

平成30年 日本自殺総合対策学会

Japanese Society of Comprehensive Suicide Prevention Policy-Making

—自殺総合対策の新時代を拓く—



いのち
支える

主催 日本自殺総合対策学会

共催 自殺総合対策推進センター

後援 厚生労働省／自殺対策を推進する議員の会

平成30年3月15日 星陵会館

平成30年 日本自殺総合対策学会

－自殺総合対策の新時代を拓く－

平成30年3月15日（木） 星陵会館

プログラム

(1) 午前の部 10:00～11:50 (ホール)

開会挨拶 尾辻秀久 自殺対策を推進する議員の会 会長

来賓挨拶 宮原真太郎 厚生労働省 大臣官房参事官 (自殺対策担当)

基調講演1 「世界から見た日本の自殺総合対策」
本橋 豊 自殺総合対策推進センター長

基調講演2 「自殺総合対策における地殻変動」
清水康之 NPO法人 自殺対策支援センター ライフリンク代表

(2) 午後の部 (実践部会：ホール、学術部会：会議室3A)

【実践部会】 13:00～15:45 (ホール)

13:00～13:45 セッション1 都道府県自殺対策計画

長野県 健康福祉部 保健・疾病対策課

1) 計画策定のプロセス 2) 計画の構成等

14:00～14:45 セッション2 市町村自殺対策計画

東京都 江戸川区 健康部 保健予防課

3) 計画策定のプロセス 4) 計画の構成等

15:00～15:45 セッション3 若者自殺対策の推進

NPO法人 自殺対策支援センター ライフリンク

5) SNSを活用した相談事業 6) SOSの出し方に関する教育

【学術部会】 13:00～15:45 (会議室3A)

革新的自殺研究推進プログラム 研究成果報告

13:00～13:45 セッション1 社会経済的な要因に着目した研究

座長 藤原武男 東京医科歯科大学大学院

がん医療における自殺ならびに専門的・精神心理的ケアの実態把握

内富庸介 国立がんセンター中央病院

報告者：松岡 豊 国立がん研究センター社会と健康研究センター

自殺問題の全体像を俯瞰した自殺死亡の経済的損失の計量経済学的分析

金子能宏 一橋大学経済研究所

SOSの出し方に関する教育の効果検証

越智真奈美 自殺総合対策推進センター

14:00～14:45 セッション2 行政施策の企画立案及び効率的な推進のための研究

座長 伊藤弘人 労働安全衛生総合研究所

自殺予防に対して医学生が有すべき知識と技術向上のための教材開発に関する研究

堤 明純 北里大学

自殺対策と連動した死因究明と法医学研究～特に無理心中と子どもの死に焦点を当てて～

岩瀬博太郎 千葉大学

報告者：石原憲治 千葉大学

15:00～15:45 セッション3 公衆衛生学的アプローチによる研究

座長 藤原佳典 東京都健康長寿医療センター研究所

地域レベルのソーシャルキャピタルとうつ割合と自殺率の関係

近藤克則 国立長寿医療研究センター

報告者：中村恒穂 千葉大学大学院

子供の貧困と自殺対策に関する総合研究

藤原武男 東京医科歯科大学大学院

精神保健医療福祉サービスの連動性の向上と過労自殺防止対策に関する研究

伊藤弘人 労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所

【総括セッション】 16:00～17:00 (ホール)

各部会からの総括報告

清水康之 NPO法人 自殺対策支援センター ライフリンク 代表

本橋 豊 自殺総合対策推進センター長

基調講演

基調講演 1 「世界から見た日本の自殺総合対策」

本橋 豊 自殺総合対策推進センター長

基調講演 2 「自殺総合対策における地殻変動」

清水康之 NPO法人 自殺対策支援センター
ライフリンク 代表

世界から見た日本の自殺総合対策

自殺総合対策推進センター

本橋 豊

平成28年の自殺対策基本法改正、平成29年の新たな自殺総合対策大綱の公表により、日本の自殺総合対策は新しい段階に入った。すべての市町村に地域自殺計画の策定が義務づけられ、住民に身近なきめ細かい自殺対策の提供が可能となり、「生きることの包括的な支援」としての自殺対策が全国で提供されることになる。このような日本の新たな自殺総合対策は国際的にも大きな関心が寄せられている。自殺対策に関するWHOの協力センターでもある自殺総合対策推進センターは、これまで日本の自殺総合対策を諸外国に情報提供を図るとともに、諸外国の自殺対策の最新事情を収集し、自殺総合対策の国際協力を積極的に進めることもミッションとしている。本講演では、スコットランドの国家自殺対策とカンボジアの自殺対策の現状について報告する。

スコットランドは連合王国（UK）を構成する地域であるが、イギリス全体の戦略とは別に、スコットランドの自殺対策戦略を独自に策定している。2003～2013年に「Choose Life」をキャッチフレーズに掲げ、20%の自殺率削減を目標にした自殺対策戦略を実施した。その後、「Choose Life」とは謳わなくなったが、2017年からは新たな戦略を策定した。新たな戦略では5つの課題を設定している。

- 1) 悩みを抱える人に対応する (Responding to people in distress)
- 2) 自殺について話す (Talking about suicide)
- 3) 自殺に対する国家保健サービスの対応を改善する (Improving the NHS response to suicide)
- 4) 科学的根拠を蓄積する (Developing the evidence base)
- 5) 変革と改善を支援する (Supporting change and improvement)

課題だけを見ると、精神保健サービスに重点が置かれているようだが、スコットランドの自殺対策戦略では、社会的な不平等に起因すると考えられる社会的要因も重視されており、日本の自殺総合対策の包括的施策と共通する要素がある。2018年3月の視察調査では、スコットランド地域の中の自殺率の格差の存在（都市部のグラスゴーで自殺率が高い等）を理解した上での対策の重要性について、NHSの政策担当者が言及していた。日本の地域自殺対策支援の手法である、地域自殺実態プロフィールの提供や地域自殺対策政策パッケージの公表には強い関心が示され、自殺対策の政策移転の可能性が示唆された。

開発途上地域のカンボジアの自殺対策とメンタルヘルスの現状については、平成29年12月に視察調査を実施した。カンボジアの自殺対策・メンタルヘルス対策を考える際には、1970年代後半のポルポト政権時代の大量虐殺による国民の後遺症を考慮しなければならないという特殊事情がある。ポルポト政権時代には知識人が敵視され、精神科医を含む医師は虐殺の対象となった。そのため、ポルポト政権崩壊後の1980年代～1990年には精神保健を担当する医師そのものがないという異常事態が続いた。現在においても精神医療等は十分なものとは言えず、国家としての精神保健対策は政策課題として後回しにされているのが実情である。カンボジアの自殺統計は未整備であり、まず現状の正確な把握のための統計システムも整備が望まれる。その上で、医療保健人材の育成とすでに確立されている母子保健システムなどを参考にした地域レベルの精神保健・自殺対策のシステム確立が必要であると考えられる。これらの政策を国家として展開していくためには、日本の自殺総合対策のノウハウをカンボジアに技術移転することがひとつの方策であると思われる。日本の先進的な自殺総合対策を東南アジア地域に適合させつつ支援していくことが、自殺対策の国際貢献としての日本の役割であると考えられる。

自殺総合対策における地殻変動

NPO法人 自殺対策支援センター ライフリンク

代表 清水康之

いま、日本の自殺総合対策は、非常に重要な地殻変動の最中にある。自殺総合対策における、言わばOS（オペレーティングシステム）が、まったく新しいものになろうとしているのだ。しかしそれは、単に「自殺対策基本法の改正」や「自殺総合対策大綱の改訂」のことだけを指しているのではない。法改正等と連動して進められてきた「政府の自殺対策推進体制の強化」や「地域自殺対策予算の恒久化」、それに「地域自殺対策トップセミナー全国キャラバンの実施」「地域自殺対策推進センターの設置」といった様々な施策が実は密接に連動する形で、日本の自殺総合対策を社会的な自律軌道に乗せようとしているのである。基調講演では、そうした「自殺総合対策における地殻変動」の全容と、それが実現した経緯について、この一連の動きに直接関わってきた立場から解説する。

(参考)

▼自殺対策基本法の大改正（2016年3月）

自殺対策のメッセージ（目的や理念）を明確にすると同時に、すべての都道府県及び市町村に地域自殺対策計画の策定を義務付けるなど、基本法の施行10年の節目に行われた大改正。いわゆる「SOSの出し方に関する教育」の推進に関する条文も加えられた。

▼自殺総合対策大綱の大改訂（2017年7月）

大きく改正された基本法に基いて大綱も大幅に改訂された。具体的には、子ども・若者の自殺対策の更なる推進や勤務問題による自殺対策の推進などが「当面の重点施策」に加えられた。また、数値目標は「先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少させる」とされた。

▼政府の自殺対策推進体制の強化（2016年4月）

これまで厚労省内で自殺対策と言えば、ともすると「精神障害」の中の問題と捉えられがちで、対策の推進体制も「精神障害」担当の中に押し込められがちだった。しかし、現在は、省一体となって対策を推進するために厚生労働大臣が本部長を務める「自殺対策推進本部」が立ち上がっており、大臣官房の参事官が専任で自殺対策を担当することになっている。

▼地域自殺対策トップセミナー

都道府県単位で開催している市町村長を対象にした自殺対策のセミナー。自殺対策が地域づくりの絶好の切り口であることなどを伝え、様々な関係者が協力しなければ実現しない地域自殺対策の推進は、首長が責任を持って推し進めるべきであることを伝えている。（2018年3月8日時点で38府県において実施済み）

実践部会

セッション1 都道府県自殺対策計画

1) 計画策定のプロセス

2) 計画の構成等

セッション2 市町村自殺対策計画

3) 計画策定のプロセス

4) 計画の構成等

セッション3 若者自殺対策の推進

5) SNSを活用した相談事業

6) SOSの出し方に関する教育

学術部会

セッション1 社会経済的な要因に着目した研究

座長：藤原武男 東京医科歯科大学大学院

セッション2 行政施策の企画立案及び効率的な推進のための研究

座長：伊藤弘人 労働安全衛生総合研究所

セッション3 公衆衛生学的アプローチによる研究

座長：藤原佳典 東京都健康長寿医療センター研究所

がん医療における自殺ならびに専門的・精神心理的ケアの実態把握

松岡 豊¹⁾、井上 佳祐²⁾、藤森 麻衣子¹⁾、
明智 龍男³⁾、河西 千秋⁴⁾、鈴木 秀人⁵⁾、内富 庸介⁶⁾

- 1) 国立がん研究センター社会と健康研究センター、
- 2) 横浜市立大学精神医学教室、
- 3) 名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野、
- 4) 札幌医科大学医学部神経精神医学講座、
- 5) 東京都監察医務院、
- 6) 国立がん研究センター中央病院支持療法開発部門

【目的】①がん患者における自殺の実態を明らかにするために、がん既往の自殺検案事例について後方視的調査を行うとともに、②自記式調査によって、がん診療に携わっている医療者の自殺に対する態度および自殺の危険性の高い者への対応技術について検討した。

【対象と方法】①検案事例調査 2009-2013年に東京都監察医務院にて検案された自殺事例のうち、がんの既往のあるものを対象とした。検案調書を後方視的に調査し、自殺日時・場所・企図手段、がん種、がん診断からの期間、がん治療経験、がん診療連携拠点病院受診の有無、精神科受療歴、年齢、性別、住居形態等の情報を得た。

②態度・対応技術調査 がん診療に携わっている精神科医師、身体科医師、そして看護師を対象に、自殺に対する態度および対応技術、自殺についての研修会の参加の有無等をオンラインアンケートで調査した。

【結果】①検案事例調査 都下23区内の自殺者数は10,134名で、そのうちがん既往のあるものは503名であった。2012年の東京都地域がん登録がん死亡数は32,921名であったが、同年のがん既往のある自殺者数は73名であった。自殺者の割合が高い部位は、消化器、頭頸部であった。自殺者の大半が治療中であったが、入院中の者は少なかった。

②態度・対応技術調査 精神科医師136名、精神科以外の医師（以下、身体科医師）137名、看護師200名から回答を得た。自殺に関する研修会に参加した経験のあるものは、精神科医師の80%、身体科医師の34%、そして看護師の18%であった。精神科医師、身体科医師、そして看護師の順で、自殺の危険性の高い人に対して否定的な態度を取らないと回答した。自殺の危険性を有する患者への対応スキルについての回答は、精神科医師で良好であった。

【考察】①検案事例調査 がん患者全体の約0.2-0.3%が自殺で亡くなっていると推計される。全国の年間がん罹患者数（100万人）を考慮すると、自殺の頻度が高い診断後1年以内を中心に、年間2,000-3,000人程度が自殺で亡くなっていると考えられる。がん患者の自殺対策として、食事、発話や人工肛門等の機能障害を来しうる消化器がんや頭頸部がんを有する外来通院中の患者を対象とした支援体制の構築が重要と考えられた。

②態度・対応技術調査 精神科医師、身体科医師、そして看護師の順に、自殺念慮が高いものや自殺未遂を行ったものに対して否定的な感情を持ちにくいこと、そして精神科医師に比べて、看護師や身体科医師は、自殺の危険性が高いものへの対応スキルが低いことが示唆された。看護師や身体科医師に対し、自殺の危険性が高いものに対する対応方法や自殺に関する知識の習得を目的とした研修会への参加を促す取り組みが必要と考えられた。

自殺問題の全体像を俯瞰した自殺死亡の経済的損失の計量経済学的分析

金子 能宏

一橋大学経済研究所・教授

【目的】自殺防止対策を推進するためには、防止対策に関連する医療・精神保健福祉・地域福祉等の提供体制の整備とそのため財源措置、防止対策に関わるNPO等への補助金等の財源措置が重要である。このような自殺防止対策の財源措置の対費用効果を示すために、本研究では、自殺防止対策による経済的効果を、自殺死亡によって失われている人的資本の額を国連等で用いられている所得ベースアプローチという人的資本の推計方法を応用して推計する。自殺防止対策は、都道府県や各地域での地道な活動の積み上げによって成果を収めてきたことを踏まえて、都道府県別の自殺死亡によって失われてきた人的資本の額を推計し、自殺対策によって自殺死亡者数が減少してきたことによって得られた経済的便益についても推計する。

【対象と方法】厚生労働省「人口動態調査」の都道府県別・男女別・年齢階級別の死因が自殺に分類されているサンプル数を対象に、このデータと厚生労働省「賃金構造基本調査」都道府県別・男女別・年齢階級別のデータをマッチングさせて、自殺死亡による経済的損失額（人的資本の損失額）を、国連及び関連機関が人的資本の国際比較のために用いている所得ベースアプローチに基づいて推計する。

【結果】上記の【対象と方法】で示した方法により、2005年（自殺対策基本法が施行される前年）とデータが得られる直近年について、自殺死亡による社会経済的損失額＝人的資本の損失額（自殺によって失われる生涯所得金額（1年間当たりの名目値））を推計した。

【考察】と【結論】

所得ベースアプローチとして用いる所得のデータとしては、賃金所得だけではなく、自営業者として働く場合の自営業等の収入を考慮する必要があるが、我が国では就業者に占める被雇用者と自営業者等の比率に関する都道府県別比率は、5年に1回行われる総務省「就業構造基本調査」または「国勢調査」で得るか、3年に1回行われる厚生労働省「国民生活基礎調査」大規模年調査の再集計を用いて得る必要があるため、上記調査の実施年以外については線形補完などを用いて推計に応用する制約があることについて留意する必要がある。また、これまで行ってきた日本全体の自殺死亡による経済的損失額の推計では、自殺死亡された方が生存していると仮定して得られる生涯賃金所得について、生存していた場合でも失業に直面する可能性があるとして仮定して生涯所得額を失業率で調整していたが、国連及び関連機関が人的資本の国際比較のために用いている所得ベースアプローチでは、国際比較の観点から各国の失業率を生生涯所得の推計に必要な期間にわたり仮定する（想定を置く）ことは経済学的に難しいため、人的資本の推計には失業率をパラメーターや係数として含めない推計式が用いられている。本研究では、これまでの我が国全体の自殺死亡による経済的損失の推計に代わって、国連及び関連機関が人的資本の推計方法に基づいて、失業率を推計のパラメーターや係数として含めない形で推計を行った。

SOSの出し方に関する教育の効果検証

越智 真奈美、金子 善博、本橋 豊

自殺総合対策推進センター

日本では近年、全年齢の自殺死亡率が下がる一方、未成年や20歳代を含む若年層の自殺死亡率は、全年齢の減少率と比べて十分に低下していない。そこで、多くの若年層にとって社会的活動の中心となる学校が、自殺対策を行う場として注目されている。平成28年に改正された自殺対策基本法においては自殺対策における学校の役割として、自他を尊重する意識や困難な事態への対処を身につける教育をすべての児童・生徒に行うことなどが示された。さらに自殺総合対策大綱（平成29年閣議決定）では、「SOSの出し方に関する教育の推進」、つまり援助を求める行動を促す教育が、若年層の自殺対策を推進する施策として強調されている。

援助希求行動の促進を目的とする教育には、自殺の一次予防の観点から重要な意義があると考えられる。しかしその効果については、国際的にも十分な評価がなされているとは言い難い。国内では、各地自治体や教育機関における取り組みが始められつつあるが、これらの教育内容の定着については探索的な研究を蓄積する段階にあるといえる。また今後、児童・生徒への自殺対策を各地で早急に広めるためには、どんな規模や背景をもつ地域においても実施可能な方法や、教育内容の開発が急務である。

本研究では、東京都足立区の小・中学生を対象として実施されている、SOSの出し方に関する特別授業の効果を検証する。足立区では、困難な状況における援助の求め方や、自尊感情の育成に学習内容の焦点を当てた特別授業が行われてきた。自殺対策の全国的普及が求められる中、足立区特別授業は、1コマで完結したメッセージを伝える等の特徴が、自殺対策の実績のない学校においても比較的導入の障壁を下げると思われる。そのため本研究では、この授業により悩みを抱えた児童・生徒が適切に援助を求められるようになってきているか、また自尊感情の向上がみられるかどうかを検証し、さらにどのような児童・生徒においてその影響があらわれるかを把握する。

研究対象は、平成29年度足立区特別授業を行う小学校5・6年生、中学1～3年生とした。本研究への協力同意が得られた学校において、特別授業の前と2～3か月後にアンケートを行った。アンケートでは、不安や悩みの有無、困ったときの相談先や、相談先を探すときの方法、信頼できる大人等の有無、自尊感情などを尋ねた。

平成29年2月現在、8校の小・中学校にご協力いただき調査を継続中である。学会では、進捗を報告させていただくとともに、今後の展望を述べる予定である。

自殺予防に対して医学生が有すべき知識と技術向上のための教材開発

井上彰臣¹⁾、堤 明純¹⁾、守屋利佳²⁾、千葉宏毅²⁾、島津明人³⁾

- 1) 北里大学医学部公衆衛生学単位、2) 北里大学医学部医学教育研究開発センター、
3) 北里大学一般教育部人間科学教育センター

【目的】自殺対策や自殺のリスク要因への対応に係る人材の確保、養成及び資質の向上が重要であることから、医療、保健福祉、心理等に関する専門家などを養成する大学、専修学校、関係団体等と連携して自殺対策教育を推進することが求められている。自殺企図者の対応など医療者が遭遇し得るケースへの対応技術向上には、行動科学的要素を取り入れた参加型実習が有効と考えられ、ロールプレイなどを盛り込んだ実習の教材開発を試みた。

【方法】現代の医学教育では、いわゆる「知る」だけでは不十分で、「活用できる」ようになることが求められており、ロールプレイや想定症例の問題を解決しうることを到達目標とした、Small Group による症例シナリオについて実際の治療戦略を考案するアクティブ・ラーニング形式の実習・演習が推奨されている。医学部のモデル・コア・カリキュラムに取り入れられる行動科学で重視されているコミュニケーション能力の醸成を目標に、心理的な負担を抱えている患者に寄り添い、傾聴しつつコミュニケーションをとる能力を養う症例シナリオを検討した。

【結果】コミュニケーションを学ぶ2つのシナリオ（表）を作成し、心理的負担の強い患者との面接法（寄り添い、傾聴、サポート）と自殺企図者への対応を、学生がロールプレイを通じて習得することを目標とするアクティブ・ラーニングのためのトリガービデオを作成した。

【考察】今回のシナリオは一般人を念頭においた基本的なシナリオとなったが、医療の現場で自殺念慮をもつ患者さんがクリニックなどに来た場合に対処して専門の医療機関につなげるか、また地域医療保健等との連携をどう図るか、というようなシナリオを検討する。さらに、医学生以外の保健医療職（看護師・薬剤師等）を対象とする場合にも、それぞれの職種に対応したシナリオを検討する。

表. ビデオ教材のシナリオ

傾聴の基本を学ぶシナリオ	男性（聞き手）と女性（話し手）が待合室で居合わせて会話をしている場面を想定し、話し手が語る「楽しかった出来事」や「緊張した出来事」を聞き手が「良い（傾聴の技法を踏まえた）聞き方」と「悪い聞き方」の2パターンで聞く。話し手に「良い聞き方」と「悪い聞き方」で、どのように感じたかを振り返ってもらった後、進行役と解説者の対話形式で「良い聞き方」のポイントと「悪い聞き方」の例について解説する。
心理的な危機介入を学ぶシナリオ	がんの告知を受けてショックを受けている女性（話し手）とその息子（聞き手）が会話をしている場面を想定し、まずは聞き手が「普通の（即解決型で自己中心的な）聞き方」で演じる。これを踏まえ、進行役と解説者の対話形式で「普通の聞き方」の悪かった点と「危機介入を意識した（受け止め、共感、一緒に考えて寄り沿う）聞き方」のポイントを解説する。その上で、今度は同様の場面を「危機介入を意識した聞き方」で演じる。最後に進行役と解説者の対話形式で総まとめを行う。

自殺対策と連動した死因究明と法医学研究 ～特に無理心中と子どもの死に焦点を当てて～

石原 憲治^{1), 2)}、大屋 夕希子¹⁾、岩瀬 博太郎^{1), 3)}

1) 千葉大学法医学、2) 京都府立医科大学法医学、3) 東京大学法医学

【目的】

自殺対策の立案にはその前提として精度の高い自殺統計が不可欠である。ところが、わが国では自殺や事故を含む非犯罪死に関する死因究明体制がまったく貧弱であり、精度の高い死亡統計ができていないため、予防や再発防止への取り組みが十分でない点が指摘されている。本研究では、海外の先進事例の死因究明制度を調査するとともに、わが国の実状を俯瞰したうえで、特にいわゆる無理心中事案と、子どもの死亡事案を対象に、自殺や他殺、事故死の予防、再発の防止に結びつける可能性を追求する。

【対象と方法】

海外の先進事例の調査では、文献による検索と、視察による調査（豪州ビクトリア州・米国ニューメキシコ州及びニューヨーク市）を行い、死因究明制度を概観し、特に自殺と子どもの死を重点的に検討した。

わが国の実状の調査では、厚労省より提供を受けた死亡票・死亡個票と、千葉大法医学教育研究センターで行った法医解剖等で得られた医学的情報の両面から、無理心中事案と子どもの死に重点を置いてデータ解析を行っている。

【結果】

死因究明制度には大きく分類すると、欧州大陸型の制度、コロナ制度、メディカルエグザミナー（ME）制度に分かれる。今年度はそのうちのコロナ制度（豪州）及びME制度（米国）について視察を行った。豪州ビクトリア州ではオーストラリア・ニュージーランドのすべてのコロナ事案に関し詳細なデータベースが存在する。特にビクトリア州では独自の自殺統計を作成し、州政府による自殺対策に貢献していた。米国でも、ニューメキシコ州、ニューヨーク市のメディカルエグザミナー事務所ですべてのME事案について死因究明結果の統計が整備されていた。子どもの死に関しても、3つの施設とも子どもの死に特化したレビュー（Child Death Review: CDR）を行っていた。

死亡票・死亡個票の分析は現在その途上である。無理心中に関しては、近年の千葉大での法医解剖事案を中心に検討を進めている。

【考察】

わが国の死因究明は刑事司法中心であるため、自殺を含む非犯罪死に関するデータが乏しいが、コロナ制度、ME制度のもとでは、外因死が疑われるすべての事案について精度の高い死因究明が行われるため、自殺対策との連携が可能である。特にCDRに基づく若年の自殺対策への取り組みもしやすいことが分かった。

【結論】

わが国でも海外の死因究明制度及び死因データベースの利点を活用し、死因究明の精度を高めることによって、子どもを含めた自殺対策の充実を図るべきである。

地域レベルのソーシャルキャピタルとうつ割合と自殺率の関係

中村恒穂¹⁾、鄭丞媛²⁾、辻大士³⁾、近藤克則^{2)、3)}

1) 千葉大学大学院、2) 国立長寿医療研究センター、3) 千葉大学予防医学センター

【目的】 高齢者の自殺は、従来は個人の問題とされてきたが、最近は、社会の問題という考え方が大きくなった。一方、社会的な対策を進めるうえでソーシャルキャピタルが注目されている。そこで、今回、地域レベルのソーシャルキャピタルとうつと自殺率の3者の関係を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】

1日常生活圏域ニーズ調査の2013年度データの提供に協力を得られた人口10万人以上の83市区町村の157935人（男72230人、女85705人）を対象にした。

2研究デザイン：地域相関と重回帰分析研究

3変数：従属変数は2011-15年の男女別の60歳以上の5年平均自殺率とし、説明変数は、うつ関連の設問5問中2問以上に「はい」と答えた割合を、「うつ割合」とした。Saito2017に基づきボランティア、スポーツ、趣味の会と学習・教養サークルの参加割合の合計を社会参加とし、情緒的サポートの受領、提供、手段的サポートの受領の割合の合計を社会的サポートとした。他に経済的困窮、主観的健康観不良を加えた。調整変数として高齢化率、単身高齢者世帯割合、最終学校中学校以下割合を用いた。

4分析方法

①相関分析：2変数間の相関係数をSpeamanの ρ で算出し、相関行列表と散布図を作成し相関関係を検討した。

②重回帰分析：分析モデルはモデル1として高齢化率とうつ割合、モデル2でモデル1＋社会参加、モデル3でモデル2＋社会的サポート、モデル4でモデル3＋単身高齢者世帯割合、最終学校中学校以下割合、経済的困窮、主観的健康観不良を投入した。分析は、SPSS ver24で行った。

【結果】 ①2変数間の関係では、男性自殺率は、うつ割合と正の相関、社会参加、社会的サポートと負の相関が見られた。女性自殺率では、うつ割合とは関連が見られず、社会参加と負の相関が見られた。②重回帰分析では、男性自殺率では、モデル1で高齢化率とうつ割合と正の関連が見られ、モデル2では社会参加、モデル3では社会的サポートが負の関連を示した。女性自殺率では、モデル1で高齢化率とうつ割合とは関連が見られず、モデル2と3で社会参加と負の関連が見られた。

【結論】 うつが多い地域では男性の自殺が多い。地域レベルの社会参加と社会的サポートが、男性のうつと自殺率に緩和的に作用していると思われた。女性自殺率とうつの関連は見られず、社会参加が自殺に抑制的に作用していると思われた。自殺対策として社会参加、社会的サポートを醸成する地域づくりが役立つと思われた。

子供の貧困と自殺対策に関する総合研究

藤原武男

東京医科歯科大学 国際健康推進医学分野

【目的】 最近の日本における自殺者数は減少傾向にあるもの子どもの自殺は減っていない。小中高校生の自殺者はこの10年、約300人前後のままである。その理由として学校問題、家庭問題、健康問題など様々報告されているが、子どもの自殺の前段階としての自己肯定感の低下に関する要因分析は十分ではない。本研究の目的は、子どもの自己肯定感に関する要因を個人レベル・家庭レベル・学校レベル・地域レベルで検証することである。

【対象と方法】 足立区において実施した「子どもの健康・生活実態調査」における小4、小6、中2のデータ (N=1652、有効回答率82.8%) を用いた。この調査において、子どもの自記式による自己肯定感 (児童用コンピテンス尺度の自己価値下位尺度、桜井、1992) を把握した。さらに、子どもの生活習慣 (朝食欠食)、家庭環境 (貧困状況、虐待、ネグレクト (夜間の放置)、親のメンタルヘルス (K6))、学校環境 (教師が好きか、学校が楽しいか)、地域環境 (親以外のロールモデルの存在、自宅・学校以外の放課後のサードプレイスの存在) を把握した。子どもの自己肯定感を連続量としてこれらの要因について多変量解析を行い、標準化偏回帰係数 (β) でその関連の強さを比較した。

【結果】 これらの要因で子どもの自己肯定感の19%を説明できることが明らかとなった。多変量解析の結果、学校での友人関係 ($\beta=0.18$ 、 $p<0.001$)、ロールモデルの存在 ($\beta=0.11$ 、 $p<0.001$)、朝食欠食 ($\beta=0.09$ 、 $p<0.001$)、親のメンタルヘルス ($\beta=0.07$ 、 $p<0.01$)、ネグレクト ($\beta=0.07$ 、 $p<0.01$)、教師との関係 ($\beta=0.07$ 、 $p<0.01$)、サードプレイス ($\beta=0.07$ 、 $p<0.01$) の存在の順で有意に自己肯定感と関連していた。貧困状況および虐待は独立した有意な関連は見られなかった。

【考察】 子どもの自己肯定感を高めるためには、学校が楽しいと思える環境づくりが重要であること、また地域における第3の大人が存在が有効であった。さらに、サードプレイスの提供が家庭環境における影響と同程度の影響力を持って子どもの自己肯定感に影響していることが明らかとなった。これらの結果から、行政および学校関係者が直接子どもの自己肯定感を高める政策を実施することによって子どもの自殺予防につながる可能性が示唆された。

精神保健医療福祉サービスの連動性の向上と過労自殺防止対策に関する研究

伊藤弘人

労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所 過労死等調査研究センター

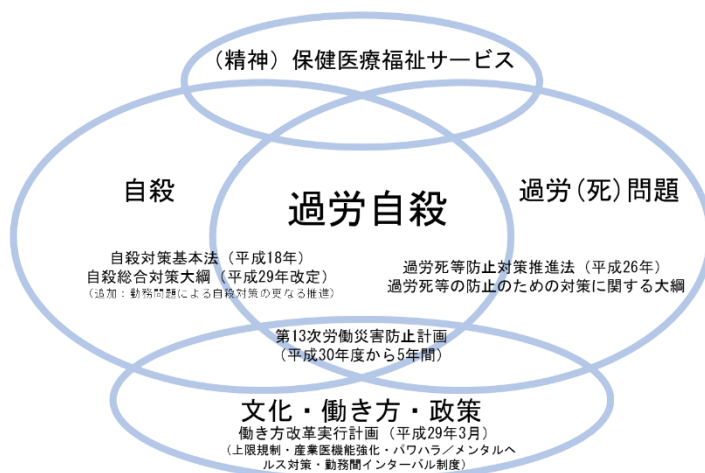
【目的】本研究は、過労死等防止対策推進法の関連施策の立案・実施に資することをめざしており、本年度の目的は国際的な関連施策の動向を明らかにすることで我が国の過労自殺対策の構造を整理・改善することである。

【対象と方法】対象は国連組織や多国間組織であり、報告書や聞き取り調査を実施した。World Health Organization (WHO)やInternational Labor Organization (ILO)等の国連機関、およびOrganization for Economic Co-operation and Development (OECD)での取り組みを調査した。本発表では、検討が進んでいたOECDでの状況を報告する。

【結果】OECDでは、2000年に報告書「職場のメンタルヘルス（障害と雇用に関するOECD諸国の政策展開）」を公表して以来、複数の報告書がまとめられてきた。特に、メンタルヘルスと仕事に関するハイレベル政策フォーラム（2015）を経てまとめられた報告書「心をフィットさせ、仕事をフィットさせる」（2015）で、職場のメンタルヘルスの向上には、多領域の政策の連携・統合が必要という基本的な政策提言の方向性が定まっていた。具体的な提言の柱は、①メンタルヘルスシステム自体の改善とともに、②高等教育から労働市場への切れ目のない移行を通じた教育アウトカムの改善、③職場のメンタルヘルス増進と復職政策の開発・実施、および④社会保障制度と雇用サービスとの連動性の向上であった。

【結論】過労自殺対策は、自殺総合対策、過労死等防止対策、働き方改革、および保健医療福祉サービスの向上施策と多面的に関連する（右図）。OECDの政策提言は、この構造に就職前後の年齢層への支援を追加した施策横断的なプラットフォームで過労自殺対策を進める必要があることを示していた。

過労自殺と対策



平成 30 年 日本自殺総合対策学会
—自殺総合対策の新時代を拓く—

主催 日本自殺総合対策学会
共催 自殺総合対策推進センター
後援 厚生労働省／自殺対策を推進する議員の会

【学会事務局】
自殺総合対策推進センター
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
国立精神・神経医療研究センター
TEL:042-341-2712(内線 6318) FAX:042-346-1884
E-mail: jssc@ncnp.gp.jp

平成 30 年 3 月 15 日