうち「悩みやストレスはない」と答えた対象を除いたうえで、「悩みやストレスについて、日ごろ誰かに相談していますか。」と尋ねた。選択肢は「相談している」(1)、「相談していない」(0) を用意した。重回帰分析の際、配偶者の有無と仕事の有無及び相談の有無はダミー変数として投入した。

(3) 研究方法 ー奈良県のこころの健康に関する意識調査についてー

大阪府調査データでのメンタルヘルス状況、自殺念慮を単純集計でみたうえで、メンタルヘルス (CES-D) を従属変数とする重回帰分析を行った。独立変数は性、年齢、暮らし向き、地域生活への思い、配偶者の有無、仕事の有無及び相談の有無とした。また、重回帰分析は全体での分析に加え 20～44 歳 (男性／女性) と 45～60 歳 (男性／女性) に分けて行った。

ところで奈良県のホームページ上に公開されている「こころの健康に関する意識調査」
20) においては (大阪府調査と同じ) 地域生活への思い (についての質問) が尋ねられており、加えて大都市圏に比べ自殺死亡率が低い奈良県は自殺死亡率低位検証を行ってきた
21) 。そこで奈良県の地域生活への思いについて、大阪府との比較をすることとした。

またメンタルヘルス状況 Kessler (K6)、自殺念慮についても大阪府との比較を行った。自殺予防、防止に地域住民のメンタルヘルス状況を注視し、大都市圏と地方のメンタルヘルス状況について比較検討していく必要がある。

(4) 結果

1)メンタルヘルス関連要因としての地域生活への思い、仕事の有無、配偶者の有無、相談の有無

従属変数を CES-D で捉えたメンタルヘルスとした重回帰分析では、暮らし向き、地域生活への思いのほか配偶者の有無と仕事の有無、相談の有無に有意差がみられた。暮らし向きはゆとりのある方、地域生活への思いはその点数の高い方、配偶者のある方、仕事のある方、相談している方で CES-D の点数が低く、CES-D で捉えたメンタルヘルスは良く

なっていた。

次に、男性の 20～44 歳／45～60 歳、女性の 20～44 歳／45～60 歳の 4 群別に分析を行った結果では、すべての分析で暮らし向きはゆとりのある方で CES-D の点数が低く、メンタルヘルスは良くなっていた。地域生活への思いは男性 45～64 歳を除いて有意となり、その点数の高い方で CES-D の点数が低くなっていた。

また 45～60 歳の男性では配偶者のある方、仕事のある方、相談している方で低くなっていた。そして女性の 20～44 歳は配偶者のある方、45～60 歳は仕事のある方で CES-D の点数が低く、CES-D で捉えたメンタルヘルスは良くなっていた。

地域生活への思い及び仕事の有無、配偶者の有無とCES-Dの関連 (大阪府 n=564)
 男子若年 n=100 / 中高年 n=122 女子若年 n=170 / 中高年 n=172

独立変数	CES-D	男子 (20～40歳)		男子 (45～60歳)		女子 (20～40歳)		女子 (45～60歳)	
	β	β		β		β		β	
性									
年 齢	0.051	—	—	—	—	—	—	—	—
暮らし向き	-0.046	—	—	—	—	—	—	—	—
	-0.363 ***	-0.362 ***	-0.325 ***	-0.349 ***	-0.390 ***				
地域生活への思い	-0.252 ***	-0.240 *	0.129	-0.300 ***	-0.320 ***				
配偶者の有無	-0.152 ***	-0.047	-0.337 **	-0.155 *	-0.088				
仕事の有無	-0.079 *	0.058	-0.187 *	-0.010	-0.184 **				
相談の有無	-0.080 *	-0.078	-0.170 *	0.006	-0.090				
決定係数 (R^2)	0.302 ***	0.200 ***	0.393 ***	0.278 ***	0.360 ***				

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

出展「地域住民のメンタルヘルスと関連要因としてのソーシャル・キャピタル—自死の抑止のために—」

2)メンタルヘルス状況 Kessler (K6)、自殺念慮、地域生活への思い

ー奈良県との比較からー

K6 でみたメンタルヘルス状況は、大阪府調査は 9 点以上が 22.0% (n=649)、同様に奈良県のこころの健康に関する意識調査の結果は 14.4% (n=1650) と、大阪府は奈良県より 9 点以上の割合が著しく多かった。つまり大阪府は奈良県と比べてメンタルヘルス状況の悪い対象の割合が多かった (図 1)。

ところで大阪府調査では CES-D も使用したが、これまでの調査研究で CES-D の性、年齢との関連が指摘されており、またメンタルヘルスに関して「女性は男性よりディストレスが高い、中高年はうつ傾向が少なく、高齢者に不安感は少ない」とする知見²²⁾もある。今回の大阪府調査において CES-D は男性は平均 13.3、女性は平均 14.6、そして年齢では例えば 20 歳代 17.4 (SD 12.1) に対し、50 歳以上 13.1 (SD 10.3) であった。

大阪府調査は中高年層と若年の年齢層に注目し、調査対象の多くは 60 歳未満 (60 歳以上 3 ケース) となっている。ところが奈良県のこころの健康に関する意識調査は 60 歳以上の割合が半数近く 48.9%となっている。そのため、メンタルヘルスは 60 歳以上の対象が殆どない大阪府において、奈良県よりも悪い結果となることが予想できる。

そこで、同じメンタルヘルスをみる K6 においても、奈良県の結果は調査対象全体 (n=1650) の集計と、60 歳以上を除いた対象 (n=826) での集計の 2 つを示して比較することにした。その結果、60 歳以上を除いた奈良県では K6 で 9 点以上が 19.2%と大阪府との差は小さくなった。しかしそれでも大阪府は奈良県よりも 9 点以上が多く、すなわち大阪府より奈良県の方がメンタルヘルス状況は良いという結果であった (図 1)。

次に自殺念慮であるが、自殺念慮においても奈良県の結果は調査対象全体の集計と 60 歳以上を除いた集計結果を示して比較した。60 歳以上を除いた集計との比較では、その差は小さくなるもののやはり 1 年以内自殺念慮 (図 2)、生涯自殺念慮とも大阪府調査より奈良県で著しく少ないという結果であった (図 3)。

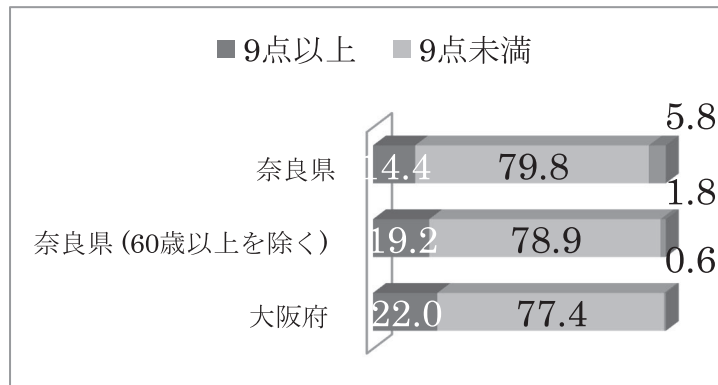


図1 メンタルヘルス (K6) (%)

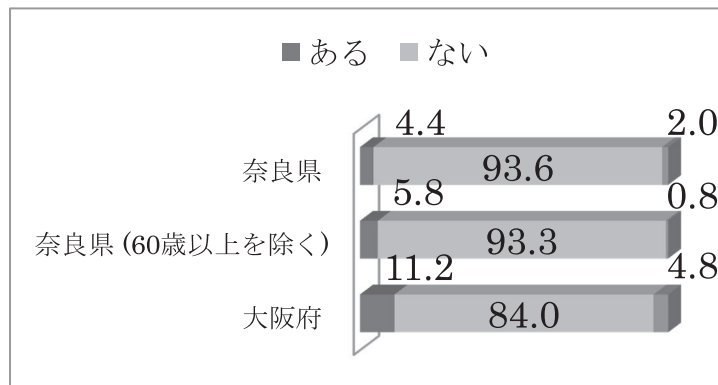


図2 最近1年以内に自殺したいと思ったことがある (%)

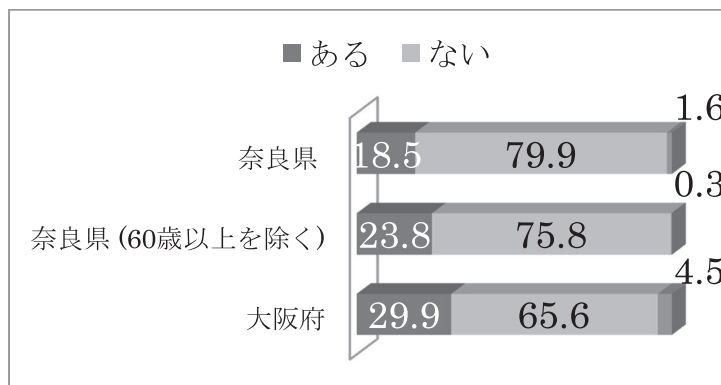


図3 これまでの人生のなかで、本気で自殺したいと考えたことがありますか (%)

出展「地域住民のメンタルヘルスと関連要因としてのソーシャル・キャピタル—自死の抑止のために—」

2016『現代の社会病理』2016 31号 p.68-69

地域生活への思いの比較であるが、地域生活への思いは「・・・あなたご自身の地域生活への思いについて、どれぐらいあてはまりますか。」に、前記「①あなたにとって、この地域は居心地がよいですか。」「②あなたは、この地域の住人のほとんどが、あなたのこ

とを知っていると思いますか。」「④あなたは、この地域で何か問題が生じた時は、住人がそれを自ら解決することができると思いますか。」「⑤あなたは、この地域に住む人々がお互いに良い関係を保っていると思いますか。」4項目を用意し、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらかといえばそう思わない」「そう思わない」の選択肢とした。

項目別に回答をみると、4項目とも奈良県が大阪府よりも「そう思う」の割合(%)が多く①35.8(奈良)/29.4(大阪)、②18.6/7.7、④11.9/6.8、⑤16.7/6.6、「どちらかといえばそう思う」とあわせた割合でみても、83.2/82.4、②44.7/35.3、④56.2/47.5、⑤76.2/68.5、と差は小さくなるものの4項目とも、奈良県が大阪府よりも多くなっていた。

(5) 考察

1)メンタルヘルス関連要因としての地域生活への思い、仕事の有無、配偶者の有無、相談の有無

重回帰分析の結果では、自殺やメンタルヘルスへの、離婚や失業といった従前から関心を寄せられてきた社会的要因とともに、今回関心を寄せるソーシャル・キャピタルとしての地域生活への思いは、45歳以上の男性を除いてメンタルヘルスと有意な関連を示した。後に考察する配偶者の有無、仕事の有無と比較しても全体の分析で最も相関が強く、また性別、年代別にみてもむしろそれらより広く関連がみられた。

ソーシャル・キャピタルと位置付けている地域生活への思いとメンタルヘルス(CES-D)の関連は、女性で20～44歳、45～60歳の年齢層別に関わりなく有意となり、地域への広くかつ間接的で薄い信頼性、橋渡し型の「薄く広い信頼」関係の、まず女性のメンタルヘルスに対する重要性が示唆された。また20～44歳の男性でも、地域生活への思いとの間に有意差がみられ、男性もソーシャル・キャピタルと位置付けている地域生活への思いの重要性が示唆されたといえる。一方、45～60歳の男性では配偶者の有無とメンタルヘルスの関連が示唆された。配偶者は直接的な問題解決により適した広義の「厚く狭い信頼」関係とも捉えられるだろう。

ともあれ地域生活への思い、「・・・、この地域の住人のほとんどが、あなたのことを知っていると思(う)・・・」緩やかなつながりを維持しているという関係のメンタルヘルスとの関連が示唆された。

2) メンタルヘルス状況 Kessler (K6)、自殺念慮、地域生活への思い

—奈良県との比較から—

大都市圏に比べ自殺死亡率が低い奈良県は自殺死亡率低位検証を行ってきた²¹⁾。その奈良県の K6 でみたメンタルヘルス状況、大阪府と単純集計比較ではメンタルヘルス K6 は奈良県の方が良くなっていた。また、生涯自殺念慮、1 年以内自殺念慮とも奈良県で少なく、そして地域生活への思いは奈良県で強くなっていた。

ソーシャル・キャピタルと位置づけた「地域生活への思い」を軸に考察すると地域生活への思いにおいて大阪府より強い奈良県が、メンタルヘルスにおいて大阪府より良いことは整合的で、自殺念慮が少なく、実際の自殺死亡率の低いのも同様である。そのため自殺の背景にメンタルヘルス状況が関連するなら、自殺および自殺念慮に関する予防、防止効果を考える場合に地域生活への思いに着目するのは合理的であるといえる。

また前述したようにメンタルヘルスは年代が上がるに従い良くなる傾向のあることを併せて考えると、ソーシャル・キャピタル（地域生活への思い）は年代（年齢）が上がるにつれて豊かである可能性が考えられなくない。これは大阪府の調査結果で単純相関では有意な関連となっている。都市部に比べ高齢化が問題視される地方において、高齢者が多いことで豊かなソーシャル・キャピタルを享受できるのであれば、高齢化のすすむ地方、地域の肯定的側面として関心を向けていくべきだろう。

2 節 ソーシャル・キャピタルの定義と測定

大阪市、大阪府の調査においては調査の企画時点で、ソーシャルサポートとソーシャル・キャピタルをうつ（メンタルヘルス）の関連要因としてとり上げるとしていた。その際、具体的な質問項目については他の自治体の自殺対策等の調査（先行の調査研究を含む）との比較を考え、共通の文言（質問文）となるようにした。しかしもちろんその質問項目により測定しようとするソーシャル・キャピタルは定義に則したものである。

ソーシャルサポートについてはすでに多くの研究知見があるが、ソーシャル・キャピタルについては蓄積がすすんでいる段階であり、ここではソーシャル・キャピタルの定義について、また調査におけるソーシャル・キャピタルの指標化（測定）について少し詳細に検討、確認しておきたい。

ソーシャル・キャピタルの定義は多様で、またネットワーク（社会的ネットワーク）を

含んでおり、ソーシャルサポートに類似する部分も多い（ソーシャルサポートもソーシャルサポートネットワークと称されることがあった）。しかしソーシャル・キャピタルはソーシャルサポートと同じものではない。それをよく理解しておくためにも 2 節では定義だけでなく具体的な指標について標準的なものを示すことにした。

(1) ソーシャル・キャピタルの定義

ソーシャル・キャピタルは、社会科学や公共政策の広範な分野で、説得力のある魅力的な共通用語として研究者、政策担当者、市民の間に広く普及している。しかし、ソーシャル・キャピタルについては多様な定義があり、そのため定義自体が不明確であると批判される。代表的論者であるロバート・パットナム、ジェームズ・コールマン、ピエール・ブルデューによる定義をみるだけでも多様な概念定義がある²³⁾。コールマンはすべての社会関係資本（ソーシャル・キャピタル）は社会構造という側面を備えているといい、個人であれ、団体という行為者であれ、その構造内における行為者の何らかの行為を促進するという。他の資本形態と同じように社会関係資本は生産的なものであり、それなしでは不可能な一定の目的の達成を可能にするという²⁴⁾。フランスの社会学者ピエール・ブルデューはエミール・デュルケムやゲオルグ・ジンメルらの古典的社会学の伝統に依拠して家族、友人、近隣、専門的、宗教的な諸関係を含む社会的相互作用としてソーシャル・キャピタルを考え、個人の自己実現に関与する資本の形態の一つとして階級再生産的に蓄積され政治的支配の資源の一部となると考えた²⁵⁾。

そしてパットナムはソーシャル・キャピタルを「個人間のつながり、すなわち社会的ネットワークおよびそこから生じる互酬性と信頼性の規範」であり、「市民的美徳」と呼ばれてきたものと密接に関係していると定義する（ネットワークとは、社会を単なる個人の寄せ集めではなく、また個人の集合としての集団や組織の並列ととらえるのではなく、個人や集団の絶えざる相互作用の複雑なやりとりと捉える見方）²⁶⁾。

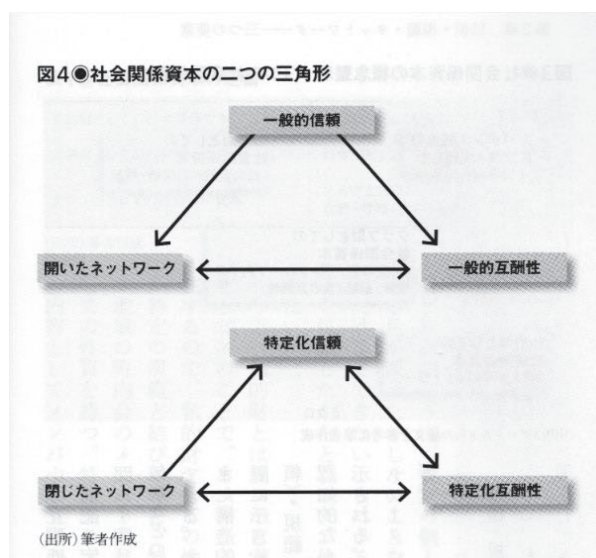
ソーシャル・キャピタルという用語が世界的に普及するインパクトを与えたのはこの政治学者パットナムの著作によるものであり、これが最もよく知られた説明となっている。

ところで、信頼・規範・ネットワーク間の関係について、信頼には社会全般に対する信頼（一般的信頼）と特定の人や組織に対する信頼（特定化信頼）の二種類があるという²⁷⁾。

一般的信頼は開いたネットワークと社会全般への互酬性と関連しており、特定化信頼は、

閉じたネットワークと特定化互酬性と関連している。この仮説では、実は社会関係資本は一般的信頼に連なるネットワークと互酬性、特定化信頼に連なるネットワークと互酬性の二種類があることになる。マーク・ワーレンはこれを敷衍して互酬性の規範も社会全般への一般的互酬性（見ず知らずの他人に挨拶を返す）と特定化互酬性（知り合いにだけ挨拶を返す）があるとしている（コールマンはネットワークにも閉じたネットワークと開いたネットワークがあるとした）しかしいずれにせよ、実際のネットワークは閉じた部分と他のグループとつながっている開いた部分が混在しているので、そのネットワークのどの部分に自分自身を置くかによって、個人的には性格が違う社会関係資本の中に身を置くことになる。

信頼とネットワークの関係について、閉じたネットワークはどうしても閉鎖的になり、特定化信頼を醸成するという関係が考えられる。つまり「閉じたネットワーク→ 特定化信頼」という因果関係である。一方、一般的信頼はむしろ格差や教育などの外生的な要因に影響を受け、ネットワークとの関係でいえば、「一般的信頼→ 開いたネットワーク」という逆の因果関係が考えられる。



出展 稲葉陽二 2011「ソーシャル・キャピタル入門 孤立から絆へ」中公新書 p.38

社会的ネットワークは例えば市民の自発的な結社・アソシエーションのことで、具体的には福祉 NPO や環境 NGO、サッカークラブなどである。そしてアソシエーションや NPO の活動を通じて構成メンバーの間に「特定の信頼」が生まれる。アソシエーションや NPO の活動はさらに外部効果をもち、社会全体において「一般的な信頼（他者を信頼する）（制

度への信頼)」を生み出すとされる。そして互酬性は長期的にお互いの利益になるという交換関係を意味する。

しかし、先に記したようにソーシャル・キャピタルについては、これに限らずさまざまな定義があり、そのため前述したように定義自体が不明確であるとの批判がある。そのなかでソーシャル・キャピタルという用語が世界的に普及するきっかけとなったのが先ほどのパットナムの著作「**Bowling alone**」であったといえる。パットナムは、ソーシャル・キャピタルを公共財と位置付けて、公共政策の多様な課題、例えばよりよい教育、より急速な経済発展、より低い犯罪率、より効率的な政府、を解くカギとしてソーシャル・キャピタルが重要であると述べ、実際にソーシャル・キャピタルは公共政策との関連で議論され、政策的意味合いが重視されている。日本においても内閣府の「ソーシャル・キャピタル—豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」（2003）²⁸⁾がよく知られている。また2000年以降の介護保険の導入、社会福祉基礎構造改革、社会福祉法の制定など一連の社会保障・社会福祉政策の転換は、サービス供給主体の多元化、当事者である住民の社会参加・社会的包摂などを掲げるもので、地域のソーシャル・キャピタルと不可分な関係にあると考えられるものであった²⁹⁾。

ソーシャル・キャピタルは政治学、社会学、経済学など社会科学に共通の概念を提供し、専門分野を超えて共通の議論を可能にしたと評価される一方、多様な定義がある。しかし、それはソーシャル・キャピタルが多面的な側面をもっているからでもある。2節では本章の大阪府調査及び1章の大阪市調査でとりあげた社会的要因としてのソーシャル・キャピタル（社会関係資本）の定義と指標化について再確認しておきたい。そのためここではパットナムによるものをもう少し詳細に確認するため、わが国のソーシャル・キャピタル研究による検討内容をみてみることにする。2003（平成15）年6月に内閣府国民生活局市民活動促進課が報告した「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」は、わが国のソーシャル・キャピタルの状況を初めて総括的に把握した調査で、そこではパットナムの定義を改めて、

人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることのできる、「信頼」「規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴」²⁸⁾というように記している。

まずソーシャル・キャピタルの信頼とネットワークの関係についてであるが、ボランティア・NPO・市民活動に参加している人達は、地域活動に参加していない人と比べて、人

を信頼できると思う人が相対的に多く、近隣でのつきあいや社会的な交流も活発な傾向にあるという 28)。

そしてこうした信頼とネットワークの関係は、健康の増進、教育成果の向上、近隣の治安の向上、経済発展など有益な成果をもたらし、社会や個人の繁栄にとってその蓄積が重要であると指摘されている。しかしその一方で、ソーシャル・キャピタルは負の側面を有する可能性もあるとされ、強力な結合型ソーシャル・キャピタルに内在する排他性の危険性も指摘されている。

ソーシャル・キャピタルには、その性格、特質からいくつかのタイプがあり、最も基本的な分類として、この結合型 (bonding) と橋渡し型 (bridging) がある。23) 30) 31) 結合型ソーシャル・キャピタルは組織の内部における人と人との同質的な結びつきで、内部で信頼・協力・結束を生む。例えば、家族内や民族グループ内のメンバー間の関係である。そして橋渡し型ソーシャル・キャピタルは異なる組織間における異質な人や組織を結び付けるネットワークで、例えば民族グループを超えた間の関係とか、知人、友人の友人などとの繋がりである。その繋がりはいずれより弱く、より薄い、より横断的であり、社会の潤滑油とも言えるべき役割を果たすとみられている。

また、代表的なソーシャル・キャピタルの論者の定義の他に、稲葉 27) は、これまでいわれてきた「信頼」「互酬性の規範」「ネットワーク」に「こころの外部性」を加えてソーシャル・キャピタルを「こころの外部性を伴った信頼・(互酬性の) 規範・ネットワーク」と定義している。こころの外部性とは、人がこころの中で認識する能力に負うものであることをさしている。調査で捉えるソーシャル・キャピタルは、個人に面接や郵送調査で回答を求めるものは、信頼・規範といった認知的な価値観はもちろんのこと、ネットワークといった構造的なものを含めて、結局のところ人のこころを通して測る部分がでてくる。つまり人々が認識して初めて意味をもつとしている。

また、社会関係資本の定義には、社会関係資本が個人に属するという考えと、社会関係資本は人や企業が活動している場に存在しているという二つの考えがあるといえ、両者をまとめて広義の社会関係資本ととらえることができる。そして定義はさまざまだが、基本的にはみな同じ方向を向いて、人々や組織の間に生まれる協調的な行動を分析するという課題にとりくんでいる。

(2) ソーシャル・キャピタルの測定

ソーシャル・キャピタルの具体的な指標（測定）については、多くの研究で様々な指標が使われている。社会全体やコミュニティを対象にするのか、個人間ネットワークを対象にするのか、構造的側面か、認知的側面かという焦点をどこに当てるのか相違がある。例えば定期的に実施されてソーシャル・キャピタルの世界的な比較に使われてきた世界価値観調査は、認知的な価値観を調査するものである。また、OECD ではウェルビーイングを測定するという観点からソーシャル・キャピタルを議論している。OECD は自然資本、人的資本、経済資本、ソーシャル・キャピタルという四つの資本を視野に入れている。そして OECD はソーシャル・キャピタルを指標化するために、ソーシャル・キャピタルの多様な定義を「個人関係（ネットワークと社会的行動）、社会的ネットワークによる支援、市民活動・参加、信頼と協力規範」という四側面にまとめ、この四つの側面に基づく指標づくりを志向している。これはソーシャル・キャピタルのリソースとそれによる成果に関する指標である 23) 32) 。

このようにソーシャル・キャピタルの指標に関しても多くの研究があり、標準的なものを示すのは容易ではないが、ここではわが国の「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」における代表的な質問項目 33) を抜粋して記すことにしたい。

調査対象 全国の 20 歳以上の男女 3,800 名（男女別、年齢別、地域ブロック 別の層化抽出による）

設問内容 1. 他人への信頼について

2. 日常的なつきあいについて

3. 地域での活動状況について

4. 自身の生活状況と、個別の機関・人等への信頼・期待について

5. 回答者属性

1. 他人へ信頼について は『あなたは、一般的に人は信頼できると思いますか。それとも信頼出来ないと思いますか。あなたの考え方に近いと思うレベルの数値を 1 つ選び、その数字に○印をつけてください。』という文言に、

- 1.ほとんどの人は信頼できる 2. 3. 4. 5.両者の中間 6 7 8. 9.注意するに越したことはない
10. わからない・・・の選択肢

2. 日常的なつきあいについて は『あなたは、ご近所の方とどのようなおつきあいをされていますか。(i)と(ii)について、次のうちから当てはまるものを 1 つずつ選び、その数字に○印をつけてください。』

(i)つきあいの程度

1. 互いに相談したり日用品の貸し借りをするなど、生活面で協力しあっている人もいる
2. 日常的に立ち話しをする程度のつきあいは、している
3. あいさつ程度の最小限のつきあいしかしていない
4. つきあいは全くしていない

(ii)つきあっている人の数

1. 近所のかかなり多くの人と面識・交流がある（概ね 20 人以上）
2. ある程度の人との面識・交流がある（概ね 5 ～ 19 人）
3. 近所のごく少数の人とだけと面識・交流がある（概ね 4 人以下）
4. 隣の人がだれかも知らない

3. 地域での活動状況について は『あなたのお住まいの地域では、町内会・自治会や子ども会、老人

会、消防団などの、「地縁団体」「地縁活動」は盛んだと感じになりますか。当てはまるもの 1 つを選び、その数字に○印をつけてください。』に、

1. 非常に盛んであると思う。
2. ある程度は行われていると思う。
3. ほとんど活動は行われていないと思う。
4. そういった地縁団体は存在しないと思う
5. わからない

4. 個別の機関・人等への信頼・期待について は、『以下に挙げる(i)から(xi)までのそれぞれについて、「1. 大いに頼りになる」から「5. 全く頼りにならない」までの5段階から選び、○印をつけてください。』

- | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|---|---|---|--------------|
| (i) 市役所・町村役場等 | 1 大いに頼りになる | 2 | 3 | 4 | 5. 全く頼りにならない |
| (ii) 学校、病院等の公的機関等 | (以下同様) | | | | |
| (iii) 警察や交番等 | | | | | |
| (iv) 地域の諸団体その1 (自治会等の地縁団体) | | | | | |
| (v) 地域の諸団体その2 (ボランティア・NPO・市民活動団体) | | | | | |
| (vi) 勤務先 (会社等) | | | | | |
| (vii) 近所の人々 | | | | | |
| (viii) 家族 | | | | | |
| (ix) 親戚 | | | | | |
| (x) 友人・知人 | | | | | |
| (xi) 職場の同僚 | | | | | |

(3) 本研究で使用した質問項目 — 地域の人との交流、地域生活への思い —

1 章 1 節(1)と 2 章 1 節(2)に記したように、

地域の人との交流 「あなたは地域の人と話をしたり、交流する機会がありますか」

よくある ときどきある あまりない まったくない

地域生活への思い 「次の①～⑤はあなたご自身の地域生活への思いについて、

どれぐらいあてはまりますか。」

そう思う　どちらかといえばそう思う　どちらかといえばそう思わない　そう思わない

「① あなたにとって、この地域は居心地がよいですか。」

「② あなたは、この地域の住人のほとんどが、あなたのことを知っていると思いますか。」

「④ あなたは、この地域で何か問題が生じた時は、住人がそれを自ら解決することができると思いますか。」

「⑤ あなたは、この地域に住む人々がお互いに良い関係を保っていると思いますか。」

他府県で実施されている自殺予防のための調査との比較のため、ということもあったが、後に述べるように、われわれの考えるソーシャル・キャピタル（地域の社会関係のあり様）を指標化しようとした結果、上記のような質問項目とすることにした。

（1）の定義で記したようにソーシャル・キャピタルには、最も基本的な分類として、結合型（bonding）と橋渡し型（bridging）がある。ソーシャル・キャピタルは負の側面を有する可能性もあるとされ、強力な結合型ソーシャル・キャピタルの排他性の危険も指摘されている。結合型は組織の内部における人と人との同質的な結びつきで、内部で信頼・協力・結束を生むものである。地域にすでに凝集性の高い集団（強い結合型）がある場合には、かえってこうした集団に入れない者を地域社会から排除することになる可能性もある。

橋渡し型ソーシャル・キャピタルは異なる組織間における異質な人や組織を結び付けるネットワークで、その繋がりはいずれも弱く、より薄い、より横断的であり、社会の潤滑油とも言えるべき役割を果たすとみられている。

大阪府の調査で使った地域生活への思いの「①あなたにとって、この地域は居心地がよいですか。」「②あなたは、この地域の住人のほとんどが、あなたのことを知っていると思いますか。」「⑤あなたは、この地域に住む人々がお互いに良い関係を保っていると思いますか。」の項目に現わされるソーシャル・キャピタルは、橋渡し型ソーシャル・キャピタルの側面を捉えようとするものである。

◇ 2章は「地域住民のメンタルヘルスと関連要因としてのソーシャル・キャピタル—自殺の抑止のために—」高梨 薫 2016『現代の社会病理』日本社会病理学会 31号 pp.59-75. をもとに加筆再構成した。

引用（参照）文献

- 1) 木村美也子 2008 ソーシャルキャピタル—公衆衛生学分野への導入と欧米における議論より— 保健医療科学 第 57 巻 国立保健医療科学院 pp.252-265.
- 2) Putnam, R. 2000 Bowling Alone : The collapse and Revival of American Community Simon & Schuster, NewYork, 柴内康文訳『孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生—』 柏書房 2003 pp.301-337,401-412.
- 3) 健康日本 21 評価作業チーム 2011『「健康日本 21」最終評価』厚生労働省
- 4) 『平成 27 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.7-11.
- 5) Kelly BD, Davoren M, Mhaolain AN, Breen EG, Casey P,2009“Social capital and suicide in 11 European countries:an ecological analysis” Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiol 44(11):971-7.
- 6) 岡本真澄・川上憲人・木戸芳史・桜井桂子 2013『東京都におけるソーシャルキャピタルと自殺との関連』平成 21～25 年度文部科学省科学研究費新学術領域研究（研究領域提案型）
- 7) 三瓶舞紀子・川上憲人・下光輝一・原谷隆史・提明純、島津明人・吉川徹・小田切優子・井上彰臣・岡本真澄 2012「地域のソーシャルキャピタルと自殺率 都市部と非都市部での相違」『日本公衆衛生学会抄録集』 71 pp.435.
- 8) 芦原ひとみ・鄭丞媛・近藤克則・鈴木佳代・福島慎太郎 2013「自殺率と高齢者におけるソーシャル・キャピタル関連指標との関連—JAGES データを用いた地域相関分析—」『自殺予防学会誌』 34 pp.31-40.
- 9) 川上憲人 2015「自殺対策の効果と、その評価（11）ソーシャル・キャピタルと自殺対策」本橋豊 編著『よくわかる自殺対策』ぎょうせい pp.60-63.
- 10) 相田潤・近藤克則 2014「ソーシャル・キャピタルと健康格差」『医療と社会』 24(1)pp.57-74.
- 11) 『平成 27 年度自殺対策白書』内閣府 pp.14-15,31.
- 12) 岡林秀樹・杉澤秀博・矢富直美 他 1997「配偶者との死別が高齢者の健康に及ぼす影響と社会的支援の緩衝効果」『心理学研究』 68 pp.147-154.
- 13) 原田謙 2013「パネル調査に基づく中高年期における配偶関係の変化と精神的健康に関する研究」（科学研究費助成事業研究成果報告書）
- 14) 杉澤秀博 2006「中高年の失業・失業不安と精神健康」Dia News No.46 pp.2-3.
- 15) 高梨 薫・清水新二 2012「大都市圏住民のメンタルヘルスと自殺念慮—自殺に関するジェンダーパ

- ラドクスー」『現代の社会病理』日本社会病理学会 27 pp.75-91.
- 16) 清水新二・高梨 薫・吉原千賀 他 2013『自死と悩み相談活動に関する調査報告書』大阪府人権協会・自死相談研究会（平成 24 年度大阪府補助事業）
- 17) 島 悟・鹿野達男・北村俊則 他 1985「新しい抑うつ性自己評価尺度について」精神医学 27(6)pp.717-723.
- 18) 川上憲人・近藤恭子・柳田公佑 他 2004『成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究：「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書』平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
- 19)『国民衛生の動向 2013/2014』厚生労働省 Vol60 No.9 pp.81.
- 20) 奈良県自殺対策連絡協議会 2012a『平成 24 年度自殺対策意識調査 [3 県比較・分析編] 報告書』奈良県
- 21) 奈良県自殺対策連絡協議会 2012b『奈良県の自殺死亡率低位検証について（報告書）』奈良県
- 22) Mirowsky, j. and Ross, C. E, 2003 Social Causes of Psychological Distress, Aldine Gruyter, New York,.
- 23) 坪郷 實 2015「ソーシャル・キャピタルの意義と射程」坪郷 實 編著『ソーシャル・キャピタル』福祉+α（7）ミネルヴァ書房 pp.1-17.
- 24) James S.Coleman. (1988) "Social Capital in the Creation of Himan Capital" American Journal of Sociology, 94: S95-S120. 金光 淳訳「人的資本の形成における社会関係資本」野沢慎司編・監訳『リーディングス ネットワーク論 家族・コミュニティ・社会関係資本』勁草書房 2006 pp.205-241.
- 25) 河田潤一 2015「ソーシャル・キャピタルの理論的系譜」坪郷 實 編著『ソーシャル・キャピタル』福祉+α（7）ミネルヴァ書房 pp.20-30.
- 26) Putnam,R., *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Simon &Schuster, New York, 2000. 柴内康文訳 孤独なボウリングー米国コミュニティの崩壊と再生ー 柏書房 2003 pp.9-28.
- 27) 稲葉陽二 2011「信頼・規範・ネットワーク 三つの要素」『ソーシャル・キャピタル入門 孤立から絆へ』中公新書 pp.23-39.
- 28) 内閣府国民生活局市民活動促進課 2003『平成 14 年度 「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」』内閣府
- 29) 伊藤久雄 2015「自治体とソーシャル・キャピタル」坪郷 實 編著『ソーシャル・キャピタル』福

祉+α (7) ミネルヴァ書房 pp.116-127.

30) 樋口直人 2015「ソーシャル・キャピタルと社会運動」坪郷 實 編著『ソーシャル・キャピタル』福

祉+α (7) ミネルヴァ書房 pp.68-77.

31) 中島智人 2015「イギリスの社会的排除／包摂とソーシャル・キャピタル」坪郷 實 編著『ソーシャ

ル・キャピタル』福祉+α (7) ミネルヴァ書房 pp.177-191.

32) 稲葉陽二 2011「何がかたちづくるのか、どう測るのか」『ソーシャル・キャピタル入門 孤立から絆

へ』中公新書 pp.75-78.

33) 内閣府国民生活局市民活動促進課 2003『平成 14 年度 「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係

と市民活動の好循環を求めて」』内閣府（資料編）参考資料 2. アンケート調査結果の概要

参考文献

Putnam,R., *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Simon

&Schuster, New York, 2000. 柴内康文訳 孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生— 柏書

房 2003

稲葉陽二 2011『ソーシャル・キャピタル入門 孤立から絆へ』中公新書

坪郷 實 編著 2015『ソーシャル・キャピタル』福祉+α (7) ミネルヴァ書房

野沢慎司編・監訳 2006『リーディングス ネットワーク論 家族・コミュニティ・社会関係資本』勁草

書房

内閣府国民生活局市民活動促進課 2003『平成 14 年度 「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係

と市民活動の好循環を求めて」』内閣府

【第3章】 自殺対策に資するソーシャルサポート、ソーシャル・キャピタル

1 節 自殺念慮、メンタルヘルスとソーシャルサポート

大多数の自殺者は直前に何らかの精神科診断が認められることが明らかになっており、精神医学的にみれば多くの場合、うつ病等の精神疾患の影響により正常な判断を行うことができない状態にあったとされている¹⁾。そのため、自殺対策にうつ病に対する理解や受診率の向上への取り組みが重要であるとされるのである。自殺を防いで、良好なメンタルヘルスを保つストレスへの対処資源としては、ソーシャルサポートが考えられ、家族や友人など周囲からの支援や、市町村の保健所、保健師による地域におけるうつ病対策、職場においてはカウンセリングの実施などが重要となる。

ソーシャルサポートとは個人をとりまく社会関係の機能的側面を表しており（これに対して、配偶者の有無や家族構成、友人の数などは構造的側面のソーシャルネットワークと呼ばれる）、他者との間でとり交わされるさまざまな支援、援助をさしている。この点で、1章の大阪市調査の結果は家族、職場のサポートの重要性を重ねて示し、これらソーシャルサポートに加え、地域の人との交流により良好なメンタルヘルスを保つ工夫の可能性を示したものといえる。

しかし、メンタルヘルスにソーシャルサポートが重要なことは大前提として、自殺念慮に対してはソーシャルサポートの認知では効果がないという結果をふまえると、自殺対策に資するために、ソーシャルサポートはどのように活用されるべきなのか。またソーシャルサポートとは異なり、ソーシャル・キャピタルについて、その自殺予防、防止に資する側面としては具体的にどのようなことが考えられるのか、以下ではこの点に留意した考察を深めたい。

(1) 自殺念慮とソーシャルサポート

自殺に結び付くと捉えられてきたうつとソーシャルサポートの関連を検討した先行研究の多くは、ソーシャルサポートの直接効果、緩衝効果について論じているが、自殺念慮自体とソーシャルサポートの関連を検討した研究は少ない。大阪市調査の結果を見る限り、メンタルヘルス（CES-D）に対してはソーシャルサポートからの効果が期待できても、自殺念慮には十分期待できないことが示されたわけで、むしろ同じ関連要因としてとりあげた「悩みやストレスの相談」が重要な要因となることが逆に浮き彫りにされた。このよう

に、ソーシャルサポートの一般的な効果論からすれば少々複雑な影響のあり様をデータは示していた。これに関しては、二つの理解の仕方が可能と思われる。

一つめは、ソーシャルサポートのレベルを区別し問題の内容（通常のメンタルヘルスか自殺念慮か）に対応してその効果を整理するものである。一般的に言われるソーシャルサポート議論では支援希求の認知的な可能性を問うものであり、これを「認知的ソーシャルサポート（**recognized social support**）」とすれば、「悩みやストレスの相談」は実際に「活用されたソーシャルサポート（**activated social support**）」として理解できる。つまり、自殺念慮にソーシャルサポートが効かないわけではなく、レベルの異なるソーシャルサポートが動員されている場合に効果が認められると捉える見方である。

二つめは、大阪市調査で問われた質問項目「悩みやストレスの相談」の場合で「活用されたソーシャルサポート」は、職場や家族、近隣づき合いなど（の提供源の）認知されたソーシャルサポートそのものであるかどうかは不明である。認知的ソーシャルサポートは自殺念慮には有意な影響を及ぼさないとの調査結果も併せて慎重に解釈すれば、「悩みやストレスの相談」をソーシャルサポートの一形態とすることなく、一応両者は別物と理解するものである。この理解に立てば、通常のメンタルヘルス水準ではソーシャルサポートが効果を持ちうるが、さらに一步進んだ自殺念慮水準に至っては一般的なソーシャルサポートではなく、むしろより踏み込んだ悩み事の「相談」が効果を示すということになる。このように、二つの立場はともにデータの複雑な結果をそれなりに整合的に説明しうるが、より慎重な解釈が必要である。悩みやストレスの相談については以下4章でも触れるが「相談の有無＝ソーシャルサポート（実績）の有無」というより、相談できる関係性の相手がいるかどうか、あるいは例えば家族や職場の人間が相談できる関係性にあるかどうかということを含んでいると考察することができる。

(2) 自殺念慮関連要因としての悩みやストレスの相談

大阪市調査の結果では、自殺念慮は男性に比べ女性に有意に多かった。メンタルヘルス（CES-D）が悪いほど、また悩みやストレスがある場合、男性では「誰に相談していいかわからない」「内容的に誰にも相談できない」といった“相談”がうまくできない人に自殺念慮が有意に多く、他方、女性では「相談する必要はない」と回答した人の間で自殺念慮が有意に多かった。男性と女性では様相が異なっていたといえ、いずれにしても自殺防止

のための相談活動の重要性が強調されたことに違いはない。

「自殺対策 100 日プラン」がまとめられた平成 21 年、自殺の社会的要因である失業、倒産、多重債務問題に対する生活相談と、こころの健康等の健康要因に関する相談をあわせて行う「包括支援相談」を開催したり、相談窓口を設置・充実するなど、相談支援体制の強化を図るための事業として対面型相談支援事業があった。

しかし、福祉事務所や社会福祉施設などの援助機関の中には自殺未遂及びそれに付随する問題に対する十分なノウハウが蓄積されていない傾向があるとの指摘がある²⁾。そしてまずは利便性及びアクセシビリティ（接近性）の高い相談援助の体制の整備であるが、研修体制の整備を含む、相談援助担当者に対する技術的支援体制の整備等が課題であるとしている。

2 節 ストレスへの対処とソーシャルサポート ―直接効果と緩衝効果―

1 章 4 節に自殺に関するジェンダーパラドクスについて記したように、自殺予防、防止を検討するにおいて、このジェンダーパラドクスをどう理解すべきかについて、現時点で考えられる視点、論点のいくつかを述べてみる。

(1) ストレス緩衝効果

ソーシャルサポートが健康に及ぼす影響については、直接効果と緩衝効果の 2 つの種類の効果が知られており、直接効果としては、ソーシャルサポートの多寡によって心身の健康状態が規定されるということがある。たとえば、ソーシャルサポートが少ない高齢者は多い者と比較して抑うつ状態を発症しやすいという研究がある。平時であれストレスがかかった場合であれ、ソーシャルサポートは通時的にストレスを和らげる効果をもつ。

これに対して、ソーシャルサポートの緩衝効果とは、ライフイベントや疾病罹患が健康状態へ及ぼす悪影響を、ソーシャルサポートが緩衝するというものである^{3) 4)}。ストレスが個人に及ぼす影響を弱める、いわばソーシャルサポートが緩衝材として作用するという効果である。変数の関連上はストレスとディストレス（ここではうつ）の関連をソーシャルサポートが弱めることを意味する^{注)}。緩衝効果はストレスのレベルが小さいときにはソーシャルサポートの高低がディストレスの高低を帰結しない。ストレスのレベルが大きい場合にソーシャルサポートの高低がディストレスの高低の差を伴うことを意味する。つまり直接効果と異なるのは、ストレス体験下でない場合にはソーシャルサ

ポートが健康状態に及ぼす影響がないということである。

自殺に関するジェンダーパラドクスともいえる、うつ的傾向の強い女性よりも男性の自殺の方が多い現象について、未遂歴については女性に多くなっていることで、ある程度説明がつきそうであるが、前述したように、大きなストレスがかかった場合、普段からのソーシャルサポートがストレスを和らげて緩衝する作用が考えられる。この緩衝効果によって、女性に強くみられたうつ的傾向にもかかわらず、自殺既遂の段階では男女が逆転して、不整合な結果をもたらすと考えることができる。ただし、ソーシャルサポートには直接効果も考えられる。ソーシャルサポートがメンタルヘルスと関連するのであれば、そもそも通常のメンタルヘルスは男性より女性の方が良好となるはずである。しかしうつ的傾向は女性の方が高いことから、直接効果はより強く男性に表れているとみるしかない。女性の自殺者数が男性に比べ少ないことをストレス緩衝効果で説明するのは、確証ある視点とはいえない。

女性に対しては緩衝効果が、男性に対しては直接効果が表れるという性差を考えるとすれば、ストレス緩衝効果説もより慎重にならざるを得ない。これに関連し直接効果について稲葉⁴⁾は、直接効果において、ストレッサーが存在しない場合でもソーシャルサポートの有無とディストレスが関連するということは、ソーシャルサポートのないことがストレッサーになっているということかもしれないと指摘している。これは、ストレッサーの有無にかかわらず、ソーシャルサポートが人間の基本的な欲求（愛されたい、尊重されたいなど）を満たしているからと考えれば説明は可能であるとしている。

いずれにしても、これらの解釈枠組みではソーシャルサポート、また、悩みやストレスの相談の実態などとの関連でなお仔細に検討されるべき事柄が多くある。特に女性では家族の文脈で、また男性は職場の文脈でこれらの検討が重要に思われる。

注) ストレッサーとディストレスの関連をストレスという。ストレスが高いというのはストレッサーとディストレスの関連が大きいことを指す。

(2) 異なるストレス耐性の可能性

一方ソーシャルサポートの直接効果と緩衝効果に対して、家族社会学における家族ストレス論をヒントにひとつの考え方の可能性を検討することができる。家族ストレス論では

災害や経済環境の急変など、同じようなライフイベントを経験しながら、ある家族はなんとかストレッサー・イベントを乗り越えてゆくのに対して、別の家族はなぜ危機に陥ってしまうのかを問題にしている。そして、危機に至るプロセスに資源や認知（状況定義）などによって個々に異なる対処様式が存在し、それによってある家族は危機に陥り、別の家族は危機を回避するという。この異なる対処様式をもつ家族は脆弱性と回復力の 2 つの次元⁵⁾で分類され、たとえば脆弱性が高く回復力が高い場合、つまりストレスに対する耐性が低いにもかかわらず、回復力が高いタイプを考えることができる⁶⁾。

以上は家族の危機対処の説明であるが、個人においても同様に、ストレスに対する耐性が低いにもかかわらず回復力が高いタイプ、「しなやか」なタイプの個人と、ストレスに対する耐性が高いにもかかわらず回復力が低いタイプ、打たれ強いのにある時突然ぼきりと折れてしまう「剛直」なタイプがあることを想像するのは容易であろう。個人はさまざまな社会、文化に属して、それぞれの社会・文化的な脈絡の中でその影響を受ける。男性と女性の基本的特性（社会・文化的なジェンダー特性）として、男性に剛直タイプが、女性にしなやかタイプが多く認められると考えるなら、メンタルヘルス、うつ傾向の健康水準は男性が女性より良好であっても、自殺者数においては男性の方が女性より多くなることが考えられる。この考え方は昨今注目されているレジリエンシー（resiliency）の考え方にも通じるところがある。ジェンダーパラドクスに関する可能な解釈を紹介したが、推論でありさらなる実証的検討が必要である。

3 節 メンタルヘルスとソーシャル・キャピタルの関連が意味するもの

(1) メンタルヘルス関連要因としての地域生活への思い、仕事の有無、配偶者の有無、相談の有無

2 章 1 節でみてきたように、自殺やメンタルヘルスへの、離婚や失業といった従前から関心を寄せられてきた社会的要因とともに関心を寄せるソーシャル・キャピタルとしての地域生活への思いは、45 歳以上の男性を除いてメンタルヘルス（CES-D）と有意な関連を示した。配偶者の有無、仕事の有無と比較しても全体の分析で最も相関が強く、また性別、年代別にみてもむしろそれらより広く関連がみられた。

重回帰分析の結果では、まず女性のメンタルヘルスに対する重要性が示唆された。また 20～44 歳の男性でも、ソーシャル・キャピタルと位置付けている地域生活への思いの重要

性が示唆されたといえる。

ソーシャル・キャピタルについて論じた Putnam によれば、貨幣や物財と異なり社会資本には直接的な問題解決により適した「厚く狭い信頼」関係と、人々の人間関係を通じて橋渡しが生じる機会提供的な「薄く広い信頼」があるとする⁷⁾。前者は家族や友人、自助グループ仲間などの直接的、具体的で強固なソーシャルサポートとも理解でき、後者はより漠然とした間接的な互酬的人間関係への信頼性およびそうあるべきと考える信頼性規範がその中核にあるという。

住民のメンタルヘルスに対して、地域生活における住民間のつながり、すなわちソーシャルネットワーク（日常生活上の客観的事実としての個人的つながり）が大きな関連性をもつことはこれまでも繰り返し指摘されてきた。とはいえ、それが唯一の影響因ではありえない。既存の研究が明らかにしてきた要因と併せて、他の関連要因の探求が続けられねばならないだろう。また直接的なソーシャルサポートと合せてなお地域に寄せる一般的な信頼性や「おたがいさま」ともいえる緩やかな互酬性、すなわちもう一つのソーシャル・キャピタルも決して希薄とは言えないと思われる青森、秋田、岩手などの東北地方と地域比較研究の展開も望まれるところである。その際、この当たり前とも思える地道な地域の変数をめぐって、厚い信頼性タイプのソーシャルサポートに加え、もう一つのソーシャル・キャピタルであり薄い信頼性を特徴とする地域に対する肯定的評価や社会参加の面にも留意し、こうしたソーシャル・キャピタルの微妙な差異にも目配りしつつ研究を進めることが重要と考える。そして大阪府調査、奈良県の調査結果が示唆する今後の展開方向性として、多くの地方都市、農山村ではなおソーシャルネットワーク（住民同士の個人的つながり）が健在だとしても、それが地域社会への一般的な信頼感、互酬性感として住民に分与され日常的な地域生活が営まれているのかどうかである。奈良県の調査との比較の考察では、自殺および自殺念慮に関する抑止効果を考える際に、強い結びつきの紐帯だけでなく「地域生活への思い」という緩やかな住民のつながりに注目することの必要性に触れる。

(2) メンタルヘルス状況 Kessler (K6)、自殺念慮、地域生活への思い

—奈良県との比較から—

ソーシャル・キャピタルと位置づけた「地域生活への思い」を軸に考察すると地域生活への思いにおいて大阪府より強い奈良県が、メンタルヘルスにおいて大阪府より良いこと

は整合的で、自殺念慮が少なく、実際の自殺死亡率の低いのも同様である。自殺の背景にメンタルヘルスが関連するなら、自殺および自殺念慮に関する予防、防止効果を考える場合、地域生活への思いに関心を寄せるべきであるといえよう。

またメンタルヘルスは年代が上がるに従い良くなる傾向のあることを併せて考えると、ソーシャル・キャピタル（地域生活への思い）が年代（年齢）が上がるにつれて豊かである可能性が考えられる。

自殺希少地域に関しコミュニティ特性に注目して分析した岡 8) は日常的に協力しあうというような強い結びつきの紐帯よりも、立ち話程度のつき合いをしている者の比率が高いというむしろ緩やかな住民のつながりの特徴に注目している。岡 9) は、(徳島県にある) この地域は赤い羽根募金が集まりにくい、「・・・募金する人としない人が混じりあっているから」、「均質になることや統制されることを嫌う傾向がある。皆がするから自分もする、周囲と足並みをそろえるということに、重きをおいていないのである」という。「よりゆるやかな関係が維持されているコミュニティのほうが、弱音を吐くという行為が促されやすい」「・・・息苦しさを取り除き、生きづらいと感じる人を減らすことにつながっている」という。

この論を踏まえて奈良県の場合について言えば、「①あなたにとって、この地域は居心地がよいですか。」という質問に始まる「地域生活への思い」、すなわち橋渡し型の「薄く広い信頼」に基づく地域特性は大阪よりも色濃く観察されたといえる。このことは大阪に比べ奈良県で、地域生活への思いでみたソーシャル・キャピタルが豊かであることが示唆されていると考えられる。

自殺を考える人のこころの健康度は著しく損なわれていることが多い。地域住民のメンタルヘルスに注視し、今後さらに、大都市圏に比べ自殺死亡率の低い地方のメンタルヘルス状況についても調査、検討していく必要がある。自殺対策基本法が制定され、自殺総合対策の文脈でもうつ病の早期発見、早期治療のための取り組み、地域住民を対象にしたメンタルヘルスにかかる普及・啓発の取り組みがなされるようになっており、地域住民のこころの健康づくりは国の重要課題と位置づけられている 10) 。そして自殺の背景にメンタルヘルスが関連するなら、自殺および自殺念慮の抑止を（ソーシャルサポートに加え）ソーシャル・キャピタルと位置づける「地域生活への思い」に着目して検討を重ねるべきといえる。また、大阪における二つの調査結果を通じて住民のメンタルヘルスに関連してい

る「暮らし向き」要因にも明確な注視が必要である。暮らし向きが安定することが最大の自殺予防要因とさえ考えられる。大阪府、大阪市の調査と奈良県の自殺対策意識調査の結果は、「地域生活への思い」を含めて穏やかで安定した日々の暮らしが地域に広がりを見せることの大切さを示している。

◇ 3 章は「大都市圏住民のメンタルヘルス、生活ストレスと自殺関連体験—大阪市『市政モニター質問書』調査結果を中心に—」高梨 薫・吉原千賀・清水新二 2011 厚生指標 58:(5)pp.22-29.

「大都市圏住民のメンタルヘルスと自殺念慮—自殺に関するジェンダーパラドクス—」高梨 薫・清水新二 2012『現代の社会病理』日本社会病理学会 27 号 pp.75-91.

「地域住民のメンタルヘルスと関連要因としてのソーシャル・キャピタル—自死の抑止のために—」高梨 薫 2016『現代の社会病理』日本社会病理学会 31 号 pp.59-75.の 3 本の論文をもとに加筆再構成した。

引用（参照）文献

- 1)『平成 22 年版自殺対策白書』内閣府 pp.67-68.
- 2) 根本嘉昭・安藤美由紀・今井美之・熊野敦子・鈴木孝典・中野美智子 2004「自殺予防における援助機関のあり方に関する研究—自殺未遂者の援助機関のあり方に関する研究—」平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担研究報告書
- 3) 稲葉昭英 1998「ソーシャル・サポートの理論モデル」『人を支える心の科学 対人行動学研究シリーズ 7』松井 豊・浦 光博 編 誠信書房 pp.152-175.
- 4) 稲葉昭英 2009「ストレス研究の諸概念」石原邦雄 編著 『家族のストレスとサポート』pp.41-61.
- 5) Burr,W.R.,1973 *Theory Construction and the Sociology of the Family*, John Wiley & Sons
- 6) Olson,D.H., Sprenkle,D.H. and Russel,C.,1979“Circumplex Model of Marirtal and Family Systems: Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinincal Application”*Family Process* 18:3-15.
- 7) Putnam, R. 2000 *Bowling Alone : The collapse and Revival of American Community* Simon & Schuster , New York, 柴内康文訳『孤独なボウリング —米国コミュニティーの崩壊と再生—』柏書房 2003 pp.156-173.

- 8) 岡 檀 2012「自殺希少地域—徳島県旧海部町に見る援助希求を促す環境づくり—」『精神科臨床サービス』 12 pp.258-261.
- 9) 岡 檀 2015「『自殺希少地域』の調査から得られた気づき」本橋豊 編著『よくわかる自殺対策』ぎょうせい pp.268-276.
- 10) 桑原 寛・河西千秋2008「メンタルヘルス対策の重要性」『自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究 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年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業）

参考文献

- 松井 豊・浦 光博 編 1998 人を支える心の科学 対人行動学研究シリーズ 7 誠信書房
- 高梨 薫 清水新二 2013「社会学的家族問題論」『家族療法テキストブック』 日本家族研究・家族療法学会編 金剛出版 pp.50-55.
- 清水新二 1998「家族問題・家族病理研究の回顧と展望」『家族社会学研究』 10(1)pp.31-83.

第Ⅱ部

〔第4章〕 悩みやストレスの相談とソーシャル・キャピタル

1 節 深刻な悩みの相談と周囲の人との関係

(1) 悩みを吐露しやすい関係性

内閣府の「自殺に関する意識調査（平成 20 年）」¹⁾においては、今までに本気で自殺したいと思ったことがあるか聞いたところ、19.1%と国民の 5 人に 1 人が「自殺したいと思ったことがある」と答えている。そして、自殺したいと思ったことがある回答者中、その時誰かに相談したかを重ねて問うた質問に「相談したことはない」が 6 割を占めているという結果で、自殺念慮、企図のある人は悩みやストレスの相談が十分でないことが考えられる。

1 章の大阪市調査で、日常生活での悩みやストレスについて「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」「誰に相談したらいいかわかっているのだが、内容的に誰にも相談できないでいる」と答えた対象は、あわせて男性で 33.9%、女性で 24.6%あった。

また大阪市民対象の調査では悩みやストレスの相談を尋ねた質問項目に対し、悩みやストレスがある場合「相談したいが誰に相談したらよいかわからない」で自殺念慮が有意に多かった。自殺を考えるような深刻な問題や悩みの場合、それは簡単に誰かに話せる、相談にのってもらえるものではないと考えられる。

悩みやストレスを感じたときにどのように対処するか、2013 年の自死相談研究会によるインタビュー調査²⁾では、インタビュー対象者がもつ人間関係や利用可能な各相談機関から、相談や援助などのサポート資源をどのように得ようとしているかを検討しており、特に人間関係や各相談機関に対する相談のしやすさ／しにくさ、利用のしやすさ／しにくさに着目している。それによると配偶者や恋人などの親密な関係にある相手は、相談などのサポートを期待されやすいということである。配偶者や恋人などパートナーがいる場合には、相談相手として真っ先にサポートを求めている。そのため相談機関を利用した経験があるという人は少ない。

しかし、インタビューの対象者のなかで実際に相談機関を利用した経験をもつ人は配偶者や友人・知人などのインフォーマルな人間関係からサポートを期待できない状況にあった。理由は、実は悩みの程度が深いほどインフォーマルな人間関係には相談しにくいと考えているからであったとしている。しかしそうすると、悩みが深いほどサポート探索行動

はより困難になり、孤立した状況で自己対処せざるを得ないのではないか。

そこで、相談機関に繋がっていく前提（プロセス）としてまず、誰かに相談できるようにするためにどのようなことが考えられるか、こうした援助を考えると、通常のサポートとは異なる緩やかともいえる関係において、悩みを吐露しやすいことが考えられないか、配偶者やその他の家族に相談がしにくいとしたら、友人・知人や職場も含め、“薄く広い信頼性を特徴”とするような社会関係が有効ではないかと考え、以下では悩みやストレスの相談と、橋渡し型ソーシャル・キャピタルと位置付けた地域生活への思いの関連を検討し、考察したい。

(2) 研究方法

1) 生活ストレスと悩み相談に関するアンケート調査

大阪府調査データを使用する。質問項目、変数の定義についても同様であるが、「相談の有無」については日常生活でのストレスについて「悩みやストレスはない」と答えた対象を除いたうえで、「悩みやストレスについて、日ごろ誰かに相談していますか。」と尋ねた。選択肢は「相談している」(1)、「相談していない」(0)を用意した。

2) インタビュー調査

自死相談研究会においては生活ストレスと悩み相談に関するアンケート調査と並行して、生活ストレスと悩み相談についてより深く検討するためにインタビュー調査が行われた。その際大きく分けて二つの質問が設定された。ひとつは対象者本人によるサポート探索行動に関するインタビューである。日常生活で悩みやストレスを抱えたときに、対象者本人が実際にどのようなサポートを探し求める行動を行ったのかを尋ねたものである。もうひとつは、特定の悩みやストレス状況を設定し、一方では対象者本人がその状況に置かれた場合にどのようにサポートを探索するか、そして他方では他者がその状況に置かれた場合にはどのようにサポートを提供するかを尋ねるビネット調査とされた。

(3) 結果と考察

悩みやストレスについて日ごろ誰かに相談しているか(している／していない)を従属変数とするロジスティック回帰分析を行った。独立変数は性、年齢、暮らし向き、地域生活への思い、配偶者の有無、メンタルヘルス（CES-D）とした。

多変量解析での悩みやストレスの相談有無との関連($n=567$)では、「地域生活への思い」という橋渡し型ソーシャル・キャピタルが豊かと考えられる群の「相談している」が多くなっていた。また女性で多くなっていた。自死相談研究会のインタビュー調査では、配偶者や恋人などの親密な関係にある相手は相談などのサポートを期待されやすく、配偶者や恋人などパートナーがいる場合には相談相手として真っ先にサポートを求めているということであったが、配偶者の有無に有意差はみられなかった。ただし、今回行ったロジスティック回帰分析では決定係数にあたる $\text{Negelekreke } R^2$ の値は小さく ($R^2 \ 0.156 \ p<.001$)、独立変数群により説明される従属変数の分散の割合が小さい。そのため独立変数の選択を再検討する必要がある。

インタビュー調査では、インタビューの対象者のなかで実際に相談機関を利用した経験をもつ人は、配偶者や友人・知人などのインフォーマルな人間関係からサポートを期待できない状況にあった。理由は、実は悩みの程度が深いほどインフォーマルな人間関係には相談しにくいと考えているからであったとしていた。

「サポートを必要としている人との関係性」については、インタビュー調査では調査対象者がサポートを提供する立場のとき、悩みを抱える人と対象者があまり親しくない場合には声をかけづらく、両者の間に親密さがないと相談しにくいのではないかという声が聞かれたとしている。

しかし、対象者がサポートを必要とする立場になったとき、悩みが深刻になるほど、周囲はサポートしたいと思っても関係性によってはアプローチしにくく、(本人は)より親しい関係の人からのアプローチを期待する一方で、悩みを抱える本人は親密な間柄にこそ相談しづらくなる場合があると考えられる。

今回の分析、インタビュー調査は自殺を考えるような深刻な問題や悩みの場合と限っているわけではない。しかしサポートを期待できない理由が、「実は悩みの程度が深いほどインフォーマルな人間関係には相談しにくいと考えているから」であるならば、自殺希少地域のコミュニティ特性に注目する岡の論を踏まえて、「薄く広い信頼性を特徴」とするような社会関係について検討する意義があるといえよう。

2 節 相談のしやすさと周囲の人との関係

ー自殺希少地域のコミュニティ特性とソーシャル・キャピタルー

配偶者やその他の家族に相談がしにくいとしたら、自殺を考える様な問題で相談機関に繋がることを前提（プロセス）としても、まず、誰かに相談できるようにするためにどのようなことが考えられるか。3章3節に考察したように、自殺希少地域のコミュニティ特性に注目して分析した岡は、日常的に協力しあうというような強い結びつきの紐帯よりも、立ち話程度のつき合いをしている者の比率が高いというむしろ緩やかな住民のつながりの特徴に注目している³⁾。岡は、徳島県にあるこの地域（のような）「よりゆるやかな関係が維持されているコミュニティのほうが、弱音を吐くという行為が促されやすい」そして「・・・息苦しさを取り除き、生きづらいと感じる人を減らすことにつながっている」という⁴⁾。

本章1節でみた結果について、この論を踏まえて言えることは、悩みを抱える本人は親密な間柄にこそ相談しづらくなる場合があり、こうした場合の援助を考えると、通常のサポートとは異なるむしろ緩やかともいえる関係においてこそ悩みを吐露しやすいことが考えられる。

自殺希少地域—徳島県旧海部町に見る、援助希求を促す環境づくりを著した岡は、旧海部町を対象に調査研究を行ってきた結果、同町のコミュニティには自殺の危険を抑制すると考えられる5つの因子があり、なかでも、住民の援助希求に関する意識や態度に特徴がみられた。海部町は医療県内でも特にうつ受診率が高く、しかも軽症で受診する者が多いという。住民の日々の交流と情報交換により隣人の異変に気づくのが早いという点に加え、本人に直接指摘すること、指摘されることへの抵抗が小さい。うつを含む精神疾患への偏見が小さく、治療を受けている者を疎外しないという風土がある。

調査から明らかになった海部町の住民気質の特徴—排他的気質が弱く、他者への評価は人物本位思考が強いという傾向も、住民の援助希求に対する心理的負担を緩和していると考えられる。海部町住民の援助希求は、当事者の意思と行動だけでなく、当事者を取り巻く人々の意識や態度、帰属するコミュニティの共通理念により支えられてきたと考えられるとしている³⁾⁵⁾。

自殺希少地域—徳島県旧海部町にみる、援助希求を促す環境づくりについて⁵⁾

(自殺の危険を抑制すると考えられる海部町（海陽町）コミュニティにおける
5つの自殺予防因子)

「助けを求めることへの抵抗が小さい『病、市に出せ

(やまい、いちにだせ)』」

「緊密すぎない、緩やかな人間関係」

以上の2つに加え、

「多様性の重視」

「人物本位に他者を評価する」

「有能感をもって事に対処する」

自殺希少地域のコミュニティは緩やかな紐帯を保ち、排他的気質が弱く、他者への評価は人物本位思考であること、ストレス対処能力と関係する自尊感情や自己効力感の高い住民多いという特性があるという³⁾。

3 節 自死遺族支援への自殺希少地域研究にみる可能性

(1) そっとしておいてもらえる関係

序章 6 節 遺された人の苦しみに記した様に、親しい人を自死によりなくしてしまった自死遺族の苦悩は自分が気づかなかったゆえに、至らなかったゆえになど、自責の念や自らの無力に対する怒り、そういった感情や思いを周囲に吐露するのが難しいこと、多くの場合残された家族は周囲からの理解も得にくく夫を自死でなくしたある女性は、理解し支えてくれると期待した夫の実家から厳しく非難され、葬儀にも参列することもできなかったという。そして孤独で辛い思いを胸に抱きながらその後の人生を歩まなければならない。こうした自死遺族にとって、周囲の人との関係性で日常的に協力しあうというような人と人との強い結びつきやサポートのある関係より、自殺希少地域のようなコミュニティ特性は、ただちに助けの声掛けがなくともそっとしておいてくれる、少なくともこころ無い言葉に傷つけられることも少ないのではと考える。

もちろん自死の直後、救急隊員や警察とのやりとり、死亡をめぐる現場でのやりとりは遺族にとって通常の死亡とは異なる耐え難い経験となる。感情的にも混乱状態の遺族をケアする必要があるが、それは主として専門家の役割であろう。むしろ緩やかな住民のつながり、「よりゆるやかな関係が維持されているコミュニティ・・・」「息苦しさを取り除き、生きづらいつと感じる人を減らす」と岡がいうような地域の人間関係のあり様の方が「どうして気づいてあげられなかったの」「結局弱かったんだ」というような非難に傷つけられることも減るのではと考える。

(2) 自死遺族を追い詰めることのない地域

自死が起こった後も遺族は現実の生活を続けていかねばならない。債務の処理など法的な問題が待ち受けていることもある。さしあたって家庭経済への影響が大きく現れ、遺された配偶者が働き始めたり、子どもが学業継続を諦めたり生活の道筋は平板ではない。そのようななか、遺族には、次第に起こってしまったことに対し、親しい人の自死の意味づけが必要となり、その過程において遺族に寄り添い「死を選ばざるを得なかった方の生き方を一緒に聴かせていただく」⁶⁾、こうした遺族の支援が必要とされるようになる。

遺された者の喪の作業、家族の自死という事実を胸に抱えながら、遺族が改めて生きていこうとするとき、故人と自分の関係性を見直していくのに寄り添う、援助者は遺族の感情や思いに寄り添う。自死遺族の支援については5章で検討、考察するが、自殺希少地域にある自殺の危険を予防すると考えられる因子は、たとえば、・・・弱音を吐くという行為が促されやすい、・・・息苦しさを取り除き、自死が起こってしまった後も、自死遺族を追い詰めることのない地域特性でもある可能性が考えられないか。そしてそれは橋渡し型の「薄く広い信頼」に基づく地域特性、すなわちソーシャル・キャピタルの一側面とみることもできよう。

ソーシャル・キャピタルは強力な結合型ソーシャル・キャピタルに内在する排他性の危険性が指摘され、負の側面を有する可能性もあるとされている。ソーシャル・キャピタルには、基本的な分類として、この結合型(bonding)と橋渡し型(bridging)がある。すでに凝集性の高い(結合型ソーシャル・キャピタルが強い)集団がある場合には、かえって集団に入れない者を地域社会から排除することになる可能性もある。それに対し、橋渡し型ソーシャル・キャピタルは異なる組織間における異質な人や組織を結び付けるネット

ワークで、その繋がりはより弱く、より薄い、より横断的であり、社会の潤滑油とも言うべき役割を果たすとみられている。

自殺希少地域にある自殺の危険を抑制すると考えられる因子のうち、「助けを求めることへの抵抗が小さい」「緊密すぎない、緩やかな人間関係」は、大阪府と奈良県の調査で使われた地域生活への思いの「①あなたにとって、この地域は居心地がよいですか。」「②あなたは、この地域の住人のほとんどが、あなたのことを知っていると思いますか。」「⑤あなたは、この地域に住む人々がお互いに良い関係を保っていると思いますか。」の項目に現わされる繋がりはより弱く、より薄い、より横断的であり、社会の潤滑油とも言うべき橋渡し型ソーシャル・キャピタルと共通するところがあると捉えられる。

引用（参照）文献

- 1) 『平成 22 年版自殺対策白書』内閣府 pp.69.
- 2) 清水新二・高梨 薫・吉原千賀 他 2013『自死と悩み相談活動に関する調査報告書』大阪府人権協会・自死相談研究会（平成 24 年度大阪府補助事業）
- 3) 岡 檀 2012「自殺希少地域—徳島県旧海部町に見る援助希求を促す環境づくり—」『精神科臨床サービス』12 pp.258-261.
- 4) 岡 檀 2015「『自殺希少地域』の調査から得られた気づき」本橋豊 編著『よくわかる自殺対策』ぎょうせい pp.268-276.
- 5) 岡 檀・山内慶太 2011「自殺希少地域における自殺予防因子の探索—徳島県旧海部町の住民意識調査から—」『日本社会精神医学会雑誌』20pp.213-223.
- 6) 清水新二監修 2012『死にたい声に寄り添って』奈良いのちの電話 pp.152.

参考文献

- 古谷野 亘 2005 多変量解析ガイド 調査データのまとめかた 川島書店
- 岡 檀 2013『生き心地の良い町 この自殺率の低さには理由がある』講談社

【第5章】 自殺予防、防止と自死遺族支援、そして二つを繋ぐソーシャル・キャピタルの可能性

1 節 自殺と自死

(1) 語ることが避けられる死

大切なひとを失ったうえに、遺族が会う自殺に対する社会の偏見、蔑み、忌避がどれほど辛いものか、自死という言葉を使うのは、そのような遺族に対し自殺という傷口に塩をもみこむようなまなざしや響きをまとっている言葉をあえて使う必要はないという考え方¹⁾があるからである。

現代の社会では自殺（以下1節では自死とする）に対する社会的汚名、忌避が存在するといえ、遺族の側にも身内の恥、不名誉といった意識、言動のあることもある。その結果遺族は周囲から孤立して罪障感、自責感、傷つけられ感などで苦悩することになる。そのため自死はときに封印された死¹⁾とも呼ばれてきた。他の死亡原因とは異なり、自死は語ることが避けられる社会的な問題であり、遺族を前にお悔やみの言葉さえごちなく当惑する。自死に対するこうした周囲の態度や反応が予測されることから遺族も大切な人の死を語ることを自らもやめてしまう。

周囲とのぎごちない関係から大切な人の死を自由に語れないことは、こころおきなく悲しみを悲しめないことにつながりやすい。悲嘆の淵にどっぷりつかり、こころの痛手からゆっくりと回復し、少しずつ社会生活を取り戻していく過程、喪の作業をしっかりと踏む必要がある。それをしないことには死者との関係が意味のあるもの、遺された者と先立った者との関係がさまざまな思い出とともに受け入れられない。自死のような出来事を受け入れるためには、それを自由に語れる環境が必要で、かつ語る気持ちになれたときにそれを通して自死という出来事の再解釈をし、意味を見いだしていく過程が重要だとされる。

現代では死一般について語ることが忌避されやすいといえるが、とりわけ自死は社会的に抑圧されることによって遺族の胸の内に押しとどめられ、故人について話すことがはばかれる。故人を偲び、話す機会を失い、悲しみを悲しむという自然な情緒的反応を歪められやすいといえる。

清水は、「自殺」ではなくなぜ「自死」という言葉を使うべきと考えるかということについて、改めて以下の様に述べている。『それは単なる言葉の置き換えではなく、新しい言葉を手に入れることによって暗闇に押し込まれてきた現実が新たに見え始めることがあるか

らである。「自死」という言葉には“見てきたもの”が新たな意味をもって“見えてくる”効果をもつ可能性がある。これまでの自殺という用語の棘を抜き、語りたいが語れなかった「遺族を声を上げやすい環境に変える必要」に応じるものであった。』²⁾

また、自死遺族のいろいろある感情的苦悩のなかで最も大きな核となるのは自責感である³⁾。すでに述べた「封印された死」としての自死への厳しい社会的な非難とまなざしの下に、これを自らの内部に取り込んでいる遺族は自死の事実についても簡単には明らかにできず、専ら自分のこころの中に閉じ込め孤立しがちである。そうした心理的状况に置かれ、この自責感から少し距離を置くことができれば、遺族は故人に対して「最後は自ら命を絶ったけれど、あの人（あの子）は精いっぱい生きた」「楽しい時間もあったよね」と大切な人の死をもう少し素直に受け入れることができるだろう。夫婦や親子も家族は良くも悪くもその人なしには自分の人生もあり得ない存在といえる。その人を否定的にしか受け止められないということは、自分の人生の物語を描けないということでもある²⁾。

地域、親戚の間、友人どうしの間で、あるいはいろいろな社会的場面で自死はなかなか語れないものとして押しとどめられてきたのではないかという見方がある。生老病死は人の苦しみでもあるが、家族生活の歴史でもある。周囲の人々と共に死に立ち合い看とり、語り、嘆き悲しむことがむしろオープンだった時代と異なり現代では、死について語ることが少なくなり、はばかられ、取り澄ました儀礼的挨拶だけでそそくさと片付けてしまおうとする。

社会が変わっていこうとも私たちは死から逃れえない、これを無視した人生などあり得ないということ、現代のわれわれの社会では死について語られなさすぎる。自死を考えるうえで死について語ることを避けては通れないし、自死に限らず死について語り、忘れないことの大切さに気づかず、日常の生活において死を語りあえないことは、現代の社会の病理ともいえる。

(2) 自死を語る－自死者の尊厳回復－

しかし、遺族は次第に大切な人の自死の真実を封印してきたことにも自責感を感じるようになるという。そして今度は自死者を「嘘で固めた人生に」閉じ込めたくないとの思いがこころのなかに徐々に膨らみ始める。さらにこの思いは自死を含めた人生を生きた人間としての尊厳を回復させたいとの希いを強めていく⁴⁾。

分かち合いや集いの場で大切な人の死を語りそれに耳を傾けることの意味はどのようなものなのか。自死遺族どうしの共感や連帯のみならず、清水はそこでは自死遺族と故人の間に何かが生じているという。

「どのご遺族の方も、亡くなられた方のエピソードを話されるときのお顔はとてもやわらかく、穏やかな笑顔を見せてくださる」⁵⁾

以下は自死を語る遺族のグリーフケア・サポートプラザ会員投稿(会員: R.M)である。

『こう考えるべきだとかこうするべきだとか世間で通用する観念や倫理は、ただ生のみに特化したものであり、それによって就中自死した者の意味を問うのは無意味に等しい。主人の死は世間的に見れば「善くないこと」「人生の敗者」として片づけられてしまうからだ。主人の死の意味を問い続けるうち、世間とは明らかに次元の異なる、より根源的な生死(しょうじ)の場があるということを実感するようになった。それは心底ともいえる場であり、そこから主人の死について語らないかぎり、自分が自分になりえないような気がした。』

『自死遺族のためのグリーフケアは遺族のみならず、自死で逝った者の語りをも掬い取る奥深さがあることに気づかされた。自死はその死が公認されないことから、遺族のグリーフワークも滞りがちだという現実がある。それはとりもなおさず自死者の語りをも閉ざすことを意味する。』⁶⁾

自死者の最期は自らのちを絶ったということになる。しかしそのひとの人生はそれがすべてだったわけではない。一生懸命に生きた、楽しいときや、皆で力を合わせたこともあった。いい思い出も、辛い、悲しいということもあった。さまざまな時間と体験が入り交じり人生の最後が自死だった。自死遺族はおそらく、自死という最期の一点からだけみるのではなく、そうした人の歩み、生きた証を確認するようにその人の人生をみるという視点がとても大事だということを言っているように思われる。

自死と自死遺族の問題理解においていちばん大切なことは自死という最期の一点からその人をみたり評価するのではなく、自死も含めてその人の人生全体を思い起こすことである。そして自死遺族支援の究極の目標は、故人と共に遺族が生きることに対する支援にあるということができる。清水はこれが自死遺族の体験から学ぶことであるという⁴⁾。

2 節 自殺対策としての自死遺族支援 —自殺予防、防止と自死遺族支援のねじれ—

(1) 自殺対策のポストベンション

自殺の予防、防止ということと自死遺族への支援は、同じ自殺、自死をめぐる取り組みではあるが、従来からこの二つの関係は一つにならずに例えばねじれとでもいうように表現される問題がある。

自殺の予防、危機介入と自殺防止は徐々に取り組みを強めてきている。しかし当初は自死遺族の支援の部分は抜け落ちていた。この対策局面はポストベンションと呼ばれる。単純に言えば自殺が起きた後のサバイバー（遺族は英語で **survivor** という）への事後対応・ケアということになる。

清水⁷⁾は、自殺の問題を社会的に考えて取り組むとき、ポストベンション、直訳すると事後対策となるが、ポストベンションを手掛けなければ完結した自殺対策にならないとしていた。そしてポストベンションを再発防止（介入）として位置付けた。遺族のケアは何故しなければいけないのか、それは自死遺族というのは後追いの場合を含めて予防の対象になるということであった。自殺予防、防止の問題に取り組んできた人たちにとって、一般の住民や国民のなかでも特にその問題に出会ったり、陥ったりする確率の高い人たちをハイリスクグループということがあるが、自死遺族はハイリスクグループに位置づくとしたのである。

(2) 自殺予防、防止と自死遺族支援のねじれの問題

ただ清水は、後にこの考え方を修正している。背景には自殺の予防、防止ということと自死遺族への支援は、同じ自殺、自死をめぐる取り組みではあるが、上述したように従来からこの二つの関係は一つにならずに例えばねじれとでもいうように表現される問題がある。具体的に言えば自殺予防対策として自死遺族支援をやって欲しくないとの遺族らの声である。

遺族は、悲しみ、自責感といったところの問題だけでなく、いろいろな生活問題を抱えている。生活問題とは法律的な問題とか学校で取り組む問題など日常生活上の問題のことである。自死遺族支援ではグリーフケアはともかく生活支援に力をいれて欲しい。そして自死遺族支援を予防、防止活動と一緒にして欲しくないという声が寄せられたとしている。

自死した大切な人の行為、生き様そして死に様は、遺族からすると予防の対象ではあり得ず、ましてや否定的にしか理解されないものではない。自死遺族にとって遺族支援が予防対策として位置づけ語られることには違和感が、時に反発が感じられるというべきだろ

う。現在では、最初に予防ありきではなく丁寧な遺族支援があつてこそ「もうひとつの自死」が予防され得るという副次的な予防効果が認められるとして、そうした丁寧な自死遺族支援の結果として予防や防止効果というのは多少あると考える。しかしあくまでも目的としてではなく結果的にということであるとしている⁷⁾⁸⁾。

(3) 当事者と非当事者

当事者が、自分たちが特殊で個別的で非当事者がどれほど想像しても、とても分からない体験や現実、そういったものを“私の体験”という極めて個別的な体験として語る。このことは自死が社会のなかで「封印された死」として留め置かれ、自死遺族は語りたいのに語れない状況を考えると重要なことである。分かちあいの会^{注)}で生じているいろいろなことがあるなか重要なことのひとつは、語りたいけれど語れない、悲しみたいけど悲しめない、こういった苦悩を一時、ある場ある仲間と限定的な場面において解放してくれるということがある。非当事者には想像もつかないような体験をそのまま語る分かちあいの場の大切さは言い尽くせぬものがあると考えられる。

「当事者でなければ分からないんです。非当事者の方には分かってもらえないんです」そんな言い方がされる非当事者という問題がある。他方で、非当事者は当事者と立場が異なるから、非当事者が当事者のグループに関わっていいものだろうか、といったことが聞かれる。この、当事者性の問題とはどういうことなのか。これについて自死遺族ケア団体全国ネットの藤井代表は以下のように述べる⁸⁾。

『自死遺族支援と自殺予防との繋がりを考えるために、自死遺族の気持ちは自死遺族でなければ分からないという捉え方について、まかり間違えると、予防する側の人たちは当事者でない人たちが多いため自死遺族の気持ちは分からないとなってしまう。しかしそれでは予防と遺族支援の関係は繋がりがなくなってしまう。』

『自死遺族の方々にはその辛い体験から「いのちを絶つこと」「自死」ということについていろいろ感じるころがあつて、自殺予防のあり方についてさまざまな願いや希望がある。

もし自殺予防の業務に関わる方々が、自死遺族側の気持ちは分からないのだということになると、遺族側の願いや希望は予防に関わる方々に届かない、断絶状態になってしまう。そうではなく自殺予防側と遺族支援側とは理解しあい、繋がりあえることが可能であるという視点を大切にしていかなければならない。』

こういう活動をする当事者のほかに、この問題に関心をもっている人、関わっている人、非当事者としてボランティアに関っている人、民間のさまざまな支援活動をしている人たちがいる。こうした人たちとコミュニケーションをして関係をつくる、関わりをつくることを考えるときに、個別的な体験だけをもとに話をして非当事者の方には分かってもらえないとなると、分かりあえるのとは違うが出会える水路が開ける可能性も閉じてしまう。

非当事者が当事者のいろいろな話を聞いたり、手記を読んだりというようなことをしていても当事者でなければ感情的な辛さ、悲しさ、淋しさは（ほんとうには）分からないということはそのとおりであろう。しかし、突き詰めると当事者どうしてもそう簡単に分かりあえないのではないかということも想像できる。例えばどういう続き柄の方を亡くしたかということや、・・さらに同じ当事者家族の一員であったとしても、夫と妻で、親と子どもで、きょうだい同士でも自死遺族としての原体験、情緒的苦悩、これからの生き方も時に微妙に、時に大きく異なることも現実にある、・・から当事者どうしてもお互いに十分には分かりあえないことがあるのではないだろうか。

当事者どうしてもよく分かりあえないのであれば、非当事者にとって「遺族じゃないと分からないんですよ」と言われてしまうとただ「そうなんですか・・」と言うしかない。しかし支援しようとする非当事者としては、この問題にかかわり続け、向きあい続けるためにはどうかかわり方、どういう姿勢でいけばよいのか。

やはり両者はかかわっていかざるを得ないし、かかわっていくのであればどういうところでかかわりあえるのか、ということを考えていかなければならない。

注）遺された人の苦痛を和らげる取り組みとして自殺者の遺族ための活動がある。奈良いのちの電話協会では、2007（平成 19）年に自死遺族支援のために立ち上げられた「よりそいの会あかり」で、電話だけではなく実際の分かち合いの場を設けている。「死を選ばざるを得なかった方の生き方を一緒に聴かせていただくこと」、これが遺族にとって必要なことであり、周囲の者に希求され社会に期待されていると考えられる。

（4）自死を封印させないために

また、自死遺族が自死のことをきちんと話せない、封印された状況に抑えられてきた、それには死の格付けというようなもの、その格付けの中ではいちばんよくない死、「劣位化された死」というような位置づけをされてきたのではないかということがある。

そのため、あまり当事者主義に陥りすぎると自死はなにか特殊な死であって、(私たち)当事者にしか分かりあえない死という、自らで自死を囲い込んでしまうことになりかねない。そうではなくて一般的な病死、事故死、あるいは災害死といったような死、こうした死とどこかで繋がりうる水路を残しておくことが大切ではないか。もしその水路を閉じてしまうと結果的にそのことが自死が特殊な死、それも格付けされた劣位の死、人生に失敗した人の死といった社会的偏見を相変わらず社会の中に温存していくということにさえなってしまうかもしれない。それでは自死者の尊厳をとり戻すことも難しくしてしまうのではないだろうか。

当事者どうしの共感的連帯は何に共感してのことか、・・・悲嘆、自責感、怒り等の情緒的苦悩を相互追体験的に共感すると同時に、これらの情緒的苦悩や自死のことを語ってもいい、聴いてくれる、受け止めてくれるのだという新鮮で驚きにも似た開放的体験を「集い」などで知る連帯的共感性に、もうひとつ、この開放的共感の背景には清水が「封印された死」と呼ぶ自死に対する社会の差別的で非難的なまなざしがあり、それが強いほど開放的、連帯的共感の意味は大きい。人を傷つける「自殺」用語から人を救う「自死」用語に切り替えて、自らいのちを絶つという事象の見方そのものを社会的に変えることは、経験レベルで当事者－非当事者を切り結ぶ接点の一例と指摘している⁹⁾。

当事者には無論なれないまでも、開放的共感をサポートするという経験を手掛かりに当事者とかわることで、当事者と非当事者の世界の架橋も可能ではないだろうか、あわせて準当事者や社会一般との連携の展望も開けてくるのではと考えるものである。

自死遺族支援活動に関わる非当事者と当事者の間の距離、溝を埋めることはできないにせよ、架橋することができないかと考えるときにひとつのポイントとなる。

2 節(2) で述べた「自殺予防と自死遺族支援のねじれ」の問題についても、自死遺族側の支援に立つ者からすると、「自死遺族の人たちの後追い自殺を防ぐ」という点は確かに認識されているという。そういう意味でも遺族支援と自殺予防は繋がっている。自殺予防と遺族支援がどのように繋がっていくのかということは、どちらも「生きることへの支援」であるということが共通している。それでは具体的にどういう繋がり方や接点があるかについて議論が必要なことはいうまでもないとしている³⁾。

(5) 自死遺族の自責感と自殺予防

以下は当事者として自死遺族支援の活動をする NPO の代表の言葉である¹⁰⁾。ここでは当事者の言葉を引用することで自殺予防と自死遺族支援、遺族の自責感についてみていきたい。

『娘を自死で亡くし2年後「小さな一歩」の活動を始めたときに、周りの人に言われたのが「2年間でよくこんなことを始めることができましたね」「なんでこういうことをやっているんですか」と、そういうことをよく聞かれました。そして「私がこの活動をやっている理由は、自死遺族の自責感からですよ」というふうに説明をしていました。』

『娘を、予期せぬ、望んでいないかたちで亡くしてしまい人生が真っ暗になってしまいました。娘が生きていたころの自分には戻れなくなり、また戻ることを自分に許せない気持ちになります。それでも自分は生きていいるので生き直しをしなければならなくなる。・・・、中略・・・。一回全部壊れてしまった人生の価値観とか人生のシナリオみたいなものを、一からつくらなくてはならない、遺族はそうなると思う。その時に、娘に対する自責感から贖罪の道を生きていこうと、そう思ったのです。』

自死遺族は激しい自責感に日々襲われている方もいる。分かち合いのグループの中でそういうことが涙ながらに語られる。遺族支援、自助活動のなかで、さまざまな自死の結果と向き合う中で、「どうすれば命は、自ら絶たないですむか」という現実的な体験談が語られる。そこで述懐される大事なことを自殺予防、対策側にフィードバックしていく、戻していくということをしてもいいのではないかと、可能なところからそのような繋がりを持ちたいと考える自死遺族もある¹¹⁾。

自殺予防とのつながりについて、『そもそも、私たちは活動の中では、亡くされた悲しみとか戸惑いとか怒りとかさまざまな感情や思いを、遺族の方々が抱えていることを話したり、また聴く人がいたり、そしてみんなで共感しあっていたりしています。その中で、やはりそんな辛い思いは自分にひとりでたくさんだということになっていくのではないかと思います。強いていえば私たちの活動が自死予防には遠回りですが繋がっていることを感じています。大事な人に自ら命を絶たれた悲しさ、苦しみを感じているのは自分だけではない、他にもこのように多くの遺族の人たちがいる。だからみんなで考えましょうと、みんなで生きていくんだよというメッセージが伝わると、それが予防に繋がっていくのだということを私たちは感じています。』¹²⁾

『自死遺族自身がどうしてだんだん孤立していくかというと、まわりの当事者でない人が気持ちを分かってあげられないからといってひいていくということがある。そういう感じが分かるんです。友達との関係がだんだん少なくなる。お互いにそうなんですよ。「あっ、ごめん、気持ち分からないから」といって、後ずさりしていくっていうことを、遺族になるとそれを感じながら生きていくことになるんです。それに対して、こちらから対応できない。「ごめん、迷惑かけるからいいや、じゃあ、」となるんです。』**13)**

しかし、『当事者でない人が理解できないからといって引いていくというのを遺族は寂しく感じていて、人間関係がなくなったり友達と付き合いがなくなったりしている。そういう中で、まあ、仕事だからといってしまえばそうかもしれないが、それでもあえて「分からない私だけど場をつくりました」といって場を用意して、お茶を用意してお菓子を用意して、広報してくれてということに対しては有難いと思っていると思う。だから分かち合いの会に来るのだと思う。やはり孤立化から守ってくださることへの感謝というものを感じている。(自信をもってなされたいと思う)』**13)**

3 節 自殺予防、防止と自死遺族支援の切り結び

2 節(2)の自殺予防、防止と自死遺族支援のねじれの問題については、「自死遺族の支援活動を丁寧にする、遺族の方の目線に立って活動することは、意図しないかたちであれ結果的に予防に繋がる事実はある。グリーフケアはとにかく生活支援に力をいれた丁寧な自死遺族支援の結果として予防や防止効果というのはあると考える。

しかし、丁寧な自死遺族支援の結果としての自殺予防だと言い方をかえてもすまない問題なのではという疑問が残る、それには自死をどう受け止め意味付けるのかという根本的な問題を、遺族の立場からも社会の側からも問い直す必要性が背景にある。

いずれにしても向き合わねばならない課題が自責感の問題である。遺族が「すでに起こったこと」を「いま現在」どのように整理し、さらに「これから」生きていくことに繋げていくためには、それも意味のある一貫した“自己物語”として繋いでいくにはこの自責感とどう向き合うかが避けて通れない課題となってくる。

ただ、この自責感から 2 節(5)に記したように、自殺予防・対策側にフィードバックしていく、戻していくということをしてもいいのではないかと繋がる可能性もある。娘を自死で亡くし 2 年後「小さな一歩」の活動を始めたときに、周りの人に言われたのが「2

年間でよくこんなことを始めることができましたね」「なんでこういうことをやっているんですか」と、そういうことをよく聞かれました。そして「私がこの活動をやっている理由は、自死遺族の自責感からですよ」というふうに説明をしていた。

自殺対策に関わる専門家にとっても同様に重要なことは、遺族のこの自責感とどう向き合うかであり、その向き合い方によっては自死遺族支援活動ならびに対策のあり方も異なってくる。

自責感とどう向き合うのかは自死遺族の支援活動において中核となる問題である。清水はその向き合うときのポイントとして免責性をめぐるスタンスを提案している³⁾。“誰が悪いのではなく、どうしても防げない自死というものがある”というスタンスである。

うつ病の専門家や専門機関が見守っていても、詳細な「自殺のサインマニュアル」が作られても、どんなに優れた自殺防止システムが行政から用意されようとも、そしてどんなに当の家族が注意していても、どうしてもなく自殺は起きてしまうという現実、受け入れざるを得ないものとししか考えようがない。再企図リスクの高い自殺未遂者支援にあたる現場スタッフにとって「自殺は防げる」「サインに気づけ」^{注)}との基本認識だけでは、あるいはその基本認識ゆえに、自殺が発生してしまえば自らを責め、心理的に追い詰め、無力感と焦燥感を募らせかねない。自殺対策の一連の局面でこの未遂者防止局面を積極的に引き受ける人材の確保にも難をきたすことになるだろう。

一方で遺族が先だった者として巡りめぐって自分自身を受け入れるためには、また他方で専門家や行政の立場からこの問題に向き合う私たちがそれでも活動を続けていくためには、この“誰が悪いのでもなく、どうしても防げない自死というものがある”との免責性認識が不可欠となるだろう。

自殺対策に関わる専門家は自殺企図者には生きていて欲しいとの願いを込めて「自らを殺す」行為として自制を求め自殺防止への努力をし、また一般住民を対象にいのちの大切さを訴えて自殺予防活動をする。他方で、遺族には免責性を考慮して“誰が悪いのでもなく、どうしても防げない自死というものがある”と応じて、「自殺」を「自死」と呼び換え案じるまなざしとして自死に受容的な意味づけもする。

自死は主に遺族の自責感からの解放と新しい歩みをエンパワーするもので、遺族の自責感ときちんと向き合ってこそ、もうひとつの感情的苦悩である悲嘆をてこに「遺族の悲しみを繰り返さないためにも」式のいのちの大切さをアピールする予防活動も成り立つので

はないか。

自殺予防、防止対策と自死遺族支援対策は原理的に別物として切り分けつつ、生きるこ
とあるいは自死をめぐる苦悩を抱えている人を支えるという大きな目的を共有する取り組
みとして位置付け、そのうえで実務的には必要に応じて接合され進められて、ねじれなく
双方の対策が展開しやすいと考える。

注) 自殺総合対策大綱

〈自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題〉

世界保健機関が「自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題」であると明言しているように、自殺は社会
の努力で避けることのできる死であるというのが、世界の共通認識となっている。

〈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〉

我が国では精神疾患や精神科医療に対する偏見が強いことから、精神科を受診することに心理的な抵抗を感じる人
は少なくない。特に、自殺者が多い中高年男性は、こころの問題を抱えやすいうえ、相談することへの心理的な抵
抗から問題を深刻化しがちと言われている。他方、死にたいと考えている人も、こころの中では「生きたい」とい
う気持ちとの間で激しく揺れ動いており、不眠、原因不明の体調不良など自殺の危険を示すサインを発しているこ
とが多い。しかしながら、自殺を図った人の家族や職場の同僚など身近な人でも、自殺のサインに気づき難い場合
もあるので、身近な人以外の人が自殺のサインに気づき自殺予防につなげていくことも課題である。

4 節 自殺予防、防止と自死遺族支援の橋渡し

(1) 橋渡し型ソーシャル・キャピタルの可能性

1) 悩みを吐露しやすい関係性 ―当事者と非当事者―

2 節(5) 自死遺族の自責感と自殺予防でみたように、『自死遺族自身がどうしてだんだん
孤立していくかという、まわりの当事者でない人が気持ちを分かってくれられないから
といって引いていくということがある。そういう感じが分かるんです。友達との関係がだ
んだん少なくなる。お互いにそうなんですよ。「あっ、ごめん、気持ち分からないから」と
いって、後ずさりしていくっていうことを、遺族になるとそれを感じながら生きていくこ
とになるんです。』¹³⁾

4 章では 2013 年の自死相談研究会によるインタビュー調査を紹介し、「サポートを必要
としている人との関係性」について、調査対象者がサポートを提供する立場のとき、悩み

を抱える人と対象者があまり親しくない場合には声をかけづらく、周囲はサポートしたいと思っても関係性によってはアプローチしにくくなる場合があるとした。そして、友人・知人や職場も含め、“薄く広い信頼性を特徴”とするような社会関係を検討することの意義を指摘した。橋渡し型ソーシャル・キャピタルのような関係性のあり様が、当事者と非当事者をも橋渡ししていく可能性を検討すべきではないだろうか。

自死遺族支援活動に関わる非当事者と当事者の間の距離、溝をすべて埋めることはできないにせよ、2 節(2)で述べた「自殺予防と自死遺族支援のねじれ」の問題についても、自殺予防と遺族支援がどのように繋がっていくのかということは、具体的にどういう繋がり方や接点があるかについて議論が必要なことはいうまでもない³⁾。

2) 自殺予防、防止と自死遺族支援

3 節で記したように、自殺企図者には生きていて欲しいとの願いを込めて「自らを殺す」行為として自制を求め自殺防止への努力をし、また一般住民を対象にいのちの大切さを訴えて自殺予防活動をする。他方で、遺族には免責性を考慮して“誰が悪いのでもなく、どうにも防げない自死というものがある”と応じて、「自殺」を「自死」と呼び換え案じるまなざしとして自死に受容的な意味づけもする。

自殺予防、防止対策と自死遺族支援対策は原理的に別の活動として切り分けつつ、生きることあるいは自死をめぐる苦悩を抱えている人を支えるという大きな目的を共有する取り組みとして位置付け、そのうえで実務的には必要に応じて接合され進められると考える。

序章 5 節では、ソーシャル・キャピタルと名付けられた他者との関わりから生じる力、人と社会との理想的な結びつきは、国民の健康、社会、公共政策を視野に置く公衆衛生の考えと重なるところが多く、公衆衛生学分野に積極的に受け入れられていくと考えられていると指摘した。

他者との関わりから生じる力、人と社会との理想的な結びつきという、ソーシャル・キャピタルがこの 2 つの活動、自殺予防、防止と自死遺族支援の切り結びに資すると考えるのは不自然ではないだろう。藤井は『自殺予防と遺族支援がどのように繋がっていくのか』ということは、どちらも「生きることへの支援」であるということが共通している。』としているからである⁸⁾。

(2) 自死遺族と地域社会の関係において

地域、親戚の間、友人どうしの間で、あるいはいろいろな社会的場面で自死はなかなか語れないものとして押しとどめられてきたとされる。周囲の人々と共に死に立ち合い、看とり、語り、嘆き悲しむことがむしろオープンだった時代と異なり現代では、普通の死であつても死について語ることが少なくなり、はばかれ、取り澄ました儀礼的挨拶だけでそそくさと片付けてしまおうとする。しかし自責感をひとりで背負う自死遺族にとって、喪の作業の不首尾は単に個人の心理的問題では済ませられない。現代社会にあつては社会的支援が必要とされる社会心理過程の問題である。とはいえ、永別と悲嘆を周囲とともに共有できたかつてのような地域社会はいまやなく、あるいは周囲が世間的な常識をもって慰めればよいというものでもない。

そのため、一方では自死に関する社会の態度の変容が地道に求められ、他方で自死遺族の自助グループ活動やサポート・プログラムの展開が求められている。

3章3節、4章2、3節で述べたように自殺希少地域に関しコミュニティ特性に注目して分析した岡¹⁴⁾¹⁵⁾は、日常的に協力しあうというような強い結びつきの紐帯よりも、立ち話程度のつき合いをしている者の比率が高い・・・(略)、「・・・息苦しさを取り除き、生きづらいと感じる人を減らすことにつながっている」という。

自殺希少地域にある自殺の危険を抑制すると考えられる因子、「緊密すぎない、緩やかな人間関係」「助けを求めることへの抵抗が小さい」、そして大阪府と奈良県の調査で使用された地域生活への思いに表わされる地域の特徴は、周囲から積極的に支援はなくとも、また支援が難しいとしても、孤立していくこともない、自死遺族にとって望ましい周囲との関係のあり方ではないかと考える。

引用（参照）文献

- 1) 清水新二 2015「別れと遺族支援」清水新二 宮本みち子 編『家族生活研究—家族の景色とその見方—』放送大学教育振興会 pp.229-248.
- 2) 清水新二 2014「なぜ“自殺”ではなく“自死”なのか — 言葉の置換え効果—」創造的教育＝福祉＝人間 pp.87-101.
- 3) 清水新二 2010「自死遺族の免責性と自殺予防システム」自殺予防と危機介入第30巻第1号 日本自殺予防学会 pp.3-9.

- 4) 清水新二 2014「自死遺族の困惑と苦境」清水新二編『臨床家族社会学』放送大学教育振興会 pp.197(184-203).
- 5) 清水新二監修 2012『死にたい声に寄り添って』奈良いのちの電話 pp.152.
- 6) 「グリーフケアスタッフ養成研修に寄せて」グリーフケア・サポートプラザ News Letter 49 号 2015.9 NPO 法人グリーフケア・サポートプラザ pp.7.
- 7) 清水新二 2015「自死遺族支援と自死予防・防止を再考する」自死遺族ケア団体全国ネット第 9 回スタッフ研修会報告書 自死遺族ケア団体全国ネット
- 8) 藤井忠幸 2015「自死遺族支援側から見えてくる自殺対策との相違点と共通点、そして提案等について」自死遺族ケア団体全国ネット 第 9 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 自死遺族ケア団体全国ネット pp.28-30.
- 9) 清水新二 2015「当事者世界と非当事者世界の切り結び」グリーフケア・サポートプラザ News Letter 49 号 2015.9 NPO 法人グリーフケア・サポートプラザ pp.1-5.
- 10) 米山容子 2015「自死遺族支援側から見えてくる自殺対策との相違点と共通点、そして提案等について」自死遺族ケア団体全国ネット第 9 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 自死遺族ケア団体全国ネット pp.35-36.
- 11) 藤井忠幸 2016「自死遺族支援・自助活動と自殺対策のつながりに向けて」自死遺族ケア団体全国ネット第 10 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 自死遺族ケア団体全国ネット pp.19-20.
- 12) 吉岡ひで子 2016「自死遺族支援・自助活動と自殺対策のつながりに向けて」自死遺族ケア団体全国ネット第 10 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 自死遺族ケア団体全国ネット pp.48.
- 13) 米山容子 2016「自死遺族支援・自助活動と自殺対策のつながりに向けて」自死遺族ケア団体全国ネット第 10 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 自死遺族ケア団体全国ネット pp.62-63.
- 14) 岡 檀 2012「自殺希少地域—徳島県旧海部町に見る援助希求を促す環境づくり—」『精神科臨床サービス』12 pp.258-261.
- 15) 岡 檀 2015『『自殺希少地域』の調査から得られた気づき』本橋豊 編著『よくわかる自殺対策』ぎょうせい pp.268-276.

参考文献

清水新二 2014「なぜ“自殺”ではなく“自死”なのか — 言葉の置換え効果— 」創造的教育＝福祉＝人間 pp.87-101.

清水新二 2010「自死遺族の免責性と自殺予防システム」自殺予防と危機介入第 30 巻第 1 号 日本自殺予防学会 pp.3-9.

清水新二監修 2012『死にたい声に寄り添って』奈良いのちの電話 pp.152.

藤井忠幸 2015「自死遺族支援側から見える自殺対策との相違点と共通点、そして提案等について」自死遺族ケア団体全国ネット 第 9 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 自死遺族ケア団体全国ネット pp.28-30.

藤井忠幸 2016「自死遺族支援・自助活動と自殺対策のつながりに向けて」自死遺族ケア団体全国ネット第 10 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 自死遺族ケア団体全国ネット pp.19-20.

〔第6章〕 人と人、人と社会を結び、互いの信頼感を生むソーシャル・キャピタル

1 節 本研究の課題と展望

(1) 本研究からいえること

ソーシャルサポートとともに自殺やメンタルヘルスに関連する要因として着目したソーシャル・キャピタルであるが、本研究でメンタルヘルスとの関連を確認できたと捉えている。自殺やメンタルヘルスへの、離婚や失業といった従前から関心を寄せられてきた社会的要因とともに、ソーシャル・キャピタルとしての「地域生活への思い」は、配偶者の有無、仕事の有無と比較しても全体の分析で最も相関が強く、性別、年代別にみてもむしろそれらより広く関連がみられた。

また、奈良県との比較から「地域生活への思い」を軸に考察すると、地域生活への思いにおいて大阪府より強い奈良県はメンタルヘルスにおいて大阪府より良く、自殺念慮が少なく、実際の自殺死亡率も低い。自殺の背景にメンタルヘルスが関連するなら、自殺および自殺念慮に関する予防、防止効果を考え、ソーシャル・キャピタルと位置づけた地域生活への思いに関心を寄せるべきであるといえる。

ソーシャル・キャピタルには基本的な分類として、結合型（bonding）と橋渡し型（bridging）がある。橋渡し型ソーシャル・キャピタルは異なる組織間における異質な人や組織を結び付けるネットワークで、その繋がりはいずれもより弱く、より薄くより横断的で、社会の潤滑油とも言うべき役割を果たすとみられている。本研究ではこの橋渡し型ソーシャル・キャピタルに関心を寄せて検討した。

次に、ソーシャルサポートとメンタルヘルスの関連は、従来からの多くの研究知見があるが、本研究においてもその重要性が追証されたと捉えている。しかし、男性に比べてソーシャルサポートの多い女性が、メンタルヘルスでは男性よりも悪いことについては十分考察できなかった。自殺者数では男性を下回っているにもかかわらずである。直接効果であれ緩衝効果であれ、ソーシャルサポートを自殺対策に生かしていくためには、男性と女性と異なる施策を検討していく必要がある。

悩みやストレスの相談については自殺念慮と関連を示していた。メンタルヘルスの悪化から自殺を意識する自殺念慮へ、それは異なる段階に入っている。男性では「相談したいが誰に相談したらよいかわからないでいる」「誰に相談したらいいかわかっているのだが、内容的にだれにも相談できないでいる」で、「自殺念慮あり」が多く、女性では「相談する

必要はない」と答えた群で「自殺念慮あり」が多くなっていた。自殺念慮にはソーシャルサポートは効果をもたず、それを防ぐためには悩みやストレスの相談が必要であることが示唆された。相談援助は自殺対策の基本であるが、本人から援助を求めにくいということが大きな課題である。

自死相談研究会のインタビュー調査で対象者がもつ人間関係や利用可能な各相談機関から相談や援助などのサポート資源をどのように得ようとしているかを検討し、実際に相談機関を利用した経験をもつ人は、配偶者や友人・知人などのインフォーマルな人間関係からサポートを期待できない状況にあった。理由は、実は悩みの程度が深いほどインフォーマルな人間関係には相談しにくいと考えているからであった。

相談機関に繋がっていくプロセスとしてまず、誰かに相談できるようにするために、「悩みの程度が深いほどインフォーマルな人間関係には相談しにくいと考えている」ならば（配偶者やその他の家族に相談がしにくいとしたら）、友人・知人や職場も含め、“薄く広い信頼性を特徴”とするような関係が有効ではないかと考察をすすめた。

さて本研究は 1998（平成 10）年以降 10 年以上続いた自殺者 3 万人時代と、その間の自殺対策基本法、自殺総合対策大綱を背景としている。自殺対策基本法では自死遺族のケア（自死遺族の支援）について、対策にその必要を明確に位置付けているが、自死遺族の支援と自殺予防、防止対策は互いに矛盾する部分がある。しかし自殺予防、防止と、自殺（自死）が生じてしまった後の自死遺族の支援が、矛盾をもちつつ、両者が“生きることへの支援である”という点では共通しており、自殺対策に携わる専門家にとっても、そして自死遺族にとっても、この二つはセットで展開されることが必要であるということも指摘した。

自死遺族の支援については今後の課題として、当事者である自死遺族への調査は難しいとしても、支援をする専門家へのインタビュー調査、そしてグラウンデッドセオリーを用いた研究が考えられる。自死遺族に対する調査は、遺族の協力が得られたとしても大きな負担となるであろうし、遺族を傷つけてしまわないか倫理的な問題がある。しかし自死という悲しい出来事を経験しつつも、一定時間の経過の後に落ち着いて、平穏に生活する遺族の住まう地域のソーシャル・キャピタルの調査などの可能性は考えられる。

(2) 自殺対策の三局面

矛盾をもちながら自殺対策はうつ（メンタルヘルスの悪化）や自殺念慮を予防する第一

次予防、自殺企図と自殺を防ぐ第二次予防、そして自死遺族の支援である第三次予防の局面に整理することができる¹⁾。本研究をこれらの三局面に対応させてみると、ソーシャルサポートとメンタルヘルスとの関連は従来からの多くの研究知見があり、本研究でもソーシャルサポートの重要性が再確認された。一步踏み込んだソーシャルサポートの実績ともいえる悩みやストレスの相談については、自殺念慮と関連を示し、逆に通常のソーシャルサポートとの関連はみられなくなった。以上のメンタルヘルスとソーシャルサポートの関連の検討は自殺対策の、メンタルヘルスの悪化を予防する第一次予防、自殺念慮をもっても自殺企図を防ぐ自殺防止の第二次予防に資するものと考ええる。

次にメンタルヘルスや自殺に関連する要因として着目したソーシャル・キャピタルであるが、ソーシャルサポート同様メンタルヘルスの悪化を予防する第一次予防に。さらにソーシャル・キャピタルの薄く広い信頼に基づく地域特性は、自死遺族にとっては息苦しさを取り除き、自死が起こってしまった後も遺族を追い詰めることのない地域特性でもある可能性について触れた。これは三つめの局面（第三次予防）に資することが考えられる。

2 節 悩みやストレスの相談、そしてソーシャル・キャピタル

(1) 自殺対策の国民一人ひとりの気づきと見守りを促す取り組みについて

毎年9月10日（世界自殺予防デー）から16日までの一週間を「自殺予防週間」、3月を「自殺対策強化月間」として定め、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が連携し啓発活動を推進することとされてきた²⁾。平成22年度には国民一人ひとりに「気づき」の視点を持ってもらうことをテーマとし、平成24年度、国民一人ひとりがそれぞれの立場で、声掛けなどできることから進んで行動を起こしていくことを呼びかける「あなたもGKB47宣言」がなされた。しかし、あるNPO 法人代表^{注)}は「現場の取り組みはとても厳しいものです。ゲートキーパーは誰でもできますよ、と広く薄く呼びかけるのではなく、ゲートキーパーの質を高めていくべき時期なのです」と説明した。

悩みやストレスを感じたときにどのように対処するか、インタビュー調査では、配偶者や恋人などの親密な関係にある相手は、相談などのサポートを期待されやすいということである。配偶者や恋人などパートナーがいる場合には、相談相手として真っ先にサポートを求めている。しかし、インタビューの対象者のなかで実際に相談機関を利用した経験をもつ人は実は悩みの程度が深いほどインフォーマルな人間関係には相談しにくいと考えて

いるからであったとしている。そしてインタビュー調査対象者がサポートを提供する立場のとき、悩みを抱える人と対象者があまり親しくない場合には声をかけづらく、両者の間に親密さがないと相談しにくいのではないかという声が聞かれたとしている。

深刻な悩みやストレスにまわりが気づいてあげることはもちろん最も大切なことであるが、それは簡単なことではないし、親しい間柄でなければ声掛けはいつそうである。その意味でも橋渡し型ソーシャル・キャピタルと位置付けた地域生活への思いは有効な手掛かりになると考えられる。

注)『全国自死遺族総合支援センター』(NPO 法人ライフリンク)は「自殺対策の法制化を求める3万人署名」や、全国47すべての都道府県における「自死遺族支援全国キャラバン」の開催に取り組んできた4名(清水康之 杉本脩子 西田正弘 西原由記子)によって、平成21年に特定非営利活動法人の認証を受けた。

『全国自死遺族総合支援センター』は、自死・自殺で大切な人を亡くした人が、偏見にさらされることなく悲しみと向き合い、必要かつ適切な支援を受けながら、死別の痛みから回復し、その人らしい生き方を再構築できるように、「官と民」、「心理的支援と法的支援」、「自死遺族個々人と地域社会」など、総合的な自死遺族支援の拡充をはかり、誰にとっても生き心地のよい社会の実現に寄与することを目的としている。

(2) 地域住民のこころの健康づくり

自殺予防、防止と自死遺族支援、この2つの活動が総合的に進められるためにはソーシャル・キャピタルの考え方に関心を寄せるべきであるし、厚生労働省は具体的にソーシャル・キャピタルを「地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会資本等」とし、地域保健対策の推進に当たってはこれらを活用して、住民による共助への支援を推進することとしている³⁾。

自殺(自死)を考える人のこころの健康度は著しく損なわれていることが多い。地域住民のメンタルヘルスに注視し、自殺総合対策の文脈でもうつ病の早期発見、早期治療のための取り組み、地域住民を対象にしたメンタルヘルスにかかる普及・啓発の取り組みが必要がある。自殺の背景にメンタルヘルス状況が関連するなら、自殺および自殺念慮の予防、防止をソーシャルサポートに加え、ソーシャル・キャピタルに着目して検討を重ねるべきである。地域住民のこころの健康づくりは国の重要課題と位置づけられている。そして、地域住民のこころの健康づくりは、地道ながら自殺に追い込まれるこのとのない

社会、また自死遺族を追い詰めない地域づくりに繋がるものでもあるといえる。

また、大阪における二つの調査結果を通じて住民のメンタルヘルスに関連している暮らし向き（経済的要因）にも明確な注視が必要である。本研究の結果は、自殺および自殺念慮の予防、防止と自死遺族の支援にソーシャル・キャピタル「地域生活への思い」を含めて穏やかで安定した日々の暮らしが地域に広がりを見せることの大切さを示している。

引用（参照）文献

- 1) 清水新二 2014「自死遺族の困惑と苦境」清水新二 編 『臨床家族社会学』放送大学教育振興会 pp.184-203.
- 2) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.81.
- 3) 『平成 26 年版 厚生労働白書』厚生労働省 pp.115-116.

謝辞

本研究では主査を引き受けていただきました関西福祉科学大学教授 畠中宗一先生に多大なご指導を賜りましたことをこころより感謝申し上げます。また副査を引き受けていただきました安井理夫先生、津田耕一先生におかれましてもご指導を賜り、こころより感謝申し上げます。

そして自死相談研究会の清水新二先生、菊地真理氏、青木加奈子氏、菊池慶子氏、吉原千賀氏には多大なご協力、ご指導、ご支援をいただきましたことを、厚く御礼申し上げます。

また本研究では、多くの研究者や団体、行政、研究対象者の方々のご協力に支えられ、進めていくことができました。皆さまに感謝するとともに、今後も研究を通して邁進し、恩に報いたいと思います。

引用（参照）文献一覧

- 1) 『平成 22 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.146-147.
- 2) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.2-19.
- 3) 『平成 27 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.40-41.
- 4) 『平成 22 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.68-72.
- 5) 澤田康幸 2015「経済学の観点から見た自殺対策の政策展開」ぎょうせい pp.211-221.
- 6) 伊藤千絵子 2015「これからの自殺対策－厚生労働省の立場から－」ぎょうせい pp.193-201.
- 7) 『平成 29 年版 厚生労働白書』厚生労働省 pp.277 - 278.
- 8) 竹島 正 小高真美 2015「自殺対策の効果と、その評価(17)―WHO の世界自殺レポート―」ぎょうせい pp.88-91.
- 9) 『平成 24 年版 厚生労働白書－社会保障を考える－』厚生労働省 pp.120 - 125.
- 10) 『平成 22 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.156 - 157.
- 11) 桑原 寛・河西 千秋 2008「メンタルヘルス対策の重要性」『自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究 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 年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業）
- 12) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.45 - 46.
- 13) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.47 - 48.
- 14) 『平成 28 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.49 - 51.
- 15) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.50 - 54.
- 16) 高梨 薫 2016「自殺」日本社会病理学会監修『関係性の社会病理』学文社 pp.197-198.
- 17) 『平成 29 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.95-96.
- 18) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.93-94.
- 19) 『平成 22 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.133 - 134.
- 20) 『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.114-115.
- 21) 清水新二 2014「自死遺族の困惑と苦境」清水新二 編『臨床家族社会学』放送大学教育振興会 pp.184-203.
- 22) 石原明子 2003「自殺学とは何か－自殺研究の方法と題材－」『精神保健研究』精神保健研究所 49 pp.5-12.
- 23) 清水新二 2007「わが国戦後の自殺動向とその時代的、世代的背景」『アディクションと家族 23(4)』至文堂 pp.338-345.

- 24) デュルケーム 宮島 喬 訳「自殺論」中公文庫 1985 pp.160-292.
- 25) Shneidman,E.S. / 白井 徳満・白井幸子・本間 修 訳『死にゆく時 そして残されるもの』誠信書房 1980 pp.48-59.
- 26) E.S.シュナイドマン『自殺とは何か』白井徳満 白井幸子 訳 誠信書房 1993 pp.181-222.
- 27) E.S.シュナイドマン『自殺とは何か』白井徳満 白井幸子 訳 誠信書房 1993 pp.236-237.
- 28) 渡部良一・小倉義明・齋藤隆志・古川雅一・中村良太 2006『自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書』京都大学 平成 17 年度内閣府経済社会総合研究所委託調査 pp.20-55.
- 29) 上田路子・松林哲也 2015「自殺対策の効果と、その評価(7)」ぎょうせい pp.43-46.
- 30) 澤田康幸、上田路子、松林哲也 共著 2013「自殺のない社会へ：経済学・政治学からのエビデンスに基づくアプローチ」有斐閣 pp.47-52.
- 31)『平成 22 年版 自殺対策白書』内閣府 pp67-69.
- 32) 白石弘巳 精神科医療の 10 年『精神保健福祉白書 2015 年版 改革ビジョンから 10 年ーこれまでの歩みとこれから』精神保健福祉白書編集委員会編 中央法規 pp.152.
- 33) 高岡健 うつ病『精神保健福祉白書 2012 年版 東日本大震災と新しい地域づくり』精神保健福祉白書編集委員会編 中央法規 pp.148.
- 34) 袴田俊一 2006 抑うつと認知療法『福祉現場における臨床心理学の展開 医学モデルとライフモデルの統合をめざして』袴田俊一・三田英二・櫻井秀雄・西村 武・寶田玲子 kumi pp.43-44.
- 35) 中村元昭 うつ病『精神保健福祉白書 2015 年版 改革ビジョンから 10 年ーこれまでの歩みとこれから』精神保健福祉白書編集委員会編 中央法規 pp.165.
- 36) 坂田由美, 田中克俊 2006 職場における自殺関連うつ病対策の現状と課題 精神保健研究 第 19 号 精神保健研究所 pp.17-23.
- 37) 労働者の心の健康の保持増進のための指針 厚生労働省 2006 pp.20-26.
- 38) 宮崎隆穂 2003 自殺における社会的関係 精神保健研究第 16 号 精神保健研究所 pp.41-60.
- 39) 長田賢一, 中野美穂, 御園生篤志, 他 2006 高齢者のうつ病と予防対策 精神保健研究 第 19 号 精神保健研究所 pp.49-58.
- 40) 小松優紀・甲斐裕子・永松俊哉・志和忠志・須山靖男・杉本正子 2010「職業ストレスと抑うつの関係における職場のソーシャルサポートの緩衝効果の検討」産業衛生学雑誌 52 pp.140-148.
- 41) 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—ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に—」日本公衆衛生雑誌 48 pp.435-448.
- 42) 名嘉幸一・和気則江・渡辺直樹 2006「高齢者自殺の抑制・促進にかかわる心理社会的要因の検討(1

章、秋田県由利町における調査結果)」平成 13-15 年度科学研究費補助金基盤研究(C)(2)研究成果報告書 pp.1-24.

43) 木村美也子 2008 ソーシャルキャピタル—公衆衛生学分野への導入と欧米における議論より— 保健医療科学 第 57 巻 国立保健医療科学院 pp.252-265.

44) 『平成 26 年版 厚生労働白書』厚生労働省 pp.115-116.

45) 清水新二 2015 「別れと遺族支援」『新訂 家族生活研究—家族の景色とその見方—』清水新二 宮本みち子 放送大学教育振興会 pp.233.

46) 清水新二 編 2009 『封印された死と自死遺族の社会的支援』現代のエスプリ 至文堂 pp.5-30.

47) 『平成 20 年 9 月 市政モニター報告書「生活ストレスについて」』大阪市健康福祉局こころの健康センター 2009

48) 清水新二・吉原千賀 2008 『平成 19 年度大阪市勤労者のストレス調査報告書』大阪市こころの健康センター

49) 全国家族調査委員会 NFRJ 1998 第 1 回全国家族調査(NFR98) 東京：日本家族社会学会

50) 日野市「心の健康の維持促進を図るための地域ネットワークの構築」に関する委託調査研究報告書 平成 24 年 3 月 31 日 明星大学心理学研究室

51) 川上憲人, 大野 裕, 宇田英典, 他 2003 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究:3 地区の総合解析結果 平成 14 年度厚生労働科学特別研究事業 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究

52) 東京都老人総合研究所 保健社会学部門 1997 高齢者・障害者の保健・福祉施策に関する研究(三鷹市 高齢者・障害者の生活と福祉ニーズ調査) 東京

53) 町田いづみ 2006 高齢化社会の中での在宅介護の現状 厚生労働科学研究費補助事業こころの健康科学研究 自殺企図の実態と予防介入に関する研究 pp.112-142.

54) Putnam,R., Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community, Simon &Schuster, New York, 2000. 柴内康文訳 孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生— 柏書房 2003 pp.301-337,401-412.

55) Mirowsky, J. and Ross,C.E., Social Causes of Psychological Distress, Aldine Gruyter, New York, 2003.

56) 社会福祉法人いのちの電話 自殺予防いのちの電話_フリーダイヤル実施報告書 東京 2009

57) 『精神保健福祉白書 2011 年版 岐路に立つ精神保健医療福祉—新たな構築をめざして』中央法規 pp.27-28.

- 58) Rowe, J.L., Conwell, Y., Schulberg, H.C., Bruce, M.L., 2006“Social support and suicidal ideation in older adults using home healthcare services”*American Journal of Geriatric Psychiatry* 14:758-766.
- 59) 吉松和哉 1991「成人期の自殺」*精神保健研究* 37pp.23-31.
- 60) Scott,B. and Melin,L.,1998“Psychometric properties and standardized data for questionnaires measuring negative affect, dispositional style and daily hassles. A nation-wide sample”*Scandinavian Journal of Psychology* 39:301-307.
- 61) 前田雅也・佐藤新 1998「疫学」広瀬徹也・樋口輝彦編『気分障害』中山書店 pp.21-41.
- 62) 川上憲人・大野 裕・中根允文・竹島 正・宇田英典 2002『心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究』（平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書）
- 63) 清水新二・川野健治・石原明子・志村ゆず・高崎文子・宮崎朋子・小泉典章 2004「自殺に関する心理社会的要因の把握方法に関する研究—自殺問題に関する地域住民調査—」『自殺と防止対策の実態に関する研究』（厚生労働科学研究費補助金 平成 15 年度総括・分担研究報告書） pp.167-195.
- 64)木村美也子. ソーシャルキャピタル 2008—公衆衛生学分野への導入と欧米における議論より— 保健医療科学 第 57 巻 国立保健医療科学院 pp.252 - 265.
- 65) 健康日本 21 評価作業チーム 2011『「健康日本 21」最終評価』厚生労働省
- 66) 『平成 27 年版 自殺対策白書』内閣府 pp.7-11.
- 67) Kelly BD, Davoren M, Mhaolain AN, Breen EG, Casey P,2009“Social capital and suicide in 11 European countries:an ecological analysis” *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 44(11):971-7.
- 68) 岡本真澄・川上憲人・木戸芳史・桜井桂子 2013『東京都におけるソーシャルキャピタルと自殺との関連』平成 21～25 年度文部科学省科学研究費新学術領域研究（研究領域提案型）
- 69) 三瓶舞紀子・川上憲人・下光輝一・原谷隆史・提明純、島津明人・吉川徹・小田切優子・井上彰臣・岡本真澄 2012「地域のソーシャルキャピタルと自殺率 都市部と非都市部での相違」『日本公衆衛生学会抄録集』 71 pp.435.
- 70) 芦原ひとみ・鄭丞媛・近藤克則・鈴木佳代・福島慎太郎 2013「自殺率と高齢者におけるソーシャル・キャピタル関連指標との関連—JAGES データを用いた地域相関分析—」『自殺予防学会誌』 34 pp.31-40.
- 71) 川上憲人 2015「自殺対策の効果と、その評価（11）ソーシャル・キャピタルと自殺対策」本橋豊 編著『よくわかる自殺対策』ぎょうせい pp.60-63.

- 72) 相田潤・近藤克則 2014「ソーシャル・キャピタルと健康格差」『医療と社会』24(1)pp.57-74.
- 73)『平成 27 年度自殺対策白書』内閣府 pp.14-15,31.
- 74) 岡林秀樹・杉澤秀博・矢富直美 他 1997「配偶者との死別が高齢者の健康に及ぼす影響と社会的支援の緩衝効果」『心理学研究』68 pp.147-154.
- 75) 原田謙 2013「パネル調査に基づく中高年期における配偶関係の変化と精神的健康に関する研究」(科学研究費助成事業研究成果報告書)
- 76) 杉澤秀博 2006「中高年の失業・失業不安と精神健康」Dia News No.46 pp.2-3.
- 77) 高梨 薫・清水新二 2012「大都市圏住民のメンタルヘルスと自殺念慮ー自殺に関するジェンダーパラドクスー」『現代の社会病理』日本社会病理学会 27 pp.75-91.
- 78) 清水新二・高梨 薫・吉原千賀 他 2013『自死と悩み相談活動に関する調査報告書』大阪府人権協会・自死相談研究会(平成 24 年度大阪府補助事業)
- 79) 島 悟・鹿野達男・北村俊則 他 1985「新しい抑うつ性自己評価尺度について」精神医学 27(6) pp.717-723.
- 80) 川上憲人・近藤恭子・柳田公佑 他 2004『成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究:「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書』平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)
- 81)『国民衛生の動向 2013/2014』厚生労働省 Vol60 No.9 pp.81.
- 82) 奈良県自殺対策連絡協議会 2012a『平成 24 年度自殺対策意識調査[3 県比較・分析編]報告書』奈良県
- 83) 奈良県自殺対策連絡協議会 2012b『奈良県の自殺死亡率低位検証について(報告書)』奈良県
- 84) 坪郷 實 2015「ソーシャル・キャピタルの意義と射程」坪郷 實 編著『ソーシャル・キャピタル』福祉+α(7) ミネルヴァ書房 pp.1-17.
- 85) James S.Coleman. (1988) "Social Capital in the Creation of Himan Capital" American Journal of Sociology, 94: S95-S120. 金光 淳訳「人的資本の形成における社会関係資本」野沢慎司編・監訳『リーディングス ネットワーク論 家族・コミュニティ・社会関係資本』勁草書房 2006 pp.205-241.
- 86) 河田潤一 2015「ソーシャル・キャピタルの理論的系譜」坪郷 實 編著『ソーシャル・キャピタル』福祉+α(7) ミネルヴァ書房 pp.20-30.
- 87) Putnam,R., *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Simon &Schuster, New York, 2000. 柴内康文訳 孤独なボウリングー米国コミュニティの崩壊と再生ー 柏書房 2003 pp.9-28.

- 88) 稲葉陽二 2011「信頼・規範・ネットワーク 三つの要素」『ソーシャル・キャピタル入門 孤立から絆へ』中公新書 pp.23-39.
- 89) 内閣府国民生活局市民活動促進課 2003『平成 14 年度 「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」』内閣府
- 90) 伊藤久雄 2015「自治体とソーシャル・キャピタル」 坪郷 實 編著『ソーシャル・キャピタル』福祉+α (7) ミネルヴァ書房 pp.116-127.
- 91) 樋口直人 2015「ソーシャル・キャピタルと社会運動」坪郷 實 編著『ソーシャル・キャピタル』福祉+α (7) ミネルヴァ書房 pp.68-77.
- 92) 中島智人 2015「イギリスの社会的排除／包摂とソーシャル・キャピタル」坪郷 實 編著『ソーシャル・キャピタル』福祉+α (7) ミネルヴァ書房 pp.177-191.
- 93) 稲葉陽二 2011「何がかたちづくるのか、どう測るのか」『ソーシャル・キャピタル入門 孤立から絆へ』中公新書 pp.75-78.
- 94) 内閣府国民生活局市民活動促進課 2003『平成 14 年度 「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」』内閣府（資料編）参考資料 2. アンケート調査結果の概要
- 95)『平成 22 年版自殺対策白書』内閣府 pp.67-68.
- 96) 根本嘉昭・安藤美由紀・今井美之・熊野敦子・鈴木孝典・中野美智子 2004「自殺予防における援助機関のあり方に関する研究－自殺未遂者の援助機関のあり方に関する研究－」平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担研究報告書
- 97) 稲葉昭英 1998「ソーシャル・サポートの理論モデル」『人を支える心の科学 対人行動学研究シリーズ 7』松井 豊・浦 光博 編 誠信書房 pp.152-175.
- 98) 稲葉昭英 2009「ストレス研究の諸概念」石原邦雄 編著 『家族のストレスとサポート』pp.41-61.
- 99) Burr,W.R.,1973 *Theory Construction and the Sociology of the Family*, John Wiley & Sons
- 100) Olson,D.H., Sprenkle,D.H. and Russel,C.,1979“Circumplex Model of Marital and Family Systems: Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Application”*Family Process* 18:3-15.
- 101) Putnam, R. 2000 *Bowling Alone : The collapse and Revival of American Community* Simon & Schuster , New York, 柴内康文訳『孤独なボウリング ―米国コミュニティーの崩壊と再生―』柏書房 2003 pp.156-173.
- 102) 岡 檀 2012「自殺希少地域―徳島県旧海部町に見る援助希求を促す環境づくり―」『精神科臨床サービス』12 pp.258-261.

- 103) 岡 檀 2015 「『自殺希少地域』の調査から得られた気づき」本橋豊 編著『よくわかる自殺対策』ぎょうせい pp.268-276.
- 104) 清水新二・高梨 薫・吉原千賀 他 2013『自死と悩み相談活動に関する調査報告書』大阪府人権協会・自死相談研究会（平成 24 年度大阪府補助事業）
- 105) 岡 檀・山内慶太 2011 「自殺希少地域における自殺予防因子の探索—徳島県旧海部町の住民意識調査から—」『日本社会精神医学会雑誌』 20 pp.213-223.
- 106) 清水新二監修 2012『死にたい声に寄り添って』奈良いのちの電話 pp.152.
- 107) 清水新二 2015 「別れと遺族支援」清水新二 宮本みち子 編『家族生活研究—家族の景色とその見方—』放送大学教育振興会 pp.229-248.
- 108) 清水新二 2014 「なぜ“自殺”ではなく“自死”なのか — 言葉の置換え効果— 」創造的教育＝福祉＝人間 pp.87-101.
- 109) 清水新二 2010 「自死遺族の免責性と自殺予防システム」自殺予防と危機介入第 30 巻第 1 号 日本自殺予防学会 pp.3-9.
- 110) 清水新二監修 2012『死にたい声に寄り添って』奈良いのちの電話 pp.152.
- 111) 「グリーフケアスタッフ養成研修に寄せて」グリーフケア・サポートプラザ News Letter 49 号 2015.9 NPO 法人グリーフケア・サポートプラザ pp.7.
- 112) 清水新二 2015 「自死遺族支援と自死予防・防止を再考する」自死遺族ケア団体全国ネット第 9 回スタッフ研修会報告書 自死遺族ケア団体全国ネット
- 113) 藤井忠幸 2015 「自死遺族支援側から見えてくる自殺対策との相違点と共通点、そして提案等について」自死遺族ケア団体全国ネット 第 9 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 自死遺族ケア団体全国ネット pp.28-30.
- 114) 清水新二 2015 「当事者世界と非当事者世界の切り結び」グリーフケア・サポートプラザ News Letter 49 号 2015.9 NPO 法人グリーフケア・サポートプラザ pp.1-5.
- 115) 米山容子 2015 「自死遺族支援側から見えてくる自殺対策との相違点と共通点、そして提案等について」自死遺族ケア団体全国ネット第 9 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 自死遺族ケア団体全国ネット pp.35-36.
- 116) 藤井忠幸 2016 「自死遺族支援・自助活動と自殺対策のつながりに向けて」自死遺族ケア団体全国ネット第 10 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 自死遺族ケア団体全国ネット pp.19-20.
- 117) 吉岡ひで子 「自死遺族支援・自助活動と自殺対策のつながりに向けて」自死遺族ケア団体全国ネット

- ト第 10 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 2016 自死遺族ケア団体全国ネット pp.48.
- 118) 米山容子「自死遺族支援・自助活動と自殺対策のつながりに向けて」自死遺族ケア団体全国ネット
第 10 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 2016 自死遺族ケア団体全国ネット pp.62-63.
- 119)『平成 30 年版 自殺対策白書』厚生労働省 pp.81.

参考文献一覧

- 澤田康幸 2015「経済学の観点から見た自殺対策の政策展開」ぎょうせい
- 伊藤千絵子 2015「これからの自殺対策ー厚生労働省の立場からー」ぎょうせい
- 高梨 薫 2016「自殺」日本社会病理学会監修『関係性の社会病理』学文社
- 清水新二（2014）「自死遺族の困惑と苦境」清水新二 編『臨床家族社会学』放送大学教育振興会
- デュルケーム 宮島 喬 訳「自殺論」中公文庫 1985
- 上田路子・松林哲也 2015「自殺対策の効果と、その評価(7)」ぎょうせい
- 澤田康幸、上田路子、松林哲也 共著 2013「自殺のない社会へ：経済学・政治学からのエビデンスに基づくアプローチ」有斐閣
- 袴田俊一・三田英二・櫻井秀雄・西村 武・實田玲子 2006 抑うつと認知療法『福祉現場における臨床心理学の展開 医学モデルとライフモデルの統合をめざして』kumi
- 川上憲人，大野 裕，宇田英典，他 2003 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究：3 地区の総合解析結果 平成 14 年度厚生労働科学特別研究事業 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究
- 川上憲人・大野 裕・中根允文・竹島 正・宇田英典 2002『心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究』（平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書）
- Putnam,R., Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community, Simon & Schuster, New York, 2000. 柴内康文訳 孤独なボウリングー米国コミュニティの崩壊と再生ー 柏書房 2003.
- 稲葉陽二 2011『ソーシャル・キャピタル入門 孤立から絆へ』中公新書
- 坪郷 實 編著 2015『ソーシャル・キャピタル』福祉+α (7) ミネルヴァ書房
- 野沢慎司編・監訳 2006『リーディングス ネットワーク論 家族・コミュニティ・社会関係資本』勁草書房
- 内閣府国民生活局市民活動促進課 2003『平成 14 年度 「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」』内閣府

松井 豊・浦 光博 編 1998 人を支える心の科学 対人行動学研究シリーズ 7 誠信書房

高梨 薫 清水新二 2013「社会学的家族問題論」『家族療法テキストブック』 日本家族研究・家族療
法学会編 金剛出版 pp.50－55.

清水新二 1998「家族問題・家族病理研究の回顧と展望」『家族社会学研究』10(1)pp.31-83.

古谷野 亘 2005 多変量解析ガイド 調査データのまとめかた 川島書店

岡 檀 2013『生き心地の良い町 この自殺率の低さには理由がある』講談社

清水新二 2014「なぜ“自殺”ではなく“自死”なのか ― 言葉の置換え効果― 」創造的教育＝福祉＝人間
pp.87-101.

清水新二 2010「自死遺族の免責性と自殺予防システム」自殺予防と危機介入第 30 巻第 1 号 日本自
殺予防学会 pp.3-9.

清水新二監修 2012『死にたい声に寄り添って』奈良いのちの電話

藤井忠幸 2015「自死遺族支援側から見える自殺対策との相違点と共通点、そして提案等について」
自死遺族ケア団体全国ネット 第 9 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 自死遺族ケア団
体全国ネット

藤井忠幸 2016「自死遺族支援・自助活動と自殺対策のつながりに向けて」自死遺族ケア団体全国ネッ
ト第 10 回スタッフ研修会報告書パネルディスカッション 自死遺族ケア団体全国ネット