

自殺総合対策の在り方検討会報告書

**「総合的な自殺対策の推進に関する提言」**

平成19年4月

自殺総合対策の在り方検討会

## <目 次>

	頁
序 .....	1
はじめに ～今、なぜ総合的自殺対策か～ .....	2
第1 自殺対策が目指すべき方向について .....	5
第2 世代ごとの自殺の特徴とそれに対応した自殺対策の推進について	
(1) 青少年 .....	11
(2) 中高年 .....	14
(3) 高齢者 .....	16
第3 総合的な自殺対策として推進すべき事項について	
(1) 調査研究の推進等 .....	19
(2) 教育活動、広報活動等を通じた国民の理解の増進 .....	21
(3) 人材の確保等 .....	22
(4) 職域、学校、地域等における心の健康の保持に係る体制の整備 .....	24
(5) 医療提供体制の整備 .....	26
(6) 自殺発生回避のための体制の整備等 .....	27
(7) 自殺未遂者に対する支援 .....	30
(8) 自殺者の親族等に対する支援 .....	31
(9) 民間団体の活動に対する支援 .....	32
第4 目標設定及び推進体制について	
(1) 自殺対策の数値目標の在り方 .....	34
(2) 国及び地方公共団体における推進体制の在り方 .....	34
(3) 施策の評価・見直しについての考え方 .....	35
(4) 大綱の見直しの考え方 .....	35
(自殺総合対策の在り方検討会名簿) .....	36
(自殺総合対策の在り方検討会開催状況) .....	37
(参考文献) .....	38
参考資料	

## 序

“いのち”を大切に思わない人はいないだろう。それなのにたった一つしかない自らのいのちを断つ人、断とうとする人がいるのはなぜか。生きるということは喜びであると同時に苦しいことでもあるのだ。日常の暮らしの中には、人間関係、健康問題、経済問題など多くの難問があり、その前でだじろぐことは誰にもある。問題が複雑化したり、考え込みすぎたり、優しすぎたり・・・なにかの理由で、それが心身の不調を招き、生きていることが辛くなることもある。こう考えてくると、自殺は、決して特異なことではなく、“生きる”ということの陰にいつもつきまとっているものとして見えてくる。しかし、いのちは一つしかない。一人ひとりが、自分を生きること、苦しくても生き抜くことはとても大切なことなのだ。なんとか皆が生き抜けるようにするには、まず、自殺は自分とは無関係であり、自殺をする人は特異な人であるという偏見をなくす必要がある。そして、一人ひとりが生きることを大切にすることで、自殺をできる限り減らしていこうという気持をすべての人が持つことである。本検討会の報告がそのような社会づくりに向けて役立つものになることを願っている。

最も気になるのは、平成10年に自殺者が8,000人余増加し、その状態が続いていることである。上述の認識からすると、これは、今の社会がどこか生きにくい社会になっていることを示している。とくに中高年の男性の自殺者の増加が目立つ。一人の人間としては、成熟し自分らしい人生を送る時期であり、社会にとっては中心的存在とされている人々がなぜ命を断たなければならないのか。また、数は少ないとはいえ、青少年では死因に占める自殺の割合が高い。未来に夢を抱く時期になぜと思う。高齢者の自殺も老々介護の結果という例も少なくなく、悲惨で辛い。これらを見ると、大切とわかっているいのちを断たざるを得ないところに追い込まれている人の姿が浮かび上がる。自殺を減らすには、私たち一人ひとりが生きることを大切にし、共に支え合って、すべての人が生き心地のよい社会をつくる努力をするほかない。自殺は氷山の一角なのである。全体を、“いのち”を基本に置いた社会にしなければ問題は解決しない。本検討会はこのような考え方で実態を分析し、総合対策を考えた。各人が、一人の人間として、また専門家として、意見を述べるだけでなく、お互いの考えを真剣に聞き合い、よりよい対策推進のための提言を出す努力をした。国の総合対策によって、より暮らしやすい社会になることを願っている。

自殺総合対策の在り方検討会

座長 中村 桂子

## はじめに            ~今、なぜ総合的自殺対策か~

我が国の自殺者数は、昭和30年前後と60年前後に二つのピークを形成<sup>(1)</sup>した後、2万人台前半で推移<sup>(2)</sup>していた。この間も、子どものいじめに関連した自殺などが生じると一時的に人々の関心が高まるものの、一過性のものに終わり、自殺問題が継続して社会的な問題となることはなかった。また、諸外国のように国を挙げて自殺予防対策に取り組むこともなかった。

このような中、平成10年に年間の自殺者が一気に8,000人余り増加したことにより、初めて自殺問題が深刻な社会問題として認識されるようになった。以後平成17年まで8年連続で3万人を超える状態が続いており、特に、中高年男性の自殺が急増し、そのままの水準で推移<sup>(2)</sup>していることは憂慮すべき事態である。また、原因動機別では、経済・生活問題の増加が著しい<sup>(2)</sup>。

諸外国と比べて見ても、人口10万人当たりの自殺による死亡率(以下「自殺率」という。)は、主要国ではロシアについて2番目に高く、アメリカの2倍、イギリスの3倍以上という水準である<sup>(3)</sup>。

自殺や自殺未遂は、本人にとってこの上ない深刻な事態であるだけでなく、その家族と周りの人々に大きな悲しみと生活上の困難をもたらすことになる。自殺未遂は少なく見積もっても既遂の10倍以上あると言われており、年間の自殺未遂者は30万人以上と推計される。自殺や自殺未遂により、遺族や友人など周囲の少なくとも数人が深刻な心理的影響を受けるとされており、自殺と自殺未遂を合わせると、毎年、百数十万人以上もの人々が自殺問題で苦しんでいることになる。

このような状況に対し、平成12年には、「健康日本21」の中で自殺者数の減少目標が示され、また、平成14年には、厚生労働省の自殺防止対策有識者懇談会が包括的な自殺防止活動の実施を提唱している。

これらに基づき、厚生労働省を中心に、調査研究の推進、相談体制の整備等の自殺防止対策、具体的には、地域・精神保健の観点から地域におけるうつ病対策、産業保健の観点から職場におけるメンタルヘルス対策などが講じられてきた。

しかしながら、自殺者数の減少傾向は見られず、3万人台で高止まりしたまま推移している。その理由としては、これまでに講じられた施策は、総合的な視点に乏しく個人を対象とした疾病対策に偏りがちであったこと、遺族や自殺未遂者に対する取組が不足していたことが指摘されている。また、地域保健、産業保健としての取組も、自殺率が高く、関心の高い一部の地域で

は積極的な取組が見られるものの、それ以外の地域では関係者の連携不足等により具体的な進捗がみられなかったことも明らかになっている<sup>(16)</sup>。さらには、自殺や精神疾患に対する国民の偏見が強い上、実際的な取組が始まってからはそれほど間がなく、効果をあげるだけの十分な時間がなかったことも理由の一つと考えられる。

こうした中、自殺対策に取り組んでいる民間団体からは、自殺を「自殺する個人」の問題だけに帰することなく、「自殺する個人を取り巻く社会」に関わる問題として取り組むべきであるという主張がなされるようになった。

このような背景の下、「自殺は避けられる死」であるという認識に立って、平成17年7月には、参議院の厚生労働委員会で「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされ、さらに、翌18年には、自殺対策の法制化を求める10万人の署名に後押しされ、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図ることを目的とする自殺対策基本法（以下「基本法」という。）が全会一致で成立し、同年10月に施行されるに至った。

基本法では、政府が推進すべき自殺対策の指針として、基本的かつ総合的な自殺対策の大綱を定めなければならないとされている。大綱案の作成に当たり、高市内閣府特命担当大臣の下で「自殺総合対策の在り方検討会」（以下「検討会」という。）が開催され、総合的な自殺対策の在り方について、昨年11月から8回にわたり議論を重ねてきたところであり、今回、その成果を本報告書に取りまとめたものである。

自殺は様々な背景、原因により、複雑な心理的経過を経るものであることから、自殺を考えている人を支え自殺を防ぐためには、精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的な視点も含めた包括的な取組が必要とされる。また、単一の組織の取組では不十分であり、様々な組織や人々が協力する必要がある。このような意味も含め、自殺対策は、事前予防、危機対応、事後対応の各段階に応じた取組が総合的に行われる必要がある。

また、自殺の予防には、個人に対する働きかけと社会に対する働きかけの両側面からの取組が重要である。すなわち、個人に対する働きかけとしては、自殺の危険性の高い人を早期に発見し、相談機関や医療機関につなげるという取組（メディカルモデル）であり、社会に対する働きかけとしては、自殺や精神疾患についての正しい知識の普及や偏見をなくす取組（コミュニティモデル）やストレス要因となる社会的な制度や仕組みを見直していくという

取組である。これら三つの取組を密接に関連させることによって、自殺予防の効果をあげることができると考えられる。

本報告書においては、先ず、我が国の自殺対策が目指すべき方向についての考え方を示すとともに、世代ごとの自殺の特徴を概観し、それに対応した自殺対策の基本的方向、基本法に定める基本的施策ごとの施策のあり方、さらに、自殺対策の目標設定及び推進体制について提言を行っている。

本報告書のポイントとしては、以下の3点をあげることができる。

- 1) 自殺対策の基本方向として、自殺対策を全ての国民に関わる問題として認識し、社会全体で取り組む必要性を強調したこと
- 2) 自殺の社会的要因に対する取組と自殺未遂者や遺族等に対する支援などの事後対応については、これまでの取組が不十分であることから、積極的に取り組む必要があるとしたこと
- 3) それぞれ特徴を有する青少年、中高年、高齢者の世代別に施策のあり方を提言したこと

厚生労働省の統計によれば、昨年の上半期までの自殺者数（概数）は、一昨年の実績と比べ減少傾向で推移しており、景気の回復も影響しているのではないかとされている。しかしながら、自殺問題は景気が回復すれば解決する問題ではない。景気の動向に関わらず、多くの自殺は社会的支援があれば避けることができる死であることを銘記すべきである。国民の尊い「いのち」を一人でも多く救うことができるよう、本提言で示された内容を踏まえた自殺総合対策大綱（以下「大綱」という。）が早期に策定され、実効性のある様々な取組が継続的に実施されることを期待するものである。

また、全ての国民が自殺の問題を自らの問題として捉え、国民一人ひとりが自殺対策に取り組むことによって、健康で生きがいをもって暮らすことのできる社会の実現に向けて確実に一歩近づくことができるものとする。

## 第1 自殺対策が目指すべき方向について

### (自殺の背景・原因)

自殺は、人間関係の悩み、長時間労働、多重債務、慢性の身体的疾患、精神疾患など様々な事情とその人の性格傾向や家族状況、職場環境などが複雑に関係しあって起こる。

様々な事情の背景にある社会的な制度や慣行の見直しが可能であればもちろんのこと、問題が生じた場合の相談体制の整備等社会的に解決可能な手段を提供することにより多くの自殺を防ぐことが可能である。

また、自殺を図った人の直前の心の健康状態を見ると、大多数がうつ病やアルコール依存症等の精神疾患に罹患し、中でもうつ病(うつ状態を含む。以下同じ。)の割合が高いとされており、病的な自殺念慮や罪責感から自殺行動を選択してしまうといわれている。WHO(世界保健機関)によれば、うつ病、アルコール依存症、統合失調症については治療法が確立しており、これらの3種の精神疾患の早期発見、早期治療を行うことにより、自殺率を引き下げることができるとされている。

### (自殺を考えている人の特徴)

自殺を個人の自由な意思や選択の結果として捉える見方もあるが、自殺する人は必ずしも十分な判断力を持って自殺という自己決定をしているわけではない。多くの自殺は、「追い込まれた末の死」ということができる。

自殺にいたる心理としては、様々な悩みが原因で心理的に追い詰められ、自殺以外の選択肢が考えられない状況に陥ってしまったり、社会とのつながりの減少や生きていても役に立たないという役割喪失感から、また、与えられた役割の大きさに耐え切れなくなって、危機的な状態にまで追い込まれてしまうという過程を見ることができる。

このような状態に追い込まれると、心理的な孤立感、孤独感、または焦燥感を抱え込み、自ら周りの人に相談することもできなくなる。また、この過程でうつ病等の精神疾患を発症しても、通常、身体症状を伴うため内科等を受診することはあるものの、専門の精神科を受診することはほとんどない。

しかしながら、自殺を考えている人も、心の中では「生きたい」という気持ちとの間で激しく揺れ動いており、「助けてほしい」「気づいてほしい」というサインを発している。

したがって、**危険な状態に追い込まれる前に心の悩みを解消することができれば、また、追い込まれてしまった後でも、周りの人が、自殺を考えてい**

る人の何らかのサインに気づいて専門家につなぎ、その指導の下で見守って  
いくことができれば、多くの自殺は避けることができる。

### 自殺のサイン（自殺予防の十箇条）

（次のようなサインを数多く認める場合は、自殺の危険が迫っています。）

- 1 うつ病の症状に気をつけよう（気分が沈む、自分を責める、仕事の能率が落ちる、決断できない、不眠が続く）
- 2 原因不明の身体の不調が長引く
- 3 酒量が増す
- 4 安全や健康が保てない
- 5 仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う
- 6 職場や家庭でサポートが得られない
- 7 本人にとって価値あるもの（職、地位、家族、財産）を失う
- 8 重症の身体の病気にかかる
- 9 自殺を口にする
- 10 自殺未遂におよぶ

### （自殺予防の基本方向）

自殺予防の第一は、危険な状態に追い込まれないよう、追い込まれる前に心の悩みを解消することである。

これには、長時間労働、失業、倒産、多重債務等の社会的要因により心理的に追い詰められることのないよう、そのようなストレスを引き起こす制度・慣行そのものを見直していくことが重要である。例えば、多重債務で問題となる利息制限法の上限を超える「グレーゾーン金利」は、昨年法の改正によりようやく3年後に廃止の目処が立ったところである。その他、長時間労働を生んでいる現在の働き方を変えていくことも重要である。

また、さまざまな社会的要因に関する相談機関の充実や相談機関相互の連携等、悩みを抱えた人のための相談体制を整備するとともに、相談窓口の存在が悩みを抱えた人にきちんと届くようにすることも必要である。相談先の存在を知らないまま、悩みを抱えている人は意外と多い。

自殺予防の第二は、心の健康を損なってしまった自殺の危険性の高い人を医療機関での治療に確実につなげることである。これには、医療体制の整備と併せて、国民一人ひとりの役割が大変重要である。

すなわち、国民は、自ら心の不調に気づき、適切に対処することができるようにすることも重要であることは言うまでもないが、自分の身近なところで自殺を考えている人が発している自殺のサインに早く気づき、精神科医な



どの専門家につなぎ、その指導を受けながら日常生活の中で見守っていくことが必要である。

もとより、自殺の危険性の高い人を最初に発見する機会の多いかかりつけの医師や学校の教師等を「ゲートキーパー」として養成していくことも重要であるが、これまでの調査によれば、身近にいる家族や職場の同僚が自殺のサインに気づいていることも多く、国民一般に向け、自殺のサインへの対応などを啓発することにより、専門家へのつなぎを実現することが重要である。

特に、自殺者が多い中高年の男性は、仕事上も家庭生活上も責任のある立場で、ストレスが多く、心の健康問題を抱えやすい上、相談することについての抵抗感が大きく問題を深刻化しがちであり、周りの人が果たす役割への期待が大きい。

このため、自殺のサインやそれに気づいたときの対応の仕方について、国民一人ひとりが自らの役割を理解できるよう分かりやすく示す必要がある。

併せて、自殺の実態とともに、自殺についての知識を普及するとともに、精神疾患についての正しい理解を進め、偏見をなくしていくことも忘れてはならない。

また、このような国民への普及、啓発に当たっては、マスメディアの協力確保とともに、インターネットの活用も重要である。

さらに、問題を抱えたときに危険な状態に追い込まれないため、自分自身がストレスに気づき、これに対処するための知識、方法を身に付け、実践することができるようストレスに強い心の健康づくりに日頃から努めることも重要である。

我が国では、少子高齢化が急速に進み、価値観が多様化する中で、核家族化や都市化の進展に伴い、従来の家族、地域のきずなが弱まりつつあり、ストレスが多い社会ということもあって、誰もが精神的不調に陥る可能性がある。自殺予防は、相談機関や医療機関等の一部の専門家だけの問題ではない。自ら心の不調に気づき、適切に対処することができるようにするとともに、身近に存在するかもしれない自殺を考えている人の早期発見や地域での見守りという役割を果たすことができるようにすることが大切であり、全ての国民が関わる問題ということである。まさに、国民一人ひとりが自殺予防の主役という考え方に立って進める必要がある。

### (自殺対策の進め方)

自殺対策の実施に当たっては、次のような点を十分考慮して進める必要が

ある。

#### 実態解明と中長期的な視点に立った施策の推進

我が国だけでなく、諸外国においても自殺はタブー視されがちであり、実態が分からないことも多い。このため、WHO自殺予防ガイドラインでも、対策を立てるためには、例えば、自殺の背景をなす特定の精神疾患、家庭崩壊、経済的問題、マイノリティの問題など、どのような問題が、どの程度深刻な問題であるかという自殺の実態を把握しなければならないとされている。

自殺の実態把握は取組が始まったばかりで、成果が出るまである程度の時間を要するため、当面は、既存の統計資料、これまでの調査研究の成果やWHO、諸外国の知見を基に、効果があると考えられる実現可能な方策から積極的に取り組むこととし、平行して、社会的要因を含む自殺の背景・原因や自殺者の心理状態などの実態解明を進める必要がある。

また、諸外国の例を見ても、自殺予防に即効性のある施策はない。数年で効果が現れるものは少ないので、中長期的な視点に立って継続的に進める必要がある。

#### 自殺の各段階に応じた取組の推進

自殺対策は、1) **事前予防** (心身の健康の保持増進への取組及び自殺や精神疾患についての正しい知識の普及啓発など自殺の危険性が低い段階で予防を図ること)、2) **自殺発生の危機対応** (現に起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐこと)、3) **事後対応** (不幸にして自殺や自殺未遂が生じてしまった場合に他の人(未遂の場合には本人を含め)に与える影響を最小限とし、新たな自殺を防ぐこと)の各段階に応じた効果的な施策を講じる必要がある。

これまでの自殺対策では、遺族に対する支援や、学校や職場で自殺や自殺未遂が発生した場合の事後対応については取組が始まったばかりであり、まだ十分とはいえない。適切な事後対応は当事者の心の傷をいやすだけではなく、再度の自殺や後追い自殺を防ぐこと、すなわち、将来の事前予防につながることを期待されることから、積極的に取り組む必要がある。

#### 関係機関・団体との連携

自殺を考えている人の悩みは多種多様であり、意を決して相談窓口を訪れた人を「たらい回し」にしてはならない。悩みを抱えた人やその周

りの人が助けを求めたとき、関係する機関や団体が速やかにその声を聞き届け、必要な支援を行うことができるような体制の整備が重要である。

このような体制を整備するには、問題解決に役立つ地域の資源の相互の連携が不可欠であり、地域の首長のリーダーシップと住民の理解と協力の下に、民間団体を含めた関係機関・団体のネットワークを構築する必要がある。

この場合、例えば、高齢者の生活支援のためのネットワーク等既存のネットワークの活用も考えるべきである。

なお、自殺対策は、様々な機関・団体の連携により進められるものであるが、大綱の策定に当たっては、施策、事業について、国、地方公共団体、事業主等誰が主体となって進めるべきかについて明示することが望ましい。

#### プライバシー等への配慮

今後、自殺や精神疾患についての正しい知識を普及し偏見をなくしていくよう努める必要があるが、現状においては、国民の自殺や精神疾患に対する偏見には大変強いものがある。このため、自殺の実態解明や遺族の支援等の実施に当たっては、個人情報の利用についての説明を尽くし、事前に同意を得るなど自殺者や遺族のプライバシーに十分配慮する必要がある。

#### 施策の重点化

本提言の中でも今後取り組むべき自殺対策として様々な提案を行っているが、限られた人的・財政的資源の中で、全ての施策を実施することには制約を伴うことも事実である。このため、施策の費用対効果も勘案しつつ、例えば、近年、自殺者が急増した中高年男性にターゲットを絞るなど施策の重点化を図ることが必要である。併せて、各施策の効果を逐次評価し、見直しを行っていくことも重要である。

また、国ごとに事情が異なるように、地域によっても自殺の実態は異なっており、大綱を踏まえつつ、地域の実態に応じた施策を講じる必要がある。

#### マスメディアの自主的な取組への期待

マスメディアで自殺を報道する場合、事実関係に併せて自殺のサインやそれに気づいたときの対応の仕方、悩み事の相談先等自殺予防に有用な情報を提供することにより、自殺予防に大きな効果が期待できる。

一方、自殺手段の詳細な報道、短期集中的な報道、有名人の自殺のセンセーショナルな報道は、他の自殺を誘発する危険性もある。

このため、国民の知る権利や報道の自由も勘案しつつ、自殺予防に資する自殺報道が行われるよう、WHOの自殺報道のガイドラインも参考として、マスメディア自身がこの問題を自主的に検討することを期待する。

**「WHOによる自殺予防の手引き」(マスメディアのための手引き) (抄)**  
**報道に際してぜひすべきこと**

事実を報道する際に、精神保健の専門家と緊密に連絡を取る。  
自殺に関して「既遂」という言葉を用いる。「成功」という言葉は用いない。  
自殺に関連した事実のみを扱う。一面には掲載しない。  
自殺以外の他の解決法に焦点を当てる。  
電話相談や他の地域の援助機関に関する情報を提供する。  
自殺の危険因子や警戒兆候に関する情報を伝える。

**報道に際してしてはならないこと**

遺体や遺書の写真を掲載する。  
自殺方法を詳しく報道する。  
単純化した原因を報道する。  
自殺を美化したりセンセーショナルに報道する。  
宗教的・文化的な固定観念を当てはめる。  
自殺を非難する。

## 第2 世代ごとの自殺の特徴とそれに対応した自殺対策の推進について

### (1) 青少年(30歳未満)

#### 青少年の自殺の特徴

青少年の自殺者数は、自殺者全体の10%程度<sup>(2)</sup>、そのうち未成年は全体の2%程度であり、自殺率も高くない。しかし、青少年の死因に占める自殺の割合は高い<sup>(1)</sup>。この世代は、思春期を迎えるなど精神的な安定を損ないやすい時期であり、将来ある命が自殺により失われることは、社会的な損失や他に与える影響も大きく、深刻な問題である。

特に子どもの心の健康は生涯にわたって影響する。このため、青少年期における心の健康の保持や良好な人格形成への支援を行うことが生涯にわたる自殺予防につながるものと考えられる。

子どもは、心理的、社会的な未熟さから衝動的に行動してしまうことがある。さらに、精神的にも発達途上で大人と比べて問題に対する解決能力が未熟であり、問題を抱えたとき、親や教師ではなく同世代の子どもに打ち明ける傾向が強いとされている点にも留意すべきである。

また、思春期以降の自殺は、統合失調症、妄想性障害、パーソナリティ障害や摂食障害等の心の健康問題と関連性が高いとされている。

青少年は、もともと外部からの影響を受けやすいことに加えて、現状では、携帯電話等の有害情報に接することを規制する(フィルタリング)機能の普及が進んでいないため、インターネットを通じて容易に有害情報に接することができる。インターネット自殺は、20歳代や30歳代に多い<sup>(5)</sup>が、その背景に青少年の「孤独化」が指摘されている。

なお、青少年の自殺については、自殺者数が少ないことに加えて、家族がその事実をなかなか受け容れられないことや学校が在学生を守りながら早く通常の活動へ戻ろうとすることなどから、関係者の調査への協力が得にくく、他の世代に比べ実態が明らかでない部分が多い。

近年の我が国の青少年の自殺率はおおむね横ばい<sup>(1)</sup>であるが、国際的には青少年の自殺の増加傾向にあり、我が国における今後の青少年の自殺の動向にも注意が必要である。

#### 用語註

青少年：30歳未満の者

思春期：中学生からおおむね18歳まで

子ども：小学生からおおむね18歳までの者

青年：おおむね18歳から30歳未満の者

### 青少年の自殺対策の基本的方向

子どもについても大人と同様に、自殺の危険性が高いものを早期に発見して対応する危機対応とともに、学校における自殺予防教育など事前予防を中心とした対策と自殺や自殺未遂が発生した場合の事後対応に取り組む必要がある。また、青年については、思春期以降に特徴的な心の健康の問題への対応に配慮することが必要である。

事前予防としては、青少年、特に子どもに対して、いのちの尊さや生きることの意味を考えさせる教育を継続して行うなど良好な人格形成を促すとともに、子どもに自殺やうつ病等の精神疾患について正しい知識を伝えていくことが、生涯にわたる心の健康を保持することとなり、将来につながる自殺予防として重要である。

また、子どもは、悩みを同世代の子どもに打ち明ける傾向が強いことから、悩みを打ち明けられたときの対応の仕方について、必要な情報を伝えるとともに、自分たちだけでは解決できない悩みを聞いた場合にはそれを自分だけで抱え込まずに、身近な大人に伝えることの大切さなど子どもへの自殺予防教育を実施することが重要である。併せて、教師等の大人に伝えやすい環境整備を図るべきである。

青少年の良好な人格形成を促すとともに、自分たちだけでは解決できない悩みを大人に伝える環境を整備するためには、学校だけの取組ではなく、学校、保護者、地域が連携して取り組むことが必要である。

このような取組を推進するため、地域で世代間交流を推進し、人生経験豊かな高齢者とのふれあいやつながりを通じて、心身の成長発達や孤独にならないためのコミュニケーション能力を向上させる取組など、推奨できる事例を収集し、学校や地域に情報を提供していくことが必要である。

また、悩みを抱えた青少年の身近なところに、電話やメールで気軽に相談できる機関やスクールカウンセラー、養護教諭等と相談しやすい場所など青少年が安心して弱音を吐ける環境を整備することも必要である。

さらに、青少年は、外部からの影響を受けやすいため、情報への接し方等メディアリテラシー教育を推進していくことも必要である。併せて、

インターネット上等の有害情報への適切な対応も求められる。

危機対応としては、まずは、学校で日常的に児童、生徒、学生に接しており、自殺のサイン等の自殺の危険に気づくことのできる学級担任、養護教諭等の教師に自殺の危険性の高い児童等に気づいたときの対応等の自殺予防に関する啓発等を実施すべきである。また、実際に対応する場合には、担任教師だけではなく学年主任、養護教諭、スクールカウンセラー、生徒指導主事等によるチームで対応する必要がある、場合によっては、学校内だけではなく、医療機関や教育研究所等との連携を図る必要がある。

事後対応としては、学校で自殺者や自殺未遂者が出た場合に、周囲の児童生徒の心理状態に十分に配慮して、早い段階から心のケアを行う必要がある。身近な人の自殺という心の傷をそのままにしておくと、将来、様々な精神的な問題を引き起こすことの原因となることもある。このような予防対応は、将来の心の健康を保持することにもなり、自殺予防としても重要である。

また、子どもの自殺の実態の解明に当たっては、子どもへの聞き取りを行わなければならない場合もあるが、その際には、十分な配慮が必要である。特に、学校での実態把握に際しては、自殺に追い込んだ「犯人捜し」にならないよう、第三者を活用する等の配慮が必要である。

なお、WHOは、青少年がマスメディアから影響を受けやすいことも指摘しており、自殺予防に資する自殺報道が行われるようWHOの自殺報道のガイドラインの周知を図ることが必要である。

また、勤労青少年については、長時間労働等の社会的要因から心の健康を損なう場合があり、職場における心の健康の保持増進等、後述する中高年と同様の取組が求められる。

用語註

メディア・リテラシー

メディアを主体的に読み解く能力、メディアにアクセスし、活用する能力、メディアを通じてコミュニケーションを創造する能力、特に情報の読み手との相互作用的（インタラクティブ）コミュニケーション能力が相互補完しあい、有機的に結合したもの

## (2) 中高年(30歳~64歳)

### 中高年の自殺の特徴

中高年の自殺者数は、平成10年に急増したまま推移しており、自殺者全体の約6割<sup>(2)</sup>を占めている。年代別の自殺率を見ると、どの国でも共通に見られる加齢に伴う自殺率の上昇とともに、50歳代が自殺率のもう一つのピークを形成<sup>(1)</sup>しており、我が国の自殺の特徴となっている。

今後、この世代の人々が、自殺率が高まる高齢者へと移行するに従い、高齢者の自殺がさらに深刻化するおそれがあり、中高年の自殺対策は、将来の高齢者の自殺予防対策につながる点に留意する必要がある。一方、最近では、30歳代の自殺率が増加<sup>(6)</sup>していることにも注意する必要がある。

中高年は、家庭、職場の両方で重要な位置にあり、周囲から期待される役割が大きい一方で、親との死別や失業、退職などの心理的ストレスの大きい喪失体験を迎えるなど心理的、社会的な負担を抱えることが多い世代である。特に、男性の場合、仕事中心のライフスタイルが多く、長時間労働等から、仕事に関して強い不安やストレスを感じている労働者は6割を超え<sup>(7)</sup>ており、精神障害による労災補償の状況をみると、請求件数、決定件数とも増加傾向<sup>(8)</sup>にある。また、退職等の変化に適応できないなど心の健康を損ないやすい。

中高年は、身体的機能が加齢とともに低下し、特に女性の場合、出産、子育て、更年期など女性特有の要因から心の健康を損ないやすい。

WHOの調査では95%以上の自殺者が、また、日本における自殺未遂者の調査でも約75%が、自殺の直前に精神疾患に罹患していると診断されており<sup>(9)</sup>、とりわけ、中高年の自殺者はうつ病の割合が多いとされている<sup>(10)</sup>。

中高年の自殺に関する調査研究では、気分が落ち込んだ時に医師に相談、受診を考えている人は約2割に過ぎず<sup>(11)</sup>、自殺前に家族や友人等の周りの者に相談している人は約4割となっている<sup>(12)</sup>。一方、うつ病には、不眠のほか欠勤、遅刻、能率低下、退職願望などのサインがあり、約8割のケースでそのサインに家族や会社などの周りの人が気づいていたという結果が示されている<sup>(13)</sup>。



## うつ病のサイン

### 自分で感じる症状

憂うつ、気分が重い、気分が沈む、悲しい、イライラする、元気がない、集中力がない、好きなこともやりたくない、細かいことが気になる、大事なことを先送りする、物事を悪いほうへ考える、決断が下せない、悪いことをしたように感じて自分を責める、死にたくなる、眠れない

### 周りから見えてわかる症状

表情が暗い、涙もろい、反応が遅い、落ち着きがない、飲酒量が増える

### 身体に出る症状

食欲がない、便秘がち、身体がだるい、疲れやすい、性欲がない、頭痛、動悸、胃の不快感、めまい、喉が乾く

### 中高年の自殺対策の基本的方向

周りの人や医師等に相談しないことが多いという特徴を持つ中高年の自殺を防止するためには、家族や職場など周りの人が前述したうつ病のサインに気づいた時に、精神科医等の専門家による治療につなげるなど、うつ病の早期発見・早期治療と、専門家の指導の下で回復途上にある人を見守っていくことが重要である。

そのためには、地域、職場で家族や同僚など周りの人の気づきと見守りを促す自殺についての正しい知識の普及啓発に加えて、精神科医等の専門家による地域や職場内での見守りに対する支援体制を整備することが求められる。最近では、うつ病等で精神科を受診する人も増えてはいるものの、未だ、精神科医療に対する偏見は根強く、これを解消するなど精神科医の診療を受けやすい環境づくりも重要である。

さらに、失業、長時間労働、多重債務、経営不振等は、心の健康を損なう要因となるが、これらのストレスで危険な状態に追い込まれる前に、その緩和を図る必要がある。このため、これらの社会的要因に関する悩みの相談・支援体制を充実し、様々な相談機関や医療機関が連携して取り組むことが不可欠である。また、弱音を吐く場がないため、どんどん追い込まれてしまうという指摘もある。時には弱音を吐いてもいいのだという社会の雰囲気づくりにより、危険な状態に至る前にストレスの緩和が促進され、自殺の予防にも効果を発揮するものと考えられる。

また、出産、子育て、更年期など女性に特有な心の健康を損なう要因への対応をはじめ住民全体を対象とした地域における心の健康の保持増進については、地域の保健師等による適切な対応が求められる。

なお、うつ病の他にアルコール依存症等の中高年に多い心の健康問題の予防にも併せて取り組むことが必要である。

職場における心の健康の保持増進については、特に、産業保健スタッフの選任義務がなく取組の遅れている中小規模事業場に対して、商工会議所や商工会等の事業主団体を通じ、経営者等への普及啓発を実施する必要がある。あわせて、産業保健推進センターや地域産業保健センターと保健所等の地域保健スタッフが連携して、中小規模事業場を支援していくことも重要である。

学校は、教職員にとっては職場であることから、子どもの成長に直接かわり、責任を一人で背負いやすい教職員の心の健康についても、職場における問題として検討する必要がある。

さらに、企業に属していない農林漁業者や商店主等の自営業者に対しては、保健所等の地域保健と農業協同組合、商工会等が連携した地域ネットワークを通じ、心の健康の保持増進についての普及啓発を実施することが求められる。

また、自殺者が出た場合には、家族のみならず自殺者の周囲で働いていた人の心理状態に十分に配慮して、心のケアを行う必要がある。

加えて、風通しの良い職場づくりなど、心身の健康を損なうことがない職場環境をつくるとともに、仕事と生活の調和（ワークライフバランス）が実現できるよう働き方の見直しを進め、中・長期的には、生活全般をストレスが少ないものに変えていくことが重要である。

高齢者の自殺防止を図る上で、中高年の時から、生活習慣病の予防や地域社会への参加や趣味を持つといった退職後の生活を見据えた準備を進めることができるよう普及啓発を行うとともに、そのための環境づくりを行うことも期待される。

### （３）高齢者（６５歳以上）

#### 高齢者の自殺の特徴

高齢者の自殺率は、加齢に応じて高くなっており、この傾向は、我が国のみならず、世界的な傾向である。

高齢の自殺者についても、中高年の場合と同様に、多くの場合が精神疾患の診断を受けており、特に、うつ病の割合が多いとされている<sup>(10)</sup>。警察庁の統計によると、高齢者の自殺の背景の多くは健康問題であるが、

高齢者は、高血圧症、糖尿病、脳梗塞後遺症、心臓病、関節痛などの慢性疾患を有することが多く、継続的な身体的苦痛や将来への不安等が、うつ病につながると考えられる<sup>(14)</sup>。また、近親者の病気や死亡による喪失体験から閉じこもりがちとなり、孤独・孤立状態からもうつ病にいたることに配慮する必要がある。

高齢の自殺者の約9割は、なんらかの身体的不調を訴え、入・通院による治療を受けており<sup>(14)</sup>、加齢に伴う身体機能の低下と併せてうつ病に伴う身体症状のために内科等を受診していることが多いと考えられるが、専門医である精神科への受診については少ないといわれている。

また、高齢の自殺者の多くは、家族と同居しており、生前、家族に「長く生きすぎた」「迷惑をかけたくない」と漏らしていることが多い<sup>(14)</sup>ことから、心身両面で衰えを自覚した高齢者が、同居する家族に看護や介護の負担をかけることに遠慮していると考えられる。

今後は、高齢化や核家族化の一層の進展により、高齢者が高齢者を介護する「老々介護」の割合が高まることが想定される中で、介護をしている高齢者の3人に1人が「死にたい」と考えたことがある<sup>(15)</sup>など、大きな心理的な負担を抱えているとの調査結果もある。

#### 高齢者の自殺対策の基本的方向

高齢の自殺者の多くが、家族と同居しており、生前、家族に看護や介護の負担をかけることに遠慮していると考えられる言動が見られることから、「歳をとったら問題を抱えて気分が落ち込んでも当然だ」「老い先短いお年寄りが死を選ぶのも仕方がない」という高齢者への偏見をなくしていくとともに、家族など周りの人が不眠等のうつ病のサインに気づいた時に精神科医などの専門家につなげることが重要である。

また、高齢者の多くが何らかの身体機能の低下により内科等を受診していることから、かかりつけの医師のうつ病の診断、治療に関する資質の向上を図り、さらに精神科医等の専門家とも連携するなど、うつ病の早期発見・早期治療につながる体制の整備が重要である。

さらに、精神科医療に対する偏見を解消するための啓発等精神科医の診療を受けやすい環境づくりを実施していくとともに、専門家による地域や家庭内での見守りへの支援体制を整備することも必要である。その際には、身体機能の低下への配慮が必要なことから、地域におけるかかりつけの医師、保健師や介護支援専門員等の果たす役割が大きいことに

も留意すべきである。

また、高齢者は精神疾患に対する偏見がより強いため、一般の健康診査等で心の健康状態の調査を行うことなどが、うつ病が懸念される高齢者の把握を進める上で効果的である。

社会的な取組として、世代間交流や高齢者の生きがいづくり、仲間づくりを推進するなど高齢者が身体的な健康のみならず、精神的な健康を保持増進できるような支援を地域全体で強化することが求められる。

また、在宅介護では、未だ、介護する人の身体的、心理的な負担が大ききことを踏まえ、介護する人にも配慮した介護サービスの提供など支援の充実を図ることが重要である。特に、同居の親族がいても、その人が就労している場合には、高齢者・介護者ともに身体的、心理的負担が大きくなることも考慮に入れる必要がある。

### 第3 総合的な自殺対策として推進すべき事項について

#### (1) 調査研究の推進等

自殺は一つの要因により一律の経過をもって起こるものではなく、様々な要因により複雑な経過をたどるものであることから、効果的な自殺対策を推進するためには、自殺の背景にある様々な要因や経過等の実態を正確に把握し、それぞれに応じた対策を講じることが必要不可欠である。特に、総合的に自殺対策を講じるためには、精神保健学的観点だけでなく、社会・経済的な視点からの実態の解明が求められる。

我が国では、自殺者数、自殺の原因・動機等については統計資料として公表されており、マクロ的な推移は把握できるものの、自殺を防ぐための介入ポイントを明らかにするなど具体的な自殺対策を講じるためのデータとしては不十分なことから、自殺の詳細な実態や経過を把握するための調査研究を早急に実施することが必要である。また、自殺の実態は、社会情勢等の変化に応じて変わることが考えられるため、これらの調査研究は継続して行う必要がある。

これらの調査研究には、自殺した人の遺族等身近な人の協力が必要不可欠であるが、これらの人々は自殺のショックや自殺に対する偏見から協力を得ることが難しいといわれている。したがって、調査に当たっては、これらの人々の心のケアを第一に考えて実施する必要がある。また、今後、諸外国における検死官制度を参考に、検死で得られた情報を同種の自殺の再発防止に役立てることを検討するなど、「死から学ぶ」という謙虚な姿勢が重要である。

自殺の実態は、地域によって異なることから、地方公共団体等においても、それぞれの実態を踏まえた対策を講じるために必要な調査研究を推進するとともに、地域単位で自殺対策の調査研究の拠点となる大学や研究機関に対する研究支援体制を構築することが求められる。

このため、国は、民間団体と協力するなどして自ら調査研究に取り組むとともに、自殺予防総合対策センターの機能の充実・強化を図り、自殺対策に有用な自殺の実態等の情報の収集・整理・分析を推進し、地方公共団体等に対して分析結果を分かりやすく提供するなど地域等における取組を

支援することが必要である。

また、効率的な調査研究を促進するため、国、地方公共団体、警察、消防などが保有する既存の統計資料等について、研究者等に対する情報提供を推進することが求められる。

加えて、自殺未遂者の再企図防止や遺族の心理的ケアへの支援を充実するため、未遂者や遺族の実態を明らかにする調査研究の推進も必要である。この場合、遺族への支援等の活動を行っている民間団体の協力が重要であり、民間団体との連携にも配慮するべきである。

また、これまでの調査研究により、多くの自殺の背景には、共通してうつ病等の心の健康問題があることが判明している。このため、うつ病等の精神疾患について、脳科学等多面的なアプローチによる病態解明や治療法の開発を推進し、自殺対策に活用していく必要がある。

中長期的には、自殺しなくてもよい生きやすい社会を目指すため、高齢者の生きがいづくり、がんや慢性腎不全等の重篤な慢性疾患患者等の生活の質（QOL）の向上、在宅介護のあり方の検討に資する調査研究についても実施すべきである。

#### < 主な施策例 >

自殺直前の心理状態、社会的要因を含めた自殺の原因・背景、自殺の詳細な実態や経過等について、自殺者の近親者等から直接聞き取りを行ういわゆる「心理学的剖検<sup>ほうけん</sup>」を本格実施する。

遺族のための分かち合いの会の参加者等との連携により、社会的な対策の立案に速やかにつながるような自殺の背景にある社会的要因の実態解明を主たる目的とした調査を進める。

救急病院に搬送された自殺未遂者を対象とした実態把握を進める。

児童生徒の自殺について実態把握を進める。特に、学校による調査等に限界がある場合に、必要に応じて第三者による実態の把握を進める。自殺予防総合対策センターの機能強化により自殺対策に資する情報提供を推進する。

警察の保有する自殺資料、過労自殺等の労災申請資料等の調査研究への活用を促進する。

うつ病等の病態を脳科学等多角的なアプローチにより解明し、治療法

の開発を進める。

自殺未遂者、遺族の支援方策の研究を進める。

海外の自殺対策の情報収集と調査研究を進める。

自殺対策の評価に関する政策科学的研究を進める。

諸外国の検死官制度を参考に、検死で得られた情報の活用方策について検討する。

## (2) 教育活動、広報活動等を通じた国民の理解の増進

自殺は、多くの国でタブー視される傾向にあり、我が国においても、地方公共団体や民間団体等の自殺予防の取組に企業や住民の理解が十分得られないなど未だ自殺問題への偏見や無理解が強く残っている。

国民の自殺問題への理解の増進を図るため、自殺の背景・原因、経過など自殺の実態を広く伝えることによって、「縁起が悪い」「自殺は個人の問題」「自殺を図る者の意志は固まっており防ぐことができない」等の様々な無理解による偏見をなくし、自殺を「語ることができる死」となる環境に変えていくことが、自殺対策を進めるための大前提である。

また、自殺の要因となる心の悩みは、誰もが持ちうる可能性があるため、国民一人ひとりが自殺に関する正しい知識を持ち、自分自身や身近な人の自殺のサインに気づき、専門家につなげるなど自殺問題を自分自身に関わる問題として捉え、国民一人ひとりが自殺予防の主役であることを認識できるよう、国や地方公共団体があらゆるレベルで継続的に教育活動、広報活動を実施する必要がある。

加えて、多くの自殺の背景にあるうつ病等の心の健康問題についての正しい知識を普及し、精神疾患、精神科医療に対する偏見をなくしていくことにより、本人や周りの人が精神科医等の専門家に受診や相談しやすい環境を整備していくことも重要である。

さらに、うつ病以外にアルコール依存症も自殺のリスクを高めると言われていることから、適正飲酒に関する啓発も自殺対策として重要である。

なお、普及啓発活動を実施する際には、報道機関と連携し広く理解を求めたり、子どもや高齢者など対象とする集団に対応して適切な啓発手段を選択するなど効果的な実施に留意するとともに、自殺対策の現場での取組の成果を啓発につなげていく戦略的思考が求められる。

また、自殺の状況について理解を深めるため、自殺者数の公表時期を早めるほか、都道府県ごとの自殺者数を公表するなどの取組も必要である。

#### < 主な施策例 >

国において世界自殺予防デー（9月10日）に合わせて自殺予防週間を設定するなど全国規模の啓発事業を実施する。

環境の変わり目で自殺者の多い春に、国の主導により「うつは心の風邪、でも早く治さないと心の肺炎にもなる」などのうつ病キャンペーンを実施する。

国や地方公共団体による様々な広報媒体を活用した広報を積極的に展開する。

自殺対策の先進地方公共団体の首長によるサミット会議を開催する。児童生徒の自殺予防のため、学校における児童生徒、教職員、保護者に対する自殺予防教育・啓発等を実施する。

「生き方」の教育を取り入れた子ども向けのプログラムを開発する。地域・職域における講座、研修会などの様々な学習機会を利用して自殺予防を推進する。

### （3）人材の確保等

総合的な自殺対策を進めるためには、行政分野だけでなく、職場、学校等様々な場所で、自殺対策を理解し実践することができる人材を確保していくことが必要である。

まず、自殺を考えている人のサインに気づき、適切な対応をとることができる人材（ゲートキーパー）として、学校であれば学級担任や養護教諭、職場であれば産業医、産業看護職等の産業保健スタッフ、管理監督者や人事担当者、地域であればかかりつけの医師等自殺のリスクの高い人を最初に発見する機会の多い人に対し、教育や研修により、自殺の実態、自殺の危険因子や直前のサイン、対応の仕方、治療への導入などについての正しい知識の普及を図り、その資質の向上を図ることが重要である。

加えて、保健師等の地域保健スタッフ、介護支援専門員（ケアマネジャー）等の在宅介護事業従事者、民生・児童委員等地域で保健福祉に従事する者や、失業者に対応するハローワーク、多重債務問題を扱う消費生活センター等経



済・生活問題を扱う機関の相談担当者等社会的な支援を要する人や問題を抱えている人に接する機会の多い者も自殺に関する正しい知識を持つことが求められる。

このため、関係機関による定期的な研修の機会の提供とそれに対する国や地方公共団体の支援とともに、様々な機会を捉えて自殺に関する正しい知識を普及していくべきである。

併せて、相談支援、危機介入、遺族支援等地域において自殺対策に関する活動を行っている民間団体のボランティアの人材育成事業に対しても支援していくことが求められる。

また、地方公共団体の自殺対策の企画立案等に携わる職員の養成や相談業務に携わる者に対する自殺予防についての研修が必要である。

なお、自殺対策の従事者は、深い悩みや心の傷について触れることから、強いストレスにさらされることとなるため、従事者自身に対する心のケアにも配慮を要する。

次に、うつ病等心の健康問題により自殺の危険性の高い人を精神科での治療につなげることによって、精神科診療への需要が高まることが想定される。しかし、精神科診療は比較的長い診察時間を要すること、短時間で精神科医を増加させることは困難であることを踏まえ、精神科医と連携し、専門的な相談を行うなど、精神科医をサポートすることができる心理職等を養成することが大切である。

さらに、遺族への配慮の観点から、遺族に公的機関として最初に対応することとなる警察官や救急隊員に対し、深く傷ついている遺族の心理についての研修を実施する等適切な対応方法を周知させることも必要である。この場合には、地域のネットワークを活用し、民間団体で遺族ケアに従事する者が講師となるなど、遺族並びに関係者の声が届くように配慮すべきである。

#### < 主な施策例 >

国立保健医療科学院や自殺予防総合対策センターにおける地域のリーダー的存在となる専門職研修や自殺相談員に対する研修を充実する。

地域の医師会による会員への精神疾患についての生涯教育を実施す

る。

学校において、学級担任と養護教諭等を対象とした児童生徒の自殺予防に関する啓発等を実施する。

介護支援専門員などの介護事業従事者に対する研修等の機会を通じて、自殺予防に関する知識の普及を図る。

自殺予防の研修資材の開発を推進する。

民生・児童委員等地域の見守りの主体となる人々への自殺予防教育を実施する。

住民主体の見守り（メンタルヘルスサポーターなど）など地域の取組を支援する。

職場、地域等における相談担当者に対する各種研修などの機会を通じ自殺に関する知識の普及を図る。

民間団体の人材育成事業に対し支援する。

民間団体も含めた地域の関係機関の連携により、自殺対策従事者に対する心の健康のケアの機会を提供する。

#### （４）職域、学校、地域等における心の健康の保持に係る体制の整備

現代社会では、家庭、職場、学校等の様々な場で、人間関係の悩み、体調不良、多重債務、業績不振、学業不振等の様々な要因により、多くの人が日常的にストレス過多を感じており、ストレス要因の軽減、ストレスへの適切な対処など心の健康の保持・増進を図ることができる環境を整備することが自殺を予防する上で重要である。

職域における心の健康の保持・増進への取組状況を見ると、大規模な事業所の多くでは既に取組が進められているが、中小規模事業場では2、3割しか取り組んでいない状況<sup>(7)</sup>であり、体制づくりが遅れている。このため、中小規模事業場における心の健康の保持・増進への取組の支援により、大規模事業場における取組の強化と併せて、職域における全体的な心の健康の保持・増進体制の底上げを図ることが求められる。

なお、相談内容によっては、労働者がその内容を事業場に知られることを望まない場合もあり、この場合は、事業場外の資源の活用が効果的であることにも留意する必要がある。

学校においては、スクールカウンセラーの配置の推進とともに、相談時

間の確保を図るほか、養護教諭等の学校保健の機能の充実・見直しを行い、児童生徒等の子どもの心の健康の保持・増進を確保することが必要である。

また、児童生徒の自殺の危険性が懸念される状況に際しては、学級担任、養護教諭、管理職、スクールカウンセラー、外部の医療機関、保護者が円滑に連携し適切に対応できる体制の整備が求められる。

併せて、心の健康を害している教職員が多いことから、教職員にとっては学校が事業場でもあることに配慮し、教職員の労働安全衛生対策の推進を図り、職域としての心の健康の保持・増進を推進することが必要である。

地域においては、地方公共団体による心の健康の保持・増進に関する普及啓発や精神保健福祉センターや保健所における相談事業等の取組を充実・強化することが求められる。

また、地域においては、学校、職域との連携、保健、医療、福祉等の関係機関・団体との連携等、様々な機会を通じて住民の心の健康状態を把握することが求められるとともに、心の健康の保持・増進だけではなく、生きがい対策、うつ病対策、救急医療対策、遺族支援等広範な対応が求められることから、様々な関係機関・団体との連携を確保するための協議会の開催等ネットワークづくりが重要である。

#### < 主な施策例 >

経営者に対し、職場のメンタルヘルスケアの重要性についての働きかけを強める。

事業場内の産業保健スタッフの育成・活用を図るとともに、産業看護職の位置付けを明確化する等、各々の役割を確認し、連携を強める。地域産業保健センターを拠点とした中小規模事業場へのメンタルヘルスケア支援策を充実する。

企業及び健康保険組合において事業場外の相談機能の整備を推進するとともに、従業員への周知を図る。

メンタルヘルスケアについても、生活習慣病予防のための地域・職域連絡協議会の場を活用するなど、地域保健、職域保健の連携を進める。長時間労働による健康障害防止のため労働基準監督署による監督指導を強化する。

メンタルヘルス不調者の職場復帰支援策を充実する。

商工会議所、商工会等を通じ、中小規模事業場の事業主に対し、自らの心の健康について、また従業員に対する心の健康の保持増進につい

での普及を図り、その取組を推進する。

農山漁村、都市等における高齢者の健康増進に配慮した公園整備など高齢者が地域で集える場所等の整備を進める。

スクールカウンセラー等の配置の促進、相談時間の確保等学校における心の相談体制を充実する。

地域における精神保健福祉センター、保健所等による健康相談窓口、職域における健康相談窓口を充実する。

地域、職域において「困りごと相談」窓口を設置する。

#### (5) 医療提供体制の整備

多くの自殺の背景には心の健康問題があり、特にうつ病の割合が多い。諸外国でも、うつ病対策が自殺予防に効果を挙げており、うつ病等の心の健康問題により自殺の危険性の高い人が、適切な治療を継続的に受けられる体制の整備が重要である。

このためには、まず、うつ病等の心の健康問題についての正しい知識を普及し、精神疾患、精神科医療に対する偏見をなくしていくことにより、本人や周りの人が精神科等の専門医療を受診や相談しやすい環境を整備していくための普及啓発活動が必要である。

また、うつ病は不眠、食欲不振、倦怠感等の身体症状を伴うため、地域で住民に接する機会の多いかかりつけの医師や職域における産業医がうつ病の人を早期に発見し、適切な治療を行うとともに、必要に応じ、専門医療につなげるシステムづくりが重要である。

このため、臨床研修など医師を養成する過程や生涯教育において、かかりつけの医師等がうつ病等を確実に診断できるよう診断技術の向上を図る必要がある。

加えて、医師だけではなく、地域における保健師、産業看護職等の保健スタッフについても、様々な機会を通じて精神疾患を有する人を早期に発見し、相談指導等により、専門医療につなげていくことができるよう、かかりつけの医師、保健師、産業医、産業看護職等の精神疾患に対する知識、技術を向上させることが必要である。

患者や家族に対する説明により精神科医療への不安や抵抗感を取り除く努力の継続とともに、地域の保健スタッフが、かかりつけの医師と精神科

医、心療内科医をつなぐ役割を果たすことが期待される。

さらに、「(3)人材の確保等」で述べた精神科診療において心理職等が精神科医と連携してサポートできる体制をとるためには、診療報酬上の取扱いを含めその推進方策の検討が必要である。

また、救急で搬送された自殺未遂者の治療に際しては、精神疾患を伴う場合が多いことから、必要に応じて救命救急センターへの精神科医、心理職、精神看護の認定あるいは専門看護師の配置等、救急医療現場において精神科医療を提供できる体制の整備を進めるとともに、自殺未遂者は、自殺を繰り返す傾向があるため、保健・医療・福祉の地域ネットワークを構築することにより、長期的に見守りを支援していく体制も整備すべきである。

#### < 主な施策例 >

自殺対策の啓発活動に併せて、うつ病等についての正しい知識の普及及び偏見をなくすための啓発活動を実施する。

精神科救急医療、うつ病対策などの精神保健医療対策に関する取組を医療計画等の関係計画に基づき推進する。

精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉の地域ネットワークを構築する。

地域の医師会による会員への精神疾患についての生涯教育の実施等を通じ、うつ病等対策にかかりつけの医師を活用する。

うつ病等の精神疾患があると診断された人にかかりつけの医師から専門医につなげるため、診療報酬上の取扱いを含めた仕組みづくりを検討する。

うつ病等の精神科診療において心理職等を活用するための診療報酬上の取扱いなどの推進方策を検討する。

#### (6) 自殺発生回避のための体制の整備等

様々な要因により心理的に追い込まれた状態になり自殺の危険性が高まっている人に対し、社会的な支援の手を差し伸べることにより、自殺を防ぐことが自殺予防の基本である。

まず、自殺の危険性に対する国民一人ひとりの理解を深めて、自分自身による気づき、または周囲の人々の気づきを促し、専門の相談機関につなげることが、自殺の発生回避のための身近な努力として重要である。

自殺を図った人の直前の心の健康状態を見ると、うつ病に罹患していることが多いことから、地域でうつ病のスクリーニングを実施して、うつ病の懸念がある人を把握し、保健・医療的対応を行うことが必要である。

特に、高齢者の場合、精神疾患に対する偏見があり、うつ病のスクリーニングに対する心理的抵抗感が強いいため、平成18年度から介護予防事業の一環として、健康診査に心の健康状態の質問項目が追加されていることから、これをうつ病の一次スクリーニングとして活用することにより、うつ病の懸念がある人の把握を推進することが効果的である。

がんや慢性腎不全等の重篤な慢性疾患に苦しむ人は、身体的な苦痛に加えて精神的なストレスを抱えていることが多く、病苦は、自殺のリスク要因の一つとされている。このため、重篤な慢性疾患に苦しむ人に対する適切な心理的ケアが実施できるように体制を整備することが求められる。

自殺の発生を回避するため、危険な場所への柵の設置や見回り、危険な薬品の譲渡規制を遵守させることが重要である。さらに、自殺の危険性がある家出人等への迅速かつ直接的な対応はもとより、業界団体が策定しているガイドラインに基づき、インターネット上に自殺を予告している人、名誉毀損等の違法・有害な情報へも引き続き適切な対応が求められる。

また、現在、「いのちの電話」等の民間団体による電話相談事業が行われているが、地域により、電話番号や相談時間が異なるなどの課題がある。このため、自殺の防止に資するよう電話相談事業の充実や支援体制の拡充を図り、より多くの人々が相談しやすい体制を整備する必要がある。さらに、危険な場所での相談先の掲示についても自殺防止に効果があるといわれている。

リストラ等で失業した人、倒産で多額の借金を抱えた中小企業の経営者、多重債務者、生活困窮者などは、自殺の危険性の高い人とされている。悩みを抱えた人が相談しやすい環境づくりを進めるとともに、いくつかの要因が重なった複合的な悩みにも対応できるように相談機関の連携を図ることが求められる。

また、経済・社会問題に関連する相談機関と医療機関が連携して、相談

機関を訪れる人々の心理的状态を把握し、自殺のリスクの高い人を早期に発見して医療機関へとつなげる方策を確立することが重要である。

学校におけるいじめは、いじめを絶対に許さず、いじめられている子どもを徹底して守ることが大切であり、いじめを早期に発見し、適切に対応することで、いじめを長期化、深刻化、複雑化させないことが重要である。このため、いじめ対策に係る教員研修を引き続き実施するとともに、学校全体で子どもたちの集団にかかわり、いじめに取り組むための対応を考え、地域社会とも協働し、社会全体で子どもを育てるための仕組みづくりを検討する必要がある。

#### < 主な施策例 >

地域、職場、学校等において、心の健康、自殺のサイン等についての啓発事業を実施する。

基本健康診査（介護予防事業）を活用したうつ病の高齢者の把握を進める。

精神保健福祉センター、保健所の保健師等による自殺リスクの高い人に対する相談体制を充実する。

産業医、産業看護職等によるハイリスク労働者の見守り・サポートを促進する。

各種相談機関の一覧表を作成し、各機関へ備え付けるとともに、住民へ配布する。

ハローワーク、消費生活センター、法テラス等の失業、多重債務、法律問題等の社会的要因に関する相談・支援体制を充実するとともに、相談担当者に対し、研修など様々な機会を通じ、自殺の実態、自殺のサインやその対応方法等自殺に関する正しい知識の普及を図る。

民間団体等の電話相談事業に対する支援を拡充する。特に、相談窓口電話番号の全国共通化について検討する。

自殺の危険性の高い家出人やインターネット上の自殺予告に迅速に対応する。特に、各都道府県警察の対応窓口を明らかにし、周知を図る。

インターネットにおける自殺予告サイト等有害情報について、フィルタリングソフトの普及を図るとともに、プロバイダにおける自主的措置に対する支援を行う。

鉄道駅のホームドア・ホーム柵の設置を促進する。

自殺の名所や高層建築物等における安全確保を徹底する。

危険な薬品の譲渡規制を遵守させる。

報道各社による報道を含め、情報を発信している事業者に対してWHOの「マスメディアのための手引き」の周知を図る。

#### (7) 自殺未遂者に対する支援

自殺未遂者に対する支援については、受診や入院した医療機関において、十分な身体と心のケアを受けられるようにするとともに、自殺に至った社会的要因への配慮として、自殺未遂者の問題点の把握（アセスメント）と問題に対する的確な援助（ケースマネジメント）が求められる。

しかしながら、現状の救急医療では、自殺未遂者への治療は、身体的な治療に限定され、心理的なケアまで十分になされておらず、精神科医療に結びついていないことが多い。

このため、自殺未遂者の治療に際しては、救命救急センターへの精神科医、心理職、精神看護の認定あるいは専門看護師等の配置を行うなど専門家が心理的ケアにあたる体制を整備することが必要である。

また、自殺未遂は繰り返される傾向があることから、未遂者への長期的な見守りを支援することが不可欠であり、退院後の地域、職場での継続的な見守りが可能となるよう、精神科医または保健所等の地域保健スタッフ、産業医、産業看護職等の産業保健スタッフ等の支援が得られる仕組みが必要である。

学校においても、担任、養護教諭、スクールカウンセラーの協力のもと、自殺未遂者本人及びその周辺の子もたちに長期的に目を向け、必要に応じてカウンセリングを継続するとともに、周囲への適切な働きかけを継続していく必要がある。

さらに、医療機関・地域保健スタッフと社会的要因に対する相談機関とが連携して問題解決に対して支援できる体制の整備も必要である。

#### < 主な施策例 >

救急医療施設における精神科医、心理職、精神看護の認定あるいは専門看護師等の配置による救急現場での危機介入、自殺未遂者のアセスメント、的確なケースマネジメントを実践する。

自殺未遂者の治療と管理に関する医学的ガイドラインを作成する。



救急医療機関、精神科、一般医療機関のそれぞれにおける自殺未遂者への対応に関するガイドラインを作成する。

「傾聴と共感」をテーマとした研修等により、相談を受けることができる看護師を養成し、安心して悩みを話すことができる場を精神科以外へ設定する。

精神保健福祉センターや保健所の保健師等による自殺未遂者に対する相談体制を充実する。

自殺未遂者の職場復帰へのサポートシステムを整備する。

精神科医療機関を含めた医療保健福祉の地域ネットワークを構築することにより、自殺未遂者の退院後も地域において継続的にケアできる体制を整備する。

未遂者ケアを行う民間活動を育成支援する。

#### (8) 自殺者の親族等に対する支援

自殺は突然であることが多いため、親族やその周りの人は事実を受け入れることが難しく、深刻な心理的影響を受けるといわれている。とりわけ、精神面で成長過程にある子どもの受ける心理的影響は大きく、特別な配慮が必要である。

自殺や自殺未遂者の親族等に対する支援については、発生直後の支援と、ある程度時間が経ってからの支援の両方が重要である。

これまでの自殺対策では、このような遺族に対する支援や学校、職場で自殺や自殺未遂が発生した場合の事後対応については十分な取組が行われてきていない。適切な事後対応は将来の事前対応に通じることを踏まえ、積極的な対応が求められる。

自殺や自殺未遂が起きた直後の支援は、親族や周りの人に心理的ケアを行うことにより、「後追い自殺」を予防する危機対応としての側面が強い。国は、職場や学校での適切な心理的ケアが行われるようマニュアルやガイドラインの作成などにより支援する必要がある。

これに対して、自殺が起きてある程度時間が経ってからの支援としては、遺族等が心理的な悩みを打ち明けられる「分かち合いの会」等の自助グループによるケアが効果的であると考えられる。なお、自助グループへの参加に当たっては、自らの経験を語ることで心理的な悩みが増す場合もあり

得ることから、参加に際しては、精神科医や保健師等のフォローが必要な場合があることに留意すべきである。

また、遺族の心のケアの観点からは、遺族に対し調査のためのインタビューを行う者、自殺した人の検視にあたる警察官や救急隊員等遺族に接する者の対応も重要であり、遺族の心理等についてこれらの人々に対する研修が必要である。

#### < 主な施策例 >

学校、職場での自殺発生後の対応に関する知見をまとめマニュアルを作成する。

遺族等のケアに関するガイドラインを作成する。

精神保健福祉センター、保健所の保健師等による遺族への相談体制を充実する。

事業所（人事・労務担当者、産業保健スタッフ）による自殺者の周りの人への支援を促進する。

自殺者の周りの人の心的外傷後ストレス障害（PTSD）に適切に対応できる専門家を養成する。

心のケアや悩みの相談窓口、遺族支援の分かち合いの会の連絡先等を記載した遺族支援のリーフレットを作成し、検視にあたった警察官等から遺族に手渡しする。

民間団体が主催する遺族のための分かち合いの会の運営を支援する。  
遺族支援の実態把握と遺族支援のための資料開発を進める。

#### （ 9 ） 民間団体の活動に対する支援

民間団体は、自殺予防の啓発、危機介入、相談活動、遺族支援等の自殺対策活動を広範に行っている。これまでの自殺対策は民間団体の活動に大きく依存しており、今後も自殺対策を進める際には、行政と民間団体との連携は不可欠である。

民間団体の活動は柔軟性と効率性に優れているが、有志のボランティア精神に負うところが多く、事務所の確保の困難さや財政基盤の弱さも指摘されている。

民間団体の活動に対する支援については、民間団体が有する豊富なアイ

デアとフットワークの軽さを活かせる仕組みづくりとともに、民間団体の自主性を尊重して、事務所や事業スペースの確保などの地域の実情に応じた側面的支援が重要である。

また、地域の自殺対策へ民間団体の活動を位置付けるなど住民が参加しやすい環境づくりを進めるとともに、民間団体との連携の確保が重要である。

民間団体の主催する遺族支援のための「分かち合いの会」が行われている場合には、会場の確保や遺族への情報提供等地方公共団体による支援・連携が求められる。

#### < 主な施策例 >

民間団体の人材の確保・育成に対する支援を行う。

一般の人が民間団体の活動に参加しやすい社会環境づくりを進める。

民間団体の先駆的な取組事例に関する対する助成と情報提供により活動を促進する。

地方公共団体による会場の確保、精神保健福祉センター等の協力により、民間団体が主催する遺族支援のための分かち合いの会の運営を支援する。

## 第4 目標設定及び推進体制について

### (1) 自殺対策の数値目標の在り方

諸外国の自殺予防対策においては、自殺者数または自殺率について、過去の最小値を若干下回る水準を目安とした数値目標が設定されているが、施策と効果についての統計数理的な予測は難しいとされている。

我が国においても、統計数理的な根拠を明示することは難しいものの、施策の進捗状況を管理する観点から、何らかの目標の設定が望まれる。

これまでも、平成12年の「健康日本21」(自殺者数の減少目標 2010年：22,000人以下)や平成17年12月の「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」(今後、10年間で自殺者数を急増以前の水準に戻す)では、自殺者数の減少目標が設定されており、当面の目標については、今後の高齢化の進展を踏まえつつ、到達可能な目標を設定すべきと考えられる。

また、社会的支援の手を差し伸べることにより一人でも多くの人を自殺から救うという自殺対策の目的に鑑みれば、平成10年に急増した現在の自殺者数が元の状態にまで減少すればそれで十分というのではなく、自殺対策の国民運動的側面を踏まえ、引き続き、より高い目標等を掲げて取組を継続する必要がある。

さらに、個別の施策についても、例えば、かかりつけの医師のうつ病診断率、職場におけるメンタルヘルスの取組状況等数値目標の設定が可能なものについては、できるだけ数値目標の設定を行うべきである。

なお、地域の自殺に関する計画において、数値目標を設定する場合は、大綱の目標を踏まえつつ、地域の実態に応じて、自主的に設定することが適当である。

### (2) 国及び地方公共団体における推進体制の在り方

国においては、自殺総合対策会議を支える関係府省の連携体制を確立するとともに、同会議の事務局となる内閣府において、関係機関、自殺防止活動に関連する民間諸団体等との協議会を開催し、相互の連携強化を図る必要がある。

地域レベルの自殺対策の主体となる都道府県、政令指定都市においては、自殺対策の担当部署を新設する等庁内の体制づくりを進める必要がある。また、学校、職域等も含めた関係する国、地方公共団体の機関、民間団体等によって構成される協議機関を設置し、大綱を踏まえた地域

の自殺対策の計画等を策定するなど地域における自殺対策の推進を図る必要がある。

(3) 施策の評価・見直しについての考え方

自殺対策の推進に当たっては、「第1 施策の重点化」で述べたように、施策の費用対効果も勘案しつつ、効果が高いと考えられる施策を重点的に実施するとともに、各施策の実施状況を把握し、その効果を逐次評価した上で、施策の見直し、改善を行っていくことが重要である。

また、施策の見直し、改善に民間の有識者、自殺防止等に関する活動を行っている民間団体等の意見を反映させる仕組みを作る必要がある。

(4) 大綱の見直しの考え方

今後の自殺対策の進捗、社会・経済情勢の変化等により、自殺の実態も変化していくものと想定される。

上記のように、社会的支援の手を差し伸べることにより一人でも多くの人を自殺から救うという自殺対策の目的を踏まえ、目標の達成状況も踏まえつつ、定期的な大綱の見直しを行う必要がある。

## (自殺総合対策の在り方検討会名簿)

天本 宏	日本医師会 常任理事
五十里 明	全国衛生部長会会長・愛知県健康福祉部健康担当局長
鵜養 啓子	昭和女子大学教授・学校臨床心理士
河野 啓子	日本産業衛生学会産業看護部会長・四日市看護医療大学 学長
斎藤 友紀雄	日本いのちの電話連盟 常務理事
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
高橋 信雄	JFEスチール株式会社 安全衛生部部長
高橋 祥友	防衛医科大学学校教授
中桐 孝郎	日本労働組合総連合会雇用法制対策局次長
(座長)中村 桂子	JT生命誌研究館館長
樋口 輝彦	国立精神・神経センター 総長
南 砂	読売新聞東京本社編集委員
本橋 豊	秋田大学医学部教授

(平成19年4月9日現在、五十音順、敬称略)

## (自殺総合対策の在り方検討会の開催状況)

- 第1回 平成18年11月28日(火)
- ・自殺の現状等について
  - ・意見交換
- 第2回 平成18年12月22日(金)
- ・自殺対策に関する現状の問題点・課題等について
- 第3回 平成19年1月19日(金)
- ・中高年の自殺対策について
- 第4回 平成19年2月5日(月)
- ・高齢者の自殺対策について
  - ・子ども・青少年の自殺対策について
- 第5回 平成19年2月23日(金)
- ・民間団体の活動に対する支援について
  - ・調査研究の推進について
  - ・自殺総合対策の在り方検討会の取りまとめ方針について
- 第6回 平成19年3月9日(金)
- ・自殺総合対策の在り方検討会の取りまとめ方針について
- 第7回 平成19年3月23日(金)
- ・自殺総合対策の在り方検討会の取りまとめ方針について
- 第8回 平成19年4月9日(月)
- ・自殺総合対策の在り方検討会の取りまとめについて

## ( 参照文献 )

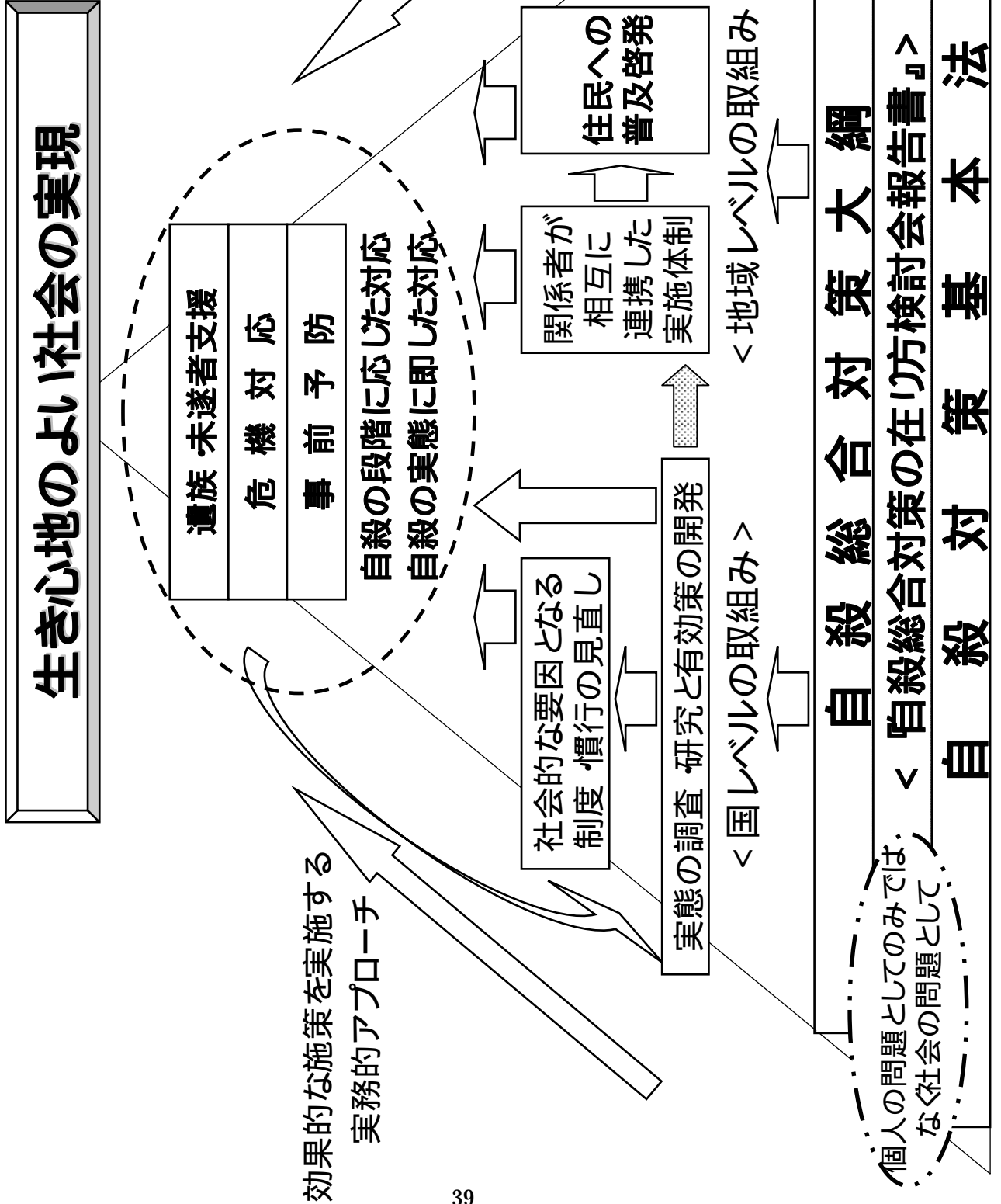
- (1) 「人口動態統計」(厚生労働省)
- (2) 「自殺の概要」(警察庁)
- (3) 「人口動態特殊統計」(厚生労働省)
- (4) 「救命救急センターに入院した複数回自殺企図者の特徴と退院後受療行動からみた問題点 - 精神科救急対応の現状を踏まえた - 考察 (平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺企図の事態と予防介入に関する研究分担研究)」  
伊藤 敬雄 日本医科大学医学部講師
- (5) 「Web サイトを介しての複数同時自殺の実態と予防に関する研究 (平成16年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業))」  
上田 茂 国立精神・神経センター精神保健研究所
- (6) 「自殺死亡統計：地域での自殺予防のために」(国立保健医療科学院 藤田利治)
- (7) 「労働者健康状況調査 (平成14年)」(厚生労働省)
- (8) 「脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況 (平成17年度) について」(厚生労働省)
- (9) 「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」 飛鳥井望 (精神神経誌 96: 415 - 443, 1994)
- (10) 「自殺の実態に関する法医学的研究 (平成17年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究分担研究)」  
山崎 健太郎 筑波剖検センター長
- (11) 「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究 (平成16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))」 酒井 明夫 岩手医科大学医学部神経精神科学講座教授
- (12) 「自殺企図の実態と予防介入に関する研究 (平成16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))」 保坂 隆 東海大学医学部教授
- (13) 「労働者における自殺予防に関する研究 - 労災請求患者調査より - (平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺企図の実態と予防介入に関する研究分担研究)」 黒木 宣夫 東邦大学医学部助教授
- (14) 「福島県における高齢自殺者の実態と福祉サービス」阿部すみ子・加藤清司・國井敏・平岩幸一 (福島医学雑誌 48巻4号、1998)
- (15) 「高齢化社会の中での在宅介護者の現状 (平成17年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺企図の実態と予防介入に関する研究分担研究)」  
町田 いずみ 明治薬科大学コミュニケーション学部助教授
- (16) 「自殺予防に関する調査結果に基づく通知」(総務省 平成17年12月)



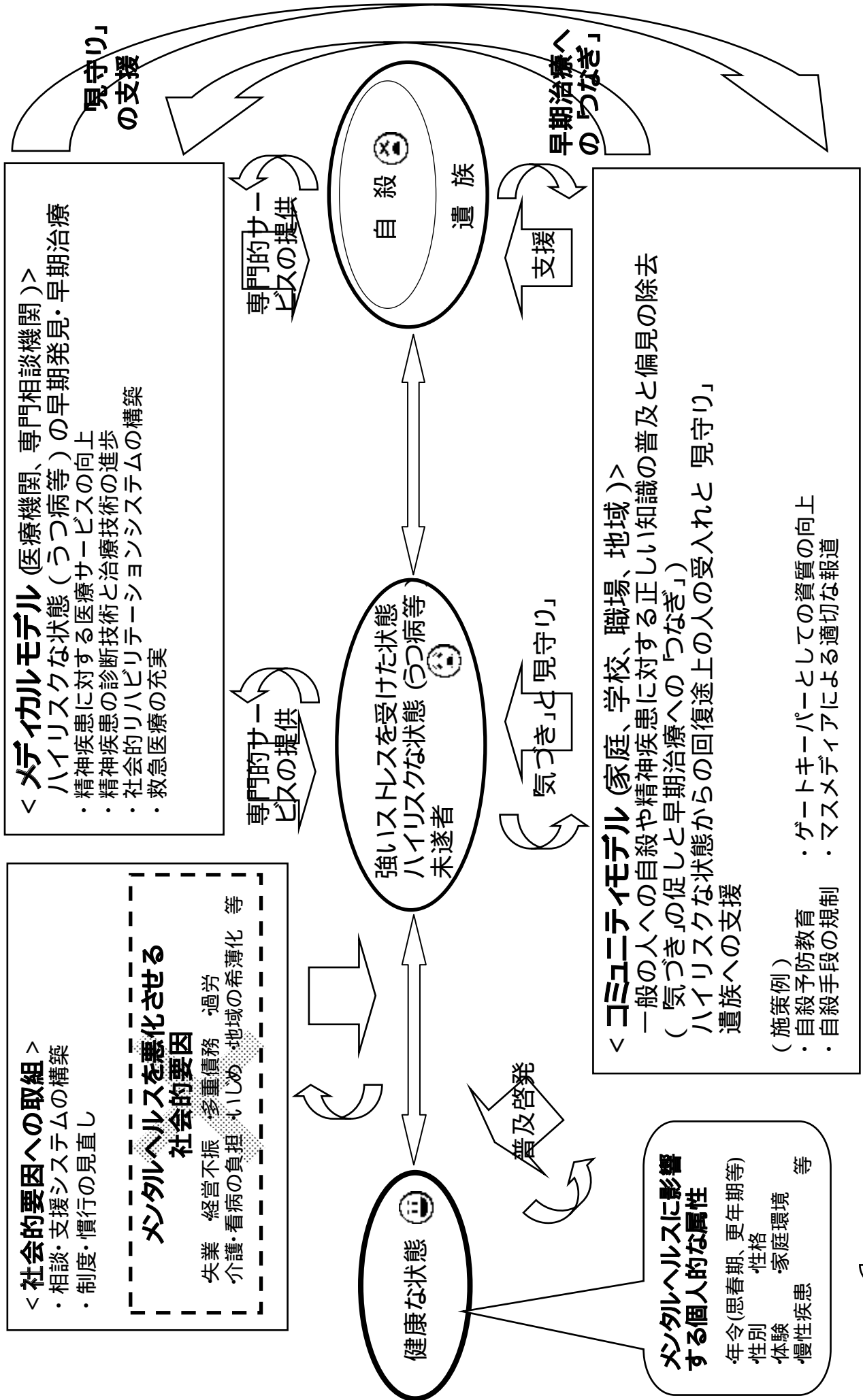
# 参 考 資 料

	頁
1 自殺総合対策の推進モデル .....	39
2 自殺総合対策のイメージ .....	40
3 我が国の自殺の概要 .....	41
4 青少年の自殺の特徴 .....	45
5 中高年の自殺の特徴 .....	47
6 高齢者の自殺の特徴 .....	54
7 その他関係資料 .....	57

# 1 自殺総合対策の推進モデル



## 2 自殺総合対策のイメージ



各施策の効果を評価し、随時、施策の見直しを行う

### 3 我が国の自殺の概要

(1) 自殺者数の推移(図表1)

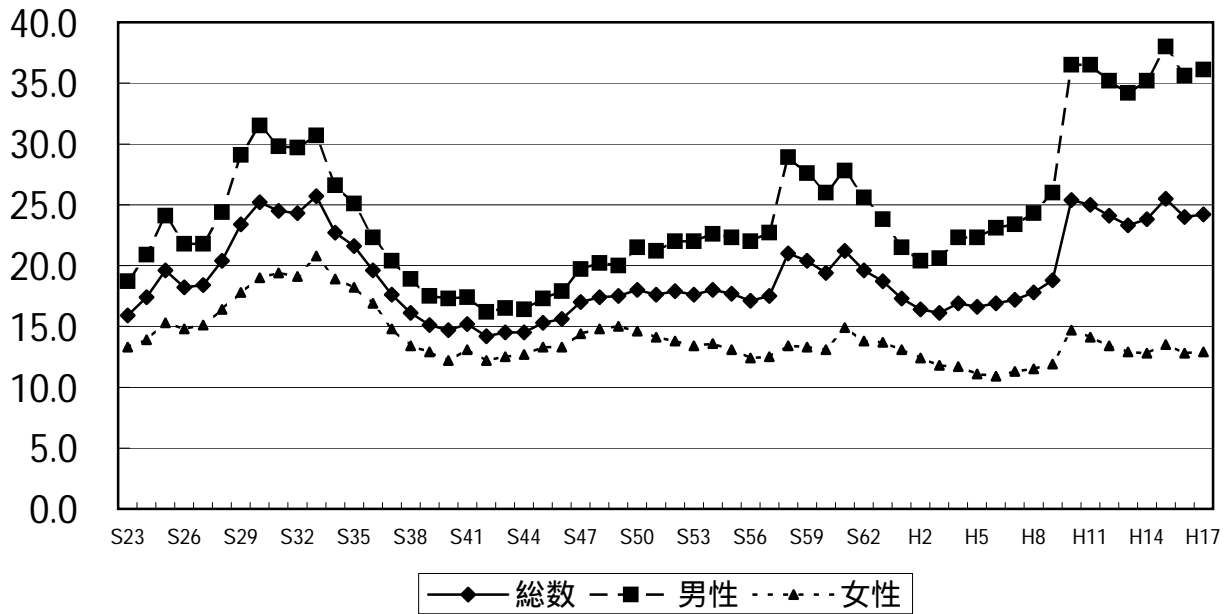
年次	人口動態統計			自殺の概要		
	総数	男	女	総数	男	女
S22	12,262	7,108	5,154			
S23	12,753	7,331	5,422			
S24	14,201	8,391	5,810			
S25	16,311	9,820	6,491			
S26	15,415	9,035	6,380			
S27	15,776	9,171	6,605			
S28	17,731	10,450	7,281			
S29	20,635	12,641	7,994			
S30	22,477	13,836	8,641			
S31	22,107	13,222	8,885			
S32	22,136	13,276	8,860			
S33	23,641	13,895	9,746			
S34	21,090	12,179	8,911			
S35	20,143	11,506	8,637			
S36	18,446	10,333	8,113			
S37	16,724	9,541	7,183			
S38	15,490	8,923	6,567			
S39	14,707	8,336	6,371			
S40	14,444	8,330	6,114			
S41	15,050	8,450	6,600			
S42	14,121	7,940	6,181			
S43	14,601	8,174	6,427			
S44	14,844	8,241	6,603			
S45	15,728	8,761	6,967			
S46	16,239	9,157	7,082			
S47	18,015	10,231	7,784			
S48	18,859	10,730	8,129			
S49	19,105	10,723	8,382			
S50	19,975	11,744	8,231			
S51	19,786	11,744	8,042			
S52	20,269	12,299	7,970			
S53	20,199	12,409	7,790	20,788	12,859	7,929
S54	20,823	12,851	7,972	21,503	13,386	8,117
S55	20,542	12,769	7,773	21,048	13,155	7,893
S56	20,096	12,708	7,388	20,434	12,942	7,492
S57	20,668	13,203	7,465	21,228	13,654	7,574
S58	24,985	16,876	8,109	25,202	17,116	8,086
S59	24,344	16,251	8,093	24,596	16,508	8,088
S60	23,383	15,356	8,027	23,599	15,624	7,975
S61	25,667	16,499	9,168	25,524	16,497	9,027
S62	23,831	15,281	8,550	24,460	15,802	8,658
S63	22,795	14,290	8,505	23,742	14,934	8,808
H1	21,125	12,939	8,186	22,436	13,818	8,618
H2	20,088	12,316	7,772	21,346	13,102	8,244
H3	19,875	12,477	7,398	21,084	13,242	7,842
H4	20,893	13,516	7,377	22,104	14,296	7,808
H5	20,516	13,540	6,976	21,851	14,468	7,383
H6	20,923	14,058	6,865	21,679	14,560	7,119
H7	21,420	14,231	7,189	22,445	14,874	7,571
H8	22,138	14,853	7,285	23,104	15,393	7,711
H9	23,494	15,901	7,593	24,391	16,416	7,975
H10	31,755	22,349	9,406	32,863	23,013	9,850
H11	31,413	22,402	9,011	33,048	23,512	9,536
H12	30,251	21,656	8,595	31,957	22,727	9,230
H13	29,375	21,085	8,290	31,042	22,144	8,898
H14	29,949	21,677	8,272	32,143	23,080	9,063
H15	32,109	23,396	8,713	34,427	24,963	9,464
H16	30,247	21,955	8,292	32,325	23,272	9,053
H17	30,553	22,236	8,317	32,552	23,540	9,012

#### 人口動態統計と自殺の概要との違いについて

区分	人口動態統計	自殺の概要
対象	国内日本人のみ	総人口(外国人を含む。)
計上時点	死亡時点	自殺死体発見時点(認知時点)
計上方法	死体検案を実施した医師が作成の死亡診断書若しくは死体検案書から調査票を作成して計上している。 自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明の時は自殺以外で処理しており、後日死亡診断書等について作成者から自殺の旨の訂正報告がない場合は自殺に計上していない。	死体発見時に処理をした警察官が作成した自殺統計原票を基に作成して計上している。 死体発見時に自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明の時は、検視調書又は死体見分調書が作成されるのみであるが、その後の捜査等により自殺と判明したときは、その時点で計上する。

人口動態統計(厚生労働省)・自殺の概要(警察庁)

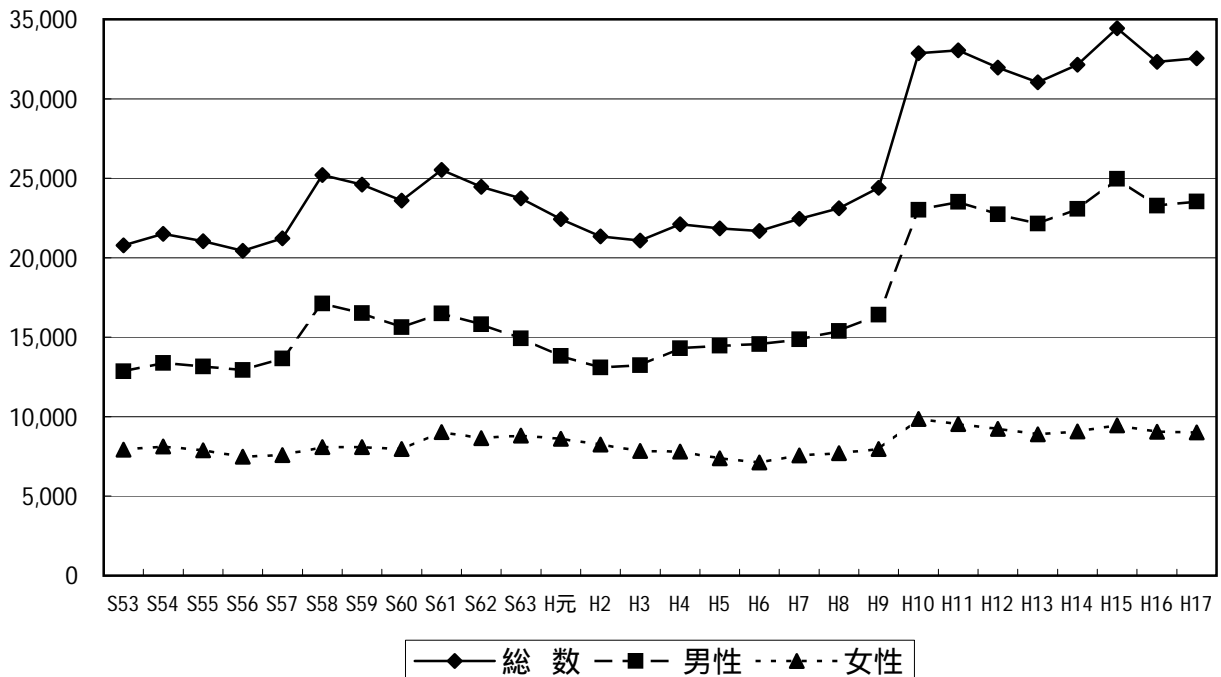
(2) 男女別の自殺死亡率の推移(図表2)



人口10万人当たりの自殺者の数

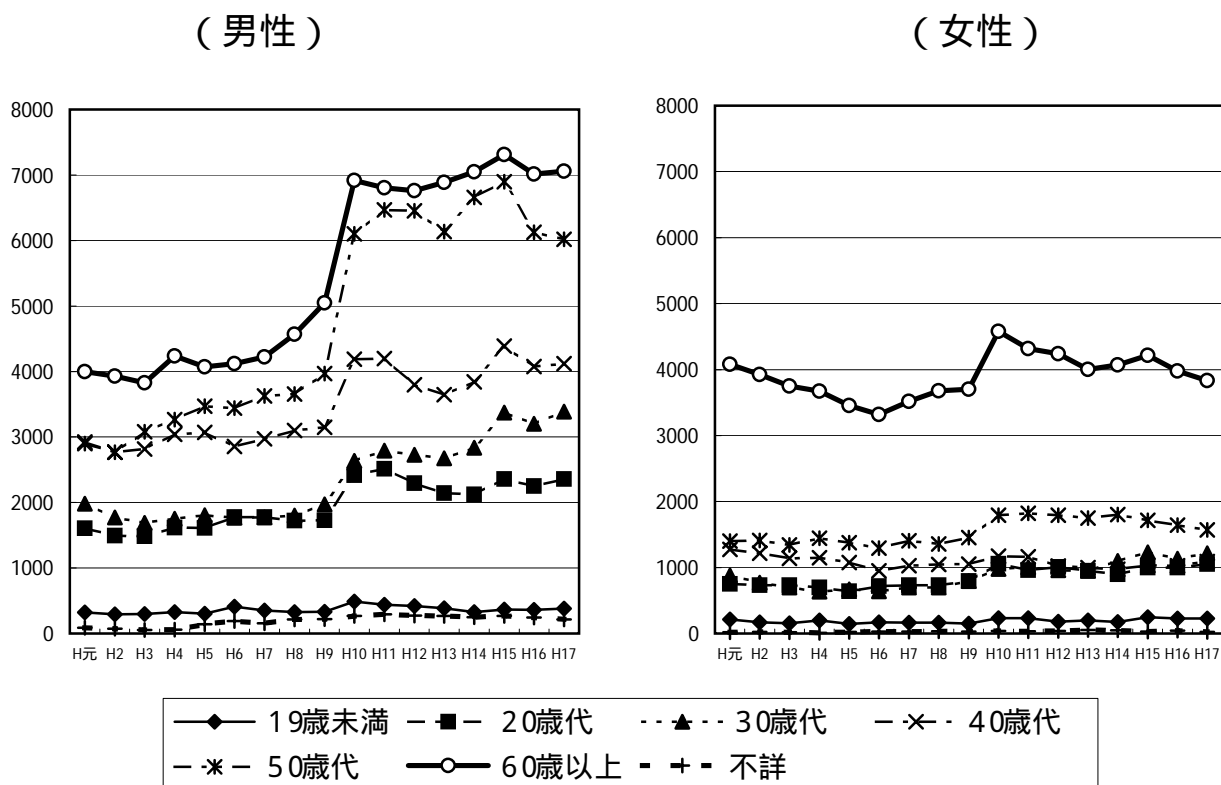
人口動態統計(厚生労働省)

(3) 男女別自殺者数の推移(図表3)



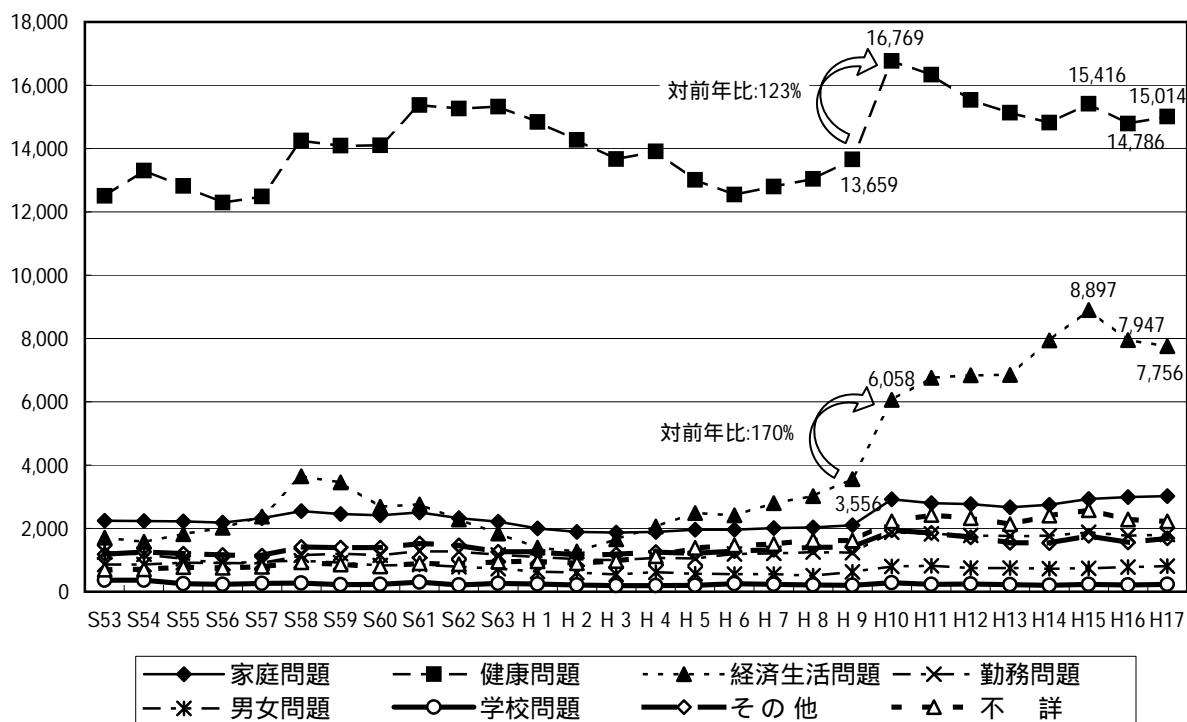
自殺の概要(警察庁)

(4) 年齢別の自殺者数の推移(図表4)



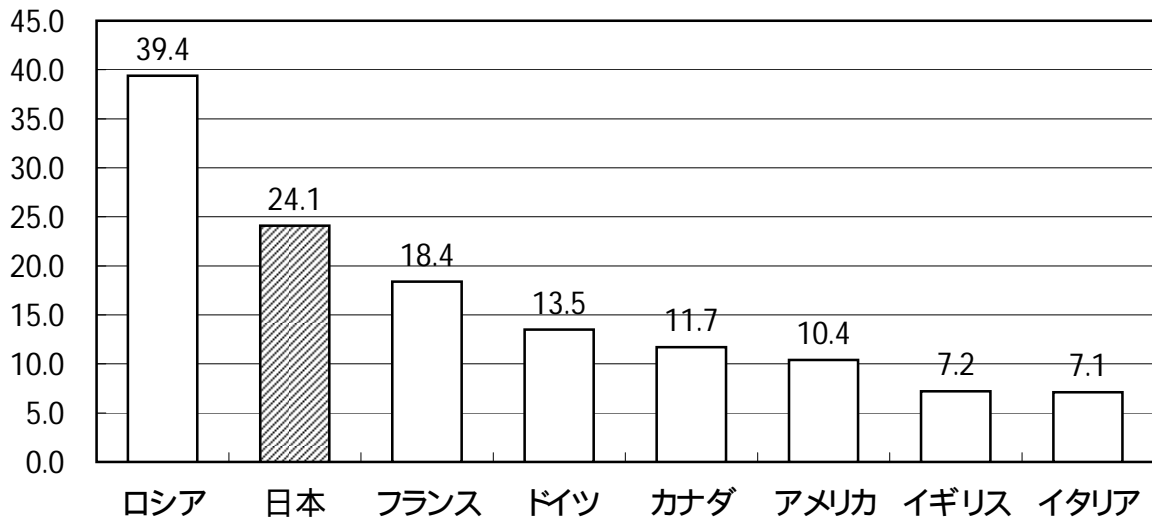
自殺の概要(警察庁)

(5) 原因・動機別の自殺者数の推移(図表5)



自殺の概要(警察庁)

(6) G8諸国の自殺による死亡率(2000年時)(図表6)



平成14年 人口動態統計特殊報告(厚生労働省)

(7) 国別の自殺者数と自殺率 (図表7)

国別自殺数 (x 1000)	国別自殺率(人口10万人あたり)
1. 中国 170	1. リトアニア 42.1
2. インド 105	2. ロシア 38.7
3. ロシア 55	3. ベラルーシ 35.1
4. 米国 31	4. カザフスタン 28.8
<b>5. 日本 30</b>	5. スロベニア 28.1
6. ウクライナ 13	6. ハンガリー 27.7
7. ドイツ 11	7. エストニア 27.3
8. フランス 10	8. ウクライナ 26.1
9. 韓国 9	9. ラトビア 26.0
10. ブラジル 7	<b>10. 日本 23.8</b>

WHO資料(①並.M.ヘルト-テ作成)

## 4 青少年の自殺の特徴

将来ある「いのち」が失われることは大きな問題  
 調査研究は殆どされず (実数が少ない 調査協力が得にくい)  
 大人に比べ、自殺未遂者が多く、自殺予防の入り口として重要  
 携帯電話の普及により、有害情報に接する機会が増加

携帯電話の保有率 小学生 24.1% 中学生 66.7% 高校生95.2% (NTTドコモ・IL社会研究所H17.3調査)

### 《子ども特有の要因》

自殺者の割合は全体の約2%

死因順位は高い(10~14歳 第3位、15~19歳 第2位)

子どもの自殺の「原因・動機」の約3割が「健康問題」、約2割が「学校問題」となっているが、詳細は不明

子どもは心理社会的な未熟さにより衝動的に行動

大人と比べ、精神障害との関連性は低い

発達上の要因

- ・ 発達途上であり、問題に対する解決能力が未熟

- ・ 思春期の発達のアンバランス

外部からの影響

- ・ 家庭内の問題や養育状況の影響を受けやすい(親の病気、離婚、別居、死別、虐待、DV等)

- ・ 報道の影響により、模倣や連鎖を起こしやすい

### 《青年特有の要因》

自殺者の割合は全体の約1割

死因順位は男女ともに第1位(20~24歳 第1位、25~29歳 第1位)

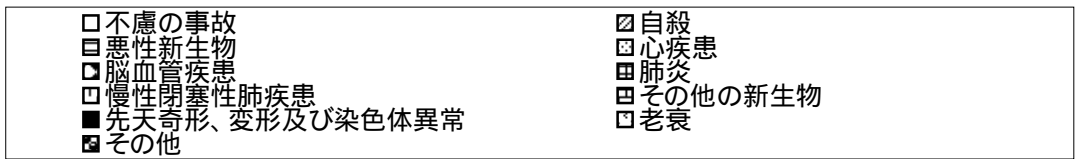
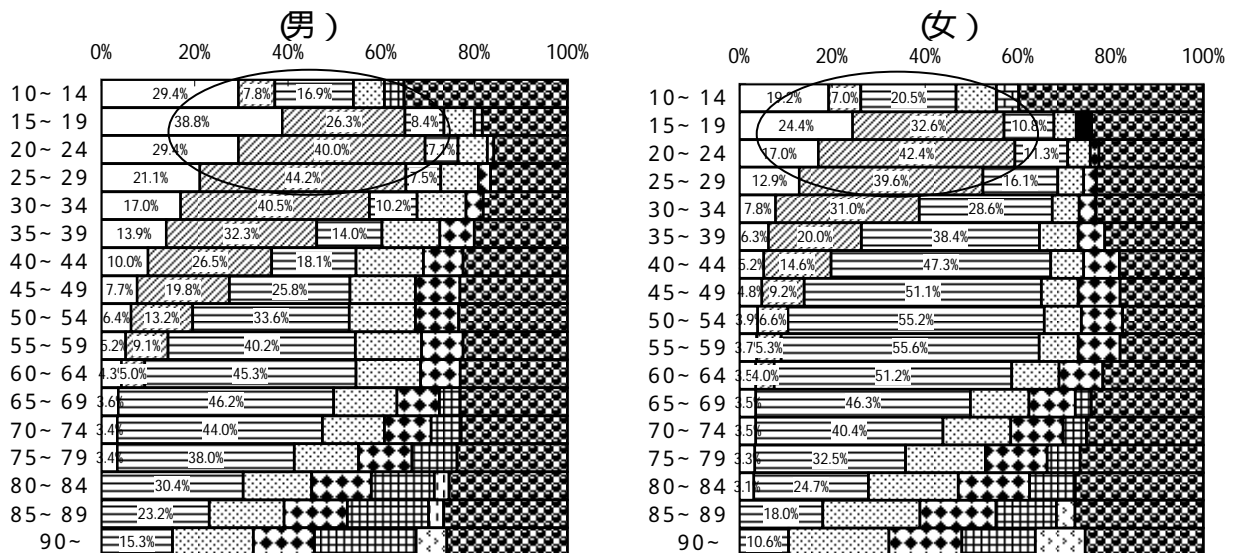
青年の自殺の「原因・動機」の約3割が「健康問題」、約2割が「経済・生活問題」となっているが詳細は不明

精神障害では統合失調症、妄想性障害、パニック障害や摂食障害等と関連性が高い

インターネット自殺は、20代、30代に多いが、その背景に青少年の「孤独化」が指摘されている

(国立精神・神経センター精神保健研究所提供資料)

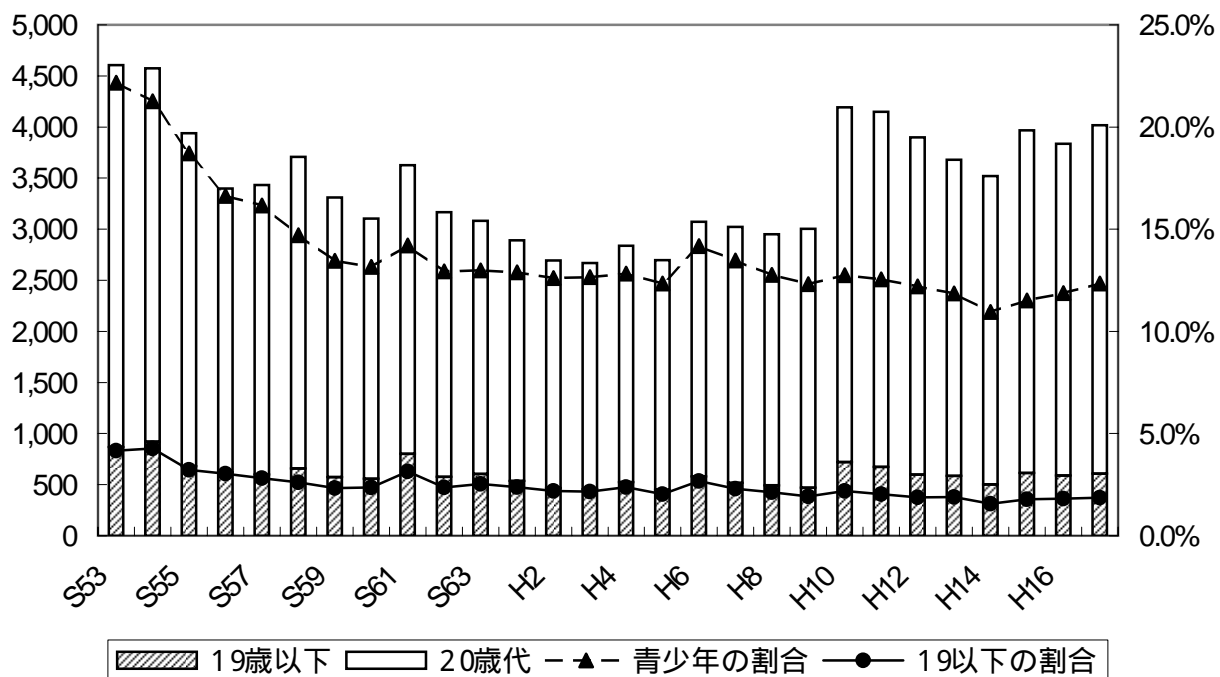
### (1) 平成17年中における年齢・階層別の死因(男女別)(図表8)



人口動態統計(厚生労働省)

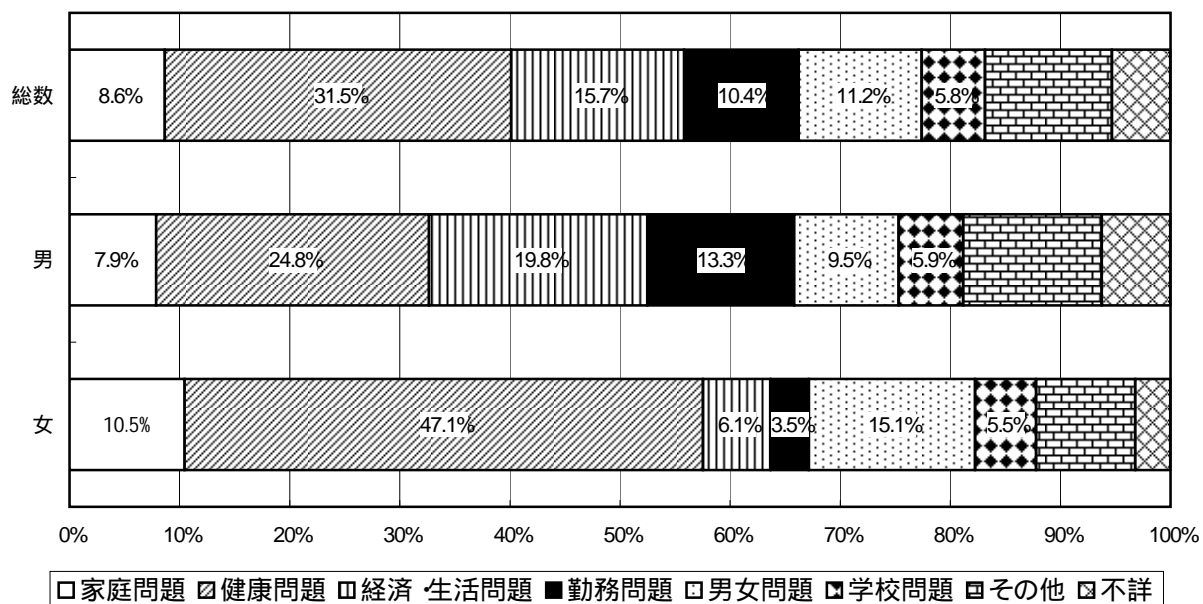


(2) 青少年の自殺者数と全体に占める割合の推移 (図表9)



自殺の概要(警察庁)

(4) 青少年の自殺者の原因・動機別割合 (遺書有) (図表10)



平成17年中における自殺の概要(警察庁)

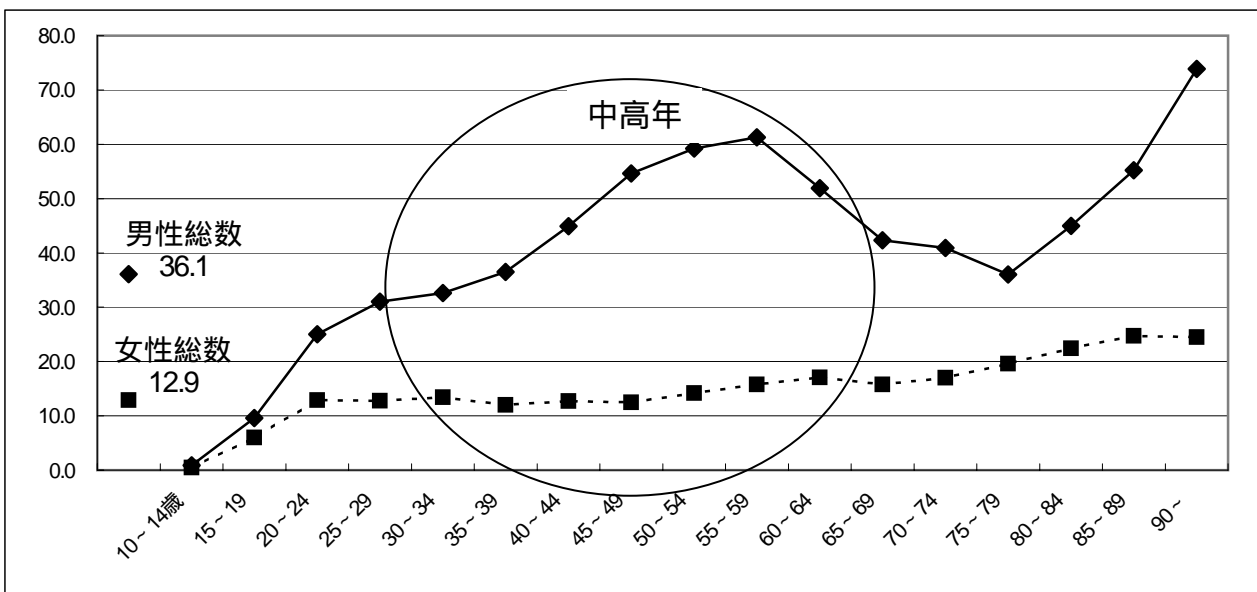
## 5 中高年の自殺の特徴

自殺者数は全体の約6割(我が国における特徴で、高齢者対策の入口)  
 自殺の動機は中高年の生活様式を反映し経済・生活問題、健康問題(精神障害含む)が多い  
 自殺者では精神障害の中でも、うつ病の割合が多い  
 不眠等のサインに家族や会社が気づいていることが多い  
 事前に周囲に相談せず、うつ病で医師へ相談しようと思う者は2割のみ  
 自殺者の3/4が1年以内にかかりつけ医を受診、精神保健サービス利用は1/3のみ

### 《中高年特有の要因》

- 平成10年に50歳代の自殺者数が大きく増加
  - 家庭や職場でも重要な位置にあり、身体的、心理的、社会的な負担が大きい
  - 親との死別、退職等ダメージの大きい喪失体験に遭遇
  - 身体疾患罹患の増加など、健康への不安が増加
  - 自殺の動機 - 中高年の生活様式を反映
    - ・ 男性では、約4割が「経済・生活問題」、約2割が「健康問題」となっているが詳細は不明
    - ・ 女性では、約6割が「健康問題」、約3割が「家庭問題及び経済・生活問題」となっているが詳細は不明
  - WHO調査で自殺者の95%以上が精神障害の診断あり、日本の調査では自殺未遂者の約75%が精神障害の診断あり
    - ・ 精神障害ではうつ病、統合失調症、妄想性障害、アルコール依存症等と関連性が高い
    - ・ 自殺の既往疾患は、中高年ではうつ病の割合が高い(若年の統合失調症と比較して)
  - 自殺者の精神症状のサインに気づいたケースが約8割
    - ・ 気づくのは、家族が約6割、会社が約1割
  - 自殺前の相談
    - ・ 家族へ相談が約2割、友人へ相談が約1割、周囲に相談していない者が約6割
  - 医療機関の受診
    - ・ 自殺者の3/4が一年以内にかかりつけ医を受診、しかし精神保健サービスの利用は1/3のみ
    - ・ 気分が落ち込んだ時、かかりつけ医や精神科医に相談、受診してみようと思っている者は約2割
    - ・ うつ病患者の精神科受診は約2割、その他内科等の受診が約1割、全体でも3割程度
- (国立精神・神経センター精神保健研究所提供資料)

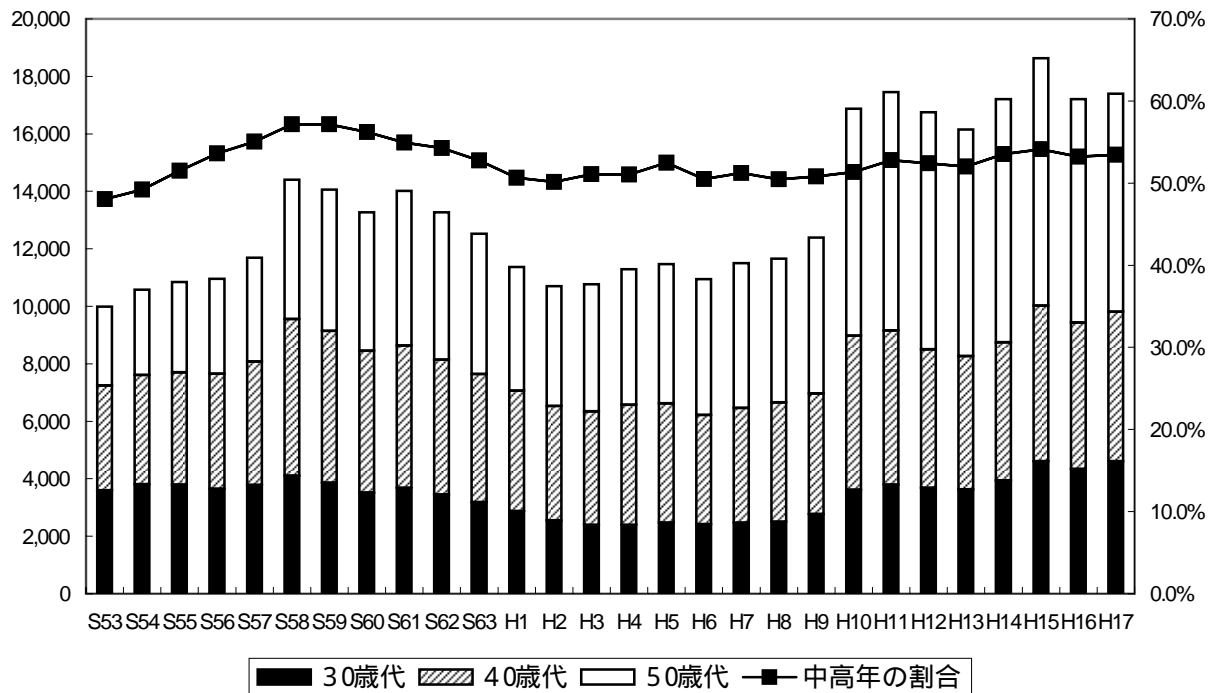
平成17年の年齢別男女別の自殺による死亡率



総数には「5～9歳」及び年齢不詳を含む

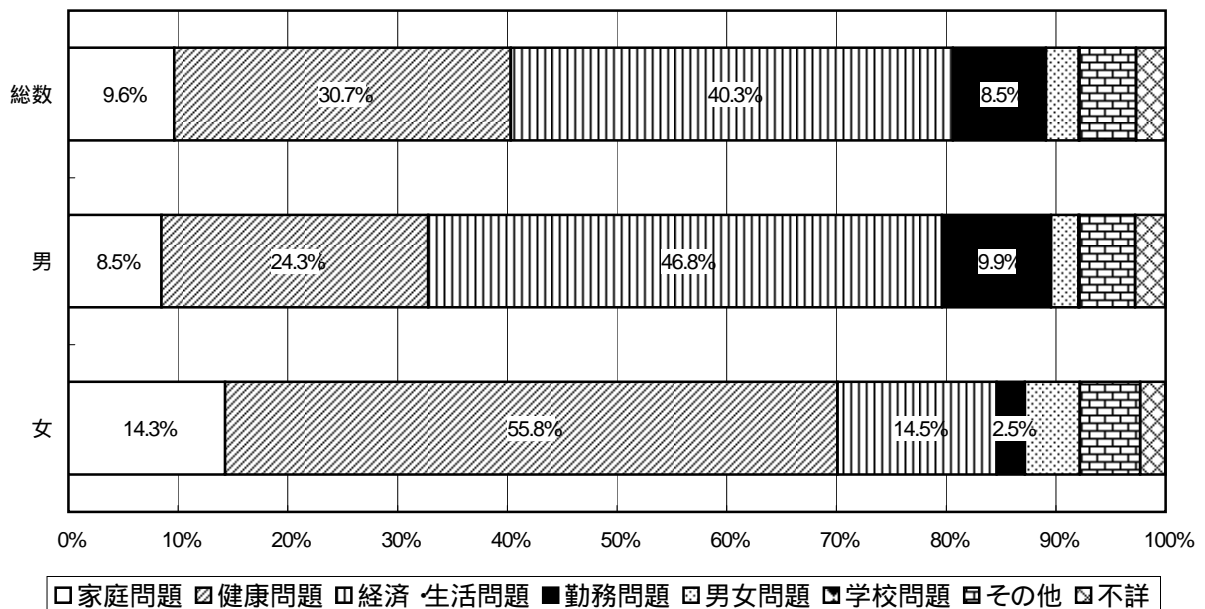
人口動態統計(厚生労働省)

(1) 中高年の自殺者数と全体に占める割合の推移 (図表11)



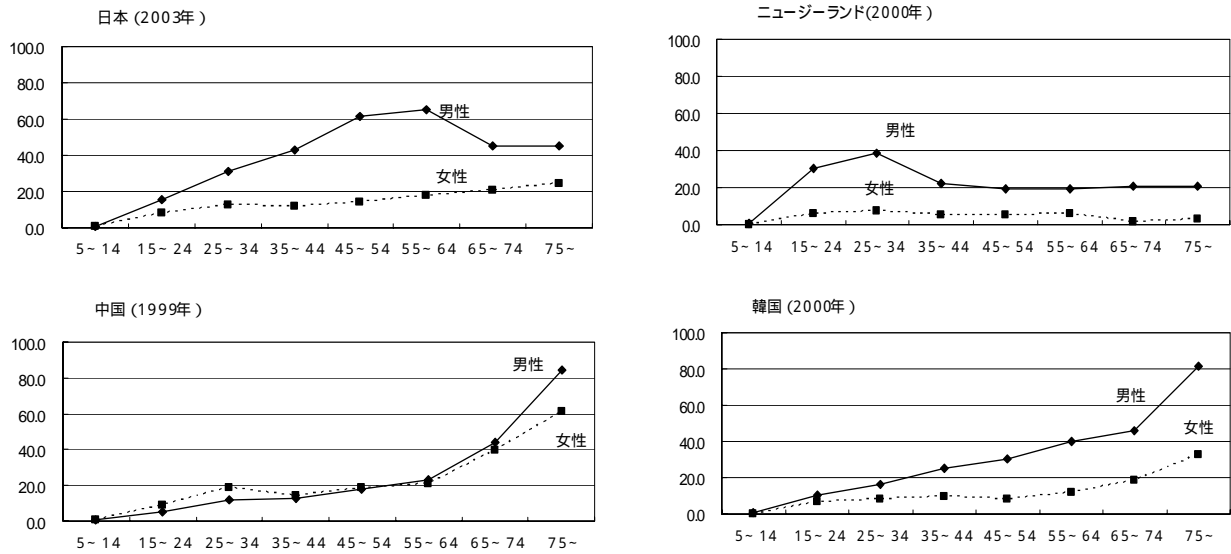
自殺の概要(警察庁)

(2) 中高年の自殺者の原因・動機別割合 (遺書有) (図表12)

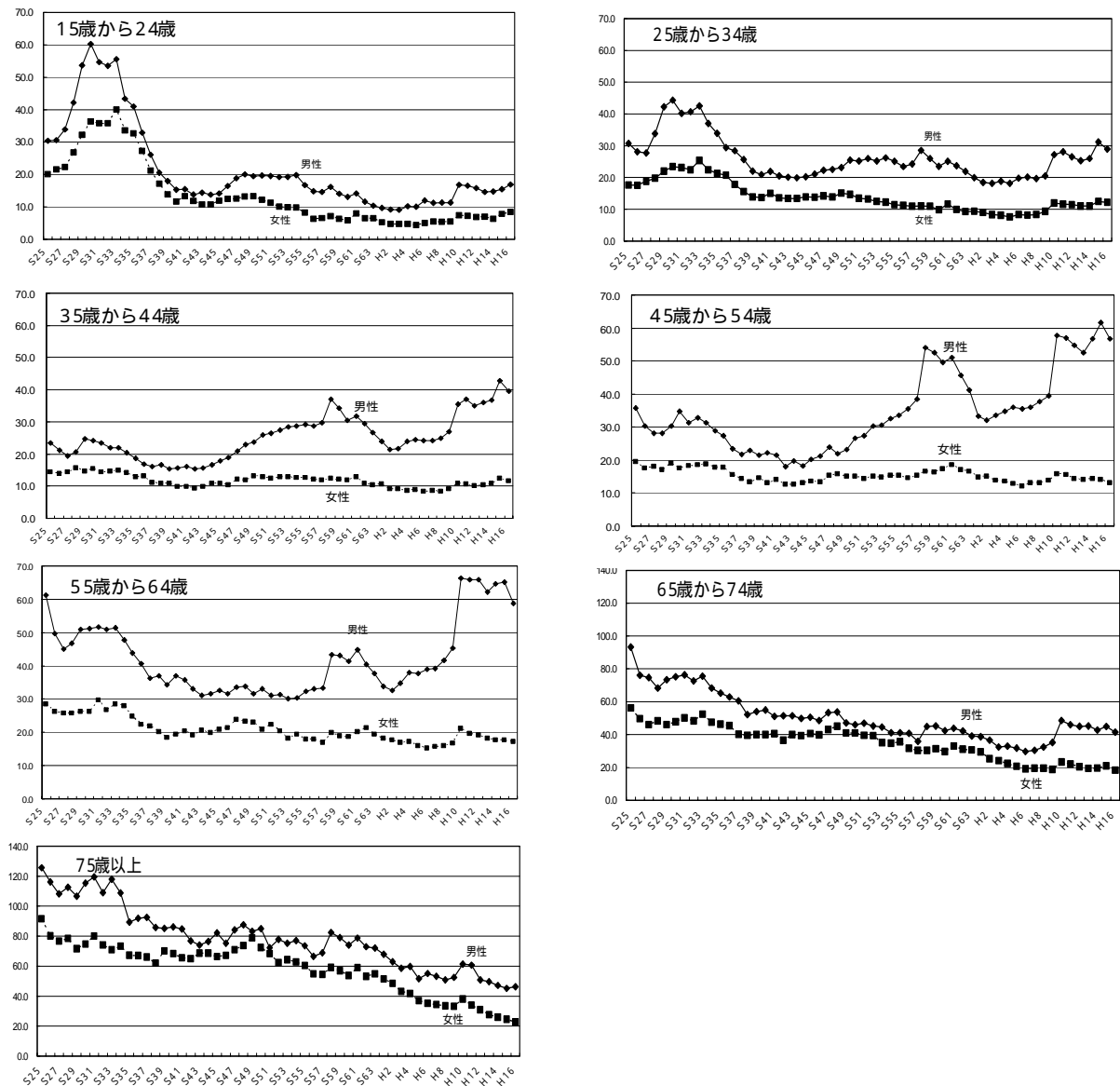


平成17年中における自殺の概要(警察庁)

#### (4) 年齢別・男女別の自殺死亡率の諸外国との比較 (図表13)



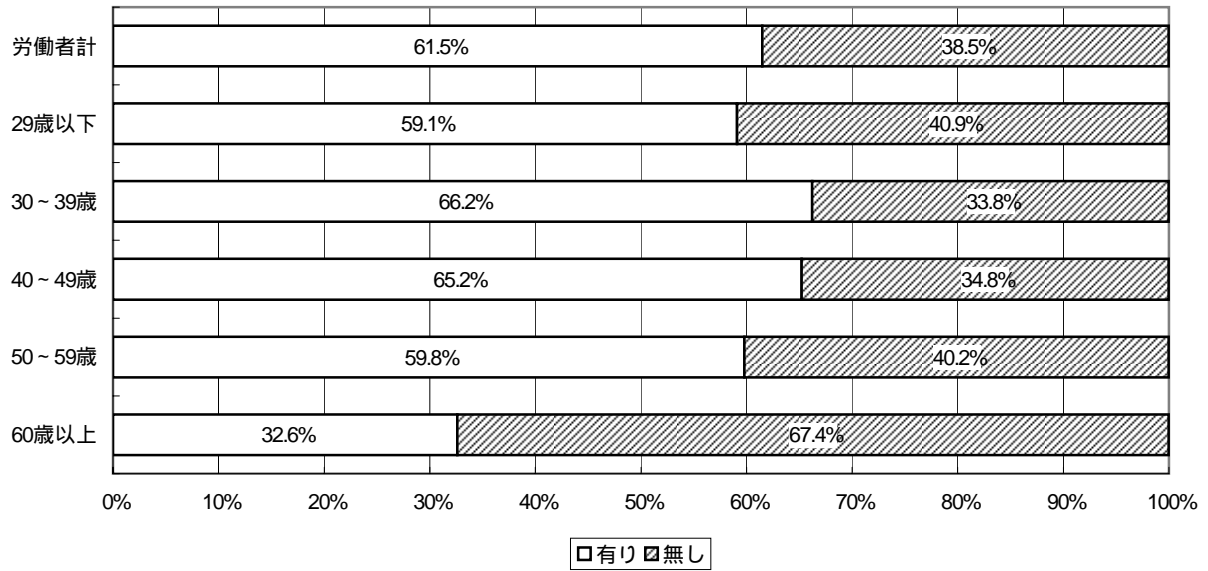
#### (4) 年齢別・男女別の自殺による死亡率の推移 (図表14)



自殺死亡統計 地域での自殺予防のために (国立保健医療科学院 藤田利治)

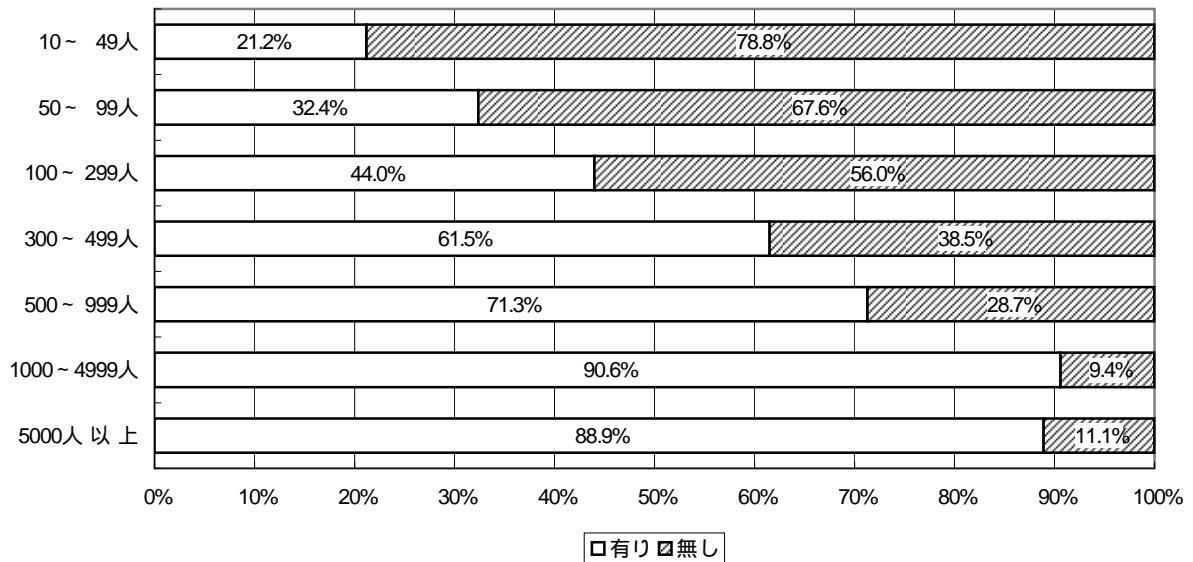
( 5 ) 労働者の心の健康 ( 図表15 )

年齢別、仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスの有無



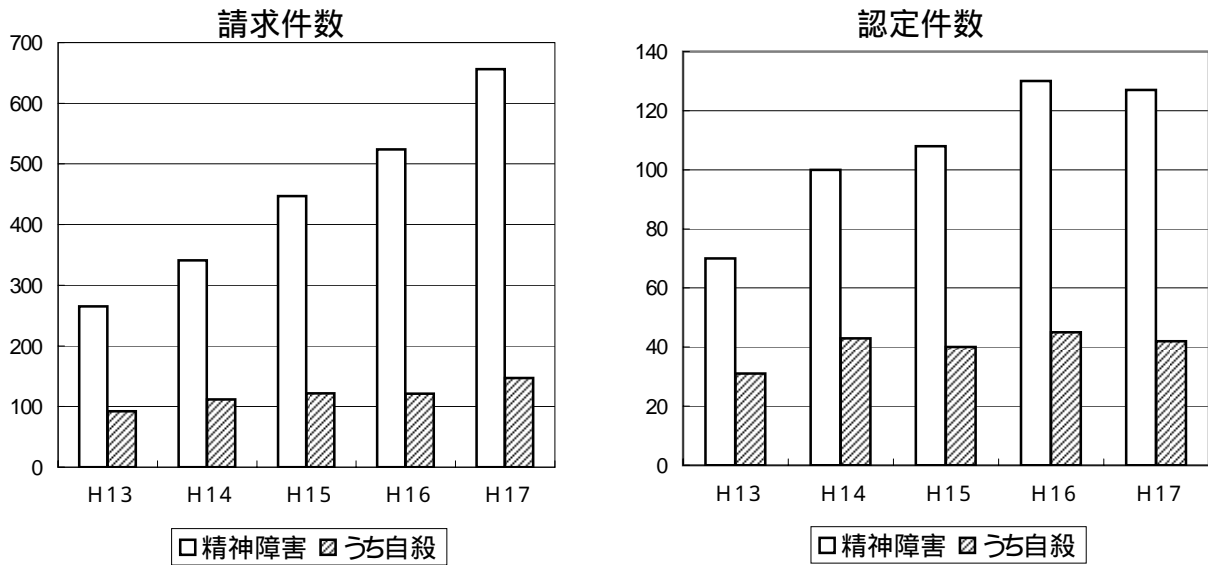
平成14年 労働者健康状況調査 ( 厚生労働省 )

事業場の規模別、心の健康対策への取組状況



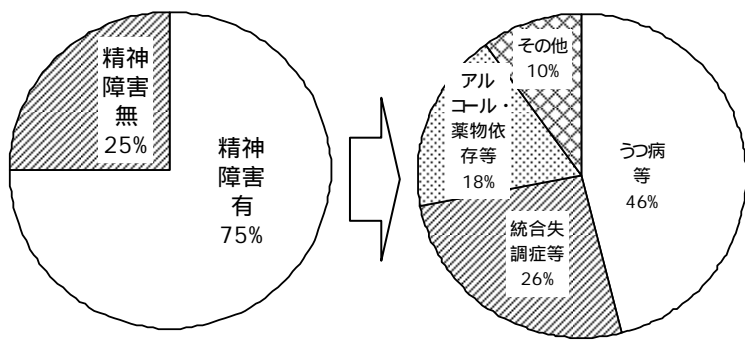
平成14年 労働者健康状況調査 ( 厚生労働省 )

( 6 ) 精神障害による労災請求件数・決定件数の推移 ( 図表16 )



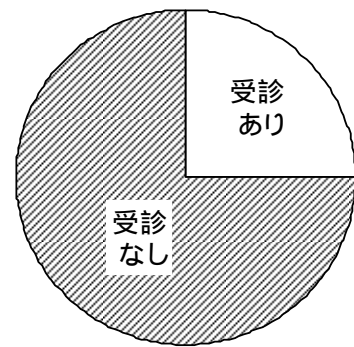
脳・心臓疾患及び精神障害等に係る労災補償状況について  
(平成18年5月31日～厚生労働省発表)

( 7 ) 自殺の背景としてのうつ病 ( 図表17 )



自殺企図者の75%に精神障害

精神障害の約半数がうつ病等

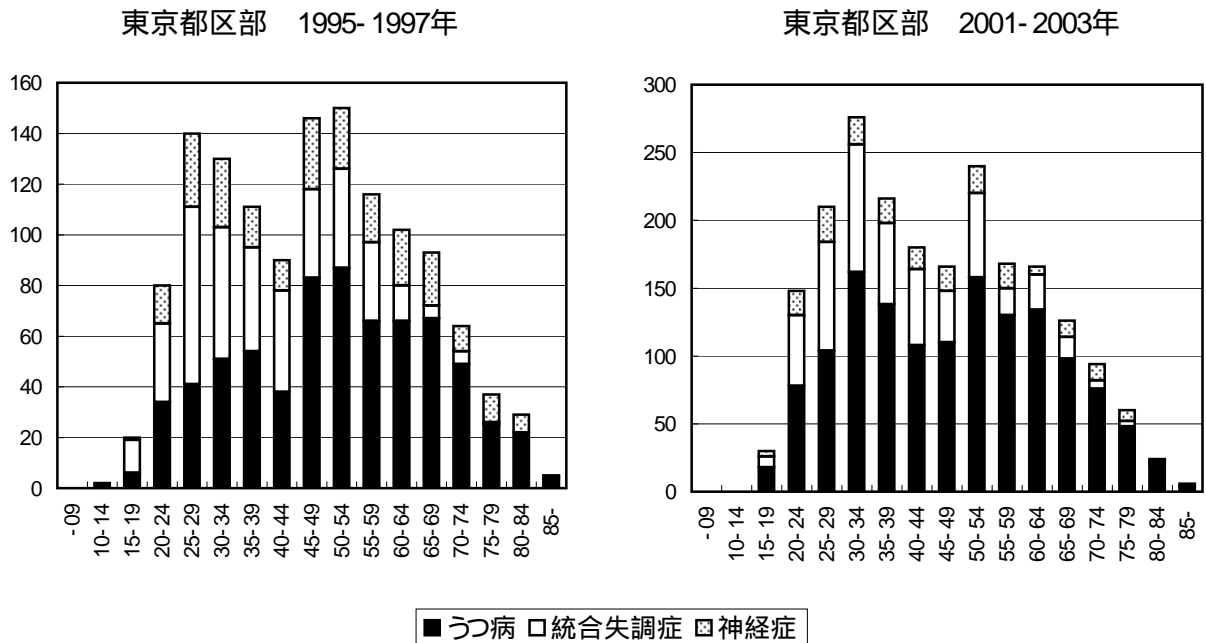


うつ病等精神障害経験者の4人に3人は医療機関で治療を受けていない

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 飛鳥井望  
 (精神神経誌 96: 415 - 443, 1994)

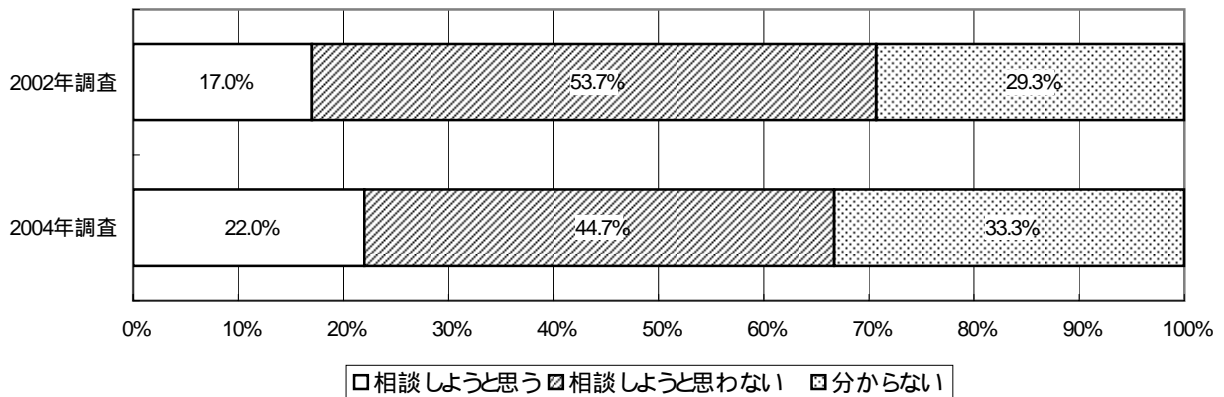
心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究  
 主任研究者 川上憲人  
 (平成14年度厚生労働科学特別研究事業)

( 8 ) 年齢階層別に見た既往精神疾患と自殺者数 ( 図表18 )



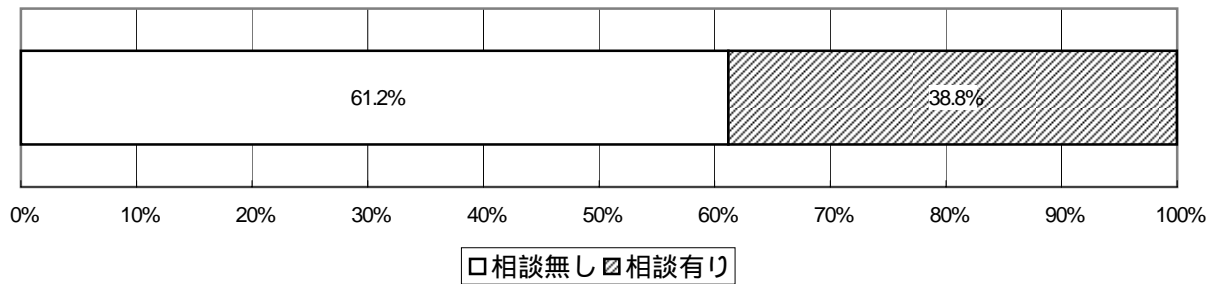
自殺の実態に関する法医学的研究 (平成 17年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究分担研究) 山崎健太郎 筑波剖検センター長

( 9 ) 気分が落ち込んだときの精神科受診に対する意識 ( 図表19 )  
( 久慈地域における地域住民の意識調査 )



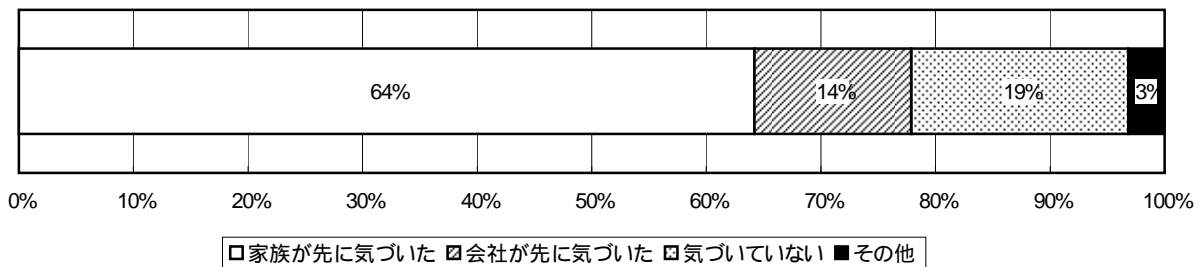
自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究 (平成 16年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業)) 酒井明夫 岩手医科大学医学部神経精神科学講座教授

(10) 自殺企図前の相談の状況 (図表20)



自殺企図の実態と予防介入に関する研究 (平成 16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)) 保坂隆 東海大学医学部教授

(11) 自殺企図前の相談の状況 (図表21)



労働者における自殺予防に関する研究 - 労災請求患者調査より - (平成 16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺企図の事態と予防介入に関する研究分担研究) 黒木宣夫 東邦大学医学部助教授



## 6 高齢者の自殺の特徴

自殺者の約4割は高齢者

「死にたい」と考えたことがある高齢の介護者は3人に1人

高齢者の自殺未遂や自殺は「うつ病」が大きな原因

自殺の前兆によって内科医等は受診するが、精神科医は未受診

自殺者の多くが家族と同居、単身生活は全体の5%以下

### 《 高齢者特有の要因 》

#### 身体的負担

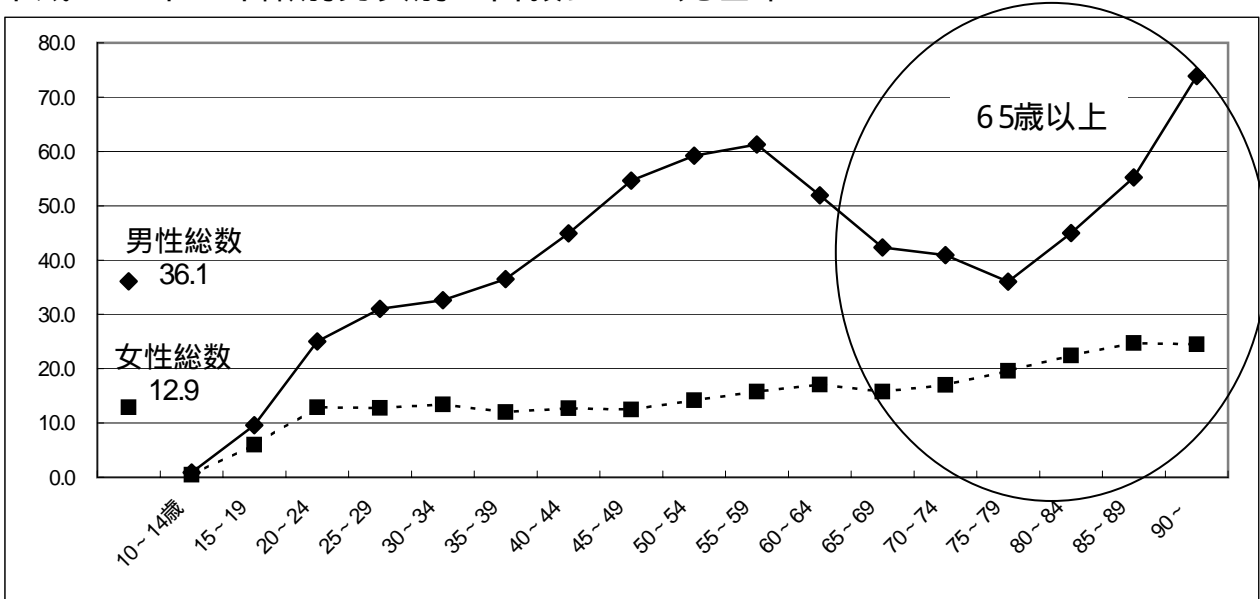
- ・ 高齢者の自殺の「原因・動機」の7割は「健康問題」(全年齢では4割)
- ・ 高齢自殺者の90%以上がなんらかの身体的不調を訴え、約85%が入通院による治療を受けていた
- ・ 高齢者の多くは自分の健康状態について悪い評価を下しがちで、病気を大きなストレスに感じ「楽になりたい」、「元の体に戻らないなら死んだ方がましだ」といった言動が目立つ
- ・ 高血圧症、糖尿病、脳梗塞後遺症、心臓病、関節痛などの慢性的疾患をかかえることが多い
- ・ 継続的な身体的苦痛がうつ病の引き金となり自殺につながると考えられる

#### 家族への精神的負担

- ・ 高齢自殺者の多くが生前家族に「長く生きすぎた」、「迷惑をかけたくない」ともらしていた
- ・ 心身両面の衰えを自覚し、同居する家族に看護や介護の負担をかけることへの遠慮が生じる喪失感と孤立
- ・ 高齢者の自殺の「原因・動機」の1割は、配偶者、子、兄弟など近親者の病気や死(喪失体験)
- ・ 強い喪失感から閉じこもりがちとなり、孤独・孤立状態からうつに至ると考えられる

(国立精神・神経センター精神保健研究所提供資料)

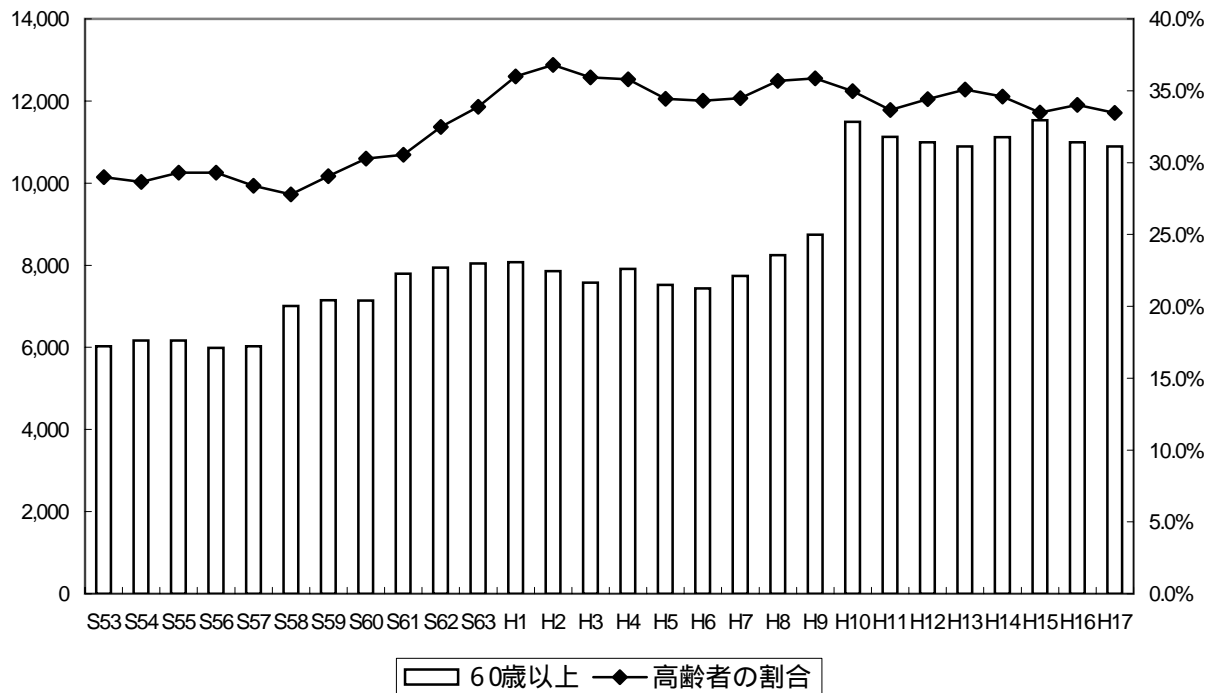
### 平成17年の年齢別男女別の自殺による死亡率



総数には「5～9歳」及び年齢不詳を含む

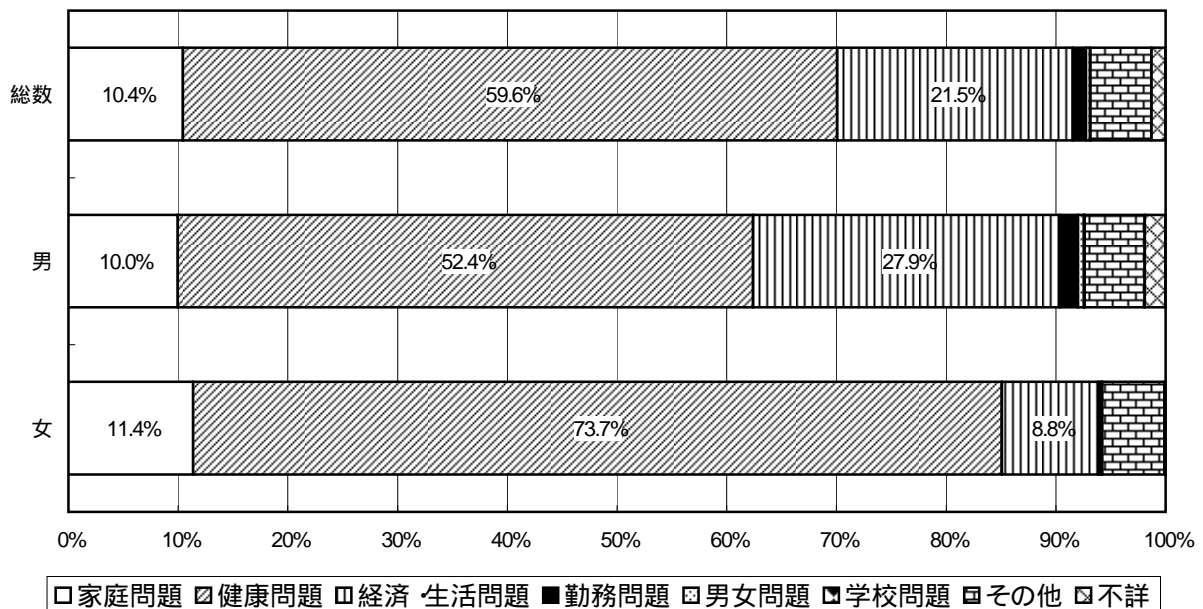
人口動態統計(厚生労働省)

(1) 高齢者の自殺者数と全体に占める割合の推移 (図表22)



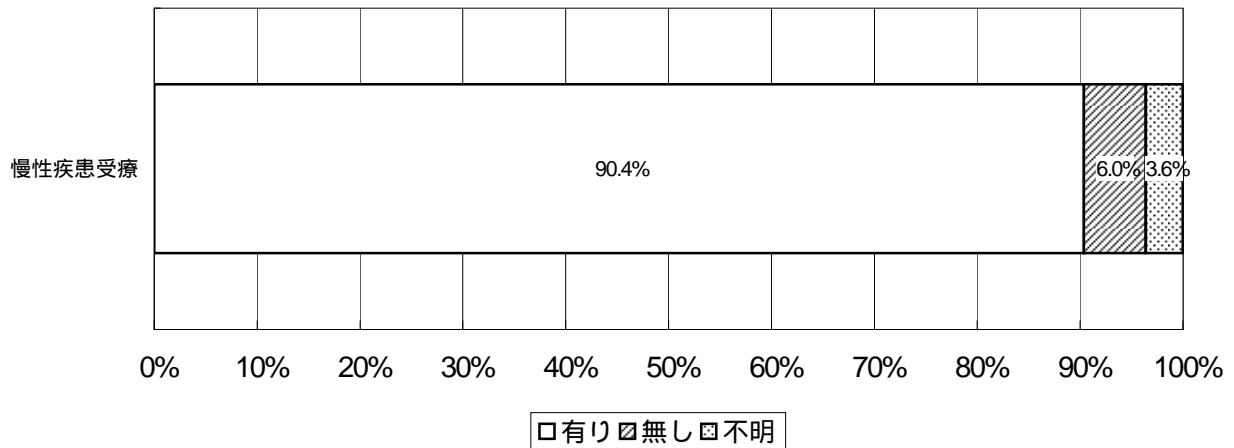
自殺の概要(警察庁)

(2) 中高年の自殺者の原因・動機別割合 (遺書有) (図表23)



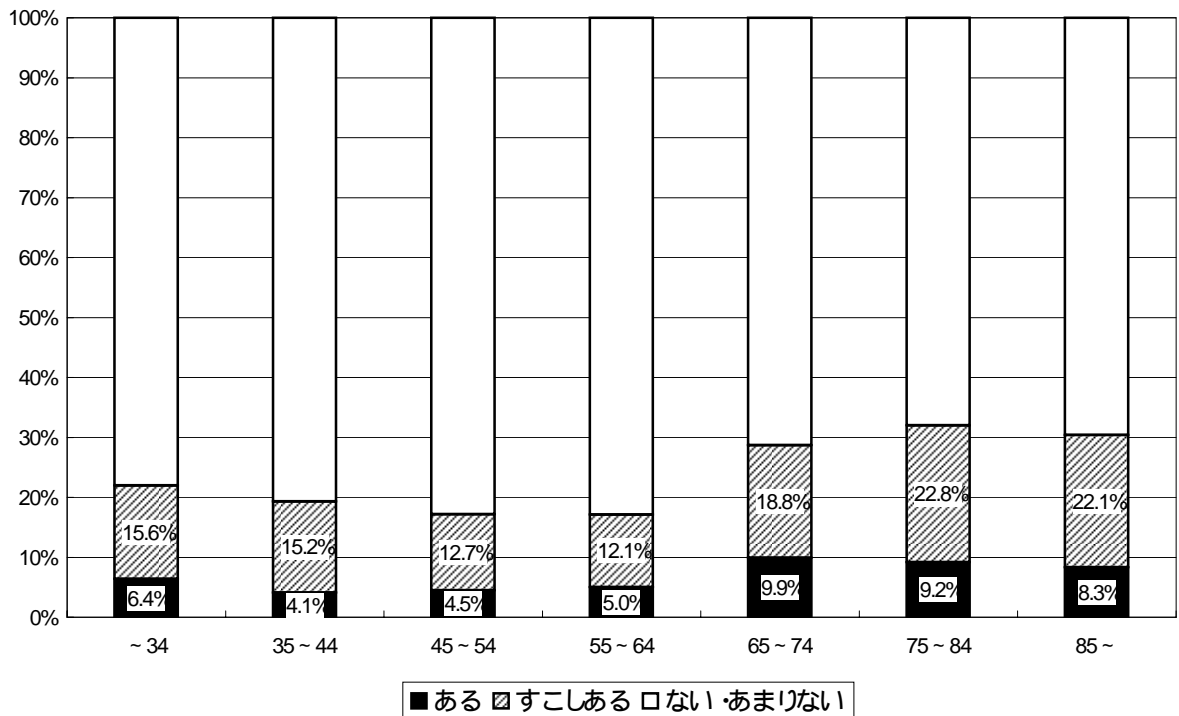
平成17年中における自殺の概要(警察庁)

( 3 ) 高齢自殺者の生前の慢性疾患による受療の有無 ( 図表24 )



福島県における高齢自殺者の実態と福祉サービス 阿部すみ子・加藤清司・國井敏・平岩幸一 (福島医学雑誌 48巻 4号、1998)

( 4 ) 年齢別介護者の希死念慮 ( 図表25 )

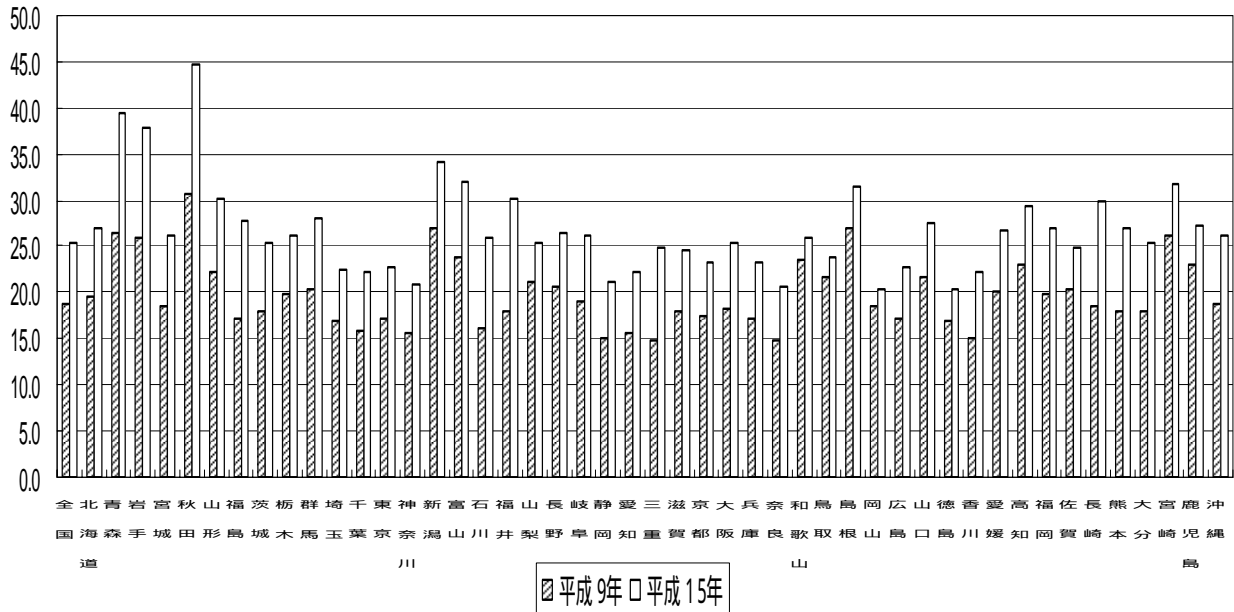


高齢化社会の中での在宅介護者の現状 (平成 17年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺企図の実態と予防介入に関する研究分担研究) 町田いずみ 明治薬科大学コミュニケーション学部助教授

## 7 その他関係資料

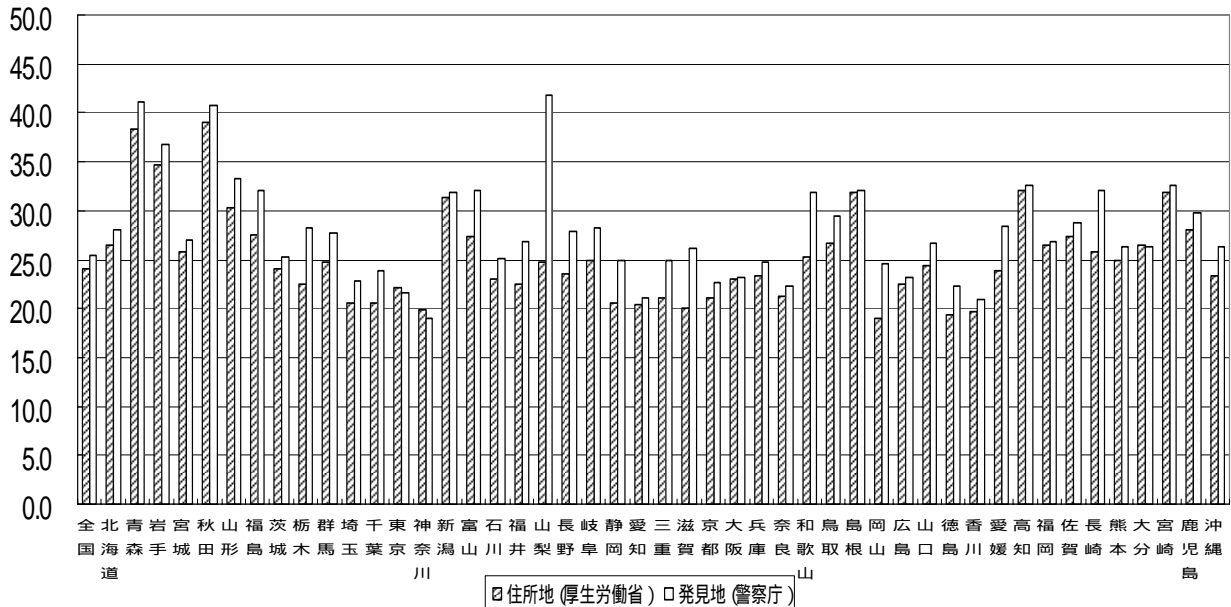
### (1) 都道府県別の自殺死亡率の比較

平成9・15年の自殺による死亡率の比較 (図表26)



人口動態統計(厚生労働省)

住所地・発見地別の自殺による死亡率 (図表27)

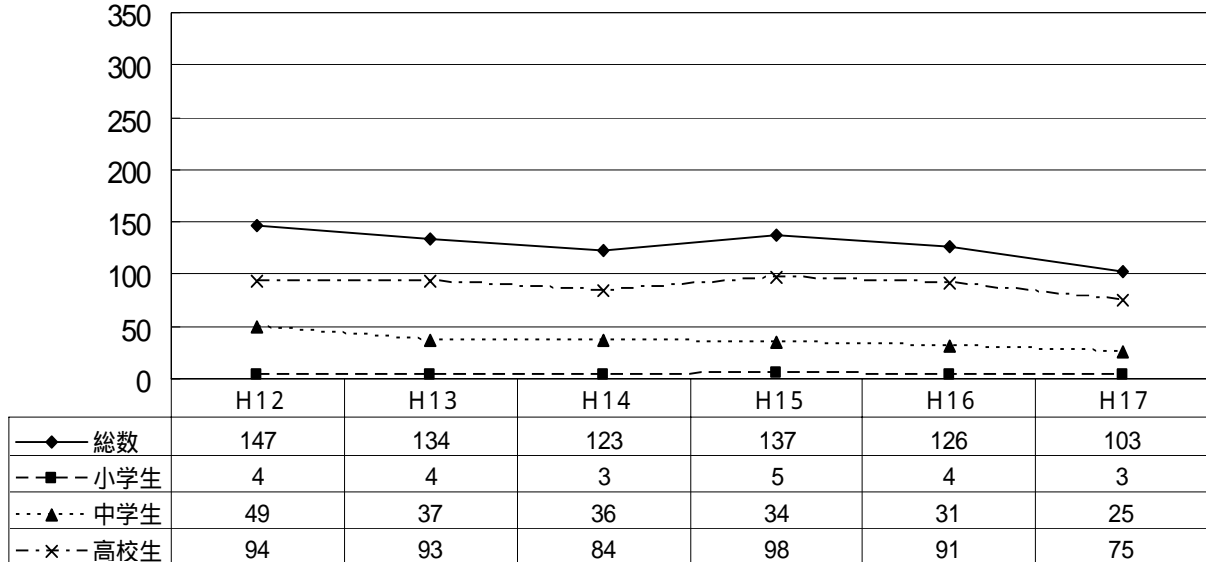


(厚生労働省、警察庁資料により内閣府で作成)

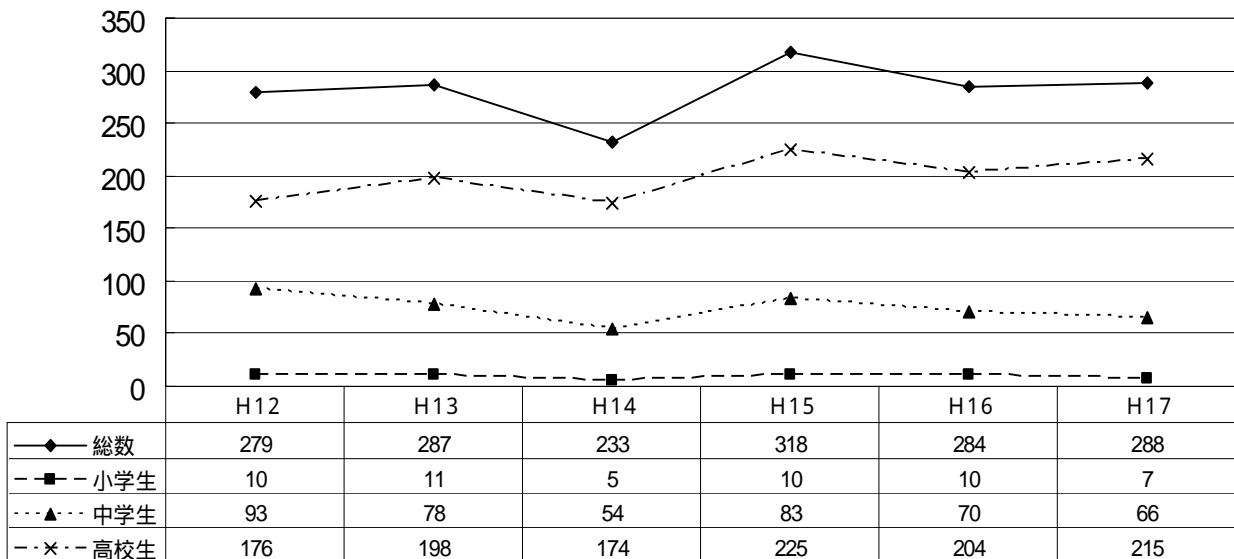
## (2) 子どもの自殺

### 児童・生徒の自殺者数の推移 (図表28)

#### ア 文部科学省資料



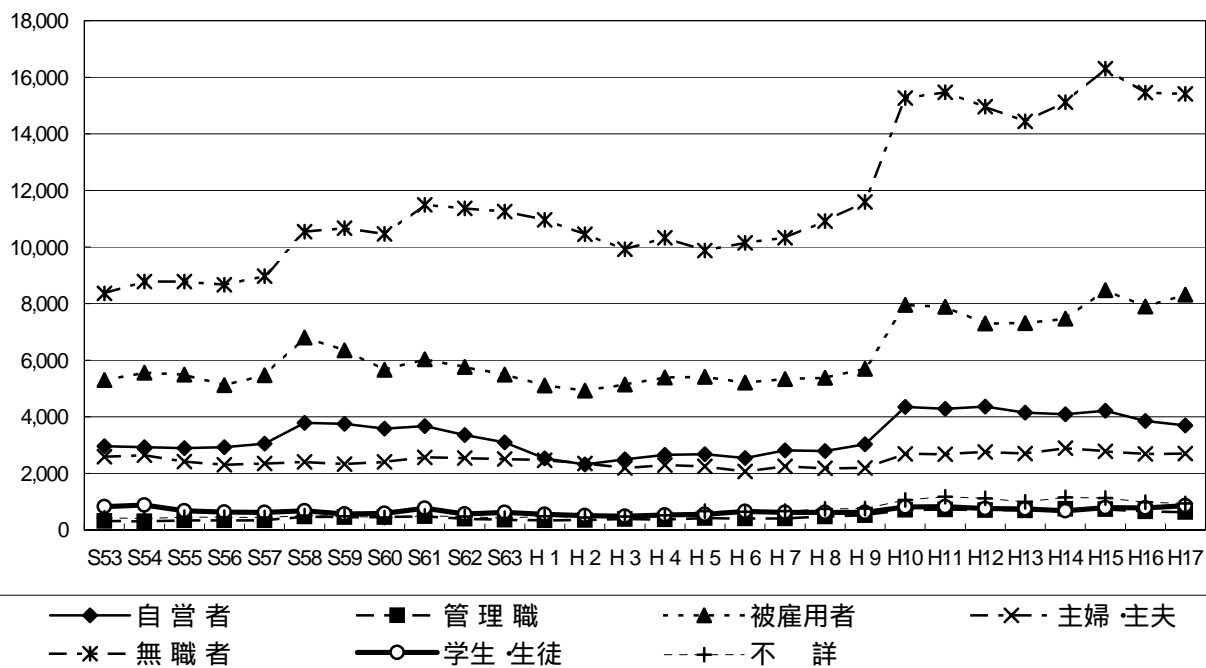
#### イ 警察庁資料



- 1 文部科学省資料は年度(4月～翌3月)集計、警察庁資料は年(1月～12月)集計。
- 2 警察庁資料は私立公立学校を含んでいるが、文部科学省資料は公立学校のみ。
- 3 文部科学省資料は「生徒指導上の諸問題の現状について」から、警察庁資料は「自殺の概要資料」より引用。

### (3) 職業別自殺者の現状

職業別の自殺者数の推移 (図表29)



	自営者	管理職	被雇用者	主婦・主夫	無職者	学生・生徒	不詳
H 2	2,317	355	4,925	2,346	10,456	509	438
H 7	2,811	411	5,333	2,249	10,330	617	667
H12	4,366	696	7,301	2,762	14,959	756	1,117
H17	3,700	629	8,312	2,705	15,409	861	936

「主婦・主夫」については、H11年までは主婦（女性）のみを計上。

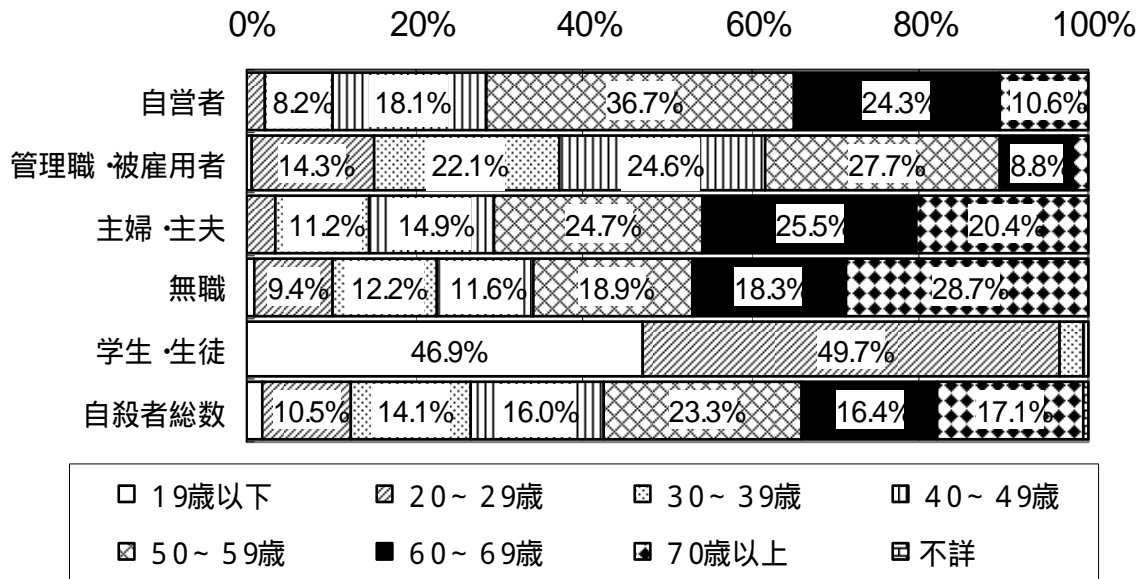
### 自殺の概要(警察庁)

職業別、年齢別の自殺者数 (図表30)

職業 年齢層	自営者	管理職・ 被雇用者	主婦・主夫	無職	学生・生徒	職業不詳	合計
19歳以下	3	68	0	126	404	7	608
20～29歳	74	1,279	90	1,455	428	83	3,409
30～39歳	305	1,973	302	1,881	24	121	4,606
40～49歳	668	2,198	404	1,784	4	150	5,208
50～59歳	1,359	2,476	667	2,917	0	167	7,586
60～69歳	898	785	691	2,820	0	143	5,337
70歳以上	393	161	551	4,422	0	30	5,557
不詳	0	1	0	4	1	235	241
合計	3,700	8,941	2,705	15,409	861	936	32,552

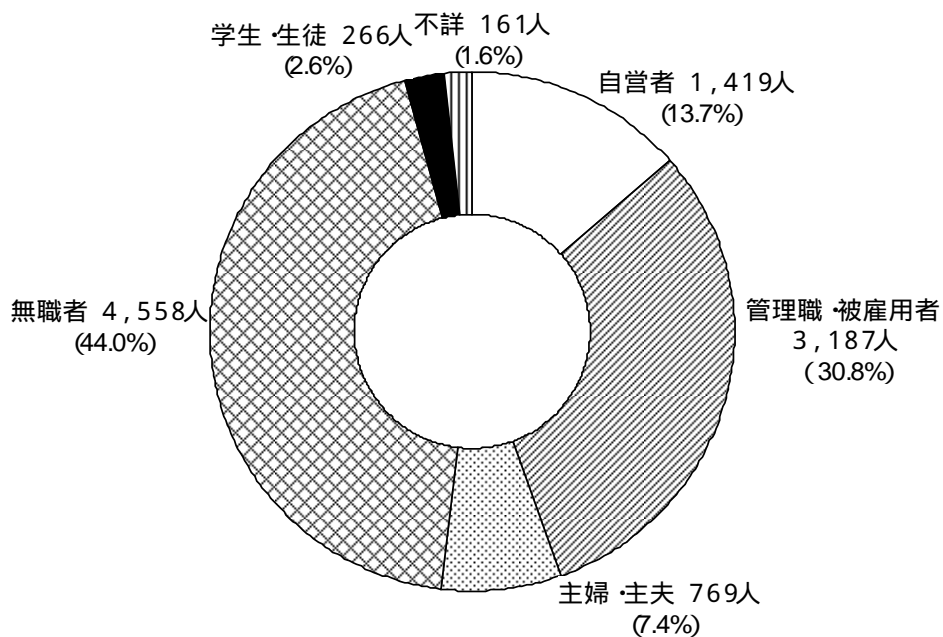
### 平成17年中における自殺の概要(警察庁)

自殺者の職業別、年齢別の構成比（図表31）



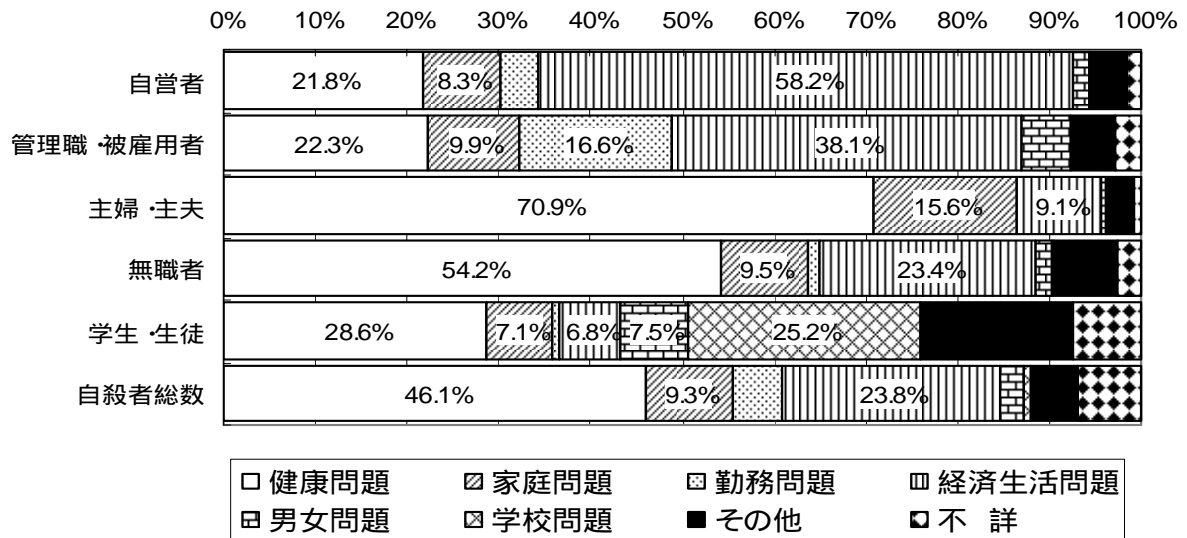
平成17年中における自殺の概要(警察庁)

職業別の自殺者数割合（遺書有）（図表32）



平成17年中における自殺の概要(警察庁)

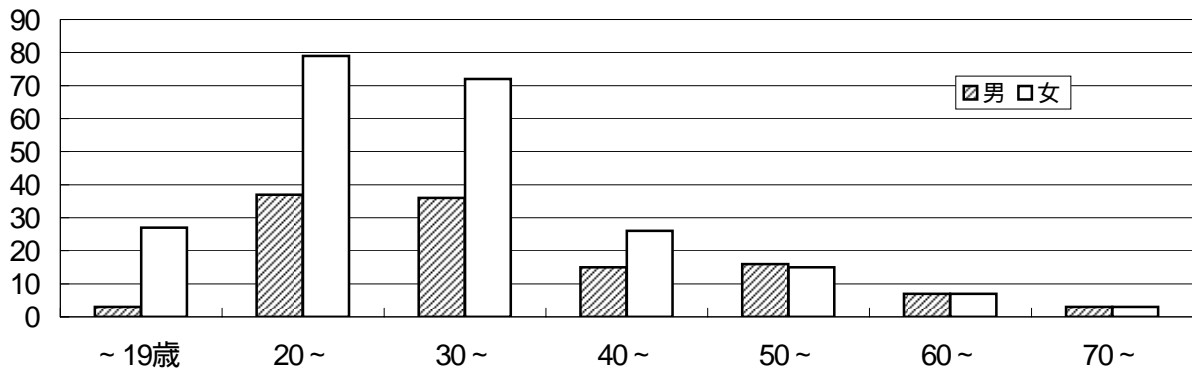
職業別、原因・動機別の自殺者数割合（遺書有）（図表33）



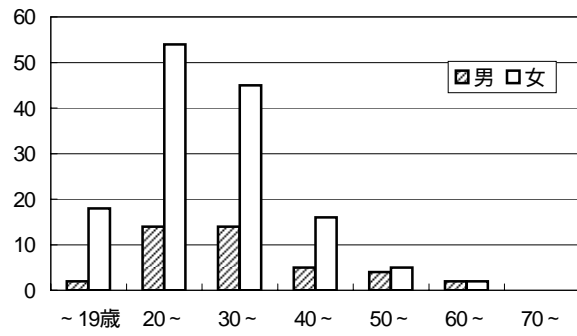
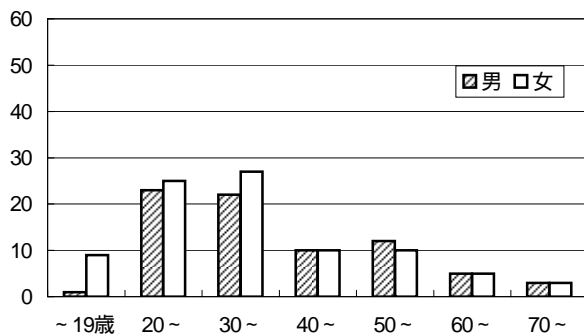
平成17年中における自殺の概要(警察庁)

(4) 自殺企図例（未遂・既遂共）の状況（図表34）

男女別・年齢層別自殺企図例数（総数）



男女別・年齢層別・初回、複数回別自殺企図例数  
 （初回自殺企図例） （複数回自殺企図例）



救命救急センターに入院した複数回自殺企図者の特徴と退院後受療行動からみた問題点 - 精神科救急対応の現状を踏まえた - 考察 (平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺企図の事態と予防介入に関する研究分担研究) 伊藤敬雄 日本医科大学医学部講師