

は消防の規制基準に合う方法とする。

(2)エレベーターホールから各住戸に至る開放廊下には、デザインされたフェンスを新設し、半開放的な廊下とする。

(3)10数階に及ぶ吹き抜け部分については、数階ごとに保護ネットを設置する。

(4)落下物防護対策として一階の道路側に防護ネット付き庇を設置する。これは自殺防止効果よりも通行者の二次災害防止の意味が大きい。ただし、この庇によって、一階生活者がやや暗くなる問題が生じる。

(5)各居住者の各自のバルコニーや窓などは、物理的な飛び降り防止をすると日常生活を著しく閉鎖的にしてしまい、居住者に耐え難い心理的支障を与えるため、オープンのままとして物理的な対策はしない。

(6)上記のハード面だけでなく、自殺しようとする人の見分け方や、見つけたときの対処方法等についての、講習やパンフレット配布、自殺防止対策のための住民モニター制度の導入、「命の電話」サービスステーションの設置、報道関係への協力要請等々を実施する。特に、住民相互のコミュニケーションを大切にし、相互関心を深める住民運動を展開するなどのソフト面を改善する等である。

* 最近の中層や高層の集合住宅では、各住戸のモニターで居住者が外来者の出入をコントロールする「TVモニター付きのオートロック・システム」を主出入りに設けた建物が普及してきた。また、エレベーター内にも防犯監視カメラが設けられるようになってきた。こうなると、外来者は居住者によって出入をチェックしコントロールできるため、不特定な不審外来者が建物内に入ることがなくなり、かつて、高島平団地で行ったような物理的対策は、原則的に不要になっている。

しかし、こういった対策は、それだけ都市全体や地域のヒューマン・コンタクトや信頼関係が失われ、結果として安全性が失われていることの証拠でもあり、必ずしも、本来在るべき良好な都市の姿とは言えないと思う。

* 精神病院も飛び降り自殺の多い施設の一つであるが、この場合の飛び降り自殺について考察すると、主な点は、次に示す通りである。

精神病院では、従来から飛び降り自殺が時々見られ、このため旧来の精神病院といえば、脱走防止もかねて病棟全域をロックした閉鎖病棟とし、窓もバルコニーも鉄格子で覆うのが一般であった。しかし、1970年代後半から医療福祉先進国を中心に精神病院のノーマリゼーションと開放化が進み、医療や向精神薬の進歩などの支えもあって、急性期治療病棟やアルコール・麻薬病棟や触法患者病棟などを除いた多くの病棟で鉄格子の撤去が進んできた。しかし、すでに縊死の項で述べたと同様に、患者への人間的な処遇を充実すれば、鉄格子撤去の結果として飛び降り自殺が増加する傾向は見られなかった。

日本でも、やや遅れたものの、病室の窓やバルコニーの格子は急速に除去され、なおかつ、飛び降りの危険がある場所については強化ガラスやフィルム入りガラスやアクリル樹脂板などのストッパー付き窓や仕切りに変わってきた。

一方、精神病棟、特に急性期治療以外の病棟、特に慢性生活病棟は、大地から離れた高層化がすでに否定されており、高くても3階以下が原則となっている。このため、2階ないし3階からの飛び降り自殺に対する防止策としては、落下予想地点周辺の一階金網防護庇や広葉常緑樹ないし灌木の密植などにより患者の死傷をかなり防げられると思われる。

なお、病棟内の吹き抜けも、2階程度の場合は万一飛び降りても多少の骨折程度が多く、仮に飛び降り事故がおきても、飛び降りて痛がる患者を見た他の患者は一切後追いをしないことが知られている。

[4] 飛び込み自殺と場所・空間：

- * 飛び込み自殺は、鉄道への飛び込みが殆んどで、自動車などその他の交通機関への飛び込みは1%以下程度で極めて少ない。これは、鉄道飛び込みの自殺既遂率が非常に高く、確実に死ぬる手段の一つであることに起因していると思われる。ちなみに、鉄道ダイヤの乱れる事故は、人身事故のほかに地震・台風・落雷・故障等々があるが、このうち飛び込み自殺によるものは2割程度である。
- * 鉄道への飛び込み自殺は、駅構内のホームからの飛び込み自殺と、駅間の例えば踏み切りでの飛び込み、柵を越えての飛び込み、陸橋等からの飛び込み等々がある。一般に、駅構内は全自殺数の1/4程度で、3/4は駅間の自殺であると言われている。
- * 鉄道への飛び込み自殺は、現場での肉片・血液飛散など死後の状況が非情に悲惨であり、この悲惨さを直視して事前に知らせることは、道路交通事故防止のPRと同様に自殺防止上は有効と思われる。しかし、なおかつ衝動的な自殺者を完全に防ぐことは困難であると思われる。
- * 鉄道への飛び込み自殺は、広範囲に交通をストップさせる結果を招く。都市部や大都市圏では、1自殺につき数万人～数十万人に影響を及ぼすことが多い。鉄道関係者や警察の遺体処理は可能な限り手早く行われるものの、公共機関の交通をストップさせた責任は極めて大きい。

交通ストップは、代替輸送費やダイヤ復旧のための人件費や運賃払い戻し費等々の経済的損失も大きく、また、遭遇した運転手の精神的ショックも非常に大きい。もちろん現場に居合わせた鉄道職員や乗降客の精神的ショックも大きい。このため、予後のトラウマ対策も必要になり、鉄道への飛び込み自殺が社会的ないしは関係者や残された遺族にまで、大きな経済的・精神的負担を強いることは、自殺防止の観点からも日常強調されて良いと思われる。
- * 駅間飛び込み自殺の物理的な防止対策については、鉄道の総延長を考えると、高架鉄道路線や地下鉄路線など以外の一般地上路線では完全に防止することは困難である。ただし、飛び込み自殺頻度の高い踏み切りや跨線橋などについては、それなりの対策が今後とも必要と思われる。この点、既に設けられている跨線橋の線路上への金網防護網などは、人身事故だけでなく物の投げ込みにも有効であると言えよう。今後、列車通過前に道路から踏み切り内に人が潜って入り難くするための踏切バーの改善や、踏み切り左右の物理的侵入防止柵なども考慮する必要があるかもしれない。いずれにしても、事故発生の頻度と社会的・経済的損失とのバランスの問題でもあろう。なお、自殺と直接には関係ないが、列車通過直前の自動車の踏切内進入を物理的に防止する対策も将来は必要かも知れない。
- * 首都圏内で見ると、年間150~200件程度の鉄道駅構内ホームからの飛び込み自殺がある。JRの発生事故報告で見ると、ホーム上の飛び込み位置は、電車の進入してくる方のホーム始端からホーム中央までが殆んどで、電車が止まる方の終端はほ

とんどない。電車の進入スピードからみても、自殺既遂率の高い進入方向端に近い方が選ばれるのは当然であろう。反対側の端で停車寸前に飛び込んでも、急停車されて負傷だけして自殺は未遂に終わる可能性が高いからである。上記のことは JR や地上路線に限らず、私鉄でも地下鉄路線でも同様であると言われている。

- * ホーム上に階段や建屋などの大きな構造物があって、見通しが悪く死角になりやすい場所、つまり人目につき難いところは飛び込み自殺が起きやすい。これは、先に述べた飛び降り自殺の場所と共通するものがあり、人目の多いところでは飛び込み難いことを示している。一般に、階段や建屋などはホームの両端か中央にあることが多く、したがって飛び込み場所もホームの両端と中央が多い。

今後とも階段や建屋などのような見通しをさえぎり易い構造物に対しては、ホームの見通しの効くように考えた設計にすることが大切である。なお同時に、列車の進入直前まで自殺願望者の挙動不審が鉄道職員や他の乗客に気付かれないような「ちょっとした物陰」をつくらないことや、自殺者の事前行動が周囲に分かり易いようにミラーを取り付けることなども必要と思われる。

- * ホーム上の飛び込みは、概念的に暗いところで起きやすいとも言われており、このため、JR でも照明を改善してホームを明るく美しくするなどを試みているが、その効果が本当に有効か否かは統計的には確認し難いのが現状である。

この他、飛び込み直前に我に返ってもらうことを意図して、ホームの対面に鏡を設置した駅もあり、また、列車進入時に白線内に人が立ち入るとセンサーが感知して注意をアナウンスする駅もある。しかし、これらの対策をした駅は、他のさまざまな対策と同時に行っており、それだけの単独効果は確認し難いのが実情である。

- * 飛び込み自殺も、飛び降り自殺と同様に、一度発生すると連鎖反応を起こし易い。例えば、JR の中央線沿線の国立・小金井エリア、荻窪・阿佐ヶ谷エリアや、山手線の上野エリア、池袋エリアや、京浜東北線の品川エリア、小安・桜木町エリアなどは連鎖的に発生した。しかし、新宿や東京などの乗降客が極めて多い駅が含まれておらず、必ずしも乗降客の多い駅で自殺が多いとも一概には言えず、その原因は明確でない。

なお、連鎖反応については、飛び降り自殺の名所と同様に、報道の影響がかなり大きいとも言われている。飛び込み自殺の内容や多寡は社会状況によっても大きく変動する。基本的な予防はこのような社会情勢の改善にあると思うが、社会が変化流動する不安定な時代の報道は、より多くの配慮が必要かと思う。

いずれにせよ、一度飛び込み自殺が起きたら再度発生することを考慮して、飛び降り名所の防止対策と同様に、ハード面の改善と同時にソフト面でも、PR を含めた乗客への注意喚起や職員の監視強化などが必要と思われる。

- * 人から数十センチのすぐ横を、何の防護柵もなく数十キロのスピードで鉄の塊が進入ないし通過するのは、鉄道駅のホームしかない。しかも、ホーム上にはラッシュ時はもちろん、その他の時間帯も通常の他の場所よりも一般に多くのお客がおり、夜間には足元の定かでない酔客もいる。つまり、ホームは一般乗降客にとって最も危険度の高い場所の一つである。当然ながら、視覚障害者や身体障害者にとってもホームは最も危険な場所の一つである。事実、視覚障害者や身体障害者は階段やエレベーター等からホームに出ると、危険を避けて最小限しか移動しないし、視覚障害者は点字ブロックに沿って移動することすら最小限しかしない。

このような高い危険度のわりに事故が少ないのは、運転手が列車運行の安全に気を遣っていること、鉄道職員がホーム監視を忠実に実行していること、そして、何よりも乗降客自身が身の危険に対して意識的に注意し自衛しているからであろう。

- * しかし、駅ホームからの健常者や身障者や泥酔者の不慮の転落防止も含めて、完全に飛び込み自殺を防ぐ最終的な方法は、物理的に飛び込みが出来ないようにする方法、つまり、ホーム・ドアー形式ないしはこれに準ずるものを設置する以外にないと思われる。この点は、危険な道路には人を守るガードレールを必要とするように、今後、何等かの対策を必要とすることになると思う。

事実、東京の「ゆりかもめ線」、横浜の「金沢シーサイド・ライン」などのような無人運行ないしはこれに近い運行で採用されている天井まで達するようなホーム・ドアーを設置した場合は、飛び込み自殺は起きていない。また、そこまで完全でなくても、JR 新幹線の通過列車側ホームに見られるようなホーム上1メートル10センチ程度のドアー付き防護柵や都営地下鉄「三田線」程度のもので、相当に有効であると思われる。

しかし、これを実施するとなると多くの問題を解決せねばならない。まず、改造に必要な経費の問題と、人の歩行・滞留するホーム実質面積の縮小などが問題となる。また、列車の型式によって乗降ドアー位置が異なり、ホーム・ドアー位置とのずれを解決せねばならないし、ホーム・ドアー設置の場合の乗降時間延長と、現状ですでに限度にあるラッシュ時の運転間隔の問題をも解決せねばならない。

ところで、ホーム・ドアー設置に伴う乗降客の歩行・滞留するホーム実質面積の縮小については、列車ドアーとホーム・ドアー位置が一致すれば、ホームの先端にホーム・ドアーを設ければ良く、まず問題はないと思われる。また、一致しないために仮にホーム・ドアーをホーム先端から1メートル数十センチ程度内側に後退させて設けても、現状でも殆んど乗降客はホーム端の白線ないしは点字ブロックから内側を通行しており、特に列車の進入時には、アナウンスもあって白線の内側に後退していることから見て、特別に混雑する主要駅以外は現状より数十センチ後退することで解決するかも知れず、階段の位置・形状や売店・事務室の位置・形状の変更・撤去などを含めて、今後、工夫する余地はあるように思われる。この点、問題はラッシュ時間帯に混雑するホーム幅のわりに乗降客の多い駅にあり、列車運行間隔の問題も含めてこの場合は相当の改造経費と工事期間が必要になろう。

いずれにせよ、改造した場合の、改造に必要な経費とホーム・ドアー維持費等の経済的出費や、改造の結果得られる社会的安全性と企業責任としての安心感などと、現状のままとした場合の、事故発生によって生じる直接の経済的損失や人為的防止に要する人件費や企業としての社会的な安全性確保や事故防止責任等とのバランスの問題になると思われる。経費の面から見れば、新幹線方式や都営地下鉄「三田線」方式は実現性が高いと言えよう。

将来を見通すと、わが国の少子化による生産労働人口の減少、ITの普及による在宅勤務や遠隔授業の増加と通勤者・通学生の減少傾向、地方分権化と地方都市の活性化による人口分散の傾向、人間的な職住接近生活の傾向、カスタマイゼーションによる生産体制の一極集中から分散化への傾向など、いずれは都市集中人口の減少、ひいては大都市圏のラッシュは減少の方向に向かうとも考えられ、このホーム・ドアーの普及も、今後の国民の安全意識レベルや自己責任の問題とも大きく関係して、

あるべき方向が自然に決まってくると思う。

- * なお、海外の鉄道飛び込み自殺については、来年度も本研究が継続された場合は、文献資料の所在によっては次年度に報告する予定である。

[5] 薬物自殺と場所・空間：

- * 薬物自殺の数は、敗戦後約十数年間は首位ないし縊死に次いで多かった。この原因は、薬物の入手が比較的容易であったことと、薬物自殺は薬物の内容と量を誤らなければ既遂率がかなり高く、かつ比較的安楽な死が可能であり、死後もあまり見苦しくないなどの特性によるものと思われる。逆に言えば、内容と量を誤れば非常な苦痛を受け、かつ未遂に終わる可能性が高いことでもあると言えよう。

1960年代以降は、覚醒剤などをはじめ各種薬物の取締まりが厳しくなり、現在は薬物による自殺はかなり減少している。このことは、薬物自殺の予防には危険性のある薬物の取締まり強化が有効なことを示していると言えよう。

- * 薬物自殺は、使用薬物が睡眠薬のような遅効性薬物の大量服用による緩慢とした自殺と、劇薬毒物のような即効性毒薬服用による急激な自殺とで、自殺場所・空間に多少の差異がある。

前者の睡眠薬などによる自殺は、自殺達成までにかかなりの時間を要するため、他にディスターブされることなく一定時間横になれ、かつ発見までに長時間かかることが必要である。このため、自殺場所は自宅の個室、特に寝室のベッドや布団上が選ばれることが最も多い。なお、この他にホテルや旅館の個室や山中や風光明媚な回想の場所を選ぶこともある。

一方、後者の劇薬毒物による自殺は、多くは激痛や嘔吐を伴う場合が多く、場所は自宅の寝室や書斎や勉強部屋などの個室が多いが、短時間即効性のため、職員退社後の職場自席や、監視体制がある収容・留置施設などの独房などでも起こることがあると言えよう。

- * 薬物自殺、特に遅効性薬物による自殺は、上記のように一定時間一人で横にならなければならないため、実行時刻は夜間が多く、かつ当人の寝室や宿泊施設の個室などが多いため、兆候を事前に察知して一人寝を予防しない限り、施設設備的に自殺防止策を施すことは難しい。

なお、精神病院や収容施設の保護・隔離室などでは、従来は自殺防止をかねて監視モニターを設置する例もあったが、プラシバシーを守る人権上の問題と自殺は本来ヒューマンコンタクトで防止すべきであるとの考えから、特別の場合以外は採用されなくなってきた。

- * 薬物自殺の多くは、服毒自殺であるが、麻薬による場合は静脈注射や吸引によるものもある。わが国の場合は麻薬取締りが厳しく、麻薬による自殺は少ない。

[6] ガス自殺・その他自殺と場所・空間：

- * ガス自殺は、都市ガスやプロパンガスや化学薬品ガスによる自殺は非常に少なく、大半は、自動車の排気ガスによる一酸化炭素中毒死である。実際、都市ガスやプロパンガスの安全化が進んでおり、これによる自殺が難しくなっている。

排気ガス自殺の場所は、自宅車庫などのほか屋外の人目につきにくい所や景勝地などが選ばれやすいと言われている。空間は当然排気ガスを引き込んだ自動車内である。これも、完全に防止するには、いずれ開発されるであろう一酸化炭素を排出しない水素燃料による無公害エンジンや電気自動車の実用化等が最終的な方法で、それまでは施設設備的に完全予防することは困難であると言えよう。

- * 上記のほかに、自殺には、溺死、焼死、刃物自傷死、拳銃死、感電死、窒息死、餓死等々もあるが、例数も少なく、施設設備的予防対策との関係も薄いので省略する。

以上

謝辞：

本研究に関しては、旧住宅都市整備公団の方々や JR 東日本社の方々に、ご意見ご示唆や資料の提供をいただいた。また、自殺に関しては鶴見済氏著の「完全自殺マニュアル」はじめ自殺に関する多くの書籍、生命観に関しては森岡正博氏著の「生命学に何ができるか」や尊厳死協会の出版物はじめ生命や尊厳死・安楽死に関する多くの書籍を、また、労働過労死はじめ一般死に関する書籍等を参考にさせていただいた。ここに感謝申し上げる次第である。なお、参考文献リスト等は来年度の最終報告にまとめて掲載する予定である。

最後に、本報告に関して国立精神・神経センターの方々にお世話になったことを合わせて感謝する次第である。

自殺防止対策の組織的推進に関する研究

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者 立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者 佐名手三恵（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：我が国の自殺死亡は近年急増し、特に中高年の男性における際立った増加は社会問題となっている。本研究においては秋田県と鹿児島県で聞き取り調査を実施し、自殺防止対策を組織的に進めていくための重要な構成要素について検討した。

秋田県における取り組みの推進要因は、自殺死亡率が7年連続全国1位となったこと、新聞に自殺の問題が連載されたこと、健康秋田21計画に自殺予防が取り上げられたこと、医師会がプロジェクトで取り組み始めたこと、秋田大学医学部の積極的な対応などであった。行政では自殺予防対策協議会を設置して「心の健康づくり・自殺予防対策事業」として包括的な取り組みを始めていた。

鹿児島県における取り組みの推進要因は、健康かごしま21に自殺者数の減少が取り上げられたこと、保健福祉部長の問題指摘、軽症うつ病対策事業の実施などであった。対策の柱として、軽症うつ病の早期発見・スクリーニングが考えられており、伊集院保健所では平成13年度に軽症うつ病対策事業を実施していた。その基本的な考え方は、ストレス状態や軽症うつ病のスクリーニングによって自殺につながる道筋をブロックし、結果として自殺防止を実現することであるが、その確立には現場と研究の共同作業が重要と思われた。

本研究によって、都道府県レベルで自殺防止対策に取り組むための重要な構成要素について、貴重な示唆が得られた。本研究の成果をもとに、都道府県レベルにおける自殺防止の取り組み実態を把握する必要がある。

A. 研究目的

我が国の自殺死亡は近年急増し、特に中高年の男性における際立った増加は社会問題となっている。自殺は自殺者本人に限らず、家族、社会にまで大きな損失をもたらすものであり、その防止は緊急課題である。しかし自殺防止対策の実施には、防止対策に結びつく実態データをどのように把握するか、防止対策の必要性の認知、具体化の方法、関連行政分野の連携、市民活動との連携、普及啓発等、多くの検討すべき課題がある。本研究においては、自殺防止対策を組織的に進めていくための重要な構成要素を明らかにする。

B. 研究方法

自殺防止対策を組織的に進めていくための重要な構成要素を明らかにするため、自殺防止対策の企画・実施に役立つ情報の聞き取り調査を行った。

聞き取り調査の実施地域は、①秋田県（行政で「心の健康づくり・自殺予防対策事業」に取り組み、医師会においても自殺予防対策プロジェクトを立ち上げ自殺関連調査を行っている）、②鹿児島県（保健所で「軽症うつ病対策事業 抑うつ度調査」に取り組み、行政としての組織的な取り組みを検討している）の2県とした。

聞き取り調査に当たっては、秋田県健康

福祉部、鹿児島県保健福祉部に研究の趣旨を説明し、聞き取り調査への協力と協力施設等の選定を依頼した。聞き取り調査の内容は、把握されている自殺の実態、自殺防止のために活用できる組織やネットワーク、自殺防止に関して重要と思われること等で、1ヶ所1～1.5時間のフリートーキングで行った。また秋田県では秋田県医師会自殺予防プロジェクトメンバーと、鹿児島県では鹿児島県保健福祉部メンバーと、包括的な意見交換を行った。

聞き取り調査の結果は協力施設単位で要約を作成し、その結果をもとに自殺防止対策を組織的に進めていくための重要な構成要素と考えられるものを抽出した。聞き取り調査の協力施設等は次のとおりであった。

秋田県：秋田県健康福祉部健康対策課、秋田県精神保健福祉センター、秋田県医師会、本荘由利健康福祉センター・由利町(同時)、秋田県警察本部捜査第1課、本荘警察署

鹿児島県：鹿児島県保健福祉部健康増進課・障害福祉室(同時)、鹿児島県精神保健福祉センター、伊集院保健所、鹿児島県警察本部生活安全企画課、鹿児島いのちの電話

(倫理面の配慮)

本研究は自殺防止対策を組織的に進めていくための重要な構成要素を明らかにすることであって、基本的には倫理面の配慮を要する個人情報に接触するものではない。このため分担研究者の所属する施設での倫理審査は受けなかった。自殺者の個別情報が聞き取り調査のなかで提供された場合は、報告書作成途上の文書類、報告書自体のなかから個人情報を完全に削除することとしたが、削除しなければならない事例は発生しなかった。

C. 研究結果

1. 秋田県における聞き取り調査

1) 秋田県健康福祉部健康対策課

秋田県では自殺死亡率が平成7年以降全国1位であることから、「健康秋田21計画」(平成13年3月)の「分野別の目標と施策の展開」のなかに「自殺予防」の項目を設け、健康指標(自殺者数、うつ症的症状を訴える者の割合)、行動指標(家庭や職場、地域からの社会的支援の少ない者の割合)、環境指標(うつ病の早期発見・早期治療のための病院・診療所医師等による協力体制等)について数値目標を示した(環境指標については今後調査することとして目標値を「増加」という表現にとどめている)。

秋田県では「健康秋田21計画」等を背景に「心の健康づくり・自殺予防対策事業」として、健康づくりのなかで自殺予防に取り組んでいた。平成13年度(関連事業を含む)は、①こころの健康づくり・自殺予防対策協議会開催事業、②自殺予防啓発事業、③心の健康づくり・自殺予防講師派遣事業、④自殺予防対策研修事業、⑤心の健康づくり・自殺予防対策モデル事業、⑥「秋田いのちの電話」活動助成事業(地域福祉基金からの補助事業)、⑦国の研究事業への参加協力であった(表1)。

秋田県では中高年の自殺が多いため、現在の自殺予防対策の重点も中高年に向けられ、市町村・県民が受け入れやすくするため、健康づくりの一環である心の健康づくりとして、自殺予防対策に取り組んでいた。

精神障害者の自殺予防や医療の必要な場合の対処については、精神保健福祉対策との連携を深めていく必要があると考えられていた。

秋田県の自殺予防対策では、秋田県医師会、秋田大学、マスコミ、住民組織の活動に相互の連携がある。例えば秋田大学が秋田県医師会の取り組みに協力しており、秋田県医師会の自殺予防対策プロジェクト委

員が秋田いのちの電話を支援していた。また新聞の地方版には自殺問題に関する連載記事が掲載され、県民の関心を高めてきた経緯がある。

2) 秋田県精神保健福祉センター

自殺予防は健康福祉部健康対策課が、心の健康づくり対策として秋田県医師会や秋田大学と連携して取り組んでおり、精神保健福祉センター独自の取り組みは行われていない。ただし、県内の相談機関を対象とした研修会を開催する場合「いのちの電話」の相談員にも参加を呼びかけている。

自殺予防にはうつ病対策が欠かせない。一般科の医師にうつ病と自殺予防に関する知識を普及させると共に、一般科と精神科の医師が連携を取って、一般科で診療を受けながら精神科医が必要に応じて支援することが望ましい。

自殺予防には「本人が救いを求められる体制」の保証が大切である。高齢者は、家族に負担をかけてまで生きていたくないという気持ちが強い。秋田では大家族の中での疎外感が問題にされるが、家族から暗黙のうちに求められる役割を果たせなくなったときの苦しさがあるのではないか。

3) 秋田県医師会

秋田県医師会では県民にとって関心の高い健康問題に、プロジェクトチームで対応している。その一環として自殺防止対策に取り組むこととなった。プロジェクトチームは秋田県医師会と秋田大学のメンバーで構成され、秋田大学は、精神科、法医学、公衆衛生学の3講座が関与している。

プロジェクトチームでは、①自殺の最大のリスクファクターとして精神障害が考えられること、②秋田県医師会員を対象に調査を行うことで秋田県の自殺の実態が相当数把握できること、③「秋田県の自殺の典型例」を浮き彫りにすることが対策につながるを考え、秋田県医師会全会員を対象に、自殺既遂、自殺未遂、自殺念慮に関する事

例調査を実施することとした。調査開始に当たっては、秋田県医師会顧問弁護士と協議し、倫理上の問題が発生しないよう配慮した（この調査結果は、本研究班の分担研究「自殺実態のモニタリングのあり方に関する研究」に報告されている）。

プロジェクトチームに内科医と住職を兼ねた委員が入っていることから、宗教関係者に対しても調査を行うこととした。この調査をとおして、宗教関係者が自殺予防に関心を深めることを期待している。またプロジェクトチームには「秋田いのちの電話」を支援している医師会員も入っており、医師会と市民活動との連携を可能にしている。

秋田県健康対策課からは、うつ病の診断と治療に関して、一般科の医師に対する研修事業と小冊子作成との要請がある。これらの事業を介して、精神科と一般科の連携を進めたい。

4) 本荘由利健康福祉センター・由利町

本荘保健所（当時）管内の自殺率は県に比べ5~10ポイント高かった。その中でも由利町の自殺率が高く、しかも自殺者の7割以上が65歳以上の高齢者であったことから、本荘保健所から由利町に問題提起し、平成7年度から共同で「高齢者の心の健康づくり事業」に取り組んだ。これは秋田県の自殺予防対策の先駆けとなったもので、平成9年度以降は由利町が独自に事業化して取り組むようになった。事業内容は、「高齢者の心の健康づくり検討委員会」の設置、地区診断（町の状況調査、自殺死亡に関する人口動態統計調査、自殺者家族面接調査）、高齢者の自殺予防に関する意識調査、心の健康づくり講演会の開催、交流の場づくり、世代間交流事業、広報活動、高齢者の生きがい調査の実施等である。事業は、心の健康づくりを前面に出し、調査と平行して講演会等を開催、さらに調査結果を住民にフィードバックしていった。

由利町における平成6年の自殺者は11人（町民約6千4百人）と多かったため、町中の話題になった。町全体の問題意識が高まり、町の最重要課題として保健活動で取り上げることにしたが、「高齢者の心の健康づくり検討委員会」の開催当初は、委員の中からも「自殺は個人の問題であり、自殺予防は町で取り組むべき課題ではないのではないか」という雰囲気があった。しかし町の積極的な取り組み姿勢により、「高齢者の心の健康づくり検討委員会」をはじめ、町内の意識が変化していった。

「高齢者の心の健康づくり検討委員会」には、葬儀での講話等、遺族のケアに関わる機会が多いことを考慮して宗教関係者（住職）も委員に入ってもらった。

公報への掲載当初は、自殺を取り上げることに對する否定的な反応もあった。しかしタブー視をやめ、積極的に公報に掲載するようにした。

地区診断を行っても自殺の理由が分からないケースが多かった。このことから平成9年から高齢者の生きがい調査等により自殺の原因を追及するのではなく、「仮に自殺者と同じような苦境に立った場合、自殺しないためにはどのような環境づくりが大切か」を課題にしてきた。このことで、自殺者の遺族に過剰な自責の念を起こさせないで自殺予防に取り組むという、心の健康づくりの進め方が定まった。

自殺予防には「心の健康づくり」と「自殺リスクの高い人への対応」の2つが必要である。由利町では「心の健康づくり」から取り組んでいるが、「自殺リスクの高い人への対応」が課題である。精神科病院を退院したひとのフォローが重要になってくるが、医療との連携で対応していきたい。

5) 秋田県警察本部捜査第1課

刑事警察の本務は自殺か他殺の判別を行い、事件として扱うべきものに捜査を行うことである。警察で取り扱った死体の数

は、平成12年までの5年間平均で1,130体（男2/3、女1/3）、平成12年度は取り扱い死体数1,208体であったが、そのうち自殺死体は464体（男327、女137）であった。自殺は独居者より家族、同居者のいるひとに多い。警察統計による原因・動機別状況では、健康問題、経済生活問題などが多いが、原因・動機が複合的あるいは明確ではない事例も多い。うつ症状が背景にある自殺は多い印象がある。高齢者の場合、うつ症状があっても医療にかかっていない人が多いのではないかと。経済・生活問題による自殺の場合、サラ金等に借金がある事例がほとんどであるが、借金額が遺族の把握額を上回るケースが多い。事前に弁護士に相談して自己破産の手続きを行っている事例、自殺によって借金を精算できた事例は少なく、多くの場合、遺族が支払うか破産宣告を行っている。

秋田県の自殺率が全国一高いという現状では、刑事警察部門としても、調査・予防対策には何らかの協力をすべきとは考えるが、プライバシーの問題もあり警察独自では難しい。プライバシーの問題に配慮しつつ実態データをまとめることには秋田大学法医学教室の果たしている役割は大きい。

刑事警察部門では、遺族に遺体を渡す際に、援助機関に関する情報を提供することがぎりぎり可能な範囲であろう。自殺は犯罪ではないので防犯対策には入らないが、孤独な状態をつくらず、周りに人がいる状態をつくることでは、生活安全課の関わりもあるかもしれない。いずれにしても自殺予防の取り組みを進める主体があつて、警察に協力を呼びかけることが前提であろう。

6) 本荘警察署

社会の風潮の反映ではあるが、自殺者の家族では、家族全体が殻の中に入り込んで、生活、考え方、感情の表し方が固定化している傾向を感じる。TVのホームドラマに出てくる「幸せな家庭像」を追い求め、争

いごと等を含めて生々しい家族成員同士の接触を避ける傾向にある。そして「幸せな家庭像」から脱落するものをシャットアウトしている。そのため自殺者が生前に何らかのサインを発しているにもかかわらず、家族は気づかないことが多い。誰かが行動を起こすことで防ぐことのできる自殺は多いのではないかと。家族とは別に、本人や家族が駆け込める場所としての第三者援助機関が必要である。

自殺の背景には、精神障害、病苦が多い印象がある。精神障害で治療中の自殺は、家族が本人の退院や快方を喜んでいる時に多い。本人や家族が治療の必要性を理解していない場合や、うつ病の疑われる事例も多い。

自殺の原因・動機別状況が「経済・生活問題」で借金のある場合、家族は借金の正確な額を知らないことが多い。借金による自殺者には筋道を立てて思考し、行動できない人が多いのではないかと。筋道の立たない部分に入り込み、その結果自殺してしまう。

2. 鹿児島県

1) 保健福祉部健康増進課・障害福祉室

鹿児島県の自殺率は全国平均より高い状況にある（平成7年人口10万対21.7、平成11年人口10万対25.5）。自殺防止対策の充実・強化は「健康かごしま21」の「休養・こころの健康づくり」において、自殺者数の減少に関する数値目標が設定されたことが1つの契機となった。目標数値は平成10年の人口動態統計による自殺者の現状値503人の2割減となっている。数値目標を掲げることには、「自殺は個人の問題ではないか」という議論もあった。鹿児島県の自殺防止対策は準備段階であって、保健福祉部長主催の研究会で議論をしている。鹿児島県では、障害福祉室で所管する精神保健福祉業務で自殺防止対策に取り組むこ

ととしているが、平成14年度から精神障害者福祉サービスが市町村中心に展開されるので、自殺防止対策の精神保健福祉業務における位置付けや方向性を明確にする必要がある。

自殺防止対策に取り組むには、その対象を明確にする必要がある。自殺の背景にうつ病があるものが多いとしたら、科学的なアプローチは可能である。自殺や精神障害の問題を表に出しづらいことを考慮すると、地域に向けては「こころの健康づくり」として進めることが賛同を得やすいと考えられる。行政で取り組む場合の対策の柱は、軽症うつ病の早期発見・スクリーニング、医療、地域への普及啓発であって、結果として自殺者数の減少を図ることではないかと考える。

2) 精神保健福祉センター

自殺者数等は人口動態統計などから把握できるが、防止対策につながる実態データは少ない。「精神」や「自殺」ということばは県民から見ると近づき難い印象を与える。このため自殺防止を前面に出して、精神保健福祉センターで対策に取り組むことは難しい。しかし精神保健福祉センターは、研修、講演、連絡協議会等を通じて、さまざまな領域との浅く広い付き合いがある。このことは自殺防止対策の情報ネットワークとして大いに役立つ可能性がある。

うつ病対策に取り組むことが自殺防止につながる可能性は高いが、対策の科学的根拠を高めることが何より重要である。またうつ病患者は一般科も多数受診しているため、精神科、心療内科、一般科の連携が重要である。

3) 伊集院保健所

伊集院保健所では平成13年度に日本看護協会の研究事業をもとに「軽症うつ病対策事業 抑うつ度調査」に取り組んだ。またこの事業と関連して「こころの健康づくり連絡会」を開催し、軽症うつ病や自殺に

関する地域の実状、課題等を踏まえ、社会全体でこころの健康づくりを取り組めるよう、地域のネットワークづくりに取り組んでいた。「軽症うつ病対策事業 抑うつ度調査」の目的は「伊集院保健所管内の軽症うつ病ハイリスク者の割合や生活習慣等を調査把握し、各種健康づくり施策および「健康かごしま21」を含めた心の健康づくり対策の推進に活用するための基礎資料とすることである。管内1市8町から無作為抽出された1,130人を対象に「こころとからだの疲労度チェック」を行い、922人(81.6%)の協力を得た。この調査の結果、「軽度のうつ傾向あり」と「中等度のうつ傾向あり」の合計は52.7%であって、軽症うつ病対策の必要性が実感された。相談希望の有無では、「抑うつ傾向は乏しい」が最も相談の希望者が多く、介入の必要性が高いと思われる「中等度のうつ傾向あり」で、相談希望者が最も少なかった。

伊集院保健所では、「軽症うつ病対策事業 抑うつ度調査」から得られた結果をもとに、「ストレス状態からうつ病・軽症うつ病」「うつ病・軽症うつ病から自殺」の2段階で介入して、結果として自殺者を減少させるというピラミッド型の対策モデル(図1)を検討している。地域で対策を進めるには、比較的短期間で効果を示すことができるような指標があったほうがよい。また地域住民向けの簡便なスクリーニングツールの開発も必要である。

軽症うつ病対策に必要なことは、普及啓発、相談窓口の開設、対応できる人材の育成である。地域住民対象の対策では、うつ病対策や自殺防止といった言葉ではなく、「ストレスマネージメント」「ストレス対策」に言葉を変える必要がある。自殺者数が増加しているため、その対策は必要であるが、自殺の原因は多様である。うつ病が背景となる自殺が多く、それが治療可能であるならば対策は構築できるのではないかと

4) 鹿児島県警察本部生活安全企画課

自殺は他者を巻き添えにしない限り、事件・事故・犯罪とは別個のものである。また自殺はいつどこで発生するか分からないこともあって、警察が主体となって自殺防止対策に取り組むことは困難である。

警察署の現場では、不審死に関する情報は、「地域課」→「刑事課」→「捜査員・監察医派遣」→「自殺か他殺かの判定」という経過をとる。自殺の実態に関する情報は刑事課にある。遺族のケアに関しては、捜査員が保健所の精神保健福祉相談の紹介等援助機関に関する情報を提供することは可能であるが、組織としての対応は行われていない。

一般論として、自殺防止を前面に出して対策を進めてもなかなか社会の賛同が得られないのではないかと。自殺を話題にすることへのタブー視、マイナス面で注目を集めたくないという気持ちが地域社会にある。生活向上の活動の一環として取り組むならもう少し賛同が得やすいのではないかと。

5) 鹿児島いのちの電話

「鹿児島いのちの電話」は1990年に開設された。相談電話は1台で、年間1万3千件ぐらいの相談(内200件ぐらいが自殺を口にし、10件ぐらいに実際に自殺企図がある)に対応している。「いのちの電話」の存在は県民に知られていないので普及活動に取り組む必要がある。電話は若い世代の利用が多く、高齢者の利用は少ないので、高齢者がもっと利用しやすい形を考えたい。

365日24時間の体制で電話相談を行うには、電話相談ボランティアの確保が鍵になる。電話相談ボランティア養成講座は1回2時間、10ヶ月間で34回のコースであって受講者の動機が高くないと、なかなか受講には至らない。特に夜間の電話相談ボランティアの確保は困難である。

いのちの電話をとおして、death education(死への準備教育、自分自身の死

を全うする心構えを養うこと)の重要性を痛感する。電話相談ボランティア養成講座自体が death education になるが、もっと簡便で、電話相談ボランティアの裾野拡大につながるような death education の場が必要である。行政に期待することは、いのちの電話の財政的補助よりも、電話相談ボランティアの裾野拡大にもつながるような death education の取り組みである。

いのちの電話は、宗派にとらわれない宗教関係者のネットワークを持っている。このネットワークは自殺防止対策に活用できる可能性がある。

D. 考察

本研究の目的は自殺防止対策を組織的に進めていくための重要な構成要素を明らかにすることである。ここでは秋田県、鹿児島県における聞き取り調査の結果をもとに、自殺防止対策の必要性の認知と具体化、自殺防止に関する行政の組織的取り組みの要件、自殺防止対策に活用できるネットワーク、普及啓発の進め方について考察する。

1. 自殺防止対策の必要性の認知と具体化

自殺防止対策の必要性の認知と具体化は、自殺の実態把握、自殺防止対策の施策化に区分できる。

1) 自殺の実態把握

(1) 基本データの収集と警察データの自殺防止対策への活用

自殺の実態把握に関しては、まず人口動態に基づく、自殺死亡の実態に関するデータの整備が必要であるが、これに合わせて警察データの活用も検討する必要がある。警察データを自殺防止対策に活用するためには、自殺防止対策に取り組む都道府県から警察本部に協力要請を行うとともに、警察データの取り扱いと守秘の問題についての協議が必要である。また警察データを学術的に活用していくためには大学法医学教

室、監察医務院との連携も重要である。

(2) 地域における自殺実態の把握

秋田県では秋田県医師会自殺予防プロジェクトによって医師会員による実態調査が行われている。この調査の実施に至るまでの経過、調査の方法、調査における倫理面の検討、調査および調査結果の社会還元、遺族のケア等、この調査の実施過程に関する情報を提供することで、他の都道府県でも実施可能な対策モデルとして整理できる可能性が高い。

本荘由利健康福祉センター・由利町における「高齢者の心の健康づくり事業」の実施課程、地域診断の手法も情報を広く提供し、取り組みの詳細を検討することで、他の地域・市町村でも実施可能な対策モデルとして整理できる可能性が高い。

(3) 地域におけるうつ病等の実態把握

鹿児島県伊集院保健所の「軽症うつ病対策事業 抑うつ度調査」は、軽度あるいは中等度の抑うつ傾向のある住民の実態を数値化して示した。この調査結果は、市町村、地域住民に軽症うつ病対策の必要性を示すデータとなった。伊集院保健所ではピラミッド型の対策モデルを示している。このモデルは、地域住民をベースにした1次スクリーニング(地域住民の自己啓発・健康づくりに活用できる)、2次スクリーニング(1次スクリーニングの結果をもとに診療あるいは相談性を判定する)の2段階から成り立っている。このようなスクリーニングの方法が対策としての科学的根拠を確立していくには、研究的な視点を強化したモデル研究が必要である。

2) 自殺防止対策の施策化

秋田県、鹿児島県とも、自殺防止対策の契機となったのは「健康日本21」(国民健康づくり運動)の地方計画であって、両県とも自殺者数減少の数値目標を示している。秋田県では自殺者数減少のほか、健康指標(自殺者数、うつの症状を訴える者の割合)、

行動指標（家庭や職場，地域からの社会的支援の少ない者の割合）を数値目標で示したほか，環境指標（うつ病の早期発見・早期治療のための病院・診療所医師等による協力体制等）に関しても数値化を準備している。「健康日本 21」（国民健康づくり運動）の地方計画のなかで，全国の都道府県で自殺防止対策に関してどのような目標が示されているか調査すること，数値目標が示されている場合はその調査方法を資料化して相互比較ができるようにすることは重要と思われた。

2. 自殺防止における行政の組織的取り組みの要件

行政の組織的取り組みの要件に関しては，健康づくり対策と精神保健福祉対策，警察行政との連携に区分した（他の機関との連携に関しては「自殺防止対策に活用できるネットワーク」で述べる）。

1) 健康づくり対策と精神保健福祉対策

秋田県では健康対策課の所管する健康づくり対策のなかで自殺予防に取り組んでいた。鹿児島県では障害福祉室の所管する精神保健福祉業務のなかで，心の健康づくり対策に取り組む予定であった。両県とも心の健康づくりを基盤に対策を進めることでは共通していたが，精神科病院退院患者のフォローアップや軽症うつ対策等のスクリーニングの結果，うつ病が疑われる場合等は，医療や社会復帰対策との連携が必要になる。また今回の聞き取り調査では話題に上がらなかったが，高齢者場合には介護保険，就業者の場合には職場のメンタルヘルスとの連携が重要になる。これらの連携の実態について，あるいは実態を把握できる指標の明確化については，さらに 14 年度研究のなかで研究を進める必要がある。

2) 警察行政との連携

警察データの自殺防止対策への活用に関しては既に述べた。ここでは自殺者遺族

のケアについて述べる。警察本部，警察署における聞き取り調査のなかで，遺族のケアとして，捜査員が保健所の精神保健福祉相談の紹介等援助機関に関する情報を提供することは可能ではないかとの感触を得た。また「孤独な状態をつくらず，周りに人がいる状態をつくる」ことでは生活安全課の関与の可能性が示唆された。このような情報に対応する，相談者が安心して利用できる「本人や家族が駆け込める場所」としての，第三者援助機関の情報を整理し，警察に提供することが必要と考えられた。

3. 自殺防止対策におけるネットワーク

本研究の結果，自殺防止対策の実施には，都道府県，市町村，大学，医師会，いのちの電話等の市民活動，地域組織，宗教関係者等のネットワークがきわめて重要であることがわかった。また今回の調査では言及することができなかったが，教育委員会，産業保健との連携も重要である。

自殺防止対策におけるネットワークに関して，秋田県では「心の健康づくり・自殺予防対策事業」のなかで「心の健康づくり・自殺予防対策協議会」を設置して県域レベルでの連携を図っていた。また「心の健康づくり・自殺予防対策事業」の地域版である「心の健康づくりモデル事業」においては，「高齢者の心の健康づくり検討委員会」等を設置し，地域レベルで関係者のネットワークづくりを行っていた。鹿児島県では精神保健福祉センターが県域のネットワークの核となりうる可能性が述べられた。伊集院保健所では，「軽症うつ病対策事業抑うつ度調査」に関連して，社会全体でこのころの健康づくりを進める場として「このころの健康づくり連絡会」を開催していた。さらにまた，いのちの電話に宗教関係者とのネットワークがあることが述べられたが，このネットワークの活用の方法も重要な課題であろう。自殺防止対策の実態を把握す

るうえでは、都道府県、地域レベルで、自殺防止あるいは軽症うつ病対策を課題とした、心の健康づくりに関する連絡協議会の存在を把握することが必要と考えられた。

自殺防止にうつ病対策から取り組む場合においては、一般科と精神科の連携が重要である。秋田県医師会のうつ病の診断と治療に関する小冊子の作成、自殺予防対策研修事業は重要な参考事例である。このような事業の実施状況を都道府県単位で把握することが必要であるが、この取り組みの情報を広く提供し、取り組みの詳細を検討することで、他の都道府県でも実施可能な対策モデルとして整理できる可能性が高い。

4. 普及啓発の進め方

秋田県、鹿児島県とも、自殺防止対策を進めるうえでは「心の健康づくり」を基盤にすることを提唱していた。そして対策の中心をうつ病対策に置くことも共通していた。そのうえで地域住民からアクセスしやすい自殺防止対策とは、自殺を危機における人間の行動のかたちにとらえ、個人、家族、学校、職場、地域など、社会の構成単位に起こる危機に対して、「生きることを支える」活動、「地域づくりの背景を持ったところの健康づくり対策」であると考えられた。「いのちの電話」等の市民活動も「生きることを支える」活動の一環と考えるならば、年間1万3千件ぐらいの相談のうち200件ぐらいが自殺を口にし、10件ぐらいに実際に自殺企図ありと、必ずしも自殺に関する相談が多くないという実態も高く評価できる。自殺防止対策は、その方向において自殺防止対策だけを狙いとするのでは

なく、「地域づくりの一環としてのところの健康づくり対策」の方向に進めることが重要と考えられた。普及啓発に関する取り組みの実態把握としては、電話相談ボランティアの裾野拡大につながるような取り組みにヒントがあると思われた。

本研究によって、都道府県レベルで自殺防止対策に取り組むための重要な構成要素について示唆が得られた。本研究の成果をもとに、都道府県レベルの自殺防止対策の準備状況の調査が可能となった。

E. 結論

自殺防止対策の企画・実施に役立つ情報、自殺防止対策に動員できる組織、地域ネットワークの実態について、秋田県と鹿児島県で聞き取り調査を実施し、自殺防止対策を組織的に進めていくための重要な構成要素についての示唆を得た。本研究の成果をもとに、都道府県における自殺防止対策実施の準備状況の調査が可能となった。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

図1. 自殺の背景と対策
(鹿児島県伊集院保健所による)

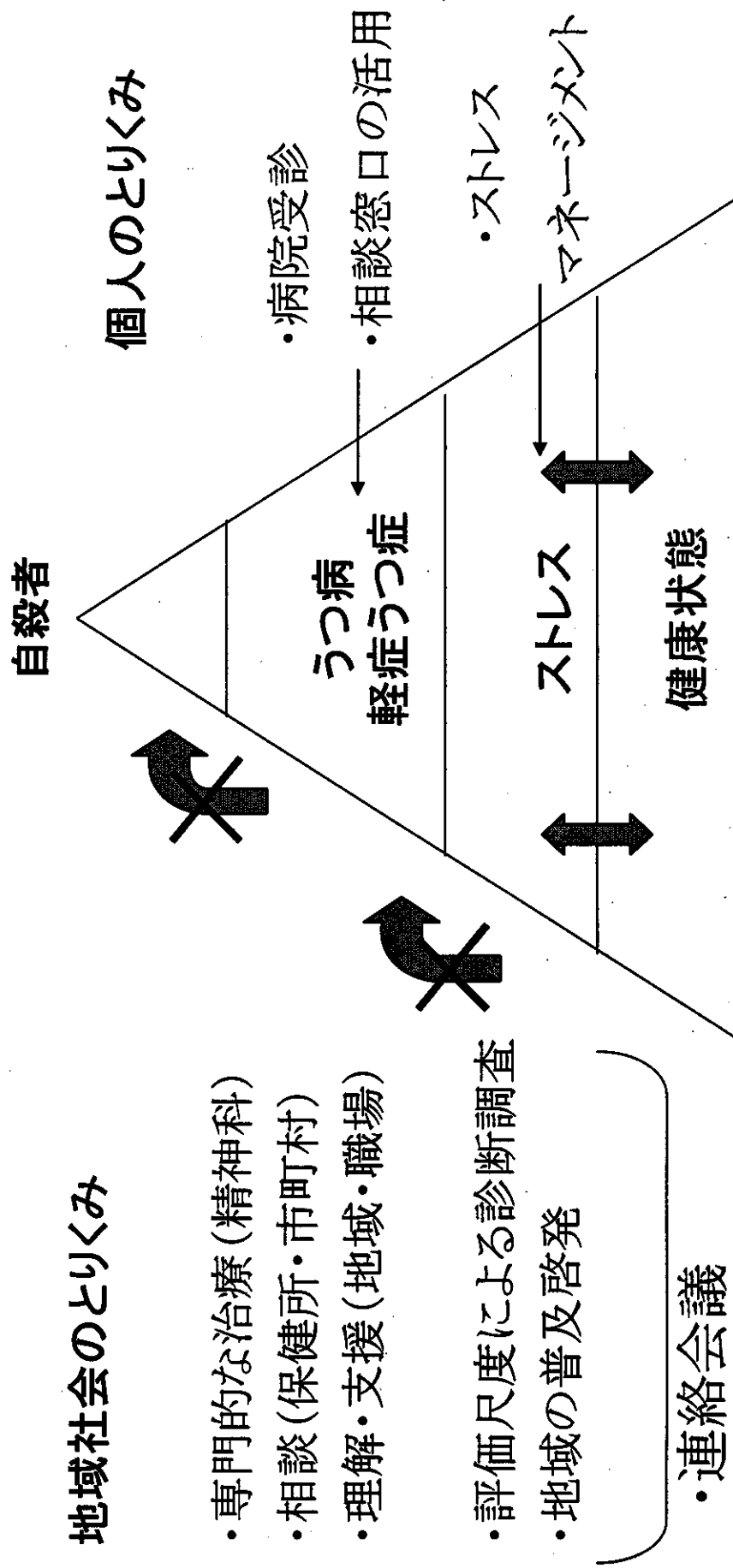


表1. 秋田県における「心の健康づくり・自殺予防対策事業」等

1. 背景

秋田県における自殺死亡率は、平成7年以降全国一位となっており、健康長寿社会実現のための大きな課題となっていることから、これを重く受け止め、「健康秋田21計画」のなかで特に「自殺予防」を掲げ早急かつ効果的に進めるものである。

2. 事業内容

「健康秋田21計画」において「すべての県民が一体となって、家庭・学校・職場・地域の場において、個人の尊厳といのちの大切さを再確認しながら、すべての世代における自殺者を減少する」ことを基本に、自殺者数の減少・うつ症状を訴える者の割合の減少・医師等による協力体制の充実等を盛り込んでいる。

具体的な事業は以下のとおりである。

1) 心の健康づくり・自殺予防対策協議会開催事業

心の健康づくりを推進し自殺を予防するため、家庭・学校・職場・地域を通じた社会全体での取り組みが必要であり、県民代表、有識者等による対策協議会を開催する。

委員構成：12名（行政機関、医療機関、自治会、婦人団体、老人クラブ、企業代表、農協等）

開催回数：2回

2) 自殺予防啓発事業

「命の尊さを考えるシンポジウム」開催事業

広く県民が本県の自殺に関する現状について共通の認識をもち、自殺予防への関心を高めることを目的にシンポジウムを開催し、県民意識の向上を図る。

開催地区：中央、県北、県南 各1回開催（平成12年度は中央1回のみ開催）

3) 心の健康づくり・自殺予防講師派遣事業

民生委員などの住民の身近な相談相手や相談機関担当者に対して行う研修の際に、心の健康づくり・自殺予防に関する専門家を講師として派遣する。

対象研修：民生委員研修（会長・中堅）、心配事相談所相談員等研修他

派遣回数：5回

講師対象者：精神保健関係の専門家（精神科医師、心理学 他）

4) 自殺予防対策研修事業（病院診療所医師に対する）

うつ病対策として、内科、整形外科、小児科、婦人科など住民の身近な病院診療所医師に対してうつ病と自殺予防についての研修を実施する。

委託先：秋田県医師会 研修回数：2回（1回50人）

カリキュラム検討委員会：2回

研修対象医：一般内科医、小児科医、整形外科医、産婦人科医 他

5) 心の健康づくり・自殺予防対策モデル事業

「健康秋田21計画 心の健康づくり・自殺予防」の地域版として、地域診断を実施し、心の健康づくり対策モデル事業を実施する。

- ・ 地域診断事業（一部委託：秋田大学医学部公衆衛生学講座）
- ・ 実施市町村：合川町、中仙町
- ・ 心の健康づくり対策モデル事業（補助事業） 県/市町村 1/2
合川町、中仙町

巡回健康相談、仲間づくり支援などメニュー事業から3事業以上選択

6) 「秋田いのちの電話」活動助成事業（地域福祉基金からの補助事業）

11年度相談受信件数 3,384件

12年度相談受信件数 4,146件

7) 国事業である「自殺の要因、自殺予防対策（社会基盤の整備を含む）、自殺の社会的な影響等に関する研究」に対し参加協力している。

研究の内容

○自殺の実態に関する研究

国立精神・神経センター精神保健研究所を中心として、秋田大学医学部精神科学教室、秋田県医師会と共同で実施

○自殺予防に関する研究

山梨医科大学を中心として、秋田大学医学部公衆衛生学教室と共同で実施

平成 13 年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

自殺防止における連携の実態に関する研究

研究協力報告書

地域自殺防止システムの職域への応用可能性に関する研究

研究協力者 立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）

若菜 坦（千葉県産業メンタルヘルス研究会）

大野 裕（慶應義塾大学保健管理センター）

甲田 茂樹（高知医科大学）

三宅 由子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨

わが国における自殺者の問題は大きく、その対策は急務である。特に自殺者の大きな割合を占める就労者への自殺防止対策が重要であると考えられ、企業における従業員のメンタルヘルスなどの産業メンタルヘルスの重要性が高まっている。本研究は、自殺防止のための地域介入プログラムを産業メンタルヘルス分野で有効に活用する方策を検討することを目的とした。千葉県産業メンタルヘルス研究会の協力を得て、同研究会会員に対して自殺防止のための地域介入プログラムについての講演を実施し、その後グループワークを行い、今回の講演で説明された自殺防止のための地域介入プログラムを産業メンタルヘルスの現場で利用可能性、問題点などについて議論した。その結果、産業メンタルヘルスの領域でも抑うつ、自殺の予防といった課題が重要であるとの認識は共通していることが分かったが、実際に職域で自殺防止対策を推進する際に注目すべきポイントとして、①スクリーニングの内容を職域に適したものに変更すること、②スクリーニング後のフォローアップ体制の構築、③スクリーニングの結果などの個人情報扱い方、⑤「働きやすい職場の環境づくり」、「ストレスチェック」などの形で、スクリーニングをその中に組み入れて実施するのが比較的やりやすい、などの意見が得られた。今後、地域モデルの自殺防止対策を職域でも有効に活用するためには、これらの知見をもとに、職域により相応しい自殺防止対策の方法を考案し、企業と連携しての試行調査を実施することが必要である。

A. 研究目的

警察庁の調査によると、日本における自殺者総数は、1998年に年間3万人を突破し、1999年には過去最高の33,048人を記録した。2000年には、前年と比較して3.3%（1,091人）減となったものの、依然として年間31,957人と3万人を超えた高い水準で推移している。ま

た、2000年の自殺者31,957人のうち男性が71.1%を占め、年齢別では定年までの主な就業者にあたる20代から50代が62.7%を占めていた。さらに職業別では、被雇用者、自営者、管理職が2000年の全自殺者に占める割合はそれぞれ、22.8%、13.7%、2.2%であり、これらを合計した38.7%が2000年の全自殺者に

占める就労者の自殺の割合になる。

以上の統計からも分かるように、わが国における自殺者の問題は大きく、その対策は急務である。特に自殺者の大きな割合を占める就労者への自殺防止対策が重要であると考えられ、企業における従業員のメンタルヘルスなどの産業メンタルヘルスの重要性が高まっている。

本研究は、自殺防止のための地域介入プログラムを産業メンタルヘルス分野で有効に活用する方策を検討することを目的とした。具体的には、「うつ病による自殺の予防を目的としたスクリーニングと介入の研究」の職域応用を検討した。しかし、この自殺防止のための地域介入プログラムは、地域で暮らす高齢者を対象としたものであり、これとはかなり性質の異なる集団が対象となる職域での使用の際には、多くの課題がある。そこで、本研究ではこの地域介入プログラムをもとにした自殺防止対策を実際に職域で実施する場合に、どのような問題が存在するのかについて、産業メンタルヘルスの現場で活躍している専門家から意見を収集し、地域での自殺予防プログラムを職域で用いる際の問題点を明らかにすることにより、職域で実施可能な自殺防止対策のあり方を検討した。

B. 研究方法

平成 11 年度から 12 年度に「うつ病のスクリーニングとその転帰としての自殺予防システム構築に関する研究」（主任研究者 大野裕）が実施された。この研究は、近年急増した自殺の防止のためには、うつ病の早期の診断と治療が有用であるとの指摘を考慮して、うつ病のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システムの構築を試みたものである。ただし、この研究は、地域に暮らす高齢者を主な対象とした介入プログラムなので、

産業メンタルヘルス分野で有効に活用するためには、プログラムの調整が必要である。そこで、以下の形式で検討会を開催しこの自殺防止のための地域介入プログラムを職域で使用するための具体的な方策を議論した。

1. 千葉県産業メンタルヘルス研究会の協力を得て、同研究会会員に対して自殺防止のための地域介入プログラムについての講演を実施した。
2. グループワークを行い、今回の講演で説明された自殺防止のための地域介入プログラムを産業メンタルヘルスの現場で利用可能性、問題点などについて議論した。参加者の職種は、精神科医、歯科医師、産業医、看護師、産業カウンセラー、保健師等であった。グループワークは 5 グループに分かれて実施され、1 グループは、7,8 名で産業メンタルヘルスの現場で活動を行っている多職種から構成されるようグループ分けを行った。

今回、本研究への協力を得た千葉県産業メンタルヘルス研究会は、働く人々の心の健康を保持増進するため、千葉県に所在する事業所のメンタルヘルス活動を推進することを目的とした研究会であり、産業医、産業ナース、産業カウンセラー、保健婦、精神科医等の多職種の産業メンタルヘルスの実践家から構成されている。このような研究会の協力によって、実際の現場で活躍している多彩な職種によるグループワークを実施することができ、あらゆる立場から見た多様な意見を収集することが可能になった。

グループワークでの論点として、研究班より以下の内容を提示した。

- ① 自殺予防としてのうつ病のスクリーニン

グの職域での有用性

- ② うつ病のスクリーニングの職域への導入の方法
- ③ うつ病のスクリーニングの職域での利用における課題
- ④ スクリーニング後の介入のあり方

本研究を実施するうえでの倫理面への配慮として、研究会への参加者は、普段は実際に企業などの現場で精神保健活動に関わっていることを考慮して、個人や企業の名前が特定できる形式での研究会の結果の公表は行わないこととした。

C. 研究結果

1. 自殺防止のための地域介入プログラムについての講演概要

このプログラムの目的は、うつ病の早期発見・早期治療を行うことによって自殺を予防することを目的としたものである。この活動は、青森県名川町の協力を得て、厚生省厚生科学研究事業において町の健康事業と連携して名川町こころの健康づくり事業として実施したものである。プログラムのフローチャートを資料1に示した。その概要は以下のとおりである。まず対象者に1次スクリーニングを実施した。次に1次スクリーニングの陽性者に対して、より詳細な2次スクリーニングを実施した。さらに、2次スクリーニングで陽性であった者に対しては、専門家による訪問診察を実施し、その結果をもとにケースカンファレンスを開催し適切な対応を実施した。その活動の中で、65歳以上の高齢者433名を対象として調査を実施しスクリーニング尺度を開発した。この尺度は、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)、Self-rating Depression Scale (SDS) から選択された抑うつ症状、自殺念慮を良く弁別する質問項目

5項目と、構造化面接である Composite International Diagnostic Interview-Revised のうつ病性障害のセクション中の死についての反復思考と自殺念慮の有無を尋ねる2項目からなるものであり、具体的な内容は以下のとおりである。

1. 毎日の生活が充実していますか
2. これまで楽しんでやれていたことが、いまでも楽しんでできていますか
3. 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられますか
4. 自分は役に立つ人間だと考えることができますか
5. わけもなく疲れたような感じがしますか
6. 死について何度も考えることがありますか
7. 気分がひどく落ち込んで、自殺について考えることがありますか

この7項目からなるスクリーニングテストを用いて1次スクリーニングを実施することになる。

2. 各グループの発表のまとめ

A グループ

- ・ 産業の現場においても1次スクリーニングは実施可能だと思うが2次スクリーニング以降の実施は困難。
- ・ 個別の対応だけで、集団（例えば課全体）を対象とした対応が含まれていないので、それが課題。
- ・ 「自分は役に立たない人間だと思うか？」など、スクリーニングの項目に産業の現場で使いづらい、もしくは聞くことに意味の薄いものが含まれており項目を多少入れ替える必要がある。

B グループ

- ・ 立場によって受け止め方に差はあるかも知れないが、自殺防止対策は重要な課題の