

原著（活動報告）

愛媛県自殺対策モデル事業「久万高原町の取り組み」 ——ネットワーク構築に関して——

宇都宮 慎

要約

久万高原町の平成 19 年の人口 10 万対の自殺率は 67.7（国 24.4、県 27.1）、自殺の標準化死亡比（SMR）は、259.5（2003～2007 年）と国・県に比して格段に高率である。この傾向は平成 14 年からほぼ変化がない。

このことから町は、心の健康に対する対策の重要性を認識し、平成 19 年度から愛媛県心と体の健康センター及び保健所と共に、地元の上浮穴郡医師会の全面協力を得て、うつスクリーニング、ゲートキーパー育成、普及啓発活動、遺族の集いなど 1 次予防から 3 次予防まで積極的に自殺対策活動を開始した。その取り組みを県に評価され、国の補助事業「地域自殺対策推進事業」に採択され平成 19 年度から 21 年度の 3 年間、県自殺対策モデル地区として活動を行った。事業展開における方法論的考察と実施後の変化及び今後の課題について検証したので報告する。

Key words：自殺対策，うつ病，ネットワーク構築，実態把握，ゲートキーパー育成

〔日本プライマリ・ケア連合学会誌 2011, vol.34, no.3, p. 215 - 225〕

はじめに

久万高原町は愛媛県のほぼ中央部、平均標高が 800m の高原に位置する。平成 21 年 4 月 1 日現在人口 10,608 人、面積 583.66 km²、人口密度 17.7 人/km² と過疎が進み、さらに高齢化率は 42.97% である。

平成 21 年 3 月までは町内に精神科・心療内科を標榜する医療機関がなかったため町の保健事業として町外の精神科医による心の健康相談を開設していた。平成 16 年 8 月に 1 町 3 村が合併したとき、松山保健所長から「久万高原町は自殺が多い」との提案から平成 11 年から 16 年の自殺者数・自殺の内容を把握する調査を行った。その結果自殺者が多いことが判明し（**図 1**）平成 18 年 3 月に策定した「久万高原町健康づくり計画」では、心の健康を健康課題として位置付けをした。平成 19 年度 4 月からうつスクリーニングを開始、

様々な自殺対策活動を展開した。

活動を進める中での課題と対策

それまでの久万高原町の自殺対策を分析した結果、以下の課題が明らかとなった。

- ①町内には精神科を標榜する医療機関はなく、町外から定期的に精神科の医師に来てもらい相談事業や講座を企画していたが、参加者や相談内容が特定されていた。住民にとっては精神科に相談、受診することに対して抵抗があり、結果的に早期の治療に繋がっていなかった。
- ②町内の医師は専門外の心の相談や治療に対して消極的であった。保健師からも心の病気を持つ患者に対して町内の医師に相談することは殆どなかった。また町内の医師と精神科医師との連携もとれていなかったのので、心の病気を持つ人への治療は遅れていた。

宇都宮 慎 うつのみや内科

著者連絡先 宇都宮 慎（うつのみやたかし）

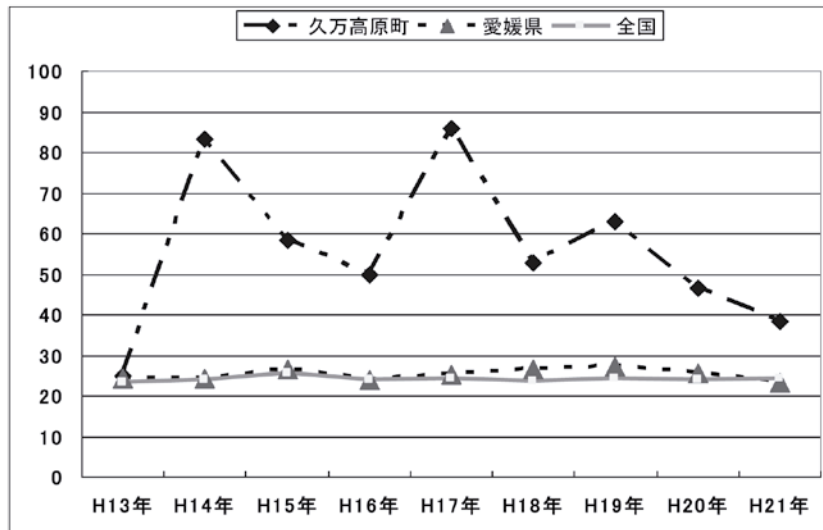
うつのみや内科（〒791-1201 愛媛県上浮穴郡久万高原町久万 206 番地 5

E-mail : tautsun048@ybb.ne.jp

受付日：2011 年 1 月 18 日，受理日：2011 年 7 月 4 日

平成 13 年～21 年自殺者統計

<図 1>全国・愛媛県と久万高原町の比較



これらの課題に対して、町内の医師が心の病気に対して関心を持ち、取り組むことが重要と考えた。その為、町保健師は地元医師会の協力を得る為、医師会において自殺対策事業の説明を行い協力を依頼した。その結果、協力の同意が得られ、医師会を含めた町での自殺予防対策事業の展開が可能となり、同時に県の自殺対策モデル事業に採択され事業を開始した。

活動内容

久万高原町は、以下の事業を計画し実施した。

1) 実態把握

自殺死亡者の実態を把握するため、家族等へ訪問による聞き取り調査を行った。平成 19 年度は平成 11 年～平成 16 年の対象者を再調査した。平成 20 年度は平成 17 年～19 年の対象者、平成 21 年度は平成 20 年の対象者の聞き取り調査を行った。

2) こころの健康「うつ対策」推進委員会

当町の健康課題を分析し、課題として位置づけして積極的に自殺者の減少に取り組み今後の方向性を検討する組織として、町長、教育長、町議員、県精神科医師・保健師、松山保健所長、警察署長、町内医師、消防長、民生児童委員、人権擁護委員、精神保健ボランティア等による委員会を設置して年 2 回会議を開催した。

3) ネットワーク会議

実際の活動についての検討の場として久万高原町医師・町保健師・県心と体の健康センター所長・県保健師等を構成員として 2 ヶ月に 1 回会議を開催し、個別

のケースについての情報交換及び自殺未遂者や自殺された方のケース検討を実施した。また、当町の自殺者の減少の取り組みや方向性についてハイリスク者への支援体制の強化等を検討し対策に取り入れた。

4) 一次予防策¹⁾

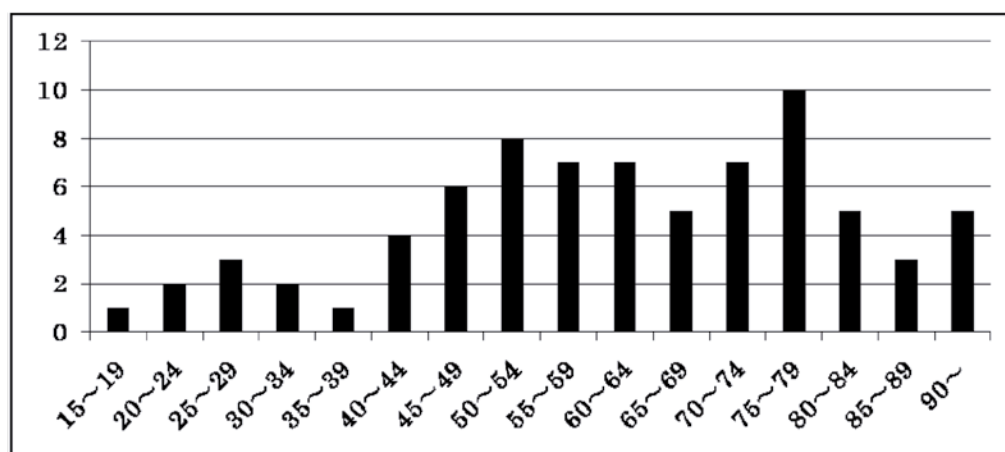
町外の精神科の医師を講師として講座を開催するとそのテーマにより参加者が少ないことから、地元の内科医師と保健師によるうつ病についての普及啓発を夜間に各公民館や集会所で開催し、講話を筆者が担当した。一般住民向け講座では、軽症うつ病は身体症状が表れやすいこと²⁾から身近な町内の医療機関を受診されることが多く、その実態をふまえ、町内の医師との接点を設け、かかりつけ医にも気軽に相談できる体制の認識を持っていただく内容とした。

また事業所職員向け講座では、事業所で働く職員については夜間に講座を開催しても一般住民講座を受講しにくい現状にあり、また事業所の中においては仕事面など人間関係に複雑な要素がみられることから、うつ病患者および周りの対応について考えていただく場の設定、今後の発生および重症化の予防等を内容とした。

5) 二次予防策¹⁾

高齢者等のうつスクリーニングを行い、ハイリスク者を把握し自殺との関連の強いうつ病の早期発見・早期治療を図る二次予防活動を展開し、うつ病対策として必要な支援体制の在り方を検討した。

＜図2＞年齢別（全体）



方法

一次スクリーニングは介護予防事業の生活状況確認シートうつに関する5項目¹⁾の質問を用いた。あらかじめ健診申込者に他の問診票と一緒に事前へ送付して、健診当日記載して持参してもらった。健診会場において保健師が再度問診し2項目以上該当する者を陽性者と判定した。

二次スクリーニングは健診同日、同会場において愛媛県心と体の健康センター・松山保健所、久万高原町保健師が陽性者に対して「CIDI-SF-RR ころの健康度問診票」³⁾⁴⁾に従って面接を実施した。二次スクリーニングは問診した保健師がまとめて、精神科医と保健師でカンファレンスを実施し、陽性者については今後の支援方針等を検討した。その後、町の保健師、地元の医師の訪問による受診勧奨や心の健康相談事業の紹介等個別支援を実施している。また、ネットワーク会議にて医師から主治医に情報提供してほしい旨の希望があり検討した結果、調査時に主治医への情報提供に同意する・同意しない欄を設け、同意された方のみ主治医に情報提供を行い治療の参考にしていただいた。

6) 三次予防策¹⁾

大切な家族を自殺で亡くするという経験をした家族の方々が、語り合うことを通して悲嘆をわかち合い、共に支え合うことを目的に「自死遺族の集い」を平成20年度21年度に年に1回開催した。

7) ゲートキーパー養成

①医師等講座

うつ症状のある方は身体症状を訴え身近なかかりつけの医師を受診することが多い。このことから、当町医師が受診した方の相談を受け、早期に治療開始でき

るような体制を作ることを目的に主に町内の医師と医療関係者を対象に講座を開催した。

②地域見守り推進員の育成

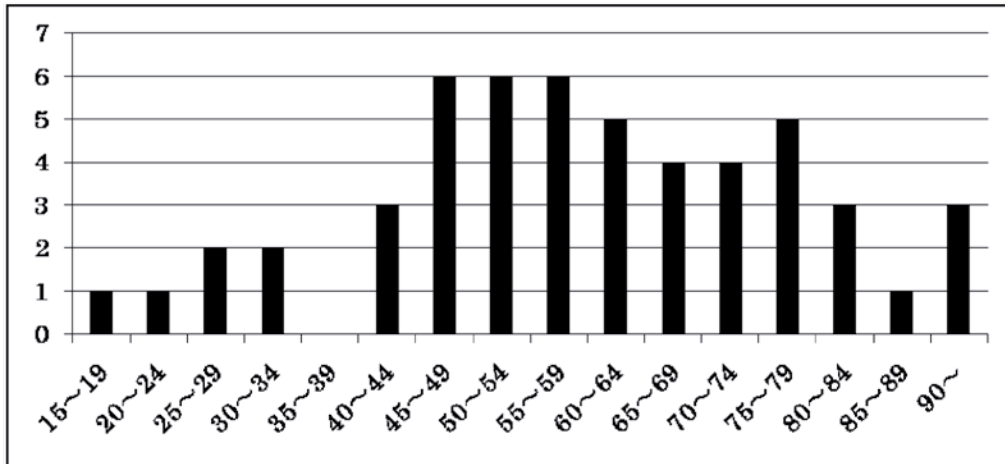
久万高原町は人口の減少、出生率の低下、高齢者の増加があり、また広大な土地を有する。一部の集落には高齢者がほとんどを占めるところもある。近所が遠くて話す人がいないなど徐々に各地域のコミュニケーションが希薄になりやすい現状もみられている。「傾聴」の技法を身につけることは、希薄になりやすい人と人とのパイプ役や「聴いて」もらえることにより自身の問題解決への糸口が見えてくることもある。平成19年度から自殺予防活動をすすめるなかで住民の方から「悩みを誰にも相談できない」「家族にも話せない」「聴いてもらえただけで気持ちがスッキリした」などの声があった。この活動を医療・保健・福祉の専門家だけがすすめるのではなく「聴く」力を身につける人材を地域に増やしていくことが、自殺者を減らす役割の一端を担うと考え、一般の住民を対象に傾聴ボランティア養成講座を開催し地域見守り推進員の育成を行った。

結果

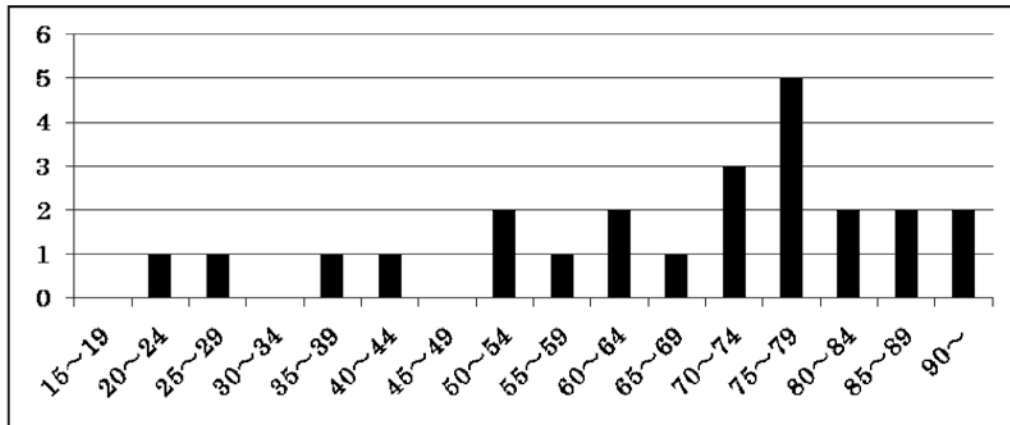
1) 実態把握

平成11年から21年の自殺者76人の内訳は、男性68.4%女性31.6%、年齢別では35歳未満10.5%、35～64歳43.4%、65歳以上46.1%（**図2**）であった。自殺者の内訳では男性は45～59歳が多く、女性は75～79歳が多かった（**図2-1・2**）。死亡月においてはあまり差はみられなかった。遺書があったのは25%、なしが16%、不明が59%であった。自殺前に何らかのサインがあったのは26%、なしは17%、不

<図 2-1>年齢別—男性



<図 2-2>年齢別—女性



明は57%であった。自殺未遂歴があったのは3%、なしが26%、不明は71%であった。死因は縊死が圧倒的に多く、焼死、農薬が続くがあまり他の死因と差がなかった(図3)。自殺の動機としては健康問題が一番多く、次いで家族関係、経済問題が多かった(図4)。うつ病及びうつ傾向にあった人は24%であり、4人に1人にうつがみられている(図5)。家族形態は何らかの家族と同居が75%、1人暮らしは17%であり、独居の自殺は多くないことが判明した(図6)。職業は無職が46%、自営業が12%ついで農林業10%、公務員7%であった(図7)。経済問題があるのが37%、なしが21%、不明は42%であった。アルコール依存があったのは9%であった。以前に家族に自殺があった人は11%であった。

2) こころの健康「うつ対策」推進委員会

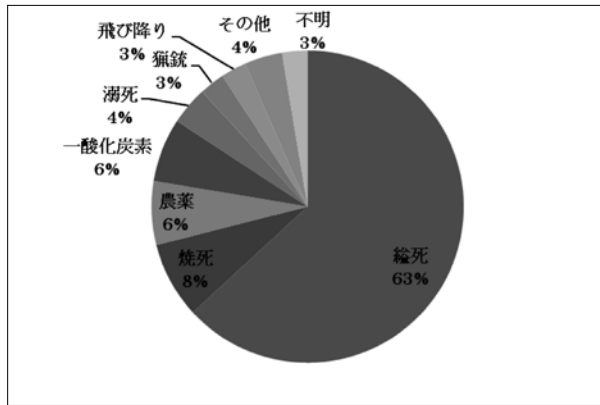
委員である各組織の代表者から積極的な発言があ

り、活発な意見交換をおこなった。自殺対策に対して理解を深め、活動に対して様々な立場から協力・連携をしている。例えば警察署における自宅訪問、消防署の独居・後期高齢者防災訪問事業、民生委員の高齢者訪問や困りごと相談などの今まで行っている事業をさらに広げて自殺対策に協力をいただいた。また各事業所のメンタル講座や地域でのメンタル講座等の積極的な参加呼びかけ等にも団体として協力を得られた。

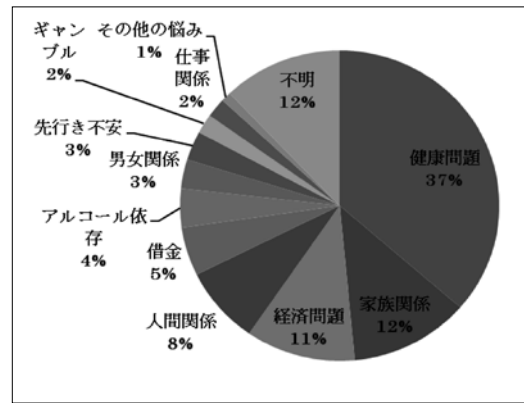
3) ネットワーク会議

この活動をすすめるにあたっては地元医療機関との連携が不可欠であり、今後の対応や活動について検討する場とし、個別のケース及び地域の体制づくりまでの情報交換を行い、住民のハイリスク者への支援体制の強化を図ることを目的に開催された。全体会は年2回開催し愛媛県心と体の健康センター・愛媛県健康増進課・松山保健所・上浮穴郡医師会・地域包括支援セ

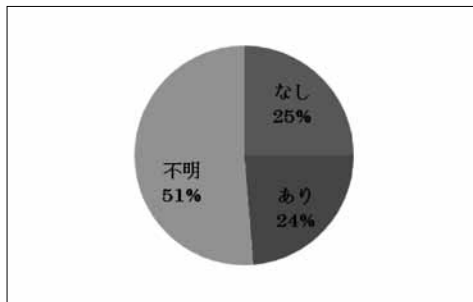
<図3>直接死因



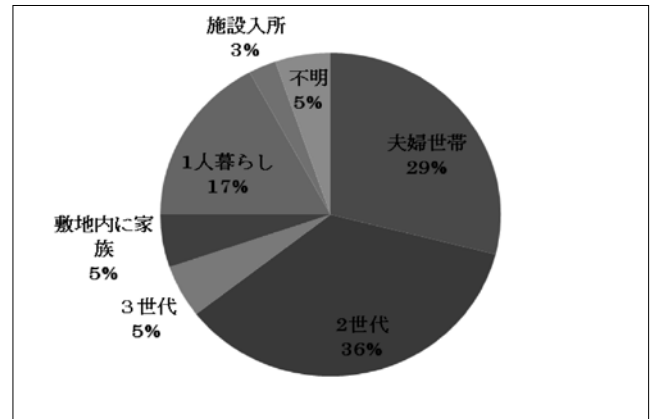
<図4>自殺の動機



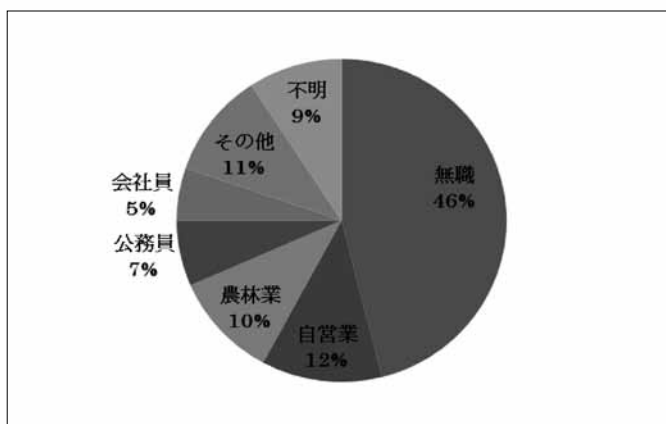
<図5>精神疾患（うつ病・うつ傾向）



<図6>生活形態



<図7>職業



ンター・保健師等が参加し、小部会は年4回開催され上浮穴郡医師会5人・保健師等の参加で行われた。

平成21年4月まで、久万高原町には心療内科を標榜する医療機関がなかった。その為、地元医療機関との連携は不可欠であると考え、ハイリスク者支援と支援体制づくりを検討する場として、この会議を開催した。特に小部会では平成20年後半からはハイリスク者ケース検討会、自死症例の検討が行われた。このような経過から、町内の医師全員が自殺対策への理解と協力が得られ、うつ病治療も次第に行われるようになった。また保健師等と医師の連携も進み、困難例の保健師への訪問依頼、情報提供もおこなわれるようになった。

4) 一次予防策

○一般住民対象 (表1)

平成19年度は一般住民対象に19会場276人の参加があり、平成20年度は26会場389人、平成21年度は40会場439人の参加者があった。内容は筆者からのうつ病の啓発内容で、3年目の平成21年度からは保健師によるうつ病の啓発紙芝居も内容に取り入れた。

○事業所職員等対象 (表2)

平成19年度は14会場522人、平成20年度は14会場435人の参加があった。平成19年度、20年度ではほぼ町内の事業所は講座を開催した。

5) 二次予防策 (表3)

3年間にわたってうつクリーニングを行い、延べ2,367人、1次スクリーニング陽性者は310人(13.1%)、2次結果では要受診者(治療中を含む)56人(18.1%)、要経過観察者45人(14.5%)であった。

6) 三次予防策 (表4)

平成20年度と21年度の2回に遺族の集いを開催した。参加者は計4名であった。

7) ゲートキーパー養成

○医師等講座 (表5)

医師等を対象としたうつ病に関する教育講演を計3回開催し、延べ93人が参加された。

○傾聴ボランティアの育成 (表6)

平成20年度と21年度の2回計48人が傾聴ボランティア講座を受講し修了証を交付した。

8) 平成19年から21年の自殺率の推移

わずか3年間で結果が出るものではないが、図1のように自殺率は減少傾向であった。

考察

実態把握調査は遺族の心情も考えるとなかなか調査自体が難しく、調査を拒否されるケースも少なくない。その中で保健師が訪問を重ね遺族の訴えや悩みを傾聴している。このことは十分に自殺対策の中で3次予防策にあたると考える。その調査より以下のことが考察された。

久万高原町の自殺率は、平成17年をピークにして自殺対策が始まった平成19年から徐々に低下している。しかし、平成21年度も国・県と比較して約2倍と高率であり、引き続き対策の必要性があると考えられる。年齢別の自殺者数は全体では70歳代が多く、ついで50歳代、80歳以上、60歳代、40歳代となっているが、警察庁の統計⁵⁾では50歳代、60歳代、40歳代、30歳代であり、高齢化の進んでいる久万高原町では依然として高齢者の自殺対策の重要性が浮き彫りとなっている。男性では50歳代、40歳代、60・70歳代の順となっているため、男性においては高齢者だけでなく中年への対策が必要であることが判明した。死因では縊死が半分以上を占めているが、内閣府⁶⁾の調査でも縊死が一番多く、次いで練炭、飛び降り等が続いているが、久万高原町では飛び降りは3%と少なく、農業や焼身が多く、農林業を主業としている地域性をあらわしているものと考えられる。自殺の動機は健康問題、家族関係、経済問題が多く、内閣府⁶⁾の調査結果と似た傾向であった。しかし高齢者が多い久万高原町においては健康問題の割合が多いと予想されたが、実際はその割合は若干少なかった。現時点では不明が多く、引き続き動機を調査分析する必要があると考える。うつ病などの精神疾患についての割合は24%で、飛鳥井⁷⁾の自殺企図者の75%に精神疾患があり精神疾患の約半数がうつ病であるとする調査報告と比較すると久万高原町のうつ病の割合はやや低くなっているが、不明の51%の中にはまだ相当数のうつ病などの疾患が含まれていると思われる。経済的、家庭的な問題も重要であることには変わりはなく、うつ病の普及啓発講座において精神疾患以外の経済的な問題、いじめ、悩み等の相談先の紹介および照会先を示したパンフレットの配布を行った。しかし、普及啓発講座の参加者は、中年の男性の参加が少なく、今後の課題として残されている。生活形態では、独居の割合は内閣府の統計⁶⁾より久万高原町は少なく、一人暮らしの孤立化が自殺に関係している割合は比較的少なく、言い換えれば家族関係は維持されているがそれが自殺予防対策に繋がっていないことが明らかとな

自殺対策事業

<表1> ころとからだ元気講座

	平成19年度	平成20年度	平成21年度
内 容	内科の病気とうつ病 一緒に考えましょう	うつにならないために ～自分らしく元気に生きる～	「桃太郎どうしたの」 見る・話す・聴く
講 師	久万高原町立病院内科医長 宇都宮 慎 保健師		うつのみや内科院長 保健師
回 数	19会場	26会場	40会場
開催時間	午後7時30分～9時	午後7時30分～9時	午後2時～3時30分
人 数	276人	389人	439人

<表2> 事業所職員対象講座

	平成19年度	平成20年度
内 容	自殺・うつ病予防のために本人及びその の周囲の方が気をつけること	うつを出さない、うつを支える職場つ くり～本人・同僚・上司の対応につい て
講 師	久万高原町立病院内科医長 宇都宮 慎 保健師	
回 数	14か所（事業所及び団体）	14か所（新規と継続含）
開催時間	夜間・土日等希望時間に開催	夜間・土日等希望時間に開催
人 数	522人	435人

<表3> うつスクリーニング問診結果

	平成19年度	平成20年度	平成21年度	
対象年齢	65歳以上	受診者全員	受診者全員	
対象地域	旧久万町	旧美川村	旧柳谷・面河村	
会 場	15会場	9会場	11会場	
基本健診受診者	1,136人	658人	573人	
1次スクリーニング陽性者	127人（11.2%）	78人（11.9%）	105人（18.3%）	
二 次 結 果	要受診（治療中含む）	21人（16.5%）	20人（25.7%）	15人（14.3%）
	経過観察	30人（23.6%）	4人（5.1%）	11人（10.5%）
	良 好	76人（59.9%）	45人（57.7%）	63人（60%）
	拒 否	0人（0%）	9人（11.5%）	16人（15.2%）

り、家族を含めた心の健康を維持する為の1次予防策を継続する必要性が明らかとなった。職業別の自殺の状況は内閣府⁶⁾では無職、被雇用者の順となっていたが、久万高原町では無職、自営業が多かった。大きな企業のない山間では就業形態からこの結果となっているものと考えられる。

以上のことから久万高原町の自殺の現状は、国と比較して高齢者の割合が多く更に中年の男性も多い。手段としては縊死が多く、動機は健康問題、家族関係、経済問題が多い。家族の形態は、1人暮らしより同居者のいる方が多い。職業では、無職次いで自営業が多く、それらの方を対象とした対策が必要であることが

<表4> 自死遺族のつどい

	平成20年度	平成21年度
方法	メンタル講座の会場にて受講者に「自死遺族のつどい」の開催予告をチラシにて紹介をした。 次に、広報にて日付・場所を入れず開催案内を出した。 H11～19年の自死遺族で家族が当町に在住の方に保健所保健師及び町保健師が家庭訪問を行いチラシを用いて参加の案内をした。	広報にて日付・場所を入れないで開催の予告案内をした。 H11～21年の訪問ができる範囲の（家族が久万にいない方は訪問できないため案内していない）自死遺族家庭に久万高原町保健師が訪問を行い参加案内をした。
回数	1回	1回
講師	精神科医・当町内科医	同じ
スタッフ	心と体の健康センター保健師・松山保健所保健師・当町保健師	同じ

<表5> 医師講座

	平成19年度	平成20年度	平成21年度
内容	外来における抗うつ薬・抗不安薬の使い方	「認知症とうつ病」	「うつ病についての一 般的な診療と眠剤・安定 剤の使い方」
講師	精神科医	精神科医	精神科医
参加者	医師・保健師・介護職 等 23人	医師・保健師・看護師・介 護職等 28人	医師・保健師・看護師・ 介護職等 42人

明らかとなった。この調査だけで久万高原町の自殺率が高いことを説明するのは難しいが、筆者が推察するには久万高原町の気候風土が関係しているのではと考えている。久万高原町は比較的暖かい四国に位置するが、平均標高は800mであり冬には度々大雪に見舞われ、生活には四輪駆動の車が必需品となるようなところであり、自殺率の高い東北地方¹⁾の気候風土に似ている。家族に悩みを打ち明けにくいなどの心理的孤独があり、また農林業が主体の就職の難しい地域の特性が愛媛県の中で自殺率が高くなっている原因と考えている。

平成18年度の健康づくり計画作成時に、自殺率が高いことから自殺者の減少を課題として計画に入れることに対して健康づくり計画策定委員から「寝た子をおこすようなことを住民に知らせなくて良い。久万高

原町では自殺者が多いといったイメージが悪くなる、だから言わなくてもいい。」という発言があり、この問題を提起することに強い抵抗があった。しかし、自殺率が高いことは事実として受け止めなければならないことを説明して、なんとか計画の中に入れることができた。このことから、自殺予防対策を進めるには行政及び一般住民に対して意識の改革が必要であった。平成19年度は、うつ病・自殺に対しての普及啓発事業から始めた為1次2次予防が主な事業となった。人口規模が1万人であり、地域住民と保健師は顔が見える関係がすでに構築されていたので、講演会の開催の参加者の確保、うつスクリーニングでの対応、傾聴ボランティアの養成などは取り組みが比較的容易であったように思われる。

うつ病、自殺などの心の健康問題を発信することに

＜表 6＞傾聴ボランティアの育成

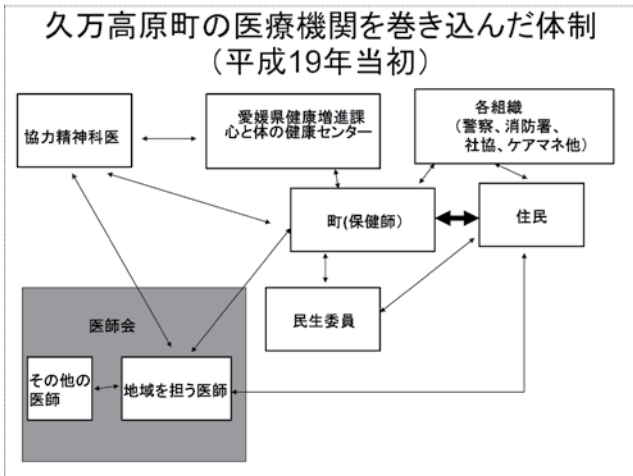
	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度
内 容	久万高原町の自殺の実態 自殺対策の推進について	第 1 回 出会いと表現（出会う・向き合う・関わりあう） 第 2 回 傾聴－その 1（話を聴く ところを聴く） 第 3 回 傾聴－その 2（援助的な コミュニケーション）	第 1 回 出会いと表現（出会う・向き合う・関わりあう） 第 2 回 傾聴－その 1（話を聴く ところを聴く） 第 3 回 傾聴－その 2（援助的な コミュニケーション）
講 師	担当課班長 担当保健師	臨床心理士	臨床心理士
参加者	民生委員会・新愛ボランティア・地域ケア会議（介護関連の支援者）等 120 人	当町広報及び団体にむけて募集した。 3 回受講修了者 25 人	昨年度修了証書をもらった人は除き広報にて募集 3 回受講修了者 23 人

対する住民のうつ病に対するアレルギーは予想された以上に少なく、地元の講演会を開催した時には、自身や家族がうつ病である事や闘病状況を話してくれたり、参加者の前で自身や家族の精神疾患の相談をされるケースもあった。最近では内閣府の自殺に対するマスキミを含めた情報発信によりさらにそのハードルは下がってきたように感じられる。このことが、うつ病をはじめ精神疾患の偏見を是正し、早期の治療につながるのではないかと考えている。

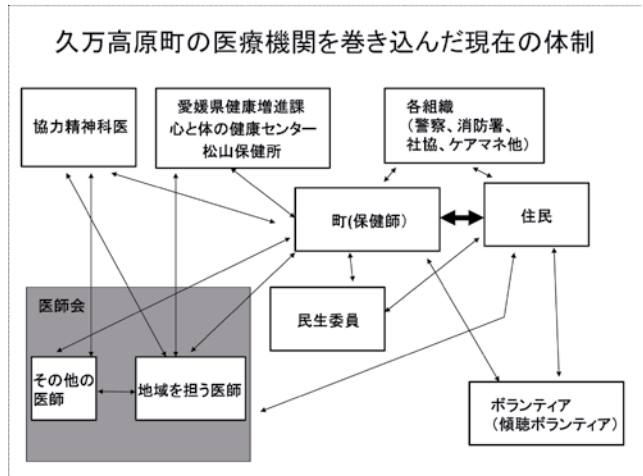
地元で精神科、心療内科がない地域での精神疾患に対する治療を含めた対応策としては新潟県松之山町の報告^{8) 9)}がある。松之山町での活動ではうつスクリーニングにてハイリスク者を選定し、対象者を他町の精神科医と地元内科医師と保健師のネットワークで連携し、予防治療を行った。また同時に住民に対するうつ病等の啓蒙活動、行政の福祉対策も行われていた。当時、地元で唯一の診療所の内科医師は松之山町の老人の殆どの主治医であり、その医師により最終的にはうつ病の診断治療が行われ、高齢者の自殺死亡率が約 4 分の 1 に減少した。地元医師と保健師、他町の精神科と行政のネットワークの関係が構築され有効に 1 次予防 2 次予防が実施されて成果が得られた例であるが、当時の松之山町に比べて久万高原町は、人口は約 2.5 倍、医療機関も少ないとはいえ 6 医療機関で 12.3 名

の医師をかかえており、久万高原町全体での医師の取り組みは困難が予想された。実際に、それまでは、医師会を含め地域の医療機関と保健師・福祉関係者との連携は精神科領域においては殆どできていなかった。例えば、ある精神疾患の相談事例があった場合、精神疾患は町外の精神科に通院し、町内の医師は関与がなく、たまに処方依頼が地元の医療機関にあった場合のみ細々と処方されている程度であり、症状にあわせて処方内容の変更などは行われていなかった。当時の精神疾患に関する各医療機関のネットワークは図 8 程度であった。精神科医のいない地域での精神疾患は、地元かかりつけ医と保健師、その他の関係機関が協力して患者支援を行うのが望ましいと考えるが、平成 19 年度まではそのような連携は全くとれていなかった。そのため、うつ病の早期発見・早期治療をすすめるためには、地元医療機関の医師にその役割を担ってもらう必要性があった。今回の自殺対策モデル事業を始めるにあたり、町保健師から上浮穴郡医師会への協力要請があり、医師会として協力することが了承された。その後ネットワーク会議への医師の参加、うつスクリーニング陽性者の主治医への情報提供、医師に対する精神科講座の参加などを通じて上浮穴郡医師会の医師に精神疾患の理解と意識の変化がみられてきた。現状では、地元医師のうつ病等の治療の介入が増えて

<図 8>



<図 9>



きている。その活動を通じて、それまでは希薄なネットワークであったのが、現在では図9のように様々なネットワークの拡大が構築された。しかし、現在のネットワークでも自殺率はまだ高く、ゲートキーパー養成などの取り組みをさらに充実させる必要があるものと考え

自殺予防対策は数年で結果が出るものではなく、長期的な対策が必要な活動である。モデル事業は終わったが、今後の対策として、住民自身の積極的な活動が必要と思われる。その為、町では2年前から傾聴ボランティアの育成に取り組み、地域見守り推進員の養成を行い、事業の展開を考えている。同様な活動はふれあい相談員等の名称で各地域で展開されており、当町も自殺予防対策先進地域に習い現在準備をしている。

自殺対策のゴールはなく、将来的に永続するようなシステムを構築していくことが必要であり、今回自殺対策モデル事業を契機にそれが確立されるよう今後も各協力機関とともに事業を展開する予定である。

終わりに

本稿では久万高原町における3年間の自殺対策モデル事業の活動を報告した。この中でやはり一番に大切な資源はこの事業を通じて構築されたネットワークであり、今後もこのネットワークを大切に事業を展開する予定であり、引き続き息の長い活動を行う予定である。

【謝辞】

稿を終えるにあたり、終始ご指導並びにご支援いただきました愛媛県健康増進課及び愛媛県心と体の健康センター元所長 橘史朗先生ほかスタッフの皆様、松山保健所スタッフの皆様、自殺対策事業が始まる前か

ら久万高原町の精神疾患に協力いただいた どの心療内科 土居孝至先生、久万高原町保健師および町関係者、上浮穴郡医師会、久万高原町の各医療・福祉のスタッフの皆様へに深甚なる感謝の意を表します。

文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業。「自殺対策のための戦略研究」. 複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班：地域における自殺対策プログラム, 2010.2
- 2) 三木治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態, 心身医学, 72；585-591,2002
- 3) 大山博史. うつ病の地域連携—うつ状態のスクリーニングによる高齢者自殺予防活動. JIM. vol.11:817-821,2001
- 4) 大山博史, 他. 高齢者のうつと自殺. 心療内科. 2000, vol. 4, p. 256-264.
- 5) 警察庁生活安全局生活安全企画課. 平成22年中における自殺の概要資料, 2011.3
- 6) 内閣府：平成22年版自殺対策白書
- 7) 飛鳥井望：自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討. 精神神経誌. 1994, vol. 96, p. 415 - 443.
- 8) 高橋邦明. 地域における高齢者への自殺予防活動. 心の科学, 2004, p. 29 - 33.
- 9) 高橋邦明. 新潟県松之山町における高齢者自殺予防活動. ムードディスオーダー・カンファランス. 2005, vol. 1, no. 6, p.35 - 45.

Abstract

Network construction for a model suicide prevention project

Takashi Utsunomiya

The annual suicide rate in the town of Kumakogen (population 100,000), in Ehime Prefecture, is 67.7—very high in a country whose average suicide rate is 24.4, and in a prefecture with a rate of 27.1. Recognizing that it is important to reduce the suicide rate, we decided to initiate suicide prevention measures in 2007. We considered that cooperation with local doctors was the most important approach to take because Kumakogen had no psychiatrists. We obtained the cooperation of the Medical Association of the nearby town of Kamiukena, the Ehime Body and Mental Health Center, and the Matsuyama Public Health Center, and began the primary, secondary, and tertiary prevention procedures. Through this activity, the medical, nursing, welfare, and administration networks for the anti-suicide campaign have been established.