

自殺関連相談レビュー

Vol.1

平成21年5月

長野県精神保健福祉センター
長野県精神保健福祉協議会

はじめに

自殺予防に関しては、早くから個人的なライフワークだと考えていましたが、当センターに異動し、旧知の奈良女子大学の清水新二先生に誘われて、厚労省班研究の東信地域の自殺に関する意識調査に平成 15 年度に協力しました。自殺に対する考え方の相違や遺族ケアの重要性を知りました。平成 15 年度に長野保健所の熱心な保健師と協力し、長野精神保健福祉協議会から、うつ病予防の啓発用パンフレットを作成し、管内全戸（約 20 万戸）に配布しました。

平成 16 年度に、県内の 2 箇所の地域高齢者を対象に、「心の健康度」や「生きがい」に関する意識調査を実施しました。また、現日本うつ病学会理事長の野村総一郎先生や清水新二先生と一緒に「自殺の防止と遺族ケア」についての市民フォーラムを共催しました。別に、新潟大学で国際的自殺予防の仕事をされた高橋邦明先生を招き、シンポジウムを長野保健所と共催しました。長野県医師会より依頼され、こころの健康づくりパンフレットを作成しました。

平成 17 年度に、前年度に実施した高齢者「心の健康度」意識調査の結果をもとに「ゆたかな高齢期を迎えるために」と題した、高齢期の心の健康リーフレットを作成しました。グリーンケア・サポートプラザの藤井忠幸先生を招き、自死遺族の立場から自殺予防を考える講演会を主催しました。また、佐久精神保健福祉協議会からの依頼で、長野保健所と同様な啓発用パンフレットの作成・監修に協力しました。

今まで、どちらかというとな個人的なつながりの濃かった自殺予防活動だったものが、平成 18 年度を境にセンターの本格的な自殺予防活動として位置づけられるようになりました。まず、防衛医大の高橋祥友先生を招き、「うつ病と自殺」の講演会を主催しました。さらに、総合病院精神医学の狩野正之先生から自殺未遂者のケア、秋田県医師会の斎藤征司先生から自殺予防活動の講演をしていただきました。この年から、自死遺族のための学習会を東京自殺防止センターの加藤勇三先生や前述の藤井忠幸先生に来ていただき、開始しました。2月から、自死遺族のグループ支援として、準備会を始めました。また、一般県民向けにうつ病の早期発見、相談機関等掲載した自殺防止のためのリーフレットを作成しました。また、関係諸機関が集まった自殺対策連絡協議会も結成されました。

平成 19 年度は、自死遺族のための支援として、自死遺族交流会を定例開催するとともに、自死遺族の支援をテーマにした講演会の開催、自死遺族支援のためのパンフレットを作成しました。自死遺族全国支援全国キャラバンにも協力しました。普及啓発として、自殺予

防総合対策センターの竹島正先生に自殺総合対策大綱について、講演していただき、やはり同センターの川野健治先生に保健所保健師向けに自死遺族支援の話をしていただきました。また、自殺関連相談先一覧のファイルを作成しました。

平成 20 年度の普及啓発として、自殺予防総合対策センターの松本俊彦先生に自傷行為の相談対応について、講演していただき、黒澤美枝先生に地域関係者に岩手県の自殺予防対策の話をしていただきました。これまで、長野県の自殺率はほぼ全国中位で、ハイリスクグループではなく、当センターの自殺予防活動はポピュレーションアプローチグループを対象としてきています。平成 18, 19 年と 2 年連続で減少した本県の自殺率は、19 年は、全国で 9 番目に低いという良い結果でした。大変残念なことです。平成 20 年は増加しており、元の全国中位のレベルに戻れば 20 年の上昇率は高いことが予測されます。長野県警から頂いた貴重なデータによれば、長野県における平成 19 年の自殺者の傾向は、世代別では、働きざかりの男性のうつ病が特に目立ちます。それに対して、65 歳以上の高齢者世代では身体の病気が男女とも高くなり、年齢による原因差が示されました。

また、当センターで力を入れている自死遺族の心のケアについては、当センター主催で平成 19 年度より自死遺族の会が定期的で開催され、平成 20 年、南信地域でも開かれました。平成 20 年度の内閣府の「自殺対策白書」に、当センターにおける「自死遺族交流会」のことが紹介されています。

9 月 10 日は世界自殺予防デー（WHO）であり、9 月 10 日から 9 月 16 日は自殺予防週間（内閣府、自殺総合対策大綱）でした。全国精神保健福祉センター長会はそれにちなみ、9 月を共同キャンペーン期間と定め、「防ごう自殺！～ 全国 66 精神保健福祉センターは共同で取り組みます ～」と銘うった、共同キャンペーンを実施しました。地方発の多様な取り組みを、全国 66 の精神保健福祉センターが連帯して「共同キャンペーン」にまとめ、啓発活動を推進していくという、ユニークかつ初めての試みでした。当センターでも、11 の様々な自殺予防対策関連事業を展開しました。

「こころの健康相談統一ダイヤル」0570-064556 を、内閣府からの依頼により、自殺総合対策大綱に基づき、相談しやすい体制整備の一環として、平成 20 年 9 月 10 日より当センターに、新設することにしました。当センターでは自殺に関する電話相談に特化して、お受けしています。

長野県精神保健福祉センター

所 長 小 泉 典 章

目 次

はじめに

I 精神保健福祉センターにおける自殺対策事業

- 1 精神保健福祉センターの自殺対策事業一覧 1
- 2 平成20年度自殺予防週間キャンペーン事業一覧 2

II 現状分析

長野県における平成19年の自殺者の傾向について

- 小泉典章、出澤聡子、高橋明日香（精神保健福祉センター）
信州公衆衛生雑誌 3

III 研究

自殺に傾いた人を支えるために：相談担当者のための指針

～自殺未遂者、自傷を繰り返す人、自殺を考えている人に対する支援とケア～

- 平成20年度厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業
..... 9

IV 自殺防止のためのこころの健康相談の取組み

自殺関連電話相談マニュアル

- こころの健康相談統一ダイヤル開始にあたり作成 32

- こころの健康相談統一ダイヤル広報チラシ 36

- 市町村広報例（大田市H21.2.15日号） 37

V 長野県内自殺関連相談の主な窓口 39

自殺関連相談先一覧ファイル(H19)を更新

VI 自殺統計資料（自殺対策のための自殺死亡の地域統計）

- （作成者：統計数理研究所 藤田利治より） 41

I 精神保健福祉センターにおける自殺対策事業

平成 15 年度からの精神保健福祉センターにおける自殺対策事業の取組みを一覧にまとめました。

自殺予防対策は以下の 3 つに分類されています

予 防：プリベンション

自殺をふせぐための教育、研修

危機介入：インターベンション

今まさに起きつつある自殺の危機への介入

事後指導：ポストベンション

自殺者の遺族、職場ケアなど

そこで事業を「予防・危機介入・事後援助」の 3 つに分類して掲載しました。センターの取組みは予防から事後指導そして危機介入へと推進してきました。一覧の他に、自殺予防に関する講演会等への技術援助もしています。事業や取組みについての詳細は当センターまでお問い合わせください。

《全国精神保健福祉センター長会共同キャンペーンポスター》



精神保健福祉センターの自殺対策事業一覧

分類	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	
予 防 プリベンション(自殺をふせぐための教育、研修)	事業名	自殺防止対策の実態に関する研究	高齢者「心の健康度」に関する意識調査	健康グレードアップながの21のみなおしにかかるアンケートの分析			健康グレードアップながの21のみなおしにかかるアンケートの分析
	内容等	東信地域の自殺意識調査として厚生労働省研究班に協力	高齢者の「心の健康度」や「生きがいがい」に関する意識調査	心の健康づくりに関しての事業実施状況のアンケートを実施し、センターにおいて結果分析			心の健康づくりに関しての事業実施状況のアンケートを実施し、センターにおいて結果分析
	事業名		市民フォーラム「自殺の防止と遺族ケア」		「皆で考える自殺防止」講演会の開催	「皆で考える自殺防止」講演会の開催	「皆で考える自殺防止」講演会の開催
	内容等		信濃毎日・実行委員会(精センター・病院協会・精福協議会・信毎)ハネルディスカッション		働きざかりの自殺防止を考える講演会を開催	自死遺族の理解を深めるため一般県民向け講演会を開催	自傷行為と自殺に関する相談対応について学ぶための講演会を開催
	事業名	「心の健康づくり及びうつ病予防」への協力		「心の健康づくり及びうつ病予防」への協力	心の健康づくり地域関係者研修会	自殺防止対策リーダー等研修会	自殺対策関係者研修会
	内容等	長野精神保健福祉協議会からの依頼により啓発用パンフレットの作成・監修に協力 ※資料掲載		佐久精神保健福祉協議会からの依頼により啓発用パンフレットの作成・監修に協力	心の健康問題に関わる地域関係者が自殺予防に取組み、積極的な対策が講じられるよう専門的学習の機会とする	総合的な相談や地域の自殺対策をどのように展開するか等、地域のリーダーを中心に積極的な対策が講じられるため人材養成の研修会を開催	自殺者の増加が著しい状況のなか、地域関係者が自殺予防に取組み、積極的な対策が講じられるよう研修会を開催
	事業名			「ゆたかな高齢期を迎えるために」の作成	「守ろう大切ないのち」自殺防止リーフレットの作成	「守ろう大切ないのち」クリアファイルの作成	自殺予防週間キャンペーンの実施
	内容等			16年度の意識調査をもとに高齢期の心の健康リーフレットを作成配布 ※資料掲載	県民の心の健康づくり及び自殺予防啓発のため ※資料掲載	自殺対策や相談に応じるための相談機関を一覧にしたクリアファイルを作成	全国精神保健福祉センター長会共同キャンペーンによる啓発活動
	事業名			自殺対策連絡協議会開催	自殺対策連絡協議会開催	自殺対策連絡協議会開催	
危機介入 インターベンション(今まさに起きつつある自殺の危機の介入)	事業名				保健所保健師自殺対策担当者研修会	こころの健康相談統一ダイヤル相談員研修・電話相談マニュアル作成	
	内容等				相談・事業企画を担当する保健所保健師の人材育成研修	自殺企図・念慮者への対応マニュアルを作成	
	事業名					こころの健康相談統一ダイヤルの開設	
	内容等					自殺を防ぐための地域における相談体制の充実を図るため、相談しやすい体制の整備を促進する	
事後援助 ポストベンション(自殺者の遺族、職場ケアなど)	事業名			「自死遺族の立場から自殺予防を考える」講演会の開催	自死遺族のための学習会	自死遺族交流会	あすなろの会(自死遺族交流会)
	内容等			NPO法人グリーンケア・サポートプラザ副理事長 藤井忠幸氏による講演	自死遺族のかかえる苦しみや悩みを共有して、悲しみから立ち直るために自助グループの活動開始に向けて、当事者や関係者がその必要性について学ぶ。	感情を徐々に癒し、かかえる苦しみや悩みを共有して分かち合い、悲しみから立ち直る手助けの会として定期開催	感情を徐々に癒し、かかえる苦しみや悩みを共有して分かち合い、悲しみから立ち直る手助けの会として定期開催
	事業名				自死遺族のためのわかちあいの会準備会	「自殺予防週間に向けた自死遺族のメッセージ」の作成	自死遺児の会(自死遺族交流会)
	内容等				感情を徐々に癒し、かかえる苦しみや悩みを共有して分かち合い、悲しみから立ち直る手助けの会として2回実施	自死遺族交流会 からのお知らせ、自死遺族からのメッセージを作成し、国で作成のポスターと一緒に配布	親を亡くした子どもたちの、思いを語る場
	事業名					自死遺族支援全国キャラバン長野	伊那地域自死遺族交流会
	内容等					自死遺族の声に耳を傾け「生きやすい社会づくり」の実現をめざし、講演会とシンポジウムを開催	伊那地域での自死遺族の分かち合い
	事業名					自死遺族向けリーフレットの作成	自死遺族向けリーフレットの作成
	内容等					自死遺族へ向けたリーフレットを作成	自死遺族へ向けたリーフレットを作成

平成20年度

自殺予防週間キャンペーン

	事業名	日時	場所	対象	内容	備考
1	自殺予防週間の周知	H20年8月6日		県民	ラジオによる自殺予防週間の周知（みんなで考える自殺予防）	NHKラジオによる広報
2	自殺予防週間の周知	H20年9月10日		県民	ラジオによる自殺予防週間の周知（みんなで考える自殺予防）	FMラジオによる広報
3	自殺防止講演会	H20年9月11日 (木) PM 1時30分から3時30分	長野県県民文化会館	県民	講演：「自傷行為・自殺未遂者の相談対応」	講師：自殺予防総合対策センター 松本俊彦室長
4	自死遺族メッセージの作成配布	H20年9月		県民	自死遺族のメッセージをまとめ、ポスター配布時に同封するとともにホームページに掲載	昨年に引き続き実施
5	自死遺族交流会の県南地域での開催	H20年9月28日	伊那地域	自死遺族	自死遺族分かち合いの会	定例開催（県北部）の他に伊那地域に開催予定
6	市町村及び関係機関の自殺対策事業の実態把握	H20年8月～9月 (H20年9月5日自殺対策連絡協議会)		市町村及び自殺対策連絡協議会参加機関	自殺対策事業に関するアンケート調査	自殺対策連絡協議会参加機関での自殺対策状況の把握
7	こころの健康相談統一ダイヤル相談員研修	H20年9月4日		センター職員、長野市職員	自殺企図・念慮者への対応についてマニュアルを基に演習	電話相談マニュアル作成
8	こころの健康相談統一ダイヤルの開設	H20年9月10日より		県民	自殺防止を目的とした自殺に関連する心の健康相談電話	内閣府の発案により、現在まで10県が参加
9	長野市自殺対策電話相談	H20年9月13日	長野市	長野市民	電話相談	精神保健福祉センター協力
10	小布施町自殺予防週間キャンペーン	H20年8月配布	小布施町	小布施町民	各世帯への自殺予防パンフレットの配布	精神保健福祉センター協力
11	多重債務者無料相談時のこころの悩み相談	H20年9月11日	県内5箇所	県民	多重債務者相談にあわせこころの悩み相談に応じる	精神保健福祉センター協力 県下5会場実施

長野県における 平成19年の自殺者の傾向について

小泉典章、出澤総子、高橋明日香
長野県精神保健福祉センター

Characteristics of suicide in Nagano Prefecture in 2007

Noriaki KOIZUMI, Souko IDEZAWA, Asuka TAKAHASHI
Mental health and welfare center in Nagano Prefecture

目的: わが国の自殺をめぐる状況は、10年連続で3万人を超え、長野県でも毎年500人前後の人が自殺している。これまで、その背景をさぐる分析は長野県では行われていない。そこで長野県警察の協力を得て、平成19年の県内の自殺者の傾向を分析することを目的とした。

方法: 平成19年に警察庁が発表した「平成19年中における自殺の概要について」とともに、長野県警察から長野県内分のデータの提供を今回初めて受けた。長野県の自殺者の傾向を年齢別、原因別、職業別等から分析した。

結果・考察: 近年の自殺者数は2年連続で減少し、平成19年は全国で9番目に低い自殺率となっている。男性が、全国では全体の70.9%を占め、長野県でも367人で全体の69%を占めている。年代別の自殺者数でも男女共に全国と同様の傾向がうかがえた。自殺の原因別では、どの世代でも健康問題が1番に上がっているが、健康問題の詳細では、55歳以下の世代では精神科領域の病気が、65歳以上では身体疾患が多くを占めていた。青年層、働き盛り、高齢者等ライフサイクルを考慮した自殺対策が求められている。

Key words: 自殺 (suicide)、自殺の原因 (cause of suicide)、自殺予防 (suicide prevention)、うつ病 (depression)、エビデンスに基づく自殺対策 (EBSP: evidence-based suicide prevention)

I. はじめに

わが国の年間の自殺者は、平成10年より19年まで10年連続で3万人を超えるという数値が平成20年6月19日に警察庁より公表された。長野県（以下本県と略す）の自殺者数も平成10年より500人を超え高い水準にある。しかし、平成19年の県内の自殺者数は518人で、2年連続で減少したことが同19日、長野県警より発表された（図1）。しかし、現在まで、長野県内の自殺の背景をさぐる分析は行われていない。

これまで自殺者に関する統計は厚生労働省発表の人口動態統計「死因別死亡数」と警察庁発表の「平成〇〇年中における自殺の概要について」によって公表され分析がされてきた。

人口動態統計からは、第7表 死亡数、性・死因簡単分類・都道府県（18大都市再掲）別¹⁾によって、都道府県別の自殺者数（性別含む）は明らかになるものの、その原因や年代別の自殺者数は公表されていない。自殺総合対策大綱には、既存資料の利活用として、各都道府県警察が保有する自殺統計資料²⁾や関係機関が保有する資料等について、自殺実態解明のための調査研究への活用促進が述べられている。本調査はその一端を担うものといえよう。

(2009年1月16日受付, 2009年3月7日受理)

別刷り請求先: 小泉典章
〒380-0928 長野市若里7-1-7
長野県精神保健福祉センター

Ⅱ. 方 法

今回、警察庁生活安全局地域課発表の「平成19年中における自殺の概要について」³⁾が公表されたが、それとは別に今回初めて長野県警察の協力で、本県独自のデータの提供を受けた。これにより、本県の自殺者の実態と背景について分析を行った。

データの内容は自殺者数及びその原因・年齢等であり、「性別」「年齢別」「職業別」のほか、「原因・動機別」等についてである。「原因・動機別」では、「家庭問題」「健康問題」「経済・生活問題」「勤務問題」「男女問題」「学校問題」「その他」の分類内容をさらに詳細に分けている。

なお、図2において、60歳以上をまとめてプロットしているのは、警察庁統計の表現と合わせ、比較するためである。自殺の原因動機については、平成18年より動機の種類方法が変更になっており、原因の特定は遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できるものにより判断している。自殺は様々な原因が考えられるため、警察庁統計は複数選択を設けているが今回は自殺の原因・動機のうち、1番に選択したもので分析している。

Ⅲ. 結 果

A 年齢別分類

本県の自殺率（人口10万人当たりの自殺者数）は、例年ほぼ全国平均⁴⁾だったが、昨年は、全国で9番目に低いという結果であった。自殺者数の増減はほぼ全国と同様の傾向で、平成9年から10年に急増しているが、平成18年からは2年連続で減少している。（図1）

本県と全国の年齢別による傾向を比較すると、年齢別のパターンとしては大きな差は見られず、年齢別の自殺者数は全国と同様の傾向があるといえる（図2）。

平成19年の年代別自殺者数で最も多いのは50歳台で男性83人女性25人であった。次いで60、40、30、70歳台となっており、女性の自殺者数が男性のそれと逆転するのは、80歳台で女性24人が男性19人を上回っている。

B 原因別分類

男女別に自殺の原因を見ると、図4のようになる。本県の自殺の三大原因としては、うつ病や、病苦などの「健康問題」が男女とも最も多く、「経済・生活問題」「家庭問題」がそれに次いでおり、全国の傾向⁴⁾

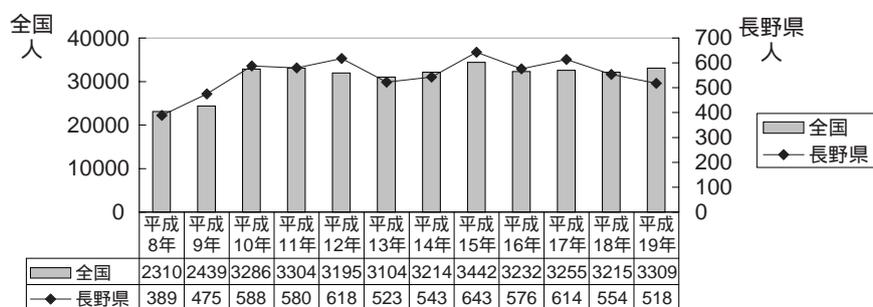


図1 自殺者の年次推

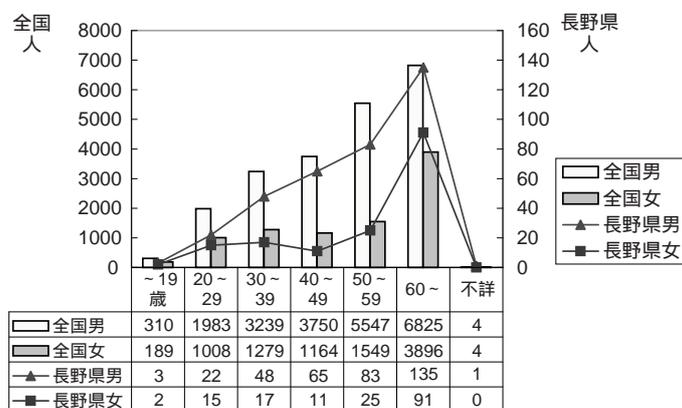


図2 平成19年度 年代、男女別自殺者数

長野県における平成19年の自殺者の傾向

と同様である。

1 健康問題

一般的に自殺のリスクの高い、働き盛り世代（35から55歳）と高齢者世代（65歳以上）も他の世代と同様に「健康問題」が一番の原因となっている。健康問題

の内容を見ると、働き盛り世代の男性のうつ病が特に目立っており、女性の3倍に上っている。さらに統合失調症と身体の病気が続いている。それに対して、65歳以上の高齢者世代では身体の病気が男女とも最も高くなっており、うつ病については女性が男性の2.3倍

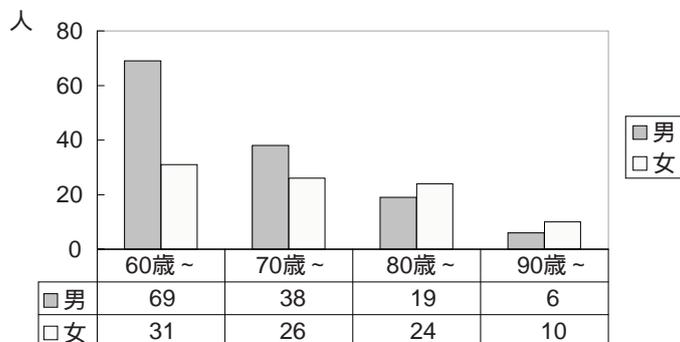


図3 60歳以上の男女別自殺者数

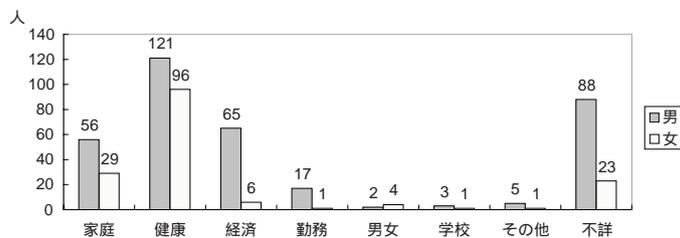


図4 長野県の自殺の原因 男女別数

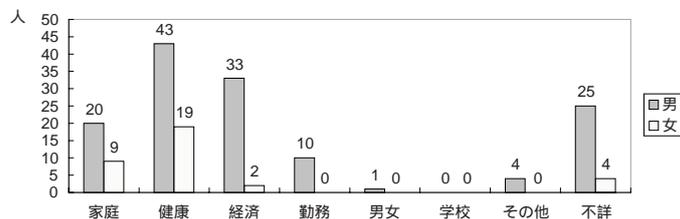


図5 長野県の自殺の原因 男女別数 35 - 55歳

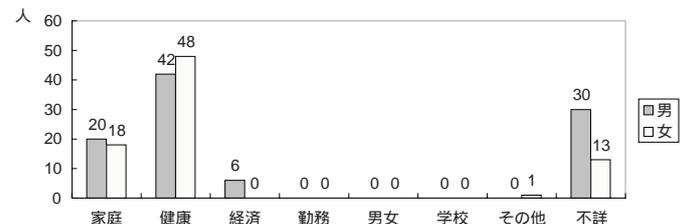


図6 長野県の自殺の原因 男女別数 65歳以上

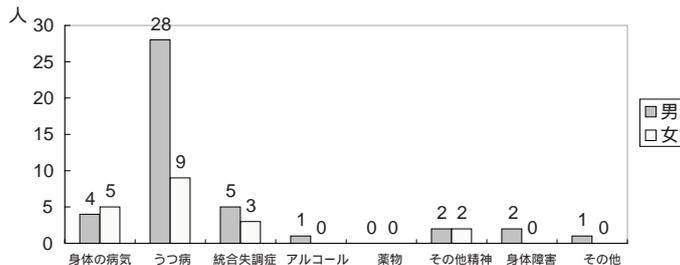


図7 健康問題 35 - 55歳

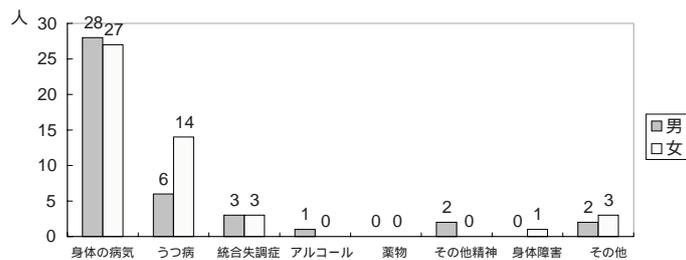


図8 健康問題 65歳以上

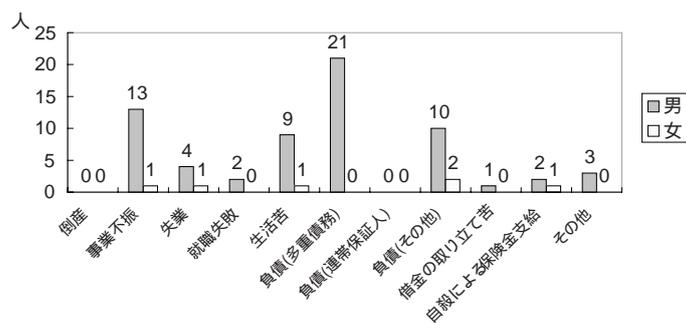


図9 経済・生活問題 全体

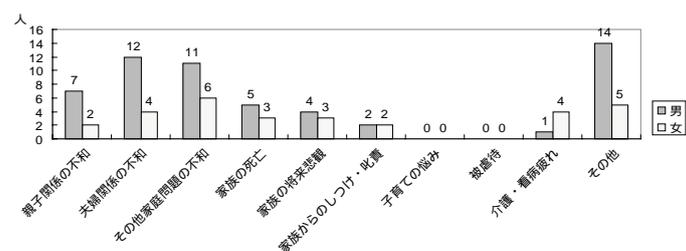


図10 家庭問題 全体

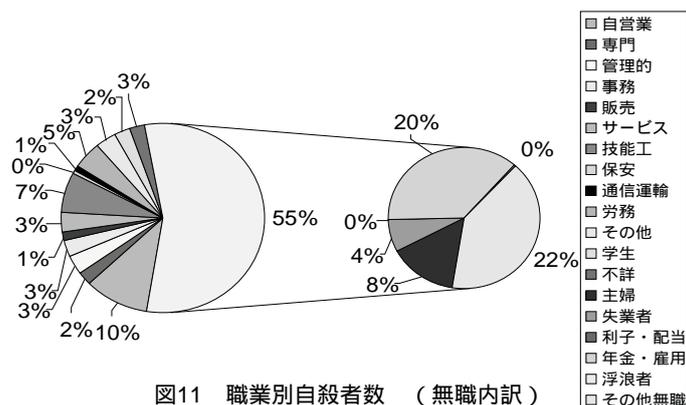


図11 職業別自殺者数 (無職内訳)

になっている。年齢による原因差が示されている。(図5、図6、図7、図8)

2 経済・生活問題

二番目の原因である「経済・生活問題」については、男性が92%を占めており、経済問題は男性が自殺に陥りやすい要因といえる(図9)。経済・生活問題の中でも、多重債務と事業不振による自殺者が多く、71人

中34人と約半数を占めている。また、自殺者の職業別の状況では、無職者が約半数を占め、ついで自営業者が10%であった。自営業の自殺者は53人で、そのうち多重債務を原因とする人は4人と少ないことがわかった。

3 家庭問題

三番目の問題である「家庭問題」は、夫婦関係・そ

の他家庭問題の不和・親子関係の順に多くなっている(図10)。「家庭の問題」が全体の中で占める割合を男女別で見ると、男性が16%・女性が18%とあまり差がみられない。また、その詳細では、「親子関係の不和」が男性は女性の倍近くを占め、「夫婦関係の不和」も男性のほうが占める割合が高い。反対に女性には「介護・看病疲れ」が占める割合が多い。

C 職業別分類

職業別では、「無職」が全国と同様、半数以上(55%)を占めているが、無職の分類の中には主婦が入っており、職業分類について今後検討が必要と考えられる(図11)。無職者の中では、「年金・雇用保険等生活者」いわゆる高齢者が37%、「その他無職」が41%と占める割合が高くなっている。また、35歳未満の自殺者のうち職業別ではその他の無職者が最も多く28%をしめており、ついで学生・生徒となっている。

IV. 考 察

長野県の自殺率は全国でも平均値を示してきたが、自殺者数では2年連続で減少している。長野県警察の発表では、年齢別で、60歳以上が若干増え、50歳代と20歳代が大幅に減少したことが低下の要因と伝えている。しかし、経済・生活問題による自殺者数と完全失業者数の推移はほぼ同様の動きを示す⁵⁾とも言われており、最近の経済状況が自殺者数に関連することも考えられ、自殺者の減少に油断はできない状況にある。

年齢別の自殺者数でみた場合、本県は健康長寿県として全国でも有数の長寿県だが、全国と同様の傾向から、長生きをしたお年寄りが自殺に追いこまれた原因を分析し、対策を講じなければならない(図2)。また、高齢者の人口割合の多い当県としては、高齢者全体を視野に入れた自殺対策も継続する必要があるといえる。50歳代40歳代の働き盛りについても、これまでの自殺対策と同様に、メンタルヘルスを中心とした対策の強化を図っていく必要がある。

全国では20代の自殺率が増加傾向にある。本県でも35歳未満の自殺者にその他の無職者が最も多く占めており、若い世代の無職者の自殺も含め、今後の動向が注目される。

自殺には多くの要因が関係しており、自殺時に抱えていた「危機要因」数は一人当たり平均4つあるとの自殺実態解析⁶⁾も行われている。今回警察庁のデータの自殺原因の1番に選択されたもので分析したが、それぞれの要因が絡み合った結果としての自殺であるこ

とも忘れてはならない。

原因別では、経済問題は男性が自殺に陥りやすい要因といえることがわかる。経済問題には倒産・失業・生活苦等が含まれるが、経済問題を原因として自殺する人に自営業者とその他の無職者がそれぞれ21%と多くを占めていた。多重債務については法整備がされ、返済計画を立てるなど適切な処理によって問題が解決される場合もあり、相談窓口につながる支援が必要と考える。

自殺の原因を男女別で見ると、男女ともに健康問題が最も多いが、その占める割合に男女の違いが見られる。男性は健康問題の次は、経済問題と家庭問題がほぼ同じ割合を示すが、女性は圧倒的に健康問題が多く次が家庭問題となっている。健康問題では、若い世代や働き盛りの世代には、うつ病や統合失調症等精神科領域の病気が、65歳以上は身体の病気を原因とする自殺が多く、それぞれの世代での自殺のリスクを踏まえた支援が必要となる。

自殺予防について、どのような対策を立てていくべきか、エビデンスに基づいて、その自殺の実態を明らかにする必要がある。それには自殺統計による今回のような分析とともに、自殺の原因調査が必要であり、わが国でいくつか実施されている。「自殺実態白書2008」⁶⁾にも発表された、NPO法人ライフリンクがおこなった自殺の要因調査の聞きとりにも本県の遺族が自主的に協力している。遺族ケアを前提とする自殺予防総合対策センターの「自殺予防と遺族支援のための基礎調査(心理学的剖検調査)」については当センターでも実施している。具体的な自殺対策を実践するうえではこのような実態を明らかにすることが求められていくと考える。

V. ま と め

平成19年の警察庁統計をベースに今回の分析を行ったが、今回始めて長野県警の協力で単年ではあるが、本県独自のデータを得ることができた。長野県警の全面的なご協力により、エビデンスに基づく自殺の傾向の分析が可能となった。今後、長野県警や長野県衛生年報に基づいた、本県固有の自殺統計を考える EBSPP (Evidence-based Suicide Prevention) を目指したいと考えている⁷⁾。

文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成19年人口動態統計月報年計（概数）の概況. 厚生労働省 統計調査結果 最近公表の統計資料, 2008.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei07/index.html> (2009年3月現在)
- 2) 国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター 竹島正：各都道府県における自殺の概要（平成16年～平成18年）. 国立精神・神経センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター, 2009.
- 3) 警察庁生活安全局地域課：平成19年中における自殺の概要資料. 警察庁 統計 生活安全の確保に関する統計等, 2008.
http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki10/h19_zisatsu.pdf (2009年3月現在)
- 4) 内閣府：平成20年版 自殺対策白書. 内閣府, 佐伯印刷株式会社, 2008.
- 5) 前田泰伸：自殺の動向に関する一考察. 立法と調査 272：79-86, 2007.
- 6) 自殺実態解析プロジェクトチーム：自殺実態白書2008（第2版）, 特定非営利活動法人自殺対策支援センターライフリンク, 2008.
- 7) 小泉典章：長野県の自殺の現状と対策について. 長野医報 555：29-32, 2008.

【参考】これまでに発行されている長野県衛生年報より数値を引用しました。

保健所別自殺による死亡率（人口10万対）の推移

区 分	H9年	H10年	H11年	H12年	H13年	H14年	H15年	H16年	H17年	H18年	
全 国	18.8	25.4	25.0	24.1	23.7	23.8	25.5	24.0	24.2	23.7	
長野県	20.7	24.6	26.0	26.4	22.1	22.3	26.4	23.5	25.4	22.8	
保健所	佐 久	17.9	21.9	22.3	25.4	19.4	26.2	24.4	21.7	29.4	16.4
	上 田	17.2	33.8	25.4	23.4	28.7	22.5	26.4	22.8	23.7	19.4
	諏 訪	21.0	21.4	23.6	24.6	19.3	16.6	26.0	20.8	23.2	25.7
	伊 那	21.8	24.4	23.8	28.1	21.8	27.6	28.5	25.9	27.5	24.3
	飯 田	21.3	24.6	27.5	28.0	26.3	20.8	32.7	26.6	31.9	17.8
	木 曾	20.8	21.0	23.5	38.0	26.3	26.6	19.6	24.9	17.7	21.0
	松 本	18.4	20.2	25.3	24.5	19.6	21.0	23.1	19.8	21.6	23.4
	大 町	26.9	26.8	26.8	23.6	20.7	16.3	46.3	36.1	22.6	27.5
	長 野	21.6	23.2	13.8	30.0	28.2	21.1	27.0	24.7	21.9	27.4
	北 信	23.8	37.3	34.7	35.0	23.5	23.6	31.7	28.9	20.3	28.8
長野市	18.0	19.1	20.2	22.5	16.6	21.6	20.5	21.3	27.2	21.2	

（長野県精神保健福祉センターまとめ）

Ⅲ 研究

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金
こころの健康科学研究事業
自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究

自殺に傾いた人を支えるために -相談担当者のための指針-

-自殺未遂者、自傷を繰り返す人、自殺を考えている人に対する支援とケア-

平成 21 年（2009 年）1 月 31 日

目次

I. はじめに	P 2
1. 指針作成の経緯と目的	P 2
2. 指針を使用する人とその対象	P 2
3. 指針を使用する際の留意事項	P 2
II. 本編	P 3
1. 自殺に傾いた人の心理と行動	P 4
自殺に傾いた人の心の状態と行動	
2. 自殺の危険因子	P 4
自殺の危険因子として知られているもの	
3. 自殺に傾いた人への対応の基本	P 5
心構えと基本姿勢	
対応の手順	
相手の気持ちに焦点をあてること	
4. アセスメント(評価)と対応	P 8
自殺の危険度の評価と対応	
自殺を防ぐ方向に働く要因	
5. 社会資源を利用した継続的な支援とケアの提供	P10
社会資源や支援・ケアの利用に際しての留意事項	
相談担当者が活用・提示できる社会資源	
6. 継続的支援の効果の評価と修正	P12
出会い方の相違による支援の効用と限界	
7. 相談担当者に対する支援とケア	P14
支援の方法・内容の具体例	
8. 地域の自殺対策と生きやすい地域づくりに向けた取り組み	P15
公民協働で取り組む「生きやすい地域づくり」	
III 解説と資料	p16
1. わが国の自殺問題の現状と対策のあゆみ	p16
2. 自殺対策基本法と自殺総合対策大綱	p16
3. 本指針作成の経緯	p19
4. メンタルヘルス対策の重要性	p20
5. 参考文献／参考資料	p21

【コラム目次】

1 相談担当者が留意すべきこと	P 5
2 してはいけない対応	P 6
3 具体的支援の重要性	P 6
4 個別性と地域性への配慮	P 6
5 家族への支援	P 6
6 死にたい気持ちを打ち明けられたときの心構え	P 7
7 相談担当者は重要な社会資源	P11
8 社会資源を十分に活用するために必要なこと	P13
9 継続的な支援に向けた相談体制の整備	P13
10 担当者が燃え尽きないために	P14

I. はじめに

1. 指針作成の経緯と目的

わが国では、平成 10 年以降、自殺者数が激増し、10 年連続で年間 3 万人を超える人々が自殺で亡くなっている。この自殺問題への対策として、平成 18 年 6 月に「自殺対策基本法」が成立し、平成 19 年 6 月には「自殺総合対策大綱」が策定された。そして、平成 20 年 3 月、厚生労働省が招集した有識者検討会により、「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」が公表された。

本指針「自殺に傾いた人を支えるために：相談担当者のための指針」は、先の作成指針に基づき、フロントラインの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の指針として、また、相談・支援を行う人材養成の際の補助教材として使用されることを目的に、そして、今後、さまざまな自殺対策の領域で作成されるガイドラインの参考となることなどを目的に作成されたものであり、相談と支援活動に必要な基本的な知識や行動指針を示したものである。

なお、上記作成指針に基づき、「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」が、本指針と対をなす指針として作成されており、本指針と併せて使用することが望まれる。

2. 指針を使用する人とその対象者

本指針の使用者としては、主に、以下にかかげる「地域において相談対応や支援・ケアにたずさわる人たち」を想定している。

- ・保健所および精神保健福祉センター職員
- ・市町村の行政関係職員
- ・民生委員・児童委員
- ・その他、地域において自殺問題に取り組む人

そして、支援対象者としては、自殺未遂者、自傷を繰り返す人および自殺を考えている人を含む「自殺に傾いた人」を想定している。

3. 指針を使用する際の留意事項

本指針に盛り込まれている事柄のすべてを、相談担当者、あるいは、相談に対応する部署や組織が単独で実施することは不可能である。

また、本指針は地方自治体のさまざまな行政相談窓口や関連相談諸機関における業務内容および相談対応上の責務を規定しようとするものではない。

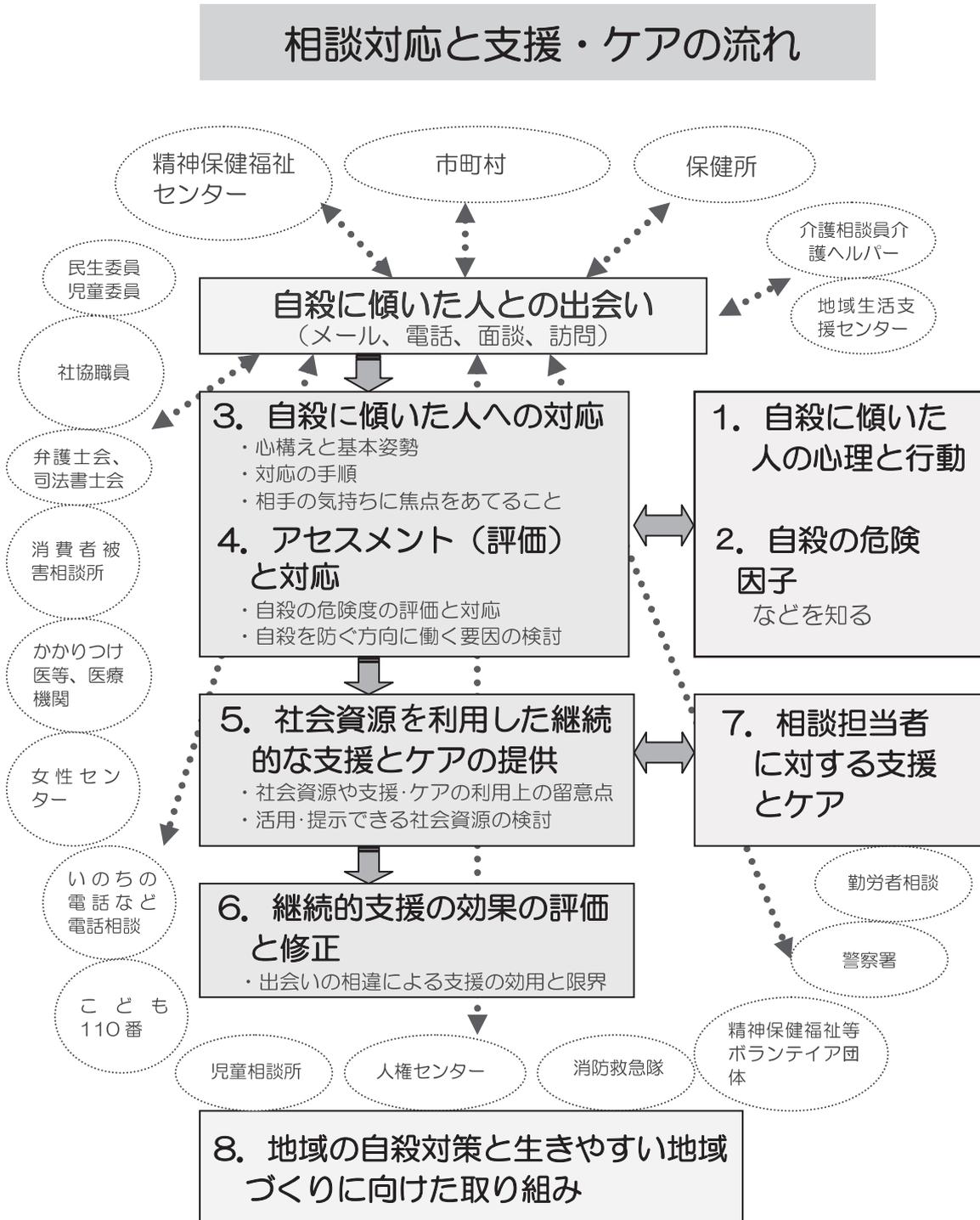
本指針で示した相談対応ができるようにするためには、相談担当者の養成研修や、地域資源の連携ネットワーク作りなどの取り組みが必要である。

なお、本指針は、地方自治体の各種行政相談窓口や関連相談機関での相談対応や支援・ケアを行う上で必要となる共有の知識や対応法を示そうとするものであり、それぞれの地域の特性や機関の特徴などについては考慮されていない。したがって、各地方自治体や組織においては、本指針を参考に、それぞれの地域の実情や資源の実情を踏まえながら固有の自殺対策指針の作成や、具体的・実用的な手引きなどを作成することが望ましい（参考文献/参考資料参照）。そして、本指針が、相談担当者の研修を企画立案する際などに活用され、それぞれの地域や組織で自殺に傾く人への支援とケアに向けた実践活動の展開へと広がっていくことが期待される。

Ⅱ. 本 編

地域の自殺対策ネットワークの中における、相談担当者の対応と支援・ケアの流れを図で示した（なお、図中の数字は該当の章を指す）。

以下、本編の各章において、具体的な内容について要点を説明する。



1. 自殺に傾いた人の心理と行動

自殺に傾いた人の支援を行おうとする際に、まず、その相手のことを知り、理解することが必要である。自殺に傾いた心の状態はどのようなものなのか、それを知ることが、相談対応と支援のための第一歩となる。

【自殺に傾いた人の心の状態と行動】

- 無力感、絶望感にとらわれていて、孤立無援感に陥りやすい。
- 自分自身に対する自信を失いがちで、自分には価値がないと思いがちである。
- 考え方や物事の見方に柔軟性を欠いていて、抱えている問題を合理的に解決することができない。
- 自殺によって、「終わらせること」、あるいは困難から「抜け出す」ことが唯一の解決方法だと思い込んでしまう（「死にたい」ではなく、「終わらせたい」、「抜け出したい」）。
- 自殺を考える一方で、「生きたい」という願望が同時に存在し、誰かに助けを求めている。
- 自殺を考えていることを誰かに気づいてもらいたい、助けてもらいたいという思いを、態度やことば、仕草などで伝えている。
- 自殺に傾く過程で、多くの人が精神疾患を発症している。
- 精神不安定や不快な気持ち、不安を取り除くためにアルコールや薬物を過量に使用し、冷静な判断を欠いている状態で自殺が企図されたり、結果として自殺に到ることが少なくない。
- その人の衝動的な傾向や自身に対する攻撃性が、自殺企図を後押しすることがある。

2. 自殺の危険因子

脳卒中の危険因子が高血圧であったり、肺がんの危険因子が喫煙であるように、自殺にも自殺を生じやすくするような危険因子がある。

【自殺の危険因子として知られているもの】

- 自殺をしようという意思（自殺念慮）をもっている。死ぬことを考えている（「死ぬことができるなら」、「死んでしまいたい」：希死念慮）。
- 過去に自らを傷つけたことがある（手首を切る、大量に薬を摂取するなど）。
- 過去に自殺未遂をしたことがある。
- 自らの健康状態を省みない行動（違法薬物の摂取、アルコールの過剰摂取、危険行為、治療不遵守など）
- 精神疾患にかかっている。
- がんなどの進行性の病気にかかっている。慢性疾患や慢性の疼痛をかかえている
- 最近、親しい人を失った（死別、離別、別居、離婚、失恋など）
- 最近、仕事を失った。
- 最近、経済的に破綻をした。
- 相談相手や助けてくれる人がなく、孤立をしている。
- 自殺手段を手に入れやすい環境にある（薬物等の薬品や毒物、火器など）を手に入れやすい。
- 自殺に関する情報にさらされる（報道機関による過剰な自殺報道、報道やインターネットで自殺手段が詳しく紹介されるなど）。

3. 自殺に傾いた人への対応の基本

自殺に傾いた人にどのように接して、何をしたらよいのだろうか？ ここでまず大切なことは、自殺に傾いた人に対応するときの相談担当者自身のありかたや態度に留意することである。そして、自殺に傾いた人や自殺行動の特徴を踏まえたうえで、具体的に対応していくことになる。相談対応といっても、自殺に傾いた人が自発的に多くを語らぬ場合もあるし、自らが抱えている問題が十分に把握されていないこともある。

【心構えと基本姿勢】

- 相手の状況をいったん受け止め、相手の気持ちや立場に立って共に問題解決を考える。（受容と共感）
- 相手の心情に応じて穏やかな対応を心がける
- まず、相手の話すところにじっくりと耳を傾ける。良し悪しの判断をせずに虚心に話を聴く（傾聴）。
- たとえ相手が投げやりになっていても、また自らを傷つけるような行動をとっていたとしてもいたずらに責めたり、批判的な態度をとらない。むしろ相談に訪れたこと、死にたい気持ちや、自傷・自殺未遂について打ち明けてくれたことをねぎらう。
- いかなる状況や相談でも、真剣にとらえる。
- 安易な励ましや安請け合いはしない。
- 説明や提案は明確に行う。行動を促す場合や何らかの紹介を行う場合は、具体的・实际的で相手にとって役に立つものでなければならない。

★1 相談担当者が留意すべきこと

相談担当者は、死にたい気持ちを打ち明けられて、動揺したり不安に感じることがあるかもしれない。また、自らの人生経験や価値観から、無意識のうちに自殺に傾く人に批判的な思いを抱く事があるかもしれない。そのような自分の気持ちや考え方をまず自覚したうえで、これを制御し、相談者への理解や共感に務める事が大切である。

【対応の手順】

- 傾聴に努め、まず状況を把握する。
- 問題となっていることがらを整理する。大抵の場合、問題は複合的な場合が多い。
- 自殺の生じる危険性のアセスメント（評価）をする（いま死にたい気持ちがどうなのか、危険因子があるか、身近に支援をしてくれる人がいるのか、キーパーソンはだれなのかなど→アセスメント（評価）についてはさらに後述）。
- 自殺の危険性が高い場合には、医療機関での対応、身近な人や警察官への要請などを通じて安全を確保する。
- 自殺を防いできた、あるいは自殺を予防する方向に作用する要因を見定め、これを強化する（→これらの要因については後述）。
- 自殺をしてしまうこと以外の解決法があることを伝え、その方法を話し合う。
- キーパーソンを見定め、ともに支援にあたることを要請する。
- 支援・ケアと社会資源の導入を検討する。
- 自殺をしない約束を交わす。

- 必要に応じて支援・ケアを継続する。可能な限り、支援導入後の状況を確認し、支援・ケアの有効性についてアセスメントをする。
- 相談対応の内容は文書に残し、他の人でも同様の対応ができるように整備しておく。

★2 してはいけない対応

してはいけない対応としては、1) 単に「死んではいけない」といった教えを説くような対応や、自傷・自殺企図行為をとがめること、2) 問題となっていることが大した問題ではないとしたり、無視したりすること、3) 「死ぬ気があれば何でもできる」、「弱音を吐くな」といった、実態を無視した、あるいは的外れな励ましをすること、4) 感情的になったり大げさに振る舞うこと、5) たらいまわしの危険をはらむような対応や情報提供を行うこと、6) 相談者の生命の危険性を度外視して、ただ秘密は守ると約束すること、などが挙げられる。

★3 具体的支援の重要性

自殺に傾く人は、単に、「うつ病だから」自殺するわけではなく、多くの場合、生活・経済問題や、職場や学校での問題、介護問題など、具体的な問題、生きづらさを抱えている。したがって、社会資源の活用によって当座の生活の安心を確保するという具体的な支援が、自殺を予防するのに効果的である。

★4 個別性と地域性への配慮

自殺に傾く人の置かれた状況は一人ひとり異なる。支援に際しては、その個別性と地域性を十分に考慮する必要がある。

★5 家族への支援

自殺に傾く人にとって、家族は最も身近で重要な支えである。その意味で、家族は、大切な社会資源であるが、同時に問題対処に苦悩する当事者でもある。したがって、自殺に傾く人のみならず、家族に対する支援も必要であり、その家族の置かれた状況や精神的な状態等を把握し、必要な支援を行うことが求められる。

【相手の気持ちに焦点をあてること】

- 相手の話と言葉には常に注意を払う必要があるが、しかし最も重要な事は、相手が今、どのような思いでその話題を語っているのかという、相手の「気持ち」の部分に焦点をあわせることである。
- 相談者とのコミュニケーションが十分となり、その置かれた状況が把握できるようになり、そして相談者からの信頼がある程度得られた段階で、今の時点での死にたい気持ちの有無を確認することができる。この条件下であれば、死にたい気持ちを尋ねることが自殺を促すことはないと考えられている。

★6 死にたい気持ちを打ち明けられたときの心構え

死にたい気持ちを相談者に尋ねることは、勇気のいることである。すなわち、そのことを尋ねるとかえって危険ではないか、自殺を引き起こしたりはしないかと心配になるかもしれないが、もし相談者と十分なコミュニケーションが取れているのであれば、むしろそのことを話題にしないのは不自然であろう。困難な状況を改善する方法があることを伝え、「死なないこと」の約束につなげることが重要であるが、そのためには、まず、相談者の辛い気持ちに寄り添って、死にたい気持ちをしっかり受け止めることが大切である。

4. アセスメント(評価)と対応

確実に自殺の危険性を予測することのできる面接法や質問表は考案されていない。しかし、アセスメント(評価)を工夫することで、ある程度、その危険性を予見することは可能である。また、アセスメントを行うということは、これに基づいて対策の手立てをより明確にしていくという点でメリットが大きい。

また、自殺予防というと、ついつい危険因子にばかり目が行きがちであるが、相談者を護る保護的因子を探り、その因子を強めたり、本人の潜在的な力を引き出すことも大切なことである。

【自殺の危険度の評価と対応】

- 自殺の危険因子の数とその程度
- 自殺の計画性の有無。計画があるとすればどれくらい具体性があるのか。
- 自殺手段の有無。自殺手段が身近かどうか。
- 支援者の有無。ケアや支援などの社会資源とつながっているのか、それが利用しやすい状況にあるか。
- 自殺を防ぐような要因や環境にあるかどうか。
- WHO から提示されている、危険度に応じた対応法例を改編引用したものを以下に示す。

危険度	兆候と自殺念慮	自殺の計画	対応
軽度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神状態／行動の不安定 ・ 自殺念慮はあっても一時的 	ない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 傾聴 ・ 危険因子の確認 ・ 問題の確認と整理、助言 ・ 継続
中等度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 持続的な自殺念慮がある ・ 自殺念慮の有無にかかわらず複数の危険因子が存在する(支援を受け容れる姿勢はある) 	具体的な計画はない	<ul style="list-style-type: none"> ・ 傾聴 ・ 問題の確認 ・ 危険因子の確認 ・ 問題の確認と整理、助言 ・ 支援体制を整える ・ 継続
高度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 持続的な自殺念慮がある ・ 自殺念慮の有無にかかわらず複数の危険因子が存在する ・ 支援を拒絶する 	具体的な計画がある	<ul style="list-style-type: none"> ・ 傾聴 ・ 問題の確認 ・ 危険因子の確認 ・ 問題の確認と整理、助言 ・ 支援体制を整える ・ 継続 ・ 危機時の対応を想定し、準備をしておく
重度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自殺の危険が差し迫っている 	自殺が切迫している	<ul style="list-style-type: none"> ・ 安全の確保 ・ 自殺手段の除去 ・ 通報あるいは入院

【軽度の危険性の場合に望まれる対応】

相談者の気持ちを支えることと抱えている問題の整理と助言が中心となる。問題となっていることを話してもらい助言を行ったり、相談者のこれまでの問題解決法を話してもらうことで、その人の力を引き出すための手伝いをしたり代替となるような解決法について助言する。また必要に応じて、本人の同意のもと、保健所や精神保健福祉センター、かかりつけ医や精神科医師などの保健医療の専門家に紹介する。できれば、再び連絡を取り合う約束をし、その後の状況について確認を試みる。

【中等度の危険性の場合に望まれる対応】

より強いかわりが求められる。死にたいという気持ちの裏にある「生きたい気持ち」に焦点をあて、そこに働きかける。自殺に代わる当面の対処法や解決法を相談者とともに探索し、現実的な方法を検討する。助言だけでは不十分だと考えられる場合や、複合的な支援が必要な場合、精神科医療が必要と考えられる場合、そしてできるだけ早い対応を要する場合は、本人の同意のもと、保健所や精神科医師などの保健・医療の専門家を紹介したり、家族や友人等と連絡を取る。決して自殺をしないようことと、継続的な支援を約束する。

【高度～重度の危険性の場合に望まれる対応】

安全の確保のために、状況によっては自殺手段を取り除いたり、付き添いが必要になることがある。また、状況によっては、家族や友人などに連絡し、駆けつけてもらわなければならないこともある。自殺企図・自傷行為が確認された場合には救急車の要請をしたり、さらに自殺企図を防ぐために絶対的な安全の確保が必要と思われる場合は、警察に通報し、保護を依頼する。なお、これらの通報は、本人・家族が通報できる状況であれば、それを促すが、もし本人・家族が意思決定できない、あるいは拒絶する場合には、相談担当者の判断で通報しなければならないこともある。

【自殺を防ぐ方向に働く要因】

- 自殺に傾いた人は、無力感や絶望感、あるいは自責感を感じて家族や周囲の人の助けを得ようとせず孤立している場合が少なくない。まず相談できる家族や周囲の人がいるのかどうかを確認してみる必要がある。
- その上で、自殺の危険因子を確認する作業と並行して、自殺を防ぐ要因（相談者を護る“保護因子”）を探ることが、手立てを講じる上で大切である。
- 保護因子は、「内的因子」（その人自身に固有の因子）と「環境因子」に分けられる。

【内的な因子】

体や心の健康度が高いこと

社会（地域、学校、会社や組織、家族など）への帰属意識やつながり感

充実した社会生活：良好な家族機能、対人関係の充実、学業・仕事の充実、経済生活・住居の充足、生きがいをもっていること、ほどほどの余暇
ストレスや困難な状況に柔軟に対応しうる力をもっていること

【環境因子】

支援・ケアの体制が身近にあって利用できること

精神保健福祉や自殺予防に関する情報を得やすいこと

住んでいる地域、活動している地域、所属する学校や組織において精神保健福祉サービスを受けやすい環境が整っていること

住んでいる地域、活動している地域、所属する学校や組織において精神保健福祉や自殺予防に関する啓発・教育が普及し、その地域の人々がこれらの課題をよく理解していること

5 社会資源を利用した継続的な支援とケアの提供

自殺に傾いた人の多くは、心身の健康問題の他にも何らかの社会的問題や生活を続けていくことに困難を感じている。社会資源とは、自殺に傾いた人が「困ったときに頼ることができる人や場所」として、相談担当者が提示しうる地域生活支援サービス資源のことである。社会資源の活用により、その「生きづらさ」を減らしたり、解消したりすることができる可能性がある。

【社会資源や支援・ケアの利用に際しての留意事項】

- 社会資源や支援・ケアの利用に際しては、その内容を十分に説明し、それを利用することに關して同意を得ることを原則とする
- 社会資源や支援とケアの利用に際しては、相談者に特有の状況や地域特性を考慮し、個別的な支援を考慮しなければならない。情報提供は、真に意味のある情報、真に役に立つものでなければならない。
- 社会資源が実際に利用されるためには、単なる情報提供だけではなく、その調整が必要であり、紹介先担当者との事前のやりとりと予約、相談者が訪問した際に対応してくれる担当者のことまで、事前に調整をしておくことが望ましい。
- 利用しようとする社会資源が継続的に利用できるかどうかを事前に検討しておかなければならないし、相談者が継続的に利用するよう支援したり、その後の利用状況を確認することが望ましい。

【相談担当者が活用・提示できる社会資源】

- 各自治体の自殺対策にかかる社会資源や支援サービス内容、支援体制状況は様々である。今後、各自治体は、地域の実状をふまえた相談担当者研修や体制整備などにより、顔の見えるネットワークの充実化を図ることが望まれる。

★7 相談担当者は重要な社会資源

自殺に傾いた要因が、短期間で解決されるようなことは多くはない。しかし、状況の改善にむけた相談者と相談担当者の共同作業のプロセスと関わり合いの継続こそが、自殺予防の重要な要因である。社会資源とは、窓口や組織や病院だけではない。相談担当者研修の終了者や、一般市民、精神保健ボランティア、介護ヘルパー、地域包括支援センター、かかりつけ医、一般病院のスタッフ、その他など、自殺に傾いた人を支援・ケアする一人ひとりこそが重要な社会資源といえる。

- 自殺に傾いた人を支援するための市単位での社会資源の提示例として次のようなものがある（参考文献：9）

本人・家族・市民ための相談窓口案内（ある市の例）

1 市民向け

- ・ ころの健康相談（市役所障害福祉課） 電話相談 平日〇時△分～〇時
- ・ A 保健所 電話相談 平日〇時△分～〇時△分
- ・ ころの電話相談（県精神保健福祉センター） 平日〇～〇時 〇～〇時
- ・ Bいのちの電話 ■■■日 〇時間
- ・ C 自殺予防いのちの電話 毎月■日 〇時～翌〇時
- ・ D 自殺防止センター 電話相談 〇時～翌〇時

2 勤労者向け

- ・ E 労働センター 働く人のメンタルヘルス相談 電話相談 毎週■曜日〇時～〇時
面接相談：予約制
- ・ F 労災病院 勤労者メンタルヘルスセンター 電話相談 ■■■日〇時～〇時
メール相談：abc@123.jp
- ・ G 労災病院 勤労者予防医療センター 電話相談 平日〇時～〇時
カウンセリング（電話予約制）

3 産業保健担当者向け

- ・ H 奈川産業保健推進センター 電話および面接 平日〇時～〇時
メール相談：def@456.jp
- ・ I 地域産業保健センター 電話相談 平日 〇時～〇時
（従業員50人未満の事業場の事業主・従業員の方対象）

4 学校におけるいじめ

- ・ いじめ110番フリーダイヤル 平日〇時30分～〇時
（J市教育委員会青少年相談室）
- ・ いじめ110番 電話相談 ■■■日〇時間
（K県立総合教育センター）

5 自死遺族のつどい

- 問い合わせ先 電話 県精神保健福祉センター
開催時間・場所 隔月第3■曜日 〇時～〇時 A保健所

- なお、健康および社会経済問題に関連する相談支援内容は多岐にわたるため、各自治体の社会資源の整理・提示方法も様々である。以下、課題別、支援手段別、活動主体別の分類例を示す。これらの視点をふまえて、地域の社会資源ネットワークの開発と充実化をはかることが求められる。

【課題別】心身の病、心の健康、子育て、児童虐待、いじめ、ひきこもり、薬物・ギャンブル依存、配偶者等への暴力(DV)、一人親、高齢者介護、障害者地域生活支援、生活消費問題、就労・復職支援、経営・金融問題、人権問題、犯罪被害者支援、他

【支援手段別】電話、eメール、面談、訪問

【活動主体別】市町村、保健所、精神保健福祉センター、家族会、精神保健福祉ボランティア団体、セルフヘルプ・グループ（断酒会、当事者グループ）、各種NPO団体、相談担当者研修・ゲートキーパー研修終了者、その他

6 継続的支援の効果の評価と修正

自殺に傾いた人に対し、どのような支援とケアを、どのくらい継続的に提供することが必要かということは一人ひとり異なっている。ただ、自殺に傾いた人が、その追い込まれた状況から抜け出すには、身近な生活の場で、個別かつ具体的な支援を、継続的に提供することが求められることが少なくない。

したがって、継続的な支援とケアの提供に際しては、あらかじめ対応担当者を決めておき、本人と共に支援の効果の評価し、状況の変化に応じて支援内容を修正するなど調整することが望まれる。

【出会い方の相違による支援の効用と限界】

- 自殺に傾いた人との出会いと支援とケアの提供手段は、eメール、電話、面談、訪問などさまざまである。各々の相談窓口の特性、効用、限界、留意点を表にして示す。

出会いと支援の方法	対応時間・地域・交流手段	効用	限界	その他
Eメール	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間対応が可能 ・広域対応可能 ・文字での交流 	<ul style="list-style-type: none"> ・匿名性が高く、相談しやすい ・夜間の相談が可能 ・日常相談から広域的・専門的相談まで幅広い対応が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・使用法が分からないと利用できない ・継続的支援の保証がない ・返答に時間差がある ・頻回相談が起こりうる ・危険度の評価が難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・救急隊・警察への出動要請判断が困難 ・面談、訪問などの支援への入り口的役割 ・頻回な再相談への対応の工夫が必要
電話	<ul style="list-style-type: none"> ・最大24時間までの対応が可能 ・広域対応可能 ・声での交流 	<ul style="list-style-type: none"> ・誰もが、いつでもどこからでも使える ・即応できる ・匿名性が高く相談しやすい ・日常相談から広域的・専門的相談まで幅広い対応が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・直接本人の様子の観察ができない ・声だけでの評価・支援 ・頻回相談が起こりうる ・継続的支援関係が保証できない 	<ul style="list-style-type: none"> ・メールは文書回答となるため表現に注意が必要
面談	<ul style="list-style-type: none"> ・対応時間に制限 ・市町村・保健所・管轄域での対応 ・対面での交流 	<ul style="list-style-type: none"> ・直接本人の様子の観察ができる ・共に対応法を工夫しうる ・継続支援が可能 ・顔のみえるネットワークづくりが可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスを受けられる地域に居住しているか、身近な所に窓口がなければ利用が困難 ・相談場所まで足を運ぶ手間がかかる 	<ul style="list-style-type: none"> ・危険度の評価が比較的容易 ・電話やメールによる相談支援の併用がありうる
訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・対応時間に一定の制限あり ・生活圏域の対応 ・家庭での交流 	<ul style="list-style-type: none"> ・課題を包括的に把握できる ・継続支援が可能 ・顔のみえるネットワークづくりが可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・支援者・支援対象者に戸惑い感を与えうる ・訪問時間に制限がある 	

- 出会いと支援の方法には、それぞれ効用と限界があるため、各相談窓口の担当者相互の顔のみえるネットワークづくりが求められる。

★8 社会資源を十分に活用するために必要なこと

相談者は、精神疾患の影響等で、体力や気力、自発性が低下していたり、判断力が低下している場合が少なくない。そのため、社会資源を紹介するだけでは本人任せというやり方では、その社会資源が十分に活用されない場合がある。

他の専門機関への相談を勧める際には、相談機関と連絡先を伝えるだけに終わらず、紹介先に対応が可能かどうかを確認することが望まれる。また、できれば、相談対応日時、窓口名、担当者名などを確認のうえ、相談者にそれを伝え、また、後日、結果を知らせてもらうよう依頼するなど、確実に紹介先につなぐ方法を工夫することが望まれる。なお、個人情報保護の観点から、これらの支援は、本人・家族の同意を得て行うことが大切である。

★9 継続的な支援に向けた相談体制の整備

自殺に傾いた人に、一貫性のある継続的な支援とケアを確実に提供するためには、本人や家族・関係者と共に、支援の効果を評価し、状況に応じて支援内容や方法を調整する役割を担う担当者またはチームを、あらかじめ定めておくことが望まれる。

7. 相談担当者に対する支援とケア

自殺に関連した相談業務を継続的に実施するには相談担当者に大きな負荷がかかる。そのため相談担当者の所属する組織や部署では、相談担当者が燃え尽きないように支援するための工夫や体制作りが必要である。

【支援の方法・内容の具体例】

- 相談担当者自身の心の健康を保つためにセルフケア技能の向上のための研修を行う
- 相談対応技能を高めるための研修を行う
- 定期的な事例検討会や自殺対策の課題・問題を話しあうための話し合いの場を設ける
- 専門家や、自殺対策ネットワークの構成員との交流の機会をつくる
- 相談担当部署や組織は、必要時に、相談担当者が専門家により精神的ケアを受けることのできる体制を整える

★10 担当者が燃え尽きないために

自殺に関連した相談に日々従事することは容易なことではない。いくら多くの事例にうまく対応できたとしても、対応が困難な事例や、どうしても自殺を防ぎきれなかったという経験をするかもしれない。自殺に傾く人を一人で支える事はできない。相談担当者は、むしろ一人だけでできることの限界を知り、自殺に傾く人一人ひとりに対して、支援を共に提供しうる仲間や、対処の方法・手段を日頃からできるだけ多く準備しておくことが奨められる。

8. 地域の自殺対策と生きやすい地域づくりに向けた取り組み

自殺には、健康問題や家族問題だけではなく、失業、倒産、多重債務、長時間労働等の社会的な要因が複雑に関係しており、保健医療、福祉、心理、経済、法律等のさまざまな視点からの支援が必要である。

したがって、自殺対策を効果的に押しすすめるためには、各種地方行政機関のみならずさまざまな領域の民間人たちが、相互に協力しあいながら生きやすい地域づくりに取り組む必要がある。

【地方行政機関の機能・役割分担の見直し】

- 平成 18 年に障害者自立支援法と自殺対策基本法が施行されたことにより、地方行政機関の機能・役割分担の見直しがなされた。
 - ・市町村：母子保健、老人保健福祉、障害者福祉相談に加え、地域住民のメンタルヘルス相談も含む、日常生活にかかる総合相談や個別支援
 - ・保健所：市町村支援と精神科医療の利用にかかる相談
 - ・精神保健福祉センター：自殺の実態把握などの調査研究、広域情報センター機能、相談担当者やゲートキーパーの養成、精神保健福祉関連団体の支援、広域地域資源ネットワークづくり支援
- 今日、包括的・総合的な地域の自殺対策を推進するためには、市町村、都道府県、国の各種行政機関が個々ばらばらに相談支援活動を行うのではなく、相互に連携しあって、立体的かつ重層的で有機的な相談支援体制を築き上げる必要がある。

【公民協働で取り組む「生きやすい地域づくり」】

- さらに行政機関相互の連携のみならず、障害者当事者グループ、家族会、各種精神保健福祉関連団体の他、市民グループや民間 NPO 法人などが公民協働で、生きやすい地域づくりに取り組むことが必要である。
- 行政機関と協働で取り組む地域の民間団体の具体例を示すと以下のとおりである。
 - ・社会福祉協議会、司法書士会、弁護士会、かかりつけ医、各種民間医療機関、電話相談機関、各種 NPO 法人、精神保健福祉および各種ボランティアとその団体、学校保健、職域保健、地域保健関連の各種民間団体、マスメディア、その他

Ⅲ. 解説と資料

1. わが国の自殺問題の現状と対策のあゆみ

わが国の自殺者数は、平成10年に一挙に8,000人余り増加して3万人を越え、その後も高い水準が続いている。けれども、わが国の自殺対策は、従来、うつ病対策や心の健康づくり対策を中心とした取り組みはなされていたものの、総合的な自殺対策はほとんど行われてこなかった。

そうした状況にあって、自殺に傾いた人や自殺者の親族等への支援については、平成14年12月、厚生労働省が設置した自殺防止対策有識者懇談会の報告書「自殺予防に向けての提言」の中で初めて自殺対策の論点として認識されるに至った。

その後、自殺で身近な人を亡くし遺族となった人々や、自殺未遂者や自殺者の親族等に対する支援に取り組んでいる民間団体から、自殺未遂者や自殺者の親族等への支援を含む総合的な自殺対策に取り組むべきであるとの強い要望が出されようになり、それに応える形で平成17年7月に参議院厚生労働委員会において「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」がなされ、平成18年6月に制定された「自殺対策基本法」では、自殺未遂者や自殺者の親族等に対する支援が明文化され、その重要性が明確化された。

さらに、平成19年6月には、政府の推進すべき基本的かつ総合的な自殺対策の指針として「自殺総合対策大綱」が策定され、自殺未遂者や自殺者親族等の支援に対する取り組みの重要性についても言及がなされるに至った。

2. 自殺対策基本法と自殺総合対策大綱

自殺対策基本および自殺総合対策大綱の概要は図1、2に示すとおりである。

図1 自殺対策基本法の概要

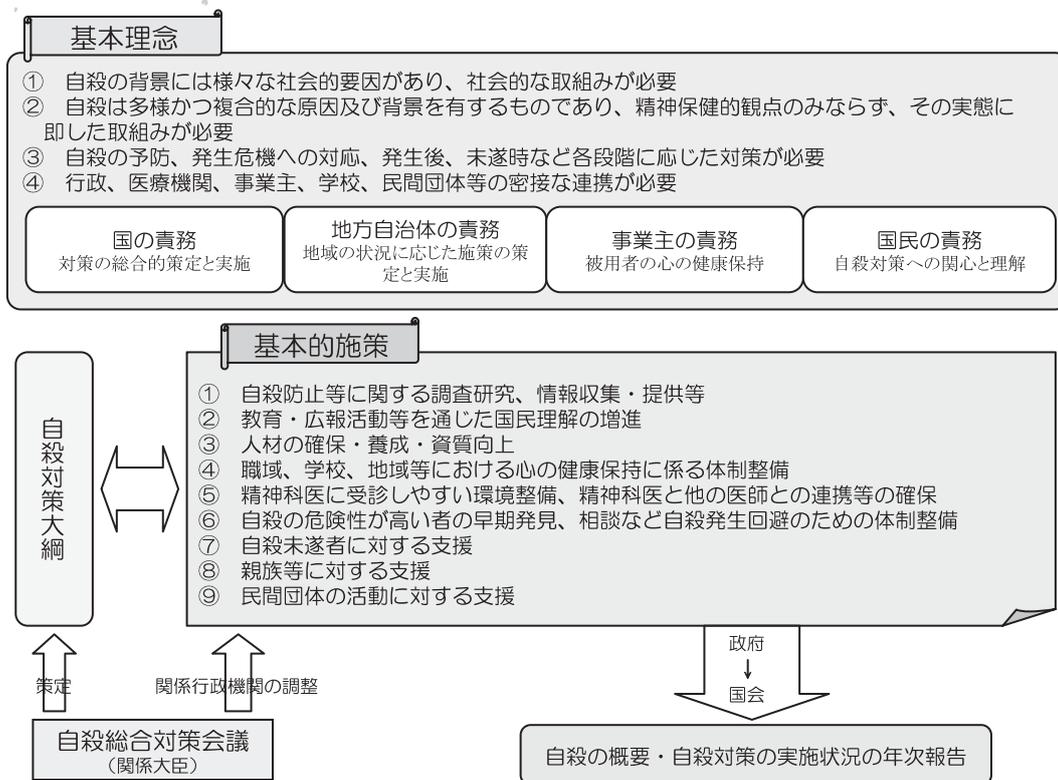
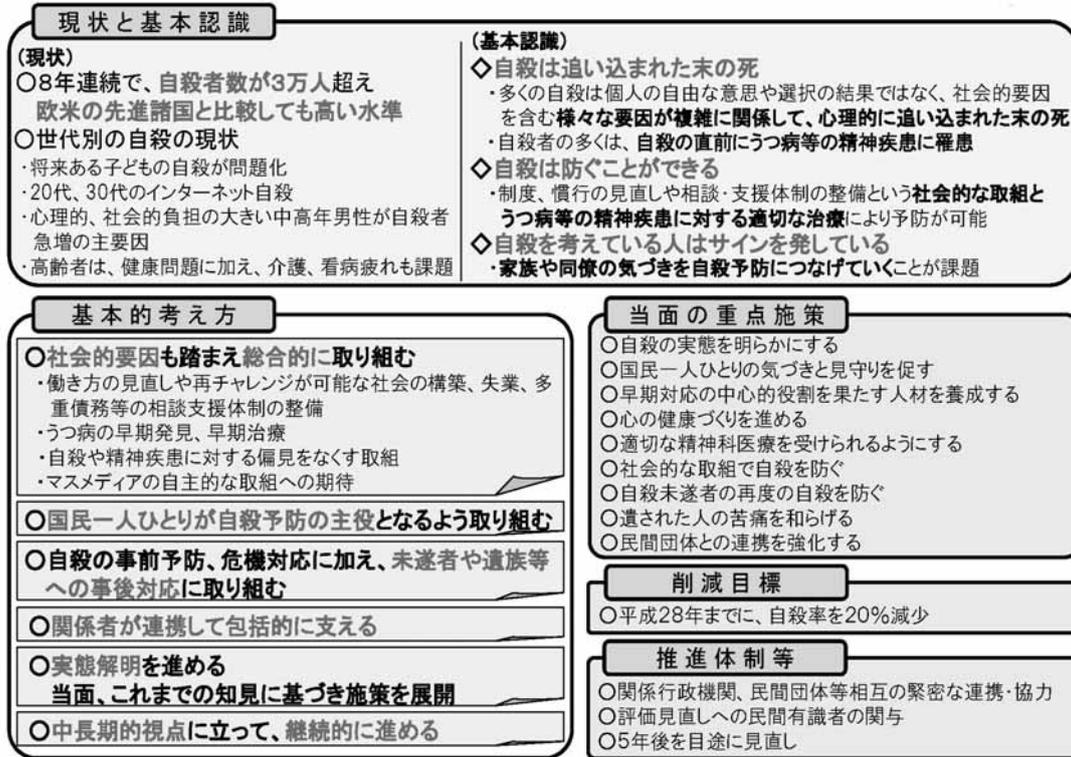
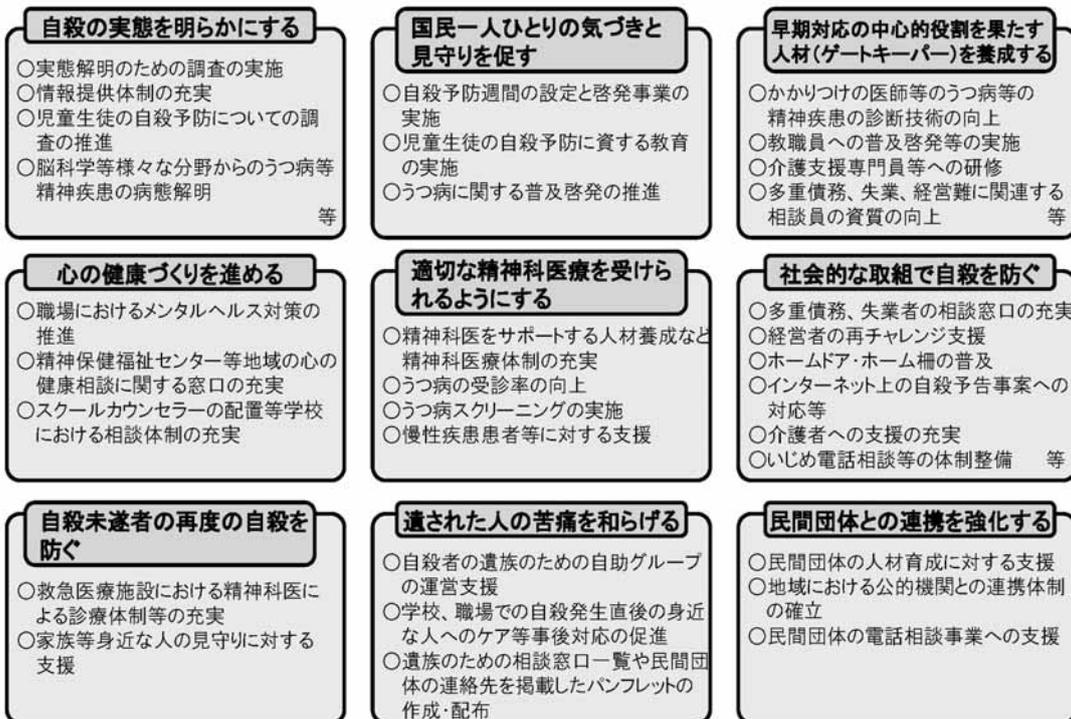


図2 自殺総合対策大綱の概要



自殺を予防するための当面の重点施策



自殺対策基本法の基本理念や自殺総合対策大綱の基本認識としてはっきり示されているように、自殺のサインを見逃さず、精神保健福祉領域のみならず社会的な取り組みをも含め包括的・総合的な支援を提供することで、自殺念慮をもつ人の自殺企図、自殺未遂者の再企図を防ぐことができる。

特にこれら自殺に傾いた人々への対応には、多くの場合、迅速性が求められており、縦割り主義は禁物である。そのため、自殺未遂者や自殺念慮のある人に対応する部署や機関は、常日頃より、相互に自殺対策に関する認識や情報を共有し、連携を密にするよう努めることが必要である。

また、恒常的に相談対応を実施していくためには、援助者あるいは相談担当者の育成や、それらの人々を支える体制の構築も重要である。

なお、自殺総合対策大綱に基づく策定後1年間の活動状況の評価と、最近の硫化水素事件などの自殺の動向をふまえて、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が、自殺総合対策会議でとりまとめられ、平成20年10月31日に「自殺対策加速化プラン(図3)」として公表された。

図3 自殺対策加速化プランの概要

<p>1. 自殺の実態を明らかにする</p> <p><情報提供体制の充実> ○自殺統計に係るデータの分析・提供</p> <p><既存資料の利活用の促進> ○自殺統計原票への調査項目追加を検討</p>	<p>4. 適切な精神科医療を受けられるようにする</p> <p><うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進> ○うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等の調査研究を推進、継続的な治療・援助を行う体制を整備、自助活動への支援等を実施</p> <p>○精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者について、早期発見、早期介入のための取組を推進</p> <p style="text-align: right;">※大綱に項目追加</p>	<p>6. 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ</p> <p><救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実> ○心理的ケアを中心に関係者研修を実施</p> <p>○自殺未遂者ケアに関するガイドラインを作成</p>
<p>2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す</p> <p><児童生徒の自殺予防に資する教育の実施> ○教職員向けのマニュアルの作成を加速</p> <p>○情報教育に関する手引きの作成</p> <p>○生命を尊重する心を育む教育を普及</p>	<p>5. 社会的な取組で自殺を防ぐ</p> <p><地域における相談体制の充実> ○精神保健福祉センター等と関係機関の連携強化による相談体制の充実</p> <p>○公的電話相談事業の統一ダイヤルを推進</p> <p><危険な場所、薬品等の規制等> ○販売事業者に対する注意喚起等の実施</p> <p><インターネット上の自殺関連情報対策の推進> ○第三者に危害を及ぼすおそれの高い物質の製造方法を教示・誘引する情報について削除するよう依頼するインターネット・ホットラインセンターの取組に対する支援</p> <p>○「違法・有害情報への対応等に関する契約約款モデル条項」の見直し</p> <p>○インターネット上の違法・有害情報の検出を行うための技術開発を推進</p> <p>○青少年へのフィルタリング普及やインターネットの適切な利用に関する教育の推進等</p> <p style="text-align: right;">※大綱に項目追加</p> <p><インターネット上の自殺予告事案への対応等> ○検索サイト管理者との意見交換等の実施</p>	<p>7. 遺された人の苦痛を和らげる</p> <p><自殺者の遺族のための自助グループの運営支援> ○遺族の集いの開催に対する支援の実施</p>
<p>3. 心の健康づくりを進める</p> <p><職場におけるメンタルヘルス対策の推進> ○専門家派遣や担当者の育成等を実施</p> <p>○産業医と地域保健等との連携による円滑な職場復帰支援の推進</p> <p><地域における心の健康づくり推進体制の整備> ○地方公共団体等に対する研修の実施</p> <p>○精神保健福祉センターで復職相談を実施</p>	<p>8. 民間団体との連携を強化する</p> <p><地域における連携体制の確立> ○先駆的な民間団体に対する支援の充実</p> <p>○ネットワーク構築のための取組を促進</p>	<p>9. 推進体制等の充実</p> <p><国における推進体制> ○特異事案の発生等の通報体制の整備及び緊急連絡会議の開催</p> <p><地域における連携・協力の確保> ○市町村に自殺対策担当部署が設置されるよう、働きかけ</p> <p style="text-align: right;">※大綱に記述を追加</p>

3. 本指針作成の経緯

(1) 「自殺未遂者ケアガイドライン作成指針」の策定

わが国の自殺未遂、自傷行為に関する実態調査や研究は始まったばかりである。そうしたなか、平成 18 年度に、自殺未遂者および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の作成を目的に、厚生労働科学研究「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」が開始された。そして、本研究の成果をふまえて、平成 20 年 3 月、自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会報告書のなかで「自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成指針」と「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」が公表された。

このうち、自殺未遂者ケアガイドライン作成指針は、高度救命救急センターにおける重症自殺未遂者の実態、国内外のさまざまな自殺予防のためのガイドラインや手引書に加え、専門家や相談担当者の意見聴取をふまえて作成された。そして、内容的には、本指針にも盛り込んだ基本的共有事項の他、今後、使用対象者別の未遂者支援ガイドラインの作成が必要であることや、普及啓発を効果的に図るための配布資料の作成、普及啓発の場と機会の設定、普及媒体の工夫などについて述べている。また、効果的かつ継続的なケアを提供のためには自殺未遂者ケアに関する実態把握が必要であること、支援を行う様々な実施主体が各々の長所を生かし、地域ケア体制の充実を図るため自殺対策連絡協議会を活用することや、相互の勉強会やワークショップ等を通じた連携の強化の必要性などについてもガイドラインに盛り込むべきであるとの提言がなされている。

(2) 本指針の作成

本指針は、この「自殺未遂者のケアに関するガイドライン作成指針」および各地方自治体が今日までに作成したマニュアルやリーフレットなどを参照しつつ、フロントラインの地域保健福祉関係者が、自殺に傾いた人への相談・支援活動を行い、また、地域の社会資源の活用と充実化を図るうえで活用してもらうことを目標に作成した。

ところで、今日、地域住民の日常生活に直結した保健福祉にかかる相談を行うフロントラインは保健所から市町村へと移行・拡大しつつある。このような、生活圏ないし市町村圏域での地域生活相談・支援活動の充実化を目指す流れのなかで、市町村の行政職員やサービス提供事業者等が、個別具体的な生活上の問題にかかる相談・支援を担う機会は大幅に増えつつある。そして、こうした日常相談・支援業務のなかで出会う地域住民が、自殺を考えていたり、自傷行為や自殺未遂をしたりしていることが分かり、その相談対応や支援・ケアを行うことが求められるようになってきており、今後、そうしたニーズはさらに増えることが予想される。

自殺には、健康問題や家族問題だけではなく、失業、倒産、多重債務、長時間労働等の社会的な要因が複雑に関係しており、保健医療、福祉、心理、経済、法律等の様々な視点からの支援が必要である。したがって、こうした地域ニーズにこたえるためにも、市町村、保健所、精神保健福祉センターなどの地域精神保健医療福祉関連の地方行政機関は、個人情報保護の視点をふまえつつ、他の各種行政相談対応部署とも相互に連携・協力しあって「立体的かつ重層的な相談支援体制」を整備し、地域住民に生活者の視点に立った包括的・総合的・有機的な支援とケアを提供しうる地域の相談・支援体制の整備と社会資源の充実化に取り組むことが求められる。

なお、本指針の使用に際しては、本指針と対をなす指針として作成された「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」を併せて使用されることが望ましい。また、その他にも、現在、救急医療関係者、精神科救急医療の場での自殺未遂者の支援にかかる指針が作成中であるが、さらに、学校、職域、地域における支援活動の担当者（教員、職場の健康管理者、民生委員等、その他の自殺未遂者と接する機会のある者（警察、消防救急隊、医療機関等）を対象としたガイドラインについては、別途、作成することが望まれる。

4. メンタルヘルス対策の重要性

自殺には多様かつ複合的な原因・背景があり、自殺に傾いた人を支えるためには心身の健康から社会的支援まで総合的・複合的な取り組みが必要である。実際、自殺に傾いた人の心の健康度は著しく損なわれており、また、そうした本人を支援する家族や関係者、相談担当者の健康度もまた低下していることが少なくない。したがって家族や相談支援担当者等も含む全ての地域住民のメンタルヘルス対策を推進することが重要な課題といえる。

(1) 動向

21世紀の国民の健康づくり計画である「健康日本21」では、健康の保持・増進には、体の健康のみならず心の健康づくりが大切であることが明示された。そして、心の健康度を高めるため、自殺者数の減少なども含め具体的な数値目標を掲げて、学校、職域、地域が一体となって取り組む必要があることが示された。また、自殺対策基本法が制定され、新健康フロンティア戦略にも「うつ対策」が盛り込まれるなどの流れの中で、国や都道府県、市町村では、広く地域住民を対象にしたメンタルヘルスにかかる普及・啓発の取り組みがなされるようになりつつある。こうして、今日、すべての地域住民の心の健康づくりは国策上の重要課題として位置づけられるようになった。

(2) 現状

とはいえ、地域には、いまだに精神疾患患者、精神障害者、自殺未遂者等への偏見・差別が根強く残っており、自殺に傾いた人が、自らその辛さを言葉にして、家族、友人や地域の相談関係機関などに支援を求めることが困難な状況にある。また、職場における、勤労者のメンタルヘルス対策については、一部の大企業では少しずつその取り組みがなされるようになったものの、中小企業にまで広く拡がりつつあるとは言い難い状況にある。そのため、心の健康が損なわれていることに気づきながらも、雇用上の不利益を被ることをおそれて支援を求めることをためらう場合が少なくはない。また、教育の現場においても、心の健康づくりのための具体的な取り組みがなされるようになるのは、今後に残された課題であるといえよう。

(3) 今後の課題

これからは、さまざまな生活の場において、広く心の健康の保持・増進に関する適正な知識を普及させ、メンタルヘルスについての理解の輪を拡げていくことによって、自分自身、家族、友人、職場の同僚などの心の健康度が低下し、何らかの支援が必要となったとき、地域の社会資源を適切に利用しながら心の健康を取り戻すことができるような新たな地域づくりに積極的に取り組んでいく必要がある。

すなわち、自殺対策への取り組みのなかで、一人でも多くの地域住民が、心の健康づくりの意義を理解し、自らの心の健康度を適正に判断し、それを維持できるよう、普及啓発をすすめるということは極めて大切な課題である。そして、自らの心の健康づくりを実践できるようになった人達が、さらに相談担当者やゲートキーパーの養成研修などを受け、自殺に傾いた人達への相談支援活動を行うなど、地域の相談支援ネットワークの充実化に向けた取り組みに参画して、「生きやすい地域づくり」を推し進めていくことが求められる。そして、こうした学校、職場と地域とが一体となったメンタルヘルス対策の推進こそが、効果的な自殺対策を推し進める基盤となろう。

5. 参考文献/参考資料

- 各自治体の地域特性をふまえた「自殺に傾いた人への支援・ケア」ガイドラインやマニュアル等を作成する上で参照しうる資料を幾つか示す。
 - 1) 自殺総合対策のあり方検討報告書「総合的な自殺対策の推進に関する提言」平成 19 年 4 月
 - 2) 自殺総合対策大綱、平成 19 年 6 月
 - 3) 自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会報告書、平成 20 年 3 月
 - 4) 自殺対策加速化プラン、平成 20 年 10 月
 - 5) 自殺予防 プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き[WHO (河西千秋/平安良雄監訳、2007 年 10 月)]
 - 6) 自殺予防 プライマリケア医のための手引き[WHO (河西千秋/平安良雄監訳、2007 年 10 月)]
 - 7) 自殺予防 教師と学校関係者のための手引き[WHO (河西千秋/平安良雄監訳、2007 年 10 月)]
 - 8) 自殺予防 職場のための自殺予防の手引き[WHO (河西千秋/平安良雄監訳、2007 年 10 月)]
 - 9) わたしのこころサポート講座テキスト、神奈川県地域(大和市)自殺対策推進連絡協議会テキスト作成委員会、平成 20 年 3 月
 - 10) こころサポーター養成研修テキスト、神奈川県地域(大和市)自殺対策推進連絡協議会テキスト作成委員会、平成 20 年 3 月
 - 11) 相談の進め方 ～自殺にまつわる相談をめぐる～、東京都立中部総合精神保健福祉センター、平成 20 年 3 月
 - 12) 長崎県自殺総合対策；相談対応の手引き集(「自死遺族への相談支援の方法」「借金・経済問題への対応」「メンタルヘルス問題への対応」)長崎県自殺対策専門員会、平成 20 年 9 月
 - 13) 自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針、平成 20 年 12 月
 - 14) 自殺予防活動をすすめるために～看護・介護などに携わる人のために～ 秋田県・秋田県医師会
 - 15) つながって支え合おう、自殺を防ぐために私たちにできること、きょうと精神保健福祉だより N051、京都府精神保健福祉センター
 - 16) こころの健康だいじょうぶ、自殺予防対策パンフレット、三重県こころの健康センター
 - 17) こころのリスクマネジメント、一部下のうつ病と自殺を防ぐために一、中央労働災害防止協会、平成 16 年
- 自殺対策の最新情報(研修を含む)を得るために以下のホームページが役立つ。
 - ・ 自殺予防総合対策センター「いきる」 <http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>
 - ・ 内閣府自殺対策推進室 <http://www.8.cao.go.jp/jisatutaisaku//index.html>
 - ・ 全国精神保健福祉センター長会 <http://www.acplan.jp/mhwc/>
 - ・ 各精神保健福祉センターのホームページ
 - ・ 横浜自殺予防研究センター <http://www.-user.yokohama-cu.ac.jp/~psychiat/WEB-YSPRC/index.html>
 - ・ 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>
 - ・ 全国自死遺族総合支援センター <http://www.lifelink.or.jp/izoku-center/>
 - ・ 自死遺族団体全国ネット <http://www.jisihilcare.org/>
 - ・ 全国自死遺族連絡会 <http://www.ainokaisendai.web.fc2com/rennrakukai.htm>
 - ・ 各自治体のホームページ

【編集責任者】

- *桑原 寛 神奈川県精神保健福祉センター
*河西 千秋 横浜市立大学医学部精神医学教室
川野 健治 国立精神・神経センター自殺予防総合対策センター
伊藤 弘人 国立精神・神経センター社会精神保健部

(*執筆者)

【編集協力者（50音順）】

- 熱田 辰雄 大和市障害福祉課
稲垣 正俊 国立精神・神経センター自殺予防総合対策センター
遠藤 隆三 川崎市田島地区民生委員・児童委員協議会
大塚 俊弘 長崎こども・女性・障害者支援センター
橘川美恵子 保護司（元大和市民生委員児童委員）
黒澤 美枝 岩手県精神保健福祉センター
小泉 典章 長野県精神保健福祉センター
小杉 敦子 神奈川県精神保健福祉センター
澁谷 貞子 大和市民生委員児童委員
竹島 正 国立精神・神経センター自殺予防総合対策センター
田辺 等 北海道立精神保健福祉センター
土屋 史雄 神奈川県大和保健福祉事務所
伏見 雅人 秋田県精神保健福祉センター
清水 新二 奈良女子大学生生活環境学部
山田 麻貴 川崎市精神保健福祉センター
渡邊 直樹 関西国際大学人間科学部
濱田由香里 長崎こども・女性・障害者支援センター

IV 自殺防止のためのこころの健康相談の取組み

自殺関連電話相談マニュアル（こころの健康相談統一ダイヤル）

（平成 21 年 1 月）

1 こころの健康相談統一ダイヤルについて

(1) 相談の目的

自殺の危機が高まっている人に対して、話を聞くことで自殺念慮を軽減又は回避できるようにする。
具体的な自殺の危機介入を受けられるような方向付けをする。

(2) 相談体制

- ①精神保健福祉センター職員（SP：Suicide Prevention チーム）が 0570-064556（独立電話）で対応する。
- ②相談時間は平日午前 9:30 から午後 4:00 まで。

(3) 相談手順

- ①「こころの健康相談統一ダイヤルです」と電話に出る。
- ②相談内容は「こころの健康相談統一ダイヤル相談票」に記入する。（様式1）
- ③相談員の職種・名前は明かさない。しつこく聞かれても「名乗らないことになっている」旨を答える。

(4) その他

- ①基本的に主治医がいる場合は主治医への再相談を勧める。
- ②自殺関連でない相談や緊急の相談でない場合は精神保健に関する一般電話相談を勧める。

2 自殺に関する基礎知識

(1) 自殺相談の基本姿勢 高橋（2002）より引用

- ① 共感を示しつつ、相手の訴えに耳を傾けると共に、冷静な態度を保つ。
- ② 支持的な態度で接し、相手を思いやる姿勢を示す。
- ③ 相手の置かれた状況を真剣に受け止め、自殺の危険の程度を判断する。（表2）
- ④ これまでも自殺を図ったことがあるかどうか質問する。
- ⑤ 自殺以外の可能性を探る。
- ⑥ 自殺の計画について尋ねる。
- ⑦ 十分な時間を取る。
- ⑧ 自殺しないという約束をしてもらう。
- ⑨ どのようなサポートが得られるか検討する。
- ⑩ 実際に行動を起こし、他者に知らせ、助けを求める。

(2) 自殺行動に関する危険因子：

自殺は複数の原因が重なって起こるので、危険因子を知ること、よりよい支援に繋がる。

「潜在的に自殺する危険性が高い人かどうか」を評価するポイント 高橋（2006）より引用 （表1）

自殺未遂歴	自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応を検討
精神疾患の既往	気分障害、統合失調症、人格障害、アルコール依存症、薬物依存等
サポート不足	未婚者、離婚者、配偶者との別離 近親者の死亡を最近経験
性別	自殺既遂者：男＞女 自殺未遂者：女＞男
年齢	高齢者（65 歳以上）と若年者（15～30 歳） 中年男性の自殺率も上昇
喪失体験	経済的損失、地位の失墜、病気や外傷、近親者の死亡、訴訟を起こされる等
性格	依存・敵対心、衝動的、強迫的・病的な完全壁、孤立・抑うつ的、反社会的
自殺の家族歴	近親者や知人に自殺者が存在する
事故傾性	事故を防ぐのに必要な措置をとらない 慢性疾患に対する予防・医学的助言を無視する
児童虐待	幼児期に身体的、心理的、性的な虐待を受けたことがある

(3) 自殺行動の緊急度: 自殺の危険度により、対応が異なる。

「現在、自殺の危険性をどのくらい有しているか」を評価するポイント 高橋 (2002) より引用 (表2)

「もう駄目だ」「死んだほうがましだ」といった希死念慮を抱いているが、具体的な計画はない	危険度 低
希死念慮があり、その計画を立てているが、ただちに自殺するつもりはない	危険度 中
自殺についてははっきりとした計画があり、その方法も手にして、ただちに自殺する危険がある	危険度 高

(4) 具体的確認事項

(表3)

- ・ 自殺したい気持ちがいつからあったか、どのくらいの周期でその思いが襲ってくるか。1 回の波の継続時間、一番最近の波はいつか。いつもその波をどうやって乗り越えているか。
- ・ 今回調子が悪いと思ったのはいつ頃か。どんな症状があるか(うつ病・解離症状・自傷行為・身体症状等)
- ・ アルコールはどれくらい飲むか。飲んだらどうなるか。
- ・ 以前にもこのようなことがなかったか。
- ・ 自殺未遂をしたことがあるか(いつ頃・手段)
- ・ 既往歴・現病歴(身体疾患・精神疾患)
- ・ 最近(ここ 1~2 年)本人の交流の深い親族や友人で亡くなった人がいるか。あるいは、離別・失職等の喪失体験があるか。
- ・ 家族のサポート体制について、苦しみの理解の程度やプレッシャーの有無、精神科受診への理解等はどうか。
- ・ 本人が自宅療養する時、誰か側についてられる状況か。(特に夜間)

3 主訴別対応

(1) 自殺念慮のある人への対応

○「そんなに苦しかったのですか」など、いたわりの言葉をかけ、相手の気持ちに寄り添い、相手が何を伝えようとしているのかを考えながら、じっくりと丁寧に話を聴き、受けとめる。

○表2・3の事項を聞きながら自殺の緊急度の判断をする。

○真剣に話を聴き、「相談してくれたあなたは大切な人、かけがえのない人、いなくなったら悲しい」などのメッセージを伝えて、「自殺しない」と約束してもらう。

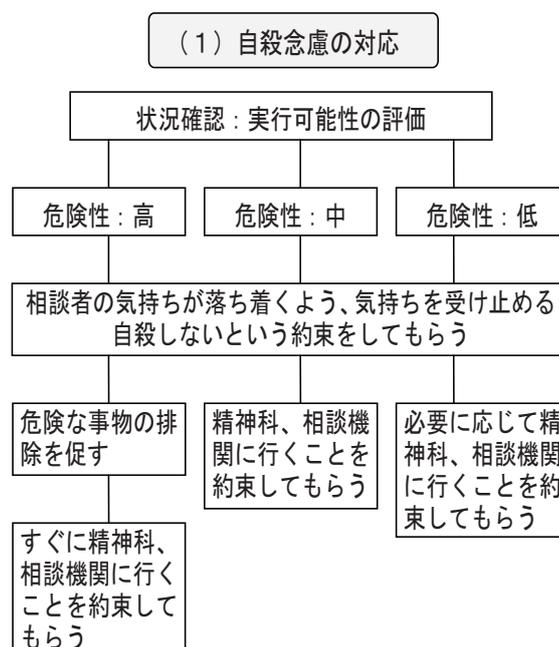
○秘密にする約束はしない

○死にたい気持ちの高まっている場合(危険度が高い場合)

- ・時間をかけて気持ちが落ち着くまで話を聞く。
- ・危険な物を身近に置かないよう働きかける
- ・周囲に支えてくれる人がいるか、話せる人がいるかを確認する。可能であれば家族や友人等誰かに一緒にいてもらうことを勧める。
- ・精神科の主治医がいる場合は受診を勧める。
- ・主治医がいない場合は精神科受診の必要性を説得する。

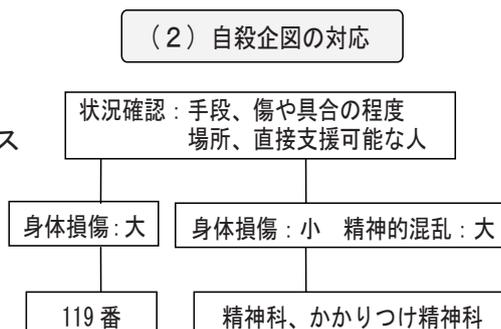
○危険度が中程度以下の場合

- ・精神科の主治医がいる場合は受診を勧める。
- ・主治医がいない場合は精神科受診の必要性を説得する。



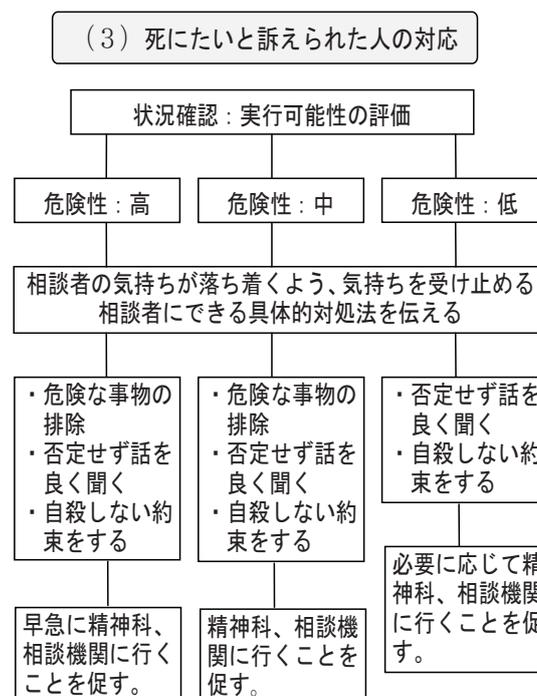
(2) 自殺企図者への対応

- 安全を確保する。(精神科医や専門病院の対応が不可欠。)
- 自殺企図の手段を確認する。(服毒の場合は何時に、何を、どれだけ・自傷の場合は外傷の程度)
- 緊急性が高く、以下の場合は、相手の電話番号(ナンバーディスプレイ)や状況・居場所の確認をして相談員が警察(110番)に通報する。
 - ・身近で保護をしてくれる人が見つからない場合で、本人の居場所が分かり個人が特定できる場合
 - ・周囲に被害が起これる場合
- 身体的処遇が優先される場合は一般救急の受診の必要があることを伝え、本人に119番通報をさせる。可能であれば、家族や友人等誰かと一緒に行ってもらう。(本人を単独で病院に行かせるのは避ける。)
- 精神科の主治医がいる場合は受診を勧める。適切な治療が受けられるよう、未遂行為のあったことを主治医に伝えるよう勧める。伝えることに抵抗がある場合は本人の了解を得て、相談員が伝える。
- 主治医がいない場合は精神科受診の必要性を説得する。
- 受診した(する)医療機関に精神科がない場合、必ず精神科への紹介状を書いてもらうよう働きかける。



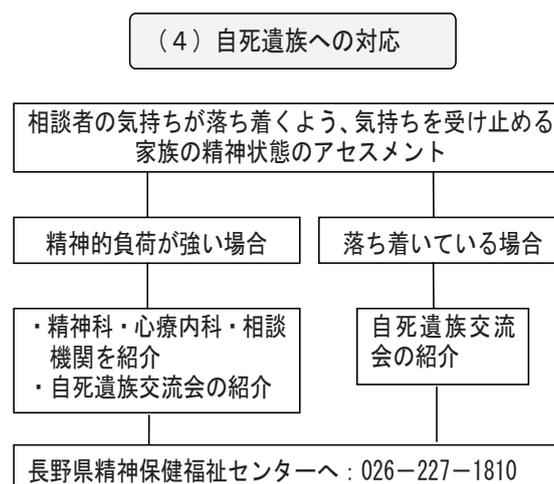
(3) 死にたいと訴えられた人(家族・相談された友人等)

- 過剰に反応してしまうので落ち着かせる。
- 具体的状況を把握する。
- 必要に応じて具体的な指示をする
 - ①自殺の恐れのある人を一人にしない。(特に夜)
 - ②刃物やロープなどの自殺の手段となりそうなものは、目のつくところに置かない。
 - ③本人を保護できる人に連絡をとってもらおう。
 - ④話を強要しない。
 - ⑤本人の言うことを否定しない。新たな努力をさせない。
 - ⑥アルコールはできるだけ取らせない。
 - ⑦ストレス解消の積極的行動は控える。(本人は疲れ果てているのでかえってストレスになる)
- 精神科の病院受診を働きかけてもらう
- どうして死にたいという気持ちを持つのか説明する(うつ病等精神状態について、今後の対応に役立つ)
- 今後の対応について、身近な専門家(主治医・産業医・HCや市町村の保健師等)への相談を勧める。



(4) 身近な人を自死でなくした人への対応

- 暖かい雰囲気ですらに話を聴く。
- 心身の不調の確認。
- 悲嘆の正常な反応なのか、病的な悲嘆なのか判断し、必要があれば精神科受診を勧める。
- 自殺念慮を訴えれば、(1)の対応をする。
- 自死遺族会への参加希望の場合は一般電話相談を勧める。



遺族の特徴

- ◇大切な人を自死で亡くした人は、他の死に比べて特別な感情を抱きがちです。
心理的に大きな負担を受け、日常生活にも大きな変化を受けます。
- ◇また、その人の死に遭遇したり、遺体を目撃することもあります。
- ◇社会や家族内でもその死に対する考え方が異なり、遺族は自責的で孤独になりがちです。
- ◇身内の自死の事実を隠したがるが多く、電話で初めて語るができる人も多くいます。

(5) リピーター(対応の指示に従わず繰り返し電話をかけてくる人)への対応

- 相談者の気持ちが落ち着くよう、気持ちを受け止める。
- これまでの電話相談歴を尋ねる。
- 緊急の電話が入ることがあることを伝え、精神保健に関する一般電話相談を勧める。この時、見捨てられたと感じさせない対応が必要。

(6) その他

- 自殺関連以外の相談への対応
問題点を整理した上で、適切な相談機関を紹介する
例：「この統一ダイヤルは、自殺予防が目的の相談ダイヤルです。お話を伺ったところ、〇〇の方がより適切な相談が可能です。申し訳ありませんが、〇〇へお電話していただけますか。」

4 支援者のフォロー

- (1) 電話をとった直後：深刻な内容の相談や危機介入中は、過度の緊張や心理的負荷が誰にでもかかりやすい。電話中、自分に起きた相談員自身の感情について、他の職員と分かち合うことで精神的負担を軽減することができる。相談員の調子が悪くなった時は、上司にその旨を報告し対応を求める。
- (2) 定期的なカンファレンス：対応を複数で客観的に分析することで、相談技術の向上を図る。相談員の対応の問題点に焦点を当てるのではなく、「別の方向性が考えられるか」、「次回同様の電話が来たときにどのように対応するか」といった前向きな検討を行っていく。
- (3) 電話相談の限界について知る：マニュアルに則った対応をとっても、全ての自殺が予防できるわけではない。特に電話での介入には物理的な限界がある。仮に自殺が起こったとしても、それは相談員個人の問題ではない。相談者に対して、自殺防止のできる限りの対応をとったことに意義がある。

・引用文献

高橋祥友：WHOによる自殺予防の手引き；平成14年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業) 自殺と防止対策の実態に関する研究 研究協力報告書、p385-405, 2002

高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント 第2版。医学書院、2006

・参考文献

河西千秋、平安良雄 監訳：自殺予防；プライマリ・ヘルスケア従事者のための手引き。横浜市立大学医学部精神医学教室、2007

下園壮太：自殺の危機とカウンセリング；自殺念慮への対応とディブリーフィング。金剛出版、2002

高橋祥友：新訂増補版 自殺の危険；臨床的評価と危機介入。金剛出版、2006

東京都立中部総合精神保健福祉センター：相談の進め方；自殺にまつわる相談をめぐる、2008

(5) リピーターへの対応

相談者の気持ちが落ち着くよう、気持ちを受け止める
これまでの電話相談歴を尋ねる

不安定な場合

落ち着いている場合

・傾聴
・精神科・心療内科・相談
機関を紹介

こころの電話相談、精神保健福祉センターの電話相談の活用

長野県精神保健福祉センター：026-227-1810
こころの電話相談：026-224-3626

(6) 自殺関連以外の相談への対応

主訴を伺い、自殺関連でない相談内容の場合

問題点を整理した上で、適切な相談機関を紹介する

相談機関については精神保健福祉ハンドブック参照
(2007年長野県精神保健福祉センター発行)
長野県精神保健福祉センター：026-227-1810
こころの電話相談：026-224-3626

**生きていることが
つらくありませんか**

こころの健康相談統一ダイヤル

0570-064556

開設時間：平日 9時30分～16時

この統一ダイヤルは、自殺予防を目的として、
“消えてしまいたい”
“家族や知人に死にたいと訴える人がいる”
“身内が自死をしてつらくてどうしようもない”
などの自殺に関する相談をお受けします。

一人で悩まず是非ご相談ください。

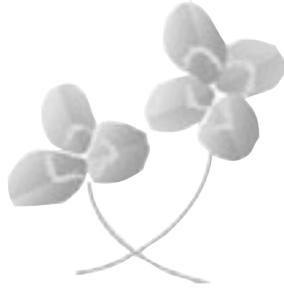


自殺総合対策大綱に基づき、相談しやすい体制整備の一環として、平成20年9月10日より「こころの健康相談統一ダイヤル」が長野県精神保健福祉センターに設置されました。

*長野県内のみ通話可能

*このポスターは、国際ノブチミスト長野様の寄附により作成いたしました。

長野県精神保健福祉センター
電話:026-227-1810(直通) FAX:026-227-1170
E-mail:withyou@pref.nagano.jp
Http://www.pref.nagano.jp/xeisei/withyou/



きらい☆ げんき通信 第21号

助けを求めています

自殺のサインを見逃さないで

ここ数年、全国では年間3万人を超える自殺者が出ており、県内でも、毎年約500人の人が自殺で亡くなっています。このような状況から、自殺予防は社会全体の大きな課題となっています。平成19年6月、自殺対策基本法に基づき「自殺総合対策大綱」が決定され、現在、国を挙げた対策が取られています。「自殺なんて自分には関係がない」とあなたは思っていないませんか。あなたの周りの孤独な人に気付いて、そして支えてください。

■自殺に関する誤解

自殺について、広く信じられていた誤解があります。

〔誤解〕 自殺を口にする人は、本当は自殺しない。
〔事実〕 自殺した人のほとんどは、その意図を前もって打ち明けています。

〔誤解〕 自殺には何の前触れもない。
〔事実〕 自殺の危険の高い人は、しばしば死にたいというサインを出しています。

〔誤解〕 自殺は予防できない。
〔事実〕 背景にある心の病気のケアを行うこと、また自殺を考えている人が出ずサインを見逃さずに注意をすることが多いのです。

■自殺予防の10力条（自殺のサイン）

次のようなサインを数多く認める場合は、自殺の危険が迫っています。周囲の人は注意を払ってください。

①気分が沈む、自分を責める、仕事の能率が落ちる、決断できない、不眠が続く（う

つ病の症状に気を付けましょう）

②原因不明の体の不調が長らく

③酒量が増す

④安全や健康が保てない

⑤仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う

⑥職場や家庭でサポートが得られない

⑦本人にとって価値のあるもの（職、地位、家族、財産）を失う

⑧重症の病気にかかる

⑨自殺を口にする

⑩自殺未遂に及ぶ

■死にたいと相談されたら

「死にたい」、「生きている

のに疲れた」と言われたら、誰でも驚き、不安に駆られ、何も答えることができなかったり、反対に励ましたり、説得したくなるでしょう。

しかし、そうした対応は、相手には話しきれなかった思いと、受け止めてもらえなかったむなしさが残る場合が多いです。

相談を受けたら次のことを心にとめて、相手の話しを聴いてください。

話をはぐらかさず、慌てずに時間をかけて話を聴いてください。本人を責めたり、叱咤激励したり、世間一般の常識を押し付けたりすることは避けましょう。

本人の気持ちは、生と死の

間で激しく揺れ動いています。十分に話を聴いた上で、かけがえのない大切な人、いなくなったら悲しいなどのメッセージを伝えて、「自殺しない」と約束してもらおうことは自殺予防に役立ちます。

■うつ病への対応（うつ病の早期発見と適切な治療が自殺防止の第一歩です）

気分が沈んだり、自分を責める、不眠が続く、仕事の能率が落ちる、決断できないなどの症状が続く場合には、うつ病が疑われます。

この場合には、精神科・神経科・心療内科などの病院や、

診療所の専門医に受診するよう勧めてください。また本人に受診を任せきりにせず、誰かが付き添って行ってください。

■大切な人を自殺で亡くされた人へ

近親者を自殺で亡くした人は、その死因が「自殺」であるために、事実を隠したい気持ちが強くなります。そのため、つらいという思いをなかなか周囲の人に打ち明けることができませぬ。思いを一人で抱えることがつらい時、悲しい時には、信頼できる誰かにその思いを語ってみてく

ださい。

大切な人を亡くされた人が集い、自分の素直な気持ちや思いを語り合える場として、長野県精神保健福祉センターでは、自死遺族交流会を定期的に開催しています。連絡先は次の「こころの健康相談統一ダイヤル」です。

■周囲の人の対応

近親者を自殺でなくした人は、その原因が自分にあるのではないかと自分を責めたり、周囲の偏見を心配したりして、孤独に過ごしている人もいます。

周囲の人は、安易な慰めや

非難よりも、その感情をありのままに受け止め、そしてその人に寄り添ってください。

■自殺に関する相談をお受けします

▽こころの健康相談統一ダイヤル（長野県精神保健福祉センター内）TEL 0570・064556（開設時間：平日午前9時30分～午後4時）
▽長野いのちの電話 TEL 026・223・4343（年中無休 午前11時～午後10時）
▽松本のちの電話 TEL 0263・29・1414（年中無休 午前11時～午後10時）

■その他、心の健康に関する相談は

▽大町保健所 健康づくり支援課 TEL 23・6526
▽中央保健センター TEL 23・4400

一人で悩まずぜひご相談ください。

【参考資料】

▽内閣府「自殺総合対策大綱」
▽長野県精神保健福祉センター製作リーフレット「守ろう大切ないのち 皆で考える自殺防止」

V 長野県内自殺関連相談の主な窓口



あろう大切ないのち



相談機関一覧

分野	相談内容	相談機関	連絡先	時間・内容・備考等
心・ る自殺 に 関す	ストレス・うつ・依存症・ひきこもり・自死 遺族の悩みなど全般的なこころの相談	長野県精神保健福祉センター	026-227-1810	月から金(祝日を除く) 8:30~17:15
	自殺関連の相談	こころの健康相談統一ダイヤル	0570-064556	月から金(祝日を除く) 9:30~16:00
	さまざまな心の悩み、自殺問題	長野いのちの電話	026-223-4343	毎日 11:00~22:00
		松本いのちの電話	0263-29-1414	
一般保健・ 精神保健	心と体に関する一般健康相談 医師による専門相談	佐久保健福祉事務所	0267-63-3164	月から金(祝日を除く) 8:30~17:15
		上田保健福祉事務所	0268-25-7149	
		諏訪保健福祉事務所	0266-57-2927	
		伊那保健福祉事務所	0265-76-6837	
		穂田保健福祉事務所	0265-53-0444	
		木曾保健福祉事務所	0264-25-2233	
		松本保健福祉事務所	0263-40-1938	
		大町保健福祉事務所	0261-23-6527	
		長野保健福祉事務所	026-225-9045	
		北信保健福祉事務所	0269-62-6311	
		長野市保健福祉事務所	026-226-9960	
	各市町村保健担当課	各市町村役場にご相談ください。		
青少年・ 子ども	児童虐待・DVの通報、相談	児童虐待・DV24時間ホットライン (長野県社会部こども家庭福祉課)	0263-91-2410	毎日 24時間
	児童虐待・育児・非行・いじめなど、子ど も(18歳未満)に関するさまざまな相談	中央児童相談所	026-228-0441	月から金(祝日を除く) 8:30~17:15
		松本児童相談所	0263-91-3370	
		穂田児童相談所	0265-25-8300	
		諏訪児童相談所	0266-52-0056	
		佐久児童相談所	0267-67-3437	
	子どもの悩み・非行・犯罪被害などの相 談 (ヤングテレホン)	警察本部	026-232-4970	月から金(祝日を除く) 8:30~17:15
		長野中央警察署	026-241-0783	
		松本警察署	0263-25-0783	
		上田警察署	0268-23-0783	
		伊那警察署	0265-77-0783	
	非行・健全育成に関する相談 非行・問題行動等に関する相談	警察本部 警察安全相談室	026-233-9110	毎日 24時間
		長野少年鑑別所相談室	026-232-8144	月から金 9:00~16:30
	いじめ・不登校など 学校教育問題全般の相談	長野県総合教育センター	0263-53-8811	月から金 9:00~17:00 夜間 18:00~22:00 各教育事務所問い合わせ
いじめ・体罰による不登校の相談	子どもの権利支援センター	026-235-7458 090-7286-5152	月から金 8:30~18:00 土 8:30~18:00	
子どもの人権相談	子どもの人権110番	0120-007-110	月から金 8:30~17:15	
	子どもの人権相談 長野県弁護士会	予約電話 026-232-2104	予約時間 月から金(祝日を除く) 9:30~16:30	
18歳までの子ども専用電話	チャイルドラインながの	026-269-8181	月・木 16:00~21:00	
	チャイルドラインすわ	0266-54-3030	火・金 16:00~21:00	
	チャイルドラインうえだ	0268-29-8811	水 16:00~21:00	

自殺予防について詳しく知りたい方は下記のホームページをご覧ください。

自殺予防総合対策センター <http://ikinu.norp.go.jp/ikinu-hp/index.html>

長野県精神保健福祉センターでは自殺防止の啓発リーフレットを作成しています。下記のホームページをご覧ください。

精神保健福祉センター <http://www.pref.nagano.jp/seisei/withyou/inform/jisatsuboushi-leaflet200703.pdf>

分野	相談内容	相談機関	連絡先	時間・内容・備考等
働き盛り	雇用や労働条件など労働問題全般についての相談	東信労政事務所	0268-25-7144	月から金(祝日を除く) 8:30~17:15
		南信労政事務所	0265-76-6833	
		中信労政事務所	0263-40-1936	
		北信労政事務所	026-234-9532	
働き盛り	労働基準法、労災保険など、労働に関する相談	長野労働局	026-223-0551	各労働基準監督署問い合わせ
	労働者の健康保持・増進のための産業保健活動に関する相談	長野産業保健推進センター	026-225-8533	月から金 9:00~17:00
女性	女性の犯罪被害(性犯罪・ストーカー・DVなど)と被害者家族・友人の相談	女性被害犯罪ダイヤルサポート110	026-234-8110	月から金 8:30~17:15 土・日・祝日は留守番電話
	女性の家庭内の問題、配偶者からのDVの相談	女性相談センター (配偶者暴力相談支援センター)	026-232-3348 (相談電話 026-235-5710)	月・金 8:30~17:00 火から木 8:30~21:00
	女性の悩み事、困りごと(家族のこと、夫婦のこと、男女関係等)の相談	男女共同参画センター (あいびあ)	0266-22-8822	火から土 8:30~17:00 金のみ 8:30~21:00
	女性の人権相談	女性の人権ホットライン	0570-070-810	月から金(祝日を除く) 8:30~17:15
高齢者	お年寄りや家族の心配、高齢者虐待に関する相談	長野県福祉権利擁護・相談センター-長野	026-226-0110	月から金 9:00~17:00
		長野県福祉権利擁護・相談センター-松本	0263-27-3110	
		各市町村高齢者福祉担当課		各市町村役場にご相談ください。
		各市町村地域包括支援センター		各市町村役場にご相談ください。
障害者	障害者と家族の悩み	障害者総合支援センター		県内30ヶ所
	難病に関する相談	難病相談・支援センター	0263-34-6587	月から金(祝日を除く) 8:30~17:15
		難病児支援センター	0263-34-6588	
	個々の障害にあわせた就職前後の相談・支援	長野障害者職業センター	026-227-9774	
生活・福祉	福祉の相談	長野県社会福祉協議会	026-226-4244	
	生活・福祉に関する困りごと	各市町村社会福祉協議会		
	生活に関するさまざまな相談	保健福祉事務所 各市福祉事務所		県内10ヶ所 各市役所にご相談ください。
消費	商品・サービス・消費者金銭などの消費者の悩み	生活環境部 生活文化課	026-235-7172	月から金(祝日を除く) 8:30~17:15 各消費生活支援センター問い合わせ
犯罪生活被害	犯罪・交通問題・家出人捜索・薬物・サラ金・暴力など	各警察		
	犯罪等の被害の未然防止に関する相談	警察安全相談室	026-233-9110	毎日 24時間
	犯罪被害による悩み、精神的被害の相談	長野犯罪被害者支援センター	026-223-7830	月から金(祝日を除く) 10:00~16:00 第2・4金 10:00~19:00
	女性の犯罪被害に関する相談	女性被害犯罪ダイヤルサポート110番	026-234-8110	月から金(祝日を除く) 9:00~17:00
人権	日常生活の中で受けた人権上の相談	長野地方務局	026-235-6611	月から金 8:30~17:15
経営・倒産	経営・倒産など企業主の相談	長野県商工会議所連合会	026-226-6432	各商工会議所問い合わせ
		長野県商工会連合会	026-226-2131	各商工会問い合わせ
		長野県中小企業再生支援協議会	026-227-6235	
法律	多重債務・債務整理等、各種法律相談・情報提供	法テラス長野	050-3383-5415	月から金 9:00~17:00
		法テラス松本法律事務所	050-3383-5417	
		長野県弁護士会 法律相談センター	026-232-2104 代表	無料相談日について問い合わせ
		長野県司法書士会	026-233-4110	クレサラ・悪質商法110番 月から金(祝日を除く)9:00~16:00
	家庭、親族に関する問題の審判・調停 青年後見制度、各種登記、小額裁判	長野家庭裁判所	026-232-4991	

医療 精神医療面の相談・治療は医療機関の紹介をします。保健福祉事務所、精神保健福祉センターへお問い合わせください。

発行 長野県精神保健福祉センター
長野県精神保健福祉協議会
住所:長野県長野市若里7-1-7 TEL:026-227-1810



VI 自殺統計資料（自殺対策のための自殺死亡の地域統計）

地域における自殺予防対策の企画・立案を促進するため、地域ごとの自殺死亡の実態把握が重要となる。そこで、自殺予防総合対策センター（藤田利治氏）による「自殺死亡における地域統計」から、昭和 48 年（1973 年）からの死亡率の推移を二次医療圏ごとに掲載した。

【長野県における年齢階級ごと性別の自殺死亡率の推移】

人口 10 万人当たりの自殺者数(以下「自殺死亡率」という)をみると、男女別の推移では女性は減少傾向になるが、男性は(S63)1988—(H9)1997 年では減少傾向にあったが(H10)1998 年を境に著しい増加に転じている。また、(S48)1973—(S57)1982 年では男性の自殺死亡率は女性の 1.6 倍であったが(H15)2003—(H19)2007 年では 3 倍となっている。

総数の推移は国の死亡率と比例しているが、年齢階級で見ると、男性では 25～34 歳で国より高率で推移し、45～54 歳では低率で推移している。

【二次医療圏別性別の自殺死亡率の推移】

二次医療圏ごとの推移を見ると、全ての医療圏において率の違いはあるが、山の形は女性が低く推移、男性は谷型を提示し、(H10)1998 年を境に死亡率が急増している。

【(H15)2003—(H19)2007 年二次医療圏ごと性・年齢階級別の死亡率】

性・年齢階級別の死亡率は医療圏ごとの特徴が見られる。男性については自殺死亡率のピークが 45～54 歳にあるのが諏訪、飯田、木曾、大北、長野、北信の 6 圏域、55～64 歳にあるのが佐久、上田、伊那、松本圏域である。平成 10 年（1998 年）からの 45～64 歳の男性の階級の自殺死亡率の急増をふまえ、分析と対策の強化を図る必要がある。

もう一つの特徴は、75 歳以上の高齢男性の自殺死亡率であるが、45～64 歳をピークに減少傾向が継続しているのが、諏訪、伊那、松本、大北の 4 圏域、75 歳以上で再び増加しているのが佐久、上田、飯田、木曾、長野、北信の 6 圏域である。

女性については男性のような大きな変動は見られないが全ての医療圏において自殺死亡率のピークが 75 歳以上となっている。このことから高齢者の自殺対策を引き続き推進していく必要がある

前述の「長野県における平成 19 年の自殺者の傾向について」とあわせ、地域の特性を踏まえた上で具体的な自殺対策の実践をしていくことが重要となる。

用語説明

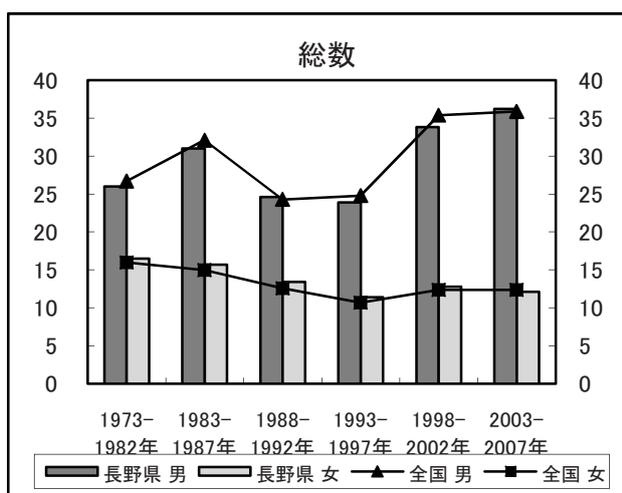
《ベイズ測定値とは》

観察集団の人口規模が小さい場合、自殺死亡数のわずかな増減で死亡率が大きく変動するため、ベイズ統計学の考え方により利用可能な事前情報（全国での自殺死亡状況）を観察集団において観測された標本情報によって更新して推定し、人口規模による変動の影響を抑えた。

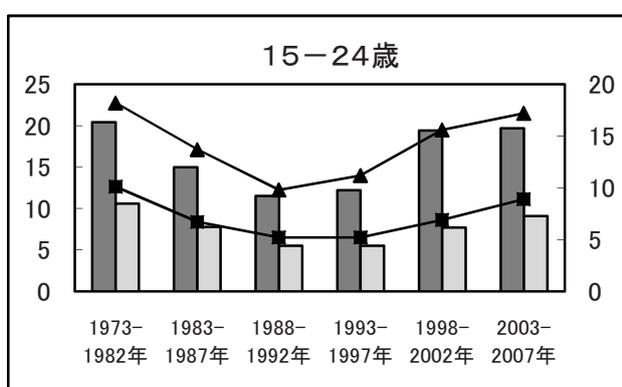
年齢階級ごと 全国・長野県・性別の自殺死亡率

(人口10万対)

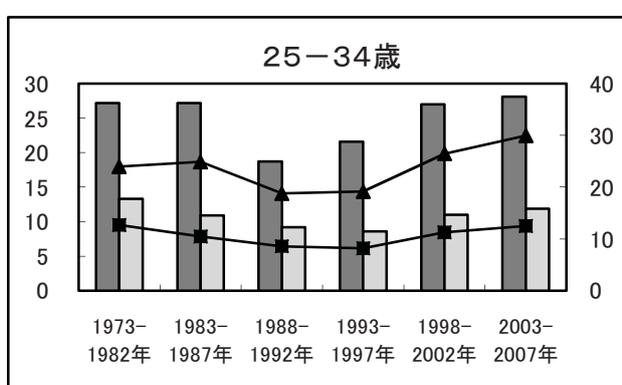
		長野県		全国	
		男	女	男	女
総数 (10歳以上)	1973-1982年	26.0	16.5	26.7	16.0
	1983-1987年	31.0	15.7	32.1	15.0
	1988-1992年	24.6	13.4	24.3	12.6
	1993-1997年	23.9	11.4	24.8	10.7
	1998-2002年	33.8	12.8	35.4	12.4
	2003-2007年	36.2	12.1	35.9	12.4



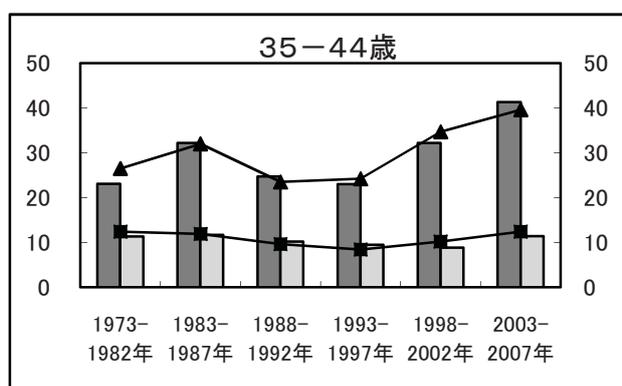
15 〜 24 歳	1973-1982年	20.4	10.6	18.2	10.1
	1983-1987年	15	7.8	13.7	6.7
	1988-1992年	11.5	5.5	9.8	5.2
	1993-1997年	12.2	5.5	11.2	5.2
	1998-2002年	19.4	7.7	15.6	6.9
	2003-2007年	19.7	9.1	17.2	8.9



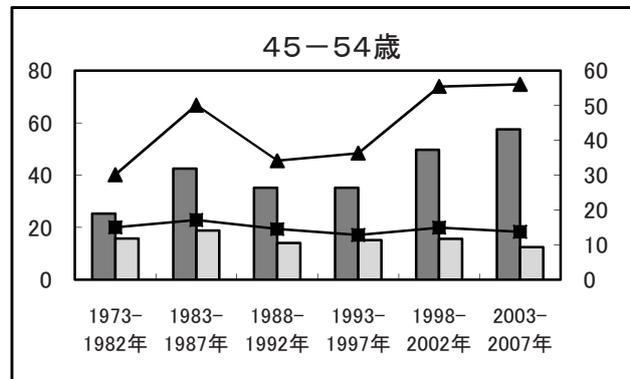
25 〜 34 歳	1973-1982年	27.2	13.3	24.0	12.7
	1983-1987年	27.2	10.9	24.9	10.5
	1988-1992年	18.7	9.2	18.8	8.6
	1993-1997年	21.6	8.6	19.2	8.2
	1998-2002年	27.0	11.0	26.5	11.3
	2003-2007年	28.1	11.9	30.0	12.5



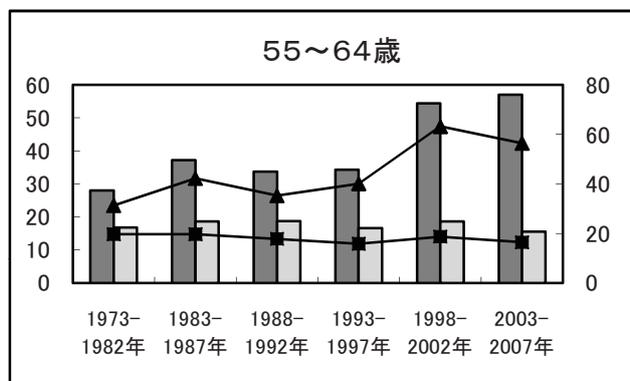
35 〜 44 歳	1973-1982年	23.1	11.3	26.5	12.4
	1983-1987年	32.2	11.7	32.0	11.9
	1988-1992年	24.7	10.2	23.5	9.6
	1993-1997年	23.0	9.5	24.2	8.4
	1998-2002年	32.2	8.8	34.7	10.2
	2003-2007年	41.3	11.4	39.6	12.4



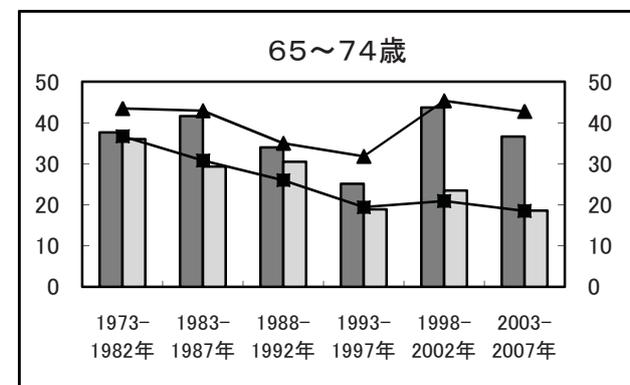
		長野県		全国	
		男	女	男	女
45 ~ 54 歳	1973-1982年	25.3	15.7	30.1	15.0
	1983-1987年	42.5	18.8	50.1	17.1
	1988-1992年	35.2	14.1	34.1	14.5
	1993-1997年	35.2	15.2	36.3	12.8
	1998-2002年	49.7	15.6	55.5	14.9
	2003-2007年	57.5	12.4	56.1	13.7



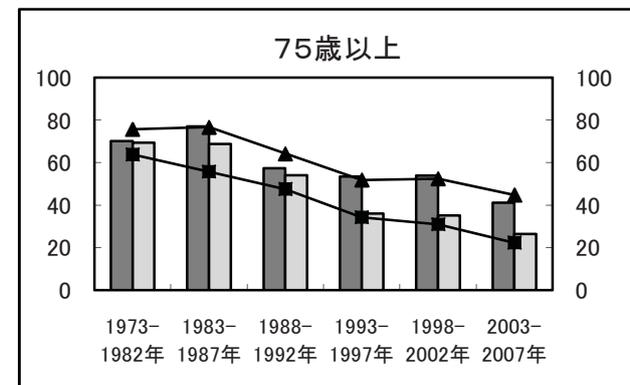
55 ~ 64 歳	1973-1982年	28	16.8	31.3	19.7
	1983-1987年	37.2	18.6	42.2	19.7
	1988-1992年	33.7	18.7	35.3	17.8
	1993-1997年	34.3	16.6	40.1	15.8
	1998-2002年	54.4	18.6	63.2	18.7
	2003-2007年	57	15.6	56.4	16.4



65 ~ 74 歳	1973-1982年	37.6	36.0	43.4	36.7
	1983-1987年	41.6	29.3	42.9	30.8
	1988-1992年	34.0	30.5	35.0	26.0
	1993-1997年	25.1	18.9	31.8	19.4
	1998-2002年	43.7	23.5	45.3	20.9
	2003-2007年	36.6	18.6	42.7	18.5

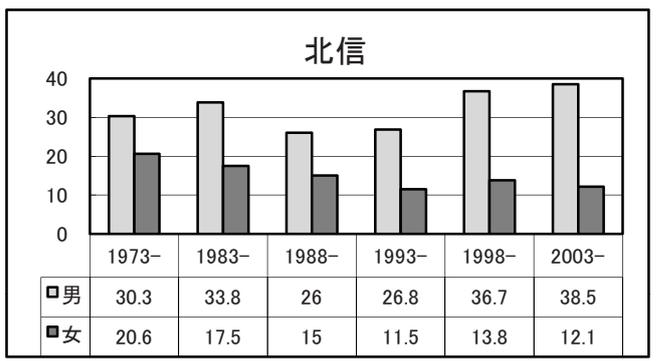
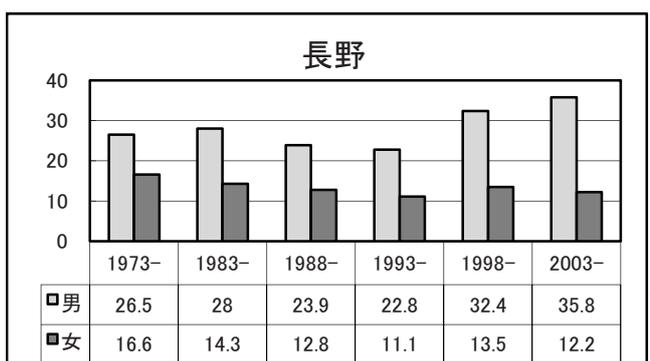
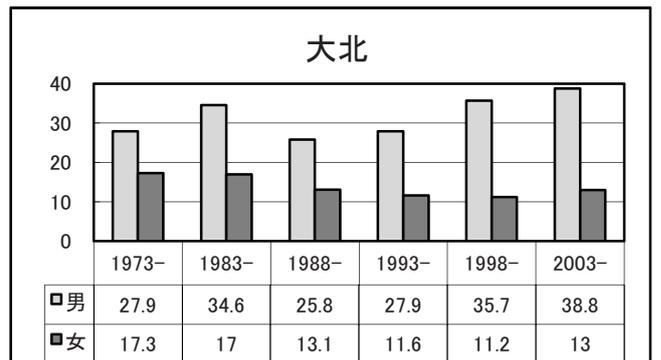
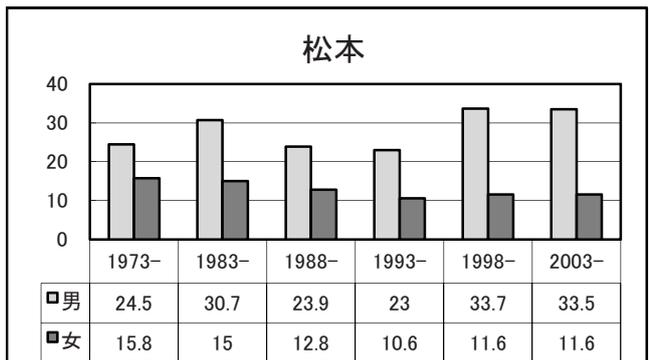
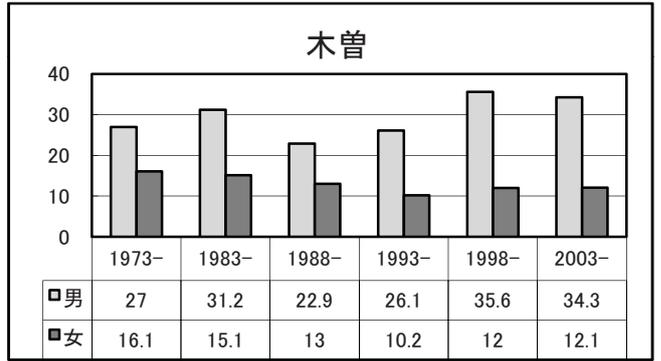
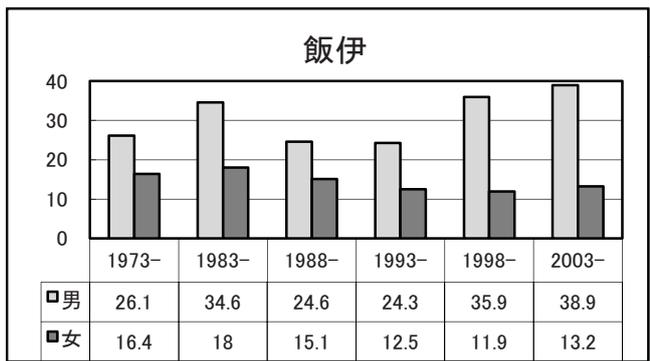
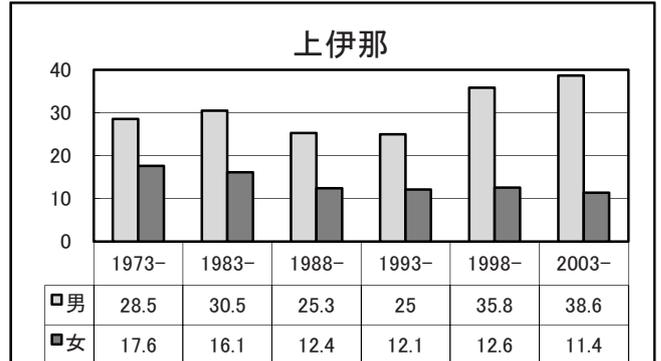
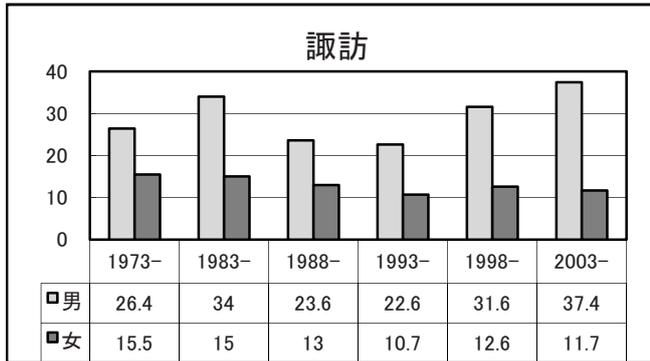
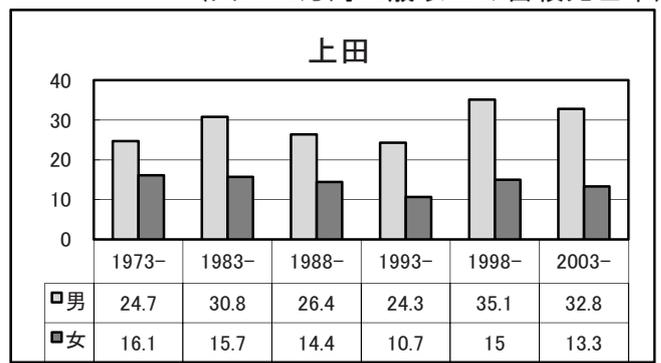
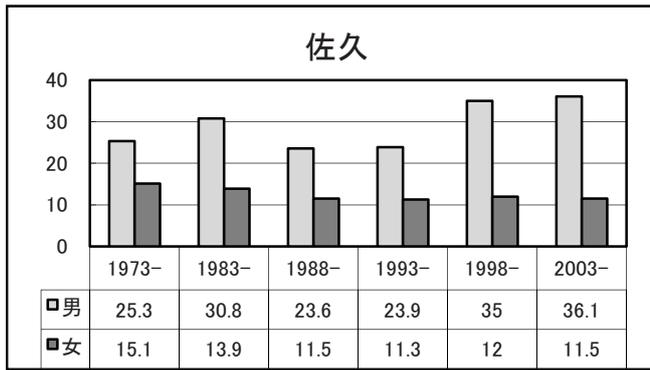


75 歳 以上	1973-1982年	70.1	69.4	75.7	63.9
	1983-1987年	77.1	68.8	76.7	55.8
	1988-1992年	57.4	54.1	64.2	47.6
	1993-1997年	53.4	36.0	51.9	34.3
	1998-2002年	53.9	35.2	52.5	31.0
	2003-2007年	41.2	26.5	44.8	22.3



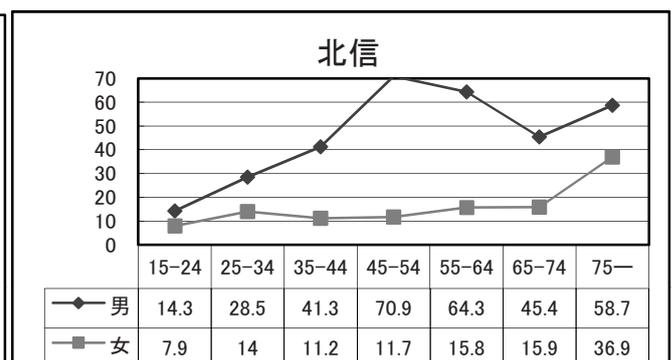
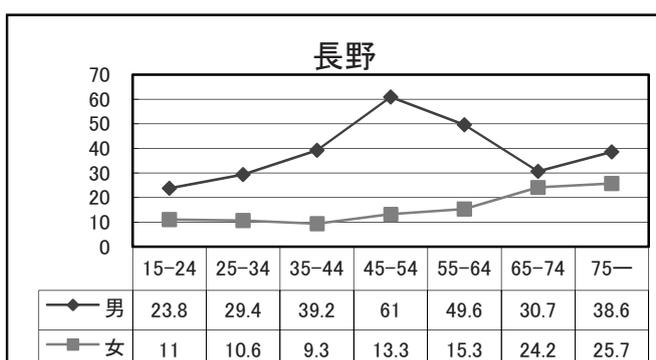
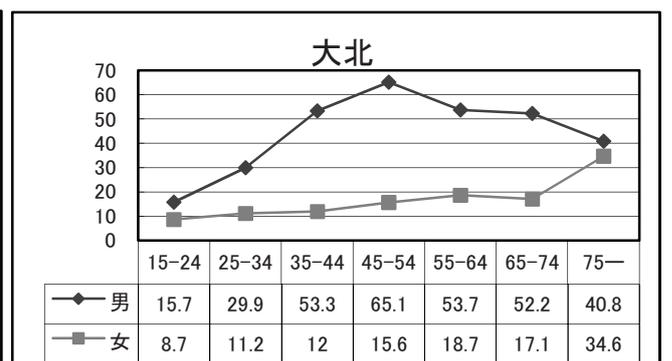
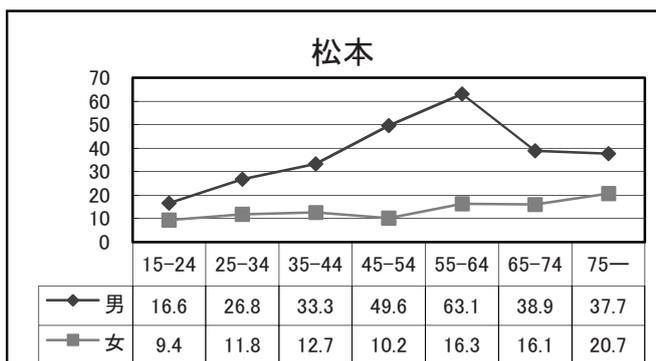
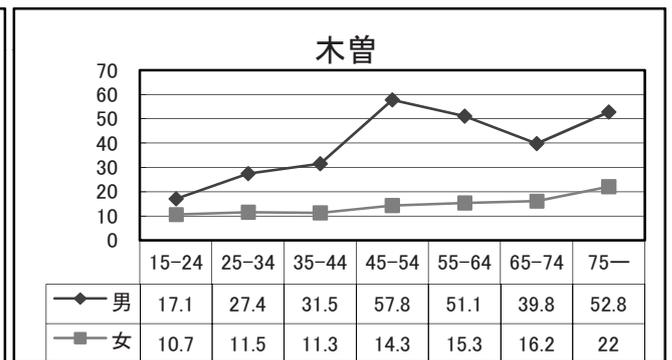
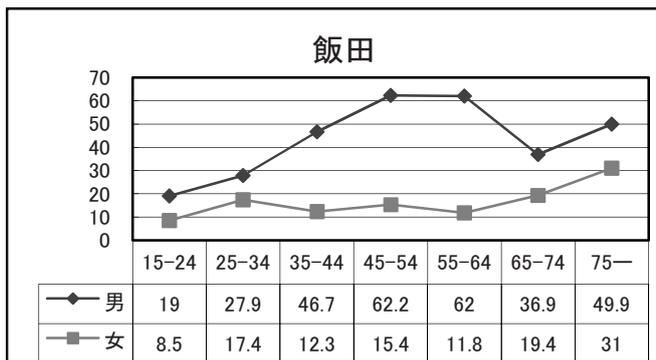
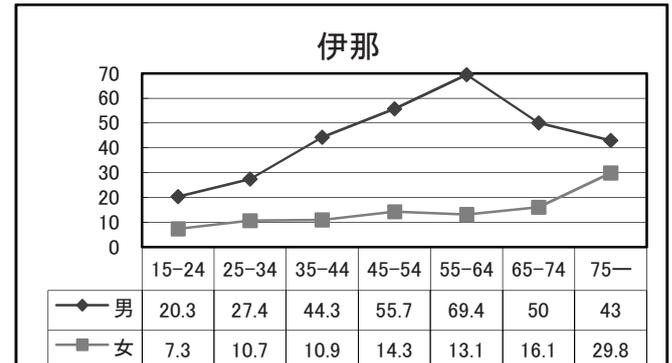
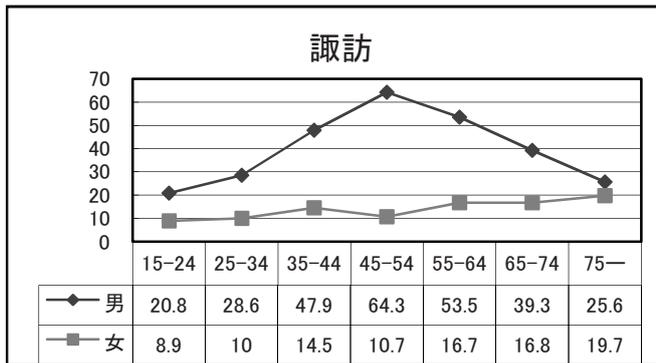
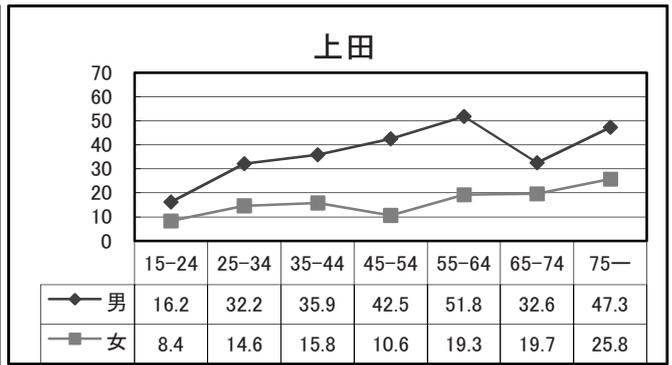
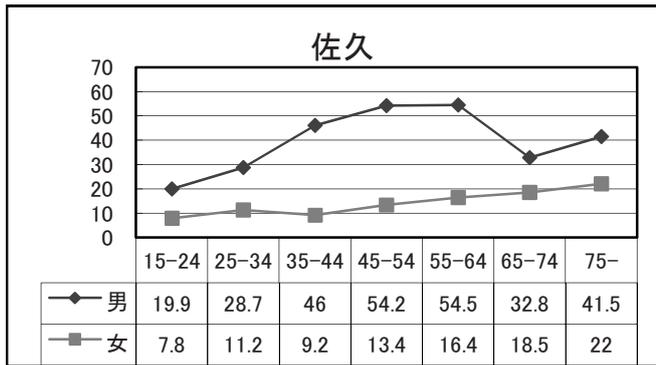
二次医療圏別性別の自殺死亡率(ベイズ測定値)

(人口10万対10歳以上の自殺死亡率)



2003～2007年二次医療圏別性・年齢階級別の自殺率(ベイズ測定値)

(人口10万対10歳以上の自殺死亡率)





長野県精神保健福祉センター
長野県精神保健福祉協議会

〒380-0928

長野市若里7丁目1番7号

(長野県社会福祉総合センター2階)

電話：026-227-1810 (直通)

FAX：026-227-1170

E-mail：withyou@pref.nagano.jp

Http://www.pref.nagano.jp./xeisei/withyou/