

平成 21 年度

宇都宮大学 卒業論文

秋田県における有効な自殺予防対策とは

教育学部 生涯教育課程 地域社会教育コース

社会学研究室

4 年 061666K 加藤 卓志

はじめに

私が自殺問題に興味を持った理由の一つに、世界的にも日本国内にしても、自殺する人の数が異常に多いという事実を知ったことにある。WHO（世界保健機関）によると、毎年世界中で約 1000 万人が自らの手で命を絶っているという。この数は、仙台市とほぼ同じ人口が毎年自殺のために地球上から姿を消していることを意味する。殺人（約 50 万人）および戦争に関連する死亡（約 30 万人）を合計したものよりも自殺者数の方が多いのだ。日本ではどうだろうか。日本では、年間 3 万人以上という自殺者数が平成 10 年以來、11 年連続している。3 万人という数は想像しづらいと思われるが、東京マラソンを思い浮かべてもらいたい。年間の自殺者 3 万人という数は、東京マラソンの参加者に匹敵するのである。また、1 日に換算すると 90 人自殺することになる。このように、今日、自殺問題は地球規模で深刻な状況にある。

また、もう一つの理由として、私の出身地である秋田県の自殺率が高いことにある。秋田県は平成 7 年以降、自殺率が“14 年連続ワーストワン”になっている。友人からも、「なぜ秋田では自殺する人が多いのか」と問われるときもある。それほど秋田県の自殺率の高さは悪名高い。しかし、本橋豊氏の「自殺が減ったまち～秋田県の挑戦～」を読んで驚いたことがある。秋田県は自殺率が日本一高い県ではあるが、自殺予防日本一の県に向けての自殺予防活動を、自治体と市民が一体となって進めているというのだ。これによると、取り組みの一つであるモデル事業が行われた六つの町では、4 年間で自殺を約 50%減らすことに成功したと書かれている。私は、秋田県に長年住み、秋田県では自殺が多いということは知っていたが、このような取り組みが行われている事実を知らなかった。そこで、なぜこれらの町では自殺を減少させることに成功したのか、どのような対策が行われたのかということを考察していきたい。そしてそれが、秋田県全体の自殺者数を減らすことのヒントになるのではないかと思う。

目次

	頁
はじめに	1
第1章 日本の自殺の現状と対策	3
第1節 日本における自殺の実態	3
(1) 自殺者数の推移	3
(2) 年代別特徴	4
(3) 男女比較	6
(4) 自殺の動機	7
(5) 国際比較	8
(6) 失業率との関連	9
第2節 日本における自殺予防の取り組み	11
第3節 新潟県松之山町における取り組みとは	11
第2章 秋田県における自殺の現状	14
第1節 統計で見る秋田県の自殺	14
(1) 自殺者数の推移	14
(2) 自殺率と失業率の推移	14
(3) 交通事故死亡者数との比較	16
(4) 年代別特徴	16
(5) 自殺の動機	18
第2節 北東北と南東北の比較	20
第3節 なぜ北東北で自殺率が高いのか	21
第3章 秋田県における自殺予防対策	26
第1節 「健康秋田21」の取り組み	26
第2節 モデル事業の取り組み	27
第3節 モデル事業における成果	31
第4節 まとめ～地域づくりとしての自殺予防～	34
第4章 これからの課題	36
第1節 自殺者が多い都市での対策	36
第2節 地域社会の再構築	37
第3節 ポストベンションの重要性	37
おわりに	40
参考文献・参考資料・注釈	41

第1章 日本における自殺の現状と対策

まず、秋田における自殺を考えていく前に、「日本の自殺」という視点から自殺問題を見ていこうと思う。日本における自殺の状況、それに対する国の予防対策がどのようなものになっているか見ておく必要がある。そこで第1章では、日本においてどういう人がどのような理由で自殺をし、近年の自殺者数増加傾向という事実に対して日本はどのような対策をしてきたのかを、世界との比較を交えながら見ていきたい。また、新潟県松之山町で行われた自殺予防の先行事例を分析し、なぜ自殺を減らすことができたのかを探っていきたい。

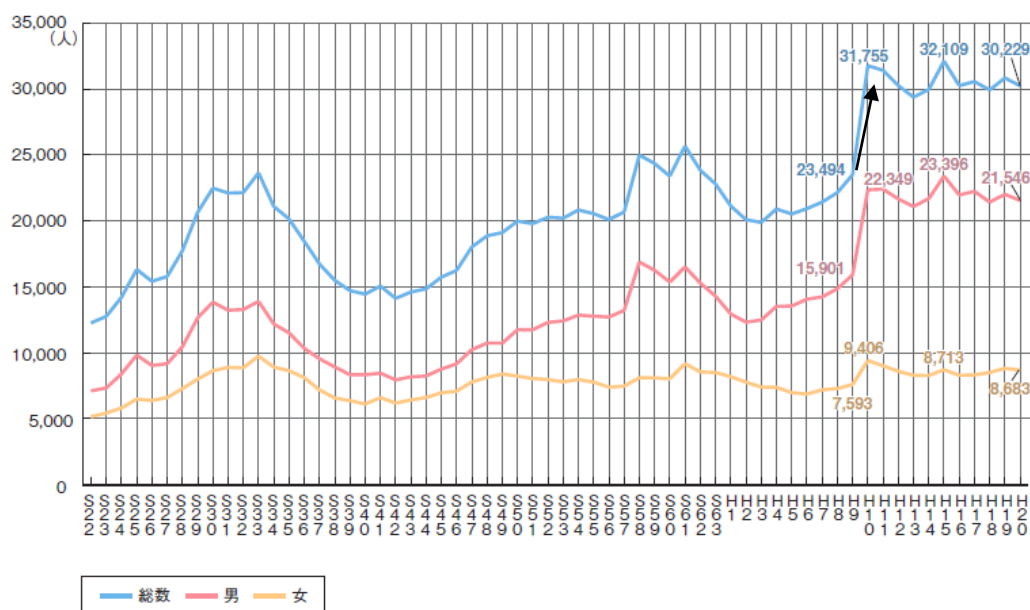
第1節 日本における自殺の実態

(1) 自殺者数の推移

まず始めに、日本の自殺者数の推移を見ていきたいと思う。マスメディアはこれまで、日本で自殺が急増している事実を大々的に報道してきたが、その実態はどのようなものなのだろうか。図1-1に過去半世紀の日本の年間自殺者数を示した。長らく平成9年までは、年間自殺者数は概ね1万5000人から2万5000人の間で増減を繰り返してきた。しかし、平成10年には3万1,755人と前年より約8500人も増えた。日本は、年間の自殺者数が平成10年から現在まで11年連続で、一貫して3万人を超えたままで、高値安定という状態が続いている。

第二次世界大戦後、日本の自殺率が高くなった時期は三回ある。昭和30年代半ば、昭和50年代後半、そして平成10年以後である。昭和30年代半ばの自殺の増加は、戦後の経済復興期の若者の自殺の増加によるものと推測され、第2章の第3節でも述べるが、農村部より都市部での自殺率が高かった(本橋 2008)。昭和50年代後半の自殺の増加は、世界的な石油危機後の不況と関連し、中年男性の自殺の増加に起因するものであったと考えられる。また、初めて年間自殺者数3万人を超えた平成10年は、前年11月に山一証券や北海道拓殖銀行が破綻した影響がかなり大きいと考えられる(日本経済新聞/2009/9/13)。この年は、「戦後最悪の不況」と言われ、国内総生産(GDP)がマイナスとなった年としても記憶されている。雇用情勢や、金融機関の貸し渋り、倒産件数などと自殺者数は相関関係があるとされるが、平成10年はまさにその典型だったといえる。特に、決算期の3月に亡くなった人が多く、また、完全失業率が初の4%台となった年でもあった。

図 1-1 自殺者数の推移



(出典：『自殺対策白書 平成 20 年度版』)

(2) 年代別特徴

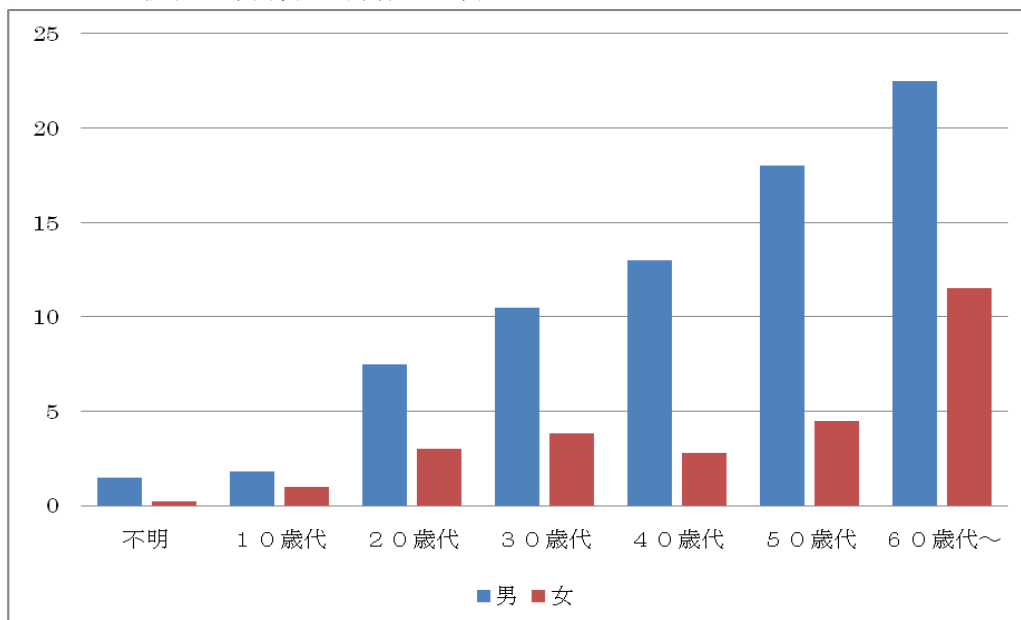
次に、年代別の特徴を見ていきたい。自殺者の年齢分布を見ると、世界的に一定の傾向が認められるという。それは、社会変動が著しい地域では若者、特に若年男性の自殺率が上昇する傾向があり、先進国ではほぼ共通して高齢者が高い自殺率を示しているというのである(高橋 2006)。さて、日本ではどうだろうか。平成 10 年以降最も問題になっているのは、働き盛りの世代の自殺の増加だ。図 1-2 に示すように、男女の合計で 50 歳代が 23.1%、40 歳代が 16.0%と、この働き盛りの世代だけで約四割を占めるのは、最近の日本の自殺の特徴ともいえる。この世代でも特に男性の自殺が増えたことが全体の増加に直結している。図 1-3 に、男性の年齢階級別自殺者数の推移を示した。平成 10 年から、45～54、55～64 の働き世代の自殺が急激に増加しているのが見てとれる。

40～50 歳代の中高年、特にその中でも男性の増えた原因としてはいくつかの理由が考えられる。一つに長期にわたる不況の影響が中高年の世代を直撃したことがある。この世代は人生の中でも思春期とともに、心の危機に陥りやすい傾向が以前から指摘されていて、不況でなくとも精神的に不安定な時期であり、うつ病の好発年齢としてもよく知られている。また、他の年代に比べて精神的な問題について相談することや、精神科受診に対する抵抗感も強いと言われている(高橋 2006)。単に不況ばかりでなく、様々な要素が複雑に関与して、中高年世代の自殺が急増する結果になったと考えられる。さらに、長期にわたる不況下での人員整理の対象となったのは主に 40～50 歳代であったが、これが若年層までに及び、職場における負担がより若い世代にまで進む可能性も否定できない。

近年、マスメディアは中高年の自殺増加を大きく取り上げているが、対照的に、従来から深刻な問題である高齢者の自殺が今なお多いということを指摘しておきたい。平成 19 年には、60 歳以上の自殺者が自殺者全体の 33.4%を占めていた。高齢者が一般人口に占める割合よりも、高齢の自殺者が自殺者全体に占める割合ははるかに高い。このように、高齢者がハイリスク群であることは従来から一貫している。現在、高い自殺率を示している中高年世代が高齢者になったとき、深刻な自殺の問題が引き続き起こりうる可能性は高い

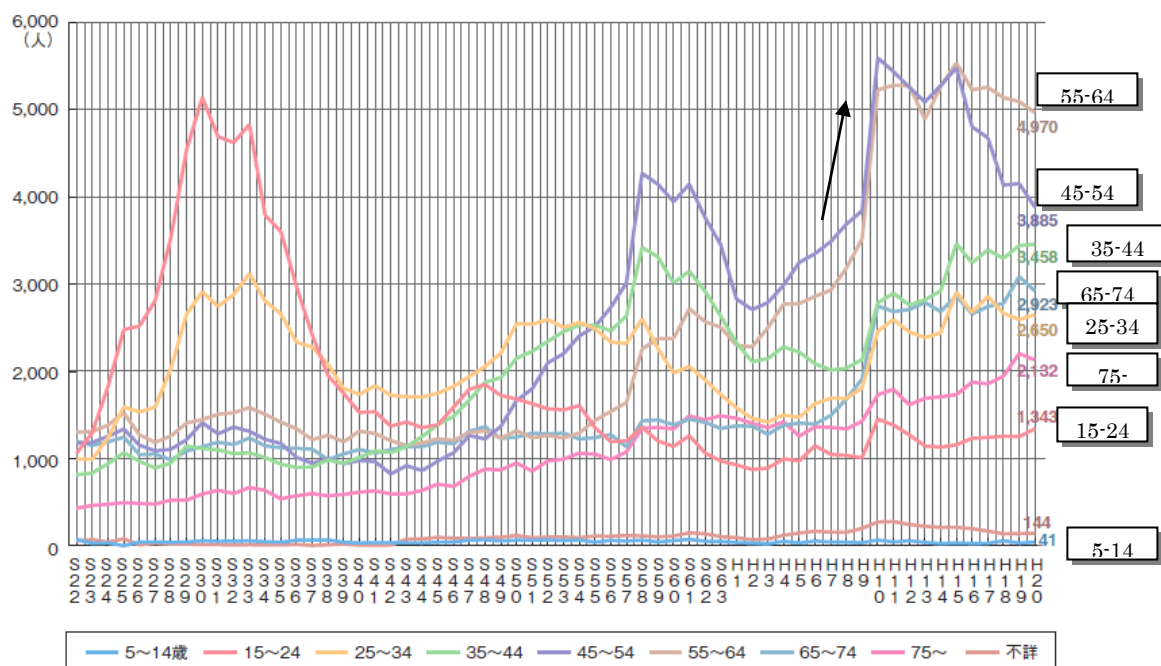
と考えるべきであり適切な対策を取り続ける必要がある。

図 1-2 自殺者の年齢分布(平成 19 年)



(警察庁生活安全局地域課、平成 19 年中における自殺の概要資料より作成)

図 1-3 男性の年齢階級別自殺者数の推移



(出典：『自殺対策白書 平成 20 年度版』)

(3) 男女比較

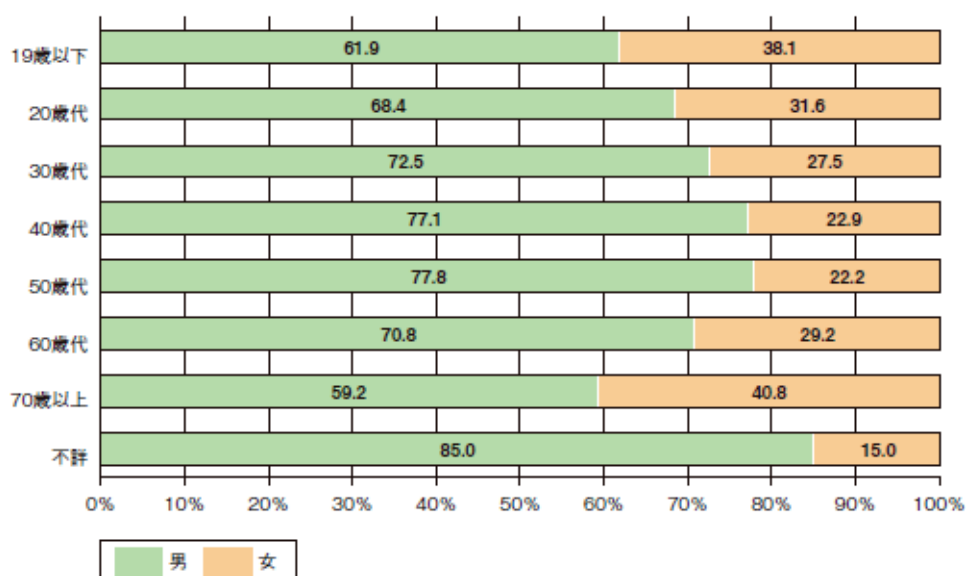
図 1-4 に、年齢階級別の男女別自殺者数の比率を示した。これからわかるように、どの年代でも常に男性が女性を上回っていて、男性で自殺のリスクが高いことがわかる。既遂自殺が女性よりも男性のほうに多いという事実は、日本だけでなく世界的に見ても同様の傾向がうかがえる。なぜこのような性差が生じるのかについてはいくつかの仮説が考えられる。

- ①衝動性をコントロールする能力が女性のほうが優れ、男性は問題解決場面で敵対的、衝動的、攻撃的な行動に及ぶ傾向が強い。
- ②自殺を図るときに、男性はより危険な手段を取る傾向が強い。
- ③問題を抱えたときに、女性のほうは他者に相談することに対して抵抗感が少なく柔軟な態度をとることができる。男性は「他人に弱みを見せてはならない」「強くなければならない」といった社会的制約が強すぎて、問題を抱えたときに誰かに相談するといった態度を取れず、悩みを全て一人で抱え込んでしまう傾向が強い。また精神科受診に対する抵抗感も一般的に男性の方が強い（高橋 2006）。

このような要因のために、既遂自殺者に対して明らかな性差が現れると考えることができる。この他にも、男性のほうがアルコール依存症や違法な薬物の乱用率が高いことも自殺率の性差に影響を及ぼしているのかもしれない。また、女性でも医師、弁護士、管理職といった専門職についている人の自殺率が専業主婦に比べて高いという報告もされており（河西 2009）、今後女性の社会的進出が進み、男性と同様のストレスにさらされるようになると、男女の自殺者数の数にも変化が現れるのではないかと考えられる。

なお、うつ病の有病率は男性より女性の方が高いことが知られており（本橋他 2006）、女性の方がうつ病に陥りやすいにもかかわらず、男性と比べて自殺率が低いという事実は、うつ病だけが自殺の引き金になる要因ではないことを示唆しているといえる。

図 1-4 年齢階級別の男女別自殺者数の比率（平成 19 年）

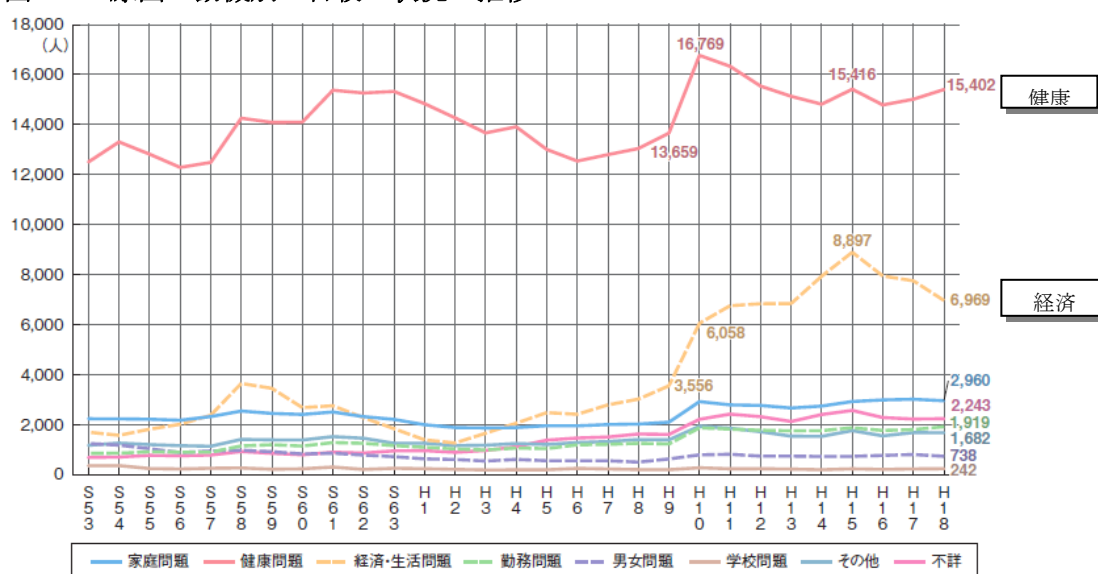


（出典：『自殺対策白書 平成 20 年度版』）

(4) 自殺の動機

警察庁の調査では、平成 20 年に生じた 3 万 229 件の自殺のうち、遺書の残されていたものから動機を分類している。図 1-5 に示すように、「健康問題」が第一位 (64.5%) で、次いで「経済・生活問題」(31.5%)、「家庭問題」(16.7%)、「勤務問題」(10.3%)、「男女問題」(4.7%)、「学校問題」(1.6%) の順になった。中でも、「健康問題」に次いで多かった「経済・生活問題」を不況の影響としてマスメディアは大きく報じている。私が自殺問題に興味を示し始めた当初は、自殺は単一の要因でも起こるものであると考えていた。しかし、自殺は様々な原因から生じる複雑な現象であり、単独の原因だけで全てが説明できるほど単純ではないということがわかってきた。自殺対策白書より先に、医師や弁護士とプロジェクトチームをつくり、自殺した人の遺族 305 人に聞き取り調査をして「自殺実態白書」を作成した NPO 法人ライフリンクの清水康之氏によると、自殺の理由は複数あった人がほとんどだという。自殺のときに抱えていた要因は平均すると四つ (図 1-6 参照) で、それらが互いに連鎖し合いながら自殺に追い込まれていくという調査結果が出てきた。「うつ病が理由で自殺すると言われるが、うつ病だから自殺したのではなく、過労や多重債務、失業や介護疲れ、病苦などからうつ病になり自殺に至るのであり、うつ病は連鎖の結果である。複数の理由が複雑に絡み合ってしまうと、何か一つの支援策に辿り着けても問題は全く解決せずに、結果として自殺へと追い込まれてしまう」と清水は指摘している (精神医療 2009 NO.53)。このように、個々の自殺を単一の動機だけで分類してしまうことは問題をはらんでいると思われるので、あくまでも参考資料として解釈したい。

図 1-5 原因・動機別の自殺の状況の推移



(出典：『自殺対策白書 平成 20 年度版』)

図 1-6 清水氏による自殺の危機経路

危機経路の事例(「⇒」は因果関係を示している)

【自営者】

- ①事業不振⇒生活苦⇒多重債務⇒うつ病⇒自殺
- ②介護疲れ⇒事業不振⇒過労⇒身体疾患＋うつ病⇒自殺

【被雇用者】

- ①配置転換⇒過労＋職場の人間関係⇒うつ病⇒自殺
- ②職場のいじめ⇒うつ病⇒自殺

【無職者】

- ①失業⇒生活苦⇒多重債務⇒うつ病⇒自殺
- ②子育ての悩み⇒夫婦間の不和⇒うつ病⇒自殺

【学生】

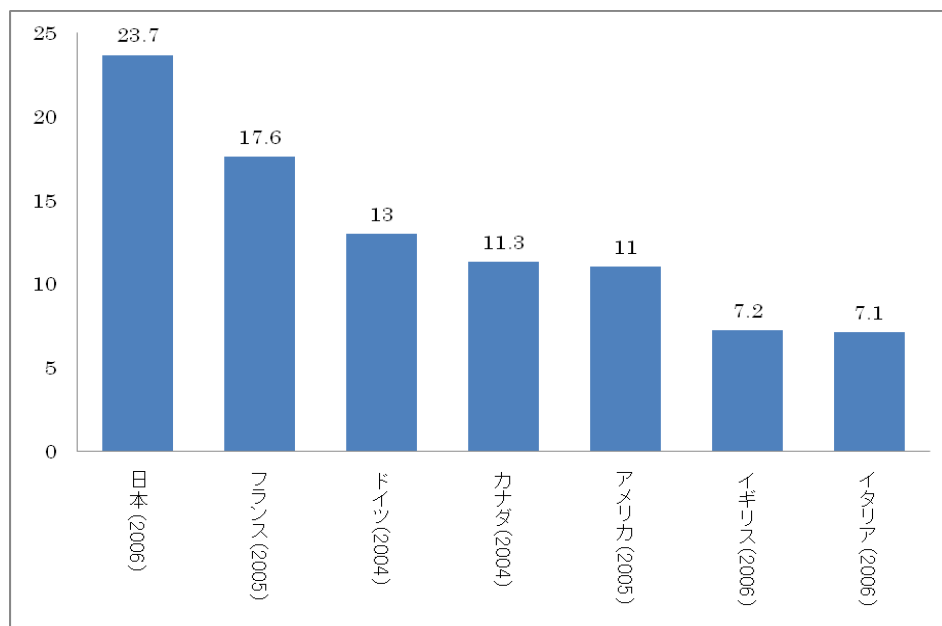
- ①いじめ⇒学業不振＋学内の人間関係⇒進路の悩み⇒自殺
- ②親子間の不和⇒ひきこもり⇒うつ病⇒将来への不安⇒自殺

(5) 国際比較

さて、世界の自殺と比較して日本の自殺はどのような状況になっているだろうか。日本の自殺率は世界的に見ると高率国に入る。諸外国の自殺率を比較すると、それは一目瞭然である。図 1-7 に主要 7 ヶ国 (G 7) と日本の自殺率の比較を示した。世界各国で WHO への自殺率の報告年が異なるので、大体 2005 年前後のデータを比較している。カナダ、アメリカ、イギリス、イタリアといった OECD 主要加盟国の自殺率は、日本の自殺率の半分以上という国が多いのである。世界の中でも日本は、アフリカ諸国等を除いた 101 カ国中、自殺率は 8 位である (WHO のデータより)。

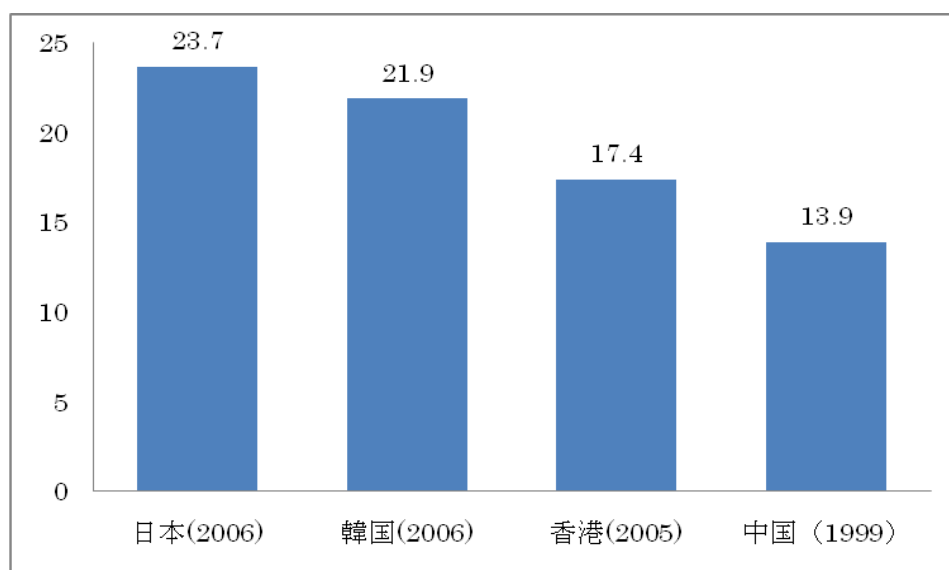
日本は欧州諸国と比較して自殺率が高いということが分かったが、東アジア諸国との比較ではどうだろうか。図 1-8 を見てもわかるように、これらの中でも日本の自殺率は一番高い。自殺は一般的に経済が困難な状況なときに増加する傾向があるが、世界で最も自殺率が高いアジアの国々では、経済状況の影響を特に受けやすいと専門家は指摘している (ロイター/2009/2/25)。なお、WHO によると日本・中国・インドの三国で発生した自殺が世界の自殺総件数の 40% を占めるとの報告もされており (河西 2009)、アジア地区での自殺率が高いことが分かっている。以上より、「自殺大国日本」という実態が、国際比較のデータからも見えてくる。

図 1-7 自殺率の比較（日本と G 7、2005 年前後）



（『自殺対策白書 平成 20 年度版』のデータより作成）

図 1-8 自殺率の比較（日本と東アジア、2005 年前後）



（『自殺対策白書 平成 20 年度版』のデータより作成）

（6）失業率との相関

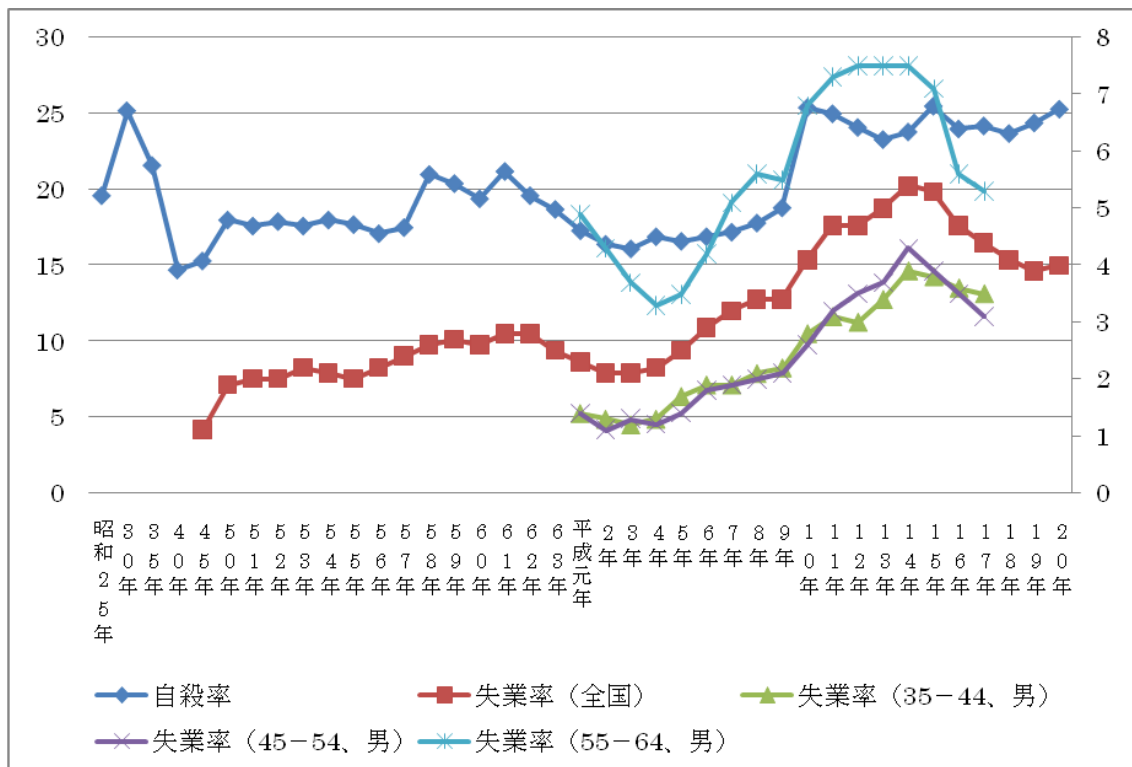
先ほど自殺率と失業率の関連について述べたが、再度確認しておきたい。自殺率と失業率が強い相関を示すことは、これまでも指摘されている（図 1-9 参照）。これは、失業率の増加が原因で自殺が増加するという因果関係を直ちに示すものではないが、経済的不況が長引く中で経済的に追い詰められた人が増えているということは確かである。図 1-9、10 からわかるように、平成 10 年以降の中高年男性の失業率と自殺率の増加が相関関係を示

しているのが見てわかる。平成 10 年以降の日本の自殺の急増が、社会経済的要因によるものかどうか、統計データに基づいて分析した研究も報告されている。

平成 10 年以降の 30 歳代後半から 60 歳代前半の男性自殺者数の急増に最も影響力があった要因は、失業あるいは失業率の増加に代表される雇用、経済環境の悪化である可能性が高い。また、平成 9 年から 10 年にかけて、経営状態の悪くなった金融機関による『貸し渋り・貸し剥し』が多くの中小零細企業の破綻の引き金となったことが、自営業者の自殺の増加に大きく影響していると見られる。さらに、経営状態の悪い企業による人員削減が無職者を増加させるとともに、被雇用者へのリストラ圧力となって被雇用者の自殺率をも高めたと考えられる（内閣府 2006）。

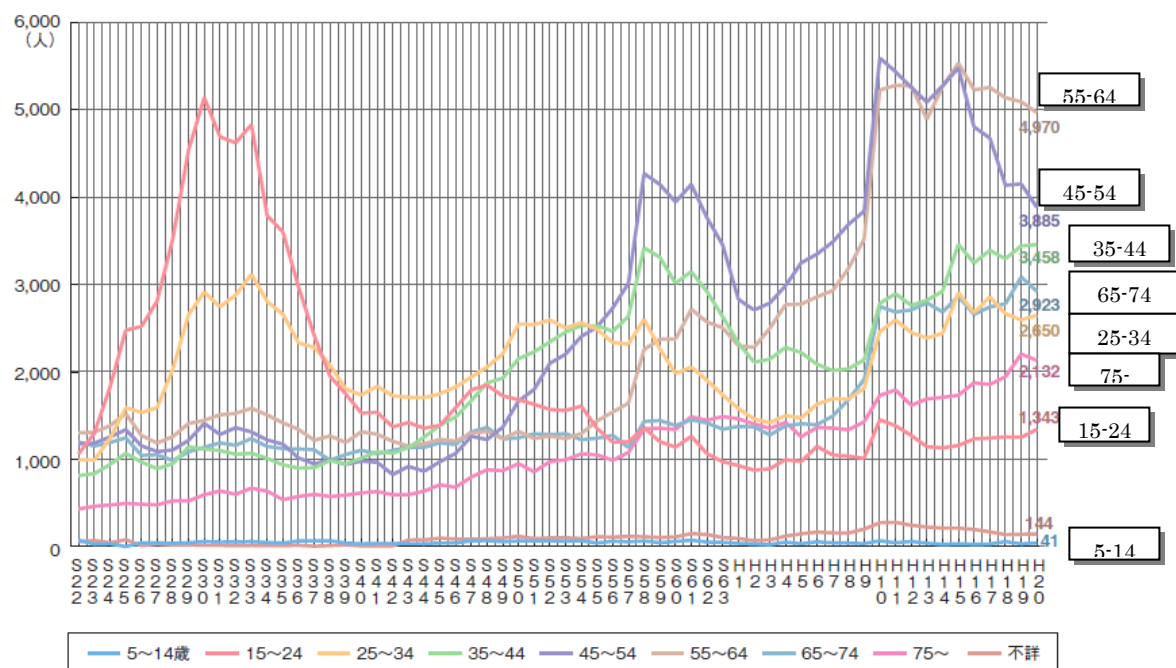
このように、平成 10 年以降の中高年の自殺率の急増には、社会経済的要因が強く影響していると考えられる。しかし、自殺率が経済状況に左右されることは日本の特徴であり、スウェーデンでは、ソビエト連邦崩壊に伴い、1990 年から失業率が急速に増加したのにもかかわらず、自殺率は一貫して減少傾向を示している（本橋他 2006）。このことについて河西氏は、スウェーデン等の自殺率が失業率の推移とは関係なく漸減を続けているのに日本の失業率と自殺者数が高い関連を見せるのは、社会的サポートが弱いことを意味していると述べている（河西 2009）。スウェーデンで失業率の上昇傾向に反して自殺率が下がっているという事実は、日本も有効な対策、社会的サポートを施すことによって、昨今の経済状況でも自殺を食い止めることができると考えられる。では日本ではどのような対策が行われてきているのだろうか。

図 1-9 自殺率と完全失業率の推移



(警察庁・総務省のデータより作成)

図 1-10 男性の年齢階級別自殺者数の推移（再掲）



（出典：『自殺対策白書 平成 20 年度版』）

第 2 節 日本における自殺予防の取り組み

日本において自殺予防対策が国の事業としてその必要性が認識され始めたのは、平成 10 年の自殺者の急増を受けてのことである。1980 年半ば過ぎから、フィンランドや北欧の国で積極的な国家的自殺予防対策が取り組まれていた事実を思えば、日本の対応は遅かったと言わざるを得ない。秋田大学医学部教授の本橋豊氏も、「日本は世界標準の自殺予防の取り組みから少なくとも 10 年以上は遅れている」と述べている（本橋他 2006）。

ともあれ、日本においても自殺予防対策の必要性が認識され、平成 12 年には「健康日本 21」という国民参加型の健康づくり運動を始めることになった。「健康日本 21」はアメリカやイギリスで先行して行われてきた目標設定型健康増進政策であり、数値目標を明確にして、目標年度までに健康水準向上のための努力を社会全体で行おうというものである。具体的な自殺者減少の数値目標は、平成 22 年度までに 2 万 2000 人まで減少（約 3 割の減少）させるというものである。数値目標の根拠は、過去において自殺者数とそのレベルまで下がったことがあるという経験的事実である。しかしこの目標は、平成 10 年に自殺が急増する以前の値でしかないということを指摘しておきたい。数値目標は示されたものの、その後の具体的な施策の提言は、平成 14 年の自殺防止対策有識者懇談会が出した「自殺予防に向けての提言」を待たなければならなかった。これに沿っていくつかの研究や活動が始まったが、この段階では国のレベルで自殺予防対策が成功したフィンランドのように包括的な方針を立てて、自殺予防対策に取り組んでいるとは言えなかった。その後、地方レベルでの積極的な取り組みや民間団体の熱心な取り組みを踏まえて、国レベルでの対策を求める声が大きくなった。自殺対策に関わる地方や民間の現場の声を吸い上げる形で、自殺対策基本法が平成 18 年に成立した。フィンランドでは、自殺対策基本法のような法律を整備して自殺対策に取り組んだわけではなく、国立社会保障福祉研究所（STAKES）が中心

になって実施したが、法律的な裏付けが明確でないため予算獲得が難しかったと言われている（本橋 2007）。日本では自殺対策基本法の成立により、法制度と財政的な裏付けをもって推進されたのは、日本の特色といえることができる。

このように、日本でも国レベルで自殺対策が進展してきたとはいえ、自殺対策の深刻さを認識した地方公共団体の先進的な取り組みが牽引役となって自殺予防対策を行ってきたという事実がある。その先駆けに秋田県で行われた自殺予防対策も含まれるのだが、それ以前に、地域での自殺予防の取り組みで自殺者が減ったという成功例が 1990 年代に報告されている。

第 3 節 新潟県松之山町の取り組みとは

秋田県で自殺予防モデル事業が始まる前に、自殺を減少させることに成功した例を紹介しておきたい。1980 年代半ばから実施されてきた新潟県東頸城郡松之山町（現十日町市）における老年期の精神保健活動は、全国の取り組みの先駆となっている。これは地域における系統的な取り組みの努力が実を結んだという意義深い活動である。他の年代に比べて高齢者の自殺率が高いことは先ほども述べたが、新潟県は高齢者の自殺率が全国平均よりもさらに高かった。その中でも東頸城郡はさらに一層高い自殺率を示していた。東頸城郡は人口の減少と高齢化が目立つ典型的な地域でもあった。そこで、自殺予防活動では、高齢者自殺の実態調査と老年期うつ病の疫学調査を行うことから始まった。調査の結果、自殺した高齢者の生活背景は、以下の通りであった。

- ① 二、三世代家族が多い（独居の高齢者には少ない）
- ② 配偶者死亡の例が多い。
- ③ 経済的要因が少ない。
- ④ 身体疾患（慢性疾患）を抱えている例が多い。
- ⑤ 年齢とともに自殺率が上昇する。

この調査で驚いたのは、①の独居の高齢者には少ないという事実である。一般的に考えて農村部の高齢者というのは、若者が都会に流出し手助けを受けられない状況で孤独になり、自殺に至るというケースを誰もが思い浮かべるだろう。しかし松之山町の場合、多世帯同居における、家族間の不和が原因で高齢者が自殺に至っているという結果が出たのだ。まとめると、松之山町における高齢者の自殺は、配偶者を失い、病気などによって身体機能を失い、家庭内での心理的孤立ともいえるべき状態で起こるものであるのではないかと推察された。

二つ目の活動は、自殺念慮のあるうつ病の高齢者個人に対する働きかけを行ったことである。これは、高齢者を対象にうつ病のスクリーニング検査を実施し、うつ病の可能性があるとみなされた高齢者を精神科医が保健師とともに訪問、診療し、自殺念慮のあるうつ病高齢者を見つけ出し治療に結びつけた。

三つ目は、地域住民に対して行った活動である。うつ病者と関わる家族や周囲の住民を教育・啓発することでうつ病者を援助しようという試みである。そしてさらに、地域住民の集落や老人会、婦人会などの集いを通して、高齢者自身の現状や予防などについて教育・啓発活動も行った。これらの活動の中で、家族の介護の負担をかけるくらいなら自殺しようと考えている高齢者が多くいることがわかり、「自殺」という風潮が自然に根付いているようだった。自殺を容認・肯定する文化、あるいは役に立たなければ生きていく意味がないとする社会が、高齢者の自殺の背景にあることが浮き彫りになった。この地域住民を

対象とした活動の中で、それぞれの立場で、自分でできることについて話しあったことによって地域住民が「自分の問題」として受け止めるようになったことも自殺者が減った一因であろう。

松之山町では、この予防活動を開始した翌年から高齢者自殺率が減少した。昭和 61 年から自殺予防活動を実施した結果、昭和 45 年から 61 年までの 17 年間で、434.6 人/10 万人と全国平均の約 9 倍も高かった老人自殺率が、自殺予防活動を開始した翌年の昭和 62 年から平成 12 年までの 14 年間では、96.2 人/10 万人と 4 分の 1 以下に減少させることに成功した。まとめると、この地域でのメンタルヘルス活動は次のような柱から成り立っていた。

- ①高齢者のうつ病を早期に発見し集中的に治療する。地域住民の同意を得てうつ病のスクリーニングを実施し、ハイリスク患者に対して治療を実施した。日本では精神科治療に対して抵抗が強い（特に高齢者に顕著）ため、中心となって治療を行ったのは、高齢者にとって身近なプライマリケア医（内科医）で、専門の精神科医が治療について助言した。
- ②保健師がハイリスクの高齢者を定期的に訪問し、サポートした。
- ③地域の人々に対する啓発活動を同時に実施し、高齢者の抱える問題は適切な対応で解決が可能であることを教育していった。

「高齢者が死にたいと言っているのにそれをとめる必要があるのか」「そもそも高齢者の自殺を予防することは可能なのか」という世間一般の疑問に対しても、松之山町で行われた調査、実践活動は明白な答えになったといえる。現状を正しく把握して、早期に適切な介入を実施すれば、高齢者の自殺を減らすことは可能であるということを松之山町の取り組みは示したことになる。これは、松之山町に似て高齢者が多い秋田県で自殺予防対策を考えていくうえでは、重要な先行事例であるといえる。

しかし松之山町で行われた自殺予防対策には問題点があった。松之山町以外にも、岩手県浄法寺町などでも地域保健活動として自殺予防対策は行われ、自殺者数減少という成果が見られた。しかしこれらの事例では、単独の町を単位として行われた事業であるため、住民の人口が少なく年ごとのばらつきが大きく短期間のデータに基づいて統計学的な検定を行うことが困難であった。しかも、せつかくの先駆的な取り組みが他市町村、県全体に広がりを持つことはなかったのである。

第2章 秋田県における自殺の現状

第1章では、日本の自殺という視点から現状を見てきたが、第2章では、秋田県に焦点をあてて自殺を見ていきたいと思う。まず、秋田県での有効な自殺予防対策を考えるうえで、まず秋田県における自殺問題がどういう状況になっているか知る必要がある。そこで第1節では、秋田県での自殺者数と自殺率の推移、交通事故死亡数との比較、年代別、自殺の動機を検証し、秋田県ではどのような人たちが自殺をしているのかを見ていきたいと思う。第2節では、秋田県を含む北東北と南東北の比較し、最近の北東北での自殺予防活動の効果が出ているのかを見ていきたい。第3節では、なぜ北東北地域で自殺が多いのかということをおなりに考察していきたいと思う。

第1節 統計で見る秋田県の自殺

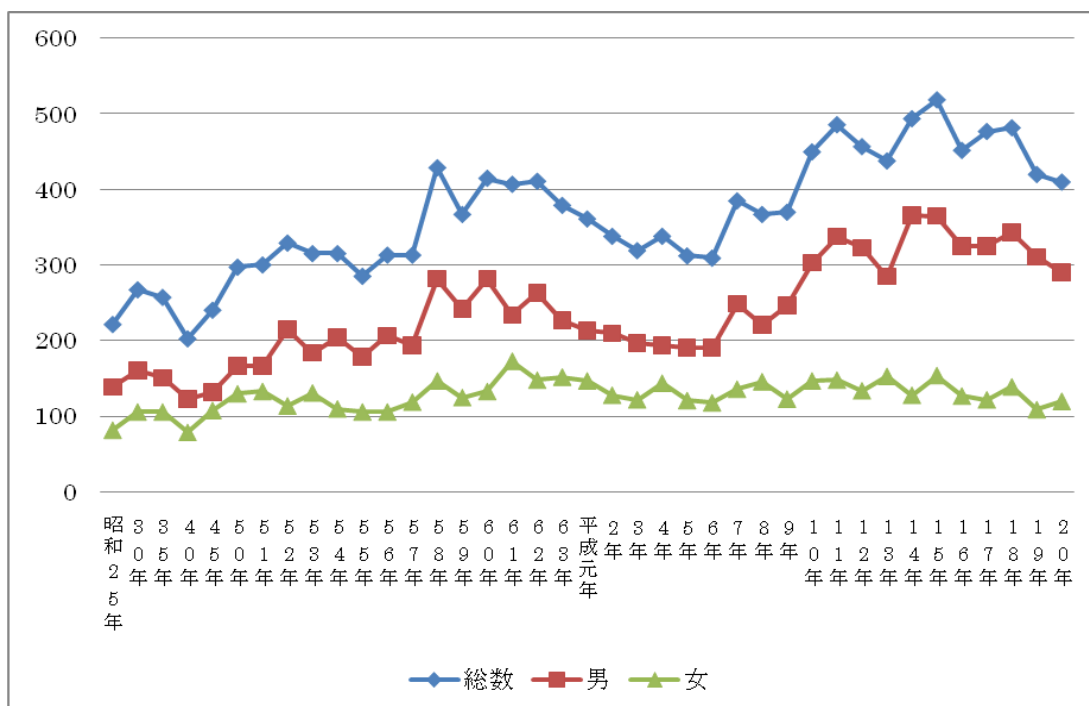
(1) 自殺者数の推移

図2-1は、秋田県の自殺者数の推移を示したものである。昭和51年には、それまで300人に到達していなかった自殺者数が始めて300人を超え、現在に至るまで常に300人以上で自殺者数が推移している。さらに、平成10年以降は400人を割ることなく、400人以上の自殺者が出ている。平成15年には初めて自殺者数が500人を超え、過去最高の519人となっている。男女を比較すると、女性は昭和から自殺者数が大きく変化していないのに対して、男性は、特に平成に入ってから自殺者数が増えている。秋田県警調べによると、平成20年の秋田県の自殺者数は410人で、平成19年と比較すると自殺者は10人減少（減少率2.4%）したが、数年前の数値と比べるとまだまだ多いというのが現状である。「健康日本21」の地方版である「健康秋田21」における、自殺者数をどれだけ減らすかという削減目標は、平成11年の自殺者数（486人）を基準とし、そこから平成22年までに約三割（約330人にまで）減少させることになっている。

(2) 自殺率と失業率の推移

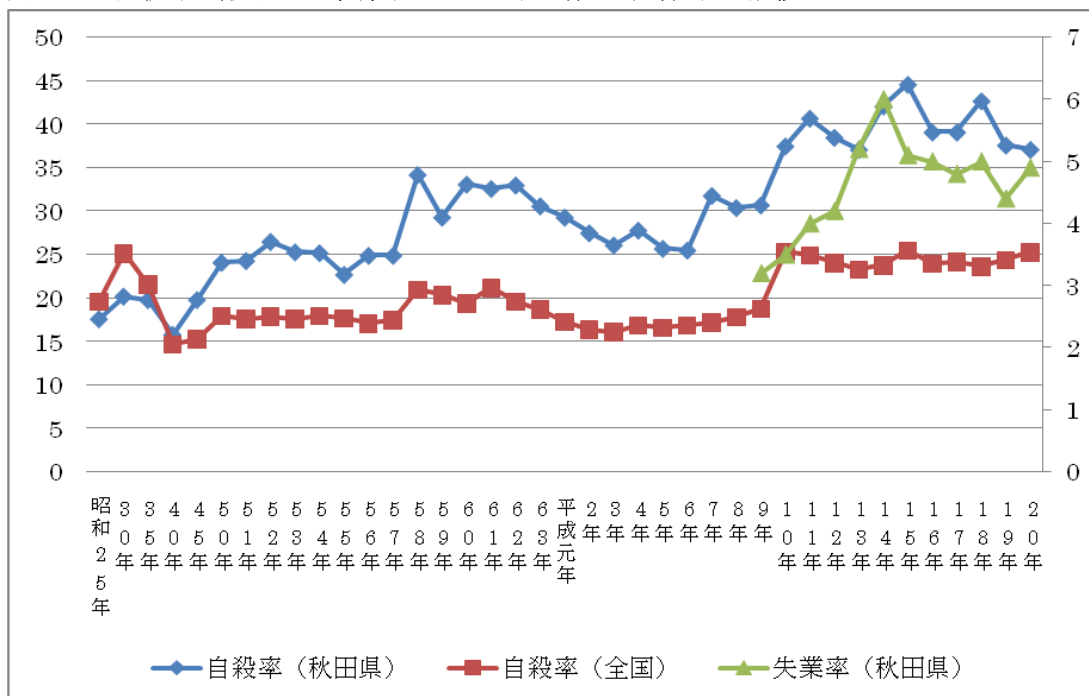
図2-2は、自殺率（秋田と全国）と失業率の推移を示したものである。秋田県の自殺率は昭和35年までは全国平均を下回っていたが、昭和40年には全国平均を上回り、そこから徐々に両者の差は広がっていき、平成15年が最も差が大きくなっている。第1章では、平成10年以降、中高年男性の自殺者数の全国的な急増加は、失業あるいは失業率の増加に代表される雇用、経済環境の悪化に起因するものだということを述べたが、図2-1を見る限り、女性の自殺者数に大きな変化が見られないことと、秋田県の失業率が急上昇していることを踏まえれば、秋田県にも不況の影響があったと考えられる。平成20年における秋田県の人口10万人あたりの自殺率は37.1（全国平均24.0）であり、平成19年と比較すると、自殺率は0.5ポイント減少した。しかし自殺率は依然として全国ワーストワンであり、これは平成7年から連続14年となった。また、日本は先進諸国の中でも自殺率が高い方であり、秋田県が日本の中で最も高いということは、秋田県は世界的に見て自殺率が高い地域だということになる。

図2-1 秋田県の自殺者数の推移



(秋田県警のデータより作成)

図 2-2 自殺率（秋田と全国、人口 10 万人対）と失業率の推移

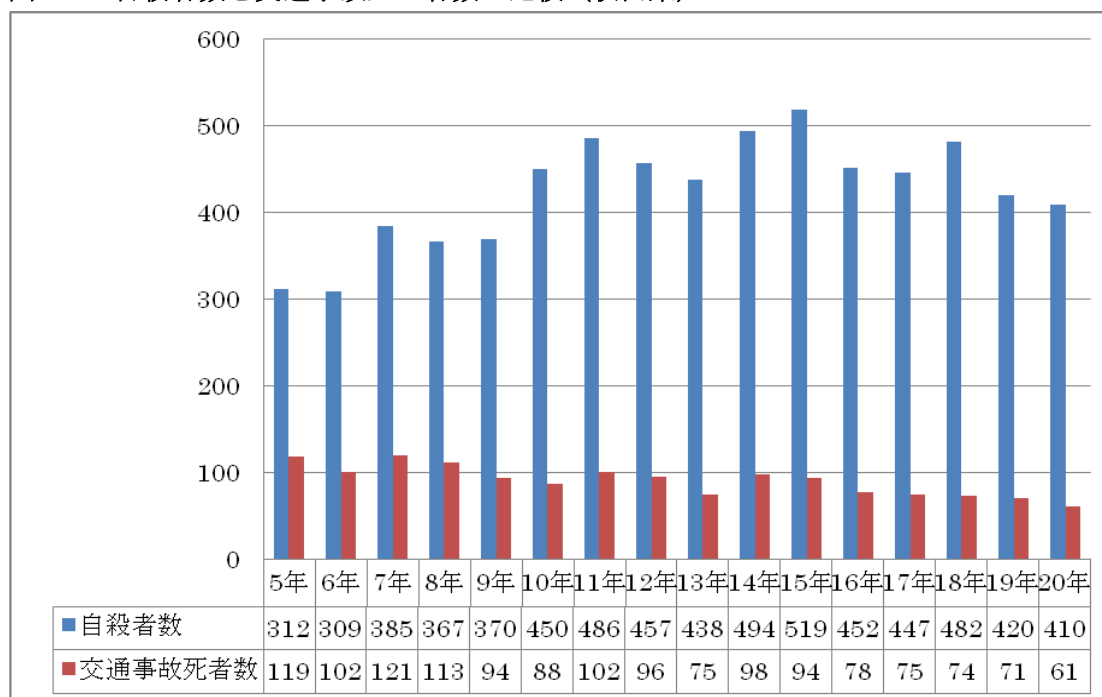


(総務省・警察庁・秋田県警のデータより作成)

(3) 交通事故死亡者数との比較

図2-3は、自殺者数と交通事故死亡者数を比較したものである。平成20年は、自殺者数410人に対して交通事故死亡者数は61人で、自殺者数は交通事故死亡者数の約6.7倍であった。国レベルで自殺者を減少させたフィンランドでは、交通事故死亡者数は年間約400人、自殺者数はその約2.5倍の約1000人で、両者の差が小さい。また、フィンランドでは自殺者数を交通事故死亡者数と同程度にまで下げることが目標にしている。秋田県としても、自殺者数交通事故死亡者数の差を縮めることが当面の目標になるのではないかと思う。

図2-3 自殺者数と交通事故死亡者数の比較（秋田県）



(秋田県警のデータより作成)

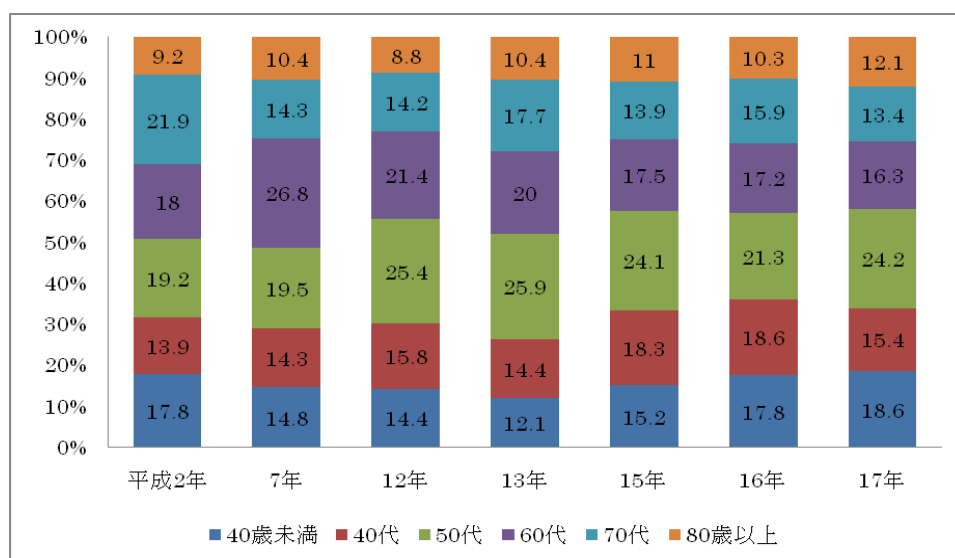
(4) 年代別特徴

図2-4は、秋田県の自殺死亡者の年代別割合を示したものである。秋田県の自殺者数を年代別に見ると、60歳以上の高齢者の占める割合が最も多く、次いで40歳から59歳までの中年者が多い。図2-5の全国の統計データでは、40歳から59歳までの中年者の割合が最も高いのだが、秋田県は高齢県であることを反映して高齢者の割合が最も高くなっているといえる。ここで注意しなければならないことは、高齢者が多いという人口特性のためだけで秋田県の自殺率が全国一高くなっているわけではないということである。人口特性の偏りを補正した年齢調整死亡率¹で見ても、秋田県の自殺率は全国一高いのである。厚生労働省のデータによると、平成17年の秋田県の自殺年齢調整死亡率は、男性51.8、女性13.1で、男女を合わせると全国一高くなっている。このように、秋田県の自殺率が高いのは高齢化だけでは説明できず、他の要因も考慮しなければならないといえる。

図2-6、7は、秋田県の年代別自殺率の推移を示したものである。図2-4では、秋田県の自殺は全国平均と比較して高齢者の割合が高いということがわかった。しかし驚いたことに、男女とも75歳以上の高齢者は依然として高い自殺率を示しているものの、秋田県における

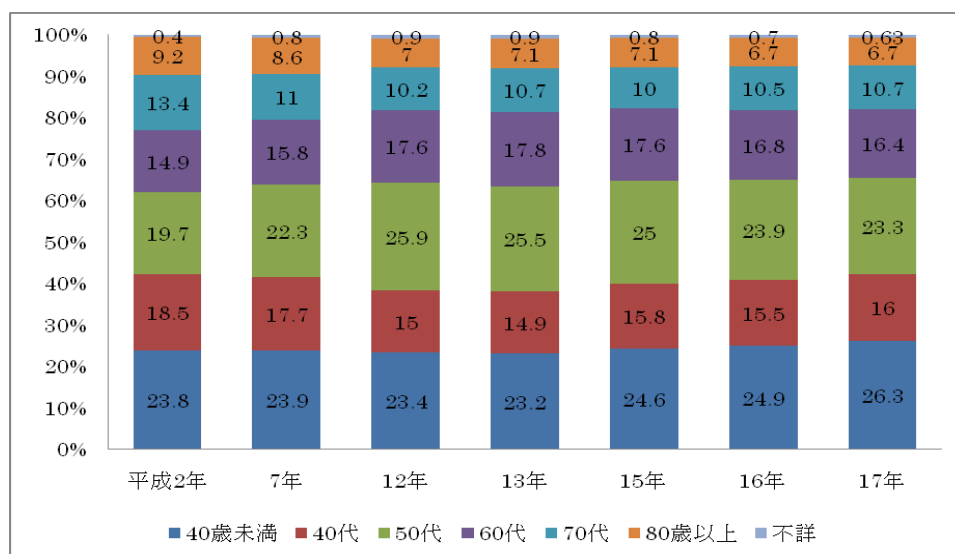
高齢者の自殺は徐々に減少傾向を示しているのである。第1章、図1-3のグラフでは、全国的に高齢世代の自殺者数は上昇傾向にあるのが見てとれるので、秋田県は逆行した形になっている。注目すべきところは、男性の45-54歳、55-64歳の自殺率が、1998年（平成10年）以降、急上昇を示しているところである。やはり、平成10年以降の経済状況の悪化が原因と考えられる。

図2-4 自殺死亡者の年代別割合（秋田県）



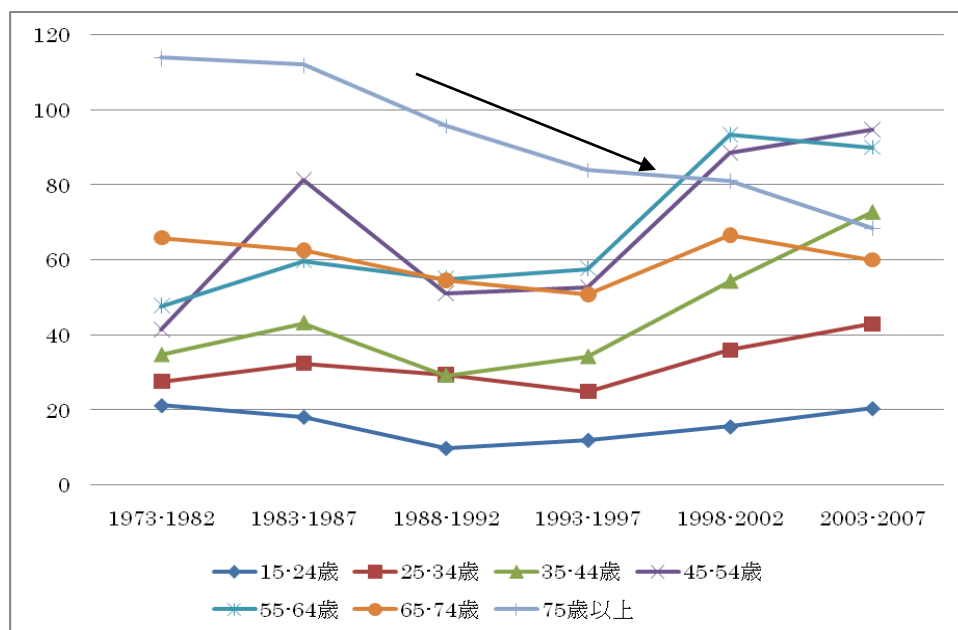
（秋田県警のデータより作成）

図2-5 自殺死亡数の年代別割合（全国）



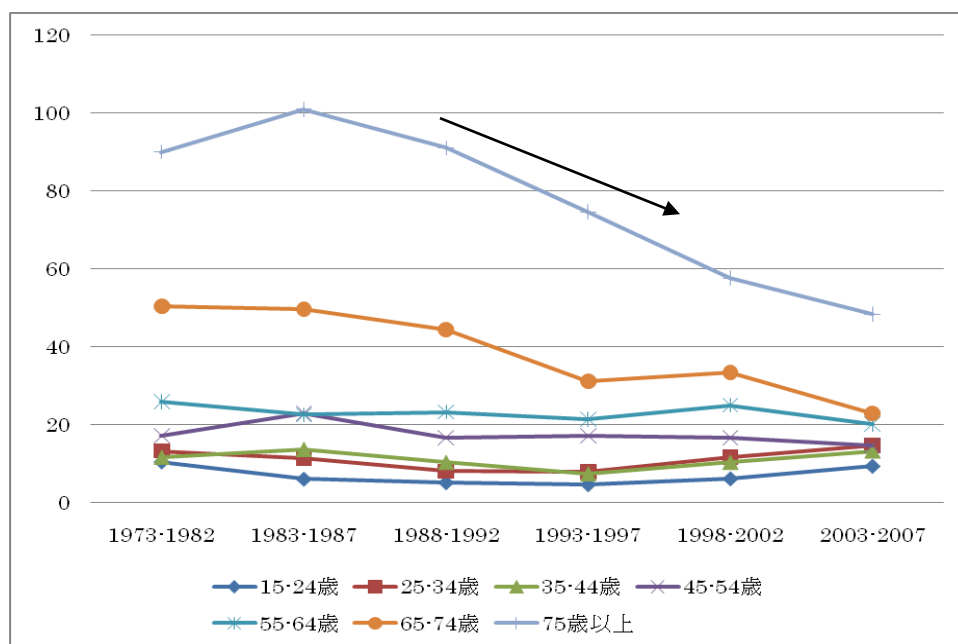
（『自殺対策白書 平成20年度版』のデータより作成）

図 2-6 年代別自殺率の推移（秋田県、男性）



（『自殺対策白書 平成 20 年度版』のデータより作成）

図 2-7 年代別自殺率の推移（秋田県、女性）



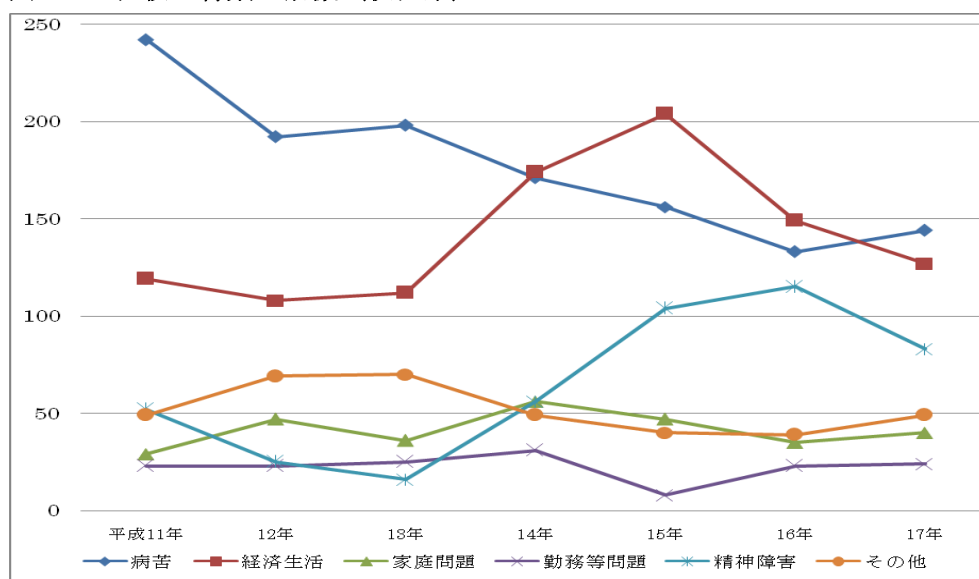
（『自殺対策白書 平成 20 年度版』のデータより作成）

（５）自殺の動機

第 1 章第 1 節でも述べた通り、自殺の背景・動機は単一なものではなく、むしろ複合している場合が多いことがある。例えば、厭世といってもその原因が病苦や家庭問題に起因していたり、経済的理由でも借金や生活苦もあれば、失職、企業倒産、取り立てからの逃

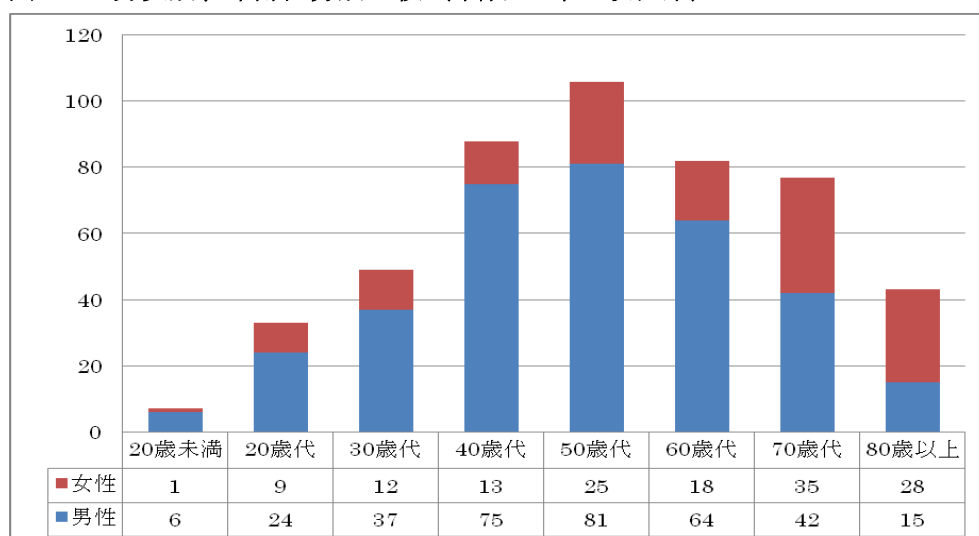
避など多様である。したがって明確に分類することは困難であるものの、一応図 2-8 に大まかな分類として秋田県の自殺の背景・動機を示した。図を見る限り、各年を通じて経済的理由の件数が多くなっている。秋田県警のデータによると、経済的理由の中でも借金が圧倒的に多く、いわゆるサラ金からの借金苦で、失業や生活苦は少ない。図 2-9 は、男女別、年齢区分別に比較したグラフであるが、自殺者数の多い男性が中高年、特に 40 歳代、50 歳代に集中しているのが、今まで述べてきたように、中高年の自殺の多発によって経済的理由の割合が大きくなっているといえる。また、病苦の件数も多くなっていることが見てとれる。しかし年々減少傾向にある。これは、図 2-6、7 でも示したように、高齢者の自殺が減少傾向にあるからだと考えられる。

図 2-8 自殺の背景・動機（秋田県）



(秋田県警のデータより作成)

図 2-9 男女別、年齢区分別比較（平成 16 年・秋田県）



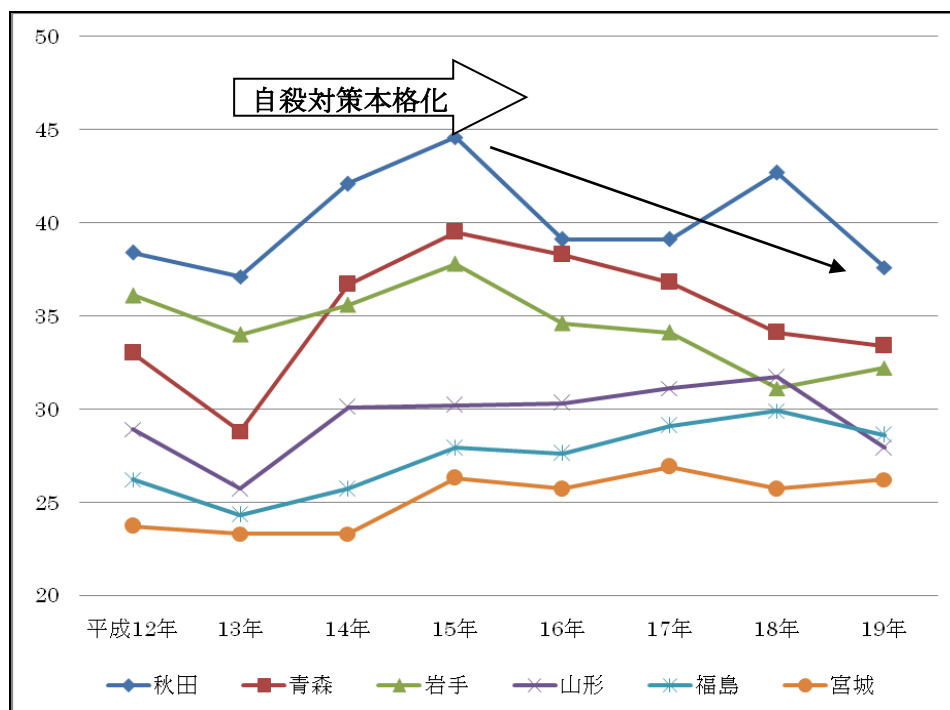
(秋田県警のデータより作成)

第2節 北東北と南東北の比較

東北地方は、東北三大祭りに代表されるような、かつての農村文化として成立してきた夏祭りが現在でも観光資源として生き延びているように、基本的には農村県である。昭和30～40年代の高度経済成長期には、都会への出稼ぎが地域の問題になったが、今も若者の都会志向は大きい。若者が都会に出て行くのは、地元には職の機会が限られているからであり、農村部はいよいよ高齢化しつつある。少子高齢化が進む東北地方は、日本の将来を映し出しているといえるので、その東北地方で自殺率が高いことが問題になっている。しかし、東北地方の自殺率は東北六県で一様ではないし、南東北三県は北東北三県ほど自殺率が高いわけではない。また、東北地方の自殺率が高くなったのは最近30年くらいの現象であり、高度経済成長期には決して自殺率は高くなかった。図2-2を見てもわかるように、秋田県の自殺率は昭和35年には19.8（人口10万人対）であり、全国平均の21.6より低く、都道府県別順位でみると26位であった。高度経済成長期には農村部より都市部での自殺率が高く、東北地方の県が自殺死亡率の上位を占めるようなことはなかったのである。

東北地方は自殺率が高いと思われているが、北東北三県（青森県、秋田県、岩手県）と南東北三県（山形県、宮城県、福島県）では事情が違ってくる。自殺率が高いのは北東北三県であり、南東北三県は北東北三県に比べると相対的には低いといえる。図2-10は、秋田県を含む東北六県の平成12年から平成19年までの自殺率の年次推移を示したものである。北東北三県は自殺率上位の常連県であるが、同じ東北地方といっても南東北三県の自殺率は北東北三県と比べて低いことがわかる。図2-10において、平成15年以降、北東北三県の自殺率が、多少のばらつきはあるが、徐々に低下傾向を示しているのに対して、南東北三県の自殺率がほとんど変化していないことがわかる。年ごとのばらつきがあるため、意味あるものであるかを判断することは難しいのだが、北東北三県はいずれも平成13年から16年にかけて、県として熱心に自殺予防対策に取り組んだという実績があることは指摘しておく必要がある。これに対して、南東北三県は県全体として北東北三県ほど熱心な自殺予防対策を実施してこなかった。県レベルでの自殺予防対策の取り組みの熱意の違いが自殺率の減少に影響を及ぼしている可能性は否定できない。北東北三県のうち、県としての取り組みが最も進んでいる秋田県の自殺率の減少率が最も大きいこともそのような可能性があるといえる。地域全体、社会全体で自殺予防の取り組みを始めれば着実に自殺率は減少する、自殺は防ぐことができるということを図は示している。

図2-10 東北六県の自殺率の推移



(厚生労働省 人口動態統計表のデータより作成)

第3節 なぜ北東北で自殺率が高いのか

私は栃木県に住み始めてから、よく人から「なぜ秋田県は自殺が多いのか」という難題をしばしば突きつけられることがある。その時はいつも、県民性、雪が多い、高齢者が多いなどと、曖昧な回答しかすることができなかった。しかし、自殺の背景には多くの要因が考えられ、単一の要因で自殺の原因を語ることができないことがわかってきた。このような質問をする人は、秋田県に自殺を引き起こす特殊な要因があるのではないかと疑っているようだが、秋田県だけが自殺率が高いわけではないし、秋田県固有の要因が明らかでもない。自殺率が高いのは北東北の地域全体の課題と考えるべきであり、北東北に自殺に関連する共通の要因があると考えられるべきである。一つに、気候学的要因（寒さ、日照量不足、降雪量の多さ）が、北東北地域の自殺者数を底上げしているのではないかという仮説が考えられる。日照量不足はメラトニン分泌を変化させ、うつ的な気分を助長させる要因として知られている（本橋2005）。また、降雪量の多さは高齢者の外出頻度を低下させ、社会的活動を低下させることになる。さらに、北東北では高齢者の自殺が多いが、その理由としては高齢による身体的機能の低下、心理的孤独、多世代同居における家族関係の不和、社会的支援の不足、医療資源の不足などが考えられる。北東北地域で自殺率が高いのには、これらの要因が複合的に関与しているからだと考えられる。また、秋田県（見栄っ張り等の県民性がある）や北東北の県民性が自殺率の高さに関係しているのではないかと疑う人もいるが、これは誤解であると思う。自殺死亡率の都道府県別順位を第二次世界大戦後から調べてみると、1960年代の秋田県や北東北では自殺率の順位は高くなかったことがわかる。たとえば1960年の秋田県の自殺率は19.8（人口10万人対）で全国平均の21.6より低く、都道府県別順位は27番目であり、決して全国的に高いとはいえなかった。この時期にはむしろ、東京や大阪といった大都市圏で自殺率が高かったのが特徴である。一般的

に世間が思っている「東北人」のイメージが今より当てはまらなかった時代には、東北地方の自殺率は高くなく、都市部の自殺こそが問題であった（図2-11、12比較参照）。1970年代には秋田県の自殺率の順位は上昇していき、上位10位以内に入ようになった。もし秋田県や北東北の県民性が自殺率に関係しているならば、1960年代において秋田県の自殺率の都道府県別順位が低かった理由は説明できない。なぜならば、1960年代には秋田県人らしい人は今よりもっと多かったと思われるからである。また、寒さ、日照時間、降雪量の多さといった気候学的要因が自殺率を増加させる決定的な要因でないことも同様に推測される。

それでは、1960年代から1970年代にかけて日本の社会の何が変わったかを考えると、最もな要因は社会経済的变化である。1960年代からは日本は高度経済成長の時代に突入し、大都市では高層ビル、高速道路が整備され、冷蔵庫、テレビ、洗濯機などの電化製品が人々の生活の中に急速に浸透するようになった。大都市には人々が流入し活気に満ちあふれた一方で、農村部では人口流出に歯止めがかかりにくい時代となった。そして、農村部のコミュニティは次第に空洞化していき、若者の活気が失われ、過疎地域として経済的に取り残されていった。秋田県や北東北の自殺率が高くなっていく過程は、このように都市部の経済発展と、農村部の高齢化・過疎化の進展がつながっているといえる。

平成20年の厚生労働省の都道府県別自殺死亡統計を見ると、自殺率の高いワースト10は高い順から、秋田、青森、岩手、山形、富山、宮崎、高知、新潟、長崎、福島になる。一方で、自殺率の低いベスト10は低い順から、神奈川、香川、三重、徳島、奈良、愛知、京都、岡山、東京、静岡である。自殺率ワースト5はいずれも冬が厳しい豪雪地帯の県であり、特に北東北三県は自殺率ワースト3の常連県である。図2-13の地域別自殺率を見ても、北東北や日本海に面している県は色が濃くなっており、自殺率が高くなっている。一見すると、暑さ、寒さといった気候の条件が影響しているようにも見えるが、宮崎県や高知県のような気候温暖な地域がワースト10に入ってくるので、気候だけでは自殺の説明が難しい。やはり、ワースト10は過疎化と高齢化の進んだ農村県だといえることができる。図2-14に、65歳以上の高齢者が占める割合を都道府県別に示したが、図2-13の自殺率と比較して、北東北、北陸、長野、和歌山、高知、山陰、九州の部分には相関が見られることから、高齢化が進んだ県で自殺率が高いという仮説はある程度の説明はつく。また、本橋氏は、自殺率が高くなっている地域を以下のように説明している。

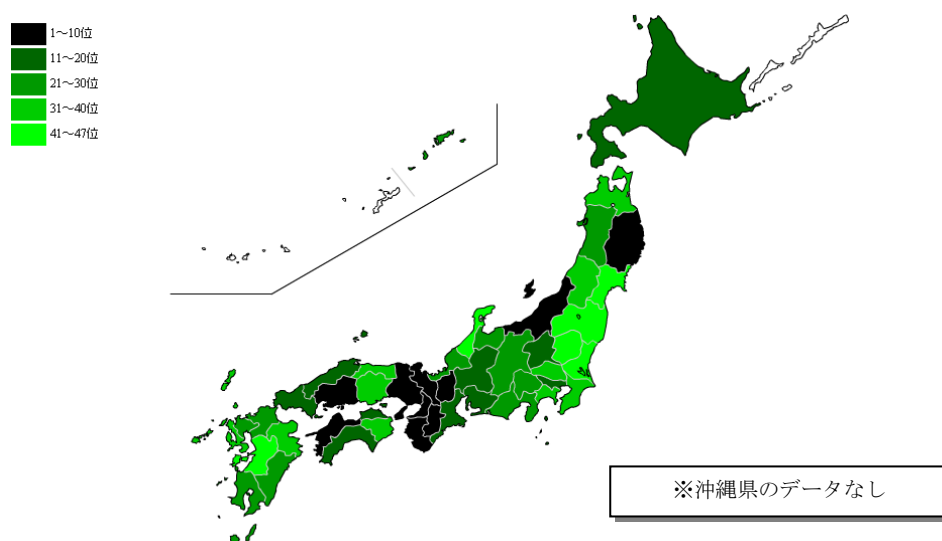
自殺率が高い県は、フル規格の新幹線が走っていない地域といえることができる。岩手県、新潟県、福島県はフル規格新幹線が通っているが、秋田県や山形県に走っているのは在来線方式で時間がかかる新幹線である。これに対して自殺率が低いベスト10では、香川県、徳島県、奈良県を除けばいずれもフル規格新幹線が通っている、いわゆる太平洋ベルト地帯の都府県である。また、香川県、徳島県も本州とは連絡橋でつながれており、大都市圏へのアクセスは決して悪くない。自殺率の高さに関連している要因としては、経済的発展から取り残されて過疎化、高齢化が進んでいる地域に多いといえる（本橋2008）。

つまり、若者が都会に流出し、少子高齢化の急速に進んだ北東北地域では、高齢者が地域を守るという状況になっていて、若者と高齢者が互いを尊重し、バランスよく生活することで保たれてきた、古き良き地域の力が弱まっているのではないかと思う。仕事や病気などの悩みを抱えやすい中高年の人たちが安心して助けを求められる環境が失われていること、地域社会のつながりが希薄になっていることが自殺率の高さの大きな要因となっているのではないかと考えられる。図2-16に秋田県の市町村別の自殺死亡標準化死亡比（SMR、

H2-H13) を男女別に示したが、男女とも都市部より農村部の方が、色が黒くなっており自殺率が高くなっている。秋田県ではあるが、人口の過疎化が農村部の自殺率の高さに関連していることが明らかにされている(本橋2005)。

前にも述べたように、日本の自殺は失業率との相関が見られるが、都道府県別に色分けすると自殺率との相関が認められるかどうかを見てみたい。図2-13、15の図を比べてみると、北東北、高知、九州などで相関を示しているものの、大阪、福岡などの都市で失業率が高くなっていることから、北東北の失業率の高さが自殺率に大きく影響しているとは考えられない。

図2-11 自殺率の順位 (1960年)



(厚生労働省 人口動態統計のデータより作成)

図2-12 自殺率の順位 (2003年)

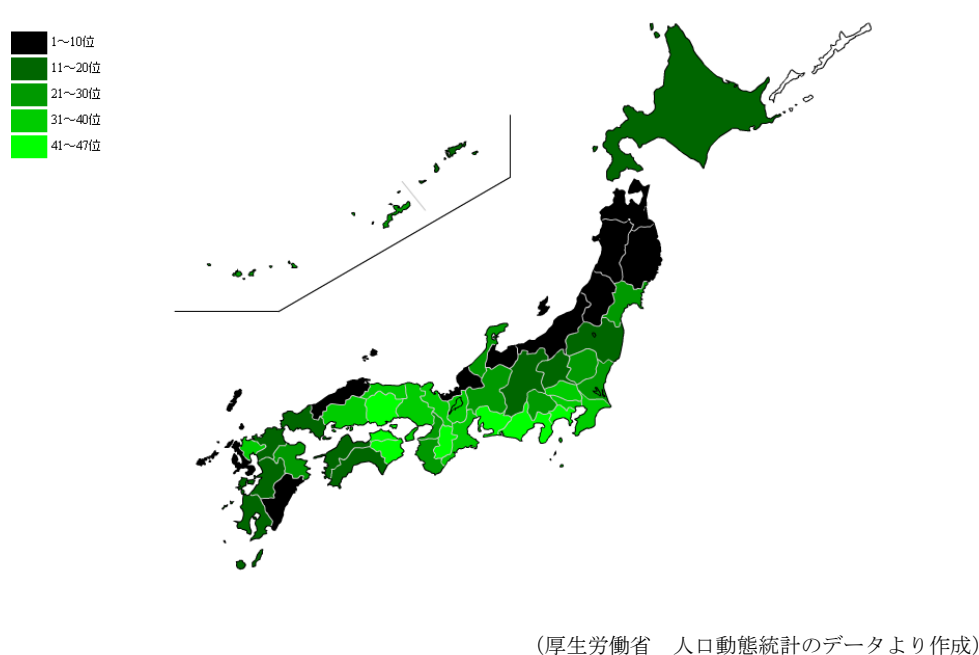
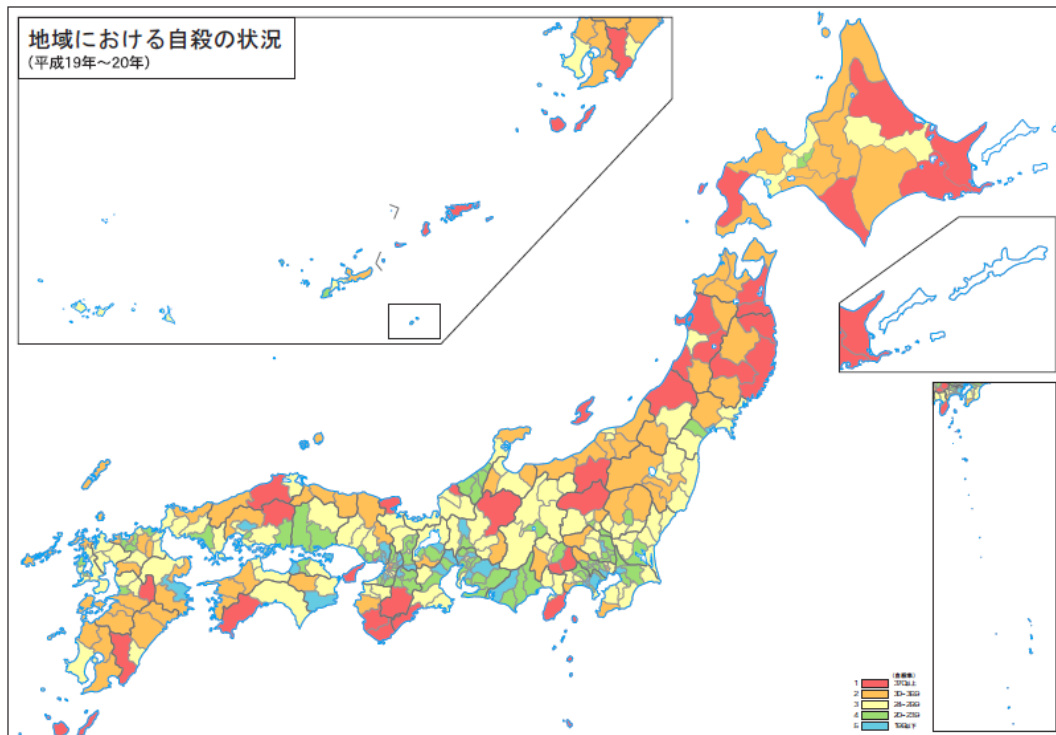
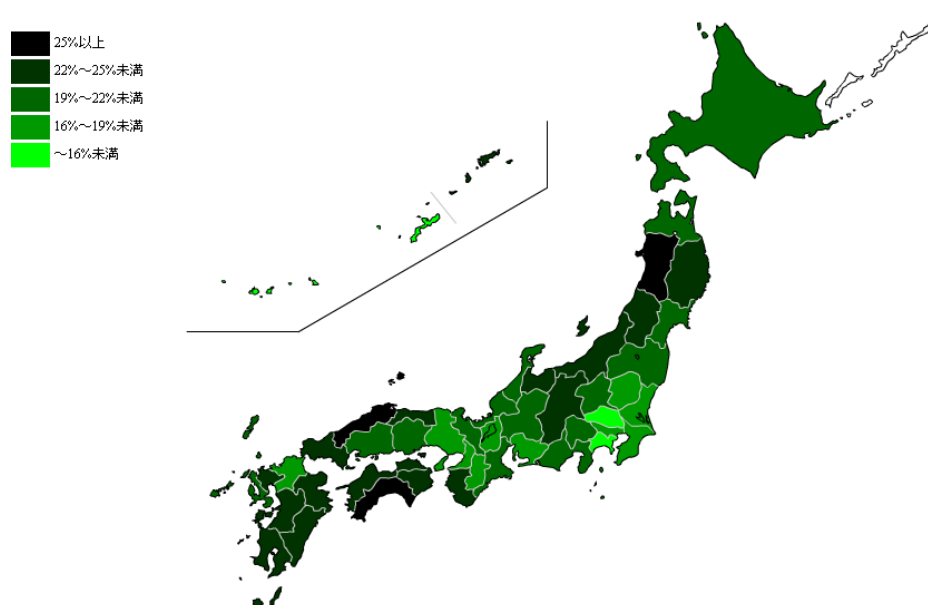


図2-13 日本の地域別自殺率（平成19年～平成20年平均）



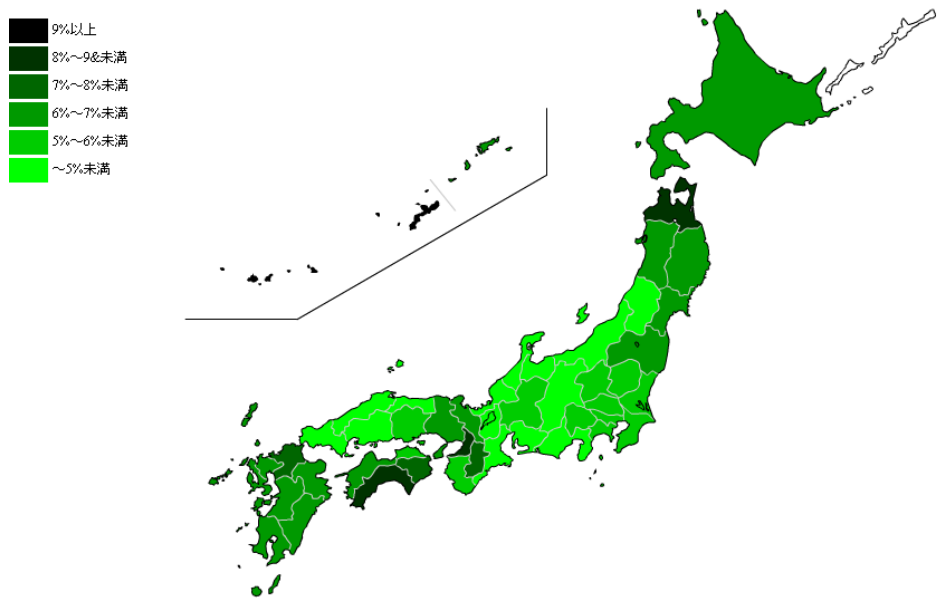
(出典：内閣府政策統括官)

図2-14 日本の65歳以上の人口割合（平成15年）



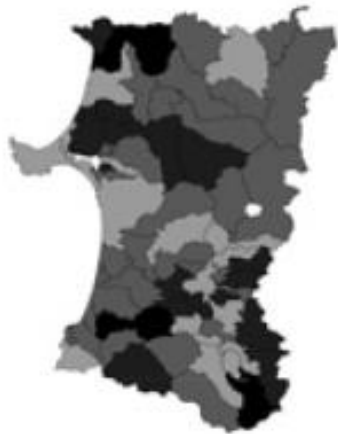
(『データブック・オブ・ザ・ワールド 2006年度版』のデータより作成)

図2-15 日本の完全失業率（平成17年）

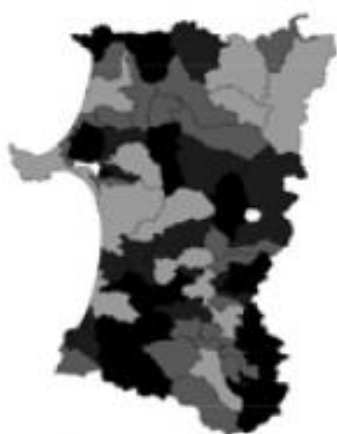


（『データで見る県勢 2007年度版』のデータより作成）

図2-16
平成2年－13年平均
自殺死亡SMRの市町村別分布（男性）



平成2年－13年平均
自殺死亡SMRの市町村別分布（女性）



（出典：『心といのちの処方箋』）

第3章 秋田県における自殺予防対策の取り組み

第2章では、秋田県における自殺の現状を見てきたが、第3章ではそれを踏まえて、どのような対策が行われているのかを見ていきたい。特に、モデル事業で行われた自殺予防では、自殺者数を大きく下げること成功している。どのような対策が効果的だったのか見ていきたい。

第1節 「健康秋田21」の取り組み

秋田県は平成7年から自殺率が全国一高い県ということから、積極的な自殺対策を立てるべきであるとの意見が強くなってきた。平成11年、朝日新聞秋田支局は「自殺の周辺」という自殺予防のキャンペーン記事を連載し、自殺予防の必要性を県民に認識させるのに役立った。このような背景の中で、当時の県知事である寺田典城氏が、自殺対策の推進を約束したことで自殺対策が本格化した。平成12年の秋田県当初予算には、自殺予防に関する普及啓発事業及び自殺の原因を調査するための予算が計上され、本格的な自殺予防対策の取り組みが始まった。平成13年4月から開始された健康づくり施策である「健康秋田21」において栄養・運動やたばこ、アルコール、脳卒中・がん等生活習慣病など12の重点分野を設けているが、そのひとつとして「心の健康づくり」とは別個に「自殺予防」を重点分野の一つに位置づけ、積極的に対策が進められることになった。表3-1が「健康秋田21」で設定された目標である。全体の自殺者数の削減目標は、平成12年の自殺者数を基準とし、そこから平成22年までに約三割減少させるとなっており、国の目標に準じた形になっている。また、秋田県の自殺対策の法的根拠として、平成16年4月に施行された「秋田健康づくり推進条例」がある。その18条「心の健康づくり・自殺予防」において、県が市町村と連携して相談体制の整備や啓発活動などを実施することが明記された。全国に先駆けて自殺対策の法的根拠を明示して対策を実施する自治体となった。

表3-1 「健康秋田21」の自殺予防に関する大目標と数値目標

(大目標)		
全ての県民が一体となって、家庭・学校・職場・地域場において、個人の尊厳といのちの大切さを再認識しながら、全ての世代における自殺者を減少させます。		
(数値目標)		
指標	基準値	目標値
自殺者数	486 人	330 人
10－19 歳	4 人	0 人
20－39 歳	65 人	45 人
40－59 歳	170 人	115 人
60 歳以上	247 人	170 人
うつ症状を訴える者の割合	28%	25%

県の施策としては、地域における自殺やうつ病などに対する誤解と偏見を取り除くことが必要であるということから、自殺やうつ病などに対する啓発活動を進めることがまず重視された。心の健康づくりに関する理解を浸透させるためのシンポジウムの開催や、リーフレット全戸配布などを通じた啓発活動が全県レベルで進められた。

同時に、地域における自殺予防の具体的な取り組みを進めるために、市町村レベルの自殺予防対策モデル事業が開始された。自殺予防モデル事業は、自殺予防に積極的に取り組みたいと申し出た自治体に県が補助金を出して、きめ細かい自殺予防事業を三年間かけて実施しようというものであった。このモデル事業では、平成13年から平成17年にかけて六つの町が三年間自殺予防に取り組んだ。合川町（現北秋田市）と中仙町（現大仙市）が平成13年から、藤里町と東由利町（現由利本荘市）が平成14年から、大森町（現横手市）と千畑町（現美郷町）が平成15年から、それぞれ事業を開始した。その取り組みの柱は次の五つであった。

- （１）情報提供および予防意識の啓発
- （２）相談体制の充実
- （３）うつ病対策の推進
- （４）予防事業の推進
- （５）予防研究

先に結論を述べておくが、表3-2からわかるように、事業開始後モデル町全体の自殺者数は減少し始め、事業開始直後28人だった自殺者数が、平成16年には15人まで減少したのだ。以下、モデル町において具体的にどのような取り組みが行われたのかについて、藤里町、東由利町、合川町の三つの町で施された自殺予防対策の事例を第2節で検証していきたいと思う。

表3-2 数値でみたモデル町の自殺者数の推移

	事業期間	平成 12 年	平成 13 年	平成 14 年	平成 15 年	平成 16 年
合川町	H13-H15	1	4	2	2	3
中仙町	H13-H15	7	6	4	7	5
藤里町	H14-H16	3	5	4	2	0
東由利町	H14-H16	9	5	4	2	2
千畑町	H15-H17	4	5	8	2	2
大森町	H15-H17	4	5	4	4	3
モデル町計		28	30	26	19	15
県計		457	438	494	519	452

（秋田県警のデータより作成）

第2節 モデル事業の取り組み

(1) 藤里町では

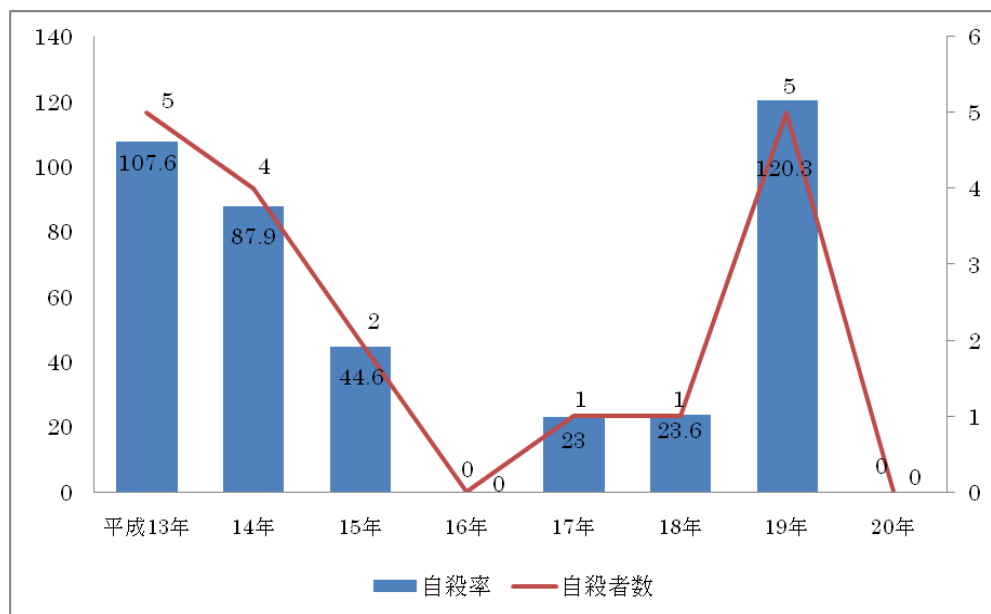
藤里町は秋田県北部に位置し、人口は約4000人、「白神山地」への入り口の町として有名である。藤里町の自殺率は秋田県の中でも高いほうに属し、秋田県の自殺予防対策が本格化する平成12年以前から、町としても自殺予防対策の必要性を認識し、自殺予防に関する講演会を実施していた。平成12年2月にある老夫婦が自殺したのだが、この老夫婦は亡くなる前にいろいろな所に相談に行き、自分たちの病状や生活状況を周囲の人たちに打ち明けていた。このような自殺のサインを出してきた人を受け止めることができなかったことは、関係者にとって大きなショックとなった。藤里町が早くから自殺対策に乗り出したのは、こういった経験もあったからだ。平成12年7月に秋田県が自殺予防対策として初めて実施した「命の尊さを考えるシンポジウム」に参加した住民と行政担当者は同年10月に「心といのちを考える会」を発足させた。このケースは、住民が地域の自殺予防対策に立案過程から積極的に関わる住民参加として注目を浴びた。

「心といのちを考える会」の活動は、定例会で心の健康やうつ病に関する知識を向上させることから始まった。たとえば、うつ病の啓発を図る劇の上演を行い、配役からシナリオまでの過程に住民が関わることで、住民のモチベーションを高めることに役立った。また、毎週一回、喫茶サロン「よってたもれ」を開催している。誰でも気軽に集える場を提供し、町の人々の相互の交流を深めることが主たる目的である。ここには、心の悩みの専門家が常駐しているわけでもなく、深刻な悩みを相談できる体制が整っているわけでもない。過疎化の進んだ農村部の町では、日常的に人々が触れ合う機会が減ってきている中、ここでは住民に触れ合いの場をさりげなく提供している。図3-3に示すように、平成13年から平成16年にかけてのモデル事業実施期間には、藤里町では「5人→4人→2人→0人」と自殺者数が減少した。自殺予防といっても、深刻な悩みを抱えている人に対する対応だけに限らず、自殺の原因となりうる孤独感を解消していったことが自殺予防へつながったといえるのではないだろうか。

平成14年度から始まった藤里町でのモデル事業は、3年目の平成16年度に終了し、平成17年からはまた町独自の事業になった。平成16年における自殺者数は0人であったが、自殺念慮を訴えて相談に来た住民が数人いたことや、研修会において、かつて自殺で亡くなった人のことが話題になった地域もあり、この事業が始まる前には見られなかったことである（本橋2005）。住民が心の病に対する偏見を減らし、自殺をタブー視することなく共に見つめ合うようになってきていることも、一つの大きな成果として評価しても良いと思われる。

平成17年、18年の自殺者数はそれぞれ一人だったが、平成19年には5人の自殺者が出てしまっている。しかも、亡くなったうちの一人は会員メンバーだったという。自殺予防のメッセージがまだまだ行き届いていないという問題点も浮かび上がった。また、「よってたもれ」の利用者が年間約300人だというが（本橋2008）、人口約4000人の藤里町にとっては、決して多いとはいえない。また、毎週同じような人が参加しているのだとしたら、利用者が多いとはいえない。より多くの住民に「よってたもれ」のようなサロンがあることを知ってもらい、幅広い世代の人が話し合えるような場にすることがこれからの課題であろう。

図3-3 藤里町の自殺率・自殺者数の推移



(秋田県警のデータより作成)

(2) 東由利町（現由利本荘市）では

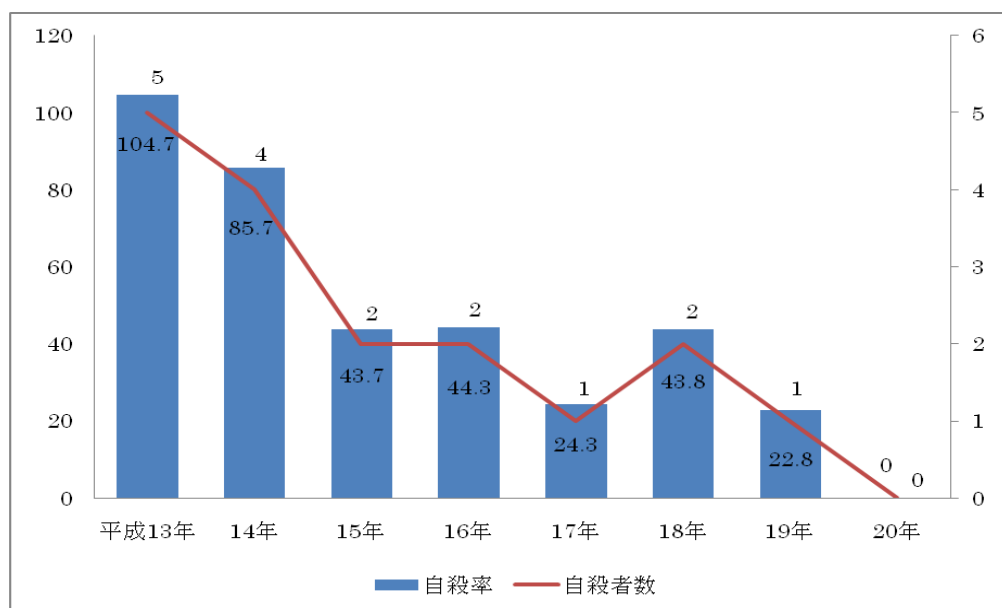
秋田県の自殺予防対策は、農村部の高齢者対策が中心であると思われるが、実際には高齢者以外の世代も対象としている。東由利町は秋田県南部に位置する山あいの町で、人口は約4500人、中年男性の自殺率が高いという問題点を抱えていた。隣接するにかほ市には、秋田県最大の企業のひとつであるTDKの大きな工場がある。東由利町の中年男性の多くはTDK関連の中小の事業場で働いていたため、1990年代の平成不況の波は、秋田県の過疎地域も例外なく覆っており、厳しい雇用環境に置かれている労働者が多かった。不況の中で雇用調整に遭うのは、まず中小の事業場に勤める中年男性であるため、東由利町で中年男性の自殺が多い背景にはこういった社会情勢があった。そこで東由利町では、自殺のリスクの高い中年男性に、保健師がいかに接触するかが課題となった。しかし実際は、地域の自殺やうつ病に関する啓発普及活動は、主に農業や自営業を営む地域住民を対象にしていたし、職場の健康管理は産業保健の領域とされ、地域保健の担当者である保健師は部外者であった。そのため、職場の中年男性への啓発活動が不十分になった。もちろん、自殺予防モデル事業の実施期間内に、他の町で行われたのと同様に、地域におけるこまめな自殺予防活動は東由利町においても行われた。

しかし、モデル事業開始後の東由利町の自殺率の推移を見ると、事業開始前（平成13年）に人口10万あたり104.7だったのが、平成16年には44.3に減少した。このように、東由利町の自殺率は他のモデル町と同様に減少したのである。

昼間は工場で働いている中年男性も、夜は家で家族と一緒に過ごし、週末や休日にも地元の地域の中で生活する。もし家族の誰かが自殺予防やうつ病に関する知識を得て、家族の健康管理に注意できれば、職場で働いている中年男性の心身の変化に気づく確率が高くなるのではないだろうか。東由利町で自殺が減ったのは、このような理由にあると考えられる。職場での自殺・うつ病対策が十分に取れば最善だが、それが難しい場合でも、地域社会全体の自殺予防対策を進めることで、中年男性の自殺を減らすことができるというのが、東由利町における貴重な成果である。

東由利町でのモデル事業は平成16年度をもって終了した。その後はというと、図3-4にあるように、自殺者数は減少傾向を示している。しかし、昨今の経済不況で中小事業に勤務する住民が多い中、また自殺者が増える可能性は否定できない。先ほどもあったように、中小事業所における保健活動は、産業医の資格を持つ地域の医師が担う部分大きい。しかし、事業所が十分な対応を取れないことで産業医の活動自体が最低限の範囲に留まっており、メンタルヘルス対策もまだ十分とは言えない。中小事業所勤務の住民に対するメンタルヘルス対策、自殺予防は地域保健所など行政分野の積極的関与、介入が望まれるだろう。

図3-4 東由利町の自殺率・自殺者数の推移



(秋田県警のデータより作成)

(3) 合川町（現北秋田市）では

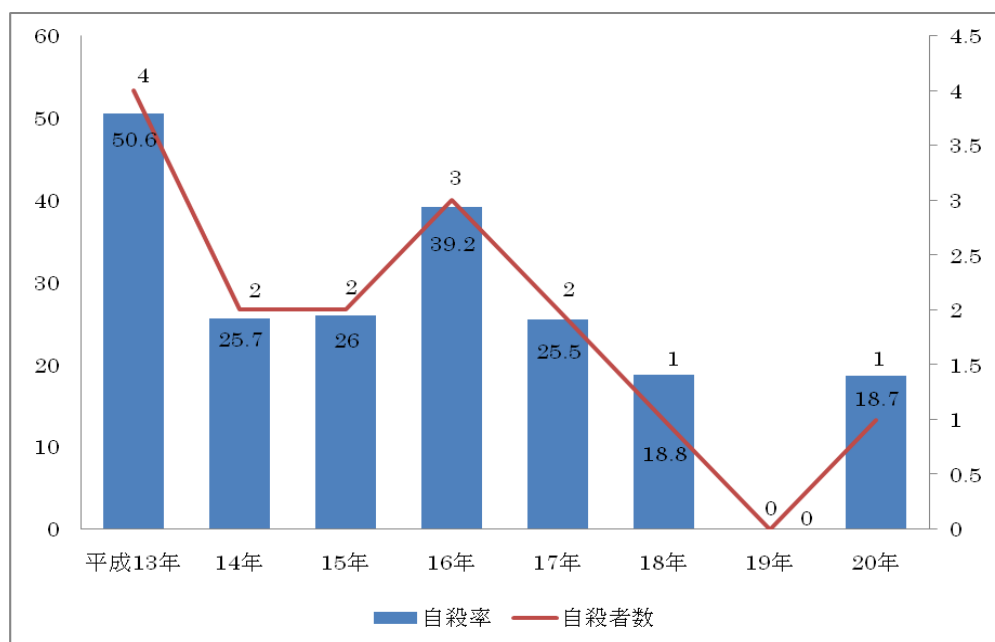
合川町は、秋田県北部に位置する人口約8000人、農林業の町である。合川町では「ふれあい相談員」というものが生まれた。多くの人は、心の悩みを受け止めるのは精神科医、臨床心理士といった専門家の役割で、一般人は関わるべきではないと考えている。しかし、地域住民もうつ病や自殺予防の基礎的な知識を身につけて、うつ病の可能性のある人の役に立つことはできるのではないかという考えから「ふれあい相談員」は誕生した。

「ふれあい相談員」育成事業の名の下に、身近な人の話し相手や相談相手になりたいと希望する人を対象として、心の健康や相談の基本的技術である傾聴法を学ぶ研修会を受講してもらい、六回の研修を受けた人が「ふれあい相談員」の認定を受けることができる。相談員は高齢者の家庭を訪問し話し相手になることで、一人暮らしの高齢者の心理的な孤独を癒す役割を果たしている。そうすることで、うつ病の予防、早期発見が可能になる。この取り組みは、合川町が北秋田市に合併した後も続けられ、さらに他市町村、青森県などでも相談員を養成しようという動きが見られ、「ふれあい相談員」は、住民を巻き込んだ地域づくり型の活動の成功例として広がりを見せている。

図3-5に合川町の自殺率・自殺者数の推移を示した。平成13年から15年までが事業の実施期間中であるが、大きな変化は見られない。しかし、事業終了後の平成16年以降は、自殺

者はあまり出ていないことがわかる。人口数千人程度の一つの町の数年間の自殺者数の変動だけから自殺予防対策の効果を評価することは難しい。しかし、この「ふれあい相談員」育成事業は、同じくモデル町に指定された千畑町にも普及しており、モデル町全体としては介入前と比べて明らかな減少を示しているので自殺予防対策の効果があったのではないかと考えられる。

図3-5 合川町の自殺率・自殺者数の推移



(秋田県警のデータより作成)

第3節 モデル事業における成果

第1章では新潟県松之山町で行われた自殺予防対策の成功例を述べたが、秋田県の自殺予防の取り組みを比較してみたい。まず、秋田県の自殺予防モデル事業は、「健康日本21」という国の健康増進政策を受けて計画された「健康秋田21」という県の自殺予防施策の一環として行われた事業である。10年後の自殺率を約3割減少させるという数値目標を掲げて実行される健康秋田21計画の重要な施策体系の中で行われた事業の成果であるという点が特筆すべきことなのである。松之山町では地域保険活動としての自殺予防対策は行われたが、この活動は単独の町で実施された対策である。秋田県の自殺予防モデル事業は県の予算の裏づけで行われており、さらに秋田県健康づくり条例という法的根拠に基づいて行われた自殺予防対策であった。自殺予防対策の根拠を条例で根拠づけた自治体は秋田県が初めてであり、この点も日本の自殺予防対策の歴史の中では画期的なことであるといえる。また、秋田県の自殺予防モデル事業は六町を対象に、ほぼ同じ対策のメニューを実施した事業である。松之山町の例と違い、自殺予防モデル事業の成果を評価するにあたっては、自殺率の変化を統計学的に観察するのに十分な人口数を確保できた点が大きなメリットであった。その結果、対策を実施した2～3年後に、科学的な評価に耐えられるデータを得ることができたのだ。このような点が松之山町の先行事例と異なっていた。

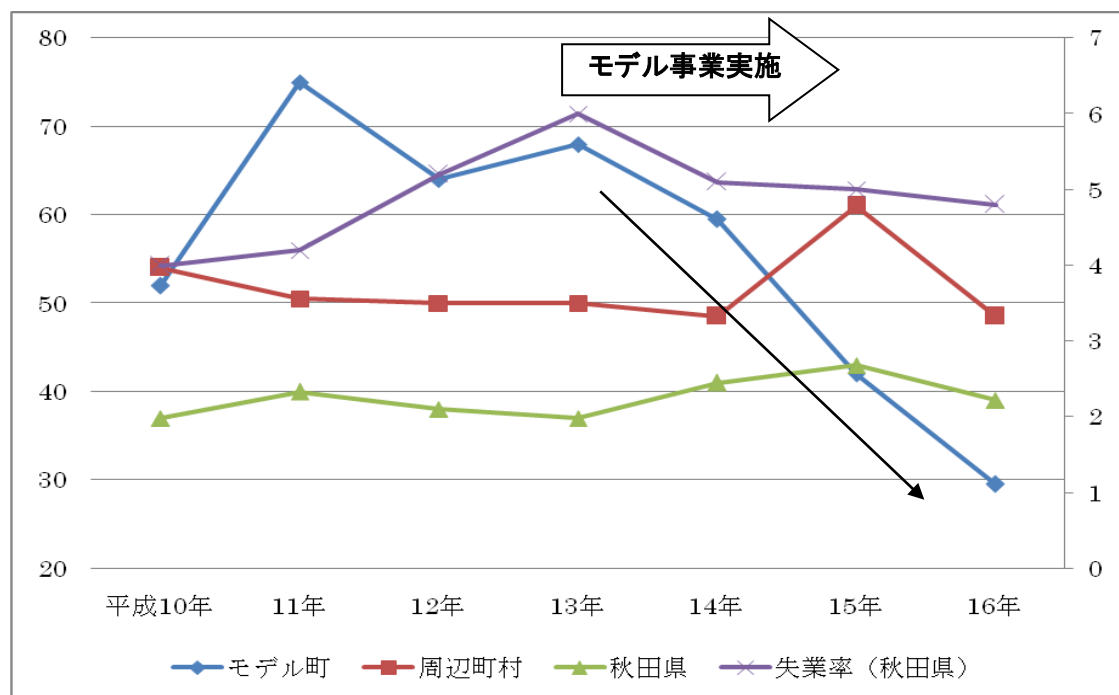
下図は、秋田県で自殺予防対策が成功した証拠となるものである。図3-6は、平成10年から平成16年における、自殺予防対策モデル事業を実施した六つの町の人口10万人対

の自殺率の推移を示したものである。モデル町では事業開始前と比べて、自殺率は約 50% の減少を示した。これに対して、秋田県全体の自殺率とモデル町の周辺市町村では、自殺率は減少傾向を示さなかったのである。ちなみに周辺町村では、モデル町のような濃密な対策は実施されなかった。

ここで考えられるのは、秋田県の失業率の推移との関係性である。もし、この期間に秋田県の失業率がモデル町の自殺率と同じように下がっているならば、それはモデル町の自殺予防対策が有効であったと断言することはできない。しかし、図 3-6 を見る限り、平成 13 年から 14 年の 1 年間で失業率が下がっているものの、それ以降は大きく下がっていないことから、失業率との相関は認められない。つまり、モデル町での自殺予防活動は有効なものであったことが確認できた。

図 3-7 は、秋田県における自殺予防対策が行われる前（平成 10 年 - 12 年平均）の自殺率の市町村別分布と、自殺予防対策が本格的に開始された後（平成 16 年 - 18 年平均）の自殺率の市町村別分布を表している。秋田県では平成 13 年から徐々に市町村合併が進み、合併前と合併後の図を比較することには困難があるが、参考までに提示しておく。

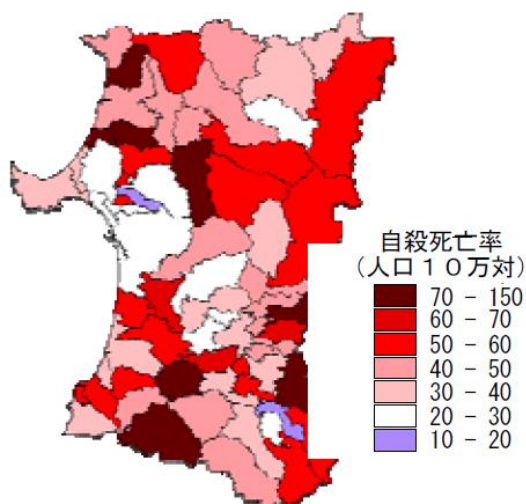
図3-6 自殺予防モデル町の自殺率の推移



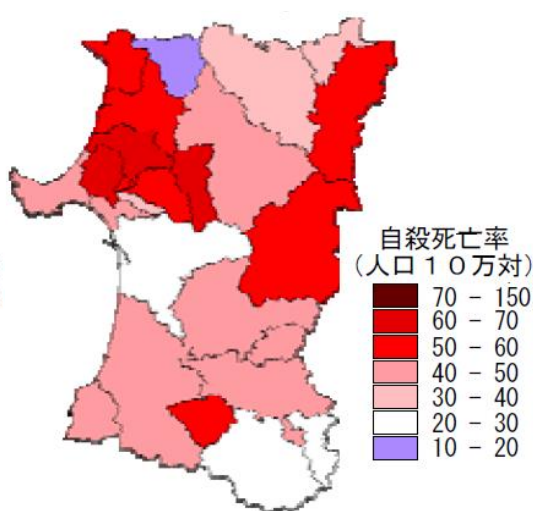
(秋田県警のデータより作成)

図3-7

秋田県の自殺率の市町村別分布
(平成10年 - 12年平均)



秋田県の自殺率の市町村別分布
(平成16年 - 18年平均)



(出典：『心といのちの処方箋』)

それでは、秋田県で行われた自殺予防対策で自殺者数を減らすことができたのはなぜなのか考えてみたい。

まず考えられる理由は、松之山町で行われたように、うつ病対策を中心とした事業の実施により、住民のうつ病に対する理解が深まり、うつ病の早期発見と早期治療につながったという仮説である。この仮説を検証するためには、モデル町の住民が、一般医療機関や精神科クリニックに受診する機会が増えたかどうかという客観的データが集められればよいのだが、そのようなデータが収集できないので確かなことは言えない。秋田大学が関与して、住民のうつ病のスクリーニングとハイリスク者の事後指導を行っていたが、事後指導を行うことができたのはうつ病のハイリスク者の五分の一程度というデータが出ており（本橋2008）、ハイリスク者への事後指導が効果的であったと断言することはできない。また、住民のスクリーニングで事後指導できたハイリスク者でも、すでに医療機関を受診していた者が多かったということも判明しており（本橋2008）、スクリーニングにより医療機関への受診が大きく改善したとは思われないのである。以上より、うつ病の早期発見、早期治療という二次予防的な方法は、自殺者減少にたしかに貢献しているものと思われるが、秋田での減少の主たる理由ではないと考えられる。二次予防だけが自殺予防の確実な対策ではないことが明らかになったといえる。

もう一つの理由として考えられるのは、自殺予防に関する健康教育や広報啓発活動などの一次予防の取り組みが功を奏し、うつ病や自殺に対する地域の人々の偏見が徐々に取り除かれていったことが効果的だったのではないかと考えられる。特に、マスコミ報道を通じた自殺予防の啓発は効果的であったのではないかと考えられる。NPO 法人自殺対策支援センターライフリンクの清水康之氏によると、自殺対策全国フォーラムの「メディアの役割」分科会で、自殺対策における住民の意識啓発や民間団体の活動を支援する上で、マスメディアの報道が極めて大きな役割を果たしていると報告した。ライフリンクは、秋田魁新聞の自殺対策報道の効果についてデータを通じて分析した。過去の秋田魁新聞の自殺対策関連記事の掲載件数をまとめ、一般県民100人や19の民間団体への意識調査を実施し、報道と自殺対策の関連を多角的に調べた。この結果、モデル事業実施期間中の、自殺者数

が減少した平成16年には、モデル事業実施前の平成12年と比べて秋田魁新聞の自殺対策関連記事が4割増えていたことが明らかになり、自殺者数の減少と関連記事の掲載件数が密接に関係しているという記事も出ている（秋田魁新聞/2009/9/28）。また、うつ病などの精神性疾患はおぞましいもの、忌むべきものといった偏見が一般の人々の間には根強く、一度かかったら直らない、人には絶対知られたくないという感覚が人々の間に残っていると考えられる。もちろん病気や悩みは人には知られたくないものであるが、専門家や信頼できる第三者に相談することで、心の重荷を減らすことができるということを住民は理解し始めているといえる。自殺についても同様で、身内に自殺した人がいることは知られたくないことだし、自殺という言葉は口にしたくない。「自殺した人は弱い人なのだから」、そういう人のことは口に出すべきではないという想いが強いのではないだろうか。モデル町で進めた対策には、「隠しておきたい、誰にも話したくない」という気持ちを少しでも変えて、信頼のできる第三者には思い切って悩みを相談してみようということを理解してもらう事業が含まれている。健康教育や広報啓発活動といった一次予防活動の実施により自殺者数が減少傾向を示した先行事例としては、第2節で述べた東由利町の活動事例がある。うつ病や自殺に関する一般的な健康教育だけでなく、全戸配布リーフレットの作成、小地区ごとの健康教育（ロールプレイなどを含む）、ふれあい相談員の育成などで幅広くヘルスコミュニケーションを行ったことが、自殺率減少に効果的であったのではないかと考えられる。

また、地域に対する信頼や住民同士のつながりを高めていくことが自殺予防対策では重要なのではないかという視点がモデル町での自殺予防対策には組み込まれているといえる。地域に対する信頼や住民同士のつながりということは、ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）という言葉で表される。これは、個人主義が強くなり家族関係が希薄化する社会の中で、社会における人間関係や地域のネットワークの大切さを見直すべきだという中で注目されてきた概念である（大辞林第二版より）。地域における自殺予防対策を進めることは、いい意味でのソーシャル・キャピタルを強化することであると思う。人々がお互いに助け合い、ネットワークを強めていくことで、自らの悩みを解決していく糸口を見つげられるようにする。そのために社会ができることを地域全体で進めていくのである。

以上、地域において自殺予防を進めるために必要なことは、うつ病に対する一次予防を中心とした啓発普及活動を積極的に進め、地域におけるソーシャル・キャピタルを強化することであるということが、秋田県の経験から導き出せるのである。

第4節 まとめ～地域づくりとしての自殺予防～

結局のところ、秋田県がやってきたことは何かというと、「地域づくりとしての自殺予防」というものだといえる。悩みを抱える人が助けてほしい思ったときに、必要な支援がきちんと届くような地域。自殺やうつ病などに対する無理解、偏見がない地域。このような地域を作っていくことで自殺は予防できるというのが、「地域づくりとしての自殺予防」の考え方である。

地域を生活の中心としているのは、主として高齢者、女性、農林水産業や自営業に従事している人たちなどである。「地域づくりとしての自殺予防」は、この人たちを主な対象としたものと、一応は言える。もちろん、自殺予防対策を実施するのは地域だけではない。働く世代の人たちの自殺予防対策は、職場での対策を重視する方が効果的と考えられるし、次代を担う子どもたちへの教育は、学校や家庭が中心になる。しかし、働く人も子どもたちも、日中の活動が終わればみな地域に戻って休息することになる。休息の場である地域での自殺予防対策は、妻や母親や友人知人のようなキーパーソンを介して、働く人や子ど

もたちに対しても一定の効果をもたらす。人間は一人で生活しているわけではなく、自分の住む地域と様々な関わりを持ちながら生活している。人間関係を中心に考えてみれば、親戚や知人、隣近所、町内会、趣味のつながり、子どもの学校のPTAなどが、地域の人間関係として挙げられる。都市部では、このような人間関係は煩わしいものとして避けがちになるが、農村部では人口が少ないこともあって、このような地域における人間関係のつながりが大きい。何かの悩みを抱えたときに、誰にも相談せずに一人で籠もって悩み続けるか、それとも身近な人や地域の相談窓口に出かけて話を聞いてもらうか、果たしてどちらが望ましい対処方法だろうか。後者の方が良さそうだと賛成する人の方が多いのではないだろうか。人間は本来、社会的動物であり、一人ひとりが個性を持ち、社会との関わりを持ちながら生活しているのが人間である。悩みを抱えたときには誰かに助けを求めるというのが自然なあり方である。そして、悩みを抱えた人を支援することができる地域がそこにあること。「地域づくりとしての自殺予防」ということを強調する場合の「地域づくり」の意味とは、そういうことではないだろうか。つまり、地域とは人々の生活を包み込むものであるから、気持ちよく過ごせる町であってほしい、ということなのである。心に悩みを抱えた人を突き放すのではなく、やさしく受け入れるような地域社会をつくっていくことこそ、自殺予防対策をするうえで重要なことといえる。繰り返すが、地域づくりのために、自殺予防の観点からみて必要なことは、自殺やうつ病などに対する人々の偏見やタブー視を取り除き、地域の人々の公的なネットワークを活用して自殺予防に関する様々な活動を立ち上げ、誰もが身近な地域で悩みの相談を受けられるような地域社会を構築することなのである。このようなことが秋田県では実践されていたのである。

第4章 これからの課題

これまで述べてきたように、秋田県では熱心な取り組みが行われ、成果が少しずつ表れてきている。第4章では、第3章で述べてきたこと以外に、秋田県の自殺を減らすうえで、何か有効な対策があるのではないかと思い、秋田県におけるこれからの課題、方向性を私なりに考えていきたいと思う。

第1節 自殺者が多い都市での対策

第3章では、有効な自殺予防対策によって、モデル町での自殺者数は確かに減少したということを書いてきた。しかし、秋田県全体としては、自殺率が全国一高いという状況は未だ変わっていない。秋田県におけるこれからの課題としていえるのは、自殺者が多い都市での対策なのではないかということである。

例えば日本全体として見てみる。日本ではこれまで、自殺率の高い地方自治体では積極的な自殺対策が推進されてきたが、自殺率の低い自治体では、自殺対策の取り組みは低調であった。自殺率ではなく、実際の自殺者数を見てみると、秋田県の自殺率は日本で最も高いのだが、自殺者数は秋田県警データ（平成20年）では410人である。これに対して、東京都では2667人、大阪府では2072人の自殺者が出ているのである。他にも政令指定都市である横浜市、名古屋市の自殺者数は、それぞれ654人、479人と秋田県の自殺者数より多い（人口動態統計のデータより）。これらの大都市圏では自殺率が低いために、地方自治体レベルでの自殺予防対策が東北地域ほど熱心に行われていない。しかし、自殺者の絶対数からすれば、大都市圏での自殺予防対策の充実こそが日本全体の自殺者数の減少に必要である。3万人を超え続ける自殺者をいかに減らすのかということを考えたとき、自殺率の高さだけに注目して対策が行われるのではなく、実際の自殺者数の多さに目を向けて対策が行われる必要がある。このことは秋田県内においても同じことがいえる。秋田県でモデル町に指定されたのは、基本的に農村町であったので、自殺者が多くなっている都市部での自殺予防対策が必要になってくる。

それでは、都市部での自殺者数をどう減らしたらいいのか、都市部での有効な自殺予防対策はどのようなものか、秋田県の農村部で取り組まれた成功事例は都市部でも有効なのだろうかという疑問もある。しかも、都市部で自殺予防の取り組みに成功したという事例が日本ではまだ報告されていない。しかし私は、第3章で述べてきたような取り組みのエッセンスは都市部でも応用可能なのではないかと考えている。秋田県における成功の秘訣は、第3章で述べたとおり、個人に着目したミクロな個別的対応より、集団を対象としたマクロな啓発活動、情報提供活動を重視したことにある。地域全体、あるいは集団を対象とした啓発普及活動を様々な形で展開していくことが、秋田での自殺予防対策の基本であった。都市部の人口規模は、農村部に比べると大きなものである。しかし、人口が多ければ、小規模な地域を設定して、その中で有効な地域の対策を実践していくことができる。そしてその区分けされた小地域では、秋田県で培われた啓発普及活動のノウハウを活かすことは、十分に可能なのではないだろうか。

平成18年度から、秋田県でも県内の都市部をターゲットにした本格的な自殺予防対策が開始されている。能代市と鹿角市が対象地域である。能代市の人口は約6万人、鹿角市の人口は約4万人である。能代市の自殺予防対策は、厚生労働省の大規模な戦略研究プロジェクトの一環として行われている。そこでの具体的な対策は、秋田の農村部で行われたものに比べて、人口が大きい分だけ予算も大きくなり、実施計画も大がかりなものになって

いる。しかし、対策の基本は変わっていない。もちろん、マスメディアの動員や啓発のためのイベントの実施には、都市部なりの工夫が必要になってくると思う。農村部と違って、講演会に人を呼ぶにしても、地域の住民組織の協力が得にくいなどの難点もある。また、都市部といっても、山の手と下町では、町の雰囲気も人々の親密さも異なっているので、一律に対策を実施するのが効果的とは思われない。やはり、都市部をいくつかの地区に分け、地区の実情に応じた対策を考える工夫が必要だろう。

第2節 地域社会の再構築

心の悩みを抱えたとき、地域に相談窓口があるにも関わらず、そこに行く勇気を出せない人がいる。他人に悩みを話せばすぐに町の人にも知られてしまうのだから、誰にも話など出来るわけがないと思う。また、身近な人が自殺してしまったとき、その事実を恥ずかしいこと、語るべきでないこと、という考えにとらわれてしまう。勇気が出せないのは、勇気を出そうとする人の出鼻をくじいてしまう雰囲気が地域に存在するからである。心の悩みをうまく周囲に伝えられない人や、自殺者の遺族などは、新たな自殺のリスクが高い人である。このような人たちのために様々な相談窓口が用意されているのだが、自殺に対する偏見が強い地域であれば、そこまでたどり着けないのである。そして、人間関係がより濃密である秋田県の農村部でも、そのような偏見が都市部より強固な傾向があると考えられる。秋田で行われた自殺予防の実践活動は、自殺やうつ病に対する正しい知識を提供すると同時に、地域に漂う自殺や精神障害に対するタブーをぬぐい去る努力でもあった。これは、人々が自分の住む地域への信頼感を高めていくよう支援することであったと言い換えてもよい。

本橋氏は、地域の人々の信頼感の強さが心の健康の良し悪しと関係しているのではないかと、という仮説をたて分析している（本橋 2008）。本橋氏は平鹿町（現横手市）において、以下のような調査をした（調査対象者数 7801 人）。「近所の人はお互いに助け合う気持ちがあるか」という質問に対して、「たいへんある」「ある」「ない」「ほとんどない」という四つの選択肢の中から一つを選んでもらい、このうち「たいへんある」と回答した人の割合を、地域への信頼感が強い人の割合とする、というものである。この平鹿町における調査によって、「近所の人はお互いに助け合う気持ちがある」と答える人の割合が高い地域では、うつ的な症状を訴える人の割合が少ないということがわかったのである。同じように、「地域への愛着」「人々のつながり」などの項目に関する質問も作られたが、同様の結果が得られたというのだ。

以上の調査結果は、地域への信頼や人々のつながりといった目に見えにくい要因が、心の健康状態に関わっているということを示している。地域の中で心の悩みを抱えた人々が、気軽に話したり相談したりできる相手が身近にいないようにすること、古い慣習やしがらみを超えた新しい人々のつながりを地域で再構築していくことが、自殺予防対策になる。家族や地域の人々のつながりが時代の変化とともに拡散してしまったのが現代の状況であり、この状況に反することは難しいとしても、現状の中で新たな信頼感やつながりを再構築していくことは可能であると思う。

第3節 ポストベンションの重要性

自殺は個人的な問題としてとらえられる傾向があるが、決してそうではないと思う。自殺行動が一件起きると、最低5人が深刻な影響を受けるといわれているように（高橋 2006）、家族をはじめ友人や知人、職場の同僚など、多くの人が自殺による影響を受けている可能

性がある。特に、家族の死は遺族にとって大きなストレスを与えるものである。人生の中で体験する様々な心理学的・社会的ストレスを測定する社会的最適尺度において、配偶者の死は100点満点中の100点を付けられている（本橋 2008）。離婚（73点）や解雇・失業（47点）に比べても、配偶者の死の点数は高く、人生の中で最も大きなストレスとされている。事故による死亡も突然の死別喪失体験ではあるが、自殺の場合はその意図に気付くことができなかったという気持ちや、自分が気付いていれば止めることが出来たのではないかという自責感を抱かせてしまうことが多い。一方、自殺で亡くなったことを知っていても、遺族に対してどのように対処したらよいかわからず、話題にすることも避けてしまうこともある。遺族は突然家族を失った悲しみを分かち合うことが出来ないだけでなく、地域の偏見に苦しめられることにもなりうる。このように、自殺は個人の問題ではなく社会全体の課題であるといえる。

私が思うのは、秋田県のような自殺率が高い地域の住民は、身近で自殺する人が多いのだから、自殺による死別体験を経験している人が多いのではないかということである。では、秋田県のような農村県では身近で自殺した人が本当に多いのだろうか。地域住民はどれだけ自殺を身近に感じているのだろうか。秋田大学医学部が、東由利町で実施した調査結果（調査対象者 2287 人）を見てみたい（佐々木他 2005）。「あなたが知っている人（家族・知人）で自殺した人はいますか」という質問をすると、驚くべきことに 38.5%の人が「いる」と回答した。東由利町は、調査を実施した平成 14 年の時点では、秋田県の中でも自殺率が高い地域であった。しかも、38.5%という数字は、自殺予防対策に取り組んでいる六つのモデル町の中でも最も高かった。また、まわりに自殺した人が多いという結果は、他のモデル町で行われた調査によっても同様の結果が得られている（佐々木他 2005）。

このように、秋田県の農村部では、身近な人で自殺した人がいるという割合が高く、自殺という現象が身近に存在するということは、秋田の人たちにとって確かな事実であるということが報告されている。身近に自殺した人が多いという環境は、うつ状態の人にとって良いものとはいえない。そのような環境が、自殺という選択へと後押しする要素となる可能性は否定できない。身近な人の自殺を経験した人自身の自殺率は、そのような経験のない人の自殺率よりもはるかに高いともいわれている（高橋 2006）。心理的に追い詰められたときに、自殺という選択肢が無意識のうちに上がってこないようにするためにも、地域が果たす役割は大きいといえる。また、身近な人が自殺したという経験は、遺されたものの心理に大きな影響を及ぼし、自殺者の遺された家族に、何らかの心理的ケアが必要な人がいる可能性は高い。

そこで、地域における自殺予防対策として、ポストベンションの重要性を指摘しておきたい。自殺予防では、自殺が起こらないようにするプリベンション（一次予防）、自殺の危機にある当事者が、危機を回避できるような援助をすることをインターベンション（二次予防）というが、ポストベンション（三次予防）とは、自殺によって遺された人たちへの影響をできるだけ少なくするための「心のケア」を行うことである。

秋田県でのポストベンションの取り組みは、プリベンション、インターベンションと比べてやや遅れをとっているといえる。自殺予防対策の開始直後は、事前予防や自殺発生の危機への対応で精一杯だったということがある。ともあれ、秋田県では平成 16 年度から、ポストベンションの視点を取り入れた自殺予防対策を進めることになった。自殺遺族の団体である「あしなが育英会」の関係者を講師に招いて、保険師などを対象に「自死遺族ケアのあり方に関する研修会」を開催し、「いのちの電話」などの NPO 団体へ助成を行うなどの内容である。行政がこの領域で直接できることは限られているという認識に立って、この分野で活躍している民間団体への支援を強めようという発想であると考えられる。

ポストベンションの先進的な事例として、防衛医科大学校の高橋氏のグループが行って

いるプログラムを簡単に紹介したい（本橋 2008）。自衛隊員のメンタルヘルス対策の一環として、ポストベンション活動が実施されている。まず自殺が起きたときに、現場からの要請に基づき精神科医や心理職の2～3名のチームがポストベンションを担当する。心に大きなショックを受けた同僚のケアをしていくことが目的である。自殺が起きた直後に、自殺者の周囲の人を対象に、2～3時間かけて自殺のことを振り返り、感情の発散などを行う。参加者が自分の内面を表現することで、それぞれの人が受けた心の痛みから立ち直る機会を設けるものである。

秋田県では、このような具体的なポストベンション活動はまだ大きな広がりを見せていない。このような取り組みを、職域だけでなく、地域、学校、その他の様々な場へと広げられるようにすることを、今後考えていかなければならないだろう。

おわりに

秋田県は、のどかな田園にみえる農村が多く広がっているが、人々の生活しているところには悩みがあり、孤独や貧困といった問題が渦巻いている。観光客が見るのどかな風景と、そこで暮らしている人々の生活のとの間には、おのずからズレがある。緑豊かな秋田の地で、いったいなぜ自殺率が高いのか、どうすれば自殺を減らすことができるのか、私が自殺問題に興味を示し始めてから、常に明らかにしたいと思っていたことである。

本論では、平成 12 年以降の秋田県が取り組んできた自殺予防対策を見てきた。困難に直面したときに人に頼るのは恥ずかしいことではない、自分の弱さを人に見せるのは弱いことではない、死の他にいくらかでも解決策がある、ということを住民一人ひとりに理解させること。そして、心理的な悩みを抱えた人を周囲から支え合うというシステムを社会に整備すること。これらが秋田県における自殺予防対策の基本であった。こういった努力により、確かにモデル町では自殺者数減少に成功した。この事業の成果から分かったことは、自殺予防対策は一朝一夕にして効果が現れるものではなく、かなり長期的で、地道で、粘り強い取り組みを継続していく必要があるということである。少しばかり自殺が減ると、社会の関心が冷めてしまうという一過性のブームとして終わらせてはならない。

平成 21 年の日本の自殺者数は 3 万 2753 人で、過去 5 番目に多かったことが警察庁のまとめで分かった。まだまだ日本の自殺は深刻な状況にある。秋田県での年間自殺者 400 人の時代を早く終わらせ、自殺対策の必要性など語られなくなる社会に戻ることを願っている。また、最後に、安心して悩める社会の構築に向けて、社会全体で努力することの重要性を、あらためて確認したい。

参考文献・参考資料

- 本橋豊『自殺が減ったまち～秋田県の挑戦～』 岩波書店 2008
- 本橋豊『自殺対策ハンドブック Q&A』 ギョウセイ 2008
- 本橋豊『 - 秋田大学自殺予防研究プロジェクト - 心といのちの処方箋』 秋田魁新報社 2005
- 本橋豊・高橋祥友・中山健夫・川上憲人・金子善博『STOP! 自殺～世界と日本の取り組み～』 海鳴社 2006
- 高橋祥友『自殺予防』 岩波書店 2006
- 河西千秋『自殺予防学』 新潮社 2009
- 佐々木久長・本橋豊『自殺高率地域の住民に対する意識調査』 2005
- 内閣府経済社会総合研究所委託調査 自殺の社会経済的要因に関する調査研究報告書 2006
- 内閣府『平成 19 年度版 自殺実態白書』
- 内閣府『平成 20 年度版 自殺対策白書』
- 『精神医療』編集委員会『精神医療 NO. 53』 批評社 2009
- 『データで見る県勢 2007 年度版 第 16 版』 矢野恒太記念会 2006
- 『データブック・オブ・ザ・ワールド 2006 年度版』 二宮書店 2006
- WHO（世界保健機関）<http://www.who.int/en/>
- 警察庁 <http://www.npa.go.jp/>
- 秋田県警 <http://www.police.pref.akita.jp/kenkei/index.html>
- 内閣府政策統括官 <http://www8.cao.go.jp/souki/index.html>
- 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>
- 総務省 <http://www.soumu.go.jp/>
- NPO 法人 自殺対策支援センターライフリンク <http://www.lifelink.or.jp/>

注釈

¹都道府県別に、死亡数を人口で除した通常の死亡率を比較すると、各都道府県の年齢構成に差があるため、高齢者の多い都道府県では高くなり、若年者の多い都道府県では低くなる傾向がある。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率が年齢調整死亡率（人口 10 万人対）である。この年齢調整死亡率を用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正確に地域比較や年次比較をすることができる。