

14. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H: **Suicide prevention strategies: a systematic review.** *JAMA* 2005, **294**:2064-2074.
15. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM: **Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review.** *Psychol Med* 2003, **33**:395-405.
16. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D: **Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence.** *Crisis* 2004, **25**:147-155.
17. Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, Furuno T, Kishida I, Odawara T, Sugiyama M, Hirayasu Y: **Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area.** *BMC Psychiatry* 2007, **7**:64.
18. Beck AT, Schuyler D, Herman I: **Development of suicidal intent scales.** Charles Press, Maryland; 1974.
19. Sakai A, Otsuka K: **Four-year follow-up study of suicide attempters treated by psychiatric emergency unit.** *The annual report for Health Labour Science Research Grant from the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, Japan* 2007.
20. Higuchi T: **Research protocol proposal: Prevention of recurrence of suicide attempt in individuals with depression.** *The final report for Health Labour Science Research Grant from the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, Japan* 2005.
21. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA: **Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients.** *Am J Psychiatry* 1990, **147**:190-195.
22. Kojima M, Furukawa TA, Yakahashi H, Kawai M, Nagaya T, Tokudome S: **Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan.** *Psychiatry Res* 2002, **110**:291-299.
23. Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, Kurokawa K: **Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan.** *J Clin Epidemiol* 1998, **51**:913-923.
24. **Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview.** *Psychiatry Clin Neurosci* 2005, **59**:517-526.
25. Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC: **An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990, **35**:193-199.
26. Spicer RS, Miller TR: **Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method.** *Am J Public Health* 2000, **90**:1885-1891.

### Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/364/prepub>

Publish with **BioMed Central** and every scientist can read your work free of charge

"BioMed Central will be the most significant development for disseminating the results of biomedical research in our lifetime."

Sir Paul Nurse, Cancer Research UK

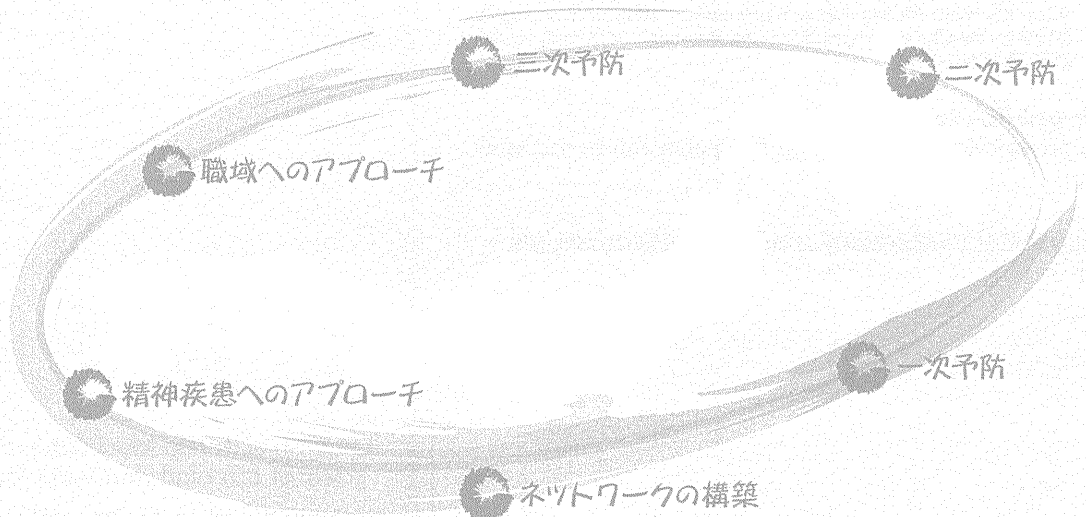
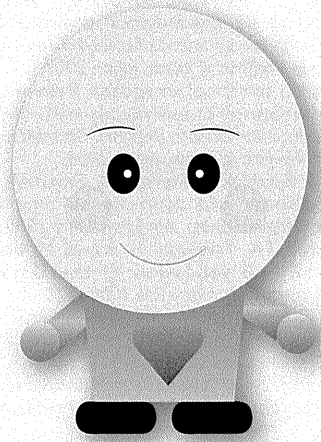
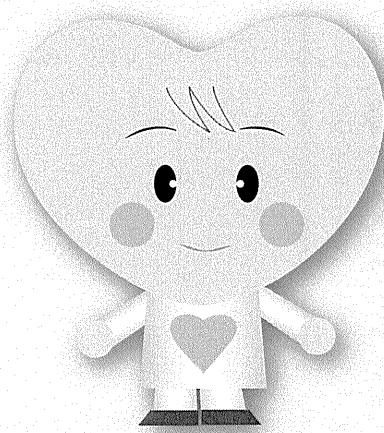
Your research papers will be:

- available free of charge to the entire biomedical community
- peer reviewed and published immediately upon acceptance
- cited in PubMed and archived on PubMed Central
- yours — you keep the copyright

Submit your manuscript here:  
[http://www.biomedcentral.com/info/publishing\\_adv.asp](http://www.biomedcentral.com/info/publishing_adv.asp)



# 地域における自殺対策プログラム



厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業  
「自殺対策のための戦略研究」  
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班

## はじめに

平成 10 年以降、自殺者数は 3 万人前後で推移しており、毎年、交通事故による死者数の約 5 倍以上の人が自殺によって命を落としています。また、わが国の自殺死亡率は世界で第 10 位であり、米国や英国よりも自殺死亡率が高い現状にあります。さらに、自殺未遂は既遂の 10 倍以上ともいわれており、自殺や自殺未遂によって家族や友人など周囲の人々が受ける心理社会的影響を考慮すると、毎年、百数十万人の人々が自殺問題に苦しんでいることとなります。

自殺対策基本法では、自殺を「個人的な問題」に帰するのではなく、その背景には「様々な社会的な要因」があるとしています。自殺を取り巻く様々な問題を考慮し、うつ病対策などの精神医学的観点だけでなく、社会的、心理的、文化的、経済的観点等から多角的かつ包括的な対策に取り組む必要があります。

自殺対策をより効果的に推進するためには、「自殺対策は社会や地域の課題である」という認識を共有し部門を超えた地域の協力体制を形成して、当事者意識を持って主体的に自殺対策に取り組む地域基盤の整備がなにより大切です。関係部門・機関等のネットワーク会議や市区町村レベルで行うこころの健康づくり・自殺予防連絡会等を開催し、各地域の特性を十分に把握した上で、実状に合わせたプログラムを作成していく必要があります。本プログラムは、各地で自殺対策を推進する際の参考になるものとして紹介しましたが、こうした活動は既存の自治体の事業の延長線上にあるもので、既存の事業と併せて行うことで有効性の高いものとなります。本プログラムが、各地域の自殺対策を活性化するためのヒントを提供し、人と人とのつながりを大切に作る温かい地域づくりの基礎となり、心の健康に関する正しい知識の普及と「自死を選択しない」という個人の行動変容を促すことで、自殺の減少に結びつくことを期待します。

(注)本プログラムは、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺対策のための戦略研究」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班の活動をもとにまとめたもので、自殺対策の緊急性を鑑み公表することとしたものです。

「自殺対策のための戦略研究」地域介入研究班リーダー

慶應義塾大学 大野 裕

2010 年 2 月

本プログラムは、「厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業『自殺対策のための戦略研究』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」介入プログラム手順書に基づき、介入地域における4年間の自殺対策の取り組みを反映させて加筆修正したものです。

本プログラムの著作権は、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班にあります。したがって、本資料内容の引用、転載、複製を行う際には、適宜の方法により出所を明示してください。

現在、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は進行中であり、介入効果の判定は今後の解析を待つ必要があります。したがって、自殺予防の効果を保証するものではありません。各利用者が地域の実情に合わせて本プログラムを活用し、地域における自殺対策に役立ててください。

# 目次

0. はじめに	
1. わが国の自殺の現状と自殺対策の経緯	5
1.1 わが国の自殺急増の現状	5
1.2 地域における自殺対策	7
2. 複合的自殺対策プログラムの概要	11
2.1 シェーマ	11
2.2 複合的自殺対策プログラムのゴールと達成目標	12
2.2.1 プログラムのゴール	12
2.2.2 プログラムの達成目標	12
2.3 個人情報扱う際の注意点	12
3. 介入プログラム	13
3.1 こころの健康づくりネットワーク	13
3.1.1 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・開催	13
3.1.2 こころの健康づくり・自殺対策連絡会の設置・開催	14
3.1.3 社会システムへのアプローチ	15
3.2 一次予防	16
3.2.1 地域づくり	17
3.2.2 普及啓発の方法	18
3.2.3 一般住民向け普及啓発	21
3.2.4 地域のキーパーソン向け普及啓発	22
3.3 二次予防	24
3.3.1 相談や訪問等の支援	26
3.3.2 うつ病へのアプローチ	27
3.3.3 統合失調症へのアプローチ	30
3.3.4 物質関連障害(特にアルコール関連障害)へのアプローチ	31
3.3.5 地域の見守り活動	33
3.3.6 こころのケアナース事業	33
3.3.7 こころの救急マニュアル(メンタルヘルス・ファーストエイド日本語版)に基づく対応	33
3.3.8 自殺未遂者ケアガイドラインに基づく対応	34
3.3.9 学校における生徒への対応	34
3.4 三次予防	35
3.4.1 自死遺族のニーズの理解	35
3.4.2 自死遺族の支援	35
3.5 職域へのアプローチ	37
3.5.1 勤労者へのアプローチ	37
3.5.2 無職者・離職者へのアプローチ	38
3.5.3 障害者へのアプローチ	39
4. 参考資料	40
4.1 わが国の自殺対策に関する動向	40
4.2 うつスクリーニング	44
4.2.1 一次アセスメント	44
4.2.2 二次アセスメント	45
引用文献	48
作成協力者一覧	50

# 1. わが国の自殺の現状と自殺対策の経緯

## 1.1 わが国の自殺急増の現状

### (1) 総数の変化

わが国における自殺死亡者数は、厚生労働省の人口動態統計によると、1997年(平成9年)には23,494人であったが、1998年(平成10年)には前年と比べて35%増の31,755人を記録し、死亡統計始まって以来の高い数字を示した。その後の年次においても高い水準が続き、2003年(平成15年)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、わが国の自殺死亡率(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

わが国の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8855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。

## 1.2 地域における自殺対策

これまで見てきたように、わが国における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対策が行われており、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。

### (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 & Walinder, 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, Isacson, 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)。

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

総括しているが、Mann et al. (2005)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。

また、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) わが国における地域介入による自殺対策

近年、わが国では地域介入による自殺対策プログラムに関する知見が集積されつつある。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、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、女性ともに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、自殺死亡率は男性、女性ともに有意に減少し(Oyama et al., 2006)、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)。

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新潟県(旧)松代町(現:十日町市)および(旧)安塚町(現:十日町市)の地域介入研究では、10年間の介入による65歳以上自殺死亡率比を検討したところ(Oyama et al., 2006)、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示唆された。

また、一次予防を主とした介入プログラムを実施した秋田県(旧)由利町(現:由利本荘市)の地域介

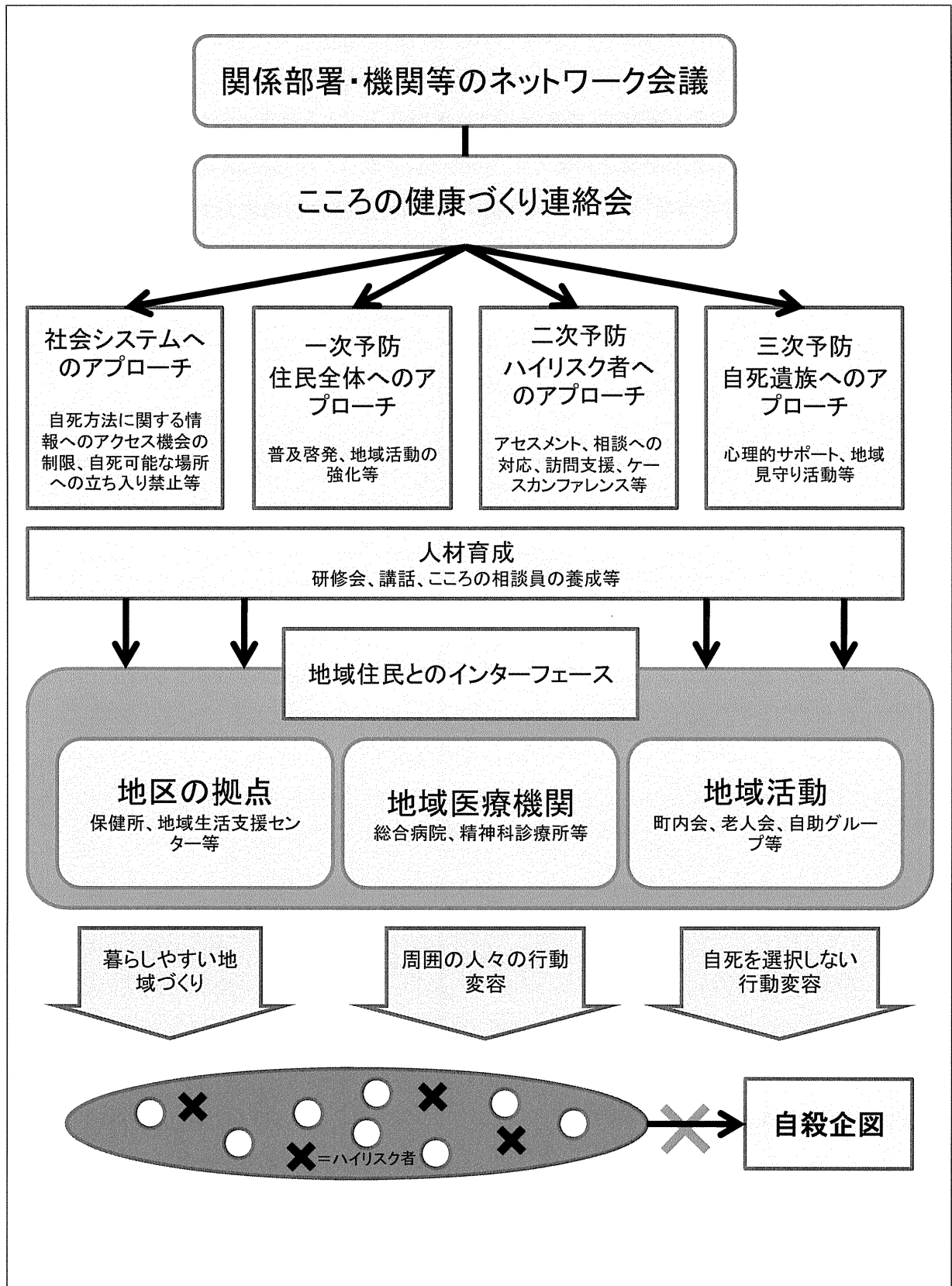
入研究では、8年間の活動の結果、高齢女性で自殺死亡率の有意な減少を認めた(Oyama et al., 2005)。

その他、秋田県の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は27%減少した(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。

上述したわが国の地域介入研究は、他の地域でも地域介入による自殺対策が有効である可能性を示している。また、これらの先行研究を踏まえて、2005年(平成17年)からは厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺対策のための戦略研究」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として一次、二次、三次予防等を組み合わせた複合的自殺対策プログラムの効果検討を行っており(Ono et al., 2008)、本プログラムはこの研究を基にして作成した。

## 2. 複合的自殺対策プログラムの概要

### 2.1 シェーマ



## 2.2 複合的自殺対策プログラムのゴールと達成目標

死にたいほどの困難を抱えた人々が未然に自殺を思いとどまり、よりよい生活へ向けて再び希望を見出すことができるように、また、周囲に対して援助希求を行いやすく、ニーズに合った生物・心理・社会的な支援を受けることができるような地域づくりを行う。活動を開始するに際しては、従来の考えにとられることなく、地域のデータを丁寧に見返し検討して、その地域にあった独自のプログラムを作ることが重要である。また、プログラムづくりのプロセスが、地域の横の連携の広がりや深まりを促進することになる。

### 2.2.1 プログラムのゴール

- ①関係部署・機関等のネットワーク会議、こころの健康づくり連絡会議を設置することで、自殺対策のための地域の基盤を構築し、社会システムへの複合的、総合的なアプローチを行う。
- ②地域づくりを通じて、ハイリスク者や住民に対する普及啓発活動を行う(一次予防;プリベンション)。
- ③地域の第一線でハイリスク者に接する者を対象に、自殺企図やうつ状態の早期発見・早期予防に関するトレーニングを行い、適切な介入を行えるようにする(二次予防;インターベンション)。
- ④自死遺族が近親者の自殺を自らの責任であるかのように捉えたり、隣人や地域との交流を閉ざしてしまわないように配慮し、必要とされたときに適切な支援が受けられる仕組みを構築する(三次予防;ポストベンション)。

### 2.2.2 プログラムの達成目標

- ① 教育的目標:住民が心身の変調に気づく。支援機関がわかる。
- ② プロセス的目標:危機状態にある人が専門家に相談でき、周囲からの適切な支援が受けられる。
- ③ 行動的目標:住民が相互に連携し、ストレスフルな状況で相談したり、支援を求めたりできる。
- ④ 健康アウトカムに関する目標:心の健康を維持し、生きがいをもつことを通じて、自殺率を下げる。

## 2.3 個人情報扱う際の注意点

本事業に関わるメンバーは、個人情報の保護に十分な注意を払う。

### 3. 介入プログラム

#### 3.1 こころの健康づくりネットワーク

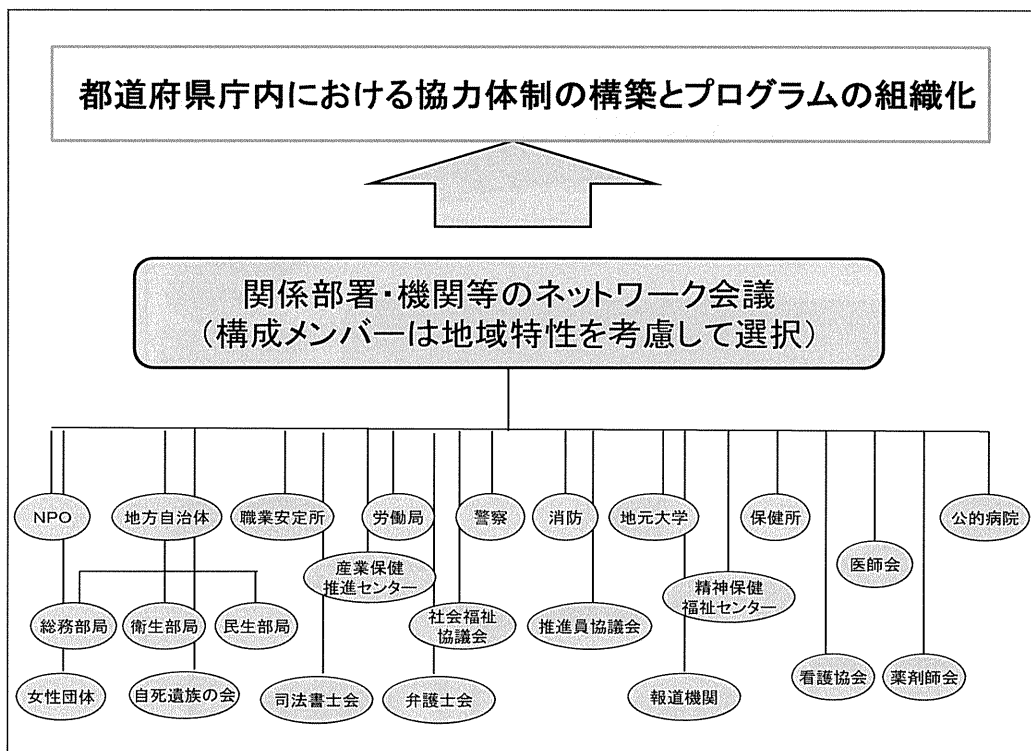
目的	複合的、総合的な自殺対策をすすめるために、自殺対策が地域の課題であるという認識を地域の集団構成員で共有し、部門を越えた協力体制を形成する。また、当事者意識を持って自殺対策に主体的に取り組むことができる地域の体制を確立する。
方法	関係部署・機関等のネットワーク会議、こころの健康づくり・自殺予防連絡会議を設置することで、自殺対策のための地域の基盤を構築する。
	3.1.1 都道府県レベルでの関係部署・機関等のネットワーク会議の設置・開催
	3.1.2 こころの健康づくり・自殺対策連絡会の設置・開催
	3.1.3 社会システムへのアプローチ

##### 3.1.1 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・開催

複合的な事業の展開を図るためには複数もしくは単一の県単位の活動、市単位の活動、区単位の活動、行政区(例えば中学校区)単位の活動に区分するなど、プログラムを十分に組織化しておくことが重要である。そのため、全都道府県・市的な事業としてのコンセンサスを得るために関係部署・機関等のネットワーク会議(都道府県・政令指定都市等大規模行政単位)を立ち上げてネットワークづくりを行い、ネットワーク会議を開催する。構成メンバーは、総務部局、衛生部局、民生部局、医師会、薬剤師会、看護協会、精神保健福祉センター、保健所、弁護士会、司法書士会、警察、消防、地元大学、労働局、職業安定所、産業保健推進センター、自死遺族の会、報道機関、女性団体、推進員協議会、社会福祉協議会、公的病院、NPO法人等を候補者とする(構成メンバーは地域特性を考慮して選択する)。開催回数は、年1回以上、ネットワークの規模に応じて柔軟に決定する。ネットワークの立ち上げ、運営には、地域のトップの理解が非常に大きな力になる。トップダウンとボトムアップの両方の動きが重要であり、キーパーソンになる人材の育成が重要になる。

ネットワークの意義は、公式の会議での議論を通して異なる立場のグループや機関が連携できることにあるが、それに加えて「茶飲み話」的な交流や具体的な問題に関する連携などを通して、お互いの顔が見える関係を築いていくことにも意義がある。また、こうしたネットワークの中で交流することによって、それぞれの立場の人たちのモチベーションも高まっていく。

ネットワークは、生きやすい社会、住みやすい地域の実現を目指すものであり、自殺対策だけでなく、他の分野にも広がりを持たせるようにする。活動は特別なものではなく、個々人が自分にできることから活動を始め、日常的な業務の中で連携しながら、それぞれの業務に生かせるような工夫を行うことが大切である。こうした活動が形骸化しないように注意する必要があると同時に、担当者が代わっても活動の継続性が維持できるような配慮も必要である。また、ネットワークの窓口を明らかにして、地域住民にどのように活用してもらうかを念頭に置きながら、体制を構築することも大切である。



### 3.1.2 こころの健康づくり・自殺対策連絡会の設置・開催

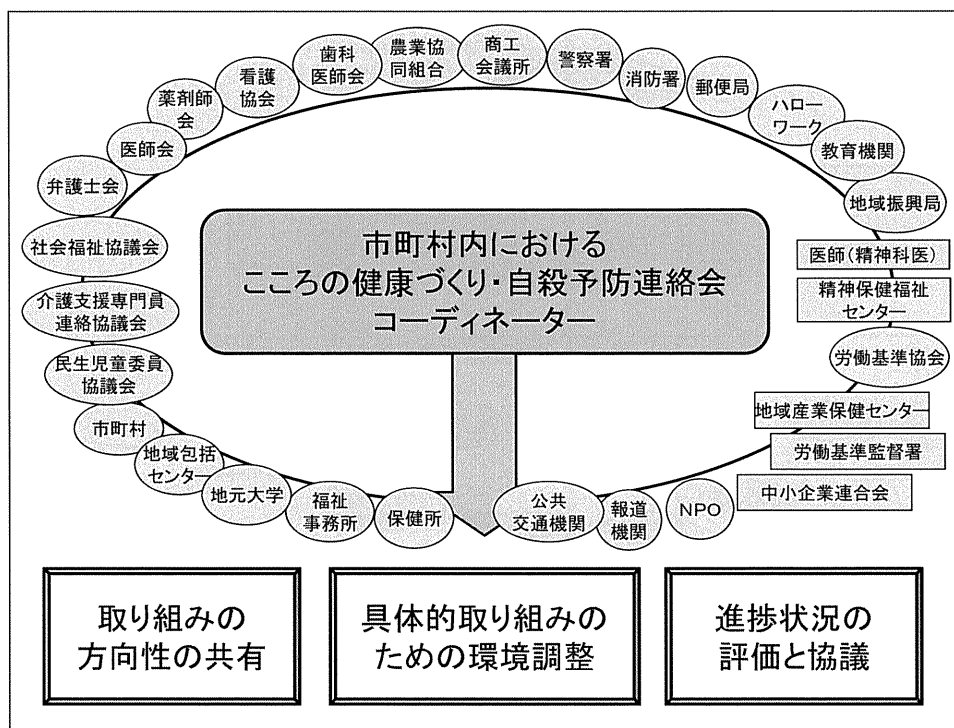
(1) 地域における様々な関係機関・団体の参加・協力を求め、年2回以上開催する。構成メンバーは、精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所、市区町村、民生児童委員協議会、介護支援専門員連絡協議会、社会福祉協議会、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、農業協同組合、商工会議所、警察署、消防署、郵便局、公共職業安定所、地域産業保健センター、教育機関、地域振興局、地元大学、労働基準監督署、地域包括支援センター、健康づくり推進員、報道機関、弁護士会、中小企業連合会、公共交通機関、NPO 法人等を候補者とする(構成メンバーは地域特性を考慮して選択する)。

(2) こころの健康づくり・自殺対策連絡会議は、地域の現状や課題、取り組みの方向性を共有し、それぞれの組織・団体が具体的な取り組みを行うための環境調整の場としての機能を有する。

(3) 様々な事業の進捗状況を評価し、取り組みについての改善等を協議する。

(4) 地域の自殺対策に従事する保健医療従事者のメンタルヘルスをケアするためのサポート体制を作る。スクリーニングや家庭訪問時の相談内容は、家族の死や病気、介護のストレスなど非常に重い内容になることも多い。また、事業を進める際に地域に自殺者が出ると精神的にも強いストレスを受ける。

事業に関してストレスや気分の落ち込みを感じた場合には、いつでも相談できる体制を整備し、精神科医等の専門家がサポートする。



### 3.1.3 社会システムへのアプローチ

地域の保健福祉活動の枠組みを超えた複合的自殺対策(自殺の手段に関する情報へのアクセス機会の制限[書籍、インターネット等]、自殺可能な場所への立ち入り禁止、鉄道ホームへの柵の設置、農薬等劇薬物の規制等)を実施するため、3.1.1 および 3.1.2 に記述したネットワーク会議、連絡会等において具体的な地域介入方法を検討し、管轄の部署、事業所等への働きかけを行う。なお、インターネット上の違法・有害情報対策は、IT安心会議:インターネット上における違法有害情報対策(内閣官房)、関連省庁の動向と連携して行うものとする。

(参考)

IT安心会議:インターネット上における違法有害情報対策(内閣官房)

<http://www.it-anshin.go.jp/>



## 3.2 一次予防

<p>目 的</p>	<p>① 孤立予防や生きがいを促進し、自主的な健康増進をめざす地域づくり活動を行う。</p> <p>② 自殺対策や精神保健に対する正しい知識の普及啓発に努め、地域住民がストレスに対して積極的に対処できる方法を学習する機会を設ける。</p> <p>③ 自殺や精神疾患に対する偏見を軽減し、各自が抱える問題について積極的に話し合える。</p>
<p>方 法</p>	<p>① 地域住民のこころの健康を高め、孤立を防ぐ地域づくりを進める。</p> <p>② 講演会や講習会の開催、パンフレットの配布、ポスターやパネルなどの展示などの方法を用いて、自殺対策に対する理解を求める。</p> <p>③ 自殺対策の観点から、うつ病、統合失調症、物質関連障害(アルコールなど)等の精神疾患に関する理解を促し、早期発見・早期受診を勧められるように相談機関等の情報を提供したり、多重債務等の経済生活問題に対する相談機関等の情報を提供し支援に繋げる。</p> <p>3.2.1 地域づくり</p> <p>(1) 住民参加型生きがいサロンづくり</p> <p>(2) ストレスマネジメント教室等の開催</p> <p>(3) 悩みを相談できる場所の確保、支援体制の整備</p> <p>(4) 傾聴ボランティアや見守りサポーターの養成</p> <p>3.2.2 啓発活動の方法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・パンフレット(全戸配布)</li> <li>・ポスター、カード、カットバン、メモ帳等のグッズ</li> <li>・市区町村広報誌</li> <li>・講演用スライド</li> <li>・ホームページ</li> <li>・こころのケアバッジ・Tシャツ</li> <li>・交通機関</li> <li>・メールマガジン</li> </ul> <p>3.2.3 一般住民向け普及啓発</p> <p>(1) 健康祭り等のイベントにおける普及啓発</p> <p>(2) 市区町村単位(対象地域全体)での講演会や市民講座</p> <p>(3) 地区(対象地域内の小地域ごと)の講演会や講話</p> <p>(4) 各種集団検診・健診等の会場における普及啓発</p> <p>(5) 介護予防教室における普及啓発</p> <p>(6) 健康教室等の保健事業における普及啓発</p> <p>(7) 学校等教育機関における普及啓発</p> <p>(8) こころの健康度調査</p> <p>(9) マスコミ等の活用</p> <p>3.2.4 地域のキーパーソン向け普及啓発</p> <p>(1) 講話</p> <p>(2) 研修会</p> <p>(3) 医療従事者向け研修会</p> <p>(4) こころのケアナース養成事業</p>

自殺の一次予防としては、こころの健康を高め孤立を防ぐ地域づくり、一般住民向け、地域のキーパーソン向け普及啓発を行う。うつ病の一次予防に関しては、「うつ対応マニュアル(保健医療従事者のために)」を参照。「自殺予防総合対策センター」基礎資料のページからダウンロード可能である(<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>)。

### 3.2.1 地域づくり

自殺が多い地域では、住民が「働けなくなったら死んだほうがましだ」という「非生産者は不要」という考えを持ったり、世代間の価値観の違いに悩んだりしていることが多いとされている。近年のように個人の格差や地域の格差が広がり、競争して短期的な成果を上げることを目指す社会の中では、加齢や疾病などのために働けなくなったり家事ができなくなったりすると、自分の存在価値に疑問を抱きがちになる。また、リストラなどで職を失ったり出稼ぎができなくなったりした人も、地域で孤立し、自分の存在意義を見失いやすくなる。とくに高齢者は、子どもや孫と同居をしている場合でも、価値観の違いなどのために孤立感を抱きやすい傾向がある。また、経済的に困窮してくると、こうした精神的な孤立感や無力感はより強くなりやすい。こうした状況を改善するためには、地域の人間的なつながりを再構築できるような温かいコミュニティづくりに取り組む必要がある。以下にいくつかの例を挙げる。

#### (1) 住民参加型生きがいサロンづくり

高齢になって社会機能が制限されるようになっても積極的に生きがいをもてるように、地域拠点生きがいサロンやふれあいサロンを開設し、社会福祉協議会、町内会、民生児童委員、保健推進員と協働で交流事業を行う。身近な地区集会所等で、高齢者の閉じこもり予防・寝たきり予防も含めて、趣味活動や生きがいづくりを目的として、籐細工や押し花を作成するなどのリクリエーションを行ったり、世間話をしたり、昔懐かしい映画を鑑賞したり、子どもたちとの交流会を実施したりする等の活動を行う。こうした活動は行政の呼びかけで始まることが多いが、次第に参加者主導型へと変化していくものである。また、運動を通して住民がふれあう機会を増やし、心の健康を高めるのも一つの方法である。

#### (2) ストレスマネジメント教室等の開催

自分のストレス状況を把握し、ストレスマネジメントの手法を生活に活かせるようになること等を目的として、ストレスマネジメント教室等を市区町村単位で開催する。

#### (3) 悩みを相談できる場所の確保、支援体制の整備

住民が気軽に相談できるように、公的な機関で種々の手続きの際などに悩みが相談できるように工

夫したり、私的な相談機関を支援したりする。公的な機関の各種窓口、「他にお困りのことがおありでしたら気軽にご相談ください」といったステッカー等を張り出したり、窓口で気がかりな住民に「他に何かお困りのことはありませんか」と声をかけたりするのも一つの方法である。

#### (4) 傾聴ボランティアや見守りサポーターの養成

地域できめ細かい見守りや傾聴ができるように、ボランティアを養成する。

### 3.2.2 普及啓発の方法

#### (1) 内容

関係機関・団体との連携のもとに様々な機会を利用して、自殺対策に関する普及啓発を行う。こうした活動の際には、精神面だけでなく、身体的な問題への配慮も含めて、情報のバランスをとるようにする。精神保健に関する普及啓発の内容は、一次予防、二次予防、三次予防のそれぞれの視点を盛り込む。

#### (精神保健情報の例)

- ・ 自殺の背景には精神疾患がある場合が多いこと
- ・ 精神疾患は誰でもかかる可能性がある身近な病気であること
- ・ 精神疾患は、やる気の問題や気の持ちようではなく、いわゆる遺伝病でもないこと
- ・ 環境の変化など、ストレスがきっかけになることが多いこと
- ・ つらい体験だけでなく、結婚や出産、昇進、良い体験のように思えることもストレスになることがあること
- ・ 精神疾患は脳の神経機能に変調が起きている状態であり、医学的な治療が必要であること
- ・ 精神疾患を早期に発見し、治療につなげることで自殺を防ぐ可能性が高まること
- ・ 精神疾患の症状・サイン(本人が気づく変化、周囲が気づく変化)
- ・ 精神疾患が疑われた場合の対処(本人の対処、周囲の対処)
- ・ 早期発見・早期対応(適切な受診)の勧め
- ・ 焦らず、諦めず治療に取り組む必要性
- ・ ストレス解消・対処法について
- ・ 対象者に対する適切な接し方
- ・ 地域の相談窓口、緊急時の連絡先、各機関の連携の仕方

#### (2) 媒体

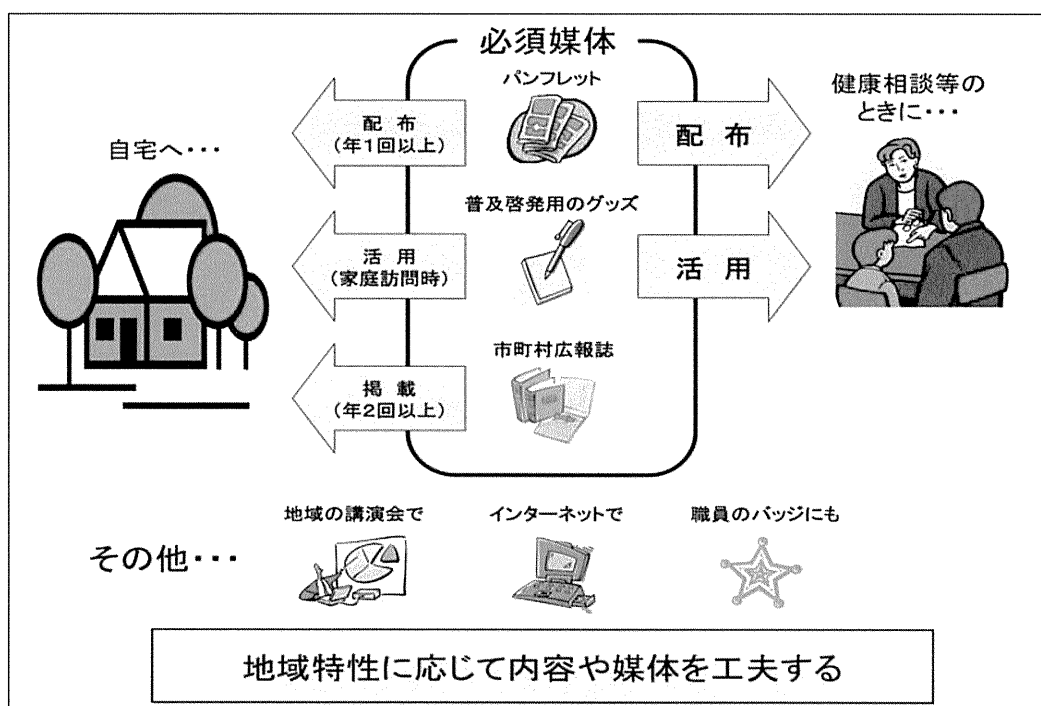
下記の媒体を作成し、普及啓発を行う。地域特性に応じて、内容や媒体を工夫する。

### ① パンフレット

一般住民向けに、対象地域全戸配布用と各種健康教育・健康相談時の配布用などのパンフレットを作成し、用途に合わせて使用する。

### ② ポスター、カード、カットバン、ティッシュ、メモ帳等のグッズ

ポスター、相談窓口連絡先等を記載したカード、カットバン、ティッシュ、メモ帳等の普及啓発用のグッズは、保健師や民生児童委員、保健推進委員等の家庭訪問や健康相談の際に使用する。また、保健所、役場、医療機関、警察、消防等のこころの健康づくり連絡会に所属する関係機関・団体の事務所等に配備して一般住民への周知を図る。



### ③ 市区町村広報誌

対象地域の全戸に配布されている市区町村広報誌に、自殺予防、うつ病、統合失調症、物質関連障害(アルコール等)等の精神疾患に関する記事、多重債務等の経済生活問題に関する記事等を掲載する。

### ④ 講演用スライド

講演用スライドは、地域での講話の際に使用する。岩手医科大学で作成した啓発用CD、鹿児島県川薩保健所で作成したCD、人形劇収録DVDが活用できる。

(参考)全国保健所長会マニュアル集 鹿児島県伊集院保健所・川薩保健所