

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な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退院後の精神疾患患者 退院後、病院または地域社会の機関が危機対処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）

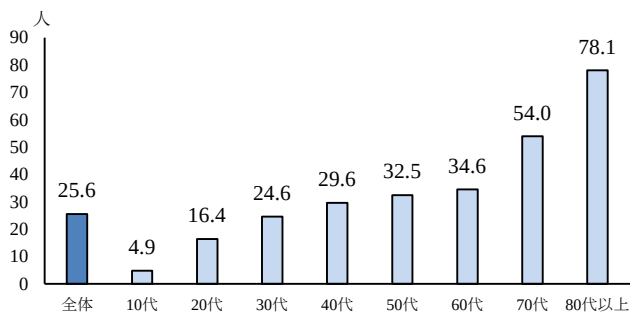


図1-1 年齢別自殺率 (2016)

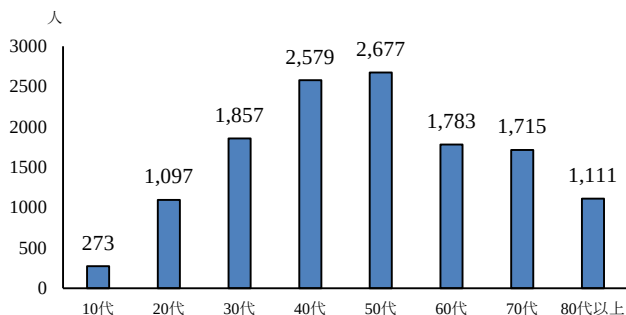


図1-2 年齢別自殺者数 (2016)

- 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	故意的自殺(自殺)	4.9	273
20代	故意的自殺(自殺)	16.4	1,097
30代	故意的自殺(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。

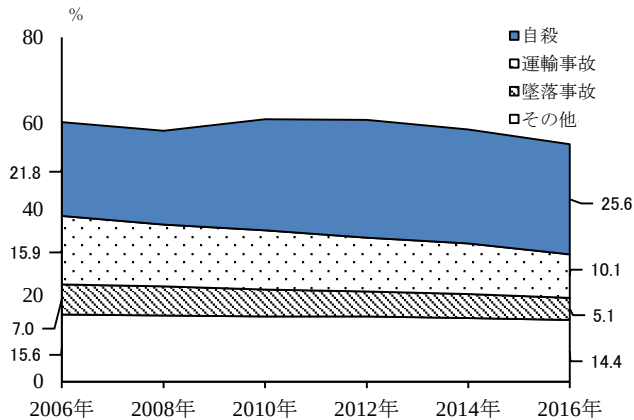


図3 死因による死亡率の推移 (2006-2016)

(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)

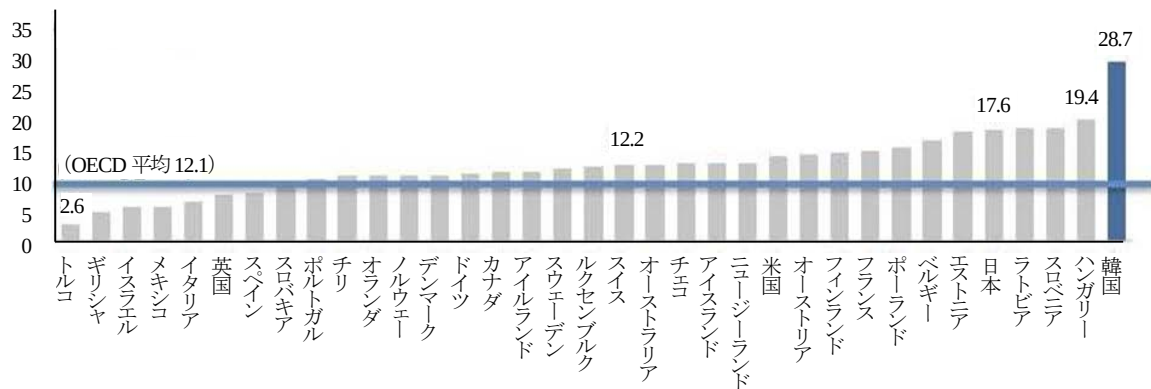


図4 OECD加盟国における自殺率の比較 (2017)



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。

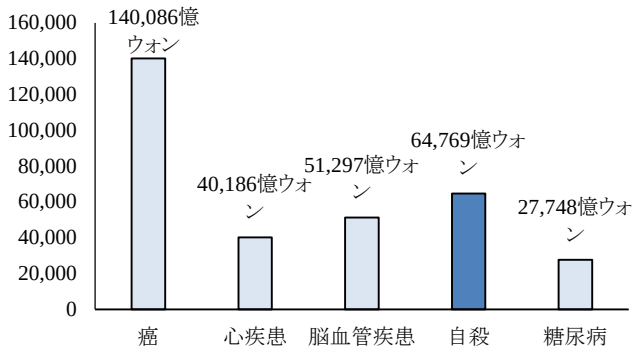


図6-1 主要死亡原因別の社会経済的費用

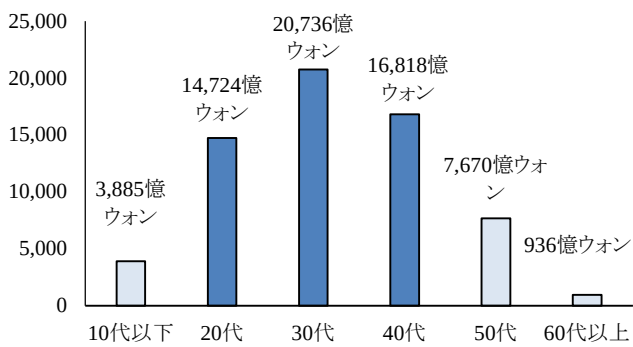


図6-2 年齢による自殺の社会経済的費用

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）。

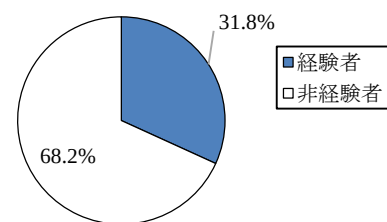


図7-1 周囲の人の自殺を経験した比率

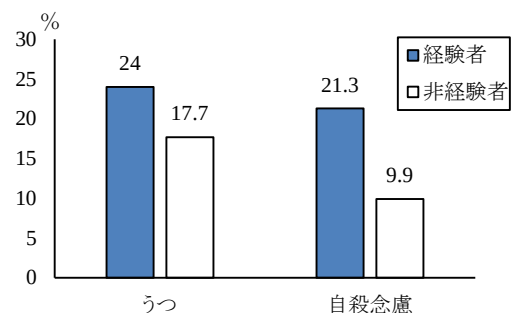


図7-2 周囲の人の自殺を経験することによる自殺リスク

- 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。

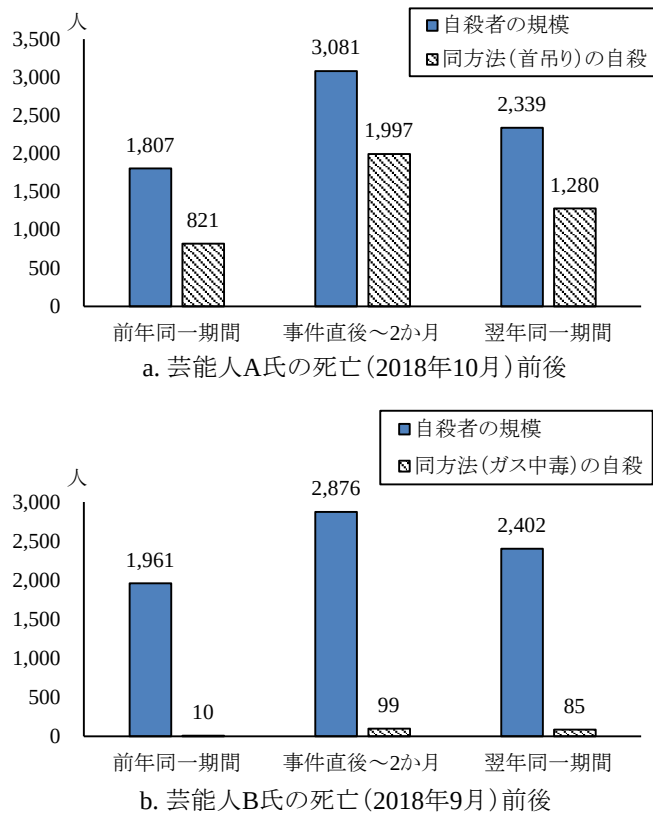


図8 主要芸能人の自殺と自殺者数の動向

(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。

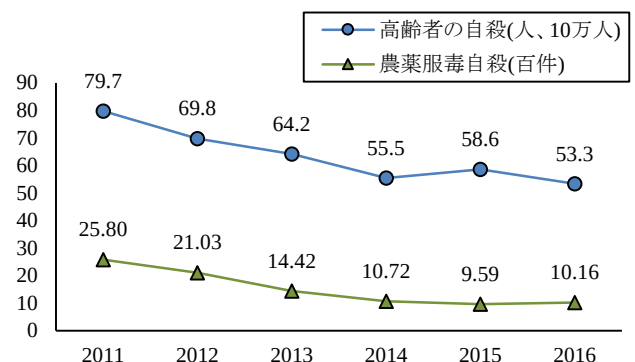


図9 高齢者の自殺率と農薬服毒自殺との関係(2011-2016)

(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。

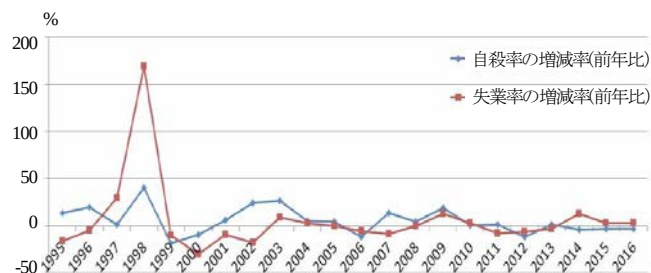


図10 失業率の変化と自殺率の変化（1995～2016）

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）。

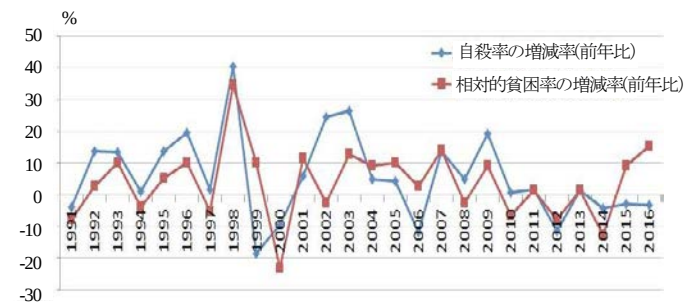


図11 相対的貧困率の変化と自殺率の変化（1991～2016）

*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）。

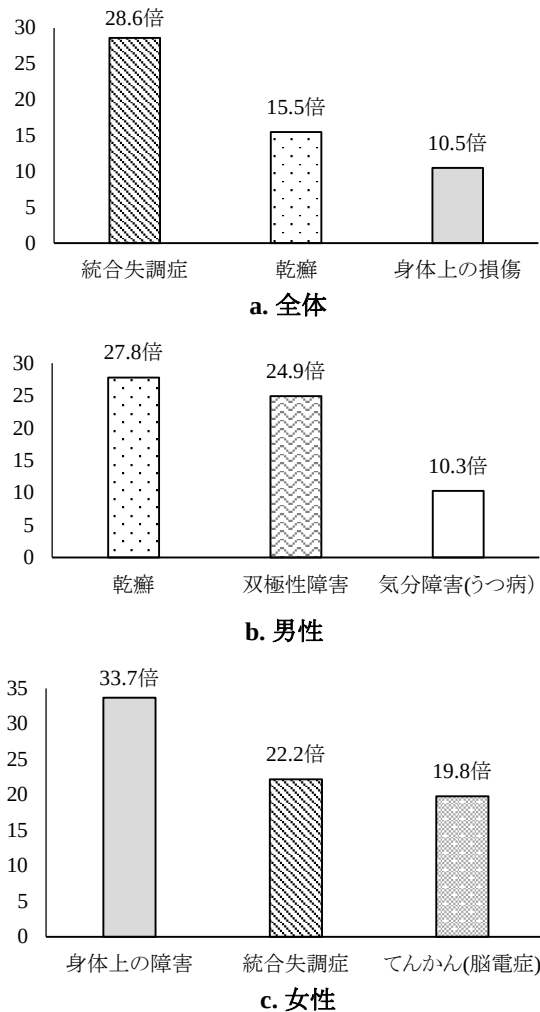


図12 疾病による自殺リスクの増加（一般人との対比）

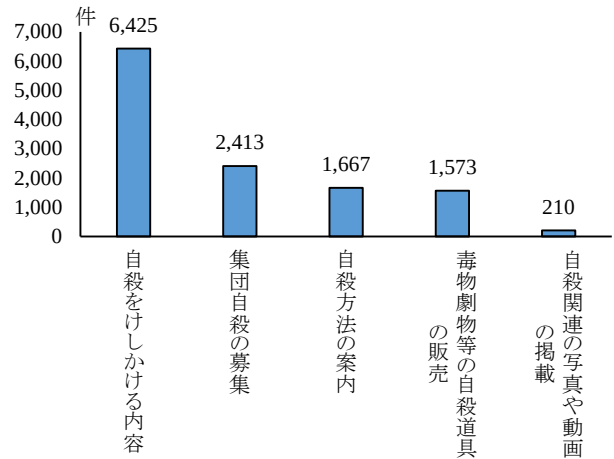
(3) 自殺問題に対する認識

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。

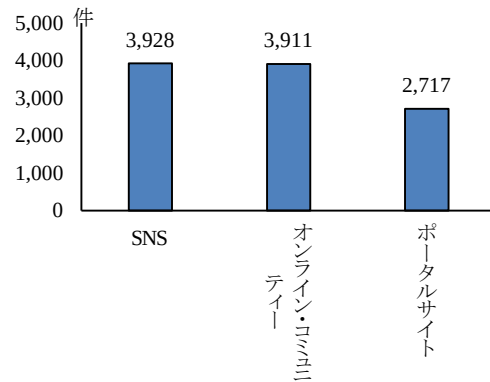
*地下鉄における飛び込み自殺の件数 1983年：自殺0件、自殺未遂1件、1987年：自殺および自殺未遂は各11件、1992年：自殺5件、自殺未遂3件（1987年と比較して自殺は57.5%減少）

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

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

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）

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。

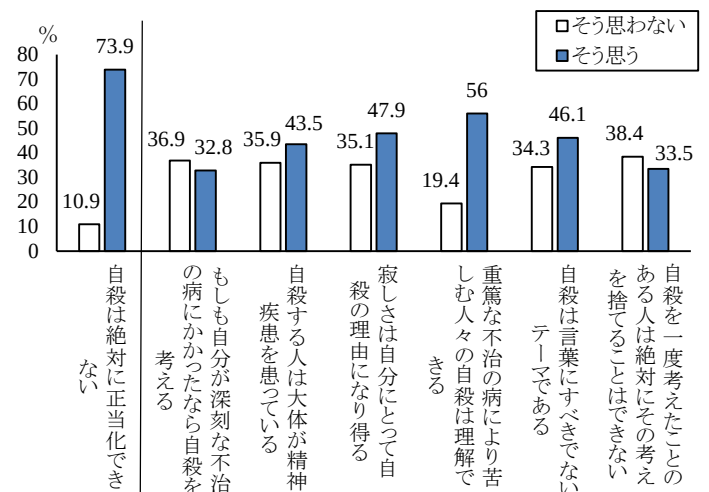


図14 自殺問題に対する国民の認識（自殺実態調査, 2013）

(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。

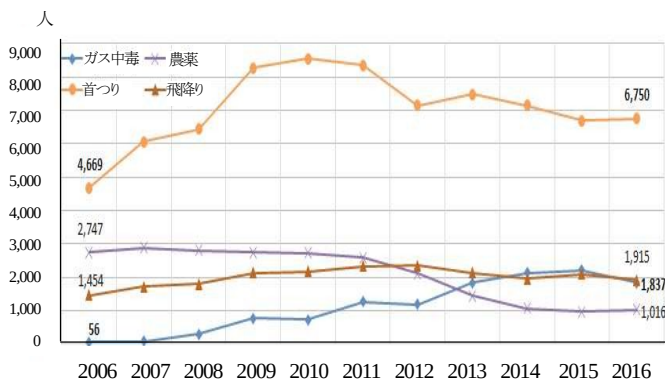


図15 自殺手段別の自殺者の現状（警察庁, 2006-2016）

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。

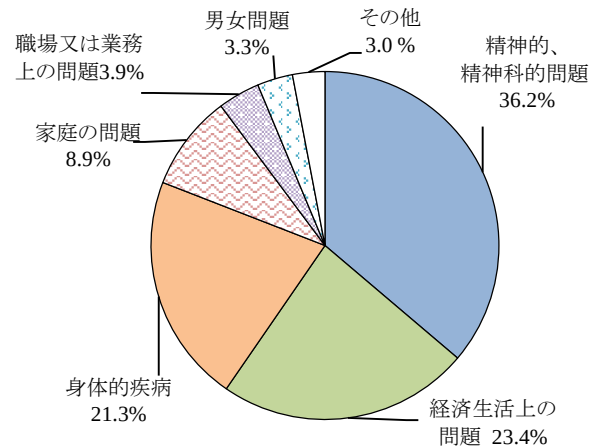


図16-1 自殺の主要動機（警察庁, 2016）

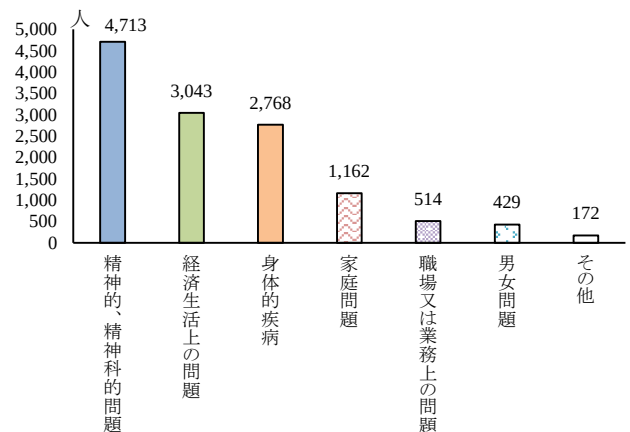


図16-2 動機別自殺者数（警察庁, 2016）

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。

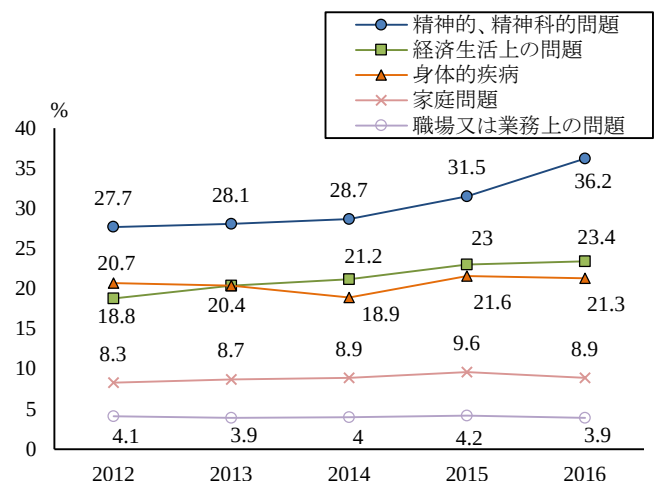


図17 年度別の自殺主要動機（警察庁, 2016）

(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。

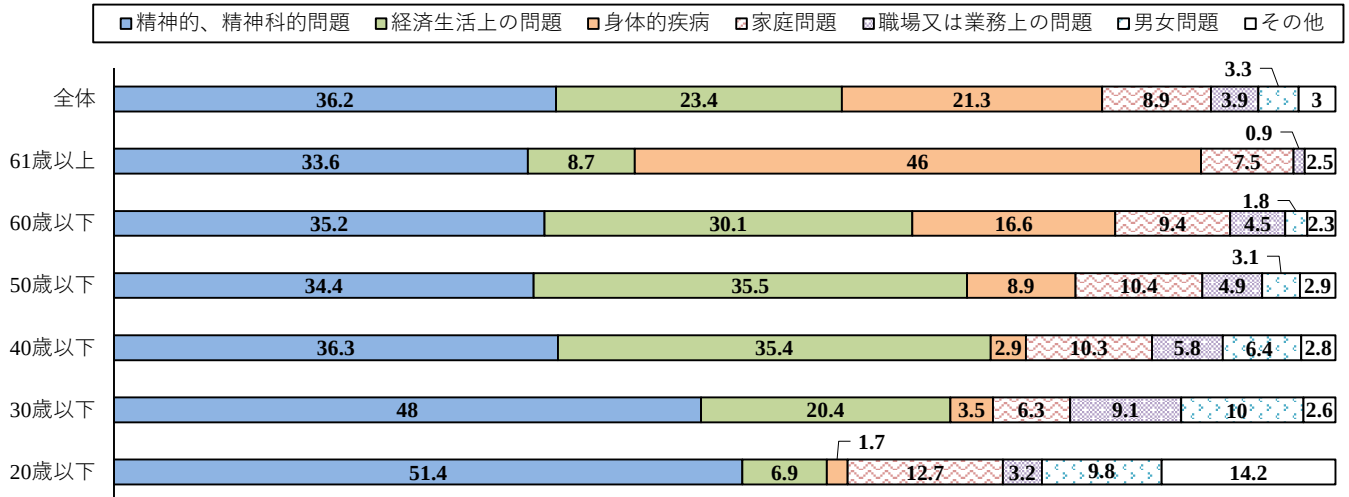


図18 年度別の自殺主要動機の比率（%, 警察庁, 2016）

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	精神科的疾病問題	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。

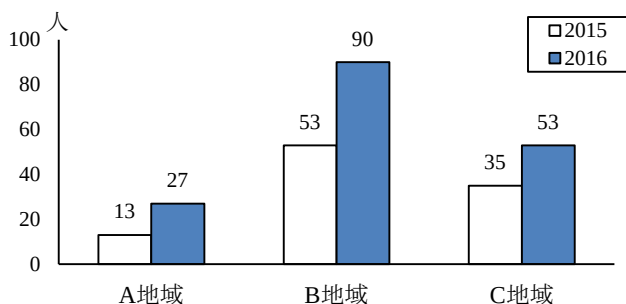


図19 造船業（リストラ）関連地域の自殺者規模の変化

- 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。

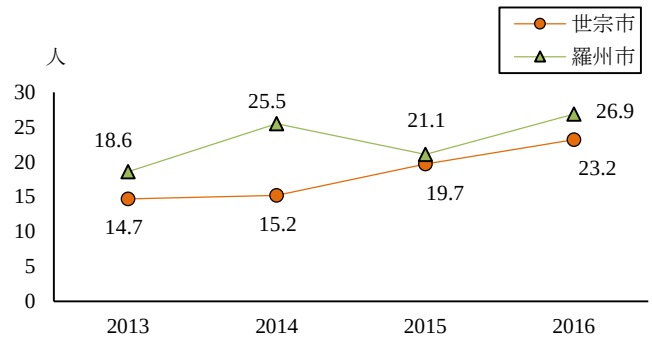


図20 新規人口流入の多い地域における自殺者数の変化

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）。

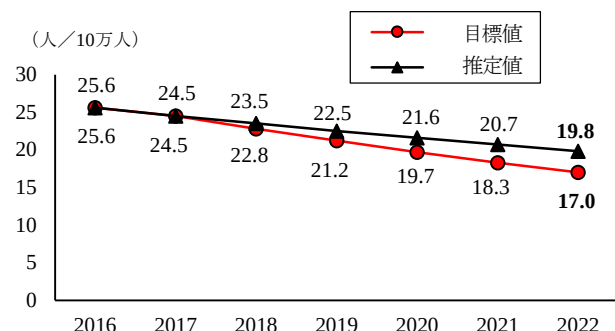


図21 自殺率の推移及び目標値

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。

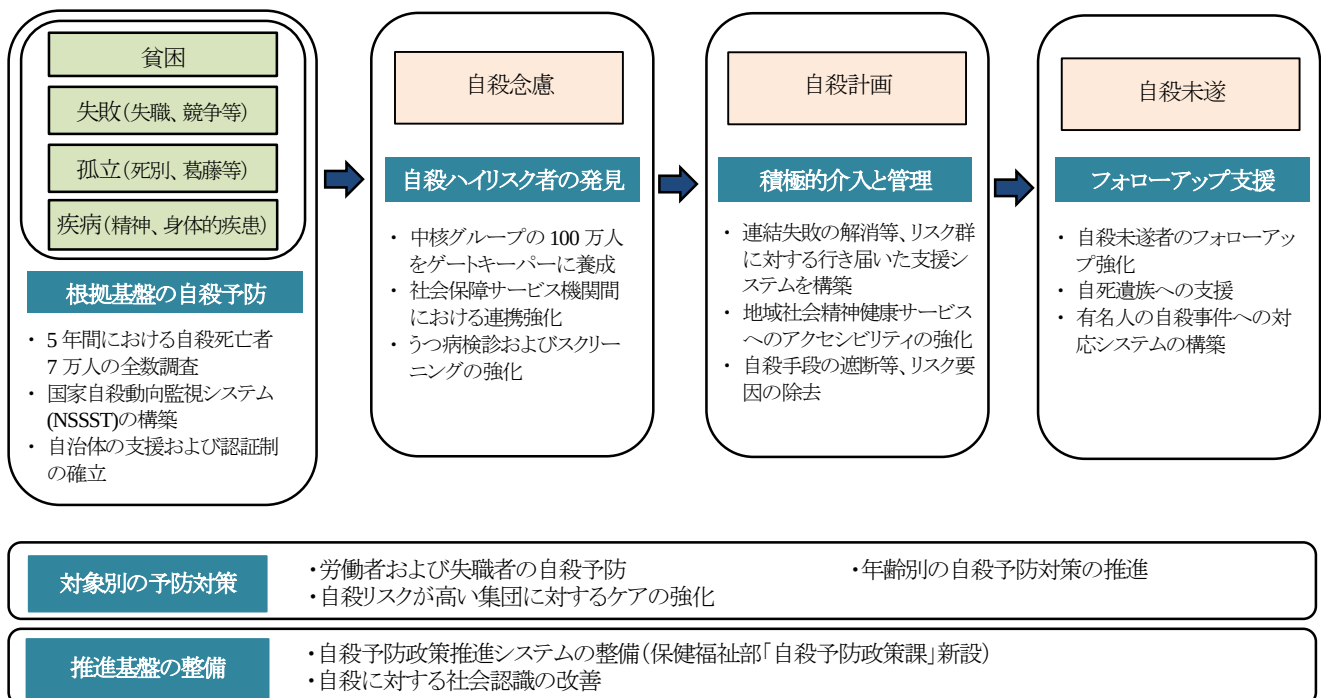


図22 自殺の原因及び段階に応じた介入戦略

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）。

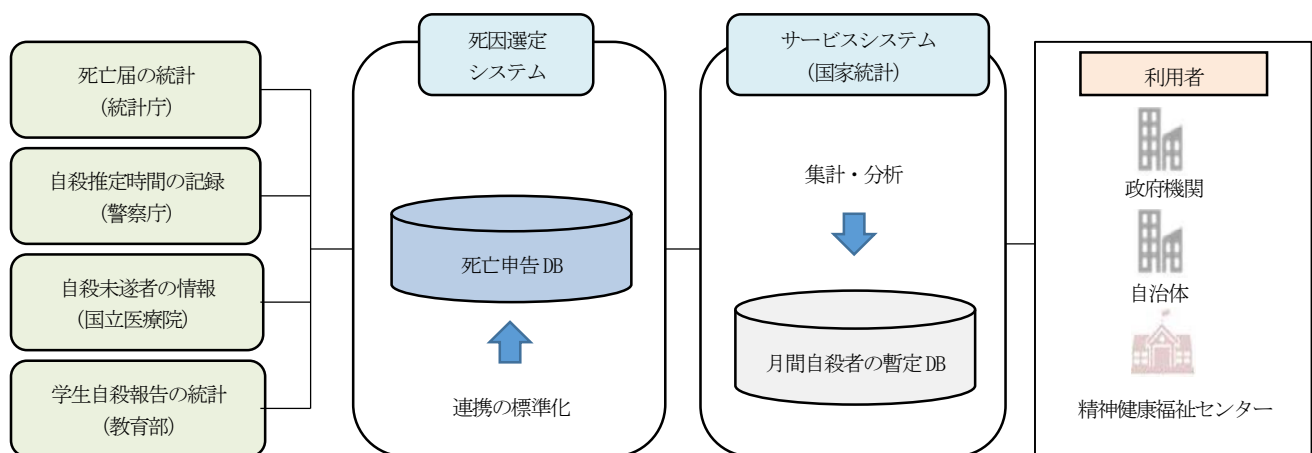


図24 国家自殺統計システムの概念図

(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年上半期までに計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

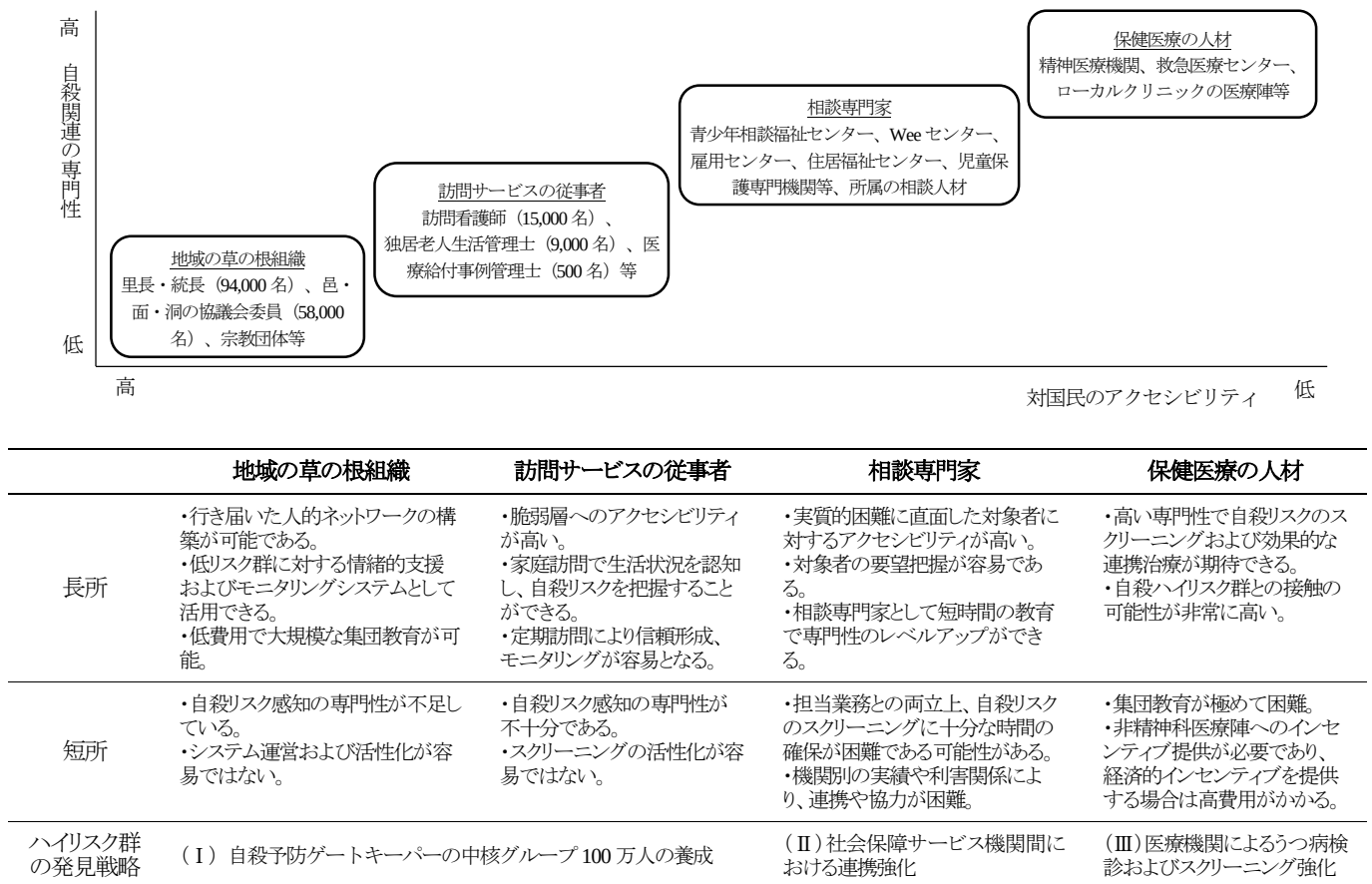


図25 地域社会の自殺ハイリスク群の発見システム案

(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）。

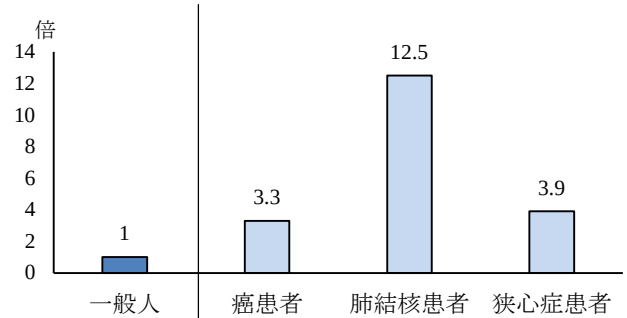


図26 自殺未遂経験の比較（国立がんセンター，2017）

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。

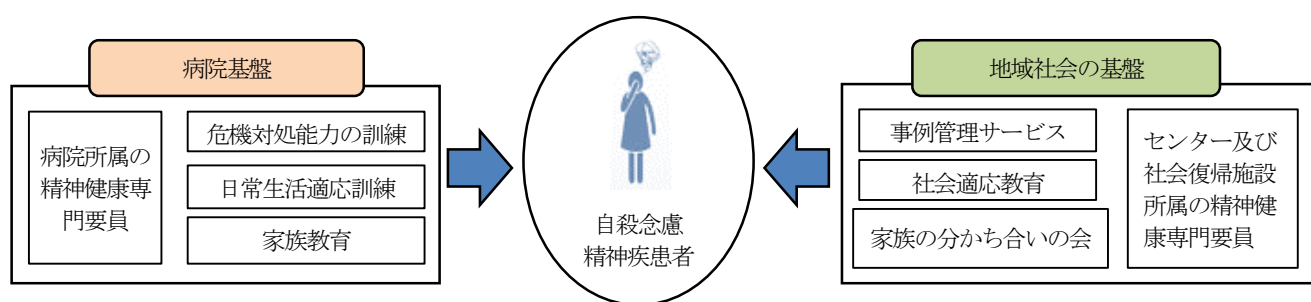


図27 退院した精神疾患患者のフォローアップシステム

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）。

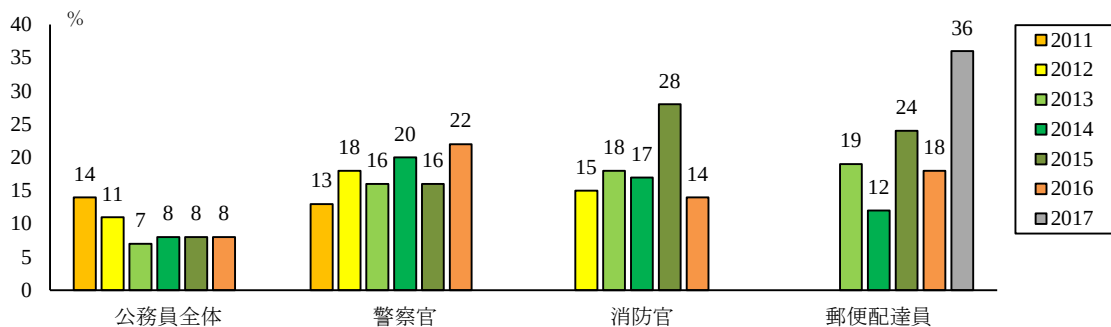


図28-1 自殺率の比較(2013-2016)

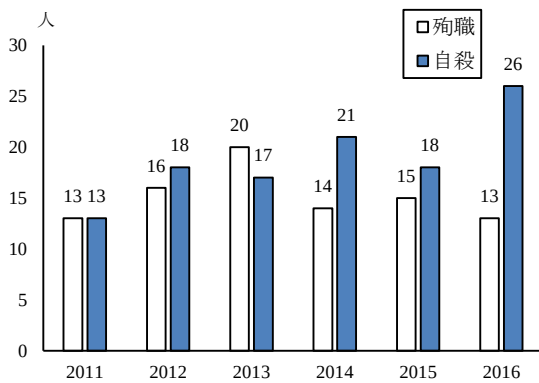


図28-2 警察官

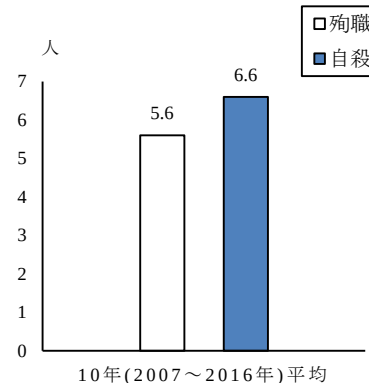


図28-3 消防官

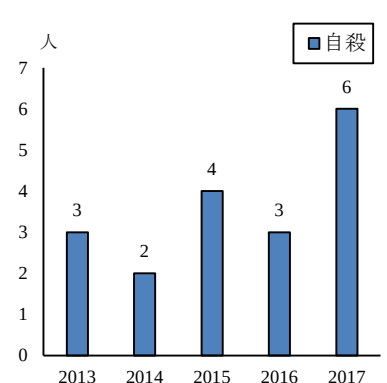


図28-4 郵便配達員

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

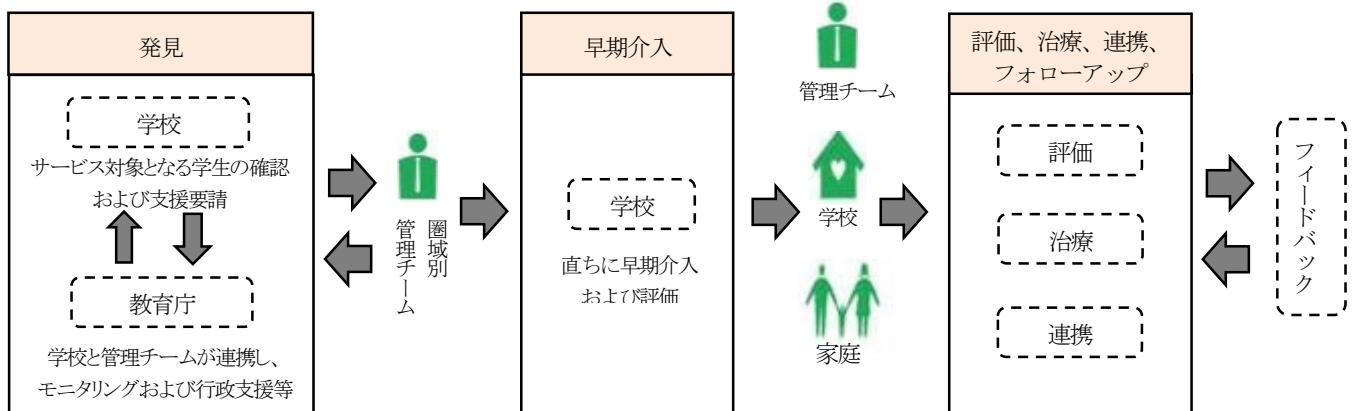


図29 精神健康専門家の学校訪問管理システム

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。

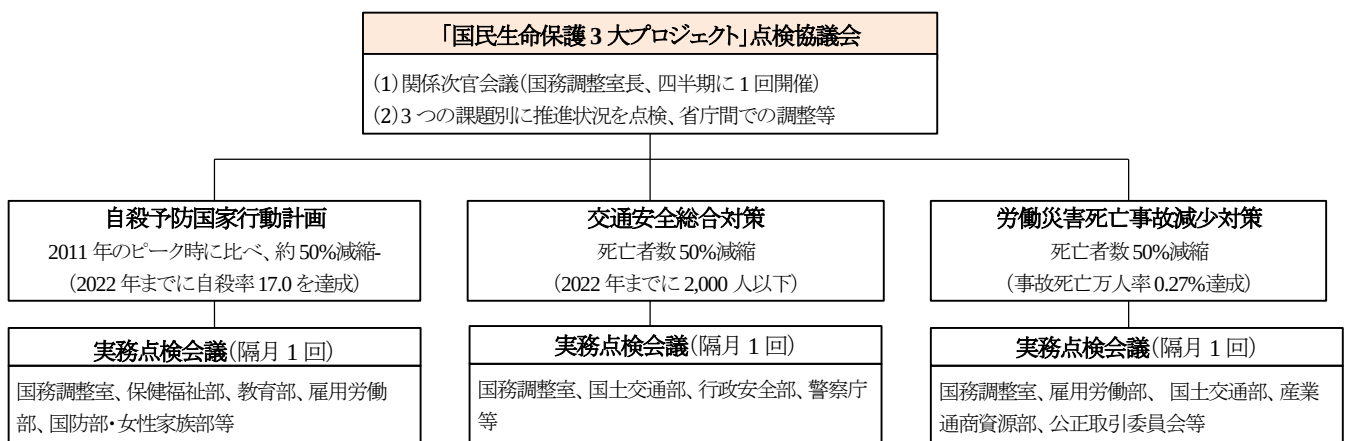


図30 点検協議会概略図

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。

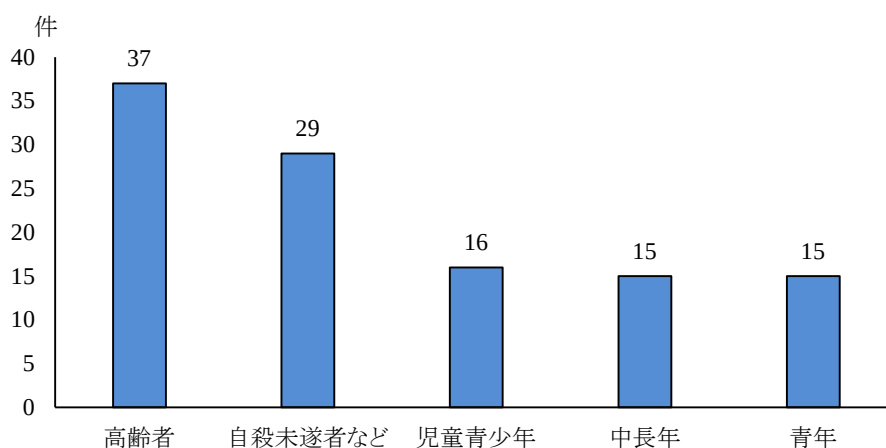


図31-1 サービスの対象

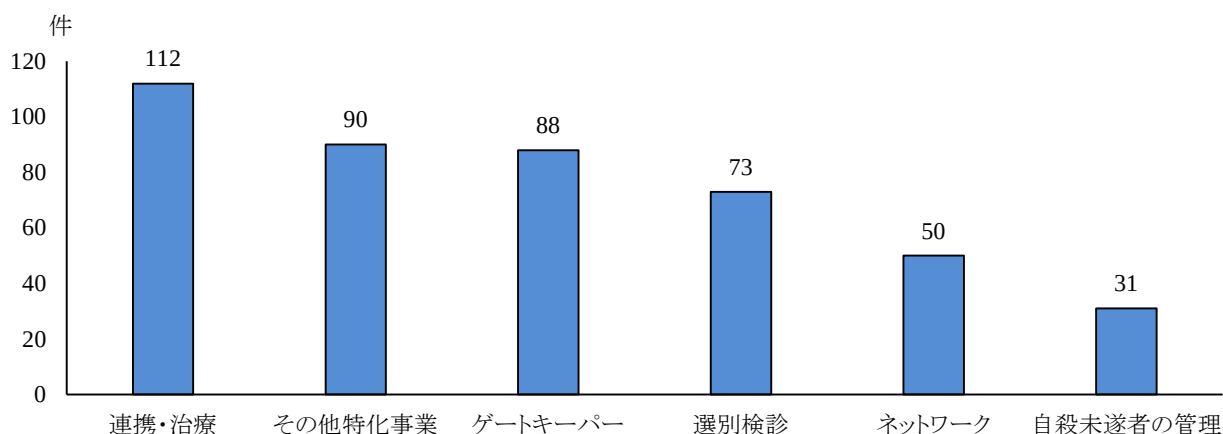


図31-2 サービスの内容

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。

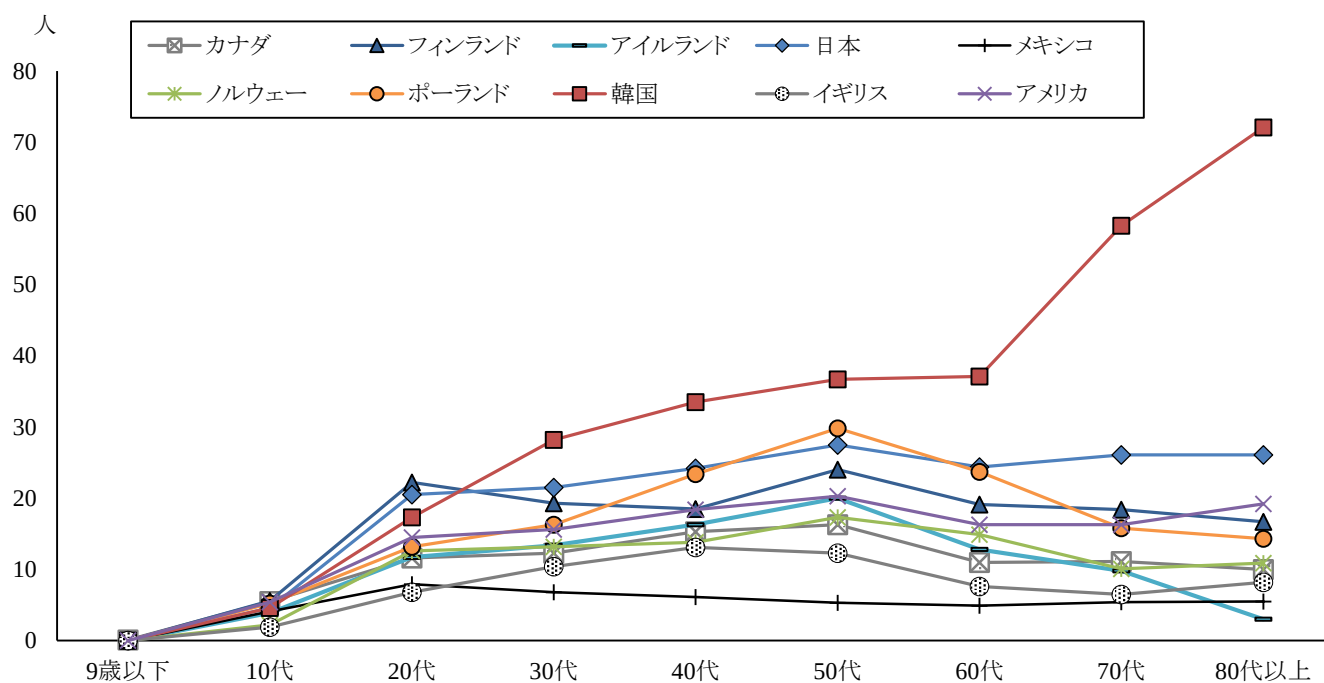


図 32 年齢別自殺率の現状

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～