

2022年1月

公益社団法人 日本精神神経学会 理事長 久住一郎
自殺予防に関する委員会 委員長 張賢徳

自殺総合対策大綱についての改定への意見

有識者会議のヒアリングで提示した意見内容も踏まえて、現場や研究等においての実情や取組、取組の中で得られた知見、自殺防止に役立つ視点も含めて、当学会自殺予防に関する委員会での大綱改正案の策定にあたっての意見を要約した。本学会は精神医学を学び、精神保健福祉に従事する者で構成されており、さまざまな領域の現場で自殺対策施策の推進に注力してきていることを踏まえて、以下に具体的意見として提示する。

有識者会議のヒアリングでは、大綱改正に関する大きな方向性として、当学会が特に重要と考えるポイントとして以下の7項目を提示したが、本文書ではそれを踏まえ、現在の大綱に追記願いたい具体的な意見を述べる。

- (1) ハイリスク者の同定とケア
 - ・ 救急現場との連携
 - ・ 他科との連携
 - ・ 精神保健福祉センターとの連携
- (2) 精神科医療へのアクセスの向上
- (3) 各種相談機関との連携
- (4) 他領域との連携
 - ・ 特に、学校、職場
- (5) ゲートキーパーやこころサポーター養成など啓発活動への協力
- (6) 精神科医の技能向上
- (7) 自殺予防に資する調査・研究の拡充

I. 第4 自殺総合対策における当面の重点施策についての具体的意見

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する

・ 地域自殺実態プロファイル、地域自殺対策の政策パッケージ

→警察等の自殺粗データを当該自治体で分析できるようにすることを望みます。

「1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する」という点では、地域の社会資源や地域のリスクファクターも異なる。プロファイルの策定やパッケージの提案については、地方公共団体へ当該地区の自殺実態プロファイルの原資料を提供し、地域診断が当該地区でも推進されることが望まれる。加えて、自殺者のリスクのみから検討されず、

地域の状況も踏まえた対策を推進する配慮が求められる。

・地域自殺対策計画の策定ガイドラインの作成

→地域の実情を踏まえたガイドラインの策定を望みます。

自殺対策では包括的な対策が推進されることが実効性のある対策につながるため (Ono Y, Sakai A, Otsuka K, et al. PloS one. 8, 2013, 大塚 耕太郎. 日本医事新報 4729, 2014)、地域全体で取り組む姿勢が重要である。地域レベルの取り組みとしてパッケージとして提案されること以上に包括的な推進体制の視点が求められ、地域づくりとして地域課題を支援する視点も重要と考えられる。

加えて、自殺対策においては地域レベルの実践的取り組みは、地域の状況や主体性を反映し、エンパワメントする姿勢が何よりも求められるため、この点について強調する必要性があると考えられる。

1・地域自殺対策推進センターへの支援

→市町村単位で保健師、精神保健福祉士などの専門職自殺対策の専任職員を複数配置することを望みます。

地域の自殺対策計画の策定・進捗管理・検証等への支援の実践を遂行するために、人的資源が重要である。

・自殺対策の専任職員の配置・専任部署の設置

→ハイリスク者を地域でケアするシステムの構築を望みます。

地域でのハイリスク者の情報共有等の基盤を整備し、支援に関わる機関等の連携の強化を図ることが必要である。

2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す

自殺の問題は一部の人や地域だけの問題ではなく、国民誰もが当事者となり得る重大な問題であることについて国民の理解の促進を図る必要がある。

自殺に対する誤った認識や偏見を払拭し、危機に陥った場合には誰かに援助を求めることが適当であるということの理解の促進を通じて、自分の周りにいるかもしれない自殺を考えている人の存在に気づき、思いに寄り添い、声をかけ、話を聞き、必要に応じて専門家につなぎ、見守っていくという自殺対策における国民一人ひとりの役割等についての意識が共有されるよう、教育活動、広報活動等を通じた啓発事業を展開する。

・児童生徒の自殺対策に資する教育の実施(SOS の出し方に関する教育の推進)

→「自殺予防教育の推進」への変更を望みます。

→大人への「SOS の受け止め方教育」の推進を追加することを望みます。

近年 20 歳未満の自殺が急増していることから、若年層の自殺対策については SOS の出し方というより、むしろ「自殺予防教育の推進」への変更を望む。そして、学生・生徒が安心して SOS を出せる場として学校が機能する体制づくりや人材育成、環境整備を推進することが求められる。当然ながら、「SOS の受け止め方教育」という点では、若年にとどまらず推進を追加することが求められる。

・うつ病等についての普及啓発の推進

→精神疾患とメンタルヘルスについての普及啓発の推進に変更を希望します。

そして、うつ病等についての普及啓発の推進という点では、うつ病にとどまらず広く精神疾患とメンタルヘルスについての普及啓発の推進が必要であると考えられる。

本学会では、特に職能団体としてこうした体制づくりや人材育成において積極的に役割を担っていると認識している。

3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する

・自殺の実態や自殺対策の実施状況等に関する調査研究・検証・成果活用(革新的自殺研究推進プログラム)

→AMED や厚労科学研究での国際的なレベルの大規模介入研究の推進を望みます。「自殺対策」と明確化された、無作為化比較試験まで実施し得るような息の長い研究プロジェクトの立ち上げが必要です。

現大綱の前文に、「自殺総合対策の推進に資する調査研究等を多角的に実施するとともに、その結果を自殺対策の実務的な視点からも検証し、検証による成果等を速やかに地域自殺対策の実践に還元する」とあるが、2017年の現行の改正大綱以降、実際に研究成果が施策につながった事例は、自殺企図者の向精神薬合剤の服用調査(引地ら、精神神経学雑誌、2016)が、同剤の販売中止につながったこと以外にはない。

振り返ると、2005年から5年間にわたり実施された「自殺対策のための戦略研究」以降、わが国の自殺対策施策につながるような骨太の、かつ綿密な科学的手法を踏まえて実施された研究事業はなかった。いまだ先進国中、高自殺率を示し、かつ10年ぶりに自殺が増加したわが国において、事態を変化させるための基盤研究が必要である。

そのような視点から、あらためて現行大綱を見直すと、見出し項目(6)に「うつ病等の精神疾患の治療法の開発を進める」とはあるものの、他の、(1)、(2)、

(3)、(4)、(5)、(7)に掲げられているのは、ほぼすべてが、「実態」、「調査」に終始しており、肝心の、自殺を防ぐための方略開発研究(介入試験、介入研究)を推進すべきとの言及はない。

また、(6)に書かれているのは治療法の開発であって、自殺関連行動の予防ではない。「自殺対策のための戦略研究」では、地域介入方略の開発(NOCOMIT-J研究; Onoら、PlosOne, 2013)により、自殺死亡と自損による救急搬送件数の減少を検証し、また、自殺未遂者の自殺再企図方略開発(ACTION-J研究; Kawanishiら、Lancet Psychiatry, 2014)により、自殺未遂者の自殺再企図抑止を検証するなど、自殺関連行動をアウトカムとした本格的な方略開発研究が行われ、大きな成果を上げた。これらの研究成果は、今も、自殺予防学領域で国際的に極めて高い評価を受けている。このように、わが国においては、すでに介入試験(介入研究)を実施する基盤や人材はあるので、さらに、実際に自殺を減少させるための効果的な施策の科学的根拠を固め

するための介入試験（介入研究）の実施と、その前段として、これらを可能とする研究事業の枠組みを整備することが喫緊の課題だと考える。長期的で、骨太の研究計画で、エビデンスが得られ、そしてそれを着実に自殺対策施策につなげることのできるような研究プロジェクトの立ち上げ支援が求められる。

・先進的な取組に関する情報の収集、整理、提供

→自殺以外の公衆衛生対策はビッグデータ分析がスタンダードになっているため、警察庁自殺統計、人口動態調査等国のビッグデータを活用した自殺対策研究の推進を望みます。

現大綱の見出し項目（3）に「先進的な取組に関する情報の収集、整理及び提供」とあり、「自殺実態プロファイル」や「政策パッケージ」の提供が謳われているが、2017年以降、自殺関連問題以外の公衆衛生対策において、ビッグデータ解析が行われるようになった。このトレンドに合わせ、警察庁が管理する自殺統計や厚生労働省統計局が管理する自殺統計・死亡小票等の活用、文部科学省が管理する学校・高等教育機関におけるメンタルヘルス問題にかかる実態データとの連動などを可能にすること、そして一定の条件下において広く研究者がこれらのデータを活用し得るようなオープン・リソース化が必要であると考える。

・子ども・若者の自殺調査・死因究明制度との連動

→文部科学省のいじめ重大事態調査との連動調査、心理学的剖検・ポストベンション研究の再開を望みます。

自殺予防のための方策を考えるためには自殺の実態を知る必要がある。統計データを扱う調査や研究も重要であるが、実態の詳細を知るためには個別事例を調べる心理学的剖検調査が不可欠となっている。心理学的剖検調査の実施にはご遺族の協力が必要である。ご遺族のケアとセットで心理学的剖検調査が推進されるような体制作りの推進が必要と考えられる。わが国では、ある地域のある期間に発生した自殺全数を心理学的剖検で調べる心理学的剖検研究がまだ実現されていないが、そのような研究は自殺の実態把握の重要な基盤になるので、その実現を目指すべきと考える。

最後に調査・研究に関する事項の構成、記載のことについてであるが、現行大綱では、調査・研究が、「調査研究」と一単語で括られている。これは、「調査のための研究」という誤解を生む可能性があるかと危惧される。「調査研究」については、自殺対策に必要な「調査」と、その調査を踏まえた上での「介入研究（予防方略開発研究）」に分けられる。

「調査研究」という記載となることでの誤解を生じることのないように、またあるべき方向性を明示するために、「調査研究」ではなく、「調査・研究」、あるいは「調査研究と介入研究」などと記載されることなどの配慮が求められると考える。また、「自殺予防学」、「自殺対策研究」は一つの研究領域であり、世界的にさまざまな成果が報告されている。すなわち、まず求められるのは、「自殺を減少させるための、自殺関連行動をアウトカムとした、自殺を減少させるための方略開発研究（介入研究）」と、

「自殺で遺されたご遺族・知人・友人のケアに資する方略開発研究（介入研究）」であることから、この部分での項目としては、それらの研究の推進を第1に掲げることが大切だと考えられる。加えて、「精神疾患」は、自殺問題の背景要因の一つであることから、「精神疾患の病態・治療法の開発研究」は、上記の「自殺予防研究」の後段での記載が望ましいと考える。

4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る

「4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る」点については、ゲートキーパー訓練プログラムは、抑うつ症状や自殺リスクを有する人の精神保健サービスの利用率を上昇させ、自殺リスクを減少させるのに有効であることが確認されている。そのため、ゲートキーパートレーニングは、今のところ自殺や自殺企図率を減少させるという決定的なつながりは認められていないものの、ベストプラクティスである。ゲートキーパー養成については関連機関まで含めて各領域での育成が引き続き重要課題である。

・医療等に関する専門家などを養成する大学や専修学校等と連携した自殺対策教育の推進

→厚生労働省と文部科学省の連携強化を望みます。

自殺対策が国の課題となっているが、医育機関等の専門職の卒前の教育課程の中に自殺予防学が項目化されておらず、卒後教育にもあまり取り入れられてはいない。特に卒前教育については、厚生労働省と文部科学省との調整や連携が必要な領域であり、教育機関や医育機関での推進体制として、厚生労働省と文部科学省の連携強化により、現場の自殺予防活動はかなり効果的に進むと考えられる。

・自殺対策の連携調整を担う人材の養成

→自殺対策に関わる大学の教育講座等教育機関の設置を望みます。

また、自殺対策に関わる大学の教育講座等教育機関の設置等が求められると考える。

・教職員に対する普及啓発

→教職員の自殺対策専門人材養成を望みます。

教育現場でもリスクの高い学生からの相談や、関わりの中でハイリスクな家庭環境であることを把握することも現場では少なくない。そして、教員から専門家へ学生への対応に関する相談を受けることも求められる。教員の気づきや受けとめはできていても、どこにつながるかという課題があり、教職員の自殺対策専門人材養成等として、たとえば連携の知識の強化も必要だと考えられる。

・ゲートキーパーの養成

→地域でゲートキーパーを継続的に養成するためには、コアとなるより高度の知識を持つ専門人材が必要です。コア・ゲートキーパーの養成を望みます。

地域でのゲートキーパーの推進体制として、コアとなるより高度の知識を持つ専門人材の育成によりスーパーバイズができる専門家を活用する体制を構築することも必要

であると考える。

そのほか、さまざまな領域でのゲートキーパーの養成が重要課題である。たとえば、自殺多発地点である鉄道駅の職員についてのゲートキーパー教育事例もあり（蔵谷正人，楠神健，赤平美津子他. 自殺予防と危機介入，2020）、鉄道駅や地下鉄駅の職員への教育を広げることも意義があると考えられる。

5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する

本学会では、特に職能団体として心の健康づくりに関する体制づくりや人材育成において積極的に関与する役割を担うものである。

・職場におけるメンタルヘルス対策の推進

職域では、多様な人間関係を持ちながら、自分の役割を果たすことが求められている。職域で過ごす時間の多くは、仕事を完成させるために、多くの関係者との交流を持つことが必要である。しかし、対人関係は様々な要因からいつも満足できるものではない。しかし、これまでの知見をまとめると、質的に良質な対人関係をもつことと、心理的負荷にどのように対処していくかが人の精神健康度に強い影響を与えていることは明確である。また、事業者に対しては、従業員は会社の重要な富であることを認識してもらい、その自殺による喪失は健康経営の観点からも重要で、従業員が会社にとって富であることを社内に周知することが求められる。職場でのメンタルヘルス対策を推進するために、長時間労働の対策やコロナ禍の働き方、働き方改革など最近の取り組み状況を反映させた内容となることが望ましいと考えられる。

・地域における心の健康づくり推進体制の整備

→精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの整備、社会的団結、健康的対処法、心理社会的健康を促進させる地域活動の支援を望みます。

地域における心の健康づくり推進体制として、若年世代とともに、高齢者世代などそれぞれのライフステージに応じた心の健康づくりや精神疾患にも対応した地域包括ケアなどをはじめとした心の健康づくりの将来の目指すモデルも反映することが望ましいと考えられる。

・学校における心の健康づくり推進体制の整備

教育領域でのメンタルヘルスに関する教育が求められ、正しい知識の提供から理解を促し、子どもの心の育成に役立てることが求められている。

・大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進

→コロナ禍の被害者、大規模災害被災者への心のケア、生活再建等の精神保健福祉支援、復興努力の一環としてのコロナ・災害関連メンタルヘルス研究の推進を望みます。

コロナ禍や大規模災害による影響は深刻であること、また中長期的な自殺のリスクが懸念されることから、十分な対策と対策の強化が求められる。

6. 自殺リスクを減らすために精神保健医療福祉サービスを充実させる

・精神科医療、保健、福祉等の連動性の向上、専門職の配置

地域においてかかりつけの医師等が自殺リスクの高い人を精神科専門医につなげたり、医療連携体制や様々な分野の相談機関につなげる多機関連携体制を、精神疾患にも対応する地域包括システムの一環として地方自治体が整備・推進することが求められる。さらに、各自治体の自殺対策協議会の下に連携実務者会議等を置いて困難事例の対応を行う必要がある。また、社会的基盤の少ない地域（いわゆる過疎地）での保健師、かかりつけ医、そして精神科医との協力が有効であることは実証されているが、均てん化が進んでいないため、人的配置を含め、推進体制が求められる。

・精神保健医療福祉サービスを担う人材の養成等

→精神科医療、保健、福祉における自殺企図者対応・多職種連携への報酬加算

→精神保健医療福祉サービスにおける自殺対策人材の報酬加算

個々の専門職の努力により自殺に対応している現状であり、報酬等の枠組みを強化しないと人材を増やすことはできない。たとえば、精神保健福祉士等の専門職を、自殺再企図防止のケース・マネージャーとして医療機関に、また自殺対策連携担当者として自治体を始めとした地域に配置するなど、自殺対策に直接かかわる人員の養成・確保を大学などの高等教育機関や学術団体と連携して進める。ケース・マネージャーを配置した医療機関への配置加算等の配分を行うなどを検討する必要がある。

→精神科受診の迅速なアクセスが実現されるシステムの構築を望みます。

地域の精神科受診の迅速なアクセスを実現するため、かかりつけ医から精神科に繋げる際のトリアージを行い早期受診を促進するような行政担当の設置の必要がある。

→遠隔精神科診療、アウトリーチの体制整備を望みます。

社会的孤立者や精神保健医療福祉サービスのアクセス困難を改善させるため、医療機関、保健所、市町村の保健センター等による相談体制の向上を図ることが求められる。また、遠隔診療やアウトリーチ体制の整備や適切な運用を行うことにより、地域で苦しむ高齢者、孤立者、精神障害者等の把握と支援を推進することが重要と考えられる。

→災害時のサービス持続性を高める仕組みづくりを望みます。

・ハイリスク者対策

→精神科医を含め医療従事者の技能向上対策を推進します。

精神科臨床において自殺予防対策は必須の課題であるため、当学会では「日常臨床における自殺予防の手引き（2013）」を刊行し、精神科医療に従事する精神科医や他の職種への教育普及に努めてきた。また、学会の委員会の企画研修等においても、精神保健医療従事者の技能向上に努めてきた。今後も重要課題であり、さらなる推進が必要と考えられ、当学会でも引き続き技能向上を重要課題として推進していく。

→自殺リスクが高い入院患者に24時間付き添いできる看護師の配置を望みます。

精神科入院時に、自殺リスクが高く、興奮などを伴う方に拘束を行わないようにするために、24時間付き添いできる看護師を配置できるように人的な確保をすることが効果的だと考える。

7. 社会全体の自殺リスクを低下させる

我が国では、失業率をはじめとした社会状況が自殺リスクへ影響することが従来から指摘されており、重要課題であると考えられる。

・ICT（インターネットやSNS等）の活用

→メディアに対する自殺予防リテラシー教育の実施を追加することを望みます。

従前からメディア対策が推進されており、メディアに対する自殺予防リテラシー教育によるメディア対策の強化が必要と考える。

・ひきこもり、児童虐待、性犯罪・性暴力の被害者、生活困窮者、ひとり親家庭、性的マイノリティに対する支援の充実

→孤立・孤独者への支援を追加することを望みます。

孤独、孤立の対策が国家的に推進されているところであり、従前のひきこもり、児童虐待、性犯罪・性暴力の被害者、生活困窮者、ひとり親家庭、性的マイノリティに対する支援の充実とともに、孤立・孤独者への支援が求められる。

・妊産婦への支援の充実

→母子への支援だけではなく、父への心理教育も行うこと、育児休暇を父母だけではなく父母の親族も取れるようにすることを望みます。

2015年から2016年での日本の妊産婦死亡の原因で最も多い理由は自殺であった

(山本依志他. 厚生労働科学研究費補助金・臨床研究等 ICT 基盤構築研究事業「周産期関連の医療データベースのリンケージの研究」報告, 2018;

<https://www.ncchd.go.jp/press/2018/maternal-deaths.html>)。また、東京23区の妊産婦の異常死の実態調査(竹田省, 東京都監察医務院 引地和歌子, 福永龍繁)では、妊娠初期や産後4-5か月の自殺リスクについて指摘している。妊産婦メンタルヘルス

も含めた支援の必要性から、2014年より妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供する目的で各地域に子育て世代包括支援センターが設置され「産前・産後サポート事業」や「産後ケア事業」が展開され、児童福祉法(2016年10月一部改正)でも支援を要する妊婦等を把握した医療機関や学校等は、その旨を市町村に情報提供しよう努めるものとするとして明記され、連携体制の重要性が述べられている。また、2018年にはハイリスク妊産婦連携指導料が新設され、産科、精神科、地域保健担当者の連携を深めるようになってきている。

当学会でも日本産科婦人科学会と共同で「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド：総論編(2020)」を刊行し、自殺念慮のある妊産婦への対応や周産期うつ病に対するエジンバラ産後うつ病自己評価表(EPDS)の使用方法についての教育普及を行ってきた。そして、地域での自殺対策でも妊産婦のケアや支援における精神科や他の相談機関との連携や地域での包括的な対策が重要と考える(立花良之他. 精神科治療学 32, 2017; 大塚耕太郎他. 日精協 38, 2019)。また、妊産婦への支援が広がってきているが、母子への支援だけではなく、父への教育的アプローチや、職場の対

策と関連して例えば育児休暇を父母だけではなく父母の親族も取れるようにすること等、現代の家庭状況や社会状況を踏まえた自殺対策の推進が必要と考える。

8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ

・地域の自殺未遂者支援拠点機能医療機関の整備

→拠点機能医療機関の制度化を望みます。具体的には、国の医療計画と診療報酬制度にその根拠が明記されることを望みます。

現大綱の前文に、「救急施設に搬送された自殺未遂者への複合的ケースマネジメントの効果検証・・・(中略)・・・など、各地で展開された様々な試行的取組の成果の蓄積等を踏まえて、自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐための対策を強化する」とあり、見出し(1)には、「地域の自殺未遂者支援の拠点機能を担う医療機関の整備」とあるが、その達成状況は極めて不十分である。

たとえば、「自殺対策のための戦略研究・ACTION-J研究」(Kawanishiら, Lancet Psychiatry, 2014)が、自殺未遂者の自殺再企図抑止方略の開発に、多施設共同大規模無作為比較試験をもって成果を上げ、国際的に高く評価されている。ACTION-J研究は厚生労働科学研究費補助金により当初から施策化を目指して実施され、2016年(平成28年)に診療報酬新規項目化がなされた。「この方略を医療現場で実施すれば、エビデンスをもって自殺未遂者の自殺再企図を抑止できる可能性が高い」という支援法が日本の標準化医療となったことは非常に重要であり、この医療モデル(介入プログラム)の普及が求められる。

→医療圏域ごとの自殺未遂者支援の拠点機能を担う医療機関の整備推進を望みます。

普及での課題は主に2つあり、一つは、診療報酬がかなり低額に設定されており、多職種チーム医療として医療現場で実施していくのには、病院として医療者の負担の面でも経営的な面でも無理があること、もう一つは、大綱に書かれている、“自殺未遂者支援の拠点機能を担う医療機関の整備”がまったく為されていないことがあげられる。拠点整備については、5年ごとに改訂されている、厚生労働省の医療計画の中に、「自殺未遂者支援拠点医療機関」構想を明示し、大綱と計画の整合性を明確化し、国、ないしは地方公共団体の施策と財源をもって支援をしていくことが必須と考えられる。

・医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化

→救急を受ける病院に精神科医、PSWのチームが配置されるよう望みます。

見出し項目(2)の「救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実」の部分であるが、「救命救急センター等に精神保健福祉士等の精神保健医療従事者等を配置するなどして、治療を受けた自殺未遂者の精神科医療ケアの必要性を評価し、必要に応じて精神科医による診療や精神保健医療従事者によるケアが受けられる救急医療体制の整備を図る」とされている。現在、自殺未遂者の自殺再企図抑止について科学的根拠として明らかになっているACTION-J研究では、「精神保健福祉専門職多職種による、ア

サーティヴ・ケース・マネージメント介入は自殺再企図の抑止に有効」という成果が示された。しかしながら、現状、多くの救命救急センターでは、精神保健福祉専門職の配置は実現していない。課題として、実際に配置を現実のものとするためには、「救急医療施設における配置基準」において、「自殺未遂者等の支援等のための精神保健福祉士等の配置」を義務付けるか、診療報酬要件化するなどの措置が必要である（現状で、救急医療施設における診療報酬加算は、「救急入院料」のみであるが、精神科医が診察をしたら診療報酬での加算という単純な書きぶりとなっている）。したがって、上記の考え方に基づき、現行の見出し項目、「救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実」を、「救急医療施設における精神科医と精神保健福祉専門職による診療体制等の充実」と改める必要があると考える。

また、1)「救急医療部門と精神科医療部門を備えた総合病院」や救命救急センターにおいて、自殺予防のための体制が維持されない要因の一つとして頻回にスタッフが交代することがあげられる。一旦、医療機関での体制が整備されても、体制を維持するためには現状ではスタッフの交代により、再度はじめから体制整備を行う必要があるなど、多くの施設で困難さを抱えている事例が散見される。このことは、救急医療以外の人にはあまり共有されていない視点であるが、自殺未遂者支援の難しさのかなり本質的な部分でもあると考えられる。したがって、前述した救急医療施設における精神科医と精神保健福祉専門職による診療体制等の充実化が推進される体制が望まれる。さらに、2) 自殺企図による救急医療機関の受診があった場合、精神科医療に引き継ぐための仕組みづくりが重要課題である。「自殺未遂者において、救急医療から精神科医療（外来）に引き継がれた場合に、双方に対しての診療報酬を設定する」ことがこれを解決することになると考えられる。医療実践にインセンティブをつけることによって、救急医療と精神科医療における「自殺未遂」の位置付けに重みをつけることになると考えられる。

→自殺未遂者の治療・ケアに関するガイドラインの普及や研修の拡充に努めます。

救急医療部門と精神科医療部門を備えた総合病院に比して、救急医療部門のみで精神科医療部門をもたない1次・2次医療機関等における自殺未遂者・自傷行為患者の対応の遅れ、不首尾が問題となっている。これらの医療機関では、これらの患者に対応する人材の不足、教育・研修の不足が顕著である。大綱では「救急施設」とまとめてしまわずに、これらの現場での問題を改善していくことが求められ、厚生労働省担当部局、地方公共団体部局、そして職能団体、学術団体の関与についても大綱での位置づけを明示していく必要があると考える。加えて、精神科救急領域でも自殺未遂者や自傷行為患者への対応を行ってきている。従前から大綱に位置づけられ、ガイドラインの普及や研修が進められているが、救急医療部門と同様に必須の課題であり、さらなる強化が必要である。

→医療従事者のメンタルヘルス対策の拡充に努めます。

自殺未遂者対応や事後対応を行う医療従事者への心理的負荷は高く、急性のストレス反応や燃え尽き症候群、PTSD等の不調を呈する場合もあるため、メンタルヘルス対策

は重要であるが、必ずしもスタッフケア等の産業精神保健の対応は十分ではない。たとえば、日本医療機能評価機構における院内自殺の予防と事後対応に関する検討会においても、患者安全推進ジャーナル別冊「病院内の自殺対策のすすめ方(2011)」を刊行し、同機構の認定病院患者安全推進協議会で「院内自殺の予防と事後対応のための研修会」を実施し、病院内の自殺予防とともにスタッフケアを推進してきた。医療従事者のメンタルヘルス対策も重要課題と考えられる。

9. 遺された人への支援を充実する

・遺族等の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進等

→遺族に対する医療保健福祉のケア体制の整備を望みます。

→遺族とともに事後の振り返りを行い、遺族ケアと今後の自殺予防に資する機会の創出に努めます。

本学会は、職能団体として、遺された人が必要とする医療保健福祉のケア体制における役割を担いつつ、遺族とともに事後の振り返りを行い、今後の自殺予防に資する機会の創出に努めることが重要と考える。特に、自助グループの運営支援や遺児への支援体制の強化は喫緊の課題である。そして、学校や職場など自死が起きたときに支援が求められる場で、遺族や周囲が直面するさまざまな問題に当初から支援が行き届く包括的な支援体制が求められると考えられる。

児童生徒の自死が起きた後に、学校内で事故や病死であるという虚偽の報告がされることが少なくない。そのことが学友たちの心理に悪影響を及ぼす危険性を鑑みて、事実を正直に報告し、その後にグループごとに分けての「心理的ケア」を精神・心理の専門家と共に継続して行うことを促進することが求められる。加えて、いじめなど学校生活に起因するとみられる自死について、学校や教育委員会の適切な対応により、真相の解明やインターネットへの書き込みで差別を受けたりする事案を防ぐ等、遺族が巻き込まれる多様な法的、社会的問題の解決を支援することが重要と考えられる。

また、遺族が必要とする支援につながるため様々なツールでの周知の徹底と共に、他機関からの遺族の情報で、遺族に電話や手紙等での情報提供を行うということのないように配慮をすることが必要と考えられる。また、医療保健福祉機関や自助グループも含めた民間団体につながった遺族の中で、精神医療や法的機関、行政機関を必要とする遺族には情報の提供を行い、生きるための総合支援につなぐ。地元で自助グループが存在する時は、他の民間団体と同等の活動支援をすることが重要である。また、いわゆる心理的瑕疵物件をめぐる空室損害の請求等、遺族等が直面し得る問題については、策定されたガイドラインを含め関係省庁や法律の学者や弁護士等当事者団体の意見も取り入れ、見直しを図り、現状の問題点が改善されていく必要がある。また、遺児等への支援を推進するために、12歳未満の遺児への支援は、就学児童も含めて保護者の許可を得ると共に、子どもの権利を守り代弁者となるアドボケート制度の利用等、支援者の判断だけで行わないよう、最も近い遺族である保護者と相談しながら接する事が重要である。

これらの推進にあたっては、遺族等への対応の資質の向上は従前から重要課題であり、自死遺族の被害体験に耳を傾け、現実の事後対応を改善し、適切な遺族等への対応等の知識を当事者団体の体験的知識も取り入れ、精神・心理等の専門家と共に手引書の作成と研修を実施し、普及啓発を促進する必要がある。加えて、遺児等に対するケアも含め教育相談を担当する教職員の資質向上のために12歳以上19歳未満の遺児や20歳以上の遺児に対する支援等、年齢に応じてのきめ細やかな対応のための手引書の作成と研修等を推進する必要がある。

10. 民間団体との連携を強化する

→当学会と民間団体との双方向性の連携を強化し自殺予防対策の拡充を図る。

本学会では、民間団体との連携を強化し、特に職能団体として人材育成面で積極的に支援する役割を担うと考えている。加えて、群発自殺が生じないようなメディア対策は引き続き重要課題と考えられる。そして、これまで十分に顧みられなかった支援の創成や、自殺多発地点（ホットスポット）での対策の強化が必要と考えられる。

11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する

我が国の自殺死亡率は、40歳代、50歳代、60歳以上は、1988年の急増以前の水準より低下している一方、20歳未満及び20歳代は急増以前の水準に戻っていない。特に、20歳未満は近年急増しており、若年層の自殺対策は喫緊の課題となっている。

→児童思春期精神科医療の人材育成・支援体制の強化を望みます。

→文部科学省と厚生労働省の連携を望みます。

児童・生徒の自殺において精神科医療の必要な場合が多いにもかかわらず、そもそも児童精神科や思春期を対象とする精神科の医療機関が少ないことに加え、自殺の危機に対応できる診療の枠組みがないため、実際に診療につながるまでに多くの時間を要している。これにより、児童・生徒における自傷や自殺念慮、自殺企図などに迅速に対応できる医療機関が極めて少ないことが診療体制上の大きな問題として存在する。加えて、自死遺児に対応する精神科での診療の枠組みがないことも課題としてあげられる。今後、特に児童・生徒の自殺予防を目的とした診療体制の整備が必要である。

児童・生徒の支援にあたっては、児童相談所、市町村の子どもの相談に関わる保健、医療、福祉、教育等の関係機関等の役割が重要である。精神保健福祉センターや市町村の障害福祉部局や教育委員会など療育や特別支援教育等に関わる関係機関との連携も必須の課題である。いじめなど子ども・若者が直面する危機に対して、要保護児童対策地域協議会等をはじめとして地域の関係機関の包括的な連携支援体制の強化が必要である。また、それらの対策にあたっては、さまざまな知見を集約して、実効性ある対策を支援していく枠組みの創成も必要と考える。

国立大学保健管理協会の死亡実態調査 (Fuse Y, et al. Psychiatry and Clinical neuroscience, 2021) では、コロナ禍の2020年の学部生の自殺者数は76人（自殺率

17.6人)、大学院生の自殺者数は20人(自殺率13.1人)と前年比で増加する深刻な状況である。2021年の全国大学メンタルヘルス学会による調査では、学生の自殺があった大学は21.2%に上るが、その21%(37校)が自殺対策の実施予定はなく、全体でも自殺対策の実施割合は国立大学で74.4%、公私立は59.8%にとどまり、31%(280校)は実施予定がなかった。また、対策の内容は学生相談の体制や担任制などで、自殺に特化した対策は実施されていなかった。

学生・生徒で自殺者数が最も多いのは大学生であることから、大学生の自殺予防対策は抜本的な実効性のある対策の設置・推進が必要であると考えられる。たとえば、対策としては、メンタルヘルス対策の部門設置、学内自殺対策協議会等の組織化、関連職員へのゲートキーパー教育、学生への一般教養科目としての自殺予防・メンタルヘルス教育や普及啓発、健康診断等を通じたメンタルヘルス・チェック、学業生活情報のモニタリングや関連部門の支援のための情報共有や連携、メンタルヘルス危機対応チーム設置、群発自殺防止対策、メンター制や学生ピアサポーター養成による相談援助体制が必要と考えられる。大学生の自殺予防対策は若者の自殺対策として最優先の課題であり、保健管理スタッフの配置・増員と適切な教育・研修、全学的な連携推進体制による支援強化も求められる。

→全学校への自殺予防に対応できるスクールカウンセラーの配置、精神科医の学校医もしくはコンサルタント精神科医の配置を望みます。

学校医は内科等が多く、精神的な危機対応に対しては専門家のコンサルタントが必要である(細田眞司、他:学校危機とコンサルテーション-いじめ・虐待・体罰・性的被害・犯罪・事故・自殺-。新興医学出版社, 2015)。小学校～高校、専門学校、大学において、教師、学校カウンセラーなどに対するコンサルタントになる精神科医を配置することが求められる。

→教師へのゲートキーパー教育の義務化、道徳指導要綱の改訂

支援者の配置や育成は喫緊の課題であり、現場に即した形での支援の強化が求められる。たとえば、学校の間における自殺対策が急務だが、教職員においては「死」や「自殺」という言葉を忌避する傾向が指摘されており、未だに対策の余地が残された領域である。子どもたちへの「死」や「自殺」についての教育を推進するためには、教職員が対応に不安を覚えることのないよう、メンタルヘルス全般について学び、自殺対策に関わることのできる教員養成課程の刷新も急務である。

→SOSの出し方教育を自殺予防教育に変更を望みます。

生徒のSOSの出し方だけに留まらない、ストレスマネジメント教育や認知行動療法等の、より具体的なメンタルヘルス対策や自殺予防に資するストレス対処教育を取り入れることが大切だと考える。また、児童生徒が命の大切さを実感できる教育と同時に「死」や「自殺」を主題とした教育を行うことも重要である。

→SOSの受け止め方教育の推進の追加を望みます。

SOSが現実で無視され、SNS等によって犯罪に巻き込まれる事案も増加しており、総

じて、学校が安心の場として SOS を幅広く受けとめる体制と環境整備を推進すべきである。そのためには、学校関係者にもセーフティネットが必要であり、そこに精神科医や心理職など専門家の存在は不可欠である。本学会では、特に職能団体としてこうした体制づくりや人材育成において積極的に関与する役割を担うものである。

→チーム学校の推進、担任の学級経営とメンタルヘルス不調生徒への対応の分離指導体制の確立を望みます。

複雑ないじめ事例に対しては、学校教師が単独で対応することを避け、学級経営を重視して個別ケアとの両立が困難にならないようにすることが求められる。たとえば、チーム学校を整備するとともに、メンタルヘルス不調生徒やいじめ被害生徒については学年主任による分離指導体制を検討する必要がある。

→インターネットや SNS の適正使用に関する教育や関連法規の整備を望みます。

SOS が現実で無視され、SNS 等によって犯罪に巻き込まれる事案も増加しており、インターネットや SNS の適正使用に関する教育や関連法規を整備する必要がある。したがって、メディアリテラシー教育とともに、情報モラル教育及び違法・有害情報対策を推進することが求められる。

12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

→職場衛生管理者の自殺予防・メンタルヘルス対応教育の受講義務化を望みます。

職域では、多様な人間関係を持ちながら、自分の役割を果たすことが求められている。職域で過ごす時間の多くは、仕事を完成させるために、多くの関係者との交流を持つことが必要である。しかし、対人関係は様々な要因からいつも満足できるものではない。しかし、これまでの知見をまとめると、質的に良質な対人関係をもつことと、心理的負荷にどのように対処していくかが人の精神健康度に強い影響を与えていることは明確である。また、事業者に対しては、従業員は会社の重要な富であることを認識してもらい、その自殺による喪失は健康経営の観点からも重要で、従業員が会社にとって富であることを社内に周知することが求められる。

たとえば、長時間労働は、2019年4月労働基準法改正で時間外労働上限規制（年720時間以内、複数月平均80時間以内、月100時間未満）が法制化され、「高ストレス者への面接指導等の適切な対応」が推進されている。高ストレス者への対応では、実際は介入が困難な例もある。そのため、ストレスチェック制度にある「不利益取り扱い防止」、「労働者の心の健康保持増進のための指針」における「心の健康に関する情報を理由とした不利益な取扱いの防止」の影響等という観点でも、勤労者の支援を検討していくことが求められる。

また、2021年7月30日に「過労死等の防止のための対策に関する大綱」が変更され、コロナ禍の過労死防止対策、テレワークや副業など新しい働き方についての過重労働対策、調査研究成果を活用した過労死等防止対策やチェックリストの開発、遺児の支援、

数値目標と取り組みの推進などが指摘されている。調査・研究等、啓発、相談体制の整備等、民間団体の活動に対する支援等の過労死等の防止のための対策の推進が必要と考えられる。

そして、「働き方改革実行計画」と産業医・産業保健機能の強化、長時間労働の是正、法規制の執行の強化、健康経営の普及促進等が引き続き課題と考えられる。そして、パワーハラスメントは、その心理的負荷は強く、新たに法制化されたパワハラ防止法の推進も職域における自殺予防対策の重要課題と考える。

→産業保健センターに産業精神保健を専門にする精神科医を配置

産業医がメンタルヘルスでの対応で方針を考える時に、産業保健総合支援センター（中小企業を対象）に産業精神保健を専門にする精神科医を配置することはメンタルヘルス対策の強化につながる。各都道府県に設置されている産業保健総合支援センターは職場のメンタルヘルス対策において、情報提供や相談を実施しており、機能強化が求められている。精神科医の配置は十分ではないと考えられ、引き続き強化していくことが求められる。

→職場オンラインコミュニケーションの推進

コロナ禍の現状や働き方改革の推進において、テレワークやオンライン環境での業務が導入され、職場環境も変化してきている。職場でのメンタルヘルス対策としても、適切なコミュニケーションの取り方や風通しのよい職場環境、支援の仕方、情報提供等が求められている。

II. 自殺総合対策における重点施策以外の部分への意見

第1 自殺総合対策の基本理念について

自殺対策では自殺死亡率の減少等のアウトカムは定量的な指標は進捗指針として有用であるが（Preventing suicide: A global imperative, WHO, 2014）、自殺死亡率は、報告される自殺の増加やその他の背景因子により、減少しないこともある。国は進展と成功を完全に把握するために、自殺対策のより広範囲のインパクトが得られるよう、主要なアウトプットやアウトカムの先の自殺対策のインパクトとしての、「十分につながっている地域、社会的支援を提供し、レジリエンスを強化し、自殺の危険因子を認識し、効果的に介入する家族や社会圏（social circle）、援助希求がタブーでなく、奨励される社会的風土」などにも目を向ける必要がある（WHO, 2014）。これらの観点からも「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す」という自殺対策の理念が重要である。

第2. 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識について

（基本認識について）

基本認識として、様々な対策の取り組みにより自殺者数は減少基調とはいえ、世界各

国に比較して依然として自殺死亡率は男女ともに高率であり、以前として看過できない状況である (<https://www.mhlw.go.jp/content/1-1-10.pdf>)。

(コロナ禍について)

コロナ禍において自殺者数が増加していないとしても、感染拡大の初期においてもパンデミックによるメンタルヘルスへの悪影響の指標は自殺だけではないことを認識する必要があり、自己申告によるうつ病、不安、自殺念慮のレベルが高まるなど、コミュニティの苦痛のレベルは高く、人々が確実にサポートされるようにする必要がある (Pirkis J. Lancet Psychiatry, 2021)。また、世界各国で財政支援イニシアチブを迅速に制定したが、廃止される状況は以前に保護されていた個体群がますますストレスに直面する可能性があり、自殺率は景気後退の時期に上昇する可能性があり、新型コロナウイルスのパンデミックの潜在的な自殺関連の影響はまだ発生していない可能性がある。コロナ禍の長期的な影響も想定し、自殺リスクとしての社会的影響にも注意を払う必要がある。

コロナ禍においても致命的な自殺手段へのアクセス防止、アルコールの有害な使用抑止、オンラインも含めたゲートキーパー養成や啓発と地域の育成、学校を拠点とした介入、責任あるメディア報道、メンタルヘルスケアサービスへの財政的支援、サービスへのアクセス性の確保、遠隔医療サービスの開発、第一線の医療従事者へのメンタルヘルス支援、精神障害のある人とリスクのある人の両方の遠隔評価と管理 (直接会うことができない場合)、および精神障害のある人のケアの継続性、利用可能なメンタルヘルスのリソースについての教育、などの重要性が指摘されている (Shijo JJ, Samrat SB, International Journal of Social Psychiatry, 2020)。コロナ禍での自殺対策の推進は今後も重要課題と考えられる。

コロナ禍での自殺リスクを軽減するための公衆衛生上の対応の課題として、自殺ハイリスク者として精神疾患や自殺ハイリスク者への選択的介入や、経済要因やドメスティック・バイオレンス、アルコール摂取、地域の孤独、孤立、死別、自殺手段へのアクセス、メディア報道などへの全般的介入の必要性が指摘されている (Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. Lancet Psychiatry, 2020)。

精神科領域でも精神科医をはじめとした精神保健医療従事者が、地域のコロナ禍でのメンタルヘルス対策の推進に寄与している。地域の自殺対策を推進するうえで、精神医療保健福祉領域での感染対策と並行した自殺対策の推進が必要と考えられる。

第3 自殺総合対策の基本方針について

自殺リスクにつながる社会的要因は動機の最多を占める健康問題をはじめ、経済・生活問題、職場問題、学校問題をはじめとして、様々な要因が、多次的に関与する。また、個々の背景要因やそれぞれの地域の抱える状況も自殺リスクの背景に存在する。自殺対策では複合的で包括的な対策が必要である。したがって、大綱が示している対策が縦割りになることなく、関連施策との連携を強化する必要がある。特に精神保健医療福

社施策との連携については、個々のハイリスク支援においても重要な視点であり、より一層の対策の推進が求められる。

そして、精神疾患や精神科医療に対する偏見が強いことから偏見の除去の推進も必要であり、医療につなぐだけでなく、さまざまなところの健康問題を抱える方々への地域精神保健福祉領域が担うコミュニケアの推進が求められる。

児童、若年は自殺が死因の上位を占め、わが国のみならず世界的にも重要な課題である。一方、強いストレスにさらされたときは大人においても追いつめられる状況が生じるが、若年では心理的な未成熟性のために、回避や否認、抑圧などさまざまな心理的防衛機制をとり、援助希求に至ることが困難なことも踏まえ、周囲の気づきや支援を強化する体制やゲートキーパー教育の一層の強化が求められる。