

28年度予算  
概算要求 自殺対策の新規事業に9.5億円

## 全都道府県、指定都市にセンター設置へ

厚生労働省は平成28年度予算概算要求で、自殺対策の強化に向け、現在の自殺予防総合対策センターの機能強化や都道府県、指定都市での支援体制の構築などに6.5億円を新たに計上した。このうち、地域自殺予防情報センターの機能を強化し、市町村等の自殺対策を直接的かつ継続的に支援する「地域自殺対策推進センター(仮称)」の全都道府県・指定都市への設置に向けた費用は、約1.5億円を盛り込んだ。

厚労省が28年度予算概算要求で自殺対策の推進に計上したのは9.9億円。このうち6.5億円を新規・拡充分とする。自殺対策関係予算を政府全体で見ると、内閣府が地域自殺対策強化交付金(25億円)などを要求している。

■国のセンターの機能強化も  
自殺対策の強化に向け、厚労省は6月30日に省内の検討チームのとりまとめを公表している。また、6月の参院厚生労働委員会の決議では、自殺予防総合対策センターの体制を見直し、民学官協働型のセンターに改編することが提言されている。

■検討チームのとりまとめは、今後の自殺予防総合対策センター業務の方向性として「国における総合的な対策の支援機能の強化」と「地域レベルの実践的な取組の支援機能の強化」を掲げ、概算要求ではとりまとめを踏まえ、▽自殺総合対策推進センター(仮称)▽地域自殺対策推進センター(仮称)▽地域自殺対策連携調整会議(仮称)の設置に向け、新たな体制

## 現在の自殺対策の課題

- 自殺対策の成果が明らかになりつつある一方で、自殺対策に対する社会の関心が薄れていくのではないかと懸念がある。
- 市町村レベルでの自殺対策の取組に格差があることが課題である。すべての市町村で自殺対策の取組が積極的に行われる必要あり。
- 高齢者、若者、生活困窮者、学校現場のいじめ自殺、自殺未遂者への対策など、以前として取り組むべき課題が山積している。
- 民学官の連携体制の強化、自死遺族への支援方策の強化、医療と保健・福祉の連携方策の具体化などが引き続き取り組まれるべき課題である。
- 自殺の社会経済的要因に関する学術研究の推進、学術成果を自殺対策の政策に結びつける政策研究の推進、国の政策の推進に資するシンクタンク機能をもったセンターの構築が必要である。
- 自殺統計に関する整備の必要性、とくに信頼性の高い自殺統計精度の確立が求められる。

## 日本公衆衛生学会の自殺対策への貢献 ～日本公衆衛生学会員に期待される役割～

官民学連携の自殺対策の機能強化が謳われている。

⇒ 学は「大学」だけでなく「学会」も視野に入る。

地域における自殺統計のデータ分析が求められる。

⇒ 学会員は専門家として関与していくべきである。

地域(市町村)レベルでの自殺対策の強化が謳われている。

⇒ 地域の公衆衛生活動に関わる学会員は地域自殺策連携調整会議(仮称)に積極的に関与していくべきである。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）））

## 研究分担報告書

### 韓国の地域づくり型自殺対策の現状と課題 ～華城市の取り組み～

研究代表者 本橋 豊 京都府立医科大学特任教授  
研究協力者 金子善博 秋田大学大学院医学系研究科 准教授  
研究協力者 藤田幸司 広島大学大学院医歯薬学研究科 助教

**研究要旨：**本報告の目的は、韓国の地域づくり型自殺対策の現状と課題を韓国華城市の現地調査に基づき明らかにし、検討を加えることである。**方法：**平成27年12月に韓国華城市を訪問し、同精神保健センター所長及び自殺対策担当者に面談調査を実施した。面談の内容は、華城市の自殺対策の現状と課題に関するものであった。また、華城市長と面会し、華城市の政治経済課題と自殺対策に関する市長の問題意識等を聞き取った上で、意見交換を行った **結果：**華城市では、高齢者の自殺者数が増加したことに強い危機意識を持ち、精神保健センターが中心となって、地域づくり型の自殺対策を開始した。地域づくり型自殺対策の推進にあたっては、多領域の専門家が関与しているが、特に福祉領域の専門家の大学教授の助言を得て、地域づくり型自殺対策の施策を推進している。改革に前向きの市長は自殺対策の推進を支持しており、ソウル近郊のベッドタウンとして発展する一方で、不安定な雇用や所得格差、移民の流入による犯罪の増加等の政治課題が山積しており、これらの課題解決なくして自殺対策の推進は進まないとの認識であった。 **まとめ：**韓国華城市においては、精神医学的アプローチに止まらない地域づくり型自殺対策の推進が行われていたが、その背景要因として市長のリーダーシップ、福祉系の学者の関与、地域の自治組織を巻き込んだ地域活動の賦活化などが重要であると考えられた。

#### A. 研究目的

1990年代後半から韓国の自殺率は急増し、アジア諸国において自殺率が最も高い国になった。その背景には、世界経済の変動に巻き込まれ、韓国経済が市場原理優先型の経済運営に変貌していった影響が考えられている。また、社会の近代化により儒教精神に基づく家父長中心の家

族形態が崩され、高齢者扶養が若年世代の義務とする儒教的家族観が失われたことと関連していると推測されている。

深刻な自殺率の増加に伴い、国家レベルの自殺対策を行う必要性に迫られ、日本の自殺対策基本法施行などにも影響され、韓国においても自殺対策に関する法制度が整備された。具体的

な地域レベルの自殺対策の取組はソウル近郊の自治体において積極的に行われている。華城市はソウルのベッドタウンとして急速な人口増加が見られる自治体である。華城市では精神保健センターを中心に積極的な自殺対策を展開しており、象徴的な事業として、地域公民館活動と連携した農薬保管金庫の設置が挙げられる。

平成27年12月に華城市を訪問し、華城市町と自殺対策に関する意見交換を行い、同時に華城市の自殺対策担当者に対して面談調査を行った。この訪問調査の結果と日韓両国の自殺対策の法制度の比較制度分析を行い、韓国の地域づくり型自殺対策の現状と課題について検討を行った。

## B. 研究方法

韓国華城市への訪問調査：平成27年12月4日（金）～5日8（土）に韓国華城市を訪問し、同地の自殺対策の取り組みについて、華城市長及び自殺対策担当者を対象に聞き取り調査を行った。調査内容は、華城市の自殺対策の経緯、特徴的な地域の取り組み、公民館等への農薬保管庫の設置の視察であった。また、華城市長の蔡寅錫氏と面談する機会を設けてもらい、約1時間の面談を行った。市長からは華城市の社会経済状況の概況説明、市としての取り組み、市長としての自殺対策への意識などであった。

## C. 研究結果

### （1）韓国華城市長との面談結果

華城市長の蔡寅錫氏は革新系市長として華城市の様々な改革を推進している政治家である。華城市はソウル市と仁川市の中間に位置し、ソウル市のベッドタウンとして人口増加と経済発展の進んでいる地域である。1997年の金融通貨

危機以後、新自由主義が韓国で進展するに従って、社会格差が広がっている。華城市もその例外ではない。雇用は不安定になり、景気変動による雇用調整で失業が増加すると、失業した労働者の再就職が難しいため貧困層に落ち込み、社会格差の増大につながっている。また、工場団地などが増えるとともに、労働力としての移民の受け入れを行っていることから、低所得層の移民による犯罪が増加していることが社会問題化しているとのことだった。外国人労働者の受け入れは経済的側面からはやむをえないもの理解はしているが、外国人労働者は韓国社会に溶け込もうとしない傾向があるため、住民は拒否的感情を示すことが多いという。外国人労働者の流入により韓国の伝統的コミュニティーが変質していると多くの住民が感じているようだ。

都市化が進む一方で、農村部では従来の生活スタイルは保たれ、多世代家族の崩壊傾向が強まるとともに、独居高齢者の増加が社会問題化している。農村部では高齢者の自殺が多くなっているが、これは高齢期の孤独と社会的支援の不足が関連しているのではないかと推測しているとのことだった。

以上のような基本的認識のもとに、華城市長として特に力を入れている施策としては次のようなものがある。

- ① 地場の農産物を学校給食の素材として受け入れるような施策を進めている。具体的には、学校給食に対して補助金を交付して地場の低農薬の農産物の受け入れ拡大を図っている。また、農民に給与を支払うサラリー制度を導入し、収入の安定を図っている。これらの施策により、地場農業の活性化と農産物の販路拡大に繋げている。

- ② 農業の六次産業化にも力を入れている。農協を会社組織に再編し、六次産業育成化に努力している。即ち、農産物を現地で加工して付加価値を付け、市場にだせるような産業育成に努めている。
- ③ 市内にあるメモリアルパークで需要のある生花栽培とパークへの生花の供給事業を開始した。これは、市長の前職が葬祭会社の社長だったことも関係しているようだった。
- ④ 教育を重視し、若者が華城市からソウルなどの大都会に流出しないようにしている。農業技術のノウハウを教育する「グリーン大学」を開講し、若者の農業教育に力を入れている。また、スポーツ振興を図り、魅力ある町づくりに努めている。
- ⑤ 華城市の自殺予防対策については、自殺予防が市としての重要課題であるとの認識で推進している。農村部での高齢者の自殺予防、若者の雇用問題との関連での自殺予防など、社会的取組としての対策が必要である。地場産業の活性化、教育の重視などの施策も自殺予防対策として位置づけられるものである。海外、とりわけ日本の自殺予防対策の取組には関心があり、日韓で情報交換を緊密にして自殺予防対策に取り組みたいと考えている。

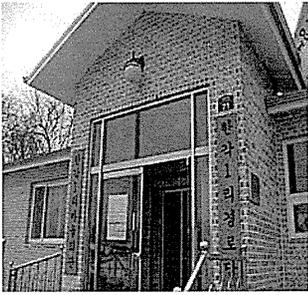
蔡市長との面談により、都市化の進む新興工業地域の抱える社会的課題が明らかになった。華城市は工業化の進む地域と伝統的農村地域が混在しており、伝統的家族形態の変化も相まって、自殺率が増加する潜在的・複合的社会的要因が増加していると考えられた。

(2) 華城市自殺対策担当者及び自殺対策に関わる大学教授との面談調査結果

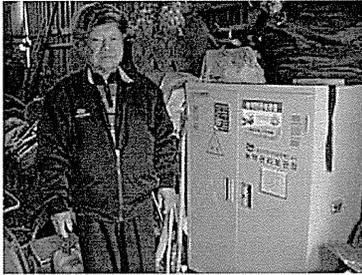
華城市の地域づくり型自殺対策の特徴として、

地域の公民館を拠点として住民の自治組織と協力して高齢者の交流の場を確保していることである。自治組織のリーダーに自殺予防の取り組みを良く理解してもらい、定期的な会合の開催を行ってもらおう。華城市の特徴的取り組みとして農薬保管ボックスの設置とその周知がある。農村地域では、自殺手段として入手が容易な農薬の服毒自殺が多かったことから、農薬の入手を制限する仕組みとして、隣組程度の小さなコミュニティごとに農薬保管ボックスを設置し、郡長が不要農薬の一括管理を行うものである。視察で見せてもらった農薬保管ボックスは郡長の自宅の納屋の一室にボックスが設置され、郡長により日常的管理が成されていた。手段の規制を徹底することで、自殺予防を図るという最も原初的な自殺対策である。このような手段規制は、地域の絆を強化する定期的寄り合いの開催、保健所職員による定期巡回や相談によるうつ病などのハイリスク者の早期発見と相まって、地域で孤立しがちな高齢者の自殺予防につながるものと推測された。

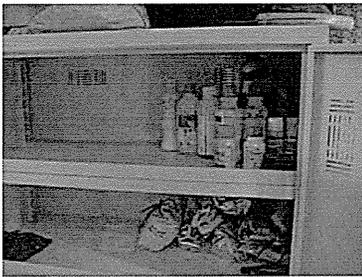
福祉を専門とする朴教授との面談では、自殺増加の背景にある失業問題についての意見交換が行われた。1997年以降の深刻な金融危機に伴う景気後退以後、アメリカ型の新自由主義的経済運営が主流になり、社会格差の拡大につながってきた。企業は労働者を簡単に解雇する風潮が生まれ、労働者は一旦解雇されると次の雇用がほとんど見つからず、貧困状態に陥る。雇用労働問題に関する訴訟は増加の一途をたどり、社会の雇用不安はますます高まるという悪循環を生んでいる。失業者が社会的・心理的の追い込まれていく状況が、自殺者の増加をもたらしていると考えられる、というのが朴教授の結論だった。



農村の集会場  
(華城市)



郡長の自宅納屋にある農  
薬保管ボックス



ボックスの中身

#### D. 考察

華城市はソウル市と仁川市に挟まれた発展の著しい近郊ベッドタウンであるが、都市化の進んだ地域では外国人労働者の流入や伝統的家族形態の衰退により、コミュニティーが変貌しており、失業や犯罪の増加などの社会問題に悩まされ、社会格差解消に向けた取組が求められている。一方で、華城市の大部分を占める農村地帯では、若者の都市部への流出や農業の衰退などを抱え、高齢者の孤独や孤立といった課題への対応が求められている。市長のリーダーシップは華城市の自殺予防対策の推進においても重要であり、改革に積極的な市長のもとで、精神保健センターが中心になって地域づくり型の自殺対策が推進されている。保健所とその支所に職員が常駐し、健康問題や心の悩みを抱えて住民に対する個別対応を充実させているほか、手段の規制としての農薬保管ボックスの設置、公

民館を拠点とした住民を巻き込んだ健康教育の実施、地域のリーダーを養成し身近な見守り活動を強化する等の対策が行われていた。華城市の精神保健センター担当者は事務官と保健師であり医師ではなかったが、面談調査により地域づくり型自殺予防対策の重要性を十分に理解していた。

一方で、2015年12月5日(土)に同市で開催された地域自殺対策に関する国際シンポジウムでは、華城市を統括する広域精神保健センターの所長である精神科医は地域づくり型自殺予防対策に無理解な見解を示した。公開シンポジウムの場で、その精神科医は地域づくり型の自殺予防対策に効果があるのか疑問であるとの意見を述べ、悩みを抱えるうつ病患者への心の内面を理解する精神科医が個別に心理療法を行うことこそが大切であり、精神医学・医療の果たす役割こそ重要であると強調していた。この精神科医は臨床医として病院から精神保健センターに赴任したばかりということであったが、その見解に対して華城市の自殺予防担当者が「あなたの言うことは全く見当外れである」と強く反論していたのが印象的であった。

地域づくり型自殺対策を進める公衆衛生関係者と個別的対応を重視し公衆衛生的アプローチを評価しようとする臨床重視の精神科医の対立の構図が、韓国においても根強く残っているようだった。

地域の自殺対策推進において総合的・包括的アプローチが重要であることは日本の自治体の成功事例を見れば明らかであるが、専門性にこだわりすぎる専門家が、エビデンスということを強調しながらも、公衆衛生学的なエビデンスの集積に気づこうとしないのは問題であると考えられた。韓国においても、総合的・包括的

な自殺対策の推進が重要であり効果があることを、韓国の地域研究で学術的に検証することが必要であると思われた。日本の研究者が国際協力の中で果たす役割があることを理解すべきである。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1) 本橋豊：自殺対策における公衆衛生のリーダーシップ。公衆衛生, 79, 506-507, 2015.

2. 著書 本橋豊：よくわかる自殺対策, ぎょうせい, 東京, 2015.

##### 2. 学会発表

1) 本橋豊：自殺対策改革のコンセプトと方向性, シンポジウム2「自殺対策の改革へ向けて—公衆衛生からの提言」, 第74回日本公衆衛生学会総会, 長崎, 2015年10月.

2) 本橋豊：組織における自殺対策 職場内のゲートキーパー育成, 第23回日本産業ストレス学会(招待講演), 京都, 2015年12月.

3) 本橋豊：自殺予防のための地域メンタル支援システム, 第1回患者・家族メンタル支援学会学術総会, 東京, 2015年10月.(教育講演)

4) Motohashi Y. Suicide prevention in rural Japanese community. International Symposium on community suicide prevention, Hwasong City, Korea, 4-5 December, 2015. (Invited Lecture)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

研究分担報告書

自殺対策の法制度に関する日韓比較分析

～自殺対策基本法と韓国自殺予防法～

研究代表者 本橋豊 京都府立医科大学特任教授

**研究要旨：**本報告の目的は、日本と韓国の自殺対策に関する法律の内容の比較検討を行うことにより、日韓両国の自殺対策の理念、施策体系の違い等を明らかにし、今後の両国の自殺対策の政策展開に資することである。**方法：**日本の「自殺対策基本法」（2006年）と韓国の「自殺予防及び生命尊重文化醸成のための法律」（2011年）の内容を比較し、共通点と差異を明らかにする。また、法律策定に至る経緯と背景についても関連文献で明らかにする。

**結果：**自殺対策に関する法制度が整備される以前に、両国とも医学モデルに基づく対策が模索されたが、その効果が疑問視されたことを受けて、総合的な自殺対策が立案され、議員立法により法律の策定に至った。法律の理念については、日韓で差異が認められ、日本では「自殺は個人的な問題ではなく、社会的取組として実施されるべきこと」を明確にした上で社会モデルとしての自殺対策が強調されている。これに対して、韓国の自殺予防法では「生命尊重文化の醸成」が自殺予防の施策の前段階で重要であることが強調され、法律名にも付け加えられた。このように、韓国の自殺予防法では倫理面の重要性を強調しているが、法律の具体的内容では日韓で大きな差異はないものと考えられた。

**まとめ：**日本と同様に韓国でも総合的な自殺対策推進の重要性が法制度面でも理解されていることから、今後の自殺対策の政策展開にあたっては、両国の自殺対策の実務者・研究者・行政関係者の密接な連携と情報交換が有効であると考えられた。

A. 研究目的

日本と韓国はアジア地域の自殺高率国として解決すべき共通の課題を抱えている。日本では2006年に自殺対策基本法、2007年には自殺総合対策大綱が策定され、国の自殺対策の制度的裏付けがなされて自殺対策が推進された。一方、韓国では2011年に「自殺予防及び生命尊重文化醸成のための法律」が制定され、国としての自殺予防に関する制度的裏付けがなされた。両国の自殺対策に関する法制度確立の背景と法律の

内容を検討し、両国の自殺対策の法制度の理念、法律の条文構成、施策の内容等について比較検討を行い、国情の違いによる両国の自殺対策の共通点・相違点等を整理し、自殺対策の法制度のあり方から見た自殺対策の政策展開の方向性について考察することが本研究の目的である。

B. 研究方法

日本の自殺対策に関する法律として「自殺対策基本法」、韓国の自殺対策に関する法律として

「自殺予防及び生命尊重文化醸成のための法律」を取り上げ、両国の法律のテキストを吟味することにより、両国の自殺対策の法制度の内容に関する分析を行う。より具体的には、法律の目的・理念、条文構成、施策の内容、予算の裏付け等について比較分析を行う。

また、既存文献の調査にもとづき、法律制定に至る経緯と背景を明らかにし、日韓両国間の自殺対策展開に関する共通点、相違点を明らかにする。

## C. 研究結果

### (1) 自殺対策の法制度確立に至る社会経済的背景要因に関する考察

1980年代以降の自殺率の経年推移を観察すると、日本は1980年代から自殺率は人口10万人対15～20で推移し、国際比較の観点から、自殺率の高い国として知られてきた。一方、韓国は1980年代には自殺率が10以下(人口10万人対)で推移し、日本と比べて自殺率の低い国として知られてきた。しかしながら、日韓両国とも1998年以後自殺率が急増し、2000年代には両国とも自殺率が20を越える数値で推移するようになった。2007年以後は韓国の自殺率が日本の自殺率より高くなり、以後は韓国の自殺率は日本の自殺率を常に凌駕するようになり、韓国はアジア諸国の中で自殺率が最も高い国になった。

1998年以後の自殺の急増には、日韓両国とも、国家レベルで起きた経済的苦境が関係していると考えられている。日本の場合は1990年代初めにバブル経済が崩壊したあと、金融機関が不良債権処理に苦慮し景気の後退が長期化した。1996年以降の不良債権処理と大手金融機関(山一証券の自主廃業、北海道拓殖銀行の経営破綻)の破綻という社会的事件が起き、債務を抱えた

中高年の経営者等の自殺が相次ぎ、1998年には年間自殺者数が一挙に3万人を越えるという自殺の急増現象が生じた。その後、日本の自殺率は3万人を超える異常事態が継続し、自殺が社会問題化した。2006年の自殺対策基本法の成立は、自殺を社会問題として捉えて社会全体で取り組むべき課題として取り組み始めたことが契機となっている。

一方、韓国においては、1987年に軍事政権から民主的政権に移行したのち、経済は順調な発展を遂げていたが、1997年にアジア金融危機に襲われ、国家的な危機に対応せざるを得なくなった。このときの金融危機は国際通貨基金の緊急融資で乗り切った形になったが、その後の韓国社会は金融、労働、企業システム等の大改革を迫られ、新自由主義的な経済運営体制へとシフトしていくことになった。儒教的な温情ある社会システムが徐々に壊されて、市場原理優先の経済運営が進められ、雇用環境は激変し、非正規雇用が拡大する社会になった。とりわけ、若者の正規雇用率は低く、大学卒業者の就業率が約5割という厳しい状況となった。若いときから、勝ち組と負け組がはっきりとするようになり、若者が希望を持って働ける環境が失われるようになった。高齢者については、1999年に国民皆年金が実現したものの、年金給付水準は必ずしも高くなく、家族内扶養の伝統が失われて行く中で、高齢者の貧困が問題とされるようになった。2009年のOECD統計で見ると、韓国の75歳以上の自殺率は160.4人(人口10万人対)であり、日本(14.6)や米国(11.7)と比較しても著しく高い自殺率を示している。

以上を要約すると、日韓両国とも、経済のグローバル化に伴う世界的経済変動の影響を大きく受けて、1990年代後半から自殺率が急増した

点は共通しているが、その負の影響は新自由主義の導入が日本より急速であった韓国の方が大きかったと結論できる。

## (2) 自殺対策の法制度確立以前の自殺予防対策の取り組みとその評価

日韓両国とも、1998年以後の自殺の急増については、自殺を社会的問題として捉え直し、政府が危機意識を持って対策を立案した点では共通している。そして、自殺対策の法制度が確立する以前の自殺予防対策の内容とその評価についても共通点が認められる。

日本では厚生労働省が中心になって、2002年から「自殺防止対策有識者懇談会」が設置され、自殺予防対策のあり方が議論され報告書が作成された。しかし、懇談会の報告書では精神医学関係者の意見が反映され、自殺の急増を中高年の心の危機や漠然とした不安などの個人的・心理的要因で説明しようとするなど、自殺問題の社会経済的要因の関与についての問題意識が十分とは言えず、実際の施策展開へと結びつくことが乏しかった。また、専門家中心の対策に重点を置いたものになっており、民間団体や自殺問題の当事者の声を必ずしも十分に反映していないとの声が挙がってきた。「自殺防止対策有識者懇談会」の報告書は精神医学を核にした自殺予防対策の限界を示す形になり、乗り越えるべきマイルストーンとなり、その後の総合的な自殺対策を生み出すきっかけとなった。

厚生労働省の懇談会の報告は満足はいくものではないということで、その後、民間団体と自殺対策議員連盟が中心になって、自殺対策の法制度の確立に向けて動き出すことになった。その結果、2006年6月の議員立法による自殺対策基本法成立につながった。

一方、韓国においては、1998年以後の自殺の急増に対応するため、政府は「自殺予防5カ年計画」(2004年)を策定し、これに基づき2005年に「自殺予防5カ年基本計画細部推進計画」を策定した。この計画では、自殺率を2010年までに18.2(人口10万人対)に下げることが目標に掲げた。しかし、自殺対策の中心を精神疾患と有する個人を対象に据えたため、自殺対策を社会問題として注意喚起することに失敗した。予算の不足も重なり、計画は成果を上げることができなかった。2006年に発議されていた「自殺予防法案」は2008年の国会閉会とともに廃案になり、自殺予防に関する法制度確立は一時的に頓挫することになった。

精神医学の医学モデルを重視し失敗した「自殺予防5カ年基本計画」の反省を踏まえて、2008年には「第2次自殺予防総合対策(2009～2013)」が策定された。この計画では、総合対策と銘打っているように、精神医学のみに偏ることなく、自殺予防のための法及び制度的基盤を作ることや、自殺予防サービス提供のためのインフラ整備を適正化するなどの社会的施策の方向性が盛り込まれた。日本の自殺対策基本法で謳われた総合的な自殺対策の考え方が、この計画では盛り込まれている。その後、自殺予防法の制定は議員立法の形で進められ、2011年3月に「自殺予防及び生命尊重文化醸成のための法律」として可決され、同年3月30日に公布された。

以上を要約すると、日韓両国とも自殺対策に関する法整備の前段階として、精神医学を中心にした個人対応重視の医学モデルが自殺対策の方向性として提示されたが、日韓両国とも精神医学中心の医学モデルの限界が明らかになり、これを乗り越える形で総合的自殺対策が模索され、自殺対策の法制度確立に至った。

韓国の自殺予防法は日本に5年遅れる形で成立したが、総合的な自殺対策の必要性を示した日本の自殺対策基本法の骨子が韓国の自殺予防法に影響した可能性は否定できない。

### (3) 法律策定の原動力と法律名の日韓比較

日韓両国とも、自殺対策の法案策定にあたっては、議員立法による法案提出の形を取っている。日本では2005年7月に参議院厚生労働委員会で「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」がなされ、この決議を受けて政府の「自殺対策関係省庁連絡会議」の発足につながった。また、2006年春には民間団体が中心になって行われた「自殺対策の法制化を求める3万人署名」活動も法案成立を後押しした。このように、自殺対策基本法の成立の陰には、超党派国会議員による自殺対策議員連盟の精力的な活動、自殺対策に関わる民間団体の声、そして対策を後押しする学者の支援など、官民学の強い連携が背景にあった。

法律の名称については、「自殺防止」でもなく、「自殺予防」でもない「自殺対策」という新たな言葉が命名され、事故や外傷というアクシデントの観点でもなく、予防という医学モデルの観点でもなく、「自殺対策」という社会モデルにもとづく包括的アプローチこそが新しい自殺対策の方向性であるということが示された。「自殺対策基本法」という法律名には、自殺を社会的課題として広く社会に訴え、社会全体で自殺問題を解決すべきという強い決意が示されているのである。

一方、韓国においては、法案は議員立法の形で発議された点は日本と同じである。2008年8月にハンナラ党のイム・ドゥソン議員代表により「自殺予防及び生命尊重文化醸成のための特別法案」が発議された。2009年3月には民主党カ

ン・チャンイル議員代表の発議による「自殺予防法案」が提出され、さらに2010年11月にはハンナラ党ユン・ソクヨン議員代表による「自殺予防対策法案」が提出された。国会審議の過程で3法案は統合され、最終的には「自殺予防及び生命尊重文化醸成のための法律案」として国会に提出され、2011年3月11日に可決され、3月30日に公布された。

韓国においても自殺予防の問題は議員立法の形を取り、主務官庁である保健福祉部は3つの議員立法をもとに調整するという役割をするに止まった。なお、文献的には民間団体が果たした役割は明確に記載されていない。

法律名では「生命尊重文化醸成」という言葉が明記されたが、これは、韓国に蔓延する生命軽視の風潮を正し、生命尊重文化を醸成することが自殺予防に先立たなければならない、という考えを反映している。後述するが、生命尊重文化の具体的な施策としては、自殺予防の日の制定や相談業務や教育などを挙げており、啓発を含むさまざまな自殺対策を生命尊重文化醸成という言葉で強調したと考えることができる。

韓国の法律名では「自殺予防」という言葉を用いており、予防医学的な考え方を中心に対策を考えているとも理解できる。また、日本のような社会モデルへのこだわりが少ないと言えるかもしれない。

### (4) 法律の理念の日韓比較

法律の理念は法律名とともに、その国の対策の根幹を規定するものであるため、ここで両国の法律の理念を比較検討する。

日本の自殺対策基本法では、法律の理念を次のように、第二条で規定している。

「第二条 自殺対策は、自殺が個人的な問題と

してのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない。

2 自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない。

3 自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない。

4 自殺対策は、国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の相互の密接な連携の下に実施されなければならない。」

最も重要な理念は第1項に示され、「自殺は個人的な問題ではなく、社会的取組として実施されるべきこと」を明確にしている。ここには、すでに述べたように、自殺を病気や個人の悩みといった医学的・個人モデルで捉えることを相対化し、社会的視点で自殺対策を進めていくことの重要性を示しており、自殺対策の大きなパラダイムシフトがなされたことを示している。

一方、韓国の自殺予防法では、第一条で法律の目的が示されているが、ここでは「この法律は、自殺に対する国の責務及び予防政策に関して必要な事項を規定することにより、国民の大切な生命を保護し、生命尊重文化を醸成することを目的とする」と規定されている。すなわち、法律の目的は「国民の生命保護」と「生命尊重文化の醸成」である。法律名にこそ韓国の自殺予防法の理念が体现されていると言うべきである。さらに、第二条の第二項には、「自殺予防政策は、生命倫理意識及び生命尊重文化の普及、健康な精神及び価値観の涵養等、社会文化的意

識の改善に重点を置いて策定されなければならない」と規定している。この規定では、「生命倫理」、「生命尊重文化」、「健康な精神及び価値観の涵養等」といった、国民の倫理的価値や健康といった主観的要素の入りうる価値を敢えて記載していることに注目すべきであると思われる。すなわち、日本の自殺対策基本法では、文化や個人の倫理的価値といった個人の選択や多様性に関わる文言は一切ないのに対して、韓国の自殺予防法は価値判断に敢えて踏み込んだ理念を提示しているということができる。このような日韓の理念の違いは、文化観、価値観の違いに起因するということができるだろう。

#### (5) 法律の構成と内容の日韓比較

日本の自殺対策基本法は全21条で構成され、以下のような三章構成になっている。

第1章 総則（目的、基本理念、責務、プライバシーへの配慮、施策の大綱、法制上の措置、年次報告）

第2章 基本的施策

第3章 自殺総合対策会議

附則

目的、基本理念、責務、プライバシーへの配慮、施策の大綱、法制上の措置、年次報告等は第1章の総則で示され、第二章で具体的な施策が示されている。第三章では自殺対策を進める体制の整備が示されている。

一方、韓国の自殺予防法は全25条で構成され六章構成になっている。

第1章 総則

第2章 基本計画の策定等

第3章 自殺予防対策等

第4章 生命尊重文化の醸成等

第5章 補足

第6章 罰則

## 附則

目的、基本政策、権利及び義務は第1章の総則で示されている。第二章では自殺予防基本計画の策定やその実施に関わる事項が示されている。第三章では具体的な施策が示され、自殺統計分析及び情報管理体制の構築、自殺予防センターの設置などの具体的施策が示されている点が日本と異なる。第4章は生命尊重文化の醸成等であり、ここには啓発のための自殺予防の日の策定、相談・教育、広報、自殺有害情報予防体制の構築が示されている。第5章の補足では自殺未遂者に対する支援、名誉及び生活の平穏に対する配慮、専門人材の養成、民間団体の支援、秘密漏洩の禁止が示されている。

韓国の自殺予防法の特徴は、すでに述べたように、第4章の生命尊重文化の醸成という文言に象徴されているが、自殺予防の倫理的側面の重視であり、啓発活動において特に生命尊重という文化を醸成させようと努めている点である。日本の自殺対策基本法では、大綱に書かれるような具体的施策への言及はないが、韓国の自殺予防法では具体的な施策への言及がある。また、自殺予防という医学的文言が抵抗なく使用されている点も日本とは差異が認められる。

細部においては、日韓で若干の違いはあるものの、法律の全体的構成及び内容は日韓両国でほぼ共通していると言うことができる。先行した日本の自殺対策基本法を参考にしたと思われる点も認められるが、韓国の文化的特徴を反映した形で法制化されたのが韓国の自殺予防法であるということができるのではないだろうか。

## D. 考 察

日本の「自殺対策基本法」と韓国の「自殺予防及び生命尊重文化醸成のための法律」を成立

の経緯、内容や構成等を比較検討したところ、両国の自殺対策の法律には、国ごとの特徴は認められるものの、おおむねその内容は類似していた。日本と韓国は歴史的にともに儒教と仏教の文化圏内にあるが、自殺問題に対する考え方には微妙な差異が認められ、その差異は法律の内容に反映していると考えられた。一方で、国のレベルで自殺対策に関する統一的な法制度を整備し、地域レベルで自殺対策を展開していこうとする点では、両国には共通性が認められた。日本と同様に韓国でも総合的な自殺対策推進の重要性が法制度面でも理解されていることから、今後の自殺対策の政策展開にあたっては、両国の自殺対策の実務者・研究者・行政関係者の密接な連携と情報交換が有効であると推測される。今後は両国間で国レベル・地域レベルで総合的な自殺対策に関する緊密な政策交流が求められる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

### 1. 論文発表

1) 本橋豊：自殺対策改革のコンセプトと方向性，シンポジウム2「自殺対策の改革へ向けて—公衆衛生からの提言」，第74回日本公衆衛生学会総会，長崎，2015年10月。

2) 本橋豊：組織における自殺対策 職場内のゲートキーパー育成，第23回日本産業ストレス学会（招待講演），京都，2015年12月。

3) 本橋豊：自殺予防のための地域メンタル支援システム，第1回患者・家族メンタル支援学会学術総会，東京，2015年10月。（教育講演）

4) Motohashi Y. Suicide prevention in rural Japanese community. International Symposium on community suicide prevention, Hwasong

City, Korea, 4-5 December, 2015. (Invited  
Lecture)

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

研究分担報告書

エビデンスに基づく自殺問題の総合対策の確立に向けて

研究分担者 椿 広計・統計数理研究所  
研究協力者 竹林由武・統計数理研究所  
研究協力者 久保田貴文・多摩大学

研究要旨： 統計的証拠(エビデンス)に基づく自殺対策に関わる統計的接近について、「自殺リスクに関する研究会」を主宰し、研究協力者以外にも政策評価、疫学、予防的支援などに関する領域の研究者を招き専門的知見の収集を行うと共に総合的自殺対策確立に向けた議論を行った。また、国際公的統計機関が持続的成長に関連して、自殺に関わる統計制度開発にどの程度関わっているかの調査を行った。特にわが国公的統計として、厚生労働省国民生活基礎調査に注目し、K6をアウトカム変数として、人口統計・家族構成・家計状況・介護状況・ストレスを含む健康状況の影響を検討し、公的統計情報に多様な自殺リスク原因を検討できる情報があることを実証した。

方法： 統計数理研究所で平成 28 年 2 月 21 日開催した第 6 回自殺リスクに関する研究会を本研究班の講演事業とし、「エビデンスに基づく自殺問題の総合対策の確立に向けて」をテーマとし、専門家間の討論を行った。また、平成 27 年 7 月の国際統計協会総会（リオデジャネイロ）における統計整備に関する国連統計部講演や関連ヒアリングによる情報収集を行った。更に、厚生労働省国民生活基礎調査匿名化データの利用申請を行い、K6をアウトカム変数とする探索的データ解析を行った。

結果と考察： 国際公的統計分野では、持続可能性指標形成がまさに進められるが、疾病、貧困などに比べて自殺を含むメンタルヘルスはあまり重視されていない。特に、わが国厚生労働省が、平成 22 年度国民生活基礎調査集計方針で示した自殺対策のための K6 公表のような積極的統計作成は必ずしもみられない。K6 については、今回の「平成 22 年度国民生活基礎調査匿名化データ」の探索的データ解析により、K6 への主観ストレス要因のみならず、経済、家族構成、健康など多様な要因が影響を与えていることが示され、今後、目的外申請を通じてより一層の検証が必要なことが分かった。国内研究会でも、自殺手段の経年変化、健康状態・援助要請と自殺の関係など、自殺統計による自殺傾向の可視化など、総合的自殺対策立案に資する意見収集及び討論がなされた。

## A. 研究目的

自殺対策基本法が成立して平成 28 年で 10 年になる。本研究の目的は、自殺対策に資する国内外の統計情報を探索すると共に、その定量的分析の方法について、明らかにすることである。定量的分析については、自殺対策に資する各分野の専門家の分析方法の議論を目的として、研究会を企画・開催した。また、自殺リスクへの関連が実証されている K6 を厚生労働省が国民生活基礎調査（基幹統計調査）の中で収集していることに着目し、K6 に対する人口統計、家族構成、家計状況、介護状況、ストレスを含む健康状況などの影響をデータマイニングによって検討する。

## B. 研究方法

### B.1 公的統計情報の利用可能性

3 年に一度実施される厚生労働省国民生活基礎調査（クラスター抽出、すなわち地域を抽出し地域内では全数調査、基幹統計調査として回答義務が課されている）には、平成 16 年度調査からハーバード大学の Kessler らが開発した K6 が調査項目となった。その後もメンタルヘルスに関わる調査事項が、その解決法も含め多く含まれるようになった。しかし、平成 19 年度調査までは、点数化された K6 結果表の作成はされず、当時の総務省統計審議会から、その公表が将来課題とされていた。一方、平成 22 年度調査においても、厚生労働省はそのスコア集計を見送る計画を内閣府統計委員会に諮問した。しかし、平成 22 年 1 月 25 日に開催された第 30 回内閣府統計委員会において、「K6 の点数化は自殺対策等の基礎資料として有用であると考えられるため、平成 22 年調査から点数化した結果表を作成する必要がある（阿藤人口・社会統計部会長発言）」と答申され、今日に至っている。

従って、平成 22 年国民生活基礎調査個票には、自殺リスクとの関係性が実証されている K6 得点が存在する。しかも、この調査では、家族構

成、教育歴、家計状況、介護状況、健康状況など多様な情報が測定されている。一方、国民生活基礎調査個票データを公益性の高い学術研究に利用するために、統計法 33 条に基づき目的外申請を行うためには、事前にどのような要因が K6 に影響を与えるかの研究仮説を明確化し、それに応じた検証的統計解析の手順の明示が求められている。

しかし、現時点では、自殺リスク増大に関わる多様な要因の中で、どの要因がどのような状況で影響するか、明確な定量的仮説形成は行われていない。このため、今年度は、K6 重篤化要因に関する仮説探索のために、厚生労働省が作成した国民生活基礎調査匿名化データ（厚生労働省が内閣府統計委員会に諮問し作成した研究利用可能かつ、個票開示リスクが事実上存在しないとされた研究用データ）を分析することとした。そこで、平成 16 年、19 年、22 年調査について平成 27 年 9 月に統計法 34 条に基づき厚生労働省に対して利用申請した。

公的統計匿名化マイクロデータの利用には、実証分析環境のセキュリティ確保などが必要とされている。このために情報・システム研究機構が設置し、(独)統計センターから認可された公的統計マイクロデータ分析・オンサイト拠点をデータ分析環境とすることとした。この研究拠点は、厚生労働省のレセプト個票データに基づく研究をおこなう際に厚生労働省からも立ち入り検査を受け、レセプトデータ研究環境として承認を受けている。

データ利用申請にあたっては、同拠点の管理者であり、政府マイクロデータ利用申請にノウハウのある岡本基博士の支援を受けた。厚生労働省からは平成 28 年 2 月に匿名化データ利用承認があり、研究協力者の竹林がデータを分析可能

なデータセットに加工し、分析に当たった。

3 時点の調査の中では、平成 22 年度国民生活基礎調査匿名化データには K6 得点が存在し、本研究目的を達成することが可能なことが分かった。そこで、本年度は、平成 22 年度調査匿名データ（標本サイズ：15901 名）の分析を行った。

その際、自殺ハイリスク群として、「うつ病又は他の精神疾患群（以下、うつ病群と省略、標本サイズ：259 名）」、「介護負担者群（標本サイズ：505 名）」、「無職者群（標本サイズ：550 名）」を抽出し、分析対象とすることとした。

本年度の研究では、K6 をアウトカム変数としたが、先行研究を参考に、K6 を順序尺度 3 群に分割した。すなわち、スコア 5 点未満を正常群、5 点以上 10 点未満を気分障害・不安症群、10 点以上を自殺リスクに強く関係する重篤精神疾患群とした。

デモグラフィック・家族構成・家計状況・介護状況・健康状態を予測変数と（主観ストレスについては因子を抽出）することが可能となるように、統計解析言語 R の分析用データ・フレームを作成した。

更に、K6 をアウトカムとする樹形モデル(R 言語 library rpart 利用)当てはめによるデータマイニングを実施した。

## B.2 国際公的統計情報利用の可能性

平成 27 年 7 月に、リオデジャネイロで開催された国際統計協会総会には、各国国家統計機関の代表、並びに国連統計部の関係者が出席する。ここに、久保田、椿が出席し、自殺統計可視化の方法論をポスター発表すると共に、各国統計関係者の自殺統計に関わるヒアリングを行った。しかし、WHO とは異なり、国家統計機関関係

者は、自殺統計自体は、貧困問題や犯罪問題、一般的公衆衛生問題に比して、関心が薄い状況であった。

そこで、リオデジャネイロ総会では、国連本部経済社会局統計部次長の大崎敬子氏が出席されており、大崎氏は、「持続可能な開発目標」の国連における担当者であり、氏の講演を中心に情報収集を行う共に、川崎茂教授（日本大学経済学部、元総務省統計局長）の紹介で、大崎氏の意見を伺うなどをした。

## B-3 研究会における専門家意見聴取と議論

平成 28 年 2 月 21 日に統計数理研究所セミナー室 2 で開催された、統計数理研究所リスク解析戦略研究センター主催の第 6 回自殺リスクに関する研究会を、本研究班後援事業と位置づけ、テーマを「エビデンスに基づく自殺問題の総合的対策の確立に向けて」とした。その概要を「政策評価、疫学、予防的支援等の自殺対策に関する各領域の研究を専門とされている方に話題提供いただき、各領域のレベルのエビデンスをどのように統合し、総合的な支援策の提言に繋げていけるかを議論する」として、講演者を募った。

## C. 研究結果

### C-1 公的統計情報利用の可能性

平成 22 年国民生活基礎調査匿名化データを基に、K6 をアウトカム変数とし、デモグラフィック・家族構成・家計状況・介護状況・健康状態を予測変数とし（主観ストレスについては因子を抽出）、樹形モデル当てはめによるデータマイニングを実施した。

うつ病群、介護負担者群、無職者群のいずれの群においても、K6 重篤化に最も影響を与えるのは、主観ストレスである。

うつ病群では、主観ストレスが高い群でも、住み込み、宿舎、3 世代同居など配偶者、両親、子供以外と密接なコミュニケーションを持たざ

るを得ない家族構成を有する群に K6 の重篤化傾向が高く、更にその種のリスク性のある家族構成を有する群では、所得や貯蓄が低い群に K6 の一層重篤化リスクが高いという仮説が探索された。また、この最も高いリスク群には職業などもリスク増大に寄与している可能性もある(図 1)。

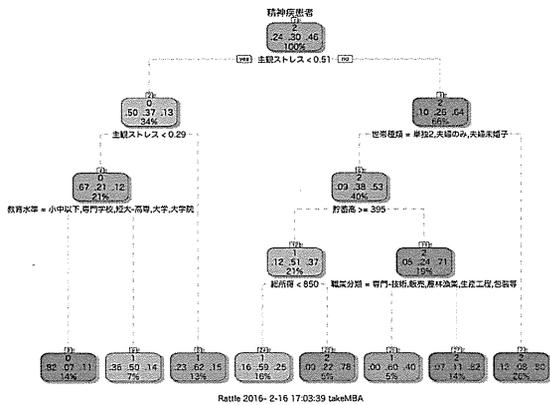


図 1 うつ病など群の K6 重篤化分類樹

介護負担者群で主観ストレスが高い群では、収入、貯蓄が低いあるいは、自身に脳出血既往歴があると K6 が重篤化するという仮説が探索された。一方、主観ストレスが比較的低い群でも、総所得が低いとハイリスクとなりえる(図 2)。

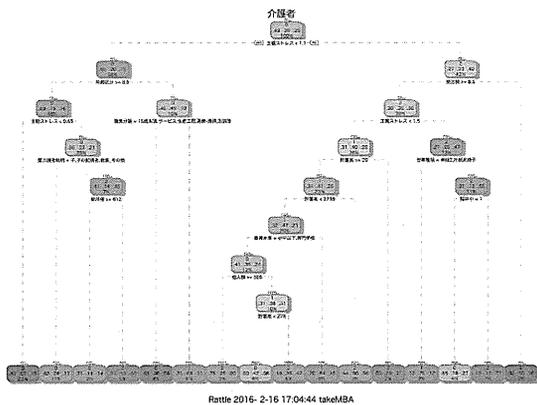


図 2 介護負担者群の K6 重篤化分類樹

無職群では、主観ストレスが高い群で、男性の学歴(高卒・大学院卒)が重篤化リスクに影響を与えている可能性がある(図 3)。

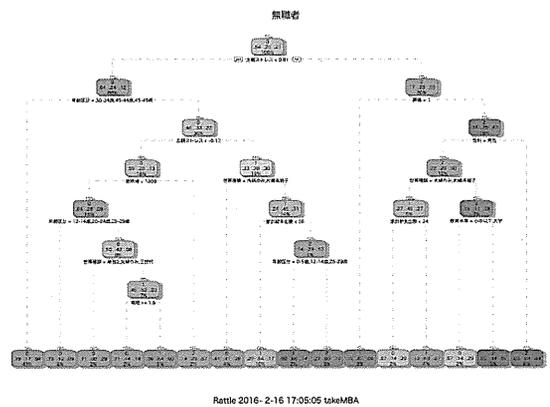


図 3 無職群の K6 重篤化分類樹

## C-2 国際公的統計情報利用の可能性

国連は、2000 年から 15 年間ミレニアム開発目標プロジェクトの中で、2015 年の国際社会が達成すべき 8 つのゴールと 21 のターゲット項目を設定した。国連統計部は、これに関わる各国の統計整備を指導した。極度の貧困と飢餓の撲滅、初等教育の達成、女性の地位向上、幼児死亡率の削減、妊産婦の健康改善、エイズ、マラリアなどの疾病予防、持続可能な環境、グローバルパートナーシップなどの項目は、雇用を含む経済条件、衛生条件、教育条件などがあり、自殺の要因となり得る指標は含まれているが、直接的にメンタルヘルスに関わる視点は見られない。

大崎氏によると、持続可能な開発目標は、2015 年から 15 年間行われる予定だが、その達成度を測る統計的指標は平成 28 年 3 月の国連統計委員会で決定される予定である。ミレニアムプロジェクトが、社会開発を中心とした目標となってしまった事の反省を踏まえ、経済・社会・環境のバランスをとった指標策定を予定するという事になっているとのことである。

17 の開発目標自体は、平成 28 年 1 月 1 日に発行したが、指標については平成 28 年 1 月 28 日現在の案では、229 が検討されているとのことである。国連統計委員会で公表されている平成 27 年 8 月 11 日の指標リスト案によると、目標 3.4 のみにメンタルヘルスが掲げられている

が、主たる目標は非伝染性疾患による早期死亡を1/3にするということである。この中にわが国の場合、自殺を位置づけることは可能だろうが、現状の指標案では、新血管系疾患、癌、糖尿病、慢性呼吸器疾患での年齢30歳から70歳までの間の死亡率が挙げられているのみである。これらのことと、ISI総会で各国の国家統計機関関係者が自殺統計について殆ど認識していなかったことは整合的である。

### C-3 研究会における専門家意見聴取と議論

平成28年2月21日に後援した自殺リスク研究会のプログラムは次のようになった。ここで行われた議論の概要もプログラムとともに示す。

13:00・開会挨拶・趣旨説明

椿 広計

統計数理研究所・独立行政法人統計センター

概要：エビデンスに基づく自殺対策に資するデータの研究利用可能性の向上とその分析の知の重要性を提起し、本研究会に対する期待を述べた。

座長：竹林由武

統計数理研究所

13:05~13:35

自殺手段の経年変化

-潜在成長曲線モデルによるパターン抽出-

竹林由武・椿 広計 統計数理研究所

久保田貴文 多摩大学

概要：平成27年3月に、自殺予防総合対策センターが統計数理研究所に委託し作成した「自殺対策のための自殺死亡統計：手段・配偶関係・職業別統計1983-2012」を利用して、2次医療県別の自殺手段の経年変化パターンをカテゴリカ

ルな潜在変数（地域別に潜在的なクラスター化）を含む潜在成長曲線モデルを用いて分析した。地域潜在クラスについては、男性の絞首以外、女性の急増前の絞首以外がクラスターを形成しなかったこと、女性の急増前の絞首の3クラスター形成を除いて、男女群、絞首群・その他群、急増期前、急増期後、全てで2クラスターモデルが選択された。

男性は自殺急増期以後絞首自殺が秋田県・青森県津軽地域、北海道、宮崎では大きく減少した。他の手段は急増期以後なだらかに増加した。女性は、絞首による自殺は急増期以後大半の地域は不変であったが少数地域で大きく減少した。その他の手段による自殺は、男性は急増期以降全般的になだらかに増加しているが、女性は急増期以降首都圏ないしは大阪市でなだらかに増加した。これは鉄道自殺に関係している可能性もある。

全体として絞首は80年代中旬から90年代後半に急増、ガス・煙は2000年代に急増、農薬は80年代中旬に一時的に急増している。

議論：

手段別傾向を探る研究で、その手段を選択した動機に注目すると良い。また、手段によって社会的コストは異なるので、その分析も可能である。

13:35~14:05

糖尿病と自殺・事故のリスク：

地域住民コホートをを用いて

山内貴史、稲垣正俊、米本直裕、岩崎基、沢田典絵、明智龍男、磯博康、野田光彦、津金昌一郎

国立精神・神経医療研究センター

概要：身体疾患に罹患すると自殺リスクが高まるとされている。糖尿病はアジア地域で深刻な問題となっており、世界の地域の60%はアジア地域で起きている。そこで、一般の地域住民コホートをを用いて糖尿病既往歴と自殺。事故リスクを年齢別に明らかにすることが研究目的である。そこで1990年から続いているJPHC研究（厚労省多目的コホート研究）14万人のコホートを研究対象とした。本研究の対象者は、ベースライン調査回答者の中で105408名である。このうち糖尿病既往歴有は、4898名である。2012年12月までの死亡診断書から死因情報を抽出し、追跡期間中の自殺者は618名、事故死者は799名である。分析はポアソン回帰モデルを用いて、糖尿病既往歴有無、観察人年、性別、年齢、地域、アルコール、喫煙、BMI、同居者、就業状態、睡眠、運動、ストレス、主要身体疾患の既往を調整変数とした。記述統計的手法でも、糖尿病群で、自殺リスクは男性で1.5倍、女性で2倍となる。しかし、ポアソン回帰モデルでは自殺は有意にリスクが上昇していない。一方事故は有意に上昇する。59歳以下の比較的若い群で自殺・事故全体では有意に上昇する。従って、糖尿病の合併症による身体的機能の低下に対するサポート・心理的社会的ケアの充実が重要とされた。

議論：ストレスを調整することで、事故に比べて自殺の糖尿病のリスクの間接効果がマスクされているのではないかという指摘もあった。しかし、ストレスについては、精密な変数として測定されていないが、既に今後の研究計画にその種の調整は織り込まれているとのことであっ

た。

14:05~14:35

問題発生時の援助要請を促進する要因に関する検討～地域の自殺予防対策の観点から

須賀万智 東京慈恵会医科大学

山内貴史 国立精神・神経医療研究センター

杉森裕樹 大東文化大学

概要：精神疾患の受診遅延・非受診が問題視されている中、自殺既遂者は死亡直前には精神的不調を経験していることが多く、適時適切な援助要請をしていれば、自殺行為を回避できたと考えられる。そこで、民間調査会社のアクセスパネルの一般成人男女にアンケート調査をインターネット上で行い（20-59才男女、千葉・新潟・長野・福岡3308名：性・年齢構成を均等化）、心の問題と各主症状に対する援助要請意図（心の問題、各種症状）、関連要因（健康状態：WHO-5、ヘルスリテラシー：HLS-14、精神疾患に関わる経験・態度（Eurobarometer6.4）、ソーシャルネットワーク：LSNS-6、社会経済的背景、近隣の繋がり：東台日本震災調査項目）に関わる要因分析（ロジスティックモデル、共分散構造モデリング）を行った。

援助要請意図がある群は85%存在した。

援助要請意図には、ヘルスリテラシーや患者との接点に関わる精神疾患の知識項目、悩み事を気軽に話せる家族・友人関係、地域コミュニティの挨拶を交わす程度の緩やかなつながりが関係していることが実証された。地域自殺予防対策に、自殺対策を明示的に出さなくても、メンタルヘルスリテラシーを高める運動、挨拶運動のようなものが有効と思われる。また、専門家に受診しない理由の中では、相談先が分から