

## 第 1 回自殺対策官民連携協働会議委員意見に対する各府省の対応状況&lt;目次&gt;

番号	委員名	委員意見	頁
1	齋藤委員	○この3年間で自殺の数がかなり激減したわけですが、この解析という背景について、この辺の分析をなさっているのかどうか。今でなくて結構ですが、データなどお教えいただきたいと思います。	1
2	清水委員	①「地域における自殺の基礎資料」を、市区町村ごとに表にして見やすい形で公表すべき、②自殺統計を既存の公表基準に従い、「年代×性別×職業」等も市区町村単位で公表すべき	2
3	清水委員	○自殺未遂者支援のために、「自損事故による救急搬送」の統計資料を活用すべき（秋田市）	3
4	清水委員	○救急病院が保有する「未遂者統計」を、地域（自治体）との連携推進に活用すべき（荒川区）	4
5	清水委員	①自殺未遂者支援に関する先駆的取組事例を、都道府県や市区町村に対して広く紹介すべき、②自殺未遂者支援を行う際に必要な、「本人承諾書」等をフォーマット化（汎用化）すべき	5
6	清水委員	①全レセプトデータを提供する厚生労働省のデータベースを活用して、「過量服薬」や「薬漬け」の背景にあるとされる「多剤処方している医療機関」や「複数の医療機関から処方して薬を集めている患者」の実態を地域ごとに解明し、その上で、然るべき対策に取り組むべき ②抗うつ薬の副作用をテーマにした米映画が今月6日から日本でも上映されるが、日本でも薬の副作用は社会的にも非常に関心が高い問題。	6
7	清水委員	①8月22日に起きた「女性歌手の自殺」に関して、その報道が与えた影響を検証すべき（少なくとも、その日以降の日別の自殺者数が過去と比較してどう変化したか／しなかったか） ②過去の自殺報道に関する検証結果も含めて、報道機関に「自殺報道ガイドライン」の策定を積極的に呼びかけるべき	7
8	清水委員	○自殺の0次予防として、「生活上の困難・ストレスに直面したときの対処方法（ライフスキル）を身に付けることへの支援」が、新しい大綱に盛り込まれた。これは、例えば借金を抱えた時や職場でパワハラにあった時に、どう対処すればいいのかを、学校とつながりのある段階で教えることを目的としている。その後、この施策の進捗はどうなっているのか。	8
9	清水委員	○ここで発言したことがどういうふうにして対策に還元されていくのか、問題提起させていただいたときに、それがどういうふうを検討されて、それがどういう結果になったのかということは適宜フィードバックいただきたい。我々は国民を代表してこの会議のメンバーになっているので、ちゃんと我々の責任を果たせるだけの仕組みをぜひ整えていただきたいと私も思います。	9
10	杉本委員	「自殺は防げる」という表現を改めて、「自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題」とすること 自殺対策推進のためには、正しい理解こそが重要であり、「自殺総合対策大綱」改訂の意味を踏まえてこれは速やかに改めていただきたいと思います。	10
11	杉本委員	○「自殺遺族（遺児）」という表現を改めて「自死遺族（遺児）」とすること	11
12	杉本委員	○「自殺」をすべて、「自死」と言い換えるのは避けること	12
13	杉本委員	○多くの自殺がやはり30～50代であるということ、男性であるということから言って、遺された子どもたちの支援が昨年の大綱の見直しでも取り上げら	13

		れたにもかかわらず、まだまだ具体的には進んでおりません。ぜひこの点は国としてもサポートしていただくことをお願いいたします。	
14	田中委員	○自殺を自死という表現に変えること	14
15	田中委員	○うつ症状に至る社会的要因を取り除く対策	15
16	田中委員	○精神薬に頼らない対策	17
17	田中委員	○自死予防週間に集中してのイベントに何の意味があるのか疑問	19
18	田中委員	○自殺者（未遂者）及び中毒死者の死因の徹底究明	20
19	田中委員	○厳密な診断・投薬ガイドラインの策定	21
20	田中委員	○バルビタール系薬品の規制	23
21	田中委員	○TDMシステムの普及	24
22	田中委員	○レセプトチェックの厳格化・科学的根拠に基づくレセプトの審査	25
23	田中委員	○患者からの苦情、副作用報告を受け付ける組織の設立	26
24	田中委員	○処方薬による薬物依存者の治療施設の開設	27
25	田中委員	○日本版サンシャイン法の立法／施行	28
26	田中委員	○受診キャンペーン広告の禁止	29
27	田中委員	○職場健康診断でのメンタルヘルスチェック義務化法案の撤回	30
28	中山委員	○これまで単年度ごとに更新されてきた「基金」を、恒久財源化すること	31
29	中山委員	○都道府県の枠を超えた広域的な取組に、「基金」の5%を重点配分すること	32
30	中山委員	○＜自治体連携・全国相談ネットワーク（仮称）＞の創設	33
31	中山委員	○直ちに部会とか分科会ということでもなく、今お話になったようなことではあると思いますけれども、我々も言い放しで終わって、個別の話は個別の各省とどうぞということではなくて、まだ申し上げていない問題もたくさん持っています。同時に最初の大綱の進行状況ということで、それについては意見の中でということであるので、なかなか言い足りないこともたくさんあると思うのです。なので、それらを受けて検討する。それは部会なのか分科会なのかどうなるかはわかりませんが、そういう場などをぜひ御検討いただければありがたいと思います。	34
32	三上委員	○産業保健の立場から、あるいは学校保健の立場から、産業医、学校医におけるメンタルヘルスに対する質の向上も必要ではないか。また、かかりつけ医と産業医、学校医との連携等が大切ではないかというご意見も多く出ておりますが、一方で連携を推進するための財政的支援が充分でないという議論もございますので、ぜひその辺のところはご配慮いただきたいと思います。	35
33	向笠委員	○15歳以下のデータをぜひとも教えていただければありがたいと思っております。	36
34	渡辺委員	○我々精神科診療所、精神科医療機関としては、適切な精神科医療を提供できるような医療環境の整備をお願いしたいと思っております。	37
35	渡辺委員	○医療間だけの連携ではなくて、いろんな行政あるいは企業、学校、福祉機関との連携が必要になってきます。そういったときの連携に対する報酬的な担保も一切ありません。こういったこともぜひ考えていただきたいと思います。	38
36	渡辺委員	○自殺が起こったときにはぜひ診療所、医療機関に連絡をいただきまして、我々がきちんと反省、検討できるような仕組みにさせていただきたいと思っております。	39

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番 号	1
委員名	齋藤委員
意 見	<p>この3年間で自殺の数がかなり激減したわけですがけれども、この解析というか背景について、国立精研の「生きる」で4月の時点ではたしかコメントがありましたが、非常に控えめなコメントで、その後、この辺の分析をなさっているのかどうか。今でなくて結構ですがけれどもデータなどお教えいただきたいと思います。</p>
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国の二次医療圏・市区町村ごとに年次・性・年齢別死亡率、年齢調整死亡率および標準化死亡比（経験的ベイズ推定値）を算出し「自殺対策のための自殺死亡の地域統計」として公表してきたが、これを2012年分まで更新する準備を整えている。具体的には、人口動態調査の目的外使用申請、国勢調査の使用申請、SASプログラムの修正を進めている。</li> <li>・この更新により、人口規模が小さくなる場合でも偶然変動の影響を抑制した安定性の高い自殺死亡指標を2012年分まで作成したうえで、近年の自殺死亡数減少の背景要因の検討に引き続き活用する。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・（1）上記「自殺対策のための自殺死亡の地域統計」の更新版を用いた、小地域を単位とした生態学的研究、（2）「都道府県・政令指定都市及び市区町村における自殺対策の取組状況に関する調査」の成果などを活用した、地域別の自殺対策の実施状況と自殺死亡指標との関連の数量的分析などを検討している。</li> <li>・なお、（1）に関連して、2009年以降自殺死亡が減少しているのは、性・年齢別では中高年男性、地域別では都市圏、原因・動機別では健康問題および経済生活問題、職種別では製造業などである。これらの点、および市区町村単位で利用可能な統計資料の制約が大きい点を鑑み、近年の自殺死亡率減少の背景要因のひとつと考えられ、かつ市区町村レベルで利用可能な統計資料が提供されている就業・所得および配偶関係などの社会・人口学的指標の変動が地域の自殺死亡指標に及ぼした影響を検討することが考えられる。</li> </ul>
実施不可又は実施 予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
内閣府

番 号	2
委員名	清水委員
意 見	<p>1. 自殺の実態を明らかにする取組 (6) 既存資料の利活用の推進</p> <p>1) 「地域における自殺の基礎資料」を、市区町村ごとに表にして見やすい形で公表すべき</p> <p>2) 自殺統計を既存の公表基準に従い、「年代×性別×職業」等も市区町村単位で公表すべき</p>
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自殺統計については、毎月、市区町村ごとの詳細なデータ（単純集計）をホームページ上で公表するとともに、都道府県を通じて情報提供を行っている。</li> <li>・また、本年から、自治体からのクロス集計等の公表データ以外の集計に関する申請を受け付けて、提供している。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・希望する自治体に対しては、単純集計以外の集計データの提供を行っているところであり今後も引き続き対応していく予定。</li> <li>・また、そもそもどのように統計データを使ってよいか分からない自治体が多いため、今年度に都道府県・政令指定都市向けのマニュアルを作成する予定。</li> </ul>
実施不可又は実 施予定なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全市町村のクロス集計を追加的に公表することは、ページ数も膨大になり、また人口規模の小さい市町村では秘匿処理も必要になるため、現実的ではない。</li> <li>・また追加的に全市町村分のデータを内閣府で集計・公表することは膨大な作業量となるため現状では困難。</li> </ul>

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

内閣府・総務省消防庁

番 号	3
委員名	清水委員
意 見	<p>1. 自殺の実態を明らかにする取組 及び 7. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ</p> <p>1) 自殺未遂者支援のために、「自損事故による救急搬送」の統計資料を活用すべき（秋田市）</p>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消防庁では、毎年、救急自動車による出動件数及び搬送人員のうち、自損行為（故意に自分自身に損害等を加えた事故）によるものの数値を、都道府県別に集計・公表しているところ。</li> <li>・内閣府では、「地域における取組事例集」や各種会議等において、秋田市の取組など未遂者支援等に先駆的な取組事例について紹介している。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後も自殺未遂者支援に関する先駆的な取組について、情報収集を進め、他の地域への参考となる事例について広く紹介をするなど情報提供に努める。</li> <li>・全国自殺対策主管課長会等において、消防署と連携し未遂者支援に取り組むよう働きかける。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
 内閣府・厚生労働省

番 号	4
委員名	清水委員
意 見	<p>1. 自殺の実態を明らかにする取組 及び 7. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ</p> <p>2) 救急病院が保有する「未遂者統計」を、地域（自治体）との連携推進に活用すべき（荒川区）</p>
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ご指摘の「未遂者統計」は、国としては承知していないが、未遂者情報を活用した自治体の先駆的取組については、認識している。</li> <li>・ 内閣府では、基金の交付を通じて自治体の未遂者支援の取組を推進するとともに、こうした先駆的取組の紹介を行っている。</li> <li>・ 厚生労働省では、救命救急センターに搬送された自殺未遂者について、医療機関と行政等関係機関が情報共有しながら、退院後も継続的に支援を行うことが重要であるとの観点から、救命救急センターに精神科医を配置等した場合の補助や、救命救急センター等で精神科医が治療を行った場合の診療報酬上の評価等の措置を講じている。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療関係については、地域の医療資源を活用した未遂者への支援について、引き続き推進していきたい。</li> <li>・ 内閣府では、引き続き自治体の取組を推進していく。</li> </ul>
実施不可又は実 施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

内閣府

番 号	5
委員名	清水委員
意 見	<p>7. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ</p> <p>1) 自殺未遂者支援に関する先駆的取組事例を、都道府県や市区町村に対して広く紹介すべき</p> <p>2) 自殺未遂者支援を行う際に必要な、「本人承諾書」等をフォーマット化（汎用化）すべき</p>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自殺未遂者支援等の先駆的取組事例については、「地域における自殺対策取組事例集」や全国自殺対策主管課長会議、自殺対策官民連携協働ブロック会議等を通じ、紹介している。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 先駆的取組事例については、今後も事例集や会議等での報告を通じ、広く紹介していく予定。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番 号	6
委員名	清水委員
意 見	<p>5. 適切な精神科医療を受けられるようにする</p> <p>1) 全レセプトデータを提供する厚生労働省のデータベースを活用して、「過量服薬」や「薬漬け」の背景にあるとされる「多剤処方している医療機関」や「複数の医療機関から処方して薬を集めている患者」の実態を地域ごとに解明し、その上で、然るべき対策に取り組むべき</p> <p>2) 抗うつ薬の副作用をテーマにした米映画が今月6日から日本でも上映されるが、日本でも薬の副作用は社会的にも非常に関心が高い問題。</p>
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班」および「日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ」が共同で「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」を策定した。</li> <li>・平成25年独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所では、統合失調症患者への抗精神病薬の適切な処方を推進する減量法ガイドラインを作成した。</li> <li>・また、平成25年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業（精神障害分野）「向精神薬の処方実態に関する研究」において、診療報酬データを用いた向精神薬処方に関する実態調査研究、20歳以下の若年者における処方の実態や、相互作用、併用禁忌という視点での調査を行っている。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実態調査等の結果を踏まえながら、引き続き、向精神薬の適切な処方を推進するための取り組みを行っていきたい。</li> </ul>
実施不可又は実 施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
内閣府

番 号	7
委員名	清水委員
意 見	<p>6. 社会的な取組で自殺を防ぐ (13) 報道機関に対する世界保健機関の手引きの周知</p> <p>1) 8月22日に起きた「女性歌手の自殺」に関して、その報道が与えた影響を検証すべき(少なくとも、その日以降の日別の自殺者数が過去と比較してどう変化したか/しなかったか)</p> <p>2) 過去の自殺報道に関する検証結果も含めて、報道機関に「自殺報道ガイドライン」の策定を積極的に呼びかけるべき</p>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 8月22日の前後の自殺者数の推移については、資料のとおり。</li> <li>・ 内閣府自殺対策推進室からの記者発表の場において、世界保健機関の自殺予防の手引きのうちの「マスメディアのための手引き」についても、あわせて周知を行っている。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 報道が自殺者数に与えた影響については、内閣府において研究することとしている。</li> <li>・ 自殺に関連する報道については、引き続き記者発表の場等で、手引きについて周知を行っていく予定。</li> <li>・ 「自殺報道」に関する調査研究については今後検討していく。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

文部科学省

番 号	8
委員名	清水委員
意 見	<p>若年層の自殺対策（生きる支援）</p> <p>自殺の0次予防として、「生活上の困難・ストレスに直面したときの対処方法（ライフスキル）を身に付けることへの支援」が、新しい大綱に盛り込まれた。これは、例えば借金を抱えた時や職場でパワハラにあった時に、どう対処すればいいのかを、学校とつながりのある段階で教えることを目的としている。その後、この施策の進捗はどうなっているのか。</p>
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・学校においては、学習指導要領に基づき、体育科及び保健体育科を中心に心の健康に関する指導を行うこととしており、中学校では、「心の健康を保つには、欲求やストレスに適切に対応する必要があること。」、高等学校では、「精神の健康を保持増進するには、欲求やストレスに適切に対応するとともに、自己実現を図るよう努力していくことが重要であること。」などについて指導し、現在及び将来にわたるメンタルヘルスの基礎を培っている。</li> <li>また、文部科学省においても、心の健康等について総合的に解説する啓発教材を、小学校5年生、中学校1年生、高校1年生の各段階で全ての児童生徒に行き渡るよう作成・配布するなど、児童生徒の健康教育の充実に努めている。</li> <li>・「いじめ対策等総合推進事業」の一環として、児童生徒の困難・ストレスへの対処方法等を身につけさせるためスクールカウンセラー等を活用した教育プログラムの実施等を支援している。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き学習指導要領に基づき、ストレスに直面したときの対処方法（ライフスキル）を含む心の健康に関する指導を行う。</li> <li>・スクールカウンセラー等を活用した教育プログラムについては平成26年度概算要求において計上しており、引き続き実施予定</li> </ul>
実施不可又は実 施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
内閣府

番 号	9
委員名	清水委員
意 見	<p>ここで発言したことがどういうふうにして対策に還元されていくのか、そこが不透明なままで、私は先ほど問題提起させていただいたときに、未遂者の情報の共有ですね。これは前回の推進会議の場で何回か申し上げているのです。それがどういうふうに検討されて、それがどういう結果になったのかということは適宜フィードバックいただかないと、我々は国民を代表してこの会議のメンバーになっているわけなので、それをちゃんと我々の責任を果たせるだけの仕組みをぜひ整えていただきたいと私も思います。</p>
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自殺対策推進会議においても、提示された意見については、関係府省に対応状況等照会の上とりまとめ報告していた。</li> <li>・前回の会議で提示された意見については、内閣府において集約した上で、関係府省に対応状況等について照会し、本日の会議資料として配布している。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後も、会議において提出された意見については、可能な限り対応状況等について報告させていただく。</li> </ul>
実施不可又は実 施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
内閣府

番 号	10
委員名	杉本委員
意 見	<p>「自殺は防げる」という表現を改めて、「自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題」とすること</p> <p>改訂された「自殺総合対策大綱」の「2. 自殺総合対策に関する基本認識」には、＜自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題＞とあります。以前は「自殺は防ぐことができる」となっていたものを、自殺対策推進会議等での議論を経て改訂したのです。「自殺は防ぐことができる」という表現では、あたかもすべての自殺が防げるかのような誤解を与えかねません。無論、実際はそうではありませんし、その上、ご遺族の自責感情をいたずらに助長しかねません。自殺対策基本法第7条に反する表現でもあります。自殺対策推進のためには、正しい理解こそが重要であり、「自殺総合対策大綱」改訂の意味を踏まえてこれは速やかに改めていただきたいと思えます。</p>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24年8月の自殺総合対策大綱の見直しにおいて、自殺対策の基本認識として「自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題」に改めたところであり、正しい理解の促進に努めている。</li> <li>・地域ブロック官民連携協働会議等においても、改定された大綱の説明とともに、正しい理解促進に努めている。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き、正しい理解促進に取り組んでまいりたい。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
内閣府

番 号	11
委員名	杉本委員
意 見	<p>「自殺遺族（遺児）」という表現を改めて、「自死遺族（遺児）」とすること</p> <p>いまから13年前、親を自殺で亡くした若者たちが「自殺って言えない」という冊子を発行したことがきっかけで日本の自殺対策は全国に普及していきました。その際、彼らは自らを「自死遺児」と名乗り、それ以降、自殺対策や遺族支援の現場でも「自死遺族（遺児）」という表現が広く使われるようになりました。</p> <p>遺された家族にとって「自殺」は、あまりにも過酷な言葉です。「自殺遺族（遺児）」という表現は遺族を傷つけかねませんので、遺族を表現する際は、必ず「自死遺族（遺児）」と表現するようにお願いします。</p>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24年8月の自殺総合対策大綱の見直しにおいて、当面の重点施策の「自殺遺児へのケアの充実」を「遺児への支援」に修正するなど、配慮している。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き適宜、配慮してまいりたい。</li> <li>・全国自殺対策主管課長会議等においても、配慮するよう働きかける。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
内閣府

番 号	12
委員名	杉本委員
意 見	<p>「自殺」をすべて、「自死」と言い換えるのは避けること 先般、島根県と鳥取県が、全ての公文書で「自殺」という表記を原則として「自死」に改めたという報道がありました。自死遺族の心情に配慮したという意味では、言い換えの背景にあった思いは評価したいと思います。</p> <p>しかし、「自殺」を受け入れやすい言葉に変えたことで、「自ら命を絶つ」という行為まで受け入れやすくなってしまいう危険性があります。特に近年は、若年世代の自殺が非常に深刻化しており、この言い換えが、若年世代にとって「自ら命を絶つ」ことのハードルを下げかねないリスクを十分に考慮する必要があります。自殺は、遺族だけの問題ではありません。そこには、自殺念慮者がいて、その家族もいます。家族を亡くす痛みが分かる当事者だからこそ、自殺のリスクを下げるような言葉の言い換えは避けて欲しいというご遺族の声も多いことを申し添えてお願いいたします。</p>
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「自殺」という言葉は、自殺対策基本法等で使用されている言葉であり、公文書等において全てを「自死」と置き換えることは困難であると認識している。</li> <li>・24年8月の自殺総合対策大綱の見直しにおいて、当面の重点施策の「自殺遺児へのケアの充実」を「遺児への支援」に修正するなど、配慮している。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・言葉をめぐる問題には、様々な意見があると承知しており、適宜配慮してまいりたい。</li> </ul>
実施不可又は実施 予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

内閣府・厚生労働省

番 号	13
委員名	杉本委員
意 見	<p>多くの自殺がやはり30～50代であるということ。男性であるということから言って、残された子供たちの支援が24年の大綱の見直しでも取り上げられたにもかかわらず、まだまだ具体的には進んでおりません。本当にこれは喫緊の課題です。私たちもようやく自殺対策緊急強化基金をいただきながら、25年1月より東京都内で大切な人を亡くした子供たちのサポート活動を始めました。全国的にも少しずつ広まっているのですけれども、なかなかいろいろな困難を抱えておりますので、ぜひこの点は国としてもサポートしていただくことをお願いいたします。</p>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・内閣府では、基金により自治体における遺族支援の取組を推進している。 (京都府民間補助事業「自死遺児の居場所事業」等)</li> <li>・厚生労働省では、精神保健福祉センターや保健所等で自死遺族に関する精神的ケアや相談を実施している。また、遺児が児童の場合で児童福祉の観点から対応が必要なケースについては、児童相談所と連携しつつ支援に当たっている。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き、基金を通じて自治体の取組を推進するとともに相談体制の強化を図っていきたい。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
内閣府

番 号	14
委員名	田中委員
意 見	<p>自殺を自死という表現に変えること</p> <p>24年の大綱見直しの意見書にも記載し要望いたしましたが、遺族が心を痛め世間の偏見を生む要因となっている、自らを殺したという意味合いの「自殺」ではなく、「その多くは社会的に追いこまれた末の死である」とする大綱の主旨に則った、追い込まれ自ら死なざるをえなかった「自死」という表現に変えることが、大綱の意にも沿い、真の自死対策になるのではないのでしょうか。一部の遺族には反対の意見もあるようですが、日本で唯一、自死遺族による自死遺族のためのネットワークである全国自死遺族連絡会としての総意であります。地方の弁護士会、司法書士会、社会福祉士会、宗教関係機関誌等々は既に自死という表現を使用し、またマスコミ関係者の間でも個人的には自死という表現で掲載している場合も多く見られ、更には自死遺族等支援を考える議員連盟(野田聖子衆議院議員代表世話人)においても、「自殺の語は、既存の法令等で使用されている場合を除き、自死の語に置き換える」としています。大綱見直し案への意見としては採用されませんでした。官民連携協働会議での検討を望みます。</p>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24年8月の自殺総合対策大綱の見直しにおいて、当面の重点施策の「自殺遺児へのケアの充実」を「遺児への支援」に修正するなど、配慮している。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・言葉をめぐる問題には、様々な意見があると承知しており、適宜配慮してまいりたい。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「自殺」という言葉は、自殺対策基本法等で使用されている言葉であり、公文書等において全てを「自死」と置き換えることは困難である。</li> </ul>

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
 内閣府

番 号	15
委員名	田中委員
意 見	<p>うつ症状に至る社会的要因を取り除く対策</p> <p>ゲートキーパー養成も含めて研修会や講演会などの啓蒙活動が盛んですが、その全てが、うつ病治療普及キャンペーンであり、うつ病の早期発見、早期介入、早期治療に偏り、どのような負荷があろうとも、身体的、精神的症状だけをと捉えて、精神科医療機関につなが眠れない人は睡眠薬、不安な人は抗不安薬、などなど、の対策が主流です。しかし眠れないのをクスリで眠らせて、眠れたとしても「なぜ眠れないのか」の「なぜ」の問題解決に至る事はありません。これまでの対策では、自死という問題の核心に切り込んでいません。交通事故に例えるなら「事故で亡くなる人が多いから、救急医療に携わる人材を育てましょう」という辺縁の策に偏りすぎています。当面の重点施策に指定されているうつ病治療の推進も「事故で大怪我を負った人に適切な治療をしましょう」というレベルの話にすぎません。交通事故を減らすためには事故そのものを防ぎ、事故による外傷で亡くなる人を減らすことが最も効果的であるはずですが、自死の今までの対策は、個人をうつ状態まで追い詰めた社会的問題を問わずに、自死を個人の精神障害の問題にするのは、飲酒運転を野放しにしたまま、事故にあった被害者の責任を問うようなものです。本気で、この国の自死を減らす気持ちがあるなら、普通の国民をうつ状態に陥れる社会的要因を取り除き、直接自死の元を断つ施策にこそ、予算とマンパワーを充ててください。</p> <p>ゲートキーパー養成の研修内容も目の前の人を「うつ」かどうか判断するためのスキルではなく、目の前の人は何に困って苦しんでいるのかをフォーカスできる研修内容にし、「つなぐ」「ワンストップ」と国が唱えている支援ができる人材育成の内容、社会福祉資源とソーシャルワークを学び、年々変化する社会福祉資源の情報の冊子作成と配布などに力を入れるよう指導し、そしていじめ、パワハラ、介護、労働問題等々の具体的な解決策を構築してくださることを望みます。</p>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多重債務者支援をはじめ社会的な要因に対しても様々な取組を推進している。</li> <li>・内閣府においては、医療機関だけではなく、法律家や保健師などの様々な分野でのゲートキーパー養成を促進することを目的として、研修用テキスト及びDVDを作成して公表している。</li> <li>・テキストには、ゲートキーパーの心得として相談窓口等の情報</li> </ul>

	<p>収集を行うこと、問題解決のために一緒に考え必要な窓口等につなぐことと記載している、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・また、今年度からは、自殺対策に携わる関係機関の連携調整を担う人材を育成するための研修を実施している。</li> </ul>
<p>今後の取組の方向性</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き</li> <li>・引き続き、研修教材の作成や研修の実施により、様々な分野でのゲートキーパーの養成を促進するとともに、地域における自殺予防の中核となる人材の育成を支援する。</li> </ul>
<p>実施不可又は実施予定なし</p>	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番号	16
委員名	田中委員
意見	<p>精神薬に頼らない対策</p> <p>これまでも精神科医療のくすり漬け問題を指摘する声も根強くあり、2011年度から、全レセプトデータを提供する厚生労働省のデータベースの運用が始まったことから、精神科での詳しい薬物治療の実態の調査、分析が出来るようになったことで、20日に国立精神・神経医療研究センターの研究結果が報告され、クスリの出しすぎ、科学的根拠のない薬漬けを見直そうとして指針作りも進めている。とありました。国を挙げて、精神薬を減らす取り組みが必要だとしています。</p> <p>生きたいと願う人たちが、最後のセーフティーネットとして、精神科医療を信じ医師の指示に従い、治癒を願い、不安や疑問があっても、「治るために」薬を飲み続け、しかし現実には治療を重ねるたびに状態は悪化し、新たな症状が増えて行き、最悪の事態は自死ということに陥るケースも多くあります。</p> <p>自死防止を考えたとき、絶対に精神医療の問題を論ずることを避けてはならない、と家族を自死で亡くした遺族は感じています。それは愛する家族を亡くして気付いた、身を切るような経験からの提言でもあります。死にたくて死ぬひとはいません。生きていたいと願いつつ追い詰められた人たちの、命をかけたメッセージを少しでも役にたててもらい、うつ治療の「常識」といわれる知識や情報の再考につながる、「治る精神医療」の啓蒙をしてください。</p> <p>いじめられている児童をカウンセラーにつなぎ、いじめの解決はせずに精神科につなぐ支援ではいじめはなくなり、くすり漬けで、20歳過ぎてから自死に至る場合も多く見られます。早期発見、早期介入、早期治療ではなく、早期介入の段階で、総合的な解決へと導く支援でなくては具体的な自死の防止にはなりません。製薬会社のキャッチコピー「うつは心の風邪」などに惑わされるのではなく、これまでうつ病対策をしてきて、患者は2・5倍に増え、精神薬の売り上げが10倍に増え、自死は減らずに年々通院中の人の自死が増えていることの現実を受け止め、（因果関係追求は調査をするべきです）精神科医療に頼ってきた対策を見直してくださることを望みます。</p>

<p>現時点における 対応状況</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班」および「日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ」が共同で「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」を策定した。</li> <li>・平成25年独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所では、統合失調症患者への抗精神病薬の適切な処方を推進する減量法ガイドラインを作成した。</li> <li>・また、平成25年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業（精神障害分野）「向精神薬の処方実態に関する研究」において、診療報酬データを用いた向精神薬処方に関する実態調査研究、20歳以下の若年者における処方の実態や、相互作用、併用禁忌という視点での調査を行っている。</li> <li>・加えて、薬物療法以外でうつ病治療に効果がある認知行動療法の普及を図るため、認知行動療法研修事業にて精神科医等に対し研修を実施している。</li> </ul>
<p>今後の取組の 方向性</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実態調査等の結果を踏まえながら、引き続き、向精神薬の適切な処方や認知行動療法等を推進し、薬物療法のみには頼らない対策に取り組んでいきたい。</li> </ul>
<p>実施不可又は実 施予定なし</p>	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
内閣府

番 号	17
委員名	田中委員
意 見	<p>自死予防週間に集中してのイベントに何の意味があるのか疑問 その限定期間に行った行事だけが、予防対策の具体的な実施として県から国に報告されるようですが、一年間何にもしていない人たちがその期間だけ目立つような、自死予防キャンペーンと記したジャンパーや旗を作り、それを掲げて街頭でテッシュ等を配ったり、シンポジウムや講演会等の開催やテレビでCMを流したりすることがほとんどのようですが、それは支援者の満足のためのように思います。苦しんでいる人への啓発にはならないと感じています。その期間には特別なことをしないが一年間通じて支援活動をしている人たちへの評価が少ないことも疑問です。それでは誰のための予防期間なのでしょうか。期間限定のキャンペーンに税金と人材を投入し、お祭り騒ぎのようなイベントを実施するのならば、必要のないことです。</p> <p>社会福祉資源の冊子作成と、配布とソーシャルワーカー的支援ができる人材育成と、国の全世帯に相談機関の掲載された冊子の配布をしてくれたほうが、実務的な対策だと思います。支援者の支援だけが目立つ予防週間の見直しを望みます。</p>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 広報啓発事業は、年間を通して漫然と実施するよりも一時期に集中して実施することでより効果があるものと認識している。</li> <li>・ 大綱では、自殺予防週間に、啓発活動とあわせて、悩みを抱えた人が必要な支援が受けられるよう、支援策を重点的に実施することとされている。</li> <li>・ 期間中、啓発活動以外にも、「全国一斉こころの健康相談統一ダイヤル」を実施するなど、相談会等の事業を実施している。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 引き続き、自殺予防週間において、啓発活動だけではなく、あわせて悩みを抱えた人への支援策を実施する。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
警察庁・厚生労働省

番 号	18
委員名	田中委員
意 見	自殺者（未遂者）及び中毒死者の死因の徹底究明 被害者の精神科初診からの診断・投薬の変遷を含む調査。 自殺者（特に若年層）の向精神薬の影響調査。 年齢別・性別の自殺率と抗うつ剤の処方率の推移の分析。 精神科病院の死亡退院者の死因の分析調査（特に若年層）。 監察医制度の拡充。 特に、全ての自殺者、不審死の薬物血中濃度検査の義務化。
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成25年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「自殺総合対策大綱に関する自殺の要因分析や支援方法等に関する研究」にて、新大綱に基づいた自殺の要因分析等を行っている。</li> <li>また、平成25年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業（精神障害分野）「向精神薬の処方実態に関する研究」において、診療報酬データを用いた向精神薬処方に関する実態調査研究、20歳以下の若年者における処方の実態や、相互作用、併用禁忌という視点での調査を行っている。</li> <li>警察は、取り扱う御遺体の犯罪性の有無を判断しているが、その過程において、簡易検査キットを活用した薬物等の検査を積極的に活用しており、また、現場の状況等から必要と認められる場合には、分析機器を用いた検査を実施している。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>研究結果等を踏まえながら、引き続き、自殺対策に取り組んでいきたい。</li> </ul>
実施不可又は実 施予定なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>警察においては、死体の状況や御遺族等からの事情聴取など必要な調査を実施した上で、その死の原因を判断するために薬物検査等が必要な場合には適切に実施しており、取り扱う全ての死体について、薬物検査を実施するまでの必要はないと考えている。</li> </ul>

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番号	19
委員名	田中委員
意見	<p>厳密な診断・投薬ガイドラインの策定  薬物治療の必要／不必要な患者の選別を可能とするガイドラインの策定。  睡眠薬・抗不安薬の長期処方の禁止。  安全性が確認されていない子供や妊産婦への向精神薬投与の規制。  若年層への向精神薬投与の規制。  減薬ガイドラインの策定。  併用療法のガイドラインの作成。  適応外処方における根拠のカルテへの記載と患者及び患者家族へのインフォームド・コンセントの徹底。  副作用報告の義務化。</p>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班」および「日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ」が共同で「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」を策定した。</li> <li>・平成25年独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所では、統合失調症患者への抗精神病薬の適切な処方を推進する減量法ガイドラインを作成した。</li> <li>・平成25年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業（精神障害分野）「向精神薬の処方実態に関する研究」において、診療報酬データを用いた向精神薬処方に関する実態調査研究、20歳以下の若年者における処方の実態や、相互作用、併用禁忌という視点での調査を行っている。</li> <li>・小児や妊婦、若年層への影響が認められる製剤については、適正使用を図るよう、添付文書に注意する理由を含めて記載されているところ。</li> <li>・医師法第21条第1項及び医師法施行規則第23条の規定により、医師は、診療をしたときには、診療録（カルテ）を記載しなければならないが、また、この診療録には、「処方」の内容についても記載しなければならないこととされている。</li> <li>・インフォームド・コンセントについては、その理念に基づく医療を推進するため、各医療機関において則るべきものとして「</li> </ul>

	<p>診療情報の提供等に関する指針の策定について」（平成15年9月12日付け医政発0912001号厚生労働省医政局長通知）を定めている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・副作用報告については、薬事法第77条の4の2により、医薬関係者は、医薬品の副作用と疑われる症例を知った場合で保健衛生上の危害の発生等を防止するために必要と認めるときは、副作用報告を行うよう定められている。</li> </ul> <p>この医薬関係者からの副作用報告制度については、毎年の医薬関係者へのポスターの配布や都道府県及び医学・薬学関連の職能団体等への周知依頼通知の発出、（独）医薬品医療機器総合機構のホームページにより周知を行っているところ。</p>
<p>今後の取組の方向性</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き、処方実態調査等の結果を踏まえながら、向精神薬の適切な処方を推進するための取組を行う。</li> <li>・また、新たな知見が得られた場合、小児、妊婦及び若年層への適正使用を図るよう添付文書の記載の整備を行う。</li> <li>・医薬関係者からの副作用報告制度について、引き続き周知を図る。</li> <li>・インフォームド・コンセントについて、「全国医政関係主管課長会議」やブロック毎に開催される予定の「医療広告に関する都道府県等担当者会議」を活用するなどして、医療従事者等に対する周知や指針の遵守を図る。</li> </ul>
<p>実施不可又は実施予定なし</p>	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番 号	20
委員名	田中委員
意 見	バルビタール系薬品の規制 中毒死原因薬の大半をしめるバルビツレート系薬品の厳格な規制。
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・バルビタール系医薬品では、依存性や禁断症状について添付文書に記載し注意喚起が行われている。さらにフェノバルビタールやペントタールでは、過量摂取やその措置方法についても添付文書に記載されており中毒症状の注意喚起がされている。</li> <li>・「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」において、「バルビツール酸系および非バルビツール酸系睡眠薬は深刻な副作用が多く、現在はほとんど用いられない。」と記載されている。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後とも、新たな知見が得られた場合、添付文書の記載の整備を行う。</li> </ul>
実施不可又は実 施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
厚生労働省

番 号	21
委員名	田中委員
意 見	<p>4. TDMシステムの普及</p> <p>米国では、患者の薬物血中濃度の測定が可能なシステムがあり、適切な血中濃度での投薬のコントロールが可能となっている。TDM対象薬物の投与はこのシステムの管理下に置く。</p>
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本臨床検査薬協会の担当者によれば、薬物血中濃度測定に要する技術は免疫手法を用いるものなど一般的なもので、欧米と比較して検査技術が劣っているという実態はない。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き、処方実態調査等の結果も踏まえながら、向精神薬等の適切な処方を推進するための取組を行う。</li> </ul>
実施不可又は実 施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番 号	22
委員名	田中委員
意 見	<p>レセプトチェックの厳格化・科学的根拠に基づくレセプトの審査                  現在、薬物相互作用がチェックされるのは禁忌の組み合わせのみ、医薬品添付文書の併用注意は事実上野放しにされている。                  同効薬の併用チェックのみでなく、同一の代謝メカニズムの薬の併用チェックが必要</p>
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療用医薬品の臨床上注意を要する組み合わせについては、併用してはいけないものを「併用禁忌」、注意を要するものを「併用注意」として添付文書に記載することとしていますが、「併用注意」については、医師が個々の症例に対して適切に対応すべきものであり、一概に不適切な医薬品の使用とは言えません。</li> <li>・ したがって、審査支払機関によるレセプト審査においても、「併用注意」については、医師である審査委員が、個々のレセプトに書かれている病名や医薬品などの診療情報から、医学的妥当性の判断に基づいた審査を行っているところです。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	
実施不可又は実 施予定なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「併用注意」については、医師が個々の症例に対して適切に対応すべきものであり、レセプトの審査においても、医師である審査委員が医学的妥当性の判断に基づいた審査を行っているため。</li> </ul>

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番 号	23
委員名	田中委員
意 見	<p>患者からの苦情、副作用報告を受け付ける組織の設立                  患者が医師を評価するシステムの構築、患者からの苦情、副作用報告を受け付ける。                  苦情の多い医師を指導／監督／処分する権限を持たせる。                  医療界からの独立性を担保する。</p>
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者からの苦情を受け付ける組織として、医療法第6条の11の規定に基づき、現在、都道府県、保健所設置市等に「医療安全支援センター」が設置されている。                      また、同条2項により、医療安全支援センターは、医療機関の管理者に対し、必要に応じ助言を行うこととされている。</li> <li>・ 医薬品によって生じた副作用ではないかと疑われた場合、本人またはその家族が（独）医薬品医療機器総合のホームページから報告する患者副作用報告を試行的に実施している。</li> <li>・ 医師に対する処分については、医師法第7条第2項の規定により、医師が、罰金以上の刑に処された場合、医師としての品位を損するような行為を行った場合等に、厚生労働大臣は、医道審議会の意見を聴いた上で、当該医師に対し、戒告、3年以内の医業の停止又は免許の取消しの処分を行うことができる。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在、「医療安全支援センター総合支援事業」において、相談員の経験年数に応じた研修の実施や、全国の支援センターの代表者を集めたミーティングを開催するなど、医療安全支援センターの相談員の質の向上や地域格差をなくすための事業を行っており今後も事業を充実させることで、支援センターの質の向上を図っていきたい。</li> <li>・ 医薬品については、現在行われている患者副作用報告の試行結果を踏まえ、システムの改良や運用方法の改善を行っていきたい。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番 号	24
委員名	田中委員
意 見	処方薬による薬物依存者の治療施設の開設 国の責任の元、薬物依存者の治療を安全に行える治療施設の開設をお願いします。向精神薬の減薬は麻薬の断薬と同等の危険がある。
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 処方薬を含む、薬物依存症患者に対する対策として、平成24年11月から平成25年3月にかけて、「依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会」を行い、今後の方向性をとりまとめたところ。</li> <li>・ そのとりまとめの中の一つである、依存症拠点機関の設置においては、平成26年度、依存症治療拠点機関設置運営事業において、全国拠点機関、依存症治療を行っている地域の精神科医療機関を整備するための予算要求を行っている。</li> <li>・ 特に依存性が強い睡眠薬についての対策として、平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班」および「日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ」が共同で「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」を策定し、平成25年度から厚生労働科学研究で行っている、「臨床評価指標を踏まえた睡眠障害の治療ガイドライン作成及び難治性の睡眠障害の治療法開発に関する研究」では、不眠に対する認知行動療法も含めた治療ガイドラインの作成を行っている。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 引き続き、向精神薬の適切な処方を推進するための取り組みを行っていきたい。</li> </ul>
実施不可又は実 施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番 号	25
委員名	田中委員
意 見	日本版サンシャイン法の立法／施行 製薬会社と医師及び家族会への金銭の授受を明確にするサンシャイン法の日本での実施。
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 米国のサンシャイン法は、医師、研究機関と、製薬会社の間での金銭授受を政府ホームページ上で公開するもの。</li> <li>・ 我が国では、日本製薬工業協会（以下「製薬協」という。）において、資金提供に関する透明性を確保するルール整備について、2009年4月から内部検討を開始し、2011年1月19日に製薬協の自主基準として、「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」（以下「透明性ガイドライン」という。）が策定され、透明性ガイドラインに基づき、製薬協加盟会社70社のうち65社が、2012年度の資金提供について、自社HP等において公開している（2013年10月25日現在）。なお、実質的な資金提供についての公開開始時期について、米国は2014年を予定しており、全世界的に見て日本が最も早い。</li> <li>・ 製薬会社による資金提供について、厚生労働省としては報告義務等を設けていない。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 製薬会社による資金提供については、透明性の確保を図ることが重要と考えるが、各企業の自主的な取組が今年度から開始したばかりであることから、厚生労働省としては、現時点では、当該取組の状況を注視していきたい。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番 号	26
委員名	田中委員
意 見	受診キャンペーン広告の禁止 製薬会社による受診キャンペーンは、実質的な医薬品の消費者への広告と同等。薬事法違反が疑われる。
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬事法において医薬品等の広告は、             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 顧客を誘引する（顧客の購入意欲を昂進させる）意図が明確であること。</li> <li>2. 特定医薬品等の商品名が明らかにされていること</li> <li>3. 一般人が認知できる状態であること</li> </ol>             のいずれの要件も満たす場合、これを広告に該当するものと判断している。           </li> <li>・特定の医薬品等の商品名が明らかでない受診キャンペーンの場合、2. の要件を満たしていないため、医薬品等の広告には該当しないと判断されている。</li> <li>・また、医療機関等の広告については、医療法によっても規制されており、「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針(医療広告ガイドライン)」(平成19年3月30日医政発第0330014号医政局長通知)を定めている。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「全国薬務主管課長会議」などを利用して、引き続き医薬品等の広告に関する適正な運用に努めていきたい。</li> <li>・あわせて、「全国医政関係主管課長会議」やブロック毎に開催される予定の「医療広告に関する都道府県等担当者会議」を活用するなどして、関係者等に対する周知や医療広告規制の遵守を図っていきたい。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番 号	27
委員名	田中委員
意 見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職場健康診断でのメンタルヘルスチェック義務化法案の撤回 職場でのメンタルチェックは、批判されているDSMと同等のものであり、過剰診断に繋がる。現在の精神科医療では、更なる処方薬依存者や医原性精神疾患患者を生む。</li> </ul>
現時点における 対応状況	
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ストレスチェックを導入するにあたっては、高ストレス者の評価や指導が適切に行われるよう、ストレスチェックの内容や結果を受けての対応について、指針・マニュアルを示す等により、運用上の配慮を講じる予定。</li> <li>・ 引き続き、精神科医療の質の向上を図るため、向精神薬の適切な処方や認知行動療法等の推進に取り組むこととしている。</li> </ul>
実施不可又は実 施予定なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ストレスチェックは、高ストレス者へ本人の気づきを与えるとともに、職場環境の改善につなげるという一次予防のための取り組みを目的に行うものとして検討しているものであり、精神疾患のスクリーニングや精神科の受診を促すことを目的とするものではなく、過剰診断に繋がるものではないと考えている。</li> <li>・ ストレスチェックの義務付けや面接指導を含む労働安全衛生法改正法案については、平成24年11月に衆議院解散に伴い廃案となったが、労働者への働きかけや職場環境の改善を通じて、労働者の健康保持増進に寄与するものと考えており、それ以外の重要な内容も含まれることから、労働政策審議会における検討結果を踏まえ、早期の法案提出を目指すこととしている。</li> </ul>

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
内閣府

番 号	28
委員名	中山委員
意 見	<p>これまで単年度ごとに更新されてきた「基金」を、恒久財源化すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ようやく軌道に乗り始めてきた自殺対策が、「基金」がなくなると頓挫しかねない。</li> <li>・大綱には「6. 施策の検証・評価を行いながら、中長期的視点に立って、継続的に進める」とあるが、単年度ごとの更新だと、これができない。戦略的に対策を進められない。</li> <li>・継続的かつ安定的な対策推進のためには、自治体が使える恒久的な財源が不可欠である。</li> </ul>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域自殺対策緊急強化基金については、平成21年度に3年間の期限で造成され、その後3回の期限の延長を行い、現在、平成26年度末が実施期限となっている。</li> <li>・なお、平成25年度補正予算案においては、16.3億円の積み増しが盛り込まれている。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現行の予算制度においては、原則として単年度毎に措置することになっている。</li> <li>・自殺対策検証・評価会議において、基金の政策効果を客観的に把握するため、平成24年度事業内容を中心に様々な角度から検証を実施し、報告書を取りまとめたところ。</li> <li>・報告書のまとめを踏まえて検討していく。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
内閣府

番 号	29
委員名	中山委員
意 見	<p>都道府県の枠を超えた広域的な取組に、「基金」の5%を重点配分すること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・大綱では、「地域における先進的な取組の全国への普及などが必要である。」「複数の地方公共団体による連携の取組についても、情報の提供等適切な支援を行うこととする。」など、広域的な取組や連携の重要性が謳われている。全国的には自治体の取り組みは緒についたばかりであるので、都道府県の枠を超えて広く自治体が横断的に連携していくことで、全国的な施策の伸びしろが大きくなる。このための重点配分とその活用が極めて効果的である</li> <li>・その土台として実際に、自治体や民間団体による全国的なネットワークが設立され、連携の基盤が整いつつある。</li> <li>・しかし、現状においては、そうした広域的な取組に「基金」を活用することは極めて困難であり、実際に活用されていない。(費用の持ち寄り形式では、全国的な対策が十分に確立していない現段階で広域的な連携は極めて困難)</li> <li>・10以上の都道府県において行われる事業に対して、「基金」の5%を重点配分すべきである。</li> </ul>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域自殺対策緊急強化基金は、国が事業メニューを提示し、都道府県が地域の実情を踏まえて事業を選択して実施することになっており、都道府県を通じて必要性の高い自殺対策のための「事業」を行うことになっている。</li> <li>・そのため、事業を行うかどうかについては、一義的にはこうした広域的な取組を行う自治体も含め都道府県においてその必要性等を検討していただく必要がある。</li> <li>・また、複数の県に及ぶ取組については、いずれかの都道府県がとりまとめ役となって実施することは可能である。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成25年度補正予算による積み増し分の配分については、現在検討中。</li> <li>・内閣府においては、今年度から「地域ブロック官民連携協働会議」を実施しており、こうした場を活用して、自治体間の連携を図っていく。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
内閣府

番 号	30
委員名	中山委員
意 見	<p>&lt;自治体連携・全国相談ネットワーク（仮称）&gt;の創設</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国又は都道府県が中心になって、広く基礎自治体及び都道府県等公共機関の各種相談について、当該地方公共団体居住の住民以外の住民にも相談を利用可能とする自治体を募り、国、参加都道府県・市区町村により、&lt;自治体連携・全国相談ネットワーク（仮称）&gt;を創設する。</li> <li>・ また、相談体制の周知等に当たっては、各相談機関について当該自治体住民はもとより当該地域以外在住の住民にも同様に利用可能である旨、積極的に明示し、広く呼びかける。</li> <li>・ 併せて、ネットワーク運用を適切に支援するため、自治体間の費用対便益のバランスの支援として、国に&lt;調整基金&gt;を創設・運用</li> <li>・ なお、当然に重要なこととして、ネットワークの運用に当たっては、民間団体の相談機能との密接な意思疎通と連携が有用で不可欠。</li> </ul>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日本国中どこからでも、同一の番号でかけられる電話相談事業「こころの健康相談統一ダイヤル」を、都道府県・政令指定都市において実施している。</li> <li>・ 現在、47都道府県・政令指定都市が加入している。</li> <li>・ また、自治体間の広域的な取組については、現在の基金の枠組みでもいずれかの都道府県がとりまとめ役となって実施することは可能である。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「こころの健康相談統一ダイヤル」の全国的な運用に向けて、引き続き対象地域の拡大を図る。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
内閣府

番 号	31
委員名	中山委員
意 見	<p>直ちに部会とか分科会ということでもなく、今お話になったようなことではあると思いますけれども、我々も言いつ放しで終わって、個別の話は個別の各省とどうぞということではなくて、これは真剣な問題として申し上げて、ただ、まだ申し上げていない問題もたくさん持っています。同時に最初の大綱の進行状況ということで、それについては意見の中でということであるので、なかなか言い足りないこともたくさんあると思うのです。なので、それらを受けて検討する。それは部会なのか分科会なのかどうなるかはわかりませんが、それはありようを考えていただければいいと思うのですが、いずれにしても検討を各省の中で、我々も入る形もあれなのですが、少なくとも言わせていただいて、そういう場などをぜひ御検討いただければありがたいと思います。前向きな話だと思いますので、ぜひよろしく願いいたします。</p>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 前回の会議で提示された意見については、内閣府において集約した上で、関係府省に対応状況等について照会し、本日の会議資料として配布している。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後も、会議において提出された意見については、可能な限り対応状況等について報告させていただく。</li> <li>・ 本会議は、自殺が様々な要因が複雑に関係しているものであり、その対策において、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等の多様な主体が一堂に会して連携・協働することが重要であるという認識に基づいて開催しているものである。連携・協働推進に向けた検討課題やテーマが設定された段階で適宜検討してまいりたい。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
厚生労働省・文部科学省

番 号	32
委員名	三上委員
意 見	産業保健の立場から、あるいは学校保健の立場から、産業医、学校医におけるメンタルヘルスに対する質の向上も必要ではないか。また、かかりつけ医と産業医、学校医との連携等が大切ではないかという御意見も多く出てくるわけですが、その中で連携をうまくいくための財政的支援が十分でないという議論もございますので、ぜひその辺のところは御配慮いただきたいと思っております。
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業および思春期精神疾患対応力向上研修事業を、地域医療に携わる医師（この中に産業医・学校医も含まれる）を対象に実施している。また、全国の産業保健推進センターで産業医を対象としたメンタルヘルスに関する研修を実施しており、これらにより、メンタルヘルスに対する質の向上を図っているところ。</li> <li>・ うつ病医療連携技術研修・連携会議を開催し、地域医療に携わる医師と精神科かかりつけ医とが連携できるよう取り組んでいるところ。</li> <li>・ 平成二十年度の学校保健安全法の改正で、学校と地域の医療機関等との連携が新たに定められた。 (学校保健安全法第十条 学校においては、救急処置、健康相談又は保健指導を行うに当たっては、必要に応じ、当該学校の所在する地域の医療機関その他の関係機関との連携を図るよう努めるものとする。)</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医と産業医、学校医を含めた地域の医師との連携が十分に図れるように、引き続き取り組んでいきたい。</li> <li>・ 産業医を対象としたメンタルヘルスに関する研修については、平成26年度から、産業保健推進センターとメンタルヘルス対策支援センター等の事業を一元化した「産業保健総合支援事業」の中で、より効果的な実施を図っていきたい。</li> <li>・ 同法に基づき、必要に応じて連携体制の構築を支援していく。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
 内閣府

番 号	33																				
委員名	向笠委員																				
意 見	<p>主に緊急支援のデータは中学校まで。小中学校を扱っております。このデータを見ようとすると19歳以下の数値はわかるのですが、なかなか15歳以下の数値を、19歳になると大学生が入るので、高校までは18歳なので、15歳以下ですとこれは中学校くらいまでの数字として把握することが可能です。なので、私はどこかで見た記憶があってデータを探すのですが、この15歳以下のデータをぜひとも教えていただければありがたいと思っております。</p>																				
現時点における 対応状況	<p>・内閣府では、警察庁から自殺統計原票データの提供を受け、集計・公表を行っている。15歳以下のデータとしては、職業別の項目の中に、「小学生」「中学生」という区分があり、過去4年間の状況は下記のとおりである。</p> <p>【参考】「小学生」「中学生」「高校生」の自殺者数の推移</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>小学生</th> <th>中学生</th> <th>高校生(参考)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成21年</td> <td>1</td> <td>79</td> <td>226</td> </tr> <tr> <td>平成22年</td> <td>7</td> <td>76</td> <td>204</td> </tr> <tr> <td>平成23年</td> <td>13</td> <td>71</td> <td>269</td> </tr> <tr> <td>平成24年</td> <td>8</td> <td>78</td> <td>250</td> </tr> </tbody> </table> <p>【参考】自殺の統計  <a href="http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/index.html">http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/index.html</a></p>		小学生	中学生	高校生(参考)	平成21年	1	79	226	平成22年	7	76	204	平成23年	13	71	269	平成24年	8	78	250
	小学生	中学生	高校生(参考)																		
平成21年	1	79	226																		
平成22年	7	76	204																		
平成23年	13	71	269																		
平成24年	8	78	250																		
今後の取組の 方向性	<p>・引き続き、自殺統計の集計・公表を行っていく。</p>																				
実施不可又は実 施予定なし																					

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番 号	34
委員名	渡辺委員
意 見	<p>我々精神科診療所、精神科医療機関としては、ぜひ適切な精神科医療を提供できるような医療環境を整備していただきたい。先ほど他の委員からも少し出ましたような、時間をかけて診察したいと思っても診察できないような状況もあります。そういったことも含めて適切な精神科医療を提供できるような医療環境の整備をお願いしたいと思っております。</p> <p>例えば先ほど出ました1週間以内に自殺が多いということですが、ということは1週間以内に再診させてもらわなければいけない。3日後にいらっしゃい、4日後にもう一回診察に来てくださいということなのですが、今の診療報酬上は通院精神療法は1週間に1回しかとれないというかたい縛りがあります。あるいは自殺される方はいろいろ生活の問題、経済的、環境的な問題を抱えております。ところが通院された患者さんに後からPSWが幾らかかかわっても、PSWがかかわったことに対する報酬は全くありません。そういったところもぜひ考えていただきたいと思っております。</p>
現時点における対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針の検討会」を行っており、その中で診療所を含む外来医療体制の整備と充実については、今後推進していくことを掲げているところ。</li> </ul>
今後の取組の方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後、良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等を踏まえ、地域精神科医療の充実を図ってまいります。</li> </ul>
実施不可又は実施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況

厚生労働省

番 号	35
委員名	渡辺委員
意 見	医療間だけの連携ではなくて、いろいろな行政あるいは企業、学校、福祉機関との連携が必要になってきます。そういったときの連携に対する報酬的な担保も一切ありません。こういったこともぜひ考えていただきたいと思います。
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自殺未遂者の支援については、医療機関と行政機関や福祉機関が連携し、退院後も継続的に支援を行うことが重要であるとの観点から、厚生労働省では、救命救急センターに精神科医を配置等した場合の補助や、救命救急センター等で精神科医が治療を行った場合の診療報酬上の評価等の措置を講じている。</li> <li>・また、各都道府県・指定都市への補助事業として地域自殺予防情報センターを設置し、地域の保健・福祉・医療・労働・教育・警察等関係機関との連携体制を構築し、自殺未遂者や自殺者親族等の総合的な支援を実施している。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	<ul style="list-style-type: none"> <li>・引き続き、各地域の関係機関における連携体制の構築が進むよう、取組を進めていきたい。</li> </ul>
実施不可又は実 施予定なし	

第1回自殺対策官民連携協働会議委員からの意見等に対する各府省の対応状況  
警察庁

番 号	36
委員名	渡辺委員
意 見	先ほど言いました自殺が起こったときに、これが自殺か他殺か事故かわからないときは警察から連絡が来るのです。しかし、はっきりした自殺のときには連絡が来ません。これは非常に我々としてはつらい情報ではあるのですが、自殺が起こったときにはぜひ診療所、医療機関に連絡をいただきまして、我々がきちんと反省、検討できるような仕組みにしていだきたいと思っております。
現時点における 対応状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・警察は、取り扱う御遺体について法律に基づき検視、調査等を行い、その死が犯罪に起因するかどうかを判断しているが、その過程において死者に関する既往症等の調査も実施している。</li> <li>・精神科等の受診歴が判明した際は、その死の原因等を特定するために、主治医等の協力を得て、診断名、通院歴、処方薬、通院時の言動や症状等の診療情報の提供を受けているが、死者の尊厳等もあるため自殺と想定される場合であっても「自殺した」旨の表現は極力控えている。</li> </ul>
今後の取組の 方向性	
実施不可又は実 施予定なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死者やその遺族のプライバシーの問題を考慮すれば、警察で自殺事案を認知した際に、直接、医療機関に通知するような仕組みを作ることは困難である。</li> </ul>