平成２４年度広島市うつ病・自殺対策推進協議会　会議録（要旨）

１　**開催日時**　　平成２５年３月７日（木）午後６時３０分～午後８時
２　**開催場所**　　広島市役所　本庁舎　１４階　第７会議室
３　**出席委員**　　山脇会長、樋口副会長、板谷委員、岡崎委員、岡本委員、木ノ元委員、塩山委員、島本委員、檀上委員、坪田委員、名越委員（代理）、風呂橋委員、松岡委員、森委員、渡邊委員（１８名中１５名出席）
４　**ｵﾌﾞｻﾞｰﾊﾞｰ**　　広島県健康福祉局保健医療部健康対策課長、
広島県立総合精神保健福祉センター所長
５　**事 務 局**　　健康福祉局次長、障害福祉部長、精神保健福祉センター次長、
健康福祉企画課長、精神保健福祉課長、精神保健福祉センター相談課長
６　**議　　事**　　(1)　会長及び副会長の選出について
(2)　全国及び広島市における自殺の現状について
(3)　うつ病・自殺対策の取組状況について
　ア　広島市における取組（平成 24 年度取組状況及び平成 25 年度実施予定）
　イ　各団体等における取組
(4)　その他
７　**発言要旨**

区分	発言要旨
開会	
健康福祉局次長	（挨拶）
事務局	（委員紹介（名簿配布に代える）） （配付資料確認） （委員定足数確認）
議事(1)　会長及び副会長の選出について	
事務局	（議事１　会長及び副会長の選出について説明）
島本委員	前期と同様、山脇委員を会長に、樋口委員を副会長に推薦する。
	（異議なし）
事務局	ご賛同が得られたので、山脇委員には会長に、樋口委員には副会長にご就任いただきたい。 議事⑵以降の進行は、山脇会長にお任せする。
議事(2)　全国及び広島市における自殺の現状について	
山脇会長	それでは、議事⑵について、事務局から説明をお願いしたい。
事務局	（議事⑵　全国及び広島市における自殺の現状について、資料１，２により説明）
山脇会長	全国的にも広島市においても、自殺者数が減る傾向があり、特に広島市は、政令指定都市では自殺死亡率が最も低くなっているということである。これまでの取組の成果かどうかということについては検証が必要だが、良い方向ではあると思う。
議事(3)ア　うつ病・自殺対策の取組状況について（広島市における取組）	
山脇会長	次に、議事⑶について、広島市における取組の説明をお願いしたい。
事務局	（議事⑶　うつ病・自殺対策の取組状況について、資料３、４により説明）
山脇会長	様々な取組が行われており、ある程度の成果が出てきていることが見て取れると思う。

区分	発言要旨
	予算に関しては、県からの補助金の削減に伴い、市の自殺対策の予算額も削減となり、広報の部分を少し節約して対応するということである。
議事⑶ イ　うつ病・自殺対策の取組状況について（各団体等における取組）	
山脇会長	続いて、各団体における取組について、各委員の方から御説明をいただきたい。
板谷委員	（広島県看護協会における取組について、資料５により説明） 平成２４年度の取組として、ゲートキーパーとしての看護職の資質向上を図る研修や、メンタルヘルス対策の推進のための地域保健・産業保健フォーラムを実施している。 また、実態として、看護職自身のメンタルヘルスにも様々な問題があることから、職員のメンタルヘルス向上のための研修会を実施するとともに、暴言・暴力を受けてその後、うつ状態になり、出勤できなくなるといった問題も生じていることから、その対応についての研修会も実施しており、年間約４００人の参加を得ている。 平成２５年度については、基本的には平成２４年度と同じく、ゲートキーパー養成のための研修会と、メンタルヘルス対策推進のための取組等を実施する予定である。
島本委員	（広島市社会福祉協議会における取組について、資料５により説明） 広島市社会福祉協議会には、大体小学校区に１つずつ、１３８の地区社協があるが、全ての地区社協で、地域での孤立の防止という観点から、３つの重点事業に取り組んでいる。 一つ目は「近隣ミニネットワークづくり推進事業」である。 これは、１～２ブロック単位程度の小地域での見守り活動である。特に高齢者の一人世帯や障害を抱える方のいる世帯等に対して、近隣地域で見守り活動をする事業である。 二つ目は「ふれあいいきいきサロン設置推進事業」である。 これは、小地域で孤立を防ぐための行き場づくりの取組である。あらかじめ集まる日を決めておいて、茶話会をやったり将棋を指したりといった形で、会が設けられている。 三つ目は「地区ボランティアバンク活動推進事業」である。 各地区社協にボランティア登録をしていただいて、電球を取り換えてほしいだとか、庭の草を抜いてほしいといった要望があったところに派遣する、というものである。 社会福祉協議会のこうした取組は、直接の自殺防止にはならないかもしれないが、孤立を防ぐことは、自殺対策にも有益であると考えている。
檀上委員	（広島労働局における取組について、資料５により説明） 労働者の健康・安全問題については、現在、有毒な化学物質による障害等といった事案よりも、メンタルヘルス不調、あるいは過重労働、腰痛等といったものへの対応が重要度を増している。労働災害は、今や一部の危険な作業に従事する労働者だけの問題ではなく、誰もが遭遇しうる危険なリスクであると言える。 その上で、広島労働局では、職場におけるメンタルヘルス対策として、平成２３年から２５年の３か年計画の「メンタルヘルス推進計画」により、事業場に対し、「心の健康づくり計画」の策定を進めている。メンタルヘルスケアは、中・長期的視野にたって、継続的・計画的に行われることが重要である。そういった意

区分	発言要旨
	味で、事業場に対し「心の健康づくり計画」の策定を進めているところである。 内容的には、事業場内メンタルヘルス推進担当者の選任や、教育研修の実施を指導している。計画に基づき、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、事業場外資源によるケアの「４つのケア」を継続的・計画的に展開していただこうとするものである。 平成２２年度において、事業場における取組状況について自主点検を実施したところであるが、平成２４年度においても、県下の規模１００人以上の事業場における取組状況の調査を行った。実際には、５００近い事業場について調査を実施し、約６割から回答を得ている。 平成２５年度においても、政府が掲げる目標である、２０２０年度に「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合：１００％」を目指して、引き続きこの計画の推進を図ろうと考えている。
坪田委員	（広島産業保健推進センターにおける取組について、資料５により説明） 広島産業保健推進センターでは、事業場の産業医、保健師、衛生管理者等の産業保健スタッフや労働者とその家族に対するメンタルヘルス無料相談を行っている。また、広島県から委託を受け、フリーダイヤルによるメンタル・不眠電話相談も実施している。これらの相談件数は、平成２５年１月末現在で９８５件である。 また、事業場の産業保健担当者を対象にメンタルヘルスに関する研修を実施している。研修内容は様々だが、メインの狙いとしては、まずは休職した方が円滑に復職できるようにすることである。さらに、休職が発生しないような職場環境を作る、といった内容をテーマとしている。 次のメンタルヘルス関係事業主セミナーについては、各事業場にメンタルヘルスに対する意識を高めていただくために実施している。 また、事業場が独自にメンタルヘルス企業内研修を計画された際には、有料で講師を斡旋している。 資料の最後のメンタルヘルス対策支援センター事業については、先ほどの労働局での取組の中に、“メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合を増やす”という目標があったが、実際にどのようにメンタルヘルス対策を実施するかについて、事業場に出かけていって支援する、というものである。この中で、各企業の管理・監督者に対する無料研修も行っている。
名越委員（代理）	（広島県警察本部における取組について、資料５により説明） 警察では、警察活動の中で自殺を企図する方を保護し、家族にお引き渡しをする、あるいは、精神科等様々な相談機関につなぐといったことが基本である。 個々の取組の主なものとしては、ヤミ金・悪質商法等の事件の検挙や、子どもや親から、いじめ等の学校問題、友達関係の悩み等に関する相談を受理し、アドバイス等をするヤングテレフォンがある。 また、インターネット上の自殺予告に対しては、プロバイダー等と協力して個人を特定し、自殺企図者を保護している。 次に、自殺のおそれのある行方不明者については、家族からの相談・届出を受けて迅速な手配・発見活動を行っている。例えば、遺書が見つかったり、仕事等の様々なストレスを抱えて行方不明となったりといった場合は、自殺のおそれがあるということで大きく捉えて、自殺企図者として手配する。そして、広島県内に限らず各都道府県警察と連携を取って情報交換し、発見活動と保護を実施して

区分	発言要旨
	いる。 　あわせて、自殺防止対策に資する目的で、関係機関等へ自殺統計資料を情報提供している。
風呂橋委員	（広島弁護士会における取組について、資料５により説明） 　弁護士会では、数年前までは、会としての自殺対策の取組は行っておらず、各弁護士が消費者問題として、あるいは労働問題として取り組んでいるといった状況であった。 　しかし近年、この自殺の問題を弁護士会としても重くみて、樋口副会長に講師をしていただいて傾聴講座を開催したり、様々な取組を実施するようになった。 　平成２４年度も、相談会や生活保護ホットライン、研修会等を実施してきた。「暮らしとこころの相談会」では、弁護士の他にも精神保健福祉士や社会保険士、医療ソーシャルワーカー等の様々な分野の専門家が集まり、総合的な相談窓口をエールエール地下広場で提供している。こうした弁護士会主催の相談会等の他にも、弁護士有志が関わっている取組もある。 　また、日本弁護士連合会としても、積極的に自殺対策に取り組んでいる。日弁連では、その都度その都度で重要な人権問題をテーマとして取り上げて、人権擁護大会を各地で開催しているが、昨年１０月には佐賀で、「強いられた死のない社会をめざして～「自殺」をなくすために私たちができること」というテーマでシンポジウムを開催した。“夜回り先生”の水谷修先生が基調講演をされ、非常に充実した議論がなされた。 　その際に採択された日弁連としての決議では、自殺の原因分析やその社会的・構造的な問題等について、弁護士会、あるいは各弁護士にどういうことができるか、どのような提言をすべきなのか、といった点がまとめられている。もちろん、ゲートキーパーとして自殺を予防する我々弁護士の役割・使命についても、決意として表明しているものである。 　広島でも、昨年、この人権擁護大会のプレシンポジウムで自死問題を取り上げ、大きな成果を上げた。これまで広島弁護士会には、自殺に関する問題を取り扱う独立した委員会がなかったが、このような動きを踏まえて、平成２５年２月２２日の定期総会で、生存権擁護委員会を設置することが承認された。来年度からは、この生存権擁護委員会が自殺対策及びこれに関する研究等を行うことになり、受け皿ができたことをご報告する。
岡本委員	（広島大学における取組について、資料５により説明） 　広島大学では、県の委託事業として、一昨年から自殺未遂者実態調査を実施している。自殺者を減らすためには、やはり現に困っている人たちに手を差し伸べるのが最も有効であろうという考えのもとで、展開している事業である。 　救命救急センターに自殺企図で搬送された方々に聞き取りをし、その後も１か月後、３か月後、６か月後に通院の状況等をお尋ねしている。 （調査結果の概要について、資料５別紙２により説明 （個人のプライバシーに関わるため、資料の添付等は省略）） 　それから、今、青年期・思春期のうつが問題となっており、広島大学においてもその対策に向けた事業を展開している。これは、入学時、約２，５００人の入学者全員に抑うつ尺度を付けていただき、うつ病のリスクが高い人とそうでない人が、１年後にどのような状況になっているかを予測するものである。うつ病の

区分	発言要旨
	リスクの高い人は、広島大学の入学者約２，５００人のうち１００人位であるが、そのうちの１０％程が、１年後にはうつ病にかかるのではないか。一方でリスクの低い人で１年後にうつ病にかかるのは１％程と、時点有病率は低い。来年度からは、健康な大学生活を送れるよう、将来うつになるのを予防するためのプログラムを準備していきたいと考えている。
渡邊委員	広島県・広島市・広島大学および広島県医師会で構成する広島県地域保健対策協議会では、山脇会長を委員長とする「自殺（うつ病）対策医療連携専門委員会」を設置しており、自殺防止に向けた調査、マニュアルの作成、医療連携システムのあり方等を検討してきた。 平成２４年度は、精神科以外の診療科と精神科の連携体制についてアンケート調査を行い、連携体制に必要な要因や、連携構築の阻害要因を分析している。 また、広島県保健医療計画（精神疾患）の策定に当たり、委員会内で意見照会を行い、県に意見提出している。
山脇会長	地対協の自殺（うつ病）医療連携専門委員会では、行政と医師会と大学とが連携して取り組んでいる。 うつ病の人がいきなり精神科を受診することは少なく、かかりつけの内科等に、身体症状を訴えて来られることが多い。そこでうつ病を早期に発見し、精神科に紹介するような仕組みを作る必要があるということで、検討しているところである。広島市では紹介事例が増えているが、広島県下、特に県北などでは、紹介しようにも近所に精神科が無いこともあり、どうやって精神科に繋いでいくかという問題がある。専門委員会では、メール相談のような仕組みを作れないかとか、精神科に繋ぐネットワーク作りをもう少し検討していこう、といった議論となった。 それから、現在は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病という従来の４大疾病に精神疾患が新たに加わり、５大疾病とされている。うつ病や認知症といった精神疾患が大きな社会問題となっていることから、国としても重点的に取り組むべき疾病と位置付けたわけである。県が５年ごとに作成する医療計画にも精神疾患を盛り込むことになるが、本協議会での議論等も反映していけるよう、県とも協議していければと思う。
質疑等	
山脇会長	自殺対策については、国が法律（自殺対策基本法）を制定してから、広島市でも様々な取組が進み、各団体でも充実して活動されてきているという印象を持っている。実際、広島市は政令指定都市の中で最も自殺死亡率が低くなっており、直接的な要因の評価は難しいとはいえ、気運が高まりが効果につながっているのではないか。ただ、それでもなお多くの人が自殺されており、もっと取組を充実させていくことが、社会的損失を減少させることに繋がる。 ここからは、これまでの取組についての気付きや、今後の自殺対策についてのご意見等をいただければと思う。
岡本委員	事務局に伺いたい。 政令指定都市の中では広島市の自殺死亡率が常に低い状況だが、それを単に喜んでいるだけで良いのか。広島市の自殺の現状について、他の政令指定都市との人口動態の比較等、様々な面から解析すべきではないか。例えば、自殺の状況については、若年層の自殺が比較的多い“都市型”と、中高年層の自殺が多い“田舎型”とに分けられると思うが、平成２３年、広島市では７０代の男性の自殺者

区分	発言要旨
	が多くなっており、比較的高齢化が進んだ都市の“田舎型”の自殺になっているのではないかとも思った。 　自殺は社会・経済的な状況に多く影響を受け、多要因であると言われており、なぜ広島市は自殺死亡率が低いのか、それを解析できたら、全国に伝えていければ更に良いと思う。
事務局	広島市の高齢化率は、他の政令指定都市と比較してそう高くはない。年齢別の人口分布も、特に際立った特徴はない。 　なお、広島市は、特定健康診査の受診率が全政令指定都市の中で最も低いという土地柄である。自殺死亡率が低く、特定健康診査の受診率は高い、というような状況であれば、広島市の自殺死亡率が低い背景の分析のための何らかの糸口になったかもしれないが、実際はそういう状況にはなく、分析ができていないというのが現状である。
山脇会長	自殺死亡率が低いことについての解釈は難しいところである。 　自殺死亡率低下の原因について、様々な切り口でデータを出していくことも必要であろう。 　その他、先程議事⑶で報告されなかった委員の方で報告や御意見等あればどうぞ。
岡崎委員	民生委員・児童委員の活動の中心は、地域住民の方から、失業等の経済的な問題、子育ての問題、高齢者の孤立の問題等、様々な福祉に関する困りごとを直接お聞きし、その解決に向けて福祉行政・福祉団体に繋いでいくことである。直接的なうつ病・自殺対策は行っていないが、一人暮らしの高齢者の見守りや、「こんにちは赤ちゃん」という、生後４か月までの赤ちゃんのいる家庭の訪問等、地域で地道な活動を行っている。
山脇会長	声かけは非常に重要であり、孤立化している人に声をかけることだけでも効果があると言われている。そうした中で、気になる方については相談機関に繋いでいくこと等が、民生委員の方々の研修会を通して広がっていけば、また連携が深まると思う。
木ノ元委員	報道機関としては、新聞紙面にゲートキーパーの養成についてや、広島いのちの電話の活動状況を掲載したり、自殺者数が３万人を下回ったとはいえ楽観視できない状況にあるとして、識者のインタビュー記事を掲載したり、できる限りの報道をしているつもりである。自殺は、誰もが陥る恐れのある身近なものだと啓発を行っている。 　広島市の自殺死亡率は減少傾向にあるとはいえ、自損行為による救急搬送は、この１０年でみると非常に増えており、全く楽観視できない状況であると思う。そうした中、平成２５年度に広島市として最も力を入れるところというのはどこなのか、お聞かせいただきたい。
事務局	平成２５年度には特にこの取組を、というのはなく、今までやってきた取組を地道に継続していく予定である。 　なお、平成２５年度には、広島市うつ病・自殺対策推進計画の見直しを行う。平成１９年６月に策定された国の自殺総合対策大綱については、今年度見直しが行われたが、大綱の翌年に策定された広島市の計画についても、来年度見直しを行おうというものである。この見直しにおいては、計画に掲げる自殺死亡率の目標数値の見直しだけでなく、今後取り組んでいくことの検討も、改めて行おうとしているところである。

区分	発言要旨
	来年度の計画見直しに当たっては、委員の皆様方のお知恵やご経験が必要になる。本協議会は、近年、年に１回しか開催していなかったが、来年度は何度か開催することになると思う。その折には、是非ご意見を頂戴したい。
木ノ元委員	各自治体が様々な取組をして、それなりの成果が数字となって表れてきているだけに、いいところは真似をしつつ、是非広島モデルのようなものを打ち出してもらいたい。自殺対策先進地として、報道機関としてもしっかり報道できればと思う。
山脇会長	広島市ではどういう形で展開していくのがより効果的か、考える必要があるだろう。幅広く普及啓発することはもちろん重要だが、失業等の社会・経済的側面への対応や、自殺未遂者のようなハイリスクの人たちへのフォロー等に重点を置いて取り組むことも効果的であると思う。 普及啓発については、マスコミの力をうまく活用して、我々も協力しながらやっていければと思う。
森委員	私は、主には子どもの虐待の問題に関わっている。今回、統計データを見て印象的だったのは、自殺の様々な要因と、虐待死・心中の要因が、非常に似通っていることである。孤立の問題、うつ病等の精神疾患の問題、経済的な問題、家庭内の問題等、同じような問題が背景にあって、一方では自殺が、他方では虐待死が起きている。かなり関連性があるのではないかと感じた。 自殺の方に向いていくのと虐待の方に向いていくのとに、どういった違いが起きているのか、そこをなかなか掴みにくいのがこうした問題の難しさでもあるが、その人の幼少期からの成長発達の歴史を見ていくと、もう少しヒントが見つかるかもしれない。他者と繋がりを持ちにくいといった状況に至るプロセスは、急激にではなく成育歴の中でできていったものであろうから、その人がどういうふうに成長発達してきたか、子ども時代からの環境や、さらに言えば虐待歴というようなことも突き詰めて研究することが必要ではないかと感じた。
岡本委員	森委員のおっしゃるとおり、自殺と虐待は、恐らく、衝動性という部分では括れるのではないかと思う。双方とも、自分のコントロールができない衝動性の中で起こっている。 また、成育歴の問題はかなり大きな要因であると思う。自殺の主要因であるうつ病に関する研究をする中では、うつ病の方の幼少期の体験、あるいは被虐待の体験等を調査している。それを見ると、やはり、被虐待の体験は、うつ病のある程度のリスクファクターであり、うつ病になったときに治りにくいといったことにもつながっている。
塩山委員	臨床心理士は、日々、死にたいという人からの面接・電話相談を受けている。相談者の見えない心をどう見えるようにするか、その人の対人関係の中でどう支えるか、というところが一番難しいところである。 幼少期からの成長発達について森委員がおっしゃったが、赤ん坊が成長して自立していくまでに、母親が内在化されていくものと思う。そのように、心の中に自分以外の親密な関係を持てる他者が内在化されていることで、人は生のエネルギーを得ていくのだろうと思う。じゃあどうやってそれをしていったら良いかというと、傾聴等によって、一人じゃないということを認識できるようにすることが重要であると、常々思っている。
山脇会長	子どもの頃の問題が将来のうつ病や自殺に影響するという議論である。将来のうつ病・自殺を未然に予防するため、遠回りでも、対人関係能力の育成等、教育

区分	発言要旨
	現場での子どもたちへのアプローチが重要である。こうした議論には、教育委員会にも参加してもらい、共有していかなければならない。
事務局	おっしゃるとおり、どういった教育をするかが、将来のうつ病・自殺の予防に繋がると思う。次回の協議会からは、教育委員会を事務局に加えたい。
樋口副会長	いのちの電話では、３６５日、２４時間眠らぬダイヤルを継続することが基本である。いのちの電話への相談は、年々、自殺を志向するものが増えているが、相談することもなく自殺されるよりも、お電話をくださる方がある意味では良いのだと思っている。やはり女性からのご相談が多いが、女性は、同じ話を繰り返しされ、しんどい思いを何度も訴えられる。そうして話されているプロセスの中で、自殺を踏みとどまっておられる。逆に、何も語らない男性に、自殺が多いように思う。 自殺予防には、同じ話を繰り返し、死にたいという気持ちを訴えられる方のお話を丁寧に聴き、支えることがやはり重要であり、それが、いのちの電話にできる最大のことであると思っている。
閉会	
山脇会長	自殺対策が強化されてある程度の期間が経過したため、当初に比べると様々な取組が前進している感じは受けている。これをさらに目に見える形で推進していくためにどうするかというところは、また委員の皆様方のお知恵をいただきたいと思っている。 来年度の本協議会の活動については、儀式的なものにせず、今後の取組について検討する際、内容によっては個別の団体との協議とするなど、実働的な仕組みも併せ持つようにするのも良いと思う。 それでは、本日の広島市うつ病・自殺対策推進協議会を終了する。委員の皆様方の御協力に感謝する。

平成２４年度広島市うつ病・自殺対策推進協議会

日時　平成 25 年 3 月 7 日(木)
午後 6 時 30 分～午後 8 時
場所　広島市役所本庁舎 14 階第 7 会議室

次　　第

１　開会

２　議事
(1)　会長及び副会長の選出について
(2)　全国及び広島市における自殺の現状について
(3)　うつ病・自殺対策の取組状況について
ア　広島市における取組（平成 24 年度取組状況及び平成 25 年度実施予定）
イ　各団体等における取組
(4)　その他

３　閉会

※　配付資料

【議事(2)関連資料】
資料１　全国の自殺の現状について
資料２　広島市の自殺の現状について

【議事(3)関連資料】
資料３　広島市における平成 24 年度うつ病・自殺対策事業の取組状況
資料４　広島市における平成 25 年度うつ病・自殺対策事業の概要
資料５　各団体等におけるうつ病・自殺対策に関する取組状況

【参考資料】
委員名簿
自殺総合対策大綱の見直しのポイント
自殺総合対策大綱 新旧対照表
「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」
広島市うつ病・自殺対策推進協議会設置要綱

資 料 1

全国の自殺の現状について

1 自殺者数及び自殺死亡率の推移

・ 全国の自殺者数は、平成 10 年に 3 万人を超えて以降、3 万人台で推移していたが、平成 24 年は 15 年ぶりに 3 万人を下回り、27,766 人(警察庁速報値)となった。

・ 前年比 2,885 人の減少(-9.4%)で、3 年連続の減少である。

区 分	全国の自殺者数等※1		完全失業率※2
	自殺者数	自殺死亡率※3	
平成 9 年	24,391 人	19.3	3.4%
平成 10 年	32,863 人	26.0	4.1%
平成 11 年	33,048 人	26.1	4.7%
平成 12 年	31,957 人	25.2	4.7%
平成 13 年	31,042 人	24.4	5.0%
平成 14 年	32,143 人	25.2	5.4%
平成 15 年	34,427 人	27.0	5.3%
平成 16 年	32,325 人	25.3	4.7%
平成 17 年	32,552 人	25.5	4.4%
平成 18 年	32,155 人	25.2	4.1%
平成 19 年	33,093 人	25.9	3.9%
平成 20 年	32,249 人	25.3	4.0%
平成 21 年	32,845 人	25.8	5.1%
平成 22 年	31,690 人	24.9	5.0%
平成 23 年	30,651 人	24.0	4.6%
平成 24 年	27,766 人（速報値）	—	4.3%（速報値）

※1：警察庁「自殺統計」より ※2：総務省「労働力調査」より
※3：自殺死亡率は、人口 10 万人当たりの自殺者数を示す

2 年代別の自殺者数 （平成 20 年中～平成 23 年中）

・ 自殺者数・自殺死亡率とも、毎年 40 代～60 代が多くなっている。

（単位：人）

区分	～19 歳	20 代	30 代	40 代	50 代	60 代	70 代	80 代～	不詳	計
平成 20 年	611	3,438	4,850	4,970	6,363	5,735	3,697	2,361	224	32,249
自殺死亡率	2.6	23.3	26.1	30.7	36.0	33.7	29.2	31.4	—	25.3
平成 21 年	565	3,470	4,794	5,261	6,491	5,958	3,671	2,405	230	32,845
自殺死亡率	2.4	24.1	26.2	32.1	38.5	33.5	28.9	30.5	—	25.8
平成 22 年	552	3,240	4,596	5,165	5,959	5,908	3,673	2,401	196	31,690
自殺死亡率	2.4	22.9	25.6	30.9	36.6	32.4	28.4	29.0	—	24.9
平成 23 年	622	3,304	4,455	5,053	5,375	5,547	3,685	2,429	181	30,651
自殺死亡率	2.7	23.8	25.4	29.5	33.8	30.2	27.6	28.0	—	24.0

※警察庁「自殺統計」より

３　自殺の原因・動機（７項目分類）　（平成 20 年中～平成 23 年中）

・　自殺の原因・動機としては、毎年「健康問題」（身体の病気、うつ病等）が最も多く、次いで「経済・生活問題」、「家庭問題」の順となっている。

・　近年、「健康問題」や「経済・生活問題」が原因・動機である自殺者数は減少傾向である一方、「家庭問題」、「勤務問題」が原因・動機である自殺者数は増加傾向にある。

（単位：人）

平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年
①健康問題 15,153	①健康問題 15,867	①健康問題 15,802	①健康問題 14,621
②経済・生活問題 7,404	②経済・生活問題 8,377	②経済・生活問題 7,438	②経済・生活問題 6,406
③家庭問題 3,912	③家庭問題 4,117	③家庭問題 4,497	③家庭問題 4,547
④勤務問題 2,412	④勤務問題 2,528	④勤務問題 2,590	④勤務問題 2,689
⑤男女問題 1,115	⑤男女問題 1,121	⑤男女問題 1,103	⑤男女問題 1,103
⑥学校問題 387	⑥学校問題 364	⑥学校問題 371	⑥学校問題 429
・その他 1,538	・その他 1,613	・その他 1,533	・その他 1,621

※警察庁「自殺統計」より

※自殺者のうち、遺書等により原因・動機が特定できた者について、１人３つまで要因を記載することとなっている。

４　自殺の原因・動機（52 項目分類）　（平成 20 年中～平成 23 年中）

広島市における
同様のデータはなし

・　自殺の原因・動機について詳細な分類でみると、毎年「うつ病」が最も多くなっている。

・　「うつ病」以外では、毎年「生活苦」や「統合失調症」が上位に入っている。

（単位：人）

平成 20 年	平成 21 年	平成 22 年	平成 23 年
①うつ病 6,490	①うつ病 6,949	①うつ病 7,020	①うつ病 6,513
②身体の病気 5,128	②身体の病気 5,226	②身体の病気 5,075	②身体の病気 4,659
③多重債務 1,733	③生活苦 1,731	③生活苦 1,649	③生活苦 1,525
④その他の負債 1,529	④多重債務 1,630	④統合失調症 1,395	④統合失調症 1,313
⑤統合失調症 1,368	⑤その他負債 1,559	⑤多重債務 1,306	⑤その他の精神疾患 1,207
⑥生活苦 1,289	⑥統合失調症 1,394	⑥その他負債 1,287	⑥夫婦関係の不和 1,195

※警察庁「自殺統計」より

５　年代別の自殺の原因・動機（52 項目分類）　（平成 23 年中）

広島市における
同様のデータはなし

・　全ての年代において、「うつ病」が自殺の原因・動機の上位となっている。

（単位：人）

～19 歳 (622)	20 代 (3,304)	30 代 (4,455)	40 代 (5,053)	50 代 (5,375)	60 代 (5,547)	70 代 (3,685)	80 代以上 (2,429)
①うつ病 60	①うつ病 666	①うつ病 1,111	①うつ病 1,216	①うつ病 1,170	①身体の病気 1,251	①身体の病気 1,215	①身体の病気 1,033
②進路 54	②その他精神疾患 196	②統合失調症 319	②夫婦不和 338	②身体の病気 612	②うつ病 1,189	②うつ病 753	②うつ病 348
③学業不振 50	③統合失調症 187	③夫婦不和 283	③生活苦 309	③生活苦 439	③生活苦 359	③その他精神疾患 147	③孤独感 116
④失恋 36	④失恋 158	④職場の人間関係 207	④統合失調症 303	④その他負債 320	④事業不振 294	④生活苦 114	④その他精神疾患 98
⑤その他精神疾患 34	⑤職場の人間関係 149	⑤その他精神疾患 205	⑤身体の病気 283	⑤多重債務 304	⑤その他負債 235	⑤家族の死亡 107	⑤家族の死亡 94
⑥親子不和 28	⑥交際の悩み 142	⑥生活苦 186	⑥多重債務 261	⑥事業不振 300	⑥多重債務 207	⑤家族の将来悲観 107	⑥家族の将来悲観 69
⑦統合失調症 27	⑦就職失敗 141	⑥仕事疲れ 186	⑥その他負債 248	⑦失業 248	⑦その他精神疾患 190	⑦孤独感 94	⑦その他健康問題 66

※警察庁「自殺統計」より

※()書きは、年代別の総数

６　自損行為による救急搬送の状況　（平成 14 年中～平成 23 年中）

・　自損行為による救急搬送は、近年若干減少しているものの、ここ 10 年をみると出動件数・搬送人員とも増加傾向にある（自殺未遂者は家族により病院に搬送されている場合もあり、正確な人数は不明)。

区分	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
出動件数(件)	59,238	63,377	64,785	68,242	71,113	71,866	72,814	74,262	73,570	72,144
搬送人員(人)	44,060	46,694	48,166	51,005	53,444	52,871	52,408	52,630	51,833	50,877

※消防庁「救急救助の現況」より

資 料 2

広島市の自殺の現状について

1 自殺者数及び自殺死亡率の推移

- 広島市の自殺者数は、平成 10 年に 200 人を超えて以降、毎年 200 人台で推移している。
- 平成 23 年中における自殺者数は 202 人で、前年に比べて 34 人（－14.4%）減少している（2年連続の減少）。

年	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
自殺者数	162 人	214 人	228 人	224 人	216 人	213 人	222 人	211 人	213 人	230 人	263 人	241 人	252 人	236 人	202 人
男性	115 人	149 人	179 人	160 人	155 人	156 人	157 人	153 人	156 人	163 人	194 人	161 人	179 人	174 人	136 人
女性	47 人	65 人	49 人	64 人	61 人	57 人	65 人	58 人	57 人	67 人	69 人	80 人	73 人	62 人	66 人
自殺死亡率	14.7	19.0	20.2	20.1	19.1	18.8	19.5	18.4	18.6	19.9	22.6	20.7	21.5	20.3	17.1
男性	21.4	27.2	32.6	29.5	28.2	28.3	28.4	27.6	28.2	29.1	34.5	28.5	31.6	31.1	24.0
女性	8.4	11.3	8.5	11.2	10.5	9.8	11.1	9.8	9.7	11.2	11.5	13.3	12.1	10.3	10.8

※厚生労働省「人口動態統計」より

H24 のデータ（暫定値）は、6 月頃公表予定

2 他の政令指定都市との比較 （平成 23 年中）

- 広島市の自殺死亡率は、全国平均を下回っており、政令市の中で最も低い。

都市名	自殺者数	自殺死亡率	自殺死亡率 順 位 (高い方から)	都市名	自殺者数	自殺死亡率	自殺死亡率 順 位 (高い方から)
大阪市	691 人	25.9	1	名古屋市	479 人	21.1	１１
北九州市	229 人	23.5	2	京都市	300 人	20.4	１２
神戸市	354 人	22.9	3	岡山市	144 人	20.3	１３
相模原市	165 人	22.9	3	横浜市	745 人	20.2	１４
静岡市	164 人	22.9	3	川崎市	284 人	19.8	１５
札幌市	434 人	22.6	6	仙台市	207 人	19.7	１６
堺市	189 人	22.4	7	千葉市	182 人	18.9	１７
新潟市	181 人	22.3	8	浜松市	151 人	18.9	１７
福岡市	328 人	22.2	9	広島市	202 人	17.1	１９
さいたま市	268 人	21.8	１０				
全国	28,896 人	22.9	－	政令市平均	300 人	21.4	－

※厚生労働省「人口動態統計」より

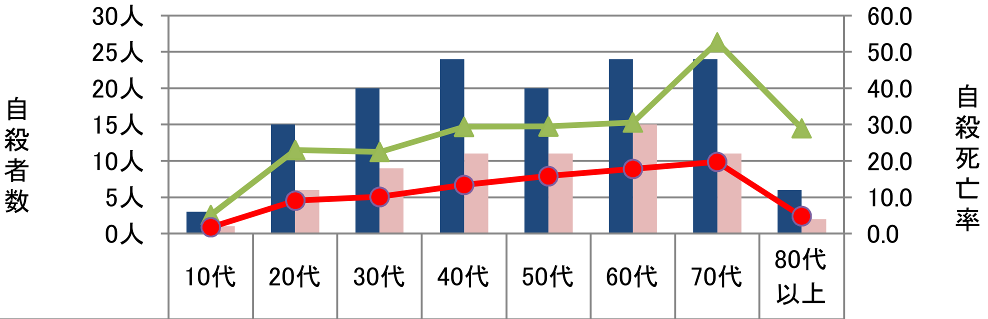
3　年代別の自殺者数　（平成 20 年中～平成 23 年中）

- 広島市の自殺者数は、例年 40 代～60 代が多くなっている。
- 平成 23 年中においては、70 代の自殺者が大きく増加しており、自殺死亡率も 70 代が最も高い（次いで 60 代、50 代の順)。

（単位:人）

区分	10 代	20 代	30 代	40 代	50 代	60 代	70 代	80 代～	計
平成 20 年	5	36	45	39	43	38	22	13	241
平成 21 年	6	25	34	48	49	45	27	18	252
平成 22 年	7	29	32	50	42	42	21	13	236
平成 23 年	4	21	29	35	31	39	35	8	202
自殺死亡率	3.5	16.1	16.2	21.4	22.6	24.0	34.5	12.7	－

男女別・年代別の自殺者数及び自殺死亡率（平成 23 年）



	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上
自殺者数　男性	3人	15人	20人	24人	20人	24人	24人	6人
自殺者数　女性	1人	6人	9人	11人	11人	15人	11人	2人
自殺死亡率　男性	5.1	23.0	22.5	29.4	29.5	30.6	52.7	29.0
自殺死亡率　女性	1.8	9.1	10.1	13.4	15.8	17.8	19.7	4.8

※厚生労働省「人口動態統計」より　　※0～9 歳の自殺者はなし

4　自殺の原因・動機（広島市域を管轄する７警察署管内）　（平成 20 年中～平成 23 年中）

- 広島市の自殺の原因・動機としては、毎年「健康問題」（身体の病気、うつ病等）が最も多い。
- 平成２３年においては、「経済・生活問題」が原因・動機である自殺者数が大きく減少した一方、「家庭問題」が原因・動機である自殺者数が増加している。なお、この傾向は、全国における自殺の原因･動機と同様である。

（単位:人）

平成 20 年		平成 21 年		平成 22 年		平成 23 年	
①健康問題	159	①健康問題	161	①健康問題	142	①健康問題	142
②経済・生活問題	70	②経済・生活問題	62	②経済・生活問題	66	②家庭問題	47
③家庭問題	30	③家庭問題	28	③家庭問題	26	③経済・生活問題	43
④勤務問題	19	④勤務問題	18	④勤務問題	19	④男女問題	20
⑤男女問題	8	⑤男女問題	7	⑤男女問題	7	⑤勤務問題	17
⑥学校問題	4	⑥学校問題	5	⑥学校問題	3 以下	⑥学校問題	4
・その他	10	・その他	17	・その他	12	・その他	20

※　広島県警察本部資料より
※　広島市域を管轄する７警察署（広島中央、広島東、広島西、広島南、安佐南、安佐北、海田）管内における統計であり、広島市以外の市町における自殺者数も含まれている。
※　自殺者のうち、遺書等により原因･動機が特定できた者について、１人３つまで要因を記載することとなっている。
※　数値が１から３までの場合は、個人が識別されないよう「３以下」と公表している。

５　年代別の自殺の原因・動機（広島市域を管轄する７警察署管内）　（平成 23 年中）

・　全ての年代において、「健康問題」（身体の病気、うつ病等）が最も多い。

（単位：人）

～19 歳 (4)	20 代 (41)	30 代 (49)	40 代 (63)	50 代 (50)	60 代 (56)	70 代 (51)	80 代以上 (16)
―	①健康問題 15	①健康問題 15	①健康問題 21	①健康問題 20	①健康問題 25	①健康問題 37	①健康問題 8
―	②男女問題 9	②家庭問題 8	②家庭問題 12	②経済・生活問題 10	②家庭問題 10	②家庭問題 4	②その他 4
―	③その他 4	③経済・生活問題 7	③経済・生活問題 11	③家庭問題 8	③経済・生活問題 8	②経済・生活問題 4	―

※　広島県警察本部資料より

※　()書きは、年代別の総数

※　数値が１から３までの場合は、個人が識別されないよう「―」としている。

６　自損行為による救急搬送の状況　（平成 14 年中～平成 23 年中）

・　自損行為による救急搬送は、近年若干減少しているものの、ここ 10 年をみると出動件数・搬送人員とも増加傾向にある（自殺未遂者は家族により病院に搬送されている場合もあり、正確な人数は不明）。

区分	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23
出動件数(件)	539	605	547	590	628	711	741	766	772	726
搬送人員(人)	423	482	444	456	496	547	539	571	567	531

※広島市消防局「消防年報」より

※受託市町分（海田町、坂町、熊野町、安芸太田町、廿日市市吉和）及び管轄外分も含む。

資　料　3

広島市における平成24年度うつ病・自殺対策事業の取組状況

広報啓発の取組状況について

1　心といのちを守るシンポジウムひろしま2012

⑴　日時　平成24年9月1日（土）13：00～16：20

⑵　場所　アステールプラザ

⑶　内容

ア　講演

テ　ー　マ	講　　師
知っておくべきうつ病の知識と対応	防衛医科大学校病院　病院長 防衛医科大学校精神科　教授 　野村　総一郎　氏
見逃されている双極性うつ病	理化学研究所脳科学総合研究センター精神疾患動態研究チーム　シニア・チームリーダー 文部科学省「脳科学研究戦略推進プログラム」プログラムオフィサー 　加藤　忠史　氏
ここまでわかったうつ病の脳内メカニズム	広島大学大学院医歯薬保健学研究院精神神経医科学　教授 文部科学省「脳科学研究戦略推進プログラム」課題Ｆうつ病等研究チーム　拠点長 　山脇　成人　氏

イ　パネルディスカッション・質疑応答

　テーマ：「うつ病の早期発見・早期治療に向けて」

　パネリスト：上記講演者３名

⑷　参加者数　５３２人

⑸　総括

・　来場者へのアンケート結果では、９０％の方が「このシンポジウムに参加して、うつ病を正しく理解し、早期発見・早期治療につなげることが、心の健康対策や自殺予防につながることについて、理解が深まった」と回答された。

・　また、「周囲にもうつ病の人が増えており、その対策が非常に重要」、「うつ病の人との接し方に悩んでいたが、今回、自分自身の理解も進み、勉強になった」、「社会の偏見をなくし、理解を浸透させることが大事だと思った」などの感想や意見が多くあり、参加者一人一人がうつ病・自殺対策を自らの問題としてとらえる機会とすることができた。

2　新聞広告

⑴　掲載日　平成 24 年 8 月 4 日（土）、平成 24 年 8 月 20 日（月）

⑵　広告内容

　中国新聞（朝刊）に、うつ病に関する啓発やシンポジウムの開催告知等を内容として、１／３面のスペースにカラー版で掲載

■平成 24 年 8 月 4 日（土）　中国新聞（朝刊）

■平成 24 年 8 月 20 日（月）　中国新聞（朝刊）

3　交通広告

⑴　時期　平成 25 年 3 月（自殺対策強化月間中）

⑵　掲出場所

- 　広島市内を走る路線バス（広電バス、広島バス、広交バス）、路面電車、アストラムライン、ＪＲ（山陽本線、可部線、呉線）の車内にポスター掲出（中吊り広告又はドア横広告）
- 　広島市内の主要ＪＲ駅（広島駅、横川駅、西広島駅、新井口駅、五日市駅、矢野駅、安芸矢口駅、可部駅）、広島バスセンター構内にポスター掲出

⑶　広告内容

自殺者数が多く、自殺死亡率も高い 40～60 代（いわゆる働き盛り世代）をメインターゲットに、この世代の自殺予防のために重要な２つのテーマ〔①うつ病、②生活苦・借金・失業・経営不振等の経済問題〕に沿ってポスターを制作し、通勤等で利用する公共交通機関車内や駅構内等に掲出する。

■うつ病テーマ

■経済問題テーマ

４　リーフレット作成・新聞折込（予定）

⑴　時期　平成 25 年 3 月 10 日(日)（予定）

⑵　折込先　広島市内に配布される中国新聞、朝日新聞、毎日新聞、読売新聞、日本経済新聞、産経新聞

⑶　内容

自殺を図った人の多くがかかっていると言われるうつ病について、市民の正しい理解を促進し、早期発見・早期治療につなげるため、市民にわかりやすく記載したリーフレットを作成し、新聞折込により広く配布する。

相談支援体制の充実に向けた取組状況について

1　民生委員・児童委員等研修

⑴　概要

自殺の危険性の高い人を早期に発見し、適切な対応を行うことができる人材を養成・確保するため、民生委員・児童委員等を対象とした研修を全区で実施する。

⑵　開催状況

平成25年2月末までに全区で民生委員・児童委員等を対象とした研修会を実施した。

区	月　日	テ　ー　マ	講　師	対　象	参加者数
中区	平成24年 6月18日（月） ～ 7月25日（水）	うつ病予防について	保健師	中区各地区民生委員・児童委員（13会場）	228人
東区	平成24年 9月21日（金）	それって、もしかして、うつ！？ ～ 産後から壮年期、老年期まで ～	府中みくまり病院 矢野　栄一　医師	東区民生委員・児童委員協議会会員	101人
南区	平成24年 9月12日（水）	サイコエデュケーション（心理教育）を通して自殺予防を考える ～ あなたが守る命の灯 ～	メンタルクリニックラッコリン 中村　道彦 院長	南区精神保健福祉部会委員等	19人
西区	平成25年 2月7日（木）	あなたが守る　命の灯	メンタルクリニックラッコリン 中村　道彦　院長	西区民生委員・児童委員　生活安全部会委員	42人
安佐南区	平成25年 2月7日（木）	寄り添って聴く ～ 自殺予防の観点から ～	比治山大学 社会臨床学科 塩山　二郎 教授	旧祇園町地区民生委員・児童委員	52人
安佐北区	平成24年 7月26日（木）	よりそって聴く ～ 自殺予防の視点から ～	比治山大学 社会臨床学科 塩山　二郎 教授	口田地区民生委員・児童委員	27人
安芸区	平成24年 9月4日（火）	＜うつ病・自殺対策＞ アルコール依存・薬物依存について	呉みどりが丘病院 小河　弘幸 医師	安芸区民生委員・児童委員	125人
	平成24年 11月29日(木)	こころの病気の理解について	ささき神経科内科クリニック 佐々木 光 院長	精神保健福祉理解講座（市民）	43人
佐伯区	平成24年 9月6日（木）	多重債務問題と自殺対策	弁護士 秋田　智佳子　氏	佐伯区民生委員・児童委員　障がい福祉部会委員	57人

⑶　総括

今年度は延べ21回研修を実施し、延べ694人の民生委員・児童委員等が参加した。今後も継続して研修を実施することにより、さらに多くの民生委員・児童委員等が自殺の基本的な知識を習得し、自殺予防のための対応力を身につけられるよう努める。

２　うつ病・自殺対策相談機関職員人材育成

⑴　日時・講師・参加者数

区　　分	日　　時	講　　師	参加者数
うつ病・自殺対策相談機関職員研修会	平成 24 年 11 月 21 日（水） 13：30～16：30	かすみがうらクリニック 副院長　猪野　亜朗	50 人
ゲートキーパー養成研修（基礎編）	平成 24 年 9 月 20 日（木） 10：00～16：00	広島大学健康管理センター 准教授　内野　悌司　氏 助教　　栗田　智未　氏	23 人
ゲートキーパー養成研修（ステップアップ編）	平成 24 年 10 月 31 日（水） 10：00～16：00	東京自殺防止センター 西原　由記子　氏 中山　町子　氏	25 人
ゲートキーパーフォローアップ研修（育成研修）	平成 24 年 10 月 30 日（火） 14：00～17：00		18 人

※ゲートキーパー養成研修、ゲートキーパーステップアップ研修：定員 30 人

⑵　内容・対象

区　　分	内　容　・　対　象
うつ病・自殺対策相談機関職員研修会	・保健センターや福祉事務所などの行政機関のほか、教育、債務、就労、医療、介護等の機関の職員を対象に、うつ病や自殺に関する基本的な知識の習得、自殺のハイリスク者の早期発見や自殺に関する相談に適切に対応できることを目的とした研修会を実施。 ・今年度は、「アルコールとうつ・自殺」をテーマに、対応方法も含めた内容で実施。
ゲートキーパー養成研修（基礎編）	自殺予防のゲートキーパーとして、自殺の危険性の高い人を早期に発見し、適切に対応できる人材を養成・確保することを目的として、平成 19 年度から実施している「うつ病・自殺対策相談機関職員研修会」受講者を対象に、ロールプレイ等実践的な内容を中心とした研修を実施。
ゲートキーパー養成研修（ステップアップ編）	平成 22 年度から実施しているゲートキーパー養成研修受講者を対象に、自殺に関連した相談技術のスキルアップを図るため、“死にたい気持ち”への対応にまで踏み込んだ実践的な研修を実施。
ゲートキーパーフォローアップ研修（育成研修）	ゲートキーパーステップアップ研修修了者を対象に、事例の共有やロールプレイ、講師とのやりとりを通じて相談対応能力を高め、また、スタッフの心のケアや、地域でのネットワーク作りにも生かすことを目的として研修を実施。

⑶ 総括

・　うつ病・自殺対策相談機関職員研修会では、自殺との関連が深いと言われているアルコールの問題について取り上げたが、「アルコールの問題の大きさに気づいた」、「今後の対応方法等についても参考になった」という感想が多く、アンケートでは全員が「役に立つ」と答えていた。

・　ゲートキーパー養成研修、ステップアップ研修では、自殺を考えている人への対応方法についてロールプレイで相談者､相談対応者を体験することで､「感情に焦点を当てて聞くことの難しさを感じた」「相談対応時の自分のくせに気付いた」等の感想が多かった。

・　ゲートキーパーフォローアップ研修では、「『死にたい』という言葉に対する恐怖心がなくなった」、「感情を受け止められるようになった」など“聴く”ことができるようになった事がうかがえ、これまでの研修の成果を確認できた。また、「参加者同士で悩みを共有できた」などの声もあり相談技術の向上だけでなく、支援者の心のケアの場にもなっており、今後もこのような機会を設けてほしいという声も多かった。

３　うつ病・自殺対策相談機関実務者連絡会議（事例検討・情報交換）

⑴ 日時・場所・講師・参加者数

日　　時	場　所	講師（スーパーバイザー）	参加者数
平成 24 年 6 月 15 日(金) 13：30～16：00	安芸区総合福祉センター	浅田病院 院長　浅田　護　氏	55 人(39 機関)
平成 24 年 7 月 6 日（金) 13：00～15：30	佐伯区役所別館	草津病院 精神科医師　皆川　英明　氏	54 人(39 機関)

⑵ 内容

精神科医をスーパーバイザーとして、相談機関職員が対応している処遇困難な事例の検討及び情報交換を実施。

⑶ 総括

・　平成 22 年度から開催場所を区とし、事例検討会や情報交換を通じて支援者のネットワーク化を図った。

・　参加後のアンケートは、80％以上の参加者が「参考になった」としており、「事例の見方、視点について参考になった」、又、「連携することや組織でのかかわりの重要性を再認識した」と答えた者が多かった。

・　参加者は居宅介護支援事業所、包括支援センターの職員が一番多く、行政、教育、就労、法律関係各分野からの参加もみられた。

・　来年度も、２区で実施予定。

かかりつけの医師と精神科医の連携強化に向けた取組状況について

1　かかりつけの医師と精神科医の連携強化

⑴　事業内容

・　うつ病など自殺の危険性が高い人を早期に発見し、適切な精神科医療を受けられる体制を整備するため、「かかりつけの医師と精神科医の連携の手引き」を作成し、平成23年度において市域の医療機関に配布した。

・　この「手引き」に基づく連携を強化するため、昨年度に引き続き、うつ病患者等の対応についての講演やかかりつけ医と精神科医が顔を合わせて意見交換を行う研修会を実施し、事業の普及促進を図った。

研修会実施状況

地　区	月　日	場　所	参加者数 （精神科医数）
安芸区	平成24年12月11日（火）	安芸地区医師会館	23人（ 9人）
東区、南区、中区	平成25年1月21日（月）	中区地域福祉センター	21人（15人）
安佐南区、安佐北区	平成25年1月23日（水）	安佐医師会館	15人（ 8人）
西区、佐伯区、中区	平成25年1月29日（火）	広島医師会館	30人（12人）
計			89人（44人）

⑵　総括

・　平成24年6月以降、かかりつけ医から精神科医へ月100件を超える紹介があった。

・　平成25年度は、「手引き」による事業効果の検証を行うため、医療機関等に対する調査を実施し、その結果を踏まえ、本事業の次なる方向性を探る。

診療情報提供件数（精神科医→広島市）　　　　平成24年12月末現在（件）

区分		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
紹介件数	H23年度	0	2	0	0	4	6	38	34	42	56	55	58	295
	H24年度	81	98	104	115	117	108	111	109	102				945

注：平成24年度の数値は未確定

自死遺族支援の取組状況について

1　自死遺族支援のための講演会・研修会

⑴　自死遺族を対象とした講演会・交流会

ア　日時・場所・講師・参加者数

日　　時	場　所	テ　ー　マ	講　　師	参加者数
平成25年2月14日(木) 13：30～16：00	広島市保健所 大会議室	遺されて 生きるということ	わかち合いの会 ふきのとう代表 竹井　京子　氏	21人

イ　内容

- 自死遺族の心のケアを行うとともに、同じ悩みや問題を抱える人のわかち合いの会について情報提供することを目的に、自死遺族を対象として、自死遺族である講師を招いた講演会を実施した。
- 講演会の後、講師を囲んで参加者の交流会を実施した。

ウ　総括

- 講演会では、「少し前を行く人の感じ方、生き方を知ることでもう一歩前に進む気持ちになれた」、また交流会では「いろいろな方の話が聞け、自分だけではないと気持ちが楽になった」等の感想があった。
- 講演会は新聞で知ったという人が大半を占めた。今後もわかち合いの会の情報提供をするために、他の自死遺族わかち合いの会も含めた広報に務め、定期的に講演会を開催していく。

⑵　相談業務に関わる職員等を対象とした研修会

ア　日時・場所・講師・参加者数

日　　時	場　所	テ　ー　マ	講　　師	参加者数
平成25年2月14日(木) 10：00～12：00	広島市保健所 大会議室	自死遺族として 伝えたいこと	わかち合いの会 ふきのとう代表 竹井　京子　氏	31人

イ　内容

- 自死遺族の支援には、自死遺族のおかれている状況や心理を十分理解することが重要であることから、相談業務に関わる職員等が自死遺族に関する理解を深め、適切な対応方法を習得することを目的に研修会を実施した。
- 前半は自死遺族の体験談、後半はテーマを「私たちに求められるもの」とし、グループディスカッションを行った。

ウ　総括

- 「自死遺族の話を聞くことで、自死遺族の苦しみや思いを受け止め、心に響いた」という感想の他、「思わぬ言葉が傷つけてしまうことに気付いた」等、自死遺族の方に接する際の配慮、支援方法について考えを深める機会とすることができた。
- 参加者は介護関係・行政・教育・医療関係・僧侶など多職種に渡っており、「様々な職種と一にグループワークを行うことで、それぞれの立場の意見を聞くことができ、気づきが得られた」という感想が多く、研修の効果が感じられた。

2　自死遺族のわかち合いの会の運営支援

⑴　自死遺族わかち合いの会「れんげ草のつどい・ひろしま」の開催

ア　日時・場所・参加者数

日　　　　時	場　　所	参加者数
平成 24 年　5 月 11 日（金）14：00～16：00	広島市保健所 大会議室	7 人
平成 24 年　7 月 13 日（金）14：00～16：00		4 人
平成 24 年　9 月 14 日（金）14：00～16：00		2 人
平成 24 年 11 月　9 日（金）14：00～16：00		4 人
平成 25 年　1 月 11 日（金）14：00～16：00		5 人
平成 25 年　3 月　8 日（金）14：00～16：00		

※平成 22 年 7 月、自死遺族わかち合いの会「れんげ草のつどい・ひろしま」開設

イ　内容

90 分参加者同士が自由に思いを語り、その後、クールダウンの時間を 30 分設けている。

⑵　運営スタッフの育成

わかち合いの会の運営に参画できる遺族スタッフを育成することを目的に、わかち合いの会参加遺族 1 名を 2 月に開催されたスタッフ研修会に派遣した。

⑶　総括

・　多くの参加者から、「同じ境遇にある人々と時間や空間を共有することで、日常生活では口にしづらい気持ちを表現でき、また自分の気持ちを受け入れられた。」という感想がよせられており、心理的苦痛の軽減にわかち合いの会が役立っていることが確認できた。

今後もわかち合いの会を定期的に実施し、この会についての周知を積極的に図るため、広報誌や新聞等を活用していく。

・　活動意欲のあるわかち合いの会参加者 1 名をスタッフ研修に派遣したところであるが、今後はその遺族等の意向も踏まえながら、運営スタッフとしての育成を図っていく予定である。

資 料 4

広島市における平成25年度うつ病・自殺対策事業の概要

【平成25年度予算案】

区分	事 業 項 目 （●印：自殺対策緊急強化事業（100％補助））	予算額（千円）	一般財源
広報啓発事業	・心といのちを守るシンポジウム（うつ病に関する講演、ﾊﾟﾈﾙﾃﾞｨｽｶｯｼｮﾝ、質疑応答）	1,022	1,022
	●バス・電車等車内広告（3月（予定）） ●ポスター作成、駅構内等への掲示（3月（予定）） ●リーフレット改訂・新聞折込による配布（3月（予定））	10,034	0
	●ホームページの充実強化（データ更新等）	557	0
相談支援体制の充実	●民生委員・児童委員等への研修(8区で実施・ﾊﾟﾝﾌ(ﾃｷｽﾄ)作成)	345	0
	●うつ病・自殺対策相談機関職員人材育成（研修会、ｹﾞｰﾄｷｰﾊﾟｰ養成研修(基礎編・ｽﾃｯﾌﾟｱｯﾌﾟ編)、ｹﾞｰﾄｷｰﾊﾟｰ育成研修）	481	0
	●うつ病・自殺対策相談機関実務者連絡会議（事例検討・情報交換）	72	0
かかりつけの医師と精神科医の連携強化	●かかりつけの医師と精神科医の連携強化	746	0
自死遺族支援	●自死遺族支援のための講演会・研修会 ●自死遺族の分かち合いの会の運営支援 ●自死遺族向けリーフレットの作成	573	0
その他	・うつ病・自殺対策推進計画の中間見直し（冊子印刷） ・うつ病・自殺対策推進協議会 ・国との連絡調整等（自殺対策主管課長会議（内閣府）等への出席）	560	560
	・国との連絡調整等（研修会等への出席）	65	65
計		14,455	1,647

うち、自殺対策緊急強化事業（100％補助(見込)）	12,808	0

※自殺対策緊急強化事業補助金については、平成25年4月以降、申請を行う予定

資　料　５

各団体等におけるうつ病・自殺対策に関する取組状況

委員名	取組状況等
広島県看護協会 （板谷委員）	<u>平成２４年度取組状況について</u> ●　保健医療福祉施設等におけるうつ病・自殺予防対策のゲートキーパーとしての看護職の資質向上を図る研修会の企画・開催 ①　広島県看護協会主催による研修会 研修会名「一般科におけるうつ病・うつ状態患者へのケア」 目　的：事例を基に一般科におけるうつ病患者のアセスメントと対応を学ぶ 対　象：看護職 開催日：平成２４年８月４日（木）１０：００～１６：００ ②　広島県（広島県立総合精神保健福祉センター）との共催による研修会 研修会名「平成24年度広島県自殺対策医療スタッフ(看護職等)養成研修」 講演テーマ：メンタル面から慢性疾患患者の生活の質を改善する ～患者の抱える問題の発見とケアへのつなぎ～ 対　象：県内の保健・医療機関に従事する看護職等 開催日：平成２５年２月７日（月）１０：００～１５：００ ●　メンタルヘルス対策の推進 ①　他団体との共催による研修会等の企画・開催 名　称「平成２４年度 地域保健・産業保健フォーラム」 講演テーマ：成人期のこころの健康～新型・未熟型うつ病を中心に～ 主　催：広島県看護協会 共　催：広島県産業保健研究会、広島県市町村保健活動協議会、広島県保健師研究協議会 対　象：看護職 開催日：平成２４年１２月８日（土）１３：１０～１６：００ ②　看護職員のメンタルヘルス向上のための研修会 研修会名「職業人のメンタルヘルス」 対　象：看護職 開催日：平成２４年１０月６日（土） ③　働きやすい職場環境づくりの推進 ・職場の暴言・暴力への取り組みを推進するための研修会 研修会名「暴言・暴力への対応について ～暴言・暴力にあったら、あなたならどうしますか？～」 対　象：看護職 開催日：平成２４年１０月２７日（土）

委員名	取組状況等
	●　うつ病、自殺予防等の普及啓発の推進 ①　他団体のうつ病・自殺予防対策推進事業への協力 ・シンポジウム等への後援、参加協力 ・ポスター・チラシ・研修開催案内等の掲示および情報提供 <u>平成２５年度実施予定について</u> ●　保健医療福祉施設等におけるうつ病・自殺予防対策のゲートキーパーとしての看護職の資質向上を図る研修会の企画・開催 ①　広島県看護協会主催による研修会 研修会名「うつ病・うつ状態患者へのケア」 目　的：うつ病患者のアセスメントと対応を学ぶ 対　象：看護職 開催時期：平成２５年７月２５日（木）開催予定 ●　メンタルヘルス対策の推進 ①　他団体との共催による研修会等 名　称「地域保健・産業保健フォーラム」 テーマ：メンタルヘルスにおける運動療法 対　象：看護職 開催時期：平成２５年１１月　開催予定 ②　看護職員のメンタルヘルス向上に関する研修会等 ●　うつ病、自殺予防等の普及啓発の推進 ①　他団体のうつ病、自殺予防対策推進事業等への協力
広島市精神保健福祉家族会連合会 （岡田委員）	●　相談活動、雑談会等 当事者を抱えての毎日の中で、家族は、少しの手助けがあれば生きる力を見出すことができる。相談、雑談会は、その役目を果たしている。 <u>行政への提案・要望</u> ●　病院治療に繋ぐための訪問看護の充実 ＡＣＴのように全く入院をしないで自宅治療をするというのではなく、急性期などの当人を家族が病院に連れて行けない状況の場合、警察や救急車でないソフトな対応で治療につなげたい。 ●　作業所の在り方について 作業所の在り方が、就労支援を推進する方向に進んでいるが、もともと行き場としての機能を重視されていたはずである。 一般企業での就労が困難な現実を踏まえての施策だと解釈するが、行き場のない通所者ができている。

委員名	取組状況等
広島市社会福祉協議会 （島本委員）	広島市社会福祉協議会では、「あなたとつくる　みんなでつくる　ささえあいのまち」をスローガンとして地域福祉推進第６次５か年計画を策定し、市民一人ひとりが主役となって「安全・安心でこころ豊かに暮らせる地域」を目指した活動に取り組んでいる。 この計画では、自殺対策に関する直接的な取り組みはないものの、近隣ミニネットワークづくり推進事業（近隣地域での見守り体制）、ふれあいいきいきサロン設置推進事業（小地域で社会的弱者等の行き場を作り、社会参加を促し人間関係づくりを図る）、地区ボランティアバンク活動推進事業（地域住民の思いや願いに基づくボランティア活動推進のための学習会等の開催、ボランティア登録・活動調整を行い、利用希望者の相談援助を行う）、各種相談活動を通じて専門機関へつなげていくなどの間接的な取り組みを実施している。 なお、この計画は、平成２５年度から始まる地域福祉推進第７次５か年計画の中においては、継承して取り組むとともに小地域福祉活動の基盤づくりや取組の強化を進めていくこととしている。 平成２５年度も地域福祉推進第７次５か年計画の初年度として、平成 24 年度と同様に取り組んでいく予定である。
広島労働局 （檀上委員）	職場におけるメンタルヘルス対策として、広島労働局「メンタルヘルス推進計画」（平成２３年度～平成２５年度）により、事業場に対し、「心の健康づくり計画」の策定、事業場内メンタルヘルス推進担当者の選任、教育研修の実施等を指導している。 心の健康づくり計画は、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、事業場外資源によるケアの「４つのケア」を継続的かつ計画的に行う内容である。 平成２４年度においては、規模１００人以上の事業場における取組状況の自主点検を実施した。 平成２５年度においても、２０２０年度に「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合：１００％」を目指して、引き続き同計画を推進することとしている。
広島産業保健推進センター （坪田委員）	●　メンタルヘルス相談（無料） 産業医、保健師、衛生管理者等の産業保健担当者ならびに労働者とその家族等からの相談対応を行っている。また、フリーダイヤルによるメンタル・不眠電話相談（広島県委託事業）を実施し、一体的に運用している。 ・相談件数：　９８５件 ●　メンタルヘルス関係研修会（無料） 産業医、保健師、衛生管理者、その他の産業保健担当者を対象にメンタルヘルス研修を実施している。 ・回　　数：　　２９回 ・参加者数：１１３０名

委員名	取組状況等
	●　メンタルヘルス関係事業主セミナー（無料） 　複数事業場の担当者が集まる場（広島県労働基準協会の衛生週間準備月間説明会等）で事業主、衛生管理者、労務担当者を対象にセミナーを実施している。 ・回　　数：　２５回 ・参加者数：１３３０名 ●　メンタルヘルス企業内研修への講師斡旋（有料） 　事業場で実施するメンタルヘルス研修の講師を斡旋している。 ・回　　数：　３３回 ●　メンタルヘルス対策支援センター事業（無料） 　県内の事業場に促進員（産業カウンセラー等）が個別訪問を行い、メンタルヘルス対策（計画策定、体制づくり等）について個別に支援を行っている。また、希望により管理者研修を１事業場１回に限り実施している。 ・訪問事業場数：５９８事業場（年間計画：７００事業場） ・個別支援件数：４２３件　（年間計画：５５０件） ・管理者研修回数：１３６回　（年間計画：１４０回） ※　参考資料として、広島産業保健推進センター利用の案内、メンタル・不眠電話相談（定例相談、３月特別相談）の案内を添付 ※　件数は、平成２５年1月３１日現在
広島県警察本部 （名越委員）	平成２４年度取組状況について ●　多重債務問題、ヤミ金・金融犯罪の相談、取締り 　ヤミ金撲滅に向けた取締りを強化し、事件化可能な事案については、積極的に事件化を図った。 ●　子供の自殺予防対策の一環としてヤングテレフォン運営事業 　非行、被害、いじめ、自殺企図など少年に係る相談を受理し、事件化や被害者支援等を実施した。 ●　自殺予告・相談、ネット上での自殺予告対策 　自殺に関する相談への保護対策、インターネット上の自殺予告に対して、プロバイダーと連携の上、迅速に発信者を特定し、自殺企図者を保護した。 　なお、平成２４年中、広島県内での取扱件数は４件であり、いずれも無事を確認している。 ●　特異行方不明者（自殺企図）届の受理、発見・手配、保護活動 　自殺のおそれのある行方不明者届の迅速な手配及び態様に応じた発見活動と保護等を実施した。 　なお、平成２４年中、２，２４８件の行方不明者届を受理し、その内、自殺企図者として２８５件の手配を実施。 ●　自殺統計資料の提供 　自殺防止対策に資する目的で、関係機関へ自殺統計資料を提供。 平成２５年度実施予定について 　前年に引き続き、諸対策を推進していく。

委員名	取組状況等
広島弁護士会 （風呂橋委員）	平成２４年度取組状況について 人権擁護委員会の中の「貧困と人権部会」として活動 ● 年２回、「暮らしとこころの相談会」開催 ● まちかど生活相談会の実施（広島駅地下街） ● 生活保護ホットラインの開催 ● 自死問題に関するシンポジウム開催 ● 臨床心理士を講師とした研修会開催（平成２４年２月４日） ● 発達障害についての勉強会（平成２４年１０月１７日） ● 生活保護基準の引下げに強く反対する会長声明（平成２４年１１月１５日） 〔参考：日本弁護士連合会としての取組〕 ・ 人権擁護大会（平成２４年１０月４、５日・佐賀）において、「強いられた死のない社会をめざして～「自殺」をなくすために私たちができること」というテーマでシンポジウムを実施 ・ 上記大会において、「強いられた死のない社会をめざし、実効性のある自殺防止対策を求める決議」を採択（別紙１参照） 平成２５年度実施予定について 貧困と人権部会を、独立した委員会にすることになり、平成２５年２月２２日の定期総会において、生存権擁護委員会の設置が承認された。 今後は、この委員会において、自殺対策及びこれに関する事項についての調査、研究及び啓発活動を行う予定
広島大学大学院 医歯薬保健学研究院 精神神経医科学 （山脇委員、岡本委員）	● 自殺未遂者実態調査 ＜目的＞ 本事業は、救命救急センター搬送自殺企図患者に関する実態及び、数カ月後の転帰に関する調査を行うことを目的としている。平成21、22年度の計画では、過去の自殺企図患者に関する予備調査を行い、本事業における調査方法や調査内容、調査時期・期間について検討を行った。平成23年度では、それらを踏まえ6月から本格的に調査を行うことになった。平成24年度では、広島県立病院、広島市民病院にもご協力いただき上記調査を継続している。 ＜方法＞ 対象：平成23年6月から平成25年2月までに広島大学病院救命救急センターに搬送された自殺企図患者と、平成24年4月から平成25年2月までに広島県立病院救命救急センター、広島市民病院救命救急センターに搬送された自殺企図患者。 方法：自殺企図患者へ面接し、自殺未遂者支援の基礎となる各種情報（生活歴、医療歴、既往自殺企図状況、周囲の支援者の状況等）を収集。なお、在院時の状況だけではなく、退院後の状況も把握するため、退院後、一定期間（1、3、6か月後）ごとの追跡調査（医療継続状況、支援状況等）も実施。

委員名	取組状況等
広島県医師会 （渡邊委員）	広島県・広島市・広島大学・広島県医師会で構成する広島県地域保健対策協議会内に、「自殺（うつ病）対策医療連携専門委員会」（委員長：山脇成人 広島大学精神神経医科学教授）を設置し、自殺防止に向けた調査、マニュアルの作成、医療連携システムのあり方の検討などを行ってきた。 平成２４年度は、精神科以外の診療科と精神科の連携体制（General Physician-Psychiatrist連携（ＧＰ連携））についてアンケート調査を行い、データを比較することで連携体制に必要な要因、連携構築の阻害要因を分析している。また、広島県保健医療計画（精神疾患）の策定にあたり、本委員会内で意見照会を行い、広島県に意見を提出した。

強いられた死のない社会をめざし、実効性のある自殺防止対策を求める決議

我が国の自殺者数は、経済情勢が急激に変化した1998年に、前年から8472人増加して3万2863人となり、その後、昨年まで14年連続で3万人を超えるという異常事態が続いている。国際比較においても、日本の自殺率は、極めて高い。

このような異常な事態を踏まえ、国は自殺対策に乗り出し、2006年に自殺対策基本法が制定され、これを受けて、2007年に自殺総合対策大綱が策定されたが、深刻な状況は今日に至るまで続いている。

その背景には、労働分野の規制緩和により非正規雇用への置換えが進められワーキングプアが増大する一方、もともと脆弱であった生活保護をはじめとする社会保障制度がさらに切り縮められ、格差と貧困が拡大してきたという構造的要因がある。そして、自殺者数を根本的に減少させるためには、こころのケア、精神疾患に対する治療の促進、相談体制の充実、自殺問題に対する広報など従来の取組に対する国の支援を強化するとともに、自殺を生み出す構造的要因を解消することが不可欠である。

そもそも、多くの自殺は、個人の自由な意思や選択の結果ではなく、このような構造的な要因を背景に、解雇、過労などの労働問題、多重債務、生活保護などの生活問題、DV、虐待などの家庭問題、いじめなどの学校問題などが複合的に重なり、心理的に追い込まれ、自らの自由意思で適切な行動を選択することができなくなった結果である。その意味で、多くの自殺は、自己決定権、そして、生きる権利という究極の基本的人権が、社会の構造的要因によって侵害されている、強いられた死だといえる。したがって、自殺対策としては、構造的な要因を除去、改善するための実効的な対策を講ずることが緊急の課題である。

そこで、当連合会は、実効性のある自殺対策として次のとおり要望する。

第１　国は、まずは、人を死へと追い込む社会の構造的要因を除くことが自殺対策として不可欠であるとの認識に立って、非正規雇用を拡大させている労働法制・労働政策の抜本的見直し、経済的に追い詰められた人が社会保険、生活保護等から排除されることのない充実した社会保障制度の確立、全ての子どもや若者が将来に夢や希望を持てるよう、充実した教育制度、経済的支援策などを実現すべきである。

第２　この基本的な取組に加えて、関係機関に対して、次のとおり求める。

１　国及び地方自治体は、自殺予防対策として、

(1) 自殺に至る経路、自殺要因について、遺族の心情に配慮しながら、関係者等への聴取りなどによって徹底的な調査を行うこと、特に、国の発表で自殺の「原因・動機」として最も多いとされる「健康問題」について、その背景にある社会的要因を分析することにより、自殺予防対策に役立てること。

(2) 法律家・医療者・福祉関係者などと積極的に連携してネットワークを構築し、その連携の中核を担うこと。

２　国及び地方自治体は、自死遺族支援策として、

(1) 自殺や自死遺族に対する差別・偏見を速やかに解消するため、自殺に至る背景や要因について、啓蒙、啓発に取り組むこと。

(2) 自死遺族が置かれた厳しい社会的立場を理解し、自死遺族の生活再建を支援する制度、体制を構築すること。

(3) 保護者の自殺を原因として、自死遺児が経済的困難に陥るなど、自殺者の不利益・社会的排除が、自殺を契機として世代間で引き継がれることを防ぐために、自死遺児への経済的支援を充実させるとともに、成長・発達の過程において必要な支援を受けられる体制を構築すること。

３　事業主は、労働者の過労自殺・パワーハラスメント問題、メンタルヘルス問題に関して、自らが負っている責任が大きいことを自覚し、問題の根本原因を取り除くべく、雇用の安定に努め、労働者の長時間労働をなくし過重労働によるス

トレスを軽減する対策を講じるとともに、職場のハラスメントを防止する等、労働条件や職場環境、並びに健康管理体制や組織の改善に徹底して取り組むこと。

4 報道機関は、自殺に関する報道をする場合には、自殺者やその遺族の名誉・プライバシーに配慮するとともに、自殺が行われた場所、自殺の方法等の具体的な情報を公にすると連鎖自殺が生ずるおそれがあるとされていることを踏まえ、適切な報道のあり方について自主的に議論すること。

当連合会は、これまで、自殺の要因となる社会問題について取組を続けてきたが、自殺対策自体を正面から人権課題として捉える点では必ずしも十分ではなかったことを踏まえ、過去の取組を真摯に振り返り、今後は、自殺対策において、永続的に積極的な関与を行うことを自ら誓うとともに、個々の弁護士においても、「自殺予防のゲートキーパー」としての役割を担うために、研修やマニュアル作成、相談担当者のメンタルヘルスケアを含めた必要かつ十分な支援を行うことに全力を尽くすことをここに決意する。

以上のとおり決議する。

2012年(平成24年)10月5日
日本弁護士連合会

提案理由

第1 我が国の自殺の実態と国の施策

1 我が国の自殺の実態－自殺者数の高止まり

我が国の自殺者数は、1998年以降、昨年まで、14年連続して年間3万人を超える異常事態が続いている(警察庁の自殺統計資料による。以下の数値も同じ。)。

我が国の年間自殺者数は、1983年と1986年に単年で2万5000人をわずかに超えることがあったが、同種の統計が取られ始めた1978年以来、とりわけ平成の時代に入ってからは、ずっと2万人台前半で推移していた。ところが、1998年に、前年の2万4391人から、突如8472人増加し(34．7%増)、3万2863人という数字を数えた。そして、この増加傾向は、一過性のものにはならず、2003年に3万4427人のピークを記録しつつも、その後も顕著な減少傾向は見られず、2万人台前半はおろか、現在に至るまで14年間もの長きにわたって、連続して3万人の数字を割り込むことがない状態が続いている。精神疾患による薬物過剰摂取による死亡を含むと、さらにその数は多くなる。

世界保健機関(WHO)によれば、主要国の自殺死亡率(10万人あたりの自殺者数)は、ロシア30．1、日本24．4、フランス16．3、ドイツ11．9、カナダ11．3、アメリカ合衆国11．0、イギリス6．9、イタリア6．3となっている(2004年から2009年まで。国により調査年が異なる。)。また、同機関によれば、2000年以降のデータがある国では、日本の自殺死亡率は、リトアニア、韓国、ロシア、ベラルーシ、ガイアナ、カザフスタン、ハンガリーに次いで、8番目に高いとされている。

昨年3月11日に発生した東日本大震災とそれを契機とした原発事故は、家族、住居、職業的活動に直接の甚大な被害を与え、それまで自殺の危険因子を持っていなかった者をも自殺に追い詰めるほどの深刻な出来事である。また、転居等によって、住み慣れた住環境を喪失したり、災害活動や仮設住宅での生活の疲労などから自殺の危険因子が重なり合うなど、震災の間接的な影響による自殺も発生している。そして、長期間の忍耐が限界に達し、援助の遅れや行政の対応への不満が蓄積して、さらに自殺の危険が高まっているとの指摘もされている。

2 国の対応

(1) 自殺対策基本法の成立

国が本格的に自殺対策に乗り出したのは、2006年以降である。

2006年、自殺対策の法制化を求める市民団体の呼び掛けに対して、10万人を超える署名が集まり、その声に応える形で、議員提案により、自殺対策基本法案が参議院に提出され、同年6月「自殺対策基本法」(平成18年法律第85号)が制定された。

自殺対策基本法は、「近年、我が国において自殺による死亡者数が高い水準で推移していることにかんがみ、(中略)自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること」を目的として定めた上(同法1条)、基本理念として、「自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない」、「自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない」、「自殺対策は、国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の相互の密接な連携の下に実施されなければならない」などの考え方を掲げている(同法2条)。

かかる基本理念は、当連合会が自殺対策に取り組む際の基本的な考え方と基本的に合致している。

ただ、同法は、基本法としての性質から、国、地方自治体等の一般的な責務などを定めるだけで、自殺対策における具体的な施策や関係者の権利義務関係についてまで定めているものではない。

(2) 自殺総合対策大綱の策定

自殺対策基本法を受け、政府は2007年、自殺総合対策大綱を策定し(2008年一部改正)、2012年8月には、全体的な見直しを行った。

大綱では、自殺対策の基本認識として、まず、個人の自由な意思や選択の結果ではなく、「自殺は、その多くが追い込まれた末の死」であると位置付けている。すなわち、「自殺に至る心理としては、(中略)様々な悩みが原因で心理的に追い詰められ、自殺以外の選択肢が考えられない状態に陥ってしまったり、社会とのつながりの減少や生きていても役に立たないという役割喪失感から、また、与えられた役割の大きさに対する過剰な負担感から、危機的な状態にまで追い込まれてしまうという過程と見ることができる。

また、自殺を図った人の直前の心の健康状態を見ると、大多数は、様々な悩みにより心理的に追い詰められた結果、うつ病、アルコール依存症等の精神疾患を発症しており、これらの精神疾患の影響により正常な判断を行うことができない状態となっていることが明らかになってきた。

このように、個人の自由な意思や選択の結果ではなく、『自殺は、その多くが追い込まれた末の死』ということができる。」

大綱は、このような考え方を示した上で、自殺は社会的な取組によって防ぐことが可能であることについて、次のように説明している。

「世界保健機関が『自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題』であると明言しているように、自殺は社会の努力で避けることのできる死であるというのが、世界の共通認識となっている。

すなわち、経済・生活問題、健康問題、家庭問題等自殺の背景・原因となる様々な要因のうち、失業、倒産、多重債務、長時間労働等の社会的要因については、制度、慣行の見直しや相談・支援体制の整備という社会的な取組により自殺を防ぐことが可能である。」

このような基本認識を掲げた上、大綱は、自殺対策の基本的な考え方として、「社会的要因に対する働きかけ」、「自殺や精神疾患に対する偏見をなくす取組」、「マスメディアの自主的な取組への期待」などを掲げるほか、重点施策として、自殺の実態を明らかにすることや、様々な社会的な取組で自殺を防ぐこと、遺された人の苦痛を和らげること、などを掲げている。

また、2012年8月の見直しでは、「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」ことを強く掲げ、「自殺や多重債務、うつ病等の自殺関連事象は不名誉で恥ずかしいものである」という間違った社会通念からの脱却や、自殺に

追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」であって、その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を普及することの重要性を指摘している。このほか、いじめ自殺を含めた若年層への取組の必要性を大きく取り上げ、自殺未遂者への対応の重要性を指摘するなど、内容を充実させている。ただ、自殺者数の高止まりの状況が続いていることからすると、これらの指摘をどのように具体化し、適切に実践するかが重要な段階に来ているといえる。

第2　自殺者数高止まりの背景

自殺者数が1998年に3万人を超え、国が自殺対策に乗り出したにもかかわらず減少せず、14年連続で3万人を超えるに至っている背景としては、次の事情を指摘することができる。

1　自殺を生み出す構造的要因

我が国では、経済のグローバル化、国際競争の激化を背景に、「市場の障害物や成長を抑制するものを取り除く」という市場中心主義の下、規制緩和と政府活動の見直し(「小さな政府」、「官から民へ」)を行ういわゆる構造改革政策が推進されてきた。

すなわち、労働分野では、1990年代に入り徐々に増加していた非正規雇用が、1990年代半ば以降、急速に増加した。1995年、日本経営者団体連盟は「新時代の『日本的経営』」と題する報告書をまとめ、従来の日本型雇用システムを転換し、正規雇用を減らし非正規雇用へ置き換えていく雇用改革案を明らかにした。その後、これと連動するように、労働者派遣法改正による派遣対象業務の拡大、労働基準法改正による有期労働契約期間の上限の緩和などの規制緩和が進められ、その結果、非正規雇用が急増し、不安定就労・低賃金労働が拡大した。

一方、社会保障制度は、いわゆる日本型雇用が社会保障機能の一部を肩代わりしていたため、それほど顕在化していなかったものの、元々極めて脆弱なものであったところ、構造改革政策は、規制緩和によってワーキングプアを増大させ、社会保障への需要を大きく増加させながら、社会保障そのものを大リストラの対象とし、雇用保険の給付削減、児童扶養手当の縮減等の給付削減や負担増による社会保障費の抑制政策を進めたため、社会保障の機能不全が一層進んだ。

このように、1990年代半ば以降、正規雇用から非正規雇用への置換えが急速に進められてワーキングプアが拡大し、それとともに、元々脆弱であった社会保障制度の機能不全が一層進み、その結果、収入の低下や失業が生活の崩壊に直結するという構造が作られ、それによって貧困や格差が急速に拡大した。

自殺の高止まりの背景には、このような社会構造の変化によって、労働問題、生活問題などの様々な解決困難な問題を抱え、セーフティネットによって支えられず、追い詰められて死に至るという、社会構造的要因があるといわなければならない。

上記のとおり、国は自殺対策を講じ始めたが、それにもかかわらず、自殺者数が一向に減少しないのは、自殺を生み出すこのような構造的要因が何ら解消されていないからであると考えられる。

2　経済的背景

自殺者数が3万人を超えた1998年は、いわゆるバブル経済が崩壊した後、長引く不景気の中、金融機関が破たんするなど経済の急激な変化が見られた年である。

1989年12月、日経平均株価は3万8915円の最高値をつけたが、翌年からは、その急騰ペースをも上回る急落のペースを刻み始める。地価もこれにあわせ、90年代初頭をピークに下落の一途をたどる。そして、政治情勢が混乱したまま、アジア通貨危機(1997年)を迎え、我が国では金融危機と言われる状態まで経験する。すなわち、1997年から1998年にかけては、北海道拓殖銀行、日本長期信用銀行、日本債券信用銀行、山一證券、三洋証券などの大手金融機関が相次いで破たんした結果、経済全体の信用収縮を招き、その後数年で新たな融資を受けられずに倒産に追い込まれる企業が続出することとなる。

このような経済情勢の悪化は、雇用情勢を直撃した。あらゆる職域で実質賃金が減少するだけでなく、過剰人員の削減のために新規採用が抑制され、第二次ベビーブーム世代の大量の新卒者が就職できない状況は「就職氷河期」などと

呼ばれた。また、企業が不況下で目先の利潤確保に走るあまり、安易に人員削減に走り、法的に違法な整理解雇を含めて、「リストラ」の名の下に大量の中高年の熟練労働者などが解雇され、また正規社員から派遣労働者などの非正規雇用への置換えが進んでいった。戦後最悪の失業率、最低の有効求人倍率をみるのもこのころである。

労働市場からはじき出されたものは、やむなく非正規雇用を甘受することとなり、彼らの生活・雇用の不安定さ、社会保障の負担が充分できずにセーフティネットから外れ困窮する様が、様々な形で、大きな社会問題となっていく。

3 経済・社会情勢と自殺者数の関係

自殺統計を更に詳しく見ると、中高年(30歳から64歳まで)の自殺者数が、自殺者数が3万人を突破した1998年に急増し、50代を除き顕著な減少傾向をみずに今日に至っている。また、1998年は、50歳代男性の自殺者数の増加が際立っている。

これに対して、2012年の内閣府の自殺対策に関する意識調査によれば、自殺を考えた経験を持つのは、年齢別では20歳代の割合が最も高く、また、雇用情勢の悪化を背景に、就職活動の失敗を苦に自殺する若者の急増も指摘されており、自殺者が従来の中高年中心から若者へも広がる傾向を見せている。

子どものいじめを原因とした自殺など、必ずしも経済情勢と直接関連しない自殺要因も存在することは確かである。しかし、以上にみた我が国の経済・社会情勢と自殺統計を照らし合わせて考察すると、少なくとも経済・社会情勢の悪化が自殺者数の急激な増加をもたらしたことは明らかである。

第3 自殺と人権

そもそも、多くの自殺は、個人の自由な意思や選択の結果ではなく、上記のような構造的な要因を背景に、解雇、賃金切下げ、過労などの労働問題、多重債務、生活保護などの生活問題、DV、虐待などの家庭問題、いじめなどの学校問題が複合的に重なり、心理的に追い込まれ、自らの自由意思で適切な行動を選択することができなくなった結果であるといえる。

その意味で、自殺は、憲法13条が保障する人格権の一部としての自己決定権、さらに、憲法25条が保障する生存権、すなわち生きる権利という究極の基本的人権が侵害されている問題である。

したがって、自殺対策は、社会構造的要因による重大な権利侵害を防ぐものであるから、構造的な要因を除去、改善するための実効的な対策を講ずることが緊急の課題である。

第4 当連合会が求める自殺対策

そこで、当連合会は、実効性のある自殺対策として次のとおり要望する。

1 自殺を生み出す構造的要因の解消

上記のとおり、自殺の背景には、労働政策、社会保障政策等によって作られた社会構造的要因がある。国の対策によっても自殺者数が減少しないのは、自殺を生み出す構造的要因が何ら解消されていないからである。

当連合会は、これまでの人権擁護大会において、次のような決議を採択してきた。

(1) 当連合会は、2006年の第49回人権擁護大会において、「貧困の連鎖を断ち切り、すべての人の尊厳に値する生存を実現することを求める決議」を採択した。ここでは、貧困問題を、当連合会としては初めて人権問題として捉え、日本社会の貧困や格差の拡大という実態を直視し、生活保護の切下げを止め、基礎年金額の引上げや生活保護法の積極的適用などにより社会保障の充実を進めること、生存の最後の砦である生活保護制度より手前のセーフティネットの整備・充実などを求めた。

(2) 2008年の第51回人権擁護大会において、「貧困の連鎖を断ち切り、すべての人が人間らしく働き生活する権利の

確立を求める決議」を採択した。ここでは、構造改革政策の下で、労働分野の規制緩和が推進されたことに加え、社会保障費の抑制が進められたことにより、ワーキングプアが急増したこと、いったん収入の低下や失業が生じると社会保障制度によって救われることなく、貧困が世代を超えて拡大再生産される「貧困の連鎖」構造が作られていることを指摘した。その上で、正規雇用を原則とし、非正規雇用を拡大させている労働法制と労働政策の抜本的見直し、ワーキングプア等が社会保険や生活保護等から排除されることのないよう社会保障制度の抜本的改善を、具体的な政策提言を添えて求めた。

(3) 2010年の第53回人権擁護大会においては、「貧困の連鎖を断ち切り、すべての子どもの生きる権利、成長し発達する権利の実現を求める決議」を採択した。ここでは、貧困が拡大したことにより、教育、保育、医療面で決定的な不利益を受ける子どもが増加していることに加え、虐待や家庭崩壊を招いている現状を指摘し、改めて貧困の連鎖を断ち切り、全ての子どもが家庭環境に左右されずに安心して生活を営み成長し発達することができるよう労働法制・社会保障の抜本的改善と教育を受ける権利の実質的保障を図ることを求め、子どもの貧困の実態調査を直ちに行うことをはじめ具体的な諸方策の実施を求めた。

(4) そして、昨年の第54回人権擁護大会においては、「希望社会の実現のため、社会保障のグランドデザイン策定を求める決議」を採択した。ここでは、誰もが豊かさを実感し、希望を持てる社会(希望社会)を実現するためには、社会経済の安定と発展の基礎としての社会保障が重要であることを指摘し、これまでの社会保障制度の在り方を根本的に見直し、雇用、子育て、教育、住宅なども含めた社会保障のグランドデザイン(全体構想)を策定するとともに、憲法的理念を踏まえた社会保障基本法の制定を求めた。

これらは、いずれも、貧困対策であると同時に、自殺の社会構造的要因の改善を求める意味において自殺対策でもあることから、改めて、以上の諸施策の実現を求める次第である。

2 これからの自殺対策

(1) 自殺要因調査の必要性

自殺の社会構造的要因を改善するためには、まず統計・社会調査のレベルで自殺の原因を可能な限り正確に把握することが前提となる。自殺の統計調査としては、警察庁の自殺統計がその要因分類をしているが、原因・動機別の自殺の状況については、最大3つまで計上することが2007年から始まったばかりで、それも遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を計上しているに過ぎない。

また、自殺統計は、1998年まで分類があった「病苦等」、「アルコール症 精神障害」について、1999年以降「健康問題」に統一され、それが、2007年以降、改めて、4つの精神疾患の病名と「身体の病気」など、合計8つに分類された経緯があるが、その数値が実態を反映しているか疑問がある。まず、精神疾患に分類されているのは、精神科、心療内科等の治療を受けていた者のみと推認されるが、かかる治療を受けていないで自殺に至った者が多数いると思われる。自殺者の約9割が何らかの精神疾患に罹患していたと判断される精神医学・公衆衛生学上の通説を尊重しながら、調査、分類方法については再考すべきである。また、そもそも、より問題とすべきは、精神疾患に罹患するに至った原因である。2007年以降、自殺の原因・動機について最大3つまで計上することができるようになったものの、精神疾患の通院歴がある場合、単に「健康問題」(精神疾患)のみを「原因・動機」としているケースが少なくないと思われる。精神疾患の背景には、経済上の問題、家庭内の問題、勤務問題等、いかなる社会的要因が存していたのかを分析・調査することこそ重要である。

そもそも、自殺統計の分類のための具体的な手順等は明らかにされないまま、全国的に統一的な運用がなされていること自体に疑問も呈されている。

さらに、厚生労働省が行う人口動態統計と警察の自殺統計では、自殺者数の数自体が相当異なる問題も指摘できる。

自殺の要因調査では、自殺者遺族へのケアを前提として、自殺者の遺族や故人をよく知る人から故人の生前の状況を詳しく聴き取り、自殺が起こった原因や動機を明らかにしていく心理学的剖検(psychological autopsy)の手法が効果的であることが明らかになっているが、今まさに、国家的なプロジェクトとして、適切、正確な統計調査と、大規模な心理学的剖検が必要とされているといえる。

この点、10年間の国家プログラムにより自殺者数を30%減少させたフィンランドにおいては、プログラム開始当初に全

自殺者を対象とした、遺族、関係者、医療者などからの聴取りを含む徹底的な要因調査を行ったことが参考になる。

政府も、2007年度以降、心理学的剖検の手法を用いた調査を始めたことを明らかにしているが、規模が小さいことに加え、調査を容易にするために対象者を限定しているなど多くの問題も指摘できる。

(2) ネットワーク構築の必要性

様々な社会問題、経済問題に直面した者は、法律家や行政窓口に相談に訪れる。精神疾患を始めとした体調不良を訴えるものは、主に医療機関に相談に訪れる。経済的窮状が生活を圧迫する場合、主として福祉関係者が対応を行う。しかし、様々な悩みを抱える者が、常にその問題について適切な専門家に援助を求めようとするとは限らない。その場合、自らの専門外であるとして、相談者を排除することがあってはならず、他の適切な専門家に相談者をつなぐ必要がある。

さらに、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることからすると、各専門家としては、自らの専門分野への対応のみならず、それと併せて、その相談者が抱える他の問題についても、それが専門外の問題であっても対処しなければならない。そのためには、各専門機関及び各専門家の間におけるネットワークの構築が不可欠である。

また、ひとたび自殺を図ったいわゆる自殺未遂者については、再度自殺を図る危険性が高いことが指摘されている。自殺未遂者に直接対応することの多い警察や救急医療の現場が、自らの職責を果たすだけでなく、必要な援助ができる専門家に対応を引き継ぐことが、効果的な対策となると考えられる。

既に、先駆的な自殺対策に取り組む地方自治体においては、様々な形で専門家、専門機関とのネットワークの構築が進んでいるが、まだまだ取組が進まない地方自治体も多い。

地方自治体は、法律家・医療者・福祉関係者などと積極的に連携してネットワークを構築し、その連携の中核を担うことが必要であり、国もこれにより積極的な支援を行う必要がある。

(3) 自殺・自死遺族に対する誤った認識の解消

現在に至っても、「自殺は自らの理性的な判断によって勝手に行われたものである。」、「自殺は社会の問題ではなく個人の問題である。」、「自殺は弱い人間が行うものである。」などといった誤った認識・偏見が残っている。

また、自殺に対する誤った認識が解消されていないために、自死遺族は、家族を自殺で亡くしたことを他人はおろか家族内部でも話すことができなかったり、家族を自殺で亡くしたことについて、いわれのない差別偏見を受けることもある。

しかし、世界各地で行われた自殺に関する心理学的剖検は、自殺者のおよそ約9割が、気分障害などの精神疾患を抱えた状態で自殺に追い込まれたことを明らかにしている。自殺の大部分が理性的な判断によって行われるのではなく、多くの場合、誰でも罹患しうる精神疾患の病態として行われることが、精神医学の観点から見ても明らかになっている。

また、警察庁の自殺統計よっても、自殺を動機別に見た場合、健康問題、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題、男女問題、学校問題の順となっており、自殺の動機には健康問題を除く社会的要因が重大な影響を及ぼしている。そして、健康問題の中には相当数精神疾患による問題が存在していると思われることから、健康問題を除く社会的要因を動機とする自殺は、統計で現れたものよりも多数にのぼると考えられる。

このように、自殺の原因を考える場合、気分障害などの精神疾患の存在と、経済・生活問題などの社会的要因を無視することはできない。特定非営利活動法人自殺対策支援センターライフリンクの調査によれば、自殺者は平均で4つの危機要因を抱えて自殺をしており、①うつ病、②家族不和(親子間、夫婦間、離婚の悩み、その他)、③負債(多重債務、連帯保証債務、住宅ローン、その他)、④身体疾患、⑤生活苦、⑥職場の人間関係(職場のいじめ)、⑦職場環境の変化(配置転換、昇進、降格、転職)、⑧失業、⑨事業不振、⑩過労を10大危機要因とした場合、自殺者の抱えていた全体の危機要因の約7割が10大危機要因に集中し、この10大危機要因が複雑に関連しながら自殺に至る危機経路を形成しているとされている。

そこで、国及び地方自治体は、心理学的剖検などの調査を通じて自殺と精神疾患や自殺と社会的要因などの関係を明らかにし、その結果を公表することで、自殺に対する誤った認識の解消を図るべきである。

(4) 自死遺族支援のための制度体制の構築

法定相続人である自死遺族は、以下のように予期しない家族の自殺により、突然、様々な法的問題に直面することになる。まず、自殺によって自殺者の法律関係を相続するか否かの決断に迫られることになる。前述のとおり、自殺に追い込まれる要因が複数ある場合、自殺者が複雑な法律関係の主体となっている場合も少なくないことから、積極財産と消極財産の判別がつきにくく、相続をするか否かという判断自体が困難となる場合が少なくない。加えて、相続とは別に、生命保険の請求、賃貸物件の連帯保証債務、労災の請求など、自死遺族固有の法律関係も発生する。このように、自死遺族は、自殺者の法律関係と、自死遺族固有の法律関係の両方に対処しなければならない。

また、自死遺族は、家族を自殺で失ったことにより、①驚愕、②茫然自失、③否認・歪曲、④離人感、⑤自責、⑥抑うつ、⑦不安、⑧怒り、⑨記憶の加工、⑩非難、⑪他罰、⑫疑問、⑬合理化、⑭隠蔽、⑮救済感、⑯二次的トラウマといった心的反応を示すのみならず、自死遺族を対象とした心理学的剖検では、約30パーセントの自死遺族にうつ症状が見られたとの報告や、心的外傷性ストレス障害(PTSD)症状の遷延化が自死遺族の80パーセントに認められたという報告も存在する。自死遺族が自殺念慮を有する場合が多いことは一般的に知られているが、自死遺族のうち、自殺の直後であれば約25パーセントが、自殺から平均8年10か月経過した時点でも約13パーセントが「自分も死にたい」と考えているとの報告もある。

このように、自死遺族は、法的にも肉体的・精神的にも厳しい状況に置かれる場合が少なくないため、自死遺族の生活を再建するためには、法律、医療、心理、福祉などからの多面的な支援が必要となる。

そこで、国及び地方自治体は、自死遺族が置かれた厳しい社会状況を理解し、法律、医療、心理、福祉などからの多面的な支援を行うため、支援制度や体制を速やかに構築すべきである。

(5) 自死遺児への支援の必要性

交通事故による遺児(交通遺児)に対しては、1960年代以降、働き盛りの父親世代が交通事故で急に亡くなり、突如家計が窮乏して、学費が払えずに進学を断念する子ども達が多数に上ることが社会的に認知されると、遺児を救うべく各種の奨学金制度などが発達し、比較的早くから経済的支援がなされてきた。

しかし、働き盛りの一家の支柱を突如失うという意味では、交通事故と自殺でなんら差はないにもかかわらず、自殺による遺児(自死遺児)に対する支援は極めて脆弱である。

自殺者数は年間3万人を超えて久しく、しかも、一向に減少の傾向は見られない。自死遺児が年間どれほど発生しているのか、正確な統計すら取られていない。既に見たとおり、社会的・経済的要因により、働き盛りの親の世代の自殺が増えていることは明らかで、毎年、多数の自死遺児が新たに生じていることをもはや看過することはできない。社会的・経済的事情による自殺が増えたということは、自殺した保護者は重大な経済的問題を抱えていた可能性が高いことを意味する。このため自死遺児は、適切な支援を受けることができなければ、保護者の社会的・経済的事情をそのまま引き継ぐこととなってしまうから、経済的格差・貧困が世代間で引き継がれ、さらに格差が拡大・固定化することが懸念される。

国、地方自治体は、自殺を原因とした不利益・社会的排除が世代間で引き継がれることにより、格差が拡大・固定化するのを防ぐため、自死遺児に対し経済的支援を行うべきである。

さらに、発達途上にある子どもは、保護者が自殺することにより、大人に比して、精神的にも大きな影響を受けるにもかかわらず、自殺に対する社会的偏見のため、周囲に支援を求めることができない状態に追い込まれている。そこで、国や地方自治体は、経済的支援に加え、子どもを対象とした相談窓口の設置やスクールカウンセラーの配置など、子どもの成長・発達に必要となる支援体制を構築するべきである。

(6) 事業主の責任

1998年以降の自殺者の急増と平行して、不安定雇用の増大、仕事による過労、ストレス、職場のハラスメント等が原因となって、うつ病等の精神疾患を発症し自殺に至る過労自殺、職場問題が原因といえる自殺も急増した。こうしたなか2000年3月、最高裁において、労働者の自殺について、「使用者は、その雇用する労働者に従事させる業務を定めてこれを管理するに際し、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なうこと

がないよう注意する義務を負う」として、使用者の不法行為責任（使用者責任）が認められ（電通事件）、職場における労働者のメンタルヘルス対策、自殺予防対策が重要な課題となった。厚生労働省（当時は労働省）は、同年8月、「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を策定し、その後、2006年4月1日改正労働安全衛生法が施行されたことに伴い、新たに「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を発表し、事業場における、より一層の適切かつ有効なメンタルヘルス対策の実行を求めてきた。また、自殺予防対策として、2001年には、「職場における自殺の予防と対応」（自殺予防マニュアル）を策定し、担当部門や現場ライン責任者に対して日常から労働者の心の病気や自殺の予防を念頭においた対応を求めるとともに、これらの者に対する事業場内の産業保健スタッフ等による支援、教育を事業主に求めてきた。さらに、2006年に成立及び施行された自殺対策基本法においても、「事業主は、国及び地方公共団体が実施する自殺対策に協力するとともに、その雇用する労働者の心の健康の保持を図るため必要な措置を講ずるよう努めるものとする。」と定められ（5条）、2007年6月、閣議決定された自殺総合対策大綱に、自殺を予防するための重点施策として職場におけるメンタルヘルス対策を推進することが掲げられるとともに、同年10月、上記自殺予防マニュアルを改訂し、その後、2010年8月、第5版まで改定が重ねられている。

しかし、こうした対策にもかかわらず、職場における精神障害や過労自殺者数は減少していない。2011年度の職場における精神障害等に係る労災請求・決定件数は、それぞれ1272件、325件といずれも過去最高を記録している。しかも、これらは、業務に起因する精神障害発症のごく一部に過ぎない。

こうした観点から、メンタルヘルス対策に関して、事業主が負っている責任は極めて大きい。民法、労働契約法、労働基準法、労働安全衛生法などに基づいて、事業主は労働者に対して安全配慮義務を負っており、労働者の命と健康を守るのは事業主に課せられた責務である。仕事によるメンタルヘルス悪化の原因は、その組織、職場内にあることからすれば、事業主は、根本の原因を取り除くべく、雇用の安定に努め、労働者の長時間労働をなくし、過重労働による労働ストレスを軽減する対策を講じるとともに、職場のハラスメントを防止する等、勤務条件や職場環境、並びに健康管理体制や組織の改善に取り組まなければならない。

ただ、不況下で経営難に苦しむ中小零細事業主にとっては、自らの経営上の困難から、必ずしも自殺対策まで手が回らない現状があることも否定できない。この点で、国や地方自治体が、中小零細事業主に対して、雇用確保のための諸施策を実現させるため、あるいは、メンタルヘルス等のために、経済的な補助や支援対策が必要であることにも留意する必要がある。

(7) 報道機関に対する要望

いじめによる自殺、集団自殺など、社会的に反響の大きい自殺の事例があった場合、自殺に関する報道がなされることがある。報道機関には、自殺を強いられた背景を社会に問題提起し、社会がその解決に向けて進むよう強く働きかける力がある一方、自殺報道に使用される映像、インタビュー、背景事情の詳細な報道等により、自殺者やその遺族が特定され、二次被害を生み出す危険性もまた有している。自殺報道に際しては、自殺者や遺族の名誉・プライバシーに配慮する必要がある。

また、社会学においては、メディアの自殺報道の影響により自殺率が増加することが研究、検証されている（ウェルテル効果など）。特に、自殺報道が過剰になされる場合、著名人の自殺が取り上げられる場合、自殺の場所、手段などが詳しく報道される場合には、報道により自殺者が増加する危険性が指摘されており、WHOでも「自殺予防　メディア関係者のための手引き」（2003年、2008年改訂）を出している。報道機関は、自殺の背景となった問題を社会に警鐘するのに必要な限度で自殺報道をすべきであり、連鎖自殺を予防するため、問題の分析には直結しない自殺の場所、手段などを具体的に報道することは差し控える等、報道内容にも配慮する必要がある。

オーストリアにおいて、1984年以降メディアの報道により急増した地下鉄自殺が、1987年のガイドラインの制定によりメディア報道の方法を配慮した結果、自殺率が減少したという事例に代表されるように、報道方法の工夫による自殺の予防効果は一定程度認められているところである。

日本では、現時点で、自殺予防の見地からのメディア報道の在り方について、十分な議論がなされているとは言い難い。日本民間放送連盟の放送基準（2004年改正）には、「人権」について定めた章で「人命を軽視するような取り扱いはしない。殺人あるいは自殺、心中、安楽死などを番組で取り上げる必要があっても、これを肯定したり賛美したり、あるいは興味本位に取り扱うことを避け、表現にも注意しなければならない」とあり、「表現上の配慮」として、「心中・自殺は、古典または芸術作品であっても取り扱いを慎重にする」とあるが、抽象的な規定にとどまり、具体的な放送の基準たり得ているのか疑問を禁じ得ない。実際に、近時でも、女性アイドルタレントが自殺したことに関する報道内容を見る

と、報道として必要な事実を超えて自殺方法等に関する詳細な事実を報道したり、扇情的な報道も散見され、その直後には自殺者が増えた事実との関連性が指摘されたりしている。

したがって、自殺報道の在り方について議論することが不可避かつ喫緊の課題であり、報道機関、遺族団体、支援者等を交え、報道機関自らが自主的にかつ徹底的に議論する場を早急に作るべきである。

第5　自殺問題に対する当連合会の取組

1　当連合会のこれまでの活動

自殺を導く要因については、様々言われており、警察庁の自殺統計では、健康問題、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題、男女問題、学校問題などに分類して統計が取られている。

当連合会は、これまで、多重債務、生活保護をはじめとする貧困問題、DVや虐待などの家庭問題、解雇や配置転換、過労などの労働問題、いじめなどの学校問題など、自殺の要因となる社会問題を人権課題として捉え、絶え間なく取組を続けてきた。

また、昨年3月11日に発生した東日本大震災とそれを契機とした原発事故への対応においては、適宜意見表明を行い、政府の施策に直接関与するとともに、未曾有の規模で被災者の相談活動を組織的に行うなど、積極的な活動を続けてきた。

ただ、当連合会は、自殺者が急増した1998年以降も、自殺対策自体を正面から取り上げ、これについて公に意見を表明したり、人権課題として直接取り上げて人権擁護大会等で議論をしたことはなかった。

当連合会が、自殺対策そのものを取り上げたのは、2009年8月に「自殺対策に関するワーキンググループ」を設置したのが始めである。

ワーキンググループは、市民の「生存権」保障の観点から、自殺が発生する諸要因の調査・研究その他の情報収集、弁護士会における相談体制の充実及び関係機関との連携の在り方の検討などを行うことを目的としている。そして、これまで、先駆的な取組を行っている地方自治体への訪問調査や、自殺予防相談についての緊急研修会の企画・実施（2010年2月）、同研修会にあわせた「マニュアル」の作成、特別研修の企画・実施（2010年9月）、弁護士会・全国地方自治体アンケートの実施（2010年11月）、全国自殺対策ネットワーク作りに関する全国協議会の実施（当初2011年3月実施予定が延期され、同年7月に実施）等を主導してきた。

さらに、2011年5月からは、自殺問題が、社会保障・社会政策と深く関わることから、貧困問題対策本部において自殺問題を取り扱うことを決め、今後も永続的な活動を行う体制が整った。

2　今後の取組

当連合会の自殺問題に対する取組は、必ずしも十分であったとは言い難い。かかる自覚をもって、当連合会としては、過去の取組を真摯に振り返り、今後は、自殺対策において、永続的に積極的な関与を行うことを自ら誓わなければならない。

また、社会的な問題を抱えた人々と多く接触の機会を持つ弁護士は、自殺の要因を直接取り除くことができる立場にあるだけでなく、自殺の危険に気づくことのできる立場にもある。今、自殺予防の現場では、自殺予防のために、悩んでいる人に気付き、声をかけ、話を聞き、必要な支援に繋げる人のことを、ゲートキーパー（門番）と呼び、職務にとらわれずに多くの人がゲートキーパーになることを求めている。

弁護士も、自殺予防のゲートキーパーとしての役割を担うために、当連合会としても、必要な研修やマニュアルの作成、相談担当者のメンタルヘルスケアを充実させるなど、必要かつ十分な支援を行うことに全力を尽くす決意である。