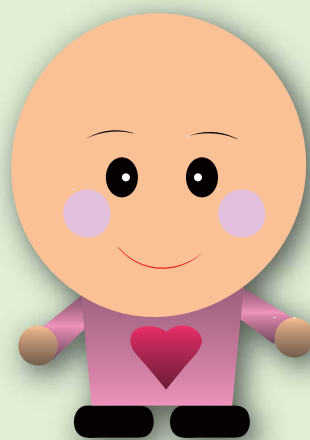
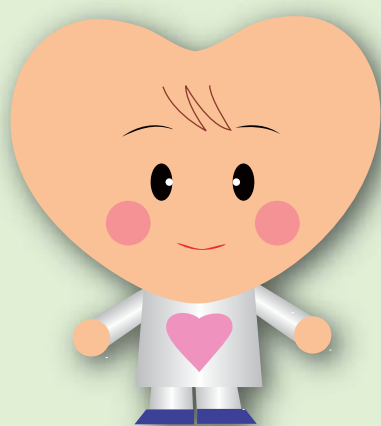


地域における自殺対策プログラム



厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業
「自殺対策のための戦略研究」
複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班

はじめに

平成 10 年以降、自殺者数は 3 万人前後で推移しており、毎年、交通事故による死者数の約 5 倍以上の人が自殺によって命を落としています。また、わが国の自殺死亡率は世界で第 10 位であり、米国や英国よりも自殺死亡率が高い現状にあります。さらに、自殺未遂は既遂の 10 倍以上ともいわれており、自殺や自殺未遂によって家族や友人など周囲の人々が受ける心理社会的影響を考慮すると、毎年、百数十万人の人々が自殺問題に苦しんでいることとなります。

自殺対策基本法では、自殺を「個人的な問題」に帰するのではなく、その背景には「様々な社会的な要因」があるとしています。自殺を取り巻く様々な問題を考慮し、うつ病対策などの精神医学的観点だけでなく、社会的、心理的、文化的、経済的観点等から多角的かつ包括的な対策に取り組む必要があります。

自殺対策をより効果的に推進するためには、「自殺対策は社会や地域の課題である」という認識を共有し部門を超えた地域の協力体制を形成して、当事者意識を持って主体的に自殺対策に取り組む地域基盤の整備がなにより大切です。関係部門・機関等のネットワーク会議や市区町村レベルで行うこころの健康づくり・自殺予防連絡会等を開催し、各地域の特性を十分に把握した上で、実状に合わせたプログラムを作成していく必要があります。本プログラムは、各地で自殺対策を推進する際の参考になるものとして紹介しましたが、こうした活動は既存の自治体の事業の延長線上にあるもので、既存の事業と併せて行うことで有効性の高いものとなります。本プログラムが、各地域の自殺対策を活性化するためのヒントを提供し、人と人とのつながりを大切にする温かい地域づくりの基礎となり、心の健康に関する正しい知識の普及と「自死を選択しない」という個人の行動変容を促すことで、自殺の減少に結びつくことを期待します。

(注)本プログラムは、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺対策のための戦略研究」複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班の活動をもとにまとめたもので、自殺対策の緊急性を鑑み公表することとしたものです。

「自殺対策のための戦略研究」地域介入研究班リーダー

慶應義塾大学 大野 裕

2010 年 2 月

本プログラムは、「厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業『自殺対策のための戦略研究』複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究」介入プログラム手順書に基づき、介入地域における4年間の自殺対策の取り組みを反映させて加筆修正したものです。

本プログラムの著作権は、複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班にあります。したがって、本資料内容の引用、転載、複製を行う際には、適宜の方法により出所を明示してください。

現在、複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究は進行中であり、介入効果の判定は今後の解析を待つ必要があります。したがって、自殺予防の効果を保証するものではありません。各利用者が地域の実情に合わせて本プログラムを活用し、地域における自殺対策に役立ててください。

目次

0. はじめに	
1. わが国の自殺の現状と自殺対策の経緯	5
1.1 わが国の自殺急増の現状	5
1.2 地域における自殺対策	7
2. 複合的自殺対策プログラムの概要	11
2.1 シェーマ	11
2.2 複合的自殺対策プログラムのゴールと達成目標	12
2.2.1 プログラムのゴール	12
2.2.2 プログラムの達成目標	12
2.3 個人情報扱う際の注意点	12
3. 介入プログラム	13
3.1 こころの健康づくりネットワーク	13
3.1.1 都道府県レベルでの関係部署・機関等のネットワーク会議の設置・開催	13
3.1.2 こころの健康づくり・自殺対策連絡会の設置・開催	14
3.1.3 社会システムへのアプローチ	15
3.2 一次予防	16
3.2.1 地域づくり	17
3.2.2 普及啓発の方法	18
3.2.3 一般住民向け普及啓発	21
3.2.4 地域のキーパーソン向け普及啓発	22
3.3 二次予防	24
3.3.1 相談や訪問等の支援	26
3.3.2 うつ病へのアプローチ	27
3.3.3 統合失調症へのアプローチ	30
3.3.4 物質関連障害(特にアルコール関連障害)へのアプローチ	31
3.3.5 地域の見守り活動	33
3.3.6 こころのケアナース事業	33
3.3.7 こころの救急マニュアル(メンタルヘルス・ファーストエイド日本語版)に基づく対応	33
3.3.8 自殺未遂者ケアガイドラインに基づく対応	34
3.3.9 学校における生徒への対応	34
3.4 三次予防	35
3.4.1 自死遺族のニーズの理解	35
3.4.2 自死遺族の支援	35
3.5 職域へのアプローチ	37
3.5.1 勤労者へのアプローチ	37
3.5.2 無職者・離職者へのアプローチ	38
3.5.3 障害者へのアプローチ	39
4. 参考資料	40
4.1 わが国の自殺対策に関する動向	40
4.2 うつスクリーニング	44
4.2.1 一次アセスメント	44
4.2.2 二次アセスメント	45
引用文献	48
作成協力者一覧	50

1. わが国の自殺の現状と自殺対策の経緯

1.1 わが国の自殺急増の現状

(1) 総数の変化

わが国における自殺死亡者数は、厚生労働省の人口動態統計によると、1997年(平成9年)には23,494人であったが、1998年(平成10年)には前年と比べて35%増の31,755人を記録し、死亡統計始まって以来の高い数字を示した。その後の年次においても高い水準が続き、2003年(平成15年)には32,109人と史上最悪を記録した。その後も3万人前後で推移しており、2008年(平成20年)は30,229人となっている。この数は、同年の交通事故死亡者数5,155人(警察庁, 2009)の約5倍に当たり、ここ10年、毎日80人以上が自殺で死亡する状態が続いている。また、自殺死亡者数の戦後の推移を見ると、これまでに3つのピークが見られるが、1998年から10年以上続く今回の増加は史上最悪であり、火急の自殺対策が求められる。世界保健機関(WHO)の2009年の資料(2004~2006年統計、国ごとに異なる)を見ても、わが国の自殺死亡率(人口10万対24.2)は他の先進諸国と比べても高い値にあり(例:フランス17.6、ドイツ12.4、カナダ11.3、アメリカ11.0、イギリス6.7、イタリア6.3)、このことから国家レベルでの自殺対策が必要であることがわかる。

(2) 地域的傾向

わが国の地域別の自殺の現状を見ると、従来から北東北3県(秋田県、岩手県、青森県)、新潟県、島根県、九州地方(宮崎県、鹿児島県、沖縄県)等は自殺死亡率が高い数字であることが指摘されてきた(石原, 2003)。また、2008年(平成20年)の厚生労働省の人口動態統計においても、秋田県、青森県、岩手県、宮崎県、鳥取県、島根県、和歌山県、山形県、北海道、鹿児島県といった地方の県が自殺死亡率の上位に並んでいた。

しかし、1998年(平成10年)から始まる自殺死亡者数の増加については、必ずしも地方の県が影響しているとは言い難い。藤田(2003)は1989~95年の自殺死亡者数が少なかった時期を基準にして、それ以前(1983~87年)および以降(1998~2000年)の増加期との自殺率の比を都道府県別に調べた。その結果、自殺死亡者数の増加は、地方における自殺死亡者数の増加というよりも、東京・大阪やその周辺の府県といった都市部で顕著であることが示された。実際、1989~95年の15歳以上の自殺死亡者数の平均と1998~2000年のそれとを比べると、大阪府は1,362人から2,290人に、神奈川県は1,081人から1,838人に、東京都は1,756人から2,773人へと大幅に増えていた。

(3) 年齢、性別による傾向

性別ごとの自殺死亡者数を見ると、1997年(平成9年)には、男性が15,901人(67.7%)、女性が7,593人(32.3%)であったが、自殺死亡者が急増した1998年には、男性が22,349人(70.4%;前年比

40.6%増)、女性が9,406人(29.6%;前年比19.3%増)となり、男性の割合が増加していた。この傾向はその後も続き、自殺者数が最も多かった2003年(平成15年)には男性が23,396人(72.9%)、女性が8,713人(27.1%)であり、2008年(平成20年)には男性が21,546人(71.3%)、女性が8,683人(28.7%)となっている。また、1997年、1998年、2003年、2008年の変化を人口10万対の自殺率で示すと、男性は26.0から36.5へ増加、38.0とピークを示し、2008年は35.1となっている。女性は11.9から14.7へ増加したのをピークに、2003年2008年ともに13.5となっている。

年齢別では、中高年の自殺死亡者が多く、2008年は45歳から64歳までの自殺死亡者が総数の37.6%を占めていた。2008年の自殺死亡率で見ると、母集団の数が少なくなることから率としては高い値が出やすくなる85歳以上を除けば、もっとも高率なのが55～59歳の35.5であり、60～64歳の33.2、50～54歳の32.9、45～49歳の31.1と続く。55～59歳をピークとするこの傾向は男性に顕著であり、この年齢層(45～64歳)の男性の自殺死亡者数は8855人と総数の29.3%を占めた。一方、女性にはこのような傾向は見られず、概ね年齢の増加とともに自殺率が増加する傾向が見られた。

(4) 自殺の原因・動機

次に、警察庁統計から自殺の原因・動機別に見ると、健康問題が約半数を占め、次いで経済・生活問題、家庭問題、勤務問題、男女問題、学校問題の順となる傾向が続いている。1998年以降の自殺死亡者数の増加においてもこの傾向は変わっていないが、健康問題に比べて、経済・生活問題が原因・動機となっている件数の増加が著しい。すなわち、遺書の有無にかかわらず、1997年に健康問題、経済・生活問題を原因・動機とした自殺はそれぞれ13,659人(56.0%)、3,556人(14.6%)であったものが、1998年には16,769人(51.0%、前年比123%増)、6,058人(18.4%、前年比170%増)となった。その後、健康問題を原因・動機としたものは減少傾向にあり2003年には15,416人(44.8%)となったが、経済・生活問題は増加傾向を示し2003年には8,897人(25.8%)となり、2006年(平成18年)*まで同程度の割合で推移している。

*警察庁では平成19年に自殺統計原票を改正し、推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としたため、この前後での比較は行えない。

1.2 地域における自殺対策

これまで見てきたように、わが国における自殺死亡者の増加は国家として看過できない問題であり、火急な対策が望まれる。特に、中高年男性の自殺が増えていること、地方だけでなく大都市においても自殺死亡者数が増えていること等が注目される。既に、国内外において自殺対策が行われており、自殺死亡者の減少に効果のあった取り組みも報告されている。

(1) 海外における自殺対策

まず、海外では既に多数の自殺対策がとられている。Taylor et al. (1997)は、自殺予防についての国家の取り組みについてまとめている。その結果、包括的な戦略をもって国家的な取り組みを行う国としてフィンランド、ノルウェー、スウェーデン、オーストラリア、ニュージーランドの5カ国を挙げている。また、国家的なレベルの予防プログラムがある国としてイギリス、フランス、米国等5カ国を挙げており、日本は、カナダ、ドイツとともに、国家的な活動のない国に分類されている。

Taylor et al. (1997)をもとに自殺予防の取り組みを要素別に分けると、以下のように分類される。

1) 一般市民への教育

自殺への偏見をなくすために、テレビやラジオを使って教育的番組を流したり(ノルウェー)、一次予防的あるいはヘルスプロモーションの視点で一般市民への教育を行う(フィンランド)。

2) メディア対策

メディアの情報が自殺を誘発する恐れが指摘されており(Stack, 2000)、メディアの自殺に関する情報に配慮する(坂本・影山, 2005)。

3) 学校でのプログラム

自殺に対して深い認識をもってもらい、周囲の生徒や学生の様子にも気がつくように教育プログラムを行う。

4) うつ病や他の精神障害の発見

医療現場において、うつ病や他の精神障害を発見し適切に治療するよう教育プログラムを施す(Rutz et al., 1989; Rutz, Carlsson et al., 1992; Rutz, von Knorring & Walinder, 1992)。事実、うつに対して、薬物療法が主にかかりつけ医によって行われているアメリカ、ヨーロッパ諸国やオーストラリアでは、抗うつ薬の総処方数の増加と自殺数の減少の関連が報告されている(Hickie et al., 2001, Grunebaum et al., 2004, Isacson, 2000; Carlsten et al., 2001, Kelly et al., 2003, Rihmer, 2004, Hall et al., 2003)。しかし、その一方で、抗うつ薬は自殺念慮や自殺未遂を引き起こす場合があるという報告もあり、自殺予防における抗うつ薬の役割はまだ確立しているとはいえず、心理社会的アプローチも活用しながら慎重に対応することが望ましい(Baldessarini RJ et al., 2006)。

なお、大うつ病患者に、パニック発作、重篤な精神不安、集中力の低下、強い不眠、中程度のアルコール乱用、重篤な興味・喜びの消失(快感消失)が認められる場合は1年以内に自殺する危険性が高い。一方、重篤な絶望感、自殺念慮、自殺企図の既往が認められる場合は1年以上後に自殺する危険性が高いと報告されている(Fawcett J, 1990)。

5) アルコールと薬物対策

アルコールは、精神疾患の既往の有無に関わらず自殺のリスクを高める。気分障害が伴うとリスクはさらに高まる(Sher, 2006)。このことから、アルコール・薬物問題の早期発見、精神保健サービスの増強、物質乱用の家族へのサポート、全体的なアルコール消費量の削減を目指した政策等が行われてきた(フィンランド)。

6) 身体疾患の影響

身体疾患の心理的反応にも注意して適切なサポートを提供したり、精神的危機を発見できるようにスタッフを訓練したり、自助グループを奨励したりする(フィンランド)。

7) 精神保健サービスへのアクセスの促進

精神保健サービスを利用しやすくする。

8) 自殺企図のアセスメント

自殺企図のリスクを評価して自殺予防につなげる。

9) ポストベンション

自殺者の親族や友人に対するカウンセリングとサポートを行う。

10) 危機介入

失業や家族への暴力等の危機に対して、家族や本人をサポートする(フィンランド)。

11) 労働・雇用対策

若年者の就職先の増加を目指す(ニュージーランド、フィンランド)。長期の非就業者へのセミナーの実施等。

12) 訓練

自殺の危険がある人を早期に発見することを目指して、自殺予防に関連する各所のスタッフを訓練する。例えば、保健福祉関係のスタッフ、教育関係者、職業紹介所のスタッフ、公安関係者等も含まれる(ニュージーランド)。

13) 自殺の手段への対策

自殺の手段(例:銃、薬物)へのアクセスを低減する。どこまでを規制するかは国により異なるが、ガス、火器、薬、橋へのアクセスの制限は、自殺予防に効果的であると報告されている(Daigle, 2005)。

Mann et al. (2005)や Goldney (2005)はレビューを行い、これまで行われてきた自殺対策について

総括しているが、Mann et al. (2005)によると、自殺やそのリスク因子であるうつに関する啓発活動(一般市民、かかりつけ医、gatekeeper* それぞれに対するもの)、スクリーニング、治療的介入(薬物療法、心理療法)、自殺未遂者へのフォローアップ、自殺手段へのアクセスの制限(小火器・農薬・睡眠薬の制限、家庭用ガス・自動車排気ガスの無毒化等)、メディア対策等が挙げられている。このなかでもっとも有効な介入は、かかりつけ医への啓発教育(うつ病の早期発見、適正治療のトレーニング)、gatekeeper への啓発教育、および、自殺手段へのアクセスの制限(小火器・睡眠薬の制限、家庭用ガスの無毒化)としている。

* gatekeeper とは「門番、守衛、監視者」等と訳されるが、ここでは聖職者、薬剤師、高齢者の介護人、企業の人事担当スタッフ、学校・軍隊・拘置所等の組織の労働者を指す。

また、リスク要因をもつ個人を同定するスクリーニングは、特に高校や大学等で成功例が報告されている一方で、一般人口において実施し高リスク群を見いだして自殺率の減少を目指すことについては、費用対効果を検討する必要があると述べられている。

(2) わが国における地域介入による自殺対策

近年、わが国では地域介入による自殺対策プログラムに関する知見が集積されつつある。先駆けとなった新潟県(旧)松之山町(現:十日町市)の介入では、一次予防として市民への普及・啓発活動、及び高齢者への集団援助を実施し、二次予防として高齢住民に対するうつ状態スクリーニングと精神科医・一般医によるフォローアップを主要なプログラムとして10年間実施したところ、65歳以上自殺死亡率が男女ともおよそ4分の1に減少した(高橋ら, 1998; 2003)。

岩手県(旧)浄法寺町(現:二戸市)では、一次予防として市民への普及・啓発活動を実施し、二次予防として高齢住民に対するうつ状態スクリーニングと精神科医によるフォローアップを10年間実施したところ、65歳以上自殺死亡率比が男性、女性ともに有意に減少していた(Oyama et al., 2004)。

また、青森県(旧)名川町(現:南部町)では、一次予防として市民への普及・啓発活動、及び、高齢者への集団援助を実施し、二次予防として高齢住民に対するうつ状態スクリーニングと一般医によるフォローアップを6年間実施したところ、自殺死亡率は男性、女性ともに有意に減少し(Oyama et al., 2006)、普及・啓発活動が住民の援助希求行動を促進することが示唆された(Sakamoto et al., 2004)。

次に、介入プログラムとして、一次予防のうち市民への普及・啓発活動を実施し、二次予防として高齢住民に対するうつ状態スクリーニングが地元の一般医により行われた新潟県(旧)松代町(現:十日町市)および(旧)安塚町(現:十日町市)の地域介入研究では、10年間の介入による65歳以上自殺死亡率比を検討したところ(Oyama et al., 2006)、自殺予防効果は高齢女性に波及するものの、高齢男性についてはその効果が及び難い可能性が示唆された。

また、一次予防を主とした介入プログラムを実施した秋田県(旧)由利町(現:由利本荘市)の地域介

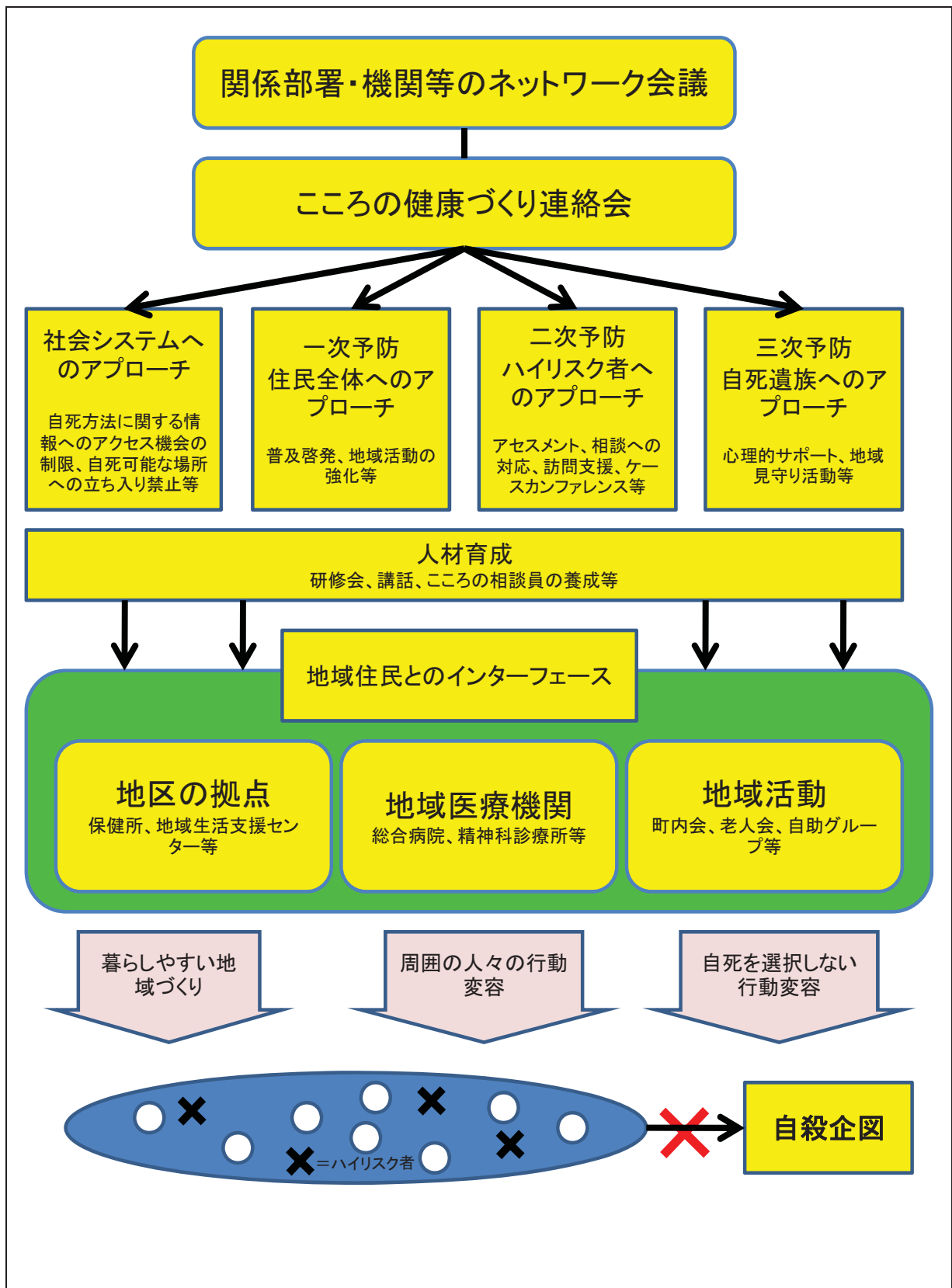
入研究では、8年間の活動の結果、高齢女性で自殺死亡率の有意な減少を認めた(Oyama et al., 2005)。

その他、秋田県の4町村では、すべての年代層に対して比較的大規模な複合的介入が実施されており、4年間のうち同地域の自殺死亡率は27%減少した(Motohashi et al., 2005)。このような介入は鹿児島県でも開始されている。

上述したわが国の地域介入研究は、他の地域でも地域介入による自殺対策が有効である可能性を示している。また、これらの先行研究を踏まえて、2005年(平成17年)からは厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺対策のための戦略研究」複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究として一次、二次、三次予防等を組み合わせた複合的自殺対策プログラムの効果検討を行っており(Ono et al., 2008)、本プログラムはこの研究を基にして作成した。

2. 複合的自殺対策プログラムの概要

2.1 シェーマ



2.2 複合的自殺対策プログラムのゴールと達成目標

死にたいほどの困難を抱えた人々が未然に自殺を思いとどまり、よりよい生活へ向けて再び希望を見出すことができるように、また、周囲に対して援助希求を行いやすく、ニーズに合った生物・心理・社会的な支援を受けることができるような地域づくりを行う。活動を開始するに際しては、従来の考えにとられることなく、地域のデータを丁寧に見返し検討して、その地域にあった独自のプログラムを作ることが重要である。また、プログラムづくりのプロセスが、地域の横の連携の広がりや深まりを促進することになる。

2.2.1 プログラムのゴール

- ①関係部署・機関等のネットワーク会議、こころの健康づくり連絡会議を設置することで、自殺対策のための地域の基盤を構築し、社会システムへの複合的、総合的なアプローチを行う。
- ②地域づくりを通じて、ハイリスク者や住民に対する普及啓発活動を行う(一次予防;プリベンション)。
- ③地域の第一線でハイリスク者に接する者を対象に、自殺企図やうつ状態の早期発見・早期予防に関するトレーニングを行い、適切な介入を行えるようにする(二次予防;インターベンション)。
- ④自死遺族が近親者の自殺を自らの責任であるかのように捉えたり、隣人や地域との交流を閉ざしてしまわないように配慮し、必要とされたときに適切な支援が受けられる仕組みを構築する(三次予防;ポストベンション)。

2.2.2 プログラムの達成目標

- ① 教育的目標:住民が心身の変調に気づく。支援機関がわかる。
- ② プロセス的目標:危機状態にある人が専門家に相談でき、周囲からの適切な支援が受けられる。
- ③ 行動的目標:住民が相互に連携し、ストレスフルな状況で相談したり、支援を求めたりできる。
- ④ 健康アウトカムに関する目標:心の健康を維持し、生きがいをもつことを通じて、自殺率を下げる。

2.3 個人情報扱う際の注意点

本事業に関わるメンバーは、個人情報の保護に十分な注意を払う。

3. 介入プログラム

3.1 こころの健康づくりネットワーク

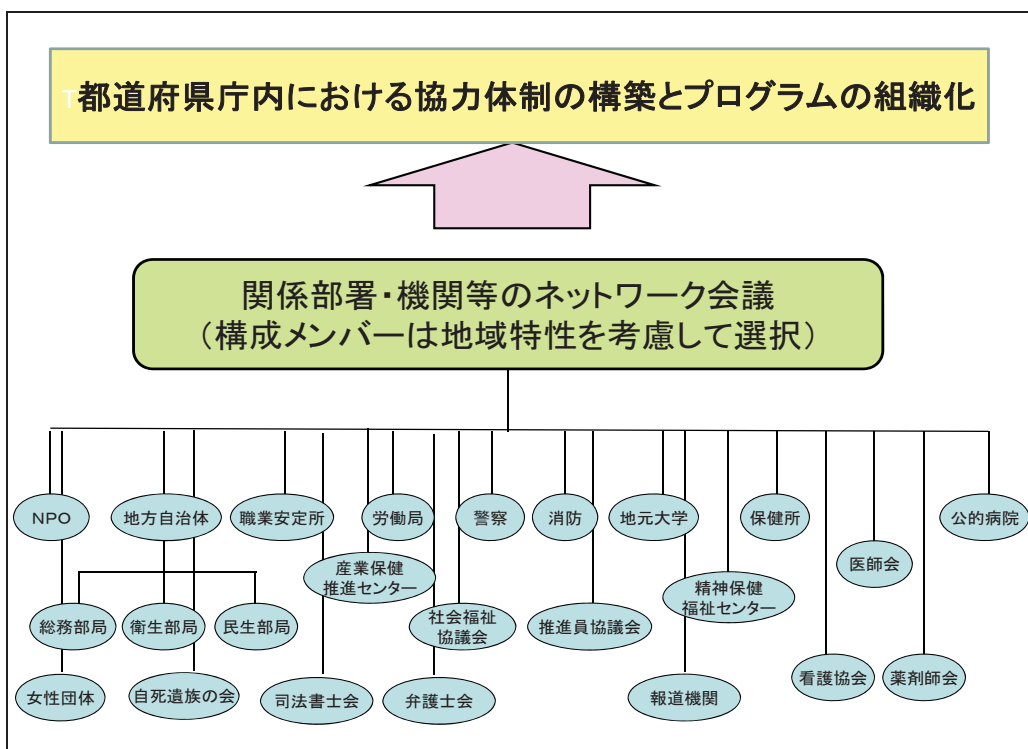
目的	複合的、総合的な自殺対策をすすめるために、自殺対策が地域の課題であるという認識を地域の集団構成員で共有し、部門を越えた協力体制を形成する。また、当事者意識を持って自殺対策に主体的に取り組むことができる地域の体制を確立する。
方法	関係部署・機関等のネットワーク会議、こころの健康づくり・自殺予防連絡会議を設置することで、自殺対策のための地域の基盤を構築する。
	3.1.1 都道府県レベルでの関係部署・機関等のネットワーク会議の設置・開催
	3.1.2 こころの健康づくり・自殺対策連絡会の設置・開催
	3.1.3 社会システムへのアプローチ

3.1.1 都道府県レベルでの関係部署・機関等のネットワーク会議の設置・開催

複合的な事業の展開を図るためには複数もしくは単一の県単位の活動、市単位の活動、区単位の活動、行政区(例えば中学校区)単位の活動に区分するなど、プログラムを十分に組織化しておくことが重要である。そのため、全都道府県・市的な事業としてのコンセンサスを得るために関係部署・機関等のネットワーク会議(都道府県・政令指定都市等大規模行政単位)を立ち上げてネットワークづくりを行い、ネットワーク会議を開催する。構成メンバーは、総務部局、衛生部局、民生部局、医師会、薬剤師会、看護協会、精神保健福祉センター、保健所、弁護士会、司法書士会、警察、消防、地元大学、労働局、職業安定所、産業保健推進センター、自死遺族の会、報道機関、女性団体、推進員協議会、社会福祉協議会、公的病院、NPO法人等を候補者とする(構成メンバーは地域特性を考慮して選択する)。開催回数は、年1回以上、ネットワークの規模に応じて柔軟に決定する。ネットワークの立ち上げ、運営には、地域のトップの理解が非常に大きな力になる。トップダウンとボトムアップの両方の動きが重要であり、キーパーソンになる人材の育成が重要になる。

ネットワークの意義は、公式の会議での議論を通して異なる立場のグループや機関が連携できることにあるが、それに加えて「茶飲み話」的な交流や具体的な問題に関する連携などを通して、お互いの顔が見える関係を築いていくことにも意義がある。また、こうしたネットワークの中で交流することによって、それぞれの立場の人たちのモチベーションも高まっていく。

ネットワークは、生きやすい社会、住みやすい地域の実現を目指すものであり、自殺対策だけでなく、他の分野にも広がりを持たせるようにする。活動は特別なものではなく、個々人が自分にできることから活動を始め、日常的な業務の中で連携しながら、それぞれの業務に生かせるような工夫を行うことが大切である。こうした活動が形骸化しないように注意する必要があると同時に、担当者が代わっても活動の継続性が維持できるような配慮も必要である。また、ネットワークの窓口を明らかにして、地域住民にどのように活用してもらうかを念頭に置きながら、体制を構築することも大切である。



3.1.2 こころの健康づくり・自殺対策連絡会の設置・開催

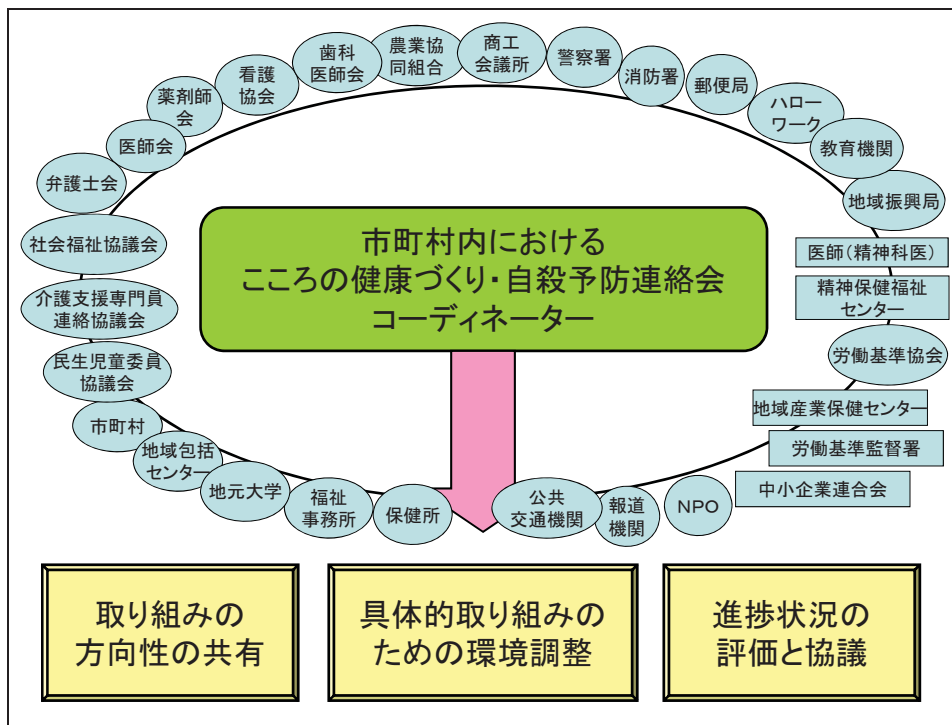
(1) 地域における様々な関係機関・団体の参加・協力を求め、年2回以上開催する。構成メンバーは、精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所、市区町村、民生児童委員協議会、介護支援専門員連絡協議会、社会福祉協議会、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、農業協同組合、商工会議所、警察署、消防署、郵便局、公共職業安定所、地域産業保健センター、教育機関、地域振興局、地元大学、労働基準監督署、地域包括支援センター、健康づくり推進員、報道機関、弁護士会、中小企業連合会、公共交通機関、NPO 法人等を候補者とする(構成メンバーは地域特性を考慮して選択する)。

(2) こころの健康づくり・自殺対策連絡会議は、地域の現状や課題、取り組みの方向性を共有し、それぞれの組織・団体が具体的な取り組みを行うための環境調整の場としての機能を有する。

(3) 様々な事業の進捗状況を評価し、取り組みについての改善等を協議する。

(4) 地域の自殺対策に従事する保健医療従事者のメンタルヘルスをケアするためのサポート体制を作る。スクリーニングや家庭訪問時の相談内容は、家族の死や病気、介護のストレスなど非常に重い内容になることも多い。また、事業を進める際に地域に自殺者が出ると精神的にも強いストレスを受ける。

事業に関してストレスや気分の落ち込みを感じた場合には、いつでも相談できる体制を整備し、精神科医等の専門家がサポートする。



3.1.3 社会システムへのアプローチ

地域の保健福祉活動の枠組みを超えた複合的自殺対策(自殺の手段に関する情報へのアクセス機会の制限[書籍、インターネット等]、自殺可能な場所への立ち入り禁止、鉄道ホームへの柵の設置、農薬等劇薬物の規制等)を実施するため、3.1.1 および 3.1.2 に記述したネットワーク会議、連絡会等において具体的な地域介入方法を検討し、管轄の部署、事業所等への働きかけを行う。なお、インターネット上の違法・有害情報対策は、IT安心会議:インターネット上における違法有害情報対策(内閣官房)、関連省庁の動向と連携して行うものとする。

(参考)

IT安心会議:インターネット上における違法有害情報対策(内閣官房)

<http://www.it-anshin.go.jp/>

3.2 一次予防

<p>目 的</p>	<p>① 孤立予防や生きがいを促進し、自主的な健康増進をめざす地域づくり活動を行う。</p> <p>② 自殺対策や精神保健に対する正しい知識の普及啓発に努め、地域住民がストレスに対して積極的に対処できる方法を学習する機会を設ける。</p> <p>③ 自殺や精神疾患に対する偏見を軽減し、各自が抱える問題について積極的に話し合える。</p>
<p>方 法</p>	<p>① 地域住民のこころの健康を高め、孤立を防ぐ地域づくりを進める。</p> <p>② 講演会や講習会の開催、パンフレットの配布、ポスターやパネルなどの展示などの方法を用いて、自殺対策に対する理解を求める。</p> <p>③ 自殺対策の観点から、うつ病、統合失調症、物質関連障害(アルコールなど)等の精神疾患に関する理解を促し、早期発見・早期受診を勧められるように相談機関等の情報を提供したり、多重債務等の経済生活問題に対する相談機関等の情報を提供し支援に繋げる。</p>
	<p>3.2.1 地域づくり</p> <p>(1) 住民参加型生きがいサロンづくり</p> <p>(2) ストレスマネジメント教室等の開催</p> <p>(3) 悩みを相談できる場所の確保、支援体制の整備</p> <p>(4) 傾聴ボランティアや見守りサポーターの養成</p> <p>3.2.2 啓発活動の方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パンフレット(全戸配布) ・ポスター、カード、カットバン、メモ帳等のグッズ ・市区町村広報誌 ・講演用スライド ・ホームページ ・こころのケアバッジ・Tシャツ ・交通機関 ・メールマガジン <p>3.2.3 一般住民向け普及啓発</p> <p>(1) 健康祭り等のイベントにおける普及啓発</p> <p>(2) 市区町村単位(対象地域全体)での講演会や市民講座</p> <p>(3) 地区(対象地域内の小地域ごと)の講演会や講話</p> <p>(4) 各種集団検診・健診等の会場における普及啓発</p> <p>(5) 介護予防教室における普及啓発</p> <p>(6) 健康教室等の保健事業における普及啓発</p> <p>(7) 学校等教育機関における普及啓発</p> <p>(8) こころの健康度調査</p> <p>(9) マスコミ等の活用</p> <p>3.2.4 地域のキーパーソン向け普及啓発</p> <p>(1) 講話</p> <p>(2) 研修会</p> <p>(3) 医療従事者向け研修会</p> <p>(4) こころのケアナース養成事業</p>

自殺の一次予防としては、こころの健康を高め孤立を防ぐ地域づくり、一般住民向け、地域のキーパーソン向け普及啓発を行う。うつ病の一次予防に関しては、「うつ対応マニュアル(保健医療従事者のために)」を参照。「自殺予防総合対策センター」基礎資料のページからダウンロード可能である(<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>)。

3.2.1 地域づくり

自殺が多い地域では、住民が「働けなくなったら死んだほうがましだ」という「非生産者は不要」という考えを持ったり、世代間の価値観の違いに悩んだりしていることが多いとされている。近年のように個人の格差や地域の格差が広がり、競争して短期的な成果を上げることを目指す社会の中では、加齢や疾病などのために働けなくなったり家事ができなくなったりすると、自分の存在価値に疑問を抱きがちになる。また、リストラなどで職を失ったり出稼ぎができなくなったりした人も、地域で孤立し、自分の存在意義を見失いやすくなる。とくに高齢者は、子どもや孫と同居をしている場合でも、価値観の違いなどのために孤立感を抱きやすい傾向がある。また、経済的に困窮してくると、こうした精神的な孤立感や無力感はより強くなりやすい。こうした状況を改善するためには、地域の人間的なつながりを再構築できるような温かいコミュニティづくりに取り組む必要がある。以下にいくつかの例を挙げる。

(1) 住民参加型生きがいサロンづくり

高齢になって社会機能が制限されるようになっても積極的に生きがいをもてるように、地域拠点生きがいサロンやふれあいサロンを開設し、社会福祉協議会、町内会、民生児童委員、保健推進員と協働で交流事業を行う。身近な地区集会所等で、高齢者の閉じこもり予防・寝たきり予防も含めて、趣味活動や生きがいづくりを目的として、籐細工や押し花を作成するなどのリクリエーションを行ったり、世間話をしたり、昔懐かしい映画を鑑賞したり、子どもたちとの交流会を実施したりする等の活動を行う。こうした活動は行政の呼びかけで始まることが多いが、次第に参加者主導型へと変化していくものである。また、運動を通して住民がふれあう機会を増やし、心の健康を高めるのも一つの方法である。

(2) ストレスマネジメント教室等の開催

自分のストレス状況を把握し、ストレスマネジメントの手法を生活に活かせるようになること等を目的として、ストレスマネジメント教室等を市区町村単位で開催する。

(3) 悩みを相談できる場所の確保、支援体制の整備

住民が気軽に相談できるように、公的な機関で種々の手続きの際などに悩みが相談できるように工

夫したり、私的な相談機関を支援したりする。公的な機関の各種窓口に、「他にお困りのことがおありでしたら気軽にご相談ください」といったステッカー等を張り出したり、窓口で気がかりな住民に「他に何かお困りのことはありませんか」と声をかけたりするのも一つの方法である。

(4) 傾聴ボランティアや見守りサポーターの養成

地域できめ細かい見守りや傾聴ができるように、ボランティアを養成する。

3.2.2 普及啓発の方法

(1) 内容

関係機関・団体との連携のもとに様々な機会を利用して、自殺対策に関する普及啓発を行う。こうした活動の際には、精神面だけでなく、身体的な問題への配慮も含めて、情報のバランスをとるようにする。精神保健に関する普及啓発の内容は、一次予防、二次予防、三次予防のそれぞれの視点を盛り込む。

(精神保健情報の例)

- ・ 自殺の背景には精神疾患がある場合が多いこと
- ・ 精神疾患は誰でもかかる可能性がある身近な病気であること
- ・ 精神疾患は、やる気の問題や気の持ちようではなく、いわゆる遺伝病でもないこと
- ・ 環境の変化など、ストレスがきっかけになることが多いこと
- ・ つらい体験だけでなく、結婚や出産、昇進、良い体験のように思えることもストレスになることがあること
- ・ 精神疾患は脳の神経機能に変調が起きている状態であり、医学的な治療が必要であること
- ・ 精神疾患を早期に発見し、治療につなげることで自殺を防ぐ可能性が高まること
- ・ 精神疾患の症状・サイン(本人が気づく変化、周囲が気づく変化)
- ・ 精神疾患が疑われた場合の対処(本人の対処、周囲の対処)
- ・ 早期発見・早期対応(適切な受診)の勧め
- ・ 焦らず、諦めず治療に取り組む必要性
- ・ ストレス解消・対処法について
- ・ 対象者に対する適切な接し方
- ・ 地域の相談窓口、緊急時の連絡先、各機関の連携の仕方

(2) 媒体

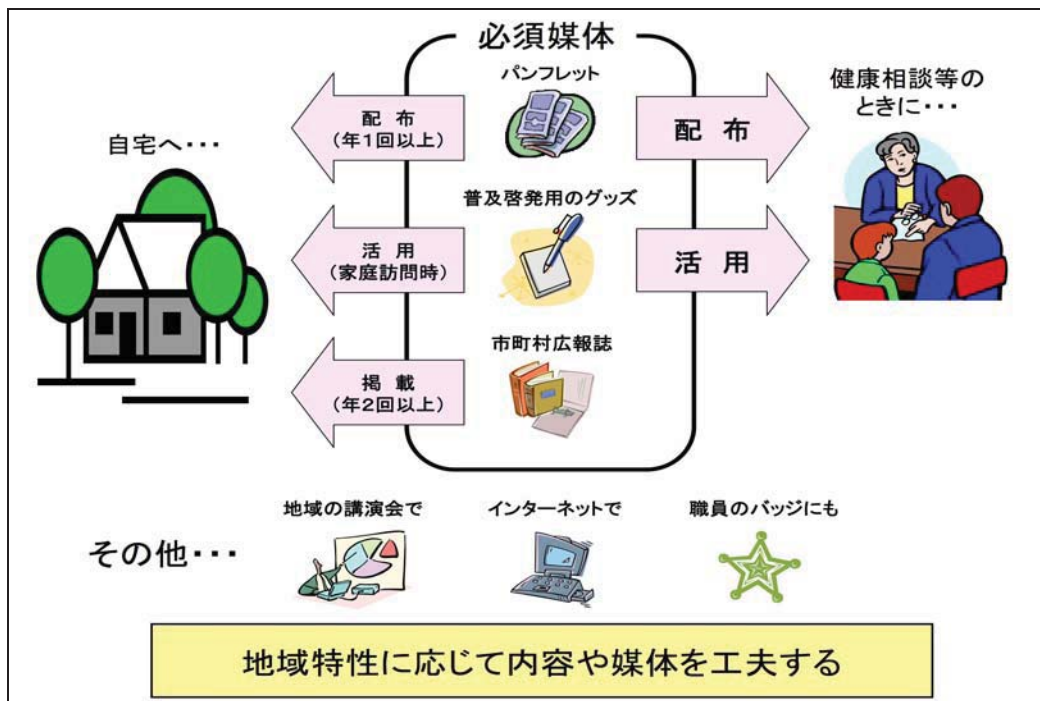
下記の媒体を作成し、普及啓発を行う。地域特性に応じて、内容や媒体を工夫する。

① パンフレット

一般住民向けに、対象地域全戸配布用と各種健康教育・健康相談時の配布用などのパンフレットを作成し、用途に合わせて使用する。

② ポスター、カード、カットパン、ティッシュ、メモ帳等のグッズ

ポスター、相談窓口連絡先等を記載したカード、カットパン、ティッシュ、メモ帳等の普及啓発用のグッズは、保健師や民生児童委員、保健推進委員等の家庭訪問や健康相談の際に使用する。また、保健所、役場、医療機関、警察、消防等のこころの健康づくり連絡会に所属する関係機関・団体の事務所等に配備して一般住民への周知を図る。



③ 市区町村広報誌

対象地域の全戸に配布されている市区町村広報誌に、自殺予防、うつ病、統合失調症、物質関連障害(アルコール等)等の精神疾患に関する記事、多重債務等の経済生活問題に関する記事等を掲載する。

④ 講演用スライド

講演用スライドは、地域での講話の際に使用する。岩手医科大学で作成した啓発用CD、鹿児島県川薩保健所で作成したCD、人形劇収録DVDが活用できる。

(参考)全国保健所長会マニュアル集 鹿児島県伊集院保健所・川薩保健所

<http://www.phcd.jp/manual/manual.html#kokoro>

⑤ ホームページ

市区町村で作成するホームページがある場合には、自殺予防に関する特集記事を掲載する。

(参考)みやざきこころ青Tねっと(宮崎県) <http://www.m-aot.net/web/pc/index.php>

⑥ こころのケアバッジ・Tシャツ

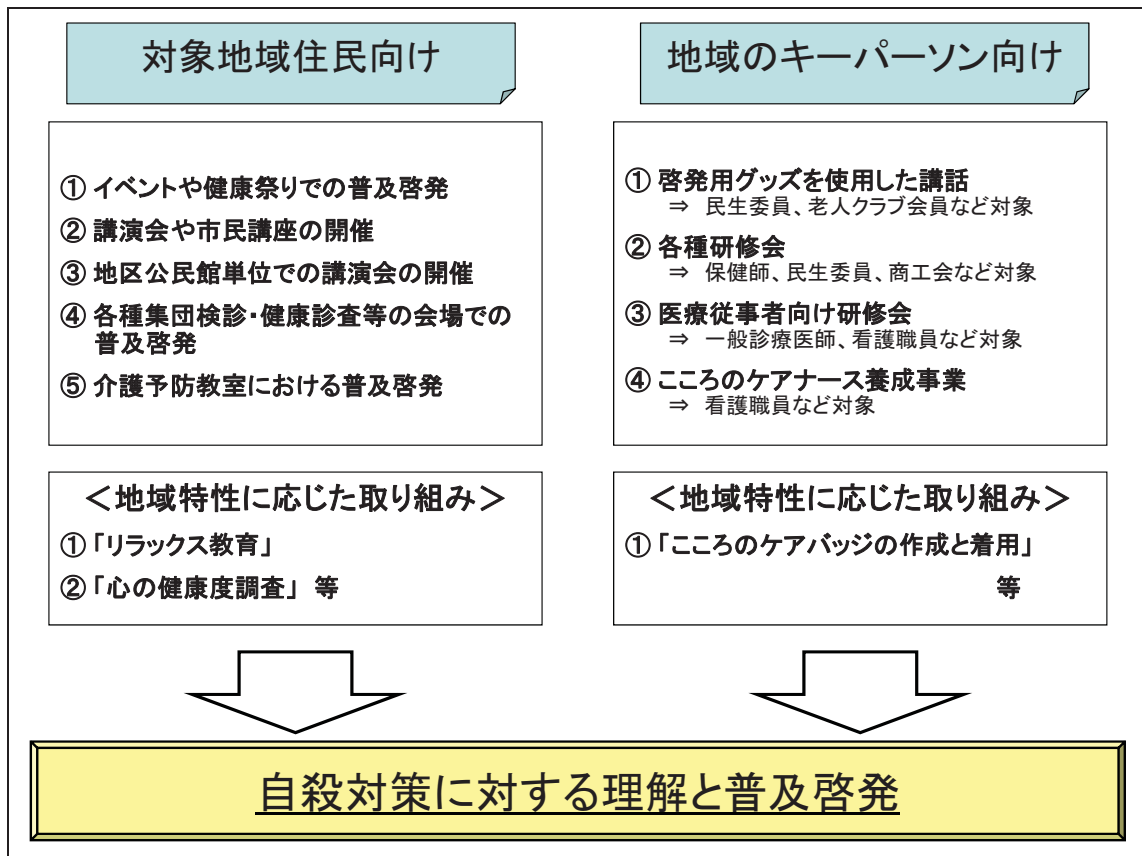
こころの健康づくり連絡会の関係機関・団体メンバー(医師会、看護協会、保健所・市区町村、福祉事務所等)、および地域で自殺対策に携わる実務者の意識の向上と自殺対策の周知を図るために、こころのケアバッジ、Tシャツ等を作成し着用する。

⑦ 交通機関

地域の交通機関に広告を張り出すことも可能である。その際には、シンプルなデザインや表現にした方が情報が伝わりやすい。

⑧ メールマガジン

若者に対しては、携帯のメールマガジン等を利用した情報提供を行うことも考慮する。



3.2.3 一般住民向け普及啓発

(1) 健康祭り等のイベントにおける普及啓発

国民健康保健事業や市区町村主体の健康祭り、農業や産業祭りなどのイベントの際に、自殺対策に関する普及啓発用媒体の配布を行い、自殺対策に関連したDVDやビデオを放映する。また、参加者を対象に、地域の精神科医、県精神保健福祉センターや大学と連携してこころの健康相談等を行う。

健康祭り等のイベントでは、自殺対策の視点から精神障害者や高齢者に対する理解を深めるために、創作作品、写真やパネル等を展示する。また、これらのイベントの様子を市区町村広報誌やパンフレット等で紹介し、地域住民に対しても周知を図る。

(2) 市区町村単位(対象地域全体)での講演会や市民講座

対象地域全体を対象として(対象地域が市区町村単位であれば市区町村全体)で、一般住民向け健康教育用CDや人形劇のDVD等の媒体を活用して市民講座や講演会を開催する。ポスターや市区町村の広報誌等で事前に地域への広報を行うとともに、自殺対策に関する普及啓発用媒体の配布を行う。

(3) 地区(対象地域内の小地域ごと)の講演会や講話

対象地域全体とは別に地域内各地区において、公民館長や地域住民の協力を得て、講話を行う。健康教育用CD、人形劇DVDや紙芝居等を活用する。市区町村保健センター、老人福祉センター、公民館、集会場、体育館、公園など利便性のよい住民の身近な場所で開催する。ポスターや市区町村広報誌等で事前に地域への広報を行うとともに、自殺対策に関する普及啓発用媒体の配布を行う。

(4) 各種集団検診・健診等の会場における普及啓発

各種集団検診・健診等の会場で、待合い時間を活用してCDやDVDの放映、パネルやポスターの掲示、パンフレット等の配備・配布を行う。また、必要に応じて、保健師等のミニ講話等による普及啓発を行う。

(5) 介護予防教室における普及啓発

健康相談や健康教室を実施する市区町村では、介護家族を対象に自殺対策に関する普及啓発を行う。パネルやポスターの掲示やパンフレットの配布を行う。また、必要に応じて、保健師等のミニ講話等による普及啓発を行う。また、地域包括支援センターでの見守りを行う。

(6) 健康教室等の保健事業における普及啓発

健康教育(メタボ、糖尿病、高血圧、産後うつ病等)や生活習慣病予防教室、介護予防教室等で、自殺対策に関する普及啓発用媒体の配布を行う。また、必要に応じて、保健師等のミニ講話等による普及啓発を行う。

(7) 学校等教育機関における普及啓発

市区町村教育委員会や教育事務所、学校等の教育現場と連携して、児童・生徒や教職員を対象にした健康教室を開催し、啓発媒体の配備を行う。内容としては、自殺対策だけでなく、人間関係と思いやり、いじめ問題、いのちの大切さなども含めて、広い視点から心の健康を取り上げる。独立した時間がとりにくい場合には道徳教育の時間や、性教育、インフルエンザ対策、禁煙教室等の健康教育の機会等を活用して行うことも考慮する。また、必要に応じて、保健師等のミニ講話等による普及啓発を行う。

(8) こころの健康度調査

対象地区住民を対象とした健康度調査や意識調査を行い、その結果を地域に還元し、普及啓発を図る。報告会や説明会、パンフレットの配布等を通じて、自殺やストレスに関する地域の現状を住民に紹介する。

(9) マスコミ等の活用

新聞・雑誌社、テレビ局、ミニコミ誌、コミュニティFM等の報道機関に対して、自殺対策の取り組みについて情報を提供し、地域への情報発信に努める。

3.2.4 地域のキーパーソン向け普及啓発

(1) 講話

保健推進員、民生児童委員、在宅福祉アドバイザー、ケアマネージャー、老人クラブ会員、婦人会員、青年会、地域産業保健センターのコーディネータ、消費生活相談員等を対象として、普及啓発用媒体を使用して講話を行う。

(2) 研修会

- ① 本事業に従事する保健所、こころの健康づくり・自殺対策連絡会を構成する医師、保健師、看護師等を対象とした研修会を実施して、資質の向上と維持を図る。
- ② 保健推進員、地区役員、民生児童委員、在宅福祉アドバイザー、ケアマネージャー、老人クラブ会員、婦人会員、青年会、自治会長、看護協会、地域産業保健センターのコーディネータ、消費

生活相談員等を対象とした研修会を実施して、資質の向上と維持を図る。

- ③ こころの悩み相談員を養成するための研修会を実施する。
- ④ 地域産業保健センターと連携し、役場職員、農業協同組合、商工会(議所)、地域の中小企業等の地域の団体に対する講演会や研修会、健康教室を開催し、啓発媒体の配備を行う。
- ⑤ 新聞、雑誌、テレビなどマスコミ従事者を対象に、自殺関連報道の倫理性、注意点等に関する研修会を実施する。
- ⑥ 公共交通機関の職員を対象に、飛び込み自殺等を防止するための対策(ポスターによる呼びかけ、柵の設置等)に関する研修会を実施する。

また、②、③、④で研修を受けた者は、「3.3.2 うつ病へのアプローチ」、「3.3.5 地域の見守り活動」にも携わり、保健医療従事者と連携してスムーズな支援を行えるようにする。

(3) 医療従事者向け研修会

精神科医に限らず、一般診療科医師、嘱託産業医、看護師、保健師、臨床心理士、精神保健福祉士等の医療従事者を対象に研修会を開催し、自殺に関連する精神疾患(うつ病、物質関連障害[アルコール関連障害等]、統合失調症等)や向精神薬(抗うつ薬、抗不安薬、抗精神病薬、睡眠薬等)の使用方法や副作用などについて解説する。

(4) こころのケアナース養成事業

精神的なストレスのために体調を崩して精神科以外の診療科を受診する人が多いこと、とくに自殺をする前に一般診療科を受診する人が多いことから、精神科以外の診療科の看護師が患者の悩みや不安の相談に乗り、適切な相談部門を紹介できるようにすることを目的とした「こころのケアナース」を育成する。

3.3 二次予防

<p>目 的</p>	<p>① こころの健康づくり・自殺対策連絡会の参加者など自殺対策の第一線で働く担当者が、精神疾患や自殺念慮を有するハイリスク者を早期に発見し、適切な介入を行えるようにする。</p> <p>② 精神疾患ないしは身体疾患のために受診中の患者に対して、適切な支援を行えるようにする。</p> <p>③ スクリーニング活動を通して、自殺対策に関する普及啓発活動を活発化させる。</p>
<p>方 法</p>	<p>① ハイリスク者をスクリーニングし、自殺の危険性を早期に発見して該当者に適切な情報提供を行う。</p> <p>② ハイリスク者を医療機関への受診勧奨、保健師等の健康相談、民生児童委員や各種推進員等による地域でのケアへ繋げる。</p> <p>③ 精神疾患ないしは身体疾患のために受診中の患者に対する適切な支援体制を整える。</p> <p>④ 自治体や NPO 法人等で実施している既存の事業や地域の自助グループ活動の状況を把握し、連携体制を築く。</p> <p>3.3.1 相談や訪問等の支援</p> <p>(1) 相談窓口(電話相談窓口、専門相談窓口)の設置・運用</p> <p>(2) 家庭訪問</p> <p>(3) 専門医を交えた地域カンファレンス</p> <p>(4) 専門医と保健師の同伴相談</p> <p>(5) 精神疾患による医療機関受診者の相談・支援体制</p> <p>(6) 身体疾患による医療機関受診者の相談・支援体制</p> <p>3.3.2 うつ病へのアプローチ</p> <p>(1) 各種集団検診・健診等を活用したスクリーニング</p> <p>(2) 介護予防健診を活用したスクリーニング</p> <p>(3) 介護家族教室・健康教室を活用したスクリーニング</p> <p>(4) 健康保険、年金窓口における離職者に対するスクリーニング</p> <p>(5) 中小企業、JA、商工会議所等における職域でのスクリーニング</p> <p>(6) 民生児童委員や保健推進員等によるスクリーニング</p> <p>(7) 家庭配布用パンフレットによる自己チェック</p> <p>(8) 二次スクリーニング結果に基づく医療機関との連携</p> <p>(9) うつ病の受診患者及び家族の支援</p> <p>3.3.3 統合失調症へのアプローチ</p> <p>(1) 社会資源の把握・連携</p> <p>(2) 地域でのイベント</p> <p>(3) ボランティア養成講座の開催</p> <p>(4) 紙媒体(リーフレットやポスター)や電子媒体(ホームページ)を用いた情報提供</p> <p>(5) 相談窓口の設置・運用</p> <p>(6) 訪問指導</p> <p>(7) ケースマネジメントのためのケース検討会</p> <p>(8) 当事者によるピアカウンセリングの実施と 回復者クラブまたはサロンの設置・運用</p> <p>(9) ACT の活用</p>

<p>3.3.4 物質関連障害(特にアルコール関連障害)へのアプローチ</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 社会資源の把握と連携体制 (2) アルコール問題をテーマとするイベントの開催 (3) 地域や職域での健康教育 (4) 学校における未成年者に対する飲酒教育 (5) 紙媒体(リーフレットやポスター)や電子媒体(ホームページ)による情報提供 (6) 専門職を対象とした研修会 (7) 医療機関、地域、職域でのスクリーニング (8) ゲートキーパーに対する教育 (9) 相談窓口の設置・運用 (10) 家庭訪問による相談や指導 (11) 自主グループや支援団体の育成・強化 <p>3.3.5 地域の見守り活動</p> <p>3.3.6 こころのケアナース事業</p> <p>3.3.7 こころの救急マニュアル(メンタルヘルス・ファーストエイド日本語版)に基づく対応</p> <p>3.3.8. 自殺未遂者ケアガイドラインに基づく対応</p> <p>3.3.9 学校における生徒への対応</p>

世界保健機関 WHO の報告によれば、自殺者の 9 割以上が自殺直前には何らかの精神疾患にかかっていると診断できる状態にあるとされており、精神疾患へのアプローチは、地域住民の自殺対策において重要な意義をもっている。なかでも、うつ病、双極性障害(躁うつ病)などの気分障害、統合失調症、物質関連障害(特にアルコール関連障害)は、自殺と密接に関連する三大精神疾患である。地域保健医療従事者は、こうした精神疾患のために受診中の地域住民に対しては、自殺リスクがあることを常に念頭において本人や家族を支援していくことが大切である。

精神疾患に対するアプローチでは、これまで早期発見、早期介入の重要性が指摘されてきた。早期の対応が重要であることは確かであるが、うつ病をはじめとする精神疾患は慢性化することが多いことから、すでに受診している患者や家族に対する息の長い支援が必要である。ちなみに、東京のある地域で、3 年間 150 人余りの自殺者について調査したところ、4 人に 1 人が自立支援医療受診者か精神保健相談のあった人であり、しかも働き盛り世代が多かったことが明らかになった。つまり、この地域では、働き盛り世代であっても働くことができない人たちが、追い込まれて死を選んでいると考えられる。このことから自殺対策を行うためには、まず地域の実情を調査して対策を検討することが重要であるとともに、ハイリスク者の受診勧奨だけでなく、受診後の支援も不可欠であることがわかる。

精神疾患に対するアプローチは基本的には、既存の事業を基礎にしながら、ネットワークづくり、一次予防(事前対応)、二次予防(早期発見、早期治療)、三次予防(再発防止)を行う。こうした理解に基づいた上で、ここでは二次予防を中心に精神疾患対策について取り上げることとする。

実施に際しては、地域に現存する事業や活動の状況を把握し、これらの事業や活動との連携体制を構築する。また、地域において事業や活動が不足している場合には、ここで提示したアプローチのいくつかを選択して実施することを考慮する。また、直接対応にあたる実務者が、より専門的な支援を行えるような技術を習得することが望まれる。

なお、精神障害者への支援は地域だけでできるものではなく、精神保健医療福祉の充実が不可欠であることから、2009年(平成21年)9月24日に厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が発表した提言『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』が実行に移されることが、自殺対策でも極めて重要な意味を持つ。

3.3.1 相談や訪問等の支援

地域住民は精神的な問題の相談に対して躊躇することも多い。相談窓口設置に際して、以下の点に配慮して相談しやすい体制を整える。

留意点

- ・ 住民を対象とした既存の健康相談に、「心の健康相談」も兼ねて実施する。この場合、相談内容が漏れないようにプライバシーに十分配慮し、また、そのことを周知する。
- ・ 心の健康相談窓口を設置する際には、「心とからだの健康相談」「リフレッシュ健康相談」など住民が抵抗を感じにくい相談事業の名称にするなど工夫する。
- ・ 相談室は人の出入りが頻繁な場所を避け、プライバシーが保てる場所を選ぶ。
- ・ 電話やメールによる相談も活用する。
- ・ 心の相談窓口の存在を地域にPRする。

(1) 相談窓口(電話相談窓口、専門相談窓口)の設置・運用

保健所や市区町村保健センター、県精神保健福祉センターに相談窓口を設置し、住民からの相談に応じる。また、電話相談窓口、精神科専門医による専門相談窓口も設置する。

(2) 家庭訪問

市区町村や保健所による必要なケースに対する家庭訪問を行う。自殺の危険性が予測される住民に対しては、医療機関と連携を取って援助を行う。保健所が実施する心の健康相談窓口を紹介し、講演会等の情報を提供する。

(3) 専門医を交えた地域カンファレンス

必要なケースに対して、保健師に加えて、大学や精神保健福祉センター、精神科専門医等を交えた地域カンファレンスを行う。スクリーニング陽性者や地域活動で把握したケースについて家庭状況・生活状況・家族構成等について情報を共有し、今後の支援方向について確認する。

(4) 専門医と保健師の同伴相談

精神科専門医と保健師等で、必要なケースに対する同伴訪問や公民館、市区町村保健センター等における巡回相談を行う。

(5) 精神疾患による医療機関受診者の相談・支援体制

精神疾患により医療機関を受診している者に対して、地域精神科医療機関や大学、精神保健福祉センターと連携して、服薬遵守行動等に関する相談を受けたり、地域見守り活動を実施するなどの支援を行う。

(6) 身体疾患による医療機関受診者の相談・支援体制

身体疾患により医療機関を受診している者に対して、地域医療機関や大学、精神保健福祉センターと連携して、服薬遵守行動等に関する相談を受けたり、地域見守り活動を実施するなどの支援を行う。

3.3.2 うつ病へのアプローチ

うつ病は、精神的なエネルギーが低下している状態で、憂うつな気分が強くなったり何をやっても楽しくなくなったりするなどの状態になる精神疾患である。うつ病への対応は、厚生労働省でまとめた「うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市区町村職員のためにー」「うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー」(ダウンロード:<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-5.html>)を参考にしていきたい。

ここでは、スクリーニングと基本的な対応について説明することにするが、スクリーニングは、各種集団検診・健康診査等、介護予防家族教室・健康教室等で実施する。実施に際しては、書面または口頭で十分な説明を行った上で一次スクリーニングを行う。一次スクリーニング陽性者に対して、保健医療従事者による面接による二次スクリーニングを実施する。治療が必要と判断された場合には、受診を勧める。また、治療の必要性は認めないが経過観察が必要と判断された場合には、保健師等による見守り活動、民生児童委員等による声かけを行い、定期的に受診の必要性をケースカンファレンスで再評価する。また、民生児童委員等に関しては、「3.2.4 地域のキーパーソン向け普及啓発」で研修を受け、「3.3.5 地域見守り活動」にも携わり、保健医療従事者と連携してスムーズな支援を行えるようにする。

(参考) 4.2 うつスクリーニング

(1) 各種集団検診・健康診査等を活用したスクリーニング

がん検診や結核検診、特定健診等の各種集団検診・健康診査等の時に、40歳以上の住民に対して一次スクリーニングを実施する。また、一次スクリーニング陽性者全員に対して二次スクリーニングを実施するなどの追跡・支援を行う。各種集団検診・健診等を医療機関などに個別委託している地域では結果報告会を活用する。各種がん検診時にも行う。

(2) 介護予防健診を活用したスクリーニング

介護保険制度の改正に伴い、閉じこもりや転倒の予防、日常生活の自立の支援など、介護を要する状態を予防することに重点を置いた事業が行われることになり、高齢者を対象とした生活機能評価が行われる。介護予防健診の生活機能評価に用いられる基本チェックリストの25項目のうち「うつ」に関する5項目について、市区町村や地域包括支援センター等と連携して正しく評価する。必要に応じて自殺念慮の有無や、最近の重大な出来事について把握できると良い。また、一次スクリーニング陽性者全員に対して二次スクリーニングを実施するなどの追跡・支援を行う。現在の介護保険制度のなかでは、基本チェックリストでうつ症状のみ該当する者は予防給付や特定高齢者施策といった介護サービスの対象にならないが、抑うつ症状を抱える高齢者が適切なケアを受けられるように体制を整えることが望ましい。

(3) 介護家族教室・健康教室を活用したスクリーニング

介護家族教室や各種健康教室の参加者を対象にスクリーニングを実施し、一次スクリーニング陽性者に対して二次スクリーニングを実施するなどの追跡・支援を行う。

(4) 健康保険、年金窓口における離職者やその他の無職者に対するスクリーニング

市区町村の国民健康保険、国民年金の窓口に来所した離職者やその他の無職者等に対して、一次スクリーニングを実施し、一次スクリーニング陽性者に対して二次スクリーニングを実施するなどの追跡・支援を行う。

(5) 中小企業、JA、商工会議所等における職域でのスクリーニング

地域医師会、地域産業保健センター、専門医療機関等と連携して、中小企業やJA、商工会議所等の職域における一次スクリーニングを実施し、一次スクリーニング陽性者に対して事後フォローと支援を行う。

(6) 民生児童委員や保健推進員等によるスクリーニング

民生児童委員や保健推進員等を対象にスクリーニングに関する研修等を行う。民生児童委員や保健推進員がスクリーニング項目を把握することによって、ハイリスク者を早期の段階で保健医療

従事者ヘリパーソンであることから、必ずしもスクリーニング項目を正確に修得していなければならないということではなく、症状等について理解しておくことが大切である。

(7) 家庭配布用パンフレットによる自己チェック

精神保健に対する関心を高めることを目的に、自己チェック用のスクリーニング質問票を家庭に配布する。また、相談窓口についての情報も掲載し、自発的な受診の促進を図る。

(8) 二次スクリーニング結果に基づく医療機関との連携

二次スクリーニング陽性者に対して医療機関への受診を勧める場合は、慎重に対処することが大切である。自殺や死を考えている等の緊急の場合以外は、受診者との間に十分な信頼関係ができてから受診を勧めても遅くはない。面接の状況に応じて、二次スクリーニング陰性(経過観察)者でも受診を勧める。うつ病の可能性のある患者が、パニック発作、重篤な精神不安、集中力低下、強い不眠、中程度以上のアルコール乱用、重篤な興味・喜びの消失(快感消失)のいずれかの症状を訴える場合には自殺の危険性が高い状態と考えられるため、医師に相談するなど慎重に対応する必要がある。

受診勧奨については、かかりつけ医など、その人が相談しやすい医療機関を勧める。必要に応じて、専門科(精神科・心療内科)を勧めることもあるが、かかりつけ医などから紹介された方が受診しやすいこともあるので、押しつけにならないように柔軟に対応することが大切である。

本人の希望により、紹介状と二次スクリーニングの結果の写しを作成し、対象者へ渡す。併せて、本人の了解を得た上で返信用封筒も同封し、受診確認と今後のフォローに生かすため受診結果を返送してもらう。

スクリーニング陽性者の医療機関受診について保健師が熱心になりすぎたり、焦りがあつたりすると関係が気まずいものとなり、関係が途切れてしまうこともある。本人の拒否が強い場合は無理に介入するのではなく、相談窓口を紹介・提示する等の支援を行う。

なお、心の健康相談では、本人はもちろん、家族や身内が相談したいと希望する場合もあるため、その相談にも柔軟に適切に対応する。

一次スクリーニング陽性だが二次スクリーニングを拒否する住民の中にも、また、一次スクリーニングを拒否する住民の中にも本来であれば受診が必要な者がいる。市区町村や関係機関と連携したアプローチが可能であれば、結果報告会の場や介護予防に関する健診の事後フォロー(家庭訪問等)を活用し、面接する方法も検討する。その場合、必ずしも一回の面接で心の健康に関する話題に触れる必要はなく、「心の健康について悩みがある場合には相談に応じる」ことを住民にまずは伝えることが重要である。

(9) うつ病の受診患者及び家族の支援

うつ病は慢性疾患であり、長期化しやすく、再発する可能性も高い。従って、受診すれば地域の支援が終わりということではなく、患者はもちろん、家族に対しても、地域や医療機関の関係者が長い目で心理的、経済的に支援していくことが必要になる。

3.3.3 統合失調症へのアプローチ

統合失調症へのアプローチでは、特に社会的偏見の是正・解消を念頭におく必要がある。社会的偏見は、自尊心の喪失、症状の悪化、家族の絆の崩壊、ストレスの増大、サポートの劣化、社会的支援の欠如などに関係して当事者の耐性を低下させる。したがって、自殺予防の観点からも社会的偏見を是正するための取り組みの意義は高い。

(1) 社会資源の把握・連携

地域の自助グループ(家族会、作業所、NPO法人、ボランティア団体)、保健所、市区町村、精神保健福祉センター、地域医師会、民生児童委員等、地域における社会資源を把握するとともに、こころの健康づくり・自殺対策連絡会等での連携を通じた地域ネットワークを構築する。

(2) 地域でのイベント

健康講話、ミニコンサート、演劇、当事者の作品や作業所の製品の展示や販売、スピーカーズビューロー等を行う。

(3) ボランティア養成講座の開催

(4) 紙媒体(リーフレットやポスター)や電子媒体(ホームページ)を用いた情報提供

(5) 相談窓口の設置・運用

保健所や市区町村、精神保健福祉センター等に相談窓口を設置する。

(6) 訪問指導

保健所や市区町村、精神保健福祉センター、地域生活援助事業者、訪問看護ステーション等が、ケースの必要に応じて訪問指導を行う。

(7) ケースマネジメントのためのケース検討会

ケースマネジメントのためのケース検討会を行って、支援のスキルを高める。

(8)当事者によるピアカウンセリングの実施と回復者クラブまたはサロンの設置・運用
仲間同士が、精神の安定と社会への参加を支援できるような体制をつくる。

(9) ACT の活用

1970年代後半にアメリカで始まった精神障害者地域生活支援プログラムである ACT(アクト／Assertive Community Treatment:包括型地域生活支援プログラム)は、精神科医や看護師、作業療法士、当事者であった経験のあるピアカウンセラー、家族でコミュニケーションのトレーニングを積んだ人などがチームを作って、地域で生活する精神障害者を支援する仕組みである。ACT を活用することで、地域で生活する統合失調症などにかかっている精神障害者を支援することができる。

3.3.4 物質関連障害(特にアルコール関連障害)へのアプローチ

(1) 社会資源の把握と連携体制

地域の自助グループ(AA、断酒会、DARC、アラノン)、家族会、ボランティア団体、民生児童委員、地域生活支援センター、保健所、市区町村、地域包括支援センター、精神保健福祉センター、地域医師会、精神科病院、消費生活相談センター、弁護士会等、地域における社会資源を把握するとともに、こころの健康づくり・自殺対策連絡会等での連携を通じた地域ネットワークの構築を行う。

また、市区町村といった基礎自治体においては障害者部門、健康増進部門、年金部門、高齢者部門、国民健康保険部門、住民課等窓口、市区町村営住宅部門といった様々な部署で、地域住民と接しているが、庁内の情報の共有化や連携体制を確認し、必要に応じ関係機関等と連携し対応できるようにしておく。

(2)アルコール問題をテーマとするイベントの開催

国民健康保健事業や市区町村主体の健康づくり等のイベントの際に、講演会やシンポジウムのテーマに取り上げたり、地域産業保健センター等と協働で相談会を開催して、アルコール問題の重要性や早期発見のチェック項目、適正飲酒の勧め、再発防止のための見守り活動の重要性等を普及啓発する。

(3)地域や職域での健康教育

医療保険者が行う特定健診・特定保健指導や、ポピュレーションアプローチとしての生活習慣病予防教室、介護予防教室等で、アルコール問題に関する普及啓発を行う。また、必要に応じて、保健師等のミニ講話等を行い、地域住民や職域においてアルコール問題への関心を高める働きかけを行う。

(4)学校における未成年者に対する飲酒教育

市区町村教育委員会や教育事務所、学校等の教育現場と連携して、児童・生徒や教職員を対象にした健康教室を開催し、啓発媒体の配備を行う。性教育や禁煙教育と同様の重要性があることを関係者に説明し、独立した時間を確保するか、これらの研修・教育の機会等を活用して行うことも考慮する。

(5)紙媒体(リーフレットやポスター)や電子媒体(ホームページ)による情報提供

(6)専門職を対象とした研修会

保健師、訪問看護師、精神保健福祉士等の医療従事者、産業保健推進センター・地域産業保健センターの相談員、障害者相談支援センター職員、地域包括支援センター職員などを対象とした研修会を行い、アルコール問題への関心を高め、支援連携体制づくりの一助とする。また、精神保健福祉センターや医師会、大学、産業保健推進センター等とも連携しながら、一般診療科の医師はもちろん、精神科医を対象として、予防、早期診断、治療、継続支援等の研修を行う。

これら地域での研修とともに、精神科病院等と連携しアルコール症を専門とする研修センターへ看護師や精神保健福祉士等の人材を派遣し、地域のキーパーソンとして研修会の講師等に活用することも考慮する。

(7)医療機関、地域、職域でのスクリーニング(例:CAGE、KAST)

一般診療科における日常の診療や、こころのケアナースのいる医療機関、特定健診や各種がん検診、介護予防健診等のなかで、アルコール問題を早期に把握するためのスクリーニングを行う。

(8)ゲートキーパーに対する教育(民生児童委員、公民館長、各種ボランティアなど)

地域においての見守りや相談支援に携わる機会がある民生児童委員や公民館長の他、家族会員や自助グループの会員、NPO法人の職員を対象として研修会を行い、ハイリスク者への支援が地域で行われる体制づくりを目指す。また、アルコール関連の問題行動についてのスクリーニングについて周知しておくことは早期の把握に役立つ。

(9)相談窓口の設置・運用

保健所や市区町村、精神保健福祉センター等へ相談窓口を設置し、精神保健福祉相談員や精神保健福祉相談医、精神科医等が対応する体制を整備する。

(10)家庭訪問による相談や支援

保健所や市区町村、精神保健福祉センター、地域生活支援センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等、必要に応じて家庭訪問を行い本人や家族への相談に応じ支援する。

(11) 自主グループや支援団体の育成・強化

AAグループ等との共催事業を実施し、地域での自主グループ育成を図る。また、自主グループが設置されている地域では保健所、市区町村、精神保健福祉センター等関係機関が積極的に支援を図る。

3.3.5 地域の見守り活動

二次スクリーニング陽性者、経過観察の対象者、また別途把握されたハイリスク者に対して、地域包括支援センター、民生児童委員、健康づくり推進員、在宅福祉アドバイザー等によって、地域の見守り活動を行う。また、「3.2.4 地域のキーパーソン向け普及啓発」で研修を受けた者、「3.3.2 うつ病へのアプローチ (6) 民生児童委員や保健推進員等によるスクリーニング」を担当した者が地域見守り活動にも携わり、保健医療従事者と連携してスムーズな支援を行えるようにする。

3.3.6 こころのケアナース事業

住民が「こころの健康カード」を提示すれば、こころのケアナース(傾聴のための研修を受けた看護師)に相談できるようなシステムづくりを行う。地域医師会や看護協会、精神科専門医療機関、精神保健福祉センター、市区町村、保健所と連携して、一般医療機関にこころの相談窓口を設置し、こころのケアナースを育成し配置する。

3.3.7 こころの救急マニュアル(メンタルヘルス・ファーストエイド日本語版)に基づく対応

メンタルヘルス・ファーストエイドはメルボルン大学の Kitchener B and Jorm AF により作成されたものである。メンタルヘルスの問題を有する人に対して、専門家の支援が提供される前にゲートキーパーが提供すべき支援として、5つの基本ステップ(りはあさる)に基づく行動計画を行うことを提唱している。

1) 自傷・他害のリスクをチェックしましょう	(り; リスク評価)
2) 判断・批判せずに話を聞きましょう	(は; はんだん、批評せずに話を聞く)
3) 安心と情報を与えましょう	(あ; あんしん、情報を与える)
4) 適切な専門家のもとへ行くよう伝えましょう	(さ; サポートを得るように勧める)
5) 自分で対応できる対処法(セルフ・ヘルプ)を勧めましょう	(る; セルフヘルプ)

3.3.8. 自殺未遂者ケアガイドラインに基づく対応

地域の保健医療福祉活動の場面では、自殺未遂者や自殺の危険性のある者への対応を求められることがしばしばある。地域の相談対応や支援に携わる従事者向けの指針として、「自殺に傾いた人を支えるために一相談担当者のための指針―」（平成20年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業 自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究）が作成された。

また、自殺未遂者ケアのガイドライン・手引きとして、救急医療従事者向けに「自殺未遂患者への対応～救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」（日本臨床救急医学会）、精神科救急従事者向けに「精神科救急医療ガイドライン(3)(自殺未遂者対応)」（日本精神科救急学会）が作成された。これらのガイドラインを参考にした現場での対応も必要である。

ダウンロード <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/>

3.3.9 学校における生徒への対応

児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議により取りまとめられた「教師が知っておきたい子供の自殺予防」では、自殺のサインと対応や体制、自殺が発生したときの対応など示している。これらを参考にした現場での対応も必要である。

ダウンロード http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/046/gaiyou/1259186.htm

3.4 三次予防

目的	自死遺族が近親者の自殺を自らの責任であるかのように捉えたり、隣人や地域との交流を閉ざして苦しむことがないように配慮し、必要なときに適切なケアを提供する。
方法	自死遺族に対する支援体制をつくり、悩みに応じた相談窓口等の紹介を行う。また、必要に応じて、自死遺族の精神面への支援を行う。
	3.4.1 自死遺族のニーズの理解 (1) 自死遺族のニーズの理解 (2) 事例発生時の自死遺族の気持ちへの配慮 3.4.2 自死遺族の支援 (1) 普及啓発媒体の配備 (2) 相談窓口の設置・運用 (3) 市区町村・保健所保健師の家庭訪問 (4) 自死遺族の組織運営の支援 (5) 地域における見守り

3.4.1 自死遺族のニーズの理解

(1) 自死遺族のニーズの理解

こころの健康づくり連絡会などで自死遺族のニーズの理解を図り、必要なときに適切な支援が行えるように支援体制を作る。しかし、一方的に支援を行って心を傷つけないように、遺族の気持ちに十分に配慮する必要がある。支援をすぐには必要としない人、地元で相談したい人、地元以外で相談したい人など、支援のニーズは様々であることから、ニーズを柔軟に把握し画一的な支援や押しつけにならないように注意する必要がある。その意味では、相談に来られた時に十分に対応できる体制づくりが大事である。

(2) 事例発生時の自死遺族の気持ちへの配慮

警察や自治体など関係各機関が、自殺遺族の気持ちに十分に配慮できるような啓発活動を行う。実際の対応においては、「自死遺族を支えるために～相談担当者のための指針～自死で残された人に対する支援とケア」(厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業 自殺未遂者および自殺遺族等のケアに関する研究)などを参考にした現場での対応を心掛ける必要がある。

ダウンロード <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/>

3.4.2 自死遺族の支援

(1) 普及啓発媒体の配備

自死遺族や家族、周囲の人たちが相談窓口をみつけられるようなパンフレットを作成し、必要に応じて警察や救急医療機関などがパンフレットを提供できるようにする。また、見守り活動の中で、配慮

を要すると判断された自死遺族に対して、希望がある場合にはパンフレットの配布や健康相談窓口の紹介を行う。

(2) 相談窓口の設置・運用

自死遺族や周囲の人たちが必要を感じたときに相談できるように、保健所や市区町村保健センター、県精神保健福祉センター等に相談窓口を設置する。

(3) 市区町村・保健所保健師の家庭訪問

希望する自死遺族に対して、保健師などの家庭訪問を実施する。

(4) 自死遺族の組織運営の支援

NPO法人などによる自死遺族会の運営に対して、必要な支援を行う。

(5) 地域における見守り

自死遺族に限らず、家族を亡くした人は経済的にも心理的にも苦しい状況に陥る可能性が高いことから、プライバシーやニーズの多様性に十分配慮しながら、見守り活動や必要に応じた声かけ活動を行う。

3.5 職域へのアプローチ

目的	勤労者および、無職者・離職者のメンタルヘルスの不調を予防し、早期発見・早期治療へつなげ自殺を予防する。
方法	3.5.1 勤労者へのアプローチ 事業場、医師会、産業医、地域産業保健センターとネットワークを形成し、連携して自殺対策を実施できるような指導を行う。景気の低迷とともに中小企業の倒産が増えている現状を考慮すると、勤労者(被雇用者)対策と同時に、経営者(雇用者)対策も必要である。
	(1) 支援体制の強化 (2) 事業場への普及啓発媒体(パンフレット、DVD等)の配布 (3) 地域産業保健センターの窓口の整備 (4) 事業場への訪問調査、講演会の実施 (5) 嘱託産業医に対する調査、教育 (6) 家族と職場との連携の促進
	3.5.2 無職者・離職者へのアプローチ 無職者・離職者のうつ症状、自殺の危険性を把握するためにスクリーニング調査を実施し、スクリーニング陽性者に対して医療・福祉サービスを提供する。
	(1) 健康保険、年金の担当窓口、ハローワーク等での支援 (2) ハイリスク者のスクリーニング
	3.5.3 障害者へのアプローチ

3.5.1 勤労者へのアプローチ

自殺対策では、職域へのアプローチも欠かすことができない。近年、大企業では精神保健対策が行われるようになってきたが、中小企業や離職者、その他の無職者に対する支援はまだ不十分である。そのため、中小企業へのアプローチと離職者、無職者への支援を重点的に行う。「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(2006年厚生労働省)に基づき、心の健康づくりを計画的に推進するとともに、自殺に関連する問題をタブー視する風潮を改善する。職域へのアプローチの留意点を以下に示す。

(1) 支援体制の強化

こころの健康づくり連絡会等に、勤労者のメンタルヘルスに関するワーキンググループ(対象地域の医師会長、医師会産業保健担当医師、労働基準協会、地域産業保健センター長、地域産業保健センター担当者、中核病院(精神科、心療内科)の院長など)を設置する。職域に対するアプローチ法を検討し、効果的な介入を行える支援体制を強化し、各事業場への協力を呼びかける。

(2) 事業場への普及啓発媒体(パンフレット、DVD等)の配布

地域産業保健センターから情報を得て、地域の事業場のリスト(住所録)を作成し、パンフレットやDVDなどの普及啓発媒体の配布を行う。

(3) 地域産業保健センターの窓口の整備

悩みや疾患を抱えた勤労者の相談窓口として、地域産業保健センターがこれまで以上に十分に機能するように体制の整備を図る。

- ①ホームページの開設、うつ病や自殺予防に関連した特集を掲載して相談を呼びかける。
- ②窓口担当者のうつ病や自殺予防に関連した資質の向上と維持を図る。
- ③精神科医の相談窓口を設置する(週1回程度)

(4) 事業場への訪問調査、講演会の実施

- ①現状調査(アンケート等)を実施する。
- ②事業場に保健師を派遣し、訪問調査を実施する。
- ③事業主、衛生管理者、産業看護職等を対象に講演会を実施する。

(5) 嘱託産業医に対する調査、教育

医師会から情報を得て、地域の事業場の嘱託産業医のリスト(住所録)を作成し、現状調査(アンケート等)と講演会を実施する。

(6) 家族と職場との連携の促進

職場での気づきを促進することは重要であるが、悩みのサインが見逃されていることが非常に多い。従って、家族と職場の連携を図り、家族の気づきを職場のメンタルヘルスに生かすように試みる。その一環として、家族向けの講演会の開催など、家族に対する教育の場を提供する。

3.5.2 無職者・離職者へのアプローチ

自殺者に占める無職者・離職者の割合が高いことから無職者・離職者を対象とした自殺対策は重要であり、ハイリスク者に対して医療・福祉サービスを提供できるシステムを構築する。無職者に関しては、障害者や出稼ぎの機会を持っていない人など、働く機会を持っていない人たちの支援が自殺対策では特に重要になる。これはまた、生活困難者や生活保護対象者、災害被災者などの支援という切り口でも捉えることができる。

(1) 健康保険や年金の担当窓口、ハローワークでの支援

再就職を目指してハローワークに来所した離職者を対象に、経済、住居、心理などの様々な面から相談ができるワンストップサービスや他の窓口との連携等を行う。ただし、将来に絶望して死について考えている離職者はハローワークまで足を運ぼうとする気力がない場合もあると考えられるので、健康保険や年金の担当窓口でも、手続きのために来所した離職者の状況を把握し、支援が行える体制を整える。なお、ワンストップサービスや他の窓口との連携は、様々な場面で有用であり、地域での活用が望まれる。

(2) ハイリスク者のスクリーニング

無職者・離職者のうつ症状、物質使用(アルコール等)状態、自殺念慮等の自殺の危険性を把握するようにする。また、手続きの待ち時間等を利用して、一次スクリーニング質問票「こころの健康度自己評価票」等に記入してもらう。一次スクリーニング陽性者のうち希望者に対しては、二次スクリーニングを実施するなどの追跡・支援を行う。必要に応じて保健所や自治体等の相談窓口を紹介し、利用できる体制を整える。ハローワークでは、チーム支援や就職サポーターなどの障害者支援プログラムを充実させ、障害者の雇用促進を図る。

3.5.3 障害者へのアプローチ

働く機会を持たない障害者は、心理的・医学的な問題だけでなく、就労問題や生活上の困難を抱えている場合も少なくない。時に自殺の危険性が高まる場合もある。そのため、保健、医療、福祉サービスを複合的に活用できるような支援を行うようにする。一人一人に対してそれぞれのニーズを踏まえた対応を行うケースマネジメントによって、さまざまな社会資源を活用しながら、保健、医療、福祉、就労支援、生活支援を提供する必要がある。具体的には、二次予防の精神疾患対策を参照してほしい。

4 参考資料

4.1 わが国の自殺対策に関する動向

平成 21 年 12 月現在

年月	出来事	備考
1979(昭 54)年	青少年の自殺防止に関する関係省庁連絡会議の開催	子供の自殺者数増加を受けて、自殺防止対策の 5 つの要点を取りまとめて都道府県知事に通達した。
	子供の自殺防止対策についての提言(青少年の自殺問題に対する懇話会)	子供の自殺防止の広報啓発、自殺防止活動の充実と拡大、研究及び調査の強化等の施策を提言した。
1999(平 11)年 9 月	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針について(労働省労働基準局)	精神障害や自殺の労災認定についての新しい判断指針を通達した。
	精神障害による自殺の取扱いについて(労働省労働基準局)	
	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の運用に関しての留意点等について(労働省労働基準局)	
2000(平 12)年	21 世紀における国民健康づくり運動;健康日本 21 (厚生労働省)	「休養・こころの健康づくり」の項目の中で 2010 年までに自殺死亡者数を 22,000 人以下にするという目標値を設定した。
	母子保健の 2010 年までの国民運動計画;健やか親子 21(厚生労働省)	「思春期の保健対策の強化と健康教育の推進」課題で 2010 年までに十代の自殺死亡率の減少を設定した。
	過労自殺事件の労働災害補償認定(最高裁)	
	「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」策定(厚生労働省)	
2001(平 13)年	自殺防止対策費の予算化(厚生労働省)	厚生労働省予算において初めて自殺防止対策経費が計上された。
	職場における自殺の予防と対応—労働者の自殺予防マニュアル—(厚生労働省)	職場における自殺予防と自殺対策の在り方に関するマニュアルを作成した。
2002(平 14)年 2 月	自殺防止対策有識者懇談会(厚生労働省)	
12 月	自殺予防へ向けての提言	自殺対策の理念を示し具体的な提言をまとめた。
2003(平 15)年	うつ対策推進方策マニュアル—都道府県・市区町村職員—、うつ対応マニュアル—保健医療従事者—(厚生労働省)	
2004(平 16)年	こころのバリアフリー宣言(厚生労働省)	
10 月	「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」策定(厚生労働省)	
2005(平 17)年 4 月	厚生労働科学研究費補助金「自殺対策のための戦略研究」	自殺対策に関する2つの戦略研究課題が実施された。 ・複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究;研究リーダー 大野 裕 ・自殺企図の再発防止に対するケースマネジメントの効果;多施設共同に

		よる無作為化比較研究;研究リーダー 平安 良雄
2005(平 17)年 6 月	職員の自殺防止のために(人事院職員福祉局)	人事院職員福祉局の自殺防止専門家会議が自殺防止のための対応などについてまとめた。
7 月	自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議(参議院厚生労働委員会)	
8 月	自殺対策支援ページ「いきる」開設	国立精神・神経センター精神保健研究所ホームページ内に開設した。
9 月	自殺対策関連省庁連絡会議	内閣官房副長官の下に局長級の自殺対策関連省庁連絡会議を設置し、決議実現の具体的な方策を検討した。
12 月	「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」とりまとめ(内閣府)	自殺問題を喫緊の課題として総合的な対策推進のために関係省庁が一体になって取り組むことを決めた。
2006(平 18)年 3 月	都道府県・政令指定都市に対する「自殺予防に向けての総合的な対策の推進について」の通知(厚生労働省)	各自治体に対して自殺対策連絡協議会の設置や相談体制の充実、情報発信・普及啓発等の依頼を行った。
3 月	「労働者の心の健康の保持増進のための指針」策定(厚生労働省)	
4 月	自殺対策の法制化を求める 3 万人署名開始	3 ヶ月間に自殺対策の法制化を求める 10 万人余の署名が集まった。
6 月	自殺対策基本法の成立 (10 月施行)	自殺は個人的な問題としてのみ捉えるのではなく、失業、倒産、多重債務、長時間労働などのさまざまな社会的な要因が背景にあることを踏まえ、これらに対する社会的な取り組みとして対策を推進すべきであること、そして、関連機関の連携のもとに総合的な取り組みを展開することを基本理念として示した。
8 月	児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会(文部科学省)	児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する会議(~6 回実施)。
10 月	自殺予防総合対策センターの設置	国立精神・神経センター内に自殺対策の情報発信と調査研究、研修等の機能を担うセンターを設置。
11 月	第 1 回自殺総合対策会議の開催(内閣府)	内閣官房長官を会長とする自殺総合対策会議が開催され、自殺総合対策大綱を策定するための「自殺総合対策の在り方検討会」の設置や自殺総合対策大綱策定までのスケジュールが示された(~6 回実施)。
11 月	第 1 回自殺総合対策の在り方検討会	自殺総合対策大綱案策定に関する会議を行った(~8 回実施)。
12 月	第 1 回自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会(厚生労働省)	自殺未遂者・自殺者親族等への支援のあり方について検討する会議(~7 回実施)。
12 月	自殺対策ネットワーク協議会(自殺予防総合対策センター)	自殺対策を行っている関連機関の連携、民間団体の支援を目的に開催される会議(~4 回実施)。

2007(平 19)年 4 月	自殺対策推進室の設置(内閣府)	
2007(平 19)年 3 月	子どもの自殺予防のための取組に向けて(第 1 次報告)(文部科学省)	児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会が子どもの自殺予防を実施する第一歩としてまとめた。
6 月	自殺総合対策大綱の策定(内閣府・閣議決定)	自殺対策基本法に示された基本理念と基本施策をどのように具体化していけばよいのかを示した。
11 月	平成 19 年版自殺対策白書の発行(内閣府)	
2008(平 20)年 2 月	第 1 回自殺対策推進会議の開催	自殺総合対策大綱に基づく、施策の実施状況の評価、見直し及び改善等を検討した(~8 回実施)。
3 月	第 1 回全国自殺対策主管課長等会議の開催	都道府県及び政令指定都市の自殺対策主管部局に対して、政府の方針、予算の周知等を図るとともに情報交換等を行った(~5 回実施)。
3 月	自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関するガイドライン作成のための指針」公表	厚生労働省が招聘した有識者検討会により指針が公表された。
5 月	メディアカンファレンス(自殺予防総合対策センター)	マスメディア向けの啓発および自殺報道に関する検討会(~3 回実施)。
7 月	自殺対策白書 2008(自殺実態解明プロジェクトチーム)	自殺の地域特性や遺族への聞き取り調査をもとにして自殺の危機経路、自殺に至るプロセスの類型等を分析した。
10 月	自殺対策加速化プランの策定、自殺総合対策大綱の一部修正(内閣府)	自殺対策の一層の推進を図るために、当面、強化し加速化していくべき施策を自殺対策加速化プランとして示した。
10 月	平成 20 年版自殺対策白書の発行(内閣府)	
	かかりつけ医のうつ病対応技能向上研修の事業化	うつ病患者を最初に診察することの多いかかりつけ医(一般内科医等)に対して、うつ病に関する専門的な養成研修を実施し、うつ病の診断技術等の向上を図ることが事業化された。
	自殺対策における精神医療の評価の診療報酬改訂	(1)早期の精神科受診の促進、(2)救命救急センターにおける精神医療の評価が診療報酬化された。
2009(平 21)年 1 月	「自殺に傾いた人を支えるために一相談担当者のための指針―自殺未遂、自省を繰り返す人、自殺を考えている人に対する支援とケア」の作成(厚生労働省)	地域保健福祉関係者等が自殺に傾いた人の相談・支援を行おうとする際に必要な基本的な知識や行動指針を示した。
1 月	「自死遺族を支えるために～相談担当者のための指針～自死で遺された人に対する支援とケア」の作成(厚生労働省)	自殺者親族等の相談・支援を行おうとする際に必要な基本的な知識や行動指針を示した。
3 月	「教師が知っておきたい子供の自殺予防」マニュアルの作成(文部科学省)	学校現場における自殺予防方策について、専門家や学校関係者による調査研究を実施し、マニュアルを作成した。

3月	「自殺未遂者への対応 一救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」(日本臨床救急医学会)	救急医療現場における自殺企図、自殺関連行動を示した患者への対応の手引書を作成した。
2009(平 21)年 4月	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の一部改正について(通達)(厚生労働省労働基準局)	精神障害や自殺の労災認定についての判断指針を一部改正した。
	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針の一部改正に係る運用に関し留意すべき事項等について(通達)(厚生労働省労働基準局)	
	心理的負荷による精神障害等に係る業務場外の判断指針(改正)(厚生労働省)	
6月	地域自殺対策緊急強化交付金の交付(内閣府)	地方公共団体や民間団体等の活動を支援することにより地域における自殺対策を強化した。
11月	自殺対策緊急戦略チームの発足	福島大臣政務三役と有識者からなる「自殺対策緊急戦略チーム」を立上げ、年末～年度末に向けて必要な緊急対策及びその効果的な発信方法等について検討を行う。
11月	自殺対策 100 日プランの発表(内閣府)	「自殺対策緊急戦略チーム」により、年末～年度末に向けて必要な緊急対策を提案した。
11月	平成 21 年版自殺対策白書の発行(内閣府)	
12月	精神科救急医療ガイドライン(3)(自殺未遂者対応)(日本精神科救急学会)	精神科救急医療現場における自殺企図、自殺関連行動を示した患者への対応のガイドラインを作成した。

4.2 うつスクリーニング

4.2.1 一次アセスメント の例

図1の基本チェックリストに含まれるうつに関する質問項目を尋ね、最近2週間以上続いている場合には、「はい」、続いていない場合には「いいえ」として回答してもらいます。そして、「はい」が2項目以上ある場合には、介入対象者(陽性者)として抽出し、二次アセスメントを行います。

図1 基本チェックリストによるうつの把握・評価

基本チェックリストに含まれる うつ に関する質問項目		
最近2週間のあなたのご様子についてお伺いします。次の質問を読んで、 <u>最近2週間以上続いている場合</u> には「はい」、続いていない場合には「いいえ」として、当てはまる方に○印をつけてください。		
1 毎日の生活に充実感がない	1. はい	2. いいえ
2 これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	2. 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る	1. はい	2. いいえ
4 自分は役に立つ人間だとは思えない	1. はい	2. いいえ
5 わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	2. いいえ

うつに関する項目において、「1. はい」が2項目以上ある場合

介入対象者の抽出 / 二次アセスメント

保健師等が直接、対面で聞き取りを行うことができる場合には、以下のことに留意します。

- ① 受診者の「表情や話し方、受け答え方、声の調子等」を観察します。
- ② 表情が暗い、視線が合いにくい、受け答えが鈍い、服装に乱れがある等、保健師(看護師)の 勘を大切にしましょう。
- ③ 「最近のあなたの様子」というのは、「最近の2週間」を意味します。受診者の中には、「ここ数年」の様子について回答している住民もいますので注意しましょう。また、2週間のうちに一度でもこれらの症状があるかどうかではなく、2週間以上これらの症状が続いている場合にチェックします。
- ④ 高齢者の場合、「設問5 わけもなく疲れた感じがしますか。」の設問に「はい」と答えがちです。

その疲れは最近の様子であるのか、加齢のためかよく確認しましょう。

- ⑤ はっきりした回答が得られない場合には、明確な回答が得られるまで質問のニュアンスが伝わるように追加で質問したり、表現をいいかえたりして構いません。
- ⑥ 受診者が、家族の介護をしている、最近家族が死亡した、更年期障害の症状を訴えている等があれば陽性になる確率が高いので、事前にわかっているときには丁寧な聞き取りが必要です。
- ⑦ 結果については、陽性者の場合、「〇〇さんは少し精神的に疲れていらっしゃるようです。(市区町村の)心の健康相談を受けられてみてはいかがでしょう」等声かけします。

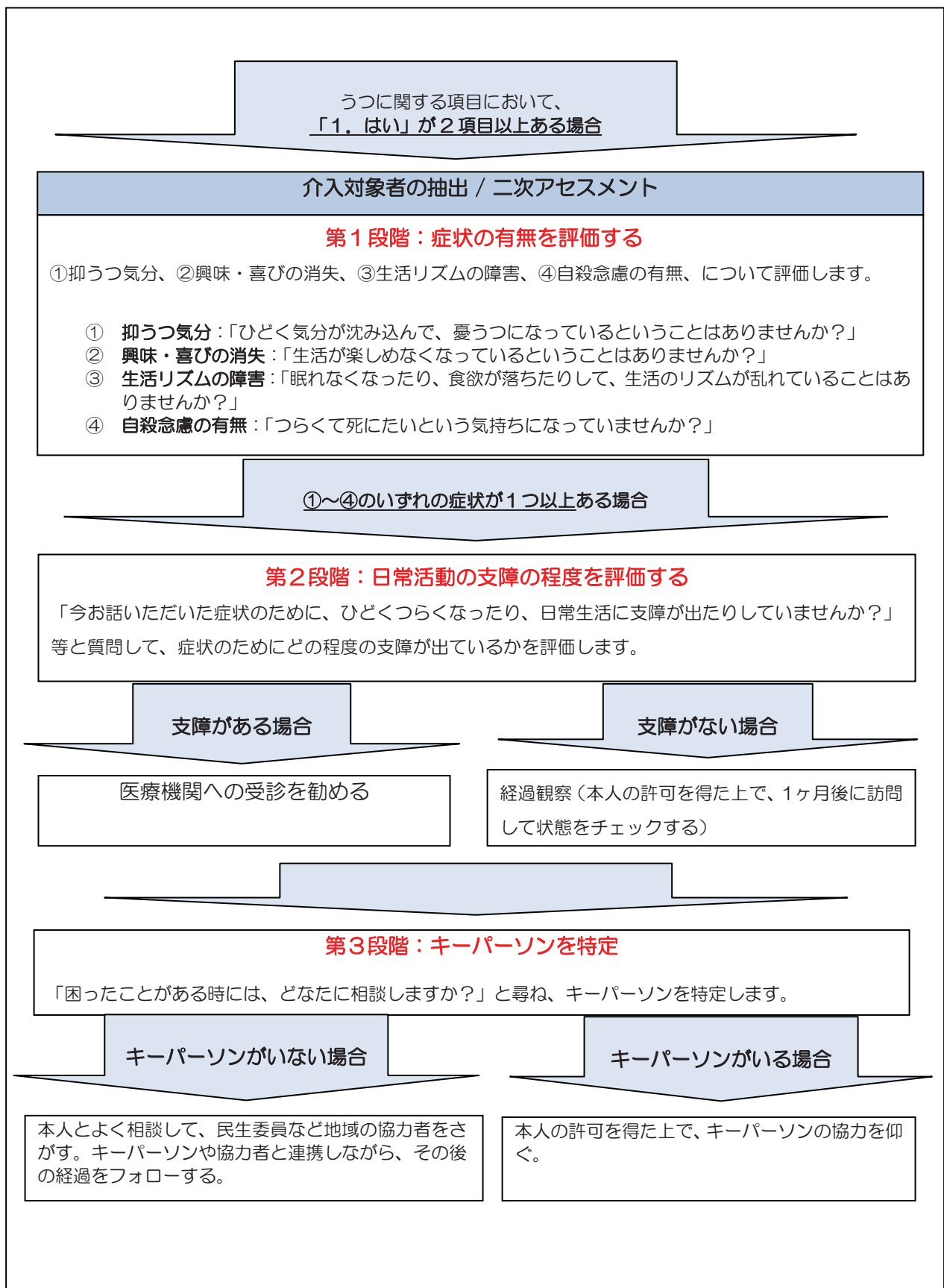
なお、精神保健福祉施策としての観点からは、基本チェックリストのうつに関する5項目にこだわらずに、不眠や趣味活動など簡単な質問を用いたり、その他の項目(受診希望の有無・保健サービス希望の有無等)を追加したり、自殺念慮の有無やストレス体験などを聞いたりする項目を追加したりすることも考えられます。項目の追加については、各自治体が各地の状況に応じて、柔軟に判断していく必要があります。また、質問項目にこだわらずに自然な話の中で対象者の悩みや苦しみを聞き取り支援につなげていけるような柔軟性も必要です。

4.2.2 二次アセスメントの例

基本チェックリスト等によるアセスメントの結果、陽性者に対して「心の健康相談」として保健師の聞き取りにより実施します。

詳細な二次アセスメントに要する時間は、対象者によってかなり異なり、15分で終わる場合もあれば、2時間以上かかる場合もあります。項目は「はい」「いいえ」の回答になっているので、それだけだとあまり時間はかかりませんが、二次アセスメントは、単なるアセスメントと考えず、保健師と住民との信頼関係を築く大切な機会としてとらえる方が良いでしょう。実際に、二次アセスメント面接の結果、保健師との信頼関係ができ、精神科受診に結びついたり、アセスメント後のフォローがスムーズにいったりする場合もよくあります。また、二次アセスメントの面接におけるカウンセリング効果で、「話しをしてスッキリした」「こんなことを相談できるのですね」等の感想が聞かれるなど、うつ症状が軽減したケースもあります。アセスメント技術と同様に、二次アセスメントも経験を重ねることによりスキルアップが期待されます。

図2 うつの二次アセスメントの流れ



[参考] この他にも、うつ質問票 (GDS、Self-rating Depression Scale (SDS)、Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D)、Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS)) が開発、使用されているので、対象者によってこうした質問票を併用したり、身体症状やADL、社会的支援の有無などもあわせて聴取したりすると良いでしょう。QIDS日本語版はモバイルサイト (うつ・不安に効く.com) ・ウェブサイト (うつ・不安ネット) (ともに、<http://cibt.jp.net>) でも自動的にチェックできます。このサイトでは、精神疾患の治療やストレス対処に効果的とされている認知療法を練習することもできます。

基本チェックリストのうつに関する項目において、**「はい」が2項目以上ある場合には、以下の手順で二次アセスメントを行います。**

① 第1段階: 症状の有無を評価する

1) 抑うつ気分、2) 興味・喜びの消失、3) 生活リズムの障害、4) 自殺念慮の有無、について評価します。具体的には以下のような質問をしてください。

- 1) 抑うつ気分: 「ひどく気分が沈み込んで、憂うつになっているということはありませんか？」
- 2) 興味・喜びの消失: 「生活が楽しめなくなっているということはありませんか？」
- 3) 生活リズムの障害: 「眠れなくなったり、食欲が落ちたりして、生活のリズムが乱れていることはありませんか？」
- 4) 自殺念慮の有無: 「つらくて死にたいという気持ちになっていませんか？」

② 第2段階: 支障の程度を評価する

①～④のいずれかの症状がひとつでも存在している場合には、「今お話しいただいた症状のために、ひどくつらくなったり、日常生活に支障が出たりしていませんか？」などと質問して、**症状のためどの程度の支障が出ているかを評価**してください。

その結果、ひどくつらいというわけでもなく、日常生活に支障が出ているわけでもない場合には、本人の許可を得た上で、1ヶ月後に訪問して状態をチェックするようにしてください。一方、ひどくつらくなっていたり、日常生活に支障が出たりしている場合には、医療機関への受診を勧めてください。

③ 第3段階: キーパーソンを特定

次に「困ったことがある時には、どなたに相談しますか？」と尋ね、**キーパーソンを特定し、本人の許可を得た上でそのキーパーソンの協力を仰いでください。**

キーパーソンが存在しない場合には、本人とよく相談して、民生委員など地域の協力者をさがしてください。その後は、キーパーソンや協力者と連携しながら、その後の経過をフォローするようにします。

引用文献

1. Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L. Suicidal risk in antidepressant drug trials. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Mar; 63(3):246-8.
2. Carlsten A, Waern M, Ekedahl A, Ranstam J. Antidepressant medication and suicide in Sweden. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2001; 10:525-530.
3. Daigle MS. Suicide prevention through means restriction: assessing the risk of substitution. A critical review and synthesis. *Accid Anal Prev* 2005;37:625-632.
4. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, Gibbons R. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry*. 1990 Sep;147(9):1189-94.
5. 藤田利治: 大都市部での自殺死亡急増 *保健医療科学* 2003;52: 295-301.
6. Goldney RD. Suicide prevention: A pragmatic review of recent studies. *Crisis* 2005;26:128-140.
7. Grunebaum MF, Ellis SP, Li S, Oquendo MA, Mann JJ. Antidepressants and suicide risk in the United States, 1985-1999. *J. Clin Psychiatry* 2004;65:1456-1462.
8. Hall WD, Mant A, Mitchell PB, Rendle VA, Hickie IB, McManus P. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *BMJ* 2003; 326:1008.
9. 平成 6 年「救急事故等報告要領」<http://aeml.umin.ac.jp/hou/0690.html>
10. Hickie IB, Davenport TA, Naismith SL, Scott EM, Hadzi-Pavlovic D, Koschera A. Treatment of common mental disorders in Australian general practice. *Med J Aust* 2001; 175(suppl):S25-30.
11. Isacson G. Suicide prevention- a medical breakthrough? *Acta Psychiatrica Scandinavica*2000;102:113-117.
12. 石原明子: 統計からみる日本の自殺—人口動態統計, 人口動態職業・産業別統計より— *精神保健研究* 2003;49: (Suppl) 13-26.
13. 警察庁交通局: 平成20年中の交通事故の発生状況
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001054077>
14. Kelly CB, Ansari T, Rafferty T, Stevenson M. Antidepressant prescribing and suicide rate in Northern Ireland. *Eur. Psychiatry* 2003;18:325-328.
15. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA* 2005;294: 2064-2074.
16. Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H. Lowering suicide rates in rural Japan. *Akita Journal of Public Health* 2005; 2: 105-106.
17. Ono Y, Awata S, Iida H, Ishida Y, Ishizuka N, Iwasa H, Kamei Y, Motohashi Y, Nakagawa A, Nakamura J, Nishi N, Otsuka K, Oyama H, Sakai A, Sakai H, Suzuki Y, Tajima M, Tanaka E, Uda H, Yonemoto N, Watanabe N.: Study protocol. A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: A Novel multimodal Community Intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. *BMC Public Health* 2008; 8: 315.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/315>
18. Oyama H, Goto M, Fujita M, Shibuya H, Sakashita T. Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan. *Crisis* 2006;27:58-65.
19. Oyama H, Koida J, Sakashita T, Sakamoto S, Kudo K. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Mental Health Journal* 2004; 40: 249-263.
20. Oyama H, Ono Y, Watanabe N, Tanaka E, Kudoh S, Sakashita T, Sakamoto S, Neichi K, Satoh K, Nakamura K, Yoshimura K. Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 2006;60:110-114.
21. Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, Takizawa T, Miura R, Kumagai K. Community-based prevention through group activity for elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 2005; 59: 337-344.

22. Rihmer Z. Decreasing national suicide rates fact or fiction? *World J. Biol. Psychiatry* 2004;5:55-56.
23. Rutz W, Carlsson P, von Knorring L, Walinder J. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992;85: 457-464.
24. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992;85:83-88.
25. Rutz W, Walinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L, Wistedt B, Aberg-Wistedt A. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: Background and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;79:19-26.
26. 坂本真士, 影山隆之: 報道が自殺行動に及ぼす影響: その展望と考察 *こころの健康* 2005;20 (2): 62-72.
27. Sakamoto S, Tanaka E, Neichi K, Ono Y. Where is help sought for depression or suicidal ideation in an elderly population living in a rural area of Japan? *Psychiatry & Clinical Neurosciences* 2004;58: 522-530.
28. Sher L. Alcohol consumption and suicide. *QJM* 2006 Jan;99(1):57-61.
29. Stack S. Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly* 2000;81:957-971.
30. 高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏, 須賀良一, 小熊隆夫, 小泉毅: 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動: 老年期うつ病を中心に. *精神神経学雑誌* 1998;100: 469-485.
31. 高橋邦明 (2003) 高齢者自殺予防活動の事例(1)ー新潟県松之山町における取り組みー. (大山博史編) *医療・保健・福祉の連携による高齢者自殺予防マニュアル* 診断と治療社 159-175.
32. Taylor SJ, Kingdom D, Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997;95:457-463.

地域における自殺対策プログラム・先行的取り組み地域の事例

作成協力者一覧

〔監修〕

戦略リーダー 大野 裕 慶應義塾大学保健管理センター

〔作成協力者〕

戦略サブリーダー 酒井 明夫 岩手医科大学精神神経科学講座

介入プログラム委員会（○印;委員長）

○宇田 英典 鹿児島県大隅地域振興局保健福祉環境部 兼 鹿屋保健所
大隅地域振興局保健福祉環境部志布志支所 兼 志布志保健所
栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所研究部
大塚 耕太郎 岩手医科大学精神神経科学講座
大山 博史 公立大学法人青森県立保健大学 健康科学部
田島 美幸 慶應義塾大学医学部ストレス・マネジメント室
中川 敦夫 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室
本橋 豊 秋田大学大学院医学系研究科(公衆衛生学講座)
渡邊 直樹 関西国際大学人間科学部人間心理学科

研究班運営委員会（○印;委員長）

○酒井 明夫 岩手医科大学精神神経科学講座
栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所研究部
飯田 英晴 藍野大学医療保健学部
石塚 直樹 国立国際医療センター研究所
岩佐 博人 青森県立精神保健福祉センター/
弘前大学大学院医学研究科 神経精神医学講座
大野 裕 慶應義塾大学健康管理センター
酒井 弘憲 群馬大学大学院医学系研究科
鈴木 友理子 国立精神・神経センター精神保健研究所
中村 純 産業医科大学精神医学教室
本橋 豊 秋田大学大学院医学系研究科(公衆衛生学講座)
米本 直裕 京都大学大学院医療統計学
渡邊 直樹 関西国際大学人間科学部人間心理学科

青森地域

岩佐 博人 青森県立精神保健福祉センター/
弘前大学大学院医学研究科 神経精神医学講座
須藤 留美子 黒石市役所健康長寿課健康推進係
岩谷 玲子 青森県立精神保健福祉センター
富岡 拓身 青森県警察本部 教養課犯罪被害者支援室
武田 哲 青森県立精神保健福祉センター
櫻庭 久美子 戦略研究賃金職員
今 倫子 黒石市役所健康長寿課
石澤 勝利 黒石市役所福祉総務課
山本 智子 戦略研究賃金職員
矢部 博興 福島県立医科大学医学部 神経精神医学講座
星 敬子 青森県立精神保健福祉センター

兼子 直 弘前大学大学院医学研究科 神経精神医学講座

秋田地域

本橋 豊 秋田大学大学院医学系研究科(公衆衛生学講座)
金子 善博 秋田大学大学院医学系研究科(公衆衛生学講座)
藤田 幸司 秋田大学大学院医学系研究科(公衆衛生学講座)
佐々木 久長 秋田大学大学院医学系研究科(保健学専攻)
中田 哲直 能代市市民福祉部健康づくり課
地主 和子 能代市市民福祉部健康づくり課
藤田 ひとみ 能代市市民福祉部健康づくり課
菊谷 文子 能代市市民福祉部健康づくり課
播摩 優子 能代市市民福祉部健康づくり課
鈴木 圭子 秋田大学大学院医学系研究科(保健学専攻)
中村 洋子 秋田大学医学部
太田 冴子 秋田大学医学部
遠藤 睦子 潟上市健康推進課
一ノ関満寿美 男鹿市保健センター
高杉 富喜子 能代市市民福祉部長寿いきがい課(元健康づくり課)
佐藤 潔 能代山本広域市町村圏組合消防本部
沢井 善築 湖東地区行政一部事務組合湖東地区消防署
杉本 正人 男鹿地区消防一部事務組合男鹿地区消防本部
その他、ご協力いただいた方々

岩手地域

酒井 明夫 岩手医科大学神経精神科学講座
大塚 耕太郎 岩手医科大学神経精神科学講座
智田 文徳 岩手医科大学神経精神科学講座
神先 真 岩手医科大学神経精神科学講座
関合 征子 岩手医科大学神経精神科学講座
竹花 美津子 岩手医科大学神経精神科学講座
星 克仁 岩手医科大学神経精神科学講座
山家 健仁 岩手医科大学神経精神科学講座
吉田 智之 岩手医科大学神経精神科学講座
岩戸 清香 岩手医科大学神経精神科学講座
遠藤 仁 岩手医科大学神経精神科学講座
三條 克巳 岩手医科大学神経精神科学講座
工藤 薫 岩手医科大学神経精神科学講座
川村 祥代 岩手医科大学神経精神科学講座
中村 光 岩手医科大学神経精神科学講座
渡辺 順子 岩手医科大学神経精神科学講座
大塚 真由美 岩手医科大学神経精神科学講座
黒澤 美枝 岩手県精神保健福祉センター
坂田 清美 岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座
丹野 高三 岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座
鈴木 一幸 岩手医科大学第一内科学講座
千葉 俊美 岩手医科大学第一内科学講座
青木 康博 名古屋市立大学予防・社会医学専攻法医学
田名場 善明 岩手県久慈保健所
藤田 義範 岩手県久慈保健所
藤尾 修 岩手県久慈保健所

大澤 徹	岩手県久慈保健所
藤森 智	久慈市保健推進課
藤原 みよ子	久慈市保健推進課
日影 由美子	久慈市侍浜支所
大光 テイ子	洋野町種市保健センター
中家 正一	洋野町大野保健センター
平谷 国子	洋野町種市保健センター
野田 智春	洋野町大野保健センター
大上 有子	野田村住民福祉課
長根 真奈子	普代村保健センター
鳥谷 宗正	岩手県久慈医師会
長岡 重之	岩手県久慈医師会
太田 聡	岩手県立久慈病院精神科
小田 早苗	岩手県立久慈病院精神科
繁名 勝男	久慈広域連合消防本部久慈消防署
高橋 和郎	傾聴ボランティアこころ
金澤 弘幸	社会福祉法人盛岡いのちの電話
久慈地域メンタルヘルスサポートネットワーク連絡会	
久慈地域自殺対策推進ネットワーク	
岩手県自殺対策推進協議会	

仙台地域

粟田 主一	東京都健康長寿医療センター研究所研究部
森谷 就慶	東北文化学園大学医療福祉学部
本田 春彦	東北文化学園大学医療福祉学部
高濱 壮斗	東北文化学園大学大学院健康社会システム科
今城 周造	昭和女子大学人間社会学部
滑川 明男	仙台グリーンケア研究会
高橋 聡美	仙台グリーンケア研究会・リボンバッジ委員会
藤原 砂織	仙台市立病院精神科
高橋 ふみ	仙台市立病院精神科
高橋 修作	仙台市健康福祉局保健衛生部健康増進課
小林 浩子	仙台市健康福祉局保健衛生部健康増進課
萩原 邦雄	仙台市健康福祉局保健衛生部健康増進課
菅原 博子	仙台市宮城野区保健福祉センター管理課
太田 みどり	仙台市宮城野区保健福祉センター家庭健康課
高橋 浜子	仙台市宮城野区保健福祉センター障害高齢課
伊藤 ひな子	仙台市宮城野区保健福祉センター障害高齢課
遠田 礼子	仙台市宮城野区保健福祉センター障害高齢課
林 みず穂	仙台市精神保健福祉総合センター

千葉地域

亀井 雄一	国立国際医療センター国府台病院精神科
長竹 教夫	国立国際医療センター国府台病院 リハビリテーション部
豊田 加奈子	国立国際医療センター国府台病院 自殺対策事務局
松崎 順子	市川市保健スポーツ部保健センター 健康支援課
安井 玲子	国立国際医療センター国府台病院精神科
芦澤 裕子	国立国際医療センター国府台病院精神科
貫井 洋	国立国際医療センター国府台病院精神科
鶴重 順頼	国立国際医療センター国府台病院精神科

早川 達郎	国立国際医療センター—国府台病院精神科
塚田 和美	国立国際医療センター—国府台病院精神科
下小園 愛	国立国際医療センター—国府台病院 自殺対策事務局
宇佐美 政英	国立国際医療センター—国府台病院児童精神科
岩垂 喜貴	国立国際医療センター—国府台病院児童精神科
大西 豊史	国立国際医療センター—国府台病院児童精神科
伊藤 祥子	市川市保健スポーツ部保健センター—健康支援課
岡本 博美	市川市保健スポーツ部保健センター—健康支援課
土橋 正彦	市川市医師会
鈴木 友理子	国立精神・神経センター—精神保健研究所 成人精神保健部
深澤 舞子	国立精神・神経センター—精神保健研究所 成人精神保健部

北九州地域

中村 純	産業医科大学精神医学教室
小嶋 秀幹	福岡県立大学人間社会学部
中野 英樹	小嶺江藤病院
坂田 深一	産業医科大学精神医学教室
木村 忍	産業医科大学精神医学教室
宮川 治美	産業医科大学精神医学教室
竹井 憲一	中間市役所

鹿児島地域

畑中 京子	薩摩郡医師会病院
津曲 聖子	薩摩郡医師会病院
篠原 和子	日置市役所
久保 小百合	いちき串木野市役所
川原 芳子	さつま町役場
廣田 弘毅	鹿児島県伊集院保健所
木原 早苗	鹿児島県伊集院保健所
宇田 英典	鹿児島県鹿屋保健所
西 宣行	鹿児島県保健福祉部健康増進課
四元 俊彦	鹿児島県川薩保健所
多賀 志津子	鹿児島県川薩保健所
西原 洋子	鹿児島県川薩保健所
源川 恵里香	鹿児島県川薩保健所

宮崎地域

石田 康	宮崎大学医学部臨床神経科学講座精神医学分野
本田 澄子	ひばりサロン代表
高妻 真子	宮崎県精神保健福祉センター
和田 陽市	宮崎県小林保健所
蛭原 幸子	宮崎県小林保健所
田中 美幸	宮崎県小林保健所
益留 真由美	宮崎県小林保健所
西 真季江	宮崎県小林保健所
岩本 直安	宮崎県日南保健所
杉本 隆史	宮崎県精神保健福祉センター
吉田 寿生	宮崎県精神保健福祉センター
松尾 祐子	宮崎県精神保健福祉センター

森 千栄	宮崎県精神保健福祉センター
橋口 圭子	小林市役所ほけん課
山之口 市子	えびの市役所健康保険課
鞍津輪 雅子	えびの市役所健康保険課
篠原 弘二	高原町役場ほほえみ館
下園 八代美	高原町役場ほほえみ館
山下 久美子	野尻町役場ほけん課

地域介入班事務局長

大塚 耕太郎 岩手医科大学 精神神経科学講座

地域介入研究班事務局

田島 美幸	慶應義塾大学医学部ストレス・マネジメント室
田中 江里子	慶應義塾大学医学部ストレス・マネジメント室
守尾 由美子	慶應義塾大学医学部ストレス・マネジメント室

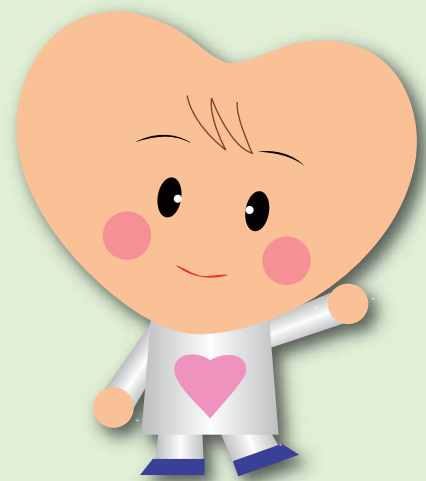
統括推進本部

山田 光彦	国立精神・神経センター精神保健研究所
稲垣 正俊	国立精神・神経センター精神保健研究所

戦略研究統括責任者

高橋 清久 財団法人 精神・神経科学振興財団

Suicide prevention in Japan



NOCOMIT-J