

自殺予防対策に関する有識者意識調査
結果報告書

平成 17 年 11 月

総務省行政評価局

目 次

第1	調査の概要	
1	調査の背景・趣旨	1
2	調査時期	1
3	調査対象	1
4	調査の方法	2
5	調査事項	2
第2	調査結果の概要	4
第3	調査結果	
1	行政機関による自殺予防対策の取組の強化	9
(1)	自殺予防対策の取組を強化する必要がないとする理由	9
(2)	自殺予防対策の取組	10
ア	自殺予防に関する理解の推進を図る対策	10
イ	地域における住民向けの対策	13
ウ	職域における労働者等向けの対策	15
エ	学校における児童生徒等向けの対策	18
オ	関係機関の連携の促進	20
カ	国や地方公共団体による総合的な対策	21
キ	特に強化する必要がある対策	22
2	自殺の実態把握	24
3	自殺についての研究	31
4	その他	37
(1)	自殺未遂者に対する対策	37
(2)	遺族に対する対策	39
(3)	自殺についてのマスメディアやインターネットに対する行政機関の対応等	40
(4)	その他	43
【資料】	戦後の自殺者数の推移	44
	戦後の自殺死亡率の推移	45
	自殺死亡率の国際比較	46
	年齢階層別自殺死亡率	47
	都道府県別の自殺者数	48
	都道府県別の自殺死亡率	49
【参考】	「自殺予防対策に関する有識者意識調査票」	50
	(自殺予防対策に関する有識者意識調査票添付資料)	
	資料1 「自殺予防に向けての提言」	
	(平成14年12月厚生労働省自殺防止対策有識者懇談会報告)	
	資料2 「人口動態統計」(自殺者数部分抜粋)(厚生労働省大臣官房統計情報部)	
	資料3 「自殺死亡統計の概要(人口動態統計特殊報告)」	
	(厚生労働省大臣官房統計情報部)(抜粋)	
	資料4 「平成15年中における自殺の概要資料」(平成16年7月警察庁生活安全局地域課)	

第1 調査の概要

1 調査の背景・趣旨

我が国における自殺者数は、厚生労働省の人口動態統計によれば、平成10年に3万人を超えて以来、ほぼ同水準で推移しており、平成15年には過去最高の3万2,109人となっている。これは、平成15年の交通事故死者数7,702人の約4倍である。また、人口10万人当たりの自殺者数（以下「自殺死亡率」という。）は、旧ソ連・東欧諸国の一部を除く先進諸国の中では最高（平成12年（2000年）の我が国の自殺死亡率24.1は世界で10位：2004年世界保健機構（WHO）調べ）である。特に、中高年男性の自殺が、平成10年に急増したまま減少しておらず、懸念される問題となっている。

また、自殺は、本人の問題だけではなく、家族や周囲の者に大きな悲しみや困難をもたらし、特に、働き盛りの世代の自殺者数の増加は、社会全体にとっても大きな損失である。また、自殺未遂者は既遂者の数倍から数10倍は存在するとも言われており、自殺者の減少に向けた取組が重要かつ緊急の課題である。

自殺の要因・背景は、借金や健康問題を苦にしたものなど様々であり複雑であることから、行政が自殺問題に関してどこまで踏み込むかは難しく自殺予防への対応は困難な面がある。しかし、自殺予防対策に取り組んでいる研究者や民間団体からは、これまでの行政機関による自殺予防対策の取組は十分ではないとする声も聞かれる。

海外では、フィンランドや英国のように明確な方針の下に国を挙げて自殺予防対策に取り組んでいるところもみられる。我が国では、自殺予防対策に関しては、政府としての取組方針や対策の枠組みが定められていない。厚生労働省は、平成12年3月に「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を定め、この中で自殺者数を22年（2010年）に2万2,000人以下とするとしているが、これを実現するための具体的な施策は示されておらず、自殺予防対策は、地域保健、職域保健、精神保健、心の健康問題などの取組に包含されており、国、地方公共団体、精神保健福祉センター等の関係機関それぞれで取り組まれている。

このようなことから、今回、これまでの国、地方公共団体等による自殺予防対策の実態を全国的に調査するとともに、その調査の一環として、今後の行政機関による自殺予防対策の推進に資するため、自殺を考えるに至るまでの心の悩みを抱えた人に対する適切なメンタルヘルスケアの実施等自殺を思いとどまらせる対策等について行政機関が行うことができる直接的な自殺予防対策に関し、自殺問題に関係する様々な分野の専門家の意見を「自殺予防対策に関する有識者意識調査」として調査した。

2 調査時期

平成17年5月～8月

3 調査対象

調査対象とした有識者は、自殺予防に関わる研究者、治療、相談、カウンセリング等を通じて現に自殺予防対策に取り組んでいる医療関係者、厚生労働省の研究機関、精神保健福祉センター、保健所等の行政機関の専門家、自殺予防に取り組んでいる民間団体の代表者等であり、43都道府県の182人を対象とし、180人から回答を得た（回収率98.9%）。

自殺予防対策に関する検討に資する目的で、自殺予防対策に関わる専門家を対象とした意識調査は初めての試みである。

4 調査の方法

原則として、調査対象とした有識者にあらかじめ調査票を配布し、記入された調査票を回収する際に当省（本省行政評価局、7管区行政評価局（3行政評価分室を含む。）、四国行政評価支局、沖縄行政評価事務所、29行政評価事務所）の担当官が有識者に直接ヒアリングを行って回答内容を確認した。

5 調査事項

この調査の調査事項は、大別して次の4事項。

行政機関による自殺予防対策の取組を強化する必要性についての意見

自殺の実態把握の必要性についての意見

自殺又は自殺予防に関する研究についての意見

その他自殺予防に関連して行政機関が取り組むべきことについての意見

この調査の設問の構成、流れは次のとおり。

この調査は、行政機関による自殺予防対策の推進に資するためのものであることから、初めに、自殺予防対策について、行政機関が取組を強化する必要の有無について設問した。

次に、行政機関が取組を強化すべき対策がどのようなものか設問した。

取組を強化すべき対策としては、厚生労働省の自殺防止対策有識者懇談会（座長：木村尚三郎東京大学名誉教授）による「自殺予防に向けての提言」（平成14年12月）（以下「自殺予防提言」という。）も参考に、現に取り組まれている自殺予防又は自殺予防に関連する対策が、地域におけるもの、職域におけるものなどに分かれていることに着目して、（ ）自殺予防に関する理解の推進を図る対策、（ ）地域における住民向けの対策、（ ）職域における労働者等向けの対策、（ ）学校における児童生徒等向けの対策、（ ）関係機関の連携の促進、（ ）国や地方公共団体による総合的な対策に区分し、区分ごとに具体的にどのような対策を強化すべきかについて、複数の対策を選択肢として提示した。

自殺の実態把握の必要性については、既存の自殺に関する統計（人口動態統計（厚生労働省）、自殺死亡統計（厚生労働省）及び自殺の概要資料（警察庁））の閲覧の有無について設問した。

既存の統計は、自殺の実態解明を目的とするものではなく、本人に属する要因（性格、年齢、疾患、職業等）、本人と家族や周囲の者との関係、本人を取り巻く環境等の情報を得ることはできないとされているため、自殺予防対策を推進するに当たって、現状の統計などによる実態把握で十分であるかについて設問した。また、現状の統計では不十分としている者を対象に、現状の統計のどのような点が不十分か、自殺の実態を把握するに当たり、他にどのような取組が必要かについて設問した。

自殺に関する研究については、これまで多くの研究が行われていることから、その活用状況について設問した。また、今後の自殺予防対策の推進のために必要な研究について設問した。

そのほか、自殺予防に関連して行政機関が取り組むべきことについて、自殺未遂者の実態把握、自殺者の遺族に対するケア、いわゆるネット自殺（インターネットを介して知り合った者

による集団自殺)等への対策について設問した。

各設問には、想定される複数の回答を選択肢で示すとともに、選択肢に「その他」を設けて、その内容の記述欄を設定した。また、調査票の最後に行政機関の自殺予防対策についての意見を自由に記述できる欄を配置した。

第2 調査結果の概要

1 行政機関による自殺予防対策の取組の強化

現在実施されている国及び地方公共団体による自殺予防対策について、取組の強化の必要性について聞いた。

ほとんどの有識者（180人中176人）は、行政機関による自殺予防対策の取組を強化することが必要としている。

- ・「強化が必要」及び「どちらかといえば必要」（97.8%：180人中176人）

【Q1及びQ1-1関係。詳細は9ページ参照】

(1) 自殺予防に関する理解の推進を図る対策

自殺問題に関してタブー視したりうつ病などについての偏見が依然としてあると思われる状況の中、社会全体で自殺予防対策を推進していくために国民の理解を得ることの必要性が指摘され、フィンランド、英国など国全体として取り組んでいる例もあることから、自殺予防に関し行政機関が国民の理解の促進について取り組むべき具体的方策を聞いた（複数回答）。

有識者は、国によるマスメディアを通じた国民向けのキャンペーン、国及び地方公共団体による地域住民へのパンフレット等の提供など、様々な手段によって自殺予防に関する国民の理解を促進することが必要としている。

- ・「国によるマスメディアを通じた国民向けキャンペーン」（83.0%：176人中146人）
- ・「国や地方公共団体による地域住民へのパンフレット等の提供」（72.2%：同127人）
- ・「家族等に対する「自殺を考える人のサイン」、「うつ病のサイン」についての理解の促進」（67.0%：同118人）

【Q1-2関係。詳細は10ページ参照】

(2) 地域における住民向けの対策

地域保健に関する行政機関として、精神保健福祉センター、保健所、市町村等が周知啓発、相談受付等を行うとともに、いのちの電話等の民間団体の活動が行われている中で、行政機関が地域の住民向けの自殺予防対策について取り組むべき具体的方策を聞いた（複数回答）。

有識者は、住民が相談機関や医療機関を活用するための情報提供の充実、現在行われている民間団体及び行政機関の相談体制の充実が必要としている。

- ・「住民が相談機関や医療機関を活用するための情報提供の充実」（79.0%：176人中139人）
- ・「「いのちの電話」等の民間団体の相談体制の充実」（76.1%：同134人）
- ・「精神保健福祉センター、保健所などの行政機関の相談受付体制の充実」（73.9%：同130人）

【Q1-3関係。詳細は13ページ参照】

(3) 職域における労働者等向けの対策

職域における労働者等向けの自殺予防対策については、事業所におけるメンタルヘルス対策等一定の対策が推進されている中で、行政機関が取り組むべき具体的方策について聞いた（複数回答）。

有識者は、職場内のメンタルヘルスに関する相談体制の充実、メンタルヘルス専門家による産業医等に対する支援、及び相談機関を活用するための情報提供の充実などが必要としている。

- ・「職場内のメンタルヘルスに関する相談体制の充実」（73.9%：176人中130人）
- ・「メンタルヘルス専門家による産業医等に対する支援」（73.9%：同130人）
- ・「職場内外の相談窓口等に関する情報提供の充実」（72.2%：同127人）

【Q1-4 関係。詳細は15ページ参照】

(4) 学校における児童生徒等向けの対策

学校等児童生徒を取り巻く環境において、心の健康に関する正しい理解を深め、自殺予防に関する知識を児童生徒等に対して教えることなど、児童生徒等向けの対策の可能性について指摘されていることから、行政機関が取り組むべき具体的方策について聞いた（複数回答）。

有識者は、自殺予防につながる心の健康についての教育の実施、家族の教職員等との相談などに関する情報提供の充実など学校における児童生徒等向けの対策に取り組むことが必要としている。

- ・「自殺予防につながる心の健康についての教育や自殺を身近な問題として、その対応方法等についての教育の実施」（66.5%：176人中117人）
- ・「児童生徒のメンタルヘルス問題について、家族の教職員等との相談などに関する情報提供の充実」（61.9%：同109人）
- ・「教員養成課程における自殺予防教育の充実の観点でのカリキュラムの導入」（60.8%：同107人）

【Q1-5 関係。詳細は18ページ参照】

(5) 関係機関の連携の促進及び国や地方公共団体による総合的な対策

自殺予防対策の推進に当たり、関係機関の連携及び総合的な対策の必要性が指摘されており、フィンランドや英国など、海外では国の総合的な対策に基づき、関係機関の連携のもとで対策が実施されていることから、対策の実施方法について聞いた（複数回答）。

有識者は、地方段階で保健福祉行政機関のみならず、医療機関、教育機関、マスメディア等の様々な関係者が連携して対策を実施することが必要としている。

- ・「地方段階で保健福祉行政機関のみならず、医療機関、教育機関、マスメディア等の様々な関係者の連携」（76.7%：176人中135人）

有識者は、関係府省が政府全体として中長期的な方針を策定し、官民一体となって取り組むことや健康日本21及び地方計画の自殺者減少目標達成のための対策の具体化等が必要としている。

- ・「関係府省が政府全体として中長期的な方針を策定し、官民一体となった取組」（75.0%：176人中132人）

- ・「健康日本 21 及び地方計画の自殺者減少目標達成のための対策の具体化」
(69.9% : 同 123 人)

【Q1-6、Q1-7 関係。詳細は 20 ページ参照】

(6) 特に強化する必要がある自殺予防対策

上記(1)から(5)までの、国民の理解の促進、職域及び地域の対策、関係機関の連携等の取組について、有識者に対して、行政機関が特に強化する必要がある対策について聞いた(三つまで回答)。

有識者は、国民の理解を促進し、地域・職域の自殺予防対策を強化するなど、おおむねすべての対策について強化することが必要としている。

- ・「職域における労働者等向けの対策」(58.5% : 176 人中 103 人)
- ・「自殺予防に関する理解の推進を図る対策」(51.7% : 同 91 人)
- ・「地域における住民向けの対策」(50.0% : 同 88 人)

【Q1-8 関係。詳細は 22 ページ参照】

2 自殺の実態把握

自殺予防提言では、予防に役立つかたちで自殺の実態把握を正確に行うことが必要不可欠であり、また、既存の自殺に関する統計は、自殺の実態解明を目的とするものではない等と指摘されていることから、自殺の実態の把握に当たり既存の統計などで十分かを聞いた。

公表されている厚生労働省の人口動態統計及び自殺死亡統計、警察庁の自殺の概要資料について、それぞれの全国統計を知っていた有識者の 9 割以上の者が業務の参考になったとしている。

一方、現状の統計などによる実態把握では、自殺予防対策の推進には不十分とする者も 7 割を超えている。

- ・「現状の統計などによる実態把握では、自殺予防対策を推進するには不十分」(72.8% : 169 人中 123 人)

現状の統計などによる実態把握では不十分とした有識者 123 人に対し、自殺の実態把握に当たり、どの点が不十分かを聞いた(複数回答)。

8 割の者が現状の統計の把握事項、公表状況等に充実・改善すべき事項があるとしており、具体的には、警察庁の統計のより細かな分類の公表及び都道府県警察による管内データの公表、厚生労働省の自殺死亡統計の市町村ごとのデータの公表等が必要としている。

- ・「現状の統計の把握事項等について、充実・改善すべき事項がある」
(80.5% : 123 人中 99 人)

【具体的改善内容】(複数回答)

「警察庁の統計における自殺の原因・動機について、より細かな分類を行うべき」
(61.0% : 123 人中 75 人)

「都道府県警察において、管内の自殺に関するデータの公表を促進すべき」
(47.2% : 同 58 人)

「厚生労働省の「自殺死亡統計」について、市町村ごとのデータの公表があれば、自殺予防対策を検討する上で有効」(43.1%：同 53 人)

また、自殺未遂者に対するデータ収集の仕組みの構築及び既遂者に対する専門家による調査の検討等が必要としている。

- ・「自殺未遂者に関するデータを収集する仕組みを構築すべき」(70.7%：123 人中 87 人)
- ・「既遂者に対する専門家による調査を行うような取組を検討すべき」(67.5%：同 83 人)

【Q2 関係。詳細は 24 ページ参照】

3 自殺についての研究

これまで、自殺についての研究が多くの研究機関や研究者によって行われていることから、これらの研究結果の活用状況や今後必要な研究テーマ等について聞いた（複数回答）。

既存の研究結果については、有識者の 9 割が業務の参考となったとしており、参考となった具体的研究については、自殺の統計分析による研究、うつ病等の精神医学的研究、自殺事例の実態把握等が挙げられている。

- ・「自殺の統計分析による研究」(60.5%：162 人中 98 人)
- ・「うつ病の分析などの精神医学的研究」(57.4%：同 93 人)
- ・「自殺事例の実態把握」(48.8%：同 79 人)

また、自殺予防対策の推進のために今後必要な研究テーマについて、自殺事例の実態把握、自殺の統計分析による研究等の自殺予防対策として取り組むべきとされた具体的方策に関するテーマが挙げられている。

- ・「自殺事例の実態把握」(59.4%：180 人中 107 人)
- ・「自殺の統計分析による研究」(58.3%：同 105 人)
- ・「自殺に関する疫学的研究」(57.2%：同 103 人)

【Q3 関係。詳細は 31 ページ参照】

4 自殺未遂者や自殺者の遺族に対する対策等

自殺未遂者は再び自殺を企図する可能性が高いと言われているが、行政機関においてその実態把握が行われていない状況であり、また、行政機関による自殺者の遺族に対するケアがほとんど行われていない現状にあることから、自殺未遂者及び自殺者の遺族に対して行政機関が実施すべき具体的方策を聞いた（複数回答）。

自殺未遂者への対策について、有識者は、行政機関に対して、自殺未遂者数の把握、原因分析のための仕組みの構築、救命救急センター等治療を行った医療機関と地域の精神保健機関との連携によるケアの仕組み等が必要としている。

- ・「自殺未遂者数の把握、原因の分析のための仕組みの構築」(56.7%：180 人中 102 人)

- ・「救命救急センター等治療を行った医療機関と地域の精神保健機関との連携によるケアの仕組み」(55.6% : 同 100 人)
- ・「自殺未遂者のケアを実施している民間団体の活動の支援」(45.0% : 同 81 人)

自殺者の遺族への対策について、有識者は、行政機関に対して、民間団体の活動の支援、遺族の相談窓口の設置等が必要としている。

- ・「「語らいの場」を設置している民間団体の活動の支援」(77.2% : 180 人中 139 人)
- ・「遺族らの相談窓口の設置・専門家によるカウンセリングの実施」(57.2% : 同 103 人)

【Q4-1、Q4-2 関係。詳細は 37 ページ参照】

インターネットを通じて、自殺願望を有する者が集まって自殺する事件や自殺予告を行うなどの事案が発生していることから、これらについて行政機関が取るべき対応を聞いた(複数回答)。

行政機関としての対応については、事案の取扱いに関するマスメディアへの要請、いわゆる「自殺」サイトへの適切な措置の指導などの意見が出されている。

- ・「インターネット自殺をセンセーショナルに取り扱うなど、自殺を助長するような表現を避けるように、マスメディアへ要請すべき」(51.7% : 180 人中 93 人)
- ・「いわゆる「自殺」サイトは、一概に規制せず、自殺を助長するような書込みを禁止するなどの適切な措置を指導する程度でよい」(36.1% : 同 65 人)
- ・「メール相談を行う民間団体の活動の支援」(30.6% : 同 55 人)

【Q4-3 関係。詳細は 40 ページ参照】

設問に対する回答及び自由記述の意見全体を通じて

行政機関が取り組むべき具体的な対策については、国によるマスメディアを通じた国民向けのキャンペーンの実施、相談窓口を活用するための情報提供の充実、民間団体を含む相談体制の充実、自殺予防の観点からの心の健康に関する教育の実施などが求められている。

また、それら対策を促進し、効果を高めるために、中長期的な方針の策定、関係機関・関係者の連携、官民一体となった取組を必要とするものとなっている。

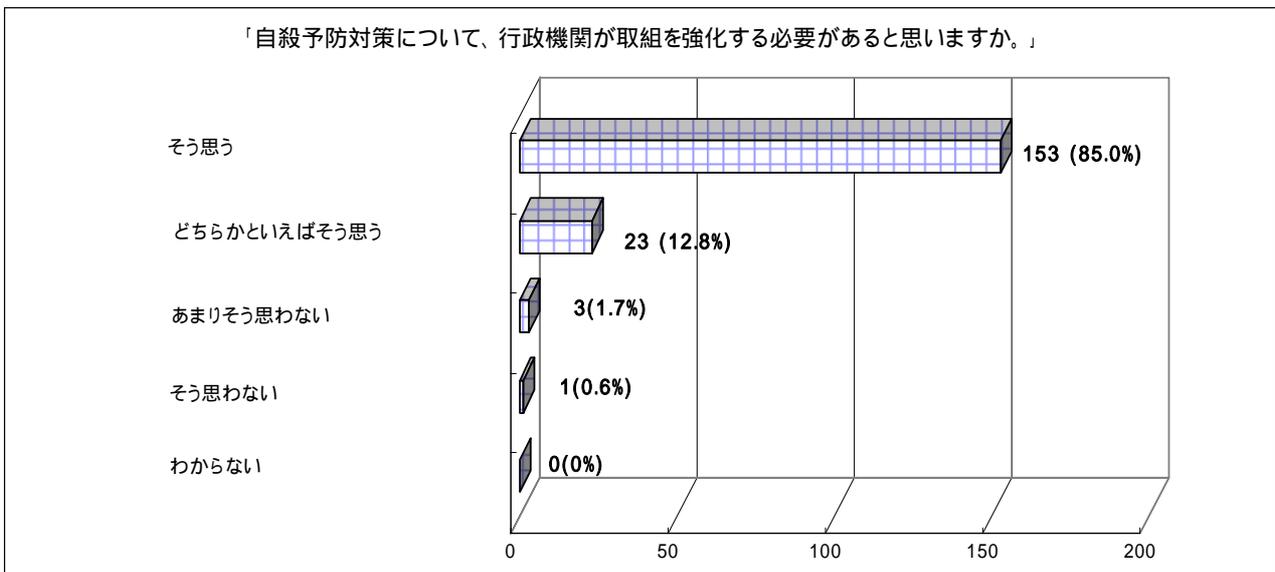
しかしながら、対策の複雑さや難しさを反映して個別事案への介入を行政に求めるものとはなっておらず、結果として、それらの取組は、専門家や関係民間団体の役割に期待するものとなっている。

第3 調査結果

1 行政機関による自殺予防対策の取組の強化

平成 10 年に自殺者数が急増し、その後も 3 万人前後で推移しており、自殺者数が減少する様子はみられないことから、行政機関による直接的な自殺予防対策の取組を強化する必要性について質問した。

その結果、「そう思う」及び「どちらかといえばそう思う」と行政機関による自殺予防対策の取組の強化を求める意見が大半（180 人中 176 人：97.8%）を占めている。



Q1 自殺予防対策について、行政機関が取組を強化する必要があると思いますか。

（単位：人、%）

回答選択肢	回答数	回答率
そう思う	153	85.0
どちらかといえばそう思う	23	12.8
あまりそう思わない	3	1.7
そう思わない	1	0.6
分からない	0	0
合計	180	100

（1）自殺予防対策の取組を強化する必要がないとする理由

自殺予防対策の取組を強化する必要がない（「あまりそう思わない」及び「そう思わない」の合計）と回答した者（4 人）を対象に、その理由を尋ねたところ、「自殺は個人的な問題でもあり、行政機関が関与するべきではなく、また、行政機関が関与しても効果は乏しい」と回答した者が 3 人となっている。

Q1-1 行政機関が自殺予防対策を強化するべきであるとは思わないとされたのは、どのような理由からですか。

(単位：人、%)

回答選択肢	回答数	回答率
自殺は個人的な問題でもあり、行政機関が関与するべきではなく、また、行政機関が関与しても効果は乏しい。	3	75.0
自殺者がある程度存在するのはやむを得ないので、自殺予防対策は特に必要ない。	0	0
自殺予防対策はこれまで十分図られている。	0	0
その他	1	25.0
合計	4	100

(2) 自殺予防対策の取組

自殺予防対策については、これまでも種々の取組がみられるが、上記1の設問(Q1)において、行政機関による取組の強化の必要があると回答した者176人を対象として、具体的にどのような取組が求められているのかを、自殺予防に関する理解の推進を図る対策、地域における住民向けの対策、職域における労働者等向けの対策、学校における児童生徒等向けの対策、関係機関の連携の促進、国や地方公共団体による総合的な対策、及び特に強化すべき対策についてそれぞれ質問した。

ア 自殺予防に関する理解の推進を図る対策

社会において自殺問題に関するタブー視やうつ病など心の病についての偏見が依然としてあると思われる中、自殺予防提言においては、社会全体で自殺予防対策を推進するべく国民の理解を得ることの必要性が指摘されており、フィンランドや英国など国全体として取り組んでいる例もあることから、行政機関が自殺予防に関する国民の理解の推進について具体的にどのようなことを行うべきかについて質問した(複数回答可)。

その結果、国によるマスメディアを通じた国民向けのキャンペーン(176人中146人:83.0%)、国や地方公共団体による地域住民へのパンフレット等資料の積極的提供(同127人:72.2%)、家族等に対する、「自殺を考える人のサイン」や「うつ病のサイン」についての理解の促進(同118人:67.0%)、自殺予防に関する教育により児童生徒の理解を深める(同113人:64.2%)、精神保健福祉センターや保健所等による住民向けの講習会の開催(同111人:63.1%)など各種の取組が挙げられており、様々な対策が求められている。

「自殺予防に関する理解の推進を図る対策」(複数回答可)

国が自殺問題やうつ病などの心の病についての偏見を取り除くことができるような方向で理解の推進を図られるようマスメディアを通じて国民向けのキャンペーンを行うことにより理解の推進を図ることが必要である。

国や地方公共団体が、パンフレット、リーフレット、ビデオなどの資料を積極的に地域住民に提供して、自殺問題や心の病に関する理解の推進を図ることが必要である。

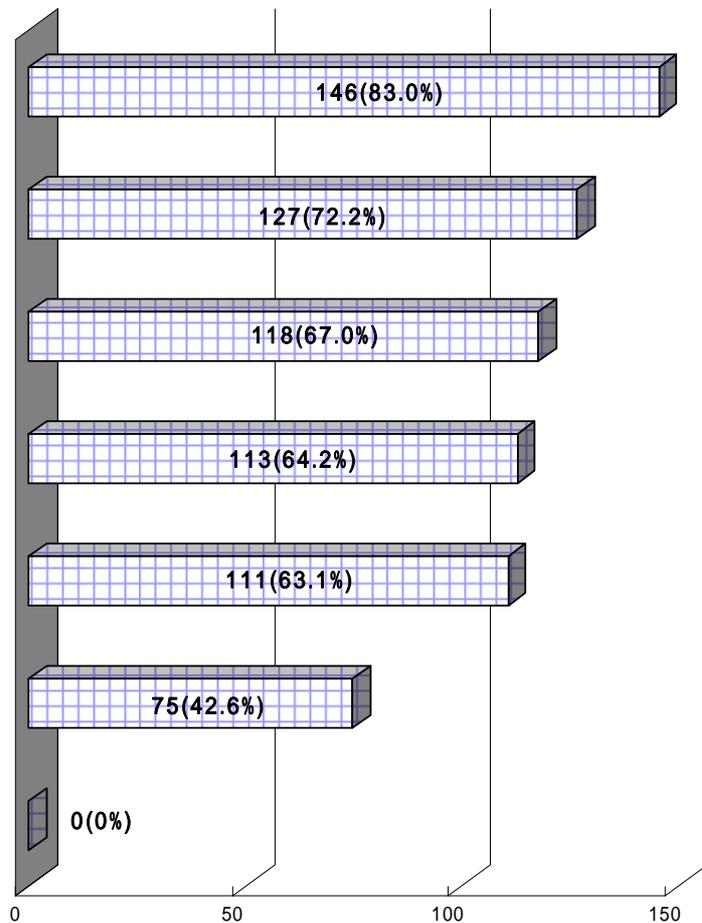
家族、近隣の者、職場の周囲の者等に対し、まず、「自殺を考える人のサイン」、「うつ病のサイン」がどのようなものかについての理解の促進を図ることが必要である。

児童生徒に対して自殺予防に関する教育を行い、成長段階のうちに理解を深めるべきである。

精神保健福祉センター(各都道府県及び指定都市に各1か所設置)や保健所などが、一般住民向けの健康教室や講習会を開催することが有効である。

その他

無回答



Q1-2 自殺予防に関する理解の推進を図る対策

自殺問題に関してタブー視したり、うつ病など心の病についての偏見が依然としてあると思われる状況の中、社会全体で自殺予防を推進していくためには、国民の理解を得る必要があるが、そのために行政機関はどのような取組を行うべきとお考えですか。お考えに近いものがあればお選びください。(複数選択可)

(単位：人、%)

回答選択肢	回答数	回答率
国が自殺問題やうつ病などの心の病についての偏見を取り除くことができるような方向で理解の推進が図られるようマスメディアを通じて国民向けのキャンペーンを行うことにより理解の推進を図ることが必要である。	146	83.0
国や地方公共団体が、パンフレット、リーフレット、ビデオなどの資料を積極的に地域住民に提供して、自殺問題や心の病に関する理解の推進を図ることが必要である。	127	72.2
家族、近隣の者、職場の周囲の者等に対し、まず、「自殺を考える人のサイン」、「うつ病のサイン」がどのようなものかについての理解の促進を図ることが必要である。	118	67.0
児童生徒に対して自殺予防に関する教育を行い、成長段階のうちに理解を深めるべきである。	113	64.2
精神保健福祉センター（各都道府県及び指定都市に各1か所設置）や保健所などが、一般住民向けの健康教室や講習会を開催することが有効である。	111	63.1
その他（具体的にどのような取組が必要であると考えますか。）	75	42.6
無回答	0	0
回答者数	176	100

【「その他（具体的にどのような取組が必要であると考えますか。）」の主な意見】

国の体制づくり

- ・ 自殺が国民的な社会問題であることを公言し、国として対策に関する積極的に取り組む意志を明確にすべきである。
- ・ 全府省、都道府県・市町村などが組織横断的に連携して自殺予防に関する理解の推進を図る必要がある。

マスメディアやインターネットの活用関係

- ・ 国民的な行事として「交通安全週間」のように「自殺予防週間」を実施すべき。
- ・ インターネットを活用した自殺に関する情報の周知。

児童生徒への教育

- ・ 自殺予防を特に強調するのではなく、メンタルヘルス全体についての理解を高める方向で情報を効果的に提供することが重要。

職場や地域での啓発等

- ・ 労働者及び経営者に対して、自殺予防に関する教育を行うことが有効。
- ・ 中小企業経営者に対する行政からの動機付け、情報提供が必要。
- ・ 精神保健福祉センターや保健所などが、精神保健福祉相談に応じられるよう専門職を配置して相談を行っていることを周知する。
- ・ 高齢者に対し、市町村で実施している身体的な検診において、メンタルヘルスについても把握する。

遺族ケア等

- ・ 行政機関と住民、遺族、各種相談機関、医療機関等との間に介在し、必要な情報提供、遺族ケアの場を提供するなどの機能を有するサポートセンターを官民一体となって都道府県に設立すべき。

医師の資質向上

- ・ 精神科以外の医師のうつ病診断能力の向上や自殺予防教育が必要。

民間団体への援助等

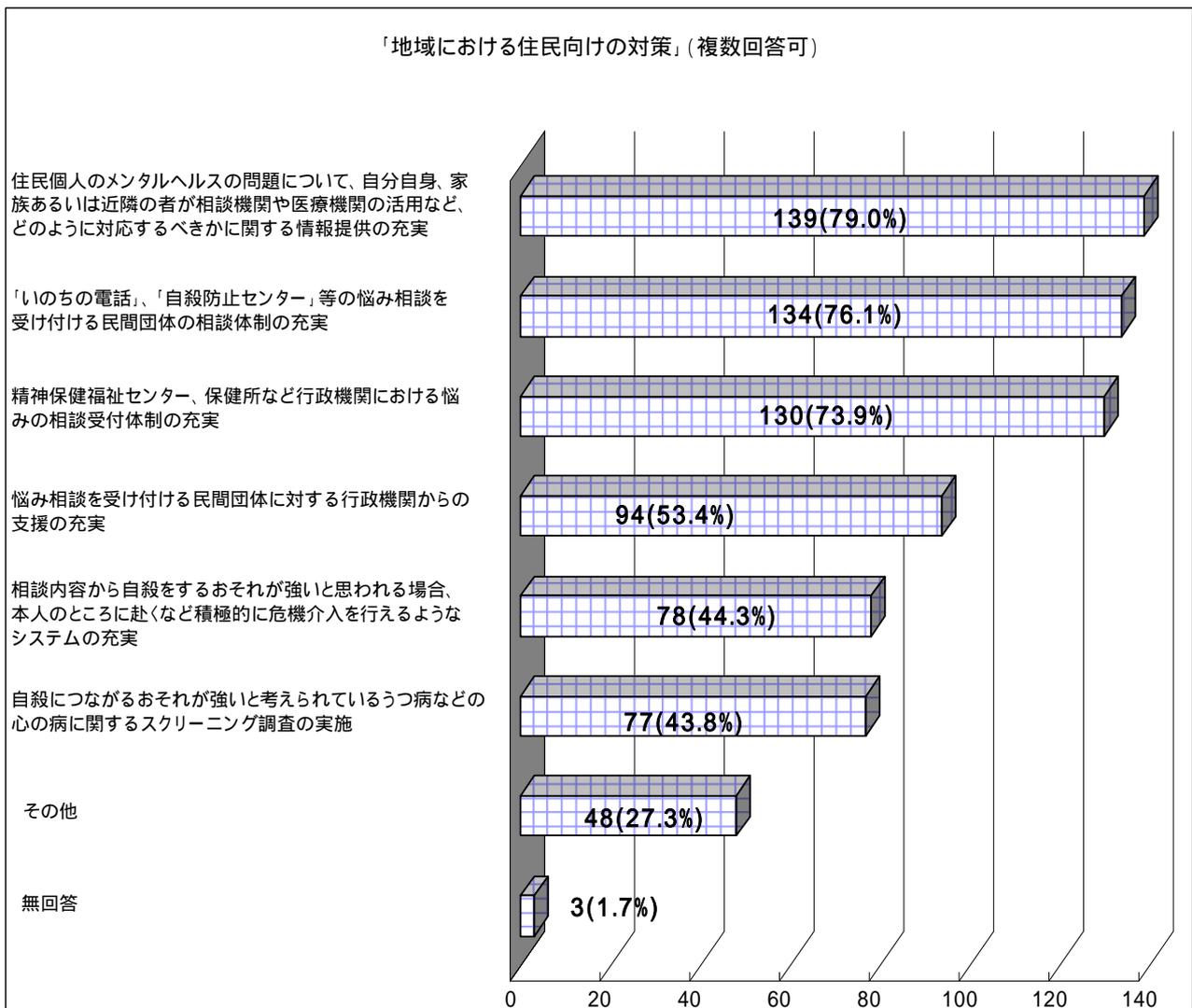
- ・ 自殺防止、遺族ケアに取り組むNPO法人等への支援が必要。

イ 地域における住民向けの対策

地域住民に対する自殺予防対策については、精神保健福祉センター、保健所、市町村等が普及・啓発活動や相談受付等を行うとともに、いのちの電話等の民間団体の活動が行われている中で、行政機関が行うべき具体的な取組について質問した（複数回答可）。

その結果、住民が相談機関を活用するための情報提供の充実（176人中139人：79.0%）、「いのちの電話」等の民間団体の相談体制の充実（同134人：76.1%）、精神保健福祉センターや保健所等の行政機関における相談体制の充実（同130人：73.9%）が多くなっており、相談機関を活用するための情報提供の充実や現在行われている行政機関及び民間団体の相談体制の充実が求められている。

また、悩み相談を受け付ける民間団体に対する行政機関からの支援の充実（同94人：53.4%）も挙げられている。



Q1-3 地域における住民向けの対策

地域における住民向けの自殺予防対策として、どのような取組が必要とお考えですか。お考えに近いものがあればお選びください(複数選択可)。

(単位：人、%)

回答選択肢	回答数	回答率
住民個人のメンタルヘルスの問題について、自分自身、家族あるいは近隣の者が相談機関や医療機関の活用など、どのように対応するべきかに関する情報提供の充実	139	79.0
「いのちの電話」、「自殺防止センター」等の悩み相談を受け付ける民間団体の相談体制の充実	134	76.1
・相談員の確保の推進	(105)	(59.7)
・相談員のスキルの向上	(105)	(59.7)
・メールによる受付など手段の拡大	(49)	(27.8)
精神保健福祉センター、保健所など行政機関における悩みの相談受付体制の充実	130	73.9
・相談員の確保の推進	(99)	(56.3)
・相談員のスキルの向上	(105)	(59.7)
・メールによる受付など手段の拡大	(59)	(33.5)
悩み相談を受け付ける民間団体に対する行政機関からの支援の充実	94	53.4
相談内容から自殺をするおそれが強いと思われる場合、本人のところに赴くなど積極的に危機介入を行えるようなシステムの充実	78	44.3
自殺につながるおそれが強いと考えられているうつ病などの心の病に関するスクリーニング調査の実施	77	43.8
その他(具体的にどのような取組が必要であると考えますか。)	48	27.3
無回答	3	1.7
回答者数	176	100

【「その他(具体的にどのような取組が必要であると考えますか。)」の主な意見】

情報提供の充実

- ・ 住民の中には相談機関としてどのようなものがあるか、あるいは制度は知っていても活用方法が分からない者が多い。また、他人に知られたくないことなどから心理的に利用しづらいと感じている者もいると考えられる。このような者に対して、行政の側から積極的に情報の提供を行う必要がある。

積極的介入

- ・ 自殺企図者への危機介入は行政としてほとんど行われていないのが実情。実際に自殺の危機が非常に高い場面に遭遇した場合でも、行政機関がその場に赴いて対処することは困難である。自殺を防止するためには危機介入が重要であり、そのシステムをつくる必要。

民間団体に対する支援

- ・ 民間の自主性にゆだねつつ、行政機関が必要な経済的、人的支援を行うことが重要。

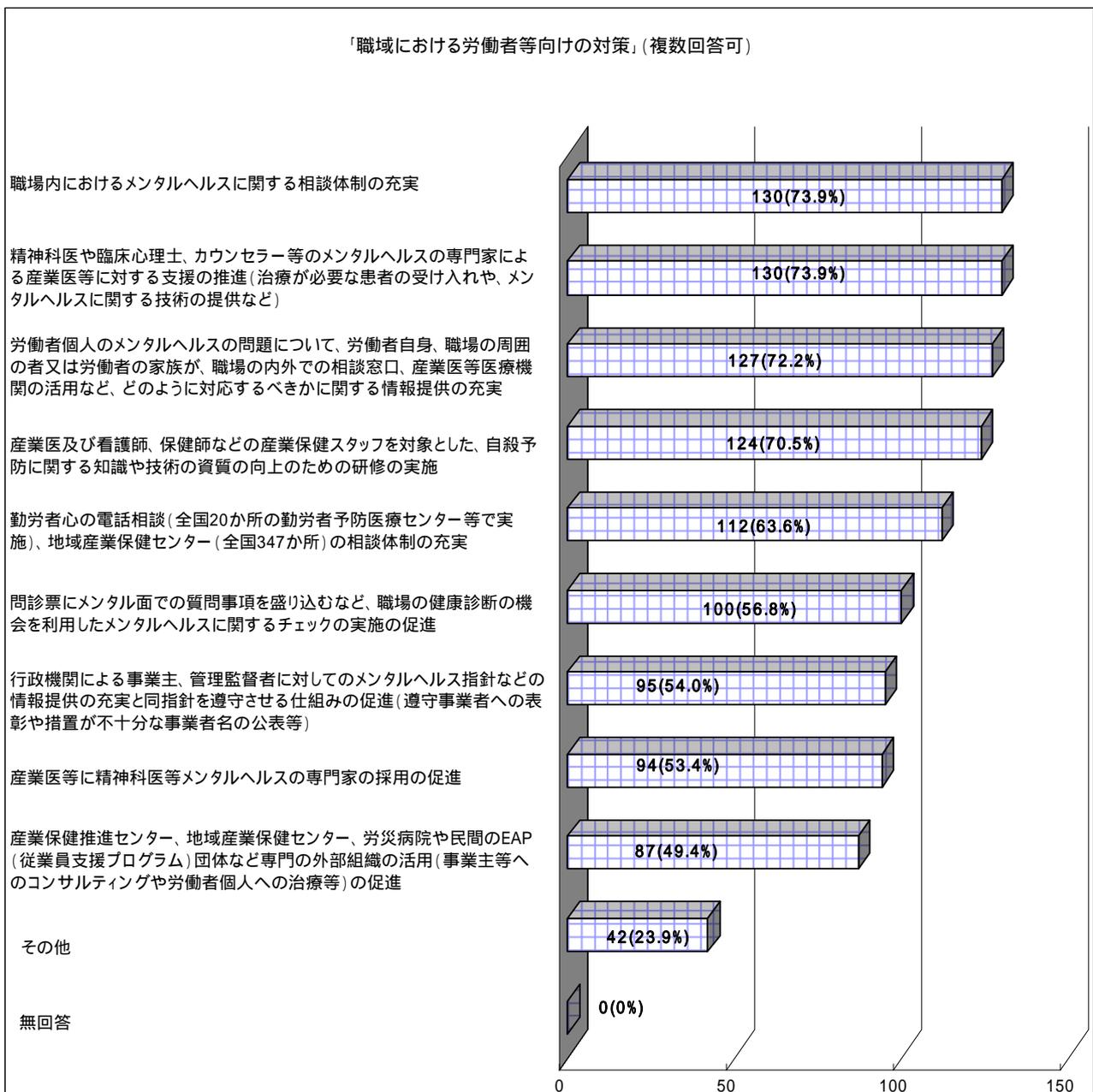
その他

- ・ 地域の自主的な取組を促進するような仕組みづくりが必要。
- ・ 相談機関のネットワークや各種機関の連携・情報交換が必要。

ウ 職域における労働者等向けの対策

労働者に対する自殺予防対策については、職場における労働者の健康確保の観点から、事業場におけるメンタルヘルス対策等の取組が行われている中で、行政機関が行うべき具体的な取組について質問した（複数回答可）。

その結果、地域における住民向けの対策と同様に、相談体制及び情報提供の充実を求める意見として、職場内におけるメンタルヘルスに関する相談体制の充実（176人中130人：73.9%）及び勤労者心の電話相談等の相談体制の充実（同112人：63.6%）、職場内外の相談窓口等に関する情報提供の充実（同127人：72.2%）が挙げられている。また、これらに加え、産業医、保健師などの産業保健スタッフへの知識・技術の向上のための研修の実施（同124人：70.5%）、産業医等に対するメンタルヘルス専門家の支援（同130人：73.9%）などが挙げられており、様々な取組が求められている。



Q1-4 職域における労働者等向けの対策

職域における自殺予防対策として、どのような取組が必要とお考えですか。お考えに近いものがあればお選びください（複数選択可）。

（単位：人、％）

回答選択肢	回答数	回答率
職場内におけるメンタルヘルスに関する相談体制の充実	130	73.9
・相談員の確保の推進	(96)	(54.5)
・相談員のスキルの向上	(95)	(54.0)
・メールによる受付など手段の拡大	(51)	(30.0)
精神科医や臨床心理士、カウンセラー等のメンタルヘルスの専門家による産業医等に対する支援の推進（治療が必要な患者の受け入れや、メンタルヘルスに関する技術の提供など）	130	73.9
労働者個人のメンタルヘルスの問題について、労働者自身、職場の周囲の者又は労働者の家族が、職場の内外での相談窓口、産業医等医療機関の活用など、どのように対応するべきかに関する情報提供の充実	127	72.2
産業医及び看護師、保健師などの産業保健スタッフを対象とした、自殺予防に関する知識や技術の資質の向上のための研修の実施	124	70.5
勤労者心の電話相談（全国 20 か所の勤労者予防医療センター等で実施）、地域産業保健センター（全国 347 か所）の相談体制の充実	112	63.6
・相談員の確保の推進	(79)	(44.9)
・相談員のスキルの向上	(83)	(47.2)
・相談受付時間帯の拡大	(61)	(34.7)
・メールによる受付など手段の拡大	(46)	(26.1)
問診票にメンタル面での質問事項を盛り込むなど、職場の健康診断の機会を利用したメンタルヘルスに関するチェックの実施の促進	100	56.8
行政機関による事業主、管理監督者に対してのメンタルヘルス指針などの情報提供の充実と同指針を遵守させる仕組みの促進（遵守事業者への表彰や措置が不十分な事業者名の公表等）	95	54.0
産業医等に精神科医等メンタルヘルスの専門家の採用の促進	94	53.4
産業保健推進センター、地域産業保健センター、労災病院や民間の EAP（従業員支援プログラム）団体など専門の外部組織の活用（事業主等へのコンサルティングや労働者個人への治療等）の促進	87	49.4
その他（具体的にどのような取組が必要であると考えますか。）	42	23.9
無回答	0	0
回答者数	176	100

【「その他（具体的にどのような取組が必要であると考えますか。）」の主な意見】

情報提供・周知

- ・ 事業主に対しメンタルヘルス対策の理解を推進させる一番の方策は、メンタルヘルス対策による費用対効果のようなメリットを明らかにし、企業の好取組事例を周知すること。
- ・ 大規模事業場よりも中小事業場での対策が特に重要である。小規模事業場のメンタルヘルス対策を有効に機能させる方策を考えるべきである。
- ・ 地域保健、職域保健が連携して、事業主への啓発を行い、それを踏まえて、保健所、地域産業保健センター等が支援して、職場ごとに研修を実施する機会を設けるようにすべき。

職場内の体制充実

- ・ 職場内におけるラインケアが職域対策の中で最も重要。管理者に対するラインケアの研修が必要。

専門家による支援

- ・ 企業は、産業医には内科医を優先せざるを得ない。内科医に加えて精神科医まで採用することは困難であり、必要な場合に産業医が精神科医に相談できるような連携が必要。

公的機関・外部機関による支援

- ・ 産業保健推進センターにおける精神科医等専門家による相談活動の充実・強化、あるいは、事業場への精神科医等の産業医の嘱託配置を促進することが必要。

その他

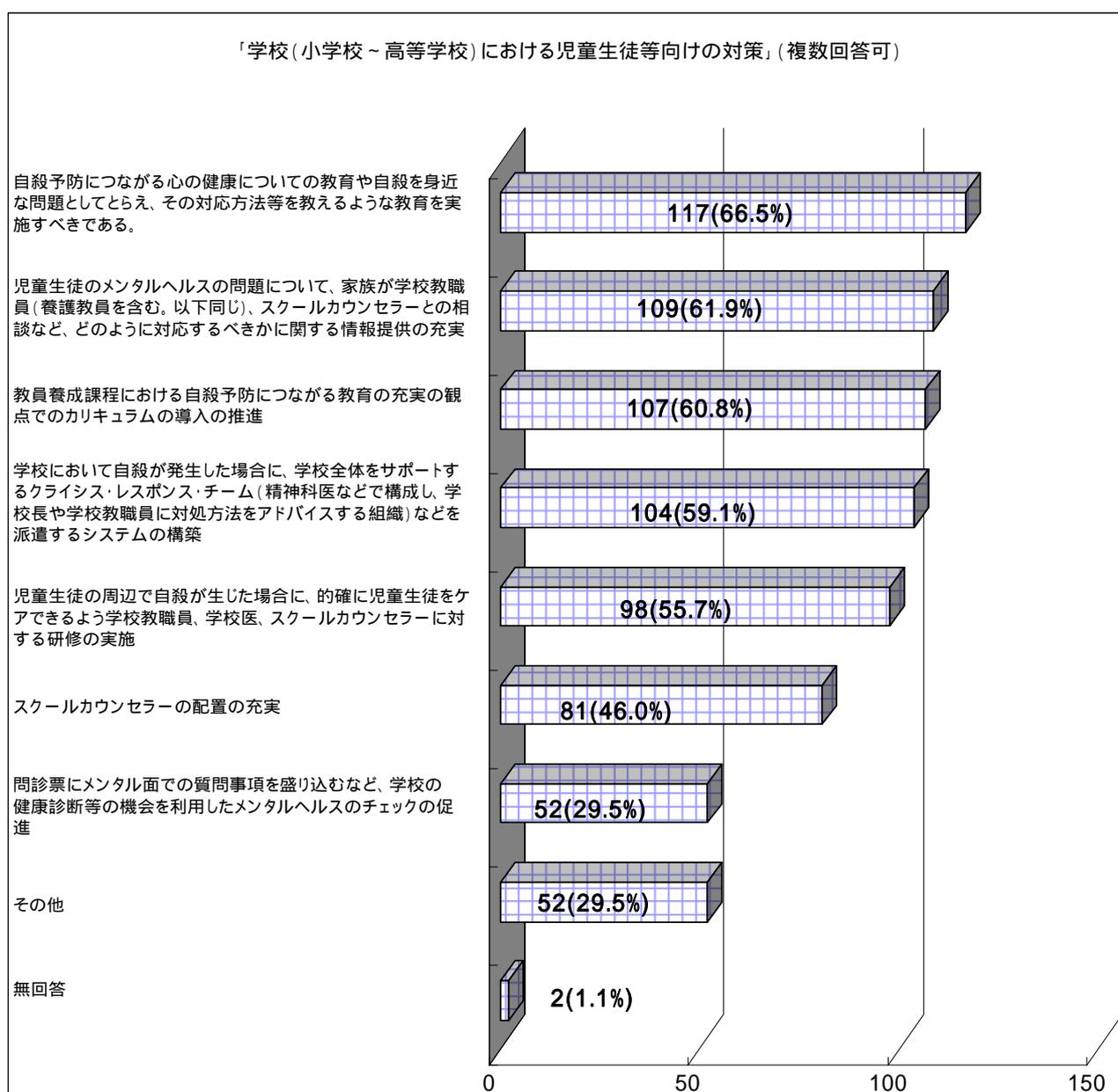
- ・ うつ病になると、相談することもできない場合が多い。相談体制の充実だけではケアを必要とする対象者は把握できないので、職場、地域、家庭の連携を推進する対策が必要である。
- ・ 企業が、うつ病で休職した従業員が職場復帰するための支援対策に取り組む必要。
- ・ 職場規模や組織機構が様々なので、一律に対策を講じにくい。また、職域におけるスティグマやプライバシー保護への不安もあり、産業や職域に特化した相談の窓口は利用しづらいのが現状である。

エ 学校における児童生徒等向けの対策

学校における児童生徒等向けの対策については、自殺予防提言において、心の健康に関する正しい理解を深め、自殺予防に関する知識を児童生徒に対して教えることなど、学校における児童生徒向けの対策の可能性について指摘されており、行政機関が行うべき具体的な取組について質問した（複数回答可）。

その結果、学校における児童生徒等向けの自殺予防対策として、自殺予防につながる心の健康についての教育や自殺を身近な問題としてとらえ、その対応方法等を教えるような教育を実施すべきである（176人中117人：66.5%）、児童生徒のメンタルヘルス問題への相談等の対応に関する情報提供（同109人：61.9%）、教員養成課程への自殺予防教育の導入（同107人：60.8%）、

クライシス・レスポンス・チーム（精神科医などで構成し、学校長や学校教職員に対処方法をアドバイスする組織）派遣のシステムの構築（同104人：59.1%）、教職員・スクールカウンセラーへのケア研修（同98人：55.7%）が多くなっており、幅広い対策が求められている。



Q1-5 学校（小学校～高等学校）における児童生徒等向けの対策

学校における児童生徒等向けの自殺予防対策として、どのような取組が必要とお考えですか。
お考えに近いものがあればお選びください（複数選択可）。

（単位：人、％）

回答選択肢	回答数	回答率
自殺予防につながる心の健康についての教育や自殺を身近な問題としてとらえその対応方法等を教えるような教育を実施すべきである。	117	66.5
児童生徒のメンタルヘルスの問題について、家族が学校教職員（養護教員を含む。以下同じ）スクールカウンセラーとの相談など、どのように対応するべきかに関する情報提供の充実	109	61.9
教員養成課程における自殺予防につながる教育の充実の観点でのカリキュラムの導入の推進	107	60.8
学校において自殺が発生した場合に、学校全体をサポートするクライシス・レスポンス・チーム（精神科医などで構成し、学校長や学校教職員に対処方法をアドバイスする組織）などを派遣するシステムの構築	104	59.1
児童生徒の周辺で自殺が生じた場合に、的確に児童生徒をケアできるよう学校教職員、学校医、スクールカウンセラーに対する研修の実施	98	55.7
スクールカウンセラーの配置の充実	81	46.0
問診票にメンタル面での質問事項を盛り込むなど、学校の健康診断等の機会を利用したメンタルヘルスのチェックの促進	52	29.5
その他（具体的にどのような取組が必要であると考えますか。）	52	29.5
無回答	2	1.1
回答者数	176	100

【「その他（具体的にどのような取組が必要であると考えますか。）」の主な意見】

児童生徒への教育

- ・ いのちの電話、自殺予防に関して専門的な知識を有するカウンセラー等の児童生徒が SOS を発信できる相談窓口の情報の教育。

スクールカウンセラーの活用

- ・ スクールカウンセラーは、臨床心理士としての十分な経験が必要であるが、中にはメンタルヘルスに対応できない者もあり、質の向上が必要。
- ・ 教師との連携がうまく機能していない。

教員等への研修

- ・ 教師自身が偏見や誤解を持っている。また、何をどうしたらよいか分からない状況である。
- ・ 教師に対するメンタルヘルスに関する正しい知識の普及・啓発が必要。

クライシス・レスポンス・チームなどのサポートシステム

- ・ 地方ではスタッフの数が少なく、迅速な対応が難しい。

学校と家族の連携

- ・ 学校と家庭の連携を密にすることが児童生徒の自殺予防に重要。学校と家庭が児童生徒のメンタル問題を共有するために、連絡、相談等ができる関係を構築することが望まれる。

学校保健と地域保健との連携

- ・ 学校保健（養護教諭等）と地域保健（保健師）の連携（家庭と地域からの自殺予防活動の

推進)。

その他

- ・ 児童生徒の自殺は、いじめや不登校等の問題と関係するので、これらの問題と関連させて対策を考えるべきである。
- ・ これまで学校におけるうつ病及び心の問題の実態把握が十分ではないと考えられるので、まず、実態把握や研究・分析が必要。

オ 関係機関の連携の促進

行政機関による自殺予防対策の推進について、自殺予防提言において、関係機関の連携の促進の必要性が指摘されており、フィンランド、英国など、海外では国の総合的な対策に基づき、関係機関の連携の下で対策を実施していることから、関係機関の連携方策について質問した（複数回答可）。

その結果、 地方段階で保健福祉行政機関のみならず、医療機関や医師会、教育機関、警察、労働局、各種マスメディア等様々な関係者が特性に応じた連携（176人中135人：76.7%）を求める意見が多く、また、 国が地域で行われている自殺予防対策を把握し、他の地域の参考となるよう積極的な情報提供（同114人：64.8%）を求める意見も多くなっている。

Q1-6 関係機関の連携の促進

関係機関の連携方策等について、お考えに近いものがあればお選びください。

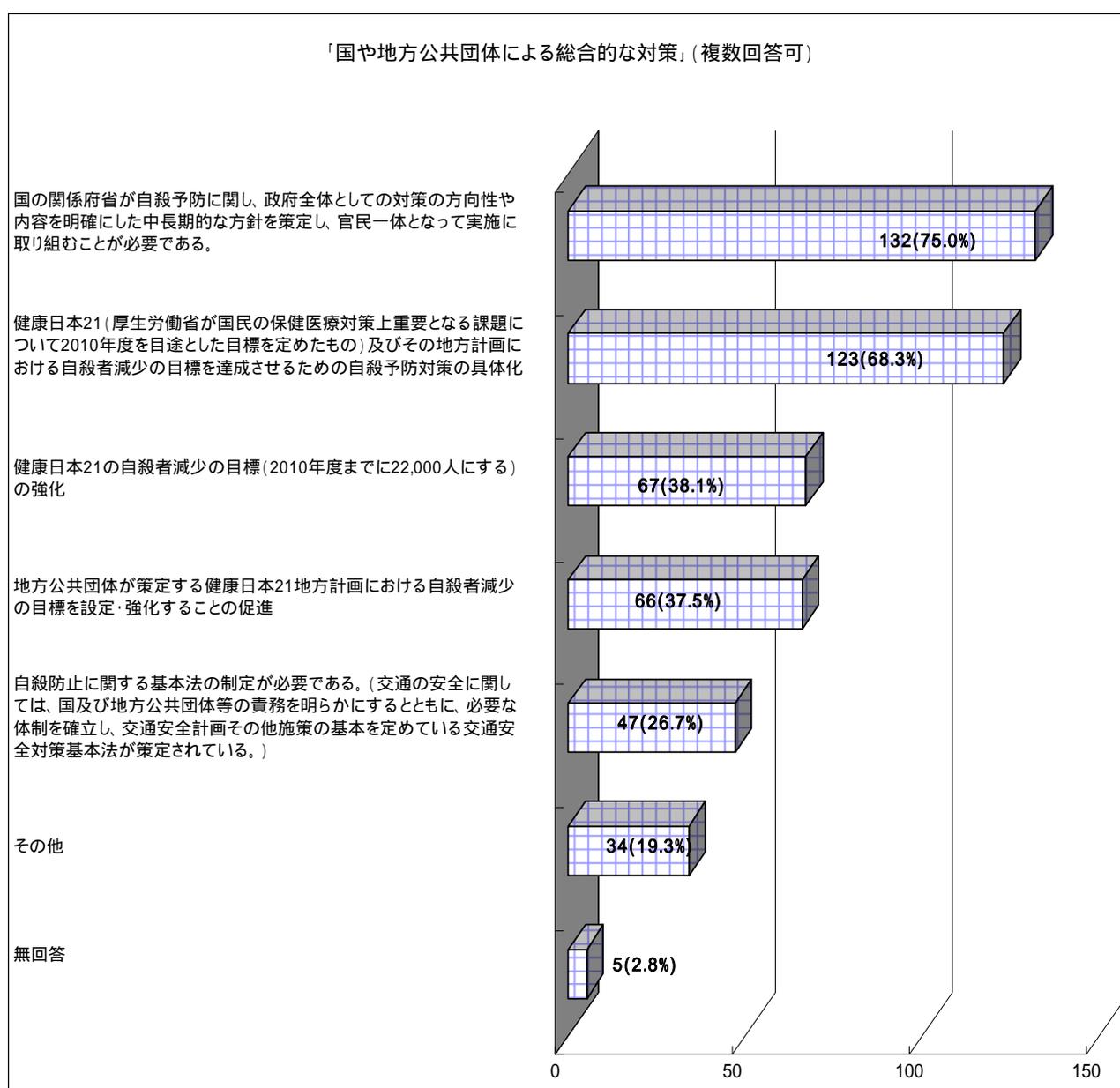
（単位：人、％）

回答選択肢	回答数	回答率
地方段階で保健福祉行政機関のみならず、医療機関や医師会、教育機関、警察、労働局、各種マスメディア等様々な関係者が特性に応じた連携を行うべきである。	135	76.7
国が地域によって行われている自殺予防対策を把握し、他の地域の参考となるよう積極的に情報提供を行うことが必要である。	114	64.8
無回答	9	5.1
回答者数	176	100

カ 国や地方公共団体による総合的な対策

自殺予防提言において、行政機関が自殺予防対策を推進するに当たり、精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会的、文化的、経済的観点等からの、多角的な検討と包括的な対策の必要性が指摘されており、フィンランド、英国など、海外では国の総合的な対策に基づき、関係機関の連携のもとで対策を実施していることから、国や地方公共団体による総合的な対策をどのようにすべきかについて質問した（複数回答可）。

その結果、関係府省が政府全体として中長期的な方針を策定し、官民一体となって実施に取り組むこと（176人中132人：75.0%）、健康日本21及びその地方計画における自殺者減少の目標を達成させるための自殺予防対策の具体化（同123人：69.9%）が多くなっており、具体的な自殺予防対策の取組を実施することが求められている。



Q1-7 国や地方公共団体による総合的な対策

国や地方公共団体による総合的な対策をどのように行うべきかについて、お考えに近いものがあればお選びください。(複数選択可)

(単位：人、%)

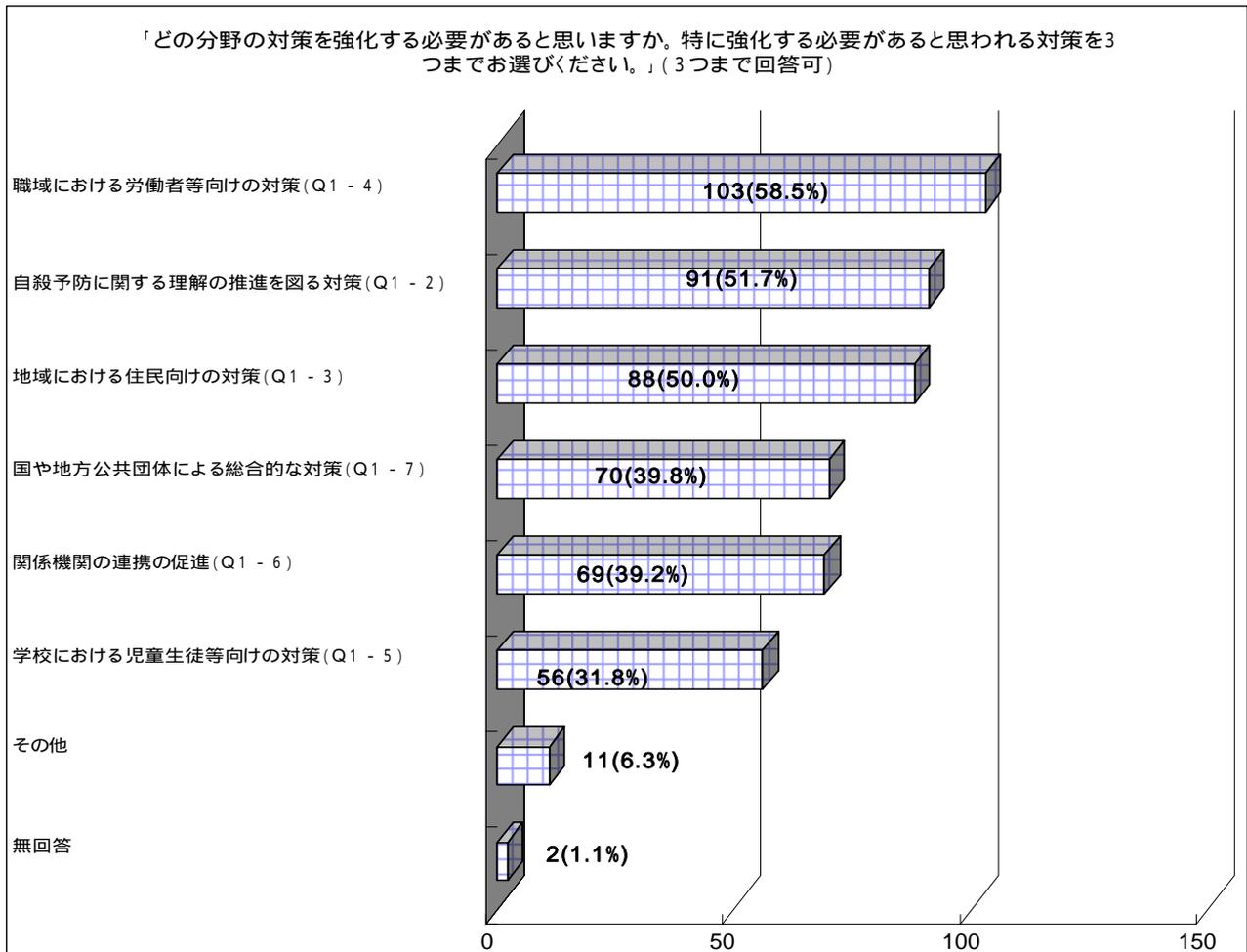
回答選択肢	回答数	回答率
国の関係府省が自殺予防に関し、政府全体としての対策の方向性や内容を明確にした中長期的な方針を策定し、官民一体となって実施に取り組むことが必要である。	132	75.0
健康日本 21 (厚生労働省が国民の保健医療対策上重要となる課題について2010年度を目途とした目標を定めたもの)及びその地方計画における自殺者減少の目標を達成させるための自殺予防対策の具体化	123	69.9
健康日本 21 の自殺者減少の目標(2010年度までに22,000人にする)の強化	67	38.1
地方公共団体が策定する健康日本 21 地方計画における自殺者減少の目標を設定・強化することの促進	66	37.5
自殺防止に関する基本法の制定が必要である。	47	26.7
その他(具体的にどのような取組が必要であると考えますか。)	34	19.3
無回答	5	2.8
回答者数	176	100

【「その他(具体的にどのような取組が必要であると考えますか。)」の主な意見】

- ・ 健康日本 21 は厚生労働省のプランであり、疾病予防中心である。政府が総合的に自殺予防対策を取りまとめる体制をつくるべき。
- ・ 国の問題として自殺対策に取り組む明確な意思表示が必要。
- ・ うつ病の早期発見、早期治療による受診率の向上と、これを阻害している地域、職域などにおける偏見の打破のための啓蒙周知活動など着実に成果の見込める取組を、国、都道府県、市町村が一体となって講じる必要がある。国は、一体となって自殺予防対策を講じていくためのシステムを構築すべき。
- ・ 遺族に対する対応や支援システムの充実が必要。

キ 特に強化する必要がある対策

上記アからカまでの自殺予防対策について、行政機関がどの分野の対策を特に強化すべきかについて尋ねたところ(三つまで回答可)、 職域における労働者等向けの対策(176人中103人:58.5%)、 自殺予防に関する理解の推進を図る対策(同91人:51.7%)、 地域における住民向けの対策(同88人:50.0%)が多くなっており、また、 国や地方公共団体による総合的な対策(同70人:39.8%)、 関係機関の連携の促進(同69人:39.2%)などの対策も挙げられており、各種の対策が求められている。



Q1-8 Q1-2からQ1-7で掲げている対策のうちどの分野の対策を強化する必要があると思いますか。特に強化する必要があると思われる対策を3つまでお選びください。

(単位：人、%)

回答選択肢(3つまで選択可)	回答数	回答率
職域における労働者等向けの対策(Q1-4)	103	58.5
自殺予防に関する理解の推進を図る対策(Q1-2)	91	51.7
地域における住民向けの対策(Q1-3)	88	50.0
国や地方公共団体による総合的な対策(Q1-7)	70	39.8
関係機関の連携の促進(Q1-6)	69	39.2
学校における児童生徒等向けの対策(Q1-5)	56	31.8
その他	11	6.3
無回答	2	1.1
回答者数	176	100

【「その他」の主な意見】

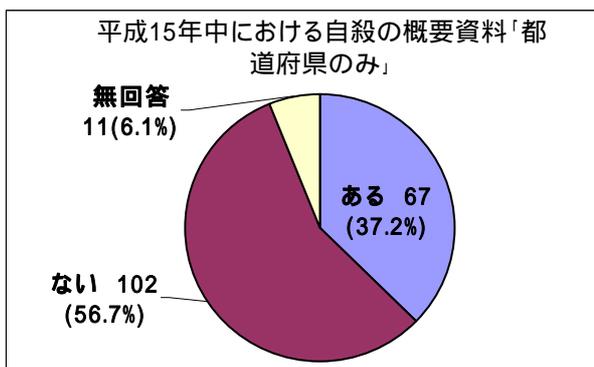
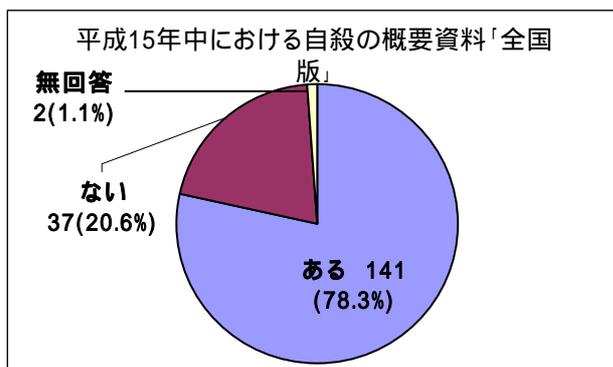
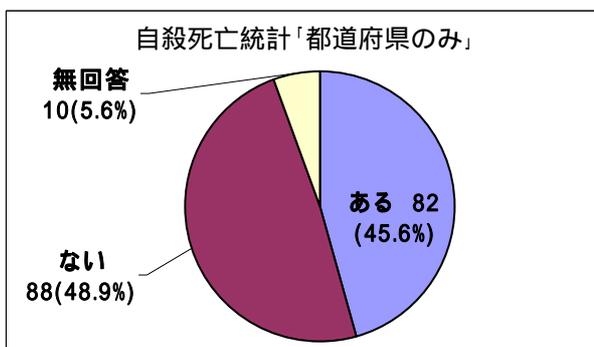
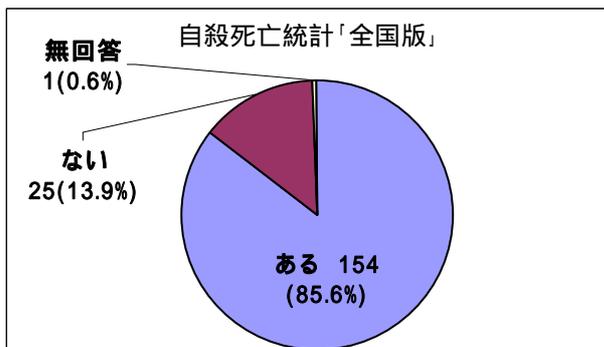
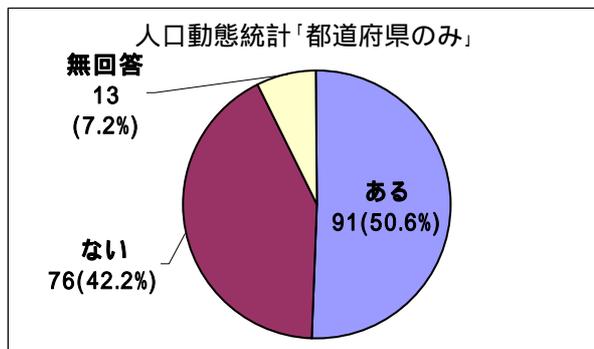
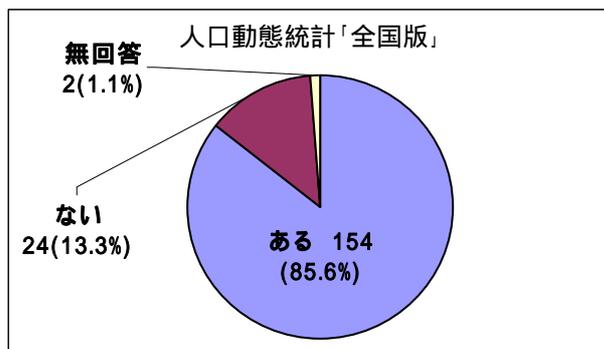
- ・ 分野ごとに自殺に特化した対策より、地域、職場、学校などの分野ごとのメンタルヘルス総合対策が必要。
- ・ 働き盛りの壮年層の自殺が多いのは事業場における長時間労働やストレスによる過労自殺が考えられ、職域における対策の強化が重要。

2 自殺の実態把握

自殺予防提言においては、「自殺の実態把握を正確に行うことが必要不可欠である。」とされ、「既存の統計は、自殺の実態解明を目的とするものではなく、これらの統計からは(本人に属する要因(性格、年齢、疾患、職業等)、本人と家族や周囲の者との関係、本人を取り巻く環境等の)情報を得ることはできない。」とされている。このため、自殺の実態把握の必要性について質問した。

(1) 調査対象の有識者 180 人に対し、「人口動態統計」(厚生労働省)、「自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)」(厚生労働省)及び「自殺の概要資料」(警察庁)についてみたことがあるかを尋ねた。

その結果、これら三つの統計について、全国版をみたことがあると回答した者が多い(それぞれ 180 人中 154 人: 85.6%、同 154 人: 85.6%、同 141 人: 78.3%)が、都道府県分をみたことがあると回答した者は、半数かそれ以下(それぞれ 180 人中 91 人: 50.6%、同 82 人: 45.6%、同 67 人: 37.2%)となっている。



Q2 自殺の実態把握の必要性についてお聞きします。

「自殺予防に向けての提言」(厚生労働省が設置した「自殺防止対策有識者懇談会」(座長：木村尚三郎東京大学名誉教授)が計7回の審議を経て、平成14年12月に発表した提言)では、「自殺の実態把握を正確に行うことが必要不可欠である。」とされていますが、「既存の統計は、自殺の実態解明を目的とするものではなく、これらの統計からは(本人に属する要因(性格、年齢、疾患、職業等)、本人と家族や周囲の者との関係、本人を取り巻く環境等の)情報を得ることはできない。」とされています。

Q2-1 自殺に関する統計について、ご覧になったことや、業務の参考にされたことはありますか。

自殺者に関する統計については、警察庁による「自殺の概要資料」(毎年公表)や厚生労働省の「人口動態統計」(毎年刊行)「自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)」(平成に入ってから、2、11、17年に刊行)などがありますが、これらの統計について、ご覧になったことや、業務の参考にされたかについて、該当するものを で囲んでください。

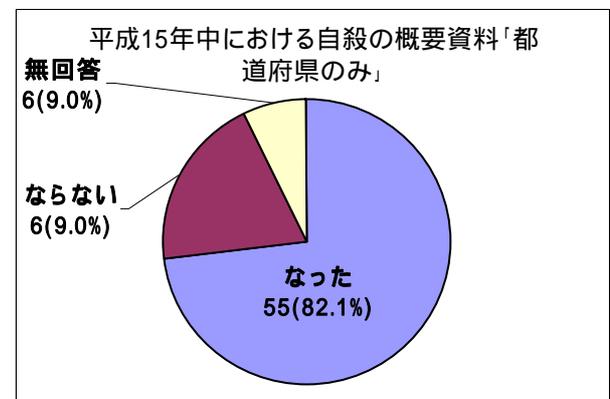
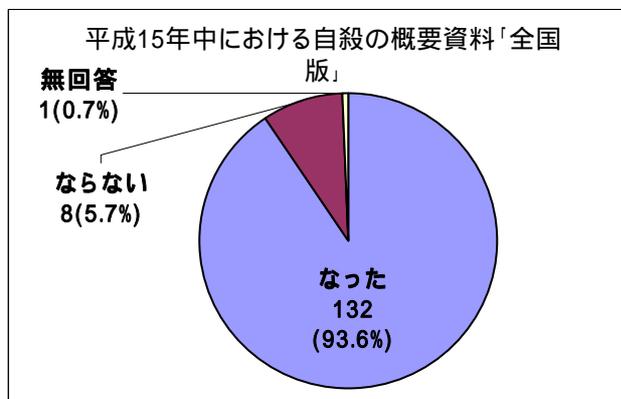
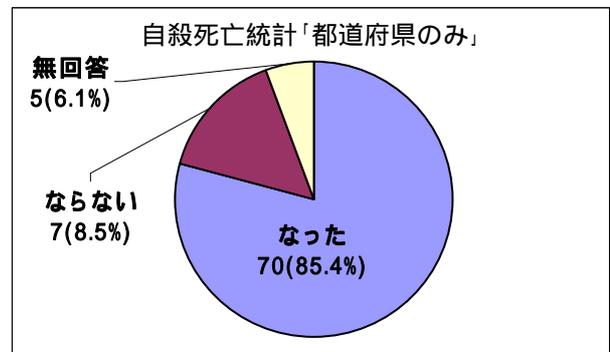
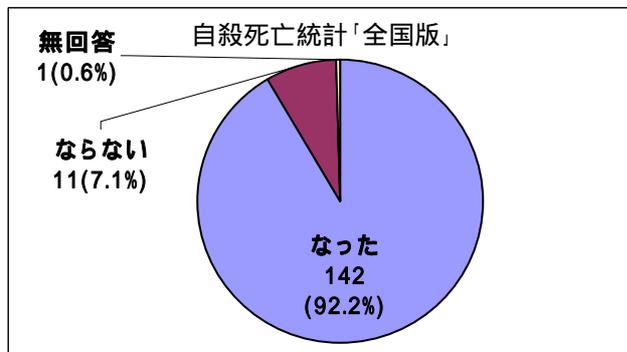
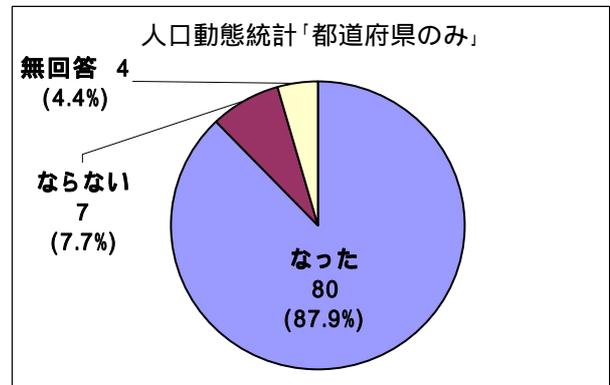
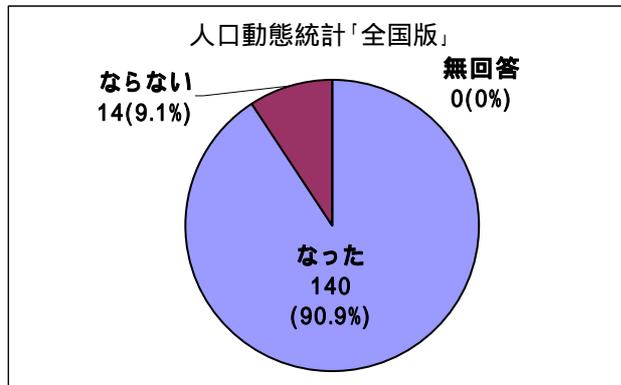
Q2-1A 次の統計をご覧になったことがありますか。(冊子、記事、ホームページの別を問わない。)

(単位：人、%)

統計名	全国版			都道府県分のみ		
	区分	回答数	回答率	区分	回答数	回答率
人口動態調査(自殺者数部分) 〔厚生労働省〕	ある	154	85.6	ある	91	50.6
	ない	24	13.3	ない	76	42.2
	無回答	2	1.1	無回答	13	7.2
	計	180	100	計	180	100
自殺死亡統計(人口動態統計 特殊報告)〔厚生労働省〕	ある	154	85.6	ある	82	45.6
	ない	25	13.9	ない	88	48.9
	無回答	1	0.6	無回答	10	5.6
	計	180	100	計	180	100
平成15年中における自殺の 概要資料〔警察庁〕	ある	141	78.3	ある	67	37.2
	ない	37	20.6	ない	102	56.7
	無回答	2	1.1	無回答	11	6.1
	計	180	100	計	180	100

(注)「平成15年中における自殺の概要資料」〔警察庁〕の都道府県分は、都道府県警察が公表したもの(ただし、一部の都道府県警察は求めに応じて提供)

(2) 上記(1)に掲げた三つの統計について、業務の参考にしたことがあるかを尋ねたところ、参考になったとする回答が大半を占めている。



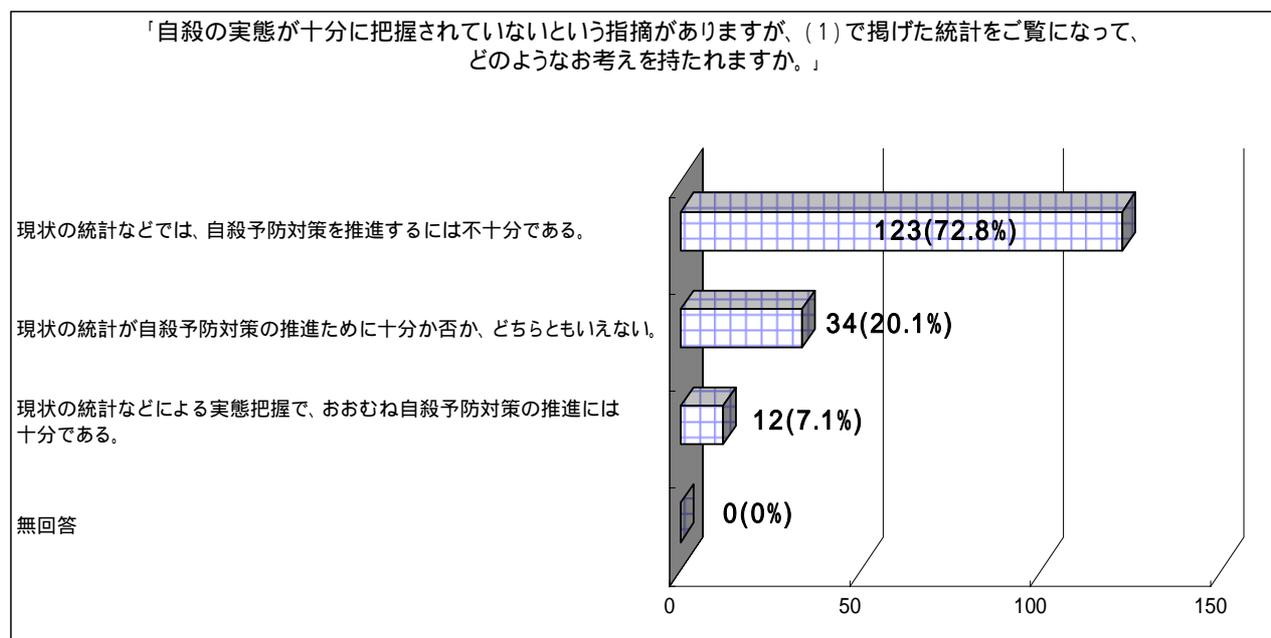
Q2-1B ご覧になった統計は業務の参考になりましたか。

(単位：人、%)

統計名	全国版			都道府県分のみ		
	区分	回答数	回答率	区分	回答数	回答率
人口動態調査(自殺者数部分)(厚生労働省)	なった	140	90.9	なった	80	87.9
	ならない	14	9.1	ならない	7	7.7
	無回答	0	0	無回答	4	4.4
	計	154	100	計	91	100
自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)(厚生労働省)	なった	142	92.2	なった	70	85.4
	ならない	11	7.1	ならない	7	8.5
	無回答	1	0.6	無回答	5	6.1
	計	154	100	計	82	100
平成 15 年中における自殺の概要資料(警察庁)	なった	132	93.6	なった	55	82.1
	ならない	8	5.7	ならない	6	9.0
	無回答	1	0.7	無回答	6	9.0
	計	141	100	計	67	100

(注)「平成 15 年中における自殺の概要資料」(警察庁)の都道府県分は、都道府県警察が公表したものの(ただし、一部の都道府県警察は求めに応じて提供)

(3) 自殺予防提言において、現状の統計などでは、自殺の実態が十分に把握されていないという指摘があることから、上記(1)において三つの統計のいずれかを見たことがあるとした有識者 169 人に対して、統計を見た上での考えを尋ねたところ、現状の統計などによる実態把握では自殺予防対策を推進するには不十分であるとする回答が多い(169 人中 123 人：72.8%)。



【Q2-1A】で自殺の統計をご覧になったことがあるとされた方にお聞きします。】

Q2-2 自殺の実態が十分に把握されていないという指摘がありますが、Q2-1で掲げた統計をご覧になって、どのようなお考えを持たれますか。

(単位：人、%)

回答選択肢	回答数	回答率
現状の統計などによる実態把握では、自殺予防対策を推進するには不十分である。	123	72.8
現状の統計が自殺予防対策の推進ために十分か否か、どちらともいえない。	34	20.1
現状の統計などによる実態把握で、おおむね自殺予防対策の推進には十分である。	12	7.1
無回答	0	0
回答者数	169	100

(4) 上記(3)において、現状の統計などの実態把握については自殺予防対策を推進するには不十分であるとした有識者123人に対して、自殺の実態を把握するに当たり、どの点が不十分なのかを尋ねた(複数回答可)。

その結果、現状の統計の把握事項、公表状況等について、充実・改善すべき事項がある(123人中99人:80.5%)とする回答が最も多く、具体的な改善内容として、()警察庁の統計における自殺の原因・動機について、より細かな分類を行うべき(123人中75人:61.0%)、()都道府県警察において、管内の自殺に関するデータの公表を促進すべき(同58人:47.2%)、()厚生労働省の「自殺死亡統計」について、市町村ごとのデータの公表があれば、自殺予防対策を検討する上で有効(同53人:43.1%)などが挙げられている。その外、自殺未遂者数やその自殺未遂理由等のデータを収集する仕組みを構築すべき(123人中87人:70.7%)や、既遂者に対する専門家による調査を行うような取組を検討すべき(同83人:67.5%)とする意見が多い。

「自殺の実態を把握するに当たり、どの点が不十分と思われますか。」(複数回答可)

現状の統計の把握事項、公表状況等について、充実・改善すべき事項がある。下記のような事が考えられますが、お考えに近いものがあればお選び下さい。

・警察庁の統計に関し、自殺の原因・動機について、例えば、「健康問題」としてひと括りにされているが、身体疾患を苦しめたものが精神疾患に悩んでいたのか不明である等、自殺予防対策が行いやすいよう、より細かな分類を行うべき事項がある。

・都道府県警察によっては、当該都道府県内の自殺者に関するデータについて、一部分しか公表していないところがある。警察でしか把握できないデータもあり、また、県民の自殺問題の認識を高めるためにも、身近なデータである都道府県内のデータについては、公表を促進するべきである。

・厚生労働省による「自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)」などは、都道府県ごとのデータが中心であり、市町村ごとのデータが公表されれば、専門家が自殺予防対策を検討する上で有効である。(現行の公表は都道府県単位で、それ以下のエリア単位のものは公表されていない。)

・厚生労働省の「自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)」については、作成頻度を多くするべきである。

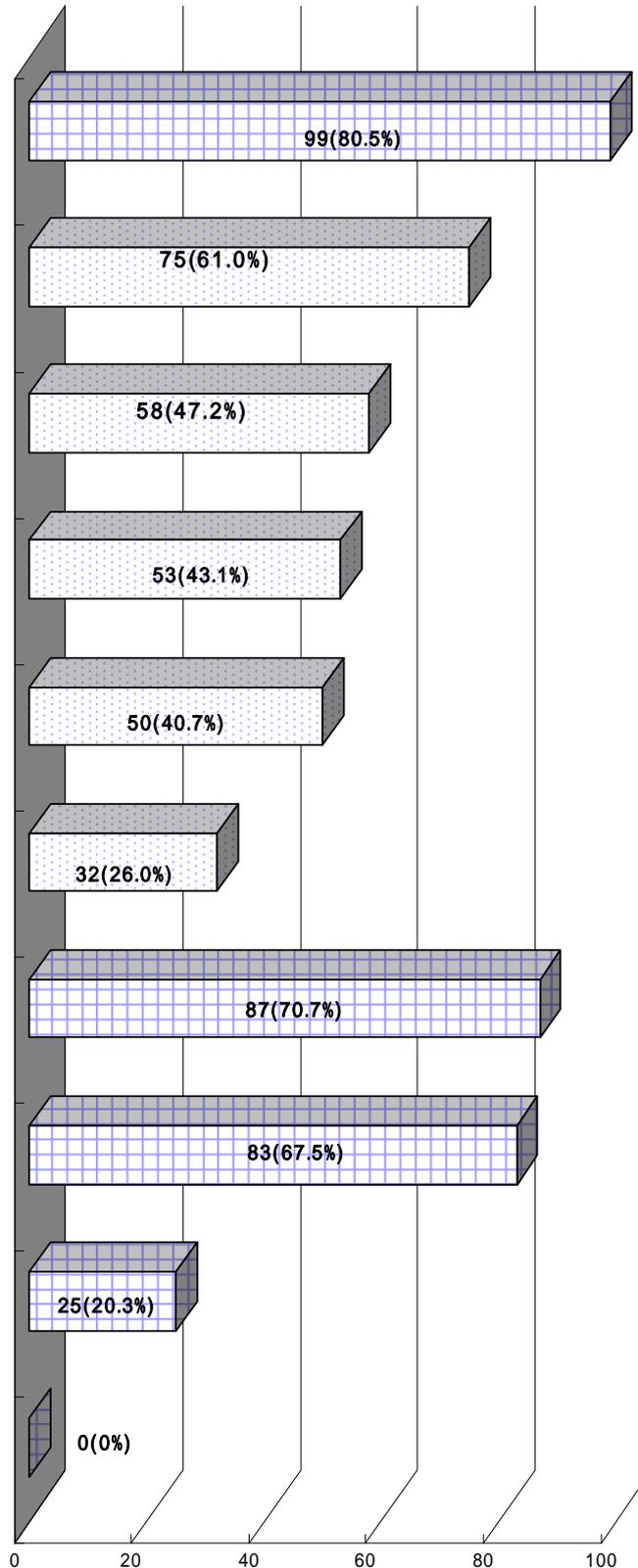
・厚生労働省の「自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)」の把握項目について項目を追加する必要がある。

自殺既遂者の5倍ないし10倍いると言われる自殺未遂者の実態を把握しなくては、十分な自殺予防対策を実施することができないと思われるので、自殺未遂者数やその自殺未遂理由等のデータを収集する仕組みを構築すべきである。

自殺に至るまでには、様々な要因や背景が複雑に存在していると思われるが、既存の統計の把握事項では、詳しい要因や背景を解明する上では不十分であるので、例えば、既遂者に対する専門家による調査を行うような取組を検討するべきである。

その他

無回答



【Q2-2で現状の統計では不十分とお考えの方にお聞きします。】

Q2-3 自殺の実態を把握するに当たり、どの点が不十分と思われますか。

(単位：人、%)

回答選択肢	回答数	回答率
現状の統計の把握事項、公表状況等について、充実・改善すべき事項がある。例えば、下記のようなことが考えられますが、お考えに近いものがあればお選びください。(複数選択可)	99	80.5
・警察庁の統計に関し、自殺の原因・動機について、例えば、「健康問題」としてひと括りにされているが、身体疾患を苦しめたものが精神疾患に悩んでいたのか不明である等、自殺予防対策が行いやすいよう、より細かな分類を行うべき事項がある。	(75)	(61.0)
・都道府県警察によっては、当該都道府県内の自殺者に関するデータについて、一部分しか公表していないところがある。警察でしか把握できないデータもあり、また、県民の自殺問題の認識を高めるためにも、身近なデータである都道府県内のデータについては、公表を促進すべきである。	(58)	(47.2)
・厚生労働省による「自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)」などは、都道府県ごとのデータが中心であり、市町村ごとなどのデータが公表されれば、専門家が自殺予防対策を検討する上で有効である。(現行の公表は都道府県単位で、それ以下のエリア単位のものは公表されていない。)	(53)	(43.1)
・厚生労働省の「自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)」については、作成頻度を多くするべきである。(平成になって作成されたのは、2年、11年、17年の3回、17年は概要のみ公表済)	(50)	(40.7)
・厚生労働省の「自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)」の把握項目について項目を追加する必要がある。(「自殺死亡統計(平成17年)」で新たに追加された項目は、曜日別、時間別自殺者数の統計)	(32)	(26.0)
自殺既遂者の5倍ないし10倍いると言われる自殺未遂者の実態を把握しなくては、十分な自殺予防対策を実施することができないと思われるので、自殺未遂者数やその自殺未遂理由等のデータを収集する仕組みを構築すべきである。	87	70.7
自殺に至るまでには、様々な要因や背景が複雑に存在していると思われるが、既存の統計の把握事項では、詳しい要因や背景を解明する上では不十分であるので、例えば、既遂者に対する専門家による調査を行うような取組を検討すべきである。	83	67.5
その他(具体的にどのような事項が必要であると考えますか。)	25	20.3
無回答	0	0
回答者数	123	100

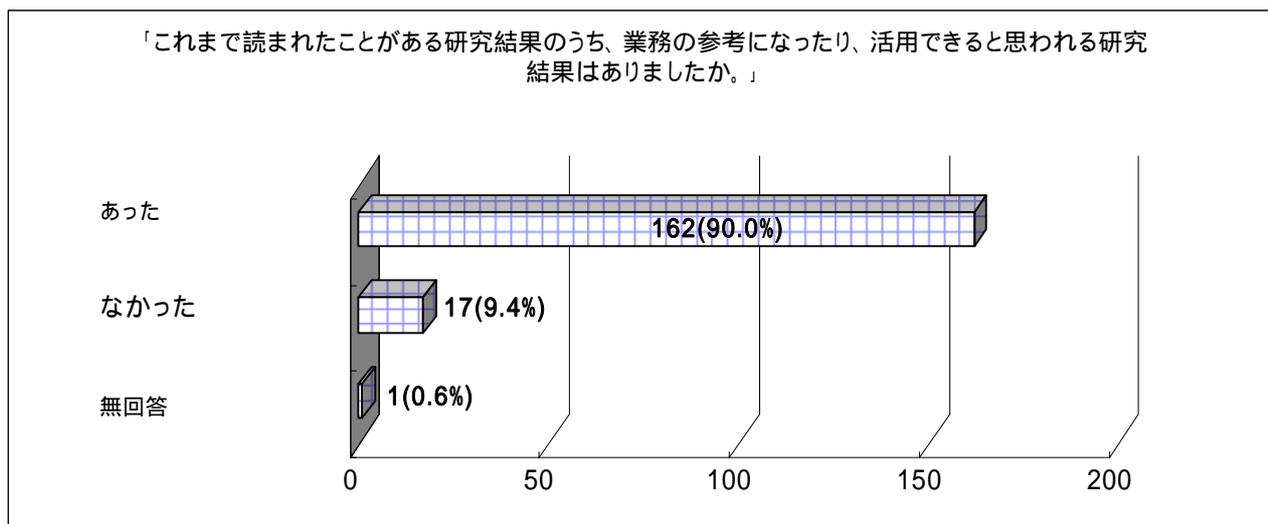
【「その他(具体的にどのような事項が必要であると考えますか。)」の主な意見】

- ・ 自殺既遂者、自殺未遂者の自殺原因を調査するなど、自殺に関する詳細な実態把握が的確な対策を講ずるために重要である。
- ・ 自殺に至るまでの要因や背景を知ることが重要である。自殺未遂者や自殺願望者と対話している相談者に対する実情調査が必要である。
- ・ 警察庁の統計の自殺の「原因・動機」について、「勤務問題」であれば、人間関係によるものなのか、仕事の失敗あるいは失業なのかということの方が把握できると自殺予防対策の検討に有用である。
- ・ 困難なことであるが、うつ病の有患率の推移を国レベルで把握すべき。

3 自殺についての研究

これまで、自殺についての研究が多くの研究機関や研究者によって行われていることから、それらの研究結果の活用状況や今後必要な研究テーマ等について、有識者 180 人を対象に調査した。

- (1) 既読の研究結果で業務の参考となる、又は活用できると思われるものが「あった」と回答した者が 9 割を占めた (180 人中 162 人 : 90.0%)。



- Q3** 自殺についての研究は、多くの研究機関や研究者によって行われていますが、これについて以下の問いにお答えください。

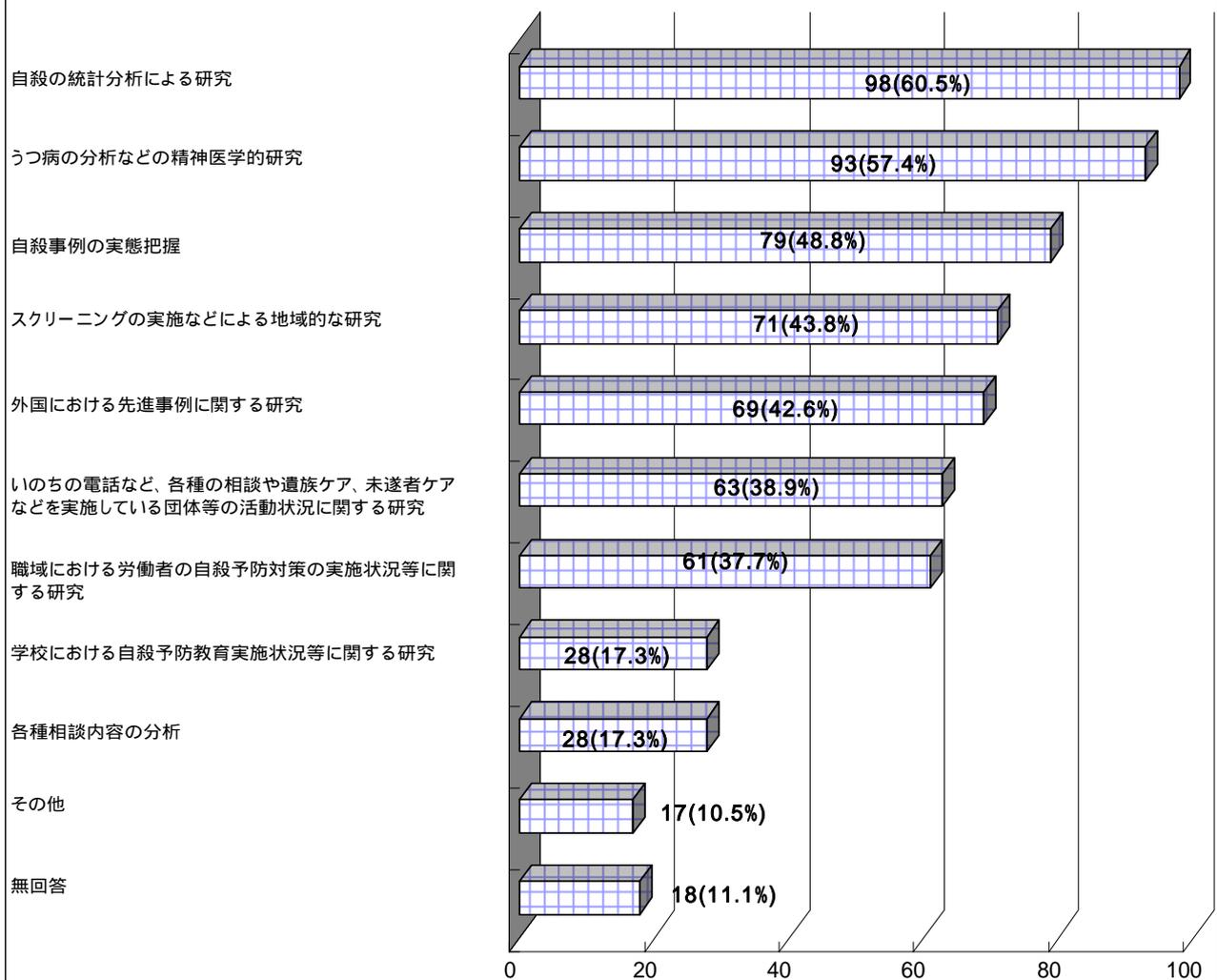
- Q3-1** これまで読まれたことがある研究結果のうち、業務の参考になったり、活用できると思われる研究結果はありましたか。

(単位：人、%)

回答選択肢	回答数	回答率
あった。(Q3-1A に進んでください。)	162	90.0
なかった。(Q3-1B に進んでください。)	17	9.4
無回答	1	0.6
計	180	100

また、参考・活用できるものがあったとした 162 人に対して、具体的な研究内容を尋ねたところ (複数回答可)、自殺の統計分析による研究 (162 人中 98 人 : 60.5%)、うつ病の分析などの精神医学的研究 (同 93 人 : 57.4%)、自殺事例の実態把握 (同 79 人 : 48.8%) の意見のほか、スクリーニングの実施などによる地域的な研究 (同 71 人 : 43.8%)、外国における先進事例に関する研究 (同 69 人 : 42.6%)、いのちの電話等民間団体の活動状況の研究 (同 63 人 : 38.9%)、職域における労働者の自殺予防対策に関する研究 (同 61 人 : 37.7%) などが挙げられている。

「どのような研究結果が、業務の参考や活用できると思われましたか。」(複数回答可)



Q3-1A どのような研究結果が、業務の参考や活用できると思われましたか。(複数回答可)

(単位：人、%)

回答選択肢	回答数	回答率
自殺の統計分析による研究	98	60.5
うつ病の分析などの精神医学的研究	93	57.4
自殺事例の実態把握	79	48.8
スクリーニングの実施などによる地域的な研究	71	43.8
外国における先進事例に関する研究	69	42.6
いのちの電話など、各種の相談や遺族ケア、未遂者ケアなどを実施している団体等の活動状況に関する研究	63	38.9
職域における労働者の自殺予防対策の実施状況等に関する研究	61	37.7
学校における自殺予防教育実施状況等に関する研究	28	17.3
各種相談内容の分析	28	17.3
その他(具体的にどのような研究が、業務の参考や活用できると考えますか。)	17	10.5
無回答	18	11.1
回答者数	162	100

【「その他（具体的にどのような研究が、業務の参考や活用できると考えますか。）」の主な意見】

- ・ 地域ごとの経済指標などの推移及び自殺者数の推移の比較研究。
- ・ 自殺者に占めるうつ病患者に関する研究。
- ・ 予防対策の効果を評価するためには10万人から20万人規模の対象者が必要で、地域では行いやすいが職域の場合、複数の企業の参加が必要であり、行政機関等による支援が必要。
- ・ 社会学的な考察が必要。自殺に至るプロセスの解明が重要。

Q3-1B なぜ、参考にもならず、活用もできなかったのですか。（複数回答可）

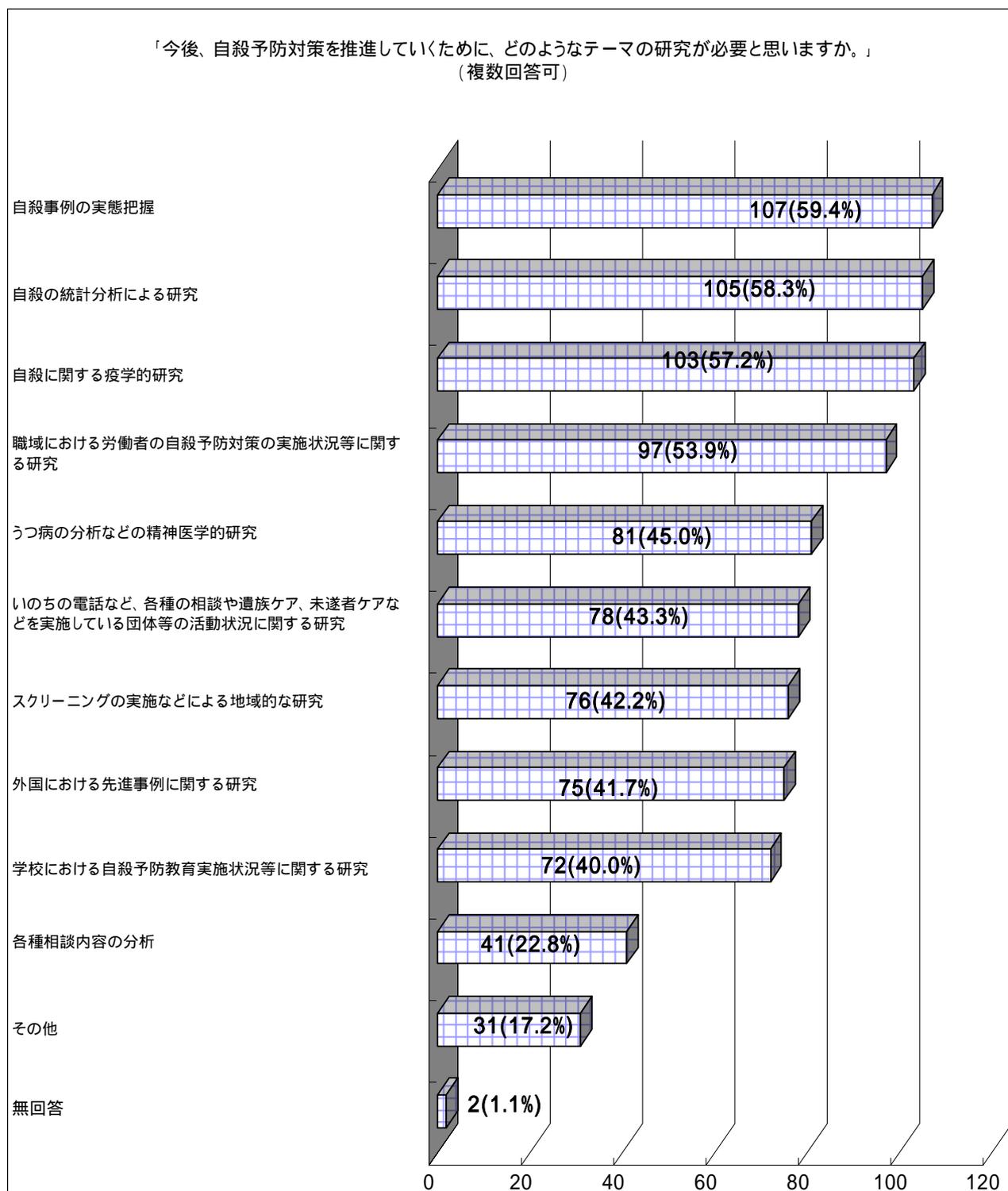
（単位：人、％）

回答選択肢	回答数	回答率
参考となる分野の研究が行われていない。	7	41.2
研究内容が抽象的で、自殺予防対策に反映しにくい。	7	41.2
活用する機会がない。	5	29.4
どのような研究が行われているのかが分かりにくい。	3	17.6
研究結果の入手が困難である。	3	17.6
その他	2	11.8
無回答	5	29.4
回答者数	17	100

【「その他」の主な意見】

- ・ 研究の進んでいる慢性疾患分野の研究と比較すると不十分である。様々な研究によってもハイリスクグループがどのような人なのか分からない。

(2) 自殺予防対策を推進していくために、今後必要な研究テーマについては、自殺事例の実態把握(180人中107人:59.4%)、自殺の統計分析による研究(同105人:58.3%)、自殺に関する疫学的研究(103人:57.2%)、職域における労働者の自殺予防対策の実施状況等に関する研究(同97人:53.9%)など様々な意見が挙げられている。



Q3-2 今後、自殺予防対策を推進していくために、どのようなテーマの研究が必要とと思いますか(複数回答可)。

その中で、特に公的な研究機関(国、地方公共団体、特殊法人等に属する研究機関)が研究すべきとお考えのテーマについては、テーマに を付してください。

(単位:人、%)

回答選択肢	今後、必要な研究テーマ		公的な研究機関が研究すべきテーマ	
	回答数	回答率	回答数	回答率
自殺事例の実態把握	107	59.4	26	14.4
自殺の統計分析による研究	105	58.3	28	15.6
自殺に関する疫学的研究	103	57.2	31	17.2
職域における労働者の自殺予防対策の実施状況等に関する研究	97	53.9	25	13.9
うつ病の分析などの精神医学的研究	81	45.0	15	8.3
いのちの電話など、各種の相談や遺族ケア、未遂者ケアなどを実施している団体等の活動状況に関する研究	78	43.3	18	10.0
スクリーニングの実施などによる地域的な研究	76	42.2	21	11.7
外国における先進事例に関する研究	75	41.7	22	12.2
学校における自殺予防教育実施状況等に関する研究	72	40.0	18	10.0
各種相談内容の分析	41	22.8	7	3.9
その他(具体的にどのような研究が必要であるとお考えですか。)	31	17.2	7	3.9
無回答	2	1.1	109	60.6
回答者数	180	100	180	100

【「その他(具体的にどのような研究が必要であるとお考えですか。)」の主な意見】

- ・ 自殺既遂者の精神状態や経済状態を含む複合的な視点からの研究。
- ・ 自殺未遂者の実態把握の研究。
- ・ 自殺のポストベンションに関する研究。
- ・ 具体的にどのような自殺予防対策を実施して、自殺者数が減少等したのか等の事例に関する研究。
- ・ 相談する意思の少ない者に対する相談サービス等の効果的な周知・啓発方法に関する研究。
- ・ 分析やデータ収集に終わらず、実践に至る研究。
- ・ 集団によって有効な自殺予防対策は異なるので、全集団に有効な広報などの対策に併せて、特定集団を対象とした研究。
- ・ 研究者や保健師等の実務者向けの研究に加えて、一般の人が活用できる分かりやすい研究。
- ・ 自殺者についての社会学的な面からの分析や自殺の衝動・行動を変えるために有効な方法についての研究。

Q3-3 今後、研究について行政としてどのような取組が必要であるとお考えですか。

(単位：人、%)

回答選択肢	回答数	回答率
研究成果の活用の推進	151	83.9
・自殺予防対策に関わる国、地方公共団体における情報の共有化	(105)	(58.3)
・研究成果の収集、情報提供を一元的に行うデータベースの設置、支援	(98)	(54.4)
・各研究機関における成果のホームページ等での公表の推進	(71)	(39.4)
研究内容及び体制の充実	147	81.7
・官民研究機関の連携強化	(99)	(55.0)
・公的研究機関の強化	(81)	(45.0)
・民間研究機関の支援の充実	(68)	(37.8)
その他(具体的にどのような取組が必要であるとお考えですか。)	24	13.3
無回答	5	2.8
回答者数	180	100

【「その他(具体的にどのような取組が必要であるとお考えですか。)」の主な意見】

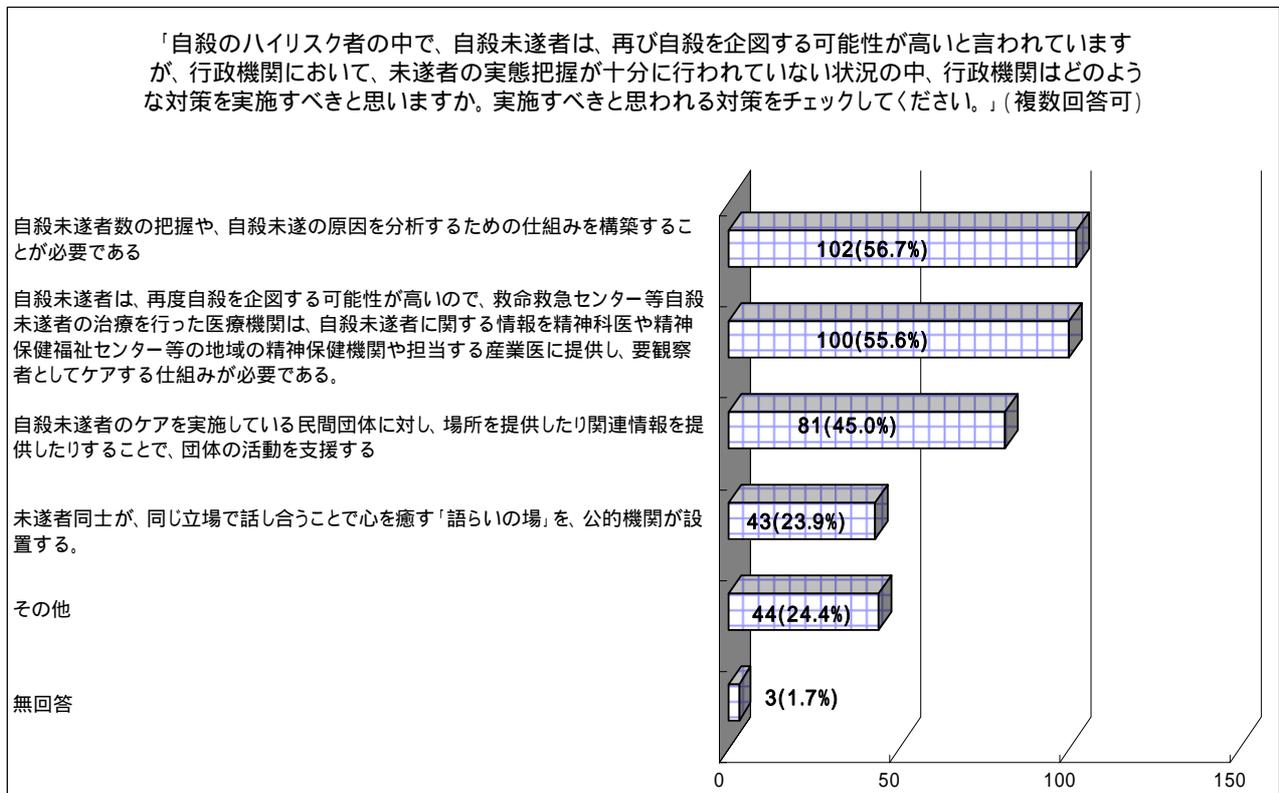
- ・ 研究や現状把握のための活動は、行政が広い範囲で行うべき。研究は広く、データ公表や実際の自殺予防対策は身近な単位で行うことが重要。
- ・ 大規模な調査や疫学的な調査などは、行政の主導が必要。
- ・ 自殺予防に関する研究は、学問的な研究が多く、現在の保健スタッフで実施できるか疑問もあり、より実践的な自殺予防システムの研究が必要。
- ・ 自殺の研究は、社会学的研究、心理学的研究、医学的研究が様々な機関等で行われているが、それぞれ独立しており、タイアップした研究となっていない。
- ・ 効果を上げている予防対策等実践活動の収集・提供を一元的に行う情報センターの設置が必要。
- ・ 研究が行われていても研究結果が施策に反映されていないと意味がないので、国が研究結果に基づく施策策定のための専門委員会を設置する必要がある。
- ・ 現在の相談担当者は、カウンセリングの知識や技能が不十分であり、自殺予防に関する各機関の相談担当者の質の向上に資する研究を行う必要がある。
- ・ 基礎的研究のみでなく実践的取組に関する研究が必要であり、行政はこれを支援することが必要。

4 その他

(1) 自殺未遂者に対する対策

自殺のハイリスク者について、自殺予防提言において、自殺未遂者が自殺死亡者の数倍から数十倍いるとされ、また、自殺に関する研究によると、自殺未遂者は再び自殺を企図する可能性が高く、自殺の実態把握においても自殺未遂者の把握が必要とされている。このため、自殺未遂者について、行政機関がどのような対策を実施すべきかを質問した（複数回答可）。

その結果、自殺未遂者数の把握や自殺未遂の原因分析の仕組みの構築（180人中102人：56.7%）、救命救急センター等自殺未遂者の治療を行った医療機関が自殺未遂者に関する情報を精神科医や精神保健福祉センター等の地域の精神保健機関や担当する産業医に提供し、要観察者としてケアする仕組み（同100人：55.6%）、自殺未遂者のケアを実施している民間団体の活動の支援（同81人：45.0%）が多く、行政機関の対応が求められている。



Q4 そのほか、自殺予防に関連して、以下の点についてお伺いいたします。

Q4-1 自殺のハイリスク者の中で、自殺未遂者は、再び自殺を企図する可能性が高いと言われていますが、行政機関において、未遂者の実態把握が十分に行われていない状況の中、行政機関はどのような対策を実施すべきと思いますか。実施すべきと思われる対策をチェックしてください。（複数回答可）

(単位：人、%)

回答選択肢	回答数	回答率
自殺未遂者数の把握や、自殺未遂の原因を分析するための仕組みを構築することが必要である。	102	56.7
自殺未遂者は、再度自殺を企図する可能性が高いので、救命救急センター等自殺未遂者の治療を行った医療機関は、自殺未遂者に関する情報を精神科医や精神保健福祉センター等の地域の精神保健機関や担当する産業医に提供し、要観察者としてケアする仕組みが必要である。	100	55.6
自殺未遂者のケアを実施している民間団体に対し、場所を提供したり関連情報を提供したりすることで、団体の活動を支援する。	81	45.0
未遂者同士が、同じ立場で話し合うことで心を癒す「語らいの場」を、公的機関が設置する。	43	23.9
その他(具体的にどのような取組が必要と考えますか。)	44	24.4
無回答	3	1.7
回答者数	180	100

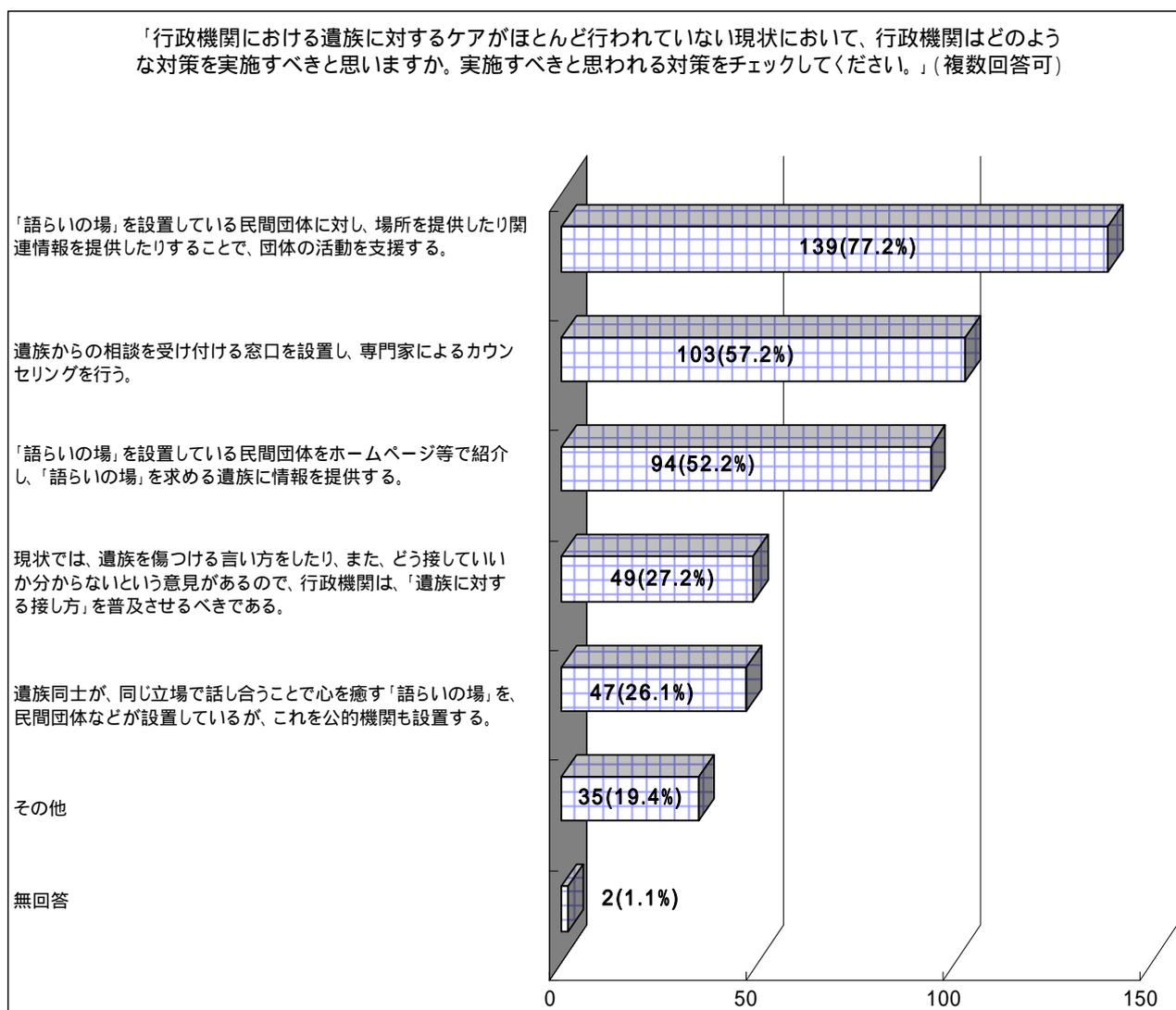
【「その他(具体的にどのような取組が必要と考えますか。)」の主な意見】

- ・ 自殺未遂者の実態を把握しなければ十分な自殺予防対策を実施することはできないと考えられるので、自殺未遂者の治療を行う救急医療機関に対する調査を実施し、自殺未遂者や自殺未遂の理由・原因を分析し、データを把握する必要がある。
- ・ 自殺未遂者の救急時のケアの標準化を図るべき。現状では心のケアが十分に行われずに退院している。
- ・ 自殺未遂者のケアのため救命救急センター等に精神科専門医が関与することや、精神科ケアのための医療システム整備、自殺未遂者に対する継続的な精神保健プログラムを提供できる体制整備が必要。
- ・ 救命救急センターにおいて、自殺未遂者であることに気付かずに、外科や内科治療を施すにとどまるケースがあると考えられる。
- ・ 救命救急センター等自殺未遂者の治療を行った医療機関が精神保健機関に情報を提供する際には、プライバシーに配慮する必要がある。
- ・ 個人のプライバシーを考えると、行政が自殺未遂者の情報を登録して追跡するような仕組みの構築は難しい。

(2) 遺族に対する対策

自殺者の遺族については、自殺予防提言において、地域の相談機関や医療機関において、遺族に対するケアや相談・支援などの対策の必要性が指摘されていることから、自殺者の遺族に対し行政機関がどのような対策を実施すべきかを質問した(複数回答可)。

その結果、「語らいの場」を設置している民間団体の活動の支援(180人中139人:77.2%)、遺族からの相談を受け付ける窓口を設置し、専門家によるカウンセリングの実施(同103人:57.2%)、「語らいの場」を設置している民間団体をホームページ等で紹介し、「語らいの場」を求める遺族に対する情報の提供(同94人:52.2%)が多い。



Q4-2 行政機関における遺族に対するケアがほとんど行われていない現状において、行政機関はどのような対策を実施すべきと思いますか。実施すべきと思われる対策をチェックしてください。
(複数回答可)

(単位：人、%)

回答選択肢	回答数	回答率
「語らいの場」を設置している民間団体に対し、場所を提供したり関連情報を提供したりすることで、団体の活動を支援する。	139	77.2
遺族からの相談を受け付ける窓口を設置し、専門家によるカウンセリングを行う。	103	57.2
「語らいの場」を設置している民間団体をホームページ等で紹介し、「語らいの場」を求める遺族に情報を提供する。	94	52.2
現状では、遺族を傷つける言い方をしたり、また、どう接していいかわからないという意見があるので、行政機関は、「遺族に対する接し方」を普及させるべきである。	49	27.2
遺族同士が、同じ立場で話し合うことで心を癒す「語らいの場」を、民間団体などが設置しているが、これを公的機関も設置する。	47	26.1
その他(具体的にどのような取組が必要と考えますか。)	35	19.4
無回答	2	1.1
回答者数	180	100

【「その他(具体的にどのような取組が必要と考えますか。)」の主な意見】

- ・ 遺族支援については、遺族の把握方法や対応すべき機関、役割が明確でなく取組が進んでいないのが現状であり、遺族に対する介入の時期やどのような支援が必要なのかを検討する必要がある。
- ・ 自殺者遺族に対するケアは、行政が主導するよりも、実施する民間団体を育成することが望まれる。
- ・ 遺族から相談を受けることは行政の自己満足にしかない。
- ・ 自殺についての報道は、情報のゆがみを生み、遺族にとって弊害が大きい。
- ・ 遺族に対するアンケート又は聞き取り調査を行い、遺族のニーズを把握するとともに、心理状態に係る分析が必要。

(3) 自殺についてのマスメディアやインターネットに対する行政機関の対応等

最近、インターネットの掲示板を通じて知り合った者が集団自殺する事件が発生しており、行政機関がマスメディアやインターネット等に対してどのような対応をすべきかについて質問した(複数回答可)。

その結果、マスメディアについては、自殺を助長するような表現を避けるよう要請すべき(180人中93人：51.7%)と回答した者が最も多く、自殺サイトについては、一概に規制すべきではない(同65人：36.1%)、積極的に取り締まるべき(同50人：27.8%)、行政が「自殺予防サイト」を開設(同48人：26.7%)となっており、また、メール相談については、メール相談を行う民間団体の活動の支援(同55人：30.6%)、専門家によるメール相談の積極的実施(同47人：26.1%)などとなっている。

「最近、インターネットの掲示板を通じて、面識のない者が、自殺願望を有するという共通点で集団自殺する事件が多発しています。このような状況の下、行政機関はどのような対応をすべきと思いますか。実施すべきと思われる対策をチェックしてください。」(複数回答可)

マスコミがネット自殺をセンセーショナルに扱うことが、連鎖につながっていると考えられるので、マスコミに対し、自殺を助長するような表現(詳しい手段の掲載など)を避けるよう要請すべきである。

いわゆる「自殺」サイトは、自殺を助長することがある反面、自殺願望を吐露することにより、自殺を思いとどまることもあるので、一概に規制すべきではなく、サイト管理者に対し、自殺を助長する書き込みを禁止するなどの措置を取るよう指導する程度でよい。

メール相談を行う民間団体の活動を支援するべきである。

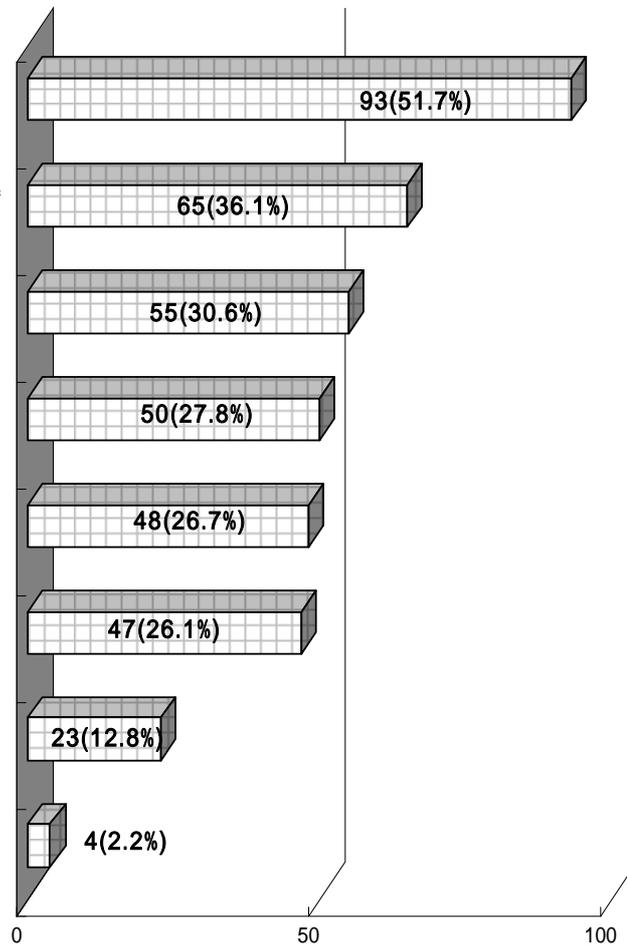
自殺を助長するような書き込みができるサイトは、自殺幫助の罪などにより告発し、積極的に取り締まる方策を採るべきである。

表現の自由があるので、取り締まるのではなく、行政機関側が「自殺予防サイト」を開設し、自殺願望者の思いを吐露する場(掲示板)を設置すべきである。

掲示板に留まらず、精神衛生等の専門家によるメール相談を積極的に実施するべきである。

その他

無回答



Q4-3 最近、インターネットの掲示板を通じて、面識のない者が、自殺願望を有するという共通点で集団自殺する事件が多発しています。

このような状況の下、行政機関はどのような対応をすべきと思いますか。実施すべきと思われる対策をチェックしてください。(複数回答可)

(単位：人、%)

回答選択肢	回答数	回答率
マスコミがネット自殺をセンセーショナルに扱うことが、連鎖につながっていると考えられるので、マスコミに対し、自殺を助長するような表現(詳しい手段の掲載など)を避けるよう要請すべきである。	93	51.7
いわゆる「自殺」サイトは、自殺を助長することがある反面、自殺願望を吐露することにより、自殺を思いとどまることもあるので、一概に規制すべきではなく、サイト管理者に対し、自殺を助長する書き込みを禁止するなどの措置を取るよう指導する程度でよい。	65	36.1
メール相談を行う民間団体の活動を支援するべきである。	55	30.6
自殺を助長するような書き込みができるサイトは、自殺幫助の罪などにより告発し、積極的に取り締まる方策を採るべきである。	50	27.8
表現の自由があるので、取り締まるのではなく、行政機関側が「自殺予防サイト」を開設し、自殺願望者の思いを吐露する場(掲示板)を設置すべきである。	48	26.7
掲示板に留まらず、精神衛生等の専門家によるメール相談を積極的に実施するべきである。	47	26.1
その他(具体的にどのような取組が必要と考えますか。)	23	12.8
無回答	4	2.2
回答者数	180	100

【「その他(具体的にどのような取組が必要と考えますか。)」の主な意見】

インターネット関係

- ・ 自殺念慮者は、一方では止めてくれる人を探しているものであり、自殺予防サイトにアクセスすることで自殺抑止の効果があると考ええる。
- ・ 自殺念慮者が行政機関の作った自殺予防サイトを見るのか疑問である。
- ・ いわゆるネット自殺は、インパクトのある現象であるが、自殺全体の中では、むしろ、中高年男性の自殺の増加に対する対策が急務。

メール相談関係

- ・ 自殺念慮者等利用者にとって、昼夜を問わずに相談を発信できることが重要であり、返信が迅速になされることは必ずしも必要ではない。
- ・ メール相談には手間がかかるので慎重に考えるべき。

マスメディア関係

- ・ どのような報道の在り方が良いのか悪いのか情報を出し合いながら議論することが重要であり、現場の意見や考えを聞かずに進めても机上の空論になる。

(4) その他

行政機関による自殺予防対策について、次のような意見がみられた。

【行政機関の自殺予防対策についての主な意見】

取組全般

- ・ 交通事故死者数が年間3万人を超えたら大騒ぎになると思われるが、自殺者が3万人いることについては関心が低く、対応も不十分である。
- ・ 現在の状況では、研究に力を入れるよりも、現場の活動に力を入れるべきである。7年連続して、年間自殺者が3万人を超えているということの重みを認識すべきである。
- ・ 自殺の問題を個人の問題としてではなく、社会全体の問題としてとらえた取組が必要である。
- ・ フィンランドや英国のように、自殺予防に関する国家的なプロジェクトが実行されることが重要である。
- ・ 自殺予防対策については、国全体のコントロールタワーになるようなところが必要である。国が自殺予防センター的なものを設置し、自殺予防対策に取り組む必要がある。
- ・ 行政機関が、自殺を重要でかつ予防可能な問題として位置付け、自殺予防に積極的に関わることを表明し、対策を主導することが重要である。

関係機関等の役割関係

- ・ 自殺予防の活動全般（相談、予防教育、未遂者・遺族ケア）について、行政機関が自ら実施することは効率が悪いと考えられることから、民間団体の良質な活動を支援・援助することが重要である。
- ・ 心の問題は、ボランティアでないと難しい側面もあることから、基本的な自殺防止対策は行政が主体となり、現場はボランティアが主体というような考え方で官民の連携を図ることが必要ではないか。

普及・啓発関係

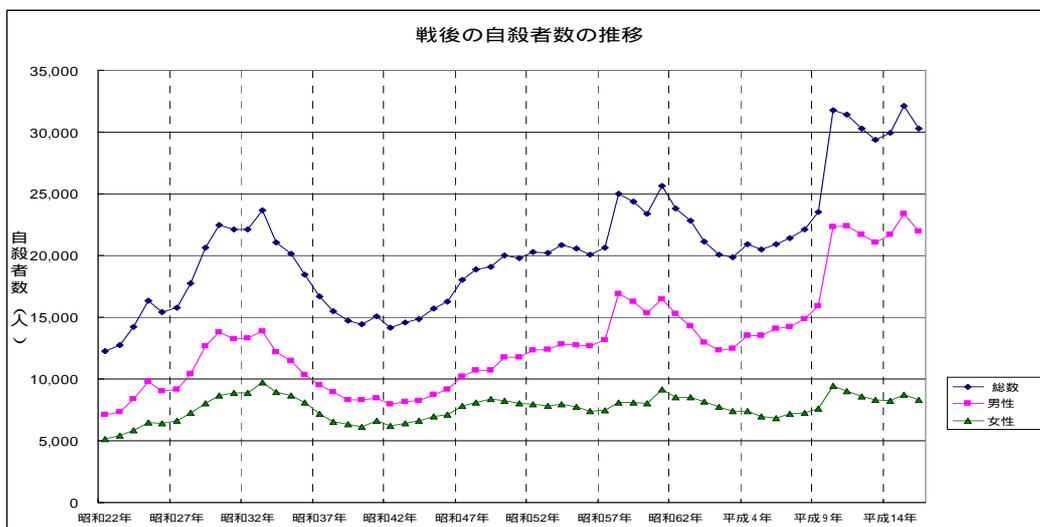
- ・ 自殺問題についての国民の意識が低いのは、身近な自殺のデータ（都道府県別、市町村別の自殺者数、自殺理由など）の公表が十分ではないためではないか。また、自殺は特殊なことや珍しいことではなく、誰もが直面しうる問題であるということをもっと国民に啓発する必要がある。

その他

- ・ 予算がなくとも実施可能な対策から優先して実施すべき。
- ・ 自殺防止のための住民の実態把握について、個人情報保護法等における、情報を他の目的に利用できる正当事由に該当するかどうかを明確にするとともに、国が統一的な指針等を示してほしい。
- ・ 精神保健福祉センターでは、職員が3年で異動するため、自殺に対処できる人材の育成は困難である。また、外部の人材を活用することは、地域に人材が少ないことなどにより難しい。
- ・ 民間団体を含む相談機関の相談窓口は、相談者にとってはまだまだ敷居が高いと思われる。
- ・ 行政及び民間機関による自殺予防対策事業の実施内容及び結果を定期的に検証・評価し、施策内容を充実させながら継続していくことが必要である。

【資料】

戦後の自殺者数の推移



年	総数	男性	女性
昭和 22	12,262	7,108	5,154
23	12,753	7,331	5,422
24	14,201	8,391	5,810
25	16,311	9,820	6,491
26	15,415	9,035	6,380
27	15,776	9,171	6,605
28	17,731	10,450	7,281
29	20,635	12,641	7,994
30	22,477	13,836	8,641
31	22,107	13,222	8,885
32	22,136	13,276	8,860
33	23,641	13,895	9,746
34	21,090	12,179	8,911
35	20,143	11,506	8,637
36	18,446	10,333	8,113
37	16,724	9,541	7,183
38	15,490	8,923	6,567
39	14,707	8,336	6,371
40	14,444	8,330	6,114
41	15,050	8,450	6,600
42	14,121	7,940	6,181
43	14,601	8,174	6,427
44	14,844	8,241	6,603
45	15,728	8,761	6,967
46	16,239	9,157	7,082
47	18,015	10,231	7,784
48	18,859	10,730	8,129
49	19,105	10,723	8,382
50	19,975	11,744	8,231

年	総数	男性	女性
昭和 51	19,786	11,744	8,042
52	20,269	12,299	7,970
53	20,199	12,409	7,790
54	20,823	12,851	7,972
55	20,542	12,769	7,773
56	20,096	12,708	7,388
57	20,668	13,203	7,465
58	24,985	16,876	8,109
59	24,344	16,251	8,093
60	23,383	15,356	8,027
61	25,667	16,499	9,168
62	23,831	15,281	8,550
63	22,795	14,290	8,505
平成元	21,125	12,939	8,186
2	20,088	12,316	7,772
3	19,875	12,477	7,398
4	20,893	13,516	7,377
5	20,516	13,540	6,976
6	20,923	14,058	6,865
7	21,420	14,231	7,189
8	22,138	14,853	7,285
9	23,494	15,901	7,593
10	31,755	22,349	9,406
11	31,413	22,402	9,011
12	30,251	21,656	8,595
13	29,375	21,085	8,290
14	29,949	21,677	8,272
15	32,109	23,396	8,713
16	30,247	21,955	8,292

(注) 1 厚生労働省の人口動態統計による。
2 総数には、性別不詳を含む。

戦後の自殺死亡率の推移

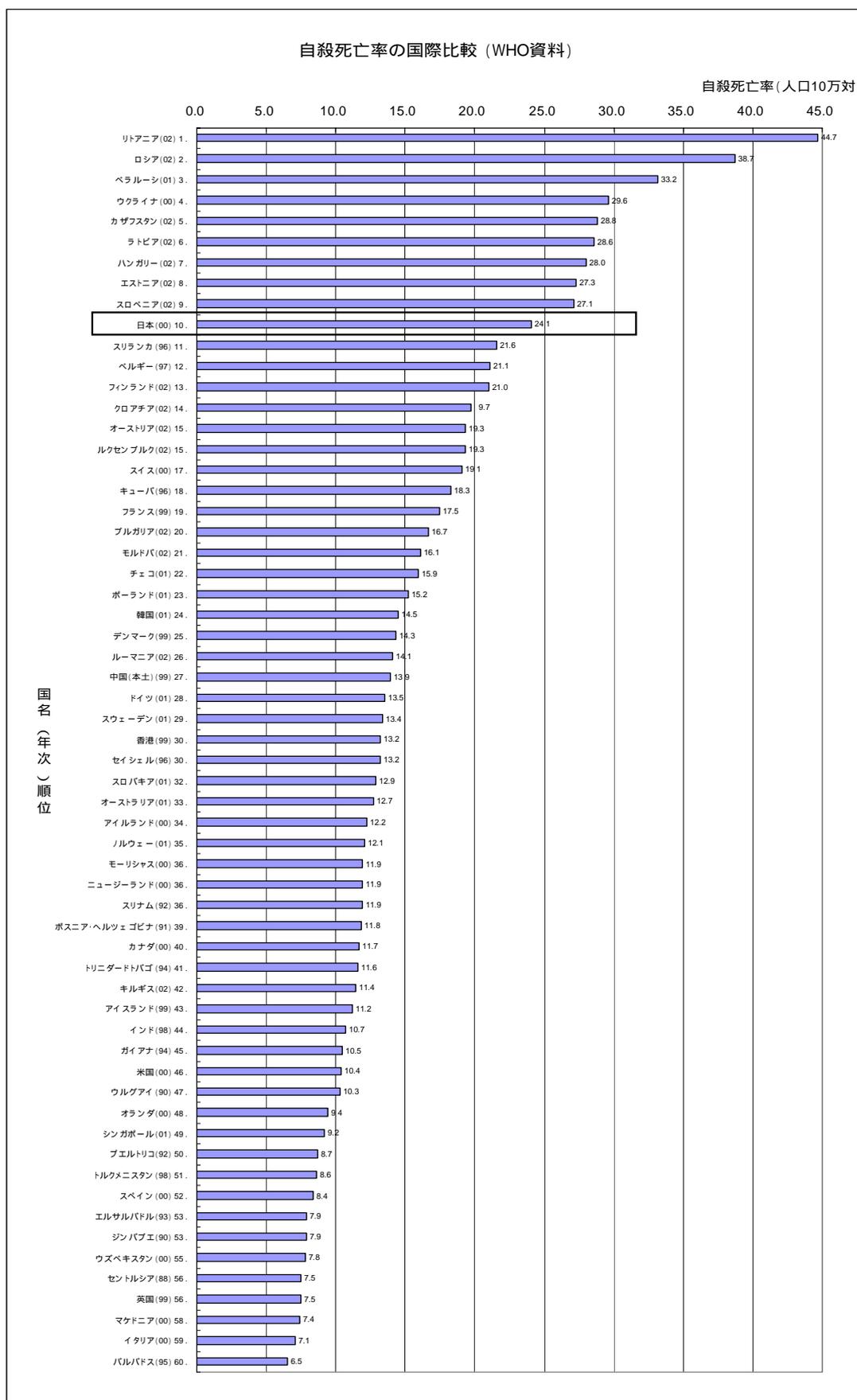


年	総数	男性	女性
昭和 22	15.7	18.6	12.9
23	15.9	18.7	13.3
24	17.4	20.9	13.9
25	19.6	24.1	15.3
26	18.2	21.8	14.8
27	18.4	21.8	15.1
28	20.4	24.4	16.4
29	23.4	29.1	17.8
30	25.2	31.5	19.0
31	24.5	29.8	19.4
32	24.3	29.7	19.1
33	25.7	30.7	20.8
34	22.7	26.6	18.9
35	21.6	25.1	18.2
36	19.6	22.3	16.9
37	17.6	20.4	14.8
38	16.1	18.9	13.4
39	15.1	17.5	12.9
40	14.7	17.3	12.2
41	15.2	17.4	13.1
42	14.2	16.2	12.2
43	14.5	16.5	12.5
44	14.5	16.4	12.7
45	15.3	17.3	13.3
46	15.6	17.9	13.3
47	17.0	19.7	14.4
48	17.4	20.2	14.8
49	17.5	20.0	15.0
50	18.0	21.5	14.6

年	総数	男性	女性
昭和 51	17.6	21.2	14.1
52	17.9	22.0	13.8
53	17.6	22.0	13.4
54	18.0	22.6	13.6
55	17.7	22.3	13.1
56	17.1	22.0	12.4
57	17.5	22.7	12.5
58	21.0	28.9	13.4
59	20.4	27.6	13.3
60	19.4	26.0	13.1
61	21.2	27.8	14.9
62	19.6	25.6	13.8
63	18.7	23.8	13.7
平成元	17.3	21.5	13.1
2	16.4	20.4	12.4
3	16.1	20.6	11.8
4	16.9	22.3	11.7
5	16.6	22.3	11.1
6	16.9	23.1	10.9
7	17.2	23.4	11.3
8	17.8	24.3	11.5
9	18.8	26.0	11.9
10	25.4	36.5	14.7
11	25.0	36.5	14.1
12	24.1	35.2	13.4
13	23.3	34.2	12.9
14	23.8	35.2	12.8
15	25.5	38.0	13.5
16	24.0	35.6	12.8

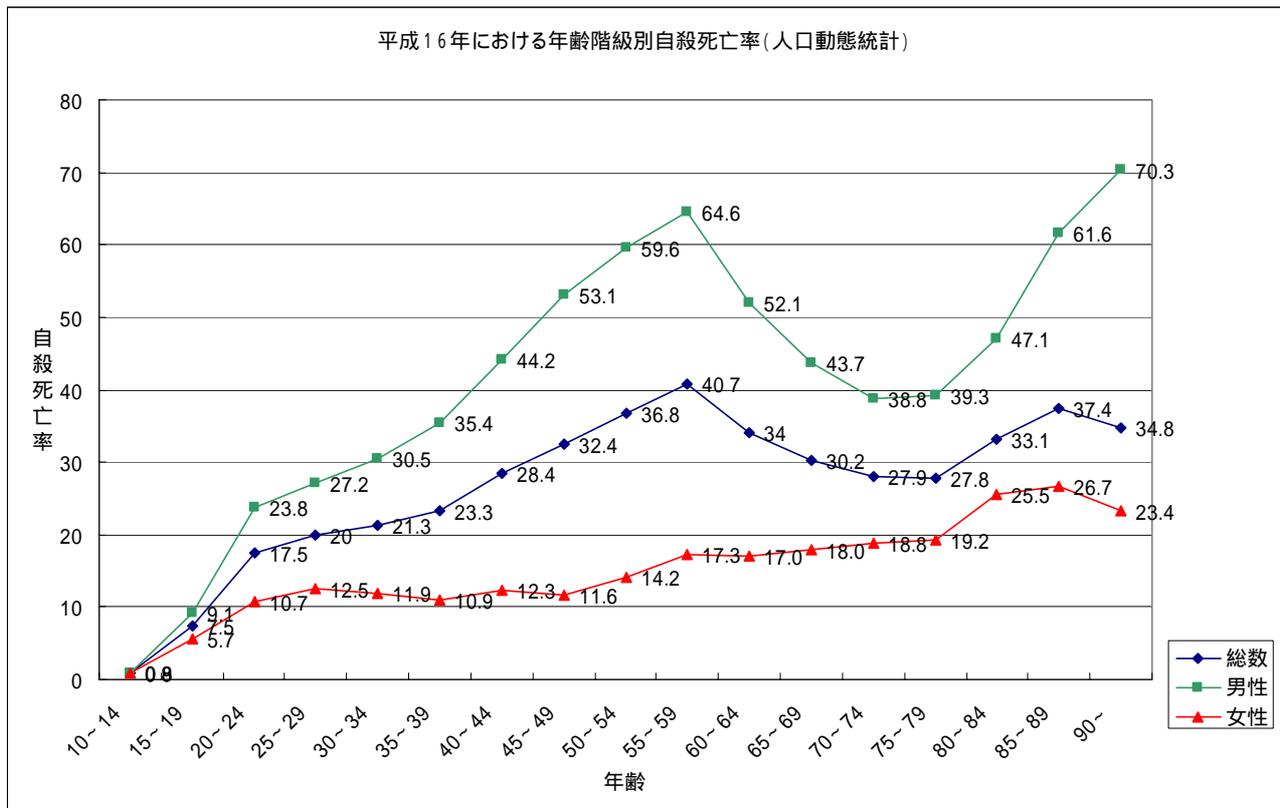
- (注) 1 厚生労働省の人口動態統計による。
 2 総数には、性別不詳を含む。

自殺死亡率の国際比較



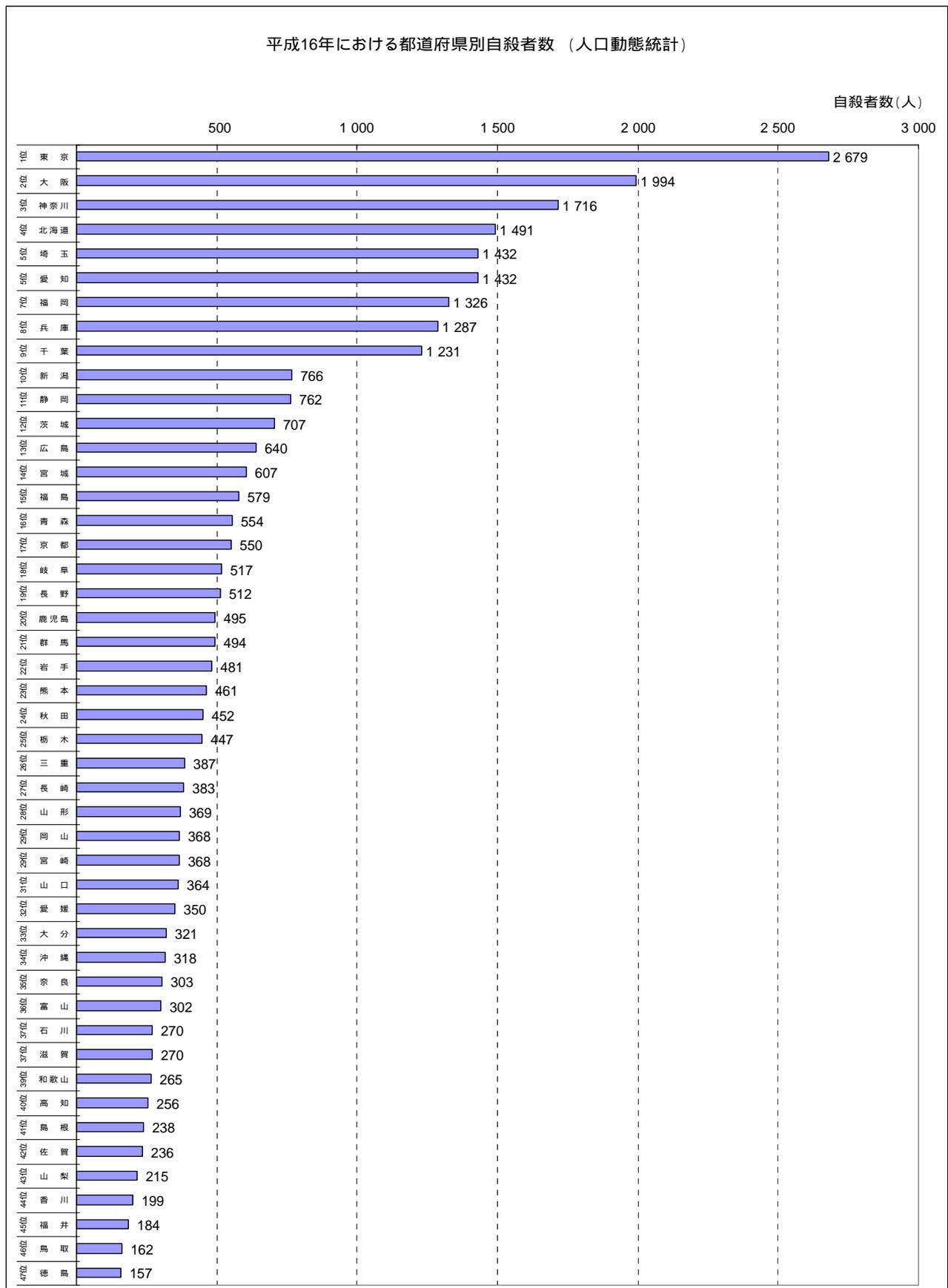
(注) WHO(世界保健機構)の資料による。

年齢階層別自殺死亡率



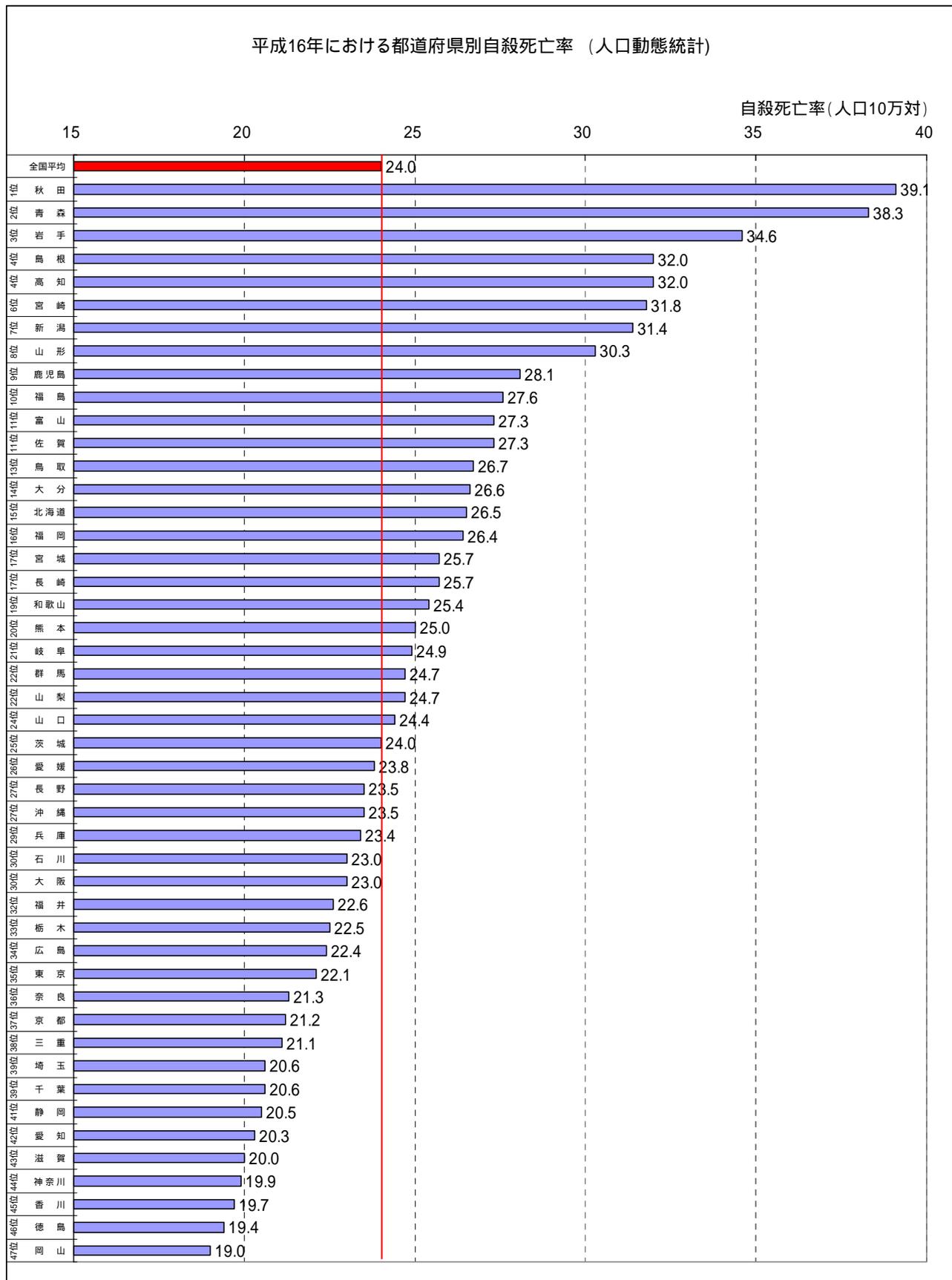
(注) 厚生労働省の人口動態統計による。

都道府県別の自殺者数



(注) 厚生労働省の人口動態統計による。

都道府県別の自殺死亡率



(注) 厚生労働省の人口動態統計による。

【参考】

自殺予防対策に関する有識者意識調査票

自殺予防対策に関する有識者意識調査



調査の目的とご協力のお願い

我が国における年間自殺者数は、厚生労働省の人口動態調査によれば、平成10年に3万人を超えて以来、ほぼ同水準で推移しており、15年には過去最高の3万2,109人となっています。これは、平成15年の交通事故死者数(7,702人：警察庁「平成15年中の交通事故の発生状況」の24時間以内の交通事故死者数)の約4倍に当たります。

人口10万人当たりの自殺率は25.5となっており、旧ソ連・東欧諸国を除く先進国の中では、最も高い状況(2000年の我が国の自殺率24.1は世界で10位：2004年WHO調べ)にあるなど、自殺者の減少に向けた早急な取組が重要かつ緊急な課題となっています。

そのような状況から、総務省行政評価局では、本年4月から「自殺予防に関する調査」を行っております。

総務省行政評価局は、行政内部にありながらも各府省とは異なる立場からの行政評価・監視の専門組織として、重要行政課題の解決促進や行政改革の推進・実行確保等を図るため、各府省の業務の実施状況等を調査し、その結果に基づき、各府省に対して勧告等を行うことにより、行政運営の改善を図る業務を行っております。

具体的には、①厚生労働省など各府省による自殺予防に関する取組がどのように行なわれているかの詳細、②全都道府県を対象とした自殺問題に関する認識や各都道府県内の地域、職域、学校等における自殺予防に関する取組事例の詳細について、当方の出先機関である管区行政評価局・行政評価事務所を通じ、実地調査を行っております。

本意識調査は、その調査の一環として、自殺予防に係る研究者や、実際に自殺予防対策を実施されている専門家等の方々に、国や地方公共団体が、自殺予防を推進するために行うべきことについての考えを中心にご意見を伺い、今後の自殺予防対策の推進に資することを目的として行うものです。

本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますようよろしくお願い致します。

【本票の扱いについて】

お聞かせいただいたご意見については、他の目的に利用することはありません。

また、次ページに記入いただく個人の所属、職名、ご氏名は一切公表いたしませんので、率直なご意見をお聞かせくださいますようお願いいたします。

(なお、「自殺予防に関してのこれまでの関わり」については、ご回答内容の分析のために利用することがありますので、ご了承ください。)

【ご不明な点についてのお問い合わせ先】

総務省

管区行政評価局(行政評価事務所) (担当: 、)

電話: () - (直通)

メールアドレス: @soumu.go.jp

【お聞きしたい事項】

お聞きしたい事項を大別すると以下の4事項です。

- 1 自殺予防対策を行政機関が強化する必要性についてのご意見
- 2 自殺の実態の把握の必要性についてのご意見
- 3 自殺又は自殺予防に関する研究についてのご意見
- 4 その他自殺予防に関連して行政機関が取り組むべきことについてのご意見

【添付資料】

資料1 「自殺予防に向けての提言」(平成 14 年 12 月 厚生労働省自殺防止対策有識者懇談会報告)

資料2 人口動態調査(自殺者数部分)(厚生労働省)

資料3 自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)(厚生労働省)

資料4 平成 15 年中における自殺の概要資料(警察庁)

所	属	
職	名	
ご	氏	名
ご連絡先電話番号		
自殺予防に関してこれまでの関わり 〔複数の関わりをお持ちの方はそれぞれにチェックしてください。〕		自殺予防、自殺問題に関する研究を行っている。 行政機関職員として、精神保健福祉業務や自殺防止対策に携わっている。 民間団体あるいは個人として、心の悩みの相談の対応等を行っている。 医師として、予防・治療に携わっている。 その他()

自殺予防対策に関する有識者意識調査票

自殺が起こる背景には、借金や健康問題を苦しめたものなど、様々な原因があると思われませんが、本調査は、自殺を考えるに至るまでの心の悩みを抱えた人に対する適切なメンタルヘルスケアの実施等、自殺を思いとどまらせる対策等について、行政機関が行うことができる直接的な自殺予防対策に関するご意見を伺います。

それぞれの質問について、当てはまるものにをつけてください。

Q1 自殺予防対策について、行政機関が取組を強化する必要があると思いますか。

- | | | | |
|---------------------------------------|---|------|-----------|
| <input type="checkbox"/> そう思わない | } | Q1-1 | にお進みください。 |
| <input type="checkbox"/> あまりそう思わない | | | |
| <input type="checkbox"/> 分からない | } | Q2 | にお進みください。 |
| <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思う | | | |
| <input type="checkbox"/> そう思う | | | |

Q1-1 行政機関が自殺予防対策を強化するべきであるとは思わないとされたのは、どのような理由からですか。

- 自殺者がある程度存在するのはやむを得ないので、自殺予防対策は特に必要ない。
- 自殺予防対策はこれまで十分図られている。
- 自殺は個人的な問題でもあり、行政機関が関与するべきではなく、また、行政機関が関与しても効果は乏しい。
- その他()

Q2 以降にもお答えください。

Q1-2 自殺予防に関する理解の推進を図る対策

自殺問題に関してタブー視したり、うつ病など心の病についての偏見が依然としてあると思われる状況の中、社会全体で自殺予防を推進していくためには、国民の理解を得る必要があるが、そのために行政機関はどのようなことを行うべきとお考えですか。お考えに近いものがあればお選びください。(複数選択可)

- 国が自殺問題やうつ病などの心の病についての偏見を取り除くことができるような方向で理解の推進が図られるようマスメディアを通じて国民向けのキャンペーンを行うことにより理解の推進を図ることが必要である。
- 国や地方公共団体が、パンフレット、リーフレット、ビデオなどの資料を積極的に地域住民に提供して、自殺問題や心の病に関する理解の推進を図ることが必要である。

- 精神保健福祉センター(各都道府県及び指定都市に各1か所設置)や保健所などが、一般住民向けの健康教室や講習会を開催することが有効である。
- 児童生徒に対して自殺予防に関する教育を行い、成長段階のうちに理解を深めるべきである。
- 家族、近隣の者、職場の周囲の者等に対し、まず、「自殺を考える人のサイン」、「うつ病のサイン」がどのようなものかについての理解の促進を図ることが必要である。
- その他
{
 - 具体的にどのような取組が必要であると考えますか。}

Q1-3 地域における住民向けの対策

地域における住民向けの自殺予防対策として、どのような取組が必要とお考えですか。お考えに近いものがあればお選びください(複数選択可)。

- 住民個人のメンタルヘルスの問題について、自分自身、家族あるいは近隣の者が相談機関や医療機関の活用など、どのように対応するべきかに関する情報提供の充実
- 自殺につながるおそれが強いと考えられているうつ病などの心の病に関するスクリーニング調査(質問票等を用い、その回答内容からうつ病に罹患していないかを判断し、そのおそれのある人には精神科医への受診を勧めるなどにより、うつ病の回復を促進させることにつながる調査)の実施
- 精神保健福祉センター、保健所など行政機関における悩みの相談受付体制の充実
 - 相談員の確保の推進
 - 相談員のスキルの向上
 - メールによる受付など手段の拡大{
 - その他に具体的にどのような相談受付体制の充実が望まれますか。}
- 「いのちの電話」、「自殺防止センター」等の悩み相談を受け付ける民間団体の相談体制の充実
 - 相談員の確保の推進
 - 相談員のスキルの向上
 - メールによる受付など手段の拡大{
 - その他に具体的にどのような相談受付体制の充実が望まれますか。}
- 相談内容から自殺をするおそれが強いと思われる場合、本人のところに赴くなど積極的に危機介入を行えるようなシステムの充実
- 悩み相談を受け付ける民間団体に対する行政機関からの支援の充実
 {
 - 具体的にどのような支援の充実が望まれると考えますか。}

- その他
（具体的にどのような取組が必要であると考えますか。）

Q1-4 職域における労働者等向けの対策

職域における自殺予防対策として、どのような取組が必要とお考えですか。お考えに近いものがあればお選びください(複数選択可)。

- 労働者個人のメンタルヘルスの問題について、労働者自身、職場の周囲の者又は労働者の家族が、職場の内外での相談窓口、産業医等医療機関の活用など、どのように対応するべきかに関する情報提供の充実
（具体的にどのような方法で情報提供の充実を図るべきと考えますか。）
- 行政機関による事業主、管理監督者に対してのメンタルヘルス指針などの情報提供の充実と同指針を遵守させる仕組みの促進(遵守事業者への表彰や措置が不十分な事業者名の公表等)
- 職場内におけるメンタルヘルスに関する相談体制の充実
相談員の確保の推進
相談員のスキルの向上
メールによる受付など手段の拡大
（その他に具体的にどのような体制整備が必要であると考えますか。）
- 勤労者心の電話相談(全国 20 か所の勤労者予防医療センター等で実施)、地域産業保健センター(全国 347 か所)の相談体制の充実
相談員の確保の推進
相談員のスキルの向上
相談受付時間帯の拡大
メールによる受付など手段の拡大
（その他に具体的にどのような整備が必要であると考えますか。）
- 問診票にメンタル面での質問事項を盛り込むなど、職場の健康診断の機会を利用したメンタルヘルスに関するチェックの実施の促進
- 産業医等に精神科医等メンタルヘルスの専門家の採用の促進
- 産業医及び看護師、保健師などの産業保健スタッフを対象とした、自殺予防に関する知識や技術の資質の向上のための研修の実施
- 精神科医や臨床心理士、カウンセラー等のメンタルヘルスの専門家による産業医等に対する支援の推進(治療が必要な患者の受け入れや、メンタルヘルスに関する技術の提供など)

産業保健推進センター、地域産業保健センター、労災病院や民間の EAP(従業員支援プログラム)団体など専門の外部組織の活用(事業主等へのコンサルティングや労働者個人への治療等)の促進

その他

具体的にどのような取組が必要と考えますか。

Q1-5 学校(小学校~高等学校)における児童生徒等向けの対策

学校における児童生徒等向けの自殺予防対策として、どのような取組が必要とお考えですか。お考えに近いものがあればお選びください(複数選択可)。

児童生徒のメンタルヘルスの問題について、家族が学校教職員(養護教員を含む。以下同じ)、スクールカウンセラーとの相談など、どのように対応するべきかに関する情報提供の充実

自殺予防につながる心の健康についての教育や自殺を身近な問題としてとらえ、その対応方法等を教えるような教育を実施すべきである。

具体的にどのような内容の自殺予防につながる教育が必要とお考えですか。

問診票にメンタル面での質問事項を盛り込むなど、学校の健康診断等の機会を利用したメンタルヘルスのチェックの促進

スクールカウンセラーの配置の充実

児童生徒の周辺で自殺が生じた場合に、的確に児童生徒をケアできるよう学校教職員、学校医、スクールカウンセラーに対する研修の実施

学校において自殺が発生した場合に、学校全体をサポートするクライシス・レスポンス・チーム(精神科医などで構成し、学校長や学校教職員に対処方法をアドバイスする組織)などを派遣するシステムの構築

教員養成課程における自殺予防につながる教育の充実の観点でのカリキュラムの導入の推進

その他

具体的にどのような取組が必要と考えますか。

Q1-6 関係機関の連携の促進

関係機関の連携方策等について、お考えに近いものがあればお選びください。

国が地域によって行われている自殺予防対策を把握し、他の地域の参考となるよう積極的に情報提供を行うことが必要である。

- 地方段階で保健福祉行政機関のみならず、医療機関や医師会、教育機関、警察、労働局、各種マスメディア等様々な関係者が特性に応じた連携を行うべきである。

想定される関係機関の参考として下表のような機関が挙げられますが、どのような機関とどのような連携を行うことが効果的とお考えですか。

【参考】

都道府県	本庁保健福祉部等、精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所 児童相談所
区市町村	保健福祉課等、住民課、保健所・保健センター、福祉事務所
医療機関	救命救急センター、医師会、病院(精神科・心療内科)、診療所、看護協会
地区組織	民生委員、保健推進員、老人クラブ、婦人会、社会福祉協議会、弁護士会
教育機関	教育委員会、教育事務所、大学
警察	都道府県本部、地元警察署、派出所
民間団体	いのちの電話、自殺防止センター、あしなが育英会、商工会
マスメディア	地元新聞社・放送局、地域有線テレビ、ミニコミ紙
産業保健	労働局、労働基準監督署、職域(企業等)

Q1-7 国や地方公共団体による総合的な対策

国や地方公共団体による総合的な対策をどのように行うべきかについて、お考えに近いものがあればお選びください。(複数選択可)。

- 健康日本 21(厚生労働省が国民の保健医療対策上重要となる課題について2010年度を目途とした目標を定めたもの)の自殺者減少の目標(2010年度までに22,000人にする)の強化
- 地方公共団体が策定する健康日本 21 地方計画における自殺者減少の目標を設定・強化することの促進
- 健康日本 21 及びその地方計画における自殺者減少の目標を達成させるための自殺予防対策の具体化
- 国の関係府省が自殺予防に関し、政府全体としての対策の方向性や内容を明確にした中長期的な方針を策定し、官民一体となって実施に取り組むことが必要である。
- 自殺防止に関する基本法の制定が必要である。(交通の安全に関しては、国及び地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、必要な体制を確立し、交通安全計画その他施策の基本を定めている交通安全対策基本法が策定されている。)
- その他
 (具体的にどのような取組が必要と考えますか。)

Q1-8 Q1-2 から Q1-7 で掲げている対策のうちどの分野の対策を強化する必要があると思いますか。特に強化する必要があると思われる対策を3つまでお選びください。

- 自殺予防に関する理解の推進を図る対策(Q1 - 2)
- 地域における住民向けの対策(Q1 - 3)
- 職域における労働者等向けの対策(Q1 - 4)
- 学校における児童生徒等向けの対策(Q1 - 5)
- 関係機関の連携の促進(Q1 - 6)
- 国や地方公共団体による総合的な対策(Q1 - 7)
- その他()

Q2 自殺の実態把握の必要性についてお聞きします。

「自殺予防に向けての提言」[資料1] (厚生労働省が設置した「自殺防止対策有識者懇談会」(座長:木村尚三郎東京大学名誉教授)が計7回の審議を経て、平成14年12月に発表した提言)では、「自殺の実態把握を正確に行うことが必要不可欠である。」としていますが、「既存の統計は、自殺の実態解明を目的とするものではなく、これらの統計からは(本人に属する要因(性格、年齢、疾患、職業等)、本人と家族や周囲の者との関係、本人を取り巻く環境等の)情報を得ることはできない。」としています。

Q2-1 自殺に関する統計について、ご覧になったことや、業務の参考にされたことはありますか。

自殺者に関する統計については、警察庁による「自殺の概要資料」(毎年公表)や厚生労働省の「人口動態調査」(毎年刊行)、「自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)」(平成に入ってから、2、11、17年に刊行)などがありますが、これらの統計について、ご覧になったことや、業務の参考にされたかについて、該当するものを で囲んでください。
(いずれも、資料として添付していますので、ご参照ください。)

Q2-1A 次の統計をご覧になったことがありますか。(冊子、記事、ホームページの別を問わない。)

統計名	全国版		都道府県分のみ	
	ある	ない	ある	ない
人口動態調査(自殺者数部分)[厚生労働省]資料2	ある	ない	ある	ない
自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)[厚生労働省]資料3	ある	ない	ある	ない
平成15年中における自殺の概要資料[警察庁]資料4	ある	ない	ある	ない

(注)いずれも、都道府県分は、各都道府県及び都道府県警察が公表したもの。(ただし、一部の都道府県では公表していない。)

Q2-1B ご覧になった統計は業務の参考になりましたか。

統計名	全国版		都道府県分のみ	
	なった	ならない	なった	ならない
人口動態調査(自殺者数部分)[厚生労働省]	なった	ならない	なった	ならない
自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)[厚生労働省]	なった	ならない	なった	ならない
平成15年中における自殺の概要資料[警察庁]	なった	ならない	なった	ならない

(注)前と同じ

【Q2-1Aで自殺の統計をご覧になったことがあるとされた方にお聞きします。】

Q2-2 自殺の実態が十分に把握されていないという指摘がありますが、Q2-1で掲げた統計をご覧になって、どのようなお考えを持たれますか。

- 現状の統計などによる実態把握で、おおむね自殺予防対策の推進には十分である。
 - 現状の統計が自殺予防対策の推進ために十分か否か、どちらともいえない。
 - 現状の統計などでは、自殺予防対策を推進するには不十分である。(**Q2-3** へお進みください。)
- } **Q3** へお進みください。

【Q2-2で現状の統計では不十分とお考えの方にお聞きします。】

Q2-3 自殺の実態を把握するに当たり、どの点が不十分と思われますか。

- 現状の統計の把握事項、公表状況等について、充実・改善すべき事項がある。
⇒ 例えば、下記のようなことが考えられますが、お考えに近いものがあればお選びください。(複数選択可)
- 厚生労働省による「自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)」などは、都道府県ごとのデータが中心であり、市町村ごとなどのデータが公表されれば、専門家が自殺予防対策を検討する上で有効である。(現行の公表は都道府県単位で、それ以下のエリア単位のものには公表されていない。)
- 厚生労働省の「自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)」については、作成頻度を多くすべきである。(平成になって作成されたのは、2年、11年、17年の3回、17年は概要のみ公表済)
- 厚生労働省の「自殺死亡統計(人口動態統計特殊報告)」の把握項目について項目を追加する必要がある。「自殺死亡統計(平成17年)」で新たに追加された項目は、曜日別、時間別自殺者数の統計
〔 具体的にどのような事項が必要であると考えますか。 〕
- 都道府県警察によっては、当該都道府県内の自殺者に関するデータについて、一部分しか公表していないところがある。警察でしか把握できないデータもあり、また、県民の自殺問題の認識を高めるためにも、身近なデータである都道府県内のデータについては、公表を促進するべきである。
- 警察庁の統計に関し、自殺の原因・動機について、例えば、「健康問題」としてひと括りにされているが、身体疾患を苦しめたものか精神疾患に悩んでいたのか不明である等、自殺予防対策が行いやすいよう、より細かな分類を行うべき事項がある。
〔 具体的にどのような事項が必要であると考えますか。 〕
- 自殺に至るまでには、様々な要因や背景が複雑に存在していると思われるが、既存の統計の把握事項では、詳しい要因や背景を解明する上では不十分であるので、例えば、既遂者に対する専門家による調査を行うような取組を検討するべきである。
- 自殺既遂者の5~10倍いると言われる自殺未遂者の実態を把握しなくては、十分な自殺予防対策を実施することができないと思われるので、自殺未遂者数やその自殺未遂理由等のデータを収集

する仕組みを構築すべきである。

- その他
具体的にどのような事項が必要であると考えますか。

Q3 自殺についての研究は、多くの研究機関や研究者によって行われていますが、これについて以下の問いにお答えください。

Q3-1 これまで読まれたことがある研究結果のうち、業務の参考になったり、活用できると思われる研究結果はありましたか。

- あった。(**Q3-1A** に進んでください。)
 なかった。(**Q3-1B** に進んでください。)

Q3-1A どのような研究結果が、業務の参考や活用できると思われましたか。(複数回答可)

- 自殺の統計分析による研究
 うつ病の分析などの精神医学的研究
 自殺事例の実態把握
 スクリーニングの実施などによる地域的な研究
 職域における労働者の自殺予防対策の実施状況等に関する研究
 学校における自殺予防教育実施状況等に関する研究
 いのちの電話など、各種の相談や遺族ケア、未遂者ケアなどを実施している団体等の活動状況に関する研究
 各種相談内容の分析
 外国における先進事例に関する研究
 その他 (具体的にどのような研究が、業務の参考や活用できると考えますか。)

Q3-1B なぜ、参考にもならず、活用もできなかったのですか。(複数回答可)

- 参考となる分野の研究が行われていない。
 どのような研究が行われているのかが分かりにくい。
 研究結果の入手が困難である。
 研究内容が抽象的で、自殺予防対策に反映しにくい。
 活用する機会がない。

- その他 ()

【すべての方にお聞きします。】

Q3-2 今後、自殺予防対策を推進していくために、どのようなテーマの研究が必要と
思いますか（複数回答可）。

その中で、特に公的な研究機関（国、地方公共団体、特殊法人等に属する研究機関）
が研究すべきとお考えのテーマについては、テーマに を付してください。

- 自殺の統計分析による研究
- うつ病の分析などの精神医学的研究
- 自殺に関する疫学的研究
- 自殺事例の実態把握
- スクリーニングの実施などによる地域的な研究
- 職域における労働者の自殺予防対策の実施状況等に関する研究
- 学校における自殺予防教育実施状況等に関する研究
- いのちの電話など、各種の相談や遺族ケア、未遂者ケアなどを実施している団体等の活動状
況に関する研究
- 各種相談内容の分析
- 外国における先進事例に関する研究
- その他 (具体的にどのような研究が、必要であるとお考えですか。)

Q3-3 今後、研究について行政としてどのような取組が必要であるとお考えですか。

- 研究内容及び体制の充実
- 公的研究機関の強化
- 民間研究機関の支援の充実
- 官民研究機関の連携強化
- 研究成果の活用の推進
- 研究成果の収集、情報提供を一元的に行うデータベースの設置、支援
- 各研究機関における成果のホームページ等での公表の推進
- 自殺予防対策に関わる国、地方公共団体における情報の共有化
- その他 (具体的にどのような取組が必要であるとお考えですか。)

Q4 そのほか、自殺予防に関連して、以下の点についてお伺いいたします。

Q4-1 自殺のハイリスク者の中で、自殺未遂者は、再び自殺を企図する可能性が高いと言われていますが、行政機関において、未遂者の実態把握が十分に行われていない状況の中、行政機関はどのような対策を実施すべきと思いますか。実施すべきと思われる対策をチェックしてください。（複数回答可）

- 自殺未遂者数の把握や、自殺未遂の原因を分析するための仕組みを構築することが必要である。
- 自殺未遂者は、再度自殺を企図する可能性が高いので、救命救急センター等自殺未遂者の治療を行った医療機関は、自殺未遂者に関する情報を精神科医や精神保健福祉センター等の地域の精神保健機関や担当する産業医に提供し、要観察者としてケアする仕組みが必要である。
- 自殺未遂者のケアを実施している民間団体に対し、場所を提供したり関連情報を提供したりすることで、団体の活動を支援する。
- 未遂者同士が、同じ立場で話し合うことで心を癒す「語らいの場」を、公的機関が設置する。
- その他 { 具体的にどのような取組が必要と考えますか。 }

Q4-2 行政機関における遺族に対するケアがほとんど行われていない現状において、行政機関はどのような対策を実施すべきと思いますか。実施すべきと思われる対策をチェックしてください。（複数回答可）

- 遺族同士が、同じ立場で話し合うことで心を癒す「語らいの場」を、民間団体などが設置しているが、これを公的機関も設置する。
- 「語らいの場」を設置している民間団体に対し、場所を提供したり関連情報を提供したりすることで、団体の活動を支援する。
- 「語らいの場」を設置している民間団体をホームページ等で紹介し、「語らいの場」を求める遺族に情報を提供する。
- 遺族からの相談を受け付ける窓口を設置し、専門家によるカウンセリングを行う。
- 現状では、遺族を傷つける言い方をしたり、また、どう接していいかわからないという意見があるので、行政機関は、「遺族に対する接し方」を普及させるべきである。
- その他 { 具体的にどのような取組が必要と考えますか。 }

Q4-3 最近、インターネットの掲示板を通じて、面識のない者が、自殺願望を有するという共通点で集団自殺する事件が多発しています。

このような状況の下、行政機関はどのような対応をすべきだと思いますか。実施すべきと思われる対策をチェックしてください。(複数回答可)

- 自殺を助長するような書き込みができるサイトは、自殺幫助の罪などにより告発し、積極的に取り締まる方策を採るべきである。
- いわゆる「自殺」サイトは、自殺を助長することがある反面、自殺願望を吐露することにより、自殺を思いとどまることもあるので、一概に規制すべきではなく、サイト管理者に対し、自殺を助長する書き込みを禁止するなどの措置を取るよう指導する程度でよい。
- 表現の自由があるので、取り締まるのではなく、行政機関側が「自殺予防サイト」を開設し、自殺願望者の思いを吐露する場(掲示板)を設置すべきである。
- 掲示板に留まらず、精神衛生等の専門家によるメール相談を積極的に実施するべきである。
- メール相談を行う民間団体の活動を支援するべきである。
- マスコミがネット自殺をセンセーショナルに扱うことが、連鎖につながっていると考えられるので、マスコミに対し、自殺を助長するような表現(詳しい手段の掲載など)を避けるよう要請すべきである。
- その他 (具体的にどのような取組が必要と考えますか。)

以上のほか、行政機関の自殺予防対策について、ご意見がございましたら、下欄にお書きください。

御協力ありがとうございました。

自殺予防対策に関する有識者意識調査票

添 付 資 料

自殺防止対策有識者懇談会報告

「自殺予防に向けての提言」

平成14年12月

自殺防止対策有識者懇談会

目 次

「自殺予防に向けての提言」

はじめに（自殺防止対策有識者懇談会設置の経緯と趣旨）	1
第1章 自殺の現状と自殺予防対策の必要性	
第1節 自殺の現状	2
第2節 自殺の背景	2
1．自殺増加の時代背景	
2．自殺に至る心理	
第3節 なぜ、自殺予防対策を実施するのか	4
第2章 自殺予防対策	
第1節 自殺予防対策の目的	5
第2節 自殺予防対策の理念及び視点	5
第3節 自殺予防対策	
1．実態把握	7
2．普及・啓発や教育	
(1) 心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発	7
必要性	
セルフケア	
セルフケアの支援	
普及・啓発の実施	
(2) 児童・思春期における留意事項	9
心の形成を重視した教育と心の健康問題に関する	
正しい知識の普及・啓発	
自殺予防教育の可能性	
3．危機介入	
(1) うつ病等対策	9
必要性	
自殺の危険性が高い人の家族や周囲の者の役割	

危機介入し得る専門家等	
精神科医等とかかりつけ医・産業医	
危機介入し得る専門家等の資質向上の方法	
地域における体制づくり	
職域における体制づくり	
ア．職場における心の健康づくり対策	
イ．心の健康づくり計画の策定と推進	
ウ．管理監督者や産業保健スタッフ等の知識・対応技術の 向上	
エ．職場復帰の支援	
オ．事業場外の心の健康づくり相談体制の整備	
地域と職域の連携	
(2) 児童・思春期における留意事項	15
心の健康問題への専門的な相談・支援体制の充実	
学校における相談・支援体制の充実	
(3) 電話による危機介入の充実	15
(4) 手段からみた自殺予防	16
4 . 事後対策～自殺未遂者や自殺未遂者・死亡者の家族、友人等の周囲の者 に対する相談・支援～	16
必要性	
地域等における相談・支援体制	
児童・思春期における留意事項	
5 . その他	17
(1) 報道・メディアに望まれること	
(2) 自殺の社会経済的影響	
(3) 自殺予防対策の推進	
おわりに	19
(自殺防止対策有識者懇談会 構成員)	20
(検討経過)	21
(「自殺防止対策有識者懇談会」の開催等について)	22

資料編)

自殺の現状	1
1 . 自殺による死亡数、死因順位	
2 . 性別年齢別自殺死亡率・年次推移	
3 . 出生コホート別年齢階級別自殺死亡率	
4 . 性別年齢別都道府県別自殺死亡率	
5 . 自殺の原因・動機	
6 . 職業別自殺死亡数・自殺死亡率	
7 . 性別年齢別配偶者関係別自殺死亡率	
8 . 自殺と精神医学的要因	
9 . 援助希求行動・受診行動	
10 . 児童・思春期 ~ 自殺死亡率年次推移	
11 . 児童・思春期 ~ 親の自殺死による子どもへの心理的影響	
12 . 中高年男性	
13 . 自殺の社会経済的影響	
14 . いのちの電話相談	
15 . 抑うつ状態・うつ病	
16 . 各国の自殺死亡率	
海外等における自殺予防対策	9
1 . フィンランドの自殺予防対策	
2 . 米国のうつ病の教育・啓発事業	
3 . 米国のうつ病のスクリーニング事業	
4 . 英国のうつ病対策キャンペーン	
5 . スウェーデンの自殺予防対策	
6 . オーストラリアの自殺予防対策	
7 . 新潟県松之山町の自殺予防対策	
引用文献	11

はじめに（自殺防止対策有識者懇談会設置の経緯と趣旨）

自殺は、すべての国民にとって起こり得る問題である。

我が国における自殺による死亡数（厚生労働省人口動態統計）は、平成9年には23,494人であったものが、平成10年には3万人を超え、その後も横ばいの状態である。急増の原因は、主として、中年男性の自殺死亡数の増加であるが、問題はこれにとどまらない。高齢者の自殺は、我が国においては、従来から多く、加速する高齢化の進行とともに、ますます懸念される問題となっている。また、児童・思春期の自殺に関しては、自殺についての報道や、友人・有名人等の自殺に影響を受けやすく、少子化社会の中での大きな課題となっている。

このように、自殺は、全ての国民にとって、身近に存在し得る問題である。また、自殺は、本人にとってこの上ない悲劇であるだけでなく、家族や周囲の者に大きな悲しみや困難をもたらすと同時に、社会全体にとっても大きな損失である。このため、効果的な予防対策を実施することは緊急の課題となっている。

自殺の原因については、統計上、健康問題、経済・生活問題、家庭問題が上位を占めるが、実際には、人生観・価値観や地域・職場のあり方等、統計には現れないさまざまな社会的要因も影響している。さらに、近年の自殺増加の背景には、「生きる不安」や「ひとりぼっち（孤独感）」の状況が存在している。これらは、他の先進諸国と同様、堅固な価値観や将来への明るい展望を見失いがちな転換期である現代に特徴的なものであるといえる。

このため、自殺予防対策を推進していくに当たっては、このような自殺を取り巻く問題を考慮し、うつ病等対策などの精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会的、文化的、経済的観点等からの、多角的な検討と包括的な対策が必要となる。

本懇談会は、自殺予防の基本的な考え方についての提言を行うとともに、社会全体として自殺予防に取り組む契機とすることを目的に発足し、今年2月以来7回にわたり、自殺や自殺予防対策の現状と、今後取り組むべき自殺予防対策について、多角的な検討を重ねてきた。検討に当たっては、身近に自殺した人がいる方々の意見や、地

域での予防活動、経済学的研究、実態調査研究についての報告等を聴取する機会も設けた。

今年 8 月には、自殺予防対策の理念や、早急に取り組むべき自殺予防対策を中心とした「中間とりまとめ」を公表した (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0813-1.html>)。その後、自殺の原因、背景の捉え方等について、さらに検討を進め、今般、「自殺予防に向けての提言」をとりまとめたので、ここに報告する。この提言が、多くの国民、専門家、関係者等の目に触れ、国民の心の健康の保持・増進、そして、自殺予防の契機となることを切に願うものである。

第 1 章 自殺の現状と自殺予防対策の必要性

第 1 節 自殺の現状

厚生労働省人口動態統計によると、自殺死亡数は、平成 9 年の 23,494 人(男性 15,901 人、女性 7,593 人)から平成 10 年に 31,755 人(男性 22,349 人、女性 9,406 人)と急増した。平成 13 年の人口動態統計によると、自殺は、死因の第 6 位、男女別に見ると、男性で第 6 位、女性で第 8 位となっている。近年の自殺の急増は、45～60 歳の中年男性の自殺死亡数の増加によるところが大きい。

自殺の原因・動機としては、健康問題が最も多く、経済・生活問題、家庭問題がこれに続く(警察庁「自殺の概要」)。特に、平成 9 年及び 10 年においては、経済・生活問題、勤務問題を動機とした自殺や無職者の自殺が顕著に増加している。一方、生命的危険性の高い手段により自殺を図ったものの、幸い救命された者について、うつ病、統合失調症(精神分裂病)及び近縁疾患、アルコールや薬物による精神や行動の障害等の精神疾患を有する者の割合が 75%で、中でもうつ病の割合が高いと報告されており、自殺は、精神疾患と強い相関関係があることが示唆されている。

第 2 節 自殺の背景

1. 自殺増加の時代背景

現在、幸せの「ものさし」が変わってきており、物質的豊かさを求めるという時代は終わりつつある。所得・生活水準の向上により、物質的欲求は満たされつつある一方、生きる意味・希望といった精神面での欲求が満たされ難くなっている面もある。また、職場や地域においては、人と人とのつながりや絆が薄れ、仲間作りが

困難な状況となっていることも多い。生きる不安や孤独感を抱え、誰にも相談できないような状況になると、さらに大きな精神的苦痛がもたらされる。さらに、社会環境が大きく変化し、これまでの堅固な価値観が失われる中、この変化にどう適応するのかという現代人の心の悩みは大きい。一方で、長びく不況を背景として、将来に対する漠然とした不安も広がっている。このような大人のストレスは、家族内で子どもにも長期的に深刻な影響を及ぼすことも懸念される。

自殺死亡数を急増させた中年男性一般に目を向けると、いわゆる「中年危機」問題がある。長年、社会生活を送る中、自らの能力の限界や行き詰まりを感じ、また、健康上の問題も顕在化してくる。さらに、子どもの自立、配偶者との関係の変化、親の病気や死等、家族の問題も重なる時期であることから、心の健康問題を抱えやすい。また、男性は女性に比べて相談すること自体が恥ずかしいと考え、相談することについて抵抗感が大きく、問題を深刻化しがちであるという指摘もある。

2．自殺に至る心理

人が自殺に至るまでには、さまざまな背景と複雑な心理的過程がある。自殺の真の理由を知ることは難しい。また、自殺を自由意思の現れや個人の選択として捉える見方もある。しかし、自殺した者の心理を分析していくと、自殺を自ら選んだのではなく、追い詰められ、どこにも行き場がなくなり、唯一の解決策が自殺しかないという状態に追い込まれる過程が見えてくる。さらに、社会的なつながりの減少や自分が生きていても役に立たないという意識、いわゆる役割喪失感から、危機的な状況にまで追い込まれてしまう過程、あるいは逆に、役割を背負いすぎて、耐えきれなくなるといった過程も明らかになる。また、このような過程でうつ病を発症し、正常な判断ができなくなることも多い。自殺は、自由意思に基づく行為というよりは、いわば「追い込まれての死」であると考えられる。

このような状態に追い込まれる前に周囲の人に相談できれば、また、追いこまれても、“もう死んでしまいたい”という本人のサインに周囲の人が気づくことができれば、自殺に至ることを回避することができると思われる。

自殺のリスク（高橋祥友委員：「自殺のサインを読みとる」）

- 1) 自殺未遂歴 : 自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応等を検討。
- 2) 精神疾患の既往 : 気分障害、統合失調症、人格障害、アルコール依存症、薬物依存症等。
- 3) サポート不足 : 未婚者、離婚者、配偶者との別離。近親者の死亡を最近経験。
- 4) 性別 : 自殺既遂者：男 > 女 自殺未遂者：女 > 男
- 5) 年齢 : 年齢が高くなるとともに、自殺死亡率も上昇する。
- 6) 喪失体験 : 経済的損失、地位の失墜、病気や外傷、近親者の死亡、訴訟を起こされる等。
- 7) 自殺の家族歴 : 近親者に自殺者が存在するか？（知人に自殺者を認めるか）
- 8) 事故傾性 : 事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない。慢性疾患に対する予防あるいは医学的な助言を無視する。

第3節 なぜ、自殺予防対策を実施するのか

自殺は、本人にとってこの上ない悲劇であるだけでなく、家族や周囲の者に計り知れない大きな悲しみや困難をもたらすものである。また、社会全体にとっても大きな損失となる。したがって、効果的な予防対策を実施することは緊急の課題である。

精神科医の臨床経験によると、「自殺したい」と訴える人は、「死にたい」と言いながらも「生きたい」という気持ちとの間を非常に激しく揺れ動いており、深い苦しみや不安を抱えている。また、うつ病を発症して、死にたい気持ちが出てきた人であっても、治療が効を奏し、死にたい気持ちが消えてしまうことが多い。このように、「死にたい」という人を救う方策は存在しており、これに基づき、自殺予防対策を行う必要がある。

自殺は、周囲の者にもさまざまな影響を与える。特に、子どもの自殺は、家族や友人に長期間にわたる精神的な影響を与え続け、また、親の自殺は、子どもの心に大きな傷や自責感を残すことも多い。「あしなが育英会」で活動する自殺死亡者の遺児の一人が、「他の人に自分達と同じような苦しみはさせたくない。そういう思いか

ら、自殺者を減らしたいという思いに駆り立てられて、ずっと自殺予防のための活動をやってきました。」と語ったように、家族や周囲の悲しみや苦しみは計り知れない。このような不幸な事態を防ぐ意味で、自殺予防対策の必要性は大きい。

第2章 自殺予防対策

第1節 自殺予防対策の目的

自殺予防対策の最終的な目的は、各年齢において自殺死亡率を減少させることであるが、そのためには、後述するさまざまな対策の積み重ねが必要である。これらの対策を一つ一つ進めることにより、自殺死亡率の減少とともに、すべての人々がより健康で暮らしやすく、生きがいを持てる社会の実現が図られることとなる。

(参考)

平成12年(2000年)に策定された「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」においては、平成22年(2010年)までに自殺による死亡数を2万2千人に減らすこと、また同年に策定された「健やか親子21」においても、10代の自殺死亡率を減少することが、目標として設定されている。

第2節 自殺予防対策の理念及び視点

自殺予防対策の実施に当たり、自殺を考えている人がどういう状況にあるかということを理解する努力が必要である。自殺を考えている人は、同時にいかに生きるかを考えているといわれており、自殺を考えている人を含めてすべての人々に対し、生きる勇気と力を取り戻させるような支援体制や環境をつくっていくことが重要である。一人ひとりが社会や他者とのつながりを持つための支援、自殺を考えている人への適切な支援、不幸にして自殺が行われた場合の周囲の者に対する適切な支援等を進めると同時に、これらの支援が円滑に行われるような環境づくりが必要である。

また、生命の尊さや生きることの意味を考え、生きる誇りと自信を育てる教育や心の健康問題に関する正しい知識の普及・啓発等、心の健康の保持・増進に関する取組も重要であることは言うまでもない。さらに、自殺死亡者の増加には、「生きる不安」や「ひとりぼっち(孤独感)」の状況が背景にあることから、人の心が豊かに育ち、交流することができるような、人と人との絆を重視した「温かな社会づくり」が必要である。たとえば、「生きることを支える」ということを共通のテーマにして、地域

の健康づくり活動を発展させた仲間づくり、参加意識・役割意識を育てるような地域活動等、生きる力を取り戻せるような活動も要求されている。

自殺を効果的に予防していくためには、自殺の実態を継続的に把握しつつ、多角的な視点から対策を検討する必要がある。

実施主体について

- ・国民、保健医療福祉関係機関、教育関係機関、マスメディア、事業者団体、労働組合、事業場、ボランティア団体、国及び地方公共団体等がそれぞれの特性を活かして役割分担を図りつつ、相互の連携を重視する視点

対象者について

- ・自殺を考えている人や、自殺未遂者、その家族・友人等の周囲の者、さらに自殺死亡者の家族・友人等の周囲の者、各々のニーズに応じた支援と環境づくりを行う視点
- ・国民各層に対し、心の健康問題に関する正しい理解を普及・啓発する視点

対策を行う場について

- ・個人に対する対策にとどまらず、家族・地域・職場での支援、環境づくり等、社会全体で対策を実施していく視点

原因を踏まえた対策の在り方について

- ・実態調査等により自殺の背景・原因を十分に明らかにしつつ、適切に対策を企画する視点
- ・自殺の背景として重要な「うつ病」に関する対策の推進等を含め、自殺の背景・原因に応じて対策を実施していく視点

段階別の予防対策について

- ・予防医学で用いられる一次、二次及び三次予防の考え方と同様に、自殺の原因等を評価し、自殺の蓋然性が低い段階でその予防を図ること（普及・啓発や教育：プリベンション）、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（危機介入：インターベンション）、不幸にして自殺が生じてしまった場合に他の人に与える影響を最小限とし、新たな自殺を防ぐこと（事後対策：ポストベンション）の3つの段階に応じ、対策を実施する視点

第3節 自殺予防対策

1. 実態把握

自殺予防に役立つかたちで、自殺の実態把握を正確に行うことが必要不可欠である。自殺の背景は複雑であり、本人に属する要因（性格、年齢、疾患、職業等）、本人と家族や周囲の者との関係、本人を取り巻く環境が複合的に関係していると考えられる。しかし、既存の統計は、自殺の実態解明を目的とするものではなく、これらの統計からはこのような情報を得ることはできない。

このため、自殺の実態を正確かつ継続的に把握するための調査研究が必要である。たとえば、自殺の実態把握に特異的な方法として、自殺死亡者の「心理学的剖検」という専門的な調査方法があるが、この方法については、得られる調査結果の質、プライバシーの確保、調査対象者となる自殺死亡者の家族や周囲の者の負担等、多角的に有用性や実施方法等の観点から検討を続ける必要がある。また、自殺未遂者のうち、救命救急センターで診療を受けている者は、高度な医療によりようやく救命された者が主であるため、その実態は自殺死亡者ときわめて類似しており、自殺の実態を把握できる調査対象者となり得る。他に死体検案の情報を基にした法医学領域での調査や、死亡票の活用等も考えられる。

全国的な実態把握を効率良く行うには、国立の研究機関等が中心となって、精神保健福祉センター、保健所、救命救急センターを含む医療機関、事業場、医師会等との連携により多角的に進めていくことが必要であると考えられる。同時に、地域により自殺の実態が異なることから、地域の実情に応じた自殺予防のための組織づくりも念頭に置き、地域の把握を行うことも必要である。

2. 普及・啓発や教育

(1) 心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発

必要性

うつ病等の心の健康問題やそれに起因する自殺の問題は、誰もが抱え得る身近な問題であり、こうした点を国民一人ひとりが認識することは、自殺予防にとって重要である。自殺問題は、どこの国でもタブーとされる傾向にあるが、タブーとして蓋をせず、これを正面からとらえ、その正しい理解の普及・啓発に力を入れ

ることが重要である。

自殺の危険性が高い人々に対する対策(ハイリスクアプローチ)に加え、国民全体に働きかけること(ポピュレーションアプローチ)は、国民全体の自殺のリスクを下げるという意味で効果的と考えられる。つまり、ハイリスクと考えられていない大多数の者にも全く自殺のリスクがないわけではなく、結果的に自殺を選んでしまう者も、この大多数の集団の中に多く存在するからである。

セルフケア

国民一人ひとりが心の健康問題の重要性を認識するとともに、過剰なストレス等の心の健康問題を抱えた場合に、自ら気づき、適切に対応できることも、自殺予防にとって重要である。そのためには、自ら心の健康に関心を持ち、問題が生じた場合には、家族や周囲の者に相談したり、悪化する前に地域・職域の適切な機関(保健所、精神保健福祉センター、児童相談所、市町村、医療機関、学校、事業場、労災病院、産業保健推進センター、地域産業保健センター等)に相談したりするように普及・啓発を行うことが必要である。

セルフケアの支援

心の健康問題を抱えた場合に気軽に相談できるように、地域・職域の相談機関、相談方法等が周知されるような取組を、平素から各機関は心がける必要がある。特に、心の健康問題を抱えた際に、専門家である精神科を受診することに抵抗感のある者が多いことから、精神科プライマリケアを普及し、気軽に受診できるような環境づくりが必要である。また、本人が相談し難い場合には、家族や周囲の者による適切な対応が必要である。さらに、地域におけるサポートグループの活動等身近な支援体制の活用も考えられる。

普及・啓発の実施

心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発に当たっては、地域・職域における健康診断や健康教育の機会、「いのちの日(12月1日)」、ポスター、パンフレット、インターネット等、あらゆる手段を活用することが必要である。

(2) 児童・思春期における留意事項

心の形成を重視した教育と心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発

自殺予防を発達や成長の観点から考えた場合、子どもの頃から、自分らしさを確立し、自らの困難や挫折、ストレス等を克服し適切に対処する力を養う必要がある。その一方で、他の人を支援し、他の人と関わり合い、ともに助け合って生きる「共助の感覚」を培うことも大切である。また、生命の尊さや生きることの積極的な意味を考え、生きる誇りと自信を育てるなど心の形成を重視した教育や心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発も必要である。これらは、家庭環境や学校環境の中で培われるものであり、さまざまな機会や手段を通じて教育の充実を図ることが必要である。これらが、心の健康問題に対する偏見の解消にもつながることとなる。

自殺予防教育の可能性

学校等児童生徒を取り巻く環境において、自殺予防を直接の目的とする教育に取り組む必要があるとの指摘がある。例えば、欧米では、自殺予防の教育が子どもの段階から学校で行われている国もある。その主な内容は、自殺の実態について知る、自殺につながるような危険な状態が、人生の中で起こり得ることを知る、友人の自殺の危険に気づいた時の対処法をロールプレー等の手法を用いて考える、地域にどのような関係機関があるかを知る、等（高橋祥友委員「青少年のための自殺予防マニュアル」）である。我が国における取組を検討する上で、このような海外の取組も参考としていくことが望まれる。

3. 危機介入

(1) うつ病等対策

必要性

自殺の危険性（リスク）が高い人を早期に発見し、危機介入するという取組（ハイリスクアプローチ）により、目に見える効果が期待できると考えられる。自殺死亡者にうつ病を患っている者が多いこと、うつ病の治療法が確立されていること、一部の地域では、うつ病等の問題を持つ者への対策により自殺予防に一定の効果을あげていることから、こうした事例も参考にしつつ、早急にうつ病等への対策の充実に取り組むべきである。

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

【周りからみてわかる症状】

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

自殺の危険性が高い人の家族や周囲の者の役割

家族や周囲の者が、自殺を考えている人のサイン(既述の「自殺のリスク」や「うつ病のサイン」を参照)に早く気づき、相談機関や医療機関につなげる等適切に対応することは極めて重要である。このため、誰もがこれらのサインを知ることが必要である。誰にでも起こり得るサインであるからと軽視せず、これらは救いを求める叫び声であると真剣に受け止めるべきである。

危機介入し得る専門家等

自殺のリスクが高い人を早期に発見し、危機介入し得る立場にある専門家等は、
ア．保健医療関係従事者等

医療機関：精神科医、かかりつけ医、助産師、看護師、臨床心理技術者等

地域：保健所・精神保健福祉センター・市町村の医師、保健師、助産師、看護師、精神保健福祉士等

事業場：産業医、産業保健スタッフ、管理監督者等、事業場等からの相談に対応する労災病院・産業保健推進センター・地域産業保健センターの相談担当者等

学校：教諭、養護教諭、学校医、スクールカウンセラー等

イ．その他の職種

福祉事務所・消費生活センター等の相談担当者、社会福祉協議会職員、法律相談担当者、民生委員等

が、あげられる。保健医療関係職種はもちろんのこと、その他の職種についても、うつ病や自殺についての基本的な知識を持ち、相談機関の紹介等を行うことが期待される。

精神科医等とかかりつけ医・産業医

心の健康問題を抱えると身体症状が出ることも多いため、精神科医等より、内科医等のかかりつけ医・産業医を受診することが多い。現に、自殺死亡者の多くが以前に何らかの身体症状を主訴として精神科以外の医療機関を受診している。したがって、かかりつけ医・産業医が適切に初期対応を行い、症状に応じて、適切に精神科医等へ紹介することが重要であり、かかりつけ医・産業医と精神科医等との日頃からの連携強化が必要である。

危機介入し得る専門家等の資質向上の方法

かかりつけ医・産業医は、うつ病等の適切な診断及び治療を行い、必要な場合には、専門家への紹介を適切に実施できるよう、うつ病等の対策に関するマニュアルや研修等を活用し、自らの知識・技術の向上を図るべきである。また、医師会等が中心となって生涯教育を推進することが望ましい。

地域、事業所、学校の保健医療関係従事者等は、早期に心の健康問題に気づき、専門家を紹介する等、適切な対応ができるように、マニュアルや研修等を活用しつつ、自殺予防やうつ病等に関する知識、対応技術の向上を図ることが重要である。

また、心の健康問題だけでなく、経済・生活問題や家庭問題等も自殺の背景となるため、これらの問題を扱う地域の職種についても、心の健康問題に関するサインに気づき、相談機関や医療機関を紹介できるよう、自殺予防やうつ病等に関する最低限の知識を持つとともに、相談機関や医療機関に関する情報を保有していることが重要である。

心の健康問題を持つ者の相談やその発見に関わる者は、自身のストレスも多くなりがちであるため、相互に支え合えるような機会を持つ努力をする等、ストレスが軽減され、適切な対応を継続できるように工夫を行うことも重要である。

地域における体制づくり

自殺のリスクが高い者に早期に対応するための機会として、保健所、市町村等による訪問指導や住民健診、健康教育・健康相談の機会の活用が考えられる。一部の地域では、このような機会に健康教育・健康相談の一環として、簡単なチェック表を用いて、リスクの高い者の発見を行い対策に結びつけている。先行事例を参考にしつつ、うつ病に関する使いやすい簡易チェック法を開発し、うつ病等対策のマニュアル等とともに普及することが重要である。

また、地域においては、うつ病等の精神医学的に自殺のリスクが高い者に加えて、無職者、自営業者、死別者、離別者等、社会的観点から自殺のリスクが高い者に対して、福祉的な支援を行うことも重要である。

早期発見を含むうつ病等の対策と、心の健康問題に関する正しい知識の国民への普及・啓発を同時に行うことが、より充実した自殺予防対策となると考えられる。このためには、保健所、精神保健福祉センター、市町村、医療機関、学校、事業場等関係機関の日頃からの連携推進が重要である。また、うつ病等対策などの自殺予防対策が地域における重要な行政課題として位置づけられるためには、地域における健康づくり計画の策定にあたり、休養・心の健康づくりに関する項目を盛り込むことが望ましい。

職域における体制づくり

ア．職場における心の健康づくり対策

自殺予防対策の課題の多くは、職場における心の健康づくり活動を推進していく中で取り組むことが可能であり、効果的である。平成12年度に旧労働省がとりまとめた「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」には、事業場における心の健康づくり対策の具体的内容がまとめられており、この指針の普

及は、早急に実施できる自殺予防対策として重要である。この指針は、事業場における「心の健康づくり計画」を策定するとともに、セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフ等によるケア及び事業場外資源によるケアに取り組むよう求めている。また、事業場における心の健康づくり対策の推進に当たっては、心の健康問題の特性、労働者のプライバシーの保護、労働者の意思の尊重及び人事労務管理部門との連携に留意することが重要であるとされている。

これまで、管理監督者教育や産業保健スタッフによる適切な対応等により、労働者の自殺を防止し得た事業場の事例があること、また、労働者の自殺に関し、事業場の管理者や上司の配慮不足を指摘する民事裁判事例の存在等からも、ラインやスタッフによるケアは自殺予防に有効であると考えられ、事業場における心の健康づくり対策は自殺予防にも効果があると考えられている。

なお、労働者の自殺予防対策については、心の健康づくり対策の中でも緊急性が高いことから、平成 13 年 12 月に「職場における自殺の予防と対応」が、厚生労働省によりとりまとめられており、その普及啓発を図ることも重要である。

また、労働者個人の心の健康づくりにも配慮した事業場の管理のあり方を検討することや、職場での同僚・上司との絆をつくりあげていくことに加え、家族による支援も自殺予防を含めた心の健康づくりを推進するにあたって重要である。

イ．心の健康づくり計画の策定と推進

心の健康づくり対策を推進するに当たっては、事業場における心の健康づくり体制の整備等を内容とする心の健康づくり計画の策定と推進が重要である。計画には、心の健康づくりに関する職場の現状とその問題点を明確にするとともにその問題点を解決する具体的な方策等を盛り込み、心の健康づくり対策を事業者自らが積極的に実施することを表明することが効果的である。

ウ．管理監督者や産業保健スタッフ等の知識・対応技術の向上

産業医の役割や資質の向上については、「うつ病等対策」の項で記載したことに加えて、事業場においても、管理監督者や産業保健スタッフの資質向上が必

要である。

日常的に労働者と接する管理監督者は、部下の心の健康問題にいち早く気づき、対応することがきわめて重要である。このため、管理監督者は、心の健康づくりについての正しい知識と本人に対する正しい対処方法を身につけることが必要である。また、産業保健スタッフは、労働者のストレスや心の健康問題を把握し、適切に相談・支援を行うことが重要である。加えて、管理監督者に対する相談・支援や職場環境の把握、評価、改善等を図ることも重要である。

管理監督者や産業保健スタッフ等の知識や対応技術の向上のためには、研修やパンフレット等による情報提供等を実施することが必要である。また、事業場によっては、産業保健スタッフの人数が十分でない場合もあり、質量ともに充実が必要である。

エ．職場復帰の支援

心の健康問題により休業した労働者が職場復帰する際、再発の予防が行われ、円滑な職場適応のための配慮がなされることが重要である。このため、専門家による支援等あるべき支援体制の検討を行うことが必要である。

オ．事業場外の心の健康づくり相談体制の整備

事業場内の相談体制の充実に加え、プライバシーに配慮した事業場外の心の健康づくり相談体制を整備することが重要である。労災病院、産業保健推進センター、地域産業保健センター、EAP（従業員支援プログラム）等のそれぞれの役割・特性に応じて事業場を効果的に活用できるような在り方の検討が必要である。特に、日本の労働者の約3分の2は、産業医の選任義務のない小規模事業場で働いており、これらを含め中小規模事業者等においては、心の健康づくり対策のための人材確保が困難な場合が多いことから、事業場外の心の健康づくり対策を実施する関係機関を有効活用できるように、パンフレット等を利用した周知徹底と日頃からの関係づくりが重要である。こうした事業場における心の健康づくりを事業場内あるいは事業場外から支援する専門家の養成も必要である。

地域と職域の連携

地域と職域の間に切れ目がないよう、本人の了解に基づいた支援を行う体制が重要である。地域だけ、あるいは、職域だけでは対応できない場合もあり、それぞれの役割を明確にした上、特性を生かし、補い合い、連携することできめ細かい効果的な対策ができると考える。

(2) 児童・思春期における留意事項

心の健康問題に関する専門的な相談・支援体制の充実

児童思春期精神医療の専門家は、児童・思春期の心の健康問題に関し、専門的立場から具体的な対応を行い、また、学校、児童相談所・精神保健福祉センター等の地域の機関からの紹介先として重要な役割を持つ。

しかし、児童思春期精神医療の専門家確保は、十分とは言えない。また、児童精神科の科名標榜が認められておらず、大学での講座設置が少ない等、児童精神科医療を推進する体制は十分でない。子どもの入院治療には、発達の保障、教育の保障の視点が必要であるが、教育施設が付置されている児童の精神科入院施設は、全国で19カ所と少ない現状である。児童思春期精神医療の専門家の増加、これら専門家と一般小児科医や精神科医等との連携等により、児童思春期精神医療の実施体制を充実することが必要である。

学校における相談・支援体制の充実

児童生徒が自殺の危険を抱える等、心の健康問題が生じた場合、学校、児童生徒を取り巻く環境においても、担任や養護教諭の相談・支援体制の充実やスクールカウンセラーの配置を積極的に進める等、気軽に相談でき、これに適切に対応できるようにすることが重要である。また、精神科医が学校医やスクールカウンセラーとして活躍することも重要である。

(3) 電話による危機介入の充実

「いのちの電話」等、自殺を考えている人が24時間相談できる、専用の電話相談は非常に重要である。自殺を考えている人を思いとどまらせ、さらに、関係機関を適切に紹介することにより、自殺予防に寄与している。適切な相談対応を行

うためには、相談員の確保、養成研修等による資質の向上とともに、関係機関との日頃からの連携が重要である。また、相談活動の広報自体が、国民に対する普及・啓発効果も持つため、自殺予防について効果的であると考えられる。

(4) 手段からみた自殺予防

自殺を予防するため、建築や空間の観点から自殺の手段に対して対策を講ずることも重要である。例えば、駅での飛び込み自殺を防止するために、ホーム・ドアの設置やこれに準ずるものの設置がある。しかし、縊死や飛び降りによる自殺の予防に関しても建築や空間の観点だけでなく人との関わりや信頼関係の関与が重要であると報告されており、総合的な自殺予防対策との一体的な取組が必要であることはいうまでもない。

4. 事後対策 ~ 自殺未遂者や自殺未遂者・死亡者の家族、友人等の周囲の者に対する相談・支援 ~

必要性

20歳未満の自殺死亡者の遺児数は平成12年で約9万人と言われており、その数は近年、急増している。自殺により遺された家族・友人等は、心に深い傷を負い、最悪の場合、「後追い自殺」や「群発自殺」が起こることもある。したがって、これら遺された家族、友人等に対する相談・支援は極めて重要である。

自殺死亡者の数倍から数十倍といわれる自殺未遂者においても、救急医療現場と精神科医等との連携が重要であり、また、家族・友人等への影響は非常に大きいことから、相談・支援の充実が必要である。

「群発自殺」とは (高橋祥友委員:「群発自殺」)

自殺が単独で生じるばかりでなく、時に複数の人々による自殺が起きることがあり、この現象は群発自殺(clustered suicide)と呼ばれている。群発自殺には、連鎖自殺(狭義の群発自殺)、集団自殺、自殺名所での自殺等が含まれるが、これらが複雑に組み合わさって生じる場合もある。

地域等における相談・支援体制

大切な家族を自殺で亡くされた遺児の方々が、勇気をもって公の場で自らの体験を語り始めている。このような活動により、遺された家族、友人、職場の同僚等に対する支援体制について、ようやく社会的な関心が向けられるようになってきた。しかし、まだ自殺問題をタブーとする傾向は強く、自殺で家族、友人等を亡くしたことの辛さを人に話せず、一人で抱えている現状があることも事実である。地域等の相談機関や医療機関において、精神科医や臨床心理技術者等が中心となって、自殺死亡者の家族、友人等に対し心のケアを行うことが重要である。あわせて、相談機関において、遺された家族、友人等が気軽に相談できることを、普及・啓発することも重要である。

児童・思春期における留意事項

学校等児童生徒を取り巻く環境において、不幸にして自殺が起きた場合、周りの児童生徒に対する強い心理的影響が考えられることから、これを軽減することは重要な課題である。この心理的影響は、個々の児童生徒によって異なるため、個別にきめ細かな支援を行うことが望まれる。また、児童生徒は、流行に影響されやすく、「後追い自殺」や「群発自殺」が発生しやすいといわれている。そのため、万が一、自殺が起きた場合の具体的な対応策について、海外の動向や様々な研究成果を踏まえ、例えばマニュアル化等も含めて検討の上、そうした成果を学校等において普及・啓発を行うとともに、担任、養護教諭等が中心となって相談体制の充実を図ることが必要である。

5. その他

(1) 報道・メディアに望まれること

精神疾患や精神医療に対する偏見が根強く残っており、心の健康問題を抱える者が気軽に精神科医等を受診できる状況にないと言われている。このため、報道機関においては、精神疾患や精神医療に対する偏見を助長することのないような適切な報道に努めていただきたい。

一人の自殺の結果、それに影響を受けた複数の者の自殺が誘発される場合(群発自殺)があり、これは、報道の仕方によっては、さらに拡大する可能性がある。

過去にも、有名人の自殺の方法や場所、後追い自殺の発生等が、詳細かつセンセーショナルに報道され、その後、自殺が急増した例が複数報告されている。特に、児童・思春期の自殺については、こうしたリスクが高いとの指摘があり、関係者には留意していただきたい。

一方、メディアは、国民に対して大きな影響力をもつため、適切な報道によって、自殺予防に大きな力を発揮できると考えられる。自殺のサインへの気づき方、その際の対応の仕方、相談機関等自殺予防のために有用な情報を報道するよう、自殺予防を考慮した自殺報道のあり方に留意していただきたい。

最近では、インターネットの普及により、自殺予防に関するものから自殺を促すものに至るまで「自殺」関連サイトが多数存在する。インターネット上における様々な自殺関連情報にも留意していただきたい。

(2) 自殺の社会経済的影響

近年の自殺の急増の原因の一つに経済・生活問題があると考えられることから、自殺予防対策には、経済状況等の観点も考慮する必要がある。しかし、経済の変化が起こる以前にストレスを予防できるような心の健康づくり対策を行うことで、経済・生活問題が自殺につながる危険性を小さくする可能性があるとの指摘されており、経済施策の影響も勘案して総合的な対策を行うことにより、さらに大きな効果を期待できる。

(3) 自殺予防対策の推進

自殺は、国民の健康に関する問題であると同時に社会状況にも大きく影響を受けることから、現行の対策を適宜評価し、実態に応じた対策を実施することが重要である。そのためには、まず、当面の自殺の動向を詳細に把握し、さらに継続的な調査研究、情報収集、事業の効果の評価等を実施することが必要である。また、円滑かつ効果的に対策を推進するため、各種関係機関・団体、国及び地方公共団体等が緊密な連携を図ることが必要である。さらに、対策の推進には、各種の調査研究、相談体制の整備、情報発信、自殺予防対策の提案等を一括して行ういわゆる「自殺予防センター」機能が必要である。

おわりに

近年における中年男性の自殺急増は、日本の社会全体を支配する先行き不透明感、生きる不安の増大を如実に示している。自殺する中年男性の多くに共通しているのは、それぞれ「うつ病」を背景に持つと同時に、家庭や職場において、「ひとりぼっち」で悩み苦しんでいたという状況である。「うつ病」に対する専門的な対策を推進する一方で、人間を「ひとりぼっち」の状況からいかにして、解放するかは、自殺予防のため、中年男性の自殺予防のためばかりではなく、国民一人ひとりの生き方にとって、今日、喫緊の課題であると言わねばならない。

明日への期待と不安のないまぜになった気持ちを抱きながらも、一日一日の「くらしといのち」をいかにして輝かせるかが、今日の私たちの幸せにとって最大の課題である。そのために、一人ひとりの持ち味を生かし、互いに助け合って生きる、「共助の時代」が到来しつつある。そのための体制づくりを国、地域、事業場、家族、個人等あらゆるレベルにおいて推進し、子どもからお年寄りに至るまで、すべての人を「ひとりぼっち」の状態から解放する必要がある。

世の中に、役に立たない人はいない。すべての人が、その持ち味で他人を助け、自分もまた他人に助けられつつ生きる、共助・共生社会の創出こそ、現在に生きる不安を克服するための方策である。自殺を考える人には、そのような意味でのより積極的な、新しい生き方への強い励ましが求められる。

そのような仕組みを実現する一環として、社会全体が今、真剣に自殺予防の具体策に取り組むべきである。心の健康づくりの対策と教育を通じて、生きる上での「安心の構図」が示されてはじめて、「心の時代」と呼ばれる 21 世紀にふさわしい個人の生き方、人と人とのつながりのあり方が明らかとなるに違いない。

改めて、この提言が、多くの国民、専門家、関係者等の目に触れ、国民の心の健康の保持・増進、そして、自殺予防の契機となることを切に願うものである。また、提言の具体化に向け、長期的視野にたち、早急に取り組む必要がある。

(自殺防止対策有識者懇談会 構成員)

伊 東 秀 幸	日本精神保健福祉士協会常任理事
大久保 利 晃	産業医科大学学長
加 藤 隆 康	全国衛生管理者協議会愛知衛生管理者交流会会長
川 上 憲 人	岡山大学大学院医歯科学総合研究科 衛生学・予防医学分野教授
北 村 尚 人	三菱重工(株)勤労部健康管理センター主席
木 村 尚三郎	東京大学名誉教授
黒 沢 尚	日本医科大学名誉教授
河 野 啓 子	東海大学健康科学部教授
河 野 慶 三	富士ゼロックス(株)健康推進センター全社産業医
斎 藤 友紀雄	日本いのちの電話連盟常務理事
鈴 木 勝 利	全日本金属産業労働組合協議会議長
高 橋 祥 友	防衛医科大学校・防衛医学研究センター 行動科学研究部門教授
田 中 美恵子	東京女子医科大学看護学部教授
西 島 英 利	日本医師会常任理事
西 田 寿 美	三重県立小児心療センターあすなる学園長
弘 兼 憲 史	漫画家(ひろかねプロダクション)
保 原 喜志夫	北海道大学名誉教授
三 沢 直 子	明治大学文学部心理社会学科教授
南 砂	読売新聞編集局解説部次長
座長	副座長

(敬称略、五十音順、平成 14 年 12 月現在の所属先を記す)

(検 討 経 過)

第1回 平成14年2月1日

「我が国の自殺の現状」「自殺防止対策について」

第2回 平成14年3月15日

「中高年の自殺について」

話題提供者：高橋委員、斎藤委員

第3回 平成14年5月9日

「若年者・女性等の自殺防止対策のあり方について」

話題提供者：西田委員、三沢委員

第4回 平成14年6月21日

「中高年の自殺防止対策のあり方について」

話題提供者：保原委員、川上委員

高橋邦明氏（新潟県立小出病院精神神経科部長）

第5回 平成14年8月7日

「自殺防止対策と経済の関係について」「事例から学ぶこと」

話題提供者：黒澤委員

金子能宏氏（国立社会保障・人口問題研究所

社会保障応用分析研究部室長）

平成14年8月13日 「中間とりまとめ」公表

第6回 平成14年10月4日

「事例から学ぶこと ～ 自殺防止対策関連研究班・あしなが育英会報告」

話題提供者：平野かよ子氏（国立保健医療科学院公衆衛生看護部部長）

竹島正氏（国立精神・神経センター精神保健研究所

精神保健計画部部長）

大野裕氏（慶応義塾大学教授）

小河光治氏（あしなが育英会業務課）

斉藤勇輝氏（あしなが育英会大学奨学生）

山口和浩氏（あしなが育英会大学奨学生）

第7回 平成14年12月12日

「自殺防止対策有識者懇談会報告（案）」「自殺予防に向けての提言」
について」

「自殺防止対策有識者懇談会」の開催等について

平成14年1月22日
厚生労働大臣決裁

1. 趣 旨

我が国における自殺者は、厚生労働省の人口動態統計によると平成10年以降、毎年3万人を超え、死因の第6位になっている。また、自殺は、家族や周囲の人々に大きな悲しみや困難をもたらすだけでなく、社会全体にとっても大きな損失であり、効果的な予防対策を実施することは緊急の課題である。

自殺の原因については、健康問題、経済問題、家庭問題など多様であり、人生観・価値観や地域・職場のあり方などの社会的要因も影響している。このため、自殺防止対策を推進していくに当たっては、うつ病対策などの精神医学的観点のみならず、心理学的観点、社会文化学的観点などからの多角的な検討が必要となる。

そこで、幅広い分野の有識者が集まり、自殺防止についての基本的な考え方の提言を行うとともに、社会全体として自殺防止に取り組む契機とすることを目的とし、標記懇談会を開催する。

2. 検討課題

有識者懇談会は、地域のあり方、職域のあり方や働き方の見直し、精神的・肉体的に健康であることの重要性の普及・啓発のあり方や相談機関等のあり方など、幅広い観点から検討を行う。

3. 会議の構成

有識者懇談会は、厚生労働大臣が指名する別紙（略）に掲げる有識者で構成する。また、構成員の互選により座長をおく。

有識者懇談会は、必要に応じ、関係者の出席を求めることができる。

4. 庶務

有識者懇談会の庶務は、労働基準局安全衛生部労働衛生課の協力のもと、社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課において行う。

人口動態統計(概数)(平成15年) (抜粋)

第9表 主な死因の死亡数・死亡率(人口10万対), 都道府県 (14大都市再掲) 別

都道府県	全死因		02100 悪性新生物		09200 心疾患		09300 脳血管疾患		10200 肺炎		20100 不慮の事故		20200 自殺	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
全 国	1 015 034	804.7	309 465	245.3	159 406	126.4	132 044	104.7	94 900	75.2	38 688	30.7	32 082	25.4
北海道	46 246	819.2	14 807	262.3	7 437	131.7	5 824	103.2	4 224	74.8	1 701	30.1	1 530	27.1
青森	13 994	959.8	4 129	283.2	2 166	148.6	2 017	138.3	1 302	89.3	511	35.0	575	39.4
岩手	13 575	972.4	3 828	274.2	2 124	152.1	2 211	158.4	1 264	90.5	530	38.0	528	37.8
宮城	18 151	769.1	5 579	236.4	2 835	120.1	2 726	115.5	1 574	66.7	673	28.5	620	26.3
秋田	12 613	1 083.6	3 851	330.8	1 842	158.2	1 913	164.3	1 169	100.4	507	43.6	519	44.6
山形	12 403	1 013.3	3 688	301.3	1 953	159.6	1 940	158.5	1 139	93.1	461	37.7	370	30.2
福島	19 617	932.8	5 528	262.9	3 346	159.1	3 026	143.9	1 771	84.2	723	34.4	586	27.9
茨城	24 629	834.0	7 193	243.6	4 051	137.2	3 576	121.1	2 257	76.4	1 067	36.1	746	25.3
栃木	16 905	851.2	4 916	247.5	2 712	136.6	2 649	133.4	1 558	78.4	597	30.1	523	26.3
群馬	16 946	847.3	4 923	246.2	2 625	131.3	2 361	118.1	1 661	83.1	628	31.4	561	28.1
埼玉	44 206	635.9	14 041	202.0	7 222	103.9	5 812	83.6	4 021	57.8	1 548	22.3	1 562	22.5
千葉	40 578	681.4	12 467	209.4	6 771	113.7	5 328	89.5	3 684	61.9	1 411	23.7	1 324	22.2
東京都	87 502	725.6	27 995	232.2	13 810	114.5	11 073	91.8	7 979	66.2	2 540	21.1	2 741	22.7
神奈川県	54 738	638.7	17 943	209.4	8 177	95.4	7 092	82.8	4 828	56.3	1 863	21.7	1 791	20.9
新潟	23 163	946.2	7 094	289.8	3 448	140.8	3 594	146.8	1 925	78.6	1 027	42.0	833	34.0
富山	10 492	946.1	3 096	279.2	1 350	121.7	1 501	135.3	1 077	97.1	510	46.0	356	32.1
石川	10 068	858.3	3 010	256.6	1 555	132.6	1 350	115.1	934	79.6	458	39.0	303	25.8
福井	7 243	886.5	2 088	255.6	1 172	143.5	965	118.1	726	88.9	363	44.4	246	30.1
山梨	7 687	880.5	2 187	250.5	1 214	139.1	994	113.9	743	85.1	319	36.5	222	25.4
長野	19 823	909.7	5 438	249.6	3 076	141.2	3 401	156.1	1 624	74.5	853	39.1	574	26.3
岐阜	17 122	824.0	4 932	237.3	2 878	138.5	2 240	107.8	1 607	77.3	741	35.7	543	26.1
静岡県	29 814	800.2	8 664	232.5	4 725	126.8	4 250	114.1	2 570	69.0	1 254	33.7	785	21.1
愛知県	48 474	689.7	14 925	212.4	8 054	114.6	5 952	84.7	4 185	59.5	2 101	29.9	1 563	22.2
三重	15 881	866.4	4 410	240.6	2 565	139.9	2 120	115.7	1 358	74.1	730	39.8	457	24.9
滋賀	9 800	728.6	2 981	221.6	1 541	114.6	1 139	84.7	953	70.9	421	31.3	329	24.5
京都府	20 666	795.8	6 478	249.4	3 375	130.0	2 565	98.8	1 976	76.1	604	23.3	601	23.1
大阪府	64 405	744.4	21 596	249.6	9 906	114.5	6 663	77.0	6 208	71.8	2 016	23.3	2 183	25.2
兵庫県	43 850	796.7	14 047	255.2	6 862	124.7	4 869	88.5	3 987	72.4	1 727	31.4	1 281	23.3
奈良	10 795	756.0	3 478	243.6	1 840	128.9	1 258	88.1	1 039	72.8	400	28.0	296	20.7
和歌山	10 405	990.0	3 070	292.1	1 776	169.0	1 167	111.0	933	88.8	359	34.2	271	25.8
鳥取	6 075	1 000.8	1 844	303.8	961	158.3	857	141.2	541	89.1	271	44.6	145	23.9
島根	8 050	1 074.8	2 297	306.7	1 215	162.2	1 039	138.7	770	102.8	314	41.9	237	31.6
岡山	17 662	910.4	4 917	253.5	2 798	144.2	2 279	117.5	1 941	100.1	828	42.7	397	20.5
広島	24 291	851.1	7 234	253.5	3 824	134.0	3 021	105.9	2 357	82.6	925	32.4	650	22.8
山口	15 312	1 020.8	4 487	299.1	2 429	161.9	2 057	137.1	1 694	112.9	518	34.5	412	27.5
徳島	8 335	1 025.2	2 257	277.6	1 372	168.8	1 074	132.1	925	113.8	339	41.7	165	20.3
香川	9 556	942.4	2 659	262.2	1 590	156.8	1 064	104.9	1 052	103.7	454	44.8	226	22.3
愛媛	14 715	996.3	4 078	276.1	2 605	176.4	1 850	125.3	1 390	94.1	687	46.5	393	26.6
高知	8 493	1 056.3	2 235	278.0	1 373	170.8	1 304	162.2	917	114.1	375	46.6	236	29.4
福岡	40 774	812.6	13 342	265.9	5 275	105.1	4 491	89.5	4 073	81.2	1 768	35.2	1 350	26.9
佐賀	8 146	937.4	2 580	296.9	1 117	128.5	1 067	122.8	870	100.1	333	38.3	216	24.9
長崎	14 152	946.0	4 352	290.9	2 182	145.9	1 714	114.6	1 455	97.3	492	32.9	448	29.9
熊本	17 069	923.1	4 807	260.0	2 574	139.2	2 157	116.7	1 786	96.6	626	33.9	497	26.9
大分	11 557	954.3	3 366	278.0	1 865	154.0	1 473	121.6	1 086	89.7	454	37.5	308	25.4
宮崎	10 642	916.6	3 060	263.6	1 726	148.7	1 433	123.4	1 001	86.2	423	36.4	369	31.8
鹿児島	17 800	1 005.6	4 965	280.5	2 665	150.6	2 562	144.7	1 838	103.8	713	40.3	479	27.1
沖縄	8 434	628.5	2 325	173.2	1 215	90.5	855	63.7	816	60.8	322	24.0	350	26.1
外国	134	・	31	・	16	・	12	・	5	・	4	・	10	・
(再掲)														
東京都	61 615	738.8	19 739	236.7	9 700	116.3	7 614	91.3	5 348	64.1	1 871	22.4	1 954	23.4
札幌市	11 768	633.0	3 994	214.8	1 755	94.4	1 467	78.9	960	51.6	391	21.0	467	25.1
仙台市	5 877	574.5	1 951	190.7	895	87.5	769	75.2	489	47.8	209	20.4	249	24.3
さいたま市 ²⁾	4 410	・	1 507	・	728	・	555	・	363	・	141	・	162	・
千葉市	5 133	562.2	1 632	178.8	857	93.9	623	68.2	471	51.6	180	19.7	155	17.0
横浜市	21 646	613.7	7 218	204.6	3 223	91.4	2 639	74.8	1 911	54.2	742	21.0	740	21.0
川崎市	7 398	571.7	2 393	184.9	1 018	78.7	1 033	79.8	548	42.3	260	20.1	270	20.9
名古屋市	15 855	723.0	5 033	229.5	2 851	130.0	1 878	85.6	1 271	58.0	585	26.7	491	22.4
京都市	11 493	784.0	3 638	248.2	1 911	130.4	1 447	98.7	1 061	72.4	295	20.1	338	23.1
大阪市	22 601	860.3	7 408	282.0	3 165	120.5	2 399	91.3	2 106	80.2	747	28.4	771	29.3
神戸市	11 685	770.8	3 976	262.3	1 621	106.9	1 259	83.0	1 050	69.3	427	28.2	345	22.8
広島市	7 418	651.8	2 337	205.4	1 189	104.5	911	80.1	690	60.6	241	21.2	222	19.5
北九州市	8 971	894.4	3 024	301.5	1 260	125.6	996	99.3	809	80.7	352	35.1	293	29.2
福岡市	8 349	605.0	2 823	204.6	1 020	73.9	808	58.6	787	57.0	356	25.8	324	23.5

注: 1) 全国値には、住所地不詳を含む。

2) さいたま市は、平成15年4月1日から指定都市となったため死亡数は4月分よりの累計である。なお、死亡率は算出してない。

自殺死亡統計の概況

(抜粋)

人口動態統計特殊報告

目次

1. 自殺死亡統計について
2. 自殺死亡の年次推移
 - (1) 自殺死亡数の年次推移
 - (2) 総死亡率(人口 10 万対)及び自殺死亡率(人口 10 万対)の年次推移
 - (3) 年齢調整死亡率の年次推移
3. 年齢別にみた自殺
 - (1) 性・年齢階級別自殺死亡率(人口 10 万対)の年次比較
 - (2) 性・年齢階級別死亡数に占める自殺死亡数の割合、自殺の死因順位
4. 死亡曜日・時間別にみた自殺
 - (1) 死亡曜日別にみた自殺
 - (2) 死亡時間別にみた自殺
5. 月別にみた自殺
6. 配偶関係別にみた自殺
7. 手段別にみた自殺
 - (1) 年次比較
 - (2) 年齢階級別
8. 都道府県別にみた自殺
 - (1) 自殺死亡数・自殺死亡率・自殺年齢調整死亡率(人口 10 万対)
 - (2) 手段別自殺死亡数割合
9. 職業・産業別にみた自殺
10. 平成6年～平成 15 年の状況
 - (1) 年齢別にみた自殺
 - (2) 手段別にみた自殺
11. 諸外国の自殺死亡率
12. 統計表
 - 第1表 総死亡数・死亡率(人口 10 万対)・自殺死亡数・死亡率(人口 10 万対)の年次推移
 - 第2表 性・年齢(5歳階級)別死因順位
 - 第3表 性・手段別自殺死亡数構成割合の年次推移
 - 第4表 性・都道府県別自殺年齢調整死亡率(人口 10 万対)の年次推移
13. 参考
 - 観察対象の範囲
 - 自殺の分類及び内容
 - 比率の解説
 - 警察庁「自殺の概要」
 - 参考表 性・年齢・原因・動機別自殺者数 ー平成 15 年ー

厚生労働省大臣官房統計情報部
人口動態・保健統計課

電話 : 代表 03-5253-1111
担当係: 計析第一係(内線 7470)

表9 性・都道府県別自殺死亡数・自殺死亡率・年齢調整死亡率(人口10万対)

—平成15年—

都道府県	死 亡 数			死亡率(人口10万対)			年齢調整死亡率(人口10万対)	
	総 数	男	女	総 数	男	女	男	女
全 国	32 109	23 396	8 713	25.5	38.0	13.5	32.8	10.8
北 海 道	1 531	1 095	436	27.1	40.7	14.8	35.5	11.9
青 森 県	576	446	130	39.5	64.4	17.0	55.9	11.6
岩 手 県	527	395	132	37.8	59.0	18.2	52.7	11.1
宮 城 県	621	469	152	26.3	40.7	12.6	37.1	10.0
秋 田 県	519	365	154	44.6	66.1	25.2	56.0	16.2
山 形 県	370	273	97	30.2	46.1	15.3	40.1	11.4
福 島 県	586	447	139	27.9	43.6	12.9	39.3	10.1
茨 城 県	748	554	194	25.3	37.7	13.1	33.9	10.3
栃 木 県	523	360	163	26.3	36.5	16.3	31.7	12.6
群 馬 県	562	397	165	28.1	40.3	16.3	34.9	12.3
埼 千 島	1 563	1 104	459	22.5	31.5	13.3	27.7	11.1
東 京 都	1 326	970	356	22.3	32.5	12.0	28.1	10.2
神 奈 川 県	2 743	1 933	810	22.7	32.2	13.4	27.8	11.3
新 潟 県	1 791	1 313	478	20.9	30.3	11.3	26.5	9.6
	833	590	243	34.0	49.7	19.3	41.9	12.2
富 山 県	356	254	102	32.1	47.6	17.7	38.9	12.6
石 川 県	303	222	81	25.8	39.1	13.4	34.4	10.9
福 井 県	246	185	61	30.1	46.6	14.5	39.6	11.1
山 梨 県	223	171	52	25.5	39.9	11.7	35.6	9.8
長 野 県	576	403	173	26.4	37.9	15.5	33.1	11.2
岐 阜 県	546	383	163	26.3	38.0	15.2	31.8	11.9
静 岡 県	786	590	196	21.1	32.2	10.4	28.4	8.0
愛 知 県	1 566	1 083	483	22.3	30.8	13.8	27.0	11.3
三 重 県	456	329	127	24.9	37.0	13.4	32.5	9.8
滋 賀 県	330	239	91	24.5	36.0	13.3	31.1	10.1
京 都 府	602	420	182	23.2	33.6	13.5	29.0	10.6
大 阪 府	2 186	1 588	598	25.3	37.7	13.5	32.1	11.3
兵 庫 県	1 280	927	353	23.3	35.1	12.3	30.4	10.5
奈 良 県	296	213	83	20.7	31.2	11.1	27.7	8.9
和 歌 山 県	271	184	87	25.8	37.0	15.7	32.2	11.8
鳥 取 県	145	109	36	23.9	37.5	11.4	32.1	7.8
島 根 県	237	172	65	31.6	48.0	16.6	41.0	10.7
岡 山 県	397	290	107	20.5	31.2	10.6	28.5	8.6
広 島 県	650	475	175	22.8	34.4	11.9	30.0	9.4
山 口 県	412	299	113	27.5	42.2	14.3	35.0	11.4
徳 島 県	165	118	47	20.3	30.5	11.0	26.9	8.5
香 川 県	226	172	54	22.3	35.3	10.2	31.1	7.9
愛 媛 県	394	287	107	26.7	41.2	13.7	37.1	11.7
高 知 県	236	175	61	29.4	46.2	14.4	40.7	11.0
福 岡 県	1 352	1 016	336	26.9	42.6	12.8	38.2	10.6
佐 賀 県	216	182	34	24.9	44.3	7.4	41.6	6.1
長 崎 県	449	337	112	30.0	48.0	14.1	43.8	11.2
熊 本 県	498	367	131	26.9	42.0	13.4	38.4	10.2
大 分 県	309	221	88	25.5	38.7	13.8	34.4	10.9
宮 崎 県	369	278	91	31.8	50.8	14.8	45.3	10.6
鹿 児 島 県	482	378	104	27.2	45.5	11.1	40.0	8.4
沖 縄 県	350	276	74	26.1	41.9	10.8	40.5	10.1

注：1) 年齢調整死亡率の基準人口は、昭和60年モデル人口である。

2) 単純平均とは、47都道府県の値を単純に平均したものである。

表14 性・年齢（5歳階級）別自殺死亡率（人口10万対）の年次比較

年齢階級	男										女									
	平成6年 (1994)	7 ('95)	8 ('96)	9 ('97)	10 ('98)	11 ('99)	12 (2000)	13 ('01)	14 ('02)	15 ('03)	平成6年 (1994)	7 ('95)	8 ('96)	9 ('97)	10 ('98)	11 ('99)	12 (2000)	13 ('01)	14 ('02)	15 ('03)
総数	23.1	23.4	24.3	26.0	36.5	36.5	35.2	34.2	35.2	38.0	10.9	11.3	11.5	11.9	14.7	14.1	13.4	12.9	12.8	13.5
10～14歳	1.4	1.1	1.1	0.9	1.8	1.3	1.7	1.2	0.8	1.0	0.5	0.6	0.6	0.5	0.8	0.9	0.5	0.7	0.4	1.1
15～19	7.1	6.6	6.7	6.9	10.8	9.3	8.8	8.4	7.6	8.8	3.0	3.3	3.0	2.8	4.8	4.8	3.8	4.7	3.9	5.6
20～24	16.3	15.3	15.3	15.1	21.9	22.8	22.0	20.1	21.3	21.5	6.9	7.4	7.4	7.7	9.6	9.4	9.7	9.1	8.6	9.9
25～29	19.7	20.0	19.0	19.6	25.8	26.9	24.4	24.6	23.7	29.2	8.6	7.7	7.8	8.6	11.7	10.7	11.5	11.0	10.6	12.4
30～34	19.8	20.2	20.4	21.6	28.8	29.4	28.8	25.9	28.2	32.9	8.0	8.6	9.0	10.1	12.2	12.5	11.3	11.1	11.4	12.6
35～39	22.7	21.9	24.0	25.2	33.3	34.9	33.0	32.8	31.5	37.2	7.5	8.2	8.0	9.2	11.2	10.9	9.8	9.9	11.8	12.8
40～44	25.3	26.0	26.0	28.4	37.5	38.9	36.8	39.4	42.3	49.0	8.8	8.8	8.7	8.7	10.5	10.2	10.5	10.6	9.8	11.6
45～49	31.7	31.4	33.1	35.0	50.4	51.4	49.0	45.5	49.6	56.3	9.9	10.8	11.0	11.7	13.4	14.5	12.2	12.4	11.9	12.6
50～54	39.8	41.7	44.0	45.0	65.8	62.1	59.5	57.9	62.3	66.0	14.3	15.8	15.5	16.1	18.5	16.7	16.3	15.3	16.2	15.3
55～59	40.9	41.1	42.7	47.0	70.2	72.6	72.5	67.1	71.0	71.1	14.7	15.6	15.1	15.8	19.9	19.4	18.4	18.2	18.1	17.1
60～64	36.8	37.1	40.6	43.4	62.1	57.9	58.2	56.7	57.9	58.4	15.5	15.7	16.9	17.4	22.2	19.6	19.9	17.8	17.2	18.2
65～69	28.2	28.9	31.9	34.4	53.3	50.4	48.1	47.8	47.4	49.4	17.5	17.0	17.5	16.8	21.8	20.9	19.7	18.4	19.7	20.7
70～74	32.2	32.7	33.3	36.4	42.4	40.6	41.2	41.9	36.8	39.5	20.9	22.5	22.0	20.9	25.0	23.2	21.4	20.6	19.4	21.1
75～79	45.2	42.5	39.3	42.1	46.9	49.8	39.1	40.0	39.8	36.9	28.1	28.0	29.9	25.6	32.4	27.9	26.2	22.6	21.8	20.9
80～84	56.8	54.4	56.0	53.4	68.9	62.5	55.4	53.5	48.7	45.5	39.2	37.6	33.7	37.2	41.8	36.9	32.8	28.8	25.4	25.5
85～89	75.2	73.1	65.3	74.5	81.4	79.6	71.1	68.1	60.0	64.5	45.2	41.0	42.1	44.6	43.7	43.1	36.2	35.8	33.0	30.3
90～	90.2	97.5	89.4	83.6	93.9	100.0	78.8	72.8	77.1	74.8	37.9	44.6	34.3	33.8	42.1	36.9	37.4	32.4	33.6	27.4

注：「総数」には5～9歳及び年齢不詳を含む。

表1 性別自殺死亡数・自殺死亡率（人口10万対）の年次推移

年 齢	昭和25年 (1950)	30 ('55)	35 ('60)	40 ('65)	45 ('70)	50 ('75)	55 ('80)	60 ('85)	平成2年 ('90)	7 ('95)	12 (2000)	15 ('03)
総 数	16 311	22 477	20 143	14 444	15 728	19 975	20 542	23 383	20 088	21 420	30 251	32 109
男	9 820	13 836	11 506	8 330	8 761	11 744	12 769	15 356	12 316	14 231	21 656	23 396
女	6 491	8 641	8 637	6 114	6 967	8 231	7 773	8 027	7 772	7 189	8 595	8 713
	死 亡 率 (人口 10 万 対)											
総 数	19.6	25.2	21.6	14.7	15.3	18.0	17.7	19.4	16.4	17.2	24.1	25.5
男	24.1	31.5	25.1	17.3	17.3	21.5	22.3	26.0	20.4	23.4	35.2	38.0
女	15.3	19.0	18.2	12.2	13.3	14.6	13.1	13.1	12.4	11.3	13.4	13.5

表15 性・年齢（10歳階級）別自殺死亡率（人口10万対）の国際比較 — 1999年 —

年 齢	日 本	韓 国	オーストラリア	アメリカ	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	イギリス	ハンガリー	スウェーデン	ロシア
総 数	25.0	13.6	13.1	10.7	11.7	17.5	13.6	7.1	7.5	32.6	13.8	39.4
5～14歳	0.6	0.4	0.6	0.6	1.1	0.4	0.4	0.1	0.1	0.9	0.3	2.6
15～24	12.0	8.7	13.9	10.3	13.0	7.9	8.0	4.3	6.7	10.9	10.7	33.7
25～34	19.9	12.3	21.8	13.4	13.7	16.9	11.2	6.5	11.1	23.8	11.9	49.2
35～44	23.8	17.7	18.4	14.4	17.4	23.4	15.3	6.8	11.1	43.1	18.3	51.8
45～54	36.2	19.3	16.0	14.2	16.6	24.6	16.9	7.1	9.8	52.3	19.2	57.2
55～64	42.1	25.2	13.5	12.4	13.0	22.5	18.0	9.3	8.3	43.9	18.9	46.5
65～74	33.1	29.4	12.5	13.6	10.5	25.9	19.8	12.7	6.8	49.8	19.3	47.6
75～	43.4	48.1	13.7	18.5	10.3	39.7	31.3	16.2	8.8	81.8	22.1	41.7
	男											
総 数	36.5	18.8	21.2	17.6	18.4	26.1	20.2	11.1	11.8	51.5	19.7	70.6
5～14歳	0.7	0.6	0.7	1.0	1.4	0.5	0.6	0.1	0.1	1.3	0.5	4.0
15～24	16.5	10.2	22.1	17.2	20.2	12.3	12.7	6.8	10.6	17.5	14.8	57.7
25～34	28.1	16.3	35.4	22.2	21.7	26.1	17.7	10.3	18.1	40.4	16.2	86.3
35～44	36.9	25.1	29.6	22.5	27.4	35.8	23.3	10.3	17.3	73.3	24.7	93.1
45～54	56.9	30.4	24.3	22.0	24.0	34.3	24.9	10.5	15.3	85.0	26.3	105.3
55～64	65.9	40.2	21.3	20.2	20.6	31.3	25.8	13.9	12.8	75.8	27.6	90.8
65～74	46.1	45.6	21.7	25.0	16.9	39.6	31.0	21.2	9.8	80.8	30.4	98.1
75～	60.7	81.5	30.1	41.7	22.7	80.4	62.0	34.3	15.5	143.9	40.2	84.4
	女											
総 数	14.1	8.3	5.1	4.1	5.2	9.4	7.3	3.4	3.3	15.4	8.0	11.9
5～14歳	0.5	0.3	0.5	0.3	0.9	0.2	0.2	0.2	0.0	0.5	0.0	1.1
15～24	7.3	7.0	5.3	3.1	5.5	3.4	3.0	1.7	2.5	4.0	6.3	9.1
25～34	11.6	8.1	8.1	4.8	5.5	7.7	4.4	2.7	3.9	6.5	7.4	10.6
35～44	10.5	9.9	7.3	6.4	7.3	11.2	6.8	3.3	4.7	13.2	11.7	11.6
45～54	15.6	8.1	7.5	6.7	9.2	14.9	8.7	3.7	4.3	21.9	11.8	14.2
55～64	19.5	11.7	5.5	5.2	5.6	14.1	10.5	5.0	4.0	18.5	10.2	14.0
65～74	22.0	18.7	4.1	4.2	4.9	14.8	11.1	5.9	4.2	29.4	9.7	19.4
75～	34.1	32.4	3.4	4.6	2.8	17.5	18.5	6.3	5.1	51.4	10.8	29.2

注：カナダ、ハンガリー、韓国、ロシアは2000年の数値である。
資料：WHO「World Health Statistics Annual 1999, 2000」

表5 性・曜日別自殺死亡数・1日平均自殺死亡数 —平成15年—

曜 日	日 数	男		女	
		死亡数	1日平均自殺死亡数	死亡数	1日平均自殺死亡数
総 数	365	23 396	64.1	8 713	23.9
月	44	3 549	80.7	1 199	27.3
火	47	3 326	70.8	1 166	24.8
水	51	3 425	67.2	1 210	23.7
木	51	3 316	65.0	1 213	23.8
金	50	3 183	63.7	1 208	24.2
土	51	2 728	53.5	1 083	21.2
日	50	2 764	55.3	1 199	24.0
(別掲) 祝日・年末年始*	21	1 105	52.6	435	20.7

*「年末年始は12月29日～1月3日として算出した。

表6 死亡時間別自殺死亡数・構成割合 —平成15年—

	死亡数		構成割合(%)	
	男	女	男	女
総 数	23 396	8 713	(100.0)	(100.0)
(不詳を除く)	(19 074)	(7 883)	(100.0)	(100.0)
夜 0時台	1 044	316	5.5	4.0
夜 1時台	761	278	4.0	3.5
夜 2時台	696	225	3.6	2.9
夜 3時台	766	285	4.0	3.6
夜 4時台	884	331	4.5	4.2
夜 5時台	1 190	418	6.2	5.3
夜 6時台	1 118	399	5.9	5.1
夜 7時台	742	267	3.9	3.4
夜 8時台	644	264	3.4	3.3
夜 9時台	631	320	3.3	4.1
夜 10時台	776	402	4.1	5.1
夜 11時台	747	424	3.9	5.4
日 12時台	934	445	4.9	5.6
日 13時台	704	341	3.7	4.3
日 14時台	825	395	4.3	5.0
日 15時台	910	400	4.8	5.1
日 16時台	853	401	4.5	5.1
日 17時台	879	365	4.6	4.6
日 18時台	841	358	4.4	4.5
日 19時台	589	260	3.1	3.3
日 20時台	626	232	3.3	2.9
夜 21時台	576	203	3.0	2.6
夜 22時台	730	293	3.8	3.7
夜 23時台	638	261	3.3	3.3
不 詳	4 322	830		

注：割合は不詳を除いた死亡数を100として算出した。

平成 1 6 年 7 月

平成 1 5 年中における自殺の概要資料

警察庁生活安全局地域課

【平成15年中における自殺の概要】

1 総数（表1関係）

平成15年中における自殺者の総数は34,427人で、前年に比べ2,284人（7.1%）増加した。

性別では、男性が24,963人で全体の72.5%を占めた。

2 年齢別状況（表2関係）

「60歳以上」が11,529人で全体の33.5%を占め、次いで「50歳代」（8,614人、25.0%）、「40歳代」（5,419人、15.7%）、「30歳代」（4,603人、13.4%）等の順となっている。

3 職業別状況（表3関係）

「無職者」が16,307人で全体の47.4%を占め、次いで「被雇用者」（8,474人、24.6%）、「自営者」（4,215人、12.2%）、「主婦・主夫」（2,781人、8.1%）等の順となっている。

4 原因・動機別状況（表4関係）

「健康問題」が3,890人で遺書ありの自殺者の37.5%を占め、次いで「経済・生活問題」（3,654人、35.2%）、「家庭問題」（971人、9.3%）、「勤務問題」（616人、5.9%）等の順となっている。

自殺者の年次比較

表1 総数

区分	総数		成人			少年			不詳	
	総数	男	女	計	男	女	計	男	女	計
平成15年	34,427	24,963	9,464	33,518	24,329	9,189	613	365	248	296
平成14年	32,143	23,080	9,063	31,347	22,505	8,842	502	328	174	294
増減数	2,284	1,883	401	2,171	1,824	347	111	37	74	2
増減率	7.1	8.2	4.4	6.9	8.1	3.9	22.1	11.3	42.5	0.7

表2 年齢別自殺者数

区分	計	成人						不詳	
		少年	小計	20~29	30~39	40~49	50~59		60~
平成15年	34,427	613	33,518	3,353	4,603	5,419	8,614	11,529	296
平成14年	32,143	502	31,347	3,018	3,935	4,813	8,462	11,119	294
増減数	2,284	111	2,171	335	668	606	152	410	2
増減率	7.1	22.1	6.9	11.1	17.0	12.6	1.8	3.7	0.7

表3 職業別自殺者数

区分	計	自営者	管理職	被雇用者	主婦	無職者	学生・生徒				不詳	
							小計	小学生	中学生	高校生		その他
平成15年	34,427	4,215	735	8,474	2,781	16,307	788	10	83	225	470	1,127
平成14年	32,143	4,089	745	7,470	2,896	15,117	673	5	54	174	440	1,153
増減数	2,284	126	-10	1,004	-115	1,190	115	5	29	51	30	-26
増減率	7.1	3.1	-1.3	13.4	-4.0	7.9	17.1	100.0	53.7	29.3	6.8	-2.3

表4 原因・動機別自殺者数

区分	計	遺書あり										遺書なし	
		小計	家庭問題	健康問題	経済生活問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他	不詳	遺書なし		
平成15年	34,427	10,387	971	3,890	3,654	616	287	63	607	299	24,040	299	24,040
平成14年	32,143	9,530	895	3,682	3,297	555	277	50	518	256	22,613	256	22,613
増減数	2,284	857	76	208	357	61	10	13	89	43	1,427	43	1,427
増減率	7.1	9.0	8.5	5.6	10.8	11.0	3.6	26.0	17.2	16.8	6.3	16.8	6.3

補表 1 年次別自殺者数

区分 年次別	自殺者			自殺率		
	総数	男	女	男女計	男	女
昭和53年	20,788	12,859	7,929	18.0	22.7	13.6
昭和54年	21,503	13,386	8,117	18.5	23.4	13.8
昭和55年	21,048	13,155	7,893	18.0	22.9	13.3
昭和56年	20,434	12,942	7,492	17.3	22.3	12.5
昭和57年	21,228	13,654	7,574	17.9	23.4	12.6
昭和58年	25,202	17,116	8,086	21.1	29.1	13.3
昭和59年	24,596	16,508	8,088	20.5	27.9	13.2
昭和60年	23,599	15,624	7,975	19.5	26.3	13.0
昭和61年	25,524	16,497	9,027	21.0	27.6	14.6
昭和62年	24,460	15,802	8,658	20.0	26.3	13.9
昭和63年	23,742	14,934	8,808	19.3	24.7	14.1
平成元年	22,436	13,818	8,618	18.2	22.8	13.8
平成2年	21,346	13,102	8,244	17.3	21.6	13.1
平成3年	21,084	13,242	7,842	17.0	21.7	12.4
平成4年	22,104	14,296	7,808	17.8	23.5	12.4
平成5年	21,851	14,468	7,383	17.5	23.6	11.6
平成6年	21,679	14,560	7,119	17.3	23.7	11.2
平成7年	22,445	14,874	7,571	17.9	24.2	11.8
平成8年	23,104	15,393	7,711	18.4	25.0	12.0
平成9年	24,391	16,416	7,975	19.3	26.6	12.4
平成10年	32,863	23,013	9,850	26.0	37.2	15.3
平成11年	33,048	23,512	9,536	26.1	37.9	14.7
平成12年	31,957	22,727	9,230	25.2	36.6	14.2
平成13年	31,042	22,144	8,898	24.4	35.6	13.7
平成14年	32,143	23,080	9,063	25.2	37.1	13.9
平成15年	34,427	24,963	9,464	27.0	40.1	14.5

注：自殺率 = 自殺者数 ÷ 人口 × 100,000

(人口は、総務省統計局の人口推計月報(毎年10月1日現在)の総人口に基づく。)

補表2 原因・動機別・年齢別自殺者数

原因・動機別		年齢別							不詳	合計
		～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～			
総数	計	613	3,353	4,603	5,419	8,614	11,529	296	34,427	
	男	365	2,357	3,373	4,388	6,899	7,312	269	24,963	
	女	248	996	1,230	1,031	1,715	4,217	27	9,464	
遺書あり	計	計	157	886	1,284	1,738	2,976	3,334	12	10,387
		男	90	631	996	1,458	2,437	2,187	7	7,806
		女	67	255	288	280	539	1,147	5	2,581
	家庭問題	計	14	66	137	182	225	346	1	971
		男	8	48	95	142	160	196	0	649
		女	6	18	42	40	65	150	1	322
	健康問題	計	35	259	372	408	908	1,908	0	3,890
		男	16	141	220	276	606	1,110	0	2,369
		女	19	118	152	132	302	798	0	1,521
	経済・生活問題	計	7	174	433	847	1,421	772	0	3,654
		男	6	165	401	779	1,300	658	0	3,309
		女	1	9	32	68	121	114	0	345
	勤務問題	計	0	88	139	144	196	49	0	616
		男	0	71	129	139	184	46	0	569
		女	0	17	10	5	12	3	0	47
	男女問題	計	27	113	75	36	32	4	0	287
		男	10	64	48	18	27	4	0	171
		女	17	49	27	18	5	0	0	116
学校問題	計	39	22	1	1	0	0	0	63	
	男	29	18	1	1	0	0	0	49	
	女	10	4	0	0	0	0	0	14	
その他	計	21	108	80	82	128	187	1	607	
	男	13	81	66	71	104	125	0	460	
	女	8	27	14	11	24	62	1	147	
不詳	計	14	56	47	38	66	68	10	299	
	男	8	43	36	32	56	48	7	230	
	女	6	13	11	6	10	20	3	69	
遺書なし	計	456	2,467	3,319	3,681	5,638	8,195	284	24,040	
	男	275	1,726	2,377	2,930	4,462	5,125	262	17,157	
	女	181	741	942	751	1,176	3,070	22	6,883	

補表3 職業別自殺者数

職業別 男女別	総数	自 営 者									
		医 者	弁護士等	芸術 (能) 家	農林漁業	建設業	製造業	卸売業	小売業	風俗・ 飲食店 等営業	金融業
計	34,427	79	13	18	661	473	252	90	371	430	11
構成比(%)	100.00	0.23	0.04	0.05	1.92	1.37	0.73	0.26	1.08	1.25	0.03
男	24,963	71	12	15	566	464	237	87	328	351	11
女	9,464	8	1	3	95	9	15	3	43	79	0

自 営 者									
質屋 古物商	不動産業	交通運 輸業	旅館業	理・美 容業	浴場業	劇場興 行場	自転車 修理・ 駐車場 業	その他 の自営 業	小 計
12	82	122	25	100	2	4	70	1,400	4,215
0.03	0.24	0.35	0.07	0.29	0.01	0.01	0.20	4.07	12.24
11	75	119	23	74	2	3	68	1,293	3,810
1	7	3	2	26	0	1	2	107	405

管 理 職					被 雇 用 者							
議 員	管理職 公務員 等	会社・ 団体の 役員	会社・ 団体の 役員以 外の管 理職	小 計	農業・ 漁業作 業員	工 員	自動車 運転手	職 人	労務者	風俗・ 飲食店 等従業 員	教 員	鉄道員
14	180	448	93	735	201	598	722	327	560	268	74	38
0.04	0.52	1.30	0.27	2.13	0.58	1.74	2.10	0.95	1.63	0.78	0.21	0.11
12	169	408	90	679	168	567	718	321	546	163	53	32
2	11	40	3	56	33	31	4	6	14	105	21	6

被 雇 用 者							有職者 合計	無 職 者				
銀行員	セール スマン 外交員	公務員等	会社員	団体職員	その他 の被雇 用者	小 計		未就学 児童	失業者	ホーム レス	その他 の無職 者	小 計
35	161	548	3,067	203	1,672	8,474	13,424	0	1,747	69	14,491	16,307
0.10	0.47	1.59	8.91	0.59	4.86	24.61	38.99	0.00	5.07	0.20	42.09	47.37
31	140	479	2,821	164	1,150	7,353	11,842	0	1,673	68	9,781	11,522
4	21	69	246	39	522	1,121	1,582	0	74	1	4,710	4,785

主 婦 主 夫	学 生 ・ 生 徒								無職者 等 合計	不 詳
	小学生	中学生	高校生	予備校生	高専生	大学生 等	各種学 校生等	小 計		
2,781	10	83	225	21	12	346	91	788	19,876	1,127
8.08	0.03	0.24	0.65	0.06	0.03	1.01	0.26	2.29	57.73	3.27
91	4	45	140	19	6	248	60	522	12,135	986
2,690	6	38	85	2	6	98	31	266	7,741	141

補表4 原因・動機別・職業別自殺者数

職業別 原因・動機別		有職者			無職者等			不詳	合計
		自営者	管理職	被雇用者	主婦主夫	無職者	学生生徒		
総数		4,215	735	8,474	2,781	16,307	788	1,127	34,427
遺書あり	計	1,538	308	2,820	722	4,637	213	149	10,387
	家庭問題	99	18	278	112	437	17	10	971
	健康問題	346	70	600	480	2,316	55	23	3,890
	経済生活問題	964	146	1,127	88	1,253	12	64	3,654
	勤務問題	52	51	440	3	69	0	1	616
	男女問題	16	7	142	4	92	24	2	287
	学校問題	0	0	1	0	6	56	0	63
	その他	48	8	140	21	356	29	5	607
	不詳	13	8	92	14	108	20	44	299
遺書なし		2,677	427	5,654	2,059	11,670	575	978	24,040

補表5 年齢別自殺者数の推移

	19歳以下	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上	不詳	合計
S53	866	3,741	3,597	3,641	2,753	6,024	166	20,788
S54	919	3,654	3,808	3,796	2,977	6,163	186	21,503
S55	678	3,261	3,791	3,911	3,138	6,166	103	21,048
S56	620	2,777	3,653	3,996	3,304	5,985	99	20,434
S57	599	2,832	3,787	4,284	3,616	6,025	85	21,228
S58	657	3,050	4,099	5,460	4,846	7,004	86	25,202
S59	572	2,737	3,855	5,290	4,912	7,147	83	24,596
S60	557	2,548	3,519	4,936	4,815	7,143	81	23,599
S61	802	2,824	3,687	4,948	5,385	7,794	84	25,524
S62	577	2,588	3,447	4,696	5,129	7,943	80	24,460
S63	603	2,479	3,180	4,459	4,886	8,044	91	23,742
H 1	534	2,357	2,865	4,202	4,296	8,075	107	22,436
H 2	467	2,226	2,543	3,982	4,176	7,853	99	21,346
H 3	454	2,215	2,391	3,953	4,423	7,576	72	21,084
H 4	524	2,313	2,391	4,186	4,708	7,912	70	22,104
H 5	446	2,251	2,473	4,146	4,846	7,525	164	21,851
H 6	580	2,494	2,410	3,806	4,732	7,438	219	21,679
H 7	515	2,509	2,467	3,999	5,031	7,739	185	22,445
H 8	492	2,457	2,501	4,147	5,013	8,244	250	23,104
H 9	469	2,534	2,767	4,200	5,422	8,747	252	24,391
H10	720	3,472	3,614	5,359	7,898	11,494	306	32,863
H11	674	3,475	3,797	5,363	8,288	11,123	328	33,048
H12	598	3,301	3,685	4,818	8,245	10,997	313	31,957
H13	586	3,095	3,622	4,643	7,883	10,891	322	31,042
H14	502	3,018	3,935	4,813	8,462	11,119	294	32,143
H15	613	3,353	4,603	5,419	8,614	11,529	296	34,427

補表6 職業別自殺者数の推移

	自営者	管理職	被雇用者	主婦・主夫	無職者	学生・生徒	不詳	合計
S53	2,957	311	5,305	2,593	8,361	829	432	20,788
S54	2,926	309	5,556	2,647	8,782	876	407	21,503
S55	2,893	340	5,495	2,418	8,780	673	449	21,048
S56	2,923	340	5,117	2,309	8,662	634	449	20,434
S57	3,046	340	5,468	2,348	8,967	621	438	21,228
S58	3,783	477	6,805	2,412	10,540	675	510	25,202
S59	3,749	454	6,347	2,327	10,667	569	483	24,596
S60	3,587	449	5,660	2,402	10,467	592	442	23,599
S61	3,677	487	6,034	2,568	11,489	767	502	25,524
S62	3,358	390	5,767	2,543	11,362	562	478	24,460
S63	3,094	362	5,487	2,509	11,258	618	414	23,742
H 1	2,530	335	5,108	2,463	10,961	554	485	22,436
H 2	2,317	355	4,925	2,346	10,456	509	438	21,346
H 3	2,493	382	5,144	2,194	9,917	482	472	21,084
H 4	2,661	371	5,394	2,299	10,323	535	521	22,104
H 5	2,676	422	5,416	2,247	9,873	549	668	21,851
H 6	2,543	407	5,214	2,069	10,147	653	646	21,679
H 7	2,811	411	5,333	2,249	10,357	617	667	22,445
H 8	2,790	478	5,374	2,178	10,919	617	748	23,104
H 9	3,028	516	5,696	2,191	11,590	617	753	24,391
H10	4,355	713	7,960	2,684	15,266	818	1,067	32,863
H11	4,280	728	7,890	2,681	15,467	825	1,177	33,048
H12	4,366	696	7,301	2,762	14,959	756	1,117	31,957
H13	4,149	692	7,307	2,705	14,443	749	997	31,042
H14	4,089	745	7,470	2,896	15,117	673	1,153	32,143
H15	4,215	735	8,474	2,781	16,307	788	1,127	34,427

「主婦・主夫」については、平成11年までは主婦（女性）のみを計上している。

補表7 原因・動機別自殺者数の推移

	家庭問題	健康問題	経済生活問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他	不詳	合計
S53	2,239	12,506	1,703	855	1,250	361	1,179	695	20,788
S54	2,234	13,307	1,577	862	1,184	366	1,266	707	21,503
S55	2,221	12,818	1,820	919	1,039	248	1,206	777	21,048
S56	2,181	12,288	2,019	905	888	231	1,163	759	20,434
S57	2,326	12,488	2,377	901	950	259	1,139	788	21,228
S58	2,547	14,256	3,651	1,153	981	271	1,414	929	25,202
S59	2,452	14,091	3,458	1,201	922	220	1,395	857	24,596
S60	2,411	14,100	2,684	1,148	833	237	1,389	797	23,599
S61	2,509	15,375	2,759	1,287	860	307	1,525	902	25,524
S62	2,325	15,264	2,283	1,258	787	213	1,460	870	24,460
S63	2,213	15,327	1,842	1,166	723	258	1,259	954	23,742
H 1	2,000	14,838	1,396	1,099	635	241	1,263	964	22,436
H 2	1,888	14,269	1,272	1,032	610	215	1,165	895	21,346
H 3	1,873	13,666	1,660	992	549	193	1,180	971	21,084
H 4	1,885	13,912	2,062	1,066	612	196	1,249	1,122	22,104
H 5	1,961	13,006	2,484	1,046	561	200	1,210	1,383	21,851
H 6	1,956	12,543	2,418	1,195	558	254	1,286	1,469	21,679
H 7	2,008	12,798	2,793	1,217	560	231	1,328	1,510	22,445
H 8	2,027	13,044	3,025	1,257	506	208	1,408	1,629	23,104
H 9	2,104	13,659	3,556	1,230	631	203	1,395	1,613	24,391
H10	2,924 (881)	16,769 (3,809)	6,058 (2,442)	1,877 (635)	796 (299)	279 (82)	1,942 (601)	2,218 (217)	32,863 (8,966)
H11	2,794 (818)	16,330 (3,795)	6,758 (2,779)	1,824 (590)	819 (287)	237 (71)	1,862 (632)	2,424 (235)	33,048 (9,207)
H12	2,771 (916)	15,539 (3,977)	6,838 (2,927)	1,781 (634)	745 (301)	241 (74)	1,720 (594)	2,322 (259)	31,957 (9,682)
H13	2,668 (861)	15,131 (3,658)	6,845 (2,872)	1,756 (602)	743 (276)	227 (73)	1,542 (552)	2,130 (221)	31,042 (9,115)
H14	2,746 (895)	14,815 (3,682)	7,940 (3,297)	1,764 (555)	732 (277)	202 (50)	1,536 (518)	2,408 (256)	32,143 (9,530)
H15	2,928 (971)	15,416 (3,890)	8,897 (3,654)	1,878 (616)	735 (287)	237 (63)	1,765 (607)	2,571 (299)	34,427 (10,387)

() 内は、遺書ありの自殺者数を内数で示したものの。