

市町村で自殺対策を 進めるために

平成 29 年版

畑 哲信

(福島県精神保健福祉センター)

はじめに

平成 28 年に自殺対策基本法が改正されました。改正では、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携のもと、総合的に自殺対策を実施することが理念として示されています。市町村については、自殺対策計画の策定が義務付けられ、対策の中心的な役割を担うことが求められています。また、教育及び啓発について、学校の役割が明記されています。

この手引きでは、法改正に伴い、自殺対策計画に合わせた構成を基本とし、さらに、必要な知識や情報を付け加えた形に改訂しました。自殺対策計画の要件等ガイドラインが示されるのは平成 29 年中ごろとなるようですが、冒頭に示したように、多分野の連携が求められていることから、連携体制について確立し、自殺対策計画にも明記することが求められるでしょう。

今回のこの手引きの改訂のもう一つのポイントとして、「エンパワーメント」の概念を導入したことが挙げられます。エンパワーメントは、自殺に対する防御要因に焦点を当て、個人や集団の問題解決能力を高めるというものです。自殺対策基本法では「生きることの支援」が記されています。しかし、その内容は「その妨げとなる諸要因の解消に資するための支援」であり、生きる力を育てるという視点は含まれていません。困難に遭遇した時にどうすればいいかを身に付けることは、私たちみんなに必要な生きる力となるものであり、この視点を持つことによって、自殺対策はすべての人に役だつものとなるでしょう。今後、自殺対策においては、教育場面や地域づくりの重要性が高まっていきます。エンパワーメントはそういった場面で最も基本となる概念なのです。

目次

1. 自殺対策の展望（ビジョン）	5
(1) 自殺対策の目標.....	5
(2) 自殺対策の推移.....	5
(3) 自殺ゼロに向けた対策.....	6
2. 自殺対策を理解する	6
(1) まず「生活・環境」	6
(2) 心の問題：すべての支援者が理解すべきこと	7
(3) 社会的な取り組み：社会問題、人権、安全.....	7
(4) 防御因子：ソーシャルサポート	7
3. 自殺対策の戦略	7
(1) 推進体制	7
(2) 支援と連携.....	8
(3) エンパワーメント	8
4. 自殺対策の実際 ～事業立案の素材～	9
(1) 自殺の実態把握、地域診断	9
1) 自殺された方についての情報	9
2) 自殺の統計	10
3) 希死念慮を持つ方や自殺未遂者などの相談	10
4) 関連する指標.....	10
5) 精神保健以外の地域の特徴.....	10
6) 学術的な知見.....	11
(2) 相談・支援.....	13
1) 相談・支援	13
2) 治療的な関わり：認知行動療法・対人関係療法・家族への心理教育	14
3) スクリーニング	14
(3) 人材育成／ゲートキーパー研修.....	16
1) 気持ちを受け止める.....	16
2) 評価・判断、連携	17
3) 支援者支援	18
4) ゲートキーパー方式～連携のためのケース会議	18
5) 自殺と関連するリスクの評価	19
(4) 地域のエンパワーメント	21
1) 身近な人への相談 ～身近な人のためのゲートキーパー研修	21

[自殺と自殺対策に関する意識調査票]	22
2) 支え合いの場.....	24
3) 悩み事を相談する住民の意識の普及啓発と技術習得の研修.....	24
[ノーベック・ソーシャルサポート質問紙]	26
(5) 推進体制	27
1) 組織的取り組みを促す	27
2) 組織化の手順.....	27
5 自殺対策計画.....	30
(1) 計画の構成.....	30
(2) 行動計画	30
1) 計画全体の目標値の設定	30
2) 重点施策	31
3) 事業計画作成の手順.....	31
6. 対象に応じた自殺対策の概要	35
(1) 高齢者の自殺対策.....	35
1) 高齢者の自殺の特徴.....	35
2) 普及啓発	35
3) 相談・支援、連携	35
4) 高齢者への総合的な支援	36
5) 具体例.....	36
(2) 中高年の自殺対策.....	38
1) 中高年の自殺の特徴.....	38
2) 普及・啓発	38
3) 相談・支援、連携	38
4) 対策の視点	39
5) 具体例.....	40
(3) 若者の自殺対策.....	41
1) 若者の自殺の特徴	41
2) 普及・啓発	41
3) 相談・支援、連携	41
4) 対策の視点	42
5) 具体例.....	42
(4) 学校における自殺対策.....	43
1) 学校における自殺対策の意義	43
2) 学校における自殺予防プログラム.....	43
(5) 自殺未遂者の自殺対策.....	45

1) 自殺未遂者の特徴	45
2) 自殺未遂者への対応	45
3) 自殺未遂者対策	46
4) 具体例	46
(6) 自死遺族支援	48
1) 自死遺族の状況	48
2) 自死遺族への相談と支援	48
3) 自死に至った状況についての遺族からの聞き取り	48
7. 自殺対策に関連するトピック	50
(1) 自殺対策についての考え方	50
1) 自殺対策が必要であるという3つの理由	50
2) 自殺は多くの人が身近に経験するできごとである	50
3) まずは、「自殺を防がなければ」と思うこと。	51
4) 「自分ひとりで自殺を防ぐ」ではなく「たくさんの人が関わること」	51
(2) 自殺の統計	52
1) 自殺の統計の種類	52
2) 自殺に関する指標：自殺率、標準化死亡比、年齢調整死亡率	52
3) 自殺率の統計的評価 ～二項検定を用いた自殺率の評価	53
4) 長期的な評価	54
5) 自殺対策に当たっての指標の使い分け	55
(3) 自殺予防における精神科医療の役割	56
1) 自殺予防に対する薬物療法の効果は限定的	56
2) 入院治療	56
3) 薬物治療以外の効果：孤立の防止、療養の確保／男女差	56
8. Q&A	57
9. 自殺対策に関連する他のマニュアル等	61
参考資料	62
自殺対策基本法	62
自殺対策推進のための機関	66
(1) 自殺対策総合推進センター	66
(2) 地域自殺対策推進センター	66

1. 自殺対策の展望（ビジョン）

(1) 自殺対策の目標

自殺対策の目標は、もちろん自殺を減らすことですが、実はそれだけでは十分ではありません。自殺は氷山の一角と呼ばれるように、様々な心理社会的問題を背景にしたものです。単に自殺者数を減らすというのではなく、背景にある様々な問題に取り組むことこそが自殺予防と考えられます。自殺対策基本法では、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指し」「生きることの包括的な支援」として自殺対策を位置づけています。市町村の役割である『街づくり』という視点では、『悩みの解決に協力して取り組む街づくり』といったイメージがふさわしいでしょう。

ところで、自殺は本当に予防可能なのでしょうか、そしてどこまでそれが可能なのでしょうか。WHOは「自殺は公衆衛生学的なアプローチで予防可能である」と述べています。もしそうであるならば、当然、自殺ゼロを目標として対策を進めるべきでしょう。ただし、現時点においては、治療や苦痛の軽減が困難であるような病気の場合など、解決が難しい問題が残されていることも事実です。安楽死という概念がありますが、そうした困難や苦しみを抱えたまま死を禁じるということが酷であるような状況があることも事実なのです。しかし、そのような、現状では解決困難な状況についても、将来、治療や解決の道を探る努力を続けるべきでしょう。そうした意味を含めて、『自殺は予防可能』であり、『自殺は予防すべきこと』なのです。

(2) 自殺対策の推移

日本において本格的に自殺対策に取り組まれ始めたのは、昭和 61 年からの新潟県の松之山町での取り組みです。松之山町は高齢化率が高い地域で、うつ病を背景とした自殺が多いという地域の事情に即し、高齢者に対するうつ病予防の取り組みが行われ、成果を上げました。その後、平成 10 年からの自殺者の増加を受け、国においても自殺対策に力を入れ始めました。そこで用いられたのがうつスクリーニングを用いた自殺予防介入技法です。しかし、このころの自殺者の増加は、多重債務や過重労働など、様々な生活の困難を背景にしていることが指摘されるようになりました。そのため、精神保健的な視点とともに生活支援の視点を併せた対策の強化が求められるようになりました。

こうしたことから、平成 18 年に自殺対策基本法が制定されて、総合的な対策の推進が国や各都道府県に求められることとなりました。さらに平成 28 年の改正では、住民の身近な場面での取り組みを広める目的で市町村での自殺対策が義務化されるほか、教育機関での自殺予防に資する取り組みが求められることとなりました。それにあわせ、国では自殺予防総合対策センターが自殺総合対策推進センター、都道府県では地域自殺予防情報センターが地域自殺対策推進センターへとそれぞれ改組され、市町村や諸機関との連携のもとで自殺対策を推進することとなりました。

(3) 自殺ゼロに向けた対策

自殺の要因は生活の困難から精神的な不調まで様々です。すべての自殺を防ぐためには、こうした様々な要因について幅広く対策を進めることが必要です。一方で、多重債務や過重労働のように、時代や地域の実情によって、特に自殺と関連して留意すべき要因が見出される場合もあります。こうした要因については、的を絞って支援資源を注ぐ必要があるでしょう。このように、自殺対策においては、自殺と関連する様々な要因についてカバーできるような幅広い対策と、より高いリスクと関連する要因に的を絞った対策と、両面からの取り組みによって、自殺ゼロに向けた効率的・効果的な対策を行うことができます。

2. 自殺対策を理解する

ある、就職活動で悩む学生の言葉です：「いつまで経っても一次面接すら通らないし、交通費等で貯金は尽きるし、人生で初めて鬱のような状態にはなるし、それはもう散々でした。とにかく内定が出るまでは仲良しの友達とすら会いたくなかった。『このまま就職できなかったらどうなるんだろう。』『自分は誰にも必要とされていない。』と人生が終わってしまうような気持でした。」

自殺には生活や環境からの様々なストレス、そして、そうしたストレスの結果としての追い詰められた、そして孤立した心理状態が背景にあります。これらのそれぞれが自殺予防のターゲットになります。



(1) まず「生活・環境」

種々の生活や環境の問題が明らかなきときには、当然、そうした問題にきちんと対応しなければなりません。たとえば「いじめでうつ病になって自殺に追い込まれてしまう」ということを想定した場合、まずいじめ対策を行うべきであり、そこを抜きにしてうつ病対策を前面に出してしまっておかしくなります。

(2) 心の問題：すべての支援者が理解すべきこと

まず「生活・環境」と言っても、心の問題を軽視するということでは全くありません。自殺されてしまった方のほとんどが追い詰められて精神疾患の状態に陥っていたことがわかっています。生活・環境の問題に一生懸命に取り組んでいても、その途上で自殺されてしまうかもしれません。1) 自分の苦しい気持ちを話してもらえるように、気持ちを受け止めるように心がけること、2) 専門的な心の支援が必要な方を見つけて適切な支援に結び付けること。この2つは、精神保健に限らず、すべての支援者が身に付けるべき技術です。

(3) 社会的な取り組み：社会問題、人権、安全

個々の対象者への取り組みだけでなく、社会全体への取り組みも必要です。一つは、生活・環境の問題について、根本の原因は社会にあるのではないか、という視点です。今でこそ、過重労働や多重債務、いじめなどは社会問題として取り上げられ、対策に取り組まれています。個別の問題として対応することにとどまる限り、根本的な解決には至りません。社会問題の解決は、一人一人の支援者の手に負えるものではありませんので、自殺対策の連携組織など、広い場で取り上げていくことが必要です。

また、自殺の手段など、モノの側面からの対策も有効なことがあります。駅のプラットホームの防護柵の設置のほか、農薬の管理など、社会の安全管理という視点での取り組みは、自殺対策に限らず、社会に求められるものです。

(4) 防御因子：ソーシャルサポート

以上のように、生活状況や心理的な状況など、自殺の背景となる様々な状況が考えられます。そうした状況であっても、生活や心理面の問題解決に向けて取り組むことや、支援を求めることで乗り越えることができるかもしれません。ただ、そうしたこともできないくらいに追い詰められてしまう場合もあるでしょう。問題をかかえる人を、適切に支える周囲の人々が必要です。問題解決のための実際的な支援や、心の支えです。このような支えのことをソーシャルサポートと言います。自殺予防の取り組みは、まさにこのソーシャルサポートを提供する取り組みなのです。専門家によるサポートのほかに、住民同士のサポートも含まれ、地域づくりを考える上でも重要な概念です。

3. 自殺対策の戦略

(1) 推進体制

自殺は様々な要因を背景としており、こうした広範囲の領域のそれぞれにおいて自殺対策に寄与する取り組みを促進させることが必要です。そのためには、各部門・機関における自殺対策をサポートし、ときにはリーダーシップをふるうというような統合的な機能が求められます。自殺対策は精神保健分野が担当することが多いですが、そこが一手に対策を担うということにならないように配慮が必要です。あくまで推進役として位置づ

け、首長のリーダーシップなど、全庁的なリーダーシップを持つ仕組みが望まれます。コンプライアンスや危機管理といった事柄は、各部署がそれぞれの業務をこなす上で留意すべきことですが、同じように、自殺予防についても留意すべきです。なぜなら、自殺予防は住民の危機管理の重要な一要素だからです。

(2) 支援と連携

困難を抱える人に適切な支援を提供する、ということは自殺対策の基本です。そこで大事なのが、いかに困難を抱える人を見つけるかという点と、困難な問題をいかに解決に導くかという点です。

自殺のリスクとなる困難は生活の様々な領域にわたり、個々の人によって異なります。そのため、様々な領域における支援者が、それぞれ自殺のリスクに気づくことが必要です。そして、特に、複数のリスクを抱えた人ほどリスクが高いとされています。たとえば、求職者が介護負担や自身の心身の不調を抱えているといった場合です。そうした場合、単に就職紹介するだけでなく、その間の介護をどうするか、心身の不調はどの程度かといったことまで評価し、それぞれの支援についても検討しなければなりません。すなわち、初期の十分な評価と支援における連携が必要なのです。

(3) エンパワーメント

自殺にはリスク要因と防御要因とがあります。様々なリスクを抱えている場合でも、防御要因を高めることで自殺を予防することができます。自殺に対する防御因子として重要なのはサポートです。困難を抱えた本人がサポートを求める意識や技術を身に付けること、および周囲の人が、相談に乗るなどのサポートを提供できるような意識や技術を身に付けること、これらが自殺を防ぐ力となります。このように力をつけることをエンパワーメントと言います。自殺予防のためのエンパワーメントには、このように、個人の力を高めるという面と、地域や学校など、特定の集団での支え合いを高めるという面の 2 つの側面があります。

自殺予防のためのエンパワーメントの対象は、すべての年代にわたります。自殺は他の死因と異なり、15歳を超えるとすべての年代にわたって分布するからです。中でも、これから社会に出る若者に対して早期からの教育を行うことが望まれます。若者の現在の自殺予防だけでなく、その後の人生における自殺予防という目的もあるからです。また、学校でこうした教育を行う場合、学校ないし学級という集団のエンパワーメントにもなります。

4. 自殺対策の実際 ～事業立案の素材～

自殺対策の事業を立案する際の素材を系統的に示しています。この章では自殺対策の手段を中心に記載しており、「7. 対象に応じた自殺対策の概要」では対象ごとに対策を記載しています。

(1) 自殺の実態把握、地域診断

実態把握の手段としては、1)自殺された方についての情報、2)自殺の統計、3)希死念慮を持つ方や自殺未遂者などについての情報、4)自殺と関連する指標についての調査、が挙げられます。これらのうち、1)や3)の個別の情報については、なぜ、どのように自殺に至るかという理解を深めるのに役立ちます。しかし、そうした事情は個人によって異なり、また包括的に情報収集することは難しいので、必ずしも地域の特徴を表すものではない、とわきまえておく必要があります。一方、2)や4)については、包括的に情報収集できますが、情報の内容は限られてしまいます。地域診断としては、こうした自殺の実態把握だけではなく、5)地域の支援資源の状況や住民の生活の状況なども含めて把握し、計画づくりに役立てます。

1) 自殺された方についての情報

自殺された方についての情報は、①地域の保健活動の中で情報を得る、②遺族などから直接話を聞く、などで把握します。

① 地域の保健活動の中で情報を得る

これまでになんらかの相談があった方が自殺されたような場合です。日頃から、相談において、自殺のリスクについて念頭に置き、適切に対応して自殺を防ぐように取り組むことが大切です。しかし、そうしたことを心掛けていても、自殺されてしまうことはあります。残念なことではありますが、自殺や対策への理解を深め、地域が抱える課題を見直し、より十分なセーフティネットを検討するきっかけともなります。

② 自死遺族支援、遺族からの聞き取り

自死遺族に対する相談の窓口を設けるなどして、相談や支援を行います。その中で、自死に至った状況について知ることができます。突然の死に直面した時には、遺族は心理的に混乱してしまうものであり、それが自死である時はなおさらです。死亡後の手続きに役場を訪れた際に、手続きを支援しながら、「すこしお話をうかがいましょうか？」と聞いてみるとよいでしょう。そのほか、別件で相談対応していた人が、実は自死遺族だったという場合もありますので、相談の時には家族歴をきちんと把握するように心がけることも大切です。

また、自死遺族を支援する民間団体と交流することで、自死や自死遺族の気持ちについ

て理解を深めることもできます。

(※遺族については、心情を考え「自殺」ではなく「自死」という言葉を使います)

2) 自殺の統計

警察庁や内閣府などで自殺の統計を公表しており、自殺の状況を具体的に知ることができます。ただし、必ずしも統計によって対策が導かれるというものではありません。統計はあくまでも過去の事実であり、今後同じ自殺が起こるということを意味してはいません。これまでどのような自殺が多かったにせよ、それ以外の自殺が今後起こらないという保証はないのです。ですから最終的には包括的な対策を行うことができるよう目指すべきです。ただ、自殺の統計が対策に役立った例もあります。たとえば、日本で早くから自殺対策に取り組んだ新潟県松之山町では、高齢者の自殺率が非常に高く、うつ病の割合が高いということがわかり、うつ病スクリーニングなどの方法を用いた対策で、自殺を減らすことができました。こうした例はあまり多くありませんが、著しく自殺率が高い集団があった場合には、同様な手法を用いることができるでしょう。

3) 希死念慮を持つ方や自殺未遂者などの相談

希死念慮や自殺未遂は、自殺のリスクの一つであり、適切な支援が必要です。こうした方の相談を受けることで、どのような生活のストレスや心理的な状況で希死念慮や自殺未遂に至るかということを知ることができます。希死念慮や自殺未遂と自殺既遂とでは、背景となる状況が必ずしも一致するわけではありませんが、十分に自殺対策に役立てることができます。

4) 関連する指標

自殺と直接関連するわけではありませんが、参考になる事柄について住民調査を行うなどして指標とします。睡眠、アルコール摂取、精神的疲労のほか、相談行動などが挙げられます。「死にたい気持ち」といった突っ込んだ内容までは、住民調査に入れることは難しいかもしれませんが、平成 24 年 1 月に内閣府によって実施された「自殺対策に関する意識調査」では、そうした点も含めた調査を行っていますので、そうしたものを参考にして調査を行うことができるかもしれません。そのほか、もし定期的に健康調査などを実施しているのであれば、そこにこうした項目を織り交ぜると、コストが少なく済みます。たとえば、福島県では、不定期ではありますが、県政世論調査に「心の健康について」という内容を含めるようにしています。

5) 精神保健以外の地域の特徴

地域診断という中には、地域にどのくらい自殺のリスクがあるかという評価のほかに、そもそもどのような地域なのかということが含まれます。まず、広く精神科領域以外も含む

保健・医療に関する統計や、地域の支援資源の情報が挙げられます。そのほか、地域の人口構成（高齢化率など）、産業構造、家族構成の状況や家族・親戚づきあいのあり方、交通や流通等のインフラ状況、経済水準、地域の凝集性（近隣同士がよく知りあっているか）、生活習慣、住民の生活と関連する社会的な資源などです。統計資料として得られるものもありますし、生活実感として得られるものもありますので、一度、整理しておくといでしょう。

自殺対策と一言で言っても、都会と田舎とではやり方が異なります。たとえば、過重労働対策と言っても、そもそも一次産業が中心で企業が少なくな地域で対策をやっても意味がありません。あるいは、高齢者の自殺対策の場合、高齢者がどのような生活をし、どのようなことが生きがいになっているか、地域住民がどのように支えているか、といったことも、地域によってさまざまです。ある地域の高齢者の自殺の特徴として農業による自殺が多いといったことは自殺の統計からわかることですが、そのことは一方で、その地域に農業に従事する高齢者が多いといった、地域の特徴と関連するものです。どういう人がどういう経路で農業を入手するか、どのように管理しているか、という情報は、少なくともこの地域の自殺対策には有用な「地域診断」となるでしょう。

6) 学術的な知見

大規模な学術調査によって自殺のリスクとなりやすい状況が明らかにされています。精神疾患、種々の喪失体験、経済的困窮、孤立、自殺未遂歴、アルコール乱用、高齢、男性などが挙げられます。これらは個別支援において留意すべき事項ですが、たとえば困窮者支援といった集団へのアプローチにも利用できる情報です。

住民の状況

- ・産業・人口構成・経済・交通
- ・家族・近隣の結びつき など

自殺と関連する指標

(アンケート・調査)

- ・睡眠・アルコール
- ・精神的疲労・相談行動

自殺の統計

- ・自殺者数や自殺率
- ・中長期 vs 短期



地域診断

【地域診断】

(1) 地域の特徴

1) 地域の状況

- ・ 産業
- ・ 交通
- ・ 自然、気候

2) 人口統計的状況

- ・ 人口構成、高齢化率、1世帯あたり人数、単身世帯、老々世帯
- ・ 人口増減
- ・ 就業者数、職業
- ・ 経済状況
- ・ 障害者数、自立支援医療（精神通院）受給者数、介護保険

3) 社会資源

- ・ 医療機関
- ・ その他（ ）

(2) 自殺の状況

1) 自殺統計（直近1年間および直近5年間平均）

- ・ 自殺者数、粗自殺率、標準化自殺死亡比
- ・ 性年齢別自殺者数
- ・ 職業別自殺者数
- ・ 原因動機別自殺者数

2) 自殺や心の健康と関連する調査・指標

- ・ 精神保健相談：相談件数、内容、相談者の性別・年齢
- ・ ○○調査（精神的疲労度、睡眠の状況、援助希求や相談行動、精神保健相談など）

(2) 相談・支援

1) 相談・支援

相談は支援の入り口となるものです。悩みを一人で抱え込む、あるいは相談しても支援につながらず孤立してしまうなどは、自殺のリスクとなります。悩みを気軽に相談できること、そして、支援につながるように適切に対応すること、が求められます。

相談から結びつく具体的な支援としては、精神科医療や精神保健サービス、種々の生活支援サービスなどがあります。対象者の生活状況、心理状態、問題の所在をきちんと把握することが適切な支援に結び付きます。また、こうした支援に結び付くまでの本人の気持ちや意志決定を支えることは、相談の役割ですが、それ自体、支援の一つとも言えます。

(効果的な相談・支援)

相談窓口の普及に努めるとともに、住民調査などで「相談窓口の周知度」や「悩みがあるが誰にも相談しないという人の割合」を調べる、など、相談窓口の利用状況を可視化し、改善に生かします。

相談の効果については、転帰についての主観的・客観的評価が必要です。転帰を把握することは手間がかかりますが、なるべく系統的な情報収集を行って実績を可視化しておくことが大切です。

(連携)

次の表は市町村の視点から支援の必要な対象者を分類するための基準の例です。支援の必要な対象者が多くなってくると、限られた職員で対応することは難しくなります。そうしたときに、このように分類し、関係機関同士で合意しておく、関係機関と協力し合っ

支援対象者のカテゴリー分類の例 (市町村におけるトリアージ)

1	保健所対応群	緊急度が高い。医療との連携が必要。
2	アプローチ探索群	問題が顕在化し、緊急度も高いケース。ケース会議を開催して働きかけを検討する。ケースの状況が変わると、属するカテゴリーも変わる。どう分類するか決まっていない。
3	継続的働きかけ	日常生活上に問題があったり、受診行動が不安定であるために、継続的に働きかけを行う。
4	入院ケア群	地域での生活が安定せず、入退院を繰り返している。
5	相談時対応群	比較的安定している。自分で相談に行ける。
6	見守り群	働きかけがないと相談に来ない。時々働きかける必要がある。
7	医療機関対応群	現時点では、対応する必要がない。援助機関は医療機関。
8	寛解過程群	寛解へと向かっていると思われるケース。一定期間後は健康群に移行することを検討。
9	長期入院群	地域に戻ってこない。

- 10 他の機関が対応している群 すでに他の支援機関が関わっており、現時点ではその機関に対応を任せる。(地域包括支援センター・ケアマネ・絆職員・生活支援員・福祉施設・なごみ・行政他部署)
- A 健康群 健康であり、現時点では問題ない。
(高知県立精神保健福祉センターで作成したものに基つき一部修正)

2) 治療的な関わり：認知行動療法・対人関係療法・家族への心理教育

治療が必要な方は医療機関に紹介しますが、相談機関においても、そうした方や、あるいは治療の必要性が低い方に対して、治療的な関わりを持つことができます。認知行動療法や対人関係療法、家族への心理教育などです。これらはうつ病などに対して効果が示されている支援方法です。

認知行動療法や対人関係療法は、ご本人に対する支援です。うつ病では、物事に対する悲観的な見方や、自責感や無価値観、罪責感など、物事の受け止め方の変化が、回復のための行動を妨げる、という側面も持ちます。物事の受け止め方をとらえ直し、対人関係の改善や問題解決にプラスになる行動を促すのが、これらの治療法です。

一方、家族への心理教育もご本人の病状の改善に役立つことが示されています。家族が、ご本人の病気を理解し、病状に合った接し方を工夫すること、家族自身の気持ちを和らげたり生活面での支援をしたりといった、家族への支援を行います。

これらの専門的な支援のほか、呼吸法等を用いたリラクセス法、さらには、外出や交流の場としてサロンのような場の提供など、さまざまなレベルの支援があります。

こうした支援を、グループを設けて行うことができます。その場合、支援者から対象者に対する働きかけだけでなく、対象者どうしの交流を促し、より効果が高いと考えられます。地域づくりの視点からも有用です。

3) スクリーニング

相談や支援への入り口として、スクリーニングという方法を用いることもあります。質問紙や面接の調査でうつ病の可能性のある人を見つけ出し、治療や支援に結び付ける方法がうつスクリーニングです。最初のスクリーニング（一次スクリーニング）で選び出された人を、うつ病の診断基準にそってさらに詳しく面接調査するなどして、よりうつ病らしい人を見つけ出し（二次スクリーニング）、医療機関への受診を勧めます。

スクリーニングの問題点として精度の問題があります。特に、質問紙を配布する方法では質問の意味を取り違えたりすることがしばしばあるので、聞き取りによる方が確実です。そうやって配慮しても、健康な人でも、2-3割は陽性（問題あり）と判定されてしまいます。そのため、高自殺率など、自殺リスクが高い集団に対して行うことは有効ですが、一般集団に行うことは効率が悪く、効果が低くなります。人口 3500-7000 人くらいまでの規模、高齢化率 15-30%、自殺率が継続的に 160 以上の集団であれば、うつスクリーニングが有

効とされています。

心の健康度自己評価票（1次スクリーニング）

A項目	1 毎日の生活が充実していますか	はい	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	はい	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	はい	いいえ
	4 自分は役にたつ人間だと考える事ができますか	はい	いいえ
	5 わけもなく疲れたような感じがしますか	はい	いいえ
B項目	6 死について何度も考えることがありますか ※死は「自殺に結びつくような死」を意味します	はい	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	はい	いいえ
C項目	8 最近（ここ2週間）ひどく困ったことやつらいと思ったことがありますか (それはどのようなことでしょうか)	はい	いいえ

【判定】 灰色の回答が陽性である。 次の場合は二次スクリーニングへ。

- ・ A項目（1～5）2つ以上
- ・ B項目（6～7）1つ以上
- ・ C項目（8）は記載内容により判断（配偶者や家族の死亡、親戚や近隣の人の自殺、病院からの退院等）

（※大野裕：厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「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報告書 平成14年」

(3) 人材育成／ゲートキーパー研修

生活を支える種々の支援は、それだけで自殺予防に寄与していると言えます。しかし、さらに自殺予防を進めるためには、自殺予防に対して、より効果のある支援を提供できるよう、人材育成が必要です。1) 気持ちを受け止める、2) 評価・判断、3) 連携、といった技能です。また、4) 支援者を支える組織作りも必要です。

一般的に、研修全般に当てはまることですが、実例に基づく研修や、演習を用いた研修が有効とされます。なるべく研修受講者が実際に直面するであろう場面を想定して、実例を提示し、受け答えの演習をするとよいでしょう。理解できるように工夫して、具体的な場面を設定することが有用です。たとえば、司法書士が対象の場合に、多重債務の相談場面を設定するなどです。

(ゲートキーパー研修の例)

講義

- ・自殺の現状、自殺に至る状況と心理の理解、自殺のリスク要因と保護要因
- ・自殺と精神疾患の関連
- ・自殺予防の方法
- ・ゲートキーパーの役割の理解（傾聴・リスク判断・適切な支援先につなぐ）

演習（ロールプレイ）

- ・傾聴、気持ちを受け止める
- ・リスク判断
- ・適切な支援先につなぐ

事例検討

1) 気持ちを受け止める


経済面や対人関係などの生活面の問題にせよ、心身の健康の問題にせよ、深刻な問題を抱えている人は孤立感を持ちやすいものです。支援者はできるだけその問題を共有するように努めなければなりません。そのためには、その問題をめぐって、本人がどのような苦勞をしてきたか、どのような思いをたどってきたかといったことをしっかり聞いて受け止める必要があります。適切な支援につなぐという場合でも、そうした気持ちの受け止めができて、はじめて次のステップに進もうという気持ちになれるのです。気持ちを受け止めるような話の聞き方について、良い例と悪い例を比較しながらロールプレイを行い、その違いを体感できるといいでしょう。

(例：深刻な問題に直面している場合を考えてみましょう)

倒産や自己破産、離職や休職といった深刻な問題は、社員や家族などにも負担を強いることになり、強い心理的な負荷がかかるものです。おそらく危機を回避するために資金繰

りに奔走するなど、過労状態でもあることでしょう。そうした中で、倒産や自己破産を決定し、その後始末を進めていかなければなりません。その決断に至る心理的な葛藤に付き合うことが気持ちを受け止めるということです。これまでの苦労やこれからの心配、家族や社員への思いなどを十分に受け止めなければなりません。それによって、本人は多少とも孤立感を和らげることができ、気持ちを切り替えやすくなります。

一方、それと合わせて、冷静な目で心の状態や自殺のリスクも見極めます。必要に応じて精神科の医療機関につなぐなどの対処を行います。気持ちを受け止めることができていると、そうした作業もやりやすくなります。逆に、気持ちを受け止めることが十分にできていないままに精神科の受診を勧めてしまうと、本人は見捨てられたように感じるかもしれませんし、受診も拒否してしまうかもしれません。こうした点からも、気持ちを受け止めることの重要性が理解できるでしょう。



家族を心配させたくない
と一人で我慢してこられた
のですね

2) 評価・判断、連携

自殺のリスクというと、たとえば、うつ状態などがありますが、精神保健機関だけでなく、種々の支援機関でも、うつかもしれないと気付いて精神保健機関や医療機関と連携できるようにします。うつ以外にも、経済的な問題や虐待などが自殺のリスクと関連するので、そうした面のチェックも必要です（「自殺リスク・チェックリスト」参照）。

研修の内容を実際に実行してもらうために、評価や連携のための書式を整えるといった工夫をしている例もあります。その場合、その書式を使用した件数によって実績の評価を行うことができます。あるいは、種々の相談機関で自殺リスク・チェックリストを常備し、参照しながら相談を行えば、自殺対策を意識して相談を受けるきっかけになるでしょう。

（自殺のリスクとは？）

自殺のリスクと言っても、たとえば、「この兆候があれば何パーセントの確率で1週間以内に自殺に至る」、といったふうなことはわかりません。ただ、どの程度かははっきりしなくても、強いストレスを抱えていることはリスクを高めると考えられますので、そうしたストレスの原因となる生活面の状況や、ストレスの結果としての心理行動面のサインがあれば、自殺のリスクと考えます。これらは広義の自殺リスクと言えるでしょう。こうしたリスクに気づき、早めに支援の手を差し伸べることが自殺予防につながります。

一方、心理行動面のサインのうち、自殺と関連が強いとされるサインがあります。すなわち、「死にたい気持ち」と「自殺の準備状況」です。これらは狭義の自殺リスクとして、自殺が切迫していることの判断とします。広義の自殺リスクがみられた場合には、注意して支援すべき対象とし、さらに狭義の自殺リスク（自殺の切迫度）を併せて評価するようにします。こうした、自殺のリスクと関連する生活や心理面の兆候について、チェックリストを各相談窓口に常備して、相談の際にすぐに参照できるようにしておくとう便利です。

3) 支援者支援

相談員や支援者の人材育成に当たっては、支援者自身の心理的負担を軽減するように、ストレス解消の技術を持ってもらうほか、各部署内での心理的・実務的にバックアップする体制を作ることも大切なことです。精神保健の相談や支援は成果が見えにくいことが多く、ややもするとその負担や役割が軽視されがちです。そうしたことがないように、相談や支援の重要性や負担の重さについて理解を深めます。

また、万が一、対象者が自殺してしまうなどの出来事が起こったときには、自責感から抑うつ反応が強く出て、孤立してしまうことがあるので、そうしたリスクを理解しながら見守ることが大切です。症状の程度によっては、仕事の軽減や、しばらく休養を取った方がいい場合もあります。

4) ゲートキーパー方式～連携のためのケース会議

自殺リスクのある人への対応として最も望ましい方法は、複数の分野からなる専門的な支援チームを組織し、一括して対応に当たるといった形態です。ゲートキーパー方式は、そうしたチームの機能を、関係機関の連携で担う形態と言えます。だからこそ、ゲートキーパー研修などで、担当者の技術向上を図り、連携を促進することが大切なのです。特に住民の生活に身近な相談支援機関である市町村レベルでの連携強化が自殺対策に重要であると考えられるのです。

連携に当たっては、ケース会議などを開いて、支援が必要な人について関係機関の支援担当者レベルでの連携を図ることも必要です。それぞれの対象者についてどのように支援していくかを検討し、支援の内容や必要度に応じて分類し、関係機関どうしでどのように役割分担して関わるかといった調整を行います。

5) 自殺と関連するリスクの評価

[自殺リスク・チェックリスト]

生活面の状況

- 喪失体験：身近な人を亡くす、近親者の自殺歴や自殺未遂歴
- 生活の問題：失業、多額の借金、生活苦、訴訟、過重労働、介護負担
- 被害体験：いじめ、暴力等
- サポートの不足：離別、孤立
- 重大な病気：心身の重大な病気

心理行動面の状況

- ◎ 心理：絶望感、希死念慮、衝動的な気持ち
 - 健康：2週間以上続く不眠、心理的な症状に伴う食欲低下・体重減少
 - 行動：自殺未遂、事故を顧みない行動、健康を損ねる行動（多量の飲酒など）
 - ◎ 自殺の準備状況：自殺の計画、生命保険、遺書、手段の準備（購入・下見など）
- ◎は自殺の切迫度を評価する上で特に重要

[参考：うつ病の症状 ～以下のうち5項目以上が2週間以上続く～]

うつ気分	「気持ちが落ち込む」
興味や喜びの喪失	「以前楽しめていたことが楽しめない」
食欲の減退または増加	「食欲がない」「やせてきた」
睡眠障害	「眠れない」「早く目が覚めてしまいそのまま眠れない」
精神運動の障害	「動作・行動が鈍くなった」または「落ち着かず動き回る」
疲れやすさ、気力の減退	「疲れやすい」「気力が続かない」
強い罪責感	「自分を責めてしまう」「自分なんかいない方がいいと思う」
思考力や集中力の低下	「物事に集中できない」「考えが進まない、まとまらない」
希死念慮	「死にたくなる」「生きていくのがつらい」

[参考：ベック絶望感尺度]（日本語訳：谷冬彦 発達心理学研究、1998）

1. 私は希望で胸をわくわくさせながら未来を待ち望んでいる。（*）
2. 私は物事を自分の思い通りにはできないので、あきらめたほうがましだ。
3. 物事がうまくいかなくても、それがいつまでも続くわけではないと思えば気が楽になる。
（*）
4. 10年後に私がどんな生活をしているのか、予想できない。
5. 私がもっともやりたいことを成し遂げるための時間は十分にある。（*）
6. 私がとても心配していることは、将来うまく解決すると思う。（*）
7. 私の未来は暗いように思われる。
8. 普通の人よりはましな人生が送れると思う。（*）
9. 私はいまだにチャンスが得られないし、これから先もチャンスに恵まれるとはとても思えない。
10. 私の過去の体験は、私の未来のためになるものだった。（*）
11. 自分の将来を思うと、苦しみばかりで楽しいことは無さそうだ。
12. 私が本当に欲しいものは手に入れられないと思う。
13. 将来のことを考えると、今よりも幸せになっているだろうと思われる。（*）
14. 何事にせよ私の望む通りにはならないだろう。
15. 私は未来を強く信じている。（*）
16. 私が望むものは決して手に入れられないから、何かを望むことはばかげている。
17. 将来、私が心から満足するようなことはありそうにない。
18. 私にとって未来はあいまいで不確かなものである。
19. 将来、悪いことより良いことの方が多くありそうだ。（*）
20. 望むものを得ようと思っても多分手に入れられないだろうから、懸命に努力しても仕方がない。

回答：2件法（はい、いいえ）注）（*）は逆転項目

- | | |
|------|------------|
| 0-3 | なし、または、わずか |
| 4-8 | 軽度 |
| 9-14 | 中等度 |
| 15 - | 重度 |

(4) 地域のエンパワーメント

地域住民どうしの支え合いは、自殺予防にとっても心の健康にとっても、また、地域の安全にとっても大切なことです。地域づくりにおいては、次の 3 つの視点から取り組みます。① 身近な人のためのゲートキーパーの人材育成、② 支え合いの場づくり、③ 悩み事を相談する住民の意識と技術、です。

1) 身近な人への相談 ～身近な人のためのゲートキーパー研修

悩みを抱えていても、相談することをためらってしまうという人も少なくありません。家族や友人、職場の同僚など、身近にいる人が気づいて、声をかけ、話を聞き、専門機関への相談を勧めるといったことが役立ちます。ゲートキーパーという呼び名は、こうした身近な人についても用います。研修の内容としては、悩みがあるときに身近な人に相談すること（援助希求）という相談する立場、そして身近な人が困難を抱えていることに気づき、相談を受けるといった相談を受ける立場のそれぞれについて、演習を交えて学びます。悩みがありそうな様子に気づく、上手に話を聞く、適切な相談先に相談することを勧める、などの技術です。

研修を受けたからと言って、すぐに自殺リスクのある人が身近に現れるというものではありません。しかし、研修を受けることによって、自殺や自殺対策に対する意識の変化や、それほど深刻な内容でなくても、日常生活で身近な人に相談する、あるいは身近な人からの相談を受けるといった行動の変化などが期待されます。意識の変化については、作成過程の尺度ですが「自殺と自殺対策に関する意識調査票」などで評価することができます。行動の変化については、事後フォローのアンケートなどで、実際に家庭で実践できているかどうかを尋ねるなどの方法があります。

(解説)

普段から気軽に相談し合える相手がいるということは、いよいよせっぱ詰まったときの助けになるだけでなく、普段からの精神的健康を保つ役割も持ちます。また、地域全体、あるいは職場全体、あるいは家族みんなが相談し合える関係にあるということは、地域として、職場として、家族としての強みになります。いわば、地域づくり、職場づくり、家庭づくりのために有用なのです。

自殺予防のゲートキーパー研修というと、しばしば「自殺のサイン」といったことが強調されるのですが、身近な人へのゲートキーパー研修においては、むしろ相談し合える関係を促進する、という点に重きを置いた方がいいでしょう。すなわち、コミュニケーションの促進であり、特に、話を聞く、気持ちを受け止めるといったことがポイントになります。

【自殺と自殺対策に関する意識調査票】

(※岡檀ほか：自殺希少地域・青森県旧平舘村の地域特性に関する研究 日社精医誌 24, 2015 をもとに作成)

(質問項目)

	1	2	3	4	5
(1) 事情によっては自殺もやむを得ない					
(2) 自殺をしても仕方ない場合がある					
(3) 家族に負担をかけるくらいなら死んだ方がましだ					
(4) 自殺は予防できる					
(5) 自殺は悲しいことだ					
(6) 自殺は大変なことだ					
(7) 自殺をしてはならない					
(8) 自殺は恥ずべきことだ					
(9) 自殺をする人の気持ちがわからない					
(10) 自殺は困ったことだ					
(11) 働けなくなったら生きていく意味は無い					
(12) 自殺は立派なことだと思う					
(13) 自殺をうらやましいと思う					
(14) こころの悩みや不安などの相談窓口があることを知っている					
(15) 悩んでいるときや困ったときは、だれかに相談しようと思う					
(16) 悩んでいる人が身近にいたら、声をかけようと思う					
(17) 悩んでいる人が身近にいたら、相談窓口を紹介したいと思う					

1 = そう思う 2 = ややそう思う 3 = どちらとも言えない 4 = あまりそう思わない
5 = そう思わない

(使用方法)

- a) (8)(9)(10)は評価対象外
- b) それ以外の 14 項目の得点について研修の前後で比較する
- c) (1)(2)(3)(11)(12)(13)を反転項目として 6 点から引いた値を求めたうえで、(1)～(7),(11)～(13)の平均値を自殺に対する意識指標、(14)～(17)の平均値を援助希求指標とする。得点が低い方が自殺対策に好ましいと判断する。(※)

(注意事項)

- a) この尺度の妥当性は検証されていない。また、反転項目および除外項目の扱いについては、今後、調査を進めた結果、修正が必要となる場合がある。
- b) 大学生および高校教師を対象に行った研修で用いた際の結果を参考データとして示す。

(参考データ)

大学生および高校教師の研修前後の各項目の平均値 (研修前後の t 検定での比較)

		高校教師 (n=18)		t検定	大学生 (n=120)		t検定
		平均値	SD		平均値	SD	
1	研修前	4.47	0.72		3.18	1.39	a
	研修後	4.65	0.79		3.48	1.36	
2	研修前	4.47	0.81		3.09	1.41	a
	研修後	4.65	0.81		3.39	1.41	
3	研修前	4.41	0.81		3.78	1.21	a
	研修後	4.76	0.45		4.12	1.16	
4	研修前	1.71	0.72		2.04	1.12	a
	研修後	1.41	0.73		1.63	0.90	
5	研修前	1.12	0.34		1.45	0.93	
	研修後	1.06	0.25		1.44	0.86	
6	研修前	1.29	0.60		1.52	1.05	
	研修後	1.24	0.58		1.48	0.93	
7	研修前	1.41	0.73		2.18	1.34	
	研修後	1.29	0.60		2.09	1.27	
(8)*	研修前	3.12	1.17		3.36	1.27	
	研修後	2.76	1.26		3.2	1.37	
(9)*	研修前	3.47	0.82		3.31	1.20	
	研修後	3.41	1.03		3.34	1.27	
(10)*	研修前	1.82	1.09		2.26	1.14	
	研修後	1.47	0.73		2.34	1.31	
11	研修前	4.53	0.82		4.09	1.10	a
	研修後	4.82	0.40		4.37	0.98	
12	研修前	4.65	0.72		4.48	0.90	b
	研修後	4.82	0.54		4.64	0.77	
13	研修前	4.71	0.60		4.61	0.83	
	研修後	4.82	0.54		4.52	1.00	
14	研修前	1.65	1.2		1.8	1.21	a
	研修後	1.06	0.25		1.36	0.96	
15	研修前	1.35	0.79		2.09	1.19	a
	研修後	1.12	0.34		1.46	0.87	
16	研修前	1.59	0.82	c	1.97	1.04	a
	研修後	1.12	0.34		1.52	0.89	
17	研修前	1.94	1.06	b	2.47	1.23	a
	研修後	1.18	0.40		1.71	1.06	
自殺に対する意識	研修前	1.43	0.45		2.00	0.69	c
	研修後	1.25	0.37		1.82	0.66	
援助希求	研修前	1.63	0.85	c	2.09	0.86	c
	研修後	1.12	0.30		1.52	0.81	

a: p<.0001 b: p<.001 c: p<.05

※ (8) (9) (10) は評価対象外

2) 支え合いの場

相談・支援の項目で記述したうつ病などの当事者グループのほか、もう少し緩やかなサロン、さらには、文化やスポーツ、娯楽などの集まりも含まれるかもしれません。人と人とのつながりを持つということだけでも心の支えになるでしょうが、参加者に対してゲートキーパー研修を実施することによって、支え合いの力は高まるでしょう。

自殺の少ない地域の住民特性を調べた研究結果が参考になります（岡ら、2012）。それによると、「住民どうしの結びつきがゆるやかな紐帯をなす」「身内意識が希薄（排他的でない）」「援助希求への抵抗が小さい」「他者への評価は人物本位（学歴などの形にとらわれない）」「意欲的な政治参加」「格差感が小さい」といった特性が、自殺の少ない地域で多く認められました。また、「援助希求」を支えるような互助組織が整っていることもこの地域の大きな特徴でした。これらの特徴は、一方で、うつ受診率の高さ、すなわちうつに陥ったときに受診しやすいという特徴としても現れていました。こうした住民どうしの支え合いと、援助を求めることへの抵抗感の少なさ、そして医療の普及が自殺の少なさに寄与すると考えられます。

（※岡檀：自殺希少地域－徳島県旧海部町に見る、援助希求を促す環境づくり 精神科臨床サービス 12, 2010）

（解説：ソーシャルサポート）

ソーシャルサポートという言葉があります。広い意味では支援制度などを含みますが、狭義には人によるサポート（支え）を言います。支援機関の担当者によるサポートのほか、家族や友人などによるサポートも含みます。サポートといっても、ただなんとなく一緒にいるという関係もありますので、その内容が問われます。具体的には、サポートの内容としては、何かを手伝ってもらおうといった実質的なサポートと、自分のことを大事に思ってくれる、といった心理的なサポートがあります。こうした人と人との間のサポートは精神的な健康や、うつ病の経過にも影響があり、特に身近な人からの心理的サポートの影響が大きいのです。リスクのある人についてソーシャルサポート質問紙などを利用して評価すると、どういう人からのサポートが利用できそうか、公的な支援がどの程度必要そうかといった判断をするうえで参考になります。

3) 悩み事を相談する住民の意識の普及啓発と技術習得の研修

援助希求は、困難を抱えた時に他人に相談し援助を求めることを言います。援助希求は自殺に対する防御因子として重要なものですが、悩みを相談せず自分一人で解決しようと抱え込んでしまう場合も少なくありません。

こうした背景として、援助希求を妨げる文化的な側面にも留意する必要があります。「自分のことは自分で解決すべきだ」「他人に迷惑をかけてはいけない」といった意識があると考えられます。そうした考えは、さらに、「死をもって償う」「死んでお詫びをする」といった罪や失敗の償いとしての自殺や、「周りに迷惑をかけないために死ぬ」といった自己犠牲

としての自殺などに結び付きます。こうした考えは、突然思いついたものではなく、私たちが成長していく中で世の中から学び取って身に付けたもので、いわば、長い歴史を経て世の中に根深く住みついている考えや価値観です。

こうした考えは、自殺対策の視点からは『誤った考え』ですが、それを変えていくのは容易なことではありません。私たち自身が、自分の中にある誤った考えに気づき、自殺予防の視点でどのような価値観や考え方が望ましいかという問題意識を持つことが、世の中の考え方を変えていくことにつながるでしょう。「相談することは生きる力の一つ」「一人で頑張らない」といった価値観は自殺予防に有用であり、そうした新たな価値観を模索していくことが必要です。

また、普及啓発だけでなく、援助希求の技術を身に付けるために研修を行うという方法も有効です。私たちは、誰しも、生まれてから、何らかの方法で自分の欲求を伝え援助を求めることを続けてきているものです。援助を求める技術は、家庭でのしつけや社会での経験のなかで学んでいくものですが、系統立てて学ぶ機会はほとんどありません。学校教育の場などで、こうした技術を学び、その場での実践を経験することで、よりしっかりした技術が身に付くことが期待されます。

「頼む」技術を身に付ける(演習)

小遣いが足りない！・・・

様々な頼み方を体験し、状況に応じた方法を考える



54

[ノーベック・ソーシャルサポート質問紙]

- (1) あなたの生活で大切な人物を列挙し、あなたとどういう関係かを記載します。
 (2) それぞれの人について、問1～8を評価し、さらに、問9を評価します。
- 問1. あなたはこの人たちからどのくらい好かれていると感じますか
 問2. あなたはこの人たちからどのくらい尊敬されていると感じますか
 問3. あなたはこの人たちをどのくらい信頼できますか
 問4. この人たちはあなたの考えや行動をどのくらい支持してくれるでしょうか
 問5. もし受診の交通費などで、急に1000円必要になったとき、どのくらい助けてくれそうですか
 問6. もしあなたが何週間かベッドで安静にしていなければならぬとしたら、どのくらい助けてくれそうですか
 問7. この人たちとつきあい始めてどのくらいの期間になりますか
 問8. この人たちといつもどのくらいの頻度でつきあっていますか（電話、訪問、手紙など）
 問9. この1年の間、引越しや転職、離婚・離別、死去、その他の理由で大切な対人関係を失いましたか。もしこの1年間に大切な対人関係を失った場合、
 9-a 付き合いがなくなった人物の数
 9-b 全体として、もう付き合いがなくなったこの人たちはどのくらいあなたをサポートしてくれましたか

回答項目

問1～6	問7	問8	問9
0 = まったくない	1 = 6か月未満	5 = 毎日	0 = まったくなかった
1 = すこしある	2 = 6～12か月	4 = 毎週	1 = すこしあった
2 = まあまあある	3 = 1～2年	3 = 毎月	2 = まあまああった
3 = かなりある	4 = 2～5年	2 = 年に数回	3 = かなりあった
4 = 非常にある	5 = 5年以上	1 = 年に1回以下	4 = 大いにあった

集計方法と健常者平均値（男性22名、女性68名の結果）

指標	計算方法	男	女
情緒的サポート	問1～4の合計	110.7±92.6	134.6±57.6
実質的サポート	問5と6の合計	58.5±43.5	73.7±30.4
サポートの合計	問1～6の合計	169.2±134.4	208.2±86.2
対人関係の量	問7と8の合計	80.1±57.3	102.9±43.2
サポートの損失	問9 a, bの合計	1.0±2.7	0.9±2.0

（※前田恵子ほか：デイケア・作業所通所中の統合失調症患者のソーシャルサポート（第1報）精神医学45, 2003）

(5) 推進体制

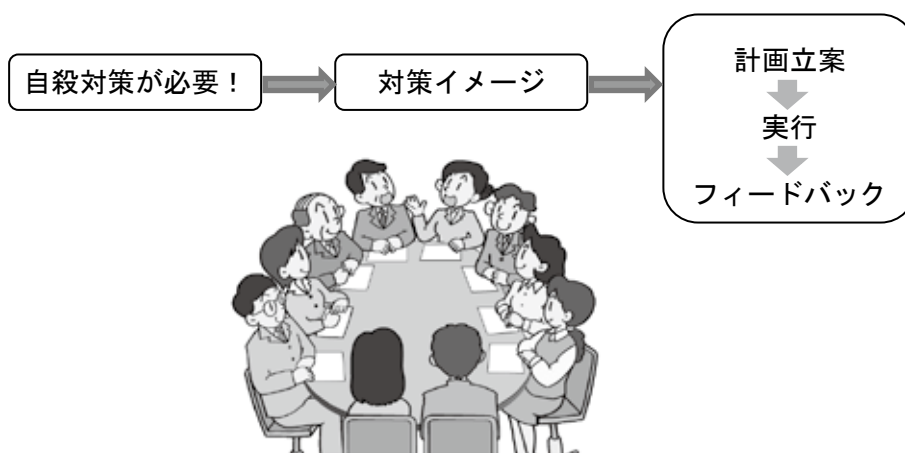
1) 組織的取り組みを促す

自殺には、経済的要因、日常生活や対人関係の要因、心身の健康などさまざまな領域の要因が関連しています。そのため、個々の領域の取り組みだけで得られる効果は限られています。こうしたことから、自殺対策の戦略としては、「自殺対策に多くの領域が関わる」ことを狙いとして、組織的な取り組みを目指す、ということが挙げられるでしょう。

自殺対策に組織的に取り組むにあたっては、いかにメンバーの積極的な取り組みを促すかがポイントとなります。それはすなわち、組織運営としての要件です。自殺対策の概観で述べたような、自殺対策の意義やイメージを共有し、継続的な取り組みができるようにします。

対策を推進させるために担当の部署を設けますが、担当部署にすべて任せきりということではなく、関係部署・関係機関が責任を持って対策に臨むような体制づくりが必要です。そのためには、以下のようなポイントを押さえておく必要があります。

- ① 自殺対策の必要性、重要性、手法などについての認識を共有する。
- ② 自殺対策の役割分担と責任を明確にする。
- ③ 対策全体を統括するイニシアティブ。



2) 組織化の手順

① 自殺対策の必要性、重要性、手法などについての認識を共有する。

自殺対策についてのビジョンや対策イメージについて共通認識を持てるように、自殺対策会議を開いて討議をします。研修会や自殺対策マニュアル等を用いた情報提供をするとともに、担当部署がニュースレターやリーフレットなどを配布するなどして、知識の啓蒙に努めることも必要です。

自殺対策ビジョンでは、自殺対策についてどのような社会を目指すかといったことを言語化します。市町村行政全体の目標と関連付けると、より一貫性が高まります。

自殺対策のイメージについては、なるべく自殺や自殺対策について、具体的なイメージ

が持てるように工夫するといいでしょう。年齢や職業別の自殺者数や、自殺の仮想事例を提示するのもイメージづくりには役立ちます。また、もしも可能ならば「この対策によって、△△のリスクのある人の〇〇人くらいが支援を受ける」といったふうに、対策の効果の予測、または実績をなるべく具体的に示すことができれば、説得力が増します。

② 自殺対策の役割分担と責任を明確にする ～対象を分けて考える

全体的な自殺対策会議だけでなく、対象ごとに分けた検討の場を持ちます。

自殺は10代以降、すべての年代に、また様々な生活状況の人に起こり得る問題です。一つの部署ですべての自殺に関与することは難しく、各部署によって寄与できる自殺予防の範囲は異なります。自殺者全体を取り組みの目標とすると、各部署の寄与の割合は相対的に低くなり、責任性が曖昧になってしまいがちです。そこで、高齢者、勤労者といったように取り組みの対象を限定することによって、役割分担が明確になり、責任性も高まります。「自殺は心の問題だから精神保健が取り組めばよい」「自殺は景気によって左右されるから雇用対策が自殺対策だ」といった一面的な議論が無意味な議論であることがわかるでしょう。

対象ごとの対策においては、必ずしも自殺対策がメインである必要はありません。すでに対策が実施されている分野については、その対策の中に自殺対策の視点を織り込むとよいでしょう。たとえば、失業者対策は、いかに仕事に就けるように支援するかということが第一ではありますが、同時に、自殺予防の視点から、失業者に対応する関係者が、心の健康や自殺対策の視点や技術を持ち、ゲートキーパーとして自殺対策に関わるというふうに対策を進めることができます。あるいは、いじめ対策は、いじめの予防であるとともに、被害者の自殺対策も当然含めなければなりません。

このような個別分野としては以下のようなものが例として挙げられますが、この手引きの後の章でも、対象ごとの自殺対策について記述していますので参考にしてください。

(自殺対策と関連の深い分野の例)

- ・ 困窮者対策
- ・ 多重債務対策
- ・ 高齢者支援
- ・ 介護負担問題
- ・ 過重労働やパワハラ等の勤労問題
- ・ 失業者対策
- ・ いじめ
- ・ 配偶者間暴力、家庭内暴力、虐待
- ・ マイノリティ（性的マイノリティなど、認知や対応が不十分な例）
- ・ その他

③ 対策全体を統括するイニシアティブ

各部署が責任を持って計画を立てて実行するためには、各部署の役割の中に自殺対策が明記されていることが望ましいことです。たとえば高齢担当であれば、高齢者の自殺対策もその業務に含めるといった具合です。そうした作業を各部署に要求する、ある種の権限ないし主導権（イニシアティブ）が求められます。

こうしたイニシアティブは自殺対策計画を策定することで得られるかもしれませんが、首長のリーダーシップがあればさらに促進されるでしょう。あるいは自殺対策担当部署を部局横断的な組織に位置付けるという方法もあるでしょう。いずれにせよ、イニシアティブのあり方について明記しておく必要があります。

イニシアティブが求められるのは次のような事項です。

- ・各部署における自殺対策の事業化を促すとともに、その実行を促す。
- ・各部署間で連携した事業への取り組みを促す。
- ・臨時的な事態への対応（集団自殺の流行等）。

5 自殺対策計画

(1) 計画の構成

1 自殺対策のビジョン・理念、計画の目的、位置づけ

自殺対策基本法では以下のように記述されています。

(目標) 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現

(目的) 国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること

(基本理念) (概略)

- ① 生きることの包括的な支援
- ② 社会的な取組として実施
- ③ 単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施
- ④ 自殺の事前予防、危機への対応及び事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施
- ⑤ 保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施

市町村の計画では、自殺対策基本法のこれらの記述やこのマニュアルの1章を参考にしつつ、各市町村で述べられている施政の理念などと照らし合わせ、住民へのわかりやすいメッセージとして定めるとよいでしょう。また、健康対策に関わる計画等、他の計画との関係についても記載します。

2 推進体制

自殺対策に全庁的に取り組むこと、および、民間団体等を含む官(学)民の連携体制について記述します。組織図、対策会議や対策計画の位置づけ、各部署の役割などを記載します。

3 現状と課題、4 行動計画

これらは、この冊子の4章及び8章を参考にしながら、作成します。自殺総合対策推進センターからも、各市町村に対して実情を踏まえた対策案がパッケージとして提供される予定ですので、とくに力を入れるべき対策として織り込むなど、参考にすることができます。

(2) 行動計画

1) 計画全体の目標値の設定

計画全体の目標値としては、自殺者数を用いるのが適切です。一人一人の命は掛け替えのないものであり、実数を用いることでその意図がより明確に伝わるからです。ただし、計算の根拠としては、自殺率や標準化死亡比を用いると、全国や県と比較しつつ設定できます。また、人口の変動が予想される場合は、その分を増減させるよう補正を行ってもよいでしょう。

具体的な数値をどう設定すればいいかについて決まりはありません。現状の自殺者数の△△%減、全国の自殺率と同等となる自殺者数の△△%減などがあります。人口5万人未満の場合は、目標自殺者数が一桁となるので、ゼロに設定したほうがよいかもしれません。

2) 重点施策

自殺対策の手法は多様であり、対象も多様です。そのため、全体的な目標設定だけでは、個々の部署の責任性が曖昧になってしまいがちです。そこで、手法や対象を限定して、重点的な施策をいくつか挙げるとよいでしょう。それによって、対策のイメージがより具体的になり、対策の裾野が広がることが期待されます。

その際、重点施策ごとに目標値を設定することが必要です。この場合、目標値としては、対象ごとの自殺者数や自殺率を用いることができます。そのほか、たとえばゲートキーパーの養成者数、ハイリスク者の把握率など、プロセス指標を用いることもできます。

重点的な施策の例としては次のようなものが挙げられます。それぞれ、どういった部署が関わるかを明確にできますので、より責任性を明確にすることができます。次の6章にも対象ごとの対策を記載していますので参照してください。

① 高齢者

高齢者の課題としては、要介護者、単身生活者、老々世帯などが挙げられます。それぞれ、介護保険や孤立死防止など、関連する施策がありますので、それらと一体的に自殺対策を図ることもできるでしょう。

② 若者

若者の課題としては、就労（就労失敗、労働環境など）や経済状況に関連する問題、種々の精神疾患の発症などが挙げられます。雇用対策、ひきこもりやニートの対策、地域住民としての健康管理（住民健診）など、関連する施策が挙げられます。

また、学校年齢を対象とする場合は、学校教育におけるエンパワーメントや、その後の生活を見据えた地域保健との連携といったことも課題となります。

③ 勤労者

過重労働対策やパワハラ等の労働環境の問題、業種や職種による景気変動の影響など、検討すべき課題は多岐にわたります。こうした課題を、自殺に対するリスクとしてとらえ、対策に生かすことが求められます。

④ 地域づくり

自殺予防における地域づくりは、住民同士の支え合いを促す普及啓発や研修、住民参加の場作りなどが挙げられます。こうした事業を、市町村としての町おこしや街づくりと関連させることで、より多くの人々が自殺対策に関与することができるかもしれません。

3) 事業計画作成の手順

① 関連しそうな既存の事業をリストアップしてみる

まず自殺対策に関連する様々な事業をリストアップします。精神保健だけでなく、産業、雇用、教育、介護、消費生活など、様々な事業が何らかの形で自殺対策に関わっていますので、そうした事業を幅広く集めます。

② 自殺対策との関連を分類

各事業を、対象、手法、自殺対策との関連について、分類します。自殺対策との関連は、対象者について自殺のリスクが考慮されているかどうかによって分類します。うつ病などのリスクの高い精神疾患、希死念慮や自殺未遂、といった視点が含まれているかどうかです。対策の種類は、普及啓発や調査など、主にポピュレーションアプローチ（P）と、個別的支持を中心とした、主にハイリスクアプローチ（H）が挙げられます。こうして、リストアップした事業を「自殺対策の対象と手段」の表にまとめます。

△ 自殺の背景要因としてなどの関連はあるが、直接的な結びつきは少ない

（例：離職者の復職支援）

○ 自殺と関連が深い要因についての対策。

（例：求職者に対するうつ病予防の啓発（P））

（例：求職者のうつへの気づきとつながいを目的としたゲートキーパー研修（H））

③ 質の向上と範囲の拡大

「自殺対策の対象と手段」を作成することで、自殺対策の現状を視覚化することができます。ここから、自殺対策の次の1手を検討していきます。視点は質の向上と範囲の拡大です。特に、重点施策を中心にして以下のような考え方で取り組むとよいでしょう。

質の向上は、今、行われている事業について、自殺対策への効果をいかに高めるかという視点です。たとえば「命の大切さを教える授業」は普及啓発事業ですが、「困ったときに助けを求める技術の習得」「友達の悩みに気づいて信頼できる人に相談する技術の習得」といった事業であれば、「若年者に対する集団支援やゲートキーパー」として、より実効性のある事業となります。

範囲の拡大は、「自殺対策の対象と手段」の手薄な部分について、事業を打ち立てるに何を付け加えるかということです。全く新たな事業を考えることもできますし、すでにある事業をレベルアップすることで補うこともできます。たとえば、「離職者の復職支援」について、「離職者に対するメンタルヘルスチェックを相談員が担う」という事業にレベルアップすることで、「中高年に対するゲートキーパー」として自殺対策に関連が深い事業にリストアップすることができます。

自殺対策事業の分類

手段 対象	ハイリスク				エンパワーメント				その他 関連事業		
	実態 調査	普及 啓発	相談 窓口	ゲート キーパー	スクリー ニング	個別 支援	集団 支援	連携 強化		援助希求 研修	支え合い の場作り
全般											
高齢者											
中高年											
無職者											
若者											
ひきこもり											
自殺未遂者											
自殺遺族											
その他											

[行動計画の例]

事業	現状	自殺対策強化のための計画 (平成〇〇年度)
多重債務相談	多重債務者に対する債務整理等の相談（関連事業）	新たに、相談員に対する自殺リスクチェックの研修を行う（ゲートキーパー研修）
命の大切さを教える授業	道徳的な教育として命の大切さについて話し合う授業（普及啓発）	新たに、いじめや自殺念慮に際して自ら相談する、友人として相談に乗り担任や家族など大人に相談する技術を教える（集団支援、ゲートキーパー研修）
全相談窓口への自殺予防チェックリストの常備（新規）		庁内の相談窓口に自殺予防チェックリストを常備し相談時に用いる（ゲートキーパー）
税金滞納者対策	税金滞納者に対する納税促進の対策（関連事業）	新たに自殺ハイリスク者という視点から実情を調査する（実態調査）

6. 対象に応じた自殺対策の概要

自殺対策と言っても、対象は様々な年齢、様々な生活状況に及びます。ある程度、対象ごとに的を絞った対策を行うことで、各関係機関の役割と責任を、より明確にすることができます。

(1) 高齢者の自殺対策

1) 高齢者の自殺の特徴

- 一般に男女ともに、年齢とともに自殺率が高くなる傾向があります。
- 自殺の背景として、以下の特徴があります。
 - ・ 警察庁の原因・動機分類では「健康問題」が多い。
 - ・ 精神医学的背景では「うつ病・うつ状態」が多い。

〔高齢者におけるうつ病のリスク要因〕

環境要因	身近な人の死、退職などによる役割の喪失、つながりの喪失 種々の身体不調とそれに伴う日常生活機能の低下
身体疾患	心臓・脳疾患、悪性新生物（ガン）、慢性呼吸不全、慢性疼痛性疾患など
認知症	認知症ではうつ病の合併率が高い うつ病によって認知症の症状が重く表れることがある (うつ病の治療で改善)。

2) 普及啓発

高齢者ご本人や家族に、うつ病の早期発見早期治療について普及啓発を行います。

(普及啓発の内容)

- 高齢者の自殺の背景としてうつ病が多いこと。
- うつ病の早期発見～早期治療が自殺予防に効果的であること。
- うつ病の早期発見のためには、うつ病を疑う症状や兆候について確認することが有用であること。

3) 相談・支援、連携

高齢者とかかわりを持つ家族やケアマネジャー等の支援者、内科等の医師らがうつ病の兆候に気づき、適切な医療や支援につながります。下記のような場合に、うつ病の症状について尋ねます。

(うつ病の兆候に気づくためのポイント)

- 上記の「うつ病のリスク要因」でリスクがある場合。

- 本人の会話や行動などから精神的な不調が疑われる場合。
- 体の不自由や痛みなどの訴えが続く場合。
(高齢者のうつ病の場合、体の不調を訴えることが多い。)

4) 高齢者への総合的な支援

高齢者では心身の衰えに伴って、さまざまな面での支援や見守りが必要となります。それとともに、そうした状況の中でどのように生きがいを持って生活してもらうかが課題となります。自殺予防も、こうした高齢者への総合的な支援の中に位置付けて実施すると、他の取り組みと有機的な連携を図ることができます。

心身の障害に伴う介護のほか、孤立防止や閉じこもり防止、詐欺等の被害防止、家族と同居している場合も虐待防止、老々世帯の見守りなど、多くの課題があります。高齢者本人だけでなく、介護を担う家族への支援も必要です。そうした課題への対策に合わせて、うつ病予防、自殺予防の視点も含めて、支援します。すなわち、支援者によるうつ病への気づきと受診支援、交流の場づくりなどを通じた対人関係の支援などです。

たとえば、孤立防止、閉じこもり防止などを目的とした交流の場は、参加者の状況を把握するよい機会となります。参加時の様子のほか、欠席もサインとなるでしょう。欠席した場合に状況確認してみると、実はしばらく前からうつ状態が進行していたということもあります。そうした場合は、まず安静と治療を優先させる必要があります。丁寧に評価することによって、リスクを判断し、適切に対応することができます。

5) 具体例

A さん、72 歳女性。2 年前に夫を亡くし一人暮らし。朗らかな性格で保健センターで開いていたカラオケ教室などにも参加していたが、最近あまり来なくなった。聞いてみると、膝が痛くて出かけるのが億劫。膝の痛みは、もう 4、5 年前からあって整形外科にも通っていたのだが、それでもカラオケなどをやっていると楽しくて忘れられたのが、最近ではカラオケの時もつい膝のことが気になってしまうという。

役場の担当者が気になって A さんに連絡を取り、訪問してみた。「また来てみたら?」「お友達も待っていますよ」と励まそうとも考えたが、念のためにうつ病の症状を聞いてみた。すると、最近、寝てもすぐに目が覚めてしまうし、食欲もあまりなく、少しやせたようだという。また、孫が高校に上がって、娘家族が帰省することが少なくなり、時々さびしくなるなどと愚痴を言ったりもした。そこで、『よく眠れてないようだし痩せてきているのも心配。膝のことや娘さん、お孫さんの心配などもあって気持ちにも負担がかかっているのでは?』と精神科への受診を勧めた。

その後、週に 1 回訪問を続けていくうちに、精神科に受診し、1 か月半くらいすると少し笑顔も見られるようになってきて、またカラオケ教室にも参加するようになった。膝の痛みの方はまだ残っているものの、前ほど気にする様子もなくなった。

(解説 1. 楽しめることができ初めて閉じこもり予防の効果がある)

「人と交わることがうつ病の予防にもなる」ということで、高齢者の閉じこもり予防にむけて積極的に働きかけることはよいことですが、それがすべての人に当てはまると考えてはいけません。こうした働きかけによって、「楽しい」という体験ができて初めて効果が表れるものであり、苦手なことを無理にやっても意味がありませんし、この A さんのように、すでにうつ病の状態になってしまっている人を見逃してしまつては予防の意味がありません。

(解説 2. 男性の場合の難しさ)

男性では役割を失うということで気力をなくしてしまうことがあります。退職し、その後も町内会長を務めるなどしていた人が、体力・気力の衰えを感じて役割を退くといったことです。能力や努力といったことから離れた価値観を見つけていくことが求められます。回想法といって、昔のことを話してもらつという関わり方がありますが、長い人生の経験から得られた鷹揚さや人生の機微についての知恵など、その人なりの価値を見つけるきっかけになります。そのような場を作っていくことも、一つの対策として挙げられるでしょう。

(2) 中高年の自殺対策

1) 中高年の自殺の特徴

- 平成10年から自殺者が急増した主な要因は、経済生活問題を背景とする中高年男性の自殺の増加でした（警察庁自殺統計）。
- 精神科診断で多いのは、高齢者同様、うつ病やうつ状態です。
- 種々の生活上の困難に加えて、心身の健康やアルコール問題などが自殺の背景として挙げられ、特に複数の要因が重なることが自殺のリスクを高めます。
- 女性では心身の健康のほかに、生活面では身近な対人関係の要因が自殺の背景として挙げられます。たとえば、職場環境でも職場内の同僚や上司などとの関係の影響が大きいと考えられます。

2) 普及・啓発

本人自らの気づきのほか、家庭、職場内などでうつ病などの自殺のリスクに気づき適切な支援につなぐことができるよう普及・啓発します。

(普及啓発の内容)

- 生活上の様々な困難が自殺のリスクとなり、特に複数要因が重なったときにリスクが高まること。
- それらの生活上の問題の解決とあわせて、うつ病等の心の不調に気づき専門機関に相談や受診すること。
- ストレスを上手に解消する。悩みは早めに相談する。
- 日頃の習慣や考え方を見直すこと。
 - ・「自分のことは自分で解決すべきだ」⇒「助けを借りることでよりよく解決できる」
 - ・「我慢は美德」⇒「相談は美德」
 - ・「迷惑をかけてはいけない」⇒「迷惑はお互い様」 など

[中高年における自殺のリスク要因]

種々の生活上の困難	経済的困難、無職、家庭環境（不和、DV、離別など）、 職場環境・労働環境（過労、パワハラなど） 重大な病気、心身の障害
生活上の転機	リストラや離別、重大な疾患など

3) 相談・支援、連携

- 自殺のリスクとなる状況（生活上の困難）、およびうつ病等の心の不調に気づき、生活の支援を行うとともに医療機関の受診を促します。すなわち、各相談機関でそれぞれの担当する課題に対応するとともに、他の領域についても問題をかかえていないか気づき、適

切な相談先と連携することが大切です。特に、うつ病等の心の不調について見落とさないように心がけます。

(心の不調に気づくポイント)

□ 基本的にはうつ病の諸症状によって気づきますが、この年代では、中でも「不眠」(疲れているのに眠れない、2週間以上続く不眠)や「だるい」などの体調不良が相談のきっかけとなりやすいようです。

□ 飲酒は自殺の重要なリスク要因です。心の不調に伴って飲酒量が増えることがあります。また依存症でなくても多量飲酒が続くと自殺のリスクが高まります。

4) 対策の視点

a) 中高年全体を対象とする場合は、不眠や飲酒と関連付けた対策を行います。不眠がある場合にかかりつけ医に相談することを促し、必要に応じてかかりつけ医から精神科医に紹介する、というシステムが静岡県で試みられましたが、そうした取り組みです。

b) 中高年といっても生活の背景は様々なので、さらに対象を限定して対策を行うこともできます。

・勤労者：職場のメンタルヘルス対策として、過重労働対策やパワハラ・セクハラ対策などと併せて自殺対策を行います。職種や業種、事業所規模、就業形態、あるいは性別によってもストレスや自殺の状況が異なりますので、それぞれの対策の有効性と限界とを把握しながら対策を進める必要があります。

・失業者：失業自体、大きなストレスであり、自殺のリスクとなります。失業の背景に精神疾患や障害などがある場合、さらにリスクは高くなるでしょうし、就業を困難とする要因ともなります。ハローワークなどにおける就業支援にあたって、そうした視点を持って対応することが求められます。

・無職者：無職で社会とのつながりが乏しい場合、自殺のリスクは高くなりますが、一方で、介入の手掛かりを得ることが難しく、対策が難しいのも事実です。

同居者がいる場合、同居者が介入の手掛かりとなることがあります。本人のうつ的な様子に気づく場合のほか、本人のDV等についての相談という場合もあります。DVの加害者も、うつや依存症等の問題を抱えていることが少なからずあり、そうした場合、自殺のリスクが高くなります。

同居者がいない場合は、さらに介入が難しくなりますが、自殺リスクはさらに高くなります。特に、無職状態が続いている背景に精神疾患や依存症等の問題がある場合は、リスクが高くなります。そうした人が無職者のどのくらいの割合であるかについては調査されていませんが、平成22年に生活保護受給者について実施した調査結果では精神疾患の割合が15.0%と高くなっていました。高齢者の無職は精神疾患等の理由の有無によらない面が大きいです。中高年では、精神疾患等の割合が高いことが予想されます。福祉事務所等での経済面の相談などにおいて、こうしたリスクの高い人に気づき、適切に支援すること

が必要です。

5) 具体例

Bさん、46歳男性。8年前に結婚したがその1年後に離婚し、以後一人暮らし。8か月前に、会社の経営不振に伴って希望退職。再就職を目指していたが、自動車事故を起こし、大事には至らなかったが、その後始末などに追われたこともあって、再就職できないままずるずると今に至った。就職活動と思うのだが、なんとなくだるく、ついおっくうでどこにも行かずにごろごろしてしまうということがある、内科に受診した。検査では、肝機能の数値や中性脂肪がやや高く、聞いてみると飲酒量が多いことがわかった。さらに聞いてみると、食事も1日1回程度、イライラしやすく、夜、寝つきが悪い、夜中に何度も起き、朝、すっきりせず横になっていることが多い、といった状態でうつ病やアルコールの問題などが疑われた。そこで、精神科を紹介されて、受診となった。

(解説 複数の問題を抱えていることに気づくことがポイント)

このような方は、もしかすると内科で「飲みすぎによる肝障害」として肝臓の薬を出されるか、あるいは節酒指導されて終わりとなっていたかもしれません。しかし、離婚、離職、事故といった生活の変化、イライラや不眠、食欲低下といった心身の変化があり、自殺のリスク要因が複数重なって、リスクが高まっていたことがわかります。アルコールの問題とうつの問題は、相互に影響し合うことが多く、治療の上でも、両面から治していかないとうまくいかないことが少なくありません。

今回はたまたま内科に受診し、その医師が気づいてくれたおかげで精神科の治療につながりましたが、その前にハローワークの相談で気づいていれば、さらに早く発見できたでしょう。ただ、この方は、最近ハローワークからも足が遠のいている感じなので、これらの機会を逃すと、誰も気づかないままに病状が悪化してしまっていた可能性があります。

(3) 若者の自殺対策

1) 若者の自殺の特徴

- 若者の世代は、その後の世代と比べて、社会経験の少なさ、経済的な脆弱さをはじめ、様々な面で不利・不安定な状況におかれています。
- 自殺の背景は、経済生活問題、対人関係、健康問題など様々であり、精神医学的にも、うつ病のほかに統合失調症、パーソナリティ障害、薬物・アルコール関連の疾患など様々です。また他の世代と比べて、精神疾患の診断が付かない割合が高く、精神疾患としての特徴が明確ではないレベルで自殺に至ることもあると考えられます。そのほか、発達障害も自殺リスクとして重要視されています。
- 全体としての自殺率は他の世代よりも低いものの、精神医学的には問題が軽微な場合でも自殺に至ることがある、という意味では、自殺に対する脆弱性が高いと言えます。社会経験の乏しさなど、自殺に対する防御因子の低さに起因していると思われます。

2) 普及・啓発

社会経験が少ない若者にとって、仕事、友人や職場内などでの対人関係など、悩みを持つことは誰にでもあることです。また、非正規雇用による経済的・心理的負担、異性間等での暴力といった重大な問題をかかえることもあります。一方で、うつ病だけでなく統合失調症やパーソナリティ障害等、様々な精神疾患の発症率リスクも高くなります。精神保健についての知識を持つとともに、そうした心の面も含めて、様々な悩み事について相談するという習慣を持つことが大切です。

ソーシャルメディアの利用など、若者のライフスタイルに合った情報伝達を模索するためには、若者自身が自殺予防の普及啓発等に参画することが望ましいと考えられます。

3) 相談・支援、連携

- 他の年代と同様に、自殺のリスクとなる状況（生活上の困難）、およびうつ病等の心の不調という、両方の視点からの支援が必要です。若年者は、社会的にも経済的にも不安定であり、それだけストレスは大きいものです。また、職場の上司とのコミュニケーションがうまくいかないといった場合はさらにリスクが高くなります。

支援については、心の不調に気づいて医療につなぐということだけでなく、困ったときに助けを求める、相談するといったコミュニケーション技能の習得も必要です。一方で、職場、家庭などで若者を支えることができるように、普及啓発やゲートキーパー研修などを図ることが必要です。

(心の不調に気づくポイント)

- 若者の場合、自殺の背景となる疾患は、うつ病だけでなく、統合失調症やパーソナリティ障害など、対人関係にかかわりの深い疾患が挙げられます。孤立しがちな人をいかに

見守るかということも大切です。

□ 飲酒や薬物乱用も自殺の重要なリスク要因です。

4) 対策の視点

置かれている状況も、精神疾患の種類やリスクも多様であるという点は、中高年と同様です。しかし、この年代として抱えやすい課題もあります。まず、就労にまつわる課題、すなわち、非正規雇用、就職困難、ミスマッチ、その背景にある職業適性の問題、コミュニケーションの問題などが挙げられます。また、若者同士の交友は、一面ではサポートになります。一方で、非行や薬物乱用等に見られるようなネガティブなつながりが問題となることもあります。また、親の問題、たとえば貧困や精神疾患等、からも影響を受けます。

対策にあたっては、次世代育成の視点を踏まえ、若者自身が対策に参加するという視点も重要です。その理由として次のような点が挙げられます。

① 若者が置かれている状況に即した対策：若者は、職場内などでは新参者として、いわばマイノリティの立場に立つこととなります。若者がどのような困難を抱えやすいかといったことは、若者自身の立場から見ることで、よりの確に把握することができると考えられます。

② 若者社会の問題：若者は学校生活を通して同じ年齢どうしの社会で過ごしてきました。そうしたことから、若者の生活において、同世代とのコミュニケーションは特に影響が大きいものです。上記のネガティブなつながりといった問題も含めて、いわば若者社会の問題として見る視点が必要です。

③ 若者のエンパワーメント：若者自身の参加による取り組みは、若者の自尊心や自信を高めることにつながり、より主体的な取り組みを促すと考えられます。若者自身が普及啓発に取り組んだり、相談支援にたずさわること、対象となる若者にとっても、より身近なメッセージとして受け入れられます。

5) 具体例

[1] Cさん、21歳男性。高卒後、上京し、派遣社員としていくつかの職場を転々としていた。4月から新しい職場に派遣されて2か月になる。仕事は入力の仕事だが、医療関係の職場で、慣れない言葉が多いなど、難しく、ストレスからか、家では、ついついぐずぐずとネットゲームなどで夜更かししてしまう生活となっていた。あるとき、ふと、自分の個人情報が出てくると感じることもあり、それ以来、なんとなく街中でも自分が見られているような感じで不安になり、仕事にも集中できなくなってきた。遅刻が続くので、生活指導の目的で上司が本人を呼んだが、話を聞いたところ、上記のようなことがわかり、精神科に受診となった。統合失調症の診断であった。

(解説)

精神疾患では、コミュニケーションに影響を与えることが多く、困っていても助けも
らう声を上げることが難しくなります。その傾向は、病的な度合いが強くなればなるほど
顕著になります。ですので、なるべく早い段階で、周りが気づくことが必要です。この場
合、上司が生活指導の前に話を聞いてくれたおかげで、異変に気付いたのです。

[2] Dさん、26歳女性。高校在学中より不登校がちで、うつ病として通院中。症状はおち
つき、飲食店でアルバイトを始めた。経費削減などでアルバイトの数が減り、Dさんの負
担が増加、次第に抑うつの症状が悪化し始めた。休むこともできず、とうとう、辞めたい、
と店長に申し出るも、「人が足りないから」と断られてしまう。主治医との相談では「自分
が辞めるとほかの人にも迷惑がかかってしまうから辞められない」「でもつらくて死にたく
なる」と話す。

(解説)

若年者では就労状況が不安定になりがちで、辛くても経済的な理由から辞められない、
あるいはこのDさんのように周りに気兼ねして辞められない、ということもあります。医
療機関では症状に対して薬の調節などはしますが、「上司に辞職の意を伝える手伝い」まで
はなかなか難しいことが多いものです。地域の支援者がそうした点や、その後の生活支援
も含めて助けること自殺予防に寄与します。

(4) 学校における自殺対策

1) 学校における自殺対策の意義

年代別の自殺率を見ると、10代までは自殺率が低いものの、10代後半から上昇し始め、
20代にはそれ以降の年代と変わらない水準まで高くなります。学校においては、その保護
的な環境が自殺の抑制に寄与し、低い水準で抑えられていると考えられます。しかし、学
校は緊密な集団であるために、自殺や自殺未遂などの出来事が与える影響は大きく、自殺
予防は重要です。

また、卒業後の年代ごろから自殺率が高くなることを考えると、卒業以降の人生におけ
る自殺予防のために早期に教育を受けることが望ましいと考えられます。学校における自
殺予防教育がその役割を担うことが期待されます。

2) 学校における自殺予防プログラム

学校で自殺予防プログラムを実施することは、学校における自殺予防と、卒業以降も含
めた自殺予防教育との2つの目的を持ちます。プログラムの内容としては、①自殺予防プ
ログラム推進体制、②教職員によるゲートキーパー、③生徒のエンパワーメント、の3つ
が挙げられます。さらに、教職員に対する研修や生徒に対する授業実施のための指導者研

修も含まれます。③ 生徒のエンパワーメントは、最も自殺対策に役だつと考えられ、研究的にも効果が実証されています。

学校における自殺予防は、当然ながら、いじめや家庭内の問題（貧困や DV など）と深く関連します。ですので、これらと連動して対策を進める必要があります。

① 自殺予防プログラム推進体制：

各プログラムのスケジュールを定め、実行します。また、自殺が起きてしまったときの対応方法や体制についても定めておきます。

② 教職員に対するゲートキーパー研修：

以下のような内容で研修を行います。座学、相談の受け方などの演習、困難例への対応のディスカッションなどが含まれます。

- ・自殺と自殺対策の理解
- ・話を聞く、相談される関係を築く
- ・困難や悩み、心の不調に気づき、専門機関と連携する
- ・困難例への対応方法（自傷行為など）

③ 生徒への自殺予防教育

以下のような内容で授業を行います。生徒が普段の生活で経験することがある様々な問題について、たとえば、いじめなどをとりあげ、それについて、いろいろな立場の意見を検討し合うとともに、問題に遭遇した時にどのように対処するかについて、特に相談のしかたや相談の受け方についてのロールプレイを行います。

授業を進める教師の力量も必要となりますので、事前に研修を行います。

- ・ストレスと上手に付き合おう
- ・問題解決技法
- ・相談を学ぶ（ロールプレイ）
- ・種々の問題についてのディスカッションとロールプレイ

(5) 自殺未遂者の自殺対策

1) 自殺未遂者の特徴

- 警察統計では、自殺者のうち自殺未遂歴のある者の割合は2－3割です。また海外の研究では自殺未遂者のその後の自殺率は、一般人口よりも60-70倍にも上る場合があることが示されています。いずれにせよ、自殺未遂者は自殺のハイリスクです。
- 自殺未遂者の精神医学的背景としては、うつ病、統合失調症のほかにパーソナリティ障害や不安障害など種々の疾患が含まれ、既遂者と比べて、パーソナリティ障害や不安障害などの割合が高いことが特徴です。

2) 自殺未遂者への対応

- 自殺未遂者は自殺のハイリスク者として対応します。
- 直後の対応と長期的支援とがよく連携することが必要です。
 - 直後の対応（短期的支援）
 - 対応者：家族、身体治療の医療機関、精神科医療機関、地域保健スタッフなど
 - 内容：身体治療、安全の確保、長期的支援につなぐ
 - 長期的支援
 - 対応者：家族、精神科医療機関、地域保健スタッフなど
 - 内容：精神科治療、種々の困難の解決に向けた支援、支援者間連携
- ・ 自殺未遂への対応に当たっては次の2群に分けることが有用です。

[自殺未遂者の分類と対応]

	既遂率の高い手段による自殺未遂 (救急搬送される自殺企図者の2割) (※1割は自殺既遂(死亡)) (*)	既遂率の低い手段による自殺未遂 (救急搬送される自殺企図者の7割)
手段	飛び降り、首つり、毒物など	手首自傷、大量服薬など
特徴	男性に多い 精神科を受診していない割合が高い 躁うつ病、うつ病や統合失調症などが多い	女性に多く、年齢は比較的低い 精神科を受診している割合が高い パーソナリティ障害や不安障害なども多い 自殺未遂を繰り返すことが多い
対応	精神科を受診させ、適切な医療や環境調整を行う。 直後の自殺リスクが高く、安全確保に十分に配慮する。 (短期的支援から長期的支援へのつなぎ)	長期的には自殺のハイリスクである。 受診先の精神科やその他の支援機関が連携して長期的支援を行う。 未遂後の早い時期に介入することが課題。 (救急現場から長期的支援への連携が課題)

(*) 数値は福島県「救急医療機関における自殺企図対応調査(平成21年度)」に基づく

3) 自殺未遂者対策

家族等からの相談のほか、自殺未遂後の身体治療のための受診がアプローチの手掛かりとなります。精神科医療機関につなぐことと、抱えている生活上の問題の解決に向けた相談が必要です。こうした連携がスムーズにとられるように、相談機関や、自殺未遂後の身体治療に関わる救急医療機関等で、精神科医療機関への受診や精神保健機関等への相談を動機付ける役割を担うことが望まれます。そのための人材育成が必要です。また、すでに精神科医療機関に受診中の場合も、地域生活支援と連携することで、より効果的に支援することができるでしょう。

4) 具体例

[1] Eさん、23歳女性。短大卒業後、事務職として就職。経理の仕事を担当していたが、一度、自分が入力した数値のミスに気づくことがあって、そのときはすぐに直して済んだのだが、そのころから自分がなにか大変なミスをしてしまったのではないかとたびたび気になって、何度も確認するようになった。自分でも問題と思い、心療内科で薬をもらっていた。しかし症状はなかなかよくなり、職場では仕事が滞りがちになり、事実かどうかはわからないがなんとなく周りから白い目で見られているようで、緊張しながら仕事を続けていた。ある日、仕事中にふと「あの娘、困るのよね」という声が聞こえてきて、自分の陰口を言われているように感じた。その夜、持っていた薬をまとめのみして倒れているところを家族に発見され、救急受診した。

(解説)

自殺既遂と比べて自殺未遂は女性に多く、年齢も若いことが多く、また精神科や心療内科に受診している割合も高いことが知られています。Dさんのように症状が長引いている背景には、そういう特徴を持った病気である場合もありますし、周りに隠してしまったり、そのこともあって周りとの関係が疎遠になってしまったりといった、周囲との関係に問題があることもあります。こうした生活状況などもよく把握して対応することで、自殺のリスクに対処するとともに、症状の改善を図ることが必要です。

[2] Fさん 43歳男性。課長昇進後仕事に悩み、妻に「会社を辞めたい」と相談するも、妻は勤務継続を懇願（脳梗塞の父親を抱えている。娘が嫁入り前。家のローンが残っている）。4日間の休暇後、「上司に会社を辞めたい。」と相談するも「死ぬ気になればどんなことでも頑張れる。」と励まされてしまい、数日後、排ガスで自殺未遂を図る。その後精神科を受診し「うつ状態」の診断のもと休養を勧められた（自殺未遂については伝えなかった）。上司と相談するが、精神疾患での病休をためらい勤務を継続した。なんとか4ヶ月間勤務を続けたが、転勤の内示が出された4日後、排ガスにより再度自殺未遂。

(解説)

致死率が高い手段での自殺未遂は、その後の既遂リスクが高く要注意です。自殺未遂で救命されても、抱えている問題が十分に解決されないままでは再企図のリスクが高いままです。経済的な問題や職場の対応など、問題解決に向けて十分に状況を把握し、解決に向けて取り組むことが必要なのです。

(6) 自死遺族支援

1) 自死遺族の状況

自死遺族は、突然の生活の変化や心理的ショックによって大きな負担を負います。心理的影響としては、直後の混乱だけでなく、何年も続くことがあり、自身の自殺リスクの一つともされています。こうしたことから、自死遺族はしばしば、生活面、心理面の支援が必要となります。ただし、自死ということをおもひ他人に話したくないこともあり、一人で悩みを抱えてしまうことも少なくありません。

2) 自死遺族への相談と支援

まず、遺族が相談できる窓口があることを知らせる必要があります。不特定多数に広報する方法と、自死の直後にお知らせする方法とがあります。後者は、たとえば、警察や救急医療機関の協力を得て配布してもらい、市町村に死亡の手続きに来た際に渡す、もしくは、手に取れるように設置しておくなどの方法があります。

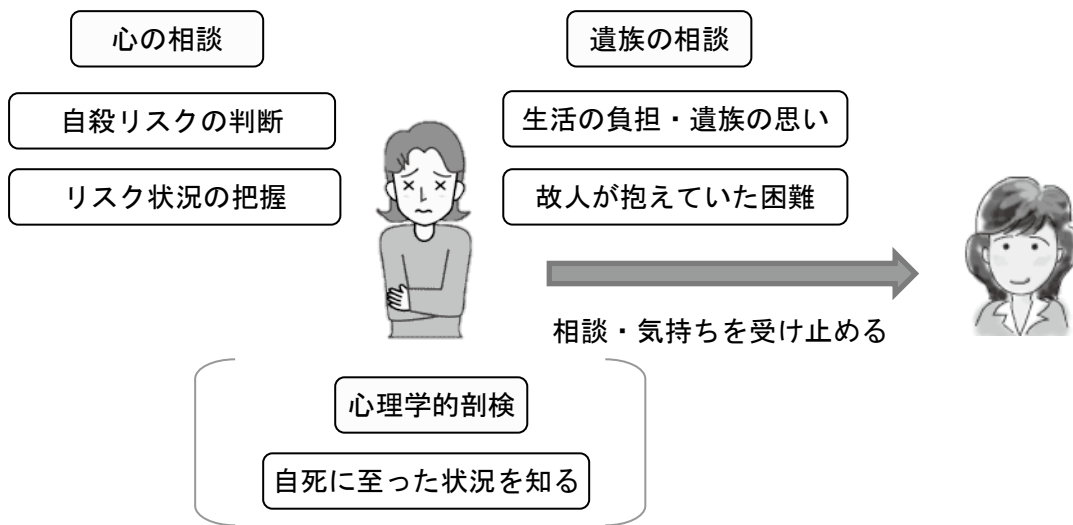
相談については、表向きは、生活の相談や家族の様子についての心配などであることも少なくありません。そうした生活面での不安や問題への対応など、実際的な面について相談し、一方で、自死のつらい気持ちなどが表現されたときは、その気持ちを受け止めるようにします。それで気持ちが和らぐというほどのものではなく、あくまでも本人の気持ちにつきあうということが中心になります。一方、医療など精神面への介入の必要性を判断するなど、一般の心の相談と同様な配慮も必要です。

※詳しくは、自死遺族相談支援マニュアル（H21.10）などを参照

3) 自死に至った状況についての遺族からの聞き取り

自死遺族への相談は、一方で、自死の状況について知る機会でもあります。どのように自死に至るかということは、すでに本人が亡くなっている状況では、遺族からの聞き取りがとても重要な情報となるからです。遺族からの聞き取りは、厳密には心理学的剖検という方法を用います。聞き取りはその人の自死の原因を突き止めることではなく、どのような状況で自死に至ったかという事実を明確にすることが目的であり、幅広い視点から確認する必要があります。

心理学的剖検では、たとえば、生命保険をかけていたか、それはいつごろからか、といった聞きにくいことも聞く必要があります。聞き取りには心理的にも時間的にも負担が大きいため、遺族の多大な協力が必要ですし、そうした負担のようすを判断しながら慎重に行うことが必要です。そのため、聞き取りの対象が協力できる遺族に限られ、対象者に偏りが生じてしまいがちであることが、この方法の難しいところかもしれません。



7. 自殺対策に関連するトピック

(1) 自殺対策についての考え方

1) 自殺対策が必要であるという3つの理由

① **直接の効果**：自殺によって失われるものは非常に大きいと考えられます。稼ぎ手を失うことによる経済的損失、周囲の者への心理的影響と、その結果生じる生産性の低下や治療や支援の負担、後追い自殺に代表されるような社会全体への間接的影響などです。

② **副次的効果**：自殺対策は単に自殺を防ぐためのものではなく、たとえば、過重労働の減少、介護環境の改善、経済弱者へのセーフティネットの強化、相談機関における相談対応の質の向上、心身の健康増進、といったことから、さらには「心を大切にする」といった社会理念の促進に至るまで、様々な効果が得られることを想定しています。ちなみに、この①と②の一部が含まれると考えられる、「自殺・うつ対策の経済的便益（自殺・うつによる社会的損失）の推計」（2010年、厚生労働省）では、年間2兆7千億円の損失と推計されています。

③ **道義的意義**：WHOは「自殺は深刻な、しかし予防可能な公衆衛生上の問題である」としており、実際に自殺の予防に成功した国の例もあります。いわば、救うことができる命であり、放置することは道義上、許されないことです。

最初にも述べたように、自殺や自殺対策については様々な立場の人が様々な意見を持っています。そうした意見を聞き、またそこで持ち上がる疑問点について話し合う中で、自殺対策の必要性や重要性について認識を深めることが、関係者それぞれの意欲を高めます。



否定的な意見に惑わされないよう、しっかりした認識を持つ

2) 自殺は多くの人が身近に経験するできごとである

自殺者の数は、多くの場合、年間の自殺者数が示されます。日本ではおおよそ2-3万人の方が毎年自殺で亡くなっています。これは人口約4・5000人に1人になります。一方、亡くなった人のうち、どのくらいの割合の人が自殺であったかを計算すると、約2%になります。つまり、50人に1人が、自分の一生を自殺で終えています。その結果、一生のうちに一度

は身近な人の自殺を経験する割合は 2 割程度に上ると考えられます。自殺は決して稀な出来事ではなく、多くの人が身近に経験するできごとなのです。

3) まずは、「自殺を防がなければ」と思うこと。

どんなことが自殺対策に取り組む動機付けになるのでしょうか？ 身近に自殺者や自殺の危機にある人を経験したことがきっかけで自殺対策に積極的に取り組むようになった、という方がいます。家族や友人、職場の同僚などのほか、相談者などの自殺や自殺の危機です。そうした経験がなかったとしても、同僚の経験を聞いたり、出版物を通して知ることでも動機づけが得られるでしょう。

もちろん、そうした経験や知識だけで自殺のすべてがわかるわけではありません。一言で自殺と言っても、それぞれの人の年齢、性別や、おかれていた生活状況によって、様々な背景があるからです。でも、「自殺を防がなければ」という思いを持つにはそれで十分です。

4) 「自分ひとりで自殺を防ぐ」ではなく「たくさんの人が関わること」

自殺対策の戦略を考える上で最も大切なことは、「自分ひとりで自殺対策をやろうとしない」ということです。先に述べたように、自殺対策のかなりの部分は、今ある様々な仕事の中に、自殺対策の考え方や手段を少しプラスしていく、というところにあります。多くの分野で多くの人が少しずつでもプラスを重ねることが大きな力となります。自殺対策の戦略としては、こうしたたくさんの人が関わることを目指すことが中心になります。

興味深いことに、「一人で頑張らない」というのは自殺予防のメッセージでもあります。一人で頑張ってしまうことが援助希求を妨げ、自殺のリスクとなります。支援者が一人で頑張ってしまうことは、自殺対策を遅らせるとともに、個々の人に対する支援においても効果を低くしてしまうのです。

(2) 自殺の統計

1) 自殺の統計の種類

自殺の統計（自殺者の集計）には、警察官の調査による自殺統計と、医師の死亡診断書による人口動態統計とがあります。

統計の種類	地域分類の仕方	母数の人口	自殺の判断	注
自殺統計／警察庁	発見された場所または住んでいた場所	総人口	警察官	
人口動態統計の自殺者数	住民票の所在地	日本人人口	医師の死亡診断書	市町村については年齢別自殺者数はない

(使い分けの考え方)

自殺統計（警察庁）

- ・発見地：自殺の名所や手段を手掛かりとした地域の安全の視点で用います。
- ・住所地：住民サービスの基礎資料。ただし、自殺率の算出は人口動態統計が好ましい。

※年齢、性別のほか、職業、死亡の時刻、場所、手段、同居者の有無、自殺未遂歴、原因動機の種類などが含まれます。ただし、原因動機や自殺未遂歴は、判断のばらつきがあり信頼性は不十分と思われます。（たとえば、原因動機が不明とされる割合を見ても、都道府県によって3%-56%と、大きな開きがあります（平成26年年間統計））。

人口動態統計

住民票に基づくため、行政サービスの基礎資料として適当。
情報は少ないが、国勢調査の年には、産業別・職業別などの自殺者数が示されます。

2) 自殺に関する指標：自殺率、標準化死亡比、年齢調整死亡率

様々な比較を行うために、自殺者数を基に、いくつかの指標を計算します。

自殺率（粗自殺率）＝自殺者数÷人口×100000（人口10万人あたり自殺率）

たとえば、全国の自殺者が年間3万人で、町の自殺者が4人だった場合、自殺者数は大きく異なりますが、それはもともとの人口が大きく異なるからかもしれません。そのため、人口で割った値、つまり自殺率が用いられます。

（自殺率の計算は元となる人口が必要）

自殺率の計算には、母体となる人口、つまり母数を知る必要があります。たとえば、無職の人の自殺が多い、ということを示すためには、無職の人の人口を知る必要があります。ただし、観察期間中、ずっと無職の人もいれば、一時期だけ無職だったという人もいますので、人口は一定ではありません。このような場合、厳密に無職の人の自殺率を求めることはできないので、その点を頭に入れて数値を解釈する必要があります。

(人口がわからない場合は自殺率はわからない)

また、警察庁の自殺統計では自殺未遂歴の有無が示されていますが、自殺未遂歴がある人の人口がわからないために、自殺率を計算することができず、値が多いか少ないかということとは評価できません。

標準化死亡比（自殺）

=全国の人口構成を対象市町村の人口構成に当てはめて自殺率を算出して比較したもの
=対象市町村の自殺率 / Σ (全国の年齢別自殺率 × 該当地域の年齢別人口) × 100

都道府県などと全国の自殺者数の比較は自殺率でもできますが、もとなる人口の年齢構成が異なる場合、その年齢構成の違いが影響している可能性があります。一般的に年齢とともに自殺率が高くなるため、高齢化率が高い地域の方が自殺率が高くなる傾向があるからです。標準化死亡比は年齢の影響を除いて比較することができます。

年齢調整死亡率（自殺）

=対象市町村の人口構成を基準となる人口構成に当てはめて自殺者数を求め、自殺率を算出したもの（現行では昭和 60 年の全国の人口構成を用いる）
= Σ (対象市町村の年齢別自殺率 × 年齢別基準人口) / 基準人口の総人口

年齢構成の違う様々な集団の自殺率を比較する場合に、年齢調整死亡率を用います。たとえば職業別の比較、あるいは全国や都道府県の年ごとの比較などです。

3) 自殺率の統計的評価 ～二項検定を用いた自殺率の評価

自殺率、標準化死亡比、年齢調整死亡率は、自殺者数の比較のために計算するものですが、それがどのくらい多いか少ないかということは、統計的解析を用いて評価する必要があります。その一つとして二項検定があります。

人口が 1000 人の村で自殺者が 2 人いたとします。人口 10 万人当たりの自殺率を計算すると 200 となります。全国の自殺率がおおよそ 20 から 25 ですので、非常に高い値となります。自殺率 200 というのは、全国規模で言うと、年間 25 万人に上りますので、現在、年間 2 万 5 千人くらいであるのとくらべると、いかに高い値かがわかるでしょう。でも、全国の自殺者が急に年間 25 万人に増えるということはありません。1000 人の村でたまたま 2 人が亡くなるということはそれほど稀ではないようにも思えます。人口規模が小さいと、わずかな違いで指標が大きく変わってしまうのです。こうしたことを含めてきちんと評価できるのが統計解析です。

[自殺率の二項検定]

次に示すのは、全国の自殺率が 0.00025（人口 10 万人あたり 25）であるときに、人口 1 万人の町で 4 人以上の自殺者が出る確率を示す Excel 関数です。自殺率が高い可能性と低

い可能性のそれぞれについて計算します。

[自殺率が有意に高いかどうかを検定する Excel 関数]
=1-BINOM.DIST((4-1), 10000, 0.00025, TRUE)
(以下の数値は実情に合わせて書き換えます)
4 ⇒対象市町村の自殺者数
10000⇒対象市町村の人口
0.00025⇒全国の自殺率(人口1人あたり)
※自殺者数がゼロの時は計算の必要はなく、関数の結果はエラーになる
[自殺率が有意に低いかどうかを検定する Excel 関数]
=BINOM.DIST(4, 10000, 0.00025, TRUE)

計算の結果、高い方の検定が0.109(10.9%)、低い方の検定が0.891(89.1%)という値が出てきます。この値が低いほど、めったに起こらないことが起きている、と判断できます。一般には5%(多い方と少ない方を併せているので、一方が2.5%)を基準(有意水準と言います)とします。10.9%や89.1%というのは2.5%と比べて多くなっていますので有意ではない、つまり、この町の自殺者数は多くも少なくもない、と結論できます。ちなみに2.5%というのは、市町村が40か所あれば1か所くらいは有意に自殺率が高くなるというレベルです。

[標準化死亡比の二項検定]

・全国の自殺率⇒対象市町村の人口構成に合わせて計算した全国の自殺率(標準化死亡比を求める式の分母)

におきかえて自殺率の二項検定の式に代入することで検定できます。

4) 長期的な評価

人口が少なく、年ごとの自殺率の変動が大きい場合に、何年か分の平均値で評価するとばらつきを少なく抑えることができます。この評価手法を用いる場合も、解析手法としては二項検定を使うことができます。そのほか、自殺予防総合対策センターでは、年齢調整死亡率(ベイズ推定値)という指標を用いて、さらに地域の自殺の長期的傾向を評価し結果を公表しています。腰を据えた計画を立てるにはこうした長期的な指標を参照し、毎年
の状況の評価するには短期的な評価をするというふうに使分けるとよいでしょう。

[複数年間の自殺率についての二項検定]

- ・対象市町村の自殺者数=対象市町村における調査期間の自殺者数の総計
- ・対象市町村の人口=調査期間の対象市町村の各年人口の加算値
- ・全国の自殺率=調査期間の全国の自殺率の平均値

(もしくは、調査期間の全国の自殺者数/調査期間の全国の各年人口の加算値)

を二項検定の式に代入することで検定できます

[複数年間の標準化自殺死亡比とその二項検定]

・対象市町村における自殺率＝（対象市町村における対象期間の自殺者数／対象期間の各年人口の加算値）

・全国の年齢別自殺率＝ Σ （全国における対象期間の年齢別自殺者数／全国における対象期間の各年人口の加算値）

・対象市町村の年齢別人口＝対象市町村における調査期間の年齢別人口の各年加算値として各式を計算します。

5) 自殺対策に当たっての指標の使い分け

「自殺者数」その地域でどういう人がどのくらい亡くなっているかということを示していますので、自殺対策の効果判定ないし効果予測には有効です。たとえば、高齢者の自殺者数が年間 100 人だったとすると、高齢者対策によって、最大 100 人、自殺者数を減らすことができると考えられます。

「自殺率」自殺のリスクの大きさを示しています。高齢者の自殺率が高いという場合、高齢者の自殺リスクが高い、と考えられます。自殺のリスクが高い人ほど対策に力を入れるべきと考えられますので、対策を立案する上で役立ちます。

「標準化死亡比、自殺率の統計検定」全国と比較して、特にその地域で何が問題かを考えるのに役立ちます。自殺対策は全国的に行われていて、各地域でもそれにならって対策を実施することが多いですが、統計検定を行って有意に自殺率や標準化死亡比が高い場合には、特に力を入れて対策が必要と考えられます。ただし、あくまでも全国との比較ですので、自殺率が高い集団があれば、全国との比較の如何にかかわらず、対策に力を入れるべきです。

(3) 自殺予防における精神科医療の役割

1) 自殺予防に対する薬物療法の効果は限定的

自殺予防において精神科医療は重要な役割を持ちます。自殺に傾いている人の多くが精神疾患に相当するような追い詰められた状態にあるからです。しかし、いわゆる薬物療法を中心とした狭義の医療を過信してはいけません。薬物療法による自殺予防効果は限定的だからです。たとえば抗うつ薬については、高齢者には自殺予防効果が高い一方、若年者に対しては逆に自殺のリスクを高めることがあるとされているといった事実も知られています。

2) 入院治療

精神科医療といっても様々な機能があります。最も自殺予防に効果があると考えられるのは入院医療でしょう。厳重な管理下に置くことができるからです。ただし、それでも完全ではなく、病院の中での自殺もときどき経験されます。また、入院するとどうしても日常生活が中断されることになるために、たとえば、仕事や介護、子どもの養育などの理由で、なかなか入院に踏み切れないということもあります。

3) 薬物治療以外の効果：孤立の防止、療養の確保／男女差

一方、通院医療については、入院ほどの自殺予防効果はありません。通院医療の自殺予防効果の評価の仕方として、精神疾患にかかっている医療機関に受診していない人も多くいるので、そうした場合と受診した場合とで自殺率を推計して比較することができます。福島県で実施した調査(※)では、精神疾患にかかっていると思われる人のうち、受診していない男性の人口 10 万人あたりの自殺率が 1111 人、受診している男性が 287 人、受診していない女性が 219 人、受診している女性が 260 人と、男性では受診していない方が圧倒的に自殺率が高い一方、女性では受診している方がやや自殺率が高いという結果になりました。こうした男女の違いは、薬物治療など医療の効果の違いとは考えられません。つまり、男性では病気をかかえたまま受診しないと自殺率がきわめて高い一方、受診すると大きく改善するというのは、何か、医療以外の要素があると考えられます。一つは、男性は女性に比べて援助希求性が低く、受診していない人では特に孤立のリスクが高く自殺率が高くなるという点です。一方、受診のメリットについては、受診によって援助が得られるようになるとともに、病気休暇を取るなどして療養に専念できる環境を整えるといった実質的なメリットがあります。この点は、男性には有利に働きますが、女性の場合は、日本ではまだ正社員率が低く、休むと収入が途絶えてしまうために休めないといった事情もあるでしょうし、主婦などではそうしたメリットが少ないといった事情があると思われます。

(※畑哲信：精神科・心療内科における自殺実態調査 精神医学 56, 2014)

8. Q&A

Q. 自殺対策をしてもすぐに自殺者数が減るわけではないし、たとえ自殺者数が減ってもそれが対策の効果かどうかはわかりません。こうしたことから、対策の効果を示すことが難しく、効果が実感しにくいうえに、PDCA サイクルに基いて進めることが難しいです。

A.学問的にも効果がきちんと示されている自殺対策は非常に限られています。市町村レベルの事業で自殺者数や自殺率への効果を証明することはほぼ無理です。医療の分野では、代わりに自殺未遂や希死念慮などを指標として、継続的に追跡調査するなどして効果を検証します。市町村事業では、住民調査などで、抑うつ度や精神的疲労感、援助希求行動などについての調査を行って、その変化を見るという方法もありますが、対策との関連性の実証は難しいでしょう。自殺関連指標ではなく、研修の理解度や、自殺予防に対する意識の変化など、プロセス評価を対策の評価として用いるのがよいでしょう。

Q. 庁内では「自殺は本人の意志だから行政が介入することではないのではないか？」といった意見が聞かれることがあります。どう取り組めばいいのでしょうか？

A. 考え方を変えることは容易ではありません。まずあなた自身がしっかりと自殺対策の必要性を認識し、1) 自殺の実態とそれによる影響・損失、2) 対策の副次的効果、3) 自殺予防の実現可能性と道義的意義について、根気よく広めましょう。特に、否定的な考えの背景として『自殺を防ぐことは難しい』というイメージを持っていることが少なくありません。すべての自殺を防ぐことは難しくても、防ぐことができる自殺もあるということ、そのために、専門家でなくてもできることがあるということを理解してもらえるように工夫しましょう。たとえば、ゲートキーパーとしての傾聴や受容の技術を学ぶことも「自分にできることがある」という自己効力感を高めるのに役立ちます。そのほか、庁内の職員自身のメンタルヘルス対策についても周知を図れば、自分自身の問題として、心の健康や自殺対策について考えてもらうことができ、有用です。

Q. 自殺対策を担当する人員が限られており、対策になかなか手が回りません。

A.自殺対策といっても、セーフティネットの一分野ですので、必ずしも自殺対策に特化したものである必要はありません。貧困対策やいじめ対策等、関連する分野が広いことも特徴です。そうした点を考えると、自殺対策の担当者が孤軍奮闘することは好ましいことではありません。まずは庁内に広く自殺対策について理解してもらうことを優先的に考えます。たとえば、貧困対策において自殺対策の視点を併せて持ってもらい、簡単な自殺のリスクのチェックをしてもらい、自殺のリスクがありそうな人については、複数部署が話し合っ、協力して対応できるようにする、など、孤軍奮闘にならない方策を考えましょう。貧困対策だけでなく、介護など、さまざまな関連分野がありますので、考えられる限り多くの分野の担当者が問題意識を共有することを目指します。こうして問題意識を共有することで、人員配置や業務のあり方を検討する余地も生まれてくるかもしれません。

Q. 自殺の統計分析をしても、対策をどう導き出せばよいかわかりません。

A.自殺の統計分析だけで対策が導き出せるほど特徴のある結果が得られることは稀です。また、統計はあくまでも過去の自殺状況についてのデータであり、それだけを基に対策を考えるとということでは、後手後手に回ってしまう恐れがあります。最終的には、すべての住民に対して対策を行き渡らせることを目指すことが望ましいです。そのためには、自殺予防だけでなく、様々な関連分野と共同して取り組むことが大切です。

Q. 今年に入って2人の方が自殺された。いずれも今まで特に注意していなかった方たちで途方に暮れている。

A.まずは、亡くなった方の自殺に至る状況について、可能な限り情報を集めます。これまでの各種窓口への相談記録などです。全庁の相談記録がデータベース化されていればこうした作業がやりやすいですが、プライバシーの保護の観点で慎重に扱う必要があります。遺族にアプローチするという方法は、遺族が精神的なケアを要することも多いことから、意味のあることではありますが、遺族の方は自殺ということを知られたくないという気持ちを持つことも多いので、慎重さを要します。相談窓口を開いて、遺族からの自発的な相談を待つか、あるいは警察などと協力して相談窓口を案内してもらおうといった方法が考えられます。一方、自殺に至った状況についてほとんど情報が得られないということも少なくありません。もちろん、警察では自殺者についてのある程度の情報を把握していますが、今のところ個別の自殺者に関する情報を入手できるようなにはなっていません。

Q. 管内で自殺者が出ると、適切な対策ができていたのか不安になるし、上司からも厳しく問われて途方に暮れてしまいます。どうすればいいのでしょうか？

A. 自殺者についての詳しい情報が得られることはあまりないかもしれませんが、もし、なんらかの関わりがあった方であれば、その関わりのあり方について見直し、庁内のゲートキーパー研修を開くきっかけになるかもしれません。なにも関わりがなかった方であれば、相談窓口の周知が不十分であったか、あるいはその方の悩みに合った相談窓口がなかったのかもしれません。また、もしも自殺の背景について情報が得られたとしても、次に同じ背景で自殺者が出るとは限りません。セーフティネットをよりきめ細やかにすることを考えることとなります。「自殺にはさまざまな領域の要因が関連しており、自殺対策に多くの領域が関わることを狙いとして組織的な取り組みを目指す」という戦略のもとに、全庁的な取り組みを促すきっかけとし、担当者の『努力』だけに期されることがないようにしなければなりません。

Q. 役場への相談で、相談者から「死にたい」といった言葉が聞かれるとすぐに自殺対策担当者に回されて、担当者の負担が重くなってしまい、困っています。

A. 自殺のリスクが高いと考えられるときに、より専門的な関わり技術を持った担当者が対応するという事は、正しいやり方だと言えます。次の3つの視点で検討します。

① 自殺リスクの評価は妥当か？

「死にたい」という言葉が聞かれたときには、具体的な行動を確認して自殺のリスクを評価します。専門家でない場合は評価の精度は低くなるかもしれませんが、少なくとも少し話を聞いて具体的な状況を確認するという作業は欠かせません。

② 初期対応は妥当か？

相談者の話をしっかりと受け止め、自分の担当領域で対応できることはしっかり対応することは当然のことです。自殺のリスクが高い場合は、安全の確保や精神保健的な対応が優先されることもあります。そこまで切迫している例は少ないでしょう。

③ 連携はスムーズか？

自殺対策担当者が対応したとしても、その後の支援をすべて自殺対策担当者が担うわけではなく、むしろ他の部署と連携を取ることが大切です。自殺対策担当者には人一倍、連携の技術が求められますので、そうした技術を身に付けること、そして、機関内の部署どうしのコミュニケーションをよくして、連携しやすい環境を作ることが必要です。

これらの検討結果を踏まえて、機関内のゲートキーパー研修を行う、機関内の連携を促進するための会議などを開く、自殺対策担当者の技術研修を行う、自殺対策担当者の業務負担を見直して人員配置を検討する、などの対応策を検討していきます。

Q. 高齢者の孤独死防止の事業は、自殺対策でもあると考えられますか？

A. 孤独死防止は、脳梗塞で倒れたような方を早く見つけて救命するという狙いがあります。自殺予防については、そうした救命というよりも、自殺企図に至る前、つまり、少なくとも死にたい気持ちを抱くに至った段階、あるいは、もっと前の、自殺のリスクとなるような状況やうつ病の兆候が見えた段階から介入が必要です。つまり、普段から相談相手になれるような関係を築き、問題が深刻になる前に支援につなげるということです。そうした内容が含まれていれば、自殺対策に寄与できるでしょう。

Q. 心の健康として「笑い」を取り入れた講座を実施しようと思います。こうした取り組みで自殺予防の効果はあるのでしょうか？

A. 一般の方への心の健康に対する関心を高め、ストレス対策のレパトリーを広げるといって間接的な効果はあるかもしれません。ただし、今のところ、「笑い」がうつ病の予防や回復に効果があることは示されていません。むしろ、うつ病に陥った場合、笑うこともできなくなりますので、そういうときに「笑ってみたら？」と促したとしても、かえって負担になります。笑いに限らず、一般にストレス解消法には、ほかに、軽い運動をする、趣味に打ち込むなど、様々な方法がありますが、ストレスが高じた時にはそうした方法は難しくなり、休養を優先させなければなりません。そして、うつ病の兆候がある

ときには早めに診断を受け、治療を受ける必要があるということを併せて普及啓発する必要があります。

Q. 50～60代働き盛りの男性の自殺予防を目的としたセミナーを開きたいのですが、どのような工夫がありますか？

A. いくつかのパターンがあります。

① 中小企業の管理者を主な対象とする

大企業ではメンタルヘルス対策が制度化されており、平成27年12月からはストレスチェックも義務化されていますが、中小企業のメンタルヘルス対策は企業主の裁量に任されています。ですので、中小企業を対象とすることはとても意義のあることだと思います。

課題は、いかに対象者に興味を持ってもらって参加率を上げるかというところにあります。地域産業保健センターや商工会議所等、労働関係の機関と相談し、広報方法を検討するなどの工夫があります。セミナーの内容は、「自殺の兆候と対応」「仕事でのストレスとうまく付き合う方法」「職場でのメンタルヘルスマネジメント」などで、傾聴法の演習などが含まれるとさらによいでしょう。

② 一般住民を主な対象とする

本人やその家族が対象となりますが、一般的に男性の参加率はとても低いので、金銭の問題や親の介護の問題など、他のテーマとセットまたはシリーズで実施するなどの工夫をするとよいでしょう。もしくは、家族を主な対象とするという方法もありますが、その場合、よりリスクが高いと考えられる単身者はターゲットから外れることになります。

家族を対象とする場合は、家庭内での対応を想定したものになります。この場合、セミナーの内容は、「眠りと健康」「ストレスとこころの健康」「うつ病の理解と対処」「こころの不調に気づく」などです。睡眠障害やストレスの兆候に気づいたら専門家への相談を勧めるというように、なんらかの行動に結びつくように工夫するとよいでしょう。静岡県の富士市のモデル事業では、睡眠キャンペーンとして、不眠を切り口に住民がうつ病に気づき、抵抗感なくかかりつけ医を受診できるようにするとともに、かかりつけ医が精神科を紹介するシステムを整備するという事業を行って成果を上げました。

③ 無職、単身の中老年男性への対策

無職、単身の中老年男性はもっとも自殺リスクが高いと考えられますが、セミナーを開いても参加してもらうことが容易ではありません。この層については、ハローワークや薬局（ドラッグストアを含む）、その他、消費生活や金銭的な問題を取り扱う部署と連携したゲートキーパー研修を行うなどの方法が考えられていますが、なかなか効果的な対策がないのが現状です。

9. 自殺対策に関連する他のマニュアル等

福島県精神保健福祉センターでは以下の自殺対策に関連するマニュアル等を作成しています。ご希望の方はホームページをご覧ください。当センターまでお問い合わせください。なお、ホームページには、その他、自殺対策の基礎知識、自殺予防（今お困りの方へ）、自殺関連統計（計算方法など）なども掲載しているほか、自殺予防総合対策センター（平成28年4月より自殺総合対策推進センター）等で作成されたマニュアル等にもリンクされています。

⑩：福島県精神保健福祉センターホームページよりダウンロード可

(1) 相談・支援

⑩自殺対策のための相談マニュアル（H23.11）

個別相談・支援の手引き（平成28年版）（H28.4）

⑩ひとりで悩んでいませんか 相談機関のご案内（H27.2）

(2) 自死遺族支援

⑩自死遺族相談支援マニュアル（H21.10）

⑩自殺で残された家族と友人のケアとサポートの手引き（翻訳）

大切な人を突然亡くされた方へ（リーフレット）（H28.3）

(3) 若者の自殺対策

学校における自殺予防（H28）

(4) うつ病対策

⑩うつ病・自殺予防パンフレット「あなたのところは元気ですか？」～うつ病への気づきと対応～（H27.3）

⑩市町村におけるうつ病・自殺予防対策の手引き（H21.6）

⑩うつ病家族教室マニュアル（H24.12）

(5) 自殺統計

⑩市町村ごとの自殺統計出力用エクセルシート（以下の3つのファイルをセットで使用）

市町村ごとの自殺統計（人口動態） e.xlsx

市町村ごとの自殺統計（警察） e.xlsx

市町村ごとの人口 e.xlsx

参考資料

自殺対策基本法

(平成十八年六月二十一日法律第八十五号)

最終改正：平成二八年三月三〇日法律第一一号

第一章 総則（第一条—第十一条）

第二章 自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画等（第十二条—第十四条）

第三章 基本的施策（第十五条—第二十二条）

第四章 自殺総合対策会議等（第二十三条—第二十五条）

附則

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、近年、我が国において自殺による死亡者数が高い水準で推移している状況にあり、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、これに対処していくことが重要な課題となっていることに鑑み、自殺対策に関し、基本理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、自殺対策の基本となる事項を定めること等により、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の支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする。

（基本理念）

第二条 自殺対策は、生きることの包括的な支援として、全ての人がかげがえのない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その妨げとなる諸要因の解消に資するための支援とそれを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、実施されなければならない。

2 自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみ捉えられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない。

3 自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない。

4 自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない。

5 自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならない。

（国及び地方公共団体の責務）

第三条 国は、前条の基本理念（次項において「基本理念」という。）にのっとり、自殺対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

2 地方公共団体は、基本理念にのっとり、自殺対策について、国と協力しつつ、当該地域の状況に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する。

3 国は、地方公共団体に対し、前項の責務が十分に果たされるように必要な助言その他の援助を行うものとする。

（事業主の責務）

第四条 事業主は、国及び地方公共団体が実施する自殺対策に協力するとともに、その雇用する労働者の心の健康の保持を図るため必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

（国民の責務）

第五条 国民は、生きることの包括的な支援としての自殺対策の重要性に関する理解と関心を深めるよう努めるものとする。

(国民の理解の増進)

第六条 国及び地方公共団体は、教育活動、広報活動等を通じて、自殺対策に関する国民の理解を深めるよう必要な措置を講ずるものとする。

(自殺予防週間及び自殺対策強化月間)

第七条 国民の間に広く自殺対策の重要性に関する理解と関心を深めるとともに、自殺対策の総合的な推進に資するため、自殺予防週間及び自殺対策強化月間を設ける。

2 自殺予防週間は九月十日から九月十六日までとし、自殺対策強化月間は三月とする。

3 国及び地方公共団体は、自殺予防週間においては、啓発活動を広く展開するものとし、それにふさわしい事業を実施するよう努めるものとする。

4 国及び地方公共団体は、自殺対策強化月間においては、自殺対策を集中的に展開するものとし、関係機関及び関係団体と相互に連携協力を図りながら、相談事業その他それにふさわしい事業を実施するよう努めるものとする。

(関係者の連携協力)

第八条 国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校(学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)第一条に規定する学校をいい、幼稚園及び特別支援学校の幼稚部を除く。第十七条第一項及び第三項において同じ。)、自殺対策に係る活動を行う民間の団体その他の関係者は、自殺対策の総合的かつ効果的な推進のため、相互に連携を図りながら協力するものとする。

(名誉及び生活の平穏への配慮)

第九条 自殺対策の実施に当たっては、自殺者及び自殺未遂者並びにそれらの者の親族等の名誉及び生活の平穏に十分配慮し、いやしくもこれらを不当に侵害することのないようにしなければならない。

(法制上の措置等)

第十条 政府は、この法律の目的を達成するため、必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講じなければならない。

(年次報告)

第十一条 政府は、毎年、国会に、我が国における自殺の概況及び講じた自殺対策に関する報告書を提出しなければならない。

第二章 自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画等

(自殺総合対策大綱)

第十二条 政府は、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(次条及び第二十三条第二項第一号において「自殺総合対策大綱」という。)を定めなければならない。

(都道府県自殺対策計画等)

第十三条 都道府県は、自殺総合対策大綱及び地域の実情を勘案して、当該都道府県の区域内における自殺対策についての計画(次項及び次条において「都道府県自殺対策計画」という。)を定めるものとする。

2 市町村は、自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画並びに地域の実情を勘案して、当該市町村の区域内における自殺対策についての計画(次条において「市町村自殺対策計画」という。)を定めるものとする。

(都道府県及び市町村に対する交付金の交付)

第十四条 国は、都道府県自殺対策計画又は市町村自殺対策計画に基づいて当該地域の状況に応じた自殺対策のために必要な事業、その総合的かつ効果的な取組等を実施する都道府県又は市町村に対し、当該事業等の実施に要する経費に充てるため、推進される自殺対策の内容その他の事項を勘案して、厚生労働省令で定めるところにより、予算の範囲内で、交付金を交付することができる。

第三章 基本的施策

(調査研究等の推進及び体制の整備)

第十五条 国及び地方公共団体は、自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するため、自殺の実態、自殺の防止、自殺者の親族等の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究及び検証並びにその成果の活用を推進するとともに、自殺対策について、先進的な取組に関する情報その他の情報の収集、整理及び提供を行うものとする。

2 国及び地方公共団体は、前項の施策の効率的かつ円滑な実施に資するための体制の整備を行うものとする。

(人材の確保等)

第十六条 国及び地方公共団体は、大学、専修学校、関係団体等との連携協力を図りながら、自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上に必要な施策を講ずるものとする。

(心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進等)

第十七条 国及び地方公共団体は、職域、学校、地域等における国民の心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進並びに相談体制の整備、事業主、学校の教職員等に対する国民の心の健康の保持に関する研修の機会の確保等必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、前項の施策で大学及び高等専門学校に係るものを講ずるに当たっては、大学及び高等専門学校における教育の特性に配慮しなければならない。

3 学校は、当該学校に在籍する児童、生徒等の保護者、地域住民その他の関係者との連携を図りつつ、当該学校に在籍する児童、生徒等に対し、各人がかけがえのない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵養等に資する教育又は啓発、困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育又は啓発その他当該学校に在籍する児童、生徒等の心の健康の保持に係る教育又は啓発を行うよう努めるものとする。

(医療提供体制の整備)

第十八条 国及び地方公共団体は、心の健康の保持に支障を生じていることにより自殺のおそれがある者に対し必要な医療が早期かつ適切に提供されるよう、精神疾患を有する者が精神保健に関して学識経験を有する医師（以下この条において「精神科医」という。）の診療を受けやすい環境の整備、良質かつ適切な精神医療が提供される体制の整備、身体の傷害又は疾病についての診療の初期の段階における当該診療を行う医師と精神科医との適切な連携の確保、救急医療を行う医師と精神科医との適切な連携の確保、精神科医とその地域において自殺対策に係る活動を行うその他の心理、保健福祉等に関する専門家、民間の団体等の関係者との円滑な連携の確保等必要な施策を講ずるものとする。

(自殺発生回避のための体制の整備等)

第十九条 国及び地方公共団体は、自殺をする危険性が高い者を早期に発見し、相談その他の自殺の発生を回避するための適切な対処を行う体制の整備及び充実に必要な施策を講ずるものとする。

(自殺未遂者等の支援)

第二十条 国及び地方公共団体は、自殺未遂者が再び自殺を図ることのないよう、自殺未遂者等への適切な支援を行うために必要な施策を講ずるものとする。

(自殺者の親族等の支援)

第二十一条 国及び地方公共団体は、自殺又は自殺未遂が自殺者又は自殺未遂者の親族等に及ぼす深刻な心理的影響が緩和されるよう、当該親族等への適切な支援を行うために必要な施策を講ずるものとする。

(民間団体の活動の支援)

第二十二条 国及び地方公共団体は、民間の団体が行う自殺の防止、自殺者の親族等の支援等に関する活動を支援するため、助言、財政上の措置その他の必要な施策を講ずるものとする。

第四章 自殺総合対策会議等

(設置及び所掌事務)

第二十三条 厚生労働省に、特別の機関として、自殺総合対策会議（以下「会議」という。）を置く。

2 会議は、次に掲げる事務をつかさどる。

一 自殺総合対策大綱の案を作成すること。

二 自殺対策について必要な関係行政機関相互の調整をすること。

三 前二号に掲げるもののほか、自殺対策に関する重要事項について審議し、及び自殺対策の実施を推進すること。

(会議の組織等)

第二十四条 会議は、会長及び委員をもって組織する。

2 会長は、厚生労働大臣をもって充てる。

3 委員は、厚生労働大臣以外の国务大臣のうちから、厚生労働大臣の申出により、内閣総理大臣が指定する者をもって充てる。

4 会議に、幹事を置く。

5 幹事は、関係行政機関の職員のうちから、厚生労働大臣が任命する。

6 幹事は、会議の所掌事務について、会長及び委員を助ける。

7 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で定める。

(必要な組織の整備)

第二十五条 前二条に定めるもののほか、政府は、自殺対策を推進するにつき、必要な組織の整備を図るものとする。

附 則

(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

附 則 (平成二七年九月一日法律第六六号) 抄

(施行期日)

第一条 この法律は、平成二十八年四月一日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一 附則第七条の規定 公布の日

(自殺対策基本法の一部改正に伴う経過措置)

第六条 この法律の施行の際現に第二十七条の規定による改正前の自殺対策基本法第二十条第一項の規定により置かれている自殺総合対策会議は、第二十七条の規定による改正後の自殺対策基本法第二十条第一項の規定により置かれる自殺総合対策会議となり、同一性をもって存続するものとする。

(政令への委任)

第七条 附則第二条から前条までに定めるもののほか、この法律の施行に関し必要な経過措置は、政令で定める。

附 則 (平成二八年三月三〇日法律第一一号) 抄

(施行期日)

1 この法律は、平成二十八年四月一日から施行する。

自殺対策推進のための機関

(1) 自殺対策総合推進センター

全国に 1 か所ある、自殺対策推進のための機関です。学際的な観点から関係者が連携して自殺対策の PDCA サイクルに取り組むためのエビデンスの提供及び民間団体を含め地域の自殺対策を支援する機能の強化を目的として設置されています。

各種研修、会議や、エビデンス提供のための研究を行っています。

(2) 地域自殺対策推進センター

市町村等関係機関等と連携して地域の自殺対策推進を図る機関です。各都道府県に設置が進められています。福島県では福島県自殺対策推進センターとして福島県精神保健福祉センター内に設置されています。各機関への情報提供や研修、連携の支援などを行っています。

