

【研究ノート】

うつ病対策としての自殺対策の現状と課題  
— B市の自殺対策計画策定を参考に —

尾 崎 剛 志

Current status and issues of suicide countermeasures as  
a measure against depression  
— Refer to the suicide countermeasure plan formulation in City B —

Takeshi OZAKI

皇學館大学現代日本社会学部  
日本学論叢 第12号

令和4年3月

# うつ病対策としての自殺対策の現状と課題

## — B市の自殺対策計画策定を参考に —

尾 崎 剛 志

---

### 抄録 ●

日本の自殺対策は、うつ病対策のなかに位置づけされている。1998～2011年まで日本では3万人を超える自殺者を出したこともあり、自殺を「個人的な問題」から「社会的な要因」に基づく行動の結果として政府として取り組むように変化した。しかしながら、抜本的な改善に至らず、過労自殺は環境が改善されていない結果であり、近年の労災の申請及び認定は増加傾向にある。労働者保護は原則として企業の法令順守が前提だが、十分ではない企業に大きな罰則はない。精神保健福祉領域では、自殺対策大綱に基づく支援策を中心に、様々な支援策を講じている。2012年以降の自殺者は減少しているが、直近の2020年は増加に転じた。B市自殺対策計画の策定から、市町村レベルでは「広報啓発」や「保健医療機関」に関する課題、「社会的孤立」への対応等についての意見を取り上げ、検討した。政府内部での調整は重要だが、市町村・都道府県レベルでは、経済圏域や生活圏域における連続性も重要な概念となる。また都道府県と市町村との連携、異なる行政機関との連携などの課題がみられる。

---

Key words：うつ病対策，自殺対策，過労自殺，自殺対策計画

---

### 1：はじめに

日本のうつ病対策は主に精神保健福祉政策の一環として実施されており、精神科医療や精神保健福祉分野での対応、学校における対応、職場における対応といくつかの柱から成り立っている。また自殺対策の一環としてのうつ病対策もあり、それらが複合的に展開されることで、成立しているといえる。

2002（平成14）年12月に自殺防止対策有識者懇談会から出された「自殺予防に向けての提言」の中では、第2章に『自殺予防対策』があり、その第3節で「自殺予防対策」の3として危機介入（1）うつ病等対策 が掲げられている。うつ病を発症することが自殺に直結するわけではないが、「人が自殺に至るまでには、さまざまな背景と複雑な心理的過程があり」、「自殺を自ら選んだのではなく、追い詰められ、どこにも行き場がなくなり、唯一の解決策が自殺しかないという状態に追い込まれる過程が見えてくる」<sup>i)</sup>とされている。このように自殺は、自殺者を取り巻く環境に強い影響を受けることが示唆されている。しかしながら「救命された者について、うつ病、統合失調症（精神分裂病）及び近縁疾患、アルコールや薬物による精神や行動の障害等の精神疾患を有する者の割合が75%で、中でもうつ病の割合が高いと報告されており、自殺は、精神疾患と強い相関関係があることが示唆されている。」<sup>ii)</sup>という記述のように、自殺に至る要素・要因の一つにうつ病が挙げられるのも事実である。

日本では1998（平成10）年に32,863人が自殺し、その後、2011（平成23）年まで3万人以上の自殺者を生み出してきた。2012（平成24）年から2019（令和元）年にかけて減少を続け、このまま減少を続ければ2万人を割り込むことも期待されたが、新型コロナウイルスによる社会・経済への大きな打撃により、2020（令和2）年には再び上昇をしている。

日本では長らく自殺を「個人的な問題」<sup>iii)</sup>として捉えてきていたが、減少する傾向が見えない自殺に対する認識を改め、「社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取り組みにより、自殺の防止と自殺者の親族等に対する支援」<sup>iv)</sup>を行わなければならないと考えるに至っている。そこで2006（平成18）年6月に「自殺対策基本法」を制定し、翌年「自殺対策大綱」を閣議決定している。この動きの中で、国としての取り組みを本格的に始めている。2016（平成28）年に自殺対策基本法の法改正を行う中で、地方自治体においても自殺対策計画の策定及びその実施が求められ、地域の中で支え合うことができる関係や環境を作り上げることが求められている。

労働者施策の中でも、労働安全衛生法等で職場の労働環境を整備し、労災をなくす取り組みが進められているが、うつ病等の精神疾患による労災申請は増加

傾向にあり、自殺のリスクを抱える人を生み出し続けている環境がある。うつ病を発症し、それが長期にわたり生活に影響を与えることで精神障害者としての生活を営むようになり、そこからリハビリテーションを経て職場復帰（リワーク）する人への支援は一部で成功している事例もみられるが、発症前のようにはいかないケースが多い。そこで、そもそもうつ病にならない、発症しないような社会システムを検討しなければならないのではないかと考える。

またうつ病対策や自殺対策が一定の効果を発揮し、自殺による死亡者が減少をしていく中で、近年は児童生徒や学生の自殺がほとんど減ることなく、中学生については増加傾向にある。また女性の自殺は2020（令和2）年は前年と比較し増加していることなど、課題も見られる。

本稿では、うつ病等の精神疾患・精神障害への対応（予防を含む）が職場や地域における自殺対策に与えている影響とその効果、及び課題について検討を行うものとする。

なお語句について、「自殺」と「自死」をどのように整理すべきなのかという問題もあるが、自らを死に至らしめる行為を「自殺」として用いることとする。

## 2：うつ病対策の現状

2001（平成13）年の厚生労働白書では、「心の健康づくり対策の推進」としてその必要性や思春期児童等の心の健康づくり対策の推進、心的外傷後ストレス障害などが取り上げられている。この必要性という中で、「（前略）高度技術社会、競争社会における社会生活環境の複雑化等により、国民各層の間においてストレスが増大している」とし、「心の健康づくり相談が、精神保健福祉センター及び保健所において行われている」としている。しかしながら、保健所そのものは1998（平成10）年の663ヶ所から2001（平成13）年には592ヶ所と減少（設置自治体は113から121に増加）をはじめており、十分に担える体制を整備しているとは言えない。「誰にとっても身近な問題である」としながら、身近な場所で相談に乗れる体制は減少をしている。翌2002（平成14）年の厚生労働白書では、「思春期児童等の心の健康づくり対策の推進」として、「社会的引きこもりや不登校、家庭内暴力など、社会問題化している児童の心の問題に対

しては、精神保健福祉センター、保健所、児童相談所等において思春期児童の専門相談等を実施するとともに、各機関の更なる活動の充実を図っている」ことを挙げている。これが直接的にうつ病対策と結びつくかと言われると、そうではないことも多いが、一部が含まれているということ是可以する。また「自殺防止対策」として「自殺防止に関する精神保健福祉対策としては、自殺防止への啓発活動を進めるとともに、「いのちの電話」などの相談体制の強化、自殺に深く関連している「うつ」の早期発見・早期介入などについての研究を進めているところである。さらに2002（平成14）年1月から、厚生労働大臣の下に「自殺対策有識者懇談会」を発足させ、社会全体としての自殺防止対策のあり方についての提言に向けて、精神医学的、心理学的、社会学的など多角的観点から検討している。」ことを挙げている。

「いのちの電話」は社会福祉法人いのちの電話として、1971（昭和46）年に開局されたものが日本では最初とされ、その後1977年に一般社団法人日本いのちの電話連盟（一般社団法人化は2009（平成21）年）が設立されている。いのちの電話はその定款においてその目的を「当法人は、自殺をはじめとする精神的危機にあつて援助を求めている人たちのために、電話などによる相談事業および心の健康増進に関する普及啓発事業を行い、もつて精神保健福祉、社会福祉と公益の増進に寄与することを目的としている」としている。また事業として（1）全国のいのちの電話センターにおいて行われている主に電話相談等の推進、調整に関する事業。（2）一般市民への自殺予防に関する普及啓発事業を行うとともに日本自殺予防シンポジウムの開催等に関する事業。（5）国際自殺予防学会、電話相談関連の国際組織と連携し、研究と実践の交流を推進する事業。（6）自殺予防等に関する国内外の資料や文献の収集、並びにそれらに関する出版物を刊行する事業。（7）自殺予防・心の健康に関する地域の諸組織と連携を図り活動を充実するための事業。などが挙げられている。自殺対策においては、「24時間相談ができる、専用の電話相談」として、予防の役割を担うことが期待されている<sup>7)</sup>。

日本の自殺対策は精神医学的、心理学的、社会学的など多角的観点から検討とされているが、うつ病の治療やリハビリが先に来ており、うつ病を発症した

社会的背景を考え、予防策を講じることは最後になっていることから、まずは対処療法・個人の努力を求める（政策として手を付けやすい）ところから始めようとしていることが読み取れる。一方で2002（平成14）年の厚生労働白書の「労働者の健康確保対策」では、2001（平成21）年12月に出された「脳血管性疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について」や2002（平成14）年2月の「過重労働による健康障害防止のための総合対策」（旧総合対策）で、疲労の蓄積が脳と心臓疾患発症との関連していることを示したこともあり、その対策について触れ、さらに「職場におけるメンタルヘルス対策」として「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」や「心の健康づくり計画」について触れている<sup>vi)</sup>。これらの推進により、労働者のメンタルヘルス対策、つまりはうつ病対策の一つが推進されることとされている。

2003（平成15）年の厚生労働白書では、第10次労働災害防止計画について触れ、職場のストレスによる健康被害の減少を重点目標として挙げている。また2002（平成14）年12月にまとめられた自殺防止対策有識者懇談会の「自殺予防に向けての提言」についても記述している。

2004（平成16）年の厚生労働白書では、その年に『『こころのバリアフリー宣言』～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～』が策定・公表されたことを受け、かなり大幅なページを割いて、心の健康をテーマとして扱っている。その中で「うつ病」について長くなるが、全文を抜き出す。

「うつ病は、気分の沈滞や気力の減退などの精神症状に加え、食欲の低下、不眠、疲労感などの身体症状を伴う心の病気である。うつ病は、必ずしも急激なストレスばかりではなく、日常生活の中にある慢性的なストレスも含めた過大なストレスがかかれば誰でもかかり得る病といえる。一方で、それがうつ病であることに気づくことが本人にも家族などのそばにいる人達にも困難なことが多い。しかしながら、自殺行為に繋がることも稀ではなく、その予防と早期かつ適切な治療が重要となっている。（中略）うつ病の発病には、高齢者では健康状態や孤独感などによるストレス、労働者であれば職場における仕事や人間関係など労働環境によるストレスの影響が大きいといわれている。したがって、この病気の予防法としては、休養を取る、労働者にとっては心の健康に影

響を与える職場の要因の具体的問題点を様々な面から把握し、これを改善することなどにより、ストレスの蓄積を回避すること等が挙げられる。うつ病にかかった場合の治療としては、早期に抗うつ剤などを用いた薬物療法や、ものの考え方や受け取り方を切り替えることで気持ちを楽にしたり、問題を解決していく認知行動療法などを早期かつ適切に行えば、多くの場合健康は回復するが、治療を受けずに放置したり治療を中断したりすると、症状が重くなったり、回復に要する期間が長くなることがある。このような病気の特徴から、うつ病の症状が疑われる場合には、早目に診察を受けることが重要である。また外見には健康に見えても身体の病気に比べて回復に時間がかかる傾向にあることについて、家族や職場など周囲の者が理解することが重要となる。」としている。

ここではうつ病の原因となるものが急激な変化（ストレス）だけでなく、慢性的に蓄積していくストレスがあることや、それらと自殺との関連性が見られること、自身の健康状態や対人関係、業務など様々な影響を受けて発症するものであることを示している。そのため対応として薬物療法、思考や視点の転換、認知行動療法などの対処療法を示している。また予防として休養や環境の改善などが挙げられている。また、「地域における心の健康確保対策」として都道府県・市町村職員向けの「うつ病対策推進方策マニュアル」や、保健医療従事者向けの「うつ病対応マニュアル」が作成されている。

厚生労働白書でも取り上げられた「環境の改善」こそが、うつ病対策にとって重要なものであると考えるが、労働者にとっての市場経済システム（児童生徒にとっての学校というシステムも同様）、その他、日本の中で機能している様々なシステムの変更は容易ではなく、法改正で対応できるようなものばかりではない。市場経済における労働者（被用者）の抱えるストレス要因としては、「一人当たりの仕事内容や量」「対人関係・ハラスメント」「自身の裁量の範囲」「仕事の適性」「働き甲斐」「働き方・雇用形態」「企業規模」などが相互に影響しあっていると考える。組織としての活動では個人の意思や能力を適切に反映させることができないケースがあり、それらが積み重なって被用者の心身を蝕み、うつ病等の精神疾患を発症することになる。また被用者のみならず雇用主や管理職であっても、大企業の下請けや孫請け等であれば裁量の範囲が限られ

ており、同じような状況が想定される。また学校システムの中では、「教員と児童生徒」「児童生徒同士」「学業・受験」「行事・部活動」「集団行動」などがストレス要因として考えられる。

### 3：過労自殺対策の現状

過労自殺対策は2014（平成26）年11月に施行された過労死等防止対策推進法により、2015（平成27）年と2018（平成30）年に、また令和3（2021）年7月に過労死等の防止のための対策に関する大綱が閣議決定され、国、地方公共団体、事業主、国民がそれぞれ責任を持って過労死等防止対策に努めるとされている。

第1条において「近年、我が国において過労死等が多発し大きな社会問題となっていること及び過労死等が本人はもとより、その遺族又は家族のみならず社会にとっても大きな損失であることに鑑み、過労死等に関する調査研究等について定めることにより、過労死等の防止のための対策を推進し、もって過労死等がなく、仕事と生活を調和させ、健康で充実して働き続けることのできる社会の実現に寄与することを目的とする」とされているように、過労死の増加に対応するための法制度を整備して対応しようとしている。

自殺者数そのものは2011（平成23）年の30,651人を最後に、3万人を下回るような状況ではあったが、管理者と被用者を合わせると全体の4分の1程度を占める状況である。また過労自殺の請求件数が2009（平成21）年に1000件を超えて以降、増加傾向が続き、過労死も800件前後の請求件数が続くなど、労働環境全体の悪化に対応するものとも考えられる。

ただ、なぜ過労自殺や過労死が起きるのかという原因や要因が明確ではないとされ、その原因や要因を明らかにすることが法律の中で位置付けをされている。過労死等防止対策推進法の基本理念では、「過労死等に関する実態が必ずしも十分に把握されていない現状を踏まえ、過労死等に関する調査研究を行うことにより過労死等に関する実態を明らかにし、その成果を過労死等の効果的な防止のための取り組みに生かすことができるようにするとともに、過労死等を防止することの重要性について国民の自覚を促し、これに対する国民の関心

と理解を深めること等により、行わなければならない」と謳われている。

ここでの疑問として、基本理念の中で、「国民の自覚を促す」という文言があり、第4条においても「国民は、過労死等を防止することの重要性を自覚し、これに対する関心と理解を深めるよう努めるものとする」とされていることである。原因や要因が不明であるが故に、自己防衛をしてもらいたいという趣旨なのだろうと考えられるが、過労自殺については、追い詰められ、正常な判断が困難な状況（うつ病など）に陥っての自殺であることを考えると、国民の自覚や関心・理解で対応可能な範疇を超えていると考える。もちろん、自殺に対する広報啓発が効果をあげていることを証明する研究結果<sup>vii)</sup>もあることから、筆者の考え方のほうが現状を正しく捉えることが出来ていないと言えるが、高齢者等を対象とする政策と被用者を対象とする政策は異なるのではないかと考える。長期的な視点で考えるのであれば、国民一人一人が学校教育の中で、自分自身を守るということに対する考え方を学び、理解し、それを将来的に事業所内で共有することができる環境を構築していくことができれば、「過労死等」は無くなるという希望も持てるが、現時点での即効性は期待できない。

ストレスを抱えやすい被用者ではなく、事業主側や管理者側（事業主も管理者もそのほとんどが国民であるとは推測されるが）にこの「過労死の防止」という考え方を根付かせていかなければならないのだが、「事業主は、国及び地方公共団体が実施する過労死等の防止のための対策に協力するよう努めるものとする」とされているのみで、努力規定にとどまっている。またこの表現からは「対策に協力する」という受け身の表現となっており、過労死等の労災事故が発生したとしても雇用保険の保険料率が上がる（一部の事業所のみ）のみという、事業主が防止に注意を払うような環境が整っているとは言えない状況となっている。あるべき姿を認識していたとしても、企業（組織）・上司・ステークホルダー等の圧力に押されることは容易に推測できる。つまりそれらに歯止めをかけるような仕組みが必要なのではないかと考えられる。

第2条の定義では「過労死等」について「業務における過重な負荷による脳血管疾患もしくは心臓疾患を原因とする死亡若しくは業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡又はこれらの脳血管疾患若し

くは心臓疾患若しくは精神障害をいう」とされている。ここでは「業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡」が挙げられ、その認定基準については、「精神障害の労災認定」において細かく定められている。

精神障害の労災認定について、認定要件は次のように定められている。①認定基準の対象となる精神病を発病していること、②認定基準の対象となる精神障害の発病前のおおむね6ヶ月の間に、業務による強い心理的負荷が認められること（業務による具体的な出来事があり、その出来事とその後の状況が、労働者に強い心理的負荷を与えたことをいう。）、③業務以外の心理的負荷や個体側要因により発病したとは認められないこと。【心理的負荷の強度は、精神障害を発病した労働者がその出来事とその後の状況を主観的にどう受け止めたかではなく、同種の労働者が一般的にどう受け止めるかという観点から評価する。「同種の労働者」とは、職種、職場における立場や職責、年齢、経験などが類似する人をいう、とされている。】つまり、極端な解釈をすると、個別性はいっさい認められず、「一般的」と呼ばれる曖昧な基準を用いることになる。既往歴や過去の体験や経験などがどのような影響を持つのかは考慮されないということになり、辛い状況に置かれた人は更に辛い状況に追い込まれることになる。

精神障害については、ICD-10第V章「精神および行動の障害」分類のF0～F9に該当するもので、認知症や頭部外傷による障害、アルコール・薬物による障害は除くとされている。また業務に関連して発病する可能性のある精神障害の代表的なものは「うつ病」や「急性ストレス反応」などとされている。この原因となる特別な出来事の例として挙げられているものが「生死にかかわる、極度の苦痛を伴う、又は永久労働不能となる後遺障害を残す業務上の病気や怪我をした」「業務に関連し、他人を死亡させ、又は生死にかかわる重大な怪我を負わせた（故意によるものを除く）」「強姦や、本人の意思を抑圧して行われたわいせつ行為等のセクシャルハラスメントを受けた」「発病直前の1ヶ月に概ね160時間を超えるような、又はこれに満たない期間にこれと同程度の時間外労働を行った」である。これらに該当すれば、心理的負荷が強いとされ、労災と認定される。また特別な出来事以外にも①事故や災害の体験、②仕事の

失敗、過重な責任の発生等、③仕事の量・質、④役割・地位の変化等、⑤パワーハラスメント、⑥対人関係、⑦セクシャルハラスメントの出来事の類型を示し、さらにそれらの中で具体的出来事を示して、心理的負荷の「弱」「中」「強」の目安を示している。また、労働者の側の要因（特にここではアルコール依存状況が例とされている）については、内容について確認し、それが発病（精神障害）の原因であると言えるかを慎重に判断するとされている。

表1 精神障害の労災請求件数と支給決定件数及び決定率の推移

(単位：人)

年	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
精神請求	42	155	212	265	341	438	524	656	819	952	927
精神決定	4	14	36	70	100	108	130	127	205	268	269
決定率	9.5%	9%	17%	26.4%	29.3%	24.7%	24.8%	19.4%	25%	28.2%	29%

年	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
精神請求	1136	1181	1272	1257	1409	1456	1515	1586	1732	1820	2060
精神決定	234	308	325	475	436	497	472	498	506	465	509
決定率	20.6%	26.1%	25.6%	37.8%	30.9%	34.1%	31.2%	31.4%	29.2%	25.5%	24.7%

表1は厚生労働白書に掲載されている「過労死等の労災補償状況」をまとめたもので、ここで取り上げた「精神」とは、正しくは「精神障害」となっており、「業務により精神障害を発病した事案（自殺を含む）をいう」とされているものである。また「請求件数は当該年度に請求されたものの合計であるが、支給決定件数は当該年度に「業務上」と認定した件数であり、当該年度以前に請求されたものも含む」とされている。よって支給の「決定率」は厳密には正しくない数値となるため、あくまでも参考程度に捉えなければならない。しかしながら、2000（平成12）年度以降の請求件数に対する支給決定件数の決定率は平均で捉えても28%程度に過ぎず、精神障害を理由とする労災が認められにくい現状にあることが推測できる。

うつ病を含む精神障害の原因が労働環境にあることを証明することは、容易ではないことが考えられるが、労働以外の何が原因と判断されたのかを検討し

なければならぬ。労働環境が問題ではないとするならば、個人的な問題とされているのではないだろうか。家族による介護が必要な状況にあり、労働とのバランスが取れないという場合、労働者のワークライフバランスをどのように考えるのか、それは各企業に任されている状態にある。介護休暇を取る権利はあっても、現実にはそれが認められにくい職場で、心身ともにバランスを崩すということが考えられる。育児における協力関係を夫婦間でうまく行えないような環境をどちらかの職場がとっており、それが家庭環境に悪影響を及ぼした結果ということも考えられなくはない。何を個人の問題とするのか、労働環境の影響をどのように測定するのかという指標をより明確にしていくことが求められるのではないだろうか。

労働者のおかれる立場は決して強いものではなく、雇用主や管理職との関係では保護を必要とするという考えが必要である。そのために労働三権が保障されているが、これらは現在の社会情勢において次第にその影響力を失いつつあると考える。2016（平成28）年から2020（令和2）年にかけて労働組合は900以上減少している一方で組合員数は17.5万人ほど増加している。しかしながら全労働者に占める組合員の割合はほぼ横ばいとなっている。また労働争議の総件数についても2016（平成28）年の391件から2020（令和2）年には303件と減少をしており、ストライキなど争議行為を伴うものは2016（平成28）年の66件（行為参加人員15,833人）から57件（6,013人）となっている。2020（令和2）年はコロナウイルスの影響もあって、具体的な行為を行うことは難しかったことが考えられる。しかしながら争議行為を伴わない争議についても325件（17,118人）から246件（24,990人）となっており、件数そのものは減少をしている。（いずれも前年と比較をすると増加している。）このデータから労働者保護のシステムが衰退してきていると証明することは困難ではあるが、少なくとも労働者が自分たちの労働条件を守るために具体的な行動を起こすことについては、何かしらの改善策を講じなければならない状況にある。

#### 4：精神保健福祉領域のアプローチの現状

精神保健福祉領域のアプローチとしては、2010（平成22）年5月に厚生労働省の自殺・うつ病対策プロジェクトチームの報告の中で5つの柱が示されている。①普及啓発の重点的实施、②ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築、③職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実、④アウトリーチ（訪問支援）の充実、⑤精神保健医療改革の推進、が挙げられている。具体的には、①では当事者の気持ちに寄り添ったメッセージを発信することとして、○睡眠キャンペーンの継続的实施、○当事者が相談しやすくなるようなメッセージの発信、○うつ病を含めた精神疾患に関するウェブサイトの開発、○「生きる支援」の総合検索サイトの拡充、○都道府県等における効果的な自殺対策の周知、○ハローワークにおける失業者への情報提供方法の充実が挙げられている。②では悩みのある人を、早く的確に必要な支援につなぐこととして、○うつ病等の精神疾患にかかっている方を対象に【●都道府県・市町村における精神保健体制の充実、●かかりつけ医と精神科医の地域連携の強化】、○主として求職中の方を対象に【●ハローワーク職員の相談支援力の向上、●都道府県等が行う心の健康相談等へのハローワークの協力、●求職者のストレスチェック及びメール相談事業の実施、●生活福祉・就労支援協議会の活用】、○主として、一人暮らしの方を対象に【●地域における孤立防止等のための支援】、○生活保護を受給している方を対象に【●生活保護受給者への相談・支援体制の強化】が挙げられている。③では一人一人を大切に作る職場づくりを進めることとして、○管理職に対する教育の促進、○職場におけるメンタルヘルス対策に関する情報提供の充実、○職場におけるメンタルヘルス不調者の把握及び対応、○メンタルヘルス不調者に適切な対応できる産業保健スタッフの養成、○長時間労働の抑制等に向けた働き方の見直しの促進、○配置転換後等のハイリスク期における取組の強化、○職場環境に関するモニタリングの実施、○労災申請に対する支給決定手続きの迅速化、○うつ病等による求職者の職場復帰のための支援の実施、○地域・職場の連携の推進、が挙げられている。④では一人一人の身近な生活の場に支援を届けることとして、精神疾患の未治療・治

療中断者等へのアウトリーチの充実が挙げられている。⑤では質の高い医療提供体制づくりを進めることとして、○認知行動療法の普及等うつ病対策の充実、○自殺未遂者に対する医療提供体制の強化、○治療を中断した患者へのフォロー体制の確立、○精神保健医療改革の方向性の具体化、などが挙げられている。特に他の領域と重ならないのは④と⑤の対策となり、アウトリーチや認知行動療法の活用、自殺未遂者への再自殺防止を含めたフォロー等が進められている。

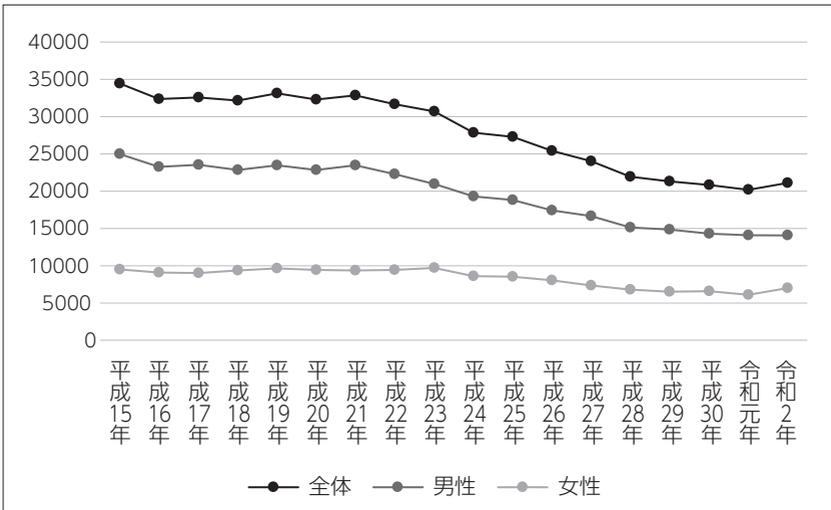
また2017（平成29）年7月に閣議決定された自殺対策大綱では「適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする」として、①精神科医療、保健、福祉等の各施策の連動性の向上、②精神保健医療福祉サービスを担う人材の養成など精神科医療体制の充実、③精神保健医療福祉サービスの連動性を高めるための専門職の配置、④かかりつけの医師等の自殺リスク評価及び対応技術等に関する資質の向上、⑤子どもに対する精神保健医療福祉サービスの提供体制の整備、⑥うつ等スクリーニングの実施、⑦うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進、⑧がん患者、慢性疾患患者等に対する支援、などが挙げられている。

精神科病院と地域のクリニックや事業所との関係について、2014（平成26）年と2019（平成31）年にA県の精神科病院が設置するリワーク病棟でヒアリングをさせていただいた時、事業所との連携における課題や退院後のフォローアップが困難なケースなどが挙げられていた。事業所との連携については必要性があり、連携可能なケースでは対応をしているが、地域のクリニック等に転院した場合、転院先のクリニックとの連携が可能なケースとそうではないケースが発生していることに要因がみられる。取材をした病院は県内各地から入院をしてくる患者がおり、ある程度状況が落ち着くと転院をし、そこで職場復帰などを目指すことになる。そのため十分な連携が困難なケースがあるとのことであった。退院・復職した後のフォローアップについても、事業所の産業医等と連携ができるケースであれば可能だと思われるが、そうではないケースがほとんどであり、服薬の必要性などが減ると病院との接点も減ることになり、その結果として定期的なフォローが難しくなるのだと考えられる<sup>Ⅷ)</sup>。

## 5：自殺者の動向

2010（平成22）年までは自殺者のデータは警察庁生活安全局において取りまとめられ、公表されていたが、2011（平成23）～2015（平成27）年までは内閣府自殺対策推進室と警察庁生活安全局、2016（平成28）年以降は厚生労働省自殺対策推進室と警察庁生活安全局が合同でデータの公表をしている。

男性の自殺者数のピークは2005（平成17）年（23,540人）、女性は1998（平成10）年（9,850人）、全体のピークは2003（平成15）年の34,427人となっている。若干のばらつきはあるものの2009（平成21）年以降は、自殺者全体数は緩やかに減少をしている。性別では男性は2009（平成21）年を最後に減少し、女性は2010（平成22）・2011（平成23）年と上昇したのちに減少を始めるが、2020（令和2）年に再び増加している。（図1）



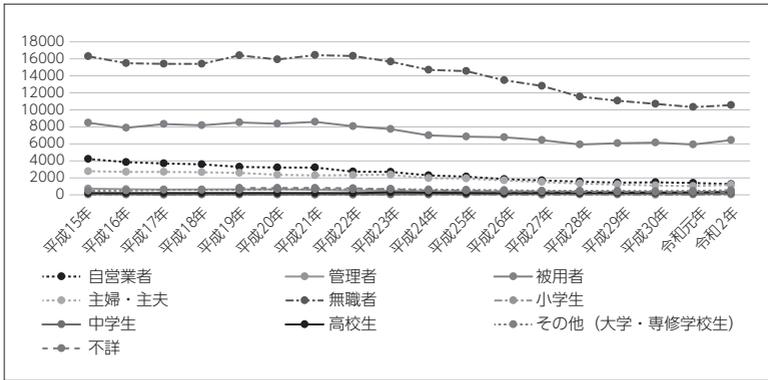
自殺者全体・性別（図1）

職業別では自営業者、管理職、被雇用者、主婦（主夫）、無職者、小学生、中学生、高校生、その他（大学・専修学校生等）、不詳に分けた時、最も多いのは無職者となっている。次いで被雇用者、自営業者・主婦と続く。児童生徒

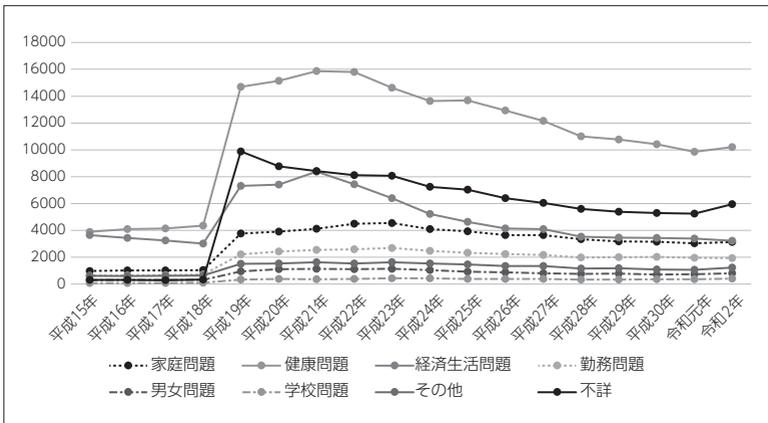
や学生の分類では、中学生の増加が目立つ。2007（平成19）年の51人以降、緩やかに上昇を続けており、2020（令和2）年では146名と3倍近くになっている。また高校生も2004（平成16）年に204人だったのが、2020（令和2）年では339人と1.5倍以上となっている。大学生や専修学校生などは大きな変動のないもの、500人前後（最多は2011（平成23）年の676人、最少は2018（平成30）年の443人）で推移している。（図2）

原因・要因別では①健康問題、②経済生活問題、③家庭問題、④勤務問題、⑤男女問題、⑥学校問題の順（そのほかと不詳を除く。この分類は2007（平成19）年以降のものとなり、2006（平成18）年以前は遺書がある者と遺書がない者で大別し、遺書がある場合、そこから原因・要因を判別している。）となる。2007（平成19）年以降で見ると、健康問題は2009（平成21）年をピークとしてそこから減少傾向にあったが、2020（令和2）年に上昇に転じている。また経済生活問題も2009（平成21）年にピークとなり、その後2013（平成25）年にかけて急速に減少していたが、以降は緩やかに減少を続けている。家庭問題は2011（平成23）年をピークに緩やかに減少していたが、2020（令和2）年に上昇に転じている。勤務問題は2007（平成19）年には949件であったものが2011（平成23）年には1,138件となり、その後、緩やかに減少をしていたが、2020（令和2）年に増加に転じている。（図3）

COVID-19の蔓延により、各地域において新型インフルエンザ等対策特別措置法第32条第1項の規定に基づく緊急事態宣言の発出や、同法第31条の4まん延防止等重点措置がとられ、その結果、飲食店の営業自粛や酒類の提供禁止もしくは制限、各種イベントの中止、リストラ等が行われた結果、国民生活に大きな影響が出た結果であることが推察される。もちろん、国としての支援策は展開されたわけではあるが、どれほどの効果があったのかは、今後の研究を待たなければならない。（コロナ禍にあっても減少傾向が続いているのは、50歳代、自営業者、経済生活問題・勤務問題を抱えている人となっている。減少したから良いということではないが、数値の上ではリスクが少ないと言えるかもしれない。）



自殺者職業別 (図2)



自殺者原因別 (図3)

## 6：国政策としての自殺対策の展開

「平成19年版自殺対策白書」では、第2章第1節の冒頭で次のように述べている。「昭和30年前後、60年前後の2回に渡り自殺者数が急増したものの、50年代前半に子どもの自殺に社会的関心が高まった時期を除いて、自殺防止が政府の大きな政策課題となることはなかった」という記述が見られる。平成10年に自殺者が3万人を超えるようになり、2001（平成13）年の厚生労働白書によ

うやく、自殺対策に関連する記述が見られるようになる。「第2章第1節3心の健康づくり対策の推進」において「21世紀を迎えた今日、高度技術社会、競争社会における社会生活環境の複雑化等により、国民各層の間においてストレスが増大していると言われている。1998（平成10）年には自殺による死亡者が3万人を超えて増加傾向にあり、心の健康は国民の健康を確保する上で重要な課題となっている。」とされている。この自殺に関する問題を「心の問題」と記述していることから、これは「精神保健福祉センター」や「保健所」において対応していること、という位置付けをし、「心の問題」は「誰にとっても身近な問題」であるために、幅広い心の健康づくり対策が必要と説明をしている。また同時期には「ひきこもり」をはじめとする思春期に起きる問題が社会問題となっていることから、「思春期精神保健ケースマネジメントモデル事業」が立ち上げられている。さらに、労働分野における記述として「第3章第3節2「過労死」等の労災補償の実施」として「近年の厳しい雇用環境を背景として、長時間労働や仕事によるストレスなどを原因とする脳・心臓疾患、精神障害や自殺に関する労災請求事案が増加している」という記述が見られるようになっていく。ここでは過労自殺として1998（平成10）年度には42件の請求件数（認定4件）があったのに対し、2000（平成12）年度には212（認定36件）件の請求件数に増加していることを踏まえ、迅速で適正な労災補償の実施をするために、「精神障害の判断指針」を定めていることが記述されている。

厚生労働白書に自殺予防対策という章立てが登場するのは2007（平成19）年版からになる。新たな項目を立てた背景には、2005（平成17）年に参議院厚生労働委員会で「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」が採択され、時期を前後する形で総務省において「自殺予防対策に関する有識者意識調査」が実施されていることが考えられる。またその後、自殺対策関係省庁連絡会議が発足し、「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」が取りまとめられたことも影響を与えている。竹島<sup>30)</sup>によると、それ以前の2000（平成12）年に健康日本21の中で「自殺者の減少」が数値目標として組み込まれ、翌2001（平成13）年に自殺防止対策事業が厚生労働省において予算化（3億5千万円<sup>31)</sup>）され、翌年には自殺防止対策有識者懇談会が「自殺予防に向けての

提言」を厚生労働省に出している。提言を受けて厚生労働省に「地域におけるうつ対策検討会」が設けられ、そこでの検討内容を、2004（平成16）年に「うつ対策マニュアル」「うつ対策推進方策マニュアル」として、厚生労働省が策定をしている。竹島は「自殺対策には多角的な検討と包括的な対策が必要という基本的な考え方を示したものの、それは政府全体に共有されるには至らなかった。地方自治体の取組も自殺率が高く、関心の高い一部の地域では積極的な取組が見られたものの、それ以外の地域ではなかなか進捗が見られなかった」<sup>\*)</sup>としていることから、マニュアルはうまく活用されなかったと見てよい。

## 7：自治体としての取り組み（B市を例として）

地方自治体は、自殺対策基本法第4条において、「地方公共団体は、基本理念にのっとり、自殺対策について、国と協力しつつ、当該地域の状況に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する」とされている。自殺対策大綱では「自殺対策は、家庭や学校、職場、地域など社会全般に深く関係しており、総合的な自殺対策を推進するためには、地域の多様な関係者の連携・協力を確保しつつ、地域の特性に応じた実効性の高い施策を推進していくことが重要である。このため都道府県及び政令指定都市において、様々な分野の関係機関・団体によって構成される自殺対策連絡協議会等の自殺対策の場の設置と同協議会等により地域における自殺対策の計画づくり等が推進されるよう、積極的に働きかけるとともに、情報の提供等適切な支援を行うこととする」とされている。2016（平成28）年4月には、都道府県と市町村においてそれぞれ自殺対策計画の策定をすることが義務付けされている。

私に関わったB市は、2018（平成30）年に入ってから計画の策定に着手し、市の「総合計画」の部門別計画として位置付け、国の大綱や都道府県の基本指針などとの整合性を図りながら策定を行なった。自殺対策計画を策定し、自殺対策連絡協議会においてモニタリングを行うという流れではあるが、具体的にどの部署が何に対して進行管理を行うのかを具体化するところまでは出来なかった。この課題を踏まえつつ、自殺を選択する人を減らすために、精神保健福祉領域からのアプローチとして、どのようなことが考えられるのかについて

検討をしていく。

B市における自殺対策計画の策定では、厚生労働省や自殺対策総合支援センターが示している地域プロフィールや手引きなどをもとに、たたき台が民間企業により策定され、そのたたき台をもとにそれぞれの行政部門や専門職、市民の立場から計画のたたき台に対する考えを表明する機会が設けられた。その意見をもとに、その場で担当部署である障害福祉課の担当者などからデータの分析報告やB市の考え方などが回答され、それをもとに表現を変更・修正する必要が検討された。

B市自殺対策計画策定委員会の参加者は学識経験者、医療関係者、教育関係者、警察その他の行政機関に属する者、市民、その他と条例で定められている。委員会ではなるべく参加者が発言するよう配慮がなされそれぞれの立場から様々な意見や現状の情報提供がなされた。

合計3回の委員会では、出席した委員の様々な立場から意見や考えが述べられているが、その中でうつ病に関連すると考えることをいくつかピックアップする。「民生委員は精神疾患のある人にも対応しているが、自信を持てずにいる」「(精神科にこだわらず) 様々な医療機関の医師とも連携することが必要」「高齢者の自殺問題は医師の意識改革が必要かもしれない」「高齢・周産期うつ等にも対応し、研修も実施している」「市民向け健康講座や関係機関に対する講義も行っている」「DV被害者の中にも「死にたい」と考える人がいる」「社会的に孤立する人が多い」「病気が原因で自殺を考える人がいる」「本当に困っている人は自らつながることはない」「DV被害者を見つけることは難しい」「児童虐待や育児不安は孤立させないことが重要」「母親のストレスが増えている傾向があるように感じる」「周産期うつが増えている。保健師一人当たり100人を担当」「60代から70代の女性が多い。孤立やとじこもりを防ぐ事業をしているが参加しない人はどうすればいいのか。」「相談窓口に来る人は良いが来ない人にどのようにアプローチすればよいのか。」「リーフレットは配布しているが窓口に来る人はいない」「相談場所がわかりにくいので、わかりやすい相談場所が必要では」「地域の活動に参加しない人をどのようにして支えるのか」

発言内容を大きく分けると『広報啓発』に関するもの、『保健医療機関』に

関するもの、『社会的孤立』に関するものに分けることができる。

『広報啓発』における発言内容から見える課題としては、様々な講座や研修を市民向け、関係機関向けに展開しているが、実際に対応を求められている市民等からすると、自信をもてるようなレベルにはないということが一つ挙げられる。継続的な研修やスーパービジョンが今後は必要になることが考えられる。また、相談窓口に来ない人へのアプローチが残された課題となっている。どのような事業に於いても考えられる課題だと思われるが、うつ病・うつ状態、精神疾患を発症している場合などは自宅を出ることや、他者と関わることを億劫に感じるため、自殺対策という観点からは非常にリスクの高いグループとなる。

『保健医療機関』に関する課題としては、精神保健福祉領域でもよく議論されている。地域の精神科を専門としない医療機関における精神疾患に関する対応や、病気を抱えた人やその家族へのフォロー体制の構築の必要性、周産期うつへの対応などが挙げられている。身体症状を訴えて医療機関を受診する患者の背景にある精神疾患への適切な対応とそれが困難な場合の紹介や連携の重要性はこれまでも議論されており、ここで改めて検討することはしないが、医療機関同士の連携だけではなく、保健福祉領域との連携を検討することも今後の課題となりえる。また保健所の統廃合により、保健師一人当たりの担当人数が増加しており、マンパワーの限界を超えている課題が挙げられている。周産期うつについては、家庭環境の調整も必要だが、安心して過ごすことができるような環境や出産後の見通しがある程度つくこと、自宅などに閉じこもることなく、他者と関わり話ができるような環境を構築していくことが求められるのではないかと考える。

『社会的孤立』に関する課題としては、虐待や孤立の発見やそこへの介入、関係機関での情報の共有と連携などが鍵になると思われる。「死にたい」と考えるDV被害者への対応では、職場や学校・保育所、医療機関と警察や児童相談所、婦人相談所、保健所等が情報の共有を適切に行い、早期の介入等が必要になる。またB市のプロファイルでは70歳代女性の自殺率が高いが、地域の活動や事業に参加をあまりしない人へのアプローチについては、町内会などの自治会機能の活用や民生委員や地域包括支援センターなどの活用も検討が必要

となる。うつ病・うつ状態の人が自ら支援につながることは少ないため、アウトリーチが必要になるが、アウトリーチするためにはその状態にある人の情報が必要になる。その情報をどのようにしてキャッチするのかという大きな問題がある。

先にあげたような課題に対応するために、B市の自殺対策計画における基本施策にそれぞれ該当する項目として「地域における連携とネットワークの強化」「市民への啓発と周知」「生きることの促進要因支援」が挙げられている。また重点施策として高齢者対策、子ども・若者対策、生活困窮者対策、勤務問題対策、アルコール依存症対策を挙げている。先の課題で挙げた妊産婦、中でも周産期うつ状態にある女性への支援については明記することができずに終わってしまっている。医療機関の連携や広報啓発の窓口に来ない市民への対応なども十分な記述がなされているとは言えない。この要因としては、B市としてこの課題に本格的に取り組むのはこの計画が最初であり、市としてもあまり広げることが難しかったのかもしれない。あまりにも多くの部署・機関を巻き込む計画であり、巻き込むことができない民間企業や都道府県機関との関係などを考えると、やむを得ない側面もあると考える。

B市における自殺対策計画の策定に関わり、自殺対策にかかわる部署や機関、関連する団体・組織などが多種多様であるために、市の計画であっても、市単独でできることには制限があることに計画の難しさがあつた。

## 8：おわりに・課題

うつ病対策としての自殺対策の現状としては、大きくは精神科医療を中心とする対策、労働者施策を中心とする対策、国レベルでの対策と都道府県や市町村レベルでの対策など様々な領域・レベルがありそれぞれが独立して存在をしている。それぞれがどのように関連し、どのような連続性を持って支援を考えているのかということについては、あまりはっきりとしたものは見えていない。現在の厚生労働白書ではうつ病対策について「労災補償の現状」と「労働者の健康確保対策」（第2章第4節・第5節）、自殺対策の推進（第4章第4節）、こころの健康対策（第9章第3節）と大きく3つの章に分けて記述している。

章が分かれているのは、担当部局が異なることが要因として考えられる。現在は自殺対策を社会・援護局総務課自殺対策推進室において行っており、「自殺対策白書」もこの部局において取りまとめがなされている。精神科医療については医政局、労働者施策については労働基準局とそれぞれ担当が分かれていることから、これらの部局の連携が自殺対策を進める上での重要なポイントとなる。また自殺者に関するデータは警察庁が保有しており、この情報も以前は上手く利用できない状態であったが、議員や関係者の努力もあり、共有する道が開かれている。このような連携がこれから進むことが期待される。

国・都道府県・市町村の各レベルにおける自殺対策と労働者施策、精神保健福祉施策とその他社会福祉施策、警察行政、学校を中心とする教育施策については、それぞれの権限が及ぶ範囲においては連続性や関連性を持たせながら制度設計がなされているが、それぞれの権限の範囲を超える領域の施策についてはほとんど関連付けたり、連続性を持たせたりすることができない状況にある。また隣接する市町村や同じ経済圏域の市町村との連続性や連携についても十分に検討できているとは言えない。

うつ病対策としての自殺対策の柱の一つである労働者施策に関して、建前としては労働基準法で労働時間や休憩、有給休暇について規定し、労働安全衛生法では事業者等の責務として安全や健康の確保を義務として明示し、労働契約法においても安全配慮を使用者に対して求めている。これらが順守されていれば労働者の精神疾患は防げるのだろうが、現実としては機能しているとは言えない。使用者の責任を裁判や労働基準監督署の介入などで認めさせることができれば、企業・使用者・雇用主等に対し一定のペナルティを課すことができるのだろうが、そのような余力が全ての労働者や遺族に残されているわけではない。また労災の認定は非常に厳しく、労働者側に不利な状況であることが数字からは読み取れる。これを改善していくことがまずは必要であり、そもそもの原因(長時間労働やハラスメントなど)への対応を具体化していく必要がある。なお、今回の研究では労働安全衛生法に規定される産業医制度や産業保健制度については全く検討することができなかった。自分自身がこの領域について、知っているが理解を出来ていないということが大きな要因である。産業保健

制度は一定規模以上の事業所で導入されており、それに基づき適切な運用がなされれば、労働者災害はかなり減らすことができる。例えばアルコール問題について、就業前のアルコールチェックを定期・不定期に行うことで、飲酒量や飲酒機会を減らす効果が見込まれる。またチェックに引っかかった従業員に対し、翌日に残るほどの飲酒をした背景を聞き取ることで、早期にリスクを回避することが可能となる。精神保健福祉領域でもアルコール依存症や中毒に関する対応などは行われているが、予防的な取組の重要性を考えると、このような取り組みは非常に高い効果をもつことが考えられる。今後の研究課題として取り組んでいきたい。

また「はじめに」で、若年の自殺率の高さを課題として挙げたが、その検討は今回できていない。B市自殺対策計画の策定委員会では、学校において自殺を教育に取り込むことのハードルの高さが挙げられていた。教員自身がどのように扱えばよいのかを戸惑っているようにも感じる。「いのち」の大切さを学ぶプログラムについては展開されているが、苦しくなった時に（特に学校であれば「いじめ」の問題）どこにSOSを出せばよいのかを、分かりやすく説明することは必要になるのではないか。またSNSを含むインターネットリテラシーの教育の重要性も年々増大しており、若年者が精神的に追い込まれていく要因解消の一つとして今後の検討課題となる。

## 参考文献

- 自死遺児編集委員会, あしなが育英会 (2005) 『自殺って言えなかった』サンマーク出版
- 太刀川弘和 (2019) 『つながりからみた自殺予防』人文書院
- 高橋祥友 (2006) 『医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント』医学書院
- 松本俊彦 (2014) 『子どものこころの発達を知るシリーズ①自傷・自殺する子どもたち』(第6刷) 合同出版
- 松本俊彦 (2021) 『「死にたい」に現場で向き合う 自殺予防の最前線』日本評論社

- 森山花鈴 (2018) 『南山大学学術叢書 自殺対策の政治学』 晃洋書房
- 小牧奈津子 (2019) 『MINERVA 人文・社会科学叢書235「自殺対策」の政策学— 一個人の問題から政策課題へ—』
- 亀田進久 (2007) 「自殺と法：自殺対策基本法の成立を中心に」『レファレンス、(677)』 国立国会図書館
- 吉川武彦 (2003) 「自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」をどう読むか— 私見を込めて —」『こころの健康』 Vol.18, No1
- 中央労働災害防止協会 (2010) 改訂第5版第1刷 「職場における自殺の予防と対応」
- 労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課 (2000) 「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」
- 厚生労働省労働基準局長 (2006) 「労働者の心の健康の保持増進のための指針」
- 厚生労働省 (2021) 「職場における心とからだの健康づくりのための手引き～事業場における労働者の健康保持増進のための指針～」
- 厚生労働省 (2020) 「精神障害の労災認定」
- 自殺総合対策推進センター (2017) 「地域自殺対策政策パッケージ」
- 厚生労働省 (2017) 「市町村自殺対策計画策定の手引き～誰も追いつまれない社会の実現を目指して～」

## 注

- i) 自殺対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」2002（平成14）年12月第1章第2節自殺の背景より
- ii) 自殺対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」2002（平成14）年12月第1章第1節自殺の現状より
- iii) 『平成19年版自殺対策白書』平成19年11月3ページ
- iv) 『同上書』3ページ
- v) いのちの電話については <https://www.inochinodenwa.org/> (2021/11/14 閲覧) から引用
- vi) この認定基準策定の背景には、2000年に最高裁から出された過労自殺の

民事訴訟に関する判例が影響を与えているとされる。(2002年3月24日最高裁第2小法廷判決)

- vii) 新潟県十日町市, 秋田県由利本荘市, 岩手県久慈市, 青森県六戸町など
- viii) 尾崎剛志「リワーク病棟「六甲」における取組」NPO 法人労働問題研究所 IWHR 研究年報創刊号, 2019年6月
- ix) 竹島正「わが国の自殺対策」学術の動向2008.3 P15～国立精神・神経センター自殺予防総合対策センター長
- x) 平成19年版自殺対策白書 P47参照
- xi) 竹島正 同上

【Research Notes】

## Current status and issues of suicide countermeasures as a measure against depression

— Refer to the suicide countermeasure plan formulation in City B —

Takeshi OZAKI

### *Summary* :

Suicide prevention in Japan is positioned in the context of depression prevention. With more than 30,000 suicides in Japan from 1998 to 2011, there has been a shift in the government's approach to address suicide as a result of behavior based on "social factors", rather than as a "personal problem. However, drastic improvements have not been made, and overwork suicides continue to occur as a result of the unimproved environment, and applications and certifications for occupational injuries have been on the rise in recent years. In principle, worker protection is premised on companies' compliance with laws and regulations, but there are no major penalties for companies that do not do enough. In the area of mental health and welfare, various support measures are being taken, mainly based on the suicide prevention outline. The number of suicides has been decreasing since 012, but in the most recent year, 2020, it started to increase. From the formulation of the B-city suicide prevention plan, opinions on issues related to "public awareness raising" and "health care institutions" at the municipal level, as well as responses to "social isolation" were taken up and discussed. Coordination within the government is important, but at the municipal and prefectural levels, continuity in economic and living areas is also an important concept. There are also issues of cooperation between prefectures and municipalities, and between different government agencies.

---

**Key Words** : depression measure, suicide measure, overworked suicide,  
suicide countermeasure plan