

# 自殺予防における総合型地域スポーツクラブの可能性

## －「つながり」の視点から－

かのう ひで とし  
和 秀 俊

### 〈要 旨〉

本研究は、事例研究を通して、自殺予防に向けた「つながり」やソーシャル・キャピタルと、それらを形成する「きっかけ」や「仕組み」を検討することを目的とする。まず、全国の中でも自殺率が高い自治体の中で、ここ数年あまり自殺率が減少していないA県、B県、C町の関係諸機関を対象としたヒアリングやインタビュー調査、その際頂いた資料、参与観察をもとに事例研究を行い、自殺予防に向けた「つながり」やソーシャル・キャピタルを検討した。その結果、多様性や主体性、本人そのものを認め、「しがらみ」が少なく、いつでも周囲と相談でき、互酬性の規範が強すぎない緩やかな「つながり」が、自殺予防に繋がる「つながり」であることがわかった。次に、A県の中でも自殺率が高いF市の総合型地域スポーツクラブであるGクラブに参加している10名の男性高齢者を対象としたグループインタビュー、クラブスタッフへのヒアリング、A県の関係諸機関から頂いた資料をもとに事例研究を行い、自殺予防に向けた「つながり」を形成する「きっかけ」や「仕組み」を検討した。その結果、総合型地域スポーツクラブのようなアソシエーションは、スポーツによる心身の健康づくりを通して、地域の「しがらみ」が少なく本人そのものを認め、いつでも周囲と相談でき、多様で緩やかな「つながり」を主体的に構築することができるサードプレイスであり、自殺予防に向けた「きっかけ」や「仕組み」となる可能性が示された。

### 〈キーワード〉

自殺予防、総合型地域スポーツクラブ、「つながり」、アソシエーション、サードプレイス

## I. はじめに

### 1. 男性高齢者の孤立化

超高齢社会であるわが国において、2007年から団塊世代の一斉退職をはじめとして会社退職者、特に男性の定年退職者(以下、男性退職者)が急増し、彼らが現役時代に培ってきた技術や知識、ネットワークを福祉のまちづくりや福祉コミュニティ形成に活かしていくことが期待されている(奥田 1993:6, 上野谷 2002:46, 和 2010a:12, 片桐 2012:18-19)。しかし、会社人間として働いてきた男性退職者は、現役時代は家と会社の往復で家や地域のことは妻に任せたままだったため、定年後はまちづくりどころか家族や地域社会に溶け込めず自分の居場所すらない(奥田 1993:5, 前田 2006:87, 片桐ら 2010:40-41)。これらの状況は、団塊の世代も例外ではなく、定年後の生活への「不安」がこの世代を象徴する気分であるという(天野 2001:178-179)。その結果、家に閉じこもり気味になり、心身の健康を害してしまい、自殺に至る人も増えてきている(片桐 2012:20, 和 2012a:20-21)。また、このことは男性退職者だけの問題ではなく、配偶者である妻にとっても大きな問題である。つまり、「濡れ落ち葉」のようにいつも妻と一緒にいたり、特に趣味もなく妻の気持ちも考えずに一日中家におり、妻の行動を監視し何するにしても口出しをする夫と退職後の家庭生活を送ることによって、主人(夫・亭主)在宅ストレス症候群やノイローゼになってしまう配偶者もいるのである。高齢社会の到来は豊かな人生を楽しむ可能性を広げるという積極的な面がある一方で、高齢者の自殺の全自殺に占める割合が極めて高くなるという負の側面もあわせもっていることが指摘されている(高橋 2008, 本橋・金子 2008)。

したがって、家庭内外で退職後の生活を上手く構築できない男性退職者にとって、地域での生活が重要となってくる。このことは、特に異質で多様な住民層が生活し多面的で重層的な地域である大都市圏郊外に顕著であるという(奥田 1993, 前田 2006, 齊藤 2006, 若林 2007)。また、高齢期の生活構造は活動範囲、日常生活圏域は限られてくるので、身近な地域での生活をする、つまり地域生活者となることが求められる。男性退職者を対象に質的調査の結果をM-GTA(修正版グラウンデッドセオリー・アプローチ)によって分析し、その結果を天野の生活者論(天野 1996)や古川の生活者の捉え方(古川 2005)、社会学の生活構造論(青木・松原・副田 1971)や役割理論(金子 1993)などを用いて考察した結果、男性退職者が地域生活者となることとは、男性退職者が「多様な人々が身近な地域で緩やかな『つながり』や無理のない気軽な『助け合い』を形成し、地域における役割を獲得し自己存在を確認すること」であり、従来の生活者論で言われている自立・自律性が高く、期待概念、当為概念としての強い個人ではなく、他者と「つながり」を形成し「助け合い」ながら生活しているごく普通の大多数の弱い個人である男性退職者が地域生活者となることであった(和 2010a, 和 2013)。したがって、大都市圏郊外において、男性退職者がどのように身近な地域で多様な地域住民と「つながり」を形成し「助け合い」ながら、地域生活者となるかが重要な課題である。そのためには、彼らが地域生活者となる「きっかけ」や「仕組み」づくり

が不可欠であろう(和 2010a)。

## 2. 高齢者の自殺の現状と課題

内閣府「平成 27 年中における自殺の状況」によると、2015 年における日本の総自殺者数は 24,025 人、人口 10 万人当たりの自殺者の数(自殺率)は 18.9 人である。これは同じ年の交通事故死者数(4,117 人)の 5.83 倍に上る。1998 年には年間自殺者数が 32,863 人となり、統計のある 1897 年以降で初めて 3 万人を突破した。この急増は、金融破たんによる借金苦による中年男性の自殺の増加であったことが明らかにされている(本橋 2007)。さらに 2003 年には 34,427 人に達し現在までにおける過去最高となっている。以降は 2009 年まで 32,000 人台で推移し、1998 年以来年間 3 万人を超える状況が続いている。2006 年に自殺対策に関する初めての法律である自殺対策基本法が施行され、2007 年には政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱が策定されたことによって、うつ病などの精神疾患に対する普及啓発活動や総合相談窓口の整備などの自殺対策の成果が表れ、2012 年は 27,858 人となり 15 年ぶりに 3 万人を下回ったものの、依然として高齢者の自殺者数が多い。高齢者(60 歳以上)の自殺者は、総自殺者数の約 4 割(41.1%)となっており、その中でも男性高齢者は 6 割強(64.3%)と女性より非常に多い。これは、女性高齢者 3,521 人に対し、1.8 倍にあたる 6,362 人の男性高齢者の自殺があったという数字からも窺い知ることができる。このように、日本において高齢者の自殺、特に男性高齢者の自殺は、深刻な社会問題といえよう。これは、中高年男性が男性役割というジェンダーに捕らわれているがゆえの弱さからくる生きにくさが原因ではないかとの指摘もある(高原 2010)。

また職業別にみると、無職者が 14,322 人(59.6%)と自殺者数の約 6 割を占め、次いで被雇用者・勤め人 6,782 人(28.2%)、自営業・家族従事者 1,697 人(7.1%)、学生・生徒等 835 人(3.5%)の順となっている。無職者の自殺者数の年齢階級別構成割合によると、男女とも 70 代が最も多く(男性 21.1%、女性 20.8%)、次いで 60 代(男性 20.1%、女性 18.6%)、80 代以上(男性 15.4%、女性 17.9%)と続く。特に男性は、60 歳以上の高齢者の中では 60 代の自殺者数が最も多いことから、定年退職後しばらくの期間に自殺者が多いといえるであろう。就労者の多くが定年期を迎え、人々のライフスタイルが大きく変化する 60 歳を境に、自殺死亡率もまた大きく変化することが明らかにされている(清水 2000:16-24)。したがって、男性退職者の自殺が、わが国において重要な課題であると考えられる。

定年退職制度(mandatory retirement)とは、就業規則または労働協約により一定の年齢を定め、労働者がその年齢に到達した時点で、雇用契約が終了するという制度である。日本の多くの企業が 60 歳定年制であるが、現在は 2000 年に高年齢者雇用促進法が改正され、定年年齢を 65 歳まで引き上げる本格的な取り組みが展開されている。定年後は、職業生活から引退する人、元の会社に再雇用される人、元の会社の子会社などで仕事を続ける人、自分で新しい仕事を見つけて働く人など様々であり、多くの場合、定年退職は職業生活からの引退を意味しないが、定年

はそれを契機として引退に向けての多様なプロセスが始まる重要なライフイベントになっている(岡 2003)。また、70代男性の無職者の自殺者数が最も多かったことからわかるように、定年退職後に何らかの形で継続していた職業生活から完全にリタイアして仕事という役割を喪失することは、男性退職者において重要な課題であると思われる。

自殺学の体系的創始者であるシュナイドマンによると、自殺予防は、自殺予防教育や啓発活動などの一次予防としてのプリベンション(prevention事前予防)、精神疾患や差し迫った危機を発見して危機介入する二次予防としてのインターベンション(intervention介入)、遺族へのグリーフケアなどの三次予防としてのポストベンション(postvention事後対応)の3段階に分類される(Shneidman 1993)。しかし、現在の自殺予防の研究や実践は、自殺は「心の健康」という個人的な課題であると位置づけ、保健・医療によるインターベンションの医療モデルが中心となって対策がなされ、プリベンション、ポストベンションはほとんど行われていないことが指摘されている(高橋 2008)。

NPO法人ライフリンクによると、自殺の背景は、「健康問題」、「経済・生活問題」、「家庭問題」、「勤務問題」、「学校問題」、「男女問題」、「その他」から構成される69項目の危機要因があり、これらの複数の危機要因が相互に連鎖し合いながら「自殺の危機経路」を形成しているという。また、高橋は、自殺の危険因子を①自殺企図歴、②精神障害の既往、③サポートの不足、④性別、⑤年齢、⑥喪失体験、⑦性格、⑧他者の死の影響、⑨事故傾性、⑩児童虐待、⑪身体疾患の既往に整理し(高橋 2006b)、気候や風土などの環境因、うつ病などの精神疾患、問題を抱えやすい性格傾向、家族間の不和や死別などの家族負因、衝動性のコントロールを障害する生物学的な要因などが複雑に関係しあって、自殺に繋がることを指摘している(高橋 2006a)。このように、自殺の原因は複合的であり社会的な問題であるため、従来の事後救済やキユアよりケアを重視した包括的、社会的な視座を踏まえた総合的な自殺予防である「福祉モデル」が求められている(木原 2012)。

自殺予防のプリベンションとして、国家レベルの貧困対策や雇用対策などの社会政策も重要な対策であるが、自殺率は青森県、秋田県、新潟県、富山県、島根県、高知県、宮崎県、鹿児島県(特に奄美群島)などが高く地域間格差があるため、自殺予防の「福祉モデル」は、より身近な地域に根差した対策が必要であり、地域社会のネットワークを基盤として地域での持続的なケアを可能とする地域福祉によるアプローチが必要である(渡邊 2007)。このように、自殺率の高い自治体において、自殺対策、自殺予防は深刻な生活問題であり、当該地域ごとに地域福祉やコミュニティ政策として取り組むべき課題である(和 2014a)。

このような中、現代社会の地域福祉の課題において、高齢者の孤独死や自殺が重要な課題として指摘され(野口 2008:25)、自殺対策として福祉コミュニティの構築やソーシャルワークの必要性が言われている(渡邊 2008:113-130)。また、自殺予防を地域福祉の対象として捉える必要性とともに、自殺予防のために地域福祉が機軸となって保健・医療と包括的な協働・連携をすること

による福祉コミュニティ形成の重要性も指摘されている(和 2014a: 47-68)。そこで、男性退職者がどのように地域社会に新たに「つながり」を形成しながら、地域社会へ溶け込み、地域生活者となるかが重要な課題となっている(上野谷 2006: 40, 片桐 2010ら: 41, 和 2010a: 12)。このことは、『地域における「新たな支え合い」を求めて—住民と行政の協働による新しい福祉』報告書においても、これからの地域福祉の重要な課題の1つとして位置づけられている(全国社会福祉協議会 2008: 39)。

そのような中、2016年に自殺対策基本法が改正され、2017年には新たな自殺総合対策大綱が策定されたことによって、地域レベルの実践的な取り組みへの支援を強化することもを目的に、都道府県・市町村はそれぞれ自殺対策計画を策定し、財源も含めた当該地域の状況に応じた自殺対策を取り組むこととなった。また、自殺対策は、「生きることの包括的な支援」であるとし、「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を図り、総合的に実施」することとなった。このように、自殺対策は、当該地域ごとのコミュニティ政策として取り組まれることとなったが、依然として、医療・保健が中心の体制づくりとなっており(同法 18条医療供給体制の整備)、地域福祉としては捉えられていないと思われる。

### 3. 高齢者の自殺の要因

内閣府「平成27年中における自殺の状況」によると、60歳以上の高齢者の自殺の原因・動機は、健康問題(身体の病気、うつ病など)が64.0%と最も多く、次いで家庭問題(親子関係の不和、夫婦関係の不和、家族の死亡など)15.3%、経済・生活問題(生活苦、負債、失業など)10.4%と続く。先行研究においても、高齢者の自殺の特徴は、うつ病と関連した自殺が多いことや、身体的症状が中心となるうつ病と関連が示唆されている(田島ら 2006)。このように、高齢者の自殺の原因・動機は、健康問題が圧倒的に多いが、次に多い家庭問題も、先にみたように定年退職後の夫婦関係から生じる課題から考えると深刻な問題であると思われる。

健康問題による病苦は高齢者の自殺の動機で最も多いが疾患が重篤な場合は少なく、癌を除けば、高血圧症、神経痛など家族の温かいいたわりがあれば癒せる疾患が多いため、真の動機は家庭内での人間関係に潜んでいるとも言われている(高橋 2009)。このように、高齢期においてうつ病などの精神的疾患や癌などの身体的疾患による健康問題が自殺に繋がるかどうかは、夫婦関係や家族関係などの家庭問題の影響が大きいと考えられる。社会的な自殺の要因として、核家族化等の家族関係の変化に伴い心理的な孤独、つまり孤独感を抱える高齢者が増えていることが指摘されている(本橋・金子 2008)。

心理社会的要因としては、高齢者が身体疾病を患ったときに家族や周りの人に迷惑と負担をかけたくない気持ちが強いことや、高齢者が配偶者や子どもとの死別や別離に伴う孤独に弱いことなどが高齢者の心理的背景にあるという。また、高齢者の自殺は、独居の高齢者よりも二世帯、三世帯同居の高齢者に自殺が多いが、その理由として、心理的側面から、家族内での心理的な孤

独、嫁姑の葛藤、高齢者に対する役割期待の喪失を挙げている(高橋 2009)。高齢者とその家族の観点から検討した下仲は、一人暮らしよりも家族と同居している高齢者の自殺率が高いことを指摘し、自殺の原因として「家族の中で取り残された高齢者の存在」を述べている(下仲 2004)。これらの傾向は、自殺率が高い郡部だけではなく都市部においても同様の傾向があり、特に男性退職者にみられることが都市部の特徴であることが指摘されている(和 2012)。

したがって、二世帯、三世帯家族の中での孤独感や役割喪失感、家族に対する重荷の意識という高齢者特有の自殺の要因を軽減させることが、高齢者および男性退職者の自殺予防において重要な課題であるといえよう。

#### 4. 高齢者の自殺予防メカニズム

「高齢者自殺の心理社会的モデル」では、老年期に役割を狭小化した生活や地域組織との交流の欠乏による「孤立を促すライフスタイル」を送ることによって、退職や配偶者の死、身体機能喪失などの「喪失体験」を経験することで心理的に孤立に陥り、うつ状態の誘発や衝動性の亢進などの「生物学的要因」によって高齢者は自殺に至るとしている(坂下 2003:19-21)。従来の自殺予防の研究や実践は、自殺に至る一步手前のうつ状態の誘発などの生物学的要因に対する対症療法的な医療的アプローチである二次予防が中心であった。しかし、坂下のモデルによると、退職や身体機能喪失などの喪失体験は、高齢期において誰しもが経験することである。したがって、喪失体験を経験したとしてもうつ状態などにならない生活を送ることが必要となってくる。そのためには、地域活動に参加することで地域における役割を獲得し、地域住民との交流を豊かにすることによって、孤立を促すライフスタイルを改善し、孤独感を軽減する一次予防が重要である(和 2011:68)。高齢者は孤独・社会的孤立に陥りやすく、自殺のリスク要因であり(本橋ら 2011)、高齢者の孤独は、自殺やうつ病に関係していることが明らかにされている(Bekhetら 2012)。

先行研究からも、高齢者が地域活動に参加することによって、地域における役割を獲得することができ(日下ら 1998, 和 2011)、また地域住民との交流が豊かになり(高野 1997, 豊島 2000, 矢部ら 2002, 古谷野ら 2005)、それらを通して「つながり」が形成され、孤独感が低くなり(小窪 1998, 和 2011, 2016)、自殺予防に繋がる可能性が示されている。

以上みてきたように、高齢者の自殺は独居よりも同居家族内での孤独感が主な原因だといわれており、高齢者の自殺予防には、地域活動に参加することで地域における役割を獲得し、地域住民との交流を豊かにすることによって「つながり」を構築し、孤立を促すライフスタイルを改善することによって、孤独感を軽減するというメカニズムを実践することが必要である(和 2011a)。この高齢者の自殺予防メカニズムは、先述した男性退職者が「多様な人々が身近な地域で緩やかな『つながり』や無理のない気軽な『助け合い』を形成し、地域における役割を獲得し自己存在を確認すること」という男性高齢者が地域生活者となる概念枠組み(和 2010a)と重なる。つまり、男性退職者が地域生活者となることが、自殺予防に繋がる可能性があるといえよう。

## 5. 研究目的

そのような中、稲葉は、男性高齢者の孤立を原因とする自殺を問題とし、社会参加などによってソーシャル・キャピタル(社会関係資本)を再構築することが、自殺予防に繋がることを指摘している(稲葉 2011)。ソーシャル・キャピタルは、内向きの指向をもち排他的になりやすい傾向がある「ボンディング(結束型)」と、外部の異なる集団との連携に優れより広い互酬性を生み出すことができる「ブリッジング(橋渡し型)」に分けることができるが(Putnam 1992)、どのような「つながり」やソーシャル・キャピタルが、男性退職者の自殺予防に繋がる可能性があるかどうかは検討されていない。併せて、そのような「つながり」やソーシャル・キャピタルを形成する「きっかけ」や「仕組み」づくりも重要な課題であるものの検討されていないのが現状である。

そこで本研究では、自殺予防が喫緊の課題であるわが国において、特に深刻かつ重要な課題である男性退職者の自殺予防に向けた「つながり」やソーシャル・キャピタルと、それらを形成する「きっかけ」や「仕組み」を検討することを目的とする。

## II. 自殺予防に向けた「つながり」の検討

### 1. 研究方法

まず事例研究を通して、自殺予防に繋がる可能性がある「つながり」やソーシャル・キャピタルを検討した。全国の中でも自殺率が高い自治体の中で、ここ数年あまり自殺率が減少していないA県とB県において、県庁の自殺対策担当課や保健センター、社会福祉協議会(以下、社協)などの関係諸機関の担当者を対象として、主に「自殺者の事例」、「当該自治体における自殺の傾向や特徴」、「自殺予防の取り組みの現状と課題」等を質問項目とし、2013年8月～2014年3月にヒアリングを行った。ヒアリングの結果とその後頂いた資料をもとに事例研究を行い、自殺率が高い地域の自殺の傾向や特徴を把握しその結果を分析した。そして、これらの事例研究の結果をもとに、自殺率が高い地域についてさらに深く研究するために、自殺率が高い奄美群島でも特に高いC町を対象として、関係諸機関の担当者へのインタビュー調査やサロン活動や地域活動等による参与観察、関係諸機関から頂いた資料によるドキュメント分析によるトライアングレーションを、2014年8月から2017年11月まで行った。

それによって、「つながり」やソーシャル・キャピタルは自殺予防に繋がるのか、またどのような「つながり」やソーシャル・キャピタルが自殺予防に繋がると考えられるかについて、探索的に検討した。

### 2. 結果・考察

A県とB県は、関係諸機関の担当者を対象としたヒアリングと頂いた資料のドキュメント分析によって自殺率が高い地域の傾向や特徴を把握し、C町は、関係諸機関の担当者を対象としたイン

タビュール調査と頂いた資料のドキュメント分析、サロン活動や地域活動等による参与観察によって、自殺率が高い地域について深く事例研究を行った(表 2-1)。以下、これらの結果をもとに考察を深めることとする。

表 2-1 調査結果の概要

エリア	対象と手法	概要
A県	県庁・保健センター職員へのヒアリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・真面目さや勤勉さを美德とし、教育を重視する県民性と、それに伴う落ちこぼれ意識や劣等感が自殺に影響している可能性</li> <li>・地域の「しがらみ」の強さが自殺に影響している可能性</li> <li>・優秀な人材が地元に戻ってこないことによる寂しさや落胆</li> </ul>
B県	社協職員へのヒアリング 頂いた資料のドキュメント分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>・あらゆる分野でB県がワースト3であることによる子どもたちの自尊心の低さ</li> <li>・生き生きとしているように見えた2名の男性退職者の自死</li> </ul>
	県庁・保健センター職員へのヒアリング 頂いた資料のドキュメント分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>・南海トラフ地震が懸念されるために産業を誘致できないことに起因する経済面と、B県の風土としての飲酒の多さによる突発的な原因が自殺に影響している可能性</li> <li>・教育を重視する県民性とそれに伴う落ちこぼれ意識や劣等感が自殺に影響する可能性</li> <li>・手塩にかけて育てがわが子が地元に戻ってこないことによる親の寂しさと落胆</li> <li>・特に、中山間部の地域の「しがらみ」の強さが自殺に影響している可能性</li> </ul>
C町	社協職員へのインタビュー サロン活動や地域活動等を通じた参与観察	<ul style="list-style-type: none"> <li>・真面目さや勤勉さを美德とし、教育や出世を重視する島民性と、それに伴う落ちこぼれ意識や劣等感が自殺に影響している可能性</li> <li>・地域の「しがらみ」の強さが自殺に影響している可能性</li> <li>・本土に対する劣等感による自尊心が低い子どもや若者</li> <li>・孤立してきている1ターンの人たち</li> <li>・本土で精神的に打ちのめされて島に戻ってくる若者</li> <li>・自信が持てない島民</li> <li>・優秀な人材が島に戻ってこないことへの嘆き</li> </ul>
	町役場職員へのインタビュー 頂いた資料のドキュメント分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職であっても、昔からよく知っている人が多く、匿名性が担保されず、悩みを相談できない</li> <li>・50代の現役世代の自殺の増加</li> <li>・優秀な人材が島に戻ってこないことが課題</li> </ul>

### (1) 従来の研究を再考する必要性

B県の社協職員を対象としたヒアリングにおいて、定年退職後、積極的に地域のボランティア活動に参加することにより地域での役割を得て、地域住民との交流を楽しみながら、生き生きとしているように見えた2人の男性が、相次いで自ら命を絶ったことを伺った。先にみてきたように、従来の研究では、高齢者の自殺予防には、地域における役割を獲得し、地域住民と交流することによって「つながり」を構築し、孤立を促すライフスタイルを改善することによって、孤独感を軽減することが必要であると言われてきた(和 2010)。しかし、今回の調査の結果から、従来の研究を再検討する必要性が出てきた。亡くなった2人の方は、人が良く生真面目で責任感が強いという共通するパーソナリティがあるようにも思われるが、家族関係は良好であったようであり、自殺に至った主な原因がわからないという。極端な完全主義な性格は自殺の危険因子と考えられていることから、



生真面目で責任感が強いという2人の性格が、死に至る原因の1つとなったかもしれない(高橋2006)。しかし、このような性格の男性退職者は、自殺率が低い地域にも数多く存在すると思われる。したがって、自殺率が高い地域は、他にも自殺の危険因子があると思われる。それでは、何が彼らを自殺まで追い込んだのであろうか。

## (2) ソーシャル・キャピタルの両面性

本研究の対象であるA県、B県、C町において、自殺者の多い地域の特徴として、地域住民同士の互酬性の規範や「しがらみ」の強さが共通すると思われる。このことは、デュルケイム(1987)が、伝統的社会は、集団の強制による自殺(「集団本位的自殺」)や運命を悲観しての自殺(宿命的な自殺)が多く、自殺率は、集団の凝集力に比例して増加すると論じているところからも窺い知ることができよう<sup>1)</sup>。また、従来のソーシャル・キャピタル研究においても、同質な者同士が結びつくボンディング(結束型)のソーシャル・キャピタルの良い面もあるが、ダークサイドとして、心の病の場合は、ボンディングなソーシャル・キャピタルが悪影響を及ぼすケースがあることが論じられている。稲葉は、ソーシャル・キャピタルの「持ちつ持たれつ」「お互い様」といった互酬性の規範が強すぎると、かえって社会の寛容度が低下し、また、「しがらみ」は、お互いに言いたいことが言えないことを指摘している(稲葉2011)。

C町の役場職員を対象としたインタビューにおいて、「地域住民はあまりにもお互いを知り過ぎていて、気軽に弱音を吐いたり、愚痴さえも言えない」ということであった。C町は、奄美群島の中でも特に自殺率が高く、働き盛りの50代男性の自殺者が多い。島民は専門機関や専門職でも匿名性が確保できないと思うため、困りごとがあったり悩んでいても相談することができないという。

また、C町社協職員を対象としたインタビューによると、C町は地域における「しがらみ」が強く、いつも同じ顔ぶれで地域活動などを行っているため一体感がある一方で、他の地域(集落)の人たちを排除する閉鎖的な側面もあるなど典型的な従来型コミュニティであるという。このことは、島民や本土のD島出身者の言動からも伺うことができ、D島を研究している高橋も、D島は同じ集落の者同士の結束は固く、他の集落や島外の人たちに対して排他的であることを述べている(高橋2006)<sup>2)</sup>。したがって、この地域(集落)における「しがらみ」の強さや閉塞感が、自殺に影響があるのではないだろうか。A県とB県のヒアリングにおいても、C町と同様に、地域における「しがらみ」の強さが自殺に影響している可能性があることを伺えた。そして、C町は海に囲まれ本土から離れているため、島外との「つながり」を感じるのが難しく、離島特有の閉塞感や孤独感もあるようである。孤独感が自殺に繋がる可能性があることは多くの先行研究で明らかにされているが、エルヴィン・リングエル(Erwin Ringel)は、自殺の危険が今まさに迫っている状況である「自殺前症候群(prasuizidale Syndrom)」の中で、閉塞感は重要な要素として挙げている。

さらに、島民、特に子どもや若者は本土に対する劣等感などから自尊心が低いという。サロン活動や地域活動における参与観察によると、若者は、高校を卒業してから島を出て、本土の大学や

専門学校に通ったり仕事をするが、離島出身であることで偏見や差別を受けたり、本土の人たちに圧倒されて、劣等感を抱き自尊心も低くなり島に戻ってくる。また、C町があるD島は、歴史的な背景のもと勤勉さが美徳とされ、教育や社会的成功が重視される。このことは、島民や本土のD島出身者からもよく聞かすが、高橋もD島研究に基づき同様のことを述べている(高橋 2006)<sup>3)</sup>。そのため、そこから落ちこぼれた子どもや若者は劣等感をもち、次第に自尊心が低くなるのではないだろうか。勤勉さを美徳とし教育を重視する県民性を持つA県とB県でも、D島と同様の傾向が見られた。WHOの手引きによると、劣等感が強く、自己評価が低いことが、自殺に繋がる若者の性格や考え方であると言われている(WHO2000)。

高橋によると、島の人々が、子供の教育に力を入れ、将来医者や教員などの専門職に就くように子供に言い聞かせ、本土の人たちに負けないような社会的成功をおさめることで、本土に対する劣等感を乗り越え偏見を払拭しようとしているという(高橋 2006)。したがって、このように社会的成功者となり得ず、島に戻ってきた人たちの自尊心を高めていくかが、自殺予防において重要な課題であると思われる。

また、家族や親族、集落の期待を受け社会的成功者となり本土で活躍しているものの、島に戻らない場合が多いことがD島の課題であるという。このような状況に対して、家族や親族、集落の人たちは、嘆き落胆し、寂しさを感じている。このように、勤勉さを美徳とし優秀な人材を輩出しながらも、社会的成功者が地元に戻って来ないことによって地元住民が見捨てられ感を抱くことは、A県とB県も同じ状況であった。したがって、このことは、自殺率の高い地域において共通する特徴であると言えるのではないだろうか。

このように、C町のあるD島は、地域の「しがらみ」により気軽に弱音を言ったり相談ができず、島外や他地域(集落)との「つながり」を感じづらいために閉塞感や孤独感が生まれ、また、本土の人たちに対する劣等感に起因する自尊心の低さやD島出身の社会的成功者からの見捨てられ感などが、自殺に繋がっているかもしれない。

したがって、島外との「つながり」を作ることは、このような島民の孤独感や閉塞感、さらには劣等感や見捨てられ感を少しでも軽減させることができると思うが、1つの方法として島から都市部に移住した同郷集団と具体的な「つながり」が有効ではないかと考えている。島で生まれ育ち都市部に移住した同郷者は、遠く離れていても島に対する思いを持ち、同郷集団を作り活動している。C町のあるD島の同郷集団であるE会も全国に支部があり、特に東京と神戸は会員数も多く活発に活動しており、同郷集団は都市部に移住した同郷者のコミュニティ形成には大きな役割を果たした。しかし、E会の定例会やイベントなどで、島の特産品を販売したり、島にゆかりのある歌手や踊り手による芸能を披露することによって、同郷者の島への思いを共有することは行われているものの、彼らが移住した地域とD島との具体的な「つながり」づくりという点では、あまり取り組まれていない。E会は、教員や弁護士、社長、官僚など社会的成功者が多く参加していることが特徴である。したがって、E会が中心となって、島に戻らず本土に拠点がありながらも、本土で培ってきた知

識や技術などを活用しD島の課題を解決することによって、具体的にD島と「つながり」をつくり、生まれ育った島に貢献することが必要だと思われる。このような本土の社会的成功者と島民が一緒に課題解決を通した「つながり」をつくることは、島民の見捨てられた感を軽減させ、課題が解決していくことで次第に自尊心も高まると思われる。そして、本土のD島出身者と繋がることは島外との「つながり」づくりともなり、島民の閉塞感や孤独感も軽減される可能性がある。このように、E会を拠点としたD島との「つながり」づくりは、D島の深刻な課題である自殺予防に寄与するかもしれない。自殺予防の取り組みは日々の積み重ねが求められるが、本土を拠点としたこのような活動は、D島の自殺予防に繋がる体制づくりはできても、日常的な活動となることは難しいと思われる。したがって、D島をはじめとした自殺率が高い地域の自殺予防は、もちろん非日常的な他地域や島外との「つながり」も重要であるが、当該地域に拠点を置いた「仕組み」と、そこを拠点とした日常的な人と人との「つながり」をつくる必要があると思われる。

また、都市部における同郷集団について数多く研究があるが、都市部に移住した同郷者のネットワークやコミュニティ形成についてであり、同郷集団と故郷の島との「つながり」やそれによる影響や効果についての研究はほとんど見当たらない(山口 2008, 鯉坂 2009 など)。そこで、今後は同郷集団と島との「つながり」の影響や効果、方法などについて、実践を通した質問紙調査や参与観察、インタビューなどを用いたアクションリサーチによって検討する必要があるだろう。

以上見てきたように、人々の間の協調的な行動を促す「信頼」「互酬性の規範」「ネットワーク(絆)」であるソーシャル・キャピタルが、単に豊かになれば自殺予防に繋がるということではなく、どのような「つながり」、ソーシャル・キャピタルが自殺予防に有効であるかを検討することが必要である。

### (3)自殺予防に繋がる「つながり」とは

それでは、自殺予防に繋がる「つながり」やソーシャル・キャピタルとは、どのようなものが有効であろうか。全国で極めて自殺率の低い徳島県海部町を研究した岡によると、自殺予防因子が以下の5つであるという(岡 2013)。1つ目は、多様性を尊重し、異質や異質なものに対する偏見が小さく、「いろんな人がいてもよい」、さらには「いろんな人がいたほうがよい」という考えである。2つ目が、職業上の地位や学歴、家柄や財力などにとらわれることなく、その人の問題解決能力や人柄を見て評価するという人物本位主義をつらぬくことである。3つ目は、「どうせ自分なんて」と考えずに、主体的に社会に関わることである。4つ目は、「病、市に出せ」といって、病気や家庭内のトラブルなど生きていく上でのあらゆる問題を早めに周囲に開示することによって、取り返しのつかない事態に至る前に周囲に相談せよという教えである。5つ目は、日常的に生活面で協力し合うよりも、立ち話程度やあいさつ程度のつきあいで、必要があれば過不足なく援助するというような「ゆるやかにつながる」ことである。今回調査した自殺率の高い地域であるA県、B県、C町は、ことごとく岡が提案する自殺予防因子の反対の状況、つまり、閉鎖的で排他的であり、社会的地位を重視

し、劣等感や低い自尊心を抱き、誰にも気軽に悩みを相談できず、日常的な互酬性や地域住民同士の結束力が強いなど、「しがらみ」が多い地域である。このことから、この自殺予防因子、さらには本研究によって導かれた自殺の危険因子は妥当であると思われる。

この自殺予防因子を「つながり」やソーシャル・キャピタルという視点で整理すると、「多様性や主体性、本人そのものを認め、『しがらみ』が少なく、いつでも周囲と相談でき、互酬性の規範が強すぎない緩やかな『つながり』」が自殺予防に繋がる「つながり」であり、ブリッジング(橋渡し型)のソーシャル・キャピタルといえよう。

それでは、自殺予防が喫緊の課題であるわが国において、特に深刻かつ重要な課題である男性退職者の自殺予防には、どのような「つながり」が必要であろうか。先に確認したように、男性退職者が「多様な人々が身近な地域で緩やかな『つながり』や無理のない気軽な『助け合い』を形成し、地域における役割を獲得し自己存在を確認すること」によって地域生活者となることは、自殺予防に繋がる可能性が示された。また、この男性退職者が地域生活者となる概念枠組みは、上記の「自殺予防に繋がる『つながり』」にも重なる。したがって、男性退職者の自殺予防に繋がる「つながり」とは、「多様な人々が身近な地域で、役割を獲得し自己存在を確認することができ、無理のない気軽な『助け合い』を形成する緩やかな『つながり』」であると思われる。そこで、男性退職者の自殺予防のためには、このような「つながり」を構築することができる「きっかけ」や「仕組み」を検討することが必要である。

### Ⅲ. 自殺予防に向けた「きっかけ」・「仕組み」の検討

#### 1. 研究方法

次に、男性退職者の自殺予防に向けて、「多様な人々が身近な地域で、役割を獲得し自己存在を確認することができ、無理のない気軽な『助け合い』を形成する緩やかな『つながり』」を、男性退職者が構築することができる「きっかけ」や「仕組み」を検討する。

前節において、男性退職者が地域生活者となることは、自殺予防に繋がる「つながり」であることが確認されたことから、男性退職者の自殺予防に向けた「きっかけ」や「仕組み」づくりを検討するために、男性退職者が地域生活者となる「きっかけ」や「仕組み」を検討した先行研究を整理した。その結果、町内会やボランティア活動などの男性退職者が参加している代表的な社会参加活動は、より多くの男性退職者が地域生活者となるための「きっかけ」や「仕組み」とするには限界があることがわかった<sup>4)</sup>。そのような中、総合型地域スポーツクラブ<sup>5)</sup>は、男性退職者が「多様な人々が身近な地域で緩やかな『つながり』や無理のない気軽な『助け合い』を形成し、地域における役割を獲得し自己存在を確認すること」によって地域生活者となる「きっかけ」と「仕組み」の可能性が示された(和 2010a, 和 2011c)。そこで、本研究では、男性退職者の自殺予防に

向けた「きっかけ」や「仕組み」を検討するために、総合型地域スポーツクラブを対象として探索的に事例研究を行った。

本研究は、以下の3つの調査を行った。まず、A県の自殺予防や総合型地域スポーツクラブの現状と課題を把握するために、A県の関係諸機関においてヒアリングを行った。次に、A県の中でも特に自殺率が高いF市の総合型地域スポーツクラブであるGクラブに参加する自殺のハイリスクであるうつ病患者を対象に、自殺予防における総合型地域スポーツクラブの「きっかけ」や「仕組み」の可能性を検討した。具体的には、F市の精神科クリニックで受診しているうつ病患者(40代男性1名、40代女性1名)が、Gクラブでうつ病改善に効果があるプログラムに参加することによって、心身の効果のみならず、どのような社会的な効果があったかについて、Gクラブのスタッフにヒアリングを行った。そして最後に、男性高齢者がクラブ活動に参加することによって得られる自殺予防に繋がる効果について検討するため、Gクラブに参加している10名の男性高齢者を対象に、主に男性高齢者がクラブ活動に参加することによって得られたことについて、グループインタビューを行った。

以上、これらのインタビュー調査やヒアリングの結果と関係諸機関から頂いた資料をもとに事例研究を行い、男性退職者およびうつ病患者における総合型地域スポーツクラブの自殺予防に繋がる「きっかけ」や「仕組み」としての可能性を検討した。

## 2. 結果・考察

### (1) 総合型地域スポーツクラブと自殺予防との関連

A県の自殺予防や総合型地域スポーツクラブの現状と課題を把握するために、A県庁の地域スポーツと自殺対策の関係担当課の担当職員にヒアリングを行い、その際頂いた資料の既存データをドキュメント分析した。その結果、まずA県の中でも、特に自殺率が高い地域を整理することができ、都市部よりも農村部や山間部の方が自殺率が高いことがわかった。この結果は、日本のどの地域においても同様の傾向が見られ、農村部や山間部は、閉鎖的で住民同士の「しがらみ」が強い従来型コミュニティであることが多い。したがって、前節でも検討したように、A県の農村部や山間部における自殺率の高さは、デュルケイムの自殺論やソーシャル・キャピタルのダークサイドの視点からも、窺い知ることができよう。

また、A県内における総合型地域スポーツクラブの設立数が増加するにつれて、A県の自殺率が減少していることがわかった。A県庁が実施した調査のローデータを頂き分析したわけではないので、これらの因果関係を特定することはできないが、もしかしたら、総合型地域スポーツクラブの取り組みが、当該地域の自殺予防に少しでも影響したのかもしれない。

### (2) 自殺のハイリスクであるうつ病患者を対象とした総合型地域スポーツクラブの可能性

次に、総合型地域スポーツクラブの自殺予防の「きっかけ」や「仕組み」の可能性を検討するために、前述のA県庁の地域スポーツと自殺対策の関係担当課の担当職員を対象としたヒアリング

結果と、その際頂いた資料の既存データのドキュメント分析によって、調査対象をA県の中でも特に自殺率が高いF市の総合型地域スポーツクラブであるGクラブを選定した。具体的には、自殺のハイリスクである40代のうつ病患者2名が、Gクラブでうつ病改善に効果があるプログラムに参加することによって、心身の効果のみならず、どのような社会的な効果があったかについて、Gクラブのスタッフにヒアリングを行った。調査対象となった2名のうつ病患者は、F市ではなく隣の市に居住している。つまり、閉鎖的で排他的で「しがらみ」が多い身近な地域から離れた地域のクリニックに通っていることとなる。

GクラブとF市の精神科クリニックと連携して、クリニックで受診しているうつ病患者が、Gクラブでうつ病改善に効果がある「スロージョギング」という有酸素運動のプログラムを行った。その結果、運動効果としてのうつ病改善に繋がっただけではなく、離職したことにより自宅とクリニックの往復だけであった日常生活に、居住地から少し離れた地域にある総合型地域スポーツクラブのプログラムに参加することで、うつ病患者にとっての地域の「居場所」ができたことが大きな成果であった。患者の1人は、Gクラブに家族がクラブ会員として参加しているので、本人も参加しやすかったようである。また、受け入れ側のクラブスタッフも、「いつも障害があるなし関係なく対応しているので、うつ病の方も特に気になりません」と言っていた。このように、Gクラブのような総合型地域スポーツクラブは、性別、国籍、障害の有無などを問わず、いつでも誰でも参加できるので、ある患者も家族と一緒に参加することができ、またクラブスタッフも参加者も、うつ病者に対しても偏見を持たずに受けて入れてくれたことも要因だと思われる。またある患者は、Gクラブに参加することによって、生活のリズムができ、地域との接点を持てるようになったことで、復職(リワーク)に繋がった。

以上見てきたように、総合型地域スポーツクラブは、自宅とクリニックの往復だけのうつ病患者にとっての「第三の居場所」、つまり「サードプレイス(第三の場所)」<sup>6)</sup>となり、閉鎖的で排他的な「しがらみ」が多い身近な地域から少し離れた地域との「つながり」を持てる場所となっていると思われる。また、総合型地域スポーツクラブがアソシエーションであるからこそ、彼らにとっても地域の「しがらみ」から解放されたサードプレイスになっている。

そもそもクラブとは、ヨーロッパでは特権階級のものであったが、「主として、娯楽、レクリエーションを目的として結成される人為的、自発的な近代的集団であって、社会集団の類型としては、アソシエーション、ゲゼルシャフト、あるいは第二次集団などのいわゆる機能集団の一つに数えられ、同じ機能集団の類型に属している集団の中でも、加入、脱退の条件や権利義務の関係など集団内統制が最も自由かつルーズな集団で開放的である」と定義されている。そして、スポーツクラブは、イギリスやドイツなどのヨーロッパが発祥で、「スポーツを楽しむという共通の目的・関心をもった人たちによって形成される自発的で、尚且つ誰でも参加できる開放的な集まりであり、スポーツ活動を通して交流を深め、拡げる機会を提供し、彼らによって自主的に運営されるもの」と言われている。したがって、スポーツクラブは、従来型コミュニティにおける「しがらみ」とは別に構築される、スポーツを楽しむという共通の目的のもとで、自由で開放的な「つながり」を形成するアソシエーションと言え

るであろう。

しかし、従来の日本における地域スポーツクラブは、行政主導でほとんどが小規模で単一種目を行い、限られた年齢や性別、またレベルなどによって組織され、本来のスポーツクラブからほど遠い状況であった。そのような中、平成7年から文部省のモデル事業として始まった総合型地域スポーツクラブは、多種目、多世代、多志向で、誰もが参加でき、参加者である地域住民が自主的・主体的にクラブ運営を行っている。したがって、このような特徴を持つ総合型地域スポーツクラブこそが、本来のスポーツクラブということができよう(和 2011b)。

また、厚生労働省による2017年の全国の自殺者数の速報値では、8年連続で自殺者数が減少しているが、年代別では未成年だけが増加している。また、40歳代が最も多く(3416人)、次いで50歳代(3282人)、60歳代(3083人)であり、原因・動機は健康問題が最多の9894人(経済・生活問題が3179人、家庭問題2922人など)、特にうつ病が最も多いという(厚生労働省2018)。したがって、今後は、未成年の若者や40歳代のうつ病患者を対象とした自殺対策が重要となってくると思われる。

このように、総合型地域スポーツクラブというアソシエーションは、自殺のハイリスクである40代のうつ病患者にとって、参加しやすいサードプレイスであり、定期的なうつ病改善に繋がるプログラムに参加することが「きっかけ」となって、うつ病が改善され、生活のリズムもでき、さらにはリワークにまで繋がる「仕組み」となっていた。したがって、総合型地域スポーツクラブは、自殺予防の「きっかけ」や「仕組み」となる可能性があるのではないだろうか。

### (3) 男性高齢者がクラブ活動に参加することによって得られる自殺予防に繋がる効果

最後に、自殺予防の「きっかけ」や「仕組み」となる可能性があるGクラブを対象に調査することによって、自殺率の高い地域において、男性高齢者が総合型地域スポーツクラブの活動に参加することによって得られる自殺予防に繋がる効果について検討した。

Gクラブに参加している10名の男性高齢者を対象にしたグループインタビューの結果、Gクラブのウォーキングのプログラムは、男性退職者が多く参加しており、それぞれの参加者は、異なる地域(集落)から参加しているという。F市は、地域における「しがらみ」が強く、いつも同じ顔ぶれで祭りや町内会などの地域活動を行っている。そのような中、Gクラブは、自分が住んでいる地域の「しがらみ」から解放された彼らにとってのサードプレイスとなっているという。F市唯一の総合型地域スポーツクラブであるGクラブがまほ市の中央に位置しているため、市内のどの地域(集落)からでもアクセスしやすいことも、多様な地域の人たちにとって少し離れた地域でのサードプレイスとなり得る要因であろう。また、うつ病患者と同様に、総合型地域スポーツクラブがアソシエーションであるからこそ、男性高齢者にとっても地域の「しがらみ」から解放されたサードプレイスになっていると言える。

先行研究において、男性退職者が地域に関わる「きっかけ」として、スポーツが有効であると考

えられている(和 2011a, 和 2011b)。高齢者を対象とした調査によると、健康・スポーツは、男性高齢者にとって最も参加し、開放的で誰でも参加しやすい活動であることがわかった(和 2011a)<sup>7)</sup>。また、コミュニケーションが下手な人が多い男性高齢者にとって、歴史的にジェンダーとして男性性を構築し、非言語的コミュニケーションであるスポーツは、男性高齢者が社会参加しやすいツールとして有効であると考えられている(和 2011b)。定年退職者の適応理論においても、レジャー活動、特にスポーツは社会的適応のために最も重要かつ有効な適応促進要因であると言われている(松村 1983)。このように、健康・スポーツは、男性退職者が地域に関わる「きっかけ」として最も有効だと考えられている。

また、彼らたちは、ウォーキングをしながら、世間話やちょっとした相談などを行っているという。そして、ウォーキングプログラムで出会った人たち同士で、身近な地域では頼みづらい困りごとに対して、必要に応じて相互に対応しているということである。これは、Gクラブにおいて、彼らたちが気軽に悩みを相談できる「ゆるやかなつながり」を構築できているといえよう。

さらに、ウォーキングプログラムの企画運営などを担当する男性高齢者も出てきた。このように、総合型地域スポーツクラブにおいて、男性退職者がスポーツを通じた健康づくりのプログラムに参加するようになり、継続的に参加することで、次第にプログラムを運営する意識が芽生える(《運営意識の萌芽》)プロセスは、先行研究でも示されている(和 2010a)<sup>8)</sup>。特に、スポーツによる身体を介するからこそ、他者と「一緒に」という意識が醸成されやすく、自己の健康づくりのために、自分たちの心身の健康に良い健康づくりプログラムを他の人たちと「一緒に」共有したいという〈共有意識の醸成〉がなされ、自分たちにできる範囲で当たり前のことをやっとうとプログラム運営に関わるようになるという(『当たり前のプログラム運営』)<sup>9)</sup>。

このように、Gクラブは、F市の男性高齢者にとって、「しがらみ」がある身近な地域から少し離れた地域で役割を獲得でき、日常的ではなく必要な時に支い合える緩やかな「つながり」を構築できるサードプレイスとなっているといえよう。また、男性高齢者はGクラブに参加することで、身近な地域の「しがらみ」から解放されることによって本人そのものが認められ、多様で緩やかな「つながり」を主体的に構築し、気軽な相談や役割を獲得することができている。先述したように、「多様な人々が身近な地域で、役割を獲得し自己存在を確認することができ、無理のない気軽な『助け合い』を形成する緩やかな『つながり』」を構築することが、男性退職者の自殺予防に繋がる「つながり」である。本研究において導かれた内容はほぼ重なるが、「身近な地域で」という部分のみ異なる。これは、どういうことであろうか。

岡が提案する自殺予防因子は、もともと身近な地域の人同士の「つながり」方を示しており、自殺率が最も低い海部町の現状分析から導かれている。海部町は、海運をはじめ物流が盛んな地域であったため、昔から多様な人々の交流が行われてきた。そのため、開放的で、多様性を尊重し異質なものに対する偏見がほとんどない地域である。このような地域だからこそ、「しがらみ」ではなく「ゆるやかなつながり」などの自殺予防因子となる要素が培われてきたと思われる。それに対して



F市は、海部町とは異なり、他の自殺率が高いB県やC町と同様に、閉鎖的で「しがらみ」が強い地域であるため、簡単には海部町のように身近な地域で「ゆるやかなつながり」を構築することは難しい。そこで、閉鎖的で「しがらみ」が強い伝統的コミュニティにおいて「ゆるやかなつながり」を作るには、まずは身近な地域から少し離れた地域のサードプレイスで、「しがらみ」から解放された「つながり」をどのように構築するかが重要となってくる。このことは、B県やC町でも同じことが言えるであろう。したがって、自殺率が高い地域において、自殺予防に繋がる「つながり」を構築する「きっかけ」や「仕組み」は、まずは「しがらみ」が強い身近な地域から少し離れた地域に作る必要があると思われる。

しかし、定年退職してからしばらくは心身ともにまだ元気であることが多いため、少し離れた地域での「ゆるやかなつながり」で問題はないが、高齢期の生活構造は日常生活圏域が限られてくるので(金子 1993)、身近な地域で「つながり」を作ることが重要となる。したがって、定年退職直後は、Gクラブのような身近な地域とは少し離れた地域のサードプレイスで「ゆるやかなつながり」の作り方を覚え、そのノウハウを生かしながら、徐々に身近な地域において「ゆるやかなつながり」を作ることが必要であろう。そのような意味でも、総合型地域スポーツクラブは、男性退職者の自殺予防に繋がる「つながり」づくりの「仕組み」でもあり、「きっかけ」であると思われる。したがって、自殺率が高い地域においては、少しずつ時間をかけながら、身近な地域にサードプレイス、つまりコミュニティ型アソシエーション<sup>10)</sup>を作ることが重要であると思われる。

また、前節のD島のC町の事例において、本土の同郷集団であるE会と連携して、本土にいるD島出身者と島民を繋げる島外との「つながり」づくりが、D島の自殺予防に繋がる可能性を示したが、その際も指摘したように、自殺予防は日々の積み重ねが必要であるため、島外との非日常的な活動だけでなく、当該地域に拠点を置いた「仕組み」と、そこを拠点とした人と人との「つながり」をつくる日常的な島内における取り組みが必要となる。したがって、まず、閉鎖的で「しがらみ」が多い地域(集落)から少し離れた地域に、総合型地域スポーツクラブのようなアソシエーションを作ることによって、島民は「しがらみ」から解放されたサードプレイスにおいて、多様な地域(集落)の人たちと緩やかな「つながり」を構築することができると思われる。そして、少しずつ時間をかけて、各集落にコミュニティ型アソシエーションであるサードプレイスを創造し、地域(集落)は従来型コミュニティのままであっても、その「第三の居場所」に行けば、「しがらみ」から解放された多様で緩やかな「つながり」を構築することができる。さらに、このような取り組みを続けていくことによって、排他的で閉鎖的な地域も、海部町のような開放的で、多様性を尊重し異質なものに対する偏見がほとんどない地域となり、身近な地域で「ゆるやかなつながり」を構築することができるようになると思われる。このことは、C町と同様に自殺率が高いA県やB県、F市においても、同じことが言えるであろう。

以上のように、総合型地域スポーツクラブは、多様な人々が居住地域から少し離れた地域で、役割を獲得し自己存在を確認することができ、無理のない気軽な「助け合い」を形成する緩やかな

「つながり」を、男性退職者が構築することができるアソシエーションであり、サードプレイスである。そして、身近な地域のサードプレイスであるコミュニティ型アソシエーションを創造する「きっかけ」や「仕組み」ともなり得る。したがって、総合型地域スポーツクラブは、男性退職者の自殺予防に繋がる「きっかけ」や「仕組み」となる可能性があると言えるのではないだろうか。このことは、先行研究において、総合型地域スポーツクラブが、男性退職者が参加しやすい健康・スポーツによる健康づくりを「きっかけ」として、仲間と共に地域に貢献し地域生活者となることで、緩やかな「つながり」や気軽な「助け合い」を構築し孤独感を軽減させ、自殺予防に繋がる「仕組み」としての可能性が示されていることから窺い知ることができよう(和 2011a, 2014)。

#### IV. 結論

以上のように、本研究では、わが国の喫緊の課題である自殺予防において、特に深刻かつ重要な課題である男性退職者に焦点を当てて、自殺予防に向けた「つながり」やソーシャル・キャピタルと、それらを形成する「きっかけ」や「仕組み」を検討した。その結果、多様性や主体性、本人そのものを認め、「しがらみ」が少なく、いつでも周囲と相談でき、互酬性の規範が強すぎない緩やかな「つながり」が、自殺予防に繋がる「つながり」であることがわかった。また、特に自殺率が高い地域において自殺のハイリスクであるうつ病者を対象に調査した結果、総合型地域スポーツクラブのようなアソシエーションは、自殺予防の「きっかけ」や「仕組み」となるサードプレイスであることがわかった。そして、総合型地域スポーツクラブは、男性退職者が、スポーツによる心身の健康づくりを通して、多様な人々が居住地域から少し離れた地域で、役割を獲得し自己存在を確認することができ、無理のない気軽な「助け合い」を形成する緩やかな「つながり」、つまり地域の「しがらみ」が少なく本人そのものが認められ、いつでも周囲と相談でき、多様で緩やかな「つながり」を、主体的に構築することができるサードプレイスである。そして、身近な地域のサードプレイスであるコミュニティ型アソシエーションを創造する「きっかけ」や「仕組み」ともなり得る。したがって、総合型地域スポーツクラブは、男性退職者の自殺予防に繋がる「きっかけ」や「仕組み」となる可能性があると思われる。

自殺率の高い地域の自殺予防の取り組みとして、総合型地域スポーツクラブのようなアソシエーションを「きっかけ」や「仕組み」として、少しずつコミュニティ型アソシエーションという身近な地域のサードプレイスをできるだけ多く整備していくことが必要であると思われる。それによって、当該地域の自殺者が少しでも減少するのではないだろうか。

本研究は、わが国の自殺予防において、特に深刻かつ重要な課題である男性退職者に焦点を当てて、総合型地域スポーツクラブの可能性を検討してきた。自殺のハイリスクである40歳代のうつ病患者における可能性も検討したものの、女性や子ども、現役世代、さらには、近年深刻化し

つつある若者の自殺について検討できていないことが本研究の限界である。したがって、今後の課題として、今回検討することができなかった女性や子ども、現役世代、特に若者の自殺予防における総合型地域スポーツクラブの可能性を検討したいと思う。併せて、多様な対象に対して、より効果的な自殺予防に繋げるためには、アートや音楽、食、農などによる取り組みなどについても、総合型地域スポーツクラブと比較しながら、自殺予防に向けた「きっかけ」や「仕組み」としての可能性を検討したいと考えている。

※本研究における調査は、私立大学戦略的研究基盤形成支援事業「うつ病者の社会的支援」および「自殺予防」に関するソーシャルモデル研究・開発」(研究代表者：松山真)、厚生労働省科学研究費健康安全・危機管理対策総合研究事業「地域保健事業におけるソーシャルキャピタルの活用に関する研究」(研究代表者：藤原佳典)において、各自治体、関係諸団体の協力のもと行われた。本調査にご協力頂いた皆様に心より感謝申し上げます。

#### 〈注〉

- 1) デュルケイム(1987)は、自殺を社会的要因から、以下のように4つに類型化している。①利他的自殺(集団本位的自殺): 集団の価値体系に絶対的な服従を強いられる社会、あるいは諸個人が価値体系・規範へ自発的かつ積極的に服従しようとする社会に見られる自殺の形態、②利己的自殺(自己本位的自殺): 過度の孤独感や焦燥感などにより個人が集団との結びつきが弱まることによって起こる自殺の形態、③アノミー的自殺: 社会的規則・規制がない(もしくは少ない)状態において起こる自殺の形態(集団・社会の規範が緩み、より多くの自由が獲得された結果、膨れ上がる自分の欲望を果てしなく追求し続け、実現できないことに幻滅し虚無感を抱き自殺へ至るもの)、④宿命の自殺: 集団・社会の規範による拘束力が非常に強く、個人の欲求を過度に抑圧することで起こる自殺の形態。
- 2) C町は親族を中心に構成される集落が21あり、同じ集落の者同士の結束は固く、他集落から移り住んできた人間にとってこの「集団の和」は簡単に馴染めるものではない。島外からの移住者にとってはさらに馴染みにくく、ある夫婦は移住から40年になっても「よそ者」であることを常に感じさせられるという。
- 3) D島では「勤勉さ」がもっとも大切な美德の一つとされており、働くこと意外は「遊び」とみなされる。島の先人たちは、近世に遠島された薩摩藩の思想家や武士たちに強い影響を受け、その中でも西郷隆盛は島の人々に大きな影響を与え、島民の勤勉さを促す契機となったという。また、教育に関しても近世の指導者は、「人づくりはまず子供の教育、学問が大事である」という西郷の考えを参考にし、明治以降も受け継がれた。子供が高等教育を受け本土で社会的に高い地位を得ることは、島民にとって大きな希望であり、社会的成功者が排出されることは、その家庭のみならず親族、その集落の名誉として扱われるという。
- 4) 男性退職者が地域生活者となる可能性がある活動や組織を検討するために、現在定年退職者が参加している代表的な社会参加活動が、彼らが地域生活者となる「きっかけ」や「仕組み」となり得るのかについて、代表的な社会参加活動(ボランティア活動、NPO活動、町内会・自治会活動、講習会・セミナー、高齢者大学、男の料理教室、地域保健活動)に参加している60～82歳の44名を調査協力者として半構造化インタビューを行った。その結果、現在男性退職者が参加している代表的な社会参加活動は、現役時代はdominant

statusで、自立・自律し積極的な特定の限られた人が参加しており、また閉鎖的で、社会貢献の名の下に利己的志向が強く、身近な地域から乖離しているため継続的に参加しづらい。そのため、これらの活動は、より多くの男性退職者が地域生活者となるための「きっかけ」や「仕組み」となるには限界があることが指摘されている(和 2011c)。それに対して、総合型地域スポーツクラブは、男性退職者が、自己目的的に健康づくりを始めたスポーツを「きっかけ」として、多様な地域住民との緩やかな「つながり」を形成しながら、他者と「一緒に」という意識が醸成され、彼らと一緒に自己の健康づくりとともに地域の健康づくりに向けて「配慮」した組織づくり、共有意識による地域づくりへと身体を介した活動を通して「助け合い」の関係を築き、地域の中で新たな役割を獲得することにより、地域における自己の存在を確認し、地域住民と共に地域の生活者となっていく「仕組み」であることが示された(和 2010a)。

- 5) 総合型地域スポーツクラブとは、主にヨーロッパ諸国などに見られる地域スポーツクラブの形態で、地域において、子どもから高齢者、障がい者、外国人などが、様々なスポーツを愛好する人々が参加でき、参加者が会費を払う受益者負担のもと、地域住民が自主的・主体的に運営する複数種目からなる総合的なスポーツクラブのことである。そして、その中でいう「総合型」とは、3つの多様性を包含していることを指しており、1つ目は「種目の多様性(多種目)」, 2つ目は「世代や年齢の多様性(多世代)」, そして3つ目は「志向の多様性(多志向)」であるといわれている(文部科学省 2002)。このようなクラブは、地域コミュニティの拠点となり、スポーツや健康づくりなどを通して地域の様々な問題、課題に取り組んでいる。2016年7月現在、全国1,407の市区町村において、3,328クラブが活動している。
- 6) サードプレイス(the third place)とは、Oldenburg(1989)が提唱した概念で、家庭(第1の場)でも職場(第2の場)でもない第3のインフォーマルな公共生活の場、すなわち居心地よい場所を意味する。サードプレイスの特徴は、「中立性、社会的平等性の担保、会話が中心に存在すること、利便性があること、常連の存在、目立たないこと、遊び心があること」という。
- 7) 埼玉県新座市の60～74歳の高年男性(退職者を含む)3911名を対象に質問紙調査を行った結果、健康・スポーツは、「現在行っている地域活動」(健康・スポーツ 52.8%, 趣味 36.9%, 特にない 26.1%, 地域行事 9.1%など)、「最も力を入れている地域活動」(健康・スポーツ 35.9%, 特にない 26.1%, 趣味 18.2%, 地域行事 2.6%など)、「今後やってみたい地域活動」(健康・スポーツ 50.2%, 趣味 38.3%, 特にない 21.3%, 学習活動 13.7%など)において最も多かった。60歳以上の男女を対象とした全国調査である『高齢者の地域社会への参加に関する意識調査』(内閣府 2009)においても、男性高齢者が健康・スポーツが「現在行っている活動」35.1%、「最も力を入れている活動」37.7%、「今後やってみたい活動」35.8%で最も多い。また本調査によると、健康・スポーツの参加者は、ボランティア活動(教育関連・文化啓発活動, 生活環境改善, 安全管理, 福祉活動)の参加者より開放的であった。したがって、健康・スポーツは、開放的で誰でも参加しやすい活動だといえる(和 2011a)。
- 8) 総合型地域スポーツクラブであるクラブSの健康づくりプログラムに参加している男性退職者で、単に自らのスポーツ活動、健康づくりだけでなく、クラブや地域のためにクラブ運営に携わっている19名を対象に半構造化インタビューを行った。その結果を、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにより分析し、抽出されたコアカテゴリーは【 】, カテゴリーは《 》, サブカテゴリーは〈 〉, 概念は『 』, データは〔 〕で示した(和 2010a)。
- 9) 上記8)の質的研究によって、以下のことが導かれた。スポーツを通じた健康づくりは、「スポーツする身体」を介することによって他者に開かれ、〈他者への意識化〉がなされ、〈他者への配慮〉の意識が生まれる。また健康は自分ひとりでは守ることができず、みんなで「一緒に」支え合いながら健康づくりを行うことが必要であるという〈他者の必要性〉に気付かされ、互いの生/生命を配慮した存在論的關係性、つまり《親密圏の醸成》が形成される。これは、健康づくりという自己目的型活動が、スポーツによって「他者」に関か

れ、他者配慮型活動へと転換したことを示しているという。

- 10) コミュニティ型アソシエーションとは、趣味やスポーツなどさまざまな目的を共に達成するために、身近な地域にあり誰でも気軽に参加しやすく自発的に結成されたアソシエーションのことである(和 2017)。

### 〈参考文献〉

- 青井和夫・松原治郎・副田義也編：生活構造の理論，有斐閣，1971。
- 鯉坂学：都市移住者の社会学的研究，法律文化社，2009。
- 天野正子：「生活者」とはだれか—自律的市民像の系譜，中公新書，1996。
- Bekhet AK, Zauszniewski JA : Mental health of elders in retirement communities ; Is loneliness a key factor ? Arch PsychiatrNurs, 26(3), 214-224, 2011.
- Department of Mental Health, World Health Organization : Preventing Suicide a resource for teachers and other school staff. 2000(河西千秋，平安良雄監訳：自殺予防—教師と学校関係者のための手引き，第2版，横浜市立大学医学部精神医学教室，2007)
- Durkheim, E:Le Suicide, 1897(=宮島喬訳：自殺論，中央公論新社，1985)。
- NPO法人ライフリンク：自殺実態白書 2013。(http://www.lifelink.or.jp/hp/whitepaper.html. 2018.1.6)
- 藤田幸司：高齢者の自殺および自殺予防対策，老年社会科学，37(1)，pp.57-63, 2015。
- 古川孝順：社会福祉学，誠信書房，2005。
- 稲葉陽二：ソーシャル・キャピタル入門—孤立から絆へ，中公新書，2011。
- 片桐恵子・菅原育子：社会参加と地域への溶け込みの関連—地域での社会的ネットワークの及ぼす影響に着目して—，応用老年学，4(1)，2010，pp.40-42。
- 片桐恵子：退職シニアと社会参加，東洋大学出版会，2012，pp.18-20。
- 金子勇：都市高齢社会と地域福祉，ミネルヴァ書房，1993。
- 和秀俊：男性退職者が地域の生活者となるプロセスの概念枠組みの構築—地域スポーツクラブを通じた一考察—，立教大学コミュニティ福祉学部紀要，12，2010a，pp.16-26。
- 和秀俊：生活者論の再検討—男性退職者が地域生活者となる概念枠組みの分析から—，まなびあい，3，2010b，pp.77-86。
- 和秀俊：大都市圏郊外における男性退職者の自殺予防の必要性和社会活動の可能性，まなびあい，4，2011a，pp.58-72。
- 和秀俊：スポーツによる男性退職者の地域生活者化の可能性—既存調査，ジェンダー論，コミュニケーション論の分析から—，東洋大学社会学研究科紀要，47，2011b，pp.121-135。
- 和秀俊：男性退職者が地域生活者となるための現在の社会参加活動の限界—新たな活動の必要性—，立教大学コミュニティ福祉学部紀要，13，2011c，pp.83 -p.100。
- 和秀俊：大都市圏郊外における男性退職者の孤独感と同居家族との関係—自殺予防に向けて—，立教大学コミュニティ福祉学部紀要，14，2012a，pp.19-35。
- 和秀俊：男性退職者の地域社会に対する意識の測定尺度の検討—地域生活者尺度の開発にむけて—，まなびあい，5，2012b，pp.90-97。
- 和秀俊：自殺予防における地域福祉の可能性—福祉コミュニティ形成により育まれる価値規範と社会福祉の対象論の視点から—，立教大学コミュニティ福祉研究所紀要，1，2014a，pp.47-68。
- 和秀俊：厚生労働省科学研究費健康安全・危機管理対策総合研究事業「地域保健事業におけるソーシャルキャピ

- タルの活用に関する研究」報告書, 2014b.
- 和秀俊: 高齢社会とコミュニティ—コミュニティ政策における社会調査の必要性, コミュニティ政策入門, 誠信書房, 2014c, pp.203-222
- 和秀俊: うつ病者の社会的支援と自殺予防に関するソーシャルモデルの実証的研究, 文部科学省私立大学戦略的研究基盤形成支援事業「平成 26 年度『うつ病者の社会的支援』および『自殺予防』に関するソーシャルモデル研究・開発」報告書, 2015.
- 和秀俊: 高齢者の地域愛着感とボランティア参加, 孤独感の関係, 日本老年社会学会第 58 回大会ポスター発表, 2016.
- 和秀俊: 男性孤立者の支援とコミュニティ, コミュニティ事典, 春風社, 2017, pp.558-559
- 和秀俊: 自殺防止とコミュニティ, コミュニティ事典, 春風社, 2017, pp.562-563
- 日下菜穂子・篠置昭男: 中高年者のボランティア活動参加の意義, 老年社会科学, 19(2), 1998, pp.151-159.
- 小窪輝吉・高橋信行・田畑 洋一: 過疎地における高齢者の孤独感と個人的, 社会的特性との関連—健康状態, 対人的ネットワーク, 社会参加との関連を中心に—, 季刊社会学部論集, 17(3), 1998, pp.1-20.
- 古谷野亘・西村昌記・矢部拓也ほか: 関係の重複が他者との交流に及ぼす影響—都市男性高齢者の社会関係—, 老年社会科学, 27(1), 2005, pp.17-23.
- 前田信彦: アクティブ・エイジングの社会学—高齢者・仕事・ネットワーク, ミネルヴァ書房, 2006, p.87.
- 松村健生: 定年退職時の職業階層と生活適応, 青井和夫・和田修一編, 中高年齢層の職業と生活—定年退職を中心として, 東京大学出版会, 1983.
- 本橋豊: 自殺予防ガイドブック Q&A—自殺を防ぐためにいま必要なこと, ぎょうせい, 2007.
- 本橋豊・金子善博: 高齢者自殺の文化的側面, 老年精神医学雑誌, 19(2), 2008, pp.176-182.
- 本橋豊・金子善博・藤田幸司: 高齢者の社会的孤立と自殺, 自殺予防対策, 高齢者の社会的孤立と精神保健, 老年精神医学雑誌 22(6), pp.672-677.
- 文部科学省, クラブづくりの 4 つのドア, 2002.
- 内閣府: 体力・スポーツに関する世論調査, 2006.
- 内閣府: 社会意識に関する世論調査, 2007.
- 内閣府: 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査, 2009.
- 内閣府: 平成 27 年中における自殺の状況, 2016.
- 岡真人: 高齢期の職業と家計, 小谷野亘・安藤孝敏編, 新社会老年学, ワールドプランニング, 2003.
- 岡檀, 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, 2013.
- 奥田道大, 福祉コミュニティを担う新しい主役たち, 奥田道大・和田清美編著, 福祉コミュニティ論, 学文社, 1993, pp.5-6.
- Oldenburg, R.: The great good place, New York: Marlowe & Company, 1989 (= 忠平美幸訳: サードプレイス, みすず書房, 2013).
- Putnam, Robert D., Robert Leonardi, Raffaella Nanetti. Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton University Press, 1992. (= 河田潤一訳: 哲学する民主主義—伝統と改革の市民的構造, NTT出版, 2001)
- 齊藤ゆか: ボランティア活動とプロダクティブ・エイジング, ミネルヴァ書房, 2006.
- 坂下智恵: 我が国における高齢者自殺の特徴, 大山博史編, 高齢者自殺予防マニュアル, 診断と治療社, 2003.
- 柴田博・長田久雄・杉澤秀博編(2007)『老年学要論』建帛社.
- 清水新二: 退職前のストレス—平成 10 年の自死率急増をめぐる時代効果, ストレス科学, 14(4), 2000, pp.16-24.

- 下仲順子：臨床心理学的地域援助 老人と家族の病理，氏原寛・亀口憲治・成田善弘・東山紘久・山中編康裕編，心理臨床大辞典，培風館，2004，pp.1250-1251.
- 高野和良：高齢者と社会参加活動—ボランティア活動の現状分析から—，日本都市社会学会年報，15，1997，pp.39-52.
- 高橋邦明：高齢者の自殺，最新精神医学，13(4)，2008，pp.329-337.
- 高橋邦明：老年期，高橋祥友・竹島正編，自殺予防の実際，永井書店，2009.
- 高橋祥友：自殺予防，岩波新書，2006a.
- 高橋祥友：自殺の危険—臨床的評価と危機介入，金剛出版，2006b.
- 高橋祥友：高齢者の自殺の精神医学的側面，老年精神医学雑誌，19(2)，2008，pp.162-168.
- 高原正興：自殺から見える中高年男性の生きにくさ，現代の社会病理，25，2010，pp.13-26.
- 高橋孝代：境界性の人類学，弘文堂，2006.
- 田島美幸・大野裕：高齢者の自殺予防には家庭の人間関係だけでなく，福祉サービスなどの重層的なネットワークの構築を，月刊GPNet，1，2006，pp.19-24.
- 豊島慎一郎：現代日本における社会参加と社会階層—1997年「社会的公正感の研究」全国調査による分析，経済論集(大分大学)，52，2000，pp.117-145.
- 上野谷加代子：福祉コミュニティの創造にむけて，上野谷加代子・杉崎千洋・松端克文編著，松江市の地域福祉計画—住民の主体形成とコミュニティソーシャルワークの展開，ミネルヴァ書房，2006，p.40.
- 若林幹夫，郊外の社会学，ちくま新書，2007.
- 渡邊洋一：自殺の抑制の価値規範の構築にむけて，大山博史・渡邊洋一編，メンタルヘルスとソーシャルワークによる自殺対策，相川書房，2008.
- 矢部拓也・西村昌記・浅川達人ほか：都市男性高齢者における社会関係の形成—「知り合ったきっかけ」と「その後の経過」，老年社会科学，24(3)，2002，pp.319-326.
- 山口覚：出郷者たちの都市空間，ミネルヴァ書房，2008.