

「心の健康カード」を住民に持っていただいて、そのカードを見せると、一般の医師のところでも心の相談の窓口があって、そこで悩みを聞いてもらえるというシステムです。うつ病、うつ状態から自殺に至る患者さんの6割近くが、自殺をする1カ月以内に一般医(内科・整形外科など)を受診している事実があるのですね。その時にちょっとでも話を聞いてもらえると、それがひとつのクッションになって予防効果があるのではないかと考えています。

そういう様々なレベルでの自殺予防への取り組みをシステム化していくとこと、それが精神保健福祉センターの大きな役割かと思っています。

**鈴木** 渡邊先生にお伺いしたいのですが、たとえば由利町で11人の自殺者のうち8人が高齢者であったと、これは衝撃的だったのですが、身体面での機能が落ちたことで精神面が落ち込んで自殺に至るものなののでしょうか、それとも身体面は全然関係なく、精神面そのものが落ち込むというケースなののでしょうか。

**渡邊** やはり身体面も大きいと思いますね。身体が悪くなって畑仕事もできなくなったとか、病気になり寝込んでしまい家族に迷惑をかける、それは申し訳なく自分などはいないほうが良いという捉え方なのですね。これは家族に会って、亡くなった本人について聞くと、「こんなことがあった」と話してくれた、家族から見た評価です。借金を抱え悩んでいたというケースもありましたが、高齢者の場合、身体的なものがやはり大きいと思いますね。

**鈴木** そうすると、やはり地域での自殺予防といった場合、対象者が中年であるか高齢者であるかによって、微妙に予防戦略が違ってきますね。

**渡邊** そうですね。

**反町** 今鈴木先生がご指摘されたことは、セーフティプロモーションの考え方と非常に関係しています。だからこそ、たとえば転倒予防だけ、自殺予防だけと別々にやるのではなく、高齢者に関しては自殺と転倒がつながっており、地域で一緒に考えて包括的にやりましょう、となってくるわけ

ですね。

たとえばうつ病になった、虐待しかけた、あるいは転倒して怪我をした、そうなったとしても、その地域で手が差しのべられ、安心して生きていけるということが大事なのだと思います。私がセーフコミュニティに認証されたスウェーデンの都市を訪れた時、非常に印象に残ったのは、市長さんが、セーフティプロモーションに取り組んでいることに非常に誇りを抱いているわけです。虐待や自殺の問題に取り組む、それを地域の人たち、住民と行政が手を携えてやっていること自体が、地域の求心力となり誇りとなる。やり始めるまでが大変なのですが、軌道に乗ると、住民自身が嬉々として取り組んでいきます。こういう形で、地域での取り組みは進展するのだと思います。

**渡邊** それはまさに町づくりですね。由利町も、最初は「自殺の町」とマスコミで取り上げられ、「死に至る町」というようなキャッチフレーズで記事に書かれ、住民がたとえば祭りで踊りを踊っていても、非常に暗いイメージで受けとめられるわけです。ところが、だんだん意識が変わってきて、今は自殺予防の活動をしている、心の健康づくりを実践している町なのだという意識で、みなさん意欲的に集まっていて、町の雰囲気が変わってきています。

**工藤** 虐待に対する考え方もどんどん変わっています。「虐待一叩き始めたらお母さんは感情的になり歯止めがかからない」。そんな時にはまず、その場で一呼吸するとか子どもから離れなさいと言うのですが、お母さんにしてみたらその時、“行き場所”が欲しい。自分が必要な時に必要な場所に行って心を癒す、また誰かに子どもをみてもらえる場所。そのような自分に立ち戻れる場所が絶対に必要なのです。お母さんたちが行くのは、だいたい喫茶店か自分の実家なのですが、実家にいるおばあちゃんという人も、虐待という連鎖の中で子育てをしてきた場合が多くて、実は実家も危ない場所だったりします。

そういう声をたくさん聞いて、私は「いずみの家にいつでもいらっしやい、お昼ご飯も食べよう

よ」という、自然体の家にしたいのです。NPOが行政と組む場合、まず行政が方向性を決めるけれども、実はその前に私たちNPOに何ができるか、よく聞いてほしいのです。一方的な行政の方向性ではなく、私たちの考えも取り入れていただきたいし、パートナーシップを発揮したい。やはり行政にはNPOの支え役になっていただきたいのです。また、研究者の方々には、そういう部分の評価法を編み出していただきたいと思います。

**反町** 言い忘れましたが、スウェーデンの場合、行政と住民だけでセーフティコミュニティをつくりあげたのではなく、そこにカロリンスカ研究所のスタッフが何十年にもわたって科学的なサポートをしています。大学や研究所にいる研究者のサポートが、やはり日本でも必要なのだと思います。そして研究者も行政も謙虚になって、住民とのパートナーシップをこれから模索していかなければならないと思います。

### 3. 「健康日本21」とセーフティプロモーション

**反町** さて、「健康日本21」の中に「自殺予防」という柱は「心の健康づくり」の中に組み込まれていますが、「事故や暴力の予防」の柱はまだ入っていません。

**鈴木** 「健康日本21」は、まさに健康に関するプロモーションの活動指針で、それはそれでいいと思いますが、ヘルスプロモーションが即、セーフティプロモーションに結びつくものがたくさんあるわけです。われわれ研究する側も枠を提案し、行政はそれに対してお金を試算し、地域モデルを立て、リソースを探し出して枠組みをつくる。NPOや住民も初めから参画する、というように、日本型のヘルスプロモーションとセーフティプロモーションを組み合わせた日本独自の情報をつくって、それを発信すべきと思っています。

**工藤** 健康とは、一人の人が生きていく上での大きな要素ですが、それがすべてではなく、QOLを重視し、その人らしく生活していく視点を大切

にしたいですね。「健康日本21」はそのような課題を持っていると捉えています。

**反町** 先ほど地域での取り組みの話が様々挙がりましたが、それを実践していく上でもやはり「健康日本21」の中に、はっきり「事故や暴力の予防」も柱として入れていただくと、予算面でも追い風となり、地域での取り組みが活性化するのではと考えます。今後の改定に当たっては、ぜひとも前向きに検討していただきたいところです。

### まとめ

**反町** 尾身茂 WHO 西太平洋地域事務局長は、昨年日本公衆衛生学会の特別講演「公衆衛生と日本の再生—地域社会の活性を通して」の中で、日本社会の抱える問題として教育の荒廃、自殺の増加、犯罪の増加を挙げられました。それらはすべて、日本社会を襲った家庭、地域、職場での関係性の喪失がその根本にあると指摘され、関係性回復の鍵は、住民参加がなされ、創造を可能にする開放性を持ち、個と公の利益の調和を満たした新しい地域社会の創造にあると述べられました。公衆衛生関係者は、これに大きな役割を果たすことができるし、またその必要性もあると励ましてくださいました。

地域においてセーフティプロモーションとヘルスプロモーションを車の両輪のように発展させていくことこそ、まさに尾身先生がおっしゃられた公衆衛生関係者が果たすべき役割であり、それがとりもなおさず新しいまちづくりでもあり、地域社会のリバイバルにつながるものではないかと考えますが、いかがでしょうか。

今日は有意義なディスカッションができ、本当にありがとうございました。今後、一緒に手を携え、日本におけるセーフティプロモーションの発展に、長期的な視点を持って力を注いでまいりましょう。(了)

**特集**

自殺予防 年間3万人のいのちを無為にしないために

自殺予防の支援技術

青森県における取り組みから

渡邊 直樹 大野 裕 佐藤 恭子

**保 健 師 ジ ャ ー ナ ル**

第60巻 第12号 別刷

2004年12月10日 発行

医学書院

# 自殺予防 年間3万人のいのちを 無為にしないために



## 自殺予防の支援技術 青森県における取り組みから

渡邊直樹 青森県立精神保健福祉センター 大野裕 慶應義塾大学保健管理センター  
佐藤恭子 青森県名川町役場保健福祉課

### 自殺の一次予防から三次予防まで

現在、青森県内の市町村では自殺予防活動が保健師らによって積極的に行われている。2001(平成13)年度より県の「こころのヘルスアップ事業」が開始され、それに連動する形で県と各保健所、そして精神保健福祉センターの協力関係ができあがり、市町村への普及啓発や技術支援が進行している。

自殺予防には一次予防から三次予防までが考えられる。すなわち、一次予防とは住民が自殺を考えずにこころの健康を維持するためにはどのような要因が大切なのかを調査研究し、その結果をわかりやすく住民に還元していく方法である。渡邊らは、この方法を用いて1997年より秋田県の由利町で保健師らと協働して毎年活動を続け、実際に当地域の自殺率の低下を実現させている<sup>1)</sup>。このエビデンスにもとづき、青森県でも昨年からは鶴田町と六戸町で、そして今年に入ってから平内町、三戸町、天間林村、十和田市などで、一次予防の取り組みが進行している。

二次予防とは、自殺との関連が強いうつ病を早期に発見し、早期に治療にのせていく方法であり、1999年より大野らが青森県名川町の保健師と協働して取り組みを始め、システムができあがって

いる<sup>2)</sup>。

三次予防とは、不幸にして地域で実際に自殺が起こってしまった場合に、同じ事態を防ぐための取り組みをさす。とりわけ遺族のこころのケアは重要であり、鶴田町や名川町での取り組みが知られている。

一次から三次までの自殺予防活動は互いに関連しており、1つだけを切り離すことはできないが、市町村によって重点の置き方が異なるので、このように述べた。そして、厚生労働省の「うつ病対策推進方策マニュアル」では、二次予防の取り組みが推奨されている<sup>3)</sup>。これは、住民のなかからうつ病を早期に発見し、早期に治療にのせる取り組みの方法論であり、本稿ではこのことを中心に紹介する。

### 個別支援の技術

#### ■基本的なところがまえ

まずは、自殺予防活動を行うにあたって、保健師としては1人では何もできないことを十分自覚すべきである。自分で自殺予防活動を始めたいと思っけていても、上司すなわち市町村の場合には保健課長が反対したら、いかにやる気があってもうまくいかないであろう。上司も自殺予防活動を

行う必要性を十分に自覚していなければならない。「よしやってみよう」とさまざまな点で保健師をバックアップしてくれる上司がいることが必要条件である。なかには「自殺という言葉を持ち出すこと自体が自殺を引き出してしまおうし、寝た子を起こすことになる」という考え(偏見)にもとづき、頑として反対する上司がいることも事実である。また、不幸にもこのような上司に遭遇してしまった場合には、実際に自殺予防活動が行われている市町村の報告や論文あるいはリーフレットなどを上司に見せ、少しずつ偏見を取り除く努力をするべきであろう。

ところで、保健師自身がやる気のない場合には、これもまたうまくいくことはないであろう。かなり上の立場から自殺予防活動をやるように指示されたという場合に、これまでふれてこなかった領域であるだけに雲をつかむようなことになってしまうのである。そのような保健師にとっては自殺を扱うことは大変荷が重く感じられ、できれば避けて通りたいと思っているのである。

また、保健師は孤立せずにチームを組んで活動を始めることが肝要である。情報交換を行い、1人が病気になっても問題を抱え込まずに、ほかの保健師が補うことができ、事業そのものが停滞してしまわないような配慮が必要である。

また、「自殺のテーマは重い、できればふれたくない」と考えがちであるが、実際に活動を始めてみると、住民の意識が少しずつ変化していくことがわかり、そのことに保健師としての役割意識や達成感を味わうことができる。まだ自殺予防に取り組んでいない保健師は、ぜひともなんらかの形で取り組んでほしい。新たな自殺予防という事業を立ち上げるのではなく、普段の業務に“自殺予防(うつ病の早期発見)”という視点を持つことから始めてもよい。「自殺のまち(むら)」というとらえ方ではなく、「自殺予防のまち(むら)」というとらえ方が望ましい。

## ■ハイリスク者の早期発見

うつ病患者の15%は自殺し、また、自殺者の半数以上にうつ病などの「気分障害」の診断があてはまったという報告がある<sup>2)</sup>。したがって、自殺とうつ病は大きく関連しているといえる。

とはいえ、うつ病の生涯有病率は男性は4.6%であるのに対して、女性は9.7%と女性のほうが2倍も高いが、自殺そのものは男性のほうが多い。うつ病だけで自殺するわけではなく、死にたい気持ちにさらに心理・社会的な「一押し」となる要因があると考えられる。

間接的な契機は経済的な損失や病苦であったりするが、最後の決断をうながす要因としては、自殺者の几帳面で硬い考え方や「自殺を容認する」ような地域の雰囲気と考えられる。自殺の直前はうつ状態が考えられ、自殺を決断する前には「迷いの時期」があると思われる。このときに本人の気持ちを聴いてあげたり、うつ状態を把握して早めに医療機関につなげていくことが保健師の役割となる。

一旦自殺を決断してしまうと、後戻りは困難となる。自殺者は周囲に対して何事もないかのように振る舞うので、把握もしにくい。「何であんなに明るかった人が…」などと思われてしまう所以である。

### ●実態の把握

まずは地域の実態を把握する必要がある。保健所の死亡小票を用いて市町村の自殺者数、自殺率、各年齢群の自殺率、男女別の自殺率などを把握する。また、同じ市町村のなかでも自殺の多い地区と少ない地区があるので注意する。

次に、自殺者の多い時期や時間そして場所を把握する。一般には4～10月の比較的暖かく、活動しやすい時期に多いようである。また、時間としては家族が仕事などで出払っている日中が多いようである。

わが国の農村の場合には多世代同居のなかの自殺が特徴的である。場所としては家の敷地内の納



表 スクリーニング質問紙

最近のあなたのご様子についてお伺いします。次の質問を読んで、「はい」「いいえ」のうち、あてはまるほうに○印をつけてください。

<p><b>【A 項目】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 毎日の生活が充実していますか？</li> <li>● これまで楽しんでやれていたことが、いまま楽しんでできていますか？</li> <li>● 以前は楽にできていたことが、いまではおっくうに感じられますか？</li> <li>● 自分は役に立つ人間だと考えることができますか？</li> <li>● わけもなく疲れたような感じがしますか？</li> </ul>	<p>はい    いいえ</p> <p>はい    いいえ</p> <p>はい    いいえ</p> <p>はい    いいえ</p> <p>はい    いいえ</p>
<p><b>【B 項目】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 死について何度も考えることがありますか？</li> <li>● 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？</li> <li>● 最近ひどく困ったことやつらいと思ったことがありますか？</li> </ul> <p>「はい」と答えた方は、さしつかえなければ、どういうことがあったのか、ご記入ください。</p>	<p>はい    いいえ</p> <p>はい    いいえ</p> <p>はい    いいえ</p>

図 介入プログラム

スクリーニングテスト

下記のうちいずれか  
A 項目群 2 点以上  
B 項目群 1 点以上

ライフイベント

- 死にたいと言っている
- 配偶者や家族が死亡した
- 親族や近隣の人が自殺した
- 医療機関から退院した

対象者の抽出

訪問面接

うつ症状のアセスメント

屋などが多い。自殺率の経年的な変化を見ると、やはりなんとか対策を立てねばということになる。これらの実態を他の市町村と比較したり、全国と比較してみる。

● 住民への周知

これらの実態をふまえて、住民に調査活動を行う必要性を広報やチラシなどで伝える。「自殺とうつ病は関連しているのでうつ病に対する知識をもち、うつ病だと思ったら早目に保健師に相談し

たり病院を受診したりしましょう」などのように訴えていく。うつ病のパンフレットは製薬メーカーなどが簡単でわかりやすいものを作成しているので、それを利用したり、参考にするとうい。

● 調査日時と場所の確定

毎年行われる住民の総合検診の場を利用して、住民に「抑うつ尺度」に記入してもらうとうい。抑うつ尺度には SDS と CES-D というのがあるが、それぞれ一長一短がある。よく項目を吟味して使いやすいほうを選べばよい。

青森県の六戸町では両者を用いる予定である。また、同県の三厩村では SDS を用いた。名川町では高齢者に施行したものをさらに統計処理して SDS 短縮版を作成した。厚生労働省の「うつ対策推進方策マニュアル」でも現在、これが使用されている。

● ハイリスク者の把握と対処法

ここでは短縮版でのフローチャートを参考にする(図・表)。表の A 項目の質問事項のうち 2 つ以上があてはまるか、B 項目の質問事項のいずれか 1 つに該当、あるいはストレスに関する記載があれば陽性と判断さ

れ、保健師が 2 次調査として家庭訪問を行う。前もって手紙あるいは電話で住民の家庭訪問についての同意を得る。

この際に保健師は構造化された調査票を用いるが、答えを強要したりすることのないように配慮が必要である。まずは住民の悩みを傾聴することを第一課題とする。少なくとも抑うつ気分の有無と日頃の興味・関心の喪失の有無のチェックをし、これら 2 つがあてはまるようであれば陽性と

してもよい。

ハイリスク者の抽出は二次予防といわれるが、住民の悩みを聴いたり、うつ病の知識を普及啓発していくことは一次予防の活動である。この二次調査としての訪問調査でさらに陽性であった場合には、精神科医への受診を勧めるか、受診が困難な場合には精神科医による家庭訪問を準備する。名川町では現在は健康相談で対応している。

### ■医療機関との連携

青森県では元来医師が不足しており、そのなかでも精神科医はとくに不足している。市町村としては二次予防のための精神科医をいかに確保するかが課題となっている。

名川町では保健師により抽出されたハイリスク者の面接を精神科医が行うべく3つ(現在は2つ)の精神科医療機関の協力を得ているが、医療機関との連携を実現するために保健課長と保健師が病院に出向いてこの二次予防の活動の趣旨をよく説明し、医局の承認を得ている。それから定期的に(3か月に1回)各病院から精神科医が町に派遣されている。また、住民のなかにうつ病が同定され、受診および通院を始めた人がいた場合には、保健師が同行して患者を精神科外来に紹介する場合もある。そのときには、本人同意のもとに保健師も一緒に主治医および看護師との面接に立ち会い、情報提供を行う。このような関係ができあがると、外来看護師から患者の経過について情報提供を受けることができる。

また、精神科以外の外来に保健師のほうから「うつ傾向」だということを情報提供することで、治療に結びついたケースもあった。もちろん、その際には患者からの同意を得ることがプライバシーを守るうえで重要なことである。また、医師には言えない悩みや疑問を、薬局の薬剤師などに話していることがあるので、薬剤師との情報交換を日頃行っておくことも大切である。

自殺者の40～60%(高齢者では70%)が自殺を

する1か月以内に身体症状を訴えて一般の診療科を受診するといわれている。保健師は日頃から町の診療所の看護師と接触し、住民の身体症状の背後にうつ病や希死念慮などが隠されていないか情報収集をしておく。

青森県六戸町では、一般診療機関でも「こころの相談窓口」を開き、看護師を「こころのケアナース」として養成するモデル事業を計画中である。保健師の役割としてはこの窓口の存在を住民に広報などを通じて周知させ、気軽に相談できる窓口であることを伝えていく。

## 自殺した家族の支援 遺族に対する支援の方法論

### ■傾聴と共感

地域で不幸にも自殺者が発生してしまった場合には、同じことが二度と起こらないように配慮する。

家族のメンバーは自分の身内の人が自殺したことを知らされるか、家の敷地内で自殺を目撃するわけで、これは衝撃的な体験である。警察官や検死に関わった医師から本人について詳しく聴かれることもつらい体験と思われる。そして、いろいろなことに思いをはせる。「もっと話を聴いてあげればよかった」「あんなに元気だったのになぜ?」「つらいことがあったのにならなぜ話してくれなかったのか?」などである。

保健師は遺族が本人の自殺を自分の責任であるかのようにとらえてしまわないように、またこれまでの隣人や地域との交流を閉ざしてしまうことのないように、配慮することが大切である。葬儀が終わって家族が少し落ち着いたところで機会をとらえて電話連絡し、「一度お会いして気持ちを聴きたい」ことを伝え、家族の話を聴く。もちろん保健師のほうからの押しつけにならないような配慮が大切である。拒否された場合には無理をせずに次の機会を待つ。



保健師がいつでも話を聴く用意があることを住民に知らせることが肝要であろう。この家族のことをこころに留め、「お気持ちを察します。何かお力になれば」などと切り出して話を聴くことに徹する。

### ■心理的剖検

欧米でよく行われている、自殺した本人の死亡したときの様子やそれまでの生活、何か悩みを抱えていたか、どのような性格であったか、家族とどのように関わっていたかなどについて情報を得る方法をいうが、無理して聞きだすことはしないようにする。自殺者との生前の関わりを想起することでかえって家族が辛い気持ちに追い込まれる可能性もあるので注意が必要である。傾聴しているときに自然に家族のほうから出された情報だけに留めるのがよさそうである。

## 支援者へのスーパーバイズ

### ■保健師が燃え尽きないように

うつ状態であることを把握し、精神科医との治療関係も保健師の努力で築くことができた高齢女性が、ある日の午後に保健師に電話をしてきた。息子夫婦との人間関係がうまくいかず死にたい、という。15分ほど話を聴いたが、その日は遅くなってしまったので翌日の朝に役場に来てもらうことを約束してもらった。しかし、その日の夜中に彼女は自殺してしまった。

保健師としては関係性ができつつあっただけに、またうつ病の治療にものせることのできた住民であるだけに、大変なショックであった。家族のみならず保健師も彼女をなくしてしまったショックは大きく、彼女を救えなかったのは自分のせいでと自責的となり、うつ状態となりしばらく仕事もできない状態となった。

このような事態に陥らないように、保健師は日頃から自らの仕事の悩みなどを相談できる相手を

作っておく。同僚保健師や主任保健師あるいは保健課長などがその役割を演じることが望ましいが、仕事にまったく関係のない人でもよい。相談の手段としては、直接会ったり、電話・ファックス・メール・テレビ電話など何でもよいが、自分が「安心して相談できる人が身近にいる」と感じるのが大切である。その安心感が保健師の力の源となる。

また、関わったケースに感情移入しすぎてしまい苦しくなることがある。いわゆる“巻き込み”である。ケースに巻き込まれないためには、自分1人の判断で行動しないということが重要である。事例について話すことのできる機会をつくり、上司を含めた定期的なカンファレンスの開催も1つの方法である。また「仕事である」というある種の割り切った考え方も必要である。

自殺予防活動を進めていくなかでも、自殺者が出る場合がある。関係者からの批判的な意見に戸惑うこともある。そんなとき、保健師はパワレスな状態に陥りがちである。それを防ぐための1つの方法として、気分転換できるような環境づくりを心がけるということがある。それは、スポーツでも趣味でもボランティアでも、仲間との他愛もないおしゃべりでもいい。「楽しい」といった充実感を持つことができる場面をつくり、自分自身がエンパワーされる環境をつくっていくことが大切である。

### ■精神保健福祉センターの役割

青森県ほど、積極的に県と保健所と連携しながら精神保健福祉センターが市町村の自殺予防活動を支えているところはないかもしれない。当初の市町村における自殺予防活動の企画立案から調査用紙の作成にあたってのアドバイス、調査結果の統計処理さらに保健師や保健(地域)協力員、民生委員などへの技術支援、保健師らへの教育研修の機会提供、そして住民へのうつ病や調査結果の情報提供などさまざまな役割を演じている。1町で



はあるが、テレビ会議という手段で定期的にカンファレンスを開催し、スーパーバイズ的な役割も果たしている。

また、各市町村は3～7年ほどの自殺予防のための長期計画を立て、その具体化にあたって精神保健福祉センターが後押しする。市町村の保健師たちの精神保健福祉センターへの信頼感はこれまでになく大きなものとなっている。こうして、青森県で自殺予防活動を開始したのは15市町村に及んでいる。

#### ■文献

- 1) 渡邊直樹, ほか: うつ病の一次予防の取り組み. ストレス科学, 19(1): 30-39, 2004.
- 2) 大野裕: うつ状態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構築に関する研究. 平成11年～12年度厚生科

学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業, 総合研究報告書, 2001.

- 3) うつ対策推進方策マニュアル—都道府県・市町村職員のために, 厚生労働省地域におけるうつ対策検討委員会, 2004.  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-5.html>

渡邊直樹(わたなべ なおき)

青森県立精神保健福祉センター

〒038-0031 青森市大字三内字沢部 353-92

●現代精神医療の著しい変化を踏まえ、名著がさらにグレードアップして登場

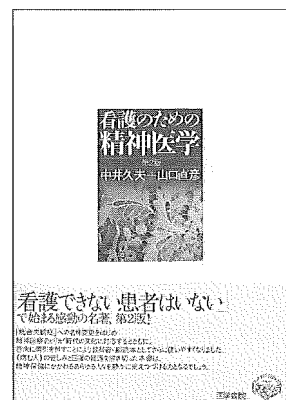
# 看護のための精神医学

第2版

新刊

中井久夫 神戸大学名誉教授  
山口直彦 兵庫県立光風病院長

「統合失調症」への病名変更をふくめ、現代の精神医療の状況は著しく変化している。本書はそのような状況を踏まえて重要語句に修正を加えるとともに、どんな状況にあっても変わらないケアの基本をさらに磨き上げた。「隠れた名著」として評価の高い本書が、さらにグレードアップして登場。



●B5 頁348 2004年  
定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN4-260-33325-9]



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷5-24-3 (販売部) TEL 03-3817-5657 FAX 03-3815-7804  
E-mail [sd@igaku-shoin.co.jp](mailto:sd@igaku-shoin.co.jp) <http://www.igaku-shoin.co.jp> 振替 00170-9-96693

[特別企画：ストレスと安全性]

## セーフティプロモーションおよびセーフコミュニティとは何か？

反町吉秀<sup>1)</sup> 渡邊直樹<sup>2)</sup>

抄録：セーフティプロモーションとは、事故、自傷行為、暴力などによる外傷、およびそれによる安全・安心への脅威を、公衆衛生的アプローチにより予防しようとする公的健康政策である。その中核が、地域を基盤とするコミュニティセーフティプロモーション (CSP) である。CSPは1970年代後半に、スウェーデンのファルショッピング市で展開されたのがその黎明であり、①外傷の疫学マッピング、②リスクグループとリスク環境の選択、③部門・職種を超えた作業グループの形成、④介入プログラムの作成、⑤介入プログラムの管理、⑥プログラムの評価、⑦プログラムの修正、⑧他の地域へのプログラムの適応の8つのステップを踏んで実施された。このファルショッピングにおける取組みは、その後セーフコミュニティモデルとして確立された。このモデルを用いて安全で安心して暮らせるまちづくりを目指すことに成功したコミュニティは、WHOコミュニティセーフティプロモーション協働センターにより、6つの指標に従い、セーフコミュニティとして認証されてきた。近年は世界的なセーフコミュニティムーブメントとして飛躍的な発展を遂げている。一方、WHO本部は、外傷・暴力予防部門を設立し、外傷予防・セーフティプロモーションについての戦略を世界的に展開している。また、セーフコミュニティモデルについては、2004年にコクラン共同計画により、その有効性に科学的根拠あり、との判定がなされた。

秋田県由利町、青森県鶴田町・六戸町における自殺予防の取組みは、日本におけるコミュニティセーフティプロモーションのさきがけとしてとらえることができる。住民のQOLを改善するには、日本においてもヘルスプロモーションだけでなく、セーフティプロモーションを公的健康政策として採用することが必要と考えられる。

**Key words:** セーフティプロモーション, セーフコミュニティ, 外傷予防, 公的健康政策

### I. はじめに

近年、犯罪報道の増加や子どもに対する事件や虐待報道にみられるように、「安全大国日本」という言葉には、リアリティが感じられなくなり、日々の生活の中での安心感は急速に過去のものとなった感がある。また、自殺者も、警察庁の報告では、働き盛りの男性を中心に1998年に急増して年間3万人を突

破したまま推移しており、昨年は過去最高数を記録している。

このような状況の中で、安心して暮らせる生活を確保するためには、疾病に対する予防や治療などの対策ばかりでなく、安心・安全への脅威に対する取組みが社会的に求められていると考えられる。

事故、自傷行為、暴力による外傷、およびそれに対する安心・安全への脅威を、住民を巻き込み、部門・職種を超えて予防に取り組む safety promotion<sup>1)</sup> は、そのような社会的要請に応えるものと考えられる。

safety promotion は、スウェーデンを発祥の

1) 青森県東地方健康福祉子どもセンター保健部 (青森保健所)

2) 青森県立精神保健福祉センター, 聖マリアンナ医科大学神経精神科

地として、約30年の歴史をもち、現在は、後述するようにWHOの基本政策にも取り入れられ、世界的な発展をみている公的健康政策である<sup>1)</sup>。safety promotionの中核をなしてきた地域における取組みがcommunity safety promotionである<sup>2)3)</sup>。世界で最初のcommunity safety promotionの試みであるスウェーデンの地方都市ファルショッピング(Falköping)市における取組み<sup>2)4)</sup>について、まず紹介する。

## Ⅱ. セーフティプロモーションの黎明

ファルショッピング市における事故外傷予防の取組みは、1970年代後半に、開始された。それは、問題の定義→アクションプランニング→プログラムの実施→データのフィードバックと評価→問題の再定義、という形式の循環式プロセスをもつ介入予防活動であった。次に示すプロセスで、保健センターがコーディネータとなり、進められた<sup>2)4)</sup>。

第1段階は、事故による外傷の疫学的な地図づくりであった。そのために外傷サーベイランスシステムが確立された。第2段階として、その分析により、子どもや高齢者がリスクグループとして認識され、リスク環境も選択された。次の段階として、保健医療セクター、それ以外の公的機関(社会福祉担当者、交通管理局、学校関係者、警察など)、地域赤十字の指導者、住民組織のメンバー、政治家(市長など)、マスコミなど、異なる部門・職種からなり、住民も参加する広範なネットワークが立ち上げられた。これらのグループにより、各世代の多種類の外傷予防を内容とする包括的介入プログラムが作成され、実施された。その後、結果は、外傷サーベイランスシステム上、各外傷の外来受診率およ

び入院率として把握され、介入プログラムの成否が科学的に評価された。それに基づき、プログラムには、更なる改善がなされた<sup>2)4)</sup>。

プログラムの実施内容は、①情報提供とアドバイス、②教育、③査察、④物理的環境の改善、に大別される<sup>2)4)</sup>。

事故予防に関する情報の伝達については、例えば、「子どもは安全を保障される権利がある」とのポスターが、薬局、図書館、銀行、郵便局などにも展示され、薬局には、「不要になった薬は、中毒防止のため薬局に返還するように」とのポスターも貼られた<sup>2)4)</sup>。

また、注意の喚起が、リスクの低減のための最初のステップであるとの認識に基づき、「外傷(injury)は、不運や偶然の結果ではなく、プログラムの作成と実施により予防可能である」との教育が、一般住民、保健医療従事者、行政担当者に対して行われた<sup>2)4)</sup>。

子どもや高齢者などのリスクグループについては、チェックリストを用いた査察が行われた。例えば、高齢者の住まいに保健師が訪れ、家庭内事故リスクとなる物理的環境について査察を行い、食器棚の高いところに置かれた食器を、転倒のリスクを下げるため、高齢者自身の納得を得て低いところへ移したりという、物理的環境の改善が行われた。また、事故の起こりやすい交差点の構造を変化させたり、信号機を設置したり、といったことが決定された<sup>2)4)</sup>。

その結果、Tab.1に示すように数年のうちに、家庭内事故、労働災害、交通事故による外傷の医療機関外来受診率が27~28%減少する、という画期的な成果が確認された。プログラム未策定のその他の外傷では減少はみられず、また、コントロール地域でも、同じ期間に、外傷による外来受診率は減少しな

Tab.1 ファルショッピング市における介入プログラムのアウトカム評価  
(文献1, 2より筆者が作成)

外傷の種類	外来受診率(1,000人口年あたり)		減少率
	1978年	1981/1982年(注)	
家庭内事故による外傷	26.4	17.2	26.7%
労働災害事故による外傷	49.2	33.9	27.6%
交通事故による外傷	8.9	6.5	27.7%
その他(スポーツ外傷など)	55.4	54.4	0.8%

注) 1981年7月1日から1982年6月30日までの1年間

った<sup>2)4)</sup>。

Ⅷ. セーフティプロモーションとセーフ  
コミュニティのコンセプトの確立と  
取組みの進展

community safety promotionの介入予防の対象は、1980年代中頃から、事故による外傷だけでなく、暴力による損傷や自殺などを含むあらゆる外傷を対象にするようになっていった<sup>1)3)4)</sup>。

safety promotionは、1986年に採択されたヘルスプロモーションについてのオタワ憲章の基本精神をばねとして世界的な発展を見せた。1989年に開かれた第1回世界事故・外傷予防学会において、「すべての人間は健康と安全に対して平等な権利を有する。そのためには社会的格差に関係のない事故や外傷の減少が必要であり、セーフコミュニティプログラムがその鍵となる」とのストックホルム宣言が採択された<sup>1)4)</sup>。この宣言の中に、セーフティプロモーションとセーフコミュニティのコンセプトの確立をみることができる。また、同じ1989年にスウェーデンカロリンスカ研究所にWHO Collaboration Centre on Community Safety Promotion (WHO協働センター)が開設された。このWHO協働センターは、Tab.2に示すセーフコミュニティの6つの指標を基準として、認証活動を実施し

Tab.2 国際セーフコミュニティのインディケーター  
(参考 web site 3 より, 筆者が邦訳)

1. コミュニティにおけるセーフティプロモーションに責任をもつ組織部門横断的グループによるパートナーシップと協働に基づく構造基盤をもつこと
2. 両性とすべての年齢層、環境、状況をカバーする長期的かつ持続可能なプログラムをもつこと
3. ハイリスクグループや環境を標的とするプログラム、脆弱グループに対するセーフティプロモーションプログラムをもつこと
4. 外傷の頻度と原因を記録するプログラムをもつこと
5. プログラム、プロセス、そして変化の効果を評価する手段をもつこと
6. 国内および国際的セーフコミュニティネットワークに現在参加していること

た。その後、この認証活動は、1つのムーブメントとして飛躍的に展開されていった。最近では韓国の100万都市水原(Suwon)や香港の2つのコミュニティも認証され、このムーブメントはアジアにまで及んでいる<sup>3)4)</sup>。

一方、WHO本部は外傷予防を公衆衛生上の21世紀の最重要課題として位置付け、2000年にはDepartment of Injuries and Violence Preventionという独立した部門を創設し、safety promotionを政策に取り入れて事業を展開している<sup>5)</sup>。2002年10月、WHO本部は、「暴力と健康に関する世界レポート」を作成し、暴力予防(自らに向けられた暴力である自殺の予防も含められている)をグローバルな保健課題として明確に位置付け、世界的キ

キャンペーンを開始し、現在も継続中である<sup>5)</sup>。

2004年6月に、ウィーンで開催された第7回世界外傷予防・セーフティプロモーション学会には、研究者だけでなく、各国政府機関や地域機関、NPOから、1,500題を超える演題が提出され、基調講演の中では、外傷予防・セーフティプロモーションについて、WHOの世界戦略が語られた<sup>4)</sup>。また、この学会では、コ克蘭共同計画が、認証されたセーフコミュニティにおけるプログラムの中から、①比較のための適切なコントロール地域を設定している、②介入地域とコントロール地域の両方で外傷のアウトカムデータがある、③新しくかつオリジナルなデータが得られる一などの基準を満たした16の準実験研究 (quasi-experimental model) の分析をしたうえで、セーフコミュニティモデルの有効性に「エビデンスあり」との判定結果を報告した<sup>4)</sup>。

#### IV. 秋田県と青森県におけるセーフティプロモーションとしての自殺予防

秋田県由利町では、1994年に自殺率が人口10万人あたり167.7人の高率を記録し、地元の関係者は危機感を抱き、1995年に町の保健師が呼びかけ人となり、保健協力員、民生委員、老人クラブ代表、婦人会代表、教員、学者、ボランティアそして役場関係者などで構成される「こころの健康づくり検討委員会」が結成された<sup>6)7)</sup>。そして、筆者の一人である渡邊らと協働し、「高齢者のこころの健康」講演会と参加者への「こころの健康アンケート(無記名)」が、実施された。その結果、こころの健康を改善するためには、趣味活動をたくさんもち、身内や周囲の人との交流やサポートをもつこと、何らかの疾患があっても

医療受診しながら、自分で健康管理ができていくことが大切であること等が判明した<sup>6)7)</sup>。この結果を「こころの健康づくりの輪」として住民に提示していくことで、住民の意識改革を推進し、高齢女性の自殺者は介入前と比較して激減した<sup>6)7)</sup>。

自殺率が秋田県に次いで日本で2番目に高い青森県でも、鶴田町と六戸町で、由利町での取組みをモデルとして、こころの健康づくりとしての自殺予防が2003年度より開始された。由利町での取組みと同様、異なる部門・職種の人々の協働により、中高年の住民を対象として、無記名の「こころの健康アンケート」が実施され、地域における住民のこころの健康状態について地域診断がなされ、その結果を住民に対し、リーフレットを配布したり、寸劇を上映したり、といった親しみやすい方法で返していく、という形で進められた<sup>6)7)</sup>。詳細については、本号の別稿「渡邊直樹、山下志穂、反町吉秀：こころの健康づくりと安全性」をご参照いただきたい。

秋田県由利町、青森県鶴田町・六戸町での取組みは、共通してTab.3のような特徴がある。これらの3つの町での自殺予防の取組みは、うつ病をかかえる個人に対する早期発見、早期治療を中心とする医学モデルによる自殺予防とは異なり、住民のこころの健康や自殺に対する意識の変革とそのプロセスを大切に、町づくりとしての自殺予防とも評価し得る性格をもっている<sup>8)</sup>。したがって、これらの町での取組みは、コミュニティセーフティプロモーションとしての自殺予防としてとらえることもできる。換言すれば、これらの町での自殺予防の取組みは、日本におけるセーフティプロモーションのさきがけとも言える<sup>8)</sup>。

Tab.3 由利町, 鶴田町, 六戸町での取組みの特徴

1. 部門・職種を超えた協働
2. 住民参加
3. ハイリスク者個人でなく, 地域住民全体のこころの健康を, 問題としてとらえる
4. 医学的アウトカム (自殺率など) だけでなく, 取組みのプロセスや住民の主観的な思いを尊重
5. 医学モデルではなく, 健康・福祉モデルによる

## V. おわりに

以上, 述べてきたように, safety promotion は, 外傷を公衆衛生的アプローチで予防する公的健康政策としてとらえる新しいアプローチであり, WHOの政策に取り入れられるとともに, 世界の少なからぬ国々の政策にも取り入れられ, 成果を挙げつつある。

現在の日本において, 住民のQOLの改善を図るには, 疾病に対する対策だけでは不十分であり, 外傷やそれに対する脅威を減少させる安心・安全づくりが必要と考えられる。したがって, ヘルスプロモーションだけでなく, セーフティプロモーションも, 公的健康政策として位置付けることが求められていると考えられる。

## 【文 献】

- 1) Welander, G., Svanström, L. & Ekman, R.: Safety Promotion-An Introduction. Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, Stockholm, Sweden, 2000
- 2) Schelp, L.: The role of organizations in community participation-prevention of accidental injuries in a rural Swedish municipality. Soc. Sci. Med. 11: 1087-1093, 1988
- 3) The web site of WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion. [www.phs.ki.se/csp](http://www.phs.ki.se/csp)
- 4) 反町吉秀, 渡邊能行: 広がれ! セーフティプロモーション (連載第 1 回~第 6 回). 公衆衛生情報 34 (5~10), 2004
- 5) The web site of WHO, Department for Injuries and Violence Prevention. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/en/)
- 6) 渡邊直樹, 瀧澤 透, 田口 学ほか: うつ病の一次予防の取り組み. ストレス科学 19 (1): 30-39, 2004
- 7) 渡邊直樹, 山下志穂, 反町吉秀: こころの健康づくりと安全性. ストレス科学 19 (3): 22-29, 2004
- 8) 反町吉秀, 鈴木隆雄, 工藤充子, 渡邊直樹: 座談会「セーフティプロモーションとは何か?」. 公衆衛生 68 (8): 620-628, 2004

〔特別企画：ストレスと安全性〕

## こころの健康づくりと安全性

渡邊直樹<sup>1)</sup> 山下志穂<sup>2)</sup> 反町吉秀<sup>3)</sup>

抄録：筆者らは、「こころの健康づくり」という視点から地域住民に対する心理教育や普及啓発などの自殺予防活動を行ってきた。本稿では、これらの活動を「セーフティプロモーション」の観点からとらえ直した。「セーフティプロモーション」とは、住民が心身の障害となるものを取り除き、安全・安心できる時間と場所を享受する権利をもち、それを実現するための運動である。またこの運動は、地域全体まで適用される地域づくりも意味する。しかし、自殺者やその周囲の者にはうつ状態や希死念慮を抱かせる「こころのバリア」があるように思われる。筆者らはこのようなバリアの存在を指摘した。秋田県由利町での心理学的剖検では、自殺者のバリアとしてある種の固定観念が指摘された。つまり、「家族に迷惑をかけたくないで自分の問題は自分で責任をもつ」という考え方である。また、周囲の住民に認められるバリアとして自殺を容認する社会的風土が指摘された。更に青森県鶴田町での住民調査では、自殺念慮者の「ストレス時にのんびりできない」「ストレス時に飲酒する」「悩みやストレスを誰にも相談しない」傾向が指摘された。自殺予防においては、地域活動などによってこのようなバリアを取り除くことが重要である。具体的には、こころの健康づくりの普及啓発によって自殺を容認する雰囲気や風土を変えることが必要である。筆者らは「こころの健康づくりの輪」を提唱して啓発普及を行い、その結果地域の自殺者が減少した。つまり、新しい生き方を提唱することで、こころのバリアを取り除くことに成功したといえる。また、世代を超えた協力や、ボランティア組織の活動も重要な役割を果たしている。例えば由利町や青森県十和田市では、住民がボランティア組織を結成して、こころの健康づくりのための活動を行っている。このように、住民自身による自殺予防活動を展開していくことが「セーフティプロモーション」といえるであろう。

**Key words** : 自殺予防, セーフティプロモーション, 「こころのバリア」

### I. はじめに

地域住民に対して「こころの健康づくり」という視点から心理教育や普及啓発を行うことが自殺予防につながっていくと考えてこれまで活動してきた。この活動を「セーフティプロモーション」あるいは「安全性」という

視点からとらえ直すことが地域住民への説得力ある考え方が得られるのではないかと考えここに提示する。

### II. セーフティプロモーション

セーフティとは単に安全が保障されるだけでなく、人々が安心して生活できる時間と場所を提供するものである<sup>5)</sup>。安全や安心を脅かすものとして、WHOはinjuryという概念を取り上げ、「事故、自傷行為、暴力などの行為の医学的結果としての死亡や障害のことである」と定義する<sup>8)</sup>。そしてこれは予防可

1) 青森県立精神保健福祉センター, 聖マリアンナ医科大学神経精神科

2) 国立社会保障・人口問題研究所

3) 青森県東地方健康福祉こどもセンター保健部 (青森保健所)

能な非偶発的出来事であるという。子どもが事故に遭わないように周囲環境を整備したり、老人が転倒しないように使用器具を工夫したりすること、そしてそれを家庭や施設のみならず地域共同体にまで広めていくプロセスを指すのであろう。つい最近も六本木ヒルズの回転ドアに子どもが挟まれて死亡するという事件があったが、我が国では「危険責任」は問題とされず、「過失責任」ばかりが取り上げられるというコメントが有識者からなされていた。つまり欧米では危険性のある器具や装置はそれだけで責任が問われるが、我が国では一旦事故が起こってしまったときに初めてその責任が問われるのである。したがっていつも後手後手にまわることになるというのであるが、まさしくそのとおりではないかと思う。更にWHOは、自殺という現象を *intentional injury* (意図的な外傷) としてとらえ、したがって予防が可能であるとしている<sup>6)</sup>。本論稿ではこの点に焦点をあててまとめてみたい。

再度定義し直すと、セーフティプロモーションとは「住民が心身の障害となるものを取り除き、安全かつ安心できる時間と場所を享受する権利をもち、それを実現するための運動である」といえる。この運動は個人のみでなく、家庭や施設そして地域全体に広げていくものであり、街づくりや地域づくりを意味するのである。その際住民は安全や安心を求めただけではなく、自らその実現のための運動に参加すること、すなわち安全や安心を受領するのみならず、提供していくことが望ましい姿なのであろう。

子どもを例にとると、家庭や保育園の障害物としては、殺虫剤や漂白剤などそして筆筒などの家具で角があるものなどはケガをしや

すいものであり、なるべくこれらのものを手の届かないところに置くとか、角にクッションをあてるなどの工夫が必要となる。また街に出れば歩道や自転車道のない道路や信号のない交差点は危険であり、これらを整備する必要がある。また鋏などの危険なものを置かない配慮も必要になってくる。高齢者の場合には家庭や施設そして道路などで転倒の危険があり、障害物となる物を取り除き、安全かつ安心できる生活空間を拡充していく必要がある。ところで、セーフティプロモーションにおいて自殺予防が取り上げられた背景には、1980年代中頃から個人やコミュニティの健康や幸福のために予防、制御すべき対象が、事故そのものから事故による外傷にシフトしたこと、および外傷が意味する範囲が故意によらない傷害による外傷から、故意によるそれへと広がったことが考えられる<sup>3)~6) 8)</sup>。

容易に自殺が可能となるようなもの、例えば銃や刃物などを身近に置かないとか、屋上には行けたとしても金網を張り、落下できないようにするなどの工夫が自殺予防の一方法かも知れないが、それだけでは自殺しようという人の意識が変わるわけではない。

私たちは人にはいわゆるところが健全にあることを阻むようないわゆる「こころのバリア (障害物)」なるものが存在し、そのバリアがあることで自殺という自己へ向けた意図的な外傷が引き起こされてしまうと考える。この概念は厚生労働省が提唱している概念でもある<sup>2)</sup>。そこでは精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見を想定し、「先入観に基づくかたくなな態度」とか「古くからの慣習や風評、不正確な事件経過や情報等により、正しい知識が伝わっていないことから生じる単



なる先入観」と定義されているが、この内容はそのまま自殺者あるいは地域住民が抱いている因習的な考え方（固定観念）にあてはまると思われる。例えば私たちが由利町にかかわり始めた当初から耳にした言葉、「自殺を取り上げること自体が自殺者を増やす」というような固定観念である。住民のみならず行政の人たちにもそのような考え方が多かったのである。そこで私たちの調査活動を踏まえてその内容について検討してみる。

### Ⅲ. 自殺者のこころのバリア

1997（平成9）年から私たちは秋田県由利町の自殺予防活動にかかわっている。ここは人口およそ6,000人、高齢化率およそ24%の農村地域である。地元の保健師らは既に1994（平成6）年に11名の自殺者（そのうち8名が65歳以上の高齢者）であったことを重視し、1992～1994（平成4～6）年の間に自殺した20名を対象に自殺者本人の生前の様子について家族に聞かせる保健師による「訪問調査」を行った<sup>1)</sup>。調査対象者は20名で平成4～6年の自殺者でそのうち13名が65歳以上であった。そのうち調査に応じたのは16名（80%）であり、50代が2名、60代が2名、70代が3名そして80代が9名であった。男性が8名、女性が8名であった。特徴的であったのはほとんどが3世代以上同居の家族であったことと、半数以上の方に配偶者がいたことであった。

まずは家族からみた自殺者の性格であるが、「几帳面・気を使う・我慢強い」というのが半数であった。その他「気分が変動・派手好き・社交的」というものが1/4、その他「自信欠乏・神経質・気に病む」というものが1/8、「人付き合いが苦手・マイペー

ス」というのが残りの1/8であった。こうしてみるとうつ病の病前性格やそう的あるいは神経症性格との類似性が考えられる。

更に家族が自殺者本人の生前の様子をどのようにとらえていたかということであるが、以下のような情報を家族の68.7%から得ることができた。

- 病気の再発を家族に知られ入院させられることを恐れ、気にしていた。
- 自分も寝たきりになれば長くなり、家族に迷惑をかけると話していた。
- 世話になりたくないが口癖だった。
- 入院を繰り返すとうとうにもならないと言っていた。
- 友人や身内の自殺が相次ぎ落ち込んでいた。
- 自分が死ねば保険金で借金が返せると考えていた。

更にインタビューによって得られた保健師の感想は以下のものであった。

- 家族に迷惑をかけられないという思いがあったようだ。
- 家族が忙しく本人の気持ちを思いやる余裕がなかった。
- 自殺の心配をしていたのに死なれたショックが大きかった。
- 地域的に自殺を容認してしまう雰囲気があるようだ。
- 年を取っても自分でやらねばと考えてしまうようだ。
- 老人の心理への配慮が足りなかったようだ。

これらの情報と実際に地域で住民と接することで、自殺者のみでなく自殺者にかかわっていた家族や近隣の人たちにいわゆる「こころのバリア」が存在していることがわかる。

まず自殺者の抱いていたこころのバリアとして考えられることは、「家族に迷惑をかけては申し訳ないので自分の問題は自分で責任をもつ」という固定観念である。したがって自分が何らかの理由で家族の負担になることを恐れ、自己の悩みは誰にも告げずに自分自身で処理することをよしとするのである。

また周囲の人たちが抱いていたと思われる「こころのバリア」としては、このような自殺者の固定観念に同調し、容認してしまうことであろう。したがって自殺者が出ると「よくやったな」とか「勇気あったな」というようにむしろ自殺したことを肯定してしまうのである。こうしてこのような考え方がバリアになってしまい、他の選択肢が考えられなくなってしまふのである。家族は自殺者のことを心配しながら見守っていたようであるが、仕事の忙しさに左右されて、自殺者の気持ちをくみ取るこころの余裕がなかったようである。

#### Ⅳ. 地域住民のこころのバリア

それでは、自殺者の多い地域の住民はどのような考えを抱いて生活しているのであろうか。自殺予防のモデル地区である青森県の鶴田町の調査結果をみてみた<sup>7)</sup>。

鶴田町は人口およそ1万5,000人の農村地域であり、男性の自殺が多いという特徴がある。2002(平成14)年には11名の自殺者があった。1998～2002(平成10～14)年の5年間における自殺率の平均では人口10万人あたり78であった。2003(平成15)年の8月と9月に行われた総合検診の場で「こころの健康づくり調査」と題して自記式無記名のアンケートの記載を依頼した。調査内容は属性のほか、ストレス状況と対処法、抑うつ尺

度(CES-D)、ソーシャルサポート(MOSS-E)、趣味、経済状況、信仰、希死念慮、自殺についての質問項目から構成されていた。ストレスに関しては厚生労働省が行った全国の「保健福祉動向調査」と比較した。その結果みられたいくつかの特徴として、ストレスへの対処法として「のんびりする」というのが全国では32.8%であるのに鶴田町は22.4%と0.7倍少なかった。また「気分が落ち込んで自殺のことを考える」者が30名(7.7%)おり、そのうちストレスがあったときに飲酒をする者が17名(58.6%)あった。更にそのうち「相談したいが相談先がわからない、相手がない」と答えたのが6名(20%)認められ、いずれも自殺を考えない群と比較して有意差が認められた。

この結果から鶴田町の男性の「こころのバリア」を考えてみると、まず1つは「ストレスがあったときにのんびりするを知らない」ことがある。いつも仕事に追われ、ほっとできるような体験が乏しいように思われる。第2は「ストレスがあったときに飲酒する」という考え方がないしは習性である。しかも気分が落ち込んで自殺を考える人にこのような考え方が強いことは、自殺とうつとアルコールの関連が強いことを示している。第3には「不満、悩み、ストレスがあっても誰にも相談しない」という考え方である。しかも自殺を考える人たちにこのような考え方が強いのである。これらがバリアとなって「こころの健康づくり」を阻んでいる可能性が強いことを、この一次予防の調査結果が示しているように思うのである。

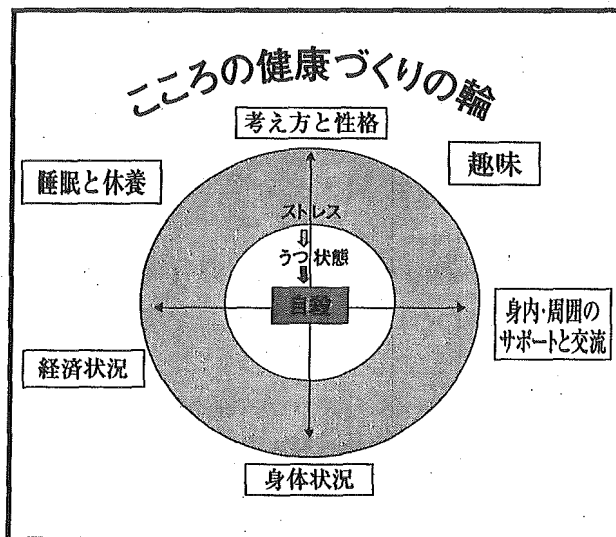
V. こころの健康づくりと安全性  
(子どもからも含む)

1) 新しい生きがいづくり…価値観を変える

こころのバリアを取り除くことができれば、それによってこころの安全や安心を得ることができる。それではこころのバリアとは何かというと、その人の生きてきた時代や社会の中で学習され、受け入れられたものであり、自己の内外に存在する固定化した考え方や価値観といえる。例えば、「働かざるもの食うべからず」とか「他人に悩みを相談することは潔いことではない」とか「耐えることは美德」というような固定観念がこれである。このような観念に圧倒されて心理的に追い込まれ、申し訳ないなどと自責的となり、抑う

つ感が出現し、自殺行為に至ると思われる。もちろんこのような観念を抱いている人がすべて自殺するわけではなく、ストレス耐性の弱い人がこのような行為に至ると思われる。秋田県由利町の自殺者の場合には、「迷惑をかけ申し訳ない」とか自己責任という考え方が住民、特に高齢者の意識を支配し、それが地域の共同体の雰囲気形成していたと思われる。したがってこのような固定化した価値観を変えるためにも健康福祉モデルとして、Fig.1のような「こころの健康づくりの輪」を提唱し、実際に自殺者の減少をみているのである。別の言い方をすれば新しい生き方を提唱することで、こころのバリアを取り除くことに成功したのではないかと考えている。また鶴田町の住民の場合にも同じモデルを

広めよう心の健康づくり！  
ひとりひとりの自覚と助け合いを  
いまこそ実行に移しましょう



6つの要因に目頃から注意を向けて、輪を広げていきましょ

こころの健康づくりの要因の輪

	輪を小さくする	輪を広げる
趣味	ないか少ない	たくさんある
身内・周囲のサポートと交流	ないか少ない	たくさんある
からだの状態	管理しない	自分で管理
経済状況	不安定	安定
睡眠と休養	不十分	十分
考え方と性格	硬い・神経症的	柔軟・外向的

Fig.1 こころの健康づくりの輪

用いて住民に働きかけ、のんびりでもいいこと、悩みやストレスがあったときに、飲酒だけで解決しようとせずに誰かに相談することを勧め、また行政の立場では「こころの相談窓口」を増やしていくことが重要である。そうすれば住民がいつでも安心して悩みを相談する体制を整えば、住民の「こころのバリア」も自然と取り除くことができるのである。

鶴田町では、このような「こころのバリア」について保健協力員が劇団「鶴亀座」で演じることで、住民にどのようにしてこのバリアを取り除いたらよいかをわかりやすく示すことに成功している。主人公の農家を営む亀太郎は、台風でリンゴも稲も被害に遭い、気分はうつうつと毎日のように飲酒して過ごすようになった。妻と母親が心配して病院への受診を勧めるが、頑固な亀太郎は拒否し続ける。そこへ隣家のご夫婦や保健協力員が訪問してきて皆で亀太郎を説得した結果、ようやく亀太郎もこころを動かされ、「よしでは行ってみるか」ということになる。これを津軽弁でユーモアを交えて住民に伝えているのである。もちろん、病院の医療従事者も亀太郎の悩みを十分に聴いてあげる体制がなければ逆効果になる可能性もある。そこで、一般の医療機関でも「こころの相談窓口」を設置することが求められる。

この「こころの相談窓口」の設置に関しては、青森県六戸町では町の3つの一般医療機関と3つの歯科の医療機関とが連携して、看護師と歯科衛生士を「こころのケアナース」として養成し、住民が気軽に悩みを相談できる体制を準備中である。2005（平成17）年1月末にこの事業がスタートする予定である。

2) 他世代との協力関係…自殺者の多い学校区での取組み、教師、生徒や父母の予防活

#### 動への参加

住民がいつしか身に付けてしまう「こころのバリア」は実は子どもの頃から徐々に身に付いていくものであろう。そこで鶴田町では、抑うつ得点の高かったK地区を重点地区としてとらえ、学校を自殺予防の拠点としてとらえ、学校の教師と生徒そして父母が地域住民と一緒に、どのような考え方が「こころのバリア」を作ってしまうのか、またそのバリアを取り除くにはどのようにしたらよいかを話し合い、実践に移していくのである。

3) ボランティア組織の形成…自分たちの生活の場における問題は自分たちで解決していく（声かけ運動、生き生きふれあい活動、広報活動など）

由利町では2003（平成15）年10月から住民自身によるボランティア組織が結成された。「ホットハート由利」という名前で月に2回健康福祉センターに集まり、自分たちの手で自分たちの街をよくするにはどのようなことがあり、何ができるかに関して話し合っている。この集まりの場では何でも自由に話すことができ、参加者から受け入れられるという体験は、これまで自分たちの家族関係や地域共同体の中でのなし得なかったことができたという点で大変重要である。更にその場で話し合われた中で自分たちが住む地域で何ができるかをつかんでいく。例えば「声かけ運動」などもその1つである。青森県の十和田市でも由利町と同じようなボランティア組織が結成され、紙芝居を行うなど独自の運動が展開されている。これまで自らのこころに形成された「誰にも相談せずに自己の責任をとる」というような「こころのバリア」によって心理的に追い込まれて、うつ状態から希死念慮まで抱くようになっていた住民が今度は