

**誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して**

～厚生労働省における自殺・うつ病等への対策～

平成22年5月28日

厚生労働省

自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム

## はじめに

我が国の自殺者数が平成21年に32,845人となり、平成10年以来12年連続で3万人を超える深刻な事態となっている。先進7か国の中では、我が国の自殺率は最も高く、15歳から34歳までの若い世代の死因で自殺がトップなのは我が国のみである。

現政権では、昨年11月に『自殺対策100日プラン』を、本年2月に『いのちを守る自殺対策緊急プラン』をまとめ、3月を「自殺対策強化月間」として睡眠キャンペーンを中心とする取組を集中的に行ってきた。

先頃警察庁から公表された4月の自殺者数（暫定値）は2,493人と、前年同期比18.7%減少し、政権交代後の昨年9月から本年4月までの8か月では自殺者数が前年同期比で6.9%減少している。これが「自殺対策強化月間」などをはじめとする取組の直接の効果であるかどうかは慎重な検証が必要ではあるものの、「いのちを守る」という強いメッセージが一定の効果を上げていると考えられる。今後とも、強い気持ちを持って、「生きる支援」として自殺対策を推進していくことが必要である。

自殺に至るには平均4つの要因が背景にあると言われ、警察庁統計でも自殺の原因として健康問題、経済・生活問題、勤務問題等の割合が高くなっている。自殺対策はもとより厚生労働省の取組のみで完結するものではなく、多重債務者への対応、学校における心の健康づくり推進体制の整備など、内閣府を中心として政府全体で取り組むものであるが、厚生労働省は、医療、福祉、労働、年金など、一人の人間の一生をトータルに支える責務を有しており、自殺対策を行う上で果たすべき役割は重い。

厚生労働省では、本年1月に本プロジェクトチームを立ち上げ、3回に渡る有識者の方々からのヒアリング、意見交換を含めて計5回会合を行ってきた。また、この間、3月30日に「自殺対策強化のための基礎資料」の公表を行ったほか、4月9日のナショナルミニマム研究会において生活保護受給者の自殺者数についての資料を公表した。

また、英国で行われたように、我が国においても、自殺やうつ病が社会経済に与える影響を数量化することは、対策を強化していく上で重要であり、現在検討を進めているところである。

これらを踏まえ、今後、厚生労働省が自殺対策に取り組む指針として、本プロジェクトチームのとりまとめを行う。

## I 自殺の実態等

内閣府及び厚生労働省は、今後の自殺対策の推進に資するため、警察庁から提供を受けた平成21年の自殺統計データ（暫定値）や人口動態統計の詳細な分析を行い、本年3月30日、「自殺対策強化のための基礎資料」を公表した。また、4月9日には、生活保護受給者の自殺者数の調査結果を公表した。あわせて、雇用保険受給中の自殺について調査を行い、民間団体が行っている自殺実態調査に関する分析結果の報告も受けた。これらの実態分析の結果から導き出すことができる以下の視点を踏まえ、II以降の今後の対策につなげていくこととする。

- 地域や時期によって、自殺者の数や属性（年代、職業等）は大きく異なっている。そのため自殺対策も、自殺の地域的／時節的な特徴があるという前提で、その変化を迅速に捉えながら実施する必要があり、そのための体制作りが急務となっている。
- 無職男性の自殺死亡率は極めて高く、35歳から54歳までの年齢階級では、有職者の約5倍となっており、無職者対策、とりわけ支援につながるためのゲートキーパー機能（自殺のサインに気付き、見守りや助言を行い、相談支援につなぐ役割）の充実が必要である。
- 近年、有職者全般、特に一部の業種や職種において自殺死亡率が高まっており（農林漁業職・サービス職では以前から自殺死亡率が高かったが、平成10年代にさらに上昇。専門・技術職、管理職では平成10年代に入り急激に上昇）、職場における対策の充実が必要である。

○ 配偶者と離別した無職者の自殺死亡率は多くの年齢階級で最も高く、35歳から54歳までの年齢階級では、離別した男性無職者の自殺死亡率は有配偶の男性有職者の約20倍となっており、地域から孤立している方へのアプローチ手段の充実が必要である。

○ 月別で見ると3月の自殺が最も多く、3～6月にかけてが年間の自殺者数を引き上げている。また、曜日別で見ると月曜日が最も多く、土曜日が最も少ない。さらに、月×曜日別で見ると、3月の月曜日が最も多く、12月の土曜日が最も少ない。

3月に自殺が多くなる職業は、「被雇用者・勤め人」と「自営業者家族従事者」。また、「主婦等」は4～5月に、「失業者・年金・雇用保険等生活者」は5～6月に自殺が多くなる。

健康問題による自殺は冬場（1～2月、11～12月）に相対的に少なく、経済・生活問題による自殺は年度末～新年度に相対的に多い。

3月の自殺対策強化月間にとどまることなく、夏場から秋にかけても対策を継続していくことが重要であることが分かる。

○ 生活保護受給者の自殺死亡率は全体の自殺死亡率よりも高く（※）、被保護者数に占める精神疾患及び精神障害を有する方の割合は全人口に占める精神疾患患者の割合よりも高い。生活保護受給者に対する精神面での支援体制の強化が必要であることが分かる。

（※）生活保護受給者の自殺死亡率については、平成22年1月に全国の自治体に依頼し、福祉事務所から都道府県本庁を通じて報告があったものを集計したもの。

○ 職業等の属性によって、自殺に至る経路や要因は異なる。例えば「被雇用者・勤め人」は、配置転換や転職等による「職場環境の変化」がきっかけとなって自殺に追い込まれるケースが多い。失業者は、「失業 → 生活苦 → 多重債務 → うつ → 自殺」といった経路をたどるケースが多い。各地域で対策に取り組む際は、そうした実態を踏まえて必要な連携を図っていく必要がある。

○ なお、雇用保険受給中の自殺についての調査結果をみると、離職日か

ら死亡日までの期間についてはばらつきがあり、傾向は特に見られなかった。また、例えば、雇用保険の所定給付日数が330日の方のうち、離職日から90日以内に死亡した方が過半数を超えるなど、雇用保険の給付状況と死亡との関係も当該調査からは見受けられなかった。画一的でなく個々人の状況に応じたタイミングで自殺防止のための支援が必要と考えられる。

今回のPTでは、内閣府及び厚生労働省が連携して分析を行い、より詳細な実態が明らかとなった。今後とも、内閣府と密接な連携をとり、また、調査研究の有効な活用に加え、民間団体による優れた調査等も活用しながら自殺の実態の一層の把握に努め、対策の充実につなげていく。

<プロジェクトチームでの意見>

- 徹底した実態解明に基づく戦略的な対策の立案が急務。(第1回清水氏)
- 正確な調査に基づく対策作りが必要。(第2回大野氏)
- 実態調査・研究の深化とそのため支援が必要。(第2回河西氏)

## Ⅱ 今後の対策について

人口動態統計調査の分析結果等から明らかとなった自殺の実態や、ヒアリングにおける様々な意見を踏まえ、今後、厚生労働分野においては、以下の五本柱に沿った重点的な対策を講ずることとする。

### ＜今後の自殺防止のための厚生労働省の対策 五本柱＞

#### 柱1 普及啓発の重点的实施

～当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信する～

#### 柱2 ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築

～悩みのある人を、早く的確に必要な支援につなぐ～

#### 柱3 職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実

～一人一人を大切にする職場づくりを進める～

#### 柱4 アウトリーチ（訪問支援）の充実

～一人一人の身近な生活の場に支援を届ける～

#### 柱5 精神保健医療改革の推進

～質の高い医療提供体制づくりを進める～

## 柱1 普及啓発の重点的实施

### ～当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信する～

自殺は、3月だけではなく夏場から秋にかけても引き続き多い状況が続く。3月の自殺対策強化月間にとどまることなく、今後も「いのちを守る」というメッセージを発信し続ける。

その際、うつ病等にかかっても「支えられている」という安心感を持ってもらえるよう、支援施策が一目で分かるような工夫をする。また、自治体が自殺対策に取り組みやすい環境を整えていく。

#### (1) 睡眠キャンペーンの継続的实施

本年3月の自殺対策強化月間において行った主に中高年男性向けの睡眠キャンペーンを継続して実施し、「不眠が2週間以上続く場合は、うつのサインかも。かかりつけのお医者さんへ」といった分かりやすいメッセージの発信を続ける。

#### (2) 当事者が相談しやすくなるようなメッセージの発信

例えば、「死にたいと思うことは誰にだってある。だから話そう」「全国に、あなたをサポートする窓口があります」といったような、相談する上での心理的な敷居を下げる工夫をしたメッセージを発信する。

#### (3) うつ病を含めた精神疾患に関するウェブサイトの開発

平成21年度に厚生労働省ホームページに開設した「心の健康」のページを充実し、うつ病を含めた精神疾患に関する正しい情報や、利用できる医療・福祉・労働・年金等に関する各種情報を、それぞれのニーズに応じて的確かつ簡単に検索できるようにする。うつ病等の方々が、支援策にたどり着きやすい環境を整える。

その際、特に、精神疾患が発病しやすい時期に当たる10代、20代の若者とそれに深く関わる家族等について、重点的な対象として位置付けて、普及啓発を実施する。

また、併せて、中高年の自殺との関係が示唆されているアルコール問題について、リーフレットの配布等を通じた普及啓発を強化する。

さらに、各地域の精神科や心療内科の情報や連絡先が、とりわけ深夜等の緊急時でも、簡単に見つけられるようにする。

<プロジェクトチームでの意見>

○うつ病に関する普及啓発を適切に行うべき。(第3回坂元氏)

#### (4) 「生きる支援」の総合検索サイトの拡充

民間団体による、様々な分野の生きる支援や相談機関に関する情報をウェブ上で簡単に総合的に検索できる環境を整備・拡充する取組の支援を図る。

<プロジェクトチームでの意見>

○「生きる支援」の総合検索サイトの拡充を図るべき。(第1回清水氏)

#### (5) 都道府県等に対する効果的な自殺対策の周知

自殺対策は、一律の対策ではなく地域の実情に応じた対策の立案が必要であるのに対し、どのような対策に効果があるのか分からず取組が進みにくい自治体もある。「地域自殺対策緊急強化基金」を活用して、都道府県等が地域の実態を踏まえたより効果的な自殺対策を実施できるよう、毎月警察庁から提供される市区町村単位の自殺者統計を分析したデータやこれまでの調査研究の成果の周知・普及を図る。

<プロジェクトチームでの意見>

○地域における複合的な自殺対策が必要。(第2回大野氏)

○すでに効果を上げている自殺対策を普及し活用すべき。(第2回河西氏)

○自殺対策には自治体間で温度差がある。地域の自殺対策の充実が必要(第3回坂元氏)

○地域レベルでの啓発活動は自殺予防に有効。(第3回本橋氏)

○一律の対策でなく地域の実情に応じた対策の立案が必要。(第3回本橋氏)

○心といのちを考える会の活動紹介。市民手作りによる喫茶店等を常設し、若者や高齢者が気軽に悩みを相談できる場を作るべき。(第4回袴田氏)

○白浜レスキューネットワークの活動紹介。自殺企図者については、社会復帰ができるまでの衣食住、時間、お金が必要。(第4回藤藪氏)



## (6) ハローワークにおける失業者への情報提供方法の充実

失業後、時期を追って変化する失業者の心理状況にあわせた情報の提供を図る。特に、再就職が決まらないストレスから就職意欲が大きく低下した段階や経済的困窮、あるいは雇用保険の受給終了に伴い支援情報とのつながりが希薄になること等から失業者が孤立に陥らないように、地域の様々な相談機関の連絡先や関係制度等をまとめたリーフレット等を住居と生活にお困りの方に対する相談窓口で配付するなど、必要な対象者に対する的確な周知を図る。

<プロジェクトチームでの意見>

○失業者への情報提供のあり方を工夫すべき。(第2回清水氏)

### 柱2 ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築

～悩みのある人を、早く的確に必要な支援につなぐ～

実態分析等から分かったハイリスクの方々（例えば、うつ病等にかかっている、無職である、配偶者と離別し一人暮らしである）ができる限り早く必要な支援につながるよう、その方の置かれている状況に応じて、きめ細かなゲートキーパー機能の充実を図る。

また、ゲートキーパーを通じて、ハイリスクの方々行政の然るべき窓口や地域の様々な相談機関に、迅速かつ的確につながっていけるよう、相談機関同士の地域連携体制を構築する。

その際、自ら相談に出向くことができないの方々もいることから、アウトリーチ（訪問支援）の視点も重要である。

### <うつ病等の精神疾患にかかっている方を対象に>

#### (1) 都道府県・市町村における精神保健体制の充実

都道府県におけるうつ病等の精神疾患への対応強化や、市町村における自殺担当部局の設置などに向け、都道府県及び市町村における精神保健・自殺対策の一層の推進を図るため保健師等の人員・体制の充実を検討する。

＜プロジェクトチームでの意見＞

○自殺対策には自治体間で温度差がある。地域の自殺対策の充実が必要（第3回坂元氏）

## （2）かかりつけ医と精神科医との地域連携の強化

「富士モデル」のような、睡眠キャンペーンの受け皿となる「かかりつけ医と精神科医」との連携を各地域で強化する。不眠を訴えて受診したうつ病等の方々が、確実に精神科につながるような紹介システムを構築する。

＜プロジェクトチームでの意見＞

○ハイリスク者を確実に精神科医療につなぐ仕組みが必要。（第2回清水氏）

＜主として、求職中の方を対象に＞

## （3）ハローワーク職員の相談支援力の向上

ハローワーク職員への職業相談技能の研修において実施しているメンタルヘルスに関する研修やキャリア・コンサルティング研修等の内容の充実、工夫を行うこと等により、職員一人ひとりの相談支援力の向上を図る。これにより、求職者の言動からうつのサインを読み取り、適切な対応ができるようにする。

## （4）都道府県等が行う心の健康相談等へのハローワークの協力

都道府県等が地域自殺対策緊急強化事業等により、求職者に対し心の健康相談等を行う場合に、ハローワークにおいて、相談場所の提供、求職者に対する周知等の協力を引き続き実施する。

## （5）求職者のストレスチェック及びメール相談事業の実施

ハローワークに来所する求職者自らがストレスチェックを行い、高いストレスがある場合に、メールで相談を行う「求職者のストレスチェック及びメール相談事業」の周知の強化を図ること等により、高いストレスを持つ求職者の専門的支援機関への誘導等を引き続き実施する。

## （6）生活福祉・就労支援協議会の活用

住居・生活支援アドバイザーがハローワークにおける住居と生活にお

困りの方に対する総合相談窓口として機能し、心の健康や多重債務等に関する地域の相談機関や関係制度と円滑に連携を図れるように、生活福祉・就労支援協議会の活用を図る。

#### ＜主として、一人暮らしの方を対象に＞

##### (7) 地域における孤立防止等のための支援

地域において見守り等を通じて一人暮らし世帯等のニーズを把握し支援に取り組むためのモデル事業（「安心生活創造事業」）を引き続き実施し、地域住民と行政の協働による地域づくりのノウハウについて一定の標準化を行い全国に普及する。

#### ＜生活保護を受給している方を対象に＞

##### (8) 生活保護受給者への相談・支援体制の強化

福祉事務所における精神保健福祉士等の専門家の配置の充実、救護施設への精神保健福祉士の配置等による機能強化等を通じた、精神疾患を有する生活保護受給者への相談・支援体制の充実について、検討する。

自治体と協議し、地域で活動する保健師等との連携を強化する。

### 柱3 職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実 ～一人一人を大切に作る職場づくりを進める～

近年、有職者全般の自殺死亡率が高まっているとの実態分析を踏まえ、職場におけるメンタルヘルス対策及びうつ病等による休職者の職場復帰の支援の充実を図ることが急務である。

#### (1) 管理職に対する教育の促進

日常的に部下と接している職場の管理職は、部下のメンタルヘルス不調の早期発見、早期対応や、職場のストレス要因の把握や改善に重要な役割を持つことから、中小規模事業場等の職場の管理職に対する教育を促進する。

＜プロジェクトチームでの意見＞

○中小企業の労働者へのメンタルヘルスケアが必要。(第2回河西氏)

## (2) 職場のメンタルヘルス対策に関する情報提供の充実

中小規模事業場の担当者等、職場のメンタルヘルス対策を実施する者が、メンタルヘルスに関する様々な知識を容易に習得することができるようにするため、メンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」にeラーニングの機能を付加する等、内容の充実を図る。

＜プロジェクトチームでの意見＞

○中小企業の労働者へのメンタルヘルスケアが必要。(第2回河西氏)

## (3) 職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応

労働安全衛生法に基づく定期健康診断において、労働者が不利益を被らないよう配慮しつつ、効果的にメンタルヘルス不調者を把握する方法について検討する。

また、メンタルヘルス不調者の把握後、事業者による労働時間の短縮、作業転換、休業、職場復帰等の対応が適切に行われるよう、メンタルヘルスの専門家と産業医を有する外部機関の活用、産業医の選任義務のない中小規模事業場における医師の確保に関する制度等について検討する。また、外部機関の質を確保するための措置についても検討する。特に、メンタルヘルス不調者の把握及び対応においては、実施基盤の整備が必要であることから、これらについて十分な検討を行う。

＜プロジェクトチームでの意見＞

○中小企業の社員へのメンタルヘルスケアが必要。(第2回河西氏)

○定期健康診断項目の追加検討が必要。(第2回清水氏)

○定期健康診断におけるメンタルヘルス不調の把握に当たっては、労働者が不利益を被らないようにすることが必要。(第3回生越氏)

## (4) メンタルヘルス不調者に適切に対応できる産業保健スタッフの養成

メンタルヘルス不調者への対応が適切に行われるよう、産業医、中小規模事業場において対応する医師等に対するメンタルヘルスに関する研修を実施する。

<プロジェクトチームでの意見>

- 中小企業の社員へのメンタルヘルスケアが必要。(第2回河西氏)
- 定期健康診断項目の追加検討が必要。(第2回清水氏)
- 定期健康診断におけるメンタルヘルス不調の把握に当たっては、労働者が不利益を被らないようにすることが必要。(第3回生越氏)
- 産業保健師はうつ病・自殺予防対策に有効。(第4回五十嵐氏)

#### (5) 長時間労働の抑制等に向けた働き方の見直しの促進

今後の景気回復期も含め、長時間労働を抑制し、年次有給休暇の取得促進を図るため、労働時間等の設定改善に向けた環境整備を推進する。

また、パワハラ防止等職場における良好な人間関係の実現に向けた労使の取組を支援する。

<プロジェクトチームでの意見>

- 過重労働対策の強化が必要。(第3回生越氏)

#### (6) 配置転換後等のハイリスク期における取組の強化

民間団体が行っている自殺の実態調査から、配置転換や転職等による「職場環境の変化」がきっかけとなってうつになり自殺する人が少ないことが分かっている。そうした実態を踏まえて、配置転換後等のハイリスク期におけるメンタルヘルスに関する取組を強化し、問題が悪化する前に支援へとつなげる。

<プロジェクトチームでの意見>

- 労働者が自殺に至る経緯を踏まえた対策が必要。(第1回清水氏)

#### (7) 職場環境に関するモニタリングの実施

デンマークの「労働環境法」を参考にしながら、事業場の労働環境評価についてのガイドラインを策定し、労働者の健康を守るという観点で、心理社会的職場環境についてモニタリングを行う。(例えば、まずは「月80時間以上の時間外労働を許容している事業場」や「過重な労働等による業務上の疾病を発症させた事業場」等についてサンプル調査を行う。)

また、環境保全への取組のように、心理社会的職場環境を整えること

が企業イメージの向上につながるよう優れた取組を行っている事業場の公表等を実施する。

＜プロジェクトチームでの意見＞

○労働者個人へのメンタルヘルス対策と併せて、デンマークのように労働者の職場環境へのモニタリングも必要。(第4回清水氏)

#### (8) 労災申請に対する支給決定手続の迅速化

業務上のストレスによりうつ病等を発症した労働者が的確な治療及び円滑な職場復帰等に向けた支援を受けられるよう労災申請に対する、支給決定手続の迅速化を進める。

#### (9) うつ病等による休職者の職場復帰のための支援の実施

全国の地域障害者職業センターにおいてうつ病等による休職者の職場復帰支援を引き続き実施し、休職者本人、事業主、主治医の3者の合意のもと、生活リズムの立直し、体調の自己管理・ストレス対処等適応力の向上、職場の受入体制の整備に関する助言等を行い、うつ病等による休職者の円滑な職場復帰を支援する。

このほか、医療機関と職場の十分な連携の下、休業者の回復状況に的確に対応した職場復帰支援プランの策定、実施等の取組を広く普及するため、事業者の取組に対する支援を行う。

＜プロジェクトチームでの意見＞

○生活支援、就労支援、治療支援など精神障害者への地域での手厚い支援が必要。(第2回大野氏)

○ストレスフルな職場からの離脱可能性や、職場復帰のための十分な療養機会を確保すべき。(第3回生越氏)

#### (10) 地域・職域の連携の推進

休職や離職をした方に対し継続的に相談支援を提供できるよう、中小民間企業等を対象とした相談支援や地域づくり、人材育成など、地域(市町村・保健所・病院及び診療所の医師等)と職域との連携の強化等について検討する。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- 産業保健師と地域保健師が連携して、ハイリスク者へのケアを行うべき。  
(第4回五十嵐氏)

#### 柱4 アウトリーチ（訪問支援）の充実

～一人一人の身近な生活の場に支援を届ける～

精神疾患を持ちながら治療に至っていない、あるいは、治療を中断している患者等に対し、身近な生活の場に医療・生活支援等の必要な支援を届けていくこと（アウトリーチ）が重要である。

このため、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」を活用した都道府県等の積極的な取組を促すとともに、平成23年度以降に向け、民間事業者の参画も得つつアウトリーチ（訪問支援）機能を充実するための具体的枠組みについて検討する。

＜プロジェクトチームでの意見＞

- 地域への積極的アウトリーチが必要。(第2回大野氏)
- アウトリーチによって必要なサービスを国民に届ける。(第2回岡崎氏)
- 家族を積極的に支援すべき。(第2回岡崎氏)
- 自殺企図後治療を中断した方への対応としてアウトリーチを導入することが検討課題のひとつ。(第3回坂元氏)

#### 柱5 精神保健医療改革の推進

～質の高い医療提供体制づくりを進める～

自殺対策の推進に当たっては、うつ病等の精神疾患を抱えた方が適切な医療を受けられる体制を整備することが必要不可欠であり、精神保健医療改革の推進は自殺対策にとって極めて重要である。

##### (1) 「認知行動療法」の普及等のうつ病対策の充実

うつ病の診断・治療技術の向上や標準化を図るため、うつ病に有効性

が示されている認知行動療法について、新たに研修を実施すること等を通じてその普及を図る。

また、うつ病の早期発見を促進するため、「かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業」の対象として、新たに小児科医等を追加し、子どもの心の問題に対応できる医師の養成を図る。

<プロジェクトチームでの意見>

○うつ病の診断・治療の質の向上を図るべき。(第2回大野氏)

○かかりつけ医うつ病対応力向上研修の参加率を高めることが必要。(第3回坂元氏)

○適切なうつ病診療を行える精神科医の養成などうつ病診療の質の向上を図るべき。(第3回坂元氏)

## (2) 自殺未遂者に対する医療体制の強化

救命救急センターにおける精神科医によるリエゾン診療の普及や、いわゆる総合病院精神科の機能強化等を通じて、精神医療と身体医療の双方を必要とする自殺未遂者等への医療体制の充実・普及を図る。

<プロジェクトチームでの意見>

○一般医療と精神医療の連携(総合病院におけるリエゾンの充実)が必要。(第2回河西氏)

## (3) 治療を中断した患者へのフォロー体制の確立

精神科や心療内科への通院をやめた患者の中には、症状が悪化して通院できなくなった人も少なくないのが現状であるが、そうした人たちへのフォローはほとんどなされていない。治療を中断した患者が自宅で孤立してしまうことのないように、関係機関が連携してフォローできる体制を確立する。

## (4) 精神保健医療改革の方向性の具体化

入院医療を中心とする現在の精神医療体制の構造を転換し、柱4の地域におけるアウトリーチ(訪問支援)機能の充実に加え、入院患者・精神病床の減少を通じた手厚いマンパワーの確保・医療の質の向上、医師・看護師・精神保健福祉士・心理職等の多職種の参画によるチーム医療の推進等の精神保健医療改革の方向性を具体化する。



<プロジェクトチームでの意見>

- 生活支援、就労支援、治療支援など精神障害者への地域での手厚い支援が必要。(第2回大野氏)
- 心理職を含むチーム医療を推進すべき。(第2回岡崎氏)
- 病床数の削減、地域医療の充実、診療所の質の向上など精神医療のあり方が課題。(第2回河西氏)
- 適切なうつ病診療を行える精神科医の養成などうつ病診療の質の向上を図るべき。(第3回坂元氏)

#### IV 自殺・精神疾患の社会経済的コスト

英国では、精神疾患によるコストの包括的な推計が行われ、保健医療政策に活用されている。我が国においても、自殺やうつ病が社会経済に与える影響を数量化することは、対策を強化する上で重要である。現在、自殺・うつ病等の社会経済的コストの推計を検討しているところであり、まとまり次第公表したい。

<プロジェクトチームでの意見>

- こころの健康を国としての政策的最優先課題として位置付け政策を確立すべき。(第2回岡崎氏)

#### おわりに

我々が本来目指すべきは「自殺に追い込まれる人がいない社会」の実現である。その第一歩として、「自殺総合対策大綱」(平成19年6月8日閣議決定)での数値目標(平成28年までに自殺死亡率を平成17年比20%減少する)を達成するためには、毎年、年間の自殺者数を約1,000人ずつ減少させていかなければならない。

本プロジェクトとしては、厚生労働省を挙げて取組を進めていく推進力とするため今回のとりまとめを行ったが、大綱の目標を達成し、「自殺に追い

込まれる人がいない社会」を目指していくためには、「生きる支援」として自殺対策を継続的に行っていくことが重要である。ひとりでも多くの「いのちを守る」ことができるよう、本とりまとめの対策を実行していくとともに、今後も、その実施状況や効果等を把握しながら、必要な自殺対策について不断の検討を進めていく。

## (参考) 厚生労働省 自殺・うつ病対策プロジェクトチーム

主査 障害保健福祉部長  
副主査 安全衛生部長  
幹事 精神・障害保健課長 労働衛生課長  
メンバー 健康局  
職業安定局  
社会・援護局  
政策統括官

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター  
清水康之 内閣府参与

<開催状況> 平成22年

第1回 1月21日(木)

議題 自殺・うつ病対策に資するために実施すべき方策について

第2回 2月23日(火) 外部有識者よりヒアリング

- ・大野裕氏(慶應大学)「調査・研究のデータに基づく自殺・うつ病対策」
- ・岡崎祐士氏(松沢病院長)(WHO、EU、英国の取り組み事例)
- ・河西千秋氏(横浜市立大学)「様々な自殺対策活動の現場から」

第3回 3月3日(水) 外部有識者よりヒアリング

- ・坂元薫氏(東京女子医大精神科)「地域と職域で取り組むうつ病対策—自殺予防への提言—」
- ・本橋豊(内閣府参与・秋田大医学部長)「自殺対策の課題 地域の実情からの考察」
- ・生越照幸氏(弁護士)「職域における自殺・うつ病等の対策について」

第4回 3月11日(木) 外部有識者よりヒアリング

- ・袴田俊英氏(心といのちを考える会)
- ・五十嵐千代氏(富士電機リテイルシステムズ)「産業保健師からみた自殺・うつ病対策」
- ・藤藪庸一氏(白浜レスキューネットワーク理事長)

第5回 5月28日(金)

議題 自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめ等について