

市町村で自殺対策を 進めるために

平成 28 年版

畑 哲信

(福島県精神保健福祉センター)

はじめに

福島県では平成15年ごろから自殺対策に取り組んできました。当初、うつ病対策が中心で、「自殺予防対策モデル事業報告書 ～市町村におけるうつ・自殺予防対策の進め方～」（平成18年3月）は、高齢者などにうつのスクリーニングを行い、早期に支援に結び付けることによって自殺を防ぐことを狙ったものです。実際、現在でも「うつ」は自殺との関連が深く、そうした状態に気づいて適切な支援につなぐということが自殺対策の基本であることに変わりはありません。

その後、自殺対策が徐々に進められ、また、自殺についての事実が少しずつ明らかになってきました。住民に対して一律にスクリーニングを行うことは膨大なコストを要すること、支援にあたっては精神科医療だけでなく種々の生活支援や地域づくりなどを包括的に行う必要があることなど、課題も挙げられました。こうした中で、精神保健や生活支援を含む組織的な取り組み、特に、住民の身近な場で支援を担う市町村の組織的な取り組みが自殺対策に重要であることが認識されるようになりました。

各市町村が、具体的にどのような自殺対策の取り組みを行えばいいかということは、実は一概に言えるものではなく、各市町村の状況によって、つまり、住民の状況や市町村行政の状況によって異なります。逆に、自殺対策の基本的な考え方を踏まえておけば、各市町村の状況に応じて、取り組みやすいところから取り組んでも構わないとも言えます。

この冊子は、このような考えから、主として市町村の自殺対策担当者、あるいは、広く関係する全職員がその対策の参考にできるようにと作成したものです。ここでは主に、精神保健の視点から自殺対策についてまとめましたが、精神保健以外の部分については、まだまだこれからの課題です。そうした点も含め、全国各地の都道府県や市町村でアイデアを交換し合いながら、効果的な対策が進められるよう期待します。

目次

| | |
|---|----|
| 1. 自殺対策を始めるにあたって ～自殺対策のポイント～ | 5 |
| (1) まず「生活・環境」 | 5 |
| (2) 心の問題：すべての支援者が理解すべきこと | 5 |
| (3) 社会的な取り組み：社会問題、人権、安全 | 6 |
| (4) 防御因子：ソーシャルサポート | 6 |
| 2. 自殺対策の実際 | 7 |
| (1) 自殺の実態把握、地域診断 | 7 |
| 1) 自殺された方についての情報 | 7 |
| 2) 自殺の統計 | 8 |
| 3) 希死念慮を持つ方や自殺未遂者などの相談 | 8 |
| 4) 関連する指標 | 8 |
| 5) 精神保健以外の地域の特徴 | 8 |
| (2) 相談・支援 | 11 |
| 1) 相談の役割 | 11 |
| 2) 相談の効果を高める | 11 |
| 3) 治療としての関わり：認知行動療法・対人関係療法・家族への心理教育 | 12 |
| 4) グループでの関わり | 12 |
| (3) うつスクリーニング | 13 |
| (4) 連携した支援の促進 ～諸機関の相談員に対するゲートキーパー研修 | 15 |
| ゲートキーパー研修 「気持ちを受け止める」 | 17 |
| ゲートキーパー研修 自殺と関連するリスク | 18 |
| (5) 身近な人に相談を促してもらう ～身近な人へのゲートキーパー研修 | 19 |
| [自殺と自殺対策に関する意識調査票] | 20 |
| (6) 地域づくり | 22 |
| [ノーベック・ソーシャルサポート質問紙] | 23 |
| (7) 連携体制 | 24 |
| 1) 連携の意義 | 24 |
| 2) 連携会議 | 24 |
| 3) 自殺対策と関連の深い連携分野、危機管理の視点 | 25 |
| 4) 支援連携 | 26 |
| (8) 事業計画・行動計画 | 28 |
| 1) 関連しそうな既存の事業をリストアップしてみる | 28 |
| 2) 自殺対策との関連を分類 | 28 |
| 3) 質の向上と範囲の拡大 | 28 |

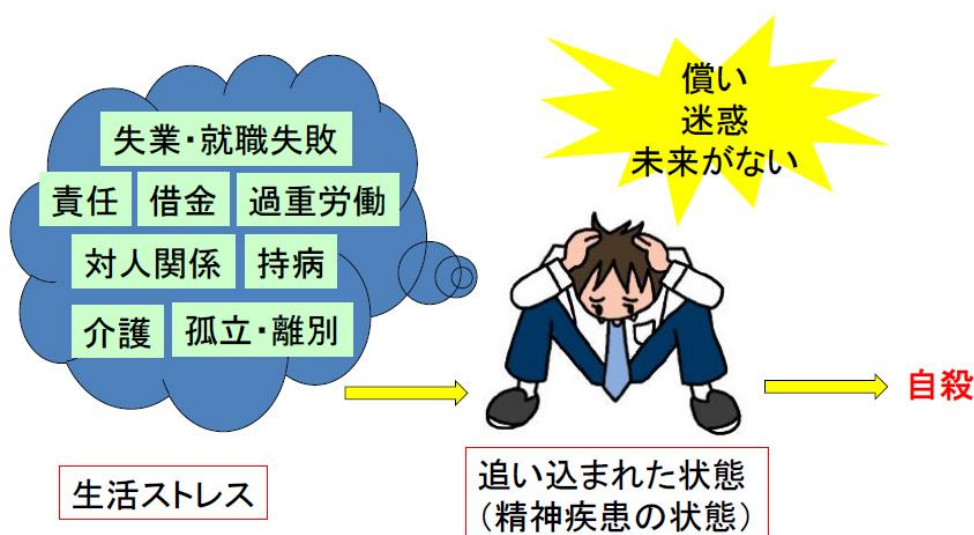
| | |
|---|----|
| 3. 自殺に関連するトピック | 31 |
| (1) 自殺対策についての考え方 | 31 |
| 1) 自殺対策が必要であるという3つの理由 | 31 |
| 2) 自殺は多くの人が身近に経験するできごとである | 31 |
| 3) 自殺対策は今ある対策にプラスしていくこと | 32 |
| 4) まずは、「自殺を防がなければ」と思うこと。 | 32 |
| 5) 「自分が自殺を防ぐ」ではなく「たくさんの人が関わること」 | 32 |
| 6) 自殺対策は価値観の転換でもある | 33 |
| (2) 自殺の統計 | 34 |
| 1) 自殺の統計の種類 | 34 |
| 2) 自殺に関する指標：自殺者数と自殺率、標準化自殺死亡比、年齢調整自殺率 | 34 |
| 3) 自殺率の統計的評価 ～二項検定を用いた自殺率の評価 | 35 |
| 4) 長期的な評価 | 36 |
| (3) 自殺予防における精神科医療の役割 | 38 |
| 1) 自殺予防に対する薬物療法の効果は限定的 | 38 |
| 2) 入院治療 | 38 |
| 3) 薬物治療以外の効果：孤立の防止、療養の確保／男女差 | 38 |
| 4. Q&A | 39 |
| 5. 対象に応じた自殺対策の概要 | 43 |
| (1) 高齢者の自殺対策 | 43 |
| 1) 高齢者の自殺の特徴 | 43 |
| 2) 普及啓発 | 43 |
| 3) 相談・支援、連携 | 43 |
| 4) 具体例 | 44 |
| (2) 中高年の自殺対策 | 46 |
| 1) 中高年の自殺の特徴 | 46 |
| 2) 普及・啓発 | 46 |
| 3) 相談・支援、連携 | 46 |
| 4) 具体例 | 47 |
| (3) 若者の自殺対策 | 49 |
| 1) 若者の自殺の特徴 | 49 |
| 2) 若者の自殺対策 | 49 |
| 3) 相談・支援、連携 | 49 |
| 4) 具体例 | 50 |

| | |
|---------------------------------|----|
| 5) 学校における自殺対策 | 51 |
| (4) 自殺未遂者の自殺対策 | 52 |
| 1) 自殺未遂者の特徴 | 52 |
| 2) 自殺未遂者の自殺対策 | 52 |
| 3) 具体例 | 53 |
| (5) 自死遺族支援 | 54 |
| 1) 自死遺族の状況 | 54 |
| 2) 自死遺族への相談と支援 | 54 |
| 3) 自死に至った状況についての遺族からの聞き取り | 54 |
| 6. 自殺対策に関連する他のマニュアル等 | 56 |

1. 自殺対策を始めるにあたって ～自殺対策のポイント～

ある、就職活動で悩む学生の言葉です：「いつまで経っても一次面接すら通らないし、交通費等で貯金は尽きるし、人生で初めて鬱のような状態にはなるし、それはもう散々でした。とにかく内定が出るまでは仲良しの友達とすら会いたくなかった。『このまま就職できなかったらどうなるんだろう。』『自分は誰にも必要とされていない。』と人生が終わってしまうような気持でした。」

自殺には生活や環境からの様々なストレス、そして、そうしたストレスの結果としての追い詰められた、そして孤立した心理状態が背景にあります。これらのそれぞれが自殺予防のターゲットになります。



(1) まず「生活・環境」

種々の生活や環境の問題が明らかなきには、当然、そうした問題にきちんと対応しなければなりません。たとえば「いじめでうつ病になって自殺に追い込まれてしまう」ということを想定した場合、まずいじめ対策を行うべきであり、そこを抜きにしてうつ病対策を前面に出してしまっておかしくなります。

(2) 心の問題：すべての支援者が理解すべきこと

まず「生活・環境」と言っても、心の問題を軽視するということでは全くありません。自殺されてしまった方のほとんどが追い詰められて精神疾患の状態に陥っていたことがわかっています。生活・環境の問題に一生懸命に取り組んでいても、その途上で自殺されてしまうかもしれません。1) 自分の苦しい気持ちを話してもらえるように、気持ちを受け止めるように心がけること、2) 専門的な心の支援が必要な方を見つけて適切な支援に結び付けること。この2つは、精神保健に限らず、すべての支援者が身に付けるべき技術です。

(3) 社会的な取り組み：社会問題、人権、安全

個々の対象者への取り組みだけでなく、社会全体への取り組みも必要です。一つは、生活・環境の問題について、根本の原因は社会にあるのではないか、という視点です。今でこそ、過重労働や多重債務、いじめなどは社会問題として取り上げられ、対策に取り組まれています。個別の問題として対応することにとどまる限り、根本的な解決には至りません。社会問題の解決は、一人一人の支援者の手に負えるものではありませんので、自殺対策の連携組織など、広い場で取り上げていくことが必要です。

また、自殺の手段など、モノの側面からの対策も有効なことがあります。駅のプラットフォームの防護柵の設置のほか、農薬の管理など、社会の安全管理という視点での取り組みは、自殺対策に限らず、社会に求められるものです。

(4) 防御因子：ソーシャルサポート

以上のように、生活状況や心理的な状況など、自殺の背景となる様々な状況が考えられます。そうした状況であっても、生活や心理面の問題解決に向けて取り組むことや、支援を求めることで乗り越えることができるかもしれません。ただ、そうしたこともできないくらいに追い詰められてしまう場合もあるでしょう。問題をかかえる人を、適切に支える周囲の人々が必要です。問題解決のための実際的な支援や、心の支えです。このような支えのことをソーシャルサポートと言います。自殺予防の取り組みは、まさにこのソーシャルサポートを提供する取り組みなのです。専門家によるサポートのほかに、住民同士のサポートも含まれ、地域づくりを考える上でも重要な概念です。

2. 自殺対策の実際

(1) 自殺の実態把握、地域診断

実態把握の手段としては、1)自殺された方についての情報、2)自殺の統計、3)希死念慮を持つ方や自殺未遂者などについての情報、4)自殺と関連する指標についての調査、が挙げられます。これらのうち、1)や3)の個別の情報については、なぜ、どのように自殺に至るかという理解を深めるのに役立ちます。しかし、そうした事情は個人によって異なり、また包括的に情報収集することは難しいので、必ずしも地域の特徴を表すものではない、とわきまえておく必要があります。一方、2)や4)については、包括的に情報収集できますが、情報の内容は限られてしまいます。地域診断としては、こうした自殺の実態把握だけでなく、5)地域の支援資源の状況や住民の生活の状況なども含めて把握し、計画づくりに役立てます。

1) 自殺された方についての情報

自殺された方についての情報は、①地域の保健活動の中で情報を得る、②遺族などから直接話を聞く、などで把握します。

① 地域の保健活動の中で情報を得る

これまでになんらかの相談があった方が自殺されたような場合です。日頃から、相談において、自殺のリスクについて念頭に置き、適切に対応して自殺を防ぐように取り組むことが大切です。しかし、そうしたことを心掛けていても、自殺されてしまうことはあります。残念なことではありますが、自殺や対策への理解を深め、地域が抱える課題を見直し、より十分なセーフティネットを検討するきっかけともなります。

② 自死遺族支援、遺族からの聞き取り

自死遺族に対する相談の窓口を設けるなどして、相談や支援を行います。その中で、自死に至った状況について知ることができます。突然の死に直面した時には、遺族は心理的に混乱してしまうものであり、それが自死である時はなおさらです。死亡後の手続きに役場を訪れた際に、手続きを支援しながら、「すこしお話をうかがいましょうか？」と聞いてみるとよいでしょう。そのほか、別件で相談対応していた人が、実は自死遺族だったという場合もありますので、相談の時には家族歴をきちんと把握するように心がけることも大切です。

また、自死遺族を支援する民間団体と交流することで、自死や自死遺族の気持ちについて理解を深めることもできます。

(※遺族については、心情を考え「自殺」ではなく「自死」という言葉を使います)

2) 自殺の統計

警察庁や内閣府などで自殺の統計を公表しており、自殺の状況を具体的に知ることができます。ただし、必ずしも統計によって対策が導かれるというものではありません。統計はあくまでも過去の事実であり、今後同じ自殺が起こるということを意味してはいません。これまでどのような自殺が多かったにせよ、それ以外の自殺が今後起こらないという保証はないのです。ですから最終的には包括的な対策を行うことができるよう目指すべきです。ただ、自殺の統計が対策に役立った例もあります。たとえば、日本で早くから自殺対策に取り組んだ新潟県松之山町では、高齢者の自殺率が非常に高く、うつ病の割合が高いということがわかり、うつ病スクリーニングなどの方法を用いた対策で、自殺を減らすことができました。こうした例はあまり多くありませんが、著しく自殺率が高い集団があった場合には、同様な手法を用いることができるでしょう。

3) 希死念慮を持つ方や自殺未遂者などの相談

希死念慮や自殺未遂は、自殺のリスクの一つであり、適切な支援が必要です。こうした方の相談を受けることで、どのような生活のストレスや心理的な状況で希死念慮や自殺未遂に至るかということを知ることができます。希死念慮や自殺未遂と自殺既遂とでは、背景となる状況が必ずしも一致するわけではありませんが、十分に自殺対策に役立てることができます。

4) 関連する指標

自殺と直接関連するわけではありませんが、参考になる事柄について住民調査を行うなどして指標とします。睡眠、アルコール摂取、精神的疲労のほか、相談行動などが挙げられます。「死にたい気持ち」といった突っ込んだ内容までは、住民調査に入れることは難しいかもしれませんが、平成24年1月に内閣府によって実施された「自殺対策に関する意識調査」では、そうした点も含めた調査を行っていますので、そうしたものを参考にして調査を行うことができるかもしれません。そのほか、もし定期的に健康調査などを実施しているのであれば、そこにこうした項目を織り交ぜると、コストが少なくて済みます。たとえば、福島県では、不定期ではありますが、県政世論調査に「心の健康について」という内容を含めるようにしています。

5) 精神保健以外の地域の特徴

地域診断という中には、地域にどのくらい自殺のリスクがあるかという評価のほかに、そもそもどういう地域なのかということが含まれます。まず、広く精神科領域以外も含む保健・医療に関する統計や、地域の支援資源の情報が挙げられます。そのほか、地域の人口構成、産業構造、家族構成の状況や家族・親戚づきあいのあり方、交通や流通等のインフラ状況、経済水準、地域の凝集性（近隣同士がよく知りあっているか）、生活習慣、住民

の生活と関連する社会的な資源などです。統計資料として得られるものもありますし、生活実感として得られるものもありますので、一度、整理しておくといよいでしょう。

自殺対策と一言で言っても、都会と田舎とではやり方が異なります。たとえば、過重労働対策と言っても、そもそも一次産業が中心で企業が少ないような地域で対策をやっても意味がありません。あるいは、高齢者の自殺対策の場合、高齢者がどのような生活をし、どのようなことが生きがいになっているか、地域住民がどのように支えているか、といったことも、地域によってさまざまです。ある地域の高齢者の自殺の特徴として農業による自殺が多いといったことは自殺の統計からわかることですが、そのことは一方で、その地域に農業に従事する高齢者が多いといった、地域の特徴と関連するものです。どういう人がどういう経路で農業を入手するか、どのように管理しているか、という情報は、少なくともこの地域の自殺対策には有用な「地域診断」となるでしょう。

住民の状況

- ・産業・人口構成・経済・交通
- ・家族・近隣の結びつき など

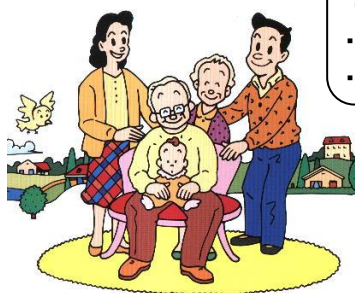
自殺と関連する指標

(アンケート・調査)

- ・睡眠・アルコール
- ・精神的疲労・相談行動

自殺の統計

- ・自殺者数や自殺率
- ・中長期 vs 短期



地域診断

【地域診断】

(1) 地域の特徴

1) 地域の状況

- ・ 産業
- ・ 交通
- ・ 自然、気候

2) 人口統計的状況

- ・ 人口構成、高齢化率、1世帯あたり人数、単身世帯、老々世帯
- ・ 人口増減
- ・ 就業者数、職業
- ・ 経済状況
- ・ 障害者数、自立支援医療（精神通院）受給者数、介護保険

3) 社会資源

- ・ 医療機関
- ・ その他（ ）

(2) 自殺の状況

1) 自殺統計（直近1年間および直近5年間平均）

- ・ 自殺者数、粗自殺率、標準化自殺死亡比
- ・ 性年齢別自殺者数
- ・ 職業別自殺者数
- ・ 原因動機別自殺者数

2) 自殺や心の健康と関連する調査・指標

- ・ 精神保健相談：相談件数、内容、相談者の性別・年齢
- ・ ○○調査（精神的疲労度、睡眠の状況、援助希求や相談行動、精神保健相談など）

(2) 相談・支援

1) 相談の役割

相談には二つの役割があります。一つはケースワークの役割で、①支援が必要な人を適切な支援に導くというものです。「精神疾患の疑いがあり受診を勧める」というような場合です。この場合、「精神疾患かもしれないという専門的な判断」「自分が病気かもしれないという現実を受け止めるのを支える」「医療機関への受診を促す」といった専門的な技術が必要となるでしょう。もう一つは心理支援の役割で、②現状を正しく認識し、現状を受容することを支え、問題解決に向けた気持ちや行動を支える、というものです。たとえば、精神疾患であることを受け止め、まずは仕事のことはさておいて、回復に努めるなどです。うつ病に対する認知行動療法的な関わりといった、より専門性の高い支援もふくまれるでしょう。

2) 相談の効果を高める

まず、相談窓口の利用率を高めることが効果を高めることにつながります。相談窓口を設けても、相談に来なければ支援はできないからです。これまで相談できなかった人が相談窓口を通して支援につながったといったことが確認されれば、ケースワークの効果があつたと言えるでしょう。相談窓口についての普及啓発を充実させ、相談窓口についての認知度を高めることも有効でしょう。また、住民調査などで「悩みがあるが誰にも相談しない」という人の割合を調べれば、それを低下させるといった数値目標を設定することもできます。

もう一つの相談の役割である心理支援の効果については、効果を確認することは容易ではありません。たとえば、「相談して気持ちが楽になりました」といった変化があつたとしても、それがその心理支援の効果であるか、またどの程度、意味のある変化であるか、つまり病状の改善に結びつくほどの効果であるか、といったことは実証が難しいことです。認知行動療法などのいくつかの技法については、医学的な研究でも効果があることが示されていますので、そうした技法を学んで相談に役立てることは、相談の質を高めることにつながります。また、各相談において、相談者の評価や転帰を含めた系統的な情報収集を行って実績を可視化しておくことが大切です。

(支援者支援)

支援者の資質向上として、支援者に必要な技術を身に付けることが必要です。相談の技術のほか、心理的介入の技術、他機関の役割についての知識と連携の技術などです。それに加えて、支援者自身の心理的負担を軽減するように、ストレス解消の技術を持ってもらうほか、各部署内での心理的・実務的にバックアップする体制を作ることも支援者支援で大切なことです。精神保健の相談や支援は成果が見えにくいことが多く、ややもするとその負担や役割が軽視されがちです。そうしたことがないように、相談や支援の重要性や負担の重さについて理解を深めます。また、万が一、対象者が自殺してしまうなどの出来事

が起こったときには、自責感から抑うつ反応が強く出て、孤立してしまうことがあるので、そうしたリスクを理解しながら見守ることが大切です。

3) 治療としての関わり：認知行動療法・対人関係療法・家族への心理教育

より専門性の高い心理支援として、認知行動療法や対人関係療法、家族への心理教育が挙げられます。うつ病に対する薬物療法以外に効果があるとされる治療です。最初の二つは、ご本人に対する支援です。うつ病では、物事に対する悲観的な見方や、自責感や無価値観、罪責感など、身近な人との関係にまつわる気持ちの変化が、回復に必要な休養を妨げる、という側面も持ちます。こうした気持ちの変化を症状として客観的にとらえ直し、対人関係の改善や問題解決にプラスになる行動を促すのが、これらの治療法です。認知行動療法や対人関係療法は、主としてサポートを受ける本人側に働きかけるものですが、結果的に、家族との関係が改善し、家族からのサポートが増加するという効果も期待されます。一方、家族への心理教育もご本人の病状の改善に役立つことが示されています。家族が、ご本人の病気を理解し、病状に合った接し方を工夫すること、家族自身の気持ちを和らげたり生活面での支援をしたりといった、家族への支援を行います。

4) グループでの関わり

グループを設けて支援することは、支援者から対象者に対する働きかけだけでなく、対象者どうしの交流を促し、より効果が高いと考えられます。うつ病等の精神疾患で治療している人、もしくは受診するほどではないもののなんらかの精神的不調を抱えている人などに、うつ病教室、家族教室等の支援サービスを行います。上記のような認知行動療法や対人関係療法を用いた専門的な内容から、呼吸法等を用いたリラクゼーション法、さらには、外出や交流の場として沙龙的な場の提供など、さまざまなレベルの支援があります。こうした支援は、非専門家でも取り組むことが容易であり、地域づくりの視点からも有用です。

(3) うつスクリーニング

自殺と関連が深い精神疾患としてうつ病があります。質問紙や面接の調査でうつ病の可能性のある人を見つけ出し、治療や支援に結び付ける方法がうつスクリーニングです。最初のスクリーニング（一次スクリーニング）で選び出された人を、うつ病の診断基準にそってさらに詳しく面接調査するなどして、よりうつ病らしい人を見つけ出し（二次スクリーニング）、医療機関への受診を勧めます。スクリーニングでは、かなりの割合で、健康な人まで陽性（問題あり）と判定されてしまうため、高自殺率など、自殺リスクが高い集団に対して行うことは有効ですが、一般集団に行うことは効率が悪く、効果が低くなります。人口 3500-7000 人くらいまでの規模、高齢化率 15-30%、自殺率が継続的に 160 以上の集団であれば、うつスクリーニングが有効とされています。

（スクリーニングの実際）

スクリーニングの実施方法として、質問紙を配布して返送してもらう方法や、住民健診の際に聞き取りをする方法などがあります。質問の意味を取り違えたりすることがしばしばあるので、聞き取りによる方が確実です。そのようにしたとしても、精度に限界があり、健康な人でも 2-3 割は陽性（つまりうつ病かもしれない）という結果になってしまいますので、結果の扱いには注意が必要です。

心の健康度自己評価票（1次スクリーニング）

| | | | |
|-----|--|----|-----|
| A項目 | 1 毎日の生活が充実していますか | はい | いいえ |
| | 2 これまで楽しんでやれていたことが、いまも楽しんでできていますか | はい | いいえ |
| | 3 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられますか | はい | いいえ |
| | 4 自分は役にたつ人間だと考える事ができますか | はい | いいえ |
| | 5 わけもなく疲れたような感じがしますか | はい | いいえ |
| B項目 | 6 死について何度も考えることがありますか ※死は「自殺に結びつくような死」を意味します | はい | いいえ |
| | 7 気分がひどく落ち込んで、自殺について考えることがありますか | はい | いいえ |
| C項目 | 8 最近（ここ2週間）ひどく困ったことやつらいと思ったことがありますか （それはどのようなことでしょうか） | はい | いいえ |

【判定】 灰色の回答が陽性である。 次の場合は二次スクリーニングへ。

- ・ A項目（1～5）2つ以上
- ・ B項目（6～7）1つ以上
- ・ C項目（8） は記載内容により判断（配偶者や家族の死亡、親戚や近隣の人の自殺、病院からの退院等）

（※大野裕：厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究報告書 平成14年」

(4) 連携した支援の促進 ～諸機関の相談員に対するゲートキーパー研修

生活を支える種々の支援は、それだけで自殺予防に寄与していると言えます。しかし、さらに自殺予防を進めるためには、自殺予防に対して、より効果のある支援のあり方が必要です。その一つとして、諸機関が担当する支援を担うだけでなく、それとあわせて対象者が抱える問題、特に自殺のリスクとなる可能性のある問題を幅広く把握し、必要な機関と連携して支援するということが挙げられます。自殺のリスクというと、たとえば、うつ状態などがありますが、精神保健機関だけでなく、種々の支援機関でも、うつかもしれないと気付いて精神保健機関や医療機関と連携できるようにします。うつ以外にも、経済的な問題や虐待などが自殺のリスクと関連します（「自殺リスク・チェックリスト」参照）。研修の対象は、相談機関以外にも、民生委員や民生児童委員なども含まれます。

研修の内容を実際に実行してもらうために、評価や連携のための書式を整えるといった工夫をしている例もあります。その場合、その書式を使用した件数によって実績の評価を行うことができます。あるいは、種々の相談機関で自殺リスク・チェックリストを常備し、参照しながら相談を行えば、自殺対策を意識して相談を受けるきっかけになるでしょう。

(解説)

自殺リスクのある人への対応として最も望ましい方法は、複数の分野からなる専門的な支援チームを組織し、一括して対応に当たるといった形態です。リスクのありそうな人には、そのチームが対応すればすむからです。複数の分野というのは、金銭的な問題、仕事に係る問題、DV（家庭内暴力）や子育てを含む家庭内の問題、介護の問題、心身の健康の問題などです。たとえば、生活困窮者に対する支援などは、仕事、子育てなど複数の領域にまたがった支援が必要になるもので、一人の担当者だけで対応できるものではありません。しかし、現実的にはそうしたチームを組織するにはある程度のコストが必要で、現在の日本では、そこまでの対策はできていないように思います。

支援チーム方式に代わる次善の策として考えられているのが、機関間の連携を密にするという方法です。すなわち、ゲートキーパー研修などで担当者の技術向上を図り、連携を促進するというものです。住民の身近な場面で、そうした関係者間の連携を組織化することが求められます。そのため、市町村レベルでの連携強化が自殺対策に重要であると考えられるのです。

連携方式では、個々の領域についての支援は個々の機関が行うので、専門支援チーム方式と比べると、連携が不十分になることは否めないでしょう。そのため、担当者の技術向上だけでなく、機関間の話し合いなど、さまざまな工夫でその溝を埋める取り組みを併せて行うことが必要です。

(自殺のリスクとは?)

自殺のリスクと言っても、たとえば、「この兆候があれば何パーセントの確率で1週間以

内に自殺に至る」、といったふうなことはわかりません。ただ、どの程度かははっきりしなくても、強いストレスを抱えていることはリスクを高めると考えられますので、そうしたストレスの原因となる生活面の状況や、ストレスの結果としての心理行動面のサインがあれば、自殺のリスクと考えます。これらは広義の自殺リスクと言えるでしょう。こうしたリスクに気づき、早めに支援の手を差し伸べることが自殺予防につながります。

一方、心理行動面のサインのうち、自殺と関連が強いとされるサインがあります。すなわち、「死にたい気持ち」と「自殺の準備状況」です。これらは狭義の自殺リスクとして、自殺が切迫していることの判断とします。広義の自殺リスクが診られた時には、狭義の自殺リスク（自殺の切迫度）を併せて評価するようにします。こうした、自殺のリスクと関連する生活や心理面の兆候について、チェックリストを各相談窓口に常備して、相談の際にすぐに参照できるようにしておくとう便利です。

（ゲートキーパー研修の構成）

講義

- ・自殺の現状、自殺に至る状況と心理の理解、自殺のリスク要因と保護要因
- ・自殺と精神疾患の関連
- ・自殺予防の方法
- ・ゲートキーパーの役割の理解（傾聴・リスク判断・適切な支援先につなぐ）

演習（ロールプレイ）

- ・傾聴、気持ちを受け止める
- ・リスク判断
- ・適切な支援先につなぐ

事例検討

（ゲートキーパー研修の効果を高めるために）

一般的に、研修全般に当てはまることですが、事例に基づく研修や、演習を用いた研修が有効とされます。なるべく研修受講者が実際に直面するであろう場面を想定して、事例を提示し、受け答えの演習をするとよいでしょう。理解できるように工夫して、具体的な場面を設定することが有用です。たとえば、司法書士が対象の場合に、多重債務の相談場面を設定するなどです。

ゲートキーパー研修 「気持ちを受け止める」

経済面や対人関係などの生活面の問題にせよ、心身の健康の問題にせよ、深刻な問題を抱えている人は孤立感を持ちやすいものです。支援者はできるだけその問題を共有するように努めなければなりません。そのためには、その問題をめぐって、本人がどのような苦労をしてきたか、どのような思いをたどってきたかといったことをしっかり聞いて受け止める必要があります。適切な支援につなぐという場合でも、そうした気持ちの受け止めができて、はじめて次のステップに進もうという気持ちになれるのです。演習では、この「気持ちを受け止める」という点に重点をおいて実施します。気持ちを受け止めるような話の聞き方について、良い例と悪い例を比較しながらロールプレイを行い、その違いを体感できるといいでしょう。

(例：深刻な問題に直面している場合を考えてみましょう)

倒産や自己破産、離職や休職といった深刻な問題は、社員や家族などにも負担を強いることになり、強い心理的な負荷がかかるものです。おそらく危機を回避するために資金繰りに奔走するなど、過労状態でもあることでしょう。そうした中で、倒産や自己破産を決意し、その後始末を進めていかなければなりません。その決断に至る心理的な葛藤に付き合うことが気持ちを受け止めるということです。これまでの苦労やこれからの心配、家族や社員への思いなどを十分に受け止めなければなりません。それによって、本人は多少とも孤立感を和らげることができ、気持ちを切り替えやすくなります。

一方、それと合わせて、冷静な目で心の状態や自殺のリスクも見極めます。必要に応じて精神科の医療機関につなぐなどの対処を行いますが、気持ちを受け止めることができていると、そうした作業もやりやすくなります。逆に、気持ちを受け止めることが十分にできていないままに精神科の受診を勧めてしまうと、本人は見捨てられたように感じるかもしれませんし、受診も拒否してしまうかもしれません。こうした点からも、気持ちを受け止めることの重要性が理解できるでしょう。

家族を心配させたくない
と一人で我慢してこられた
のですね



ゲートキーパー研修 自殺と関連するリスク

[自殺リスク・チェックリスト]

| |
|---|
| 生活面の状況 |
| <input type="checkbox"/> 喪失体験：身近な人を亡くす、近親者の自殺歴や自殺未遂歴 <input type="checkbox"/> 生活の問題：失業、多額の借金、生活苦、訴訟、過重労働、介護負担 <input type="checkbox"/> 被害体験：いじめ、暴力等 <input type="checkbox"/> サポートの不足：離別、孤立 <input type="checkbox"/> 重大な病気：心身の重大な病気 |
| 心理行動面の状況 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 心理：絶望感、希死念慮、衝動的な気持ち <input type="checkbox"/> 健康：2週間以上続く不眠、心理的な症状に伴う食欲低下・体重減少 <input type="checkbox"/> 行動：自殺未遂、事故を顧みない行動、健康を損ねる行動（多量の飲酒など） <input checked="" type="checkbox"/> 自殺の準備状況：自殺の計画、生命保険、遺書、手段の準備（購入・下見など） |

◎は自殺の切迫度を評価する上で特に重要

[参考：うつ病の症状 ～以下のうち5項目以上が2週間以上続く～]

| | |
|-------------|------------------------------|
| うつ気分 | 「気持ちが落ち込む」 |
| 興味や喜びの喪失 | 「以前楽しめていたことが楽しめない」 |
| 食欲の減退または増加 | 「食欲がない」「やせてきた」 |
| 睡眠障害 | 「眠れない」「早く目が覚めてしまいそのまま眠れない」 |
| 精神運動の障害 | 「動作・行動が鈍くなった」または「落ち着かず動き回る」 |
| 疲れやすさ、気力の減退 | 「疲れやすい」「気力が続かない」 |
| 強い罪責感 | 「自分を責めてしまう」「自分なんかいない方がいいと思う」 |
| 思考力や集中力の低下 | 「物事に集中できない」「考えが進まない、まとまらない」 |
| 希死念慮 | 「死にたくなる」「生きていくのがつらい」 |

(5) 身近な人に相談を促してもらう ～身近な人へのゲートキーパー研修

悩みを抱えていても、相談することをためらってしまうという人も少なくありません。家族や友人、職場の同僚など、身近にいる人が気づいて、声をかけ、話を聞き、専門機関への相談を勧めるといったことが役立ちます。ゲートキーパーという呼び名は、こうした身近な人についても用います。研修の内容としては、悩みがあるときに身近な人に相談すること（援助希求）という相談する立場、そして身近な人が困難を抱えていることに気づき、相談を受けるといった相談を受ける立場のそれぞれについて、演習を交えて学びます。悩みがありそうな様子に気づく、上手に話を聞く、適切な相談先に相談することを勧める、などの技術です。

研修を受けたからと言って、すぐに自殺リスクのある人が身近に現れるというものではありません。しかし、研修を受けることによって、自殺や自殺対策に対する意識の変化や、それほど深刻な内容でなくても、日常生活で身近な人に相談する、あるいは身近な人からの相談を受けるといった行動の変化などが期待されます。意識の変化については、作成過程の尺度ですが「自殺と自殺対策に関する意識調査票」などで評価することができます。行動の変化については、事後フォローのアンケートなどで、実際に家庭で実践できているかどうかを尋ねるなどの方法があります。

(解説)

普段から気軽に相談し合える相手がいるということは、いよいよせっぱ詰まったときの助けになるだけでなく、普段からの精神的健康を保つ役割も持ちます。また、地域全体、あるいは職場全体、あるいは家族みんなが相談し合える関係にあるということは、地域として、職場として、家族としての強みになります。いわば、地域づくり、職場づくり、家庭づくりのために有用なのです。

自殺予防のゲートキーパー研修というと、しばしば「自殺のサイン」といったことが強調されるのですが、身近な人へのゲートキーパー研修においては、むしろ相談し合える関係を促進する、という点に重きを置いた方がいいでしょう。すなわち、コミュニケーションの促進であり、特に、話を聞く、気持ちを受け止めるといったことがポイントになります。

[自殺と自殺対策に関する意識調査票]

(※岡檀ほか：自殺希少地域・青森県旧平舘村の地域特性に関する研究 日社精医誌 24, 2015 をもとに作成)

(質問項目)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| (1) 事情によっては自殺もやむを得ない | | | | | |
| (2) 自殺をしても仕方ない場合がある | | | | | |
| (3) 家族に負担をかけるくらいなら死んだ方がましだ | | | | | |
| (4) 自殺は予防できる | | | | | |
| (5) 自殺は悲しいことだ | | | | | |
| (6) 自殺は大変なことだ | | | | | |
| (7) 自殺をしてはならない | | | | | |
| (8) 自殺は恥ずべきことだ | | | | | |
| (9) 自殺をする人の気持ちがわからない | | | | | |
| (10) 自殺は困ったことだ | | | | | |
| (11) 働けなくなったら生きていく意味は無い | | | | | |
| (12) 自殺は立派なことだと思う | | | | | |
| (13) 自殺をうらやましいと思う | | | | | |
| (14) こころの悩みや不安などの相談窓口があることを知っている | | | | | |
| (15) 悩んでいるときや困ったときは、だれかに相談しようと思う | | | | | |
| (16) 悩んでいる人が身近にいたら、声をかけようと思う | | | | | |
| (17) 悩んでいる人が身近にいたら、相談窓口を紹介したいと思う | | | | | |

1 = そう思う 2 = ややそう思う 3 = どちらとも言えない 4 = あまりそう思わない
5 = そう思わない

(使用方法)

- a) (8)(9)(10)は評価対象外
- b) それ以外の 14 項目の得点について研修の前後で比較する
- c) (1)(2)(3)(11)(12)(13)を反転項目として 6 点から引いた値を求めたうえで、(1)~(7),(11)~(13)の平均値を自殺に対する意識指標、(14)~(17)の平均値を援助希求指標とする。得点が低い方が自殺対策に好ましいと判断する。(※)

(注意事項)

- a) この尺度の妥当性は検証されていない。また、反転項目および除外項目の扱いについては、今後、調査を進めた結果、修正が必要となる場合がある。
- b) 大学生および高校教師を対象に行った研修で用いた際の結果を参考データとして示す。

(参考データ)

大学生および高校教師の研修前後の各項目の平均値 (研修前後の t 検定での比較)

| | | 高校教師 平均値 | (n=18) SD | t検定 | 大学生 平均値 | (n=120) SD | t検定 |
|----------|-----|-------------|--------------|-----|------------|---------------|-----|
| 1 | 研修前 | 4.47 | 0.72 | | 3.18 | 1.39 | a |
| | 研修後 | 4.65 | 0.79 | | 3.48 | 1.36 | |
| 2 | 研修前 | 4.47 | 0.81 | | 3.09 | 1.41 | a |
| | 研修後 | 4.65 | 0.81 | | 3.39 | 1.41 | |
| 3 | 研修前 | 4.41 | 0.81 | | 3.78 | 1.21 | a |
| | 研修後 | 4.76 | 0.45 | | 4.12 | 1.16 | |
| 4 | 研修前 | 1.71 | 0.72 | | 2.04 | 1.12 | a |
| | 研修後 | 1.41 | 0.73 | | 1.63 | 0.90 | |
| 5 | 研修前 | 1.12 | 0.34 | | 1.45 | 0.93 | |
| | 研修後 | 1.06 | 0.25 | | 1.44 | 0.86 | |
| 6 | 研修前 | 1.29 | 0.60 | | 1.52 | 1.05 | |
| | 研修後 | 1.24 | 0.58 | | 1.48 | 0.93 | |
| 7 | 研修前 | 1.41 | 0.73 | | 2.18 | 1.34 | |
| | 研修後 | 1.29 | 0.60 | | 2.09 | 1.27 | |
| (8)* | 研修前 | 3.12 | 1.17 | | 3.36 | 1.27 | |
| | 研修後 | 2.76 | 1.26 | | 3.2 | 1.37 | |
| (9)* | 研修前 | 3.47 | 0.82 | | 3.31 | 1.20 | |
| | 研修後 | 3.41 | 1.03 | | 3.34 | 1.27 | |
| (10)* | 研修前 | 1.82 | 1.09 | | 2.26 | 1.14 | |
| | 研修後 | 1.47 | 0.73 | | 2.34 | 1.31 | |
| 11 | 研修前 | 4.53 | 0.82 | | 4.09 | 1.10 | a |
| | 研修後 | 4.82 | 0.40 | | 4.37 | 0.98 | |
| 12 | 研修前 | 4.65 | 0.72 | | 4.48 | 0.90 | b |
| | 研修後 | 4.82 | 0.54 | | 4.64 | 0.77 | |
| 13 | 研修前 | 4.71 | 0.60 | | 4.61 | 0.83 | |
| | 研修後 | 4.82 | 0.54 | | 4.52 | 1.00 | |
| 14 | 研修前 | 1.65 | 1.2 | | 1.8 | 1.21 | a |
| | 研修後 | 1.06 | 0.25 | | 1.36 | 0.96 | |
| 15 | 研修前 | 1.35 | 0.79 | | 2.09 | 1.19 | a |
| | 研修後 | 1.12 | 0.34 | | 1.46 | 0.87 | |
| 16 | 研修前 | 1.59 | 0.82 | c | 1.97 | 1.04 | a |
| | 研修後 | 1.12 | 0.34 | | 1.52 | 0.89 | |
| 17 | 研修前 | 1.94 | 1.06 | b | 2.47 | 1.23 | a |
| | 研修後 | 1.18 | 0.40 | | 1.71 | 1.06 | |
| 自殺に対する意識 | 研修前 | 1.43 | 0.45 | | 2.00 | 0.69 | c |
| | 研修後 | 1.25 | 0.37 | | 1.82 | 0.66 | |
| 援助希求 | 研修前 | 1.63 | 0.85 | c | 2.09 | 0.86 | c |
| | 研修後 | 1.12 | 0.30 | | 1.52 | 0.81 | |

a: p<.0001 b: p<.001 c: p<.05

※ (8) (9) (10) は評価対象外

(6) 地域づくり

地域住民どうしの支え合いは、自殺予防にとっても心の健康にとっても、また、地域の安全にとっても大切なことです。地域づくりにおいては、次の 3 つの視点から取り組みます。① 人材育成、② 交流の場、③ 住民意識、です。① 人材育成は、諸機関の相談員や身近な人へのゲートキーパー研修がおおむね相当します。② 交流の場は、うつ病などの当事者グループから、もう少し緩やかなサロン、さらには、文化やスポーツ、娯楽などの集まりも含まれるかもしれません。

③ 住民意識については、悩みや問題があるときに早めに相談する、という「援助希求」の意識を高めることが有用です。自殺の少ない地域の住民特性を調べた研究結果が参考になります(岡ら、2012)。それによると、「住民どうしの結びつきがゆるやかな紐帯をなす」「身内意識が希薄(排他的でない)」「援助希求への抵抗が小さい」「他者への評価は人物本位(学歴などの形にとらわれない)」「意欲的な政治参加」「格差感が小さい」といった特性が、自殺の少ない地域で多く認められました。また、「援助希求」を支えるような互助組織(② 交流の場)が整っていることもこの地域の大きな特徴でした。これらの特徴は、一方で、うつ受診率の高さ、すなわちうつに陥ったときに受診しやすいという特徴としても現れていました。こうした住民どうしの支え合いと、援助を求めることへの抵抗感の少なさ、そして医療の普及が自殺の少なさに寄与すると考えられます。

(※岡檀：自殺希少地域－徳島県旧海部町に見る、援助希求を促す環境づくり 精神科臨床サービス 12, 2010)

(解説：ソーシャルサポート)

ソーシャルサポートという言葉があります。広い意味では支援制度などを含みますが、狭義には人によるサポート(支え)を言います。支援機関の担当者によるサポートのほか、家族や友人などによるサポートも含みます。サポートといっても、ただなんとなく一緒にいるという関係もありますので、その内容が問われます。具体的には、サポートの内容としては、何かを手伝ってもらおうといった実質的なサポートと、自分のことを大事に思ってくれる、といった心理的なサポートがあります。こうした人と人との間のサポートは精神的な健康や、うつ病の経過にも影響があり、特に身近な人からの心理的サポートの影響が大きいのです。リスクのある人についてソーシャルサポート質問紙などを利用して評価すると、どういう人からのサポートが利用できそうか、公的な支援がどの程度必要そうかといった判断をするうえで参考になります。

[ノーベック・ソーシャルサポート質問紙]

- (1) あなたの生活で大切な人物を列挙し、あなたとどういう関係かを記載します。
 (2) それぞれの人について、問1～8を評価し、さらに、問9を評価します。
- 問1. あなたはこの人たちからどのくらい好かれていると感じますか
 問2. あなたはこの人たちからどのくらい尊敬されていると感じますか
 問3. あなたはこの人たちをどのくらい信頼できますか
 問4. この人たちはあなたの考えや行動をどのくらい支持してくれるでしょうか
 問5. もし受診の交通費などで、急に1000円必要になったとき、どのくらい助けてくれそうですか
 問6. もしあなたが何週間かベッドで安静にしていなければならぬとしたら、どのくらい助けてくれそうですか
 問7. この人たちとつきあい始めてどのくらいの期間になりますか
 問8. この人たちといつもどのくらいの頻度でつきあっていますか（電話、訪問、手紙など）
 問9. この1年の間、引越しや転職、離婚・離別、死去、その他の理由で大切な対人関係を失いましたか。もしこの1年間に大切な対人関係を失った場合、
 9-a 付き合いがなくなった人物の数
 9-b 全体として、もう付き合いがなくなったこの人たちはどのくらいあなたをサポートしてくれましたか

回答項目

| 問1～6 | 問7 | 問8 | 問9 |
|------------|------------|------------|--------------|
| 0 = まったくない | 1 = 6か月未満 | 5 = 毎日 | 0 = まったくなかった |
| 1 = すこしある | 2 = 6～12か月 | 4 = 毎週 | 1 = すこしあった |
| 2 = まあまあある | 3 = 1～2年 | 3 = 毎月 | 2 = まあまああった |
| 3 = かなりある | 4 = 2～5年 | 2 = 年に数回 | 3 = かなりあった |
| 4 = 非常にある | 5 = 5年以上 | 1 = 年に1回以下 | 4 = 大いにあった |

集計方法と健常者平均値（男性22名、女性68名の結果）

| 指標 | 計算方法 | 男 | 女 |
|---------|------------|-------------|------------|
| 情緒的サポート | 問1～4の合計 | 110.7±92.6 | 134.6±57.6 |
| 実質的サポート | 問5と6の合計 | 58.5±43.5 | 73.7±30.4 |
| サポートの合計 | 問1～6の合計 | 169.2±134.4 | 208.2±86.2 |
| 対人関係の量 | 問7と8の合計 | 80.1±57.3 | 102.9±43.2 |
| サポートの損失 | 問9 a, bの合計 | 1.0±2.7 | 0.9±2.0 |

(※前田恵子ほか：デイケア・作業所通所中の統合失調症患者のソーシャルサポート（第1報）精神医学 45, 2003)

(7) 連携体制

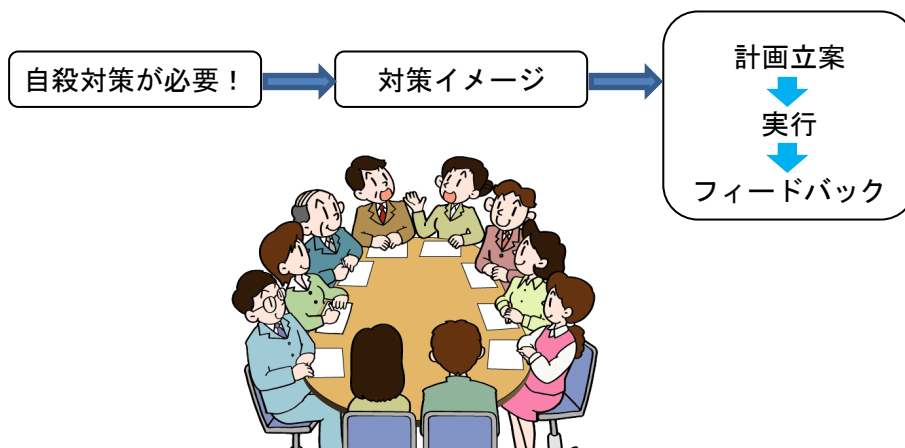
1) 連携の意義

自殺には、経済的要因、日常生活や対人関係の要因、心身の健康などさまざまな領域の要因が関連しています。そのため、個々の領域の取り組みだけで得られる効果は限られています。こうしたことから、自殺対策の戦略としては、「自殺対策に多くの領域が関わる」ことを狙いとして、組織的な取り組みを目指す、ということが挙げられるでしょう。

自殺対策に組織的に取り組むにあたっては、いかにメンバーの積極的な取り組みを促すかがポイントとなります。それはすなわち、組織運営としての要件です。自殺対策の概観で述べたような、自殺対策の意義やイメージを共有し、継続的な取り組みができるようにします。

- ① 自殺対策の必要性、重要性についての認識を共有する。
 - ② 自殺対策のイメージ（概観／上記）を共有する。
 - ③ 成果をフィードバックし、継続・発展的な取り組みをうながす。
- といったことです。

首長などがリーダーシップを発揮する形になれば組織としてまとまりやすいでしょう。会議（自殺対策推進会議など）を設けるなどして、理解を深めるとともに、協力しやすい土壌を作ります。また、それと合わせて、関係者への普及啓発を進め、情報交換し合うなど、各メンバーの意欲を引き出す地道な取り組みも大切です。そうした取り組みがあれば、会議もより有効なものになるでしょう。



2) 連携会議

(会議の種類)

連携会議にはいくつかの機能が求められます。それぞれ求められる機能に応じた会議の内容、構成員、開催頻度を検討します。

- ① 規模：a) 総合的な対策、b) 個別の領域の対策（例：高齢者、生活困窮者など）
- ② 範囲：a) 役場の庁内のみのも、b) 庁外機関を含めたもの

③ 内容：a) 計画づくりや連携体制づくり、b) 危機対応

自殺対策に特化した会議としては、①⇒a)総合的な対策、③⇒a)計画づくりや連携体制づくりで、②⇒a)庁内、および b)庁外を含む、の 2 種類が基本となります。個別の領域については、たとえば高齢者対策などの会議に自殺対策の内容も含めるなどして連携を図ることができるでしょう。

危機対応については、自殺に関連が強いものとしては、たとえば、最近ではインターネットによる集団自殺、練炭や漂白剤を用いた自殺などが挙げられるでしょう。こうした、社会的に影響が大きい事象について、早期に気づき、迅速に対応できるような体制が望まれます。こうしたことは、自殺に限らず、種々の住民の危機への対応を担う、たとえば、危機管理部署のような組織があると、問題事象に応じたメンバーで連携することができるかもしれません。

(会議の開きかた)

全庁的な会議については、一般企業であれば、リーダーシップを持った立場の人が先頭に立ち、自殺対策についてのビジョンや戦略を伝え、意見交換することによって、自殺対策の必要性、重要性や対策のイメージを共有することができます。自治体によっては首長が積極的に自殺対策のリーダーシップを担うというところもあります。そうでない場合は、別の方法で結束力を高める工夫が必要です。自殺の現状や自殺対策の概要について情報提供するとともに、意見交換の場を持つとよいでしょう。それによって、それぞれのメンバーの自発的な気持ちが引き出されるからです。

情報提供については、なるべく自殺や自殺対策について、具体的なイメージが持てるように工夫します。年齢や職業別の自殺者数や、自殺の仮想事例を提示するのもイメージづくりには役立ちます。また、もしも可能ならば「この対策によって、△△のリスクのある人の〇〇人くらいが支援を受ける」といったふうに、対策の効果の予測、または実績をなるべく具体的に示すことができれば、説得力が増します。

(会議の工夫)

年に 1 回、会議を開き報告し合う、というだけでは会議としての生産性は低くなってしまいます。意見交換の場を生かすためには、事前に関心を高める工夫も必要です。定期的に会報を発行するなどして、問題提起や事業経過の報告を行い、関心を高める努力をしておくと、会議においても意見が出やすくなります。

3) 自殺対策と関連の深い連携分野、危機管理の視点

連携に当たっては、自殺対策と関連の深い連携分野について整理しておく必要があります。すでに対策が実施されている分野については、その対策を自殺対策にも生かすという視点を持つとよいでしょう。たとえば、失業者は自殺のリスクが高いことが知られています。失業者対策としては、いかに仕事に就けるように支援するかということが第一ではありますが、同時に、自殺予防の視点からの対策も必要です。そうすると、失業者に対応す

る関係者が、心の健康や自殺対策の視点や技術を持ち、ゲートキーパーとして自殺対策に関わるというふうに対策を進めることができます。

一方、対策が不十分な分野については、関係する機関と協力して対策に取り掛かります。こうした未対応の分野を発見し、対策を講じていくことも自殺対策の一つと言えます。こうした分野は、自殺対策にとどまらない広範囲の対策が求められることが多く、「危機管理対策」の視点から、組織的な対応を柔軟にとれるような体制づくりが望まれます。

(自殺対策と関連の深い分野の例)

- ・ 困窮者対策
- ・ 介護負担
- ・ 失業者対策
- ・ いじめ
- ・ 配偶者間暴力、家庭内暴力、虐待
- ・ マイノリティ（性的マイノリティなど、認知や対応が不十分な例）
- ・ その他

4) 支援連携

支援が必要な人について関係機関の支援担当者レベルでの連携です。ケース会議などを開いて、それぞれの対象者についてどのように支援していくかを検討します。どのような支援がどの程度のレベルで必要かは対象者によって異なります。支援の内容や必要度に応じて分類（トリアージと言います）し、関係機関どうしでどのように役割分担して関わるかといった調整を行います。

次の表は市町村の視点から支援の必要な対象者を分類するための基準の例です。支援の必要な対象者が多くなってくると、限られた職員で対応することは難しくなります。そうしたときに、このように分類し、関係機関同士で合意しておくこと、関係機関と協力し合っ

支援対象者のカテゴリー分類の例（市町村におけるトリアージ）

| | | |
|----|--------------|--|
| | | |
| 1 | 保健所対応群 | 緊急度が高い。医療との連携が必要。 |
| 2 | アプローチ探索群 | 問題が顕在化し、緊急度も高いケース。ケース会議を開催して働きかけを検討する。ケースの状況が変わると、属するカテゴリーも変わる。どう分類するか決まっていない。 |
| 3 | 継続的働きかけ | 日常生活上に問題があったり、受診行動が不安定であるために、継続的に働きかけを行う。 |
| 4 | 入院ケア群 | 地域での生活が安定せず、入退院を繰り返している。 |
| 5 | 相談時対応群 | 比較的安定している。自分で相談に行ける。 |
| 6 | 見守り群 | 働きかけがないと相談に来ない。時々働きかける必要がある。 |
| 7 | 医療機関対応群 | 現時点では、対応する必要がない。援助機関は医療機関。 |
| 8 | 寛解過程群 | 寛解へと向かっていると思われるケース。一定期間後は健康群に移行することを検討。 |
| 9 | 長期入院群 | 地域に戻ってこない。 |
| 10 | 他の機関が対応している群 | すでに他の支援機関が関わっており、現時点ではその機関に対応を任せる。（地域包括支援センター・ケアマネ・絆職員・生活支援員・福祉施設・なごみ・行政他部署） |
| A | 健康群 | 健康であり、現時点では問題ない。 |

（高知県立精神保健福祉センターで作成したものに基つき一部修正）

(8) 事業計画・行動計画

1) 関連しそうな既存の事業をリストアップしてみる

自殺対策の事業計画・行動計画を作成することで、より対策を推進させることができます。まず自殺対策に関連する様々な事業をリストアップし、どのような対象に対してどのような種類の対策を行うものであるか分類してみるといいでしょう。精神保健だけでなく、産業、雇用、教育、介護、消費生活など、様々な事業が何らかの形で自殺対策に関わっていますので、そうした事業を幅広く集めます。

2) 自殺対策との関連を分類

リストアップされた事業について、自殺対策との関連、および、対策の種類によって分類します。自殺対策との関連は、対象者について自殺のリスクが考慮されているかどうかによって分類します。うつ病などのリスクの高い精神疾患、希死念慮や自殺未遂、といった視点が含まれているかどうかです。対策の種類は、普及啓発や調査など、主にポピュレーションアプローチ (P) と、個別的な支援を中心とした、主にハイリスクアプローチ (H) が挙げられます。

△ 自殺の背景要因としてなどの関連はあるが、直接的な結びつきは少ない

(例：離職者の復職支援)

○ 自殺と関連が深い要因についての対策。

(例：求職者に対するうつ病予防の啓発 (P))

(例：求職者のうつへの気づきとつながいを目的としたゲートキーパー研修 (H))

| 事業 | 対象 | 分類 |
|-----------------------|-------|-------------|
| 多重債務相談 | 中高年 | △ |
| 命の大切さを教える授業 | 生徒・学生 | 普及啓発 (P) |
| 全相談窓口への自殺予防チェックリストの常備 | 全般 | ゲートキーパー (H) |
| 税金滞納者の実情調査 | 全般 | 調査 (P) |
| | | |
| | | |

3) 質の向上と範囲の拡大

リストアップした事業を「自殺対策の対象と手段」の表にまとめます。これによって、自殺対策の現状を視覚化することができます。ここから、自殺対策の次の1手を検討して

いきます。視点は質の向上と範囲の拡大です。

質の向上は、今、行われている事業について、自殺対策への効果をいかに高めるかという視点です。たとえば「命の大切さを教える授業」は普及啓発事業ですが、「困ったときに助けを求める技術の習得」「友達の悩みに気づいて信頼できる人に相談する技術の習得」といった事業であれば、「若年者に対する集団支援やゲートキーパー」として、より実効性のある事業となります。

範囲の拡大は、「自殺対策の対象と手段」の手薄な部分について、事業を打ち立てるに何を付け加えるかということです。全く新たな事業を考えることもできますし、すでにある事業をレベルアップすることで補うこともできます。たとえば、「離職者の復職支援」について、「離職者に対するメンタルヘルスチェックを相談員が担う」という事業にレベルアップすることで、「中高年に対するゲートキーパー」として自殺対策に関連が深い事業にリストアップすることができます。

[自殺対策の対象と手段]

| \手段 対象\ | (P) | | (H) | | | | | その他、 関連事業 |
|------------|------|------|------|---------|---------|-----------|-------|--------------|
| | 実態調査 | 普及啓発 | 相談窓口 | ゲートキーパー | スクリーニング | 個別または集団支援 | 連携づくり | |
| 全般 | | | | | | | | |
| 高齢者 | | | | | | | | |
| 中高年 | | | | | | | | |
| 無職者 | | | | | | | | |
| 若者 | | | | | | | | |
| ひきこもり | | | | | | | | |
| 自殺未遂者 | | | | | | | | |
| 自死遺族 | | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | | |

[行動計画の例]

| 事業 | 現状 | 自殺対策強化のための計画 (平成〇〇年度) |
|---------------------------|--------------------------------|---|
| 多重債務相談 | 多重債務者に対する債務整理等の相談（関連事業） | 新たに、相談員に対する自殺リスクチェックの研修を行う（ゲートキーパー研修） |
| 命の大切さを教える授業 | 道徳的な教育として命の大切さについて話し合う授業（普及啓発） | 新たに、いじめや自殺念慮に際して自ら相談する、友人として相談に乗り担任や家族など大人に相談する技術を教える（集団支援、ゲートキーパー研修） |
| 全相談窓口への自殺予防チェックリストの常備（新規） | | 庁内の相談窓口に自殺予防チェックリストを常備し相談時に用いる（ゲートキーパー） |
| 税金滞納者対策 | 税金滞納者に対する納税促進の対策（関連事業） | 新たに自殺ハイリスク者という視点から実情を調査する（実態調査） |
| | | |
| | | |

3. 自殺に関連するトピック

(1) 自殺対策についての考え方

1) 自殺対策が必要であるという3つの理由

自殺対策がなぜ必要か、どのような意義を持っているかということについて理解し、共通の認識を持てるようにします。自殺対策の必要性、重要性としては、次の3点が挙げられるでしょう。

① **直接の効果**：自殺によって失われるものは非常に大きいと考えられます。稼ぎ手を失うことによる経済的損失、周囲の者への心理的影響と、その結果生じる生産性の低下や治療や支援の負担、後追い自殺に代表されるような社会全体への間接的影響などです。

② **副次的効果**：自殺対策は単に自殺を防ぐためのものではなく、たとえば、過重労働の減少、介護環境の改善、経済弱者へのセーフティネットの強化、相談機関における相談対応の質の向上、心身の健康増進、といったことから、さらには「心を大切にする」といった社会理念の促進に至るまで、様々な効果が得られることを想定しています。ちなみに、この①と②の一部が含まれると考えられる、「自殺・うつ対策の経済的便益（自殺・うつによる社会的損失）の推計」（2010年、厚生労働省）では、年間2兆7千億円の損失と推計されています。

③ **道義的意義**：WHOは「自殺は深刻な、しかし予防可能な公衆衛生上の問題である」としており、実際に自殺の予防に成功した国の例もあります。いわば、救うことができる命であり、放置することは道義上、許されないことです。

最初にも述べたように、自殺や自殺対策については様々な立場の人が様々な意見を持っています。そうした意見を聞き、またそこで持ち上がる疑問点について話し合う中で、自殺対策の必要性や重要性について認識を深めることが、関係者それぞれの意欲を高めます。



否定的な意見に惑わされないよう、しっかりした認識を持つ

2) 自殺は多くの人が身近に経験するできごとである

自殺者の数は、多くの場合、年間の自殺者数が示されます。日本ではおおよそ2-3万人の

方が毎年自殺で亡くなっています。これは人口約4・5000人に1人になります。一方、亡くなった人のうち、どのくらいの割合の人が自殺であったかを計算すると、約2%になります。つまり、50人に1人が、自分の一生を自殺で終えています。その結果、私たちの何割かは、一生のうちに一度は身近な人の自殺を経験することになります。自殺は決して稀な出来事ではなく、多くの人が身近に経験するできごとなのです。

3) 自殺対策は今ある対策にプラスしていくこと

「とりあえず自分にできることは、自分が自殺しないように気を付けるくらいかな。」

「経済的な問題が自殺に関係するんだから、雇用対策をすればいいんじゃないか？」

「生活の問題が背景にあるのだから、私たちの日々の仕事すべてが自殺対策です。」

自殺や自殺対策については、いろんな意見があります。ここに挙げたどの意見にも一理はあります。たしかに、今の様々な社会制度があって、今くらいに自殺が抑えられている・・のかもしれませんが。

自殺対策といっても、ゼロからの出発ではないということです。もちろん、だからといって今のままでは自殺者が出続ける状況は変わらないでしょう。さらに自殺者を少なくするために、今ある様々な取り組みを生かしつつ、より自殺対策に対して効果的なものとなるようにプラスしていくことが自殺対策なのです。

4) まずは、「自殺を防がなければ」と思うこと。

どんなことが自殺対策に取り組む動機付けになるのでしょうか？ 身近に自殺者や自殺の危機にある人を経験したことがきっかけで自殺対策に積極的に取り組むようになった、という方がいます。家族や友人、職場の同僚などのほか、相談者などの自殺や自殺の危機です。そうした経験がなかったとしても、同僚の経験を聞いたり、出版物を通して知ることでも動機づけが得られるでしょう。

もちろん、そうした経験や知識だけで自殺のすべてがわかるわけではありません。一言で自殺と言っても、それぞれの人の年齢、性別や、おかれていた生活状況によって、様々な背景があるからです。でも、「自殺を防がなければ」という思いを持つにはそれで十分です。

5) 「自分が自殺を防ぐ」ではなく「たくさんの方が関わること」

自殺対策の戦略を考える上で最も大切なことは、「自分一人で自殺対策をやろうとしない」ということです。先に述べたように、自殺対策のかなりの部分は、今ある様々な仕事の中に、自殺対策の考え方や手段を少しプラスしていく、というところにあります。多くの分野で多くの人が少しずつでもプラスを重ねることが大きな力となります。自殺対策の戦略としては、こうしたたくさんの方が関わることを目指すことが中心になります。

興味深いことに、「一人で頑張らない」というのは自殺予防のメッセージでもあります。

一人で頑張ってしまうことが援助希求を妨げ、自殺のリスクとなります。同じように、支援者が一人で頑張ってしまうことは、自殺対策を遅らせるとともに、個々の人に対する支援においても効果を低くしてしまうのです。

6) 自殺対策は価値観の転換でもある

自殺を選ぶに至る思考過程を考えると、なんらかの前提となる論理、ないし価値観があって、自殺理由に至るといったことがあります。たとえば、「死をもって償う」「死んでお詫びをする」といった罪や失敗の償いとしての自殺や、「周りに迷惑をかけないために死ぬ」といった自己犠牲としての自殺などです。うつ状態になることは病気の結果ですが、そこから死を選ぶ際にはこうした考えや価値観が影響しているように思われます。

また、こうした考えは、突然思いついたものではなく、私たちが成長していく中で世の中から学び取って身に付けたもので、いわば、長い歴史を経て世の中に根深く住みついている考えや価値観です。自殺対策の視点からは『誤った考え』ですが、それを変えていくのは容易なことではありません。私たち自身が、自分の中にある誤った考えに気づき、自殺予防の視点でどのような価値観や考え方が望ましいかという問題意識を持つことが、世の中の考え方を変えていくことにつながるでしょう。

「一人で頑張らない」「相談は美德」といった価値観は自殺予防に有用であり、そうした新たな価値観を模索していくことが必要です。

(2) 自殺の統計

1) 自殺の統計の種類

自殺の統計（自殺者の集計）には、警察官の調査による自殺統計と、医師の死亡診断書による人口動態統計とがあり、自殺のおおまかな状況を知ることができます。地域でどのようなタイプの自殺が多いかを知る手掛かりになることもあります。

| 統計の種類 | 地域分類の仕方 | 母数の人口 | 自殺の判断 | 注 |
|-------------|-------------------|-------|----------|--------------------|
| 自殺統計／警察庁 | 発見された場所または住んでいた場所 | 総人口 | 警察官 | |
| 人口動態統計の自殺者数 | 住民票の所在地 | 日本人人口 | 医師の死亡診断書 | 市町村については年齢別自殺者数はない |

※全国的に有名な自殺の名所があるような場合、人口動態統計よりも警察庁の自殺統計の方が自殺者数（発見場所）が多くなります。それ以外の場所でもやや人口動態統計よりも警察庁の自殺統計の方が多くなる傾向があります。それは母数の違いや判断の違いによるものと思われます。

2つの統計のうち、警察庁の自殺統計の方が多くの情報が含まれています。年齢、性別のほか、職業、死亡の時刻、場所、手段、同居者の有無、自殺未遂歴のほか、原因動機の種類も含まれます。もっとも、原因動機は、あくまでも警察官の判断によるもので、遺書などに基づく場合もありますが、たとえその場合でも、それが正しいかどうかについては保留しておくべきでしょう。たとえば、原因動機が不明とされる割合を見ても、都道府県によって3%-56%と、大きな開きがあります（平成26年年間統計）。自殺未遂歴も、厳密な基準はありませんので、やや信頼性は低くなります。また、クロス集計（年齢×動機、など）は、全国の自殺者数については公表されていますが、都道府県や市町村の集計は公表されていません（都道府県については、都道府県警察から提供されている場合もあります）。

2) 自殺に関する指標：自殺者数と自殺率、標準化自殺死亡比、年齢調整自殺率

うちの町では自殺者が多いのか少ないのか？ということはどうやって評価すればいいでしょうか？たとえば、全国の自殺者が年間3万人で、町の自殺者が4人だった場合、どちらが多いと言えるでしょうか？ こういう場合は、自殺者数を人口で割った自殺率という数値が用いられます。

自殺率を求めるときに注意が必要なのは、母体となる人口、つまり母数を知る必要があるということです。たとえば、無職の人の自殺が多い、ということをも具体的に示すためには、無職の人の自殺者数と無職の人の人口を知る必要があります。さらに、無職の人の人口といっても、観察期間中、ずっと無職の人もいれば、一時期だけ無職だったという人もいますので、人口は一定ではありません。このような場合、厳密に無職の人の自殺率を求めることはできないので、その点を頭に入れて数値を解釈する必要があります。

都道府県ごとの自殺の多い少ないを比較するときには、年齢構成の影響があるので注意が必要です。一般的に年齢とともに自殺率が高くなるため、高齢化率が高い地域の方が自殺率が高くなる傾向があるからです。その際、それは標準化自殺死亡比や年齢調整自殺率といった指標を使うことで、年齢の影響を除いて比較することができます。この指標を求めるためには、年齢別の自殺者数や人口を知る必要があります。

[標準化自殺死亡比]

=全国の人口構成を対象市町村の人口構成に当てはめて自殺率を算出して比較したもの
 =対象市町村の自殺率 / Σ (全国の年齢別自殺率 × 該当地域の年齢別人口)

[年齢調整自殺率]

=対象市町村の人口構成を全国の人口構成に当てはめて自殺者数を求め、自殺率を算出したもの
 = Σ (対象市町村の年齢別自殺率 × 全国の年齢別人口) / 全国の人口

3) 自殺率の統計的評価 ～二項検定を用いた自殺率の評価

多い少ない、増えた減った、という評価は、統計的解析を用いて行う必要があります。前者は二項検定に基づく解析、後者は分散分析、またはt検定が用いられます。ここでは二項検定について説明します。

人口が1000人の村で自殺者が2人いたとします。人口10万人当たりの自殺率を計算すると200となります。全国の自殺率がおおよそ20から25ですので、非常に高い値となります。自殺率200というのは、全国規模で言うと、年間25万人に上りますので、現在、年間2万5千人くらいであるのとくらべると、いかに高い値かがわかるでしょう。でも、全国の自殺者が急に年間25万人に増えるということはありません。1000人の村でたまたま2人が亡くなるということはそれほど稀ではないようにも思えます。人口規模が小さいと、わずかな違いで指標が大きく変わってしまうのです。こうしたことを含めてきちんと評価できるのが統計解析で、この場合、二項検定という統計手法を使って評価できます。

(二項検定の Excel 関数)

次に示すのは、全国の自殺率が0.00025(人口10万人あたり25)であるときに、人口1万人の町で4人以上の自殺者が出る確率を示す Excel 関数です。

| |
|--|
| [自殺率が有意に高いかどうかを検定する Excel 関数] |
| =1-BINOM.DIST((4-1), 10000, 0.00025, TRUE) |
| (以下の数値は実情に合わせて書き換えます) |
| 4 ⇒対象市町村の自殺者数 |
| 10000⇒対象市町村の人口 |

0.00025⇒全国の自殺率（人口1人あたり）

※自殺者数がゼロの時は計算の必要はなく、関数の結果はエラーになる

計算の結果、0.109（10.9%）という値が出てきます。この値が低いほど、めったに起こらないことが起きている、と判断できます。一般には5%（多い方と少ない方を併せているので、一方が2.5%）を基準（有意水準と言います）とします。10.9%というのは2.5%と比べて多くなっていますので有意ではない、つまり、この町の自殺者数は多くはない、と結論できます。ちなみに2.5%というのは、市町村が40か所あれば1か所くらいは有意に自殺率が高くなるというレベルです。

逆に、うちの町は自殺率がとっても低い、というときには、次の関数でどのくらい低いのかを計算することができます。この式の計算結果が0.025（2.5%）よりも小さければ、有意に低い、と判断されます。

[自殺率が有意に低いかどうかを検定する Excel 関数]

=BINOM.DIST(4, 10000, 0.00025, TRUE)

[標準化自殺死亡比の二項検定]

・全国の自殺率⇒対象市町村の人口構成に合わせて計算した全国の自殺率（標準化死亡比を求める式の分母）

におきかえて自殺率の二項検定の式に代入することで検定できます。

[年齢調整自殺死亡率の二項検定]

・当該地域の自殺者数⇒対象市町村の年齢調整自殺死亡率×当該地域の人口

におきかえて二項検定の式に代入することで検定できます。

4) 長期的な評価

ある地域が自殺の多い地域なのか、あるいはある集団が自殺の多い集団なのかという評価は、1年の評価だけではわかりません。もっと長期に見てどういう傾向があるかを見る必要があります。そのためには、何年か分の自殺者数を足し合わせた（または平均した）値で評価するとよいでしょう。特に、人口の少ない地域では、毎年の自殺者数や自殺率の変動が大きいため、こうした手法が用いられます。その場合も、解析手法としては二項検定を使うことができます。そのほか、自殺予防総合対策センターでは、年齢調整死亡率（ベイズ推定値）という指標を用いて、さらに地域の自殺の長期的傾向を評価し結果を公表しています。腰を据えた計画を立てるにはこうした長期的な指標を参照し、毎年の状況を評価するには短期的な評価をするというふうに使分けるとよいでしょう。

[複数年間の自殺率についての二項検定]

・対象市町村の自殺者数＝対象市町村における調査期間の自殺者数の総計

- ・対象市町村の人口＝調査期間の対象市町村の人口の平均値
 - ・全国の自殺率＝調査期間の全国の自殺者数／調査期間の全国の人口の平均値
- を二項検定の式に代入することで検定できます

[複数年間の標準化自殺死亡比とその二項検定]

- ・対象市町村における自殺率＝（対象市町村における対象期間の自殺者数／対象期間の人口の平均値）
 - ・全国の年齢別自殺率＝ Σ （全国における対象期間の年齢別自殺者数／全国における対象期間の平均人口）
 - ・対象市町村の年齢別人口＝対象市町村における調査期間の年齢別人口平均値
- として各式を計算します。

[複数年間の年齢調整自殺死亡率とその二項検定]

- ・対象市町村の年齢別自殺率⇒対象市町村における調査期間の年齢別自殺者数／対象市町村における調査期間の年齢別人口平均値
 - ・全国の年齢別人口⇒全国における調査期間の年齢別人口平均値
 - ・全国の自殺率＝調査期間の全国の自殺者数／調査期間の全国の人口の平均値
- として各式を計算します。
- （算出された値を調査期間の年数で割ることもできますが、二項検定を行う際には割らない値を使います）

(3) 自殺予防における精神科医療の役割

1) 自殺予防に対する薬物療法の効果は限定的

自殺予防において精神科医療は重要な役割を持ちます。自殺に傾いている人の多くが精神疾患に相当するような追い詰められた状態にあるからです。しかし、いわゆる薬物療法を中心とした狭義の医療を過信してはいけません。薬物療法による自殺予防効果は限定的だからです。たとえば抗うつ薬については、高齢者には自殺予防効果が高い一方、若年者に対しては逆に自殺のリスクを高めることがあるとされているといった事実も知られています。

2) 入院治療

精神科医療といっても様々な機能があります。最も自殺予防に効果があると考えられるのは入院医療でしょう。厳重な管理下に置くことができるからです。ただし、それでも完全ではなく、病院の中での自殺もときどき経験されます。また、入院するとどうしても日常生活が中断されることになるために、たとえば、仕事や介護、子どもの養育などの理由で、なかなか入院に踏み切れないということもあります。

3) 薬物治療以外の効果：孤立の防止、療養の確保／男女差

一方、通院医療については、入院ほどの自殺予防効果はありません。通院医療の自殺予防効果の評価の仕方として、精神疾患にかかっているにもかかわらず医療機関を受診していない人も多くいるので、そうした場合と受診した場合とで自殺率を推計して比較することができます。福島県で実施した調査(※)では、精神疾患にかかっていると思われる人のうち、受診していない男性の人口 10 万人あたりの自殺率が 1111 人、受診している男性が 287 人、受診していない女性が 219 人、受診している女性が 260 人と、男性では受診していない方が圧倒的に自殺率が高い一方、女性では受診している方がやや自殺率が高いという結果になりました。こうした男女の違いは、薬物治療など医療の効果の違いとは考えられません。つまり、男性では病気をかかえたまま受診しないと自殺率がきわめて高い一方、受診すると大きく改善するというのは、何か、医療以外の要素があると考えられます。一つは、男性は女性に比べて援助希求性が低く、受診していない人では特に孤立のリスクが高く自殺率が高くなるという点です。一方、受診のメリットについては、受診によって援助が得られるようになるとともに、病気休暇を取るなどして療養に専念できる環境を整えるといった実質的なメリットがあります。この点は、男性には有利に働きますが、女性の場合は、日本ではまだ正社員率が低く、休むと収入が途絶えてしまうために休めないといった事情もあるでしょうし、主婦などではそうしたメリットが少ないといった事情があると思われます。

(※畑哲信：精神科・心療内科における自殺実態調査 精神医学 56, 2014)

4. Q&A

Q. 自殺対策をしてもすぐに自殺者数が減るわけではないし、たとえ自殺者数が減ってもそれが対策の効果かどうかはわかりません。こうしたことから、対策の効果を示すことが難しく、効果が実感しにくいうえに、PDCA サイクルに基いて進めることが難しいです。

A.学問的にも効果がきちんと示されている自殺対策は非常に限られています。市町村レベルの事業で自殺者数や自殺率への効果を証明することはほぼ無理です。医療の分野では、代わりに自殺未遂や希死念慮などを指標として、継続的に追跡調査するなどして効果を検証します。市町村事業では、住民調査などで、抑うつ度や精神的疲労感、援助希求行動などについての調査を行って、その変化を見るという方法もありますが、対策との関連性の実証は難しいでしょう。自殺関連指標ではなく、研修の理解度や、自殺予防に対する意識の変化など、プロセス評価を対策の評価として用いるのがよいでしょう。

Q. 庁内では「自殺は本人の意志だから行政が介入することではないのではないか？」といった意見が聞かれることがあります。どう取り組めばいいのでしょうか？

A. 考え方を考えることは容易ではありません。まずあなた自身がしっかりと自殺対策の必要性を認識し、1) 自殺の実態とそれによる影響・損失、2) 対策の副次的効果、3) 自殺予防の実現可能性と道義的意義について、根気よく広めましょう。特に、否定的な考えの背景として『自殺を防ぐことは難しい』というイメージを持っていることが少なくありません。すべての自殺を防ぐことは難しくても、防ぐことができる自殺もあるということ、そのために、専門家でなくてもできることがあるということを理解してもらえるように工夫しましょう。たとえば、ゲートキーパーとしての傾聴や受容の技術を学ぶことも「自分にできることがある」という自己効力感を高めるのに役立ちます。そのほか、庁内の職員自身のメンタルヘルス対策についても周知を図れば、自分自身の問題として、心の健康や自殺対策について考えてもらうことができ、有用です。

Q. 自殺対策を担当する人員が限られており、対策になかなか手が回りません。

A.自殺対策といっても、セーフティネットの一分野ですので、必ずしも自殺対策に特化したものである必要はありません。貧困対策やいじめ対策等、関連する分野が広いことも特徴です。そうした点を考えると、自殺対策の担当者が孤軍奮闘することは好ましいことではありません。まずは庁内に広く自殺対策について理解してもらうことを優先的に考えます。たとえば、貧困対策において自殺対策の視点を併せて持ってもらい、簡単な自殺のリスクのチェックをしてもらい、自殺のリスクがありそうな人については、複数部署が話し合っ、協力して対応できるようにする、など、孤軍奮闘にならない方策を考えましょう。貧困対策だけでなく、介護など、さまざまな関連分野がありますので、考えられる限り多くの分野の担当者が問題意識を共有することを目指します。こうして問題意識を共有することで、人員配置や業務のあり方を検討する余地も生まれてくるかもしれません。

Q. 自殺の統計分析をしても、対策をどう導き出せばよいかわかりません。

A.自殺の統計分析だけで対策が導き出せるほど特徴のある結果が得られることは稀です。また、統計はあくまでも過去の自殺状況についてのデータであり、それだけを基に対策を考えるとということでは、後手後手に回ってしまう恐れがあります。最終的には、すべての住民に対して対策を行き渡らせることを目指すことが望ましいです。そのためには、自殺予防だけでなく、様々な関連分野と共同して取り組むことが大切です。

Q. 今年に入って2人の方が自殺された。いずれも今まで特に注意していなかった方たちで途方に暮れている。

A.まずは、亡くなった方の自殺に至る状況について、可能な限り情報を集めます。これまでの各種窓口への相談記録などです。全庁の相談記録がデータベース化されていればこうした作業がやりやすいですが、プライバシーの保護の観点で慎重に扱う必要があります。遺族にアプローチするという方法は、遺族が精神的なケアを要することも多いことから、意味のあることではありますが、遺族の方は自殺ということを知られたくないという気持ちを持つことも多いので、慎重さを要します。相談窓口を開いて、遺族からの自発的な相談を待つか、あるいは警察などと協力して相談窓口を案内してもらおうといった方法が考えられます。一方、自殺に至った状況についてほとんど情報が得られないということも少なくありません。もちろん、警察では自殺者についてのある程度の情報を把握していますが、今のところ個別の自殺者に関する情報を入手できるようなにはなっていません。

Q. 管内で自殺者が出ると、適切な対策ができていたのか不安になるし、上司からも厳しく問われて途方に暮れてしまいます。どうすればいいのでしょうか？

A. 自殺者についての詳しい情報が得られることはあまりないかもしれませんが、もし、なんらかの関わりがあった方であれば、その関わりのあり方について見直し、庁内のゲートキーパー研修を開くきっかけになるかもしれません。なにも関わりがなかった方であれば、相談窓口の周知が不十分であったか、あるいはその方の悩みに合った相談窓口がなかったのかもしれません。また、もしも自殺の背景について情報が得られたとしても、次に同じ背景で自殺者が出るとは限りません。セーフティネットをよりきめ細やかにすることを考えることとなります。「自殺にはさまざまな領域の要因が関連しており、自殺対策に多くの領域が関わることを狙いとして組織的な取り組みを目指す」という戦略のもとに、全庁的な取り組みを促すきっかけとし、担当者の『努力』だけに期されることがないようにしなければなりません。

Q. 役場への相談で、相談者から「死にたい」といった言葉が聞かれるとすぐに自殺対策担当者に回されて、担当者の負担が重くなってしまい、困っています。

A. 自殺のリスクが高いと考えられるときに、より専門的な関わり技術を持った担当者が対応するという事は、正しいやり方だと言えます。次の3つの視点で検討します。

① 自殺リスクの評価は妥当か？

「死にたい」という言葉が聞かれたときには、具体的な行動を確認して自殺のリスクを評価します。専門家でない場合は評価の精度は低くなるかもしれませんが、少なくとも少し話を聞いて具体的な状況を確認するという作業は欠かせません。

② 初期対応は妥当か？

相談者の話をしっかりと受け止め、自分の担当領域で対応できることはしっかり対応することは当然のことです。自殺のリスクが高い場合は、安全の確保や精神保健的な対応が優先されることもあります。そこまで切迫している例は少ないでしょう。

③ 連携はスムーズか？

自殺対策担当者が対応したとしても、その後の支援をすべて自殺対策担当者が担うわけではなく、むしろ他の部署と連携を取ることが大切です。自殺対策担当者には人一倍、連携の技術が求められますので、そうした技術を身に付けること、そして、機関内の部署どうしのコミュニケーションをよくして、連携しやすい環境を作ることが必要です。

これらの検討結果を踏まえて、機関内のゲートキーパー研修を行う、機関内の連携を促進するための会議などを開く、自殺対策担当者の技術研修を行う、自殺対策担当者の業務負担を見直して人員配置を検討する、などの対応策を検討していきます。

Q. 高齢者の孤独死防止の事業は、自殺対策でもあると考えられますか？

A. 孤独死防止は、脳梗塞で倒れたような方を早く見つけて救命するという狙いがあります。自殺予防については、そうした救命というよりも、自殺企図に至る前、つまり、少なくとも死にたい気持ちを抱くに至った段階、あるいは、もっと前の、自殺のリスクとなるような状況やうつ病の兆候が見えた段階から介入が必要です。つまり、普段から相談相手になれるような関係を築き、問題が深刻になる前に支援につなげるということです。そうした内容が含まれていれば、自殺対策に寄与できるでしょう。

Q. 心の健康として「笑い」を取り入れた講座を実施しようと思います。こうした取り組みで自殺予防の効果はあるのでしょうか？

A. 一般の方への心の健康に対する関心を高め、ストレス対策のレパトリーを広げるといって間接的な効果はあるかもしれません。ただし、今のところ、「笑い」がうつ病の予防や回復に効果があることは示されていません。むしろ、うつ病に陥った場合、笑うこともできなくなりますので、そういうときに「笑ってみたら？」と促したとしても、かえって負担になります。笑いに限らず、一般にストレス解消法には、ほかに、軽い運動をする、趣味に打ち込むなど、様々な方法がありますが、ストレスが高じた時にはそうした方法は難しくなり、休養を優先させなければなりません。そして、うつ病の兆候がある

ときには早めに診断を受け、治療を受ける必要があるということを併せて普及啓発する必要があります。

Q. 50～60代働き盛りの男性の自殺予防を目的としたセミナーを開きたいのですが、どのような工夫がありますか？

A. いくつかのパターンがあります。

① 中小企業の管理者を主な対象とする

大企業ではメンタルヘルス対策が制度化されており、平成27年12月からはストレスチェックも義務化されていますが、中小企業のメンタルヘルス対策は企業主の裁量に任されています。ですので、中小企業を対象とすることはとても意義のあることだと思います。

課題は、いかに対象者に興味を持ってもらって参加率を上げるかというところにあります。地域産業保健センターや商工会議所等、労働関係の機関と相談し、広報方法を検討するなどの工夫があります。セミナーの内容は、「自殺の兆候と対応」「仕事でのストレスとうまく付き合う方法」「職場でのメンタルヘルスマネジメント」などで、傾聴法の演習などが含まれるとさらによいでしょう。

② 一般住民を主な対象とする

本人やその家族が対象となりますが、一般的に男性の参加率はとても低いので、金銭の問題や親の介護の問題など、他のテーマとセットまたはシリーズで実施するなどの工夫をするとよいでしょう。もしくは、家族を主な対象とするという方法もありますが、その場合、よりリスクが高いと考えられる単身者はターゲットから外れることになります。

家族を対象とする場合は、家庭内での対応を想定したものになります。この場合、セミナーの内容は、「眠りと健康」「ストレスとこころの健康」「うつ病の理解と対処」「こころの不調に気づく」などです。睡眠障害やストレスの兆候に気づいたら専門家への相談を勧めるというように、なんらかの行動に結びつくように工夫するとよいでしょう。静岡県の富士市のモデル事業では、睡眠キャンペーンとして、不眠を切り口に住民がうつ病に気づき、抵抗感なくかかりつけ医を受診できるようにするとともに、かかりつけ医が精神科を紹介するシステムを整備するという事業を行って成果を上げました。

③ 無職、単身の中老年男性への対策

無職、単身の中老年男性はもっとも自殺リスクが高いと考えられますが、セミナーを開いても参加してもらうことが容易ではありません。この層については、ハローワークや薬局（ドラッグストアを含む）、その他、消費生活や金銭的な問題を取り扱う部署と連携したゲートキーパー研修を行うなどの方法が考えられていますが、なかなか効果的な対策がないのが現状です。

5. 対象に応じた自殺対策の概要

(1) 高齢者の自殺対策

1) 高齢者の自殺の特徴

- 一般に男女ともに、年齢とともに自殺率が高くなる傾向があります。
- 自殺の背景として、以下の特徴があります。
 - ・ 警察庁の原因・動機分類では「健康問題」が多い。
 - ・ 精神医学的背景では「うつ病・うつ状態」が多い。

2) 普及啓発

高齢者ご本人や家族に、うつ病の早期発見早期治療について普及啓発を行います。

(普及啓発の内容)

- 高齢者の自殺の背景としてうつ病が多いこと。
- うつ病の早期発見～早期治療が自殺予防に効果的であること。
- うつ病の早期発見のためには、うつ病を疑う症状や兆候について確認することが有用であること。
- 特に、うつ病のリスク要因（下記）を持つ人については注意して見守ること。

[高齢者におけるうつ病のリスク要因]

| | |
|------|---|
| 環境要因 | 身近な人の死、退職などによる役割の喪失、 種々の身体不調とそれに伴う日常生活機能の低下 |
| 身体疾患 | 心臓・脳疾患、悪性新生物（ガン）、慢性呼吸不全、慢性疼痛性疾患など |
| 認知症 | 認知症ではうつ病の合併率が高い うつ病によって認知症の症状が重く表れることがある (うつ病の治療で改善)。 |

3) 相談・支援、連携

高齢者とかかわりを持つ家族やケアマネジャー等の支援者、内科等の医師らがうつ病の兆候に気づき、適切な医療や支援につながります。下記のような場合に、うつ病の症状について尋ねます。

(うつ病の兆候に気づくためのポイント)

- 上記の「うつ病のリスク要因」でリスクがある場合。
- 本人の会話や行動などから精神的な不調が疑われる場合。
- 体の不自由や痛みなどの訴えが続く場合。
(高齢者のうつ病の場合、体の不調を訴えることが多い。)

(種々の支援)

- 医療機関に受診しうつ病の診断・治療を受けてもらう。
- 治療のほかに、日常生活の不自由さなどに対する支援が必要です。
- 見守り。定期的な訪問や、支え手の確保を図ります。そうしたことを続けることで、困ったことがあるときに本人が相談しやすくなります。孤立防止、閉じこもり防止などを目的とした種々の活動支援も利用できますし、外出可能な方は、デイサービスやサロンのような場所を利用することもできます。ただし、うつ病の場合やうつ病のリスクがある場合には、そうした点も評価できることや、欠席した場合に、十分に状況確認できることが必要です。
- 対人交流や活動の場を活用することは健康保持につながります。ただし、うつ病では安静を優先すべき時期があります。治療中の方のほかに、通院していない場合でも、すでにうつ病に陥っていることがあります。そうしたときに不用意に活動を促してしまわないよう、早めにうつ病に気づき、受診を促すようにします。

(関連する分野)

- 孤立死防止
- 介護負担
- 老老介護
- 高齢者虐待

4) 具体例

Aさん、72歳女性。2年前に夫を亡くし一人暮らし。朗らかな性格で保健センターで開いていたカラオケ教室などにも参加していたが、最近あまり来なくなった。聞いてみると、膝が痛くて出かけるのが億劫。膝の痛みは、もう4、5年前からあって整形外科にも通っていたのだが、それでもカラオケなどをやっていると楽しくて忘れられたのが、最近ではカラオケの時もつい膝のことが気になってしまうという。

役場の担当者が気になってAさんに連絡を取り、訪問してみた。「また来てみたら?」「お友達も待っていますよ」と励まそうとも考えたが、念のためにうつ病の症状を聞いてみた。すると、最近、寝てもすぐに目が覚めてしまうし、食欲もあまりなく、少しやせたようだという。また、孫が高校に上がって、娘家族が帰省することが少なくなり、時々さびしくなるなどと愚痴を言ったりもした。そこで、『よく眠れてないようだし痩せてきているのも心配。膝のことや娘さん、お孫さんの心配などもあって気持ちにも負担がかかっているのでは?』と精神科への受診を勧めた。

その後、週に1回訪問を続けていくうちに、精神科に受診し、1か月半くらいすると少し笑顔も見られるようになってきて、またカラオケ教室にも参加するようになった。膝の痛

みの方はまだ残っているものの、前ほど気にする様子もなくなった。

(解説 1. 楽しめることができ初めて閉じこもり予防の効果がある)

「人と交わることがうつ病の予防にもなる」ということで、高齢者の閉じこもり予防にむけて積極的に働きかけることはよいことですが、それがすべての人に当てはまると考えてはいけません。こうした働きかけによって、「楽しい」という体験ができて初めて効果が表れるものであり、苦手なことを無理にやっても意味がありませんし、この A さんのように、すでにうつ病の状態になってしまっている人を見逃してしまつては予防の意味がありません。

(解説 2. 男性の場合の難しさ)

男性では役割を失うということで気力をなくしてしまうことがあります。退職し、その後も町内会長を務めるなどしていた人が、体力・気力の衰えを感じて役割を退くといったことです。能力や努力といったことから離れた価値観を見つけていくことが求められます。回想法といって、昔のことを話してもらおうという関わり方がありますが、長い人生の経験から得られた鷹揚さや人生の機微についての知恵など、その人なりの価値を見つけるきっかけになります。そのような場を作っていくことも、一つの対策として挙げられるでしょう。

(2) 中高年の自殺対策

1) 中高年の自殺の特徴

- 平成10年から自殺者が急増した主な要因は、経済生活問題を背景とする中高年男性の自殺の増加でした（警察庁自殺統計）。
- 精神科診断で多いのは、高齢者同様、うつ病やうつ状態です。
- 種々の生活上の困難に加えて、心身の健康やアルコール問題などが自殺の背景として挙げられ、特に複数の要因が重なることが自殺のリスクを高めます。
- 女性では心身の健康のほかに、生活面では身近な対人関係の要因が自殺の背景として挙げられます。たとえば、職場環境でも職場内の同僚や上司などとの関係の影響が大きいと考えられます。

2) 普及・啓発

本人自らの気づきのほか、家庭、職場内などでうつ病などの自殺のリスクに気づき適切な支援につなぐことができるよう普及・啓発します。

(普及啓発の内容)

- 生活上の様々な困難が自殺のリスクとなり、特に複数要因が重なったときにリスクが高まること。
- それらの生活上の問題の解決とあわせて、うつ病等の心の不調に気づき専門機関に相談や受診すること。
- ストレスを上手に解消する。悩みは早めに相談する。
- 日頃の習慣や考え方を見直すこと。
 - ・「自分のことは自分で解決すべきだ」⇒「助けを借りることでよりよく解決できる」
 - ・「我慢は美德」⇒「相談は美德」
 - ・「迷惑をかけてはいけない」⇒「迷惑はお互い様」 など

[中高年における自殺のリスク要因]

| | |
|-----------|---|
| 種々の生活上の困難 | 経済的困難、無職、家庭環境（不和、DV、離別など）、 職場環境・労働環境（過労、パワハラなど） 重大な病気、心身の障害 |
| 生活上の転機 | リストラや離別、重大な疾患など |

3) 相談・支援、連携

- 自殺のリスクとなる状況（生活上の困難）、およびうつ病等の心の不調に気づき、生活の支援を行うとともに医療機関の受診を促します。すなわち、各相談機関でそれぞれの担当する課題に対応するとともに、他の領域についても問題をかかえていないか気づき、適

切な相談先と連携することが大切です。特に、うつ病等の心の不調について見落とさないように心がけます。

- 円滑な連携が進められるよう、連携について組織化することも有用です。
- 勤労者については職場のメンタルヘルス体制を整えることが求められます。その場合、単にうつ病などの精神疾患を発見し治療につなぐというだけではなく、過重労働対策やパワハラ対策など、職場の問題に気づき改善に取り組むことが不可欠です。
- 問題を抱えていても相談に来ないような場合ほど、リスクが高いと考えられます。そうしたケースに対して、いかに支援を届かせるかが課題であり、かかりつけ医や、薬局、ドラッグストア、ハローワークなど、様々な場面でゲートキーパーの役割を担ってもらい試みなどが行われています。

(心の不調に気づくポイント)

- 基本的にはうつ病の諸症状によって気づきますが、この年代では、中でも「不眠」(疲れているのに眠れない、2週間以上続く不眠)や「だるい」などの体調不良が相談のきっかけとなりやすいようです。
- 飲酒は自殺の重要なリスク要因です。心の不調に伴って飲酒量が増えることがあります。また依存症でなくても多量飲酒が続くと自殺のリスクが高まります。

(関連する分野)

- 失業者対策
- 過重労働
- 職場におけるパワーハラスメント、セクシュアルハラスメントなど
- 生活困窮者
- 配偶者間暴力

4) 具体例

Bさん、46歳男性。8年前に結婚したがその1年後に離婚し、以後一人暮らし。8か月前に、会社の経営不振に伴って希望退職。再就職を目指していたが、自動車事故を起こし、大事には至らなかったが、その後始末などに追われたこともあって、再就職できないままずるずると今に至った。就職活動と思うのだが、なんとなくだるく、ついおっくうでどこにも行かずにごろごろしてしまうということがあり、内科に受診した。検査では、肝機能の数値や中性脂肪がやや高く、聞いてみると飲酒量が多いことがわかった。さらに聞いてみると、食事でも1日1回程度、イライラしやすく、夜、寝つきが悪い、夜中に何度も起き、朝、すっきりせず横になっていることが多い、といった状態でうつ病やアルコールの問題などが疑われた。そこで、精神科を紹介されて、受診となった。

(解説 複数の問題を抱えていることに気づくことがポイント)

このような方は、もしかすると内科で「飲みすぎによる肝障害」として肝臓の薬を出されるか、あるいは節酒指導されて終わりとなっていたかもしれません。しかし、離婚、離職、事故といった生活の変化、イライラや不眠、食欲低下といった心身の変化があり、自殺のリスク要因が複数重なって、リスクが高まっていたことがわかります。アルコールの問題とうつの問題は、相互に影響し合うことが多く、治療の上でも、両面から治していかないとうまくいかないことが少なくありません。

今回はたまたま内科に受診し、その医師が気づいてくれたおかげで精神科の治療につながりましたが、その前にハローワークの相談で気づいていれば、さらに早く発見できたでしょう。ただ、この方は、最近ハローワークからも足が遠のいている感じなので、これらの機会を逃すと、誰も気づかないままに病状が悪化してしまっていた可能性があります。

(3) 若者の自殺対策

1) 若者の自殺の特徴

- 若者の世代は、その後の世代と比べて、社会経験の少なさ、経済的な脆弱さをはじめ、様々な面で不利・不安定な状況におかれています。
- 自殺の背景は、経済生活問題、対人関係、健康問題など様々であり、精神医学的にも、うつ病のほかに統合失調症、パーソナリティ障害、薬物・アルコール関連の疾患など様々で、また、精神疾患の診断に至らない者も、他の世代よりは多くなっています。
- 全体としての自殺率は他の世代よりも低いものの、精神医学的には問題が軽微な場合でも自殺に至ることがある、という意味では、自殺に対する脆弱性が高いと言えます。社会経験の乏しさなど、自殺に対する防御因子の低さに起因していると思われます。

2) 若者の自殺対策

次のような点がポイントです。

(他の世代と共通するポイント)

- 悩みを相談する（援助希求を促す、若者の様々な悩みにこたえることができる相談窓口の設置など）。
 - 身近な人の悩みに気づいて適切な支援につなぐ（ゲートキーパー）。
- これらの内容について普及啓発を行うとともに、支援者（ゲートキーパー）を育てます。
- (若者に特有の支援ポイント)
- 問題があったときに相談したり援助を求めるといった技術の習得（コミュニケーションなど）。
 - 自分が社会や他人の役に立つという経験を通して、自分の価値を見出す。
 - 物事を前向きに考える持つ習慣を持つ。
 - また、自身の有用感や自信を高めるためには、自殺対策の立案・実行においても、若者自身が創意工夫を発揮して主体的に取り組めることが望ましいでしょう。

3) 相談・支援、連携

- 他の年代と同様に、自殺のリスクとなる状況（生活上の困難）、およびうつ病等の心の不調という、両方の視点からの支援が必要です。若年者は、社会的にも経済的にも不安定であり、それだけストレスは大きいものです。また、職場の上司とのコミュニケーションがうまくいかないといった場合はさらにリスクが高くなります。これらの課題に取り組むとともに、職場、家庭などで若者を支えることができるように、ゲートキーパー研修などを図ることが必要です。

(心の不調に気づくポイント)

- 若者の場合、自殺の背景となる疾患は、うつ病だけでなく、統合失調症やパーソナリ

ティ障害など、対人関係にかかわりの深い疾患が挙げられます。孤立しがちな人をいかに見守るかということも大切です。

飲酒や薬物乱用も自殺の重要なリスク要因です。

(関連する分野)

- 無職者対策、非正規雇用者支援
- 過重労働
- 職場におけるパワーハラスメント、セクシュアルハラスメントなど
- 生活困窮者
- 暴力（配偶者、恋人）
- 性的マイノリティなど

4) 具体例

[1] Cさん、21歳男性。高卒後、上京し、派遣社員としていくつかの職場を転々としていた。4月から新しい職場に派遣されて2か月になる。仕事は入力の仕事だが、医療関係の職場で、慣れない言葉が多いなど、難しく、ストレスからか、家では、ついぐずぐずとネットゲームなどで夜更かししてしまう生活となっていた。あるとき、ふと、自分の個人情報が出てくると感じることもあり、それ以来、なんとなく街中でも自分が見られているような感じで不安になり、仕事にも集中できなくなってきた。遅刻が続くので、生活指導の目的で上司が本人を呼んだが、話を聞いたところ、上記のようなことがわかり、精神科に受診となった。統合失調症の診断であった。

(解説)

精神疾患では、コミュニケーションに影響を与えることが多く、困っていても助けてもらう声を上げることが難しくなります。その傾向は、病的な度合いが強くなればなるほど顕著になります。ですので、なるべく早い段階で、周りが気づくことが必要です。この場合、上司が生活指導の前に話を聞いてくれたおかげで、異変に気付いたのです。

[2] Dさん、26歳女性。高校在学中より不登校がちで、うつ病として通院中。症状はおちつき、飲食店でアルバイトを始めた。経費削減などでアルバイトの数が減り、Dさんの負担が増加、次第に抑うつ症状が悪化し始めた。休むこともできず、とうとう、辞めたい、と店長に申し出るも、「人が足りないから」と断られてしまう。主治医との相談では「自分が辞めるとほかの人にも迷惑がかかってしまうから辞められない」「でもつらくて死にたくなる」と話す。

(解説)

若年者では就労状況が不安定になりがちで、辛くても経済的な理由から辞められない、あるいはこの D さんのように周りに気兼ねして辞められない、ということもあります。医療機関では症状に対して薬の調節などはしますが、「上司に辞職の意を伝える手伝い」まではなかなか難しいことが多いものです。地域の支援者がそうした点や、その後の生活支援も含めて助けること自殺予防に寄与します。

5) 学校における自殺対策

年代別の自殺率を見ると、10代までは自殺率が低いものの、10代後半から上昇し始め、20代にはそれ以降の年代と変わらない水準まで高くなります。学校という保護的な環境が自殺の抑制に寄与していることが考えられます。一方、卒業後の年代ごろから自殺率が高くなることを考えると、卒業以降の人生における自殺予防のために早期に教育を受けることが望ましく、学校がその役割を担うことが期待されます。

(学校における自殺予防プログラム)

学校で自殺予防プログラムを実施することは、学校における自殺予防と、卒業以降も含めた自殺予防教育との2つの目的を持ちます。プログラムの内容としては、①自殺予防プログラム推進体制、②教職員によるゲートキーパー、③生徒によるゲートキーパー、の3つが挙げられます。さらに、教職員に対する研修や生徒に対する授業実施のための指導者研修も含まれます。もちろん、前提として、自殺や自殺予防についての正しい認識を共有することも必要です。

プログラムの例：

(教職員に対するゲートキーパー研修)

- ・自殺と自殺対策の理解
- ・話を聞く、相談される関係を築く
- ・困難や悩み、心の不調に気づき、専門機関と連携する
- ・困難例への対応方法（自傷行為など）

(生徒への自殺予防教育)

- ・ストレスと上手に付き合おう
- ・問題解決技法
- ・相談を学ぶ

(4) 自殺未遂者の自殺対策

1) 自殺未遂者の特徴

- 警察統計では、自殺者のうち自殺未遂歴のある者の割合は2－3割です。また海外の研究では自殺未遂者のその後の自殺率は、一般人口よりも60-70倍にも上る場合があることが示されています。いずれにせよ、自殺未遂者は自殺のハイリスクです。
- 自殺未遂者の精神医学的背景としては、うつ病、統合失調症のほかにパーソナリティ障害や不安障害など種々の疾患が含まれ、既遂者と比べて、パーソナリティ障害や不安障害などの割合が高いことが特徴です。

2) 自殺未遂者の自殺対策

- 自殺未遂者は自殺のハイリスク者として対応します。
- 直後の対応と長期的支援とがよく連携することが必要です。
 - 直後の対応（短期的支援）
 - 対応者：家族、身体治療の医療機関、精神科医療機関、地域保健スタッフなど
 - 内容：身体治療、安全の確保、長期的支援につなぐ
 - 長期的支援
 - 対応者：家族、精神科医療機関、地域保健スタッフなど
 - 内容：精神科治療、種々の困難の解決に向けた支援、支援者間連携
- ・ 自殺未遂への対応に当たっては次の2群に分けることが有用です。

[自殺未遂者の分類と対応]

| | 既遂率の高い手段による自殺未遂 (救急搬送される自殺企図者の2割) (※1割は自殺既遂(死亡)) (*) | 既遂率の低い手段による自殺未遂 (救急搬送される自殺企図者の7割) |
|----|---|--|
| 手段 | 飛び降り、首つり、毒物など | 手首自傷、大量服薬など |
| 特徴 | 男性に多い 精神科を受診していない割合が高い 躁うつ病、うつ病や統合失調症などが多い | 女性に多く、年齢は比較的低い 精神科を受診している割合が高い パーソナリティ障害や不安障害なども多い 自殺未遂を繰り返すことが多い |
| 対応 | 精神科を受診させ、適切な医療や環境調整を行う。 直後の自殺リスクが高く、安全確保に十分に配慮する。 (短期的支援から長期的支援へのつなぎ) | 長期的には自殺のハイリスクである。 受診先の精神科やその他の支援機関が連携して長期的支援を行う。 未遂後の早い時期に介入することが課題。 (救急現場から長期的支援への連携が課題) |

(*) 数値は福島県「救急医療機関における自殺企図対応調査(平成21年度)」に基づく

3) 具体例

[1] Eさん、23歳女性。短大卒業後、事務職として就職。経理の仕事を担当していたが、一度、自分が入力した数値のミスに気づくことがあって、そのときはすぐに直して済んだのだが、そのころから自分がなにか大変なミスをしてしまったのではないかとたびたび気になって、何度も確認するようになった。自分でも問題と思い、心療内科で薬をもらっていた。しかし症状はなかなかよくなり、職場では仕事が滞りがちになり、事実かどうかはわからないがなんとなく周りから白い目で見られているようで、緊張しながら仕事を続けていた。ある日、仕事にふと「あの娘、困るのよね」という声が聞こえてきて、自分の陰口を言われているように感じた。その夜、持っていた薬をまとめのみして倒れているところを家族に発見され、救急受診した。

(解説)

自殺既遂と比べて自殺未遂は女性に多く、年齢も若いことが多く、また精神科や心療内科に受診している割合も高いことが知られています。Dさんのように症状が長引いている背景には、そういう特徴を持った病気である場合もありますし、周りに隠してしまったり、そのこともあって周りとの関係が疎遠になってしまったりといった、周囲との関係に問題があることもあります。こうした生活状況などもよく把握して対応することで、自殺のリスクに対処するとともに、症状の改善を図ることが必要です。

[2] Fさん43歳男性。課長昇進後仕事に悩み、妻に「会社を辞めたい」と相談するも、妻は勤務継続を懇願（脳梗塞の父親を抱えている。娘が嫁入り前。家のローンが残っている）。4日間の休暇後、「上司に会社を辞めたい。」と相談するも「死ぬ気になればどんなことでも頑張れる。」と励まされてしまい、数日後、排ガスで自殺未遂を図る。その後精神科を受診し「うつ状態」の診断のもと休養を勧められた（自殺未遂については伝えなかった）。上司と相談するが、精神疾患での病休をためらい勤務を継続した。なんとか4ヶ月間勤務を続けたが、転勤の内示が出された4日後、排ガスにより再度自殺未遂。

(解説)

致死率が高い手段での自殺未遂は、その後の既遂リスクが高く要注意です。自殺未遂で救命されても、抱えている問題が十分に解決されないままでは再企図のリスクが高いままです。経済的な問題や職場の対応など、問題解決に向けて十分に状況を把握し、解決に向けて取り組むことが必要なのです。

(5) 自死遺族支援

1) 自死遺族の状況

自死遺族は、突然の生活の変化や心理的ショックによって大きな負担を負います。心理的影響としては、直後の混乱だけでなく、何年も続くことがあり、自身の自殺リスクの一つともされています。こうしたことから、自死遺族はしばしば、生活面、心理面の支援が必要となります。ただし、自死ということをおもひ他人に話したくないこともあり、一人で悩みを抱えてしまうことも少なくありません。

2) 自死遺族への相談と支援

まず、遺族が相談できる窓口があることを知らせる必要があります。不特定多数に広報する方法と、自死の直後にお知らせする方法とがあります。後者は、たとえば、警察や救急医療機関の協力を得て配布してもらい、市町村に死亡の手続きに来た際に渡す、もしくは、手に取れるように設置しておくなどの方法があります。

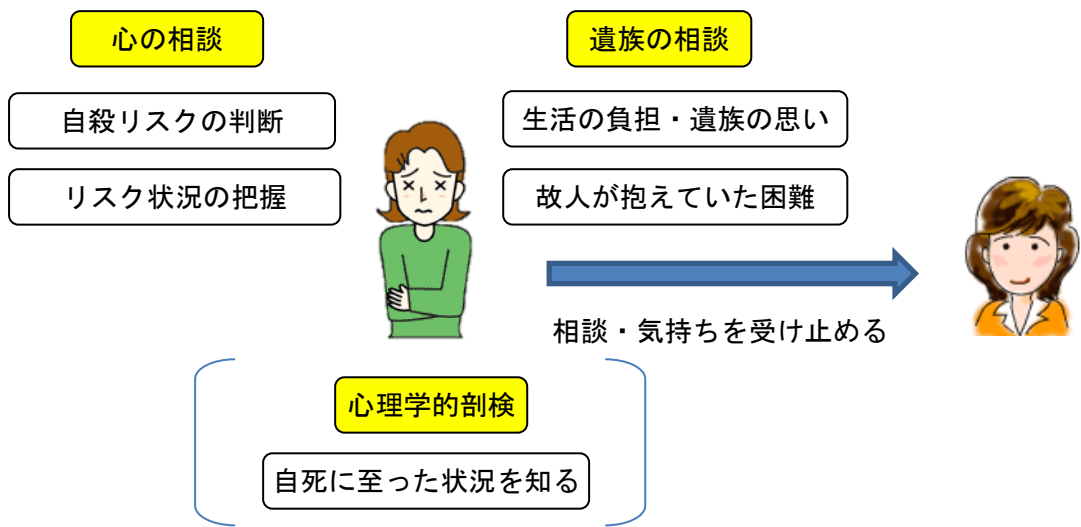
相談については、表向きは、生活の相談や家族の様子についての心配などであることも少なくありません。そうした生活面での不安や問題への対応など、実際的な面について相談し、一方で、自死のつらい気持ちなどが表現されたときは、その気持ちを受け止めるようにします。それで気持ちが和らぐというほどのものではなく、あくまでも本人の気持ちにつきあうということが中心になります。一方、医療など精神面への介入の必要性を判断するなど、一般の心の相談と同様な配慮も必要です。

※詳しくは、自死遺族相談支援マニュアル（H21.10）などを参照

3) 自死に至った状況についての遺族からの聞き取り

自死遺族への相談は、一方で、自死の状況について知る機会でもあります。どのように自死に至るかということは、すでに本人が亡くなっている状況では、遺族からの聞き取りがとても重要な情報となるからです。遺族からの聞き取りは、厳密には心理学的剖検という方法を用います。聞き取りはその人の自死の原因を突き止めることではなく、どのような状況で自死に至ったかという事実を明確にすることが目的であり、幅広い視点から確認する必要があります。

心理学的剖検では、たとえば、生命保険をかけていたか、それはいつごろからか、といった聞きにくいことも聞く必要があります。聞き取りには心理的にも時間的にも負担が大きいため、遺族の多大な協力が必要ですし、そうした負担のようすを判断しながら慎重に行うことが必要です。そのため、聞き取りの対象が協力できる遺族に限られ、対象者に偏りが生じてしまいがちであることが、この方法の難しいところかもしれません。



6. 自殺対策に関連する他のマニュアル等

福島県精神保健福祉センターでは以下の自殺対策に関連するマニュアル等を作成しています。ご希望の方はホームページをご覧になるか、当センターまでお問い合わせください。なお、ホームページには、その他、自殺対策の基礎知識、自殺予防（今お困りの方へ）、自殺関連統計（計算方法など）なども掲載しているほか、自殺予防総合対策センター（平成28年4月より自殺総合対策推進センター）等で作成されたマニュアル等にもリンクされています。

㊦：福島県精神保健福祉センターホームページよりダウンロード可

(1) 相談・支援

㊦自殺対策のための相談マニュアル（H23.11）

個別相談・支援の手引き（平成28年版）（H28.4）

㊦ひとりで悩んでいませんか 相談機関のご案内（H27.2）

(2) 自死遺族支援

㊦自死遺族相談支援マニュアル（H21.10）

㊦自殺で残された家族と友人のケアとサポートの手引き（翻訳）

大切な人を突然亡くされた方へ（リーフレット）（H28.3）

(3) 若者の自殺対策

学校における自殺予防（H28）

(4) うつ病対策

㊦うつ病・自殺予防パンフレット「あなたのところは元気ですか？」～うつ病への気づきと対応～（H27.3）

㊦市町村におけるうつ病・自殺予防対策の手引き（H21.6）

㊦うつ病家族教室マニュアル（H24.12）

(5) 自殺統計

㊦市町村ごとの自殺統計出力用エクセルシート（以下の3つのファイルをセットで使用）

市町村ごとの自殺統計（人口動態）.xlsx

市町村ごとの自殺統計（警察）.xlsx

市町村ごとの人口.xlsx