

⑤ ホームページ

市区町村で作成するホームページがある場合には、自殺予防に関する特集記事を掲載する。

(参考)みやざきこころ青Tねっと(宮崎県) <http://www.m-aot.net/web/pc/index.php>

⑥ こころのケアバッジ・Tシャツ

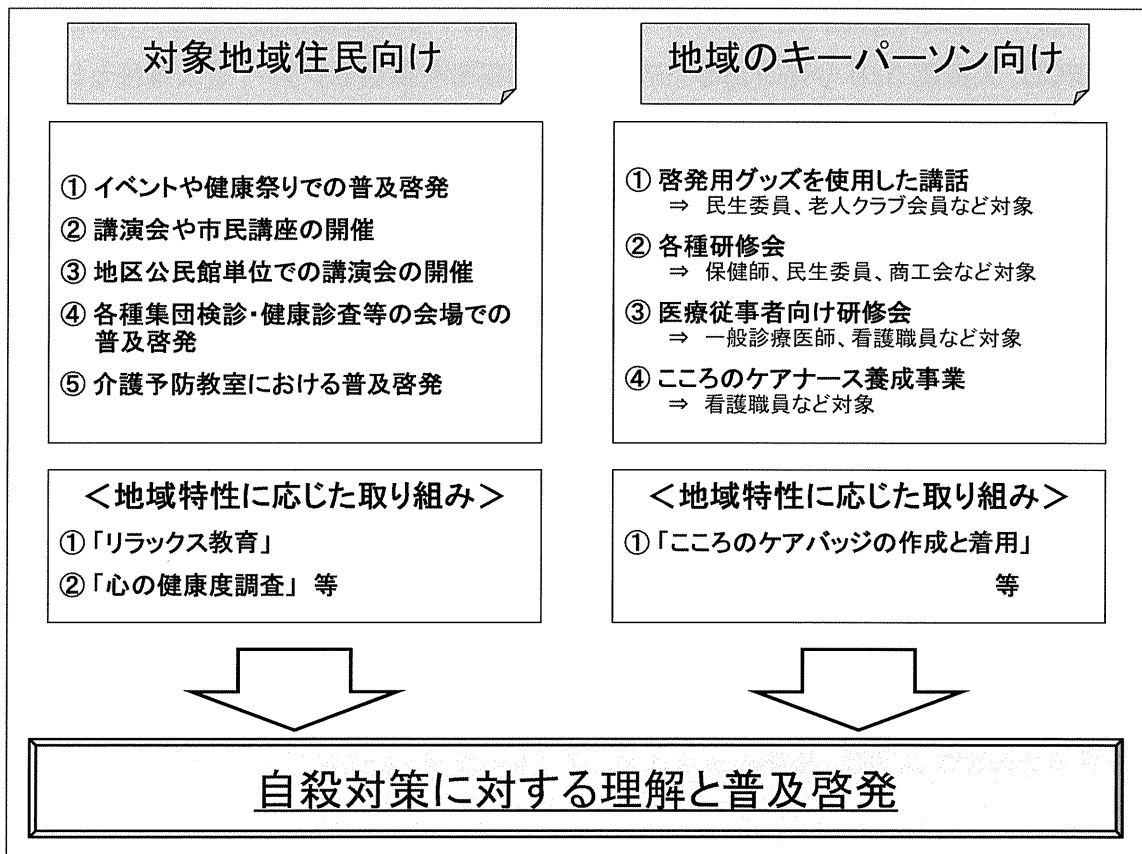
こころの健康づくり連絡会の関係機関・団体メンバー(医師会、看護協会、保健所・市区町村、福祉事務所等)、および地域で自殺対策に携わる実務者の意識の向上と自殺対策の周知を図るために、こころのケアバッジ、Tシャツ等を作成し着用する。

⑦ 交通機関

地域の交通機関に広告を張り出すことも可能である。その際には、シンプルなデザインや表現にした方が情報が伝わりやすい。

⑧ メールマガジン

若者に対しては、携帯のメールマガジン等を利用した情報提供を行うことも考慮する。



3.2.3 一般住民向け普及啓発

(1) 健康祭り等のイベントにおける普及啓発

国民健康保健事業や市区町村主体の健康祭り、農業や産業祭りなどのイベントの際に、自殺対策に関する普及啓発用媒体の配布を行い、自殺対策に関連したDVDやビデオを放映する。また、参加者を対象に、地域の精神科医、県精神保健福祉センターや大学と連携してこころの健康相談等を行う。

健康祭り等のイベントでは、自殺対策の視点から精神障害者や高齢者に対する理解を深めるために、創作作品、写真やパネル等を展示する。また、これらのイベントの様子を市区町村広報誌やパンフレット等で紹介し、地域住民に対しても周知を図る。

(2) 市区町村単位(対象地域全体)での講演会や市民講座

対象地域全体を対象として(対象地域が市区町村単位であれば市区町村全体)で、一般住民向け健康教育用CDや人形劇のDVD等の媒体を活用して市民講座や講演会を開催する。ポスターや市区町村の広報誌等で事前に地域への広報を行うとともに、自殺対策に関する普及啓発用媒体の配布を行う。

(3) 地区(対象地域内の小地域ごと)の講演会や講話

対象地域全体とは別に地域内各地区において、公民館長や地域住民の協力を得て、講話を行う。健康教育用CD、人形劇DVDや紙芝居等を活用する。市区町村保健センター、老人福祉センター、公民館、集会場、体育館、公園など利便性のよい住民の身近な場所で開催する。ポスターや市区町村広報誌等で事前に地域への広報を行うとともに、自殺対策に関する普及啓発用媒体の配布を行う。

(4) 各種集団検診・健診等の会場における普及啓発

各種集団検診・健診等の会場で、待合い時間を活用してCDやDVDの放映、パネルやポスターの掲示、パンフレット等の配備・配布を行う。また、必要に応じて、保健師等のミニ講話等による普及啓発を行う。

(5) 介護予防教室における普及啓発

健康相談や健康教室を実施する市区町村では、介護家族を対象に自殺対策に関する普及啓発を行う。パネルやポスターの掲示やパンフレットの配布を行う。また、必要に応じて、保健師等のミニ講話等による普及啓発を行う。また、地域包括支援センターでの見守りを行う。

(6) 健康教室等の保健事業における普及啓発

健康教育(メタボ、糖尿病、高血圧、産後うつ病等)や生活習慣病予防教室、介護予防教室等で、自殺対策に関する普及啓発用媒体の配布を行う。また、必要に応じて、保健師等のミニ講話等による普及啓発を行う。

(7) 学校等教育機関における普及啓発

市区町村教育委員会や教育事務所、学校等の教育現場と連携して、児童・生徒や教職員を対象にした健康教室を開催し、啓発媒体の配備を行う。内容としては、自殺対策だけでなく、人間関係と思いやり、いじめ問題、いのちの大切さなども含めて、広い視点から心の健康を取り上げる。独立した時間がとりにくい場合には道徳教育の時間や、性教育、インフルエンザ対策、禁煙教室等の健康教育の機会等を活用して行うことも考慮する。また、必要に応じて、保健師等のミニ講話等による普及啓発を行う。

(8) こころの健康度調査

対象地区住民を対象とした健康度調査や意識調査を行い、その結果を地域に還元し、普及啓発を図る。報告会や説明会、パンフレットの配布等を通じて、自殺やストレスに関する地域の現状を住民に紹介する。

(9) マスコミ等の活用

新聞・雑誌社、テレビ局、ミニコミ誌、コミュニティFM等の報道機関に対して、自殺対策の取り組みについて情報を提供し、地域への情報発信に努める。

3.2.4 地域のキーパーソン向け普及啓発

(1) 講話

保健推進員、民生児童委員、在宅福祉アドバイザー、ケアマネージャー、老人クラブ会員、婦人会員、青年会、地域産業保健センターのコーディネータ、消費生活相談員等を対象として、普及啓発用媒体を使用して講話を行う。

(2) 研修会

- ① 本事業に従事する保健所、こころの健康づくり・自殺対策連絡会を構成する医師、保健師、看護師等を対象とした研修会を実施して、資質の向上と維持を図る。
- ② 保健推進員、地区役員、民生児童委員、在宅福祉アドバイザー、ケアマネージャー、老人クラブ会員、婦人会員、青年会、自治会長、看護協会、地域産業保健センターのコーディネータ、消費

生活相談員等を対象とした研修会を実施して、資質の向上と維持を図る。

- ③ こころの悩み相談員を養成するための研修会を実施する。
- ④ 地域産業保健センターと連携し、役場職員、農業協同組合、商工会(議所)、地域の中小企業等の地域の団体に対する講演会や研修会、健康教室を開催し、啓発媒体の配備を行う。
- ⑤ 新聞、雑誌、テレビなどマスコミ従事者を対象に、自殺関連報道の倫理性、注意点等に関する研修会を実施する。
- ⑥ 公共交通機関の職員を対象に、飛び込み自殺等を防止するための対策(ポスターによる呼びかけ、柵の設置等)に関する研修会を実施する。

また、②、③、④で研修を受けた者は、「3.3.2 うつ病へのアプローチ」、「3.3.5 地域の見守り活動」にも携わり、保健医療従事者と連携してスムーズな支援を行えるようにする。

(3) 医療従事者向け研修会

精神科医に限らず、一般診療科医師、嘱託産業医、看護師、保健師、臨床心理士、精神保健福祉士等の医療従事者を対象に研修会を開催し、自殺に関連する精神疾患(うつ病、物質関連障害[アルコール関連障害等]、統合失調症等)や向精神薬(抗うつ薬、抗不安薬、抗精神病薬、睡眠薬等)の使用方法や副作用などについて解説する。

(4) こころのケアナース養成事業

精神的なストレスのために体調を崩して精神科以外の診療科を受診する人が多いこと、とくに自殺をする前に一般診療科を受診する人が多いことから、精神科以外の診療科の看護師が患者の悩みや不安の相談に乗り、適切な相談部門を紹介できるようにすることを目的とした「こころのケアナース」を育成する。

3.3 二次予防

<p>目 的</p>	<p>① こころの健康づくり・自殺対策連絡会の参加者など自殺対策の第一線で働く担当者が、精神疾患や自殺念慮を有するハイリスク者を早期に発見し、適切な介入を行えるようにする。</p> <p>② 精神疾患ないしは身体疾患のために受診中の患者に対して、適切な支援を行えるようにする。</p> <p>③ スクリーニング活動を通して、自殺対策に関する普及啓発活動を活発化させる。</p>
<p>方 法</p>	<p>① ハイリスク者をスクリーニングし、自殺の危険性を早期に発見して該当者に適切な情報提供を行う。</p> <p>② ハイリスク者を医療機関への受診勧奨、保健師等の健康相談、民生児童委員や各種推進員等による地域でのケアへ繋げる。</p> <p>③ 精神疾患ないしは身体疾患のために受診中の患者に対する適切な支援体制を整える。</p> <p>④ 自治体や NPO 法人等で実施している既存の事業や地域の自助グループ活動の状況を把握し、連携体制を築く。</p>
<p>3.3.1 相談や訪問等の支援</p> <p>(1) 相談窓口(電話相談窓口、専門相談窓口)の設置・運用</p> <p>(2) 家庭訪問</p> <p>(3) 専門医を交えた地域カンファレンス</p> <p>(4) 専門医と保健師の同伴相談</p> <p>(5) 精神疾患による医療機関受診者の相談・支援体制</p> <p>(6) 身体疾患による医療機関受診者の相談・支援体制</p> <p>3.3.2 うつ病へのアプローチ</p> <p>(1) 各種集団検診・健診等を活用したスクリーニング</p> <p>(2) 介護予防健診を活用したスクリーニング</p> <p>(3) 介護家族教室・健康教室を活用したスクリーニング</p> <p>(4) 健康保険、年金窓口における離職者に対するスクリーニング</p> <p>(5) 中小企業、JA、商工会議所等における職域でのスクリーニング</p> <p>(6) 民生児童委員や保健推進員等によるスクリーニング</p> <p>(7) 家庭配布用パンフレットによる自己チェック</p> <p>(8) 二次スクリーニング結果に基づく医療機関との連携</p> <p>(9) うつ病の受診患者及び家族の支援</p> <p>3.3.3 統合失調症へのアプローチ</p> <p>(1) 社会資源の把握・連携</p> <p>(2) 地域でのイベント</p> <p>(3) ボランティア養成講座の開催</p> <p>(4) 紙媒体(リーフレットやポスター)や電子媒体(ホームページ)を用いた情報提供</p> <p>(5) 相談窓口の設置・運用</p> <p>(6) 訪問指導</p> <p>(7) ケースマネジメントのためのケース検討会</p> <p>(8) 当事者によるピアカウンセリングの実施と 回復者クラブまたはサロンの設置・運用</p> <p>(9) ACT の活用</p>	

<p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 社会資源の把握と連携体制 (2) アルコール問題をテーマとするイベントの開催 (3) 地域や職域での健康教育 (4) 学校における未成年者に対する飲酒教育 (5) 紙媒体(リーフレットやポスター)や電子媒体(ホームページ)による情報提供 (6) 専門職を対象とした研修会 (7) 医療機関、地域、職域でのスクリーニング (8) ゲートキーパーに対する教育 (9) 相談窓口の設置・運用 (10) 家庭訪問による相談や指導 (11) 自主グループや支援団体の育成・強化 <p>3.3.5 地域の見守り活動</p> <p>3.3.6 こころのケアナース事業</p> <p>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</p> <p>3.3.8.自殺未遂者ケアガイドラインに基づく対応</p> <p>3.3.9 学校における生徒への対応</p>
--

世界保健機関 WHO の報告によれば、自殺者の 9 割以上が自殺直前には何らかの精神疾患にかかっていると診断できる状態にあるとされており、精神疾患へのアプローチは、地域住民の自殺対策において重要な意義をもっている。なかでも、うつ病、双極性障害(躁うつ病)などの気分障害、統合失調症、物質関連障害(特にアルコール関連障害)は、自殺と密接に関連する三大精神疾患である。地域保健医療従事者は、こうした精神疾患のために受診中の地域住民に対しては、自殺リスクがあることを常に念頭において本人や家族を支援していくことが大切である。

精神疾患に対するアプローチでは、これまで早期発見、早期介入の重要性が指摘されてきた。早期の対応が重要であることは確かであるが、うつ病をはじめとする精神疾患は慢性化することが多いことから、すでに受診している患者や家族に対する息の長い支援が必要である。ちなみに、東京のある地域で、3 年間 150 人余りの自殺者について調査したところ、4 人に 1 人が自立支援医療受診者か精神保健相談のあった人であり、しかも働き盛り世代が多かったことが明らかになった。つまり、この地域では、働き盛り世代であっても働くことができない人たちが、追い込まれて死を選んでいると考えられる。このことから自殺対策を行うためには、まず地域の実情を調査して対策を検討することが重要であるとともに、ハイリスク者の受診勧奨だけでなく、受診後の支援も不可欠であることがわかる。

精神疾患に対するアプローチは基本的には、既存の事業を基礎にしながら、ネットワークづくり、一次予防(事前対応)、二次予防(早期発見、早期治療)、三次予防(再発防止)を行う。こうした理解に基づいた上で、ここでは二次予防を中心に精神疾患対策について取り上げることにする。

実施に際しては、地域に現存する事業や活動の状況を把握し、これらの事業や活動との連携体制を構築する。また、地域において事業や活動が不足している場合には、ここで提示したアプローチのいくつかを選択して実施することを考慮する。また、直接対応にあたる実務者が、より専門的な支援を行えるような技術を習得することが望まれる。

なお、精神障害者への支援は地域だけでできるものではなく、精神保健医療福祉の充実が不可欠であることから、2009年(平成21年)9月24日に厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が発表した提言『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』が実行に移されることが、自殺対策でも極めて重要な意味を持つ。

3.3.1 相談や訪問等の支援

地域住民は精神的な問題の相談に対して躊躇することも多い。相談窓口設置に際して、以下の点に配慮して相談しやすい体制を整える。

留意点

- ・ 住民を対象とした既存の健康相談に、「心の健康相談」も兼ねて実施する。この場合、相談内容が漏れないようにプライバシーに十分配慮し、また、そのことを周知する。
- ・ 心の健康相談窓口を設置する際には、「心とからだの健康相談」「リフレッシュ健康相談」など住民が抵抗を感じにくい相談事業の名称にするなど工夫する。
- ・ 相談室は人の出入りが頻繁な場所を避け、プライバシーが保てる場所を選ぶ。
- ・ 電話やメールによる相談も活用する。
- ・ 心の相談窓口の存在を地域にPRする。

(1) 相談窓口(電話相談窓口、専門相談窓口)の設置・運用

保健所や市区町村保健センター、県精神保健福祉センターに相談窓口を設置し、住民からの相談に応じる。また、電話相談窓口、精神科専門医による専門相談窓口も設置する。

(2) 家庭訪問

市区町村や保健所による必要なケースに対する家庭訪問を行う。自殺の危険性が予測される住民に対しては、医療機関と連携を取って援助を行う。保健所が実施する心の健康相談窓口を紹介し、講演会等の情報を提供する。

(3) 専門医を交えた地域カンファレンス

必要なケースに対して、保健師に加えて、大学や精神保健福祉センター、精神科専門医等を交えた地域カンファレンスを行う。スクリーニング陽性者や地域活動で把握したケースについて家庭状況・生活状況・家族構成等について情報を共有し、今後の支援方向について確認する。

(4) 専門医と保健師の同伴相談

精神科専門医と保健師等で、必要なケースに対する同伴訪問や公民館、市区町村保健センター等における巡回相談を行う。

(5) 精神疾患による医療機関受診者の相談・支援体制

精神疾患により医療機関を受診している者に対して、地域精神科医療機関や大学、精神保健福祉センターと連携して、服薬遵守行動等に関する相談を受けたり、地域見守り活動を実施するなどの支援を行う。

(6) 身体疾患による医療機関受診者の相談・支援体制

身体疾患により医療機関を受診している者に対して、地域医療機関や大学、精神保健福祉センターと連携して、服薬遵守行動等に関する相談を受けたり、地域見守り活動を実施するなどの支援を行う。

3.3.2 うつ病へのアプローチ

うつ病は、精神的なエネルギーが低下している状態で、憂うつな気分が強くなったり何をやっても楽しくなくなったりするなどの状態になる精神疾患である。うつ病への対応は、厚生労働省でまとめた「うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市区町村職員のためにー」「うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー」(ダウンロード:<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-5.html>)を参考にしていきたい。

ここでは、スクリーニングと基本的な対応について説明することにするが、スクリーニングは、各種集団検診・健康診査等、介護予防家族教室・健康教室等で実施する。実施に際しては、書面または口頭で十分な説明を行った上で一次スクリーニングを行う。一次スクリーニング陽性者に対して、保健医療従事者による面接による二次スクリーニングを実施する。治療が必要と判断された場合には、受診を勧める。また、治療の必要性は認めないが経過観察が必要と判断された場合には、保健師等による見守り活動、民生児童委員等による声かけを行い、定期的に受診の必要性をケースカンファレンスで再評価する。また、民生児童委員等に関しては、「3.2.4 地域のキーパーソン向け普及啓発」で研修を受け、「3.3.5 地域見守り活動」にも携わり、保健医療従事者と連携してスムーズな支援を行えるようにする。

(参考) 4.2 うつスクリーニング

(1) 各種集団検診・健康診査等を活用したスクリーニング

がん検診や結核検診、特定健診等の各種集団検診・健康診査等の時に、40歳以上の住民に対して一次スクリーニングを実施する。また、一次スクリーニング陽性者全員に対して二次スクリーニングを実施するなどの追跡・支援を行う。各種集団検診・健診等を医療機関などに個別委託している地域では結果報告会を活用する。各種がん検診時にも行う。

(2) 介護予防健診を活用したスクリーニング

介護保険制度の改正に伴い、閉じこもりや転倒の予防、日常生活の自立の支援など、介護を要する状態を予防することに重点を置いた事業が行われることになり、高齢者を対象とした生活機能評価が行われる。介護予防健診の生活機能評価に用いられる基本チェックリストの25項目のうち「うつ」に関する5項目について、市区町村や地域包括支援センター等と連携して正しく評価する。必要に応じて自殺念慮の有無や、最近の重大な出来事について把握できると良い。また、一次スクリーニング陽性者全員に対して二次スクリーニングを実施するなどの追跡・支援を行う。現在の介護保険制度のなかでは、基本チェックリストでうつ症状のみ該当する者は予防給付や特定高齢者施策といった介護サービスの対象にならないが、抑うつ症状を抱える高齢者が適切なケアを受けられるように体制を整えることが望ましい。

(3) 介護家族教室・健康教室を活用したスクリーニング

介護家族教室や各種健康教室の参加者を対象にスクリーニングを実施し、一次スクリーニング陽性者に対して二次スクリーニングを実施するなどの追跡・支援を行う。

(4) 健康保険、年金窓口における離職者やその他の無職者に対するスクリーニング

市区町村の国民健康保険、国民年金の窓口に来所した離職者やその他の無職者等に対して、一次スクリーニングを実施し、一次スクリーニング陽性者に対して二次スクリーニングを実施するなどの追跡・支援を行う。

(5) 中小企業、JA、商工会議所等における職域でのスクリーニング

地域医師会、地域産業保健センター、専門医療機関等と連携して、中小企業やJA、商工会議所等の職域における一次スクリーニングを実施し、一次スクリーニング陽性者に対して事後フォローと支援を行う。

(6) 民生児童委員や保健推進員等によるスクリーニング

民生児童委員や保健推進員等を対象にスクリーニングに関する研修等を行う。民生児童委員や保健推進員がスクリーニング項目を把握することによって、ハイリスク者を早期の段階で保健医療

従事者ヘリパーサーすることが期待できる。ただし、民生児童委員や保健推進員等、専門職以外のキーパーソンであることから、必ずしもスクリーニング項目を正確に修得していなければならないということではなく、症状等について理解しておくことが大切である。

(7) 家庭配布用パンフレットによる自己チェック

精神保健に対する関心を高めることを目的に、自己チェック用のスクリーニング質問票を家庭に配布する。また、相談窓口についての情報も掲載し、自発的な受診の促進を図る。

(8) 二次スクリーニング結果に基づく医療機関との連携

二次スクリーニング陽性者に対して医療機関への受診を勧める場合は、慎重に対処することが大切である。自殺や死を考えている等の緊急の場合以外は、受診者との間に十分な信頼関係ができてから受診を勧めても遅くはない。面接の状況に応じて、二次スクリーニング陰性(経過観察)者でも受診を勧める。うつ病の可能性のある患者が、パニック発作、重篤な精神不安、集中力低下、強い不眠、中程度以上のアルコール乱用、重篤な興味・喜びの消失(快感消失)のいずれかの症状を訴える場合には自殺の危険性が高い状態と考えられるため、医師に相談するなど慎重に対応する必要がある。

受診勧奨については、かかりつけ医など、その人が相談しやすい医療機関を勧める。必要に応じて、専門科(精神科・心療内科)を勧めることもあるが、かかりつけ医などから紹介された方が受診しやすいこともあるので、押しつけにならないように柔軟に対応することが大切である。

本人の希望により、紹介状と二次スクリーニングの結果の写しを作成し、対象者へ渡す。併せて、本人の了解を得た上で返信用封筒も同封し、受診確認と今後のフォローに生かすため受診結果を返送してもらう。

スクリーニング陽性者の医療機関受診について保健師が熱心になりすぎたり、焦りがあつたりすると関係が気まずいものとなり、関係が途切れてしまうこともある。本人の拒否が強い場合は無理に介入するのではなく、相談窓口を紹介・提示する等の支援を行う。

なお、心の健康相談では、本人はもちろん、家族や身内が相談したいと希望する場合もあるため、その相談にも柔軟に適切に対応する。

一次スクリーニング陽性だが二次スクリーニングを拒否する住民の中にも、また、一次スクリーニングを拒否する住民の中にも本来であれば受診が必要な者がいる。市区町村や関係機関と連携したアプローチが可能であれば、結果報告会の場や介護予防に関する健診の事後フォロー(家庭訪問等)を活用し、面接する方法も検討する。その場合、必ずしも一回の面接で心の健康に関する話題に触れる必要はなく、「心の健康について悩みがある場合には相談に応じる」ことを住民にまずは伝えることが重要である。

(9) うつ病の受診患者及び家族の支援

うつ病は慢性疾患であり、長期化しやすく、再発する可能性も高い。従って、受診すれば地域の支援が終わりということではなく、患者はもちろん、家族に対しても、地域や医療機関の関係者が長い目で心理的、経済的に支援していくことが必要になる。

3.3.3 統合失調症へのアプローチ

統合失調症へのアプローチでは、特に社会的偏見の是正・解消を念頭におく必要がある。社会的偏見は、自尊心の喪失、症状の悪化、家族の絆の崩壊、ストレスの増大、サポートの劣化、社会的支援の欠如などに関係して当事者の耐性を低下させる。したがって、自殺予防の観点からも社会的偏見を是正するための取り組みの意義は高い。

(1) 社会資源の把握・連携

地域の自助グループ(家族会、作業所、NPO法人、ボランティア団体)、保健所、市区町村、精神保健福祉センター、地域医師会、民生児童委員等、地域における社会資源を把握するとともに、こころの健康づくり・自殺対策連絡会等での連携を通じた地域ネットワークを構築する。

(2) 地域でのイベント

健康講話、ミニコンサート、演劇、当事者の作品や作業所の製品の展示や販売、スピーカーズビューロー等を行う。

(3) ボランティア養成講座の開催

(4) 紙媒体(リーフレットやポスター)や電子媒体(ホームページ)を用いた情報提供

(5) 相談窓口の設置・運用

保健所や市区町村、精神保健福祉センター等に相談窓口を設置する。

(6) 訪問指導

保健所や市区町村、精神保健福祉センター、地域生活援助事業者、訪問看護ステーション等が、ケースの必要に応じて訪問指導を行う。

(7) ケースマネジメントのためのケース検討会

ケースマネジメントのためのケース検討会を行って、支援のスキルを高める。

(8)当事者によるピアカウンセリングの実施と回復者クラブまたはサロンの設置・運用

仲間同士が、精神の安定と社会への参加を支援できるような体制をつくる。

(9) ACT の活用

1970 年代後半にアメリカで始まった精神障害者地域生活支援プログラムである ACT(アクト／Assertive Community Treatment:包括型地域生活支援プログラム)は、精神科医や看護師、作業療法士、当事者であった経験のあるピアカウンセラー、家族でコミュニケーションのトレーニングを積んだ人などがチームを作って、地域で生活する精神障害者を支援する仕組みである。ACT を活用することで、地域で生活する統合失調症などにかかっている精神障害者を支援することができる。

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

(1) 社会資源の把握と連携体制

地域の自助グループ(AA、断酒会、DARC、アラノン)、家族会、ボランティア団体、民生児童委員、地域生活支援センター、保健所、市区町村、地域包括支援センター、精神保健福祉センター、地域医師会、精神科病院、消費生活相談センター、弁護士会等、地域における社会資源を把握するとともに、こころの健康づくり・自殺対策連絡会等での連携を通じた地域ネットワークの構築を行う。

また、市区町村といった基礎自治体においては障害者部門、健康増進部門、年金部門、高齢者部門、国民健康保険部門、住民課等窓口、市区町村営住宅部門といった様々な部署で、地域住民と接しているが、庁内の情報の共有化や連携体制を確認し、必要に応じ関係機関等と連携し対応できるようにしておく。

(2)アルコール問題をテーマとするイベントの開催

国民健康保健事業や市区町村主体の健康づくり等のイベントの際に、講演会やシンポジウムのテーマに取り上げたり、地域産業保健センター等と協働で相談会を開催して、アルコール問題の重要性や早期発見のチェック項目、適正飲酒の勧め、再発防止のための見守り活動の重要性等を普及啓発する。

(3)地域や職域での健康教育

医療保険者が行う特定健診・特定保健指導や、ポピュレーションアプローチとしての生活習慣病予防教室、介護予防教室等で、アルコール問題に関する普及啓発を行う。また、必要に応じて、保健師等のミニ講話等を行い、地域住民や職域においてアルコール問題への関心を高める働きかけを行う。

(4)学校における未成年者に対する飲酒教育

市区町村教育委員会や教育事務所、学校等の教育現場と連携して、児童・生徒や教職員を対象にした健康教室を開催し、啓発媒体の配備を行う。性教育や禁煙教育と同様の重要性があることを関係者に説明し、独立した時間を確保するか、これらの研修・教育の機会等を活用して行うことも考慮する。

(5)紙媒体(リーフレットやポスター)や電子媒体(ホームページ)による情報提供

(6)専門職を対象とした研修会

保健師、訪問看護師、精神保健福祉士等の医療従事者、産業保健推進センター・地域産業保健センターの相談員、障害者相談支援センター職員、地域包括支援センター職員などを対象とした研修会を行い、アルコール問題への関心を高め、支援連携体制づくりの一助とする。また、精神保健福祉センターや医師会、大学、産業保健推進センター等とも連携しながら、一般診療科の医師はもちろん、精神科医を対象として、予防、早期診断、治療、継続支援等の研修を行う。

これら地域での研修とともに、精神科病院等と連携しアルコール症を専門とする研修センターへ看護師や精神保健福祉士等の人材を派遣し、地域のキーパーソンとして研修会の講師等に活用することも考慮する。

(7)医療機関、地域、職域でのスクリーニング(例:CAGE、KAST)

一般診療科における日常の診療や、こころのケアナースのいる医療機関、特定健診や各種がん検診、介護予防健診等のなかで、アルコール問題を早期に把握するためのスクリーニングを行う。

(8)ゲートキーパーに対する教育(民生児童委員、公民館長、各種ボランティアなど)

地域においての見守りや相談支援に携わる機会がある民生児童委員や公民館長の他、家族会員や自助グループの会員、NPO法人の職員を対象として研修会を行い、ハイリスク者への支援が地域で行われる体制づくりを目指す。また、アルコール関連の問題行動についてのスクリーニングについて周知しておくことは早期の把握に役立つ。

(9)相談窓口の設置・運用

保健所や市区町村、精神保健福祉センター等へ相談窓口を設置し、精神保健福祉相談員や精神保健福祉相談医、精神科医等が対応する体制を整備する。

(10)家庭訪問による相談や支援

保健所や市区町村、精神保健福祉センター、地域生活支援センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等、必要に応じて家庭訪問を行い本人や家族への相談に応じ支援する。

(11) 自主グループや支援団体の育成・強化

AAグループ等との共催事業を実施し、地域での自主グループ育成を図る。また、自主グループが設置されている地域では保健所、市区町村、精神保健福祉センター等関係機関が積極的に支援を図る。

3.3.5 地域の見守り活動

二次スクリーニング陽性者、経過観察の対象者、また別途把握されたハイリスク者に対して、地域包括支援センター、民生児童委員、健康づくり推進員、在宅福祉アドバイザー等によって、地域の見守り活動を行う。また、「3.2.4 地域のキーパーソン向け普及啓発」で研修を受けた者、「3.3.2 うつ病へのアプローチ (6) 民生児童委員や保健推進員等によるスクリーニング」を担当した者が地域見守り活動にも携わり、保健医療従事者と連携してスムーズな支援を行えるようにする。

3.3.6 こころのケアナース事業

住民が「こころの健康カード」を提示すれば、こころのケアナース(傾聴のための研修を受けた看護師)に相談できるようなシステムづくりを行う。地域医師会や看護協会、精神科専門医療機関、精神保健福祉センター、市区町村、保健所と連携して、一般医療機関にこころの相談窓口を設置し、こころのケアナースを育成し配置する。

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

メンタルヘルス・ファーストエイドはメルボルン大学の Kitchener B and Jorm AF により作成されたものである。メンタルヘルスの問題を有する人に対して、専門家の支援が提供される前にゲートキーパーが提供すべき支援として、5つの基本ステップ(りはあさる)に基づく行動計画を行うことを提唱している。

1) 自傷・他害のリスクをチェックしましょう	(り; <u>リ</u> スク評価)
2) 判断・批判せずに話を聞きましょう	(は; <u>は</u> んだん、批評せずに話を聞く)
3) 安心と情報を与えましょう	(あ; <u>あ</u> んしん、情報を与える)
4) 適切な専門家のもとへ行くよう伝えましょう	(さ; <u>サ</u> ポートを得るように勧める)
5) 自分で対応できる対処法(セルフ・ヘルプ)を勧めましょう	(る; <u>セ</u> ルフヘルプ)

3.3.8. 自殺未遂者ケアガイドラインに基づく対応

地域の保健医療福祉活動の場面では、自殺未遂者や自殺の危険性のある者への対応を求められることがしばしばある。地域の相談対応や支援に携わる従事者向けの指針として、「自殺に傾いた人を支えるために一相談担当者のための指針―」（平成20年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業 自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究）が作成された。

また、自殺未遂者ケアのガイドライン・手引きとして、救急医療従事者向けに「自殺未遂患者への対応～救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」（日本臨床救急医学会）、精神科救急従事者向けに「精神科救急医療ガイドライン(3)(自殺未遂者対応)」（日本精神科救急学会）が作成された。これらのガイドラインを参考にした現場での対応も必要である。

ダウンロード <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/>

3.3.9 学校における生徒への対応

児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議により取りまとめられた「教師が知っておきたい子供の自殺予防」では、自殺のサインと対応や体制、自殺が発生したときの対応など示している。これらを参考にした現場での対応も必要である。

ダウンロード http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/046/gaiyou/1259186.htm

3.4 三次予防

目的	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苦しむことがないように配慮し、必要なときに適切なケアを提供する。
方法	自死遺族に対する支援体制をつくり、悩みに応じた相談窓口等の紹介を行う。また、必要に応じて、自死遺族の精神面への支援を行う。
	3.4.1 自死遺族のニーズの理解 (1) 自死遺族のニーズの理解 (2) 事例発生時の自死遺族の気持ちへの配慮 3.4.2 自死遺族の支援 (1) 普及啓発媒体の配備 (2) 相談窓口の設置・運用 (3) 市区町村・保健所保健師の家庭訪問 (4) 自死遺族の組織運営の支援 (5) 地域における見守り

3.4.1 自死遺族のニーズの理解

(1) 自死遺族のニーズの理解

こころの健康づくり連絡会などで自死遺族のニーズの理解を図り、必要なときに適切な支援が行えるように支援体制を作る。しかし、一方的に支援を行って心を傷つけることがないように、遺族の気持ちに十分に配慮する必要がある。支援をすぐには必要としない人、地元で相談したい人、地元以外で相談したい人など、支援のニーズは様々であることから、ニーズを柔軟に把握し画一的な支援や押しつけにならないように注意する必要がある。その意味では、相談に来られた時に十分に対応できる体制づくりが大事である。

(2) 事例発生時の自死遺族の気持ちへの配慮

警察や自治体など関係各機関が、自殺遺族の気持ちに十分に配慮できるような啓発活動を行う。実際の対応においては、「自死遺族を支えるために～相談担当者のための指針～自死で残された人に対する支援とケア」(厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業 自殺未遂者および自殺遺族等のケアに関する研究)などを参考にした現場での対応を心掛ける必要がある。

ダウンロード <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/>

3.4.2 自死遺族の支援

(1) 普及啓発媒体の配備

自死遺族や家族、周囲の人たちが相談窓口をみつけられるようなパンフレットを作成し、必要に応じて警察や救急医療機関などがパンフレットを提供できるようにする。また、見守り活動の中で、配慮

を要すると判断された自死遺族に対して、希望がある場合にはパンフレットの配布や健康相談窓口の紹介を行う。

(2) 相談窓口の設置・運用

自死遺族や周囲の人たちが必要を感じたときに相談できるように、保健所や市区町村保健センター、県精神保健福祉センター等に相談窓口を設置する。

(3) 市区町村・保健所保健師の家庭訪問

希望する自死遺族に対して、保健師などの家庭訪問を実施する。

(4) 自死遺族の組織運営の支援

NPO法人などによる自死遺族会の運営に対して、必要な支援を行う。

(5) 地域における見守り

自死遺族に限らず、家族を亡くした人は経済的にも心理的にも苦しい状況に陥る可能性が高いことから、プライバシーやニーズの多様性に十分配慮しながら、見守り活動や必要に応じた声かけ活動を行う。

3.5 職域へのアプローチ

目的	勤労者および、無職者・離職者のメンタルヘルスの不調を予防し、早期発見・早期治療へつなげ自殺を予防する。
方法	3.5.1 勤労者へのアプローチ 事業場、医師会、産業医、地域産業保健センターとネットワークを形成し、連携して自殺対策を実施できるような指導を行う。景気の低迷とともに中小企業の倒産が増えている現状を考慮すると、勤労者(被雇用者)対策と同時に、経営者(雇用者)対策も必要である。
	(1) 支援体制の強化 (2) 事業場への普及啓発媒体(パンフレット、DVD等)の配布 (3) 地域産業保健センターの窓口の整備 (4) 事業場への訪問調査、講演会の実施 (5) 嘱託産業医に対する調査、教育 (6) 家族と職場との連携の促進
	3.5.2 無職者・離職者へのアプローチ 無職者・離職者のうつ症状、自殺の危険性を把握するためにスクリーニング調査を実施し、スクリーニング陽性者に対して医療・福祉サービスを提供する。
	(1) 健康保険、年金の担当窓口、ハローワーク等での支援 (2) ハイリスク者のスクリーニング
	3.5.3 障害者へのアプローチ

3.5.1 勤労者へのアプローチ

自殺対策では、職域へのアプローチも欠かすことができない。近年、大企業では精神保健対策が行われるようになってきたが、中小企業や離職者、その他の無職者に対する支援はまだ不十分である。そのため、中小企業へのアプローチと離職者、無職者への支援を重点的に行う。「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(2006年厚生労働省)に基づき、心の健康づくりを計画的に推進するとともに、自殺に関連する問題をタブー視する風潮を改善する。職域へのアプローチの留意点を以下に示す。

(1) 支援体制の強化

こころの健康づくり連絡会等に、勤労者のメンタルヘルスに関するワーキンググループ(対象地域の医師会長、医師会産業保健担当医師、労働基準協会、地域産業保健センター長、地域産業保健センター担当者、中核病院(精神科、心療内科)の院長など)を設置する。職域に対するアプローチ法を検討し、効果的な介入を行える支援体制を強化し、各事業場への協力を呼びかける。

(2) 事業場への普及啓発媒体(パンフレット、DVD等)の配布

地域産業保健センターから情報を得て、地域の事業場のリスト(住所録)を作成し、パンフレットやDVDなどの普及啓発媒体の配布を行う。

(3) 地域産業保健センターの窓口の整備

悩みや疾患を抱えた勤労者の相談窓口として、地域産業保健センターがこれまで以上に十分に機能するように体制の整備を図る。

- ①ホームページの開設、うつ病や自殺予防に関連した特集を掲載して相談を呼びかける。
- ②窓口担当者のうつ病や自殺予防に関連した資質の向上と維持を図る。
- ③精神科医の相談窓口を設置する(週1回程度)

(4) 事業場への訪問調査、講演会の実施

- ①現状調査(アンケート等)を実施する。
- ②事業場に保健師を派遣し、訪問調査を実施する。
- ③事業主、衛生管理者、産業看護職等を対象に講演会を実施する。

(5) 嘱託産業医に対する調査、教育

医師会から情報を得て、地域の事業場の嘱託産業医のリスト(住所録)を作成し、現状調査(アンケート等)と講演会を実施する。

(6) 家族と職場との連携の促進

職場での気づきを促進することは重要であるが、悩みのサインが見逃されていることが非常に多い。従って、家族と職場の連携を図り、家族の気づきを職場のメンタルヘルスに生かすように試みる。その一環として、家族向けの講演会の開催など、家族に対する教育の場を提供する。

3.5.2 無職者・離職者へのアプローチ

自殺者に占める無職者・離職者の割合が高いことから無職者・離職者を対象とした自殺対策は重要であり、ハイリスク者に対して医療・福祉サービスを提供できるシステムを構築する。無職者に関しては、障害者や出稼ぎの機会を持っていない人など、働く機会を持っていない人たちの支援が自殺対策では特に重要になる。これはまた、生活困難者や生活保護対象者、災害被災者などの支援という切り口でも捉えることができる。

(1) 健康保険や年金の担当窓口、ハローワークでの支援

再就職を目指してハローワークに来所した離職者を対象に、経済、住居、心理などの様々な面から相談ができるワンストップサービスや他の窓口との連携等を行う。ただし、将来に絶望して死について考えている離職者はハローワークまで足を運ぼうとする気力がない場合もあると考えられるので、健康保険や年金の担当窓口でも、手続きのために来所した離職者の状況を把握し、支援が行える体制を整える。なお、ワンストップサービスや他の窓口との連携は、様々な場面で有用であり、地域での活用が望まれる。

(2) ハイリスク者のスクリーニング

無職者・離職者のうつ症状、物質使用(アルコール等)状態、自殺念慮等の自殺の危険性を把握するようにする。また、手続きの待ち時間等を利用して、一次スクリーニング質問票「こころの健康度自己評価票」等に記入してもらおう。一次スクリーニング陽性者のうち希望者に対しては、二次スクリーニングを実施するなどの追跡・支援を行う。必要に応じて保健所や自治体等の相談窓口を紹介し、利用できる体制を整える。ハローワークでは、チーム支援や就職サポーターなどの障害者支援プログラムを充実させ、障害者の雇用促進を図る。

3.5.3 障害者へのアプローチ

働く機会を持たない障害者は、心理的・医学的な問題だけでなく、就労問題や生活上の困難を抱えている場合も少なくない。時に自殺の危険性が高まる場合もある。そのため、保健、医療、福祉サービスを複合的に活用できるような支援を行うようにする。一人一人に対してそれぞれのニーズを踏まえた対応を行うケースマネジメントによって、さまざまな社会資源を活用しながら、保健、医療、福祉、就労支援、生活支援を提供する必要がある。具体的には、二次予防の精神疾患対策を参照してほしい。