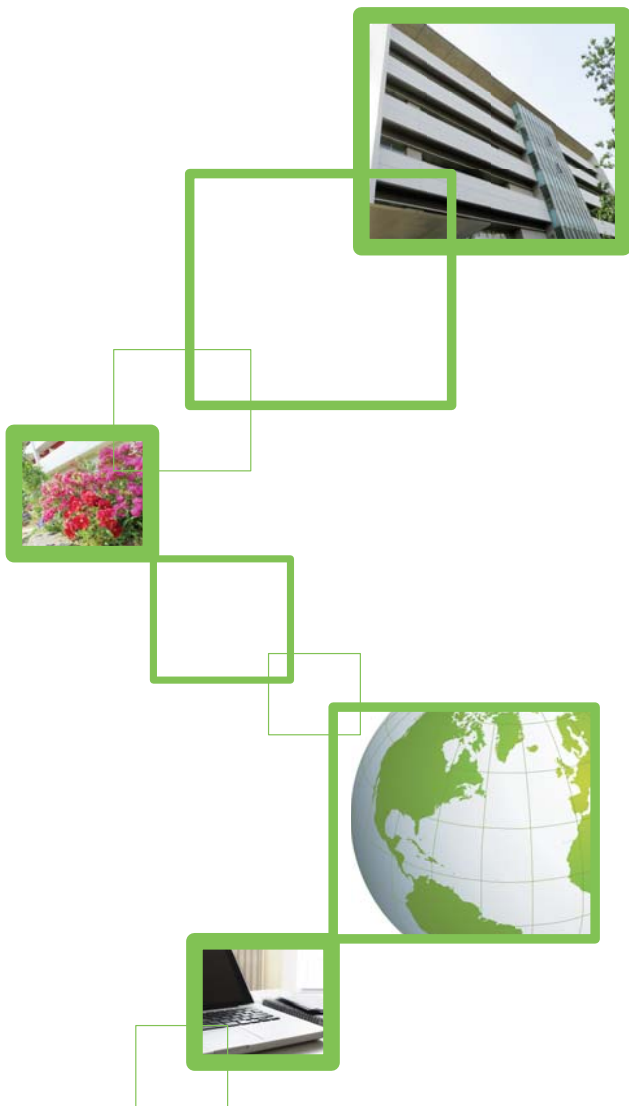


自殺総合政策研究

Vol.1 No.1 2018



◆若者の自殺対策

- ・児童生徒の SOS の出し方に関する教育：全国展開に向けての 3 つの実践モデル
- ・ICT を用いた自殺対策の新たな方向性の検討

◆国際的観点

- ・国際的視野から見た労働条件・働き方と自殺問題に関する研究：フランスの事例研究
- ・韓国の「自殺予防の国家行動計画」について：国家行動計画策定の背景
- ・韓国における自殺予防国家行動計画（関連部署合同・作成）[翻訳版]
- ・カンボジアにおける自殺の状況と自殺対策

自殺総合政策研究

第1巻 第1号

目 次

1. 児童生徒の SOS の出し方に関する教育：全国展開に向けての 3 つの実践モデル
金子善博・井門正美・馬場優子・
本橋 豊 1
2. ICT を用いた自殺対策の新たな方向性の検討
伊藤次郎・末木 新・高橋あすみ・
清水幸恵・野村朋子 48
3. 国際的視野から見た労働条件・働き方と自殺問題に関する研究：フランスの事例研究
松田晋哉 59
4. 韓国の「自殺予防の国家行動計画」について：国家行動計画策定の背景
朴 恵善・藤田幸司・金子善博・
本橋 豊 64
5. 韓国における自殺予防国家行動計画（関連部署合同・作成）[翻訳版]
自殺総合対策推進センター 65
6. カンボジアにおける自殺の状況と自殺対策
藤田幸司・金子善博・松永博子・
崎坂香屋子・本橋 豊 104

総 説

児童生徒の SOS の出し方に関する教育：全国展開に向けての 3 つの実践モデル

金子善博^{*1}、井門正美^{*2}、馬場優子^{*3}、本橋豊^{*1}

要旨 「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」は、自殺総合対策大綱において「社会において直面する可能性のある様々な困難・ストレスへの対処方法を身に付けるための教育」と位置づけられ、児童生徒の生きることの促進要因を増やすことで自殺対策に資する施策とされている。また、地域自殺対策の政策パッケージにおいては、すべての自治体で必ず実施することが望ましい基本パッケージの施策とされたことから、地域自殺対策計画策定においても特に重視されるべき施策となっている。本論文では、「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」が取り上げられた経緯と意義を解説した上で、3 つの先進的な実践モデルを提示し、教育内容の具体的内容を示す。すなわち、(1) プロトタイプとしての東京都足立区モデル（一回完結式外部講師活用型）、(2) 社会実装の促進をめざす東京都モデル（1 回完結式ティーム・ティーチング DVD 活用型）、(3) 命の教育プロジェクトとして絵本を活用した授業を行う北海道教育大学モデル（1 回完結式教師担当絵本活用型）の 3 つである。最後に、さまざまな困難・ストレスの対処方法を身につけるための教育（SOS の出し方に関する教育）の取組みを東京都教育委員会の指導資料を引用する形で紹介する。以上により、「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の具体的内容について、関係者が大局的理解を得られるようにするものである。

Keywords：児童生徒の SOS の出し方に関する教育、自殺対策、足立区、東京都、北海道教育大学教職大学院

1. 児童生徒の自殺予防教育から「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」へ

児童生徒の自殺の問題はいじめ自殺報道などで社会的に強い関心を引くことから、これまでも自殺対策の中では注目されてきた課題だった。しかし、平成 18 年の自殺対策基本法の施行以後、自殺対策がまず重点を置いてきたのは中高年の社会経済的問題と関連した自殺であり、啓発活動や相談体制の整備などについても中高年世代を対象とした対策といった印象が強かった¹⁾。その後、わが国の自殺対策が一定の効果を挙げ、日本全体の自殺者数の減少がみられるようになった平成 22 年以降、若年層向けの自殺対策の重要性があらためて指摘されるようになった。平成 26 年 6 月 27 日、自殺対策を推進する議員の会は、内閣官房長官あてに「若者自殺対策に関する緊急要望」を提出した。この緊急要望書の中で「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」につながる提言が以下のような文言でなされた。

「すべての子どもに“生活上の困難・ストレスに直面

したときの対処方法”を教える。命や暮らしの危機に陥った若者が、“助けの求め方が分からない”“相談機関や支援策の存在を知らない”ために、自殺に追い込まれるケースが相次いでいる。そうした事態を防ぐため、義務教育の過程ですべての子どもに、“日々の暮らしの中で、あるいは将来的に、生活上の困難やストレスに直面しても適切な対処ができる力”を身に付けさせる。具体的には、“心が苦しいときの対処方法”“職場で理不尽な要求をされたときの対処方法”“性暴力被害を受けたときの対処方法”“自殺の危機にある人への対処方法”などについて、“自殺の 0 次予防”として、各学校で全生徒を対象に毎年実施する。あわせて教員向け研修、講習の充実強化をはかる。」

自殺対策基本法が改正される前年の平成 27 年 6 月 2 日、参議院厚生労働委員会にて「自殺総合対策の更なる推進を求める決議」が採択された。決議の内容は民間団体を中心になって開催された「自殺総合対策の更なる推進を求める院内集会」で提出された要望書に基づいたものとなった。決議では、自殺対策を「地域レベルの実践的な取組」による「生きる支援」として再構築し、自殺総合対策の更なる推進を図ることが提

*1 自殺総合対策推進センター

*2 北海道教育大学教職大学院

*3 東京都足立区衛生部こころとからだの健康づくり課

言され、具体的な要望項目として全ての児童生徒を対象に「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」を実施することが盛り込まれた。

平成 28 年 4 月の自殺対策基本法改正では、「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の必要性が改正法第 17 条に盛り込まれることになった。自殺対策基本法第 17 条「心の健康の保持に係る教育・啓発の推進等」において「学校は、当該学校に在籍する児童、生徒等の保護者、地域住民その他の関係者との連携を図りつつ、当該学校に在籍する児童、生徒等に対し、各人がかけがえのない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵養等に資する教育又は啓発、困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育又は啓発その他当該学校に在籍する児童、生徒等の心の健康の保持に係る教育又は啓発を行うよう努めるものとする」との文言が記載されることになった。

平成 29 年 7 月に閣議決定された自殺総合対策大綱では、児童生徒の自殺対策を強化するため、新たに「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」を全国的に推進するための具体的方策が示された²⁾。まず、「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の目的は、「学校において児童生徒が命の大切さを実感できる教育に偏ることなく、社会において直面する可能性のある様々な困難やストレスへの対処方法を身に付けるための教育（SOS の出し方に関する教育）、心の健康の保持に係る教育を推進するとともに、児童生徒の生きることの促進要因を増やすことを通じて自殺対策に資する教育の実施に向けた環境づくりを進める」ということである。

ところで、文部科学省はこれまでも「子供に伝えたい自殺予防（学校における自殺予防教育導入の手引）」（平成 26 年）などを公表し、その普及に努力してきたが、全国的な普及に課題があった。平成 29 年 6 月に実施した調査によると、「死ぬこと」や「自殺」を明示的に取り上げる自殺予防教育プログラムを保護者等との合意形成を図ったうえで実施した割合は全体の約 1.8%にとどまり、十分な取り組みが行われているとは言い難い状況だった³⁾。この教育プログラムでは「死ぬこと」や「自殺」を明示的に取り上げることから、

事前に保護者や関係機関との合意形成を図ることを強調していたが、調査結果を見ると、このような厳しい前提条件が学校現場では馴染まなかったことが理解できる。うつ病や自殺の基礎知識を、特別な配慮のもと保護者の同意を得て教育することよりも、様々な困難やストレスに直面したときに身近な信頼できる大人等に SOS を出すスキルを、まずは児童生徒に身に付けさせることを優先させた方が良いという方向性に転換が図られた背景にはこのような事情がある。自殺に関する特別な知識を児童生徒に教えるのでなければ、保護者の厳格な同意は必要とされない。「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」を全国的に展開していくためには、専門家の指導のもとに保護者等の同意を前提とする特別な授業としての「自殺予防教育」を行うのではなく、「生きることの包括的な支援」として「困難やストレスに直面した児童生徒が信頼できる大人に助けの声をあげられる」ということを授業の目標とした方が良いのである。

以上のような経緯から、日常の学校の教育活動として「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」を位置づけ、保健師などの外部講師が授業を行うという形式で実施していくことが重要であると考えられる（東京都足立区などの先進的事例）。また、3、4 時間といった長い時間をかけて教える単元としてではなく、1 回 45～50 分の授業の中で SOS の出し方や信頼できる大人に相談することが望まれる。足立区の事例では、外部講師として地区保健師が 1 回完結式の授業を行う形式となっており（1 回完結式外部講師活用型）、キーメッセージは、①自尊感情を涵養する、②信頼できる大人を見つけて話してみる、③信頼できる大人が見つからなかったら、地域の相談窓口相談する、④SOS の出し方を身につけるという 4 点である。このような先進的事例を参考にして、地域の実情に合った取組を推進することが望まれる。

図 1 に、「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の 4 つのキーワードを示す。



図1 「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」
4つのキーワード

文部科学省初等中等教育局児童生徒課長と厚生労働省大臣官房参事官（自殺対策担当）の連名で「児童生徒の自殺予防に向けた困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育の推進について（通知）」（平成30年1月23日、29初児生大38号、社援総発0123第1号）という通知文書が都道府県教育委員会担当課長等宛てに发出された。この通知の要点は以下の5点である。

- ①「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」では、従来の教師主体のティーム・ティーチングの形に加えて、保健師・社会福祉士・民生委員等を教育に参画させることも有効性があること。
- ②「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」を実施する際には、「24時間子供 SOS ダイヤル」や「チャイルドライン」などの相談窓口の周知を行うことが望ましいこと。
- ③「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の実施にあたっては、児童生徒の発達段階に応じた内容とすることが重要であることを踏まえ、各学校の実情に合わせて教材や授業方法を工夫することが考えられること。
- ④SOS の出し方のみならず傾聴の仕方（SOS の受け止め方）についても児童生徒に教えることが望ましいこと、また電話相談事業を行っている民間団体等に協力を依頼することが考えられること。
- ⑤「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」は地域自殺対策強化事業実施要綱に規定する「普及啓発事業」、「若年層対策事業」、「地域特性重点特化

事業」に該当しうることから、積極的に本事業を活用するよう、市町村に周知を図ること。

最後に、「自殺予防」という用語についてコメントする。平成18年に施行された「自殺対策基本法」という法律名が示すように、日本の自殺対策においては「予防 (prevention)」という用語を敢えて明示しないという社会的コンセンサスが得られている。「予防」という用語は医学領域で主として用いられる用語であり、疾病（病気）を予防するための医学的方策を考えるということが「予防」の意味するところであり、「自殺予防」という用語は自殺対策を医学モデルとして取り扱うことを暗黙の了解としている。20世紀後半以来、世界の自殺対策は医学者や公衆衛生学者が中心になって発展してきたという背景があるために、自殺対策も医学モデルとして取り扱うことが当たり前のように受け入れられてきたのである。

医学モデルには一定の有効性があるが、一方でその限界も多く指摘されている。対策において、自殺で遺された親族等の対策は予防医学モデルに馴染まないこと、「予防」という言葉が明示されると自死遺族の中には「自死を防ぐことができなかった」という違和感を覚えるという意見があること、病気中心の臨床医学的発想では自殺の原因をうつ病などの病気に求めがちになり病気の背景に潜む社会経済的要因等への考慮が十分でなくなることなどが限界として指摘されている。そのため「予防」という医学モデルではなく、社会経済的要因等も十分に組み入れた包括的な生活モデルとして自殺対策を重層的に捉えていくべきであるとの見解が重要視されることになったのである⁴⁾。保健医療分野においても1980年代半ばから、疾病モデルとしての予防医学の考え方（一次予防、二次予防、三次予防）の限界を乗り越えるヘルスプロモーションモデルが主流となった。社会的な健康決定要因を多面的に捉え、疾病モデルを乗り越えた生活モデルとして、対人支援、地域連携、社会制度の三層からなる重層的構造を念頭に人々の幸福（well-being）を実現していこうという考え方である。「自殺予防」から「自殺対策」へ、「事前対応・危機介入・事後対応」という予防医学モデルに基づく自殺対策のモデルから、「三階層自殺対策連動モ

デル」という包括的支援モデルへのパラダイムシフトがなされたのは、このような背景があるのである。

自殺総合対策大綱において示されたこの「三階層自殺対策連動モデル」を児童生徒の自殺対策に適用したものが図2である。なお、「事前対応・危機介入・事後

対応」という予防医学のモデルは三階層対策連動モデルの対人支援のレベルの中に包含されていると考えれば良く、自殺対策の現場において当然ながら念頭において進めることが重要であることに変わりはない。

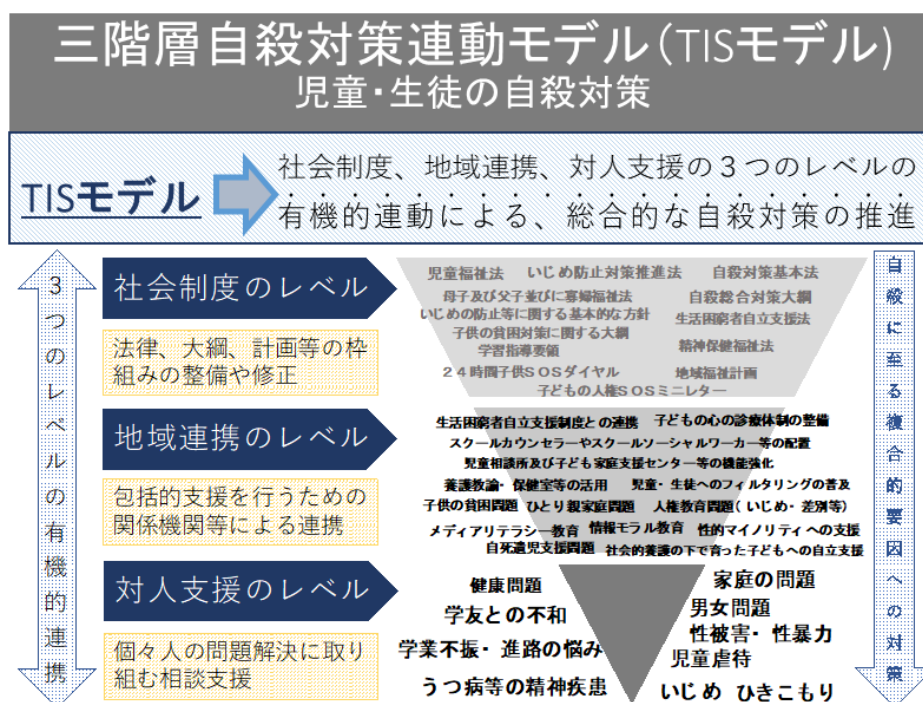


図2 三階層自殺対策連動モデル (TISモデル)：児童生徒の自殺対策

2. 「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」—3つの実践モデル—

自殺総合対策大綱で示された「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」は、従来の自殺予防教育とはコンセプトを異にするものであるため、モデル的な事業として言及できるものは多くはない。本論文では、自殺総合対策推進センターが関与した3つの実践モデルについて紹介する¹⁾。プロトタイプとなるモデル的事业として、東京都足立区で平成21年度から実践されてきた外部講師である保健師が授業を実施する「1回完結式外部講師活用型」の「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」を挙げることができる。その後、東京都教育委員会が足立区モデルをもとにしつつ、東京都におけるすべての公立の中小高及び特別支援学校において授業を展開することができる、いわば「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の社会実装の迅速な普及

をめざす教育モデルを開発した（平成30年2月）。授業内容をDVDにまとめ、教師が授業を進めながら、保健師などの外部講師や養護教諭、スクールカウンセラー等が授業に関わるティーム・ティーチングの形にすることを推奨している。東京都の学習指導案では、小中高及び特別支援学校のいずれの校種においても、特別な訓練を受けていなくても教師が実践できるようにしている。最後に、北海道教育大学の実践モデルについてであるが、同大が提唱している「命の教育プロジェクト」の中で重点プロジェクトとして開発した実践モデルである。同大が従来から実践してきたストレスマネジメント教育などを踏まえて、足立区モデルを取り入れた上で絵本を教材として活用し、自尊感情を高める「共有体験」に関するステージと SOS の出し方を教えるステージを設け、1時限（45～50分）で授業実践ができる教育モデルを開発した。

以上の3つのモデルは、いずれも大綱が想定している「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の中核要素（コア・コンセプト）である、「SOS の出し方を身に付ける」、「信頼できる大人を見つけて話してみる」、「信頼できる大人が見つからなかったら、地域の相談窓口相談する」を実装しており、さらに1時限（45～50分）の1回完結式で授業を行うという条件を満たしている。授業の実践者は、外部講師（保健師）、ティーム・ティーチング（教師、保健師、養護教諭、スクールカウンセラー等）、教師が担当するが外部講師の地域の保健師等が必ず参加するといったバリエーションがあるが、学校や地域の現場の実情に合わせて授業の実践者を選択できるようにすれば良いと考えられる。以上の3つの実践モデルが、現時点で「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の実践モデルとして強く推奨できるものである。

表1 「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の3つの実践モデル

(1) プロトタイプとしての東京都足立区モデル (1回完結式外部講師活用型) 学校と地域が連携して保健師が授業を行うモデル
(2) 社会実装の促進をめざす東京都モデル (1回完結式ティーム・ティーチングDVD活用型) 教師が養護教諭、スクールカウンセラー、保健師等と連携してティーム・ティーチングで授業を担当するモデル
(3) 命の教育プロジェクトとして絵本を活用した授業を行う北海道教育大学モデル (1回完結式教師主導絵本活用型) 絵本を活用してのちの大切さと共有体験の重要性を学ぶ教師主導型のモデル。保健師等の外部講師が必ず参加する。

「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」を全国的に展開していくためには、自殺予防の知識を授ける特別なプログラム（専門家の指導のもとに保護者等の同意を前提とする特別な授業）として位置づけるのではなく、「生きることの包括的な支援」として「困難やストレスに直面した児童・生徒が信頼できる大人に助けの声をあげられる」ことを目標として、学校の教育活動として位置づけ、保健師などの外部講師が授業を行うという形で実施していくことが考えられる。

東京都足立区で実践されている教育モデルは、「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」をすべての地域

で広げていくために参考となる事例である。具体的には、外部講師として地区保健師が1回完結式の授業を行う形式である（1回完結式外部講師活用型）。東京都足立区の「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」に込められているキーメッセージは、①自尊感情を涵養する、②信頼できる大人を見つけて話してみる、③信頼できる大人が見つからなかったら、地域の相談窓口相談する、④SOS の出し方を身に付けるの4点である。このような先進的な事例を参考にして、地域の実情に合った取組を推進することが望まれる。

(1) プロトタイプとしての東京都足立区モデル（1回完結式外部講師活用型）

東京都足立区では、平成26年度から区教育委員会と連携して小中学校の児童生徒を対象とした「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」を実施している。このような先進的な取組が開始された経緯にはいくつかの背景がある。まず、施策立案時に足立区の自殺率が東京都の中で相対的に高かったことと、平成21年から衛生部を中心に組み込まれてきた特別授業「自分を大切にしよう」のプログラムが先駆的に実施されてきたこと、「足立区いじめ防止対策基本方針」が平成26年2月に策定され、いじめ対策と連動した自殺予防教育の必要性が認識されたことなどが挙げられる。事業の構築にあたっては、若年者の自殺対策の一環として足立区衛生部が企画し、教育委員会および学校との連携を強化することで、子ども・家族を支援するだけでなく、養護教諭を中心とした子どもたちのこころの健康づくりにつなげることをめざしている。

足立区の「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」は1回完結式外部講師活用型の特別授業と位置づけられている。まず、事前打ち合わせとして担当する外部講師（保健師）と学校側担当者が打ち合わせを行う。

「自分を大切にしよう」、「信頼できる大人に相談しよう」という簡潔なメッセージを児童生徒に伝えることを授業の目標として設定し、自殺の実態や予防の知識、自殺のリスク要因などを知識として教えるというような自殺予防を強調する要素は省いている。最も重要なことは、授業の実施にあたり保護者への事前の同意を求める必要がないということである。ただし、自死遺児等への配慮等も通常の範囲内で行うことになってい

る。児童生徒を対象とした自殺予防教育のように、自殺予防や精神医学の特別の知識を有する者（特別な外部講師や臨床心理士等）が行う必要はなく、地区保健師等が通常の研修においてスキルを身につけて外部講師として授業を行う点に特徴があり、また大きな利点となっている。以下に、授業実践例及び図3に学習指導案を示す。

【授業内容】

授業時間は 45～50 分である。特別講師の地区担当保健師がパワーポイントを活用して授業を行い、終盤部ではDVDを活用して、内閣府の「いのち支える（自殺対策）プロジェクトのキャンペーンソングを視聴する⁵⁾。

＜導入部＞「自分が恵まれない育ちをしてきたからと自分に自信がもてない人もいるかもしれないこと」、「生まれてきた環境、育ちの中で大変なこともあったかもしれないこと」、「しかしながら、赤ちゃんの頃からここまで生き抜いてきた皆さん一人ひとり、それぞれとても大切な存在であること」をまず子どもたちに伝える。

＜展開部＞心が苦しかったときの対処方法を伝える。深呼吸、運動、氷を握りしめるなどの具体的な対処方法を伝えたあと、「一番のおすすめは、信頼できる大人に話すこと」と伝える。信頼できる大人に辿り着くために、少なくとも3人の大人に話してみることを提案する。その中で、批判や否定をしないで話を聞

いてくれる大人があなたの信頼できる大人であり、その人に悩みや困っていることをしっかりと聞いてもらうことを伝える。もし、そのような信頼できる大人が見つからなかったら、地域の相談窓口につながってみるのが良いということを教える。目の前で授業を実施している地区担当保健師は地域の信頼できる大人の一人であることを、授業を実施することで児童生徒に実感してもらうことも授業の重要な主眼である。その他に、友達がつらそうだったら、いじめを受けていたら、あなたがいじめをしたら、といった具体的な対処方法を伝えて、「世の中には信頼できる大人もいて、苦しい時、大変な時は助けを求めて良いのだよ。誰にも相談できない人は、相談機関に電話することも解決方法のひとつであること、自分では抱えきれない心の痛みを相談する場所は必ずある。自分を大切に、相手を大切に、一人ひとりを大切に」と伝えて、身近な相談機関を紹介する。そして、地域の相談窓口一覧が書かれたカード等を配布する。

＜まとめ＞授業の後半では手紙の朗読（「かけっこでいつもビリの君へ」、「両親の不和に心を痛めている君へ」など）を行い、最後にJ-POP グループワカバの「あかり」のDVDを視聴する。このDVD「あかり」は内閣府の「いのち支える（自殺対策）プロジェクトのキャンペーンソングで、曲と同時にメッセージ性の高い動画がついている。

足立区小・中学校向け特別授業 学習指導案

平成 26 年 5 月

足立区では、若年者の自殺対策（一次予防）の一環として、区内小中学校を対象に出張授業「自分を大切にしよう」をモデル的に実施しています。平成 26 年から 29 年までに、区内全小・中学校での実施を目指しています。足立区衛生部と学校との連携を強化することで、子ども・家族を支援するだけでなく、養護教諭を中心とした子どもたちのこころの健康づくりにつなげることを目指しています。

【特別授業概要】

- 1 題材名 「自分を大切にしよう」
- 2 おらい 自己肯定感がもてるようにメッセージするとともに、将来起きるかもしれない危機的状況に対応し、援助希求行動がとれるようにする。

図 3-1 足立区小・中学校向け特別授業における学習指導案

3 題材設定の理由

若年者の自殺は、中高年の自殺と比較して数は多くないが、大きな社会問題となっている。青少年期のこころの健康を放置することは、その後の人生に大きな影響を与えかねない。また、自分を大切に思えない子どもたちは、いじめなどの問題行動だけでなく、援助希求行動をとれず問題を抱え込むなど、将来のハイリスク者になりかねない。

こうしたことから若年者の自殺対策は重要な課題であり、青少年の心の健康の保持・増進や良好な人格形成、生活上の困難・ストレスに直面したときの対処方法を身に付けることへの支援を行うこと等、児童生徒の自殺を未然に防止し、予防に資する教育を実施することが重要である。

加えて、児童生徒が自ら命を絶ち、その背景にいじめの問題がある事案が依然として発生していることを深刻に受け止め、このような痛ましい事案を繰り返すことのないよう、継続的・中長期的な取組みを行っていくことが必要である。

4 内容（詳細は【実践例】参照）

PPT による講義、PV 視聴、アンケート

5 所要時間 約 45 分から 50 分

6 担当者

足立区：管轄の保健総合センター保健師、こころとからだの健康づくり課

学 校：担当教諭、養護教諭等

7 事前打ち合わせ

実施にあたり、担当者で事前打ち合わせを実施

【実践例】

1 題材名 自分を大切にしよう

2 題材設定の理由

若年者の自殺は、中高年の自殺と比較して数は多くないが、大きな社会問題となっている。青少年期のこころの健康を放置することは、その後の人生に大きな影響を与えかねない。また、自分を大切に思えない子どもたちは、いじめなどの問題行動だけでなく、今後起きるかもしれない危機的状況に対応できないなど、将来のハイリスク者になりかねない。

それらの状況から、こころの健康づくり、いじめとその対処について、そのメカニズムも含めて伝える。

3 ねらい

自己肯定感がもてるようにメッセージするとともに、将来起きるかもしれない危機的状況に対応し、援助希求行動がとれるようにする。

4 人権教育の視点

- ・不安や悩みがあるときには、人に相談をしたり相談機関に行ったりするなど対処の仕方を理解する。
- ・いじめのメカニズムを理解するとともに、相手の立場に立って人を大切にする気持ちを育てる。

図 3-2 足立区小・中学校向け特別授業における学習指導案

5 本時の展開

	学習活動・内容	指導上の留意点等
導入	○本時の学習を知る。 メッセージ 自分を大切にしよう 今までを生き抜いてきたあなたは大切なひとだから	□以下の3点を押さえる。 ①自分が恵まれない育ちをしてきたからと、自分に自信が持てない人もいるかもしれないこと。 ②生まれてきた環境、育ちの中で、今まで大変なこともあったかもしれないこと。 ③赤ちゃんのころから、ここまで生き抜いてきた皆さん一人ひとりは、それぞれとても大切な存在であること。
展開	○不安や悩みがあると答えた中学生の割合 ○もし、こころが苦しかったら ・こんな気持ちになることがありますか。 ・つらい思いをした時は、こんな方法もあるよ。 ・自分でできる方法を知っていることはとても大事である。 <u>・一番のおすすめは、信頼できる人に話すこと</u> 信頼できる人の探し方、相談の仕方 ○友達がつらそうだったら ・まずは、批判しないでよく話を聞く。 ・落ち着いたら、力になってくれそうな大人を探す。 ・自分を大切に、相手を大切に、一人ひとりを大切にする。 ○相手を大切に（いじめバージョン） ・こんなことはありませんか？ いじめのチェック項目（11項目）を各自、指を折ってチェック	□不安や悩みがあると答えた中学生の割合は81.2%であり、悩んでいるのは、自分だけではないという安心感を与える。 □「こんな気持ち」の例として、今の自分に自信がもてない、ほかの人と比べて自分はダメだ、「消えたい」など10例を表示する。 □対処方法として深呼吸、筋トレ、氷を握り締めるなど7例を表示する。 □相談の方法として、少なくとも、3人の大人に話してみることを紹介する。 その中で、否定や批判をしないで話を聞いてくれる大人が、あなたの信頼できる大人であり、その人に、話を聴いてもらうように伝える。 □いじめのチェックを紹介し、いやなあだ名をつけられる、いじられキャラをやらされる、無視されるなど11項目を紹介する。 もし、一つでもチェックがついたら、いじめの可能性あることを伝える。

図 3-3 足立区小・中学校向け特別授業における学習指導案

○ いじめを受けていたら ・あなたは悪くありません。 ・どんな理由があろうと、いじめを受けてよい人はいません。 ・あなたにできること、それは信頼できる大人に相談することです。 ○ 友達がいじめを受けていたら ・友達の話をはじめに聴いてください。そして、友達を心配していることを伝えましょう。 ・さらに、信頼できる大人に相談するように伝えましょう。 ○ あなたがいじめをしていたら ・あなたは、いじめをやめることができます。 ・いじめは、あなたが選んだ行動です。 ・いじめ以外の行動をあなたは選ぶことができます。 ・信頼できる大人に相談してみましょう。 ○ 自分では抱えきれないこころの痛みを相談する場所はある。自分を大切に、相手を大切に、一人ひとりを大切に。 手紙の朗読 こころの折れそうな君へ 1 「かけっこでいつもビリの君へ」 富山 Y M C A フリースクール 所長 上村 香野子より 2 「両親の不和に心傷めている君へ」 作家 雨宮 処凛より	□いじめを受けた場合は、一人で、悩まないこと、身近にいる大人に相談すること、相談機関に相談すること、を伝える。 □友達がいじめを受けていたら、理由はどうであれ「いじめを受けていい人はいない。いじめの行為が間違っている。」と伝えることの大切さを理解させる。 □いじめのメカニズムを説明する。 いじめや暴力は、癖になる。慣れるとエスカレートする。最初はドキドキして、人を傷つけた後スカッとするかもしれないが、徐々に他人を傷つけても何も感じなくなる。いずれ、あなたの身近な大切な人をも平気で傷つけることになる。それは、最終的にはあなた自身を傷つけることになる。 □だれにも相談できない人は、相談機関に電話することも解決方法の一つであることを伝える。 <内容> 挫折を味わった人は、だからこそ上手くいった時、「うれしい」と感じられたり、「悔しい」「もっと上手になりたい」と闘志を燃やすことができる。また、それらを乗り越えたうれしい気持ちを知っている人は、とても強く生きていくことができる。 <内容> 子どものころ、一番つらかったのは両親のケンカ。お母さんが泣きながら食器を洗い、洗っている途中の茶碗をシンクの中で、次々と割り始める。
--	--

図 3-4 足立区小・中学校向け特別授業における学習指導案

		今、両親がケンカをするたびに自分を責めたり、自分はどうなるんだろう、とたまらなく不安になっているあなたへ。まずは、その正直な気持ちを両親に伝えてみて。ケンカはやめてほしいと伝えよう。
終 末	○ 世の中には信頼できる大人もいて、苦しいとき、大変なときには助けを求めているんだよ。 ○ ワカバ「あかり」視聴 ○ 感想を記入する	□サイレントボイスカード（相談窓口一覧）、ペンを配布する。 □DVDを用意する。 □歌詞カード配布する。 □内閣府「いのち支える（自殺対策）プロジェクト」キャンペーンソングであることを伝える。 □ワークシートを用意し、今日の学習で分かったことやこれから気をつけていくことなどを記入させる。

図 3-5 足立区小・中学校向け特別授業における学習指導案

(2) 社会実装の促進をめざす東京都モデル (1 回完結式ティーム・ティーチング DVD 活用型)

東京都教育委員会では、足立区の先進事例を参考に、「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」を展開できるよう、ティーム・ティーチング方式で教師が授業を実施する「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の教材作成を行う自殺予防教育推進委員会を立ち上げ、平成 30 年 2 月に DVD を含む教材を作成し、都内公立学校に配布した⁶⁾。足立区の取組をもとに、1 回完結式授業を教諭、養護教諭、地区保健師等がチームを組むティーム・ティーチング方式(保健師の参加を推奨)で実施することが特徴である。また、DVD の視聴とグループワークを活用した授業が推奨され、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校のすべての児童生徒を対象とした授業の実施を目標としている。

指導目的としては 3 点ある。すなわち、①子どもがストレスへの対処方法等について理解できるようにするとともに、現在起きている危機的状況または今後起こり得る危機的状況に対応するために、適切な援助希求行動(身近にいる信頼できる大人に SOS を出すこと)ができるようにすること、②身近にいる大人がそ

れを受け止め、支援ができるようにすること、③周囲に心の危機に陥っている友人等がいた場合、相手の感情を受け止め、考えや行動を理解しようとするなど、傾聴の仕方(SOS の受け止め方)について学ぶことができるようにすることである。

授業の実施方法としては、子どもにとって最も身近な存在である学級担任が中心となって実施することを基本だが、同じ学年を担当する他の教員、養護教諭、スクールカウンセラー等によるティーム・ティーチングで指導することが望ましいとされている。また、子どもに対し、地域には様々な相談相手になり得る人々がいることを直接伝えるためにも、学校と自治体の福祉関係部署等が連携し、地域の保健師等の参画を得て指導を行うことが有効であるとしている。

「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の授業の実施と指導にあたっては、東京都教育委員会が平成 30 年 2 月に作成した DVD 教材(映像、学習指導案、ワークシート、活用ガイド等)を適切に活用して行うものとされている。また、DVD 教材は、児童生徒の発達段階に対応して、初等編、中等編、高等編の 3 編から選択して活用できるよう構成されている。授業を通し

て、改めて子どもに対し、東京都教育相談センターが実施している「24 時間子供 SOS ダイアル」や各自治体の相談窓口の電話番号等を周知することも必要であるとされている。

以下に、中等編の授業展開案を示す。また、図 4 に、東京都教育委員会による「SOS の出し方に関する教育を推進するための指導資料 活用ガイド」の抜粋を示す。

【授業内容】

1. 題材 「自分を大切にしよう～ストレスへの対処～」
2. ねらい 自分がかげがえのない大切な存在であることに気付くとともに、ストレスへの様々な対処方法を理解し、現在起きている危機的状況、又は今後起こり得る危機的状況に対応するための援助希求行動について考えることができる。

<導入部>

1. 題材を知る

<展開部>

2. DVD（前半）を視聴する。
 - (1) 一人一人が大切な存在であることに気付く。
 - (2) ストレスの概要について知る。
3. つらい気持ちになった時に、どのような対処をしているかを伝え合う。
 発問 1 自分がつらい気持ちになった時、それを軽くするために、どのようなことをしていますか。
 発問 2 友達がつらそうにしている時、それを軽くしてあげるために、どのようなことをしていますか。
 - ・ ワークシートに書く。
 - ・ グループの中で、それぞれの対処方法を伝え合う。
 - ・ 友達の対処方法をワークシートに書き、対処方法の幅を広げる。

4. DVD（後半）を視聴する。

危機的状況（大きなストレス）に対応するための援助希求行動の在り方を考える。

<まとめ>

5. 教師やスクールカウンセラー、保健師等の話を聞く。
6. 本時を振り返り、学習の感想をワークシートに書く。
[指導上の留意点等]
 - ・ 自殺に関する用語は使用しない。
 - ・ DVD を観ながら自分の過去のつらい出来事などを思い出す生徒もいるため、授業はティーム・ティーチングで行うことが望ましく、複数の教職員等で、生徒の様子を観察する。
 - ・ 自分以外にもつらい気持ちになっている友達がいることに気付くことが大切である。学級全体に発表して、対処方法をまとめるなどの必要はない。
 - ・ 資料編（CD）に「相談する時、受け止める時等の言葉例」があるため参考にしてほしい。「頑張れ」ではなく、「力になりたい」等の話をするとうい。
 - ・ 相談機関の連絡先がわかる資料を配布する。
 - ・ 養護教諭やスクールカウンセラー等が相談機関の活用方法等について話すとうい。
 - ・ 保健師等が参加する場合は、自らが相談相手になり得ることを直接伝えてもらう。
 - ・ 教師は親身になって生徒の相談に応じるので、苦しい時は一人で悩まずに話してほしいなどのメッセージを伝える。

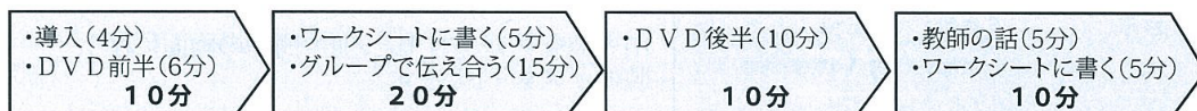
ア 題材 「自分を大切にしよう ～ストレスへの対処～」

ここでは、学級活動で授業を行うことを想定して「題材」としています。

イ ねらい

自分がかけがえのない大切な存在であることに気付くとともに、ストレスへの様々な対処方法を理解し、現在起きている危機的状況、又は今後起こり得る危機的状況に対応するための援助希求行動について考えることができる。

ウ 本時の流れ



エ 本時の展開

	学習活動・内容	指導上の留意点等
導入 (4)	1 本時の題材を知る。 「自分を大切にしよう ～ストレスへの対処～」	☐ 教師は、本時の題材を板書し、本時の流れを説明する。 自殺に関する用語は使用しません。
展開 (36)	2 DVD (前半) を視聴する。 (1)一人一人が大切な存在であることに気付く。 (2)ストレスの概要について知る。	☐ 大型テレビやプロジェクター等を活用して、DVD (前半) を上映する。 DVDを観ながら、自分の過去のつらい出来事などを思い出す生徒もいます。授業は、チーム・ティーチングで行うことが望ましく、複数の教職員等で、生徒の様子を観察します。
	3 つらい気持ちになった時に、どのような対処をしているか伝え合う。	
	発問1 自分がつらい気持ちになった時、それを軽くするために、どのようなことをしていますか。	
	発問2 友達がつらそうにしている時、それを軽くしてあげるために、どのようなことをしていますか。	
まとめ (10)	○ワークシートに書く。 ○グループの中で、それぞれの対処方法を伝え合う。 ○友達の対処方法をワークシートに書き、対処方法の幅を広げる。	☐ ワークシートを配布する。 ☐ 教師が発問と活動の指示をする。 自分以外にも、つらい気持ちになっている友達がいることに気付くことが大切です。学級全体に発表して、対処方法をまとめるなどの必要はありません。
	4 DVD (後半) を視聴する。 (1)危機的状況(大きなストレス)に対応するための援助希求行動の在り方を考える。	☐ DVD (後半) を上映する。 資料編(CD)に「相談する時、受け止める時等の言葉例」がありますので参考にしてください。「頑張れ」ではなく、「力になりたい」等の話をするとよいです。
	5 教師やスクールカウンセラー、保健師等の話を聞く。 6 本時を振り返り、学習の感想をワークシートに書く。	☐ 相談機関の連絡先が分かる資料を配布する。 ☐ 養護教諭やスクールカウンセラー等が相談機関の活用方法等について話す。とよい。 ☐ 保健師等が参加する場合は、自らが相談相手になり得ることを直接、伝えてもらう。 ☐ 教師は、親身になって生徒の相談に応じるので、苦しい時は一人で悩まずに話してほしいなどのメッセージを伝える。

図4 「SOSの出し方に関する教育を推進するための指導資料 活用ガイド」(東京都教育委員会)より

(3) 命の教育プロジェクトとして絵本を活用した授業を行う北海道教育大学モデル(1 回完結式教師担当絵本活用型)

北海道教育大学教職大学院が中心になって「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の手法の開発が平成 28 年度から行われている⁷⁾。この事業は、厚生労働科学研究「学際的・国際的アプローチによる自殺総合対策の新たな政策展開に関する研究」(代表・本橋豊、平成 26～28 年度)及び厚生労働科学研究「地域の実情に応じた自殺対策推進のための包括的支援モデルの構築と展開方策に関する研究」(代表・本橋豊、平成 29 年から)の一環として実施されたもので、「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の手法の開発とともに、教職大学院における正規カリキュラムに自殺対策の授業を組み入れること、及び教員免許状更新講習時に自殺対策の授業を組み込むことにより、すべての教員が自殺対策の基本を理解する人材育成システムの構築をめざすことを目標としている。

北海道教育大学教職大学院の実践モデルでは、東京都足立区の「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の授業展開などを参考にし、現場の教師のモチベーションを保ちつつ教師の関与を考慮した学習指導案と教育手法を開発することになった。北海道教育大学教職大学院では、「命の教育プロジェクト」を立ち上げ、命を守る方法についての学習を 6 本の柱を立てて総合的に進めている。このプロジェクトの中で、自殺対策の喫緊の課題として「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」を位置付けて実践している点が特色である。また、研究実践活動の成果は同大学のホームページで公開している。さらに、ホームページでは「命の教育 Yes/No カード学習」サイトを構築し、ネット上で命の教育や SOS の出し方に関する学習ができるようになっている。

北海道教育大学教職大学院の「命の教育プロジェクト」として、命に関する絵本と本棚を整備したこともあり、「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」においても児童生徒の興味を喚起するために、授業の導入部において命の大切さなどを考えさせる絵本の内容を紹介し、児童生徒に感想を書かせるという手法を取り入れている。授業の流れの作成においては、足立区や

東京都の授業展開と同様に、STARS (「自尊感情の涵養」、「信頼できる大人に SOS を出す」、「地域の相談窓口」に相談する)、「SOS の出し方を身に付ける」)の中核要素を踏まえた授業展開としている。北海道教育大学教職大学院における授業指導案を、図 5 に引用する。

3. 様々な困難・ストレスの対処方法を身に付けるための教育 (SOS の出し方に関する教育) の取組 : 東京都教育委員会の指導資料より

平成 30 年 2 月に公表された東京都教育委員会の「SOS の出し方の出し方に関する教育を推進するための指導資料 (活用ガイド)」には、学習指導要領との関係で「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」のわかりやすい記述がなされており、今後全国の学校で、実務レベルで実践していく上で大変参考になる。そのため、以下に引用し、読者への情報提供を行いたい⁸⁾。

「SOS の出し方に関する教育の目的は、子供が、現在起きている危機的状況、又は今後起こり得る危機的状況に対応するために、適切な援助希求行動 (身近にいる信頼できる大人に SOS を出す) ができるようにすること、及び身近にいる大人がそれを受け止め、支援ができるようにすることです。

不安や悩み、ストレスへの対処については、学習指導要領において、小学校の高学年段階から高等学校段階に至るまで、体育科及び保健体育科の中で指導すべき内容として示されています。

各学校では、保健の授業等を通して、子供がストレスへの対処方法等について理解できるようにするとともに、子供が当面する諸課題への対応に資する活動や、生活上の諸問題の解決を図ることを目的とした体験活動等を通して、援助希求行動を身に付けられるようにする必要があります。

また、SOS の出し方に関する教育では、心の危機に陥った友達への関わり方を学ぶことも重要です。SOS の出し方のみならず、そうした友達の感情を受け止めて、考えや行動を理解しようとする姿勢などの傾聴の仕方 (SOS の受け止め方) についても、指導します。

心の健康の保持に係る教育については、学習指導要領において、体育や保健体育及び特別活動の中で、関連した内容を指導することになっています。」

北海道教育大学教職大学院「SOSの出し方を学ぼう」指導案

「命の教育プロジェクト」チーム

対象学年 小学校高学年から高校生

目標 ○困ったときや苦しいときに信頼できる人にSOSを発進する方法を知る。
○自分自身が大切だと思う自尊感情は、家族や友だち、周りの人たちとの共有体験¹⁾によって
培われることを知る。

準備 パソコン、プロジェクター、DVD「つみきのいえ」、学習プリント(プレゼンスライド)

授業展開(50分例)

	内容構成	授業内容	備考
導入	心待ちにしている年賀状 5分	「教師による語り」(5分) T先生には、毎年楽しみにしているある年賀状がある。 11年前に札幌市内の中学校で教頭をしていた時、朝練習をしていた女子生徒のAさんが突然倒れた。当時、学校にAEDが設置された関係で、救命講習を受けていた先生方が素速く対応し、病院に搬送された彼女は一命を取り留めた。医師からは先生方の救命措置の知識と技能が命を救ったと褒められた。 その後、Aさんはアメリカで移植手術を受け健康を取り戻している。年賀状はそのAさんの家族からのもので、今年は「社会人一年目です」と書き添えられていた。 この話は、「他の人の命を救う知識と技能」を私たちが身に付けていることの大切さを象徴する話であることを伝える。 そしてもう一つ重要なことは「自分自身の命を守る知識と技能」を持っていること、今日は、その方法として「SOSの出し方」を学びましようとする。	学習プリントを配布する。 導入の話は、「他の人の命を救う知識と技能の大切さ」と共に「自分の命を守る知識と技能の大切さ」について話す。 他の題材を用いても良い。
展開	展開1 DVD「つみきのいえ」 ²⁾ 視聴 25分	「つみきのいえ」の一部視聴させる場合 ①物語前半のストーリーをプレゼンスライドにシーン静止画を入れて概説する。概説(2分) 海面の上昇で沈んでいく街。しかし、その土地にこだわり家を積み上げては暮らし続けている一人暮らしの老人が主人公である。住まいは最上階だけが海面の上にある。ある時、彼は床に開けた穴にパイプを落としてしまい、海中に沈んでいった。 ②DVDの視聴(8分) *視聴後に感想を記入するよう指示する。 〈視聴内容概説〉 おじいさんは、潜水服を身に付けパイプを取りに海面下にある沈んだ家に潜っていく。すると、「あつ…」と昔のことが思い出された。3年前に亡くなった妻のこと、わが子と遊ぶ妻と自分、妻に愛を告白した場面、幼なじみの妻と語り合っている自分…潜れば潜るほど過去へ過去へと辿るように思い出がよみがえってくる。物語の最後は、老人が一番上の家に戻ってきて、テーブルに亡き妻の写真を置き、2つ並べたグラスにワインを注いで安らかな表情をしているシーンで終わる。 ③視聴後の感想記入と発表(13分) 感想を記入させた上で、学習者から発言をしてもらう。教師	映像は14分ある。時間の都合で短縮する場合には、落としパイプを拾いに行くシーン前までを概説し、それ以降を視聴させる。 視聴後に学習プリントに感想を記入数させる。 共感的対話的話し合いを心がける。

図 5-1 北海道教育大学教職大学院における「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の授業指導案

		は発言に共感的に応答する。 ④教師による「共有体験」の話(2分) 「共有体験」とは、仲間や家族と経験や感情を共有する体験であり、これは自分がかげがえのない存在であるという自尊感情や自己肯定感を強くすると言われていること。物語の主人公も今は亡き妻や家族との共有体験を思い巡らしたことで、改めて生きている喜びや生き甲斐を取り戻したようだと言ふ。その上で、家族や友だちとの共有体験を日常生活で大切にしたいと訴える。	「共有体験」について説明し、自尊感情を高めることの大切さを理解させる。
展開 2		「SOSの出し方」(15分) ①誰もがこころの調子が悪くなることがある—事例紹介—(5分) 「朝起きるのがつらい、いつも疲れている」「いろいろなことが上手にいかない、楽しくない」「自信が持てなくなった」等々、誰もが、心の調子が悪くなることを伝える。通常のストレス状態を 50 とした時に、「テストを受ける」が 58 点であることを示した上で、「友達と喧嘩する」「大学入試」「失恋」「大きなけがや病気」が何点になるのか、生徒に質問する。生徒から予想を発言をさせた後で、各々が「59 点」「65 点」「68 点」「69 点」であることを紹介し、「こころの調子」は日常生活の中で誰でも悪くなる時があると話す。	「こころの調子が悪くなる」ことは誰にでもある点を抑える。 事例の紹介をする。時間がない場合は、質問を省く。
SOS の出し方 15分		②こころの調子が悪くなった時の対処策(10分) 1)「深呼吸」や「運動」、「好きなこと」をする。 体を動かしたり、すき誠に没頭したりすること、ストレス回避方法などもあることを伝える。 2)「SOSを発信する」 一番良い方法は、一人で抱え込み、考え込んだり、苦しんだりせずに「信頼できる人・親しい人」に「相談すること」「SOSを発信すること」が大切だと伝える。 保護者、先生、スクールカウンセラー、友だち、周囲にいる信頼できる大人に頼ることの重要性を訴える。公的機関で電話や SNS での相談を受け付けているところもあることを伝え、相談窓口の一覧表を見させて紹介する。 相談を受ける立場になった場合についても触れ、まずは、相談相手の話をじっくり聴いて、その気持ちに寄り添い、心配してあげる対応が肝心であること、必ず適切な相談先(窓口)を紹介することなどを伝える。 特に、先生や保護者に相談しにくい場合には、身近に保健師さんがいることを伝える。	ストレスマネジメント 一人で悩まないこと信頼できる人に相談すること。信頼できる公的機関への相談、特に身近な保健師さんへの相談を促す。
まとめ 5分	学びのまとめ	「学んだことをまとめる」(5分) 学習プリントの最後にある振り返りカードに学習のまとめを書かせる。*時間があれば何人かに発表をさせる。	学びの確認

*¹ 共有体験とは、他の人たちと共に行動する経験を通して、肯定的一体的な感情を共有しアイデンティティを形成すること。

*² 加藤久仁生監督の短編アニメーション映画(2008 年)で、2009 年にアカデミー賞を受賞している。この映像は、「津波の連想」や「喫煙・受動喫煙」の観点から指導上配慮する必要がある。こうした点を配慮した場合『旅立つ日〜完全版』(JULEPS、UNIVERSAL J)に集録されている DVD「象の背中」を代替動画として活用することも 1 つの方法である。

図 5-2 北海道教育大学教職大学院における「児童生徒の SOS の出し方に関する教育」の授業指導案

付記 開示すべき COI 状態はない。

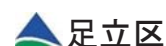
（ 受付 2018.7.20
受理 2018.8.28 ）

参考文献

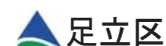
- 1) 本橋 豊. 今後に向けた自殺対策の取組. 法律のひろば 2018 ; 71 (6) : 36-43.
- 2) 本橋 豊. 自殺総合対策大綱のポイント. 地域保健 2018 ; 平成 30 年 5 月号 : 8-13.
- 3) 文部科学省初等中等教育局児童生徒課. 平成 28 年度自殺対策基本法第 17 条第 3 項に定める教育又は啓発の実施状況調査結果概要 平成 29 年 6 月.
- 4) 本橋 豊・渡邊直樹 (編著). 自殺は予防できる. 埼玉 : すびか書房 2005 ; 20-34.
- 5) 馬場優子. 「自分を大切にしよう」足立区における児童生徒への SOS の出し方教育—保健の立場から. 法律のひろば 2016 ; 69 (10) : 25-28.
- 6) 東京都教育委員会. 学校における児童・生徒の自殺対策の取組及び東京都教育委員会から子供たちへのメッセージについて.
http://www.kyoiku.metro.tokyo.jp/press/press_release/2018/release20180222_02.html (2018 年 7 月 13 日閲覧)
- 7) 北海道教育大学教職大学院 命の教育プロジェクト
<http://www.ido-labo.com/edu4life/suicideprevention/>
(2018 年 7 月 13 日閲覧)

自分を大切にしよう！

足立区
〇〇保健センター
こころとからだの健康づくり課



今まで生き抜いてきた
あなたは大切な人だから



生まれたての赤ちゃん

体重: 3000グラム

身長: 50cm



 足立区

みんな、けっこう悩んでいるんだね

不安や悩みがあると
答えた中学生の割合

81.2%



《不安や悩みごとの種類》

「勉強・進路」「顔や体形」「自分の性格」「学校生活」など

(H21年度 厚生労働省全国家庭児童調査結果)

 足立区



もし、こころが苦しかったら...



こんな気持ちになることが
ありますか？

- 今の自分に自信がもてない
- 自分なんてどうでもいい人間だ
- 他の人がうらやましい
- 他の人と比べて自分はダメだ
- 誰かに迷惑をかけている気がする



こんな気持ちになることが
ありますか？

- 心配なことがあって、食事が取れない
- 「消えたい」と思ったり...
- イライラがずっと消えない
- イライラして人に当たったり...
- 時に、自分自身を傷つけてみたり...



あなたの
こころの声
かもしれない



つらい思いをしたときは こんな方法もあるよ

- 深呼吸をする
- 筋トレや適度な運動をする
～こころの疲れをからだの疲れに変える～
- 気持ちを文章にあらわしてみる

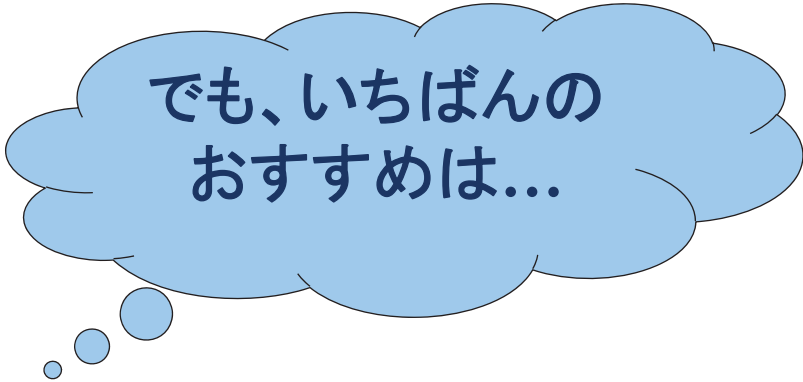


つらい思いをしたときは こんな方法もあるよ

- いらない紙や雑誌を破る
- 大声で叫ぶ・歌う
- 氷を握りしめる
- せんべいをバリバリ食べる



自分でできる方法を
知っていることはとても大事



でも、いちばんの
おすすめは...



信頼できる大人に 話すこと

あなたの信頼できる大人って？

自分の悩みを話すって けっこうキツイ

こんなこといったら、
笑われちゃうかな...

ダメな子と思われるん
じゃないか...

でも...少しだけ勇気を出して話してみよう！



あなたの話を真剣に受け止めてくれる大人が
います。その人が、あなたの信頼できる大人
です。

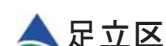
たとえば学校の中なら..
保健室の先生、スクールカウンセラー、担任の先生など

* もし、信頼できる大人がいなくても、相談できるところ(相談機関)があるよ。



ともだちがつらそうだったら

- 「どうしたの？」と、こちらから声をかけて、
批判しないでよく話を聞く。
- 落ち着いたたら、力になってくれそうな人・助け
てくれそうな大人を探す。





自分を大切に
相手を大切に
一人一人を大切に

相手を大切に
していますか？

こんなことはありませんか？

～チェックしてみてください！～

- イヤなあだ名をつけられたり、人前でからかわれる
- いじられキャラをやらされる
- 物をとられたり、隠されたり、こわされたり
- 無視される

こんなことはありませんか？

～チェックしてみてください！～

- 悪口やデマを流される
- 服を脱がされるなど恥ずかしいことをされる
- お金や物を要求される
- 「死ね」と言われたり、葬式ごっこをされたりする

こんなことはありませんか？

～チェックしてみてください！～

- なぐられたり、けられたり、水をかけられたり、しばられたり、火を押し当てられたりする
- 「高いところから飛び降りろ」とか、「川に飛び込め」などの危ないことをしろと言われる
- 万引きや人のお金をとるなどの悪いことをやれと言われる

答えは...

もし、ひとつでもチェックがついたら、いじめの可能性あります。



あなたはいじめを受けているのですか？
それとも、いじめを行っているのですか？



いじめを受けていると

- 自分が悪いと思い込んだり、自信がなくなったり、相手の顔色をうかがうようになったりします。
- そして、その関係から離れられないと思いこまされてしまいます。



もし、いじめを受けていたら...

- あなたは悪くありません。
- どんな理由があろうと、いじめを受けてよい人はいません。
- あなたにできること
それは

信頼できる大人に相談すること

です。

友達がいじめを受けていたら...

- 「どうしたの？」と、こちらから声をかけて、友達の話をまじめに聴いてください。
そして、友だちを心配していることを伝えましょう。
- そして、信頼できる大人に相談する
ように伝えましょう。

あなたがいじめをしていたら...

- あなたはいじめをやめることができます。
 - いじめは、あなたが選んだ行動です。
いじめ以外の行動をあなたは選ぶことができます。
- 信頼できる大人に相談してみましょう。

自分では
抱えきれない
こころの痛みを
相談する場所
はあるんだよ。
私たちにも。



自分を大切に
相手を大切に
一人ひとりを大切に





こころの折れそうな君へ

「かけっこでいつもビリの君へ」

富山YMCAフリースクール所長

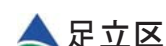
上村 香野子 より



こころの折れそうな君へ

「両親の不和に
心傷めている君へ」

作家 雨宮 処凛 より



今日みんなに一番
伝えたいこと



世の中には信頼できる
大人もいて、苦しい時、
大変な時には助けを求めて
いいんだよ！

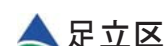
一人で悩みを抱えないで
SOSを出していいんだよ。

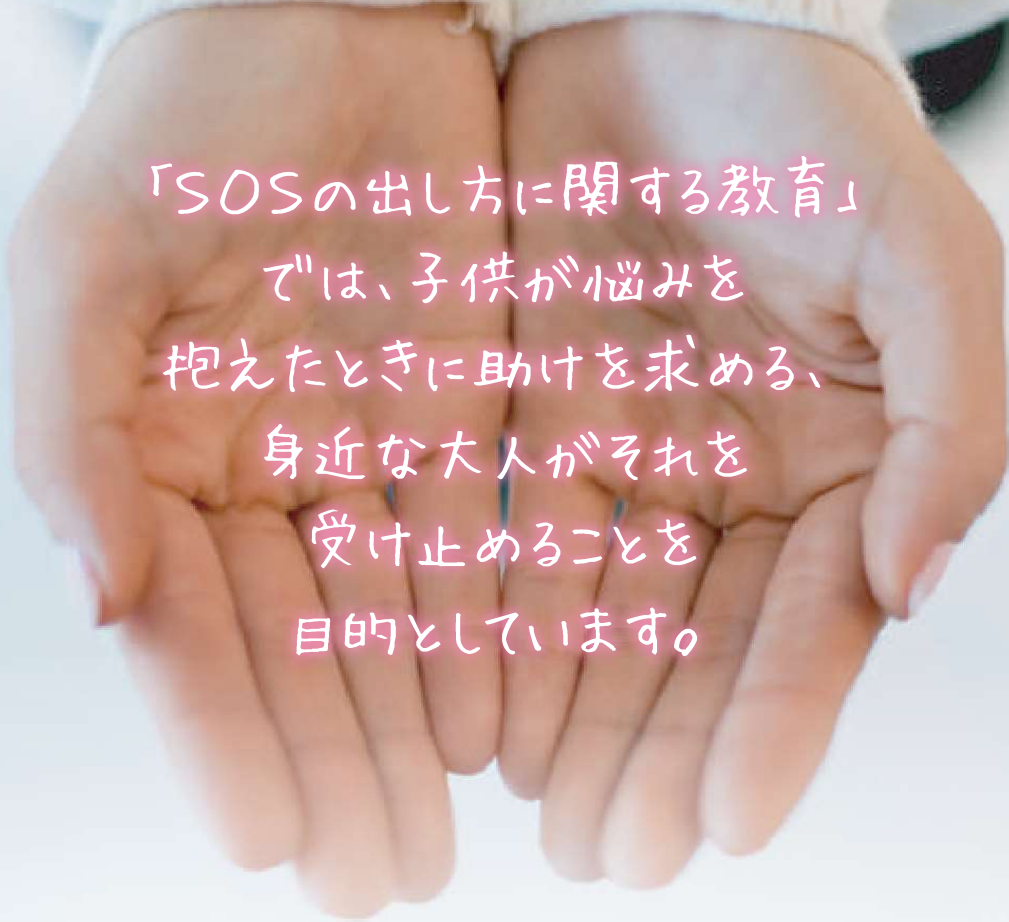


ワカバ

あかり

提供：株式会社喝采





「SOSの出し方に関する教育」
では、子供が悩みを
抱えたときに助けを求める、
身近な大人がそれを
受け止めることを
目的としています。

SOSの出し方に関する教育を 推進するための指導資料

活用ガイド

平成30年2月 東京都教育委員会

1 自殺対策に資する教育の内容

(1) 学校が推進すべき教育内容

自殺総合対策大綱に学校が推進すべき自殺対策に資する教育が3点示されています。

- 命の大切さを実感できる教育
- 様々な困難・ストレスへの対処方法を身に付けるための教育
(SOSの出し方に関する教育)
- 心の健康の保持に係る教育

(2) 命の大切さを実感できる教育の取組

小・中学校の学習指導要領には、特別の教科 道徳（以下「道徳科」という。）の中で、小学校の低学年段階から中学校段階までの全ての段階で指導すべき内容項目として、「生命の尊さ」が示されています。

また、高等学校の学習指導要領には、特別活動のホームルーム活動の内容の一つに、「生命尊重」等が示されています。

各学校では、全ての教員が、生命を尊重する心の育成が自殺予防につながることを十分に理解し、学校の教育活動全体を通じて行う道徳教育との関連の中で、道徳科等の授業等を通して、子供が命の大切さを実感できるよう、計画的に指導します。

(3) 様々な困難・ストレスの対処方法を身に付けるための教育 (SOSの出し方に関する教育)の取組

SOSの出し方に関する教育の目的は、子供が、現在起きている危機的状況、又は今後起こり得る危機的状況に対応するために、適切な援助希求行動（身近にいる信頼できる大人にSOSを出す）ができるようにすること、及び身近にいる大人がそれを受け止め、支援ができるようにすることです。

不安や悩み、ストレスへの対処については、学習指導要領において、小学校の高学年段階から高等学校段階に至るまで、体育科及び保健体育科の中で指導すべき内容として示されています。

各学校では、保健の授業等を通して、子供がストレスへの対処方法等について理解できるようにするとともに、子供が当面する諸課題への対応に資する活動や、生活上の諸問題の解決を図ることを目的とした体験活動等を通して、援助希求行動を身に付けられるようにする必要があります。

また、SOSの出し方に関する教育では、心の危機に陥った友達への関わり方を学ぶことも重要です。SOSの出し方のみならず、そうした友達の感情を受け止めて、考えや行動を理解しようとする姿勢などの傾聴の仕方（SOSの受け止め方）についても、指導します。

(4) 心の健康の保持に係る教育の取組

心の健康の保持に係る教育については、学習指導要領において、体育や保健体育及び特別活動の中で、関連した内容を指導することになっています。

各学校において、学校保健計画等との関連を図りながら、心の健康の保持に係る教育を、計画的に実施します。

【参 考】

学習指導要領等との関連（主なものを抜粋）

以下に、上記（１）の教育内容と学習指導要領等との関連を示します。

※小・中学校（特別支援学校の小学部・中学部の準ずる課程を含む）は新学習指導要領（平成 29 年 3 月告示）、高等学校は現行の学習指導要領（平成 21 年 3 月告示）による。特別支援学校は知的障害者である児童・生徒に対する特別支援学校の内容（小学部・中学部は新学習指導要領（平成 29 年 4 月告示）、高等部は現行の学習指導要領（平成 21 年 3 月告示））による。

	命の大切さを実感できる教育	様々な困難・ストレスの対処方法を身に付けるための教育（SOSの出し方に関する教育）	心の健康の保持に係る教育
小学校・小学部	道徳 D 主として生命や自然、崇高なものとの関わりに関する事。 [生命の尊さ] 第1学年及び第2学年 生きることのすばらしさを知り、生命を大切にすること。 第3学年及び第4学年 生命の尊さを知り、生命あるものを大切にすること。 第5学年及び第6学年 生命が多くの生命のつながりの中にあるかけがえのないものであることを理解し、生命を尊重すること。 [よりよく生きる喜び] 第5学年及び第6学年 よりよく生きようとする人間の強さや気高さを理解し、人間として生きる喜びを感じる事。	学級活動 (1) 学級や学校における生活づくりへの参画 ア 学級や学校における生活上の諸問題の解決 体育（G保健） 第5学年（1） ア 心の発達及び不安や悩みへの対処について理解するとともに、簡単な対処をすること。 (イ) 不安や悩みへの対処には、大人や友達に相談する、仲間と遊ぶ、運動をするなどいろいろな方法があること。 特別支援学校 体育（G保健） 3段階 イ 健康な生活に必要な事柄について工夫するとともに、考えたことや気付いたことなどを他者に伝えること。	学級活動 (2) 日常の生活や学習への適応と自己の成長及び健康安全 ウ 心身ともに健康で安全な生活態度の形成 体育（G保健） 第3学年（1） ア 健康な生活について理解すること。 (ア) 心や体の調子がよいなどの健康の状態は、主体の要因や周囲の環境の要因が関わっていること。 第5学年（1） ア 心の発達及び不安や悩みへの対処について理解するとともに、簡単な対処をすること。 (ア) 心は、いろいろな生活経験を通して、年齢に伴って発達すること。 (イ) 心と体には、密接な関係があること。
中学校・中学部	道徳 D 主として生命や自然、崇高なものとの関わりに関する事。 [生命の尊さ] 生命の尊さについて、その連続性や有限性なども含めて理解し、かけがえのない生命を尊重すること。 [よりよく生きる喜び] 人間には自らの弱さや醜さを克服する強さや気高く生きようとする心があることを理解し、人間として生きることの喜びを見いだすこと。	学級活動 (2) 日常の生活や学習への適応と自己の成長及び健康安全 ウ 思春期の不安や悩みの解決、性的な発達への対応 保健体育（保健分野） 第1学年（2） ア 心身の機能の発達と心の健康について理解を深めるとともに、ストレスへの対処をすること。 (イ) 精神と身体は、相互に影響を与え、関わっていること。欲求やストレスは、心身に影響を与えることがあること。また、心の健康を保つには、欲求やストレスに適切に対処する必要があること。 特別支援学校 保健体育 2段階 イ 自分やグループの健康・安全についての課題を見付け、その解決のために友達と考えたり、工夫したりしたことを他者に伝えること。	学級活動 (2) 日常の生活や学習への適応と自己の成長及び健康安全 エ 心身ともに健康で安全な生活態度や習慣の形成 保健体育（保健分野） 第1学年（1） ア 健康な生活と疾病の予防について理解を深めること。 (ア) 健康は、主体と環境の相互作用の下に成り立っていること。また、疾病は、主体の要因と環境の要因が関わり合って発生すること。
高等学校・高等部	ホームルーム活動 (2) 適応と成長及び健康安全 ケ 生命の尊重と安全な生活態度や規律ある習慣の確立 公民「現代社会」 (2) 現代社会と人間としての在り方生き方 ウ 個人の尊重と法の支配 公民「倫理」 (3) 現代と倫理 ア 現代に生きる人間の倫理 イ 現在の諸課題と倫理 人間と社会（東京都教育委員会） 第1章 人間関係を築く 第11章 支え合う社会	ホームルーム活動 (2) 適応と成長及び健康安全 ア 青年期の悩みや課題とその解決 保健体育（保健） (1) 現代社会と健康 ウ 精神の健康 人間の欲求と適応機制には、様々な種類があること。精神と身体には、密接な関連があること。また、精神の健康を保持増進するには、欲求やストレスに適切に対処するとともに、自己実現を図るよう努力していくことが重要であること。 特別支援学校 保健体育 2段階（3） 心身の発育・発達に応じた適切な行動や生活に必要な健康・安全に関する事柄の理解を深める	ホームルーム活動 (2) 適応と成長及び健康安全 ク 心身の健康と健全な生活態度や規律ある習慣の確立

2 SOSの出し方に関する教育の授業の進め方

(1) 指導計画について

平成 30 年度から、都内の全公立学校（小学校・中学校・義務教育学校・高等学校・中等教育学校・特別支援学校）において、本指導資料にある教材を活用又は参考にしたSOSの出し方に関する教育の授業を、年間1単位時間以上、実施してください。

体育、保健体育、道徳、特別活動（学級活動・ホームルーム活動）等で扱うこととし、各学校において、実施学年や実施時期、実施教科等を検討して、年間指導計画に位置付けてください。

- 校内研修等を通して、全ての教職員がSOSの出し方に関する教育の目的や内容を理解できるようにしてください。
- 子供が悩みを抱えた時に助けを求めるといった指導は、校長講話や学級指導、相談窓口連絡先一覧の配布時などに、全学級の子供を対象に毎年度繰り返し、実施するようお願いします。
- 本教材を活用又は参考にした授業は、各学校で年間1単位時間以上（例：小学校6年間の中で1単位時間以上）とします。長期休業明けに18歳以下の自殺が増加する傾向を踏まえ、子供の実態に合わせ、4月から7月までの適切な時期に実施することが望ましいと考えます。

(2) 教材について

本指導資料にある教材（映像資料、学習指導案、ワークシート）は、子供の発達段階等に応じて、初等編、中等編、高等編の3種類から選択できるよう構成しています。SOSの出し方に関する教育について、既に教材を作成している自治体もあります。どちらを活用していただいても構いません。

また、学校で独自に教材を開発したいという場合は、Disc2資料編（CD）にスライド（パワーポイント）がありますので、加工していただくことも可能です。

- 初等編は小学校体育の学習内容、中等編、高等編はそれぞれ中学校保健体育、高等学校保健体育の学習内容を踏まえ、作成しています。
- 特別支援学校では、準ずる教育課程で学ぶ子供や知的障害の程度が軽い子供に対して、教材を選択して授業を行ってください。知的障害の程度が中・重度の子供に対しては、教員の見取り等により、日常生活指導において適切に対応してください。
- 本教材では、「自殺」や「自殺予防」という用語を使用していません。これは、「自殺」という言葉に過敏に反応する子供がいることが想定されることなどによります。SOSの出し方に関する教育は、いじめや不登校等の未然防止や早期発見にもつながる取組です。授業を行う際にも、指導者等から自殺に関する発言がないよう、配慮をお願いします。

(3) 授業形態について

授業は、学級・ホームルーム担任、同じ学年を担当する他の教員、教科担任、養護教諭、スクールカウンセラー、保健師等によるチーム・ティーチングで行うことが望ましく、組織的な対応をお願いします。このことにより、子供が、学級・ホームルーム担任以外の教職員等にも相談しやすくなるというメリットがあります。

- 授業のまとめの段階で、子供に相談窓口連絡先一覧を配布します。その際に、相談の仕方等について、養護教諭やスクールカウンセラー等から説明をすると、より効果的です。
- 地域の保健師等の専門職がSOSの出し方に関する教育に参画することにより、子供に対して自らが必要に応じて相談相手になり得ることを直接伝えることができることや、保護者も含めた世帯単位での支援が可能になること、学校と地域の専門家との間での協力・連携関係の構築につながることを期待されます。しかし、都内の全公立学校が一斉に授業への参画を要請した場合、同時期には対応しきれない状況が想定されます。近隣の学校等とも連携をとって計画的に要請するなどの配慮をお願いします。

(4) 授業展開について（例：中等編）

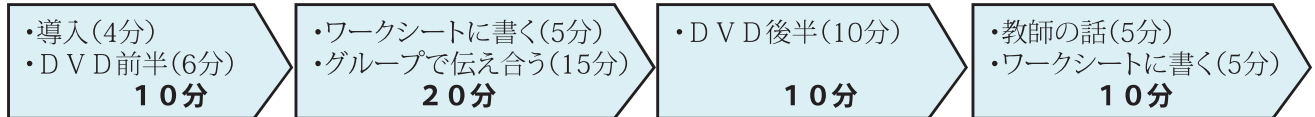
ア 題材 「自分を大切にしよう ～ストレスへの対処～」

ここでは、学級活動で授業を行うことを想定して「題材」としています。

イ ねらい

自分がかげがえのない大切な存在であることに気付くとともに、ストレスへの様々な対処方法を理解し、現在起きている危機的状況、又は今後起こり得る危機的状況に対応するための援助希求行動について考えることができる。

ウ 本時の流れ



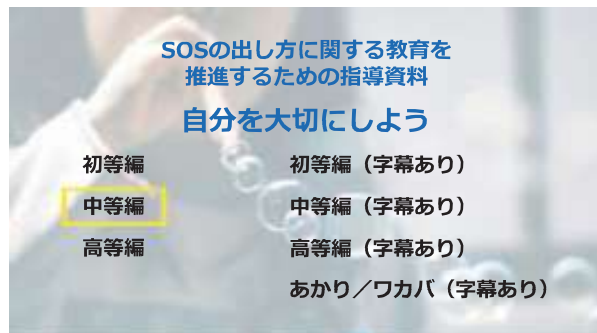
エ 本時の展開

	学習活動・内容	指導上の留意点等
導入 (4)	1 本時の題材を知る。 「自分を大切にしよう ～ストレスへの対処～」	☐ 教師は、本時の題材を板書し、本時の流れを説明する。 自殺に関する用語は使用しません。
展開 (36)	2 DVD (前半) を視聴する。 (1)一人一人が大切な存在であることに気付く。 (2)ストレスの概要について知る。 3 つらい気持ちになった時に、どのような対処をしているか伝え合う。	☐ 大型テレビやプロジェクター等を活用して、DVD (前半) を上映する。 DVDを観ながら、自分の過去のつらい出来事などを思い出す生徒もいます。授業は、ティーム・ティーチングで行うことが望ましく、複数の教職員等で、生徒の様子を観察します。
	発問1 自分がつらい気持ちになった時、それを軽くするために、どのようなことをしていますか。	
	発問2 友達がつらそうにしている時、それを軽くしてあげるために、どのようなことをしていますか。	
	☐ ワークシートに書く。 ☐ グループの中で、それぞれの対処方法を伝え合う。 ☐ 友達の対処方法をワークシートに書き、対処方法の幅を広げる。	☐ ワークシートを配布する。 ☐ 教師が発問と活動の指示をする。 自分以外にも、つらい気持ちになっている友達がいることに気付くことが大切です。学級全体に発表して、対処方法をまとめるなどの必要はありません。
まとめ (10)	4 DVD (後半) を視聴する。 (1)危機的状況(大きなストレス)に対応するための援助希求行動の在り方を考える。	☐ DVD (後半) を上映する。 資料編 (CD) に「相談する時、受け止める時等の言葉例」がありますので参考にしてください。「頑張れ」ではなく、「力になりたい」等の話をするとよいです。
	5 教師やスクールカウンセラー、保健師等の話を聞く。 6 本時を振り返り、学習の感想をワークシートに書く。	☐ 相談機関の連絡先が分かる資料を配布する。 ☐ 養護教諭やスクールカウンセラー等が相談機関の活用方法等について話すといふ。 ☐ 保健師等が参加する場合は、自らが相談相手になり得ることを直接、伝えてもらう。 ☐ 教師は、親身になって生徒の相談に応じるので、苦しい時は一人で悩まずに話してほしいなどのメッセージを伝える。

詳細については、Disc 2 資料編 (CD) に、初等編、中等編、高等編それぞれの学習指導案、ワークシートを収録していますので、確認をしてください。

3 Disc 1 映像編（DVD）の操作方法（例：中等編）

●初期画面（メニュー画面）



七つのボタンがあります。

初等編
中等編
高等編

初等編（字幕あり）
中等編（字幕あり）
高等編（字幕あり）
あかり／ワカバ（歌詞字幕あり）

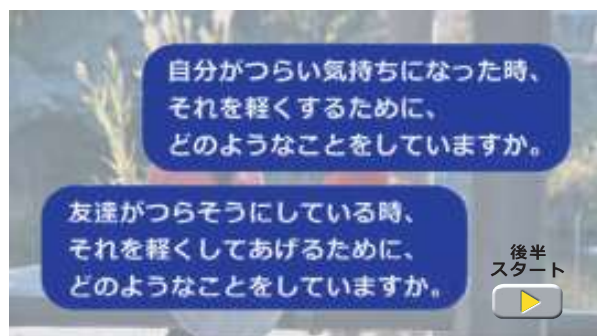
中等編をクリックすると、前半開始の画面に移り、映像がスタートします。

●前半開始の画面



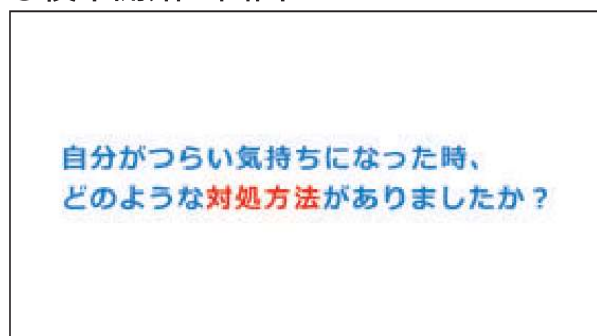
中等編の前半の映像は、約6分間です。
連続して視聴します。
初等編は約4分間、高等編は約6分間です。

●前半終了時の画面



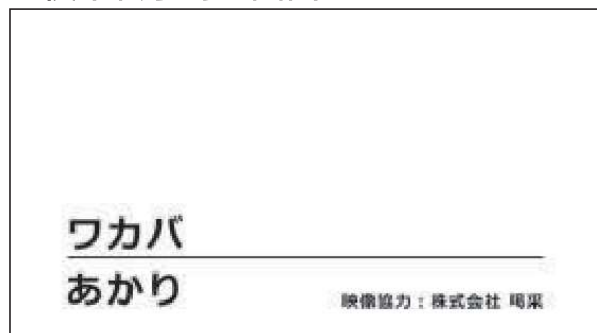
初等編、中等編、高等編ともに、前半の映像の最後に発問があり、映像が一時停止になります。
ここで、ワークシートを配布してください。
話し合い活動が終わったら、画面右下の「後半スタート」というボタンをクリックしてください。後半開始の画面に移り、映像がスタートします。

●後半開始の画面



後半の映像は、初等編、中等編、高等編ともに約10分間です。
連続して視聴します。

●後半終了時の画面



初等編、中等編、高等編ともに、後半の映像の最後に、「ワカバ」というJポップグループの曲「あかり」の音楽映像が流れます。
初期画面に「あかり／ワカバ」のボタンを設定していますので、音楽映像だけの視聴もできます。「ワカバ」の「あかり」は、2011年の内閣府「いのち支える（自殺対策）プロジェクト」キャンペーンソングです。

4 Disc2 資料編（CD）に収録されているデータ

- 活用ガイド
- 学習指導案（初等編・中等編・高等編）
- ワークシート（初等編 友達の対処方法記入欄あり/なし・中等編・高等編）
- 映像コンテ（初等編・中等編・高等編）
- スライドデータ（初等編・中等編・高等編）
- ワカバ「あかり」歌詞カード
- 自殺対策基本法 平成18年法律第85号 平成28年4月一部改正
- 自殺総合対策大綱 平成29年7月閣議決定
- 「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」のマニュアル及びリーフレット
文部科学省 平成21年3月
- 子供に伝えたい自殺予防（学校における自殺予防教育導入の手引） 文部科学省 平成26年7月
- いじめ総合対策【第2次】掲載資料 東京都教育委員会 平成29年2月
 - ・いじめ発見のチェックシート
 - ・生活意識調査
 - ・いじめ発見のためのアンケート質問項目例
- 東京都教育委員会からの通知
 - ・「いじめ防止及び自殺予防等に関する取組の徹底について（通知）」 平成29年9月26日
 - ・「児童・生徒の自殺予防に係る取組について（通知）」 平成29年12月11日
 - ・「児童・生徒の自殺予防に向けた困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育の推進について（通知）」平成30年1月25日
- 相談窓口連絡先一覧「いじめなど、困ったときの相談は…」(区市町村立学校用・都立学校用)
- 相談する時、受け止める時等の言葉例
- 保健師等の授業への派遣依頼文例

参考文献・引用文献等

- 自殺対策基本法 平成18年法律第85号 平成28年4月一部改正
- 自殺総合対策大綱 平成29年7月閣議決定
- 小学校学習指導要領 文部科学省 平成29年3月
- 中学校学習指導要領 文部科学省 平成29年3月
- 高等学校学習指導要領 文部科学省 平成21年3月
- 特別支援学校小学部・中学部学習指導要領 文部科学省 平成29年4月
- 特別支援学校高等部学習指導要領 文部科学省 平成21年3月
- 「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」のマニュアル及びリーフレット
文部科学省 平成21年3月
- 子供に伝えたい自殺予防（学校における自殺予防教育導入の手引） 文部科学省 平成26年7月
- 健康問題について総合的に解説した啓発教材（「わたしの健康（小学校5年生用）」、「かけがえのない自分、かけがえのない健康（中学生用）」、「健康な生活を送るために（高校生用）」 文部科学省
- 地域自殺対策政策パッケージ 自殺総合対策推進センター 平成29年12月
- 東京都における自殺総合対策の取組方針 東京都 平成25年11月
- いじめ総合対策【第2次】 東京都教育委員会 平成29年2月
- 足立区における児童生徒へのSOS出し方教育 足立区 平成26年5月
- 中高生のためのメンタル系サバイバルガイド 松本俊彦 平成24年7月

この「S O S の出し方に関する教育を推進するための指導資料」は、東京都教育委員会が設置した自殺予防教育推進委員会での検討を踏まえ、東京都教育委員会が作成したものです。

自殺予防教育推進委員会委員名簿

区 分	氏 名	所 属 等	備 考
医 療	本橋 豊	国立精神・神経医療研究センター 自殺総合対策推進センター長	委員長
心 理	柴田 恵津子	臨床心理士 都公立学校スクールカウンセラー	
保健・福祉	中山 佳子	東京都福祉保健局保健政策部 事業調整担当課長	
保健・福祉	馬場 優子	足立区衛生部こころとからだの健康づくり課長	
教 育	江原 敦史	足立区立梅島小学校 校長	
教 育	宮田 正博	板橋区立向原中学校 校長	
教 育	岡田 正治	都立飛鳥高等学校 校長	
教 育	堀江 浩子	都立白鷺特別支援学校 校長	
教 育	建部 豊	教育庁指導部 指導企画課長	

〔事 務 局〕

指導部教育計画担当課長	小寺 康裕
同 主任指導主事(生徒指導担当)	青海 正
同 主任指導主事(教育相談担当)	斎藤 一裕
同 指導企画課統括指導主事	渡辺 浩一
同 指導企画課指導主事	西 和昌
同 指導企画課指導主事	澁谷 哲宏
同 指導企画課主任	田中 大輔

S O S の出し方に関する教育を推進するための指導資料

東京都教育委員会印刷物登録 平成29年度 第211号
平成30年 2 月 発行

企 画 東京都教育庁指導部指導企画課
所在地 〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
電 話 03(5320)6888(直通)
制 作 株式会社 エンターオン
映像協力 株式会社 喝采



SOSの出し方を学ぼう

北海道教育大学 教職大学院
命の教育プロジェクトチーム



本日の流れ

1. イントロダクション: 命の大切さ
2. 自分の「共有体験」を振り返ってみよう
3. 「こころの調子」について考えよう
4. アンケート記入





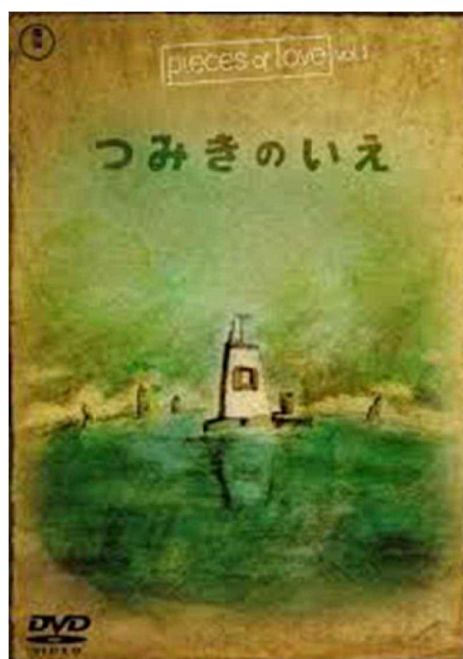
イントロダクション～命の大切さ

- ❖ 毎年楽しみにしている1枚の年賀状
- ❖ 知識を学ぶことの意味



共有体験を振り返る

- ❖ **DVD「つみきの家」**を見て、自分の「共有体験」を振り返ってみよう





視聴してみてくださいか？

- ❖ ビデオを見ての感想はありますか？また、ビデオの内容からどんなことを思い出しましたか？思いつままに、↓の余白に書いてみましょう。



共有体験とは

- ❖ 「共有体験」とは、他人と経験や感情を共有することのことです。家での生活、学校生活、部活、学習塾、色々なところで人間は「共有体験」を重ねています。
- ❖ この「共有体験」は自分がかげがえのない存在である(自己肯定感と言います)という思いを強くします
- ❖ 人生で戸惑いや困難と向き合ったときに、この自己肯定感が、あなたを勇気づけてくれるのです。





❖ 通常のストレス状態を50点としたとき、つぎの出来事のストレスは何点だと思いますか？（夏目、2008を参照）

- テストを受ける
- 友だちと喧嘩する
- 大学入試
- 失恋する
- 大きなけがや病気



❖ 通常のストレス状態を50点としたとき、つぎの出来事のストレスは何点だと思いますか？（夏目、2008を参照）

- テストを受ける 58点
- 友だちと喧嘩する 59点
- 大学入試 65点
- 失恋する 68点
- 大きなけがや病気 69点





こころの調子が悪くなると

こころの調子は誰でも悪くなる可能性がある

- ❖ 朝、起きるのがつらい／いつも疲れている
- ❖ いろいろなことがうまくいかない、楽しくない...
- ❖ 自分に自信が持てなくなる
- ❖ ほかに人と比較して悲しくなってしまう
- ❖ ほかに人に迷惑をかけている気がする



こころの調子が悪くなったら

- ❖ 深呼吸をする、運動をする
- ❖ 好きなことをする、いらいらを発散する
- ❖ でも一番良いのは？

信頼できる人に話してみることに

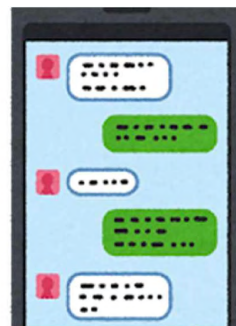
- ❖ 相談するところから始めれば、かならず回復します





信頼できる人に話そう

- ❖ 信頼できる人に、今の気持ちを伝えると解決方法が見えてきます
- ❖ 助けてほしいサイン、**SOS**を出して良いんです！
- ❖ 保護者、(保健室の)先生、スクールカウンセラー友だち
- ❖ 地域にいる信頼できる大人に会う
- ❖ 電話して相談してみる
- ❖ メールしてみる、**LINE**で、**Twitter**で



もし相談されたら？

- ❖ まずは良く聴いて、心配してあげてください
- ❖ そして、誰かほかの人に相談してみないか、すすめてみましょう
 - 次に紹介する連絡先が使えるよ！





相談先がたくさんあります

❖ 相談をするところもたくさんあります

- こころの調子にかんする電話相談先
 - ・ こころの健康相談統一ダイヤル(011-622-0556 (平日9時～17時)、0570-064-556、平日17時～21時、土日祝日10時～16時)
 - ・ チャイルドライン(0120-99-7777、月～土曜の午後4～9時)
 - ・ 子どもの人権110番(0120-007-110、平日午前8時半～午後5時15分)
- 「SNS相談を行う団体」で検索すると厚生労働省のWebサイトに繋がります(手元の資料に連絡先を一部のせました)



それでも話を十分に聞いてもらえないのなら・・・

❖ 今日、授業に来てくれた保健師さんに相談してみて

❖ 地域にいる信頼できる大人は、身近にいるよ！

- 保健師さんからメッセージ。連絡先を記入しよう!!



つらい気持ちになったときに、困ったら、私たちがいることを忘れないでね

電話： ○○－○○○○





私たちのWebサイトもご覧下さい

❖ <http://www.ido-labo.com/edu4life/>

❖ 「井門、命の教育」で検索！

- ❖ こころを育てる読書
- ❖ ストレスマネジメント
- ❖ 教職大学院取り組み
- ❖ 色々な情報あります！



引用文献、参考文献

- ❖ 近藤卓(2013) 子どもの自尊感情をどう育てるか
そばセット (SOBA-SET) で自尊感情を測る ほ
んの森出版
- ❖ 望月美紗子(2014) 自尊感情を育む授業に取り
組んで 中学校編 近藤卓編著 基本的自尊感情
を育てるいのちの教育—共有体験を軸にした理論
と実践 金子書房
- ❖ 加藤久仁生(2008) つみきのいえ (pieces of
love Vol.1) [DVD] 株式会社ロボット



報 告

ICT を用いた自殺対策の新たな方向性の検討

伊藤次郎^{*1}、末木 新^{*2}、高橋あすみ^{*1・3}、清水幸恵^{*1}、野村朋子^{*1・4}

要旨 近年、若年層の自殺を防ぐためにオンラインの相談体制を整える動きが活発化し、ICT を用いた自殺予防対策の実施は急務となっている。本研究では、ICT を用いた自殺対策の1つとしてインターネット・ゲートキーパーを取り上げ、2つの研究を実施した。

【研究1】自殺関連用語を利用した検索連動型広告の自殺誘発性を評価し、広告を出稿するためのガイドライン案を作成することを目的とした研究を実施した。「死にたい」「自殺 方法」など13の自殺関連用語を用いて全国から検索連動型広告を収集し、52種類の広告の内容を質的・量的に評価した。その結果、自殺関連用語を検索用語として使用し、危険がないと評価された検索連動型広告は半数以下であった。自動的に検索結果が組み込まれる広告、人の死後に関わる事業の広告、自殺のリスクがある人が来ることを想定していないと思われる事業の広告、相談機関の対象者と広告が表示される都道府県が一致していない広告、そうせざるを得ない事柄について「～しないで」と呼びかけている広告は、閲覧者に悪影響を与えと考えられた。抽出された広告の特徴を基に、相談・支援機関のための自殺関連用語を使った検索連動型広告ガイドライン案を作成した。

【研究2】今年度、NPO 法人 OVA が実施したインターネット・ゲートキーパーの相談事例を分析し、オンライン相談の成否に関連する要因を検討することを目的とした研究を行った。2017 年度に行った相談のうち、184 名を対象として分析を行った。相談が継続したのは85名であり、相談を継続させるためには初回の返信を12時間以内に行った方がよい可能性が示された。また、(A) 相談者のポジティブな感情の変化が確認できたこと、(B) 相談者が家族や医療機関などに相談できたことを、それぞれ相談の成功と定義したとき、今回の相談継続者85名における相談の成功率は32.9%であった。相談が成功したのは、電話面接や対面相談を実施した相談者に多かった。オンライン相談では、相談者がより現実的な手段で支援者とつながることができるように、信頼して話ができる関係性を築き、周囲への援助希求行動を動機づけていく関わりが重要であると考えられる。この点でオンライン相談は、自殺関連相談の入口としての機能を持たせることが有効であろう。

さらに、以上の2つの研究結果に従って、ICT を用いた新たな自殺対策の方向性について提言を行った。

Keywords : 若年層の自殺、ICT、インターネット・ゲートキーパー、検索連動型広告、オンライン相談

1. 目的

2017年の自殺総合対策大綱の改正において、「若者は、自発的には相談や支援につながりにくい傾向がある一方で、インターネットやSNS上で自殺をほのめかしたり、自殺の手段等を検索したりする傾向もある」ことや「ICT（情報通信技術）も活用した若者へのアウトリーチ策を強化」といった文言が明記された。ソーシャルネットワークサービス（SNS）上で希死念慮を訴える若年層が、被害者となった殺人事件も記憶に新しい。このよう

な社会情勢の中で、オンラインの相談体制を整える動きは活発化し、ICT を用いた自殺予防対策の実施が急務となっている。

ICT を用いた自殺予防の1つに、インターネット・ゲートキーパーがある^{1,3)}。この活動は、検索キーワードに関連する広告を検索結果画面に表示する「検索連動型広告」を利用し、「死にたい」「自殺方法」などの自殺関連用語の検索結果に相談先の広告を表示させ、ユーザーにアウトリーチするものである。2013年に特定非営利活動法人 OVA（以下、NPO 法人 OVA）が始めた後、日本全国で検索連動型広告を利用した相談機関の広告が見られるようになった。

^{*1} 特定非営利活動法人 OVA

^{*2} 和光大学現代人間学部

^{*3} 筑波大学大学院人間総合科学研究科

^{*4} お茶の水女子大学大学院人間文化創成科学研究科

検索連動型広告の普及にしたがって検討すべき課題も生じている。第1の課題は、検索連動型広告という一種のメディアが自殺誘発性を持つ可能性である。これまで自殺報道について検討されているメディアには、新聞記事⁴⁵⁾、テレビ番組⁶⁾、インターネット⁷⁾がある。これらの先行研究から、自殺報道は注目を集めやすい内容に偏りやすいこと、自殺の手段の詳細な情報は模倣など自殺誘発の危険性があること、援助資源などの適切な情報も併せて報道しているメディアは乏しいこと等が明らかになっている。末木⁸⁾は、メディアの持つ自殺への影響を検討した研究をレビューし、今後、新しいメディアの自殺誘発効果を検討する必要性に言及している。新しいメディアである検索連動型広告についても、その文言や表示の仕方によっては、自殺誘発の危険がある可能性があるが、検索連動型広告によるアウトリーチはここ数年で始まったことであり、広告に関する研究はこれまでに Rowe 行われていない。そこで、本研究では、自殺関連用語を利用した検索連動型広告の自殺誘発性を評価し、広告出稿のガイドライン案を作成することを第1の目的とした(研究1)。

第2の課題は、検索連動型広告によって自殺リスクの高いユーザーにアウトリーチした後、どのように相談を進めて自殺を防いでいくのかというオンライン相談の方法論である。末木・伊藤⁹⁾は、相談者の気分がポジティブに変化した場合、あるいは相談者がこれまで相談していなかった人に対して新規に援助希求行動を起こした場合を、相談の成功と定義している。そして、現段階でインターネット・ゲートキーパー活動の成功率は不十分であり、相談者側が具体的な自殺の計画を有していると相談成功に至りづらいことが示唆されている。さらに、支援者側の要因として、相談者のメールの内容を具体的に引き上げ相談者の良い点に焦点化しながら自己理解を促す返信が、失敗事例には少なかったことが示唆されている。今後、オンライン相談が拡大し、一般化していくことを想定すると、これまでと同様に相談の成否につながる要因に関して知見を積み重ねる必要がある。以上より、今年度、NPO 法人 OVA が実施した相談事例を分析し、オンライン相談の成否に関連する要因を検討することを第2の目的とした(研究2)。

2. 研究1

(1) 研究方法

1) 自殺関連用語を利用した検索連動型広告の収集 検索連動型広告を収集するために、検索するための自殺関連用語を決定した。まず、NPO 法人 OVA が2017年にメールアドレスAで実施した相談活動におけるアンケートの中で、相談にたどり着いた際に検索したと回答があった用語35件を抽出した。また、末木¹⁰⁾と同様の方法で、Google Insight for Search で検索場所を「日本」に設定し、検索連動型広告が出始めた時期から調査時点まで「2013/4/1~2017/9/30」に時期を限定し、「自殺」で検索した場合の関連用語25件分、加えて末木¹⁰⁾がリスト化している自殺関連用語49件を集めた。重複している用語、検索の意図が予防や報道に関連すると推測される「自殺ニュース」「自殺 防止」といった用語、固有名詞である「完全自殺マニュアル」などを除外し、合計66件の自殺関連用語を抽出した。次に、NPO 法人 OVA に属する精神保健福祉士または臨床心理士の資格を持つ4名で用語を分類し、各分類の中でも代表的なものを選定した。

次に、Google エンジンを用いて、2017年10月30日から2017年11月20日の間に広告収集を行った。表示される広告は検索する地点によって異なるため、47都道府県の各県庁所在地の緯度経度を設定して用語の検索を行い、検索結果の3ページ目までに表示された検索連動型広告を収集した。収集した広告について、広告が表示された都道府県および検索用語、広告内容などの情報をまとめた。

2) 検索連動型広告の危険性の評価とガイドライン案の作成 収集した広告の自殺誘発の危険性について、著者5名で質的に検討した。特に、「自殺予防メディア関係者のための手引き」¹¹⁾には該当しないにも関わらず、危険性が高いと考えられる広告に着目し、広告の特徴を分析した。結果に従って、自殺関連用語を用いた検索連動型広告のガイドライン案を作成した。

(2) 結果

1) 検索に使用した自殺関連用語と収集された広告 検索用語は7種類に分類され、13用語が選定された。検索に使用した13用語について、各用語で広告が表示された回数を表1に示した。次に、広告を出稿している組織の種類を表2に示した。複数の団体が複数種類の広告を出し

ていたため、広告元の組織は収集された広告に比して少なく、37 組織であった。細かな違いは同種の広告とみなした場合、収集できた広告は全 52 種となった。広告内容の分類を表 3 に示した。

表 1 検索に使用した用語と各用語での広告表示回数

分類	検索用語	表示回数
自殺	自殺	152
自殺方法	自殺 方法	128
自殺方法（具体）	首吊り	1
自傷	自傷	77
自傷（具体）	リストカット	83
希死念慮	死にたい	218
自殺念慮	自殺したい	142
自殺名所	自殺 名所	36
自殺募集	自殺 募集	146
自殺募集（具体）	自殺 サイト	180
自殺準備	自殺 準備	97
自殺準備（具体）	自殺 遺書	49
ウェルテル効果	自殺 芸能人	0

表 2 広告元の組織種類

組織分類	数
医療機関	10
行政機関	3
NPO 法人・認定 NPO 法人	7
公益社団法人	1
心理相談機関	2
一般企業	4
司法関係事務所・法人	3
その他	2
検索エンジン	5
合計	37

表 3 広告内容の分類（全 52 種）

内容の分類	具体的な対象や内容	数
自社に相談を促す	自殺を考える人や死にたい人	5
	自傷やリストカットに悩む人	2
	リストカット跡を治療したい人	4
	うつ病や心の病気に悩む人	4
	ひきこもりの人	1
	性被害にあった人	1
	悩んでいる人、身近な人が心配な人	5
自社のサービス 利用を促す	社会復帰支援	6
	リストカットの傷跡に使用する物品	2
	宗教サークル	1
	遺言書作成	3
	特殊清掃・遺品整理	1
	相談先紹介のパンフレットやサイト	3
	検索エンジン・通販サイト	6
	整体	1
求人	出会いの場	1
	自殺対策に携わる職員の募集	5
	カウンセラーの募集	1

2) 各広告の危険性評価 52 種類の広告について、「自殺予防メディア関係者のための手引き」¹¹⁾ に該当すると思われるものが 5 種類存在した。危険性がないとは言えないと判断された広告はその他 22 種類存在し、今回収集した広告の 51.9%が、自殺誘発の可能性を持つ内容であると評価された。

これら 27 種類の広告の危険性を質的に検討した結果、自動的に検索結果が広告に組み込まれるシステムを導入している検索エンジン・通販サイト等の広告は、例えば「死にたい」と検索した場合に、「死にたい人募集」など不適切な文章になって表示されてしまうことから、危険度が最も高いと判断された。また、遺言書作成や特殊清掃など人の死後に関わる事業の広告は、場合によっては自殺の計画を促進する可能性があると考えられた。自殺のリスクがある人が来ることを想定していないと思われる事業や、その相談機関の対象者と広告が表示される都道府県が不一致のものは、閲覧者にとっては不必要な情報であると同時に、場合によっては「相談を受け入れてもらえなかった」という思いを抱かせるものとなり得るため、危険度が高いと思われた。また、自傷行為やひとりで悩んでいることなどそうせざるを得ない事柄について「～しないで」と呼びかけることは、たとえ寄り添いの意味であっても、閲覧者には否定的な意味ととられる可能性があることが推測された。

一方、残りの 25 種類は危険度が低いと評価された。一般的に自社に相談を促す内容、あるいは自殺関連用語を検索する人に需要のあるサービスを提供する内容の広告であった。これらの広告には、温かいメッセージ、具体的な支援内容や受付内容、相談をすることのメリット、相談機関までのアクセスなどが記載されていた。

これらの内容を文章化し、ガイドライン案を作成した。作成したガイドラインの簡易版を図 1 に示した（ガイドライン案全体は添付資料 1 を参照）。

相談・支援機関のための

自殺関連用語を使った検索連動型広告ガイドライン

- 当事者、家族、支援者など、誰を対象にしている広告なのかを明確にする。
- シンプルで、共感的なあたたかみのあるメッセージで呼び掛ける。
- 支援・サービス内容を具体的に伝える。
- 相談・支援機関までのアクセスあるいは電話やメールといった相談方法を提示する。
- 支援機関、利用人数などの支援・サービスに関する客観的な情報を提示する。
- 「完全に解決する」といった安易な問題解決をうたわない。
- 自殺の実態や、精神疾患・自傷行為にまつわる事実を見出しに使わない。
- 「～しないで」という否定のメッセージをそれだけで独立して使わない。
- 誤解を招く表現は、インパクト重視で使わない。
- 医療法や景品表示法等の法律にしたがう。

図1 作成した検索連動型広告のガイドライン案 簡易版

(3) 考察

研究1では、自殺関連用語を利用した検索連動型広告の自殺誘発性を評価し、広告出稿のガイドライン案を作成することを目的とした。選定した自殺関連用語を用いて広告を収集し、52種類の広告の内容を検討した結果、自殺関連用語を使用して、危険がないと評価された検索連動型広告は半数以下であった。抽出された広告の特徴を基に、相談・支援機関のための自殺関連用語を使った検索連動型広告ガイドライン案を作成した。

今回のガイドラインは一部の広告をもとにしたものであり、広告内容は時間とともに変化する。そのため、今後はより多くの広告を対象に、分析内容の充実を図ることが望まれる。また、ガイドライン案に従って適切・不適切な広告の例を作成し、広告の閲覧効果を実験的に検証することを通じて、ガイドライン案を実用に近づけていくことが必要である。

3. 研究2

(1) 研究方法

1) 相談事例の対象者 NPO法人OVAの相談事業では、相談を促す検索連動型広告を地域や期間を限定して表示させ、ホームページを閲覧してメールを送信した相談者に対し、返信をしてメール相談を開始する。本研究では、関東圏の住民を対象にしたインターネット・ゲートキーパー活動の事業で、2017年6月2日から2018年1月11日までの間に相談アカウントAに初回のメールが来た98名および、2018年2月17日から3月15日までの間に相談アカウントBに初回メールが来た90名を対象とした。

また、初回から3回程度のメールの中で、相談者のア

セスメントと相談事業の改善のためにアンケートへの回答を求めた。Typeform と呼ばれるアンケート作成ツールを用いて回答フォームを作成し、集計データは自動的にGoogle Driveに格納されるシステムを使用した。回答を求める際は、回答ページのURLをメールに貼り付け、相談者にアクセスしてもらった。本研究では、相談者72名(男性28名、女性42名、その他2名)から回答が得られた。

2) 相談事例の分析内容 初回メールの受信時間帯(0-6時、6-12時、12-18時、18-24時)、初回メールの返信に要した時間(以下、返信所要時間:6時間未満、6-12時間未満、12-18時間未満、18-30時間未満、30時間以上)、初回メール以降の返信有無、電話面接の実施有無、対面相談の実施有無を数値化した。また、アンケートからは、年代、性別、抑うつ・不安感尺度(K6)¹²⁾の得点、自殺念慮尺度¹³⁾の得点、相談しやすい手段(メール・チャット・電話・対面のうち複数回答可)の変数を取り上げて、統計的分析を実施した。

相談活動の成功は、(A)相談者のポジティブな感情の変化が確認できたこと(以下、感情の変化)、(B)相談者が家族や医療機関などに相談できたこと(以下、援助希求行動)とそれぞれ定義し、精神保健福祉士、臨床心理士の複数名でメールの内容を質的に検討して成否を判断した。分析にはSPSS Statistics ver.25.0を用いた。

3) 倫理面への配慮 相談を促すサイトページにおいて、相談者への留意事項として、緊急時を除いて原則的に秘密を守ること、匿名で相談できること、相談に対する料金は発生しないことなどを説明した。また、相談内容は個人を特定されない形で研究に使用し、公表されることがあることも併せて文章で明記し、メールが送られてきたことでこれらに同意を得たものとした。また、アンケートの回答は原則的に依頼するものではあるが、強制ではなかった。研究へのデータ利用についても改めて尋ね、同意を得られた回答者のデータのみを使用した。

(2) 結果

1) 相談対象者の記述統計 アンケートにおいて研究へのデータ利用に同意を得られなかった4名を除く184名について、詳細な分析を行った。184名の初回以降の経過について、初回の返信がエラーになってしまった者が16名、相談継続とならなかった者は83名、初回以降返信があった(相談が継続した)者は85名であった。相談が継続し

なかった者の内訳は、初回のメール以外メールがなかった者が63名、相談者が相談の対象外であったことで終了した者が11名、アンケートの回答あるいはアンケートに回答した旨の返信があるもののその後返信がなかった者が9名であった。

アンケートの回答が得られたのは、相談が継続した者では63名であり、返信はなかったが回答を得られた9名を併せると合計72名で、回答者の年代は、10代が11名、20代が30名、30代が15名、40代が12名、50代が4名であった。以上の対象者のフローチャートを図2に示した。

相談が継続した85名の中で、電話面接を実施した者は15名、対面相談を実施した者は4名であった。また、相談成否について、(A)感情の変化を確認した者が19名、

(B)援助希求行動を確認した者が18名であり、そのうち両方に該当した者は9名であった。従って、いずれかを満たした者は合計28名であり、成功率は32.9%であった。

2) 初回のメールと相談の継続との関連 返信がエラーになった16名と対象外だった11名を除いた157名について、相談が継続したか否かと、初回メール時間帯および返信所要時間との関連を χ^2 検定で検討した。その結果、初回メールの時間帯は、相談の継続と有意な関連は認められなかった。返信所要時間との関連は有意傾向($\chi^2(4)=8.39, p=0.078$)であり、12時間～18時間未満に初回のメールを返信した相談者は、その後返信がなかった者が多かった。クロス集計表及び調整済み残差を表4に示した。

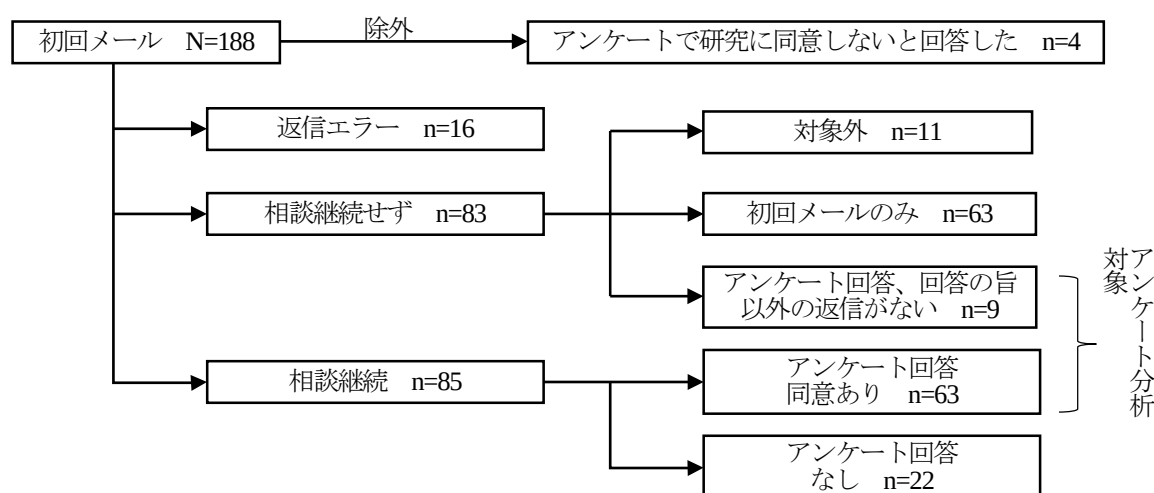


図2 対象者の相談経過・アンケート回答のフローチャート

表4 返信所要時間と初回以降の相談の継続との関連 (n=157)

相談の継続	初回返信所要時間				
	6 時間未満	6-12 時間未満	12-18 時間未満	18-30 時間未満	30 時間以上
返信なし (n=72)	26 40.0% (-1.2)	17 40.5% (-0.8)	18 66.7% (2.4)	6 37.5% (-0.7)	5 71.4% (1.4)
継続 (n=85)	39 60.0% (1.2)	25 59.5% (0.8)	9 33.3% (-2.4)	10 62.5% (0.7)	2 28.6% (-1.4)

各セルの () 内は調整済み残差。
 $\chi^2(4)=8.39, p<.10$

3) 電話面接・対面相談の実施と相談成否との関連 電話面接および対面相談の実施が、相談の成否と関連したのかどうかをフィッシャーの正確確率検定で検討した。その結果、(A) 感情の変化、(B) 援助希求行動ともに、電話面接を実施していない者より、実施した者に多くみられた ($p=0.035$; $p=0.000$)。対面相談についても同様に実施した者に多く (A) 感情の変化、(B) 援助希求行動がみられた ($p=0.033$; $p=0.029$)。それぞれのクロス集計表及び調整済み残差を表5、表6に示した。

表5 電話面接の実施と相談成否との関連 (n=85)

相談成否	電話面接	
	実施せず	実施した
感情の変化あり (n=19)	12 17.1% (-2.5)	7 46.7% (2.5)
感情の変化なし (n=66)	58 82.9% (2.5)	8 53.3% (-2.5)
$p=.035$		
援助希求行動あり (n=18)	9 12.9% (-4.1)	9 60.0% (4.1)
援助希求行動なし (n=67)	61 87.1% (4.1)	6 40.0% (-4.1)
$p=.000$		

表6 対面相談の実施と相談成否との関連 (n=85)

相談成否	対面相談	
	実施せず	実施した
感情の変化あり (n=19)	16 19.8% (-2.6)	3 75.0% (2.6)
感情の変化なし (n=66)	65 80.2% (2.6)	1 25.0% (-2.6)
$p=.033$		
援助希求行動あり (n=18)	15 18.5% (-2.7)	3 75.0% (2.7)
援助希求行動なし (n=67)	66 81.5% (2.7)	1 25.0% (-2.7)
$p=.029$		

4) 相談しやすい手段と相談成否との関連 アンケート回答者 (n=72) の中で、相談しやすい手段にメールを挙げた者は59名、チャットは38名、電話は19名、対面は22名であった。今回、電話面接を実施してアンケートに

も回答した13名のうち、電話を相談しやすい手段に挙げていた者は6名であった。対面相談を実施した4名は、全員が対面相談を相談しやすい手段に挙げていた。相談しやすい手段は、 χ^2 検定で相談成否との関連は認められなかった。

5) 相談成否に関連する要因 アンケート回答者72名において、2種類の相談の成否をそれぞれ従属変数とし、独立変数にはダミー変数として性別、年代、電話面接の実施、対面相談の実施、相談しやすい手段4種類、また、K6と自殺念慮の尺度得点を投入して、ロジスティック回帰分析(変数増加法)を行った。その結果、(A) 感情の変化について、女性 (OR=6.46, 95%CI=1.22-34.19, $p=.028$)、電話面接の実施 (OR=6.02, 95%CI=1.40-25.90, $p=.016$)、対面相談の実施 (OR=19.44, 95%CI=1.27-296.89, $p=.033$) が有意であった。また、(B) 援助希求行動については、電話面接の実施 (OR=8.89, 95%CI=2.37-33.40, $p=.001$) が有意であった。

(3) 考察・結論

研究2では、オンライン相談活動の成否と関連する要因を検討することを目的として、NPO 法人 OVA のインターネット・ゲートキーパーの相談事例を用いて分析を行った。

初回メールへの返信所要時間とその後の返信経過との関連を検討した結果、初回のメールが来たら12~18時間未満の所要時間で返信した相談者からは返信が少なかった。12時間未満に返信した相談者の場合は6割程度返信があったことから、初回の返信は12時間以内に行った方がよいと考えられる。ただし返信時間が早くとも、約4割の相談者は継続されないことを考えると、今後はその他の継続に関わる要因を検討していく必要がある。

また、相談の成否と関わる要因を検討したところ、電話面接や対面相談の実施が、相談者の感情の変化や援助希求行動と関連することが明らかとなった。電話面接や対面相談は、オンライン相談よりも現実の人間関係に近い相談手段であり、支援者との信頼関係を築くことが重要となる。支援者とメールを介して信頼関係を結ぶことのできる相談者は、感情の変化が起きやすいことが推測される。また、オンライン相談は相談者の援助希求行動を強化し、支援者との電話面接や対面相談、そして家族や専門家への相談と、次の援助希求行動に寄与すること

が示唆される。従って、オンライン相談においては、相談者と支援者が信頼して話ができる関係性を築くことや、相談者の援助希求行動を動機づけていく関わりが重要であると考えられる。すなわち、オンライン相談は自殺関連の相談の入口、まさにゲートキーパーとして機能することが期待される。

また、女性であることは感情の変化と関連していた。これは、男性よりも女性の方がメールの中で感情を表現しやすい可能性や、女性と男性で相談内容が異なるといった可能性が考えられるため、今後より詳細な検討が必要である。

本研究の限界として、第1に相談が継続した者の中でのアンケート回答率が低いことが挙げられる。相談者は、知的な限界、年齢の低さ、混乱した精神状態などを理由にアンケートに答えられないことがある。そのため、本研究で用いたアンケートのデータは、今回相談が継続した者の特徴を完全に反映したものではないことに留意しなければならない。相談者の中にはアンケートに回答できない者が一定程度含まれることを想定に入れ、より多くの相談者を対象に分析を行う方法を開発する必要がある。第2に、本研究では、支援者側の返信メールの内容に関しては検討できなかった。返信メールは、対象者の属性や相談内容によって細かい文言や方向性は異なるが、基本的な考え方はゲートキーパー活動として一貫しているため、実質的な返信内容の違いを見出すことが難しく、成功率の違いを統計的に比較検討するといった分析が困難である。そのため今後は、メールの送受信回数や時間帯、文字数といった形式的な特徴や、主な相談内容など客観的に読み取れる事実と相談成否との関連などを検討するとともに、成功した事例と成功しなかった事例について事例検討を行い、具体的な方法論を質的に明らかにしていく必要がある。

4. 政策提案・提言

本研究の成果として、第1に、自殺関連用語を使用した検索連動型広告のガイドライン案を作成した（ガイドライン案は資料1として添付）。このガイドライン案は今回の研究結果に基づくものであるため、医療法や景品表示法といった法律や、その他広告出稿に関わる留意事項については網羅しきれていない。また、今回参考にした

広告は一部であるため、現在はより多様な広告が普及していることが推測される。従って、本ガイドライン案をもとにして、実用化できるガイドラインが作成されることが望ましい。

第2に、インターネット・ゲートキーパーの相談事例について分析を行い、オンライン相談は、より現実的な支援につなぐための入口として機能し得ることが明らかとなった。従って、従来の相談手段をそのままオンラインに移行するのではなく、オンライン相談としての目的を果たすために、独自の方法論や枠組みが確立されるべきである。そのためには、今後、より多くのオンライン相談事業について科学的な方法で効果を検証し、エビデンスベースドなマニュアルを作成することが望ましい。

付記 本調査研究は、平成29年度革新的自殺研究推進プログラム（自殺総合対策推進センター委託研究事業）において実施された。開示すべきCOI状態はない。

受付	2018.5.25
受理	2018.8.31

引用文献

- 1) 末木 新・伊藤次郎. インターネットを使った自殺予防:ゲートキーパー活動におけるリアルとネットの融合 (特集 自殺対策). 最新精神医学 2015 ; 20 : 213-219.
- 2) Sueki, H., & Ito, J. Suicide prevention through online gatekeeping using search advertising techniques A feasibility study. Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 2015; 36(4): 267-273. doi:10.1027/0227-5910/a000322
- 3) Sueki, H., & Ito, J. Appropriate targets for search advertising as part of online gatekeeping for suicide prevention. Crisis. 2018; 39(3): 197-204. doi: 10.1027/0227-5910/a000486
- 4) 坂本真士・田中江里子・影山隆之. 自殺の新聞報道の現状と問題点:「ネット自殺」以降の新聞報道の内容分析を通して. こころの健康 2006 ; 21(2) : 44-53.
- 5) 坂本真士・奥村泰之・田中江里子. センセーショナルな自殺報道は自殺念慮を高めるか:架空の新聞記事を用いた検討. 臨床心理学 2013 ; 13 : 539-548.
- 6) 篁 宗一・清水隆裕・猫田泰敏. 主要新聞紙朝刊のテレビ番組表からみた自殺・メンタルヘルス関連の報道の実態. 日本公衛誌 2015 ; 62(2) : 73-81.
- 7) 末木 新. インターネット上での自殺報道の現状: Google News を対象とした報道内容の分析. こころの健康 : 日本精神衛生学会誌 2011a ; 26(1) : 60-66.
- 8) 末木 新. メディア報道・利用が自殺に与える影響の概観と展望—日本におけるデータを用いて実施された研究を対象に—. 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース紀要 2011b ; 34 : 108-115.
- 9) 末木 新・伊藤次郎. 検索連動型広告を活用した新しい自殺予防活動に関する研究. 電気通信普及財団研究調査助成報告書 2017 ; No.32 : 1-7.
- 10) 末木 新. インターネットは自殺を防げるか:ウェブコミュニティの臨床心理学とその実践. 東京大学出版:東京. 2013.
- 11) 河西千秋 (訳). WHO 自殺予防 メディア関係者のための手引き 2008 年改訂版日本語版. WHO 2018.
- 12) Furukawa, T. A., Kawakami, N., Saitoh, M., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., ... & Watanabe, M. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2008; 17: 152-158. doi:10.1002/mpr.257
- 13) 末木 新. 自殺念慮尺度の信頼性と妥当性の再検討. こころの健康 2017 ; 32(2) : 48-54.

【資料 1】自殺関連用語の検索連動広告のガイドライン案

相談・支援機関のための

自殺関連用語を使った検索連動型広告ガイドライン

- 当事者、家族、支援者など、誰を対象にしている広告なのかを明確にする。
- シンプルで、共感的なあたたかみのあるメッセージで呼び掛ける。
- 支援・サービス内容を具体的に伝える。
- 相談・支援機関までのアクセスあるいは電話やメールといった相談方法を提示する
- 支援機関、利用人数などの支援・サービスに関する客観的な情報を提示する。
- 「完全に解決する」といった安易な問題解決をうたわない。
- 自殺の実態や、精神疾患・自傷行為にまつわる事実を見出しに使わない。
- 「～しないで」という否定のメッセージをそれだけで独立して使わない。
- 誤解を招く表現は、インパクト重視で使用しない。
- 医療法や景品表示法等の法律にしたがう。

NPO 法人 OVA 制作 2018

1. 自殺関連用語で検索連動型広告を出稿する前に

ここで言う自殺関連用語とは、「自殺」「自殺方法」「死にたい」「自傷」「リストカット」などの言葉である。これらの自殺関連用語は、自殺のリスクがある人がインターネットで検索することが知られている。また自殺で家族を亡くした自死遺族も、「自殺 遺書」など、自殺関連用語を検索する可能性がある人物として想定される。検索連動型広告のターゲティングに該当していなくても、誰もが目にする可能性を考え、また広告を目にした人に与える影響を考え、広告を作成する必要がある。また、医療法や景品表示法等の法律に従う必要がある。

2. 自殺関連用語で検索連動広告を出す事業について

- ✚ 自殺を考える人、自傷行為をしている人、精神障害に悩む人、犯罪被害者、ひきこもりで社会とのつながりが絶たれている人など、自殺のリスクがあり、何らかの支援・サービスが必要な当事者を対象にした、相談支援機関・医療機関・企業が、広告主として想定される。
- ✚ 以下の広告主が自殺関連用語で広告を出すことは、見る人に悪影響を及ぼしかねない（最悪の場合は自殺を促進する可能性がある）。
 - 1) 自動的に検索結果が広告に組み込まれるシステムを導入しているサイト
(例：検索エンジン、通販サイト)
 - 2) 人の死後に関わる業務を行っている事業
(例：遺言書作成を担う弁護士事務所、特殊清掃会社)
 - 3) 自殺のリスクがある人をそもそもターゲットに想定していない事業
(例：相談員の求人広告、健康度の高い人を対象にしているカウンセリング機関)

3. 望ましい広告の出し方

- ✚ 当事者向け、支援者向け、家族向け等の広告をひとくくりで一つの広告にすることなく、ターゲティングをしっかりと行う。
- ✚ 支援・サービスを受けられる対象者の所在地（例：A市在住・在勤など）や機関の所在地と、広告が表示される都道府県をなるべく一致させる。全国を対象にしている場合は、より多くの人が見ることから、より細心の配慮が必要である。
- ✚ 以下の項目は、広告内容の信頼性や、閲覧者が援助を求める敷居を下げることにつながるため、内容に含むことが推奨される（全てを満たす必要はない）。
 - シンプルで、共感的なあたたかみのあるメッセージ
(例：「つらかったですね」「お話しませんか」「あたたかく迎えます」)
 - 具体的な支援・サービス内容
(例：障害年金の受給支援、就労支援、リストカット痕の治療、家族のための相談)
 - 支援・サービスに関する客観的な情報
(例：支援・サービスの目標達成率、平均支援期間、利用人数、アクセスなど)
 - 提供している相談方法
(例：電話相談可、24時間メール受付)

4. 望ましくない広告の出し方

- 1) 当事者、家族、支援者など、誰を対象にしている広告なのかわからない。
 理由：自殺リスクがある人が広告を見た場合、内容によっては、自殺が起きることを促進する可能性がある。
 また、広告が何を伝えたいのかわからず、不用意に自殺関連の用語が目に入る形になりうる。
 対策：ターゲティングを行い、広告の目的を一つに絞る。

- 2) 「完全に解決する」といった安易な問題解決をうたっている。
 理由：自殺リスクのある人が抱えている問題は複雑であり、簡単に解決できるものではない。効果の誇大表示に該当すると考えられる。
 対策：「完全」「絶対」「99%」などの言葉は使わない。

- 3) 自殺の実態（例：年間自殺者3万人）や、精神疾患・自傷行為にまつわる事実（例：うつは脳の病気である）を見出しに使っている。
 理由：一般的な事実は、たとえば「年間自殺者3万人」に対して「日本で自殺は社会問題となっていて自殺対策が急務である」という文脈や、「うつは脳の病気である」に対しては「薬物療法が必要」など、文脈や背景とともに慎重に伝えられるべきものである。これらの事実を見出しに使うことは、「自殺は解決策である」というメッセージになり得る可能性や、「うつの自分はおかしい」といった不安をあおる可能性がある。
 対策：見出しに使用しない。

- 4) 「～しないで」という否定のメッセージのみを使っている（例：死なないうで、傷つけない で、責めないで、抱え込まないうで）。
 理由：ひとりで悩むこと、自傷行為、依存症など、そうせざるを得ないためにそうなっている事柄について、「～しないで」と言う文言は、否定のメッセージとして伝わりやすく、見る人の自責感や孤独感を強める恐れがある。
 対策：「～しないで」に加えて、代替方法を提案する（例：ひとりで悩まないで、相談してください）。

- 5) 誤解を招く表現を、インパクト重視で使っている。（例：ニートなど偏見を持たれている言葉、性的なことを意識させる言葉）
 理由：人によって捉え方が異なり、悪い印象を抱く人もいる。
 対策：別の言葉に置き換えられるのであれば、言葉を置き換える。

報 告

国際的視野から見た労働条件・働き方と自殺問題に関する研究： フランスの事例研究

松田 晋哉*1

要旨 フランスはヨーロッパ諸国の中でも自殺死亡率が高く、その解決が長年、公衆衛生学政策の課題であった。種々の対策により、フランスにおける自殺死亡率は経年的に減少しているが、自殺は依然として 25 歳から 44 歳の死因の第 1 位である。フランス政府は、対策の不十分さ及びフランスにおける自殺対策が相互連携のない形で行われていることを指摘し、フランスの自殺対策のヘッドクォーターとしてフランス保健省内に Observatoire national du suicide (ONS ; 全国自殺観察機構) を設置した。そこで本調査研究ではフランスの自殺対策の現状と課題について、現地の関係者に対するヒアリング結果をもとに整理することを試みた。

フランスでは総合的な自殺対策を進めるために、まずデータの整備が必要であるという認識からフランス国立保健医学研究機構 (INSERM) の死亡原因疫学センターが法医学会の協力を得て、死亡診断書の精度向上に努めている。また、疾病金庫との協力で自殺予防のためのパイロット研究を行い、その結果を踏まえて効果のあったプログラムの一般化が図られていた。さらに自殺相談の音声データのテキストデータ分析による自殺企図につながる表現の検出とそれに基づく適切な早期介入、自殺企図者の脳内ホルモンの分析によるバイオマーカーの探索的研究、自殺と仕事の関連に関する研究、高齢者の認知機能と自殺との関連に関する研究などが ONS の監督下に総合的に行われていた。

以上の取り組みは、日本や韓国、東欧諸国など自殺率の高い国における総合的な自殺対策を考える上で参考になるだろう。

Keywords : フランス、自殺死亡率、Observatoire national du suicide (ONS)、テキストデータ分析

1. 目的

フランスはヨーロッパ諸国の中でも自殺死亡率が高く、その解決が長年、公衆衛生学政策の課題となっていた。特に、Bretagne 地方など、自殺死亡率が高い地域では、地方保健政策優先課題－医療計画 (PRS-SROS; Priorité Régionale de la Santé - Schéma Régionale de l'Organisation Sanitaire) において、その具体的な数値目標と対策、そしてその効果検証が行われてきた。その結果、フランスにおける自殺死亡率は経年的に減少している。しかしながら、自殺は依然として 25 歳から 44 歳の死因の第 1 位であり、フランス政府はこれまでの対策は不十分であったと認識している。その原因として、フランスにおける自殺対策が相互の連携のない形で行われていることが指摘され、これに対応するためにフランスの自殺対策のヘッドクォーターとしてフランス保健省内に Observatoire national du suicide (ONS ; 全国自殺観察機構) が設置された。そこで

本調査研究ではフランスの自殺対策の現状と課題について、現地の関係者に対するヒアリング結果をもとに整理することを試みた。

2. 方法

(1) 調査日程

- 1) 平成 30 年 2 月 12 日 パリ市内の保健センター (Centre de santé Jack Senet) の見学
- 2) 平成 30 年 2 月 13 日 レンヌの国立公衆衛生高等研究学院 (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) における研究者のヒアリング調査 (学院長 Laurent Chambaud 氏、国際関係部門長 Fanny Herriot 氏、研究部門長 Alessia Lefebure 氏、社会サービス研究部門長 Jean-Marie Andre 氏、病院マネジメント部門長 Michel Louazel 氏)
- 3) 平成 30 年 2 月 14 日 パリ市内の開業プライマリケア職 (理学療法士立花祥太郎氏及び一般医 Cécile Vieille

*1 産業医科大学

氏) のヒアリング、CCAM (パリ市) での資料収集

(2) 倫理面への配慮

ヒアリング調査であり、倫理面で配慮すべきことはない。

3. 結果

(1) フランスにおける自殺及び自殺対策の現状

フランスでは毎年約 9,000 件の自殺がある。自殺企図で病院の救急部門に運ばれる者は 17 万人から 20 万人に上ると推計されている (2014 年)。自殺予防のためには初回の自殺企図の者に対するその後の予防的な支援が必要である。そのためには、医療福祉、福祉部門の関係者との協力が必要である。

一人の自殺者の周囲にはそれを悲しむ 26 人の関係者がいる。つまり全国で年間 30 万人が関係者となる。加えて、自殺企図をおこなった者の周囲には 375 万人の関係者がいる。

フランスにおける自殺の 75% は男性で、また 25-44 歳 (80% が男性) と 75 歳以上が自殺対策上 2 つの重要な年齢層となっている。

1960 年代からフランスでは種々の組織が自殺対策に取り組んできた。そのため、確かに近年自殺率は低下傾向にあるが、満足のいくものではない。自殺が増加した理由及び思うように減らない理由として、社会環境の変化が大きいと考えられている。具体的には、1960 年代以降、フランスでは核家族化が進み、また雇用の流動化が進んだことから、家族及び会社を含めた社会の保護機能が低下したことが自殺増加の原因であると、ヒアリングを行った関係者は説明していた。

(2) Observatoire national du suicide (ONS ; 全国自殺観察機構) の活動

自殺及び自殺企図の原因を学際的に研究し、効果的な予防対策を考案することを目的に、2013 年から全国自殺観察機構は、議会や疾病金庫、関連する省庁、自殺予防に取り組む組織の代表者、専門家及び研究者を巻き込んで活動を行っている。現在は以下の活動を重点的に行っている。

1) 自殺の実態の把握 自殺の実態把握はフランス国立保健医学研究機構 (INSERM: Institut national de la santé et de la recherche médicale) の死亡原因疫学センター (CepiDC) が

主体となって行っている。しかしながら、戸籍管理も目的である紙ベースの死亡診断書は、記載方法の標準化ができていないため、自殺に関しては過少報告の問題がある。この過少報告の地域差は大きく、Bretagne が 0.3% 程度であるのに対し、Il de France では 46% と推計されている。この問題に対処するため、CepiDC では電子化死亡診断書を開発しており、2015 年現在これは全体の 10% 程度になってきている。

自殺の過少報告が生じているもう一つの背景要因として、法医学部門の関与レベルが地域によって異なることが指摘されている。この問題に対処するために法医学研究所 (Institut Médico-Légal: IML)、健康観察研究所 (Institut de veille sanitaire; InVS 2016 年以降は Agence nationale de santé publique 国立公衆衛生機構に改組)、CepiDC が協働で自殺統計の悉皆性とコーディングの向上に取り組んでいる。こうした取り組みの背景には、正確な情報が自殺や自殺企図の要因の分析そして予防の推進に必須であるという見解がある。

2) 自殺対策のパイロット研究の実施 保健担当省保健総局は、自殺予防の実験的取り組みを 2011-2014 年に行った。これは農業共済組合 (MSA) と刑務所管理局 (DAP) の協力で行われたものである。農業者及び受刑者は自殺のハイリスク集団であり、特に後者は刑務所内での死亡の 50% が自殺であることから、その対策が大きな課題となっていた。その結果、自殺の危機にある者がアクセス可能な無料電話の開設、自殺企図者へのその後の支援、死亡手段の削減及びアクセス可能性の縮小が有効であることが示され、その一般化が図られることとなった。

一般化の過程で、いくつかの問題点が明らかとなった。例えば、無料電話に関しては、収集される情報のデータベースとしての活用及び対応方法に関するマニュアルの知財化が課題となった。そこで、代表的な自殺予防支援組織である SOS Amitié、SOS Suicide Phenix、PHARE Enfants-Parents、Suicide Ecoute などのマニュアルや介入方法の相互比較を、国立公衆衛生研究所 (INPES) が開始している。現在 3 つの組織が共通フォーマットの仕様を開始しており、分析結果に基づき、対象の特性別の支援方法のマニュアル化を目指している。中間的な分析結果では、自殺企図の原因には性差や年齢差があり、男性の場合は気分障害と身体疾患に起因する痛み、女性や高齢者の場合は夫婦

間の問題や社会的孤立が原因として多いことなどが明らかとなっている。また、小児期に受けた虐待経験も重要な要因の一つとして挙げられている。

3) 研究の総合化 自殺対策の科学的根拠を集積するために、現在、ONS のイニシアティブで、自殺の原因や予防に関する種々の学際的研究が行われている。ONS の検証仮説は、脳の器質的变化に日常生活における種々の要因が重なって自殺あるいは自殺企図に至るというもので、その動機やプロセスを学際的な研究によって明らかにすることで、より効果的な自殺予防対策を確立することを目指している。

例えば、器質的疾患としては気分障害、統合失調症、不安神経症が代表的なものであるが、こうした疾患に罹患した患者の視床下部－下垂体－アドレナリンシステムやサイトカインなどの炎症系生理活性物質の分析を行うことで、自殺に関連したバイオマーカーの研究が行われている。このバイオマーカーに関しては、社会的なストレスとの関連や、自殺企図を治療する薬剤の開発に関する研究も行われている。現在以下の 5 つの研究が進行中である。

- ① 自殺の危険性をスクリーニングするバイオマーカーの研究
- ② 小児や青少年の自殺リスクをスクリーニングする質問票の妥当性の検証 (ASQ のフランス語版)
- ③ 自殺予防支援組織の収集したテキスト情報の分析：自殺企図者に特徴的な用語や言い回しを性、年齢、職業などの特性別に把握し、それを人工知能に結びつけることで、相談相手にリアルタイムで適切な支援が行えるようなコンピュータプログラムを開発する。
- ④ 高齢者の自殺企図に関連する認知機能障害の検討：高齢者における自殺による過剰死亡の原因として認知機能の抑制の関与が疑われている。こうした認知機能障害が治療抵抗性の原因の一つであると考えられており、その解決が求められている。そこで本研究では eye tracking の状況を用いて、認知機能と自殺企図の関連について、自殺企図の経験のない高齢者とそれがある高齢者との症例対象研究を行うことで明らかにすることを目指している。
- ⑤ 仕事と自殺との関連に関する研究:25-44 歳の男性は

自殺のハイリスクグループであるが、そのほとんどは勤労者あるいは失業者である。過剰な肉体的・心理的負荷、自律性、仕事の余裕、社会的支援、職場での人間関係、価値観の相違、不安定な雇用などが関連要因として挙げられているが、本研究ではこれらの相互の関連を介入可能性の視点から明らかにしようとするものである。

(3) EHESP 学院長 Leurant Chambaud 氏のヒアリング結果

Leurant Chambaud 氏はオランダ政権下で保健担当大臣の官房に入り、自殺対策を含め近年のフランスの公衆衛生政策の改革にかかわってきた研究者である。フランス公衆衛生衛生協会の理事長でもある。フランスの自殺対策についてヒアリング結果の概要は以下の通りである。

フランスでは自殺が公衆衛生政策上の最重要課題の一つである。特に、EHESP のある Bretagne 地方はアルコール依存症、経済的不況に伴う失業や農業者の貧困問題などのために自殺が他の地域に比べて非常に多くなっている。こうした問題に対応するために、フランスでは以前から多くの組織が電話による無料相談など自殺予防に取り組んできた。成果は確かにあったが満足のものではなかった。ONS が組織され、自殺に関する様々な情報が収集され、総合的な対策が取られるようになった。また、医学、社会学、心理学など様々な枠組みでばらばらに行われていた研究が、ONS の関与化に総合的に行われるようになったことも重要である。こうした結果に基づいて、特に自殺企図者に対するその後のフォローアップが自殺予防対策として最も効果があることが明らかとなり、そうした支援が体系的に行われるようになったことが、近年のフランスにおける自殺減少の最も大きな要因であると考えている。しかしながら、こうした支援に関して、それを担当する関係者の方法がまだ標準化されておらず、用語の統一も含めて今後の課題である。各種支援組織が行っている電話相談やウェブによる支援などから得られるテキスト情報の分析には非常に関心を持っている。テキストマイニングの結果から、特性別に自殺に結びつくサインを抽出することができるようになれば、電話相談の際により適切に支援を行うなど、早期の介入が可能となる。人工知能の活用など、今後の発展が期待される領域である。

自殺に関して見逃してはならないのは交通事故との関連である。Normandie など北部地域では首つり自殺、コルシカ島など南部では銃器による自殺が多いことが報告されているが、自殺が交通事故という形で行われることも少なくない。特に交通事故死のかなりの部分を占める飲酒運転については、飲酒による抑うつあるいはその逆の関連についても検討が必要である。特にアルコール中毒の多い Bretagne 地方の場合、こうした背景がありうることが検証されるべきである。

個人的に気になっているのは、より若い子供たちの自殺である。親による虐待やいじめなどが契機となることが多いが、脳内の器質的変化の関連も疑われており、それに関連した ONS の研究の今後の成果に注目している。

全体として現在 ONS が取り組んでいる自殺予防対策は正しいものであると考えている。確かにその成果は上がってきており、フランスの自殺率がさらに低下することを期待している。

(4) Bretagne の PRS における自殺対策の位置づけと評価

今回の訪問調査では、フランスで最も自殺率の高い地域である Bretagne 地方の現状と対策について、EHESP の関係者のヒアリング調査を行い、また図書館等で資料収集を行った。以下、その概要について説明する。

Bretagne 地方はフランスで最も自殺死亡率の高い地域であり、対策の重要性がこれまでの保健政策優先課題-医療計画 PRS-SROS で繰り返し強調されてきた。2012 年のデータでは 10 万人当たりの自殺死亡率は 24.8 で全国平均の 15.3 を大きく超えている。しかも、他の地方では地方内の県間で死亡率に大きな差があるのに対し、Bretagne 地方はすべての県で 20.9 以上となっており、地方全体の最優先の健康問題となっている。精神疾患の有病率の高さもあり Bretagne 地方は精神病床数がフランス国内で最も多く (1000 人あたり 1.5 床、部分入院は 0.6 床 ; 全国平均はそれぞれ 1.1 と 0.4 : 2014 年)、また入院受療率も高い (1000 人あたり 98.9, フランス全体では 78.4)。他方、開業精神科医の数は全国平均を下回っており (それぞれ 10 万人あたり 7.1 と 10.3 : 2015 年)、Bretagne 地方は入院中心の精神医療が行われていることが問題視されている。ONS の分析によると自殺死亡は退院後 1 週間以内が最も多く、その後減少しており、入院そのものが自殺のリスク

になると結論している。こうしたことから退院患者の地域でのフォローアップ的な介入が重要となる。

精神障害を持つ患者や精神保健上の問題に地域で対応するための医療社会的組織は Bretagne 地方の場合、全国平均より多くあり、前述の退院患者のフォローアップや自殺企図患者への継続的なサポート (VigilanS というプログラム) が、医療社会組織によって行われている。また、自殺予防に係る地方内の組織を地方健康教育研究所 (IREPS) がネットワーク化しており、自殺企図者への継続的な支援をする医療社会職やボランティアを育成する 47 の組織をネットワーク化し (Seguin-Terra)、互いの情報交換や自殺企図者支援のための共通ツールの開発が行われている。

上述のような努力もあり、Bretagne 地方では入院から地域への患者移行が進み、病床数や入院受療率の低下、自殺患者の減少などが観察されているが、Bretagne 地方の ARS の継続的評価ではまだ不十分であるという。さらに状況を改善するためには、精神医療機関・医療社会組織とその他の協力組織との連携がより強化されるべきであるとして、特に一般医、行政の精神保健担当者との連携の強化 (情報共有や地域での継続的な診察) が求められている。しかし、Bretagne 地方は地方首都の Rennes がある Ille-et-Vilaine 県などを除くと、フランス国内で最も医療過疎が問題となっている地域であり、地域でプライマリケアを担う開業一般医や開業看護師等の医療資源がないことが重要な解決課題となっている。

4. 考察・結論

自殺は我が国においても重要な公衆衛生上の課題であり、その対策も数多く行われてきている。しかしながら、フランスの ONS のように国レベルで総合的な研究を行うというような体制はまだ不十分である。職域や学校における自殺事例では、長時間勤務やいじめなどとの関係で議論されることが多いが、ONS が取り組んでいるような個人的要因と社会的要因とを総合的に分析し、対策につなげていこうという機運はまだ少ない。医学生物学的な研究や精神医学的ないし臨床心理学的研究と社会疫学、社会学、(社会) 心理学、組織学など学際的な研究を総合的に行う枠組み作りが必要である。

フランスの取り組みで特に参考になるものとして、自

殺に関する大規模データベース構築の取り組みが挙げられる。死亡診断書を電子化し、疫学研究者と法医学者が協力して情報の質向上を図る取り組みは我が国も参考にすべきだろう。正しい情報があつてはじめて適切な対策をPDCA サイクルに基づいてとることが可能になる。

また、SOS Amitié などの支援組織が行っている電話相談や web でのチャットによるテキスト情報をデータベース化して、それにテキストデータマイニングを行うことで、自殺企図者に特徴的な言語情報を抽出し、リアルタイムでの支援につなげていこうという試みも画期的である。そのために異なる団体のマニュアルなどを共通化する試みが行われていることも参考になる。我が国にも多くの自殺予防支援団体があるがマニュアルの共有や支援内容のデータベース化などは行われていない。国がイニシアティブをとってこのような事業を行うことが必要であろう。例えば、ストレスチェックや日常生活圏域ニーズ調査、介護保険における基本チェックリストなどが我が国でも行われているが、それらの情報は自殺予防対策を考える上で重要な資料となりうるが、国レベル・地域レベルでの活用を前提とした運用は行われていない。今あるシステムや情報を整理し、ONS のように学際的な研究に落とし込む体制づくりが求められる。

ONS のモデル事業では、MSA や CNAMTS といった保険者が積極的に参画しているが、我が国では保険者の自殺予防への取り組みが弱い印象がある。この点も検討課題である。さらに、Bretagne 地方をはじめとして、多くの地方がその地域優先保健課題-医療計画 (PRS-SROS) に自殺対策を重要課題として取り上げている。記載内容も実際のデータ分析に基づくもので、具体的な対策に落とし込まれている。我が国の地域医療計画は国の指針に従って画一的な記載になっているものが多く、具体的な行動計画になっているものは少ない。こうした体制についても再考が必要であろう。

付記 本調査研究は、平成 29 年度革新的自殺研究推進プログラム (自殺総合対策推進センター委託研究事業) において実施された。開示すべき COI 状態はない。

受付 2018.5.30

受理 2018.8.31

報 告

韓国の「自殺予防の国家行動計画」について：国家行動計画策定の背景

朴 恵善*1、藤田幸司*1、金子善博*1、本橋 豊*1

韓国では、1997年のIMF経済危機、2002年の金融危機、2008年の世界通貨危機による自殺者数の急増に対し、2011年に「自殺予防及び生命尊重文化醸成のための法律」（「自殺予防法」）が成立し、精神健康福祉センターや民間団体などで自殺予防活動と研究が本格的に始まった。自殺死亡率は自殺予防法の制定後、徐々に減少する傾向であるものの、OECD加盟国の自殺死亡率（2013年）12.0（人口10万人対）に対し、韓国は平均を大きく上回る25.6（2016年）となっており、未だに深刻な状況である。2017年5月に文在寅大統領が就任し、同年7月に新政府によって「100の大きな国政課題」が発表され、自殺対策は44番目の課題である「健康保険保障制度の強化及び予防を中心とした健康管理支援」の下位課題の1つである「自殺予防及び生命尊重文化の普及」に位置づけられた。さらに、2018年1月には「自殺予防の国家行動計画」が発表され、保健福祉部（日本の厚生労働省に相当）の中に自殺予防政策課が新設されるなど、国を挙げて自殺対策が推進されることとなった。また、文在寅政権となり、国家が解決すべき課題のひとつとして自殺予防が位置づけられたことから、予算も100億ウォン（約10億円）から160億ウォン（約16億円）に増加した。

韓国では、2004年に「第1次自殺予防5ヶ年基本計画」、2009年から「第2次自殺予防総合対策」が実施されたが、自殺率の減少を達成することはできなかった。その原因として、自殺予防総合対策の重点が精神疾患や自殺未遂者などのハイリスク群への医療に置かれていたため、経済的支援や心理社会的支援などの観点で不十分であったとされている。自殺予防法（2011年3月）の制定後は、5年ごとに「自殺予防基本計画」を策定し、実施することになった。2016年には「第3次自殺予防基本計画」が策定され、高齢者の自殺予防、

自殺未遂者のフォローアップ、うつ病の早期発見などが重点課題として推進されている。

韓国の自殺予防政策を効果的に推進するためには、①社会的な取り組みとしての自殺対策の実施、②中長期的政策の計画を立案できるよう積極的な予算投入、③民間団体の積極的な支援及び育成による民官の協力ネットワーク構築が重要であると考えられる。新しい政権による新たな自殺対策には、日本における先行的な政策などが取り入れられており、その成果が期待される。

この度、韓国政府の公文書である「自殺予防の国家行動計画」（2018年1月23日）を韓国語から日本語に翻訳した。これは、韓国の自殺対策の国家レベルの体制を強化し、具体的な重点的な施策を提示することで、韓国の自殺総合対策を加速させるという意図がある。過去5年間の自殺者の全数調査、自殺統計システムの構築、うつ病対策の強化、インターネットにおける自殺に関する有害情報対策、ゲートキーパー100万人養成などが示されている。

詳細は、日本語に翻訳された本文を参照いただきたい。

付記 開示すべきCOI状態はない。

受付	2018.8.27
受理	2018.8.31

*1 自殺総合対策推進センター

資料

韓国における自殺予防の国家行動計画

関連部署合同

目次

要約	66
I. 韓国における自殺問題の現状	70
1. 現状	70
2. 自殺による社会的・経済的問題	72
3. 近年の動向	73
II. 韓国における自殺の特性	74
1. 国家経済との関連	74
2. 社会構造および文化的条件の影響	75
3. 自殺の直接的動機	77
4. 地域特性に対する考察	79
III. 推進目標	79
IV. 推進課題	80
1. 科学的根拠に基づく戦略的アプローチの推進	81
2. 自殺ハイリスク群発見のための全社会的ネットワークの構築	84
3. 積極的介入・管理による自殺リスクの除去	86
4. 事後管理強化による自殺拡散予防	88
5. 対象別の自殺予防の推進	89
V. 推進基盤の整備	93
1. 中央レベルの自殺予防政策システムの整備	93
2. 社会認識の改善	94
VI. 今後の計画および協力要請	94
1. 今後の計画	94
2. 協力要請事項	94
参考資料	95

「韓国の『自殺予防の国家行動計画』について：国家行動計画策定の背景」に関する補足資料（自殺総合政策研究 2018；1（1）：60）

要約

1. 推進の概要

(1) 背景

1) 韓国政府は、歴代政府で初めて「自殺予防及び生命尊重文化の拡散」を国政課題のひとつとして掲げ、自殺問題解決のため、政府としての意思を確認した。

2) 韓国における自殺の現状に対する分析を基に、自治体・海外事例及び専門家・現場実務者の意見を反映し、関連部署が合同で対策を整備した。

＊関連部署・自治体による現状調査（9月29日）、現場実務者との懇談会（10月27日）、自治体の政策課題の需要及び先進事例の調査（10月24日）、国政懸案点検調整会議（12月14日）を実施。

(2) 経過

1) 方向性を提示する基本計画ではなく、Action Planにより成果が立証されている課題を中心に対策および策定を2017年9月より推進し、2018年の政府予算案105億の他に57億ウォンを増額した。

＊「第3次自殺予防計画（2016～2020）」の補完計画により整備を推進

2) 自殺予防事業の現状把握及び現場意見の取りまとめを行った。

＊関連部署・自治体の現状調査（9月29日）、現場実務者との懇談会（10月27日）、自治体の公務員・精神健康福祉センターの職員等26人、計4回にわたり会議）、自治体の政策課題の需要及び先進事例の調査（10月24日）、自治体の公務員における人材需要調査（10月30日）等を実施。

3) 関連部署への課題発見のための協力要請と調整会議を実施した。

＊課題発見の協力要請（9月29日）、関連部署の局長会議（10月19日）、主要部署の課長会議（11月2日、11月29日）等を実施。

4) 自殺予防対策の専門家の意見聴取（2017年9月20日、11月17日、11月27日）を行った。

5) 国政懸案点検調整会議の関連部署による論議（12月14日）を行った。

2. 韓国における自殺問題の現状及び特性

(1) 韓国における自殺問題の現状

1) 現状 10万人当たりの自殺率は25.6人、年間の自殺死亡者は13,092人（2016年）であり、交通事故死亡率（10.1人）の2.5倍である。これは、13年間連続してOECD加盟国中1位（OECD平均12.1人）を記録している。

2) 社会的費用 1年間における自殺死亡者の期待所得損失（所得の期待値の損失）は6.5兆ウォン（2012年）と高額である。また、遺族の苦痛、国家イメー

ジへの悪影響（「自殺大国」等）も深刻な問題となっている。

＊自死遺族の自殺リスクは、一般人に比べて8.3倍であり、41.7%はうつ病の経験等がある。

3) 推移 2011年をピークに、以後減少しているものの、画期的な変化には限界がみられる。

＊自殺率は、2011年の31.7人から2016年の25.6人（自殺者2,814人、自殺率19.2%減少）へと推移している。現在の推移が続く場合、2022年の自殺率は19.8人となり、OECD加盟国中1位からの脱却は困難である。

(2) 韓国における自殺の特性

1) マクロ経済的側面 景気の悪化、特に失業率の変化が大きく影響している。

2) 社会的条件 精神疾患の治療を受けない風潮、自殺の深刻さにおける国民の認識の低さ、致命的な手段（たとえば、首つりの選択は51.6%）を選ぶ傾向などがみられる。

＊韓国国民の4人に1人は、精神保健上の問題を発症した経験を有し、内、22.2%のみが精神保健サービスを利用している（精神健康実態調査、2016）。

3) 個人的要因 直接的な動機として、上位から、精神的問題（36.2%）、経済的問題（23.4%）、身体的疾病の問題（21.3%）が挙げられる。また、特に青年は精神的問題、中・壮年は経済的問題、高齢者は身体的疾病の問題による自殺が、他の年齢層よりも高い傾向にある。

4) 地域特性 自殺の規模・年齢・動機等は多様であり、地域経済の低迷も大きく影響している。

＊例）造船業のリストラに関連する地域A市の自殺者数は、2015年は53人だったのに対し、2016年は90人に増加した。

3. 海外の動向

(1) OECD加盟国における自殺率の動向

1) OECD加盟国の平均自殺率は12.1人であり、韓国はOECD平均の2.4倍である。

2) OECD加盟国の平均自殺率は、1985年には10万人当たり17.1人であったが、2013年には12.0人、2015年には12.1人と、全般的に減少傾向である。同期間の自殺率が増加した国家は、韓国を含め8ヶ国のみであり、自殺率が10人以上増加した国家は韓国のみであった。

＊韓国における平均自殺率の動向として、1985年は11.2人であったが、2013年は28.7人であり17.5人増加した（OECD標準人口基準）。

(2) 自殺予防政策の成功事例

1) 日本 自殺予防の専門組織の構成および積極的投資

により、過去12年間で自殺率が30%減少した（自殺率が2003年は27.0人であったのに対し、2015年は18.9人であった）。その結果、日本の年間自殺者数は1万人減少し（2003年は34,427人であったのに対し、2015年は24,025人）、OECD加盟国における自殺率は、2015年時点で2位から5位となった。自殺対策推進本部を設置（2016年に、内閣府から厚生労働省へ移管）しており、①自殺問題に対する社会的関心の拡大、②地域社会を中心としたアプローチ、③自殺ハイリスク群の管理強化、④積極的な予算投入が主要特性として挙げられる。

*日本の自殺予防予算は、2013年：2,873億ウォン、2014年：3,614億ウォン、2015年：7,837億ウォン、2016年：7,927億ウォンであった。

- 2) フィンランド 心理学的剖検を大々的に実施し、これを基に国家自殺予防戦略を策定・施行した結果、自殺率が半分以下に減少した（自殺率は、1990年は30.2人であったのに対し、2014年は14.1人であった）。

*心理学的剖検（psychological autopsy）とは、死亡する前の自殺者の心理や行動における様相および変化を周辺の人々への聞き取りや記録を基に検討し、自殺の具体的な原因を検証する手法である。

*専門家5万人により、1987年から1988年までの1年間における自殺死亡者1,366人全員の心理学的剖検を実施した。

4. 推進課題

(1) 目標

- 1) 2022年までに自殺率20人以下、年間自殺者数1万人以下を達成したい。2016年の自殺率は25.6人、自殺者数は13,092人であり、2022年には、自殺率17.0人、自殺者数8,727人を目標とする。

*日本は2003年から2015年までの12年間で30%減少した。韓国は6年間で33.6%の減少を目標とし、年平均7%の減少を仮定している（最近5年間の年平均減少率は4.18%）。

- 2) 2022年末までに5年間の累積自殺者数を1.5万人減少させ、OECD加盟国における自殺率1位からの脱却を目指す。

(2) 科学的根拠に基づく戦略的アプローチ

- 1) 2012年から2016年の5年間に発生した自殺死亡者7万人について、警察の捜査記録を活用し、全数調査を実施する。短期間で自治体ごとの自殺特性（年齢・原因・手段等）、正確な死亡地点などの客観的情報を多く確保することにより、地域単位での戦略的対応が可能となる。

- 2) 国家自殺動向監視システム（National Surveillance

System on Suicide Trend）を構築する。死亡届や警察庁の統計等を迅速に確保して自殺動向を分析することで、自殺集中発生地域に即時に対応するなど、短期的な成果のモニタリング等に活用する。

(3) 自殺ハイリスク群発見のための全社会的ネットワークの構築

- 1) 地域社会の草の根組織を中心に自殺予防ゲートキーパー100万人を養成する。周囲の人々の自殺リスクを迅速に認知して対応できるように、宗教機関および市民団体、邑・面・洞の地域社会保障協議会、里長・統長（94,000人）等を優先的に活用する。

*邑・面・洞とは、1960年以前は日本における市町村とほぼ同等の基礎自治体としての機能を有していた。現在は、邑と面は、郡（日本の群にほぼ相当する地方自治体）の下部行政単位、洞は、市（日本の市に相当）や特別市（ソウル）、広域市（釜山などの主要都市）の下部行政単位である。

- 2) 社会保障サービスの提供機関（各種センター）における連携を強化する。虐待予防および権益擁護機関、相談・事例管理機関等の相談人材に対する専門教育を実施し、精神保健サービスの連携を強化していく（希望福祉支援団がコントロールタワーの機能を担う）。

*児童保護専門機関（61ヶ所）、性暴力相談所（167ヶ所）、雇用センター（94ヶ所）等がある。

*希望福祉支援団とは、複合的なニーズを持った対象者に統合事例管理を提供し、地域内の資源及び訪問サービス事業などを総括的に管理することで、地域単位の統合サービス提供における中心的役割を担う専門組織のこと。

- 3) うつ病の検診およびスクリーニングを強化する。具体的には、国家健康診断におけるうつ病検診を拡大する。現在は、40歳、66歳の1次問診後に必要に応じて検診を実施しているが、40、50、60、70歳のすべての国民を対象に、ローカルクリニックを活用して自殺リスクのスクリーニング等を実施する。

*例）忠清北道忠州市で高齢者対象のうつ病スクリーニングおよび治療を実施したところ、高齢者の自殺は2010年に35人だったのに対し、2016年は23人となった。

(4) 積極的な介入による自殺リスクの除去

- 1) 自殺ハイリスク群における密な支援システムを構築する。精神健康福祉センターの精神健康事例管理システム（MHIS）の構築により、対象者の見落とし防止、保健と福祉などの支援機関における連携強化、地域社会の人的セーフティーネットを活用する。

*支援機関における連携とは、保健所、邑・面・洞、庶民金融統合支援センター、社会保障情報システム（幸福eウム＝幸福を繋ぐ）等である。

*人的セーフティーネットとは、地域の草の根組織、邑・面・洞の地域社会保障協議会（58,000人）、里長・統長（94,000人）等がある。

2) 地域社会精神保健サービスへのアクセシビリティを強化する。具体的には、精神健康福祉センターの人材拡充（5年間で1,455人）、自殺予防のための電話相談への特殊番号（13××）付与、「心の健康バス」の運営によるアウトリーチの相談を実施する。

3) 自殺を触発するリスク要因を除去する。具体的には、練炭の一酸化炭素の低減を推奨する、新たな自殺手段に対する管理を強化する、集団自殺の募集等、オンライン上における自殺有害情報の流通を禁止し、処罰の根拠を整備することなどが挙げられる。

(5) フォローアップ強化による自殺拡散の予防

1) 自殺未遂者のフォローアップを強化する。救急病棟を訪れた自殺未遂者のフォローアップを拡充し（2017年：42ヶ所、2018年：52ヶ所）、自殺未遂者・精神疾患者等に対応する精神科専門の救急医療センターの指定を検討する。

*サービス非享受者の死亡率は14.6%であるのに対し、享受者の死亡率は5.9%であった（2013年7月から2015年末まで）。

2) 有名人による自殺への対応システムを構築する。文化体育観光部における芸能人の精神健康に対する相談支援や、有名人の自殺に対する保健福祉部と警察庁による共同対応マニュアル（情報共有、メディアへの協力要請、SNSのモニタリング等）の整備を実施する。

(6) 対象別自殺予防の推進

1) 労働者および失業者の自殺予防として、事業所の保健管理者等の教育や、「特別雇用支援業種」指定時における自殺予防相談の強化、事故および同僚の自殺等の職業上のトラウマに対する相談支援の強化を実施する。

*保健管理者は、50人以上の事業所および800億ウォン以上の建設現場へ6,408人が選任される。

2) 自殺リスクが特に高い対象者へのケアを強化する。

①退院後の精神疾患者 退院後、病院または地域社会の機関が危機対応能力等の適応訓練等を支援する。

*退院後1年以内の自殺率は10万人当たり700人であり、一般人の自殺率の26.4倍である。

②特別職公務員 a) 警察官の相談支援のための「心寄り添いセンター」を6ヶ所から18ヶ所へ拡大、b) 消防公務員の自殺者に対する心理学的剖検の実施および複合治療センターの設立、c) 郵便配達員の労働改善対策の推進等を実施する。

3) 年齢別に自殺予防対策を策定する。

①高齢者 a) 独居高齢者の友達づくり事業を80事業から152事業へ拡大、b) 認知症患者の家族相談や休息支援等を実施する。

②青年・壮年 a) 求職者および失業者のための心理支援プログラムの開発、b) 軍隊の全将兵における自殺予防ゲートキーパー教育の実施および軍隊生活専門相談官の拡大等を実施する。

③学生・青少年 a) 自殺リスク群の選別（スクリーニング）強化および治療費支援の拡大、b) 「チャット危機相談システム」の構築、c) 精神健康専門家による学校訪問および支援の拡大、d) 教員における精神健康力の強化および青少年専門の事例管理者（青少年同伴者）の拡大配置等を実施する。

5. 今後の計画

「自殺予防国家行動計画」の推進システムの構築および主要課題の即時推進を行う。

*総理室直轄の「国民生命を守る3大プロジェクト」点検協議会、民官の自殺予防疎通機構である「生命尊重・自殺予防政策協議会（仮称）」を構成および推進する。

＜「自殺予防国家行動計画」策定の経緯＞

- (1) 歴代政府で初めて「自殺予防および生命尊重文化の拡散」を国政課題に掲げる
- (2) 実効性のある自殺予防対策の整備を指示（2017年9月11日、首席秘書官補佐官会議）
- (3) 「自殺予防国家行動計画」策定の推進 *第3次自殺予防計画の補完計画（2016年～2020年）
 - 1) 2017年9月20日、第1次専門家懇談会
 - 2) 2017年9月29日、中央省庁および自治体における自殺防事業の現状調査
 - 3) 2017年9月29日より、関連部署における課題の発見および意見の取りまとめ（41機関66課題を提出）
 - 4) 2017年10月19日、関連部署（庁、委員会を含む）の局長会議
 - 5) 2017年10月24日、自治体の政策課題（需要）および先進事例の調査
*17の道・市で政策課題88件および先進事例99件を提出
 - 6) 2017年10月27日、現場実務者懇談会（計4回）
*自治体の公務員、精神健康福祉センターの専門要員（スタッフ）、住居福祉センター等の相談人材、訪問サービスの提供人材等36人が出席
 - 7) 2017年10月30日、自治体における自殺予防担当公務員の需要調査
 - 8) 2017年11月2日、第1次主要部署による議題発見の会議
*雇用労働部・教育部・女性家族部が出席
 - 9) 2017年11月17日、第2次専門家懇談会
 - 10) 2017年11月27日、関連専門家による懇談会
*負債専門家、職業環境保健専門家等が出席
 - 11) 2017年11月29日、第2次主要部署による議題発見の会議
*雇用労働部、教育部が出席
 - 12) 2017年11月29日、自殺死亡者全数調査における関連部署の会議
*行政安全部、警察庁、統計庁が出席
 - 13) 2017年12月14日、国政懸案点検調整会議
 - 14) 2018年1月12日、財界およびマスコミ業界関連機関による懇談会
*財界：大韓商工会議所、韓国経営者総協会、中小企業中央会
*マスコミ業界：新聞協会、放送協会、記者協会、編集者協会、インターネット新聞協会
 - 15) 2017年1月17日、第3次主要部署による議題発掘・調整会議
*科学技術情報通信部、放送通信委員会が出席

I. 韓国における自殺問題の現状

1. 現状

(1) 韓国の自殺率

- 1) 韓国の自殺率は25.6人、年間自殺志望者数は13,092人（統計庁、2016）であり、1日平均36人、40分に1人の割合で自殺により命が失われている。

*自殺率とは、人口10万人当たりの自殺者数である。

*自殺未遂者は、自殺死亡者の10～40倍（青少年は50～150倍）であり、約524,000人（WHO, 2006等）、自殺念慮者は国民の5%で、約2,564,000人（自殺実態調査、2013等）

- 2) 自殺率は年齢と比例して増加しており、自殺者の規模は40代から50代で最大である。特に、高齢者の自殺率は53.3人で、全体の2倍以上であり、OECD加盟国の高齢者自殺率（18.4人）の3倍の水準である。

*諸外国における60代以降の自殺率は、それ以前の年齢の水準を維持または減少するのが一般的である。

*高齢者の自殺率は、フランス：25.1人（2013）、日本：25.8人（2013）、米国：16.6人（2014）、フィンランド：17.3人（2013）

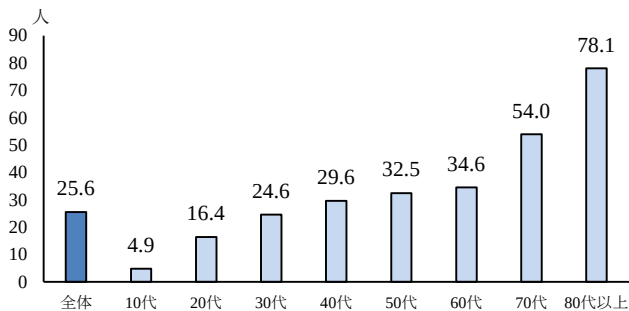


図1-1 年齢別自殺率 (2016)

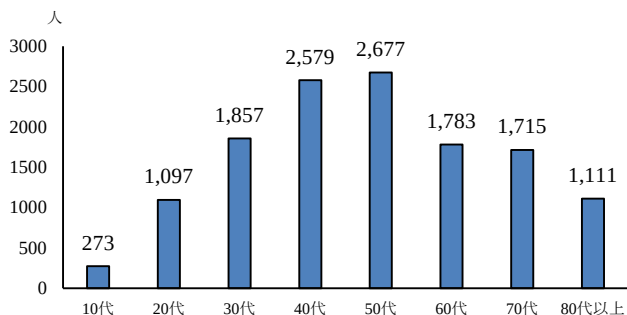


図1-2 年齢別自殺者数 (2016)

- 3) 男性の自殺率は36.2人であり、女性の自殺率15.0人に比べて2.4倍であるが、他のOECD加盟国の性別比（3.5倍）と比較すると、女性の自殺率が比較的高くなっている。

(2) 自殺（「生かすことができる生命」）が奪われる主要な要因

- 1) 自殺は主要死亡因の5位に位置し、交通事故死亡率（10.1人）の2.5倍の水準である。



図2 主要死亡因 (2016)

表1 年代別死亡因 (2016)

年代	死亡原因	死亡率(%)	死亡者(人)
全体	悪性新生物(癌)	153.0	78,194
1-9歳	悪性新生物(癌)	2.2	93
10代	自殺(自殺)	4.9	273
20代	自殺(自殺)	16.4	1,097
30代	自殺(自殺)	24.6	1,857
40代	悪性新生物(癌)	45.7	3,982
50代	悪性新生物(癌)	133.0	10,972
60代	悪性新生物(癌)	319.7	16,467
70代	悪性新生物(癌)	771.7	24,492
80代以上	悪性新生物(癌)	1455.2	20,688

- 2) 10代、20代、30代の青少年および青年層における死亡原因の1位を占めている。

*各年代の死亡因1位および2位は以下の通りである（人口10万人当たりの死亡率）。

①10代：自殺（4.9）、運輸事故（3.0）

②20代：自殺（16.4）、運輸事故（5.7）

③30代：自殺（24.6）、悪性新生物（14.0）

- 3) 病死や自然死ではない外因死の約半数（46.4%）が自殺による死亡であり、特に、10歳以上の年齢層の死因のうち、外因による死亡は自殺が最大である。

*事故死、他殺、自殺等の外因による死亡は、全死因の約10%である。

*10歳未満の死因は、運輸事故、他殺等が最大である。

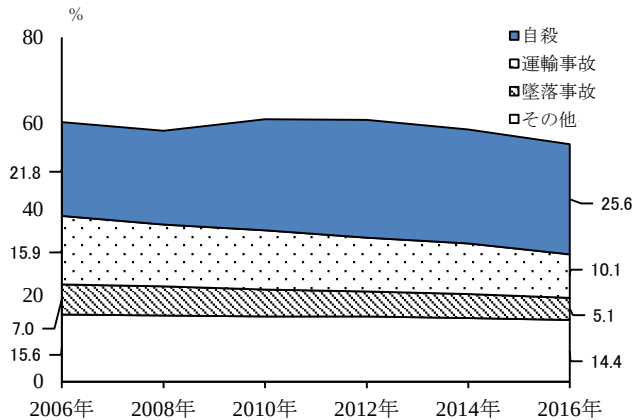


図3 死因による死亡率の推移 (2006-2016)

(3) 韓国の自殺率と OECD 加盟国の平均自殺率

1) 韓国の自殺率は、OECD加盟国において13年間最高水準を保っている。OECD加盟国の平均自殺率は12.1人であり、韓国はOECD平均の2.4倍である。

*OECD.STAT、Health Status Data（2017年9月抽出）により、データ利用が可能な35ヶ国における最新資料を用いてOECD加盟国の平均を算出（人口構造を反映した年齢標準化）。

2) OECD加盟国の平均自殺率は、1985年の10万人当たり17.1人から2013年の12.0人、2015年の12.1人へと減少傾向にある。同期間（1985～2013年）に自殺率が増加した国は、韓国を含めた8ヶ国のみであり、自殺率が10人以上増加した国は韓国のみであった。

*韓国の自殺率は、1985年は11.2人、2013年は28.7人であり、17.5人増加した（OECD標準人口基準）。

(OECD 標準人口 10 万人当たり、人)

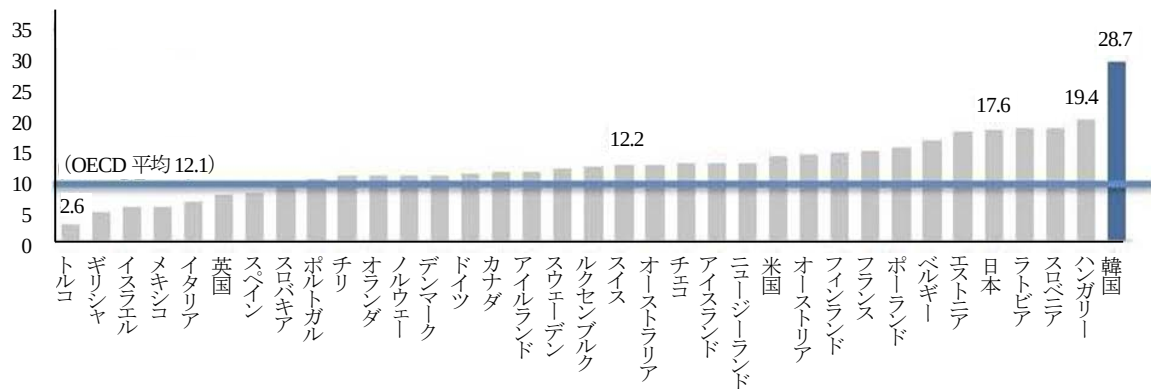


図4 OECD加盟国における自殺率の比較 (2017)



図5 OECD加盟国における主要国家の自殺率 (1998-2015)

2. 自殺による社会的・経済的問題

(1) 社会・経済的費用

1) 自殺は、年間6.5兆ウォン規模の社会・経済的費用をもたらす。自殺した当事者の将来所得の減少分のみを考慮すると年間6.5兆ウォンの費用であり、5つの主な死亡原因のうち癌（14兆ウォン）に次いで最も高い水準である（健康保険公団，2014）。特に、20～40代の損失費用が全体の80%（5.2兆ウォン）を占めている。

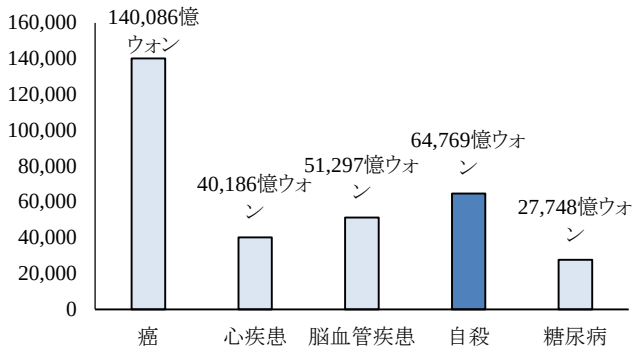


図6-1 主要死亡原因別の社会経済的費用

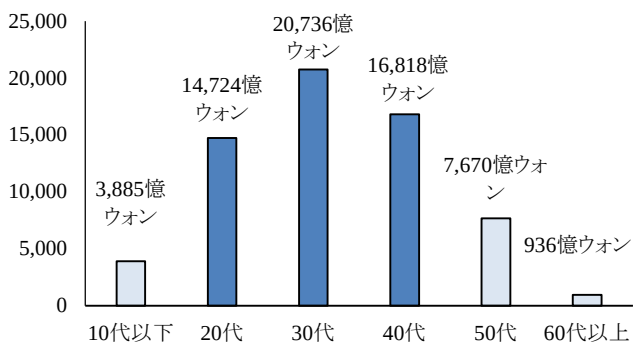


図6-2 年齢による自殺の社会経済的費用

2) 諸外国において、うつ病およびそれによる自殺の社会的費用を推計した事例からも、自殺の社会・経済的費用は莫大であることがうかがえる。

表2 諸外国における自殺の社会的費用の推計

日本 (2009)	自殺とうつ病による損失は2.7兆円 内、自殺による生涯所得の損失額は1.9兆円
ヨーロッパ28ヶ国 (2004)	うつ病の総費用は1,180億ユーロ 内、自殺による損失費用は760億ユーロ
米国 (2000)	うつ病の総費用は831億ドル (GDPの0.8%) 内、自殺による損失費用は54億ドル

(LG経済研究院, 2012)

3) 死亡に至らない自殺未遂による外傷や後遺症の治療費、自死遺族の身体・精神疾患の治療費等を考慮すると、自殺の社会的費用は推計よりも高いだろう。

(2) 自死遺族への影響

1) 自殺は、遺された家族へも悪影響を及ぼす。自死遺族は、一般的な死亡とは異なる哀悼（グリーフ、悲嘆）過程および心理・社会的苦痛を経験（WHO, 2002）するため、自殺リスクが一般人と比較して平均8.3倍となる（Hedström et al., 2008）。悲しみや喪失感だけではなく、死亡者の死に対する自責の念や社会的烙印に対する羞恥心、憤り、怨恨等の感情的苦痛と、関係断絶を経験するためである。

*自殺者が夫の場合は16倍、妻の場合は46倍増加する（Agerbo, 2005）。

表3 自殺者遺族実態調査（2016）の主要結果

社会生活	対人関係の断絶または回避、業務効率性の低下を経験（72.2%）
情緒的苦痛	うつ・意欲低下（75.0%）、不眠（69.4%）、不安（65.3%）、憤り（63.9%）等の精神症状、うつ病（41.7%）、不眠症（37.5%）、不安障害（31.9%）、適応障害（23.6%）等、入院治療の経験（11.1%）
身体的苦痛	呼吸困難・動悸（59.7%）、頭痛（56.9%）、筋肉痛・腰痛・全身疲労（52.8%）、眼精疲労・耳鳴り（51.4%）等の身体症状、胃炎・胃潰瘍（29.2%）、高脂血症（18.1%）、高血圧（8.3%）等、入院治療の経験（18.1%）
自殺リスク	真剣に自殺を考えたことがある（43.1%） 内、自殺リスクが高い人は29%（全体の12.5%）

2) 家族を含む親戚・友人等、身近な人の自殺を経験した場合は、うつや自殺念慮等、自殺リスクが上昇する（心理学的剖検に対する国民認識調査，2015）。

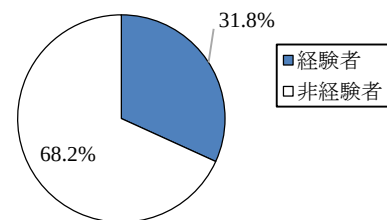


図7-1 周囲の人の自殺を経験した比率

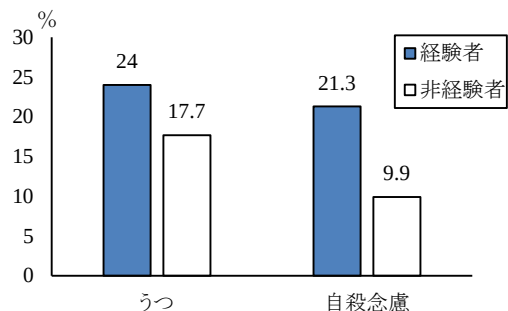


図7-2 周囲の人の自殺を経験することによる自殺リスク

- 3) 社会的影響力が大きい芸能人等の自殺は、大規模な連鎖自殺を招く強力な波及効果を持つ。

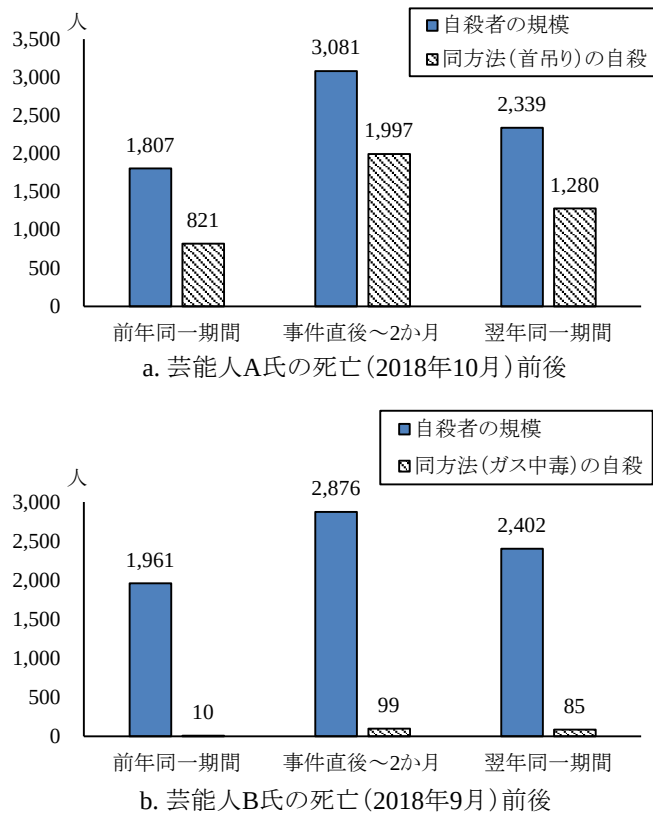


図8 主要芸能人の自殺と自殺者数の動向

(3) 高自殺率の影響

- 1) 高い自殺率は、国家のイメージや韓国社会に対する韓国国民の認識に悪影響を及ぼす。韓国の高い自殺率は、交通事故死亡率(2015年 9.1人)、労働災害事故死亡率(2016年 5.3人)と共に、OECD加盟国の平均を大きく上回る代表的な指標であり、国の威信にも影響を及ぼす水準である。

*OECD平均：交通事故死亡率5.6人、労働災害事故死亡率2.9人である。

- 2) 「自殺大国」等の用語が使われ、韓国社会に対する否定的な認識を強めている。

表4 韓国社会に対する国民認識調査

韓国社会における希望	絶望的である (47.8%) 希望的である (28.3%)
今後の経済状況	悪くなると思う (45.4%) 良くなると思う (16.8%)
所得格差および貧困	悪化すると思う (65.4%) 改善すると思う (8.8%)

(希望製作所, 2016)

3. 近年の動向

(1) 減少傾向への転換

- 1) 韓国の自殺率は、2011年を境に年間自殺者数は2,814人、自殺率は19.2%減少しており、徐々に減少傾向へと転換している。

*自殺率は、2011年31.7人、2012年28.1人、2013年28.5人、2014年27.3人、2015年26.5人、2016年25.6人であった。

- 2) 「自殺予防および生命尊重文化醸成のための法律」の制定および施行(2012年)等、自殺予防政策を本格的に推進し、致命的な自殺手段を遮断する等の政策による成果がみられる。たとえば、地下鉄のホームドア設置(2006年～)、猛毒性の農薬に対する生産(2011年11月)や流通の禁止(2012年11月)により自殺率減少の成果が得られた。また、第1、2、3次自殺予防基本計画を策定し、現在施行中(2004～2020年)である。

*「自殺予防および生命尊重文化醸成のための法律」における自殺予防基本計画(第7条)、実態調査(第11条)、自殺予防センターの設置(第13条)、自殺予防の日(9月10日)等

- 3) 農薬服毒自殺および高齢者の自殺の減少が、全体的な自殺率の減少に最も大きな影響を与えた。

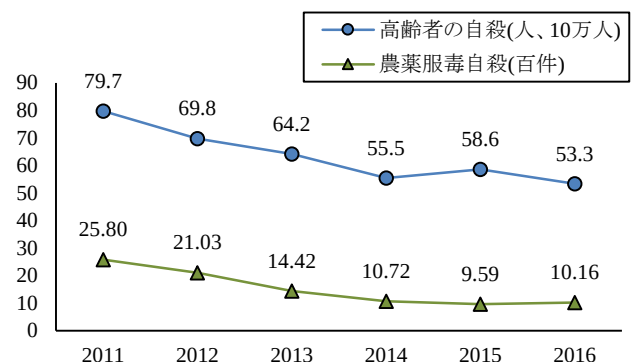


図9 高齢者の自殺率と農薬服毒自殺との関係(2011-2016)

(2) 自殺率の画期的減少の限界

- 1) 過去5年間の平均減少率を維持した場合であっても、2022年には、自殺率は19.8人、自殺者数は10,363人であり、依然としてOECD加盟国1位からの脱却は困難である。

*5年間(2011～2016)の平均減少率は、自殺者数3.82%、自殺率4.18%

- 2) 2015年は高齢者の自殺率が増加し(2014年は55.5人であったのに対し、2015年は58.6人)、2016年は10代の自殺率が増加する(2015年は4.2人であったのに対し、2016年は4.9人)等、年齢層による小幅な増減がみ

られる。

3) 最近5年間（2011～2016年）における市・郡・区別の自殺率は全般的に減少した。特徴として、①農業自殺および高齢者の自殺が大幅に減少した地域では、減少

幅が比較的大きい傾向があること、②5年前（2011年）と比較して自殺率が増加した一部の市・郡・区（全16ヶ所）では、その多くの地域で練炭を利用した自殺が増加したことが挙げられる。

*16ヶ所の内10ヶ所でガス中毒による自殺が2倍以上増加した。

表5 自殺増加地域における手段別の増加率（%、2011～2016年）

地域区分(市・郡・区)		ガス中毒	その他化学物質	農薬	首つり	入水	飛降り	全体
京畿道	A	100	-100	-67	14	-	20	28
	B	350	-75	8	79	100	125	64
慶尚南道	C	80	100	-64	67	-	-27	25
	D	113	0	-56	-5	-	125	21
	E	0	-	43	0	0	-	29
慶尚北道	F	600	-80	-33	6	-	50	5
	G	100	-	-44	60	-	-	33
大田	H	250	-100	-67	4	-100	-25	2
蔚山	I	300	-	-50	9	0	33	22
全羅南道	J	-	-100	-15	0	-	-	14
	K	400	500	-83	200	-	0	8
	L	-	-	29	11	-100	200	35
	M	-33	-	-90	100	0	50	0
全羅北道	N	200	100	-57	243	-	50	38
忠清北道	O	300	-	25	75	-	-100	60
	P	36	0	0	-14	-	0	3

Ⅱ. 韓国における自殺の特性

1. 国家経済との関連

(1) 景気との関連

1) 自殺は、マクロ的には国家経済の浮き沈みに依存しており、自殺率は景気悪化の影響を大きく受ける傾向がある。特に、失業率の変動と自殺率の変動とは高い相関関係を示しており、就業状態から失業状態への変化が自殺リスクを高めている。

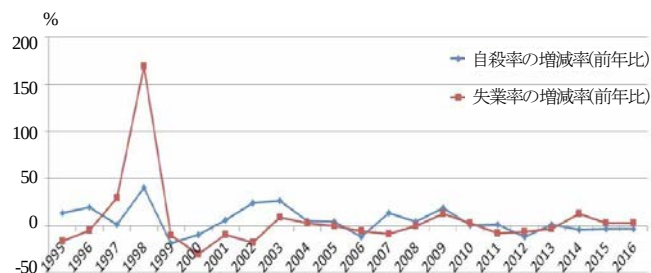


図10 失業率の変化と自殺率の変化（1995～2016）

2) 1997年の通貨危機、2002年のカード大乱、2008年の米国発金融危機等が起きる度に、自殺率は高まり、その後低下することなく高水準を維持し続けている。

(2) 所得格差との関連

1) 所得格差拡大も自殺率の変動に影響を与えており、経済的不平等と差別に対する認識は自殺率に悪影響を及ぼす（カン・チョロク、チョ・ヨンテ、2011等）。

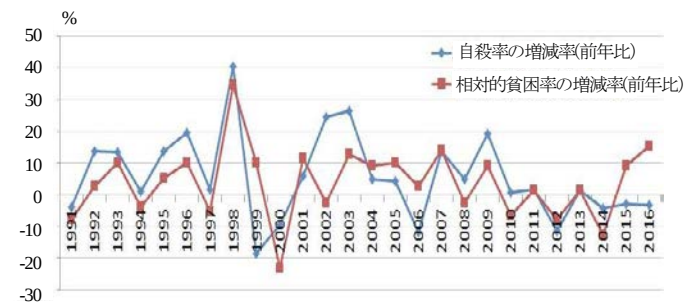


図11 相対的貧困率の変化と自殺率の変化（1991～2016）

*相対的貧困率（%）とは、中間所得層の50%以下（貧困線）の階層が、全体の人口において占める比率のことである。

2. 社会構造および文化的条件の影響

(1) 高自殺率の主要因

1) 自殺には、社会構造や文化的条件も大きく影響しており、特に、低い社会統合水準と家族関係の弱化は、高い自殺率の主要因とされる。自殺の社会的要因に着目すると、韓国の社会統合水準の低さが自殺率の上昇に影響する（OECD加盟国の社会統合と自殺率、2011）。

*個人主義的傾向により発生する「利己的自殺（egoistic suicide）」、社会環境の変化への不適応により発生する「アノミー的自殺（anomic suicide）」等がある（エミール・デュルケームの分類に基づく）。

たとえば、人生に対する肯定的姿勢と逆境に対する克服能力（首尾一貫感覚）は、社会的支持により強化可能であるが、韓国社会の社会的相互作用および支援システムは不足している（「首尾一貫感覚と自殺念慮および社会的支援の関連性に関する研究」 キム・ジョン、キム・チャンヨプ、2014）。また、ICCS

（International civic and citizenship education study）の分析結果（韓国青少年政策研究院等、2011）によると、韓国の学生たちの社会的相互作用能力は、調査対象36ヶ国中35位であった。

*首尾一貫感覚（sense of coherence）とは、個人が置かれた状況を包括的に理解し、資源を適切に活用しつつ、自己の人生の意味を探し出す過程で構成される感覚のことである（Antonovski等）。

2) 離婚の増加、高齢の親子間における関係の疎遠化等、家族関係の弱化は自殺問題に悪影響を及ぼす。

*家族統合の水準が高い国の自殺率は相対的に低く（シン・ドンジュン、2012）、家族の連帯感と地域共同体意識の水準が高いほど自殺衝動が低い（イ・ボラン、イ・ジョンファ、2015）。

(2) 社会的風潮の影響

1) 他者の視線を過度に意識する社会的風潮も自殺問題を悪化させる要因となっている。たとえば、精神疾患に対する偏見が強い、うつ病等の精神疾患を患っても適期に治療を受けようとしにくい文化がある。

*韓国国民の4人に1人は、一生の内に一度は精神保健上の問題を経験しているが、内、22.2%のみが精神保健サービスを利用している（精神健康実態調査、2016）。

*年間の精神保健サービス利用率は、米国 43.1%（2015）、カナダ 46.5%（2014）、オーストラリア34.9%（2009）であった。

2) 健康保険ビッグデータ分析の結果、統合失調症、乾癪、身体損傷等、社会的な偏見が強い疾患を患った場合に自殺リスクが高いことが見出された（中央心理剖検センター、2017）。

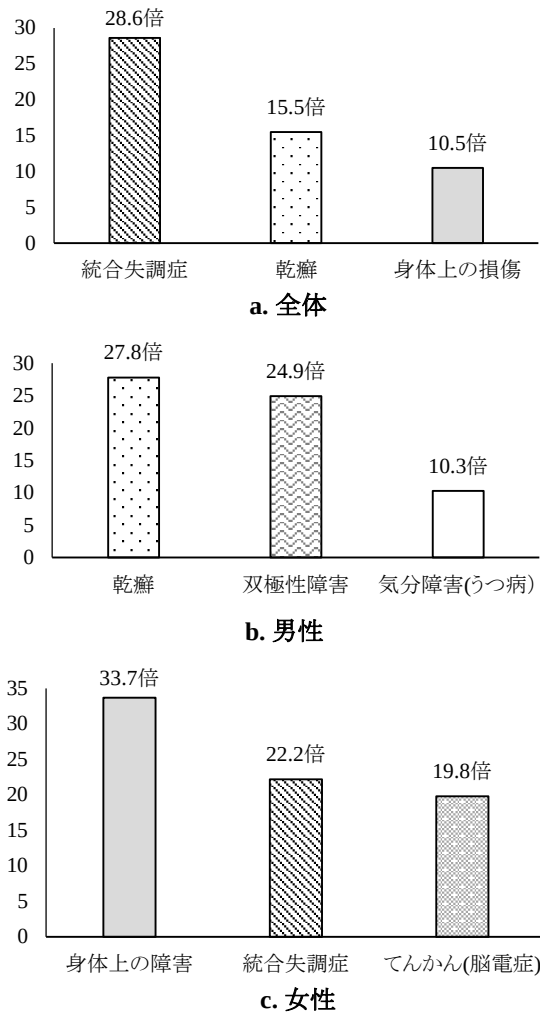


図12 疾病による自殺リスクの増加（一般人との対比）

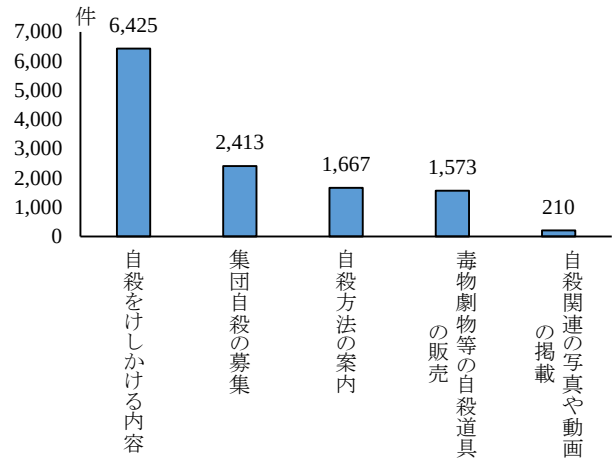
(3) 自殺問題に対する認識

1) 自殺問題の深刻さを認識していない社会的風潮もみられ、深刻な課題である。たとえば自殺に対するセンセーショナルな報道は模倣自殺を招き（ウェルテル効果）、自殺方法を拡散させる危険をはらんでいるため注意が必要である。しかしながら、自殺報道勧告基準（ガイドライン）に対するマスコミの認識は不足している。たとえば、1983年にオーストリアで地下鉄における自殺未遂が報道された後、1987年までの間に模倣自殺が急増した。その後、自殺予防協会による自殺報道勧告を経て、マスコミの協力により減少していった。

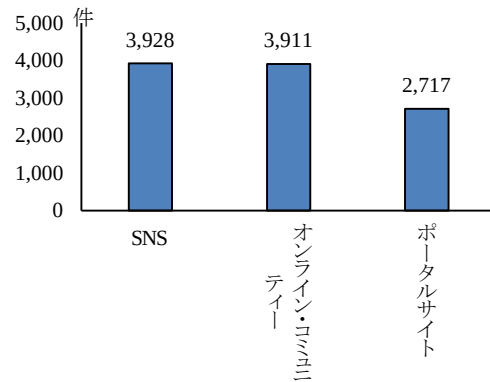
*地下鉄における飛び込み自殺の件数 1983年：自殺0件、自殺未遂1件、1987年：自殺および自殺未遂は各11件、1992年：自殺5件、自殺未遂3件（1987年と比較して自殺は57.5%減少）

表6 自殺報道勧告基準（2013年以降）

1	マスコミは自殺に対する報道を最小限にすべきである
2	自殺という単語は自制し、センセーショナルな表現を避けるべきである
3	自殺と関連する詳細な内容は最小限にすべきである
4	遺族等周辺の人々に配慮する慎重な姿勢が必要である
5	自殺と自殺者に対しては如何なる美化や合理化も避けるべきである
6	社会的問題提起のための手段として、自殺報道を利用してはならない
7	自殺による否定的結果を伝えるべきである
8	自殺予防に関する多様で正確な情報を提供すべきである
9	インターネットによる自殺報道は、更に慎重になるべきである



a. 有害情報の種類別通報状況



b. 媒体別通報状況

図13 2017年下半期における自殺有害情報の通報キャンペーン結果（中央自殺予防センター）

表7 自殺有害情報の種類（中央自殺予防センター）

自殺募集勧誘情報	集団自殺者の募集および参加の意思を示す内容のコンテンツ
自殺方法の提示	自殺するための手段および方法を示した内容を含むコンテンツ
自殺実行イメージおよび動画	自殺関連の刺激的な画像および動画
毒物・劇物等の販売情報	自殺道具の販売、購入先を含むコンテンツ
その他自殺を助長する情報	「死にたい」というような自殺表現等、自殺に関連する内容

3) 自殺に対しては否定的な考えを持ちながらも「不治の病を患う人の自殺は理解する」等、自殺や自殺予防に対する誤った認識が蔓延している。

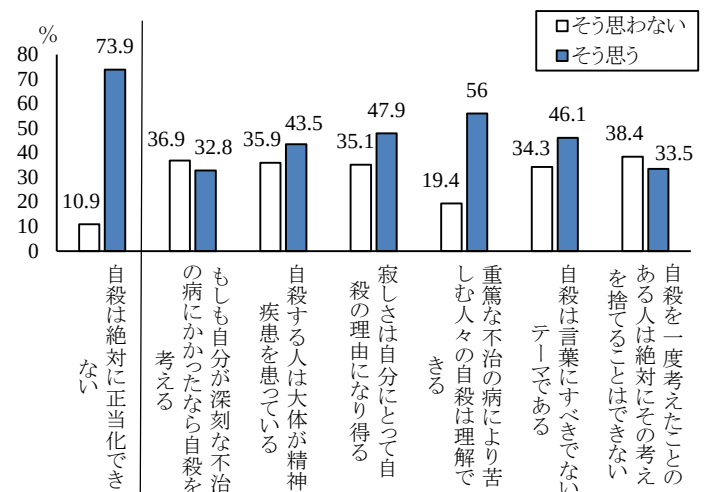


図14 自殺問題に対する国民の認識（自殺実態調査, 2013）

(4) 致命的な手段の活用と自殺方法の拡散

1) 韓国では以前より首つり自殺が多く、高い自殺率の原因の1つとなっている。また、致命的な自殺手段の活用など、マスコミ報道や有害情報により自殺方法が拡散しているため、注意を要する。

①自殺手段（2016年）：全自殺者数13,092人中、首つり（51.6%）、飛降り（14.6%）、ガス中毒（練炭、14.0%）、農薬（7.8%）

②年齢による差異：使用する主な自殺手段および方法は、年齢によって違いがみられる。

2) 農薬服毒および首つりが減少した一方で、ガス中毒および新たな自殺手段が増加した。たとえば、2008年に人気芸能人が練炭を用いて自殺したという報道がなされた後、練炭を使用した自殺が増加した（2007年は93人だったのに対し、2015年は2,207人であり、24倍であった）。このように、新たな自殺手段の登場は、インターネットやマスコミによって拡散されている。

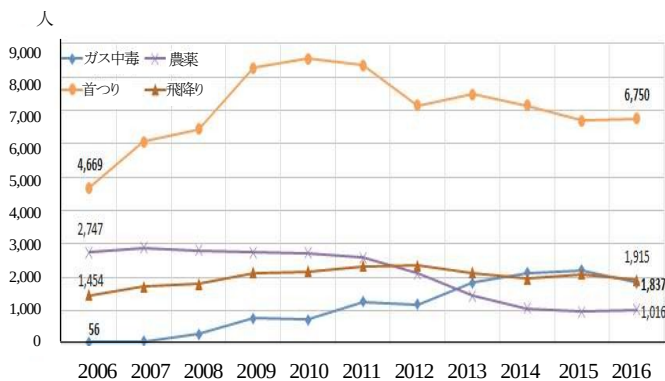


図15 自殺手段別の自殺者の現状（警察庁、2006-2016）

3. 自殺の直接的動機

(1) 複合的な作用

1) 自殺には、経済的状況、身体的疾病、精神的健康が複合的に作用しており、精神的問題（36.2%）、経済生活上の問題（23.4%）、身体的疾病（21.3%）が自殺の主要動機として挙げられる。

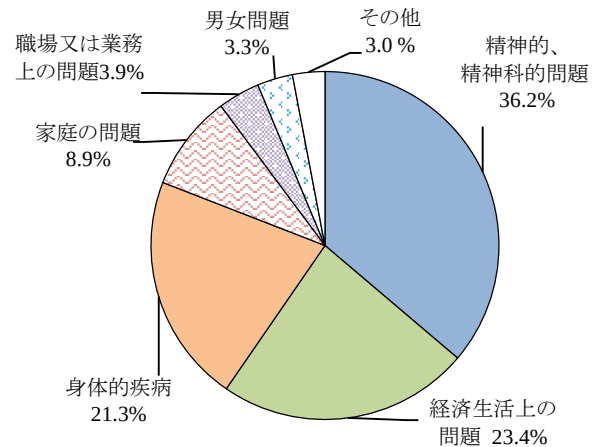


図16-1 自殺の主要動機（警察庁、2016）

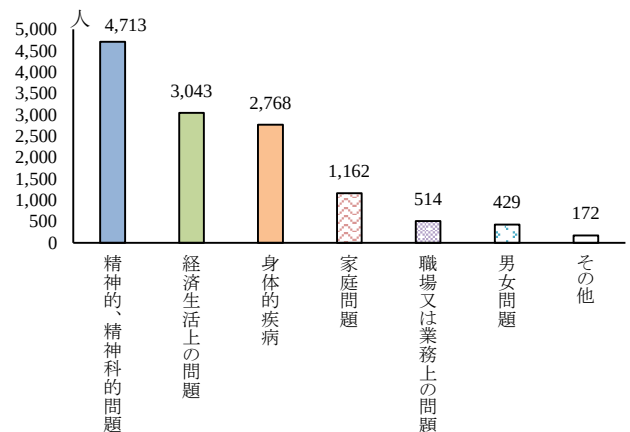


図16-2 動機別自殺者数（警察庁、2016）

2) 精神的問題および経済的困窮による自殺の割合が持続的に上昇し、特に精神的問題による自殺は、2015年と比較して2016年に大幅に増加した。

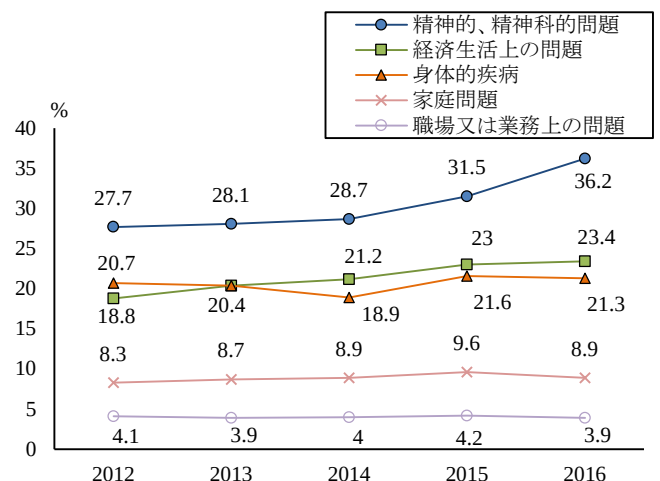


図17 年度別の自殺主要動機（警察庁、2016）

(2) 性別、年齢、職業、地域による差異

1) **性別** 男性は、精神的問題（29.9%）、経済生活（28.3%）、身体的疾病（22.0%）の順、女性は、精神的問題（51.3%）身体的疾病（19.5%）、経済生活（11.5%）の順である。

2) **年齢** 20歳以下、30歳以下は精神的問題の比重が大

きく、40歳以下、50歳以下は、他の年齢層よりも経済的な問題が多く見られ、61歳以上は、身体的疾病における問題の比重が大きい。

3) **職業** 高齢者層の多い農林水産業従事者は身体的疾病、自営業者は経済生活上の問題、無職者は精神的問題が多いという特徴がみられる。

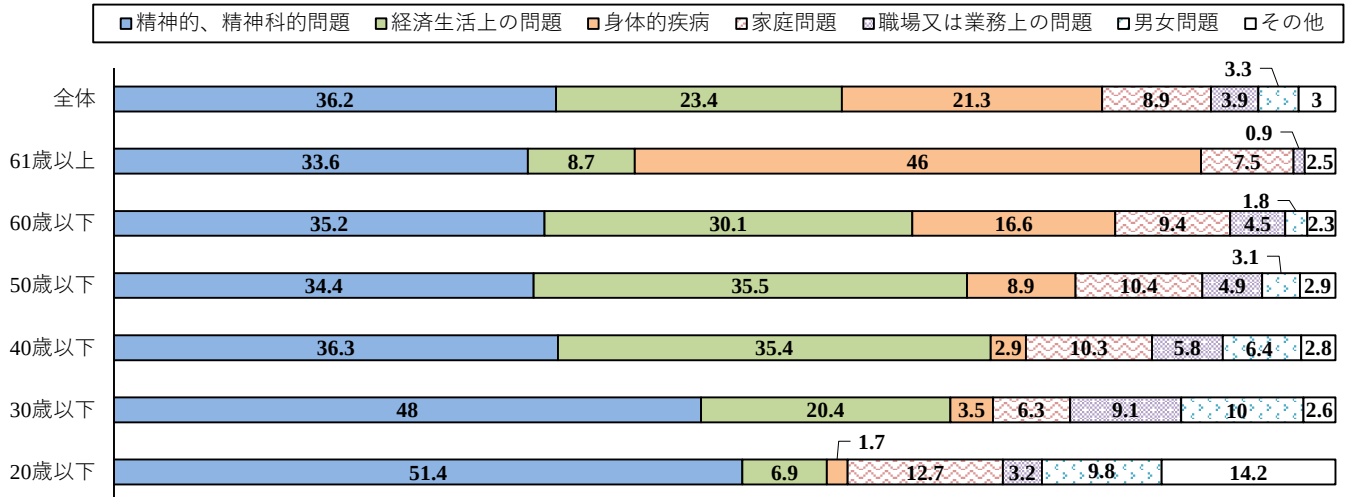


図18 年度別の自殺主要動機の比率（%, 警察庁, 2016）

表8 職業別自殺の動機の比重（%, 警察庁, 2016）

区分	家庭問題	経済生活上の問題	男女問題	身体の疾病	精神的・精神的問題	職場内の問題	その他
農林水産業	18.0	11.4	2.1	36.3	29.1	0.7	2.4
自営業	9.7	48.7	3.0	6.3	22.1	8.3	1.8
専門職	8.1	27.0	8.5	8.1	35.1	10.5	2.8
公務員	9.1	20.5	5.7	10.2	29.5	25.0	0.0
一般俸給生活者	14.8	32.9	9.9	5.1	23.4	10.1	3.7
遊興業従事者	10.5	36.8	21.1	0.0	31.6	0.0	0.0
日雇い労働者	10.9	43.6	2.8	11.8	25.1	1.4	4.3
その他被雇用者	11.6	33.1	4.6	8.5	33.0	6.3	2.9
無職者	6.2	15.7	1.9	31.8	40.1	2.3	2.0
全体	8.9	23.4	3.3	21.3	36.2	3.9	3.0

(3) 自殺未遂の要因

1) 社会的関係の断絶と社会的サービスの連結失敗は、自殺未遂を触発する。人生の危機的状況や精神的困難に陥った時、支援を要請し得る公式的・非公式的ネットワークがない場合、自殺を図るのである。

*社会的支援の欠如または孤立感が自殺を触発する（WHO, 2014）、困難に直面した時に相談したり助けを求めたりできる人が多い場合は

自殺未遂経験が0.68倍に減少する（Kleiman&Liu, 2013）などの知見がある。

2) 「授業料支払困難による母子死亡事件」、「松坡区母子3人死亡事件」等、困難な状況に置かれながらも、公的支援を申請せずに自殺に至るケースが相次いで発生している。送電停止や水道利用停止の家庭等、潜在的な危機世帯を、福祉担当公務員が事前にアウト

リーチをする等の支援を行っているが、福祉の死角地帯は依然として存在する。

＊「福祉死角地帯発見システム」（2015年12月～）により、送電停止、水道利用停止等、14機関27種の危機兆候情報を基に潜在的危機地帯への訪問調査（全9回）を行い、12万人を支援した。

4. 地域特性に対する考察

(1) 地域差

- 1) 地域によって自殺の規模、要因、手段等は様々である。たとえば自殺規模は、忠清北道（27.5人）、忠清南道（26.0人）、江原道（25.2人）が高く、ソウル（19.8人）、大邱（20.3人）、京畿道（20.4人）は低い（2016年、年齢標準化）。また、最少は慶尚北道蔚珍（ウルジン）郡の5.2人、最多は仁川市甕津（オンジン）郡の51.9人であった（2016年、年齢標準化）。

＊自殺者数は、京畿道（2,879人）、ソウル（2,261人）、釜山（943人）の順に多い。

- 2) 地域によって、自殺が主に発生する年齢、職業および手段が異なる。たとえば、高齢者が多い農村は疾病を原因とする自殺、自営業が多い公団は経済的問題による中・壮年の自殺が相対的に多い。また、精神保健関連インフラおよび資源の地域間における不均衡も大きい。

＊基礎精神健康福祉センターがない市・郡・区は16ヶ所、精神医療機関がない市・郡・区は39ヶ所ある（2016年末現在）。

(2) 地域社会の変化による影響

- 1) 地域の中核産業の停滞等、地域社会の変化も考察する必要がある。たとえば、造船業のリストラの影響で、2016年に関連地域の自殺が大幅に増加した。

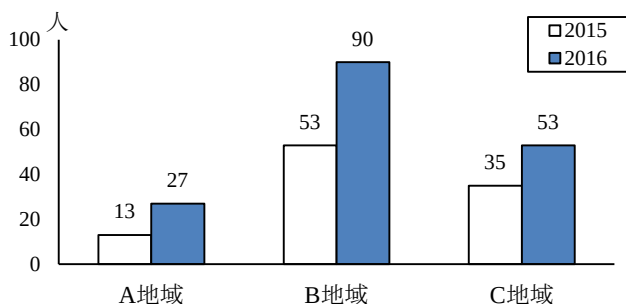


図19 造船業（リストラ）関連地域の自殺者規模の変化

- 2) 世宗市、羅州市等、新都市の開発および外部からの人口流入が多い地域において、自殺率が上昇する傾向がある。たとえば世宗市は、2015年まで自殺率が最も低い自治体であったが、急激に増加し（前年比17.8%増）、現在は17の道・市のうち7位である。

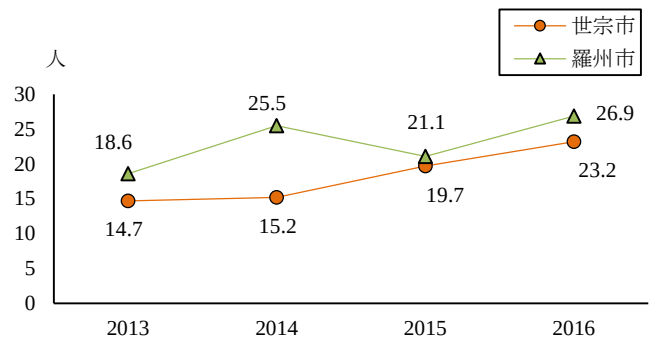


図20 新規人口流入の多い地域における自殺者数の変化

Ⅲ. 推進目標

(1) 2022年までの推進目標

- 1) 自殺死亡者を毎年1,000人ずつ（5年間で15,000人）減少させ、自殺死亡率を3分の2の水準まで減少させることを目指す（OECD加盟国平均の2.4倍から1.4倍へ移行）。2016年の自殺率は25.6人、自殺者は13,092人であった。これを、2022年までに自殺率20人以下、年間自殺者数1万人以下（自殺率17.0人、自殺者数8,727人）に減少させたい。

＊2011年～2016年までの5年間における年平均自殺率の減少率は4.18%であり、その170%水準である7%ずつ減少することを仮定している（2017年は5年間の平均減少率の水準で減少すると仮定）。

- 2) 自殺率17.0人が達成できれば、OECD加盟国で自殺率1位からの脱却が期待できる。

＊ハンガリーは19.4人（2015年）、スロベニアは18.1人（2015年）の水準であり、自殺率の増減を繰り返している。

(2) ピーク時からの半減

- 1) 2022年末までに計15,000人の自殺を予防すると、自殺率がピークであった10年前（2011年）と比較して半数の水準（46%）に減少するため、目標とする。
- 2) 日本は、12年間で自殺率が30%減少している（2003年は27.0人であったのに対し、2015年は18.9人であった）。

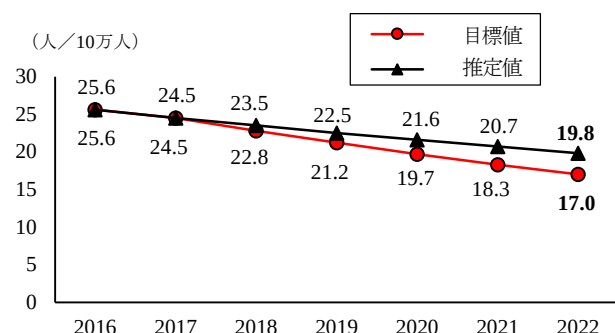


図21 自殺率の推移及び目標値

表9 年間自殺者数及び推定値（人）

2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年	2022 年
15,906	14,160	14,427	13,836	13,513	13,092	12,545	11,667	10,850	10,090	9,384	8,727
						-547	-547	-547	-547	-547	-547
							-878	-878	-878	-878	-878
								-817	-817	-817	-817
									-759	-759	-759
										-706	-706
											-657
						-547	-1,425	-2,242	-3,002	-3,708	-4,365

自殺予防の効果(累積)
=5年間で計 15,289 人

※自殺者数も自殺率の減少規模(年間 7%)と同程度減少すると仮定

IV. 推進課題

第1に、韓国の自殺率はOECD加盟国平均の2.4倍であり、突出して第1位である。この状況から脱却するため、短期的に履行可能であり、成果が立証されている課題を優先的に推進する。具体的には、自殺未遂に至るまでの段階に応じて、原因分析とハイリスク群の発見システムを構築する。ハイリスク群に対する集中管理を実施

し、自殺未遂者のフォローアップ等の戦略をとること
で、6分野、54課題を実施していく。

第2に、自殺を助長する経済・社会構造的な問題等、国家としての変化が必要な部分は、自殺者の全数調査、民官政策疎通機構における議論、自殺関連の人文学的研究結果を基に長期課題として発見し、推進する。

*「生命尊重・自殺予防政策協議会（仮称）」を設置する。学会、宗教界等、全政府および民官合同で構成、運営する。

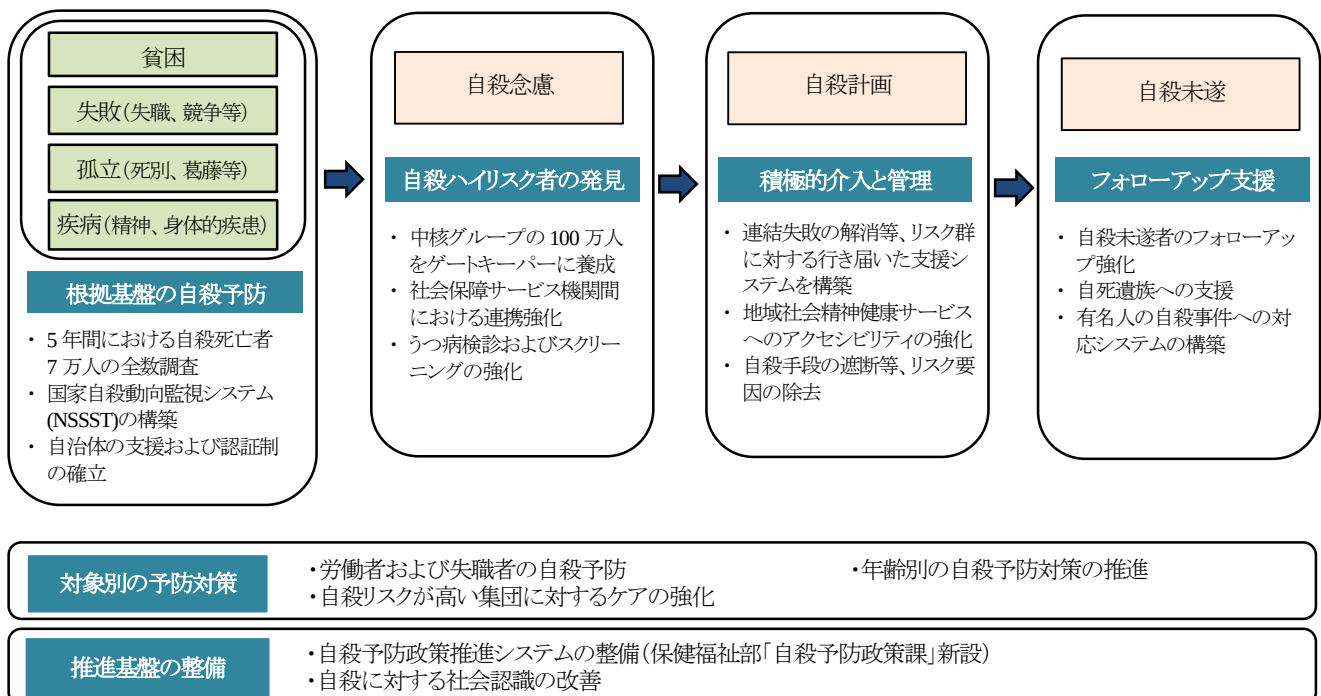


図22 自殺の原因及び段階に応じた介入戦略

1. 科学的根拠に基づく戦略的アプローチの推進

(1) 全数調査の実施

表10 韓国における事例
A市地域の自殺実態分析（2017）

背景	A市の該当広域自治団体に自殺者の26%が集中(2014)していたことを踏まえ、自殺予防戦略を整備するため、調査を実施する。
方法	警察庁統計の分析、遺族の心理学的剖検、自殺頻発地域の現場調査等を行う。
結果	①無職、30～40代、社会関係が断絶された男性の自殺が多い、②自殺触発要因の底辺には長期間におよぶ脆弱状況(貧困、暴力等)がある、③一部の脆弱地域(スラム化した旧都心、小規模の賃貸アパート団地、遊興街が集中する新築ワンルーム地域)において多発している。しかし、A市における自殺予防政策は高齢者をターゲットとして地域全体に均等に実施しており、地域の自殺状況の分析結果とはギャップがあることが見出された。

1) 5年間（2012～2016年）に発生した自殺死亡者7万人に対する全数調査（地域別、社会階層別、保健医療特性別の自殺原因分析）を実施した。警察庁の捜査記録を活用し、自殺の原因および発生動向の深層分析を行う。

①概要 中央心理剖検センターの専門家が警察庁を訪問し、変死事件の捜査記録のうち、過去5年間に発生した自殺事例約7万件を収集・分析する（2年間）。

②方法 a) 邑・面・洞単位、b) 自殺死亡者の全数調査、c) 正確な死亡地点の調査、d) 管内・外の自殺死亡者の分析、e) 自殺死亡者に対する（多数の関係者による）客観的情報の確保、f) 相対的に少ない予算、g) 短期間に多くの情報を確保する。

③内容 警察庁の資料と健康保険記録を連携させ、自殺者の疾病状態および医療サービス利用特性等を把握する。自殺者の特性を活用したハイリスク群発見システムの補強、集中発生地域の監視システムを整備、自殺区分および自殺経路の把握および遮断策の整備等を実施していく。

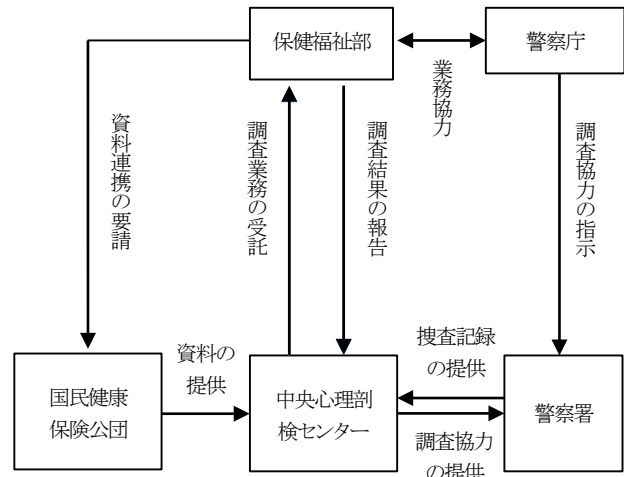


図23 警察庁捜査記録の確保及び分析システム

表11 警察庁の捜査記録により確保可能な情報

区分	調査項目
死亡者の基本情報	生年月日、性別、死亡当時の住所、死亡者の実際の居住地、学力、雇用状態、職業、婚姻状況、同居者の有無、経済問題、精神科的症状の有無（症状、治療状況）、アルコール問題、疾病ストレス等
自殺内容関連の情報	死亡推定日、死亡推定時間、発見日、発見時間、発見場所の区分および住所、発見に至った経緯、死亡当時の飲酒状態、集団自殺の有無、集団自殺者との関係、自殺方法および道具、自殺原因、過去の自殺未遂歴、通報者、第1発見者、遺書の有無、遺品リスト
遺族の証言	証言者と自殺者との関係、自殺者の死亡当日の行動、自殺者の死亡前の身なり、証言者が考える自殺原因

表12 警察庁の捜査資料を活用した自殺原因分析

概要	3つの地域(甲、乙、丙)における2014～2015年の警察資料、計565件を分析。
地域別の主要特性	
甲地域	自殺死亡者の36.5%が5地域(A洞、B洞、C洞、D邑、E洞)に集中。D邑は46.2%が裏山や郊外地域で死亡、他地域の居住者の比率(53.9%)が高い。
乙地域	F洞は自殺者が27人であり、乙地域の洞平均9.81人の3倍の水準である。20代(25.9%)の比率が2倍以上であり、同居人がいない状態で死亡したケースが62.9%、練炭の使用が29.6%であった。
丙地域	過去2年間の丙地域における自殺死亡者152人の内、40.1%が3地域(G邑、H面、I洞)に集中。I洞は53.3%が40～50歳代であった。自殺方法は飛降りが53.3%(丙地域平均の4倍)、飛降り場所の大部分がアパート(75%)であり、同一のアパートで連続して発生している。

(中央心理剖検センター)

2) 心理・社会的自殺原因分析（心理学的剖検）の活性化および高度化を推進する。

*心理学的剖検（psychological autopsy）とは、身近な人の証言と記録により死亡前の自殺者の心理・行動様相および変化を検討し、自殺の具体的原因を検証する手法である。

①広域精神健康福祉センターごとに心理学的剖検専門要員を養成し、基盤を拡大整備する。また、邑・面・洞および警察署で遺族に心理学的剖検を案内する（行政安全部および警察庁が協力）。

*現在、中央心理剖検センターにて、心理学的剖検専門要員11人が全国の心理学的剖検を担当している。

②自殺者の特性ごとにターゲティングされた心理学的剖検を提案、推進する（警察庁の協力による）。

*学校暴力の被害に遭った児童、中・壮年男性の破産者、産後うつの女性等を想定。

(2) 国家自殺動向監視システム（National Surveillance System on Suicide Trend）の構築

1) リアルタイムの統計による戦略的自殺予防事業を推進した仁川広域市の事例では、管内救急医療機関および国立医療院の協力により、国家救急患者診療情報ネットワーク（NEDIS）を構築した。自殺未遂者の情報を4半期ごとに確保し、自殺動向の分析および事業の推進に反映させた。統計を基に戦略的自殺予防事業を

進めたところ、自殺率が持続的に減少した（2012年：31.2%、2013年：30.6%、2014年：29.1%、2015年：27.4%、2016年：26.5%）。

*時期別・機関別の自殺未遂者の規模、自殺未遂の方法、診療結果、出勤・危機介入状況などを分析する。

2) 事例を踏まえ、自殺率の動向に関する予測を可能にする関連統計を確保し、活用する（統計庁、警察庁、教育部、保健福祉部の協力による）。

死亡届に関する資料（統計庁）、自殺未遂事件の状況（警察庁、海洋警察庁）、救急医療システム

（NEDIS）における自殺未遂者情報（国立医療院）、学生自殺報告資料（教育部）等を比較・分析し、自殺における動向の深層分析を行う（統計庁）。分析結果をもとに、年齢、社会階層および職業ごとの自殺集中発生地点の把握と対応、地域単位での自殺予防事業や短期成果モニタリング等を実施する。

*現在、自殺率の統計は、統計庁が死亡届および警察庁資料を基に作成して翌9月に発表しており、自殺率の動向把握や政策の効果等の分析への活用は困難である。

3) 自殺の動向確認に必要な新区分の自殺者に関するマイクロデータを確保し、自殺事件情報の範囲拡大を推進する（警察庁の協力による）。

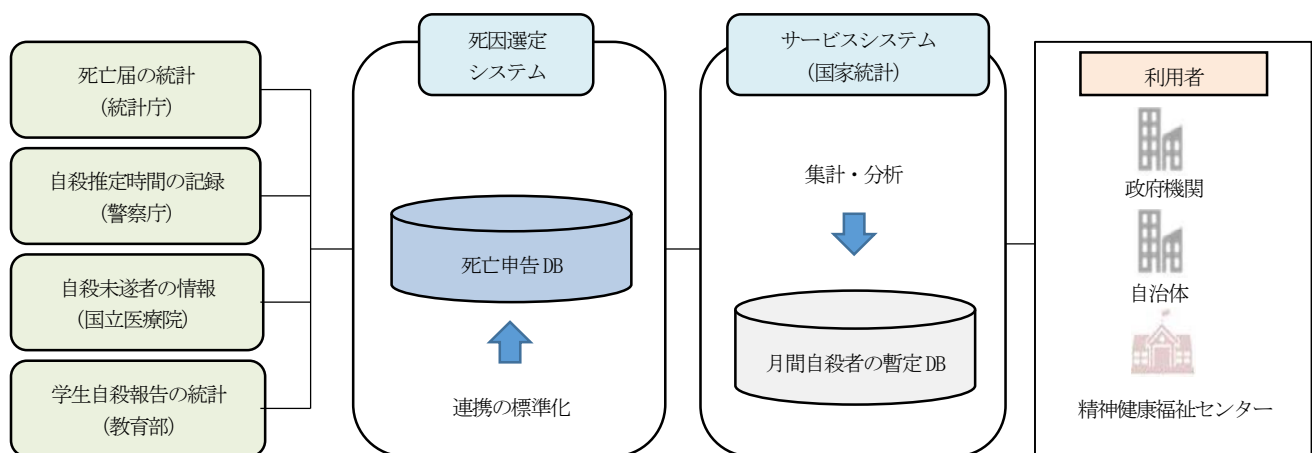


図24 国家自殺統計システムの概念図

(3) 自治体による支援

1) 根拠基盤の構築と自殺予防政策推進のため、自治体による支援を実施する。海外の事例として、日本は、地域特性の反映により自殺率の画期的な減少に成功した。

①**内容** 「地域自殺対策緊急強化基金」（2009年～2014年にかけて一時的に運営）を設けた。国家が提示した事業の内、各都道府県が地域の実情を考慮した事業を選択し、補助金支援申請を受けて支援した。その後、事業実績を基に分析を行い、効果を検証した。具体的には、6年間で1,834,800万円（全額国庫）を運用し、全都道府県および1,386の市町村（80.7%）を支援した（2014年）。

②**結果** 事業推進以降、自殺減少に成果がみられた。自殺率は12年間で30%減少し（2003年は27.0人であったのに対し、2015年は18.9人であった）、年間自殺者数は1万人減少した（2003年は34,427人だったのに対し、2015年は24,025人であった）。

*2015年からは「地域自殺対策強化交付金」のみ運用中（2015年は163,000万円）。

2) 自治体が、根拠に基づく自殺予防政策を推進できるように支援する。

①**地域統計分析および提供、コンサルティングおよび教育により自治体の自殺規模および特性に基づく**

「自殺予防施行計画」を策定し、支援する。

*自治体の公務員を対象とした自殺予防施行計画策定マニュアルの整備および教育の実施（2016年）、また、自治体における自殺予防施行計画を整備し、実施する（2017年より）。

②**市・道自殺予防計画の実施結果に対する評価および公表（2018年より実施、個別評価）、自殺予防事業における先進事例の選定、褒賞および拡散を行う（行政安全部の協力による）。**

*評価指標の開発および提示を行った（2017年10月）。

3) 地域特性を反映した自治体主導型事業の推進を支援する。具体的には、自殺の動機、頻発場所等、自治体が地域の自殺特性と地域状況を反映した自殺予防事業を、自ら選択および実施できるようにする。

*試験実施中の「地域特化型自殺予防事業」（2017年より実施、1ヶ所当たり1億ウォン、4ヶ所支援中）をモデル化し、段階的拡大を支援する。

(4) 効果性の高い自殺予防プログラムの拡散

1) 科学的根拠に基づく自殺予防プログラムにおける認証制を確立させる。

①科学的根拠に基づく自殺予防プログラムの開発および拡散のため、「自殺予防プログラム認証制」の改編および拡大を実施する。

表13 米国の自殺予防プログラムの認証制度

NREPP (National Registry of Evidence-Based Programs and Practices)	政府 (SAMHSA) が実施する精神健康増進、精神健康および物質中毒予防治療仲裁の認証
BPR (Best Practices Registry)	SPRC (Suicide Prevention Resource Center) がSAMHSAの支援を受けて実施する自殺予防プログラムに対する認証システム

②「認証制度」のブランド化および優秀プログラムの積極的な広報活動、認証プログラムの共有データベースの構築および運用により、優秀なプログラムの拡散を推進する。

表14 自殺予防プログラムの認証状況

分野	セクションI（研究基盤の仲裁）、セクションII（専門家が合意した指針・勧告）、セクションIII（特定条件下における仲裁・勧告）に区分し、実施する。
評価	認証委員は、精神健康医学、予防医学、看護学、心理学、精神保健社会福祉学等の専門家12人で構成、プログラムの効果性を評価した研究水準、根拠の適切性、開発過程の適切性、プログラム構造の適切性等を基準として評価する（※米国精神健康プログラムの認証基準を参考に開発）。
認証状況	2017年上半年までに計42のプログラムを認証する。 *セクションII（5）、セクションIII（37）、自殺予防のプロトコルおよびガイドライン（13）、教育および訓練プログラム（29）

2) 自殺予防関連の研究およびR&D拡大により、優秀なプログラムの開発および成果に対する評価を推進する。たとえば、精神健康R&Dの新規事業を企画する際に、自殺予防分野の比重の拡大等を行う。

2. 自殺ハイリスク群発見のための全社会的ネットワークの構築

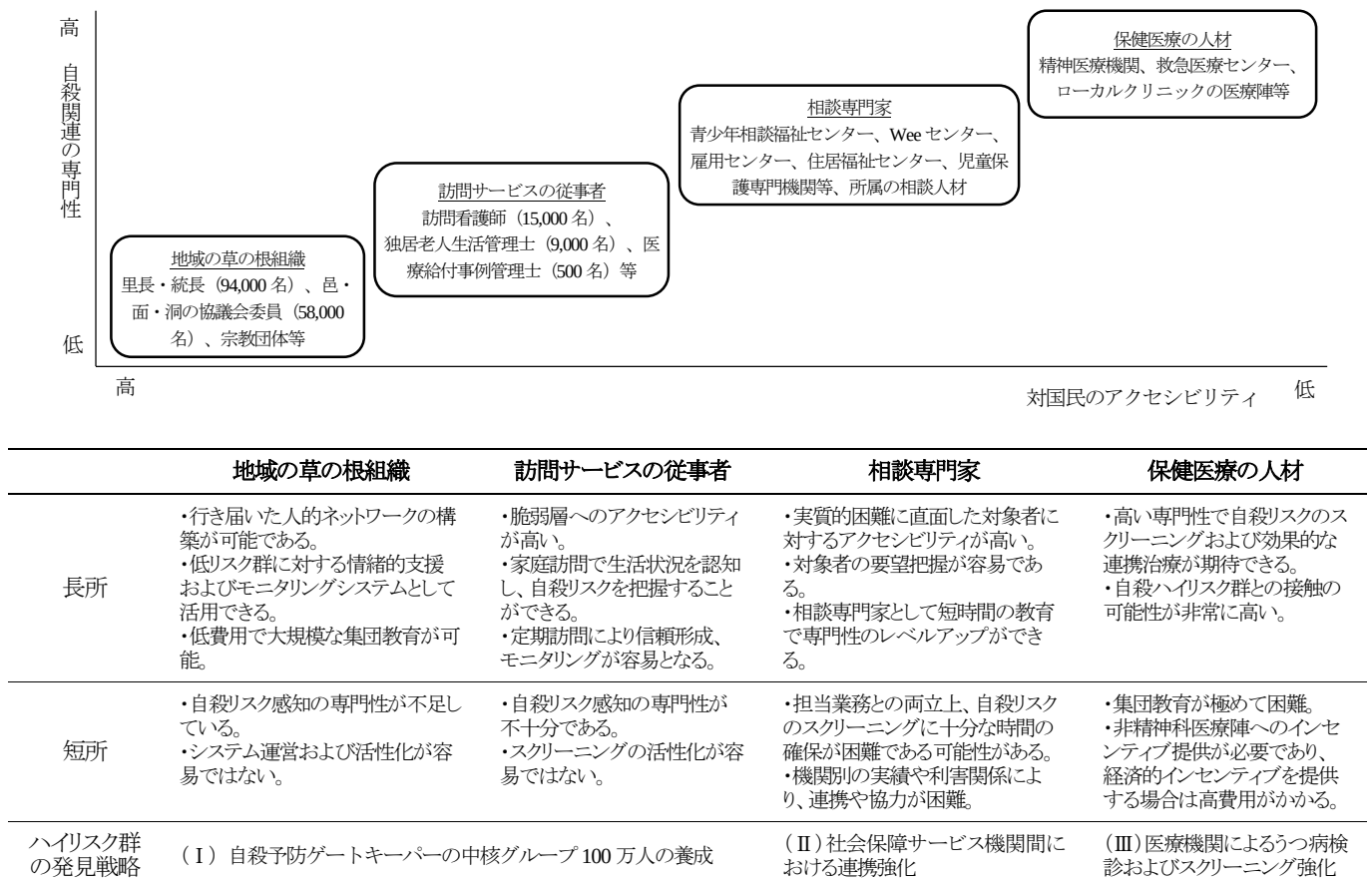


図25 地域社会の自殺ハイリスク群の発見システム案

(1) 自殺予防ゲートキーパーの養成

表15 ゲートキーパーの養成効果

ソウル市蘆原区	自殺リスクの高い高齢者の発見・支援のための重層的ゲートキーパーを活用する。
	隣人愛奉仕団：宗教者、統長等、ゲートキーパー教育履修者（1,133人）が、自殺リスクがそれほど高くない高齢者（3,340人）の情緒的支援およびモニタリングを実施。心理相談要員：ゲートキーパー教育履修者の一部を対象に心理相談教育を行った後、洞住民センターに2～3人配置し、自殺リスクがやや高い高齢者（2,418人）の相談および週1回のモニタリングを実施（労災保険への加入および月200千ウォン支給）。
韓国	「見て・聞いて・話す」教育の修了者800人を対象に、1年後に調査を実施（2014年）。
	教育課程修了者の19.9%が自殺ハイリスク群に接触、内、95.0%が「自殺しようとする理由」を質問し（教育生一教育参加者の18.9%）、内、71.5%が自殺リスク者を専門家と連携する（教育生の13.5%）。
海外事例	WHOは、ゲートキーパーの養成を自殺予防のための効果的な介入戦略の1つとして提示した（2014）。また、米国疾病統制センター（CDC）は、自殺予防の効果的な8つの戦略の1つとしてゲートキーパー養成を提示した（1995）。
*自殺予防「ゲートキーパー」：家族、友人、隣人等、周辺の人々の自殺リスクのサインをいち早く認知し、専門家と連携するように訓練を受けた人	

1) 自殺予防ゲートキーパーを養成することにより、自殺に対する国民の意識を向上させる。また、全国民を対象としたゲートキーパー教育により、行き届いた人的ネットワークを構築（地域社会の人的ネットワークにおける中核グループの100万人をゲートキーパーとして養成）する。

①教育専任講師の採用や、多様な年齢および職業階層のための教育コンテンツを開発する。

表16 自殺予防「ゲートキーパー」の教育課程例
見て・聞いて・話す（2013～）

見て	聞いて	話す
言葉／行動／状況を通じて自殺リスクのサインを把握	自殺したい気持ちがあるか否かを質問（理由、具体的な計画等）	自殺危険度に応じて専門家と連携
・一般用（3時間）、会社員用（2時間）、青少年用（1時間） ・計412,277人を教育（2017年は151,586人を教育）、講師1,305人（2017年10月現在）		

②ゲートキーパー教育および活動活性化のためのインセンティブを提供する。

③先進事例の公募や褒賞、ブログおよびサークルの実施、ゲートキーパー活動時間のボランティア時間の認定等、活性化を推進する。

*1365のボランティアポータルを通じて、実際の活動内容を証明可能な時間について認定

2) ゲートキーパー教育の対象者別に、差別化した教育および活用を推進する。

①地域社会の草の根組織を優先的に教育・活用する。
具体的には、邑・面・洞の地域社会保障協議会、宗教機関および市民団体、里長・統長（94,000人）、また、市民と接する機会が多いタクシー運転手等を活用する。

*里長・統長、自営業者、公務員等、邑・面・洞別に平均17人前後が参加し、死角地帯の発見及び連携、民間資源の発見等を実施している（3,467の邑・面・洞、計58,000人が参加している）。

②社会的責任性が高い公務員等の義務教育を推進する。具体的には、中央・地方公務員（100万人）および中学・高校の教師（246,000人）、公共機関の役員・職員等を対象に義務教育として指定し、推進する。

*「公務員の人材開発指針」および「地方公務員の教育訓練の運営方針」に主要施策の教育として指定している（2018年～）。

③訪問サービスの提供者は、より専門的な自殺リスク・スクリーニングを実施する。具体的には、独居高齢者生活管理士等が対象者の自殺リスクを効果的に認知するため、各サービス特性を考慮した自殺リスク・スクリーニング対策の開発および教育を行う。

*独居高齢者生活管理士9,168人、医療給付管理士530人、訪問看護師1,533人等を想定しており、教育課程の開発完了までは、一般人を対象とした教育資料を活用し、実施する。

(2) 社会保障機関における連携強化

1) 虐待予防および権利擁護機関、相談・事例管理機関の相談人材等、社会保障サービスを提供している機関間の連携を強化することにより、自殺ハイリスク群を発見していく。表17に、各機関の区分および現状を示した。

①基礎的な自殺予防相談を可能にするための教育・訓練を実施する。

②精神健康領域の問題がある事例管理対象者、深刻な水準の虐待被害者等は、可能な限り精神健康福祉センターと連携して管理する。

*邑・面・洞の特化型福祉チームまたは市・郡・区の希望福祉支援団担当の事例管理対象者のうち、「需要調査」において精神健康部門の支援要望があるケース等を扱う。

2) 直接的サービス・給付提供機関または情報提供および申請・連携機関のサービス担当人材を育成する。

①注意深く自殺リスクを観察できるようにし、必要に応じて精神健康福祉センターと積極的に連携するよう教育を実施する。

②破産等、人生の危機に直面した対象者たちが多く訪れる庶民金融統合支援センター（金融委員会）、住居福祉センター（国土交通部）、寄付食品等提供事業者（保健福祉部）等のサービスを直接提供する担当者、より積極的に精神健康福祉センターと連携する。

3) 市・郡・区の希望福祉支援団がコントロールタワーの機能を遂行する。

①市・郡・区の希望福祉支援団における統合事例会議において、管内の相談提供機関の参加を活発にし、地域社会の相談提供機関間におけるサービスの連携および依頼を活性化する。

表17 社会保障サービス関連の主要機関における区分および現状

区分	主要機能	該当機関例	自殺ハイリスク群との接触頻度
虐待予防および権益擁護機関	虐待・暴力被害者等の救済および支援	児童保護専門機関、高齢者保護専門機関、障害者権益擁護機関等	非常に高い
相談・事例管理機関	複合的な問題を抱える対象者を登録・管理し、持続的に相談・支援	Weeセンター、青少年相談福祉センター、学校外青少年支援センター、認知症安心センター等	高い
直接的サービス・給付提供機関	ケア、治療等の直接的サービスを提供	地域児童センター、寄付食品等支援センター等	普通
情報提供及び申請・連携機関	ニーズ別に利用可能な支援に対する情報を提供し、申請・受付	雇用センター、庶民金融統合支援センター、マイホームセンター等	機関ごとに異なる

(3) うつ病検診およびスクリーニングの強化

- 1) 国家健康診断によるうつ病検診を拡大する。40歳および66歳の1次問診後に、特異な対象者に限りうつ病検診を実施していたが、40、50、60、70歳全体の検診対象者にうつ病検診を実施することとした。
*うつ病検診ツールPHQ9を活用する。
- 2) ローカルクリニック等の1次医療機関を利用している患者、相対的に自殺リスクの高い慢性疾患患者を対象に、うつ病スクリーニングおよび精神科治療を強化する。

表18 韓国における事例
一次医療機関を活用したうつ病検診

ソウル特別市	生命を繋げる聴診器事業の実施（2015年～） 方法 ①保健所来訪者のうち、身体疾患および精神疾患により苦痛を訴える65歳以上の高齢者を対象に、6ヶ月に1回以上うつ病検診を行う。②検診後、ハイリスク群は自殺予防専門家と連携して、登録管理する。 結果 ①受検者28,167人の内、うつ病リスク者数9,500人、内、自殺ハイリスク群850人、②専任人材の依頼者数776人、内、精神健康福祉センターの登録者数279人、③2016年の65歳以上の高齢者による自殺率は、2015年に比べて14.9%減少した。
忠清北道忠州市	方法 ①保健所等の訪問者を対象に高齢者のうつ病を積極的にスクリーニング、②ハイリスク群は、訪問看護師、精神健康福祉センター、地域病院（忠州の建国大学校病院）を通じて持続的な治療および事例管理（基礎生活受給者／保健所来所者／福祉会館訪問者等） 結果 ①2010～2014年に11,498人を検査、内、2,131人がうつ病の陽性所見、903人が来院、②高齢者の自殺は、2010年35人、2012年33人、2014年29人、2016年23人と減少した。

- ①うつ病および自殺リスクの評価ツールを健康保険給付の対象に拡大する。

*現在のうつ尺度は3項目（BECKのうつ評価、ハミルトン検査、高齢者用うつ尺度）があり、健康保険の対象となっている。

- ②関連学会と連携し、内科等の非精神科専門医の教育・広報等により自殺リスクが高い疾患患者を対象としたうつ病スクリーニングおよび治療を強化する。

*癌患者、肺結核患者等の重症疾患患者および社会的に偏見が強い身体損傷、統合失調症、乾癬等の患者による自殺率が高いことが判明したことによる（健康保険ビッグデータの分析等）。

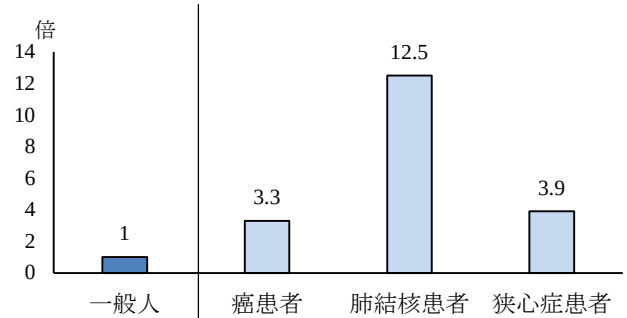


図26 自殺未遂経験の比較（国立がんセンター，2017）

3. 積極的介入・管理による自殺リスクの除去

(1) 自殺ハイリスク群に対する行き届いた支援システムの構築

- 1) 精神健康福祉センターの精神健康事例管理システム（MHIS）を構築および運営する（2018年6月～）。
 - ①対象者別の相談・支援管理および情報ネットワークを通じたセンター間の移管により、一度発見された対象者は漏れなく持続的にサービスおよび支援を行う。
 - ②精神健康事例管理システム（MHIS）および社会保障情報システム（幸福eウム＝幸福を繋ぐ）における連携により、精神保健および福祉サービス支援依頼の活性化、自殺ハイリスク群に対する精神保健および社会保障サービスへの連結失敗を解消する。
- 2) 保健・福祉サービスの連携活性化により社会保障サービスへの連結失敗を解消する。
 - ①市・郡・区の地域社会保障協議会に「自殺予防」分課を設置または担当分課を指定し、保健・福祉担当および民間サービス提供機関の参加により、自殺予防のための地域社会の行き届いた支援システムを構築する。
 - ②保健所および精神健康福祉センター等の自殺予防相談および実務人材に対して、福祉サービスや教育サービスの依頼を活性化（保健所と邑・面・洞においてシステム運用中）。
- 3) 負債および破産等の経済的危機に直面した対象者の特別管理を行う。
 - ①庶民金融統合支援センターの相談人材を対象に、自殺リスクの評価方法、専門機関との連携策等、自殺予防相談の専門教育を実施する。
 - ②庶民金融統合支援センターを訪問した利用者情報を、社会保障情報システム（幸福eウム）に連携させ、適

切な福祉サービス支援を促進する（2017年11月～）。

＊利用者の同意の下で情報連携を実施している。

③各種公共料金の滞納通知書および差押通知書に、福祉支援相談案内を掲載する。

4) 地域社会の草の根組織等を活用した、社会的関係の回復および支援連携を行う（保健福祉部、行政安全部の協力による）。

①宗教機関の関係者、邑・面・洞の地域社会保障協議会の委員、福祉里長・統長および婦人会長、ボランティア等を活用し、中程度以下のリスク群を対象として訪問・情緒的支援を実施する。

②公的支援が困難もしくは十分ではない場合、福祉サービスの1つである邑・面・洞へのアウトリーチの事例管理により、地域社会の民間資源と連携する。

(2) 地域社会の精神保健サービスに対するアクセシビリティの強化

表19 韓国における事例

アウトリーチ相談等の精神保健サービスのアクセシビリティ強化

済州特別自治道	現状 最近3年間（2014～2016年）で、急激な人口流入（年平均増加率3%）や、慣れない環境への適応ストレス等による精神科的問題および自殺リスクが増加したため、広域センターにおける24時間相談システムの稼働および警察と共に救急出動サービスの提供を開始。 結果 ①2016年の自殺相談件数は、前年比で57%増加、②自殺率は、2013年32.9%、2014年27.2%、2015年24.5%、2016年24.0%と減少した。
光州広域市	現状 地域社会の精神科専門医と協力し、精神健康福祉センターにて精神科専門医による相談を実施した（2017年6月～）。 結果 精神科との連携および治療が活性化した。
釜山市金井区	現状 貧民街の密集地域をアウトリーチする敬老堂移動相談室を設置（2016年）。 結果 自殺率は、2012年23.8%、2013年29.8%、2014年28.1%、2015年25.3%、2016年21.0%と減少した。

1) 地域社会単位での自殺予防サービスの提供基盤を整備する。

①精神健康福祉センターにおける相談人材を拡充し（5年間で1,455人）、センターごとに自殺予防人材を最低3人以上確保することで、自殺予防相談および事例管理を活性化させる。

＊現在、基礎精神健康福祉センター（または自殺予防センター）の自殺予防の人材は、平均1.8人である。

②自治体の第一線に自殺予防専任公務員を拡充し、自治体単位での自殺予防戦略および自殺予防施行計画を策定することにより、地域社会ネットワークの構築を活性化させる（行政安全部が協力）。

2) 自殺予防相談サービス利用を活性化させる。

①自殺予防相談電話（1577-0199）の認知度強化のため、特殊番号の付与を推進、通信装置補強等により、無応答率を改善する。

＊IP phone等の通信機器やコールセンター・システムを補強、相談人材は追加で増員が必要である。

②精神保健の専門人材が、被災地域等専門相談が必要な地域を訪問して支援するという「心の健康バス」を提供する。

3) うつ病治療へのアクセシビリティおよび持続的治療を強化する。

①精神科専門医を精神健康福祉センターに配置し、専門相談を提供する「心の健康主治医」の拡大を推進する。

＊広域単位で推進し、専任または時間制勤務とする（光州で2017年6月より試験運用中）。

②精神科の相談費用の見直しおよび自己負担分の軽減等により、初期段階で積極的な治療に誘導する。

③うつ病の治療維持率を評価し、優秀機関の公表および財政的インセンティブの提供等を検討する。

(3) 自殺を触発するリスク要因の除去

表20 国内外の事例 自殺手段遮断（管理）の成果

① 有害性の緩和	
自殺道具の有害性緩和は、自殺予防に効果あり。	
イギリス	現状 1960年代に自殺道具として頻繁に使用されていた家庭用石炭ガスの品質改善により、一酸化炭素を低減させた。 結果 全般的な自殺減少に効果がみられた。
② アクセシビリティの遮断	
他の自殺手段を探さなくなり、自殺未遂の放棄につながる。	
韓国	現状 猛毒性農薬の生産（2011）および流通を禁止（2012）し、高齢者の自殺自体を減少させた。 結果 高齢者の自殺は、2011年79.7人から2016年53.3人へ、農薬自殺は、2011年2,580件から2016年1,016件に推移。
釜山江西区	現状 農薬自殺が多い地域特性を考慮し、①全住民対象の自殺予防教育およびスクリーニング、②うつ病ハイリスク群の集団プログラム（8会期）、③農薬安全ボックスおよび廃農薬回収ボックスのモニタリング、④ハイリスク群への訪問相談および事例管理を実施。 結果 自殺率は、2012年29.5%、2013年23.9%、2014年24.4%、2015年25.5%、2016年19.8%に推移。

- 1) 自殺道具・手段の管理およびアクセシビリティを制限する。
 - ①自殺道具または手段として頻繁に用いられる方法の危険性を周知し、アクセシビリティを低減させる。
- 2) 自殺報道勧告基準を拡散し、WEB漫画・ドラマ等の文化コンテンツの自主規制を推進する。
 - ①放送・新聞・インターネット新聞社等の関係者を対象に自殺予防セミナーを開催し、全省庁に出入りする記者団を対象としたマスコミ報道勧告基準に関する教育等を実施する。
 - ②自殺を触発する危険除去のための自殺報道非公開原則の遵守および教育を実施する（警察庁）。

※正確な死因究明の前に自殺を断定する言及は制限し、自殺手段・場所は非公開とする等。
 - ③WEB漫画やドラマ自主規制ガイドラインを整備する（文化体育観光部、保健福祉部）。
 - ④「メディアにおける飲酒シーンのガイドライン」により自殺を助長する過度な飲酒文化を解消する（保健福祉部）。
- 3) 集団自殺の募集等、オンライン上における自殺有害情報の流通禁止および処罰根拠の整備を行う。
 - ①「情報通信ネットワークの利用促進および情報保護等に関する法律」または「自殺予防および生命尊重文化醸成のための法律」に基づき整備する。
 - ②自殺有害情報のモニターグループの拡大により有害情報の発見、通報、処理を活性化する。

表21 「情報通信ネットワーク法」に基づく
違法情報制限の現状

違法情報の種類	淫乱情報、恐怖心・不安感を誘発する情報の反復的伝達、法令により禁止されている射幸行為、国家機密等（第44条の7第1項各号） ※放送通信委員会が、情報発信者等における違法情報使用の拒否、また、違法情報の停止・制限を命令する権利を保持する。
任意	審議委員会の審議を経て命令（淫乱情報、射幸行為等7項目）
義務	中央行政機関の要請、審議に伴う是正命令、是正要求に対する不服申し立て
処罰	淫乱情報および恐怖心・不安感を誘発させる情報の反復的な伝達（1年以下の懲役、1,000万ウォン以下の罰金、第73条）、放送通信委員会の命令不履行（2年以下の懲役、2,000万ウォン以下の罰金、第74条）

4. 事後管理強化による自殺拡散予防

(1) 自殺未遂者のフォローアップ強化

表22 韓国の自殺未遂者フォローアップ支援の成果

全国	概要 全国27の救急病棟に専門人材を各2名配置し、自殺未遂者を対象に相談・事例管理を提供（救急病棟に来院した13,643人の自殺未遂者のうち、サービスに同意した6,159人（47%）を支援、2013年8月より1ヶ月間実施） 結果 サービスの非享受者の死亡率が14.6%に対し、享受者の死亡率は5.9%（2015年末まで） ※ 2017年現在、全国42の救急病棟に拡大施行中。
	概要 自殺未遂者および遺族支援のための「お休みバウチャー」カードを発給。 ※精神科クリニック、芸術公演、映画、美容院等、25の機関で使用可能であり、一世帯当たり40万ウォン（郡の100%支出）。2015年より実施 結果 自殺相談およびフォローアップの同意率が向上（2014年23%に対し、2015年46%）。

- 1) 救急病棟を訪れた自殺企図者のフォローアップを強化する。
 - ①救急病棟を基盤とした自殺未遂者のフォローアップ事業の実施機関の拡大（報酬の適用を検討）、事業実施機関の救急医療センターへの評価加点付与（1点）、民間連携による治療費支援（1人当たり最大300万ウォン）等によりサービス同意率を向上させる。

※2017年現在42ヶ所（相談人材各2人、8,000万ウォン支援）であり、2018年に52ヶ所とし、徐々に拡大していく。
 - ②救急病棟患者に対する自殺未遂状況に関するスクリーニングおよび自殺リスク評価を行い、医療関係者や救急救命士等に自殺未遂者への対応教育を実施する。
- 2) 救急病棟と地域社会間で、自殺未遂者に対する連携を活性化させる。
 - ①救急医療システム（NEDIS）・社会保障情報システム（幸福eウム）・精神健康事例管理システム（MHIS、2018年6月）間で、自殺未遂者の情報共有および相互依頼システムを構築する。
 - ②救急医療センターから精神健康福祉センターへ引き継いで連携した場合、インセンティブを提供する。
- 3) 自殺未遂等に対応可能な精神専門救急医療センターの指定を検討する。
 - ①自殺未遂者、自殺ハイリスク群、急性期精神疾患等者の精神科的救急患者に対応できる人材（精神保健専門要員）および隔離施設の整備が必要である。

※救急病棟に精神保健専門要員を常駐させるための運営費支援を検討。
 ※現在、救急医療に関する法律第29条に基づき、火傷（1ヶ所）、小児（2ヶ所）専門救急医療センターを設置している。

表23 精神救急医療センターにおける事例

米国	精神疾患救急センター (Psychiatric ED)
1)	救急病棟内に、精神科救急状況、自殺未遂者のための専門的な救急医療サービスを24時間、年中無休で提供する治療センターを設置。
2)	精神科救急状況に対する診療および初期評価、依頼サービスを提供。
3)	救急医学専門医、精神健康医学科専門医、看護師、医療ソーシャルワーカーにより構成。
日本	精神科救急病院
1)	地域別に担当病院を指定しており、精神科救急医療事業を実施し、救急処置が可能な精神科治療病院を設置。
2)	原則として精神病床数50病床以上の病院が指定されるが、身体の合併症治療が可能な病院（救急蘇生装置、除細動器、心電図、呼吸循環監視装置等の医療機器を装備）に限り20病床以上も指定可能。
3)	精神科専門医10～30人以内で構成され、精神科を基本として神経科、内科、外科、小児科等、10以内の診療科を設置。

②自殺未遂者等に対する救急医療機関の対応能力を強化し、退院時には地域社会の精神健康福祉センター等との連携を強化する。

4) 自殺に対する危機対応能力を向上させる（消防庁の協力による）。

①119番に自殺の通報履歴がある自殺企図者を別途登録・管理し、救急病棟に移送した自殺未遂者の情報を精神健康福祉センターに通知する。

②119番の通報受付担当および現場出動隊員を対象とした年1回以上の自殺対応教育の実施、消防公務員の教育課程用としての自殺予防内容を含むマニュアルの構成等を行う。

(2) 自死遺族支援の強化

1) 広域精神健康福祉センター別に自死遺族の担当を指定し、自死遺族の分かち合いの会の支援拡大や対象特性別に自助グループを活性化させる。

表24 ソウル市の自死遺族分かち合いの会「シラカバ」の運用事例

目的	自殺者の遺族に対する心理的・情緒的支援により、日常生活への早期復帰を支援する。
対象	自殺により家族や友人を亡くした成人（配偶者、子供、親、友人、隣人、同僚）。
内容	①個別サービス：哀悼（悲嘆、グリーフ）相談、治療支援、1:1のメンタリングサービス。 ②分かち合いの会：遺族の哀悼（悲嘆、グリーフ）過程の支援、月1回の集まり（※現在全国21の精神健康福祉センターで遺族グループを支援中）。

2) 自死遺族の心理相談・治療支援を強化し、「自死遺族の実態調査（2016年11月）」の結果を基に、事後処理支援等のサービス開発および支援を行う。

(3) 有名人の自殺に関する対応システムの構築

1) 芸能人および練習生等の精神健康増進および相談支援を実施する（文化体育観光部）。具体的には、芸能事務所所属の青少年芸能人（練習生を含む）に対する心理相談を支援する（1対1の相談、韓国コンテンツ振興院・大衆文化芸術支援センター）。

2) 有名人の自殺に対する省庁合同における対応システムを構築する。具体的には、保健福祉部、警察庁、放送通信審議委員会等による共同対応マニュアルを整備して対応する。

表25 対応マニュアルの構成案

警察庁	事件発生後、早急に関連部署の担当に通知する、事件のブリーフィング時に確認できなかった内容や自殺手段等に関する言及は自制する、報道資料に自殺報道勧告基準を遵守するように呼びかける、相談電話番号の掲載を要請する旨を含める等
保健福祉部	事件発生後、早急にマスコミ機関および記者団に協力を要請、報道モニタリングおよび対応、SNSおよびポータル掲示板のモニタリングおよび対応等
放送通信審議委員会	中央自殺予防センターへの業務協力およびポータルサイト等への自殺関連の書き込みに対する審議、自殺の描写関連の審議規定を遵守していない放送に対する審議および遵守呼びかけ等

5. 対象別の自殺予防の推進

(1) 労働者および失業者の自殺予防（雇用労働部）

1) 事業所を中心に自殺予防環境を醸成する。

①「生命尊重企業文化づくり」プログラムの提供、企業配布用マニュアルの開発、勤労福祉ネット

（www.workdream.net）による企業単位のうつ病および自殺リスク診断システムの構築アンケート、ワークショップ、キャンペーンの提供を行う。

②事業所の管理者、保健管理者を対象に自殺予防教育を拡大実施する。

*50人以上の事業所および800億ウォン以上の建設現場に6,408人を選任し、看護師、産業衛生技師等の資格保有者が、労働者の健康管理および作業環境管理等を担当する。

2) 感情労働者の保護を実施する。

①事業主・消費者の認識改善のための全国的なキャンペー

- ーンを推進する（年間50回）。
- ②サービス業の事業所を中心に労働者の感情労働水準を評価し、組織レベルの管理システム構築等を支援する専門家によるコンサルティングを提供する（年間1,000ヶ所）。
- ③コールセンター等の感情労働者を多数雇用している事業所や、うつ病、適応障害を発症した事業所の職務ストレス予防実態の点検を実施する（年間300ヶ所）。
- 3) 失業者および求職者を対象とした自殺予防事業を推進する。
- ①雇用センターが支援する失業者および求職者を対象に心理支援を行う際、自殺予防関連の内容を盛り込み、失業者家族に対する心理支援の拡大を検討する。
- ②雇用福祉センターの相談要員を対象とした自殺リスク評価方法、専門機関との連携策等、自殺予防相談の専門教育を実施する（保健福祉部の協力による）。
- ③「雇用政策基本法」第32条および第32条の2に基づく特別雇用支援業種または雇用開発促進地域に指定された場合、自殺予防相談支援を強化する。
- *当該業種および地域の労働者等に対して心理安定プログラムの支援や、自殺予防の相談支援を行う。
- 4) 職業的トラウマに対応するための専門相談システムを構築する（2018年より開始）。

①顧客による暴言・暴行、労働災害、同僚の自殺、性暴力・セクハラ等によるトラウマ対応のための専門相談支援を推進する。

②地方雇用労働基準監督署に依頼、または被害労働者の要請がある場合、専門相談プログラム（心理教育、相談、フォローアップ）を提供する。

5) 事業所における自殺事故発生後のフォローアップを実施する（2018年より開始）。

①長時間労働等の劣悪な勤労条件により事業所で自殺が発生した場合、労働基準監督官が調査を行い、必要に応じて専門的なトラウマ管理プログラムを提供する。

*地方雇用労働基準監督署と専門相談センターの協業による勤労環境改善と労働者の心理相談による日常復帰支援を並行して行う。

(2) 自殺リスクが特に高い対象者へのケアの強化

1) 退院した精神疾患者に対し、病院を基盤とするフォローアップモデルの開発および支援を実施する。

①病院または地域社会の精神健康専門要員が退院患者を訪問し、危機対処能力等を支援する。また、家族に対する教育も実施する。

*退院後1年以内の自殺率は100人当たり0.7人であり、一般人の自殺率（10万人当たり25.6人）の26.4倍、30日以内の自殺率は100人当たり0.2人であり、一般人の自殺率の7.5倍（2015年、OECDはそれぞれ0.4人、0.1人）である。

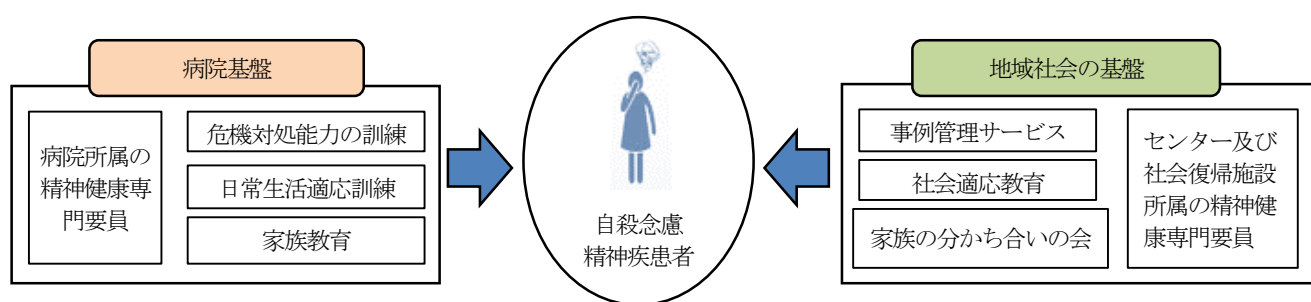


図27 退院した精神疾患者のフォローアップシステム

2) ト라우マのリスク等により自殺率が高い特殊職公務員の特別管理を実施する。

①**警察官** 「心寄り添いセンター」の拡大（6ヶ所から18ヶ所に拡大）、相談人材の配置拡大（1人から3人に拡大）、警察用自殺予防教育プログラムの開発および普及を行う。

②**消防官** 消防公務員の自殺者に対する心理学的剖検の実施、消防複合治療センターおよび心身健康修練院の建設を行う（消防庁）。

③**郵便配達員** 集配業務改善対策の策定、全職員のストレス診断および相談プログラムの運営、集配文化改善キャンペーンの推進等を実施する（郵政事業本部）。

3) 相談およびケア担当公務員および従事者を支援する。

①**社会福祉専任公務員**および自殺予防現場の精神健康専門要員等に対する精神健康増進および相談支援を推進する。

*「最近、1年以内に真剣に自殺を考えたことがある」と回答した割合は、自殺予防実務者 21.9%に対して一般人 5.2%であった（中央自殺予防センター、2016、自殺実態調査、2013）。

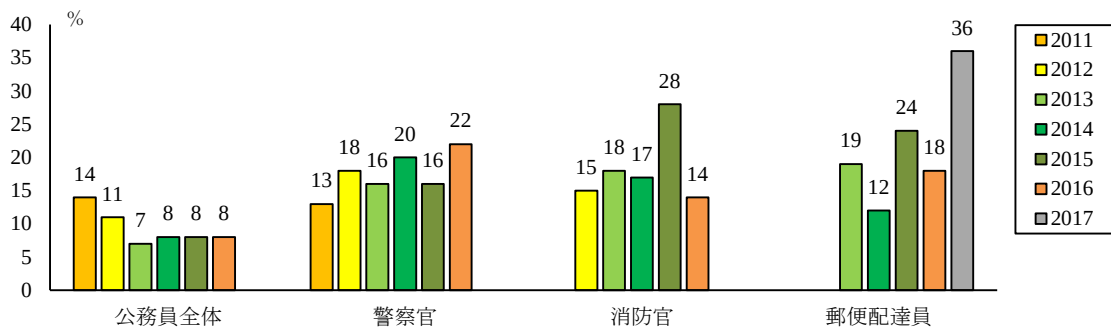


図28-1 自殺率の比較(2013-2016)

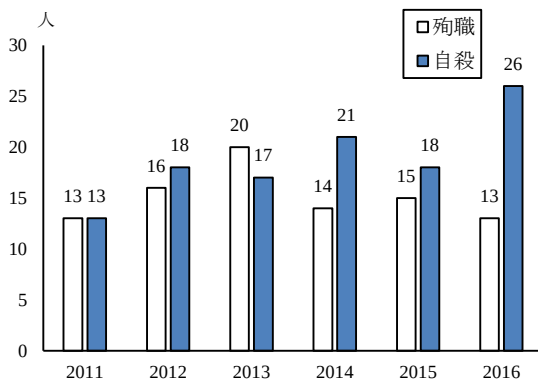


図28-2 警察官

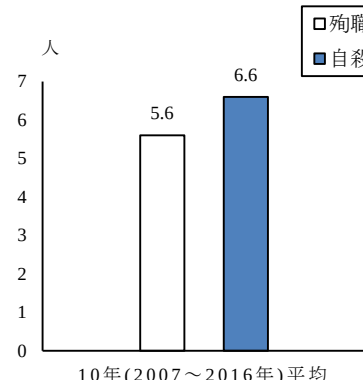


図28-3 消防官

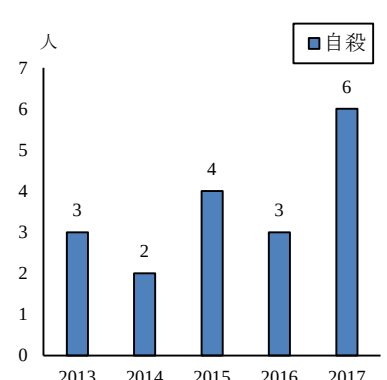


図28-4 郵便配達員

図28 特殊職群の公務員における自殺発生状況（10万人当たり）

(3) 年齢別自殺予防対策の推進

1) **高齢者** 一人暮らしの高齢者のための友達づくり事業の拡大する（2017年は80ヶ所5,000人であったが、152ヶ所全国に拡大）。また、認知症患者家族のための休息支援等として、認知症安心センター（全国252ヶ所）を設置・運営し、認知症患者家族相談や家族教室の運営、認知症家族の分かち合いの会（自助グループ）支援、認知症家族カフェの運営等を実施する。

2) **青年・壮年** 大学生、軍人、会社員、求職者、失業者の特性に合わせて心理支援プログラムを開発、支援する。

①**大学生** 大学相談センターの機能を強化するように促し、大学生自殺予防ゲートキーパーの教育および教養講義の活性化等を促進する。

*例) ソウル大学工学部は自殺予防ゲートキーパー教育を卒業要件に指定。

②**軍人** 自殺ハイリスク群に対する「識別・管理・治

癒」の段階的アプローチを強化する。

- a) 自殺ハイリスク群を見出すための人格検査を強化し（幹部を対象に、年1回から半年に1回へ）、全指揮官を含む全将兵を対象とする自殺予防ゲートキーパー教育の強化を実施する。

* 軍種別の特化教育プログラムの開発（空軍完了）、専門教官の養成システム改善等を行う。

- b) 「軍隊生活専門相談官」の拡大運営（2019年から2023年にかけて、大隊級の部隊に1人配置、現在383人であるところを650人以上に拡大予定）、「国防ヘルプコールセンター」相談官の増員および特殊職務従事者の所属機関間連結ネットワークを構築する。

* 陸軍GOP部隊等、勤務条件の劣悪な部隊を優先的に増員する。

- c) 軍における自殺死亡者の心理学的剖検の拡大（「部隊管理訓令（自殺予防分野）」を反映させる。現在は年間8～10人可能）を推進する。

- 3) 小・中学生 現在運用中である小・中学生の自殺予防システムを実用化し、相談・危機管理および教員の専門性強化を重点的に推進する。

- ①自殺予防システムの実用化：情緒および行動特性検査、相談により、自殺リスク群の生徒のスクリーニングを強化し、治療費支援による管理の活性化等を促す。

* 対象：小学校1、4年生の父母、中学・高校1年生

方法：オンラインまたは書面検査

結果：2016年は関心群3.2%、自殺リスク群0.5%、2017年は関心群4.6%、自殺リスク群1.0%

* 自殺ハイリスク群等に対して、1人当たり300万ウォンの治療費を支援する（生命保険社会貢献財団と連携）。

- ②チャット危機相談システムの構築：生徒のメディア活用特性を考慮し、時間的・空間的な制約がなく活用できる、モバイル端末によるチャット相談を実施する。

* 2018年にシステム開発、人材養成と運営マニュアル開発等の基盤造成、および試験運用を実施、2019年に運営システムの補完および拡散を予定。

- ③精神健康専門家による学校訪問事業の全国拡大：自殺未遂および自殺リスクが発見されても、社会的偏見や家庭の事情（認識不足、経済的事情等）により治療を受けられない生徒を管理するための圏域別管理チームを設置する。

* 精神科専門医、臨床心理士、精神保健看護師、社会福祉士、相談士、行政要員等により構成する。

- a) 精神健康の専門家が学校を訪問し、生徒相談や親、教師に対するコーチングを実施する。

- ④自殺原因の深層分析：青少年（19歳未満）心理学的剖検の専門要員の養成および安定的な推進基盤を造成する（教育部、保健福祉部、警察庁が協力）。

* 現在、教育部の青少年心理学的剖検専門要員を中心に推進中。

- ⑤教員の専門性強化：現職の教員に対する精神健康力強化研修を2018年までに完了させ、予備教員の養成課程に児童・青少年期の情緒・行動発達の理解と指導関連の教科目を開設・運営する（2018年3月）。また、教員養成課程業務便覧の改訂および実施、教員養成大学の運営状況を点検する（2018年7月）。

* 最近3年の教師研修現状は、2014年：136,901人、2015年：147,000人、2016年：153,677人

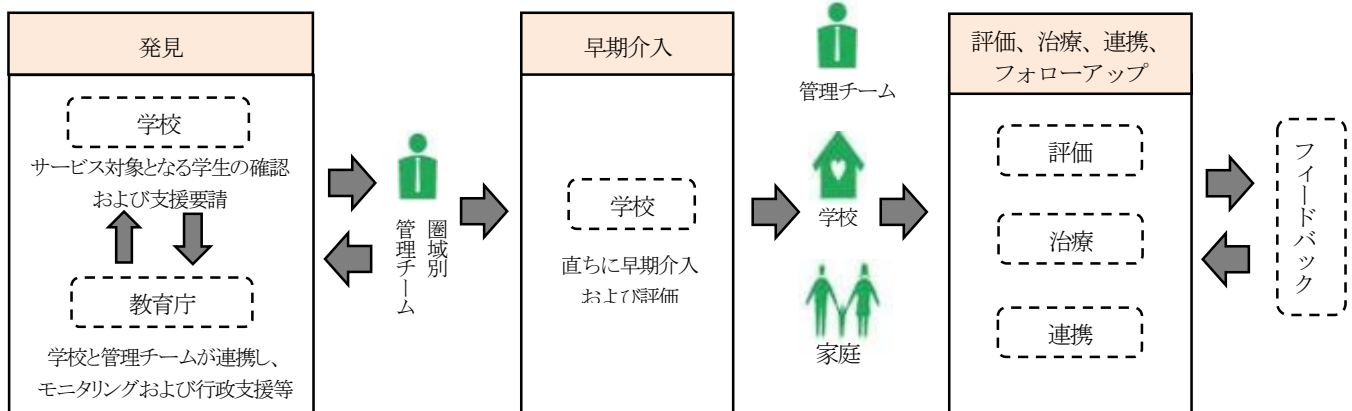


図29 精神健康専門家の学校訪問管理システム

4) **学校外青少年** 青少年指導者のゲートキーパー養成、青少年同伴者の配置拡大、1,388の青少年相談センターおよび学校暴力の通報電話（117）等の活用を通して、早期発見や、青少年統合支援システムによる特化型（寄り添い型）統合連携サービスの提供、学校外における青少年の自殺の現状把握および情報連携の強化等を行う。

* 青少年に関する専門事例管理者を、2017年の1,146人から2022年は1,522人へ拡大する。

①相談人材の専門性強化：青少年指導者を自殺予防ゲートキーパーとして養成する。

* 2017年現在、青少年指導士45,973人（2年ごとに15時間の補修教育）、青少年相談士15,574人（年8時間の補修教育）

②連携支援の強化：1,388の青少年相談センター（電話、チャット、サイバー）を通じた早期発見および自殺リスク対応専任の青少年同伴者の拡大、地域社会の青少年統合支援システム（CYS-Net）により学校外の青少年を含むリスクのある青少年に対する特化型連携サービスを提供する。

* CYS-Net構築：2017年224ヶ所、2018年226ヶ所、2022年248ヶ所予定。

* 青少年同伴者：2017年1,146人、2018年1,261人、2022年1,522人予定。

②「国民生命保護3大プロジェクト点検協議会（国務調整室長主宰）」を通じて、各省庁の自殺予防対策の履行実態を持続的に点検および管理する。補完が必要である場合は、「国政懸案点検調整会議（国務総理主宰）」に上程し、対策を整備する。

(2) **保健福祉部における自殺予防政策推進システムの強化**

1) 保健福祉部に自殺予防の専任部署を設置する。

2) 自殺予防専門委員会議の運営を活性化させ、関連部署合同で自殺予防政策コントロールタワーとして活用する。

3) 中央自殺予防センターと心理学的剖検センターを統合、公共機関として設置する策を検討し、公共性、専門性、雇用安定性を強化する。

* 自殺原因の深層分析および政策研究、事業開発および教育支援等の強化を推進する。

(3) **民官政策疎通機構「生命尊重・自殺予防政策協議会（仮称）」の構成**

1) 学会、宗教界、財界、マスコミ界等を包括し、全政府および民官合同で構成し、2018年新設予定の保健福祉部自殺予防政策課が事務局の機能を担当する。

* 2008年、民官合同で「自殺予防対策推進委員会」設置し、「自殺予防法」制定の契機となった。

2) 「自殺予防政策協議会（仮称）」は、生命尊重文化の醸成、社会統合と社会的支援システムの構築等、自殺予防課題の発見および協力システムとして活用する。

V. 推進基盤の整備

1. 中央レベルの自殺予防政策システムの整備

(1) 総理室主導の「全政府推進システム」の構築（国務調整室）

①2018年1月10日の大統領による新年の辞により、

「2022年までに、自殺予防、交通安全、産業安全等の3大分野の死亡を半数まで減らすことを目標に、国民生命保護3大プロジェクトを集中的に推進」する。

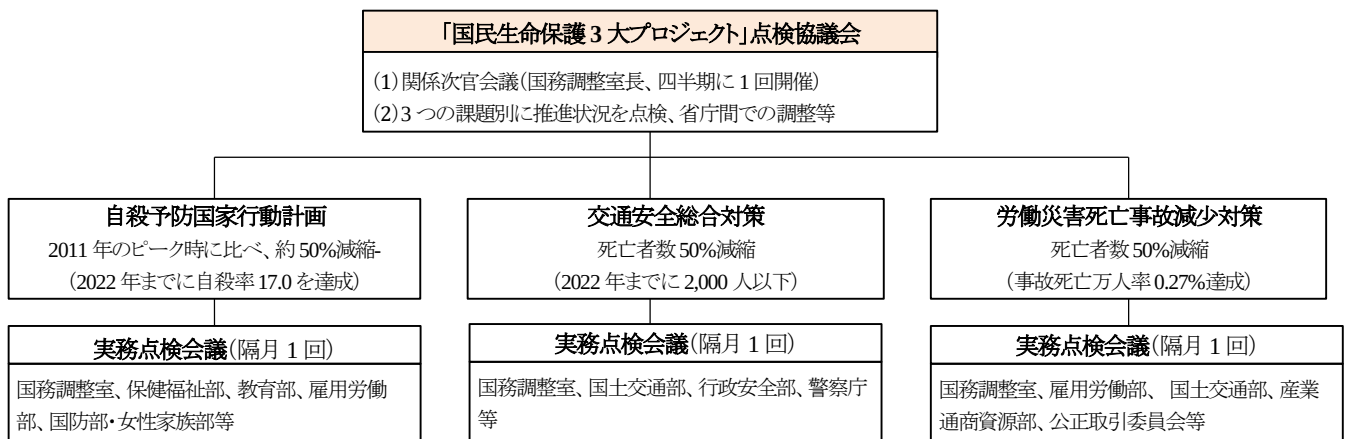


図30 点検協議会概略図

2. 社会認識の改善

自殺は「個人的な問題」であり「防ぐことはできない」という社会認識を改善する。

(1) 社会的観点による検討

社会的な関連から自殺問題を検討する人文学フォーラムの運営や人文学研究の拡大を実施し、その結果を政策に反映する。

* 社会統合と自殺計画および自殺率減少のための社会的支援システムの構築策等。

(2) 保健福祉部による国民参加型の自殺予防「大丈夫？キャンペーン」の拡大推進

- 1) 有名人の自発的な参加により実施中の「エアキス (AirKiss)」キャンペーン、オン・オフラインによる「大丈夫？」ハガキ送付、自殺予防パフォーマンス「フラッシュモブ」等を推進する。
- 2) 中・高校、大学を中心に、「郵便ポスト」キャンペーンおよび「大丈夫？フラッシュモブ」の拡散（教育部が協力）、宗教界の協力による拡散（文化体育観光部が協力）を行う。

(3) 自殺予防の公益広告配信および新聞、放送による自殺報道時に相談電話番号の掲載推進（自殺予防法第18条改正、保健福祉部）

* 児童福祉法第24条「児童虐待予防のための広報映像配信の義務化」を参照されたい。

(4) 自殺予防認識改善広報の活性化

政府機関間の協業により、自殺予防認識改善広告を活性化させる。具体的には、国家所有媒体を活用した自殺予防キャンペーンの広報活動（文化体育観光部が協力）、鉄道公社等の民間機関による協力を活性化する。

VI. 今後の計画および協力要請

1. 今後の計画

(1) 「自殺予防国家行動計画」の本格的推進

- 1) 法令および制度改善が必要な事項を除く行政的措置は直ちに着手し、推進する。

* 自治体の「2017自殺予防対策施行結果」の評価および結果公表（2月）、警察庁資料を活用した自殺者全数調査等を行う。

- 2) 2019年予算案の反映、立法措置の必要事項等の推進を行う。

(2) 「自殺予防国家行動計画」の四半期別点検・評価

国務調整室における四半期別の点検および評価を実施し、点検結果の未達事項の補完および必要に応じて追加対策を整備する。

(3) 「生命尊重・自殺予防政策協議会（仮称）」の設置

「生命尊重・自殺予防政策協議会（仮称）」の構成および結団式を通じて、対策を持続的に補完する。

2. 協力要請事項

(1) 各省庁の所管課題の積極的な実施

(2) 協力システムを維持

「自殺予防国家行動計画」の円滑な推進のための協力システムを維持する。具体的には、企画財政部における事業別予算の確保、行政安全部における自治体の責任性向上、文化体育観光部等における民官協業システムの構築および運営、文化体育観光部における自殺予防キャンペーン等を実施する。

（ 受付 2018.6.15
受理 2018.8.25 ）

<参考資料>

参考1 自殺予防政策の海外事例

* 「自殺予防文化、生命愛システム構築のための事業モデル開発研究」（安全生活実践市民連合、韓国自殺予防協会、2017）の内容を基に作成。

フィンランド	主な内容	1) 心理学的剖検を大々的に実施し、これを基に国家自殺予防戦略を策定、施行したところ、自殺率が半数以下に減少した（自殺率は、1990年は30.2人であったのに対し、2014年は14.1人）。 *心理学的剖検（psychological autopsy） 死亡前の自殺者の心理、行動および変化を、身近な人々の証言と記録により検討し、自殺の具体的原因を検証する手法。 *5万人の専門家を投入し、1年間（1987年～1988年）で自殺死亡者の全1,366人の心理学的剖検を実施した。 2) 国家自殺予防戦略の主な特徴として、①自殺ハイリスク群の早期発見、②治療機関間の連携、③マスコミの自殺関連報道自制、③対象に応じた特化型プログラムの運営が挙げられる。
	示唆点	国家レベルの大々的な心理学的剖検により効果的な自殺予防対策を策定している。また、多様な組織および機関の緊密なネットワーク・協力システムを形成している（中央政府、地方政府、学校、民間団体、地域組織等）。
イギリス	主な内容	1) 自殺予防のため、別に国家戦略を策定する等、自殺予防を社会問題として認識し、積極的戦略を策定（自殺率は、2013年は7.5人、OECD平均は12.2人であった）。 2) 国家自殺予防戦略の主な特徴として、①ハイリスク群におけるリスクの減少、②特定集団の特化型アプローチ、③自殺手段に対するアクセシビリティの低減、④遺族支援の強化、⑤大衆メディアの報道改善、⑥研究およびデータ収集が挙げられる。 *鉄道施設管理の公共機関とパートナーシップを結び、ポスターやリーフレットを配布する。また、「Man on the Ropes」自殺予防キャンペーンを実施する。
	示唆点	国家レベルの中核目標を設定し、長期計画を基に修正および補完を行い、社会的変化に応じて自殺予防政策を推進している。
日本	主な内容	1) 自殺予防専任組織の構成および積極的な投資により、過去12年間で自殺率が30%減少した（自殺率は、2003年は27.0人だったのに対し、2015年は18.9人であった）。また、年間自殺者数は1万人減少し（2003年は34,427人だったのに対し、2015年は24,025人）、OECD自殺率は2位から5位となった（2015年）。 *「自殺対策推進本部」を構成した（2016年に内閣府から厚生労働省へ移転）。 2) 自殺予防政策の主な特徴として、①自殺問題に対する社会的関心の拡大、②自殺ハイリスク群の管理強化、③地域社会中心のアプローチ強化、④自殺予防への積極的な予算投入が挙げられる。 *日本の自殺予防予算（億ウォン）：2013年2,873、2014年3,614、2015年7,837、2016年7,927
	示唆点	自殺対策基本法を根拠に、積極的に予算を投入し、持続的かつ実質的な自殺予防事業を展開している。

オーストラリア	主な内容	1) 全国民を対象に、実用性、アクセシビリティの強化、地域社会資源の活用を強調した自殺予防対策を策定した（Living is for Everyone : LIFE） *オーストラリアの年間自殺者数は、1990年13.4人、2012年11.4人、2013年11.2人である。 2) 国家自殺予防戦略の主な特徴として、①1次的保健ネットワークに基づく地域的アプローチ、②全国国民危機支援サービス、③原住民とTorres Strait Islander住民の自殺予防戦略を含む、④自殺および自殺企図者のフォローアップが挙げられる。 *大都市以外の地域住民を対象に、地域衛星通信およびラジオ放送連合会議の主管のもとで自殺予防キャンペーンを実施。毎月20回、2分前後。 *自殺予防支援プログラムの予算はAUD 3,700,000、また、自殺予防事業を担当するNational Menter Health Commissionの予算はAUD 6,478,000である。
	示唆点	自殺予防からフォローアップまで、各段階別の介入戦略を策定し、潜在的リスク群からハイリスク群までの統合的サービスを提供している。
米国	主な内容	1) 自殺予防を国家の優先課題として設定し、自殺予防基金支援法を制定した結果、自殺率が減少した（1990年13.1人、2002年11.3人、2013年13.1人）。 *自殺予防プログラムへの投入予算は、2016年\$60,032,000、2017年\$88,032,000であった。 2) 国家自殺予防戦略の主な特徴として、①健康で、エンパワーメントされた個人、家族、地域社会、②臨床および地域社会の予防サービス、③専門的治療および支援サービス、④国家監視システム、調査研究、評価が挙げられる。 *全国民を対象に、地域センターと連携してサービスを提供する自殺予防相談電話の構築および運営を実施（24時間ホットライン）。
	示唆点	研究開発の重要性の強調および拡散、プログラムの効果性評価等により、根拠に基づく実行を強調している。

参考2 自殺予防政策の需要

調査概要	期間	2017年10月24日～10月31日
	概況	全国計16の道・市、計88の市・郡・区が新規課題を提出。
調査結果	対象	高齢者（37）、自殺未遂者等（29）、児童・青少年（16）、中・壮年（15）の順であった。 *高齢者対象のものとして、敬老堂の高齢者を対象にしたゲートキーパー教育、高齢者うつ検査および相談、高齢者の生命保護メンタリング支援、一人暮らし高齢者の精神健康プログラム実施等が挙げられた。
	内容	機関間の連携・治療要求（112）、その他特化事業（90）、ゲートキーパー養成（88）の順であった。ゲートキーパー養成対象については、教師・公務員（18件、34%）、実務者（12件、22.6%）、就労者（9件、17.0%）、里長・統長（6件、11.3%）の順であった。 *連携・治療要求として、警察庁との協力システムの構築、医療機関との連携、福祉・公共機関との連携、移動相談、集団相談、治療費支援、サイバー相談等が挙げられた。
	特徴	高齢者を対象とする事業が多く、自殺検診、相談、治療費支援等の医療的アプローチに重点を置いている。

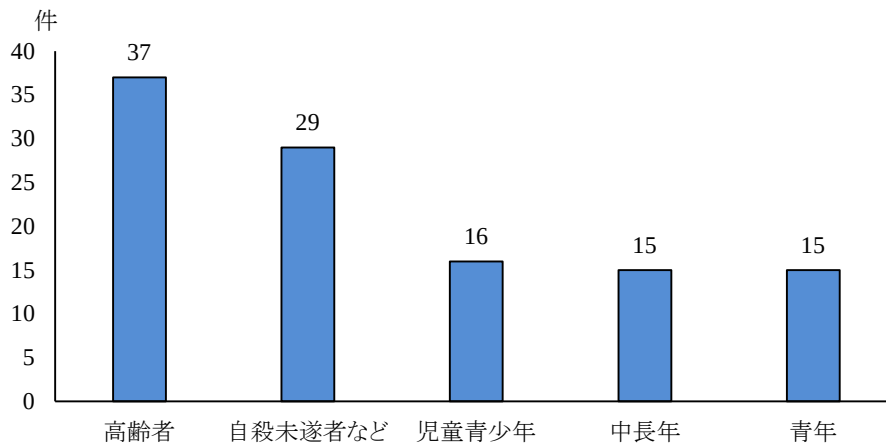


図31-1 サービスの対象

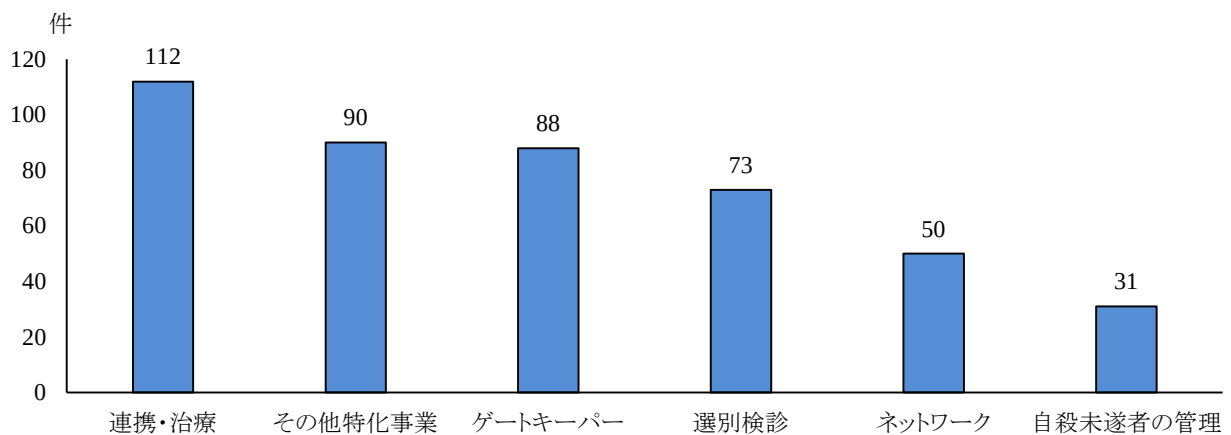


図31-2 サービスの内容

図 31 自治体による自殺予防関連の新規課題提出状況

参考3 年齢による自殺率の変化

国家	9歳以下	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	基準年度
カナダ	0.1	5.5	11.6	12.3	15.3	16.3	11.0	11.1	10.0	2011
フィンランド	0.0	5.6	22.2	19.3	18.5	24.0	19.1	18.4	16.7	2013
アイルランド	0.0	3.9	11.7	13.4	16.3	20.0	12.8	9.8	3.0	2013
日本	0.0	4.6	20.5	21.5	24.2	27.5	24.4	26.1	26.1	2013
メキシコ	0.0	4.1	7.9	6.8	6.1	5.3	4.9	5.4	5.5	2013
ノルウェー	0.0	2.2	12.6	13.2	13.8	17.3	14.9	10.1	10.9	2014
ポーランド	0.0	5.2	13.2	16.3	23.4	29.8	23.7	15.8	14.3	2012
韓国	0.0	4.6	17.3	28.2	33.5	36.7	37.1	58.3	72.1	2014
イギリス	0.0	1.9	6.8	10.4	13.1	12.3	7.6	6.5	8.2	2013
アメリカ	0.0	5.4	14.5	15.6	18.4	20.3	16.3	16.3	19.2	2014
OECD 平均	0.0	3.8	10.8	12.6	16.5	19.2	16.6	18.4	21.7	

*自殺死亡者数（WHO）、標準人口（OECD）により算出。なお、韓国の数値は自殺死亡者数（統計庁）により算出。

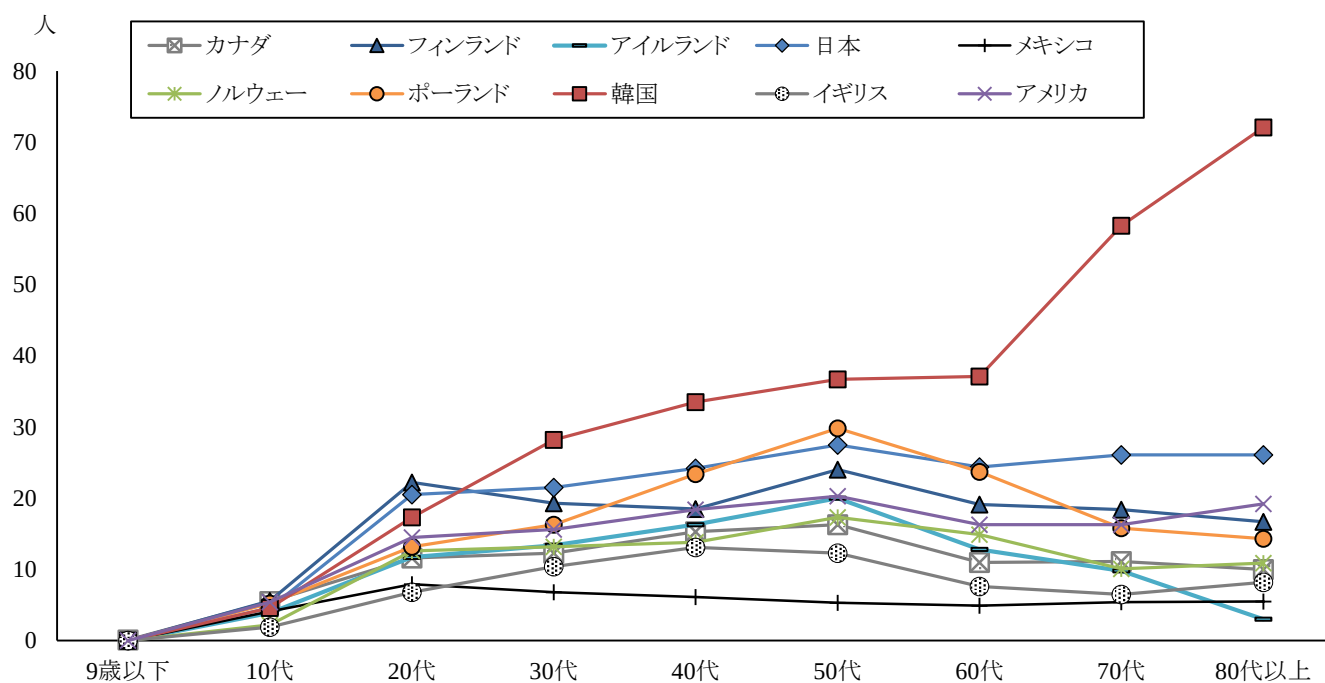


図 32 年齢別自殺率の現状

参考4 自殺予防「ゲートキーパー」の優先養成対象 (1,475,755人)

区分	人数
地域住民	
里長・統長	95,819 * 地域社会保障協議会委員として在任中の里長・統長は10,302人
公務員	1,029,538 * 邑・面・洞の地域社会保障協議会委員在任者は7,476人
邑・面・洞地域社会保障協議会委員	57,577
中・高校教師	中学校109,525、高校135,427 * 邑・面・洞の地域社会保障協議会委員在任者は1,011人
自営業者	8,459
訪問サービス従事者	
訪問看護師	1,533
独居高齢者生活管理士	8,402(2017年12月現在、9,168人)
医療給付管理士	530
相談専門家	
青少年相談センター	720
Weeセンター	1,012
雇用センター	3,999
認知症センター	5,286
児童保護専門機関	1,033
マイホームセンター(住居福祉)	158
医療人材	
精神医療機関従事者	16,737

参考5 政府運営公共センターの機関別概況

相談および事例管理の提供機関	
機能	リスクを抱える対象者および相談希望対象者に対し、診断、相談、治療サービスおよび深層心理検査の提供、個別支援計画の策定等、特化型事例管理サービスを提供する。
現状	Weeセンター（教育部）等、全国に993ヶ所にあり、従事者数は9,627人。 *認知症安心センター、発達障害者支援センター、青少年相談福祉センター、中毒管理統合支援センター等が含まれる。
虐待予防および権益擁護機関	
機能	脆弱層を対象に、虐待および暴力からの保護やケアサービスを提供する。また、高齢者および児童対象の予防サービスを提供する。
現状	児童保護専門機関（保健福祉部）等、全国に296ヶ所あり、従事者数は3,077人。 *児童保護専門機関、高齢者保護専門機関、性暴力相談所、ヒマワリセンターが含まれる。
直接的サービスおよび給付提供機関	
機能	特定脆弱層（韓国入りした北朝鮮脱出住民：脱北者、乳幼児、高齢者等）に対して直接的サービスおよび給付提供等の機能を担当する。
現状	地域児童センター（保健福祉部）等、全国に1,116ヶ所あり、従事者数は6,807人。 *地域児童センター、脱北住民地域適応センター、家庭委託支援センター、寄付食品等支援センター、育児総合支援センター、生活自立センター、学校外青少年支援センターが含まれる。
情報提供および申請・連携機関	
機能	庶民金融機関、就業申請や斡旋、資源の連携および雇用福祉サービス等の関連情報の提供を主な機能とする機関である。
現状	地域児童センター支援団（保健福祉部）等、全国に589ヶ所あり、従事者数は31,301人。 *地域児童センター支援団、マイホームセンター、雇用センター、健康保険公団、国民年金公団、障害者雇用公団、勤労福祉公団が含まれる。

参考6 政府運営の公共センター一覧

区分	所管部署	名称	設置状況	施設数	従事者数	平均従事者数	年間利用者数
相談および事例管理機関	教育部	Weeセンター	市・郡・区設置	177	1,012	6	256,522
	保健福祉部	自殺予防センター	国家、市・道知事、市・郡・区庁長	29	208	7	-
	保健福祉部	認知症安心センター	国家、市・郡・区	256	5,286	19	-
	保健福祉部	発達障害者支援センター	国家、市・道知事	18	160	9	5,201
	保健福祉部	精神健康福祉センター	国家、市道知事、市・郡・区庁長	225	2,016	9	390,283
	保健福祉部	中毒管理統合支援センター	自治体	50	225	5	9,408
	女性家族部	青少年相談福祉センター	地方自治体	224	720	3	186,000
虐待予防および 益擁護機関	保健福祉部	児童保護専門機関	国家、市・道知事、市・郡・区庁長	61	1,033	17	29,674
	保健福祉部	高齢者保護専門機関	国家、市・道知事	31	248	8	12,009
	女性家族部	性暴力相談所	国家、市・道知事、市・郡・区庁長	167	1,379	9	158,029
	女性家族部	ヒマワリセンター	女性家族部權益政策課	37	417	11	26,878
直接的サービス・支援機関	統一部	脱北住民地域適応センター	統一部、16広域市・道	23	94	4	15,217
	保健福祉部	公立型地域児童センター	市・郡・区庁長	57	167	3	106,668
	保健福祉部	家庭委託支援センター	国家、市・道知事	18	181	10	児童12,907 親10,183
	保健福祉部	敬老堂広域支援センター	市・道知事	16	81	5	-
	保健福祉部	寄付食品等支援センター	保健福祉部	441	720	1.6	個人740 施設15,282
	保健福祉部	育児総合支援センター	国家、市・道知事、市・郡・区庁長	96	2,899	30	7,724,875 (重複含む)
	保健福祉部	生活自立センター	国家、市・道知事、市・郡・区庁長	263	2,104	8	32,860
	女性家族部	学校外青少年支援センター	国家、地方自治体	202	561	3	5,400
	保健福祉部	地域児童センター支援団	国家、市・道知事	17	77	5	-
	金融委員会	庶民金融統合支援センター	庶民金融振興院 信用回復委員会 韓国資産管理公社	39	333	8.3	751,021
情報提供および申請・連携機関	国土交通部	マイホームセンター	韓国土地住宅公社(LH)	42	158	4	152,811
	雇用労働部	雇用センター	国家、市・道知事、市・郡・区庁長	94	3,999	42	2,779,188
	健康保険公団	健康保険公団	健康保険公団	178	14,009	78	-
	国民年金公団	国民年金公団	国民年金公団	109	5,654	51	-
	障害者雇用公団	障害者雇用公団	障害者雇用公団	31	734	24	求人数70,530 求職者数44,192 就業者数20,415
	勤労福祉公団	勤労福祉公団	雇用労働部	79	6,337	80	-

*年間利用者数：2016年1月～12月における年間利用実績

参考7 自殺予防における推進課題リスト

番号	推進課題	主管部署（協力省庁）	推進期間
1. 自殺原因 科学的根拠に基づく戦略的アプローチ			
	5年間（2012～2016年）に発生した自殺死亡者7万人の全数調査		
1-1	1) 警察庁の捜査記録を活用した自殺原因の深層分析	保健福祉部（警察庁、海洋警察庁）	2018年2月～
	2) 心理学的剖検の活性化および高度化	保健福祉部（行政安全部、警察庁、教育部）	2018年3月～
	国家自殺動向監視システムの構築		
1-2	1) 「国家自殺動向監視システム」の構築	統計庁（警察庁、海洋警察庁、教育部、保健福祉部）	2019年
	2) 新類型の自殺者マイクロデータの確保および活用	統計庁、警察庁	2019年
	根拠に基づく自殺予防政策推進のための自治体支援		
1-3	1) 自治体の根拠に基づく自殺予防政策の推進支援	保健福祉部	2018年1月～
	2) 地域特性を反映した自治体主導の事業推進支援	保健福祉部	2018年1月～
	効果性の高い自殺予防プログラムの拡散		
1-4	1) 科学的根拠に基づく自殺予防プログラムの認証制確立	保健福祉部	2018年8月～
	2) 自殺予防関連の研究およびR&Dの拡大	保健福祉部	2019年～
2. 自殺ハイリスク群の発見 自殺ハイリスク群発見のための全社会的ネットワークの構築			
	自殺予防ゲートキーパー養成による自殺に対する国民意識の向上		
2-1	1) 全国民対象のゲートキーパー教育	保健福祉部（行政安全部）	2018年1月～
	2) ゲートキーパー教育対象者別の差別化した教育および活用推進	保健福祉部、教育部	2018年6月～
	社会保障サービス提供機関間の連携強化による自殺ハイリスク群の発見		
2-2	1) 虐待予防および権益擁護機関／相談・事例管理機関	教育部、保健福祉部	2018年3月～
	2) 直接的サービス・給付提供機関／情報提供および申請・連携機関	保健福祉部、金融委員会、国土交通部	2018年3月～
	3) 市・郡・区の希望福祉支援団による統合事例会議の強化	保健福祉部	2018年1月～
	うつ病検診およびスクリーニング強化		
2-3	1) 国家健康診断によるうつ病検診	保健福祉部	2018年1月～
	2) ローカルクリニック等によるうつ病スクリーニングの拡大	保健福祉部	2018年1月～
3. 積極的介入・管理 積極的な介入・管理による自殺リスクの除去			
	自殺ハイリスク群に対する行き届いた支援システムの構築		
3-1	1) 精神健康事例管理システム構築および運営	保健福祉部	2018年6月
	2) 保健・福祉サービス間の連携活性化	保健福祉部	2018年6月～
	3) 負債負担および破産等の経済的危機に直面した対象者の特別管理	金融委員会（保健福祉部）	2017年11月～
	4) 地域社会の人的セーフティーネットを活用した社会的関係回復および支援連携	保健福祉部（行政安全部）	2018年6月～
	地域社会の精神保健サービスに対するアクセシビリティの強化		
3-2	1) 地域社会単位でのサービス提供基盤の整備	保健福祉部、行政安全部	2018年3月～
	2) 自殺予防相談サービス利用の活性化	保健福祉部	2018年6月～
	3) うつ病治療アクセシビリティおよび持続的治療の強化	保健福祉部	2018年1月～
	自殺触発リスク要因の除去		
3-3	1) 自殺道具・手段の管理およびアクセシビリティ制限	農林部、山林庁、産業通商資源部、環境部、国土交通部	2018年2月～
	2) 自殺報道勧告基準の拡散および文化コンテンツの自主規制	警察庁	2018年6月～
	3) オンライン上の自殺有害情報の流通禁止および処罰根拠の整備	保健福祉部	2018年6月～

番号	推進課題	主管部署（協力省庁）	推進期間
4. フォローアップ支援 フォローアップ強化による自殺拡散予防			
	自殺未遂者のフォローアップ強化		
4-1	1) 救急病棟を基盤とする自殺未遂者のフォローアップ強化	保健福祉部	2018年3月
	2) 救急病棟 - 地域社会の連携活性化	保健福祉部	2018年3月
	3) 精神専門救急医療センター指定の検討	保健福祉部	2019年～
	4) 消防庁の対応能力向上	消防庁（保健福祉部）	2018年3月～
	自殺が繰り返されないための自死遺族支援の強化		
4-2	1) 自死遺族の分かち合いの会の活性化	保健福祉部	2018年～
	2) 自死遺族支援サービスの開発	保健福祉部	2018年3月
	有名人の自殺事件対応システムの構築		
4-3	1) 芸能人および練習生等の精神健康増進および相談支援	文化体育観光部	2018年1月～
	2) 有名人自殺事件に対する省庁合同の対応システム構築	保健福祉部、警察庁	2018年3月～
5. 対象別予防政策 対象別の自殺予防推進			
	勤労者および失業者の自殺予防		
5-1	1) 事業所中心の自殺予防環境醸成	雇用労働部	2018年3月～
	2) 感情労働者の保護	雇用労働部	2018年3月～
	3) 失業者・求職者を対象とする自殺予防事業の推進	雇用労働部	2018年3月～
	4) 職業的トラウマ対応のための専門相談支援	雇用労働部	2018年6月～
	5) 自殺事故が発生した事業所のフォローアップ	雇用労働部	2018年6月～
	自殺リスクが特に高い集団に対するケアの強化		
5-2	1) 退院した精神疾患患者に対するフォローアップモデルの開発および支援	保健福祉部	2018年6月～
	2) 特殊職公務員支援の強化	警察庁、消防庁、科学技術部、保健福祉部	2018年1月～
	3) 相談およびケア従事公務員・従事者への支援	保健福祉部	2018年6月～
	年齢別の自殺予防対策の推進		
5-3	1) 高齢者 一人暮らし高齢者および認知症患者家族の支援	保健福祉部	2018年3月～
	2) 青・壮年 特性に合った心理支援プログラムの開発	保健福祉部	2018年3月～
	3) 大学生 相談センターおよびゲートキーパー教育等の活性化	教育部	2018年3月～
	4) 軍人 自殺ハイリスク群に対する段階的アプローチの強化	国防部	2018年1月～
	5) 小・中学生 学校自殺予防システムの実用化等	教育部	2018年3月～
	6) 学校外青少年 青少年統合支援システムによる特化型統合連携サービスの提供	女性家族部	2018年3月～
6. 推進基盤の整備			
	中央レベルの自殺予防政策システムの整備		
6-1	1) 総理室主導の「全政府推進システム」の構築	国務調整室（保健福祉部）	2018年1月～
	2) 保健福祉部の自殺予防政策推進システムの強化	保健福祉部	2018年1月～
	3) 生命尊重・自殺予防政策協議会の構成	保健福祉部	2018年1月～
	自殺予防の広報およびキャンペーン		
6-2	1) 自殺問題に対する人文学的研究の拡大	保健福祉部	2018年3月～
	2) 「大丈夫？キャンペーン」の拡大推進	保健福祉部（文化体育観光部）	2018年1月～
	3) 自殺予防公益広告の配信および新聞・放送報道時に相談電話番号の掲載推進	保健福祉部	2018年6月～
	4) 政府機関間の協業による広報	保健福祉部（文化体育観光部）	2018年3月～

原 著

カンボジアにおける自殺の状況と自殺対策

藤田幸司*1、金子善博*1、松永博子*1、崎坂香屋子*1、本橋 豊*1

要旨 世界保健機関(WHO)協力センターとして、西太平洋地域事務局(WPRO)に属するカンボジアにおける精神保健及び自殺対策の取り組みの現状と課題について現地調査を通じて明らかにし、日本の先進的な自殺対策の提供と協力関係の構築を行うことを目的に訪問を実施した。

2017年12月5日から9日にかけてカンボジアを訪問し、カンボジア保健省(Ministry of Health: MoH)、WHOカンボジア事務所、現地NGO団体TPO(Transcultural Psychosocial Organization)、国際協力機構(Japan International Cooperation Agency; JICA)の協力者との協議・ヒアリングを行った。その結果、カンボジアは、1970年以降の内戦及びポル・ポト政権下のクメール・ルージュによる大量虐殺によって、医療従事者の激減等、保健サービスを支える基盤および社会基盤も壊滅的打撃を受けたため、現在でも精神医療の専門病院がなく、精神保健分野は人材育成、法整備をはじめとして取り組みが立ち遅れている。精神科医の数は少なく、精神科による医療の提供は都市部に限定されているため、地方ではメンタルヘルスサービスの提供ができていない。また、ポル・ポト政権下でのクメール・ルージュによる大量虐殺が、人々の心の健康に現在も影響を与えている。社会における精神疾患に対する偏見、差別も非常に強い。紛争終結後のカンボジア政府も、メンタルヘルスサービスの整備・推進の必要性は認識しているものの、上述の特殊性に加えて保健医療政策において、母子保健対策や感染症対策が優先されてきたことなどにより、メンタルヘルス対策は非常に遅れている。精神保健分野に関する統計システムの整備は急務であるが、自殺対策については、自殺による死亡に関するデータの報告、登録システムが確立されておらず、ほとんど何も行われていないのが現状である。精神保健・自殺対策分野においては統計システム構築の支援や自殺報告システムの確立、あるいは精神医療専門の拠点づくりへの支援、ゲートキーパー研修の実施や自殺対策としての多様な啓発手法などへの技術協力も可能と思われる。精神科医や精神科専門の看護師が圧倒的に不足しているカンボジアの精神保健・自殺対策の推進においては、日本の総合的な自殺対策の手法が有効であると考えられる。したがって、包括的自殺対策としての自殺対策基本法や自殺総合対策大綱などの法体系とともに、地域自殺対策の推進ツール(地域自殺実態プロファイルや地域自殺対策政策パッケージなど)を提供及び情報発信していくことが国際協力として有効であると考えられる。

Keywords : カンボジア、メンタルヘルス、自殺対策、NGO、統計システム

1. 目的

世界では毎年約80万人が自殺により死亡しており、自殺による死亡者数は世界の全死亡の1.4%を占め、全死因では17位である(2015年)¹⁾。自殺による死亡の78%は中低所得国で発生しており、成人1人の自殺による死亡には、20人以上の自殺企図があると指摘されている²⁾。世界の疾病負荷(Global Burden of Disease)の14%は精神・神経・物質使用障害に起因すると考えられ、それらに罹患した人の75%は低所得国に居住し、必要とする治療へのアクセスを有していない³⁾。

世界保健機関(World Health Organization: 以降、WHO)はこれらを踏まえ、2008年にMental Health Gap Action Programme (mhGAP)を立ち上げ、精神保健分野の課題について先進国と開発途上国が共通の場で議論し、技術協力を含め開発途上国での精神保健の改善に取り組んできている³⁾。WHOは、Mental Health Action Plan 2013-2020を策定(2013年5月のWHO総会で採択)し、“No health without mental health”という標語も掲げられた⁴⁾。この行動計画では、2020年までに自殺死亡率を10%低下させるという目標が掲げられている。

一方、国連は2015年9月、ニューヨーク国連本部において、「国連持続可能な開発サミット」を開催し、190

*1 自殺総合対策推進センター

を超える加盟国首脳に参加のもと、2016 年から 2030 年を対象とする「持続可能な開発目標」(Sustainable Development Goals:以降、SDGs)を採択した。SDGs は、17 の目標と 169 の達成指標から構成され、このうち第 3 目標の「すべての人々に健康と福祉を」(Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) の 3.4.2 には自殺死亡率が達成指標として採択された⁵⁾。今後は先進国とともに開発途上国でも、精神保健分野の改善指標として自殺率の推移が明らかにされていくこととなる。

自殺総合対策推進センターは、WHO 協力センター (WHO Collaborating Center :以降、WHOCC) であることから、WHO 西太平洋地域事務所 (WHO Western Pacific Regional Office :以降、WPRO) に属する他国との精神保健および自殺対策における連携・協力が重要なミッションとなっている。今回、WPRO の加盟国の 1 つであるカンボジアにおける自殺対策の取り組みの現状と課題について現地調査を通じて明らかにし、日本の先進的な自殺対策の提供と協力関係の構築を行うことを目的に訪問を実施した。

カンボジアは、①精神医療の専門病院がなく、精神保健分野は人材育成、法整備をはじめ取り組みが立ち

遅れている、②1970 年代後半のポル・ポト政権下でのクメール・ルージュによる大量虐殺が、人々の心の健康に現在も影響を与えているとの報告が多数あることなどから、WHOCC として支援すべき優先度は高いと考えられる。

2. 方法

2017 年 12 月 5 日から 9 日にかけて、自殺総合対策推進センターは WHOCC として、WPRO に属するカンボジアを訪問し、自殺対策の取り組みの現状と課題について、カンボジア保健省 (Ministry of Health:MoH) の Dr. Chhit Sophal、WHO カンボジア事務所の Dr. Liu Yunguo、Dr. Yel Daravuth、現地 NGO 団体 TPO (Transcultural Psychosocial Organization) の Dr. Chhim Sotheara、国際協力機構 (Japan International Cooperation; JICA) の岩本あづさ氏、野中愛恵氏等との協議・ヒアリングを行った。訪問調査時に入手した資料や、WHO による報告書、協議・ヒアリングの記録に基づき検討した。

訪問調査の日程及び協議を行った相手等は表 1 の通りである。

表 1 訪問調査の日程及び協議内容等

年月日	場所	協議内容	協議・聞き取りを行った相手
2017 年 12 月 5 日	WHO カンボジア事務所	カンボジアにおける精神保健および自殺の現状及び統計などについて	Dr. Liu Yunguo, M.D., MPH. WHO Representative and Head of Country Office in Cambodia
12 月 6 日	カンボジア保健省	カンボジアにおける精神保健および自殺の現状及び自殺対策、将来の協力関係構築について	Dr. Chhit Sophal, M.D, Psychiatrist, Director Department of Mental Health and Substance Abuse. Ministry of Health,Cambodia
		カンボジアにおける母子保健対策について	Dr. Azusa Iwamoto, M.D., MSc. Chief Advisor (JICA) National Maternal and Child Health Center
12 月 7 日	WHO カンボジア事務所	カンボジアにおける精神保健及び自殺対策の取り組みの現状と課題について	Dr. Yel Daravuth, M.D. National Professional Officer of Tobacco Free Initiative, Substance Abuse and Mental Health
12 月 9 日	Transcultural Psychosocial Organization (TPO) Cambodia	カンボジアにおける精神保健の現状及び NPO による自殺対策の取り組みの現状と課題について	Dr. Chhim Sotheara, M.D., M.P.M., Ph.D. Senior Consultant Psychiatrist, Executive Director of Transcultural Psychosocial Organization (TPO) Cambodia

3. 結果

(1) カンボジアの概要

カンボジアはインドシナ半島にあり、タイ、ラオス、ベトナムと国境を接している。カンボジアの主な経済・保健・教育指標は表2に示す通りである⁶⁾。人口は1,558万人、合計特殊出生率は2.6となっており、人口は増加傾向にある。国民の約97.1%はクメール語を母語としており⁷⁾、成人識字率は74%となっている。また、初等教育就学率は90%を超えるものの、中等教育就学率は男子40%、女子37%にとどまっている⁶⁾。国民の97.7%が国教である仏教を信仰しており、イスラム教は1.1%、キリスト教は0.5%程度と推定されている⁷⁾。人口構成は若年層が多く、カンボジア国民の平均年齢は24.0歳（2015年）である⁸⁾。1人当たりの年間国民総所得（GNI）は1,020米ドル（2015年）であり⁶⁾、世界銀行の分類では2015年に初めて低所得国から低所得国（lower middle income economies, 1,026-4,035 USD）に移行した。2011-2014年における実質GDP成長率は年平均7%を維持し、経済は順調に推移している。平均月収を基準として一定収入未満で算定される貧困率は、2008年34.0%、2010年22.1%、2012年17.7%と減少傾向にある⁹⁾。

表2 カンボジアの主な経済・保健・教育指標

人口（2015年）	1,558万人
1人当たりGNI（2015年）	1,020米ドル
平均余命（2015年）	69歳
5歳未満児死亡率（出生1000当たり）	29
合計特殊出生率（TFR）（2015年）	2.60
成人識字率（2009年-2014年）	74%
中等教育就学率（2010年-2014年）	男子40%* 女子37%*

*統計年度が異なっている

（出典：UNICEF, The State of the World's Children 2016）

(2) カンボジアの保健医療制度と精神保健分野、自殺対策の現状と課題

1) カンボジアの保健医療制度と精神保健分野の状況

カンボジアでは、1975～1979年のポル・ポト政権時代に、フランス植民地時代に導入されていた西洋医学が否定された。また、当時の人口800万人のうち、推定200万人から300万人がクメール・ルーージュによつ

て虐殺（飢餓なども含む）され、特に教師や医師などの知識階級はほとんどが虐殺されたため、ポル・ポト政権後に近代西洋医療システムが再開されたものの、1980年代の医療の中心は伝統的治療であった。1990年代に入り、カンボジア政府保健省が近代西洋医学としての精神保健システムを再開させ、国際機関やノルウェーのオスロ大学からの支援のもと、精神科専門医の教育プログラムや一般医の教育、精神科看護師の養成、精神科外来などのメンタルヘルスサービスの提供などを推進してきた¹⁰⁾。

1991年の和平協定後、初の国家保健政策として、保健省により「国家保健戦略計画 2003-2007（Health Strategic Plan : HSP1）」¹¹⁾が2003年に策定された。HSP1は、「全てのカンボジア国民、特に女性と子どもの健康改善を目的として保健セクターを発展させ、それにより貧困解消や社会経済の成長に貢献する」ことを最終目標に、カンボジアミレニアム開発目標（CMDGs : Cambodian Millennium Development Goals）の指標に沿った数値目標を掲げ、6つの優先分野（①保健サービスの供給、②行動変容、③質の向上、④人材育成、⑤保健財政、⑥組織制度）とそれぞれの戦略を定めた。

「国家保健戦略計画 2008-2015（HSP2）」¹²⁾では、HSP1に引き続き、全ての国民、特に貧困層、女性、子どもの健康改善に取り組むこととし、3つの重点目標（①母子保健、②感染症、③非感染症とその他の健康問題）が掲げられた。メンタルヘルスは薬物乱用などとともに、「③非感染症とその他の健康問題」に含まれた。HSP2には、HSP1になかった具体的数値目標を定め、成果と進捗をモニタリングする枠組みを含んでいるのが特徴である。「国家保健戦略計画 2016-2020（HSP3）」¹³⁾では、HSP2の3つの重点目標が継続され（保健システムのニーズに即した改善が追加され、4つの重点目標となった）、メンタルヘルスに関しては、「うつ病の成人受療率を2015年の2%から、2020年には50%に引き上げる」といった数値目標が掲げられている。協議を行った保健省のDr. Chhit Sophalによれば、カンボジアにおける保健戦略では、まだ母子保健や感染症対策に重点が置かれており、精神保健対策は必要ではあるものの、不十分であり遅れているということであった¹⁰⁾。

次に、医療サービスについてであるが、カンボジアは民主化後の 1995 年に策定された保健サービスカバレッジ計画¹⁴⁾に基づき、1995 年以降は人口 10-20 万人に 1 つの「保健行政区」(operational health district)で公的医療サービスを提供している。1 つの保健行政区には最低 1 か所の郡病院が設置され、さらに州レベルでは地域中核病院 (リファラル病院) が設置されている。また、人口 1-2 万人ごとに 1 ヶ所の保健センター (Health Center) を、人口 2000-3000 人程度に 1 ヶ所の保健センター支所 (Health Post) を設置することを定めている。2014 年のデータ¹⁵⁾によれば、全国に 88 の保健行政区があり、国立病院・州病院が 8 施設、地域中核病院 (リファラル) が 98 施設、診療も行う保健センターが 1105 ヶ所、保健センター支所が 1,049 ヶ所となっている (表 3)。貧困層を対象とした医療扶助制度である Health Equity Fund (HEF) があるが、基本的に診療費は受診者負担であるため、医療機関はフリーアクセスであり、患者に評判の良い病院には患者が殺到し、長い待ち時間が日常的となっている。民間医療保険制度はあるが、加入者数は極めて限られている。

2016 年時点で、カンボジアには医師養成大学が 4 校しかない¹⁶⁾。2013 年から、歯科医師、薬剤師、看護師 (学士) の国家卒業試験制度が開始され、2014 年からは医師の国家卒業試験制度が導入されている。医師が常時勤務しているのは地域中核病院以上であり、保健センター、保健センター支所は診療を行うが、助産師、看護師が診療にあたっている⁷⁾。

2014 年の WHO Human Resources for Health Country Profiles CAMBODIA によれば、カンボジア全土における医師総数は 2,144 名 (人口 1000 人当たり 0.15 人: 2011 年)、看護師 (Graduate, Registered, Professional 合計) は 5,389 名 (人口 1000 人当たり 0.38 人: 2011 年)、助産師は 2,053 名 (人口 1000 人当たり 0.15 人: 2011 年) であり、医療人材は極めて限られている¹⁶⁾。人口 1000 人当たりの医師の数では前掲のデータと異なる年次の国際比較であるが、近隣のアジアの途上国と比較しても少ない¹⁷⁾。

表 3 カンボジア病院等施設数 (2014 年)

OD (保険行政区) 数	88
病院の総数	106
国立病院・州病院	8
地域中核病院 (その他の地域病院)	98
保健センター	1,105
保健センター支所	1,049
ベッド	12,249

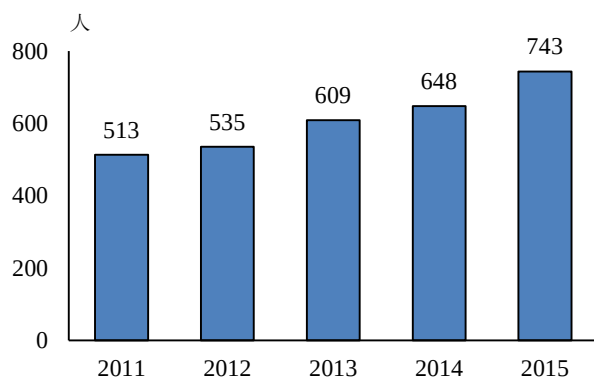
(出典: カンボジア保健省)

現在もカンボジアにおける人口 1000 人あたりの医療人材は極めて少なく、特に医師はポル・ポト政権期に多くが殺害されたか、早期に海外に避難した者が多かった。精神保健専門の医師は特に限られ、民主化した現在でも、WHO による最新のデータではカンボジア全土でわずか 56 名 (民間で働く精神科医を加算すると 60 名)、精神科専門の看護師は 40 名 (民間で働く専門看護師を加算すると 43 名)、心理士として働く人材は 1,100 名となっている¹⁸⁾。また WHO が実施し、カンボジア保健省で精神保健を担当する部署である精神保健・薬物乱用部門 (Department of Mental Health and Substance Abuse) が回答した精神保健分野の現況プロフィールによれば、カンボジアには国家精神保健計画 (National Mental Health Plan) はあるものの、自殺対策に関する国家計画は存在しない。また精神保健分野の国家政策計画では、達成目標の数値化ははされており、2013 年以降改訂もされているが、精神保健分野における国家精神保健法などの法整備は未着手である。また成人とは異なる取り組みが求められる子どもや青年期を対象とした精神保健分野の開発計画、戦略も未策定である^{18,19)}。保健省の調査報告によれば、カンボジアには 2016 年時点で精神科専門の医療施設はなく、一般総合病院の外来部門、また一般病棟において入院治療も含めた形で精神疾患に対応している^{12,13)}。また、外来で精神医療に対応している施設は 65 病院、病院ではないが精神科に対応している診療所は民間も含めて 112 施設ある。特に、子ども、青年期の若者に精神科へのニーズの対応を行っている施設はカンボジア全体で 2 施設のみとなっている²⁰⁾。深刻な精神疾患者は全国で 1.1 万人程度と報告され、一般病棟での精神疾患に関連する措置入院としての入院患者数はゼロと

なっているが、精神疾患による一般病棟の入院患者数として 235 名が登録されている¹⁸⁾。

政府の支出ベースで精神保健分野への年間支出総額は約 300,000,000 リエル（約 74,300 米ドル、約 807 万円：2016 年）と報告されており、政府の保健分野の 0.02% を占めるに過ぎない¹⁸⁾。またその支出内訳は精神科専門の病院、病棟がないこともあり、多くは研修費目としての支出と記載されている。

深刻な精神疾患を抱える患者に対する支援策として、ごく一部のケースには政府が支援金を支給すると記載されているが、実際には極めて限られていると思われる。精神保健に関連するデータに関しても、カンボジアでは現段階では政府ベースのものが中心であり、民間ベースの情報は十分ではない。精神保健分野での重要なデータの 1 つである自殺者数等のデータに関しては、図 1 に示されているように国家警察が担当しているが、全国レベルの自殺についての実態は十分には明らかにされていない。



（出典：カンボジア国家警察）

図 1 カンボジアにおける自殺者数の推移
（2011 年-2015 年）

2) ポル・ポト政権期における大量の市民虐殺

カンボジアの精神保健や自殺対策で特記すべきことは、1970 年代から 20 年以上にわたる内戦、特に 1974-1979 年のポル・ポト政権下のクメール・ルージュ（人種、宗教、言語等を同じくする民族）による何の罪もない住民への大量虐殺である。当時の人口は約 800 万人であったが、そのうちの 200 万人から 300 万人のカンボジア国民が飢餓や虐殺で命を落としたといわれている（正確な数は現在も不明である）。当時の

ポル・ポト政権下では家族・親族間の密告制度によって虐殺への道筋がつけられたことから、人々の間での相互不信は現在も続いているといわれており、個人情報提供を拒む市民は今も多い。虐殺や拷問、目の前で家族・親族を殺戮されたこと等により、約 40 年が経過した現在でも多数のカンボジア国民が心に深い傷を負っているとされる²¹⁾。それらの体験は当時の成人たちのみならず、子どもたちのその後の生活や心の傷として深く残っている。そのため、住民の心のケアに現在も活動の重点を置く NGO 団体や²²⁾、日本の精神科医が中心となってカンボジア市民の心のケアの活動を行っている民間団体もある²³⁾。

2017 年 12 月にカンボジアを訪問した際に面会した現地の病院の R 医師は、JICA 派遣専門家を通じ悲惨な形で家族、親族を失った経験を語った。

Phnom Penh 市民だった 10 歳の R 医師は地方への移住を余儀なくされ、家族とともに 3 か月歩いて Prey Veng 州にたどり着いたが、途中の道端や川で多数の死体を見た。それでも生きるためには死体の折り重なる川の水を飲む他なかった。1979 年のポル・ポト政権崩壊後もカンボジア国内では内戦が 1993 年まで続き、準医師資格を取ってからも R 医師は政府職員として召集され戦地に半年単位で送られ、戦闘服に着替えて銃を構えた。戦地で日夜銃創や地雷被害者の治療にあたる日々で「前には地雷、後ろにはポル・ポトの残軍、どちらかに進むしかない」という絶望的な状況だった。森の開墾を命じられた周りの住民の多くがマラリアで亡くなっていったのも見た²⁴⁾。

3) カンボジアにおける自殺及び自殺対策の現状

1970 年代に当時の政権による大規模な市民虐殺という経験をしたカンボジアにおいては、多くの人が心に傷を負っているとの指摘がある²⁵⁾。その関連は必ずしも明らかにされていないが、人口 10 万人あたりの年齢調整済み自殺率は、WPRO 加盟 11 ケ国の平均が 8.45 なのに対し、カンボジアは 5.9 である（表 4）²⁶⁾。

保健省と WHO は 2017 年 4 月、カンボジアには現在約 50 万人がうつ病を発症している可能性があると発表した²⁷⁾。WPRO 加盟国中ではフィリピンが 3.7 と最も低い自殺率となっている²⁸⁾。

表4 WPRO 加盟国における人口 10 万人あたりの年齢調整自殺死亡率 (2016 年)

国名	人口 10 万人あたりの自殺率 (2016 年)
WPRO 地域平均	8.45
韓国	20.2
日本	14.3
モンゴル	13.3
ラオス	9.3
ベトナム	7.0
マレーシア	6.2
カンボジア	5.9
フィリピン	3.7

(出典: World Health Organization, Global Health Observatory data.)

政府による発表数という観点においては、カンボジア国家警察によって 2011 年から 2015 年に把握されている自殺者数が 2016 年に公表されている (図 1) ²⁸⁾。しかし、本データは国家警察が把握した自殺者数であり、カンボジアにおいては未だ自殺による死亡に関するデータの報告、登録システムが確立されていない。

次に、カンボジアを含む近隣アジア諸国における自殺率 (人口 10 万人当たりの年齢調整済み自殺率) と経済状態、医療者数の関連を示すと、医師数、一人当たりの年間収入で示した経済水準との間に負の相関は認められなかった (表 5)。カンボジア、ラオス、タイ、ミャンマー、ベトナム、日本の WPRO 加盟国では、最も医師数の多い日本が最も高い自殺率を示しており、医師の数が少ないことが高い自殺率と相関があるとはいえないことを示している。

表5 カンボジアとアジア近隣国の人口 1000 人当たりの医師の数と人口 10 万人あたりの自殺率

国名	1 人当たり年間総収入 (GNI, 米ドル, 2015 年) ^{a)}	人口 1000 人あたりの医師の数 (人) ^{b)}	自殺率 (人口 10 万人あたり、年齢調整済、2016 年) ^{c)}
カンボジア	1,020	0.143 (2014 年)	5.9
ラオス	1,660	0.491 (2014 年)	9.3
タイ	5,780	0.470 (2015 年)	12.9
ミャンマー	1,270	0.568 (2012 年)	8.1
ベトナム	1,890	0.821 (2016 年)	7.0
日本	42,000	2.367 (2014 年)	14.3

(出典: ^{a)} UNICEF, The State of the World's Children 2016、^{b,c)} World Health Organization, Global Health Observatory data)

4) コミュニティ・アプローチによるメンタルヘルス対策

紛争終結後のカンボジアでは、保健省が主導し、WHO のプライマリ・ヘルス・ケアの理念に準じたヘルスサービスの提供を推進してきたが、プライマリ・ヘルス・ケアを担う保健センターのサービスは、国家保健戦略計画の重点目標である母子保健対策や感染症対策に集中し、地域におけるメンタルヘルス対策はあまり進んでいないのが現状である。

前述の通り、精神科医はカンボジア全体でわずか 60 名、精神科専門看護師は 40 名程度しかおらず、主に都市部の医療施設に配属されている ¹⁸⁾。カンボジア政府保健省は、メンタルヘルスサービスを整備するにあたり、当初は海外からの支援を受けていたが、現在では現地 NGO 団体などの協力を受けて推進している。Dr.

Chimm Sotheara が代表を務める TPO Cambodia (1993 年にオランダで開始されたメンタルヘルスを中心とした国際 NGO 団体) は、1995 年にカンボジアの地方都市においてコミュニティ・メンタルヘルス活動を開始し、2000 年からは現地 NGO 団体としてローカルスタッフによって運営されている。TPO は、カンボジア文化に即したコミュニティ・メンタルヘルス活動 (介入事業) で大きな成果をあげており、また、Battambang 州において、全保健センターによるメンタルヘルス関連の教育、啓発を行っている。また、治療センターやトレーニングセンターを有し、精神疾患患者の治療や、他の国内外の NGO に対する研修なども行っている。コミュニティ・アプローチによるメンタルヘルス対策は、現在のところ、TPO が中心となって保健センターをベースにメンタルヘルスサービスを提供している

Battambang 州等に限定されているようであるが、地域における母子保健対策や感染症対策が大きな成果を上げていることから、保健センターによるメンタルヘルス対応とその役割は今後ますます重要となるであろう。

4. 考察

カンボジアは、1970 年以降の内戦及びポル・ポト政権下のクメール・ルージュによる大量虐殺によって、医療従事者の激減等、保健サービスを支える基盤および社会基盤も壊滅的打撃を受けたため、現在でも精神医療の専門病院がなく、精神保健分野は人材育成、法整備をはじめ取り組みが立ち遅れている。精神科医の数は少なく、精神科による医療の提供は都市部に限定されているため、地方ではメンタルヘルスサービスの提供ができていない。

また、ポル・ポト政権下でのクメール・ルージュによる大量虐殺が、人々の心の健康に現在も影響を与えていることが、周辺のアジア諸国の状況と比較して極めて特殊である。社会における精神疾患に対する偏見、差別も非常に強い。紛争終結後のカンボジア政府も、メンタルヘルスサービスの整備・推進は重要であるが、上述の特殊性に加えて、母子保健対策や感染症対策が優先されてきたことなどにより、メンタルヘルス対策は非常に遅れている。精神保健分野に関する統計システムの整備は急務であるが、自殺対策については、自殺による死亡に関するデータの報告、登録システムが確立されておらず、ほとんど何も行われていない。

そこで、今回の訪問における協議を踏まえ、カンボジアに対して日本が支援可能な精神保健、自殺対策における課題を整理する。

まず現在、カンボジアにおいて精神保健分野は、母子保健対策と感染症対策に比べて優先順位は低く、前述のとおり人材を含め予算規模も極めて小さい（74,300 米ドル、2016 年）。長期間にわたる国内紛争や、ポル・ポト政権下でのクメール・ルージュによる大量虐殺という歴史的経緯から、精神科専門の医療施設（病院）がなく、医師の養成機関が 1 つしかないこと、関連の法整備も未整備であることは、精神保健対策や自殺対策が当国において国家の重点開発課題として取り組まれるべき課題であるにも関わらず、ほとん

ど認識されずに放置されていることを示している。また、専門医の不足と医療システムが十分でないことに加え、精神疾患患者数や自殺者数などの全国レベルの統計システムも整備されていないことから、政策を立案するためのエビデンスも不足している。

同じ WPRO 加盟国であり、1990 年代のカンボジア民主化において一定程度の役割を果たした日本は、カンボジアの保健医療システムの改善、なかでも国民皆保険制度導入への支援や、精神保健・自殺対策においては統計システム構築の支援や自殺報告システムの確立、あるいは精神医療専門の拠点づくりへの支援、ゲートキーパー研修の実施や自殺対策としての多様な啓発手法などへの技術協力も可能と思われる。

日本のカンボジアへの支援は、1993 年の民主化以降積極的に実施されており、道路、港湾整備、橋梁、空港整備等大規模インフラを建設してきた。首都 Phnom Penh にある Chroy Changvar 橋（通称、カンボジア日本友好橋）は老朽化のため、現在中国の建設した第 2 橋の隣で改修工事が行われているが、現地調査中にこの橋からの飛び降りによる自殺が多発していることを複数回聞いた。改修工事において橋梁の柵の高さを高くする等、自殺手段を制限するための配慮についても、今後は 2 国間の技術協力事業において重視すべき視点と思われる。

精神科医や精神科専門の看護師が圧倒的に不足しているカンボジアの精神保健・自殺対策の推進においては、日本の総合的な自殺対策の手法が有効であると考えられる。したがって、包括的自殺対策としての自殺対策基本法や自殺総合対策大綱などの法体系とともに、地域自殺対策の推進ツール（地域自殺実態プロファイルや地域自殺対策政策パッケージなど）を提供及び情報発信していくことが国際協力として有効であると考えられる。

付記 本研究は、厚生労働省研究費補助金である障害者対策総合研究事業（精神障害分野）において実施された。開示すべき COI 状態はない。

〔 受付 2018.7.1
受理 2018.8.30 〕

参考文献

- 1) World Health Organization, Health Topics. Mental Health.
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 2) World Health Organization, Preventing Suicide: A Global Imperative World Health Organization, Geneva, 2014.
- 3) World Health Organization, mhGAP Mental Health GAP Programme World Health Organization Geneva, 2008
- 4) World Health Organization Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization, Geneva, 2013.
- 5) United Nations, The Global SDG Indicators Database.
<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/> (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 6) UNICEF, The State of the World's Children 2016. Children in a Digital World.
https://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2017_ENG_WEB.pdf (2018 年 6 月 3 日閲覧)
- 7) カンボジア国医療保障制度に係る情報収集・確認調査報告書
http://open_jicareport.jica.go.jp/pdf/12260949.pdf
(2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 8) Cambodia: Average age of the population from 1950 to 2050 (median age in years) .
<https://www.statista.com/statistics/438648/average-age-of-the-population-in-cambodia/> (2018 年 6 月 3 日閲覧)
- 9) World Bank. World Development Indicators, and the Bank staff estimates.
<https://data.worldbank.org/products/wdi> (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 10) Royal University of Phnom Penh Department of Psychology, Cambodian Mental Health Survey.
<http://tpocambodia.org/wp-content/uploads/2015/09/Cambodian-Mental-Health-Survey-2012-RUPP.pdf> (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 11) Cambodian Ministry of Health, Health Sector Strategic Plan 2003-2007.
http://www.racha.org.kh/rc2008/277/Eng_Summary.pdf
(2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 12) Cambodian Ministry of Health, Health Strategic Plan 2008-2015.
http://www.wpro.who.int/health_services/cambodia_nationalhealthplan.pdf (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 13) Cambodian Ministry of Health, Health Strategic Plan 2016-2020.
http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cambodia/cambodia_nhpsp_2016-2020.pdf (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 14) Cambodian Ministry of Health, Health Coverage Plan 2004 - 2005.
http://www.hiscambodia.org/public/fileupload/Health_Coverage_Plan_HCP_04_05.pdf (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 15) Cambodian Ministry of Health: Annual Health Financing Report 2014
<https://dfat.gov.au/about-us/publications/Documents/cambodia-ministry-of-health-annual-health-financing-report-2014.PDF> (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 16) World Health Organization, Human Resources for Health Country Profiles Cambodia.
http://www.wpro.who.int/hrh/documents/publications/wpr_hrh_country_profile_cambodia_upload_ver1.pdf (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 17) World Health Organization, Density of physicians (total number per 1000 population, latest available year)
http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/ (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 18) World Health Organization, Mental health ATLAS 2017 Questionnaire. (WHO Cambodia 事務所より入手)
- 19) World Health Organization, WHO Mental health ATLAS 2014 Cambodia.
http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/khm.pdf?ua=1 (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 20) Data from the Department of Mental Health and Substance abuse of the Ministry of Health (保健省より入手)
- 21) Transcultural Psychosocial Organization (TPO) Cambodia. Justice & Relief for Survivors of the Khmer Rouge.
<http://tpocambodia.org/justice-and-relief-for-survivors-of-the-khmer-rouge/> (2018 年 6 月 4 日閲覧)

- 22) Transcultural Psychosocial Organization (TPO)
Cambodia. Annual Report 2016, Phnom Penh, 2016.
- 23) 特定非営利活動法人途上国の精神保健を支えるネットワーク (SUMH : Supporters for Mental Health) .
<http://www.sumh.org/> (2018 年 6 月 15 日閲覧)
- 24) Iwamoto A: Protecting babies in Cambodia. The forefront of international cooperation in health and medicine and neonatal care. Neonatal Care. 2017; 30 (11) : 1081-1084.
- 25) Transcultural Psychosocial Organization (TPO)
Cambodia, My Testimony Life Stories of Cambodian Survivors of the Khmer Rouge Regime, Phnom Penh, 2015.
- 26) World Health Organization, Global Health Observatory data.
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en> (2018 年 6 月 4 日閲覧)
- 27) World Health Organization, Depression and Other Common Mental Disorders
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>
(2018 年 6 月 15 日閲覧)
- 28) Solution elusive Kingdom grapples with rise in suicides
<http://phnompenhpost.com/national/solution-elusive-kingdam-grapples-rise-suicides> (2018 年 6 月 4 日閲覧)

自殺総合政策研究投稿規定

本誌は、自殺総合対策推進センター（JSSC）が発刊するオープンアクセスジャーナルである。民学官連携による自殺対策の推進をはかり、学際的・国際的観点による研究成果、日常的な支援活動、エビデンスに基づく地域自殺対策など、自殺総合政策に関するテーマを扱った論文、報告、解説文等を幅広く掲載する。

1. 原稿の種別

原著論文、総説、活動報告（自殺対策に関する実践報告等）、資料、論壇、その他（掲載論文に対する意見等）であり、他誌に発表されていないものに限る。

2. 原稿の書式

A4 サイズ縦置き・横書きとし、1 頁当たり 25 字×32 行で作成する。書体は MS 明朝（英数字は半角とし、Times New Roman を使用）、フォントサイズは 10.5 ポイントを基本とする。

3. 執筆手続き

原稿は日本語で書かれたものとし、執筆要領に従うこと。提出時のファイル形式は MS-Word とする。

4. 執筆要領

(1) 要旨

400 字程度の和文要旨をつける。表題、氏名、要旨、キーワードの順に記すこと。キーワードは 5 個以内とする。

(2) 表題

1 ページ目の冒頭に記す。書体は MS ゴシックの太字、フォントサイズは 14 ポイント、中央揃えとする。副題がある場合は、主題の後ろにコロン（:）をつけて、続けて書くこと。

(3) 著者名

表題の後に、著者名（共同執筆者がいる場合はすべて）をフルネームで記載すること。著者名の右肩に上付きで番号を付し、著者名の一行下に番号と対応する著者の所属機関名を記すこと。

(4) 本文

著者名の後に、一行空けて続けて書くこと。原則として、緒言（背景、目的、意義等）、方法（研究計画、手続き等）、結果、考察、結論に分けて書く。見出しは、本文と同じフォントサイズのゴシック体とする。句読点は「、」「。」を用いる。

(5) 図表

本文中の該当箇所に挿入し、図および表それぞれに通し番号（例：図 1、図 2、表 1、表 2）をつける。白黒で作成し、原則としてそのまま掲載できる明瞭なものとする。また、写真は原則として用いないこと。

(6) 文献

本文中の該当箇所に上付きの番号（例：WHO の最新データ¹によると）で記し、本文の最後に一括して引用番号順に記載する。記載方法は下記の例を参照すること。

1) 雑誌

著者名・表題・雑誌名 発行年（西暦）；巻：頁-頁。

① 本橋 豊，金子善博，藤田幸司．高齢者の社会的孤立と自殺、自殺予防対策．老年精神医学雑誌 2011; 22: 672-677.

② Anthony B, Carrol P, Heather T. A guideline of evidence-based medicine. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 1995; 8(3):19-26. Doi:16.1011/c.polyn. 2016.10.013.

2) 単行本

著者名・表題・編者名・書名・発行所所在地：発行所・発行年（西暦）；頁-頁。

① 本橋 豊．よくわかる自殺対策—他分野連携と現場力で「いのち」を守る．東京：ぎょうせい．2015； 250-274.

② Doe T, Paxton A. Introduction to pathological science. Clifton Park (NY): Thomson Como Learning; 2005.

3) インターネットのサイト

他に適切な資料が得られない場合のみ文献として使用してもよい。サイト名およびアドレスを簡潔かつ明確に記載するとともに、アクセスした年月日も付記すること。

- ① 厚生労働省．自殺の統計：各年の状況 警察庁の自殺統計に基づく自殺者数の推移等（平成 29 年の年間速報値）．

http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200-000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/201712-sokuhou_2.pdf（2018 年 6 月 14 日閲覧）．

- ② World Health Organization. Suicide mortality rate [Internet]. Geneva: WHO 2017 Dec [cited 2018 Jan15]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>.

4) 新聞

著者名（記されている場合）．記事（または欄）名．新聞名．年月日；版（面）（デジタル版の場合は、アクセスした年月日も付記）

- ① 高木文一．命の叫びに声かけ 13 年．読売新聞（YOMIURI ONLINE）．2017 年 6 月 25 日．（2018 年 6 月 26 日閲覧）

- ② Chung, T. A guide to the management of mental illness. The New York Times [newspaper on the Inter net]. 2006 Dec 14. Available from: <http://www.nytimes.com> [cited 2016 Nov 4].

5. 原稿の表紙

原稿には表紙をつけ、表題、著者名、所属機関名、原稿枚数、図表の数、編集委員会への連絡事項、責任著者の氏名および連絡先（電話番号および電子メールアドレス）を記すこと。

6. 倫理的配慮

ヘルシンキ宣言および文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」あるいは他の適切な指針に従い、当該研究を実施した際に行った倫理面への配慮の内容及び方法、研究方法による研究対象者に対する不利益、危険性の排除や説明と同意（インフォームド・コンセント）に関わる状況等について、本文中に具体的に記入すること。倫理面の問題がないと判断した場合にはその旨を記入し、理由を明記する。また、倫理審査委員会の承認を得て実施した研究は、承認した倫理審査委員会の名称および承認年月日を記載する。

7. 査読及び原稿の採否

2 人以上の査読結果をもとに、編集委員会が採否を決定する。

8. 著作権

掲載された論文等の著作権は、JSSC に帰属する。「著作権委譲承諾書」に著者全員の記名および自署の上、提出すること。

9. COI 自己申告書

当該研究遂行や論文作成に際して、企業・団体等から研究費助成、試料提供、便宜供与などの経済的支援を受けた場合は、謝辞等にその旨を記載すること。また、すべての著者は投稿時に、「投稿時 COI 自己申告書」を提出すること。COI 状態がない場合も、謝辞等および自己申告書に「開示すべき COI 状態はない」などの文言を記載し、自己申告書を提出する。

10. 投稿料・掲載料

投稿料および掲載料は無料とする。

11. 問い合わせ

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 自殺総合対策推進センター

E-mail : jssc@ncnp.go.jp

自殺総合政策研究編集委員会

編集委員長	本橋 豊	自殺総合対策推進センター長
編集委員 (五十音順)	伊藤 弘人	独立行政法人労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所 過労死等防止調査研究センター長
	金子 善博	自殺総合対策推進センター 自殺実態・統計分析室長
	木津喜 雅	自殺総合対策推進センター 室長（国際連携担当）
	藤田 幸司	自殺総合対策推進センター 自殺総合対策研究室長
	藤原 武男	国立大学法人東京医科歯科大学大学院 歯学総合研究科 国際健康推進医学分野 教授
	藤原 佳典	東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム 研究部長

自殺総合政策研究 第1巻第1号

【発行日】2018年9月10日発行（年2回発行）

【ISSN】2433-6939（印刷版）／2433-2380（オンライン版）

【発行元】国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
自殺総合対策推進センター

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

E-mail : jssc@ncnp.go.jp