

1. はじめに

自殺の背景には、精神医学・心理学的要因や種々の社会的要因があると考えられる。すなわち、精神疾患の罹患や、経済、地域・家庭・学校・職場などにおける種々の要因である。一方、自殺の結果は、一人の尊い命が失われるということにとどまらない。周りの人たちや社会に対する影響も計り知れないものがある。自殺は、私たちが、全力をもって防ぐべきものである。

自殺予防には、保健福祉領域における活動や種々の社会的問題への対策など、総合的な取り組みが必要である。すなわち、自殺予防に対する、より効果的な取り組み、あるいは社会情勢等に応じた柔軟な取り組みを実現するためには、関連機関における日ごろの地道な活動の積み重ねとともに、これらの活動をとりまとめ、また活動の具体的な方向付けを行う作業が必要である。

本提言は、以上のような問題意識の上に、自殺予防において取り組むべき課題を明らかにするとともに、関連機関における具体的な活動と連携の一つの道筋を示すものである。

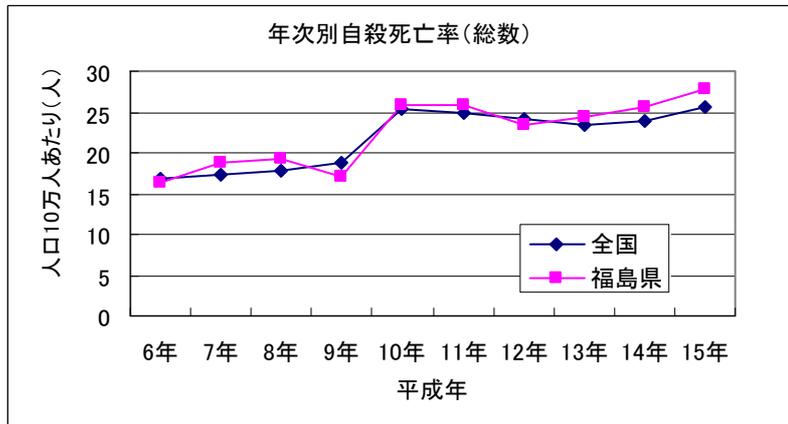
この提言は関連機関における活動を制約するものではないが、各機関が、提言を参考として積極的に連携を図りながら、自殺予防に取り組むことが望まれる。

2. 福島県における自殺および自殺予防の現状

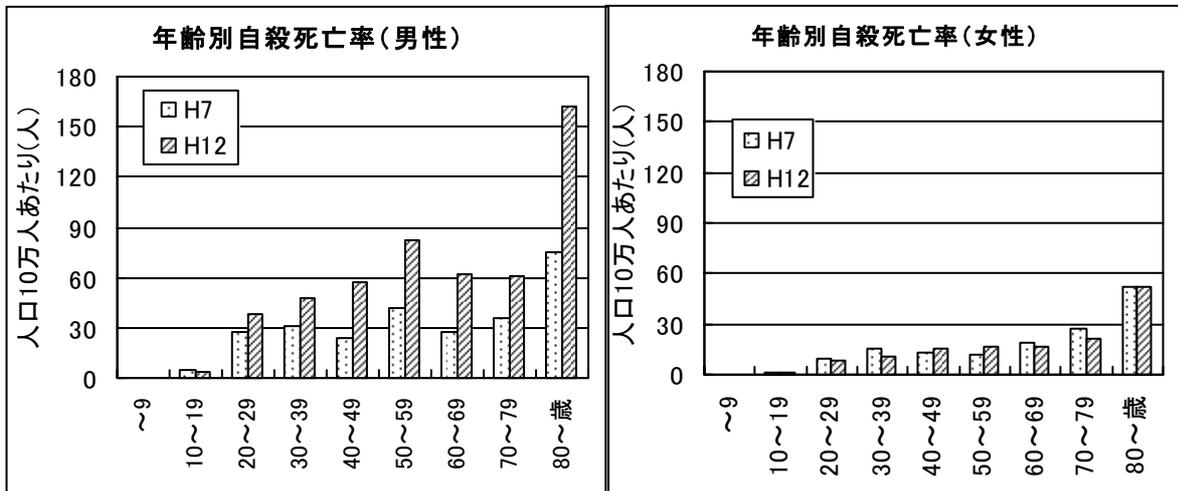
(1) 自殺の現状

① 自殺死亡率（人口10万対）の推移（人口動態統計資料から）

自殺死亡率は、平成10年を境に全国的に上昇し、福島県でも同じ動きが見られた。その後も上昇傾向にある。その中でも平成15年の福島県の自殺死亡数は586人（10万人あたり死亡率27.9）で、最も高い値となった。

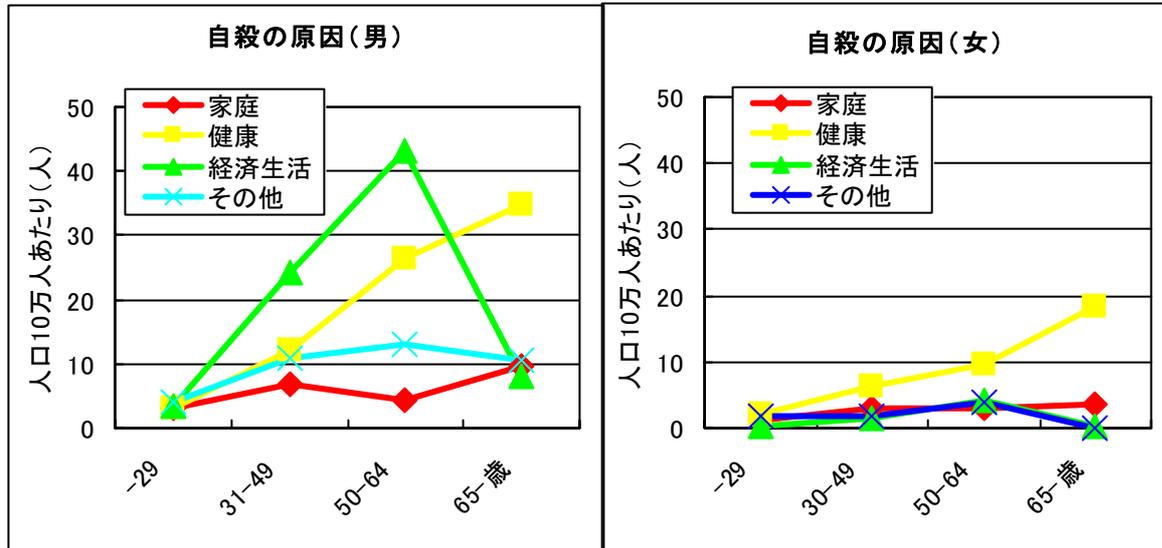


② 性・年齢別死亡率（福島県の保健統計から）



自殺死亡率は、各年代とも男性のほうが女性よりも高い。女性が年齢とともに高くなるのに対し、男性ではそのほかに 50 歳代を中心としたピークを持つことが特徴。年次別には、女性はほとんど変わらないのに対し、男性の増加が著しく、特に 40～60 歳代と 80 歳以上の高齢者が増加している。

③ 自殺の原因（福島県警のデータをもとに作成）



男女ともに、年齢とともに健康問題を原因とする自殺が増える。加えて、男性では 50-64 歳をピークとして経済生活問題を原因とする自殺が多い。

(2) 自殺予防の現状

「健康ふくしま 21」における数値目標（人口 10 万対）

自殺率	平成 11 年調査値	目標値(2010 年)
成人期 (65 歳未満)	22.6	13
高齢者 (65 歳以上)	38.9	30

平成 13 年 6 月に策定された健康増進計画である「健康ふくしま 21」第 4 節「休養・こころの健康」には、施策の数値目標として「自殺率」があげられており、官・民・団体等一体となった対応策を検討し、自殺予防に関する啓発や相談体制の充実に努めることとなっている。平成 15 年には福島県自殺予防協議会を設置し、その対応策を検討するとともに、自殺予防研修の実施や、うつ病・自殺予防のためのリーフレットの作成を行い、普及啓発に努めている。

3. 自殺予防対策の概要

自殺予防対策には、(1) 自殺の背景や自殺の影響について十分な実態把握を行うことが必要である。社会的要因、家庭や職場の環境の要因、精神医学的・心理学的要因などである。具体的な予防活動としては、(2) 身近な人が自殺のリスクに気づき、相談機関の利用など、適切に対応できるような自殺予防の啓発活動、(3) 高齢者、慢性の身体疾患を持つ者、障害者など自殺のリスクを持つ者への医療や相談の支援、などが挙げられる。

啓発活動には、単に自殺予防だけではなく、生き方やライフスタイルについての啓発や教育も含まれるだろう。さらに、(4) 自殺者遺族など自殺後の対策も重要である。自殺がいかに関わる者や社会に影響を与えるかを確かめることが、自殺予防の啓発に役立つであろうし、また身近に自殺者を体験することは自殺のリスクであると考えられ、遺族のケア自体が自殺予防の活動でもあるからである。

4. 自殺の実態把握

自殺の実態把握の目的は、自殺のリスクが高い者を見つけ出し、適切な対応を行うことにある。したがって、(1) どのような背景が自殺のリスクとなるか、(2) 自殺のリスクを評価する手段の開発とその妥当性の検証を行うことが必要である。さらに、(3) 自殺による影響についても、自殺予防の重要性を確認するために必要である。

(1) 自殺の実態およびその背景

① 内容

自殺者数、自殺の状況（手段や時間など）、自殺者がおかれていた社会的および心理学的・精神医学的等の背景（就職状況、家庭状況、経済的状況、精神疾患の罹患と受診歴等）などが挙げられる。また、世の中全体の、自殺や生き方についての考え方、社会的弱者に対する考え方、経済情勢、労働環境など、社会全体の要因が自殺に与える影響も検討することが必要である。

② 方法

・**警察と連携した調査**：自殺の実態及びその背景については、警察による調査が継続して得られる情報源としてあげられる。自殺者数、背景要因などは、一般に公表されているが、より詳細なデータは、プライバシー保護の観点から慎重に取り扱うことが必要である。

・**心理学的剖検**：自殺者の精神医学的・心理学的背景については、警察による調査だけではカバーしきれず、心理学的剖検が有用である。精神疾患を持ちながら、医療機関に受診していなかった者の実態、自殺に至る心理的経過などが調査の内容となる。県内では、県立医大法医学教室が警察と連携し、遺族の協力を得て、研究・調査を行った。今後も同様な研究手段を用いた調査が必要である。

・**救命救急センターにおける自殺未遂者の調査**：自殺未遂者の調査には2つの意義がある。

(a)自殺既遂者への調査に代わるものとしての意義：心理学的剖検については、遺族への負担が大きいことなどから、継続して行うことが容易ではないという難点がある。それに代わるものとして、救命救急センターにおける自殺未遂者の調査も有用である。特に、既遂の確率が高い手段によって自殺未遂となった者の調査は、自殺既遂者の精神医学的・心理学的背景を推測するのに的確な手段と考えられる。

(b)ハイリスク群としての自殺未遂者の把握：自殺未遂の既往は大きな自殺のリスクである。自殺未遂者の調査を行うことによって、自殺未遂者への適切な対応を検討し、結果的に自殺を予防する効果が期待される。

(2) 自殺のリスク評価法

① 内容

・**自殺リスク評価法に求められる内容**：自殺のリスクの評価法は、行動に結びつくものでなければ

ばならない。すなわち、リスクがあると判断された場合に、それが相談機関のレベルで対応可能か、あるいは精神科などの専門機関への受診を進めたほうがよいかなどの具体的行動を決定する判断基準となるものである。

・**専門家による評価法と一般向けの評価法**：自殺のリスクの評価は、評価者の立場に応じた評価法が必要である。すなわち、専門家は、専門的な視点で評価する技能を持つので、その技能を生かした評価法が有用である、専門家としては、精神科医、精神保健福祉士、看護師、一般科医師、ケアマネジャー、行政相談機関職員などが挙げられる。その職種によって、評価法を調整することが必要であるかもしれない。一方、身近に暮らす家族は、専門的な視点は乏しくとも、長時間にわたって本人と接するために、より多くの情報が得られるという長所がある。家族らが簡便に自殺のリスクを評価できる方法が有用である。

② 方法

(1)で述べた自殺の実態およびその背景についての調査に基づいて作成することができる。しかし、作成した評価方法の妥当性をいかに検討するかが問題となる。一般的には、尺度の妥当性の検討のためには評価後の予後を調査する前方視的研究が必要である。しかし、統計的手法を用いるには自殺の頻度が少なく、かなりのサンプル数を要する。また、自殺の危険性が判断された場合、全力で自殺防止の対応をとるべきであり、対応の取り方が個々のケースによって異なると、バイアスがかかってしまうという問題点がある。自殺の評価法の妥当性の検証のためには、こうした問題を考慮した検討が必要である。

(3) 自殺による影響

① 内容

家族や所属していた会社・学校などへの心理的・社会的影響、社会全体への心理的・社会的影響などが挙げられる。

② 方法

調査にあたっては、遺族の心情に十分に配慮することが必要であり、調査よりもケアを優先すべきであることは言うまでもない。したがって、遺族へのケア体制を確立することが、まず必要である。

5. 自殺のリスクを持つ者への支援－医療との関連において（付B、C、D、E）

自殺者の受診歴調査では、精神科にかかっていた者が 33.5%、他科にかかっていた者が 31.2%と報告されている（平岩,2000）。それぞれの対象者に応じた取り組みが考えられる。

(1) 精神科の治療・相談体制の強化

厚生労働省が公表した平成 14 年患者調査では、精神科に通院または入院中の者は全国で 250 万人とされる。自殺者年間約 3 万人の 1/3 が精神科受診中であったとすると、受診者 250 人に 1 人程度が自殺したことになる（10 万対 400）。これは日本の自殺率の平均の 16 倍、精神科受診中でなかった者の 24 倍にあたる。精神科受診中の者では、自殺のリスクが圧倒的に高い。一方、自殺予防は、精神科の治療目標のひとつである。精神科の臨床に関わる者は、すべて、何らかの形で自殺予防にすでにかかわっているのであり、その努力によって、この値におさまっていると言うことができる。自殺を防ぐためには、その上にさらに工夫が必要ということになる。

具体的には、①急性期医療における安全確保の体制を強化すること、②希死念慮を持つ者への対応方法(入院適応の判断など)、自殺と関連する医薬品についての情報など、医師への情報支援、③24時間相談体制やケースワーカーによる相談体制など通院患者への相談体制の充実、④生活支援センターや作業所等での相談支援体制、⑤行政相談機関や産業保健関係機関の利用などが考えられる。

(2) 一般科における自殺予防体制

・ **自殺予防における一般科医療機関の役割**：一般科への受診歴がある者が自殺者の 1/3 と報告されている。一般科への受診患者は、全国で 4000 万人余りであり、一般科受診者の自殺率は、未受診者の 2 倍程度である。したがって、一般科受診者は精神科受診者ほどではないものの、一般人口よりは自殺のリスクが高い。特に、高齢者では、視力の低下や慢性疼痛などの身体疾患を持つものの自殺リスクが高い。また、精神疾患は自殺のリスクであるが、精神疾患を持つ者のうち、精神科治療を受けている者は一部にとどまる。例えばうつ病では、2/3 ないし 3/4 が未受診のままであると推計される。未受診の患者は、身体愁訴によって一般科を受診している可能性があり、実際、現在精神科で治療を受けているうつ病患者の 8 割以上が、まず内科などの一般科に初診している。こうした観点から、受診先の医療機関がハイリスク者を発見し適切な対応を行うことは、自殺を防止の上で重要である。

・ **一般科における自殺予防のありかた**：一般診療所医師を対象とした調査では、うつ状態患者の治療に携わった医師ほど、自殺予防についての問題意識が高かった。すなわち、一般科、特に診療所は、プライマリケアとしての役割を持っており、ある程度、精神疾患への関わりが求められるが、自殺予防の観点からも、この点が重要ということになる。その上で、自殺のリスクを見極め、適切な対応を行うことが求められる。一般科医師に求められることは、(1)自殺リスクを持つ者および精神疾患に罹患している者を見つけること、および(2)これらの患者を精神科等の専門医へ紹介するか、または自科で対応すること、の2つが挙げられる。(2)については、軽微な精神疾患、あるいは自殺のリスクがあってもあまり切迫していない者については自科で治療することもあろうし、症状が重い患者、あるいは自殺のリスクが切迫している者に対しては、専門医へ紹介することもあるだろう。

・ **一般科の医師や医療機関職員への自殺予防研修等**：こうした一般科と精神科との連携は、日常の診療の中で築かれるものであるが、研修等によって、さらに深められるものである。現在、医師会を中心として、精神科関連の内容の研修会が多く持たれている。一般科医師に対する研修の内容としては、一般科で見られやすい精神疾患の診断と初期治療について、専門医への紹介のタイミング、専門医に確実に受診してもらうためには、どのような連絡調整が必要かなどが必要であろう。また、研修の一つとして、医大における医学生教育に自殺予防の内容を組み込むこともひとつの案としてあげられ、そのような取り組みをはじめている県もある。また、看護師など、抑うつ状態にある者や自殺未遂者のケアにあたる医療従事者が、適切な対応を行うことができるような研修も必要である。

・ **救急医療と精神科との連携**：自殺予防における救急医療の役割は大きい。救急医療の場合は、自殺未遂者を精神科医療に結びつける機会となり得る。各、救急医療現場において、精神科へのコンサルトが適切に行えるような体制づくりが必要である。精神科を持つ病院であれば、比較的容

易に連携が取れるが、精神科を持たない場合、地域の中での連携の体制づくりが必要となる。

(3) 精神科受診率の向上

・**精神疾患（特にうつ病）と自殺の関連についての実態把握**：自殺者にうつ病などの精神疾患を背景として持つ者が多く、また、精神疾患を持ちながら精神科治療を受けていない者が少なくないと考えられる。特にうつ病は自殺との関連が強く、うつ病患者の受診率を高めることが自殺予防に大きく貢献することが予想される。今後、未受診の精神疾患患者の自殺率、重症度などの精神疾患の指標と自殺との関連など、さらに詳細な検討が必要である。

・**一般科でのうつ病検出率を高めることの留意点**：うつ病の検出率を高めるには、ある程度、診断の特異度の低下を覚悟する必要がある。欧米のプライマリケア医の診断の検出率、特異度を日本の有病率に当てはめると、一般科でのうつ病診断には1人のうつ病患者に対し、少なくとも4人の偽陽性（うつ病と診断されたが、実際にはうつ病ではない患者）を伴うと推測される。一方、県内の一般科医師を対象とした調査では、うつ病診断の感度は、今のところ、多く見積もっても20%くらいにとどまる。ある程度の偽陽性の増加を覚悟しても、一般科医師によるうつ病検出率をもう少し高め、未受診者を減らすことが必要である。治療においては、一般科医師が軽微な患者の治療を行うこと、および精神科への紹介の目安づくりが求められる。特に、うつ病の診断においては、日ごろから継続的に受診している家庭医のほうが診断率が高いことが報告されており、家庭医が、精神科診療の技術を高めることが求められる。

・**精神科等に受診しやすい体制**：一般科医師が精神科等の受診を紹介しようとしても、患者の同意が得られないことも少なくない。精神科への敷居が高い現状がある。これは、一般科医師からの紹介だけでなく、一般市民が精神的な悩みを自覚して精神科等に受診しようとする場合にもあてはまることである。現在の日本では、精神的な悩みを持っていても、精神科に受診することには抵抗を持つ者が多い。これは、ひとつには入院中心に行われてきた精神科医療の現状からくるものであろうし、また、ひとつには精神疾患や精神科医療についての一般への啓発の不足からくるものでもあるだろう。対策として、まず、啓発窓口としての精神保健活動のあり方にも検討が必要であろう。現在、精神科医療が地域医療中心に在り方を変えようとしつつあるが、それとあわせて、精神疾患や精神科医療について、正しい知識を広め、関心を持ってもらうような普及啓発活動が、精神科への抵抗感をなくしていく上で大切である。また、精神科クリニックの普及も、精神科医療の普及において大切である。

6. 相談体制

(1) 相談体制の現状

ストレス社会といわれる現在、一般の人で心の健康に問題を感じている者が多いが、医療機関や行政（保健所、精神保健福祉センター等）などによる専門的な相談機関を利用する者は、ごく一部に限られる。その背景には、心の問題といっても、そこには経済的な問題、家庭や職場での人間関係の問題など、多くの問題が伴っているということが考えられる。すなわち、心の問題の相談機関に対して、精神科医療機関に対すると同様な敷居の高さを感じているのかもしれないし、あるいは、「(心の問題だけを)相談しても始まらない」といった、相談機関における対応の限界を反映しているのかもしれない。

一方、「いのちの電話」などの民間の相談機関は、もっと気軽に相談できる窓口として活用されている。電話相談という匿名性が保障された相談窓口であることが、その一つの要因となっていると考えられるが、電話一本で人の命をつなぐという技術上の難しさもある。下記の2つの窓口が、現在運営されている主な民間電話相談窓口である。

いのちの電話：自殺防止から始まった活動で、年間365日稼働している。特に、「いのちの日」の12月1日から7日までの1週間は、厚生労働省支援のもと、日本いのちの電話連盟傘下の全国のセンターと共にフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」を設置している。毎年、「いのちの電話」では、挙げてこの活動に取り組んでいる。

福島いのちの電話 TEL: 024-536-4343

国際ビフレンダーズ東京自殺防止センター：自殺防止専用の電話相談窓口で、必要に応じて、面接相談も行っている。「いのちの電話」と同じ根を持ち、これも365日無休である。なお、自殺防止センターは関西にもある。

東京自殺防止センター 住所：東京都新宿区大久保3-10-1
TEL: 03-5286-9090

(2) 課題

相談体制の充実としては、より身近に、より多様な問題に対処できる窓口が求められる。具体的には以下の方法が考えられる。

- ・多様な相談窓口の整備
- ・種々の相談機関で心の問題に初期対応できる体制、そのための研修
- ・相談機関間の連携の充実
- ・広報の充実

これらの課題を達成するためには、

- ・種々の機関で行われている研修の相互利用により、効率的な人材育成を図ること
- ・相談マニュアルの整備

などの活動が有用であろう。

例えば、牧師、僧侶等の宗教者は心の問題に初期対応できるスキルも体制もあり、また自殺者や未遂者の家族や周辺者への支援も可能である。このように、宗教者の場合は即戦力ともいえる立場にあり、既存の相談体制と連携することによって得られる効果は大きいと思われる。

また、自殺予防のための相談電話として「福島いのちの電話」や「国際ビフレンダーズ東京自殺防止センター」があり、公開講座やワークショップなどが開催されている。他機関と連携し、情報を広め、行政・教育、企業の関係者などに参加を呼びかけることにより、幅広い分野において、自殺予防に取り組む人材を育成することができる。

7. 対象種別に応じた相談支援体制

A 産業保健

(1) 勤労者への心の支援

勤労者を対象とした相談体制には次のようなものがある。

産業保健推進センター：独立行政法人労働者健康福祉機構が全都道府県に設置した。

主として50人以上の事業場における産業保健の推進を担当している。福島県では福島市に福島産業保健推進センターが設置されている。メンタルヘルスに関しては、医師3名、心理学者1名が相談員として名を連ねており相談に応じている。また事業場で講演会を企画する時の講師の派遣も可能。メンタルヘルスに関するビデオや書籍を揃え貸し出ししている。

連絡先：〒960-8031 福島市栄町6番6号 ユニックスビル9F

福島産業保健推進センター

TEL.024-526-0526 FAX.024-526-0528

地域産業保健センター：厚生労働省が郡市医師会に委託し、50人未満の事業場における産業保健を担当。福島県には、福島、郡山、いわき、会津、白河、須賀川、相馬、双葉の8センターがある（連絡先は福島労働局、各労働基準監督署、各地域産業保健センターへ）。

各地域の精神科医・心療内科医が相談に応じている。メンタルヘルスに関する講演会への講師派遣も可能。

勤労者心の電話相談室：労働福祉事業団（現 独立行政法人労働者健康福祉機構）が全国の労災病院内に設置。福島県では福島労災病院内に設置されている。月～金（祝祭日を除く）の14時から20時に、心理士が対応。1ヶ月に寄せられる相談は、20～30件と決して多くない。相談の7割は女性、比較的若年層の相談が多く、自殺のリスクが高い中高年男性からの相談を如何に増やすかが課題。相談内容からは「うつ」を疑わせるケースが多く、自殺念慮を訴えるケースは約4%である。

連絡先：TEL.0246-45-1756（直通）

(2) 産業保健について、中小企業への支援

企業におけるメンタルヘルスの重要性は比較的古くから指摘されていた。2002年に実施した「労働者健康状況調査」によれば、「職業生活で強いストレスを感じている」労働者の割合は61.7%にのぼっており、「ストレスは、あって当たり前」といえる。

労働省（現 厚生労働省）は2000年に「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（メンタルヘルス指針）を公表し、企業におけるメンタルヘルスの望ましいあり方を示した。その中で、ストレス対策は、「セルフケア」、「ラインによるケア」、「事業場内産業保健スタッフ（産業医、保健師、衛生管理者など）によるケア」、「事業場外資源（病院、各種センター、電話相談など）によるケア」の4つのケアをバランスよく行うべきであるという考え方は参考になる。

この「メンタルヘルス指針」に基づいて、「メンタルヘルス指針基礎研修」や「メンタルヘルス指針推進モデル事業」などが実施されている。福島県内でも2001年より両事業が開始された。前者を受講し、メンタルヘルスの基礎知識を身につけた産業保健スタッフが急速に増えている。またモデル事業の経験の蓄積により、近い将来職場におけるメンタルヘルス対策の効果的なあり方について提示されるものと期待される。

(3) 失業者への心理的支援

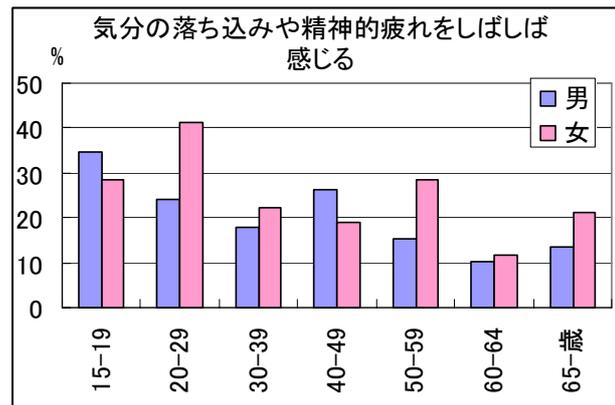
失業者、特に中高年の失業者は、リストラのショックや経済的な問題などから、有職者に比べストレスが多いのではないかと推察される。公共職業安定所は活況を呈しているが、職員のストレスも多いと聞く。公共職業安定所の職員はカウンセラーの役割もさせられているのではないか

と思われるし、彼らに対するうつについての基礎知識や積極的傾聴法についての研修は、ニーズがあるのではなかろうか。失業者に対する心理的支援は、公共職業安定所と連携するのが有効なように思われる。

B 児童思春期

(1) 児童思春期の意義

児童思春期の自殺率は、現在のところ、中高年や高齢者と比較して高くない。しかし、この時期は人格形成の途上であるとともに、社会的にも立場が安定していない時期であり、精神的な安定を損ね易い時期である。実際、平成 16 年に実施した福島県政世論調査でも、「気分の落ち込みや精神的な疲れをしばしば感じる」と回答した割合は、男性では 15-19 歳、女性では 20-29 歳が最も高かった。このように、児童思春期は精神的危機のリスクが高い時期である。この時期に心の支援を行って、適切な人格形成を促すことが、思春期以後の精神的健康度を高め、ひいては自殺予防につながると思われる。



(2) 学校での自殺予防体制整備（教師への支援、子どもの心の支援など）

各学校では、日常の観察、定期的かつ随時の教育相談の実施などによって、児童生徒の悩みを把握しその解決を支援している。また、現在（平成 16 年度）県内の小学校 11 校、中学校 85 校、高等学校 16 校にスクールカウンセラーが配置され、心理の立場から児童生徒、保護者、教師の相談や支援を行っている。

教師の教育相談に関する研修は、県教育センター、県養護教育センター、市教育センター、各教育事務所などで実施されている。

子ども、保護者、教師の相談に応じる公的な教育相談機関としては、県教育センター、県養護教育センター、市教育センター、各教育事務所、市町村適応指導教室、福島大学教育総合実践センター、児童相談所、少年センターなどがある。

なお、スクールカウンセラーの配置については、中学校を中心に進んでいるが、県内の臨床心理士の絶対数が不足している等の理由から、その配置状況はまだ十分とは言えない。予算措置も含めて、スクールカウンセラー配置の促進策が望まれる。

(3) 学校精神保健に関わる人的資源のあり方—教師や学校カウンセラーの役割

[子どもの心に対するカウンセラーとしての役割]

共感を第一とし、当人を理解しようと努力してくれる他者が確かにいることを伝えることが役割の中心とするべきものである。自殺念慮を持つ子どもは、状況に追いつめられ、逃げる事を望んでいるばかりではない。むしろ、確固とした「信念」で自殺を選択している場合がほとんどである。その信念とは、本人が直面している問題を社会に訴え、反省を促そうとする使命感が核と

なっている。または、親や家族の名誉を守るために死を選ぶのである。カウンセラーは社会の代表者として、自殺念慮を持つ子どもの「信念」の否定を言葉と態度でしなければならない。自殺は悲しみであり、自殺念慮を持つ子どもが自殺することで救われる者は誰もいないこと、社会的な問題提起や反省を促すことには決してならないことを一心に訴える役割を担うべきである。

〔教師への自殺予防教育〕

自殺の予兆を読み取り事前防止を図るためには、児童生徒と毎日接している教師の役割は大きい。また、ごく少数ではあるが自殺未遂者の児童生徒がおり、その児童生徒を担当している教師もいる。そのため、教師が 1)「青少年の自殺の実態についての正しい知識」を持つこと、2)「自殺の予兆を読み取る力」を養うこと、3)「危機介入の方法」を習得すること、4)「自殺未遂者への具体的な配慮事項」を理解することの意義は大きい。

スクールカウンセラーが配置されている学校では、スクールカウンセラーを講師として前述の内容について校内研修会の実施が可能である。スクールカウンセラーが配置されていない学校では、学校医を校内保健委員会等に講師として招き、講話を受けることも考えられる。また、精神保健福祉センター等で主催する自殺予防に関する講演会の案内を各学校にも通知することで、教師が自殺予防について学ぶ機会が増えると考えられる。

〔ネットワークの構築に向けて〕

学校は医療機関と異なり、自殺の危険が差し迫っている場合の的確な安全確保は無理である。そのため地域の医療機関との連携ネットワークが必要不可欠となろう。学校、特に教師は、子どもの自殺の危険を察知し、見極める役割を担う。そのため、学校精神保健のコアになるべき養護教諭や学校カウンセラーは、子どもに直接対応するばかりでなく、医療機関との連携を常に保ちながら、教師の自己研鑽システムの一翼を担う必要がある。すなわち、学校精神保健では、教師や学校カウンセラーがトリアージの第一段階を担う役割としての自覚と知識・技能を持つ必要がある。

*）トリアージ：災害時に負傷者の治療順位を迅速に決定し、救急活動が円滑に、かつ効率的に行えるようにするシステムのこと。わが国では阪神淡路震災の災害救急活動の時に大きな効果を示し、重視されるようになった。

(4) 児童生徒への自殺予防教育

各学校では、様々な場面と機会を通じて「命の大切さ」に関する教育を実施している。具体例としては、交通安全指導、いじめ予防の指導、薬害に関する予防教育、性教育などである。また、自分自身の良さを発見する、進路について考えるなど、「よりよく生きる」ための開発的視点に立った教育も行われている。

ただし、「自殺予防教育」を直接的な形で実施している学校は非常に少ないと推測される。その主たる理由としては、自殺について話すことが逆にマイナスの刺激になるのではという危惧があるためである。

(5) 自殺等、事件事故等発生時の学校の心理支援体制

各学校では事件事故発生時の危機管理マニュアルが作成されており、事件事故が発生した場合、そのマニュアルに沿って事件事故に対応すると同時に、児童生徒及び保護者への心理支援を行う

ている。

また、本年度（平成16年度）からは、「福島県緊急時カウンセラー派遣事業」が発足し、児童生徒や学校に関わる緊急事態発生時に、児童生徒の臨床心理に関して高度に専門的な知識及び経験を有するカウンセラーを即時派遣する制度が整えられた。

(6) 関係児童のPTSD

不幸にも自殺者の遺体を見てしまった場合には、その悲惨さに大きな心的外傷を被る場合が懸念される。自殺者の遺体は、悲しくつらいイメージがより強く見たものを恐怖させる。特に子どもの場合、その恐怖体験により PTSD（心的外傷後ストレス障害）に至る場合を想定し、早期に医療対応をしなければならない。日常生活が変わりなくとも、悪夢にうなされるなど（再体験症状）の変化に注意すべきである。隠蔽するのではなく、医療対応を行うと共に、その再体験症状は「現在ではない」ということを理解させ、安心させる必要がある。

(7) 報道機関・インターネット会社への協力要請

児童生徒の自殺（特にいじめが原因である自殺）に対する必要以上にセンセーショナルな報道は、判断力や抵抗力の未熟な子どもには強い暗示効果を与えることが懸念される。また、インターネットのサイトには「自殺関連」サイトが存在し、その影響による児童生徒の自殺者も実際に出ている。

このような事実から、自殺予防協議会として、報道機関へのセンセーショナルな報道の自粛、インターネット会社への有害サイト規制等の協力要請を行うことも必要であると考ええる。

C 高齢者への心理支援

(1) 高齢者がおかれている心理状態

現在、自殺率については、中高年男性で高いという特徴が見られるが、それとともに、男女ともに加齢に伴って高くなるという特徴が見られる。中高年男性のピークは経済生活問題を背景とした自殺を反映しており、一方、加齢に伴う自殺率の上昇は健康問題を背景とした自殺を反映している。

高齢者はさまざまな身体疾患をかかえることが多くなり、これがうつ病や自殺と強く関連している。例えば、うつ病を合併しやすい身体疾患としては、うつ血性心不全、脳血管障害、アルツハイマー病、癌などが挙げられ、こうした疾患に伴う不安、移動能力の低下、知的機能の低下などが、ストレスとなってうつ病を誘発していると考えられる。また自殺のリスクを高める身体疾患・症状としては、視力低下、慢性疼痛、失禁、閉塞性肺疾患、癌などが挙げられる。それに加えて、高齢者では、退職などによる社会的役割や対人関係の減少または喪失、同世代の死亡などによる対人関係の減少、身体疾患に伴って介護される立場になるという、社会的立場の変化など、社会的なストレスも大きい。

すなわち、高齢者は、脳の老化によるストレスへの脆弱性の増大とともに、身体疾患や社会的変化によるストレスの増大を受け、うつ病や自殺に対して、高いリスクを持っていると考えられる。

(2) 高齢者保健福祉サービスの活用

① 保健事業による高齢者及びその家族等への支援

高齢者の自殺の原因・動機で最も多いのが健康問題である。したがって、疾病や介護を要する状態となることを予防するために、40歳以上の者を対象に各市町村が実施している、老人保健法に基づく保健事業（以下「保健事業」）を推進し、「高齢者の健康づくり」を進めることが重要である。

保健事業には、健康教育、健康診査、健康相談、機能訓練、訪問指導等の事業があるが、健康教育の集団健康教育の中で、うつ病等を含む心の健康問題に関する正しい知識の普及・啓発を行うことや、集団健康教育時や健康診査時に、心の健康に関するアンケート調査等としてうつ病等のスクリーニング調査を実施し、その後の対応につなげることが考えられる。

また、対象者、及び必要に応じその家族等、の心身の健康の相談に応じる健康相談や、療養上の保健指導が必要な者を、保健師、看護師等が訪問して指導を行う訪問指導を活用することにより、自殺のリスクの高い者を発見し、支援することも考えられる。

② 介護予防・地域支え合い事業の活用

市町村においては、在宅の援護を要する高齢者や一人暮らし高齢者等を対象とした「介護予防・地域支えあい事業」が実施されているので、様々な事業メニューの活用により、一人暮らし高齢者等が閉じこもりとならず、生きがいをもって生活できるよう支援することが必要である。

(3) 自殺予防に向けての支援体制、強化対策、連携

介護予防事業、介護保険サービス等の高齢者への支援に関わる地域、施設等の職員がうつ病等の正しい知識を修得し、適切な対応をする必要がある。

また、うつ病等で治療を要する状態と判断される場合には、相談から治療、治療後のアフターケアまで、どの機関がどのような役割で対応するか、役割を明確にし、連携体制を整備していく必要がある。

(4) 高齢者の生活支援と自殺予防

高齢者の自殺やうつ病の背景には、ソーシャルサポートの不足や生きがいの喪失などの問題があると考えられる。自殺予防という観点からは、やや範囲が広がるが、こうした問題に対する取り組みも、長期的には自殺予防につながっていくことが考えられる。高齢者が、いかに対人関係を維持し、また社会的な役割を維持していくかは、高齢者自身の努力とともに、社会が高齢者を受け入れる体制づくりを行うことが不可欠である。高齢者の社会参加の場の確保は、行政、民間ともに検討していく領域である。

D 障害者への相談体制

(1) 障害者への相談のありかた

障害(身体・知的・精神)を持った者は、その障害のために生活の制限や行動範囲を制限せざるを得ない場合が多く見られる。障害を持った自分を認めることができ、そのために起こる不都合や制限を受容できることができれば、支援は少なくとも生活できるだろう。しかし、いままでしてきたことができなくなったことに、自分の存在価値を見出せなくなる障害者もいる。物理的に

も心理的にも孤独である状況を作らず、状況を良く理解することが「一人ぼっちじゃない」誰かがいつでも見守ってくれているという安心感につながるものと考えられる。

最近では、障害者同士で行う「ピアカウンセリング」も必要な支援であると考えられている。同じ障害を持った人が自分たちのために自助グループを作っている。グループに参加することによって、一人じゃないことを実感できるだろう。行政機関・医療機関・その他の相談窓口をたくさん見つけ、必要な支援を受けることが大切である。

(2) 障害者への相談における課題

行政機関、医療機関などの相談窓口があり、また自助グループも少しずつ増えてきている。しかし、障害者がこうした情報を十分に得ることができていないこともある。障害者は情報を得る上でも「社会参加の不利」を受けることがあり、さらにきめ細やかな相談体制の普及が求められる。特に、障害者自身の立場に立った相談窓口として、ピアカウンセリングの普及が図られるべきである。

E 自殺者・未遂者家族への支援

(1) 支援体制

自殺者や未遂者の家族には心理的・社会的など、さまざまな負担が生じる。自殺者が一家の支え手であった場合の家族の生活に対する負担は甚大なものであるし、また、身内の自殺による心理的負担は、いずれの場合にも計り知れない。家族への支援は、こうした、生活・心理両面からの支援が必要である。すなわち、家族の支援に関わる者は、皆、この両面について（その比重は支援者によって当然異なるが）対応する技術を持ち合わせなければならない。家族への支援は、まだ整備が不十分であり、支援の人材育成とネットワークづくりが必要である。

現在のところ、自殺者の家族に対する専門の窓口は少ない。既存の精神保健の相談窓口などはあるが、自殺の事実直面して、自責的になったり、抑うつ的になったりする家族が、自らこうした相談窓口を求めることができるとは考えにくい。対応可能な窓口を整理して、周知を図ったり、遺族のためのパンフレットを作成するなどして、家族が相談しやすい体制を作ることが必要である。なお、遺児については、あしなが育英会が支援を提供している（問合せ：あしなが育英会本部 03-3221-0888）。

(2) 家族への心理的支援

家族への心理的支援を行うにあたっては、家族が置かれている状況をよく理解し、適切な対応を行わなければならない。既遂者の遺族には2つの悲しみがある。一つは家族を失った悲しみ、もう一つは、その家族を救うことができなかった自分の無能力さに対する悲しみである。時に、悲しみが憎しみとなり家族内の人間関係を破壊してしまう。また時には罪の意識に押しつぶされ、第二の自殺者を出す場合もある。罪の意識は他者から赦しを言い渡されたときに軽減される。そのため、精神医療は残された家族の罪の意識を軽減することを第一とすべきである。一方、未遂者の家族は当人を責めたり、問いただしたりする場合があるので、これを禁じるアドバイスが必須となる。また、未遂者の一次的な入院を家族は忌みするが、必要なこととインフォームドコンセントをとることも重要である。

8. 啓発普及

(1) 一般県民向け自殺予防・うつ病対策の研修会等

一般県民が心の問題に深く関心を持つとともに、気軽に心の相談機関を利用できるような、普及啓発活動が必要である。同時に、自殺予防について、身近な問題として正面から考える機会を増やすことが必要である。すなわち、いかに専門家が自殺予防に努力したとしても、身近に生活する家族のほうが、圧倒的に多くの情報を得られる立場にあり、自殺予防には、県民一人一人の問題意識が大切である。

種々の機関によって一般県民向けの普及活動が行われているが、自殺の問題についても多く取り上げることが大切である。その中で、家族らが心の問題を抱えるときに、どのように専門家への相談を勧めるか、また、どのような場合に自殺のリスクが高いかを見分け、その場合にどのように対応すればよいかといった知識を伝達することが必要である。

(2) マスコミの役割・活用

一般県民に、心の問題や自殺予防についての関心を高めてもらうために、「うつ病・自殺予防キャンペーン」などを、マスコミ等を活用しながら進めることが有用である。自殺予防のための標語の募集、自殺予防についての新聞広告の掲載などの方法が考えられる。

9. 自殺予防の推進体制

自殺予防活動は、各機関が単独で行うことができるものもあれば、複数の機関の連携を要するものもある。単独で行うことができるものであっても、より効果的・効率的に事業を進めるためには、ある程度、他機関との連携が必要であろう。しかし、公的機関や民間機関が連携した事業を行う基盤は、未だ十分に整備されているとは言いがたい。活動の実践にあたっては、こうした基盤づくりをどのように進めるかが、もっとも大きな課題である。現状では、自殺予防対策協議会が機関間の連携を深める役割を担っているが、対策を進めていくにあたっては、さらに広範囲の機関の協力を要する可能性もあるなど、柔軟な運営が必要である。また、自殺予防対策を、より着実に進めていくためにはどのようにすればよいか、など、検討すべき課題も多い。自殺予防対策の体制作りについて、引き続き検討していくことが必要である。

10. 今後の自殺予防活動に向けて — 連携した活動の提案

(1) 自殺の実態調査

法医学教室と警察との連携による自殺者について、心理学的剖検を含む詳細な調査

(2) 自殺リスク評価法

一般科医、精神科医、介護保険ケアマネジャーなどが用いることができる自殺リスク評価法の作成と妥当性の検証。

(3) 自殺率の高い市町村をモデルとした総合的取り組み

- ① 協力機関による実行組織形成（一般医、精神科医、市町村、県など）
- ② 自殺の実態調査
- ③ 住民全体または特定の対象を絞った健康調査（1次→2次：2次調査では精神医学的調査）

による自殺リスク評価

- ④ 陽性者への支援（保健、医療、その他）
- ⑤ 陽性者のフォローアップ調査
- ⑥ 介入効果の評価（職員の意識調査、受診率、自殺数、健康調査）

(4) 介護保険利用高齢者をモデルとした総合的取り組み

- ① 協力機関による実行組織（一般医、精神科医、市町村、県、社会福祉協議会、在宅介護センターなど）
- ② 自殺の実態調査
- ③ ケアマネジャーなどによる自殺リスク評価
- ④ 陽性者への支援、支援方法の選択
- ⑤ 陽性者のフォローアップ
- ⑥ 介入効果の評価

(5) 自殺の事後対策

- ① 自殺者遺族への継続的ケアおよび心理的影響などの調査
- ② 自殺者が属していた他の集団への影響の調査

(6) うつ病患者の自助活動に向けた取り組み

- ① 自助グループの形成
 - ・ 精神保健福祉センター、保健所、医療機関等で、うつ病患者本人や家族のグループワークを開催し、自助グループとして育成。
 - ・ 現在、統合失調症患者が中心的なメンバーとなっている精神障害者団体連合会内に、うつ病分会等を組織するなどの方法も考えられる。
- ② 自助グループが担うことが望まれる活動
 - ・ ピアカウンセリングの技法を用いた相談活動
 - ・ 普及啓発活動

11. 各機関からの報告と提案 — 自殺予防提言ワーキンググループメンバーから —

A 福島県立医科大学法医学講座における自殺者の実態調査

福島県立医科大学法医学講座 平岩幸一

福島県立医科大学法医学講座で平成元年から平成7年の福島県の自殺者2733人について、検視記録を基に自殺の背景の後向き調査を行った。その結果は、病苦37.3%、対人(家族)問題15.0%、経済的問題9.7%、厭世5.9%、仕事上の悩み3.8%であり、精神科的疾患23.9%、その他・不明4.5%であった。この調査で検視記録を詳しく調べていると、自殺者の多くが生前うつ状態にあった可能性が示唆された。そこで、平成9年7月から1年間、自殺者の検死時に立会遺族に対し、生前に自殺者の言動の変化に気付いていたかの前向き調査を行った。その結果、自殺者遺族の多くがうつ兆候による言動の変化に気付いていた。自殺の予防にはその現状を正確に把握する必要がある。平成15年の福島県の自殺を、県警の分類に準じた動機・原因別に集計してみると、経済

生活問題 31.7%、精神障害 27.9%、病苦 19.2%、対人（家族・男女・学校）問題 9.7%、勤務問題 3.2%、その他 8.4%である。約 10 年前の我々の調査と分類は多少異なるが、10 年間で健康問題と経済問題が全く入れ替わったとも受け取れる。長引く不況が影響しているのか、改めて 10 年前の調査と比較・分析する必要がある。自殺の主な動機は時代によって変化するであろう。しかし、うつはストレスが契機になることは周知の事実である。最近の自殺の主な動機が経済生活問題に変化したとしても、これがストレスとなり、自殺前にはうつ状態に陥っていた可能性が高い。自殺者の現状調査ではうつ兆候を主眼とした新たな視点からの分析が今後の課題である。

B 医師会の歩みと自殺予防への取り組み

福島県医師会 山森正道

(1) 自殺予防における精神科医療の役割

少しずつ変わりつつあるとは思いますが、今なお精神疾患に対する不正確な偏見が世間一般にあることは否定できません。また、理解があるべき医療関係者の間にもこの傾向あるのは残念ながら事実です。どの疾患でも同じで「予防と治療」が医療の中心ですが、まずは精神疾患(特にうつ病)についての啓蒙が必要で大切と考えています。

平成 10 年からの自殺者の急増傾向(働く中高年を中心)と新しい世代の抗うつ薬の売り出しとが重なったことや、精神疾患が一部労災認定を受けるようになり、大企業中心ではありますが産業保健のなかでの精神保健(メンタルヘルス)の重要性が高まるなかで、「心のかぜ」は一般的には大きな効果を発揮したと思っています。

一方、戦前戦後をとおして労働現場で長期欠勤の大部分を占めていた慢性感染症の結核は、経済発展による衛生環境の変化、食生活、新薬の投入などで激減し、ここ 10~20 年は長期欠勤の首位の座には精神疾患がたっております。

時代とともに疾病構造も大きく変わったのです。

特殊だった精神疾患(特にうつ病)は、今や生活習慣病の大きな一角になったことを強く認識しています。

(2) 医師会の自殺予防活動の現状

平成 10 年からの自殺者数の急増対策として、日本医師会は全会員に対して「自殺予防マニュアルー一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」を、今年、平成 16 年 3 月に配布しております。一般医家の重要性を認識しているからです。

県医師会もこの流れをうけて 11 月 7 日(日)に郡山市で第 139 回福島県医師会医学大会のシンポジウムに自殺予防対策を含めたテーマ「うつ状態と各科疾患」を行いました。

ここでは各方部から 5 人の病院精神科医師の先生に各科にわたっての「うつ状態」について話していただき、日精診福島支部と日精協福島支部から一人ずつ追加発言をしていただきました。

また、うつに対する新しい薬剤の登場で一般医向けの新薬の説明会と同時に「うつ」に対する研修会が自殺の予防対策も含めて各地域医師会でかなり多く行われております。

産業医活動を通じての役割も重要だと思います。(詳しくは産業保健センターの項参照)

もう一つ学校医としての役割も大切だと考えています。今年 10 月 30 日(土)、これも郡山市で、全国学校保健学校医大会が開かれました。「心と身体は一つ」の考え方で県医師会は取り組んでいます。(福島県医師会が当番県)

医療の役割の項でも述べましたが、文化が変わり疾病構造も変わり、社会情勢の激変もあり今

や精神疾患の社会的位置づけも大きく変わったのです。

現場医師の仕事も応急・急性の対応だけでなく、慢性疾患、生活習慣病への関わりが多くなってきております。

県医師会は、日本医師会そして医療現場最前線の地域医師会と連絡を密にとりながら、また、チーム医療を推し進める立場から、他の関連職種団体と協力しながらやっていくつもりです。

(3) 自殺予防の今後

神経科、精神科、心療内科など専門家医師が中心になって対策を取っていきませんが、一番患者さんと顔を合わせる機会の多い地域の家庭医(内科、外科等)の役割が一番大きいと思います。

診診連携、病診連携、病病連携は医師会にとって重要課題ですので、かかりつけ医を持つことも含めていっそう強力で推し進めたいと思います。

家庭医と並んで重要なのは産業医、学校医として働く医師の役割です。日常一般診療だけでなく、こうした場面(特に、小さな事業所に対する産業保健)での活躍も期待されています。

残念ながら、いまだ敷居の高い神経精神科領域の現実を踏まえ、最重要課題として一般科医師への啓蒙啓発を位置づけて活動していきます。

C 自殺予防への提言

福島県精神科病院協会 岩崎 稠

経済、生活、環境の変化から不適合状態をおこす人達が増加し、60才以上および40~50才代の自殺者の増加が社会問題となっている。60才以上では、健康上の問題や将来への不安が、40~50才代では、経営悪化、リストラ、職場での過重な責任、対人関係のトラブルなどの経済面や家庭の中でのさまざまな問題など多岐にわたる原因が大きいと考えられる。

自殺者の9割は何らかの精神障害をもち、なかでもうつ状態、うつ病が6割を占める。うつ状態、うつ病に対して医療につながっていない人や、専門的医療がなされないままの自殺者が多いことも指摘されている。うつ病は誰でもかかる病気であり、生活習慣病と並ぶ大変ポピュラーな病気で、機能面での障害では、2020年には世界でトップに位置するのではないとも言われている。自殺未遂者は自殺企図後に精神状態の改善がみられるとの報告もあるが、十分な治療が行なわれれば自殺企図には到らなかったとも考えられる。うつ病は薬だけで治ると受けとめられがちであるが、慢性化し遷延化したうつ病では多面的・専門的な治療法が必要とされる。

うつ病治療の基本は休養をとることである。本人は、几帳面で生真面目で、なかなか休養の指導には応じがたい。家族に理解力が欠けていたり、家族に十分な看護ができない場合など、休職をしても家で十分休めないと考えられる場合は精神科病院での入院が必要となる。

「ストレス病棟」では自殺が急激に減少したとの報告がある。精神科病院においてコ・メディカルグループのメンバーとのチーム医療によって、薬物療法に加え認知療法、家族療法、集団療法などを行うとともに、総合的うつ病医療システムとして、ケアマネジメント、本人および家族のサポートシステム、就労援助等を行なう配慮の必要がせまられている。

企業においても労働安全衛生法が改正され、過労自殺が労災に認知されたり、安全配慮義務違反と受けとめなければならなくなっている。

精神科医は、他科の医師、産業医との連携が重要であり、精神科医の多面的・専門的対応が真剣に考えなければならぬ時代を迎えている。

D 自殺予防における医療の役割（精神科受診率向上にむけての対策）

福島県精神科診療所協会 堀越 立

(1) 自殺の最大の危険因子はうつ病

わが国における自殺者は3万4千人を超え、過去最悪となった。有効な自殺予防対策を講じるためには発生した自殺の原因を解明する必要があるとあり、それを研究目的として心理学的剖検が行われている。この研究報告では約9割になんらかの精神障害を認め、その中で最も高頻度であったのはうつ病で54%（疑診例を含む）と半数以上を占めているという結果であった。また、全自殺者の25%が「経済生活問題」で自ら命を絶っており、約7割近くが30から50歳代の男性であった。患者調査ではうつ病患者は年々増加の一途を辿り、自殺者の増加の時期と一致している。社会経済活動の指標である国内総生産(GDP)成長率と自殺率の推移では両者は正反対の変化を示し、また、これとは逆に企業の倒産件数と失業率は自殺率とほぼ平行して変化していることが明らかとなっている。即ち、自殺予防のための第一の対策は精神障害の早期発見と治療であるが、社会経済環境の変化を視野に入れた行政、医療、企業などの総合的な協力体制が必要であろう。

(2) なぜ、うつ病は認知されにくいのか？

世界中で精神科医療サービスは絶えず変貌しており、先進国では脱入院化、ノーマライゼーション、心理社会的治療法、忍容性や安全性の高い薬物療法、コメディカル・スタッフを包含した効果的な治療法の進展等々目覚ましいものがあるやに見える。脱入院化の過程を例にとっても、日本は端緒についたばかりである。日本の精神科病院入院患者数は未だに多く、新しい精神科医療サービスシステムの構築が望まれているのが現状である。入院中の患者は精神障害者全体の実はごく少数に過ぎないので、公衆衛生的な見地から考えると、精神障害をより広い見地に立って検討すべきと思われる。

世界保健機構(WHO)の共同研究は次のことを指摘している。ひとつは、日本では一般診療科を受診しなくても精神科医療機関を直接受診できるというシステムをもっていること、また、地域における精神障害の罹患頻度が欧米に比較して低いということであった。しかし、日本における精神障害の発症率が決して低いのではない。検知率が低いのである。差別や偏見のため地域社会と精神科病棟との距離が隔たっており、地域調査で見られるように精神障害の大部分は精神医療サービスの恩恵を受けてはいない。両者間にふるいわけの過程（フィルター）があり、より重度の障害をもったものだけが選択されがちなのである。欧米の多くの国々では、地域社会とプライマリケア医、プライマリケア医と精神科専門医、精神科専門医と精神科病棟との各間にフィルターがあり、それを通しての連携や紹介がなされている。プライマリケア医が治療している患者の約20%は精神科に関連した疾患であり、中でもうつ病が多いという。軽症ないし中等症のうつ病であればプライマリケア医による治療が可能であることを示している。日本ではうつ状態を呈する患者の初診診療科は内科が圧倒的に多いと報告されている。但し、患者はきちんと包装されて区分けの状態では医師の診察室を訪れるわけではない。体重減少という主訴に対して、糖尿病なのかうつ病なのか、また、その併存なのかを適切に診断できること、つまり障害を検知する能力が求められることになる。また、自分が診れるか診れないかの限度の見極めも必要であり、抱え込まず、ある程度のところで精神科専門医への紹介が望ましい。わが国では、今後、うつ病に関して身体科治療医に対する教育・啓蒙や精神科専門医との相互連携推進が重要と思われる。

(3) 精神科クリニック、心療内科クリニックの位置づけ

先に、日本では一般診療科を受診しなくても精神科医療機関を直接受診できるシステムがあることを述べた。このことには、欠点ばかりではなく利点があることはお気づきであろうか？

日本では、町の中に精神科専門医や心療内科専門医がごく普通に開業している。これらは精神科病院に比べて敷居の低い、受診しやすい精神医療サービスを受けられる場所を提供している。

社会資源のひとつとして、診療所は精神科病院と機能を分化しながら存在しているのである。

わが国には（社）日本精神神経科診療所協会に加盟しているメンタルクリニックは 1500 以上あり、当地福島県にも 20 以上の精神科診療所が、適切なサービスを提供している。米国に比べ 1/8 から 1/12 の安価な医療費で治療やリハビリが受けられるシステムになっている。

受診患者の疾患別内訳はうつ病・うつ状態が 8 割と多いのが特徴である。受診経路は本人の意志による単独受診が最も多く、次に、他の医療機関からの紹介受診、公的機関からの紹介受診の順になっている。主婦、学生、会社員などの層が多いのも特徴である。即ち、「日常生活をしながら外来で治療する」が基本原則となっている。

(4) 自殺予防に対する今後の目標

自殺の原因は多様で、危険因子には多くの社会的な要因が含まれる。このうち、ほんの一部だけが現実には介入可能であるに過ぎない。しかし、地域社会、行政、身体科治療医、精神科専門医等はそれぞれのパートで自殺率減少の仕事ができると思われる。1990 年代英国政府は自殺率を重要領域と捉え、プライマリケア医には 15%、精神科専門医には 33%の自殺率減少の目標を設定したように、今の日本にもこのことが求められている。地域社会という集団で孤立せず、連携しながら、この目標を 2010 年までには達成できることを願っている。

E 精神科通院患者への自殺予防対策

精神保健福祉士 渡邊昭宏

精神疾患を持った患者は、その疾患特有の病状から自殺を企図する場合がある。精神科通院患者の自殺は、大きく三つに分けられるのではないかと思われる。

ひとつは、うつ病による自殺。うつ症状のひどい時には自殺をしようというエネルギーも湧いて来ないほどなので、あまり自殺は考えられない。うつ症状が良くなってきて、エネルギーが出始めた頃に自殺されてしまうケースが多い。周りの人も具合の悪さが少し良くなったのでもう大丈夫だろうと思った矢先に起こることがある。

二つ目は、妄想等による自殺。「自分の存在をこの世から消し去るように命令された」、「灯油をかぶって火をつけるように聞こえてきた」、「殺されそうで、殺される位なら自分で死のう」等の病気の症状から自殺してしまうもの。

そして三つ目は、人格障害の患者が狂言自殺を図り過ぎて既遂になってしまったものである。何度も繰り返すリストカット、首を吊る真似、飛び降りる真似等、周りの注意を引きたいだけだったのに、たまたまタイミングが悪く成功してしまった自殺があげられる。

精神科通院患者が外来受診時に「死にたい」等の発言があった場合には、主治医は「死なないこと」を約束し、次の診察まで「生きる」ことを約束するケースが多い。必要であれば患者の関係者（家族・友人・SW・福祉事務所・生活支援センター等）に連絡をし、見守る体制を構築する。

精神科通院患者の自殺は予期できないことが多いが、後になって考えてみると何らかのサイン（クライシスコール）を送っていることが多い。それを見落とすことが自殺につながってしまう。親しい友人にしばらくぶりに電話をして「元気で」と言って切る。自分の大切にしていた物を整理

する。昔のことを懐かしそうに話す。健常者の自殺者が行うそれと同じような行動を起こすものである。

精神科通院患者の自殺予防として考えられることは、自殺を考えている時期を理解し、早く治療につなげることです。

自殺が起りやすいのは、不眠が強い時、早朝目が覚めて苦しい時、他人に苦しみが解ってもらえないと感じている時、家族との心のつながりが乏しいと感じている人、一見よくなったように見える社会復帰前、育児ノイローゼは危険率が高く、親子心中の恐れもあります。

予防には治療が必要で、説得はあまり効果がありません。物理的にも心理的にも孤独な状態を作らず、苦しんでいる状況をよく理解し、安易に慰めたり、否定したり、元気づけたりしないことが大切でしょう。早急に主治医に連絡を取り、指示を仰ぐことが必要です。

家族が自殺の気配を察知しても相談するところが解らない場合には、病院や診療所に精神保健福祉士や心理士がいるところもあります。また、精神障害者社会復帰施設の地域生活支援センターには、精神保健福祉士が常勤しておりますので、相談することができるかと思えます。

12. 参考文献

日精協雑誌 vol.22 No.11「特集 うつ病治療の広がりを受けとめる」, 2003

國井敏、栗崎恵美子、阿部すみ子、水澤郁文、郡司啓文、平岩幸一：福島県における自殺の統計的検討（1989－1995年） 福島医学雑誌 47(3): 233-241, 1997

平岩幸一、阿部すみ子、藤岡耕太郎：自殺者の遺族からみた自殺者のストレスについて. ストレス科学 14: 285-292, 2000

畑哲信、土田札美、須藤桂、菊地百合子、阿蘇ゆう、梅宮れいか：一般診療所医師に対するうつ病診療調査（調査結果報告書 平成16年度）, 2004.12

福島県自殺予防対策協議会設置要綱

(目的)

第1 この協議会は、自殺予防に関して県内の各関係機関が効果的な連携を図るとともに自殺予防対策事業を推進するために必要な事項を協議することを目的とする。

(協議事項等)

第2 この協議会では、下記に掲げる事項について学習するとともに、各機関の情報を持ち寄り、協議するものとする。

- (1) 自殺の実態について
- (2) 自殺の予防対策や危機介入に関すること
- (3) 事後対策（自死遺児遺族の心のケア）に関すること
- (4) その他必要な事項

(構成)

第3 この協議会は、別表に掲げる機関の担当者と構成する。

- ・会長は、精神保健福祉センター所長をもって充てる。
- ・会長は、協議する事項に応じて、関係する機関及び学識経験者に会議出席等の協力を依頼する。

(会議)

第4 協議会は、第2項に該当する協議すべき事項について、随時必要に応じて開催する。

(庶務)

第5 協議会の庶務は、福島県精神保健福祉センターにおいて処理する。

(補足)

第6 この要綱に定めるもののほか、この協議会の運営に関し必要な事項は会長が定める。

(附則)

この要綱は、平成15年11月21日から施行する。

自殺予防対策協議会・自殺予防への提言書検討ワーキンググループ構成員

(平成16年度)

機関名	職名	氏名	協議会	ワーキンググループ
福島県立医科大学法医学講座	教授	平岩 幸一	○	○
福島県医師会	常任理事	山森 正道	○	○
福島県精神病院協会	会長	岩崎 稠	○	○
福島県精神神経科診療所協会	副会長	堀越 立		○
福島労災病院勤労者メンタルヘルスセンター	所長	桃生 寛和		○
福島県精神保健福祉士会	理事 事務局員	小林 則幸 渡辺 昭宏	○	○
福島県介護福祉士会	会長	小山田米子	○	
福島県臨床心理士会	臨床心理士	酒井 芳子	○	
学校心理士会福島宮城支部	副会長	梅宮れいか	○	○
社会福祉法人福島いのちの電話	事務局長 事務局次長	堀江 征夫 佐久間由紀子	○	○
日本産業カウンセラー協会東北支部	奥羽大学 専任講師	車田 文雄	○	
福島県社会福祉協議会	課長補佐兼 企画情報係長	関 靖男	○	
福島産業保健推進センター	副所長	吉田 英夫	○	
福島労働局安全衛生課	衛生専門官	和田 茂	○	
福島県警察本部	課長補佐	藤田 紀夫	○	
福島県教育センター	主任指導員	白土 俊和	○	○
福島県商工労働部労働領域労政グループ	主査	菅井 和弘	○	
福島県保健福祉部生活福祉領域高齢保健福祉グループ	主任主査	斎藤 秀一	○	○
福島県保健福祉部自立支援領域障害者支援グループ	主任保健技師	三瓶ゆかり	○	
福島県精神保健福祉センター	所長 科部長 主任保健技師 主任保健技師	畑 哲信 菊地 百合子 土田 札美 須藤 桂	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○

検討経過

- 1 方法 自殺予防への提言は、「自殺予防への提言作成検討ワーキンググループ」を設置し、原案の作成を行った。「福島県自殺予防協議会」は、この原案を基に協議を行い報告書にまとめた。
- 2 期間 平成16年7月～12月
- 3 経過

月日	内容
平成16年7月8日	第1回ワーキンググループの開催 協議内容 1 提言書作成の趣旨 2 提言の骨子の検討 3 提言（原案）の執筆分担
平成16年7月中旬～	分担委員の執筆作業
平成16年8月	執筆原稿の提出・収集 提言（案）の編集作業 提言書の原案完成
平成16年9月2日	平成16年度自殺予防協議会 提言書原案の提示を行い検討
平成16年9月	協議会構成機関においての提言書原案についての意見の収集
平成16年10月～12月	最終校正