

的な自殺予防対策を展開するため、「生きがい・社会参加」対策事業に取り組んでいる。

① 心の健康づくり推進事業

〔新潟県自殺予防対策推進協議会の設置〕

自殺予防知識の普及と自殺予防対策の全県的な推進を図ることを目的として精神保健福祉センターに設置した協議会であり、市町村、県教育委員会、労働局、警察本部等の関係機関ならびに県医師会、職域団体、報道機関等代表者を構成員とし、自殺予防対策の実施方法やネットワークの構築に関する検討を行っている。

〔自殺予防対策研修会の開催〕

地域や職域における自殺予防知識の普及と相談機能の向上を図るため、市町村・保健所精神保健福祉担当者研修会と企業労務担当者研修会を開催している。

〔自殺予防相談専用窓口の設置〕

新潟大学への研究委託の結果、仮説提示された中高年自殺予防対策手法に基づき、職域を対象とした自殺予防相談専用窓口（こころの相談ホットライン）を精神保健福祉センターに設置し、新潟市内の一部企業団体の協力を得て試行的な相談事業を実施している。

《 相談概況 》

	平成13年度	平成14年度	平成15年度
自殺予防相談 （こころの相談ホットライン）	—	12 件	15 件
ストレス相談	28 件	82 件	67 件

* 平成 15 年度は、平成 16 年 1 月末現在の相談受付件数である。

② こころの元気支援事業

〔高齢者自殺予防対策の実施〕

厚生労働省地域保健推進特別事業として、平成 15 年度から「松之山方式」の高齢者自殺予防対策事業を栃尾市と上川村において実施している。

〔自殺予防パンフレットの作成・配布〕

精神保健福祉センターにおいて自殺予防パンフレット「ひとりひとりの大切なのち」を作成し、全市町村に配布している。

③ 高齢者社会活動参加奨励プラン実施事業

心の健康についての啓発普及と地域組織の育成等を目的とした事業であり、平成 15 年度に名立町において実施している。

事業では、地域で生活する高齢者を対象とした「生きがいづくり」研修会を開催して生きがいと心の健康についての啓発普及を行うとともに、「生き生き社会参加」講習会を開催して高齢者の社会活動参加についての意識の向上を図っている。

④ 高齢者の社会活動参加のあり方検討会の開催

高齢者が培った知識や経験、技術を社会に生かすことができるような取り組みの推進や新たな仕組みづくりについて、就労や生涯学習、学校教育との連携なども含め、実践的な検討を行う目的で設置した検討会である。

検討会では、「就労」、「社会活動」、「生涯学習・世代間交流」、「生きがいと心の健康」の4つのテーマについての検討を行い、その結果を報告書に取りまとめ、市町村および高齢者福祉関係機関等に対して送付している。

「生きがいと心の健康」をテーマとした検討会では、自殺予防対策事業を通じて、生きがいと心の健康づくり対策を行った松之山町の実践事例が紹介され、高齢者一人ひとりが心の健康についての正しい知識をもつことの必要性と心の健康を損なっている人に対する支援の必要性についての確認がなされた。

3. 市町村における自殺予防対策

〔松之山町における自殺予防対策〕

① 町の概況

新潟県の南西部に位置し、長野県との県境の山間部にある豪雪地帯である。平成16年1月1日現在の総人口は3,000人であり、そのうち高齢者人口は1,324人で、高齢化率は44.1%となっている。また、産業は、稲作等の第一次産業中心の産業構造となっている。

② 自殺者の状況

平成5年から14年までの10年間の全年齢での自殺率は人口10万対60.9となっており、高齢者の自殺率は減少傾向にあるものの人口10万対105.4と依然として県全体の自殺率を上回っている。

③ 自殺予防対策の契機

昭和40年代後半に行われた東洋大学社会学部の社会学的調査の結果、自殺の実態が明らかとなり、昭和60年5月に当時の県内最高齢者が自殺されたことがきっかけとなって、新潟大学と精神保健センター（現精神保健福祉センター）が中心となり、昭和60年度からの5年間、行政機関として取り組んだ最初の自殺予防対策事業である「精神衛生事故防止対策事業」と「老年期の心の健康づくり事業」を実施している。

④ 自殺予防対策の概況

対策は、全高齢者を対象としたスクリーニングにより自殺の危険因子である「うつ病」を早期に発見し、精神科医師や診療所医師等と連携してハイリスク者に対して保健指導等を実施するというものであり、平成2年度以降は町単独事業として関係機関の協力を得て地域ぐるみの取り組みを継続している。

⑤ 自殺予防対策の成果

自殺予防対策事業を通じて把握されたニーズに基づき、ホームヘルパーの増員や特別養護老人ホームの建設、敬老祝い金制度等の創設といった保健福祉施策の充実が図られ、老後の不安の軽減につながっている。

保健、医療が連携した自殺予防活動としては、うつ傾向の老人が集まるデイ

ケアの開始や閉じこもりがちな高齢者が冬期間集う「高齢者いこいの場」活動が始まっている。

自殺予防対策の継続と保健医療福祉施策の充実により、自殺予防対策事業開始以前は高齢者の自殺率が人口10万対434.6だったものが、昭和62年から平成8年までの10年間の自殺率が人口10万対123.1となり、事業開始前の約4分の1程度に減少している。

⑥ 今後の課題

うつ病スクリーニングでハイリスク者として把握されなかった者や経過観察を行っている者の中から自殺者が出ていることを踏まえ、うつ病スクリーニングと並行して実施することにより効果のある新たな早期発見、介入システムの開発が必要となっている。

〔上越市における自殺予防対策〕

① 市の概況

新潟県南西部の海岸部に位置し、上越地方の中核都市で古くから文化と歴史に育まれたまちである。平成16年1月1日現在の総人口は135,414人であり、そのうち高齢者人口は28,348人で、高齢化率は20.9%となっている。また、産業は、サービス業等の第三次産業中心の産業構造となっている。

② 自殺者の状況

平成5年から14年までの10年間の全年齢での自殺率は人口10万対27.3となっており、高齢者の自殺率は人口10万対61.6で、近年中年男性の自殺者数の増加が目立っている。

③ 自殺予防対策の契機

平成12年度に策定した「健康シティ上越・2010計画」に基づき、「こころの健康」対策の一環として、平成15年度から職域を対象とした自殺予防対策事業に取り組んでいる。

④ 自殺予防対策の概況

初年度の平成15年度の事業では、市内の約2,000事業所に対して意識調査を実施してメンタルヘルスに関する実態を把握するとともに、モデル事業所において、従業員を対象とした健康意識調査や個別相談会、健康講座を実施している。

平成16年度は、事業所の衛生管理担当者等を対象としたメンタルヘルスケア対策講演会の開催や事業所への情報提供および取り組みへの啓発、その支援体制の検討を行う予定である。

⑤ 今後の課題

企業や労働基準監督署等の職域関係機関との連携体制の確立と、住民一人ひとりに対するメンタルヘルス知識の普及が課題となっている。

また、行政機関が事業を継続実施する場合の事業評価指標および中年を対象とした自殺予防対策手法の確立が課題となっている。

〔豊栄市における自殺予防対策〕

① 市の概況

新潟県北部の平野部に位置し、新潟市のベッドタウンとして県内でも人口の増加率の高い市となっている。平成16年1月1日現在の総人口は50,425人であり、そのうち高齢者人口は8,998人で、高齢化率は17.8%となっている。また、産業は、サービス業等の第三次産業中心の産業構造となっている。

② 自殺者の状況

平成5年から14年までの10年間の全年齢での自殺率は人口10万対29.4で、高齢者の自殺率は人口10万対57.9となっている。また、死因別死亡統計における自殺の順位も平成14年は6位と上昇傾向にある。

③ 自殺予防対策の契機

担当保健師が、日常業務の中でアルコール依存症と自殺の問題への対策が必要との認識をもったことをきっかけとして、平成12年度から自殺予防対策として既存事業の中で「うつ病」をテーマとした講演会を実施している。

④ 自殺予防対策の概況

啓発普及事業として地域住民を対象とした講演会を年1回開催しており、このほかに健康教室を開催する際に自殺予防関連のテーマを随時取り入れている。

⑤ 自殺予防対策の成果

講演会等への参加者の、うつ病や自殺についての理解が深まっている。

⑥ 今後の課題

保健師等の対策に従事する職員の自殺予防知識および技術の習得と、相談体制の充実を図るための関係機関の連携体制の確立が課題となっている。

〔川西町における自殺予防対策〕

① 町の概況

新潟県南部の長野県寄りに位置し、山間地域と平野地域からなる豪雪地域である。平成16年1月1日現在の総人口は7,856人であり、そのうち高齢者人口は2,329人で、高齢化率は29.6%となっている。また、産業は、製造業等の第二次産業と第三次産業中心の産業構造となっているが、コシヒカリの産地として兼業での農業従事者も多い。

② 自殺者の状況

平成5年から14年までの10年間の全年齢での自殺率は人口10万対56.3となっており、高齢者の自殺率は人口10万対124.1で、近年中年男性の自殺者数の増加が目立っている。

③ 自殺予防対策の契機

地域保健担当課では、町の自殺率が県の自殺率を大きく上回る状況にあり、その対策の必要性を把握していたところ、新聞報道で秋田県由利町の取り組みが紹介されたことをきっかけとして、平成12年度から厚生連中条第二病院の協力を得て自殺予防対策に取り組むこととなった。

④ 自殺予防対策の概況

平成 12 年度は、自殺予防対策方針検討の資料とするため、20 歳から 79 歳までの住民の 1 割に対して「心の健康づくりに関する調査」を実施し、自殺についての意識と対策についての意見を把握した。

平成 13 年度以降は、65 歳以上の全高齢者に対して「うつ病スクリーニング」を実施し、精神科医師や保健師による保健指導を実施している。また、年 2 回程度「心の健康づくり講演会」を開催して、住民に対する啓発普及を行っている。

⑤ 自殺予防対策の成果

事業開始した翌年の平成 13 年以降、高齢者の自殺者数は減少傾向である。

また、事業を通じて保健師との関わりが始まった事例も多く、要支援者の掘り起こしにつながった。

⑥ 今後の課題

65 歳未満の中年層の自殺者が増加している現状を踏まえ、中年層に対する啓発普及の実施と、自殺者の遺族、特に年少者に対する支援体制の確立が必要となっている。

また、自殺の現状分析と事業評価が可能となるよう、保健師等の対策に従事する職員の自殺予防知識・技術の習得と専門機関の技術的支援が必要となっている。

〔加治川村における自殺予防対策〕

① 村の概況

新潟県北部の北蒲原平野の中央に位置し、平野地域と櫛型山系の麓の山間地域からなっている。平成 16 年 1 月 1 日現在の総人口は 7,229 人であり、そのうち高齢者人口は 1,747 人で、高齢化率は 24.2%となっている。また、産業は、サービス業等の第三次産業と製造業等の第二次産業中心の産業構造となっている。

② 自殺者の状況

平成 5 年から 14 年までの 10 年間の全年齢での自殺率は人口 10 万対 63.6 となっており、高齢者の自殺率は人口 10 万対 136.2 で、高齢者の自殺率が高い状況が続いている。

③ 自殺予防対策の契機

地域保健担当課では、村の自殺率が県の自殺率を大きく上回る状況にあり、その対策の必要性を把握していたところ、自殺者の遺族から早急な対策の実施を求める声が上がったことをきっかけとして、平成 13 年度から黒川病院の協力を得て自殺予防対策事業に取り組むこととなった。

④ 自殺予防対策の概況

平成 13 年度は、うつ病についての知識の普及を図るための「高齢者のうつ病予防講演会」の開催、集落ごとの生きがいと心の健康づくりのための「茶のみともだち事業」および「生きがい活動支援事業」の実施、住民のニーズを把握するための「保健衛生懇談会」の開催を行っている。

平成 14 年度からは、65 歳以上の全高齢者に対して「うつ病スクリーニング」を実施し、精神科医師や保健師による保健指導を実施している。また、年 5 回程度の講演会の開催を通じて住民に対する自殺予防知識の普及を図っている。

⑤ 自殺予防対策の成果

講演会の開催等を通じて、うつ病に対する関心が高まり、自らの心の健康づくりの生かすとともに、周囲の人に対してもうつ病の視点をもって接する人が増えている。同時に、精神科医療についての理解が深まり、受診することへの安心感が生まれている。

また、自殺予防活動の中心的な役割を担う保健師にとっても、訪問活動を通じて不安の軽減が図られていくハイリスク者と出会うことは、地区活動の必要性を再認識する機会となっている。

事業には、地域の「健康づくり推進員」が協力をしているが、その推進員からもっと集落の力になりたい、どうしたらよいかなどの声が上がリ、住民レベルの健康づくり意識が高まってきている。

⑥ 今後の課題

自殺者の遺族に対する支援体制の確立が必要となっている。

また、スクリーニングにより把握されたハイリスク者に対する保健指導の継続が必要である。保健指導するにあたり、個人、家族に対してより細やかな関わりができる体制づくりおよび保健師等のマンパワーの資質の向上が課題となっている。

〔中郷村における自殺予防対策〕

① 村の概況

新潟県南西部に位置し、山間地域と平野地域からなる豪雪地帯である。平成 16 年 1 月 1 日現在の総人口は 4,967 人であり、そのうち高齢者人口は 1,364 人で、高齢化率は 27.5%となっている。また、産業は、製造業等の第二次産業中心の産業構造となっており、村民所得は常に県の上位で推移している。

② 自殺者の状況

平成 5 年から 14 年までの 10 年間の全年齢での自殺率は人口 10 万対 68.3 となっており、高齢者の自殺率は人口 10 万対 126.2 で、高齢者の自殺率が高い状況が続いている。

③ 自殺予防対策の契機

地域保健担当課では、平成 11 年の自殺者が多数（6 人）であったことから対策の実施を検討し、平成 12 年度から 3 年間県事業である「心の健康づくり推進事業」に取り組むこととなった。

④ 自殺予防対策の概況

平成 12 年度から 15 年度までの 4 年間は、60 歳以上の住民に対して「うつ病スクリーニング」を実施し、ハイリスク者に対して精神科医師や保健師による保健指導を実施している。また、地区ごとの講演会の開催を通じて住民に対する自殺予防知識の普及を図っている。平成 16 年度は、啓発普及を中心とし

た事業を継続することとしている。

⑤ 自殺予防対策の成果

スクリーニングや講演会の開催を通じて、うつ病や自殺についての抵抗感が薄れ、理解が深まりつつある。

⑥ 今後の課題

スクリーニングは、記名式であるがゆえにプライバシー等の問題により回収率が低くなってしまいう傾向がある。

また、スクリーニングにより把握されたハイリスク者に対する保健指導の継続が必要であるが、保健師等のマンパワーの不足により十分な支援が行えない状況であり、関係機関の連携を含めた支援方法の検討が必要となっている。

〔参考文献〕

- 1) 高橋邦明他：「死なないでよかった」。財団法人厚生問題研究会。平成 14 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金。平成 15 年 3 月
- 2) 森田昌宏：「新潟県の自殺」。新潟県精神保健センター発行。平成 4 年 3 月
- 3) 新潟県精神衛生センター：「精神衛生事故防止対策事業の結果について（昭和 60, 61 年度）」。昭和 62 年 3 月
- 4) 新潟県精神衛生センター：「老年期の心の健康づくり事業について（昭和 62, 63, 平成元年度）」。平成 2 年 3 月

(佐藤洋)

5. 自治体取り組み事例集

4) 岩手県

岩手県久慈地域の自殺予防の取り組みに関する研究 ～ こころの健康づくり事業としての自殺予防の取り組み ～

1. はじめに

岩手県の自殺死亡率は、毎年全国の上位を占めており、さらに県北部（二戸・久慈保健医療圏）に地理的な自殺の集積性が認められており¹⁾、7万未満の人口で毎年30人前後が自殺で亡くなっている。久慈保健所では、「久慈地域の自殺予防に関する研究」として地域の自殺死亡の実態についての調査研究を行い、地域保健においては一次予防として自殺予防対策の方向の必要性が確認された²⁾。

一般に、久慈地域全体では自殺は防げないことだと考えられてきたが、自殺予防のためには、一人ひとりがうつを正しく理解するとともに、こころの健康づくりを地域全体で進めることとして、各世代の自殺者の減少を目指し具体的な事業を実施することとなった。

今回、地域保健活動の中で市町村や地域の関係機関・団体および大学との連携により、保健所が取り組んだ自殺予防の実践について報告する。

2. 事業計画と関連事業

久慈地方振興局保健福祉環境部・久慈保健所では、久慈地方振興局の方針である『暮らしやすさを実感でき、健康で豊かな福祉環境づくり』を踏まえ、自殺予防は地域で取り組みの必要度が高い重点課題として取り上げ、平成15年度から16年度までの2年間、岩手医科大学や管内6市町村、関係諸機関・団体等の協力を得て、地域活性化事業調整費「こころの健康づくり推進事業」を推進することで各世代の自殺者の減少を目指して実施することとした。

平成15年度は、こころの健康づくり事業の基盤を整備するため、①ネットワークの設立、②一般に対しての啓発普及、③メンタルヘルスに係る相談員の資質向上とネットワークの構築を図る事業を実施することとした。

平成16年度は、住民に対してのうつ等予防対策事業をモデル地域で実施することとし、うつスクリーニングと平成15年度からの継続事業を実施することとした。

関連事業としては、岩手医科大学自殺予防研究班が主体であるうつと自殺予防に関する健康教育「北リアス健康塾」や市町村健康相談、保健所こころの健康相談等各種相談事業があり、自殺予防の段階に応じて各機関の機能が十分発揮できるよう相互に協力することとした。

3. 平成15年度事業実施結果

(1) 久慈地域の自殺予防対策推進ネットワークの設立

自殺は、多様な要因が複雑に影響していることから、多くの方々の意見を聞き、地域ぐるみで自殺予防について考え行動していくことが重要である。

保健所では、地域の各関係機関や地区組織団体、大学等 28 機関に対してネットワークへの参加を呼びかけ、平成 15 年 7 月 29 日に「久慈地域自殺予防対策推進ネットワーク」を設立した。

ネットワークでは、自殺予防は地域の課題であるとの共通の認識に立ち、地域が一体となって自殺予防に取り組む気運の醸成を図ること、「こころの健康づくり推進事業」の効果的な実施について協議・連絡調整等を行うものとし、課題や各々の機関の役割や事業を理解し協力し合い、各々の取り組みの総合が結果として地域の取り組みとなっていることを目指すというものである。

設立に先立ち、「地域の自殺予防対策の現状と今後の取り組み」のテーマで、岩手県立大学の青木慎一郎教授からの基調講演を行い、次にいろいろな立場の出席者の意見交換を行い、地域の各々の取り組みや役割について共通認識ができたとともに、今後は協力して地域の自殺予防に取り組んでいくことが確認された。

設立後は、ネットワークの各機関を核として、実務者の研修やフォーラムの開催、関連事業の紹介を行い、住民や関係者の事業への協力が円滑になっている（図 1）。

（2）啓発普及

久慈地域の自殺予防事業がマスメディアに取り上げられるようになり、自殺予防が地域の健康課題であることが、住民の間でも少しずつ知られるようになってきている。

岩手医科大学自殺予防研究班が中心となり、市町村と地区組織と協力して公民館単位で開催している「北リアス健康塾」では、うつに関する正しい知識の普及と自殺との関連について健康教育を行い、うつになっても適切な対応により自殺予防につながることを理解は、参加者に確実に浸透している。

また、保健所では広く一般の理解と関心を高めるため、いのちの電話が「いのちの日」としている 12 月 1 日と併せて「こころの健康づくりフォーラム」を開催した。フォーラムでは、当事者の方から、配偶者との死別からうつとなり療養を経て克服できた経験を講演してもらい、参加者にはうつや自殺は身近に起こりうることを理解してもらうことができた。また、シンポジウムでは、久慈地域の自殺予防の取り組みに向けて、精神科医師、保健師、倒産企業の相談 NPO、あしなが育英会から多方面の自殺予防活動があることを紹介してもらい、会場全体の意見交換を行った。地域住民の自殺予防に対する関心は高く、参加事後のアンケートでは、自分自身がうつになったらどうするか、地域でなんとか取り組んでいきたい等、自殺予防を自分の問題として考えていこうという感想だった。

ほかに、地方振興局主催行事の参加者や局の職員を対象に「こころの健康ミニ講座」を開催し、農政や土木など他領域の職員に対しての事業を紹介するこ

とができた。

(3) 相談体制の整備

住民自身が、うつや自殺に関して理解することにより、相談機関への相談も増加するものと思われた。実際のところ、住民は、自殺の相談をどこに持ち込んだらいいのかわからないと話しており、相談員側でも、自殺の相談数は少なく相談技術としても未熟な領域だというのが本音のところであった。

そこで、地域の相談体制の整備を図るため、相談従事者が、ハイリスク者の早期発見と自殺未遂や自殺者の遺族等の相談に適切な対応ができること、併せて研修受講者がソーシャルサポートネットワークとなることを目指して対象者を固定し、1クール5回としてメンタルヘルスサポートネットワーク研修会を開催した。内容は、うつ対策の理解と自殺に関する相談技術の向上につながるよう、大学の協力を得ながらカリキュラムを構成した。一回の開催は一日コースとして、知識と態度を学ぶために講演と演習を取り入れたワークショップ形式とした。(資料1)

研修の受講者は、地域の相談関係者35人であり、毎回出席者は7割を超え、事後のアンケートの満足度は高かった。

最初は一般的な知識を学び、回を重ねるようになり演習でも参加者が自由に話し合える関係が作られるようになっていった。第4回のテーマは、参加者のほとんどが初めて聞く内容であり、深い感銘を得るとともに、遺族への支援がいかに必要性が高くかつ重要であることを学び、肩を張らずに相談者の体験を教えてもらうという態度で相手の話を傾聴することの大切さを学ぶことができ、今後の自殺予防の相談の手がかりを得ることができた。

最終回は研修のまとめとして、自殺予防活動の考え方と地域の実践活動について学び、久慈地域ではどのような活動が日常業務の中できるのかを7人前後のグループに別れてラベルトーキングを行い、ミニフォーラムとして全体発表を行った。

いろいろな立場からの参加であり、住民の視点、地域の視点、各所属の視点から、こころの健康づくりヘルスプロモーションともいえるような地域の自殺予防対策が提案され、5回のプログラム終了後も地域の相談ネットワークは継続することとなった。

4. まとめ

平成15年度は、自殺予防対策を保健所が取り組む重要課題として取り上げ、他領域の認知を得ながら事業を行うことができた。また、市町村や地域の関係機関・団体および大学との広い連携により、各々の機能や役割を相互に活用しあうことで、事業効果はより高いものとなった。事業に参加した人の自殺予防対策への関心度は高まり、久慈地域の自殺予防のためのネットワークができたことはこの事業の大きな成果であり、今後、自殺予防以外の活動でも波及効果が期待される。

今後は、うつ等こころの健康チェックの定着を目指し、住民参加型のこころの健康づくりとしての自殺予防事業を実施することとしていきたい。

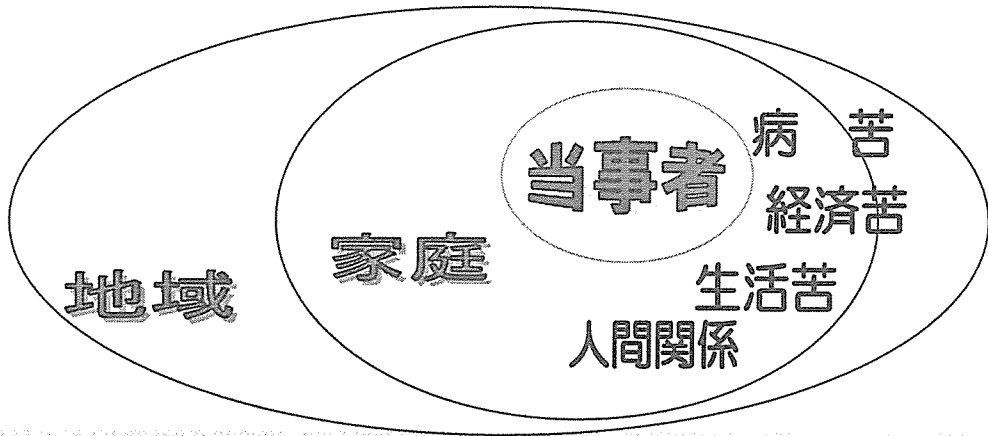
参考文献

- 1) 野原勝・小野田敏行・岡山明「自殺の地域集積とその要因に関する研究」厚生指針 2003年6月
- 2) 岩手県久慈保健所「地域課題調査研究事業実績報告書 久慈地域の自殺予防に関する研究」平成15年3月
- 3) 今田寛陸「厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 自殺と防止対策の事態に関する研究」平成14年度
- 4) 樋口輝彦「自殺企図その病理と予防・管理」永井書店 2003年4月
- 5) 大山博史「医療・保健・福祉の連携による高齢者自殺予防マニュアル」診断と治療社 2003年10月

(橋本功)

図1 — 連携図 久慈地域メンタルヘルスサポートネットワーク —
 暮らしやすさが実感でき、健康で豊かな福祉環境づくり

文化
習慣



地域づくり

相談できる

支援できる

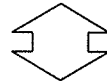
ネットワーク

会議・協議会・連絡会等
 自殺予防対策推進ネットワーク～H16
 地域のこころの健康づくり等協議
事業・関連業務
 具体的な事業推進・連絡調整



事業に反映

こころの相談
 (メンタルヘルスサポートネットワーク相談員)
 必要に応じて関係機関と連絡・調整
 適切な相談支援



相談の充実強化

支援等検討会 (相談ネットワーク)
 処遇困難事例検討、専門家の助言
 こころの健康づくり事業の検討

フォローアップ研修 (保健福祉環境部)
 地域保健関係職員研修会 (年1回)

その他関連事業の紹介
 全国・県内・管内の情報提供

関係者

当事者、家族、住民

保健医療機関

医療機関(一般・精神科)

管内市町村 (保健福祉)・保健所

その他の関係機関・団体

医師会、歯科医師会、薬剤師会、

看護協会、警察署、消防署、

福祉事務所、社会福祉協議会、

教育事務所、小学校・中学校・高等学校、

商工会議所、農協、

在宅支援センター、施設、

民生児童委員協議会、保健推進員連絡協議会、

婦人団体連絡協議会、等々

民間団体

盛岡いのちの電話

大学・専門機関

岩手医科大学

岩手県精神保健福祉センター

その他

資料 1 プログラム

久慈地方振興局地域活性化事業調整費「こころの健康づくり事業」
メンタルヘルス・サポートネットワーク研修会（専門研修）開催要領

1 目的

久慈地域の自殺予防対策を推進するため、自殺予防に寄与するより良いこころの相談体制の整備やネットワークについての検討をおこなうとともに、「うつ」等自殺のおそれがある者に対して適切な相談支援ができるための知識の習得と相談技術の向上を図ることを目的とする。

2 内容

自殺予防のために必要な専門知識と相談支援に関する研修

日 程		内 容		講師等
第1回	11月5日(水) 10:00~15:00	講義 グループワーク	「自殺と関連疾患」 「地域の現状と今後の対策」	岩手医科大学医学部 医師 黒澤美枝
第2回	12月19日	講義 演習	「うつ病のスクリーニング」 「スクリーニングの実際」	岩手医科大学医学部 医師 黒澤美枝・智田文徳
第3回	1月8日	講義 演習	「カウンセリングの基本」 「自殺ハイリスク者の相談」	岩手大学教授 山口浩 いのちの電話 佐々木節子 岩手医科大学 黒澤美枝
第4回	2月6日	講義 演習	「遺族の心理と支援」 ～死別の悲しみへの支援～	国土舘大学文学部 助教授 鈴木康明
第5回	3月5日	グループワーク 全体討議	「久慈地域のこころの相談 体制と関係者の協力」	講師：渡邊直樹 助言者：小井田潤一、 星克仁、稲葉葉子

3 主催

久慈地方振興局保健福祉環境部（岩手県久慈保健所）

4 協力

岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座

5 開催日

平成15年11月～16年3月（全5回） 10時～15時

6 場所

久慈合同庁舎1階 健康増進室

7 対象

30人 こころの相談を受ける機会がある関係職員で、全日程出席可能な者。（看護師、保健師、精神保健福祉士、介護支援専門員、ケースワーカー、カウンセラー、相談員等が望ましい。）

8 申込み

様式1により、10月30日（木）までに申し込むこと。（Fax可）

なお、定員を超える場合には、受講をお断りする場合があります。

9 経費

研修の開催に係る費用は主催者の負担とするが、旅費等参加に係る経費は参加者側の負担とする。

10 その他

研修では、地域の相談事例の対応について具体的に学んでいきますので、研修の第2回目までに様式2により1事例提出すること。（郵送またはメールにより送付のこと）

11 連絡先

久慈地方振興局保健福祉環境部（岩手県久慈保健所） 企画管理課 （担当 稲田・松川）

〒028-8042 久慈市八日町1-1 TEL0194（53）4987 Fax0194（52-3919）

5. 自治体取り組み事例集

5) 静岡県

1. はじめに

自殺予防対策を考える上で、自殺念慮を示す病状のうち、中高年を主体としたうつ病（自殺既遂が多い）と比較的若年者に多い人格障害・神経症（自傷行為・過量服薬を繰り返すことが多い）とでは対応を分けて考えたほうが、より適切な援助が可能になると思われる。

実際には近年のわが国における自殺者の急増は中高年優位であり、背景にうつ病への罹患が指摘されている。それに合わせて自殺予防対策は、中高年のうつ病の早期発見・早期治療に重点を置いたものが多い。中でもうつ病スクリーニング等についての調査研究は進みつつあるが、一方で行政機関におけるうつ病の相談方法のあり方についての実践報告は少ない。そこで本稿では静岡県精神保健福祉センターのうつ病の相談事例を例示しながら、保健所・精神保健福祉センターなどの行政機関における自殺予防関連の相談のポイントおよび課題を明らかにする。

なお人格障害・神経症の相談対応については、今回は割愛する。

2. 静岡県精神保健福祉センターの相談業務体制

相談日：

初回相談日は週3日（月・水・金）。相談継続の場合には、2回目以降は担当者との話し合いで随時実施。

相談担当者：

臨床心理士、保健師、精神保健福祉士、合計10名。なお精神科医（2名）は診療部門に従事するが、相談部門にはスーパーバイズ的関わりをもち、必要に応じて相談ケースを診療部門で診察（自殺念慮が強いなど危機的状況の場合など）。

3. 症例提示：当センターにおけるうつ病の相談事例

症例A：50歳，男性，会社員

経過：元来、まじめな性格。X年4月、昇進し転勤。業務は多忙となり、また職場の人間関係にも悩むようになった。6月頃より不眠、食欲不振、抑うつ気分、意欲・集中力低下などの症状が出現。8月頃には仕事にも集中力を欠き、ミスが目立つようになった。同年9月、心配した上司が精神保健福祉センターへ電話相談。相談担当者はうつ病を疑い「当センターでお力になれるかもしれませんが、ご本人に一度相談に来ることを促してみてください」と上司にアドバイスした。しかしAは「人手が足りないので、仕事は休めない」となかなか来所せず。上司の再三の勧めで、やっと10月中旬に当センター来談となった。

面接時、担当者が体調を尋ねると、Aは「食欲がなく体重は4月から5kg減った。だるいし、気分が落ち込む。特に午前中が良くない。TVを見てもぼん

やりして頭に入らず、休日は外出することもなく1日中横になって過ごしている。夜も眠れず、毎日午前3時頃目が覚め、その後眠れない。最近退職者があって忙しいが、今日は無理に仕事を休んで来た。会社のみんなに迷惑をかけて申し訳ない」と語った。Aの話に十分傾聴した後、担当者から「かなりお疲れのようですが、ひょっとして死んでしまったほうが楽ではないかと考えることはありませんか?」と自殺念慮の有無を尋ねると、はっきりうなずいた。この時点で相談担当者は一時席を外し、当センターの精神科医に相談。今後の対応を協議した。

協議後、担当者からAにうつ病について①～④の順で説明。①体の不調の原因としてうつ病が疑われる、②うつ病は休養と抗うつ薬治療により週単位で少しずつ回復する。精神科・心療内科などで適切な治療を受ければ、現在の苦しみから十分回復可能、③医療機関へは家族とともに受診することが望ましい。家族の理解がうつ病のスムーズな回復につながる。④自殺念慮について「うつ病は回復するので、自殺はしないでください」と約束。最後に医療機関受診を念押しした。しかしAは精神科受診への戸惑いがあり、結局、当センターの診療部門へ一度受診（妻同伴）してもらい、精神科医師から治療の有効性を再度説明した後で精神科クリニックへ紹介。後日、紹介先より「薬物療法の奏効と家族の協力により、1カ月の休職で軽快。通院を継続しながら復職可能となった」との返信があった。

4. 相談のポイント

以上の事例報告をもとに、当センターにおける相談の関わりのポイントを、(1) 電話相談、(2) 本人との面接、(3) 家族への働きかけ、(4) その他、の順で整理する。

(1) 電話相談

本事例では上司からの電話相談が来談のきっかけとなったが、行政機関への電話相談でうつ病が疑われた場合の対応として、次の2つのパターンが考えられる。

① 本人からの電話：

未だ専門機関にかかっていない場合は、本人の苦しみや悩みを傾聴しながら来談を勧めていく。

② 家族・職場上司等からの電話：

本人のプライバシーに配慮しながら、医療機関や相談機関に本人がつながるようなアドバイスを心がける。「本人がその気にならなければ相談・受診はできません」などの紋切り型の対応は避ける。

(2) 本人との面接

- ① 相談担当者が基本的なうつ病の知識をもつこと。
- ② まず傾聴を心がけ、来談者との良好な関係を築くこと。

③ その上で、うつ病の見立てを行う。

問診時には、まず身体面の不調（不眠、食思不振、体重減少、疲れやすさなど）から尋ねるほうが受け入れられやすい。本事例では不眠（早朝覚醒）、食思不振（体重減少を伴う）、抑うつ気分、意欲・集中力低下、全身倦怠感、日内変動（午前中悪い）を認め、典型的なうつ病と考えられる。必要に合わせてスクリーニングテストを併用する。

④ うつ病に関する心理教育の実施。

相談担当者間でうつ病についての説明内容を検討し、一致させておくことが望ましい。

<うつ病説明の例>

- ・ うつ病は誰でもかかる可能性がある。
- ・ ストレスが続いたり、孤独・孤立感が強まったときなどにうつ病にかかりやすい。
- ・ 多くの場合、薬の治療と休養にて現在の苦しみから十分回復可能。
- ・ 回復は週単位で少しずつ。薬が効かないと思い、治療を途中でやめない。薬の副作用等あれば、担当医と相談を。
- ・ 回復したと思って早期に治療中断すると、再発の可能性もある。薬の減量・中止は必ず医師と相談しながら行うこと。

⑤ うつ病が疑われる場合は自殺念慮の有無を確認し、さらに「自殺しないこと」を約束。

うつ病者は自殺念慮を秘めていることが多く、相談担当者が率直に自殺念慮について尋ねることで自殺防止に役立つことが多いのも事実である。ただし、担当者の面接技法の熟練度によって、どこまで踏み込むかは検討の余地がある。今回は担当者がベテランであったこともあり、自殺念慮を確認し、「自殺しない」ことを約束した。

（３）家族への働きかけ

当センターではうつ病の家族理解を重要視し、相談時はなるべく家族同伴での来所を基本としている。家族理解により適切な家族対応（励まさないなど）が可能となるのみならず、家族の協力による治療の中断防止や服薬遵守への効果も期待される。

（４）その他

① 相談業務のスーパーバイザーの確保

自殺念慮やうつ病への対応で、相談担当者が困難を感じたときに的確なアドバイスを受けられる体制作りが重要となる。本事例では自殺念慮を確認した時点で、担当者は一度席を外し、精神科医師と協議を行っている。

当センターでは精神科医師が主にスーパーバイザー役を担うが、保健所においては保健所嘱託医師（精神科）や精神保健福祉センターとの連携が有効と思

われる。

② 医療機関への紹介

受け入れ先医療機関を確保し、さらに紹介の方法（紹介状、電話など）を普段から取り決めておくことが望ましい。

本事例のように相談者が医療機関受診に戸惑う場合には、一度精神保健福祉センターの診療部門に受診してもらい、センター医師から医療機関に紹介する方法も考えられる。

5. 相談業務上の今後の課題

静岡県精神保健福祉センターにおける相談業務上の検討事項を列挙する。

① ネットワーク作りの推進

精神保健福祉センターは保健所との連携のみならず、医療機関や産業保健領域（産業保健推進センターなど）とネットワークを構築し、うつ病相談業務の要となることが望まれる。

② うつ病と人格障害・神経症との鑑別

相談担当者は各々の病態を理解し、それぞれに合った対応方法を習得する必要がある。

③ うつ病スクリーニング方法の導入、および保健所などへのスクリーニングの普及

④ 本人のみならず、家族・職域向けの相談体制作り

6. 最後に

静岡県精神保健福祉センターにおける相談事例を提示し、症例にそって相談上心がけているポイントを示した。また相談業務における今後の課題を列挙した。当センターでの自殺予防対策は未だ試行錯誤の段階であり、今後も改善を加えたい。

参考文献

厚生労働省地域におけるうつ対策検討会：うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー，2004

（松本晃明）

第2部 自殺予防対策の基盤

6. 学術的情報

1) 自殺の定義

精神科医の加藤正明は自殺を次のように比較的厳密に定義している。「真の自殺とは、ある程度成熟した人格をもつ人間が『自らの意志に基づいて』死を求め、自己の生命を絶つ目的をもった行動をとることに限らなければならない」とし、自殺を図る人がその行為を自ら起こし、かつその行為が死をもたらすという現実を予想する能力があることが、自殺の定義に必要であるとした。しかし、加藤は同時に、「自らの意志によらない制度的自殺やある種の精神病の自殺、未熟な児童や動物の自殺と、厳密な意味での自殺との違いは、ときに移行する段階的な違いであって、中にはどちらとも決めかねる境界の事例も少なくない」とも述べている。

このように、自殺を定義する上で重要なのは、自殺を図ろうとしている人物自身の死に対する意志と自らの行為がもたらす結果をどのように予測しているかという2点である。この「自らの意志」と「結果予測性」が、自殺の定義にあたって問題になる。

例えば意識が清明で、自ら死ぬ意志が確固として存在し、行為のもたらす結果を十分に理解している場合ならば、自殺の定義はそれほど難しくはない。ところが、多くの場合そのいずれかが何らかの程度障害されている。哲学的な意味で厳密な定義をとるか、日常的に臨床家が用いるのに耐えられる定義をとるかということが問題になる。厳密な定義をとると日常臨床からかけ離れてしまうし、かといって慣用的な定義をとれば多くの出来事を自殺という事象に含めてしまいかねない。

稲村博はこの点に注意を払い、自殺を次のように定義した。「一般に自殺意図の明確な者は自殺者のうちでも意外に少なく、意志統御の混乱がむしろ彼らの特徴ですらあるからだ。そうした点を考慮すると、客観的な規定を原則とするのが望ましく、その範囲で特徴別にさらに分類するのが妥当のように思われる。(中略)自ら自己の生命を絶とうとする行為を自殺行為(または自殺企図)といい、結果として死に至ったものを自殺既遂(または自殺)、死に至らなかったものを自殺未遂と呼ぶ」。

これは、近代の自殺研究の先駆者である社会学者のエミール・デュルケームの定義と近い。デュルケームの定義は「当の受難者自身によってなされた積極的あるいは消極的の行為から直接的あるいは間接的に生ずる一切の死を自殺と名づける」というものであった。

さらに、小児精神科医のシンシア・フェファアの説も検討の価値がある。フェファアは自殺の定義が観念的なものに流れるあまりに、臨床上の実用性をおろそかにしてはならないと警告している。例えば、小児は自ら命を絶つと、それが生命の終わりであり、もう二度と生き返ることなどできない点を十分に理解していない場合がある。自分が死に、葬式で悲しむ両親や友達をあゝ世から眺め、もうこの人たちが自分を苦しめることはないだろうと夢想し、翌日には

家に戻ってきて皆と一緒に楽しく生活を始められるなどと考える子もいる。そのような子どもが、死によって命が終わることを理解していないからといって、子どものとった行為を自殺ではないとは断定できないとフェファーは主張する。むしろ、子どもの絶望的な叫びを的確にとらえ、死に至る状況を未然に防ぐことこそ重要であるという。すなわち「死を達成しようという目標こそが、その子が自殺しようとしていると定義している」というのだ。「子どもが実際に死について十分に理解しているかどうかは問題なのではない。小児の自殺行動を定義するのに重要なのは、死のもたらす最終性について子どもが理解しているかどうかではなくて、子どもが絶望のあまり死にたいと考えているという点である」とも主張した。

フェファーの観点は臨床家にとって説得力がある。例えば、日常臨床でしばしば遭遇する統合失調症の患者の自殺を考えてみよう。「屋上から飛び降りろ」、「電車に飛び込め」といった幻聴に操られて行動を起こし、それが実際に死につながることもある。厳密な定義をあてはめたならば、患者は自らのとろうとしている行動が死につながる危険性があると理解しているかもしれないが、行動を起こそうという動機は、自ら意図したものとばかりは決していえないのである。幻聴は、病的体験として患者には認識されず、まったくの第三者の命令ととらえられているかもしれない。この場合など「自らの意図した行動」という定義からは明らかに外れてしまうことだろう。絶望感に圧倒されて何らかの行動を起こそうとし、死につながる可能性があるものならば、それを自殺行動ととらえて、予防に結びつける必要があるのだ。

【参考図書】

- 高橋祥友：自殺の危険：臨床的評価と危機介入。金剛出版，1992
- 高橋祥友：自殺のサインを読みとる。講談社，2001

(高橋祥友)