

には 32,109 人と史上最悪を記録した。その後も 3 万人前後で推移しており、2008 年(平成 20 年)は 30,229 人となっている。この数は、同年の交通事故死亡者数 5,155 人(警察庁, 2009)の約 5 倍に当たり、ここ 10 年、毎日 80 人以上が自殺で死亡する状態が続いている。また、自殺死亡者数の戦後の推移を見ると、これまでに 3 つのピークが見られるが、1998 年から 10 年以上続く今回の増加は史上最悪であり、火急の自殺対策が求められる。世界保健機関(WHO)の 2009 年の資料(2004~2006 年統計, 国ごとに異なる)を見ても、日本の自殺死亡率(人口 10 万対 24.2)は他の先進諸国と比べても高い値にあり(例: フランス 17.6, ドイツ 12.4, カナダ 11.3, アメリカ 11.0, イギリス 6.7, イタリア 6.3), このことから国家レベルでの自殺対策が必要であることがわかる。

(2) 地域的傾向

国内地域別の自殺の現状を見ると、従来から北東北 3 県(秋田県, 岩手県, 青森県), 新潟県, 島根県, 九州地方(宮崎県, 鹿児島県, 沖縄県)等は自殺死亡率が高い数字であることが指摘されてきた(石原, 2003)。また、2008 年(平成 20 年)の厚生労働省の人口動態統計においても、秋田県, 青森県, 岩手県, 宮崎県, 鳥取県, 島根県, 和歌山県, 山形県, 北海道, 鹿児島県といった地方の県が自殺死亡率の上位に並んでいた。

しかし、1998 年(平成 10 年)から始まる自殺死亡者数の増加については、必ずしも地方の県が影響しているとは言い難い。藤田(2003)は 1989~95 年の自殺死亡者数が少なかった時期を基準にして、それ以前(1983~87 年)および以降(1998~2000 年)の増加期との自殺率の比を都道府県別に調べた。その結果、自殺死亡者数の増加

は、地方における自殺死亡者数の増加というよりも、東京・大阪やその周辺の府県といった都市部で顕著であることが示された。実際、1989~95 年の 15 歳以上の自殺死亡者数の平均と 1998~2000 年のそれとを比べると、大阪府は 1,362 人から 2,290 人に、神奈川県は 1,081 人から 1,838 人に、東京都は 1,756 人から 2,773 人へと大幅に増えていた。

(3) 年齢, 性別による傾向

性別ごとの自殺死亡者数を見ると、1997 年(平成 9 年)には、男性が 15,901 人(67.7%), 女性が 7,593 人(32.3%)であったが、自殺死亡者が急増した 1998 年には、男性が 22,349 人(70.4%; 前年比 40.6% 増), 女性が 9,406 人(29.6%; 前年比 19.3% 増)となり、男性の割合が増加していた。この傾向はその後も続き、自殺者数が最も多かった 2003 年(平成 15 年)には男性が 23,396 人(72.9%), 女性が 8,713 人(27.1%)であり、2008 年(平成 20 年)には男性が 21,546 人(71.3%), 女性が 8,683 人(28.7%)となっている。また、1997 年, 1998 年, 2003 年, 2008 年の変化を人口 10 万対の自殺率で示すと、男性は 26.0 から 36.5 へ増加, 38.0 とピークを示し, 2008 年は 35.1 となっている。女性は 11.9 から 14.7 へ増加したのをピークに, 2003 年 2008 年ともに 13.5 となっている。

年齢別では、中高年の自殺死亡者が多く、2008 年は 45 歳から 64 歳までの自殺死亡者が総数の 37.6%を占めていた。2008 年の自殺死亡率で見ると、母集団の数が少なくなることから率としては高い値が出やすくなる 85 歳以上を除けば、もっとも高率なのが 55~59 歳の 35.5 であり、60~64 歳の 33.2, 50~54 歳の 32.9, 45~49 歳の 31.1 と続く。55~59 歳をピークとするこの傾向は男性に顕著であり、この年齢層

(45～64歳)の男性の自殺死亡者数は8,855人と総数の29.3%を占めた。一方、女性にはこのような傾向は見られず、概ね年齢の増加とともに自殺率が増加する傾向が見られた。

(4) 自殺の原因・動機

次に、警察庁統計から自殺の原因・動機別に見ると、健康問題が約半数を占め、次いで経済・生活問題、家庭問題、勤務問題、男女問題、学校問題の順となる傾向が続いている。1998年以降の自殺死亡者数の増加においてもこの傾向は変わっていないが、健康問題に比べて、経済・生活問題が原因・動機となっている件数の増加が著しい。すなわち、遺書の有無にかかわらず、1997年に健康問題、経済・生活問題を原因・動機とした自殺はそれぞれ13,659人(56.0%)、3,556人(14.6%)であったものが、1998年には16,769人(51.0%、前年比123%増)、6,058人(18.4%、前年比170%増)となった。その後、健康問題を原因・動機としたものは減少傾向にあり2003年には15,416人(44.8%)となったが、経済・生活問題は増加傾向を示し2003年には8,897人(25.8%)となり、2006年(平成18年)*まで同程度の割合で推移している。

*警察庁では平成19年に自殺統計原票を改正し、推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としたため、この前後での比較は行えない。

2. これまでの自殺対策について

このように、自殺死亡者の増加は国家として看過できない問題であり、火急な対策が望まれる。特に、中高年男性の自殺が増えていること、地方だけでなく大都市においても自殺死亡者数が増えていること等が注目される。既に、国内外において自殺予防活動が行われており、自殺死亡者の減少

に効果のあった取り組みも報告されている。自殺対策を考える際にはこのような先行する取り組みが参考になる。

(1) 海外における自殺対策

まず、海外では既に多数の自殺対策がとられている。Taylor et al. (1997)は、自殺予防についての国家の取り組みについてまとめている。その結果、包括的な戦略をもって国家的な取り組みを行う国としてフィンランド、ノルウェー、スウェーデン、オーストラリア、ニュージーランドの5カ国を挙げている。また、国家的なレベルの予防プログラムがある国としてイギリス、フランス、米国等5カ国を挙げており、日本は、カナダ、ドイツとともに、国家的な活動のない国に分類されている。

Taylor et al. (1997)をもとに自殺予防の取り組みを要素別に分けると、以下のように分類される。

- 1) 一般市民への教育：自殺への偏見をなくすために、テレビやラジオを使って教育的番組を流したり(ノルウェー)、一次予防的あるいは、ヘルスプロモーションの視点での一般市民への教育を行う(フィンランド)。
- 2) メディア対策：メディアの情報が自殺を誘発する恐れが指摘されており(Stack,2000)、メディアの自殺に関する情報に配慮する(坂本・影山,2005)。
- 3) 学校でのプログラム：自殺に対して深い認識をもってもらい、周囲の生徒や学生の様子にも気がつくように教育プログラムを行う。
- 4) うつ病や他の精神障害の発見：医療現場において、うつ病や他の精神障害を発見し適切に治療するよう教育プログラムを施す(Rutz et al.,1989; Rutz, Carlsson.et al., 1992; Rutz, von Knorring & Wålinder, 1992)。事実、うつに対して、薬物療法が

主にかかりつけ医によって行われているアメリカ、ヨーロッパ諸国やオーストラリアでは、抗うつ薬の総処方数の増加と自殺数の減少の関連が報告されている (Hickie et al.,2001, Grunebaum et al., 2004, Isacsson,2000; Carlsten et al.,2001, Kelly et al.,2003, Rihmer,2004, Hall et al.,2003)。しかし、その一方で、抗うつ薬は自殺念慮や自殺未遂を引き起こす場合があるという報告もあり、自殺予防における抗うつ薬の役割はまだ確立しているとはいえ、心理社会的アプローチも活用しながら慎重に対応することが望ましい (Baldessarini RJ et al., 2006)。なお、大うつ病患者に、パニック発作、重篤な精神不安、集中力の低下、強い不眠、中程度のアルコール乱用、重篤な興味・喜びの消失(快感消失)が認められる場合は1年以内に自殺する危険性が高い。一方、重篤な絶望感、自殺念慮、自殺企図の既往が認められる場合は1年以上後に自殺する危険性が高いと報告されている (Fawcett J,1990)。

5) アルコールと薬物対策: アルコールは、精神疾患の既往の有無に関わらず自殺のリスクを高める。気分障害が伴うとリスクはさらに高まる (Sher,2006)。このことから、アルコール・薬物問題の早期発見、精神保健サービスの増強、物質乱用の家族へのサポート、全体的なアルコール消費量の削減を目指した政策等が行われてきた (フィンランド)。

6) 身体疾患の影響: 身体疾患の心理的反応にも注意して適切なサポートを提供したり、精神的危機を発見できるようにスタッフを訓練したり、自助グループを奨励したりする (フィンランド)。

7) 精神保健サービスへのアクセスの促進: 精神保健サービスを利用しやすくする。

8) 自殺企図のアセスメント: 自殺企図のリスクを評価して自殺予防につなげる。

9) ポストベンション: 自殺者の親族や友人に対するカウンセリングとサポートを行う。

10) 危機介入: 失業や家族への暴力等の危機に対して、家族や本人をサポートする (フィンランド)。

11) 労働・雇用対策: 若年者の就職先の増加を目指す (ニュージーランド, フィンランド)。長期の非就業者へのセミナーの実施等。

12) 訓練: 自殺の危険がある人を早期に発見することを目指して、自殺予防に関連する各所のスタッフを訓練する。例えば、保健福祉関係のスタッフ、教育関係者、職業紹介所のスタッフ、公安関係者等も含まれる (ニュージーランド)。

13) 自殺の手段への対策: 自殺の手段 (例: 銃, 薬物) へのアクセスを低減する。どこまでを規制するかは国により異なるが、ガス, 火器, 薬, 橋へのアクセスの制限は、自殺予防に効果的であると報告されている (Daigle,2005)。

このように、さまざまな対策が考案され実行されているが、Mann et al. (2005) や Goldney (2005) のレビューによると、自殺対策の効果を厳密な科学的方法で検証することは多くのコストを伴うため、困難だとされている。つまり、自殺というのは非常に稀な現象であるので、十分な効果を見出すために確保しなければならないサンプル数は非常に大きくなってしまっている。また、自殺に特有なリスク因子もはっきりとはわかっていない (Gunnell & Frankel,1994; Lewis et al.,1997)。

Mann et al. (2005) や Goldney (2005) はレビューを行い、これまで行われてきた自殺対策について総括している。より包括的なレビューを行っている Mann et al. (2005) の結果によると、自殺やそのリスク因子であるうつに関する啓発活動 (一般

市民、かかりつけ医、gatekeeper* それぞれに対するもの)、スクリーニング、治療的介入(薬物療法、心理療法)、自殺未遂者へのフォローアップ、自殺手段へのアクセスの制限(小火器・農薬・睡眠薬の制限、家庭用ガス・自動車排気ガスの無毒化等)、メディア対策等が挙げられている。このなかでもっとも有効な介入は、かかりつけ医への啓発教育(うつ病の早期発見、適正治療のトレーニング)、gatekeeper への啓発教育、および、自殺手段へのアクセスの制限(小火器・睡眠薬の制限、家庭用ガスの無毒化)としている。

*gatekeeperとは「門番、守衛、監視者」等と訳されるが、ここでは聖職者、薬剤師、高齢者の介護人、企業の人事担当スタッフ、学校・軍隊・拘置所等の組織の労働者を指す。

リスク要因をもつ個人を同定するスクリーニングは、特に高校や大学等で成功例が報告されている一方で、一般人口において実施し高リスク群を見いだして自殺率の減少を目指すことについては、費用対効果を検討する必要があると述べられている。

(2) 国内の自殺対策

近年、国内では地域介入による自殺対策に関する知見が集積されつつある。日本において、1985年以降に5年間以上施行された地域介入研究は7件であった。いずれの地域介入研究も、研究デザインは準実験的デザインであり、主要評価項目は自殺死亡率であった。7件中6件では、65歳以上の住民を介入対象に設定し、プログラムは自治体が主導して実施されていた。

先駆けとなった新潟県(旧)松之山町(現:十日町市)の介入では、一次予防として市民への普及・啓発活動、及び高齢者への集団援助を実施し、二次予防として高齢住民に対するうつ状態スクリーニングと精神科医・一般医によるフォローアップを主

要なプログラムとして10年間実施したところ、150(人口10万対)を越える65歳以上自殺死亡率が、男女ともおよそ4分の1に減少していた(高橋ら,1998;2003)。

岩手県(旧)浄法寺町(現:二戸市)では、一次予防として市民への普及・啓発活動を実施し、二次予防として高齢住民に対するうつ状態スクリーニングと精神科医によるフォローアップを10年間実施したところ、65歳以上自殺死亡率比が男性0.27(95%信頼区間:0.08-0.94)、及び女性0.24(95%信頼区間:0.10-0.59)であり、死亡率比は有意に減少していた(Oyama et al.,2004)。

また、青森県(旧)名川町(現:南部町)では、一次予防として市民への普及・啓発活動、及び高齢者への集団援助を実施し、二次予防として高齢住民に対するうつ状態スクリーニングと一般医によるフォローアップを6年間実施したところ、男性0.48(90%信頼区間:0.10-2.31)、及び女性0.26(90%信頼区間:0.07-0.98)であった(Oyama et al.,2006)。また、普及・啓発活動が住民の援助希求行動を促進することが示唆された(Sakamoto et al.,2004)。すなわち、上記の地域介入研究では、高齢男女とも自殺死亡率の減少がみられた。

次に、介入プログラムとして、一次予防のうち市民への普及・啓発活動を実施し、二次予防として高齢住民に対するうつ状態スクリーニングが地元の一般医により行われた地域介入研究が2件ある。新潟県(旧)松代町(現:十日町市)および(旧)安塚町(現:十日町市)では10年間の介入によって、65歳以上自殺死亡率比が、男性では松代町1.02(95%信頼区間:0.49-2.13)、安塚町0.51(95%信頼区間:0.22-1.19)であり、女性では松代町0.30(95%信頼区間:0.14-0.67)、安塚町0.36(95%信頼区間:0.14-0.93)であった(Oyama et al.,2006)。

すなわち、二次予防としてのスクリーニングが一般医に担われた場合、その自殺予防効果は高齢女性に波及するものの、高齢男性についてはその効果が及び難い可能性がある。

また、一次予防を主とした介入プログラムを実施した地域介入研究もある。秋田県(旧)由利町(現:由利本荘市)では、一次予防として市民への普及・啓発活動、および、高齢者への集団援助を実施したものの、二次予防としてのスクリーニングは行わなかった。8年間の活動の結果、同率比が男性0.79(95%信頼区間:0.18-3.52)、女性0.24(95%信頼区間:0.10-0.58)であり、高齢女性で自殺死亡率の有意な減少を認めた(Oyama et al.,2005)。

秋田県のほかの4町村では、すべての年代層に対して比較的大規模な複合的介入が実施されており、4年間のうち同地域の自殺死亡率が68.0(人口10万対)から27%減少している(Motohashi et al.,2005)。このような介入は鹿児島県でも開始されている。

上述した国内7件の地域介入研究は、他の地域でも地域介入により自殺対策が有効である可能性を示している。介入効果が期待される対象人口は、高齢女性層のみならず、男性層や全年代層に及ぶことを示す知見も含まれている。しかしながら、ほとんどの研究は介入地域の人口規模が小さく、介入状況の把握が十分とは言い難い。また、設定地域が地方郡部の自殺多発地帯に限定されているため、近年、自殺死亡が急増した都市部においても、地方郡部で試みられてきた地域介入方法が有効に機能するかは不明である。さらに、対照群が設定されていないこと、評価項目として自殺死亡のみを使用しており自殺未遂が考慮されていないこと、などの問題もある。

すなわち、国内の現状は必ずしも地域介入による自殺予防効果が十分に検討されているとはいえない段階にあるといえる。このため、比較対照地域を設定した大規模な地域介入研究を実施することが必要である。主要評価項目には自殺死亡に加えて自殺未遂を含むこと、また、介入方法は地域の組織化と社会資源の開発をとおして、一次予防、二次予防および三次予防による自殺対策を地域の特性に相応して複合的に構成することが求められる。

これまで国内の自殺対策はほとんどが地方郡部の地域行政の保健事業の一環として行われている。研究によって得られる結果の一般化可能性の点からも、どの地域でも適用が可能な介入方法の検討が望まれる。ただし、地域特性の違いにより、介入の密度やその効果の速度が異なる可能性が考えられる。加えて、都市部での自殺対策の実績がほとんどない。そこで本研究では、これまでの自殺対策の取組にもかかわらず自殺死亡率が長年にわたって高率な地方郡部の地域で構成される複合介入グループでの介入効果の検討と、人口が密集している都市部地域で構成される大都市対策グループでの介入効果の検討の、2つの目的を設けることとした。

複合介入グループの地域では、介入地区と対照地区を設定し、研究班介入プログラム委員会で作成した、一次予防から三次予防までのさまざまな自殺対策を組み合わせた新しい複合的自殺予防対策プログラム(以下、介入プログラム)を介入地区で実施し、通常の自殺予防対策を行う対照地区と比較して、自殺企図(自殺死亡及び自殺未遂)の発生に効果があるかどうかを検討する。

大都市対策グループの地域でも介入地区と対照地区を設定し、複合介入グループと同じ介入プログラムを介入地区で実施し、

通常の自殺予防対策を行う対照地区と比較して、自殺企図（自殺死亡及び自殺未遂）の発生に効果があるかどうかを検討する。

ただし、本研究で介入効果を検討する際に使用する人口動態統計死亡小票による自殺死亡データは、研究期間終了時にはまだ固定されておらず、解析に使用することができなかった。そのため、解析結果は今後データを利用できるようになってから作成される報告書で報告することとし、本報告では、地域で介入プログラムを実践した結果を主に報告する。

B. 研究方法

1. 対象地域と対象者

これまでの自殺対策の取組にもかかわらず自殺死亡率が長年にわたって高率な地方郡部の地域（複合介入グループ）として、青森地域、秋田地域、岩手地域、南九州（鹿児島・宮崎）地域が参加した。人口が密集している都市部地域（大都市対策グループ）として、仙台地域、千葉地域、北九州地域が参加した。これらの各地域において、研究実施のための条件を満たし、過去の自殺企図（自殺死亡及び自殺未遂）の発生率や地区特性が似た介入地区と対照地区を設定した。対象者は、各地域における介入地区と対照地区を住所地とする日本人及び外国人である。

2. 介入方法

試験介入として、研究班介入プログラム委員会で作成した介入プログラムに準拠した自殺対策事業を、参加地域の各介入地区の保健事業者を実施してもらうよう依頼した。したがって、試験介入である自殺対策は地域の保健事業として行われた。介入プログラム手順書に準拠して行う自殺対策は、介入地区間で内容が可能な限り同質になるよう努めた。

対照地区では、通常の自殺対策、あるいは試験期間中に一般的にあった自殺対策を行った。

試験期間は、2006年7月～2009年12月とした。

(1) 試験介入内容

試験介入である、研究班介入プログラム委員会で作成した介入プログラムの概要は以下の通りである。一次予防から三次予防までのさまざまな自殺対策を組み合わせたもので、6つの領域で構成されている。詳細な内容は、介入プログラム手順書^{*}に記載した。介入プログラム手順書を各介入地区へ配布し、これに準拠した自殺対策事業を実施するよう求めた。

- 1) こころの健康づくりネットワーク
 - ・都道府県レベルでの関係部署・機関等のネットワーク会議の設置
 - ・試験介入地域におけるこころの健康づくり・自殺予防連絡会の設置
- 2) 一次予防
 - ・一般住民向け普及啓発
 - ・地域のキーパーソン向け普及啓発
- 3) 二次予防
 - ・ハイリスク者のスクリーニング
 - ・相談や訪問等の支援
- 4) 三次予防（ポストベンション）
 - ・自死遺族の把握
 - ・自死遺族の支援
- 5) 物質関連障害（アルコール関連障害等）、統合失調症等の精神疾患による自殺の予防
 - ・物質関連障害（アルコール関連障害等）へのアプローチ
 - ・統合失調症へのアプローチ
- 6) 職域へのアプローチ
 - ・勤労者へのアプローチ
 - ・離職者へのアプローチ

※ 試験介入期間終了にあたって、各地域の責任者や自殺対策の実務担当者らから、介入プログラム手順書の改善に関する意見を集め、地域介入研究班リーダー・介入プログラム委員会・地域介入研究班事務局で集約し、「地域における自殺対策プログラム」として厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/index.html>）にて公開中である。

(2) データ

各介入地区および対照地区、人口動態統計などから、次のデータを収集した。1)～5)は試験介入の有効性を評価するために使用し、6)は介入プログラムに準拠した自殺対策の実施実績を確認するために使用する。ただし、1)の人口動態統計死亡小票による自殺死亡データは、研究期間終了時にはまだ固定されておらず、解析に使用することができなかった。そのため、解析結果は今後データを利用できるようになってから作成される報告書で報告することとする。

1) 自殺死亡に関する情報

人口動態統計に基づく研究開始前の過去55年間（1950年から2005年）の地区（介入地区、対照地区）、性、年齢（5歳階級）別の日本における日本人及び外国人の自殺死亡者数、および試験期間中の自殺死亡者に関するデータのうち、個人情報に関する部分を除いた情報（死亡小票の目的外使用申請による）。

2) 自殺企図に関する情報

消防署の救急事故等報告に基づく試験開始前の過去5年間（2001年から2005年）の、日本人及び外国人の自損行為の搬送事例について、搬送区分、覚知日、傷病者住所（市区町村あるいは行政区）、出場先住所（市区町村あるいは行政区）、発生場所区分、傷病程度（死亡、重症、中等症、軽症）、性別、年齢、自損方法の情報、および、試験期間中の、個人情報に関する部分を除いた

情報。

3) 人口に関する情報

住民基本台帳もしくは国勢調査等の情報に基づく研究開始前の過去55年間（1950年から2005年）の10月1日における地区（介入地区、対照地区）、性、年齢（5歳階級）別の総人口（日本人及び外国人）、および、試験期間中の同情報。

4) 地区特性に関する情報

研究開始前の、地理情報、未婚者割合、死別者割合、離別者割合、核家族世帯割合、完全失業率、労働力人口比率、1年間の転入者数と転出者数等（既存の統計情報等による）。

5) 自殺対策の実施状況

研究開始前の過去5年間の自殺対策の実施状況に関する情報、および、試験期間中の同情報。

6) 試験介入の実施実績に関する情報

試験期間中の、介入プログラムに準拠した自殺対策の実施実績に関する情報（実施日、実施内容など）。

(倫理面への配慮)

本研究は、疫学研究の倫理指針を遵守し、個人情報保護に関してもこれに従う。死亡小票の目的外使用をする際、個人情報に触れる可能性があるが、目的外使用の許可を得た使用者が個人情報に関する部分を取り除いた情報を収集する。救急事故等報告を、許可を得て使用をする際にも、個人情報に触れる可能性があるが、消防署職員等（通常業務で個人情報を取り扱う人）が個人情報に関する部分を取り除いた情報を収集する。したがって、本研究で収集するデータには、個人を同定できる個人情報は無い。

介入の実施は保健事業として行われ、実務で取り扱われる個人情報に関しては、通常の保健事業と同様の法律、規則、規定が適用を遵守する形で取り扱われる。地域介

入研究班は、介入の実施において個人情報
が適切に扱われるよう、個人情報保護に関
する説明会を開催するよう保健事業者に依
頼し、実施状況を確認する。

なお本研究の実施にあたっては、分担研
究者・研究協力者の所属機関等である大学
や病院の倫理委員会において、倫理審査を
諮り承認を得た（2006年7月～2007年3
月）。また本研究の各対象地域の首長から研
究協力について承諾を得た後に（2006年1
月～9月）、研究を開始した（2006年8月
～2007年3月）。各地域の倫理審査承認
日・首長の研究協力承諾日を表1に示す。

C. 研究結果

1. 地域介入研究実施体制

地域介入研究班班会議は年に1～2回実
施し、研究の進捗状況の報告および地域責
任者から各地域の取り組み状況が発表され
た。研究班運営委員会では研究の運営実施
に関する審議事項を検討し、介入プログラ
ム委員会では介入プログラム手順書の改訂
およびプロセス評価の結果を審議した。

2. 7地域の介入状況

いずれの地域においても、介入プログラ
ム手順書に準拠して介入を行った。複合介
入グループ4地域、大都市対策グループ3
地域の介入状況は以下の通りであった。

(1) 複合介入グループ：青森地域

介入地区における自殺対策は、介入地区
の担当保健師を中心に精神保健福祉センタ
ーのスタッフがチームとなり、地域の保健
活動の実情に合せながら実効力のある介入
策を目指した。一次予防では、一般住民、
職場、病院・医療関係者・小学校等の教育
現場など可能な限り広範な対象に対して行
った。二次予防に該当する活動では、ハイ
リスク者の早期発見、メンタル面での継続

的なケアを主眼に置き、スクリーニングや
地域の中核病院との連携システムの構築を
図った。三次予防では、個々の遺族のニー
ズへの柔軟な対応に留意し、対象者につい
ての訪問活動、専用電話の設置、精神保健
福祉センター主宰の自死遺族の集い（りり
ーふの会）との連携等を行った。4年間の
活動は、介入地区における自殺対策および
メンタルヘルスへの意識の向上や、具体
的な対応策の具現化に大きな意義があつた
と思われる。一方、健康問題のみでなく、
経済的な問題など重層的な対策が必須であ
ることやマンパワーの絶対的な不足などの解
決すべき問題も浮き彫りになった。

(2) 複合介入グループ：秋田地域

介入地区での特色ある取り組みとしては、
対象市の全世帯を対象に保健師等のチーム
が訪問を行う「ふれあい声かけキャンペ
ーン」を平成19～21年度の3カ年かけて実
施したこと、対象市に販路をもつ地元新聞
社である北羽新報に自殺予防キャンペーン
広告を継続的に掲載したこと、対象市内の
路線バスに自殺予防広告を掲載したことな
どが挙げられる。また、うつスクリー
ングとして、介入初年度に秋田大学が中心
となり心の健康づくり基礎調査を一部地区
住民に対して実施し、調査結果を踏まえた啓
発活動の推進とハイリスク者への対応を実
施したことが特筆される。行政、民間団体、
大学等との連携も事業が伸展するにつれて
密になり、市全体で自殺対策を推進してい
こうとする機運が高まった。市長が事業開
始より自殺対策事業に深い理解を持ち、啓
発活動をはじめ、様々な対策の場面でトッ
プとしての推進姿勢を見せたことも自殺対
策の推進に役だったと思われた。

(3) 複合介入グループ：岩手地域

岩手医科大学神経精神科学講座内に岩手

地域事務局を設置し、対象市の保健所、市町村の協力のもと、同保健所内に介入地区事務局を設置して地域の自殺対策活動の実施体制を構築した。具体的な活動としては、関連機関レベル、県市町村・専門家レベル、実務者レベルのネットワーク活動を実施した。一次予防活動では、幅広い対象に対する普及啓発を実施したが、検診等の既存事業に普及啓発を組み込む形での実施も効果的であった。また、住民相互の交流が深まるようなサロン活動等の地域づくり活動にも力を入れた。二次予防活動では、うつ病のスクリーニングをはじめとする保健医療福祉領域だけでなく、多重債務や生活苦などの問題に対応する窓口やボランティア活動も重要であった。三次予防活動では、遺族が安心して地域で暮らせるような地域づくりという観点も踏まえて活動を実施した。物質関連障害（アルコール関連障害等）、統合失調症等の精神疾患による自殺の予防では、地域精神保健における活動が重要であり、既存の活動の中に自殺問題を取り入れて実践するようにした。職域へのアプローチでは、当該市は中小零細企業が大部分であるため、各事業所へ出前講座を行ったり、検診等のような労働者が参加する事業と連携を行いながら実施した。

(4) 複合介入グループ：南九州地域

複合介入グループ南九州地域は、南九州（鹿児島）地域と南九州（宮崎）地域で構成されている。それぞれの地域の保健所や自治体を中心となって介入を行ったが、合同で南九州地域班会議を開催し情報交換を行うなど、介入の標準化を図りながら実施していた。

鹿児島地域では、2保健所を中心に関係機関の協力を得て3市町で複合的自殺対策プログラムを実施した。関係機関・団体とのネットワークづくりであるこころの健康

づくり・自殺予防連絡会の開催や健康教育用DVDをはじめ、パンフレットや各種啓発グッズを活用した普及啓発活動、うつスクリーニングの実施によるハイリスク者への支援、こころのケアナース養成事業による人材養成や地域の相談支援体制の整備などを中心に自殺対策を推進した。本研究事業を通して、自殺対策は新たな事業を全くのゼロから始めるのではなく、既存の事業に自殺対策の視点を取り入れることで推進すると思われた。さらに、医療や保健・福祉、法律等の専門家は各専門領域における役割、行政は啓発や相談支援体制の整備といった役割、地域住民は自殺対策への理解を深め、自己管理や地域の見守り・支え合いというような役割をそれぞれが発揮していくことが必要であり、これらが連携して共に取り組むことが自殺対策を推進する地域づくりに繋がると思われた。

宮崎地域では、地域事業の中で複合的自殺対策プログラムを実施したが、中でも地域づくりを中核に据えて、既存事業等に自殺対策の視点を加えて行った。具体的な活動としては、西諸地域自殺対策協議会や担当者会議等のネットワークを活用し、啓発手法の拡大や地域における見守り等へと繋げた。一次予防では、メッセージを入れた青Tシャツ等の啓発媒体を用いて、地域住民、キーパーソン、専門職を対象とした研修会にて啓発を行った。また、インターネット検索サイト「みやざきこころ青Tねっど」を構築し、相談先の検索性を向上させ、専門支援機関につながる地域づくりを行った。二次予防は、各種検診や母子保健推進員による訪問においてスクリーニングを実施し、各機関の相談窓口と連携して相談や訪問を行った。三次予防では、「自死遺族のつどい」を開催し窓口情報等の提供を行った。介入プログラムを実践したことにより、地域全体での自殺対策や精神疾患に対する

理解が向上し、既存の地域資源、キーパーソンの抽出・再確認を行うことができた。さらに、実践に伴い定期的に現状や取り組み状況の検討を行ったことで、関係機関における情報の共有がスムーズに行われるようになり連携体制の強化が図られた。

(5) 大都市対策グループ：仙台地域

都市自治体において、一次予防から三次予防に亘る自殺総合対策の事業化を進めるにあたって留意すべき点は以下の通りである。①関連部署が横のつながりをもって、自殺対策という観点から既存事業の情報収集を行い、事業の調整や新規事業の企画・運営・実施を円滑に行うための仕組みを作ること(例:庁内横断的プロジェクト会議)、②自治体レベルで実施される公的事業と多様な組織・団体が主体となって実施される民間活動が、相互に影響を及ぼし合いながら、両者の事業を活性化させていくモデルを実現する仕組みを作ること(ネットワーク会議)、③ポピュレーションアプローチでは、自殺対策の観点から既存事業の内容・方法を再検討すること、④ハイリスクアプローチでは、自殺対策の観点から既存事業を再検討するとともに、ポピュレーションアプローチとのつながりや事業間の連携をも考慮したトータルな事業調整を行うこと、⑤自死遺族支援では、自治体は民間活動と連携し、十分に情報を収集し、相互理解を深めた上で、個々の活動を多様な形態で支援していく方法を講じる必要がある。

(6) 大都市対策グループ：千葉地域

大都市での自殺者数は近年増加しているが、当該市も首都圏の都市として同傾向を有していた。人口が多さ、昼間人口/夜間人口が少なく市外に働きに行っている人が多いこと、若者や核家族が多いこと、自治体が大所帯であること等の理由で、都市部

における自殺対策の推進には困難が多く、当該市での対策の実施においても労力と費用が必要であった。都市部における自殺対策では、社会資源の多さという特徴を活かすために、関係者・関係機関との連携と地域のネットワークづくりが必要不可欠であった。さらに、一般市民に対する普及啓発活動では、自殺(予防)をタブー視しないための普及啓発活動をより推し進めていく必要があり、具体的な手法としては広報誌やホームページの活用が有効であった。また、マスコミ等を通じた普及啓発活動も非常に重要であり、マスコミに対する普及啓発・連携が必要性感じた。その他、地域のキーパーソンの育成も重要であり、医師、看護職、行政職、精神保健に関わる関係職、生活支援職、介護職、民生委員など多岐に渡る職種に対して養成講座を実施した。物質関連障害(アルコール関連障害等)、統合失調症等の精神疾患による自殺の予防では、当該市では、平成17年から「マディソンモデル活用事業」という地域精神保健地域ケアシステムを展開した。ネットワークコーディネーターが、精神障害のために地域生活が継続できない人等を直接支援するとともに、地域を回りスーパーバイズやネットワーキングを行い、支援機関との連携の強化を行った。また、包括型地域生活支援プログラム(ACT-J)が訪問看護ステーションとして機能し、重度の精神障害を持ちながらも地域での生活が可能になるよう他職種からなるチームが積極的に訪問し、利用者の様々なニーズに対応した。さらに、千葉県独自の生活支援機関である中核市域生活支援センターやホームレス支援団体と連携し、障害の有無にかかわらず住民のセーフティーネットとして支援を行った。地域ケアシステムと連携しながら精神障害者を地域で支える仕組みが自殺予防活動としても役だった。職域へのアプローチは、当

該市内の事業場の95%は30人未満の小規模事業場であり、実態調査結果からはメンタルヘルス対策は必要と認識しているが、実際にはほとんど実施されていない実態が明らかとなった。そのため、市内の小規模事業場を対象に商工会議所と連携して研修会を行った。ハイリスク者のスクリーニングや市外へ通勤している勤労者や無職者へのアプローチなどは今後の課題として残された。

(7)大都市対策グループ：北九州地域

当該市に「こころの健康づくり事業計画策定協議会」を設置し、多様な活動を行い毎年2回の連絡協議会を開催し、活動を評価しながら介入を行った。これらの活動は協議会メンバーが中心となり、介入プログラム手順書に従って対策を実施したが、4年間の活動を重ねる毎にメンバーの意識も高まり、行政にも意識の変化が起こり、住民の自殺に対する理解も深まったと思われる。精神疾患の啓発の中心は、自殺企図が最も多いとされるうつ病などの気分障害などであったが、アルコール依存症、統合失調症、認知症などの他の精神疾患に対する一般住民の意識や偏見も軽減してきたと考えている。さらに精神疾患以外にも自殺と関連する多重債務やギャンブル依存などに関する講演会を開催したり、自死遺族支援のための窓口を設置した。また、「世界自殺予防デー」あるいは「いのちの日」の街頭キャンペーンなども協議会メンバー、ボランティアなどと共に行った。行政のトップの意識変化が住民の意識の変化と関連するように思われた。活動の中では、こころのケアナース養成講座や小規模な講演会など講演者と対象住民との距離が近いものほど効果があるように思えた。

3. 地域介入研究班（NOCOMIT-J）実施体制

本研究は7地域8地区の多地域が参加する大規模共同介入研究であり、4年という長期間の介入期間において、介入プログラム手順書に定められた介入事業を各地域が円滑に実施できるように支援する必要があった。また、本研究の開始に伴い初めて自殺対策に取り組む地域も存在したため、各地域で自殺対策に取り組む保健師や地区町村の行政職員等が介入プログラム手順書に記された介入の趣旨や内容を正しく理解し、自殺対策に取り組めるように配慮する必要があった。

そのため、地域介入研究班では戦略研究リーダー・サブリーダー、研究班運営委員会、介入プログラム委員会等を設置し、各地域に地域責任者を置いて介入事業の実施・運営の取りまとめを行う体制を築いた。また、地域介入研究班事務局を設置し、各地域の介入状況の把握や各データの取りまとめ等を行い、研究を円滑に実施できる体制を整備した。

具体的には、研究班では地域訪問（2007、2009年の2回実施）を実施して地域の活動の実情や実務者が抱えている問題点等を把握したり、実務者研修会の開催（全7回、総参加者269名）によって実務者のスキル向上を図ることにより介入の標準化が図れるように工夫した。また、地域間交流を促進することにより、実務者同士が他地域の工夫やノウハウを吸収し共有し合えるように努めた。本研究は自治体の自殺対策事業と研究を兼ねる形で実施されたため、開始当初は事業と研究の融合、推進について多少の混乱が生じたこともあった。しかし、地域と研究班の各委員会、事務局による重層的な研究班組織を構築することにより、最終的には対象地域の自治体や関連機関等、および、実務者の方々の強大な支援を受け

て円滑に研究を遂行することができたと考える。

4. 介入プログラムに基づく自殺対策教材(事例集・視覚教材)の作成

本研究で実施された複合的自殺対策プログラムをこれから自殺対策事業を始める地域の活動に役立てることを目的として、本研究における介入プログラムに準拠した自殺対策従事者向けの事例集および視覚教材を作成した。事例集では、介入プログラムの中で重点的、先進的な取り組み事例を紹介し、視覚教材では従事者が理解しやすいように取り組みの様子を、映像を用いて解説した。これらの自殺対策教材については、厚生労働省主管課から全国各地に配布する方向で検討中である。

D. 考察

わが国では、自殺者が年間3万人を超えたまま続いていることを受けて、表2に示したような様々な施策が行われてきている。しかし、残念なことにその効果はまだはっきりとした形では現れていない。その大きな原因として考えられるのが、これまでの施策が自殺という単一の現象に対するもので、うつ病対策や失業者対策など、単一の領域への単一のアプローチに特化したものであったことである。そのために、地方の自治体の日常の業務の中にどう組み込むかが難しい面があった。しかも、その時々には推奨されるアプローチが、効果があるかどうかという科学的根拠が検証されていないものであった。さらにいえば、経済的な支援もごく少ないものであった。

一方、本研究に先立って行われた先駆的な研究によれば、自殺は多くの要因が複雑に絡み合って生じるものであり、多面的なアプローチを複合的に施行する必要があることが示唆されている。しかし、それは小

さい地方の地域における活動の成果であることから、より広い範囲での活動にどう生かすかの検証が不可欠であった。本研究は、そうした社会的要請のなかで開始され、実践されたものである。

本研究の基本的な枠組みについては、ホームページ「J-MISP Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention～自殺対策のための戦略研究～(<http://www.jfnm.or.jp/itaku/J-MISP/index.html>)」の「地域介入研究班」のセッションの「自殺対策のための地域介入プログラム(概要版)」にも示しているが、①こころの健康づくりネットワークの構築、②普及啓発や住民参加型の交流を中心とした一次予防、③スクリーニングや相談体制の整備などの二次予防、④自死遺族支援などの三次予防(ポストベンション)、⑤物質関連障害(アルコール関連障害等)や統合失調症等の精神疾患に対するアプローチ、⑥職域に対するアプローチ、の6つの領域から構成されている。今回の報告書は、各地域でその6つの領域をどのように実践したかを紹介したものであり、各地域の工夫なども反映されている。

そうした中で、本研究を通してあらためて浮かび上がってきた自殺対策のポイントを以下にまとめることにしたい。

① 複合的な関わりの重要性

自殺は多様な要因で起きることから、その対策においても単一の介入ではなく、多くの介入策を複合的に進めることが重要である。このことは、これまで自殺対策で成果を上げている地方での取り組みを見ても明らかである。そうした先駆的な取り組み事例を参照にしながら戦略研究の方法論を作成し、多くの組織の参加を呼びかけて地域のネットワークを構築したところに本研究における介入の意義がある。

② コミュニティの再構築の重要性

自殺の急増には、人間関係の希薄化が影響していると考えられる。その点では、人間的な触れあいのあるコミュニティの再構築が自殺対策では重要であり、地域住民の交流を支援するような試みが啓発活動と並行して行われた。また、各医療機関で悩みの相談にのる「こころのケアナース」事業など、住民が相談できる機会を可能な範囲で増やすことも重要である。

このように、地域の再生という視点に立てば、ほとんどの自殺対策は、工夫次第で、既存の事業に相乗りする形で行うことが可能であることが、本研究から明らかになった。もちろん、パンフレットなど必要な啓発資料の作成には補助金が必要であるが、現在機能している各種の相談窓口や担当課が、それぞれの役目をきちんと果たすと共に、通常業務に「自殺対策」という視点を常に持てるように資質の向上を図り、横のつながり、ネットワークによる連携を密にすることだけでも、自殺対策としてできることは多いことがわかった。

③ 精神疾患対策

自殺対策とうつ病対策が混同されることが多いが、うつ病に限らず精神疾患は自殺のリスクが高い。その意味では、スクリーニングなどを用いた早期発見早期介入が重要であることはいまでもないが、受診中の患者の自殺リスクが高いことも忘れてはならない。従って、自殺対策では、うつ病の啓発だけでなく、統合失調症やアルコール依存など他の精神疾患の啓発や、受診中の患者への支援も自殺対策では不可欠である。

なお、働き盛り世代の自殺が多いことは知られているが、それが必ずしも働けるはずの人たちだけではないことにも目を向けるべきである。つまり、そこには働きたくても障害のために働けない、いわゆる障害者の人たちも多く含まれていることがわか

ってきた。そのことから、自殺対策で、精神疾患のために治療を受けている人たちへの支援が必要であり、うつ病に限らず、統合失調症やアルコール依存などのために治療を受けている人を地域で支えていくことが極めて重要になる。

④ 自死遺族支援の多面的要因

自死遺族は精神的にも、社会的にも様々な困難を体験しており、十分な支援が必要である。その際に、自死遺族が期待する支援は様々であることを考慮して、一方的に支援を押しつけることにならないように注意しなくてはならない。そのために、ケースワークを軸としながら、自死遺族の希望を柔軟に受け止められるような、一見受け身に見える体制を整備することも重要であることがわかった。

E. 結論

本研究からは、これまで限られた地域で行われて成果を上げてきた自殺対策が、自治体の既存の事業に相乗りする形でより広い地域でも活用可能であることを示した点で、大きな意義があったと考えられる。また、今回の研究事業を通して、複合的な関わりやコミュニティの再構築、精神疾患対策、自死遺族への多面的支援など、今後の自殺対策でさらに充実させることが望ましいアプローチを明らかにすることもできた。今回の研究で用いた複合的介入の効果については、死亡小表のデータの固定とそれに基づく解析の結果を待たなくてはならないが、それに先立って、自殺対策活動を行う上での具体的な介入の方策とポイントを明らかにできたことは、本研究の大きな成果である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 大野裕, 栗田主一, 飯田英晴, 石田康, 石塚直樹, 岩佐博人, 亀井雄一, 本橋豊, 中川敦夫, 中村純, 西宣行, 大塚耕太郎, 大山博史, 酒井明夫, 酒井弘憲, 鈴木友理子, 田島美幸, 田中江里子, 宇田英典, 米本直裕, 渡邊直樹: 自殺問題と予防対策: 厚生労働省戦略研究 地域における自殺予防活動の重要性と NOCOMIT-J のかわり. 精神神経学雑誌: 110 巻 3 号, Page216-221, 2008
- 2) Ono, Y., Awata, S., Iida, H., Ishida, Y., Ishizuka, N., Iwasa, H., Kamei, Y., Motohashi, Y., Nakamura, J., Nishi, N., Otsuka, K., Oyama, H., Sakai, A., Sakai, H., Suzuki, Y., Tajima, M., Tanaka, E., Uda, H., Yonemoto, N., Yotsumoto, T. and Watanabe, N.: A Community Intervention Trial of Multimodal Suicide Prevention Program in Japan: A Novel Multimodal Community Intervention Program to Prevent Suicide and Suicide Attempt in Japan. NOCOMIT-J. BMC Public Health. 8:315 (2008)
- 3) 大野裕, 田島美幸: 自殺対策のための戦略研究 うつ病のすべて. 医学のあゆみ 219.No.13: 1093-1097 (2006)
2. 学会発表
- 1) 大塚耕太郎, 大野裕, 酒井明夫, 本橋豊, 岩佐博人, 栗田主一, 亀井雄一, 中村純, 宇田秀典, 酒井弘憲, 米本直裕, 山田光彦, 高橋清久: 複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究 (NOCOMIT-J). シンポジウムIV自殺対策のための戦略研究: J-MISP について. 第26回日本社会精神医学会, 横浜市開港記念会館, 横浜市, 2007年3月23日
- 2) Sakai, A., Ono, Y., Otsuka, K., Takahashi, K.: A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: A novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, (NOCOMIT-J), 3rd Asia Pacific Regional Conference of International Association for Suicide Prevention. Nov. HongKong.
- 3) Suzuki, Y., Ono, Y., Sakai, A., Motohashi, Y., Hiroto, I., Awata, S., Kamei, Y., Nakamura, J., Uda, H., Otsuka, K., Sakai, H., Yonemoto, N., Yamada, M., Takahashi, K.: A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: A Novel multimodal Community Intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. WPA Regional Meeting in Seoul. April 18-21, 2007, Seoul.
- 4) Sakai, A., Ono, Y., Otsuka, K., Motohashi, Y., Hiroto, I., Awata, S., Kamei, Y., Nakamura, J., Uda, H., Ishida, Y., Yamada, M., Takahashi, K.: Anticipated effectiveness of community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan (NOCOMIT-J): A study based on the comparison of intervention trials from 2002 to 2004, XXIV World Congress-IASP (International Association for Suicide Prevention), Killarney, Ireland, 28th August-1st September, 2007

H. 知的所有権の取得状況

- 1.特許取得 なし
- 2.実用新案登録 なし
- 3.その他 なし

I. 参考文献

- 1) Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicidal risk in antidepressant drug trials. Arch Gen Psychiatry. 2006 Mar; 63 (3) :246-8.
- 2) Carlsten A, Waern M, Ekedahl A, Ranstam J. Antidepressant medication and suicide in Sweden. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2001; 10:525-530.
- 3) Daigle MS. Suicide prevention through means restriction: assessing the risk of substitution. A critical review and synthesis. Accid Anal Prev 2005;37: 625-632.
- 4) Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, Gibbons R. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. Am J Psychiatry. 1990 Sep;147 (9) :1189-94.
- 5) 藤田利治: 大都市部での自殺死亡急増 保健医療科学 2003;52: 295-301.
- 6) Goldney RD. Suicide prevention: A pragmatic review of recent studies. Crisis 2005;26:128-140.
- 7) Grunebaum MF, Ellis SP, Li S, Oquendo MA, Mann JJ. Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985-1999. J. Clin Psychiatry 2004;65:1456-1462.
- 8) Hall WD, Mant A, Mitchell PB, Rendle VA, Hickie IB, McManus P. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. BMJ 2003; 326:1008.
- 9) Hickie IB, Davenport TA, Naismith SL, Scott EM, Hadzi-Pavlovic D, Koschera A. Treatment of common mental disorders in Australian general practice. Med J Aust 2001; 175 (suppl) :S25-30.
- 10) Isacsson G. Suicide prevention - a medical breakthrough? Acta Psychiatrica Scandinavica2000;102:113-117.
- 11) 石原明子: 統計からみる日本の自殺 - 人口動態統計, 人口動態職業・産業別統計より - 精神保健研究 2003;49: (Suppl) 13-26.
- 12) 警察庁交通局: 平成 20 年中の交通事故の発生状況 <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001054077>
- 13) 警察庁生活安全局地域課: 平成 19 年中における自殺の概要資料. http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki10/h19_zisatsu.pdf
- 14) Kelly CB, Ansari T, Rafferty T, Stevenson M. Antidepressant prescribing and suicide rate in Northern Ireland. Eur. Psychiatry 2003;18:325-328.
- 15) 厚生労働省: 自殺死亡統計の概況. 人口動態統計特殊報告. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/suicide04/>
- 16) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. JAMA 2005;294: 2064-2074.
- 17) Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H. Lowering suicide rates in rural Japan. Akita Journal of Public Health 2005;

- 2: 105-106.
- 18) Oyama H, Goto M, Fujita M, Shibuya H, Sakashita T. Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan. *Crisis* 2006; 27:58-65.
- 19) Oyama H, Koida J, Sakashita T, Sakamoto S, Kudo K. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Mental Health Journal* 2004; 40: 249-263.
- 20) Oyama H, Ono Y, Watanabe N, Tanaka E, Kudoh S, Sakashita T, Sakamoto S, Neichi K, Satoh K, Nakamura K, Yoshimura K. Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 2006;60:110-114.
- 21) Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, Takizawa T, Miura R, Kumagai K. Community-based prevention through group activity for elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 2005; 59: 337-344.
- 22) Rihmer Z. Decreasing national suicide rates fact or fiction? *World J. Biol. Psychiatry* 2004;5:55-56.
- 23) Rutz W, Carlsson P, von Knorring L, Walinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992;85: 457-464.
- 24) Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 85:83-88.
- 25) Rutz W, Walinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L, Wistedt B, Aberg-Wistedt A. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: Background and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;79:19-26.
- 26) 坂本真士, 影山隆之: 報道が自殺行動に及ぼす影響: その展望と考察 *こころの健康* 2005;20 (2) : 62-72.
- 27) Sakamoto S, Tanaka E, Neichi K, Ono Y. Where is help sought for depression or suicidal ideation in an elderly population living in a rural area of Japan? *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 2004;58: 522-530.
- 28) Sher L. Alcohol consumption and suicide. *QJM* 2006 Jan;99 (1) :57-61.
- 29) Stack S. Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly* 2000;81: 957-971.
- 30) 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏, 須賀良一, 小熊隆夫, 小泉毅: 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動: 老年期うつ病を中心に. *精神神経学雑誌* 1998;100: 469-485.
- 31) 高橋邦明 (2003) 高齢者自殺予防活動の事例 (1) -新潟県松之山町における取り組み-. (大山博史編) *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 159-175.

- 32) Taylor SJ, Kingdom D, Jenkins R.
How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95: 457-463.
- 33) World Health Organization (WHO):
Country reports and charts available.
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

表1 倫理審査・首長の研究協力承諾書の受領状況 (2007年3月30日現在)

グループ	地域	市町村名	首長承諾日	倫理審査承認日	研究開始通知書送付日
複合介入グループ	青森	黒石市	2006年1月4日	1) 黒石市国民健康保険黒石病院	2006年10月17日
		むつ市	2006年4月1日	2) 弘前大学	2007年3月30日
		男鹿市	2006年9月6日	秋田大学	2006年9月11日
		潟上市	2006年9月7日		
	能代市	2006年9月4日			
	秋田	一戸町	2006年8月22日	岩手医科大学	2006年7月27日
		軽米町	2006年8月7日		
		久慈市	2006年8月7日		
		九戸村	2006年7月24日		
		二戸市	2006年8月8日		
		洋野町	2006年8月9日		
	岩手	阿久根市	2006年8月11日	慶應義塾大学	2006年9月1日
		いちさき串木野市	2006年8月		
		大口市	2006年8月25日		
川辺町		2006年9月20日			
さつま町		2006年4月1日			
日置市		2006年8月8日			
菱刈町		2006年8月2日			
枕崎市		2006年4月1日			
南さつま市		2006年9月7日			
串間市		2006年7月31日			
小林市	2006年7月31日				
南九州 (宮崎)	仙台市 (大白区・宮城野区)	2006年4月1日	1) 東北化学園大学	2006年8月24日	
	市川市	2006年8月4日	2) 仙台市立病院	2006年8月11日	
千葉	松戸市	2006年8月10日	国立精神・神経センター	3006年8月31日	
	中間市	2006年8月17日	産業医科大学	2006年9月4日	
北九州	北九州市若松区	2006年8月21日			2006年9月29日
	北九州	北九州市若松区	2006年8月21日	2006年9月29日	2006年10月4日

表2 わが国の自殺対策に関する動向

平成 21 年 12 月現在

年月	出来事	備考
1979 (昭 54) 年	青少年の自殺防止に関する関係省庁連絡会議の開催	子供の自殺者数増加を受けて、自殺防止対策の 5 つの要点を取りまとめて都道府県知事に通達した。
	子供の自殺防止対策についての提言 (青少年の自殺問題に対する懇話会)	子供の自殺防止の広報啓発、自殺防止活動の充実と拡大、研究及び調査の強化等の施策を提言した。
1999 (平 11) 年 9 月	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針について (労働省労働基準局)	精神障害や自殺の労災認定についての新しい判断指針を通達した。
	精神障害による自殺の取扱いについて (労働省労働基準局)	
	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の運用に関しての留意点等について (労働省労働基準局)	
2000 (平 12) 年	21 世紀における国民健康づくり運動; 健康日本 21 (厚生労働省)	「休養・こころの健康づくり」の項目の中で 2010 年までに自殺死亡者数を 22,000 人以下にするという目標値を設定した。
	母子保健の 2010 年までの国民運動計画; 健やか親子 21 (厚生労働省)	「思春期の保健対策の強化と健康教育の推進」課題で 2010 年までに十代の自殺死亡率の減少を設定した。
	過労自殺事件の労働災害補償認定 (最高裁)	
	「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」策定 (厚生労働省)	
2001 (平 13) 年	自殺防止対策費の予算化 (厚生労働省)	厚生労働省予算において初めて自殺防止対策経費が計上された。
	職場における自殺の予防と対応—労働者の自殺予防マニュアル— (厚生労働省)	職場における自殺予防と自殺対策の在り方に関するマニュアルを作成した。
2002 (平 14) 年 2 月	自殺防止対策有識者懇談会 (厚生労働省)	
12 月	自殺予防へ向けての提言	自殺対策の理念を示し具体的な提言をまとめた。
2003 (平 15) 年	うつ対策推進方策マニュアル—都道府県・市区町村職員—, うつ対応マニュアル—保健医療従事者— (厚生労働省)	
2004 (平 16) 年	こころのバリアフリー宣言 (厚生労働省)	
10 月	「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」策定 (厚生労働省)	
2005 (平 17) 年 4 月	厚生労働科学研究費補助金「自殺対策のための戦略研究」	自殺対策に関する 2 つの戦略研究課題が実施された。 ・複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究 ; 研究リーダー 大野 裕 ・自殺企図の再発防止に対するケースマネジメントの効果: 多施設共同による無作為化比較研究 ; 研究リーダー 平安 良雄

年月	出来事	備考
2005(平17)年 6月	職員の自殺防止のために(人事院職員福祉局)	人事院職員福祉局の自殺防止専門家会議が自殺防止のための対応などについてまとめた。
7月	自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議(参議院厚生労働委員会)	
8月	自殺対策支援ページ「いきる」開設	国立精神・神経センター精神保健研究所ホームページ内に開設した。
9月	自殺対策関連省庁連絡会議	内閣官房副長官の下に局長級の自殺対策関連省庁連絡会議を設置し、決議実現の具体的な方策を検討した。
12月	「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」とりまとめ(内閣府)	自殺問題を喫緊の課題として総合的な対策推進のために関係省庁が一体になって取り組むことを決めた。
2006(平18)年 3月	都道府県・政令指定都市に対する「自殺予防に向けての総合的な対策の推進について」の通知(厚生労働省)	各自治体に対して自殺対策連絡協議会の設置や相談体制の充実、情報発信・普及啓発等の依頼を行った。
3月	「労働者の心の健康の保持増進のための指針」策定(厚生労働省)	
4月	自殺対策の法制化を求める3万人署名開始	3ヶ月間に自殺対策の法制化を求める10万人余の署名が集まった。
6月	自殺対策基本法の成立(10月施行)	自殺は個人的な問題としてのみ捉えるのではなく、失業、倒産、多重債務、長時間労働などのさまざまな社会的な要因があることを踏まえ、これらに対する社会的な取り組みとして対策を推進すべきであること、そして、関連機関の連携のもとに総合的な取り組みを展開することを基本理念として示した。
8月	児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会(文部科学省)	児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する会議(~6回実施)。
10月	自殺予防総合対策センターの設置	国立精神・神経センター内に自殺対策の情報発信と調査研究、研修等の機能を担うセンターを設置。
11月	第1回自殺総合対策会議の開催(内閣府)	内閣官房長官を会長とする自殺総合対策会議が開催され、自殺総合対策大綱を策定するための「自殺総合対策の在り方検討会」の設置や自殺総合対策大綱策定までのスケジュールが示された(~6回実施)。
11月	第1回自殺総合対策の在り方検討会	自殺総合対策大綱案策定に関する会議を行った(~8回実施)。
12月	第1回自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会(厚生労働省)	自殺未遂者・自殺者親族等への支援のあり方について検討する会議(~7回実施)。
12月	自殺対策ネットワーク協議会(自殺予防総合対策センター)	自殺対策を行っている関連機関の連携、民間団体の支援を目的に開催される会議(~4回実施)。
2007(平19)年 4月	自殺対策推進室の設置(内閣府)	
2007(平19)年 3月	子どもの自殺予防のための取組に向けて(第1次報告)(文部科学省)	児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会が子どもの自殺予防を実施する第一歩としてまとめた。