

(資料 1)

自殺総合対策大綱の見直しに向けての提言

平成 24 年 6 月 11 日

国立精神・神経医療研究センター
自殺総合対策大綱改正の提言に向けてのワーキンググループ

目次

はじめに	1
要約	2
大綱のあり方	4
1 大綱見直しの必要性	
(ア) 大綱における地方公共団体等の役割を明記する	
(イ) 自殺対策の研究成果の活用を促す	
(ウ) 総合的・包括的視点の必要性を踏まえ、重要な取組に焦点を当てる	
(エ) メンタルヘルスの問題が国民的課題であるという認識を示す	
(オ) 対策のモニタリングを自殺既遂以外の指標で可能とする	
(カ) 国際協力について言及する	
2 より効果的なものにするための大綱の戦略	
(ア) 大綱の適用範囲を明確にする	
(イ) 取組の背景となる科学的根拠を示した資料を活用する	
(ウ) 全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入の記載を設ける	
(エ) 活動計画を立て、モニタリングを行うことを推奨する	
自殺対策の各領域と望まれる取組	8
(ア) 自殺防止に直接関わる（自殺行動の直前・直後に関わる）専門領域	
(イ) 自殺の直接的な背景にある問題（精神保健上の問題）に関わる専門領域	
(ウ) 精神保健上の問題を介して、もしくは間接的に自殺の背景にある問題に関わる専門領域	
(エ) 広く社会の協力を得る領域	
(オ) 自殺総合対策のモニタリングと評価	
(カ) 調査研究の推進	
(キ) 体制構築	
注釈、あとがき	28
作成手順	30
資料：自殺総合対策大綱の見直しに向けての提言〈資料編〉	

はじめに

自殺対策基本法の制定後、平成 19 年 6 月に自殺総合対策大綱（以下、大綱）が閣議決定され、各地に自殺対策が普及していきました。大綱には「大綱に基づく施策の推進状況や目標達成状況等を踏まえ、おおむね 5 年を目途に見直しを行う」と記述されており、昨年の 3 月には、政府の自殺総合対策会議において、平成 23 年から見直しに向けた検討に着手すること、平成 24 年春を目途に、新しい大綱案の作成を行うことが決定されました。

さて、わが国は第二次世界大戦後に 3 回の自殺の急増期を経ています。自殺予防の取組は「日本のいのちの電話連盟」等の自殺対策に熱意をもった民間団体に依存してきたのが実状でした。しかし、自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）に基づき、平成 19 年 6 月に大綱が閣議決定された前後からは、各地で様々な対策が行われるようになり、活動の経験を通じて、また調査・研究を通じて、自殺対策の発展に役立つ多くの知見が蓄積されてきました。これらの知見の活用は、より効果的で安全な自殺対策の普及に役立ちます。

そこで、国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 自殺予防総合対策センターでは、自殺総合対策大綱改正の提言に向けてのワーキンググループを立ち上げ、自殺対策に関連する学会から、これまでの活動の経験、調査・研究を通じて集積してきた知見に基づく提案を収集し、自殺予防総合対策センターの研究成果とあわせて、大綱見直しに向けての提言を行うこととしました。

この提言は、要旨、大綱のあり方、自殺対策の各領域と望まれる取組等から構成され、このうち自殺対策の各領域と望まれる取組は、自殺対策に関連する学会の提案をもとにまとめたものです。

ここに述べたことは、自殺対策全体の広がりから見ると部分的かもしれません。また、自殺対策に関する科学的根拠も、妥当性の高いものからそれほど高くないものまでの様々なレベルのものがああります。残念ながら、自殺を高い信頼性で予防できる知見は、いまだに世界にもわが国にも存在しません。しかしながら、自殺の危険因子、保護因子についての知見は既に報告されており、これらの要因に働きかける活動の中には高い信頼性で根拠が示されているものがあります。このように科学的知見にも限界はありますが、効果があり、副作用が少なく、実施可能性の高い自殺対策活動を計画・実施するために、この提言は役立つと考えます。

この提言が、自殺対策の発展のために役立てられることを祈念しております。

要約

自殺総合対策大綱（以下、大綱）は、自殺の問題の深刻さを社会に訴え、社会の関心を高めることに大きく貢献してきました。そして大綱に示された当面の重点施策等を参考に、各地で様々な自殺対策が取り組まれるようになりました。このように大綱は、自殺対策に取り組むことの必要性を広く社会に知らせるといった大きな役割を果たしてきました。この成果をもとに、わが国の自殺対策をさらに発展させていくため、自殺対策の関連学会と国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 自殺予防総合対策センターでは、これまでの活動の経験と調査・研究を通じて得た知見をもとに大綱見直しの提言をまとめました。その概要は次の7項目にまとめることができます。

1. 大綱に述べられていることのうち、国の取り組むこと、地方公共団体の取り組むこと等、その適用範囲を明確にする。特に地方公共団体が自殺対策に取り組む場合は、地域の優先課題に重点を置くことを推奨することを明記する。
2. 自殺対策の効果をあげるためには、全体的予防介入（リスクの度合いを問わず万人を対象にする一般的な自殺予防啓発）、選択的予防介入（自殺行動のリスクが高い人々を対象）、個別的予防介入（過去に自殺未遂をした人等、自殺行動のリスクが高い個人を対象）の3つの対策を効果的に組み合わせて、自殺の危険因子を減少させ、自殺の保護因子を増加させ、その結果として自殺を減少させていくことが必要との考え方を述べる。特に今後は、その中でも、選択的予防介入、個別的予防介入を強化する必要があることを明記する。
3. 現場の取組がよりよく進められるよう、自殺対策の関連学会、自殺予防総合対策センター等における活動の経験と調査・研究を通じて得た知見の活用を支援する考え方を示す。くわえて、現場の取組を支援できる科学的知見の収集がさらに進むよう、また、モデル的な取組や国際交流が進むよう、研究基盤の強化を明記する。
4. 大綱の重視している「社会的要因」については、自殺の危険の高い人たちは、孤立し、かつメンタルヘルスの問題を抱えて、様々な社会サービスをうまく利用できない状態にある場合が多いことを踏まえて、具体的かつ焦点を当てた対策を重視する考え方を示す。
5. ほとんどの自殺の背景にはメンタルヘルスの問題があり、国際的にも、その解決には、国レベルでの保健と社会セクターの包括的な調整が必要であるという認識が示されている。メンタルヘルスの問題への取組は、共生社会を実現するための国家的課題であるという認識を示す。
6. 地方公共団体に活動計画と活動のモニタリング計画を立てることを推奨する。また、自殺対策のモニタリング指標として、現在の自殺既遂に加えて、自殺未遂者のサポートや、自殺の危険因子を多くかかえた人たちを見守るサービスの利用の強化を指標に加えることによって、地域における自殺対策の浸透を図る。

7. 自殺対策の取組を、(ア) 自殺防止に直接関わる（自殺の直前・直後に関わる）専門領域、(イ) 自殺の直接的な背景にある問題（精神保健上の問題）に関わる専門領域、(ウ) 精神保健上の問題を介して、もしくは間接的に自殺の背景にある問題に関わる専門領域、(エ) 広く社会の協力を得る領域、(オ) 自殺総合対策のモニタリングと評価、(カ) 調査研究の推進、(キ) 体制構築、の7つに区分して検討することは、地方公共団体等における自殺対策の推進に役立つ可能性がある。

わが国の自殺対策の発展において、メンタルヘルスの問題への取組と連携した社会的支援は必須であるとの認識のもと、この提言と、そのもとになった自殺対策の関連学会の提案が積極的に活用されることを祈念します。

大綱のあり方

1 大綱見直しの必要性

平成19年6月に閣議決定された自殺総合対策大綱（以下、大綱）には「大綱に基づく施策の推進状況や目標達成状況等を踏まえ、おおむね5年を目途に見直しを行う」と記述され、大綱見直しの作業が行われています。

はじめに、この提言において、大綱の見直しを必要とする根拠と提案を述べます。

(ア) 大綱における地方公共団体等の役割を明記する

大綱は「自殺対策基本法に基づき政府が推進すべき自殺対策の指針」に位置づけられています。その一方で国民全体へのメッセージが含まれており、活用する人の立場によっては大綱の位置づけがわかりづらくなっています。例えば、基本的な考え方の中に「国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む」と謳われていますが、国民がどのような役割を担うかという具体的な記述はありません。また地方公共団体については、当面の重点施策の中に「本大綱を踏まえつつ、地域の実情に応じた施策を設定する必要がある」と述べられていますが、9本の柱、50の取組のうちどのどれに重点を置くかは、それぞれの地方公共団体に委ねられています。大綱見直しにおいては、地方公共団体が自殺対策に取り組む場合は、各地域のニーズを十分に検討した上で、限られた予算や人的資源を有効に活用するよう、優先して実施すべき対策に重点を置くことを推奨することを明記すべきです。またメンタルヘルスの問題と様々な社会的要因の両方を抱えた者が自殺のハイリスク者であることを踏まえ、メンタルヘルスにおける取組と社会的支援の連携が進むよう、関係省庁間の調整を行うことも明記されてよいと考えます。

(イ) 自殺対策の研究成果の活用を促す

現在の大綱は、「自殺総合対策のあり方検討会」（以下、「あり方検討会」）における議論をもとにまとめられた「総合的な自殺対策の促進に関する提言」をもとにしています。「あり方検討会」においては様々な議論が行われているものの、提言の根拠についての記載は含まれておりません。さらにこの提言をもとに大綱が作成されていますが、その過程において修正された理由は示されておりません。より多くの国民の納得を得て自殺対策を進めるためには、その背景となる科学的根拠を示し、現場の取組がよりよく進められるよう支援することが望まれます。このため、自殺対策の関連学会、自殺予防総合対策センター等における活動の経験と調査・研究を通じて得た知見の活用を支援することが望まれます。また、現場の取組を支援できる科学的知見の収集がさらに進むよう、また、モデル的な取組が進むよう、研究基盤の強化が望まれます。

(ウ) 総合的・包括的視点の必要性を踏まえ、重要な取組に焦点を当てる

大綱の基本的な考え方において「社会的要因も踏まえ総合的に取り組む」と述べられているように、大綱は総合的・包括的な理念を謳うことにより、自殺対策を社会全体で総合的に推進する道を切り開きました。しかし、自殺対策をより実効性のあるものとするためには、効果的で安全な対策に焦点を当てるための「戦略」が必要です。特に重要な取組に焦点を当て、そこに十分な財源と人的資源を配分する考え方を示す必要があります。現在の綱で重視されている「社会的要因」については、自殺の危険の高い人たちは、孤立し、メンタルヘルスの問題を抱えて、様々な社会サービスをうまく利用できない状態にある場合が多いことを踏まえて、具体的かつ焦点を当てた対策を重視する考え方を示すことが必要です。

(エ) メンタルヘルスの問題が国民的課題であるという認識を示す

様々な要因が自殺と関連することが明らかにされていますが、その中でも自殺との関連が強く、しかも対策が可能な領域としては、精神疾患等のメンタルヘルスの問題が挙げられます。メンタルヘルスの問題を抱えた者への支援については、国際的にも国内においても、多くの実施可能な活動が展開されています。また、国際連合と世界保健機関は、メンタルヘルスの問題が国際的な課題であり、その解決には、国レベルでの保健と社会セクターの包括的な調整が必要であると述べています。自殺の背景にあるメンタルヘルスの問題は、共生社会を実現するための国民的課題であるという認識を持ち、社会全体で取り組む課題にしていくことが望まれます。

(オ) 対策のモニタリングを自殺既遂以外の指標で実施可能とする

わが国の自殺の実態を把握するための指標として、人口動態統計と警察庁の自殺の概要資料が用いられています。しかしこれらの自殺死亡の統計は、地域において自殺対策のモニタリングや評価を行うには適さない場合があります。わが国の自殺死亡率（人口10万人あたりの年間の自殺者数）は20～25程度です。人口10万人で年間の自殺者数が25人の地域を想定するならば、自殺死亡率20%の減少は、年間の自殺者において5人の減少に当たります。しかし、自殺死亡数は偶然変動により毎年増減を繰り返しており、人口10万人に数人程度の変化は、この偶然変動の中に埋もれてしまうのです。このように自殺対策の効果の指標として自殺死亡率、自殺死亡数を使用することがいつも適切というわけではありません。この5年間にわたって、地方公共団体において様々な自殺対策が実施され始めたことを考慮すると、今後は自殺予防活動のモニタリング指標として、自殺未遂または自殺の危険性の高い人たちへの支援の把握も重要です。

(カ) 国際交流について言及する

日本が抱える自殺の問題とその背景には、他の多くの国々、特に経済成長と社会構造の変化が急速に進む東アジア諸国と共通の課題が多くあります。わが国の自殺対策の経験とそ

これから得られた知見を、他の国々と共有して検討することは、わが国の自殺対策の発展に役立つとともに、諸外国における自殺対策の発展にも貢献することになります。

2 より効果的なものにするための大綱の戦略

自殺対策の効果をあげるためには、全体的予防介入（リスクの度合いを問わず万人を対象にする一般的な自殺予防啓発）、選択的予防介入（自殺行動のリスクが高い人々を対象）、個別的予防介入（過去に自殺未遂をした人等、自殺行動のリスクが高い個人を対象）の3つの対策を効果的に組み合わせ、自殺の危険因子を減少させ、自殺の保護因子を増加させ、その結果として自殺を減少させていくことが必要になります。

また、自殺対策の効果をあげるためには、有効性、実施可能性、実施にかかる資源、現在の準備状況を踏まえ、優先度を決定する必要があります。すなわち、活動の対象を絞り、必要な活動に焦点を当て、そこに適切にかつ十分に財源および人的資源を配分することを促す必要があります。

大綱見直しの必要性に述べたことと重ね合わせると、その戦略は次の4点になります。

（ア）大綱の適用範囲を明確にする

国が主導で事業を実施すべき項目と、地方公共団体が地域の実情を考慮して実施すべき項目をわかりやすくするとともに、連携の必要な領域を明確にすることによって、地方公共団体がそれぞれの地域のニーズを十分に検討した上で、重要な取組に焦点を当て、そこに資源（予算・人材）を集中することができるようになります。

（イ）取組の背景となる科学的根拠を示した資料を活用する

国民と社会が事業実施の理由を理解しやすくなり、自殺対策への支援が高まることが期待されます。また、効果の乏しい事業や、自殺のハイリスク者に安全ではない事業を実施する危険が少なくなります。例えば、今回、学術団体の協力を得て収集した知見は、地方公共団体が事業の優先度を判断するときに役立つものです。特に、学術団体から収集された知見と照合できない事業を実施する場合には、事業の計画段階において、モニタリングと評価の仕組みを組み込むことが促されます。

（ウ）全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入の記載を設ける

大綱の中に、全体的予防介入（リスクの度合いを問わず万人を対象にする一般的な自殺予防啓発）、選択的予防介入（自殺行動のリスクが高い人々を対象）、個別的予防介入（過去に自殺未遂をした人等、自殺行動のリスクが高い個人を対象）の分類を示すことによって、優先して実施すべき活動がわかりやすくなります。例えば、現在の大綱に示されている「社会的要因」については、社会的要因を抱えた者の中でもメンタルヘルスの問題を抱えた者

の自殺のリスクが特に高いことを踏まえて対策を組み立てることが必要ですが、その対策が、具体的かつ焦点を当てた、より効果的なものになるよう促すことができます。

(エ) 活動計画を立て、モニタリングを行うことを推奨する

活動計画を立てることで、それを実施するために必要となる期間・事業費・人材を明らかにすることができます。また、事業プロセスをモニタリングすることができるようになります。そのためには、自殺死亡以外に、自殺未遂や、孤立した人たちを見守るサービスの利用実態についても指標として活用できるよう、国レベルで取り組むことが期待されます。

自殺対策のモニタリング指標として、現在の自殺既遂に加えて、自殺未遂者のサポートや、自殺の危険因子を多くかかえた人たちを見守るサービスの利用の強化を指標とすることによって、地域における自殺対策の安定的な取組を図ることができます。

自殺対策の各領域と望まれる取組

大綱見直しにおいて、個別の取組が、どの職種、どの活動領域の取組であるかを明確にすることは、その実施可能性を高めることに役立ちます。この提言では、自殺対策の関連学会からの提案をもとに、(ア) 自殺防止に直接関わる（自殺の直前・直後に関わる）専門領域、(イ) 自殺の直接的な背景にある問題（精神保健上の問題）に関わる専門領域、(ウ) 精神保健上の問題を介して、もしくは間接的に自殺の背景にある問題に関わる専門領域、(エ) 広く社会の協力を得る領域、(オ) 自殺総合対策のモニタリングと評価、(カ) 調査研究の推進、(キ) 体制構築、の7つの区分を設けました。

なお、「自殺予防」と「自殺防止」の定義や意味の違いは、最終的な結論の得られた定義ではないことをあらかじめご了承ください。

自殺防止に直接関わる（自殺の直前・直後に関わる）領域の専門職とは、様々な問題や精神疾患のために追い詰められて既に希死念慮を持つ人達が実際に自殺を企図せずにはすむように関わる専門職を、ここでは意味しています。

自殺の背景にある問題に関わる専門領域とは、自殺の直接的な背景にある精神保健上の問題に関わる領域、および、自殺の直接的な背景にあるメンタルヘルスの問題と関連する問題（母子保健、介護の問題、身体的健康上の問題、地域保健、法律上の問題、家族の問題、住居の問題、就業上の問題、収入の問題、教育上の問題等を含む、精神保健上の問題を抱えた人々が直面する問題を意味する）と関わる領域を意味します。

広く社会の協力を得る領域は、地域住民や家族、個々人を意味します。

個別の提案やその背景となる科学的根拠、現在の政策との関連については、各学会からの提案をご参照ください。

以下は、各学会から提出された提案を列記し、重複するもの、類似の内容のものをワーキンググループでまとめたものです。

(ア) 自殺防止に直接関わる（自殺の直前・直後に関わる）専門領域

i) 自殺防止を目的の一つとした相談支援の充実

研究や検証の難しい領域ではあるが、電話やインターネット等のメディアを利用した自殺への危機介入は世界的にも広がりを見せる自殺防止（予防）法である。電話による自殺防止（予防）を目的とした相談支援の充実に加え、インターネットを活用した自殺防止（予防）を実施するためのモデルを確立し、有効性の検証を行う。

電話相談員に対する研修を充実させる等、これら事業を実施している団体に対する支援を図る。

ii) 自殺未遂者に対する支援の充実

精神科救急、一般救急：

自殺未遂および企図者に標準的な治療を実施した場合の診療報酬の改訂や算定基準を検討し、より自殺企図者の受け入れ及び治療を促進する。三次救急医療機関だけでなく、一次・二次救急医療機関、精神保健指定医のいない医療機関であっても自殺企図の初期評価と精神科への紹介等の適切な対応がとられれば、診療報酬を割り当てるか、増額する。

自殺の複雑な背景や合併する精神疾患、多様な身体的障害への対応には繊細かつ幅広い医療資源を要するため、十分なケアが不可能として受け入れを拒否せざるを得ない医療機関もある。これを改善するため、自殺企図患者を一定数受け入れている総合病院、救命救急センターにおいて精神科医または精神保健福祉士、心理士等の配置へ予算を講じる。

救急部門に勤務するスタッフへの自殺未遂者ケア研修の実施と受講にインセンティブを付加する。

精神科医療従事者に救命救急センターでの研修を義務付けるとともに、精神保健福祉士、心理士への自殺未遂者ケア研修を確立し、受講を義務付ける。

自殺企図のために救急搬送された患者のその後のケアを充実させるため、精神疾患に関するかかりつけの精神科開業医が実施する標準的な対応法を確立し、研修及び勉強会を実施するとともに、その対応法の評価を行う。

消防法により「傷病者の搬送・受け入れ実施基準の策定、公表」が都道府県に義務付けられているが、精神疾患に関する内容を掲載したのは26都道府県のみであった。また、厚生労働省による「精神科救急医療体制整備事業」において心身複合ケースへの対応体制として「身体合併症救急医療確保事業」が設けられているが、本事業を実施しているのはわずか2都道府県（2施設）のみであった。これらの制度や事業を積極的に活用し、または新たな制度を制定し、自殺未遂者の円滑な救急受け入れに対する効果を検証する。

自殺未遂者の円滑な救急受け入れのために、精神科救急情報センターを整備し、その機能を強化し、その評価体制を確立する。精神疾患患者や自殺未遂者がスムーズに精神医療につながるネットワークを構築するため、精神科以外の科からの患者を受け入れる地域での精神科「拠点病院」を設置する。

精神科救急領域における身体医学的サポート体制の充実、及び一般救急領域における精神医学的及び心理・社会的介入体制の充実を図る。

「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」による一般救急医療領域における自殺未遂者への対応の手引き等を元にしたガイドラインの活用を図るため、研修等を実施するための体制を確立するとともにガイドライン等の更新を行うための調査研究を実施する。

現在進行中の大規模研究の結果に基づき、十分な人材、予算を配置し、一般救急場面における自殺未遂者に対する適切で継続的な支援の提供を可能とする。

精神科救急医療施設におけるチーム医療の充実と、同医療圏域における地域包括的ケアサービスの充実を図ることを目的として、精神科救急医療施設における自殺未遂者のケースマネジメント効果を検証するとともに、圏域における包括的ケアサービス体制や資源の整

備を行う。精神科救急、一般救急医療、精神科医療、その他の支援機関との連携を積極的に評価する診療報酬体系を整備する。

自殺企図、未遂の実態の把握と医療の質の管理を目的として、救急医療場面における縦断的な患者動向、アウトカム調査・研究を実施し、医療政策に反映させる。

iii) 自殺多発地域や頻用される自殺手段に対する規制の検討

自殺手段（例えば、農薬、薬物、いわゆる自殺の多発場所、銃器等）へのアクセスを制限するために地域と十分な協議の上で具体的な措置を講じる。

自殺手段へのアクセスを制限することにより、その手法による自殺死亡率を低減させることが示されている。インターネット上の自殺関連情報の危険性については、より確かな根拠を得るための調査研究を推進し、アクセスを制限するための技術の開発と法的な検討を進める。

(イ) 自殺の直接的な背景にある問題（精神保健上の問題）に関わる専門領域

i) 精神科医療

自殺にまで追い込まれた人に対する支援は、精神医学領域だけにとどまらず、心理・社会的に様々な複合的な問題に対して集約的な支援を必要とする。かかりつけ精神科医療サービスの提供を主としている場面では対応が困難であり、適切な支援を提供することが困難なことも予想される。精神科救急や一般救急とは別に、自殺関連行動を呈する患者の治療を集約的に実施する施設（集約的自殺予防医療センター）を新たに設立する。このセンターでは、精神科的な診断や自殺の危険性の評価法の開発を進めると共に、精神科医療従事者に対する自殺予防研修を実施する体制を整える。

精神科医療全般：

質の高い精神科医療を実施可能とするために十分な予算措置を講じる。充実した精神科医療が実施できるよう診療報酬制度を改定する。精神科医療は医療法と精神保健福祉法を背景とした施策が進められてきたが、医療機関は地域的にも偏在しており、社会参加を促進するためのリハビリテーション施設も量的に不足しており、必要な人が必要なだけ利用できる状況にない。適切な精神医療が受療されやすい体制づくりが必要であり、長期的視点からも地域ケアを含めた精神医療の質、量の充実を図るとともに、診療報酬制度を充実させる。この問題を解消するためにも、DALY（Disability-adjusted Life Year；障害調整生命年）を指標として精神保健医療福祉に適切な予算・資源を配置する。

地域医療計画において、誰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ケア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る。

内閣府及び各地方公共団体では、自殺のサインを様々な場面で発見し、適切な相談窓口につなげることを目指す、いわゆるゲートキーパー研修が数多く行われてきた。しかし、養成されたゲートキーパーが自殺ハイリスク者を把握し、適切な相談機関につなぐことができたかどうかは検証されていない。また、本来、ゲートキーパーの役割は、身近な自殺ハイリスク者の発見と専門家の支援を受けながらの継続的な見守りであるはずであるが、各地域ではこの「最終的なつなぎ先」と「専門家による後方支援」が充実しているとは言いがたい。今後の自殺対策では、地域において自殺ハイリスク者の緊急時の受け皿となり、さらには地域で自殺ハイリスク者に日常的に関わる援助者を後方支援する機能を持つ精神科医療機関を充実させる必要がある。

一般救急医療、精神科救急、身体疾患の診療科、かかりつけ医、心療内科および精神科等の連携を強化するために、診療報酬の改訂等を実施する。

各医療場面における多職種連携を促進するために、心理士の国家資格化に関して早急に検討する。

自殺関連行動への対応は、その背景に心理社会的な複雑な問題を抱え、さらに精神症状が重症の場合が多く、治療機関の負担が大きい。自殺関連行動に対して適切な対応を可能とするために、上述の集約的自殺予防医療センターの設立や精神科医療全般の充実に加えて、自殺関連行動への対応に関して診療報酬を加算する。心理社会的に複雑な問題に対応するために、総合病院や精神科病院だけでなく、精神科診療所においても、精神保健福祉士、社会福祉士、心理士等との積極的な協働支援を実施可能とする体制を整備する。

自殺者の多くが罹患している気分障害（うつ病、双極性障害）、統合失調症、アルコール依存・乱用、パーソナリティ障害に関する生物学的な病因・病態解明を一層推し進め、これら精神疾患ならびに自殺の危険の高い症例を早期に発見するための生物学的指標を同定し、臨床応用への実現化を図る。具体的には、精神疾患の診断法・予防法・根本的治療法開発のための臨床研究を推進する（大規模ゲノム研究に向けたゲノムサンプル収集、大規模コホート研究及び臨床研究、高度な臨床試験の知識と経験を持つ治験責任医師及び Clinical Research Coordinator (CRC) の育成、精神疾患ブレインバンク構想）。精神疾患の病態解明、新規治療法の開発、開発された治療法の大規模研究による検証、治療法の均てん化に関する研究に対する調査研究費を大幅に増額する。精神疾患研究に携わっている研究者の数の圧倒的な不足や、競争的資金の精神医学領域への研究費配分の少なさ（たとえば文部科学省科学研究費データベースによると、がんは 124.8 億円に比してうつ、双極性障害は 3.3 億円）等の問題を是正し、日本における生物学的精神医学研究の質的・量的な層の薄さを改善する。特に、1) 臨床研究を実施している大学医学部の精神医学講座、国立精神・神経医療研究センター、国立病院機構および大学付属病院精神科における研究活動支援、2) 向精神薬の臨床治験を行っている医療機関への人的支援、3) 精神疾患の病因・病態解明に関連する諸学会において研究を推進するための基盤づくり（たとえばブレインバンクを構築する等）に対する活動支援、4) 倫理的配慮を持ちつつ臨床研究を実施し、多様な臨床精

神医学的なエビデンスを発信することのできる人材を育成するための大学院教育の充実と大学院生への経済的支援を具体的に実施する。また、自殺行動と関連する神経生物学的背景の理解を推進し、より適切な自殺予防対策を可能とするため、自殺された方の脳を保管し研究することについて、国民的議論を進めていく。

一般住民や医療従事者に対する精神疾患に関する啓発は以前と比較して進展しており、患者が薬物療法を受ける機会が増えたと思われる。しかし、適切な薬物療法が過不足無く行われているとは言いがたく、逆に不適切な治療が有害な場合もあるため、未だに十分な自殺予防効果が現れていないかもしれない。これらの問題をさらに克服するために、精神科医療従事者、精神保健相談窓口担当者が薬物療法を適切に説明できるモデルを開発し、知識の普及、啓発を図る。

精神科医療従事者に対して精神科薬物療法に関する知識を安定的に供給する。

精神科医療従事者に対して、自殺予防技術の研修を実施する。

医療施設等において自殺企図が生じた場合、ポストベンションの観点からも、再度の自殺を予防するという観点からも、家族、関係者、施設内の医療安全委員会、さらには外部委員による事故防止委員会等の開催が必要となる場合があるが、これらにおける個人情報の取扱の取り決め等についての検討が必要である。

アルコール・薬物の乱用・依存：

アルコール・薬物の依存・乱用に関連した自殺を予防するためには、まず医療機関による適切な治療が必要であるが、対応可能な医療機関が不足した状態にある。これは、依存症者が様々な不適応行動や問題行動を示すために治療機関の負担が大きく、それに比して診療報酬が低いためであろう。アルコール・薬物の乱用・依存の治療法を開発し、開発された治療法を多くの医療施設で実施可能とするために、アルコール・薬物の乱用・依存に対して質の高い治療を行う医療機関を増やすとともに、診療報酬の改訂や医療技術者を対象とした研修等を実施する。

アルコール・薬物の乱用・依存の治療と連携して、家族に対する相談支援体制の整備、強化や、司法機関と連携した継続的な治療プログラムの提供、民間回復施設と連携した継続的な治療プログラムの提供体制を構築する。また、単身であったり、社会的に孤立しているといった、依存・乱用の背景にある問題に対応するため、通所・入所施設等の社会的サポート体制を含む回復環境を整備し、利用可能とする。

アルコール・薬物の乱用・依存と他の精神障害の併存は非常に高率であるため、これら障害に対する適切な治療・支援を精神科医療機関が可能とする体制を構築する。

アルコール・薬物の乱用・依存に関する実態調査を全国規模で実施する。

アルコール・薬物の乱用・依存やこれら障害との重複精神疾患等に対する治療法を開発する。

精神科医療や、地域精神保健の充実等の二次予防施策だけでなく、一次予防としてアルコールや薬物等を入手しにくくする等の対策が必要である。教育、啓発を実施するとともにアルコール関連公告の規制や、酒造企業や国・地方公共団体と協調した活動が必要である。アルコールや薬物だけでなく、ギャンブル等の依存も自殺の危険性との関連が示唆されている。ギャンブル等による依存に関連した自殺に関する知見を収集し、介入法を開発するとともに、依存症全般への社会的な関心を高める方策についての検討をすすめる。

パーソナリティ障害：

パーソナリティ障害の自殺関連行動を減少させるエビデンスが確認された治療法を、積極的に導入していくために、海外で検証された治療法をもとに、わが国で効果的かつ現実的に実施できるよう修正し、モデル事業を実施し評価を行う。その際、単にパーソナリティ障害治療の専門医療機関を設置し、治療法の開発・評価を行うだけでなく、豪州の例にも見られるように、その専門機関が地域の困難事例の支援においてバックアップ機能を果たせるような支援の枠組みを構築し、専門医療機関外での地域支援を組み合わせる方法を検討する。

摂食障害：

摂食障害は、自殺を含めその後の致死率が高いことが知られている。摂食障害の治療は難渋するケースが多く、外来でも入院でも人と時間がかかるため、平成22年度の医療費改訂で、摂食障害入院医療管理加算が新設され、初めて保険点数からの支援が始まった。しかし、摂食障害に対する、予防、相談窓口、専門医療機関、アフターケア、さらに、治療の専門家養成と新しい治療技術開発のためのセンター病院の体制づくり等、疾患への対策は遅れている。摂食障害の原因の一つである、行き過ぎたダイエットブームに対して警鐘を鳴らす機関や予防体制を構築するために、摂食障害の入院治療、外来診療への医療保険制度を改善し、摂食障害センター病院を創設するとともに、精神保健福祉センター等による地域支援機能の明確化と財政的支援を実施する。

気分障害（うつ病、双極性障害等）

これまでの大綱に掲げられたうつ病に対する対策を更に拡充させる。

一定の効果が実証された科学的根拠に基づく気分障害に対する治療法は薬物療法のみでなく、認知行動療法、問題解決療法、対人解決療法等が開発されており、これらを集約的に実施できる環境の整備が急務である。これら治療を十分に受療可能とする精神科医療サービスの量を増やし、質を向上させる努力が必要となる。

うつ病等により、新たに受診する患者を遅滞なく診療する体制の整備が必須である。

気分障害としてはうつ病だけでなく、その他の障害に対する適切な対応のための体制整備が必須である。双極性障害はその自殺リスクが極めて高いことが知られており、双極性障

害の予後を改善し自殺を防止するためには、その啓発、診断への援助、診断後の支援の体系的な確立を進める。

適応障害：

適応障害という診断基準は、専門家の間でもその定義について議論の余地が残るが、救急医療場面に搬送された自殺に関する研究から、適応障害の診断の付く自殺未遂者が多いことが示されている。自殺の直接の原因となる精神障害の背景には、金銭問題、健康の問題、孤独の問題、職場の問題等様々な問題があり、そのために適応障害をきたし、自殺にまで追い込まれる例がある。一次予防としてこれらの問題への対応および学校教育等の場面における問題解決技法等の習得も重要であると共に、精神科医療場面において適応障害の背景にある問題に対して適切に対応できるよう、診療報酬等の体制を整え、精神保健福祉士、社会福祉士、心理士等を配置・活用することが必要である。

統合失調症

気分障害と同様に、統合失調症も自殺のリスクの高い疾患であるため、これまでに大綱に掲げられ実施されてきた施策を更に拡充させる。

自殺を含む予後の改善には、統合失調症の早期発見の方策として啓発や診断法の開発が必須となる。

わが国の高齢化している入院統合失調症患者の脱施設化を地域の受け皿のないまま進めると、自殺の危険が極めて高い群となり得ることに十分留意し、統合失調症等の精神障害、特に高齢者の場合に対応できる人材を育成すると共に、緊急避難的に支援を提供する施設を地域支援の中に組み込む。これらを可能とする予算を割り振り、支援技術を習得した人材を配置する。

総合病院精神科：

うつ病の初期症状は、ほとんどが身体症状を合併していることが多く、身体科を受診する患者の割合が多い。自殺の危険性の高い人を早期に治療に導入させるために、総合病院精神科の充実強化を図る。

救命救急センターを有する総合病院における精神科医の確保および精神科医がいない施設では他科医師・コメディカルが確実に自殺未遂者を精神医療につなぐための技術習得に向けた取組を行うとともに、救急医療の場で精神医療へのアクセスを確保する。救命救急センター専属精神科医、看護師、社会福祉士等を配置、増員できるように診療報酬で配慮する。

がんに加え、他の身体疾患に対するコンサルテーション・リエゾン医療に対する診療報酬を設ける。がん患者や身体疾患を抱える精神疾患患者のケアについては、総合病院精神科が担っていることが多いため、総合病院精神科の診療体制を強化する。精神疾患を抱える

患者の身体疾患治療や緩和ケアにおいても総合病院精神科がその役割を担っている。また、救急医療施設に搬送された自殺未遂者のケアも総合病院精神科が担うことが多い。この観点からも総合病院精神科の診療の強化・充実が重要である。

総合病院において、精神科医の配置だけでなく、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、薬剤師、心理士等の自殺予防に関する支援技術を習得した人材を養成し、その配置・活用の維持・充実を図る。

向精神薬の過量服薬

精神科救急、一般救急、精神科医療において対応すべき事項にも該当するが、精神科等により処方された向精神薬を過量に服薬することによる自殺が救急場面において問題となっている。精神科による薬物療法の適正化のための研修や薬物療法以外の、精神保健福祉士、社会福祉士、心理士等による心理社会的支援の提供体制を充実させ、適切な薬物療法の実施と薬物管理を可能とする体制の構築が必要である。

処方された向精神薬の多くが院外の調剤薬局で受け取られていることを考慮すると、調剤薬局に勤務する薬剤師が一定の役割を担える可能性が示唆される。薬剤師による向精神薬の過量服薬による自殺予防の効果を今後、検証する。

ii) 地域精神保健

精神障害を抱えた生活困窮者に対する効果的な支援方法を開発するために、わが国の無職者の自殺の背景要因をさらに明確にしつつ、実践的な支援方法を開発、モニタリング、評価していく仕組みを構築する。

保健、福祉、司法、医療のネットワークを整備するとともに、精神疾患の自助グループや家族会、断酒会等との連携を図る。また、このような団体が自殺予防の重要な一翼を担っているという認識をネットワーク内で共有する。

地域精神保健・福祉体制を充実させ、アウトリーチを可能とする人材に対する予算措置、診療報酬の改訂を実施する。また、地域の保健師、地域精神保健を担う保健所保健師を増員し、地域精神保健の充実を図る。

精神疾患をもちながらも精神医療等のメンタルヘルスサポートを受けていない場合、精神疾患とまで診断はできないがメンタルヘルスが損なわれている場合、あるいはメンタルヘルスサポートを受けているが危機的な状況においてはサポートが受けにくい場合を対象として、住民が気軽に相談でき、危機的な状況においてすぐにサポートが受けられ、必要に応じてアウトリーチサービスを受けられる地域精神保健ネットワークを、行政・住民・専門家が共同で構築する。

精神保健上の問題を抱えているが支援を受けにくい状況にある場合にはアウトリーチによる支援の提供が必要となるが、人権の問題や個人情報保護の問題から、これらの対象者に支援を提供しにくい場合や、そもそもそのような支援を必要とする人が発見されにくいと

いう問題がある。これらの問題を改善するためにも、関係諸法の整備等についての議論や整理が必要である。

精神保健上の問題に対して早期の受診や介入が困難な海外在留邦人への支援の枠組みについて検討していく必要がある。

iii) 心理士

心理士の国家資格に関する議論を解決し、自殺予防に資する質の高い人材を養成する。

iv) 様々な組織内における精神保健

刑務所に収容されている者は自傷行為や自殺企図の経験者が多く、刑務所収容により社会的な信頼や関係性を失っていることが少なくないことから、自殺のリスクが高い一群である。したがって、法に則って定められた社会的責任を果たしてもらうためにも、またその後の人生において社会に貴重な貢献のできる人材を失わないためにも、自殺予防に取り組むことが重要である。

(ウ) 精神保健上の問題を介して、もしくは間接的に自殺の背景にある問題に関わる専門領域

i) 身体的健康上の問題、かかりつけ医療機関での対応

医学部教育、研修医教育に対する自殺リスクや精神疾患の評価と対策についての教育を充実させる。一般身体疾患患者における自殺ハイリスク群の背景の理解（うつ病等の気分障害やアルコール問題、パーソナリティ障害、摂食障害との関連等）や、コンサルテーション・リエゾン活動の中での精神科との連携を経験する等により実践的な教育を実施する必要性を明確化する。

身体疾患診療科：

慢性的な身体疾患や致命的ながん等は自殺のリスクや精神疾患の合併リスクを高める。身体疾患と関連する自殺を予防するために、身体疾患の診療科における自殺と関連する危険因子を明らかとするための調査研究を実施し、身体疾患の診療場面（身体科診療科、かかりつけ医療場面等）におけるうつ病等の気分障害、アルコール・薬物の依存・乱用等の効果的なスクリーニングと対応法を開発する。これらを実施可能とするための予算を措置し、診療報酬を改訂し、研修・講習を実施する。

がんに加え、他の身体疾患に対するコンサルテーション・リエゾン医療に対する診療報酬を制定する。

身体科診療科、かかりつけ医療従事者が適切に精神疾患・精神科治療を説明できるモデル・資材を開発する。

医療従事者と患者との良好な治療関係の構築、自殺予防に向けたコミュニケーションスキルの習得のための研修会を実施する。

がん専門医、緩和ケア医、その他の身体疾患専門医、看護師の精神症状評価能力を向上させるための研修・教育を実施する。

看護師等が使用可能な自殺リスク評価法を開発し、その効果的な利用を促進させる。

がん患者と患者の遺族の抑うつ状態を早期に発見し専門医による適切な医療を提供するために、地域のがん診療拠点病院にがん患者の抑うつや遺族の心のケアに精通した精神腫瘍医を配置し、予算措置を講じる。また、医師のみでなく心理士、保健師、社会福祉士等の育成と配置に予算措置を講じる。がん以外の身体疾患についても同様の体制を構築する。そのために、現在不足しているがん医療や身体疾患治療に精通した精神保健の専門医（精神腫瘍医、精神科医、心療内科医）の育成のために、大学医学部に精神腫瘍学講座や必要な講座を設置する。

うつ病を合併したがん患者における自殺の危険因子を明らかにし、自殺の予防、適切なケアの提供に関する研究を行う。また、がん等により家族を亡くした遺族のケアの在り方に関する研究を行う。

（※がんに焦点を当てた記述が多くを占めるが、循環器疾患や糖尿病等のその他の疾患についても同様と考える。）

かかりつけ医療：

かかりつけ医療場面において、うつ病等の気分障害、アルコール・薬物の依存・乱用等の精神疾患や自殺リスクの評価を行い、必要に応じて適切な対応を行う。そのための研修方法開発と効果検証、整備と実施に必要な予算措置を講じる。その上で、研修等を通じて技術を習得した医師の診察に対して診察点数の割増制度等を新設する。

かかりつけ医療場面において精神疾患に対する薬物療法を適切に説明できるモデルを開発する。

医療者の養成課程においてうつ病等の気分障害、アルコール・薬物の依存・乱用等の精神疾患や自殺に関する教育を実施するよう、カリキュラムの改定を検討し、実施のための人的支援と予算措置を講じる。

地域ネットワークの一つとして、かかりつけ医療と精神科医療の連携を強化するとともに、うつ病等の気分障害、アルコール・薬物の依存・乱用等の精神疾患や自殺のリスクのある患者に適切に介入できる医療者、心理士、保健師、ソーシャルワーカーを育成し、配置する。

地域のネットワークとして、専門医に対してかかりつけ医等から精神疾患患者や自殺のハイリスク者を紹介する制度を設けて、診療報酬にも反映する。

心療内科領域の疾患における自殺リスクに関する臨床的検討や研究を推進するために予算を講じる。

自殺の背景要因になりうる運動器の障害や慢性疼痛が、身体的な問題以外にどのような社会的問題、心理的影響を引き起こすかに関する調査を行い、心理療法や学際的治療に対する診療加算等、保険診療上の改善策を講じるとともに、慢性疼痛診療のためのセンターを全国各地に設置し、社会的支援システムの構築・整備を目指す。

慢性疼痛等の治療にも使用される麻薬系鎮痛薬（オピオイド）や向精神薬の乱用を防止するためのガイドライン作成等の対策を講じる。

ii) 地域保健

アルコール・薬物の乱用・依存の病態は多様であり、医療機関の対応だけでは不十分である。アルコール・薬物の乱用・依存症の自殺者の場合、社会的、家庭的な関係が破綻し、孤立を深め、経済的にも様々な障害のため困難な状況に陥っている。そのため、アルコール・薬物の乱用・依存症の観点からも保健・福祉・司法・医療に加えて断酒会、AA、NA等の自助グループを含めた地域ネットワークの強化が必要である。

後期高齢者の増加とともに、単身、要介護、慢性疾患、精神障害、認知症、生活困窮等の複合リスクを抱え、社会的に排除され、孤立する傾向を持つ高齢者が増加することが予測される。特に、今後急速に高齢者人口が増大する大都市及びその周辺地域において、複合リスクを抱える高齢者の暮らしを支援する住民活動や NPO 等の民間団体の活動を行政や学術団体で支援する枠組みが必要となるため、これら活動を普及させるための取組が重要となる。

社会的包摂の理念のもとに、社会的に排除されがちな人々を包摂していくような総合的な政策の構築が求められる。具体的には、社会的に排除されがちな人々（例えば、非正規雇用労働者や母子家庭等）が、医療保険制度、雇用保険制度、生活保護制度等の社会保障制度を十分に活用できない現状を改善するため、制度面での見直しを図る必要がある。

ソーシャル・キャピタル、ソーシャル・サポート等の概念で研究されてきた地域の人々のつながり（ソーシャル・コネクテッドネス）の強化と自殺のリスクや精神疾患の早期発見、早期治療との関連が指摘されている。そこで、傾聴ボランティアの養成と活動体制の整備、傾聴ボランティア等の支援者のスーパービジョンを行う人材の育成と体制の整備、自治体活動の強化、民生委員や保健推進員、各種民間団体、企業等のボランティアに対する教育と活用をすすめる。これまでのわが国の自殺対策は、自殺予防は社会全体の課題であるとして、国民全体の気づきを高めるための取組を重視してきたが、自殺予防の効果を上げるためには、自殺の危険因子を多く抱えたハイリスクグループ（例えば、生活保護受給者、虐待事例の背景にある複雑な問題を多く抱えた家族の支援等）に向けた対策を強化していくことが望まれる。生活困窮や就労困難の背後にある問題に対して効果的な支援方法を開発すること、及び、精神障害等を抱えた生活困窮者に対する効果的な支援方法を開発することを目的として、生活保護受給者、虐待事例の背景にある複雑な問題を多く抱えた家族の実像を把握する。また、無職者の自殺の背景要因をさらに明確にする。

自殺電話相談窓口（仮称）（コールセンター）を設置する。心理士の雇用先として、「いのちの電話」等の活動を支援・強化する。

iii) 就業、職域の問題

社会経済的に不利な立場にある者の自殺予防のために、社会的、経済的に支えるためのセーフティネットを強化する。特に失業者の自殺対策のために実施されているハローワークにおけるワンストップサービスの利用状況等の実態を把握し、自殺対策を推進する上でより効果的な政策となるよう見直す。

職場環境の改善を推進するために、行政がメンタルヘルス対策の中核の一つとして職場環境改善を位置づける。

事業者の安全配慮義務の重要性に関する理解を促進させ、事業者が積極的にメンタルヘルス対策を実施するよう、行政主導で対策をすすめる。

これまで、職場のメンタルヘルス対策として、教育研修がその中核に位置づけられてきた。特に、管理監督者教育が職場のメンタルヘルスにもたらす有効性については知見が蓄積し、既に教育研修資材も開発されている。これらを活用した職場において管理監督者に対する教育研修の一層の推進を図る。特に従業員が50人未満の小規模事業場を含め、メンタルヘルス対策を重点的に推進させるための予算を講じ、事業を実施する。また、教育研修の方法論や活用される資材の適切さ、有用性をさらに評価し、業種、形態、規模、教育研修の時間枠等によっていくつかのモデルを考案し普及を図るとともに、eラーニング等の自主的な向上のためのインフラを整備する。

正規労働者だけでなく非正規労働者、失業者等の精神医療へのアクセスが困難な人に対しても、産業精神衛生に精通した産業医等と連携して精神科医が自殺予防対策を講じることができるよう体制を検討し、実施する。精神科専門医が事業場内の産業医等の産業保健スタッフと適切に連携協力できるように精神科医に対して産業精神保健についての研修や、産業保健スタッフと精神科医の相互理解を図る交流会等を実施すると共に、労働者のメンタルヘルスをめぐる関連の学会の交流を促進する。

産業医等の産業保健スタッフに対して自殺予防や精神保健に関する知識や技術等を高める教育・研修の充実を図る。

各都道府県に設けられたメンタルヘルス対策支援センターを窓口として民間のメンタルヘルス相談機関の登録相談機関制度が実施されているが、登録機関数が頭打ちの状態にある。また、障害者職業センターによる精神疾患による休業者を対象としたリワーク事業や民間の医療機関による類似のプログラムが実施されているが、これらの利用可能な資源の有効活用を推進するために、資源を見直すとともに充実させ、事業所等に対してこれら資源を周知する。

職域において自らの、更には上司や同僚が互いの精神保健上の問題を早期に気づき、適切な支援を提供するための教育研修を導入する。

うつ病等の精神障害による休職期間等の制度を、自殺対策の観点から再度検討し直す。労働者の自殺あるいは希死念慮の背景要因、メンタルヘルス不調と関連の深い職場のストレス要因及びそれらの緩衝要因に関する大規模調査研究を実施する。職域において、精神障害の発症そのものを抑制する一次予防策を実施可能とするための発症要因やハイリスク者の同定法、予防法開発と効果の検証といった研究が必要である。職場における自殺発生後の対策（ポストベンション）のあり方についての研究を立ち上げる。

iv) 教育および教育上の問題

現在の大綱では青少年（30歳未満）についての記載において「児童生徒」という文言で表現されており、主に小学校、中学校、高等学校における対策として書かれている。大学等の高等教育場面での総合対策について明確に言及することが必要である。学生の心理社会的な発達状況と大学における危機的状況の発現状況についての実証的な研究を進め、個人対応ならびに大学コミュニティとしての総合的な支援策についてのモデル開発を促すよう予算を講じる。

大学等の高等教育機関において自殺対策を含めた心理的発達の支援の環境を改善するために、当事者や関係者にさらなる負担をかけない配慮を十分に講じた上で、各大学における自殺関連問題やその対応についての情報公開を促す。また、各大学が危機介入・学生支援体制の充実化をはかるよう提言を行うとともに必要な予算措置を講じる。

うつ病、自殺予防に関する教育を義務教育に取り入れる。

アルコール・薬物の乱用・依存に関する教育を学校で実施する。しかし単にそれを戒めるだけでなく、依存に陥る過程や、依存による精神・身体的変化、依存に陥った者の回復を含めた教育内容が求められる。

文部科学省による「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」マニュアルが作成されているが、自殺リスクが高い子どもにのみ焦点をあてたもので、世界保健機関の自殺予防の手引きが「教師と学校関係者の心の健康の強化」や「生徒の自己評価の強化」にまで言及しているのとは対照的に、一次予防に関して対応法が乏しい。青少年の自尊感情およびストレス対処力を高めることを目的として、様々なこころの健康授業を軸に教科の学習と連携して、他者や自分の感情を言語的に理解し表現する力の獲得、論理的な問題分析と解決の力の獲得、地域の社会資源や制度の理解等を深める。そのために、教員研修と保護者への研修・啓発活動を推進する。また、これに必要な情報収集や、調査・研究を推進する仕組みを充実させる。

現状では、メンタルヘルスおよびストレスマネジメント等に関する心の健康授業は保健体育に位置づけられ、学習指導要領上、僅かな時間しか組まれておらず、実施が困難との意見がある。学習指導要領の改訂について議論を進めるとともに、心理士等の資格を取得し

た教員やスクールカウンセラーが共同して心の健康授業を実施する体制について検討を行う。

高等教育機関（大学、専門学校）において学生相談の拡充、学生相談につなげる学内体制の整備（協働・連携）、担任制度の導入と教職員に対する研修の実施、精神的健康や自殺予防に関わる学外機関との連携、授業や講演会を通じた啓発活動（自殺予防や飲酒・薬物乱用防止等）を実施するために、カウンセラー設置のための予算措置を講じるとともに、学生の危機介入や自殺予防に関する学外機関との連携モデル事業を実施し効果を検証する。これに必要な情報収集や、調査・研究を推進する仕組みを充実させる。

大学等の教育機関において、自殺予防ガイドラインを作成し、自殺予防への取り組みを強化する。

教師、保護者向けの自殺予防教育を実施する。生徒向けの自殺予防のための教材を開発し、モデル校において効果検証等を実施するための予算を講じる。

複雑な問題を抱えた児童・生徒の大人に対する援助希求能力を高めることを目的として、海外で開発され、すでに効果が検証されている自殺予防教育プログラムを系統的にレビューした上で、わが国で実施可能な自殺予防教育プログラムを開発する。その後、幾つかの学校をモデルとして施行し、その効果を検証した上で全国の学校に均てん化を図る。現状の学習指導要領では、こうした教育プログラムを学校のカリキュラム内で実施することが難しいため、学校での教育プログラムを地域の社会資源と連携した形で実施することが容易となるよう、学習指導要領の一部改訂も考慮する。

小・中・高等学校において自殺予防教育の導入が進みつつあるが、教育を担う担当者の人材が十分に確保されたとは言いがたい。心理士等の人材の活用が望まれる。そのためにも、学校における個々の健康づくりの取組事例を調査し、比較検討・評価する必要がある。

小・中・高等学校において児童・生徒に心的外傷を生じかねないような事件、事故が発生した場合の危機介入チームをすべての都道府県に設置し、学校での緊急事態を支援する体制を構築する。

v) 社会的少数者（マイノリティー）の直面する問題

性同一性障害や性別違和感を抱える人、性的指向を理由に社会的偏見にさらされる人（性的マイノリティー）では、うつや神経症等の精神科合併症の率が高く、自殺念慮を抱えることも多い。自殺念慮の発生時期の第1のピークは、第2次性徴による身体の変化による焦燥感、中学での制服の問題、恋愛の問題等が重なる時期の思春期のため、学校での対応として、性的マイノリティーの子どもへの支援、在校生全体の多様な性への理解を深めるための教育、それぞれの家庭での理解を促進するために、保護者への性同一性障害や性的指向に関する情報提供を実施するとともに、学校や専門医療施設が協働する体制を構築する。また、自殺念慮の発生時期の第2のピークは、就業、結婚等の問題で困難を感じる社

会へ出る前後のため、企業や地域社会において、正しい知識を啓発し偏見や誤解を解消するためのジェンダーやセクシュアリティの視点に立った人権研修等の取組を実施する。

医師や看護師等の医療従事者、学校や企業のカウンセラー教育等の教育カリキュラムの中でジェンダーやセクシュアリティに関する問題に対応できる人材を育成する。

既存の公的サービス利用に関する情報を提供すると共に、性同一性障害や性的指向に関する市民相談サービスを設置する等、公的な相談機関において適切に対応できる体制を整備する。同時に、公的サービスに従事する職員への研修を実施する。

vi) 自死遺族支援

自死遺族の支援のあり方について、検討を重ね、よりニーズにあった支援が提供できる仕組みを整える。

自死遺族に対するケアシステムの構築と支援者の養成に対して予算を講じる。自死遺族やそれを支える人々に対する研修会を開催する。

様々な専門職が自死遺族に対する対応やケアを学ぶための研修や教材を開発し、提供する。自殺が生じた会社、施設、病院内で、事後対応のための研修会を開催する。

vii) 母子保健

母子保健の領域においても様々な心理社会的問題を抱えやすく、精神保健上のケアの提供が自殺予防に資する。産前・産後とも、うつ病等の精神疾患に罹患しやすい時期であり、適切なケアの提供が必要である。

周産期には、気分障害や精神病性障害等が発症、再燃・再発しやすく、医療による対応が必要な場合が多い。これらに適切に対応するために総合周産期母子医療センターに精神科医を配置する。産後にうつ病の発症リスクの高い妊婦に対する対人関係療法の効果が報告されており、効果の検証を行うと共に実施の体制を整備する。

viii) 介護

認知症の家族を介護する人に抑うつ・うつ病が多いことが知られている。また、認知症だけでなく、がん等の身体疾患の介護を担う家族の負担も非常に大きいことが知られている。介護に伴う負担を軽減させる施策を実施するとともに、介護者の精神保健上の問題について早期に発見し適切なケアを直接提供する仕組みづくりが必要である。

ix) 法律上のトラブル等の問題

多重債務等の背景に精神保健の問題のあるケースの支援では、法的支援と精神保健の支援の連携が必要であり、そのような連携を可能にする研修や交流の場を普及する。

一部の自治体では、多重債務問題への取組として、消費生活相談の担当者をキーパーソンとして、市役所の様々な部署の職員が借金をかかえた市民の生活再建の相談に乗る等、市

民重視のワンストップサービスを行っている。そのような相談支援の普及を図るとともに効果の検証を行う。

i)から xii)の領域においても、自殺のハイリスク者と直接対応する場面が必然的に生じるため、自殺防止に直接関わる（自殺の直前・直後に関わる）専門領域で必要とされる技術や知識を習得、もしくはこれらの領域の専門家と密接な連携体制を予め作っておくことが必要であろう。

x) 家族の問題

様々な自殺のリスク要因を抱えた家族への支援を充実させる必要がある。特に、思春期の自殺関連行動には、自殺行動の家族歴、親の精神障害、家庭内の葛藤状況といった様々な家庭内の要因が関連していることが明らかになっている。また、多くの先行研究において、幼少期の被虐待経験は将来の自殺リスクを高めることが報告されている。虐待の世代間連鎖といった問題を考慮すれば、こうした家族の問題に対して早期に適切な介入を行っていくことが、将来的な自殺の予防に寄与する。

xi) 住居の問題

ホームレス状態を含む生活困窮者は、精神保健の問題をかかえている場合が多く、自殺のハイリスク者も多く含まれている可能性がある。「精神的健康状態の不良」「住まいの欠如」「相談によるサポートの不足」は、生活困窮者の自殺関連行動の重大な関連要因とされており、そのような生活困窮者を対象に、「住まいの支援」と「日常生活支援」を総合的に提供できる支援団体を育成・支援する。

支援付き住宅等による支援を福祉政策と住宅政策の連携により促進させる。

xii) 独居・孤立の問題

独居、孤立が、特に高齢者において問題となっている。衣食住等の基本的な生活を保証するとともに、身体的、心理社会的な支援が十分に得られる体制を構築する。

(エ) 広く社会の協力を得る領域

i) 精神保健上の問題に関する啓発

一般住民に精神疾患、精神科治療（薬物療法やその有効性等）に対する正しい知識を普及させる。学校、職場、地域での精神障害や自殺予防についての啓発を行う。アルコール・薬物の乱用・依存も、自殺の原因疾患として、うつ病と同様に認知される必要がある。例えば、アルコール・薬物依存の予防教育の場合、アルコール・薬物の使用を戒める内容だと、当事者の社会復帰を阻害する危険性もあるため、その過程や精神・身体的変化、回復過程等を含める等、効果的な啓発法を開発し実施する。

保健所、精神保健相談窓口等において適切に精神疾患、精神科治療を説明できるモデル・資材を開発し、適切なアクセスを高める。

国民一人あたりの飲酒量を減らす、多量飲酒者を減らす、未成年者の飲酒を防止するための活動を実施する。

マスメディアにおける精神疾患、精神科治療の正しい報道を可能とするマスメディア関係者に対する研修等を実施する。

インターネットを含めたメディア上の自殺に関連する有害な情報（自殺の具体的方法等）を規制する、情報へのアクセスを制限する。そのために必要な自殺方法等の自殺に関連する情報を検出するための技術の開発、フィルタリングの普及促進、およびこれらのための法的な整備を進める。

アルコール・薬物の依存・乱用、摂食障害、児童虐待等の問題と自殺の関連について、精神科および精神科以外の医療従事者にも教育・広報活動を行う。依存・乱用を合併した他の精神疾患では自殺リスクが相加的に高くなるため医療従事者や依存症に関わる関係者を中心に知識を普及させる。

中高生向けに、アルコール・薬物の依存・乱用、摂食障害等の問題と自殺の関連について、パンフレットを作成する等、教育・広報活動を行う。

国民一人あたりの飲酒量を減らす、多量飲酒者を減らす、未成年の飲酒を防止する、憂うつや不眠への不適切な対応や不適切なストレス対処としての飲酒を減らすことを目的とした教育、啓発を実施するとともに、アルコール関連広告を規制する。酒造企業や国・地方公共団体と協調した適正飲酒を提案するキャンペーンを展開する。

自殺の手段へのアクセスを制限するための具体的な措置を講じる。

ii) 間接的に自殺の背景に関わる問題に関する啓発

マスメディアによる自主的な自殺の報道ガイドラインに関する検討を促進させるとともに、メディア領域の中で社内研修等の自殺対策研修を実施する。

高齢者の自殺の一次予防活動として、複合的なリスクを抱える高齢者の暮らしを支援している住民活動やNPO等の民間団体の活動を行政や学術団体で支援する枠組みを作る。

保健所、保健福祉センター、地域包括支援センター、医療機関等の間で連携体制を構築し、うつ病スクリーニング等により地域の高齢者の精神障害を早期に発見し、保健師や看護師のアウトリーチを含めた心理社会的ケアを提供し、適切な医療機関への受診勧奨を含む地域介入を自治体として実施する。同時に、保健福祉センターや地域包括支援センター等の相談窓口を開設し、これら関連機関によるケースカンファレンスを開催する。また、これら機関における人材養成として研修・教育等を実施する。

様々な場面を利用して、ストレスマネジメントとして適切なストレス対処と不適切なストレス対処（例えば過量飲酒を含む）に関しての教育を実施する。

地方自治体では、傾聴・共感等の基本的技術の研修を実施しているところもあるが、数回の講演や講義ではボランティア養成にまで達しておらず、全国的な規模での展開にも至っていない。傾聴ボランティア団体の立ち上げを支援し、活動が継続できる環境を整備する必要がある。そのための予算措置等の環境整備に取り組むとともに、自治会長、民生委員、保健推進員等の地域のキーパーソンへの研修の実施や地域住民への啓発を介した地域づくり、心理士等による傾聴ボランティアのスーパービジョン等を組み込んだモデル事業を実施し、効果を検証するための研究を実施する。地域自殺予防活動に関する大規模調査研究の結果を活用できるよう予算措置を講じ、これら結果に基づく対策の均てん化を図る。

(オ) 自殺総合対策のモニタリングと評価

ワンストップサービスのような「失業によって生活に困窮し、自殺のリスクが高まる」という無職者理解を前提とした就労支援や経済的支援等、現在既に取り組みされている支援の枠組みをモニタリング・評価する仕組みを構築し、自殺予防に資するものであるかどうか科学的に実証する。

自殺未遂者数の把握等、自殺と関連する既存のデータを利用可能とするための法整備や基準を整える。厚生労働省、警察、保健所等の統計情報を適切に自殺予防に活用する。

(カ) 調査研究の推進

総合病院、精神科病院等における自殺未遂・既遂の実態を調査する。その中で、適切な予防的対処がなされなかった要因を明確化する研究を推進する。

適切な遺族ケアのあり方を明らかにするための研究を実施する。

電話やインターネット等のメディアを利用した自殺への危機介入については研究方法の難しさもあり、科学的根拠に乏しいが、自殺多発地点にこうした危機介入サービスの案内を置くことによる自殺の減少を示唆する研究は多く存在する。そこで、地域社会におけるコミュニティネットワークの強化と活用に加えて、インターネット等の新たなコミュニケーションモダリティを介した危機介入モデルを確立し、その有効の検証、実施ボランティアへの教育効果等の検証を行う。

現在も自殺予防に関する科学的な根拠を得るための研究が世界中で、また日本においても実施されている。新たに、より確かさの強い科学的根拠が得られた場合にはその活動をすみやかに実施に移すことを可能とするために、科学的根拠の収集、提言を行う機関の充実を図るとともに、提言を受けた機関が実施に移す過程をモニタリングする上位機関を設ける。

自殺予防に特化した大規模研究費を創設する。

失業率と自殺の関係は都道府県単位で計算すると小さいが、政令指定都市に限るとその相関係数が高く、逆に小規模集落においては失業率単独で説明できる自殺は1%未満であり、地域により大きく差がある。地域の社会経済基盤の安定を介した自殺予防を目的とした情

報収集、分析のために、市区町村単位あるいは二次医療圏を単位とした自殺死亡率の時系列・横断的データ分析研究の促進支援として、分野横断的に研究機関・大学が地域情報データベースを共有・連携できる体制を確立する。

各地域の大学、研究機関において、社会経済基盤指標と自殺死亡率の関連・変化を観察し、地域の自殺と関連する要因の診断を行いながら、効率的な政策資源配分がなされるよう政策目標に対して提言し、それらを公開するための体制を構築する。

出生コホートごとに特徴的な自殺死亡率の変化パターンが示されていることから、出生コホート、年齢、性別、職業等、社会・人口学的属性に基づく自殺予防活動の対象者集団を設定し、重点的に対策を施行する必要がある。知見の整理を行う体制を確立し、マクロ計量分析、シミュレーション等を利用した学際的な連携プログラムを展開するための予算措置を行い、具体的な対象集団を設定するために、自治体、研究機関が集中的に検討を行い、定められた対象集団の自殺死亡率を軽減させるためのプログラムを策定する法的根拠を持つ自治体内の協議会を設置する。実施されるプログラムの評価を外部機関が実施する仕組みを構成し、評価結果を公表することを義務付ける。

レセプトの電子化を進め、それを自殺予防対策に活用できるようにする等、自殺と関連のある既存情報の電子化を進め、より効率的な対策が進めやすい環境を整備する。

生活保護受給者数の増加が社会問題となっているが、その自立支援と自殺予防を並行して進めて行くために、生活保護受給者の心身の健康調査を行う必要がある。

(キ) 体制構築

中長期的視点に立って責任ある機関が国のレベルの自殺対策を練る体制を構築する。

地域において自殺のハイリスク者に関する情報が得られず、支援に活用できていない。自殺のハイリスク者に対する地域での見守り活動を充実するために、個人情報保護と支援の連携のためのガイドラインを作成する。病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等が把握可能な自殺ハイリスク者、未遂者等に関連する情報を、個人情報保護に配慮して支援に役立てる方法を検討する。

自殺死亡率の時系列・横断的データの収集、分析の結果、社会経済基盤の安定が最重要課題として識別された自治体においては、経済、生活、保健、警察等各部門による「社会経済基盤の改善による自殺の低減」に関わる横断的連携のための協議会を設立し、マクロ政策に資源配分するという決定がなされた場合には、社会経済基盤指標の改善目標値を具体的に設定する。協議会設立や事業実施の法的根拠を明確にし、必要な場合には法的整備を行う。

地域自殺対策センター・自殺対策情報センター等を自治体に設置する法令と予算措置を行い、人材育成機能をもたせるとともに、地域ネットワークの形成を促進させる。また、自殺対策に取り組む民間団体の認証と支援を拡充させるとともに、関係機関が協議会を作り

連携を図る。また、地域において民間団体との連携が円滑に進むためのネットワークづくりを推進する。

大綱の発表以降、自治体や各機関により、地域住民や職場の健康づくりや生きがいがづくりに資する施策が各地で進められてきたが、これら取組の中で先駆的な取組や成果を上げた取組をほかの自治体、機関においても普及可能とするための紹介システムを整備する。また、これらの地域や職場の健康づくりや生きがいがづくりに資する施策に自殺対策という視点を加味できる人材を養成するための研究プログラムを作成し実施する。

インターネット、新聞、TV等のメディアとの連携体制を構築する。

自殺予防対策の展開には、自殺予防または遺族支援を標榜していなくても、実質的に自殺の危険因子を多く抱えた人たちの支援をしている既存の民間団体のこれまでの取組を大切に、それを充実発展させていくことが望まれる。例えば、アルコール・薬物問題、児童虐待、ドメスティックバイオレンス、精神障害、ホームレス状態等の支援を行なっている団体等がこれであるが、これら団体がその活動を高め、結果として自殺予防に貢献していけるよう支援を強化する。

注釈、あとがき

前提としての作成理念と作業手順の確認

本提言の作成過程として、まず、学会からの提案を収集し第一次案、第二次案を作成した。この提言案について広く意見を収集し、最終案を作成した。その後、提言最終案についてのシンポジウムを開催し、関連する学会、民間団体、一般の人々に参加を募り、最終案についての意見、今後の進め方についての意見を得た。

提言の範囲と制約

本提言は、科学的根拠を基盤として作成された。しかし、自殺対策として重要でありながら、学会からの提案に含まれなかった領域があることに注意が必要である。シンポジウムの議論の中でも、最終案には含まれていなかった項目として、ギャンブル依存と自殺との関係性およびその領域に対する対策の必要性が言及された。この背景として、諸外国ではその重要性が認識され対策活動についての知見が集約されている領域であっても、わが国では学会としてその知見や背景となる科学的根拠の蓄積が充分でない領域があることが関係しているかもしれない。今後はさらに広い学術領域の参集を促し、より学際的な視点から、自殺対策に関する科学的根拠を構築していく必要がある。また、自死遺族支援に関する記述が少ないとの指摘を受けた。これについても、この領域についての学会からの提案が少なかったためであるが、その背景には、科学的根拠に基づく安全で効果的な自死遺族支援活動に関する知見が少ないことに理由を求めることができるかもしれない。それに加えて、自殺予防と自死遺族支援とはそもそもその目的や領域、活動が異なるため、最終的な目的を共有すべき大綱の中に同時に盛り込みにくいという問題があるのかもしれない。提言最終案に関するシンポジウムの中でも、自殺予防と自死遺族支援の統一性や相互の関連性についての議論があったが、大綱において、遺族支援が初めて言及されたことを踏まえて、自殺予防と遺族支援の両目的を達成していく具体的な方策の検討が進むことが期待される。

さて、この提言は科学的根拠を踏まえた学会からの提案を元に作成されたが、その強さには様々な水準があることにも注意する必要がある。多くの研究で一貫して示された強い科学的根拠を元にした活動が提案に含まれる一方で、調査研究の困難な領域では特にそうだが、少ない知見から推測した活動も提案に含まれている。調査研究が困難な領域では、さらにその科学的根拠を強化する努力を続ける必要があるだろう。

シンポジウムで生じた論点の相違

より安全で効果的な自殺予防活動を策定・実施する際には自死遺族の持つ知見を活用することは重要である。そのひとつの手法として、心理学的剖検等によって自殺の原因を、より網羅的に、偏りなく収集するための仕組みを作る必要があるだろう。特殊な自殺の背景

を集積する必要があるのと同時に、全例もしくは無作為に抽出した事例を集積し、より一般的な自殺の背景を理解し、対策を立てることが今後の自殺予防につながる。シンポジウムでも、自殺の背景にある問題に関して、一部の自死遺族の把握する、もしくは代弁者により報告された事例だけに基づくことなく、真に声なき声を偏ることなく収集・解析、活用するために、自殺事例の情報を科学的手法にしたがって収集する仕組みの必要性も提案された。

提言二次案についての意見やシンポジウムでの議論の中で、「自殺」と「自死」という用語の問題が取り上げられた。これらは、科学的根拠に基づいて大綱の見直しをするという今回の取組の趣旨とは合致するものではないかもしれないが、用語の統一は、今後の自殺対策を進める上で解決すべき問題であろう。「自殺」や「自死」という言葉の成り立ちを研究し、国民の間で十分な議論が可能となる基盤の整備が必要であろう。

まとめに代えて-今後の自殺対策のあり方についての考察

最終提言は、科学的根拠と実施可能性に関する知見が多く集約されていることに基づき、メンタルヘルスの問題への取組と連携した社会的支援は必須であるとの認識のもと、今後重点的に検討すべき対策とする枠組みを示した。しかし、この枠組みに対して、すべての自殺がメンタルヘルスの問題を背景にした自殺ではないとする意見、シンポジウムに登壇したシンポジストの論点に該当しない自殺があるという意見、そしてメンタルヘルスの問題を抱えてしまうまでに追い詰められない社会を作ることが重要である、とする意見があった。言うまでもないことであるが、自殺とされる死は、多種多様な死で構成されており、ひとつの対策ですべてを述べることはできない。しかしながら、自殺の直接的な背景となり、かつ、その社会的寄与の大きな要因への対策を優先することは、自殺対策の方向性としては妥当性が高いと考えられる。この際、大切なことは、何を取り上げることができ、何を取り上げることができなかったかを明確化することであろう。提言最終案についてのシンポジウムにおいては、今回の提案作成の過程・経験を踏まえて、今後の自殺対策推進のための学術団体と組織団体の連携づくりを進めることが合意された。この合意はきわめて尊いものであり、これを誠実かつ着実に実行していくことが、自殺対策基本法の目的にある「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」につながる。

作成手順

参加学会

平成 24 年 2 月 17 日までに、依頼した 88 の学会のうち、29 学会から提案の提出がありました（50 音順。一部は共同提案）。

日本アクション看護学会

日本アルコール・薬物医学会、日本アルコール精神医学会、日本アルコール関連問題学会

日本うつ病学会

日本学生相談学会

日本救急医学会、日本臨床救急医学会

日本公衆衛生学会

日本サイコオンコロジー学会

日本産業衛生学会

日本自殺予防学会

日本社会学会

日本社会精神医学会

日本心身医学会

日本心理学会

日本心理臨床学会

日本睡眠学会

日本整形外科学会

日本精神衛生学会

日本精神科救急学会

日本精神神経学会

日本生物学的精神医学会

日本摂食障害学会

日本総合病院精神医学会

日本プライマリ・ケア連合学会

日本臨床精神神経薬理学会

日本老年精神医学会

GID（性同一性障害）学会

科学的知見の取りまとめ手順

自殺予防総合対策センターは、平成 23 年 3 月に自殺対策に関連する学会、団体に参加いただき、「自殺対策推進のための関連学会等の意見交換会」を実施しました。その総合討論の

中で、当センターが「大綱」改正の提言もしくは試案を共同でまとめることに、参加者の皆様から賛同をいただきました。その意見交換会に参加を依頼した学会に、以下に記述する方法で「現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動」について科学的根拠に基づく提案を提出していただくこととしました。そこで、自殺予防総合対策センターでは、自殺総合対策大綱の改訂に向けた提言をまとめるためのワーキンググループを設置しました。ワーキンググループの構成員を以下に列記します。

河西 千秋（横浜市立大学大学院医学群(社会医学系) 教授）
齋藤 利和（札幌医科大学神経精神医学講座 教授）
齋藤 友紀雄（日本自殺予防学会 理事長／日本いのちの電話連盟 理事）
高橋 祥友（筑波大学医学医療系 教授）
本橋 豊（秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座 教授）
矢永 由里子（慶應義塾大学医学部感染制御センター 講師）
竹島 正（自殺予防総合対策センター センター長）
松本 俊彦（自殺予防総合対策センター 副センター長）
川野 健治（自殺予防総合対策センター 室長）
稲垣 正俊（自殺予防総合対策センター 室長）
勝又 陽太郎（自殺予防総合対策センター 研究員）

各学会が、これまでに蓄積してきた自殺に関する知見に基づき、下記の「科学的知見の取りまとめ方法」に記載する要項でご提案をいただき、自殺予防総合対策センターと関連学会の協働によって取りまとめる「大綱改正への提言（仮称）」の参考とさせていただくとともに、各学会に内容確認を行った上で、資料として掲載する予定です。

科学的知見の取りまとめ方法

各学会に「平成 24 年に見込まれる自殺総合対策大綱の改定において要望する内容」を自由記載でいただきました。また、「現在または今後、わが国で必要な科学的根拠に基づく自殺予防活動」について、以下の形式で提案をいただきました。

目標

論理的根拠

現在の政策的背景

鍵となる活動領域

今後必要な政策

文献リストおよび可能であれば文献

上記の形式は、科学的知見に基づき目標と活動を記述し、その活動を通して目標を達成するために、今後必要な政策を現在の政策的背景のもとに記述することとしています。また、その科学的知見の程度について検討するために、その知見が参照できるよう、科学的知見のもととなった研究報告、論文等の文献リストを明記することとしました。これにより、記述された論理的根拠がどの程度、確からしいかについての情報も提示でき、国民が今後の自殺総合対策を検討する際に必要な情報を提供することができると考えています。

本活動の論理的根拠等

自殺は関連する要因が複雑であり、自殺予防は、多くの領域が関連した複雑な活動になります。複雑な活動は、実施することも効果を上げることも困難だけでなく、予想しなかった副作用があらわれるかもしれません。自殺を高い信頼性で予防する知見は、わが国だけでなく、世界的に見ても未だにありません。しかし、自殺を予防する可能性が示唆された活動はいくつか報告されており、これらの活動を実施することは、効果をあげる可能性があります。自殺と関連する危険因子を減らし、保護因子を強化する活動は、自殺予防につながると考えられます。

自殺の危険因子に関しては、これまでに世界的にも我が国においても既に知見が集積されています。保護因子に関しても同様です。

危険因子を減らす活動については、高いレベルで信頼性のある研究成果が多く報告されています。

自殺と関連することが既にわかっており、かつ、その危険因子を減らすことが高い信頼性をもって示されている活動も、自殺を予防する活動としての科学的根拠は高いと考えられます。

科学的知見に基づく提案の活用範囲

科学的知見は「有り」もしくは「無い」に二分できるものではなく、有る、おそらく有る、どちらとも言えない、おそらく無い、無い、の間の連続的なものです。先に述べたように、自殺を高い信頼性で予防するとされる知見は、未だに、世界にもわが国にもありませんが、予防できるかもしれないと示唆される活動があります。また、先に述べたように自殺の危険因子、保護因子についての知見は既にあり、これらの要因に対する活動の中には高いレベルの信頼性を持って効果があると示されたものがあります。

上述のように、効果があり、副作用が少なく、実施可能性の高い自殺対策活動を計画・実施するためには、科学的知見を考慮する必要があります。また、科学的知見だけでなく、それにかかる費用や、地域の実情も含めて、総合的に判断する必要があります。さらに、

国民・社会の理解、合意が必要です。それを得るためには、これまでに集積された科学的知見を集積し、整理して、わかりやすく提供する必要があります。

各学会から提出いただいた提案の利用範囲

各学会から提出いただいた提案を基にワーキンググループが作成する提言第1次案、草案、最終提言については自殺予防総合対策センターのホームページ「いきる」で公表する予定としています。また、必要に応じて内閣府、厚生労働省、その他の団体に提出します。この公表にあたっては、各学会から提出いただいた提案を別添として添付する予定です。その際には各学会に事前に提出いただいた提案を公表する旨について承諾を得ます。各学会から提出いただいた提案は現時点では「草案」扱いのものもことから、各学会から依頼のあった場合には新たな提案に置き換えることがあります。