

厚生労働科学研究費補助金

(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))

学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究

平成28年度 総合研究報告書

研究代表者 本橋 豊

平成29年(2017)年 3月

目 次

I. 総合研究報告

学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究

本橋豊、椿広計、澤田康幸、伊藤弘人……………1

II. 分担研究報告

1. 地域自殺対策トップセミナー全国キャラバン～トップを巻き込み地域自殺対策を推進することの重要性……………7
清水康之
2. 都道府県別にみた自殺の社会経済的損失額及び自殺対策の経済的便益の推計
(2005年、2015年)－2017年3月推計－……………30
金子能宏、清水康之、本橋豊
3. 北海道教育大学教職大学院における「命の教育」プロジェクトの取り組み……………39
井門正美、安川禎亮、梅村武仁、川俣智路
4. 医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージ……………69
伊藤弘人
5. 自殺対策のための重要なツールとしての地域実態プロフィール……………84
金子善博、本橋豊、反町吉秀
6. 避けられる死を防ぐための死因究明制度と自殺対策への活用のための政策提言……………89
本橋豊、清水康之、反町吉秀、岩瀬博太郎、石原憲治

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

「学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究」

総合研究報告書

研究代表者 本橋 豊 自殺総合対策推進センター長、京都府立医科大学特任教授
研究分担者 椿 広計 統計数理研究所名誉教授
研究分担者 清水康之 NPO法人自殺対策支援センターライフリンク理事長
研究分担者 澤田康幸 東京大学大学院経済学系研究科教授
研究分担者 伊藤弘人 国立精神・神経医療研究センター部長

研究要旨:【目的】自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有することに鑑み、保健医療のみならず他部門との連携の在り方を含めた学術的基盤を学際的・国際的観点から強化し、国際的動向を注視しつつわが国の自殺総合対策のさらなる推進に貢献することを目指した。平成 26～28 年度の研究期間において、研究フォーラムやシンポジウムを通して研究者相互の連携と情報共有を図り、我が国の新たな自殺対策推進、とくに改正自殺対策基本法の枠組みおよび新たな自殺総合対策大綱の改定に実質的かつ重要な学術貢献を行うことを目的とした。

【方法】(1)自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究: 4 回のシンポジウム及びフォーラムを開催し、研究代表者および研究分担者の研究チームが実施した政策研究の成果を共有し、改正自殺対策基本法の理念構築及び内容改訂への基盤を提供した。

(2)エビデンスに基づく自殺問題の総合対策の確立に向けた研究:本橋らの研究チームは既存の官庁統計を用いた自殺実態解明の地域自殺実態プロファイルの開発を行い、地域自殺対策政策パッケージ開発につながる研究を実施した。椿らは、応用統計学の手法を用いて、自殺死亡率の時空間分布を明らかにする研究を行った。澤田らは、韓国の鉄道自殺に関する実証的研究を実施した。伊藤はWHO及びOECDへの訪問調査によりメンタルヘルス政策の世界的動向を調べた。

(3)国際的動向を踏まえた我が国の自殺対策の政策展開の可能性に関する研究:本橋らは韓国及びアイルランドの自殺実態に関する調査を訪問調査により明らかにした。

【結果および考察】平成28年4月に施行された改正自殺対策基本法の策定にあたっては、清水がNPO法人代表として立法府に働きかけることにより、改正自殺対策基本法の理念の明確化に反映させた。その基盤となったのは本研究班における「自殺対策の知と行動の統合による自殺対策の推進」という課題設定であった。本橋らの自殺実態プロファイルと政策パッケージの概念構築は、改正自殺対策基本法で示された地域自殺対策計画策定の支援ツールとして国の施策に採用された。椿らの応用統計学の自殺対策への展開については、総務省が推進するリモートアクセスオンサイトのシステムを活用した自殺統計データベースの作成へとつながりつつある。澤田らの経済学的観点からの自殺対策研究の成果は日本と韓国の自殺対策の共同研究の促進に役立ち、澤田の著書が韓国語訳されることにより利活用されることになった。井門らの教職大学院におけるSOSの出し方教育の正規カリキュラムへの組みこみの試験的研究は今後の児童・生徒のSOSの出し方教育の進展に側面的支援をもたらす研究であった。伊藤の精神保健及び精神医療の学際的・国際的研究は地域における自殺対策のモデル的提示として有用であった。

A. 研究目的

自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有することに鑑み、保健医療のみならず他部門との連携の在り方を含めた学術的基盤を学際的・国際的観点から強化し、国際的動向を注視しつつわが国の自殺総合対策のさらなる推進に貢献することが本研究の目的である。平成26～28年の3年間で自殺対策に関する公開シンポジウム・フォーラムを2回(うち1回は国際フォーラム)、日本公衆衛生学会におけるシンポジウム2回、自殺対策基本法の英訳及び自殺総合対策大綱の英訳の公表、ホームページ上での情報提供を行った。国際的な情報発信として、第1回国際自殺対策フォーラムを平成29年1月22日に開催し、ドイツ・ライプツヒ大学医学部の Hegerl 教授の基調講演とシンポジウム「自殺総合対策の新たな政策展開」を開催し、研究全体の総括を行った。また、研究代表者の本橋は平成28年12月から開始された厚生労働省の「新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会」の座長として、自殺総合対策に関する最新の知見と意見を取りまとめ、国の自殺対策の基盤となる自殺総合対策大綱の策定プロセスにおいて、本研究の成果(地域自殺実態プロフィールと地域自殺対策政策パッケージ)を国の政策に反映させる機会を得ることができた。これにより、研究のための研究ではなく、ただちに社会実装につながる学際的政策研究を推進するという本研究の大目標を達成することができた。

B. 研究方法

(1)自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究:1)平成27年1月、「知と行動の統合による自殺対策の新たな政策展開」というシンポジウムを京都市において開催した。平成27年10月、「自殺対策の改革へ向けて—公衆衛生からの提言」と

いうシンポジウムを第74回日本公衆衛生学会にて開催した。平成28年10月、「自殺対策の推進に向けた公衆衛生人材の育成」というシンポジウムを第75回日本公衆衛生学会総会にて開催した。平成29年1月、「第1回国際自殺対策フォーラム—自殺総合対策の新たな政策展開」を東京大学小島ホールにて開催した。2)医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージに関する研究(伊藤):平成27年度までの研究成果及び関係者へのヒアリングから、一定のエビデンスレベルにある医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを集約した。3)平成28年度メディア・カンファレンス(JSSC主催)～日本の自殺対策における報道のあり方を考える～:日本の自殺対策における報道のあり方を、当事者参加型の新たな企画で討議することとし、自殺対策の報道に深い理解を示してきた二人のジャーナリストに話題提供してもらい、その後聴衆と話題提供者が双方向的に議論を交わすというシナリオで実施した。4)自殺対策のための重要なツールとしての地域実態プロフィール:自殺の地域実態プロフィール(第1版)の開発には、平成21年から27年の自殺統計(地域における自殺の基礎資料(確定値)(内閣府)および平成21年から27年の住民基本台帳に基づく人口と平成22年国勢調査(総務省)を用いた。これらを集計し、要約とグラフにより自殺の地域実態プロフィールを作成した。5)地域自殺対策の政策パッケージ～自殺対策計画推進の重要ツールの開発:平成29年1月に開催された国際フォーラムで、自殺対策の政策パッケージの提案を含む討議を行った。これらの討議を通して、地域自殺対策の政策パッケージについての基本コンセプトと有用性について検討した。

(2)エビデンスに基づく自殺問題の総合対策の確立に向けた研究: 1)平成 26 年度には自殺の時空間変動とその要因に関する統計的検討を行った。平成 27 年度には、公的統計情報の利用可能性に関する研究、動的グラフを用いた自殺の地域統計の視覚化とインタラクティブ操作に関する研究等を行った。2)平成28年度には、統計的証拠に基づく総合的自殺対策の構築、クラスタリング手法を活用した自殺のリスク要因分析等を行った。3)経済問題から見た学際的自殺対策研究の推進:第一に、自殺率と生命保険平均保険料との関係に関する分析を継続した。具体的には、OECD 26カ国の1980年-2002年における保険金支払免責期間の独自調査データを回帰分析によって解析した。第二に、日本における早生まれがより高い自殺率につながるという因果関係を検証した。第三に、近年急速に自殺率が高まっている韓国において、鉄道駅のプラットホーム上に設置されるホームドアが自殺防止に役立つかどうかを韓国ソウルメトロより独自に入手したデータを元に検証した。4)「児童生徒のSOSの出し方教育」の研究体制整備～教職大学院における人材育成の体制整備の推進～:自殺総合対策推進センターと北海道教育大学教職大学院が連携して実施するプロジェクトとし、平成 28 年度においては、教職大学院における学生を対象とした人材育成のための教育体制の整備を図る方策について検討した。4)インターネット・モニター調査にもとづく若者の自殺に関する大規模調査分析結果とその意義～自殺念慮は解消しないのか～:日本に在住する25～44歳を対象にインターネット・モニター調査として2016年2月に実施した。

(3)国際的動向を踏まえた我が国の自殺対策の政策展開の可能性に関する研究:

1)平成 26 年度には米国の保健医療政策の動向から見た自殺対策の方向性に関する研究(ハーバード大学公衆衛生学部のロバート・ライシュ教授への訪問調査)、平成 27 年度には韓国の地域づくり型自殺対策の現状と課題(韓国華城市の訪問調査)、平成28年度にはアイルランド共和国における自殺対策～その死因究明制度と全国自傷登録制度並びに自殺対策への波及効果を中心に(アイルランド自殺研究財団の Arensman 教授への訪問調査)を行った。2)WHO の自殺対策の動向～mhGAP Forum の概要と地域自殺対策ツールの開発～:2016年10月10～11日にスイス・ジュネーブ市のWHO本部にて開催されたmhGAP Forum に参加し最新の精神保健の動向と連動したWHOの自殺対策の展開方法の知見を収集した。

C. 結果および考察

(1)自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究:1)自殺総合対策の基本コンセプトとして、知識が「知の体系」においてのみ意味を持つのではなく、行動や実践と統合されてこそ知の展開が社会において意味あるものになる、というコンセンサスが得られた。平成 27 年度の「自殺対策の改革へ向けて」のシンポジウムでは地域自殺対策の推進が重要となることから、地域における公衆衛生人材の積極的活用が必要であり、精神保健の視点を超えた総合的対策の推進役として公衆衛生関係者の力量が問われるとの議論があった。平成 28 年度に開催された国際自殺対策フォーラムでは自殺対策の新たな方向性があらためて問われ、総合的な自殺対策の中核となるのは、社会医学、応用統計学、経済学、社会学、精神保健学などであることが確認され、本研究班の研究成果が政策へと直結することが、自殺実態プロファイル、自殺対策政策パッケージ、鉄道のホームドア設置の費用効

果分析、自殺未遂者の地域連携の強化などにより示された。2) 医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージに関する研究においては、政策パッケージの基本的な要素には、①地域リーダー関与、②地域住民への啓発プログラム、③ゲートキーパー訓練、④ハイリスク者支援があることが明らかになった。今後、関係者がこれらの政策パッケージを活用するとともに、政策パッケージの要素のエビデンスレベルを高めていく必要があると考えられた。3) 平成 28 年度メディア・カンファレンス JSSC 主催)～日本の自殺対策における報道のあり方を考える～においては、①報道ガイドラインの課題、②ネット時代における新聞報道の課題、③紙媒体の記事による情報発信よりインターネットや SNS の情報発信により自殺誘発効果の可能性が高いのではないかと、④新聞報道よりテレビ映像による報道の方がより影響が大きいのではないかと、などについて活発な討議が行われた。4) 自殺対策のための重要なツールとしての地域実態プロフィールについては、提示されるべきプロフィールの基本要素を作成した。プロフィール作成総数は基礎自治体である市区町村および政令指定都市の区、都道府県の合計 1963 となった。5) 地域自殺対策の政策パッケージ～自殺対策計画推進の重要ツールの開発については、地域自殺対策政策パッケージについての基本コンセプトとして、全国どこでも実施されるべき基本政策パッケージと地域特性に応じた地域特性パッケージの二つを設定した。

(2)エビデンスに基づく自殺問題の総合対策の確立に向けた研究: 1) 統計的証拠に基づく総合的自殺対策の構築: 公的統計マクロ情報より詳細なマイクロデータないしは行政情報の探索的要因分析が求められるが、研究者により詳細な分析を可能とする制度設計と共に地域行政のための分析を体系的に支援する仕組みの充実が今後必要である。2) クラスタ

リング手法を活用した自殺のリスク要因分析: 自殺死亡率には経年変化パターンと地域における特徴が認められた。ハイリスク集団の自殺念慮において、不安症およびうつ病集団では、抑うつ症状が不安症状と相互作用し自殺念慮の重篤化に寄与することが示され、不安症状のマネジメントの有効性が示唆された。3) 経済問題から見た学際的自殺対策研究の推進: 保険契約が逆選抜・モラルハザードを通じて自殺を誘発する可能性があること、早生まれの若者の自殺率が約 30% 高いこと、韓国ソウルメトロ駅に設置されたスクリーンドアは自殺をほぼ完全に防止することを発見した。4) 「児童生徒の SOS の出し方教育」の研究体制整備～教職大学院における人材育成の体制整備の推進～: 教職大学院における「児童・生徒の SOS の出し方教育」に関わる将来の教員の人材育成のために、教職大学院の各分校における指導者のエンパワメントを図るため、「命の教育」に関連する図書の整備を行った。また、「児童生徒の SOS の出し方教育」への理解を深めるため、北海道教育大学の担当者が自殺総合対策推進センターの地域自殺対策研修に参加し、わが国の自殺対策全般に関する知識と技能を修得した。平成 29 年 3 月 19 日(日)にシンポジウム「自殺総合対策における「命の教育」—生きる支援に向けた SOS の出し方教育—」を開催した。4) インターネット・モニター調査にもとづく若者の自殺に関する大規模調査分析結果とその意義～自殺念慮は解消しないのか～: パネルデータの入手と分析から若年層における自殺のハイリスク層の存在を確認するとともに、離婚・死別などの人生上の出来事が自殺念慮を抱ききっかけになっていることが分かった。今後はこうしたパネル分析を若年層以外の高齢者などにも広げ、年代の相違によって要因が違ってくるのかを検討することが重要になっている。

(3)国際的動向を踏まえた我が国の自殺対策の政策展開の可能性に関する研究: 1) 韓国の地域

づくり型自殺対策の現状と課題に関する研究: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。2)自殺対策の法制度に関する日韓比較分析: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)の条文構成・条文内容を比較分析し、共通点と差異を明らかにした。3)アイルランド共和国における自殺対策について～その死因究明制度と全国自傷登録制度並びに自殺対策への波及効果を中心に:死因究明制度の実務と自殺対策については、外因死の疑いのある死や死因不明の死はすべて地区のコロナーに届け出られ、内因死であることが明らかになった死体以外はすべて法医病理学者による解剖が依頼される。中央統計局 Central Statistics Office (CSO) が、更にコロナーの情報が十分でないとは判断した場合、警察に対する照会等により更に情報を集め、より精度が高い統計を作成する仕組みになっている。自殺対策を実施する上で、正確な統計を得られるメリットがあるが、迅速性に乏しい点はタイムリーな自殺対策の実施上、デメリットが認められる。アイルランドの自殺対策戦略の特徴として、多分野協働の自殺対策が重視されている点は、我が国と同様であるが、次の点が異なる。自殺率の減少だけでなく、自傷率の減少も目標として設定していること、基本戦略の中に、自殺のリスクのある人たちが援助希求をしやすくなるような働きかけと自殺手段の制限を挙げていることである。4)WHOの自殺対策の動向～mhGAP Forumの概要と地域自殺対策ツールの開発～:開発されたツールキットはWHOが世界各国での地域自殺対策推進の要点を解説したものであり、地域に焦点を当てた対策の進め方についての

考え方と方向性を示している。日本の自殺対策改革の方向性である地域自殺対策推進という観点で、世界の最新動向がわが国の自殺対策の動向と方向性が一致していた。

D. 研究の総括

3年間の研究の成果として、自殺総合対策の政策形成に実質的な貢献をなす事ができた。

1)平成28年4月1日に施行された改正自殺対策基本法において、「自殺対策は生きることの包括的な支援」との理念が明記されたが、これは本研究班で討議された内容が反映されている。また自殺対策が総合的な観点から実施されなければならないという改正法の条文についても、本研究班で討議された内容が反映された形になっている。

2)平成29年以降に策定される市町村の地域自殺対策計画の策定において重要なツールとなる地域自殺実態プロフィールと地域自殺対策政策パッケージが、本研究班において開発された。

3)平成28年12月から平成29年4月にかけて開催された厚生労働省の「新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会」において、本研究班の本橋と清水が構成員として審議に加わり、新しい大綱の枠組みづくりに関与した。

以上、学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策研究の成果を社会にただちに役立てるという社会設計科学としての自殺総合対策学の在り方を示すことができたことは、本研究プロジェクトの大きな成果だったといえる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1)本橋豊：自殺対策の推進に向けた公衆衛生人材の育成，第75回日本公衆衛生学会総会，大阪，2016年10月。

2. 学会発表

1)本橋豊：国際的・国際的アプローチによる新たな自殺総合対策の推進，第1回国際自殺対策フォーラム，東京，平成29年1月22日。

2)本橋豊：生きる支援に向けた児童・生徒のSOSの出し方教育—国の政策の今後の方向性、命の教育シンポジウム2017、札幌市、平成29年3月19日。

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

研究分担報告書

地域自殺対策トップセミナー全国キャラバン ～トップを巻き込み地域自殺対策を推進することの重要性～

研究分担者 清水康之 NPO法人自殺対策推進センターライフリンク

研究要旨:本報告の目的は、地域自殺対策を推進するための基盤的な施策として平成28年度から開始された、基礎自治体のトップである市区町村長を対象とする研修のコンセプトとコンテンツを開発するとともに、その効果の検証を行うことである。

方法:改正自殺対策基本法の理念を地域レベルで実現するために、厚生労働省とNPO法人ライフリンクが推進団体となってその基本コンセプトとコンテンツについて協議し、研修内容の具体化を図った。平成28年度から都道府県単位で順次開催し、開催地の都道府県も含めた3者で共催した。

結果:28年度末までに11県での開催を終えており、29年度中に残りすべての都道府県での開催を目指している。研修の基本コンセプトとして、開催県の都道府県知事に原則として開会挨拶をお願いし都道府県のトップを巻き込む枠組みとし、基調講演は清水が行い「誰も自殺に追い込まれることのない“生き心地の良い〇〇(都道府県名を入れる)”をめざして」と題して市町村長の出席のもとに行い基礎自治体の市区町村長を巻き込む枠組みとし、その後厚生労働省担当者と自殺総合対策推進センターの講演につなげる、というものである。トップセミナー終了直後のアンケートでは、セミナーについて、「とても良かった(40.0%)」「良かった(58.0%)」であり、参加者の高い評価が得られた。また、自殺地策についての理解は深まったかについては「とても深まった(26.0%)」「深まった(70%)」であり、セミナーにより参加者の自殺対策の理解が確実に深まっているとの結果だった。

まとめ:地域自殺対策トップセミナー全国キャラバンは都道府県及び基礎自治体のトップを巻き込み地域自殺対策を推進していく上での基盤となる施策であり、地域自殺対策計画策定や地域自殺対策の全国展開において有用な事業であると考えられた。

A. 研究目的

平成28年4月1日に施行された改正自殺対策基本法では、「自殺対策は生きることの包括的支援」と位置づけられ、自殺対策は単に精神保健部局が担当するものではなく、地方自治体のトップが中心になって、「保健、医療、福祉、教育、労働、その他」の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に

実施されなければならないものとなった。地域の現場において、政治のトップを巻き込んで自殺対策を推進していくことの重要性が再認識されたのである。今後、都道府県及び市区町村において地域自殺対策計画の策定が課題となることから、まずは都道府県及び市区町村のトップを対象に改正自殺対策基本法の理念と概要を理解してもらい、自殺対策

推進の核となってもらふことを目的に、地域自殺対策トップセミナーを全都道府県において平成29年度までに実施することとなった。

本報告では、地域自殺対策トップセミナー全国キャラバンの基本コンセプトとコンテンツの開発について提示し、その有用性についての検証結果（中間報告）についても報告する。

B. 研究方法

改正自殺対策基本法の理念を地域レベルで実現するために、厚生労働省とNPO法人ライフリンクが推進団体となってその基本コンセプトとコンテンツについて協議を行った。協議内容は開催形式、開催の調整方法、研修内容（課題と講師選定）であった。

開催形式については、厚生労働省、NPO法人ライフリンク、開催都道府県の3者が主催し、研修内容については、NPO法人ライフリンクが中心になって講演内容と講師選定の方針を決定した。以上の経緯を踏まえて、平成28年度から都道府県単位で順次開催し、開催地の都道府県も含めた3者で共催した。

トップセミナー修了後に、参加者（都道府県知事及び市町村長、行政関係者、地域関係者等）にアンケート調査を実施した。調査内容は研修が良かったか、自殺対策に関する理解が深まったか、今後の自殺対策推進に関する意見（自由記述を含む）であった。

C. 研究結果

（1）トップセミナーのコンテンツ

トップセミナーの参加者のコアである都道府県知事及び知事部局幹部、開催県の市町村長がなるべく多く参加できる日程調整を都道府県担

当者には依頼をした。そして、地域の政治のトップに自殺対策に関する理解を深めてもらうため、NPO法人ライフリンク代表の清水が自殺対策の現場で実感してきた自殺対策の現場の声を訴える形での基調講演を実施することとした。

（その具体的内容については本報告の末尾にパワーポイントの資料として掲載した）その後、厚生労働省自殺対策推進室長である大臣官房参事官による国の自殺対策の動向の講演を配して最新の国の施策動向を伝えることとした。その後、国の自殺対策のシンクタンクの機能を果たしている自殺総合対策推進センター長による「自殺実態プロファイルを活用した自殺対策」の講演と地域連携推進室長による「地域自殺対策計画の策定をうまく進めるためのヒント」を配して地域自殺対策の進め方の実務的内容を理解してもらうこととした。

また、参加者への配布資料としては当該都道府県および市町村の自殺実態プロファイルの最新版をそれぞれの地域ごとに机上配布し、市町村長自らがトップセミナー開講中に手元で自らの地域の自殺実態に目を通すことができるように配慮した。

（2）トップセミナーのプログラム

当日のプログラムは開催地によって多少異なるが、標準的なものとして、ここでは茨城県のものを紹介したい。

1400 主催者挨拶

茨城県知事 橋本昌

厚生労働省大臣官房参事官（自殺対策担当）

岩井一郎

1410 基調講演「誰も自殺に追い込まれること

のない“生き心地の良い茨城”をめざして」

NPO法人ライフリンク代表 清水康之

- 1525 「自殺対策の動向について」
厚労省参事官 岩井一郎
- 1545 「自殺実態プロフィールを活用した自殺
対策」
自殺総合対策推進センター長 本橋豊
- 1605 「地域自殺対策計画の策定をうまく進め
るためのヒント」
総合対策推進センター地域連携室長
反町吉秀
- 1625 「先進的な取り組みを効率的に展開して
いくために」
NPO法人ライフリンク副代表 根岸親
- 1645 全体質疑 (1700 閉会)

なお、開催地によっては様々な工夫をしているところもある。例えば、山梨県では県の自殺対策条例の制定を牽引した県議会のメンバーが講演。新潟県では知事や市長がパネリストとして登壇しディスカッションを行った。(右上の写真を参照のこと。右から、司会の清水、米山隆一 新潟県知事、篠田昭 新潟市長、高橋邦芳 村上市長)



図1. 新潟県のトップセミナーの様子(平成29年3月28日開催、新潟市)

(3) トップセミナーアンケート集計結果

これまでに開催した11県の都道府県知事及び市町村長のセミナー終了後のアンケート集計結果は次のとおりである。回答者の内訳は図2に示すとおりである。

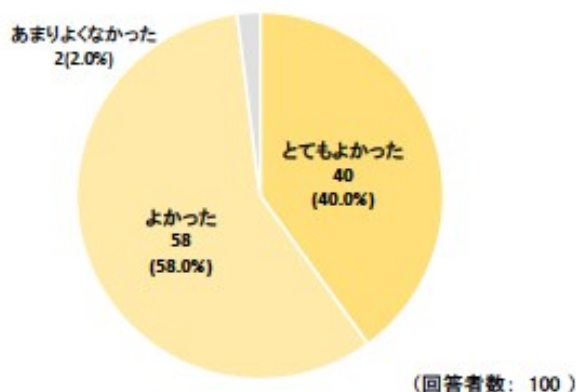
【首長分】「地域自殺対策トップセミナー」アンケート回答(11県分)

首長等参加者数	計 149 人 (全体の36.5%)			
◆長野県 27 人	◆徳島県 7 人	◆千葉県 12 人	◆香川県 13 人	◆大分県 14 人
◆埼玉県 23 人	◆広島県 3 人	◆山梨県 6 人	◆茨城県 27 人	◆愛媛県 8 人
◆新潟県 9 人				

図2. アンケート回答者の内訳

セミナーの率直な感想について問うた質問では、「とてもよかった」と回答した人が40%で「よかった」が58%と、計98%が肯定的な回答を寄せていた。また、「あまりよくなかった」が2%で、「よくなかった」は0%だった。この結果はとりわけ首長に対して、トップセミナーが自殺対策への理解を深める上で有用であることを示唆するものである。

1) 本日のセミナーの率直な感想をお聞かせください



2) 自殺対策についてご理解は深まりましたか

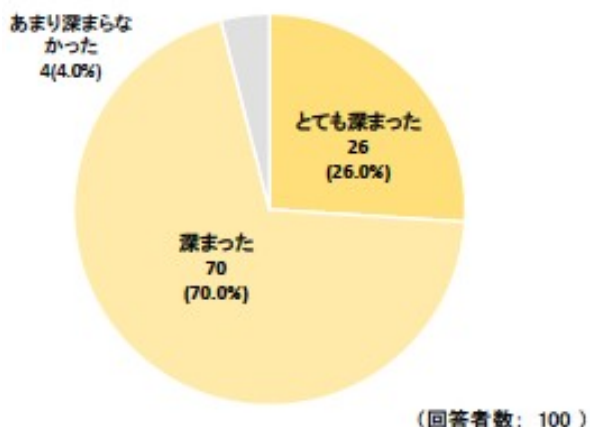


図3. 自殺対策についての率直な感想、自殺対策への理解は深まったか、に対する回答。

今後の自殺対策の推進に関しては、「自殺対策を強く推進していきたい」が最も多く、次いで「国や県からのより一層の支援が必要だ」であった。

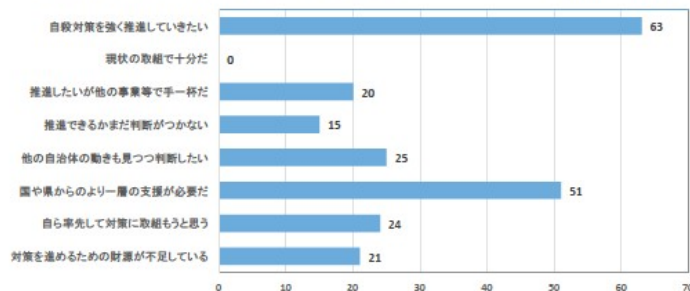


図2 今後の自殺対策推進について

D. 考察

すべての都道府県を対象とした研修としては、平成19年度にも、自殺対策をテーマにした全国キャラバンを実施している。平成18年10月に施行された自殺対策基本法の理念を全国に伝えようと、また「自死遺族のつどい（分かち合いの会）」の立ち上げ支援につながればと、このときは「自死遺族支援全国キャラバン」と銘打って、やはりすべての都道府県でシンポジウムを開催した。つまり今回の全国キャラバンは2巡目になるわけだが、前回とは決定的に異なる点が2つある。

ひとつは、厚労省が推進団体となっていることである（前回にはNPO法人ライフリンクだけが主催団体だった）。これは自殺対策に関する政府の姿勢が変化したことの表れと言えよう。自殺対策基本法は議員立法であり、政府が法制化を主導したわけではない。ただし、この10年間、自殺対策議連や民間団体に牽引される形で政府が対策に取り組んできたことで、自殺対策が名実ともに政府の仕事になったということである。

もうひとつは、キャラバンの対象が一般住民ではなく市区町村長であるということである。これは日本の自殺対策が地域レベルの実践的な取り組みへと進化したことの表れである。昨年改正された自殺対策基本法において、自殺対策

計画の策定が都道府県のみならず市区町村にも義務づけられた。自殺の背景には様々な問題が潜んでおり、対策の推進には様々な部局や関係機関による連携が欠かせない。そのため地域で取り組むには市区町村長のリーダーシップが重要となる。そこで今回の全国キャラバンは、都道府県及び市区町村長を対象として実施することになったのである。

次にトップセミナー修了後のアンケート調査結果について考察する。開催県で実施したアンケートの結果を見ると、市町村長や副市町村長などの特別職（行政トップ）による評価が極めて高い。回答者100人のうち、「とてもよかった」と回答した人が40%で「よかった」が58%と、計98%が肯定的な回答を寄せている。また、「あまりよくなかった」が2%で、「よくなかった」は0%だった。

実際、清水が基調講演で次のように話し始めると、多くの行政のである。「社会が多様化する中で、地域の現場で起きる問題はどんどん複雑化・複合化している。既存の制度や支援の枠組みでは対応し切れない問題が増えている。貧困や虐待、ひきこもりや精神疾患、介護疲れや孤立など、いくつもの問題が絡み合い、それらが最も深刻化した末に起きるのが自殺だ。裏を返せば、自殺に対応できる地域のセーフティーネットを築ければ、それは地域の様々な問題にも対応できるセーフティーネットにもなる。つまり、自殺対策は地域づくりの絶好の切り口となり得る。ただし、それを牽引できるのは首長の皆さんしかいない」。

自殺対策に理解のある行政トップを増やすことは、全国的な対策の底上げに直結する。官民連携による自殺対策の象徴でもある「地域自殺対策トップセミナー全国キャラバン」を皆で力

を合わせて最後までやり遂げたいと考えている。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

新潟県トップセミナー開催時に配布した資料

日時： 平成 29 年 3 月 28 日（水）

会場： 新潟県民会館



誰も自殺に追い込まれることのない新潟へ

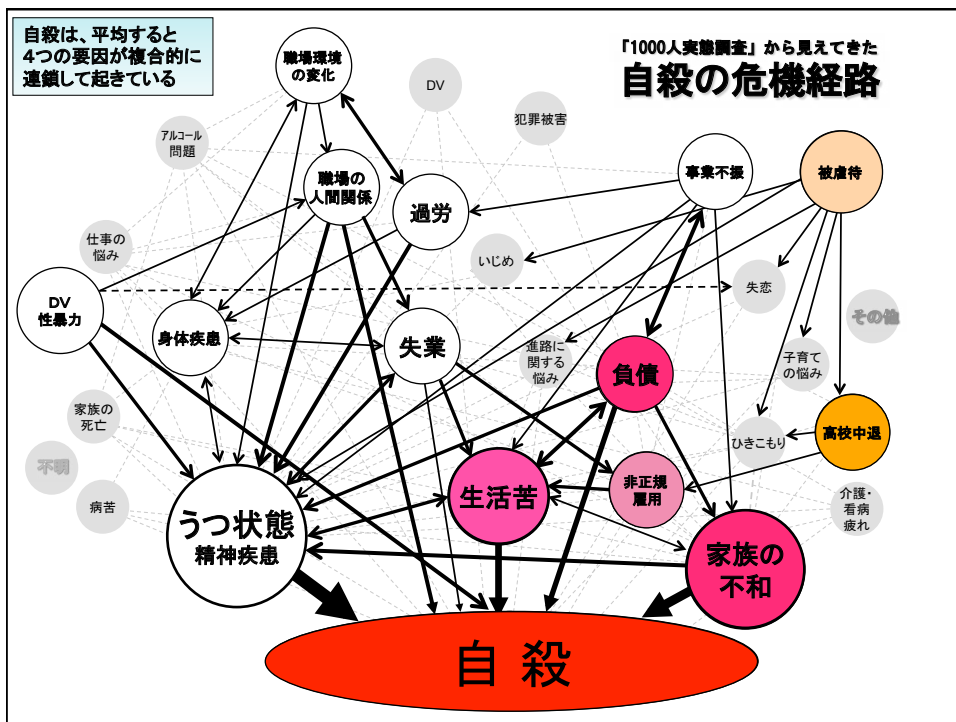
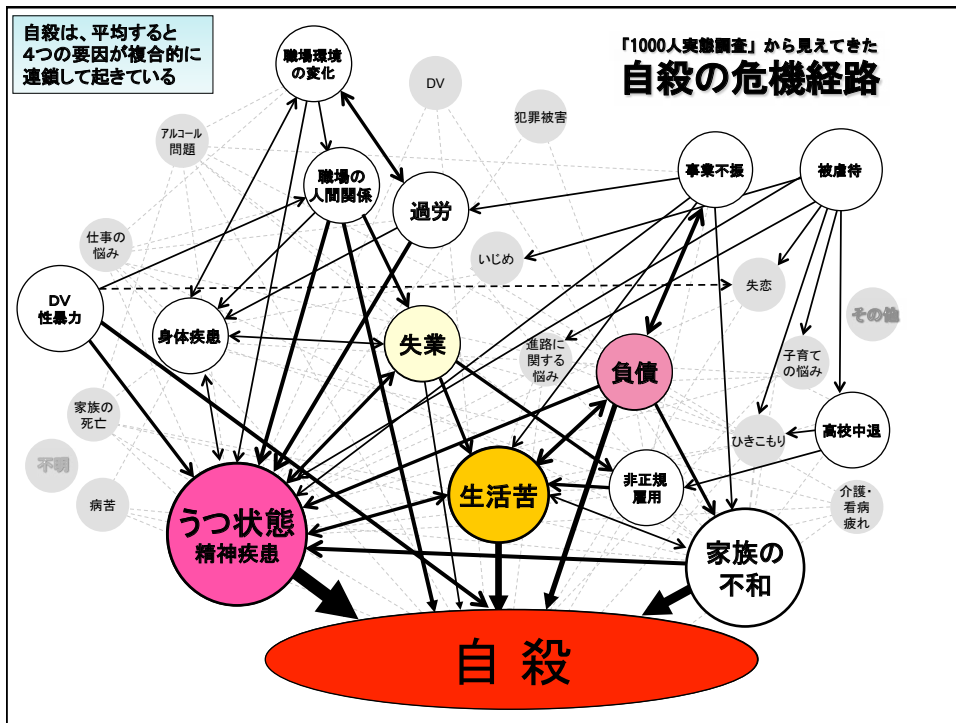
～地域のつながりが命を守る～

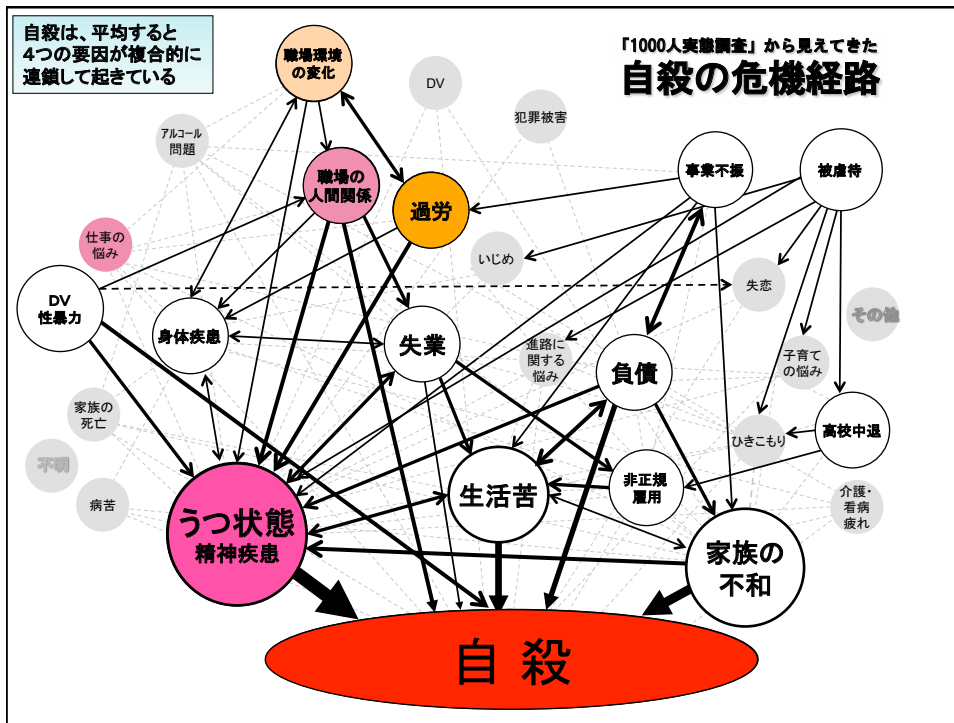
平成29年3月28日

NPO法人 ライフリンク
清水 康之

《結論》

- (1) 自殺対策は、地域づくりの絶好の切り口になる。
- (2) 自殺に対応できる地域のネットワーク／力は、他のあらゆる問題にも対応できるものであるはず。
- (3) 首長のリーダーシップが不可欠。関係者の力を結集させることができるか否かで、地域住民の命を守れるか否かが決まる。





LIFE LINK 「自殺の危機経路」事例

(「→」=連鎖、「+」=併発)

【失業者】

- ① 失業→生活苦→多重債務→うつ状態→自殺
- ② 連帯保証債務→倒産→離婚の悩み+将来生活への不安→自殺
- ③ 犯罪被害(性的暴行など)→精神疾患→失業+失恋→自殺

【労働者】

- ① 配置転換→過労+職場の人間関係→うつ状態→自殺
- ② 昇進→過労→仕事の失敗→職場の人間関係→自殺
- ③ 職場のいじめ→うつ病→自殺

【自営者】

- ① 事業不振→生活苦→多重債務→うつ状態→自殺
- ② 介護疲れ→事業不振→過労→身体疾患+うつ状態→自殺
- ③ 解雇→再就職失敗→やむを得ず起業→事業不振→多重債務→生活苦→自殺

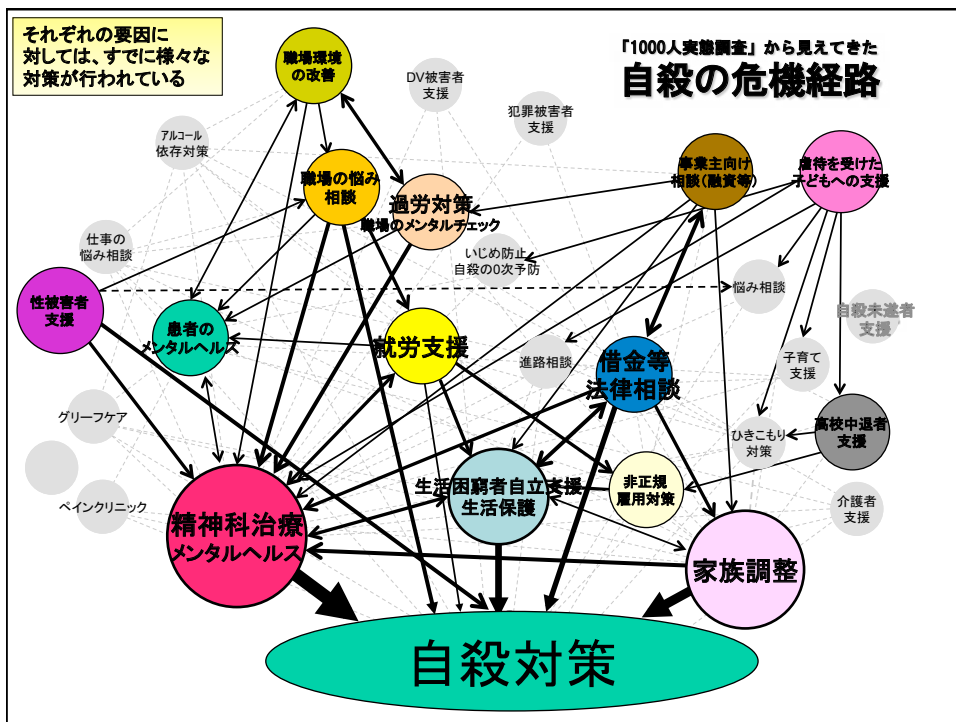
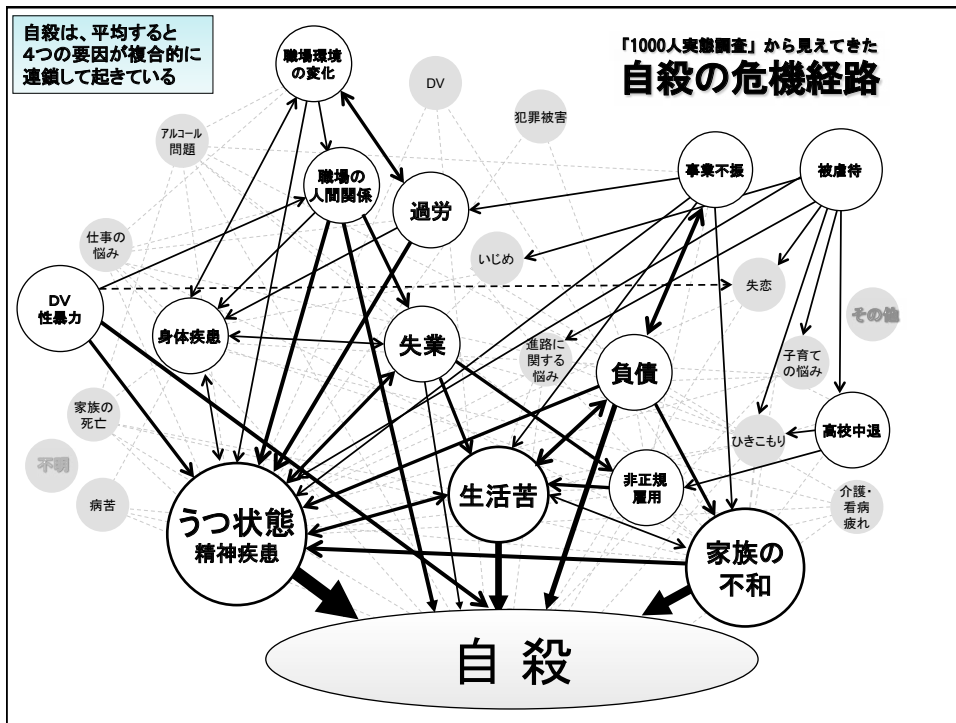
【主婦など(就業経験のない無職者)】

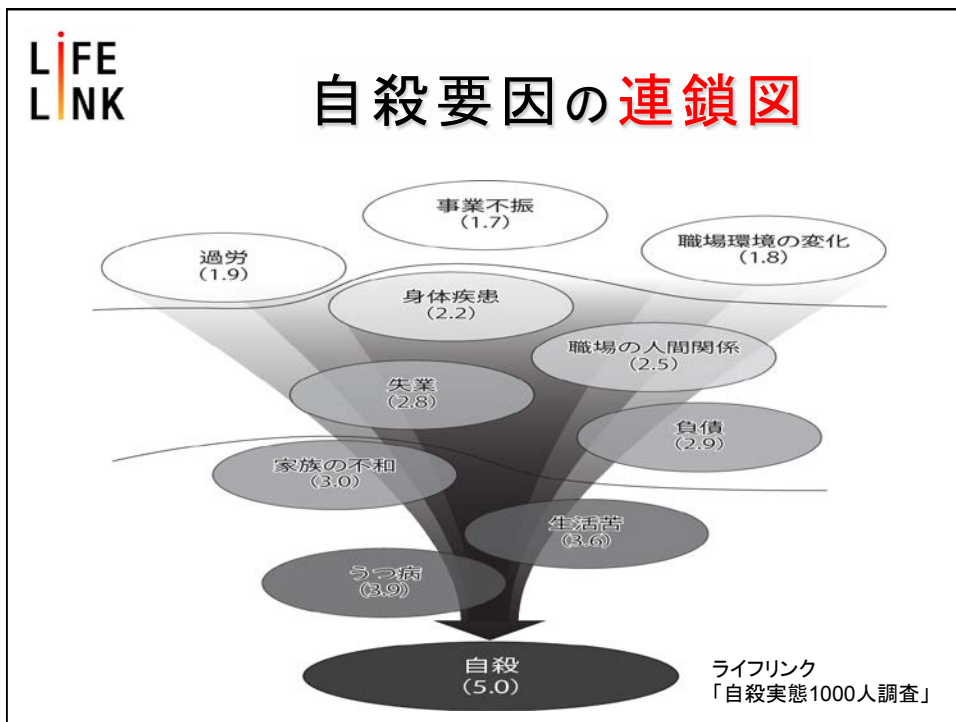
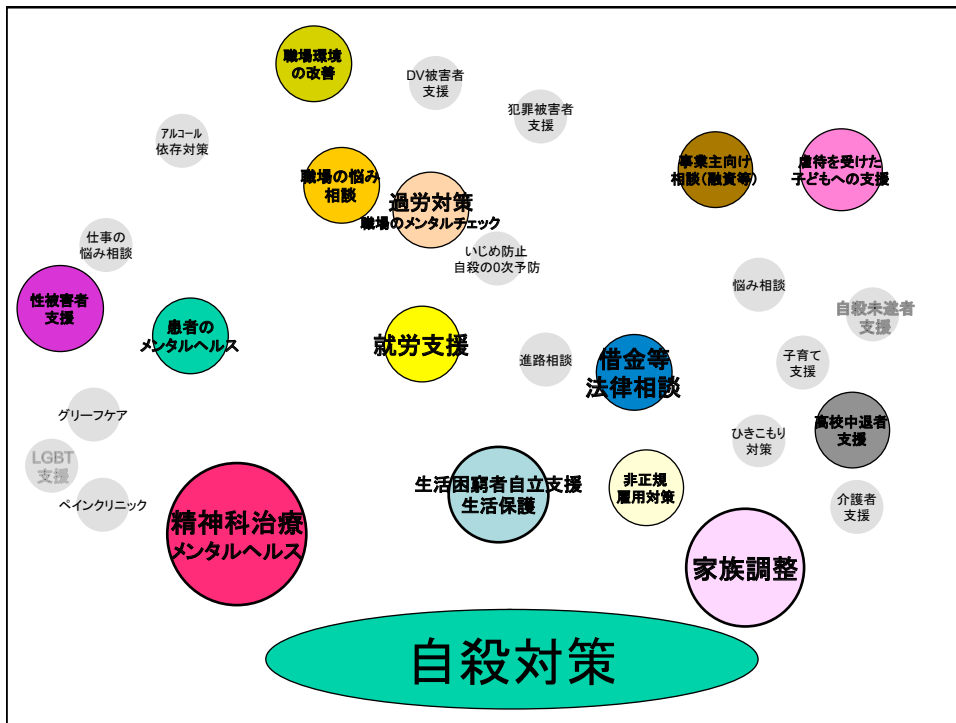
- ① 子育ての悩み→夫婦間の不和→うつ状態→自殺
- ② DV→うつ病+離婚の悩み→生活苦→多重債務→自殺
- ③ 身体疾患+家族の死→将来生活への不安→自殺

【学生】

- ① いじめ→自殺
- ② 親子間の不和→ひきこもり→うつ状態→将来生活への不安→自殺

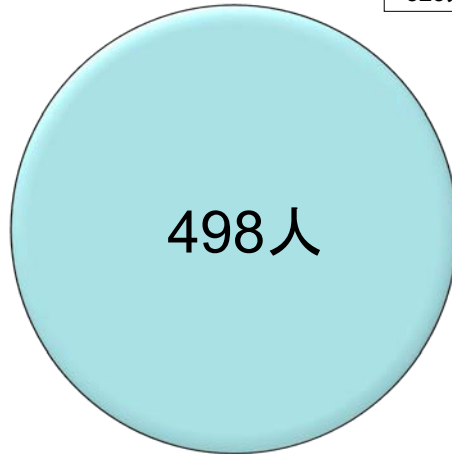
ライフリンク「自殺実態1000人調査」を改編





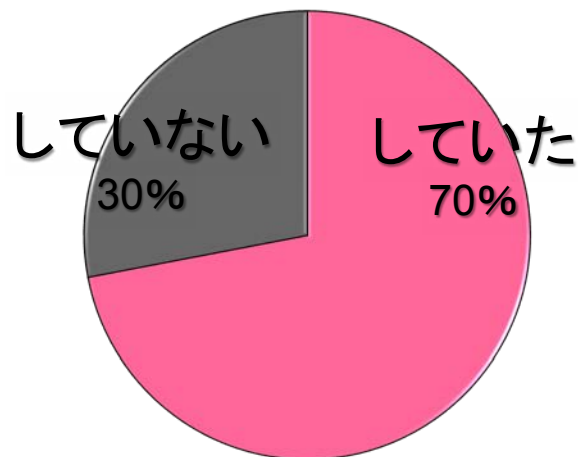
家族は「自殺で亡くなる前」に
「専門機関」に相談していたか

「523人中25人」は不明



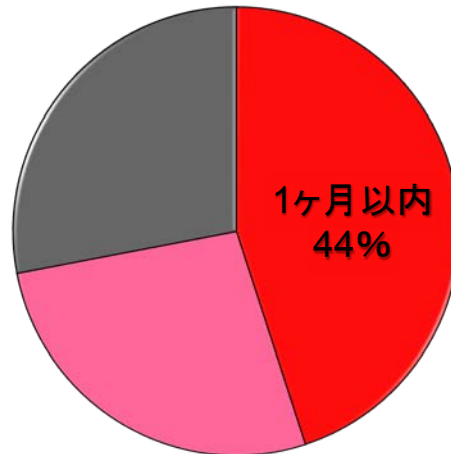
ライフリンク「自殺実態1000人調査」

家族は「自殺で亡くなる前」に
「専門機関」に相談していたか



ライフリンク「自殺実態1000人調査」

家族は「自殺で亡くなる前」に 「専門機関」に相談していたか

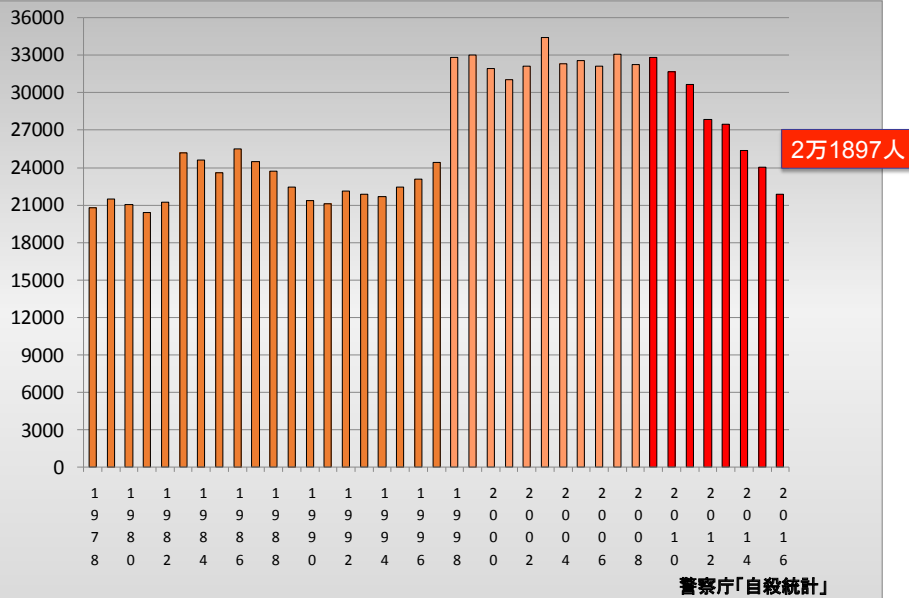


ライフリンク「自殺実態1000人調査」

自殺対策の理念

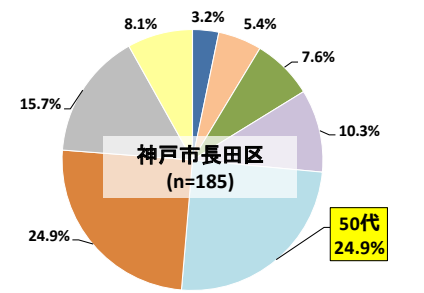
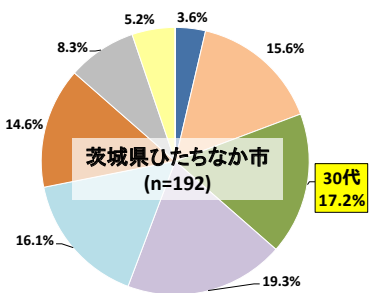
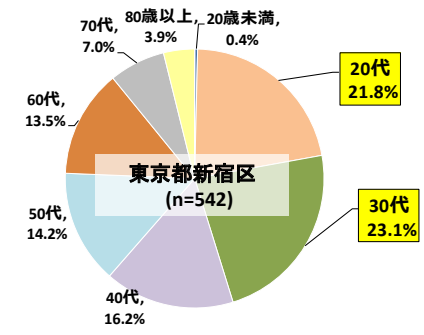
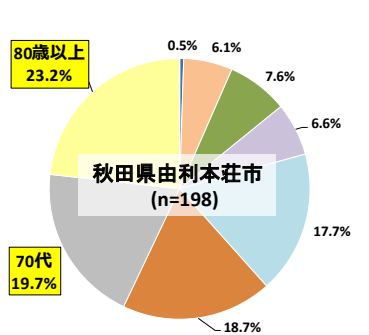
- ▼自殺対策とは、「**当事者本位の生きる支援**」。
- ▼「もう生きられない」「死ぬしかない」という状況に陥っている人が、それでも「生きる道」を選ぶように支援すること。**(関係機関の連携・関連施策の連動)**
- ▼そもそも、人がそうした状況に陥ることのない地域・社会を創ること。
- ▼自殺対策とは、**地域・社会づくり**でもある。

日本の自殺者数



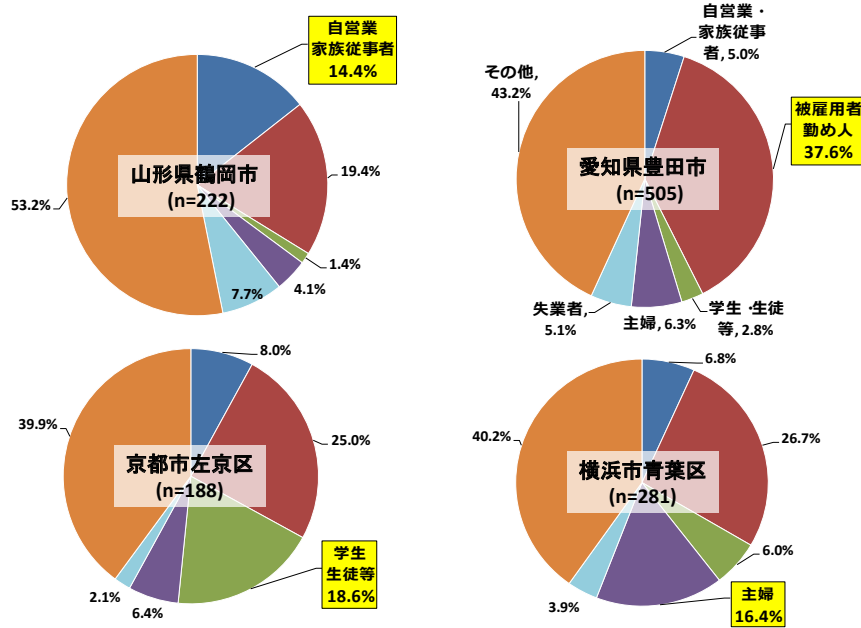
年代別にみる「自殺の地域特性」

内閣府「地域における自殺の基礎資料」の「A7表 市区町村別集計-住居地-」平成21～26年の「年次確定値」を合算してライフリンク作成



職業別にみる「自殺の地域特性」

内閣府「地域における自殺の基礎資料」の「A7表 市区町村別集計-住居地-」平成21～26年「年次確定値」を合算してライフリンク作成



LIFE
LINK

日本の自殺の現実

内閣府「平成26年版 自殺対策白書」より
国際比較は2011年のデータ

- ◆自殺率は20.0。世界8位。米国の2倍弱、英国や伊国の3倍。
- ◆40～60代の男性（父親世代）が全体の35%を占める。
- ◆20～30代の死因一位は自殺。20代は減少幅が小さい。
- ◆内閣府調査「一年以内に本気で自殺を考えたことがあるか」
→回答者の5%が「ある」。20代は10%と世代別で最多。
- ◆男女比は7対3。自殺率の国際比較は、男12位。女3位。
- ◆1人が自殺で亡くなると、4～5人が遺族になる。
→毎年10万人超。全国に300万人超。国民の40人に1人。
- ◆現代日本社会において、自殺は「国民的リスク」である。

自殺対策の推進モデル

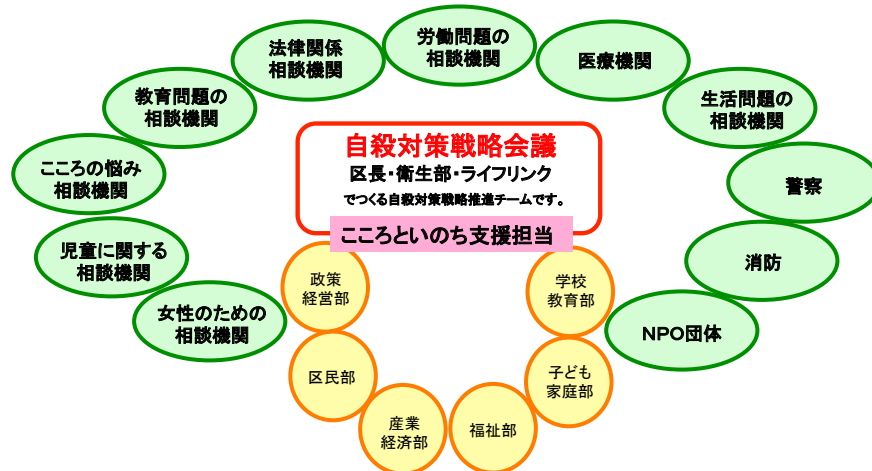
(人口規模が違って考え方は変わらない)

- 1 関連団体とのネットワークの強化
- 2 「気づき」のための人材育成
- 3 ハイリスク群に対するアプローチ
- 4 住民への啓発・周知

1

地域のあらゆる相談窓口が「ハイリスク者への包括的支援の入口」になれるような関係づくり

足立区「こころといのちの相談支援ネットワーク」

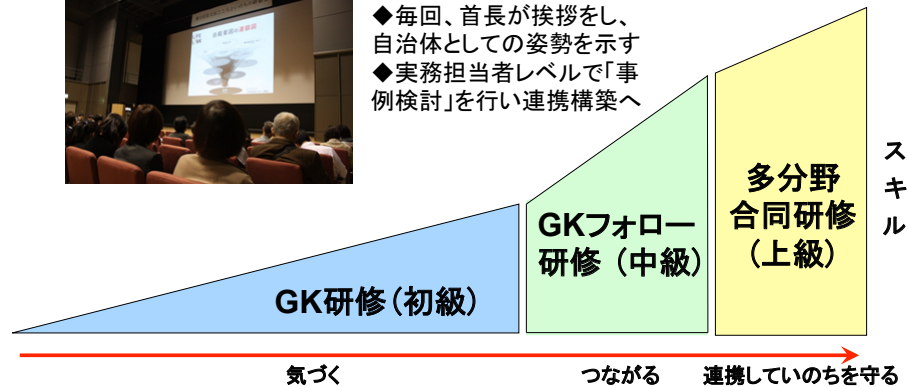


2

人材を育成するためのゲートキーパー研修 職員やネットワーク関係機関を対象に



- ◆習熟度や分野により、幅のある研修を実施
- ◆毎回、首長が挨拶をし、自治体としての姿勢を示す
- ◆実務担当者レベルで「事例検討」を行い連携構築へ



⇒受講者 職員:3500人(初級は全職員受講済) 区民・関係機関:500人

3

ハイリスク群に対する包括的な支援策① 失業者向け「いのちと暮らしの総合相談会」

失業者や労働者、高齢者などの各ハイリスク群が、それぞれに抱え込みがちな**問題の組合せ**に応じて**支援策を連動**させるため、複数分野の専門家・相談員が連携して、**総合的な支援を行う相談会**

【例①:失業者向けの**総合相談会**】…失業者の自殺が多い地域で実施

- ◆失業者が抱えがちな問題: 失業+生活苦+多重債務+うつ病+家族問題
- ◆これらに対応した連携: ハローワーク+福祉事務所+法律家+保健師など
- ◆失業者が集まる場所で行う(ハローワーク、ハローワーク近くの会議室等)

【例②:労働者向けの**総合相談会**】…労働者の自殺が多い地域で実施

- ◆労働者が抱えがちな問題: 職場の人間関係+過重労働+不当解雇+うつ病
- ◆これらに対応した連携: 産業カウンセラー+法律家+臨床心理士など
- ◆労働者が集まる場所で行う(駅近の会議室、チラシも駅周辺で同時刻に配布)

4

区民への啓発

自殺対策(生きる支援)に関する情報に、頻繁に接触するための機会を様々な形で作っていく

【新宿区、荒川区、足立区】

区内の地域図書館で専用ブースを設けてパネル展示。

併せて、チラシの配架や関連書籍の紹介を行う。



荒川区の図書館でのパネル展示



新宿区のハイリスク群である若者への相談窓口案内の充実を図るため、情報を簡単に検索できる「いのちと暮らしの相談ナビ」に区の相談窓口情報を登録。ポケットティッシュにQRコードを掲載して配布。

事例：4つの柱で問題解決へ導く

Aさん(足立区在住)

昨年まで多重債務で苦しんでいた。「不安で眠れなくなりました。眠ってもすぐに目が覚めてしまった。部屋で1人、酒を飲んでいると涙が勝手にポロポロこぼれてくる。自分が失われるような感じで『もう死ぬしかない』と思い詰めていました」と当時を振り返る。

21年12月、区が行う相談会を『あだち広報』で知った。対応する弁護士に状況を説明した結果、破産することになった。「あのとき相談会に行っていなければ、今頃死んでいたかもしれない。本当に助かりました。やはり自分1人で悩まないで、誰かに相談することが大切です」と語るAさん。今では酒を飲まなくてもよく眠れているという。「気分が晴れて、楽しく過ごせている」と笑顔を見せた。



広報紙

相談会

個別支援

解決

自殺対策の基盤システムを強化する(OSのVer.アップ) ～自殺対策基本法施行10年の節目に～

基本理念の転換

- ▼「攻めの自殺対策(「ゼロからプラス」)への転換
- ▼「いのちを支える自殺対策」という前向きなメッセージ
- ▼年間1万人の命を守る(自殺者数を1万人台に)
- ▼自殺対策で国際貢献(日本は自殺対策先進国)

基盤の「3+1」大改革

◆ポイントは、自殺対策の現場である「市区町村」をいかに後押しするか。そのために、1)推進体制を強化して、2)予算を恒久財源化し、3)法改正を行うこと。この3大改革を一体的に実現しなければ、日本の自殺対策は新たな段階に進めない。

1) 自殺対策推進体制の強化

- ・厚労省に省内横断的な組織(自殺対策推進本部)を設置し、専任の管理職(課長)を置く
- ・自殺の実態分析や自殺対策のための人材育成、政策提言を行うために自殺総合対策推進センターの機能を強化する
- ・全47都道府県に地域自殺対策推進センターを整備し、市区町村への支援体制を強化する

2) 自殺対策基本法の改正

- ・市区町村に「自殺対策基本計画」策定を義務付ける
- ・自殺対策とは「生きることの包括的な支援」であるというメッセージを明確に打ち出す
- ・保健、医療、福祉、教育、労働、その他の関連施策と連携し総合的に行う

3) 地域自殺対策予算の恒久財源化

- ・「地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換」を実現するためには継続的な安定財源の確保が不可欠
- ・市区町村が「自殺対策基本計画」に基づいて、中長期的な視点で自殺対策を推進できるように財政面でも後押しする

4) すべての子どもにライフスキル(命や暮らしの危機に陥った時のSOSの出し方)教育を行う

- ・若者の中には、支援策を知らなかったり、助けの求め方が分からなくて、問題を抱えたまま自殺に追い込まれる人が少なくない
- ・子どもたちが将来にわたり、自殺のリスクを背負わなくてすむようにするための「自殺の0次予防」が必要

自殺対策基本法の一部を改正する法律 概要

目的規定の改正(第1条)

- 目的規定に「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、これに対処していくことが重要な課題となっていること」を追加

基本理念の追加(第2条第1項・第5項)

- 自殺対策は、生きることの包括的な支援として、全ての人がかけがえない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その妨げとなる諸要因の解消に資するための支援とそれを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、実施されなければならない
- 自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならない

国の責務の改正(第3条第3項)

- 国による地方公共団体に対する必要な助言その他の援助

自殺予防週間・自殺対策強化月間(第7条)

- 自殺予防週間(9月10日～9月16日)を設け、啓発活動を広く展開
- 自殺対策強化月間(3月)を設け、自殺対策を集中的に展開

関係者の連携協力(第8条)

- 国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、民間の団体その他の関係者による相互の連携・協力

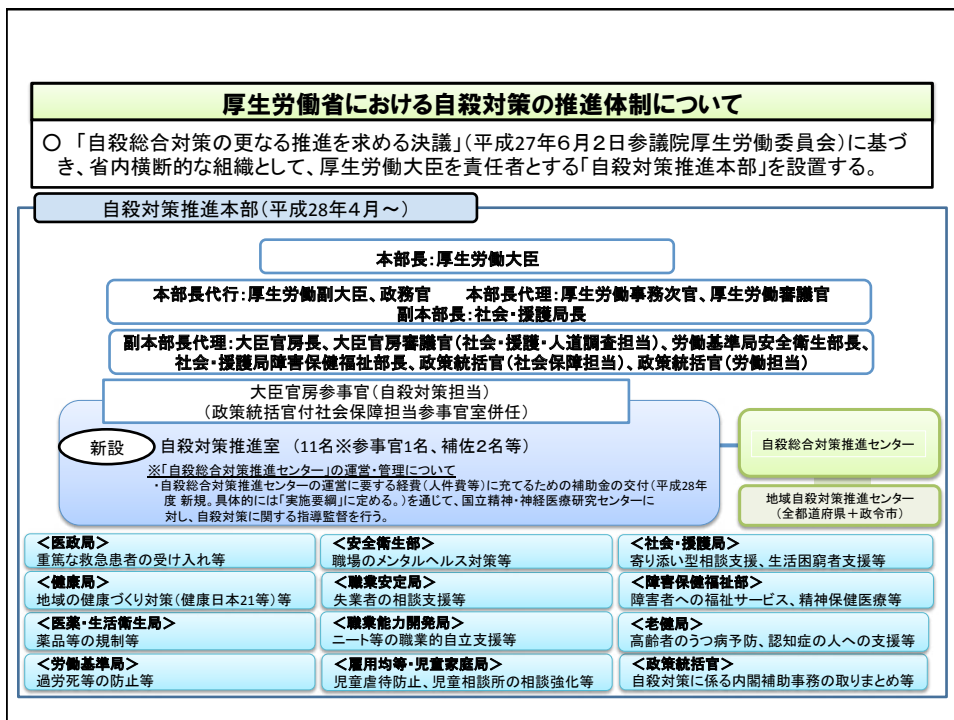
都道府県自殺対策計画等(第13条)

- 都道府県・市町村は、それぞれ都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画を定める

都道府県・市町村に対する交付金の交付(第14条)

- 国は、都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画に基づいて当該地域の状況に応じた自殺対策のために必要な事業、その総合的かつ効果的な取組等を実施する都道府県・市町村に対し、交付金を交付

基本的施策の拡充	
<p>【調査研究等の推進・体制の整備】(第15条)</p> <p>① 自殺の実態、自殺の防止、自殺者の親族等の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究・検証及びその成果の活用の推進・先進的な取組に関する情報の収集、整理及び提供</p> <p>② 国・地方公共団体による①の施策の効率的かつ円滑な実施に資するための体制の整備</p>	
<p>【人材の確保等】(第16条)</p> <p>自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上に必要な施策を講ずるに当たって、大学、専修学校、関係団体等との連携協力を図る旨の規定を追加</p>	
<p>【心の健康の保持に係る教育・啓発の推進等】(第17条)</p> <p>① 国民の心の健康の保持に係る施策として「心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進並びに相談体制の整備、事業主、学校の教職員等に対する国民の心の健康の保持に関する研修の機会の確保」を規定</p> <p>② 学校は、保護者・地域住民等との連携を図りつつ、各人がかけがえのない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵養等に資する教育・啓発、困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方等を身に付ける等のための教育・啓発その他児童・生徒等の心の健康の保持に係る教育・啓発を行うよう努める</p>	
<p>【医療提供体制の整備】(第18条)</p> <p>自殺のおそれがある者への医療提供に関する施策として、良質かつ適切な精神医療提供体制の整備、精神科医とその地域における心理、保健福祉等に関する専門家、民間団体等との円滑な連携の確保を規定</p>	
必要な組織の整備(第25条)	施行期日(附則)
○ 政府は、自殺対策を推進するにつき、必要な組織を整備	○ 平成28年4月1日から施行



平成29年度予算案の概要

自殺対策の推進

30億円(30億円)

(1) 地域自殺対策強化交付金

25億円(25億円)

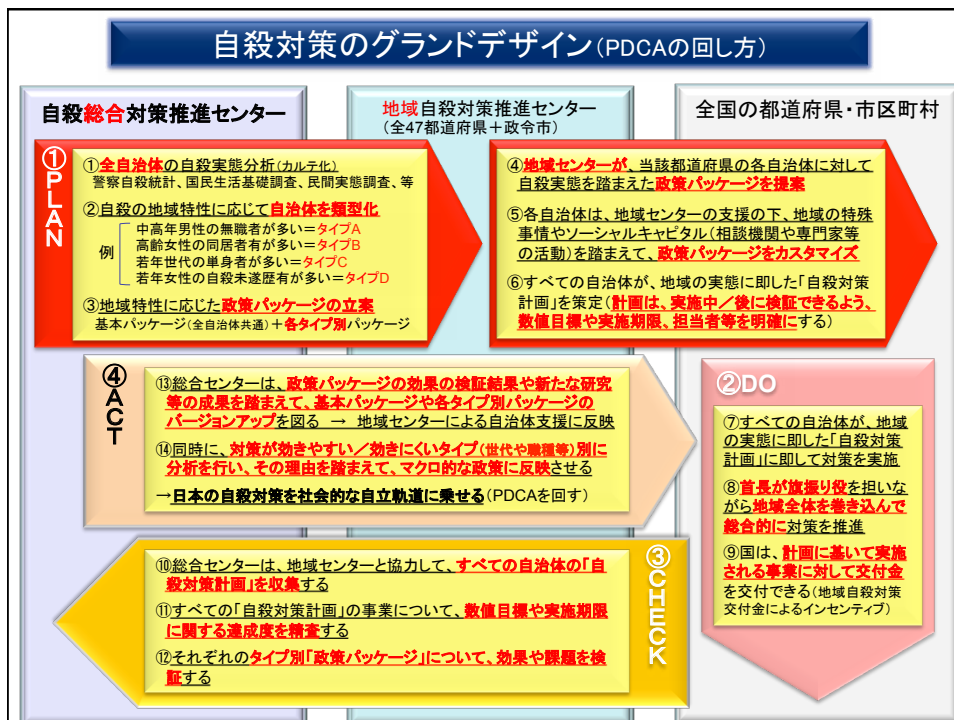
平成28年4月1日から施行された改正自殺対策基本法に基づき、地域自殺対策強化交付金により、地域レベルでの実践的な自殺対策の取組を支援する。

(2) 自治体における自殺対策計画の策定支援

3.7億円(2.2億円)

改正自殺対策基本法に基づき、自殺総合対策推進センターの調査研究機能等の強化や地域自殺対策推進センターの全ての都道府県・指定都市への早期設置に向けて取り組むとともに、これらの自治体における自殺対策計画の早期策定に向けた支援を行う。

自殺対策のグランドデザイン(PDCAの回し方)



都道府県・市町村「自殺対策計画」策定の流れ(案)

改正自殺対策基本法に基づく「都道府県自殺対策計画」「市町村自殺対策計画」が、日本の自殺総合対策のPDCAを回す推進力となる(単発の打上げ花火ではなく)には、下記の4つの要件を満たしている必要がある。

最初から必須

- 1) 地域の自殺実態に即した計画であること
警察統計(3次元クロス)や国民生活基礎調査、自殺の危機経路等を活用した地域実態分析(+社会資源の棚卸し)を行う
- 2) 地域を巻き込んだ総合的な計画であること
担当者(部局)だけで総合対策はできないことを前提に、関係部局や地域民間団体、住民等を巻き込んで作る(=官民連携)

今後の課題

- 3) 検証可能な計画であること
各事業について「担当(誰が)」「期日(いつまでに)」「目標(どれだけ)」「を決めておき、効果検証(及び適宜修正)できるようにする
- 4) 関連施策と連動させた計画であること
縦割にならぬよう、生活困窮者自立支援事業や地域包括支援事業、心の健康推進事業等の取組と連動させた計画にする

理由

《自治体の現状》

- ▼多くの場合、担当者は1人だけ。しかも保健師が母子保健等と兼務していることも
- ▼「自殺対策=うつ対策」という誤解があり他部署の協力を得るのが大変(庁内で自殺対策会議を開くだけでも大変)
- ▼地域の自殺実態を知らない担当者も

《規定される事象》

- ▼計画作りが、担当者にとって最大の業務となり、形だけの計画になってしまう(=実務の足を引っ張ること)
- ▼しかも、他部署の理解を得られず、立てた計画が実行に移されない可能性も
- ▼自治体間格差がもっと広がる危険

《では、何が必要か》

- ▼自治体の担当者を強力に支援する「地域センター」の早期整備(本庁に)
- ▼地域を挙げて取り組んでもらうため首長に対する徹底した意識付けを行う
- ▼「地域自殺実態データ」及び「地域特性ごとの政策パッケージ」を提供

首長を巻き込み、関係部局や地域の民間団体等の合意を得ながら「計画作り」を進めていけば、その作業自体が「地域ネットワーク作り(自殺対策)」になっていく

具体的な流れ

2016年度

- ・全自治体分の「地域の自殺実態」分析
- ・地域特性ごとの政策パッケージの立案
- ・「自殺対策トップ(+担当者)セミナー全国キャラバン」を展開(最低15都道府県で開催)
- ・首長の理解を得た自治体の計画策定を支援
- ・都道府県(本庁)に「地域センター」を整備へ

2017年度(予算要求)

- ・自殺対策計画モデル自治体事業
- 先駆的に取り組む自治体を募集
- ・トップセミナーを47都道府県で開催完了
- ・大綱の改定+計画策定ガイドライン
- ・全都道府県等に地域センターを整備
- ・地域センターが自治体への支援強化

2018年度以降

- ・全自治体が自殺対策計画を策定
- ・モデル自治体における対策の検証
- ・検証結果を踏まえた政策パッケージ修正

自殺対策PDCAサイクルの確立へ

厚労省+自殺対策全国民間ネットワーク+自殺のない社会づくり市区町村会等が連携

LIFE
LINK

生き心地のよい社会へ

- ▼自殺は様々な社会問題が最も深刻化した末に起きている。
- ▼自殺に対応できる地域の取組・チカラは、他のあらゆる社会問題に対しても有効に機能するはず。
- ▼これまで「点」として散在していた地域の相談機関や専門家を、**当事者のニーズ**に応じる形でつないでいく(=「線」にする)。そうした「線」をたくさん紡いでいくことで「面」としてのセーフティーネットができる。自殺対策(生きる支援)が、地域づくりの絶好の切り口に。

ライフリンクのモットー

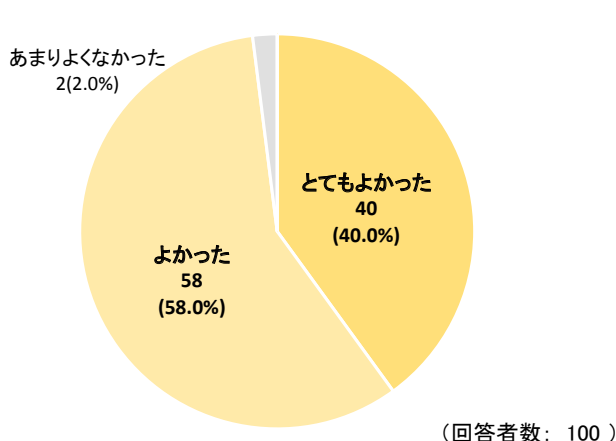
新しいつながりが、新しい解決力を生む。

設立当初(12年前)は理念だったが、いまや確信に変わっている。私たち一人ひとりには微力だが、無力ではないのだから。

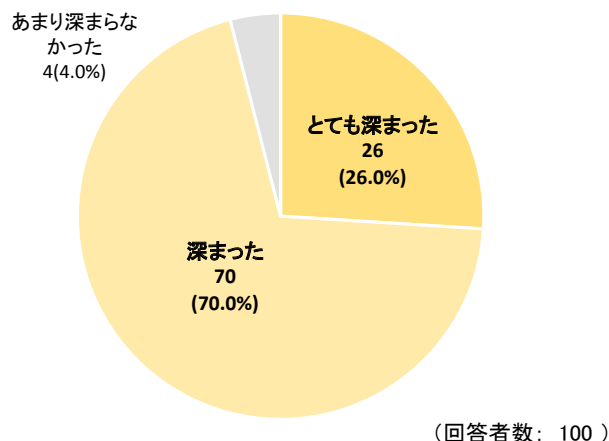
【首長分】「地域自殺対策トップセミナー」アンケート回答(11県分)

首長等参加者数	計 149 人	(全体の36.5%)		
◆長野県 27 人	◆徳島県 7 人	◆千葉県 12 人	◆香川県 13 人	◆大分県 14 人
◆埼玉県 23 人	◆広島県 3 人	◆山梨県 6 人	◆茨城県 27 人	◆愛媛県 8 人
◆新潟県 9 人				

1) 本日のセミナーの率直な感想をお聞かせください

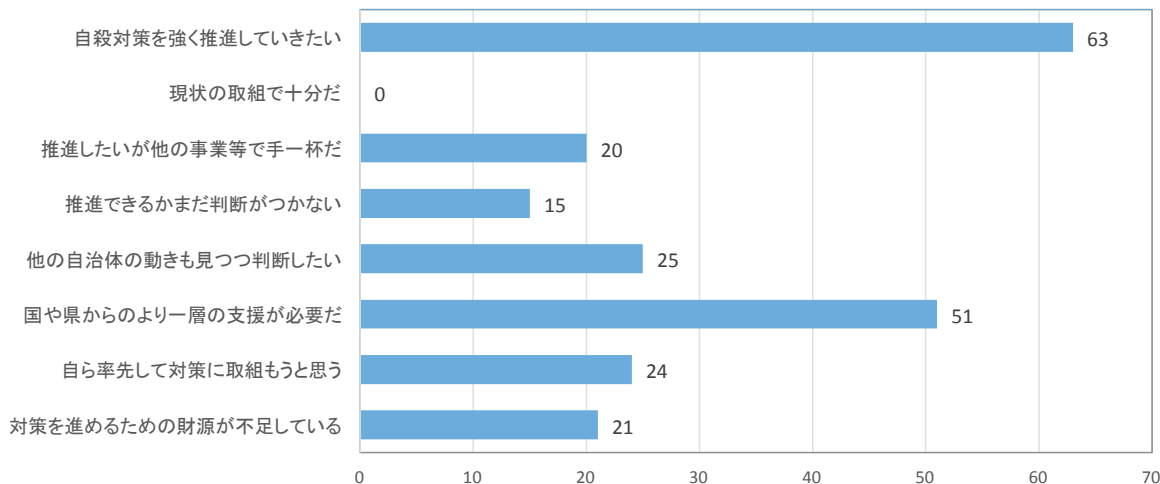


2) 自殺対策についてご理解は深まりましたか



3) (今後の自殺対策推進に関して)該当するものすべてに○をつけてください

(回答者数: 100 ※複数回答あり)



4) その他、今後の自殺対策や研修会に対してのご意見・ご要望(抜粋)

- ▼ **自殺対策は自治体としての責務であることを再認識**できました。自殺は社会問題であることも。
- ▼ 市別のデータありがとうございました。参考になります。
- ▼ **市の実態を精査して具体策を練りたい**と思う。
- ▼ 市町村は自殺予防のシステムを構築しつつ、予防の現場でもあります。予防スキルの研修等もお願いしたいと思います。**町の職員全員がゲートキーパーになれるよう研修を行いたい**と思います。
- ▼ 人口規模の小さな基礎自治体では、自殺対策に取り組む**マンパワーが正直不足している**し、制度までを学ぶ機会が少ないので、**きめ細かい指導をお願いしたい**。
- ▼ 計画策定にあたって、ガイドラインが出来た段階で、再度研修会を行ってほしい。
- ▼ 市町村の役割は理解したが、**現場の職員の数が十分でない。又、横のつながりを図るということは十分理解できた。庁内で十分協議を図りながら進めて参りたい**。

都道府県別にみた自殺の社会経済的損失額及び自殺対策の経済的便益の推計(2005年、2015年)－2017年3月推計－

研究協力者 金子能宏 一橋大学経済研究所世代間問題研究機構・教授
研究分担者 清水康之 NPO法人ライフリンク代表
研究代表者 本橋 豊 自殺総合対策推進センター長 京都府立医科大学特任教授

研究要旨: 自殺の社会経済的損失額の推計を行うことにより自殺問題の社会的重大性を確認しつつ、生きる支援としての自殺対策の社会的有用性が高いことを科学的に検証しようとするものである。2005年(自殺対策基本法が施行される前年)とデータが得られる直近年の2015年について、都道府県別・男女別の生涯賃金所得を「賃金構造基本調査」都道府県別・男女別・年齢階級別(産業計)を用いて推計し、これに都道府県別・男女別・年齢階級別の自殺者数をかけることによって、都道府県別・男女別にみた自殺による社会経済的損失額(自殺によって失われる生涯所得金額(1年間当たりの名目値))を推計した。自殺対策の効果を、自殺の社会経済的損失の減少額として計ると、自殺対策基本法が施行された2005年と比べて、自殺対策の効果が累積して、データが得られる直近年2015年では損失の減少額は男女計992億円に達していると推計される。

A. 研究目的

自殺・うつによる社会的損失の推計については、日本全国の推計が2010年9月に金子能宏・佐藤格によって分析がなされ公表されている。しかしながら、都道府県別にみた自殺の社会経済的損失額の推計はいまだに分析がなされていなかった。平成28年4月の改正自殺対策基本法の施行により、地域における自殺対策の推進が都道府県単位及び市町村単位で行われることになった。市町村ごとの自殺の社会経済的損失額を算出することは難しいが、都道府県別の自殺の社会経済的損失額を明らかにすることは可能でありかつ有用であると考えられることから、本研究において都道府県別の自殺の社会経済的損失額を推計することにした。

B. 研究方法

2005年(自殺対策基本法が施行される前年)とデータが得られる直近年の2015年について、都道府県別・男女別の生涯賃金所得を「賃金構造基本調査」都道府県別・男女別・年齢階級別(産業計)を用いて推計し、これに都道府県別・男女別・年齢階級別の自殺者数をかけることによって、都道府県別・男女別にみた自殺による社会経済的損失額(自殺によって失われる生涯所得金額(1年間当たりの名目値))を推計した。

C. 結果と考察

(1) 推計結果を解釈する上で留意すべき点について

今回の試算は、自殺によって失われた、

仮に自殺死亡せずに働いていたならば得られたはずの生涯所得の損失額(名目値)を都道府県別に推計した。都道府県別の損失額は、自殺死亡した人が、各都道府県の労働市場の状況の下で正規労働者として働いた場合(各都道府県の失業率の分だけは雇用されないことを反映した場合)の推計を行った。

推計結果を会社すべき上で留意すべき点は以下のとおりである。1)自殺死亡せずに働いていたならば得られたはずの生涯所得(名目値)は、必ずしも正規労働で得られるとは限らず、非正規労働(パートタイム等)、自営業から所得を得る場合があり、正規労働、非正規労働、自営業の割合を考慮した推計を行うことが必要である。これは、今後の課題である。2)生涯所得の推計については、名目値による推計ではなく、一方では、自殺された方の自殺された年齢以後の将来の賃金の伸びについて、厚生労働省年金財政検証のように将来の賃金上昇率を想定して推計する方法があり、他方では、ある一時点を固定して実質賃金で示す方法もある。今回の推計では名目値で示したが、経済学的に考えられる上記二つの推計値を試算することも、今後の課題である。3)自殺対策による社会経済的損失額の減少額は、各都道府県の人口に影響される自殺死亡者数に影響されるため、人口の多い地方自治体の方が大きくなる傾向があるが、自殺対策の効果は、各都道府県の人口・経済規模等を考慮した指標(例えば、人口10万人対の比率、県民所得当たりの比率、福祉関係等予算当たりの比率など)で比較することも必要であると考えられる。これらの指標による比較は、今後

の課題である。

(2)都道府県別にみた自殺の社会経済的損失額の推計(常用雇用者現金給与収入による評価)1)都道府県別にみた自殺の社会経済的損失額(1年間あたりの名目額)を比較すると、自殺死亡率は都市部よりも地方の方が大きい場合があるが、自殺者数は都市部の方が地方よりも多いため、自殺によって失われた所得(賞与を含む現金給与収入)は、都市部の方が(都市部の棒グラフの高さの方が)、地方(地方の棒グラフの高さ)よりも大きい。2)自殺の社会経済的損失額が都市部の方が大きいのは、自殺死亡率は都市部よりも地方の方が大きい場合があるが、都市部と地方の賃金の格差以上に都市部の人口ひいては自殺者数が大きいため、都市部の損失額が地方より大きいと考えられる。3)女性の社会経済的損失額は、自殺者数が女性の方が少ないことと女性の方が賃金が低い賃金格差により、男性より小さいと考えられる。4)全国的な自殺対策に加えて、都市部の対策を進めること、及び賃金格差のため金額的には小さく見える女性の自殺に対する対策は、重要な課題と考えられる。5)時系列的にみると、都道府県別にみても、自殺の社会経済的損失額(1年間当たりの名目額)は、自殺者数が最多の2003年が最も多く(全国・男女計)5915億円(注:本資料ではグラフと推計値一覧表は非掲載)、自殺対策基本法が施行された2005年は5587億円、それ以後、自殺対策の効果が現れて、データが得られる直近年2015年の損失額は4594億円へと低下した

(都道府県別の棒グラフをみると、その高さは傾向的に低下している)。6)自殺対策の効果を、自殺の社会経済的損失の減少額として計ると(スライド7ページの表を参照)、自殺対策基本法が施行された2005年と比べて、自殺対策の効果は累積して、データが得られる直近年2015年では損失の減少額は男女計992億円に達していると推計される。

<謝辞>本研究は、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))「学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究」(研究代表者 本橋豊(自殺総合対策推進センター長)における研究協力者として筆者が行ったものです。推計時点を2005年(自殺対策基本法が施行される前年)と直近年にすること及び「人口動態統計」都道府県別データの所在についてコメントと情報提供して下さったNPO法人ライフリンクの清水康之代表に感謝申し上げます。なお、推計結果についての責任は、筆者個人にあることを付記いたします。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

都道府県別にみた自殺の社会経済的損失額 及び自殺対策の経済的便益の推計(2005年、2015年) —2017年3月推計—

金子能宏
一橋大学経済研究所
世代間問題研究機構・教授
KANeko@IER.HIT-U.AC.JP

自殺の社会経済的損失額の推計(2005年、2015年)

推計の概要: 2005年(自殺対策基本法が施行される前年)とデータが得られる直近年の2015年について、都道府県別・男女別の生涯賃金所得を「賃金構造基本調査」都道府県別・男女別・年齢階級別(産業計)を用いて推計し、これに都道府県別・男女別・年齢階級別の自殺者数をかけることによって、都道府県別・男女別にみた自殺による社会経済的損失額(自殺によって失われる生涯所得金額(1年間当たりの名目値))を推計した。

推計方法(概念図): 都道府県別・男女別に次の推計式を適用して試算

男性:(年齢階級別の自殺死者数)×(自殺死亡された年齢から「賃金構造基本調査」記載の最も年齢の高い年齢階級までの賃金(現金給与+年間賞与を加えた年間の賃金所得))×(都道府県の労働市場需給を反映する失業率)
=自殺死亡によって失われた賃金所得で評価した1年間当たりの経済的損失額

女性:(年齢階級別の自殺死者数)×(自殺死亡された年齢から「賃金構造基本調査」記載の最も年齢の高い年齢階級までの賃金(現金給与+年間賞与を加えた年間の賃金所得))×(都道府県の労働市場需給を反映する失業率)
=自殺死亡によって失われた賃金所得で評価した1年間当たりの経済的損失額

男性と女性の推計値の合計=都道府県別の(賃金所得評価・年間当たり)自殺の社会経済的損失額

使用データ: 都道府県別・男女別・年齢階級別の自殺死者数:「人口動態統計」(2005年、2015年),

都道府県別・年齢階級別の一般労働者の年間賃金所得(賞与を含む現金給与):「賃金構造基本調査」(2005年、2015年),

都道府県別・年齢階級別の失業率:「国勢調査」(2005年、2015年)

自殺の社会経済的損失額の推計 (2005年,2015年)

留意点:

・今回の試算は、自殺によって失われた、仮に自殺死亡せずに働いていたならば得られたはずの生涯所得の損失額(名目値)を都道府県別に推計した。都道府県別の損失額は、自殺死亡した人が、各都道府県の労働市場の状況の下で正規労働者として働いた場合(各都道府県の失業率の分だけは雇用されないことを反映した場合)の推計を行った。

・自殺死亡せずに働いていたならば得られたはずの生涯所得(名目値)は、必ずしも正規労働で得られるとは限らず、非正規労働(パートタイム等)、自営業から所得を得る場合があり、正規労働、非正規労働、自営業の割合を考慮した推計を行うことが必要である。これは、今後の課題である。

・生涯所得の推計については、名目値による推計ではなく、一方では、自殺された方の自殺された年齢以後の将来の賃金の伸びについて、厚生労働省年金財政検証のように将来の賃金上昇率を想定して推計する方法があり、他方では、ある一時点を固定して実質賃金で示す方法もある。今回の推計では名目値で示したが、経済学的に考えられる上記二つの推計値を試算することも、今後の課題である。

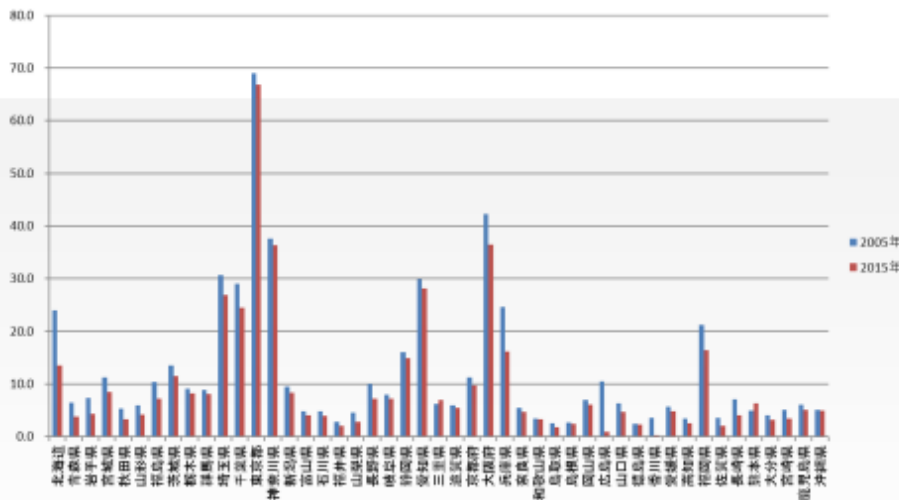
・自殺対策による社会経済的損失額の減少額は、各都道府県の人口に影響される自殺死亡者数に影響されるため、人口の多い地方自治体の方が大きくなる傾向があるが、自殺対策の効果は、各都道府県の人口・経済規模等を考慮した指標(例えば、人口10万人対の比率、県民所得当たりの比率、福祉関係等予算当たりの比率など)で比較することも必要であると考えられる。これらの指標による比較は、今後の課題である。

【注】本研究は、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))「学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究」(研究代表者:本橋豊(自殺総合対策推進センター))における研究協力者として筆者が行ったものです。推計結果のとりまとめに当たり、有田コメントを下さった本橋豊先生に謝意を申し上げます。また、推計時点を2005年(自殺対策基本法が施行される前年)と直近年にするにあたり、「人口動態統計」都道府県別データの所在についてコメントと情報提供して下さいましたNPO法人フイブリンクの清水康之代表に感謝申し上げます。なお、推計結果についての責任は、筆者個人にあることを付記いたします。

Copy-right Y_Kaneko

5

都道府県別に見た男女計の自殺の社会経済的損失額(1年間当たり)の推計 (2005年(自殺対策基本法施行年)と直近年2015年の比較) (単位:10億円)

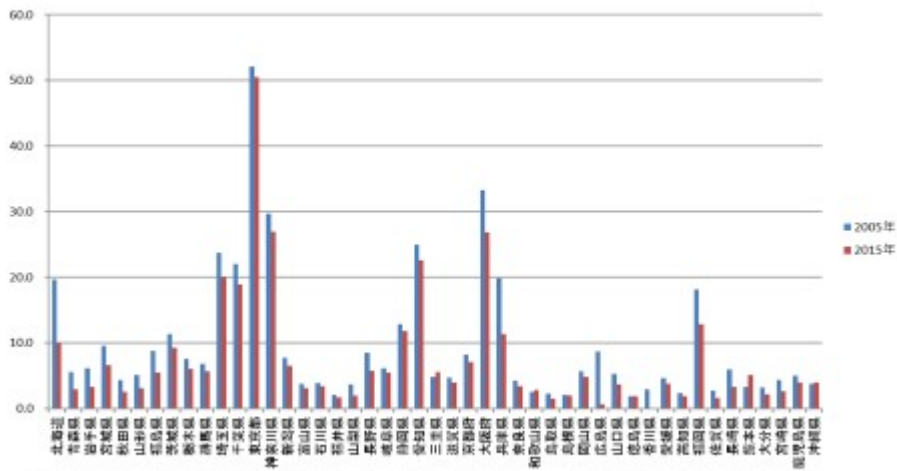


資料出所:「人口動態統計」「賃金構造基本調査」「国勢調査」を利用して一橋大学経済研究所・金子敏宏推計

Copy-right Y_Kaneko

7

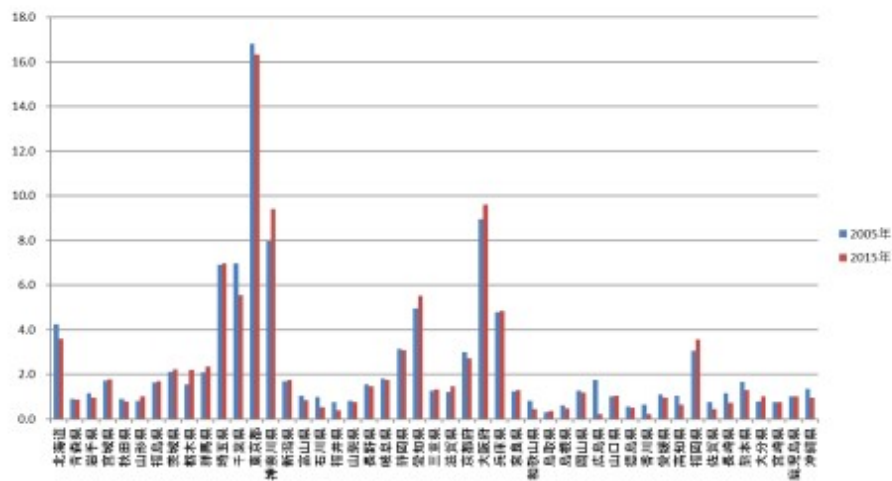
都道府県別に見た**男性**の自殺の社会経済的損失額(1年間当たり)の推計
 (2005年(自殺対策基本法施行前年)と直近年2015年の比較) (単位:10億円)



資料出所:「人口動態統計」「賃金構造基本調査」「国勢調査」を利用して一橋大学経済研究所・金子能宏推計

Copy-right Y_Kaneko

都道府県別に見た**女性**の自殺の社会経済的損失額(1年間当たり)の推計
 (2005年(自殺対策基本法施行前年)と直近年2015年の比較) (単位:10億円)



資料出所:「人口動態統計」「賃金構造基本調査」「国勢調査」を利用して一橋大学経済研究所・金子能宏推計

Copy-right Y_Kaneko

自殺による社会経済的損失額と自殺対策による経済的損失の減少額 (政策の経済効果)の推計

(都道府県別推計額の合計による推計・名目値)

(単位:10億円)

	年次	男	女	男女合計
自殺による社会経済的損失額 (都道府県合計、単位:10億円)	2005	446.0	112.7	558.7
	2015	350.4	109.1	459.4
自殺対策による経済的損失の減少額(都道府 県合計、単位:10億円): 2005年(自殺対策基 本法施行前年)と比べた場合の直近2015年の 損失減少額	2015	95.6	3.6	99.2

資料出所:「人口動態統計」「賃金構造基本調査」「国勢調査」を利用して一橋大学経済研究所・金子能宏推計

Copy-right Y_Kaneko

13

都道府県別にみた自殺の社会経済的損失額の推計 (常用雇用者現金給与収入による評価)

・都道府県別にみた自殺の社会経済的損失額(1年間あたりの名目額)を比較すると、自殺死亡率は都市部よりも地方の方が大きい場合があるが、自殺者数は都市部の方が地方よりも多いため、自殺によって失われた所得(賞与を含む現金給与収入)は、都市部の方が(都市部の棒グラフの高さの方が)、地方(地方の棒グラフの高さ)よりも大きい。

・自殺の社会経済的損失額が都市部の方が大きいのは、自殺死亡率は都市部よりも地方の方が大きい場合があるが、都市部と地方の賃金の格差以上に都市部の人口ひいては自殺者数が大きいため、都市部の損失額が地方より大きいと考えられる。

・女性の社会経済的損失額は、自殺者数が女性の方が少ないことと女性の方が賃金が低い賃金格差により、男性より小さいと考えられる。

・全国的な自殺対策に加えて、都市部の対策を進めること、及び賃金格差のため金銭的には小さく見える女性の自殺に対する対策は、重要な課題と考えられる。

・時系列的にみると、都道府県別にみても、自殺の社会経済的損失額(1年間当たりの名目額)は、自殺者数が最多の2003年が最も多く(全国・男女計)5915億円(注:本資料ではグラフと推計値一覧表は非掲載)、自殺対策基本法が施行された2005年は5587億円、それ以後、自殺対策の効果が現れて、データが得られる直近年2015年の損失額は4594億円へと低下した(都道府県別の棒グラフをみると、その高さは傾向的に低下している)。

・自殺対策の効果を、自殺の社会経済的損失の減少額として計ると(スライド7ページの表を参照)、自殺対策基本法が施行された2005年と比べて、自殺対策の効果が累積して、データが得られる直近年2015年では損失の減少額は男女計992億円に達していると推計される。

Copy-right Y_Kaneko

15

参考資料:都道府県別に見た男女計の自殺の社会経済的損失額の推計値(2005,2015) (単位:10億円)



都道府県別男女別に見た自殺による経済的損失(単位:10億円)
(正規労働者給与(賞を含む)で評価した場合)

男女計

都道府県	2005	2015	都道府県	2005	2015	都道府県	2005	2015
北海道	24.0	13.5	石川県	4.8	4.0	岡山県	7.0	6.0
青森県	6.5	3.8	福井県	2.8	2.1	広島県	10.5	0.9
岩手県	7.3	4.2	山梨県	4.5	2.8	山口県	6.3	4.7
宮城県	11.2	8.4	長野県	10.0	7.2	徳島県	2.4	2.3
秋田県	5.3	3.3	岐阜県	8.0	7.2	香川県	3.5	0.3
山形県	5.9	4.2	静岡県	16.0	14.9	愛媛県	5.7	4.7
福島県	10.4	7.2	愛知県	29.9	28.1	高知県	3.4	2.5
茨城県	13.5	11.5	三重県	6.1	6.9	福岡県	21.2	16.4
栃木県	9.1	8.3	滋賀県	5.9	5.4	佐賀県	3.5	2.1
群馬県	8.9	8.0	京都府	11.2	9.8	長崎県	7.1	4.0
埼玉県	30.6	26.9	大阪府	42.2	36.5	熊本県	5.0	6.4
千葉県	29.0	24.4	兵庫県	24.6	16.2	大分県	4.0	3.2
東京都	69.0	66.9	奈良県	5.5	4.7	宮崎県	5.1	3.4
神奈川県	37.6	36.4	和歌山県	3.4	3.2	鹿児島県	6.0	5.0
新潟県	9.4	8.3	鳥取県	2.5	1.8	沖縄県	5.1	4.9
富山県	4.8	4.0	島根県	2.7	2.4	合計	558.7	459.4
自殺対策による経済的損失の減少額(政策の経済効果)								99.2

Copy-right Y_Kaneko

9

参考資料:都道府県別に見た男性の自殺の社会経済的損失額の推計(2005,2015) (単位:10億円)



都道府県別男女別に見た自殺による経済的損失(単位:10億円)
(正規労働者給与(賞を含む)で評価した場合)

男性

都道府県	2005	2015	都道府県	2005	2015	都道府県	2005	2015
北海道	19.7	9.9	石川県	3.9	3.4	岡山県	5.7	4.9
青森県	5.6	2.9	福井県	2.0	1.7	広島県	8.7	0.7
岩手県	6.1	3.3	山梨県	3.7	2.0	山口県	5.3	3.6
宮城県	9.5	6.6	長野県	8.5	5.7	徳島県	1.9	1.8
秋田県	4.4	2.5	岐阜県	6.1	5.5	香川県	2.9	0.1
山形県	5.1	3.2	静岡県	12.9	11.8	愛媛県	4.6	3.8
福島県	8.8	5.5	愛知県	25.0	22.6	高知県	2.3	1.9
茨城県	11.4	9.3	三重県	4.9	5.6	福岡県	18.1	12.8
栃木県	7.6	6.1	滋賀県	4.7	3.9	佐賀県	2.8	1.6
群馬県	6.8	5.7	京都府	8.3	7.1	長崎県	5.9	3.3
埼玉県	23.7	19.9	大阪府	33.3	26.8	熊本県	3.3	5.1
千葉県	22.0	18.9	兵庫県	19.9	11.3	大分県	3.2	2.2
東京都	52.1	50.5	奈良県	4.2	3.4	宮崎県	4.3	2.7
神奈川県	29.7	27.0	和歌山県	2.6	2.8	鹿児島県	5.0	4.0
新潟県	7.7	6.5	鳥取県	2.2	1.5	沖縄県	3.8	3.9
富山県	3.8	3.1	島根県	2.1	2.0	合計	446.0	350.4
自殺対策による経済的損失の減少額(政策の経済効果)								95.6

Copy-right Y_Kaneko

10

参考資料:都道府県別に見た女性の自殺の社会経済的
損失額の推計(2005,2015) (単位:10億円)



都道府県別男女別にみた自殺による経済的損失(単位:10億円) (正規労働者給与(賞与含む)で評価した場合)								
女性								
都道府県	2005	2015	都道府県	2005	2015	都道府県	2005	2015
北海道	4.3	3.6	石川県	1.0	0.5	岡山県	1.3	1.2
青森県	0.9	0.9	福井県	0.8	0.4	広島県	1.8	0.2
岩手県	1.2	1.0	山梨県	0.8	0.8	山口県	1.0	1.1
宮城県	1.7	1.8	長野県	1.6	1.5	徳島県	0.5	0.5
秋田県	0.9	0.8	岐阜県	1.8	1.8	香川県	0.6	0.2
山形県	0.8	1.0	静岡県	3.1	3.1	愛媛県	1.1	1.0
福島県	1.6	1.7	愛知県	5.0	5.5	高知県	1.0	0.6
茨城県	2.1	2.2	三重県	1.3	1.3	福岡県	3.1	3.6
栃木県	1.6	2.2	滋賀県	1.2	1.5	佐賀県	0.8	0.5
群馬県	2.1	2.4	京都府	3.0	2.7	長崎県	1.2	0.7
埼玉県	6.9	7.0	大阪府	9.0	9.6	熊本県	1.7	1.3
千葉県	7.0	5.6	兵庫県	4.8	4.9	大分県	0.8	1.0
東京都	16.8	16.3	奈良県	1.3	1.3	宮崎県	0.8	0.8
神奈川県	8.0	9.4	和歌山県	0.8	0.4	鹿児島県	1.0	1.0
新潟県	1.7	1.8	鳥取県	0.3	0.3	沖縄県	1.3	1.0
富山県	1.0	0.9	島根県	0.6	0.5	合計	112.7	109.1
自殺対策による経済的損失の減少額(政策の経済効果)								3.6

Copy-right Y_Kaneko

北海道教育大学教職大学院における「命の教育」プロジェクトの取り組み

北海道教育大学教職大学・「命の教育」プロジェクトチーム

代表 教職大学院長・教授 井門正美

シンポジウム企画・教授 安川禎亮

事務局長・特任教授 梅村武仁

事務局総務・准教授 川俣智路

1. 「命の教育」プロジェクトの基本方針策定と研究の成果

私ども北海道教育大学教職大学院の「命の教育」プロジェクトは、本厚生労働科学研究費補助金(代表本橋豊「学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究」〈平成26-28年度〉)に、昨年(2016年)10月に参加したことから始まった。

本橋代表(自殺総合対策推進センター長)は、3年前(2014年3月)まで勤務されていた秋田大学で、公衆衛生学の立場から、特に自殺率が全国トップであった秋田の自殺対策に取り組み顕著な成果を収められた。実は、本チームの代表である井門も一昨年(2015年)3月までは秋田大学に在籍し、16年間勤務しており、秋田大での最後の2年間、教員免許状更新講習推進センター長の任にあったが、このセンターを管轄する理事・副学長が本橋先生だった。本橋先生が秋田大を去る際に、医学と教育学の関連領域での共同研究を約束したが、このことが、本研究に関わる端緒となった。

この研究に参加するに当たり、私どもの教育実践研究を担う教職大学院としては「命の教育プロジェクト」とした。幼児、児童生徒、学生、大学院生、そして保護者に対して、命の大切さ、生きることの意味・意義を伝えることを改めて教育の根幹と捉えなければならないという強い意識からである。いま、学校関係者の様々な努力にもかかわらず、子どもたちの自尊感情の低さ、他者への思いやりや倫理観の欠如が問題視されている。いじめ、虐待やDV、自殺など、命に関わる問題が社会基盤を揺るがす大きな問題ともなっている。教育実践では、自殺は最も重いテーマで喫緊の課題だが、その自殺を生じさせる社会環境や教育環境、学校組織や教師そのものの在り方を問い直し、問題を改善することこそ、教育実践研究の基盤であると捉え、命を大切に、生きることへの志向性を促進することを目的とした。

このような目的を達成するために、主要な教育実践研究の6つの柱を次のように設定し、取り組むことにした。

- ① 人間形成と成長の基盤となる教育として、「心を育てる読書教育」
- ② 日々の悩みや人間関係の軋轢等から自身を解放する「ストレスマネジメント教育」
- ③ 苦難やストレスに耐え立ち向かう「レジリエンス教育」
- ④ 保健衛生に留意し体づくりや健康を促進する「健康教育」
- ⑤ 自殺者を一人でも減少させる人間関係や社会基盤づくりを推進する自殺総合対策「命の教育」(特に、SOSの出し方・気づき方教育、自殺対策学習)
- ⑥ 教職大学院講義と教員免許状更新講習への「命の教育」の組み込み

まず、①の「心を育てる読書教育」では、健やかな生活や成長を促進し、自己実現を支援する図書(児童書、

一般書)の収集と紹介を行う。現在、本学教職大学院では、札幌校、旭川校、釧路校、函館校(平成29年度開校)の4校に図書を配架している。また、これとは別に、「命の教育」に関する教員や大学院生用の研究書・専門書を購入した。教育研究・実践を推進する上で必要となる文献・論文等も収集し、教師教育の観点から児童生徒、学生を指導する教員の資質向上を図ることをめざしている。

次に、②の「ストレスマネジメント教育」と③の「レジリエンス教育」については、日常生活、すなわち、学校や職場、家庭等でのストレスを如何に回避するか、解決するか。ストレスとは何か、また、その対処方法をどうすればよいのか。これらを学ぶことによって、自身の健康や生命を守る手立てを身につけることができる。併せて、レジリエンス(resilience)、すなわち、日本語では「精神的回復力」「抵抗力」「復元力」「耐久力」「防御力」「逆境力」とも言われる力をつける教育も大切である。これらの教育についても取り組んでいく。

そして④の「健康教育」は、保健衛生や医療に関する基本的な知識と技能、健康や体力の維持・促進に関する知識や技能を身につけさせる教育である。こうした教育は、学校では、特に養護教諭や保健体育の教員の役割が重要となる。また、保健医療関係者や機関との連携促進を図ることも大切である。私どもはこのような教育にも積極的に取り組みたい。

続いて⑤の「自殺総合対策」については、上記①～④を含む自殺に関する総合的な対策の中で、教育が果たす役割の重要性を改めて確認し、温かい社会や組織づくりを促進する教育を展開する。特に学校や学級においては、学習者に自己有用感や自尊感情と他者存在の意義を実感させ、温かで信頼し合える集団生活を送ることができるようにする学校組織マネジメントを重視する。自殺という喫緊の重要課題については、子ども達には SOS の出し方教育、教師や保護者には SOS の気づき方教育、両者併せて自殺対策学習を展開したい。

最後に⑥「教職大学院講義と教員免許状更新講習への『命の教育』の組み込み」については、すでに、本学教職大学院の講義科目では、「生徒指導の意義と今日的課題」「『生きる力』を育む学級・学年経営の実際と課題」「学校組織マネジメントの理論と実際」等の講義内容に組み込んでいる。また、学校の教員を対象とした教員免許状更新講習でも、「キャリア教育の方法」「学校文化と教師」「動作とイメージを使ったストレスマネジメント教育」等の講義を実施している。

以上、本プロジェクトの基本方針を示したが、何分にも昨年10月からの参加であり、本科学研究で実施しうる主要な事業として、「命の教育2017シンポジウム」と「命の教育プロジェクトホームページの構築」の2つを行うことを定めた。後者については、研究実践の6つの柱のコンテンツを掲載することとしたが、いずれについてもほぼ骨子となるコンテンツを制作し、掲載することができた。

「心を育てる読書教育」では、公益社団法人全国学校図書館協議会の三上久代氏(全国SLA学校図書館スーパーバイザー)のご協力を得て推薦図書一覧を掲載できた。また、後述する基調講演者の本橋豊氏やシンポジウムをコーディネートした研究メンバーの安川禎亮氏、指定討論者の阪中順子氏、シンポジストの今川洋子氏、上島博氏、吉川和代氏、さらに、スタッフとして関わっていただいた上村雅代氏(北海道教育大学附属小中学校スクールカウンセラー)にも貴重な研究実践資料をご提供いただいた。御礼申し上げたい。

なお、命の教育プロジェクトは、本厚労科学研究の期限に限られるものではない。2017(平成29)年度からは、教職大学院の組織的な研究実践として取り組むことになっている。

2. 「命の教育2017シンポジウム」の開催

先に述べたように、本プロジェクトでは2つの事業を実施した。その一つとして本年3月19日(日)に実施した「命の教育2017シンポジウム」について報告したい。

| 厚 | 生 | 労 | 働 | 科 | 学 | 研 | 究 | 費 | 補 | 助 | 金 |

「学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究」最終事業

命の教育2017シンポジウム

テーマ 自殺総合対策における「命の教育」

— 生きる支援に向けたSOSの出し方教育 —

日時 2017(平成29)年
3月19日 (日)
13時30分～16時30分 (開場13時)

会場 ホテルポールスター札幌
2階メヌエット
〒060-0004 札幌市中央区北4条西6丁目 TEL.011-241-9111

参加費 無料 事前にお申込みください

命の教育

氏名、所属、連絡先を記入の上、
下記に送信ください。
[e-mail]inochi.kyouiku@gmail.com
[F A X]011-778-0614
(事務局：井門正美研究室)

い ま、学校における懸命な努力にも関わらず、自ら命を絶つ児童生徒の問題が後を絶ちません。要因として、自尊心の低さ、人間関係の希薄さ、他者への思いやりの欠如、いじめ、不登校、虐待・DVなど、命に関わる様々な問題が指摘されています。社会基盤を揺るがすこうした事態に鑑み、今回、特に自殺問題に対処する総合的な対策を具体的に考える「命の教育2017シンポジウム」を開催致します。

プログラム

《総合司会》梅村 武仁 (北海道教育大学教職大学院特任教授)

1	趣旨説明	13時30分～13時40分	井門 正美 (北海道教育大学教職大学院教授・教職大学院長)
2	基調講演	13時40分～14時40分	「生きる支援に向けた児童生徒のSOSの出し方教育～国の政策の今後の方向性」 本橋 豊 (自殺総合対策推進センター・センター長)
3	シンポジウム	14時50分～16時10分	《企画・司会者》安川 禎亮 (北海道教育大学教職大学院教授) 《指定討論者・話題提供者》阪中 順子 (西天王寺中学校SC、文部科学省児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議委員) 《話題提供者》今川 洋子 (北海道深川保健所健康推進課長) 上島 博 (元奈良県香芝市立五位堂小学校教諭) 吉川 和代 (奈良県五條市立宇智小学校養護教諭)
4	総括	16時10分～16時30分	反町 吉秀 (自殺総合対策推進センター・地域連携推進室・室長)

主催 北海道教育大学教職大学院・「命の教育」プロジェクトチーム 共催 自殺総合対策推進センター 後援 北海道教育委員会 札幌市教育委員会

JR札幌駅
センチュリーロイヤルホテル
北5条手稲通
六花亭札幌本店 アステイ45 北洋銀行
ホテルポールスター札幌
北海道庁

図1 命の教育2017シンポジウムのポスター・チラシ

では、シンポジウムの内容について紹介する。本プロジェクトチーム代表井門による「趣旨説明」は、冒頭の「命の教育プロジェクト」の基本方針を述べているので省略する(本論稿の最後に掲載した【参考資料】を参照のこと)。なお、以下は、当日の発表原稿を掲載する。

(1)基調講演 「生きる支援に向けた児童生徒のSOSの出し方教育～国の政策の今後の方向性～」
自殺総合対策推進センター長・京都府立医科大学特任教授 本橋豊

平成28年4月に自殺対策基本法が改正され、「生きることの包括的支援」が自殺対策の理念であることが明記されました。若者の自殺対策、とりわけ児童生徒の自殺対策として「SOSの出し方教育」の重要性が認識され、教育現場での普及が喫緊の課題として注目されています。すべての子どもにライフスキルとしての「SOSの出し方教育」を行い、子どもたちから発信されたSOSを周囲の大人たちが的確に受け止めることができるようになることが「SOSの出し方教育」の事業を進める上での大きな目標です。最終的には、「SOSの出し方教育」を受けた子どもたちが、将来にわたり自殺のリスクを背負わなくてすむようにすることが望まれます。

自殺対策においては連携と協働がキーワードです。自殺対策はすべての人が関与すべき「みんなの仕事」であり、保健医療や教育関係者や家庭や地域などのすべての人々が関わり、行動し、支援することが必要です。連携は響きの美しい机上の修辞ではなく、それぞれの現場で地道な人間関係の構築に基づき、Action Programとして実現される必要があります。そのためには、現場の智恵と個別対応のノウハウを活かすことはもちろん必要ですが、同時に制度やAction Programを展開するための組織としての取組や仕組みづくりも重要です。ともすれば、自殺対策を「専門家の仕事」と位置づけて、「専門家に任せる」「素人は口を出さない」といった対応が取られることがあります。このような傍観者的対応を取ることがないようにしなければなりません。学校の場合においては、学校医、スクールカウンセラー、精神科医といった「専門家」に任せれば安心といった発想からいったん離れることが必要です。自殺対策は「みんなの仕事」であり、当事者の目線で普通の人に関わっていくのだという意識変革が求められます。学校の現場であれば、校長を始めとする学校管理者、一般教諭、養護教諭、事務職員、保護者、地域住民、教育委員会、保健所、福祉事務所といった様々な職種や機関の人々が、専門家目線ではなく当事者目線で関与することが求められます。

国や自治体の施策はともすれば専門家志向になりがちですが、専門家の限界を知ることも大切です。児童生徒の「SOSの出し方教育」の政策展開にあたっては、「自殺対策はみんなの仕事」という考えをきちんと理解し、教育の現場、地域の現場、保健医療の現場などで連携と協働を確実に進めていくことが必要です。

平成28年度の厚生労働科学研究費補助金事業(学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究:研究代表者・本橋豊)の研究事業の一環として、北海道教育大学と自殺総合対策推進センターが協働して自殺総合対策における「命の教育」プロジェクトが開始された意義はきわめて大きいと考えます。北海道教育大学教職大学院の正規教育のカリキュラムに「SOSの出し方教育」を含む自殺対策の授業を組みこみ、将来教職に就く可能性のあるすべての学生に自殺対策の重要性を学んでもらう仕組みづくりが始まりました。また、教員の免許状更新講習時に自殺対策の講習時間を組み入れる試みも始まっています。これらの北海道教育大学教職大学院の先駆的取組が全国に広がることにより、学校教育における自殺対策の推進に着実に進展することになると期待しています。

自殺対策基本法一理念の明確化

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、これに対処していくことが重要な課題になっていることに鑑み、……

(第1条)

自殺対策は、生きることの包括的な支援として、全ての人がかけがえない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その妨げとなる諸要因の解消に資する支援とこれを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、実施されなければならない。

(第2条の1)

自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならない。

(第2条の5)

児童生徒のSOSの出し方教育の根拠となる条文 自殺対策基本法(最終改正:平成28年3月30日)

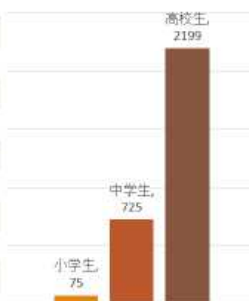
国及び地方公共団体は、大学、専修学校、関係団体等との連携協力を図りながら、自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上に必要な施策を講ずるものとする。(第16条)

学校は、当該学校に在籍する児童、生徒等の保護者、地域住民その他の関係者との連携を図りつつ、当該学校に在籍する児童、生徒等に対し、各人がかけがえない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵養等に資する教育又は啓発、困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育又は啓発その他当該学校に在籍する児童、生徒等の心の健康の保持に係る教育又は啓発を行うよう努めるものとする。

(第17条)

全国の小中高校生の自殺は10年間で約3000人
(資料:警察庁 自殺の概要 H18~27)

	小学生	中学生	高校性	合計
H27	3	101	237	341
H26	13	74	191	278
H25	7	78	197	282
H24	4	56	247	307
H23	9	55	237	301
H22	7	76	204	287
H21	1	79	226	306
H20	9	74	225	308
H19	8	51	215	274
H18	14	81	220	315
合計	75	725	2199	2999



画期的なSEYLE研究の成果に学ぶ

欧州における学校ベースでの 自殺対策の効果検証研究

SEYLE (the Saving and Empowering Young Lives in Europe)研究

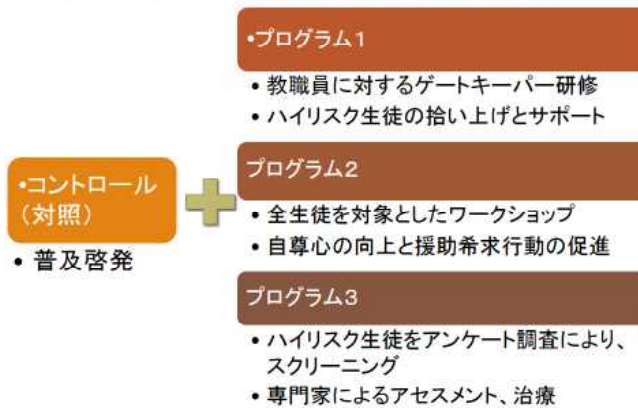
10か国、168校、10000人以上の15歳生徒を対象

3つの異なるプログラムの効果を検証

プログラム終了後、12か月までをfollow

①深刻な自殺念慮、②自殺企図の有無を評価

SEYLE研究で比較したプログラム



児童生徒の自殺予防教育として有効な介入は
ハイリスクアプローチかポピュレーションアプローチか

Seyle 研究により明らかにされた事実は・・・

プログラム2のみが統計学的に効果があった、ということ
(全生徒を対象としたワークショップ自尊心の向上と援助希求行動の促進)

ハイリスクアプローチではなく、ポピュレーションアプローチを
取るべきであることを示唆する結果。



生徒全員に自尊心の向上と援助希求行動のスキルを教えることが重要である。

(2)シンポジウム

シンポジウムは、本プロジェクトチームの安川氏が企画理由を述べた後、4名のシンポジストが発表を行った。阪中順子氏(四天王寺小中学校学校カウンセラー<SC>)は指定討論者、今川洋子氏(北海道深川保健所健康推進課長)、上島博氏(子どものレジリエンス研究会)、吉川和代氏(奈良県五條市立宇智小学校養護教諭)が発表者として実施された。

①シンポジウム企画理由

北海道教育大学教職大学教授 安川禎亮

私は、3年前より、北海道健康福祉部が主催する「子どもたちのSOSに気づき耳を傾ける実践研修」の講師として、北海道内を回っています。また、2年前から、授業や免許更新講習でも「自殺」をテーマに取り上げてきました。

教職大学院(ストレートマスターと現職教員がともに学んでいます。)では、生徒指導・教育相談分野の共通科目(必修科目)の中で、2コマ(90分×2)を自殺予防にあてています。また、免許更新講習においては、「動作とイメージによるストレスマネジメント教育」の科目名で、その中の90分「自殺」をテーマにした内容で行っています。

現職の先生方に「自殺」をテーマに授業や講習をしていますと、次のような感想が多く寄せられます。

- ・「自殺は子どもにとってナイーブな問題であり、かなり慎重に扱う必要がある。」
- ・「自殺は重たい内容なので普段は避けている部分があります。」
- ・「教師や私たちがとらえている死や生の定義も正しいかわからない。特に宗教の問題もあるので、何を子どもに伝えられるのか。今までは、死は必ずおとずれるから 生きている今の尊さを話したりしていた。」

つまり、現場の教員にとっては、自殺予防教育の重要性、必要性は十二分に理解しているが、積極的に取り組みがたいものがあるということだと思います。

自殺予防の展開・実践において、すでに成果をあげているオーストラリアでは、近年、改めて学校における精神保健活動の重要性に関する認識が高まっています。オーストラリアでは、2000年前後から Mind Mattersとよばれる包括的な学校精神保健プログラムが広く普及し、多くの中学・高校で実践されるようになってきました。Mind Mattersのキーワードは、①ストレス対処プログラム、②包括的な保健教育、③レジリエンス、④ソーシャルスキルトレーニングの4点です。授業プログラムで扱われる個々の教材のテーマは、「自殺の予防」、「いじめについて」「精神的健康を高めるためのコミュニケーションスキルの習得」「ストレスへの効果的な対処法」「精神疾患の正しい理解」などです。

日本では、「ストレスマネジメント教育」も「レジリエンス教育」もすでに2000年前後から、学校現場に紹介されてきましたが、まだ十分に広がりを見せていないように思います。

そこで、日本全国で自殺予防教育を推進しておられる阪中順子先生と北海道内において、先進的に取り組みを進めてこられた今川課長からそれぞれの取り組みを聴かせていただく機会を持ちました。

また、前述した大学院生の感想から、オーストラリアにおけるMind Mattersの実践を参考にする必要性を感じ、MindMattersの根幹である「ストレスマネジメント教育」と「レジリエンス教育」の実践者である吉川先生と上島先生からその取り組みを聞く中で、日本の教育環境に合った自殺予防教育をともに考えることができたらと思い、本シンポジウムを企画いたしました。

②子どもの自殺の実態と自殺予防教育の方向性

四天王寺学園小学校中学校 阪中順子

ここ30年間でたどってみると子どもの自殺者数は、毎年小学生は10人前後、中学生は約100人弱、高校生は200人前後で推移している。自殺者数全体から見れば約1%であるが、少子化のため自殺率は過去最悪にまで上昇し、ハイリスクな子どもたちへの関わりや自殺予防教育が、学校においても避けておれない課題になっている。しかし、交通安全や薬物乱用防止などの予防教育が多く为学校で毎年実施されているのに対して、自殺者数は交通事故死者数の5倍以上に上るといふ深刻な状況があるにもかかわらず、自殺予防教育はほとんど実施されてこなかった。

昨年(2016年4月)自殺対策基本法の一部改正が施行された。学校に対し、自殺予防教育に努めるよう求めているのが、大きなポイントの一つである。また、文部科学省は2014年に「子供に伝えたい自殺予防(学校における自殺予防教育導入の手引)」を公刊している。それらの影響もあり、教育委員会や精神保健センター等主催で、自殺予防教育に関する教員研修が、以前よりも数多く取り組まれるようになってきた。

自殺予防教育の方向性として、「心の危機理解(心の危機に気づく)」と「援助希求(助けを求める)」の促進を目標とし、価値の押しつけにならずに児童生徒が主体的に考える姿勢を重視してきた。併せて、教育する大人が、子どもにとってSOSを発するだけの信頼できる存在であるかどうか問われていることも忘れてはならないであろう。また、特設の時間でプログラムを実施するだけでなく、保健などの教科の授業内容を自殺予防の視点から捉え直すことも重要である。

実施にあたっては、関係者の合意形成、適切な教育内容、ハイリスクな児童生徒のフォローアップの三点が前提条件となる。そのためには、教員研修、保護者への啓発、医療機関との連携などを丁寧に進める必要がある。特に教員研修が不可欠であるが、教員向けの自殺予防に関する研修の前後で、ゲートキーパー自己効力感尺度(GKSES)を参考に効果検証を行ったところ、事前は9項目の平均が3.31、事後の平均が4.44となる結果を得た(7件法:3点「やや自信がない」、4点「どちらとも言えない」)。自殺予防教育の実施に向けて、また、ハイリスクな児童生徒に関わるうえでも、自殺予防の教員研修は一定の効果があることが示された。

自殺予防教育は、今危機にある児童生徒の自殺を減らすだけでなく、生涯にわたる精神保健の基礎としても大きな意味を持つものである。自分自身の自殺の危険を切り抜ける力や危機にある身近な友人を支える手だてを身につけさせる点において、「未来を生き抜く力」を育む教育と言い換えることができるであろう。

【参考文献】

- ・森田展彰、太刀川弘和他「自殺予防におけるゲートキーパー自己効力感尺度の開発」『臨床精神医学』44(2) pp.287-299、2015
- ・阪中順子『子どもの自殺予防ガイドブック』金剛出版、2015
- ・高橋祥友『自殺の危険(第3版) 臨床的評価と危機介入』金剛出版、2014

③ 「“生きる”を支える取組～教育に携わる方々のための研修～」

北海道深川保健所健康推進課長 今川洋子

1 はじめに

北海道では、自殺者を一人でも減らすことができるよう、平成21年度から「自殺予防ゲートキーパー研修」(以下GK研修)を実施している。平成24年度からは『若者の自殺予防対策』として、教育関係者対象のGK研修に変更し各種取り組みを実施したので報告する。

2 平成24年度 教員向け研修をスタート

子どもの自殺予防に取り組むことは、その後の若者の自殺予防にもかかわる重要な意味がある。まずは、夏休みに教員向け研修会を企画した。夏休み明けに児童生徒の自殺者が続き、冬休みにも追加で開催し、多数の出席があり研修ニーズが確認された。

【平成24年度研修内容】

1) 講演「子どもは死をどのように受け止めているか～子どもの死の概念～」(児童精神科医)2)基調講演・演習「自殺予防教育の実践から～教員としてできること～」(教員)3)講演「教員自身のメンタルヘルスを保つには～バーンアウトしないために～」(医師)

【研修後アンケート(抜粋)】

「具体的な危険因子を頭に入れてクラスを改めて見た時、心配だと思ふ子がいることに遅ればせながら気付いた。日常、指導で口にする言葉は自分中心に考えた言葉であって相手の気持ちに添っていないことを思い知らされた。ロールプレイはとても良かった。」等。

3 平成25年度～基金終了を想定し、意見交換会設置、指導資料作成へ～

1) 教育関係者向け自殺対策意見交換会

研修内容を子どもの自殺予防に役立つ内容に改善し、地域に研修内容や研修システムが根付く方策を考へるため「教育関係者向け自殺対策意見交換会」を設置した。

意見交換会で出た主な意見は、「外部のリソースよりも、毎日接しているのは教員。全ての教育活動の中で観察などできるように、教育現場のスキルを高める」「どの教科でもおかしいと思ったら気づける。何気なくできることが重要」「ストレスマネジメントも必要」等の意見がある一方で、「先生方にこれ以上の負担をかけることは困難」「最終的に自分達で抱え込んで辛い、過剰な負担を強くない」といった教職員への配慮も共通認識した。

2) 3種類の指導資料(GK手帳、DVD、研修手引書(虎の巻))作成と研修会開催

道内津々浦々の教育関係者や地域の支援者に重要な知識やスキルを、ムリムダムラ無くお伝えするために、3種類の指導資料(GK手帳、DVD、研修手引書(虎の巻))を作成し活用していただくことが有効と判断した。資料を道内の小・中・高等学校・特別支援学校、市町村などに配布するとともに、その資料を用いた研修会を開催し普及を図った。

4 平成26年度～指導資料を用いた研修と保護者向け・子ども向けの資料作成～

1) 保護者及び児童生徒向けのハンドブックとポスターづくりインターネット配信

全道の児童生徒の保護者が子どものSOSに気づき適切な対応ができること、また、児童生徒が自分自身や友だちの気持ちに気づき、援助希求行動ができることを目的に、保護者及び児童生徒向けのパンフレット等を作成した。さらに、資料の概要や入手先などを掲載したポスターを、道内の小学校・中学校・高等学校・高等養護学校・市町村(教育委員会・保健部局)などに配布するとともに、パンフレットの動画をインターネットで配信した。

URL: <https://sites.google.com/site/hokkaidouchotv/> ※Hokkai・Do・画

2) 子どもたちの自殺予防に取り組むための企画実践研修会

それまでの研修会は個人的な参加も多く、校内に浸透させるためには、指導的立場の方を対象とした企画実践研修会を開催する必要があった。

研修受講者は、校長・教頭、養護教諭、教諭、スクールカウンセラー、保健師等幅広く、実際に研修を企画する方が受講された。子どもたちに「死にたい」と相談された経験を、受講者の43%が持っていた。ほぼ全員が「理解できた」と回答された。

3) 「生きる取組」出前講座

平成26年7月～8月開催の子どものSOSに耳を傾けるための実践研修受講者に対し、出前講座の希望者を募り、希望校11校全てに出前講座を実施した。学校の要望にそって調整し、教員向けでは「子どもの自殺予防」「リラックス法」「カウンセリングマインドなど自殺予防に係る対応」を、児童生徒向けには自殺予防教育を行った。

出前講座で校内の教員と一緒に学ぶことが可能となり、リスクの高い子どもに対し、チームで支えるきっかけとなった。「子どものために開催したが、自分自身がエンパワーメントされた」との感想を持った教員もあり、知識のみならず自己効力感も向上した。

子どもたちの実態や意識を知るためのアンケートでは、「死にたいと思った」28.3%、「友だちに『死にたい』といわれた」25.7%であり、リスクの高さを関係者で共通認識できた。

授業後の感想は、新しく学んだことが「たくさんあった」「少しあった」88.4%、いのちについて「よく考えた」「少し考えた」が90.0%であり、多くの学びが得られた。

5 取組のポイント

まずは、人のつながりが好循環を生んだこと。意見交換会メンバーや業者、同僚など皆で作り上げたことで、1人ですれば1の企画だが、多様な知恵で何十倍にも充実した。

2点目は、段階的に取り組んだこと。「教えてもらう気持ちで：常に理解の途上にとどまり続ける」という姿勢で、何度も軌道修正し現場のニーズに近づけるよう改善した。

3点目は、伝え方に細心の注意を払ったこと。音楽やイラスト、スタッフのホスピタリティも意識した。「伝える」ことは、情報提供だけでなく、大切なケアになる。ストレスマネジメントの呼吸法は、生涯役立つスキルであるが、会場全体も癒やされた。体験は理解を深くする。さらに、教員が、地域の支援者と出逢うよう配慮した。リスクの高い子どもの影にはリスクの高い大人がいる。地域の支援者も係わることで、家庭環境へのアプローチも可能になる。家族が子どもに与えるストレスは、友だちの対立や学校で起きる問題よりも遙かに大きい。*1教員が支援者と繋がれば、解決への一歩を踏み出せる。

本取組のスタート当初「生き心地の良い町」を同僚と輪読し、自殺予防因子(いろいろな人がいてもよい、いろいろな人がいたほうがよい、人物本位主義をつらぬく、どうせ自分なんてと考えない、「病」は市に出せ、ゆるやかにつながる。)の知見を共有した。*2ヘルスプロモーション的自殺予防をめざせば、サポートしあえる地域の実現も夢ではない。

自殺予防の取組は、「生きる」ことを考える取組だ。大人も子ども「ピンチをチャンスに」「幸せって何だっけ」と考え、自分らしく「生きる」ことが叶うよう願っている。

【参考文献】

*1 NHK スペシャル取材班『キラーストレス』、出版新書、2016年、頁216

*2 岡檀『生き心地の良い町～この自殺率の低さには理由がある』、講談社、2013年、頁94

④レジリエンス教材におけるSOSの出し方教育

子どものレジリエンス研究会 上島 博

1 レジリエンス教育の可能性

レジリエンスとは、落ち込んでも立ち直れる精神的弾力性や、逆境にあっても適応的に育つ力を指す。レジリエンスはだれもが持っているし、育てられる部分もある。クライアントの抱える問題を探るべく人間の脆弱性を探ろうとしてきた心理学が、逆境から立ち直る人の「強み」に気づいた時にレジリエンスという概念が生まれたという。そうだとしたら、病院でも相談室でもない学校こそが、それを育てる表舞台となるべきではないか。

レジリエンスを支えるものとして様々な概念が指摘されている。したがってレジリエンスは「心の総合力」と言いかえることができる。

私たちの研究会は、小中学校の教員が中心であったので、授業で使える教材を作ることを主な活動とし、現在まで150の教材シートを発表してきた。

2 SOSの出し方教育につながるレジリエンス教材

私たちの教材づくりは自殺予防を目的としたものではなかったが、心の力の育成は広い意味で自殺予防につながる。

また、いくつかの教材は、「生活上の困難やストレスに直面しても適切な対処ができる力を身に付けさせる」という「SOSの出し方教育」の趣旨に合致したものである。その中のいくつかを紹介したい。

- 1) 「サポーターを見つけよう」
- 2) 「負けるな子ども」シリーズ

「コロがしんだ」「やる気が出ない」「いじめられた」「学校に行けない」「『女とばかり遊んでいる』と言われた」等

- 3) 絵描き歌(ニコリちゃん)
- 4) スマイルアゲイン(歌)
- 5) 立ち直り曲線

【参考文献】

深谷昌志監修、深谷和子・上島博他著『子どもの「こころの力」を育てる — レジリエンス —』、明治図書、2009

深谷昌志監修、深谷和子・上島博・子どものレジリエンス研究会著『「元気・しなやかな心」を育てるレジリエンス教材集1』、明治図書、2015

深谷昌志監修、上島博・木瀬達也・子どものレジリエンス研究会著『「へこたれない心」を育てるレジリエンス教材集2』、明治図書、2015

上島博著、『イラスト版 子どものレジリエンス』、合同出版、2016

⑤生きる力を育む心の学習

奈良県五條市立宇智小学校養護教諭 吉川和代

1 はじめに

近年、社会の急激な変化や社会情勢は、子どもたちの生活に様々な形で影響を与え、身体だけでなく、いじめや不登校など心の健康問題が、顕在化している。自分の思いをうまく伝えられず、弱い立場になってしまう子や、人や物にあたって暴力的な行動をとる子ども。ストレスが原因と思われる不定愁訴が続く子ども。こういった行動や状態が、自尊感情や規範意識、コミュニケーション力を低下させることにつながるのではと懸念される。また、大きな環境の変化により、心が折れてしまうことも考えられる。よく、生きる力といわれるが、いろいろな問題にぶつかったとき、つぶれないよう、また、リセットして前に進んでいけるための予防教育としての心の学習が必要である。その中で、自分が大切な存在であると感じ、問題にぶつかった時の具体的な手立てや術を身につけていけるよう取り組んでいくことが大切であると考え。

2 心の学習におけるストレスマネジメント教育

心と体は相互に作用し、従来、密接に関係していると言われている。不定愁訴を訴える児童の中には、精神面での影響と考えられることが大いにしてある。保健室では、そういった子どもと直接関わる場面が多い。学級での問題や登校しぶり等で気持ちが不安定になった子どもを、まず保健室で、クールダウンし、心の切り替えの場とすることも多くなってきている。そういった現状を受け入れ、保健室では、個々の子ども達へ、ペアーリラクゼーションや呼吸法、また、肩上げなどのストレスマネジメントを取り入れ心の安定を図る。その後、行動のふり返りをサポートし、抱えていたストレスによる感情を収め、教室へとつなげている。また、予防教育としてストレスにうまく対処する力を身につけるため、発達段階に即した系統立った学級指導の中でストレスマネジメント教育を進めることが大切であると考え、取り組みを進めている。

3 心の学習としての命の学習

自信が持てず不安を感じている子どもや「自分を好きですか」という問いかけに「いいえ」と答える子ども達。自尊感情が低く、そのことから周りとうまく関われない子どもが増えている。そこで、今、生きているということを自信に変えて前に進んでほしいと考え、心の学習に命の授業を取り入れている。その中で、生命の誕生を知り、体験を通して自分たちが大切に育てられ、愛されていると感じ、命を大切にしていこうという意識を高めている。

4 考察

ストレスマネジメントを用いた個々への関わりでは、保健室という安心できる空間で1対1という環境下では、呼吸法やペアーリラクゼーション等実施しやすい。その結果、心の安定を図りやすく、自分の思いやしんどさを出しやすい。ストレスマネジメントを取り入れる前と比べて、教室への復帰が早くなっている。発達段階に応じた一斉指導では、繰り返し学習することで技法が身に付いていくと考えられ、家庭への広がりも感じられる。様々なしんどさや葛藤により、つらい思いをしている子ども達を目の当たりにする時、ストレスに対処するための術を教育の中で伝えていくことがいかに大切かを強く感じる。また、命の学習の中では、自分を支えてくれている人たちへの感謝の気持ちをより深め、受け継いだかけがえのない命を大切にしていこうという気持ちを高めることができている。

今後、今以上に子ども達を取り巻く環境の変化が大きくなり、想定外の事が起こってくることも考えられる中、小学校教育の段階からストレスに対処していく力を身につけていくことや命の学習をすすめていくことが自尊感情を育成し、生きる力を育む基盤の一つになると考え、取組を進めていきたい。

(3)シンポジウムの総括

自殺総合対策推進センター・地域連携推進室室長 反町吉秀

皆さま、お疲れ様です。最後に少しお時間をいただきます。自殺総合対策推進センターの反町です。もともと私、法医学者を15年やっております、その時に中学生3人の自殺を体験してしまいました。

総括的に皆様のお話を聞いて、最後に良かったところや課題をまとめたいと思います。

まず井門先生からの今回のシンポジウム、命の教育の趣旨についてのお話がありましたがその中で少し私が注目したのが自殺を消費させる社会環境・教育環境、学校組織、教師の在り方を通して、問題を解決することが、教育実践研究の根幹であると言われて、このプロジェクトのお話をされました。

次に本橋センター長の講演ですけれども、新しく自殺対策のシステム、学校性格的な視点、あるいは政策的な視点からの話だったと思います。今日は学校の先生方が多いように見えますが、こういう政策的な話を聞かれる機会は意外に少ないかもしれませんが、新しい視点が提示されたのではないかと思います。省庁の鍋岡さんから、政策的な視点ということで話をされましたがその中で、文部科学省もこれまでやってこられた政策の検証が必要じゃないかということで、お手元の資料にもあるとは思いますが、スクールカウンセラーの事業もかなり増えてきているんですけども、なんでそれが自殺率の減少につながらないのだろうかということを、非常勤の問題とかいくつか受け止める大人が地域にいるとかかSOSを受け入れる、全職員に理解する職体制があるかどうかですね、問題提起をされたと思います。

それから、SOSの出し方教育、これはまだ学習指導要領にも書かれていないんですね、これを本格的に全国でちゃんとやるためには、書いていかなければならないと思われるわけですが、そのことの指摘、ただ、自殺対策基本法には、ちゃんと17条によるSOSの出し方教育を学校でやりなさいと書いているということの指摘がありました。それから、文科省についても問題提起がありました。それから、どこの場でやるかということに対して、今日はもう学校での話が中心だったのですが、学校だけの話でSOSの出し方を伝えるのではなく、地域の場を、ね、そういうところも違ってくる場所です。それから、これは学問的なところなのですが、ヨーロッパで行われた、大規模な、子どもに対する自殺予防教育の研究についてですね、指摘がありまして、統計学的に効果があったのは子どもに対する自尊感情の向上とSOSの出し方教育が一番効果があったという説明をして、はい。次に、シンポジウムの演者の方々のお話に移りたいと思いますが、まず安川先生のほうから、これまで自殺予防教育を教員の方々にされてきたのですが、子どもにやるとなると、まあ結構大変だ。まずあの、やりやすいところというと、レジリエンス教育とかストレスマネジメントのところの方がやりやすいんじゃないかというような話から始まってですね、各演者の方々のお話にも伝わってですね。

まず最初に、北海道の深川保健所の今川さんの方から、北海道における学校の先生たちを対象にした自殺予防教育、ゲートキーパー研修、これは平成24年度からそこに植え込みでやったのは全国的にも非常に先進的な取り組みでしたよね。その中で阪中先生はじめ、安川先生はじめ、様々な方と出会いがある中で、手作りで、実りがあったことも、詳しく丁寧にですね、ご説明いただいたと思います。そして次に、上島先生からレジリエンス教育の話をしていただきましたけれども、非常に、まずレジリエンスってどういうものかわかりやすく話をしていたというので、具体的な教材をメインにですね、非常に子どもたちに伝わるんじゃないかなという、実りある教材の事例をたくさん紹介していただきました。大変勉強になりました。

そして、吉川様からストレスマネジメント教育についてお話をいただきまして、非常に私もびっくりしたのですが、養護教員の先生が中心となってこれだけすべての学年でステージを考えて組織しているということです。今日養護教員の方もたくさんいらっしゃるということで、今後の自殺教育は明るいなと考えさせていただきました。

最後に阪中先生の方から、まあずっと20年来取り組んでこられた、子どもに向き合う自殺予防教育の実践と、あとは政策的な視点からの話をしてくださいました。その中で、私は重要な指摘があったと思いますが、子どもが自殺率がどんどん上がってきってしまうなかに社会の在り方や仕組みが変わってしまって、人間的なつながりがいろいろなところで途絶えてしまうところを最初にご指摘になったうえで、お話をされたところに非常に注目をさせていただきました。そして、そのあとの対話の中で、重要なポイントが阪中先生から各先生方に質問していただけたと思います。そこは蒸し返す必要はないかなと思います。

今日非常に新しい取り組みだったので、いろいろな点が新しく、ひとつはこういう政策的な話と現場の方々の実践的な話と、両方一緒に話をして議論をしたということは全国的にもあまりない取り組みかと思えます。今後ですね、今日ご紹介があったような good practiceを全国に展開していくためにはこういう議論が非常に必要で、今日はその始まりにしていければ、いろいろと考え方の違うところもあったかもしれませんが、お互いいろいろな学びがありますので、ぜひそういう新しいスタート、それこそ議論の一区切りになったのではないかと思います。それから、ちょっとひとつあるのはちらっと阪中先生と本橋先生が話をされていたのですが、学校だけがSOSを出す教育の場ではないかもしれないし、あとはやっぱり学校にも家庭にも居場所がない存在を意識して、地域において居場所づくりをどう進め、地域においてどうSOSの出し方を伝えて、そして地域でどうSOSを受け止めるのか、学校と地域と、いろいろな意見がありますが、この方々が連携していくこの課題に取り組んでいかななくてはならないということも、皆様の話を聞いて改めて確認しておきたくなりましたので、述べさせていただきます。

以上、雑駁な話ですがまとめとさせていただきます。どうもありがとうございました。

(テープ起こし 川俣智路)

(4)参加者に対するアンケート調査結果

本シンポジウムは100席を設けて実施したが、スタッフも含めて80名以上の参加を得て、盛会だった。

参加者にはアンケートをお願いし、ご回答頂いたので、その集計結果を紹介したい。また、スタッフとして参加した院生の回答もあわせて紹介したい。

①参加者のアンケート結果

まずアンケート用紙を紹介し、その後に集計データの円グラフと回答者の記述を紹介する。

62名の方にご回答頂いた。

自殺総合対策における「命の教育」 参加アンケート

本日はお忙しい中、シンポジウムにご参加いただきありがとうございます。今後、さらにより良い企画を皆さんにお届けするために、以下のアンケートにお答えいただけると幸いです。よろしくお願いいたします。

※選択肢のなかで一番当てはまるものを、**該当番号を黒く(●)塗りつぶして下さい**

① 全くそう思う ② 概ねそう思う ③ どちらともいえない ④ あまり思わない ⑤ 全く思わない

今日のシンポジウムについてお伺いします

- | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. テーマ「自殺総合対策における『命の教育』」は適切だった | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. 基調講演の内容は興味深く、満足している | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. シンポジウムの内容は興味深く、満足している | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. 総括の内容は興味深く、満足している | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. シンポジウムの進め方は適切だった | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. 本シンポジウム全体の内容に満足している | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

今後のシンポジウムのためにいくつかお伺いします

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| 7. 本シンポジウムを一番初めにどのようにして知りましたか | ① | ② | ③ | ④ | |
| ① 郵送チラシ ② 知人など紹介 ③ インターネット | | | | | |
| ④ その他() | | | | | |
| 8. 今後の聞いてみたいテーマを1つ選んでください | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ① 子どもへの自殺総合対策 ② 「命の教育」実践 | | | | | |
| ③ レジリエンス ④ SOSの出し方教育 | | | | | |
| ⑤ その他() | | | | | |

皆様のご所属などについてお伺いします

- | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|
| 9. 勤務校はどちらですか? | | | | | |
| ① 札幌 ② 北広島、恵庭、千歳方面 ③ 石狩方面 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| ④ 小樽方面 ⑤ その他の地域 | | | | | |
| 10. 勤務校の校種はどちらですか? | ① | ② | ③ | ④ | |
| ① 中学校 ② 高校 ③ 大学 ④ その他 | | | | | |

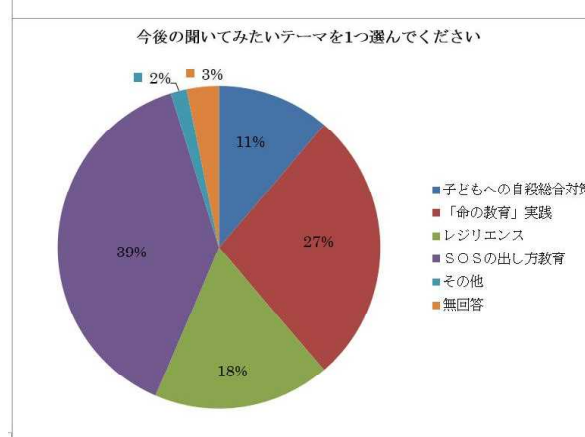
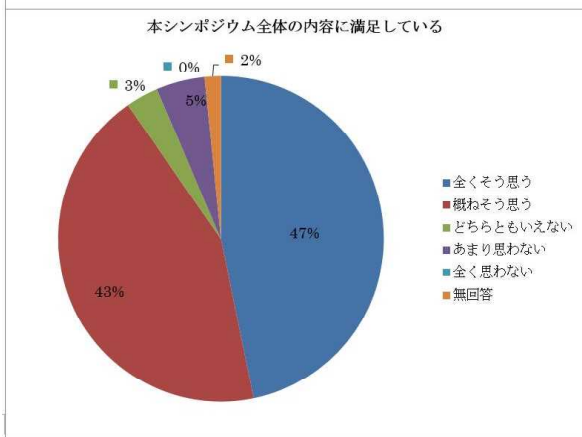
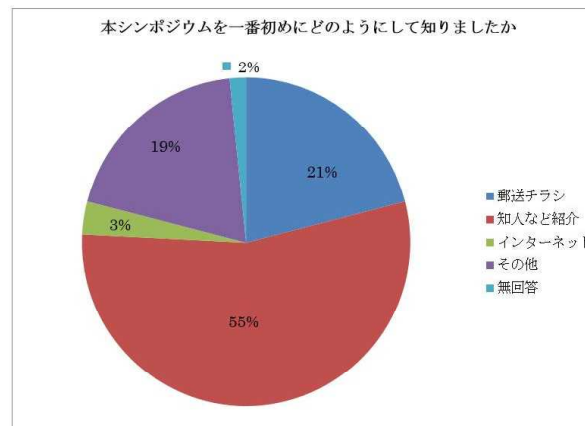
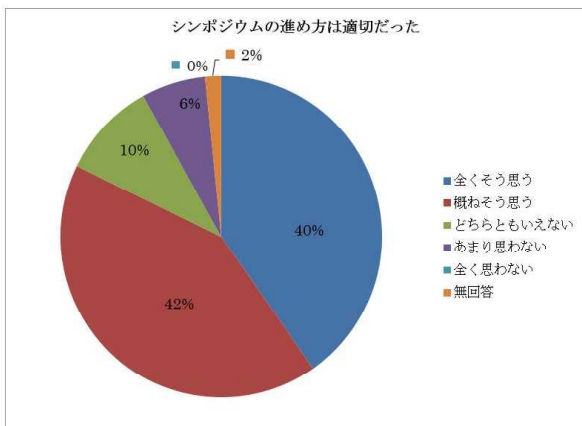
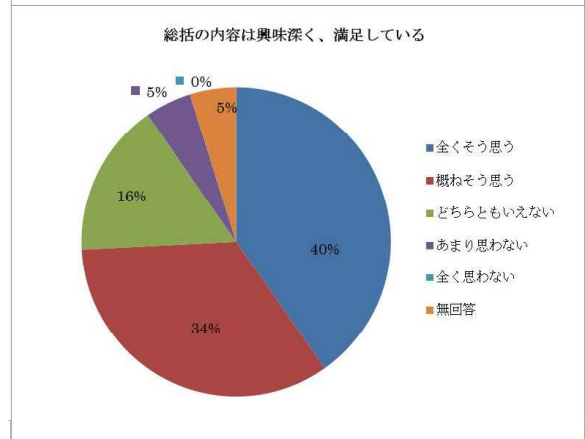
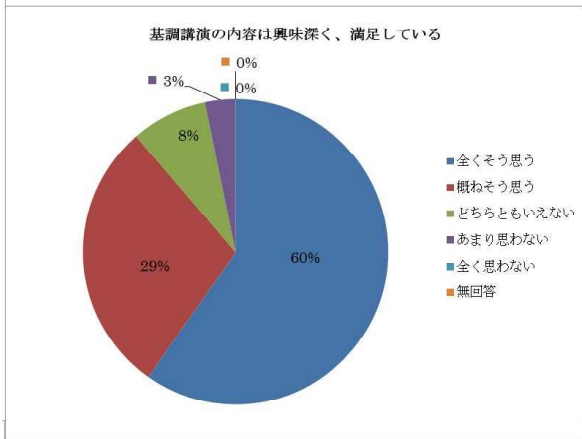
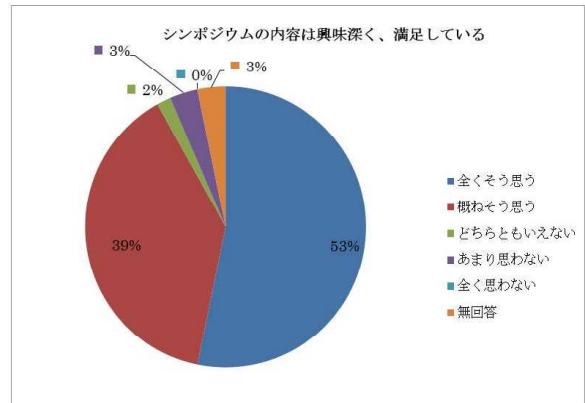
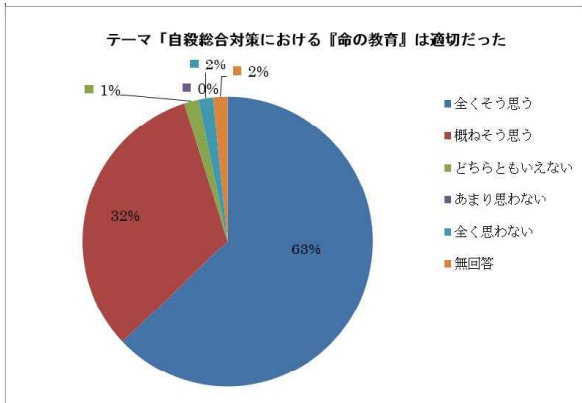
14. シンポジウムの中で特に興味・関心をもった内容があればお聞かせください。

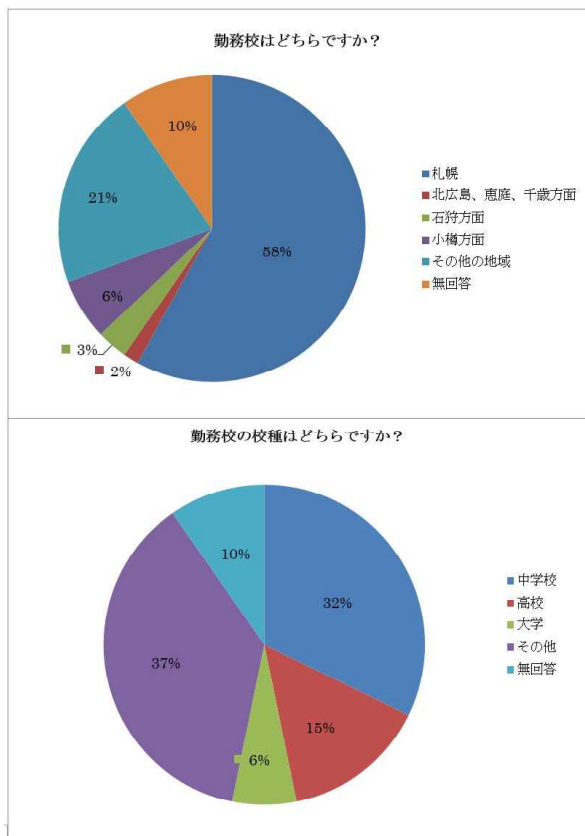
()

15. 要望、感想等があればお聞かせください。

()

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。





シンポジウムの中で特に興味・関心をもった内容があればお聞かせください

- 授業の様子、進め方、効果。
- 現場実践の内容。
- 出前授業に興味があり、実際のものを見たい。
- 教材について。
- 自尊感情とストレスマネジメントを高めることが必要。
- レジリエンス、ストレスマネジメント。
- SOS の出し方教育について。
- 色々な政策について学びました。
- SC と自殺率の相関関係が大変興味深かった。
- 教員向け GK 研修を受けてみたいと思いました。
- SEYLE 研究の結果説明と有効な介入方法について。
- 専門家に任せるのではなくみんなで考えることが大切。
- 効果を評価する方法を持ち PDCA をまわしていかなければならない。
- 援助希救行動を教育するという考え方。
- 特に吉川先生や上島先生の具体的な実践の内容について興味を持った。
- 本橋先生の「予防」「エビデンス」のお話。
- 阪中先生の話。
- 自尊感情の低下は、吉川先生の調べから、小 5 ～ 6 年から見られている。なぜこの時期から自

尊感情の低下が見られるのか。海外と日本の違いなどについて深く知りたかった。

- 子どもの命を守る、子どもの心を育むという点では道德教育は不可欠だと思っているのですが、道德に触れていたのは上島先生だけでした。厚労省の管轄ということで切り口を変えているのでしょうか。
- 基調講演の中で「何をしてはいけないか、ではなく、何をしたら良いのかを共に考える」、まずはやってみることが大切という内容が心に残りました。SOS の出し方教育の中でレジリエンスは誰もが持っているし、さらに育てることもできることを伝えたい。
- 文科省の施策と現場のニーズとのギャップを感じる。高額のS Cの増員もいいがより現場での教員を助け、子どもの悩みに関わるスクールサポーターの増員に予算をかけることが実質効果があると思われました。
- カウンセラーの数を増やしても自殺軽減につながっていないというショッキングな統計の結果。その分の予算を私は、学校教師の数を増やすこと、養護教諭を複数制にする等の方がサインを見つけられたり SOS 教育を行える余裕、取り組める余裕が生まれるのではないかと思う。
- 受け止める大人社会の問題→実際に機能する、社会全体の連携体制をどう作っていくのかも課題と感じています。

要望・感想などあればお聞かせください

- 時間が足りないのが残念
- シンポジストの先生方からのお話はどれも興味深かったので、最初の話提供の時間がもう少しあるといいと思った。
- シンポジストの方の話はもっと長く聞いていたいものでした。総括はもっと短くても良いと思います。
- お一人お一人の話の時間が短く、もっとゆっくり聞きたかった。実践資料もいただけるか、パワポの資料が欲しいです。
- 今回の各先生のお話のスライド資料がネット等で見るができると嬉しいと思います。(時間の問題で省略されていたところが見たいです)
- 全体的にスライドの字が小さく、読みにくかった。パワーポイントであれば、28 ポイントくらいはないと後ろの方の人は見えないです。
- 配布資料に具体例がもっとあればよかったかなと思います。
- 多くの現場で研修の機会を待ち望んでおります。広くお知らせいただければ有り難いです。
- こういう機会が多くあってほしいことと、今回の内容を参加できなかった人や知らなかった一般へのアナウンスが必要ではないか。
- このような研修会をぜひ今後も定期的で開催していただき、実践交流もしていただけたらと思います。
- ・会場が札幌駅周辺であったのでわかりやすくよかった。
 - 道が作成した 3 種類の指導資料が学校になかったり、教員が知らないという意見も聞き悲しくなりました。(連携する際に)
 - シンポジウムはもっと時間を長くしてほしかったです。(早口となったり、まとめまでいけないのはとても残念でした)
- このようにシンポジウムで先生方のお話を聞く機会があることに感謝したい。命の教育プロジェ

クトと札幌や北海道の各学校での取り組みや研修が相互に関連しあい、互いに高めあっていたらと思った。

- 教員の夏季、冬季休業中にあるとより多くの教育関係者に聞いてもらえると思いました。
- 多くの職種の方がお見えになっていたようです。横のつながりができるよう、シンポジウム講演会等ご案内を頂けると嬉しいです。
- 次回もあるといいと思いました。道内の実践のDVDを見てみたいです。
- SOS の出し方教育の研修をぜひ受けたい。
- 学校での研修に使えるような内容でした。
- 養護教諭の先生、SC などの協働も検討されていくとありがたいと思いました。
- 学校でもない家庭でもない地域の居場所づくりとして、サポートステーションがあります。それらの活用もしていただきたいと思っています。
- 自殺というシビアなトピックでしたが、温かい気持ちになるお話がたくさんありました。勉強になりましたし、社会にこういう人達がいるんだなという安心感も得られました。

- 学校現場でどのように自殺総合対策、命の教育に取り組んでいくか改めて考えさせられました。まずは仕事に追われている現実をどうにかしたいと思いつつ、できることから頑張っていきたいと思います。
- 子ども同士で心の調子を伝え合ったり支え合ったりする取組の重要性を改めて考えることができました。教育課程にどう計画していくかを学校全体で話し合うことが必要だと思いました。自殺防止教育に関する研修に参加するといつも関西弁の方々のお話が勉強になります。ありがとうございました。
- 色々な分野の方のお話を聞かせていただけて良かったです。今回の内容を、業務、子育て、子どもが友人に悩みを打ち明けられた時の対応の仕方（ゲートキーパー）の話を子どもにも伝えたいと思います。参加できてよかったです。ありがとうございました。
- 「命の教育」とは何かというところをもっと焦点化すると良かった。プレゼンは時間内できっちりできるように発表者は心がけなければならない。意見（論考）と根拠をもっと明確にしてもらいたかった。コントロール（＝呼吸法）のような狭い捉え方で良いのだろうか。呼吸法・コントロールだけで自殺者が減るとは思えない。ソーシャルスキルトレーニングについてもちょっと疑問である。ある特定の手法に捉われることなく広く実施していくことが公教育には必要ではないか。
- 基調講演の内容はもっと時間を割き詳しくするべきだと思います。話題提供者や講師などなかなか集めることができないメンバーなのに、参加者が少なすぎると思います。周知方法を検討すべきです。よいことをやっても集まらなければ意味がないと思います。ちなみにシンポジウムはシンポジウムの体をなしていないのではないのでしょうか。全てにおいて時間が短すぎると思います。講師の実践等を生かし切れていないと思います。
- 会場についてですが、マイクが遠かったりエコーがかかっているような感じで、お話の細かい部分が少し聞き取りにくかったです。
- 時間通告の方法を考えていただきたいです（チ～ン！はどうかと）。メモを渡すことでもよろしいのでは…
- お茶ごちそうさまでした。

以上が、回答結果であるが、これらのデータの分析と考察については、これから入念に行い、今後の研究と教育実践活動に役立てたい。回答して下さった皆様に感謝したい。

(5)スタッフの感想

スタッフとして参加した北海道教育大学教職大学院の院生(内4名は次年度から北海道や札幌との教員として勤務予定、1名は教職希望者)の感想も掲載しておきたい。これから教職に就く者として、本シンポジウムにどのような感想を持ったのか記述してもらった。

① スタッフ院生の感想

1) 教職大学院院生 A.Kさんの感想

本講演は、自分の幼少期のことを思い出しながら受けていた。自分が小学校、中学校の時さえ、「死にたい」「消えてしまいたい」という言葉を発している子どもは周りにいた。そして、私もその中の一人であった。自分はどうしていただろうと考えたところ、やはり友達に何と言葉がけしたらよいかわからなかった。「私はずっと味方だよ」という言葉はよくかけていたように思うが、大人に相談する術などはなかった。また、担任に相談した際には、本人に許可を取らずにクラスメイトに周知されてしまって、相談することはよくないとさえ思った記憶がある。しかし、それでは取り返しのつかない事にもつながりかねないと強く感じる事ができた。今までは、子ども側の立場にもあったが、教師になるということは子どもたちと一番長く生活するという事である。

今後、子どもに身につけさせたい力としてレジリエンスという言葉が印象に残った。何か挫折したり傷ついたりしたことで、落ち込み、立ち直る力のない子どもはまだまだいるように思う。その力を身につけられなかったことで、大人になってから自殺してしまう人もいないだろうか。私は、子どもの間だけでなく、大人になってからも健全に生きていけるような子どもを育てていきたい。そのためにも、レジリエンス教育は今後意識して取り組まなければならない教育だと感じている。子ども同士のつながり、親とのつながり、地域とのつながり、教師とのつながり、人は支えられて生きていることを自覚するだけでも生きる力とつながるように思う。今まで、具体的な手立てとしてどうすれば助けを求めることができるのかは教えられてこなかったように思う。これからは、子どもの自尊感情を高めるだけでなく、そのあとの対処の仕方も具体的に教えていく必要があると強く感じた時間であった。

2) 教職大学院院生 H.Mさんの感想

私は来年度から、中学校の教員として働く予定です。シンポジウムを聞く前までは命の教育に対して漠然としたイメージを持っていました。

本シンポジウムを聞いた中で、最も印象に残った言葉は「レジリエンス」という言葉です。レジリエンスは落ち込んでも立ち直れる精神的弾力性のことを指すことを知りました。レジリエンスは持って生まれるものだと思っていたが、それは育てられることを知りました。シンポジウムの中では、子どものレジリエンスのことが取り上げられていたが、児童生徒だけではなく、教師である自分自身にも重要なものであるという風に思いました。近年では、教師のうつなどの休職が目立っているので、自分自身もレジリエンスをもって、教員として頑張っていきたいと思いました。

他にも、子ども達には自分の中のSOSを伝えることだけでなく、他人へのSOSを打ち明けられた時にどのように対応するかを考えさせる指導を心がけていきたいと思いました。そのためには日ごろから、子ども達とかわりを持っていく必要があると思いました。

今回のシンポジウムで学んだことを現場に出て活かしていきたいと思います。ありがとうございました。

3) 教職大学院院生 M.H.さん感想

学部や大学院での講義で、自殺や自傷行為、ストレスマネジメントについて考えたことがあり、知ったような気持ちでいた。しかし、このシンポジウムに参加して、例えば「死にたい」という気持ちで押しつぶされそうになっている子の気持ちに気づいたり受けとめたりするためには、力不足であることを痛感できた。

本日のシンポジウムでは、特に3つのことが私の心に残った。

1つ目は、本橋豊先生がお話しされた、スクールカウンセラーの制度が充実してきているにもかかわらず、むしろ増加しているという事実である。学校だけではなく、子どもたちを外部とつなげることで多方面から、子どもたちを見守ることは重要であるだろう。しかし、ただ外部と関わりをもてばよいのではない。学年、学校全体で子どもたちの情報を共有し、学校全体で見守る体制ができて初めて外部とつなげる意味があるのではないかと考えた。

2つ目は、阪中順子先生のお話の中で紹介された、河合隼雄氏の「子どもから死を遠ざけるのではなく、死についての豊かなイメージをもたせる」という言葉である。私は、子どもたちに「死」を連想させるようなことは言わない方がよいのではないかという先入観をもっていた。しかし、最近は、「死」をテーマにした絵本が話題となった。色々な立場から「死」について考えることができるようになるなどの「死」に対する「豊かなイメージ」をもつことは重要であると考え。他にどのような効果があるのか、引き続き学びたい。

3つ目は、吉川和代先生がお話しされた、ストレスマネジメント教育についてである。子どもたちの悩みや不安などの気持ちが満杯になるまで溜めてしまうのではなく、少しずつそれを解消できるような方法を身につけることの重要性を改めて感じた。

春からは教師として、本日学んだことを生かしながら、子どもたち一人一人をよく見て、小さな変化を見逃さないような関わりをしたい。

4) 教職大学院院生 M.T.さんの感想

本シンポジウムから半月後には、自分が小学校の現場で教壇に立っているということを意識しながら参加させていただきました。私自身自殺についてこれまで深く考えたことはなく、自分からは遠い場所で行われているものという認識がありました。しかし、近年小学生が自ら命を絶つニュースがメディアで大きく取り上げられていくにつれ、「小学校教員としての自分は何をしていくことができるか」と考えなければならないと思っていました。

シンポジウムの中では、阪中先生の「自分の心の SOS だけではなく、友人の心の SOS に気づき助けあげられるような子どもを育てていくことが必要」という言葉が強く印象に残りました。私はこれまで、児童が自分の居場所がないと感じているとき、教師がその居場所になってあげることができればいいという認識をしていました。もちろんこの考え方は大事だと思いますが、実際に学校で子どもが一番多くの時間をともにしているのは教師ではなく、周りにいる子どもたちです。いざというときに心の支えになるものがあれば、それは誰であってもいいこと、教師や親には相談できないことであっても、友達になら伝えることができる悩みがあることなど、教師が自らの手ですべてを解決しようとするのではなく、子ども達とも協力しながら居場所を作っていくことができればと考えさせられました。必要に応じて信頼できる大人につなげていく子どもたちとの関係を作っていきたいと思います。

小学校段階での自殺者は異校種と比べればこそ少ないですが、それでも毎年自ら命を絶ってしまう児童がいます。また、小学校での児童とのかかわりは、中学校以降の行動にも直結するはずですが、小学校段階だからこそできるかかわりを考え、「自分や命を大切にす気持ち」の大切さを伝えていきたいと思います。

5) 教職大学院院生 S.H.さんの感想

今回、このシンポジウムに参加できたのは、大学院で先生からお誘いをいただいたからでした。そうでなければ、自分にはこのようなことを学ぶ機会がなかったと思います。

講演やシンポジウムでのお話を聞いて、正直なところ驚きました。子どもの自殺という問題は、時々、ニュースなどで見聞きすることはあっても、小学校の教師になる自分には、ほとんど関係がない問題であると考えていましたが、決してそうではないとわかったからです。むしろ、真剣に考えなければならない問題だと思いました。どの子どもにも起こる可能性のある問題であると思いました。

シンポジウムのお話の中で、一番興味をもったのは、「わたしのサポーター」という教材でした。この教材シートの真ん中に、「わたし」がいて、その周りに自分のサポーターと思う人、つまり自分を守ってくれていると思う人をどんどん書き込むようになっていました。小学生低学年でも使える教材で、子どもたちが、お母さんなどの家族の名前を書いたり、友達の名前を書いたり、幼稚園の先生やご近所のおじさん、おばさんの名前を書いたりすることが想像できました。どんどん書き込むことで、守ってくれている人の多さに気づき、子どもの安心感がどんどんふくらむと思いました。そのように考えますと、この教材は、子どもの自尊感情を高める方法として、とても使いやすい優れた教材であると思いました。道徳の時間など、自分と周りの人との関係を考える時間の中で、この教材を効果的に使えないかという点を工夫してみたいと思いました。

4月から小学校の教師になる自分にとって、大事なことを考え、具体的に学ぶことができました。子どもたちの尊い命を守るために、また、自分の命もお互いの命も大事にしようとする子どもたちの心を育てるために、ここで学んだことを活かしたいと思います。

6) 教職大学院院生 S.H.さんの感想

今回、「命の教育 2017 シンポジウム」に参加させていただきました。このシンポジウムのテーマは自殺に関することであり、学校現場において絶対に防がなければいけないことです。その学校現場において、子ども達の自尊感情の低さについて話題がありました。これは教育をしていく中である悪いところを直そうとすることが原因であると考えられました。子どもの良いところがあって褒めることがあっても、それ以上に悪いところが目立ってしまい、注意を何度も受けることで子どもの自尊感情が下がってしまうのではないかと考えました。

養護教諭の吉川さんの話ではストレスマネジメントを取り入れて、心の安定を保健室で行っていました。保健室では、ペアーリラクゼーションや呼吸法、また、肩上げなどのストレスマネジメントを取り入れ、その後、行動のふり返りをサポートし、抱えていたストレスによる感情を収めていました。学級のような子どもが多くいる場所よりも、保健室のような1対1で対応できる環境下では心の安定が図りやすいです。もし、子どもが心に余裕がない不安定な状況下にあるときは、養護教諭の先生と連携を取り、心のよりどころをしっかりと確保することが必要だと考えました。最後に、阪中先生の話であった「きょうしつ」という言葉がとても印象に残っています。「気づいて、寄り添い、受け止めて、信頼できる大人に、つなげよう」の頭文字からなっています。特に「気づいて」の部分は私自身、一番重要なことだと思っています。子どもの些細な変化に気づけたことで、自殺を未然に防ぐことができるかもしれないと考えたからです。この気づきは大人から子どもまで、他者を見ることによって気づけることなので、「きょうしつ」という言葉を通して、未来ある子どもたちに伝えていきたいと思っています。

スタッフ教員の感想

②

1) 梅村武仁特任教授(事務局長)

○命の教育2017シンポジウムを終えての感想～命を支える様々な手立てへの期待～

本橋豊自殺総合対策推進センター長の講演の中で、特に印象に残った一つに、我が国の自殺者数の推移は、ピーク時より1万人減少し、全体的に減少傾向だが、19歳以下については、逆に自殺率が上がっている、という内容がありました。文科省のスクールカウンセラー活用事業が開始されて以降もその傾向が続いており、原因については明確にされていないとお話だったと記憶しています。

小・中・高生を中心とする未成年者の自殺対策は、道内はもとより、国内での喫緊の課題であるとの認識を新たにしたところです。

思い出されるのは、私が中学校に勤務していたとき、同様の出来事があり、ご家族の深い悲しみをはじめ、生徒や教職員全体に大きな動揺のあったことです。教育委員会の強力なサポートと教職員の強い結束力のおかげで、時間をかけて、関係者の心のケアに努めることができました。

今回の参加者の中に、スクールカウンセラーとして学校で勤務している臨床心理士の方や小・中・高等学校の養護教諭の方が多数いらっしゃったのは、日頃、子どもたちの心に寄り添う中で感じている危機感があるからだと思いました。ある養護教諭は「リストカットする子どもたちのことが心配です。」と語っていました。現代社会を生きる子どもたちの心の状況は、家庭や地域の環境、学校での人間関係、子ども自身の生きる希望の持ち方など、様々な要素が絡み合って実に複雑です。また、悩みの種類も一人一人違うと思われま

す。そのような中で、今、求められるのは大まかに次のようなことではないか、と考えました。

- ① 周りの大人や子ども同士が、一人の子どもの心の危機に気づくこと。
- ② 子ども自身の心のしなやかさを育てること。
- ③ 子ども自身が自分の心の危機に気づくとともに、SOS を発したり対策を講じたりする力を身につけること。

①については、現在、「悩み調査」等が各学校で定期的実施され、効果を上げています。教育委員会主催の研修会において、記入された調査用紙については、消しゴムで消した跡やためらいがちな記述などにも注意を向けることの有効性が確認され、徹底されています。

今川課長さんの発表によると、保健所主催の研修会においても、予想をはるかに超える参加者があったとのことで、子どもの心の叫びに何とかして応えたい大人の切実な願いがうかがわれました。

②と③の具体的な方法として、シンポジウムの中で、安川先生や吉川先生から「ストレスマネジメント教育」の実践の発表がありました。また、上島先生から、小学生向けに開発された「レジリエンス教材」の発表がありました。いずれも、参加者の方々の興味を強くひいたものと思われま

す。①②③のすべてにかかわって、学校における「自殺予防教育」の必要性について、阪中先生の提案がありました。実践上のリスクについてのお話もありました。身内に自殺者がおり、その心の傷が癒えていなかったためか、途中で泣き崩れてしまった子どもがいたそうです。阪中先生は、様々な配慮が必要であることを前提にしつつも「子どもたちを救うために、それでも自殺予防教育を行うべきです。」と力強く主張されていたことが印象に残りました。

その他、北海道学校図書館協会の皆様のご協力で、命を守り、生きることを支える図書の紹介が準備されています。子どもの生きる心を支え、育てる様々な方法を通じて、自殺者ゼロの実現を願わずにはられません。

2) 川俣智路准教授(事務局総務)

○自殺防止対策から「より良く生きる」ための支援へ～命の教育2017シンポジウムに参加して～

今回のシンポジウム「自殺総合対策における『命の教育』—生きる支援に向けたSOSの出し方教育—」に参加して、自殺総合対策における最も効果的で重要な点は、いかにして子どもが「より良く生きる」ことを支援できるかという点であることを痛感した。本橋センター長による基調講演で示されたように、SEYLE研究において青少年の自殺防止への取り組みとして効果が認められたものは、子ども全体を対象としたワークショップや自尊心の向上と援助希求行動の促進を促す取り組みであった。これまでの自殺対策のイメージは、一部のメンタルヘルスの悪い子ども、あるいは生活環境の悪い子どもといったハイリスクの児童・生徒に対して専門的な観点からサポートするものであった。しかしSEYLE研究は、自殺総合対策に必要なことはハイリスクの児童・生徒への対応だけではなく、すべての子どもたちに対してどのように働きかけることができるかを検討しなければならないことを意味している。これからは、「一部の子どもたちに専門家が関わる」アプローチから、「すべての子どもたちに教育に関わる大人が協力して関わる」アプローチへの転換が求められていることがはっきりと示されたと言えるだろう。

本橋センター長が基調講演の中で、臨床心理士が各学校に配置されたのにもかかわらず、データ上では青少年の自殺者は減少していないという指摘に対しても、私が臨床心理学を専門としていることもあり、とても関心を持った。現状では、スクールカウンセラーは週に1回から2回しか学校を訪問することができない。そのため、どうしてもその業務はリスクが高い児童・生徒、危機を迎えている子どものケアに時間を割かなくてはならないのが現状である。しかし今回のシンポジウムでは、自殺予防のためにはハイリスクの児童・生徒へのケアだけではなく、児童・生徒全体への働きかけが効果的であることが明らかになっている。したがって、いまのスクールカウンセラーの勤務形態では自殺予防に対して十分に貢献することは難しいのではないだろうか。スクールカウンセラーが自殺予防に貢献するためには、勤務日数の増加や常勤としての雇用が必要となってくるだろう。

後半のシンポジウムでは、子どもたちに関わる教員や専門職の養成、ストレスマネジメントやレジリエンス教育といったテーマが取り扱われ、すべての子どもたちを対象に「より良く生きる」ことができるスキルをどう身につけさせるか、その具体的な実践方法が提示された。今後はこうした取り組みが、他の地域や実践者によっても実施され、その有効性がよりはっきりと確認されると、全国に展開することがより現実的になるのではないかと感じた。

今後の課題として、ハイリスクの子どもたちだけではなく、子ども全体への働きかけが有効なことを教員に必要な知識として体系的に学んでもらうこと、児童・生徒が「より良く生きる」ためのスキルを身につけさせるための取り組み、とくにSOSの出し方教育を実践できる実践者を養成していくことが挙げられる。これらは自らの課題でもあると考え、今後取り組んでいきたい。

本シンポジウムへの講演やシンポジスト等をお引き受け下さった本橋豊氏、阪中順子氏、今川洋子氏、上島博氏、吉川和代氏、反町吉秀氏、そして、後援して下さった北海道教育委員会並びに札幌市教育委員会に御礼申し上げます。

道教大教職大学院「命の教育」プロ始動 6本の柱で自殺対策推進 札幌でシンポジウムを開催

道教大教職大学院(院長・井門正美教授)は十九日、ホテルポールスタール札幌で「命の教育2017シンポジウム」を開催した。教員、養護教諭、学

道教大教職大学院は、自殺総合対策推進センター(JSSC)・センター長・本橋豊京都府立医科大学特任教授)と連携して、「命の教育」プロジェクトを立ち

上げた。自殺という課題の最も重い課題を見据えた教育研究の立場から、①人間形成と成長の基盤となる教育として「心を育てる読書教育」②日々の悩みや人間関係のあつれき等から自身を解放する「ストレスマネージメント教育」③苦難やストレスに耐え立ち向かう「レジリエンス教育」④保健衛生



に留意し体づくりや健康を促進する「健康教育」⑤自己関係を社会基盤づくりを推進する自殺総合対策「命の教育」(特にSOSの出し方)⑥教職大学院講義と教員免許状更新講習への「命の教育」の組み込みの六つの柱で総合的な自殺対策を展開していく。

初め、同プロジェクトの初仕事として、命の教育シンポジウムをホテルポールスタール札幌で開催した。自殺総合対策推進センターの本橋

センター長が「生きる支援に向けた児童生徒のSOSの出し方教育」国の政策の今後の方向性をテーマに基調講演。わが国の施策としての自殺総合対策について、学校教育に焦点化した話を展開した。

続いて、同教職大学院の安川禎亮教授がコーディネーターを務め、阪中順子氏(四天王寺学園小中学校スクールカウンセラー・文部科学省児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議委員)、今川洋子氏(深川保健所健康推進課長)、上高博氏(二子ものレジリエンス研究会代表)、吉川和代氏(奈良県五條市立学智小学校養護教諭)の四人のシンポジストが発表と討論を行った。

児童生徒の自尊感情や自己有用感をいかに醸成するか、他者存在の意義を学習の場でどう実感させるのか、若者の自殺をどう食い止めるのかなど、具体的な事例とともに白熱した議論を交わした。最後に、同推進センターの反町百秀地域連携推進室長が総括を行った。

会場は満席になるほど参加者が訪れ、同プロジェクト事務局長を務める同教職大学院の梅村武仁特任教授は「参加者は教員、養護教諭、学校カウンセラー、保健師、教育委員会や医療福祉関係者、一般市民で、幅広い方面からの参加が得られたことが成果だった」と話していた。

また、同プロジェクト代表の井門教授は「自殺を生じさせる社会環境や教育環境、学校組織や教師そのものの在り方を問い直し、問題を改善することこそ、教育実践研究の根幹である」とらえている。命を大切に、生きることへの志向性を促進する「命の教育」プロジェクトを道教委や札幌市教委とこれまで以上に連携して進めていきたい」と語った。

今月末に「命の教育」プロジェクトのホームページ(Url: www.do-labo.com)を開設し、先の本の柱に基づく教育研究活動を紹介する。問い合わせは、メール(trochi.kyo@knu.ac.jp)または、電話(011-830-1111)で。

また、同プロジェクト代表の井門教授は「自殺を生

図2 新聞記事(北海道通信、2017<平成29>年3月28日)

3. 命の教育プロジェクトホームページの構築

本年度実施したもう一つの事業として「命の教育ホームページの構築」(命の教育HP)について、その概要を示しておきたい。命の教育HPは、およそ半年間の研究活動で、私どもの研究方針を立てて、「命の教育2017シンポジウム」へむけた準備を行いつつ、これと並行して「命の教育HP」のコンテンツを作成し掲載したので、年度末ぎりぎりに完成した。まだ、未完成であったり不十分であったりする内容もあるが、引き続き、本橋代表による平成29年度厚生労働科研費「地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に関する研究」(平成31年度まで)に参加するので、HPの充実を図りたい。



図3 命の教育プロジェクトトップページ

- ① 人間形成と成長の基盤となる教育として、「心を育てる読書教育」
- ② 日々の悩みや人間関係の軋轢等から自身を解放する「ストレスマネジメント教育」
- ③ 苦難やストレスに耐え立ち向かう「レジリエンス教育」
- ④ 保健衛生に留意し体づくりや健康を促進する「健康教育」
- ⑤ 自殺者を一人でも減少させる人間関係や社会基盤づくりを推進する自殺総合対策「命の教育」(特に、SOSの出し方・気づき方教育、自殺対策学習)
- ⑥ 教職大学院講義と教員免許状更新講習への「命の教育」の組み込み

なお、2017年度からは、教職大学院の組織的研究として展開するので、ホームページに掲載した組織図を掲示しておきたい。

組織図

北海道教育大学教職大学院「命の教育」プロジェクト組織図

2017年4月から

「命の教育」プロジェクト

代表	教職大学院長	井門正美
副代表	札幌校院長補佐	追分 充
副代表	旭川校院長補佐	水口正博
副代表	釧路校院長補佐	近藤逸郎
副代表	函館校院長補佐	小松一保

「命の教育」プロジェクト事務局



プロジェクトメンバー(各校)

札幌校	旭川校	釧路校	函館校
井門正美	稲葉浩一	梅本宏之	阿部二郎
梅村武仁	笠井稔雄	近藤逸郎	小松一保
追分 充	藤川 聡	寺嶋正純	中村吉秀
小野寺基史	藤森宏明	森健一郎	橋本忠和
川俣智路	水上丈実	安川禎亮	三浦清和
浜野雅輝	水口正博		
姫野完治			
前田輪音			
龍島秀広			

図4 2017(平成29)年度 研究組織図

以上、「命の教育」プロジェクトについて紹介したが、以上の活動内容については、当プロジェクトのホームページを開設(<http://www.ido-labo.com/edu4life/>)し、今後も随時更新するので、閲覧していただければ幸いです。

なお、ホームページに掲載している絵画、版画、写真はアトリエタマ・玉川研治氏(版画家・陶芸家)の作品である。

作品一例

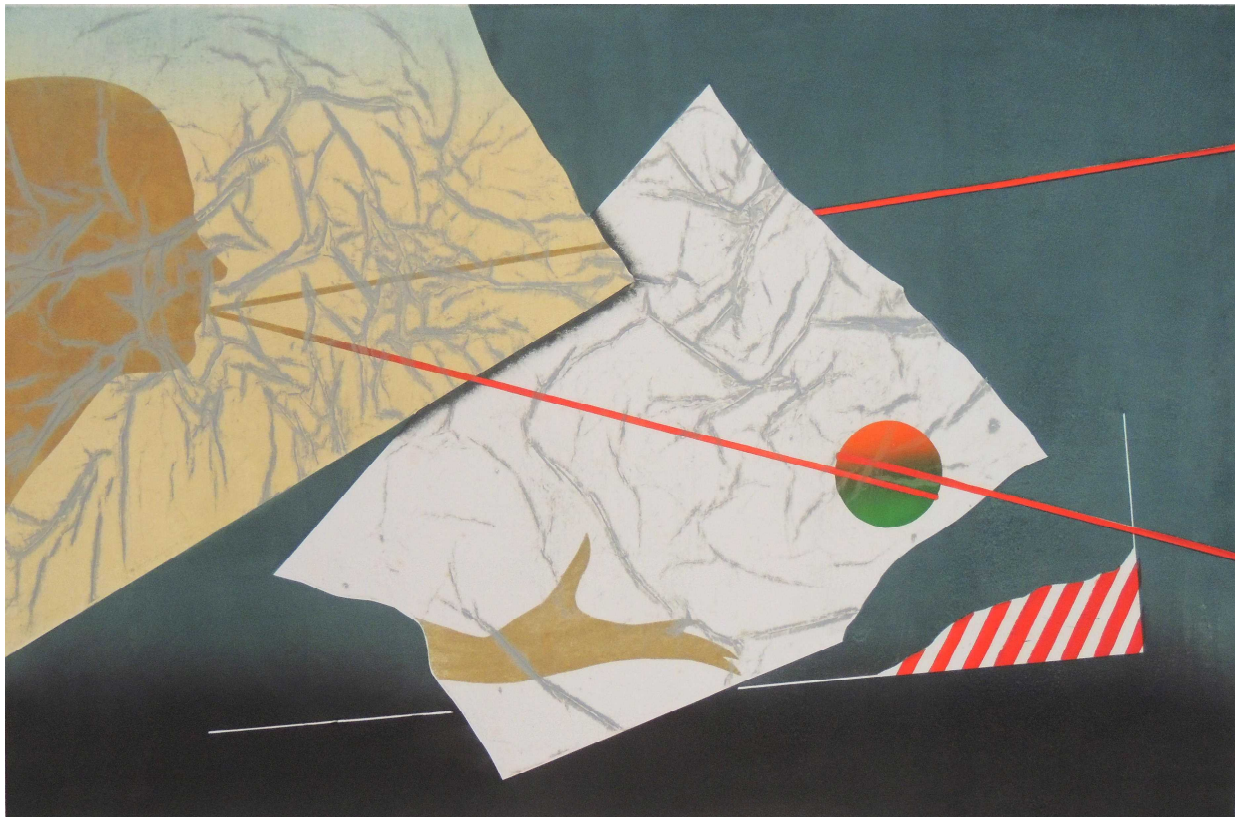


図5 トップページ作品(玉川研治氏作)

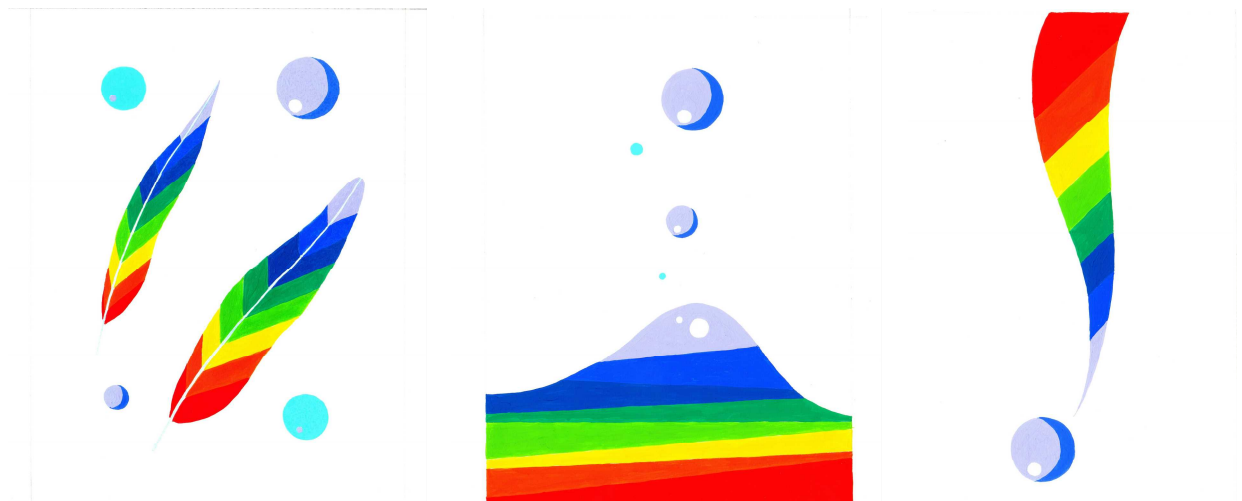


図6 自殺対策学習カード使用イラスト(玉川研治氏作)

【参考資料】



hue

「命の教育」プロジェクトの発足と今後の展開

— 命の教育2017シンポジウム趣旨説明にかえて —


北海道教育大学教職大学院 院長 井門正美

「命の教育」プロジェクトの始まり

「命の教育2017シンポジウム」
主催 北海道教育大学教職大学院「命の教育」プロジェクトチーム
共催 自殺総合対策推進センター
(Japan Support Center for Suicide Countermeasures<JSSC>)

「命の教育」プロジェクトチームの設立
自殺総合対策推進センター(JSSC)との連携に端を発している。

自殺総合対策推進センターとは
昨年(2016年)4月1日の改正自殺対策基本法の施行と共に発足した。
この法律の新しい理念と趣旨に基づき、学際的に関係者が連携して自殺対策のPDCAサイクルに取り組むためのエビデンスの提供を行うと共に、民間団体を含めた地域の自殺対策を支援する機能を強化することが、当センターに課せられた使命である。



JSSCの初代センター長・本橋豊先生
京都府立医科大学の特任教授も兼任
前任校の秋田大学では、医学部教授として公衆衛生学講座を十数年の長きにわたり運営され、特に、**自殺率が全国トップであった秋田の自殺対策に取り組み顕著な成果を収める。**

井門も前任校は秋田大学で16年間勤務(2015年3月まで)
私は秋田大での最後の2年間、教員免許状更新講習推進センター長の任にあったが、その時、私の教育部門を管轄する理事・副学長が本橋先生だった。2014(平成26)年3月に本橋先生が秋田大を去るにあたり、とあることで意気投合した私たちは、**医学と教育学の関連領域での共同研究を約束した。**

本橋先生が**厚生労働科学研究費補助金「学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究」**(平成26-28年度)を展開し、特に、**JSSCのセンター長に就任したことから、学際的な取組みを推進される中で、私も北海道教育大学教職大学院も研究チームを組織して本研究に参加した。**

「『命の教育』プロジェクト」と命名

「命の教育」プロジェクトの目的

教育の問題状況
いま、学校関係者の様々な努力にもかかわらず、子どもたちの自尊感情の低さ、他者への思いやりや倫理観の欠如が問題視されている。いじめ、虐待やDV、自殺など、命に関わる問題が社会基盤を揺るがす大きな問題ともなっている。

教育の根幹
幼児、児童生徒、学生、大学院生、そして保護者に対して、命の大切さ、生きることの意味・意義を伝えることを改めて教育の根幹と捉えなければならない。

本プロジェクトの目的
教育実践では、自殺は最も重いテーマで喫緊の課題だが、その自殺を生じさせる社会環境や教育環境、学校組織や教師そのものの在り方を問い直し、問題を改善することこそ、教育実践研究の根幹であると捉え、命を大切に、生きることへの志向性を促進することをプロジェクトの目的とした。

「命の教育」プロジェクトの研究実践の柱

- ①人間形成と成長の基盤となる教育として、「心を育てる読書教育」
- ②日々の悩みや人間関係の軋轢等から自身を解放する「ストレスマネジメント教育」
- ③若さやストレスに耐え立ち向かう「レジリエンス教育」
- ④保健衛生に留意し体づくりや健康を促進する「健康教育」
- ⑤自殺者を一人でも減少させる人間関係や社会基盤づくりを推進する自殺総合対策「命の教育」(特に、SOSの出し方・気づき方教育、自殺対策学習)
- ⑥教職大学院講義と教員免許状更新講習への「命の教育」の組み込み

昨年(2016)10月から組織的に研究開始

現在、上記主要テーマに関する研究を進めている。

「命の教育」プロジェクトのホームページ

命の教育ホームページを開設 成果公開
(<https://eis-web.sap.hokkyodai.ac.jp/edu4life/DanaInfo=www.ido-labo.com/>)
現在構築中!! 今後は随時更新

命の教育プロジェクト
— 私たちの命を守り健やかな成長を促すために —

いじめ、学校における暴力などにも関わらず、自ら命を絶つ児童生徒の事例が後を絶たず、深刻な状況下で、自殺対策の根本、人間関係の構築など、関係者の思いやりの不足、いじめ、虐待、暴力など、命に関わる深刻な問題が顕在化しています。
社会課題を解決するための取組に臨み、「命の教育プロジェクト」は、総合的に対策を具体化し推進していきます。

公開は、3月末の予定です。
デザイン・レイアウトも調整中



「命の教育2017シンポジウム」は、「命の教育」プロジェクトの最初の事業


○本シンポジウムの登壇者

講演 本橋豊先生


シンポジウム 阪中順子先生
今川洋子先生
上島 博先生
吉川和代先生
総括 反町吉秀先生

皆様に感謝申し上げます。

○後援 北海道教育委員会／札幌市教育委員会
御礼申し上げます。




本日の参加者の皆様の忌憚のないご意見・ご感想をうかがえたと存じます。どうぞよろしくお願ひいたします。



ご静聴、有り難うございました。 井門

続いて、基調講演は、本橋豊先生です。



【註】自殺総合対策推進センター(Japan Support Center for Suicide Countermeasures<JSSC>)について

JSSC は、昨年(2016 年)4月1日の改正自殺対策基本法の施行と共に発足した。この法律の新しい理念と趣旨に基づき、学際的に関係者が連携して自殺対策の PDCA サイクルに取り組むためのエビデンスの提供を行うと共に、民間団体を含め地域の自殺対策を支援する機能を強化することが、当センターに課せられた使命である。

初代センター長である本橋豊氏(京都府立医科大学特任教授兼任)は、前任校の秋田大学では医学部教授として公衆衛生学講座を十数年の長きにわたり運営され、特に、自殺率が全国トップであった秋田の自殺対策に取り組み顕著な成果を収めている。

医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージ

研究分担者 伊藤弘人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
社会精神保健研究部 部長

研究要旨:本研究の目的は、我が国の精神保健政策・自殺対策の政策形成に資するために、(1)精神保健政策の国際動向を明らかにし、(2)地域における自殺予防をめざした福岡県久留米市で取り組まれてきた事例をモデルとして記述するとともに、(3)医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを我が国において創出されたエビデンスをベースにまとめることである。方法:(1)調査対象は、世界保健機関(World Health Organization: WHO)および経済協力開発機構(Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD)における精神保健政策・自殺予防対策活動を集約し(2)地域連携会議を通じた久留米市での取り組みをヒアリングし、(3)一定のエビデンスレベルにある医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを集約した。結果:(1)WHOでは、自殺予防対策のガイドライン「Preventing suicide: A global imperative(自殺を予防する:世界の優先課題)」を公表していた。2020年までの精神保健政策に関するアクションプランを2013年に報告し「自殺率を2020年までに10%減少」させることが目標のひとつとして掲げられていた。一方 OECDでは、平成26年6月に精神保健政策における指標に関する報告書「Making Mental Health Count(メンタルヘルスを考慮する)」を出版しており、精神疾患(統合失調症または双極性障害)の自殺率の指標が例示されていた。(2)福岡県久留米市では、久留米大学神経精神医学講座の指導の下で、「うつ病治療医療連携による自殺対策」として、2010年からかかりつけ医と精神科医療機関との「うつ病ネットワーク」を構築してきた。(3)政策パッケージの基本的な要素には、(a)地域リーダー関与、(b)地域住民への啓発プログラム、(c)ゲートキーパー訓練、(d)ハイリスク者支援があることが明らかになった。まとめ:本研究結果は、(1)自殺予防対策では、それぞれの地域での蓄積や資源を総動員してハイリスク者へいかに丁寧な支援を構築するかが重要であること、(2)久留米市でのかかりつけ医と精神科医療との連携モデルは、①地域の多くの医療機関の協力により、②フォローアップが丁寧になされ、③アウトカムを意識した活動として進められていたこと、(3)今後、関係者がこれらの政策パッケージを活用するとともに、政策パッケージの要素のエビデンスレベルを高めていく必要があることを示していた。

A.研究目的

(1) 自殺対策に関する国際的動向は急速に変化しつつあり、国際機関における保健医療政策・精神保健政策の動向を把握することは、これからの自殺対策の構築に資すると考えられる。本報告の目的は、わが国の精神保健政策・自殺対策の政策形成に資するために、精神保健政策の国際動向を明らかにすることである。

(2) 地域における自殺予防をめざし、かかりつけ医と精神科医療との連携のモデルが求められている。本研究の目的は、福岡県久留米市で取り組まれてきた事例を自殺予防対策モデルとして記述することである。

(3) 自殺対策に関する国際的動向は急速に変化しつつあり、これからの自殺対策の構築に資するエビデンスを集約することは重要である。本報告の目的は、医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを、我が国で創出されたエビデンスからまとめることである。

B-1.研究方法 調査対象は、世界保健機関世界保健機関(World Health Organization: WHO)および経済協力開発機構 (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD)における精神保健政策・自殺予防対策活動である。公表資料の収集・分析、および最新情報及び内容のポイントを把握するための関係者へのヒアリングを行った。

B-2.研究方法

関係者への聞き取り、および地域連携会議におけるヒアリングを通じて、久留米市での取り組みを収集した。具体的には、既存資料および個別の聞き取りから概要を理解した上で、平成 27 年 12 月

に開催された地域連携会議(うつ病ネットワーク会議)を通じて詳細な内容を確認した。

B-3.研究方法

前年度までの研究成果および関係者へのヒアリングから、一定のエビデンスレベルにある医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを提示する。

(倫理面への配慮)

本研究では、直接利用者に調査をする手法をとっていない。ただし、研究を遂行する上で、倫理的側面を十分に配慮しながら実施した。

C-1.研究結果(資料参照)

1. 世界保健機関(WHO)

1 1) WHOにおける自殺対策の動向(2014)

WHOでは、平成 26 年 9 月に、自殺予防ガイドライン「Preventing suicide: A global imperative(自殺を予防する:世界の優先課題)」を公表した(表 1)。¹⁾ また、巻末に参考として、「自殺に関する間違った俗説と事実」を示す。

表 1. WHOの自殺対策主要メッセージ

1) 自殺は多大な犠牲を強いる
● 自殺者は年間 80 万人以上
● 15~29 歳の死因の第2位
● 成人1人の自殺死亡に20人以上の自殺企図
● 家族、友人、地域と国々に影響
2) 予防可能(国の包括的で多部門による戦略)
● 保健医療とそれ以外の部門連携(政府民間)
● 地域の関与
● メディアの責任ある自殺報道の促進
3) 自殺手段へのアクセス制限は効果的
● 農薬、銃、特定医薬品など
● 地域介入を伴う効果的な政策が寄与

- 4) 保健医療サービスに自殺予防を組み込む
 - 保健医療の質的向上は早期介入に効果的
 - 精神保健政策(精神障害やアルコール使用障害)
 - 保健医療サービスへの統合促進・資金支援
- 5) 地域は自殺予防に重要な役割を果たす
 - 地域:脆弱性の高い個人へ
 - 〃 社会的支援
 - 〃 フォローアップケア
 - 〃 スティグマとの闘い
 - 〃 自殺で遣された人々への支援
 - 社会的支援や個人のレジリエンス
 - 〃 社会的つながりや困難への対処スキルを構築・改善
 - 〃 脆弱性の高い人々を自殺から守る(特に、危機的状況における支援、自殺企図者との定期的連絡、自殺で遣された人々の支援)

主要メッセージとして、多大な犠牲を強いる自殺は予防可能であること、自殺手段へのアクセス制限は効果的であること、ヘルスケアサービスに自殺予防を組み込む必要があること、地域が自殺予防において重要な役割を果たすことを示していた。

1 2) WHOにおける精神保健政策(2013)

WHO は自殺予防ガイドラインに先立ち、2013年に、2020年までの精神保健政策に関するアクションプランを報告している。²⁾⁴ 領域で6つの目標が設定されており、その目標のひとつに「自殺率を2020年までに10%減少」させることが掲げられている(表2参照)。

表 2. WHO のアクションプランと目標

- 1) 効果的なリーダーシップ・ガバナンス強化
 - 目標 1.1: 2020年までに加盟国の80%が人権擁護に則した精神保健政策・計画を策定・改定
 - 目標 1.2: 2020年までに加盟国の50%が人権擁護に則した精神保健福祉法を制定・改正
- 2) 包括的で統合された地域精神保健福祉サービスの提供
 - 目標 2: 2020年までに重度精神障害者へのサービスのカバー率を20%増加

- 3) 精神保健の増進と予防の実施
 - 目標3.1:2020年までに加盟国の80%が最低2つの全国レベルで複数領域の関わる精神保健増進・予防プログラムを実施
 - 目標3.2:2020年までに自殺率を10%減少
- 4) 精神保健に関する情報システム、エビデンスや研究の強化
 - 目標 4:2020年までに加盟国の80%が、全国情報システムを用いて精神保健関連指標の収集と報告を各年で実施

なお、この目標を達成するための効果的な行動には、保健医療／精神保健医療福祉以外のセクターとの共同が必要であることが指摘されていた。

1-3) WHOにおける非感染性疾患対策(2011) WHOでは、非感染性疾患(Non Communicable Disease:NCD)対策を進めている。³⁾ NCDとは、がん、循環器疾患、糖尿病及び慢性閉塞性肺疾患(COPD)を意味する。WHOでは、「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」(2008年～2013年)を策定し、2011年には国連におけるハイレベル会合でNCDが取り上げられ、第130回WHO執行委員会(2012年)では「非感染症予防とコントロール:非感染症予防とコントロールを進める世界的戦略の実行及び活動計画」を可決した。日本の健康日本21(第2次)の策定プロセスにおいてもWHOのNCD対策は参照されている。すなわち「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」の領域で、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防に重点を置いた対策の推進とともに、合併症の発症や症状の進展などの重症化の予防に重点を置いた対策を推進すべきとする根拠とNCD対策はなっていた。⁴⁾

海外では、循環器疾患や糖尿病を中心に、うつ病やうつ状態との関係がエビデンスレベルの高い研究

で示されており、WHOではメンタルヘルスアクションプランと他のアクションプランとの歩調を合わせる調整を進めていた。

図1. 非感染性疾患と生活習慣との関連*



※非感染性疾患の多くは予防可能

*出典：健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/di/kenkouinppon21_02.pdf

2. 経済協力開発機構(OECD)

2 1) OECD からの精神保健政策への示唆(2014)

OECD では、平成 26 年 6 月に、精神保健政策における指標に関する報告書「Making Mental Health Count(メンタルヘルスを考慮する)」を出版した。⁵⁾ 推奨する指標を明確には示していないが、死亡率の低減が重要とされ、ハイリスクと考えられる精神疾患(統合失調症または双極性障害)の自殺率の指標(自殺率および退院後1年以内自殺率)が示されていた。

表 3. OECD の推奨するメンタルヘルス指標

- 精神障害者の再入院
- 薬物関連障害患者の治療期間
- 重度精神障害者の死亡率
- 高齢者への抗コリン薬・抗うつ薬使用
- 精神障害と薬物関連障害の重複疾患患者の退院後の継続受診
- メンタルヘルス関連問題での入院後の継続受診
- 身体疾患での入院後の適時の外来フォローアップ
- 重度精神障害者のケースマネジメント
- 急性期での抗うつ薬の継続治療
- 維持期での抗うつ薬の継続治療
- うつ病の急性期治療での受診
- メンタルヘルスに関するフォローアップ

率における民族差

2 2) OECD の日本の医療制度への示唆(2015)

OECDでは、平成26年に並行して各国の「医療の質」(Quality of care)に関する制度に対する勧告を行った。報告書は作成中であるが、先行して平成 26 年 11 月に東京でシンポジウムが開催された。⁶⁾ 発表内容を表4にまとめた。勧告の柱は、医療の質の管理と質の高い医療の提供、より強力なプライマリケアの開発、病院医療の質改善と効率化を促進、および安全で高質な精神保健医療福祉への努力となっていた。

表 4. 日本の医療の質に関する勧告(OECD)*

- | |
|---|
| 1. 医療の質の管理と質の高い医療の提供 |
| ● 管理データや登録の活用 |
| ● 個人情報後に配慮したデータの突合 |
| ● 副作用報告の強化 |
| ● 医療の質に関する報告の促進 |
| ● 説明責任と簡易な入力 |
| 2. より強力なプライマリケアの開発 |
| ● 多くの複雑な問題を持つニーズへの対応強化(継続的・予防的・総合的ケア) |
| ● メンタルヘルスケアのプライマリケアへの統合(重要機能としての位置づけ) |
| ● 上記機能を担える専門職の教育・研修 |
| ● プライマリケアを担う看護職の教育・研修 |
| 3. 病院医療の質改善と効率化を促進 |
| ● 包括的で安定したデータインフラ整備 |
| ● DPC制度の改善(アウトカム指標の強化・) |
| ● 質の高い病院への効果的な支払) |
| ● 診療報酬制度改革ガイドラインに準拠した場合の報酬・急性期医療のアウトカムに応じた報酬) |

4. 安全で高質な精神保健医療福祉への努力

4-1) OECD 加盟国の取り組み

- 多職種チーム医療
- 入院は救急・急性期に限定
- 安全な医療のためのコーディネーション

4-2) 日本への推奨

- プライマリケア機能にメンタルヘルス要素を盛り込む
- 中等症の精神障害者へのエビデンスに基づくケア
- 入院医療ニーズを減らす地域ケアシステムの構築
- 入院と長期入院を減らす診療報酬
- 入院医療機能を変化させる継続的努力
- 患者中心のメンタルヘルスケアシステム
- ケアの質と説明責任を果たす指標の開発

* 発表スライドをベースに作成(出版される報告書を確認されたい)

なお、OECD 事務局(雇用労働社会局)では、職場のメンタルヘルス・障害と雇用に関する OECD 諸国の政策展開の報告書を 2011 年に公表していた(www.oecd.org/els/disability)。自殺に関する明確な記述はなかったが、メンタルヘルスの問題・障害が、経済に大きなコストを生じさせていることを報告していた。

C-2. 研究結果

1. 概要

福岡県久留米市では、久留米大学神経精神医学講座の指導の下で、「うつ病治療医療連携による自殺対策」として、2010年からかかりつけ医と精神科医療機関との「うつ病ネットワーク」を構築してきた。2012年からは、久留米市で予算化され、行政と連携をとりながら運営されていた。

主な実施内容は、①年6回のうつ病ネットワーク会議および2回の研修会の開催、②かかりつけ医がうつ病等を疑われる患者を精神科医療機関へ紹介、③コーディネート機能を持つ精神科病院精神保健福祉士による精神科医療への受療確認である。

この紹介により、かかりつけ医は 2008 年に診療報酬化された「精神科医連携加算(診療情報提供料)」の算定ができる。

2. 地域連携会議

久留米大学では、2010 年から久留米市との協力により、かかりつけ医(地域医師会)と精神科医療者(医師、ソーシャルワーカー、看護師など)との意見交換の場として、うつ病ネットワーク会議を年6回およびかかりつけ医と精神科医の合同研修会を年2回開催している。ネットワークの構成員は広がっており、調査時点では弁護士会、司法書士会、理容師会の会員が参加し、医療者との連携を深化・継続している。

3. 紹介システムと記録の共有

かかりつけ医から精神科医への紹介の仕組みは、紹介状がベースとなっている。かかりつけ医は、紹介を精神科医療機関へ電話をして予約をするとともに、紹介状を FAX で送信する。紹介され精神科を受診した患者の診断は、匿名化の手続きを経た上で保健所に報告している。平均連携件数は、1カ月平均 94.4 件(2014 年度)で、久留米市では人口万対月3 程度が紹介されていることになる。

4. コーディネート機能

久留米モデルでは、紹介先となる精神科病院の精神保健福祉士(PSW)が、うつ病連携システム推進役として機能している。推進員は、月1回の会合を持ち、情報交換を行っている。推進員は、地域における全 425 医療機関を担当し、医療機関を訪問しながら、ネットワーク事業の内容を周知するとともに、紹介された患者背景の確認をする。

2014年度からは、推進員が紹介事例に対する 3 か月後の紹介後調査を行っている。調査内容は、実際に紹介先の医療機関に受療したかどうか、かかりつけ医が紹介したが精神科を受診していない未受診患者の状況および精神科受診者の半年後の転帰である。

5.救命救急センター搬送者の転帰の検討

久留米大学病院では、以上のネットワーク会議と並行して、自殺未遂で久留米大学病院救命救急センターに搬送された患者の転帰の検討を進めていた。2013年度からは検討が定期的に進められている。すなわち、搬送時の精神科かかりつけ医の有無(ある場合の入院前診断)、自殺企図歴、転帰(転院・フォローアップ先)である。

5.アウトカムとインパクト

本事業で紹介された患者の転帰は調査中であった。ただし、久留米市での自殺者数が、本事業を開始した時期には年間 80 名であったのが、徐々に低下しつつあり、2014 年は 56 名になっていた。この取り組みは、久留米市近郊の地域 8 医師会(八女市や大牟田市など)においても導入されつつあり、また宮崎県および沖縄県那覇市では、久留米うつ病ネットワークの方法を取り入れた活動が始まっている。

C-3.研究結果

医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージには、次に示す 3 つの要素を盛り込むことが考えられる。

1. 地域介入における主要介入要素

地域介入における自殺予防の効果は、厚生労働省が推進している戦略研究の成果として、発表されていた(Ono Y, et al., 2013)。本研究は、7 都府県におけるモデル地域で、自治体も参画して住民に対する介入を行い、自殺低減効果を検証した研究である。

サブ解析において、介入により、男性および高齢者における自殺率の低下が確認された。本研究で行われた介入の要素は表 1 の通りである。

表 1. 地域介入での主要介入要素 *

地域のリーダーの関与
教育・啓発プログラム
ゲートキーパー訓練
ハイリスク者支援

*Ono Y, et al. Effectiveness of a multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempts: a quasi-experimental study. PLoS One 8: e74902, 2013.

2. 救急医療現場における主要介入要素

戦略研究では、地域介入研究と並行して、救急医療現場におけるハイリスクアプローチとして、自殺企図者へのケースマネジメントの効果を検証する研究が実施された。本研究も、厚生労働省が推進している戦略研究の成果として発表されていた(Kawanishi C et al., 2014)。本介入では、自殺企図後、6ヶ月以内の再企図割合を有意に減少させていた。本研究で行われた介入の要素は表 2 の通りである。

表 2. ケースマネジメントの要素 **

定期的なコンタクト
治療状況と治療アドヒアランスに悪影響を及ぼす社会的問題の確認
精神科の治療継続の勧奨
精神科医とかかりつけ医への受診調整
精神科中断者への再受診勧奨
本人の個別ニーズに対応する社会サービスへの紹介

**Kawanishi C, et al. Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry* 1: 193-201, 2014.

3. 人的資源の限られた救急職員への研修

多くの1次救急や2次救急では、ケースマネジメントを担う職員の配置は困難で、日常の救急医療における支援技術が求められている。エビデンスレベルの確認が今後必要であるが、戦略研究で検証されたケースマネジメントにつなぐ初期対応として、必要であると考えられた。本研修プログラムは、Psychiatric Evaluation in Emergency Care (PEEC)と呼ばれる研修プログラムである。救急医療場面での自殺未遂者への初期診療に関する研修パッケージであり、日本臨床救急医学会が関連学会の協力で開発し、現在は総合病院精神医学会との合同プロジェクトとして進められていた。

平成28年度(開催月日)は、第19回日本臨床救急医学会総会・学術集会PEEC公開コース(5/13)、平成28年度第1回昭和大学PEECコース(6/11)と第3回大分PEECコース(7/9)、第1回札幌PEECコース(9/17)、第2回関西PEECコース(10/29)、第12回熊本PEECコース(11/6)、日本総合病院精神医学会(11/26)、第1回長崎PEECコース(12/3)、第8回横浜市大PEECコース(12/4)、第2回静岡県中部PEECコース(12/11)、第5回沖縄PEECコース12/18)と、12月までに11回開催されていた。

URL: <http://jsem.umin.ac.jp/training/peec.html>

3. かかりつけ医との精神科医療との連携強化

かかりつけ医と精神科医療との連携強化のモデルとして、久留米市が久留米大学神経精神医学講座の指導の下で、「うつ病治療医療連携による自殺対策」を2010年からかかりつけ医と精神科医療機関との「うつ病ネットワーク」を構築してきた。主な実施内容は表3の通りである。

表3. うつ病治療医療連携による自殺対策要素

年6回のうつ病ネットワーク会議および2回の研修会の開催
かかりつけ医がうつ病等を疑われる患者を精神科医療機関へ紹介
コーディネート機能を持つ精神科病院精神保健福祉士による精神科医療への受療確認

参考資料:平成27年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)報告書(主任研究者:本橋豊)

D-1. 考察

1. 国際的動向

本研究では、WHOとOECDでの自殺対策・精神保健政策の動向が明らかになった。WHOの自殺予防対策のガイドラインでは、①多大な犠牲を強いる自殺は予防可能、②自殺手段へのアクセス制限は効果的、③ヘルスケアサービスへの自殺予防の組み込み、④地域での取り組みが重要であることが示されていた。自殺対策は、2020年までの精神保健政策に関するWHOのアクションプランの主要6指標の1つであり、精神保健政策の柱であった。また、精神保健は、WHOの非感染性疾患政策と連動しつつあることが明らかになった。

一方、OECDがまとめた精神保健政策における指標に関する報告書では、死亡率の低減が重要視され、ハイリスクと考えられる精神疾患(統合失調症または双極性障害)の自殺率の指標が例示されていた。また、OECDでは、日本の保健医療制度

への勧告がまとめられており、強力なプライマリケアの開発と精神保健医療福祉の改善が柱になっていた。

2. 今後の我が国への示唆

1) 国際的動向から示唆されるポイント

自殺対策が優先順位の高い政策課題であることは間違いない。さらに、本研究で明らかになったことは、国際機関における自殺対策・精神保健政策の動向で一定の方向があることである(表 5)。WHO の方針や OECD の日本の制度への勧告の柱で、複数指摘されている共通領域として、ゲートキーパー機能の強化を挙げている。また WHO も OECD も退院後のフォローアップを重要視している。さらに WHO は自殺リスクの高い住民の身体疾患へのケアを、OECD は身体疾患患者のメンタルヘルスケアに注目している。

表 5. 国際機関から指摘・推奨されている領域

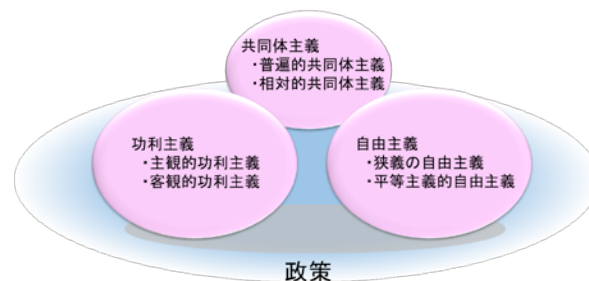
1. 医療におけるゲートキーパー機能の強化
2. 退院後等のフォローアップ
3. 身体疾患患者へのメンタルヘルスケア

2) 医療改革実現を考える上での基本的視点

国際的動向が示唆する共通領域の日本への導入を考える上で、医療改革実現に関する基本的視点を整理しておくことは有用である。なぜなら、基本的な視点は、政策の優先順位や位置づけを理解する上で意識する必要があるためである。基本的視点に関する多様な分類が存在することは理解しているが、ここでは近年海外でまとめられた成書を参考にする。⁷⁾ 医療政策の決定に関連する倫理思想は大きく 3 つに分類できるという。

すなわち、自由主義、功利主義および共同体主義である(図 2)。

図2. 政策決定に関連する倫理思想*



*Roberts M, et al. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. ロバーツ他(中村安秀、丸井英二監訳). 実践ガイド 医療改革をどう実現すべきか. 日本経済新聞出版社. 2014.

自由主義とは、「干渉されない権利」こそ最大限に尊重されるべきと考える観点である。また、功利主義では、個人は自分自身が幸福になるために最良の判断を行うという前提の下に、市場がうまく機能している場合は、資源配分の面からみて効率的(パレート最適)であるとする。自由主義と功利主義の考え方では、政府の役割は足りないところを補う補完的な観点となる。

一方、共同体主義では、自由主義と功利主義とは異なり、政府の明確な役割を示しており、国や自治体は、各個人が良い人格を育み、それによって良い社会を生み出すことを保障すべきとしている。

それぞれの観点は異なるが、実際の政策はこれらの観点が併存する。たとえば、災害時の現場で治療の優先順位をつける「トリアージ」の考え方は、現場での限られた医療資源を効率的に配分するという功利主義的観点に基づいている(患者の違いを考慮しない治療を日常的に提供している医療者は、災害現場でのトリアージの実施に倫理的なジレンマを経験するため、実施後のメンタルヘルスケアが必要である)。

自殺対策に関して言えば、「自らの命」の尊厳は、時に本人の意思を超えて考えるべきであるという点から、自由主義的な考え方の修正が求められている。また、WHOが示している「自殺手段へのアクセス制限」は、人々の自由を認めつつ、本人が後悔しない選択肢を選べるように「選択肢の与え方」(枠組み)を工夫すべき(最後まで迷っている自殺念慮者が自殺行動を進めにくい環境を作る)とする、自由主義的パターンリズムの考え方がベースにある。パターンリズム(父権主義・温情主義)は、国や自治体の役割が前提であり、共同体主義的な考え方が盛り込まれていると考えられる。

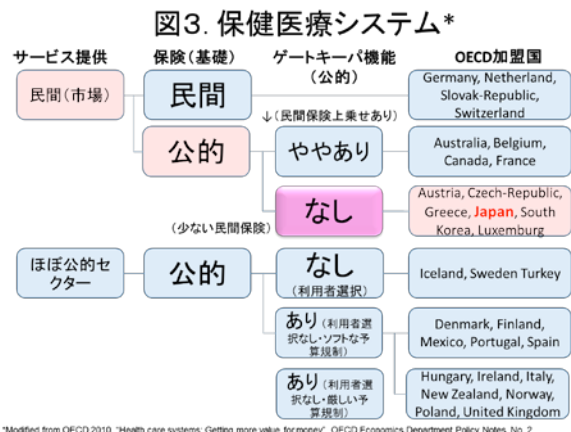
3) 日本の医療制度の特徴からの考察

3-1) 医療におけるゲートキーパー機能の強化

以上の観点から、国際機関から推奨・勧告されている要素をどのように考えることができるのか。ここでは表5に示す3つのポイントを中心に考察する。

「ゲートキーパー機能の強化」は、疾患を有する住民の「かかりつけ医」(家庭医・プライマリケア医)を設定することを意味する。これは、一定の医療圏での医療体制の構造化を示しており、「だれでもどこの医療機関においても医療保険で診療を受けることができる」というフリーアクセスとは独立した観点である。OECDが2010年に示したOECD加盟国の保健医療システムの分類⁸⁾を用いて説明すると、日本の医療制度は、(1)国民皆保険制度の下で、(2)民間主導で医療が提供される(すなわちフリーアクセスが担保された)制度である一方、(3)公的ゲートキーパー機能がないという特徴がある(図3)。OECDが日本に勧告している「プライマリケア強化」は、この公的

ゲートキーパー機能の強化を意味している。これは住民・患者および医療機関の診療体制に任せるといふ狭義の自由主義的考え方の修正を求めていることを意味する。



3 2) 退院後等のフォローアップ

第2として国際機関が推奨しているのは、

「退院後等のフォローアップ」である。ここで重要なのは、フォローアップをする対象者は、退院患者「全員」ではないという点である。フォローアップをしなければ、中断し自殺リスクが高まるグループを対象にすることになる。この考え方も、狭義の自由主義とは相いれない考え方で、功利主義的観点あるいは共同体主義的観点が盛り込まれている。

この観点がすでに制度化されているのは、「地域包括ケア」の仕組み作りが進められている高齢者ケアの考え方のベースにある「介護保険制度」である。要介護度という明確な基準が2000年から稼働している。フォローアップを進めるためには、対象者の層別化ともいべき、フォローアップを行う優先順位の高いグループの定義が今後必要となる。

3 3) 身体疾患患者へのメンタルヘルスケア

メンタルヘルスケアを保健医療サービス(WHO)やプラ

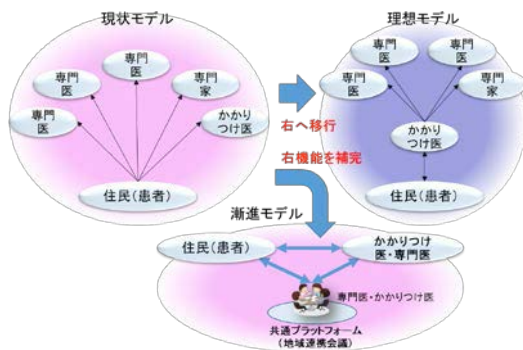
イマリケア(OECD)へ統合するという考え方は、対象者が身体疾患とメンタルヘルスの問題を合併・併存する場合が多いことを意味する。

4) 残された課題

WHOが推奨し、OECDが勧告する方向性は、短期間で実現することは難しい課題でもある。たとえば、初回受診窓口を医療圏で一本化したり、かかりつけ医を通じてしか専門医での診療を受けることのできない保健医療制度への転換は、現実的ではない。推奨・勧告の趣旨を盛り込んだ、漸進モデルを模索する以外にはないであろう。

これまでの考察を総合し、地域において行政も関与する共通のプラットフォームで事例検討をするのが現実的ではないかとの仮説を設定するに至った(図4参照)。ただし、その事例の蓄積や検証は今後の課題である。

図4. かかりつけ医機能の強化方策案



D-2. 考察

1. 久留米市での取り組みの特徴

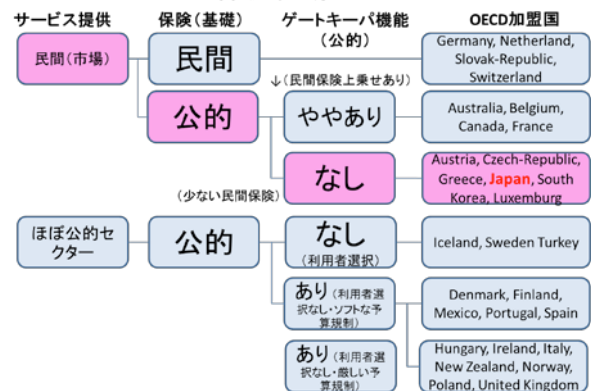
久留米市では、久留米大学病院の指導の下で、「うつ病治療医療連携による自殺対策」が構造化され、地域のかかりつけ医および精神科医療機関と合同で継続的に進められていた。久留米市での活動

の特徴は、(1)地域の多くの医療機関の協力によって進められていること、(2)フォローアップが丁寧にされていること、(3)アウトカムを意識した活動がされていること、に集約できると考えられる。

3. 地域の多くの医療機関の協力

日本の医療制度は、自由開業制度により、地域住民はどの医療機関への受療も可能となっている。これは医療機関の選択の自由を担保されているというプラスと同時に、外来患者の治療継続を促す仕組み(医療におけるゲートキーパー機能)が脆弱なことを意味する。OECDでは2010年に保健医療システムの特徴を分類図1)し、保健医療領域において公的なゲートキーパー機能が希薄なグループとして日本を分類している。さらに2014年には日本の医療制度へ「より強力なプライマリケアの開発」の必要性の勧告を行っている。

図1. 保健医療システム



*Modified from OECD 2010, "Health care systems: Getting more value for money", OECD Economics Department Policy Notes, No. 2

しかし、フリーアクセス制度下で、地域の医療機関でゆるやかにゲートキーパー機能を強化するためには、地域における医療機関の協力が不可欠であるという課題がある。一般に、民間医療機関は、他の医療機関での活動には関心は希薄であるため、複数の医療機関が協力した活動は困難であることが多

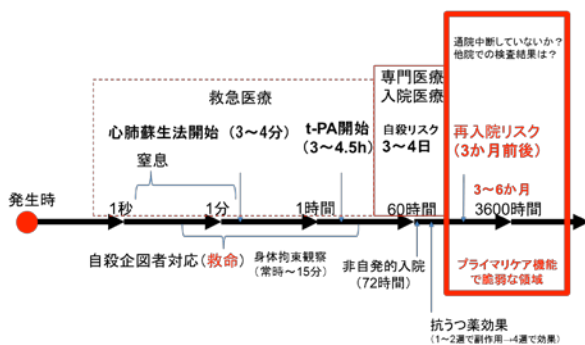
い。久留米市では、3次救急を担う久留米大学病院が中心となることにより、複数の医療機関で定期的な地域連携会議を実現させている。ゆるやかではあるが、かかりつけ医療機関(一次医療)、精神科医療機関(二次医療)、久留米大学病院(三次医療)という階層化を構築していることになる。

4. フォローアップ

地域連携会議において、対象者を、6か月以上フォローアップしていることも、ゲートキーパー機能をさらに強化していると考えられる。ゲートキーパー機能で求められるのは、日本の医療制度で数日から数か月における医療継続の有無を確認するフォローアップである(図2参照)。紹介患者が実際に紹介先の医療機関に受診しているか、救命救急センターに搬送された自殺企図者がその後医療機関への受療を継続しているか、などを地域で確認することは稀である。

久留米市では、この機能を定期的な地域連携会議でゆるやかに確認をしていることは、第2の特徴である。

図2. 「時間」からみて強化が必要な機能



5. アウトカム

久留米市の取り組みに第3の特徴は、久米市での自殺者数の確認をしていることである。かかりつけ医と精神科医療との連携が、地域の自殺者数の

減少に寄与しているかどうかを確認するという努力は、自治体でのプログラム評価には必要なモデル的な姿勢であると考えられることができる。

D-3. 考察

本報告では、医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを、我が国で創出されたエビデンスから集約した。

その結果、政策パッケージの基本的な要素は、地域介入での主要介入をベースに、表4の通りまとめることができる。

表 4. 政策パッケージの基本要素

	対象者	根拠・事例
地域リーダー関与	地方自治体	戦略研究(地域)
啓発プログラム	住民	戦略研究(地域)
ゲートキーパー訓練	ゲートキーパー	戦略研究(地域)・PEEC・久留米モデル
ハイリスク者支援	自殺企図者等	戦略研究(地域・再企図予防)

PEEC: Psychiatric Evaluation in Emergency Care

なお、今回参照した事例は、あくまで例示であり、その也の事例も今後集約していき、エビデンスレベルを高めていくことが望まれる。

E-1. 結論

OECD 加盟国の中で公的なゲートキーピング制度が未成熟な国と分類されている日本(OECD, 2010)は、未遂者やハイリスク者への支援を工夫する必要がある。日本の保健医療制度全体に対するOECDの勧告(2014年11月)の柱のひとつである「より強力なプライマリケアの開発」も同様の趣旨を含んでいる(2015年に公表予定)。自殺予防対策は、自由主義をベースとした住民全体へのポピュレーションアプローチと

ともに、それぞれの地域での蓄積や資源を総動員してハイリスク者へいかに丁寧な支援を構築するかが問われていることを、本研究結果は示している。

E-2. 結論

福岡県久留米市において、久留米大学病院との連携が進められてきたかかりつけ医と精神科医療との連携は、地域の複数の医療機関の協力により、フォローアップを強化し、地域での自殺者数減少を確認しつつ進められていることが明らかになった。

以上を簡略化したものを図3 に示す。この取り組みは、他県においても参考にされており、地域における自殺予防プログラムのモデルとなりつつある。本プログラムは、アウトカムとの連動をめざす取り組みとして、これからの社会保障制度のひとつのモデルを示している。

E-3. 結論

医療の場における自殺総合対策の推進に資する政策パッケージを、我が国で創出されたエビデンスから集約した。その結果、政策パッケージの基本的な要素には、(1)地域リーダー関与、(2)地域住民への啓発プログラム、(3)ゲートキーパー訓練、(4)ハイリスク者支援があることが明らかになった。

F.健康危険情報 報告すべき健康危険情報は無い。

F.健康危険情報 なし

G.研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表

伊藤弘人.精神医療政策と今後の自殺対策.第73回日本公衆衛生学会総会シンポジウム、日本公衆衛生雑誌、第 61 巻、10 号、150、2014.

H.知的財産権の出願・登録状況 なし

引用文献

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. WHO, 2014 (自殺予防ガイドライン〔自殺を予防する：世界の優先課題〕).
http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
2. World Health Organization. Mental health action plan 2013 - 2020. WHO, 2013 (メンタルヘルスアクションプラン).
http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.
3. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. WHO, 2013.
http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.
4. 厚生労働省.健康日本 21(第2次)の推進に関する参考資料, 2012.
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf.
5. Organisation for Economic Co-operation and Development. Making mental health count, 2014.
<http://www.oecd.org/els/health-systems/mental-health-systems.htm>
6. Organisation for Economic Co-operation and Development. Reviews of Health Care Quality: JAPAN, 2014.
<http://www.ncgg.go.jp/topics/dementia/presentation-day1.html>.
7. Roberts M, Hsiao W, Berman P, et al. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford University Press, 2008. (中村安秀、丸井英二監訳：実践ガイド：医療改革をどう実現すべきか、日本経済新聞社、2010)
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health care systems: Getting more value for money, OECD Economics Department Policy Notes, No. 2., 2010.
<http://www.oecd.org/eco/growth/46508904.pdf>.
9. OECD 2010, "Health care systems: Getting more value for money", OECD Economics Department Policy Notes, No. 2, 2010.

参考資料：自殺に関する間違った俗説と事実

自殺と自殺企図に関する世界の疫学

【俗説】自殺を口にする人は実際には自殺するつもりはない。

【事実】

- 自殺を口にする人はおそらく援助や支援を求めている。
- 自殺を考えている人の多くが不安、抑うつ、絶望を経験しており、自殺以外の選択肢はないと感じている。

危険因子・保護因子・関連する介入

【俗説】ほとんどの自殺は予告なく突然起こる。

【事実】

- 多くの自殺には言葉か行動による事前の警告サインが先行する。
- もちろんそのようなサインがないままに起こる自殺もある。
- しかし警告サインが何であるかを理解し、用心することは重要である。

【俗説】自殺の危機にある人は死ぬ決意をしている

【事実】

- この俗説とは反対に、自殺の危機にある人は、生死に関して両価的であることが多い。
- 人によっては、生き延びたかったとしても、例えば衝動的に農薬を飲んで数日後に亡くなることもあるかもしれない。
- 適切なタイミングで情緒的支援にアクセスすることで、自殺は予防できる可能性がある。

自殺予防の現状

【俗説】自殺の危機にある人は、いつまでも危機にあり続ける。

【事実】

- 自殺の危険の高まりはしばしば短期的で状況特有である。
- 自殺念慮を再び抱くことはあるかもしれないが永遠ではなく、以前自殺念慮があった人や自殺企図をした人でも長生きすることができる。

自殺予防に向けた包括的な国としての対応に向けて

【俗説】精神障害を有する人のみが自殺の危機に陥る

【事実】

- 自殺関連行動は深い悲哀のしるしであるが、必ずしも精神障害のしるしではない。
- 精神障害とともに生きる多くの人が自殺関連行動に影響を受けるわけではないし、自らの命を絶つ人のすべてが精神障害を有するわけではない。

自殺予防のための今後の展望

【俗説】自殺について話すのはよくない。促しているようにとられかねない。

【事実】

- 自殺についてのスティグマが広がっているため自殺を考えている人々の多くは誰に話したらよいかわからない。
- 包み隠さず話すことは、自殺を考えている人に自殺関連行動を促すよりはむしろ、他の選択肢や、決断を考え直す時間を与え、自殺を予防する。

参考資料

- 自殺は多大な犠牲を強いる
 - 毎年、80万人以上の人々が自殺により死亡
 - 15歳から29歳の死因の第2位
 - 成人1人の自殺死亡の背景に20人以上の自殺企図
 - 自殺は世界的な現象
 - 先入観：自殺は高所得の国々によく見られる
 - 自殺の75%は低中所得の国々で起きている
 - 自殺は生涯をとおしての重要な死因
 - 自殺企図・死亡：個人へのインパクトのみではない強力な波及効果→家族→友人→地域→国々

- 自殺は予防可能である。
 - 包括的な多部門による自殺予防戦略が必要
 - 国の戦略には次の連携を含むべき（政府や民間レベルでの保健医療および保健医療以外の部門）
 - 地域の関与
 - メディアによる責任ある自殺報道を促す
 - メンタルヘルスとアルコールに関する政策の改善
 - サーベイランスの改善
 - 早期予防は戦略の中心要素

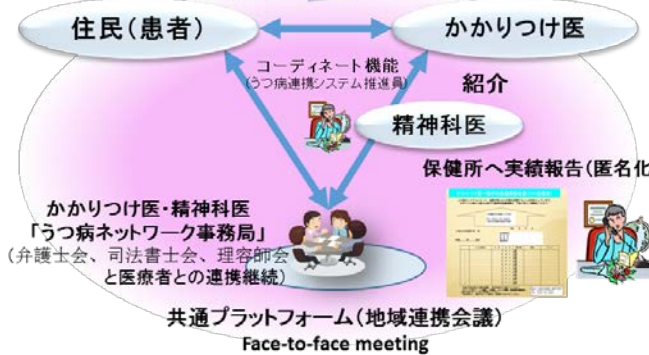
- 自殺手段へのアクセス制限は効果的
 - 農薬、銃器、特定の医薬品を含む最も一般的な手段へのアクセスの制限
 - 特に衝動的な自殺の予防に重要な役割を果たす
 - 地域介入を伴う効果的な政策の実施は、手段への制限による自殺の減少に役に立ってきた。

- ヘルスケアサービスは自殺予防を核となる構成要素
 - 精神障害やアルコール使用障害は多くの自殺の一因
 - 早期発見と効果的なマネジメントは、人々が必要なケアを受けることを確実にするための鍵
 - ◇ 援助を希求者へのケアの質を向上：早期介入が効果的になる
 - ◇ ケアの質の向上は、自殺を減少させる鍵
 - ◇ メンタルヘルスやアルコールの政策はケアを優先事項とし、ヘルスケアサービス全体への良好な統合を促し、これらのサービス向上への十分な資金を支援すべきである。

- 地域は自殺予防において重要な役割を果たす
 - 脆弱性の高い個人への社会的支援を提供
 - フォローアップケアに取り組み
 - ステイグマと闘い
 - 自殺で遺された人々を支援する
 - 特に資源が限られた国では、地域での自殺予防のための支援プログラムが重要
 - 地域における効果的な社会的支援や個人のレジリエンスは、社会的つながりや困難への対処スキルを構築し改善することで、脆弱性の高い人々を自殺から守ることができる。特に、地域は危機的状况において支援を提供し、自殺企図をした人と定期的に連絡を取り、自殺で遺された人々を支援することができる。

図3. 地域包括医療モデル:福岡県久留米市(人口約30万人)*

開始:2010年:うつ病ネットワーク
 経緯:内村直尚教授(久留米大学)
 3枚つづり紹介状(予約・FAX)
 未受療者把握(精神→保健所)



紹介状



【計画・記録共有(患者手帳等)】

- ・紹介状(3枚)とその共有システム(2010年～)
- ・電話予約をして紹介状をFAXで送る
- ・未受療者を把握

【コーディネート機能(3か月モデル運用)】

- ・うつ病連携システム推進員(精神科病院PSW)
- ・全425医療機関を担当・訪問・周知・患者背景収集
- ・2012年:連携システム推進員調査(3か月調査)
- ・半年後に前年の治療転帰調査・報告共有(匿名番号による精神科医療機関への照会)

【2013.12～2014.11の1,116事例転帰】

- ・軽快・治癒479(42.9%)
- ・普通363(32.5%)
- ・悪化23(2.1%) 不明171(15.3%)
- ・死亡12(1.1%)、うち4名自殺(未受診は1名)
- ・未記入56(5.0%) 追跡不能12(1.1%)

【地域連携会議】

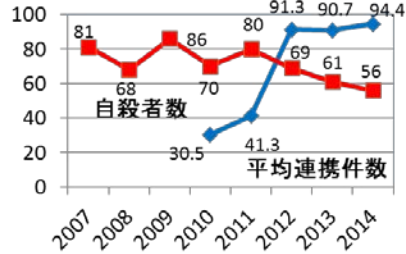
- ・2010年:うつ病ネットワーク会議(年6回)
- ・2011年:かかりつけ医・精神科医合同研修会(年2回)
- ・久留米大学救命救急センター搬送未遂者の経過共有

※【対象規模概数】

- ・人口万対年3名(かかりつけ医→精神科医紹介)

資料提供:内村直尚教授(久留米大学)

アウトカム:地域における自殺者数減少 (精神科未受診紹介患者・受診者の半年後転帰を調査中)



【3か月間調査】
 追跡可能連携事例149例
 未受療者5名(3.4%)
 うち4名はかかりつけ医で
 うつ病治療

インパクト(他地域)

- ・宮崎県
- ・沖縄県那覇市

研究分担報告書

自殺対策のための重要なツールとしての地域実態プロフィール

研究協力者 金子善博 自殺総合対策推進センター自殺実態・統計分析室長
研究代表者 本橋 豊 自殺総合対策推進センター長、京都府立医科大学特任教授
研究協力者 反町吉秀 自殺総合対策推進センター地域連携推進室長

研究要旨:本研究の目的は地方自治体での対策を促進するための重要なツールとして地域自殺実態プロフィールを開発することである。地域自殺実態プロフィールは各自治体の担当者や関係者に対して地域の自殺の実態を分かりやすく分析して提示し、地域にとって必要な対策立案に資することを目的にしている。

方法:自殺の地域実態プロフィール(第1版)の開発には、平成21年から27年の自殺統計(地域における自殺の基礎資料(確定値)内閣府)および平成21年から27年の住民基本台帳に基づく人口と平成22年国勢調査(総務省)を用いた。これらを集計し、要約とグラフにより自殺の地域実態プロフィールを作成した。

結果:自治体毎に2151項目を集計し、これらからプロフィールを作成した。プロフィール作成総数は基礎自治体である市区町村および政令指定都市の区、都道府県の合計1963となった。

まとめ:自殺総合対策推進センターは自殺の各種の特徴に対応する地域自殺対策の政策パッケージを開発している。政策パッケージは地域の自殺の実態に即して推進すべき自殺対策事業の具体的な施策群を具体的な事例に基づき示すものである。地域自殺実態プロフィールと政策パッケージを組み合わせることで地域自殺対策の計画策定と実施が円滑になされることが期待される。

A. 研究目的

日本の自殺率は2010年以降、減少傾向にあり、47都道府県も同様の傾向にあるが、依然として地域差は大きく(図1)、国際的にも高い水準にある(平成28 度自殺対策 白書)。

日本の基礎自治体数、市区町村数は1741あり、その人口規模は数百人から数百万人までさまざまである。2015年の統計では30万人以上の大規模な基礎自治体は84団体あり、人口

の43%、自殺の41%を占める。一方で人口5万人以下の小規模な基礎自治体は1183あり、人口の16%、自殺の17%をしめる。小規模自治体の自殺率は大規模自治体より高いが、各種の自殺対策の実施割合は低い。小規模自治体での自殺対策をさらに促進することが重要である。

これまで、都道府県を中心に自殺対策に関する政策プラン、事業計画が作成されているが、基礎自治体、特に小規模自治体での

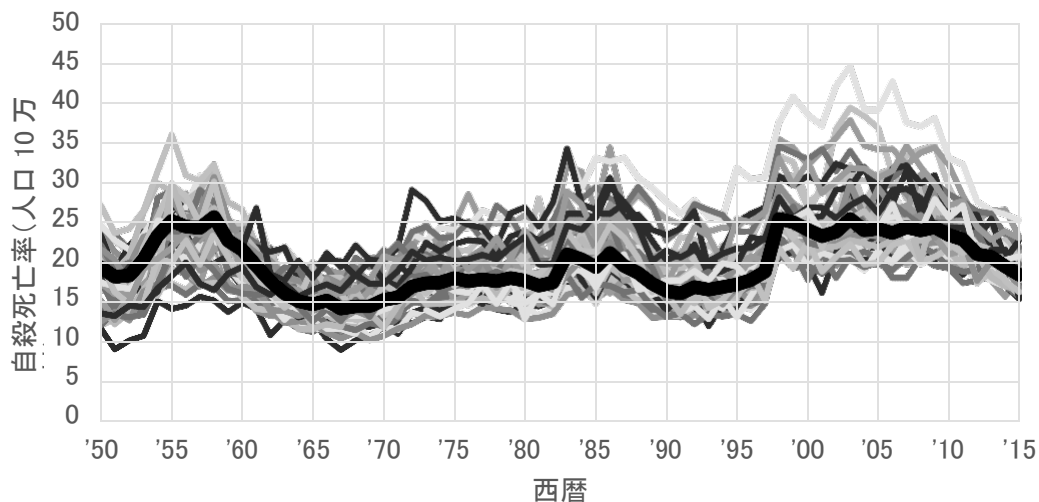


図1. 日本及び47都道府県の自殺死亡率の推移
(資料:人口動態統計(厚生労働省))

計画策定は進んでいない。策定されている計画においても、自殺総数の増減や、自殺者数の多い群を指摘するに留まっているものが多い。多くの基礎自治体にあつては、地域の実情にあつた自殺対策が立案されているとはいえない状況にあり、自殺総合対策大綱に記載された重要政策について、他の自治体での実施状況などを横目に見ながら個別の対策や事業が散発的に行われてきたのが現状である。この点については、自治体担当者自身も課題として認識しているが、自殺対策担当者が限られる等の制約があり、国や都道府県・政令市からの人的、技術的支援が求められている。

そこで、基礎自治体の自殺対策の担当者や関係者が地域の自殺の実態を迅速かつ効果的に把握し、地域自殺対策計画の策定及び事業の立案に適切に資するような、効果的な自殺実態の情報提供方法の開発が必要である。そこで、自殺総合対策推進センターでは自殺の地域実態プロファイルの開発と基礎自治体への提供手法の検討を行った。

B. 研究方法

自殺の地域実態プロファイル(第1版)の開発は、公表データを用いて行った。使用したデータは行政統計として平成21年から27年の自殺統計(地域における自殺の基礎資料(確定値)(内閣府))を、公的統計として、平成21年から27年の住民基本台帳に基づく人口と平成22年国勢調査(総務省)を用いた。住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査については、自治体毎の性別、年齢階級の人口を使用した。国勢調査については、自治体別の人口および単身世帯数を用い、独居者の人口および同居者のいる人口とした。自殺統計(確定値)には各年の自治体毎に性別(合計、男性、女性)区分それぞれについて年代、同居者の有無、職業、場所、手段、曜日、時間帯、原因・動機、未遂歴の有無の各項目の自殺者数が集計されている。職業、場所、手段、原因・動機および未遂歴については、自殺者数が少ない場合、個人情報保護のため秘匿処理されている。これらの項目を集計すると共に、年代別の自殺者数をもとに年代別の死

亡率を、同居者の有無別の自殺者数をもとに同居者の有無別の死亡率を算出した。

また、自治体コードをインデックスとして用いるため、市町村合併および自治体コードの変更への対応を行った。

開発環境としてはWindowsPC上のMicrosoft Excel2016(以下エクセル)、Adobe Acrobat DC Standard を用いた。エクセル上にプロファイルのフォーマットを作成し、各自治体の集計表とリンクさせることで、自治体毎のプロファイルを作成した。データの整理、基礎自治体毎のプロファイルの作成にはエクセル上のVBA スクリプトを用いた。

使用したデータは公表されているものであり、本研究開発にあたっての個人情報の保護および倫理的配慮に関する問題はなかった。

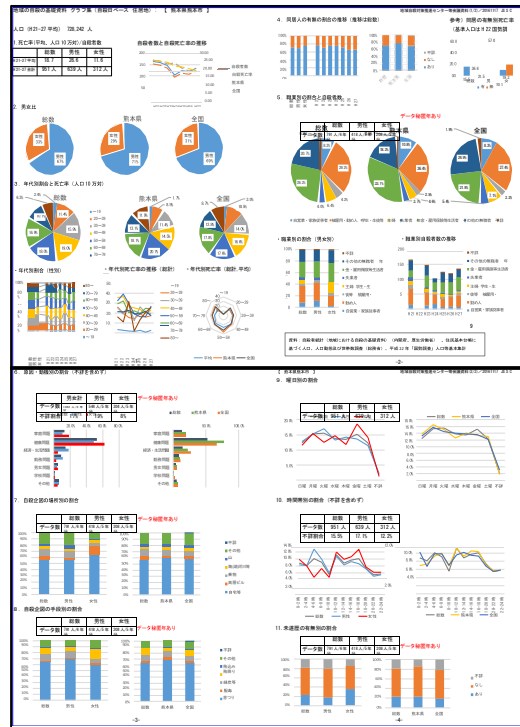


図2. 自殺の地域実態プロファイル(第1版)の例

C. 研究結果

元の帳票データは29ファイルから構成された。これらのデータから自治体毎に2151項目が集計されたが、この集計表では基礎自治体担当者にとって利用しにくく、更なる加工が必要であるため、要約とグラフ化が必要となった。グラフ化にあたっては、全項目を示すと煩雑となり閲覧性が低下するため、項目毎に選択して要約とグラフを示し自殺の地域実態プロファイルとした(図2)。グラフの選択に際しては、センター内の複数名の専門家による検討をおこなった。主な項目については、自治体毎の特性を把握しやすくするため全国値および所属する都道府県の値を比較対象としてグラフに示した。

作成したプロファイル数は基礎自治体である市区町村および政令指定都市の区、都道

府県の合計1963となった。都道府県および基礎自治体に対してプロファイルおよび集計表を配布した。配布ファイルの形式についてプロファイルはPDF形式、集計表はエクセル形式とした。これは配布、印刷時のレイアウトの一貫性を保つため、および加工時の利便性を図るためである。あわせて集計表をもとにプロファイルと同様の帳票を作成できるエクセルファイルも提供した。これは、近隣自治体との比較など、各地域の必要に応じた活用の利便を図るためである。

政令指定都市を除く基礎自治体へのプロファイルの配付は都道府県の自殺担当主管課もしくは地域自殺対策推進センター等に依頼した。各自治体への配布は平成28年12月に行った。

D. 考察

自殺の地域実態プロフィールの開発にあたって、多面的な実態を簡潔に提供する必要があった。提供したプロフィールについては、自治体より地域での説明に有効だったとの意見、一部を会議資料や報告書、広報等に引用したいとの希望や継続的な提供の希望等があった。自殺の地域実態プロフィールおよび集計表の転載、引用については許諾している。

他方、同規模自治体との比較の希望や、より多角的な視点からの分析の希望があったが、それぞれ基準の設定や標準化の点で対応が難しかった。また、並行して開発されている地域自殺対策の基本政策パッケージおよび地域特性パッケージに対応し、自殺と自殺リスクに関する地域特性に対する個別政策の必要性、優先度評価を含むようなプロフィールの開発を行う必要がある。

これらへの対応は今後の課題となった。

プロフィールの利用方法については、各種の会議などで解説することとした。地域の優先課題の把握方法として、性別や年齢、職業、世帯状況などの主な背景要因について、要因毎の人数の多さ、割合の多さ、死亡率の高さ、他の要因に比した相対的な多さなどに基づく複合的な評価を例示した(図3)。対策の上で把握してほしい具体的な点として、単に中高年男性や高齢者の自殺の割合が多いことだけでなく、全国や都道府県と比べて年齢構成や職業背景に相違はあるか、手段や場所の特徴はあるか、曜日や時間帯と既存の事業あるいはこれから計画する事業が適合しているか、などを例に挙げた。これらは、一見当然の内容ではあるが、プロフィールとして提供されなければ多くの基礎自治体にとって把握が困難な内容である。集計表をもとにプロフィールと同様の帳票を作成できるエクセルファイルについての問い合わせはなかった。

対策の優先課題のとらえかた。

- ・全国、周辺(全県)に比べ死亡率の高い課題
- ・自治体内で死亡率が高い課題(年代など)
- ・自治体内で割合が高い/人数が多い課題
 - ・人数が少ないところで、どう考えるか?
- ・対策/体制が不十分な課題
 - ・「生きる支援」の眼目:モレのない対策(効率的かどうかではない)

図3

利用されなかった、あるいは利用しにくかったことが考えられた。

開発環境およびスクリプト開発における工夫としては、大量のプロフィールを迅速に作成するため、高性能なPCを用意しファイル入出力を減らし可能な限りオンメモリで実行するワークフローを構築した。今後も、プロフィールの高度化に対応するための改善が必要であろう。

プロフィールの提供、配布にあたってはデータ量が大きくなったこと、ファイル数が増えたこと、配布先の行政機関毎に情報システムに違いがあること、自殺総合対策推進センターが利用できるファイル配布システムがないことから、原則としてCD-ROMでのデータ配布としたが、いくつかの点で改善が必要と考えられた。提供ファイル形式の変更、Webでのオンラインシステムの提供などが考えられるが、費用対効果、利用者の利便性を勘案する必要がある。

上記に示したように幾つかの課題はあるが、我々は自殺の地域実態プロフィールと政策パッケージを組み合わせることで地域の自殺対策が促進されることを期待している。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

避けられる死を防ぐための死因究明制度と自殺対策への活用のための政策提言

研究代表者 本橋 豊 自殺総合対策推進センター長、京都府立医科大学特任教授
研究分担者 清水康之 NPO法人自殺対策支援センターライフリンク代表
研究協力者 反町吉秀 自殺総合対策推進センター地域連携推進室長
岩瀬博太郎 千葉大学大学院並びに東京大学大学院教授
石原憲治 京都府立医科大学 特任教授
千葉大学大学院 特任研究員

研究要旨

目的:本研究の目的は、今後予定される死因究明等推進基本法に盛り込まれるべき「避けられる死」(自殺を含む)を防ぐための政策について、日本の死因究明制度の検討に加え、WHO 本部の政策並びに海外における先進的な政策に学び、公衆衛生的並びに法的な視点より検討し、政策提言することにある。方法:①我が国の死因究明に関係する法律、計画等に記載された「公衆衛生」に関わる記述についてまず検討する。②WHO 本部の暴力(自殺を含む)・傷害予防政策についての文献的検討を行う。③海外における自殺を含む「避けられる死」を予防するための死因究明制度に関する文献的検討を行う。④我が国における死因究明に関する法制度を歴史的に概観した上で、死因究明制度による検死データベースを用いた自殺対策への活用の実現のための政策的課題を検討する。⑤アイルランド共和国における死因究明制度並びに自殺対策関係機関・者に対する訪問調査に学び、我が国における自殺を含む「避けられる死」を防ぐための「公衆衛生」の向上に寄与する死因究明制度の政策的展開について検討する。

結果:①「警察等が取り扱う死体の死因または身元の調査等に関する法律」等、我が国の死因究明関係法、計画に、「公衆衛生の向上」等の死因究明により得られた情報の活用に関わる記述がなされていることが確認できた。②WHO本部は、2000年、傷害(injury)は、主要な公衆衛生課題の一つであり、傷害は予防可能であると宣言し、暴力・傷害予防部門を設立し、暴力(自殺を含む)・傷害予防についても、主要な公衆衛生政策として位置づけている。

③オーストラリアビクトリア州の死因究明制度は、コナー制度が採用され、突然死による早死や、事故、暴力暴力、自殺等外因による死亡を避けられる死と捉え、予防することを目的としていることが判明した。対象事例のデータベース化が行われ、死因究明施設に設立された予防ユニットにより詳細な分析が行われ、自殺予防を含む「避けられる死」の再発予防のための勧告に活かされている。

④我が国の死因究明制度は2012年の「死因究明等推進法」並びに「死因・身元調査法」制定により、前進があったがいまだ問題は山積している。今後、死因究明推進基本法案の再提出が予想されるが、その中に、「避けられる死」の再発予防機能を持ちうる、検案・解剖情報のデータベース化が求められる。

⑤1)死因究明制度の実務と自殺対策:コナーによる初動調査に基づき、法医病理学者による解剖が依頼される。解剖しても内因死であることが確定しない場合、死の周辺の事実を明らかにし、公的に記録することを目的に審問(inquest)が行われて死因が確定する。更に、中央統計局が、必要に応じて警察に対する照会等により更に情報を集め、より精度が高い統計を作成する仕組みになっている。コナー制度に基づき統計局の補完によって正確かつ厳密に死因の種類としての自殺を判定している。2)アイルランド共和国では、自殺データの登録と並び、自傷・自殺未遂登録のいずれもが、国の自殺対策戦略の基本的要件として認識されている。全国の公的病院の外来または入院自傷・自殺未遂患者すべてを登録し、受療された自傷行為の特徴を把握し、トレンドをモニターし、研究の進展と自殺対策の推進に寄与することを目的として運営されている。

3) 自殺対策支援・情報研究 (SSIS 研究) : コロナー制度による正確性の高い死因究明制度を基盤とし、自殺関連データへの系統的アプローチとして、コーク地域における自殺死亡事例を対象に実施された。データソースとして、コロナーの記録と解剖記録、遺族・友人へのインタビュー、家庭医、精神科医、心理士からの情報提供を用いて、多角的な視点から、自殺の実態分析が行われていた。 4) SSIS 研究を活用し、遺族、保健医療従事者、一般住民に提供することを目的として、エビデンスに基づく自殺による死別に関する国家プロジェクトとしての情報提供が、自殺対策支援・情報システムウェブサイト設立により実施されている。 考察 : ①我が国における死因究明関係法、計画等に盛り込まれた「公衆衛生」の向上は、疾病の予防や治療だけでなく、傷害や暴力(自殺)を含めたものと想定される。しかし、わが国では、従来、事故や暴力(自殺も含む)による傷害予防については、一部を除き、公衆衛生施策として十分に位置づけられてこなかった。新しい死因究明制度の目的の一つとされる「公衆衛生」の向上には、これまでとは違った新しい政策的展開が求められる。

②WHO は自殺を含む暴力・傷害による死を「避けられる死」と捉え、予防すべき主要な公衆衛生課題として位置づけている。我が国においても、「避けられる死」の予防を公衆衛生政策として位置づけるとともに、制定が予定される新しい死因究明法において、法的に位置づけられる必要性が示唆された。

③オーストラリアビクトリア州の取り組みから学び、日本の死因究明制度を、避けられる死の予防を含む公衆衛生の向上のために政策的展開を検討し、避けられる死を減らすことを目的とした検死事例データベースの作成等5案を考案した。

④アイルランド共和国における死因究明制度と自殺対策への活用

1) 厳密な死因の正確性が確保されたアイルランド共和国の死因統計作成プロセスに学び、我が国の現行制度下で可能な運用の徹底に加え、自殺を含めた避けられる死の予防等、公衆衛生の向上等に活用できる死因究明法の制定や、より正確な検案情報に基づくデータベース作成等の必要性が示唆された。

2) 自傷・自殺未遂登録制度は、自殺行動の急増をタイムリーに把握し、危機に脆弱なグループに対する自殺対策の端緒とすることができる。我が国においても、消防庁や全国の消防本部が把握しているデータを大切にしながら、自傷登録制度の確立が推奨される。

3) アイルランドの自殺対策支援・情報システム研究で用いられた多角的なデータソースに基づく自殺の実態の把握は、精神医学的な視点に重点のある心理学的剖検と比較して、自殺の総合的な実態把握の上で、優れた側面を持ち、我が国においても同様の研究が実施されれば、より効果的な自殺対策のエビデンスを提供しうると考えられた。遺族支援の情報に加え、家庭医や精神保健従事者に向けた情報提供もあわせた自殺対策支援・情報に関するウェブサイトの構築は、これらの人たちへの効果的な取り組みとして、今後、我が国でも実施されるべきと考えられた。

⑤まとめ

現状では、ア) 死亡事例から得られた情報が、自殺対策や社会安全に生かされていない、イ) 情報が散在し、死亡情報の集積・分析が不十分であり、ウ) 避けられる死が防がれず、自殺、子どもの死亡、各種事故など重大な社会損失となっている。都道府県死因究明推進協議会が、事故等の再発防止に資する他の機関とも連携しつつ、死亡事例のデータベースを作成し、死亡状況や死因ごとに集積し分析できれば、再発防止策の立案が可能になり、関係機関に対して再発防止の勧告も可能になる。そのためには、死因究明等推進基本法案のなかに、「解剖及び検案情報に係るデータベースの整備に必要な施策を講じる」といった規定を置く必要がある。情報の匿名化、アクセス者の制限、刑事訴訟法上の問題等に関しては、専門家を委員とするワーキングチームで検討する。以上が、政策提言の概要である。

A 研究目的

2007 年、若手力士が相撲部屋内で暴行を受け死亡した。当初、病死と判断されたが、遺族の意向で行政解剖が行われ、暴行による死亡であることが判明した。この力士暴行死亡事件が明るみに出ることによって、我が国の死因究明制度の構造的欠陥が明らかとなった。その後、超党派議員や関係者の努力により、抜本的な制度改革が検討され、死因究明制度に関係する法律や、計画が制定された。注目すべきは、それらの中に、死因究明制度の目的の一つとして、「公衆衛生の向上」が想定されていることである。これらに盛り込まれた「公衆衛生」の向上は、疾病の予防や治療だけでなく、傷害や暴力（自殺）を含めたものと想定される。そこで、本研究は、今後予定される死因究明等推進 基本法に盛り込まれるべき「避けられる死」（自殺 を含む）を防ぐための政策について、日本の死因究明制度の歴史的、法的な検討に加え、WHO 本部の政策並びに海外における先進的な政策に学び、 検討し、政策提言することを目的として実施した。

B 研究方法

- ①わが国の死因究明に関係する法律、計画、法案等に記載された「公衆衛生」に関わる記述を、各論的に拾い挙げて分析した。（平成 26 年度）② WHO 本部の暴力（自殺を含む）・傷害予防政策の歴史的経緯と現状を、文献的検討により分析した。（平成 26 年度）③死因究明制度を、公衆衛生の視点から活用している先進地と国際的評価の高い海外諸国（オーストラリアについては平成 26 年度、アイルランド共和国及び英国については平成 27 年度）における自殺を含む「避けられる死」を予防するための死因究明制度とその活用について、文献的検討を行った。④わが国の死因究明に関する法制度を概観し、今後のわが国において、新しい死因究明制度の自殺対策への活用にあたっての政策的課題を整理し、検討した。（平成 27 年度）⑤アイルランド共和国における死因究明制度並び

に自殺対策関係機関・者に対する訪問調査を行い、同国における死因究明制度の自殺対策への活用について検討した。その上で、我が国における自殺を含む「避けられる死」を防ぐための「公衆衛生」の向上に寄与する死因究明制度の政策的展開について検討した。（平成 28 年度）

C 研究結果

- ① わが国の死因究明関係法、計画に記載された「公衆衛生の向上」等の死因究明により得られた情報の活用に関わる記述は、「警察等が取り扱う死体の死因または身元の調査等に関する法律」第 1 条（目的）（2013 年 4 月 1 日施行）、「死因究明等の推進に関する法律」第 2 条（死因究明等の推進に関する基本理念）（2012 年 9 月 21 日施行、2 年間の時限立法で失効済）、「死因究明等推進計画」死因究明等を行なうための当面の 8 つの重点施策の 1 つ（2014 年 6 月 13 日閣議決定）等において確認された。
- ② 世界では年間 500 万人以上が、暴力、事故、自殺などの傷害による死亡のため、命を落としている。また、世界における死亡の約 9%は、傷害による外因死であり、DALY（Disability Adjusted Life Year 障害調整生命年）でも約 9%を占めている。（2014 年）しかも、将来の死因予測では、交通事故、自殺、対人間暴力による死亡が、これまで以上に死因順位の上位に位置すると予想されている。
- このような状況認識の下、WHO 本部は、2000 年、「（暴力や事故による）傷害は、主要な公衆衛生課題の一つであり、傷害は予防可能である。」と宣言し、暴力・傷害予防部門を設立した。WHO は、現在まで、暴力、交通事故、子どもの事故、自殺それぞれについてのグローバルレポートを作成し、暴力・傷害予防についても、公衆衛生政策として取り組むよう、世界各国を促している。

- ③ オーストラリアでは、日本とは異なり、捜査機関とは独立したコロナー（司法官職）が死因究明に責任を持つコロナー制度を採用している。コロナーは、犯罪に関係あるか否かにかかわらず、死因の明らかでない事例や外因死事例について、警察や法医学関係者等に指示をしながら、死因究明にあたる。中でもビクトリア州の死因究明制度は最も先進的であり、公衆の健康と安全（public health and safety）の確保、具体的には、突然死による早死や、事故、暴力、自殺等外因による死亡を避けられる死と捉え、予防することを目的としていることが判明した。コロナーには、避けられる死の再発予防のための勧告またはコメントを作成する権限が付与されている。また、コロナーが取り扱った事例のデータベース化が行われ、死因究明施設に設立された予防ユニットにより詳細な分析が行われ、自殺予防等、再発予防のための勧告に活かされている。
- ④ 英国では、死因究明制度の積極的活用により自殺の背景に関する踏み込んだ分析を行い、自殺予防政策への活用を目的とする先進的研究がなされている。Coope Cらは、イングランド・ウェールズの4地域のコロナー記録を用い、自殺者の社会的経済的状況、メンタルヘルス、助けを求める行動等を抽出した。景気後退との関連性を5つの尺度を使ってグレード分類し、自殺者のうち13%は、景気後退に関連していることを示した。それらでは、過去の自傷歴が少なく、雇用されている者の割合が高く、経済的困難を抱えると同時に、経済的に依存している家族を抱えている者の割合が高く、精神科受診歴のある者の割合が低いことを見出した。このことから、景気後退に関連した自殺を減らすには、医療機関以外の組織や活動に焦点が充てる政策が必要であることを明らかにしている。Gunnell Dら

は、国立統計事務所のデータに加え、イングランド・ウェールズの2000年から2011年のコロナー記録を用い、練炭、ヘリウム、硫化水素が関連した自殺を調べ、ガス自殺は10年間に半減していることを示している。これは、排気ガス等によるCO中毒自殺の減少による。一方、ヘリウムガス自殺は爆発的に増加していた。硫化水素や練炭自殺の流行は起こっていないことを示した。新しいタイプのガス自殺者は、やや若く、裕福な階層の割合が高いことを明らかにした。東アジアで起こった練炭自殺の急増と類似したヘリウム自殺の流行的増加を予防する公衆衛生施策が緊急に必要であることを述べている。また、即時性のある自殺及び自殺未遂のサーベイランスシステムの適応により、新しい自殺手段による自殺の流行を阻止する必要性を指摘している。

- ⑤ わが国の死因究明制度について、以前からその脆弱性が問題とされ、解剖や、薬毒物検査実施率の低さに起因する犯罪の見逃しの可能性が指摘されてきた。2006年に再捜査を開始したパロマガス給湯器の欠陥による事件、2007年に起きた時津風部屋力士暴行死事件は、死因究明のための議論の発火点になった。他方、公衆衛生上の再発予防策との連携の乏しさも指摘されてきたが、これに対しては各省庁で個別の取組みがなされてきた。国土交通省では2008年、航空・鉄道事故調査委員会と海難審判庁を改組・統合し運輸安全委員会を設置し、事故の原因究明・再発予防に向けた調査が運輸関係全般で行われるようになり、2012年は消費者庁に、消費生活上の生命・身体に係る事故について原因を究明するための「消費者安全調査委員会」が置かれた。さらに、厚生労働省の所管では、2015年改正医療法の施行により新しい医療事故調査制度が発足し、各地で民間の機関である医療事故調査支援センターが情報の収集・分析にあたっている。

⑥ アイルランド共和国における死因究明制度と自殺対策への活用

1) 死因究明制度の実務と自殺対策：アイルランド共和国でも、死因究明制度としてコロナ制度が採用されている。コロナによる初動調査に基づき、内因死であることが明らかになった死体以外はすべて法医病理学者による解剖が依頼される。解剖しても内因死であることが確定しない場合、死の周辺の事実を明らかにし、公的に記録することを目的に審問（inquest）が行われて死因が確定する。中央統計局が、コロナの情報が十分でない場合と判断した場合、警察に対する照会等により更に情報を集め、より精度が高い統計を作成する仕組みになっている。コロナ制度に基づき統計局の補完によって正確かつ厳密に死因の種類としての自殺を判定している。

2) アイルランド全国自傷・自殺未遂登録制度：アイルランド共和国では、自殺データの登録と並び、自傷・自殺未遂登録のいずれもが、国の自殺対策戦略の基本的要件として認識されている。全国の公的病院の外来または入院自傷・自殺未遂患者すべてを登録し、治療された自傷行為の特徴を把握し、トレンドをモニターし、研究の進展と自殺対策の推進に寄与することを目的として運営されている。このシステムにより、リーマンショック後の自殺行動の急増をタイムリーに把握され、そのことが経済的危機に脆弱なグループ（建設労働者等）に対する自殺対策の端緒とされていた。また、2007年から2015年にかけて、縊死の割合が78%増加している等、致死性の高い自殺手段へのシフトがあることも明らかにされた。

3) 自殺対策支援・情報システム研究（SSIS研究）：コロナ制度による正確性の高い死因究明制度を基盤とし、自殺についての正確な

データへの系統的アプローチとして、コーク地域において（2008-2012年）における自殺死亡事例を対象に実施された。データソースとして、コロナの記録と解剖記録、遺族・友人へのインタビュー、家庭医、精神科医、心理士からの情報提供を用いて、多角的な視点から、自殺の実態分析が行われていた。

4) SSIS 研究を活用し、遺族、保健医療従事者（家庭医並びに精神保健医療従事者を含む）、一般住民に提供することを目的として、エビデンスに基づく自殺による死別に関する国家プロジェクトとしての情報提供が、自殺対策支援・情報システムウェブサイトの設立により実施されている。注）アイルランド共和国における死因究明制度と自殺対策への活用についての検討は、平成27年度に文献的検討を行い、平成28年度は訪問調査を実施した。両者の結果には重複部分もあるので、まとめて記載した。

D 考察

① 我が国における死因究明関係法、計画等に「公衆衛生の向上」が盛り込まれたことについて：これらに盛り込まれた「公衆衛生」の向上は、疾病の予防や治療だけでなく、傷害や暴力（自殺）を含めたものと想定される。しかし、わが国では、従来、自殺対策、高齢者の転倒予防、子どもの虐待予防等を除く、事故や暴力（自殺も含む）による傷害予防については、公衆衛生施策として十分に位置づけられてこなかった。死因究明制度の目的の一つとされる「公衆衛生」の向上には、これまでとは違った新しい政策的展開が求められており、WHO並びに諸外国の先進的な政策や取組に学ぶ必要性が示唆された。

② WHO は、自殺を含む暴力・傷害による死を「避けられる死」と捉え、予防すべき主要な公衆衛生課題として位置づけている。我が国にお

いても、このような「避けられる死」の予防を公衆衛生政策として位置づけるとともに、今後制定が予定される新しい死因究明法において、法的に位置づけられる必要性が示唆された。

- ③ オーストラリアビクトリア州の取り組みから学び、日本の死因究明制度を、避けられる死の予防を含む公衆衛生の向上のために政策的展開を検討し、次の 5 案を考案した。
- 1) 避けられる死を減らすことを目的とした検死事例データベースを新たに作成する。
 - 2) 既存のデータベースを避けられる死の予防に活用できる仕様に改変する。(具体的には、東京都監察医務院に蓄積されている検死・解剖情報の活用)
 - 3) 既存の事故調査システムやデータベースを前述の検死事例データベースとリンクすることで、その機能を拡大することである。具体的には、消費者安全調査委員会による事故調査情報システムと検死事例データベースのリンクを検討する。
 - 4) 死因究明データベースに基づき、類似の避けられる死を繰り返さないための勧告制度の導入である。勧告の主体としては、都道府県レベルでは、死因等究明推進協議会にその機能を持たすことが可能であろう。国レベルでは、消費者安全調査委員会の守備範囲を拡大し、様々な避けられる死の再発予防に関する勧告権限を持たせることも検討の余地があろう。または、消費者事故調の例に倣い、別途、独立した専門家委員会を設立し、その機能を持たせることも可能である。
 - 5) 勧告を行う機関と受ける機関・関係者との対話である。一方的な勧告に終わらないためには、ビクトリア州で、大動脈解離事例をめぐる勧告に伴い設定されたような、勧告機関と勧告された関係機関や関係者と

の対話の場が設定されることが望まれる。

犯人探しではなく、公衆の健康と安全 (public health and safety) の増進の視点から、両者の対話がなされ、建設的な再発予防策が作成されることを期待したい。

- ④ アイルランド共和国における死因究明制度と自殺対策への活用
- 1) 死因究明制度の実務と自殺対策：高い正確性が確保されたアイルランド共和国の死因統計作成プロセスに学んでの政策提言として、我が国の現行制度下で可能な運用の徹底として、死体検案書の事後訂正手続の実効性を高めること、死亡診断書・死体検案書が「記入マニュアル」に沿って書かれているかどうかを、保健所並びに都道府県死因究明推進協議会等でチェックすることが推奨される。

自殺を含めた外因死について、個人情報の取扱いに十分な配慮をした上で、研究者や政策立案者がアクセスできるような正確な検案情報に基づくデータベースの作成が望まれている。自殺総合対策のみならず、既存の組織である交通事故分析センター、消費者安全調査委員会、医療事故調査委員会等に対する情報提供もより一層しやすくなるだろうし、大規模自然災害対策についても寄与できる。

刑事手続に乗る以外の死亡事案に関する死因確定の際、医学的知見と法律的判断の両者ができるような制度を検討する必要がある。例えば、事件性が否定された死亡事案については、警察の手から離れた後、必ず法律的知見を有する者がチェックし医学的判断と併せ、調査権限を使用しつつ死因を確定するような新しい制度の可能性を検討すべきである。
 - 2) 自傷・自殺未遂登録制度は、自殺行動の急増をタイムリーに把握し、危機に脆弱なグ

ループに対する自殺対策の端緒とすることができ。また、自傷行為患者の治療やケースマネージメントの改善、自傷行為の保護因子と危険因子を明らかにすることができること、頻繁に乱用される薬剤や致死性の高い自殺手段の入手可能性制限等にも活用できることなど、効果的な自殺対策をする上でメリットが大きい。我が国においても、消防庁や全国の消防本部が把握しているデータを大切にしながら、自傷登録制度の確立が推奨される。第1段階としては、特定の地域での試行的な実施が現実的かもしれない。

- 3) アイルランドの自殺対策支援・情報システム研究で用いられた多角的なデータソースに基づく自殺の実態の把握は、精神医学的な視点に重点のある心理学的剖検と比較して、自殺の総合的な実態把握の上で、優れた側面を持ち、我が国においても同様の研究が実施されれば、より効果的な自殺対策のためのエビデンスを提供しうると考えられた。日本において過労自殺に代表されるような勤務問題や経済生活問題と自殺との関連について更に踏み込んだ洞察を得て、効果的な自殺予防対策を進めるためには、アイルランドの取り組みを参考として、心理学的剖検ではなく、検死情報の活用や受診医療機関への照会を含めた多角的な自殺事例の検討が実施されることが望まれる。

遺族支援の情報に加え、家庭医や精神保健従事者に向けた情報提供もあわせた自殺対策支援・情報に関するウェブサイトの構築は、これらの人たちへの効果的な取り組みとして、今後、我が国でも実施されるべきと考えられた。

⑤ まとめ

現状では、ア)死亡事例から得られた情報が、自殺対策や社会安全に十分には生かされていない

い、イ)情報が散在し、死亡情報の集積・分析ができていない、その結果、ウ)避けられる死が防がれず、自殺、子どもの死亡、各種事故、など重大な社会損失となっている、という背景がある。つまり、死亡診断書、死体検案書から得られ、都道府県を経て厚生労働省が公表している人口動態統計のなかの死因統計は情報の統合化がなされず、状況に関する記述もないため不確実なものとなっている。そこで、今次置かれつつある都道府県死因究明推進協議会が、事故等の再発防止に資する他の機関とも連携しつつ、死亡状況や死因ごとに集積し分析を行い、死亡事例のデータベースができれば、それを活用することで再発防止策の立案が可能になり、関係機関に対して再発防止の勧告も可能になる。例えば、人口も比較的多く、かつ法医学教室も規模の大きい千葉県で試行するというのが一案であり、そのためには、現在再提出を検討している死因究明等推進基本法案のなかに、「解剖及び検案情報に係るデータベースの整備に必要な施策を講じる。」といった規定を置く必要がある。情報の匿名化、アクセス者の制限、刑事訴訟法上の問題等に関しては、専門家を委員とするワーキングチームで検討する。以上が、私たちの政策提言の概要である。

今後制定される予定の死因究明基本法が、ア)死因究明制度の改善による死をめぐる事実関係 究明を改善し、イ)死亡データベース構築による自殺などの避けられる死の予防への活用を、前に進めることができるような内容になることを、期待している。もし仮に、制定される死因 究明基本法が、理想的なものとははなれなくとも、ご遺族、政策形成者、研究者、その他関係者の 方々のご尽力と調整作業によって、避けられる死の予防への活用ができるような実りのある制度として運用されることが、切に求められる。

参考文献・サイト

- Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The global burden of injuries. *Am J Public Health* 2000; 90(4): 523-6.
- 1) WHO VIP Home:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/en/
 - 2) Coope C. et al. Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010-2011): A review of coroners' records. *J Affective Disorders*. 2015; 183: 98-105.
 - 3) Gunnell D. et al. Suicide by gases in England and Wales 2001-2011: evidence of the emergence of new methods of suicide. *J Affective Disorders*. 2015; 170: 190-195.
 - 4) Freckelton I, Ranson D. *Death Investigation and the Coroner's Inquest*. Oxford. 2006.
 - 5) Central Statistics Office HP:
<http://www.cso.ie/en/index.html>
 - 6) Corcoran P, Arensman E. A study of the Irish system of recording suicide death. *Crisis* 2010; 31(4): 174-82.
 - 7) Luce T (Chair). *Death Certification and Investigation in England, Wales and Northern Ireland: The Report of a Fundamental Review*. London: The Stationery Office, 2003.
 - 8) Luce T. Coroners and death certification law reform: the Coroners and Justice Act 2009 and its aftermath. *Med Sci Law* 2010; 50: 171-8.
 - 9) Corcoran P, Griffin E, Arensman E et al. Impact of the economic recession on suicide and self-harm in Ireland. *International J Epidemiology* 2015; 44(3): 967-77.
 - 10) Hawton K, Witt K, Taylor Salisbury T et al. Deliberate self-harm: A systematic review of the efficacy of psychosocial and pharmacological

treatments in preventing repetition. The Cochrane Library 2015. 7: CD011777.

- 11) National Suicide Research Foundation. Second report of the suicide support and information system. 2013.
- 12) Isometsä E. Suicide in bipolar I disorder in Finland: psychological autopsy findings from the National Suicide Prevention Project in Finland. *Arch Suicide Res*. 2005; 9(3): 251-60.

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 反町吉秀、瀧澤透. Public Health and Safety と死因究明制度—公衆衛生の立場から. *公衆衛生* 2015; 79(5): 329-33.
- 2) 岩瀬博太郎、石原憲治. 日本の法医学教育および死因究明制度の歴史 *公衆衛生* 2015; 79(5): 299-303
- 3) 石原憲治、武市尚子、池谷博、出羽厚二、吉田謙一、岩瀬博太郎. 「死因・身元調査法に基づく解剖の実施状況について」 *千葉医学雑誌*. 2015; 91: p1-8 2015.2.

2. 学会発表

- 1) 反町吉秀. 自殺対策と死因究明制度—死の「公共化」がなぜ必要か. 第74回日本公衆衛生学会. シンポジウム2 自殺対策の改革に向けて. 2015年11月4日. 長崎市.
- 2) 反町吉秀、石原憲治、金子善博、本橋豊. アイルランド共和国における全国自傷行為登録制度について日本セーフティプロモーション学会第10回学術大会、2016年12月11日、京都

H. 知的財産:特許権の出願・登録状況 なし

研究成果の刊行に関する一覧表

著書

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
本橋豊	これからの自殺対策の方向性	精神保健医療福祉白書編集委員会	精神保健医療福祉白書2017 地域での共生にむけて	中央法規	東京	2017	45
Sawada Yasuyuki, Ueda Michiko, Matsubayashi Tetsuya	Economic Analysis of Suicide Prevention: Towards Evidence-Based Policy-Making	Sawada Yasuyuki	Economic Analysis of Suicide Prevention: Towards Evidence-Based Policy-Making	Springer Singapore	Singapore	2017	190

原著・総説

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Toyoshima M, Kaneko Y, Motomashi Y	Leisure-time activities and psychological distress in a suburban community in Japan	Preventive Medicine Reports	69	4-10	2016
本橋豊	組織における自殺対策—職場のゲートキーパー養成—	産業ストレス研究	23	257-260	2016
本橋豊、金子善博	自殺の実態と対策の現状	法律のひろば	69	4-10	2016
馬場優子、西川路由紀子、反町吉秀	学校現場での取組SOSの出し方教育—児童・生徒への自殺予防教育の具体的な取組	法律のひろば	69	25-33	2016

学会発表

発表者氏名	演題名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
本橋豊(座長)	地域自殺対策の推進に向けた公衆衛生人材の育成	日本公衆衛生雑誌	63(10)	75-76	2016
本橋豊(座長)	自殺総合対策の新たな政策展開	第1回国際自殺対策フォーラム			2017

厚生労働科学研究費補助金
(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))
H26-精神-一般-003