

【特集 東日本大震災とメンタルヘルス】

自殺予防の枠組みと被災地の地域精神保健

A framework of suicide prevention and support reconstruction of community mental health
in the disaster area

川野健治^{a)}、竹島正^{a)}、白神敬介^{a)}、的場由木^{a)}

Kenji Kawano, Tadashi Takeshima, Keisuke Shiraga, Yuki Matoba

I. はじめに

東日本大震災以降、自殺予防総合対策センターでは、月一回程度のペースで岩手県釜石市・大槌町、宮城県気仙沼市、また両県の諸機関を訪問している。その目的は第一に、震災後の中長期的な課題である自殺予防に現地が取り組むうえで、有効な情報提供と意見交換を行い、経緯を観察することにある。しかし、自殺予防だけに特化した取り組みは、必ずしも現地の状況に即すとは限らない。むしろ、自殺予防の「枠組み」を被災地の支援、あるいは地域精神保健活動に援用することで、結果的に自殺が予防されることを期待して、活動を続けている。

本稿の目的は、自殺予防の枠組みの援用という考え方を紹介しつつ、被災地の中長期的な精神保健の課題を整理することである。

II. 自殺予防の枠組み－ハイリスク者へのアプローチ

図1には、平時の自殺予防の考え方を示した。自殺予防の目標をシンプルに表現すれば、図1の下半分に示したように、自殺念慮に囚われている人に、それ以外の行動を選択してもらうことにある。その方法は大きく3つに分けられる。自殺の手段を遠ざけること、たとえば入院患者の荷物から刃物や縄状

のものを病院側が預かるといった介入方法は、自殺行動をしないという行動変容を媒介する。一方、精神疾患の治療や借金などの問題の解決によって、危険因子を減らすアプローチは、医療・法律などの専門的な支援機関が提供している直接的な介入方法である。そして、知識や情報の提供、社会資源との結びつきによって当人の強みを増やしていくこと、そして何より、頻回の対人接触によりインフォーマルネットワークを育て、孤立を解消するなどの保護因子の強化も欠くことのできないアプローチである。

しかし、よく知られているように、自殺念慮者は孤立無援感、絶望感に苛まれることが多く、「自分など助けてもらえない」「他に苦しみから抜け出す手段はない」として援助希求が乏しくなる傾向がある。そして、その背景には、複数の問題が絡まり合いながら現在の状況に追い込まれた個人の生活史がある。このような場合、ハイリスク者とのように接点を持つか、あるいは当人の支援への動機づけをどうやって高め、支援利用のハードルを下げるのが課題となる。情報提供や普及啓発の方法として語り合いのサロンを開催したり、周囲でハイリスク者に注意を向けるゲートキーパーを養成したり、すでにハイリスク者が集まりやすい機関・場所と支援者の連携などの方法が各地で試みられている。

ただし、一般に自殺対策の取り組みでは、自殺のリスクが高まるほど、ハイリスク者との接触も行動変容への介入も困難になる。そこで、図1の中ではより左に近い位置、つまり未だ問題が複雑に絡み合っておらず自殺のリスクがあまり高くない状態も取り組みの視野にいれて、効果と実施可能性のバランス、利用可能な地域資源など、地域の条件に即した自殺予防対策を計画していくことが肝要となる。

その計画の仕方は一通りではないが、例えば次の

a) 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター

Center for suicide prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry,

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

ように進めてもよいだろう。1. 地域のニーズへの気づき、2. 実態の把握（地域診断）、3. 目標の設定、4. 具体的なプログラムと評価指標の準備、5. プログラムの実施、6. 評価と新たなニーズへの気づき。以下では自殺予防の枠組みを被災地支援に援用することについて、この流れに沿って整理していく。

Ⅲ. 被災地における自殺予防のニーズ

地域のニーズに気づくことは、対策の計画というより、その前提である。しかし、多領域・多職種が連携して息長く取り組む必要がある自殺対策においては、関係者がニーズを共有しておくことはその礎となる。では、現在被災地において、自殺予防のニーズがあると考えてよいだろうか。大型災害時の精神保健対応クリティカルパスでは、発災後数ヶ月を過ぎると、新たなターゲットとしてうつ病や自殺が入ってくるとされている⁵⁾。今回、現地の支援者は、急性期の段階から一部の被災者の「死にたい」という訴えに気づいて注意を喚起しており、マスコミも早くから注目して報道していたようである。

ところが、海外の研究からみる限り、自然災害の自殺に与える影響は意外にも不明確である。たとえば、Chou et al. (2003) では、1999年の台湾地震による自殺のオッズ比が1.46に過ぎないという結果を示した²⁾。これについてLu (2004) は、地域によって発災後の支援の程度が均一ではなかったこと、地震以前の自殺率の変動と発災後の変動を合わせて考慮する必要性、また「ある個人が自殺し、別の個人がしなかったこと」と「ある地域で自殺が多く、別の地域で少なかったこと」は異なる間であり、別様の検討が可能であることなどを指摘し、「地震の影響は小さい」という直截な結論の一例の適用には留保を求めている⁸⁾。

一方、警察庁の自殺統計において、全国の5月の自殺者数が過去数年と比べて多くなったこともあり、内閣府では急速、6月の震災関連の自殺統計を公表した¹¹⁾。調査は、警察庁のデータを基に内閣府が遺体発見地、発見日ベースで集計している。(1) 遺体の発見地が避難所や仮設住宅など(2) 避難所や仮設住宅に居住していた(3) 被災地から避難してきた(4) 住居や職場が地震や津波で甚大な被害を受けた(5) 原因や動機が震災の影響だと遺書などで判明—のいずれかで震災関連自殺と定義した。

それによると、都道府県別の最多は宮城の8人で、6月の宮城の自殺者(45人)の17・8%を占めた。次いで岩手3人、福島2人、茨城、埼玉、東京がそれぞれ1人。年齢別では60代が最も多く6人で、50代5人、20代2人が続いた。70代、80歳以上、20歳未満はそれぞれ1人だった。一方、警察庁が同日発表した自殺者の月別統計(速報値)によると、7月の自殺者は2769人で、前年同月比3・6%(104人)減となった。被災地は岩手37人(前年同月比15人減)、宮城46人(同13人減)、福島48人(同1人減)だった。

つまり、被災地における自殺予防のニーズは伝えられているが、必ずしも今回の震災により自殺者数が顕著に増加したためではない。それはむしろ、被災地や支援者の現状において、関連する自殺の発生を避けたいという人々の憂慮を反映したものである。例えば、不幸にして応急仮設住宅で自殺が起こった場合、居住者、近隣、他所で暮らす親族、また支援者へのポストベンションの準備は整っていない点で、平時より心配は大きいかもしれない。

ただし、この憂慮は自殺予防への積極性を伴うものではないことにも注意したい。被災地では取り組むべき課題は未だ山積している。メンタルヘルス以外の地域保健の課題、たとえば発災後に悪化した栄養状況、慢性疾患の把握・管理があり、あるいは特定検診や予防接種など震災対応で後回しにされてきた通常の業務も進めなくてはならない。そのような状況で、さらに自殺予防に取り組むことへの提案は、むしろ負担感や不安や喚起することを、これまでの現地との情報交換の中で感じてきた。そこで先に述べたように、自殺対策を正面に据えるのではなく、関連要因から推定されるハイリスク者への対応に焦点を当てることで、地域のニーズを共有していく作業が必要であると考えている。

Ⅳ. 被災地における実態把握—孤独死とアルコール

実態把握は、ハイリスク者への接触と介入の方法を選択するために必要な作業である。現在、被災地でのメンタルヘルスに関連する問題として捉えられているのは、うつ、自殺のほかに、アルコール問題、トラウマ体験、それに孤立などがある。特に、孤立に関しては実態把握の準備が整いつつある。

被災地の応急仮設住宅での孤独死については、阪神淡路大震災や中越沖地震などの反省もあり注目されている。たとえば、一定以上の規模の仮設住宅に併設された集会所活用が進んでいないという指摘や地域によっては「支えあいセンター」や「お茶飲み会」などの孤立防止の取り組みがなされているという報告もある^{3) 6)}。これらの活動の核となっているのは、各種民間ボランティアと、社会福祉協議会から派遣されている生活支援相談員、あるいは高齢福祉課から派遣されている友愛訪問等の人々で、直接応急仮設住宅を訪問して、相談などにのっているという。さらに、例えば大植町では、生活支援相談員によって支援が必要と判断されたケースの情報が町の保健師に提供され、再訪問する仕組みなどの工夫が始まっている。また、仮設住宅における要支援者会議などを開催し、効率の良い支援体制を整えようとしており、これらの蓄積が地域の実態把握の機会となっている。ただし、より構造化された実態調査が行われることが期待される。

ところで、これまで自殺予防総合対策センターと被災地との情報交換では、自殺や孤独死に繋がり得る課題として、アルコール問題がしばしば取り上げられていた。特に、発災直後の急性期を過ぎてから、各地のこころのケアチームへの相談内容が急性ストレスからアルコール問題へと中心を移してきたという印象がある。一方、「阪神・淡路大震災教訓情報資料集」によると、地震発生後の6ヶ月以降も続く課題として挙げられる「仮設住宅の生活と支援」における教訓情報として、50代と60代の男性が孤独死のハイリスクグループであるとされ、自宅への閉じこもり、対人関係の断絶により、過度のアルコール摂取、不十分な栄養、慢性疾患の放置などの結果が孤独死につながったことなどが報告されている¹⁰⁾。さらに、仮設住宅で目撃者がいない状態でなくなっていた方217名のうち、45名の死因は肝疾患であり、そのうち42名が男性であったという報告もある¹⁵⁾。

つまり、被災地における孤立・孤独死の背景に、アルコールを始めとする、多重な健康問題が併存している可能性にも注意が必要である。とはいえ、中高年男性が応急仮設住宅に閉じこもり、アルコール問題を抱えていた場合、上記の「お茶のみ会」や訪問によって接触することは難しいだろう。あるいはスクリーニング調査等へ応じることもあまり期待できない。このようなケースへの介入については、後に述べるように、生活困窮者支援の取り組みが生かせるのではないかと私

たちは考えている。そのためには、「どのような要支援者がどのくらいいるのか」についてだけではなく、当人の周囲に「どのような社会資源や対人ネットワークが潜在しているのか」についての、実態把握が必要となる。言い換えると、保護因子の「タネ」を見つけ、育てていくための地区診断の実施と地域への働きかけが求められるのである。

V. 被災地における地域精神保健の目標設定

目標設定は実態把握を踏まえてニーズをより具体的に表現したものであり、地域の課題に対して、適切なプログラムの選択、実施、評価の基準となるものである。したがって、対策を進める前に明確にすることが望ましい。ここまで整理してきたように、私たちは、メンタルヘルス問題を含む多重な背景で閉じこもりがちな人への支援を目標とし、結果的に自殺予防につなげることが、中長期的な被災地の精神保健問題にとって重要であると考えている。このような観点から、これまで情報提供と意見交換を行ってきた。

しかし、単に目標だけを伝えても、地域で既にスタートしている様々な取り組みと競合し、あるいは負担が増すように受け取られかねない。先に述べた地区診断、この後述べる介入方法とともに提示することで実施可能性を示そうとしてきたが、これまで必ずしも十分にコミュニケーションできたわけではない。外部の研究者と被災地が十分なコミュニケーションの下で目標を設定していくためには、目標と実施内容をまとめた簡便な「ツール」としてプログラムを呈示する必要があり、加えて、現地の活動を制約するのではなく、可能性を示すように提案していきたい。

VI. プログラムー生活困窮者支援の知恵を援用する

上記の目標に即したプログラムとして我々が提案しているのは、閉じこもりの人をも包含しうる多層的な対人ネットワーク育成の仕掛け作りである。現在、応急仮設住宅での自治会作りが促進されているのも同様の狙いであろう。しかし、自治会長などのなり手がいない場合もあり、平成23年10月時点、890団地のうち、自治会が成立しているのは418に過ぎないという。仮の住まいで役を担う必要性への

疑問、十分に顔を知らない近隣との助け合いの負担感などが、二の足を踏ませているのかも知れない。このような外部の都合で、団地内に自治会を成立させるやり方だけでは、おのずと限界がある。

これに対し、たとえば浅野(2011)は、近年の若者たちの社会参加の形式として「趣味縁」という概念を提案している¹¹⁾。これは公的な人間関係や空間的近接性ではなく、インターネットなどに媒介された同じ趣味、同じ志向をもつものの集まりのことである。オタクとよばれる文化現象から、アラブの春といった政治的現象にいたるまで、統治側の都合としての公的關係性を超えた地点でこそ、若者は社会性を発揮しているのかも知れない。現在被災地においても、支援者ネットワークにtwitterが重要な役割を果たしているようである。しかし高齢者についても、筆者らは現地で次のようなエピソードを聞いている。「集会所で開催される催しなどは、女性や子どもは喜ぶかも知れないが、成人男性の出やすいものではない。もと漁師であるその老人は、たまに昔の地域の知り合いが訪ねてくる以外に話し相手がなく、休日に家人に海へ連れて行ってもらうことが唯一の楽しみであるが、それ以外は足が悪いこともあり、部屋にいるしかない」というのである。

つまり潜在するネットワークを活用する工夫が有効なのだが、そこには若干の視点の転換が必要である。つまり、支援側の都合から自治会の育成をしたり、趣味縁を提案していくだけではなく、多重な背景があって閉じこもりがちな人々を中心に、その人が生きていくための支援として、有効な関係性による支えを多面的・多層的に探っていくのである。

制約・防止から生きるための支援への展開。この点について、自殺予防総合対策センターが、平時の自殺予防の取り組みから連携をもつNPO法人自立支援センターふるさとの会の取り組みを援用できないかと考えているので、以下に紹介したい¹²⁾。

同会で支援する人のうち、アパート等の恒久住宅での安定した生活への移行が困難であったり、移行するまでに数年単位の期間を要するのは、軽度の知的障害や発達障害、認知症を含む精神疾患を抱えた人たち、単身生活が困難な要介護高齢者である。独居が困難な単身者が地域の恒久住宅へ移行していくためには、地域の在宅医療・介護の体制に加え、24時間の見守りを含めた日常生活支援(通常は同居の家族が担っている場合が多い)が必要であり、24時間365日の包

括的な地域支援体制が求められている。

同会では、2011年9月現在1128名の利用者(60代以上が40%)を支援するために129名(常勤50名、非常勤79名)のスタッフが働いている。スタッフのほとんどが非専門職であり、前職までの職歴に福祉や介護の経験のない人も多い。そのため日常生活支援に必要な基礎知識の研修(ケア研修)と日常的な報告・相談体制をとることによって、地域の専門機関と連携しながら、支援を行っている。生活支援員を対象としたケア研修は介護保険や障害者自立支援法などの制度について、多重債務、個人情報の取り扱い、アルコール問題の考え方や認知症への対応などのメンタルヘルスの理解について、衛生管理、介助方法などが含まれ、「幅広い基礎的な知識の修得」と「保健・医療・介護・法律の専門機関へつなぐまでの初期的な対応ができること」を目的として実施されている。図1に戻るなら、ハイリスク者との接触方法として、まず地域内でその人につながりうるネットワークを育て、その上で非専門的なケアに限定した互助関係へと展開させることで保護因子を増やすのである。たとえば、先のエピソードで紹介したもと漁師の老人にとって、近隣にもと漁師がいることがわかれば、支援関係の端緒となるのではないだろうか。

このような、非専門的な、生活者のニーズに即したサポートがあることで、被災地の仮設住宅や恒久住宅で生活する高齢・障害者は安心して地域生活を継続することができる。必要なときにはこのサポートを介して、専門機関の支援を得ることができる。さらに重要なこととして、このような日常生活支援の仕事が地域の雇用機会の創出となり得るとすれば、被災地で仕事を失ってしまった人たちの長期的な就労先の選択肢のひとつとなる可能性がある。実はふるさとの会で働く非常勤職員の中には、利用者から支援者に転じた者が少なくない。先に示したようなケア研修を被災地で開催することによって、生活支援に関わる人たちが地域の中で増えていくことが、結果としてまちづくりを含めた精神保健活動の土台を支えるものになるのではないだろうか。

VII. 評価－今後の支援のために

対策のためのプログラムは、目標にそって設定し、また評価の仕組みを入れることで実施プロセスを修

正したり、結果をもとに改善できるように構造化されていることが求められる。残念ながら、これまで被災地支援では緊急性が重視され、活動のモニタリングやフィードバックはなおざりにされてきた。もちろん、先に述べたように被災地の状況はいまだ厳しく、「研究」に類する「データの収集」には地域の反発が予想され、慎重な協議が必要になるだろう。

図2には、今後被災地で必要とされる、地域精神保健サービスの構造を示した。たとえば、高齢者介護を例にとると、図の右に示したように、生活は医療による専門的支援ばかりではなく、食事介助といった特化した非専門的な支援、あるいは排泄時の移動介助のように、コミュニティの隣人や家族によって提供されるサービスによって生活は支えられている。こころのケアについても、ともすると専門的なサービスの提供によって問題は解決されると考えがちだが、ここまで述べてきたように、今後応急仮設住宅や、被災した自宅等に避難している人にとって、非専門的サービスや家族的サービスの不足が問題となる可能性は高い。医療機関に行くときの介助、家族による服薬の管理を例に考えるとわかるように、専門的サービスはピラミッドの頂上にあり、それを支える土台を欠くことはできない。

阪神淡路大震災では、居住地と住宅形式の変更が大きかった住民は、近隣との交流機会が減少し、引きこもりがちとなったことが報告されている¹³⁾。今回の震災では、9月の段階で全国74,900人の避難者の内、避難所(公民館、学校等)に3,439人、旅館・ホテルに6,411人、その他(親族・知人宅等)に17,681人、住宅等(公営、仮設、民間、病院含む)に47,369人が避難していると報告されていた¹⁰⁾。避難所から仮設住宅への移行が進み、その内訳は日々変化しているが、多くの人たちが今後も長期に亘り「自宅ではない居所」での生活を余儀なくされている状況にある。これが、先に述べたような複数の問題を抱えた人にとって、非専門的サービスや家族的サービスの欠如につながるものが心配されるのである。

本稿で提案しているようなプログラムが実施される場合には、図2のようなモデルからいくつかの評価指標が準備できるだろう。被災地におけるネットワーク数の増加、中高年男性の参加(不参加)率、ネットワーク間の連携による医療等の専門サービスの利用率の増加、閉じこもり者率の変化、などである。これらを適宜評価しながら地域づくりを進めていくことで、結

果的に孤独死や自殺を防ぐことにつなげていきたい。ただし、これらはあくまで提案であり、冒頭で述べたように現地での協議のなかで、修正や取り下げ、あらたな提案を繰り返しながら、より実地的な協働を探っていくことがわれわれの方針である。

東日本大震災は未曾有の出来事であり、多数の不幸な経験を生み出している。だからこそ、この経験を後の社会に生かしていく努力も貴重であり、現地との協力のもと評価・研究・記録していく必要もあるだろう。自殺予防総合対策センターによる被災地支援の活動は、いくつかの課題のバランスの上に成り立っているといえるかも知れない。

文献

- 1) 浅野智彦 趣味縁からはじまる社会参加 岩波書店 2011
- 2) Chou, et al. Suicides after the 1999 Taiwan earthquake. *International Journal of Epidemiology*, 32, 1007-1014, 2003
- 3) 医療介護 CB ニュース「使われない集会所、孤立する仮設入居者－震災半年－宮城 (3) 医療介護 CB ニュース 9月13日(火) 16時21分配信」(2011.9) <http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20110913-000000005-cbn-soci>
- 4) 岩井圭司：災害と精神医療－災害前と災害後の精神保健活動。最新精神医学 第7巻4号 324-325, 2002.
- 5) 岩手県：「大型災害時の精神保健対応クリティカルパス」(2011.10) <http://www.pref.iwate.jp/view.rbz?of=1&ik=0&cd=6116>
- 6) 福島毎日新聞社：「東日本大震災：全村避難の葛尾村、支え合いセンター開設 三春の仮設住宅に / 福島 毎日新聞 9月16日(金) 13時8分配信」(2011.9) <http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20110916-00000187-mailo-107>
- 7) 国立精神・神経医療研究センター「災害時の地域精神保健医療活動ロードマップ」(2011.9) http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_map.pdf#search=地域精神医療ロードマップ
- 8) Lu, T.H. Earthquake and suicide : bringing context back into disaster epidemiological

- studies.Journal: International Journal of Epidemiology, vol. 33, 1406-1409, 2004
- 9) 的場由木・川野健治 困窮者支援と被災地支援 社会精神医学会雑誌 印刷中
- 10) 内閣府:「阪神・淡路大震災教訓情報資料集」(2011.9) http://www.bousai.go.jp/linfo/kyoukun/hanshin_awaji/data/detail/4-1-1.pdf
- 11) 内閣府緊急災害対策本部:「平成23年(2011年)東北地方太平洋沖地震(東日本大震災)について 平成23年9月20日(17:00)」(2011.9)
- 12) NPO法人ふるさとの会:「ふるさとの会事業概要 2011/9/14」(2011.9) <http://www.d5.dion.ne.jp/~hurusato/PDF/jigyougaiyou.pdf>
- 13) サンケイニュース:6月の震災3県自殺 震災関連が1割 内閣府調査(2011.10) <http://sankei.jp.msn.com/affairs/news/110805/dst11080521330024-n1.htm>
- 14) 塩崎賢明:住宅復興とコミュニティ,日本経済評論社,2009 <http://www.kantei.go.jp/saigai/pdf/201109201700jisin.pdf>
- 15) 田中正人・高橋 知香子・上野 易弘:応急仮設住宅における「孤独死」の発生実態とその背景-阪神・淡路大震災の事例を通して. 日本建築学会計画系論文集 75 (654), 1815-1823, 2010.

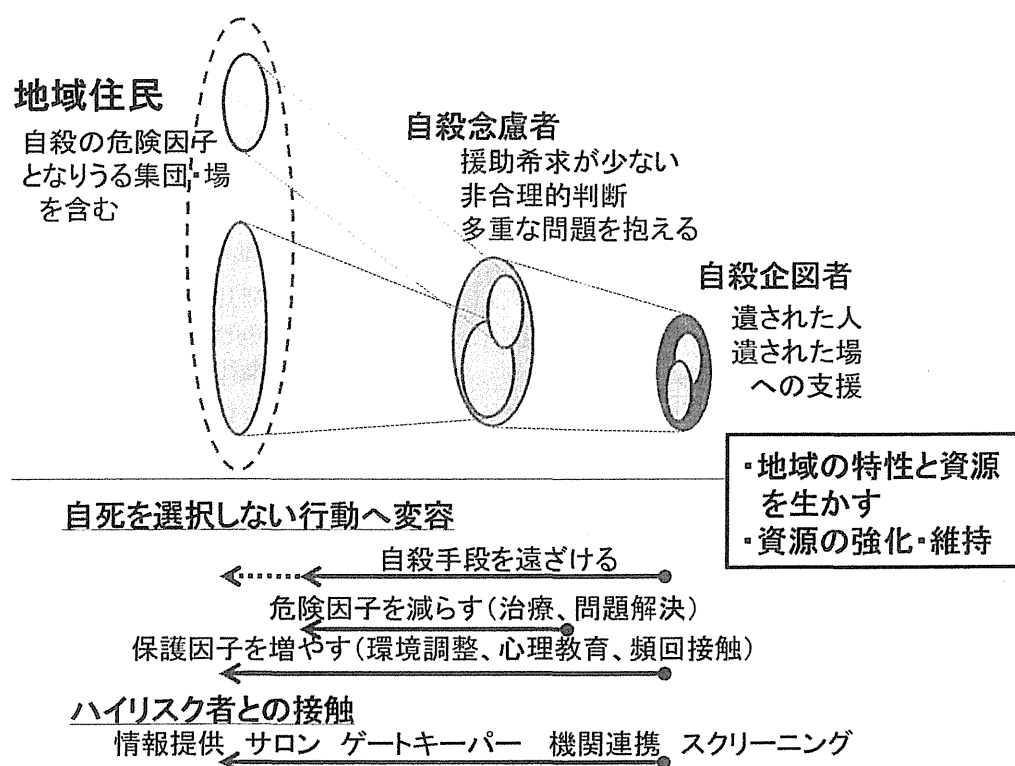


図1 自殺予防の考え方

■資 料

八女地域におけるうつ自殺予防対策

——「眠れてる？ 食べれてる？ 体大丈夫？」の地域づくり——

Community measures for preventing depression-related suicide

Community awareness of “Can you sleep? Are you able to eat? Are you physically all right?”

眞崎直子¹⁾, 小西昌子¹⁾, 田中貴子¹⁾, 宇治光治²⁾, 竹島正³⁾

MASAKI Naoko, KONISHI Masako, TANAKA Takako, UJI Mitsuharu, TAKESHIMA Tadashi

[抄録] 八女保健所において、既存統計および自立支援医療費精神通院の分析による関係者への情報提供を行い、うつ講演会・うつ家族教室、心の健康づくり出前講座を行い、うつ自殺予防対策を行った。保健所にある既存資料を活用し、障害者自立支援法精神通院の統計資料を分析し、保健所運営協議会精神保健福祉部会などで提示し、話題提供を行った。自立支援医療精神通院申請者のうち3割強が気分（感情）障害であり、自殺と大きく関わっていると思われるうつ病が占める割合がかなり高い状況であることがわかった。アルコール依存症の合併が多いことから、その支援の強化が必要であると思われた。これらを管内市町村の関係者と共有する中で、市町村の自立支援医療申請時の窓口での声かけや支援の糸口となるようなはたらきかけ方を検討する機会となった。うつ家族教室では、本人のみならず、周囲の人たちに相談することができず、抱え込んで苦しんでいる現状が明らかとなった。新たな地域でのうつの家族のセルフヘルプグループづくりのニーズが潜在化していると思われる。心の健康づくり出前講座に取り組む中で、「眠れてる？ 食べれてる？ 体大丈夫？」の覚えやすいフレーズで、身近な人々への声かけを呼びかける活動が重要であると思われた。

キーワード：保健所、うつ自殺予防、うつ家族教室、既存統計、出前講座

I はじめに

わが国の自殺者は、平成10年以来3万人を超えた状態が持続している¹⁾。働きざかりの中老年男性の増加が著しく、経済損失も大きいといわれている²⁾。自殺の原因としては、さまざまな要因が複合的にあり、最も重要な危険因子の一つが精神疾患であり、その中でもうつ病が重要であるといわれている³⁾。そのため、うつ自殺予防は、地域の公衆衛生上の最重要課題であるといえる。平成18年に自殺対策基本法が制定し、国を挙げての取り組みがなされ、全国でさまざまな自殺予防に対する取り組みが展開

されている⁴⁻⁶⁾。しかしながら、さらなる景気悪化により、さらに自殺者増加の危険性があると言われており、地域に根ざした自殺予防対策が急務である。このような現状から、保健所において、うつ自殺予防対策を行った。すなわち、保健所にある既存の保健統計資料を市町村の精神保健福祉担当者等に情報提供し、各市町村での取り組みの支援とした。あわせて、うつ講演会と共にうつ家族教室、心の健康づくり出前講座を行い、保健所を中心としたうつ自殺予防啓発を行い、地域全体で行ううつ自殺予防対策について検討した。

1) 日本赤十字広島看護大学 (Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing) 〒738-0052 広島県廿日市市阿品台東1番2号
日本赤十字広島看護大学 地域看護学領域 Tel & Fax: 0829-20-2865 E-mail (眞崎): masaki@jrhcna.ac.jp

2) 元福岡県八女保健福祉環境事務所

3) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

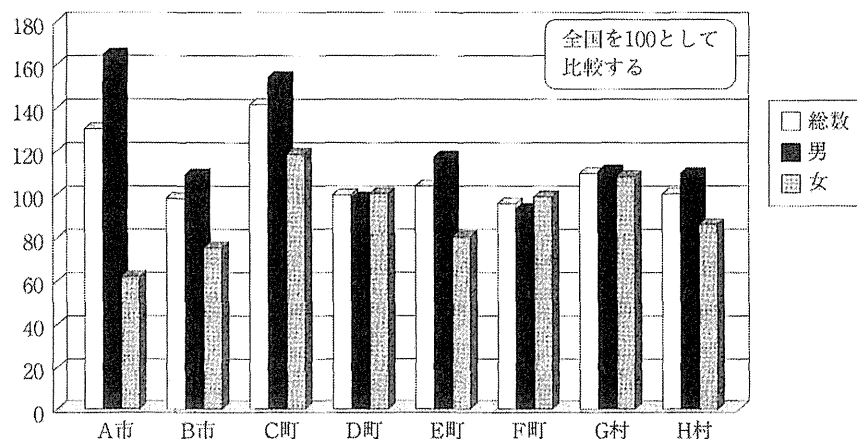


図1 管内市町別自殺死亡数（標準化死亡比）2002～2004年

資料：情報システム研究機構統計数理研究所藤田利治教授による

Ⅱ 方法

1. 対象地域

対象地域は、福岡県八女保健福祉環境事務所（八女保健所）管内で、2市3町2村（現在2市1町）、人口141,354人である。（平成17年国勢調査）高齢化率は、24.4%。精神病床を有する病院が2カ所、精神科を標榜する診療所が2カ所である。精神病床数は、464床、人口10万対32.8床である。

福岡県の南東部に位置し、中央に矢部川の清流が流れ、八女茶など農産物、八女灯籠などの工芸品等である。

2. 実施方法

- 1) 市町村精神保健福祉担当者等関係者への既存統計、障害者自立支援法精神通院関係統計資料の情報提供
- 2) うつ講演会・うつ家族教室
- 3) 心の健康づくり出前講座

3. 倫理上の配慮

自立支援医療の申請書の活用について、本報告では、著者が保健所職員として、業務上のデータをまとめ、公衆衛生上の地域の健康課題をまとめたものであり、保健所全体で把握しているデータを市町村に提示したものである。また、

結果について、保健所運営協議会や精神保健福祉部会で公表されたデータを使用した^{8, 9)}。

また、うつ家族教室での事例については、個人を特定できないよう配慮した。

Ⅲ 結果

1. 市町村精神保健福祉担当者等関係者への既存統計、障害者自立支援法精神通院関係統計資料の情報提供

- 1) 自殺死亡SMR（標準化死亡比）の情報提供（図1）

取り組みにあたり、地域の現状を把握するため、既存統計資料で、自殺のSMR（標準化死亡比）をグラフ化し、視覚的に地域のデータからの現状を分かりやすい形で市町村や関係機関に提示した（図1）。これにより市町村の担当者や関係者に自殺対策の必要性を投げかけた。このデータは国立精神・神経医療研究センターのホームページを参照した⁷⁾。

- 2) 保健所死亡統計の情報提供

保健所の死亡統計（人口動態統計）による自殺数および自殺率の経年的変化を各市町村ごとに集計し、同様にグラフ化を行った^{8, 9)}。このことで、各地域での自殺への取り組みの方法をディスカッションする機会となった。

- 3) 障害者自立支援法精神通院の情報提供

保健所にある既存資料を活用し、障害者自立

支援法精神通院の統計資料を分析した。従来の通院医療公費負担制度は、平成18年度より障害者自立支援法に基づく自立支援医療費（精神通院医療）制度として再編成され、毎年更新が必要となった。そこで、うつ自殺予防対策の一環として、精神通院申請書等の中から気分（感情）障害者の状況を調査し、保健所運営協議会精神保健福祉部会において提示した^{8,9)}。その要点を以下に紹介する。

①対象：平成19年度八女保健福祉環境事務所管内における自立支援医療費（精神通院）申請者1,383名のうち、気分（感情）障害（国際疾病分類ICD-10記載欄において、F3（気分（感情）障害）と診断された者。但し、躁病のものは除く）502名についてデータを調査した。

②時期：平成19年4月1日～平成20年3月31日に申請があったもの。

③結果

i. 自立支援医療費精神通院の現状

平成19年度八女保健福祉環境事務所管内における自立支援医療費（精神通院）申請者総数1,383名中、F3（気分（感情）障害）と診断された者は502名（36.3%）であった。（表1）。F3（気分（感情）障害、以下F3と略す）の男女比は、4：6で女性の方が多かった（表2）。また、男性では、F1（アルコール依存症など、以下F1と略す）が最も多く、女性ではF4（神経症性障害など、以下F4と略す）が最も多かった。年代では、30歳代、50歳代、40歳代の順で多く、この働きざかりの年代で327名（65.1%）を占め、60歳代以上の高齢者が約22%であった。F3を病名コード別でみると、F32（うつ病エピソードなど）が360名（71.7%）、F31（双極性感情障害など）が103名（20.5%）で、この2コードで9割を占めていた。F3以外に他の精神障害があるもの（従たる精神障害）は、F3総数中79名（15.7%）である。その内、F1とF4で57名（72.1%）であった（表3）。通院医療機関を二次保健医療圏別でみると、隣圏域が305名（60.8%）と最も多く、次いで管内圏域が150名（29.9%）であった。F3におけ

表1 自立支援医療精神通院申請総数中のF3（気分（感情）障害）の割合

	総 数	F3	割合 (%)
A 市	418	145	34.7
B 市	466	200	42.9
C 町	164	39	23.8
E 町	98	34	34.7
F 町	181	69	38.1
G 村	17	7	41.2
H 村	39	8	20.5
総 計	1,383	502	36.3

*：D 町は A 市と合併した。

表2 ICD-10 の病名コード別、男女割合

	F31	F32	F33	F34	F38	総計	割合 (%)
男性	46	153	7	9	0	215	42.8
女性	57	207	3	18	2	287	57.2
総計	103	360	10	27	2	502	100.0

F31：双極性感情（気分）障害、躁うつ病など
F32：うつ病エピソード、重症うつ病など
F33：反復性うつ病性障害など
F34：持続性気分障害、気分変調症、気分循環症など
F38：感情病など

表3 男女別の従たる精神障害の割合

従たる精神障害	男性	女性	総数	割合 (%)
F0 器質性	2	2	4	5.1
F1 精神作用物質使用	24	5	29	36.7
F2 統合失調症	2	0	2	2.5
F3 気分（感情）障害	3	0	3	3.8
F4 神経症性障害	14	14	28	35.4
F5 生理的障害	0	2	2	2.5
F6 パーソナリティ行動障害	1	1	2	2.5
F7 精神遅滞	1	1	2	2.5
F8 心理的発達障害	0	1	1	1.3
G4 てんかん	5	1	6	7.6
総 計	52	27	79	100.0

F1：精神作用物質使用による精神および行動の障害
ICD-10に基づく診断基準

る新規・継続の内訳を見ると、継続が77.1%と約8割を占める。また、申請総数とF3を比較すると、総数に比べ、F3の方が新規および再登録の割合が高かった。保険種別割合では、国保が234名(46.6%)、健保が199名(39.6%)、共済が38名(7.6%)、生保が30名(6.0%)の順であった。本人・家族の有無を見ると、国退・健保・共済のいずれも保険者本人より、家族の割合が高い。通院医療費の自己負担上限額では、10,000円が178名(35.5%)と一番多く、次いで5,000円が168名(33.5%)、2,500円が107名(21.3%)の順になっている。

ii. 自立支援医療精神通院から見えてくる課題

自立支援医療精神通院申請者のうち3割強が気分(感情)障害、次に統合失調症と続いている。自殺に関わるであろうといわれている気分障害や統合失調症がかなり高い状況であることがわかった。また、従たる精神障害では、2割弱であり、特に男性では、アルコール依存症が多いことから、アルコール依存症への支援を強化することが必要であると思われる。八女保健所では、これまでも断酒会など自助グループとの開催日時の案内など協力体制をとっていたが、今後はさらなる啓発活動にセルフヘルプグループとの協働など支援の強化が求められる。男女比では、4:6で女性が多く、年代別では、働きざかりの年代で6割強を占め、高齢者も2割を占めている。これらの地域の現状をふまえ、各年代にわたっての支援体制を考えていくことが必要であろう。通院医療機関は、地元より隣圏域の利用が6割を占めていた。このことから、うつ自殺予防対策については、管内だけでなく、他保健所とうつ自殺予防の人材育成や講演会など連携を図りながら、広域に取り組むことが重要であると思われる。

以上の結果を管内市町村の関係者と共有する中で、市町村の自立支援医療申請時の窓口での声かけや支援の糸口となるようなはたらきかけ方を検討する機会となった。

2. うつ講演会・うつ家族教室

うつ自殺予防啓発活動として、うつ家族教室で当事者・家族支援を行った。保健所では、これまで、精神障害者デイケアや精神障害者家族会への支援において、自助グループ育成のノウハウを持っている。それを生かし、啓発事業として、うつ講演会を行い、その後に家族のつどいを開いた。講演会の開催にあたっては、地域医師会や薬剤師会の協力を得て、一般の医療機関や調剤薬局に講演会の開催案内のチラシを置いた。これを見て参加したという当事者や家族が多く見られた。講演会では、労働基準監督署の協力で、管内の企業のメンタルヘルス担当者会議を同時開催した。その効果もあり、60名以上の参加があった。

終了後の「家族のつどい」では、9名の家族、5名の当事者が参加し、これまで誰にもいえなかった苦しみを吐露された。その後、引き続き月1回ではあるが、保健所精神相談の前にうつ家族教室を開催することとし、参加者の同意を得た。その結果を図2、図3に示す。参加者からは、「このような会を待っていた。今まで病院と家を行ったりきたりで、どこに相談していいかわからなかった」という声が聞かれた。中には、インターネットから知ったという家族の1人が県外から参加していた。会では、保健師がファシリテーターの役割を担い、各自がこれまでの家族としての関わりの難しさなどを1時間半程度話していく。ある時は、認知行動療法の研修会に参加した保健師の報告から、家族との関わりを振り返り、自らの心の動きを発表するプログラムを行った。それまで、聞くだけだった家族の中にも、他の人の話を聞くうち、次第に胸の内を明かされる人も出てきた。特に、図3に示す家族②は、弟である本人に振り回され、対応を拒絶していたが、家族①や家族③に対して、自身の体験談を話すなど、メンバー同士がエンパワメントされる様子が伝わってきた。これが、セルフヘルプグループの効果ともいえるのではないと思われる。

	日 時	内 容	参加人数
講演会後の集い	9月16日(月)	○自己紹介、講演の感想、意見交換	家族6 当事者3 スタッフ4
1	10月20日(月)	○ミーティング ○話題提供「心の健康づくり うつ予防対策」「うつ病とは」 ○アンケート	家族1 支援者2 スタッフ2
2	11月10日(月)	○ミーティング ○うつ病の治療と対策	家族5 支援者2 スタッフ2
3	12月8日(月)	○「うつ病の認知行動療法」 概要・「気分」①気分グラフ ○ミーティング	家族6 支援者3 スタッフ2
4	1月19日(月)	○「うつ病の認知行動療法」 「プラス思考・マイナス思考」①思考記入カード②チェックカード ○ミーティング	家族2 支援者1 スタッフ3
5	2月9日(月)	○「うつ病の認知行動療法」 「楽しい活動」①チェックリスト②活動予定 ○ミーティング	家族4 スタッフ3
6	3月9日(月)	○うつ病の講演会と家族教室 「うつ病の家族と支援者へのメッセージ～診療と相談の現場から」 ○ミーティング	家族13 支援者10 スタッフ3

図2 うつ家族教室実施内容

番号	本人との続柄、年齢	本人の年齢性別 かかりつけ医	家族教室参加状況	参加後の状況・変化
家族①	母親 (50歳代)	30歳代・男 A 大学病院	定期的に参加	アルコールとうつ病にて、長年引きこもり状態であった。家族教室に参加し、本人の飲酒行動などに変化があり、母として距離を置いてみるができるようになったと話す。ここで安心して話せることが大きい。
家族②	姉 (50歳代)	50歳代・男 B クリニック	本人が自殺企図による24条通報にて把握。本人への関わり方など個別支援と並行し家族教室に定期的に参加	本人の薬物・アルコール依存とうつ病で振り回されてきた。個別のかかわりや関係機関との連携会議を重ね、姉も家族教室でこれまでの体験を話せるようになった。客観的にこれまでもを振り返り、本人との付き合い方を学んだ。その後、通報もなく、独居で過ごしている。
家族③	妻 (30代)	30歳代・男 C クリニック	当初、本人が参加を申し込むが、家族の参加をと伝え、妻のみ参加。県外からではあるが、定期的に参加	当初、本人への対応に振り回されて疲れている状況だった。仕事と子育てをする中で本人がドクターショッピングをするなど、落ち着かない状態。家族教室に参加し、安心して話せる場ができたことは大きい。自分の夫からのストレスから解放された感があると話す。

図3 うつ家族教室主な参加者の状況

3. 心の健康づくり出前講座「眠れてる？ 食べれてる？ 体大丈夫？」の地域づくり

うつ自殺予防問題を地域で考え、孤立する人々を地域で支えあう地域づくりを目指して、「平成20年度心の健康づくり出前講座」を行った（図4）。

媒体はパワーポイントで、①データから見たうつ自殺の現状②うつとは、その症状と治療③周囲ができる対応のポイントと見守り「眠れてる？ 食べれてる？ 体大丈夫？」という簡単でわかりやすいフレーズで身近な人々を支えあおうというコンセプトで作成し、1人1人ができる取り組みを話した。

さらに、そのことを当時の保健所地域職域連携会議で、職域関係者にも周知した。そのことで、職域からの相談や啓発への要望もあり、職域との連携が強まったようである。

講座開催当初は、地域のキーパーソンである民生委員を対象とした研修会で出前講座を始めた。それをきっかけにもっと小さな中学校区地域や、「職場で」という要望も出てきた。

講座後のディスカッションでは、地域で気になる人への支援をしている民生委員や見守りを行っている人々から多くの質問があった。たとえば、ある民生委員さんは、「うつ病は励まし

てはいけないといわれるが何と声をかけたらいいのだろうか？」という思いを打ち明けられた。その際、著者は、保健所の精神保健福祉相談を民生委員等関係機関職員の困りごとに対するスーパーバイズの機会ととらえ、まずは「眠れてる？ 食べれてる？ 体大丈夫？」と声をかけていくことの大切さを伝えた。たとえば、感情の起伏が激しい娘を抱えた母親に対する支援をしている民生委員が対応方法について質問した際、保健所精神保健福祉相談に民生委員や母親が来所するよう伝え、相談支援を行った。その後、家族教室への参加や保健師への訪問相談等につながった。

また、「家に引きこもりがちな男性への関わりを親から相談を受けたが、精神科への紹介を促した方がいいのか？」という相談があった。それに対しては、「まずは話をじっくり聴き、一緒に方法を考えましょう」という姿勢を伝えた。その後も定期的に保健師へ相談の連絡が入るようになった。地道ながらこのような活動は、これまで、保健師が行ってきた地域活動に通じるものであり、地域の人々と地域健康課題であるうつ自殺予防についての情報を共有し、ともに考える場となっていく。

具体的には、図5に示すとおり、保健所でのうつ自殺予防事業をさまざまな機会をとらえて、周知していった。そのことが、警察や消防、救急医療機関とのお互いの役割を確認することになり、情報共有の基盤づくりにつながった。しかし、計画案では、遺族支援を計画していたが（図5）、20年度では十分に組み立てておらず、今後の課題である。

最後に、自殺による年齢調整死亡率の変化を本事業の効果のアウトカム指標として、観察を試みた。二次医療圏・性・年齢階級別の人口10万対（総数10歳以上）自殺率の推移を見ると、男では、平成15～19年46.4が平成20～21年38.4に、女では、平成15～19年12.1が20～21年11.8に下がっていた⁷⁾。自殺の原因については、複雑に絡み合っているといわれ^{10, 11)}、今回の地域での取り組みが自殺率低下の要因かどうかについての検討は、自殺率の経年

	日 時	対 象	地域交流
1	8月8日(金)	H村民生委員会 30名	
2	8月20日(水)	C町民生委員会 60名	
3	12月6日(土)	B市民生委員会 95名	
4	12月11日(木)	G村民生委員会 18名	H作業所
5	1月21日(水)	A作業所 25名	
6	1月26日(月)	C町民生委員会 30名	A作業所
7	2月14日(土)	B市校区福祉会 56名	B作業所
8	3月16日(月)	G村精神障害者家族会 10名	

図4 平成20年度心の健康づくり出前講座実施状況



的变化を慎重に見ていかなければならないと思われる。

竹島らは、わが国の自殺対策を3つの期に分けて論じている。すなわち、国の中でも厚生労働省だけが取り組んでいた時期から国全体に広がった転換期、そして、社会全体で進められるようになった時期としている¹¹⁾。

③他の精神障害の合併は2割弱であり、特に男性では、アルコール依存症の合併が多い ④働きざかりの年代で6割強を占め、高齢者も2割を占める ⑤通院医療機関は、地元より隣接

さらに、他の疾患群との比較検討や県内全体との比較ができれば、うつ病関連者の状況がより見えてくるものと考ええる。既存のデータから地域の実態を把握し、会議等で、市町村や関係機関へ情報を還元するなど、情報を共有することで、うつ自殺対策を身近な問題として捉え、より具体的な方策に結びつけることができると考える。先行研究でも、薬物依存症者の自殺率の高さ⁶⁾や介護保険による自殺予防の効果¹²⁾など介護負担との関係を示唆したものがある。これらを地域住民への情報提供していくことも重要なポイントであると思われる。しかしながら、今回は、統合失調症についての検討が不十分であった。統合失調症の自殺率が高いことは言われており、今後は統合失調症の服薬中断者への介入など地域ケアのサポート体制の充実も検討すべきであると考ええる。また、隣接する保健所との連携をはかり、広域的な利用を可能とすれば、それぞれの特色を出した事業を展開でき、個人、家族が自分にあった場所を選択できるメリットにもつながる。

従たる精神障害の中でも、アルコール依存症が多いことから、その支援の強化が必要であると思われた。アルコールや薬物依存症は、身体的原因による入院も多いことから、周囲が早めに気づき、関わり方を見つめなおすことが重要である。

うつ講演会・家族教室では、これまでも精神障害者家族会の育成に関わった経験を活かし、今後、保健所の大きな役割となるのではないかと思われた。すなわち、うつ家族は、周囲の人たちに相談することができず、抱え込んで苦しんでいる現状が明らかとなった。これまでの保健所の精神障害者家族会支援の方向性を少し変えて、取り組んでみると、新たな地域でのうつ家族のセルフヘルプグループづくりのニーズが潜在化していた。無論、これまでも、保健所で統合失調症やアルコール依存家族教室などに取り組んできた歴史がある。しかし、そのいずれにも属しにくい人たちがうつ家族として、支援を必要としている人たちではないだろうか。うつ家族が安心して集い、交流しあう場の提供が保健所に求められている。さらに、これらの取り組みの効果を客観的に評価していきたいと考える。

心の健康づくり出前講座に取り組む中で、保健師の健康教育の手法を使ってできる手軽な方法で広めていくことも、うつ自殺予防対策には重要であると痛感した。個別の相談や家庭訪問による関わりである1つの点が、出前講座により多くの相談者の困りごとを聞き出すことで、支援の線になり、たくさんの支援者の力を借り、連携や協働という面となって広がっていく実感を得た。

また、出前講座でいろんな地域に出向いて、多くの方々と接する中で、保健所の役割はあらためて大きくなっていると感じた。それは、市町村が身近なサービスに取り組み、効果を挙げている一方で、小さな市町村や弱者の方々への支援がなおざりにされている感があるということである。必要に応じ、広域的に地域の健康課題を優先的に解決できるよう、フィールドワークで地域介入することが今こそ保健所に求めら

れているのではないだろうか。うつ自殺予防対策はそのためのきっかけづくりとなりうるのではないかと考えた。そのためにも、地域の健康課題をわかりやすいデータで提示し、さまざまな健康教育の手法を使って、地域に必要な情報を広めていくことがこれからの保健所の大きな役割であると考ええる。個々のケースの関わりを大切に、うつ家族支援の輪を広げ、家族が安心して話せる場の提供をすること。あわせて、予防活動に地域のキーパーソン等住民を巻き込む手法が大切であると言える。今後は、1人でも多くのうつ自殺に悩む人たちへ支援の声が届くように活動していくことが市町村に求められ、それを広域に支えていくことが保健所の役割ではないかと思われた。さらに、事業の効果について、印象だけでなく、客観的指標としての自殺率の低下をみたことで、より、保健所が旗振り役となって、地域全体で取り組むことの有用性が明らかとなったと考える。

当初、うつ自殺予防対策については、保健所が取り組むべき課題という思いはあるものの、手探りの状況であった。しかし、実際にうつ家族教室や出前講座を行ってみると、これまで保健所が行ってきた精神障害者のデイケアや家族会育成事業での経験が生かされたように思った。また、地域の現状を統計資料により、見える形で提示したことで、地域で取り組むべき課題であることを地域のキーパーソンである民生委員に理解を促すことができたことは大きな効果だった。さらに、日頃の民生委員の活動の中にも、複雑困難な事例があり、講座終了後の質疑応答の中で提示され、その後の支援につながったケースもあった。今後は、これらの課題について、一つ一つ事例を積み重ねながら地域づくりの中にうつ自殺予防の視点を入れて行く仕掛け作りが重要であると思われる。その際には、「うつは励ましてはいけない」というステレオタイプの留意点に戸惑う関係者が多いことを念頭に、具体的に「眠れてる？ 食べれてる？ 体大丈夫？」という覚えやすいフレーズで身近な人たちへの声かけを広めていくことであろう。あわせて、地域活動支援センターなど精神

障害者作業所通所者の話を聞く地域交流を同時開催し、精神障害者への地域の理解や受容についても複合的に取り組むことが重要であると考え。これらを有機的に展開することが地域におけるうつ自殺予防対策に求められていると思われる。

最後に、本研究の限界と課題について述べる。本研究は、一保健所での既存データ分析と啓発事業等の実践報告であるため、うつ自殺予防対策の介入効果の検証は不十分であると思われる。今後は、明確な介入計画立案を行い、実証的研究を行っていく必要があると考える。

さらに、今回のような取り組みを各地域で実践を重ねていきながら、データや効果検証結果を蓄積することが市町村や保健所に求められていると思われた。

〈謝辞〉

実施にあたり、ご協力いただいた福岡県八女保健福祉環境事務所（現 福岡県南筑後保健福祉環境事務所）の皆様、福岡県精神保健福祉センターの皆様、管内の市町村担当者をはじめ関係機関の皆様に感謝します。

本論文は、第68回日本公衆衛生学会総会（奈良）にて発表した内容に加筆した。

文 献

- 1) 竹島正：自殺対策と精神保健の役割。日本社会精神医学会雑誌 17：306-311, 2009.
- 2) 藤田利治：自殺予防対策のための自殺死亡統計。臨床精神医学 33：1529-1537, 2004.
- 3) 内閣府：平成22年版「自殺対策白書」, 2011.
- 4) 宇田英典：高齢者のうつ病と介護予防。Geriatr Med 47：1483-1487, 2009.
- 5) 本橋豊：自殺予防介入 自殺率低下につながった秋田県での自殺予防の取り組み。分子精神医学10(3)：244-245, 2010.
- 6) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史他：物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験。精神医学 51：109-117, 2009.
- 7) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター：自殺対策のための自殺死亡の地域統計, 1973-2009. (2011年10月9日確認) <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/genjo/toukei/index.html>
- 8) 福岡県：平成20年度福岡県八女保健所運営協議会保健福祉部会資料, 2009.
- 9) 福岡県：平成20年度福岡県八女保健所精神保健福祉実務担当者会議資料, 2009.
- 10) 高橋祥友, 竹島正：自殺予防の実際。永井書店, 東京, 2009.
- 11) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター編：地域における自殺対策の手引き。ライフ出版社, 東京, 2011.
- 12) 義輪眞澄, 三徳和子：高齢期自殺死亡率の観察 介護保険制度の導入が高齢者の自殺死亡率低下をもたらしたのではないかと。公衆衛生情報 7：28-30, 2010.

(2012.1.27 受理)

ABSTRACT

Public health centers have adopted measures for preventing depression-related suicides. These measures include providing information to relevant parties about existing data and analysis of Independence Support Medical Care Costs/Outpatient Mental Health Care, and providing lectures, for example, on depression, family education about depression, and improving mental health. Previous data at public health centers is utilized, and statistical data relating to the Services and Supports for Persons with Disabilities Act/Outpatient Mental Health Care is analyzed. This is presented at public health administration conferences and mental health and welfare meetings, and topics are presented.

Among applicants for Independence Support Medical Care/Outpatient Mental Health Care, more than 30 % are patients with depression-related illness. It is apparent that a high percentage of patients have depression, in which suicide is a major concern. Because many of these patients are also alcohol dependent, support provided to them must be strengthened. Sharing this information with relevant parties in municipalities within jurisdictions provides an opportunity to examine methods of approach, such as clues to talking with and supporting persons when application is made for Independence Support Medical Care in municipalities. In family education on depression, it has become apparent that without consultation there is seclusion and suffering, not only for patients themselves, but also for close family members. Therefore, there is an underlying need to establish new community self-help groups. In previous lectures about improving mental health, the easy-to-remember phrase "Can you sleep? Are you able to eat? Are you physically all right?" has been raised. The act of encouraging reaching out to close family and friends is important.

自殺総合対策大綱の見直し ～提言はどのように反映されたか～

竹島 正^{*1)}, 稲垣 正俊^{*2)}

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センターでは、自殺総合対策大綱見直しの検討に資するべく、自殺対策に関連する学会と連携して「自殺総合対策大綱見直しの提言」をまとめた。提言の要点は新たな大綱に反映されたことから、わが国に必要とされる自殺対策の方向性として、妥当性の高い政策提言であったと考えられる。

今回の取り組みの発展として、自殺対策の科学的根拠に関する情報収集を継続するなど、わが国の自殺対策の発展に寄与していくことが望まれる。

I. はじめに

自殺対策基本法の制定後、2007年6月に自殺総合対策大綱（以下、大綱）が閣議決定され、各地に自殺対策が普及していった。大綱はおおむね5年を目途に見直しを行うとされており、2011年の3月には、政府の自殺総合対策会議において2012年春を目途に新しい大綱案の作成を行うことが決定された。

自殺予防総合対策センターでは、この検討に資するべく、大綱見直しに向けての提言を行う準備を進め、2012年6月には「自殺総合対策大綱見直しの提言」（以下、大綱見直しの提言）を独立行政法人国立精神・神経医療研究センター樋口輝彦総長から中川正春内閣

府特命担当大臣に手交した。その過程では2012年1月にWHO（世界保健機関）から精神保健・薬物依存部シェカール・サクシーナ部長をはじめとする4人の専門家チームによる自殺予防に関する全国的なプログラムの進捗状況の視察を受け、その報告を得た。本稿では、はじめに大綱見直しの提言とWHOのレポートの概要を紹介し、次に2012年8月に閣議決定された「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」(以下、新大綱)の概要を紹介する。そして大綱見直しの提言が新大綱にどのように反映されたかを振り返り、今後期待される学術領域の取り組みについて述べる。

^{*1)}Tadashi Takeshima, ^{*2)}Masatoshi Inagaki, 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター
¹⁾センター長 ²⁾室長

II. 大綱見直しの提言

自殺対策基本法に基づき、2007年6月に大綱が閣議決定された頃から、各地でさまざまな対策が取り組まれるようになり、活動の経験を通じて、また調査・研究を通じて、自殺対策の発展に役立つ多くの知見が蓄積されてきた。これらの知見の活用は、より効果的で安全な自殺対策の普及に役立つと考えられる。このため、自殺予防総合対策センターでは、2011年3月1日に自殺対策に関連する学会・団体等を中心とした「自殺対策推進のための関連学会等の意見交換会」を開催し、自殺予防総合対策センターと自殺対策に関連する学会によって大綱見直しの提言をまとめることを提案した。そして、参加者の賛同を得たことから、提言づくりに取り組むこととした。

その後、提言づくりに参加する学会が増えるにしたがって、第一次案（2011年9月13日）、第二次案（2012年2月17日）をまとめた。さらに、自殺予防総合対策センターホームページ「いきる」に公開しての閲覧者の意見も得て、最終案をシンポジウム「自殺対策のこれから－自殺総合対策大綱改正に向けての提言－」（2012年4月20日）において公表し、そこでの意見を踏まえて提言を確定した。提言をまとめるに当たってはワーキンググループを設け、学会への協力依頼内容、提言案の検討などを行った。ワーキンググループの構成員は、河西千秋（横浜市立大学）、齋藤利和（札幌医科大学）、齋藤友紀雄（日本自殺予防学会/日本いのちの電話連盟）、高橋祥友（筑波大学）、本橋豊（秋田大学大学院）、矢永由里子（慶應義塾大学）と自殺予防総合対策センターの竹島 正、松本俊彦、川野健治、稲垣正俊、勝又陽太郎の計11名であった（敬称略）。なお、ワーキンググループの座長は竹島が、事務局長は稲垣が務めた。

はじめに、2011年3月1日に開催した意見交換会に参加を依頼した学会に、「2012年（平成24年）に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容」（自由記載）と「現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動」について、目標、

論理的根拠、現在の政策的背景、鍵となる活動領域、今後必要な政策、文献リストおよび可能であれば文献の順にまとめて提案するよう依頼した。

すなわち、科学的知見に基づいて目標と活動を記述し、その活動を通して目標を達成するために、今後必要な政策を記述してもらった。また、提案のもととなった研究報告、論文などを明記してもらった。

なお、大綱見直しの提言作成の論理的根拠としては、①自殺を高い信頼性で予防する知見は世界的に見てもいまだに無いこと、②自殺と関連する危険因子を減らし、保護因子を強化する活動は自殺予防につながると考えられること、③自殺の危険因子については既に知見が集積されていること（保護因子についても同様）、④危険因子を減らす活動については高いレベルで信頼性のある研究成果が多く報告されていること、を踏まえて、「自殺と関連することが既に明らかにされており、かつ、その危険因子を減らすことが高い信頼性をもって示されている活動も、自殺を予防する活動としての科学的根拠は高いと考えられる」とした。

提言づくりに提案のあったのは、日本アディクション看護学会、日本アルコール・薬物医学会、日本アルコール精神医学会、日本アルコール関連問題学会、日本うつ病学会、日本学生相談学会、日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本公衆衛生学会、日本サイコオンコロジー学会、日本産業衛生学会、日本自殺予防学会、日本社会学会、日本社会精神医学会、日本心身医学会、日本心理学会、日本心理臨床学会、日本睡眠学会、日本整形外科学会、日本精神衛生学会、日本精神科救急学会、日本精神神経学会、日本生物学的精神医学会、日本摂食障害学会、日本総合病院精神医学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本臨床精神神経薬理学会、日本老年精神医学会、GID（性同一性障害）学会の29学会であった（50音順。一部は共同提案）。

提言は、①はじめに、②要約、③大綱見直しの必要性、④より効果的なものにするための大綱の戦略、⑤自殺対策の各領域と望まれる取り組み、⑥注釈、あとがき、⑦作成手順、から構成され、提言のもととなった29の学会の提案は別に冊子にまとめた。本稿で

は大綱見直しの提言の要約にあげた7項目を紹介する。

- 1) 大綱に述べられていることのうち、国の取り組むこと、地方公共団体の取り組むことなど、その適用範囲を明確にする。特に地方公共団体が自殺対策に取り組む場合は、地域の優先課題に重点を置くことを推奨することを明記する。
- 2) 自殺対策の効果をあげるためには、全体的予防介入（リスクの度合いを問わず万人を対象にする一般的な自殺予防啓発）、選択的予防介入（自殺行動のリスクが高い人々を対象）、個別的予防介入（過去に自殺未遂をした人など、自殺行動のリスクが高い個人を対象）の3つの対策を効果的に組み合わせて、自殺の危険因子を減少させ、自殺の保護因子を増加させ、その結果として自殺を減少させていくことが必要との考え方を述べる。特に今後は、選択的予防介入、個別的予防介入を強化する必要があることを明記する。
- 3) 現場の取り組みがよりよく進められるよう、自殺対策の関連学会、自殺予防総合対策センターなどにおける活動の経緯と調査・研究を通じて得た知見の活用を支援する考え方を示す。加えて、現場の取り組みを支援できる科学的知見の収集がさらに進むよう、また、モデル的な取り組みや国際交流が進むよう、研究基盤の強化を明記する。
- 4) 大綱の重視している「社会的要因」については、自殺の危険の高い人たちは、孤立し、かつメンタルヘルスの問題を抱えて、さまざまな社会サービスをうまく利用できない状態にある場合が多いことを踏まえて、具体的かつ焦点を当てた対策を重視する考え方を示す。
- 5) ほとんどの自殺の背景にはメンタルヘルスの問題がある。国際的にも、メンタルヘルスの問題の解決には、国レベルでの保健と社会セクターの包括的な調整が必要であるという認識が示されている。メンタルヘルスの問題への取り組みは、共生社会を実現するための国家的課題であるという認識を示す。
- 6) 地方公共団体に活動計画と活動のモニタリング計画を立てることを推奨する。また、自殺対策のモニタリング指標として、現在の自殺既遂に加え

て、自殺未遂者のサポートや、自殺の危険因子を多くかかえた人たちを見守るサービスの利用の強化を指標に加えることによって、地域における自殺対策の浸透を図る。

- 7) 自殺対策の取り組みを、(ア)自殺防止に直接関わる（自殺の直前・直後に関わる）専門領域、(イ)自殺の直接的な背景にある問題（精神保健上の問題）に関わる専門領域、(ウ)精神保健上の問題を介して、もしくは間接的に自殺の背景にある問題に関わる専門領域、(エ)広く社会の協力を得る領域、(オ)自殺総合対策のモニタリングと評価、(カ)調査研究の推進、(キ)体制構築、の7つに区分して検討することは、地方公共団体等における自殺対策の推進に役立つ可能性がある。

Ⅲ. WHO レポート

WHO レポートは、視察チームに提供された資料および第5回自殺対策研究協議会（2012年1月11～12日）でのプレゼンテーション内容を分析した結果をもとに作成された。

視察チームは、日本では、①自殺対策基本法が制定されたほか、閣僚レベルで自殺予防対策が策定されるなど、日本政府が自殺予防に対して重大な問題意識を持っており、自殺率が高い他国の模範となるべき姿勢を有していること、②大綱をもとに社会全体および学校や職場における自殺問題の認識を高める点において多くを成し遂げてきており、地方および地域レベルで自殺予防にかかる基盤が固められてきたこと、③性別、年齢、婚姻状況、職業ごとの疫学的情報は質が高く貴重なリソースとなっていることを高く評価した上で、これらの成果にも関わらず、日本の自殺死亡率は依然高水準にあるとしていくつかの提案を行った。その主要な事項を以下に示す。

- ・内閣府に自殺対策推進室を設置することは理想的であるが、自殺予防を専門的に推進する部門の関与の強化、保健医療福祉や社会的ケアに従事する都道府県および市町村レベルの団体との連携において改善の余地があると思受けられる。
- ・日本の全体的予防介入（リスクの度合いを問わず万人を対象にする一般的な自殺予防啓発）に注が

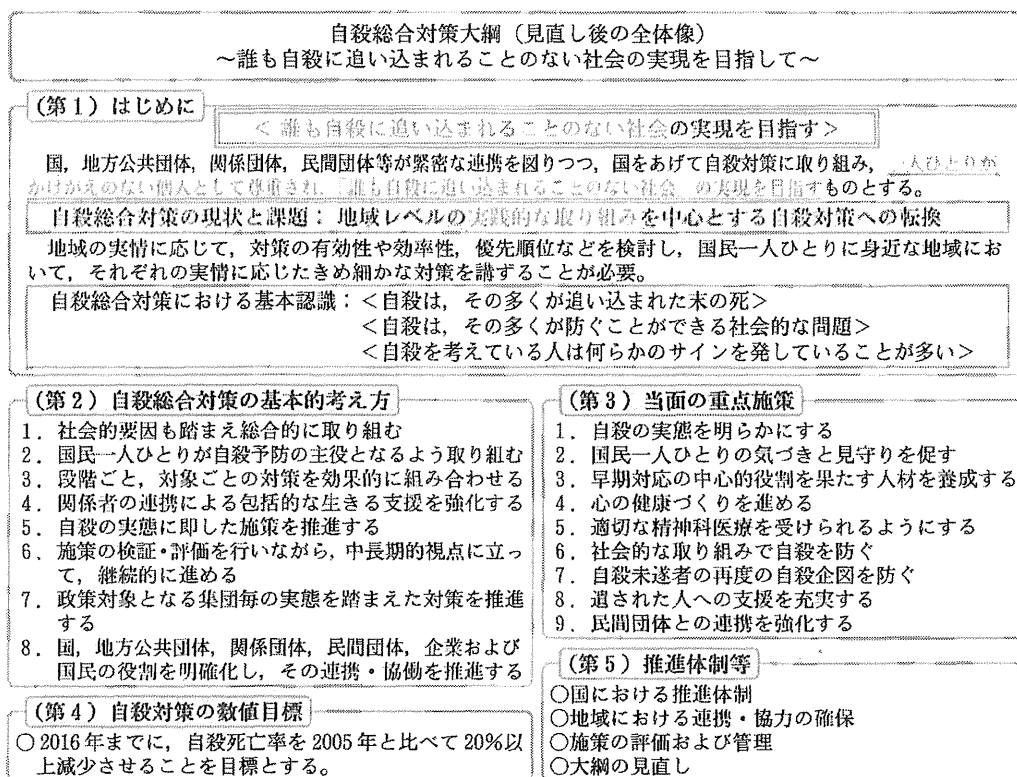


図1 自殺総合対策大綱（見直し後の全体像）

自殺総合対策大綱は、自殺対策基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として定めるものである。2007年（平成19年）6月に策定された後、2008年（平成20年）10月に一部改正されたが、2012年（平成24年）8月に全体的な見直しが行われた。見直し後の大綱では、①地域レベルの実践的な取り組みを中心とする自殺対策への転換、②若年層向けの対策や、自殺未遂者向けの対策の充実、③国、地方公共団体、関係団体および民間団体等の取り組み相互の連携・協力の推進を掲げている。

（内閣府共生社会対策自殺対策ホームページより）

れた努力によって得られた発展は評価に値する。とりわけ、精神障害者、無職者、独居の人など、自殺行動のリスクが高い人々（選択的予防介入）、またより具体的には過去に自殺未遂をした人（個別的予防介入）を対象にした、具体的な介入を導入するための素地を作ったことは大きな成果である。

- ・日本の自殺予防に関する多種多様で広範囲に渡る介入を勧奨してもなお、各介入の具体的な有効性や効果は不確かなままである。各介入を評価する具体的なモデルを確立することが望ましい。
- ・有効な指標は信用できる評価に欠かせない要素である。自殺のプロセスの全容は希死念慮から始ま

り、自殺の計画、企図へと移行することから、これらの全プロセス（とりわけ後者）を慎重にモニターする必要がある。少なくとも、主要な救急処置室（総合病院）に搬送された自殺未遂者については系統的に記録し、自殺者数、自殺死亡率と同様に、慎重な分析を行うべきである。

- ・気分障害、総合失調症、物質使用障害（アルコール使用障害を含む）の主要な精神障害を持つ人が治療を受ける機会の不足は強力な指標となる。
- ・注意深いモニタリングと評価の実施ならびに結果の定期的な報告は、日本における今後の自殺予防対策事業の計画を助け、他国の模範ともなるだろう。

IV. 新大綱の概要

2012年8月に閣議決定された新大綱の概要を紹介する(図1)。

新大綱の「自殺総合対策の現状と課題」には、自殺の現状認識と大綱見直しを必要とする理由を述べている。そこに記載された現状認識は、①さまざまな取り組みの結果、近年、年間自殺者数は僅かながら減少傾向を示していること、②中高年層、高齢者層向けの対策が一定の成果を上げていると考えられるものの、若年層では自殺死亡率が高くなるなど新たな課題が生じていること、③国民のおよそ20人に1人が「最近1年以内に自殺を考えたことがある」と回答するなど、自殺の問題は国民誰もが当事者となり得る重大な問題となっていることなどである。そして、自殺総合対策の草創期においては、①大綱に沿った対策を講じようとするあまり全国で画一的な自殺対策が実施された、②対策の有効性や効率性、優先順位などの視点が十分に認識されてこなかった、③効果的な自殺対策のためには対策の対象(全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入)を明確にしてバランスよく組み合わせることが重要である、との指摘があることをあげている。

その一方で、現場のニーズに応じた先進的な取り組みが各地で数多く展開されるなど、国民一人ひとりに身近な地域において、それぞれの実情に応じたきめ細かな対策を工夫し講じることが可能となる環境が整いつつあることを踏まえて、地域レベルの実践的な取り組みを中心とする自殺対策へと転換を図っていく必要があるとしている。また、自殺再企図を防ぐために必要な支援が一般的に受けられるという状況には至っていないとして、未遂者対策の普及を図る必要があると述べている。さらに、大綱のもとで、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等による自殺対策の輪は大きく広がったものの、相互の連携・協力が十分に図られていないとして、それを発展させる必要があることを指摘している。

新大綱は、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指すという方向性のもと、「第2 自殺総合対策の基本的考え方」の中で、①国だけでなく、地方

公共団体、関係団体、民間団体等の有する情報を集約して対策に活かすこと、②全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入という対象ごとの対策を効果的に組み合わせること、③未遂者への対応について積極的に取り組むことの必要性を述べている。さらに、国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業および国民の役割を具体的に記述するとともに、施策の検証・評価を行いながら、中長期的な視点に立って施策を継続的に進めることとしている。

そして「第3 自殺を予防するための当面の重点施策」においては、「3. 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する」の中に連携調整を担う人材の養成の充実を、「4. 心の健康づくりを進める」の中に大規模災害における被災者の心のケア・生活再建等の推進を、「6. 社会的な取り組みで自殺を防ぐ」の中に、いじめを苦にした子どもの自殺の予防、児童虐待や性犯罪・性暴力の被害者への支援の充実、生活困窮者への支援の充実を設けたほか、「8. 遺された人への支援を充実する」には遺児への支援の記載を設けている。このため、当面の重点施策は前大綱の9本の柱に50項目から、9本の柱に55項目に増加したが、これらはあくまでも国が当面、集中的に取り組まなければならない施策であって、地方公共団体においてもこれらに網羅的に取り組むのではなく、地域における自殺の実態、地域の実情に応じて必要な重点施策を独自に設定して取り組みを進めるべきであるとしている。

V. 大綱見直しの提言は新大綱にどのように反映されたか

大綱見直しの提言には、国、地方公共団体の取り組むことなどの適用範囲を明確にすること、地方公共団体が自殺対策に取り組む場合は、地域の優先課題に重点を置くことを推奨することを明記するとあげたが、これは新大綱に明記された。

全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入の3つの対策を効果的に組み合わせるという考え方も新大綱に明記された。

現場の取り組みがよりよく進められるよう調査・研究を通じて得た知見を活用する考え方を示したが、それは当面の重点施策の中の「1. 自殺の実態を明らか