

4. 関係機関の理解と連携のための基礎知識

9) 地域と職域の連携

1. 労働者のメンタルヘルス

警察庁の統計によると、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）減の年間31,957人、2001年には前年と比較して2.9%（915人）減の年間31,042人と2年連続の減少となったものの、2002年には前年と比較して3.5%（1,100人）増の年間32,143人と3万人を超えた高い水準で推移している。また、職業別では、被雇用者、自営者、管理職が2002年の全自殺者に占める割合はそれぞれ、23.2%、12.7%、2.3%であり、これらを合計した38.2%が2002年の全自殺者に占める就労者の自殺の割合になる。また、この数には計上されていないが、離職後に自殺した事例も存在すると思われる。さらに、以上の統計は自殺既遂者のみの数であり、その背後には自殺未遂者も存在することも考えると、自殺予防は重大な差し迫った課題であり、職域において自殺予防対策を実施することはその課題を解決するにあたり大きな役割を果たすことが期待される。また、自殺防止対策有識者懇談会の最終報告書においても、職場における自殺予防対策の重要性を指摘している。

自殺は様々な要因が複合的に作用して引き起こされるものと考えられており、その原因をひとつに特定することは困難である。しかし、その多くはうつ病などの精神障害がその背景にあることが指摘されている。働く世代の人々で、こころの病気で治療を受けている人は100人に1人以上といわれている。従業員が1,000人いる職場では、10人がこころの病気で治療を受けていることになる。また、仕事上のことでストレスを感じている人の割合は6割を超えている（平成14年労働者健康状況調査）。このことから、就労者でこころの健康問題を抱えている人は少なくなく、職域における自殺予防対策を実施するにあたり、これらの者も対象に含めたこころの健康問題対策が必要と思われる。

2. 職域での自殺予防対策の導入について

平成13年および14年度厚生（労働）科学研究「自殺と防止対策の実態に関する研究」研究協力報告書「地域モデルの自殺防止対策の職域への応用に関する情報収集」において、産業医学・保健の専門家および企業の人事担当者等に聞き取り調査を実施した結果、企業において自殺予防対策を実施する際に留意する点として以下のことが明らかになった。

自殺予防対策は職域においても必要な課題である。そのひとつの取り組みとして、こころの問題（自殺と関連の強いうつ病もしくは抑うつ状態に焦点を絞ったものでもよい）についてのスクリーニングを実施し、早期発見、早期治療への取り組みを実施することは職域でも有用であるとの意見が得られた。しかし、この取り組みを自殺予防対策としてのみ進めることは適切ではなく、「職場環境の改善」や「働きやすい職場作り」の一環として実施する等ポジティブな

活動として実施することが有効と思われるとの見解も得られた。スクリーニングの実施自体は、適切なスクリーニングツールが用意できれば、健康診断等を行うことはできることがわかった。実際にすでに類似の活動を実施している企業が存在する。だが、スクリーニングを実施することにより企業側が従業員のこころの問題を把握した際には、それについての対策を講じる責任が生じるため、フォローアップ等の体制整備と同時進行でこころの問題に関するスクリーニングの導入を検討することが必須である。

3. 産業メンタルヘルスの視点

(1) 4つのケア

平成12年8月に労働省（当時）が、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を策定し、都道府県労働局および管下の各労働基準監督署が、この指針に基づいた対策の実施について事業場に対する指導を行っている。

また、厚生労働省では、職場でのメンタルヘルスケアとして、“4つのケア”を提唱している。それは、

- ① 本人が自らのストレスを予防したり軽減したりする「セルフケア」
- ② 管理監督者が職場環境などの改善や相談対応を行う「ラインによるケア」
- ③ 事業場内の健康管理の担当者がこころの健康づくり対策に取り組む「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」
- ④ 事業場外の機関や専門家による「事業場外資源によるケア」

である。

自殺予防対策についても、メンタルヘルスケアの一部として、上記4つのケアに対応した対策を実施することが適当と思われる。

(2) 事業場単位での対策の必要性

職域における自殺予防対策を実施する場合の主な活動の現場は企業内である。一口に企業といっても、その規模の面からだけでも数千人以上の規模の大企業から、数人から数百人規模の中小企業まで幅が存在する。これら規模の異なる企業では、自殺予防対策を実施する場合に投入可能な資金、利用可能な企業内資源、健康管理システムの整備状況に大きな差があり、一律で同じ対策を実施することは困難である。

また、大企業においても、本社や大規模な支社、工場のほかに、比較的規模の小さい支所や営業所もあるといったように分散事業場が存在する。これらにおいても、一律で同じ対策を実施することは困難である。

そこで、産業医学・保健の領域においては、その対策を実施する際には事業場を単位として考えることが重要であることがすでに指摘されている。自殺予防対策もこれに倣うことにより効果的な活動が可能となると考えられる。また、事業場単位の活動以外にも企業、企業グループ、産業別組合、健康保険組合、地域などで様々な活動が考えられ、これらを組み合わせることで、より有効な活動ができると思われる。

(3) こころの健康対策（メンタルヘルスケア）の実施状況

平成 14 年労働者健康状況調査によると、こころの健康対策に取り組んでいる事業場は 23.5%であった。事業場の規模別にみると、1,000 人以上の規模では約 90%であった一方で、300 人～999 人の規模では 64.7%、100 人～299 人の規模では 44.0%、以下規模が小さくなるにしたがってその割合は少なくなり、10 人から 29 人の規模では 20.0%がこころの健康対策に取り組んでいるのみであった。

また、同調査によると、こころの健康対策に取り組んでいない理由としては、「専門スタッフがない」が 46.1%と最も多く、以下「取り組み方がわからない」39.9%、「労働者の関心がない」30.2%の順であった（複数回答）。

この結果からわかることは、全体としてこころの健康対策を実施している事業場は少なく、特に規模の小さい事業での同対策の遅れが課題であることである。中規模・小規模事業場では、これらの事業場ごとにこころの問題に対応する体制を整備することは、費用対効果の面から考えても現実的ではなく、必然的に外部資源を有効活用せざるを得ない。

4. 外部資源（事業場外資源）の有効活用

(1) 公的外部資源

公的な外部資源としては、労災病院、都道府県産業保健推進センター、地域産業保健センター、精神保健福祉センター、いのちの電話等が挙げられる。ここでは、その中核としての役割が期待される産業保健推進センターと地域産業保健センターについて主に取り上げる。

都道府県産業保健推進センターは、労働者数 50 人以上の規模の事業場の産業保健スタッフ等に対する支援のために設置されている。勤労者の健康確保を図るため、産業医、地域産業保健センターをはじめとする産業保健関係者、関係機関の活動を支援することを目的とし、窓口相談・実地相談、産業保健に関する資料・教材等の情報提供、研修、調査研究、広報・啓発、助成金の支給などの活動を行っている（労働福祉事業団産業保健部ホームページより）。

それ以外の小規模事業場に対する支援のためには、地域産業保健センターが設置されている。労働者 50 人未満の事業場では、経済的問題などの理由で、事業場として医師と契約して、労働者に対する健康指導や健康相談などの産業保健サービスを、働いている人たちに提供することが十分でない状況にある。このため、このような事業場で働く人たちに対する産業保健サービスを充実する目的で順次、整備されている。地域産業保健センターでは、健康相談窓口の設置、個別訪問産業保健指導、産業保健情報の提供といった業務を行っている（労働福祉事業団産業保健部ホームページより）。

また、労働者のみを対象とした組織ではないが、ボランティアによる電話相談を中心とした自殺予防活動を展開しているいのちの電話も、外部（地域）資源として活用可能性はある。

精神保健福祉センターは、「精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るため」に設置されたものである。その運営要領には、「地域住民の精神的健康の保持増進，精神障害の予防，適切な精神医療の推進から，社会復帰の促進，自立と社会経済活動への参加の促進のための援助に至るまで，広範囲にわたっている。この目標を達成するためには，保健所及び市町村が行う精神保健福祉業務が効果的に展開されるよう積極的に技術指導及び技術援助を行う他，その他の医療，福祉，労働，教育，産業等の精神保健福祉関係諸機関と緊密に連携を図ることが必要である」と記されている。

設置時には，都道府県産業保健推進センターと地域産業保健センターが精神保健福祉センターと地域の保健所のように機能することが想定されていた。しかし，現状では，それぞれのセンターの活動に地域差があること，および地域産業保健センターはコンサルテーションが主な業務となっており，地域産業保健センターは個別的な相談の対応にとどまっていることを指摘する声もあり，これらの機関がより有効的に活用されるよう検討する必要がある。また，産業保健の領域において，精神保健福祉センターと都道府県産業保健推進センターの役割を明確化することが必要と考えられ，それによってより効率的に産業保健の課題に対処することが可能となると思われる。

（２）民間の外部資源

民間としては，地域の病院，診療所，Employee Assistance Program（EAP）が挙げられる。病院・診療所については，それぞれの事業場が地域の病院・診療所と契約を結び活用することが考えられる。また，民間の外部資源としてEAPを利用することは，こころの健康対策（メンタルヘルスケア）において効果的と考えられている。

EAPとは，国際EAP学会（EAPA）によるEAPの定義によると，「1. 職場組織が生産性に関連する問題を提議する。2. 社員であるクライアントが健康，結婚，家族，経済的，アルコール，ドラッグ，法的，感情的，ストレス等の仕事上のパフォーマンスに影響を与えうる個人的問題をみつけ，解決する。の2点を援助するために作られた職場にあるプログラムである。」とされている（日本EAP協会ホームページより）。基本的には，このEAPサービスを提供する機関と企業（事業場）との間で契約が交わされ（欧米では，公的機関：行政機関や労働組合との契約もある），この契約内容に基づいて種々のサービスが提供されることになる。

具体的には，教育，相談および紹介が主な業務である。また，契約企業（事業場）の社員等へサービスの活用のPRも実施する。特に，相談のフォローアップを行うことは活動の目玉でもある。この活動によって，専門家の介入が必要な事例への対応およびその後のフォローアップが可能となることに加えて，労働者のセルフケア能力を高めることも可能となる。例えば自殺を考えたとしても，本人にその場合の対処等について知識があれば踏みとどまることができるなどの効果が期待できる。また，メンタルヘルスに関しては事業場内相談窓

口の利用に抵抗を覚える従業員が少なくないため、EAP サービスによる事業場相談窓口機能は自殺予防の観点からも有用であろう。

5. 今後の課題

現状の EAP 等の事業では、社員が辞めた後のフォローアップを行うことが困難である。会社を辞め、新しい環境に適応していく、この期間についての適切な支援を行う必要がある。これと関連して、ハローワークでメンタル面の支援を行うこともひとつの案として考えられる。また、自殺の事後対応についてメンタル面の対応はほとんど行われていないのが実情である。このような人々への直接的な対応もしくは既存の資源を有効に活用するための役割が、公的な資源に期待されるところではないだろうか。

また、職域の側は地域の精神保健・医療資源について十分な情報を知っておく必要があり、逆に精神保健福祉センター等も地域資源の利用について産業の切り口での情報提供をすることが期待される。受け皿としての地域という視点からも、保健所の活用も望まれる。地域住民の一員として働く人へのサービス提供があってもよいのではないだろうか。このような、産業医学・保健と精神保健・医療の間のネットワーク形成において、行政が重要な役割を果たすことが必要と思われる。

自殺予防対策に限らず、職場においてこころの健康対策を実施するには、経営者層の意識変化を促す必要がある。その方法としては、それぞれの企業単独で行うのは効率が悪いので、業界団体でまとめて、あるいは地域レベルでまとめて対応する、ということが効果的だと考えられる。また、こころの健康対策に積極的に取り組んでいる企業も存在するが、自殺予防対策、メンタルヘルス対策、ストレス対策などは、福利厚生的に最低限の費用の場合が多いのが実情である。これは、企業にとってこれらの対策の効果、利益がはっきりとわからないので健康に対する投資と考えられていないことが原因と思われる。企業イメージへの影響や、安全問題、生産性の向上などを絡めて、メンタルヘルスの問題に取り組むことの有用性をアピールすることができないか検討する必要があると思われる。

(立森久照，島悟，原谷隆史，佐藤恵美，宮田裕章，長沼洋一)

4. 関係機関の理解と連携のための基礎知識

10) 警察との連携

1. はじめに

都道府県等の自殺予防対策を実施する上で、警察との連携を構築するためには、警察における自殺予防対策関連業務を理解しておく必要がある。

ここでは、平成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」の分担研究「自殺予防対策の実態と応用に関する研究」（分担研究者 竹島正）の聞き取り調査の結果をもとに、警察における自殺予防対策関連業務等についてまとめた。

2. 警察における自殺予防対策関連業務

自殺問題は、警察の本来業務である「個人の生命・身体を守る」に含まれるという考え方は可能である。しかしながら警察の業務は裾野が広く、警察で取り扱う分野に該当しなければ、他機関に引き継いでいくことになる。

警察の業務の中での自殺問題への対応を含むものとして、次の業務が挙げられる。

- ① 交番、駐在所の勤務員による各家庭の巡回訪問（巡回訪問時に自殺企図の可能性の高い人が発見された場合は、県や市町村と連携する。）
- ② 家出人捜索（家出人の中には自殺企図者も含まれる。）
- ③ 相談業務（ヤングテレホン、警察相談）
- ④ 精神錯乱者として保護の必要な場合の対応

3. 警察との連携における原則

都道府県が、自殺予防対策の実施について、警察にきちんと問題提議することが大切である。都道府県が自殺予防対策で何をやりたいかという考え方を明確に示し、警察本部に相談する。警察本部は、警察業務とつながると判断すれば連携する。

例：

- ・ P県精神保健福祉主管部局は、県警本部からの自殺予防対策連絡協議会への参画について、「警察関係者は自殺を取り扱うことが多い。関係機関が一同に介して、それぞれの所属でできること、できないことを明らかにし、役割分担や連携を図りながら、全県の自殺者数を減らしていきたい。」という主旨で依頼している。

4. 警察のもつ自殺の実態データの活用

P県においては、警察庁の統計の書式にならった形で自殺の実態資料を作成して公表している。警察の統計には、自殺か他殺か事故かを判断する必要があり、原因・動機についての情報が含まれており、自殺予防対策の推進には貴重な資料である。警察は、実態資料の公表においては個人情報保護にも

つとも配慮している。警察本部から提供される資料は、個人の特特定は不可能なものであるが、都道府県においては、警察本部から提供を受けた資料の扱い方法を確認し、その方針を遵守する必要がある。

5. 自殺事例の多い地域における警察の取り組みと解決すべき課題

(1) 警察署における取り組み

Q 県 R 地区での平成 13 年 1 年間の自殺企図数は年間 92 人で、そのうち既遂は 30 人であった。R 地区の海岸部の崖では、飛び降りや転落で地面にたたきつけられるとほとんど死亡する。しかし観光客や釣り客の多い場所では、発見率が高く生存者が多い。また薬をのんでの入水もある。発見が遅れると致死率は高まるので、早期発見が重要である。また自殺未遂・既遂は他県在住者が多く、県内在住者は約 3 割である。警察は自殺、他殺、事故死の別を判断する必要があり、自殺が多い場合、警察業務に支障が生じる。このため警察署では次の取り組みをしている。

例：

- ・ 地域のタクシー会社、観光協会等に、自殺企図者を発見した場合の警察署への通報を、文書で依頼している。
- ・ 観光協会に、R 地区で自殺が多いことを観光案内不用意に記載しないよう配慮を求めた。
- ・ 自殺念慮のある者のサポートセンターを設置する等、自殺予防対策実施を求める意見書を自治体に提出した。
- ・ 地元のロータリークラブから安全パトロール隊のジャケットの寄贈を受ける等、地元の意識向上に努めている。
- ・ R 地区のある市町村住民を対象とした会議を開催し、地元民などによる巡回に結びつけた。

(2) 解決すべき課題

これらの課題に取り組んだ結果、気づかれた課題は次のとおりであった。

- ① Q 県の出先機関や R 地区のある自治体に、自殺予防対策の窓口が必要である。
- ② R 地区が観光地のため、転落防止柵は景観を損ねるという理由から設置されていない。このため安全面での配慮ができていない状況である。
- ③ 警察統計の自殺者数は自殺が発生した場所で計上されるが、人口動態統計では自殺者の住所地で計上される。R 地区に多い県外在住者の自殺は、警察統計の Q 県の自殺者数には表れるが、人口動態統計には表れない。
- ④ 自殺企図者は、本当は死にたくないという気持ちが強い。警察官が話を聞いて、家族と悩みが共有できるようになるだけで気持ちが変化する。匿名でよいから相談できる場所が必要である。
- ⑤ 都道府県の垣根を超えた、救命された自殺企図者のサポートシステムを構築する必要がある。

例：

- ・ 県外からの自殺企図者は、破産したり、財産を処分してしまっている場合が多く、生き残っても生活していく基盤がない。生活の基盤がなければ、一時保護しても、保護が解除されれば自殺企図の再発につながりやすい。
- ・ 県外在住の自殺未遂者への援助について、「制度的に支援する仕組みが確立されていない」「その人に関する情報がまったくない」「財源的な問題がある」等の問題がある。現状では、夜逃げなどで当面の生活資金のない自殺未遂者に対しては、居住地に帰るために必要な費用すら満足に出費できない状況にあり、関係機関の職員が個人的に貸与する場合もある。
- ・ 県外在住者で入院の必要がなく、行く先も当面の生活資金もない自殺未遂者の場合に、生活保護の適用をどうするか、という問題が生じる（すでに生活保護を受給している者については、居住地の福祉事務所担当者と連絡をとれば対応は可能である）。

6. まとめ

P 県の聞き取り調査では、警察の自殺予防と関連する業務としては、①交番、駐在所の勤務員の巡回、②「家出人捜索願」への対応、③相談業務（ヤングテレホン、警察相談）、④精神錯乱者の保護等があることがわかった。そして自殺は、警察の本来業務における「個人の生命・身体を守る」に含まれるという考え方はあり得るのであって、都道府県等が自殺予防対策に取り組む場合、自殺予防対策で何をやりたいか、どのような協力を警察に求めたいかを明確に示し、警察が協力の必要な事例と判断すれば、警察における対応の可能は十分あると考えられた。ただし警察の業務は裾野が広く、警察で取り扱う分野に該当しなければ、他機関に引き継いでいくことになることには十分留意しておく必要がある。

Q 県での聞き取り調査では、Q 県において飛び降り自殺の多い R 地域では県外居住者の自殺が多く、警察業務と都道府県等の保健福祉行政の扱う範囲が異なり、既存の支援の仕組みでは十分対応できないため、新たな仕組みが必要と考えられた。

平成 14 年 5 月に示された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」には、具体的な施策として、「精神障害者の地域生活の支援」から「精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進」までの 6 項目が挙げられ、その中の「心の健康対策」に自殺予防が位置づけられている。自殺予防対策は、これまでの精神保健福祉対策から視点を変えて、社会の中で起こる出来事に対して、精神保健的な関与の方法を模索していくモデルになると考えられる。

自殺の問題は、こころの問題が社会的な問題として立ち現れた社会的救急として理解すべきではないだろうか。

(竹島正)

4. 関係機関の理解と連携のための基礎知識

1 1) 外国人からの相談への対応

1. はじめに

外国人からの自殺に関する相談については、「医療機関にアドバイスを与える公的センターがない」「外国人に対応できる医療機関が限られている」ことが、根本的な問題である。現時点では、外国人からの自殺に関する相談については、東京英語いのちの電話に連絡してもらうことが、もっとも有効な対応手段であると考えられる。

2. 公的センター

日本には、外国人や少数民族のメンタルヘルスに関する公的なセンターがない。移民の受け入れを施策とする国では、こういったセンターが設けられているが、日本では外国人の受け入れに関する施策の方向性が定まっておらず、現在のところ、こういったセンターを設立する動きはない。次に述べるように、医療機関が外国人の自殺の相談に対応するには様々な困難を伴うが、外国人への支援に関するアドバイスを与えるセンターが存在しないため、対応が放棄されることもある。

3. 医療機関の困難

外国人の自殺への相談について、通常の医療機関が対応するには様々な困難が伴う。第一に、日本の精神科医は多忙で、面接に十分な時間を費やせない。日本の精神科医の外来診療は、ほとんどの場合5分診療であり、患者の状態確認、処方調整をするのに手一杯で、とても「外国人の自殺への相談」を行う余裕がない。

第二に、日本では臨床心理士の資格が国家資格ではなく、保険診療で臨床心理士によるカウンセリングを受けることができない。これには、心理士が伝統的に文部省と近かったとか、心理士内部で資格基準をまとめきれないなどの事情が存在するようである。事情はどうあれ、臨床心理士が保険診療に正式に組み込まれていないのは、先進国の中では日本だけであり、精神医療に関わる専門家がこの問題に対する施策をとれていないことは、恥ずべきことである。結果として、外国人の自殺への相談に臨床心理士が対応することも極めて困難である。

第三に、外国語能力の問題がある。日本人の精神医療スタッフで、自殺の相談に応じられる外国語能力をもっている人は、極めて少数である。臨床心理士の中には、外国で教育や研修を受け、ある程度の外国語能力をもつ人が若干みられるが、精神科医で高い外国語能力をもつ人はほとんどいない。

4. 東京英語いのちの電話の沿革

ここで東京英語いのちの電話の沿革を述べる。東京英語いのちの電話は、

1973年に日本語のいのちの電話創立メンバーに、英語を話す東京の5教会や外国人ミショナリーが協力する形で開始された。1990年には、外国人に対面カウンセリングを提供していた別の団体 Tokyo Community Counseling Service を吸収合併した。対面カウンセリング部門の吸収合併に伴い、十分な広さをもった事務所が必要になり、2001年2月に港区南青山に事務所を設置した。2003年には、英国大使ゴマソール卿、天皇陛下の妹にあたられる島津貴子氏が名誉理事長に就任された。

(1) 電話相談部門

東京英語いのちの電話の電話相談は、訓練を受けたボランティアによって行われる。現在約75名のボランティアがおり、9:00~23:00の時間帯で、電話相談に応じている。電話相談員は、レクチャーやロールプレイによる60時間の初期教育、24時間の実地訓練を経た後、単独で電話相談を行うことを許される。相談開始後は、月2回、1回4時間のシフトを担当し、そのほかに月1回2時間のスーパービジョンに参加することが求められる。

外国人社会では、多くの人を知り合いである。誰が電話相談のボランティアをしているかわかってしまえば、それだけで相談しにくくなってしまう。そのため、電話相談員は、すべて身元を守秘している。電話相談員には外国人が多く、移動が激しい。年間40~50名の新しい電話相談員が訓練を受け、採用されるが、ほぼ同数が日本から去ってしまう。そのため、電話相談員の数を増やすことが非常に難しく、これは日本語のいのちの電話との大きな相違である。

電話相談では、カウンセリングの基本である傾聴、共感を中心に、「相談者が自分で何ができるか」という気づきへの援助、エンパワーメントが行われる。外国人からの自殺の相談については、電話相談(03-5774-0992)に連絡してもらうことがもっとも有効であろう。

(2) 対面カウンセリング部門

電話相談員は専門家ではなく、またシフト制であるので、同じ人に続けて相談することはできない。そこで、専門家との継続的な面接相談を希望する人には、対面カウンセリング部門の専門家が対応する。

対面カウンセリングは、外国でライセンスを受けたカウンセラーによって行われる。現在の部長はアメリカ人精神科医、副部長はアメリカ人カウンセラーである。そのほか、現在、8名の非常勤セラピストが所属している。

対面カウンセリング部門では、クライアントへのカウンセリングを行うほか、必要に応じて日本人の精神科医への紹介を行う。日本人の精神科医は、外国人への相談、診療に慣れていない場合が多いため、「外国人への精神医療に関する文化的な留意点」「外国人の相談に乗る際に有用な質問」などの資料を作成し、多文化間精神医学会の会員を中心に配布している。また、自殺を予防するために、インターナショナルスクール、教会、在日外国人看護師、児童保護機関と協力し、必要があれば、外国人が対面カウンセリング部門を利用するように働

きかけている。

5. 日本の精神病院の対応

対面カウンセリング部門では、2003年に、東京地域の6病院について、外国人への精神医療に関する訪問調査を行った。調査の目的は、「外国人の入院治療への導入を円滑にする」「外国人を治療している病院を支援する」「日本の精神病院とのコミュニケーションを改善する」ことであった。訪問調査に応じたのは、私立病院2病院、都立病院3病院、大学病院1病院の6病院であった。

対象患者の重症度については、2病院は重症、3病院は中等症、1病院は軽症の患者の治療に適していると思われた。外国人が過量服薬した場合に治療を行えるのは、4病院であった。身体合併症に対する治療を行えるのは、5病院であった。「看護師がほとんど英語が話せない」のは、ほぼすべての病院に共通した問題であり、看護師の英会話能力への援助が行われているのは、1病院のみであった。

また病院によっては、「英語が話せる医師が週1日しか勤務していない」「英語が話せる医師はいるが、病院全体が外国人への治療に積極的ではない」「病棟環境が十分に整っていない」「差額室料がかかる」などの制限があった。外国人患者の受け入れ数は、3病院が「年間ほとんどなし」、2病院が「年間数例」、1病院が「年間数十例」であった。

また、米国の精神医療と比較した場合の特徴として、「スタッフの数が少なく、安全確保に隔離、拘束が頻用される」「投薬量が多い」「ECTが頻用される」「重症でなくても入院しており、在院日数が長い」「カルテ開示されていない」などが挙げられた。

外国人が日本の精神病院を実際に訪問し、情報を収集して外国人社会に提供するという意味で、この試みは非常に画期的なものであり、訪問調査のレポートは、関係機関を通じて広く外国人社会に配布された。

ところで、日本でもっとも精神医療が充実していると思われる東京近辺で、外国人の治療に対応しているとされる6病院の現状が上記のとおりであり、日本における外国人への精神医療がいかに立ち遅れているかが示されている。

6. 大使館へのコンサルテーション

東京英語いのちの電話だけでは、相談してくる外国人に現実的な援助を与えることができない。また、滞日中の外国人に自殺企図などのトラブルが生じた際、それに対応する責任を負っているのは、大使館の領事部である。そこで東京英語いのちの電話では、2003年から、大使館との緊密な連携、「大使館へのコンサルテーション」を開始した。

2003年10月には、カナダ大使館で各国の領事に対して、外国人のこころの問題が発生した場合の対応についてのワークショップを行った。ワークショップの内容は、東京英語いのちの電話の電話相談、対面カウンセリング部門の紹介、対面カウンセリング部門の訪問調査、筆者による「日本の精神科入院につ

いての説明」であった。

筆者は、「精神症状の重篤度評価の基本」「外国人の問題に対応できる資源」「カウンセラーと精神科医の相違、それぞれの長所と短所」「日本の精神科外来治療、入院治療の実態」「任意入院、医療保護入院、措置入院の要件」「精神病院への紹介手続き」「入院治療開始後の大使館のフォロー」などについて説明した。大使館の領事は、これらの基本的な事項についても、十分な情報がなく、レクチャーの内容を熱心にメモしていた。レクチャー後の質疑応答では、外国人が重篤な精神症状を呈した場合、大使館など関係者が通報しても、警察が関与したがないため、事態への対応が遅れてしまう事例が多いことが明らかになった。

7. おわりに

わが国において、外国人への自殺の相談に援助を提供することには、多くの困難が伴っている。この状況の解決を現実的に進めていくためには、東京英語いのちの電話が中核となって、日本人の専門家や大使館と、有機的な協力を進める必要があると思われるが、将来的には、公的なセンターが設立されることが望ましいと考えられる。

(秋山剛, アンソニー・スミス, ジェニファー・ブレイク)

5. 自治体取り組み事例集

1) 青森県

1. 現状・健康課題

わが国の自殺による死亡者数は、平成10年に初めて3万人を超えてから平成12年まで3年連続で3万人を超え、13年、14年も29,000人台となるなど、極めて深刻な社会問題となっている。

一方、本県においても、全国的な傾向と同じく、自殺者が増大し、平成10年からの年間自殺者数は4年連続で400人を超え、平成14年には537人で前年より114人増加し、人口10万人あたりの死亡率は、36.7で、全国第2位の自殺の高死亡率県となっている。

性別自殺死亡率（自殺率）で見ると、どの年次も男性が高く、平成14年の死亡率を全国と比較すると、全国値が男性35.2、女性12.8であるのに対し、本県では男性58.4、女性16.9と特に男性の死亡率が高いといえる。

自殺の死亡数・死亡率の推移

		平成10年		平成11年		平成12年		平成13年		平成14年	
		死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
青森県	男性	355	50.6	348	49.9	282	40.2	326	46.6	407	58.4
	女性	136	17.5	131	16.9	123	16.0	97	12.6	130	16.9
	総数	491	33.3	479	32.5	405	27.5	423	28.8	537	36.7
	順位	4		4		6		6		2	
全国	男性	22,349	38.5	22,402	36.5	21,656	35.2	21,085	34.2	21,677	35.2
	女性	9,406	14.7	9,011	14.1	8,595	13.4	8,290	12.9	8,272	12.8
	総数	31,755	25.4	31,413	25.0	30,251	24.1	29,375	23.3	29,949	23.8

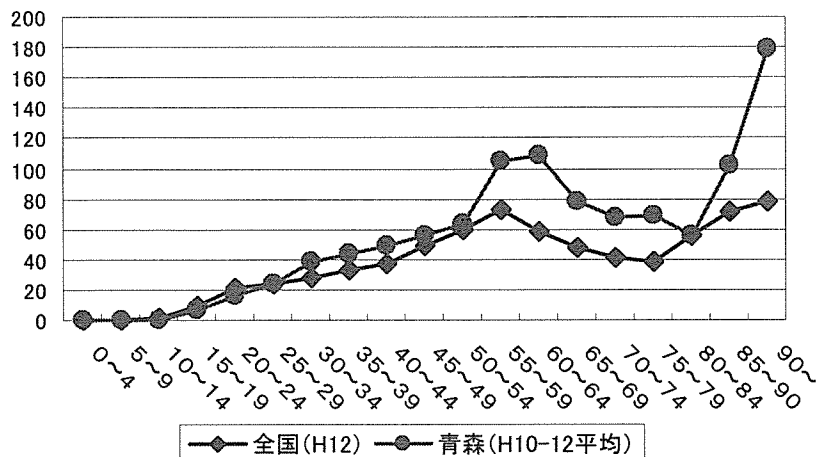
高死亡率県と低死亡率

		平成10年		平成11年		平成12年		平成13年		平成14年	
		県名	死亡率	県名	死亡率	県名	死亡率	県名	死亡率	県名	死亡率
低死亡率	47位	滋賀	20.5	香川	19.2	奈良	17.8	滋賀	16.1	奈良	18.0
	46位	千葉	21.0	徳島	19.3	岡山	19.5	徳島	18.6	神奈川	19.6
	45位	愛知	21.1	千葉	21.0	徳島	19.6	香川	18.8	徳島	20.1
	44位	徳島	21.1	静岡	21.1	滋賀	19.8	神奈川	19.5	千葉	20.4
	43位	静岡	21.3	愛知	21.4	静岡	19.9	千葉	19.6	愛知	20.5
高死亡率	5位	宮崎	33.0	富山	30.9	島根	30.8	島根	29.9	新潟	31.4
	4位	青森	33.3	青森	32.5	岩手	32.1	和歌山	29.9	島根	32.4
	3位	新潟	34.5	新潟	33.7	宮崎	32.6	岩手	34.0	岩手	35.6
	2位	岩手	35.4	岩手	34.4	新潟	32.9	新潟	34.2	青森	36.7
	1位	秋田	37.5	秋田	40.7	秋田	38.4	秋田	36.9	秋田	42.1

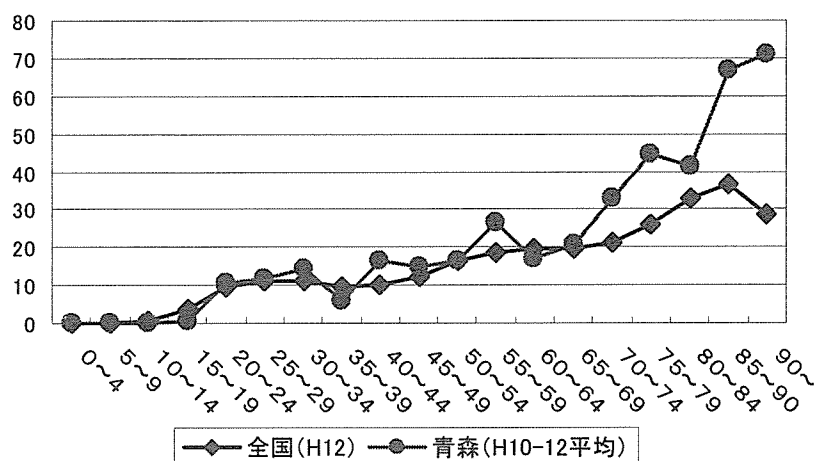
資料：厚生労働省「人口動態統計」

年齢層別自殺死亡率を全国と比較すると、男性では全国に比して50歳以上の年齢群で自殺率が高く、女性においては、特に55歳群と70歳以上の年齢群で自殺率が全国より高い状況にあり、中高年の自殺予防対策が大きな課題となっている。

人/10万対 男性 自殺死亡率 全国(H12)と青森(H10-12平均)

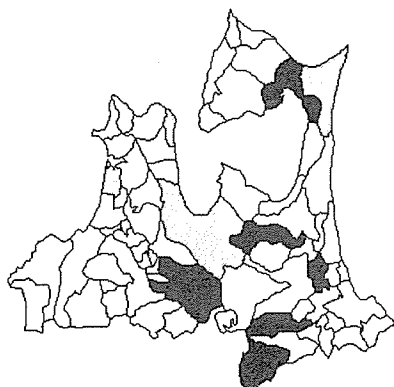


人/10万対 女性 自殺死亡率 全国(H12)と青森(H10-12平均)



資料：厚生労働省「人口動態統計」

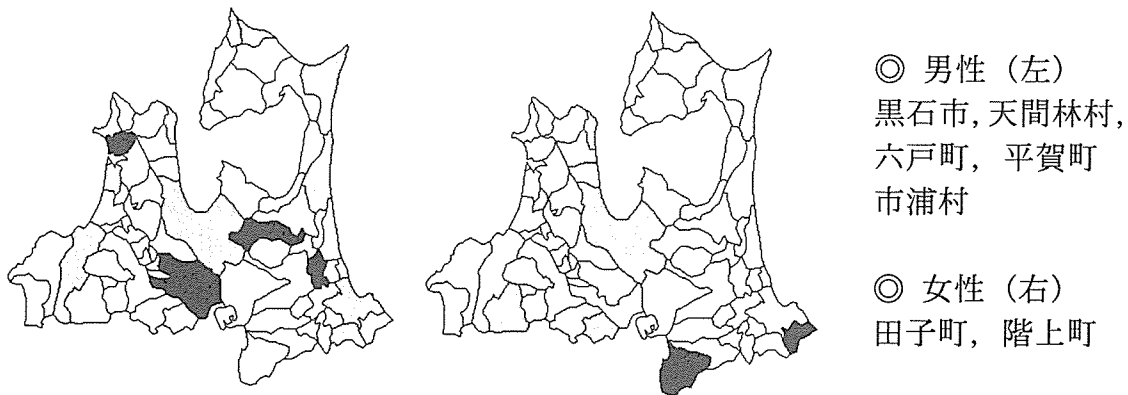
また、平成10年から平成13年の4年間について、県内67市町村の標準化死亡比(SMR)を全体および男女別についてみると、当県の自殺死亡は地域差が明確にあり、県南部の太平洋側が自殺死亡比が高い状況にある。



◎ 有意に高い地域 (男女合計)
 黒石市, 新郷村, 六戸町, 田子町,
 天間林村, むつ市, 平賀町

有意に自殺死亡比が低い $P < .05$
 および 自殺死亡数がゼロ

有意に自殺死亡比が高い $P < .05$



図表作成：瀧澤，渡邊，鳥谷部（青森県）

資料：平成 12 年国勢調査（県 5 歳階級別人口）

厚生労働省「人口動態統計」

2. 取り組み状況

本県では、自殺者数の増加を受けて、平成 13 年 1 月に策定した「健康あおもり 21」において自殺予防を心の健康づくりの重要課題として位置づけ、また自殺者の多くが、うつ病をはじめとする心の病や不安を抱えていることから、平成 13 年度から自殺予防の総合的な対策として、心のヘルスアップ事業を実施している。

- ・ 健康あおもり 21 の行動目標
 - 忘れないで！あなたは一人じゃない —
 - (1) 高齢者の自殺の多い地域において自殺予防活動を実施します。
 - (2) 教育現場における精神保健の充実を図ります。
 - (3) 職場の精神保健の充実を図ります。
 - (4) 自殺者の遺児の心理的ケアを充実させ、自殺の要因等に関する把握に努めます。
- ・ 健康あおもり 21 の数値目標
 - 自殺者数の減少→2010 年までに 294 人以下

心のヘルスアップ事業（平成 13 年度は心のヘルスアップ推進事業）は、初年度においては、①心のヘルスアップ専門家会議の設置、②自殺予防実態調査、③心のヘルスアップフォーラムの開催、④心のヘルスアップ研修会の開催の 4 事業を実施し、平成 14 年度には、継続事業に⑤あおもりいのちの電話助成事業、⑥高齢者自殺予防事業を新たに追加し、主に高齢者の自殺予防を推進することとし、行政機関のみならず自殺予防に関係する他の機関および団体とも連携を図りながら自殺予防に取り組んでいる。

3. 現在の施策

平成 15 年度の事業展開にあたっては、これまでの 6 つの事業を継続しつつ、最近の自殺の動向に応じ、高齢者対策中心から壮年期の自殺予防に重点的に取り組んでいる。

特に、自殺予防実態調査については、壮年期の自殺予防対策に資するため、職域との連携による「職域自殺予防実態調査」を今年度から来年度にかけて実施するほか、自殺予防対策は、県の取り組みはもとより、市町村をはじめとする地域社会全体で取り組むことが極めて重要であることから、「高齢者自殺予防事業」では、自殺率の高い市町村が保健事業等を通じて地域の自殺予防対策に取り組むことを積極的に働きかけるとともに、各健康福祉こどもセンターおよび県立精神保健福祉センターが専門的立場から、自殺の実態についての分析や情報等の技術指導を行い、市町村の保健師や関係職種を支援しながら自殺予防活動に取り組んでいる。

<市町村の主な活動状況>

- 名川町 うつ病のスクリーニング，訪問診察，心理的剖検，心の癒し電話の開設
- 六戸町 心の健康に関する調査，講演会，紙芝居「聞き耳ずきん」
- 鶴田町 心の健康に関する調査，講演会，健康劇：劇団「鶴亀座」，心理的剖検

また、北海道・北東北 3 県の広域連携による「北のくに健康づくり推進会議」において、自殺予防検討部会・4 道県自殺予防対策専門部会議の中で、各道県の専門家が協議し、うつ病の理解，治療，相談窓口，予防等を内容とする共通の自殺予防リーフレットの作成に取り組んでいる。

平成 16 年度には、県内毎戸に配布し、自殺予防の普及啓発の強化を図ることとしている。

(溝部睦子)

5. 自治体取り組み事例集

2) 秋田県

1. 秋田県の取り組み

人口動態統計調査によると、秋田県の年間自殺者は、平成 14 年で 494 人となっており、人口 10 万人あたりの自殺率は 42.1 と全国平均の 23.7 を大きく上回り、平成 7 年以来自殺率が全国ワースト・ワンという状況が続いている。

このため、平成 12 年度に初めて自殺問題を取り上げた「命の尊さを考えるシンポジウム」を開催し、本県における自殺の状況や自殺予防のための方策等について広く県民へ PR した。

また、「健康秋田 21」計画において自殺予防対策を重点分野のひとつに位置づけ、すべての世代における自殺者数の減少を目標として、平成 13 年度から、行政および民間の相談体制の充実やうつ病対策、地域や職場での予防対策に本格的に取り組んでいる。

2. 「秋田県心の健康づくり推進協議会」の設置

事業全体の調整機能を果たす組織として、標記協議会を県に設置し、自殺予防に関する事業計画および実施方法についての意見、提案、評価等をいただいている。協議会委員は 13 人で、労働関係機関、職域団体、地域婦人団体、老人クラブ連合会、ボランティア団体、民生児童委員協議会、報道関係、学識経験者等のほか、公募による委員（2 人）で構成されている。

3. 施策の体系化（別添体系参照）

「すべての世代における自殺者数の減少」を目標として、次のように 4 つの重点施策を定め、推進している。

① 情報提供・啓発

本県の自殺の現状、自殺とうつ病の関連、声かけや相談の大切さをシンポジウムや県広報紙を活用し、県民へ PR している。

また、平成 16 年 3 月には、県と県内全市町村の共同事業として、自殺予防リーフレットを作成し、県民全世帯に配布したところ、予想を超える反響があり、今後も継続的な PR を進めていく。

② 相談体制の充実

1) 相談窓口のネットワーク化

自殺予防の入口対策のひとつとして、様々な悩みや苦しみを抱えている人が気軽に相談できるよう、相談機関を幅広くネットワーク化した「心のセーフティーネット（愛称ふきのとうホットライン）」を平成 15 年 1 月に整備した。現在、この「心のセーフティーネット」には、16 分野 55 相談機関と、治療や医療相談に応ずる二次医療機関として 52 の医療機関が参加している。

2) 相談員の充実

「心のセーフティーネット」に参加している相談機関の相談員ならびに地域

の相談に応じている民生委員，児童委員への研修や，保健所，市町村の保健師等を対象として専門研修を実施し，相談体制の充実を図っている。

3) ボランティアの育成・支援

自殺についての県民意識の高まりにつれ，ボランティア団体による活動がより活発になってきている。その中でも「秋田いのちの電話」の活動は，自殺予防に直結していることから，県では積極的に相談員の研修事業などの活動に対し支援している。

③ 予防事業の推進

自殺予防は，地域での身近な活動により，大きな効果が得られることから，平成13年度から6市町村をモデル指定し，生きがい・仲間づくりや巡回相談，大学医学部の心の健康意識調査など地域の実情に即した予防対策を実施している。

さらに，モデル事業実施市町村の事業内容をまとめ，「市町村における自殺予防のための心の健康づくり行動計画策定ガイド」を作成し，市町村が自殺予防対策を進める上でのマニュアルとして配布したほか，このガイドを用いて市町村や保健所の保健師等の研修も行い，市町村への取り組み促進を図っている。

④ うつ病対策

うつ病が自殺と関連が深いことが指摘されている一方，精神科医が少なく偏在し，かつなじみが薄いことから，精神科等の専門医を受診しないで，かかりつけ医や一般臨床科医を訪れることが多い。

このため，精神科医療を受ける時期を失うケースも少なくない現状から，かかりつけ医等にうつ病に関する知識を習得してもらうとともに，精神科医との連携を強化するため，一般臨床科医に対する研修を実施している。（県医師会に委託）

また平成16年1月からは，うつ病患者やその家族を対象にした「うつ家族教室」を月1回開催している。

4. おわりに

秋田県における自殺予防対策は，平成12年度から手探り状態で進めてきているが，自殺者数の減少に結びついていない現状にある。

今後とも，残された遺族のケア，未遂者等への対策も含め，県政の大きな課題と受け止め，平成16年3月から始めた「心はればれ〈あきた〉」運動として県民とともに，息の長い取り組みを続けていくこととする。

（板波静一）

自殺予防事業体系

実施体系 調整機能	重点施策	12年度 事業内容	13年度 事業内容	14年度 事業内容	15年度 事業内容	16年度 事業内容
心の健康 づくり推 進協議会	情報提供・啓発	○命の尊さを考えるシンポジウム (県大会1回)	○命の尊さを考えるシンポジウム (3回 720人)	○命の尊さを考えるシンポジウム (6回)	○命の尊さを考えるシンポジウム (各HC2市町村の開催を促進指導) ○県広報紙による啓発、情報提供 (健康対策課ホームページにも掲載) ○市町村で活用できる媒体の整備 ○自殺予防リーフレットの作成	○心の健康づくり推進協議会 (2回)
	相談体制の充実	○ボランティアの育成(秋田いのちの電話助成)	○ボランティアの育成(秋田いのちの電話助成) ○地域相談員等研修への専門家派遣(5回616人)	○相談ホットライン(心のセーフティネット) ○地域相談員等研修会への専門家派遣(5回)	○心のセーフティネットの運営(広報宣伝、連絡協議会、研修会) ○相談体制の強化 ・担当者研修、窓口整備、職域研修 ○ボランティアの育成・支援 ・秋田いのちの電話助成、蜘蛛の糸	○心のセーフティネットの運営 ○相談体制の強化 民生・児童委員研修 ○ボランティアの育成・支援 ・秋田いのちの電話助成 ・蜘蛛の糸
	うつ病対策	○一般科医師に対するうつ病研修委託(2回145人)	○一般科医師に対するうつ病研修委託(3地区各1回)	○一般科医師に対するうつ病研修委託(3地区各1回)	○一般科医師に対するうつ病研修委託(3地区各1回)	○一般科医師に対するうつ病研修委託 ○自殺未遂者へのケアシステム検討(医師会委託) ○うつ病家族教室の開催(12回)
	予防事業の推進	○自殺の実態調査委託	○市町村予防モデル事業(合川町、中仙町)	○市町村予防モデル事業(合川町、中仙町、藤里町、東由利町)	○市町村予防モデル事業(合川町、中仙町、藤里町、東由利町、大森町、千畑町)	○市町村予防モデル事業(藤里町、東由利町、千畑町、大森町) ○市町村行動計画策定ガイドの普及等市町村支援

心の健康
づくり推
進協議会

5. 自治体取り組み事例集

3) 新潟県

1. 取り組みの経緯

新潟県の自殺率は、昭和 39 年以降全国ワースト 10 位以内で推移し、依然として全国平均を大きく上回る状況が続いている。

このような状況を踏まえ、県民の一人ひとりが積極的に健康づくりに取り組み、すこやかで生きがいに満ちた生活のできる社会の実現を目指して、平成 13 年 3 月に策定した健康づくり指針「健康にいがた 21」の中で、「こころの健康」を健康の 3 本柱のひとつと位置づけ、自殺者数の減少を図るため「心の健康づくり推進事業」を実施している。

《 健康にいがた 21 における目標 》

長期目標	目 標：自殺者数の減少 評価指標：厚生労働省人口動態統計における年齢調整死亡率と年齢階級別死亡率 警察庁統計による自殺者数（率）
中期目標	目 標：①ストレスや「うつ」等、自殺に関連する心の問題に対処できない者の低下 ②自殺企図者がいた場合に積極的な予防対策がとれる者の増加とシステムの整備 ③自殺があった場合に、連鎖予防に対処できる者の増加とシステムの整備 評価指標：自助グループ活動やこころの問題に関するボランティアグループ等の数や活動状況 軽度のこころの問題に関する精神科受診者数や保健相談数（増える方向で）等 「うつ」の受診率や患者数

2. 事業概要

新潟県における自殺予防対策は、新潟大学医学部精神医学教室（現新潟大学大学院医歯学総合研究科，以下「新潟大学」という）の協力を得て、昭和 60 年度からの 2 年間松之山町ほかの市町村で実施した「精神衛生事故防止対策事業」に始まり、続いて昭和 62 年度から 3 年間実施した「老年期の心の健康づくり事業」を通じて、うつ病スクリーニングと保健指導等を実施するいわゆる「松之山方式」の自殺予防対策手法が確立された。

平成 12 年度から実施している「心の健康づくり推進事業」では、高齢者に加え、中高年の自殺予防対策にも取り組んでおり、平成 15 年度はさらに積極