

論点案に対する構成員等からの意見について（第2回～第4回検討会）

「自殺対策基本法の改正の趣旨や自殺に関する推移を踏まえて、今後更に取り組むべき課題は何か」という観点を基に、今後精査。  
 （下線部は第4回検討会（2月22日）での新たな意見）

論点案	構成員等意見
<p><b>1 関連施策の有機的な連携を図り、総合的な自殺対策を推進</b></p> <p>○平成28年の自殺対策基本法の改正により、「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」ことが新たに規定されたところ。</p> <p>○今後、この規定を踏まえ、関連施策の有機的な連携ひいては関係機関の連携を図りつつ、総合的な自殺対策を推進していくために、どのような取組が必要か。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活困窮者自立支援制度や地域包括ケアシステムなど各種施策との連携を図ることにより、自殺を防ぐための包括的な支援につなげていくべきではないか。</li> <li>・ 妊産婦への支援について、自殺対策という視点から、今後、母子保健事業との連携を図っていくべきではないか。</li> </ul>	<p>○必要なときに情報が手に入るよう、相談機関の周知は、切れ目なく続けてほしい。</p> <p>○うつ病対策について、さらに強化する必要があるのではないか。</p> <p>○自殺への偏見、差別がまだ残っている。</p> <p>○地域・職域連携を充実させてはどうか。</p> <p>○連携について、具体策が重要。</p> <p>○有機的な連携が鍵だと思う。医療、教育について地域連携が十分進んでいないのではないか。</p> <p>○様々な背景があつてうつ病になり、最終的に自殺に至る。うつ病対策を論点に入れるべきではないか。</p> <p>○学校内だけでなく、いろいろな知識を持つ人々などもっと広い範囲でのチームづくりが大切ではないか。</p> <p>○自殺未遂で救急に運ばれても、心の医療につながらない。悩みやストレスから自殺に至る過程で、医療だけでなく幅広く網の目になる連携をつくれぬか。</p> <p>○地域医療計画において、誰でもが経済的にも心理的にも偏見を超えて精神科を受診できる切れ目のない医療供給体制を確立し、自殺予防及び自死遺族への支援を含めた精神保健福祉を充実させるための医療ができる抜本的な予算措置を講じてはどうか。</p> <p>○自殺予防の危機介入を含め、適切な精神医療が受療されやすい体制作</p>

	<p>りと、その実践を支える施策が必要ではないか。</p> <p>○プライマリケア医及び身体科医への精神疾患に対する理解を深める活動をさらに充実させ、精神医療との連携を一層強化するための施策が必要ではないか。</p> <p>○院内で生じる自殺の約半数はがん患者であることが判明している。がんの告知後から心理面のケアが受けられる体制作り、必要時には速やかに精神医療を受けられる体制作りなど精神医療の質、量の充実を図る施策が必要ではないか。</p> <p>○うつ病だけではなくアルコール・薬物依存症、統合失調症、発達障害などさまざまな精神疾患に対して、精神科関連学会の提言、当事者の意見を尊重した、合理的に配慮された緻密な対策を策定する必要があるのではないか。</p> <p>○精神科医がさまざまな活動へ参画を行い、助言等ができる体制の整備を整備してはどうか。例えば、警察の自殺統計を作成する際や死因究明において自死遺族に接する際の留意点、学校が自殺予防教育を行う際の留意点をガイドラインにまとめる際の協力、社会的取組への精神科医の参画の拡充などが挙げられる。</p> <p>○日本精神神経学会の提言について、全面的に賛成。</p> <p>○地域のクリニックは、連携できるところが少ない。地域の連携を図れるよう全体のレベルの底上げが必要ではないか。</p> <p>○受診待ちの期間が長いため、ゲートキーパーを育成しても、医療に迅速につなげるのが難しい。</p> <p>○地域のクリニックで受診していた者が自殺未遂により救急搬送された後、地域のクリニックでは十分な医療体制がなく、戻れない場合がある。</p> <p>○妊産婦について、精神疾患合併症例や発症リスクの高い症例の適切な抽出や、周産期医療と精神科の連携診療体制が重要ではないか。</p>
--	--

	<p>○妊娠2か月目に自殺が多いことについて、0次教育が必要であり、妊娠に関する教育を学校と連携して行う必要があるのではないか。</p> <p>○地域の人的資源の連携を調整し、包括的な支援の仕組みを構築するための中心的役割を果たす存在として、「コーディネータ」を全国一律に配置すべきではないか。</p> <p>○超高齢社会により、老老介護、独居世帯の増加による地域内での「孤立」、最低の水準に満たない生活苦、認知症問題、災害弱者として「孤立」など、高齢者にとって生きづらい社会となっている。このことから、高齢者の自殺者数の増加も懸念されるために、自殺総合対策においても様々な社会問題から派生する懸念を想定して施策を講じるべきではないか。</p> <p>○ギャンブル、アルコール、インターネット等様々な依存症被害があり、依存症者の希死念慮の高さ、そのハイリスク者に対するケアの必要性は、多重債務問題に関わっている立場としては痛感している。依存症対策についても、施策を講じるべきではないか。</p> <p>○コーディネーターに係る提言に賛成。</p> <p>○コーディネーターには、保健師や精神保健福祉士だけでなく、社会福祉士も加えてほしい。</p> <p>○個々の団体が行う相談会を連携させるためにもコーディネーターが必要ではないか。また、精神科医療が最後というわけではなく、相談者が抱える様々な問題を医療機関で全て対応することはできない。そのため、コーディネーターは重要。</p> <p>○コーディネーターの養成をどのように行うかが問題。地域の社会資源を把握し、司法、福祉、医療など幅広く理解できることが必要。現場の専門家、保健師は余裕があまりないので、予算的な措置を考える必要があるのではないか。</p> <p>○社会の多様化によって現場が複雑化していく中、限られたリソースで</p>
--	---

対応するためにも効果的な連携が必要ではないか。

○ターゲットは少なくないと想定する必要があり、コーディネーター役は多く必要だと思う。追い詰められた事態にだけ焦点を合わせるのではなく、そのベースにある家族の問題、地域における孤立、排除等に対応する必要がある。現役世代の使う生活困窮者支援制度は有効。

○新しい領域を作るのではなく、現状ある制度の充実化を望む。各施策に自殺対策をうまく組み込むことが重要。医療、障害者福祉と生活困窮者等との連携が必要ではないか。

○市町村は、国から各種計画の作成を求められている、組合せや連携した活用が必要。例えば、居場所作りは、自立でも、包括でもある。ハイリスク者の個人情報共有が必要ではないか。

○地域包括的な考え方が重要であり、その中に自殺対策も組み込むことが必要ではないか。現場では、コーディネーター的な役割である保健師の報酬が低く、人を集められないことが問題となっているため、予算措置が必要ではないか。

○地域包括ケアの対象は、高齢者のみとなるべきではないのではないか。

○個人情報の保護が先に立って、本人の保護ができていない。個人情報保護という観点を見直すことも視野に入れる必要がある。医療機関同士の連携のようにハイリスク者の情報を共有すべきではないか。

○地域包括支援システムの中に、いのちの電話など電話相談の支援も盛り込んでほしい。自殺者の減少はこれまでの取組が成果を上げていることでもあり、従来の取組の継続と拡大も図ってほしい。

○ハイリスク妊産婦を支援する部門と自殺対策の連携の強化が必要。

また、不安のある妊産婦が匿名で気軽に相談できる電話相談の需要も多くあることから、都道府県レベルで電話相談を確立することも妊娠早期や産後うつによる自殺を防ぐためにも必要ではないか。

	<p>○「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指すということは、「自殺総合対策＝社会作り」という発想で対策を展開すること。そのため、対策を3階層（「対人支援モデル（個々人を対象とした取組）」と「地域連携モデル（関係者が連携して地域的に行う取組）」と「社会制度モデル（社会全体の制度等に関する取組）」に分けて考えるべきでないか。</p> <p>○『自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）」を減らし、「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる方向で推進』すべきではないか。</p> <p>○地域包括ケアシステムと生活困窮者自立支援制度、自殺対策との連動の「大きな枠組み」を示すと同時に、現場における連携の実践例を提示することで、施策の連動を促していくべきではないか。</p> <p>○子どもの貧困対策や過労死等防止対策推進法など、前回の大綱改定後に施行された法令等との連動性も高めるべき。過労自殺の対策は、経済産業省が推進する「健康経営」との連動性を高めるべき。精神科医療と保健、福祉の連動性を高めるため、「適切な精神科医療を受けられるようにする」となっている項目を「適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする」とすべきではないか。</p>
<p><b>2 地域レベルの実践的な取組の更なる推進</b></p> <p>○地域によって、自殺死亡率の状況や減少率には差異がみられる。      このような状況において、まずは、地域の自殺の実態を分析・把握することが必要ではないか。      さらに、その地域の特性に応じた自殺対策を展開していくことが求められるのではないか。</p>	<p>○先進事例のとらえ方に注意が必要。地域の特性に応じた自殺対策を強調すべき。</p> <p>○地域住民が見守っていく、地域住民がつながることでソーシャルキャピタルを醸成するという考え方の方向性を出してもよいのではないか。</p> <p>○住居支援を挙げてほしい。</p> <p>○遺族対策も入れるべきではないか。</p> <p>○自殺の強いリスクである自殺未遂に関して、三次救急現場における自殺未遂者ケアについては厚生労働省主導の戦略研究で得られたエビデ</p>

○平成28年の自殺対策基本法の改正により、「自殺対策は、生きることの包括的な支援として」「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」ことが、新たに基本理念に盛り込まれた。

○地域での孤立を防ぐために、地域とのかかわり、居場所をどのように作っていけばよいのか。

○地域の特性に応じた自殺対策の先進事例を更に横展開すべきではないか。

ンスが援用されたが、自殺未遂者や自傷行為者の受療の大半を占める二次救急現場におけるケアの方略についてはエビデンスが得られていない。施策を視野に入れた調査・研究、事業等の拡充が必要ではないか。

○東日本大震災の被災地ではいまだ住民は深刻な困難を抱えており、さらに熊本地震や台風10号被害などの大規模災害もあり、被災者への支援は国全体の大きな問題である。前回の大綱見直しで新たに加えられた本項目を存続させていただくことが重要と考えている。大規模事故やテロ等も含め、被災者の支援に関する施策の拡充が必要である。同時に、被災者の心のケアに資するよう、精神医学的な調査研究の拡充も必要ではないか。

○遺族支援は大切と考える。

○大綱の自助グループ活動支援等について、自助グループ活動支援をメインにしてほしい。

○認知症にはサポーターがいるが、精神疾患もかかりつけ医以外にサポーターが必要。地域での連携は、かかりつけ医、サポーター、コーディネーターの育成が必要ではないか。

○LGBTや性暴力の被害者など、身近な地域だからこそ相談できないこともある。自助グループの活用もあるのではないか。

○支援者の支援、友人、家族、恋人を含めた支援者を孤立させないような仕組みが必要ではないか。好事例の紹介などは地域メディアの活用も有効ではないか。

○メディアを前面的に使うことには反対。粛々と進めてほしい。

○様々な支援策を知らない人がいるので、啓発は重要。

○個人情報をあちこちに流さないで欲しい。命を救うためなら何でもやればよいというわけでない。

○本人からの同意を得る機会がないために相談機関同士で共有できないという現実がある。個人情報の問題があるので情報を共有すべきでは

	<p>ないとか、命の問題だから個人情報共有すべきだということではなく、本人の意思の問題と、同意を得ることの仕組みづくりの問題を区分けして考えることが必要ではないか。</p> <p>○権威のある医師に言われると、心が弱っているときには、不本意ながら同意してしまうこともある。相談先情報を提供して、本人が選んでつなげていくようにすれば弊害はあまりないのではないか。</p> <p>○個人情報の利用について、医師など守秘義務を持つ者以外が支援ネットワークに参加する際の合意事項を考えるべきではないか。</p> <p>○個人情報利用の際のノウハウを共有できれば、更に展開が進むのではないか。</p> <p><u>○地域レベルで実践的な取組を進めるためには、自殺対策を担う人材の育成と確保が必要。自殺対策において必要な専門職において早急に人材育成を図るべきではないか。</u></p> <p><u>○自殺を未然に防ぐ都市整備を推進すべきではないか。</u></p> <p><u>○全国に整備する「地域自殺対策推進センター」が、コンビニチェーンにおける「エリアマネージャー」としての役割を担うことで、市区町村における自殺対策の質を担保すべき。地域メディアにも自殺対策に積極的に関わってもらい働きかけるべき。支援者への支援を強化すべきではないか。</u></p>
<p><b>3 若者の自殺対策の更なる推進</b></p> <p>○ライフステージ、立場ごとの分析を踏まえ、効果的な取組を推進すべきではないか。</p> <p>・小学生・中学生の自殺は、家庭生活、学校生活に起因するものが多い。高校生の自殺は、学業不振、進路に関する悩み、うつ病に起因するものが多い。</p> <p>・大学生等の自殺は、学業不振、進路に関する悩み、うつ病、就職失敗</p>	<p>○学校の長期休業明けなど自殺の多くなる時期に向けて、集中的な対策が必要ではないか。</p> <p>○困難な時にどのように解決していくかや、働くことについても教育が必要だと思う。</p> <p>○予防教育について、先生が行うのか、スクールカウンセラーが行うのか、または先生とスクールカウンセラーが連携するのか、方針を明らかにしてほしい。高校では、医療教育とどう連携するか学校単位で考える時期にきているのではないか。</p>

に起因するものが多い。

- ・18歳以下の自殺者について、長期休業明け直後に増える傾向がある。
- ・10歳代前半までの自殺は事前に予兆がないことが多い（動機・原因が不詳）。
- ・20歳代の有職者の自殺者において、その原因・動機としては、他の年齢と比べて、「勤務問題」の比率が高い傾向がある。
- ・主婦は、精神疾患関連の健康問題と、夫婦関係の不和や子育ての悩みといった家庭問題の比率が高い。
- ・ひきこもりを含めたその他の無職者には、30歳代でも一度も職業経験がない者が少なからず存在し、長期間離職している者も多い。

○平成28年の自殺対策基本法の改正により、いわゆるSOSの出し方教育の実施が規定された。今後、SOSの出し方教育をどのように普及していけばよいか。

○自殺の予兆を分かるような状況作りが必要。保健の先生、親などが、子どもは予兆がなくても自殺する場合が知っていることが大事ではないか。

○教育者・教育機関がSOSをどう受け止め対応するか、研修などが必要。また、子どもたちからのSOSに任せるのではなく、大人側の教育が大事ではないか。

○担任の気づきも大事だが、担任が気づいても孤立してしまうことがある。担任が気づいた後に孤立しないようサポートする仕組みが大事ではないか。

○子どもに助けてくれる人はいるよと言っても、身近に助けてくれる人がいる必要。信頼できる人がいると思って初めて変わる。担任だけでなく、SOSを受け止める人、学校全体で受け止める体制が必要ではないか。

○若者には、10代後半で社会とのつながりのない人、社会での所属がない人、具体的には進路の決まらなかった人5万人、中退など5万人、年間10万人以上の規模でリスクの大きい人がいる。これを、厚労省の地域若者サポートステーションのアウトリーチ相談など施策の対象につなげていく必要があるのではないか。

○インターネットなど、親も把握できない世界があることも考える必要ではないか。

○学校と精神科医の連携の拡充を始め、児童・生徒・学生の精神医療の質、量の充実を図る施策が必要ではないか。

○スクールカウンセラー等による相談体制の充実を図るべきではないか。

○予防教育の実施状況について調査し、自殺対策基本法の改正の趣旨を踏まえた対応をお願いしたい。

○相談したらなんとかなることを子どもたちに理解してほしい思いが



	<p><u>ある。困ったときには、相談したらいいということを伝えることが必要。</u></p> <p><u>○学校へのスクールソーシャルワーカーの配置も考えてほしい。</u></p> <p><u>○不登校対策と連携した若年者自殺対策の推進が必要ではないか。</u></p> <p><u>○相談の受皿の整備と教職員等を対象とした研修の強化を徹底すべき。</u></p> <p><u>SOS の出し方教育を全国で推進すべき。スクールソーシャルワーカーの配置を進めて行政や地域との連携ができる体制を整備すべきではないか。</u></p> <p><u>○若者は支援機関など「窓口」の利用をしない。頼るのは個人的つながり。関係性が重要なファクター。地域の中に帰ってこられる居場所を作るべきではないか。</u></p> <p><u>○若者は中学を卒業すると地域から見えなくなる。次の所属が決まらな いまま高校を離れる（中退、進路未決定）と社会から見えなくなる。SSW などの専門職の配置だけでは不十分。スクールソーシャルワーカーで対 応できる生徒には限りがある。高等学校が、組織として生徒の生活圏で ある自治体や地域とつながり、自殺のリスクが高まったり、困難が顕在 化する前から生徒が地域の大人とつながる仕組みが必要ではないか。</u></p> <p><u>○相談窓口を用意しても、若年層につながらない。本人との関係性構築 が難しい。点ではなく、面で整備が必要。場づくりが大切。学校に相談 できない場合にどうするか。地域の中での居場所づくり、困窮者支援の 手立ても使えるのではないか。</u></p> <p><u>○若者は、電話や面談よりインターネット、SNSを通じてのコミュニ ケーションが多いため、アウトリーチの仕方を考えることが必要。公的 相談窓口にたどりつかない場合が多いが、友達には打ち明ける傾向があ る。友人や恋人に対する研修を進めてほしい。</u></p> <p><u>○居場所活動は、まわりに友人や恋人がいない人向けである。自殺のも っと手前の段階で地域とつながっていれば、支援につながるができる。 若者の実情、行動特性を踏まえ、支援策を組み合わせ、総合的に推</u></p>
--	--

	<p>進ることが必要ではないか。</p> <p>○遺児への支援として、現大綱では、保健師による相談体制充実とあるが、スクールカウンセラー、ソーシャルワーカーなど様々な人の力を借りて進めることが必要。また、遺児の居場所づくりが必要ではないか。</p> <p>○SOSの出し方教育を進めるべきだが、遺児もいるということを常に想定して進めてほしい。</p> <p>○遺児への支援について、幼い子どもの場合、未成年者の場合は、親族、保護者なども含め、承認がないまま進めるのは危険。残された親、保護者が元気で生きていくことを支援することが重要ではないか。</p> <p>○子どもを取り巻く環境が過酷になってきている中で、教育における面での支援が必要。地域性などはあるが、パターン別に先進事例をみつけて展開していくことが必要ではないか。</p> <p>○生活困窮者自立支援法における学習支援事業との連携、頼れる大人がいる居場所づくりを明記してはどうか。</p> <p>○インターネットやチャット相談は体制づくりを含め準備が要るので、1つの組織だけでは、多くの相談を受けられない。そういう組織ができることを希望する。</p> <p>○インターネット相談は賛成。若者の問題は、若者が中心になって考えて取り組むと、若者にアプローチしやすいのではないか。</p> <p>○育児の悩みなどについて、行政にいろいろ窓口があるが、うまく広報できていないと思う。民間でもやっているし行政にもいい仕組みがあるのに知られていないのではないか。</p> <p>○子どもの視点で本当に生きていてよかったと思えるような、子どもが満たされることはどういうことなのかをきちんと考えることが必要。家族でさえ子どもを顧みずに専門家に任せるといった状況がある。子どもの声を留意して聞くことが必要ではないか。</p>
<p>4 過重労働を始めとする勤務問題による自殺対策の更なる推進</p>	<p>○例えば職場で休んでいる人を地域でみるなど、地域・職域連携による</p>

○「勤務問題」を原因・理由とする自殺は、平成23年にピークがあり、その後減少傾向にあるものの、27年の自殺者数は19年をわずかに下回る水準にとどまっている。

- ・原因、動機により詳細な内訳をみると、「職場の人間関係」や「職場環境の変化」等は減少傾向にあるものの、「仕事疲れ」は横ばいである。
- ・平成19年以降の自殺の原因・動機別の寄与をみると、20歳代、30歳代共に「勤務問題」が一貫して自殺死亡率を引き上げており、特に20歳代に顕著な傾向としてみられる。

○長時間労働の是正に向け、

- ①平成20年に、月60時間超の時間外労働に対する割増賃金率を25%から50%に引き上げ（中小企業については、当分の間、適用猶予）
- ②過重労働による健康障害防止のための監督指導等を重点的に実施し、長時間労働の是正や健康診断、医師による面接指導等の実施について必要な指導を実施
- ③平成26年11月に過労死等防止対策推進法が施行され、「過労死等の防止のための対策に関する大綱」（平成27年7月閣議決定）に基づき、調査研究等、啓発、相談体制の整備等、民間団体の活動に対する支援を実施

等の取組を行っているが、過労死等をもたらす主な原因である長時間労働の是正に向けた更なる取組を行うべきではないか。

- ・パートタイム労働者を除く一般労働者の年間総実労働時間は、2,000時間前後で高止まり。
- ・年次有給休暇の取得率は平成12年以降5割を下回る水準で推移。

働く人の支援を盛り込んでどうか。また、小規模事業所のフォローがみえてくるとよい。

○職場でのストレスチェック。精神科の専門医の診療にどうつなげていくかが難しい。

○過重労働・仕事疲れは、長時間労働に限るものではなく、仕事の質的な問題もある。

○残業の上限、インターバルについて法規制が必要ではないか。

○法規制は慎重にすべきではないか。働き方改革の議論を基に進めていくべきではないか。

○労働時間の適正な把握が必要ではないか。

○メンタルヘルスはストレス、パワハラ問題が大きいと思う。厚生労働省でサイト（あかるい職場応援団）を立ち上げているが、より一層の周知が必要ではないか。

○企業をいかに動かすかの動機付けが重要ではないか。

○長時間労働について、教員、特に新人教員の実態把握が必要ではないか。

○職域の自殺予防対策で、産業医との連携や、ストレスチェック制度等を活用し、うつ病になる前の段階で精神科医も何か関与することができるのではないか。

産業医と精神科医の連携の拡充を始め、産業医学分野における精神医療の質、量の充実を図る施策が必要ではないか。

職場で実施されたストレスチェックが解析される際に、事業主から提供される時間外労働時間、職場環境等についても十分に検討され、企業風土の改革を含む組織改革が実効のあるものになるような施策が必要ではないか。

○中小零細企業・自営業者における被雇用者に対するメンタルチェックや、メンタルの問題を抱えた被雇用者に対するリ・ワークのための業務

- ・ 残業時間が長いほど、『疲労の蓄積度』及び『ストレス』が「高い」と判定されるものの割合が高い。

○職場におけるメンタルヘルス対策を更に推進すべきではないか。

- ・ メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所の割合は59.7%である（平成27年「労働安全衛生調査（実態調査）」）。

仕事や職業生活に関する強い不安、悩み、ストレスを感じる労働者の割合は50%を超えている。

を行うことを、国の支援事業として、より積極的に取り組むことを検討すべきではないか。

○ストレスチェックが義務化されていない事業所における対策を別枠で検討すべきではないか。

○本人が、いわゆるブラック企業から抜け出す対策の論点も必要ではないか。

○規模、持っている資源、職場の特性に応じたメンタルヘルス対策が必要。ストレスチェックは、労働者に気づきを促すためのものであり、病気を見つけるためのものではない。申し出があり、措置が必要となれば産業医等につなぐことができるが、現在、ストレスチェックの結果を解析する状況にはなく、時間外労働や職場環境などを併せてみることは難しい。職場で、指導とパワハラの間引きは難しい。

○ストレスチェックの本来の目的が伝わっていない。ストレス状況、ストレス因子をチェックする制度である。ストレス因子とは、結局職場環境のこと。組織診断に関し、組織リスクとは、仕事の量的負荷と職場の環境の二つ。職場の人間関係が非常に重要な因子。周囲の支援環境がどうなっているのか、ここにもとっと視点を当てる必要がある。支援が弱い風土になっている。重要な問題だと思う。労働時間の負荷が強く、支援が悪いとなると、負荷は2、3倍になってしまう。その視点も入れてほしい。

○ストレスチェックは結果をどうフィードバックするかにかかっている。うまく回っている事例を示してほしい。

○ストレスチェックの活用による働きやすい職場づくり、健康職場に向け、インセンティブが必要。職場環境をどう評価してPDCAを回していくかを、もう少し戦略的に、理論的に考えていくといいのではないか。

○健康経営の施策と過労問題の施策は同じ線上にあると思う。関連施策の連携強化という点からも、連携して進めてほしい。ストレスチェック

	<p><u>が義務化されていない事業所への対応を戦略的にやっていくことが必要ではないか。</u></p> <p><u>○ストレスチェックは問題もあるが、職場環境を守るツールとして有効だと思うのでうまく活用してほしい。</u></p> <p><u>○マタニティハラスメントの項も加えてはどうか。</u></p> <p><u>○ストレスチェックに関し、産業医がいない職場は多い。そういうところを想定し、一般衛生関係者への相談体制を兼ね備えたようなシステム、早く拾い上げられるようなシステムができるとよいのではないか。</u></p> <p><u>○本来は労災かどうかという問題だけでなく、メンタルヘルス問題があったのを見落とせば、安全管理基準違反になるはずである。そこを経営者等にわかるよう研修等してほしい。</u></p>
<p><b>5 PDCAサイクルの推進、数値目標の設定</b></p> <p>(PDCAサイクル)</p> <p>○平成28年の自殺対策基本法の改正により、都道府県、市町村において自殺対策計画を策定することが法定化されたところ。</p> <p>このような中で、今後、自殺対策について、PDCAサイクルをどのように取り込んでいくべきか。</p> <p>○自殺総合対策推進センターを中心に、自殺対策事業の評価システムの構築を図ることとしてはどうか。</p> <p>○評価の指標、期間をどのように設定するか。</p> <p>(数値目標)</p> <p>○現大綱において、「平成28年までに、自殺死亡率を17年(24.2)と比べて20%以上減少させることを目標とする。」としている。</p>	<p>○予算の活用により、予算を通じて様々な事業を実施する各部署が協働することがポイントになるのではないか。</p> <p>○総合支援のためには、顔の見える官民協働のネットワークを作っていくことが大切。県レベルだけではなく地域ごとで顔の見える関係を構築していくべきではないか。</p> <p>○外部評価の視点が大切だ。内閣府の時にあったような自殺対策検証評価会議を設置してはどうか。</p> <p>○自殺の実態分析、原因解明や有効な自殺予防介入法の検討など、自殺対策の基盤となる精神医学的調査・研究をさらに推進・拡充させてはどうか。</p> <p>○遺族支援のPDCAは難しい部分があるのではないか。</p> <p>○行政機関による活動には、費用対効果の考慮が必要ではないか。</p> <p><u>○数値目標について、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指すという大きな目標の下、10年後の中期目標としては「日本を除く先進7か国の自殺率の平均」をめざすべきではないか。</u></p> <p><u>○高齢者、有職者、若者の問題は、それぞれ背景が異なる。カテゴリ一</u></p>

平成27年の自殺死亡率は18.5であり、現大綱の目標は達成している。

○現大綱の目標は、急増以前の水準（平成9年）に戻すことを目標にしつつ、諸外国の例も参考にしながら、20%としたもの。

○次の目標について、どのように設定すべきか。

で数値がどうなっているか評価すべき。有職者の問題は、勤労者、自営業のほか、無職者などいる。無職者はブラックボックス。そこをもう少し分析し、社会要因などの関連もみてPDCAを回すべきではないか。

○自助グループを、ほかの民間団体を同じように扱ってほしい。

○先進諸国7か国を目標設定にしているが、日本で目標設定を考える場合は、地域差があると思う。がんばっている地域が、意気消沈しないような数値であるべき。地域の状況も鑑みて数値を検討してほしい。○

○%などの表記方法も検討すべきではないか。

○理想として、目標は高くあってほしい。実現できなくても、それを目標にすることが大事だと思う。自死遺族としてはゼロを目標にしたい。実現不可能でも考えてほしい。

○予算について、費用対効果なども分析してほしい。省庁の事業報告があったが、幅が広い。質が様々。きちんと整理し、どれだけ投資し、どれだけ成果あがったか、横串で見てほしい。その結果をみて、次にどこに投資すべきかを検討するようにすべきではないか。

○全体を通じて、連携、協働、ネットワークなどの語が使われているが、定義すべき。連携の効果が評価できないと感じる。現実に市町村の現場では、会議体が様々あり、会議疲れもでている。一般施策の中ですること、自殺対策としてすることを仕分けることが必要。事業を特出しする中で、関係者間での協力連携を形づくること必要ではないか。