

自殺対策の検討の枠組み

黒字・・・自殺予防に向けての政府の総合的な対策について(平成17年12月26日 自殺対策関係省庁連絡会議)
青字・・・自殺総合対策の在り方検討会の第3回までの主な意見
緑字・・・自殺総合対策の在り方検討会の第4回における主な意見

ライフ ステージ	具体的施策の内容								
	事前対応 (プリベンション)		自殺発生への危機対応 (インターベンション)			事後対応 (ポストベンション)		共通・その他	
	国民の理解の増進	心の健康保持に係る体制の整備	医療提供体制の整備	自殺発生回避のための体制の整備	自殺未遂者に対する支援	自殺者の親族に対する支援	人材の確保	民間団体の活動に対する支援	調査研究の推進(実態の解明の推進)
共通	国立精神・神経センター精神保健研究所に設置予定の自殺予防総合対策センター(仮称)等を活用し、国民に対する正しい知識の普及啓発を強化するとともに、一般向けの自殺に関する情報や行政担当者等向けの自殺予防対策に関する情報の提供を拡充する。	都市と農山漁村の交流を通じて、農山漁村地域の住民の生きがい発見と都市部住民への癒し・安らぎの場を提供するため、グリーン・ツーリズムを推進する。	自殺の危険性(リスク)が高いとされるうつ病等の患者が早期に医療を受けることができる体制や、精神科救急体制の整備を図る。	法的なトラブル解決への道案内が受けられる体制を全国に整備する。	民間団体とも連携し、救急病院に搬送された自殺未遂者が退院後も精神科医や相談機関によってフォローアップされる体制の充実を図る。	自殺遺族に対するケアのあり方等について、精神保健研究所等の研究機関を中心に検討する。	保健所、精神保健福祉センターなどにおいて、心の健康問題に関する相談事業を充実する。	各都道府県において自殺問題を担当する部署を明確化するとともに、民間団体とも連携する自殺対策連絡協議会の設置を促す。	統計調査等から得られたデータを分析するとともに、予防対策に向けた必要な情報の不備を補完するための新たな調査を検討するなど、関係省庁の協力も得て、自殺の実態や要因の分析を社会的要因も含め多角的に進める。
	地方自治体が独自で対策を進めるに当たって、地方自治体ごとの特性(年齢層、性別、産業構造、地域性)に基づいて適切な対策をとることができるように基礎データの分析を行い、成功事例等とともに情報提供を強化する。	都道府県単位、二次医療圏単位に設置されている生活習慣病の予防のための地域、職域 保健の連携推進協議会を活用し、メンタルヘルスカアの地域、職域保健の連携を推進するといのではないか(第2回)	かかりつけ医と精神科医の連携(第1回)	従来から行っている自殺するおそれのある家出人に関する家出人発見活動を継続して実施する。	自殺未遂者が再び自殺をしようしないための働きかけの方法や、民間支援団体との連携方法について研究を強化する。	分かち含いの会の立ち上げなど、孤立してしまっている遺族への支援を進めることが必要(第3回)	地方自治体の自殺関連の担当者に対してうつ・自殺対策のマニュアル、等を配布し活用を促す。	具体的な自殺の相談に対して適切に対応するため、関係団体の連絡・調整を担う自立的・中間的な民間団体の在り方等の研究を進め、その成果を普及させる。	自殺予防における対象、方法などの介入ポイントを明確化し、地域における自殺率を減少させるための対処方法の研究を推進する。
	困ったときに助けを求めることは恥ずかしいことではなく、どこに相談すればよいかという情報も伝える(第2回)	専門医による早い段階での地域、職域でのメンタルヘルスへの取組への支援が必要(第2回)	一般科におけるスクリーニングと健康全般に関する中間的なカウンセラーによるカウンセリングを介して精神科医へ繋ぐシステムを考えてはどうか(第2回)	「インターネット上の自殺予告事案への対応に関するガイドライン(平成17年10月5日電気通信事業者団体において策定)」を踏まえた適切な措置に努めるとともに、普及啓発を推進する。	救急医療の現場で誠実な対応をすると遺族と信頼関係ができる。自殺の救命救急の実態とこれからの在り方について研究することが必要(第3回)	学校においても自殺者が発生した後の心のケアは重要(第3回)	自殺予防総合対策センター等で研修事業を行い、公的機関や、民間団体の相談員の資質の向上を促す。	自殺と関連の強いと言われるうつ病等の精神疾患について、病態解明や治療法の開発などを推進する。	
	心の病に対する偏見を取り除くことが重要(第2回)	電話相談と医療が連携することにより相乗的な効果をあげることができる(第3回)	うつ病に関する医療、治療は世界的に見ると遅れており、精神科医と心理士やケースワーカーが総合的に関わる体制など精神科医療の向上が必要(第3回)	インターネット上の違法・有害情報に関して、プロバイダ等による自主的措置及びこれを効果的に支援する方策等について検討する。		理想的な自殺予防教育をすべて直ちに実施できないにしても、最低でもポストベンションを行うべき(第4回)	地域において、社会福祉協議会、民生委員、児童委員等の福祉関係者を活用(第2回)		実務本位で対策を実践しつつ、それと平行して調査研究を行い、その成果を速やかに実務に還元していくことが重要(第1回)
	健康教育や正しい知識の普及が大事(第2回)	うつ病のハイリスク者へ保健師などが訪問指導をきちんと行うことは重要(第4回)		様々な場面でうつのスクリーニングを行い、早めの発見につなげることが重要(第4回)	インターネット上にある自殺関連情報等のサイト閲覧を制限するフィルタリングソフトの無償提供や、フィルタリングソフト普及のための普及啓発セミナーの開催等を実施する。	遺された親族へのケアは重要(第4回)	人権擁護関係者や防犯、防災上の組織を活用(第2回)		調査研究による的確な情報を社会全体で得ることができたら効果的に進められる(第1回)
	自殺対策を広く国民に理解してもらうには報道機関との連携が必要(第2回)	大都市では保健所単位など、できるところから自殺対策を始めて広げていくことが大事(第4回)	かかりつけ医の機能を強化することは重要(第4回)	旅客の転落防止等のために設置している鉄道駅のホームドア・ホーム柵について、技術上設置可能な箇所について整備を促進する。		子どもの自殺が起きた場合、教職員や近い子どもへのケアを行うため、専門家チームによる支援が必要(第4回)	かかりつけ医への知識、技術、専門家への橋渡しといった技術的な普及が必要(第2回)		過労自殺の労災認定は厳しい基準を満たしたもののだけ。その他に多くの却下された事件があり、その点検も必要(第1回)
	様々な社会的な問題についての相談機関のマップを示すべき(第3回)	自殺対策を推進するにあたっては、現在実施している各種の行政施策の中で何ができるか、検証や検討をすることが必要(第4回)	内科医は、患者の体の訴えを正確にとらえて、身体症状から始まるうつの治療につなげていくことが大事(第4回)	WHOや諸外国が示している自殺報道のガイドライン等の収集・分析を行い、その成果を広く情報提供する。		支援を受け、学校が正常に復した後、取り残されていくという形で様々な反応が出てくるので、それに対する注意が大事(第4回)			NPOによる遺族ケアのデータは調査研究に貢献が可能(第1回)
	命の大切さ等の教育面の取組も必要(第3回)		大都市部は、医療機関が充実しているため、それを効果的に活用できる可能性を秘めている(第4回)	マスコミ各社で検討してガイドライン的なものを作り、報道のときには自殺以外の代替手段を載せるなどの方向にもってきたい(第2回)					うつ、認知症等の早期診断手法の研究と医師のスキルの向上が必要(第2回)
	住民参加、専門家の積極的な関与は重要。ハイリスク者への個別指導、キャンペーンの実施、メディアとの連携による積極的な啓発は効果がある(第4回)		精神科や精神疾患などに対する偏見は、長い時間をかけて変えていかなければならないので、そこに至るまでのかかりつけ医の果たす役割は大きい(第4回)	新聞協会では、取材のやり方についてのルール作りへの取組をしているが、報道の仕方についてのルール作りについては、慎重でなければならず報道各社の姿勢に委ねている(第3回)					生物学的研究、ゲノム研究も行われているところ(第2回)
	うつに対する理解の増加と、地域の自殺に対する偏見の除去や信頼感の醸成という2つのアプローチをした結果、自殺者数が減った(第4回)		簡便でスクリーニングに役立つ仕組みをかかりつけ医に提供する工夫が必要(第4回)	自殺危険地(ハイリスク地)への対策を実施することが重要(第4回)					自殺予防のための第1段階は実態を正確に把握すること(第3回)
	子どもの自殺予防教育は、それを通じて教師自身のメンタルヘルスを振り返る重要な機会であり、教師を対象とした教育も必要(第4回)								警察庁の自殺統計について研究者による分析ができるようにすべき(第3回)
	親にも自殺予防教育をして、何かあったらすぐに対応できることを示しておくことが必要(第4回)								日本における研究や実態調査への費用が世界的に見ても極端に少なく、研究や実態調査の重要性を認識し、世界的なレベルにあわせることが必要(第3回)
	自殺を恥と考えるような偏見を変えるための啓発をしていくことは重要(第4回)								自殺の背景にある社会的要因を浮き彫りにするための調査が必要(第3回)
	都道府県民運動、国民運動のような啓発の広がりが一番大事(第4回)								実態調査と遺族支援は一体のものとして考えるべきで、調査が先行するべきではない(第3回)
	担任などが持っていないければ役立たないような大事な通知や資料は、教員数を配付してほしい(第4回)								

ライフ ステージ	具体的施策の内容								
	事前対応 (プリベンション)		自殺発生への危機対応 (インターベンション)			事後対応 (ポストベンション)		共通・その他	
	国民の理解の増進	心の健康保持に係る体制の整備	医療提供体制の整備	自殺発生回避のための体制の整備	自殺未遂者に対する支援	自殺者の親族に対する支援	人材の確保	民間団体の活動に対する支援	調査研究の推進(実態の解明の推進)
子ども・ 青少年	学校において、体験活動を活用するなどして、児童生徒が命の大切さを実感できる教育を推進する。	スクールカウンセラーや、こどもと親の相談員の配置などを行い、相談体制の充実を図る。	子どもの心の問題に対応できる医師等の養成を推進する。	児童を自殺関連サイト等から保護することを目的として、現在パソコン向けに実現・普及しているフィルタリング機能をモバイル(携帯電話等)向けにも実現するための研究開発を推進する。	未遂に終わったときの子どもへの対応は、非常に慎重にかかわる必要がある(第4回)	自殺遺児に対するケアが的確にできるよう学校教職員、スクールカウンセラーに対する研修等を行う。	教育相談を担当する教員の資質向上のための研修を行う。		児童生徒の自殺の特徴や傾向などを分析しながら、自殺予防の取組の在り方について調査研究を行う。
	問題が起こっても、死ぬ以外の異なる見方、異なる解決方法があることを示していく教育が大事(第4回)	違法・有害情報対策に関する情報モラル教育を推進する。				学校では、家族や本人が自殺し、クラスや先生は心の傷が癒えないまま取り残された状態になっていく(第1回)			子どもの自殺について、第三者機関が入り、今までより細かい背景をつかむような実態の把握が必要(第4回)
	「弱音を吐いてもいいんだよ」「話を聞くために待っている人がいる」というメッセージを子どもに伝えることが大事(第4回)	子どもたちが学校の中で位置づけられるような教育形態を教師と一緒に模索していくこと、弱音を吐いてもいいという風土ができること、話を聞いてくれる人がいることを確認できることが大事(第4回)							子どもの現状把握を含めた分析や検証が足りないのではないか(第4回)
		学校における自殺発生後の心理的ケアに対する危機管理マニュアルが必要(第4回)							
		子どもの心の健康は、一生にわたるメンタルヘルスの基礎であり、適切な対応が必要(第4回)							
中高年	労働者に対するメンタルヘルスについての正しい知識の普及を推進するとともに、相談事業の充実を図る。	事業場におけるメンタルヘルス対策についての指針を公表し、その普及啓発を図るとともに、事業場に対する支援を実施する等事業場内における対策の充実を推進する。	職域(産業医、産業保健職)と精神科医等の専門家との機能的連携(第1回)	失業者に対して早期再就職支援等の各種雇用対策を推進するとともに、ハローワーク等の窓口においてきめ細かな職業相談を実施するほか、失業に直面した際に生ずる心の悩み相談など様々な生活上の問題に関する相談に対応する。	自殺未遂者について職場復帰へのサポートシステムが必要(第3回)	労災補償を受けられなかった遺族への何らかの社会保障とケア対策が必要(第1回)	中小企業には、地域の保健師、産業看護師、産業カウンセラー等の参加が必要(第2回)		労働者の自殺について労災認定されたものだけでなく幅広く調査研究し自殺防止に生かすことが必要(第2回)
	職域においても、管理監督者の風通しのよい職場づくりへの理解が必要(第1回)	商工会・商工会議所等の経営相談窓口を訪れた中小企業者に対して、その経営相談にとどまらず適切な対応が取れるよう、相談員へのメンタルヘルスについての正しい知識の普及を推進する。	職域のメンタルヘルスカケアについて、更なる産業看護職の働きかけが必要(第1回)	倒産やリストラ等に伴う経済・生活問題について、雇用の創出・安定、中高年者をはじめ失業した場合の早期再就職支援等の総合的な雇用対策等を推進する。	救急医療の現場からの情報が職場にフィードバックされて、それが職場の中で生かされる連携体制が必要(第3回)	遺族の補償について、業務と全く関係ないケース以外は労災補償金を支給することを原則に新たな認定基準を作成することが必要(第2回)	産業保健の現場で働く保健師、看護師について、産業医と同様に小規模事業場が共同で選任できる制度を創設するなど、その活用を推進すべき(第2回)		労災の資料など各省庁が個別に持っている資料について研究者が分析できるようにすべき(第3回)
	事業主団体等の地域の団体を通じて必要な情報や教育の材料等を広く流すことにより、当該団体のリーダーシップによる対応が期待できる(第2回)	職場における産業医、産業保健職の活用、メンタルヘルスカケアの推進(第1回)	健康保険組合も疾病予防の保健指導など、重要な役割を占めている(第2回)	商工会・商工会議所等と連携し、経営の危機に直面した中小企業を対象とした相談事業、中小企業の一般的な経営相談に対応する相談事業を引き続き推進する。		労働者の自殺については、社会全体の補償体系や事後対応の検討が必要(第2回)	看護職が共同で中小企業の方たちへのケアが行えるシステムが必要(第3回)		産業医や健康保険組合でも既に取組が行われており、その実態の把握とさらなる取組への指導も必要(第3回)
	少ない労災事件の影に多くの自殺事件があることを国民に知らせることが必要(第2回)	50代から60代にかけての自殺死亡率が最も高いが、退職後の生きがいとの関わりもあると考えられるため、在職中から仕事以外の生きがいづくりへの支援を行うことが必要(第1回)		事業存続の可能性のある中小企業が、一時的な経営環境の悪化等の要因により安易に廃業・倒産に至らないようにするための支援を行う。		職場等において自殺が発生した直後に心のケアをするのは不可欠。それと併せて自殺予防についての普及啓発を行うとよく理解してもらえ(第3回)	産業医と心理士や保健師等のチームケアが重要(第3回)		
		職域では、経営者の考え方で、メンタルヘルスカケアの充実度が異なっているので、経営者にその重要度を理解してもらうことが重要(第1回)				職場においても自殺者が発生した後の心のケアは重要(第3回)			
		経営者がメンタルヘルスに関心を持ってもらう働きかけが大切(第2回)							
		企業における経営者の意識をメンタルヘルスに向けるには、産業保健スタッフの情報提供等が重要(第2回)							
		過重な長時間残業の是正と職場や家庭のストレス要因を取り除くことが必要(第2回)							
		自殺対策にも生活習慣病の予防関係の地域、職域連携の推進協議会を活用すべき(第3回)							
		職場における安全衛生委員会においてメンタルヘルス対策についての客観的評価とその対応を考えていくことが必要(第3回)							
		学校も職場としてメンタルヘルスの基盤づくりが必要(第3回)							
高齢者		農村における高齢者福祉対策を農業協同組合やその助け合い組織等の協力を得て推進する。		うつ状態にある高齢者を早期に発見し、適切な相談等につなげるための体制を整備する。			介護、福祉の現場で、そういう人たちが危機に対処できるようなスキルを身につけることは重要(第4回)		今後の高齢者については、生まれた世代が変わることによって、ストレスの受け方が変わってくると予測され、その実証は今後の課題(第4回)
		農山漁村における高齢者の生きがい発揮のため、ハード整備や情報インフラ整備を行うなど、快適で安心な農業環境・生活環境づくりを推進する。					介護予防事業関係者に対する研修の実施などにより、自殺予防へつなげることを一層強化することも必要(第4回)		自殺の原因・動機の7割が健康問題だが、その背景に経済苦のようなものもあるという視点が必要(第4回)
		近隣の見守り等、地域の地道な活動の中で、住民の自主的な取組を育てていくことが大切(第2回)							介護疲れによる自殺については、調査でハイリスク者を明らかにし、それに対して支援していくことが必要(第4回)
		家族関係の改善への支援、世代間交流を含めて地域の交流の活動を強化、高齢者の生きがい対策をすることが重要(第4回)							
		介護予防事業は、今後、一層力を入れることが必要(第4回)							
		都市部では、生涯学習や趣味のサークルなどが、高齢者の生きがい対策につながる(第4回)							
		単身の高齢者が増えてきた場合には、地域全体、都市全体の中でのサポートを強化していくことが対策になる(第4回)							