

自殺対策の手引き

～ 地域で自殺対策を進めるために～

埼玉県立精神保健福祉センター

はじめに

我が国の自殺者数が 10 年連続 3 万人を超えるという深刻な状況を背景にして、平成 18 年に制定された自殺対策基本法及び平成 19 年に策定された自殺総合対策大綱に基づき、自殺予防対策の総合的な取り組みが始まりました。

本県でも、毎年 1,500 人前後の県民が自殺で亡くなられています。そのため、平成 20 年 9 月、県と埼玉県自殺対策連絡協議会が「埼玉県自殺対策推進ガイドライン」を定め、自殺を予防するための当面の重点的な対策として、うつ・メンタルヘルス対策の充実、横断的な取り組みによる総合的施策の推進、自殺対策の地域レベルでの実施、を掲げました。この手引きもその一環として、自殺ハイリスク者や自死遺族への支援・援助等の方法及び相談窓口一覧などをまとめたものです。

世界保健機関（WHO）が「自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題」と明言しているように、自殺は社会の努力で避けることのできる死です。県、市町村及び民間団体等が一体となって自殺対策に取り組めば、必ず効果は出てくるものと確信しています。

「自殺対策」という名前の単一の施策は存在しません。自殺対策とはあえて言わなくとも、うつ病をはじめ統合失調症やアルコール・薬物依存症に対する日常的な相談支援活動や普及啓発活動など、それ自体が自殺対策につながるものです。「総合的」自殺対策とは、「総論的」自殺対策ではなく、個々の施策・事業を地道にコツコツと進めていくことに他なりません。

今後、地域で自殺対策を進めていく私たちは、埼玉県を「生きやすい県」に変えていくため、自殺対策を切り口に「地域づくり」「社会づくり」を進める絶好のポジションにあるといえます。自殺対策はそれだけ可能性を秘めているものだと思います。「今、ここから（here and now）」私たちに何ができるかを考え、自殺対策に漕ぎ出していきましょう。

この手引きが、保健所や市町村で自殺対策を進める方々の参考として活用していただければ幸甚に存じます。

平成 21 年 9 月
埼玉県立精神保健福祉センター
センター長 杉山 一

はじめに

第1部 埼玉県の実自殺対策事業

埼玉県における自殺の現状	7
埼玉県における自殺対策の経緯	15
地域における自殺対策	20

第2部 自殺の危険性の高い人への対応

うつ病・うつ状態	27
統合失調症	31
依存症(アルコール、薬物、ギャンブル)	34
借金・経済問題のある人	38
自殺に傾いている人	41

第3部 自死遺族への支援・援助

自死遺族になるということ(遺族が置かれる立場とその心理状況)	49
適切な自死遺族支援の方法	53
自死遺族が必要としている支援情報	54

第 1 部 埼玉県の自殺対策事業

埼玉県における自殺の現状

1. 自殺をめぐる状況

(1) 自殺者は交通事故死の約7倍

昭和45年は、自殺者480人、交通事故死845人と交通事故死が上回っていました。その後、昭和49年に自殺者639人、交通事故死518人と逆転した後も交通事故死が減少しているのに比べ自殺者数は増加が続き、平成20年では自殺者1,637人（人口動態統計：注1）と交通事故死232人（警察発表統計：注2）の約7倍になっています。

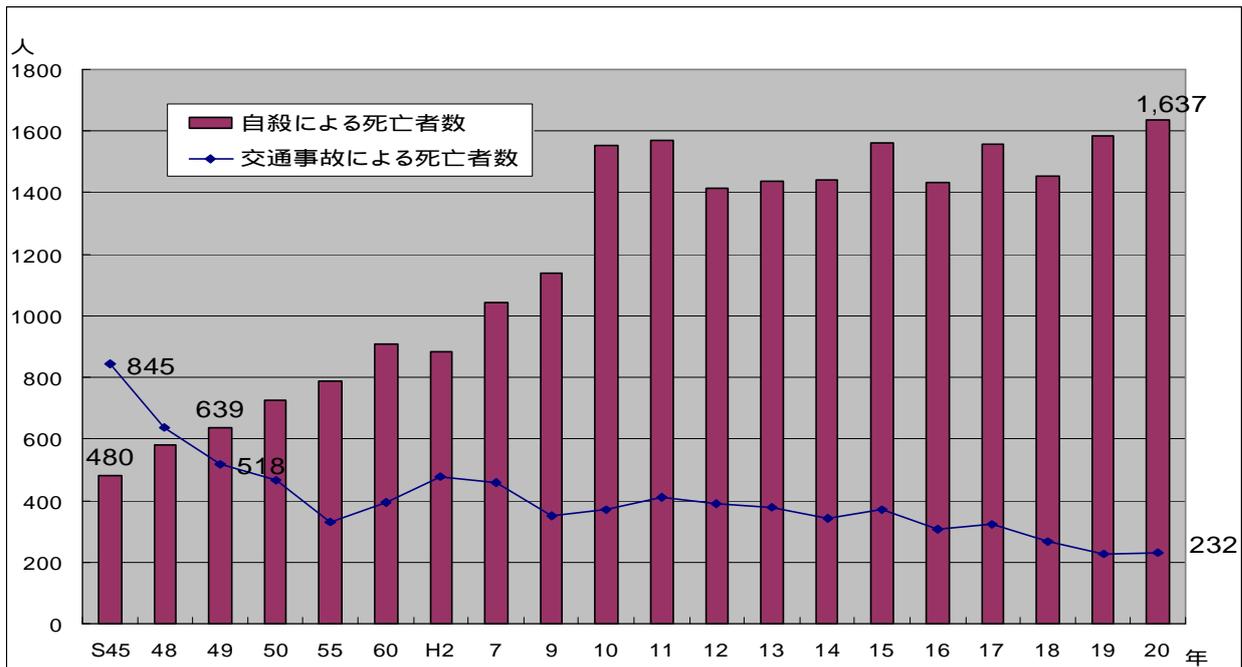


図1 交通事故死と自殺者の推移 自殺者：人口動態統計 交通事故死：埼玉県警統計

(2) 20歳代、30歳代では死因の第一位

主要な死因に占める自殺の割合は、平成20年は、全体では「肺炎」に次いで5位でした。年齢階級別にみると、20歳代、30歳代では、自殺の割合が最も高くなっています。

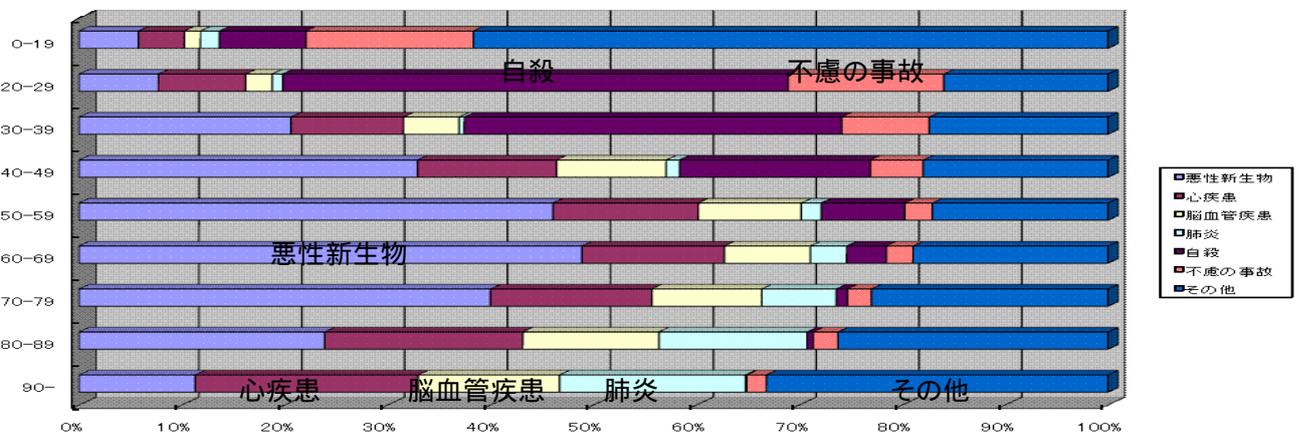


図2 平成20年の死因別に占める自殺の割合（埼玉県） 人口動態統計

3. 統計データに見る現状

(1) 平成10年に急増し、以後高止まり状態

埼玉県では、平成10年以来、毎年1,400人以上の尊い命が自殺で失われる状態が続いています。平成20年は1,637人(注1)と前年比で52人増加し、過去最高の自殺者となっています。

全国の自殺者数も、平成10年に、30,000人を超え急増(前年比35%増)しました。以来、高止まり状態が続いています。

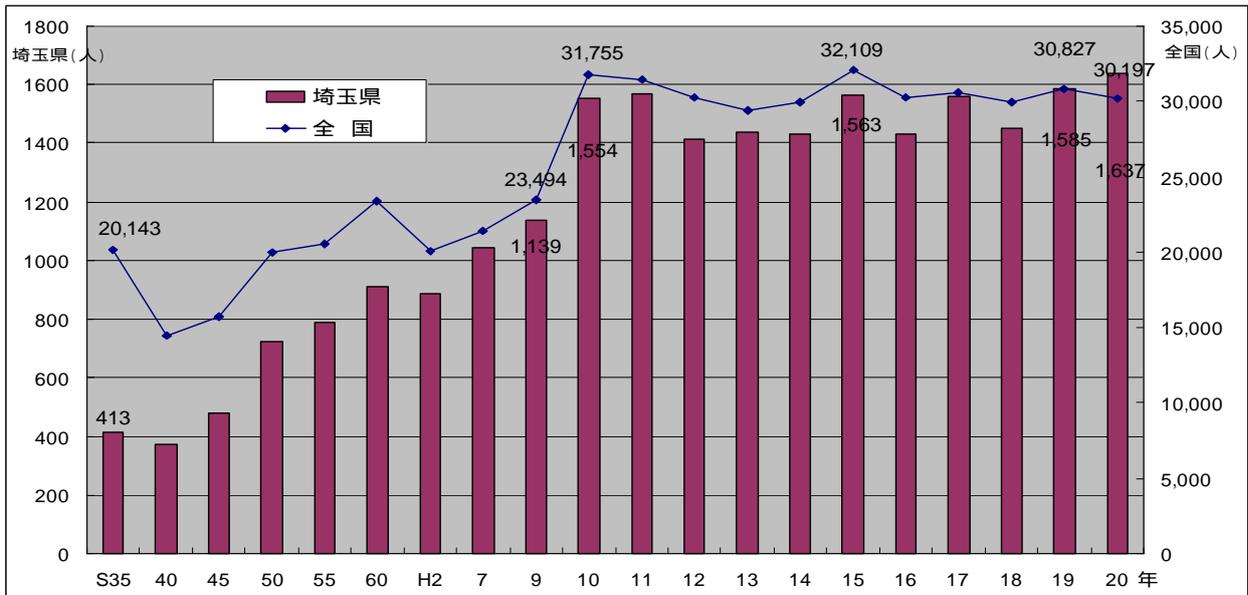


図3 自殺者数の推移(埼玉県・全国) 人口動態統計(平成20年は概数)

(2) 自殺死亡率(人口10万人当たり)は全国を下回る

平成20年の自殺死亡率(注1)は、23.3と、前年比0.7ポイント増加しています。全国の自殺死亡率24.0と比較すると0.7ポイント下回っていて、順位は28位です。

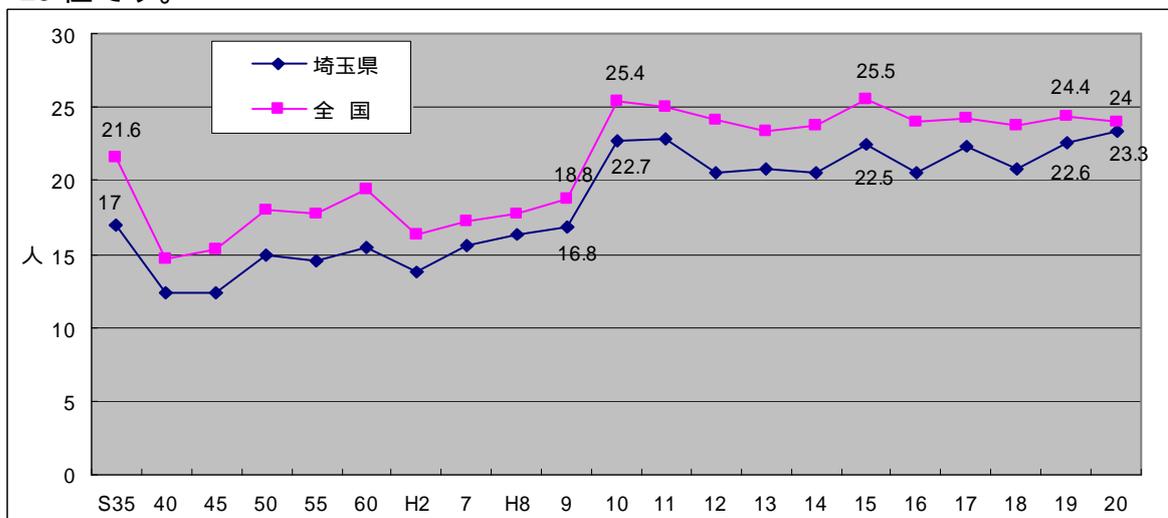


図4 自殺死亡率の推移(埼玉県・全国) 人口動態統計(平成20年は概数)

(3) 自殺者の男女比は、7割が男性、3割が女性

自殺の状況を男女別に見ると、平成10年には、男性が前年比358人(47.6%)と高い増加を示しています。男女比は男性の割合が高く、平成2年では、58.6:41.4でした。平成20年では、69.8:30.2で、全国(71.3:28.7)と比較するとやや女性の割合が高くなっています。この傾向は、平成6年以降では男性の自殺が急増した平成10年を除いて同様に見られます。(注1)

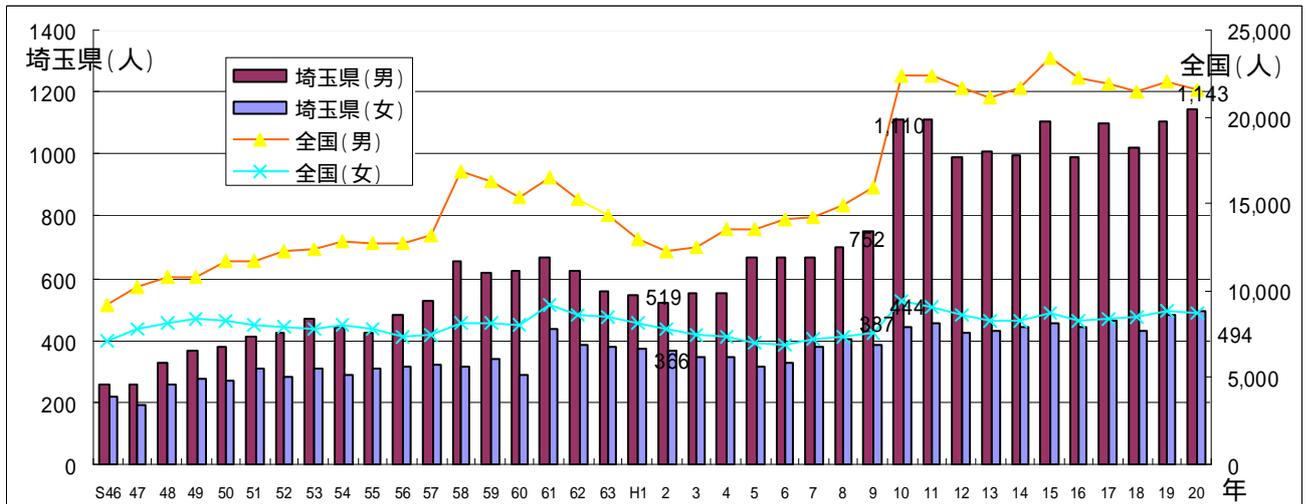


図5 男女別の自殺者数の推移(埼玉県・全国) 人口動態統計(平成20年は概数)

(4) 30歳代~50歳代が5割以上

昭和35年では、20歳代までの青少年の自殺者は全体の46%、30歳代~50歳代は30.5%、60歳代以上は、23.5%でした。中高年の自殺者は、年々増加し、平成20年では、30歳代~50歳代は52.0%を占めています。また、60歳代以上は34.3%と、高齢者の割合が3割以上を占めています。(注1)

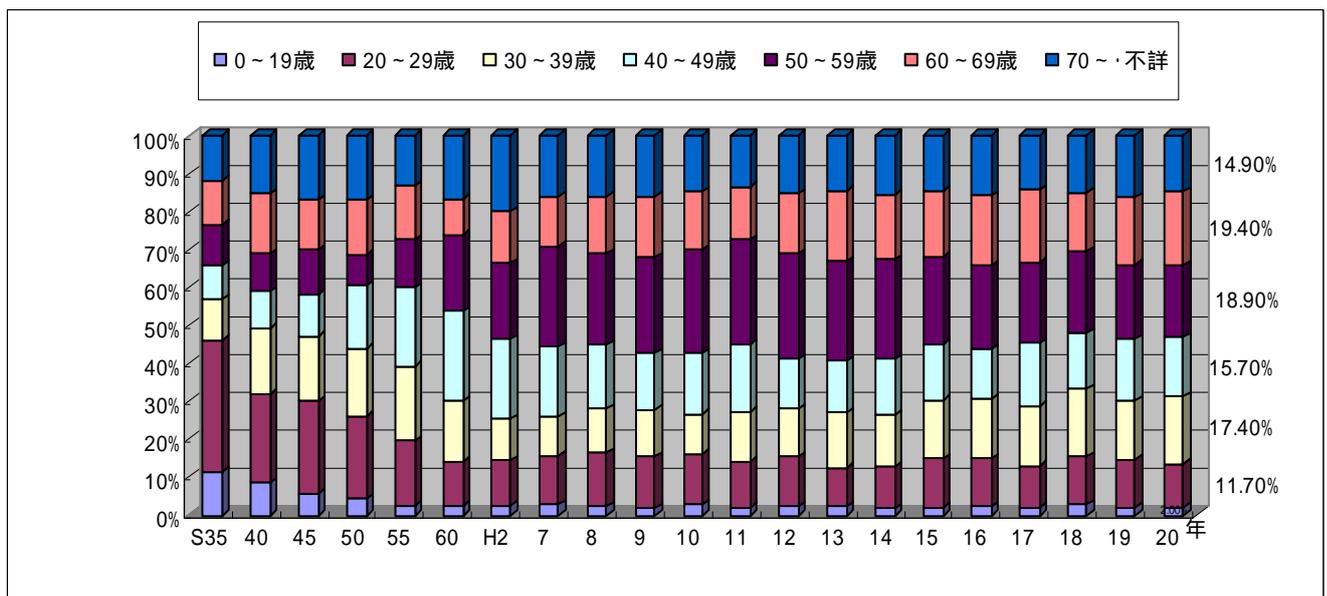


図6 自殺者数年齢比率の推移(埼玉県) 人口動態統計(平成20年は概数)

(5) 健康問題が原因の自殺が約 6 割

原因別に見ると、平成 20 年では健康問題の割合 (53.4%) が高く次いで、経済・生活問題 (21.3%)、家庭問題 (9.4%) の順になっています。男女とも健康問題の割合が高く、男性では、経済・生活問題の割合も高くなっています。

年齢別では、全年代で、健康問題の割合が高く、40 歳代～60 歳代では、経済・生活問題が 23.8%～34.4% を占めています。(注 2)

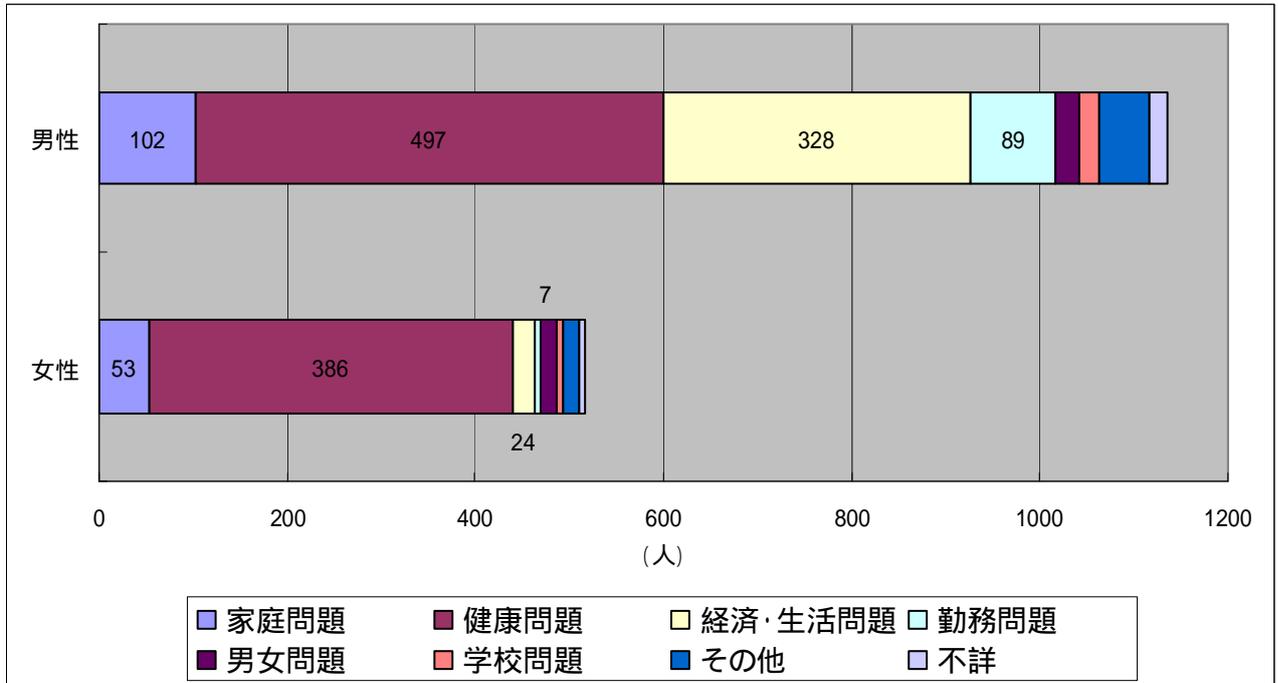


図 7 平成 20 年男女別原因別自殺者数 (埼玉県) 埼玉県警察統計

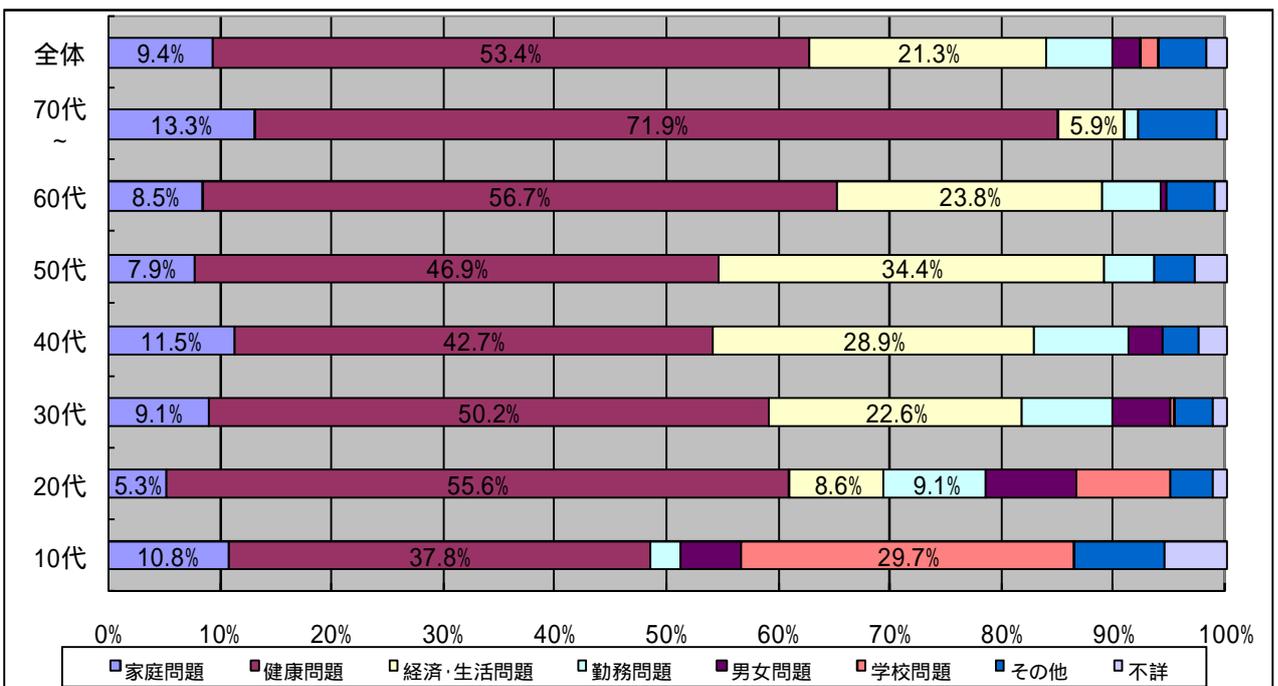


図 8 平成 20 年における年代別原因別自殺者の割合 (埼玉県) 埼玉県警察統計

主な原因の内訳は、健康問題では、精神障害の割合（612人 69.3%）が高く、次いで病苦（256人 29.0%）が多くなっています。経済・生活問題では、負債の割合（147人 41.8%）が高く、生活苦（89人 25.3%）、事業不振・倒産（51人 14.5%）、失業・就職失敗（46人 13.1%）の順となっています。（注2）

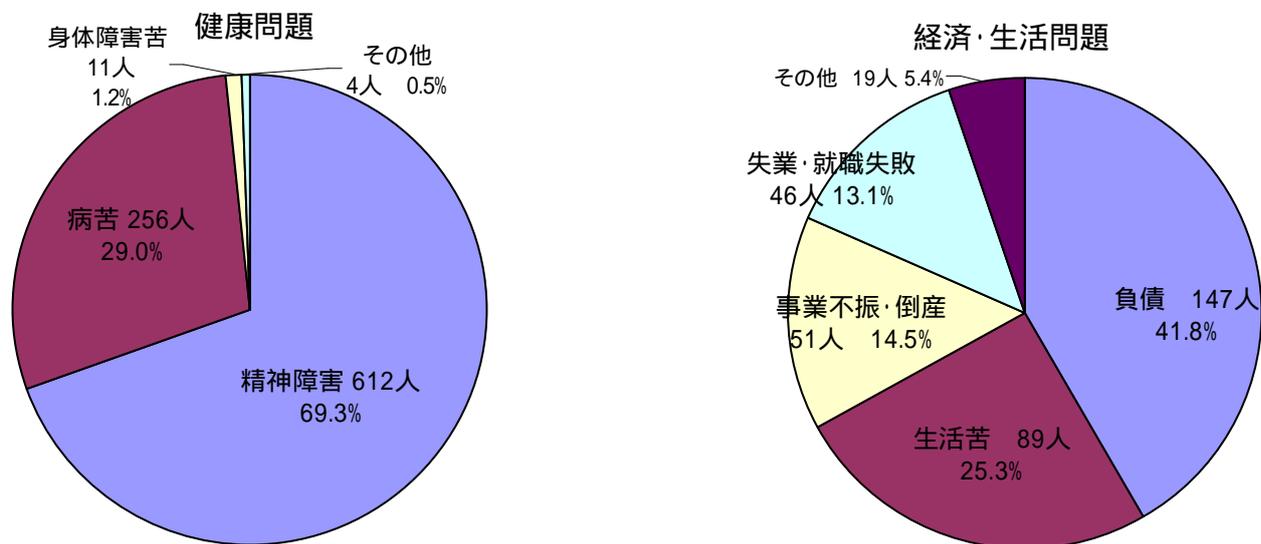


図9 平成20年における主な原因の内訳（埼玉県） 埼玉県警察統計

人口動態統計と警察発表統計の違いについて（注1、注2）

区分	対象	計上時点	計上方法
（注1）人口動態統計	国内日本人のみ	死亡時点	住所地で計上
（注2）警察発表統計	総人口（外国人を含む）	自殺死体発見時点 （認知時点）	発見地で計上

* 参考 自殺の実態についての統計資料が閲覧できる Web ページ

1 内閣府 毎月の自殺者数の推移

<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/everymonth/index.html>

2 内閣府 地域における自殺の基礎資料（速報値）

http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/basic_data/index.html

3 厚生労働省 平成 20 年人口動態統計月報年計（概数）の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai08/index.html>

4 厚生労働省 自殺死亡統計の概況 人口動態統計特殊報告

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/suicide04/index.html>

5 警察庁 月別の自殺者数について

<http://www.npa.go.jp/index.htm>

6 警察庁 平成 20 年中の自殺者数について（確定値）

http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki81/210402_H20jisatsusya.pdf

7 自殺予防総合対策センター 「自殺の統計」

<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/toukei/index.html>

8 自殺予防総合対策センター 「年度別都道府県別人口動態自殺者数」

<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/areadata/pdf/saitama.pdf>

9 平成 20 年 埼玉県の人口動態概況（概数）

[http://www.pref.saitama.lg.jp/A04/BA00/jindo\(15-\)/jindo20/jindo20.html](http://www.pref.saitama.lg.jp/A04/BA00/jindo(15-)/jindo20/jindo20.html)

10 埼玉県保健統計年報 [衛生統計年報] (統計表)

<http://www.pref.saitama.lg.jp/A01/BP00/b1020/menu1.html>

11 NPO 法人ライフリンク 「自殺白書」

<http://www.lifelink.or.jp/hp/whitepaper.html>

(6) 自殺死亡率に地域差(県北地域でやや高く、県南地域でやや低い)

保健所管内別に自殺の状況をみると、県南地域の保健所管内では、比較的低率です。一方、県北地域の保健所管内で比較的高率であることがうかがえます。

表1 保健所管内別標準化死亡比(自殺)の推移 人口動態統計(埼玉県衛生研究所調べ)
標準化死亡比(SMR) 埼玉県の自殺死亡率を100とした場合の各地域の比較

	H10～H14	H11～H15	H12～H16	H13～H17	H14～H18	H15～H19
鴻巣保健所管内	99.7	93.8	93.8	96.2	94.7	91.6
所沢保健所管内	90.4	91.2	92.3	91.3	93.7	94.7
坂戸保健所管内	106.6	103.4	107.3	106.1	108.4	111.9
東松山保健所管内	107.7	109.0	112.3	114.8	120.9	120.1
秩父保健所管内	129.0	129.7	124.6	127.9	126.2	118.8
本庄保健所管内	105.7	106.9	106.6	112.5	108.9	105.9
熊谷保健所管内	111.8	115.0	115.3	112.9	105.2	103.3
加須保健所管内	108.8	109.3	120.0	120.5	114.4	120.1
春日部保健所管内	103.7	107.4	107.0	107.5	111.2	103.3
幸手保健所管内	100.1	97.6	96.2	92.9	98.3	94.9
川口保健所管内	99.9	101.5	103.6	99.9	99.9	102.3
朝霞保健所管内	92.6	93.6	94.4	96.0	90.1	94.3
越谷保健所管内	104.4	106.0	101.2	101.0	103.1	104.1
さいたま市保健所管内	92.8	93.1	90.8	91.6	91.7	91.4
川越市保健所管内	96.6	91.2	91.3	95.7	94.2	94.1

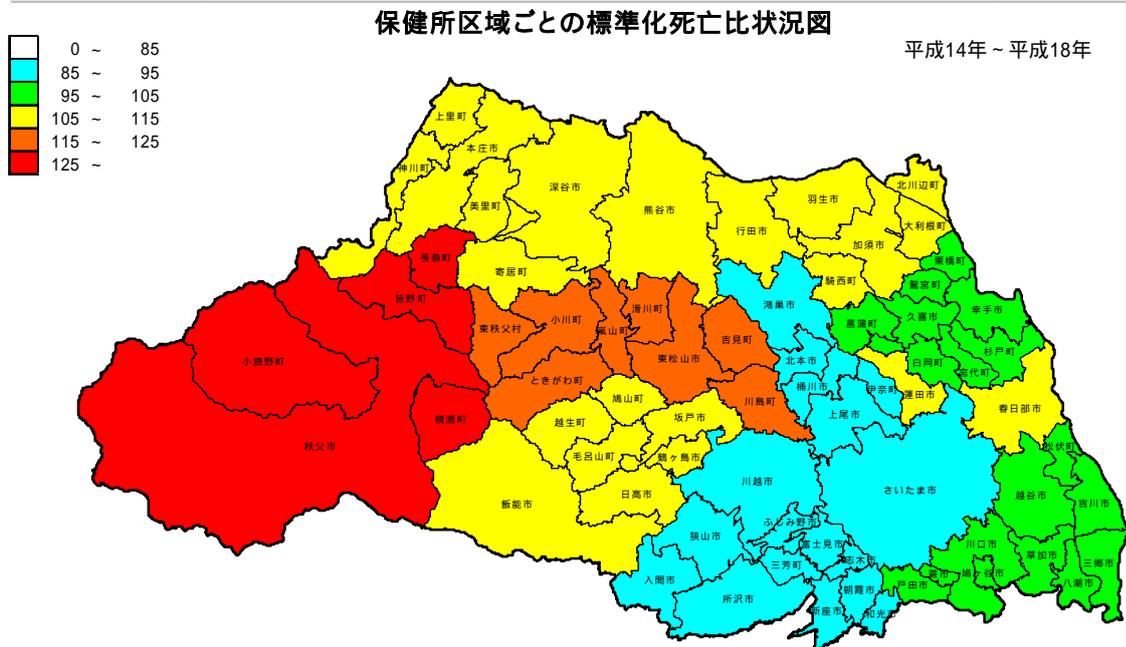


図10 保健所管内別標準化死亡比(自殺)の状況 人口動態統計

自殺について考えてみましょう

～日本の社会的風潮～



日本の仏教はキリスト教と異なり、自殺それ自体を宗教上の罪としたことはなく、また法律上も江戸時代の心中の禁令を除いて、特に禁止された歴史はないようです。他方、責任の取り方としての自決は古くから行われてきました。このような背景から、日本では自殺に対して寛大な社会的風潮が続いてきたと考えられます。

医学生を対象として自殺に対する意識調査¹を実施し、日米で比較した調査結果があります。日本人はアメリカ人よりも「人には死ぬ権利があり、自殺は正常な行為である」と考える割合が高かったとのこと。ここで重要な点は「自殺は精神疾患と関連している」という事実を両国の学生とも同程度に知っていたことです。つまり「自殺は精神疾患によって引き起こされる」事実を知っていて、それでもなお「自殺は正常な行為」と見なしたがる傾向が日本人にあるといえます。

その一方で自殺をタブー視する傾向も日本人のほうが強いようです。自殺で亡くなった人を個人的に知っているかどうかを尋ねる質問には、両国とも同じ程度の学生がYESと答えています。しかしそれが親類であると回答した割合は、日本はアメリカの半分でした。日本人は「自殺は本人の正常な決断に基づく行為」とみなしていながら（受容・美化）同時に親族の自殺については隠す傾向にある（タブー視）ということです。

このような2つの風潮によって、これまで自殺対策という動きが社会全体で抑止されてきたものと推測されます。

¹ Domino G, Takahashi Y: Attitudes toward suicide in Japanese and American medical students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1991, 21: 345-359.

埼玉県における自殺対策の経緯

1. 埼玉県自殺対策推進ガイドライン

平成19年2月に、埼玉県内の自殺対策に取り組む関係機関、団体、学識経験者からなる埼玉県自殺対策連絡協議会（以下、「協議会」という）が発足し、埼玉県・さいたま市の今後の自殺対策について検討、連携の協議の場ができました。

協議会の主な役割は、埼玉県、さいたま市における総合的な自殺対策の施策の推進や事業の評価等を行うことです。

協議会では、今後の自殺対策について基本的な考え方や方向性を提言として取りまとめることになりました。取りまとめにあたっては、3回の全体会と3回の作業部会を開催して自殺対策の現状と今後のあり方について意見交換を行いました。

平成19年9月に「埼玉県・さいたま市における今後の自殺対策についての提言」（以下、「提言」という）を埼玉県、さいたま市に提出しました。

「提言」を踏まえ、埼玉県・埼玉県自殺対策連絡協議会では県・市町村・関係機関、団体等が取り組むべき今後の対策の方向性を「埼玉県自殺対策推進ガイドライン」（以下、「ガイドライン」という）として策定しました。

* 「ガイドライン」（埼玉県保健医療部疾病対策課ホームページ）

<http://www.pref.saitama.lg.jp/A04/BU00/suicideameasure/guideline.html>

2. 自殺対策の基本的方向

平成18年に制定、施行された自殺対策基本法の理念及び平成19年6月に国が策定した自殺総合対策大綱（以下、「大綱」という。）等を踏まえ、埼玉県において、自殺対策を実施するにあたっての基本的方向は次のとおりです。

自殺対策の考え方（基本的方向）

1 社会的な取組として総合的に実施する

自殺の背景には、様々な社会的要因があります。一人でも多くの県民の自殺を防止するため、相談体制の整備や相談窓口の周知等社会的に解決可能な手段を県民に提供します。

2 事前予防、危機対応、事後対応の各段階に応じて実施する

自殺対策は、事前予防（一次予防）、危機対応（二次予防）、事後対応（三次予防）の各段階に応じた効果的な施策を重層的に講じる必要があります。

3 関係機関、団体との緊密な連携のもとに実施する

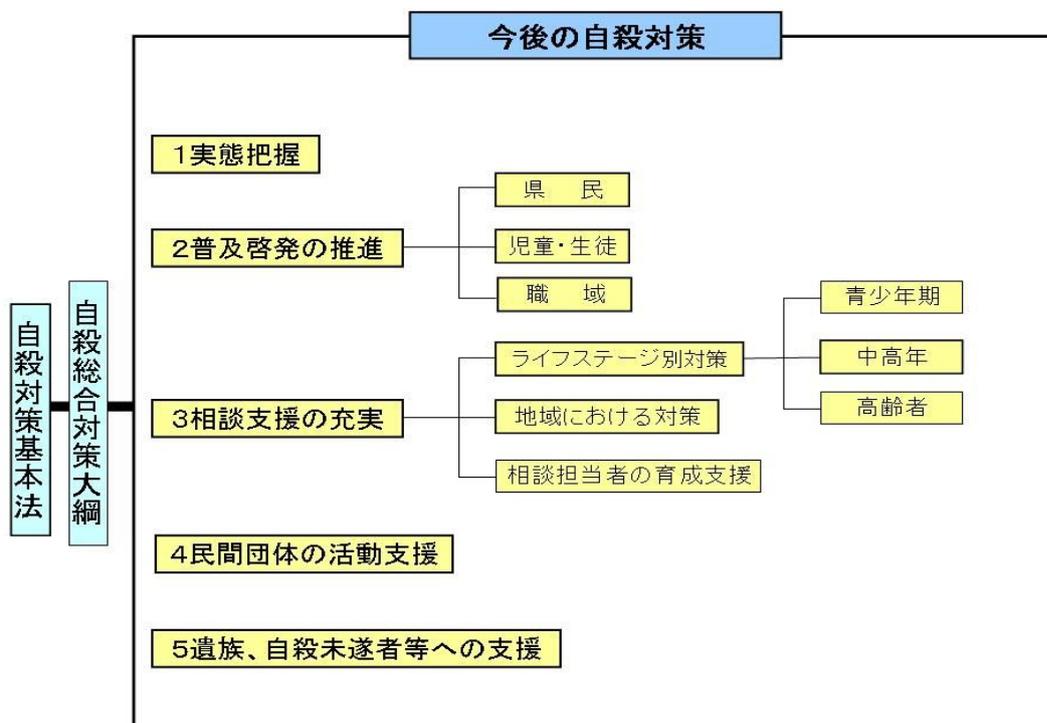
自殺対策に取り組む関係機関や団体の相互の連携を図り、協力体制を整備して自殺対策を効果的に実施します。

4 地域ぐるみで実施する

広域的な取組を行う県とともに、地域の実情に即した対策を行う市町村が中心になって、地域ぐるみの自殺対策をきめ細かく展開することにより、自殺者数を減少させます。

3. 今後の施策及び取り組み

今後、実施すべき自殺対策の施策及び取組については、自殺対策基本法の理念及び大綱等を踏まえ、県・市町村・関係機関、団体等が相互に連携して効果的な取り組みとして実施します。施策の体系のあらましは次のとおりです。



4. 当面の重点的な取組

ガイドラインでは、今後の取り組みの中でも特に重点的に取り組むべき事業として、次の三項目を掲げています。

(1) うつ、メンタルヘルス対策の充実

自殺者の相当部分が直前には精神疾患の状態であり、とりわけうつ病が大きな割合を占めていることから、うつ等のメンタルヘルス対策を総合的に進めていく必要があります。具体的には、講演会やパンフレット、広報紙等を利用したうつ病についての正しい知識の普及啓発を推進することや、市町村では、保健センター、介護担当等で実施する訪問指導や基本検診、健康教育等の機会を利用してうつ病のスクリーニングを行い、早期発見に努めることです。また、職域においてもメンタルヘルスケア対策を推進する必要があります。

精神保健福祉センターや保健所においては、現在、実施している電子メールによる相談やうつ病相談、家族教室等を充実していきます。併せてかかりつけ医等の医療従事者へうつ病等の精神疾患について、情報提供や研修を通じて理解を深めてもらい、

精神科への受診勧奨をおこないます。

(2) 横断的な取組による総合的施策の推進

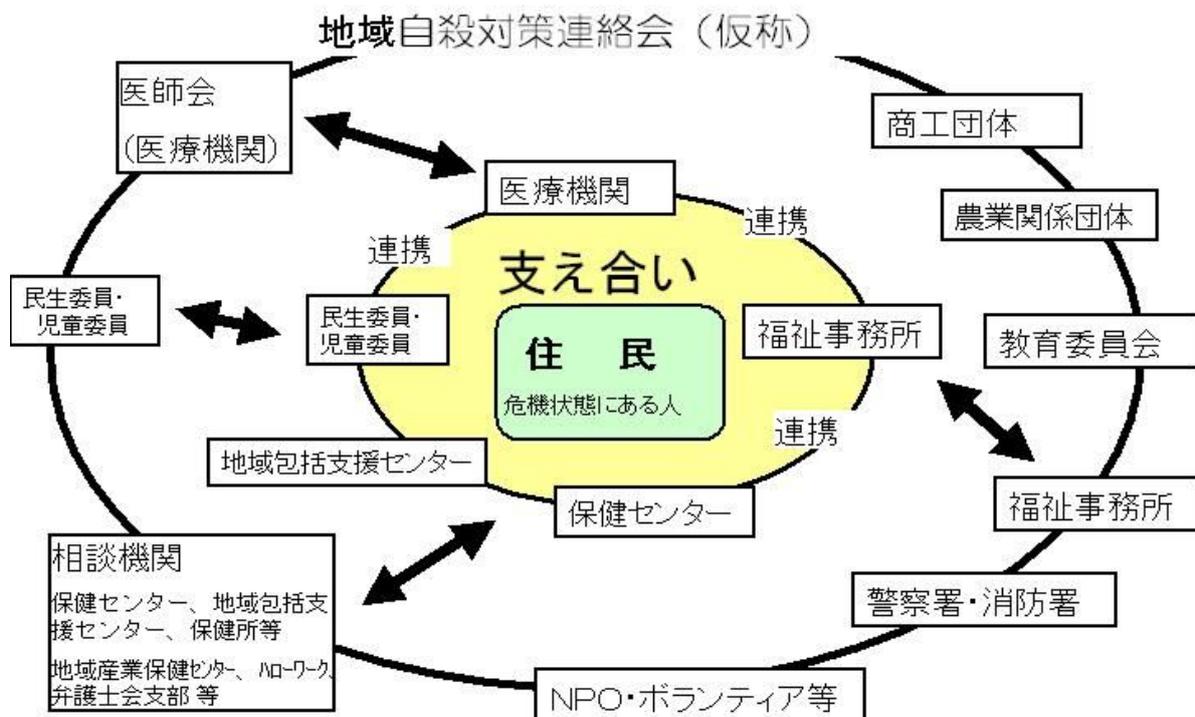
自殺の原因は複合的な要因が絡んでいることが多いことから、自殺対策も多面的な取組を推進する必要があります。また、既に対策が進められている、関連事業とも連携して推進していきます。

例えば、借金を理由にした自殺を防止するため、多重債務対策部門と連携した取り組みでは、自殺対策シンポジウムや無料相談会の実施、また、各部門で初期対応の中心的な役割を果たすゲートキーパー（最初に相談者に接する担当者）への研修についても、それぞれの担当部門と連携して、実施に向けた準備を進めます。

(3) 自殺対策の地域レベルでの実施に向けた取り組み

自殺者を減らすためには、県が実施する広域的な取り組みと相まって、市町村がその地域の実情を踏まえた対策に取り組むことが不可欠です。そのため、市町村が実効ある対策をとるために、情報提供、職員の研修、地域での関係機関・団体等のネットワークづくりに向けた環境整備等、様々な形での支援を行います。また、先進的に事業に取り組んでいる市町村の取り組み紹介や関連する取り組み（多重債務対策等）との連携を進めていきます。

地域レベルでの連携のイメージ （高齢者で関係機関の連携が必要な場合を想定）



5. 埼玉県における自殺対策の経緯（年表）

【平成18年度】

年月日	国	埼玉県	精神保健福祉センター
平成18年3月31日	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「自殺予防に向けての総合的な対策の推進について」	左記通知に併せて、自殺対策担当部署の明確化が求められ、本県では福祉部障害者福祉課(当時)を主管課とした	
平成18年5月			分かち合いの会「あんだんて」活動支援開始
平成18年6月21日	自殺対策基本法公布		
平成18年8月		第1回自殺予防対策庁内連絡会議	
平成18年10月		第2回自殺予防対策庁内連絡会議	
平成18年10月28日	自殺対策基本法施行		
平成18年10月1日			こころの健康講座「本人・家族 うつ病からの回復」
平成18年11月30日			研修:「メンタルヘルス問題と自殺予防」
平成19年1月			「電子メールによるこころの健康相談」事業開始
平成19年1月20日			こころの健康講座「本人・家族 うつ病からの回復」
平成19年3月			リーフレット「こころ、元気ですか?」作成(5万部)
平成19年2月22日			研修:「うつとアディクション問題」

【平成19年度】

年月日	国	埼玉県	精神保健福祉センター
平成19年4月		自殺対策主管課が福祉部障害者福祉課から保健医療部疾病対策課に変更	「精神保健福祉相談・自殺防止対策センター担当」新設
平成19年4月27日		埼玉県自殺対策連絡協議会作業部会(第1回) ・地域における相談体制について ・普及啓発活動について	
平成19年5月11日		埼玉県自殺対策連絡協議会作業部会(第2回) ・学校における相談体制について	
平成19年6月8日		埼玉県自殺対策連絡協議会作業部会(第3回) ・職域における相談体制について ・遺族、民間団体の支援について	
平成19年6月8日		「自殺総合対策大綱」閣議決定	
平成19年6月12日		第2回埼玉県自殺対策連絡協議会 ・作業部会報告 ・提言構成(案)について	
平成19年7月10日		第3回埼玉県自殺対策連絡協議会 ・提言(案)について	
平成19年7月28日			研修:「自殺予防対策における地域援助者の役割」
平成19年9月		「埼玉県・さいたま市における今後の自殺対策についての提言(自殺総合対策大綱を踏まえた具体的な取組をめざして)」発表(埼玉県自殺対策連絡協議会)	
平成19年9月			「うつの専門相談事業」開始
平成19年9月			「うつの家族教室事業」開始
平成19年9月			「自死遺族相談事業」開始
平成19年9月6日		第1回かかりつけ医・産業医うつ病対応能力向上研修会	
平成19年10月			県内相談機関を対象とした自殺の実態把握調査
平成19年10月13日		第2回かかりつけ医・産業医うつ病対応能力向上研修会	
平成19年11月3～5日		いのちの電話全国研修会支援(大宮ソニックシティ)	
平成19年12月2日			心の健康フェスティバル「心に優しい働き方～うつ病からの回復～」(川越市)
平成19年12月14日			研修:「うつ病の回復への支援～家族の支援について考える～」
平成20年1月			自殺防止対策パネル作成
平成20年1月12日			心の健康フェスティバル「こころ、元気ですか?」(さいたま市)
平成20年1月20日		自死遺族支援全国キャラバン「埼玉自殺対策シンポジウム」(桶川市民ホール) 講演会、遺族体験発表、パネルディスカッション	
平成20年2月15日		第4回埼玉県自殺対策連絡協議会 ・自殺対策の取組について ・埼玉県自殺対策計画(素案)について	

【平成20年度】

年月日	国	埼玉県	精神保健福祉センター
平成20年6月			自殺予防と遺族支援のための基礎調査実施(国立精神・神経センターへの協力、20年度中に2件実施)
平成20年7月7日		第1回埼玉県自殺対策連絡協議会 ・自殺者の状況について ・平成20年度事業について ・埼玉県自殺対策推進ガイドライン(案)について	
平成20年8～9月			「公的相談機関における自殺対策に関する取り組み状況調査」実施
平成20年9月14日		8都県市共同キャンペーン 埼玉自殺対策シンポジウム(講演会、パネルディスカッション、多重債務及びこころの健康相談コーナー)	埼玉県自殺対策シンポジウム共催
平成20年9月15日			心の健康フェスティバル「心に優しい働き方 うつ病からの復帰」(埼玉会館、全国精神保健福祉センター長会共同キャンペーン)
平成20年10月17日		第2回埼玉県自殺対策連絡協議会 ・他県、政令市の取組について ・保健所、市町村における取組状況調査について	
平成20年10月31日		「自殺対策加速化プラン」発表(自殺総合対策大綱一部改正)	
平成20年7月12日			こころの健康講座「リスクって何? 自傷行為と向き合うために」(川越市保健所)
平成20年7月2日			課題テーマ別研修「自傷行為のアセスメント」
平成20年7月31日		第1回かかりつけ医・産業医うつ病対応能力向上研修会	
平成20年9月		「埼玉県自殺対策推進ガイドライン～かけがえのない命を守り支える～」発表 (埼玉県・埼玉県自殺対策連絡協議会)	
平成20年10月12日 平成20年11月28日 平成20年12月15日			市町村・保健所自殺対策担当者研修 共通研修「自殺予防対策について」 地区別研修「うつに関わる地域の取り組み」 地区別研修「うつに関わる地域の取り組み」
平成20年12月			SAITAMA精神保健福祉だより「埼玉県の自殺対策について」
平成20年12月			リーフレット「こころ、元気ですか?」増刷(2万部)
平成20年12月6日		第2回かかりつけ医・産業医うつ病対応能力向上研修会	
平成20年12月13日			心の健康フェスティバル「こころにプレゼント」(飯能市)
平成21年1月16日			研修:「地域における相談とメンタルヘルスの考え方」
平成21年1月30日	厚生労働省健康局総務課長、社会・援護局総務課長、社会援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知「現下の経済情勢を踏まえた自殺予防対策について」		
平成21年2月9日		自殺予防対策庁内連絡会議	
平成21年2月13日		第3回埼玉県自殺対策連絡協議会 ・平成20年度自殺対策の取組について ・平成21年度事業検討について	
平成21年3月			リーフレット「こころを元気にする方法」作成(3万部)
平成21年3月			自死遺族向けリーフレット「大切な人を自死で亡くされたあなたへ」作成(1,000部)
平成21年3月12日		消費生活相談員対象メンタルヘルス研修	消費生活相談員対象メンタルヘルス研修共催

地域における自殺対策

県内のいくつかの地域では、すでに取り組みが始まっています。どこから始めるか、どうやって展開していくか、どんな人たちが中心になるかは様々ですが、これからの自殺対策のヒントになりそうなパターンをご紹介します。

Q 1 : 庁内の各課に呼びかけて、庁内連絡会議を開催したいと思う。
単発で終わらないために、また形骸化しないためには、どうすればよいか？

A 1 : ただ開催しただけではだめ！

会議の出席者に、自殺の現状と今後の展開について、十分に考えてもらうことが必要です。

担当者からの各課への事前打ち合わせや、会議に講演会を組み合わせ（外部の講師から）自殺対策の現状と重要性をアピールしてもらうなどの工夫をするとよいでしょう。

すべての担当課が賛同してくれなくとも、いくつか前向きな課があると、他の部署も「何か考えなくては」と思ってくれます。（そのためにも、構成はできるだけ広く担当課を網羅することが必要です。自殺対策に無関係な部署などあり得ません。）

複数回の実施

会議開催について要綱で定め、年度に最低1回（できれば複数回）開催できるようにします。

自殺対策は新たな施策ということもあり、新たな国からの情報も出てきており、そのことの周知も必要です。

Q 2 : 地域自殺対策連絡会を設置したほうがよいか？
その場合の構成メンバーは？

A 2 : 地域の実情に応じたネットワーク作り

自殺対策は、行政からの発信だけでは不十分です。最終的には、地域住民一人一人が自殺防止に関する意識を持つことが目標でもあります。

『核』になる団体があれば、呼びかけてみる

地域保健や教育などのテーマで、行政機関と連携をとりながら活動しているものがあれば、自殺対策についての活動を提案します。意識の高い会

であれば賛同してくれる可能性があります。具体的な活動内容は、今までやっている活動から展開していくことができます。この場合、必要なのは会員に「自殺対策の重要性」を認識してもらうことです。

会の設定を図る

こうした団体が見あたらない場合、自殺対策に関連したテーマでの事業などをもとに、実行委員会を作り、自殺対策連絡会へと発展させていく方法があります。（保健領域であれば、メンタルヘルスや高齢者問題、教育問題などを、自殺対策という視点で包括的に活動を継続することを提案します。）

Q 3 : とりあえず現在の活動からの取り組みを始めたいが、そうした場合の考え方は？

A 3 : プリベンション（一次予防）

（１）メンタルヘルスに関する普及啓発

できるだけきめ細かな普及啓発のために、生活やライフステージにあわせて企画します。個々人の具体的な状況を振り返ってもらうこと、リスクを感じたら何よりも相談や受診につなげることが目的です。相談する人の「何とかしなくては」という動機付けが早期治療には必要です。そのため、企画する側は、事後の相談先についても、きちんとアナウンスすること。

（２）テーマは、より参加しやすいものに

「うつ病」や「経済問題」「リストカット」はインパクトがあり、自殺対策の普及啓発には必要なテーマですが、さらに一般的にしたいときには、「睡眠について」・「お金の使い方」・「ケータイの使い方」などのテーマでも、自殺対策の効果的な普及啓発を企画できます。

（３）できるだけ継続的に

行政の企画する普及啓発事業は、そのことに「積極的に取り組みます」という表明でもあります。自殺対策のような総合的継続的に実施していく必要のある事業については、単発ではなく通年の企画が必要です。

インターベンション（二次予防）

（１）総合的な支援が必要

リスクの高い状況に置かれた人たちが、どこの相談窓口を目指すのかわかりません。しかし、自殺に追いやられてしまうのは、いくつかの問題が積み重なった場合が多いのです。多問題事例に関しては、どこかの担当が抱えてしまうのではなく、総合的な支援体制の構築が必要です。

（２）精神保健

うつ病、依存症、統合失調症などの自殺のリスクの高い疾患に対して、自殺対策を視野に入れた支援を行います。

（３）経済問題

多重債務を抱えていたり、生活が成り立たなくなっていたり、今後の収入に不安があったり、様々な経済問題は自殺のリスクと結びつきやすいものです。具体的な相談の導入が必要です。

（４）教育問題

「虐待」「いじめ」「不登校」「自傷行為」など、保育や学校の現場で問題とされる事柄は、いずれも自殺のリスクをはらんでいます。自殺対策の第一歩は、自殺が生じる危険のあることを忘れないことです。

教育現場と具体的な連携をとろうとするときには、他の領域でも同じですが、ふだんの連携が大切です。こちらの組織について先方に具体的に知ってもらうことから、端的には「どんなことでお手伝いできるのか」というアピールが必要です。（自殺対策に関する連携は、いきなり持ち出しても抵抗が強く、抽象的な提言では理解してもらえません。）教育の場であれば、ふだんの保健活動での連携をベースにして、自殺予防教育などについて協働できる可能性があります。また、地域での自殺対策連絡会議にも、教育からの参加を要請していきます。

（５）産業保健

産業保健分野との連携は、全体的に未開拓です。

管内の産業保健窓口と、問題を共有することから連携の糸口をつかむことが考えられます。あるいは、メンタルヘルスなどの知識の普及啓発活動などを一緒に行う機会があれば、活用していきましょう。

（６）自殺未遂、自殺企図のあった事例

自殺未遂・自殺企図事例が現場で発生したとき（相談を受けている事例が、経過の中で自殺企図に及んだ、等）、具体的な対応と今後のケアのため、また関係者間で問題を共有するために、できるだけ早く事例の検討を行います。また、直接の担当者への支援も大切です。今後の対応については、担当者のサポートをも視野に入れて再考します。

ポストベンション（三次予防）

（１）自死遺族支援

自死により大切な家族を亡くし残された方々は、相談や援助から最も遠い人々であるかもしれません。しかしだからこそ、支援する側が積極的な情報提供を行わなければ、あらゆるケアから取り残されてしまい、場合によってはさらなる自死のリスクを高めてしまうことにもなります。

事業を進めるために

こうした様々な自殺対策を、ただ一人の担当者・ただ一つの部署で始めることは困難です。（トップダウンなどがあって）組織内で合意があれば、できるだけ全体を統括できる部署の参加を要請します。もし単独でとりあえず開始するのであれば、組織外の機関との連携（精神保健福祉センター、保健所など）を検討してください。

自殺対策の最新情報を得るためのホームページ

自殺予防総合対策センター「いきる」

<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>

内閣府自殺対策推進室 <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/>

NPO法人自殺対策支援センターライフリンク

<http://www.lifelink.or.jp/hp/top.html>

埼玉県庁 埼玉県の自殺対策について

<http://www.pref.saitama.lg.jp/A04/BU00/suicideameasure/suicideameasure.html>

埼玉県立精神保健福祉センター

<http://www.pref.saitama.lg.jp/A03/BE02/top.htm>

横浜自殺予防研究センター

http://www-user.yokohama-cu.ac.jp/~psychiat/WEB_YSPRC/index.htm

自殺について考えてみましょう

～自殺対策？どう進めたらいいの？～



1. アクションプランを作ってみよう！

自殺総合対策大綱はマスタープラン（皆が顔を向けるべき方向）です。大綱に書かれていることをすべて始めるのは不可能です。地域の実情に即し、短期的な行動内容を具体的に定めるアクションプランを作ってみましょう。

アクションプラン策定のポイント

自殺総合対策大綱に基づき短期目標を明確にしてみよう

地域特性や人口動態の分析により介入ターゲットを明確にしてみよう

いつ、どこで、だれが、何をするかを具体的に記述してみよう

実施可能な組織体制（予算、人材、責任所在）を作ろう

目標達成度の評価方法と見直し時期をあらかじめ定めておこう

誰でもが理解できるように、計画を具体的に文章として記述してみよう

2. メディカルモデルとコミュニティモデルを連携させてみよう

メディカルモデルは、自殺に直結しかねない精神疾患の早期発見と適切な治療の導入のことです。

コミュニティモデルは、健康な人を対象とした教育です。困った時に助けを求めることは適切であるというメッセージを伝え、どこに助けを求めたらいいか情報提供をします。こころの病に対する偏見を取り除くための啓発活動も重要です。

メディカルモデルとコミュニティモデルの両者に関連を持たせて、長期的に実施してみましょう。

3. 自殺対策はネットワーキング

ともすると、「自殺予防なんてできるのだろうか？」と問題の大きさに圧倒され、「自分に何ができるのか」と無力感にとらわれてしまいがちになります。自殺対策はひとりではとても進められません。総合的な取り組みが必要であり、各方面の方々の力を集めながら進めていく必要があります。

4. 「今、ここから」何ができるかを考えて、長期的に取り組もう

自分（達）だけで全てをしようとか、自分（達）がしていることが最善と思いつくと上手く行きません

長所と短所、能力と限界を知って活動しましょう。

「AかBか」「白か黒か」ではなく「AもBも一緒に協力して」という発想が必要です。「今、ここから(here and now)」が合言葉です。

5. 自殺対策にたずさわる私たち自身のこころの健康にも注意しよう

自死遺族の方の相談対応など、「自殺」という極めて深刻な話題についてある程度の時間話し合うことは、専門家にとっても相当疲弊する体験になります。

バーンアウトを引き起こさないためにも、ひとりで抱え込むことはせず、チームで対応できる体制をつくり、率直に話し合えるような環境づくりに心がけましょう。