

あなたのお仕事や地域での活動などのことについてお尋ねします。

問17 あなたは、ここ1ヶ月間にどのようなお仕事をされていましたか。
あてはまるものに主なもの1つに○をつけてください。

- ① 会社などに勤務（常勤） ② 会社などに勤務（パート）
- ③ 自営業 ④ 自営業の手伝い
- ⑤ 家事、育児、介護など ⑥ 農作業
- ⑦ シルバー人材センターでの仕事
- ⑧ その他（ ）
- ⑨ 特にない

問18 あなたは、ここ1ヶ月間に、地域でどのような活動をされていま
したか。あてはまるものにすべてに○をつけてください。

- ① 町内会・自治会（集落）活動 ② 公民館活動
- ③ ボランティア活動 ④ 民生委員
- ⑤ 食生活推進委員 ⑥ 老人クラブ活動
- ⑦ その他（ ）
- ⑧ 特にない

問19 あなたが、日ごろ親しくしている友人の方とは、どのようなきっかけでお知り合いになりましたか。

あてはまるものにすべてに○をつけてください。

- ① 近所づきあいを通じて
- ② 町内活動や地域活動を通じた知り合い
- ③ 趣味のサークルや教室などを通じて
- ④ ボランティア活動を通じて
- ⑤ 職場や仕事を通じて
- ⑥ 学校の友人や幼なじみ
- ⑦ 老人クラブ（シニアクラブ）活動を通じて
- ⑧ 信仰や宗教に関する活動を通じて
- ⑨ 子どもや孫の関係でできた知り合い
- ⑩ その他（ ）
- ⑪ 特に親しくしている友人はいない

問20 あなたは、どんなことに喜びや生活の張りを感じますか。

あてはまるものにすべてに○をつけてください。

- ① 子どもや孫の成長
- ② 趣味活動
- ③ 生涯学習
- ④ 健康のための活動・スポーツ
- ⑤ 仕事
- ⑥ ボランティア活動
- ⑦ 旅行・買い物
- ⑧ 信仰・宗教活動
- ⑨ 地域行事や町内会・自治会（集落）の活動
- ⑩ 老人クラブ（シニアクラブ）やサークルの活動
- ⑪ 気の合う仲間と集ったり、おしゃべりしたりすること
- ⑫ 食事
- ⑬ 特にない
- ⑭ その他（ ）

問21 現在やっていることも含めてあなたが今後やってみたいと思うことにはどんなことですか。あてはまるものにすべてに○をつけてください。

- | | |
|------------------------|--------------|
| ① 生活のための仕事 | ② 生きがいのための仕事 |
| ③ 趣味活動 | ④ 生涯学習 |
| ⑤ 老人クラブ（シニアクラブ）の活動 | ⑥ 若い世代との活動 |
| ⑦ 健康維持のための活動・スポーツ | |
| ⑧ 高齢者に関するボランティア | |
| ⑨ こどもに関するボランティア | |
| ⑩ 障害者に関するボランティア | |
| ⑪ 環境に関するボランティア | |
| ⑫ 地域の歴史、史跡などの伝承活動 | |
| ⑬ 町内会や自治会（集落）、地域行事の手伝い | |
| ⑭ 特に何もしたいとは思わない | |
| ⑮ その他（ | ） |

問22 高齢者の方が、今以上に社会や地域での活動に参加するためには、市町村は何をすればよいと思いますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|-------------------------------|---|
| ① 情報をもっと提供する | |
| ② 参加を呼びかけてくれる世話役の確保や養成 | |
| ③ 一緒に活動する仲間をつくる機会を提供する | |
| ④ 経験、知識、技術を活かして活動する場、働く場を確保する | |
| ⑤ 活動のための施設を整備したり、利用しやすくする | |
| ⑥ 活動のための資金を提供する | |
| ⑦ 特になし | |
| ⑧ その他（ | ） |

自殺予防についてのあなたのお考えをお尋ねします。

問23 自殺者を減らすために、あなたが大切だと思うことはどのようなものですか。
あてはまるものすべてに○をつけてください。

- ① うつ病などの「こころの健康」についての正しい知識の普及
- ② 学校などでの「いのちの教育」
- ③ 「こころの健康」に関する相談窓口の設置や充実
- ④ 債務問題などの経済問題に関する相談窓口の設置や充実
- ⑤ 自殺者の遺族などに対するいたりや支援
- ⑥ かかりつけ医師や診療所の目配り
- ⑦ 精神科や心療内科への通院がしやすくなること
- ⑧ 信仰や宗教による相談や支え
- ⑨ 高齢者の生きがいや社会参加を支援するための対策
- ⑩ 高齢者の孤立を防ぐための対策
- ⑪ その他 ()
- ⑫ 特にない

問24 最後に、あなたが地域で健やかに生活するために県や市町村などの関係機関や周りの人に対してご意見やご要望がありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

平成 16 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）

自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究

分担研究報告書

自殺予防における援助機関のあり方に関する研究

—自殺未遂者の援助機関のあり方に関する研究—

分担研究者 根本 嘉昭（神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 教授）

研究協力者 安藤 美由記（神奈川県立精神保健福祉センター）

今井 美之（日本女子大学大学院人間社会研究科）

熊野 敦子（神奈川県立保健福祉大学）

鈴木 孝典（神奈川県立保健福祉大学）

中野 美智子（神奈川県福祉部生活援護課）

研究要旨：本研究は、自殺未遂者に対する福祉的援助の実施機関のあり方について（1）自殺未遂者の福祉的援助の実態の把握と課題の抽出、（2）関連活動の実践分析、（3）個別事例分析、（4）地域活動の分析より検討するものである。今年度は、自殺による死亡が比較的集積する神奈川県A区域（二次医療圏）を管轄する福祉事務所及び保健所、さらには、県内の「いのちの電話」の担当者に対し、自殺未遂者に対する活動実態の把握と、福祉的支援に関わる援助機関の課題の抽出を目的とした聞き取り調査を実施した。その結果、相談援助体制におけるアクセシビリティの確保、相談援助担当者に対する技術的支援体制の整備、関係機関間の連携体制の整備、身近な地域におけるインフォーマル・サービスの育成などの課題が抽出された。

A. 研究の目的

平成 15 年度の厚生労働科学研究「自殺と防止対策の実態に関する研究」では、自殺既遂者の背景要因、自殺予防対策における関連行政機関の業務連携の実態、自殺問題に対する一般地域住民の意識などが検証され、自殺未遂者に対する社会的支援のあり方が、さらなる研究課題として認められた。とくに、分担研究「自殺予防と生活環境の実態に関する研究」（分担研究者：野村東太）において示された「社会的他殺」の概念や、「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）における、自殺未遂

者の経済問題に対する「生活保護の適用」など具体的な支援についての課題提起は、社会的支援における福祉的介入の重要性を示唆した。

そこで、本研究は、自殺未遂者に対する福祉的支援及び援助機関のあり方について、（1）援助機関における自殺未遂者の福祉的援助の実態の把握と課題の抽出、（2）関連活動の実践分析、（3）個別事例分析、（4）地域事例分析により検討することを目的とする。

今年度は、その基礎的研究として、先述した厚生労働科学研究の竹島らの分担研究（2004:161-165）や「行政担当者のための自殺

予防対策マニュアル」(2004:35-42)において、自殺に関わる福祉的な危機介入の実施機関として、役割と課題が提起された。福祉事務所と保健所の活動実態に着目し、その把握と課題の抽出を目的とした。さらに、自殺未遂者に対する相談援助組織として長年の実績を有し、危機介入に不可欠な社会資源である「いのちの電話」に対して同様の調査を実施し、その活動実態の把握に努めた。その上で、自殺未遂者の福祉的支援に関わる援助機関の課題について検討を行った。

B. 研究の方法

先行研究の検討を行うとともに、自殺死亡が急増する神奈川県において、自殺率の高い二次医療圏域であるA区域を管轄するB福祉事務所及びC保健所の相談援助職員に対して聞き取り調査を実施した。併せて、同県内に所在する「Dいのちの電話」の事務局担当者及び相談員に対して聞き取り調査を実施した。

聞き取りの内容については、(1)自殺未遂者に関わる相談件数、(2)相談経路、(3)援助活動の実状、(4)他機関との連携、(5)自殺未遂者への援助における課題の以上5点を柱とした。

(倫理上の配慮)

調査は、研究及び調査目的について説明の上、同意を得て実施した。また、活動の検討については、個人が特定されない形態を採用した。さらに、調査対象者に対し、本報告書内容を事前に通知し、確認を求めた上で、公表することの承諾を得た。

C. 研究結果

(1) 自殺未遂者に関わる相談件数について

B福祉事務所においては、自殺未遂者として把握され援助が開始される相談は、年間に1件から2件程度であり、C保健所についても極めて少ないとの回答であった。しかし、C保健所では、自殺企図までは至らないが希死念慮を認め、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法と省略)第24条に基づく警察官通報を経て介入するケースや精神障害等による手首の自傷など表現行為に関わる相談ケースは存在するとのことであった。

「Dいのちの電話」では、年間約3万件の相談の受信があり、そのうち約600件が自殺に関わる相談である(「いのちの電話」では、「自殺志向受信件数」として集計)。しかし、過去の受信状況の調査では、実際に掛けられた電話の2パーセントしか受信されていないとのデータがあり、これに基づく当該窓口だけで年間3万件の自殺に関わる相談電話が寄せられていることになる。

(2) 相談経路について

自殺未遂に関わる相談経路について、B福祉事務所では、救急搬送先などの「医療機関」からの相談が多く、C保健所では、通報の関係で「警察」からの相談と本人及び家族から「精神保健相談」として持ち込まれることが多いとの回答であった。

「Dいのちの電話」では、情報媒体やパンフレットを活用した広報活動を積極的に展開しており、直接、相談につながるケースが多いほか、行政が開設する各種相談窓口からの紹介を経て、相談につながるケースも多いようである。

(3) 自殺未遂者に対する援助活動の実状

福祉事務所における援助活動については、生活保護の支給による経済的援助と自立生活の実現に向けたソーシャルワークが中心となる。B

福祉事務所においても、例外ではないが、自殺未遂者に対する援助の特徴としては、①救急医療機関からの要請により、職権で相談を受理し保護開始となる場合が多い、②保護決定に関わる調査では、扶養義務者の確認などの点で医療機関との連携が不可欠である、③扶養義務者を確認し、生活保護の適用にならないケースがあるなどが挙げられた。

C保健所では、精神保健福祉法第24条などの通報に関わる対応と本人、家族からの相談への対応が中心であるとの回答であった。前者については、通報から精神保健指定医による診察に至る制度的な対応が中心となり、管轄地の住民については保健所が継続的な援助を実施するが、管轄地以外の住民については、診察後の入院先である医療機関のソーシャルワーカーに引き継がれるとのことであった。また、後者については、保健医療的な介入を要するケースについては継続的な援助に至るケースが多いようである。しかし、1999年（平成11）の精神保健福祉法一部改正に伴い、2002年（平成14）の精神保健福祉業務の一部が市町村に移管してからは、精神保健福祉に関わる相談のうち、保健医療に関わる相談は保健所に持ち込まれ、福祉に関わる相談は市町村につながるなど、相談の「棲み分け」が進みつつあるとのことで、自殺未遂者に関わる相談についても、同様の状況が予測される。

「Dいのちの電話」では、自殺志向の相談を「念慮」「予告」「危険」「実行」の4区分で捉え、それぞれの状況に応じた相談を展開していた。なかでも「実行」の区分は、相談において自殺企図したことを訴えるもので（「実行の有無」は別として）、救急への通報や止血の方法など、具体的かつ指示的な危機対応を図る場面があることを確認した。しかし、危機対応の場面におい

ても、救急車の出動を要請するなど、行動を伴う直接的な介入は行わないことが原則となっていた。

また、自殺未遂者に対する継続的な援助としては、本人が頻回利用者となり継続的な相談を求めるといふことのほかに、担当者の判断により、専門相談のシステムを紹介することが述べられた。なお、専門相談とは、一定の専門的な助言が必要な相談に対して、医師や心理専門職、弁護士などが対応するシステムである。

（4）他機関との連携

B福祉事務所においては、本人の基本情報の確認や援助計画を立てるうえで、医療機関との連携が不可欠とのことであった。

C保健所では、精神保健福祉法第24条による通報との関係で警察との連携が多いほか、精神保健相談との関係で、医療機関との連携も緊密であることが述べられた。また、担当者のレベルでは、B福祉事務所との連携も図られるが、システムとして構築されていないとのことであった。なお、労働行政による産業保健システムとの連携について確認をしたが、現在のところはなされていないとの回答であった。

「Dいのちの電話」においては、先にも述べた通り、相談の紹介経路として、精神保健福祉センターや行政の相談窓口との連携が挙げられた。また、個別の電話相談に際して、適切な情報を提供する必要性から、日頃より他機関の情報収集に努めているとのことであった。

（5）自殺未遂者への援助における課題

B福祉事務所においては、救急医療による処置が終了し、精神科につながることなく治療が終了した後も、生活保護が継続するようなケースの場合、医療専門職による支援がないなかで、自殺の再企図に対する懸念を抱えながら、援助

活動を展開することへの不安が述べられた。

また、B福祉事務所とC保健所の担当者より、自殺未遂者の援助に対して活用できる社会資源が乏しいこと及び自殺未遂者に対する援助実績があまりないことによるノウハウの不備という共通の課題が述べられた。

「Dいのちの電話」においては、自殺未遂者に対応する相談員の養成とストレスマネジメントの問題が挙げられた。

D. 考察

(1) B福祉事務所及びC保健所における

調査結果についての考察

国立保健医療科学院のデータベースによると、今回の調査対象地域であるA区域では、1998年（平成10）から2000年（平成12）の自殺死亡数の1年間の平均が100件を超えている。自殺未遂者数については、統計がとられていないが、このデータに基づき推測した場合、当該区域では相当数の自殺未遂者が存在することが想定される。

また、警察庁の自殺概要資料による、2003年（平成15）の「原因・動機別自殺者数」では、「健康問題」が最も多く、「経済・生活問題」がこれに続く。

以上に基づき考えた場合、経済的援助を実施する福祉事務所及び健康問題を取り扱う保健所に持ち込まれる相談件数は、調査で述べられた数よりも多いことが想定される。しかし、実際には福祉事務所及び保健所において、自殺未遂者は「希少なケース」である。その原因として、①福祉事務所及び保健所のアクセシビリティ（接近性）の問題、②病院など自殺未遂者が最初にアクセスする機関における自己完結的な対応、③自殺企図の場所、危機介入の実施機関及

び本人の生活圏の不一致などが考えられる。しかし、この点については、地域研究及び個別事例研究により、更なる検討を行なう必要がある。

また、統合失調症に関わるケースについては福祉事務所、保健所ともに実績を積んでいるものの、自殺未遂及びそれに付随する精神障害の問題については、十分なノウハウを蓄積しておらず、援助を実施する担当者への技術的支援の必要性が認められた。

さらに、保健福祉サービスにおいて従来から指摘されているマンパワー不足は、両機関においても例外ではない。そのため、人員の確保による支援体制の強化もさることながら、インフォーマルな資源を含むソーシャルサポート・ネットワークの形成により、限られた資源を最大限、自殺未遂者のリカバリーに活用するという視点が重要である。

加えて、精神保健福祉に関わる相談が、市町村において取り扱われている現状や危機介入後の就労活動への復帰を含むリカバリーの支援を考えた場合、労働行政を含む行政間のコミュニケーションのあり方についても検討の余地が認められた。

(2) 「Dいのちの電話」に対する調査結果についての考察

いのちの電話は、今日の自殺予防対策に不可欠な社会資源であると同時に、自殺未遂者に対して、直接的かつ体系的な危機介入を実施する貴重な援助組織である。また、相談に関わるスタッフは、所定のスクリーニングと研修を経たボランティアであり、一般市民である。ボランティアが福祉的援助に関わる実践的意義と特性について石川（1997:15-23）は、「当事者が抱く問題の解決ニーズに共感して素人が保有するエネルギーを提供」し、さらに、自殺未遂者を含

む福祉対象者が市民としての自己を再獲得するためのファシリテーターであり、ソーシャルサポート・ネットワークの形成に欠かせない存在と説明している。

また、電話という媒体を使って援助活動を行うことから、匿名性が保障されるなど、アクセシビリティの高さが期待されるが、実際には、膨大な相談が寄せられ、数%のものにしか対応できない現状がある。この点については、既存の「いのちの電話」に対する行政的な支援の検討が必要であるか、同時に、二次医療圏ごとや市町村ごとなど、より身近な地域において、同様の機能を有する資源を整備していくことも検討する必要があると考える。

E. 結論

以上の考察から、自殺未遂者の福祉的支援に関わる援助機関の課題として、以下のことを捉えた。

- ① 利便性及びアクセシビリティ（接近性）の高い相談援助体制の整備
- ② インフォーマル・サポートを含むソーシャルサポート・ネットワークの構築
- ③ 研修体制の整備を含む、相談援助担当者に対する技術的支援体制の整備
- ④ 労働行政を含む行政間連携の体制整備
- ⑤ 市町村に対する技術的支援
- ⑥ 危機介入を担う援助機関と本人の生活圏が異なる場合の支援の継続性の確保
- ⑦ 身近な地域における、セルフヘルプ・グループやピア・サポートを含むインフォーマル・サービスの育成

今回の研究は、A区域という限られたエリアに関わる、限られた援助機関に焦点を当て展開

した。そのため、母集団に対する代表性や普遍性については、当然の限界がある。この点については、今後、更なる実践分析研究と個別事例研究を展開し、自殺未遂者に対する福祉的支援の課題をより実証的に検討することで克服していきたい。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文 献

- ・石川到覚「福祉援助技術の実践的意義」篠野脩一、柏木昭編『医療と福祉のインテグレーション』へるす出版,1997.2
- ・ドナC.アギュララ著、小松源助・荒川義子訳『危機介入の理論と実際』川島書店,1997.5
- ・全国精神保健福祉相談委員会編『市町村時代の精神保健福祉業務必携』中央法規出版,2002.4
- ・樋口輝彦編『自殺企図・その病理と予防・管理』永井書店,2003.4
- ・今田寛睦（主任研究者）「自殺と防止対策の実態に関する研究」及び「行政担当者のための自殺予防対策マニュアル」『厚生労働科学研究費補助金事業 平成 15 年度総括・分担研究報告書』2004.4
- ・警察庁生活安全局地域課『平成 15 年度中における自殺概要資料』2004.7
- ・国立保健医療科学院『自殺関連統計 III.自殺死亡の地図及び統計表』http://www.niph.go.jp/wADA/i/Boushi/stAtistiCs/frAme_no3_1.html（アクセス日,2005/02/24）

平成 16 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）
自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究
分担研究報告書

諸外国における自殺予防対策の確立過程に関する研究

分担研究者 高橋祥友 防衛医科大学校・防衛医学研究センター・教授

研究要旨：現在、世界で毎年約 100 万件的自殺が生じており、世界保健機関(WHO)も自殺予防を重要課題として取り上げている。WHO はすでに 1996 年に国のレベルでの自殺予防対策のためのガイドライン(Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies)を発表している。ただし、世界各地でさまざまな試みが実施されているが、国のレベルで有効な自殺予防対策を実施できた国となるとまだわずかしかない。フィンランドは自殺率を低下させることに成功した国のひとつである。本報告ではフィンランドの自殺予防対策が実施されるに至った社会的背景を検討した。まず、自殺の実態を正確に把握するための研究組織と、それに基づいて各地域の実情に見合った予防対策を実施する組織との間で、緊密な連携を取った。フィンランドの自殺率は 1990 年には人口 10 万人当たり 30 を超えていたのだが、地道な自殺予防対策を実施することによって、10 年以上かけて、自殺率を約 3 割低下させた。自殺予防は短期間で効果が上がるものではなく、各機関の緊密な連携を進めながら、長期的視点に立った対策が必要であることがフィンランドの経験から明らかになった。

A. 研究目的

自殺予防対策を国のレベルで実施し、成果を挙げている国となると、比較的限られてしまう。なかでもフィンランドは 1980 年代半ばから本格的に国のレベルでの自殺予防対策に取り組み始め、その効果を上げたことが広く知られている。フィンランドが国家戦略として自殺予防対策を開始した社会的背景を調査するとともに、対策が効果を発揮した要因について探るのが本研究の目的である。

B. 研究方法

2004 年 8 月 15 日から 19 日までオーストリアのザルツブルクで開かれたザルツブルクセミナー(National Strategies for Suicide Prevention)に参加し、各国の自殺予防対策の現況について調査した。そこで各国の現状を把握したうえで、2005 年 2 月 5 日から 12 日までヘルシンキを訪問し、フィンランドで自殺予防対策の基本方針を立て、実態把握のための研究計画を立案し、それに基づいて地域の自殺予防対策を実施

していった主要な研究者、臨床家、行政関係者に面会し、フィンランドの自殺予防対策について情報を収集した。

ヘルシンキ訪問にあたって、以下のような点についてとくに関心があった。

1. フィンランドが国家レベルでの自殺予防プロジェクトを開始した社会的背景はどのようなものであったか？
2. 自殺予防プロジェクトを主導したのは誰（どの機関）か？
3. 研究と実際の予防活動をどのように協調させていったか？ 研究に従事するグループと予防活動を展開するグループとの関係はどのようなものであったか？
4. 精神保健の専門家は自殺予防プロジェクトをどのようにとらえていたか？ 精神科医以外の医師や医療関係者はどのようにとらえていたか？
5. 一般の人々は自殺予防プロジェクトをどのように受け入れたか？ 抵抗はなかったか？
6. 自殺予防プロジェクトの効果はどのように評価されたか？
7. プロジェクトの利点と欠点は何か？
8. 自殺に関する研究と実際の予防活動に対する財政援助の規模はどのくらいだったか？
9. 特殊な領域における自殺予防：学校、職場、プライマリケアの場、総合病院、精神病院、軍隊、警察など。
10. 自殺予防に関してパブリックキャンペーンは行っているのか？（たとえば、うつ病、アルコール依存症）
11. フィンランドには自殺遺族に向けた特

別なプログラムはあるか？

12. マスメディアとの関係はどうか？ 自殺報道に関するガイドラインは存在するか？
13. フィンランドに特徴的な自殺は存在するか？
14. 自殺予防プロジェクトはどのような効果をもたらしたか？
15. 自殺に関して裁判例はあるか？

（倫理面への配慮）フィンランドにおける自殺予防活動の実態を調査するのが本研究の目的であり、直接、個人に面接したり、個人情報に接することはなかったため、とくに倫理的な問題は生じないと考えた。

C. 研究結果

ヘルシンキにおいて資料1の日程で、自殺予防活動に主要な役割を果たした人々を訪問し、意見を交換した。

フィンランドに関する基礎知識

北欧の一院制の議会制民主主義国家。面積は34万平方kmと日本よりやや小さい。人口約520万人。人種はほとんどがフィン人。宗教は、86%がルーテル派新教、10%がギリシャ正教。主な工業は、紙・パルプ、金属、工業デザイン、ハイテク機器製造（携帯電話等）。

他の北欧諸国とともに、女性の社会的進出が顕著である。1906年にヨーロッパ初の女性選挙権が認められた。1999年総選挙では、200名の議員中74名が女性。現在、18閣僚中8のポストが女性。2000年には、初の女性大統領が誕生。

医療保障制度は、1950年代から1970年代にかけて整備された。医療制度は、次の2段階に分かれている。一次医療（プライマリ・ヘルス・ケア）：自治体が運営する保健医療センターで実施。一次医療にあたる保健医療センターには外来診療と入院病棟がある。この他、民間のクリニック、住民のクリニックもある。特殊医療：20の専門医療地区に区分されていて、全ての自治体がいずれかの医療区分に所属。大学病院などが高度医療を担当。

フィンランド全体の精神科医の数は1400人（特別な資格を有する精神科医1100人）であり、人口当たりの精神科医数はわが国の約2倍にあたる。

自殺予防対策が開始された社会的背景

ヨーロッパの中でもフィンランドは歴史的に自殺率の高い国のひとつであった。1974年に国会の委員会で自殺予防対策の必要性を指摘された。それにしただけで、自殺予防の専門家が提言をした。たとえば、*銃、薬物、処方薬を手に入れにくくする。*薬のパッケージの量を小さくする。*うつ病の認識を高めて早期に治療に導入する。*自殺予防センターの設立（これはオーストリア次いでヨーロッパで2番目）。*電話相談サービスの開始。

ただし、提言は総論的なものにとどまり、全国的に具体的な自殺予防対策を展開するには至らなかった。そのため、その後もフィンランドの自殺率は高い水準を保ち続けた。提言は実質的には何の改善ももたらさなかったといっても過言ではなかった。

さて、1980年代になって、具体的に効果の上がる自殺予防対策を本格的に実施する

機運が高まってきた。その背景として外圧と内圧があったと、近年のフィンランドの自殺予防対策で指導的な立場にあるJ. レンクビスト博士は述べている。すなわち、外圧とは、1960年代からWHOが各国の自殺率をモニターしてきた。”Health to All for 2000”の目標のひとつとしても、自殺予防対策があった。WHOは一貫してフィンランドに自殺予防対策の実施を求めてきた。そしてフィンランドはWHOの勧告に従った。内圧としては、厚生福祉大臣(Minister of Health and Social Affairs)のエーヴァ・コースコスキが自殺予防に強い関心を持ち、主導的な立場を発揮した。コースコスキの夫は大学医学部の内科教授で、政治家でもあったが30代半ばで自殺している。このような経験からコースコスキ大臣は自殺予防に強い関心を抱いていた。コースコスキ大臣が、当時のヘルシンキ大学精神科教授J. レンクビスト博士を国立公衆衛生院(National Public Health Institute：以下KTLと略す)の精神保健部長に任命し、自殺予防プロジェクトの総責任者とした。

国立公衆衛生院(KTL)の役割：実態把握のための調査

レンクビスト博士は1986年に予備調査を実施したうえで、自殺の実態調査のための基本計画を立てた。あくまでもフィンランドの既存の医療・福祉の施設や人員を活用することが前提となっていて、多額の資金援助があったわけではない（当初の援助は日本円にして500万円程度であった。）1986年9月に約1000人の共同研究者を集めて、研究を始めるに当たって教育を実施し、研究の方向性について共通認識を持つ

ように努めた。そして、1987年4月～1988年3月にフィールドリサーチを実施し、その1年間にフィンランドで生じた自殺1397件に対して心理学的剖検の手法を用いた調査を実施し、慎重に記録し、分析した。自殺者に関するデータは親戚や治療にあたった医療関係者に詳しく面接したり、精神医学、身体医学、福祉、警察、法医学、その他の記録も参考にし、また遺書からも情報を集めた。面接記録用紙はこのプロジェクトのために特別に用意された。この面接記録用紙を使用するにあたって、訓練された精神保健の専門家が面接にあたった。以下の4種の面が実施された。

①フィールドリサーチャーが自宅を訪問し、近親者に対面調査した。構造化面接用紙には、自殺者の日常生活や行動、家族要因、アルコールや他の薬物の使用、以前に認めた自殺行動、援助の求め方、最近の人生での出来事などの234の質問項目が含まれていた。

②自殺前の12ヵ月間以内にその人物を診察した医療関係者に対面調査を実施した。自殺者の生前の健康状態、治療、社会心理的ストレスの程度や機能の状態などについて113項目からなる構造化面接用紙を用いた。

③自殺者が生前最後に医療関係者やソーシャルワーカーに連絡を取っていた場合には、そのような人物に対して8項目からなる半構造化面接を実施し、個別に評価した。

④必要な場合には、追加の非構造化調査を実施した。

このような心理学的剖検に基づく調査を

もとに、多分野の専門家からなるチームが全例について討論し、包括的な事例報告を作成した。

これはベースラインのデータとして非常に貴重な情報源となった。世界の一流の精神医学雑誌にも数多くの論文が発表され、フィンランドに限らず、世界の臨床家や研究者にとって貴重なデータとなった。

調査結果についての詳細はすでに学術誌に数多く報告されているので、ここではその要点だけに言及するにとどめる。

①自殺者の大多数(93%)は最後の行動に及ぶ前に何らかの精神障害の診断に該当する状態にあった。

②うつ病、アルコール依存症、その両者の合併で、全体の約8割を占めていた。

③ただし、適切な治療を受けていた人はごく少数であった。

④男性が自殺者全体の3/4を占めていた。

以上が、フィンランドで自殺予防対策を実施するに当たってとくにターゲットとすべき問題と考えられた。

国立福祉健康研究開発センターの役割：具体的な自殺予防対策の実施(National Research and Development Center for Welfare and Health: 以下 STAKES と略す)

KTL がフィンランドの自殺の実態について積極的に調査し、それを学術雑誌に積極的に発表していったのだが、もうひとつの機関 STAKES は具体的に地域における自殺予防対策を地道に実施していくという大きな役割を担った。

メディカル・モデルとコミュニティモデ

ルが互いに緊密な関連を持ってこそ、有効な自殺予防対策が実施できるというのは、近年の自殺予防学の常識である。フィンランドもこの両者の連携が円滑に進んだ例と行ってよいだろう。

ごく単純化して解説すると、メディカル・モデルとは、自殺に直結しかねない重症の精神障害を早期の段階で発見し、適切な治療を導入し、自殺を予防する。コミュニティ・モデルでは、地域の健康な人を対象に問題解決能力を高めるような教育を実施していく。具体的には次のような点を強調する。*地域の人々に対して精神障害の正しい知識を教育する。*精神障害に対する偏見を減らすように働きかける。*困った時には助けを求めてもよいというメッセージを伝え、助けを求めるのはむしろ適応力の高い反応であると教育する。*どこに助けを求めたらよいかという点についても正しい情報を提供する。

1992年には STAKES は”Suicide Can be Prevented” という冊子を出版し、フィンランドの予防対策の方針をまとめている。STAKES の活動の中心的な役割を果たした M. ウパンネ博士は、とくに次の 2 点を強調している。①自殺は単独の原因から引き起こされることはきわめて稀であり、ほとんどの場合、多くの原因が複雑に絡み合って起きる現象である。したがって、さまざまな領域で活動する人々の協力が欠かせない。社会全体が関心を持たなければ有効な自殺予防対策にはならない。②一般には、何の原因も見当たらず、ある日突然、何の前触れもなく自殺が起きているように思われているが、実は、長い期間にわたって問題が山積していき、その末に自殺が起きる。し

たがって、適切な介入の機会はそれまでも何度もあるはずである。どのような人に危機が迫っているのか、どのように救いの手を差し伸べなければならないのかが重要な課題となる。

ウパンネ博士の意見では、研究のための研究にとどまってしまっただけで意味がなく、こと自殺に関しては、予防対策にフィードバックできる研究を実施し、研究者と地域で予防活動に従事している人との間の情報交換を常に持っている必要があるとのことだった。

また、自殺ばかりに焦点を当てるのではなく、自殺は最終的な悲劇的結末であり、それまでに起きる可能性のある多くの問題を解決する能力を育てるように手助けするのが重要である。さらに KTL が中心になってベースラインのデータが収集されたのだが、それをもとに働きかけていく対象が示している自殺の特徴を正確に把握した上で、その対象に合わせた自殺予防対策をきめ細かに作っていく必要がある。

けっしてすべての状況や地域に一律に当てはまる黄金律のような自殺予防対策は存在しない。それぞれの地域や対象に応じた自殺予防プログラムを作っていくという。すなわち、若者、中高年、高齢者といったライフサイクルにそった自殺予防、プライマリケアあるいは精神科といった医療の現場における自殺予防、一般の職場や特殊な職場（警察、消防、軍隊）などにおける自殺予防、ハンディキャップのある人に対する自殺予防、都会と地方における自殺予防といった具合に具体的な自殺予防対策を立てて、実施に移していく。

また、自殺予防の 3 段階、すなわち、

prevention (自殺の原因を除去したり、正しい知識を教育することで、自殺を予防する)、intervention (今にも自殺が生じかねない危機的状況に介入して、自殺を予防する。一般の医療活動などはこれに含まれる)、postvention (不幸にして自殺が生じてしまった際に、遺された人に対するケア) が総合的に実施されてきた。

メディカル・モデルとコミュニティ・モデルの緊密な連携、プリベンション、インターベンション、ポストベンションの総合的な対策が、有効な自殺予防にとって不可欠である。

なお、うつ病、アルコール依存症、そして両者の合併がフィンランドの自殺者の3/4に認められたという事実をすでに指摘した。この現実を直視して、うつ病やアルコール依存症を正しく認識する全国キャンペーンを続けている。

さらに、高度に情報化した現代社会において、マスメディアが果たす役割は大きい。自殺予防の分野にも同じことが当てはまる。センセーショナルな報道の仕方によって、群発自殺の危険ささえ生じかねない。また、適切な報道によって、自殺予防に直接つながる重要な情報を伝えることも可能である。WHO や CDC がマスメディア報道のためのガイドラインを発表しているが、フィンランドにおいても同様のガイドラインが作られた。ただし、知る権利、報道の権利は自由社会では当然の権利であり、専門家や行政が一方向的にガイドラインを作ったものの、マスメディアから拒絶されてしまったという国の例もある。そこで、フィンランドではガイドライン作成の段階から、ジャーナリストの代表者に委員会への参加を呼びか

け、専門家とジャーナリストが協力して、自殺報道のガイドラインを作成していった。

その他の活動

近年のフィンランドの自殺予防活動で KTL と STAKES が果たした役割が大きかったことはすでに述べたが、それ以外にもいくつかの組織の活動も紹介しておこう。フィンランドメンタルヘルス協会 (Finnish Association for Mental Health) は 1897 年に創設された。世界でもこの領域でもっとも歴史の長い NGO として知られている。自殺予防に限らず、メンタルヘルスに関して一般の人々に正しい知識やサービスの提供を行っている。たとえば、メンタルヘルスの促進、情報の提供、ソーシャルワーク、一般の人向けの教育、精神療法の技術の向上、電話相談などである。同種のセンターはフィンランド各地に 50 センターある。現在のフィンランドの失業率は 8~9% であるが、失業者のためのケアも実施している。正規職員のほかに 50 名のボランティアがいて、定年後の人もいれば学生もいる。

電話相談を実施する SOS センターの設置は 1970 年で、最初は教会の援助で始まった。電話は 1 年で約 6 千件。インターネットによる相談も受け付ける。電話相談だけにとどまらず、相談者が危機に瀕していると判断された場合は、危機介入の一環として、実際に出動したり、警察と連携をとったり、センターで危機介入を実施することもある。

このようなサービスはすべて無料で受けられ、精神科を受診するよりは抵抗も少ないため相談をしやすいという。

自殺予防の活動が活発に開始された 1980

年代頃から人々の態度が変わりつつある。また、暴力的な男性に働きかける自助グループもある。要するに、暴力の加害者はその人自身が暴力の被害者でもあり、それを繰り返す傾向がある。

現在、活動の範囲があまりにも広がりすぎてしまい、資金やマンパワーの不足が問題となっている。

なお、1990年頃からフィンランドほぼ全土に crisis intervention team (危機介入チーム：以下 CIT と略す) ができている。ミッチェル、エヴァリーらのアメリカ版 CISM を利用しているが、教育、訓練はノルウェーで行われている。自然災害、事故などが起きた場合、CIT の派遣が要請されることはごく日常的に行われている。自殺が生じた後も、遺された人々へのケアのために CIT が出動する。CIT の派遣が要請される惨事の中では自殺が第 1 位である。

ディブリーファは通常 2 人で、2～3 時間かけてディブリーフィングを行う。もともと専門的な訓練や経験のある人が数日間の研修を受けた上で、CIT の要員となる。メンタルヘルスのバックグラウンドがある人が多いが、均一のレベルが保てていないという批判も一部にはある。ただし、地域住民からはおおむね高く評価されている。

CIT の要員は、医療、福祉、教育、救急、教会の関係者であることが一般的で、中でも臨床心理や看護職の人が多い。ヘルスセンターに CIT が設置されている。いつもは自分の職を持っている人が、惨事が生じた際にチームのメンバーとして働く。

ディブリーフィングを受けた人の 91% が肯定的に評価しているとの結果がある。CIT

の活動の結果、病休が減り、職場への早期の復帰の率が高くなったという報告もある。

フィンランドでもディブリーフィングについての議論はあるが、否定的な考えの人ほど、実際の経験がなく、あまりにも科学的な調査はそれ自体が非倫理的ともいえるとの意見を聞いた。

もともとディブリーフィングが臨床心理士が開発したものであるため、精神科医から批判が起きているというような縄張り争いの側面も否定できない。現場に出ている人は、それなりの意義を見出している。

この種の活動は 1990 年代から始まり、徐々に一般の人々の間に浸透していった。さらに、遺族に対する援助とともに、遺族同士が自助グループを作るような動きも出てきている。

学校における自殺予防活動についても一言触れておく。1993 年から学校での自殺予防プロジェクト開始されていて、9～18 歳の年齢の生徒が対象となっている。教育省が中心になって、教師を対象として 3 日間のカリキュラムを組んでいる。2003 年には法が改正され、危機対応のカリキュラムも整備されてきた。学校カウンセラーや看護師を配置することも法制化されている。1997 年には学校の危機管理の小冊子がまとめられ、その中に自殺予防の項目がある。ただし、自殺予防に直接焦点を当てると言うよりは、自尊心を高める、コミュニケーション能力を高める、問題解決能力を高めるといった点を重視している。

近年、わが国では過労自殺裁判が起こされ、最高裁の判例も出た。この点について

フィンランドでも同様の例があるのか興味があった。しかし、過剰な労働、それも超過勤務に対する適切な手当も支払われずに精神障害に罹患し、自殺に至ったために裁判になったような例はフィンランドにはないとのことであった。

医療過誤の結果、裁判が起こされた例はあるものの、アメリカなどに比べて、件数は少なく、過去5年間でも自殺に関連した裁判は数例に過ぎないということであった。患者の権利を擁護し、適切な医療が実施されていることを保障するためのオンブズマン制度が整備されていることとも関連しているのだろう。

ちなみに、オンブズマンというのはスウェーデン語であり、フィンランド語では *Asiamies* (アジアミス) と呼ばれていた。その役割は、患者の経済状態の面倒を見る、診断や治療を患者に正しく伝える、患者の権利を説明し擁護する、他の選択肢を説明する、治療法が不適切であれば調停役となる、治療水準を監視するといったものである。

D. 考察

さて、フィンランドにおけるさまざまな自殺予防活動を見てきたのだが、どういった結果になっているのだろうか？ 資料2にフィンランドの自殺率の推移を示した。

プロジェクトを立ち上げた当初は、この種の活動に対して専門家の一般的な態度はきわめて懐疑的なものであって、実際には自殺予防など効果が上がらないのではないかと考える人が多かったという。

当初の目標は自殺率を20%低下させることだったが、実際には30%低下させてい

る。自殺率は1990年には人口10万人あたり30.4であり、現在のわが国のそれよりも高かった。ところが粘り強い自殺予防対策を実施した結果、2002年には自殺率が人口10万人あたり21.1となったのだ。そして、専門家の態度も変わり、とくに一般の人々はこのような自殺予防活動の必要性を徐々に認識し始め、肯定的に受け入れるようになってきた。

フィンランドで出会った関係者が異口同音にして強調した点は、自殺予防は短期間ではけっして十分な効果が上がらないので、長期的な視点が必要であるということである。当初は3年のプロジェクトとして開始されたが、それでは十分な期間ではないとして、さらに2年間延長された。その期間が終わった段階で、さらに5年間実施し、計10年間となった。その後、外部評価に2年をかけた。スウェーデンやオランダなどの外国の専門家による公正な外部評価を受けて、活動の質も高いと判定されている。このように、フィンランドの自殺予防プロジェクトは全体として12年となった。そして、今でも、自殺予防活動は地道にすすめられている。自殺予防は長期的展望が必要であるというのは、重要な教訓である。

もちろん、自殺予防活動を実施するに当たって、組織的・包括的な方針を持っていたことが、計画を実現させる上できわめて重要であった。さらに、真の専門家の関与も不可欠であった。レンクビスト博士を指導者とした KTL が実態把握のための科学的な調査研究を、ウパンネ博士を指導者とした STAKES が現実に有効な自殺予防対策を実施し、両者の間に緊密な関係があったということも、フィンランドにおける自

自殺予防活動を推進していく上で重要であった。

なお、当然、フィンランドでの自殺予防活動に従事してきた人々が、自らの活動を振り返って100%満足している訳ではない。全国の実態調査を実施し、膨大なデータが収集されたものの、まだ死蔵されているデータが多いので、活用すべきであるといった意見や、ハイリスク群を対象として予防活動を集中させて、費用対効果比を考えるべきとの意見も耳にした。

また、現実的な目標として、どの程度まで自殺率を下げろべきかという質問もしてみた。交通事故死者数が現在のフィンランドは年間約400で、自殺者数は約1000であり、自殺者数を交通事故死者数程度にまでに下げることができれば当面の目標としてはかなりの程度達成されたといえるのではないかとの意見を聞いた。

E. 結論

フィンランドは国のレベルでの自殺予防対策を実施に移し、自殺率を低下させることに成功した貴重な例である。そのためには、綿密な計画を立て、真のメンタルヘルスの専門家の関与があった。そして、調査・研究に当たる機関と、具体的に自殺予防活動を実施する機関との間に緊密な連携が取れたことも重要であった。さらに、自殺予防は短期間実施するだけでは十分な効果が上がらないことが従来からしばしば指摘されてきた。最低でも10年単位の息の長い取り組みが必要である。

このようなフィンランドの自殺予防戦略はわが国にとっても貴重な先例となると思われる。少額の研究費を広く配分し、年度

末に報告書を提出させるだけでは十分ではない。まず基本的な戦略を練った上で、真の専門家を集め、わが国の自殺の実態を把握する。それに基づいて、研究者と具体的な予防対策を実施する人々が十分な連携を取らなければならない。また、自殺予防の成果は数年では上がらないというフィンランドの専門家たちの指摘にも真摯に耳を傾け、長期的な展望に立って自殺予防に取り組んでいかなければならない。

F. 研究発表（自殺予防に関連して本年度に発表したものをまとめておく）

論文発表

1. 高橋祥友：海外における自殺予防対策．臨床精神医学、33（12）：1591-1595、2004.
2. 高橋祥友：高齢期の痴呆と精神疾患、自殺．一番ヶ瀬康子・監修「高齢者心理学」、pp. 41-52、建帛社、2004。（全194頁）
3. 高橋祥友：自殺の現状．こころの科学、No. 118、12-18、2004.
4. 高橋祥友：自殺が起きた後の対応．こころの科学、No. 118、75-79、2004.
5. 高橋祥友：自殺予防と危機介入．更生保護、55（11）：20-23、2004.
6. 高橋祥友：自殺未遂；「死にたい」と「生きたい」の心理学．講談社、2004.
7. 高橋祥友：自殺発生後の対応について．産業ストレス研究、11（3）：167-173、2004.
8. 高橋祥友：自殺予防に対する一提言；精神科医の視点から．季刊社会保障研究、40（1）：4-16、2004.
9. 川上憲人、廣尚典、高橋祥友、永田頌

- 司：職場における心のケアと自殺予防. 季刊社会保障研究、40(1)：26-35, 2004.
10. 高橋祥友：自殺の問題. 精神医学講座担当者会議・編「専門医をめざす人の精神医学」、pp. 524-529、医学書院、2004.
 11. 高橋祥友、福岡詳・編：自殺のポストベンション；遺された人々への心のケア. 医学書院、2004.
 12. 高橋祥友：希死念慮・自殺企図. 武田雅俊、鹿島晴雄・編「コア・ローテーション精神科」、pp. 228-234、金芳堂、2004.
 13. 高橋祥友：自殺予防への対応. 「特集：メンタルヘルスにおける危機管理」、健康管理、2004年7月号、8-13.
 14. 高橋祥友：うつ病；自殺予防に焦点を当てて. 日本医師会雑誌、131(12)：s239-242, 2004.
 15. 高橋祥友：老年期のうつ病と自殺. Home Care MEDICINE、5(6)：12-14, 2004.
 16. 高橋祥友：ネット集団自殺. ブリタニカ国際年鑑 2004年版、p. 302、ブリタニカ・ジャパン、2004.
 17. 高橋祥友：自殺観念・自殺企図. 水島裕、黒川清・編「今日の治療と看護」（改訂第2版）、pp. 187-189、南江堂、2004.
 18. 高橋祥友：研修医と自殺. 永井良三・監修「呼吸器研修医ノート」、pp. 126-128、診断と治療社、2004.
 19. 高橋祥友：自殺. 精神医学講座担当者会議・監修「気分障害治療ガイドライン」、pp. 164-172、医学書院、2004.
 20. 高橋祥友：働き盛りの自殺を防ぐには：こころの風邪に気をつけて. 上島国利、樋口輝彦、野村総一郎・編「今日のうつ病」、pp. 85-89、アルタ出版、2004. (総頁200)
 21. 高橋祥友：最近のわが国の自殺の現状と対策. こころの臨床ア・ラ・カルト、23(1)：18-24, 2004.
 22. 高橋祥友：青少年の自殺とその防止に向けて. 月刊福祉、2004年4月号、pp. 16-18
 23. 高橋祥友：自殺と適応障害. こころの科学、No. 114:66-70、2004
 24. 高橋祥友：自殺の現状. 自殺未遂が起きた時の具体的な対応. 日本医師会・編「自殺予防マニュアル：一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」、pp. 5-13、pp. 53-58、明石書店、2004.
 25. 高橋祥友：自殺予防；医療従事者一般が正しい知識を. 新医療、2004年2月号、pp. 68-69
 26. 高橋祥友：自殺. 精神医学講座担当者会議・監修「統合失調症治療ガイドライン」、pp. 295-301、医学書院、2004.
 27. 高橋祥友、清水邦夫、澤村岳人、菅原摩利子、福岡詳、山下千代：最近のわが国の自殺の現状と予防対策. 日本社会精神医学会雑誌、13(3)：145-154, 2005.
 28. 高橋祥友：自殺. 野村総一郎、高橋祥友、川上憲人・編「健康管理室で役立つこころの医学」、pp. 121-126. 南江堂、2005.
 29. 高橋祥友：自殺企図への対応. レジデントノート、6(11)：1433-1436, 2005.
 30. 高橋祥友：中高年自殺；その実態と予

- 防のために. 分子精神医学, 5 (1): 100-106, 2005.
31. 高橋祥友: 子どもの自殺はなぜ起きるか. 児童心理 2005 年 2 月号, 37-42.
32. 高橋祥友: 働き盛りの自殺を防ぐには. 臨床看護, 31 (1): 49-54, 2005.
- 学会発表**
1. Takahashi Y: Creating awareness of depression as treatable and suicide as preventable; Reducing stigma associated with mental illness and suicide. Salzburg Seminar, Salzburg, Austria (2004 年 8 月)
 2. Takahashi Y: Creating awareness of depression as treatable and suicide as preventable; Reducing stigma associated with mental illness and suicide. Salzburg Seminar, Salzburg, Austria (2004 年 8 月)
 3. Takahashi Y: Improving portrayal of suicide in the media; Misinformation and contagion. Salzburg Seminar, Salzburg, Austria (2004 年 8 月)
 4. Takahashi Y: Physician education related recognizing and treating depression; Focused educational training for physicians. Salzburg Seminar, Salzburg, Austria (2004 年 8 月)
 5. Takahashi Y: Prevention and mental health care of suicide in the old age. 18th World Congress of World Association for Social Psychiatry, Kobe (2004 年 10 月)
 6. Takahashi Y, Shimizu K, Sawamura T, Sugawara M, Fukuma S, Yamashita C: Recent trend of suicide and suicide prevention in Japan. 18th World Congress of World Association for Social Psychiatry, Kobe (2004 年 10 月)
 7. Takahashi Y: Suicide in Japan. 43rd Annual Meeting of Taiwanese Society of Psychiatry, Tainan, Taiwan (2004 年 11 月)
 8. Takahashi Y: Is suicide preventable? Department of Psychiatry, National Taiwan University, Taipei, Taiwan (2004 年 11 月)
 9. Takahashi Y: Suicide prevention in Japan. Combined Workshop of Hong Kong University and Rochester University: Opportunities and Challenges, Suicide Prevention Research and Prevention in Changing Societies. Hong Kong, China (2005 年 1 月)
- 謝辞: Jouko Lönnqvist 博士, Maila Upanne 博士, Markus Henriksson 博士とは、1990 年代初頭から世界保健機関(WHO)等の会議でしばしばお会いする機会があったため、今回、報告者のフィンランド訪問にあっても、全面的な協力をいただいた。この場を借りて感謝申し上げる