

市町村における自殺予防のための心の健康づくり 行動計画策定ガイド

**Building A Suicide Prevention Program in A Healthy Community
A Practitioner's Guide**

本橋 豊 編・著

**秋田大学医学部社会環境医学講座
健康増進医学分野（公衆衛生学）**

平成15年10月

緒 言： 本冊子の利用法について

本書は市町村における自殺予防のための心の健康づくり行動計画策定のために必要な情報を冊子としてまとめたものです。また、行動計画の策定だけでなく、住民の心の健康の基本調査の実施に必要な具体的なノウハウ、基本調査結果にもとづく自殺予防・心の健康づくり活動の進め方のノウハウもまとめています。さらに、秋田県の自殺予防モデル事業を実施した市町村の自殺予防対策の具体的事例についても参考となるように要約いたしました。本書は当初、簡単なマニュアルを作成するつもりで執筆を始めたのですが、執筆を進めるうちにマニュアルというよりは読み物的な色彩の強いガイドになりました。

本ガイドは自殺予防対策を「健康のまちづくり（ヘルシーコミュニティ）」の中で進めるという考えを基本にして書かれています。第1章は「健康のまちづくり」の中でどのようにして自殺予防対策の行動計画を進めていったら良いかという視点でまとめられています。また、WHOのヘルスプロモーションの理念や健康まちづくりの基本コンセプトなどをコラムで紹介していますので参考にして下さい。

第2章は住民の心の健康の基本調査をどのようにして実施したら良いのかについて、具体的な方法を示しています。科学的根拠に基づく健康政策を進めていく上で、このような基本調査は不可欠のものです。基本調査を実施することで官庁統計資料だけでは明らかにできない住民の心の健康の状態を担当者は把握することできるようになります。これにより地域の健康ニーズが明らかにされ、具体的な自殺予防対策・活動に結びつけることができるようになるでしょう。また、この章では「心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易調査票」を掲載しましたが、この調査票は秋田県の自殺予防のための地域診断事業のモデル市町村の地域診断結果をもとに秋田大学医学部で開発したものです。この調査票を活用して、是非とも、あなたのまちの住民の心の健康状態を診断して下さい。

第3章は、基本調査結果にもとづき、どのような自殺予防活動を進めていったら良いかについて具体的に示してあります。これを参考にして、自分のまちの実情に合わせた自殺予防対策・心の健康づくり活動を進めてください。第4章は秋田県自殺予防モデル事業の具体例を示してありますので、第3章とともに、自分のまちの自殺予防対策を立案する参考にして下さい。巻末には、市町村の自殺予防対策のための基礎調査・保健活動で利用できるツールを掲載しました。ここに示されたツールを用いて、自殺予防対策に不可欠な基本調査を実施して下さい。

本ガイドは、秋田県から秋田大学医学部健康増進医学分野（公衆衛生学）に委託された自殺予防モデル事業・市町村地域の傾向診断の成果をもとに完成させたものです。この事業に積極的に参加いただいたモデル市町村の担当者諸氏、地域住民の方々、関係各位に心から感謝申し上げます。また、事業の遂行にあたりさまざまな支援をいただき、本ガイド作成にあたってご助言をいただきました秋田県健康福祉部健康対策課の担当者の方々に心から御礼申し上げます。

本ガイドは執筆責任者の本橋が大半の部分を執筆いたしましたが、一部は秋田大学医学社会環境医学講座健康増進医学分野（公衆衛生学）の自殺予防研究プロジェクトチームの研究協力者（佐々木久長氏、金子善博氏）に執筆を依頼しました。研究協力者の執筆部分には括弧書きで名前を付してあります。もちろん、最終的な文責は本橋にあります。

本ガイドが秋田県の市町村の健康政策担当者をはじめ多くの方に活用され、秋田県ならびに日本の自殺予防対策の向上に役立つことを祈念しています。

（執筆責任者：本橋 豊）

市町村における自殺予防のための心の健康づくり行動計画策定ガイド

目 次

緒 言 本冊子の利用法について

第1章 「健康のまちづくり」としての心の健康づくり行動計画の策定プロセス

- (1) なぜ自殺予防対策を行うのかについてのビジョンを明確にしましょう
- (2) あなたの住むまちの市町村長さんに自殺予防対策・心の健康づくり行動計画の重要性を理解してもらいましょう
- (3) あなたの町（市町村）の地域の健康課題を抽出しましょう
- (4) 住民の心の健康（メンタルヘルス）に関する基本調査を実施しましょう
- (5) 自殺予防対策・心の健康づくり行動計画の策定に向けて具体的手順を進めましょう
- (6) 自殺予防対策・心の健康づくり行動計画の大目標と数値目標を設定しましょう
- (7) 地域における保健・医療・福祉の人的・物的資源を把握しましょう
- (8) 自殺予防対策・心の健康づくり行動計画の行動目標を設定しましょう
- (9) 具体的な行動計画を策定しましょう
- (10) 自殺予防対策・心の健康づくり行動計画を確定させ、公表しましょう
- (11) 自殺予防対策・心の健康づくり行動計画を実施しましょう
- (12) 自殺予防対策・心の健康づくり行動計画を評価しましょう

第2章 住民の心の健康（メンタルヘルス）の基本調査の具体的進め方

ーベースラインデータの蓄積、地域診断、ニーズの把握ー

- (1) 基本調査のための調査票の作成
- (2) 地域診断のための簡易調査票の活用方法
- (3) 調査の実施にあたって留意すべきこと
- (4) 調査の実施
- (5) 調査結果の分析ー地域診断の実施
- (6) 地理情報を活用した地域診断
- (7) 調査結果をいかに活用するか

第3章 基本調査結果にもとづく効果的な自殺予防・心の健康づくり活動の進め方

- (1) 調査結果にもとづく健康教育の実施、地域におけるヘルスコミュニケーション
- (2) 心の健康づくりに向けた健康支援環境の形成（相談窓口の拡大、ネットワーク形成、地域・職域・家庭・学校の場における健康支援環境づくり）
- (3) うつ病のハイリスク者に対する地域における介入方法
（構造化面接の実施と介入後のケア、地域における保健と医療の連携）
- (4) うつ病の早期発見・早期治療のための地域における医療体制の充実
- (5) NPO、自主グループなどのさまざまな活動主体との連携

第4章 秋田県内のモデル市町村での自殺予防の取り組み

- (1) 合川町
- (2) 中仙町
- (3) 藤里町
- (4) 東由利町

付 録 市町村の自殺予防対策のための基礎調査・保健活動で利用できるツール

第1章「健康のまちづくり」としての心の健康づくり行動計画の策定プロセス

(1) なぜ自殺予防対策事業を行うのかについてのビジョンを明確にしましょう

市町村が独自のメンタルヘルス対策を立てることは、自殺予防対策・心の健康づくり行動計画を積極的に推進していく上できわめて重要です。国や県から降りてきた話だからというのではなく、自殺予防は自分たちの地域の重要課題であると認識し、問題の重要性を理解した上で、主体的に事業に関わっていくことが大切になります。

まず、健康のまちづくりを進めていく上で、心の健康づくりをなぜすすめるなければならないのかというビジョンを持ち、そのビジョンにもとづいて具体的な戦略と実行計画を作成することが必要になります。ビジョンは地域の健康課題にどのように取り組むのかということに対する市町村の価値基準を示します。このようにしたいという熱意と願望をビジョンとして住民や関係者に示すことにより、計画の重要性と必要性を示すことができます。

ビジョンとはなぜそのような事業（ここでは自殺予防のためのメンタルヘルス対策）を行わなければならないかという理念を文章として明確化するものです。健康秋田21計画では自殺予防のビジョン（大目標）をつぎのように明確化しています。

「すべての県民が一体となって、家庭・学校・職場・地域において、個人の尊厳といのちの大切さを再認識しながら、すべての世代における自殺者を減少させます。」

ビジョンを示すことで、この事業に参加するすべての人が事業の目的を理解し、ビジョンの達成に向けて行動を強化する動機を認識することができるようになります。この事業で市町村独自のビジョンを示すことができるかどうかは、自殺予防対策を企画立案する人たちの識見と熱意にかかっているといえることができるでしょう。

<チェックポイント>

- 1) なぜあなたのまちで自殺予防対策（心の健康づくり）行うのですか？
- 2) あなたのまちの心の自殺予防対策・心の健康づくり計画のビジョンは明確なものですか？

健康のまちづくりの基本コンセプト

健康のまちづくり（Healthy Community）の考え方は世界的なヘルスプロモーションの理念に基づいています。健康を決定する要因として個人の生活習慣や医療の提供といった要因だけでなく、社会環境要因が重要な役割を果たしているという認識のもとに、個人の努力とともに健康を支援する環境の整備にも力を入れていこうという考え方です。世界的に見ると都市部を中心にした健康都市プロジェクトが有名ですが、非都市部では健康コミュニティプロジェクトの事例があります。また、ヘルスプロモーションの考えは「すべての人に健康を」の理念にも基づいています。その原則は次のとおりです。

- 健康における較差を減少させる
- 病気の予防に重点を置く
- 部局を超えた協力を図る（健康福祉関係部局だけが対策にかかわるのではない）
- 地域参加、住民参加
- 保健医療制度の中で一次予防に重点を置く
- 国際的協力

<コラム> 自殺の疫学―秋田県の自殺死亡の現況

自殺死亡数（平成 14 年）は日本全国で 29,920 人でした。秋田県の自殺数は 494 人で、自殺率は人口 10 万対 42.1 で、全国一（全国平均は 23.7）でした。自殺死亡率ワーストワンが平成 7 年から連続 8 年続いているということで、秋田県は事態を深刻に受け止めています。このような経緯から、秋田県は自殺予防を主要な健康課題と考えて健康秋田 21 計画の中でも重点的な領域と位置づけました。健康秋田 21 計画では、自殺死亡の減少を数値目標として掲げて、自殺予防対策を推進しています。

我が国の自殺率と完全失業率の推移を図 1 に示しました。両者は密接な関連性があることがわかります。国民経済状況の悪化は自殺率の増加をもたらします。自殺率に影響を及ぼす要因として社会的な構造的要因と個人的要因に分けることができると考えられます。

表 1 には平成 14 年における自殺高率県と低率県を示します。秋田県をはじめ北東北 3 県がワースト 3 に入っているのが注目されます。北東北 3 県には共通する社会的要因があることが示唆されます。

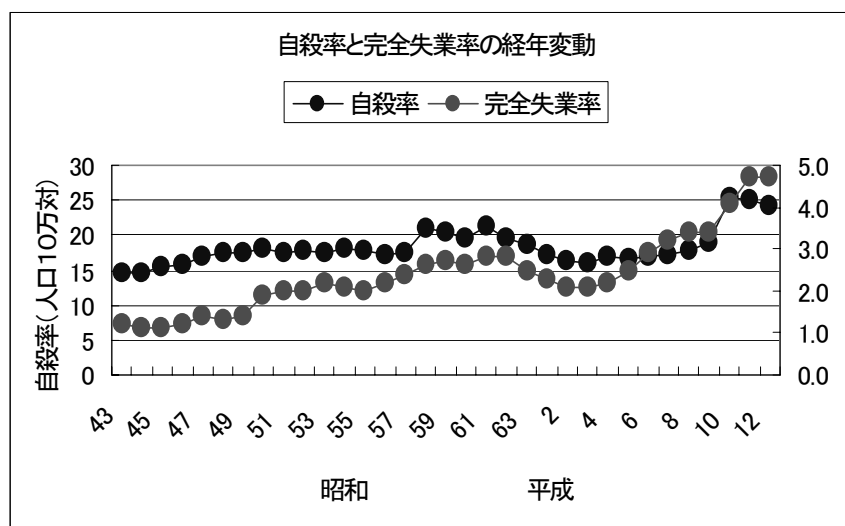


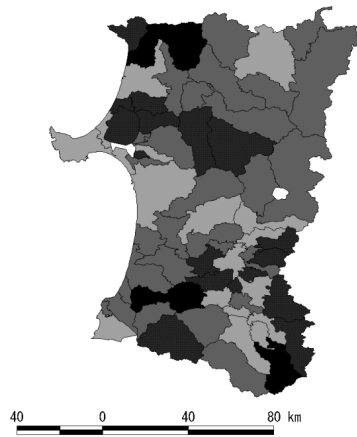
図1 我が国の自殺率と完全失業率の時系列推移。

表1 自殺率の高い県と低い県（平成14年）。人口 10 万対死亡率

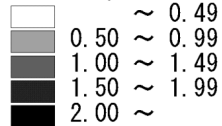
高率県			低率県	
1 位	秋田県	42.1	奈良県	18.0
2 位	青森県	36.6	神奈川県	19.6
3 位	岩手県	35.6	徳島県	20.1
4 位	島根県	32.4	千葉県	20.4
5 位	新潟県	31.4	岡山県	20.5
			愛知県	20.5

秋田県の自殺死亡 SMR（標準化死亡率）の市町村別分布を図 2 に示しました。基準人口は平成 2 年の秋田県人口です。色が黒くなるほど、自殺死亡 SMR が高いことを示しています。自分のまちの自殺死亡 SMR は県全体の平均と比べて高いのか、低いのかを確認してみましょう。

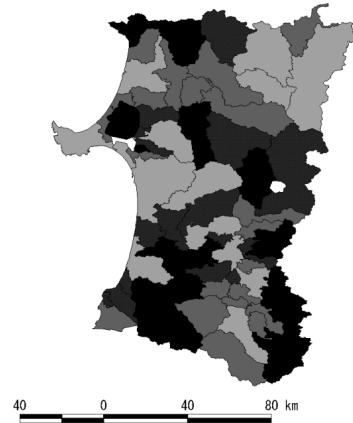
H2～H13年
自殺死亡SMRの市町村別分布（男性）



Akita. shp



H2～H13年
自殺死亡SMRの市町村別分布（女性）



Akita. shp

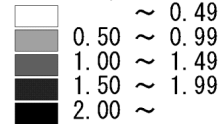


図2 秋田県の自殺死亡率の標準化死亡比(SMR)の市町村別分布(平成2～13年)
基準人口は平成2年の秋田県人口

秋田県はハンガリーと友好的な関係を結んでいます。ハンガリーは実は欧州の中でも自殺死亡率の高い国として有名です。これは偶然のことなのかもしれませんが、気候風土や気質の違いなどを研究してみる必要があるように思います。いずれにせよ、国際的な観点から心の健康づくりに関する情報交換を進めることは意味がありそうです。

- (2) あなたの住むまちの市町村長さんに自殺予防対策・心の健康づくり行動計画の重要性を理解してもらいましょう

自殺予防対策・心の健康づくりを進めていく上で、首長、議会関係者などの町の政治的リーダーの理解を得ることは大切なことです。なぜ、自殺予防対策・心の健康づくりが必要なのか、をきちんと説明した上でこの問題に対する理解をいただき、対策推進の支援を得るように努力することが必要です。また、行政の中で保健部局以外の担当者にこの問題に対する理解を深めることも大切です。

まちの政治的リーダーに理解してもらうことで、自殺予防対策・心の健康づくり対策が行政の主要課題として認知され、対策の財政的裏付けを得ることが可能になるかもしれません。また、行政の施策に組み込まれることで継続的な政策課題となる可能性もあります。

<チェックポイント>

- 1) あなたのまちのトップは自殺予防対策・心の健康づくりの重要性を理解していますか？
- 2) あなたのまちの行政の中の保健部局以外の方は自殺予防対策・心の健康づくりを理解していますか？
- 3) 自殺予防対策をあなたのまちの継続的政策課題として取り上げられるような努力をしていますか？

「健康のまちづくり」において、明確なビジョンを示す必要性を示しました。さらに、WHO は健康のまちづくりにおいて、自治体の果たすべき役割を二つあげています。

- **情報収集と分析 (Information and analysis)** : まちの健康水準の現状と、その健康水準に影響を及ぼしうる社会環境要因を測定し、健康課題の大きさを評価することが必要です (ヘルスインプクトの測定)。このような情報収集と分析にもとづき、地域の健康ニーズを把握し、何ができるのかを明らかにします。本マニュアルでは地域診断という表現で具体的手順を示しています。
- **政策形成と積極的な支援活動 (Policy and advocacy)** : 特定の健康課題について政策形成を行い、行政当局はこれに基づいて健康水準の向上に向けた適切で積極的な支援活動を行います。

＊ Advocacy (アドボカシー) とは、健康面で不利な立場にある人々や集団の側に立って、その健康水準の向上のために活動することを言います。弁護士のことをフランス語では avocat (アボカ) と言いますが、英語の advocacy とほぼ同じ意味を持っており、「弱い立場にある人々の権利を擁護する」という弁護士本来の職務を的確に表現しています。

- (3) あなたの町（市町村）の地域の健康課題を抽出しましょう： 自殺予防対策・心の健康づくり計画はあなたのまちの健康課題の中で高い優先順位がありますか？

自分のまちの衛生統計指標を調べて、どのような健康課題が現在問題になっているかについて、客観的な情報を整理することが必要です。地域診断という言葉がありますが、医師が患者の病気を診断するように、公衆衛生に従事する担当者が地域の健康課題について、地域の統計指標などから、その現状を科学的に「診断」することを地域診断と言います。国の人口動態統計のデータや地方自治体の衛生統計に関する指標から、自分の地域の健康レベルを数値データをもとに評価します。自分の地方自治体の中の市町村の衛生統計データを比較して、例えば死亡率のランクが何番目かということを見てみましょう。自分の地域の健康指標のランクが低い場合には問題がありそうだということで、その健康課題の優先順位が高くなります。また、健康指標のマッピング（いわゆる健康地図：死亡率や罹患率の市町村別分布図など）を行うことで、自分の地域の健康課題が何であるかを知ることができます。

地域の健康課題の抽出は、公刊されている衛生統計資料だけでなく、住民の意見、保健従事者の意見などからも行うことができます。この場合、定量化された情報ではないので、情報の客観性に問題がないかどうか心配になります。しかし、数値で表せない情報は価値がないと考えるのは誤りです。質的情報をどう評価するかについては、以前よりも学問的な方法論が示されています。

例えば、マーケティング・リサーチの分野から発展してきたフォーカス・グループ・インタビューという手法があります。この手法では6～8名くらいの対象者から自由な意見交換により知りたいテーマに関する質的情報を有る程度定量化して評価することができます。また、半構造化された面接を特定の情報を持つ人に実施し、重要情報を収集するキーインフォーマント・インタビュー法なども、質的な情報収集として行われます。また、グループダイナミクスの手法としてよく使われる手法として、KJ法が使われることがあります。KJ法は特定の課題について、グループ参加者が自由に意見を出し合い、カードを用いて意見を集約していく方法です。地域の健康課題の抽出にあたってもKJ法は有力な手法の一つと言えます。

以上のように、量的データ、質的データから得られる情報を総合して、自分の地域の優先度の高い健康課題は何かを抽出します。

<チェックポイント>

- 1) あなたのまちの健康水準（例えば、死亡率、罹患率、自殺死亡率など）は衛生統計指標でみると、県全体の中で何番目ですか？
- 2) あなたの町の健康水準を健康マップで見たことがありますか？
- 3) 住民の声や保健関係者の意見を科学的にまとめる方法を知っていますか？

（４）住民の心の健康（メンタルヘルス）に関する基本調査を実施しましょう

地域住民の心の健康状態がどのようなレベルにあるかを知ることは、対策を立てる上での基本となります。秋田県の自殺予防対策モデル事業では秋田大学医学部健康増進医学分野（公衆衛生学）が中心になり、モデルとなった町の住民を対象に詳細な質問紙調査を実施しました。この結果から、秋田県における地域住民のメンタルヘルスの実態が明らかにされました。また、東北地域の農村部を中心とした地域住民のうつ状態に関連する社会文化的要因について科学的な根拠を明らかにすることができました。今後、秋田県の市町村で行うことが可能な簡便な調査票を作成することができました（付録（Ⅰ）参照）、この簡易調査票を活用していただき、地域住民のうつ状態のリスクを評価していただきたいと思います。

この質問票はうつ状態に関する質問、家族のストレスに関する質問、ストレス対処行動に関する質問、主観的健康度に関する質問、自殺に対する意識に関する質問で構成されています。最終的にはうつ状態に関する質問の得点とうつ状態の関連要因に関する質問の得点の二つから、うつ状態の危険度を評価するしくみになっています。

調査票の解説をよく読んで、メンタルヘルスの評価方法を理解してください。

この質問票を用いて、得られたデータは自殺予防対策・心の健康づくり対策の数値目標の設定値として利用することができますので、是非利用してください。

調査の実施にあたっては、心の健康という個人のプライバシーに関する事項を質問することから、調査に関する住民への説明と理解を得る努力をする必要があります。住民への説明のためのパワーポイントのファイルを添付しましたので、活用してください。

<チェックポイント>

- 1) 住民を対象とした心の健康づくりに関する調査を企画しましたか？
- 2) あなたのまちの住民のうつ状態のリスクを評価しましたか？
- 3) 調査の実施にあたり住民の理解を得る努力をしましたか？

- (5) 自殺予防対策・心の健康づくり行動計画の策定に向けて具体的手順を進めます。
自殺予防対策推進のために策定委員会を立ち上げるなどの体制づくりを行います

担当部署の設置を決めるのは上部の方かもしれません。しかし、このような担当部署の設置が決まったら、具体的な行動計画の企画と実施に向けた具体的手順を進める必要があります。

住民参加をはかった上で、自殺予防対策・心の健康づくり行動計画の企画立案を審議する策定委員会を設置することが必要です。「心の健康づくり推進委員会」などの名称が考えられます。委員の構成としては、公衆衛生の専門家、学識経験者、精神科医、保健師、臨床心理士、行政担当者、NPO関係者、一般市民などが一般的です。公募により市民やNPO関係者に積極的に参加してもらうように努めましょう。

策定委員会の役割は、自殺予防対策・心の健康づくり対策の基本的理念を検討し、具体的行動計画への意見、計画のプロセスと実施に関する意見を建設的に提出し、行動計画を策定することです。専門家の意見のみならず、一般市民の意見も十分に反映させた計画案を策定することが必要です。

<チェックポイント>

- 1) あなたのまちでは「心の健康づくり推進委員会」などの策定委員会を設置しましたか？
- 2) 策定委員会にはさまざまな立場の方が委員として参加していますか？
- 3) 住民の参加を図るプロセスを明確にして、住民の方の参加が得られましたか？
- 4) 行動計画の策定にあたり、一般住民の意見を十分に反映させましたか？

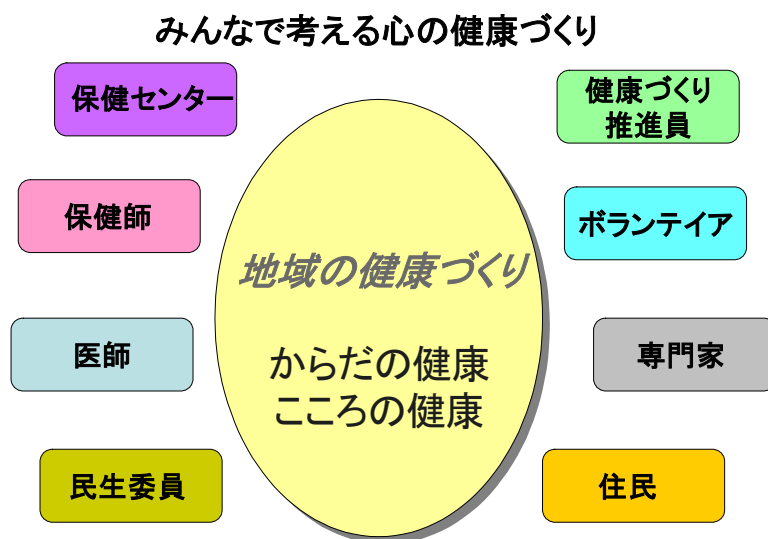


図3 心の健康づくりの推進にかかわる主体

（６）自殺予防対策・心の健康づくり行動計画の大目標と数値目標を設定しましょう

さきに（１）でも述べたように、自殺予防・心の健康づくり行動計画策定の最も重要なステップである大目標（ビジョン）を作成します。策定委員会において、ビジョンについて議論することになりますが、どのような大目標を町として示すかについて、原案づくりの段階で、行政内部において、十分な議論をする必要があるでしょう。策定委員会で実質的な議論ができるように、自殺予防対策・心の健康づくり対策が町健康政策の中でどのような優先順位にあるのかについての客観的なデータを提示することが必要になります。

ビジョンは高い理想を掲げて一向にかまいませんが、関係者を含めて住民の方々が自分たちの地域の実情を踏まえてそのビジョンが理解でき、共感できるということが大切です。

数値目標の設定は、将来にわたって測定可能な客観的な指標をかならず入れることが必要になります。自殺予防ということであれば、自殺死亡率（あるいは自殺死亡数）が最も客観的な指標であり、結果変数（outcome variable）となります。１０年後の自殺死亡率（あるいは自殺死亡数）の減少という数値目標の設定が必要です。現状と比較して減少というような目標を設定することも可能ですが、なるべくならば、数値目標を盛り込みたいものです。

自殺率というような客観的な衛生統計指標以外に、住民基本調査の結果から得られた数値を現状の値（ベースラインデータ）として用いて、将来の予測あるいは希望する値を数値目標とすることも必要です。この場合、それらの値は自殺死亡率を減少させるための中間的ステップの中で変動が観測される変数ということになります。例えば、「家族の中に気軽に相談できる人がいない割合」といった値を数値目標に組み込むことが可能です。簡易調査票で用いた質問項目は秋田県の約１万人の基礎データが集積していますので、比較も可能になります。

<チェックポイント>

- １）住民にわかりやすい大目標を設定することができましたか？
- ２）数値目標を設定することができましたか？
- ３）住民に対する調査にもとづいて、数値目標を設定することができましたか？

表２ 健康秋田21の自殺予防に関する大目標と数値目標

（大目標）

すべての県民が一体となって、家庭・学校・職場・地域において、個人の尊厳といのちの大切さを再認識しながら、すべての世代における自殺者を減少させます。

（健康秋田21計画における数値目標）

指 標	基 準 値	目 標 値
自殺者数	486 人	330 人
1 10 歳代	4 人	0 人
2 20～39 歳代	65 人	45 人
3 40～59 歳代	170 人	115 人
4 60 歳以上	47 人	170 人
うつ症状を訴える者の割合	28%	25%

（７）地域における保健・医療・福祉の人的・物的資源の把握

地域の保健・医療・福祉の人的・物的資源を把握することは具体的な行動計画を策定していく上で不可欠のプロセスです。自殺予防対策・心の健康づくり対策に地域で関わることができる人は誰なのか（専門家、NPO、民生委員、健康づくり推進員、住民等）、活用できる物的資源はどれだけあるのか（病院、診療所、保健所、保健センター、相談窓口、警察署、福祉施設、教育施設、公民館、休養施設等）を把握します。

自殺予防・心の健康づくり行動計画の策定において、市町村の担当者が活用すべき資源として、保健所があります。自殺予防対策を進めていく上で、さまざまな形で保健所の専門家と市町村への支援機能を活用すべきでしょう。自殺予防対策の立案・推進をはかる策定委員会の中には保健所関係者を必ず入れるようにして、専門家としての助言を受けるとともに、連携（パートナーシップ）を深めていくようにしましょう。

また、精神保健向上のための資源として、県の精神保健福祉センターがあります。自殺予防において、うつ病対策が最も重要な医学的対策であることを考えると、精神保健福祉センターの人的・物的資源の活用はもっと考慮されるべきでしょう。

秋田県は平成15年1月に、「心のセーフティーネット」を立ち上げ、そのリストを公表しました。「心のセーフティーネット」は秋田県内の心の悩みに関する相談窓口をリストアップしたもので、住民や市町村の担当者などが相談すべき窓口に困ったときに参照することで、迅速な関係機関の連携を図ろうという試みです。これは活用可能な資源の一覧表とすることができます。

また、後述するように、うつ病の高リスク者をスクリーニングし、事後的な追跡をする過程において、精神科医や精神科クリニックとの連携を図る必要があります。日頃から、このような医療機関と密接な連絡を取る努力をして、2次予防的取り組みをスムーズに進めることができるようにしましょう。

健康教育の実施において、地域の専門家（精神科医、心理学専門家、公衆衛生関係者など）に講演を依頼することがあります。このような機会を利用して、地域の専門家と交流を深め、連携を密にすることが必要です。

<チェックポイント>

- 1) 既存の資料を用いて、あなたの町の保健・医療・福祉の資源を把握することができましたか？
- 2) 保健所との連携を積極的に図っていますか？
- 3) 日頃から地域の専門家などと連携を図る努力をしていますか？

(8) 自殺予防対策・心の健康づくり行動計画の行動目標を設定しましょう

設定された大目標、数値目標を達成するために行わなければならない具体的な行動目標、行動計画を設定します。

自殺予防対策・心の健康づくり行動計画として、どのような行動目標を立てたらよいのかについて具体的な議論を積み重ねます。自殺予防対策・心の健康づくり対策に関する行動目標のメニューというものはある程度整理されています。地域ごとの特性や健康課題の優先順位に相違が想定されるため、地域ごとに同じメニューを策定する必要はありません。しかし、ある程度基本的な行動目標、行動計画というものは共通していると考えられます。表2に、自殺予防・心の健康づくりに関する行動目標、行動計画のメニューを示しましたので、参考にしてください。

<チェックポイント>

1) あなたの町の実情に即した行動目標のメニューを設定することができました？

表3 健康秋田21計画における重点施策

- (1) 普及啓発
 - 自殺予防に関する情報システムの構築
 - 自殺予防に関する普及啓発事業の継続的推進
- (2) 相談体制の充実
 - 気軽に相談できる多様な相談窓口の拡大
 - 民間機関による相談事業等の自殺予防対策の支援
- (3) うつ病対策の充実
 - うつ病の早期発見・早期治療のための体制づくりの推進
 - 市町村における心の健康づくりの充実
- (4) 環境整備の充実
 - 市町村等の地域における自殺予防対策の強化（自殺予防モデル事業）
 - 職場における自殺予防対策の強化
 - 学校における自殺予防対策の強化

（９）具体的な行動計画を策定しましょう

設定した行動目標をもとに具体的な行動計画を策定します。
行動目標を策定するにあたり留意すべき点としては、以下のようなことが挙げられるでしょう。

- １）数値目標の達成のために具体的な行動計画であること
- ２）実行可能性があること
- ３）予算や財政的裏付けが得られる可能性があること
- ４）事業関係者の理解・コンセンサスが得られること
- ５）既存の保健事業の見直しであってもかまわないこと
- ６）評価が可能であること

＜チェックポイント＞

- １）行動目標の設定にあたり留意すべき点を確認しましたか？

＜コラム＞ 健康のまちづくりにおいて、行動計画を円滑にする要件としてWHOは次のようなことを挙げています。

- 地域のリーダーの関与
- 市町村の担当者および住民参加者の研修
- そのまちのメディアに計画の内容や報告を公表すること
- まち全体の健康課題に関するキャンペーンを行うこと
- 一年ごとに年間活動報告と活動データを公刊し、継続的モニターと評価を行うこと
- 町の外部や非営利の活動団体の役割を認識すること

(10) 自殺予防対策・心の健康づくり行動計画を確定させ、公表しましょう

策定委員会で議論され策定された計画案は、行政手続きとして市町村長の承認、議会の承認を受ける必要があります。

一連の行政手続きを経て確定された計画は、公表され住民に周知される必要があります。広報誌、行政のホームページ、マスコミを通じた広報などが考えられます。また、パンフレットや報告書の形で住民に配布することも必要です。計画の公表後、住民からの寄せられた意見は継続的にモニターし、具体的行動計画に反映させることも必要です。計画には中間的な見直しや修正がありますから、モニターされた意見は見直しの際に計画に必要な応じて反映させます。

<チェックポイント>

- 1) 策定された計画は適切なプロセスを経て承認されましたか？
- 2) 計画の公表と周知は適切な方法を用いて十分になされましたか？
- 3) 住民から寄せられた意見を計画の修正に反映させる仕組みはありますか？

(11) 自殺予防対策・心の健康づくり行動計画を実施しましょう

策定された自殺予防・心の健康づくり行動計画の実施は具体的行動計画にもとづいて行います。単年度ごとの達成目標、中期の達成目標、長期の達成目標を意識して計画を実施します。実施計画は十分に練られているか、実施体制は万全か、実施計画は確実か、設定された目標を達成するために効率的な計画であるか、住民（対象者）の反応はどうかなどについて、注意を払う必要があります。

- 1) 行動計画には実施にあたっての細部の手順や指示は含まれていないことが多いので、実施にあたっては、これらを明確にする必要があります。計画の実施にあたり、執行の目的、執行の主体、執行の時期、執行の場、執行の方法（体制、手順、具体的指示）、執行の評価の方法などに関する手引きをつくることが望まれます。
- 2) 実施体制としては、行動計画の執行を包括的に管理する「推進委員会（steering committee）」、執行の実務にあたる人が中心になる実行部門組織（行政上の組織で良い。部門の枠を超えた横のつながりも重要）が最低限必要になります。
- 3) 行動計画の実施にあたり、年次計画に従い執行管理が行われることが望まれます。執行管理担当者は行動計画の効率的執行に責任を負います。

<チェックポイント>

- 1) 策定された行動計画は5W1H（誰が、いつ、何を、どこで、どのような目的で、いかにして）が明確にされていますか？
- 2) 実施体制は万全ですか？
- 3) 計画の執行管理の体制は万全ですか？

(12) 自殺予防対策・心の健康づくり行動計画の評価を実施しましょう

企画（plan）、実施（do）、評価（see）の3つのステップのうち、評価のステップを確実に行うことが自殺予防対策・心の健康づくり行動計画全体の行方を左右します。評価は設定された目標が達成されたかを客観的に評価することが中心になります。量的な評価とともに必要に応じて質的な評価も併用する必要があるでしょう。評価の時期、評価方法、評価結果の公表方法などについて、詳細に検討する必要があります。

- 1) 設定された目標を達成するために効率的な計画であったかは定期的に評価されます。このような評価は中間評価の時期、最終評価の時期に行うことが一般的です。一方、執行管理担当者および実行部門組織はつねにこのような問題意識を持って行動計画の実施を行うことが必要となります。
- 2) 住民の行動計画に対する反応はどのようなものであるかを知ることが重要です。行動計画を遂行するのは自殺予防・心の健康づくりにかかわるすべての主体ですが、最も重要なのは地域に住む住民です。住民を対象に行われた事業では、住民の反応はどのようなものであったかを、質問紙調査、面接聞き取り調査などにより評価することが必要です。個別の事業が終了した時点、年度が終了した時点、中間評価の時点、最終評価の時点でそれぞれ評価を行うことが望ましいでしょう。
- 3) 客観的な指標を用いて計画の達成度を評価します。計画の達成度を評価するために客観的指標を用いることは、科学的根拠にもとづく健康政策の推進という観点から要請されています。どれだけの資源（財政、物的、人的）を用いて、どれだけの成果が得られたのかを評価するためには、客観的指標で政策介入による変化を測定することが望まれます。学問的厳密性から評価の質が問題になることもあります。現実的な評価においては、開始時の基準値と目標年度における指標の変化を単純に比較します。自殺予防対策においては、outcome variable としての自殺死亡率が客観的指標の代表です。その他に、地域におけるうつ状態の有病率、ストレスを感じている人の割合などの指標が考えられます。
- 4) 評価の結果は報告書としてまとめ、速やかに公表することが必要です。当該の自殺予防対策・心の健康づくり計画の評価は報告書を公表した段階で終わるのではありません。公表された評価結果は次の対策や計画のために用いられることになります。また、他の自治体や住民や専門家を含めた第三者により批判的に検討されることになります。自己評価とともに第三者による評価をもとに、次の計画づくりにフィードバックすることにより、より良い自殺予防対策・心の健康づくり行動計画がさらに形成されるのです。

<チェックポイント>

- 1) どのような方法でいつ評価を行いますか？
- 2) 評価の公表はどのようにして行いますか？

<コラム>

行動計画を策定・実施する段階で考慮すべき点を以下に挙げます。

- 県全体の問題より、あなたのまちの健康課題や活動に重点を置きましょう
- 場の設定のアプローチを用いた活動を行いましょう。場の設定のアプローチ（setting approach）とは家庭、学校、職場、地域（近所）という活動の場を念頭において具体的な行動を起こしましょう、という考え方です。
- 行政と地域の連携（パートナーシップ）を強化しましょう。
- 健康のまちづくりにおいて住民参加を積極的に進めましょう。健康のまちづくりの政策形成に住民の声を反映させましょう。
- すべての人が計画の成果を享受できるようにしましょう
- 男性の声も女性の声も計画の意志決定に生かせるようにしましょう

機動性のある担当チームをつくり、行動計画の執行を見守る推進委員会を設けましょう。

機動性のある担当チーム（Local Task Force）は健康福祉の担当部局の中に設置されることが多いでしょう。この担当チームは、自殺予防・心の健康づくり対策の中心的役割を果たすことになります。実際の多忙な市町村の業務の中では専任の担当チームをつくることは難しいかもしれませんが、専門性を高めつつ、自殺予防・心の健康づくり対策に打ち込める配慮を上司の方はしていただきたいと思います。

また、対策の実施にあたっては地域や職域の様々な機関や市民団体の協力を得ることが必要となりますので、連携の強化を担当するチーム（Partnership Task Force）も求められるかもしれません。まちの担当部局の中でこのような役割を果たす担当者を用意することも考えられますが、地域の保健所の専門性や支援機能を活用しつつ、委員会方式で連携担当のチームを形成する方法も考えられるでしょう。

推進委員会は自殺予防対策・心の健康づくり計画の執行を見守り、助言し、必要であれば軌道修正を提言する委員会です。このような委員会は、健康コミュニティーに関するWHOの文書では、Steering committeeと呼ばれています。言葉どおりに訳すると、「舵取り委員会」となりますが、これは対策や計画の進路（進むべき方向性を海路に例えています）を間違えないように、船長が舵をとり目的地に無事到達するような役割を果たす委員会である、ということになります。推進委員会は計画策定に重要な役割を果たした策定委員会のメンバーがほぼ引き継ぐ形になることが多いと思われます。定期的に委員会を開催し、対策・計画の執行状況を把握し、必要な助言・提言を行います。

<コラム> 評価の指標にはどのようなものがあるか

評価の指標として、「プロセスに関する指標（process indicator）」と「結果に関する指標（outcome indicator）」に分けることができます。

プロセス指標は計画の実施とその効果を評価するものです。行政と住民、行政と関係機関やNPO団体などとの連携はうまく行っているかが重要な観点になります。指標の具体例としては、事業や会議などの回数、誰が事業や会議に参加したか、どのような活動が行われたか、などが挙げられます。量的な評価だけでなく、質的な評価も行われます。キーインフォーマント・インタビュー（事業の中心となる重要な人物に対して行うインタビュー）やフォーカスグループ・インタビューなどが行われると良いでしょう。キーインフォーマントインタビューの具体例は第4章「秋田県内のモデル市町村での自殺予防の取り組み、（2）中仙町」を参照して下さい。

測定する指標の内容は、どのような資源が動員されたか、参加はどうであったか、啓発普及はどうであったか、連携は行われたかどうか、などです。

結果に関する指標は、自殺死亡率、うつ病のハイリスク者出現率、普段の生活の中で寂しさを感じる人の出現率などが考えられます。人口動態統計で明らかにされる数値、基礎調査で明らかにされたベースライン値がこれに相当します。

自殺予防対策・心の健康づくり計画の最終的目標は数値で示された「結果に関する指標」を減少させることです。そのためにどのような努力が行われたかをプロセス指標で評価すると考えるのが良いでしょう。

第2章 住民の心の健康（メンタルヘルス）の基本調査の具体的進め方

ーベースラインデータの蓄積、地域診断、ニーズの把握ー

（1）基本調査のための調査票の作成

あなたのまちの住民を対象に心の健康に関する基本的な調査をすることは、地域のメンタルヘルスニーズを把握する上できわめて重要なプロセスです。基本調査を実施するにあたり、地域の実情をよく知っている保健担当者自身で調査票を作成することも考えられますが、ここでは秋田県の自殺予防対策のモデル市町村地域診断委託事業の成果として得られた「市町村の心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易質問票」を利用することを前提にして、話を進めます。

「市町村の心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易質問票」は平成13～15年度に実施された地域診断委託事業（合川町、中仙町、東由利町、藤里町、千畑町、大森町）で用いられた詳細な質問票をもとに研究した結果、うつ病尺度の高得点に有意に関連する質問項目を選び出し、どこの市町村でも簡単に活用できる質問票を作成したものです。選択された質問項目はうつ状態と関連することが科学的に明らかにされており、うつ状態のリスクを客観的に評価することが可能です。

この簡易質問票は基本事項に関する質問（性、年齢、婚姻状況、同居の有無、住まいの地理情報）、心の健康にかかわる生活環境要因に関する質問項目（17項目）、うつ状態の評価に関する質問項目（8項目）から構成されています。記入に要する時間は10分以内です。

本質問票は記名式でも無記名式でも実施することができます。記名式にした場合にはうつ病のハイリスク者のきめ細かい事後指導が可能になり、2次予防の観点から有効な自殺予防対策が進められる可能性があります。ただし、個人のプライバシーに十分に配慮する必要があります。（調査票の配布回収方法、データの入力管理、データの管理と公表等）無記名式にした場合には2次予防的アプローチは難しくなりますが、効果的な一次予防対策を立案・実施する上では十分に有用です。また、住まいの地理情報と連結させることで、地域のメンタルヘルスに関するニーズ把握が的確に行われるため、保健師などの地域保健活動に効果的な情報を得ることができます。

（２）地域診断のための簡易調査票の活用方法

自殺予防対策・心の健康づくり計画の数値目標の設定にあたり、公刊されている衛生統計指標だけでは不十分です。自殺死亡率や各種死亡率などの死亡指標や医療資源に関する指標を市町村レベルで入手することはできますが、有病率や健康づくりの意識などの情報を入手することはなかなか難しいと考えられます。また、うつ病に関連する社会文化的要因を公刊されている官公庁資料から入手することも困難です。住民を対象とした心の健康づくりに関する基本調査を実施することにより、はじめて自殺予防対策・心の健康づくり計画に必要なファーストハンドの信頼できるデータを得ることができます。心の健康づくりに関するあなたのまちのデータベースが出来上がるのです。このようにして得られたベースラインデータは自殺予防対策・心の健康づくり計画の数値目標の設定に活用することができます。

また、得られたベースラインデータが自殺予防対策・心の健康づくり計画の実施によりどのように変化したかを検証することで、対策や計画の有用性を評価することが可能になります。自殺予防対策・心の健康づくり計画実施後５年、１０年後に同じ簡易調査票を用いた調査を再度実施することによりこのような評価を行うことができる訳です。

市町村の心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易調査票 (Ver1.0)

この調査票の活用法について

この質問票は、秋田県の自殺予防モデル市町村地域診断委託事業の成果をもとに、市町村で自殺予防のための事業を実施する際に地域診断を行うための具体的な調査票のひな形をお示ししたものです。質問票に示された質問項目は、モデル市町村地域診断委託事業（合川町、中仙町、東由利町、藤里町）で実施された質問紙調査をもとに、うつ状態と有意に関連する要因として抽出された質問項目を選択しており、科学的根拠にもとづいて設定されています。各質問項目で示された要因のうつ状態への関連性はオッズ比で定量化されており、うつ状態のリスクを客観的に評価することが可能です。

使用にあたっては以下の点に留意するようにしてください。

1. 質問票は、基本事項に関する質問、心の健康にかかわる生活環境要因等に関する質問、うつ状態の評価に関する質問の3つから構成されています。
2. 本質問票は記名式とするか無記名式とするかは、自治体ごとに判断してください。
記名式とするときには、個人のプライバシーの保護について十分な配慮をするようにしてください（配布回収の方法、データの入力管理、データの公表方法等）。記名式とすることによる利点は、うつ病のハイリスク者を把握し、個別に事後指導が行えることです。これにより、2次予防的観点から自殺予防を効果的に行う可能性があります。無記名式とした場合でも、地域全体の心の健康状態を正確に評価することができ、さらに地域の地理情報と連結させることで、効果的な1次予防対策が立てられるようになっています。
2. 対象者の選択は、自治体の実情に応じて行ってください。身近な生活環境に関する質問については、高齢者を対象とする場合には1～12の質問します。働く世代の人を対象に含める場合には、13～14の質問項目を加える方がよいでしょう。
なお、この質問票では10代までの若い世代を含めることは考慮されていません。
4. 結果の集計方法は別に示します（「簡易調査票解析の手引き」を参照のこと）。解析方法は難しいものではありません。結果を個人ごとに返すかどうかは、自治体ごとに判断してください。記名式にした場合には、結果を個人へ返すのが望ましいと考えます。スクリーニングされたうつ病のハイリスク者は、可能であれば、構造化面接を行い、医療への連携、事後の保健指導に役立ててください。無記名式の場合には結果を個人ごとに返すことはできませんので、健康教育の場などで対象者にフィードバックすることになります。調査を実施し結果を住民に返すこと自体が自殺予防の啓発普及に役立ちます。
5. 調査結果の分析等について質問や支援の必要がある場合には、秋田大学医学部健康増進医学分野（公衆衛生学）までご連絡下さい。可能な範囲でお応えいたします。

市町村の心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易調査票 (Ver1.0)

この調査は、〇〇町に在住の〇〇歳から〇〇歳の方を対象に、「心の健康づくり」に関する調査として行わせていただいております。

お名前() (網がけ部分の質問はオプションとします)

住 所(〇〇町)

最初にご自身のことについてお聞きします。あてはまる所に○をおつけ下さい。

[] の中には数字などをご記入下さい。

1. お住まいになっている地区はどこですか。

1. 〇〇 2. 〇〇 3. 〇〇 4. 〇〇 5. 〇〇
6. 〇〇 7. 〇〇 8. 〇〇 9. 〇〇

2. 生年・年齢 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 [] 年 満 [] 歳

3. 性別 1. 男 2. 女

4. 結婚 1. 非婚(結婚したことがない)

2. 既婚(結婚したことがある→現在の関係はどうか

1. 同居 2. 別居 3. 死別 4. 離婚

5. 現在一緒に生活している方

1. 単身(一人暮らし)

2. 同居家族有り →同居している方全てに○をつけて下さい

1. 配偶者 2. 結婚していない子ども 3. 結婚している子ども
4. 嫁・婿 5. 孫 6. 自分の親 7. 配偶者の親
8. 自分の兄弟 9. 配偶者の兄弟 10. その他()

<あなたの身近な生活環境のことについてお伺いします>

1. 同居している家族の中に、心配事や悩みごとを聞いてくれる人はいますか
1. いる 2. いない 3. 同居家族はいない
2. 同居している家族の中に、一緒にいて楽しく気分になる人がいますか
1. いる 2. いない 3. 同居家族はいない
3. ご家族の誰かのことでイライラしたり嫌な気持ちになることがありますか？（一緒に住んでいない家族も含めます）
1. よくある 2. ときどきある 3. たまにある 4. ほとんどない
4. 普段の生活の中で寂しさを感じることがありますか
1. よくある 2. ときどきある 3. たまにある 4. ほとんどない
5. イライラしたり寂しさを感じたとき、どんなことをしますか？次のそれぞれの行動について、そのことをする程度をお答えください。
（イライラしたり寂しさをほとんど感じない方は「もしあったら」ということを想像してお答え下さい）
 - 1) 具体的に何か援助を受けられる人を探した・・・
1. よくやる 2. たまにやる 3. めったにやらない 4. やらない
 - 2) 自分の誤りを認めて、素直に謝った・・・
1. よくやる 2. たまにやる 3. めったにやらない 4. やらない
 - 3) 人生で大切なことだと思った・・・
1. よくやる 2. たまにやる 3. めったにやらない 4. やらない
 - 4) 自分をぎりぎりまで追いつめないで、余裕を残した・・・
1. よくやる 2. たまにやる 3. めったにやらない 4. やらない
6. この1ヶ月の間に、あなたは「死にたい」と考えたことがありますか？
1. とくにない 2. 少しあった 3. あった
7. 今までの人生の中で、あなたは「死にたい」と考えたことがありますか？
1. とくにない 2. 少しあった 3. あった
8. 現在のあなたの身体の状態はどうか
1. 健康である 2. まあまあ健康である 3. 健康でない 4. よくわからない
9. 現在のあなたの心の状態はどうか
1. 健康である 2. まあまあ健康である 3. 健康でない 4. よくわからない
10. あなたは1ヶ月に何回くらい病院にいきますか
1. ほとんどいかない（年に1～2回程度）
2. たまにしか行かない（数ヶ月に1回程度）
3. 定期的に1～2回程度（2週に1回程度）
4. 定期的に3～4回程度（週1回程度）
11. あなたは病気について医師に相談していますか
1. よく相談する 2. たまに相談する 3. あまり相談しない 4. 相談しない
12. 普段、買物・散歩・通院などで外出する頻度はどれくらいですか
1. 毎日1回以上 2. 2～3日に1回程度 3. 1週間に1回程度
4. ほとんど外出しない

＜30～59歳の年齢層（勤労世代）を対象にすることに追加を考慮する質問＞

- 1 3. 仕事をしていてストレスを感じることがありますか
1. よくある 2. たまにある 3. あまりない 4. ほとんどない
- 1 4. 職場の人間関係で悩んだことがありますか
1. よくある 2. たまにある 3. あまりない 4. ほとんどない

＜最近のあなたの心の健康状態について具体的にお伺いします＞

1. 毎日の生活が充実していますか
1. はい 2. いいえ
2. これまで楽しんでやれていたことが、いまでも楽しんでできていますか
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ますか
1. はい 2. いいえ
4. 自分は役に立つ人間だと考えることができますか
1. はい 2. いいえ
5. わけもなく疲れたような感じがしますか
1. はい 2. いいえ
6. 死について何度も考えることがありますか
1. はい 2. いいえ
7. 気分がひどく落ち込んで、自殺について考えることがありますか
1. はい 2. いいえ
8. 最近ひどく困ったことやつらいと思ったことがありますか
1. はい 2. いいえ
- 「はい」と答えた方は、さしつかえなければ、どういう事があったのか、ご記入ください。
〔配偶者や家族の死亡、親族や近隣の人の自殺、医療機関からの退院 などの場合〕
()

（３）調査の実施にあたって留意すべきこと

心の健康づくりに関する調査は個人のプライバシーや個人の内面にふれることが多いため、調査の実施にあたってはこれらの点に細心の注意を払う必要があります。

以下に、調査の実施にあたり注意すべき点を箇条書きにしてみました。

- 1) 調査票の作成にあたり、記名式にするか無記名式にするかを決めます。記名式にした場合にはうつ病のリスクの高い人をフォローアップできることから、効果的なうつ病の２次予防対策を進めることが出来る可能性があります。記名式にした場合には、個人情報情報の漏洩が起きないように、配布・回収、集計・分析、報告書作成、公表の各段階で、十分な配慮を行う必要があります。
- 2) 調査の記入者はだれかを決めて下さい。原則として被調査者本人が調査票記入者となりますが、高齢で記入できない場合には親族が代理で記入することも考慮します。
- 3) 調査対象者を決めます。また、全数調査（全住民を対象とする）にするのか、特定の年齢層を対象とするのか、あるいは無作為抽出した人を対象とするのかについても決めます。すなわち、若い世代から高齢世代のすべてを対象とするのか、中高年者を対象とするのか、高齢者のみを対象にするのか、といったさまざまな選択肢があります。モデル事業においても、合川町と中仙町は６０歳以上の全住民、東由利町は３０歳以上の全住民、千畑町と大森町は３０～７０歳までの住民を調査対象としました。また、藤里町は無作為抽出した４０歳以上の人を調査対象としました。対象者の設定方法が違うのは各自治体のニーズを踏まえた上で調査を実施したためです。どのような調査対象者にするのかは、各自治体がニーズと実施可能性を考慮して決めるようにして下さい。
- 4) 調査票の配布・回収の方法はなるべく回収率が高くなる方法を採用するのが望ましいと思われます。調査票の他に、調査の趣旨をわかりやすく記した文書を添付することが必要です。なぜ、この調査を実施するのか、調査の協力によりどのようなメリットとデメリットがあるのか、調査結果はどのようにして公表され住民に還元されるのか、調査は今後のまちの健康政策にどのように反映されるのかについて記載するのが望まれます。調査を実施する前に、住民を対象とした説明会で調査の趣旨を理解してもらうようにしましょう（メンタルヘルスの啓発活動も兼ねる）。配布回収の方法としては、住民の自治組織を活用する、まちの職員を活用する、などの方法をとると回収率が高くなるようです。郵送による配布回収よりは住民参加を得た方法を採用する方が良いでしょう。ただし、この場合には回収時に調査票が回収者に見られないことがないように、回収袋は厳封の上、調査責任者のもとに届くような体制を作っておく必要があります。

調査の実施にあたっては、調査実施責任者を決めて、調査実施に伴う様々な問題に対処できるようにすることが必要です。

調査票の配布は確実に行いましょう。配布から回収までの期間は2週間以内が適当でしょう。配布から回収までの期間が長すぎると回収率が低下する可能性があります。

心の健康づくりに関する調査

この調査は、東血町町に在住の30歳以上の方を対象に、「心の健康づくり」に関する調査として行われていたことにより、本調査内容は、個々の被害や記入内容について記入者を特定できる形では発表せず、個人情報は守られます。

最初にあなたご自身のことについてお聞きします。あてはまる所に○をおつけ下さい。〔 〕の中には数字などをご記入下さい。

- ### ＜調査票の例＞

＜コラム＞ うつ病ってどんな病気？

うつ病は心の病気の代表的なひとつで、自殺の危険性を高める病気として正しい知識を保健福祉の専門家も住民も持つ必要性があります。心理的剖検という方法を用いて自殺者の自殺直前の医学的診断を行った研究によると、約9割の人は何らかの精神の病気であったとのことです。また、精神疾患のうちでもうつ病の頻度が圧倒的に多かったと報告されています。

うつ病にかかる生涯有病率は男性では5~12%、女性では10~25%と報告されています。また、重症の身体疾患患者の中でうつ病にかかる人は25%と高率なのが知られています。このように、うつ病は現代では多くの人が経験する疾病と言えます。うつ病は「心の風邪」というような言い方をされるのはこのような背景があります。うつ病は現代では薬物治療を中心とした医学的治療によって、治療ができる病気になっています。このことは健康教育においてとくに強調されます。しかし、一方で、うつ病は人によっては症状がなかなか軽快せずに深い悩みを抱えている方もおり、「心の風邪」などという軽いものではないと言う専門家もいます。うつ病の苦しみを多く人が理解できるようになることも健康教育の目標のひとつと言えるでしょう。

うつ病の四大症状とは次のようなものです。

- (1) **抑うつ気分**：気分が落ち込み、自信を失います。また自分を責めたり、後悔したり、絶望感に陥ったりします。また、死を考えるようになります。
- (2) **精神運動抑止**：思考能力が減退します。なかなか仕事にかかれず、集中できない、人と会うのが億劫になるといった症状が現れます。物事に興味がなくなり、決断できなくなります。
- (3) **不安焦燥感**：落ち着かず、イライラした状態になります。
- (4) **自律神経症状**：不眠、頭痛、めまい、耳鳴り、のどの痛み、動悸、息苦しさ、便秘、下痢、性欲減退、易疲労感、などの症状が現れます。うつ病の症状が身体症状として表れている状態です。うつ病が身体症状として現れている状態を仮面うつ病とも言います。
- (5) **その他の症状**：うつ病がひどくなると妄想を伴うことがあります。「病気で命が持たない」（心気妄想）、「みんなに迷惑をかけている」（罪業妄想）、「財産を失って生活ができない」（貧困妄想）などが知られています。

うつ病の患者に対する対応方法としては次のような点に注意することが必要です。

- うつ病を疑ったら精神科受診を勧める
- 心の支えになる
- 安易な励ましは禁物
- 徹底的に聞き役にまわる
- 薬は体に悪いなどとは決して言わない
- 自殺をほのめかしたら、決してそれを軽視しない
- 患者を非難してはいけない
- 体の訴えの背後にうつ病が隠れていることも

＜この項は、高橋祥友著「自殺の心理学」（講談社新書、1997）を参考にしました＞

（５）調査結果の分析―地域診断の実施

調査結果の分析は一般の統計調査の分析方法に準じて行います。単純集計、度数分布表の作成、平均値などの代表値の算出、クロス集計、有意性の検定などを行います。このような統計処理を行うことでほとんどの場合は十分な情報が得られます。必要に応じて、相関分析、多変量解析（ロジスティック回帰分析など）を行います。また、地区ごとにうつ状態の出現頻度がどのように分布するかなどの地理情報分析を行うことができます。次頁にモデル事業の結果の一部を示しますので参考にして下さい。

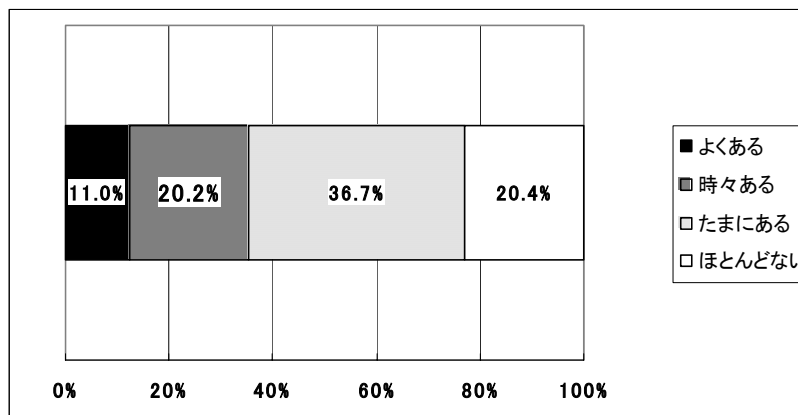
また、調査結果にもとづき地域診断を行います。地域診断とは医師が患者の健康状態を診断するように、公衆衛生関係者が地域の健康状態（健康水準）を診断することを言います。医師は聴診器やハンマーを使って患者の診断を行います。公衆衛生関係者は、既存の官庁統計や疫学調査から得られたデータをもとに地域の健康状態を診断します。地域の健康水準を決定するのは死亡率や有病率といった健康に係わる指標だけではありません。人口や世帯、就業者比率、失業率や持ち家比率といった社会経済指標も地域の健康水準を決定する要因として考慮することが必要です。さらに、疫学調査で得られたファーストハンドのデータが地域診断に役立てられます。ここでは、モデル事業で使われた地域診断手法を紹介します。

- １）地域の社会経済的指標： 総人口、人口密度、年少人口比率、生産年齢人口比率、老年人口比率、人口増減率、核家族世帯割合、三世帯世帯割合、高齢者のいる世帯割合など
- ２）地域の労働関係指標：就業者比率、第一次産業就業者比率、第２次産業就業者比率、第３次産業就業者比率、完全失業率など
- ３）地域のその他の指標：市町村民所得、持ち家比率、ホームヘルパー数など
- ４）人口動態指標：死亡率、出生率、婚姻率、離婚率、悪性新生物による死亡率、心疾患による死亡率、脳血管疾患による死亡率など
- ５）疫学調査から得られた指標：うつ病尺度得点高得点者割合、同居家族で心配事を聞いてくれる人がいない人の割合、家族のことでイライラする人の割合など
- ６）地理情報システムを活用した地域診断：地理情報システムを利用することにより、市町村の細かい行政区におけるうつ病高得点者割合などの地理情報を視覚的に表示することができる。このヘルスマップを用いて、地域保健活動の重点化、優先順位の設定を容易に行うことが可能になる。

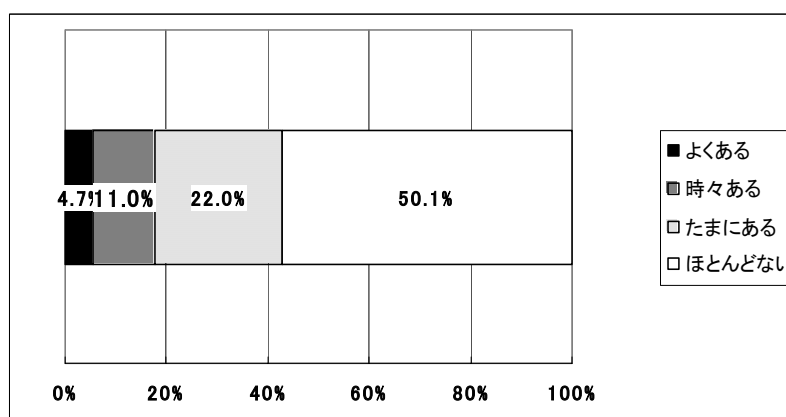
次々頁に、秋田県自殺予防モデル市町村に地域診断結果の具体例を表４に示しました。

調査の分析結果の例

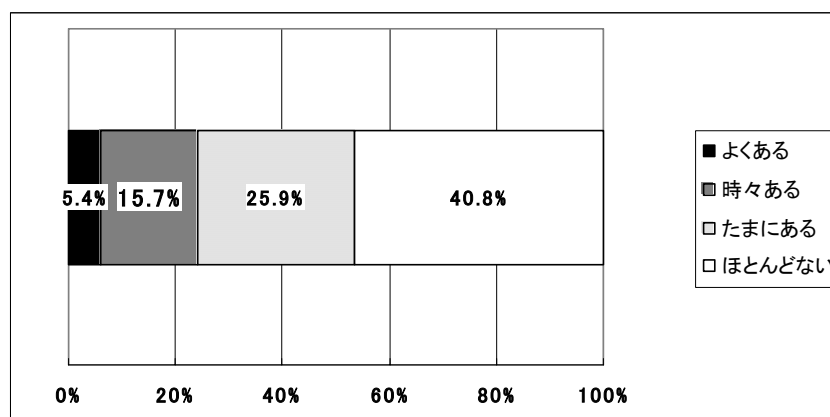
家族のことでイライラする、家族に迷惑をかけて心苦しいと思うことがある、生活の中で寂しさを感じるかどうかという質問に対して、それぞれ11.0%、4.7%、5.4%の人がよくあると回答しました。結果をグラフで示すことにより、理解しやすくなります。



家族のことでイライラすることがあるか



家族に迷惑をかけて心苦しいと思うことがあるか



生活の中で寂しさを感じるかどうか

図4 調査分析結果の例示

表4 自殺予防モデル事業市町村の地域診断結果例： 秋田県

指 標	合川町	中仙町	東由利町	藤里町	千畑町	大森町
総人口 (人)	7983	11870	4860	4708	8540	8103
人口密度 (人/km)	70.8	150.4	32.4	16.7	97.5	79.3
年少人口比率 (%)	11.5	12.8	12.7	11.1	13.8	13.3
生産年齢人口比率 (%)	59.0	59.5	55.7	57.6	60.6	56.2
老年人口比率 (%)	29.4	27.7	31.6	31.3	25.6	30.5
人口増減率 (%)	-4.9	-2.5	-7.5	-6.3	-4.5	-3.2
出生率 (人口千人対)	4.8	6.6	5.2	4.7	7.7	6.8
死亡率 (人口千人対)	11.8	12.9	11.1	15.7	10.9	13.2
婚姻率 (人口千人対)	2.4	4.2	2.7	2.4	5.3	2.8
離婚率 (人口千人対)	1.14	1.53	1.47	0.86	1.42	1.63
親族世帯1世帯あたり親族人員 (人)	3.61	4.2	4.07	3.68	4.3	4.1
核家族世帯比率 (%)	43.4	34.5	36.1	41.5	32.7	37.3
三世帯世帯割合 (%)	29.9	46.7	40.8	30.8	48.9	44.0
高齢者のいる世帯割合 (%)	65.8	69.8	74.5	68.4	69.6	70.9
高齢者単身世帯割合 (%)	8.6	4.2	8.5	10.1	5.5	5.4
就業者比率 (%)	48.3	53.0	53.1	47.4	53.1	49.8
第一次産業就業者比率 (%)	17.3	22.2	25.5	20.5	24.0	18.4
第二次産業就業者比率 (%)	34.9	35.1	41.5	36.9	38.8	35.3
第三次産業就業者比率 (%)	47.7	42.7	32.9	42.4	37.2	46.2
完全失業率 (%)	3.07	3.26	2.01	6.38	3.18	3.03
市町村民所得 (人口一人あたり)	1864	1917	1828	1994	1942	1881
持ち家比率 (%)	90.4	94.6	96.3	91.3	98.0	92.6
住宅延べ面積 (1世帯あたり、平米/世帯)	165.1	194.5	178.3	159.4	198.0	178.6
交通事故発生件数 (人口千人当)	2.53	6.05	3.35	1.51	3.19	2.51
ホームヘルパー数 (65 歳以上人口千人)	11.5	5.47	4.55	4.58	20.16	4.45
国保診療費 (被保険者1人当たり)	319.8	243.7	277.6	346.6	207.4	297.6
医師数 (人口10万人当たり)	25.0	16.8	41.1	42.4	23.4	123.4
悪性新生物による死亡 (人口10万人)	328.9	332.1	272.1	473.4	248.1	325.9
心疾患による死亡 (人口10万人当たり)	189.8	187.3	104.7	236.7	165.4	188.0
脳血管疾患による死亡 (人口10万人)	88.6	204.4	251.2	236.7	200.8	200.6
うつ病尺度得点 50 点以上割合 (60 歳～) (%)	10.4	14.4	13.9	22.0	調査中	調査中

(備考) 社会経済指標は「わがまちわがむら 100 の指標」(秋田県、2003 年)から。

調査年度は各指標ごとに異なるが、おおむね平成 11～12 年度のデータ。

うつ病尺度得点以下の網がけ部分の指標はモデル市町村の地域診断委託事業の調査結果 (2001～2002 年)。

（６）地理情報を活用した地域診断

調査の結果を地区別に分析することは、地域保健事業の実施の上で大いに役立ちます。
簡単な例でお示しします。

N 町で調査を行った結果を以下のように表 2 にまとめてみます。項目 1 では A 地区と B 地区で低いことが、項目 2 では B 地区と E 地区が高いことが分かります。

表 5 N 町での地区別の調査結果

地区	項目 1	項目 2
A	11%	11%
B	11%	14%
C	15%	6%
D	16%	10%
E	17%	16%
F	16%	9%

次に、これを地図に示してみましょう。

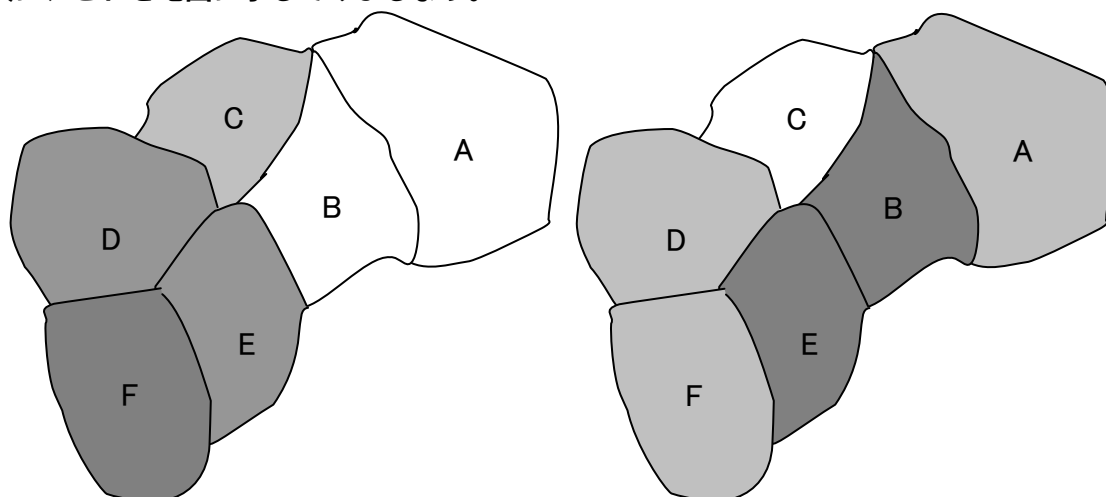


図 5 N 町での地区別の調査結果（左：項目 1 右：項目 2）

左の項目 1 の地図では、表から読みとれる A,B 地区の低さと C,D,E,F 地区の高さと地図の関係とは一致しています。一方、右の項目 2 の地図では B 地区と E 地区の高さが一塊となっていることが分かりやすくなりました。この 2 つの地区を別々に考えるのではなく、一つの対象地域として事業を行った方が効果的かもしれません。

地理情報の活用することで、つぎのようなメリットが期待できます。

- 地域の関係が、地図の上で分かりやすくなり、結果が理解しやすくなる。
- その結果、効果的な事業が行える。
- 結果や事業の説明が分かりやすくなり、理解を得やすくなる。

秋田大学医学部健康増進医学分野では、県内のモデル市町村での分析をはじめとして、地理情報の分析を研究・支援しています。

（金子善博）

（７）調査結果をいかに活用するか

基本調査で得られたデータは、以後のまちの自殺予防対策・心の健康づくり計画の基礎となるものです。すでに述べたように、調査結果は目標設定型健康づくり計画の目標値に利用することが可能です。自殺予防対策・心の健康づくり行動計画を実施し、その成果はどうであったかを評価する際に、数値データは客観的な評価指標として活用できます。計画の終了が近づいたら、地域診断で検討を行ったさまざまな地域の健康指標、関連指標を再度調査する必要があります。ファーストハンドの疫学データについては、再度調査を行うことが望まれます。ほぼ同じ内容の調査を計画実施後にもういちど行うことで、ベースラインデータがどのように変化したかを知ることができます。

計画実施前後の地域診断指標を時系列で比較することで、どのような増減があったかが客観的に示されます。死亡率や有病率が低下した場合に、ただちにそれが対策や計画の成果であるかどうかは判定できません。学問的に介入の効果を判定するためには、対照群をもつ無作為化されたデザインの研究を行うことが必要になりますが、実際の市町村の事業でそこまでの厳密さを要求することは非現実的です。前後で変化したことが、対策や計画の成果であるかどうかを検討することは必要ですが、その因果関係を厳密に決定する必要はありません。

客観的な評価のために、どのように指標の変化を考えるかについて、推進委員会や専門家の会議で十分に議論をして、つぎの対策や計画づくりに反映させる必要があります。そのような議論にもとづき、自殺予防対策・心の健康づくり行動計画の最終報告書を作成する必要があります。計画で掲げられた大目標、数値目標は達成されたのか、達成された場合にはその成功要因は何か、達成されなかった場合にはその失敗要因は何であったか、計画の当初に想定されていた実行可能性は予測されたとおりであったか、住民参加は十分に図られていたか、計画の執行体制は適切であったか、具体的な行動計画は十分に練られたものであったか、計画は全体として満足な結果であったかどうかの総括的評価、などについて報告される必要があるでしょう。Plan、Do、See の評価のサイクルを回転させ、次の自殺予防対策・心の計画づくり行動計画のバージョンアップを図るようにしましょう。

第3章 基本調査結果にもとづく効果的な自殺予防・心の健康づくり活動の進め方

(1) 調査結果にもとづく健康教育の実施、地域におけるヘルスコミュニケーション

健康教育とは知識や理解力を増加させることにより、個人に健康増進にかかわる能力を賦与することです。健康増進における用語に健康リテラシー（health literacy）という言葉があります。健康リテラシーとは、より良い健康のレベルを維持増進するための知識や社会的な技能（スキル）のことを言い、健康リテラシーを高めることで必要な情報を理解し活用することができるようになります。健康教育では、病気や健康に関する知識を伝えるとともに、得られた知識や情報をもとに、自らの力で健康のレベルを高められるようにする技能（スキル）を身につけるようになることが目標になるでしょう。

基本調査結果は、調査対象となった「わがまち」の心の健康状態を明らかにしたものですので、住民の関心も高いものと思われます。モデル事業においても、調査結果をもとにした事後の健康教育を行っていますが、講演内容に関する住民の関心が高いことが実感されています。調査結果を住民に理解しやすい形でまとめ、わかりやすい言葉で伝えることが大切です。パワーポイントを使った視覚に訴えるわかりやすい講演が効果的です。また、配布資料も充実させ、講演終了後にも聴衆がもう一度目を通したくなるようなものにする努力が必要です。

健康教育の実施にあたっては、目的・目標や対象者を明確にし、綿密な実施計画を練り、実施後の評価も適正に行うことが望まれます。

基本調査と連動した形で健康教育を単発ではない形で企画するのが良いでしょう。また、まち全体の住民を対象とするもの、地域のニーズに応じた地区ごとの健康教育の実施も考慮するのが良いでしょう。藤里町における心の健康づくりの健康教育では、小地区ごとに巡回型の講演会を行い、住民から好評でした。

健康教育の内容については、調査結果をもとに、何が問題であり、どのようなことを理解してもらうのかを明確にしましょう。簡易質問票では、うつ病のリスク、うつ病に関連する身近な生活・家庭環境要因、ストレス対処行動、主観的な健康状態、医療への受診状況、閉じこもりについて質問しています。うつ病のリスクに関連する要因が、「わがまち」ではどのような出現頻度であるか、高リスク者はどれくらいいるのか、うつ病のリスクとその関連要因の地理的分布特性はどうなっているのか等について結果をフィードバックすることが必要です。その上で、うつ病の症状、うつ病の人に対する態度、自殺のリスク、自殺予防のために必要な社会的ネットワークなどについて、知識を提供することが必要です。健康教育で実際に使用したパワーポイントのファイルの一例を示しますので参考にしてください。

個人を対象とした健康教育の他に、得られた健康情報を住民に知らせる方法はまだあります。例えば、まちの広報誌に調査結果をわかりやすく掲載し全戸配布する、基礎調査結果の住民向けパンフレットを作成して全戸配布する、まちのホームページに調査結果に掲載してインターネットでアクセスできるようにする、テレビや地元新聞などのマスメディアを活用する等の方法が考えられます。健康教育とは異なり、まちの全住民という集団を念頭においた情報提供の方法です。インターネットなどでは双方向性の迅速なコミュニケーションが可能になります。このように、行政や専門機関が有する健康情報を双方向性のコミュニケーションを念頭におきつつ住民に速やかに提供することを「ヘルスコミュニケーション」と呼びます。従来の健康教育の手法に加えて、新たなメディアを活用した啓発普及を考慮すべき時代になりました。

マスメディアの自殺報道のあり方については、報道が自殺を誘発する（群発自殺）可能

性が指摘されていることから、報道の内容や扱い方にある程度のルールを設けた方が良いのではないかという意見があります。諸外国の自殺予防対策においても、マスメディアの報道のあり方に配慮を求めることが望ましいとされています。心の健康づくり推進委員会などにマスメディア関係者が入り、委員会の議論の中で自殺報道のあり方を考えていくということが最も現実的な対処法であるように思われます。

秋田県の自殺報道については、朝日新聞が「自殺の周辺」という連載記事を掲載し、県の自殺予防対策推進のきっかけをつくったという経緯があります。「自殺の周辺」は自殺報道のあり方にひとつの方向性を示した連載でした。どのような報道のあり方が良いのかについては、これからさらに議論が深められていくことと思われます。

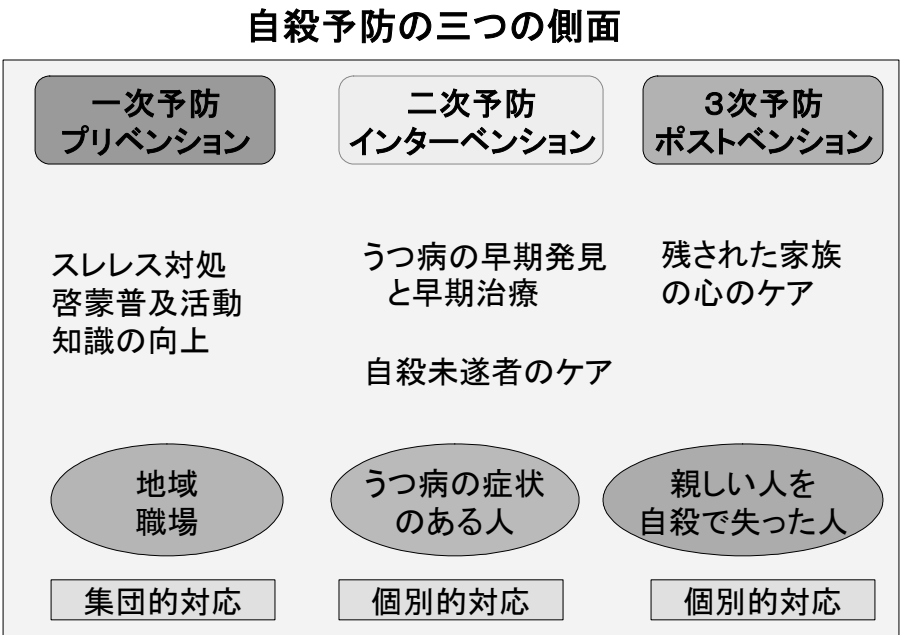


図6 自殺予防の三つの側面

＜健康教育の具体的進め方＞

まず、健康教育の教育目標を設定し、つぎにその内容（スケジュール）を作成します。

1) 教育目標の設定

一般目標と行動目標を設定しましょう。

一般目標とは健康教育全体の目標のことで、「知る、理解する、感じる」などの動詞を使って表現します。行動目標は学習者が健康教育を受けたことにより、「～することができる」ようになることを目標とするものです。教育目標の領域には、知識（認知領域）、態度・習慣（情意領域）、技能（精神運動領域）の3つがあります。

具体的な教育目標をつぎに例示します。

＜自殺予防・心の健康づくりの健康教育＞

1. 一般目標

参加者全員が、うつ病の症状を理解し、うつ病の人に対して適切な対処法を修得する。

2. 行動目標

- 1) うつ病の症状を説明できる
- 2) 心の悩みを持つ人と接することができる
- 3) 自分のまちの中で、心の悩みの相談窓口がどこにあるかを知っている。

2) 健康教育の内容・スケジュールの作成

健康教育の内容は、いろいろなものが考えられますが、ここでは調査終了後の結果返しの機会に行う健康教育を念頭において話を進めます。

調査の結果をもとに具体的な話をする場合に考えられる内容として、次のようなものが考えられるでしょう。（タイトルと教育内容を示します）

- ○○町における心の健康づくりを考えるー基本調査結果から
（調査結果の説明、心の健康とは、身体健康と心の健康の関係、うつ病とは、うつ病の人に対する対処法、○○町の心の健康づくりをどう考えるか）
- ストレスと健康ー○○町の基本調査結果をもとに
（ストレスとは何か、ストレスと心の健康、ストレス対処法、○○町のストレスの状況、調査結果をもとに考えられること、うつ病とは、○○町の心の相談窓口）
- いきがいくつと家族の健康
（高齢化と心の健康、家族関係とストレス、ストレス対処行動、うつ病とは、調査結果の説明、○○町のいきがいくつ活動の現状、家族と健康のまとめ）
- 働き盛りの心の健康づくりー男の更年期
（中高年の自殺、職場とストレス、家族とストレス、男の更年期とは、ストレス対処法、うつ病とは、自殺予防に必要なこと、社会的ネットワークの必要性）

3) 健康教育の実施

健康教育の年間計画（実施時期、実施回数、実施内容、実施方法、評価方法）を作成し、健康教育を実施します。講演形式の健康教育の場合には、講師の選定、内容の調整、対象者の募集等が実際にはポイントになります。講師としては、医師、心理学者、保健師、大学教官、労働関係者、社会福祉関係者、行政担当者などが考えられます。

講演以外にも健康教育の方法はあります。参加型のワークショップ（参加者全員であるテーマについて議論して、成果を得る方法）、ストレス対処法の技法を見つけてもらう実地研修、ビデオ視聴、などさまざまな方法が考えられます。

健康教育の対象者は一般住民を想定することが多いですが、専門家（医師、保健師など）、行政関係者などもその対象になります。対象者によってはすでに一定の基礎知識を持っていることも多いので、健康教育の内容は対象者によって変える必要があります。

4) 成人教育の原則

Werner は成人に対する教育の原則として以下のようなものを挙げています。参考として下さい。（池田秀夫他「成人教育の理解」実務教育出版、1989）

- 教育的態度を放棄せよ
- 参加者を中心にせよ
- 事実を伝えよ
- 共通（相互交流的）雰囲気をつくれ
- 参加者に質問させよ
- 講師もともに学べ
- 弁じても、論争するな
- 事実を簡単明瞭に語れ
- 疑問を啓発せよ
- 学ぶことを教えよ
- 生活を援助せよ
- 最良の時間を選べ

5) 健康教育の評価

実施された健康教育がどの程度効果的だったのかを評価することは、健康教育の最終段階として、きわめて重要です。

通常健康教育の終了後に対象者に簡単なアンケートを行い、評価を行うことが多いようです。終了直後に行うアンケートの評価項目としては次のような項目が考えられます。

- 教育の目標が達成されたか
- 内容が理解できたか
- 内容は適切であったか（難易度や説明方法）
- 教育方法は適切だったか（スライドや資料は適切か）
- 参加者に発現の機会があったか
- 参加して良かったか

長期的に健康教育がどの程度効果的であったかを評価することも重要ですが、ここでは触れません。

(2) 心の健康づくりに向けた健康支援環境の形成（相談窓口の拡大、ネットワーク形成、地域・職域・家庭・学校の間における健康支援環境づくり）

相談窓口の拡大とネットワークの形成

住民自らができる個人的努力を促す努力とともに、社会全体として自殺予防・心の健康づくりを可能にする支援環境を充実させる努力が同時に必要となります。秋田県では、啓発普及の強化、相談窓口の拡大といった健康支援環境の形成にも努めています。心の健康を支援する環境づくりは、行政的対応として最も現実的なものであり、中長期的展望に立って整備を進めることが望まれます。

心の悩みを抱えた人に対する相談窓口の拡大は秋田県でも重点施策の一つとなっています。「心のセーフティネット」はすでに述べたように、心の悩みを抱えた人が身近な地域のどの機関に相談したら良いかを示唆するリストです。ここには、健康に関する相談だけでなく、金融に関する困りごと相談、介護・老後不安等の高齢者の相談、消費生活の相談など、様々な領域の悩みに関する相談窓口が掲げられています。

自殺予防においては、心の悩みを抱える人たちの社会的孤立（家庭内での孤立を含む）を解消する努力が必要になります。そのためには様々な形の支援（サポート）を利用できるようにする環境を整えていくことが望まれます。身近な家族や友人といった人間関係が必ずしも有効に機能しない場合に、公的な相談窓口が役立つ可能性があります。秋田県のモデル事業（平成14年度：東由利町）で行った調査結果で、住民の方々が最も相談しやすい窓口はどこかという質問に対しては、専門家、いのちの電話、民生委員、役場の相談窓口の順で回答でした。専門家の比重が大きいことと、いのちの電話の存在が知られていることが特徴的でした。役場の窓口やボランティアの役割をもう少しアピールできるようになると良いのかもしれません。

相談窓口の拡大とネットワークの形成は行政的な施策としては、力をいれるべき施策と考えられます。家族や身近な人の支援、NPOなどの民間の支援、公的な支援というように重層的な構造の中で、心の悩みを支援する環境を整えていくことが望まれます。

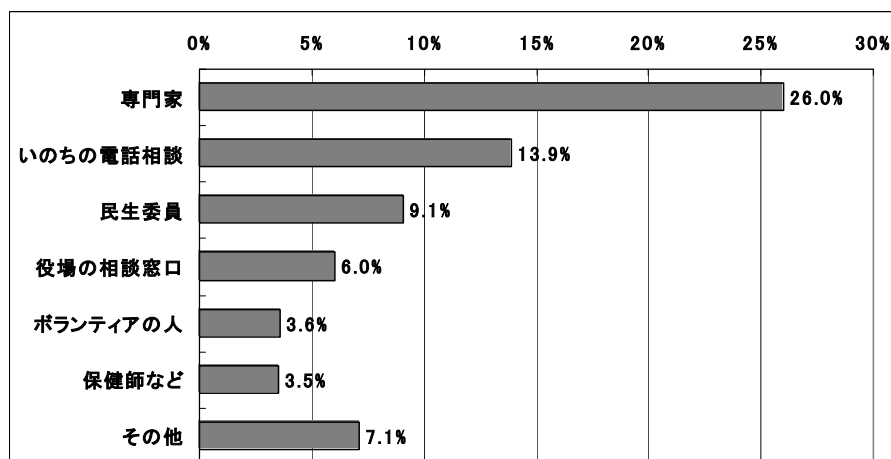


図7 住民が最も利用しやすい相談窓口（多重回答：東由利町の調査結果）

地域・職域・家庭・学校の場における健康支援環境づくり

地域で重視される健康課題を解決していくためには、「その問題をどのような活動の場において解決していくか」という「場の設定アプローチ(setting approach)」が取られます。設定しうる場としては、地域、職域、家庭、学校、が代表的です。場の設定アプローチを取ることで、活動の主体、活動の内容、活動の進め方などが具体的なイメージとして理解されるようになります。自殺予防・心の健康づくりにおいては、この四つの場のいずれもが重要な意味をもっています。

家庭は子供を心健やかに育てる場であり、また職域や地域でストレスを抱え込んだ家族を暖かく迎える場でもあります。しかし、一方で家庭内で孤立し寂しさを訴える高齢者が多いことも調査で明らかにされており、家庭内でのストレスをいかに外部化させ対処するかということも問題になります。

学校では規律の中で児童生徒に生命の尊厳や命の大切さを教えるとともに、集団生活を通じて健康の意味や生きるための技能を身につけさせます。心の健康づくりに関する健康教育を正規の学校教育の中に位置づけることも必要であると考えます。スウェーデンやフィンランドなどの諸外国では若年者の自殺予防対策として、学校における自殺予防教育の重要性が強調されています。

職域では働く世代の人々が心身ともに健康的に働くための環境が整備される必要があります。日本では労働基準法や労働安全衛生法などの法制度が整っています。健康支援環境の法制度面での整備という点では、職域は地域や家庭に比べて有利な環境にあります。しかし、過労自殺や過労死といったマイナスの面が指摘されており、働く人の心の健康づくりの問題は近年とくに注目されてきました。長時間労働や職場環境に関連する精神的ストレス要因を取り除くために、職場で心の健康づくり計画を策定することが望ましいといった「職場における心の健康づくりの指針」が平成12年度に公表されました。多くの職場でこの指針に基づいて心の健康づくりの計画的推進が重点項目として取り上げられています。職場の自殺予防対策としては、勤労者（被雇用者）の対策のみならず、経営者（雇用者）の対策も必要です。景気の低迷とともに自殺死亡者が増加しますが、これは中小企業の経営者が負債を抱えて倒産し、活路を見いだせずに自殺する例があとを絶たないためです。この背景には、中小企業経営者に個人債務保証を求める我が国の法制度上の仕組みが関連しているとの指摘があります。我が国の長年続いた慣行であるとはいえ、諸外国と比較した場合に改善の余地がある制度であるとの論議もあることから、法曹関係者は我が国の自殺文化を規定するこのような制度の改善に向けた努力をしてほしいと考えます。

地域の場における自殺予防は本ガイドの中心的な部分となっています。地域は、結局、家庭・学校・職域を外部から包み込むものです。秋田県のような高齢化の進んだ県では、高齢者の自殺予防・心の健康づくりが大きなウエイトを占めますが、地域の人的・物的資源を効果的に活用し、地域に閉じこもりがちな高齢者を支援するようにしましょう。また、地域の場における問題解決には、高齢者の家庭内での孤立、働き盛りの勤労者の職場でのストレス問題などが複雑に絡んでくることに注意しましょう。

（３）うつ病のハイリスク者に対する地域における介入方法

（構造化面接の実施と介入後のケア、地域における保健と医療の連携）

質問紙法を用いてうつ病のスクリーニングを実施し、うつ病のハイリスク者を特定できた場合、これらのハイリスク者に対して構造化面接の手法を用いてうつ病の診断を確定するとともに、事後の訪問指導などの活動に役立たせることができます。このような手法は新潟県松之山町や青森県名川町の事例で用いられ有用であると確かめられています。

具体的なプロセスを整理すると次のようになります。

- １）うつ病のスクリーニング（ツングの抑うつ尺度得点、大野らの簡易うつ病質問紙等）
- ２）うつ病のハイリスク者の確定
- ３）うつ病のハイリスク者に対する構造化面接の実施（構造化面接の方法を参照のこと）
- ４）面接結果をもとに、事後対応の方法を決定
- ５）定期的な追跡と管理

構造化面接の具体的な進め方は、大野らの報告書を参考に行うことができます（付録を参照して下さい）。このほかに、ハミルトンのうつ病評価尺度なども同時に実施すると良いでしょう。構造化面接に使用する記入用紙等を添付しましたので、活用して下さい。

モデル事業を実施した合川町での構造化面接の経緯を簡単に報告します。基礎調査を実施した結果、うつ病尺度得点高値者で構造化面接を行う必要ありと認めた方は 32 名でした。これらの方々に文書で通知し、個別の健康指導を行う場を設定しました。その結果、32 名中 14 名に個別健康指導の同意が得られ、これらの対象者に対しては構造化診断面接を実施し、同時に心の健康づくりに関する健康指導を行いました。その結果、専門的医療機関へ紹介および継続的な保健師の訪問指導を行うことができ、地域のメンタルヘルス向上に役立ったと考えられました。また、面接を行うこと自体が対象者の心の悩みを軽減する治療的な意義をもっていたことが明らかになりました。

構造化面接を行う実施者は事前に面接内容や面接方法について技術的な研修を受ける必要がありますが、必ずしも精神医学の専門家である必要はありません。大学や専門家の支援を受けることがもちろん望ましいのですが、市町村の担当者が工夫して実施することも可能です。基礎調査でのうつ病のスクリーニングと抱き合わせで、個別面接と事後指導の充実をプログラム化することが望ましいと考えられます。

（４）うつ病の早期発見・早期治療のための地域における医療体制の充実

うつ病の早期発見・早期治療は自殺予防対策の大きな柱のひとつです。地域でうつ病のスクリーニングを行うのは、なるべく早くうつ病になる可能性の高い人やうつ病になった人を早期に発見し、治療につなげるようにしようとするためです。地域における一次予防的な活動でうつ病の早期発見に努めるのはもちろん大切ですが、その他にもうつ病の早期発見・早期治療のための医療体制を充実させる必要があります。

秋田県では県医師会と協力して、一般医を対象としたうつ病に関する研修会を実施しています。地域のプライマリケアを担当する一般医（精神科を専門としない医師）が、うつ病をはじめとする精神科医療の基礎知識と技能を向上させることで、地域住民が最初にかかる一般医がうつ病の患者に適切に対処していただくような体制を作ろうということです。このような一般医を巻き込んだプライマリケアでのうつ病診療体制の充実世界的にも重視されています。また、プライマリケアの充実とともに、一般医から専門的医療機関への連携を促進するシステムづくりも必要です。地域の医師会と専門的医療機関とのネットワークの一層の形成と意思疎通の円滑化が重要となります。これらの連携システムの推進に行政が一定の役割を果たす努力も欠かせません。

自殺予防において、医療が果たすべきもうひとつの役割として、自殺未遂者への適切な対応という問題があります。自殺未遂者に対する救急医療の取り組みのあり方を新たに考えることが必要だと思われます。フランスでは自殺未遂者への対応を自殺予防対策で重視しており、一定期間の入院をさせ、心のケアを十分に図るとともに、退院後も地域のケアとしての自殺未遂者の心のケアをはかる取り組みが開始されています。我が国ではまだこのような視点からの自殺予防対策の取り組みは十分ではないようです。自殺予防のための医療体制の充実という中で、３次予防（ポストベンション）まで含めたシステムづくりを構想することが必要です。

また、自殺既遂者の遺された家族の心のケアをどうするかという問題に対して、医療や保健の専門的立場からシステムづくりやサービスの充実を図る対策を推進することが必要と思われます。

地域の自殺予防対策・心の健康づくり対策の策定において、保健所が果たすべき役割についてはすでに言及しましたが、ここでもう一度保健所の果たすべき役割を整理します。

- 市町村が設置する自殺予防・心の健康づくりに関する推進委員会に参加して、専門的立場の助言等を行うこと
- 専門的相談機関の一つとして、相談窓口のネットワーク化の推進を図ること
- 自殺予防にかかわる地域の医療システムの整備にかかわること
- 自殺予防・心の健康づくりに関する情報収集と提供を行う中核的機関となること
- メンタルヘルスにおける地域と職域の連携の推進を図るために役割を果たすこと

(5) NPO、自主グループなどのさまざまな活動主体との連携

健康づくりを進める上において、行政や専門家だけでなく、民間団体、自主的なグループなどのさまざまな主体を巻き込んでいくことが必要です。心の健康づくりを進めていく上でも、行政や専門家ができることは限られているということをあらためて確認しておきましょう。公共的な活動を担うのは、国や県や市町村という行政組織だけではありません。現代においては公共的な活動を担うさまざまな中間集団(公と私の間という意味)があり、活動があります。従来の中間集団としては、家族、町内会などがありましたが、現在ではさらにボランティア組織、NPO、NGOなどが挙げられます。行政のみならず、これらの中間集団が公共的な役割を担う比重も大きくなってきました。これらの組織や活動と行政活動をうまくまとめて健康づくりを進めていくことをパートナーシップ(連携)という言葉で表現しています。

心の健康づくりを進めて行く上で、どのような民間の団体やNPOが協力・連携してくれるのかについて、まずリストアップすることが必要でしょう。

秋田県の自殺予防・心の健康づくりにおいては、「秋田いのちの電話」(秋田市)、「心といのちを考える会」(藤里町)、「蜘蛛の糸」(秋田市)、などの団体が自主的に自殺予防活動に関わっています。このような団体がどのような活動を行っているのかについて知ること、NPOや自主グループの役割を理解することができます。

● 秋田いのちの電話(秋田市)

心の悩みを抱える人にボランティアが電話で相談する市民団体。電話での応対を通じて、さまざまな問題を抱えながら誰にも話すことができず、孤独と絶望の中で助けと励ましを求めている人への心の支えとなることを目指しています。秋田いのちの電話は平成10年に全国で44番目の「いのちの電話」として開設されました。電話相談に応じる相談員になるためには人の悩みを聞くための技能に関して約1年間研修を受け、さらに1年間の実地研修を受ける必要があります。

● 心といのちを考える会(藤里町)

平成12年の設立された自殺予防をめざす市民団体です。僧侶、保健師、町職員、主婦らが中心になっている。心の健康に関する勉強会や自殺予防に関するシンポジウムなどを開催し、自殺予防に向けた取り組みをはじめています。笑いを取り入れた寸劇をシンポジウムの中に取り入れたりしたユニークな活動を行っています。

● 蜘蛛の糸(秋田市)

倒産した中小企業主の立ち直りと社会復帰を支援する市民団体。

<コラム> いのちの電話 ～自殺予防・心の健康づくりにおける市民活動の可能性～

いのちの電話は、自殺予防を中心目的にしつつ、悩みをかかえていても身近に話を聴いてくれる人がいない方や、日常的に不安や孤独にさいなまれている方に対してよき隣人として相談相手になり、支えあっていこうとするボランティア団体です。

2003年4月現在、全国に50のセンターがあり、約8000人の相談員が活動しています。秋田いのちの電話は、平成10年に44番目のセンターとして開局しました。いのちの電話を開局するためには、全国のセンターが加盟している日本いのちの電話連盟が必要としている条件を満たし、名称の使用許可をもらわなければいけません。秋田でもこの準備に約3年近くかかっています。

開局時は午後3時から9時までの受付時間帯で、初年度は約2000件の電話を受信しました。その後毎年受信件数は増加し、平成14年度は7000件を超えています。また平成13年4月に受付時間帯を正午から9時までに延長し、同時に特定非営利活動（NPO）法人の認証を受けています。

いのちの電話はカウンセリングなどの精神療法的なアプローチではなく、良き隣人（be-friending）として相手の話と気持ちを傾聴することを目的としています。「自殺のような深刻な問題を、素人相談員がはたして扱えますかとよく聞かれる。生きるか死ぬかは誰もが自分で決めることで、専門家に聞くことではない。誰も自分を理解してくれないという妄想的うつ状態が自殺の心理なのだから、自分を理解している人がいさえすれば心が開ける（秋山聡平 元日本いのちの電話連盟理事長）」」。これがいのちの電話活動の基本的姿勢となっています。

電話での初対面・匿名の関係の中で、相手が「私は理解してもらった」という気持ちになるような聴き方を目指した研修が、相談員になるまでに2年間（講義・グループ研修・実習で合計約160時間）、そして相談員になってからも毎月1回行われます。特に相談員として認定された後の継続研修では、相談員のメンタルケアも重視しています。

各地域ではいのちの電話の特徴である匿名性や一回性を維持することが難しいと思います。ですからすぐに自分たちの身近な所でも同じような活動を展開することはできないかもしれません。しかし、研修体制も含めた市民による市民の活動は、自殺予防・心の健康づくり活動における重要な主体の一つになる可能性と必要性があることを、いのちの電話活動は示していると思います。

（佐々木久長）

＜コラム＞ 世界各国の自殺予防対策はどうなっているのでしょうか？

欧米の自殺予防対策を中心に、自殺予防対策を要約したのが表6です。
我が国の自殺予防対策として、採用可能なものも多く含まれています。

表6 政策パッケージとしての自殺予防対策

各国の国家的自殺予防戦略、自殺予防対策から要約した（本橋）

一次予防

1. 集団を対象とした健康教育
2. メディアによるヘルスコミュニケーション
3. 学校における健康教育プログラム
4. 精神保健サービスへのアクセスの改善
5. 労働と失業に対する対策

二次予防

1. うつ病や他の精神疾患の早期発見・早期予防
2. アルコールとドラッグへの対策
3. 自殺未遂の評価を行うこと
4. 自殺危機介入
5. 致命的な自殺手段へのアクセスの減少

三次予防

1. ポストベンション
 2. 専門家の訓練プログラム
 3. 致命的な自殺予防手段へのアクセスの減少
-

＜平成13・14年度文部科学省科学研究費補助金基盤(C)(2)研究成果報告書：自殺高率地域住民を対象とした戦略的な地域参加型自殺予防対策の有用性に関する研究（研究代表者・本橋豊）より抜粋＞

4. 心の重荷を軽くするために

■ 家族に関する悩みを話せる場所や相手の存在

家族...普通は悩みを軽くしてくれる所



でも家族が悩みの原因になったらどうしますか???



家族の悩みは案外他の人には言えないものです
それが心に重くのしかかっている人はいませんか？

*** 悩みは誰かに話す(聴いてもらう)ことで軽くなります**

■ 主観的健康観を高めるような働きかけ

主観的健康観...「私は健康だ」と思う気持ち



案外実際の健康に影響しています



「多少のことは大丈夫」と思う気持ちが大切です
自分で思えなかったら、誰かに言ってもら

*** 「大丈夫」と自分に言い聞かせ、多少の事は笑い飛ばしましょう**

その他

...身体を大切にすること(食事・運動・畑仕事・温泉・リラックス)

...ボランティア活動の勧め(自分がやりたい／人の役に立つ)

...仲間・友達・話し相手を大切にすること

...調子が悪くなったら適切な処置をすること(相談・病院)

第4章 秋田県内のモデル市町村での自殺予防の取り組み

秋田県の自殺予防対策モデル市町村と指定された町を対象に、どのような具体的事業が実施されたかを、町の事業担当者から資料にもとづき説明を受けたものを要約しました。また、町より提出された事業の説明資料等も参考にしました。

(1) 合川町の自殺予防対策（平成13年～）

ヘルスプロモーションの理念に基づく活動の推進

- 1) 質問紙調査および半構造化面接による高齢者のうつ状態のハイリスク者のスクリーニング（平成13年度）
- 2) ハイリスク者に対する事後指導の徹底（平成13年度～）
- 3) 住民に対する継続的な啓発活動（講演会の開催）
- 4) ふれあい相談員（メンタルヘルスサポーター）育成事業の開始（平成13年度に全6回の研修会を実施）
- 5) ふれあい相談員の拠点づくり（平成14年度）
- 6) 心の健康づくりワークショップの開催：健康づくり計画策定のための課題抽出
- 7) 健康のまちづくり計画にヘルスプロモーションの理念を明確化（まち未来21計画）：秋田大学医学部の関与

(2) 中仙町における自殺予防対策（平成13年～）

手探りの中で地域行動を強化

- 1) 心の健康づくり巡回相談事業（年6回）：地区ごとに精神科医による講演と相談を行った。
- 2) 心の健康づくりの講演会開催：健康づくり推進員を対象とした研修会の開催。自殺予防というメッセージも伝える。
- 3) 生きがいづくり対策：高齢者を講師にした伝承料理教室、ふれあいボランティア一皿運動
- 4) 声かけサポート：町の職員がボランティアとして約130人いる独居老人宅を休日や仕事帰りに訪ね、変化に目を配る。

(3) 藤里町における自殺予防対策（平成14年度～）

NPOを活用した住民参加型対策の試み

- 1) 心の健康づくり巡回相談事業
- 2) いきいき心の健康づくり講演会等事業
 - ・年3回の講演会
 - ・心といのちを考えるシンポジウム
 - ・冬場の引きこもり予防対策
- 3) 仲間づくり支援事業
 - ・心といのちを考える会員の学習会開催
 - ・精神福祉ボランティア会員等との交流
 - ・パンフレットの作成、会員の増員と相談窓口アピール

(4) 東由利町（平成14年度～）

働き盛りの年代の自殺予防に向けて

- 1) いきいき健康づくり講演会
- 2) 心の健康づくり巡回相談事業
企業訪問による働き盛り年代の健康管理
- 3) 仲間づくり支援事業
 - ・高齢者ふれあい交流会
 - ・自然観察ウォーキング
- 4) 心の健康推進会議の開催
心の健康づくりパンフレットの配布
- 5) 30歳以上住民を対象とした心の健康調査の実施

<コラム> 心の悩みの上手な相談法（健康教育用資料から：巻末の付録参照）

抑うつ状態になったら...休憩+

誰かに援助を求めること
誰か＝信頼している人なら誰でもいい

誰かの援助を受けること
援助＝働きかけ、心配、アドバイス

専門家に援助を求めること
(特に自殺しようと思ってしまった時)

心の悩みの上手な相談法

7

上手な相談の仕方

一人にならない



誰とも会いたくない

早めに相談する



自分でなんとかしよう

今の気持ちを話す



過去のことにこだわる

枠組みを守る



我慢している分
突然頼ってしまう

心の悩みの上手な相談法

10

（１）合川町の自殺予防対策

合川町においては、まず住民に対する質問紙調査の実施と、これによりスクリーニングされたハイリスク者に対して構造化面接を実施しさらに保健師による事後指導を行いました。また、このようなハイリスク集団に対する２次予防的アプローチと同時に、一次予防対策としての心の健康づくり・自殺予防対策も実施しました。一次予防対策と二次予防対策が両立して機能することで、地域における自殺予防対策が充実したものとなると考えられるからです。さらに、合川町では地域におけるヘルスコミュニケーションの活性化を意図して、「ふれあい相談員育成事業」を行いました。この事業は、調査研究事業とともに住民を対象とした地域保健指導者育成事業ということで、自殺予防・心の健康づくり対策の一環として独自に企画され実施したものです。合計６回の研修会の企画には、大学側が関与しました。ふれあい相談員育成事業は身近な住民を対象に精神保健に関する知識を理解させ、住民相互のコミュニケーションの促進をはかるとともに、地域において心の病に悩む人に適切な援助ができるような人を増やすことを目的に行われたものです。その具体的内容は次のとおりです。この研修会では講師による講義形式による知識の伝授だけでなく、ワークショップ形式で住民が主体的に知識や技能の獲得ができるような時間、ロールプレイ実習により実際の相談をいかにすすめるかの体験実習の時間を設け、参加者のエンパワメントを効果的に図れる工夫を行っています。

合川町ふれあい相談員育成講座（平成 13 年度）

第一回 心の健康づくりとは—ふれあい相談員の役割

講師： 本橋 豊（秋田大学医学部公衆衛生学講座）

第二回 心の悩みを抱えるひとへの援助方法—（１）心理学の立場から

講師： 佐々木久長（秋田大学医療技術短期大学部）

第三回 心の悩みを抱えるひとへの援助方法—（２）ワークショップに挑戦しながら社会的ネットワークについて考える

講師： 佐々木久長（秋田大学医療技術短期大学部）

第四回 医師の立場からみた心の健康づくり

講師： 今村 明（合川町国民健康保険診療所長）

第五回 ボランティア活動における人権とプライバシー

講師： 雲然俊美（日本キリスト教団秋田桜教会牧師）

第六回 ロールプレイ実習

育成講座を修了した受講者は、その後自分の地域で積極的に心の健康づくりに関与したいと希望する人もいることから、公民館などにふれあい相談員を置き、気軽に談笑できる「癒しのサロン」の設置も計画しているとのこと。

その他に、普及啓発活動として、基本調査結果にもとづく住民を対象とした健康教育（講演）を実施しました。

また、まちでは心の健康づくりを策定するための準備として、心の健康づくりに関するワークショップを開催し、住民主体の形でまちの健康課題の抽出を行いました。

合川町は町の保健センターに隣接して国保診療所を持っており、診療所医師も自殺予防

に前向きであることから、保健センターと診療所の連携を密にしたいとしていました。

＜平成13・14年度文部科学省科学研究費補助金基盤(C)(2)研究成果報告書：自殺高率地域住民を対象とした戦略的な地域参加型自殺予防対策の有用性に関する研究（研究代表者・本橋豊）より抜粋、一部改変＞



合川町の風景 のどかな農村、出羽丘陵の一角にある秋田杉町

中仙町の自殺予防対策

(平成14年度に実施したキーインフォーマントインタビュー結果)

1) 自殺予防対策事業の内容

中仙町が秋田県の自殺予防モデル事業を引き受けることになった時点で、担当保健師は自殺予防事業に取り組むための基礎知識や必ずしも十分でなく、自殺予防事業を担当するのは当初ためらいが大きかったようです。また、自殺予防モデル事業を新たに企画すると言っても、予算が十分にある訳ではないので、担当者は既存の事業に心の健康づくりという新たな視点を組み入れるという作業を行いました。具体的には仲間づくり事業（グランドゴルフ大会、歩け歩け大会）や生きがいづくり事業の一部を見直し、心の健康づくり事業として再構成しました。

町では健康地域連絡会という会合を定期的に持っており（年3回）、その会合の中で町民の方々の心の健康づくりの問題に対する理解は必ずしも十分なものではなかったようにも見えました（担当者の感想）。

以下、具体的な事業の内容について触れます。

● **心の健康づくり巡回相談事業**（6地区ごとに6回開催）：地区ごとにきめ細かく講演会と相談事業を実施するのが、町民全体を一同に介して講演会を開くよりも効果的ではないかと考えて、このような地区ごとの開催を決めました。対象者は健康づくり相談員、老人クラブ会員、民生委員でした。公立角館病院精神科の精神科医師に講演を実施してもらい、健康相談も実施しました。健康相談では深刻な悩みの相談もあり、このような相談事業を行ったことに意味があったと感じました。参加者は平成13年度の1年間で 234名でした。

● **保健師と民生委員が連携し、一人暮らし高齢者、老人世帯の家庭訪問を実施した。**平成13年6月から11月にかけて実施し、全部で18人の訪問を行いました。

● **いきいき心の健康づくり講演会：**健康づくり推進員を対象に推進員の知識向上をはかるため、年3回実施し、合計で310人の参加がありました。

● **健康ふれあい教室：**老人クラブ会員、一般住民を対象に心身の健康増進をはかるために開催しました。歌やユーモアあふれる講話などで、参加者の心身をリフレッシュさせることを目的としました。公民会を利用し年間6回開催し、合計180名の参加者がありました。

● **仲間づくり事業：**グランドゴルフ大会と歩け歩け大会を開催しました。これは既存の事業の再構築でした。

● **生きがいづくり事業：**地域の伝承料理講習会を開催。この事業は健康づくり推進員、一般住民を対象としたもので、高齢者を講師として地域に伝わる伝承料理、郷土料理をつくりながら交流を図るものでした。公民館で年6回開催し、120名の参加者がありました。

● **声かけサポート：**町の職員がボランティアとして約130人いる独居老人宅を休日や仕事帰りに訪ね、変化に目を配るようにします。

2) 自殺予防という言葉に住民に示すことにした経緯について

平成13年度の事業開始時点では担当者は自殺という言葉に住民に明示することをためらっており、心の健康づくりという言葉で事業を実施していました。しかし、事業を進めていくと心の健康づくりと言っても実際には自殺予防に関わる事業なのだということが住民にもわかっているということを認識せざるをえなくなりました。町で自殺者が出るたびに何とかしたいという思いが強くなりました。「自殺」という言葉をタブー視しないで一歩前に踏み出そうということを結果として決意するに至りました。そこで、担当者は部内でのコンセンサスを得て、「自殺予防」という言葉を講演会で示すようにしました。住民の反応としては率直にびっくりしたというような声もありましたが、やめてくれというような反応はありませんでした。「新聞やテレビなどで自殺予防の取り組みが秋田県で行われていることは知っていたが、自分が参加した講演会で「自殺」という言葉を直接聞くと、今までにない強い印象を受けた。」というような意見を住民の声として聞かれました。今では、自殺予防ということを隠さずに事業を行っています。

3) 各事業に対する担当者の自己評価

心の健康づくり巡回事業は5点満点で5点と評価している。地区ごとにきめ細かく講演会を行ったこと、住民の評判も良いことなどが理由です。生きがいつくり事業は5点です。心のふれあいボランティア一皿運動は担当保健師自身の発案で始めた事業ですが、住民の評判はとても良く、担当者自身が満足している。声かけボランティア訪問事業は4点です。この事業もとても良い事業だと思うが、継続していくうちに熱意が落ちてくるボランティアもいることに問題がありました。地域診断事業については、4点くらいです。(担当者の話からインタビュー者が判定) 地域診断結果はそれ自体興味深いもので、うつ状態の高齢者が全体の14%もいることや、住民の精神保健の状態が把握できたことは有意義であると評価しています。また、その結果を健康教育の機会に利用したりしている。また調査結果を住民に報告する講演会を開催したこと自体が住民の啓発活動となりました。

<平成13・14年度文部科学省科学研究費補助金基盤(C)(2)研究成果報告書：自殺高率地域住民を対象とした戦略的な地域参加型自殺予防対策の有用性に関する研究（研究代表者・本橋豊）より抜粋、一部改変>

（３）藤里町の自殺予防対策

藤里町の自殺予防対策の特徴は、町のワーキンググループ（健康部会）で自殺予防を取り上げ、行政と住民が一体となった市民活動団体（NPO）を作って主体的に活動を展開しているという点にあります。平成 12 年 10 月に発足した「心と命を考える会」は地域住民が参加している NPO ですが、町が事務局を担当し、町の予算で事業を行ってきました。

このように住民が早い段階で問題意識を持って行動した背景には、「自分が住んでいる町は自殺者が多いのではないだろうか」という印象を多くの人たちがいただいていたということもあるようです。特に担当保健師は自殺予防の必要性を感じ、「心の健康づくり事業」という形で比較的早い段階から取組んでいましたが、このことも地域住民が動き出す準備になっていたのかもしれませんが。

会が発足して最初に取り組んだ活動は住民への啓発活動でした。命の大切さを考える講演会を年 3～4 回のペースで実施してきています。計画・準備・実施・反省と次の課題検討というサイクルで毎月会合を重ねて来ています。

平成 13 年 5 月に秋田大学による住民に対する質問紙調査が実施されています。この調査内容の検討にも会員が参加しています。また実施に際しては、住民に対し「町も一緒に実施する調査である」という趣旨の文章で協力体制を明確にしています。

調査の結果は「報告会」という形で住民にフィードバックされています。会員への報告、町全体に対する報告、そして地区での報告会と全部で 9 回開催されました。同じ町でも各地区毎に特徴がありました。自分たちが普段感じていた特徴を調査結果を通して確認できたようです。

このような活動が注目され、平成 14 年度から県の心の健康づくり・自殺予防対策モデル事業の指定を受け、予算が確保され事業も拡大されました。そして次の 3 つの柱をたてて事業を展開しています。

（１）いきいき心の健康づくり

1) 「心といのちを考える」シンポジウムの開催（平成 14 年 10 月）

地域住民への啓発活動としてシンポジウムを開催しています。この時は自死遺児の発表や、会員による寸劇などが行われました。実際に父親を自殺で喪った体験を聞くことで、改めて生きるということ考えた人も多かったようです。シンポジウムの企画や運営、そして寸劇への参加は全て会員が行いました。このように会員が具体的な役割を担うことも、地域で住民が力をつけていくためには必要なことかもしれません。

2) 冬場の引きこもり予防対策（レクリエーションによるストレス発散）

冬期間の積雪は外出の機会を激減させます。そこで、冬期間を中心に、人とのふれあいと身体を動かすことを目的とした事業を行っています。心の健康づくりでは、冬期間はとても大切な時期です。この時期を意識した事業は今後益々必要になってくるのではないのでしょうか。

（２）心の健康づくり巡回相談事業

1) 中高年男性を対象にした地区への出前講座

「男の更年期を考える」とテーマにした講座を各地区で開催しました。これは自殺者が中高年男性に多いということと、以前開催した地区毎の調査結果報告会に男性がほとんど参加しなかったことから開催されました。この時は意見交換の時間を十分とり、普段感じていることを話してもらいやすい雰囲気を心がけました。意見交換の場には町の保健師も参加し、普段あまり話す機会のない人たちからも話をき

くことができます。また講座の前後に血圧測定を実施しましたが、ただ話を聞くだけでなく血圧を測ってもらうことも住民にとっては参加動機や満足感につながっていたようでした。

2) 専門家によるケース別相談の実施

保健師として普段気になっているけれどゆっくり時間をかけて話を聞けない人や、長年関わってきてもなかなか解決出来ないでいる人などに声をかけ、希望した人たちを対象に個別の相談を行った。話すことで気持ちが軽くなったというケースから、具体的な決断に関与したケース、そして危機介入的な対応をしたケースなどがありました。これもニーズが高い事業だといえるでしょう。ただ継続的に対応してくれる相談者の確保など課題も多い事業だと思います。

(3) 仲間づくり支援事業

1) 精神保健福祉ボランティアとの交流

誰でも気軽に立ち寄って話をしていける場（サロン）を作るために、同様な活動を展開している先進地へ見学交流に出かけています。このように他の地域の活動を見学し、交流することも会員にとってとても大切なことだと言えるでしょう。

2) 心の健康づくりと自殺予防パンフレットの作成

心の健康づくりと自殺予防をテーマにしたパンフレットを作成し、全戸配布しています。内容は会で検討し、作成は秋田大学が協力しました。「藤里物語」と題されたパンフレットは「三世代同居家族」「こころの健康・不健康」「地域で支える」「心の健康づくりと自殺予防」という内容で構成されています。このパンフレットを配布する際に内容に関するアンケート調査を実施していますが、このようにただ作成・配布して終わるのではなく住民の反応もとらえるということは、今後全ての事業においても益々重要になってくると思います。

(佐々木久長)



藤里町で配布した自殺予防パンフレット「藤里物語」

(4) 東由利町の自殺予防対策

東由利町は平成 14 年度より「心の健康づくり・自殺予防対策モデル事業」を開始しました。同町での対策は、働き盛りの中高年と高齢者の双方を対象として行っています。

同町では問題が顕在化した平成 11 年度を契機として、平成 12 年度より「東由利町心の健康推進協議会」を設置し、地元医師、地域所管保健所、教育長、警察、議会、民生児童委員、社会福祉協議会、農業委員、商工会や地域組織の代表者などを構成メンバーとして、自殺予防対策を町民自身の問題として活動しています。この協議会は、モデル事業が開始された平成 14 年度以降も継続して開催しています。

また、モデル事業初年度に実施した、住民を対象とした心の健康調査により、年代による心の健康やその問題に対する意識の違いも明らかとなりました。

このような活動の他、様々な事業を通して関係者や町民の理解と意識の向上をはかる工夫を行っています。以下具体的な事業の内容を記します。

1) いきいき健康づくり講演会

平成 14 年度より一般住民を対象として年 2 回開催しています。

(平成 14 年度は 113 人の参加)

2) 心の健康づくり巡回相談事業

企業訪問による働き盛り年代のメンタルヘルス対策を目的として、平成 15 年度より町内事業所を対象に実施予定です。

3) 仲間づくり支援事業

- ・高齢者ふれあい交流会

町内 8 地域で実施しています。(平成 14 年度は 272 人の参加)

- ・自然観察ウォーキング

平成 14 年度より実施しています。

4) 心の健康推進会議の開催

平成 12 年度より開催しており、モデル事業開始後も継続的に年 2 回開催しています。

平成 12 年度、13 年度は 23 名で構成、平成 14 年度以降は 13 名で構成しています。

5) 30 歳以上住民を対象とした心の健康調査の実施

平成 14 年度に 30 歳以上の全住民を対象とした悉皆調査を実施。調査は、愛育班員の協力により実施し、配布数 3,619 名に対し 63.2%の回収率でした。調査終了後、結果の個人への返信と、スクリーニングされたハイリスク者に対するフォローアップを実施しています。

6) 心の健康づくりパンフレットの配布

平成 14 年 12 月に全世帯を対象として配布しました。

(金子善博)

参 考 文 献

(本ガイド作成にあたり特に重要であった文献のみを示しました)

- (1) 本橋 豊 公衆衛生と自殺. 公衆衛生、67(9)、659-663、2003.
- (2) 本橋 豊 (研究代表者) 平成13・14年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究(C)(2) 研究成果報告書. 自殺高率地域住民を対象とした戦略的な地域参加型自殺予防対策の有用性に関する研究. 平成15年、秋田.
- (3) 秋田大学医学部公衆衛生学講座・合川町・秋田県 合川町における心の健康づくり基礎調査報告書―地域診断にもとづく健康なまちづくり―、平成14年
- (4) 秋田大学医学部公衆衛生学講座・中仙町・秋田県 中仙町における心の健康づくり基礎調査報告書―地域診断にもとづく健康なまちづくり―、平成14年
- (5) 秋田大学医学部健康増進医学分野・東由利町・秋田県 東由利町における心の健康づくり基礎調査報告書―地域診断にもとづく健康なまちづくり―、平成15年
- (6) 朝日新聞社秋田支局. 自殺の周辺 新聞記者の取材ノートから、無明舎出版、2001、秋田
- (7) 大野 裕 (研究代表者) 平成11～12年度厚生科学研究費補助金・障害福祉総合研究事業総合研究報告書. うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究. 平成13年
- (8) 神庭重信 (主任研究者) 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総括・分担研究報告書. うつ病による自殺の予防を目的としたスクリーニングと介入の研究. 平成14年
- (9) WHO. Building A Healthy City: A Practitioner's Guide. WHO, Geneva, 1995.
- (10) 高橋祥友 自殺の心理学. 講談社新書、1997

付 録

＜市町村の自殺予防対策のための基礎調査・保健活動で利用できるツール＞

**（Ⅰ）市町村の心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易調査票（再掲）
（簡易質問票の評価方法を含みます）**

（Ⅱ）抑うつ状態の評価用紙（構造化面接で用いる評価用紙）および評価方法

（Ⅲ）健康教育に用いるパワーポイント配布資料

次の３つのファイルの配付資料があります。健康教育を行うときに参考として下さい。

- （１） みんなで考える心の健康づくり
- （２） 心の重荷を、ちょっと軽くしてみませんか
- （３） 心の悩みの上手な相談の仕方と
～悩みを抱えた時の上手な対処方法について

この付録で収載した調査票、評価用紙、健康教育用パワーポイント配布資料は、
今後実施予定の基礎調査や健康教育で自由にお使い下さい。

(1) 市町村の心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易調査票 (Ver1.0)

この調査票の活用法について

この質問票は、秋田県の自殺予防モデル市町村地域診断委託事業の成果をもとに、市町村で自殺予防のための事業を実施する際に地域診断を行うための具体的な調査票のひな形をお示ししたものです。質問票に示された質問項目は、モデル市町村地域診断委託事業（合川町、中仙町、東由利町、藤里町）で実施された質問紙調査をもとに、うつ状態と有意に関連する要因として抽出された質問項目を選択しており、科学的根拠にもとづいて設定されています。各質問項目で示された要因のうつ状態への関連性はオッズ比で定量化されており、うつ状態のリスクを客観的に評価することが可能です。

使用にあたっては以下の点に留意するようにしてください。

1. 質問票は、基本事項に関する質問、心の健康にかかわる生活環境要因等に関する質問、うつ状態の評価に関する質問の3つから構成されています。
2. 本質問票は記名式とするか無記名式とするかは、自治体ごとに判断してください。記名式とするときには、個人のプライバシーの保護について十分な配慮をするようにしてください（配布回収の方法、データの入力管理、データの公表方法等）。記名式とすることによる利点は、うつ病のハイリスク者を把握し、個別に事後指導が行えることです。これにより、2次予防的観点から自殺予防を効果的に行う可能性があります。無記名式とした場合でも、地域全体の心の健康状態を正確に評価することができ、さらに地域の地理情報と連結させることで、効果的な1次予防対策が立てられるようになっています。
2. 対象者の選択は、自治体の実情に応じて行ってください。身近な生活環境に関する質問については、高齢者を対象とする場合には1～12の質問します。働く世代の人を対象に含める場合には、13～14の質問項目を加える方がよいでしょう。なお、この質問票では10代までの若い世代を含めることは考慮されていません。
4. 結果の集計方法は別に示します（「簡易調査票解析の手引き」を参照のこと）。解析方法は難しいものではありません。結果を個人ごとに返すかどうかは、自治体ごとに判断してください。記名式にした場合には、結果を個人へ返すのが望ましいと考えます。スクリーニングされたうつ病のハイリスク者は、可能であれば、構造化面接を行い、医療への連携、事後の保健指導に役立ててください。無記名式の場合には結果を個人ごとに返すことはできませんので、健康教育の場などで対象者にフィードバックすることになります。調査を実施し結果を住民に返すこと自体が自殺予防の啓発普及に役立ちます。
5. 調査結果の分析等について質問や支援の必要がある場合には、秋田大学医学部健康増進医学分野（公衆衛生学）までご連絡下さい。可能な範囲でお応えいたします。

市町村の心の健康づくりに向けた地域診断のための簡易調査票

この調査は、〇〇町に在住の〇〇歳から〇〇歳の方を対象に、「心の健康づくり」に関する調査として行わせていただいております。

お名前（ ） （網がけ部分の質問はオプションとします）

住 所（〇〇町 ）

最初にご自身のことについてお聞きします。あてはまる所に○をおつけ下さい。

〔 〕の中には数字などをご記入下さい。

1. お住まいになっている地区はどこですか。

1. 〇〇 2. 〇〇 3. 〇〇 4. 〇〇 5. 〇〇
6. 〇〇 7. 〇〇 8. 〇〇 9. 〇〇

2. 生年・年齢 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 〔 〕年 満〔 〕歳

3. 性別 1. 男 2. 女

4. 結婚 1. 非婚（結婚したことがない）

2. 既婚（結婚したことがある→現在の関係はどうですか

1. 同居 2. 別居 3. 死別 4. 離婚

5. 現在一緒に生活している方

1. 単身（一人暮らし）

2. 同居家族有り →同居している方全てに○をつけて下さい

1. 配偶者 2. 結婚していない子ども 3. 結婚している子ども
4. 嫁・婿 5. 孫 6. 自分の親 7. 配偶者の親
8. 自分の兄弟 9. 配偶者の兄弟 10. その他（ ）

<あなたの身近な生活環境のことについてお伺いします>

1. 同居している家族の中に、心配事や悩みごとを聞いてくれる人はいますか
1. いる 2. いない 3. 同居家族はいない
2. 同居している家族の中に、一緒にいて楽しく気分になる人がいますか
1. いる 2. いない 3. 同居家族はいない
3. ご家族の誰かのことでイライラしたり嫌な気持ちになることがありますか？
(一緒に住んでいない家族も含めます)
1. よくある 2. ときどきある 3. たまにある 4. ほとんどない
4. 普段の生活の中で寂しさを感じることがありますか
1. よくある 2. ときどきある 3. たまにある 4. ほとんどない
5. イライラしたり寂しさを感じたとき、どんなことをしますか？次のそれぞれの行動について、そのことをする程度をお答えください。
(イライラしたり寂しさをほとんど感じない方は「もしあったら」ということを想像してお答え下さい)
1) 具体的に何か援助を受けられる人を探した・・・
1. よくやる 2. たまにやる 3. めったにやらない 4. やらない
2) 自分の誤りを認めて、素直に謝った・・・
1. よくやる 2. たまにやる 3. めったにやらない 4. やらない
3) 人生で大切なことだと思った・・・
1. よくやる 2. たまにやる 3. めったにやらない 4. やらない
4) 自分をぎりぎりまで追いつめないで、余裕を残した・・・
1. よくやる 2. たまにやる 3. めったにやらない 4. やらない
6. この1ヶ月の間に、あなたは「死にたい」と考えたことがありますか？
1. とくにない 2. 少しあった 3. あった
7. 今までの人生の中で、あなたは「死にたい」と考えたことがありますか？
1. とくにない 2. 少しあった 3. あった
8. 現在のあなたの身体の状態はどうですか
1. 健康である 2. まあまあ健康である 3. 健康でない 4. よくわからない
9. 現在のあなたの心の状態はどうですか
1. 健康である 2. まあまあ健康である 3. 健康でない 4. よくわからない
10. あなたは1ヶ月に何回くらい病院にいきますか
1. ほとんどいかない(年に1～2回程度)
2. たまにしか行かない(数ヶ月に1回程度)
3. 定期的に1～2回程度(2週に1回程度)
4. 定期的に3～4回程度(週1回程度)
11. あなたは病気について医師に相談していますか
1. よく相談する 2. たまに相談する 3. あまり相談しない 4. 相談しない
12. 普段、買物・散歩・通院などで外出する頻度はどれくらいですか
1. 毎日1回以上 2. 2～3日に1回程度 3. 1週間に1回程度
4. ほとんど外出しない

＜30～59歳の年齢層（勤労世代）を対象にするときに追加を考慮する質問＞

13. 仕事をしていてストレスを感じることがありますか
1. よくある 2. たまにある 3. あまりない 4. ほとんどない
14. 職場の人間関係で悩んだことがありますか
1. よくある 2. たまにある 3. あまりない 4. ほとんどない

＜最近のあなたの心の健康状態について具体的にお伺いします＞

1. 毎日の生活が充実していますか
1. はい 2. いいえ
2. これまで楽しんでやれていたことが、いまも楽しんでできていますか
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ますか
1. はい 2. いいえ
4. 自分は役に立つ人間だと考えることができますか
1. はい 2. いいえ
5. わけもなく疲れたような感じがしますか
1. はい 2. いいえ
6. 死について何度も考えることがありますか
1. はい 2. いいえ
7. 気分がひどく落ち込んで、自殺について考えることがありますか
1. はい 2. いいえ
8. 最近ひどく困ったことやつらいと思ったことがありますか
1. はい 2. いいえ

「はい」と答えた方は、さしつかえなければ、どういう事があったのか、ご記入ください。

〔配偶者や家族の死亡、親族や近隣の人の自殺、医療機関からの退院 などの場合〕

()

（１）生活上のストレス要因のリスク評価

合計点を算出し、以下の基準で判定を行います。

- 1) 0～3点：ストレスでうつ状態に落ち込む可能性は低いでしょう。
- 2) 4～6点：ストレスが高くなっているかもしれません。ストレス解消に努めましょう。
健康教育や講話などに積極的に参加しましょう。
- 3) 7～9点：ストレスでうつ状態になる可能性があります。積極的にストレス解消に努め
ましょう。うつ病の積極的な二次予防活動の対象となります。
- 3) 10点以上：ストレスでうつ状態になる可能性がきわめて高いようです。
信頼できる周囲の人の相談するか、専門家に相談してください。

判定基準は、秋田県の地域診断モデル事業で実施した市町村における心の健康づくり調査から、科学的に作成されました。3町（合川町、中仙町、東由利町：調査数 7141 名）の基礎調査の結果を集計し、次のような事実が判明しています。

（注記：Ver1.0 は合川町のみの結果でした）

- 0～3点の範囲に約 73%の人が入ります。この範囲の人はほとんど問題ありません。
- 4～6点の範囲に約 24%の人が入ります。この範囲の人は要注意群です。
- 7～9点の範囲に 3.7%の人が、10点以上の範囲に 0.2%の人が入ります。この範囲の人はストレスでうつ状態になる可能性があります。（7点以上になると、うつ病尺度得点が 50 点以上の人が 50%以上出現します）地域保健活動において、うつ病の積極的な二次予防活動の対象となります。
- 10点以上の人では、9割以上の方がうつ病尺度得点 50 点以上となります。

合計点を求め、判定基準を用い、リスク要因の評価を行うだけでなく、各質問項目に住民がどのように回答したかがわかるよう、次のような解析も行います。

- 各質問項目の回答肢の割合を棒グラフなどで表します。
- 必要に応じて、各質問項目間のクロス集計を行います。

生活上のストレス要因のリスク評価の採点方法

- ① **太字・網がけ**で示した回答肢に丸がついた場合は1点、それ以外は0点とします
- ② 15項目について足し算をし、合計点を計算して下さい（最高15点、最低0点）

<あなたの身近な生活環境のことについてお伺いします>

1. 同居している家族の中に、心配事や悩みごとを聞いてくれる人はいますか
1. いる **2. いない** 3. 同居家族はいない
2. 同居している家族の中に、一緒にいて楽しく気分になる人がいますか
1. いる **2. いない** 3. 同居家族はいない
3. ご家族の誰かのことでイライラしたり嫌な気持ちになることがありますか？（一緒に住んでいない家族も含めます）
1. よくある 2. ときどきある 3. たまにある 4. ほとんどない
4. 普段の生活の中で寂しさを感じることがありますか
1. よくある 2. ときどきある 3. たまにある 4. ほとんどない
5. イライラしたり寂しさを感じたとき、どんなことをしますか？次のそれぞれの行動について、そのことをする程度をお答えください。
（イライラしたり寂しさをほとんど感じない方は「もしあったら」ということを想像してお答え下さい）
 - 1) 具体的に何か援助を受けられる人を探した・・・
1. よくやる 2. たまにやる 3. めったにやらない **4. やらない**
 - 2) 自分の誤りを認めて、素直に謝った・・・
1. よくやる 2. たまにやる 3. めったにやらない **4. やらない**
 - 3) 人生で大切なことだと思った・・・
1. よくやる 2. たまにやる 3. めったにやらない **4. やらない**
 - 4) 自分をぎりぎりまで追いつめないで、余裕を残した・・・
1. よくやる 2. たまにやる 3. めったにやらない **4. やらない**
6. この1ヶ月の間に、あなたは「死にたい」と考えたことがありますか？
1. とくにない 2. 少しあった **3. あった**
7. 今までの人生の中で、あなたは「死にたい」と考えたことがありますか？
1. とくにない 2. 少しあった **3. あった**
8. 現在のあなたの身体の健康状態はどうですか
1. 健康である 2. まあまあ健康である **3. 健康でない** 4. よくわからない
9. 現在のあなたの心の健康状態はどうですか
1. 健康である 2. まあまあ健康である **3. 健康でない** 4. よくわからない
10. あなたは1ヶ月に何回くらい病院にいきますか
1. ほとんどいかない（年に1～2回程度）
2. たまにしか行かない（数ヶ月に1回程度）
3. 定期的に1～2回程度（2週に1回程度）
4. 定期的に3～4回程度（週1回程度）
11. あなたは病気について医師に相談していますか
1. よく相談する 2. たまに相談する 3. あまり相談しない **4. 相談しない**
12. 普段、買物・散歩・通院などで外出する頻度はどれくらいですか
1. 毎日1回以上 2. 2～3日に1回程度 3. 1週間に1回程度
4. ほとんど外出しない

(2) うつ状態のスクリーニング項目の評価方法

うつ状態のスクリーニングは次の質問項目から判定を行います。

＜最近のあなたの心の健康状態について具体的にお伺いします＞

1. 毎日の生活が充実していますか

1. はい 2. いいえ

2. これまで楽しんでやれていたことが、いまでも楽しんでできていますか

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ますか

1. はい 2. いいえ

4. 自分は役に立つ人間だと考えることができますか

1. はい 2. いいえ

5. わけもなく疲れたような感じがしますか

1. はい 2. いいえ

6. 死について何度も考えることがありますか

1. はい 2. いいえ

7. 気分がひどく落ち込んで、自殺について考えることがありますか

1. はい 2. いいえ

8. 最近ひどく困ったことやつらいと思ったことがありますか

1. はい 2. いいえ

「はい」と答えた方は、さしつかえなければ、どういう事があったのか、ご記入ください。

〔配偶者や家族の死亡、親族や近隣の人の自殺、医療機関からの退院 などの場合〕

()

網がけの回答を1点、それ以外は0とします。

- 以上の質問項目は次頁に示すようにA・B・C群の項目に分けられます。
- うつ状態の評価基準と評価結果にもとづく介入群の抽出方法は次頁を参照して下さい。

＜うつ状態のスクリーニング項目の評価基準＞

A項目群：1点か2点以上

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| 1. 毎日の生活が充実していますか | いいえ |
| 2. これまで楽しんでやれていたことが、いまもたのしんでできていますか | いいえ |
| *3. 以前は楽に出来ていたことが、今ではおっくうに感じられますか？ | はい |
| 4. 自分は役に立つ人間だと考えることが出来ますか | いいえ |
| *5. わけもなく疲れたような感じがしますか | はい |

B項目群：CIDI-SFR 自殺項目：1点以上

- | | |
|-----------------------------------|----|
| *6. 死について何度も考えることがありますか | はい |
| *7. 気分がひどく落ち込んで、自殺について考えることがありますか | はい |

C項目群：ライフベント：自由記述欄の内容による

- | | |
|-------------------------------|----|
| 8. 最近ひどく困ったことやつらいと思ったことがありますか | はい |
|-------------------------------|----|

「はい」と答えた方は、さしつかえなければ、どういう事があったのか、ご記入ください。

〔配偶者や家族の死亡、親族や近隣の人の自殺、医療機関からの退院 などの場合〕

■ スクリーニングテスト項目の採点方法

*は「はい」を1点、「いいえ」を0点。それ以外の項目は、「はい」を0点、「いいえ」を1点。

無回答（○がついていない）、「わからない」反応の場合は、0点とする。

（項目内容の右側に、得点する場合の回答を記した）

● スクリーニングテストによる介入対象群の抽出方法

A・B・C各項目群の基準を、一つでも満たしているものを介入（訪問面接）対象者とする。

A項目群：1点か2点以上 ←←←1点以上が望ましいが、1点以上の被検者が多すぎて訪問面接が無理そうな場合は、2点以上を介入対象群とする。

（今回の結果から信頼性・妥当性を検討し、今後、継続して使用する予定）

B項目群：1点以上 （今後、継続して使用する予定）

C項目：自由記述欄に〔配偶者や家族の死亡、親族や近隣の人の自殺、医療機関からの退院〕などの記述があった場合

（経過観察の意味も含め、今後とも継続して使用することが望まれる）

- 普段の観察から、C項目のような出来事が確認された・死にたいと言っている場合も介入対象とする。

＜大野 裕（研究代表者）平成11～12年度厚生科学研究費補助金・障害福祉総合研究事業総合研究報告書．うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究．平成13年、より抜粋＞

(II) 抑うつ状態の評価用紙（構造化面接で用いる評価用紙）

＜構造化面接の利用について＞

構造化面接とはあらかじめ用意された質問と回答にしたがって行う面接のことです。質問する時の言葉も決められているために、面接者の言葉使いによる影響もなく、結果の信頼性が高い方法です。面接によるアンケート調査と言ってもよいかもしれません。

構造化面接の実施においては以下の点に気をつけて行ってください。

1) 構造化面接について説明すること

構造化面接という言葉を使う必要はありませんが、面接を始める前に、自由に話し合いをするのではなく、おききたい質問が決まっています、それについて「はい・いいえ」や時期や期間を答えてもらうということを説明しておく必要があるでしょう。しかし、この部分は面接全体の雰囲気に影響しますので、お互いの心理的な関係性に配慮した言い方で伝えてください。

2) 用意された質問を正確に伝えること

これは構造化面接で最も大切なことです。質問の文章や期間（例えば「最近2週間の間に」など）を相手にきちんと伝えてください。もし相手が理解していないような時は、出来るだけ質問の趣旨を変えないように補足します。回答者によっては質問に直接関係ないことを答えようとすることもあるかもしれません。そのような場合は、ある程度話をきいた後、再度質問を繰り返し回答を求めてください。

3) 正確な回答を得ること

構造化面接では、回答項目もあらかじめ決められています。基本的には「はい・いいえ」で回答してもらうようになっています。回答者によっては、どちらかに決められないという人もいます。しかし、構造化面接は「あったか・なかったか」を確認するものですから、その点を再度相手に伝えて考えてもらうと回答しやすくなります。

4) 相手の反応に留意すること

構造化面接では誰がやっても同じ結果を得るために面接者の主観的偏りを排除するように出来ています。この点が一般の面接と大きく異なっている点です。しかし、質問内容は相手の心に関するものであり、かなり深いところまで踏み込んだ質問もあります。相手の苦しそうな表情や答えに詰まった場面などでは、すこし時間をとりながら相手の気持ちを話してもらうことも大切です。

また基本的なことですが、プライバシーを守ることや面接をする場所の雰囲気などへの配慮も大切な点です。構造化面接は相手の状態を正確にとらえるために行うものですが、面接には話すことで気持ちが軽くなるという効果もあります。相手が気持ちよく面接を終えることが出来るように対応することを忘れないでください。

抑うつ状態の評価方法

以上の質問により確認された症状と数を確認します。

- (1) A 9 「自殺への思い」で「はい」と答えた人
―――> 医療機関への受診を勧める
- (2) A 1：抑うつ気分、A 2：興味や喜びの喪失、A 3：食欲の減退または増加
A 4：睡眠障害、A 5：精神運動の障害、A 6：疲れやすさ・気力の減退
A 7：強い罪責感、A 8：思考力や集中力の低下

以上のうち2つ以上

A 1 0：不安症状、A 1 1：アルコール乱用の可能性、A 1 3：生活の支障
以上のいずれか

A 1 2：医師への受診行動がない

<以上のすべてをみたすとき>

―――> 医療機関への受診を勧める

- (3) A 1：抑うつ気分、A 2：興味や喜びの喪失、A 3：食欲の減退または増加
A 4：睡眠障害、A 5：精神運動の障害、A 6：疲れやすさ・気力の減退
A 7：強い罪責感、A 8：思考力や集中力の低下

以上のうち1つ以上

A 1 0：不安症状、A 1 1：アルコール乱用の可能性、のいずれか
かつ A 1 3：生活の支障がある

A 1 2：医師への受診行動がない

<以上のすべてをみたすとき>

―――> 医療機関への受診を勧める

* 面接を行い、医療機関への受診を勧めない者は、すべて経過観察の対象とする

<大野 裕（研究代表者）平成11～12年度厚生科学研究費補助金・障害福祉総合研究事業総合研究報告書. うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究. 平成13年、より抜粋>

抑うつ状態の評価用紙

面接実施日	年	月	日
面接時間	開始 () 時 () 分	～	終了 () 時 () 分
面接者	面接場所 自宅 ・ センター		

相手の様子（気づいたことがあったら記入）

身体機能障害 視力 ・ 聴力 ・ 上肢 ・ 下肢 ・ その他 →

主観的健康観 健康 ・ やや健康 ・ 不健康 ・ 病気

現在の病気 無 ・ 有 →

F 1. お名前を確認させてください。「例：〇〇さんですね」

対象者 () 本人・家族 ()

F 2. 生年月日を教えてください。（年齢）

M. T. S. () 年 () 月 () 日 年齢 ()

「これから、〇〇さんの最近のご様子についてお伺いします」
「 月になってから（過去2週間）のことについて思い出してください」

A 1 悲しかったり、落ち込んだり、憂うつだったりすることがありますか

1. いいえ 2. はい

A1a 「その（悲しかったり、落ち込んだり、憂うつだったりする）
状態は2週間以上続いていますか」

↓

1. いいえ

2. はい → 「いつ頃から続いていますか？」

{ } ヶ月 { } 週間 { } 日前から

A1b 「その（悲しかったり、落ち込んだり、憂うつだったりする）
状態はほとんど毎日、ほとんど一日中、続いていますか？」

↓

1. いいえ → 「一日の内で調子が悪くなるのはいつ頃ですか」

1. 早朝（起床時） 2. 午前 3. 午後 4. 夕方 5. 就寝時

2. はい

A 2. 仕事や趣味、あるいは普段楽しみにしていることなど、たいていのことに興味をもてないですか

「何をしても面白くないですか?」「やろうとする気持ちになれないことがありますか」

1. いいえ 2. はい

A1a 「その（たいていの事に興味を持たない）状態は2週間以上続いていますか」



1. いいえ
2. はい→「いつ頃から続いていますか？」
〔 〕ヶ月〔 〕週間〔 〕日前から

A1b 「その（たいていの事に興味を持たない）状態はほとんど毎日、ほとんど一日中、続いていますか？」



1. いいえ→「一日の内で調子が悪くなるのはいつ頃ですか」
1. 早朝（起床時） 2. 午前 3. 午後 4. 夕方 5. 就寝時
2. はい



A 3. 最近（過去2週間）の食欲の変化についてお聞きします

A 3-1. いつもより食欲がないですか

1. いいえ 2. はい

A1a 「その（食欲がない）状態は2週間以上続いていますか」



1. いいえ
2. はい→「いつ頃から続いていますか？」
〔 〕ヶ月〔 〕週間〔 〕日前から



A 3-2. 「(減量しようとしていないのに／食欲が低下したことで)体重が減ってきていますか」

1. いいえ 2. はい→「いつもの体重と比べて、今はどれくらい減りましたか」
〔 〕Kg 減少 （3Kg/月→要チェック）



A 3-3. いつもよりずっと食欲が増えていきますか

1. いいえ 2. はい

A1a 「その（食欲が増えた）状態は2週間以上（2月前から）続いていますか」



1. いいえ
2. はい→「いつ頃から続いていますか？」
〔 〕ヶ月〔 〕週間〔 〕日前から



A 3-4. 「(食欲が増えないのに／食欲が増えたことで)体重が増えてきていますか」

1. いいえ 2. はい→「いつもの体重と比べて、今はどれくらい減りましたか」
〔 〕Kg 減少 （3Kg/月→要チェック）



A 3-5. 最近食べ物の味が変わったと感じることはありますか

1. いいえ 2. はい

A 4－１．【導入質問】－「睡眠の状態はいかがですか」
ほとんど毎晩眠れない状態が続いていますか？
寝付きが悪かったり、夜中に起きたり、
朝非常に早く目が覚めたりすることはありませんか

1. いいえ

2. はい

↓
A4-1a 「その（眠れない）状態は2週間以上続いていますか？」

1. いいえ

2. はい

↓
〔 〕ヶ月〔 〕週間〔 〕日前から

▼
大体何時頃眠りますか → 〔 〕時頃－ **何時頃目が覚めますか** 〔 〕時頃

A 4－２．毎日眠りすぎますか

1. いいえ

2. はい

↓
A4-2a 「その（眠り過ぎる）状態は2週間以上続いていますか？」

1. いいえ

2. はい

↓
〔 〕ヶ月〔 〕週間〔 〕日前から

▼
昼寝はしますか 1. いいえ 2. はい→時間帯（ 〕時頃～（ 〕時頃

A 5－１．話し方や動作が普段よりも遅くなっていますか

1. いいえ

2. はい

— A5-1a 「その（話し方や動作が普段よりも遅くなっている）状態は、
2週間以上続いていますか？」

1. いいえ

2. はい

↓
〔 〕ヶ月〔 〕週間〔 〕日前から

— A5-1b 「話し方や動作が遅くなったと、誰かに言われますか？」

1. いいえ

2. はい

【特定する 〕

A 5－２．いつも動き回っていなくてはならない、
つまり、じっと座っていられず、うろうろしていたり、
座っている間も手をじっとさせていられなかったりしますか？

1. いいえ

2. はい

— A5-2a 「その（いつも動き回っていなくてはならない）状態は、
2週間以上続いていますか？」

1. いいえ

2. はい

↓
〔 〕ヶ月〔 〕週間〔 〕日前から

— A5-2b 「いつも動き回っていると、誰かに言われますか？」

1. いいえ

2. はい

【特定する 〕

A 6 . いつもより疲れたり（疲れやすい）、気力が低下していると感じていますか

1 . いいえ

2 . はい

↓
A6a 「その（いつもより疲れたり気力が低下している）状態は、
2週間以上続いていますか？」

1 . いいえ

2 . はい

↓
〔 〕 ヶ月〔 〕 週間〔 〕 日前から

A 7 . 自分は価値のない人間であると感じたり、罪悪感を感じたりしていますか

1 . いいえ

2 . はい

↓
A7a 「その（自分に価値がないと感じる、罪悪感を感じる）状態は、
2週間以上続いていますか？」

1 . いいえ

2 . はい

↓
〔 〕 ヶ月〔 〕 週間〔 〕 日前から

A 8 - 1 . 物事に集中するのが、普段よりずっと難しいですか

1 . いいえ

2 . はい

↓
A8-1a 「その（集中できない）状態は、
2週間以上続いていますか？」

1 . いいえ

2 . はい

↓
〔 〕 ヶ月〔 〕 週間〔 〕 日前から

**A 8 - 2 . 普段より考える速度がずっと遅くなったり
考えがまとまらなくなったり していますか**

1 . いいえ

2 . はい

↓
A8-2a 「その（考える速度が遅くなったり、考えがまとまらない）状態は、
2週間以上続いていますか？」

1 . いいえ

2 . はい

↓
〔 〕 ヶ月〔 〕 週間〔 〕 日前から

**A 8 - 3 . 普段なら問題なく決められることが、
なかなか決められなくなっていますか？**

1 . いいえ

2 . はい

↓
A8-3a 「その（普段なら問題なく決断できることが、なかなか決められない）
状態は、2週間以上続いていますか？」

1 . いいえ

2 . はい

↓
〔 〕 ヶ月〔 〕 週間〔 〕 日前から

A 9 - 1 . 死について何度も考えたりしますか？

1. いいえ 2. はい

**A9-1a 「その（死について何度も考える）状態は、
2週間以上続いていますか？」**

1. いいえ 2. はい

() ヶ月 () 週間 () 日前から

A 9 - 2 . 気分がひどく落ち込んで自殺について考えることがありますか？

1. いいえ 2. はい

**A9-2a 「その（自殺について考える）状態は、
2週間以上続いていますか？」**

1. いいえ 2. はい

() ヶ月 () 週間 () 日前から

A9-2b 「どうやって自殺するか、具体的な計画を立てましたか？」

1. いいえ 2. はい

A9-2c 「どのようなやり方で自殺しようと考えましたか？」

〔具体的内容〕

A9-2d 「実際に自殺しようとしたか？」

1. いいえ 2. はい

その場でひきとめ、話を聞く

医療機関への受診を勧める

A1 ～ A9 までで、一つも「はい」がなかった場合→面接終了

A1 ～ A9 までで、一つ以上の 2 週間以上持続する「はい」があった場合→ A10,A11 へ

一つ以上「はい（2週間以下）」があった場合→受診行動・生活への支障へ

- A 1 0 - 1 .
わけもなく不安になったり、気持ちが落ち着かなくなったりすることがありますか
1 . いいえ 2 . はい
- A 1 0 - 2 .
突然ひどく不安になることがありますか
1 . いいえ 2 . はい
- A 1 1 - 1 .
飲酒量を減らさなければならなかったと感じたことがありますか
1 . いいえ 2 . はい
- A 1 1 - 2 .
他人があなたの飲酒を非難するので気にさわったことがありますか
1 . いいえ 2 . はい
- A 1 1 - 3 .
自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか
1 . いいえ 2 . はい
- A 1 1 - 4 .
神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、「迎え酒」をしたことがありますか
1 . いいえ 2 . はい

受診行動

A 1 2 . 「まとめると、〇〇さんには最近
[A1 ～ A11 までで「はい」と答えた症状をいくつか挙げる]
といったことがあったのですね。
このようなことについて、医師や専門家、ご家族やお友達に相談
なさいましたか？」

1 . いいえ 2 . はい

↓

「何科を受診されましたか？」

1 . 精神科／神経科／精神神経科

2 . 心療内科

3 . 内科／外科などその他の身体科 → [特定する]

↓

「お薬はどんなものでしたか？」

1 . 抗うつ薬 [特定する]

2 . 抗不安薬 [特定する]

3 . 睡眠薬 [特定する]

4 . その他 [特定する]

「そのことについて、その他の専門家に相談なさいましたか？」

(その他の専門家：心理学者、ソーシャルワーカー、カウンセラー、看護婦、お坊さんや神父さん、保健婦さん、その他の補助的な専門家を指す)

1 . いいえ 2 . はい

↓

[特定する]

「そのことについて、ご家族やお友達、お知り合いの方などに相談しましたか？」

1 . いいえ 2 . はい

↓

[特定する]

生活の支障

A 1 3 . ○○さんには最近

【A1 ～ A11 までで「はい」と答えた症状をいくつか挙げる】
といったことのために、家族の世話や自分自身のことが
出来ないなど、生活や活動にどのくらい支障が生じましたか

- 1 . 全くない 2 . 少し 3 . いくらか 4 . 大変

A 1 4 . ○○さんは、以前にもおなじようなこと

【A1 ～ A11 までで「はい」と答えた症状】
を経験したことがありますか

- 1 . いいえ 2 . はい



「最初にそのようなことを経験したのは何歳の時でしたか」



[] 歳の時

F 3 . 今回面接を受けてみようと思ったのは、どんな理由からですか

F 4 . ご家族のことについてお伺いします。

今一緒に住んでいるご家族は何人ですか。一緒に住んでいる人を教えてください。（簡単な家系図を作成する）

本人の職歴及び家族の職業についても確認する

() 人家族 ・ 独居

補足－１（痴呆が考えられる場合）

＊長谷川式簡易知的機能診断スケール

Q 1. 今日は何日ですか？	－ 0 . 3
Q 2. ここはどこですか？	－ 0 . 2.5
(Q 3. 年齢は)	－ 0 . 2
Q 4. 最近起こった出来事から、何年（何ヶ月）くらいたちましたか？	－ 0 . 2.5
Q 5. 生まれたのはどこですか？	－ 0 . 2
Q 6. 太平洋戦争（第二次世界大戦）が終わったのはいつですか？	－ 0 . 3.5
Q 7. 1年は何日ですか？（又は1時間は何分ですか）	－ 0 . 2.5
Q 8. 日本の総理大臣は誰ですか？	－ 0 . 3
Q 9. 1 0 0 から 7 を順に引いてください (1 0 0 - 7 = 9 3 / 9 3 - 7 = 8 6)	－ 0 . 2 . 4
Q10. 数字の逆唱 (6 - 8 - 2 / 8 - 5 - 2 - 9 を逆に言ってください)	－ 0 . 2 . 4
Q11. 5 つの物品テスト	－ 0 . 0.5 . 1.5 . 2.5 . 3.5

＊介護認定調査－理解から

Q 1. 毎日の日課の理解（一日のスケジュールや行事など）	－できる . できない
Q 2. 面接の直前に何をしていたかの理解	－できる . できない
Q 3. 今の季節を理解することが	－できる . できない

＊介護認定－問題行動から（家族への聞き取り）

「日頃の行動で何か困ったことや問題がありますか」

1. 物をとられたなどと被害的になる	－ 1 ない	2 時々	3 ある
2. 作話をし周囲に言いふらす	－ 1 ない	2 時々	3 ある
3. 実際にはないものが見えたり聞こえたりする	－ 1 ない	2 時々	3 ある
4. 泣いたり笑ったりして情緒が不安定になる	－ 1 ない	2 時々	3 ある
5. 夜間不眠あるいは昼夜逆転がある	－ 1 ない	2 時々	3 ある
6. 暴言や暴行がある	－ 1 ない	2 時々	3 ある
7. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる	－ 1 ない	2 時々	3 ある
8. 大声を出す	－ 1 ない	2 時々	3 ある
9. 助言や介護に抵抗することがある	－ 1 ない	2 時々	3 ある
10. 目的もなく動き回ることがある	－ 1 ない	2 時々	3 ある
11. 「家に帰る」等と落ち着かないことがある	－ 1 ない	2 時々	3 ある
12. 外出すると病院、施設、家などに一人でもどれなくなる	－ 1 ない	2 時々	3 ある
13. 一人で外に出たがったり目が離せないことがある	－ 1 ない	2 時々	3 ある
14. いろいろなものを集めたり、無断でもってくることがある	－ 1 ない	2 時々	3 ある
15. 火の不始末や火元の管理ができないことがある	－ 1 ない	2 時々	3 ある
16. 物や衣類を壊したり、破いたりすることがある	－ 1 ない	2 時々	3 ある
17. 不潔な行為を行うことがある	－ 1 ない	2 時々	3 ある
18. 食べられないものを口に入れることがある	－ 1 ない	2 時々	3 ある
19. 周囲が困惑している性的行動がある	－ 1 ない	2 時々	3 ある

補足－２（相手の訴えなど）

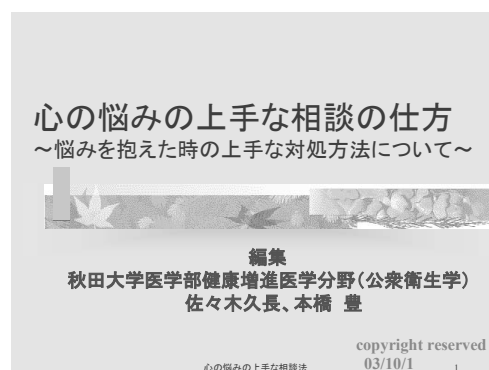
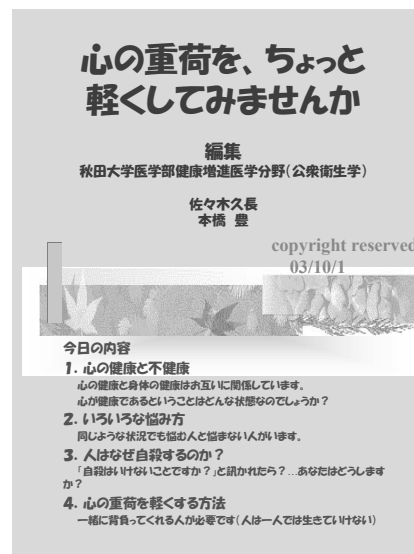
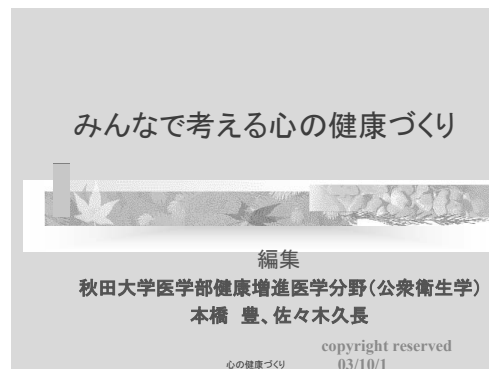
Ｑ １．今どんなことで困っていますか？ 等

(Ⅲ) 健康教育用パワーポイントファイル

次の3つのファイルの配付資料があります。

健康教育を行うときに参考として下さい。

- (1) みんなで考える心の健康づくり
- (2) 心の重荷を、ちょっと軽くしてみませんか
- (3) 心の悩みの上手な相談の仕方
～悩みを抱えた時の上手な対処方法について～



(1) みんなで考えるこころの健康づくり

みんなで考える心の健康づくり

編集
秋田大学医学部健康増進医学分野(公衆衛生学)
本橋 豊、佐々木久長

copyright reserved
03/10/1

心の健康づくり

今日、お話すること

- 健康とはどういうことでしょうか？
- 心の健康とはどういうことでしょうか？
- 健康づくりとはどういうことでしょうか？
- 地域 みんなが参加する健康づくり活動とはどういうことでしょうか？

心の健康づくり

健康とは何でしょうか

- 健康とは身体的、精神的、社会的に良好な状態であることと定義されています。(世界保健機関WHOの定義)
- 最近になって、**生き生きとして**良く生きていること、ということを付け加えてはという意見も出されました。

心の健康づくり

病気を持っていても健康？ 高齢社会は一病息災の時代

- 何かの病気をもつことは、高齢化の進んだ現在では当たり前のことです。病気がないから健康だということはないのです。
- 遺伝子で病気を調べる時代になりました。詳しく検査をしていくと、何らかの病気が見つかりうるのが現代なのです。
- 高齢者では、生活の質が良好ならば、健康だといっても差し支えない

心の健康づくり

心の健康とは

- 身体の健康と心の健康は関係しています。
- 心の悩みで身体が具合悪くなることはよくあることです
- **例えば、悩みがあって眠れないため、胃腸の調子が悪くなってしまうことがあります**

心の健康づくり

心の病気の多くは、医学の進歩により、治療が可能です。

- 統合失調症という病気は薬物治療の進歩により治療可能な疾患となりました。初回治療で95%の患者が一年以内に社会復帰可能なレベルに戻ります。
- 気分障害(うつ病など)は抗うつ薬により治療が可能です。

心の健康づくり

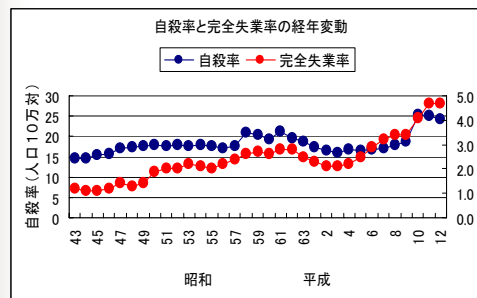
(1) みんなで考えるこころの健康づくり

日本全体で自殺で亡くなる方が増えています

- 自殺には様々な原因が考えられますが、うつ病は自殺を引き起こす心の病気として重要です。
- とくに、高齢者ではうつ病から自殺にいたるケースが多いとされています。

心の健康づくり

自殺は雇用環境の悪化(完全失業率)の影響を強く受けます



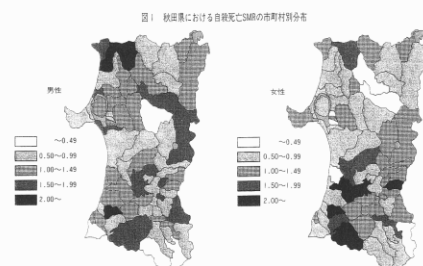
心の健康づくり

自殺死亡の高率県と低率県 (平成14年)

- | | |
|-----------|------------|
| ■ 秋田 42.1 | ■ 奈良 18.0 |
| ■ 青森 36.6 | ■ 神奈川 19.6 |
| ■ 岩手 35.6 | ■ 徳島 20.1 |
| ■ 島根 32.4 | ■ 千葉 20.4 |
| ■ 新潟 31.4 | ■ 岡山 20.5 |
| | & 愛知 |
| | <人口10万対> |

心の健康づくり

秋田県の自殺死亡率の市町村別分布 (平成4—8年)



心の健康づくり

ここでは代表的な心の病い うつ病についてお話します

気分障害(うつ病)のことを理解しましょう

心の健康づくり

気分障害(とくにうつ病)について

- 精神科を受診する患者で最も多い病気
- 憂うつ、気分の落ち込み、イライラ、注意集中困難、不眠、食欲不振など
- 自殺の前にはうつ状態になっていることが多い
- 自殺予防のためにはうつ病の早期発見・早期治療が重要

心の健康づくり

(1) みんなで考えるこころの健康づくり

うつ病の話

- 一生のうちのある時期にうつ病になる率は、女10-25%、男5-12%と言われている
- 重症の身体疾患患者のうつ病の率は、20～25%
- うつ病は治る病気なのに、うつ病と気づかずに治療を受けないことも多い

心の健康づくり

うつ病の治療

- 効果的なうつ病の治療薬がたくさんある
- 薬が効いてくるまで、1週間から10日かかる
- 勝手に薬をやめないことが重要
- 副作用として、便秘・口渇、尿閉、せん妄、循環器系への影響がある
- 薬のほかに精神療法や電撃療法がある

心の健康づくり

うつ病にかかった時の 大切な心構え

- 病気であると認め、休養に専念する
- 早く治療すれば回復も早い
- 回復までに病状には一進一退がある
- 無理をしない
- 孤立しない
- うつ病の間は人生の重要な決定はしない

心の健康づくり

うつ病の患者に対する対応方法

- うつ病を疑ったら精神科受診を勧める
- 心の支えになる
- 安易な励ましは禁物
- 徹底的に聞き役にまわる
- 薬は体に悪いなどとは決して言わない
- 自殺をほのめかしたら、決してそれを軽視しない
- 患者を非難してはいけない
- 体の訴えの背後にうつ病が隠れていることも

心の健康づくり

自殺に関するありふれた誤解

(高橋祥友先生の著書より)

- 「自殺する」という人は、本当に自殺しない
- 自殺の危険の高い人は死ぬ覚悟が確固としている
- 自殺について話をすることは危険だ
- どのような人でも自殺の危険が高まる可能性がある
- 自殺は突然起き、予測は不可能である

心の健康づくり

自殺の直前のサイン

(高橋祥友先生の著書より)

- 自殺をほのめかす
- 実際に自傷行為に及ぶ
- 別れの用意をする
- 過度に危険な行為に及ぶ
- アルコールや薬物の乱用が目立つようになる
- 突然の態度の変化

心の健康づくり

(1) みんなで考えるこころの健康づくり

自殺したいと打ち明けられたら

(高橋祥友先生の著書より)

- 誰でも良いから打ち明けたのではない
- 訴えに傾聴する
- 話をはぐらかさない
- 批判しない
- 世間一般の常識を押しつけたりしない
- 十分に訴えを聞いた上で、他の選択肢について話す
- 最終的には専門家の治療を受けるように助言する

心の健康づくり

高齢者の自殺の特徴

(高橋祥友先生の著書より)

- 身体の不調の訴えを背景にしていることが多い
- 警戒兆候に乏しい
- 確実に死ぬ方法を選択することが多い
- 病気、知人・家族の死、社会的孤立などのさまざまなストレス要因が関わる
- 家族と同居している高齢者に自殺が多い
- 農村部の地域に自殺が多い

心の健康づくり

心の健康づくりとは

健康秋田21計画ではどのようにしているのでしょうか？

心の健康づくり

心の健康づくりとは？

- 地域が一体となって心の健康づくりに取り組む重要性が必要です。
- 健康づくりとは、各人の健康の状態を一層良くしようとする地域ぐるみの取り組みのプロセスのことを指します
- 個人ができること、地域でできること、行政ができること、をそれぞれ考えていきましょう

心の健康づくり

心の健康づくりとは？

- 健康づくりは他人事ではなく、ひとりひとりが積極的に関わっていくことで実現していきます
- みんなで参加して、地域の健康づくりを進めていきましょう
- そのためには、健康づくりに地域のみんなが関心を持ち、力を合わせていく必要があります

心の健康づくり

健康秋田21では心の健康づくりを積極的に進めています

- 心の健康づくりに関する関心を高め、家庭・学校・職場・地域を活動の場として、ストレス対策などに必要な社会的支援を拡充し、すべての世代にわたる心の健康づくりを推進します(大目標)

心の健康づくり

(1) みんなで考えるこころの健康づくり

健康秋田21の具体的な目標

- 睡眠によって十分休養をとるようにしましょう
- 大酒を飲むのはやめましょう
- 精神的ストレスを積極的な方法で解消しましょう
- 薬物乱用を減らしましょう

心の健康づくり

健康秋田21の具体的な取り組み

- 学校における薬物乱用防止教育に取り組む
- 年間総労働時間を減らす
- 気楽にストレスや心の健康を相談できる機会や場所を増やす
- 地域における心の健康(メンタルヘルス)に関する専門的な研修を受けた相談員を増やす

心の健康づくり

健康秋田21における自殺予防

- すべての県民が一体となって、家庭・学校・職場・地域の場において、個人の尊厳といのちの大切さを再認識しながら、すべての世代における自殺者を減少させます(大目標)

心の健康づくり

自殺予防の目標

- 10年後に秋田県の自殺者数を約3割減少させます
- そのために、家庭・職場・地域からの社会的支援のない人の割合を減少させます

心の健康づくり

自殺予防の具体的対策

- うつ病の早期発見・早期治療のための病院・診療所・医師などによる協力体制の確立します
- いのちの電話などの自殺予防に関する相談窓口を増やします
- 市町村における自殺予防に関する相談窓口を増やします
- 自殺予防に関する情報を住民に提供している市町村の数を増やします

心の健康づくり

自殺の予防に取り組むにあたって必要なことは？

- 県民のみんなが秋田県の自殺の現状を知りましょう
- 心の悩みを抱えずに、誰かに話せる環境をつくりましょう
- 心の健康づくりにもっと関心を持ちましょう
- 心の悩みを抱えたり、うつ病のような症状があったら、早めに医師や保健婦さんなどに相談しましょう
- 悩み事を相談できる窓口がどこにあるかを知りましょう

心の健康づくり

(1) みんなで考えるこころの健康づくり

みんなで考える心の健康づくり

- 心の健康づくりは個人的問題だと割り切ることはできません。
- 社会のなかでの様々なストレスや社会的孤立が心の健康を損なう原因のひとつになっています。
- 家族関係を考えることや地域の社会的支援を充実させることが重要な対策だと考えられます

心の健康づくり

みんなで考える心の健康づくり



心の健康づくり

自殺予防の三つの側面

一次予防 プリベンション

ストレス対処
啓蒙普及活動
知識の向上

地域
職場

集団的対応

二次予防 インターベンション

うつ病の早期発見
と早期治療

うつ病の症状
のある人

個別的対応

3次予防 ポストベンション

残された家族
の心のケア

親しい人を
自殺で失った人

個別的対応

心の健康づくり

皆さんへのメッセージ

- 地域において、心の健康づくりに関する正しい知識を身につけて、ひとりひとりが心の健康づくりの推進に努めましょう

心の健康づくり

(2)心の重荷をちょっと軽くしてみませんか

心の重荷を、ちょっと軽くしてみませんか

編集

秋田大学医学部健康増進医学分野(公衆衛生学)

佐々木久長
本橋 豊

copyright reserved
03/10/1

今日の内容

1. 心の健康と不健康

心の健康と身体は健康はお互いに関係しています。
心が健康であるということはどんな状態なのでしょう？

2. いろいろな悩み方

同じような状況でも悩む人と悩まない人がいます。

3. 人はなぜ自殺するのか？

「自殺はいいことですか？」と訊かれたら？...あなたはどうしますか？

4. 心の重荷を軽くする方法

一緒に背負ってくれる人が必要です(人は一人では生きていけない)

1. 心の健康と不健康

■ 二つの健康 人間＝心＋身体で出来ています

身体は健康＝みんな関心があります
心の健康＝あまり考えてもらえないことが多いようです
例)身体は痛みには敏感でも、心の痛みについては案外鈍感では？

■ 心と身体の関係 心と身体はとても深く関係しています

心→身体「病は氣から」
→心が原因で身体は病気になることがあります(心身症)
「プラシーボ(偽薬)」
→偽の薬でも信じて飲むと効き目があります
身体→心「心に効く薬」
→本当のうつ病は薬と休養でほとんど良くなります

■ 健康な心とは？ 悩まないことではありません

自己実現人間の特徴(マズロー)
1)現実をちゃんとみている(ゆがめる自分の欲求や気持ち)
2)自分や他人や自然を受け入れている(良いところも悪いところも)
3)自発的で単純で自然な生き方(難しく考えない＝直感を大切に)
4)自分のことをあまり考えない(他人やみんなのことを考えて行動する)
5)他人と深い心の交流ができる(少人数と時間をかけて親しくなる)
6)感動がある
十分に機能した人間の特徴(ロジャーズ)
1)開放感→気持ちを開いている
2)実存感→「いま、ここで」の経験を大切に
3)確信感→自分の判断に自信がある
4)自由感→自分の考えをしっかりと持っている(人にあまり左右されない)
5)創造性→新しいことが好きだ(新しい自分、新しい体験など)

2. いろいろな悩み方

■ 心の「健康から病氣」までの間

心が健康な状態(きちんと悩める→待てる)
↓↑
ちょっと悩んでいるけれど、普通に生活できる状態
かなり悩んでいて、あまり普通に生活できない状態
↓↑
自分ではどうしようもなくなった状態(神経症)→ノイローゼ
精神的な病氣の状態(精神病)→(突然なることもあります)

■ うつ病の症状 こんな症状があったら要注意

- 1)何も楽しくない(どんなことをしても楽しくならない)
- 2)何も感じない(喜びはもちろん、悲しみも感じなくなることがある)
- 3)悲観的な考え(何事も無意味だと思ってしまう)＝決断をしない
- 4)自責的な考え(自分や自分の過去を悔やむ)
- 5)意欲が出ない(励ましやアドバイスはかえって追い込むことに)
- 6)食べられない
- 7)眠れない(早く目が覚めることもある＝早朝覚醒)
- 8)身体の不調(免疫力が低下している)
- 9)自殺を考える(うつ病の人は普通の人の数十倍危険)

基本的には脳の病氣(だから薬が有効)
脳の病氣ではない抑うつ状態(擬態うつ病)もある
・抑うつ気分が強さと重さ(周囲の人が気づくこともある)
・状況によって変わるかどうか(うつ病は変わらない)

(悩みにしてしまう考え方)

- (1)感情の合理化
例)「私は自分がだめだと感じた。だから私はだめである」
(自分が思っていることと、周りの人が思っていること、そして客観的事実は必ずしも一致しないことが多い)
- (2)「全て」か「無」か思考
例)「私は成功するか失敗するかのどちらかだ」
(本当はその中間にいろんな段階・結果がある)
- (3)不合理な信念
例)「～すべきだ」・「～しなければならない」
(でも、本当はしなくても、人生にそんなに大きな影響はないはず)
- (4)選択的否定的焦点化
例)「去年も大変だった...」
(本当は大変なことばかりではなく、良かったこともあったはずなのに)
- (5)認知的逃避
例)「もうだめだ...」
(でも本当はまだ大丈夫なのに、自分がだめだと思いこんでいる)
- (6)「誤った」身体焦点化
例)「動悸・呼吸困難感・ふらつき・うずき...大変な病氣だ!」
(本当は心理的なレベルの反応で重大な病氣ではないのに...)
- (7)否定的予測(占い)
例)「まだだめに決まっている(早まった・誤った悲観的な考え方)」
(本当は何の根拠もないこと。自分勝手に悪く予測している)
- (8)個別化
例)「自分だけが大変だ(仲間はずれにされている...」
(本当は相手がめがねを忘れて顔がよく見えなかっただけなのに...)

(2)心の重荷をちょっと軽くしてみませんか

3. 人はなぜ自殺をするのか

自殺のリスク要因

- ・自殺未遂
- ・精神疾患(躁うつ病、精神分裂病、アルコール依存症、人格障害など)
- ・喪失体験(仕事・経済力、人間関係・家族など)
- ・その他(警察庁による自殺の動機
一 家族問題、病苦等、経済・生活問題、勤務問題、男女問題、
学校問題、アルコール症を含めた精神障害、その他、不詳)

▲
自殺した人(自殺をする危険性の高い人)の特徴であって
「なぜ自殺をするのか?—したのか?」の答えになっていない

人はなぜ自殺をするのか

- ・精神痛(psychache=サイキエイク)からの逃避
精神痛=かなえられない欲求から生じる心理的痛み
自殺=欲求追求のドラマの具体化
自殺しない人=精神痛に耐える(受容する)
- ・神経症的欲求と自殺
強迫的追従(愛する対象の喪失からの自殺一働きなくていいよ
強迫的攻撃(自分で自分を攻撃した結果としての自殺
強迫的遊離(究極の孤独への選択としての自殺
- ・耐えて悩むために必要なこと
・正しい悩み方(大丈夫だということを忘れない)
・一緒に悩んでくれる人

4. 心の重荷を軽くするために

- 家族に関する悩みを話せる場所や相手の存在

家族...普通は悩みを軽くしてくれる所

↓
でも家族が悩みの原因になったらどうしますか???

↓
家族の悩みは案外他の人には言えないものです
それが心に重くのしかかっている人はいませんか?

*** 悩みは誰かに話す(聴いてもらう)ことで軽くなります**

- 主観的健康観を高めるような働きかけ

主観的健康観...「私は健康だ」と思う気持ち

↓
案外実際の健康に影響しています

↓
「多少のことは大丈夫」と思う気持ちが大切です
自分で思えなかったら、誰かに言ってもらおう

*** 「大丈夫」と自分に言い聞かせ、多少の事は笑い飛ばしましょう**

その他

- ...身体を大切にすること(食事・運動・畑仕事・温泉・リラックス)
- ...ボランティア活動の勤め(自分がやりたい／人の役に立つ)
- ...仲間・友達・話し相手を大切にすること
- ...調子が悪くなったら適切な処置をすること(相談・病院)

(3)心の悩みの上手な相談の仕方 ～悩みを抱えた時の上手な対処方法について

心の悩みの上手な相談の仕方 ～悩みを抱えた時の上手な対処方法について～

編集
秋田大学医学部健康増進医学分野(公衆衛生学)
佐々木久長、本橋 豊

copyright reserved
03/10/1

心の悩みの上手な相談法

1

目次

- テーマについて
- 秋田県の自殺について
- 自殺の原因と共通の特徴
- 抑うつ状態と対処
- 上手に相談するために
- 自己発見(個性化・自己実現)と相談
- 自分らしい生き方を考える
- 共に支え合うこと

心の悩みの上手な相談法

2

上手な悩みの相談の仕方とは？

自分が悩んだとき、どのように相談したらよいか

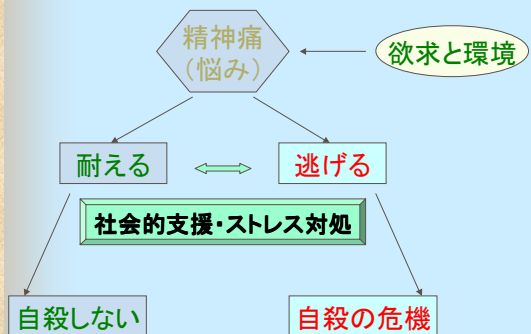
悩んだ人の相談をどのように受けるか

上手に相談できない結果としての自殺

心の悩みの上手な相談法

3

人はなぜ自殺するのか



心の悩みの上手な相談法

4

自殺の共通の特徴(シュナイドマン)

- 目的は、解決すること
- ゴールは、意識の**流れ**を止めること
- 動機は、耐えられない精神的苦痛
- 重荷は、**満たされない精神的欲求**
- 感情は、希望もなく、**助けもない思い**
- 認識状態は、**ゆれる心**
- 知覚状態は、視野狭窄
- 行動は、逃亡ないしは脱出
- 交流パターンは、**自殺の意図をつたえること**
- パターンは、**これまでの生き方を続けること**

心の悩みの上手な相談法

5

こんな状態になったことは？

- ずっと気が晴れない(長く続いている)
- 意欲がなくなる
- よく眠れなくなる
- 食欲不振
- 何をやっても楽しく感じられない
- 家族や職場の人間関係で悩んでいる
- 仕事のペースが遅くなる
- いくら自分で頑張ろうと思ってもどうにもできない

心の悩みの上手な相談法

6

(3)心の悩みの上手な相談の仕方 ～悩みを抱えた時の上手な対処方法について

抑うつ状態になったら...休憩+

- 誰かに援助を求めること
誰か＝信頼している人なら誰でもいい
- 誰かの援助を受けること
援助＝働きかけ、心配、アドバイス
- 専門家に援助を求めること
(特に自殺しようと思ってしまった時)

心の悩みの上手な相談法 7

上手に相談するために ...調子が良いときにやっておくこと

- 自分の健康状態の確認
危機＝体調の悪さ＋きっかけ
- 自分のことを伝える＝自己開示
- 自分の癖の確認
例：悩み過ぎる自分
- 友達のそばにいる
家族以外の人間関係を作る

心の悩みの上手な相談法 8

調子が悪くなるサインに気づく

- 疲れてくる
体調が悪くなる
- 自分のことがわからなくなる
考えがまとまらない
- そわそわして落ちつかない
悪い癖が出る
- 被害妄想(避けたいくなる)
依存欲求(攻撃性)

心の悩みの上手な相談法 9

上手な相談の仕方

- 一人にならない ⇔ 誰とも会いたくない
- 早めに相談する ⇔ 自分でなんとかしよう
- 今の気持ちを話す ⇔ 過去のことにこだわる
- 枠組みを守る ⇔ 我慢している分突然頼ってしまう

心の悩みの上手な相談法 10

上手な相談＝自己発見

モラル・トリートメント
治療者と患者との間の人間的な信頼関係を通じ、病んだ患者の心を治療しようという手法のこと。患者の理性を、人間性を忍耐強く信頼せよ。そうすれば患者は治る。人間を創った神への敬意が、この博愛主義的発想からも窺われる。

悩みの主体者としての自分から逃げない

心の悩みの上手な相談法 11

個性化と自己実現と相談

安定した意識 ⇔ 不安定な状態 異常行動 ⇔ より高次の安定

個性化の過程
自分の心の中を調べ、分析する
他人との関係の改革・対決に迫られる

自己実現
時には重荷になり、避けたい程苦しい
(神経症＝避けたために別の意味で苦しむ)

心の悩みの上手な相談法 12

(3)心の悩みの上手な相談の仕方
～悩みを抱えた時の上手な対処方法について

自分らしい生き方を考える

子どもの頃の自分

青年期の自分

就職・家族と自分

本当に自分らしい生き方を

心の悩みの上手な相談法 13

今を生きぬくために＝焦らないこと

年をとってくる
(調子が悪い時)

待てない
自分から行ってしまう

自分の身体は自分のもの
自分の命は自分のもの
という勘違い

心の悩みの上手な相談法 14

生きていて欲しいと願いあうこと
としての「相談」

生きぬくこと＝支え合うこと

心の悩みの上手な相談法 15

編 集

秋田大学医学部社会環境医学講座

健康増進医学分野（公衆衛生学）

執筆責任者： 本橋 豊（秋田大学医学部社会環境医学講座教授）
執筆協力者： 佐々木久長（秋田大学医学部保健学科助教授）
金子 善博（秋田大学医学部社会環境医学講座助手）

市町村における自殺予防のための心の健康づくり行動計画策定ガイド
Building A Suicide Prevention Program in A Healthy Community
A Practitioner's Guide

発行日 2003 年 10 月 1 日 初版第 1 刷 <検印省略> 無断引用転載を禁ず
2004 年 2 月 3 日 第 2 刷（PDF）
定価 非売品
編 者 秋田大学医学部社会環境医学講座健康増進医学分野（公衆衛生学）
発行者 本橋 豊
発行所 秋田大学医学部社会環境医学講座健康増進医学分野（公衆衛生学）
〒 010-8543 秋田市本道 1-1-1 電話：018-884-6088
印刷所 秋田ワークセンター
製本所 秋田ワークセンター
