
行政担当者のための 自殺予防対策マニュアル

－「自殺と防止対策の実態に関する研究」をもとに－

主任研究者 今田 寛睦

平成16年(2004年)4月

はじめに

わが国の自殺による年間死亡者数は、平成 10 年に 3 万人を超え、以後横ばいの状態が続き、わが国全体の大きな社会問題となっています。このため厚生労働省では、自殺防止対策有識者懇談会の報告「自殺予防に向けての提言」（平成 14 年 12 月）をもとに、自殺予防対策確立のための研究および普及啓発等の事業に取り組んでいます。

さて自殺予防対策が成果を上げるためには、それぞれの地域で、保健医療福祉を核にしながらも、産業、教育等、様々な領域が連携する必要があります。

このマニュアルは、平成 13-15 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「自殺と防止対策の実態に関する研究」の成果物として、多数の専門家の協力を得て作成したものです。このマニュアルでは、都道府県や市町村のこころの健康対策を主管する行政部局が中心になって、自殺予防対策に取り組むための情報をまとめてあります。

第 1 部は、都道府県等の行政で自殺予防対策に取り組むときの方法と、自殺予防対策に取り組んだ事例をまとめました。

第 2 部は、都道府県等の行政で自殺予防対策に取り組むときの、基盤となる学術的情報、自殺の実態に関するデータ、情報・通信の活用に関する情報をまとめました。

第 3 部は、自殺防止対策有識者懇談会報告書「自殺予防対策に向けての提言」等、国の自殺予防対策等に関連する重要な報告等をまとめました。

このマニュアルを作成するにあたっては、自殺による死亡が年間 3 万人を超え、交通事故による死亡の 3 倍以上であるという現実を踏まえ、幅広い多くの情報を盛り込む必要があると考えました。その結果、A4 版 200 ページを超える厚いものとなりましたが、今後はさらに読者の意見を踏まえながら、よりコンパクトな手引きにまとめあげていく必要があると考えています。

最後になりますが、執筆にご協力いただいた先生方、企画・編集にご協力いただいた企画・編集委員会のメンバーほか、このマニュアル作成にあたってお世話になった皆様に厚くお礼申し上げます。

平成 16 年 3 月

主任研究者
国立精神・神経センター精神保健研究所
所長 今田寛睦

「行政担当者のための自殺予防対策マニュアル」

目次

第1部 自殺予防対策の方法と事例

1. 自殺予防対策を推進するにあたっての組織づくり・・・・・・・・・・ 1
2. 地域の実態把握の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
3. 自殺予防対策の推進にあたって活用したい社会資源・・・・・・・・ 13
4. 関係機関の理解と連携のための基礎知識
 - 1) 都道府県の役割と組織づくり・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 17
 - 2) 教育関係機関との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 25
 - 3) 医師会との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29
 - 4) 保健所・市町村との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35
 - 5) 精神保健福祉センター・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 43
 - 6) いのちの電話との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 47
 - 7) あしなが育英会・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 53
 - 8) 民生委員などの地区組織・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 57
 - 9) 地域と職域の連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 61
 - 10) 警察との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 67
 - 11) 外国人からの相談への対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 71
5. 自治体取り組み事例集
 - 1) 青森県・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 75
 - 2) 秋田県・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 79
 - 3) 新潟県・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 83
 - 4) 岩手県・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 91
 - 5) 静岡県・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 97

第2部 自殺予防対策の基盤

6. 学術的情報

- 1) 自殺の定義・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 101
- 2) 自殺のサイン・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 103
- 3) 精神医学からみた自殺・・・・・・・・・・・・ 107
- 4) 自殺の心理社会的要因・・・・・・・・・・・・ 113
- 5) 自殺の社会経済的影響・・・・・・・・・・・・ 119
- 6) 都道府県・市町村の行動目標および達成度評価・・・・・・・・ 125

7. 実態データの分析

- 1) 自殺の全国の実態・・・・・・・・・・・・・・・・ 131
- 2) 自殺予防と場所・空間の現状と取り組み・・・・・・・・ 143

8. 情報・通信の活用

- 1) ウェブサイトの活用方法・・・・・・・・・・・・ 155
- 2) マスメディアに望むこと・・・・・・・・・・・・ 161
- 3) いのちの電話－活動の基本・・・・・・・・・・・・ 167

第3部 資料編

- ・ 自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」
- ・ 警視庁生活安全局地域課「平成14年中における自殺の概要資料」
- ・ 社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」の概要

執筆者一覧

編集にあたって

第1部 自殺予防対策の方法と事例

1. 自殺予防対策を推進するにあたっての組織づくり

自殺は、性差や年齢、身体疾患との関連、誘因となった人生の大きな出来事、対象者が属している集団の形態や特性等、様々な個人的・社会的要因が複合的に影響しているといわれている。そのため、自殺予防対策を進めるにあたっては対象者の特性を考慮し、個人への働きかけや、地域・社会全体に対する対応を有機的連携のもとで行うための組織が必要となる。

組織づくりを進めるための重要な要素はそれぞれの地域特性に応じて検討されるべきものであるが、これまでの調査研究成果や各地の取り組み事例等を参考にすると、概ね次のような構成要素に大別できる。

1. 組織づくりのパターン
 - 組織づくりの主体
 - パターン事例
2. 自殺予防対策を進めるきっかけ
3. 自殺予防対策を進めるための共通の認識づくり
4. 事業の対象と目標の明確化
5. 組織の構成メンバー
6. 組織づくりの進め方

1. 組織づくりのパターン

国や都道府県・市町村といった行政以外でも、従来から「いのちの電話」や「あしなが育英会」といった全国規模の NPO 法人等が、それぞれの立場で、自殺予防や遺族へのメンタルケア等に対し重要な役割を果たしてきている。また、日本医師会でも自殺の重要な原因のひとつに挙げられているうつ・うつ病対策のための「自殺予防マニュアル」を作成・配布し会員の意識の高揚を図るなど、様々な機関や団体が近年、自殺予防対策に積極的に取り組みつつある。

しかしながら、未だに一般住民の自殺への関心や意識は必ずしも高くなく、「自殺」や「うつ・うつ病」といった言葉がタブー視されている地域も少なくない。そのため、厚生労働省においては平成 16 年 1 月に都道府県・市町村職員向けの「うつ対策推進方策マニュアル」を作成するなど、国、都道府県、市町村といった行政が普及・啓発を含め地域のネットワークの中心として積極的にうつ対策に組織的に取り組むことを求めている。

これまで自殺予防対策に取り組んできている、全国の事例をもとに組織づくりのパターンを以下の 7 通りにまとめた。

① 都道府県が主体となった取り組み

新潟県や秋田県、石川県等の取り組みがこれにあたる。県の健康づくり主務課等が中心となって、モデル地域で保健所、市町村、地元大学、県精神保健福祉センター等の組織づくりを行い、その後事業を他地域や広域に広げている。

② 精神保健福祉センターが主体となった取り組み

静岡県や佐賀県精神保健福祉センターの取り組みがこれにあたり、労働行政や市町村、あしなが育英会等との間での組織づくりを進めている。

③ 保健所が主体となった取り組み

秋田県本荘保健所，岩手県久慈保健所，鹿児島県伊集院保健所等の取り組みが挙げられる。保健所が地域の関係機関や団体に積極的に働きかけ，組織づくりを進めた。

④ 市町村行政が主体となった取り組み

新潟県松之山町，青森県名川町，秋田県由利町・藤里町等の取り組みが代表的である。県，県精神保健福祉センター，地元大学，保健所，精神科医療機関，公立診療所，地域住民等との連携・組織づくりが地域の中で効果的に機能した事例として知られている。

⑤ 地元医師会が積極的なパターン

秋田県医師会に代表され，県医師会が実施した調査結果をもとに秋田県，県精神保健福祉センターや市町村，宗教関係者等とのネットワークに発展している。

⑥ 地元大学と行政との連携による組織づくり

新潟大学，岩手大学，秋田大学，慶應義塾大学等が支援・リードして作られた市町村単位でのそれぞれの組織がこの範疇に挙げられる。

⑦ その他

労働局や管下労働基準監督署，産業保健推進センターが中心となった組織づくり等がこの範疇に挙げられる。

以上のパターンは，主体となる公的機関が積極的に自らの役割を果たしていく過程で関係機関・団体の参加を得た組織に発展していく場合，緩やかなネットワークで始まり事業を進める中で組織として強固になっていく場合，当初から組織づくりを念頭においた取り組み等に分けられるが，それぞれの地域特性や組織の性格に見合った組織づくりを進めるための参考になると思われる。

2. 自殺予防対策を進めるきっかけ

これまでの事例をみると，対象地域において自殺者が多いという客観的事実を明らかにすること(=地域診断)が最初のアクションとなる場合が多い。その方法の詳細については後述するが，人口動態統計等の既存資料や警察からのデータ提供といった統計資料等の収集・活用のほかに，地域住民等からの聞き取り，地域住民や遺族等を対象とした社会調査，保健所にある死亡小票等の分析，医療機関の協力を得た自殺既遂・未遂者の実態把握，大学や監察医務院，剖検センターにおける法医学的検索等により，さらに詳細な実態を把握することも必要であろう。

① 基本的情報の把握

(ア) 基本データの収集

- ・ 人口動態統計
- ・ 患者調査
- (イ) 警察データの活用
- ② 詳細な地域における情報の把握
 - (ア) アンケート等 (SDS, GDS, CES-D, 身体症状や ADL 等) による社会調査
 - (イ) 医療機関での自殺既遂・未遂等の実態把握
 - (ウ) 保健所の死亡小票の分析
 - (エ) 市町村保健センター保健師の日常活動での聞き取りや地域の状況把握
 - (オ) 大学法医学教室, 監察医務院, 剖検センターからの法病理学的所見の把握

3. 自殺予防対策を進めるための共通の認識づくり

(1) 共通の認識づくりのために

事業展開を広域化していくためには自殺者が多いという事実を多くの人, 組織・団体が共通認識として有する必要がある。そのためには

- ① その事業が重要であること (死亡率が他の地域より多い, 最近増えてきている)
- ② 事業展開が現実的に可能なこと (普及・啓発, 相談窓口の設置)
- ③ 社会的ニーズが高いこと (うつ病への相談が多い, ストレスへの関心が高い)
- ④ 他の事業より優先度が高いこと
- ⑤ 他の団体・組織では取り組みがなされないこと

等, 事業展開に結びつけられるための条件を掲げ, 共通認識を形成していくことが一般的である。

(2) 共通認識を形成するための手段・方法

(ア) 講演会や研修会の開催による地域への普及・啓発

地域住民を対象とした講演会や市民講座, 推進員や保健医療従事者向けの各種研修会等で, 心の健康づくりに関することやうつ・うつ病対策に取り組んでいくことで地域の意識が高まることもあり, 積極的に実施することが望まれる。

(イ) 既存事業の活用による行政の取り組み

うつ・うつ病対策や自殺予防対策に取り組むことがなかなか難しいところでは, 最初はリラックス教室や心の健康相談の実施, 産婦訪問時の心の悩み相談等, 老人保健事業や母子保健事業等の既存事業をうまく活用することで行政担当者が取り組みやすく, 住民の受け入れが可能になる場合もある。まず, 行政が心の健康づくりに積極的に取り組んでいる姿勢を示すことが大切であり, その後徐々に地域全体の共通認識が醸成されてくることもある。

(ウ) 連絡会の開催によるネットワーク化

関係部局・機関が、継続的に情報を共有し、共通の目標に向けてそれぞれの役割を果たすために「自殺予防対策連絡（協議・委員）会（仮称）」を定期的に開催することが有効である。主体となる組織は都道府県、保健所、市町村等行政である場合が多いが、市町村、保健所間連携を含め医療機関、警察、大学、地域のボランティア団体、住民代表、宗教関係者、いのちの電話等の NPO 法人、労働基準監督署等労働部局等との連携を強化するためにも、なるべく多くの関係機関・団体の参加を得て開催することが望ましい。

(エ) マスメディアの活用

住民の参加を得た活動に発展させていくためには、地域のマスメディアや都道府県・市町村の広報誌は重要である。地域のテレビ、ラジオ、あるいは新聞などでうつ病の特集を組んだり、うつ病に関する地域の取り組み、うつ病診療への医療機関の取り組み等を紹介してもらえるように働きかけることで、うつ病に関する住民の理解と気づきを促し、自殺やうつ病に関する地域の関心が高まり、地域の共通認識を得やすくなる。

4. 事業の対象と目標の明確化

自殺防止有識者懇談会の提言では、自殺者を減らすためにうつ・うつ病対策を進める必要があるとされており、そのためには、まず、うつ病への正しい理解と気づきを促すこと、早期に発見・診断し相談や治療へ結びつけること、うつ病が長期にわたる場合には必要に応じて治療やケアが継続できること、場合によっては自殺既遂者の遺族へのメンタルケアにも配慮すること等の各段階があることを承知しておく必要がある。

またうつ・うつ病に関係する因子には、性差や年齢のほかに、悪性腫瘍や慢性疾患などの疾病、離別・死別などの喪失体験、心的外傷体験など様々なものがあり、対象者の特性を考慮して目標を定め事業を実施していく必要があり、そのための組織づくりを考えていく必要がある。

5. 組織の構成メンバー

取り組みの規模や地域特性、実施主体（都道府県、市町村、保健所、精神保健福祉センター等）、対象者（児童、思春期、中高年期、高齢者、女性等）や事業内容等によって組織の構成メンバーは異なるが、これまでの事例を参考にすると以下のメンバーを考慮して組織を構成すると良い。

- (ア) 都道府県
- (イ) 保健所
- (ウ) 福祉事務所
- (エ) 市町村
- (オ) 県精神保健福祉センター
- (カ) 警察
- (キ) 医師会（都道府県、市郡医師会）
- (ク) 医療機関（精神病院、一般病院）

- (ケ) 教育機関（学校，教育事務所，教育委員会，校長会，養護教員部会）
- (コ) 地元大学（公衆衛生部門，精神神経科部門）
- (サ) NPO 等関係機関・団体（いのちの電話，あしなが育英会，うつ病アカデミー）
- (シ) 労働局・労働基準監督署，（地域）産業保健推進センター
- (ス) 事業所（産業医，保健師）
- (セ) 社会福祉協議会
- (ソ) ボランティア団体（民生・児童委員，在宅福祉アドバイザー，ともしびグループ，高齢者クラブ，心の健康づくりボランティア）
- (タ) 地域女性団体連絡協議会
- (チ) 住民代表（自治公民館長，当事者）
- (ツ) 健康づくり推進員（母子保健推進員，食生活改善推進員，運動普及推進員）
- (テ) メディア（地元新聞社，ミニコミ誌）
- (ト) その他（農協，商工会議所）

6. 組織づくりの進め方

(1) 庁内の組織づくり

自殺予防対策を推進するには，都道府県・市町村の保健部門が中心となり，庁内にうつ対策に取り組む組織が作られることが必要となる。庁内でも，「専門家がないため，うつ対策の方法がわからない」とか，「うつ病の問題は自殺との関連が深いから，地域のイメージが悪くなるから取り上げて欲しくない」などの消極的な声にぶつかることがある。このような場合こそ，地域の実態を示し，うつ対策の必要性を示すことが重要となる。うつ病の専門家を囲んでの勉強会を企画したり，うつ対策を進めている他の都道府県や市町村の職員から体験談を聞いたり，その地域を視察することも効果的である。

(2) 対策検討（協議）会の設置

都道府県・市町村としてうつ対策を進める合意を得られたならば，次に地域の関係者も含む検討（協議）会を設置することが地域ぐるみのうつ対策を推進する上で，重要である。このような検討（協議）会を新たに設置する場合もあるが，健康づくり推進協議会，地域保健医療協議会等の組織を活用し体制を整えることも方法のひとつである。

検討（協議）会では，地域の実態を把握し，課題を明らかにし，都道府県・市町村としての取り組みの方向性を定め，新たに取り組む事項，これまでの心の健康づくり対策や生きがい対策の既存の対策や事業を活用する方法，地域の関係機関が取り組むこと等を総合的に検討する。また，健康日本 21 の地方計画の「こころの健康・休養」との整合性を図り進めることが望ましい。

（宇田英典）

2. 地域の実態把握の方法

1. 地域における自殺の実態を示す数字とその特性

(1) 既存資料

① 人口動態統計

もっとも一般的に入手しやすい資料は、人口動態統計から得られる、死亡数および死亡率である。これらの数値は、人口動態統計（厚生労働省）、都道府県の衛生統計、保健所事業報告などに掲載されている。厚生労働省の人口動態統計の数字はインターネットで検索、入手可能である。

<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>

「厚生労働省統計表データベースシステム」から「統計表検索」で

死亡率は死亡数を年央人口（7月1日あるいは10月1日現在）で割って求められる。都道府県別の性別、死因別の死亡率は統計資料としてすでに計算された数値が公表されているが、都道府県より小さな地域別の資料は、県の衛生統計年鑑などから得られるだろう。もし公表された数値がなくても、当該地域の人口および死因別の死亡数が把握されていれば、死亡率を計算することができる。ただし、死亡率は人口規模が小さくなるにつれ、1例の死亡によって値が大きく変化するようになるので、小さい地域の指標としては勧められない。ちなみに全国の平成14年の自殺死亡率（自殺率）は人口10万対で23.8、男35.2、女12.8である。したがって、人口規模が1万に満たないような地域では、1例の影響がかなり大きくなるのが予想できる。小地域の実態は、数年間の事例を累積したり、移動平均（前後数年の平均を各年で計算していく）をとるなどして死亡率を検討し、また事例の地域分布や、年次別に増加傾向が認められないかを検討することも有用であろう。

② 警察庁・自殺の概要

警察庁は「自殺の概要資料」を公表している。

<http://www.npa.go.jp/index.htm>

この統計における自殺死亡数（自殺者数）は人口動態統計の値とは異なり、やや多い数になっている。これは自殺死亡の定義が両者で異なるためである。この資料では性別、年齢10歳階級別の自殺死亡数、死亡率のほかに、人口動態統計にはない、自殺の原因・動機別、職業別などの統計数値が得られる。しかし、地域別などの細かい表はなく、都道府県別の資料は、各県の警察のWebページに統計資料として掲載されていることもあるが、すべての県警で足並みが揃っているわけではない。

③ 保健所、精神保健福祉センターなどの事業報告

各都道府県の保健所、精神保健福祉センター、救急隊など、様々な公共機関の事業概要や報告書に、相談件数や自殺未遂者などの統計が掲載されていることがある。内容は地域や場合によって異なるが、有用な資料が入手できる可能

性も高い。全国的な傾向との比較はしにくいものもあるが、地域の細かい実情を知る上では、貴重な資料である。

④ 報告書、研究論文など

厚生労働科学研究費に関わる報告書の内容は、厚生労働省の Web ページに公開されている。以下のページでキーワードによる検索が可能なので、各地域に関連する資料を探ることが可能である。必ずしも当該地域の資料があるとは限らないが、方法や数字の読み方など、参考になる部分もあると思われる。

<http://webabst.niph.go.jp/>

その他、学術雑誌に掲載された論文などがあるが、これに関しては地域の大学、研究機関などの専門家が検索の手段をもっているので、依頼するのもよい。

(2) 新たな調査によって得るもの

地域の自殺問題の実情について、必要な資料が既存で得られない場合、新たに調査を行うことが必要な場合がある。既存資料を調べるように簡単にできるわけではないが、どうしても必要なデータを入手するためには、新たな調査を企画することになる。

① 地域の公共機関などを対象とした調査

保健所、精神保健福祉センター、より小さい地域の行政機関や地域組織、警察、救急医療機関、病院、クリニックなどの、自殺者や未遂者、その家族などが利用する可能性のある機関や組織に対して、調査を行うことができる。その場合には、何を把握したいか（数を知りたいのか、より詳しい状況を知りたいのか、など）をはっきりさせ、できるだけシンプルに、答えやすい設計をすることが、成功につながる。また地域機関利用者の個別の情報を入手したい場合には、プライバシー侵害、情報漏洩など、倫理上の問題が起らないように十分配慮し、場合によっては次項に述べるような「研究」としての倫理問題をクリアするよう、調査研究を専門家に委託するほうがよい。

また、継続的に資料を得られるように、各機関に自殺者あるいは未遂者があったときに通報してもらうようなシステムを構築することも考えられるが、これには関係各機関の連絡調整や、データの管理などの問題があるので、準備を慎重に行い、管理を徹底することが不可欠である。もちろん、ここでも倫理上の問題は第一に考慮しておく必要がある。さらに、一般に公表されていなくても、警察や救急病院などでは、自殺者の統計資料を保存している場合があるので、問い合わせてみることは有用であろう。

② 地域住民を対象とした調査

地域における細かいニーズや、自殺問題に対する意識、関心度などを知るためには、住民を対象とした調査が必要となる。この場合、調査の目的を明確化し、どのような対象に調査するかを決定し、質問紙（アンケート）を作成し、場合によっては面接調査を行い、結果を集計し、結論を得るといえるのは、かなり専門的な知識やノウハウが必要なことも多いので、大学や研究機関の研究者、

あるいは調査の専門企業などに委託することを考えたほうがよい。何を調べたいと思っているか、および利用できる資源（調査の場、対象者の選び方、予算、協力できる職員の数と時間、利用できる施設、設備など）を整理した上で、十分な打ち合わせをすることが必要となる。研究機関に委託することにより、倫理上の問題に十分配慮することが可能になる。すなわち、研究者は各機関において倫理委員会の審査を受けることができるので、プライバシーの問題や情報の管理について、前もって十分検討してから行うことができる。また、調査者が行政機関と住民の間に介在することが、住民の「情報が行政機関に直接知られる」という不安を緩和する役割を果たす。

委託せずに調査を行う場合には、倫理上の問題が起こらないよう、回答するしないは個人の意思で決定でき、たとえ回答しなくても不利に扱われないことを保証し（インフォームドコンセント）、個別のデータが個人情報と結びつかないように保管し、集めた資料の取り扱いと、調査が終わった時点でのきちんとした廃棄にも配慮する（セキュリティへの配慮）。無記名でアンケートへの記入を依頼する場合には、調査の目的などを説明した上で回答をもらえれば、調査協力への同意が得られたと判断してよいが、個人名や住所、電話番号などと結びつける形で取られるデータは、きちんと同意を得てから調査するよう、万全の配慮をしなくてはならない。対象者をどこでどのように得るかという方法は、自治会などの協力を得て地域の集会や回覧板などの方式で実施する、住民健診などの場を利用する、住民台帳などをもとにランダムサンプルを取る、健康づくりのイベント会場に集まる人を対象とする、など、様々な可能性が検討できる。調査対象によって得られる数字の意味は異なるので、知りたいことが十分把握できるような対象を選ぶことが大切である。例えば、あるイベントに参加した人への調査は、参加者が住民全体を代表するとは考えにくいので、住民全体の意向を知るためには適切ではない。しかし、そのイベント自体の評価や来年度への要望を聞くなら、対象としては参加者が適切ということになる。

2. 数字の意味と読み方

地域の実態を示す数字が得られたとき、それをどう「読む」か、というのが次の課題となる。数字は単独ではその意味を把握することは難しい。常に「比較」ということを念頭に置くべきである。逆に、比較のために便利だから、数値として示された資料を用いるといったほうがよいのかもしれない。数値は目標として掲げるにも、非常に具体的でわかりやすい性質をもつものであるが、その意味をしっかりと把握していないと、実際上の変化を的確にとらえることができない場合もあるので、注意が必要である。

まず、横断的な比較、これはまずは地域別の比較といってもよい。当該地域が、他の地域の指標と比較してどのような位置にあるかをみる方法である。例えば、自分の県の自殺死亡率が他の県と比較して多いのか、少ないのか。あるいは県内のいくつかの市町村どうしを比較して、多いところと少ないところがあるのか、などは、まず注目されていいポイントとなる。ただし、例えば都道

府県の比較で「ワーストテン」から抜け出す、というような目標を掲げると、これは相対的なものなので、いつまでも目標が達成できないという事態が起こりうる。

また、当該地域内のより詳しい自殺死亡に関する資料があるなら、性別、年齢階層別にどの性のどの年齢層が問題なのかを検討することも、対策立案上有用なデータとなるであろう。

次いで、縦断的な比較、これは同一地域の時間を追っての比較といってよい。当該地域の指標がどのような年次変化をしているのかをみる方法である。自分の県の自殺死亡率が、増加傾向にあるのか、減少傾向にあるのか。そしてそれが全国の傾向と同じなのか、異なるのか、などが注目される点となる。

さらに詳しく比較検討するなら、例えば交通事故の死亡率を同様に調べ、自殺死亡率との横断的、縦断的特徴と一致するのかもしれないのか、などを検討することもできる。また社会経済的な指標、例えば人口の高齢化現象や、地域の経済指標などとの関連をみる、という方向に発展させることも可能であろう。自殺予防対策を考える上で必要だと思われる様々な要因を、できるだけ数字として把握しておくことが役に立つことがある。

3. 自殺予防対策に用いることのできる調査方法

(1) 住民の意識調査

① 自殺をどうとらえるか

自殺予防に関して、具体的にどのような方法がその地域に適切であるかという問題を考えるためには、その地域では「自殺」がどのようなものとしてとらえられているかを把握する必要がある。欧米では宗教上の理由から、自殺は絶対に容認できないものであると考えられている場合も多いが、日本では究極の責任のとり方として、「自殺」は必ずしも悪い死に方であるとはとらえられていない。武家社会では「切腹」という名の強いられた自殺は、「処刑」よりは名誉を重んじられた死であった。このような伝統的な考え方が、どの程度残っているのか、また「姥捨て」のような、老人は役に立たなくなったら姿を消すべきであるという考え方などは、地域で実際どのような自殺予防対策を実施するのが有用かということに深く関わる。

② 精神保健ニーズ調査

自殺予防には、自殺という行動のベースとしてのうつ病への対策が重なってくることも多い。しかし、ここらの問題は非常に個人的な問題でもあり、どこまで行政や公的な力を介入させることが必要かは慎重に検討する必要がある。したがって、自殺予防対策の具体案を考える際には、精神保健に関する社会資源とその利用度、および住民のそのような問題に対するニーズを把握しておくことも有用であろう。これに加え、住民のストレス対処の方法や、ソーシャルサポートの程度、またストレスをどのくらい意識しているか、なども、有効な対策を立てる際に有用な情報となるだろう。

(2) 既遂、未遂の自殺企図者の情報収集

現時点で地域における「自殺」がどのような問題であるか、ということは、まず自殺の実態把握に始まるといってよいだろう。これは、最初に述べた人口動態統計や警察の発表資料などで把握できるが、より即時性の高い資料は、地域を管轄する救急や医療機関等でのデータである。上にも述べたように、このようなデータをシステムティックに集めるためには、かなりの専門的な配慮ときめ細かいシステム作りが必要であり、簡単に実現できるものではないが、自殺の発生が地域における重大な問題である場合は、このようなシステムを構築することを考えてもよい。

(3) うつ病のスクリーニング

自殺の危険因子であるうつ病をスクリーニングによってとらえ、「高危険群」を集中的にケアするという考え方もできる。うつ病のスクリーニング方法は、いろいろな質問紙が考案されており、厚生労働科学研究「自殺と防止対策の実態に関する研究」にもいくつか例がある。新潟県の「松之山方式」によるスクリーニング、鹿児島県の健診時の一次、二次スクリーニング方式など、具体的な例をみることができる。

この方法の問題点としては、高危険群とされる人に必ずしも「ニーズ」がない、ということが挙げられる。こころの問題を自覚していない、自覚していたとしても家族に対してさえ打ち明けるような性質のものでないと考える、こころの病を「恥ずかしいもの、認められないもの」と考える、うつ病を「治療できる病気」と考えず自分の弱さとしてとらえてしまって隠す、などは、よくみられる事態であろう。

高危険群を把握することは効率上は正しいであろうが、把握した後、どのようにアプローチするかが、この方式が自殺予防対策として有用かどうかを左右するだろう。

(三宅由子)

3. 自殺予防対策の推進にあたって活用したい社会資源

こころの健康づくりのための個人の取り組みを地域社会で支えていくためには、保健福祉行政のみならず、医療機関や医師会、各種地区組織、教育機関、警察、民間団体、各種マスメディア、労働局等、様々な関係者、関係機関・団体がそれぞれの特性に応じた役割を担い、有機的な連携を図りながら活動を進めていくことが重要である。

◎ 想定される関係者、関係機関・団体

都道府県：本庁保健福祉部等、保健所、福祉事務所、精神保健福祉センター 等
市町村：保健福祉課、住民課、保健センター、福祉事務所 等
医療機関：精神科・心療内科、一般診療科、医師会、看護協会、検診機関 等
地区組織：民生委員、在宅福祉アドバイザー、自治公民館、保健推進員、老人クラブ、
婦人会、食生活改善推進員、生活改善グループ、社会福祉協議会 等
教育機関：学校、教育事務所、教育委員会、校長会、養護教諭部会 等
警察：都道府県本部、地元警察署、派出所、駐在所 等
NPO法人：いのちの電話、あしなが育英会、うつ病アカデミー 等
民間団体：商工会、農協、漁協 等
メディア：地元新聞社・放送局、地域有線テレビ、ミニコミ紙 等
産業保健：労働局、労働基準監督署、職域（企業等） 等
その他：当事者組織、ボランティア 等

こころの健康づくりのための個人の行動としては、日常的に発生するストレスへの適切なマネジメントや、必要な場合には保健所や精神保健福祉センター、市町村保健センター等への相談や精神科診療機関等の専門的治療機関への受診等が行えることが重要である。個人がこれらの行動を自ら行えるよう社会全体で支援するため、地域においては、広報、講演会、ストレスコントロール教室等による普及啓発、基本健康診査時における「こころの健康度自己評価表」等の活用や福祉ネットワークの活用等によるスクリーニング、専門的な治療、相談、理解・支援等による受け皿づくりに取り組むことが重要であり、地域の社会資源を把握しておくことにより、それぞれの取り組みへの有効活用を図ることができ、地域のネットワークづくりに役立てられる。

1. 普及啓発に関する社会資源

普及啓発の手段としては、広報への掲載やパンフレット等の配布、イベントの活用、研修会・講演会・市民講座等の開催、体験型のストレスコントロール教室等の開催、メディアの活用等が挙げられる。

● 広報・パンフレット

精神保健福祉センター、医師会、看護協会等の協力を得て、都道府県、市町

村，保健所，福祉事務所等が発行する広報にストレスマネジメントおよびこころの健康相談や専門医受診等に関する記事を掲載したり，パンフレットを広報とともに配布すること等が考えられる。

また，広報の手段としてインターネットの活用も有効であると考えられる。各自治体のホームページへのこころの健康づくりに関する記事の掲載のみならず，関係する医療機関や民間団体等のホームページとの適切なリンクにより，多くの情報を提供することが可能である。

● 健康まつりや産業祭等のイベント

都道府県，市町村，医師会，看護協会等が開催する健康まつりや文化祭，商工会，農協，漁協等が開催する各種産業祭において，こころの健康づくりコーナーを開設し，パンフレットを配布したり簡単な相談を受けたりすること等が考えられる。

● 研修会・講演会・市民講座・体験型教室等

民生委員，保健推進員，食生活改善推進員，老人クラブ等や職域単位の研修会，あるいは都道府県，市町村，医師会，看護協会等が主催する講演会において，ストレスマネジメントやこころの健康づくり，適切な相談および専門医受診等に関する講演や当事者（うつ病体験者等）による講演を企画したり，都道府県，市町村，精神保健福祉センター，保健所等が実施する市民講座，体験型教室等でこころの健康づくりをテーマに取り上げたりすること等が考えられる。また，学校，教育委員会と連携することより，家庭教育学級等の活用も考えられる。

● メディア

これらの取り組みについての報道を地元新聞社・放送局，地域有線テレビ，ミニコミ紙等に行ってもらうことにより，さらに普及啓発の効果が上がることが考えられる。

2. スクリーニングに関する社会資源

地域においてうつやうつ病といった「自殺予備軍」にあると思われる地域住民を早期に把握し，専門医療機関への受診勧奨や保健指導等の支援につなげるために有効な手段として，基本健康診査や介護予防教室，高齢者研修会，家庭訪問等の保健事業や，福祉ネットワーク等を活用した「うつ」スクリーニング等が挙げられる。

● 基本健康診査等の活用

老人保健法に基づく基本健康診査の場で，自記式質問票「こころの健康度自己評価表」を活用した一次スクリーニングを行い，一次スクリーニング陽性者に対して結果説明会会場や訪問・面接によって二次スクリーニングを行う方法である。実施にあたっては，市町村と保健所，検診機関等との連携が必要となるし，二次スクリーニング陽性者への支援においては，さらに，一般診療科，精神科・心療内科医療機関，福祉事務所等との連携も必要となる。

● 福祉ネットワークの活用

福祉ネットワークとは、高齢者などの要援護者に対し、福祉事務所と市町村が連携して定期的な声かけや安否確認等を実施している体制で、民生委員、在宅福祉アドバイザー、自治公民館、老人クラブ、婦人会等が主たる構成員である。構成員に対して研修等を実施することにより、抑うつ度の高い住民を保健師や市町村福祉担当者へつないでもらう効果が期待できる。

3. 受け皿づくりに関する社会資源

専門的な治療、相談、あるいは周囲の理解等によって支援を行う体制を作っていくためには、住民が利用しやすい相談体制づくり、地域における孤立防止やリラックスのための場の提供等を行っていくとともに、要フォロー者のサポート体制のシステム化を図り、さらにはこれらの取り組みを効果的に進めていくために、関係者、関係機関・団体のネットワークづくりを図っていく必要がある。

● 住民が利用しやすい相談体制

保健師による家庭訪問や電話相談、保健所における精神保健福祉相談、いのちの電話、専門医療機関のない地域における精神科・心療内科等医療機関の巡回相談など、住民からみた選択肢をできる限り多く準備し、その情報を提供することが重要である。

● 孤立防止やリラックスのための場の提供

老人クラブ、婦人会、自治公民館等においては、様々な自主活動に取り組んでいる。また、市町村が実施する老人保健事業や介護予防事業、食生活改善推進員や生活改善グループ等が実施する各種教室等も、本来の目的と併せて、地域住民の孤立防止やリラックスのための場となり得る貴重な社会資源である。

● 要フォロー者のサポート体制のシステム化

保健師や市町村福祉担当者等による訪問、面接、電話等のフォローアップと併せて、前述の民生委員、在宅福祉アドバイザー、自治公民館、老人クラブ、婦人会等で構成される福祉ネットワークを活用していけば、見守りおよび保健師や市町村福祉担当者へのつなぎ等の効果が期待できると考えられる。

4. ネットワークづくり

こころの健康づくりのための個人の取り組みを社会全体で支えていくことの必要性について、関係者、関係機関・団体の共通認識を図り、連携を図りながら活動を進めていくため、既存の会議等も活用しつつ、こころの健康づくり連絡会議やネットワーク会議を開催することも重要である。

ネットワークの構築により、都道府県本庁内あるいは市役所・町村役場内の各部局の既存事業の活用や教育委員会の事業との連携、参加機関・団体等の意識の高揚、メディアの報道による普及啓発効果、当事者組織からの理解とその活用等、実際に様々な成果が得られたとの報告¹⁾がある。

1) 地域における軽症うつ病対策マニュアル～自殺防止対策を展開するために

～:平成 14 年度先駆的保健活動交流推進事業「保健所保健活動モデル事業」
報告書. 鹿児島県伊集院保健所, 2003.

(相星壮吾, 宇田英典)

4. 関係機関の理解と連携のための基礎知識

1) 都道府県の役割と組織づくり

1. はじめに

自殺予防対策が効果を上げていくためには、自殺予防について社会全体の関心を高めていくとともに、個々の都道府県・政令指定都市（以下、都道府県）において、その地域に応じた自殺予防対策を講じる必要がある。

都道府県が自殺予防対策を実施する場合の基本的な視点は次の3つである。

- ① 自殺には、心の問題が社会的な問題となって現れた「社会的救急」として理解すべき事例が多く含まれる。自殺を、個人と社会の危機と考え、その実態を読み解くことで、良い社会を作るための様々なヒントを得ることができる。
- ② 自殺の背景は様々で、その濃淡はまちまちであるとしても、社会全体で取り組むべきストレスや心の健康の問題が関与していることは確かだろう。自殺予防対策は、心の健康対策と切り離して考えることはできない。
- ③ 自殺予防対策の推進には、保健医療福祉に限らず、教育、産業、警察などの多くの分野と、行政と民間活動との協力が不可欠である。その連携のための組織づくりが求められる。

ここでは、調査結果をもとに、都道府県が、心の健康対策を軸に自殺予防対策に取り組んでいくための方法について述べる。次に都道府県を中心に自殺予防対策に取り組んでいる好事例として、秋田県の自殺予防対策を紹介する。

2. 都道府県の自殺予防対策への関心と事業実施状況

都道府県における自殺予防対策の実態について、平成14年度に質問紙調査を実施した¹⁾。

都道府県の自殺予防対策への関心は高まりつつあると考えられ、都道府県の約6割が自殺の実態に関する資料を作成し、そのうち8割では、一般住民が閲覧可能な形で提供を行っていた。また、健康日本21の地方計画の中で自殺予防に関する何らかの目標を記載している都道府県は、約4分の3にも上っていた。

自殺予防対策事業（都道府県の事業として、自殺の実態把握あるいは自殺予防を目的とした事業であることを明記して実施している事業）を実施していたのは、青森、岩手、秋田、新潟、石川、静岡、佐賀、北九州市の8県市であった。同調査は、このうち4県に対する聞き取り調査を踏まえて実施・報告されており、都道府県における自殺予防対策の実施・展開に向けて参考になると思われる。

事業開始の契機としては、自殺率が高いことや、近年の自殺者数の急増を挙げたところが多かった。運営主体は精神保健福祉行政主管課であるところが多かったが、これにはうつ病対策との関連や、厚生労働省において精神保健福祉課が自殺予防対策を担当していることが関連していると考えられた。