

はじめに

自殺対策基本法の制定から10年がたち、我が国の年間自殺者数は平成10年以降の高止まり状態から、近年は減少傾向に転じつつある。

この間、自殺総合対策大綱の作成と見直しが行われ、同大綱に基づき、国・地方公共団体・民間団体等が連携しつつ自殺対策が行われてきた。また、平成28年3月には自殺対策

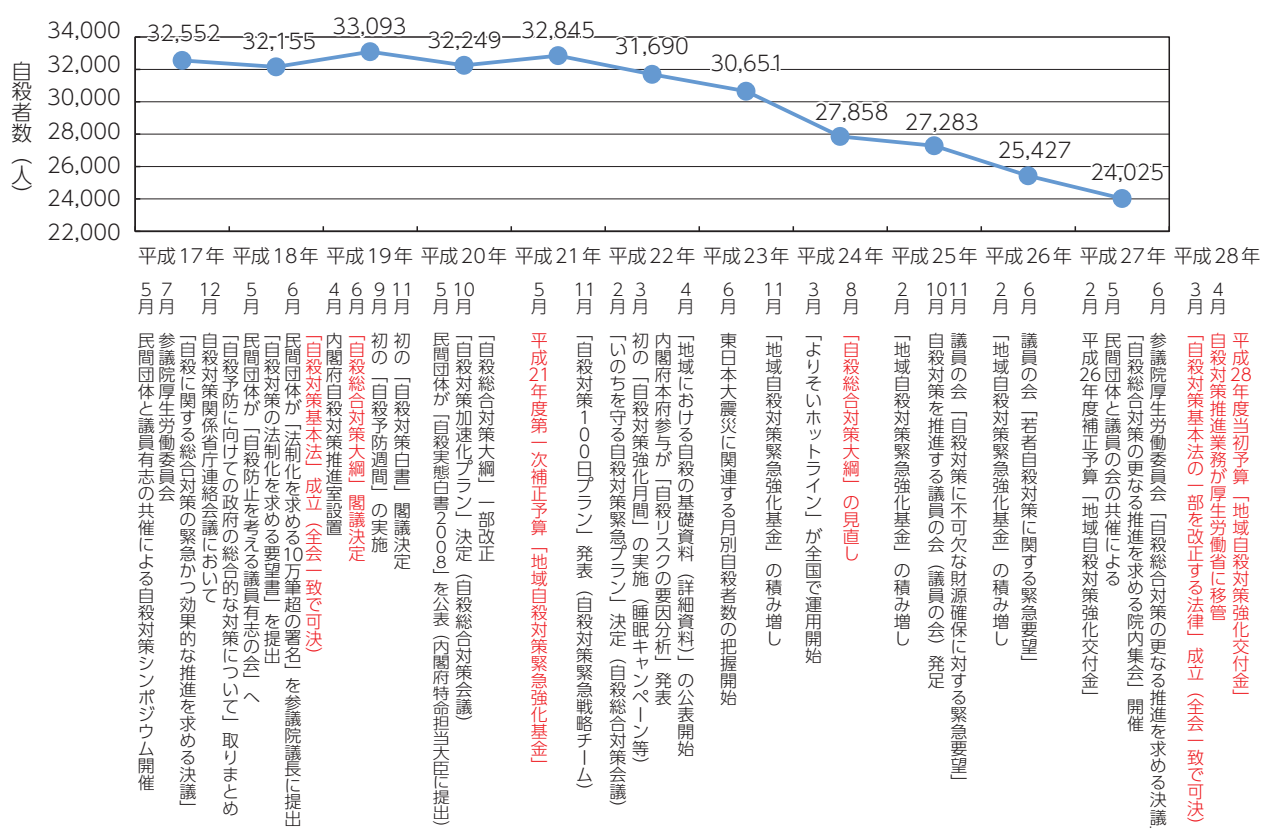
基本法そのものが改正され、4月1日より施行されるなど、我が国における自殺対策は、大きな転換期を迎えている。

本章では、この10年間における国、地方公共団体、民間団体等を挙げた自殺対策の取組を振り返るとともに、この間の自殺の状況の推移や変化について分析を行うことを通じて、今後の自殺対策の課題を探る。

本節では、自殺対策基本法制定に至る経緯から、自殺対策基本法の改正に至る約10年間に、我が国における自殺対策の推進の節目となった出来事について改めて振り返る。な

お、個別の施策の実施状況については、「第3章 平成27年度の自殺対策の実施状況」を参照されたい。

我が国における自殺者数の推移と自殺対策をめぐる主な動き



(1) 自殺対策基本法制定の経緯

我が国における年間自殺者数は、警察庁自殺統計によると、平成10年に9年の2万4,391人から8,472人(34.7%)増加して3万2,863人となり、その後、15年には統計を取り始めた昭和53年以降で最多の3万4,427人となった。16年以降も3万人台で推移し続けた。

一方、我が国においては、平成10年に自殺者数が急増するまでは、自殺問題が行政上の課題とされることは少なく、その後も、自殺

対策について国全体としての基本方針は策定されてこなかった。国における取組は、厚生労働省におけるうつ病対策や、職場のメンタルヘルス対策を中心に、結果的に自殺予防に寄与していると認められる取組を含め、各府省がそれぞれに実施しているのが実態であった。

このような状況の下、自殺者の遺族や自殺予防活動、遺族支援に取り組んでいる民間団体から、「個人だけでなく社会を対象とした

自殺対策を実施すべきである」といった声が強く出されるようになった。また、国会においても、平成17年2月に「自殺問題に関する参考人質疑」が行われた。これらの動きが呼応して、同年5月には、「特定非営利活動法人自殺対策支援センターライフリンク」と国会議員有志との共催により、参議院議員会館において、シンポジウムが開催された。さらに、同年7月には参議院厚生労働委員会において「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」が全会一致で行われた。



平成17年5月参議院議員会館におけるシンポジウム（NPO法人ライフリンク提供）

この決議を受けて、政府は、一体となって自殺対策を総合的に進めるため、12月に「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」を取りまとめ、関係省庁が一体となった取組に着手することとなった。

平成18年には、自殺予防活動や遺族支援に取り組んでいる民間団体が中心となって、政府の自殺対策の動きをより確実なものとし、実効性のある総合的な自殺対策を推進させるためには、自殺対策の法制化が必要であるとして、「自殺対策の法制化を求める3万人署名」と称する署名活動が全国で繰り広げられ、自殺対策の法制化を求める10万余の署名が参議院議長に提出された。

また、国会では、超党派の「自殺防止対策を考える議員有志の会」が結成され、「自殺対策基本法案」について検討が進められた。法案は、6月8日、第164回国会参議院内閣

委員会において委員長提出法案として議題となり、即日全会一致で可決、翌9日に参議院本会議で可決され、14日に衆議院内閣委員会、15日に衆議院本会議で可決され、21日に自殺対策基本法として公布、10月21日に施行された。

(2) 自殺総合対策大綱の策定・見直しと施策の進展

ア 最初の自殺総合対策大綱の策定

自殺対策基本法においては、政府の推進すべき自殺対策の指針として、基本的かつ総合的な自殺対策の大綱を策定することとされた。初の自殺対策の大綱を策定するに当たっては、内閣府において有識者による「自殺総合対策の在り方検討会」が開催された。大綱の素案は、同検討会が取りまとめた報告書「総合的な自殺対策の推進に関する提言」を踏まえて内閣府において作成され、平成19年6月8日、自殺総合対策会議において大綱案が決定された。同案は同日自殺総合対策大綱として閣議決定された。

自殺総合対策大綱は、自殺対策基本法が制定され国を挙げて総合的な自殺対策を推進することとなった我が国の自殺をめぐる現状を整理するとともに、

〈自殺は追い込まれた末の死〉

〈自殺は防ぐことができる〉

〈自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している〉

という自殺に対する3つの基本的な認識を示した。また、自殺対策基本法第2条の4つの基本理念及び自殺総合対策の在り方検討会の報告書を踏まえ、

〈1〉社会的要因も踏まえ総合的に取り組む

〈2〉国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む

〈3〉自殺の事前予防、危機対応に加え未遂者や遺族等への事後対応に取り組む

〈4〉自殺を考えている人を関係者が連携して包括的に支える

〈5〉自殺の実態解明を進め、その成果に基づき施策を展開する

〈6〉中長期的視点に立って、継続的に進める

という自殺対策を進める上での6つの基本的考え方を示すとともに、世代ごとの特徴を踏まえた自殺対策を推進する必要があることから、青少年（30歳未満）、中高年（30歳～64歳）、高齢者（65歳以上）の3世代に分けて、各世代の自殺の特徴と取り組むべき自殺対策の方向を示した。

また、当面、特に集中的に取り組むべきものとして、自殺対策基本法の9つの基本的施策に沿って、9項目について48の施策を設定した。

さらに、自殺対策の数値目標については、平成28年までに、17年の自殺死亡率を20%以上減少させることと設定し、国及び地域における自殺対策の推進体制、自殺総合対策大綱に基づく施策の評価及び管理について定めた。また、自殺総合対策大綱について、おおむね5年を目途に見直しを行うこととした。

イ 自殺対策加速化プランの策定と自殺総合対策大綱の改定

平成10年以降、自殺者数が3万人を超える事態が続いたことに加え、20年に入ってから、インターネット情報に基づく硫化水素による自殺が群発し、事案によっては家族や近隣住民にまで被害が生じるなど社会問題化していた。このため、「経済財政改革の基本方針2008」（平成20年6月27日閣議決定）において、「最近の自殺の動向を踏まえ、自殺総合対策大綱を見直す」と明記された。

これを受けて、平成20年10月31日、自殺総合対策会議において、自殺総合対策大綱の策定後1年間のフォローアップ結果等も踏まえ、自殺対策の一層の推進を図るために当面強化し加速化していくべき施策を「自殺対策加速化プラン」（平成20年10月31日自殺総合対策会議決定）として決定した。

「自殺対策加速化プラン」においては、次

の9項目にわたる施策が定められた。

- (1) 「自殺の実態を明らかにする」
- (2) 「国民一人ひとりの気づきと見守りを促す」
- (3) 「心の健康づくりを進める」
- (4) 「適切な精神科医療を受けられるようにする」
- (5) 「社会的な取組で自殺を防ぐ」
- (6) 「自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」
- (7) 「遺された人の苦痛を和らげる」
- (8) 「民間団体との連携を強化する」
- (9) 「推進体制等の充実」

このうち、項目(4) (5) (9)に、当時の大綱の項目に明記されていなかった施策が盛り込まれている。(4)「適切な精神科医療を受けられるようにする」に、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が加えられており、これは、うつ病以外の精神疾患である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症についても調査研究の推進や自助活動への支援などにより対策を進めるものである。

また、(5)「社会的な取組で自殺を防ぐ」には、インターネット上の自殺関連情報対策の推進が加えられた。プラン策定の契機となった硫化水素など第三者に危害を及ぼすおそれの高い物質の製造方法を教示・誘引する情報について、削除するようサイト管理者等に対して依頼するインターネット・ホットラインセンターの取組支援、契約約款モデル条項の見直しによるプロバイダの対応の明確化を図ることなどが盛り込まれた。

さらに、(9)「推進体制等の充実」については、国において硫化水素による群発自殺のような特異事案の発生等への体制を整備するとともに、市町村においても自殺対策担当部局が設置されるよう働きかけを進めることとされた。

これら3つの新規項目については、自殺対策加速化プランの決定と同日の閣議において、自殺総合対策大綱が一部改正され、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、インターネット上の自殺関連情報対

策の推進、推進体制等の充実にかかる項目、記述が大綱本体にも盛り込まれた。

ウ いのちを守る自殺対策緊急プラン

平成21年11月27日、年間の自殺者数が12年連続で3万人を超えることが判明したことから、自殺対策を担当する内閣府政務三役と内閣府本府参与からなる「自殺対策緊急戦略チーム」は、「自殺対策100日プラン」を取りまとめ、その中で、政府として取り組むべき「中期的な視点に立った施策」に関する提言を行った。

この提言を受けて、自殺をめぐる厳しい情勢を踏まえ、様々な悩みや問題を抱えた人々に届く「当事者本位」の施策の展開ができるよう、政府全体の意識を改革し、一丸となって自殺対策の緊急的な強化を図るため、平成22年2月5日、自殺総合対策会議において、「いのちを守る自殺対策緊急プラン」が決定された。

「いのちを守る自殺対策緊急プラン」においては、

- ・新たに、3月を「自殺対策強化月間」と定め、関係府省、団体等が連携して、重点的に広報・啓発活動を展開するとともに、心の健康相談等の関連施策を集中的に実施すること
- ・各種相談体制の充実・強化や、適切な相談機関へとつなぐ役割を果たすゲートキーパーの育成・拡充を図ること



平成22年度自殺対策強化月間

- ・自殺統計データを地域毎に詳細に分析・公表し、地域の実態を踏まえたきめ細かな対策が講じられるようにすること

などを始め、連帯保証制度等の制度・慣行に踏み込んだ検討、ハイリスク地やハイリスク者への重点対策、自殺未遂者・遺族への支援、政府の推進体制の強化等が盛り込まれた。

「いのちを守る自殺対策緊急プラン」の策定を受け、各府省において具体的な取組が推進されたが、中でも、プラン策定翌月の3月には、内閣府が中心となって、初めての自殺対策強化月間が実施され、集中的な広報啓発活動が展開された。具体的には、「睡眠キャンペーン」の実施、「自殺対策強化のための基礎資料」の公表、ハローワーク等での対面型相談支援（総合相談会）の実施等が行われた。

エ 平成24年の自殺総合対策大綱の見直しの経緯

平成19年6月に閣議決定された自殺総合対策大綱は、おおむね5年を目途に見直すこととされていた。大綱の見直しに当たっては、まず自殺対策推進会議において、関係府省のヒアリングを行い、現大綱に基づく諸施策の進捗状況を把握した上で会議としての意見が取りまとめられ、内閣府特命担当大臣（自殺対策）に報告された。

また、有識者のほか、現大綱の下で実際に自殺対策の推進に当たってきた現場の声を新大綱に反映させることが必要であると考えられたため、内閣府特命担当大臣（自殺対策）の下、「官民が協働して自殺対策を一層推進するための特命チーム」が置かれ、新たな自殺総合対策大綱において、政府と地方公共団体、関係団体、民間団体等との協働を一層進めるため、現場における現状と課題、今後の取組方針や行動計画等についてヒアリング等を行い、それに対する政府の役割を中心に議論を行った。このほか、全国の民間団体の声を聴くための民間団体ヒアリングを行った。これらのヒアリング等における有識者の意見

や現場の声などで得られた知見を踏まえ、内閣府において新しい自殺総合対策大綱の素案を作成し、平成24年8月9日に自殺総合対策会議（持ち回り開催）で決定された。その後、同月10日の自殺対策推進会議で素案について報告して有識者から意見を伺い、同日から17日まで意見公募を行った上で、同月28日に新たな自殺総合対策大綱が閣議決定された。

オ 平成24年大綱見直しのポイント

新たな自殺総合対策大綱では、副題と冒頭において「誰も自殺に追い込まれることのない社会」という目指すべき社会が提示され、これまでの自殺総合対策大綱の下での取組について総括した上で、今後の課題として、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換が指摘されている。

また、自殺総合対策の基本的な考え方として、「政策対象となる集団毎の実態を踏まえた対策を推進する」、「国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する」の2つが追加されるとともに、当面の重点施策として、「自殺や自殺関連事象等に関する正しい知識の普及」、「様々な分野でのゲートキーパーの養成の促進」、「大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進」、「児童虐待や性犯罪・性暴力の被害者への支援の充実」、「生活困窮者への支援の充実」などの施策が新たに盛り込まれている。

さらに、推進体制等について、「国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が連携・協働するための仕組み」、「中立・公正の立場から本大綱に基づく施策の実施状況、目標の達成状況等を検証し、施策の効果等を評価するための仕組み」を設けることとしている。

なお、自殺対策の数値目標について、平成28年までに、自殺死亡率を17年と比べて20%以上減少させることとしており、また、大綱については、おおむね5年を目途に見直しを行うこととしている。

(3) 国における自殺対策の推進体制

自殺対策基本法に基づき、内閣官房長官を会長とし、内閣総理大臣が指定する関係閣僚を構成員とする「自殺総合対策会議」が設置された。同会議は、大綱の案の作成のほか、自殺対策に必要な関係行政機関相互の調整、自殺対策に関する重要事項について審議し、その実施を推進することとされ、各府省にまたがる自殺対策を統括し推進するための枠組みとしての機能を担っている。また、19年4月、内閣府に自殺対策推進室が設置され、自殺総合対策会議の事務局機能を担うこととされた。同室においては、自殺総合対策大綱の下、企画・立案・総合調整に関する事務を行っており、地方公共団体や自殺防止等に関する活動を行っている民間団体とも連携しつつ総合的な自殺対策を推進してきた。

自殺総合対策会議の下には、有識者等による自殺対策推進会議（平成20年～25年）、自殺対策検証評価会議及び自殺対策官民連携協働会議（25年～）が置かれ、施策の実施状況の評価並びにこれを踏まえた施策の見直し及び改善等についての検討に民間有識者等の意見を反映するための枠組みを整えた。

さらに、平成22年には、自殺総合対策会議の下に、内閣府特命担当大臣（自殺対策）、国家公安委員会委員長、総務大臣、厚生労働大臣を共同座長とし、自殺対策に特に重要な役割を果たす府省の副大臣・政務官等によって構成される自殺対策タスクフォースが設置された。24年9月には、タスクフォースに代わり、内閣府特命担当大臣（自殺対策）を座長とし、関係府省の副大臣等によって構成される自殺対策の機動的推進のためのワーキングチームが設置された。

また、平成18年10月1日に国立精神・神経センター（現：国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター）精神保健研究所に設置された「自殺予防総合対策センター」¹は、自殺対策に関する情報の収集・発信、調査研究、研修等の機能を担う機関として位置

付けられてきた。

※これらの業務に関する平成27年度以降の動きについては、(5)を参照。

(4) 地域における自殺対策の推進

ア 地域における連携・協力の進展

自殺対策基本法において、地方公共団体は、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定められている。地域の多様な関係者の連携・協力を確保しつつ総合的な自殺対策を推進する上で、地域で総合行政を実施し、地域住民と身近に関わっている地方公共団体は、重要な役割を担っている。

自殺対策基本法の成立や自殺総合対策大綱の策定を受け、各都道府県において、自殺対策を担当する部局等が明確化されるとともに、平成20年度末までに全都道府県において様々な分野の関係機関・団体により構成される自殺対策の検討の場として、自殺対策連絡協議会等が設置された。現在、各地方公共団体において、自殺総合対策大綱を踏まえた総合的な自殺対策に関する計画づくり、地域で活動している自殺対策に関係する様々な団体等と密接に連携・協力しつつ一体となって自殺対策を推進することができるような体制の構築等、地域の状況に応じた多様な自殺対策に関する活動が行われている。

なお、自殺予防総合対策センターが平成27年3月に実施した調査によると、地方公共団体において自殺対策の推進に関する推進計画を作成している、あるいは地方公共団体における総合計画や基本計画の中に自殺対策を位置付けていると回答したのは、46都道府県、20政令指定都市、539市区町村となっている。

こうした地方における取組を支援し、国と地方とで連携して自殺対策を推進するため、内閣府では、関係省庁の協力の下、都道府県及び政令指定都市の自殺対策主管部局に対し、政府の方針、予算、地域自殺対策緊急強化事業について情報提供を行うとともに、情報交換等を行う場として、全国自殺対策主管課長等会議を平成20年度から随時開催してきた。また、各地方公共団体における地域の特性に応じた施策の推進に資するため、毎月、警察庁から自殺統計原票データの提供を受け、市区町村別まで集計し、都道府県を通じて情報提供を行うとともに、ホームページで公表してきた。なお、自殺統計原票データの集計業務については、22年9月に内閣府経済社会総合研究所の下に置かれた分析班において行っていたが、24年以降は内閣府自殺対策推進室に引き継がれた。

地方公共団体における自殺対策に関する計画の策定状況

	都道府県・政令指定都市		市区町村	
	回答数	割合	回答数	割合
自殺対策に関する計画がある (総合計画・基本計画において自殺対策が位置づけられている場合を含む)	66	98.5%	539	45.9%
自殺対策に関する計画がない	1	1.5%	613	52.2%
未回答・不詳	0	0	23	2.0%
合計	67	100%	1175	100%

注) 各回答の割合の合計は、四捨五入の関係で必ずしも100%にはならない。

注) 調査時点における政令指定都市を除く市区町村の数は、1,721である。

資料：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 自殺予防総合対策センター（現：自殺総合対策推進センター）「都道府県・政令指定都市および市区町村における自殺対策の取組状況に関する調査（平成27年度）」より厚生労働省作成

- 1 平成28年4月1日に「自殺総合対策推進センター」に改組されているが、原則として改組前の取組については旧称を使用している（次章以降も同様。）。

イ 地域自殺対策緊急強化事業

〈地域自殺対策緊急強化基金の概要〉

内閣府では、「地域における自殺対策力」を強化するため、平成21年度補正予算において100億円の予算を計上し、都道府県に当面3年間の対策に係る「地域自殺対策緊急強化基金」を造成した。これは、平成10年以降、年間の自殺者数が11年連続して3万人を超えたこと、また、厳しい経済情勢を背景とした自殺の社会的要因である失業や倒産、多重債務問題の深刻化への懸念から、追い込まれた人に対するセーフティーネットの一環として、地域における自殺対策の強化が喫緊の課題となっていたことを踏まえたものである。当時、地方公共団体における総合的な自殺対策は、国における自殺対策の本格的な推進を受けて数年前から開始したところが多く、本格的な取組が全都道府県で行われているとは言えず、市町村に至っては、20年10月末に決定した自殺対策加速化プランに基づき自殺対策担当の部局等が設置されるよう働きかけを行ったばかりという状況にあった。

地域自殺対策緊急強化基金の100億円の予算については、各都道府県の人口や自殺者数等に基づき配分され、各都道府県では、条例を制定するとともに、実施事業の内容等を盛り込んだ計画を策定し、執行された。基金事業の内容については、国が提示した対面型相談支援事業、電話相談支援事業、人材養成事業、普及啓発事業及び強化モデル事業の5つのメニューの中から、各都道府県が地域の実情を踏まえて選択し、実施された。

基金事業の効果については、「地域自殺対策緊急強化基金評価・検証チーム」（平成24年度）及び自殺対策検証評価会議（平成25年度以降）において、事業実績を基にした定量的な分析と地方公共団体へのヒアリング等による定性的な分析の両面から検証・評価が行われた。

〈平成22年度補正予算による対応〉

平成22年10月に閣議決定された「円高・デ

フレ対応のための緊急総合経済対策」を踏まえ、これまで住民生活にとって大事な分野でありながら、光が十分に当てられてこなかった分野として地方消費者行政、DV対策・自殺予防等の弱者対策・自立支援、知の地域づくりに対する地方の取組を支援する交付金として「住民生活に光をそそぐ交付金」が創設され、1,000億円の予算が計上された。

この交付金は自殺対策も対象としており、各都道府県が実施する地域自殺対策緊急強化事業にも充当されることとなった。これに合わせ、地域自殺対策緊急強化基金による事業も24年度末まで実施できるよう、各都道府県からの申請により期限の延長を可能とした。

また、厚生労働省では、平成22年度補正予算において、既に都道府県に設置されている地域自殺対策緊急強化基金の中で、一般かかりつけ医と精神科医療機関との連携体制の構築のための事業、及び精神科医療機関の従事者に対する研修事業が実施できるよう、うつ病医療体制強化事業として7.5億円を追加した。なお、本事業は23年度で終了している。

〈平成23年度第3次補正予算による対応〉

平成23年の月別の自殺者数は、3月まで前年同月に比べ減少していたが、4月から増加に転じ、特に5月は3,375人と大幅に増加した。東日本大震災の影響は、被災地域や被災者の避難先地域を始め、経済情勢の激変や社会不安の増大を通じて全国に広がっていると考えられ、自殺対策を取り巻く状況が一段と厳しさを増していることから、緊急的に地域における対策を強化することが必要となった。

このような状況を踏まえて、内閣府では、平成23年度第3次補正予算において、地域自殺対策緊急強化基金への積み増し分として37億円を計上するとともに、24年度末まで期限を延長し、被災3県及び全国（除く被災3県）において、被災者の心のケア対策や孤立化防止のサロン活動、相談窓口、訪問支援等の整備、復旧、震災関連自殺の予防対策等を早急に実施して深刻な事態の招来を食い止め

ると同時に、一段と厳しさを増している自殺対策を取り巻く状況に対して万全の対策が講じられるようにした。

〈平成24年度第1次補正予算による対応〉

平成24年8月に見直しが行われた新たな自殺総合対策大綱では、「地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策」への転換の重要性が掲げられるとともに、自殺未遂者への支援や若年層の自殺死亡率の増加など、新たな課題への取組の必要性が盛り込まれた。また、平成24年の自殺者数は3万人を下回ったものの、経済状況の悪化や震災の影響等により、依然として予断を許さない状況であり、地域の取組をより一層推進していく必要があった。

このような状況を踏まえ、内閣府では、平成24年度第1次補正予算において、地域自殺対策緊急強化基金への積み増し分として30.2億円を計上するとともに、25年度末まで期限を延長し、新たな大綱を踏まえた地域における自殺対策の体制整備や取組の推進を図ることとした。

〈平成25年度第1次補正予算による対応〉

我が国の自殺者数は、平成24年に3万人を下回り、平成25年には前年をさらに下回ったものの、依然として高い水準で推移しており、深刻な状況に変わりはなく、引き続き地域における自殺対策を推進する必要があった。

このような状況を踏まえ、内閣府では、平成25年度第1次補正予算において、地域自殺対策緊急強化基金への積み増し分として16.3億円を計上するとともに、26年度末まで期限を延長し、地域の実情に応じて、様々な世代やリスク要因に対応した自殺対策を実施できるようにした。

〈平成26年度以降の対応〉

平成26年度補正予算において、後述の地域自殺対策強化交付金が措置された一方、地域自殺対策緊急強化基金についても、用途を東

日本大震災における避難者又は被災者向けの自殺対策に限定した上で、実施期限を平成27年度末まで延長した。これは、東日本大震災における避難者又は被災者向けの自殺対策については、基金造成から5年（東日本大震災発災から3年）経過した当時においてもなお、自殺対策を行う体制が整っておらず安定かつ効率的な事業の実施が見込めない状況であったため、基金による事業の実施が望ましいと判断されたためである。なお、27年度においても、東日本大震災避難者・被災者向け自殺対策の重要性に鑑み、基金事業の実施期限を28年度末まで延長した。

〈地域自殺対策強化交付金〉

我が国の自殺者数は、平成24年以降3万人を下回っているものの、依然として、急増した平成9年以前の水準にまで戻っておらず、特に20歳代以下については、自殺者数の減少幅は他の年齢階級に比べて小さいものにとどまっていた。

若年層向け自殺対策や、経済情勢の変化に対応した自殺対策など、特に必要性の高い自殺対策に関し、地域の特性に応じた効率的な対策を後押しし、地域における「自殺対策力」の更なる強化を図る必要があることから、内閣府では、平成26年度補正予算において、地域自殺対策強化交付金として、25億円を計上した。同交付金については、27年度に繰越しを行い、同年度に実施する自殺対策事業に充てられるよう対応を行った。

(5) 自殺対策業務の厚生労働省への移管を踏まえた対応

〈国における推進体制の見直し〉

平成27年1月に閣議決定された「内閣官房及び内閣府の業務の見直しについて」において、自殺対策の推進業務は厚生労働省へ移管することとされた。9月には、業務移管に必要な法整備を行う「内閣の重要政策に関する総合調整等に関する機能の強化のための国家行政組織法等の一部を改正する法律」が成立

し、同法に基づき、28年4月1日をもって業務が移管された。

自殺対策基本法の施行以来、内閣府において自殺総合対策大綱を2度策定し、これに沿った様々な取組が進められてきた結果、自殺者数が約2万4,000人まで減少するなど、着実に成果を出してきた。一方、今後、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を一層進め、健康問題や経済的困窮を始めとする自殺の背景にある様々な要因に対して、地域において自殺対策の中核を担っている自治体の保健・福祉部局等や、経済的な自立を支えるハローワークなどの現場と緊密に連携することがますます重要となると考えられた。このため、今般の業務見直しにおいては、こうした現場と関連が深い厚生労働省に移管することで、取組体制の更なる強化を図ることになったものである。

本業務移管に伴い、自殺総合対策会議の会長は厚生労働大臣とされ、事務局も厚生労働省に移管された。また、平成28年4月1日に厚生労働省に自殺対策推進室が設置され、内閣府の担ってきた事務を引き継ぐこととされた。さらに、後述する「自殺総合対策の更なる推進を求める決議」を踏まえ、同日付で、厚生労働大臣を長とする「自殺対策推進本部」を設置し、多岐にわたる自殺対策を総合的に推進するため、保健、医療、福祉、労働その他の関連施策の有機的連携を図り、省内横断的に取り組んでいくこととした。

なお、自殺予防総合対策センターについては、後述する「自殺総合対策の更なる推進を求める決議」に基づき、今後の業務の在り方について厚生労働省において有識者を交えて検討を行い、平成27年7月に報告書を取りまとめた。同報告書及び同決議を踏まえ、平成28年4月1日に自殺予防総合対策センターを自殺総合対策推進センターに改組し、組織体制について地域連携推進室を新設するなどの強化を図ることとした。国における対策を総合的に支援する視点からは

- ・精神保健的な視点に加え、社会学、経済

学、応用統計学等の学際的な視点

- ・民学官でPDCAサイクルを回すためのエビデンスに基づく政策支援 に、

地域レベルの取組を支援する視点からは、

- ・民間団体を含む基礎自治体レベルの取組の実務的・実践的支援の強化
- ・地域が実情に応じて取り組むための情報提供や仕組みづくり（人材育成等）

に取り組んでいくこととした。

〈平成28年度当初予算における対応〉

これまでの地域自殺対策緊急強化事業は、基金にせよ交付金にせよ、年度途中において自殺対策を取り巻く環境が予断を許さない状況に置かれ、その対処が必要になったという事情を踏まえ、その都度補正予算での措置が行われてきた。一方、地域における自殺対策の推進について、施策の検証・評価を行いながら中長期的視点に立って継続的に進めるためには、当該地域における継続的かつ安定的な財源の確保が課題であり、地方公共団体のみならず、自殺対策に取り組む民間団体や自殺対策に関心を持つ国会議員からも安定的な財源による地方への支援が要望され、後述の「自殺総合対策の更なる推進を求める決議」においても指摘がなされた。内閣府では、平成28年度予算概算要求において、地域における自殺対策に係る自主的な財源も組み合わせつつ、継続的な対策を後押しするため、地域自殺対策強化交付金として25億円を要求し、全額が厚生労働省予算として計上された。

(6) 自殺対策基本法の改正

ア 自殺対策基本法改正の経緯

自殺対策基本法の施行から10年が経過しようとする中、自殺対策に取り組む民間団体や自殺対策を推進する国会議員を中心に、我が国の自殺対策を更に強化し、加速させるために、この10年間に蓄積された様々な知見や経験を踏まえた自殺対策基本法の見直しが必要であるという機運が高まってきた。

平成27年5月、「自殺対策支援センターラ

イフリンク」の主催、「自殺対策全国民間ネットワーク」、「自殺のない社会づくり市区町村会」及び「自殺対策を推進する議員の会」の共催により、自殺総合対策の更なる推

進を求める院内集会が開催され、自殺対策を推進する議員の会に対し、自殺対策基本法の改正を始めとする12項目からなる要望書が提出された。



自殺総合対策の更なる推進を求める院内集会（NPO法人ライフリンク提供）

これを受けて、国会においても、同年6月2日、参議院厚生労働委員会において自殺総合対策等をテーマとした審議が行われ、「自殺総合対策の更なる推進を求める決議」が全会一致で可決された。決議においては、我が国の自殺問題について、非常事態はいまだ続いており、決して楽観できないとの認識を示

した上で、自殺対策基本法の施行から来年で十年の節目を迎えるに当たり、政府に対し、自殺問題に関する総合的な対策の更なる推進を求めるとともに、立法府の責任において、自殺対策基本法の改正等の法整備に取り組むことなどが盛り込まれた。

自殺総合対策の更なる推進を求める決議（概要）

平成27年6月2日
参議院厚生労働委員会

- 「誰も自殺に追い込まれることのない社会」を実現するため、立法府の責任において、自殺対策基本法の改正等の法整備に取り組む決意である。
- 政府においても、次の事項について、迅速かつ確実に必要な措置を講ずることによって、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べきである。

1. 「いのち支える自殺対策」という概念を前面に打ち出すこと。
2. 「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる方向で推進すること。
3. 常に関連施策を連動させながら推進すること。
4. 自殺対策業務について、厚生労働省に設置する部署は、専ら自殺対策を推進する業務を担うこととするとともに、省内横断的な組織とすること。その際、課長級を含めて内閣府からポストを移管することによって、専任の課長級の管理職を配置すること。
5. 自殺予防総合対策センターの業務及び体制を抜本的に見直し、民学官協働型の組織として改編し、全国の地域自殺予防情報センターも、その在り方を抜本的に見直し、都道府県及び市町村の自殺対策を直接的かつ継続的に支援する組織として体制及び機能の強化を図ること。
6. 都道府県及び市町村に、「いのち支える自殺対策行動計画」の策定を義務づけること。
7. 平成28年度予算において、事前に都道府県及び市町村から意見を聴き、その意見を踏まえ、内閣府が必要かつ十分な予算を要求し、地域自殺対策予算の恒久財源を確保すること。
8. 「いのち支える自殺対策」を寄り添い型相談支援事業（寄り添いホットライン）及び生活困窮者自立支援制度の自立相談支援事業と効果的に連動させ、「いのちのセーフティーネット」を確保すること。
9. 全ての都道府県に家族を自殺で亡くした遺族に対して支援情報を提供するための仕組みを構築すること。
10. 自殺未遂者を支援する専門家を養成し、拠点病院が自殺未遂者支援の専門家を他の医療機関や相談機関等に派遣する体制を構築するとともに、親族等が継続的かつ安定的に支援を受けることができる体制を整備すること。
11. 全ての児童生徒を対象に「SOSの出し方教育（自殺の0次予防）」を実施すること。

具体的な改正案の検討は自殺対策を推進する議員の会を中心に行われ、同会において5回にわたり計28団体へのヒアリングを行ったほか、関係府省等へ意見照会を行い、インターネット上で意見公募を行った上で、平成27年11月25日、議員の会としての改正案が取りまとめられた。

改正案は平成28年2月18日の参議院厚生労働委員会に「自殺対策基本法の一部を改正する法律案」として委員長提案で提出されて全会一致で可決され、同月24日に参議院本会議においても全会一致で可決された。3月18日に衆議院厚生労働委員会、同月22日には衆議院本会議においてそれぞれ全会一致で可決され、成立し、4月1日から施行された²。

イ 自殺対策基本法の一部を改正する法律の概要

①目的規定の改正（第1条）

目的規定に「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、これに対処していくことが重要な課題となっていること」が加えられた。

②基本理念の追加（第2条）

自殺対策は、生きることの包括的な支援として、全ての人がかけがえのない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その妨げとなる諸要因の解消に資するための支援とそれを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、実施されなければならないこと、また、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならないことが規定された。

③国の責務の改正（第3条第3項）

国は、地方公共団体に対し地方公共団体の責務が十分に果たされるように必要な助言そ

の他の援助を行うものとされた。

④自殺予防週間・自殺対策強化月間（第7条）

これまで自殺総合対策大綱に基づいて行われていた自殺予防週間（9月10日から9月16日まで）及び自殺対策強化月間（3月）を法律上位置付けた。

⑤関係者の連携協力（第8条）

国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺対策に係る活動を行う民間の団体その他の関係者は、自殺対策の総合的かつ効果的な推進のため、相互に連携を図りながら協力するものとされた。

⑥都道府県自殺対策計画等（第13条）

都道府県は、自殺総合対策大綱及び地域の実情を勘案して、都道府県自殺対策計画を定めるものとされた。また、市町村は、自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画並びに地域の実情を勘案して、市町村自殺対策計画を定めるものとされた。

⑦都道府県・市町村に対する交付金の交付（第14条）

⑥に規定する計画を策定して自殺対策を推進する都道府県及び市町村を財政面から支援するため、国は、これらの計画に基づいて当該地域の状況に応じた自殺対策のために必要な事業、その総合的かつ効果的な取組等を実施する都道府県又は市町村に対し、当該事業等の実施に要する経費に当たるため、推進される自殺対策の内容その他の事項を勘案して、予算の範囲内で交付金を交付することができることとされた。

⑧基本的施策の充実（第15条～18条）

調査研究等の推進・体制の整備、人材の確保等、心の健康の保持に係る教育・啓発の推進等、医療提供体制の整備の各施策に係る条文の修正・追加がなされた。

⑨必要な組織の整備（第25条）

政府は、自殺対策を推進するにつき、必要な組織の整備を図るものとされた。

2 法案成立を直前に控えた3月19日には、自殺対策に取り組む実務家や研究者、政策立案者等らが参加する「日本自殺総合対策学会」による改正法案についてのフォーラムが開催された。

自殺対策基本法の一部を改正する法律 概要

目的規定の改正（第1条）

- 目的規定に「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、これに対処していくことが重要な課題となっていること」を追加

基本理念の追加（第2条第1項・第5項）

- 自殺対策は、生きることの包括的な支援として、全ての人がかけがえのない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その妨げとなる諸要因の解消に資するための支援とそれを支えつつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、実施されなければならない
- 自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならない

国の責務の改正（第3条第3項）

- 国による地方公共団体に対する必要な助言その他の援助

自殺予防週間・自殺対策強化月間（第7条）

- 自殺予防週間（9月10日～9月16日）を設け、啓発活動を広く展開
- 自殺対策強化月間（3月）を設け、自殺対策を集中的に展開

関係者の連携協力（第8条）

- 国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、民間の団体その他の関係者による相互の連携・協力

都道府県自殺対策計画等（第13条）

- 都道府県・市町村は、それぞれ都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画を定める

都道府県・市町村に対する交付金の交付（第14条）

- 国は、都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画に基づいて当該地域の状況に応じた自殺対策のために必要な事業、その総合的かつ効果的な取組等を実施する都道府県・市町村に対し、交付金を交付

基本的施策の拡充

〔調査研究等の推進・体制の整備〕（第15条）

- ① 自殺の実態、自殺の防止、自殺者の親族等の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究・検証及びその成果の活用の推進・先進的な取組に関する情報の収集、整理及び提供
- ② 国・地方公共団体による①の施策の効率的かつ円滑な実施に資するための体制の整備

〔人材の確保等〕（第16条）

自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上に必要な施策を講ずるに当たって、大学、専修学校、関係団体等との連携協力を図る旨の規定を追加

〔心の健康の保持に係る教育・啓発の推進等〕（第17条）

- ① 国民の心の健康の保持に係る施策として「心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進並びに相談体制の整備、事業主、学校の教職員等に対する国民の心の健康の保持に関する研修の機会の確保」を規定
- ② 学校は、保護者・地域住民等との連携を図りつつ、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（かん）養等に資する教育・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・啓発その他児童・生徒等の心の健康の保持に係る教育・啓発を行うよう努める

〔医療提供体制の整備〕（第18条）

自殺のおそれがある者への医療提供に関する施策として、良質かつ適切な精神医療提供体制の整備、精神科医とその地域における心理、保健福祉等に関する専門家、民間団体等との円滑な連携の確保を規定

必要な組織の整備（第25条）

- 政府は、自殺対策を推進するにつき、必要な組織を整備

施行期日（附則）

- 平成28年4月1日から施行

COLUMN 1

民間団体の取組を振り返る

自殺総合対策を動かしてきたもの

特定非営利活動法人自殺対策支援センターライフリンク
代表 清水康之

【1. 原動力となった「声なき声」】

いまもライフリンクの事務所に大切に保管してある手紙の束がある。10年前、「自殺対策の法制化を求める3万人署名¹」を展開した際、署名と共に全国から送られてきたものだ。

「父親を自殺で亡くしました。あのとき何もできなかった分、署名を集めたので送ります」と、30代の男性から。お子さんを亡くした親御さんからは「周りに声を掛ける勇気がなく夫婦の分しか送れませんが、どうかよろしくお願い致します」と。自殺未遂を繰り返しているという女性から「ひとりでも多くの命が救われますように」と綴られた手紙もあった。署名を呼び掛けたひと月半の間に寄せられた手紙は1000通以上。署名も想像をはるかに超えて、10万筆以上集まった。

「自己責任」という言葉が巷にあふれ、「自殺は個人の問題」とされていた時代である。「死にたい奴は勝手に死なせろ」「自殺は人間の権利だ」「自殺対策なんてやっても無駄」といった否定的な言説が声高に叫ばれていた中で、それまで掻き消されてきた「声なき声」が共振し始めたのを私は感じた。日本の自殺対策の大きな転換点。署名活動を契機に、社会の中で「何とかせねば」という意志が、「放っておけ」という無関心を、凌駕し始めたのである。

【2. 党派を超えた国会議員たちの結束】

こうした動きに、国会も応えた。故・山本孝史議員（民主・当時）が、自殺で親を亡くした子どもたちの「声なき声」を聴き、自殺対策の法制化に向けて動き出していた。「政治家の使命は国民の命を守ること」との山本議員の信念に、同じ参議院の超党派議員が深く共鳴。尾辻秀久議員と武見敬三議員（自民）、柳澤光美議員（民主・当時）と木庭健太郎議員（公明・当時）、福島みずほ議員（社民）と小池晃議員（共産）が、一致結束して自殺対策の法制化に挑むことを決めた。

しかし、当時（平成18年の春）は、与野党の対立がとりわけ激化しており、超党派の動きに対する国会内での風当たりが強かった。自殺対策は、野党にとっては「時の政権を批判する絶好の武器」であり、与党にとっては「イメージが暗くて扱いたくないテーマ」である。そんな自殺対策の法制化に向けた交渉は、一步でも踏み外せば頓挫する、まさに綱渡りの連続だった。

私は、抗がん剤の副作用に苦しみながらも同僚議員の説得に奔走していた山本議員の姿を、いまでも鮮明に覚えている。超党派で法制化を進めることに反対されたとき、「これは俺の置き土産だから」と、賛同を迫ったときの鬼気迫る表情だ。余命宣告を受けていた山本議員のためにと超党派の議員が各党内を説得し、平成18年6月15日、国会閉会の前日に自殺対策基本法を成立させた。

写真

〈平成18年6月 扇参議院議長に10万人分の署名を提出〉
一番左が筆者。左から三番目が山本議員。



【3. 自殺総合対策という発想】

自殺対策基本法は大きく2つの意味で、日本の自殺対策を根底から変えた。「個人の問題」とされていた自殺を「社会の問題」との認識に改めさせ、自殺対策を「ボランティア活動」から「行政の仕事」に変えた。これにより、自殺問題の社会化が実現し、日本の自殺対策が動き出した。

特徴的なのは、個々の問題解決に取り組む「対人支援」の強化だけでなく、問題を複合的に抱え

る人に対して包括的な支援を行うための「地域連携」を強化すること。さらに「自殺総合対策」として、様々な制度や社会の仕組みまで変えようとしていることだ。自殺総合対策大綱の副題にある通り、日本の自殺対策は「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指している。

実際にこの10年間で、自殺対策に関する社会的な枠組みは大きく変わった。「全自治体の自殺統計の公表」や「民間団体及び市区町村の全国ネットワークの設立」。「全国的な啓発や相談事業推進のための自殺対策強化月間の設定」や「財政難の自治体でも事業を行えるように政府が支援する地域自殺対策予算の確保」など。結果、自殺対策が全国各地で展開されるようになった。

【4. いのち支える関係者の信頼関係】

そうやって進められてきた日本の自殺対策に関して、私は数年前から危機感を抱くようになった。年間自殺者が3万人を下回ったことで自殺問題に関するメディアの報道が減り、あわせて社会的な関心も急速に低下してきている。日本では依然として交通事故死者数の約6倍、1日平均66人、年間2万4千人が自殺で亡くなっており、自殺率は先進7か国の中で突出して高いにも関わらず、このままだと「自殺対策はもうこれで十分」とされかねないという危機感である。

そこで、ならばいっそ「自殺総合対策の抜本的改革」を呼び掛けようと考えた。そしてそのタイミングは「基本法の施行から10年の節目」しかないとも考えた。この10年間、自殺対策（いのち支える活動）を共に進めてきた全国の民間団体の仲間や自治体の関係者、それに基本法が成立してからもずっと共闘してきた超党派の国会議員や国会関係者に、そうして改革を呼びかけてみた。

返ってきた答えは「ぜひやろう」だ。しかも、誰ひとり躊躇せず、瞬間的に賛同してくれた。一年以上前から水面下で準備を始め、様々な難題を共に乗り越え、そして実現させたのが、「基本法の改正＋政府の体制強化＋地域予算の恒久化」という大改革である。何ひとつ偶然実現したことなどない自殺総合対策の10年間だったが、だからこそ、現場と研究、それに国会や行政が、利害を超えて結束できる信頼関係を築くことができた。「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現に向けて、この輪をもっともっと広げていかなければならない。

1 国会に「年間自殺者3万人」の重みを理解してもらおうと、ライフリンクが中心になって平成18年4月15日から展開した署名運動。結果的に、約一か月半で10万1055人分の署名が集まった。

COLUMN 2

遺族支援の取組を振り返る

自死遺族支援の取組～10年を振り返っての所感と今後の展望について

特定非営利活動法人全国自死遺族総合支援センター
代表 杉本脩子

自殺対策基本法では、第1条目的において遺された親族などの支援充実が明記されている。我が国で遺族の支援を記した法律は、自殺対策基本法のみである。諸外国においても、遺族支援を法律で定めているところは極めて珍しいと思う。

自殺を防ごうというだけでなく、多くの人が自らのちを絶っている現実から目をそらさずに、遺された人たちを社会全体で支えようという基本理念は画期的なものだ。

特定非営利活動法人全国自死遺族総合支援センターでは、平成27年1月に47都道府県の自死遺族支援事業現況調査を行ったところ、43都道府県が行政として何らかの自死遺族支援を行っていること、行ってないと答えた4県でも民間による事業があると報告された（表1参照）。

事業の実施内容は、安心して胸のうちを語り合える場としての遺族のつどいや、個人面談、電話相談があり、社会の理解を深めるための啓発活動もなされている（表2参照）。遺族のつどいは、現在は47都道府県すべてで開かれており、総数で140近くのグループが継続的に活動している（表3参照）。苦しい体験を経た多くの遺族が声をあげ、実際にグループに携わったり、各地の自殺対策協議会などの委員を務めている遺族も多い。また、法律問題に特化した相談活動を行っている弁護士や司法書士、仏教やキリスト教関係者による宗派を超え魂の救済をも視野に入れた相談活動など、多岐にわたった取組が展開されるようになった。

10年前には十指にも満たない民間団体のみが遺族のつどいを行っていたことを思い起こすとき、法律に定められたことの意義がいかに大きいかわかる。

個人で対処すべきとされていた死別後の困難に社会が関与することは、成熟した共生社会の在りようとして非常に重要で、一層の広がりや質の充実が求められる。

一方、前述の活動はすべて成人を対象としていて、遺された子供達の支援は進んでいない。支援活動の対象についてのアンケート回答でも、親やきょうだいを亡くした子供達を対象とした活動がいかに少ないか、愕然とする（表4参照）。30年にわたって遺された子供たちの支援活動を行っているアメリカのダギー・センター前CEOのドナ・シャーマン氏は、来日のたびに、親やきょうだいの死別後に適切な支援を受けられなかった子供たちは心身に少なからぬ影響を受け、不安感が強い、自己肯定感、自己コントロール力の低下、他者との関係を築きにくい、将来に対する希望を持ちにくい、うつや自殺に至るなどの影響が、死別を経験していない子供に比べ3～10倍も高くなることが明らかになっていると警告している。

特定非営利活動法人全国自死遺族総合支援センターでは、2013年1月より毎月「大切な人を亡くした子どもとその家族のつどい」を開催している（<http://www.izoku-center.or.jp/>）。子供と保護者をユニットとして受け容れるピアサポートの場だが、同様の活動の広がりを強く望む。

生産性第一の社会の流れの中で、悲しみや悔いや怒りなど否定的な感情は大切に扱われておらず、筆者はそのことが現代社会に生きにくさをもたらしている大きな要素と考えている。大切な人との死別は、おそらく人生でもっとも苦しい出来事だが、死別によってもたらされる悲嘆は一義的には病理ではない。大切な人であったからこそその、人間として自然な反応である。受け容れ難い不条理と折り合いをつけて生きていくためには、湧き起こる感情を受けとめ、向き合う時間と空間が必要だ。その時間をたった独りで過ごすのではなく、寄添い、見守る人の存在が傍にいたること、そのよ

うな環境づくりこそが遺族支援の基本と考える。感情を封印することなく、必要なだけ涙を流すことによってのみ、本来私たちに与えられている困難に対処していく力（レジリエンス）が発揮され、生活再建も含めた人生の再構築につながると筆者は信じている。喪失悲嘆の理解は、現代社会全体の大きな課題ではないだろうか。

47都道府県への自死遺族支援事業現況調査

～平成27年1月実施（特定非営利活動法人全国自死遺族総合支援センター）

表1

自死遺族支援事業	行っている	いない	無回答	合計
都道府県として	43	4	0	47
市区町村として	25	21	1	47
民間の活動	36	7	4	47

表2

何を行っているか？ （複数回答）	都道府県	市区町村	民間
遺族のつどい～わかち合い	28	19	36
電話相談	26	9	9
面接相談	28	5	2
研修や啓発事業	31	13	8

表3

遺族の集い～わかち合いの会 実施状況	
都道府県 + 市区町村 主催	58
民間（団体 または 個人）	79
合計	137か所

表4

遺族のつどい参加対象者 （複数回答）	都道府県	市区町村	民間
親族のみ	19	18	49
親族以外も含む	16	16	36
子どもも含む	7	7	20
子どもに特化	0	0	5

COLUMN 3

自殺対策における官民連携の在り方を振り返る

今後の自殺対策—その真価が問われるのはこれから—

自殺総合対策の在り方検討会 委員
 自殺対策推進会議 座長
 自殺対策官民連携評価会議 座長（平成28年3月まで）
 樋口輝彦

我が国で自殺が社会問題化したのは平成10年に急増したことが契機になったが、それ以前も我が国の自殺者数は先進国の中では多い状況にあった。しかし、自殺防止の取組は専ら民間の地道な活動に依拠してきた。10年以降の自殺者の急増を受けて自殺防止対策が国策として取り組まれることになったが、不幸中の幸いということができる。国はこの急増を受けて自殺対策の取組を開始したが、その初期の数年間には主として厚労省中心の取組であった。これが政府全体の取組になったのは17年7月に参議員厚生労働委員会において「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」が行われ、これを機に政府に「自殺対策関係省庁連絡会議」が設置されてからである。18年6月に自殺対策基本法が公布され、関係閣僚で構成される「自殺総合対策会議」が立ち上げられるに至り、国の自殺対策は本格化するに至った。19年に自殺総合対策大綱が閣議決定され、この大綱に基づく施策の実施状況の評価、見直し及び改善等を検討することを目的に有識者による「自殺対策推進会議」が20年に設置された。21年には地域における自殺対策力を強化することを目的に「地域自殺対策緊急強化基金」が創設された。大綱の見直しを5年後に行うことが決められていたことから、23年の自殺総合対策会議において見直しの検討に着手することが決定された。24年に見直しされた大綱（新大綱）が閣議決定され現在に至っている。この見直しを区切りとして「自殺対策推進会議」は終了し、新たに「自殺対策官民連携協働会議」が設置され、今日に至っている。

自殺対策基本法が制定され、大綱が作成された当時は、我が国の自殺対策はまだ緒についたばかりであり、何が自殺対策の要であるか、重点を置くべきかについては、ある意味試行錯誤の状況であった。したがって、当時の有識者による検討会でのコンセンサスは「今、考えられる方策は重みをつけずにすべてリストし、できる限り実行する」というものであった。

大綱が決定され、基金が創設されたことにより、国、地方自治体、関係の諸団体などによる具体的な取組が進み、5年後の見直しでは、これらの経験やエビデンスをもとに新大綱が改訂されるに至った。この改訂に際しては幅広く意見の聴取が行われ、それらが新大綱に反映されたのも最初の大綱と異なる点である。その主なものを挙げると以下になる。自殺対策推進会議でのヒアリングにおいては自殺対策の現場からの報告、民間団体や自死遺族団体からの説明等、官民協働で自殺対策を推進することを目的にした特命チームにおける検討、国立精神・神経医療研究センターと自殺対策関連学会による「大綱見直しに向けての提言」など数多くの提言、見解を基に新大綱が閣議決定されたわけである。

新大綱においては、旧大綱では①全国で画一的な対策になっていたこと、②対策がどれだけ有効であったか、効率はどうかであったかについての検証が不十分であったこと、③全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入のバランスが考慮されていなかったことなどが指摘され、地域の実情に合わせた地域レベルの実践的な取組を重視すべきことが強調されている。また、自殺者の年齢分布が年とともに変化し、平成10年の急増当初は中高年男性の自殺死亡率の増加が特徴的であったものが、年とともに若年成人が高くなっており新大綱では若年層向けの対策や自殺未遂者向けの対策を充実すべきことが表現されている。

自殺防止対策は何をよりどころにして検討すべきか。この点は極めて重要な問題である。

多くのエネルギーと国費を投入して行う自殺防止対策の場合には、費用対効果という経済原則の

みでなく、対策を実行する人たちのモチベーションや自信とも関係してくるからである。自殺の原因は多様であり、その分析が容易ではないことは言うまでもないが、常にその努力を重ねることは必要である。新大綱においてもこの点は次のように指摘されている。すなわち、「施策の実施状況を検証・評価し施策が効果的、効率的に実施されていることを確認することが不可欠」。

有効な自殺防止対策を立案するためには何が必要か？ そのひとつは、これまでに実施された自殺防止対策事業の効果をレトロスペクティブに検証することであり、他はランダム化比較試験(RCT)を計画して検証することである。エビデンスレベルとしては後者の方が高いことは言うまでもないが、これを実施するためには膨大な予算を必要とする。効果が期待される事業であっても、地域、対象、時期によって実際の効果が得られない場合があることを検証によって知ることができる。これらの結果は、次の施策を考える上で極めて有用である。

我が国の自殺防止対策は平成10年の自殺の急増を契機に本格化した。その初期においては手探り状態であった。とにかく考えられる手立ては可能な限りすべてやってみるという姿勢であったと言える。しかし、経験を重ねることによる英知と科学的なアプローチの成果が蓄積されるように

なってきた。このことは「新大綱」作成に大きく反映されたと考える。平成27年の自殺者数は急増する前の数値に戻った。これからが自殺総合対策の真価が問われることになる。「科学的根拠に基づく自殺予防総合対策」と民間で行なわれている草の根の活動の両者が情報を共有し、効率的な方法を作り上げることこそが、更なる自殺者数減少に必須と考える。世界の中でも価値の高い自殺対策基本法を持つ我が国において、自殺対策は社会的取組であり、メディカルモデル、ソーシャルモデルを総合したものとしてさらに発展させることが期待される。

(自殺対策官民連携協働会議の様様)



自殺の状況をめぐる分析

(1) 年齢階級別の状況

ア 性別・年齢階級別の構成比の変化

性別・年齢階級別の年間自殺者数に占める構成比を平成19年と27年で比較すると（第2-1-1図）、男性50歳代が大きく低下している一方、男女とも70歳代、80歳以上で増加していることがわかる。また、19年では男性では50歳代が、女性では60歳代が最も自殺者が多かったのに対し、27年では男性40歳代が、女性では70歳代が最も多くなっている。これ

は、40歳代以上（特に50歳代及び60歳代）の自殺死亡率が低下していく中で、40歳代、70歳代、80歳代の人口に占める構成比が増加したことによるものと考えられる（第2-1-2表）。なお、60歳代については、人口に占める構成比は増加しているが、自殺死亡率が低下したことの影響により、男性60歳代の自殺者数の構成比は減少しているほか、女性60歳代についても横ばいとなっているものと考えられる。

第2-1-1図 全自殺者数に対する年齢階級別構成比の推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

第2-1-2表 我が国における総人口の年齢階級別人口構成比

		～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳
H19	人口（千人）	23,574	15,033	18,789	15,953	18,484	16,311
	構成比	18.5%	11.8%	14.7%	12.5%	14.5%	12.8%
H27	人口（千人）	22,091	12,780	15,684	18,554	15,573	18,236
	H19との差	－1,483	－2,253	－3,105	2,601	－2,911	1,925
	構成比	17.4%	10.1%	12.3%	14.6%	12.3%	14.3%

		70～79歳	80歳～	総数
H19	人口（千人）	12,487	7,139	127,771
	構成比	9.8%	5.6%	—
H27	人口（千人）	14,153	10,039	127,110
	H19との差	1,666	2,900	－661
	構成比	11.1%	7.9%	—

資料：総務省「人口推計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

イ 自殺死亡率の世代間差の変化

年齢階級ごとの自殺死亡率がどのように変化してきたかをみると（第2-2-1図及び第2-2-2図）、男性では、平成17年においては、50歳代後半と80歳以降に2つの自殺死亡率のピークを有する形になっている。これが22年には20～30歳代までの比較的若い世代において自殺死亡率が上昇ないし横ばいで推移する一方、40～60歳代前半及び80歳以降の自殺死亡率が低下し、全体としてなだらかな形状になっている。さらに、26年には、22年に比べて50歳代及び60歳代の自殺死亡率が大幅に低下したほか、若い世代でも自殺死亡率が低下し、依然として50歳代にピークはあるものの、全体としては年齢階級間の自殺死亡率の差は縮小して緩やかな上昇傾向になりつつある。

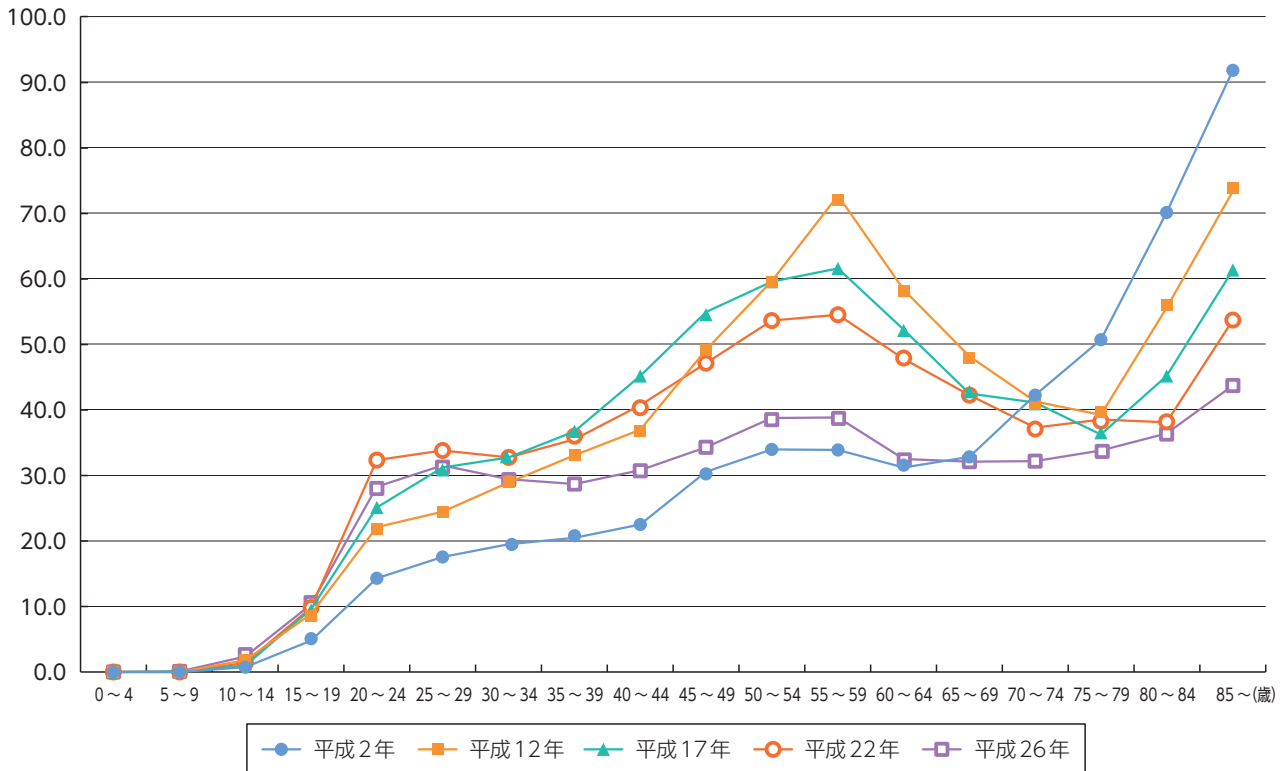
一方、自殺死亡率が最も低い水準であった頃である平成2年と26年を比較すると、70歳代以降の高齢層の自殺死亡率が大幅に低下し

ている一方、30歳代以下の若い世代の自殺死亡率が上昇していることがわかる。

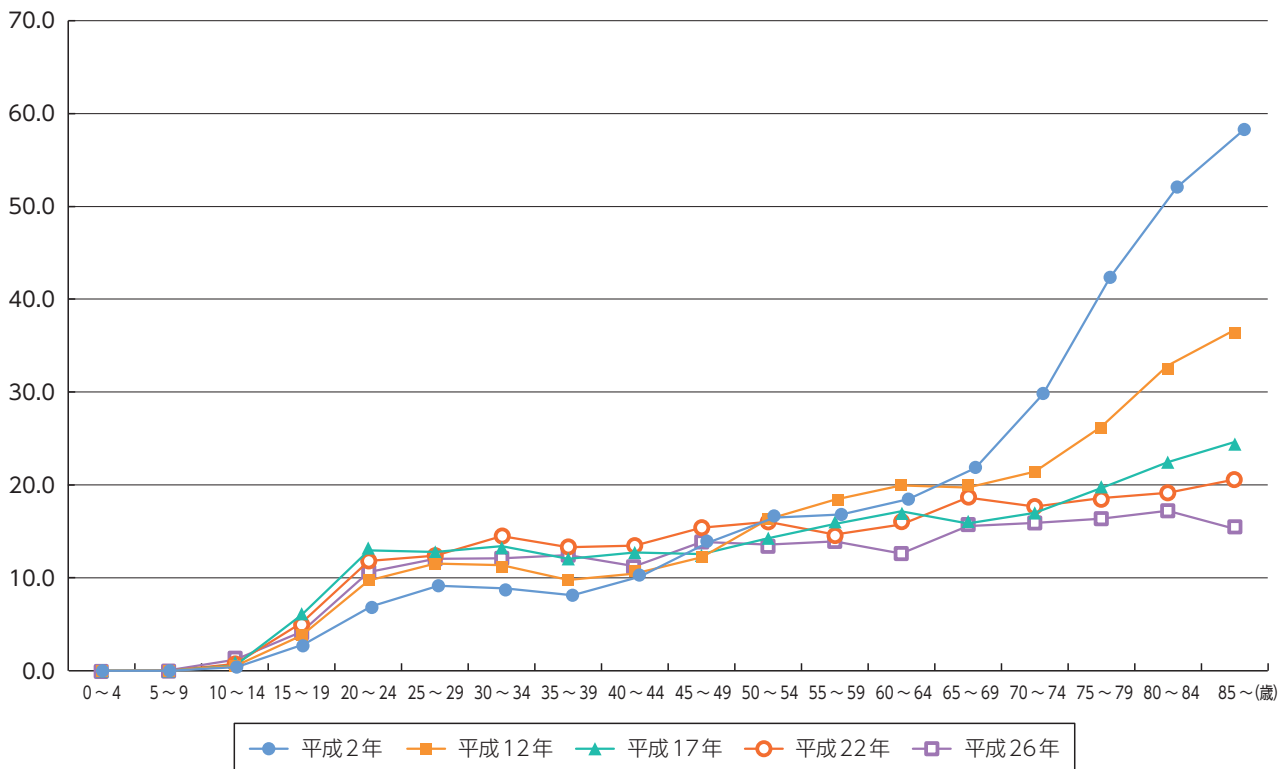
また、女性では、男性と比べると、40歳代から60歳代までの各年齢階級とも、年次による大きな違いは見られないが、男性と同様、70歳代以降の自殺死亡率は年を経るにつれ大幅に低下しているほか、30歳代以下は平成2年に比較すると自殺死亡率は上昇している。

このように、我が国における自殺死亡率は、平成10年の急増前の水準に戻りつつあるが、年齢階級別にみると、単に急増した部分が元の水準に戻ったということだけではなく、それに加えて高齢層の自殺死亡率の低下と若い世代の自殺死亡率の上昇も起こっていたということがわかる。高齢層においては、自殺死亡率の低下と人口構成比の増加が、若い世代においては、自殺死亡率の増加と人口構成比の低下が、全年齢の自殺死亡率への影響をそれぞれ打ち消し合っているものと考えられる。

第2-2-1図 年齢階級別の自殺死亡率推移 男性



第2-2-2図 年齢階級別の自殺死亡率推移 女性



資料：総務省「人口推計」及び厚生労働省「人口動態統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

(2) 原因動機別の状況

原因・動機別の自殺者数の推移については第1章（16ページ）で取り上げているが、ここでは、原因・動機として最も多く計上されている「健康問題」、減少率が最も著しい「経済・生活問題」、若年層において比較的多く原因・動機として計上される「勤務問題」及び「学校問題」について、より詳細にこれまでの推移を分析する。

ア 健康問題

「健康問題」を原因・動機とする自殺者数の内訳としては、「病気の悩み・影響（うつ病）」が最も多く、「病気の悩み（身体の病気）」がこれに次ぎ、平成27年においては両方で健康問題全体の約4分の3を占めている（第2-3表）。

第2-3表 健康問題による自殺者数の内訳の年次推移

	健康問題 合計	病気の悩み （身体の 病気）	病気の悩み・ 影響 （うつ病）	病気の悩み・ 影響（統合 失調症）	病気の悩み・ 影響（アル コール依存 症）	病気の悩み・ 影響（薬物 乱用）	病気の悩み・ 影響（その 他の精神疾 患）	身体障害の 悩み	その他
平成19年	14,684	5,240	6,060	1,273	295	49	1,197	309	261
平成20年	15,153	5,128	6,490	1,368	310	48	1,189	350	270
平成21年	15,867	5,226	6,949	1,394	336	63	1,280	337	282
平成22年	15,802	5,075	7,020	1,395	327	46	1,242	366	331
平成23年	14,621	4,659	6,513	1,313	295	51	1,207	293	290
平成24年	13,629	4,501	5,904	1,150	234	39	1,244	289	268
平成25年	13,680	4,463	5,832	1,265	210	60	1,321	275	254
平成26年	12,920	4,119	5,439	1,226	188	63	1,307	310	268
平成27年	12,145	3,910	5,080	1,118	206	37	1,313	262	219

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

年齢階級別の自殺死亡率について、疾病との関係を見るために、厚生労働省の「患者調査」から算出した年齢階級別有病率（人口10万人当たりの患者数）と比較すると、全傷病の有病率と「健康問題」による自殺死亡率については、自殺死亡率では20歳未満から20歳代にかけて上昇するのに対して、有病率はわずかに低下するなど、両者のグラフの形状は異なっている（第2-4図）。

一方、気分障害の有病率と「病気の悩み・影響（うつ病）」による自殺死亡率については、有病率では平成20年には70歳代が、26年には40歳代が最も高くなっているものの、有

病率、自殺死亡率ともおおむね40歳代、50歳代、60歳代が高い逆U字型の形状を見せているが、20年と26年の比較では有病率が70歳代を除き各年齢階級で上昇している一方で、自殺死亡率は各年齢階級で低下している（第2-5図）。また、がん・急性心筋梗塞・脳卒中・糖尿病の4疾病³の有病率と「病気の悩み（身体の病気）」による自殺死亡率についても、80歳以上を除けば両者のグラフの形状は似ているものの、20年と26年の比較では、有病率はわずかに上昇している一方、自殺死亡率は低下している（第2-6図）。

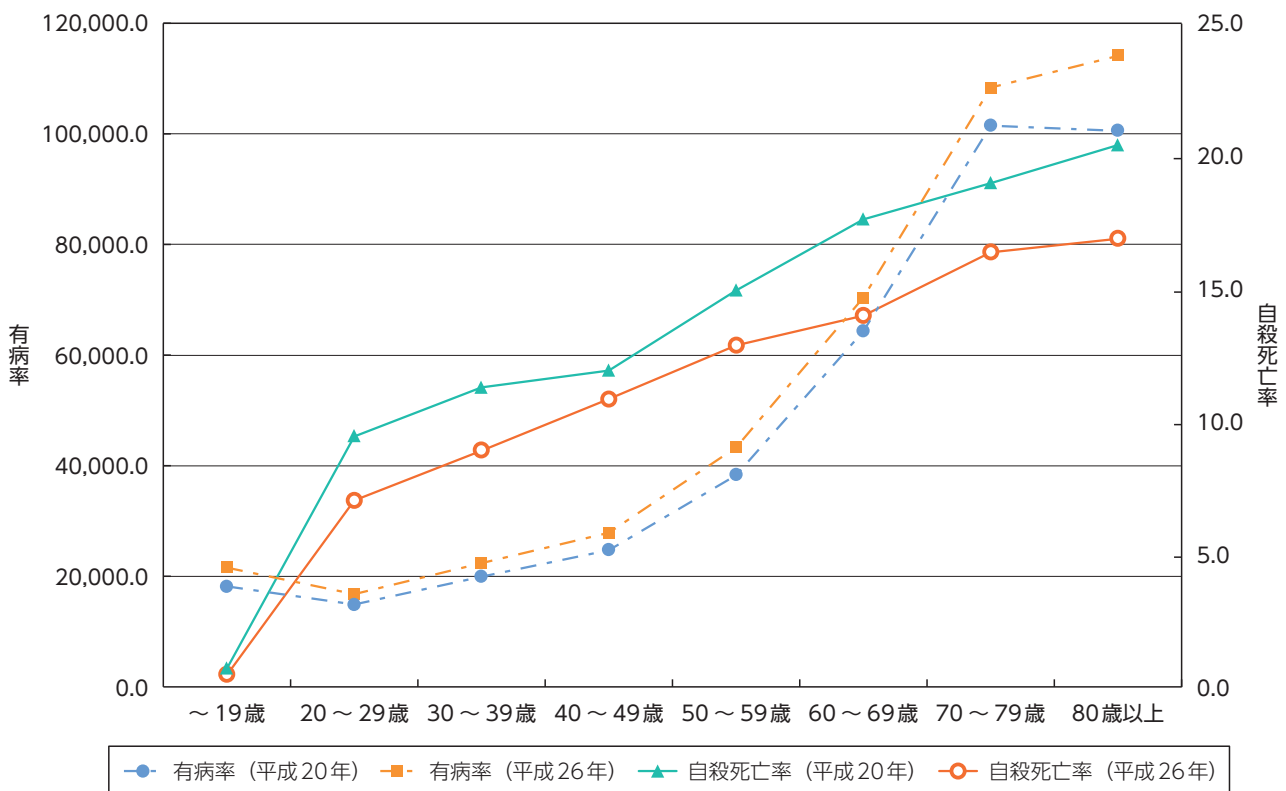
以上のことから、年齢階級別の、気分障害

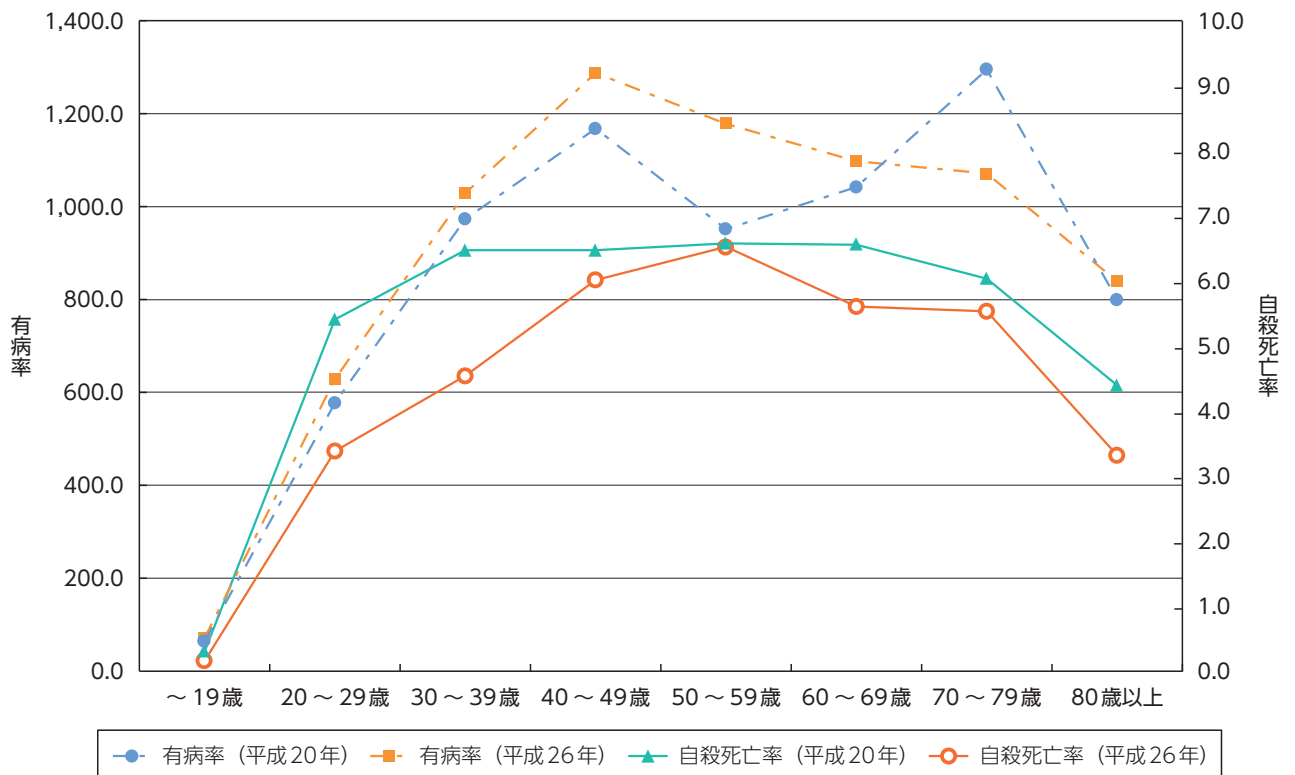
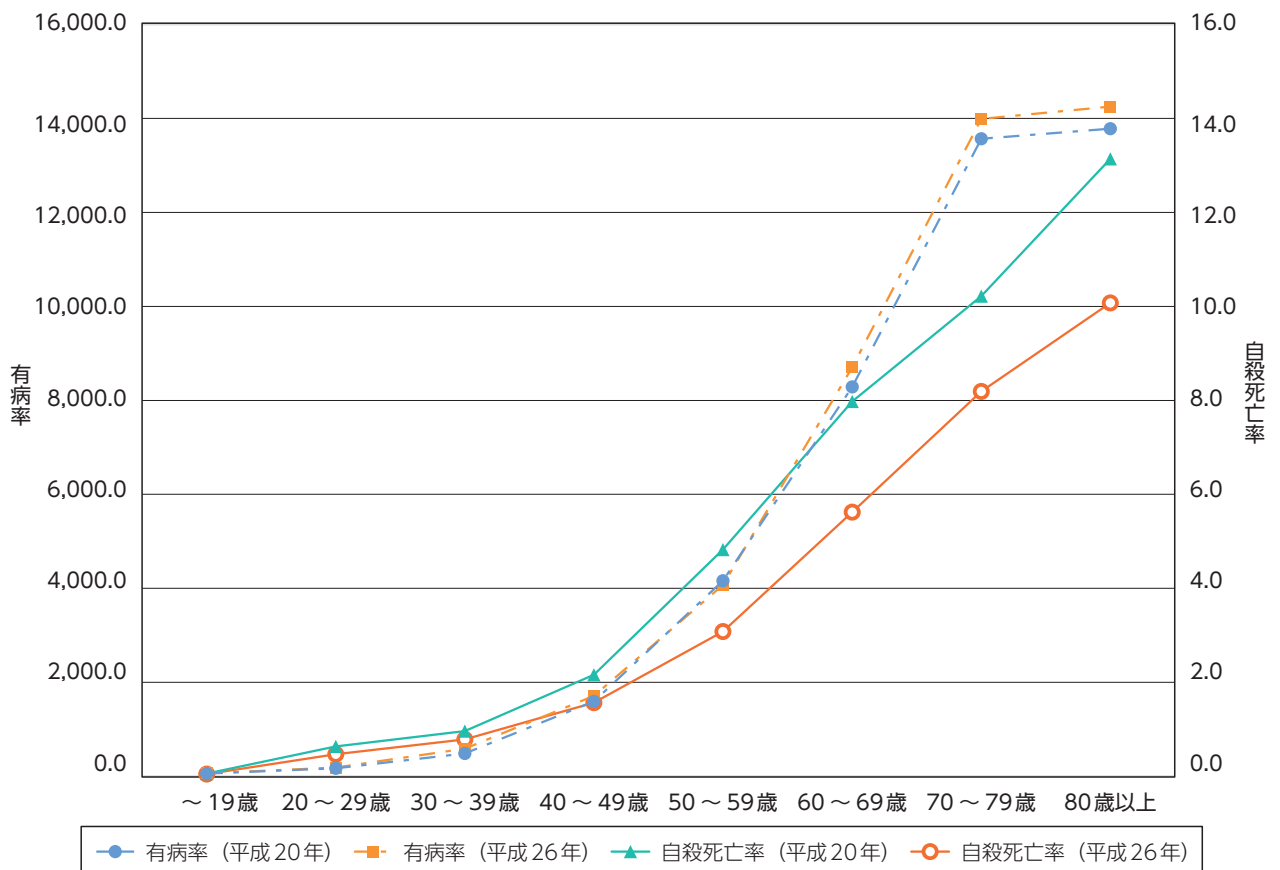
3 医療計画作成指針（平成24年3月30日厚生労働省医政局長通知別紙）においては、これらの4疾病に精神疾患を加えた5疾病について、「生活の質の向上を実現するため、患者数の増加の状況も踏まえつつ、これらに対応した医療提供体制の構築が求められている」としている。

の有病率と「病気の悩み・影響（うつ病）」による自殺死亡率、4疾病の有病率と「病気の悩み（身体の病気）」による自殺死亡率の間には、年齢階級間の傾向に大まかには類似性があるとみられるが、平成26年の有病率が20年と比較して横ばいないし上昇していることに対し、自殺死亡率は低下している。このことは、これらの疾病にかかる者の割合が横

ばいないし上昇している一方で、うつ病や身体の病気を原因・動機として自殺する者の割合は低下しているということを意味しており、「健康問題」による自殺死亡率の減少の背景に、これらの疾病の患者に対する医療の進歩や相談体制の充実が寄与している可能性が示唆される。

第2-4図 年齢階級別全傷病における有病率及び「健康問題」を原因・動機とする自殺死亡率の推移



第2-5図 年齢階級別気分[感情]障害(躁うつ病を含む)における有病率及び「病気の悩み・影響(うつ病)」を原因・動機とする自殺死亡率の推移**第2-6図 年齢階級別・4疾病における有病率及び「病気の悩み(身体の病気)」を原因・動機とする自殺死亡率の推移**

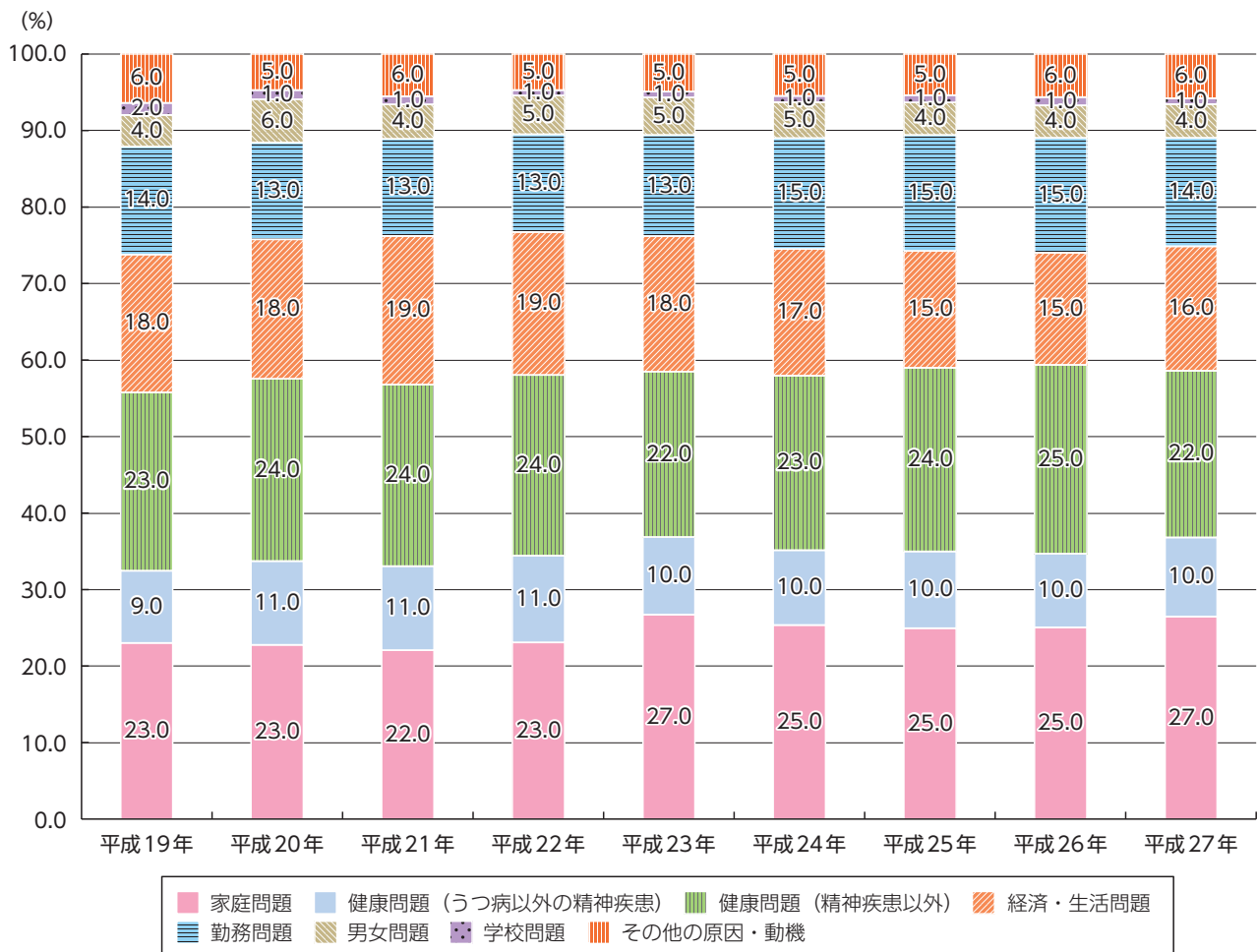
資料：警察庁「自殺統計」、総務省「人口推計」及び厚生労働省「患者調査」より厚生労働省自殺対策推進室作成

(第2-3表)のとおり、「病気の悩み・影響(うつ病)」を原因・動機とする自殺は、近年減少傾向にあるものの、「健康問題」の中で最も多く、平成27年においては、原因・動機が特定されている自殺の約3割を占めている。一方、自殺対策基本法や自殺総合対策大綱においても指摘されているとおり、自殺には多様かつ複合的な原因・背景を有するものであることが知られている。

(第2-7図)⁴は、「病気の悩み・影響(うつ病)」が原因・動機とされた自殺の中で、「病気の悩み・影響(うつ病)」以外の原因・

動機が併せて計上されたものについて、その原因・動機の内訳の比率の年次推移をみたものである。ここ数年、「経済・生活問題」の占める比率がわずかに減少しているものの、どの年においても、それぞれの原因・動機が一定の比率を占めていることがわかる。このことから、自殺対策においては、うつ病の早期発見、早期治療を始めとする心の健康問題に対する働きかけのみならず、心の問題に複雑に絡み合っている社会的要因を含めた様々な問題に対しての働きかけが必要であることがわかる。

第2-7図 「病気の悩み・影響(うつ病)」と併せて計上された原因・動機の構成比



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

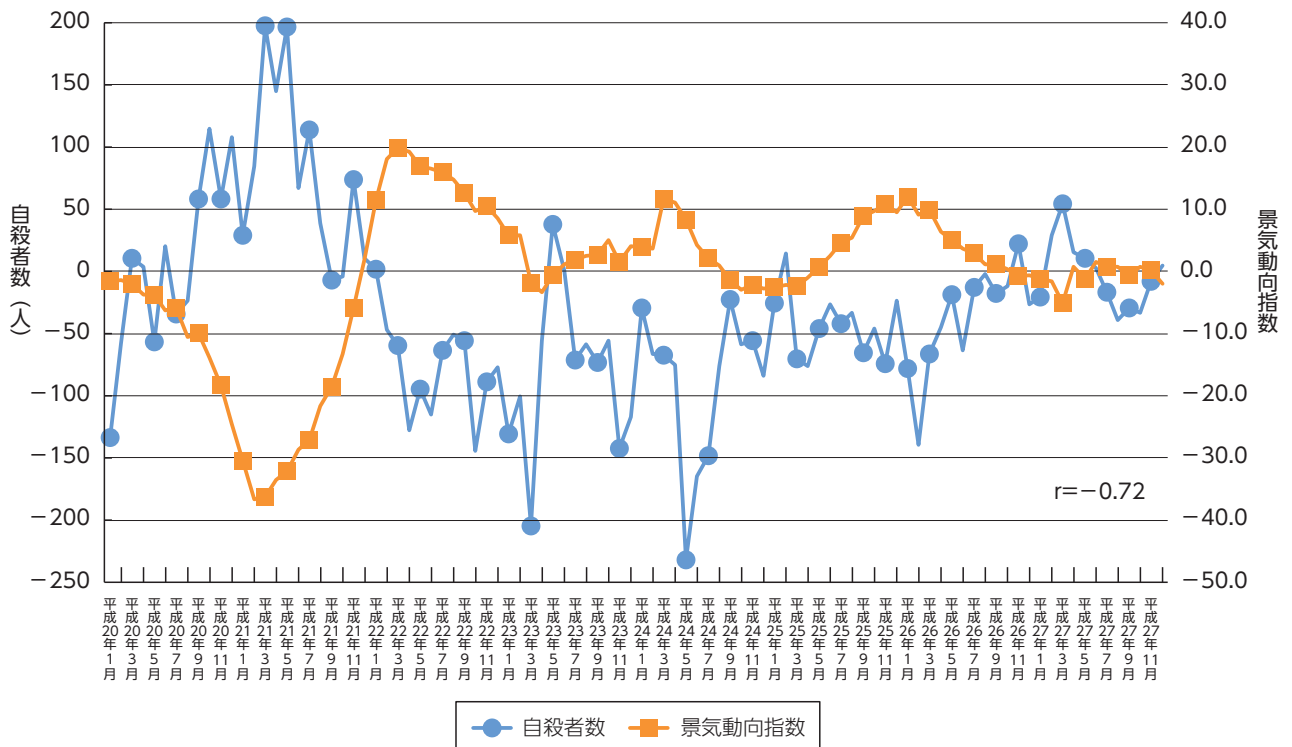
4 本図表における自殺者数については、原因・動機は最大3つまで計上することが可能であることを踏まえ、百分率表記をするための調整を行っている。

イ 経済・生活問題

「経済・生活問題」を原因・動機とする自殺については、その多くが男性によるものであるという特徴があり、また、これまでも、景気の動向の与える影響が示唆されてきている。この点に関連して、男性の「経済・生活

問題」による自殺者数の推移と、景気動向指数の推移を比較したものが（第2-8図）である。これをみると、景気動向指数（CI一致指数）の増減と「経済・生活問題」による男性の自殺者数の増減には、負の相関の関係があるということがわかる。

第2-8図 原因・動機が「経済・生活問題」による男性の自殺者数と景気動向指数(CI一致指数)の推移(前年同月差)

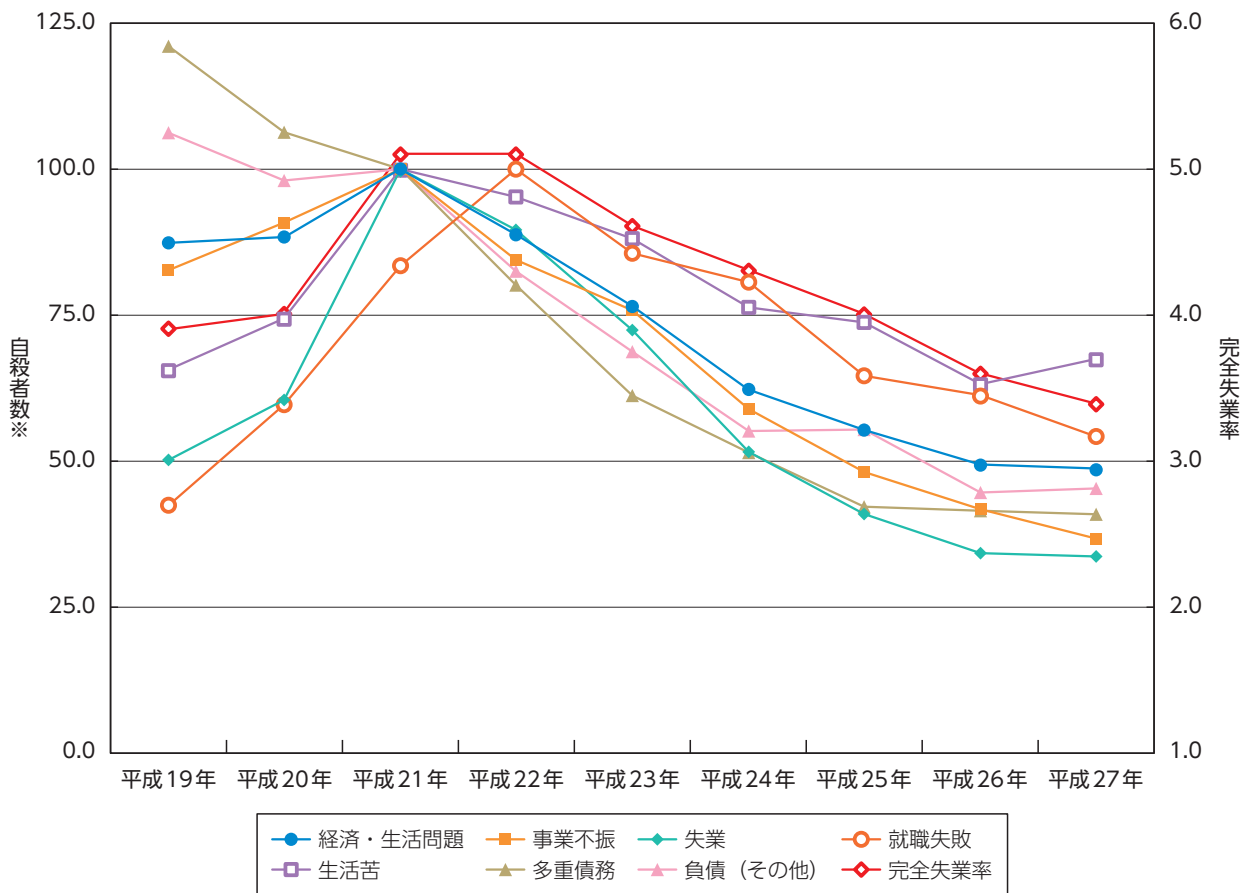


資料：警察庁「自殺統計」、内閣府「景気動向指数」より厚生労働省自殺対策推進室作成

「経済・生活問題」の内訳に関し、平成19年以降で最も「経済・生活問題」による自殺者数が多かった21年を基準に、完全失業率と年次推移を比較したものが（第2-9図）である。なお、「就職失敗」のみ平成22年の自殺者数を100とした年次推移としているが、それは我が国における採用活動の慣習上、ある年の景気の状態は、翌年の3月までの就職活動に影響を与えることが多いと考えられるためである。

これをみると、雇用の問題と関係が深いと考えられる「失業」「就職失敗」による自殺者数のみならず、「事業不振」「生活苦」の増減についても、平成21年ないし22年をピークとした山型のグラフとなっており、完全失業率の増減と形状が類似している。一方、「多重債務」「負債（その他）」といった借金に関する原因・動機によるものについては、平成19年以降ほぼ一貫して減少を続けている。

第2-9図 「経済・生活問題」を原因・理由とする自殺者数（男女計）※と完全失業率の年次推移



注）平成23年の完全失業率は、東日本大震災により岩手県、宮城県及び福島県において調査実施が一時困難となったため、補完的に推計した値を用いている。

資料：警察庁「自殺統計」、総務省「労働力調査」より厚生労働省自殺対策推進室作成

このデータからは、以下の解釈が可能である。平成19年から21年にかけては、完全失業率上昇に示される雇用状況の悪化により、負債以外の経済・生活問題による自殺者数が増加する中で、18年の貸金業法等改正等の多重債務者対策の進展や、同年に発足した日本司法支援センター（法テラス）を始めとする相談窓口の充実等により、負債による自殺者数が減少⁵し、雇用状況の悪化に伴う「経済・生活問題」全体の自殺者数の増加を抑える方向に寄与したと考えられる。また、22年以降については、雇用状況も改善に転じ、自殺者数の減少が続いている。多重債務者対策や相

談窓口の充実という、まさしく社会的要因に対する働きかけが、経済状況に影響を受けやすい「経済・生活問題」による自殺の減少に、少なからぬ影響を与えたということの意味している。

このことは、負債以外の「経済・生活問題」についても、例えば相談窓口の充実等、経済状況の悪化から自殺者増加に結び付く経路を断つという社会的要因への働きかけにより、仮に経済状況が悪化しても自殺者数の増加を防ぐことができる可能性を示唆していると考えられる。

5 なお、5件以上無担保無保証借入の残高がある人数及び貸金業利用者の一人当たり残高金額についても、平成19年以降一貫して減少傾向にある（多重債務問題及び消費者向け金融等に関する懇談会（第6回）資料）。

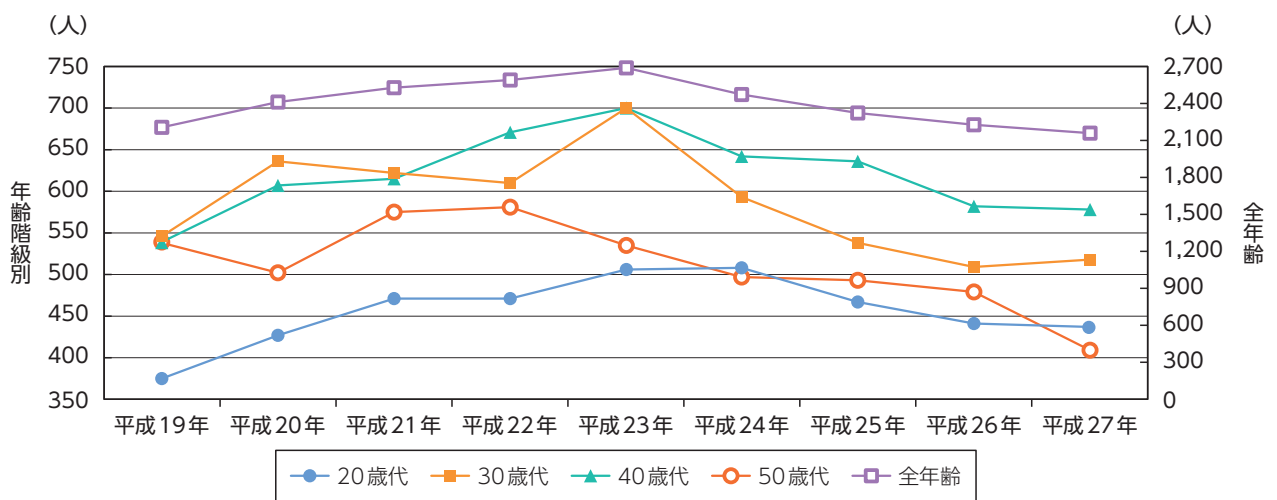
ウ 勤務問題

「勤務問題」の年次推移をみると、平成23年にピークがあり、その後減少傾向にあるものの、27年の自殺者数は19年をわずかに下回る水準にとどまっている。年齢階級別の内訳をみると（第2-10図）、各年齢階級ともここ数年は減少傾向にあるが、20歳代と40歳代については19年よりも高い水準にとどまっており、また、30歳代については、27年が対前年比で増加に転じており、今後の動向を注視する必要がある。

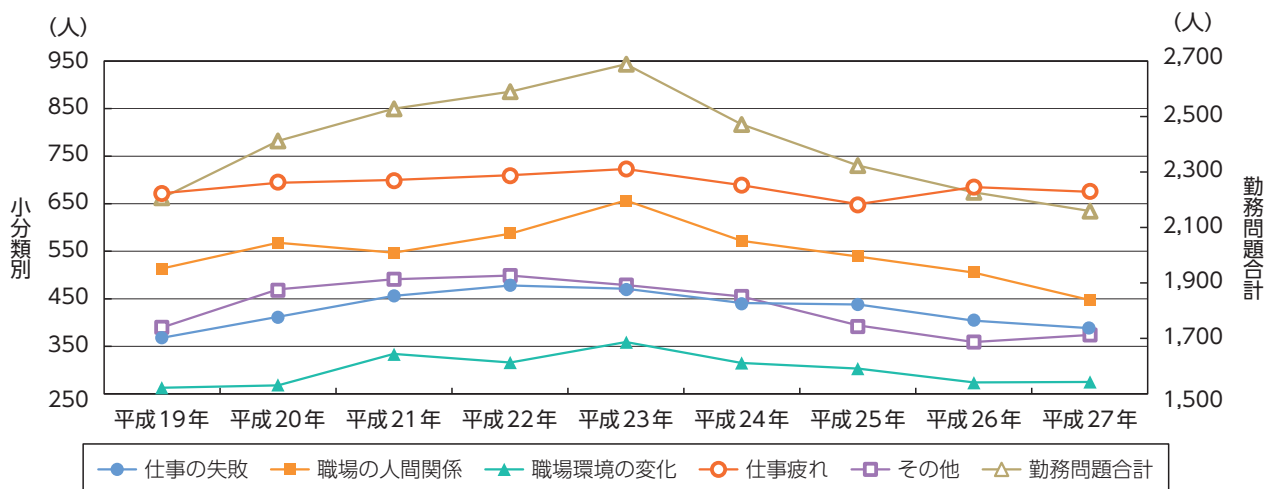
原因・動機により詳細な内訳をみると（第

2-11図）、「仕事疲れ」についてはさほど大きく増減していない一方、「職場の人間関係」や「職場環境の変化」の増減は「勤務問題」全体の傾向と類似している。これらによる自殺が増加した時期は、ちょうど職場におけるパワーハラスメントの問題が顕在化した時期と重なる⁶ことから、この問題に対する予防・解決に向けた取組の進展が、職場におけるメンタルヘルス対策の進展と相まって、「勤務問題」を理由とする自殺の減少につながった可能性がある。

第2-10図 「勤務問題」を原因・理由とする自殺者数の年次推移（年齢階級別）



第2-11図 「勤務問題」を原因・動機とする自殺者数の推移（原因・動機小分類別）



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

6 平成23年から24年にかけて厚生労働省において「職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議」が開催された。

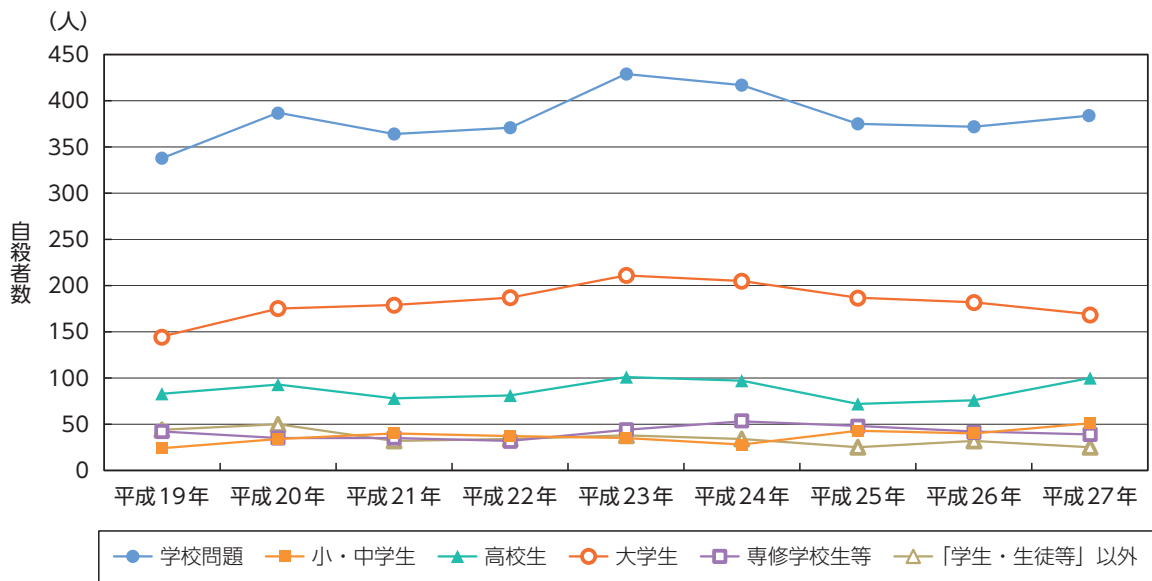
エ 学校問題

「学校問題」による自殺については、年間の自殺者数は他の原因・動機に比べかなり少ないが、学生・生徒等の自殺に限ると、最も多い自殺の原因・動機である。学校の種類別に年次推移をみると（第2-12図）、大学生と高校生が多くを占めている。一方、原因・動機の内訳についての年次推移をみると（第2-13図）、「入試に関する悩み」「その他進路に関する悩み」及び「学業不振」といった学業や進路に関する問題が年毎の増減がある一方、「教師との人間関係」「いじめ」「その他学友との不和」等の学校における人間関係等に関する原因・動機はほとんど変化がない。

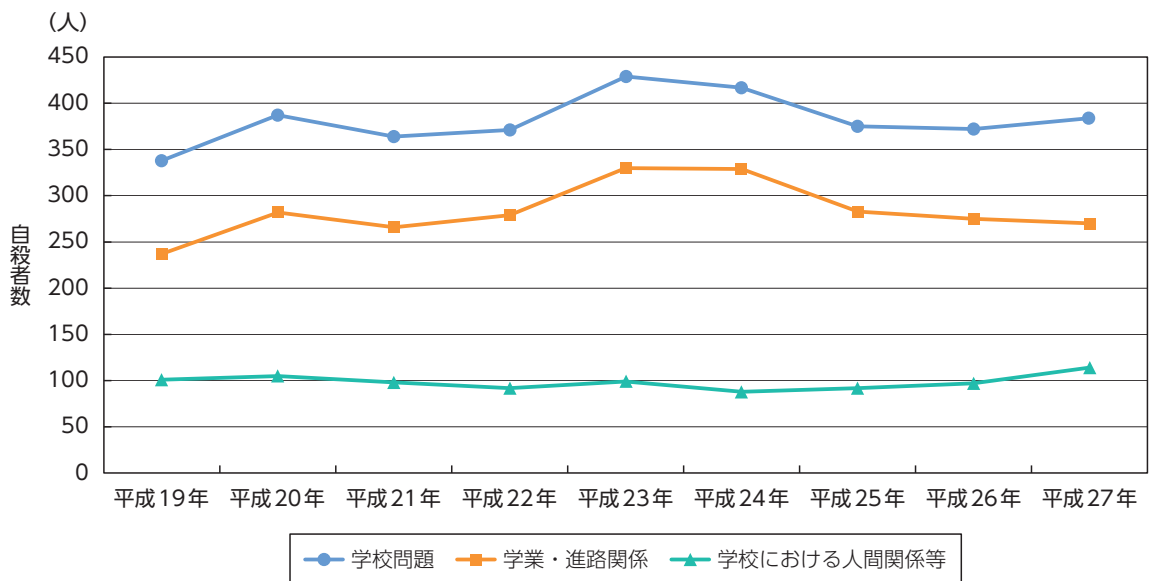
このような傾向の背景要因については、今後より詳細な検討が必要であるが、学業や進路の悩みにせよ、学校における対人関係にせよ、学校において、スクールカウンセラー等も活用した児童生徒の日常の生活状況や心身の問題について理解を深めるとともに、児童生徒に対しても、困難を抱えたときに適切に助けを求める方法や相談先を把握しておくことや、つらい時の現実の受け取り方やものの見方を柔軟でバランスの良いものにすることなど、生活上の困難やストレスに直面しても適切な対処ができる力を身に付けるための支援を行うことが重要と考えられる⁷。

7 なお、本稿においては「学校問題」による自殺という観点からの記述であるが、「子供の自殺等の実態分析」（文部科学省 児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議、平成26年7月）では、児童生徒の自殺が生じる背景として、学校要因、家庭要因、個人要因（性格、精神疾患等）などが複雑に関連しあっていることが一般的であるとの指摘がなされているなど、必ずしも学校での対応だけでは限界がある場合も少なくないと考えられる。児童生徒の自殺予防に当たっては、児童相談所や保健所等の地域の関係機関との連携を進めるなど、学校と地域が一体となって対応していくことが重要である。

第2-12図 「学校問題」を原因・動機とする自殺者数の推移（学校種類別）



第2-13図 「学校問題」を原因・理由とする自殺者数の推移（内訳）



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

(3) 地域自殺対策緊急強化基金の実施状況

地域自殺対策緊急強化基金の創設とそれに基づく地域における自殺対策の取組の進展は、この10年間の自殺対策の取組の最も大きな変化の一つである。ここでは、全国で基金に基づく取組が行われた平成21年～26年における事業の実施状況と、その前後の自殺死亡率の変化について考察する。

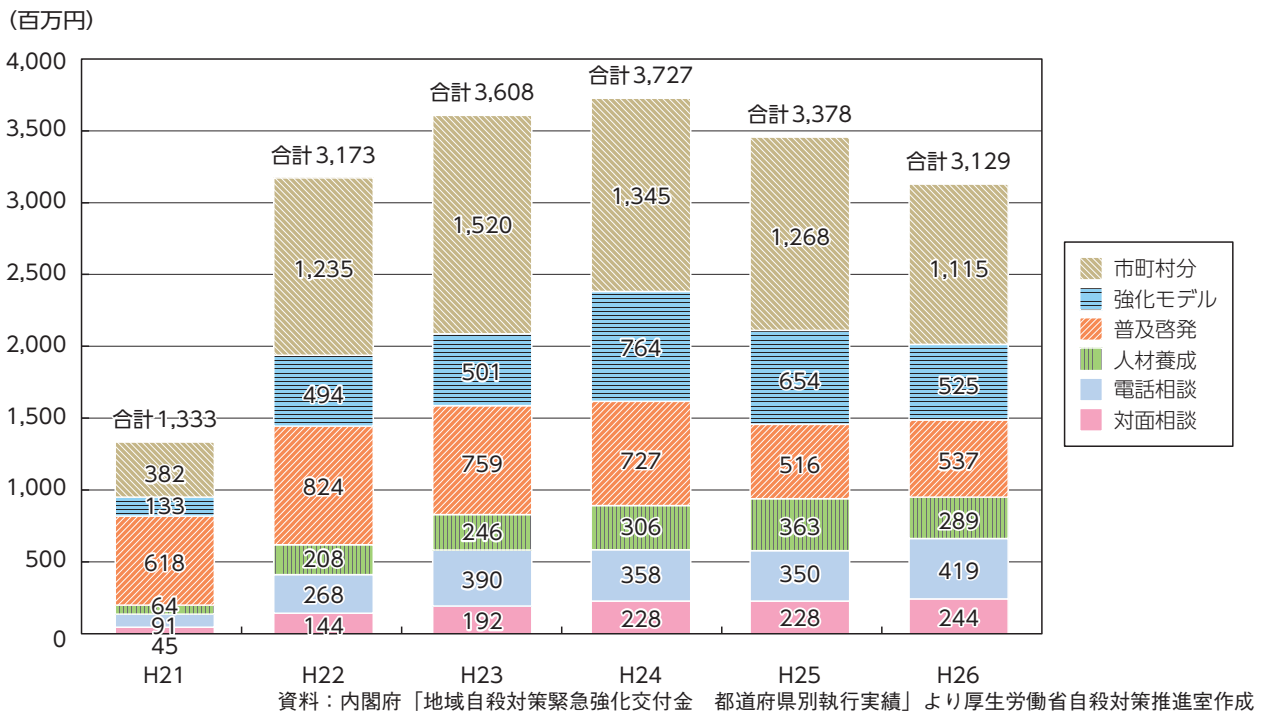
ア 基金の事業実績

平成21年度から26年度における実績をみると、都道府県単位では、全ての都道府県が基金事業を実施しており、26年度の執行総額は前年度を下回ったがほぼ同水準となっている。また、事業別の執行割合をみると、普及啓発事業及び市町村に対する補助事業の割合はおおむね年を経るごとに減少する一方で、電話相談事業の割合はおおむね増加している。

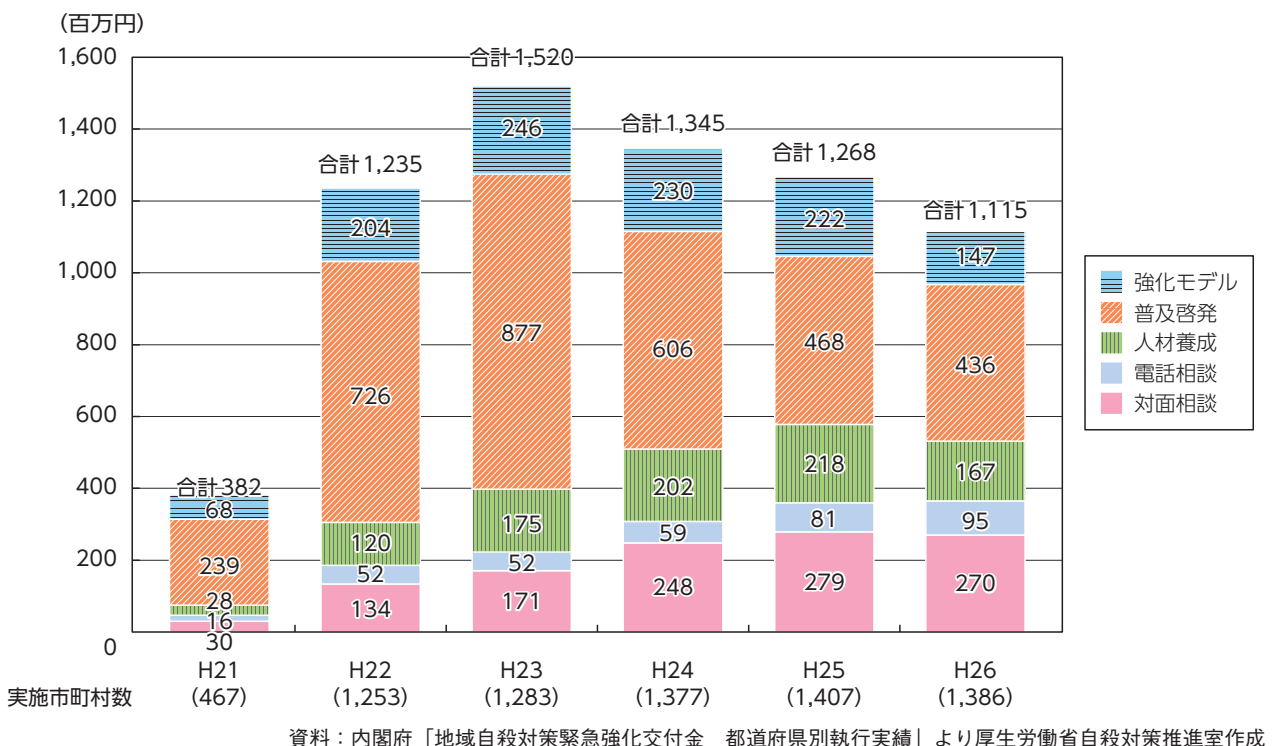
(第2-14図)。また、市町村単位では、基金事業を実施する市町村数は、平成26年度は25年度を下回ったがほぼ同水準となっており、地域における取組が維持されている(第2-15図)。

平成26年度の執行実績は、都道府県における事業で20億1,400万円(全都道府県で実施)、市町村における事業で11億1,500万円(1,386市町村で実施)をそれぞれ執行し合計で31億2,900万円となっている。

第2-14図 地域自殺対策緊急強化基金の事業実績(都道府県)(平成21~26年度)



第2-15図 地域自殺対策緊急強化基金の事業実績(市町村)(平成21~26年度)



イ 自殺対策検証評価会議等における分析

基金が造成されて3年が経過し、都道府県・市町村における自殺対策の取組が広がる中で、平成24年7月、内閣府特命担当大臣（自殺対策）の下で、「地域自殺対策緊急強化基金評価・検証チーム」が編成され、23年度の基金事業について効果検証を行うこととされた。同チームにおいては、都道府県からの基金事業の実績報告をもとに、基金事業のもたらす効果を定量的に分析するとともに、他の団体にも参考となるような特徴的な事業について定性的な分析を行い、同年10月に報告書を取りまとめた。

平成25年度には、自殺対策検証評価会議において、基金の政策効果を客観的に把握することを目的として、24年度の事業内容を中心に、様々な角度から検証・評価を行い、25年10月に報告書を取りまとめた。

平成26年度は、同会議において、25年度報告書で「地方公共団体では未だ独自財源による自殺対策事業が十分に実施されておらず、地方自治体が長期的な展望に立ち計画的な事業をするための安定的な財源確保が必要である」とされたことを踏まえ、地域における自殺対策事業に対する国の財政支援の仕組み等について、事業効果を踏まえながら検討する必要があることから、地方公共団体より自殺対策に係る地域の実情等についてヒアリング調査を行うとともに、これまでの事業実績について定量分析を行い、27年3月に報告書を取りまとめた。

報告書では、緊急強化事業が開始された平

成21年度以降、自殺者数の減少及び自殺死亡率の低下など、一定の事業効果が現れてきていると評価された一方、事業の重点化（人材養成、相談支援、ハイリスク者対策・ハイリスク地対策・先導的な事情等、普及啓発）、事業の効率化、役割分担の視点、財源確保の視点の4つの観点を通じて、地域の自殺対策事業に対しての国からの支援に関する今後の方向性を示した。

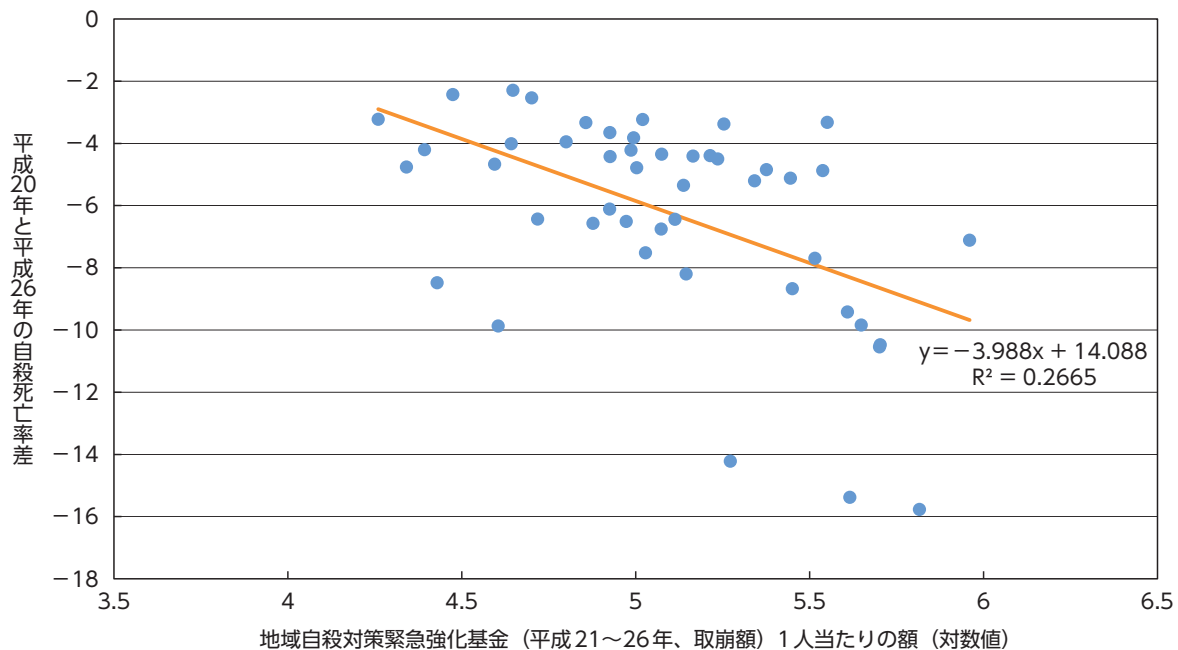
ウ 各都道府県における基金事業総額と自殺死亡率の変化の関係

地域自殺対策緊急強化基金の創設のための補正予算が可決されたのは平成21年であるが、この年は、最後に年間自殺者数が対前年比で増加した年であり、翌年以降、年間自殺者数は一貫して減少している。ここで、年間自殺者数の減少と基金の創設及び基金に基づく取組の実施の関係性について、各都道府県における基金事業総額と自殺死亡率を比較することで分析することとする⁸。

各都道府県における平成21年度から26年度までの人口一人当たりの基金事業総額（対数値）と、20年の自殺死亡率と26年の自殺死亡率の差の関係を散布図で表現したものが（第2-16図）である。これをみると、大まかな傾向として、人口一人当たりの基金事業総額が多いほど、この間の自殺死亡率が大きく低下していることがわかる。本基金による取組が自殺死亡率の低下に寄与した可能性を示唆するものと言える。

8 本分析は、「自殺のない社会へ 経済学・政治学からのエビデンスに基づくアプローチ」（澤田康幸、上田路子、松林哲也 有斐閣平成25年）において平成21年度から23年度までのデータによって行われたものを、その後のデータを追加して行ったものである。

第2-16図 地域自殺対策緊急強化基金（平成21～26年度、取崩額）と自殺死亡率（都道府県別）



資料：内閣府「地域自殺対策緊急強化交付金 都道府県別執行実績」及び警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

なお、この分析は、基金事業額の増加と自殺死亡率の減少が、相関関係にあることを示す一方で、以下の点にも留意が必要である。第一に、自殺は様々な要因が複雑に絡み合って起こるものであり、ある事業が自殺死亡率に影響を与えるということを立証するためには、例えば景気の影響など、他の社会的要因の与えた影響も検討する必要がある。第二に、ここで使用した基金事業額は、電話相談、対面相談、人材育成事業、普及啓発事業、強化モデルという異なる事業にかかる費用の総額であり、事業メニューごとに目的も期待される効果も異なるものをまとめているため、自殺死亡率の低下がどのような事業の結果としてもたらされたかを説明するためには、これらの事業メニューそれぞれの実施状

況等も考慮する必要がある。第三に、都道府県別の基金事業額には、当該都道府県に所在する市町村の事業額も含まれており、都道府県レベルの取組と市町村レベルの取組のそれぞれが与える影響や、都道府県と市町村の役割分担といった観点からの検討も求められる。第四に、基金事業の実施に当たっては、各都道府県や市町村において効率的な予算の執行を行おうとする努力も行われているはずであるが、事業総額による比較だけではこのような観点が反映されないということである。

今後このような観点を含め、より詳細なデータによる厳密な分析を行うことが今後の課題となろう。

まとめ

本章では、自殺対策基本法の制定から約10年になることを踏まえ、この10年間の経緯や変化などについて、分析、記述を行った。

このうち、第1節においては、この10年間の取組や体制の変遷等について概観するとともに、第2節では、年齢階級別や原因別の自殺者数の変化について分析し、第3節では、傾斜度を足掛かりに、各地域の特性に焦点を当てて分析した。

基本法制定当時、3万2千人を超えていた年間自殺者数は、昨年18年ぶりに2万5千人を下回り、平成10年の急増前の水準にまで戻っている。しかしながら、なお1日平均で約66人の尊い命が失われているという現状に変わりはなく、また、第2節で分析したとおり、

- ・若年層の自殺死亡率が10年前の水準まで戻っておらず、若年層の自殺対策が引き続き重要となること
- ・うつ病と併せて計上された自殺の原因・動機は多岐にわたり、かつ、その構成比が平成19年以降はほぼ一定であることなど、うつ病を原因・動機とする自殺の予防においては、心の問題に複雑に絡み合っている社会的要因を含めた様々な問題に対しての働き替えが求められていること
- ・地域自殺対策緊急強化基金の事業額の増加と自殺死亡率の低下に相関関係がみられ、地域の実情に応じたきめ細やかな対策が自殺死亡率の低下に寄与した可能性もある一方、今後、地域レベルでの取組のより詳細な検証・評価が求められること

など、残された課題も数多い。さらに、高齢

化や過疎化が進む中、それに対応した自殺対策を講じていくことが求められる。第3節で分析した地域におけるつながりは、その際の大きなポイントの一つであると考えられる。

自殺対策の10年を振り返って見えてきたこれらの課題に対し、これからの自殺対策はどうあるべきか。今回の分析は、「地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換」を始めとする自殺総合対策大綱において掲げられた施策の方向性を、データとして裏付けるものになっていると考えられる。引き続き、国民一人ひとりに身近な地域において、それぞれの実情に応じたきめ細やかな対応を工夫し講じることが可能となるよう、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策の更なる推進が重要と考えられる。

既述の通り、平成28年4月1日をもって、自殺対策の推進業務は内閣府から厚生労働省に移管された。また、同日、「自殺対策基本法の一部を改正する法律」が施行され、地方公共団体における自殺対策に関する計画の策定が義務付けられる等の改正が行われた。それぞれの地域において、地域における自殺の実態の把握やそれに対応した対策の企画立案、そして施策の検証・評価を実施するとともに、現場において取り組む民間団体を始めとする関係者の連携を強化していくことが求められる。これにより、我が国の自殺対策は新たな段階に入ったといつてよいであろう。今後とも、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が連携・協働し、きめ細かな分析に基づく的確な自殺対策を講じていくことが求められている。

地域と自殺の実態に関する分析 —居住地の傾斜度を手掛かりに

第1節で既述した通り、平成28年4月1日から自殺対策基本法の一部を改正する法律が施行された。これまでも地方公共団体は、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きたが、改正された自殺対策基本法では、都道府県及び市町村に対し、地域の実情等を勘案し、自殺対策計画を策定することが義務付けられた。これらの地域の実情に即した計画を策定するにあたっては、自殺に影響を与えうる地域の特性等、適切な地域診断が欠かせない。

我が国の国土をみると、平野の外縁部から山地を指す、中山間地域が国土面積の約7割を占める。山地が多いという自然環境を踏まえた、地方公共団体の特性に関する指標として、林野面積、標高、気温、降雪量等が考えられるが、より直接的な概念として傾斜度であろう。この傾斜度を居住地に限定して算出することで、生活圏域が平野部であるか、山間部であるかを判別することが可能となる。そこで、居住地の傾斜度という指標を手掛かりとし、各地方公共団体及び自殺の実態について分析を実施した¹。

また、地域診断の観点として、居住地における傾斜度という地理的な側面に加えて、人びとのつながり等からなる地域性という側面も重要であると考えられる。そこで、過去数十年間に渡り、自殺がみられなかった地方公

共団体に対する調査を実施し、地域の機能に着目した自殺対策の可能性²について分析を実施した。

居住地の傾斜度と地方公共団体及び自殺の実態

ここでは、居住地の傾斜度を算出³し、地方公共団体及び自殺の実態について分析を実施する。まず、居住地の傾斜度を手掛かりとして、基本的な傾向を捉えるべく、地方公共団体の実態について詳細をみていく。

各地方公共団体（790市、745町、183村、1特別区部⁴）における、居住地の傾斜度を算出したところ、5度未満が592、5度以上10度未満が441、10度以上15度未満が310、15度以上20度未満が218、20度以上25度未満が113、25度以上30度未満が26、30度以上が19であった（第3-1表）。

傾斜度別に、各地方公共団体における人口の平均（第3-1表）をみると、平成27年時点では、5度未満では約11万3,000人、5度以上10度未満では約7万3,000人、10度以上15度未満では約6万人、15度以上20度未満では約3万4,000人、20度以上25度未満では約1万4,000人、25度以上30度未満では約5,000人、30度以上では約2,000人となる。傾斜度が緩やかであるほど、人口が多くなっている。

- 1 自殺対策推進室では、県及び市区町村ごとに、性別、年齢別、動機別等の分析が可能な資料を提供してきたところ、本分析は、新たに傾斜度を地方公共団体別に独自集計し、地域診断の一助を目指すものである。
- 2 「地域における保健師の保健活動について（厚生労働省健康局長通知 平成25年4月19日健発0419第1号）」では、ソーシャルキャピタルの醸成、住民の自助及び共助の支援等を保健活動の基本的な方向性に含めている。
- 3 10mメッシュの各標高点から傾斜度を算出した。2方向の傾き成分からの平面近似を求めるアルゴリズムを採用し、南北方向と東西方向の2つの勾配ベクトルの成す平面を求めている。また、4近傍の地点の重みを2倍にした平均を求めている。居住地の判定は、総務省「平成22年国勢調査地域メッシュ統計（2分の1地域メッシュ）」で、1人以上の居住者がいるかどうかによる。緯度により異なるが、メッシュ1つ当たり概ね500メートル四方となる。また、メッシュが地方公共団体間の境界線に跨る場合、重複して集計される。
- 4 北方領土の6村は含まれない。

第3-1表 傾斜度別にみた地方公共団体数及び人口（人）

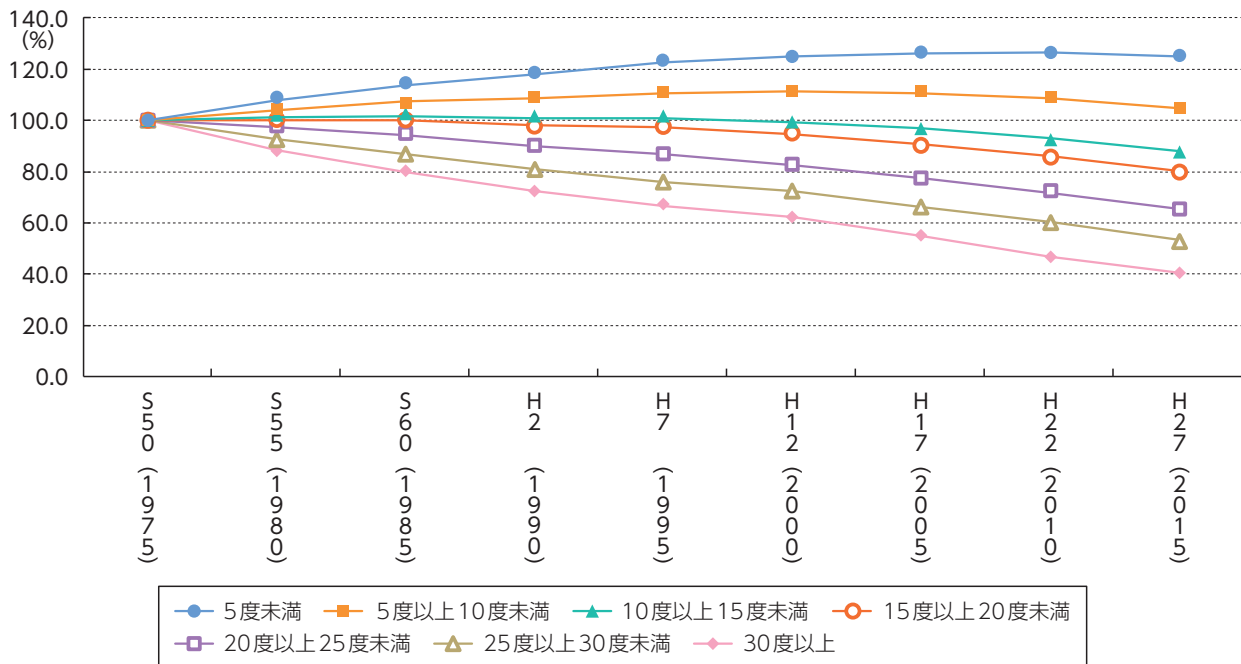
	5度未満	5度以上 10度未満	10度以上 15度未満	15度以上 20度未満	20度以上 25度未満	25度以上 30度未満	30度以上
地方公共団体数	592	441	310	218	113	26	19
人口（H27）	113,412.7	73,106.6	60,252.4	33,508.7	14,047.9	4,714.6	1,926.5

資料：総務省「国勢調査」、地方公共団体別傾斜度の独自集計より厚生労働省自殺対策推進室作成

昭和50年の人口を基準として、傾斜度別⁵に各地方公共団体⁶における人口の増減率の平均の推移（第3-2図）をみると、50年から平成27年にかけて、5度未満では125.1%、5度以上10度未満では104.6%、10度以上15度未満では88.1%、15度以上20度未満では

80.2%、20度以上25度未満では65.5%、25度以上30度未満では53.6%、30度以上では40.5%となる。傾斜度が10度未満では昭和50年時点より人口が増加しているが、それ以上の傾斜度では人口が減少している。

第3-2図 傾斜度別にみた人口増減率の推移



資料：総務省「国勢調査」、地方公共団体別傾斜度の独自集計より厚生労働省自殺対策推進室作成

傾斜度別に、各地方公共団体における高齢化率⁷の平均の推移（第3-3表）をみると、平成22年時点では、5度未満では23.9%、5度以上10度未満では26.6%、10度以上15度未満では29.7%、15度以上20度未満では32.2%、

20度以上25度未満では35.7%、25度以上30度未満では42.5%、30度以上では44.3%となる。傾斜度が急になるほど、高齢化率が高くなっている。

- 5 ここでは、平成22年に居住地と判定された場所を対象に傾斜度を算出しているが、転入出により、各時点の居住地は変動することに留意する必要がある。
- 6 地方公共団体の時系列の比較に際しては、平成27年時点の地方公共団体を基準とした組替えを実施している。
- 7 65歳以上の人口が総人口（年齢不詳者を除く）に占める割合。

第3-3表 傾斜度別にみた高齢化率の推移

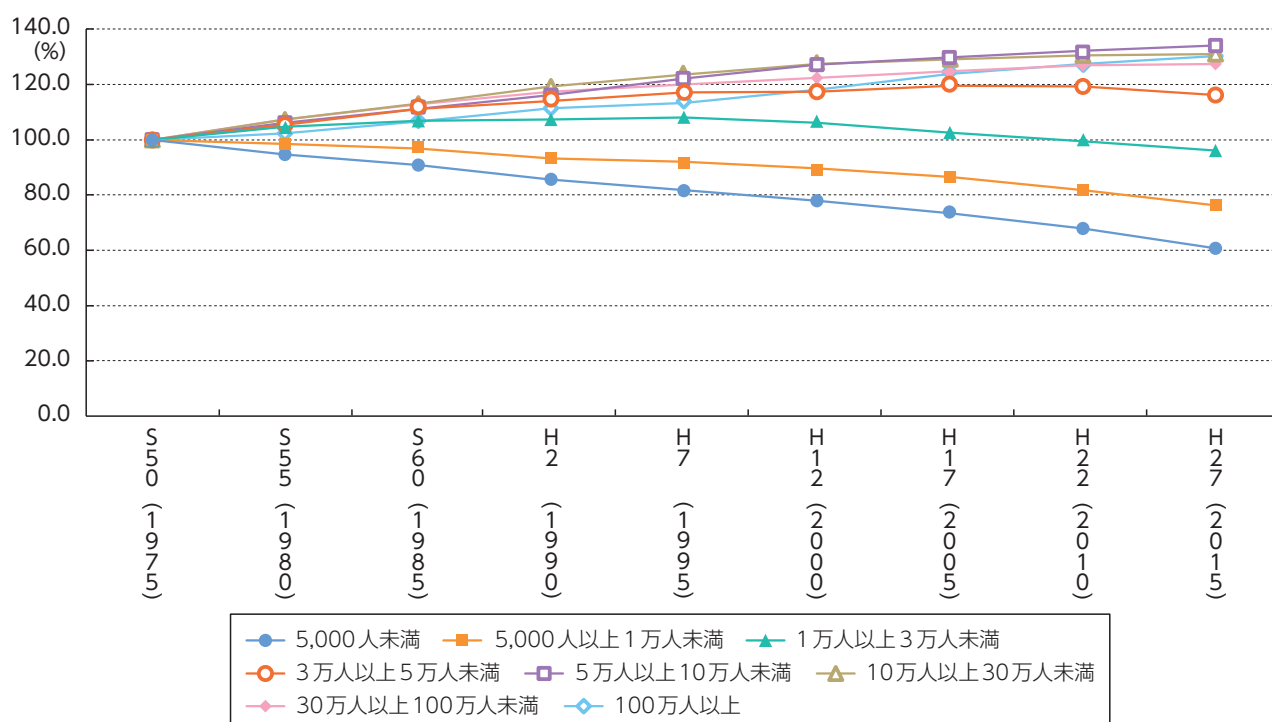
	S50 (1975)	S55 (1980)	S60 (1985)	H2 (1990)	H7 (1995)	H12 (2000)	H17 (2005)	H22 (2010)
5度未満	7.9%	9.1%	10.4%	12.3%	14.9%	17.8%	20.8%	23.9%
5度以上 10度未満	9.6%	11.0%	12.5%	14.9%	18.0%	21.1%	23.9%	26.6%
10度以上 15度未満	11.0%	12.5%	14.3%	17.0%	20.5%	23.9%	26.9%	29.7%
15度以上 20度未満	12.5%	14.2%	16.0%	19.1%	22.9%	26.5%	29.5%	32.2%
20度以上 25度未満	13.4%	15.1%	17.2%	20.7%	25.2%	29.5%	32.8%	35.7%
25度以上 30度未満	14.8%	17.3%	20.3%	24.8%	30.7%	36.0%	39.6%	42.5%
30度以上	13.8%	16.5%	19.4%	24.3%	30.8%	36.1%	41.3%	44.3%

資料：総務省「国勢調査」、地方公共団体別傾斜度の独自集計より厚生労働省自殺対策推進室作成

昭和50年の人口を基準として、人口規模別⁸に各地方公共団体における人口の増減率の平均の推移（第3-4図）をみると、50年から平成27年にかけて、5万人以上では概ね130%、3万人以上5万人未満では116.1%と

増加傾向であるのに対して、1万人以上3万人未満では96.2%、5,000人以上1万人未満では76.3%、5,000人未満では60.7%となる。人口が3万人に満たない地方公共団体では、昭和50年時点での人口より減少している。

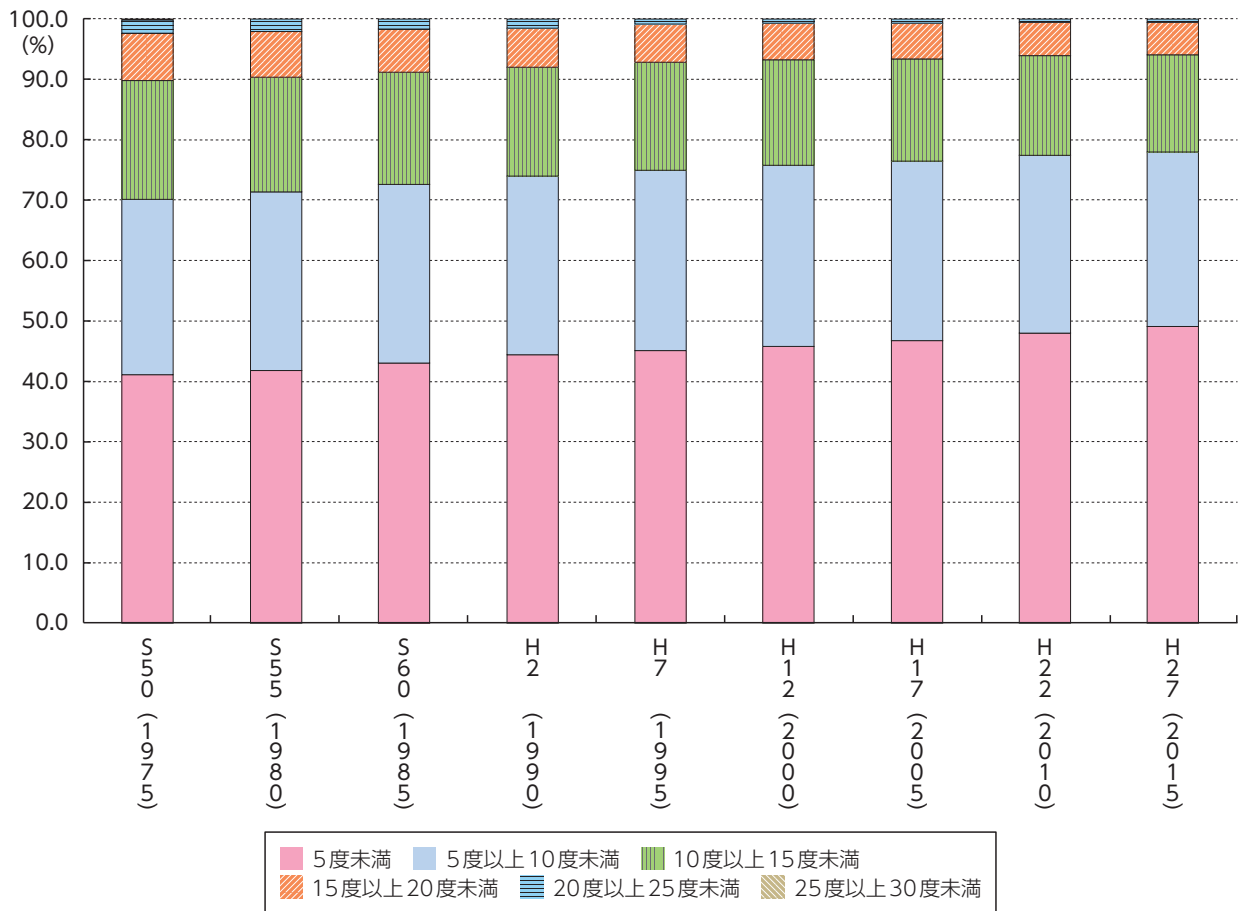
第3-4図 人口規模別にみた人口増減率の推移



資料：総務省「国勢調査」より厚生労働省自殺対策推進室作成

8 各時点における人口規模を意味する。

第3-5図 傾斜度別の地方公共団体（人口5万人以上）の構成割合の推移



資料：総務省「国勢調査」、地方公共団体別傾斜度の独自集計より厚生労働省自殺対策推進室作成

人口が増加傾向にある、人口5万人以上の地方公共団体の傾斜度（第3-5図）をみたところ、昭和50年から平成27年の各時点⁹において、10度未満が7割以上を占めている。人口規模の大きい地方公共団体が、傾斜度の緩やかな地域に多いことが分かる。

まとめると、傾斜度が急になるほど、人口は少なくなり、昭和50年時点と比べて減少幅

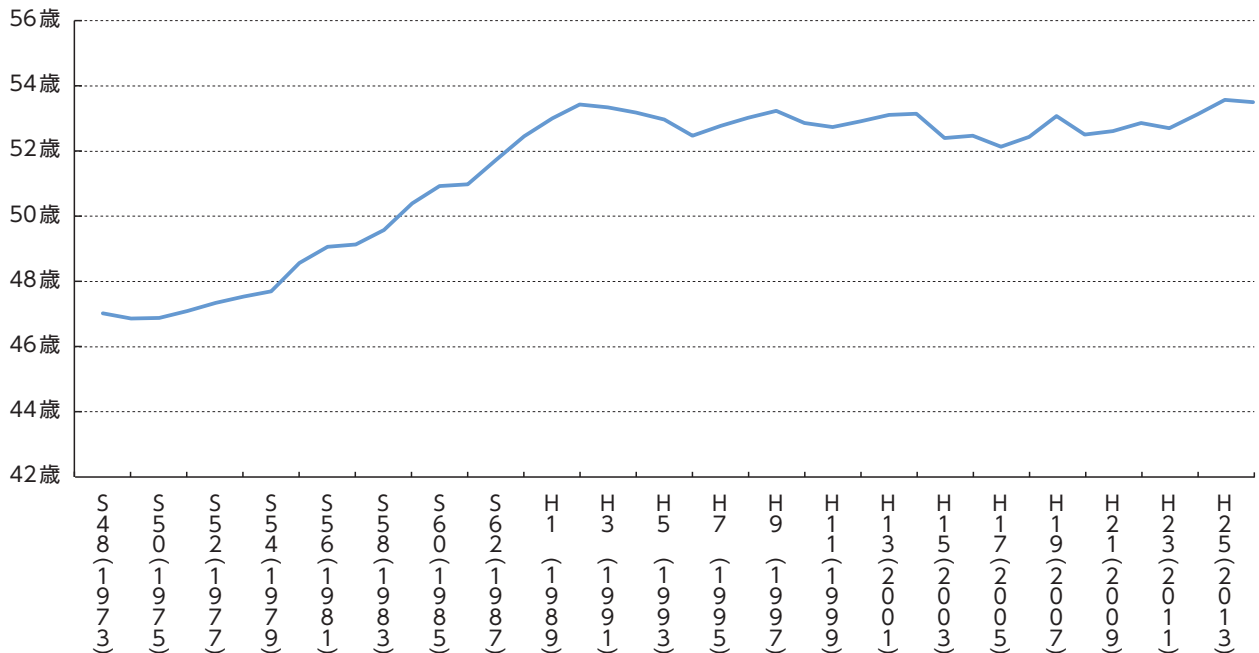
は大きく、高齢化率も高い。逆に、傾斜度が緩やかになるほど、人口は多くなり、昭和50年時点と比べて増加する（減少幅が小さくなる）傾向にあり、高齢化率は低い。また人口規模の大きな地方公共団体ほど人口は増加する傾向にあり、傾斜度の緩やかな地域に集積している。

9 各時点における人口規模が5万人以上であることを意味する。

以下では傾斜度別に、自殺の実態¹⁰について分析する。まず、昭和48年から平成26年における、全国の自殺者の平均年齢の推移（第

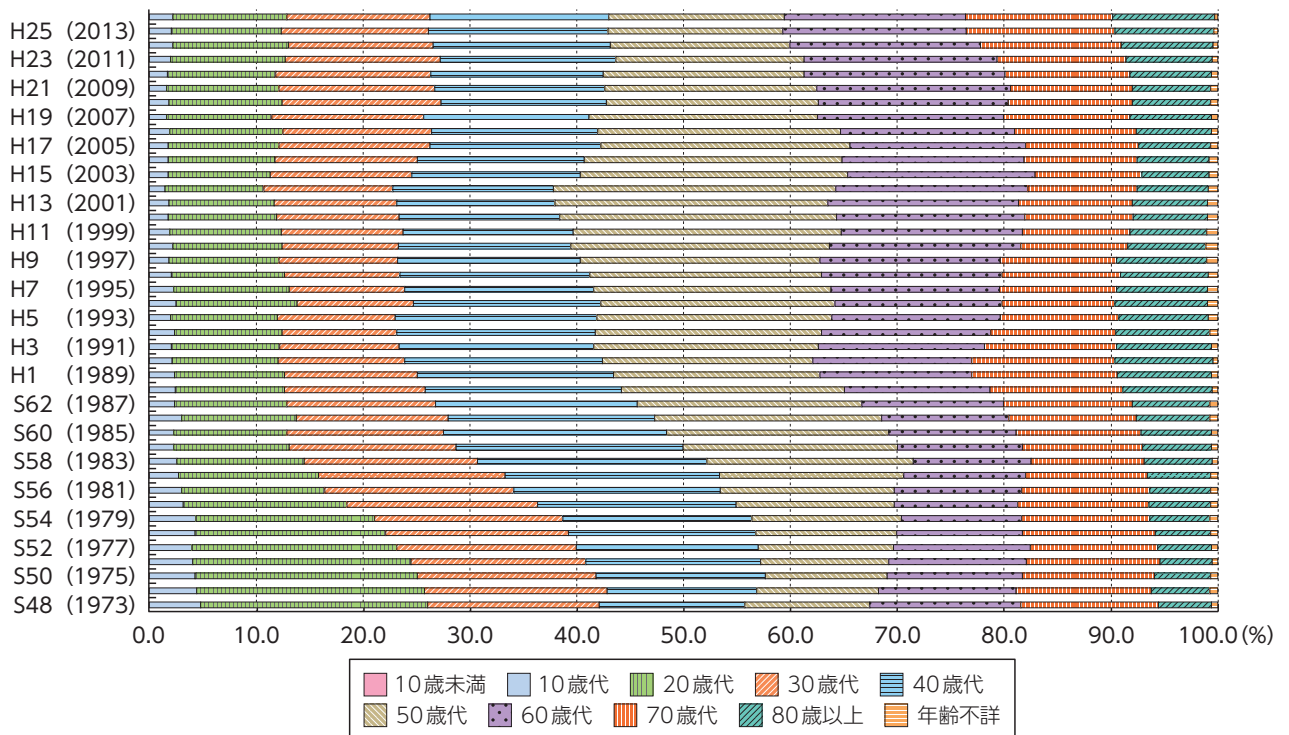
3-6図）をみると、昭和48年から平成2年頃にかけて上昇し、それ以降では、52、53歳台で推移している。

第3-6図 昭和48年から平成26年における自殺者の平均年齢の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」の調査票情報の独自集計

第3-7図 昭和48年から平成26年における年齢階級別の自殺者数の構成割合の推移



資料：厚生労働省「人口動態調査」の調査票情報の独自集計

10 自殺者の分析については、自殺日を基準とした分析となる。

なお、昭和48年から平成26年における、全国の自殺者の年齢構成の推移（第3-7図）をみると、昭和48年から平成2年頃にかけて30歳代までの占める割合が低下している。また、平成7年頃から17年頃にかけて50歳代の占める割合が多かったが、近年その割合は低下している。

全国の傾向を踏まえ、平均年齢が同程度に推移している直近の20年間について、自殺者の居住地の傾斜度別に自殺者の平均年齢（第3-8表）をみると、5度未満で51.7歳、5

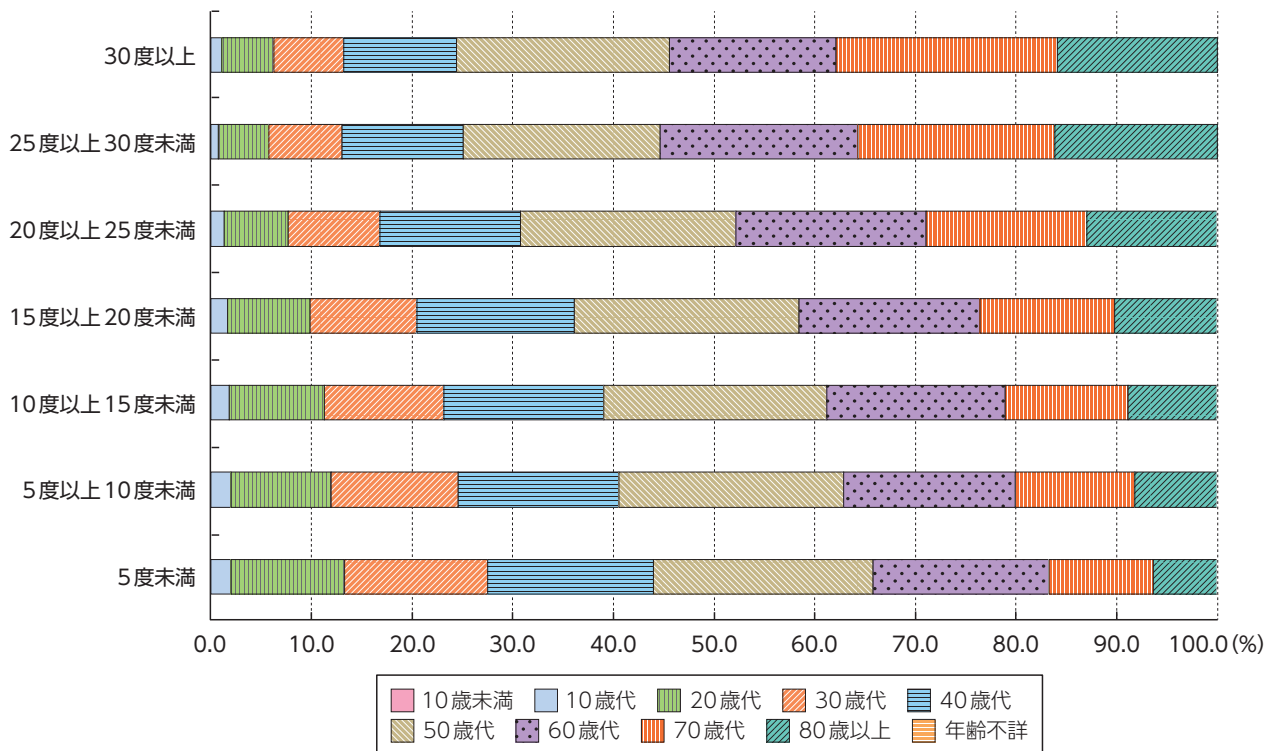
度以上10度未満で53.3歳、10度以上15度未満で54.0歳、15度以上20度未満で55.4歳、20度以上25度未満で58.1歳、25度以上30度未満で61.2歳、30度以上で61.2歳となる。傾斜度が急になるほど、高齢化率が上昇していたことに対応し、自殺者の平均年齢も高くなっている。平均年齢の高さの裏返しではあるが、同じ期間における、自殺者の居住地の傾斜度別に、自殺者の年齢構成（第3-9図）をみると、傾斜度が緩やかであるほど、若年層の割合が多い¹¹。

第3-8表 平成7年から26年における傾斜度別にみた自殺者の平均年齢（歳）

5度未満	5度以上 10度未満	10度以上 15度未満	15度以上 20度未満	20度以上 25度未満	25度以上 30度未満	30度以上
51.7	53.3	54.0	55.4	58.1	61.2	61.2

資料：厚生労働省「人口動態調査」の調査票情報の独自集計、地方公共団体別傾斜度の独自集計より厚生労働省自殺対策推進室作成

第3-9図 平成7年から26年における傾斜度別にみた年齢階級別の自殺者数の構成割合



資料：厚生労働省「人口動態調査」の調査票情報の独自集計、地方公共団体別傾斜度の独自集計より厚生労働省自殺対策推進室作成

11 若年層の自殺対策については、平成27年版自殺対策白書において特集している。

第3-10表 平成7年から26年における傾斜度別にみた自殺者の性別と男女別配偶関係

		5度未満	5度以上 10度未満	10度以上 15度未満	15度以上 20度未満	20度以上 25度未満	25度以上 30度未満	30度以上
男性		70.4%	70.7%	71.0%	71.3%	70.5%	68.6%	72.8%
女性		29.6%	29.3%	29.0%	28.7%	29.5%	31.4%	27.2%
男性	配偶者有	45.0%	49.3%	49.5%	51.2%	50.6%	50.4%	46.0%
	未婚	33.8%	29.3%	29.1%	27.0%	27.0%	26.8%	36.2%
	死別	5.9%	6.6%	7.2%	7.9%	9.1%	11.6%	10.2%
	離別	15.0%	14.5%	14.1%	13.6%	13.2%	10.9%	7.2%
	配偶関係不詳	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.4%
女性	配偶者有	42.6%	42.9%	43.6%	43.7%	42.7%	44.8%	54.5%
	未婚	24.4%	20.3%	19.4%	17.2%	14.8%	12.3%	10.1%
	死別	20.7%	25.0%	26.1%	28.3%	33.6%	33.4%	31.3%
	離別	12.1%	11.6%	10.7%	10.6%	8.8%	8.6%	4.0%
	配偶関係不詳	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.9%	0.0%

資料：厚生労働省「人口動態調査」の調査票情報の独自集計、地方公共団体別傾斜度の独自集計より厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺者の居住地の傾斜度別に自殺者の性別（第3-10表）をみると、多少の差はあるものの、いずれの傾斜度においても、男性が70%程度、女性が30%程度となり、同様の傾向がみてとれる。また、自殺者の居住地の傾斜度別に自殺者の配偶関係（第3-10表）をみたところ、男女ともに、いずれの傾斜度においても配偶者有は40%を超えており、傾斜度が急になるほど死別の割合が多くなる傾向がみられた。死別者の平均年齢は74.6歳と高く（平成7年から26年における平均。なお、配偶者有は57.3歳、未婚は37.4歳、離別は51.7歳となる。）、傾斜度の急な地域における高齢

化と軌を一にすることによって考えられるが、こうした地域においては、孤立的な状況に置かれた高齢者への対応が重要となろう。

自殺者の居住地の傾斜度別に自殺の場所（第3-11表）をみると、いずれの傾斜度においても自宅が50%を超え、最も多くなっている。5度未満では高層ビルが2番目に多く、5度以上10度未満でも5番目に多いが、それ以降では5番目までにみられない。一方、傾斜度が急になるほど山や海等の自然環境が多くなる傾向がある。居住する環境と自殺の場所が関連していることが分かる。

第3-11表 平成21年から27年における傾斜度別にみた自殺の場所

5度未満		5度以上 10度未満		10度以上 15度未満		15度以上 20度未満		20度以上 25度未満		25度以上 30度未満		30度以上	
自宅	58.6%	自宅	58.4%	自宅	58.6%	自宅	57.7%	自宅	56.8%	自宅	59.4%	自宅	61.5%
高層ビル	7.0%	乗物	8.9%	乗物	8.5%	乗物	8.2%	その他	9.2%	山	8.5%	海(湖)・河川	12.1%
乗物	6.9%	その他	6.7%	その他	7.1%	その他	7.0%	山	7.9%	その他	7.5%	その他	8.8%
その他	6.4%	海(湖)・河川	4.8%	海(湖)・河川	5.2%	山	5.9%	乗物	6.9%	乗物	6.5%	山	7.7%
海(湖)・河川	4.8%	高層ビル	4.1%	山	5.1%	海(湖)・河川	5.8%	海(湖)・河川	6.9%	海(湖)・河川	6.1%	乗物	5.5%

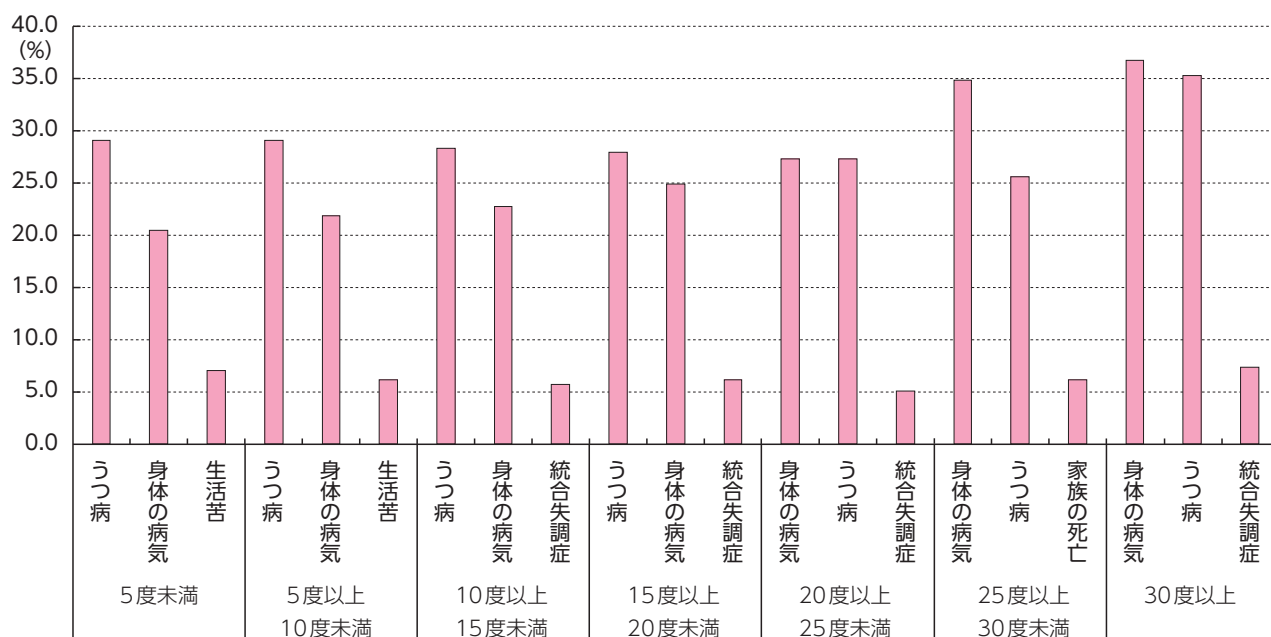
資料：警察庁「自殺統計」、地方公共団体別傾斜度の独自集計より厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺者の居住地の傾斜度別に、自殺の原因・動機の比率¹²（第3-12図）をみると、傾斜度が緩やかであると「うつ病」の比率が高くなっているが、傾斜度が急になるにつれ、「身体の病気」の比率が高くなっていく。この点については、1つには、傾斜度が急になるほど、自殺者の平均年齢が上昇している

こととの関連¹³が考えられる。また、居住地の傾斜度が急になるほど、一般病院¹⁴の施設数は少なく¹⁵、道路実延長（総面積1km²当たり）が短くなっている¹⁶。こうした社会的資源の少なさ、外部における社会的資源へのアクセシビリティの悪さが影響している可能性もあろう。

- 12 それぞれの傾斜度において、各原因・動機が計上された数を、1つ以上動機が特定された自殺者数の数で割った比率。
- 13 高齢者の自殺においては、「身体の病気」を原因・動機とする場合が多い（平成27年中における自殺の状況付録1参照）。
- 14 一般病院とは、医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の入院施設を有するという病院の内、精神科病院、結核療養所以外の病院である。
- 15 5度未満：5.5、5度以上10度未満：4.8、10度以上15度未満：4.5、15度以上20度未満：2.6、20度以上25度未満：1.3、25度以上30度未満：0.8、30度以上：0.2、（施設）。資料は、総務省「統計でみる都道府県、市区町村のすがた2015」、地方公共団体別傾斜度の独自集計による。
- 16 5度未満：9.4、5度以上10度未満：5.0、10度以上15度未満：3.9、15度以上20度未満：3.0、20度以上25度未満：2.3、25度以上30度未満：1.7、30度以上：1.2、（km）。資料は、総務省「統計でみる都道府県、市区町村のすがた2015」、地方公共団体別傾斜度の独自集計による。

第3-12図 平成21年から27年における傾斜度別にみた自殺の原因・動機の比率



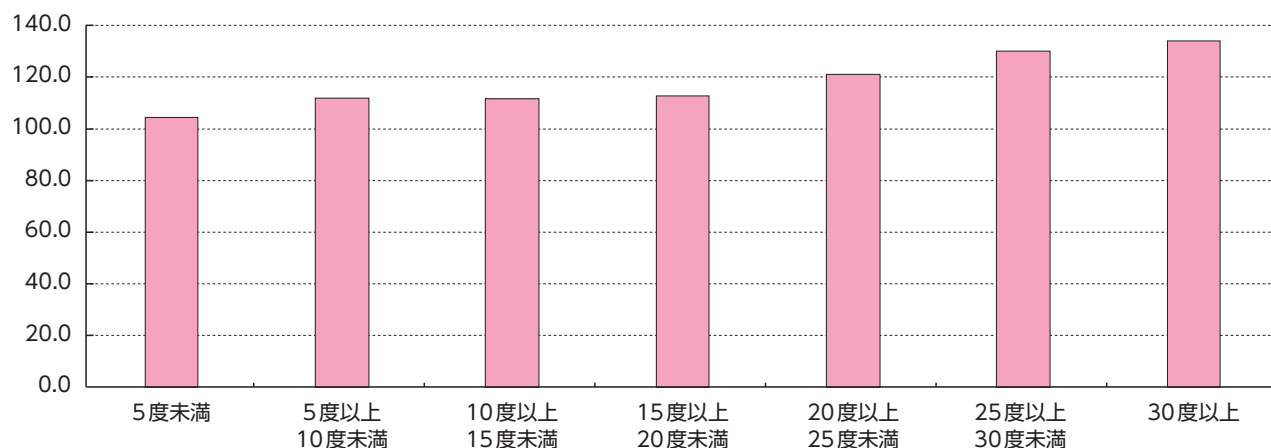
資料：警察庁「自殺統計」、地方公共団体別傾斜度の独自集計より厚生労働省自殺対策推進室作成

地域を通じた自殺対策の可能性

ところで、傾斜度別に、各地方公共団体における自殺のSMR¹⁷（第3-13図）をみると、

傾斜度が急になるにつれSMRが高くなることが分かる。

第3-13図 平成7年から26年における傾斜度別にみたSMR



資料：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」、厚生労働省「人口動態調査」の調査票情報の独自集計、地方公共団体別傾斜度の独自集計より厚生労働省自殺対策推進室作成

17 死亡率については、年齢による差異があるため、異なった年齢構成を持つ地域の自殺死亡率をそのまま比較することはできない。比較を可能にするには、標準的な年齢構成に合わせて、地域別の年齢階級別の死亡率を算出して比較する必要がある。そこで、基準となる自殺死亡率を対象地域に当てはめた場合に、計算により期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較するSMR（Standardized Mortality Ratio、標準化死亡比）を算出した。全体の平均を100とし、100以上の場合は平均より自殺死亡率が高いことになり、100以下の場合は自殺死亡率が低いことになる。なお、ここでは母集団の数が利用可能な平成7年から26年におけるSMRを算出しており、その平均となる。

傾斜度が急であるということは、前述したように社会的資源の制約、また外部における社会的資源へのアクセシビリティの悪さに結びつきうる。SMRの高さの背景には、そうした点の影響も考えられる。その一方、SMRの低い地方公共団体（第3-14表）をみ

ると、離島町村が多く並んでいる。離島もまた、社会的資源が豊富とはいえず、外部における社会的資源へのアクセシビリティに難を抱える。こうした共通項にも関わらず、SMRに差がみられていることになる。

第3-14表 SMR低地方公共団体のSMRと自殺者数（人）

地方公共団体名	SMR (H7～H26)	自殺者数 (S48～H26)	地方公共団体名	SMR (H7～H26)	自殺者数 (S48～H26)
栗島浦村	—	0	木祖村	46.1	27
利島村	—	0	三島村	46.9	3人以下
渡名喜村	—	3人以下	広野町	50.2	50
十島村	—	5	八頭町	56.2	127
小値賀町	34.0	25	北島町	58.4	103
黒滝村	34.4	12	神恵内村	59.0	13
海士町	38.7	31	安八町	59.1	77
与那国町	42.7	17	朝日町（三重県）	59.2	40
利尻町	43.1	31	舟橋村	59.5	15
座間味村	45.1	6	嘉島町	59.7	52

資料：総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」、厚生労働省「人口動態調査」の調査票情報の独自集計より
厚生労働省自殺対策推進室作成

注：青色は離島町村を示す。

そこで、傾斜度別に基準地域メッシュ1つ当たり¹⁸の世帯数の構成（第3-15図）をみると、傾斜度が急になるほど、世帯数が少なくなる傾向にある。30度以上では、1メッシュの世帯数が10世帯未満である場合が50%を超える。宅地に適した土地が多くなく、個々の世帯が離れて居住している状況を読み取ることができる。このような傾斜度が急な地域について、隣人との接触が困難であること、厳しい環境に対する克己心と相反関係にある援助希求能力の低さ等を指摘する研究¹⁹もある。

一方、SMRの低い離島町村における1メッシュ当たりの世帯数の構成（第3-15図）をみると、極端に世帯数が少ないということはない。このため、傾斜度が急な地域に比べて人びとのつながりが多く²⁰、それがSMRの低さに寄与している可能性がある。このような点を鑑み、SMRが低い地方公共団体のうち、過去約40年の間に自殺者がみられなかった（第3-14表）、栗島浦村と利島村について、人びとのつながりを含む地域性について調査を実施した²¹。

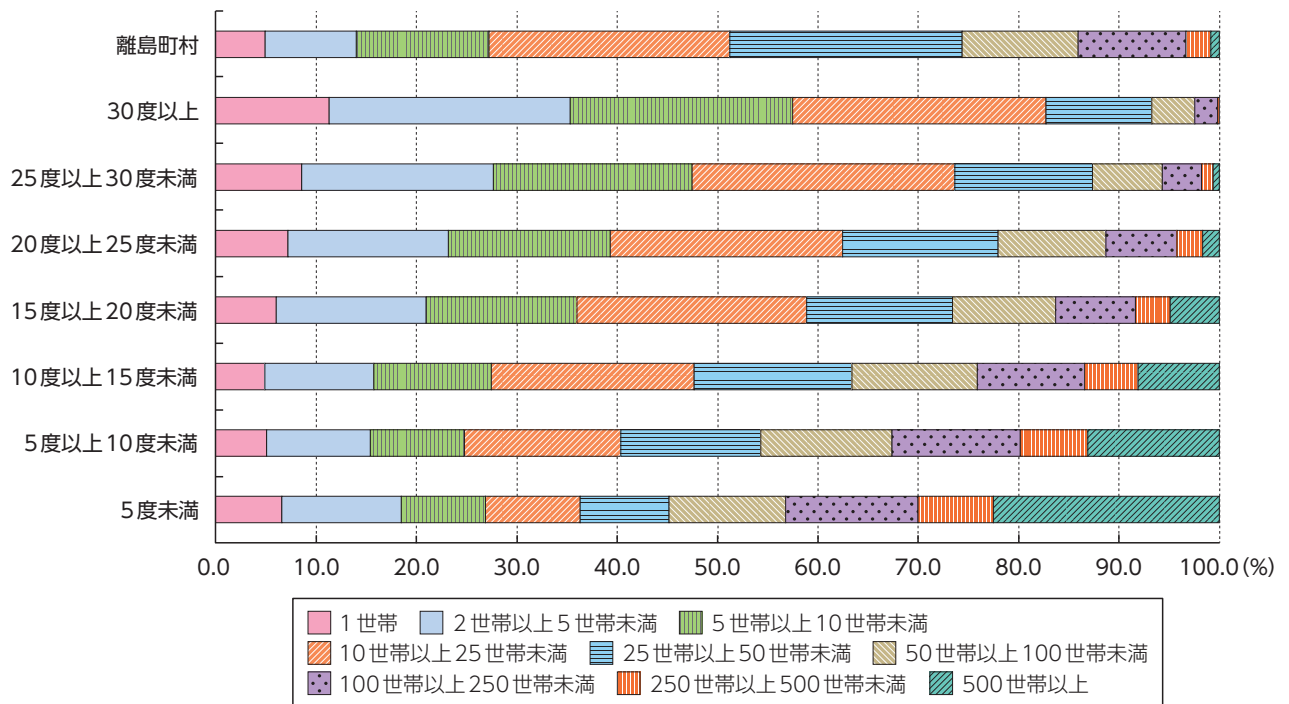
18 2分の1地域メッシュから基準地域1メッシュ当たりの世帯数を算出した。なお、基準地域1メッシュ当たりの面積は概ね1km²となる。

19 岡檀「生き心地の良い町」講談社

20 1メッシュ当たりの人口密度の多さが単純につながりの強さを示すものではないと考える。1メッシュ当たりの人口密度の多い地域は都市部にあるが、そうした地域では流動性の高さからつながりを醸成しにくい場合があるものと考えられる。

21 調査に際しては、栗島浦村役場、利島村役場の協力を得て、関係者及び住民にヒアリングを実施した。

第3-15図 傾斜度別にみた1メッシュ当たりの世帯数の構成割合



【粟島浦村の概要】 粟島浦村は、新潟県岩船郡に属する一島一村であり、その概要は第

3-16表のようにまとめられる²²。

第3-16表 粟島浦村に関する基礎統計

	総面積	可住地面積	人口（H27）	世帯数（H27）	高齢化率（H22）	人口増減率（S50とH27の比較）
粟島浦村	9.78km ²	1.23km ²	370人	173世帯	44.5%	54.9%

福祉施設については、診療所、社会福祉協議会による通所介護施設がある。診療所に看護師は常駐しているが医師は常駐せず、近接市の医師による遠隔診療が実施されている。村上市の岩船港との間に定期船があるが、冬季には欠航率が増加する。

【粟島浦村の暮らし】 内浦と釜谷という2つの集落があり、各集落は山と海に挟まれた場所にある。住宅は密集しており、隣接して

建てられている。

同姓が多く、屋号で呼ぶことがあるように、古くからの血縁関係がある。親戚付き合いにおいて、本家や分家の縦の関係はあまりないという。

かつてあった婦人会や青年団は現在なくなっているものの、集落ごとに自治会があり、総会には各世帯から参加し、活動予定を議論し、村内の清掃や山道補修等を実施している。その他に、お祭り、島開き、盆踊り、

22 資料は、総面積は国土地理院「平成27年全国都道府県市区町村別面積調」、可住地面積は総務省「統計でみる都道府県、市区町村のすがた2015」、その他の項目は総務省「国勢調査」による。

運動会、文化祭等の行事もある。

地縁、血縁の中で、お互いのことを知っている場合が多い。声の掛け合いは多く、畑や漁等の日常生活に関する会話が頻繁になされている。また、農作物や海産物を相互にやり取りすることもある。

好漁場に恵まれ、水産業従事者が多い。農業については、イモ類、野菜の栽培等が行われている。高齢者の勤労意欲は高く、80歳を超えて、早朝から海に出る人、集落の外れにある畑まで歩き、農作業をする人もいる。漁は個人でなされる場合が多く、農業についても主に自家消費のための個人作業となる。

収穫物の出荷は漁業協同組合（農協を兼ねる）を通じてなされ、住民の多くが漁協の組合員となる。漁業と兼業し民宿業を営む者が多く、島には30軒を超える民宿があり、民宿業を営む者は旅館組合に属している。

かつては稲刈り等の出稼ぎ、現在は民宿業等から島外との接点があり、島外者との関係を構築している。農作物や海産物を島外の人に送る事も多く、島内では収穫できない米

等と交換するといった事もあるという。

写真 栗島浦村の集落



【利島村の概要】 利島村は、東京都にある一島一村であり、その概要は第3-17表のよ

うにまとめられる²³。

第3-17表 利島村に関する基礎統計

	総面積	可住地面積	人口（H27）	世帯数（H27）	高齢化率（H22）	人口増減率（S50とH27の比較）
利島村	4.12km ²	1.40km ²	338人	194世帯	20.3%	123.4%

福祉施設については、診療所、社会福祉協議会による通所介護施設がある。診療所には、医師、看護師が常駐している。竹芝客船ターミナル、下田港との間に定期船、大島空港との間にヘリコプターがあり、冬季には定期船の欠航率が増加する。

【利島村の暮らし】 集落は1つであり、山の麓に位置し、斜面が多い。各戸は庭等を含

めた敷地を有し、集落の端から端までは徒歩で15分程度である。

同姓が多く、屋号があり、古くからの血縁関係がある。親戚間の本家分家という縦の関係はあまりないという。

かつては、^{はしけ}舳による運搬等、「^{ゆい}結」と呼ばれる、村全体での共同作業があった。現在ではそのような共同作業はみられないが、相互の畑作業の手伝い等はある。自治会はないも

23 資料については注22参照

の、スポーツ等の各種活動サークルはある。また、村全体の行事としては、盆踊り、村民運動会、文化祭等がある。

地縁、血縁により、相互が顔見知りである場合が多い。日々の生活において、声の掛け合いや日常会話は多く、農作物や海産物のやり取りもあるという。

約20万本の椿が島全体を覆っており、椿産業が特色である。椿は、江戸時代より植林されたものであり、椿山は各家で受け継がれている。椿産業に従事するのは、主に隠居した高齢者である。80歳を超えて、間伐、下草刈り、実の手拾い等の作業に従事する場合がある。

利島村には、独自の風習がある。子供が生まれると、ボーイと呼ばれる、子守り役をする年上の子供を選ぶ。また生まれた子供は、トリゴとして、名目上、他の家の子供として預けられる。預けられる先は、遠縁の親戚が選ばれることが多いという。

ボーイ、トリゴが関係性を構築するのに対し、一定の距離感を維持する風習もある。子供が結婚すると親は隠居し、子がオーヤとな

る。隠居した親は、敷地内に隠居を構える。隠居した場合、それぞれが独立生計となり、相互の生活にあまり干渉しないという。

写真 利島村の集落



栗島浦村、利島村についてみてきたが、いずれも人口は300人台と少なく、栗島浦村では人口の減少幅も大きく、高齢化率も高かった。それぞれ離島であり、天候によっては周囲から隔離された孤島となり、社会的資源及びそのアクセシビリティという点で厳しい条件下にある。一方、住居は比較的近接しており、頻繁な接触、お裾分け等、古くからの地縁や血縁関係に基づく、つながりがみられた。また、失われた活動はあるものの、村全体で行う行事があり、各種組合やサークル等、住民同士がつながりを持つ機会もみられた。このようなつながりの強さゆえに、孤立化することがなく、問題がみえないままになることは少ないと考えられる。

もっとも、こうした濃密な人間関係には、

ポジティブな面とネガティブな面があると考えられる。平成19年度に利島村で行われた調査²⁴によれば、島の生活で暮らしやすいと思う点として「住民同士のつながりや助け合いがある」が60%近い一方で、島の生活で暮らしにくいと思う点として「人づきあいが濃密」も50%近くになっている。栗島浦村で実施したヒアリングの際にも、同様の趣旨の報告がなされている。

その一方、栗島浦村においては、古くから住む住民の多くが漁協等の組合に属し、各種取決めに従うが、漁業や農業の実作業等にあたっては一人ひとりによってなされている。利島村においては、相互の関係を結びつける風習の一方で、隠居制度のように個々の生活を重視する風習もみられた。このように、つ

ながりの中で、非干渉的な、個人の裁量を担保することが、人間関係の負担を軽減している可能性がある。また、粟島浦村に顕著な例であるが、物々交換のような形で島外に住む者との関係を有しており、島内のつながりに加えて、島外のつながりを持つこと²⁵が有効に機能している可能性がある。

なお両村において、高齢者の勤労意欲が活発であった。粟島浦村では親類縁者や島内外の知り合いに収穫物を送る、利島村であれば先祖からの山を守るといった、関係性の中で役割を見出しつつ労働に従事していた。このような働き方が、高齢者の精神衛生を含めた健康対策に有効であることも考えられる。

最後に、つながりの形として、行政の関与という点も重要である。粟島浦村役場では、月に2回程度、村役場の保健福祉担当、保健師、診療所の看護師、デイケアを実施する社会福祉協議会職員との間でケア会議を実施し、ケースの共有、支援体制等について検討している。利島村では、非常勤精神科医師が

こころの健康相談を実施しているところ、住民課職員及び非常勤保健師が住民と医師をつなぐ役割を担っていた。行政において緊密な連携が取られ、住民の抱える問題に対応するとともに、住民からの声が吸い上げられている点を付記する。

第3節のまとめ

第3節では、居住地の傾斜度を手掛かりに、各地方公共団体及び自殺の実態について分析を実施した。傾斜度が急な地域での人口減、高齢化率の高さ、傾斜度が緩やかな地域での人口増、高齢化率の低さ等が確認され、傾斜度が急な地域における自殺者の平均年齢の高さ等が確認された。また、人びとのつながりを含む地域性について調査を実施し、つながりの中で問題が可視化されうる点等を確認した。本節の内容²⁶を踏まえて、今後、都道府県及び市区町村において、地域ごとに更なる分析を進めることが求められる。

25 利島村においては、常勤の保健師以外に非常勤保健師が月に1度来島し、住民からの様々な相談に乗るという体制が取られている。

26 本節では地方公共団体を単位とした分析を展開しているものの、その内容は地方公共団体内の各地域という単位にも応用可能であると考えられる。

COLUMN 4

地域のつながりと自殺対策：
被災自治体からのヒアリングを通じて

【概要】第3節で分析したとおり、地域における自殺対策において、人と人とのつながりは重要な役割を担っていると考えられる。しかしながら、大規模な災害等が発生した場合には、そうしたつながりが急激な変容を迫られ、ひいては自殺を巡る状況に影響を与える可能性がある。そこで、大規模な地震災害を被災した複数の地方公共団体（1県6市2町）において被災時に支援に携わった職員、元職員に対するヒアリングを実施した。

ヒアリングにおいては、被災前の地域の特性、被災時の活動、被災後の地域の特性の変化等について尋ねた。

【結果】ヒアリングにより、地域におけるつながりが果たす機能、地域のつながりを維持・整備するうえでの課題が明らかとなった。時系列順に、①災害発生直後、②避難生活段階、③生活再建段階とに分け、各段階に応じた内容を以下にまとめる。

【災害発生直後】被災前の地域のつながりが強かった地域においては、倒壊した家屋からの救出、負傷者の手当てや搬送、集落ごとの安否確認といった救護・防災活動を、住民が自主的に連携して実施したとの報告があった。

【避難生活段階】避難所や仮設住宅への入居が、元々の集落を維持した形で行われた地域においては、従前の自治会や人間関係を基底とした自治活動の再開が比較的早期に行われたとの報告があった。

一方、被災を契機として、支援対象者が顕在化したという報告もあった。例えば、これまで行政で把握していなかったひきこもり状況の人について、親類縁者と連絡を取る、各種行政サービスにつながったことが行われたという。こういった人の一部は、被災前においては、地域における相互扶助によって支えられていた可能性がある。

とりわけ仮設住宅については、居住地から離れた場所に建設されることもあり、その場合、元の居住地におけるつながりとの結びつきを失わせてしまう可能性がある。さらに、仮設住宅の段階になると、避難所に比べプライバシーが確保される一方で、居住空間が密閉化して住民が孤立化しやすい。

このため、集会所を利用したサロン活動等により、新たなつながりを作り出すための取組が行われていた。活動に当たっては、参加者の固定化等を避けるため、援助職経験者を常駐させることにより、交流を促すとともに住民の悩みを拾い上げるといった工夫もみられた。

【生活再建段階】仮設住宅から復興住宅（災害公営住宅）へと移行することにより、仮設住宅でいったん形成されたつながりが失われる可能性が高い。復興住宅では密閉性が一層高まり、ドアは重い扉となり、住民が相互の様子を把握しにくくなるという報告もあった。

元々の居住地に多くの住民が残っている場合は、以前のつながりが回復することも期待できるが、そうでない場合、地域におけるつながりを新たに構築する必要がある。その際には、既存住民と新規住民の一体感の醸成、新規住民の地域への愛着形成等、多様な状況を勘案しつつ、地域の融合を図るための取組が重要となることが示唆された。

また、元の居住地に自宅を再建した場合であっても、それまでとは異なり、例えば縁側をなくすといった住宅を建設した結果、街並みの変化をもたらすと同時に、既存の住宅構造でみられていた住民相互の接触の機会を喪失させることになった、という報告もあった。