

資料 10

自殺総合対策の在り方検討会報告書
「総合的な自殺対策の推進に関する提言」

平成19年4月

序

“いのち”を大切に思わない人はいないだろう。それなのにたった一つしかない自らのいのちを断つ人、断とうとする人がいるのはなぜか。生きるということは喜びであると同時に苦しいことでもあるのだ。日常の暮らしの中には、人間関係、健康問題、経済問題など多くの難問があり、その前でだじろぐことは誰にもある。問題が複雑化したり、考え込みすぎたり、優しすぎたり…なにかの理由で、それが心身の不調を招き、生きていることが辛くなることもある。こう考えてくると、自殺は、決して特異なことではなく、“生きる”ということの陰にいつもつきまといっているものとして見えてくる。しかし、いのちは一つしかない。一人ひとりが、自分を生きること、苦しくても生き抜くことはとても大切なことなのだ。なんとか皆が生き抜けるようにするには、まず、自殺は自分とは無関係であり、自殺をする人は特異な人であるという偏見をなくす必要がある。そして、一人ひとりが生きることを大切にすることで、自殺をできる限り減らしていこうという気持ちをすべての人が持つことである。本検討会の報告がそのような社会づくりに向けて役立つものになることを願っている。

最も気になるのは、平成10年に自殺者が8,000人余増加し、その状態が続いていることである。上述の認識からすると、これは、今の社会がどこか生きにくい社会になっていることを示している。とくに中高年の男性の自殺者の増加が目立つ。一人の人間としては、成熟し自分らしい人生を送る時期であり、社会にとっては中心的存在とされている人々がなぜ命を断たなければならないのか。また、数は少ないとはいえ、青少年では死因に占める自殺の割合が高い。未来に夢を抱く時期になぜと思う。高齢者の自殺も老々介護の結果という

例も少なくなく、悲惨で辛い。これを見ると、大切とわかっているいのちを断たざるを得ないところに追い込まれている人の姿が浮かび上がる。自殺を減らすには、私たち一人ひとりが生きることを大切にし、共に支え合って、すべての人が生き心地のよい社会をつくる努力をするほかない。自殺は氷山の一角なのである。全体を、“いのち”を基本に置いた社会にしなければ問題は解決しない。本検討会はこのような考え方で実態を分析し、総合対策を考えた。各人が、一人の人間として、また専門家として、意見を述べるだけでなく、お互いの考えを真剣に聞き合い、よりよい対策推進のための提言を出す努力をした。国の総合対策によって、より暮らしやすい社会になることを願っている。

自殺総合対策の在り方検討会
座長 中村 桂子

はじめに ～今、なぜ総合的な自殺対策か～

我が国の自殺者数は、昭和30年前後と60年前後に二つのピークを形成⁽¹⁾した後、2万人台前半で推移⁽²⁾していた。この間も、子どものいじめに関連した自殺などが生じると一時的に人々の関心が高まるものの、一過性のものに終わり、自殺問題が継続して社会的な問題となることはなかった。また、諸外国のように国を挙げて自殺予防対策に取り組むこともなかった。

このような中、平成10年に年間の自殺者が一気に8,000人余り増加したことにより、初めて自殺問題が深刻な社会問題として認識されるようになった。以後平成17年まで8年連続で3万人を超える状態が続いており、特に、中高年男性の自殺が急増し、そのままの水準で推移⁽²⁾していることは憂慮すべき事態である。また、原因動機別では、経済・生活問題の増加が著しい⁽²⁾。

諸外国と比べて見ても、人口10万人当たりの自

殺による死亡率（以下「自殺率」という。）は、主要国ではロシアについて2番目に高く、アメリカの2倍、イギリスの3倍以上という水準である⁽³⁾。

自殺や自殺未遂は、本人にとってこの上ない深刻な事態であるだけでなく、その家族と周りの人々に大きな悲しみと生活上の困難をもたらすことになる。自殺未遂は少なく見積もっても既遂の10倍以上あると言われており、年間の自殺未遂者は30万人以上と推計される。自殺や自殺未遂により、遺族や友人など周囲の少なくとも数人が深刻な心理的影響を受けるとされており、自殺と自殺未遂を合わせると、毎年、百数十万人以上もの人々が自殺問題で苦しんでいることになる。

このような状況に対し、平成12年には、「健康日本21」の中で自殺者数の減少目標が示され、また、平成14年には、厚生労働省の自殺防止対策有識者懇談会が包括的な自殺防止活動の実施を提唱している。

これらに基づき、厚生労働省を中心に、調査研究の推進、相談体制の整備等の自殺防止対策、具体的には、地域・精神保健の観点から地域におけるうつ病対策、産業保健の観点から職場におけるメンタルヘルス対策などが講じられてきた。

しかしながら、自殺者数の減少傾向は見られず、3万人台で高止まりしたまま推移している。その理由としては、これまでに講じられた施策は、総合的な視点に乏しく個人を対象とした疾病対策に偏りがちであったこと、遺族や自殺未遂者に対する取組が不足していたことが指摘されている。また、地域保健、産業保健としての取組も、自殺率が高く、関心の高い一部の地域では積極的な取組が見られるものの、それ以外の地域では関係者の連携不足等により具体的な進捗がみられなかったことも明らかになっている⁽⁴⁾。さらには、自殺や精神疾患に対する国民の偏見が強い上、实际的な取組が始まってからはそれほど間がなく、効果をあげるだけの十分な時間がなかったことも理由の一つと考えられる。

こうした中、自殺対策に取り組んでいる民間団体からは、自殺を「自殺する個人」の問題だけに帰することなく、「自殺する個人を取り巻く社会」に関わる問題として取り組むべきであるという主

張がなされるようになった。

このような背景の下、「自殺は避けられる死」とあるという認識に立って、平成17年7月には、参議院の厚生労働委員会で「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされ、さらに、翌18年には、自殺対策の法制化を求める10万人の署名に後押しされ、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ることを目的とする自殺対策基本法（以下「基本法」という。）が全会一致で成立し、同年10月に施行されるに至った。

基本法では、政府が推進すべき自殺対策の指針として、基本的かつ総合的な自殺対策の大綱を定めなければならないとされている。大綱案の作成に当たり、高市内閣府特命担当大臣の下で「自殺総合対策の在り方検討会」（以下「検討会」という。）が開催され、総合的な自殺対策の在り方について、昨年11月から8回にわたり議論を重ねてきたところであり、今回、その成果を本報告書に取りまとめたものである。

自殺は様々な背景、原因により、複雑な心理的経過を経るものであることから、自殺を考えている人を支え自殺を防ぐためには、精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的な視点も含めた包括的な取組が必要とされる。また、単一の組織の取組では不十分であり、様々な組織や人々が協力する必要がある。このような意味も含め、自殺対策は、事前予防、危機対応、事後対応の各段階に応じた取組が総合的に行われる必要がある。

また、自殺の予防には、個人に対する働きかけと社会に対する働きかけの両側面からの取組が重要である。すなわち、個人に対する働きかけとしては、自殺の危険性の高い人を早期に発見し、相談機関や医療機関につなげるという取組（メディカルモデル）であり、社会に対する働きかけとしては、自殺や精神疾患についての正しい知識の普及や偏見をなくす取組（コミュニティモデル）やストレス要因となる社会的な制度や仕組みを見直していくという取組である。これら三つの取組を密接に関連させることによって、自殺予防の効果

をあげることができると考えられる。

本報告書においては、まず、我が国の自殺対策が目指すべき方向についての考え方を示すとともに、世代ごとの自殺の特徴を概観し、それに対応した自殺対策の基本的方向、基本法に定める基本的施策ごとの施策のあり方、さらに、自殺対策の目標設定及び推進体制について提言を行っている。

本報告書のポイントとしては、以下の3点をあげることができる。

- 1) 自殺対策の基本方向として、自殺対策を全ての国民に関わる問題として認識し、社会全体で取り組む必要性を強調したこと
- 2) 自殺の社会的要因に対する取組と自殺未遂者や遺族等に対する支援などの事後対応については、これまでの取組が不十分であることから、積極的に取り組む必要があるとしたこと
- 3) それぞれ特徴を有する青少年、中高年、高齢者の世代別に施策のあり方を提言したこと

厚生労働省の統計によれば、昨年の上半期までの自殺者数（概数）は、一昨年の実績と比べ減少傾向で推移しており、景気の回復も影響しているのではないかとされている。しかしながら、自殺問題は景気が回復すれば解決する問題ではない。景気の動向に関わらず、多くの自殺は社会的支援があれば避けることができる死であることを銘記すべきである。国民の尊い「いのち」を一人でも多く救うことができるよう、本提言で示された内容を踏まえた自殺総合対策大綱（以下「大綱」という。）が早期に策定され、実効性のある様々な取組が継続的に実施されることを期待するものである。

また、全ての国民が自殺の問題を自らの問題として捉え、国民一人ひとりが自殺対策に取り組むことによって、健康で生きがいをもって暮らすことのできる社会の実現に向けて確実に一歩近づくことができるものと考ええる。

第1 自殺対策が目指すべき方向について

（自殺の背景・原因）

自殺は、人間関係の悩み、長時間労働、多重

債務、慢性の身体的疾患、精神疾患など様々な事情とその人の性格傾向や家族状況、職場環境などが複雑に関係しあって起こる。

様々な事情の背景にある社会的な制度や慣行の見直しが可能であればもちろんのこと、問題が生じた場合の相談体制の整備等社会的に解決可能な手段を提供することにより多くの自殺を防ぐことが可能である。

また、自殺を図った人の直前の心の健康状態を見ると、大多数がうつ病やアルコール依存症等の精神疾患に罹患し、中でもうつ病（うつ状態を含む。以下同じ。）の割合が高いとされており、病的な自殺念慮や罪責感から自殺行動を選択してしまうといわれている。WHO（世界保健機関）によれば、うつ病、アルコール依存症、統合失調症については治療法が確立しており、これらの3種の精神疾患の早期発見、早期治療を行うことにより、自殺率を引き下げることができるとされている。

（自殺を考えている人の特徴）

自殺を個人の自由な意思や選択の結果として捉える見方もあるが、自殺する人は必ずしも十分な判断力を持って自殺という自己決定をしているわけではない。多くの自殺は、「追い込まれた末の死」ということができる。

自殺にいたる心理としては、様々な悩みが原因で心理的に追い詰められ、自殺以外の選択肢が考えられない状況に陥ってしまったり、社会とのつながりの減少や生きていても役に立たないという役割喪失感から、また、与えられた役割の大きさに耐え切れなくなって、危機的な状態にまで追い込まれてしまうという過程を見ることができる。

このような状態に追い込まれると、心理的な孤立感、孤独感、または焦燥感を抱え込み、自ら周りの人に相談することもできなくなる。また、この過程でうつ病等の精神疾患を発症しても、通常、身体症状を伴うため内科等を受診することはあるものの、専門の精神科を受診することはほとんどない。

しかしながら、自殺を考えている人も、心の中では「生きたい」という気持ちとの間で激し

く揺れ動いており、「助けてほしい」「気づいてほしい」というサインを発している。

したがって、危険な状態に追い込まれる前に心の悩みを解消することができれば、また、追

い込まれてしまった後でも、周りの人が、自殺を考えている人の何らかのサインに気づいて専門家につなぎ、その指導の下で見守っていくことができれば、多くの自殺は避けることができる。

自殺のサイン（自殺予防の十箇条）

（次のようなサインを数多く認める場合は、自殺の危険が迫っています。）

- 1 うつ病の症状に気をつけよう（気分が沈む、自分を責める、仕事の能率が落ちる、決断できない、不眠が続く）
- 2 原因不明の身体の不調が長引く
- 3 酒量が増す
- 4 安全や健康が保てない
- 5 仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う
- 6 職場や家庭でサポートが得られない
- 7 本人にとって価値あるもの（職、地位、家族、財産）を失う
- 8 重症の身体の病気にかかる
- 9 自殺を口にする
- 10 自殺未遂におよぶ

（自殺予防の基本方向）

自殺予防の第一は、危険な状態に追い込まれないよう、追い込まれる前に心の悩みを解消することである。

これには、長時間労働、失業、倒産、多重債務等の社会的要因により心理的に追い詰められることのないよう、そのようなストレスを引き起こす制度・慣行そのものを見直していくことが重要である。例えば、多重債務で問題となる利息制限法の上限を超える「グレーゾーン金利」は、昨年の法改正によりようやく3年後に廃止の目処が立ったところである。その他、長時間労働を生んでいる現在の働き方を変えていくことも重要である。

また、さまざまな社会的要因に関する相談機関の充実や相談機関相互の連携等、悩みを抱えた人のための相談体制を整備するとともに、相談窓口の存在が悩みを抱えた人にきちんと届くようにすることも必要である。相談先の存在を知らないまま、悩みを抱えている人は意外と多い。

自殺予防の第二は、心の健康を損なってしまった自殺の危険性の高い人を医療機関での治療に確実につなげることである。これには、医療体制の整備と併せて、国民一人ひとりの役割が大変重要である。

すなわち、国民は、自ら心の不調に気づき、適切に対処することができるようにすることも重要であることは言うまでもないが、自分の身近なところで自殺を考えている人が発している自殺のサインに早く気づき、精神科医などの専門家につなぎ、その指導を受けながら日常生活の中で見守っていくことが必要である。

もとより、自殺の危険性の高い人を最初に発見する機会の多いかかりつけの医師や学校の教師等を「ゲートキーパー」として養成していくことも重要であるが、これまでの調査によれば、身近にいる家族や職場の同僚が自殺のサインに気づいていることも多く、国民一般に向け、自殺のサインへの対応などを啓発することにより、専門家へのつなぎを実現することが重要で

ある。

特に、自殺者が多い中高年の男性は、仕事上も家庭生活上も責任のある立場で、ストレスが多く、心の健康問題を抱えやすい上、相談することについての抵抗感が大きく問題を深刻化しがちであり、周りの人が果たす役割への期待が大きい。

このため、自殺のサインやそれに気づいたときの対応の仕方について、国民一人ひとりが自らの役割を理解できるよう分かりやすく示す必要がある。

併せて、自殺の実態とともに、自殺についての知識を普及するとともに、精神疾患についての正しい理解を進め、偏見をなくしていくことも忘れてはならない。

また、このような国民への普及、啓発に当たっては、マスメディアの協力確保とともに、インターネットの活用も重要である。

さらに、問題を抱えたときに危険な状態に追い込まれないため、自分自身がストレスに気づき、これに対処するための知識、方法を身に付け、実践することができるようストレスに強い心の健康づくりに日頃から努めることも重要である。

我が国では、少子高齢化が急速に進み、価値観が多様化する中で、核家族化や都市化の進展に伴い、従来の家族、地域のきずなが弱まりつつあり、ストレスが多い社会ということもあって、誰もが精神的不調に陥る可能性がある。自殺予防は、相談機関や医療機関等の一部の専門家だけの問題ではない。自ら心の不調に気づき、適切に対処することができるようにするとともに、身近に存在するかもしれない自殺を考えている人の早期発見や地域での見守りという役割を果たすことができるようにすることが大切であり、全ての国民が関わる問題ということである。まさに、国民一人ひとりが自殺予防の主役という考え方に立って進める必要がある。

(自殺対策の進め方)

自殺対策の実施に当たっては、次のような点

を十分考慮して進める必要がある。

① 実態解明と中長期的な視点に立った施策の推進

我が国だけでなく、諸外国においても自殺はタブー視されがちであり、実態が分からないことも多い。このため、WHO自殺予防ガイドラインでも、対策を立てるためには、例えば、自殺の背景をなす特定の精神疾患、家庭崩壊、経済的問題、マイノリティの問題など、どのような問題が、どの程度深刻な問題であるかという自殺の実態を把握しなければならないとされている。

自殺の実態把握は取組が始まったばかりで、成果が出るまである程度の時間を要するため、当面は、既存の統計資料、これまでの調査研究の成果やWHO、諸外国の知見を基に、効果があると考えられる実現可能な方策から積極的に取り組むこととし、平行して、社会的要因を含む自殺の背景・原因や自殺者の心理状態などの実態解明を進める必要がある。

また、諸外国の例を見ても、自殺予防に即効性のある施策はない。数年で効果が現れるものは少ないので、中長期的な視点に立って継続的に進める必要がある。

② 自殺の各段階に応じた取組の推進

自殺対策は、1) 事前予防(心身の健康の保持増進への取組及び自殺や精神疾患についての正しい知識の普及啓発など自殺の危険性が低い段階で予防を図ること)、2) 自殺発生の危機対応(現に起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐこと)、3) 事後対応(不幸にして自殺や自殺未遂が生じてしまった場合に他の人(未遂の場合には本人を含め)に与える影響を最小限とし、新たな自殺を防ぐこと)の各段階に応じた効果的な施策を講じる必要がある。

これまでの自殺対策では、遺族に対する支援や、学校や職場で自殺や自殺未遂が発生した場合の事後対応については取り組みが始まったばかりであり、まだ十分とはいえない。

適切な事後対応は当事者の心の傷をいやすだけではなく、再度の自殺や後追い自殺を防ぐこと、すなわち、将来の事前予防につながる事が期待されることから、積極的に取り組む必要がある。

③ 関係機関・団体との連携

自殺を考えている人の悩みは多種多様であり、意を決して相談窓口を訪れた人を「たらい回し」にしてはならない。悩みを抱えた人やその周りの人が助けを求めたとき、関係する機関や団体が速やかにその声を聞き届け、必要な支援を行うことができるような体制の整備が重要である。

このような体制を整備するには、問題解決に役立つ地域の資源の相互の連携が不可欠であり、地域の首長のリーダーシップと住民の理解と協力の下に、民間団体を含めた関係機関・団体のネットワークを構築する必要がある。

この場合、例えば、高齢者の生活支援のためのネットワーク等既存のネットワークの活用も考えるべきである。

なお、自殺対策は、様々な機関・団体の連携により進められるものであるが、大綱の策定に当たっては、施策、事業について、国、地方公共団体、事業主等誰が主体となって進めるべきかについて明示することが望ましい。

④ プライバシー等への配慮

今後、自殺や精神疾患についての正しい知識を普及し偏見をなくしていくよう努める必要があるが、現状においては、国民の自殺や精神疾患に対する偏見には大変強いものがある。このため、自殺の実態解明や遺族の支援等の実施に当たっては、個人情報利用についての説明を尽くし、事前に同意を得るなど自殺者や遺族のプライバシーに十分配慮する必要がある。

⑤ 施策の重点化

本提言の中でも今後取り組むべき自殺対策として様々な提案を行っているが、限られた

人的・財政的資源の中で、全ての施策を実施することには制約を伴うことも事実である。このため、施策の費用対効果も勘案しつつ、例えば、近年、自殺者が急増した中高年男性にターゲットを絞るなど施策の重点化を図ることが必要である。併せて、各施策の効果を逐次評価し、見直しを行っていくことも重要である。

また、国ごとに事情が異なるように、地域によっても自殺の実態は異なっており、大綱を踏まえつつ、地域の実態に応じた施策を講じる必要がある。

⑥ マスメディアの自主的な取組への期待

マスメディアで自殺を報道する場合、事実関係に併せて自殺のサインやそれに気づいたときの対応の仕方、悩み事の相談先等自殺予防に有用な情報を提供することにより、自殺予防に大きな効果が期待できる。

一方、自殺手段の詳細な報道、短期集中的な報道、有名人の自殺のセンセーショナルな報道は、他の自殺を誘発する危険性もある。

このため、国民の知る権利や報道の自由も勘案しつつ、自殺予防に資する自殺報道が行われるよう、WHOの自殺報道のガイドラインも参考として、マスメディア自身がこの問題を自主的に検討することを期待する。

「WHOによる自殺予防の手引き」（マスメディアのための手引き）（抄）

報道に際してぜひすべきこと

- 事実を報道する際に、精神保健の専門家と緊密に連絡を取る。
- 自殺に関して「既遂」という言葉を用いる。「成功」という言葉は用いない。
- 自殺に関連した事実のみを扱う。一面には掲載しない。
- 自殺以外の他の解決法に焦点を当てる。
- 電話相談や他の地域の援助機関に関する情報を提供する。
- 自殺の危険因子や警戒兆候に関する情報を伝える。

報道に際してしてはならないこと

- 遺体や遺書の写真を掲載する。
- 自殺方法を詳しく報道する。
- 単純化した原因を報道する。
- 自殺を美化したりセンセーショナルに報道する。
- 宗教的・文化的な固定観念を当てはめる。
- 自殺を非難する。

第2 世代ごとの自殺の特徴とそれに対応した自殺対策の推進について

(1) 青少年（30歳未満）

① 青少年の自殺の特徴

青少年の自殺者数は、自殺者全体の10%程度²⁾、そのうち未成年は全体の2%程度であり、自殺率も高くない。しかし、青少年の死因に占める自殺の割合は高い¹⁾。この世代は、思春期を迎えるなど精神的な安定を損ないやすい時期であり、将来ある命が自殺により失われることは、社会的な損失や他に与える影響も大きく、深刻な問題である。

特に子どもの心の健康は生涯にわたって影響する。このため、青少年期における心の健康の保持や良好な人格形成への支援を行うことが生涯にわたる自殺予防につながるものと考えられる。

子どもは、心理的、社会的な未熟さから衝動的に行動してしまうことがある。さらに、精神的にも発達途上で大人と比べて問題に対

する解決能力が未熟であり、問題を抱えたとき、親や教師ではなく同世代の子どもに打ち明ける傾向が強いとされている点にも留意すべきである。

また、思春期以降の自殺は、統合失調症、妄想性障害、パーソナリティ障害や摂食障害等の心の健康問題と関連性が高いとされている。

青少年は、もともと外部からの影響を受けやすいことに加えて、現状では、携帯電話等の有害情報に接することを規制する（フィルタリング）機能の普及が進んでいないため、インターネットを通じて容易に有害情報に接することができる。インターネット自殺は、20歳代や30歳代に多い⁶⁾が、その背景に青少年の「孤独化」が指摘されている。

なお、青少年の自殺については、自殺者数が少ないことに加えて、家族がその事実をなかなか受け容れられないことや学校が在学学生を守りながら早く通常の活動へ戻ろうとすることなどから、関係者の調査への協力が得に

くく、他の世代に比べ実態が明らかでない部分が多い。

近年の我が国の青少年の自殺率はおおむね横ばい⁽¹⁾であるが、国際的には青少年の自殺の増加傾向にあり、我が国における今後の青少年の自殺の動向にも注意が必要である。

用語註

青少年：30歳未満の者

思春期：中学生からおおむね18歳まで

子ども：小学生からおおむね18歳までの者

青年：おおむね18歳から30歳未満の者

② 青少年の自殺対策の基本的方向

子どもについても大人と同様に、自殺の危険性が高いものを早期に発見して対応する危機対応とともに、学校における自殺予防教育など事前予防を中心とした対策と自殺や自殺未遂が発生した場合の事後対応に取り組む必要がある。また、青年については、思春期以降に特徴的な心の健康の問題への対応に配慮することが必要である。

事前予防としては、青少年、特に子どもに対して、いのちの尊さや生きることの意味を考えさせる教育を継続して行うなど良好な人格形成を促すとともに、子どもに自殺やうつ病等の精神疾患について正しい知識を伝えていくことが、生涯にわたる心の健康を保持することとなり、将来につながる自殺予防として重要である。

また、子どもは、悩みを同世代の子どもに打ち明ける傾向が強いことから、悩みを打ち明けられたときの対応の仕方について、必要な情報を伝えるとともに、自分たちだけでは解決できない悩みを聞いた場合にはそれを自分だけで抱え込まずに、身近な大人に伝えることの大切さなど子どもへの自殺予防教育を実施することが重要である。併せて、教師等の大人に伝えやすい環境整備を図るべきである。

青少年の良好な人格形成を促すとともに、自分たちだけでは解決できない悩みを大人に

伝える環境を整備するためには、学校だけの取組ではなく、学校、保護者、地域が連携して取り組むことが必要である。

このような取組を推進するため、地域で世代間交流を推進し、人生経験豊かな高齢者とのふれあいやつながりを通じて、心身の成長発達や孤独にならないためのコミュニケーション能力を向上させる取組など、推奨できる事例を収集し、学校や地域に情報を提供していくことが必要である。

また、悩みを抱えた青少年の身近なところに、電話やメールで気軽に相談できる機関やスクールカウンセラー、養護教諭等と相談しやすい場所など青少年が安心して弱音を吐ける環境を整備することも必要である。

さらに、青少年は、外部からの影響を受けやすいため、情報への接し方等メディアリテラシー教育を推進していくことも必要である。併せて、インターネット上の有害情報への適切な対応も求められる。

危機対応としては、まずは、学校で日常的に児童、生徒、学生に接しており、自殺のサイン等の自殺の危険に気づくことのできる学級担任、養護教諭等の教師に自殺の危険性の高い児童等に気づいたときの対応等の自殺予防に関する啓発等を実施すべきである。また、実際に対応する場合には、担任教師だけではなく学年主任、養護教諭、スクールカウンセラー、生徒指導主事等によるチームで対応する必要がある。場合によっては、学校内だけではなく、医療機関や教育研究所等との連携を図る必要がある。

事後対応としては、学校で自殺者や自殺未遂者が出た場合に、周囲の児童生徒の心理状態に十分に配慮して、早い段階から心のケアを行う必要がある。身近な人の自殺という心の傷をそのままにしておくと、将来、様々な精神的な問題を引き起こすことの原因となることもある。このような予防対応は、将来の心の健康を保持することにもなり、自殺予防

としても重要である。

また、子どもの自殺の実態の解明に当たっては、子どもへの聞き取りを行わなければならない場合もあるが、その際には、十分な配慮が必要である。特に、学校での実態把握に際しては、自殺に追い込んだ「犯人探し」にならないよう、第三者を活用する等の配慮が必要である。

なお、WHOは、青少年がマスメディアから影響を受けやすいことも指摘しており、自殺予防に資する自殺報道が行われるようWHOの自殺報道のガイドラインの周知を図ることが必要である。

また、勤労青少年については、長時間労働等の社会的要因から心の健康を損なう場合があり、職場における心の健康の保持増進等、後述する中高年と同様の取組が求められる。

用語註

メディア・リテラシー

①メディアを主体的に読み解く能力、②メディアにアクセスし、活用する能力、③メディアを通じてコミュニケーションを創造する能力、特に情報の読み手との相互作用的（インタラクティブ）コミュニケーション能力が相互補完しあい、有機的に結合したもの

(2) 中高年（30歳～64歳）

① 中高年の自殺の特徴

中高年の自殺者数は、平成10年に急増したまま推移しており、自殺者全体の約6割^②を占めている。年代別の自殺率を見ると、どの国でも共通に見られる加齢に伴う自殺率の上昇とともに、50歳代が自殺率のもう一つのピークを形成^③しており、我が国の自殺の特徴となっている。

今後、この世代の人々が、自殺率が高まる高齢者へと移行するに従い、高齢者の自殺がさらに深刻化するおそれがあり、中高年の自殺対策は、将来の高齢者の自殺予防対策につ

ながる点に留意する必要がある。一方、最近では、30歳代の自殺率が増加^④していることにも注意する必要がある。

中高年は、家庭、職場の両方で重要な位置にあり、周囲から期待される役割が大きい一方で、親との死別や失業、退職などの心理的ストレスの大きい喪失体験を迎えるなど心理的、社会的な負担を抱えることが多い世代である。特に、男性の場合、仕事中心のライフスタイルが多く、長時間労働等から、仕事に関して強い不安やストレスを感じている労働者は6割を超え^⑤ており、精神障害による労災補償の状況をみると、請求件数、決定件数とも増加傾向^⑥にある。また、退職等の変化に適応できないなど心の健康を損ないやすい。

中高年は、身体的機能が加齢とともに低下し、特に女性の場合、出産、子育て、更年期など女性特有の要因から心の健康を損ないやすい。

WHOの調査では95%以上の自殺者が、また、日本における自殺未遂者の調査でも約75%が、自殺の直前に精神疾患に罹患していると診断されており^⑦、とりわけ、中高年の自殺者はうつ病の割合が多いとされている^⑧。

中高年の自殺に関する調査研究では、気分が落ち込んだ時に医師に相談、受診を考えている人は約2割に過ぎず^⑨、自殺前に家族や友人等の周りの者に相談している人は約4割となっている^⑩。一方、うつ病には、不眠のほか欠勤、遅刻、能率低下、退職願望などのサインがあり、約8割のケースでそのサインに家族や会社などの周りの人が気づいていたという結果が示されている^⑪。

うつ病のサイン

自分で感じる症状

憂うつ、気分が重い、気分が沈む、悲しい、イライラする、元気がない、集中力がない、好きなこともやりたくない、細かいことが気になる、大事なことを先送りする、物事を悪いほうへ考える、決断が下せない、悪いことをしたように感じて自分を責める、死にたくなる、眠れない

周りから見てわかる症状

表情が暗い、涙もろい、反応が遅い、落ち着きがない、飲酒量が増える

身体に出る症状

食欲がない、便秘がち、身体がだるい、疲れやすい、性欲がない、頭痛、動悸、胃の不快感、めまい、喉が乾く

② 中高年の自殺対策の基本的方向

周りの人や医師等に相談しないことが多いという特徴を持つ中高年の自殺を防止するためには、家族や職場など周りの人が前述したうつ病のサインに気づいた時に、精神科医等の専門家による治療につなげるなど、うつ病の早期発見・早期治療と、専門家の指導の下で回復途上にある人を見守っていくことが重要である。

そのためには、地域、職場で家族や同僚など周りの人の気づきと見守りを促す自殺についての正しい知識の普及啓発に加えて、精神科医等の専門家による地域や職場内での見守りに対する支援体制を整備することが求められる。最近では、うつ病等で精神科を受診する人も増えてはいるものの、未だ、精神科医療に対する偏見は根強く、これを解消するなど精神科医の診療を受けやすい環境づくりも重要である。

さらに、失業、長時間労働、多重債務、経営不振等は、心の健康を損なう要因となるが、これらのストレスで危険な状態に追い込まれる前に、その緩和を図る必要がある。このため、これらの社会的要因に関する悩みの相談・支援体制を充実し、様々な相談機関や医療機関が連携して取り組むことが不可欠である。また、弱音を吐く場がないため、どんどん追い込まれてしまうという指摘もある。時には弱音を吐いてもいいのだという社会の雰囲気づくりにより、危険な状態に至る前にストレ

スの緩和が促進され、自殺の予防にも効果を発揮するものと考えられる。

また、出産、子育て、更年期など女性に特有な心の健康を損なう要因への対応をはじめ住民全体を対象とした地域における心の健康の保持増進については、地域の保健師等による適切な対応が求められる。

なお、うつ病の他にアルコール依存症等の中高年に多い心の健康問題の予防にも併せて取り組むことが必要である。

職場における心の健康の保持増進については、特に、産業保健スタッフの選任義務がなく取組の遅れている中小規模事業場に対して、商工会議所や商工会等の事業主団体を通じ、経営者等への普及啓発を実施する必要がある。あわせて、産業保健推進センターや地域産業保健センターと保健所等の地域保健スタッフが連携して、中小規模事業場を支援していくことも重要である。

学校は、教職員にとっては職場であることから、子どもの成長に直接かわり、責任を一人で背負いやすい教職員の心の健康についても、職域における問題として検討する必要がある。

さらに、企業に属していない農林漁業者や商店主等の自営業者に対しては、保健所等の地域保健と農業協同組合、商工会等が連携した地域ネットワークを通じ、心の健康の保持増進についての普及啓発を実施することが求められる。

また、自殺者が出た場合には、家族のみならず自殺者の周囲で働いていた人の心理状態に十分に配慮して、心のケアを行う必要がある。

加えて、風通しの良い職場づくりなど、心身の健康を損なうことがない職場環境をつくとともに、仕事と生活の調和（ワークライフバランス）が実現できるよう働き方の見直しを進め、中・長期的には、生活全般をストレスが少ないものに変えていくことが重要である。

高齢者の自殺防止を図る上で、中高年の時から、生活習慣病の予防や地域社会への参加や趣味を持つといった退職後の生活を見据えた準備を進めることができるよう普及啓発を行うとともに、そのための環境づくりを行うことも期待される。

(3) 高齢者（65歳以上）

① 高齢者の自殺の特徴

高齢者の自殺率は、加齢に応じて高くなっており、この傾向は、我が国のみならず、世界的な傾向である。

高齢の自殺者についても、中高年の場合と同様に、多くの場合が精神疾患の診断を受けており、特に、うつ病の割合が多いとされている¹⁰⁰。警察庁の統計によると、高齢者の自殺の背景の多くは健康問題であるが、高齢者は、高血圧症、糖尿病、脳梗塞後遺症、心臓病、関節痛などの慢性疾患を有することが多く、継続的な身体的苦痛や将来への不安等が、うつ病につながると考えられる¹⁰¹。また、近親者の病気や死亡による喪失体験から閉じこもりがちとなり、孤独・孤立状態からもうつ病にいたることに配慮する必要がある。

高齢の自殺者の約9割は、なんらかの身体的不調を訴え、入・通院による治療を受けており¹⁰²、加齢に伴う身体機能の低下と併せてうつ病に伴う身体症状のために内科等を受診していることが多いと考えられるが、専門医である精神科への受診については少ないといわ

れている。

また、高齢の自殺者の多くは、家族と同居しており、生前、家族に「長く生きすぎた」「迷惑をかけたくない」と漏らしていることが多い¹⁰³ことから、心身両面で衰えを自覚した高齢者が、同居する家族に看護や介護の負担をかけることに遠慮していると考えられる。

今後は、高齢化や核家族化の一層の進展により、高齢者が高齢者を介護する「老々介護」の割合が高まることが想定される中で、介護をしている高齢者の3人に1人が「死にたい」と考えたことがある¹⁰⁴など、大きな心理的な負担を抱えているとの調査結果もある。

② 高齢者の自殺対策の基本的方向

高齢の自殺者の多くが、家族と同居しており、生前、家族に看護や介護の負担をかけることに遠慮していると考えられる言動が見られることから、「歳をとったら問題を抱えて気分が落ち込んでも当然だ」「老い先短いお年寄りが死を選ぶのも仕方がない」という高齢者への偏見をなくしていくとともに、家族など周りの人が不眠等のうつ病のサインに気づいた時に精神科医などの専門家につなげることが重要である。

また、高齢者の多くが何らかの身体機能の低下により内科等を受診していることから、かかりつけの医師のうつ病の診断、治療に関する資質の向上を図り、さらに精神科医等の専門家とも連携するなど、うつ病の早期発見・早期治療につながる体制の整備が重要である。

さらに、精神科医療に対する偏見を解消するための啓発等精神科医の診療を受けやすい環境づくりを実施していくとともに、専門家による地域や家庭内での見守りへの支援体制を整備することも必要である。その際には、身体機能の低下への配慮が必要なことから、地域におけるかかりつけの医師、保健師や介護支援専門員等の果たす役割が大きいことにも留意すべきである。

また、高齢者は精神疾患に対する偏見がより強いため、一般の健康診査等で心の健康状