

協働型の地域自殺対策と自治体 —持続可能なまちづくりへのアプローチ—



公益財団法人 日本都市センター

協働型の地域自殺対策と自治体 —持続可能なまちづくりへのアプローチ—



公益財団法人 日本都市センター

この調査研究事業は、公益社団法人全国市有物件災害共済会の助成を受けて実施したものです。

はしがき

我が国の自殺対策は、2006年に自殺対策基本法が制定されて以降、大きく前進した。それまで「個人の問題」として認識されがちであった自殺は広く「社会の問題」と認識されるようになり、国を挙げて自殺対策を総合的に推進した結果、自殺者数は3万人台から2万人台に減少する等、着実に成果を挙げている。そして、施行から10年の節目に当たる2016年、自殺対策基本法の法改正により、自治体に対し地域自殺対策計画の策定が義務づけられるとともに、自殺対策に関して基礎自治体の責務が明らかにされた。また、2017年の自殺対策大綱の改定では、「地域レベルの実践的な取組みをPDCAサイクルを通じて推進する」ことが謳われた。地域自殺計画の策定により、各自治体では自殺対策の必要性が改めて認識されるとともに、自殺対策大綱に基づく支援策を中心に様々講じているところであるが、都道府県・市町村の連携や取組の連続性、NPO・民間機関等との連携、社会的孤立対策等、諸課題については十分に検討できているとは言い難い。

また、2022年の自殺対策大綱の改定では、近年、コロナ禍を背景とした女性や小中高生の自殺者数が増加し、小中高生の自殺者が過去最多となったことやSNS利用による自殺への誘惑等、新たな自殺予防の取組も求められているところである。

行政の最大の責務は住民の命を守ることであり、自殺対策はまさに住民の命を守る取組みそのものである。

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、地域住民と身近で関わっている自治体は重要な役割を担っている。これからの都市自治体の自殺対策のあり方を展望する必要性は高い。

以上のことから、日本都市センターでは2023年度に学識者や自

治体実務担当者からなる「都市自治体の自殺対策のあり方に関する研究会」（座長：南島和久 龍谷大学政策学部教授）を設置し、調査委研究を進めてきた。

研究会で話し合われた論点は、都市自治体の自殺対策推進体制のあり方、都市自治体内部や自治体間、NPO、民間機関、地域住民等との連携のあり方、国の自殺対策の問題点と都市自治体への影響、子どもの自殺対策、自殺対策の評価のあり方等、広範にわたった。それらの論点を巡る議論と各執筆者が持つ問題意識が融合することにより、最終的には、都市自治体が地域の自殺に対していかなる政策を実施すべきか、実施した事業をどのようにして評価し改善していくか、自殺対策を推進するために庁内、庁外、地域の体制をどのように整備していくか、さらには異なる政策分野間の連携等、様々な主体や要素が結び付く「連携」の重要性に議論が及んだ。

本報告書は、上記の議論の成果及びゲストスピーカーとして招聘した有識者・自治体職員の講演に加え、ヒアリング調査の結果を取りまとめたものである。本報告書が、今後の市町村の自殺対策を考える上で参考となれば幸いである。

最後に、ご多用中にもかかわらずヒアリング調査へご協力いただいた自治体関係者の皆様には厚く御礼申し上げます。また、南島座長をはじめ研究会に参加された委員・ゲストスピーカーの方々には、研究会の議論や報告書のとりまとめにあたってひとかたならぬご尽力をいただいた。ここにあらためてその旨を記し、御礼を申し上げます。

2024年3月

公益財団法人日本都市センター

目 次

はしがき	i
エグゼクティブ・サマリー	vii
序章 都市自治体が自殺対策に取り組む意義と課題	1
龍谷大学政策学部教授 南島 和久	
はじめに	2
1 日本における自殺の現況	2
2 アフターコロナの課題	4
3 自治体における自殺対策の意義	7
4 効果的な自治体自殺対策へ	10
第1章 日本における自殺対策の展開	13
南山大学社会倫理研究所第一種研究所員 南山大学法学部法律学科准教授 森山 花鈴	
はじめに	14
1 自殺対策基本法と自殺総合対策大綱	14
2 自殺対策の現状	19
3 自殺対策のこれから	21
おわりに	23

第2章	こどもの自殺対策をどう進めるか	
	－政策的枠組みと都市自治体の役割－	25
	いのち支える自殺対策推進センター・代表理事 清水 康之	
	はじめに	26
	1 こどもの自殺対策に関する政策的な枠組み	27
	2 こどもの自殺対策における都市自治体の役割	33
	3 NPO との連携を通じたこどもの自殺対策	39
	4 大人として、いま私たちにできること	43
第3章	子どもの自殺対策の現状と課題	45
	一般社団法人高橋聡美研究室代表 高橋 聡美	
	はじめに	46
	1 自殺予防教育と SOS の出し方教育	46
	2 子どもの自殺対策 2 次予防	51
	3 3 次予防における学校の役割	56
	4 子どもの自殺の原因	57
	おわりに	60
第4章	子どもの自殺予防	
	－学校を拠点とする取組みを中心に－	63
	九州産業大学学術研究推進機構科研費特任研究員 窪田 由紀	
	はじめに	64
	1 児童生徒の自殺の実態について	64
	2 子どもの自殺予防～これまでの国の取組み	65
	3 学校における自殺予防	68
	4 学校における自殺予防の実際	71
	5 学校における自殺予防を進めるために	75
	6 むすびに代えて	76

第5章 自治体における自殺対策の取組み

－久慈市・東松島市・座間市・京丹後市の事例から－ … 79

日本都市センター研究員 佐々木 伸

はじめに	80
1 久慈市－久慈モデル－	84
2 東松島市－被災地における自殺対策－	88
3 座間市－チーム座間－	93
4 京丹後市－トップの関わり－	98
おわりに	102

第6章 船橋市の自殺対策の取組み … 105

船橋市健康部健康政策課主任技師 伊藤 理恵

1 船橋市の概要	106
2 船橋市の自殺対策の現状	107
3 船橋市の自殺対策計画進捗状況の管理・評価	115
4 今後について	116

第7章 川崎市の自殺対策の取組み … 121

川崎市健康福祉局総合リハビリテーション推進センター企画・連携推進課

事務職員（社会福祉職） 橋本 貢河

はじめに	122
1 川崎市自殺対策の推進に関する条例について	123
2 川崎市自殺対策総合推進計画について	125
3 川崎市における自殺対策の推進体制について	127
4 自殺対策におけるPDCAサイクルの実践に向けて	130
おわりに	134

第 8 章 自殺対策における自治体職員のあり方 ……………	141
川崎市総合リハビリテーション推進センター所長 竹島 正	
1 地域からのボトムアップの視点……………	142
2 自殺の定義など……………	143
3 自殺の実態をどのように把握するか……………	144
4 わが国における自殺対策の経緯……………	149
5 自殺リスクのモデル……………	154
6 自治体における取組み……………	159
7 自治体にとって大切なこと……………	160
8 今後の課題……………	161
第 9 章 自殺対策の評価のあり方 ……………	165
龍谷大学政策学部教授 南島 和久	
はじめに……………	166
1 複雑な社会情勢……………	166
2 地域自殺対策の多様性……………	170
3 アウトカムへのコミットメント……………	172
4 自治体自殺対策評価の論点……………	177
資料編 都市自治体の自殺対策のあり方に関する研究会 資料	
構成員名簿……………	184
研究会の開催日程……………	185
ヒアリング調査の実施概要……………	186
執筆者プロフィール ……………	187

エグゼクティブ・サマリー

序章 都市自治体が自殺対策に取り組む意義と課題

龍谷大学政策学部教授 南島 和久

本章では、本書の意義の概説として、自治体における自殺対策の意義を再確認しつつ、効果的な自治体の自殺対策に向けた展望を論じている。第1節では日本における自殺の現況を整理し、第2節ではアフターコロナの課題を整理しつつ、とくに子どもをめぐる自殺が大きなトピックとなっていることに触れている。第3節では自治体自殺対策の意義として、自殺が複雑な社会問題であることから、個々の自治体の創意工夫が重要であることを指摘し、第4節では本書のメッセージとして、自殺が起きにくい社会構造を追求する必要があること、自殺対策には自治体の「自主性」「自立性」「総合性」が重要となること、自殺対策は効果的な取組みとすべきであることの3点を提起している。

第1章 日本における自殺対策の展開

南山大学社会倫理研究所第一種研究所員

南山大学法学部法律学科准教授 森山 花鈴

日本における自殺対策の取組みの経緯と現状、今後について述べた。まず、自殺対策基本法の成立過程を見た上で、自殺対策における計画策定・データの利活用について触れた。その上で、自殺対策には自殺予防だけでなく自死遺族支援が含まれること、自殺対策においては人材育成と相談体制の整備が重要であることを述べた。自殺対策の今後については、コロナ禍を踏まえた対策の重要性と、自殺総合対策大綱に記され全国で取り込まれつつある「SOSの出し方教育」について、本人の「援助を求める力」だけでなく、本来は

他者の「悩んでいる人への気づき方」と「受け止め方」の教育が重要であることを述べた。

第2章 子どもの自殺対策をどう進めるか

いのち支える自殺対策推進センター・代表理事 清水 康之

本章では、都市自治体が「こどもの自殺対策」を推進する際に参考にできる情報を整理した。具体的には、2023年6月に政府が発表した、こどもの自殺対策に関する初の政策的な枠組みである「こどもの自殺対策緊急強化プラン」の要点をまとめ、このプランに基づいて都市自治体が実践可能な取組みを紹介。最後に、こどもの自殺問題が我が国においてこれほど深刻である現状に、私たち一人ひとりが大人としてどのように対応すべきかを考えた。

第3章 子どもの自殺対策の現状と課題

一般社団法人高橋聡美研究室代表 高橋 聡美

子どもの自殺予防の現状と課題を1次・2次・3次予防の観点から述べる。自殺対策基本法改正以降、努力義務となった自殺予防教育・SOSの出し方授業は実施できている地域がまだ少ない。

学校もスクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーなど専門家の配置が不十分で、子どもたちのSOSを受け止めきれない状況にある。子どもを支える教職員の精神疾患による病気休暇が過去多数で子どもを支える側も疲弊している。

自死が起きた後の児童生徒や教職員へのケアも十分とは言えず、とりわけ教員のケアは軽視されがちである。

自殺が増加している昨今、グリーフケアについて日頃からの啓発が必要であると思われる。

子どもの自殺の多くが原因不明であり、まずは原因を分析し、確

実に子どもの自殺を減らす方策を考えたい。

第4章 子どもの自殺予防 —学校を拠点とする取組みを中心に—

九州産業大学学術研究推進機構科研費特任研究員 窪田 由紀

まず、児童生徒の自殺の実態を示した後、自殺対策基本法施行後の国の施策を確認した。次に、学校における自殺予防の全体像、自殺予防教育の構成要素を提示し、学校を拠点にすることで、すべての児童生徒にメッセージが届けられること、教育活動のあらゆる場面で自殺予防が可能になることなどの意義を述べた。続いて地域において精神保健行政、教育行政、心理職能団体の三者が一体となって自殺予防教育を組織的に進められている北九州市の事例を示した。最後に現時点では全国的に取組みが十分進んでいるとはいえない中で、学校における自殺予防の更なる推進に向けての条件整備について述べた。

第5章 各自治体の自殺対策の取組みについて

日本都市センター研究員 佐々木 伸

自治体は自殺対策を進めるため、地域の実情に応じて組織体制を整えつつ、多様な取組みを行っている。

本章では、専門家の継続的な支援を受け、「久慈モデル」によるネットワークを基盤に自殺対策を進める岩手県久慈市、震災を受け、多職種によるチームケア支援を展開している宮城県東松島市、生活困窮者自立支援制度を中心に断らない相談支援を掲げ、個別支援を通じた地域との協働・連携「チーム座間」の取組みを進める神奈川県座間市、自殺対策に対する問題意識が非常に高いトップによるトップダウンとボトムアップの両面の取組みを進める京都府京丹後市の事例を紹介する。

第6章 船橋市の自殺対策の取組みについて

船橋市健康部健康政策課主任技師 伊藤 理恵

船橋市の自殺対策は、2010年から「船橋市自殺対策連絡会議」を開催し、自殺の実態把握や関係機関との活動情報交換、自殺防止の啓発、広報等、総合的に推進している。

2016年の自殺対策基本法の改正により、市に「自殺対策計画の策定」が義務付けられたことを受け、また、さらに対策を強化するために、「誰も自殺に追い込まれることのない 生きる道をつなぐ船橋市」を基本方針として、「船橋市自殺対策計画」を2019年に策定した。

船橋市は「船橋市自殺対策計画」に基づき、生きることの包括的な支援や関連施策との有機的な連携、関係者の役割の明確化などを図り、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、自殺対策に取り組んでいる。

第7章 川崎市の自殺対策の取組み

川崎市健康福祉局総合リハビリテーション推進センター企画・連携推進課
事務職員（社会福祉職） 橋本 貢河

川崎市においては、2013年に議員提案によって「川崎市自殺対策の推進に関する条例」が制定され、2015年3月には第1次川崎市自殺対策総合推進計画」が策定された。以後、国の自殺対策基本法および自殺総合対策大綱もふまえながら、条例に基づく計画を策定し、自殺対策に取り組んできている。

2016年に自殺対策基本法が改正され、全国の自治体は自殺対策計画の策定が義務化された。また、2017年7月に閣議決定された国の自殺総合対策大綱から「地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する」と掲げられた。

これまでの川崎市の自殺対策の経過をたどりながら、自殺対策の

評価の難しさにも触れ、自殺対策を推進していくための体制整備とPDCA サイクルの実践に向けた取組みを紹介する。

第8章 自殺対策における都市自治体職員のあり方

川崎市総合リハビリテーション推進センター所長 竹島 正

本章では、はじめて自殺対策に取り組む自治体職員にも経験を積んだ専門職である自治体職員にも共有できるよう、自殺の定義、自殺の実態をどのように把握するか、わが国における自殺対策の経緯、自殺リスクのモデル、自治体における取組みなどをもとに自治体における自殺対策と職員のあり方について述べた。

自治体の取組みは地域や住民と共に歩むボトムアップの視点をもつものであって、時間をかけて、持続可能なものとして定着していくプロセスと体制づくりそのものである。今後の課題として、自治体などの協働のボトムアップの透明・公平な推進体制づくり、自殺対策の政策決定プロセスへの自死遺族の参加促進などがある。

第9章 自殺対策の評価のあり方

龍谷大学政策学部教授 南島 和久

本章では「地域自殺対策の評価」を議論する。本章のメッセージは以下の3点である。第1に、「シビルミニマム」である。ここでは地域自殺対策の要となるのは自治体であること、そうであるからこそ地域自殺対策の評価も自治体の自治事務として取り組む必要があることを提起している。第2に、「アウトカム」に対する「プロセス」の視点である。評価といえば「アウトカム」、すなわち行政活動の結果や成果に目を奪われがちだが、その前提となるのは体制整備すなわち「プロセス」である。本章では「地域における自殺対策力の強化」という言葉でこれを表現し、これを重視すべきことを訴えている。第3に、「重点化」である。ここでの訴求ポイントは、

重要な取組みが行われているかどうか、そのための「重点化」が組み立てられているかどうかという点にある。いずれも、これからの「地域自殺対策の評価」には必要ではないかというのが本章の主張である。

序章

都市自治体が自殺対策に取り組む 意義と課題

龍谷大学政策学部教授 南島 和久

はじめに

本章では、日本における自殺の現況を俯瞰しつつアフターコロナ時代の自殺対策にかかる課題を踏まえる。そのうえで、自治体自殺対策の意義を再確認し、効果的な自治体の自殺対策に向けた展望を論じる。

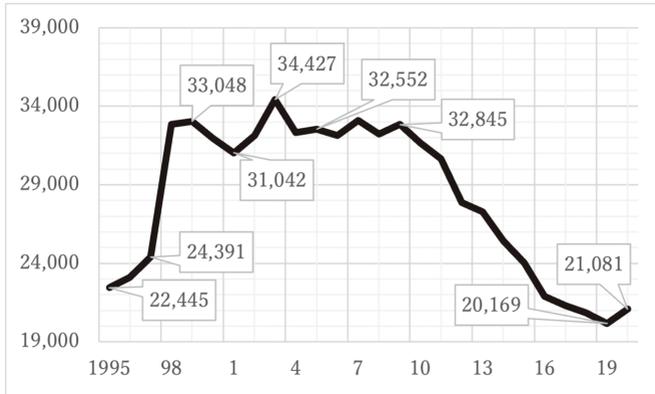
1 日本における自殺の現況

最初に日本における自殺の状況について簡単に触れておこう。

厚生労働省によれば、2022年の日本の自殺者の総数は、2万1881人（確定値）であった（厚生労働省（2023））。〈図表0-1〉はこれまでの自殺者数の変遷を示したものである。基礎的な事項としてははじめに以下の3点を指摘しておきたい。

第1に、1998年に自殺者数が急増したということである。石原（2003）は1998年の自殺者数の急増について男性中高年の自殺者数が顕著であったことを指摘するとともに、自殺率と1998年の失業率の大幅悪化との間で関連が疑われることを示唆している。

図表 O-1 自殺者数の推移



(出典) 厚生労働省「自殺者数の年次推移」(バックデータより作成)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/20/backdata/4-4-1.html>

第2に、1998年に3万人を超えていた自殺者数が、2011年までの14年間に連続してつづいていたということである。自殺者数は2009年以降に下降トレンドへと移行するが、3万人を切るのは2012年になってからとなる。この間、2006年には自殺対策基本法が制定されたり、2007年には最初の自殺総合対策大綱が策定されたりするなど、政府の動きも活発であった。なお、2011年3月11日には東日本大震災が発生した。震災関連死は自殺の動向を考える際の重要なトピックの1つといえる。

第3に、いったん減少局面に入った自殺者数の下降トレンドが2019年に底打ちしたように見えているということである。この前後の動きとして留意したいのが新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の世界的流行(パンデミック)の収束である。COVID-19は、2020年1月に世界保健機関(WHO)が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」¹を発出し、これ以降さまざまな対応が取られてきた。

1 PHEIC : Public Health Emergency of International Concern

2023年5月以降には、それまで2類感染症とされていたCOVID-19は5類感染症へと移行し、その後はいわゆる「アフターコロナ」の時代となった。この局面が自殺者数の変化に一定の変化をもたらしている。

以上の点に加えもう1つ、長期トレンドと現在の自殺の水準についても言及しておきたい。長期トレンドでみれば、現時点の自殺死亡率はかつてほどの高い水準にはない。1998年からの14年間連続3万人超の時期を経て、現在は1990年代前半の水準、すなわち2万人前後の水準にまで戻っている。こうした状況のなか、国が策定する自殺総合対策大綱では2017年以降、「自殺死亡率を平成27年度と比べて30%以上減少させる」ことが目標とされている。具体的な自殺者数でいえば、現在2万人前後の水準にある自殺者数を1万6,000人以下にすることが目指されている状況にある。

このような高い目標に近づくためには、従来の対策のあり方にとどまらず、さらなる「きめ細かな対策」が必要となる。そのためには、自治体の自殺対策が鍵を握っている。

2 アフターコロナの課題

それでは、「きめ細かな対策」とは何か。自殺対策にかかるきめ細かな対策の必要性は国レベルでも重視されており、2022年度からは自殺統計原票の見直しも行われている。また、自殺総合対策大綱には90項目を超える取組メニューが示されているが、改定のためごとに右肩上がりに項目数が増加している状況にある。

自殺総合対策大綱のなかでとくに2023年以降のアフターコロナの局面において懸念されているのが、女性と子ども・若者の自殺などである。2022年に策定された自殺総合対策大綱では、「新型コロナウイルス感染症拡大の影響を踏まえた対策の推進」という項目が

新設されたが、そのなかでは以下のように指摘されていた。

「社会全体のつながりが希薄化している中で、新型コロナウイルス感染症拡大により人との接触機会が減り、それが長期化することで、人との関わり合いや雇用形態を始めとした様々な変化が生じている。その中で女性や子ども・若者の自殺が増加し、また、自殺につながりかねない問題が深刻化するなど、今後の影響も懸念される。しかしながら、新型コロナウイルス感染症の影響は現在も継続しており、その影響については確定的なことは分かっていない。そこで引き続き、新型コロナウイルス感染症拡大の自殺への影響について情報収集・分析を行う必要がある。」「新型コロナウイルス感染症の感染拡大下では、特に、自殺者数の増加が続いている女性を含め、無業者、非正規雇用労働者、ひとり親や、フリーランスなど雇用関係によらない働き方の者に大きな影響を与えていると考えられることや、不規則な学校生活を強いられたり行事や部活動が中止や延期となったりすることなどによる児童生徒たちへの影響も踏まえて対策を講じる必要がある。」（「自殺総合対策大綱」より。下線南島。）

この自殺総合対策大綱の策定年月日は2022年10月4日である。この時期はまだCOVID-19の影響が色濃かったため、上記の文面は、まずはこの時点での注意喚起情報として受け止めておくべきだろう。

ただし、これらのうち子どもの自殺についてはとくに注意が必要である。2023年度版の『自殺対策白書』では、高校生の自殺についての言及がある。このなかで高校生の自殺については、「令和元年までは200人台を推移していたが、令和2年からは300人を推移するようになり、令和4年に自殺された高校生は352人と例年に比べ

多くなった。」(厚生労働省(2023b:81))とされている。

より間接的だが、2023年10月の文部科学省の調査によれば、小学校の暴力行為は1万件以上も増加しているとされている。また、同じくいじめの認知件数は小学校で前年度比で5万2,000件近く増加しており、中学校では1万3,000件超の増加がみられる。不登校について小学校で前年比2万3,000件以上、中学校で3万件の増となっている。

2023年6月のこどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議(こども家庭庁調べ)の「こどもの自殺対策強化プラン」(2023年6月2日)によれば、「小中学校の自殺者数は増えており、令和4年の小中高生の自殺者数が514人と過去最多となった。」とされている。社会全体の自殺者数が大局的には減少局面にあるなかで、この状況は深刻といわなければならない。

小中高生の自殺は、まずは自治体の執行機関としての教育委員会の取組みが重要となる。そのうえで、いじめ自殺への対応を契機として行われた2017年の改正地教行法(地方教育行政の組織及び運営に関する法律)の施行によって設置可能となった総合教育会議の真価が問われるという点にも言及しておきたい。

総合教育会議は自治体の長が設置する教育委員会との「協議の場」であるとされているが、その協議には、「児童、生徒等の生命又は身体に現に被害が生じ、又はまさに被害が生ずるおそれがあると見込まれる場合等の緊急の場合に講ずべき措置」(地教行法第1条の4)が含まれている。同会議制度の主旨に鑑み、いじめ、不登校、子どもの自殺などについて、その活用が期待される。

3 自治体における自殺対策の意義

(1) 各級政府の特性

各級政府にはそれぞれの特徴がある。重要な点は関係者それぞれの立場をふまえつつ適切な役割分担を構築していくことにある。国と自治体の役割分担を考える前提として、各級政府の特性はどのように説明できるのかを考えておこう。

まず国についてである。これについては、医療ルートでの対策を期待しうる。このほかとくに、精神科診療の充実、専門的知見の提供・斡旋、統計的全国的な自殺関連動向の把握・分析と情報提供、法的制度的な対応、交付金等の財源枠組みの提供、大規模な広報などは国レベルでの対応が期待しうるだろう。

つぎに都道府県についてである。これについては、国と同様に医療ルートにかかる対応、とくに精神科診療の拡充・充実をはじめ、専門的知見の提供・斡旋、広域レベルでの自殺関連動向の把握と情報提供などを期待しうる。このほか、大学や高校といった教育機関との連携や産業界との連携を挙げることができるだろう。同じように警察との連携も都道府県の役割に数えられるが、これに関連して地元弁護士会や行政書士会などとの連携も視野に入れたいところである。

最後に市区町村についてである。これについては現場レベルのきめ細かな対応が期待しうる。市区町村は福祉や介護に関する多くの事業を手がけているが、現場レベルでの医療・介護・福祉の連携は重要である。また、小中学校といった教育機関や学区住民との連携・協働、地元で活躍する市民やNPOなどの市民団体との協働、地元の商工会・農林水産関連事業者をはじめとした経済団体との連携などを念頭に置くことができよう。さらには、町内会自治会や地域防災組織等の住民団体との連携も市区町村ならではの取組みを期待するこ

とができそうである。

なお、このなかで自殺未遂者や自死遺族に直接的に関わるのは市区町村である。国、都道府県、市区町村という自治制度の枠組みを三層制の政府体系というが、この三層制の政府体系において市区町村は自殺対策の最前線に立っている。ここで強調しておきたいのは「きめ細かな対策」の主役となるのは市区町村である、ということである。この意味において自治体が手がける自殺対策には、地方自治法が謳うところの、「自主性」や「自立性」あるいは「総合性」の発揮が期待される。

(2) 自治力の発揮のために

自殺対策に関していえば、上記の各級政府の役割分担が明確かといえば、必ずしもそうではない。これは、自殺対策基本法の制定から日が浅いことと関係しているのかもしれない。いわば自殺対策という政策領域は、いまだ発展途上の段階にあるとってよいのかもしれない。

ある政策が成熟の途上の段階にあるとき、往々にして上級政府の影響は強くなりがちである。例えば、国の方針に適合する「好事例」が收拾され、「横展開」と称して多くの自治体に普及するという対応がこれである。自殺対策という政策領域においてもこの傾向が見られる。問題解決のための方法論が安定し、対策のプログラム化やメニュー化が進めば、国と自治体の役割分担も進むこととなるのかもしれない。

とはいえ、自殺対策の政策特性からすれば、こうした役割分担には難しさもある。川西（2009:136）は、自殺対策の方法論を以下の3つの枠組みで説明している。

第1の枠組みは、「自殺予防」である。川西は事前予防（自殺が起らないような日頃の対策）としての「一次予防」、介入・水際

対策（自殺の危険性を察知し、自殺を食い止めるような対策）としての「二次予防」、事後対策（自殺が起きてしまった後の対応）としての「三次予防」を整理している。すなわち、少なくともこの3つの異なる次元の対策のステージがあるということである。

第2の枠組みは、「ライフ・サイクルや領域別の対策」である。ここには男性・女性といった「ジェンダー別の対策」、青少年・中高年・高齢者といった「世代別の対策」、学校・職域・地域といった「領域・職域別の対策」が含まれる。これも同じように自殺対策を手がけようとすれば、3つのテーマの区別が必要になるということである。

第3の枠組みは、「自殺予防の方法論」である。ここには、例えばアルコール対策（断酒）や自殺の名所や鉄道自殺対策に典型的にみられるような「自殺方法・手段への対策」、地域における精神保健活動の増進や自殺予防・うつ病に関する啓発またはスクリーニングなどを行うための地域のネットワークづくりを主眼とするような「地域における対策」、既知の自殺の危険因子を有する人を早期に発見し介入するような「ハイリスク者対策」が含まれる。要するに、どういう方法論に依拠するのかという点に注目すると、こうした区別も可能となるということである。

これらの3つの枠組みのどこに注目するべきかについて、地域を横断することができるような汎用的な正解は存在しない。それぞれの自治体が直面する地域特性や状況等は異なる。ある自治体では「好事例」とすることができたとしても、他の自治体では参考にすることはできるかもしれないが、そのまま移植する、すなわち単純な「横展開」で済ませることができるかといえば、必ずしもそうはならない。

このことは自殺対策の難しさや取り組みにくさにつながっている。同時に、このことは、地域の実情に応じた自治力が試されるということをも意味している。本書に収録された数多くの自治体の実践はこ

のことを雄弁に物語っている。

4 効果的な自治体自殺対策へ

本書を通じて伝えるべきメッセージはいくつかある。ここでは以下の3点に触れておきたい。

第1に、総論としてだが、自殺が起きにくい社会構造を追求する必要があること、そして自殺対策基本法制定以降はこのことが公的部門の責務とされているということである。その究極の目標は中長期的な自殺者数の減少によって裏打ちされる必要がある。

生存権は基本的人権のなかでもっとも基盤となる人権である。憲法では第25条において、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」と謳っているが、これが生存権の保障を具体化したものとされている。

もともとこの条文は、戦後のイギリスの福祉国家路線を確定させたベバリッジ報告に端を発するナショナルミニマムを体现する考え方であった。だが、この憲法25条の解釈については、「プログラム規定説」と呼ばれるものが通説的な位置を占めてきた²。

2006年に自殺対策基本法が制定されたことにより、自殺という生存権と表裏の関係にある問題について転機が訪れた。自殺対策基本法はその第1条において、「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」を求めている。すなわち、これまで立法措置が採られていなかった自殺問題への、政府レベルの対応が前進したのである。

さらに、自殺対策基本法第3条では「地方公共団体は、基本理念

2 「プログラム規定説」とは、朝日訴訟（1967年）の最高裁判決で示された、同規定が国の責務の宣言にとどまるという解釈のことをいう。

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。これはすなわち、自殺対策は自治体の責務であるとされているということである。自治体は自殺対策として何をなすべきなのか。この問いが本書を貫く縦糸である。

第2に、自殺対策は国側の責務ばかりでなく、自治体側の「自主性」「自立性」「総合性」が重要であるということである。先に述べた自治体の自治力を強調するのが本書の重要な視座である。

自殺が起きにくい社会構造を分かりやすく表現すると、「地域における自殺対策力を向上させること」となる。結局のところ自殺は地域において生起する問題であり、地域特性もみられる社会現象である。長年、自殺の多い地域というものは現実問題として存在している。その原因については制御不可能なものもちろんあるが、制御可能なものもないわけではない。これらの原因のうち、制御可能なものについて介入していくことが、「地域における自殺対策力」として問われているといえるだろう。

「地域における自殺対策力」はどのようにして向上させることができるのか。この問題に向きあうためには、今一度、自殺が複雑な社会問題であるということを再確認しておく必要がある。

自殺が複雑な社会問題であるということは、その対応策もまた多元重層的に編み込まれていく必要があるということである。それは地域における多様な主体の連携・協働の構築によって具現化する。「自殺対策はまちづくりである」といわれるが、その本質は歴史とともに紡がれていく多様な主体の連携・協働の構築に収斂する。それは一朝一夕には成り立たないものでもある。

第3に、自殺対策には多くの人々の努力が傾けられているが、そうであるがゆえに、その結果は実のあるものにしなければならないということである。そのためにも、自殺対策には計画ばかりでなく

評価も重要となる。どのような観点で評価を行っていけばよいのかについては、本章の末尾にてあらためて議論しよう。

参考文献

- 石原朋子（2003）「統計からみる日本の自殺：人口動態統計、人口動態職業・産業別集計より」『精神保健研究』49：13-26)
- 川西千秋（2009）『自殺予防学』新潮社
- 厚生労働省自殺対策推進室（2023a）「警察庁の自殺統計に基づく自殺者数の推移率（2023年11月15日）」
- 厚生労働省（2023b）『令和5年版 自殺対策白書』
- 子ども家庭庁「こどもの自殺対策強化プラン」（2023年6月2日）」
- 文部科学省初頭中等教育局児童生徒課（2023）『令和4年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について』)

第1章

日本における自殺対策の展開

南山大学社会倫理研究所第一種研究所員

南山大学法学部法律学科准教授

森山 花鈴

はじめに

長い間、日本では自殺は「個人の問題」であると考えられてきた。今もまだ個人レベルではその意識が強い部分もあるが、少なくとも政策上は社会的な問題へとシフトしつつある。2006年の自殺対策基本法（平成18年法律第85号）の成立まで、自殺の問題は日本では高齢者のうつ病対策やいじめ予防、民間団体のいのちの電話による相談電話の対応など、個別の対応が実施されてきていた。それまでの自殺対策の流れが大きく変わったのは、1998年の自殺者数の急増である。後述するように、日本の自殺者数の統計には主に警察庁の統計と厚生労働省の統計があるが、この時、警察庁（当時は年間の自殺者数が翌年の7月頃に公表される形式だった）の統計では統計開始（1978年）以来、初めて年間の自殺者数が3万人台を超える事態となった。1997年11月には北海道拓殖銀行の経営破綻や山一証券の自主廃業の発表などもあり、完全失業率も増加した時期である。これ以降、日本の自殺者数は年間3万人台となる異常事態が14年間もの間続き、いったん減少に向かったものの、コロナ禍でふたたび増加傾向にある。

本章では、自治体にて自殺対策もしくは孤独・孤立対策の担当職務に就く初任者（自治体職員もしくは保健所職員）を対象に、政策の観点から自殺対策の政策過程と今後の展望について記していきたい。

1 自殺対策基本法と自殺総合対策大綱

(1) 自殺対策基本法の成立過程

自殺対策基本法は2006年6月に成立し、2016年3月に改正されている。自殺対策基本法は超党派の議員立法（中心になったのは「自

自殺防止対策を考える議員有志の会」、のちに議員連盟「自殺対策を推進する議員の会」に名称変更)であり、この基本法が成立したことにより、国及び地方公共団体等に自殺対策の責務が生じることとなった。

自殺対策基本法の成立には、病気や災害・自殺で親を失った子どもたちを支援するあしなが育英会から奨学金を借りていた自殺で親を失った子どもたち(以下「自死遺児」という。)の存在が大きい。詳しくは拙著『自殺対策の政治学』を参考にさせていただきたいが、大学生の彼らが中心となり、メディアへの働きかけや体験談集を作成し、声を上げたことで、特定非営利活動法人自殺対策支援センターライフリンクの清水康之代表らによる署名活動や、「自殺防止対策を考える議員有志の会」の中心となった民主党の山本孝史議員、自民党の武見敬三議員が法律策定へ向けて動くきっかけとなっている。

自殺対策は「自殺総合対策」の略で、自殺で家族を失った者(以下「自死遺族」という。)への支援を含むものと解釈されている。法律上、「自死」や「自死遺族」「自死遺児」の表記がなされることはなく、「自殺者の親族等」との表記がなされることが多いが、法律以外の面においては「自死」という表現は多く使われる。「自死」という言葉を使いはじめたのは、柳田邦男(ノンフィクション作家)と言われており、その後、あしなが育英会から支援を受けている遺児たちが、「自殺遺児」ではなく「自死遺児」という言葉を使い始めた。

自治体によっては、鳥根県や宮城県のように「自殺」を「自死」に置き換えている自治体も存在する。「自殺」自体の言葉を変えるべきではないかという意見もたびたびあるが、「自殺」自体の偏見をなくしていくことも重要であるため、すべてを「自死」に変えるかどうかの判断は自治体によっても異なっている。

(2) 自殺総合対策大綱と都道府県・市町村計画

2006年自殺対策基本法の策定により、内閣府に自殺対策推進室が設置され、国を挙げた自殺対策が取り込まれるようになったが、2016年に改正された自殺対策基本法の中で大きく変更があったのは、都道府県だけではなく市町村への計画策定の努力義務化である。改正された自殺対策基本法では、「(都道府県自殺対策計画等)第13条2 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、当該市町村の区域内における自殺対策についての計画(次条において「市町村自殺対策計画」という。)を定めるものとする。」との記載が追加されている。この法律改正を契機として、自殺総合対策大綱も改正され、そこから多くの市町村で自殺対策計画の策定が進められた。自殺総合対策大綱については、政府の指針として2006年の自殺対策基本法の策定後の2007年に策定された後、5年に1度を目安に改正されており、これまでに1度一部改正、4度策定されている。1回目が2007年6月8日、2回目が2008年10月31日、3回目が2012年8月28日、4回目が2017年7月25日、5回目が2022年10月14日である。2022年10月に策定された新たな自殺総合対策大綱の中では、キーワードとして挙げられているのは、「子ども・若者の自殺対策、女性の自殺対策(妊産婦支援、女性特有の視点)、SOSの出し方に関する教育、大学や専修学校等と連携した自殺対策教育の推進(ただし、「医療、保険福祉、心理等に関する専門家等を養成する大学)」などとなっている。この自殺総合対策大綱を基準として都道府県・市町村の計画も策定されることが多い。

(3) 担当・関連部署と会議形態

2023年現在の政府における自殺対策の主管課（担当部署）は、厚生労働省自殺対策推進室である（2007年4月から2016年3月までは内閣府自殺対策推進室）。

厚生労働省の自殺対策推進室は、社会・援護局総務課に設置されている。子どもの自殺予防関連は、こども家庭庁自殺対策室があり、孤独・孤立対策については内閣官房孤独・孤立対策担当室（2024年4月からは内閣府へ移管）が担当している。孤独・孤立対策については2021年2月に孤独・孤立対策担当大臣が設置されており、2023年5月には孤独・孤立対策推進法（2023年5月31日成立、6月7日公布）が成立している。孤独・孤立対策の方が自殺対策を内包する形となっており、孤独・孤立対策推進本部の方は内閣総理大臣が本部長となっている。

政府の政策運営については、事務的な担当部局の設置のほかに、閣僚級の会議と有識者会議が設置される場合が多いが、自殺対策の場合は自殺総合対策会議が2006年11月から開催され、内閣府に主管課がある当時の会長は内閣官房長官、自殺対策基本法の改正後、現在の会長は厚生労働大臣となっている。有識者会議としては、自殺総合対策の推進に関する有識者会議が2019年3月15日から開催されており、自殺総合対策大綱に対しての意見等が提出されている。また、現在、厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが「自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等の推進に関する法律（令和元年法律第32号）」により指定法人となっており、自殺者数のデータを利活用している。なお、かつては自殺予防総合対策センターや自殺総合対策推進センターが国立精神・神経医療研究センターに設置され、自殺対策推進室と連携していた時期もあるが、現在はいのち支える自殺対策推進センターがその役目を担っている。

(4) データの利活用と地域自殺実態プロフィール

そもそも、自殺者数の統計データには、大きく分けて厚生労働省の人口動態統計と、警察庁の自殺統計がある。警察庁の統計は1978年以降のデータの取り扱いであり、現在は住居地・自殺日由市町村別にみることができる。警察庁が集計している統計は「自殺統計原票」をもとに集計されており、基本はその年に発見された方について計上されている。「自殺日」「発見日」「発見地」「住居地」別に見ることが可能であり、「原因動機」も3つまで計上できるようになっている。例えば、「令和4年中における自殺の状況」（警察庁統計）は、毎月、前月分の「速報値」と「暫定値」が公開されている。これは、自殺者数については発見された時点で自殺だと判断されたものであっても、のちに事故や殺人だと判断される場合があり、数値が変わる可能性があるためである。最終的には毎年3月に「確定値」として前年の自殺者数が公表されている。こちらでは都道府県別の月別自殺者数も見ることができる。また、「地域における自殺の基礎資料」（警察庁統計）では、毎月、前月分の都道府県別・市町村別自殺者数が公開されている。年齢（10歳階級）別、同居人の有無、職業別、場所別、手段別、自殺の時間帯別、曜日別、原因動機別、自殺未遂歴の有無別に自殺者数が公表されている。

これに対し、厚生労働省が集計している「人口動態統計」は、死亡届（死亡診断書）をもとに集計されている。その年に亡くなった方について計上されており、住居地が基本である。速報値としては、人口動態統計月報（概数）として月ごとの自殺者数が調査月の約5か月後に掲載されている。速報性の観点から見ると、警察庁の統計が利用されることも多い。

また、これらのデータを活用した自殺対策白書も刊行されているが、これは毎年、自殺対策基本法に基づき「我が国における自殺の概況及び自殺対策の実施状況」が閣議決定され、「自殺対策白書」

として刊行されているものであり、年間の自殺者数の新しいデータがここで公表されるものではない点には注意が必要である（個別に新しく出るデータや新たな分析はある）。

なお、地方自治体に対し、いのち支える自殺対策推進センターからは地域の自殺の実態を記した「地域自殺対策プロファイル」も配布されているが、データ自体は母数が小さいと統計的に言えることは限られてしまうことがあるため、利用の際、人口規模の小さい市町村では注意が必要である。現場の職員の経験も重視した上で、データ解析については、学識経験者のアドバイスを求めていくことも重要である。

2 自殺対策の現状

(1) 自殺総合対策

前述の通り、自殺対策は自殺総合対策ともよばれる。自殺対策が自殺予防政策とよばれたり、自殺防止政策とよばれたりすることがないのは、自死遺族支援も入るためである。これは、疾病対策の場合と同様に、自殺対策も一次予防（啓発・教育）、二次予防（危機介入）、三次予防（自死遺族支援）と対策が分かれており、自死遺族支援も含むこれらをまとめて自殺総合対策としているためである。一般に自殺対策のイメージは「今自殺を考えている人に対して対応すること」だと思われがちであるが、その前の対応と、自殺が起こった後の自死遺族支援も含まれる。

啓発については、自殺者の多くがその実行の直前に精神疾患に罹患しているとされることから、精神疾患の正しい知識の普及や偏見の除去も重要となってくる。日本ではうつ病をはじめとする精神疾患に対しても、「こころの風邪」のように表現されることが多いが、「脳の病気」であるという認識を持つ必要がある。さらに、「自殺は

予防できるもの」という啓発が行われることも多いが、自殺は完全に防げるものではない。そのため、「自殺をゼロに」といった言葉は、自死遺族を傷つけることもある。残念ながら自死遺族に対しても偏見が残ってしまっているところがあり、自死遺族支援については、自分の住居地では相談がしづらいといったケースも見受けられるため、他の自治体との連携も求められる。

自殺対策においては、「人材育成」と「相談体制の整備」（相談窓口の人材育成含む）が大切であるといわれている。当初主管課があった内閣府自殺対策推進室では、ゲートキーパー養成のための研修キットを作成しているが、研修会については市民向けだけでなく自治体内の職員向けにも実施していくことが重要である。

ゲートキーパー養成は、自治体職員向け、専門職向け（薬剤師、民生・児童委員など）、一般市民向けなどがあるが、自治体職員向けとしては特定の部署によらない対象に対しての研修が求められる。また、相談体制の整備として、近年話題になるのは自治体ごとの SNS の活用である。ただし、他自治体からの相談も多いこと、接続率の問題等もあるため、自治体が独自に運営する前に対面や電話での相談窓口の整備を行っていく方が優先順位としては高い。さらに、AI の活用についても進んできているが、SNS 相談については自殺を考えるほど悩む市民を対象とすることもするため、その運用については専門家が関わるなど慎重になる必要がある。

相談体制の整備については、単に相談窓口を増やすだけではなく、相談窓口で対応する職員の無意識の偏見の除去や相談窓口の広報も重要になってくる。自治体の窓口や精神保健福祉センター、保健所で相談ができるということ知らない市民も多く、職員自身も自分の担当課以外の支援情報を知らないケースもあるため、できるだけ幅広い知識を持つことも重要となってくる。さらには、職員自身のメンタルヘルス支援も重要であり、支援者の支援も最終的には気に

留める必要がある。

3 自殺対策のこれから

(1) コロナ禍における自殺対策

新型コロナウイルス感染症（以下「コロナ」と言う。）の感染拡大において、日本では女性の自殺者数と若者の自殺者数が増加した。2022年、2023年には男性の自殺者数も増加している。今後も続くと思われる感染症においては、これまでの自殺対策に加えて、新たな対応が必要になる部分も多くある。規制が緩和されてきたとはいえ、むしろ感染症に気を付けなければならない人たちはより相談に行くことが難しくなっている。

実際にコロナ禍では相談に行くことができない人も多く、悩んでいる人が何に困っているかが見えづらくなっている部分が大きかった。例えば、妊産婦の自殺対策の視点から見ると、妊婦は新型コロナウイルスの重症化リスクが高いこと、母親教室・両親教室もオンラインであったこと、出産の面会制限があり交流機会の減少となり、さらに産後約2か月間は子どもを預かる仕組みがほぼ無い。このあたりの体制を変えていくことも重要であると考えられる。

「相談」しに来ること自体が実はひとつハードルを超えている（援助希求ができない人も多い）状態であり、そのハードルをやっと超えられたとしても相談窓口での対応がうまくいかないと今後の相談自体をあきらめてしまう可能性があるため、自分自身の課での対応が難しい場合でも連携先の紹介など、丁寧に対応することが重要である。前述の通り、相談場所を増やすことも重要であるが、制度自体の運営の柔軟性の向上や、相談窓口の資質の向上も重要な点であると考えられる。

(2) 自殺予防教育と SOS の出し方教育

2016 年の改正自殺対策基本法では、第 17 条に「学校は、当該学校に在籍する児童、生徒等の保護者、地域住民その他の関係者との連携を図りつつ、当該学校に在籍する児童、生徒等に対し、各人がかけがえのない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵養等に資する教育又は啓発、困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育又は啓発その他当該学校に在籍する児童、生徒等の心の健康の保持に係る教育又は啓発を行うよう努めるものとする。」との文言が追加され、2017 年 7 月 25 日に閣議決定された『自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～』から「学校において、命や暮らしの危機に直面したとき、誰にどうやって助けを求めればよいかの具体的かつ実践的な方法を学ぶと同時に、つらいときや苦しいときには助けを求めてもよいということを学ぶ教育」として「SOS の出し方教育」が追加された。

自殺を考えるほど追い詰められた人は、援助希求をできる人が少ないと言われるため、その援助を求める力を子どもの頃から向上させていこうとする教育である。ただし、「SOS の出し方教育」においては、本人の「援助を求める力」だけでなく、本来は他者の「悩んでいる人への気づき方」と「受け止め方」の教育が重要である。「SOS」を出せない子どもたちの存在も理解する必要があり、悩んでいる本人は、そもそも援助希求ができなかったり、助けを求めても無視されてしまったりする場合もある。そのため、周りの SOS の受け止め方・気づき方も大切であり、本人に対してのみでなく、教師や周りの友人向けへの教育も重要になってくる。なお、悪意なく「いのちを大切に」「いのちを粗末にしないように」というような発言がなされてしまうことも多いため、教室にいるであろう自死遺児や自殺未遂を繰り返す子どもたちにも配慮する必要がある。

2023年6月2日にこどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議から出された「こどもの自殺対策緊急強化プラン」では、「SOSの出し方に関する教育を含む自殺予防教育について、各教科等の授業等において、地域の保健師等も活用しつつ、すべての児童生徒が、「SOSの出し方に関する教育」を年1回受けられるよう全国の教育委員会等に周知する」との表記もあるため、今後この教育はさらに推進されていくだろう。また、「1人1台端末の活用等により、自殺リスクの把握や適切な支援につなげるため、有償・無償で利用できるシステムやその活用方法、マニュアル等を整理・作成し、全国の教育委員会等に周知し、全国の学校での実施を目指すとともに、科学的根拠に基づいた対応や支援を可能とするための調査研究を実施し成果を普及する」と、ITの活用が推奨されているが、この点も情報の取り扱いには注意が必要である。

子どもが自殺リスクを把握するような情報を送信した場合、その受取手である担任や養護教諭、スクールカウンセラー・スクールソーシャルワーカーなどに過度な負担がかかることも予想される。また、子どもの中にはそもそも教員に対して不信感を抱く者もいる。モヤモヤとしている本人の精神状態がアプリによって確定されてしまうことのもリスクもある。その情報を誰が扱うのか、誰が対応するのか、今後議論が必要である。

おわりに

自治体職員向けの研修では、「連携」について問われることが多い。実際に現場に向かう警察や消防署（救急隊）とのかかわり、多くの保健所は「つなぐ」シート（連携マニュアル）などを作成しているため、実際のケースが起きた際の連携が重要となってくる。自殺未遂事案や自殺企図の事例が発生した場合には、精神保健福祉セン

ター・保健所との連携も重要となってくる（当事者や家族等へそれらの相談機関や精神科救急医療情報センターの存在を啓発することも必要である）。自殺対策の推進には、自部局だけではなく、他課との連携が重要になってくるが、残念ながら「自殺対策の担当課が担当すればよい」と他の課から思われてしまうといった悩みもよく聞く。そのため、ゲートキーパー養成研修も市民向けだけではなく自治体内部向けに行うことが重要であり、職員同士での支援先リストの情報共有も重要になってくる。そのためには、自殺対策が「特別」な政策ではないこと、自分自身に関係ある政策であることを知ってもらう必要があるのではないだろうか。

「自殺」への偏見はまだ根強い。安楽死制度などについても議論されることがあるが、「自殺」はそもそも「選択」する人ばかりではなく、生きたくても生きられなかった「追いつめられた末の死」であることも多い。自殺対策では、自治体職員一人ひとりが正しい知識を持ち、対策に取り組んでいくことが重要であり、政策が行き届いていれば起きることのなかった可能性もある死である「自殺」問題を皆で考えていく必要がある。

参考文献

- ・自死遺児編集委員会・あしなが育英会編『自殺って言えなかった。』サンマーク出版、2005年。
- ・高橋祥友『自殺の危険（第4版）－臨床的評価と危機介入』金剛出版、2022年。
- ・ベティー・キッチナー・アンソニー・ジョーム・クレア・ケリー著、メンタルヘルス・ファーストエイド・ジャパン訳・大塚耕太郎・加藤隆弘・小原圭司編『メンタルヘルス・ファーストエイド：こころの応急処置マニュアルとその活用』、創元社、2021年。
- ・森山花鈴『自殺対策の政治学』晃洋書房、2018年。

第2章

こどもの自殺対策をどう進めるか

—政策的枠組みと都市自治体の役割—

いのち支える自殺対策推進センター・代表理事 **清水 康之**

はじめに

我が国では2006年に自殺対策基本法が制定され、それ以降、国や地方公共団体、民間団体等が連携して総合的な自殺対策を推進してきた。そうした中、かつては3万人を超えていた年間自殺者数が近年では2万人台の前半で推移している。

しかし、こどもの自殺は増加傾向にある。1993年から徐々に増え始め、2022年には小中高生の自殺者数が過去最多の514人となった。また、新型コロナウイルスの感染拡大前と比較し、希死念慮を持つこどもの患者数が約1.6倍に増加しているという報告¹もある。極めて深刻な状況だ。

政府もこの状況に危機意識を抱き、令和5年4月に発足したこども家庭庁に自殺対策室を設置した。同年6月には「こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議」が中心になって、こどもの自殺対策に関する初めての政策的な枠組みをまとめた。「こどもの自殺対策緊急強化プラン」である。

本章では、こどもの自殺対策に関する政策的な枠組みを概観し、その中で都市自治体が果たすべき役割について考察する。また、こどもの自殺対策において、NPOがSNS等を活用した取組みを進めていることから、これらと都市自治体との連携の可能性についても触れる。

こどもは社会の未来であり、こどもが多く自殺で亡くなっているということは、日本社会の未来が失われているとも言える。本章の最後には、この時代に生きる大人として、私たち一人ひとりにできることについても考えてみたい。

1 国立成育医療研究センター「2022年度コロナ禍の子どもの心の実態調査」

1 こどもの自殺対策に関する政策的な枠組み

(1) 我が国の自殺対策の目的等

我が国の自殺対策の最大の特徴は、自殺対策基本法（平成18年法律第85号）第1条「目的」にも謳われている通り、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指すことにある。

また第2条「基本理念」に、自殺対策は「生きることの包括的な支援」として実施されなければならないと謳われている。誰もが生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、「その（生きがいや希望を持って暮らすこと）妨げとなる諸要因の解消に資するための支援」と「それ（生きがいや希望を持って暮らすこと）を支えかつ促進するための環境の整備充実」を両輪として推し進めていくことが示されている。

さらに第2条には「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」とも謳われている。つまり、自殺対策を、生きることを包括的に支える分野横断的な取組みとして、かつこれを社会づくりとして推進していくこととされている。

(2) 自殺総合対策の政策的な枠組み

自殺対策基本法の目的や基本理念は、同法第12条において定めなければならないとされている「政府が推進すべき自殺対策の指針」である自殺総合対策大綱の基礎となっている。

2022年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱が示す政策的な枠組みにおいては、自殺対策を、（1）個々人の問題解決に取り組む相談支援を行う「対人支援のレベル」、（2）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関係機関等による実務連携などの「地域連携のレベル」、（3）法律、大綱、計画等の枠組みの

整備や修正に関わる「社会制度のレベル」の3つのレベルに分けて考え、それぞれにおいて強力に、かつそれらを有機的に連動させながら総合的に推進することが重要とされている。

(3) 三階層自殺対策連動モデル

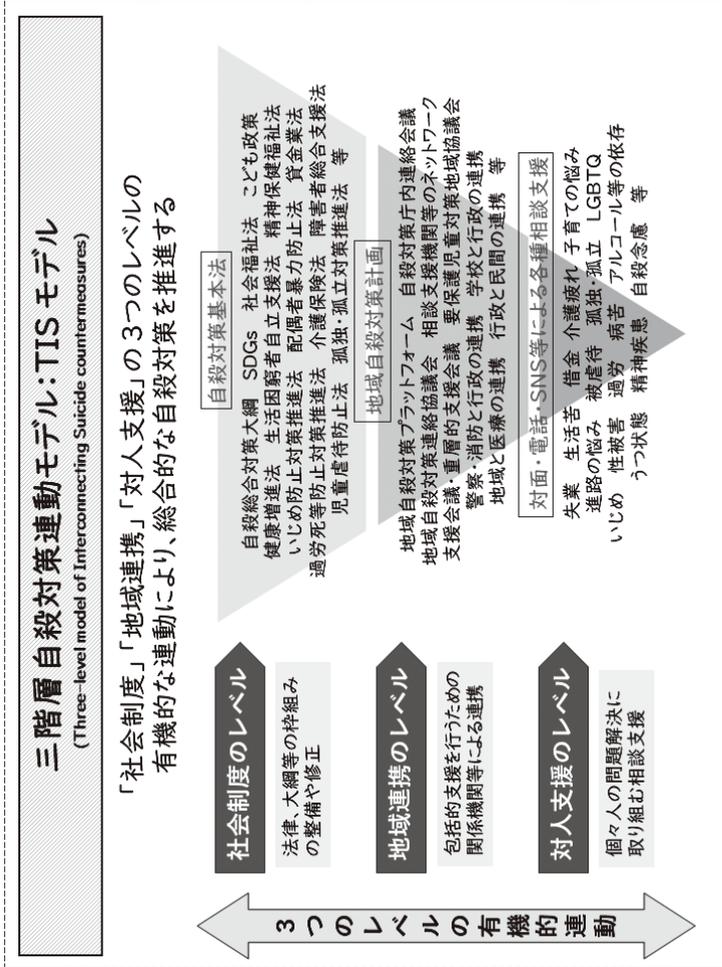
厚生労働省が2023年6月に公表した『『地域自殺対策計画』策定・見直しの手引 ～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～』によれば、「これは、住民の暮らしの場を原点としつつ、『様々な分野の対人支援を強化すること』と、『対人支援の強化等に必要な地域連携を促進すること』、更に『地域連携の促進等に必要な社会制度を整備すること』を一体的なものとして連動して行っていくという考え方で、図表2-1の通り、「三階層自殺対策連動モデル」とも呼ばれる。

(4) こどもの自殺対策緊急強化プラン

2023年4月に発足したこども家庭庁に設置された自殺対策室が事務局を務める形で、同年6月には「こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議」が中心になって、こどもの自殺対策に関する初めての政策的な枠組みをまとめた。「こどもの自殺対策緊急強化プラン」である。

同プランの概要(図表2-2)が示す通り、ここには取り組むべき施策の6つの柱と体制強化等についてまとめられている。同プランには2022年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱等を踏まえて関係省庁においてすでに実施されていた施策も含まれているが、今回新たに盛り込まれたものもある。

図表 2-1 三階層自殺対策連動モデル：TISモデル



(出典：厚生労働省「地域自殺対策計画」策定・見直しの手引」、2023、5p)

図表 2-2 こどもの自殺対策緊急強化プラン (概要)

<p>令和5年6月2日 閣僚省庁連絡会議</p> <p>こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議</p> <p>令和5年6月2日 閣僚省庁連絡会議</p> <p>こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議</p>	<p>令和5年6月2日 閣僚省庁連絡会議</p> <p>こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議</p> <p>令和5年6月2日 閣僚省庁連絡会議</p> <p>こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議</p>
---	---

こどもの自殺対策緊急強化プラン (概要)

- 近年、小中高生の自殺者数は増加しており、令和4年の小中高生の自殺者数は514人と過去最多となった。
- 関係省庁連絡会議を開催。有識者・当事者の方々からのヒアリングも随まえ、こどもの自殺対策の強化に関する施策をとりまとめた。
- このとりまとめに基づき、自殺に関する情報の集約・分析、全国展開を目指した1人1台端末の活用による自殺リスクの把握や都道府県等の「若者自殺危機対応チーム」の設置の推進など、総合的な取組を進めていく。
- 今後、さらにそれぞれの事項についてより具体化を図った上で、こども大綱に盛り込むよう検討を進める。

こどもの自殺の要因分析

- ・ 警察や消防、学校や教育委員会、地方自治体等が保有する自殺統計及びその関連資料を集約し、多角的な分析を行うための調査研究の実施 (自殺統計原簿、救急搬送に関するアンケート、QRによる検証結果、学校の設置者等の協力を得て詳細調査の結果等も活用)
- ・ 学校等における児童生徒等の自殺又は自殺の疑いのある事実についての基本調査、詳細調査の実施。国における調査状況の把握、公表

自殺予防に資する教育や普及啓発等

- ・ すべての児童生徒が「SOSの活用等に関する教育」を年1回受けられるよう周知するとともに、こどものSOSをどのようにつなげられるのかについて、教員や保護者が学ぶ機会を設定
- ・ 「心の健康」に関して、発達段階に応じて系統性をもって指導。「心の健康」に関する啓発資料の作成・周知

自殺リスクの早期発見

- ・ 1人1台端末の活用等による自殺リスクの把握のための、SOSの活用方法等を周知し、全国の学校での実施を目指す。科学的根拠に基づいた対応や支援のための調査研究
- ・ 自殺リスクを含む支援が必要な子どもや家庭を早期に把握・支援するため、個人情報適正な取扱いを確保しながら、教育・保健・福祉などの情報・データを分野を超えた連携に取り組み
- ・ 公立小学校、中学校等でのスクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカー等の配置促進

電話・SNS等を活用した相談体制の整備

- ・ 「孤独ダイヤル」(#9999)の試行事業の実施
- ・ LINEやウェブチャット・孤立相談等のSNSを活用した相談体制等の強化

自殺予防のための対応

- ・ 多職種のプロフェッショナルが構成される「若者の自殺危機対応チーム」を都道府県等に設置し、自殺未遂歴や自傷行為の経歴等がある若者など市町村等では対応が困難な場合に、助言等を行うソーシャル事業の拡充。その上で、危機対応チームの全国展開を目指す
- ・ 不登校児童生徒への教育機会の確保のための関係機関の連携体制の整備や、不登校特別校の設置促進・充実

遺された子どもへの支援

- ・ 地域における遺児等の支援活動の運営の支援

こどもの自殺対策に関する関係省庁の連携及び体制強化等

- ・ 活動も家庭内の自殺対策室の体制強化、関係省庁と連携した啓発活動
- ・ 「子ども若者★いけんぶんばらす」によるこどもの意見の公募、制度や政策への反映 (支援につながるやすい周知の方法も含む)
- ・ 関係機関によるゲートキーパー研修の受講及び全国の首長に向けた受診呼びかけメッセージの作成

(出典：こども家庭庁「第4回こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議」資料 (2023年6月2日開催))

(5) 緊急強化プランのポイント

「こどもの自殺対策緊急強化プラン」の中でも、ポイント(図表2-3)として強調されている事業が3つある。

1つ目の「リスクの早期発見」は、「1人1台端末」を活用して、こどもの自殺リスクを早期に発見し適切な支援につなげることを目指すもので、「全国の教育委員会等に周知し、全国の学校での実施を目指す」とされている。

2つ目の「的確な対応」は、こどもの周囲の大人等が自殺のリスクを察知した際、その後の確に対応できるよう、これを支援する「若者の自殺危機対応チーム(概算要求において「こども・若者の自殺危機対応チーム」と呼ばれているもの)」の全国への設置を目指す」とされている。

3つ目の「要因分析」は、これまでこどもの自殺の実態把握が不十分だったことを踏まえて、警察や消防、学校や教育委員会、地方自治体等が保有する自殺に関する統計及びその関連資料を集約し、多角的な分析を行うとしている。

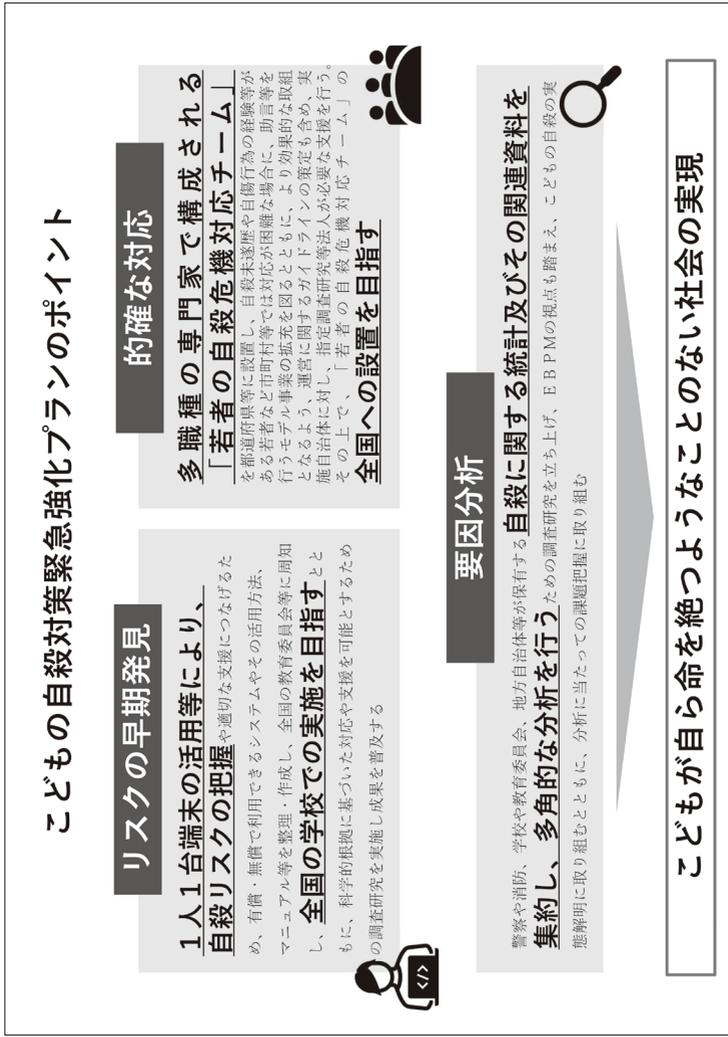
(6) 予算の確保等、政策的な枠組みに必要なこと

政策的な枠組みを実行性あるものにするためには、方針や計画をまとめるだけでは不十分である。まとめられた方針や計画の実現可能性を高めるための取組みが重要である。こどもの自殺対策緊急強化プランにおいても、予算の確保や体制の確保等が併せて進められている。

具体的には、当初、文部科学省は「リスクの早期発見」に関する次年度の予算として6億円の概算要求を行っていたが、2023年度の補正予算でこれを10億円に前倒して増額した。

「的確な対応」の中心的事業である「こども・若者の自殺危機対応チーム」には、やはり当初は厚生労働省が次年度に向けて地域自

図表 2-3 こどもの自殺対策緊急強化プランのポイント



(出典：こども家庭庁「第4回こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議」資料(2023年6月2日開催))

自殺対策強化交付金 52 億円の内数（今年度は 35 億円の内数）の概算要求を行っていたが、これも前倒しする形で 2023 年度補正予算にて 21 億円を確保している（補助率は 10 分の 10）。

「要因分析」については、こども家庭庁が次年度に向けて 0.2 億円の概算要求を行っている。

また、厚生労働省と文部科学省、こども家庭庁の 3 省庁が連携して都道府県等向けに合同の研修会を開催したり、こども家庭庁における自殺対策の体制強化が図られたり、さらには地域におけるこどもの自殺対策推進には首長部局と教育委員会との緊密な連携が不可欠であることから、これの牽引役を首長が担うよう、厚生労働大臣と文部科学大臣、こども政策担当大臣の 3 大臣が連名で全国の知事や市区町村長、教育長等宛てにメッセージを送ったりしている²。

条例が存在する自治体や、この問題に理解のある首長がいる場合は別だが、多くの場合、解決すべき課題としての優先順位を上げて限られた地域資源をこどもの自殺対策に充ててもらうには、その判断を担う首長等への働きかけが重要となる。

地域の現場において、実践的な活動を進めやすくするための諸条件を具体的に整えることを通じて、こどもの自殺対策の政策的な枠組みが形作られているのである。

2 こどもの自殺対策における都市自治体の役割

(1) One is Too Many.

当然のことだが、自殺者数というのは「亡くなった一人ひとり」を数え合わせた人数のことである。「自殺者数〇〇人」の先には、〇〇人それぞれの人生があったことを忘れてはならない。

2 厚生労働省。「こどもの自殺対策の推進のために」https://www.mhlw.go.jp/stf/jisatsutaisaku_press230908.html（最終閲覧日：2023 年 12 月 18 日）

“One is Too Many.”は、性犯罪・性被害を根絶するために行われたキャンペーンのメッセージだ。「被害者はひとりでも多すぎる」の意だが、こどもの自殺もこれと同様の考え方を持つべきである。こどもの自殺は、学校や自治体単位で見るとそう頻繁に起きることではない。しかし、一度起きると取り返しがつかないことになる。“One is Too Many.”の発想で、自殺対策に取り組む必要がある。

(2) 政策的な枠組みを踏まえた全国知事会の動き

これまで政策的な枠組みを概観してきたが、これに呼応する形で都道府県等でも様々な動きが出てきている。象徴的な動きは、全国知事会によるものだ。

2023年7月に全国知事会に設置された「子ども・子育て政策推進本部」の本部長を務める滋賀県の三日月大造知事は、同年9月8日に発出された3大臣による連名メッセージを、以下の通り本部長としてあらためて9月19日に各都道府県知事宛に送付している。

「令和5年9月8日付けで厚生労働大臣、文部科学大臣、こども政策担当大臣の3大臣連名で各都道府県知事あてメッセージが送付されたところですが、小中高生の自殺者数は近年増加傾向にあり、令和4年は過去最多となるなど、当本部としてもより一層取組を強化していく必要があると考えております。

貴都道府県におかれましては、これまで地域自殺対策計画に基づき総合的に取り組まれていることと存じますが、更なる推進・強化策をご検討いただきますようお願い申し上げます。」

また、同年11月13日に開催された全国知事会議においても、三日月知事が同様の発言を行い、加えて、長野県の阿部守一知事が以下のポイントを踏まえて各都道府県知事に対して呼びかけを行った。

- 私のトップダウンでの指示の下、知事部局と教育委員会が連携し「子どもの自殺危機対応チーム」を令和元年10月に設置、自殺リスクの高まった子どもたちを支援する学校等に対する、多職種の専門家による助言・支援を行っている。
- 子どもの自殺対策は、国を挙げて取り組むべき喫緊の課題である。未来を担う子どもたちが、自ら死を選ぶという痛ましいことが決して繰り返されることが無いよう、本チームの活動を各都道府県でも取組んでいただくなど、知事の皆様の力強いリーダーシップで、子どもの自殺対策に全力で取り組んでいただくようお願いする。

(3) 都市自治体の役割①「都道府県との連携」の強化

では、具体的に都市自治体が都道府県のこうした動きにどう関わっていけばよいだろうか。

まず指定都市については、都道府県と同様に「こども・若者の自殺危機対応チーム」を設置することが望まれる。予算面では、地域自殺対策強化交付金を活用し、10分の10の補助を受けてチームを設置することが可能である。実際に設置を検討している指定都市もあり、都道府県の動きを踏まえながら今後指定都市の中で動きが広がっていくものと思われる。

都道府県と指定都市以外の自治体は、地域自殺対策強化交付金を使って「こども・若者の自殺危機対応チーム」を設置することはできない。そのため、都道府県が設置する「こども・若者の自殺危機対応チーム」との連携により、こどもを支援することになる。具体的には、以下の2つの関わりが想定される。

1つは、支援要請を行う立場としての関わりである。地域資源が特に限られる自治体においては、地域のこどもが自殺リスクを抱えていることに周囲の大人が気付いたとしてもその対応に戸惑うことが少なくない。そうしたとき、自治体が「こども・若者の自殺危機

対応チーム」に支援要請を行い、チームのメンバーである様々な分野の専門家からアドバイスを受けながらこどもの支援を行うことができる。

もう1つは、学校からチームに支援要請があった場合、メンバーによる議論を経て、自治体が支援の担い手になることも想定される。こどもの自殺リスクへの対応は、こども自身への支援のみならずこどもの家族への支援もあわせて行う必要があるケースが少ないため、その場合は、自治体が学校と連携して、こどもとその家族を支援することになる。

(4) 都市自治体の役割②「リスクの早期発見」の推進

地域や学校でこどもの自殺リスクに気付いた場合は「こども・若者の自殺危機対応チーム」と連携して支援にあたれても、周囲の大人が自殺リスクに気づけないことも少なくない。国内外の研究 (Kitagawa et al.2014) (Gould et al.2004) において、希死念慮が強まるほど助けを求める行動が減少する傾向があることが分かっており、周囲の大人がこどもの自殺リスクを早期に発見することも大きな課題となっている。

ただこれについては、すでに多くの学校で活用されているツールがあり、長野県でも RAMPS (北川・佐々木 2021) という IT ツールを活用している。RAMPS を用いて自殺リスクを早期に察知し、迅速に先述の「子どもの自殺危機対応チーム」と連携することができる。この取組みにより長野県では学校と自治体が協力しながら、こどもと家庭を支援する流れを作っている。

予算面では、文部科学省が「リスクの早期発見」を目的として「心の健康観察」という項目で 2024 年度の実施に向けて、2023 年度の補正予算で 10 億円を計上している。図表 2-4 は、文部科学省が全国の自治体に提供している資料の抜粋だ。都市自治体においてもこ

れを活用しない手はないだろう。

(5) 都市自治体の役割③「SOSの出し方に関する教育」の推進

こどもの自殺対策緊急強化プランには、下記の通り、SOSの出し方に関する教育のことも盛り込まれている。

(2) 自殺予防に資する教育や普及啓発等

SOSの出し方に関する教育を含む自殺予防教育について、各教科等の授業等において、地域の保健師等も活用しつつ、すべての児童生徒が、「SOSの出し方に関する教育」を年1回受けられるよう全国の教育委員会等に周知するとともに、学校が行うSOSの出し方に関する教育を含む自殺予防教育のモデル構築や啓発資料を国において作成・周知を行う。また、こどもがSOSを出した際に、教員や保護者といった周囲の大人が受け止められることが求められるため、こどものSOSをどのように受け止めるかについて学ぶ機会の設定などの取組を確実に進める【文部科学省・厚生労働省】

(出典：こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議「こどもの自殺対策緊急強化プラン」(2023年6月2日開催))

「地域の保健師等も活用しつつ、すべての児童生徒が、『SOSの出し方に関する教育』を年1回受けられるよう」と、目標値を明確に示したことが従来との大きな違いだが、地域の保健師が学校と日常的に関わりを持つと、学校でこどもの自殺リスクに気付いた後の対応がスムーズにできるようになるというメリットも期待できる。

図表 2-4 1人1台端末を活用した健康観察・教育相談システム（一部抜粋）

1人1台端末を活用した心や体調の変化の早期発見を推進

有償

※使用機能、使用する組織等の規模によって金額は変動する。

会社名	システム名	料金（生徒1人当たり月額）※	機能	機能詳細（他の機能含む）
一般社団法人 RAMPS 	RAMPS (ランプス) https://ramps.co.jp	18.3円（年間2000円） + 1学校あたり基本料 年間7万円	・健康観察 ・相談窓口	・自殺リスク評価を含む心身不調のスクリーニング指標を中心に構成（国内外研究知見を参考に） ・1次検査は子どもが一人でても端末回答、2次検査では教員が端末の質問文を参考に詳しく同診 ・自殺リスクは4段階評価、「高リスク判定の場合、予め登録された関係者に即時アラート通知 ・データ分析・可視化、自動リポート作成機能を充実。自殺リスクが高まる時期や学校の個別傾向等を ・クラウドベースで提供 ・東京大学の研究をもとに開発されたシステム。研究、試行段階を含め全国の学校で8年間の教育現場への導入実績
公益社団法人 子どもの発達科学研 究所 	ナイケン（ナイリー 健康観察） ※「ナイケン」 https://kodomolove.org/school_support_program/fool_daike	応相談 ※「ナイケン」 「NICOLL」「学校風土調査」のセット価格は100円 （年間契約）	・健康観察 ・相談窓口	・毎月1分程度の簡易な入力で、子どもの心身の状態を把握し、必要な支援に早期対応が可能 ・研究成果をベースに、最適なタイミングで支援アラートを発出できる。親にメールを送る ・相談窓口にて、声に出せない子どもにもSOSをキックアップし、担当、学校へ伝える ・弊所他ツールと連携し、多面的なケアシステムを築き、子どものメンタルを調査する「WEBEAP」 「NICOLL」に併用することで、子どものメンタル状態についての深く知ることも、また、子どもが学校の雰囲気「押し入れ」について答える「学校風土調査」も組み合わせることで、子どもを取り巻く学校環境について知ることができ、学校がどのような対応、支援をしていくべきかを探ることが可能
公益社団法人 子どもの発達科学研 究所 	NICOLL（こころの健康観察ツール） ※「ナイケン」 ※「NICOLL」「学校風土調査」のセット価格は100円 （年間契約）	50円 ※月1回、年間12回（7歳以上）	・健康観察 ・相談窓口	・早期兆候を示すメンタルヘルスの不調を科学的根拠を元にスクリーニング ・生徒個別のフィードバックシートで、児童生徒が自身の状態を把握したり、保護者との共有も可能 ・科学的根拠に基づき質問、及び即時フィードバックが可能。追加アセスメント、フォローアップも用意 ・子どもたちの回答後すぐに分析結果を知ること、早期介入を実現。深刻化を防止 ・科学的根拠に基づく簡便なシステム、10分～15分程度で回答が可能。児童生徒の負担が少ない ・他ツールと連携し、多面的なケアシステムが可能。「ナイケン」も組み合わせることで、支援ニーズに即して早期介入。「学校風土調査」も組み合わせることで、学校がどのような対応をしていくべきかを探る

（出典：文部科学省「児童生徒の自殺予防に係る取組について（通知）」別添資料1（2023年7月10日））

(6) 都市自治体の役割④「ゲートキーパー研修」の強化

こどもの自殺対策を推進するための助けとなる自殺や自殺対策の基礎知識をオンラインで手軽に学べるツールも公開されている。

その1つが、私が代表理事を務める「厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター」(以下「JSCP」という。)が2023年9月に、全国の地方自治体向けに公開した「自治体職員向けゲートキーパー研修eラーニングシステム」である。この教材は、「連携編」と「傾聴編」があり、あわせて50分で受講できる内容になっており、eラーニングシステム上で確認テストも受けられるようになっている。自治体職員向けに作られたものだが、一般の人も視聴できるよう、YouTubeでの公開も行っている³。

3 NPO との連携を通じたこどもの自殺対策

(1) NPO が実践する SNS 等を活用した自殺防止相談

死にたい気持ちを抱えた子どもから日々多くの相談が寄せられているのが SNS 等を活用した自殺防止相談である。

私が JSCP とは別に代表を務める「NPO 法人自殺対策支援センターライフリンク」(以下「ライフリンク」という。)は2018年3月、前年の秋に発覚した座間の事件をきっかけにして SNS を活用した自殺防止の相談事業を始めた⁴。現在は毎日約100人から相談を受けており、その8割超が「死にたい」気持ちを抱えた自殺念慮者で、29歳以下が全体の6割を占め、高校生以下からの相談も全体の約15%にのぼる。電話による自殺防止相談も行っているが、高校生以下からの相談は珍しく、子どもたちにとって身近なツールである SNS を使った方が、子どもたちにとって相談のハードルが低いこ

3 JSCP の HP. <https://jscp.or.jp/community/gatekeeper.html>

4 ライフリンクの HP. <https://lifelink.or.jp>

とは明らかである。

相談支援の流れは図表 2-5 にある通り、相談を受けると、まずは相談者の気持ちをしっかり受け止めて、並行して、自殺リスクの見極めや課題の整理、支援方針の見立て等を行い、必要に応じて、緊急対応や自殺リスクへの対応、課題解決等も含めた支援を行っている。多様な支援を連動させて、「生きることの包括的な支援」を展開している。

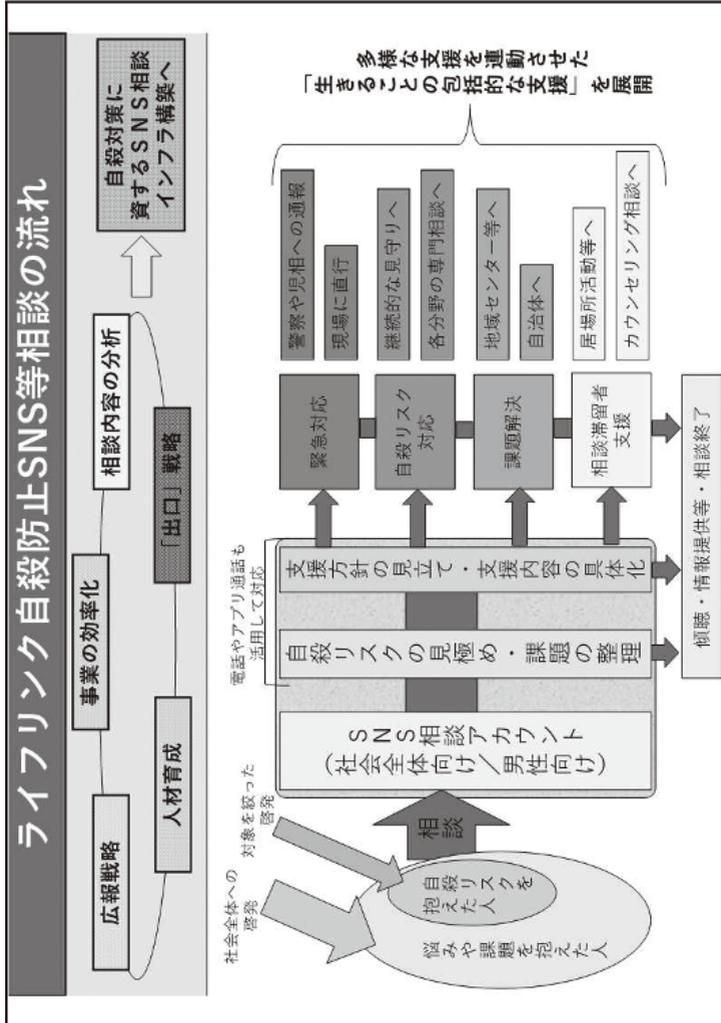
(2) SNS 等自殺防止相談における連携自治体事業

この「生きることの包括的な支援」を、全国の自治体と連携して行うための「連携自治体事業」も推進している。

自殺防止相談では、まずは相談者の「死にたい」気持ちを受けとめることから始まるが、中には、いまビルの上から飛び降りようとしているとか、親から暴力を振るわれていて殺される前に死んでしまいたいといったような状況で相談してくるこどももいる。そうすると緊急保護をしたり児童相談所に通報したりといった実務的な支援が不可欠になるので、この「連携自治体事業」ではライフリンクと自治体が協力し、個人情報の取り扱いや連携の手順等に関する協定をあらかじめ締結している。

自殺リスクが高い人を対象に、優先的にライフリンクの SNS 相談につながるができる名刺サイズのカードを配ってもらうことも、連携自治体においてはできるようにしている。例えば、面談への抵抗があるこども、不登校の児童生徒、また孤立しがちな自死遺児など、自殺リスクが高い・高まりかねないと考えられる場合、自治体はこれらの個人にカードを配布し、ライフリンクへの相談を促す。そうしてカードを通じて相談してきたこどもは、ライフリンクの SNS 相談システムで判別できるようになっており、病院でいえば、一般の窓口ではなく、救急の窓口のように、ライフリンクが優

図表 2-5 ライフリンク自殺防止 SNS 等相談の流れ



(出典：ライフリンク「自殺防止 SNS 等相談について」)

先的に対応することになっている。

まだ走り出したばかりの事業ではあるが、「連携自治体事業」を推進するために自治体がライフリンクに支払うお金は無料としており、かつ自治体で担当職員を採用する場合等でも厚生労働省の地域自殺対策強化交付金を使えることにもなっていることから、現在のところ、都道府県でいえば、岩手県、石川県、京都府、佐賀県が、市区町村でいえば、山形市や郡山市、江戸川区や足立区、松戸市や長岡市、名古屋市や座間市、京丹後市や明石市などが連携自治体になっている（2023年12月31日時点で、都道府県と基礎自治体あわせて26自治体）。

(3) NPO との連携を通じたこどもの自殺対策

自治体が SNS 相談事業を自力で行うのはかなりハードルが高いが、すでに事業を実施している NPO と連携することで、結果としては当該自治体の子どもたちが SNS 相談を受けることができ、またその相談を通じて、必要に応じて然るべき地域の支援につながっていけるようになる。このため自治体にとっても、また何よりも当該自治体の子どもたちにとっても大きなメリットがある。

NPO の中には「子ども食堂」や「放課後の学習支援」、「居場所活動」や「不登校の子どもたちへの支援」等、様々な現場で活動している団体があり、すべての自治体にそうした多様な NPO が存在しているとは限らないが、オンラインの居場所を提供している NPO もあり、今後、自治体がこどもの自殺対策を推進する上で、NPO との連携は効果的な手段になる可能性がある。

4 大人として、いま私たちにできること

(1) こどもたちが置かれている現状への想像力を持ち続ける

2022年に小中高生の自殺者数が過去最多の514人に達した事態は、一朝一夕に起きたわけではない。私たちの社会では、長い時間をかけて、こうした事態を招く条件が徐々に整ってしまったのだ。したがって、対策を施しても、事態を速やかに改善する即効性のある方法は存在しないし、それを求めるべきでもない。

現状を深く正確に理解し、その実態に基づいた総合的な戦略を立て、一つひとつの対策を確実に実行することで、状況を変えることは可能である。ただちに変化を実現できないからといって、変化が不可能であるわけではない。

そして、変化を実現するためには、こどもたちが置かれている現状に対する想像力を持ち続けることが必要である。小中高生の自殺者数が500人を下回ったとしても、年間の自殺者数の減少に安堵するのではなく、依然として多くのこどもたちが過酷な状況に置かれているという現実を忘れてはならない。

マスコミが大々的に報道する時だけが、問題が存在する時ではない。マスコミが報道しなくなったとしても、社会の中で起こっている問題に対して想像力を失ってはならない。

(2) 自身の生きる姿を通じて現代のこどもたちにエールを送る

こどもたちは社会の未来であり、同時に私たち大人はこどもたちにとっての未来でもある。それなのに大人たちが年齢を重ねることを嘆き、すべてを社会のせいにして暗い顔で毎日過ごすならば、こどもたちも「この社会で生きることはそんなに大変でつまらないものなのか」「大人になんてなりたくない」と感じてしまうだろう。

人生がすべてバラ色だなんて言うつもりは毛頭ない。しかし、私

たち一人ひとりがそれぞれの人生を精一杯生き、「いろいろと大変なことやつらいこともあるけれど、人生は決して捨てたものじゃない」と思える生き方をすれば、さらに「社会は常に変わるものだ。問題があればそれを変えていくことが私たちにはできる」と社会問題の解決に取り組むことができれば、そうした大人たちの姿は子どもたちにとってこれ以上ないエールになるのではないか。

そんなわずかな望みを持ちつつ、さあ、それぞれの持ち場で、子どもの命を守るための更なる一歩を踏み出そう。

参考文献

国立研究開発法人国立成育医療研究センター．「神経性やせ症」はコロナ前より依然高い水準に留まる「希死念慮」の初診外来患者数は、コロナ前の約 1.6 倍に～2022 年度コロナ禍の子どもの心の実態調査～．(<https://www.ncchd.go.jp/press/2023/1114.pdf>)（最終閲覧日：2024 年 2 月 18 日）

Kitagawa Y, Shimodera S, Togo F, Okazaki Y, Nishida A, Sasaki T. Suicidal feelings interferes with help-seeking in bullied adolescents. *PloS one*. 2014;9(9):e106031. doi:10.1371/journal.pone.0106031

Gould MS, Velting D, Kleinman M, Lucas C, Thomas JG, Chung M. Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Sep 2004;43(9):1124-33. doi:10.1097/01.chi.0000132811.06547.31

北川裕子, 佐々木司. 精神不調アセスメントツール (RAMPS) を活用した高校生の自殺予防の実践例 —新潟県内高等学校養護教諭へのインタビュー調査から. *学校保健研究*. 2021;63(2):83-90. doi:10.20812/jpnjschhealth.63.2_83

第3章

子どもの自殺対策の現状と課題

一般社団法人高橋聡美研究室代表 **高橋 聡美**

はじめに

児童生徒（以下子ども）の自殺は2017年から増えておりコロナ禍でさらに悪化し、2022年の子どもの自殺者数は514人となった。自殺対策基本法が制定されてからも子どもの自殺者数は横ばいであったが最悪の数字となってしまった。

筆者は全国の小中学校高等学校で自殺予防活動を実践している。本報告では実践を通して見てきた子どもの自殺対策の現状と課題について述べる。

1 自殺予防教育とSOSの出し方教育

2009年、文部科学省は児童生徒の自殺予防全般に関する基本的事項をまとめた『教師が知っておきたい子どもの自殺予防』¹の冊子を全国の学校に配布した。2016年には自殺対策基本法が改正され、若い世代への自殺対策が喫緊の課題であるという認識から、同法第17条第3項に基づき、学校は心の健康の保持に係る教育又は啓発等を行うよう努めるものとされた。翌年に改正された「自殺総合対策大綱」においては、社会に出てから直面する可能性のある様々な困難やストレスへの対処方法を身に付けるための教育（SOSの出し方に関する教育）等の推進が求められた。これによって各学校が自殺予防教育・SOSの出し方教育に取り組むことが努力義務となった。

1 「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/046/gaiyou/1259186.htm（最終閲覧日：2024年2月26日）

(1) 自殺予防教育を進めるための課題

自殺予防教育が努力義務化され7年が経過するが、実施に関しては地域格差が非常に大きく、発達段階に合わせたカリキュラムを組んで教育が実施できている地域は多くない。自殺予防教育が実践できない主な要因を3つ挙げる。

①連携不足

自殺予防教育は各自治体で計画を立てて実施するが、実際は自殺対策を担当する課と教育委員会・学校が連携して担うこととなる。筆者は全国の自治体から自殺予防教育の依頼を受けているが、両者が連携して教育ができている自治体は数少ない。自殺対策の担当課の立てた自殺予防教育実施計画に関心の低い教育委員会・学校もある。あるいは、両者の情報共有が不十分でそれぞれが別々に自殺予防教育を企画している地域もある。限られた人材やカリキュラムの枠組みで、効率的に実施するためにも相互の連携は必須である。

②カリキュラムの不透明性

次にカリキュラムの問題である。自殺予防教育については「誰が」「どの学年に」「どのような内容」を教育するのかという具体的な内容が国から示されなかった。そのため、自殺対策を立案する課も学校も混乱することとなった。自殺予防教育は全国画一的に行われるものではなく、地域の事情に合わせて行われることが望ましい。しかし、カリキュラムや教材の提示・講師派遣などの支援なしに新たな授業を行うことは、学校の負担が増えるだけである。ゼロから各自治体・教育委員会は自殺予防教育の計画策定をしなければならず、このことは自殺予防教育が進まない最大の要因であると考えられる。この点に関しては、文部科学省が授業モデルを提示する動きもあるため、今後に期待したい。

③自殺予防教育の担い手

自殺予防教育を誰がやるかという問題も非常に大きい。教師が授業できるかと考えた時、教師自身が自殺予防教育も受けていないし、指導法についても学ぶ機会を与えられていない。また、「自殺」というテーマを学校で扱うことは教師にとって心理的にもハードルが高いものでもあり、テキストもない状態で教師が自殺予防教育を実施するのは厳しい。

「誰が自殺予防教育を行うか」ということに関しては、「児童生徒の自殺予防に向けた困難な事態、強い心理的負担を受けた場合などにおける 対処の仕方を身につける等のための教育の推進について」(2018年1月23日付通知)²では、保健師、社会福祉士、民生委員らを活用することが有効とある。

保健師は普段、精神保健事業に携わったり住民の啓発に関わっているため、巡回授業は実現可能だと思われるが、この数年は新型コロナウイルス感染拡大防止対策で保健師業務はパンク状態であった。

社会福祉士は「専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連携及び調整その他の援助を行うことを業とする者」とされており、メンタルヘルスに関する啓発を行う役割を本来は担っていない。

民生委員は約23万人(2021年3月時点)が全国で活動しているものの、ボランティアである上に委員自身の高齢化や活動の負担増、

2 29 初児生第38号・社援総発0123第1号。文部科学省初等中等局児童生徒課長・厚生労働省大臣官房参事官(自殺対策担当)連絡通知 https://www.mext.go.jp/content/20210216-mxt_jidou01-000012837_006.pdf (最終閲覧日:2024年2月26日)

担い手不足という問題をすでに抱えている³。

誰が授業を行うかは地域の事情によって異なるが、いずれにしてもカリキュラムや教材の支援がないままでSOSの出し方教育の講師を何かの職種に担わせるには無理がある。

このように自殺予防教育にはクリアしなければならない課題が山積している。このような中でも先駆的な取り組みをしている自治体もある。

川崎市教育委員会は『児童指導ハンドブック2023』の中で、SOSの出し方・受け止め方、自殺予防教育について具体的な授業案を示した。

山形県では、2023年3月に策定した「いのち支える山形県自殺対策計画（第2期）」に基づいて公立大学法人山形県立保健医療大学（看護実践研究センター）と連携して「SOSの出し方・受け止め方教育普及拡大モデル事業」を県内10市町で順次実施している。山形県内でSOSの出し方授業未実施の自治体へ講師を派遣するという実質的なサポートであるとともに、さらに今後、授業の評価を行い、授業のシナリオ化を計画している⁴。このようなサポートは地域のSOSの出し方教育を推進していく力になるに違いない。

(2) 自殺予防教育の実際と子どもの反応

筆者は2006年から全国の小中学校高校で自殺予防教育を行っている。内容は「命を大切に」「自殺はダメ」というような価値観や道徳的なものではなく、ストレスコーピング・SOSの出し方・ア

3 「全国1万人への民生委員・児童委員に関する意識調査」（令和4年3月）結果概要 <https://www2.shakyo.or.jp/wp-content/uploads/2022/07/R4ichimanninchosakekkagaiyo.pdf>（最終閲覧日：2024年2月26日）

4 いのち支える山形県自殺対策計画（第2期）～誰もが健やかでいきいきと暮らせる山形県の実現を目指して～ <https://www.pref.yamagata.jp/documents/2803/jisatutaisakukeikaku2honbun.pdf>（最終閲覧日：2024年2月26日）

ンガーマネジメント・レジリエンス・アサーションなどのライフスキルに関連するものである。昨今、「折れない心」とよく言われるが、人は何かしら失敗をしたり落ちこんだり心折れるものだ。折れた時に立ち上がり方を知っていればいいと子どもたちには伝えている。

SOS の出し方の話の中で「体の傷は外から見えるけれどこころの傷は見えない。言わないと見えないから見せて手当てを受けて」「体の傷も手当てをすれば治りが早いようにこころも傷も手当てをすれば今よりも絶対によくする。小さな怪我と大きな怪我だと小さな怪我の方が治りは早い。だから、悩みが小さなうちに相談してほしい」と SOS を出すことの意義を説明している。

頑張りすぎて、SOS を出せない、ストレス解消できない、心の病について知識がなく自分がうつ病と気づかない、そんな中で大人たちも自殺をしている。SOS を出すことやストレス解消や精神疾患について義務教育の間に学習することは、人生を生きる上で大切な教養である。読み書き算数と同じくらい、生きていくために必要な知識・ライフスキルだと感じる。

全国の学校での授業の後、「弱音は吐いたらダメだと思っていた」「自分でちゃんとやらないといけないと思っていた」という感想が多く寄せられる。大人が思っている以上に、子どもたちの中で「自己責任」の感覚は強い。また、つらいと保護者に話すと保護者は「そんなこと言わないで」と心配し狼狽する。教師には「くじけたらダメだ。がんばれ!」と叱咤激励されるという。「親に心配をかけたくない」「先生からの評価を下げたくない」など、子どもたちは大人の反応を気にして SOS を出せずにいる。弱音を吐くことは進学にも影響すると子どもたちは考えており、内申書に「粘り強い子です」「あきらめない子です」など評価してもらいたいために評価を担当する担任の教師には弱音を吐きづらい。最も子どもたちと密接にかかわる担任の教師には弱音が吐けないという構図である。

2 子どもの自殺対策 2次予防

(1) SOS の受け止め

自殺予防教育・SOS の出し方教育が努力義務化される中で、「SOS の受け止め」については研修などの規定がない。半数以上の子どもたちの自殺が「原因がわからない」ということは、誰にも悩みを打ち明けることなく亡くなっている子どもが多いということの意味する。子どもたちは誰にも SOS を出せないまま亡くなっている。それは SOS を出せない子どもの問題ではなく、SOS を受け止められないあるいは SOS を出してもらえない大人側の問題が大きいように感じる。

子どもたちは失敗したり、くじけた時に「努力が足りないからだ」と叱咤され、「もっと頑張れ。踏ん張れ」と激励される、もうこれ以上は無理だと思っても、休ませてもらえないのである。学校を休むことへの罪悪感も植え付けられている。休みが多いと進学に影響するかもしれないという不安もあり、子どもたちは弱音を吐けない状況に置かれている。SOS の出し方教育を受けて実際に誰かに SOS を出すと、ネガティブな評価を受け、励まされ、叱咤されるという結末になりかねない。「相談しても誰もわかってくれなかった」という体験は更なる孤立を生み、かえって逆効果になってしまう。

大人たちは子どもたちが弱音を吐くと「今どきの子どもは打たれ弱い」と評価するし、困りごとの相談がないと「SOS を出さなくて困る」という。このダブルバインドもまた SOS の出すことを阻む要因といえよう。

SOS の出し方教育以前に、SOS を出しても安心して安全な環境を作っていく必要がある。そのためには私たち大人が子どもにとって「どんな自分をさらけ出しても、安心して安全な他者である」という

ことは必須条件であると思う。

家庭・学校・地域に対する「SOSの受け止め方」の啓発は、子どもたちへの「SOSの出し方授業」以上に子どもの自殺対策で必要なことであると考ええる。

(2) SOSを出す相手

昨今、子どものSOSを受け止めてくれる先として、SNS相談を紹介することが多くなっている。実際、SNS相談体制は強化事業として早急に整備が進んでいる。

一方で、スクールカウンセラー（以下SC）は不足しており、SCの相談予約が取れない学校は多い。

SOSの出し方教育では「あきらめないで3人目までの大人にSOSを出して」と子どもたちに伝えているが、これは基本的には身近な大人に相談することを想定している。まずは、身近で子どもの話を聞いてくれる人に相談をする。それでも「匿名でしか話せない相談」であればSNSにつながるという「段階」が相談業務のありかたとしてはふさわしいと筆者は考える。

もちろん、最近の子ども・若者の特性として、SNSの方が相談しやすいということも理解できる。一方でSNSや電話相談では、匿名性が高いがゆえに、直接相談してきた子どもの問題に介入することは困難である。

これは、チャイルドラインやいのちの電話など活動を否定するものではない。彼ら・彼女らの活動は「死にたい」という子ども・若者の最後の砦として重要な役割を担い続けていることは紛れもない事実である。しかし、その相談を担っているボランティアも、直接介入できないことのもどかしさや、相談してきた子がその後どうなっているのかという不確かさを抱き続けている。

深刻な問題ほど身近な人には言えない、知らない相手だからこそ

話せることもある。匿名の相談から社会資源を伝え、問題解決につながることもある。そういう意味において匿名性の高い相談窓口も必要であることは間違いない。ただ、子どもたちが「安心して、相談できる相手」が生活の場に存在することはそれ以上に大切だと感じる。顔と顔の見える関係性で、話を聞いてくれる大人が存在するということは子どもの自殺対策で重要な要素であろう。

(3) スクールカウンセラーの現状

教職員の精神疾患による病気休暇取得が2021年に過去最悪の数字となった。教員は科目担当・部活・生活指導・進路指導・保護者面談などすでに多忙を極めており、この状況で子どもたちのメンタルヘルスマで担うのはかなり過重である。メンタルヘルス上課題のある子どもについては、すぐにSCにつなげられるよう、SCを常勤配置とするのがよい。

実際に、名古屋市ではすべての中学校に常勤のSCを配置しており、子どものカウンセリングだけでなく、子どもとのかかわり方について教員の相談を受けるなど、子どもを支える側のサポートも担っている。日常的に子どもたちの様子をSCが見ているため相談室だけではなく、普段の学校生活の中でも子どもの変化に気づき声掛けも可能となる。

子どもの話をじっくり聞いてくれるSCの常勤配置は子ども支援にも教員支援にも、さらには保護者支援にもなる。一刻も早い、SOSを受け止められる体制づくりが望まれる。

SCの配置は地域によって大きく異なり、名古屋市のように常勤の地域もあれば、1か月に1回程度しかSCが来校しない地域もある。また、SCの運用についても自治体によって異なる。

SCが身近にいることは、子どもの心理的安全の確保のために必須である。児童精神科やカウンセリングにつなげたい子どもでも「親

が精神科やカウンセリングに偏見がある」「医療費を捻出できない」「そもそも子どもの心に関心がない」「家庭の問題を隠したい」など、保護者側の理由で必要な支援につなげられない子どももいる。そんな子どもたちが学校に行ったら無料でSCからカウンセリングを受けられるというのは、大事な仕組みである。

一方で、筆者の知る限り、少なからずの自治体（あるいは学校）で、子どもがSCと面談をする際に、「保護者の同意」が必要となっている。「教師が『面談が必要』と思っても保護者の同意が得られなくてSCにつなげられなくて困る」、「子どもがカウンセリングを受けたくても、保護者が同意しないから面談できない」という事態が起きている。

SCの面談に「保護者の同意」が必要としているいくつかの教育委員会にその理由を尋ねたところ、主な理由は①授業中に面談をするため授業を欠席しないといけない、②SCは学校の教員ではなく外部のスタッフのため学校の責任上、保護者の同意を得ている、③保護者に無断で面談をすると保護者からクレームが来るなどの回答があった。子どもがSCの面談に保護者の同意は不要だと筆者は考える。理由は以下の2点である。

①リスクの高い保護者ほどSC面談を拒絶する可能性

虐待を受けている子や、家庭内に問題を抱えている子はカウンセリングを受ける緊急性が高いが、そのような状況にある保護者がSCの面談を許可するとは到底考えられない。保護者の同意がないと面談はできないとなると「家庭内に問題を抱えリスクの高い子どもほど救えない仕組み」になってしまう。

②子どもの権利としての心理的安全

学校で体調が悪い時は保健室を利用する。保護者の同意は不要である。それと同じく、子どもが不安な時やつらい時はSCと自由に話せるということは、子どもの心理的安全につながることである。子どもが自分の安全を守るための当然の権利なのである。子どもと保護者はそもそも別人格で、子どもを一人の人として尊重するならば「保護者の同意」は不要であろう。

困っている子どもを切り捨てることのないSOSの受け止め体制を整えることは、SOSの出し方を子どもに教えることより優先されるべきことであることは明らかだ。

(4) スクールソーシャルワーカー (SSW) の活用

SSWは社会福祉の専門的な知識、技術を活用し、問題を抱えた児童生徒を取り巻く環境に働きかけ、家庭、学校、地域関係機関をつなぎ、児童生徒の悩みや抱えている問題の解決に向けて支援する専門家です。自殺対策の中でも重要な役割を担う。

文部科学省「スクールソーシャルワーカー活用事業」においては、「いじめ、不登校、暴力行為、児童虐待など生徒指導上の課題に対応するため、教育分野に関する知識に加えて、社会福祉等の専門的な知識・技術を用いて、児童生徒の置かれた様々な環境に働き掛けて支援を行う、スクールソーシャルワーカーを配置し、教育相談体制を整備する。」という趣旨で都道府県・指定都市・中核市が行うこととなっている。自殺の要因は様々であり、単に子どもの心の問題だけではない。家庭・地域の問題に介入するためにもSSWの活用は必須だ。

ところが、実際は学校はSSWの役割を知らないことが多く、「どう使っていいかわからない」という質問をよく受ける。SSWの研修では「学校は不登校しかSSWにつないでこない」という不満の

声も聴かれる。

SSW をどのような場面で活用すべきか、学校に知ってもらえるような研修会は必要であろう。困難なケースについてはSSW を交えたケース会議を持つことで、社会的なアプローチが可能になる。

貧困や虐待、保護者の生きづらさなどSSW が社会福祉とのパイプ役になって解決につなげ、子どもの自殺を防止する一つの軸になることは確かである。

3 3次予防における学校の役割

筆者は児童生徒が自死した学校からの依頼を受け、危機介入を実践してきた。その際、学校側からは「遺された在校生をどのようにサポートしたらよいかのスーパーバイズが欲しい」という要望がほとんどであるが、まずは教職員のケアから行うようにしている。子どもが自死した時、教員は傷つき、グリーフの状態にある。しかし、教師という立場上「在校生を守ってあげなければ」という責任感から、自身のグリーフは軽視しがちである。

在校生の自死があった場合、SCにはまず、亡くなった子どもと関わりのあった教職員を集めて、率直な気持ちを吐露できる場を持ってほしい。場を設定する場合は、以下のような枠組みを設定し心理的安全を確保する。

- ①グリーフの反応は人それぞれ異なることを尊重する（こうあるべきだと批判したりアドバイスをしない）
- ②自分と他の人を比較しない
- ③犯人捜しをしない
- ④ここで話されたことは外に漏らさない

筆者がファシリテーターを務めた、教師たちのグリーフの共有の場では「まだ信じられない」「悲しくて何も手につかない」という想いや、「何が悪かったのか自分を責めている」といった自責の念も聞かれた。また「クラスの子たちのグリーフにどう向き合えばいいのか」など在校生のグリーフに対する対応の悩みも出てくる。その一つ一つを丁寧に聞き、受け止めた後に具体的に自分の心の手当の方法と在校生への対応について心理教育を行うようにしている。

教師自身、子どもの自死に深く傷つき、教師を続けることへの自信を失いアイデンティティにかかわる深い問題となる。教師のグリーフケアは、子どもの自死の際、非常に重要であると考ええる。しかし、子どもの自死が起きた時に、教師の心のケアはなおざりにされがちである。

「教師の役割は自死の後の学校運営を一刻も早く正常に戻すことだ。生徒の自死の後の教師へのグリーフケアには疑問を感じる」と、反論を受けたことがある。関わってきた子どもの自死に教師が心打ちのめされるのは、当然のグリーフであるし、まずは子どもを支える教師が心の手当を受け、レジリエンスを高めてこそ、学校運営も日常に戻っていく。学校運営は、教師という「もの」ではなく「人」、「こころ」で成り立っている。子どもが自死した時に、教師に対するグリーフケアが「当然のサポート」となることを願う。

4 子どもの自殺の原因

(1) 自殺の原因の調査分析

自殺対策を立案するにあたっては、何が原因で子どもたちが自殺しているのかを把握する必要がある。現在、子どもの自殺原因の約6割が「不明」である。半数以上の自殺の原因がよくわからないまままで、効果的な対策が練られているとは考えにくい。自殺の原因は

警察庁の自殺統計をもとに分析がなされているが、年齢が低ければ低いほど遺書を残す割合が低下することから、原因の分析も非常に困難な状況にある。

自殺の原因分析については、2022年10月「自殺等の事案について詳細な調査や分析をすすめ、自殺を防止する方策」が閣議決定された。さらに子どもに関してはこども家庭庁からこどもの自殺対策緊急強化プラン⁵が出されその中でも「こどもの自殺の要因分析」が挙げられている。その内容は「警察や消防、学校や教育委員会、地方自治体等が保有する自殺統計及びその関連資料を集約し、多角的な分析を行うための調査研究の実施（自殺統計原票、救急搬送に関するデータ、CDRによる 検証結果、学校の設置者等の協力を得て詳細調査の結果等も活用）」「学校等における児童生徒等の自殺又は自殺の疑いのある事案についての基本調査・詳細調査の実施」「国における調査状況の把握・公表」である。これまでも警察や学校・教育委員会は自殺についての調査を行っているが、加えて統計原票などを使い強化するというものである。

(2) 在校生の自殺が起きた場合

在校生の自殺が起きた場合、警察・病院・学校・教育委員会が協力しながら自殺の原因究明にあたる。遺書やメモの検索はもちろん、周囲からの事情聴取も行われる。聴取の中で傷つき体験をする子どもも少なくない。

筆者が3次予防で介入したA高校の事例を個人が特定されない範囲で記載する。問題点を考えてみたい。

A高校の在校生Bさんが自殺で亡くなった。学校の外での自殺であったため、学校もBさんの欠席の理由がよくわからないでいたと

5 こどもの自殺対策緊急強化プラン <https://www.cfa.go.jp/policies/kodomonojisatsutaisaku/>
(最終閲覧日：2024年2月26日)

ころ、警察から連絡が入り、学校はBさんの自殺を知らされた。さらに、「Bさんの友達数名に事情を聴きたい」ということで警察官数名が来校し、授業中であつたBさんの友人らを別室に連れ出し、事情聴取したという。その際、警察はBさんが自殺で死んだことを、聴取を受けた同級生らに告げている。

事情聴取を受けた子どもたちは突然の友人の死に当然のことながら混乱し、自分が警察から事情聴取を受けたことへのショックも重なり、その後、教室に戻れなくなったり、不登校になるなどのダメージを受けている。本件では、遺族の意向で「自殺」ということは全校生徒には伏せられており、事情聴取を受けた子どもたちは警察から口止めされている。一方、「授業中に警察から生徒が呼び出されて事情聴取をうけた」という話は瞬く間に学校内であらゆる形で「うわさ」として広がったが、事情聴取を受けた子どもたちは、口止めをされていたため周囲に説明することもできなかった。

この事例の事情聴取は間違いなく在校生たちの混乱を招くやり方であつた。そう筆者が考える2つの要点は以下である。

①事情聴取の緊急性の問題

Bさんの自殺に事件性はないにも関わらず、友人らは授業中に呼び出されている。事件性がなく任意聴取であることを考慮した時、授業を中断してまでもすべきことだったのかは大いに疑問である。結果、それを目の当たりにした生徒たちの間で様々な憶測を呼ぶこととなった。

②死の告知の問題

Bさんの欠席の理由を友人らは知らず、いきなり警察にBさんの死と自殺が告げられている。大切な人の死を告げる場合は十分な配慮がなされるべきである。事件性がない本件においては少なくとも、

学校の関係者（SCを交えて複数の教師）が事情聴取の前に死について伝えるべきであったと考える。

全く知らない大人、しかも警察官から親友の自殺をいきなり聞かされる子どもたちの心理的ショックは想像するに余りある。

もちろん、すべての自殺の原因の事情聴取がこのようなやりかたであると述べたいわけではない。しかし、現にこのようなことが起きてしまっていることについては問題意識を持ちたい。もし、「自殺の原因の追究の強化」の結果がこのような暴力的な事情聴取につながっているなら、改めるべきである。遺族や関係のあった人たちへの事情聴取は、遺族心理に配慮した丁寧なものであって欲しい。

おわりに

自殺予防教育はいまだ模索の途中にある。現在、自殺予防教育がどれくらい実施されているのか実態調査をし、実施できていない自治体には、教材提供や講師派遣などの手当が必要である。

また、「いじめはだめだ」「SOSを出そう」と子どもにだけ行動変容を求めるのではなく、大人が子どもたちを生きづらくさせていないか、再度、大人たちの振る舞いを振り返り、子どもたちの心理的安全が確保できるような社会にしていきたい。

自殺予防教育、子どものSOSの受け止め、自死が起きた後のケア、自殺対策のすべての段階において課題は沢山ある。家庭や学校だけに子どもの問題を押し付けるのではなく地域・社会全体で取り組んで行く必要がある。

また、教職員の精神疾患の病気休暇が過去最悪となっている今、教師を支える仕組みづくりは必須である。そのためにも、学校が地域の保健師・自治体・PTA・地域のNPOや大学などと連携をしていくことは大切なことである。

自殺対策に特効薬はない。自殺予防教育も効果が出るには時間がかかる。諦めることなく、小さなことでもいいからSOSを出してもらい目の前の問題から確実に解決し子どもの自殺を防ぎたい。

第4章

子どもの自殺予防

—学校を拠点とする取組みを中心に—

九州産業大学学術研究推進機構科研費特任研究員 窪田 由紀

はじめに

子どもの自殺予防は今日、わが国の最優先事項の一つである。本稿では、子どもの自殺予防について、子どもの自殺の実態を踏まえて、自殺対策基本法成立以来の国としての施策を確認しながら、学校を拠点とした取組みを中心に検討を加える。

1 児童生徒の自殺の実態について

(1) 児童生徒の自殺者数の推移

児童生徒の自殺者数は、2019年399名であったが、新型コロナウイルス感染防止のために約3ヶ月の休業措置が取られた2020年に前年から100名増えて499名となり、2021年には473名、2022年には過去最高の514名に及んだ。

(2) 児童生徒の自殺の背景

自殺の統計：各年の状況（内閣府・厚生労働省2022,2023）によれば、2021年、2022年の児童生徒の自殺の原因・動機は、全体では、学業不振、進路の悩み（入試以外）、病気の悩み（その他精神疾患）、学友との不和（いじめ以外）、病気の悩み（うつ病）、親子関係の不和、家族からのしつけ・叱責、入試に関する悩みの順となっている。

男子の場合は、学業不振、進路（入試以外）、家族からのしつけ・叱責、入試の悩み、病気の悩み（その他精神疾患）であるのに対して、女子の場合は、病気の悩み（その他精神疾患）、病気の悩み（うつ病）、学友との不和（いじめ以外）、学業不振、進路の悩み（入試以外）であった。男女で順位の違いは見られるが、児童生徒は、学校や家庭といった彼らの生活の場において、学業、友人関係、親子関係などについて悩みを抱え、募らせていっていることがうかがえ

る。子どもの日常生活全般についての丁寧な見守り・気づき・支援が必要であることや、特に女子で精神疾患が上位に位置づけられることから、心の健康に関する知識や対処スキルの育成が求められることがわかる。

2 子どもの自殺予防～これまでの国の取組み

(1) 自殺対策基本法制定後の文部科学省の取組み

わが国では2006年に自殺対策基本法が制定・施行されたが、それを受けて文部科学省は「児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会」を設置し、子どもの自殺対策への本格的な取組みを開始した。翌年には「子どもの自殺予防のための取組に向けて～第一次報告」が出され、「児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議」（以後協力者会議）と名称変更された会議体を中心に、教師（学校）を対象とした啓発資料の作成・配布『教師が知っておきたい子どもの自殺予防』（2009年）、『子どもの自殺が起きた時の緊急対応の手引き』（2010年）、子どもの自殺の実態把握のための体制整備（子供の自殺が起きた時の背景調査の指針、2011年発行、2014年改訂）がなされた。その後、子どもを直接対象とする自殺予防教育の必要性が検討され、2010年の米国視察から、2014年の『子供に伝えたい自殺予防—学校における自殺予防教育導入の手引き』の作成に繋がった。

これらの冊子については、全国の学校での活用が促されたほか、2010年以降は全国4カ所、2016年以降は10カ所でこれらの冊子を基にした「児童生徒の自殺予防に関する普及啓発協議会」が教育委員会関係者や教員対象に開催されている。

(2) 自殺対策基本法改正以後の動き

2016年に制定・施行された改正自殺対策基本法においては、第17条において学校における教育啓発に関する教職員への研修機会の提供と、児童生徒に対して、「かけがえのない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵養等に資する教育又は啓発」、「困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育又は啓発」その他当該学校に在籍する児童、生徒等の「心の健康の保持に係る教育又は啓発」の実施が努力義務として謳われた。

加えて、同法を受けて策定された自殺総合対策大綱の重点施策の一つには子ども・若者の自殺対策の更なる推進が提示され、具体的にははじめを苦しめた子どもの自殺の予防、学生・生徒への支援の充実のため、「SOSの出し方に関する教育」の実施が挙げられた。ちなみに、この「SOSの出し方に関する教育」は、法17条における「困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育又は啓発」に該当する。

(3) コロナ禍における子どもの自殺の実態と対策

ア コロナ禍における子どもの自殺の実態

その後も児童生徒の自殺者数は増加傾向にあったが、新型コロナウイルス感染拡大防止のために約3ヶ月におよぶ休業措置が取られた2020年には前年比100名増の499名に達した。

協力者会議の審議のまとめ（文部科学省2021）では、コロナ禍における児童生徒の自殺者数の大幅増の背景について、学校の休業や在宅勤務などによる家庭内の過密化や家庭の経済状況の悪化などによる家族関係の悪化、一斉休業による友人・教職員との日常的なコミュニケーション機会の喪失や学校行事の縮小・中止などによる

達成感の獲得機会や自分を支える居場所の喪失を挙げ、結果として専門的対応を要する児童生徒が増加したと分析している。

イ コロナ禍における子どもの自殺予防のために必要な施策

審議のまとめにおいては、コロナ禍における子どもの自殺予防のために必要な施策として、すべての児童生徒を対象とする心の健康の保持増進に係る教育及び啓発の推進、ハイリスクな児童生徒の早期発見・対応へ向けたICTの活用、自殺予防のあらゆる段階における関係機関等の連携体制の構築の3点が提示された。

(4) こどもの自殺対策緊急強化プラン

一方、子どもの貧困、児童虐待、障害、重大ないじめなど子どもに関する様々な課題に総合的に対応するため、各府省庁に分かれているこども政策に関する総合調整権限を一本化する司令塔として、2023年4月にこども家庭庁が創設された。

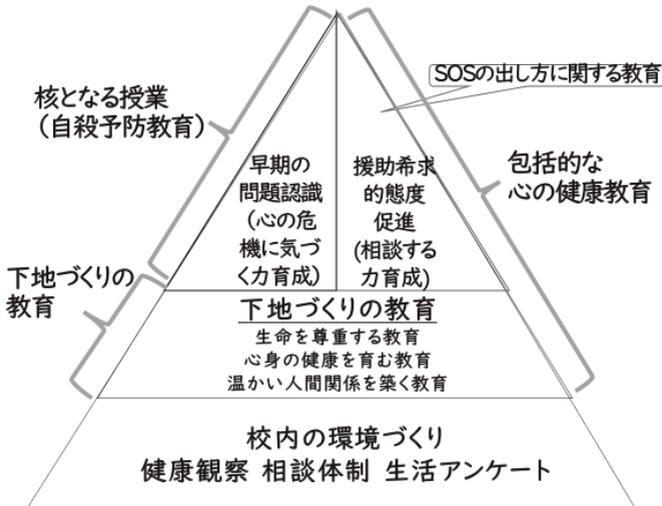
さらには、児童生徒の自殺の深刻な実態を受けて、子ども家庭庁を主管とする「こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議」が設置され、関係者からのヒアリングを含む数回の議論を経て6月2日に「こどもの自殺対策緊急強化プラン」がとりまとめられた。筆者も協力者会議の主査としてヒアリングに応じ、審議のまとめ（文部科学省2021）にある施策の実現に向けての条件整備を中心に発言した。「こどもの自殺対策緊急強化プラン」には、取り組むべき施策として7点が掲げられた（こども家庭庁2023）。このうち、文部科学省、学校との関連が深いものとしては、（1）こどもの自殺の要因分析、（2）自殺予防に関する教育や普及啓発等、（3）自殺リスクの早期発見が示された。

3 学校における自殺予防

(1) 学校における自殺予防の3段階

高橋（1999）は学校における自殺予防について、すべての児童生徒を対象にした自殺予防教育などの未然防止（Prevention）、リスクの高い児童生徒の命を守るための危機対応（Intervention）、および、児童生徒の自殺が起きた際の事後対応（Postvention）の3段階を挙げている。身近な人の自殺は最悪の場合、後追い自殺につながりかねないため、周囲の人々への事後の心のケアも次なる自殺を防ぐという意味で予防に位置づけられる。

図表 4-1 自殺予防教育の全体像



(2) 自殺予防教育の全体像

図表 4-1 は文部科学省（2014）を基にした自殺予防教育の全体像である。児童生徒対象の自殺予防教育の構成要素は、自分自身や友

人の危機に気づき、危機に陥った際に援助を求めることや友人の危機に遭遇した場合に信頼できる大人に繋ぐこと（援助希求的態度の育成）である。

自殺総合対策大綱でSOSの出し方に関する教育と言われるのは、核となる授業の援助希求に関する部分である。これらを行う前提としては命の大切さの理解、友だち同士や周囲の大人への信頼感が欠かせない。そのような意味で文部科学省（2014）においては核となる授業の前に、子どもの実態に合わせて下地作りの教育として、生命を尊重する教育、心身の健康を育む教育、温かい人間関係を築く教育などを行うよう求めている。これらは既に学校現場で取り組まれてきている内容であり、これらの教育活動の延長線上に自殺予防教育を位置づけることで、学校現場で比較的無理なく取り組むことができる。これらは、改正自殺対策基本法第17条3項に掲げられている教育・啓発の内容に該当し、自殺に限らず、いじめ、不登校、暴力行為など生徒の学校不適応の予防にも資するものということができる。

(3) 学校を拠点に自殺予防教育を行うことの意義（窪田、2024）

ア すべての児童生徒にメッセージを届ける必要性

前節で述べたように、今日、子どもの自殺予防はわが国の最優先事項の一つである。効果的に実施されるためには、当然ながら学校教育の枠を超えた医療・保健・福祉等の連携・協働が欠かせないが、学校を拠点として行うことの意義について改めて確認したい。

いうまでもないが、日本全国は小学校区・中学校区で網羅されている。従って、学校教育を通すことで、ほぼすべての、大半は健康な児童生徒にメッセージを届けることが可能となる¹。その効果と

1 2022年の文部科学省の学校基本調査によれば、小学生の98.0%、中学生の91.4%が公立学校に在籍している。なお、文部科学省の通知は、私立学校、公立学校にも発せられている。

して、学齢期のみならず、その後の人生で種々の危機に遭遇した際に適切に対処する力を育成するという「生涯を通じてのメンタルヘルスの基礎作り」が期待される。

また、すべての子どもを対象にメッセージを届けることで、友人の危機に気づいて必要な援助に繋ぐ「ゲートキーパー」を養成する意味も大きい。友人の危機に気づいたり、相談を受けたりするのは圧倒的に子どもが多いが、死をほのめかすような深刻な相談を受けた場合、相談を受けた子どもは大きな悩みを抱える。そのような対処方法を伝えることも、自殺予防教育の重要な要素である。

一方、大半の子どもたちは自殺とは縁遠いと考えられているものの、誰にも相談しない若者が19.9%（内閣府2019）というように、多くの子どもたちが潜在的にリスクを抱えていることを示すデータもある。そのような意味からも学校を拠点にすべての児童生徒にアプローチすることは重要である。

イ 教育活動のあらゆる場面での自殺予防の可能性

自殺予防教育の目標であるところの危機のサインや危機に陥った際の自分や友人へのかかわり方を学ぶ機会は、特設の時間を用いた自殺予防教育のほか、教科教育や特別活動など学校における教育活動のあらゆる場面で提供することが可能である。特に、保健体育、公民、倫理、現代社会、家庭科といった教科のなかでは、関連したテーマがさまざまに取り扱われている。

また、文学作品や歴史上の人物に関する学習において自殺について考えることもできる。生徒会活動や行事などを通して、自分の良さに気付いたり仲間との信頼関係を深めたりすることは、困難に直面した際の援助要請を促進することに繋がる。

このように、学校においては教師が自殺予防の視点を持つことで、さまざまな活動を生かすことができる。

ウ 地域の拠点としての学校

学校は、地域コミュニティの拠点としての機能も持っている（窪田 2024）。地域住民の学習活動や交流の場である地域公民館は校区単位で設置されている場合がほとんどであり、地域福祉の拠点である社会福祉協議会の最小単位は校区社会福祉協議会であり、地域で暮らすあらゆる住民の福祉の向上を担っている。災害発生時の一次避難所として小中学校が指定されている場合も多いし、地域の運動会などの行事は学校を会場として開催されるのが通例である。直接的に学校と地域の交流機会も設けられている。

このように学校は学齢期の子どもやその家族に限らず、地域に暮らす多様な人々が集う場ともなる。自殺予防教育においては、児童生徒に自身や友人の危機に際して一人で抱えず、信頼できる大人に繋ぐことを大切なメッセージとして伝えようとしている。さまざまな形で地域の大人が学校に集うことは、児童生徒に保護者や教師以外の信頼できる大人に出会う機会を広げることにもなる。

4 学校における自殺予防の実際

(1) 学校における自殺予防の実施状況

学校における自殺予防の実施状況について、文部科学省の調査（文部科学省 2022）から確認する。

ア 自殺予防教育（SOS の出し方に関する教育含む）

自殺予防教育（SOS の出し方に関する教育含む）への取組み状況について、同調査での都道府県政令市教育委員会からの回答によれば、「教育委員会として各学校に実施を推奨している」が 60.7%、「教育委員会として各学校に実施を義務づけている」が 27.9%、「教育委員会として独自のプログラム・教材等を作成している」が 26.2%、「学校の裁量の範囲で実施されている」が 21.3% となっ

おり、まだ広く実施されているとは言い難い実情であった。また、自殺予防教育へのスクールカウンセラー（以後 SC）の活用については、教職員研修が 65.6%、教師とチームティーチングで授業実施 47.5%、授業の実施方法に関する助言 37.7%の順で、SC が比較的多く活用されていた。

イ 児童生徒の自殺を含む、災害、事件・事故後の対応

また、児童生徒の自殺を含む、災害、事件・事故後の対応に関する教育委員会の回答では、「緊急に SC（当該校 SC 以外）を追加配置」が 65.6%、「当該校 SC の勤務日・勤務時間増で対応」が 55.7%、「教育委員会から直接 SC（当該校 SC 以外）に依頼し、配置」、「SV²を当該校に派遣（配置）」がいずれも 50.8%となっていた。自殺に限ったことではないが、SC を活用した特別の対応が半数以上で実施されていることがうかがえる。

(2) 学校における自殺予防教育の組織的展開～北九州市の事例

すべての子どもたちに自殺予防教育を届けるには、地域の精神保健福祉行政、教育行政と心理職能団体が一体となった組織的な取組みが求められる。本項では、北九州市における自殺予防教育の学校現場への導入・定着過程を示す。詳細については、長崎・鎌谷（2024）を参照いただきたい。

ア 北九州市の自殺対策

北九州市においても、他自治体同様、2007 年の自殺総合対策大綱を受けて、2008 年に北九州市自殺対策連絡会議（以後連絡会議）が設置された。この会議体のメンバーとして以前から精神保健福祉センターとそれぞれ連携関係にあった市教育委員会と臨床心理士会

2 スクールカウンセラースーパーバイザー。都道府県政令市教育委員会の 74.5%で配置されており、SC への指導・助言、緊急事態への支援、研修会講師、SC 制度全体への助言等で活用されている。

が加わり、三者が一同に会して議論する素地が整った。

イ 地域自殺対策緊急強化基金を活用しての教材開発

市の自殺対策の中心である精神保健福祉センターにおいて、2009年に設置された地域自殺対策緊急強化基金の用途が議論される中で、当時取組みが殆どなかった子どもを対象とする施策が提案され、臨床心理士会メンバーとの協議を経て、児童生徒対象の自殺予防教育の教材開発を行うことになった。精神保健福祉センターの担当者と市のSCでもある臨床心理士数名で検討を重ね、教職員の意見も聞きながら児童生徒対象の自殺予防教育の教材とするリーフレットと教員向けの解説書が作成された。教材は、生涯を通してのメンタルヘルスの基礎作りという視点に基づき、児童生徒にわかりやすい表現で心の危機への気づきと対処方法としての援助要請・相談行動を促す、地域の相談機関等の情報を提示するという内容になっており、イラストレーターに依頼してやわらかな色調に親しみやすいイラストを配してもらった。数回の改訂を経た最新のリーフレットは以下に掲載されている (<https://www.ktq-kokoro.jp/download>)。

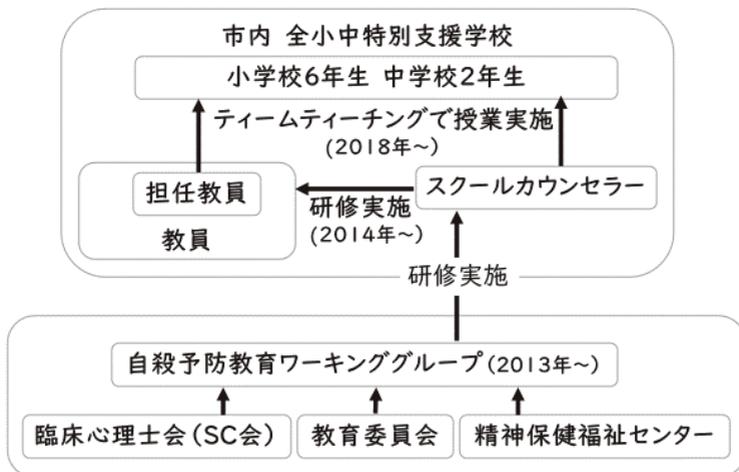
ウ 人材育成と体制づくり

翌2010年から、管理職、生徒指導主事、保健主事、養護教諭、SC等を対象にした研修が重ねられた。リーフレットは、直ちに児童生徒に配布するのではなくまず研修時に提示された。講師は作成に関わったSCが務め、教育委員会主催の定例の研修の中で時間を確保し、講師料は地域自殺対策緊急強化基金から支払われるなど、三者協働だからこそその枠組みを用いて継続されていった。

2011年からは作成に関わったSCグループでリーフレットを活用した授業プログラムを開発し、市のSC対象の研修や教職員研修において模擬授業を行い、それを受けたSCや教職員の一部の間で徐々に授業実施が広がっていった。並行して、県臨床心理士会主催のSC対象研修会では、SCが配置校の教員対象の研修講師を務めるこ

とができるための研修が重ねられた。2013年には、授業実施に早くから関わってきた教員、精神保健福祉センター担当者、SC数名から成る自殺予防教育ワーキンググループが設置され、同グループがSCによる教員研修のコンテンツを作成し、標準的な授業プログラムと併せて、SC研修会でそれを基にした研修を行うことで、1年目のSCでも配置校での教員研修、担任教員とのチームティーチングで授業を行う体制が整備されていった。なお、SCによる各学校での教員研修（2014年度から）担任とチームティーチングでの小学校6年生、中学校2年生全学級での授業（2018年度から）は教育委員会から各学校に実施が義務付けられている。

図表 4-2 北九州市における自殺予防教育の実施体制



学校における自殺予防教育は市の総合的な自殺対策の一つとして明確に位置付けられており、毎年各学校に必要な数のリーフレットが届けられるよう必要な予算や実務を行う人員が確保されている。

取組み開始から10年以上を経て、各機関の担当者が交代になる中で種々の活動の持続可能性を担保するため、自殺予防教育ワーキ

ンググループとは別に2022年から三者で自殺予防教育に関する連絡会議が開催されている。

5 学校における自殺予防を進めるために

北九州市を始め取組みが進んでいる自治体があるとは言え、全体で見れば、まだまだすべての子どもたちにメッセージが届いているとは言えない現状にある（文部科学省2022）。本節では、学校における自殺予防の更なる推進に向けての条件整備について述べる。

(1) 心の健康教育の体系化と教育課程上の位置づけ

自殺予防教育の全体像を示す図表4-1に下地作りの教育として挙げられている生命尊重、温かい人間関係作り、心身の健康を育む教育は、自殺に限らず、いじめ、不登校、暴力行為などの学校不適応の予防・改善にも共通する内容であり、また、保健、道徳や特別活動などの教育活動において取り扱われている内容でもある。種々の具体的な問題の理解や対処方法の獲得を含む包括的な心の健康教育として、その構成要素が既存の教育課程との関連で体系化されると共に、小学校から高校における発達段階に応じた継続的・恒常的な提供が保障されるためには「心の健康教育」として教育課程上に位置づけられる必要がある。

(2) マンパワーの確保

自殺予防教育を進める上で必要と思われることについての教育委員会の回答では、「教職員の研修機会」が86.9%で最も多く、「標準的なプログラム・教材等の提供」が77.0%、「SCの資質向上」が67.2%、「SCの配置時間増」が63.9%、「授業時間の確保（教育課程上の明確な位置づけ）」が55.7%であった（文部科学省、2022）。

SCの活用として教職員研修が65.6%やチームティーチングとしての授業実施47.5%と高いことから、SCの配置時間増が欠かせないことがわかる。加えて、地域の学校全体での実施を保障するためには、北九州市の例のように、教育委員会と心理職能団体の連携協働の上で、自殺予防教育をSC業務の中に明確に位置付け、資質向上も含めて取り組む体制が必要である。

また、ハイリスク児童生徒への対応を含めて自殺予防のあらゆる段階で必要な連携・協働の促進に向けては、教育相談コーディネータ、スクールソーシャルワーカーなど学校内外の連携の担い手が適切に配置されることが求められる。

6 むすびに代えて

学校を拠点とした自殺予防教育は、現在の児童生徒に限らず、生涯を通じたメンタルヘルスの基礎として将来の大人に対しても、また、子どもに関わる校内外のさまざまな大人に対しても、「誰にでもこころが苦しいときがある」「苦しいときには終わりがある」「誰かに相談できる力を持つ」というメッセージが届き、相互に支えあうコミュニティ作りに寄与することも期待される。

参考資料

こども家庭庁（2023）「こどもの自殺対策緊急強化プラン」
厚生労働省「自殺の統計：各年の状況」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsu_year.html（最終閲覧日：2023年11月12日）

- 窪田由紀 (2024) 「学校を拠点とする自殺予防教育の意義」 窪田由紀・シャルマ直美編著 『学校における自殺予防教育のすすめ方 改訂版』 遠見書房、第3章 印刷中
- 文部科学省 (2009) 「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」
- 文部科学省 (2010) 「子どもの自殺が起きたときの緊急対応の手引き」
- 文部科学省 (2014) 「子供に伝えたい自殺予防」
- 文部科学省 (2014) 「子供の自殺が起きたときの背景調査の指針 (改訂版)」
- 文部科学省 (2021) 「令和3年度 児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議 審議のまとめ」
- 文部科学省 (2022) 文部科学省令和3年度いじめ対策・不登校支援等推進事業報告書 「スクールカウンセラー及びスクールソーシャルワーカーの常勤化に向けた調査研究」
- 長崎明子・鎌谷友子 (2024) 「学校現場への自殺予防教育の導入・定着過程」 窪田由紀・シャルマ直美編著 『学校における自殺予防教育のすすめ方 改訂版』 遠見書房、第5章 印刷中
- 内閣府 (2017) 「自殺総合対策大綱」
- 内閣府 (2019) 「我が国と諸外国の若者の意識に関する調査 (平成30年度)」
- <https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/ishiki/h30/pdf-index.html>
(最終閲覧日: 2023年11月12日)
- 高橋祥友 (1999) 『青少年のための自殺予防マニュアル』 金剛出版

第5章

自治体における自殺対策の取組み

—久慈市・東松島市・座間市・京丹後市の事例から—

日本都市センター研究員 佐々木 伸

はじめに

地域の自殺対策の推進においては、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後、または自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた施策等を包括的・総合的に行うことを理念として法律・大綱がつくられ推進されている。

しかし、自殺対策に関する市町村の取組みには温度差があり、地域によって自殺対策に関する支援を受けられる人とそうでない人の格差が生じている。また、不安や悩みを抱える人は経済、雇用、暮らし及び健康問題等様々な問題を抱え、必要とされる支援内容は多岐にわたるが、地域の実情により地域資源が異なり、それぞれの地域のニーズに応じた支援策が求められる。さらには、行政機関や民間団体等が連携し、包括的な支援を行うことが求められるが、その連携状況は決して十分とはいえない。

そこで本研究会では、優れた取組みを実施している自治体がどのように地域における関係者との連携体制を構築し、地域のニーズに合わせた取組みを実施しているか、またどのような課題が存在するのかを把握するため、岩手県久慈市、宮城県東松島市、神奈川県座間市、京都府京丹後市にご協力いただき、各自治体の自殺対策推進体制や施策等を含めた取組み事例について聞き取りを行った¹。

(1) 各自治体の体制及び取組み一覧

図表 5-1 は、各自治体における自殺対策を担う部署の体制や庁内、庁外との連携体制をまとめたものである²。

- 1 本報告書の記述は各市へのヒアリング及び各市ホームページ掲載資料等を基に筆者が解釈、構成、執筆したものであり、各市の公式見解について報告するものではない。本章の記述に関する責任は、その解釈や誤りを含め、すべて筆者にある。
- 2 詳細は各市の事例紹介部分を参照されたい。なお、各市では本章で取り上げていない取組みも実施している。

図表 5-1 各自治体の組織体制や連携体制

		久慈市	東松島市	座間市	京丹後市
人口		33,043	39,098	132,325	50,860
（住居の 地）統計	自殺者数	16	7	24	12
	自殺死亡率	47.98	17.81	18.22	22.71
（自殺の 見）統計	自殺者数	16	9	28	14
	自殺死亡率	47.98	22.9	21.26	26.49
地域自殺対策計画 および条例		いのち支える久 慈市自殺対策計 画(2019～2023 年度)	東松島市自死対 策計画(2019～ 2023年度) ※東松島市健康 21計画に統合	座間市自殺対策 計画 (2019～2023年 度)	京丹後市自殺の ないまちづくり行 動計画 (2019～2023年 度) 市民総幸福のま ちづくり推進条例 (2015年度)
所在する保健福祉 事務所(管轄区域 の自治体)		久慈保健所(1市 1町2村)	石巻保健所(2市 1町)	厚木保健福祉事 務所(3市1町1 村)	丹後保健所(2市 2町)
組織 体制	自殺対策 所管部署	保健推進課	健康推進課	地域福祉課	健康推進課
	担当事業	精神保健事業 (自殺対策事業 含む)、成人保健 事業、高齢者の 保健事業と介護 予防の一体的事 業、歯科保健事 業、健康づくり推 進事業、食育推 進事業等	健康づくり推進事 業、特定健診・特 定保健指導事業、 成人保健事業、高 齢者の保健事業と 介護予防の一体 的実施事業、自死 対策事業、精神保 健事業、障害者虐 待防止事業等	生活困窮者自立 支援事業、自殺 対策事業、地域 保健福祉サービ ス事業、地域福 祉計画推進事 業、その他地域 共生社会に関す ること(住まい支 援、孤独・孤立対 策等)	自殺対策事業 健康増進事業、 健康づくり事業、 食育推進事業、 介護予防事業、 高齢者の保健事 業と介護予防の 一体化事業、研 究協力

		久慈市	東松島市	座間市	京丹後市
組織体制	人員	保健推進課【課長1名、課員9名、会計年度任用職員4名】 うち保健係【係員5名、会計年度任用職員2名】	健康推進課【課長1名、課長補佐1名、課員16名、会計年度任用職員11名】 うち健康支援係【係員6名、会計年度任用職員2名】	地域福祉課【課長1名、課員15名、会計年度任用職員7名】うち地域福祉係【係員4名、会計年度任用職員1名】、自立サポート係【係員3名、会計年度職員5名】	健康推進課【課長1名、課員21名、会計年度任用職員7名】 うち保健係【係員7名、会計年度任用職員4名】
	自殺対策に従事する専門職職員	保健師4名	保健師5名 精神保健福祉士1名 看護師2名(会計年度任用職員)	社会福祉士2名(自立サポート係)	保健師8名 管理栄養士2名 ※会計年度任用職員含む
	人材育成・専門性確保	・一般市民向けゲートキーパー研修 ・職員向けゲートキーパー研修 ・地域の関係機関・団体向けゲートキーパー研修 ・岩手県や久慈保健所主催の研修会などへの参加推奨 そのほか、岩手医科大学・岩手県こころのケアセンターの支援・指導により、各種分野で人材育成をしている。	・職員向けゲートキーパー研修 ・障害者相談支援事業所と地域包括支援センターとの勉強会	・職員向けゲートキーパー研修	・新規採用職員向けゲートキーパー研修 ・ゲートキーパー研修初級講座 ・ゲートキーパー研修中級講座 ・職員向けゲートキーパー研修 ・ゲートキーパーフォローアップ研修 ・癒しのカフェ通仙亭運営委員会の設置及び支援
	課題等	・年々新たな法制度の施行・改正により業務量が増大傾向であり、保健師の専門性とそれに関わるスキルの維持・向上が求められている。	・慢性的な人員不足 ・専門職の募集を行っても応募がない ・業務量の増大	・地域保健との連携	・専門職(保健師)の人員不足

		久慈市	東松島市	座間市	京丹後市
連携体制	庁内連携	<ul style="list-style-type: none"> ・いのちを支える自殺対策推進本部 ・いのちを支える自殺対策推進本部実務者会議 ・お金とこころの安心支援ネットワーク ・社会福祉課、子育て世代包括支援センター、地域包括支援センターに保健師を配置し常に連携を図っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自死対策連絡会 ・自死対策計画進捗確認シートに各課実施の事業を入力してもらい可視化している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・包括的支援体制構築ワーキングチーム ・座間市自殺対策庁内連絡会 ・「つなぐシート」の運用 	<ul style="list-style-type: none"> ・京丹後市自殺ゼロ推進連絡会議
	庁外連携	<ul style="list-style-type: none"> ・久慈市自殺対策推進ネットワーク連絡会 ・久慈地域市町村等こころのケア担当者連絡会 ・久慈地域メンタルヘルス・サポートネットワーク連絡会 ・管内の保健所、市町村、医療機関、岩手医科大学による市町村連絡会 	<ul style="list-style-type: none"> ・自死対策地域連絡協議会 	<ul style="list-style-type: none"> ・座間市自殺対策連絡協議会 ・支援調整会議(生活困窮者自立支援制度)困窮者支援の団体が集り、支援方法や体制整備について議論 	<ul style="list-style-type: none"> ・京丹後市自殺ゼロ実現推進協議会 ・京都府相談支援ネットワーク ・いのちささえる真心あふれる社会づくり市区町村連絡協議会 ・NPO法人自殺対策支援センターライフリンクと「自殺対策SNS等相談事業における『連携自治体事業』の協定を締結 ・みんなで支えあう丹後こころの支援ネットワーク
	自殺対策推進における課題	<ul style="list-style-type: none"> ・保健師以外の専門職の配置・確保(地方交付税による予算措置)の検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・働き世代への啓発 ・医療機関との連携 ・支援者のメンタルヘルスケア 	<ul style="list-style-type: none"> ・8050問題や社会的孤立等、市民の生活課題は複雑化、多様化し、これまでのような分野ごとの相談支援体制だけでは解決が困難である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・市内に精神科の常勤医師がいない等、医療体制が不安定 ・支援者のメンタルヘルスケア ・必要な施策や事業が必ず予算化できるような国の経済的な支援の継続を求める。

(出典：各市へのヒアリング、令和2年国勢調査、2022年自殺の統計：地域における自殺の基礎資料(厚生労働省)、を基に筆者作成)

1 久慈市 —久慈モデル—

(1) 久慈市の概要

久慈市は、岩手県北東部の沿岸に位置し、東側は太平洋に面した海岸段丘が連なり、西側は遠島山等標高 1,000m 以上の山嶺を有する北上高地の北端部にあたる。また、東流する久慈川・長内川等の河川が北上高地を開析し、急峻な溪谷を形成しながら太平洋に注いでいる。海岸のつりがね洞や北限の海女、西部には白樺やレンゲツツジが群生する県立自然公園といった自然環境に恵まれた地域である。また、2013 年に放送された NHK の連続テレビドラマ「あまちゃん」の舞台としても有名で、2023 年 4 月からドラマの再放送が行われブームの再燃を市民は感じているという。

(2) 久慈市の組織体制

久慈市の自殺対策は生活福祉部保健推進課保健係が担当している。2023 年 9 月時点では係員 5 名、会計年度任用職員 2 名の体制となっており、うち 4 名は保健師である。

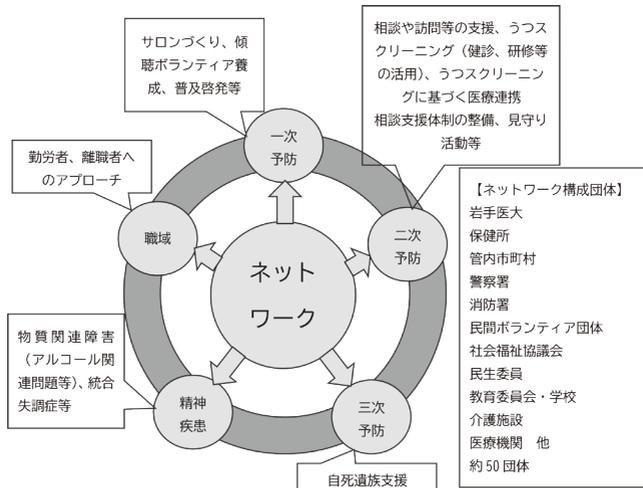
(3) 久慈モデルについて

久慈市の自殺対策は久慈管内で自殺率が高いことが関係者に認識され、2001 年の自死遺族訪問から始まる。自殺対策開始前は職員の自殺への偏見や知識不足、マンパワー不足、対策を掲げることが地域にとって良いことなのかという不安があったという。

対策開始前から関与していた岩手医科大学が中心となり、久慈地域を対象として自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による

大規模な地域介入研究（NOCOMIT-J）が行われた³。この研究では久慈地域で医療と行政との連携による自殺予防活動が行われ、地域介入の前後に実施した地域住民・医療従事者を対象とした意識調査を相互に比較することで介入活動の効果が明らかにされた。また、この研究は地域住民、医療機関、行政とのネットワークの確立に大きく寄与した。その後、自殺対策のための戦略研究（J-MISP）「複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究（NOCOMIT-J）」における介入地区として、包括的な自殺対策を展開し、世界的な地域介入のエビデンス創成に協力した。これらの取組みをもとに、後述する複合的自殺予防対策プログラムを骨子とした「地域自殺対策戦略介入プログラム久慈モデル」（以下、久慈モデル）（図表 5-2）の構築につながった。

図表 5-2 久慈モデルの概念図



（出典：久慈市資料を基に筆者作成）

3 詳細は、「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究」 厚生労働科学研究成果データベース <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/9942>（最終閲覧日：2023年9月29日）を参照。

ここでは、久慈市の自殺対策の取組みの骨子である「久慈モデル」について詳述する。

「久慈モデル」はNOCOMIT-J研究を基盤として限られた社会資源のもとで、人づくり、人と人とのつながりにより効果的な自殺対策の推進に繋げていく取組みである。その具体的な内容は、①6つの骨子（ネットワーク、一次・二次・三次予防、精神疾患、職域への支援）に基づく対策、②既存の事業と新規の事業（ネットワークと人材養成）による事業構成、③様々な人、組織、場を活用した地域づくりの視点に基づく対策、④地域診断を反映し、時間軸に沿った活動計画と計画修正により構成されている⁴。

久慈地域の自殺対策では、岩手医科大学が全体的なコーディネートを行い、様々な自殺対策の方法論を開発し、事業を評価していく役割を担っている。また、久慈保健所では関係機関および実務者のネットワーク活動を主催し、様々な人材養成事業を積極的に行ってきた。保健所管内の市町村においては、市町村の実務者ネットワーク、庁内ネットワークを構築し、地域の保健福祉事業のみならず関連事業の連携を通して、住民に対する実質的支援を実践してきた。

久慈モデルにおいて根幹ともいえるネットワークの部分で大きな役割を果たしているのが、民間ボランティア団体である。久慈市は「支える人は地域の宝」という考えのもと、岩手医科大や久慈地域こころのケアセンターの協力を受け、地域のボランティアの育成、ボランティアによる地域精神保健事業への協力やインフォーマルな支援の創成を通し、住民同士の啓発運動等、地域力の育成・協働の方策を充実させ、市民一人ひとりが対策に取組み、市民一人ひとりに支援が届くよう地域参加型の支援を目指している。こうした地域

4 詳細は厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター、「久慈地域における自殺対策の取組（久慈モデル）」自殺対策先進事例データベース <https://jireidb.jscp.or.jp/>（最終閲覧日：2023年10月19日）を参照。

活動には、保健事業にこれまでも協力してきた保健推進委員や民生児童委員、食生活改善推進員に加えて、サロン活動を行っているNPO法人「サロンたぐきり」や傾聴ボランティア「こころ」、相談業務のボランティア団体「ここからの会」（2015年に「サロンたぐきり」に統合）、久慈保健所養成による傾聴ボランティアなど関連の団体が積極的に加わっている。こうした団体への久慈市からの事業委託を通して久慈地域でのハードルが低い住民の身近な活動が強化された。

久慈市のネットワークにおいても一つ欠かせないものが専門家の存在である。久慈管内での対策の活動当初から地域介入研究で久慈地域に入った大塚耕太郎（岩手医科大学医学部神経精神科学講座教授）や赤平美津子（岩手医科大学医学部災害・地域医学講座特命助教）らは、精神科医療機関や医師会など医療機関や保健所等と連携し、実務者のネットワーク会議を毎月開催することに世話人として協力したり、健康づくりとして地区単位の住民への健康教育など様々な事業の創成に取り組んだり、医療従事者や行政職員、関連領域実務者のボランティアの育成、様々な領域でのゲートキーパー養成の研修会を実施する等、久慈モデルの包括的なネットワークと対策の基盤を作りあげた。

こうした民間ボランティアによるインフォーマルな支援の拡大や信頼できる専門家のサポートがあり、今日の久慈モデルが展開できている。

久慈モデルは岩手県精神保健福祉センターと岩手医科大学によりモデルとして地域への導入を図り、当初の2006年は県内5市町村のみの実施であったが、2017年以降はすべての広域医療圏（保健所）、ほぼすべての県内市町村（31町村）において実施されている。久慈モデル導入から、久慈保健所管内の自殺者数は最大期から3分の1に減少、県内の自殺者数は最大期から50%以上減少する等、

自殺多発地域での久慈モデルによる包括的な自殺対策の効果が着実に表れていることがうかがえる。

(4) まとめ

久慈市は専門家の支援のもと、育成されたボランティア団体や地域住民への継続的な支援・教育により構築された関係機関および実務者ネットワークを中心に地域全体で自殺対策の推進が図られている。

事業を継続して進めていくためには地域住民の主体的な参加とその道の専門家からのアドバイスが重要である。特に自殺対策は先進事例が少ない中で取組みを進める必要があることから、相談できる専門家の存在は大きい。久慈市においては岩手医科大学の専門家の存在が大きく、地域における専門人材の活用の先駆的な例として参考になる。

自殺対策においては精神医療だけでなく地域における一般医療、地域精神保健、行政や社会学的領域等様々な領域が連携して多角的かつ包括的な対策を行うことが重要である。

実際に全県的な自殺死亡率の低下がみられるのは、実証的な取組みをもとにした久慈モデルの社会実装の成果とも考えられる。自殺対策は幅広い政策分野に及ぶ対策であり、住民及び関係機関がともに行う地域づくりとして未来の地域のために市全体で取り組むことが重要である。

2 東松島市 —被災地における自殺対策—

(1) 東松島市の概要

東松島市は宮城県東部に位置し、東北の中心都市、仙台市から北東に約 30km の距離にあり、南側は太平洋に面している。東松島市

は仙台市と石巻市の中間に位置しており、サラリーマンのベッドタウンとして世帯数を増やしている。

地域の南部には風光明媚な日本三景「特別名勝松島」を有し、海、山、川の自然が揃い、素晴らしい自然景観をなしている。主な産業は、米、ネギ、イチゴ等の農業と、海苔、牡蠣の養殖産業で、海苔は皇室献上品にも選ばれている。

(2) 東松島市の組織体制

東松島市の自死対策⁵は保健福祉部健康推進課健康支援係が担当している。2023年9月時点では係員6名、会計年度任用職員2名の体制となっており、うち5名は保健師、1名は精神保健福祉士(PSW)、2名は看護師(会計年度任用職員)である。2016年の機構改革で健康づくり事業と母子保健事業に加え、精神保健・自死対策を健康推進課が担うこととなり、健康支援係は健康づくり事業と精神保健・自死対策事業を担当している。

(3) 東松島市の取組み

東松島市は2006年に自殺者数が21人、自殺死亡率が48.0となったことを契機に自死対策の取組みを開始した。東日本大震災前から自殺死亡率が高く、震災後の心のケアとしても自死対策の取組みが重要視された。

自死対策開始当初はうつ病対策が重点課題とされ、うつ病の理解と自死のサインへの対応や自身のメンタルヘルスについての研修等を中心に啓発を実施した。現在はメンタルヘルス対策と助けを求めることができる環境づくりとして、若い世代に向けたパンフレット

5 宮城県で2014年1月、遺族からの訴えに配慮し、公文書などで原則として自殺を「自死」に言い換えることとしたことから東松島市も2017年7月末に市の要綱を「自死」に変更している。

配布や SNS、メール配信などの実施や SOS の出し方に関する普及啓発を実施している。また、障害者相談支援事業所や地域包括支援センター等と事例検討や勉強会を実施し、相談支援体制の強化を図っている。

ここでは、東日本大震災時の自死対策の状況と震災の経験から始めた自死対策の取組みとして「多職種によるチームケア」と「専門職職員の配置」について詳述する。

ア 東日本大震災時の自死対策について

2011 年 3 月 11 日に発生した東北地方太平洋沖地震は津波・火災等により東北地方を中心に 12 都道府県で 2 万 2,318 人の死者・行方不明者（震災関連死を含む）⁶を記録した。東松島市における震災の人的被害は死者 1,110 人（震災関連死 66 人を含む）、行方不明者 23 人にのぼった⁷。

これ以上震災による犠牲者を出したくない、せつかく生き残った命だから生きていて欲しいという思いから、東松島市ではこころのケア活動に着手した。

震災後当初の自死対策の取組みとして医療中心の個別ケアを主としたハイリスクアプローチから行った。その具体的な内容は、避難所を医療従事者とチームを組んで訪問し、メンタルケアが必要な人がいたら保健師等につないでもらう体制とした。また、浸水地域への調査においては、医療中断者への受診のつなぎと、うつ・PTSD のスクリーニングを行いメンタル面のフォローを行った。ポピュレーションアプローチとしては仮設住宅住民への見守り支援や健康教室・健康相談会を実施した。

6 詳細は、総務省消防庁、「平成 23 年（2011 年）東北地方太平洋沖地震（第 163 報）」、東日本大震災関連情報 <https://www.fdma.go.jp/disaster/higashinihon/higaihou-past-jishin/2023/>（最終閲覧日：2023 年 9 月 27 日）を参照。

7 2021 年 3 月現在。

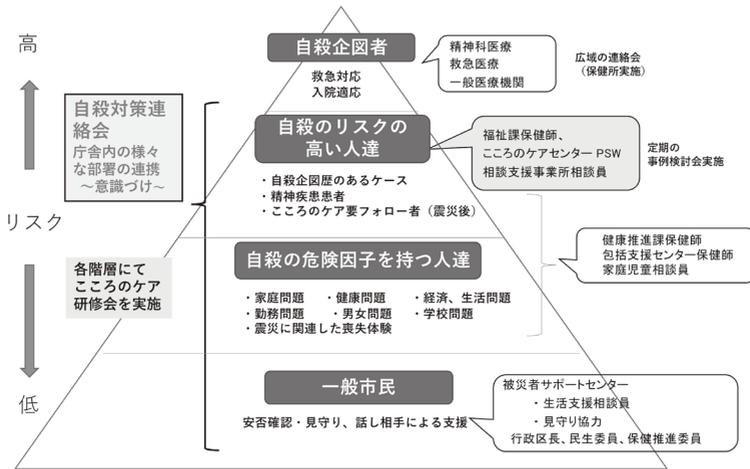
震災後2年目からは予防活動に力を入れるようになり、ゲートキーパーの育成として、市民に多く関わる地域の役職の人等に対して研修会を実施した。また、2012年に宮城県精神保健福祉協会のみやぎ心のケアセンターから精神保健福祉士の派遣を受け、相談支援の充実につながった。さらにみやぎ心のケアセンター精神科医のアドバイスをもらい2014年に自死遺族支援も開始した。

イ 多職種によるチームケアについて

災害時はPTSDや悲嘆反応等で治療が必要な人がでてきたり、被災前から精神疾患がある人が被災の影響を受けて悪化したりする場合がある。また、災害後の時間経過に合わせて被災者のニーズが変わっていくため、ニーズに合わせた支援の展開も必要とされた。

そこで東松島市では、こころのケアに関わる支援者の役割に応じて階層化し連携の体制整備を行った。このことにより多職種によるチームケアでの支援が可能となったという。図表5-3にある「自殺企図者」は医療機関を中心とした医療チーム、「自殺リスクの高い人達」は保健師や精神保健福祉士等、「自殺の危険因子を持つ人達」は地区担当保健師や地域包括支援センター等、「一般市民」の見守り、話し相手による支援は被災者サポートセンターや民生委員、自治会の人、というように階層に応じて外部の人に見守りや対応を依頼する形で連携支援の体制を取った。また、この図は関連部署や地域住民との意識共有にも役立ったという。

図表 5-3 こころのケア支援体制（2011 年作成当時）



(出典：東松島市提供資料)

ウ 専門職職員の配置について

東日本大震災を受け、前述のみやぎ心のケアセンターは沿岸部の被災市町等に対して職員を出向させた。東松島市は2名の精神保健福祉士の派遣を受けることとなった。このとき派遣された精神保健福祉士から震災後の人々の心の変化、様々な喪失やアルコール問題等に対する相談・支援の協力を受け、相談対応の強化につながったという。また、精神保健福祉士が配置されることで保健・医療中心のケアから福祉の分野にも支援が広がり、関係機関とのつながりが増えていく等、専門職職員の配置の影響は大きかったという。加えて、みやぎ心のケアセンターが同じ職員を継続的に派遣したことで各市町での安定的な活動につながった点も重要であった。

みやぎ心のケアセンターの職員派遣終了後、東松島市は、健康推進課に精神保健福祉士を2016年度から任期付きで、2019年度からは正規職員として配置している。

(5) まとめ

東松島市が取り組んでいる階層化した多職種連携によるチームケアは多くの市町村にとって参考になる。また、精神保健福祉士の配置による相談対応の強化や支援の広がりといった点も注目される。

東松島市は課題として、支援者のメンタルヘルスを挙げている。特に被災直後の人々の心のケアには留意が必要である。被災直後は支援者自身のケアが不十分な時期であり、直接ケアには被災者、支援者双方にとってリスクが存在する時期である。支援者もまた被害を受けていることを自覚することが大切である⁸。

3 座間市 —チーム座間—

(1) 座間市の概要

座間市は、神奈川県ほぼ中央に位置し、概ね4km四方の市域に約13万人が暮らす自治体で、東部は相模原台地、西部は相模川に沿った沖積低地となっている。東京都心部、横浜方面へのアクセスが良好なためベッドタウンとしても人気があり、宅地化が進んでいる。一方、東部ではヤマトイモ等の露地栽培を中心とした畑作、西部では米、麦、大豆等の稲作といった農業が盛んで、他にも温室栽培でメロン、イチゴ、トマト、花き等も生産されている。

2019年3月に策定された座間市自殺対策計画に基づき様々な取組みが進められている。

8 詳細はストレス災害時こころの情報支援センター、「災害救護者・支援者メンタルヘルス・マニュアル」支援者の方向けマニュアル https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/contents/pdf/mental_info_saigai_manual.pdf (最終閲覧日：2023年10月19日) を参照。

(2) 座間市の組織体制

座間市の自殺対策は福祉部地域福祉課が担当している。2023年9月時点では係員15名、会計年度任用職員7名の体制となっており、うち3名は社会福祉士である。地域福祉課は地域共生社会、自殺総合対策を所管し、生活困窮者自立支援制度と一体的に取り組んでいる。

(3) 座間市の取組み

座間市は「気づく“つなぐ”築く いのちに寄り添う地域社会へ」を自殺対策のテーマに掲げ、複数の相談窓口間における連携をスムーズにする「つなぐシート」⁹の活用や、困りごとを説明できない市民のつなぎのために業務経験の長い職員の「気づき」の技術を「相談チャート」¹⁰を活用して共有する等、市役所の資源を最大限に活かして相談支援へのつなぎに取り組んでいる。また、2023年から自殺対策と連携し、生活困窮者自立支援事業と地域福祉（地域共生社会）事業を地域福祉課に集約・統合し、「生きる支援」の施策群を連動させ、一体的に推進する体制づくりに着手している。

こうした包括的な支援体制構築の背景には、座間市が生活困窮者自立支援制度を中心とした「断らない相談支援」を掲げ、相談者の困りごとを解決するための個別支援を通じて出会った地域の方との支援のネットワーク「チーム座間」の取組みが大きく寄与している。ここでは、「チーム座間」について詳述する。

9 詳細は神奈川新聞。「相談内容をシートで共有たらい回しを防ぐ座間市が県内初の試み」<https://www.kanaloco.jp/news/government/entry-146526.html>（最終閲覧日：2023年9月29日）を参照。

10 詳細は座間市。2023年3月15日。「小さな気づきを大きな安心へ職員向けの「相談チャート」を作成」。座間市プレスリリース https://www.city.zama.kanagawa.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/003/562/210315-3.pdf（最終閲覧日：2023年10月19日）を参照。

ア 「断らない相談支援」体制の構築

2015年に生活困窮者自立支援法が施行され、福祉事務所設置自治体は、複合的な課題を抱える生活困窮者を幅広く受け止め包括的な相談支援を行う自立相談支援事業（必須事業）と、本人の状況に応じた支援を行う各支援事業（任意事業）を行っている。

生活困窮者自立支援制度の対象者は「就労の状況、心身の状況、地域社会との関係性その他の事情により、現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」（生活困窮者自立支援法第3条）とされている。そうした「おそれのある」状態にあるかどうかは、広く相談を受け付け、話を聞くことからしかわからない。また、生活困窮状況の原因となる課題は複合的であり、程度もまちまちである。そのため、座間市ではまず「相談を断らない」ことを決め、できるだけ早く相談者が窓口につながることで、つながった相談を受け止めることを優先的に考え、相談現場で見えてきたことを次の展開に活かそうと考えたという。

イ 「チーム座間」

座間市が自立相談支援事業として生活保護非該当の相談を継続相談することからはじめたところ、行政や制度だけでは対応できない実態が明らかになった。このため「ダメもと」で庁内、庁外を問わず協力を求める取組みを進めてきた。ここでは2つの事例を取り上げる。

一つ目は、生活困窮者自立支援制度開始の初年度、制度周知のために支援機関やNPO法人をローラー訪問したことがあり、その一環で「NPO法人ワンエイド」を訪問したところから始まる。この団体は当初、高齢者への生活支援を中心に活動していたが、高齢者の様々な生活ニーズに応じていくうちに居住に関するサポートもはじめた団体であった。その団体から「自分たちの団体も、これまでの取組みを通じて高齢者や母子家庭等の生活困窮が見えてきてお

り、できることがあれば協力させて欲しい」との申し出をその場で受けた。そこで「ダメもと」でフードバンクに取り組んでもらいたいと協力を依頼したところ、すぐにフードバンク活動に取り組んでもらえたという。

しばらくするとワンエイドと市が連携して生活困窮者の入居支援を行うことが増えてきた。生活困窮者の入居支援は単にアパート等の入居相談を行えば済むものではなく、敷金等の入居時に必要な資金の確保、居住を継続できるための収入の確保、多重債務の解決など多岐に及ぶ。そうした入居支援の事例を1件1件積み重ねていく中で支援プランの作成や就労支援等を市が担当、家計の改善に向けた相談支援を事業委託先の社会福祉協議会が担当、入居相談等をワンエイドが担当し、それぞれの強みを活かし連携しながら相談者を包括的に支援するスタイルが整い、現在もこの活動は継続しているという¹¹。

二つ目は、日本語がネックとなり求職活動がうまくいかない外国人の相談を受けたことから始まる。窓口で相談を受けた職員は、以前広報の担当をしていたときの取材先のクリーニング店で外国籍の方が働いていたのを思い出し、「ダメもと」でクリーニング店に連絡すると「うちでは雇えないが、知り合いを紹介してあげるよ」と協力的な返答があった。結果として相談者は紹介された会社に無事就職することができたという。また、このとき紹介された会社はこの相談者だけでなく、引き続き外国籍の方への就労紹介先として求人継続してくれたという。

こうしたことをふまえ、担当職員は協力関係を築けそうな団体や企業に訪問しては協力を仰ぎ、連携先を開拓していった。このよう

11 詳細は鈴木千春、「住宅弱者に寄り添い続ける幼馴染の二人。官・民組んだ座間市の取組みとは」, SUUMO ジャーナル <https://suumo.jp/journal/2020/06/04/172901/> (最終閲覧日: 2023年9月29日) を参照。

な取組みが重なり、地域住民との支援のネットワーク「チーム座間」が形成されていったという。

「チーム座間」とは、「断らない相談支援」を掲げ、どんな相談もまずは断らずに受け止め、課題を顕在化させ、その課題に対応していくことで支援の実態をつくりあげていった、相談支援を通じて生まれた「ご縁から形成された協働によるネットワーク」である。

行政や制度だけでは解決できない課題について、地域住民と連携しながら解決を模索し、ともに成功体験を共有することが「チーム座間」の取組みにつながっている。これらはこれまでの「断らない相談支援」の実践の中で培われた関係性なくしては実施できなかったものである。

(4) まとめ

「チーム座間」は生活困窮者自立支援制度を起点に庁内、庁外の連携に進んだ事例である。庁内、庁外の協力関係は一朝一夕に生まれるものではなく、小さな成功体験を積み重ねた結果としてでき上がっていくものである。

座間市では、一つひとつの成功体験が積み重なることで地域をより良くしていこうというモチベーションが広がり、そうした広がりが地域からの応援につながり、事業の規模拡大につながったという。断らない相談支援を通じて明らかになった地域課題の解決に向けて、取り組むべき事項や役割について、庁内、庁外の関係団体などが自分ごととして捉え、それぞれの立場から提示・共有し、可能なことから順次実行していくことが事業の継続につながったという。

「断らない相談支援」は相談窓口を一元化することで、相談へのハードルを下げるとともに、最新の困りごとにいち早く気づくことができる取組みである。地域資源の開拓と連携強化は重層的支援体制の地域づくり事業にもつながるだろう。

4 京丹後市 —トップの関わり—

(1) 京丹後市の概要

京丹後市は、京都府北部の丹後半島に位置し、峰山町・大宮町・網野町・丹後町・弥栄町・久美浜町の6町が2004年に合併して誕生した。海岸全体が山陰海岸国立公園と丹後天橋立大江山国定公園の二つの自然公園に認定された風光明媚な地域で、豊かな自然環境と観光資源にあふれ、府内最古の天然温泉を有し、間人ガニに代表される海産物や、風合い豊かな絹織物の丹後ちりめん発祥地として知られている。京丹後市が属する丹後広域振興局は地域連携・振興部、農林商工部、健康福祉部（丹後保健所）、建設部（丹後土木事務所）で構成され、「安心して『元気』に住み続けることができ、希望が持て夢が実現できる丹後地域」を目指し、地域特性に応じた地域振興策を進めている。

(2) 京丹後市の組織体制

京丹後市の自殺対策は健康長寿福祉部健康推進課保健係が担当している。2023年9月時点では係員7名、会計年度任用職員4名の体制となっており、うち8名は保健師、2名は管理栄養士である。

(3) 丹後地域のネットワーク

丹後地域のネットワークとして、丹後地域全体で自殺防止に取り組む「みんなで支えあう丹後こころの支援ネットワーク」がある。

このネットワークには宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町の2市2町に加え、NPO法人、福祉医療団体、経済団体等150余団体が参画している。自殺を地域の課題として住民全体で取り組んでいく体制を明確にするために丹後広域振興局長をネットワーク長とし、包括的な自殺対策に取り組んでいる。

京丹後市では、保健所を中心としながら、管内の関係団体、民間企業等にも参加を呼びかけることで自殺の課題が保健所のみの問題ではなく、地域全体で取り組んでいくという意識共有が図られている。

(4) トップのかかわり

京丹後市長は自殺対策に対する意識が非常に高いことで知られている。市長は奄美市の多重債務相談・救済支援の取組みに感銘を受け、「誰ひとり置き去りにしない社会」の実現に向けて自殺対策に取り組んできた。

2010年から市長が中心となり国および国会議員への要望活動や全国市長会への働きかけを行い、NPO法人自殺対策推進センターライフリンクと協力して参画市区町村を募り、2011年7月に「いのちささえる真心あふれる社会づくり市区町村連絡協議会—自殺のない社会を目指して—(通称名:自殺のない社会づくり市区町村会)」を設立した。

2012年には全国市長会において「自殺総合対策の抜本的充実を求める決議」を発議する等、市長が自殺に対する問題意識を強く持っていることがうかがえる。また、市長は厚生労働省が主催した「自殺総合対策の推進に関する有識者会議」の構成員にも選出され、自治体の立場から国会での参考人陳述や国の自殺対策行政に対する提言を行っている。

(5) 京丹後市の取組み

京丹後市は全国に先駆け「京丹後市自殺のないまちづくり行動計画」を2014年3月に策定し、2015年10月に「市民総幸福のまちづくり推進条例」を制定し、誰も自殺に追い込まれることのない公的及び社会的な安全網の整備に努めることを目標に掲げている。

ここでは、京丹後市の自殺対策の取組みとして「人材育成」と「ワンストップ総合サポート相談」について詳述する。

ア 人材育成

京丹後市は、自殺予防に大切なことは日常生活における気づきやつながり、支え合いであると考え、「市民全員ゲートキーパー」を目指している。5,000人のゲートキーパー研修受講者を目標に掲げ事業を開始し、2011年～2022年で延べ6,189人が研修を受講した。このゲートキーパー研修では次のような着目すべき副次的効果も得られたという。

- ① 研修受講者の中から傾聴ボランティアになる市民が出てきたこと
- ② 研修受講者によるグループ「つむぎ」が結成され、自殺予防対策に関する意見交換や街頭啓発等の啓発活動が実施されるようになったこと
- ③ 「つむぎ」のメンバーで運営委員会を立ち上げ、悩みを抱える方が気軽に話ができ、落ち着ける居場所となる相談所「通仙亭」の運営を開始したこと

このような動きは市民が主体となり、市民同士が支え合えるような体制を市民自らが構築していることが京丹後市の特徴である。

なお、京丹後市では全職員ゲートキーパーを目指し、2013年に職員全員に対してゲートキーパー養成研修を実施した。2019年からは新規採用職員向けのゲートキーパー研修を毎年実施する等、自殺予防対策を全職員へ推進している。

イ ワンストップ総合サポート相談

2013年4月、市ではこれまで部署ごとに実施していた市内の相談・支援部署をチーム化して、部・課の枠を超えた「寄り添い支援総合サポートチーム」を設置し、同年8月に「寄り添い支援総合サポートセンター」を開設した。

寄り添い支援総合サポートセンターは正規職員3名、会計年度任用職員7名の常時10名体制で運営しており、市民相談、消費生活相談、多重債務相談、暮らしや仕事の相談と併せて、生活困窮者自立支援法に基づく事業を関係機関と連携して行う等、相談支援のワンストップ化を図っている。センターには年間300人近くが相談に訪れ、就労訓練の斡旋や一時生活のための施設を用意することにつながっているという。

(6) まとめ

京丹後市では市民全員のゲートキーパーを目指し、ゲートキーパー研修を継続的に実施することで、市民の主体的な自殺予防活動につなげている。また、前述の座間市と同じく、生活困窮者自立支援法に基づく事業と各種相談支援を連携してワンストップ総合サポート相談を実施している。自殺対策と生活困窮者自立支援事業の間には取組みとしての親和性の高さがうかがえる。

特筆すべきなのは市長の自殺対策に対する問題意識が非常に高い点である。地域を巻き込んだ自殺対策の推進には、トップリーダーの自殺対策に対する意識の高さも関わってくる。自殺対策の取組みは対策と効果の定量化がしづらいが、トップダウンで進めることには強い推進力が期待できる。

それぞれの自治体において、自殺対策に全庁的に取り組んでいくためにも、実務者レベルでのボトムアップとトップダウンの両面の取組みが重要である。

おわりに

本章では岩手県久慈市、宮城県東松島市、神奈川県座間市、京都府京丹後市の4市の事例を紹介したが、これらの事例では、庁内、庁外との連携、自殺対策と生活困窮者自立支援事業の連携、推進体制の構築などが特徴的であった。以上をふまえ若干の考察を行いたい。

まず、庁内、庁外との連携について、各自治体では庁内の自殺対策関連部署との連絡会や庁外の関係団体との会議体を設置し、庁内、庁外との連携強化を図っていた。京丹後市では広域連携の取組みとして、丹後地域全体で自殺防止に取り組む「みんなで支えあう丹後こころの支援ネットワーク」を設立していた。

次に自殺対策と生活困窮者自立支援事業の連携について、座間市は生活困窮者自立支援制度を中心に断らない相談支援を目標に掲げ、個別支援を通じて、地域との協働・連携「チーム座間」の取組みを進めていた。京丹後市は庁内の相談・支援部署をチーム化して、部・課の枠を超えた「寄り添い支援総合サポートセンター」を開設し、生活困窮者自立支援法に基づく事業を関係機関と連携して行っていた。

自殺対策と生活困窮者支援事業は包括的な支援という点で共通しており、親和性が高いため、地域の連携に取り組む最初の大きな一歩になり得よう。

また、推進体制の構築については、久慈市や京丹後市にみられるような地域を巻き込んだ支援のネットワークにも注目したい。行政だけでできることは限られており、自殺の一次予防たる見守りや気づきは市民の主体性によるところが大きい。京丹後市では市民全員を対象としたゲートキーパー研修、久慈市では民間ボランティア団体の養成、教育に力を入れ、専門家も交えた研修を継続的に実施す

ることで市民の主体的な動きを生み出していた。

座間市や久慈市にみられるような推進体制の構築は他施策へも転換できる考え方である。「チーム座間」による、多様な主体の参画により複合的な困りごとを抱える相談者を包括的に支援する地域と行政の協働ネットワークの構築、「久慈モデル」による、普及啓発、自殺ハイリスク者対策、行政・医療機関・関係機関を含めたネットワーク構築というアプローチはいずれも自殺対策にとどまらず、住民のニーズに応える施策として応用可能なものである。

自殺対策は社会や地域の課題である。この認識を共有し、地域の協働体制を形成することが重要である。また、この協働体制においては、地域住民それぞれが当事者意識を持ち、主体的にこころの健康対策や自殺対策に取り組めるような地域基盤を整備するとともに、悩みを抱えた人たちが孤立しないですむような地域づくりを進めることが大切である。

いずれの対策、仕組みづくりも時間が必要である。特にネットワークや連携体制の構築、モデルづくりは最初に時間・労力がかかる。しかしながら、時間をかけて整備した連携基盤は以降の取組みの大きな推進力につながるだろう。

一方で複数の自治体が、支援者のメンタルヘルスを課題に挙げていた。自殺対策をはじめ、支援にあたる人は大きな心理的影響を受ける。東日本大震災を経験した久慈市と東松島市において、震災後は支援者が自分たちのケアを十分にできていない時期でもあり、支援者、被支援者双方にとってリスクがあると語られていた。支援者のメンタルヘルスケアは今後の検討課題だろう。

自殺総合対策はまさに地域の総合力が試される政策かもしれない。

参考文献

- 大野裕、粟田主一、飯田英晴、石田康、石塚直樹、岩佐博人、亀井雄一、本橋豊、中川敦夫、中村純、西宣行、大塚耕太郎、大山博史、酒井明夫、酒井弘憲、鈴木友理子、田島美幸、田中江里子、宇田英典、米本直裕、渡邊直樹（2008）「地域における自殺予防活動の重要性と NOCOMIT-J かかわり」『精神神経学雑誌』 110（3）. 216-221 頁
- 厚生労働科学研究 複合的自殺対策プログラムの自殺企図予防効果に関する地域介入研究班編（2010）「地域における自殺対策プログラム」
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング（2023）「自殺対策における地域連携包括支援体制の在り方に関する調査研究事業」

第6章

船橋市の自殺対策の取組み

船橋市健康部健康政策課主任技師 **伊藤 理恵**

1 船橋市の概要

はじめに、船橋市の概要について説明する。船橋市は、千葉県の北西部に位置し、都心や成田空港に近く京葉港や豊かな交通網を併せ持つなど非常に恵まれた立地状況を備え、都心へのアクセスが良く、沿岸部には干潟「三番瀬」、内陸部には工業地、商業地、住宅地、農地が広がり、バランスのとれた産業で、都市と自然が調和したまちである。

1937年4月1日に船橋町、葛飾町、八栄村、法典村、塚田村の2町3村が合併して、「船橋市」が誕生。市制施行時には4万3,000人ほどだった人口も、2003年4月に中核市へ移行し、現在、人口は64万人を超え、政令指定都市に次ぐ、中核市最大の人口となっている。

図表 6-1 船橋市の位置



(出典：船橋市ホームページ)

2 船橋市の自殺対策の現状

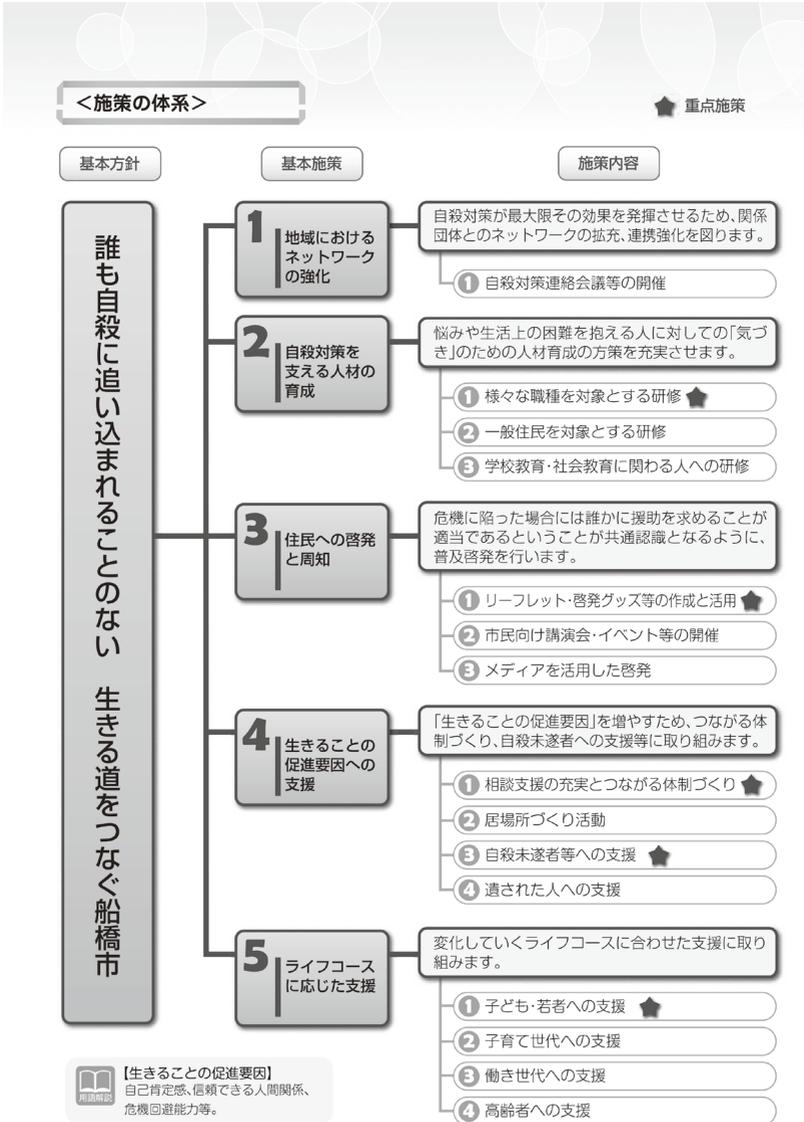
船橋市では、2010年から学識経験者、自殺対策に関わる活動団体の代表、保健医療関係者、産業労働関係者、福祉関係者、警察関係者、鉄道事業者、市職員により構成される「船橋市自殺対策連絡会議」を設置し、自殺の実態把握や関係機関との活動情報交換と相互連携、自殺防止の啓発、広報等、自殺対策を総合的に推進している。

2011年には、船橋市における自殺の関連要因の実態を把握し、自殺対策として有効な施策を検討する目的で、人口動態調査、市消防局救急課、千葉県警察本部、市内精神科医療機関、市役所における自殺の関連要因資料等の分析をする「船橋市 自殺の実態調査」を実施。2012年には、救急医療機関に搬送された後の自殺未遂者の背景や未遂者への対応を把握し、自殺対策として有効な施策を検討することを目的に、自傷行為により船橋市医療センターに入院し精神科を受診した自殺未遂者の関連資料について分析をする「船橋市 自殺対策に関する実態調査～救命救急センターに搬送された自殺未遂者の実態および未遂者対策について～」を行い、それらの調査結果を踏まえ、①庁内外の相談支援体制の充実、②メンタルヘルスの視点を持って各種の市民サービスを行い、民間団体と連携し、ハイリスクグループの見守り・支援を行う、③救急医療と精神科医療の連携の促進、④ハイリスクアプローチと併行してのポピュレーションアプローチに取り組んでいる。

船橋市の自殺者数は毎年100人前後で推移しており、さらに対策を強化するため、2016年の自殺対策基本法の改正で市町村に自殺対策計画の策定が義務付けられたこと、2017年の自殺総合対策大綱の見直しを受け、2019年に「誰も自殺に追い込まれることのない 生きる道をつなぐ船橋市」を基本方針とする「船橋市自殺対策計画」を策定した。

「船橋市自殺対策計画」は、生きることの包括的な支援や関連施策との有機的な連携、関係者の役割の明確化などを図り、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指すものである。本計画を基に、関係機関等との幅広い協働や、保健、医療、福祉、教育、労働、その他の関連施策等との連携により、支援体制を構築し、これを支え、かつ促進するための環境の整備に取り組んでいる。

図表 6-2 船橋市自殺対策計画<施策の体系>



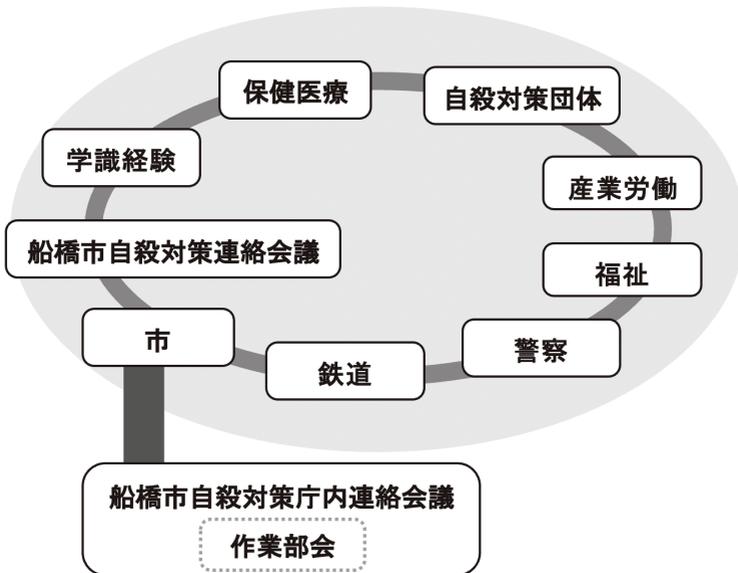
(出典：船橋市自殺対策計画概要版)

(1) 基本施策1：地域におけるネットワークの強化

自殺対策が最大限その効果を発揮させるため、関係団体との連携強化やネットワークの拡充を図っていくことが重要である。関係機関や民間団体等と情報を共有し、連携体制を確保して、自殺対策を総合的に推進するための「船橋市自殺対策連絡会議」、庁内関連部署の所属長で構成される「船橋市自殺対策庁内連絡会議」、計画の重点施策毎に関連部署の担当職員が検討を行う「船橋市自殺対策庁内連絡会議作業部会」を設置している。

自殺対策計画の進捗状況の管理及び評価については、「船橋市自殺対策連絡会議」において、施策の実施状況や目標の達成状況等を報告することにより、計画の進捗管理及び施策の見直しなどを行い、計画の推進をしている。

図表 6-3 船橋市の自殺対策の推進体制



(2) 基本施策2：自殺対策を支える人材の育成

自殺対策においては様々な悩みや生活上の困難を抱える人に対して早期に「気づき」、さらには「見守り」「専門機関につなげられる」ことが重要である。保健、医療、福祉、教育、労働、その他関係する人、地域住民のそれぞれの立場にあった、研修の機会を確保するなど、人材育成の充実に取り組んでいる。

これまで、「様々な職種を対象とする研修」として、医師会会員、民生児童委員協議会会員、薬剤師会会員、教員等へゲートキーパー研修を行い、地域の見守り体制の強化を図っている。

また、市役所は相談等の各種窓口業務や税金・保険料の徴収業務など市民の暮らしにおける様々な分野の「生きる支援」を行っている機関であることから、2021年から、教員を含む船橋市役所全職員（約1万人超）に対し、ゲートキーパー研修をeラーニング形式で実施し、市職員全職員が自殺対策への理解を深め、市民の自殺のサインに「気づき・見守りを行い・専門機関へつなげられる」よう努めている。

(3) 基本施策3：住民への啓発と周知

自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」だが、危機に陥った人の心情や背景は理解されにくいという現実がある。そうした心情や背景への理解を求めたり、自身がこころの健康を保つため、必要時に誰かに助けを求めたり、知人等に伝えることが適当であるということが共通認識となるよう、様々な機会や方法により自殺対策や自殺に関連する情報を普及啓発している。

これまでの取組みとしては、9月の自殺予防週間、3月の自殺対策強化月間の商業施設、図書館等でのパネル展、市ホームページや広報、デジタルサイネージでの普及啓発、X（旧 Twitter）やふなばし健康ポイントアプリのプッシュ通知等 ICT を活用した普及啓

発、市民向け講演会の開催、庁内外の相談先を掲載した無料相談窓口案内リーフレット「ひとりで悩まず相談を…」を関係団体と連携して作成し、相談機関の周知啓発を実施している。

図表 6-4 パネル展（市役所）



図表 6-5 パネル展（市中央図書館）



図表 6-6 パネル展 (FACEビル)



図表 6-7 船橋市作成リーフレット「ひとりで悩まず相談を…」



無料相談窓口を「いのちの相談」「家庭の相談」「子ども・若者の相談」「法律・人権の相談」「仕事の相談」「犯罪被害の相談」「保健・福祉の相談」の категорияで紹介するリーフレット。

詳細は、船橋市「ひとりで悩まず相談を…」 <https://www.city.funabashi.lg.jp/kenkou/fukushi/007/p080812.html> を参照。

(4) 基本施策4：生きることの促進要因への支援

「生きることの促進要因」を増やすため、支援を必要とする人への相談支援の充実とつながる体制づくり、自殺未遂者への支援等に取り組んでいる。

2020年7月15日から、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う自殺リスクの高まりが懸念されたことから、自殺対策のSNS相談事業として、船橋市内在住、在勤、在学の人を対象に「SNS相談@船橋」を開設。毎日実施しており、子どもから高齢者まで、年2,000件程度の相談がある。SNS相談の実施にあたっては、緊急対応、つなぎ支援のため、庁内関係機関で連携体制を構築し、実施している。そして、2021年から日本産業カウンセラー協会東関東支部と共催で、「千葉無料カウンセリング船橋駅前総合窓口センター相談室」を開設し、対面による相談窓口を設置し、相談支援体制の充実を図っている。

船橋市では、自殺者の2割程度に未遂歴があり、自殺対策において自殺未遂者の再企図防止は優先課題のひとつである。自殺未遂者等への取組みとしては、2016年から船橋市立医療センターと船橋市保健所精神保健福祉担当の連携による自殺企図者の相談支援事業を実施。また、2017年から自殺企図者に接する機会が多い医療従事者を対象に、自殺企図者への対応についての講義や一般病院と精神科病院の情報交換を行う研修を実施し、医療連携体制の構築に取り組んでいる。

(5) 基本施策5：ライフコースに応じた支援

個人が一生の間にたどる道筋のことをライフコースというが、変化していくライフステージに合わせ、個人の多様なライフコースに応じた支援に取り組んでいる。

重点施策としている「子ども・若者への支援」としては、児童生

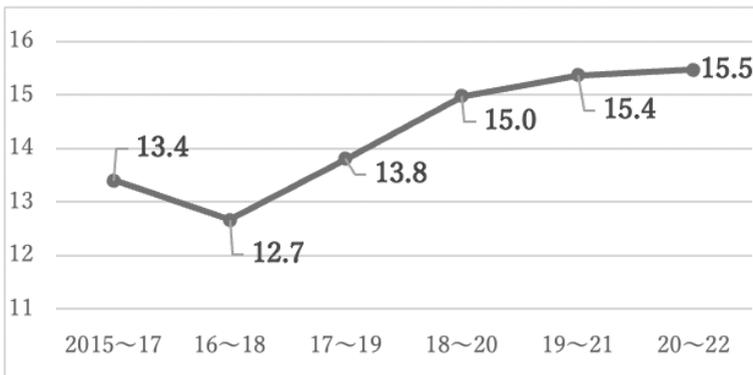
徒に対し、学校において「いのちを大切にする教育」や「人権教育」、「いじめ対策」、「スクールカウンセラーを小中学校全校配置した相談体制の強化」、「市内小中学校全校でのSOS教育（SOSの出し方に関する教育）の実施」といった様々な取組みを実施している。また、若者への支援では、「10～20歳代性的少数者交流会事業」等を実施している。

3 船橋市の自殺対策計画進捗状況の管理・評価

船橋市自殺対策計画の目標値である自殺死亡率や自殺者数の推移について、厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」を基に市の現状を評価している。

船橋市自殺対策計画の数値目標としている3年平均自殺死亡率の現状値（令和2年～令和4年平均値）は15.5となっており、計画の基準値（平成27年～平成29年平均値）の13.4から上昇している状況である。

図表 6-8 船橋市3年平均自殺死亡率の推移（単位：10万人対）



（出典：筆者作成）

自殺の背景（原因・動機等）に関する分析について、厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」で公表されている市町村別データでは詳細な項目の公表がないため、船橋市の地域特性をこのデータからみることが難しく、市町村レベルでは困難な状況である。

計画進捗状況の管理・評価について、人口動態統計データ、自殺の関連要因資料等の各種統計データを活用した評価方法の検討を考えている。

取組みの進捗状況の管理・評価は、自殺対策計画進捗確認シートを活用し、毎年、事業の実施状況、達成度、今後の実施計画について、庁内のみならず地域の関係機関の各事業担当が事業評価を実施したものを一覧にまとめている。現在、掲載事業数は延べ199事業にのぼり、広範多岐にわたる自殺対策の取組みが展開されている。令和4年度の事業評価は、達成度60%以上の事業が約8割となっている。この事業評価が市職員や地域の関係機関が自殺対策について認識を深める機会となっていると感じている。一方で評価基準が各事業担当の主観的評価となっており、評価基準がそれぞれ異なるため、評価結果を相対的評価することが難しい状況である。

自殺対策の評価は、自殺者数の推移という「結果」と、各施策事業の達成状況という「プロセス」を総合的に評価することが必要であるが、その手法が課題となっている。

4 今後について

船橋市では、2022年度の自殺総合対策大綱の見直し、2023年度の第2次千葉県自殺対策推進計画の見直しを勘案し、2024年度に次期船橋市自殺対策計画の策定を予定している。

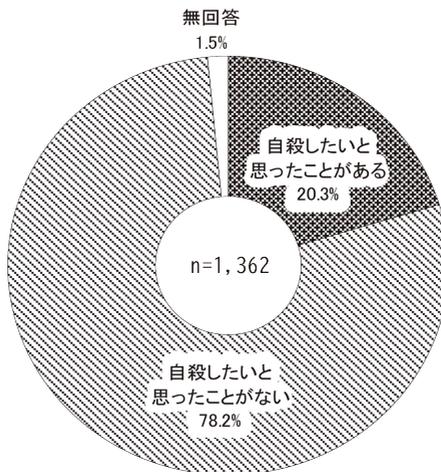
船橋市自殺対策計画の評価及び次期計画検討の基礎資料とするため、「令和4年度船橋市市民意識調査」にて自殺対策に関する意識

調査を実施した。その結果を一部ご紹介する。

「これまでの人生の中で本気で自殺したいと思ったことがあるか」という質問に対し、「ある」と回答した方が20.3%であった。性別×年齢別にみると、「自殺したいと思ったことがある」の割合は、男性の18～29歳で27.7%と最も高く、最も低い男性の70歳以上(12.0%)とは15.7ポイント、同年代である女性の18～29歳(20.5%)と比べても7.2ポイント高くなっていた。

「自殺したいと思ったことがある」と答えた方に対し、その要因を聞いたところ、家庭問題（家族関係の不和、子育て、家族の介護・看病、虐待など）が44.8%で最も高く、次いで、「学校問題（いじめ、学業不振、進路に関する悩み、教師との人間関係など）」(25.3%)、「勤務問題（仕事の失敗、職場の人間関係、職場環境の変化、仕事疲れなど）」(24.5%)、「経済・生活問題（倒産、事業不振、負債、失業、就職失敗、生活困窮など）」(22.4%)が2割を超えていた。

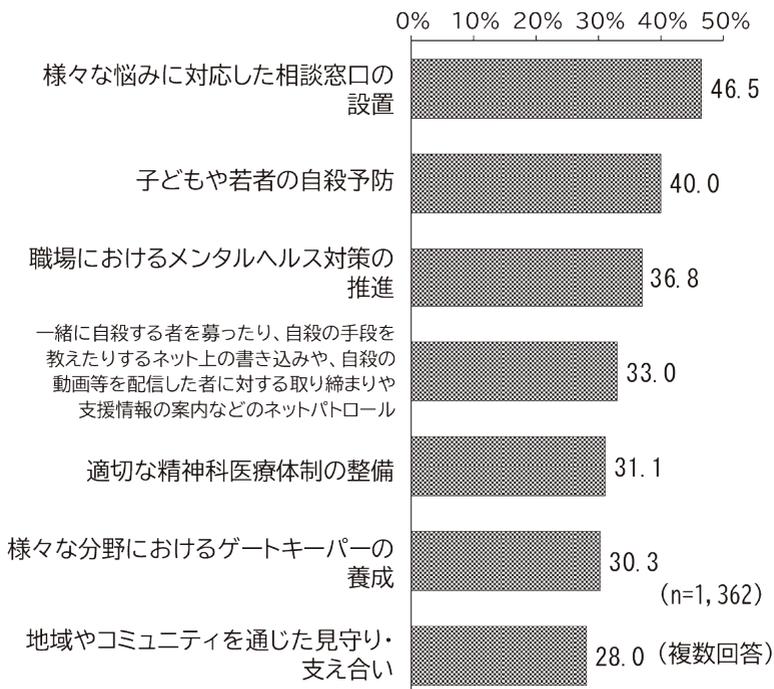
図表 6-9 自殺したいと思ったことがあるか



(出典：令和4年度 船橋市市民意識調査報告書)

「今後求められる有効な自殺対策」について聞いたところ、「様々な悩みに対応した相談窓口の設置」が46.5%と最も高く、次いで「子どもや若者の自殺予防」(40.0%)、「職場におけるメンタルヘルス対策の推進」(36.8%)となった。

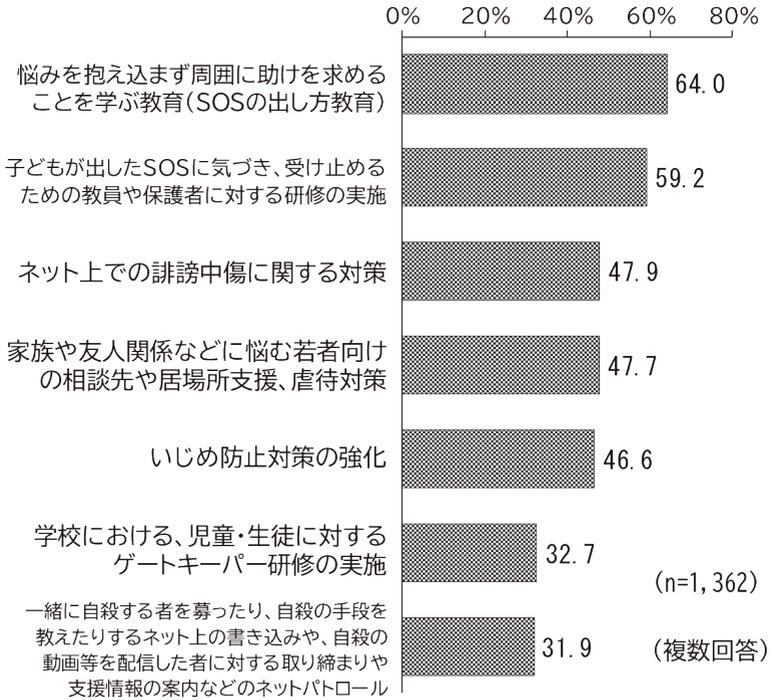
図表 6-10 今後求められる有効な自殺対策



(出典：令和4年度「ふなばしタウンレポート」)

さらに、「今後求められる子ども・若者向けの有効な自殺対策」について聞いたところ、「悩みを抱え込まず周囲に助けを求めることを学ぶ教育 (SOS の出し方教育)」が64.0%、次いで「子どもが出したSOSに気づき、受け止めるための教育や保護者に対する研修の実施」が59.2%という結果であった。

図表 6-11 今後求められる子ども・若者向けの有効な自殺対策



(出典：令和4年度「ふなばしタウンレポート」)

今後の自殺対策の推進には、いただいた市民の皆さまの声を反映し、国の新たな自殺総合対策大綱においても重点施策となっている、「子どもの自殺対策」、「ゲートキーパーの養成」、「自殺未遂者支援の充実」、「女性の健康と自殺対策」といった取組みの強化が必要と考えている。

地域全体の健康増進を見据えた船橋市の健康増進計画である「ふなばし健やかプラン21」(以下、「市健康増進計画」という。)にはこころの健康づくり、自殺予防に関する内容が含まれている。効果的な自殺対策には、自殺関連行動のリスクが高いハイリスクグルー

に焦点を絞ったアプローチ（ハイリスクアプローチ）と、地域レベルでの自殺のリスク低減を目指すアプローチ（ポピュレーションアプローチ）の双方の視点が重要であるとしている。そこで次期船橋市自殺対策計画策定にあたっては、市健康増進計画と船橋市自殺対策計画の理念的なフレームワークを統合し、具体的な施策を推進し、総合的かつより効果的な推進を検討している。

船橋市自殺対策計画は、市健康増進計画と推進体制及び目標項目（自殺死亡率）が共通し、自殺の主な原因として健康問題が最多であることなどから、総合的かつ効果的に健康増進と自殺対策に取り組むため、次期自殺対策計画を健康増進計画と統合して策定することが望ましいと考える。

船橋市自殺対策計画と市健康増進計画の統合による効果は二つある。①市の健康増進・自殺対策に関する目標指標を統一することで、施策や推進状況を一体的に市民へ公表することが可能となり、また市民と共に目指す目標達成状況を確認しながら、今まで以上に心身の健康づくりを推進することが可能となる。②自殺対策と健康増進の計画策定及び推進評価を担う2つの会議体を統合することで、健康増進及び自殺対策の関係団体との連携体制が構築でき、評価体制の充実を図ることができ、総合的かつ効果的に推進することができる。計画を策定するには、多大な労力や予算がかかるため、計画を統合することは、業務の効率化や経費削減になり、効率的・効果的な計画行政の推進に寄与するものと考ええる。

自殺対策は、市町村単独で実施可能な取組みは限られており、広域な取組みが必要である。今後も、市民、庁内、地域の関係機関や民間団体とのネットワークを拡充し、連携強化しながら、船橋市の自殺対策を総合的に推進していくことを目指している。

第7章

川崎市の自殺対策の取組み

川崎市健康福祉局総合リハビリテーション推進センター企画・連携推進課

事務職員（社会福祉職）

橋本 貢河

はじめに

川崎市は、全国に20ある政令指定都市の1つで、神奈川県北東部に位置し、多摩川に沿って細長く連なる縦長の地形となっている。また、東京都と神奈川県横浜市という大都市に挟まれ、就業や就学等による日常的な往来のほか、転入・転出も多いという人口動態上の特徴もある。

川崎市の人口は、2017年4月に150万人を超え、その後も年々増加し、現在は1,545,942人（2023年12月1日 川崎市推計人口）であり、政令指定都市中6番目の人口規模となっている。また、市の面積は政令指定都市中最小規模で、人口密度は政令指定都市中では大阪市に次いで2番目に高い。市の行政区は全部で7区であり、各区約17万から26万人の人口を擁している。川崎市の市域はその特徴を踏まえ、南部（川崎区・幸区）、中部（中原区・高津区・宮前区）、北部（多摩区・麻生区）の3エリアに分けられる。

南部は昔から工業・産業が盛んであり、京浜工業地帯の一部に含まれ、外国籍の住民も多く在住している。中部はIT関連産業が集積しつつあり、高層マンション群などの建築も進み、人口が急増している。北部は以前からベッドタウンとしての性格を有しており、自然も多く残る地域である。こうしたエリアごとの特徴は生活保護率や高齢化率などにも関係している。

川崎市の自殺死亡率は、全国平均よりも低いが、全国的傾向と同様に1998年に急増し、2009年以降は減少傾向となった。なお、2015年以降は、増加と減少を繰り返すような傾向も一部見られるところである。

川崎市においては、2013年に議員提案によって「川崎市自殺対策の推進に関する条例」（2013年12月24日条例第75号。以下、「条例」という。）が制定され、2015年3月には3年間を計画期間とす

る「第1次川崎市自殺対策総合推進計画」が策定された。以後、国の自殺対策基本法及び自殺総合対策大綱も踏まえながら、条例に基づく計画を策定し、自殺対策に取り組んできている。2016年に自殺対策基本法が改正され、全国の自治体に「自殺対策計画」の策定が義務化されたが、川崎市は、先行して取組みを進めてきた自治体の1つである。

本章では、これまでの川崎市の自殺対策の経過を辿りながら、自殺対策における体制整備とPDCAサイクルの実践に向けた取組みを中心に紹介する。

1 川崎市自殺対策の推進に関する条例について

1998年以降、全国の自殺死亡者数が年間3万人を超える状況が続き、川崎市でも全国と同様に自殺死亡者数が急増した。

川崎市においては、2002年の精神保健福祉センター（現：総合リハビリテーション推進センター）の設置以降、うつ病の相談並びに家族セミナー等の実施や市民講演会の開催の他、司法・医療・福祉・民間・行政関係機関等から構成される会議体を神奈川県及び県内政令指定都市共同で設置するなど、自殺対策に取り組んできた。

2009年以降は、全国、川崎市ともに減少傾向となっていたが、川崎市においては年間250人以上の方が自殺で亡くなっており、深刻な状況が続いているという認識であった。

そうした状況の中、2013年5月、川崎市議会の健康福祉委員会において、自殺対策に関する条例制定について、議員からの発議・提案があった。以後、8回にわたり同委員会にて条例案の審議が行われ、2013年10月から11月にかけて市民意見の募集（パブリックコメント）が実施され、2013年12月には川崎市議会本会議において「川崎市自殺対策の推進に関する条例」が賛成多数で可決され

た。同条例は、2014年4月1日から施行された。

条例は主に3つの特色を有していた。

1つめは、責務と役割を明記したことである。条例では、3条から7条において、市だけでなく、事業主、保健医療サービス等を提供する者、学校等の責務を定めるとともに、市民の役割が規定された。

2つめに、条例の9条において川崎市自殺対策総合推進計画の策定を定めたことである。これにより、市の状況に応じた自殺対策をどのように進めていくのか、市の事業のうちどのようなものが自殺対策に繋がっているのかが整理された。また、条例の11条において、毎年度、川崎市自殺対策総合推進計画の進捗状況や目標の達成状況について評価を行い、その結果及び川崎市における自殺の概要に関する報告書として、「川崎市自殺対策の推進に関する報告書」（以下、「年次報告書」という。）を作成し、川崎市議会へ提出するとともに公表を行うことも定めた。これにより、市の自殺対策の進捗状況や目標の達成状況の把握の結果を広く市民に伝えていくことが明確化された。

3つめに、条例において連携のための仕組みを定めたことである。具体的には条例において市と関係機関等が相互に密接な連携を図るための仕組みの整備が求められた。このほか、行政における人材育成や、いわゆる「ゲートキーパー」の養成についても規定された。

なお第1次計画を策定する中で、川崎市自殺対策総合推進計画の評価を行う具体的な仕組みが必要とされ、2015年には、条例の一部改正が行われた。同改正により、川崎市自殺対策評価委員会（以下、「評価委員会」という。）の設置が定められた。

2 川崎市自殺対策総合推進計画について

(1) 第1次川崎市自殺対策総合推進計画（計画期間：2015年4月～2018年3月）

条例の制定を踏まえ、2014年より「第1次川崎市自殺対策総合推進計画」（以下、第1次計画という。）の策定が開始された。第1次計画案の策定過程では副市長を座長とした局長級会議として「川崎市自殺対策総合推進会議」が設置されるとともに、同会議体の幹事会として課長級会議も設置され、検討が行われた。同計画案の検討に際しては、市としての自殺対策をどう進めていくのかといったことや具体的な取組項目のほか、推進体制についても検討が重ねられた。その中で市と自殺対策に関わる民間団体、法曹関係機関、医療・保健・福祉関係機関等との情報共有や意見交換を行うための会議体の設置のほか、前述の自殺対策の評価を担う委員会の設置が検討された。この評価委員会は、2015年3月の条例の改正によって設置されることとなった。

第1次計画では、本計画の基本理念として、条例の理念にのっとり、「学校・事業主・地域住民組織等の身近な地域の多様な主体と協働し、安心して暮らせるまちづくりと自殺に追い込まれない社会の実現を目指す」ことが掲げられた。また、本計画の位置づけについては条例に基づく計画とされ、「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」（以下、「推進ビジョン」という。）を上位概念とし、「かわさきノーモライゼーションプラン」をはじめとする他関連計画との連携を図ることや川崎市総合計画との整合性を図るものとされた。

「推進ビジョン」は、川崎市が2015年3月に策定したものであり、地域の「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」などのサービス提供手段である「地域包括ケアシステム」の構築に向け、高齢者をはじめ誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で暮らし続けること

ができるという基本的な考え方が示されたものである。

また、「推進ビジョン」と本計画の関係については、「地域包括ケアシステム」の整備が本計画の目指す自殺死亡者の減少につながることに、あるいは逆に自殺対策の推進が「地域包括ケアシステム」構築の推進につながるものと整理されている。川崎市ではこれらは表裏一体の関係にあるものとされている。

基本理念や上位概念との関係の整理の他、条例に基づき、計画における定量的目標を設定するとともに、施策体系を整理した。また、川崎市の自殺の現状と自殺総合対策を推進する上での基本的認識を踏まえた主要な課題を5つ設定し、それに対応する取組項目を位置づけ、2015年3月に第1次計画を策定した。

(2) 第2次川崎市自殺対策総合推進計画（計画期間：2018年4月～2021年3月）

2018年3月の第1次計画の計画期間の終了を踏まえ、「第2次川崎市自殺対策総合推進計画」（以下、「第2次計画」という。）が策定された。第2次計画では主要な課題として、第1次計画で設定した5つの課題に加え、「自殺と精神保健の問題のスティグマの減少」と「地域精神医療体制の確保」の2点が追加された。また、定量的目標を見直すとともに、定性的目標として「自殺の実態分析を踏まえた科学的根拠や必要性・有効性・効率性に基づく取組及び自殺予防のための全体的予防介入、選択的予防介入、個別の予防介入に当たる取組を進め、総合的な自殺対策の推進を図る」ことが設定された。

さらに、①「川崎市自殺対策総合推進計画・庁内連携会議」（以下「庁内連携会議」という。）、②「川崎市自殺対策総合推進計画・地域連携会議」（以下「地域連携会議」という。）、③「評価委員会」の3つの会議体から構成される川崎市における自殺対策の推進体制が整備されることとなった。

(3) 第3次川崎市自殺対策総合推進計画（計画期間：2021年4月～2024年3月）

2021年3月には、第2次計画の計画期間の終了にともない「第3次川崎市自殺対策総合推進計画」（以下、「第3次計画」という。）が策定された。

第3次計画策定に向けては、2017年に実施された「川崎市こころの健康に関する意識調査」の内容が見直され、統計分析とあわせて課題の把握等を行うとともに新たな計画策定に活用することとされた。また、市の自殺対策の取組みにかかるPDCAサイクルを加速させるため、第3次計画の諸事業について、計画策定当初から各事業の経過や効果を把握するうえで重要と考えられるものが主要指標として設定された。

3 川崎市における自殺対策の推進体制について

川崎市においては、第2次計画以降、「庁内連携会議」「地域連携会議」「評価委員会」の3つの会議体が自殺対策の推進体制として整備されている。なお、各会議体の概要については、以下に整理する。

また、3つの会議体の他、川崎市においては、自殺対策の施策や企画調整を行う本庁部署である健康福祉局障害保健福祉部精神保健課と自殺対策の事業推進の中心を担う健康福祉局総合リハビリテーション推進センターの職員で構成される「自殺対策PT」を毎月1回開催し、事業全体の進捗管理等を実施している。

(1) 川崎市自殺対策総合推進計画・庁内連携会議

2007年10月当初、川崎市役所の庁内体制として課長級の「川崎市自殺総合対策庁内連絡会議」が設置されていた。2014年には、条例の制定と第1次計画策定のための体制整備の一環として同会議

が廃止されるとともに、前出の「川崎市自殺対策総合推進会議」と課長級の幹事会が設けられた。

2018年に第2次計画の開始にあわせて、関係局のみで構成されていた庁内体制について、副市長を議長とした庁内の全局・室・区長の構成に拡充し、「庁内連携会議」となった。これは、自殺の問題は誰にでも起こりうるものであるという考え方にに基づき川崎市職員のメンタルヘルスを考えていく点も加味したものであった。拡充後の「庁内連携会議」は、各部署における実施体制の整備や、地域の実態に応じた自殺対策の推進を目指すものとされ、課長級の幹事会はそのままとされた。

「庁内連携会議」では、川崎市の自殺の状況の共有の他、計画に位置付ける取組項目の報告、計画案の検討、川崎市職員のメンタルヘルスに関する報告等が実施されている。

(2) 川崎市自殺対策総合推進計画・地域連携会議

川崎市と関係機関との連携については、第1次計画が開始された2015年4月当初に「川崎市地域総合対策推進連絡会議」が設置されていた。同会議は、自殺対策に関わる法曹・医療等関係機関、民間団体、自死遺族等が共通認識を持つことや事業実施における実務担当者間の連携促進を目指すものとされた。その後、2018年に有機的な相互連携のために同会議の名称は「地域連携会議」へと変更された。

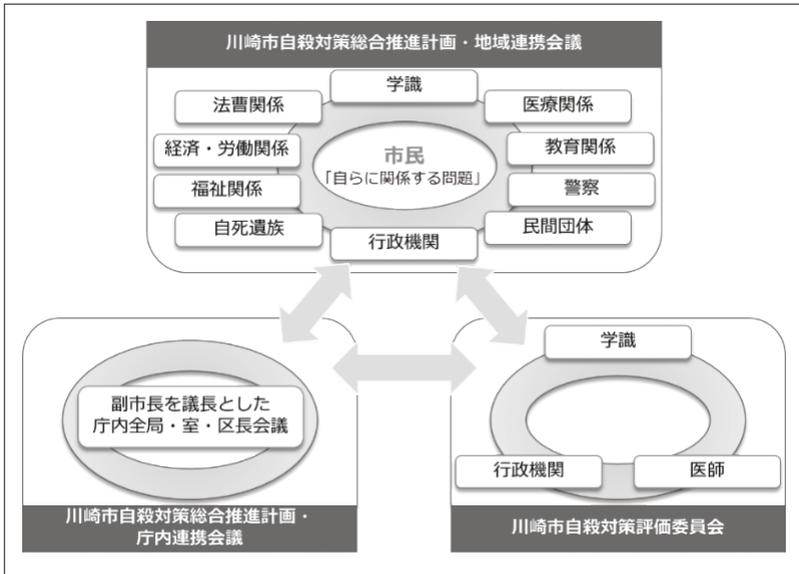
「地域連携会議」では、川崎市の自殺の状況の共有の他、構成機関における取組みを共有しながら、地域での課題に対する取組みの検討や協議が重ねられている。

(3) 川崎市自殺対策評価委員会

評価委員会は条例の12条に規定される市の付属機関であり、いわゆる第三者有識者会議である。同会議は、医療・保健・福祉の学識経験者、医師及び市職員等の5名の委員により構成されており、自殺の実態分析や、自殺対策事業及び施策の評価を行うこととされている。同会議では、自殺対策にかかる学識経験者を全国から招聘し、研究ベースの知見の活用を目指している。

具体的な内容として、より詳細な市内の区域毎の自殺動向の分析、救急搬送にかかるケーススタディ、市民アンケート（川崎市こころの健康に関する意識調査）の量的分析など、専門的知見を生かした議論がなされている。

図表 7-1 川崎市における自殺対策の推進体制



(出典：川崎市資料)

4 自殺対策における PDCA サイクルの実践に向けて

2017年7月に示された国の自殺総合対策大綱（2017年7月25日閣議決定）において、「地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する」と掲げられた。PDCAサイクルを回していこうとすると、計画に対する評価が必要になってくる。また、川崎市の条例11条においても、計画の目標の達成状況についての評価が規定されている。

自治体の自殺対策の取組みを評価しようとする場合、計画上の定量的目標の達成状況を測定することが一般的である。川崎市でも定量的目標として人口動態統計における自殺死亡率を用いている。しかし、目標として掲げた自殺死亡率を達成したことをもって自殺対策が進んでいる、または達成できなかったことをもって自殺対策は進んでいないと評価することが適切であろうか。

自殺死亡者数や自殺死亡率は社会状況の変化に大きく影響を受けることがある。こうした社会状況の変化は「外部要因」と呼ばれているが、一般に「外部要因」が大きすぎる場合、単に目標達成度をもって自殺対策が進んでいると主張することが難しい状況となる。自殺対策ではこの「外部要因」が大きすぎる点が課題となることがある。すなわち、自治体側の取組みの進捗が自殺死亡者数や自殺死亡率をコントロールできない状況が生じることがある。

上記のような観点から、川崎市では、第2次計画から定性的目標を設定し、総合的な自殺対策の推進を図られているかという視点での評価の仕組みづくりに取り組んでいる。

定性的目標に対してどのように評価を行っていくかという点や評価を行うために必要な成果と課題を的確に把握していくにはどうしたらよいのかという点については引き続き検討が重ねられているところであるが、川崎市においては、年次報告書と評価委員会を活用

し、この点に取り組んでいる。

年次報告書は、条例の11条1項に規定されているものであり、毎年度、川崎市における自殺の概要や川崎市自殺対策総合推進計画の進捗状況及び目標の達成状況等についてとりまとめたものである。同報告書は2016年以降、前年度の状況がまとめられ、川崎市議会に提出の上、公表されている。

年次報告書のより具体的な構成は、「川崎市における自殺の概要」「川崎市における自殺対策の基本的な枠組み」「前年度の自殺対策の実施状況」「目標の達成状況と評価」となっている。前年度が第1次計画または第2次計画の最終年度であった場合には、当該計画に対する総括的な評価も掲記される。これらのうち「自殺対策の実施状況」については、各事業所管課からの各事業の取組みの実績などを記載した自殺対策総合推進計画取組項目実施状況報告書（以下、「実施状況報告書」という。）として取りまとめられている。

2016年の年次報告書の発行当初から第1次計画までは「定性的評価」については明確な定めはなかったが、評価委員会からの意見に基づいて、年次報告書において項目が追加された。第2次計画からは前述のとおり、「定性的目標」についても計画の目標に位置付けられた。

定性的目標に対する評価を行うためには、各事業の取組みの成果と課題を的確に把握していくことが必要であるが、実施状況報告書の様式について、評価委員会での議論を踏まえ、改訂を重ねてきている。

第1次計画と比較し、第2次計画以降では、予算や決算、外部委託や事業変更の可能性の有無、主要指標、目的・目標の達成に向けた課題、今後の取組みの改善の方向性を追加した。特に主要指標は各事業の経過や効果を把握するうえで重要なものとして位置付けている。さらに外部要因の変化のうち大きなものとして、新型コロナ

ウイルス感染症が挙げられる。2020年以降は、実施状況報告書において当該感染症の各事業への影響や臨時的に行った取組み等の項目を設け、年次報告書においてに全体の事業を俯瞰したレビューも試みている。

自治体の自殺対策において自殺死亡者数や自殺死亡率を減少させるというのは大きな目的である。また、自殺死亡者数や自殺死亡率が減少した際に、どの取組みがここに寄与したのかという因果関係を把握する姿勢は重要である。しかしながら、自治体の取組みだけで自殺死亡者数や自殺死亡率をコントロールすることは困難を極める。

自殺の背景には様々な原因・動機があり、それに対応しようと自治体の自殺対策における主要課題も多岐にわたる。結果として、自殺対策計画に位置付けられる事業も事業を所管する部署もあるいはその取組みも多種多様であって、事業の主たる目的が自殺対策ではないという場合も少なくない。例えば事業の主たる目的が自殺対策でなくとも、自殺の背景にある様々な原因・動機や設定した主要な課題に対して事業の目的や成果が繋がっていることを把握するとともに、総合的な自殺対策を推進する体制が整備できているかという視点を持つことが必要になってくる。

こうした観点からいえば、実施状況報告書の内容の改善を今後も積み重ねていく必要がある。

図表 7-2 実施状況報告書の項目

発行年	項目
2016年～2018年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 条例に規定された該当する基本方針 ・ 条例に規定された該当する事項 ・ 取組番号 ・ 取組名称 ・ 取組目的 ・ 取組実績 ・ 所管課
2019年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 条例に規定された該当する基本方針 ・ 条例に規定された該当する事項 ・ 取組番号 ・ 取組名称 ・ 取組目的 ・ 川崎市総合計画実施計画における構成事務事業名称 ・ 予算額 ・ 決算額 ・ 外部委託の有無 ・ 次年度以降の事業変更の可能性の有無 ・ 取組実績 ・ 主要な評価指標 ・ 主要な評価指標の説明 ・ 主要な評価指標の目標 ・ 主要な評価指標の実績 ・ 目的・目標の達成に向けた課題 ・ 今後の取組の改善の方向性 ・ 所管課
2020年～2021年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 条例に規定された該当する基本方針 ・ 条例に規定された該当する事項 ・ 取組番号 ・ 取組名称 ・ 取組目的 ・ 川崎市総合計画実施計画における構成事務事業名称 ・ 予算額 ・ 決算額 ・ 外部委託の有無 ・ 次年度以降の事業変更の可能性の有無 ・ 取組実績 ・ <u>新型コロナウイルス感染症による取組への影響の有無</u> ・ <u>新型コロナウイルス感染症の影響により変更や中止とした事業内容</u> ・ <u>新型コロナウイルス感染症の影響により新規や臨時的に実施した事業内容</u> ・ 主要な評価指標の説明 ・ 主要な評価指標の目標 ・ 主要な評価指標の実績 ・ 目的・目標の達成に向けた課題 ・ 今後の取組の改善の方向性 ・ 所管課
2022年～2023年	<ul style="list-style-type: none"> ・ 条例に規定された該当する基本方針 ・ 条例に規定された該当する事項 ・ 取組番号 ・ 取組名称 ・ 取組目的 ・ 川崎市総合計画実施計画における構成事務事業名称 ・ 予算額 ・ 決算額 ・ 外部委託の有無 ・ 次年度以降の事業変更の可能性の有無 ・ 取組実績 ・ <u>新型コロナウイルス感染症による取組への影響の内容</u> ・ <u>新型コロナウイルス感染症の影響により変更や中止とした事業内容</u> ・ <u>新型コロナウイルス感染症の影響により新規や臨時的に実施した事業内容</u> ・ 主要な評価指標の説明 ・ 主要な評価指標の目標 ・ 主要な評価指標の実績 ・ 目的・目標の達成に向けた課題 ・ 今後の取組の改善の方向性 ・ 所管課

(出典：川崎市資料)

おわりに

本章では、これまでの川崎市の自殺対策の経過と、自殺対策における体制整備と PDCA サイクルの実践に向けた取組みを中心に紹介した。

2017 年 7 月に示された国の自殺総合対策大綱において、「地域レベルの実践的な取組を PDCA サイクルを通じて推進する」と掲げられた。

川崎市では、川崎市自殺対策総合推進計画の策定 (Plan)、川崎市自殺対策総合推進計画に位置付ける事業の実施 (Do)、年次報告書の作成 (Check)、年次報告書の作成及び川崎市議会への提出 (Act) を「PDCA サイクル」として、回しながら自殺対策を進めている。

この仕組みの中で、蓄積されたこれまでの川崎市の自殺対策の成果と課題を踏まえ、川崎市自殺対策総合推進計画や計画に位置付ける事業のブラッシュアップを進め、総合的な自殺対策の推進につなげていきたい。

そして、川崎市自殺対策総合推進計画の基本理念である「学校・事業主・地域住民組織等の身近な地域の多様な主体と協働し、安心して暮らせるまちづくりと自殺に追い込まれない社会の実現」と、川崎市地域包括ケア推進ビジョンの基本理念である「川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築による誰もが住み慣れた地域や自ら望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現」に向け、引き続き取り組んでいきたい。

参考資料

川崎市自殺対策の推進に関する条例（2013年12月24日条例第75号）

人の命は、何ものにも代え難い。しかし、自ら命を絶つ人が川崎市でも跡を絶たない。

自殺に至る背景には、個人的な要因だけではなく、社会的な要因もあり、それらが複合的に重なっていることから、その対策も個々の自殺発生の危機への対応だけではなく、誰もが健康で生きがいをもって暮らすことのできる社会の構築まで一貫したものでなければならない。

そのため、川崎市においても、自殺を個人の問題としてのみではなく、社会全体で取り組む問題として捉えていく必要がある、市民一人ひとりが自殺を自らと決して無関係ではない問題として意識し、自殺対策に関心と理解を深めていくことが重要となっている。

ここに、川崎市は、自殺対策を推進して、自殺の防止及び自殺者の親族等に対する支援の充実を図るとともに、誰もが自殺に追い込まれない社会の実現に向けて、市民その他関係者と共に取り組んでいくため、この条例を制定する。

（目的）

第1条 この条例は、自殺対策に関し、基本理念を定め、市の責務、市民の役割等を明らかにするとともに、自殺対策の基本となる事項を定めることにより、自殺の防止等に対する市民の意識の高揚を図りつつ、市の状況に応じた自殺対策を総合的に推進し、もって市民が互いに支え合い、健康で生きがいを持って暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

（基本理念）

第2条 自殺対策は、次の基本理念にのっとり、その推進が図られなければならない。

（1）自殺が個人的な問題としてのみ捉えられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があり、その多くを防ぐことができる問題であることを踏まえて、社会的な取組とすること。

（2）自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即したものとすること。

(3) 自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策とすること。

(4) 市及び関係機関等（国、他の地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の自殺対策に関係する者をいう。以下同じ。）相互の密接な連携の下に行われるものとする。

（市の責務）

第3条 市は、前条の基本理念にのっとり、関係機関等と連携しつつ、自殺に関する現状を把握し、市の状況に応じた施策を総合的かつ計画的に策定し、及び実施するものとする。

2 市は、前項の規定による関係機関等との連携、現状の把握並びに施策の策定及び実施に当たっては、これらの行為が各区又は地域の実情に応じたものとなるよう配慮するものとする。

3 市は、一定期間に発生した自殺の原因、方法、件数等から判断して急を要すると認めるときは、速やかに必要な対応を行うものとする。

（事業主の責務）

第4条 事業主は、自殺対策において重要な役割を果たし得ることを認識し、自殺及びその背景にある心の健康の問題その他の問題に対する正しい理解を深めるよう努めるものとする。

2 事業主は、市及び他の関係機関等と連携して、その雇用する労働者の心の健康の保持を図るため必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

（保健医療サービス等を提供する者の責務）

第5条 保健医療サービス、福祉サービス等（以下「保健医療サービス等」という。）を提供する者は、自殺対策に直接関係すること又は寄与し得ることを認識し、自殺及びその背景にある心の健康の問題その他の問題に対する正しい理解を深めるよう努めるものとする。

2 保健医療サービス等を提供する者は、市及び他の関係機関等と連携して、保健医療サービス等の利用者に係る自殺の防止等に資するよう、適切な措置を講ずることに努めるものとする。

(学校等の責務)

第6条 学校その他これに類する教育機関（以下「学校等」という。）は、自殺対策において重要な役割を果たし得ることを認識し、自殺及びその背景にある心の健康の問題、いじめその他の問題に対する正しい理解を深めるよう努めるものとする。

2 学校等は、市、他の関係機関等、児童、生徒等の保護者等と連携して、児童、生徒等が心身ともに健康な生活を営むことができるよう、前項の問題に関する支援その他の適切な措置を講ずることに努めるものとする。

(市民の役割)

第7条 市民は、自殺が自己に関係のある問題となり得ること及び自殺の防止等に資する行為を自らが行い得ることを認識し、自殺及びその背景にある問題に対する正しい理解を深めるとともに、それぞれが自殺対策に関し適切な役割を果たすよう努めるものとする。

(財政上の措置等)

第8条 市は、この条例の目的を達成するため、必要な財政上の措置その他の措置を講ずるよう努めるものとする。

(自殺対策総合推進計画の策定等)

第9条 市長は、市の状況に応じた自殺対策を総合的に推進するための計画（以下「自殺対策総合推進計画」という。）を定め、及びこれに基づき次に掲げる事項に関し必要な施策を講ずるものとする。

- (1) 自殺の防止等に関する調査研究の推進並びに情報の収集、整理、分析及び提供
- (2) 自殺の防止等に関する市民の理解の増進
- (3) 自殺の防止等に関する人材の確保、養成及び資質の向上
- (4) 職域、学校、地域等における市民の心の健康の保持に係る体制の整備
- (5) 自殺の防止に向けた早期かつ適切な医療を提供するための体制の整備
- (6) 自殺の発生を回避するための相談その他の適切な対処を行う体制の整備及び充実
- (7) 自殺未遂者に対する支援
- (8) 自殺者及び自殺未遂者の親族等に対する支援

(9) 民間団体の行う自殺の防止等に関する活動に対する支援

2 自殺対策総合推進計画においては、自殺に関する市の状況を勘案し、自殺対策に関する定量的な目標を定めるものとする。

(留意事項)

第10条 市長は、自殺対策総合推進計画の策定及びこれに基づく施策の実施に当たっては、次に掲げる事項に留意するものとする。

(1) 各区又は地域の実情に配慮すること。

(2) 次に掲げる役割を業務の性質上担うことが可能であると認められる職業の団体に対し、心の健康又は自殺の防止に関する知識の普及に資する情報提供その他の必要な支援が行われるようにすること。

ア 自殺及び自殺に関連する事象に関する正しい知識を普及する役割

イ 自殺の兆候に気付いて、当該兆候を示した者に話しかけ、又は話を聞き、必要に応じて専門的な機関、団体等から相談、助言等が受けられるよう支援し、又は当該兆候を示した者を見守る役割

(3) 市民がそれぞれ自己の親族、知人その他の関係者の異変に気付いた場合に、前号イに掲げる役割を担って適切に行動することができるよう、必要とされる基礎的な知識の普及が図られるようにすること。

(評価及び報告書の作成等)

第11条 市長は、毎年度、自殺対策総合推進計画の進捗状況及び第9条第2項の目標の達成状況について評価を行い、その結果及び市における自殺の概要に関する報告書を作成し、これを議会に提出するとともに、公表するものとする。

2 市長は、前項の評価を行おうとするときは、川崎市自殺対策評価委員会の意見を聴くものとする。

(自殺対策評価委員会)

第12条 前条第2項に定めるもののほか、自殺対策に係る重要事項について調査審議するため、川崎市自殺対策評価委員会（以下「委員会」という。）を置く。

2 委員会は、委員5人以内をもって組織する。

3 委員は、学識経験者、医師及び市職員のうちから市長が委嘱し、又は任命

する。

- 4 委員の任期は、3年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 5 委員は、再任されることができる。
- 6 前各項に定めるもののほか、委員会の組織及び運営に関し必要な事項は、規則で定める。

(連携のための仕組みの整備)

第13条 市長は、自殺対策を総合的かつ円滑に推進することができるよう、市及び関係機関等が相互に密接な連携を図るための仕組みを整備することに努めるものとする。

附 則

この条例は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この条例は、平成27年4月1日から施行する。

第8章

自殺対策における自治体職員のあり方

川崎市総合リハビリテーション推進センター所長 **竹島 正**

1 地域からのボトムアップの視点

自治体は、住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担う。自治体職員は、自治体という地域、そしてその住民の福祉の向上のために、自治事務の一環として自殺対策を行う。さて、世界保健機関(WHO)は2018年に『自殺を予防する:地域の取組みを促進するためのツールキット』(WHO2018)を刊行した。ツールキットは、地域が自殺予防活動に取り組み、プロセスを自分たちのものとして、自殺予防の取組みを持続させるための手引きとして作成された。この手引きは、なぜ地域が自殺予防に重要なかを述べており、自治体職員が自殺対策に取り組むうえで参考になるのでその概要を紹介する。

この手引きは、自殺予防は個人や家族にとって重要なだけでなく、地域のウェルビーイング(well-being)、ヘルスケアシステムや社会全体にも有益であるという。そして、政府は、包括的な多部門による国家的な自殺予防戦略を開発し実施するために自殺予防を先導する必要があるが、国内の地域によって自殺死亡率のばらつきがあることを踏まえると、政府によるトップダウンの自殺予防は、地域のボトムアップのプロセスと連携しなければならないと述べ、地域の自殺予防における役割を次のようにまとめている。

- ・地域は、脆弱な人に社会的支援を提供し、フォローアップケアに関わり、意識を高め、スティグマと戦い、自殺で遺された人々を支援することによって、自殺のリスクを低減し、保護因子を強化することができる。
- ・地域メンバーは、自殺や自殺企図事例の登録が重要であるという問題提起をすることもできる。
- ・地域メンバーや代表者は、自殺関連行動のリスクがある人々を

同定し、群発自殺が起こらないようにするという、いわゆる「ゲートキーパー」の役割を担うかもしれない。

- ・恐らく最も重要なこととして、地域は人々に所属感を与えることによって役立つことができる。
- ・地域における社会的支援は、社会的なつながりを構築し、困難なことに対処するスキルを向上させることで、脆弱な人を自殺から守ることができる。
- ・地域自体が、地元のニーズと優先課題を同定するのに最適の位置にあることを理解することが重要である。

わが国に当てはめてみよう。政府は、自殺対策基本法をもとに、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱を定めた。

都道府県、市町村の自殺対策計画は、地域、住民と共に歩む視点を持つものでなければならない。

2 自殺の定義など

厚生労働省による『令和5年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル』は、自殺を「死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法は問わない」と定義している。

WHOは2014年刊行の『自殺を予防する：世界の優先課題』(WHO2014)に基本的な用語の定義を掲載した。それによると、自殺 (suicide) は故意に自ら命を絶つ行為、自殺企図 (suicide attempt) は非致死的な自殺関連行動を意味し、死ぬ意図があったか、結果として致死的なものかどうかに関わらず、意図的な服毒や損傷、自傷行為を指すとしている。また、自殺関連行動 (suicidal behavior) は、自殺のことを考えたり (自殺念慮)、自殺を計画したり、自殺を企図したり、

そして自殺そのものを示すとしている。

自殺という言葉は、誤解や偏見が染みついているとして、自死遺族からは統計や法律以外については「自殺」から「自死」への言葉の変換を求める意見がある。

自殺対策という言葉は、2006年の「自殺対策基本法」の成立までほとんど使われることはなかった。これまでの自殺予防は精神保健の視点が強いとして、社会的な支援や遺族支援を含む取組みであることを明示するために「自殺予防総合対策」という言葉が生まれ、それを短くして「自殺対策」としたのであろう。あるいはこれまでと異なる革新的なものという主張から生まれたのかもしれない。しかし英語圏の自殺予防（suicide prevention）はそもそも社会的な取組みや遺族支援を含むものである。ここから言えば、筆者の理解では自殺予防と「自殺対策」は同義と考えてよい。

3 自殺の実態をどのように把握するか

2017年以降の自殺総合対策大綱には「地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する」と謳われている。PDCAサイクルとは、Plan（計画）、Do（実行）、Check（確認）、Action（改善）を繰り返して業務を継続的に改善する方法をいう。このサイクルの始まりはCheck（確認）であり、自殺対策においては、地域でどのような自殺、自殺企図、自殺関連行動が発生しているのかを把握することに始まる。それぞれマクロ実態（統計ベース）とミクロ実態（事例ベース）のアプローチがある。それらを簡潔に述べる。

(1) 自殺

ア マクロ実態

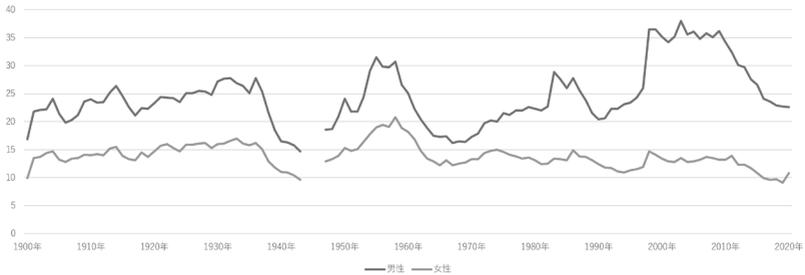
自殺のマクロ実態を把握するうえで、自治体職員の利用しやすい

情報には、人口動態統計による自殺死亡、警察庁による自殺統計、自殺実態プロファイルの3種がある。

人口動態統計は、統計法に基づく基幹統計であり、これによる自殺の動向は長期にわたる動向の観察が可能である。

図表8-1は人口動態統計に基づくわが国の1900年から2021年までの自殺死亡率（人口10万対の1年間の自殺者数）の推移である。これを見ると、120年にわたり、男性はおおむね20以上、女性はおおむね10から15の範囲で推移していることがわかる。

図表8-1 人口動態統計による自殺死亡率の長期推移



COVID-19の世界的流行下における若者や女性の自殺増加が話題になったが、若者の自殺死亡者数の急増は1950年代に大きな先例があり、女性の自殺が多いのはわが国の長期的・歴史的課題であった（竹島2023）。このように長期的な経緯を辿ることで、現在、課題となっていることへの理解を深めることができる。人口動態統計に基づく都道府県、二次医療圏、自治体別の自殺の統計としては、1973年から2012年までであれば「自殺対策のための自殺死亡の地域統計」¹⁾が利用可能である。

警察庁「自殺統計」は、警察官が変死者または変死の疑いのある死体（変死体）を発見し、またはこれがある旨の届出を受けたときの調書（以下、「変死調書」）をもとに作成された自殺統計原票を集計したものである。自殺統計原票には自殺の原因・動機の分類があ

る。原因・動機は2007年に3つまで計上することになり、2022年には原因・動機を4つまで計上するとともに、その判断根拠について「遺書」「自殺サイト・メール等書き込み」と「その他の生前の言動（これを裏付ける資料がある場合に限る。）」から、「その他の生前の言動、家族等の証言（自殺の原因・動機と考えられるもの）」に拡大された。この変更により、その前後で自殺の原因・動機の年次推移を比較することは困難となった（Inoue et al.2023）。

自殺実態プロファイルは、自殺統計原票にある生前の居住地を利用して、自殺統計原票を集計したもので、2009年以降の自殺者数の推移、地域の自殺者の特徴を年齢階級別（20～39歳、40～59歳、60歳以上）、職業の有無、同居と別居の別によって上位5位まで示している。これは自殺総合対策大綱に「国は、指定調査研究等法人において、全ての都道府県及び市町村それぞれの自殺の実態を分析した自殺実態プロファイルを作成し、地方公共団体の地域自殺対策計画の策定・見直しを支援する」と述べられていることを踏まえたものである。

図表8-2にそれぞれの特徴をまとめた。自治体職員はそれぞれの統計の特徴を理解したうえで適切に利用することが望まれる。

図表 8-2 人口動態統計、自殺統計、自殺実態プロファイルの比較

	厚生労働省「人口動態統計」に基づく統計	警察庁「自殺統計」	自殺実態プロファイル
統計上の位置づけと公表者	統計法上の基幹統計である「人口動態統計」を自殺について分析したもの	統計法に基づく政府統計一覧に掲載されていない行政情報。警察庁「自殺統計」をもとに厚生労働省自殺対策推進室作成	自殺統計原票をもとにして、「い」のちを支える自殺対策推進センターが全自治体に提供
調査対象	日本における日本人	総人口（日本における外国人も含む。）	同定
調査時点	住所地を基に死亡時点です	自殺統計原票による発見地（正確には認知）で計上	自殺統計原票による発見地（正確には認知）で計上したものを生前の居住地で集計
事務手続き上の訂正報告	自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときは自殺以外で処理しており、死亡診断書等について作成者から自殺の訂正報告がない場合は、自殺に計上していない	死体発見時に自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときには、検視調査または死体見分調査が作成されるのみであるが、その後の調査等により自殺と判明したときは、その時点です	同定
統計の連続性	1900（明治32）年以降の統計が公表されている。	警察庁生活安全局地域課によって「自殺の概要資料」として公表されてきた。2022（令和4）年の自殺統計原票の見直しにより、2022年以前と以後の統計で自殺の原因・動機の正確な年次比較を行うことは極めて困難となった	2017年より「地域自殺実態プロファイル」を作成し、すべての都道府県・政令指定都市、市町村に提供。自殺の原因・動機について警察庁「自殺統計」と同じ問題がある
調査者の利用範囲	提供された集計表を利用するほか、行政機関、指定独立行政法人、研究者等は法に基づく手続きを経てデータの提供を受けて分析可能	統計法上の規定外であり、提供された集計表を利用するのみ（一部の都道府県では警察本部管内の自殺統計原票に基づくデータが提供され自殺対策に活用されている）	統計法上の規定外であり、提供された集計表を利用するのみ
備考	人口動態統計特報において、国勢調査年の配偶関係別の自殺死亡率が公表されている		

イ ミクロ実態

2007年の自殺総合対策大綱には当面の重点施策として「実態解明のための調査の実施」の中に、社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入ポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査の実施が挙げられていた。これを踏まえ、自殺予防総合対策センターにおいて心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」が実施された（松本ほか 2014）。2017年の自殺総合対策大綱の見直しによって心理学的剖検の手法を用いた調査にかかる記述はなくなり、研究事業は中止となった。自殺予防総合対策センターにおける心理学的剖検は中高年男性の自殺の多かった時期を反映したものであるが、現状に適したものに改訂して調査の再開が望まれる。

(2) 自殺企図

ア マクロ実態

自損行為による救急自動車の出動件数及び搬送人員の推移は消防庁「救急・援助の現況」に報告されている。全国規模の分析では『総務省消防庁が有する自損行為による救急搬送事例に関する分析－全国および都道府県別－』（2013年12月）¹がある。自治体は消防本部などの保有する情報を得ることが可能であるし、その分析を行うこともできる。川崎市では川崎市消防局と連携して自損救急搬送事例調査（高井ほか 2019）を行った。なお、警察庁「自殺統計」に自殺者の自殺未遂歴の有無があるが、これは変死調書をもとに作成されたもので、生涯の自殺未遂歴の有無をあらわすものではない。こ

1 一般社団法人自殺予防と自死遺族支援・調査研究研修センター「アーカイブズ」
<https://cspss.jp/archives.html>（最終閲覧日：2023年12月13日）

のほか自傷・自殺未遂レジストリ (JA-RSA)²は、自殺未遂や自傷により、救命救急センターに搬送された者に関する情報を登録・集積するシステムで、2022年12月より一般社団法人日本臨床救急医学会と指定法人が協働で運用している。

イ ミクロ実態

大規模なものでは、2006～2011年度に行われた自殺対策のための戦略研究 ACTION-Jがある。救急医療施設に搬送され入院となった自殺未遂者を対象とし、介入群（ケース・マネジメントを実施）、対照群の2群に割り付け、多施設共同、非盲検、無作為化比較試験を行ったものである。この研究の成果は診療報酬に反映されている。このほかにも各地において救急医療機関における自殺未遂者の対応などの調査が行われている。

(3) 自殺関連行動

ア マクロ実態

世界精神保健日本調査セカンドは2010年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度、受診行動、関連要因、社会生活・自殺行動などへの影響を、国民から無作為抽出された日本人の代表サンプルにおいて明らかにするもので、これまでに本気で自殺を考えた者は7.5%、これまでに自殺を試みた者は1.2%と報告している。また自殺関連行動のリスクは気分症または不安症がある場合に高かったと報告している³。また各地で行われている地域住民のここ

2 厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター「自傷・自殺未遂レジストリ (JA-RSA)」事業紹介 https://jscp.or.jp/news/230914_.html (最終閲覧日：2023年12月13日)

3 山内貴史、立森久照、川上憲人「わが国の一般地域住民における自殺関連行動に関する研究」『平成27年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」総括・分担研究報告書』<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/22776> (最終閲覧日：2023年12月13日)

ろの健康に関する調査には、自殺を考えたことや相談の有無についての質問を設けたものがある。

イ ミクロ実態

自殺のことを考えること（自殺念慮）は、保健、医療、福祉、教育、労働などのさまざまな場面で日々経験されている。

4 わが国における自殺対策の経緯

(1) 1998年の自殺死亡急増前まで

1950年代の自殺死亡の急増期、加藤正明（国立精神衛生研究所）はわが国の自殺率が1954年から世界第1位になっていると警鐘を鳴らした。1970年に「自殺予防行政懇話会」が、1971年に「いのちの電話」が東京で発足した。前者は1983年に「日本自殺予防学会」に発展した。後者は1953年に英国国教会牧師チャド・ヴァラー（Edward Chad Varah）の始めた「失意の人の友となる（ビフレンジング）」をコンセプトに各国に電話相談が広がる中で生まれたもので、1977年には「日本いのちの電話連盟」が結成された。

わが国で初めて救命救急センターの認可を受けた日本医科大学付属病院では1975年から自殺未遂者支援が行われた。1985年には新潟県松之山町で松之山方式による保健医療福祉介入が始まった。

1991年のUN（国際連合）総会では自殺の問題の深刻さが認識され、国家レベルで自殺予防のための具体的な行動を開始することが提唱された。この提唱に基づき、WHOは1993年のカルガリーでの専門家会議をもとに『自殺予防：国家戦略の作成と実施のためのガイドライン』を公表した。このガイドラインは専門家会議に出席した高橋祥友によって我が国に紹介され、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」や自殺対策基本法に取り入れられた。この時期に始まる活動は、今日の自殺対策の基礎となった。

(2) 1998年の自殺死亡急増から2006年の自殺対策基本法前まで

1998年に自殺死亡者数は2.3万人から3.2万人に急増した。これに対して厚生省は2000年に「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」に「自殺者の減少」を取り入れ、2001年に自殺防止対策事業を開始した。2002年には「自殺防止対策有識者懇談会」を設置し、報告書「自殺予防に向けての提言」を取りまとめた。報告書は、ほとんどの自殺はうつ病などの精神疾患が背景にあることから、こころの健康問題についての国民への普及啓発や、地域や職域におけるうつ病等対策に早急に取り組むべきとした。その一方、自殺予防には、精神医学的観点のみならず、心理、社会、文化、経済などの観点からの多角的な検討と包括的な対策が必要とした。民間では、2001年に平山正実は遺族への直接または間接的なケアにたずさわるNPO法人グリーンケア・サポートプラザを設立した。2004年に清水康之はNPO法人自殺対策支援センターライフリンク(以下、「ライフリンク」)を発足した。2005年にはライフリンクや日本いのちの電話連盟などの民間12団体は「自殺総合対策の実現に向けて－自殺対策の現場から『国への5つの提言』－」を行った。これに対応して参議院厚生労働委員会は「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」を行った。また政府は自殺予防に向けての政府の総合的な対策を取りまとめた。2006年には超党派の「自殺防止を考える議員有志の会」(後の「自殺対策を推進する議員の会」)が結成され、自殺対策基本法の議員立法へと進んだ。社会の自殺問題への関心が高まり、さまざまな主体がそれぞれの視点から自殺対策に取り組むようになった。

(3) 自殺対策基本法公布後の自殺対策の発展期(2006年～2015年)

自殺対策基本法は2006年6月に公布、10月に施行された。多くの府省に関係することから自殺対策基本法は内閣府の所管となっ

た。国立精神・神経センター（NCNP）には自殺予防に向けての政府の総合的な対策を支援するため自殺予防総合対策センターが設置された。その業務は、情報発信、研修、調査研究、ネットワーク構築、民間支援、政策提言であった。2007年には政府の自殺対策の指針である自殺総合対策大綱が定められた。自殺予防総合対策センターは心理学的剖検の手法を用いた調査を開始した。民間では、「自死遺族支援全国キャラバン」（実行委員長 清水康之）が2007年から2008年にかけて行われ、ライフリンクの自殺実態解析プロジェクトチームは『自殺実態白書2008』を公表した。2007年には自死遺族の自助グループによる「全国自死遺族連絡会」が発足した。2009年には、政府は地域における自殺対策力の強化のため地域自殺対策緊急強化基金を造成した。これにより自治体への自殺対策の普及が急速に進んだ。

自殺死亡者数は2009年から減少傾向となり、2012年に自殺死亡者数が15年ぶりに3万人を下回った。2011年は3月には東日本大震災が発生し、自殺死亡は5月に一時増加したが、減少傾向に変化はなかった。2013年には、アルコール健康障害対策基本法、生活困窮者自立支援法が公布された。これらのほか、配偶者暴力防止法（2001）、がん対策基本法（2006）、貸金業法改正（2006）、ギャンブル等依存症対策基本法（2018）など、自殺の危険因子と関係する多くの法律ができたことは、自殺対策の厚みを増した。この時期、自殺死亡者数が3万人を超える状態が続くという緊張感と、自殺対策基本法、地域自殺対策緊急強化基金などの後押しにより、それぞれの主体の活発な活動が続いた。

（4）自殺対策基本法改正と厚生労働省移管後（2016年～）

2015年9月に「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」が公布

され、2016年4月に自殺対策基本法は厚生労働省に移管された。この時期、「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」は超党派の「自殺対策を推進する議員の会」に法改正を求め、おおむねこれに沿った内容で自殺対策基本法は改正された。

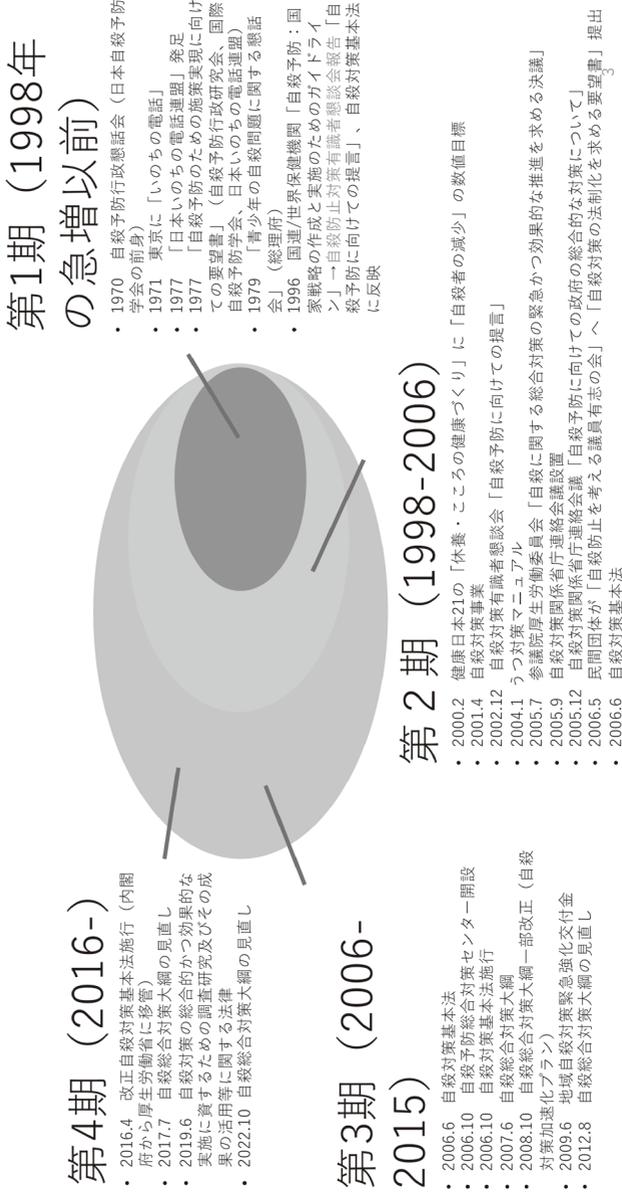
この改正によって、都道府県・市町村は自殺対策についての計画を定めることとされた。これと並行して2015年5月に厚生労働省において「自殺予防総合対策センターの業務の在り方等に関する検討チーム」が開かれ、NCNPにあった自殺予防総合対策センターは自殺総合対策推進センターに改組された。

自殺総合対策大綱は2017年に改訂となった。この改訂において、2012年大綱の「段階ごと、対象ごとの対策を効果的に組み合わせる」の中にあつた「全体的予防介入」、「選択的予防介入」、「個別的予防介入」という対象ごとの対策を効果的に組み合わせるという記述は削除された。この3つの介入の考え方は、公衆衛生の理論を踏まえたもので、WHOの『自殺を予防する：世界の優先課題』（WHO2014）にも掲載されており、現在も各地で参考にされているものである。

2019年には議員立法による「自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等に関する法律」が公布された。この法律は、自殺対策の総合的かつ効果的な推進のための体制整備として指定調査研究等法人の指定その他必要な事項を定めるものである。公募選考の結果、2020年2月、一般社団法人のち支える自殺対策推進センター（代表理事・清水康之）が指定された。これにより、多様な主体によって担われてきた自殺対策は国と指定法人に大きな権限を持たせる体制となった。これに対応した地域のボトムアップの体制構築が課題である。

わが国の自殺対策の経緯を図表8-3にまとめた。

図表 8-3 わが国の自殺対策の経緯



5 自殺リスクのモデル

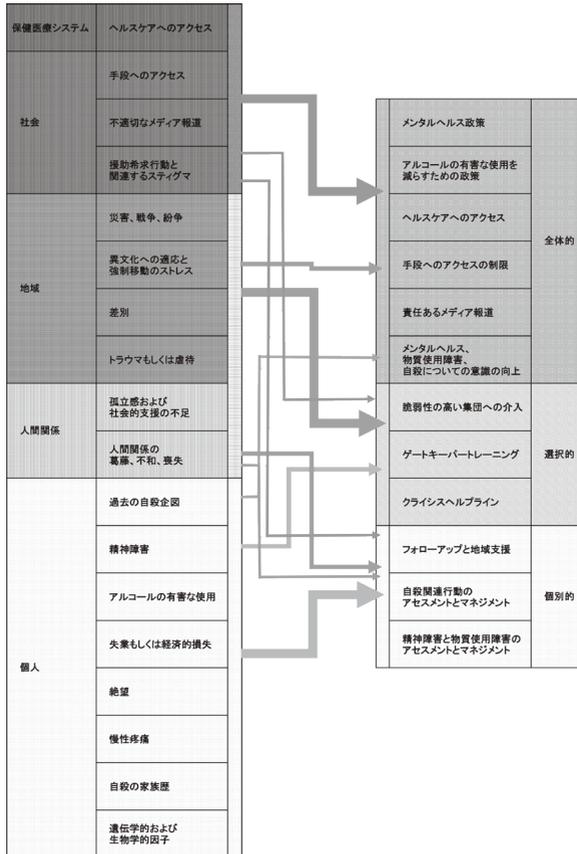
自治体で自殺対策を考えるには、自殺リスクと自殺に至るプロセスのモデルが役に立つ。これまでに報告されたモデルをいくつか紹介する。

『自殺を予防する：世界の優先課題』(WHO2014)は、自殺の危険因子を、①「保健医療システムや社会全体と関連する危険因子（保健医療などの必要なケアが受けにくいこと、自殺手段が入手しやすいこと、不適切なメディアの報道、精神保健・物質乱用の問題で援助を求める人々へのスティグマなど）」、②「地域や人間関係に関連する危険因子（戦争や災害、異文化への適応のストレス、差別、孤立感、虐待、暴力、葛藤のある人間関係など）」、③「個人レベルでの危険因子（過去の自殺企図、精神障害、アルコールの有害な使用、経済的な損失、慢性疼痛など）」の3つに大別している。

そしてこれらの危険因子に対応した自殺予防のための科学的根拠に基づく介入の理論的フレームワークとして、前述の「全体的予防介入戦略」、「選択的予防介入戦略」、「個別的予防介入戦略」を示した。

「全体的予防介入戦略」は、全人口に届くように計画され、健康を最大限に、自殺の危険を最小限にする。「選択的予防介入戦略」は、人口集団のうちの脆弱性の高い集団をターゲットとする。「個別的予防介入戦略」は、特定の脆弱性の高い個人をターゲットとする。

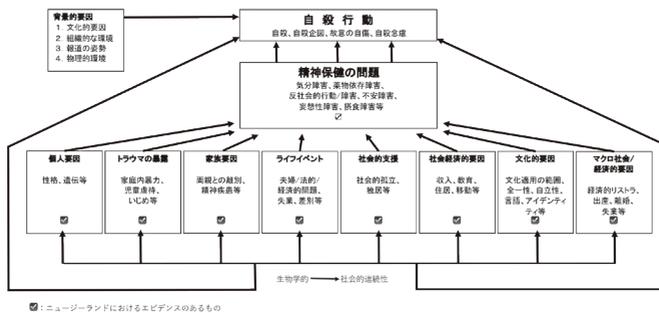
図表 8-4 主要な自殺の危険因子と関連する介入 (WHO)



『ニュージーランド自殺予防戦略 2006-2016』(N.Z.Ministry of Health 2006)は自殺行動に至る過程のモデルを掲載している。このモデルは、自殺行動に寄与する要因は、個人的要因から社会的要因まで広範にわたること、これらの要因は自殺行動に直接寄与する可能性があると同時に個人の精神保健上の問題への脆弱性に影響することにより間接的に寄与する可能性があることなどを示している(図表 8-5)。図の説明には精神疾患は自殺および自殺企図の70%以上を説明す

るとの記述があり、自殺予防には、多部門による広範なアプローチが必要と述べている。

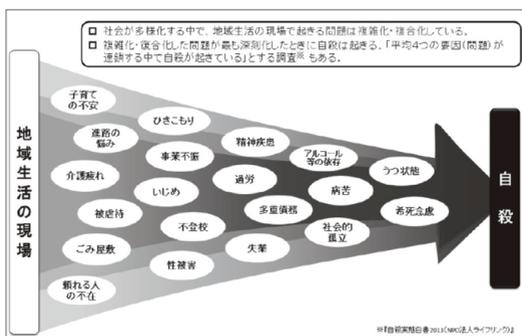
図表 8-5 自殺行動に至る過程



☑: ニュージーランドにおけるエビデンスのあるもの

ライフリンクは自殺で亡くなった500人とその遺族500人のあわせて1,000人を対象とした大規模な聴き取り調査をもとに、自殺で亡くなった人は平均4つの要因を抱え込み、「もう生きられない」「死ぬしかない」といった状況に追い込まれた末に亡くなっていることが明らかとなったとして、自殺の危機経路を公表した⁴。厚生労働省『「地域自殺対策計画」策定・見直しの手引』にはこれをもとにした「自殺の危機要因イメージ図」が紹介されている（図表8-6）。

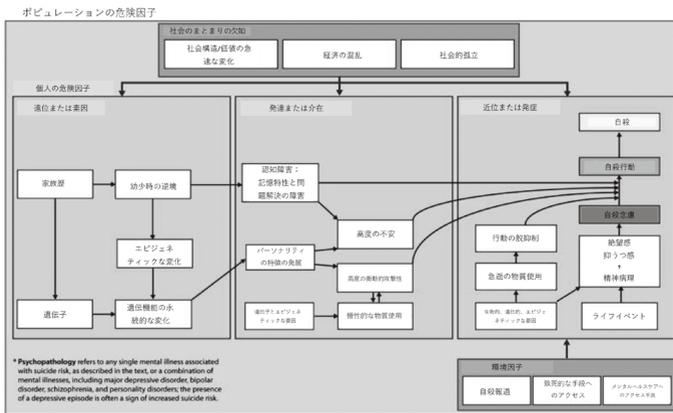
図表 8-6 自殺の危機要因イメージ図



4 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「自殺の実態」<https://lifelink.or.jp/report>（最終閲覧日：2023年12月13日）

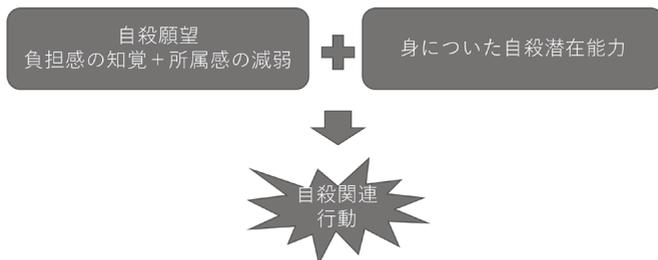
トゥレッキら (Turecki et al.2016)は個人の危険因子を「遠位または素因 (家族歴、幼少時の逆境など)」、「発達または介在 (認知 / 問題解決能力の障害、高度の不安、慢性的な物質使用など)」、「近位または促進 (ライフイベント、絶望感 / うつ、急速な物質使用による行動の脱抑制など)」にまとめ、それはポピュレーションの危険因子である、「社会的なつながりのなさ」、「環境因子 (メディアの報道、自殺手段へのアクセス、メンタルヘルスケアへのアクセスの不足)」によって影響を受けるとした (図表 8-7。日本語訳は著者による)。

図表 8-7 自殺リスクのモデル (トゥレッキら)



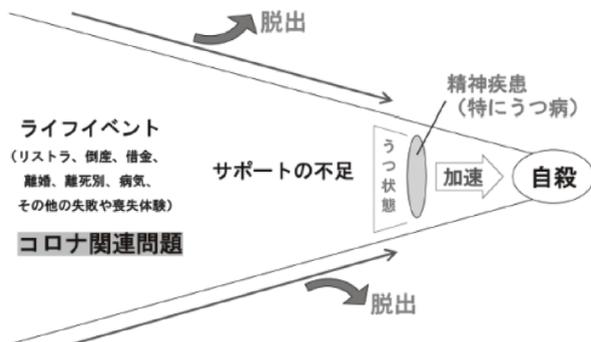
ジョイナー (Joiner) らは、自殺の対人関係理論において、自殺関連行動は「自殺願望」と、自殺を実行する能力である「身についた自殺潜在能力」が揃うことで生じるとした。自殺願望は、自分が周囲の人々や社会にとってお荷物であるという「負担感の知覚」と、家族や仲間、集団などの他者から疎外されているという感覚である「所属感の減弱」という、対人関係に関連した心理状態が持続的かつ同時に起きている場合に生じるとした (松長・北村 2016)。

図表 8-8 自殺の対人関係理論（ジョイナーら）



張賢徳は「ライフイベント→自殺」の自殺プロセス図（張 2021）を示している。このプロセスは、さまざまな職種や活動が何らかのゲートキーパーになれることを表わしている。

図表 8-9 自殺プロセス（張賢徳）



このほかにもさまざまな自殺リスクのモデルがあるが、ひとつの調査や研究ですべての自殺のメカニズムがわかるものはない。各自治体では、これらのモデルも参考に、自殺対策連絡協議会などを利用して、自分たちの取組みに適したモデルを検討するのがよいだろう。その検討自体がボトムアップの自殺対策の構築に役立つ。

6 自治体における取組み

筆者らは、2019年に、全国の47の都道府県および20の政令指定都市のウェブサイトに掲載された自殺対策計画の数値目標に関する記載を分析した（竹島ほか2021）。その結果、全国の都道府県・政令指定都市67か所のうち63か所（94.0%）の計画において自殺死亡率の数値目標を設定していたことが判明した。また、大綱と同等の数値目標を設定していたのは31か所（46.3%）、大綱と異なる数値目標を設定していたのは36か所（53.7%）であった。自殺死亡率以外の目標値等を設定していたのは16か所（23.9%）であった。この結果は自治体の主体的な取組みの一面を示すものと考えられる。

次に筆者の関与した東京都文京区（人口22万人）、大阪府八尾市（人口27万人）の自殺対策計画を示す。

東京都文京区では、「東京都自殺総合対策計画（2023年3月策定）」の内容を踏まえるとともに、上位計画である『『文の京』総合戦略』、関係する他の計画などとの整合性・連携を図りながら「文京区自殺対策計画」の策定を進めている。計画の基本理念は、区の自殺の現状に応じた施策の推進と関係機関との連携を強化し、誰もが安心して暮らせる文京区である。計画の目標には、自殺対策の基盤となる活動や連携体制の構築、自殺死亡率の減少傾向の維持を目標に掲げ、自殺対策推進の取組み（啓発周知、人材育成、ネットワーク、相談・支援）に対応した数値目標を掲げている。

大阪府八尾市は、上位計画である八尾市総合計画のもと、自殺対策基本法や大阪府自殺対策計画などを踏まえ、「八尾市自殺対策推進計画」を策定し、八尾市の関連計画とも整合性を図りながら計画を推進するとしている。八尾市は“ほっとかれへん”という八尾の良さを最大限に発揮して、「～ほっとかれへん、自殺予防はみんなの思い～」を合言葉に、市民の誰もが自殺に追い込まれることのない

い社会の実現を目指している。計画の目標は、第一次計画では単年の自殺死亡率の減少を目指していたが、偶然変動の影響が大きいことから「自殺死亡率（3ヶ年平均）の減少」を目標とした。また基本施策5つに対応した評価指標を掲げている。

7 自治体にとって大切なこと

自殺対策は時間をかけて成熟させていくものだ。すなわち持続可能なものとして定着していくプロセスこそ重要である。厚生労働省は『「地域自殺対策計画」策定・見直しの手引』（以下、「策定・見直しの手引き」）を公開しているが、それに沿って計画を立てるだけでは自殺対策はその自治体のものにはならない。自殺対策にとって大切なのは「考えること」である。

計画づくりを例にとってみよう。自殺のマクロ実態の把握に、人口動態統計による自殺死亡、警察庁による自殺統計、自殺実態プロフィールのいずれを使用するとしても、これだけでは個別の自殺で亡くなった人の実像は見えてこない。一つひとつの事例の質的な分析を重ねることによって実像がつかめてくる。分析の際、本稿で紹介したような自殺リスクのモデルが役立つかもしれない。

自殺対策に関連する事業をリスト化することは多くの自治体で行われているが、既存事業をリストにまとめるだけでは自殺対策にならない。自殺対策に大切なのは基盤整備である。例えば5年間の計画期間にどのような基盤整備ができるかを考えてみよう。自殺対策基本法第2条の基本理念を達成するプロセスを自殺対策と考えて、自分たちが発展させたいものを重点課題として、それを達成するよう一歩ずつ進めたい。そのプロセスで生まれるつながりやネットワークは自殺対策を持続可能なものにする。

自殺の動向や自殺対策計画の目標値に自殺率を使用する場合、人

口規模によっては変動が大きいために変化の観察が困難となる。こうした場合は、3年間もしくは5年間の自殺率の平均値を使用することによって観察しやすくなる。

自殺予防とは、さまざまな困難を抱えたひとの、そのひとの本来の自由を回復する取組みであり、それを可能にする地域づくりである。自殺対策に目を向けると、多様な困難をかかえた人の連携支援をしやすくする仕組みづくりである。そのためには、自治体職員を含めて、市民の自殺やメンタルヘルスの問題についての理解を高めるとともに、遺族が多様な問題に直面することを理解し、総合支援を構築していく必要がある。

8 今後の課題

2026年に自殺対策基本法は20周年を迎える。筆者らはこれに向けて、自殺対策基本法に挙げられている基本的施策のこれまでの達成をまとめ、今後取り組むべき課題を明らかにするための検討を進めている。そこから浮かび上がってきた課題を紹介する。

(1) 自治体などの協働によるボトムアップの透明・公平な推進体制づくり

WHOは政府によるトップダウンの自殺予防は、地域のボトムアップのプロセスと連携しなければならないと述べている。わが国においても各地の取組みが発展してきたが、これを支え、発展させる自治体などの協働のボトムアップの透明・公平な推進体制づくりが必要である。

(2) 自殺対策の政策決定プロセスへの自死遺族の参加促進

国際連合の「障害者の権利に関する条約」は「私たちのことを私

たち抜きで決めるな (Nothing about us without us)」を合言葉に世界中の障害当事者が参加して作成され、2006 年に国連で採択された。これと同様、自殺対策の政策決定プロセスへの当事者（自死遺族など）の参加は当然の方向であり、自治体においてもこれを支援していく必要がある。

(3) 群発自殺の防止（自殺対策の安全性）

これまでの研究から、若年者は、群発自殺を起こしやすいことが明らかにされている。自殺対策が群発自殺のリスクを高めることのないような工夫や取組みの研究と実践を重ねる必要がある（竹島 2023）。

(4) 定義、用語問題の検討（自殺対策、自殺、自死など）

自死遺族から統計や法律以外については「自殺」から「自死」への言葉の変換を求める意見があることはすでに述べた。自殺対策基本法にある事前予防、危機対応、事後対応は英語の「プリベンション」(prevention)、「インターベンション」(intervention)、「ポストベンション」(postvention) の日本語訳であろう。本来、自殺未遂者支援は「インターベンション」(intervention) であろうが、自殺対策基本法では事後対応に含まれていて、このために自殺未遂者支援の取組みは進んでいない。これらを含めて、定義、用語が適切かどうかの率直な議論を行う必要がある。これもまた自殺対策の重要な側面である。

おわりに、自殺対策の発展には、自治体、研究者、自死遺族、地域の支援者の協働によるボトムアップの透明・公平なネットワークが必要であり、その立ち上げが望まれる。

参考資料

- Inoue, Ken, and Tadashi Takeshima, Takashi Yamauchi, Tatsushige Fukunaga (2023) An urgent problem: the major revisions of suicide statistics in Japan greatly hamper the research. The Lancet Regional Health - Western Pacific,39: 100852 ([https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanwpc/PIIS2666-6065\(23\)00170-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanwpc/PIIS2666-6065(23)00170-0.pdf)) (最終閲覧日：2023年12月13日)
- N.Z.Ministry of Health (2006)：The New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006_2016 (自殺予防総合対策センター日本語訳「ニュージーランド自殺予防戦略2006-2016」) <https://cspss.jp/archives.html> (最終閲覧日：2023年12月13日)
- Turecki, Gustavo, Brent, David A., Suicide and suicidal behaviour, Lancet. 2016 Mar 19;387 (10024) :1227-39. doi: 10.1016/S0140-6736 (15) 00234-2. Epub 2015 Sep 15.
- WHO (2018) Preventing Suicide: A Community Engagement Toolkit (小高真美, 竹島正日本語訳：自殺を予防する：地域の取り組みを促進するためのツールキット) <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513791> (最終閲覧日：2023年12月13日)
- WHO (2014) Preventing Suicide: A Global Imperative (自殺予防総合対策センター日本語訳：自殺を予防する：世界の優先課題) <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> (最終閲覧日：2023年12月13日)
- 高井美智子, 竹島正, 日隈励, 田熊清継, 齋藤寿昭, 松田潔, 岸泰宏, 平泰彦, 古茶大樹, 張賢徳 (2019) 「自損救急搬送と自殺企図, 故意の自傷－神奈川県川崎市における自損救急搬送事例調査を中心に－」『自殺予防と危機介入』第39巻1号. pp35-40
- 竹島正 (2021) 「自殺対策のこの10年から学ぶこと－精神保健と公

- 衆衛生の狭間で－』『精神科治療学』36巻8号. pp863-868
- 竹島正（2023a）「第二次世界大戦のメンタルヘルスへの影響 - 自殺に焦点を当てて」竹島正・森茂起・中村江里編著『戦争と文化的トラウマ－日本における第二次世界大戦の長期的影響』日本評論社. pp232-244
- 竹島正（2023b）「保健領域における心理社会的課題と支援」『臨床心理学スタンダードテキスト』金剛出版 pp708-718
- 竹島正、山内貴史、南島和久、中西三春、坂元昇（2021）「都道府県・政令指定都市の自殺対策計画における数値目標の分析」『自殺予防と危機介入』41巻1号、pp25-31
- 竹島正（2023c）「こども・若者に安全な自殺対策を」『日本教育』527号、pp10-13
- 張賢徳（2021）「日本自殺予防学会の歴史と今後の展望」『自殺予防と危機介入』第41巻1号、pp4-7
- 松長麻美、北村俊則（2015）「対人関係理論に基づく自殺のリスク評価」『精神科治療学』30巻3号. pp333-338
- 松本俊彦、小高真美、山内貴史、川野健治、藤森麻衣子、勝又陽太郎、赤澤正人、廣川聖子、亀山晶子、白川教人、竹島正：心理学的剖検と今後の方向. 精神保健研究 60: 89-96, 2014.

第9章

自殺対策評価のあり方

龍谷大学政策学部教授 南島 和久

はじめに

本章では自治体の「地域自殺対策の評価」について考える。この問題を考えるにあたって前提となるのは「自殺対策とは何か」「その守備範囲や射程はどこまでなのか」という問いである。

ただし、この問いに答えることはじつに難しい。自治体の行政活動との関係でとらえようとすればなおさらである。本章では、自殺対策の幅広さを確認した上で、国の地域自殺対策計画や地域自殺対策評価の方針について概観し、自治体に取り組む地域自殺対策評価の基本論点について検討する。

1 複雑な社会情勢

まずは、自治体の「地域自殺対策の評価」を考えるにあたって前提となる「自殺対策とは何か」「その守備範囲や射程はどこまでなのか」という問いについてである。

一般社団法人日本うつ病センター(JDC)が2017年にまとめた『ワンストップ支援における留意点：複雑・困難な背景を有する人々を支援するための手引き』には、自殺に関連する多くのトピックが掲記されている¹。自殺対策にはどのくらいの広がりがあるのか。まずはこのテキストを手掛かりにアウトラインを見ておこう。

同書には、「生活困窮者」「アルコール／薬物乱用・依存症」「多重債務・経済問題」「DV被害」「幼少期の逆境体験（虐待・不適切な養育）」「自殺未遂」「自死遺族」「いじめ／過労問題」などの項目がならべられている。また、同書には「その他のハイリスク者」と

1 同書は自殺対策担当者が一読しておくべきポイントを見開きでわかりやすくまとめられている。PDF版は一般社団法人日本うつ病センターのホームページから閲覧可能である。

いう項目も設けられており、そこには「罪を犯した障がい者」「精神疾患・精神障がい」「エスニックマイノリティ」「重篤な身体疾患・身体障がい」「単身高齢者」「性的マイノリティ」などについても検討する必要があるとされている（日本うつ病センター 2017）。

これを見ても明らかなように、自殺対策にはさまざまなトピックがある。自治体の事務事業と照らし合わせれば、多くの関係部署が係ることとなるだろう。これが「自殺『総合』対策」といわれるゆえんでもある。

さらに幅広いトピックを網羅しているのは、自殺総合対策大綱（2022年閣議決定。以下「2022年大綱」）である。この文書で取り上げられているトピックは図表9-1に見るようにじつに幅広い。

図表 9-1 2022年大綱に掲記された当面の自殺対策の重点メニュー

テーマ	小見出し
地域レベルの実践的取組への支援	自殺対策プロファイルの作成、地域自殺対策の政策パッケージ、地域自殺対策計画の策定・見直し等の支援、地域自殺対策計画策定ガイドラインの策定、地域自殺対策推進センターへの支援、自殺対策の専任職員の配置・専任部署の設置の促進
国民の理解の促進	自殺予防週間と自殺対策強化月間の実施、児童生徒の自殺対策に資する教育の実施、自殺や自殺関連事象に関する正しい知識の普及、うつ病等についての普及啓発の推進
自殺総合対策の推進に資する調査研究等	自殺の実態や自殺対策の実施状況等に関する調査研究及び検証、調査研究及び検証による成果の活用、先進的な取組に関する情報の収集・整理及び提供、子ども・若者及び女性等の自殺等についての調査、コロナ禍における自殺等についての調査、死因究明制度との連動における自殺の実態解明、うつ病等の精神疾患の病態解明・治療法の開発及び地域の継続的ケアシステムの開発につながる学際的研究、既存資料の利活用の促進、海外への情報発信の強化を通じた国際協力の推進

<p>人材等の養成</p>	<p>大学や専修学校等と連携した自殺対策教育の推進、自殺対策の連携調整を担う人材の養成、かかりつけ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、教職員に対する普及啓発、地域保健スタッフや産業保健スタッフの資質の向上、介護支援専門員等に対する研修、民生委員・児童委員等への研修、社会的要因に関連する相談員の資質の向上、遺族等対応する公的機関の職員の資質向上、様々な分野でのゲートキーパーの養成、自殺対策従事者への心のケアの推進、家族や知人・ゲートキーパー等を含めた支援者への支援、研修資材の開発等</p>
<p>職場・地域・学校における体制整備</p>	<p>職場におけるメンタルヘルス対策の推進、地域における心の健康づくり推進体制の整備、学校における心の健康づくり推進体制の整備、大規模災害における被災者の心のケア・生活再建の推進</p>
<p>適切な精神保健医療福祉サービス</p>	<p>精神科医療・保健・福祉等の各施策の連動性の向上、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、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、かかりつけ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【再掲】、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、うつ等のスクリーニングの実施、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、がん患者・慢性疾患患者等に対する支援</p>
<p>社会全体の自殺リスクの低下</p>	<p>地域における相談体制の充実と支援・相談窓口情報等の分かりやすい発信、多重債務の相談窓口の整備とセーフティネット融資の充実、失業者等に対する相談窓口の充実等、経営者に対する相談事業の実施等、法的問題解決のための情報提供の充実、危険な場所における安全確保・薬品等の規制等、ICTを活用した自殺対策の強化、インターネット上の自殺関連情報対策の推進、インターネット上の自殺予告事案及び誹謗中傷への対応等、介護者への支援の充実、ひきこもりの方への支援の充実、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、ひとり親家庭に対する相談窓口の充実等、性的マイノリティへの支援の充実、相談の多様な手段の確保・アウトリーチの強化、関係機関等の連携に必要な情報共有の仕組みの周知、自殺対策に資する居場所づくりの推進、報道機関に対するWHOの手引き等の周知等、自殺対策に関する国際協力の推進</p>

自殺再企図防止	地域の自殺未遂者等支援の拠点機能を担う医療機関の整備、救急医療機関における精神科医による診療体制等の充実、医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化、居場所づくりとの連動による支援、家族等身近な支援者に対する支援、学校・職場等での事後対応の促進
遺された人への支援	遺族の自助グループ等の運営支援、学校・職場等での事後対応の促進、遺族等の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進等、遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上、遺児等への支援
民間団体との連携強化	民間団体の人材育成に対する支援、地域における連携体制の確立、民間団体の相談事業に対する支援、民間団体の先駆的・試行的取組や自殺多発地域における取組に対する支援
子ども・若者の自殺対策	いじめを苦しめた子どもの自殺の予防、学生・生徒等への支援の充実、SOSの出し方に関する教育等の推進、子どもへの支援の充実、若者への支援の充実、若者の特性に応じた支援の充実、知人等への支援、子ども・若者の自殺対策を推進するための体制整備
勤務関係の自殺対策	長時間労働の是正、職場におけるメンタルヘルス対策の推進【再掲】、ハラスメント防止対策【再掲】
女性の自殺対策	妊産婦への支援の充実、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえた女性支援、困難な問題を抱える女性への支援

(出典) 自殺総合対策大綱(2022年閣議決定)より南島作成。

<図表9-1>に掲記されているのはあくまでも「重点的な取組」であって、自殺対策のすべてを網羅したものではない。とはいえずとまず自殺対策にどのようなトピックが関連するかについての見取り図としての意義はあるだろう。自治体の事務事業を念頭におきながらこれらの1つひとつの項目をみていくとき、直接間接にかかわりがある項目が数多く含まれていることに気付かされる。

以上を踏まえれば、「自殺対策とは何か」「その守備範囲や射程はどこまでなのか」という問題については、明確にその輪郭線を描くことができないということがいえるだろう。それは、「自殺の多くは多様かつ複合的な原因及び背景を有しており、様々な要因が連鎖する中で起きている。」という厚生労働省の説明とも一致している。

医学的には自殺の原因はうつ症状との関係が深いとされている。だが、うつ症状の背景には、個人を取り巻く複雑な社会関係がある。そのような社会関係にまで射程を広げようとするれば、自殺対策は際限なく拡散する。ここで重要なのはこれをそのまま自治体の事務事業に読み替えることはできないということである。

2 地域自殺対策の多様性

それでは、自治体の自殺対策の評価はどう考えればよいのだろうか。大綱に基づくとなると多くの自治体の事務事業を対象として評価を行わなければならないこととなる。それが正解なのだろうか。

この問いに対する答えはさほどポジティブなものではない。その理由として、ここではさしあたり以下の5点を指摘しておきたい。

第1に、多くの事業に網をかけて評価をしようとするすると相応の労力やマンパワーが必要となるということである。ここでの基本論点は、そのための十分なりソースがあるのか、あるいは投じたりソースに見合うだけの見返りがあるのか、その陣頭指揮をどのように設定すればよいのかなどである。ここでいう「見返り」とは十分な自殺予防効果があるのかどうか、いいかえれば自殺者数のコントロールができるかどうかということである²。ただし、先にも述べたように自殺の原因は複雑かつ多様である。それは自殺者数のコント

2 日本の自殺死亡率（人口10万人あたりの自殺者数）は概ね20.0ポイント前後（±5ポイント）で推移している。自治体の人口規模は1万人から10万人の自治体が約半数

ロールに向きあう際の大きなハードルとなる。なお、その陣頭指揮は自治体の首長を介さなければ発揮することは難しいだろう。自治体の自殺対策において首長のリーダーシップが求められるのはこのためである。

第2に、すべての自治体において、自殺対策に関連するあらゆる事業に網をかけることは徹底できないし、横並びにすることもできないということである。それは自治体の規模に関係している。全国の基礎自治体数は1741市区町村だが、その規模は最大350万人クラスから最小200人クラスまでの幅がある。もちろん、そもそも自治体が手がける事務事業の数にもその質にもこの規模に応じて差がある。ここからいえば、それぞれの自治体によってどのような事業に網をかけるのかは、自治体ごとに異なるということにならざるをえない。

第3に、自治体によってその地域特性も異なるということである。例えば中山間地域と都市部とでは、アウトリーチ活動を重視するのか、それともテーマ別の取組みを行うのかというように、アプローチが異なる。あるいは、いわゆる「自殺の名所」を抱える地域とそうではない地域にも違いが生じる。そもそも精神科を有する頼りになる医療機関は全国どの自治体にも平等に存在しているわけではない。さらには熱心な自殺対策の研究者がいるのかどうかも自治体の自殺対策に影を落とす。条例を持っていたり、長年自殺対策に取り組んできた地域とそうではない地域とでは何をしなければならぬかは異なっても当然である。

第4に、時期による違いも重要である。自殺者数は時期ごとに増減のトレンドがある。大枠でいえば、戦時期には自殺者数は顕著に少ないが、戦後から1960年代にかけては増加トレンドとなった。

を占めているが、計算上の値でいえば、1万人でおよそ1～3人、10万人で15～30人の自殺者がいるというイメージとなる。

その後は2000年代になるまでいったんは下げ戻すが、1998年以降は顕著に跳ね上がった。1998年以降は14年間連続して3万人を超える状況が続いたのちに緩やかな下降トレンドを描き、2019年には2万人前後まで下がった。ここからいえることは、時代を見る目をあわせ持つ必要があるということである。

第5に、時代の流れととともにもう1つ、自治体の男女や人口構成の違いについても留意したいということである。1998年に自殺死亡率が跳ね上がった際に顕著であったが、男性と女性ではそのトレンドに大きな違いがあった。一般的に男性の自殺死亡率は女性のそれを凌駕する。1998年に自殺者数が3万2,863人となった際にも、男性の自殺者数は2万3,013人であったのに対し、女性の自殺者数は9,850人であった。このときに大きく跳ね上がったのは男性側である。あわせて、高齢者、生産年齢人口、若年者の間にはトレンドの違いがある。このような違いは自治体の自殺対策の差となって現れる。高齢者に対しては見守りや声かけが重要となるし、生産年齢人口に対しては法律相談等をはじめとした各種相談業務、あるいは会社における取組みなどが重要となる。若年者については就業や学校等の取組みを外して考えるわけにはいかない。

3 アウトカムへのコミットメント

自殺対策が自治体の課題となったのはそれほど古い話ではない。自殺対策基本法が登場したのは2006年のことであった。自殺対策基本法ではその第2条において基本理念が謳われ、これを受けた第3条において、「国及び地方公共団体の責務」が示されている。〈図表 9-2〉および〈図表 9-3〉はその引用である。

図表 9-2 自殺対策基本法第2条の規定

(基本理念)

第二条 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。

- 2 自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみ捉えられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない。
- 3 自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない。
- 4 自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない。
- 5 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。

図表 9-3 自殺対策基本法第3条の規定

(国及び地方公共団体の責務)

第三条 国は、前条の基本理念（次項において「基本理念」という。）ののっとり、自殺対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

- 2 地方公共団体は、基本理念ののっとり、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。
- 3 国は、地方公共団体に対し、前項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する。

自治体の自殺対策は同法第3条の責務規定が根拠となりうる。その上で同法第13条において、「区域内における自殺対策についての計画」（地域自殺対策計画）を「定めるものとする」とされている。「定めるものとする」というのは原則規定であることから、自治体にとってこの計画を定めることは法的義務（法定受託事務）とはならない。なお、この計画の評価（以下、「地域自殺対策評価」）について、法律上の定めは見当たらない。地域自殺対策評価に関連する記述が見られるのは自殺総合対策大綱においてである。

これまで、自殺総合対策大綱は4度の大きな改定があった。＜図表9-4＞は、大綱における地域自殺対策評価に関連する記述を確認するものである。

図表 9-4 自殺総合対策大綱上の地域自殺対策評価の位置づけ

	目標	国の評価	自治体の評価
2007 大綱	平成 28 年度までに、平成 17 年度の自殺死亡率を 20% 以上減少させることを目標とする。	内閣官房長官の下に、本大綱に基づく施策の実施状況の評価及びこれを踏まえた施策の見直し、改善等についての検討に民間有識者等の意見を反映させる仕組みを作り、総合的な自殺対策の推進につなげる。	—
2012 大綱	平成 28 年度までに、自殺死亡率を平成 17 年と比べて 20% 以上減少させることを目標とする。(2 万 4428 人以下)	内閣官房長官の下に、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新たに設け、効果的に自殺対策を推進する。	—
2017 大綱	平成 38 年までに、自殺死亡率を 27 年と比べて 30% 以上減少させることとする。(1 万 6000 人以下)	厚生労働大臣の下に、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、効果的に自殺対策を推進する。	地域レベルの実践的取組を PDCA サイクルを通じて推進する(国と地方公共団体等が協力・推進)
2022 大綱	(前大綱に)引き続き、同様の数値目標を設定することとする。(1 万 6000 人以下)	厚生労働大臣の下に、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とともに、ICT の活用により効果的に自殺対策を推進する。	—

※ 4 つの大綱を区別するため「策定年+大綱」で表現した。

(出典) 自殺総合対策大綱に基づき南島作成。

〈図表 9-4〉から分かるように、大綱における地域自殺対策評価に関連する記述は 2017 大綱から登場している。ここでは、「地域レベルの実践的取組を PDCA サイクルを通じて推進する」という項目が立てられている。

ただしその内容は、国が地域自殺対策計画の策定を支援する目的で、①自殺の地域特性ごとに類型化すること、②それぞれの類型において実施すべき自殺対策事業をまとめた政策パッケージを提供すること、③自治体を実施した政策パッケージの各自殺対策事業の成果等を分析すること、④分析結果を踏まえてそれぞれの政策パッケージの改善を図りより精度の高い政策パッケージを自治体に還元すること、というものである。これは端的に言えば、国と自治体が一体となってアウトカムの達成に向かおうとするなかで、その基盤となる PDCA サイクルを国全体の視点から整理しようとするものといえる。

同様の論理によって組み立てられているのが、2023 年 6 月に出された厚生労働省の『「地域自殺対策計画」策定・見直しの手引き：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』である。同文書は地域自殺対策の計画策定や見直しのあり方についてのより詳細な自治体の実務者向けのガイドとして役立つように作成されている。同文書では、地域自殺対策評価の前提となる地域自殺対策計画の策定の意義について以下のように説明されている。

「この間、『誰も自殺に追い込まれることのない社会』の実現を目指して自殺対策を更に総合的かつ効果的に推進するため、試行から 10 年の節目に当たる平成 28 年、自殺対策基本法が改正されました。自殺対策が『生きることの包括的な支援』として実施されるべきこと等を基本理念に明記するとともに、自殺対策の地域間格差を解消し、いわばナ

ショナルミニマムとして、誰もが『生きることの包括的な支援』としての自殺対策に関する必要な支援を受けられるよう、全ての都道府県及び市町村が『都道府県自殺対策計画』又は『市町村自殺対策計画』（以下、『地域自殺対策計画』という。）を策定することとされました。」（厚生労働省『「地域自殺対策計画」策定・見直しの手引き』2023年6月：はじめに）

上記の引用から明らかであるのは、①国全体の観点からのPDCAサイクルが強く意識されていること、②その中で地域自殺対策計画が法的に位置づけられていること、③その目指すところとして「地域間格差の解消」や「ナショナルミニマム」という表現が用いられていることなどである。

こうした観点は、国の数値目標（アウトカム）へのコミットメントと無縁ではない。ここで留意しておきたいのは、現在の自殺死亡率は歴史的にみても低い水準にあるという点である。以上の前提を踏まえ、自治体の自殺対策やその評価に対して、どのような視点が補足できるのかについて考えてみたい。以下では、本章のまとめとして、地域自殺対策評価について追補すべき3つの論点を提示する。

4 自治体自殺対策評価の論点

(1) 「ナショナルミニマム」と「シビルミニマム」

国がその立場から「ナショナルミニマム」を提起するのはいわば当然である。しかしながら自治体側にも当該地域に住む住民の自治に軸足を置いた「シビルミニマム」という言葉が存在している。自治体計画の世界では、限りある資源を前提としてまちづくりをすすめるキーワードとして「シビルミニマム」という言葉が1970年以降に使

われてきた。この概念は、自治体の政策公準あるいはそこに住む市民にとって必要な政策の自治的な意味での水準設定を求めるものである。

自殺対策は自治体の自治事務である。また、自治事務の定義は、「法定受託事務以外のもの」（地方自治法第2条第8号）である。この自治事務についての国の関与（「助言又は勧告」「資料の提出の要求」「是正の要求」「同意」「許可、認可又は承認」「指示」「代執行」）（地方自治法第245条の1）は地方分権改革によって制約された。今日では国がこれらの関与を行おうとする際には法律の定めを要し、必要最小限であることが求められている。こうした国の関与に対する制約の目的は、自治体の自主性・自立性を十分に発揮する点にある（地方自治法第1条の2）。

このような自治事務に対する国の関与の制約に照らせば、「ナショナルミニマム」ではなく「シビルミニマム」が自殺対策の基本枠組みとなるのではないだろうか。ここでの主旨は、自治体の自殺対策は「自治の課題」として向き合う必要があるという点にある。

なお、「シビルミニマム」には「ミニマム」という言葉がついている。厳しい資源制約の中で自殺対策を推進すべきことを謳うものとなる。この議論は後段の「重点化」とつながっている。

(2) 「アウトカム」と「プロセス」

自治体の行政活動においては取組みの結果ないし成果、すなわち「アウトカム」が発現することが求められている。自殺対策や自殺予防事業における「アウトカム」は、究極において自殺者数の減少とならなければならない。自殺総合対策大綱において数値目標が掲げられていることも同じベクトルにあるということが出来る。なおこの「アウトカム」については客観的な数値目標で表現することが求められている。ここから短絡的に、各年度の個別の事業で自殺者

数がコントロールできる前提に立ち、当該事業によって具体的にどのくらいの自殺者数の減となったかが問われがちとなる。

とはいえ、地域での具体的なアウトリーチ活動であればいざ知らず、ポスター掲示などの普及啓発活動ではそれが自殺者数の減に直結したかどうかは検証できない。相談事業にしても、相談者のすべてが自殺念慮と向き合って相談してくるわけでもない。〈図表9-1〉に掲げられた多くの取組みにも同じことがいえる。それでは地域自殺対策評価はどのように考えていけばよいのだろうか。

ここでは、「地域における自殺対策力の向上」という発想が重要であるという点を強調しておきたい。自殺対策条例の制定、地域自殺対策計画の策定あるいは個別計画への掲記、予算の獲得、専門部署の設置、専門職員の増員、定期的な会議の開催などは基礎的なトピックである。また、教育委員会との連携については、首長が総合教育会議を開催することができるようになってきていること、そもそも総合教育会議がいじめ自殺問題を発端にして設けられた制度であることを確認しておきたい。このほか、地域社会におけるさまざまな主体との連携も重要である。いずれも科学的な議論とはならないが、「自治体の自殺対策のための体制整備」という観点からは重要な事項となるはずである。

「アウトカム」に対する「プロセス」とは、自殺者数の減につながるような「地域における自殺対策力の向上」のことである。このことが、例えば経済情勢が悪化した場合における地域力（レジリエンス）につながる。この「プロセス」こそが、自治体にとっては重要である。

(3) 「標準化」と「重点化」

本章の冒頭に、『『自殺対策とは何か』『その守備範囲や射程はどのくらいなのか』』という問題については明確にその輪郭線を描くこと

ができない」と述べていた。また、その背景に自殺が複雑な社会現象であることに触れておいた。ここで繰り返すまでもなく、これらのことはさまざまな文書で言及されている。

ときに自治体では、地域自殺対策計画にどれだけ多くの事務事業を掲載できるのかが追求されがちとなる。もちろん、取組みの初期段階において自治体内の関係部署の多くにコミットメントの機会があるということは、自殺対策への認知度向上としては有効な手段となるだろう。また、国において標準的な方法論を提供することも有効だろう。だが、「地域における自殺対策力の向上」に照らせば、重要なのはむしろ自治体の弱点や脆弱性を補完することではないのだろうか。

自治体の弱点や脆弱性は自治体による地域特性と密接に関連している。地域的にコミュニティの活動が十分ではないところもあるだろうし、マンション開発などにより新住民と旧住民の対立が甚だしいところもあるだろう。そうした地域の弱点や脆弱性を補完するためには、数多くの事務事業を集め、標準的な評価様式による評価を推進するよりもむしろ、対象事業を厳選し、弱点や脆弱性に適切にパッチが当たるようにすることの方が適当なのではないだろうか。

自治体自殺対策における弱点や脆弱性の克服は「伸びしろ」といえることもできる。「自治体自殺対策において伸びしろはどこにあるのか」という問いを立てた方が建設的に響く。「伸びしろ」の評価は自治体が得意とするところでもある。ここではこうした問いかけを示すにとどめておきたい。

以上の議論が「地域における自殺対策力の向上」に役立つことができれば幸いである。

参考文献

- 厚生労働省（2023）『「地域自殺対策計画」策定・見直しの手引き：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』
- 南島和久（2017）「行政におけるエビデンスとアウトカム：自殺対策の評価からの考察」
『季刊 行政管理研究』（158）
- 南島和久（2020）『政策評価の行政学』晃洋書房
- 南島和久（2023）「政策評価制度の転換点：何が変わろうとしているのか」『日本評価研究』23（2）
- 西尾勝（2007）『地方分権改革』東京大学出版会
- 日本うつ病センター（2017）『ワンストップ支援における留意点：複雑・困難な背景を有する人々を支援するための手引き』
- 松下圭一（1971）『シビル・ミニマムの思想』東京大学出版会
- 本橋豊 編『よくわかる自殺対策：多分野連携と現場力で「いのち」を守る』ぎょうせい

資料編

都市自治体の自殺対策のあり方に関する
研究会 資料

構成員名簿

【座長】

南島 和久 龍谷大学政策学部教授

【委員】

竹島 正 川崎市総合リハビリテーション推進センター所長

清水 康之 いのち支える自殺対策推進センター代表理事

伊藤 理恵 船橋市健康部健康政策課主任技師

【事務局】

米田 順彦 日本都市センター理事・研究室長

加藤 祐介 日本都市センター研究室 主任研究員

清水 浩和 日本都市センター研究室 研究員

田井 浩人 日本都市センター研究室 研究員

西川 大樹 日本都市センター研究室 研究員

佐々木 伸 日本都市センター研究室 研究員

(順不同)

※肩書等は2024年3月現在のもの。

研究会の開催日程

- 第1回研究会 日 時：2023年5月26日 13:00～15:00
場 所：日本都市センターホテル 707会議室
- 第2回研究会 日 時：2023年6月16日 13:00～15:00
場 所：日本都市センターホテル 607会議室
- 第3回研究会 日 時：2023年7月21日 17:00～20:00
場 所：日本都市センターホテル 603会議室
ウェブ会議サービス Zoom（併用）
ゲストスピーカー
一般社団法人高橋聡美研究室代表
高橋 聡美氏
南山大学社会倫理研究所第一種研究所員
南山大学法学部法律学科准教授
森山 花鈴氏
京丹後市長 中山 泰氏
座間市福祉部参事兼福祉事務所長兼地域福祉課長
林 星一氏
- 第4回研究会 日 時：2023年8月31日 10:00～12:00
場 所：日本都市センターホテル 607会議室
ウェブ会議サービス Zoom（併用）
ゲストスピーカー
九州産業大学学術研究推進機構科研費特任研究員
窪田 由紀氏

第5回研究会 日 時：2023年9月21日 10：00～12：00
場 所：ウェブ会議サービス Zoom

第6回研究会 日 時：2023年12月22日 18：00～20：00
場 所：日本都市センターホテル 705会議室
ウェブ会議サービス Zoom（併用）

ヒアリング調査の実施概要

宮城県東松島市

日 時 2023年8月28日13：00～14：30

調査先 東松島市健康推進課

調査者 南島座長、竹島委員、事務局

方 法 オンラインヒアリング調査

岩手県久慈市

日 時 2023年9月28日10：00～11：30

調査先 久慈市保健推進課

調査者 南島座長、竹島委員、事務局

方 法 オンラインヒアリング調査

執筆者プロフィール

南島 和久（序章・第9章執筆）

龍谷大学政策学部教授

新潟大学 ELSI センター客員研究員

日本評価学会副会長・理事、日本公共政策学会理事

法政大学大学院社会科学部政治学専攻博士後期課程修了。博士（政治学）。専門は行政学、公共政策学、政策評価論、地方自治。岩手県立大学総合政策学部助手、長崎県立大学経済学部地域政策学科講師、神戸学院大学法学部准教授、新潟大学法学部教授を経て、2022年より現職。新潟大学法学部、東北大学公共政策大学院、大阪公立大学都市経営研究科、法政大学大学院公共政策研究科でも非常勤講師として授業を担当している（政策評価論等）。主な著書は『政策評価の行政学』（単著、晃洋書房、2020年）、『自治体政策学』（共編著、法律文化社、2024年）、『地方自治入門』（共編著、法律文化社、2023年）、『英国の諸相』（共編著、創成社、2022年）、『公共政策学』（共編著、ミネルヴァ書房、2018年）、『ホーンブック基礎行政学（第3版）』（共編著、北樹出版、2015年）など。政策評価に関する業績が多く、自治体・国の政策評価関連の委員会等にも多数参加している。

竹島 正（第8章執筆）

川崎市総合リハビリテーション推進センター所長

1954年高知県生まれ。1980年3月自治医科大学卒業。1981年3月国立公衆衛生院専門課程修了。1981年4月から1997年5月まで高知県の保健所、精神保健センターに勤務。1997年6月国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部長（2006年10月から自殺予防総合対策センター長兼任）。2015年4月から川崎市に勤務、2016年4月川崎市精神保健福祉センター所長、2021年4月川崎市総合リハビリテーション推進センター所長。一般社団法人全国精神保健福祉連絡協議会会長。一般社団法人自殺予防と自死遺族支援・調査研究研修センター理事。大正大学地域構想研究所客員教授。

清水 康之（第2章執筆）

いのち支える自殺対策推進センター・代表理事

元NHK報道ディレクター。2001年、自死遺児の取材をきっかけに自殺対策の重要性を認識。2004年にNHKを退職し、NPO法人ライフリンクを設立。10万人署名等を通して2006年の自殺対策基本法成立に貢献。2016年には、超党派「自殺対策を推進する議員の会」アドバイザーとして基本法の大改正にも深く関与。2020年、代表理事を務めるいのち支える自殺対策推進センターが厚生労働大臣指定法人として始動。日本の自殺総合対策を牽引してきたことが高く評価され、2023年に国際自殺予防学会「リングル活動賞」を受賞。元内閣府参与（2009～2011年）。

伊藤 理恵（第6章執筆）

船橋市健康部健康政策課主任技師

2019年度から健康政策課にて自殺対策計画、健康増進計画の計画推進業務を担当。

窪田 由紀（第4章執筆）

九州産業大学学術研究推進機構科研費特任研究員

博士（学術）、臨床心理士、公認心理師、専門は臨床コミュニティ心理学。

九州国際大学、九州産業大学、名古屋大学、九州産業大学教授などを経て2022年4月より現職。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主査。主な著書に学校における自殺予防教育のすすめ方（編著、遠見書房、2016年）、災害に備える心理教育（共編著、ミネルヴァ書房、2016年）、学校コミュニティへの緊急支援の手引き第3版（編著、金剛出版、2020年）、危機への心理学的支援（編著、ナカニシヤ出版、2022年）など。

高橋 聡美（第3章執筆）

一般社団法人高橋聡美研究室代表

東北大学大学院医科学系研究科修了博士（医学）。宮城大学看護学科助手、仙台青葉学院短期大学講師、つくば国際大学精神看護学教授、防衛医科大学校精神看護学教授を経て2020年より現職。全国で自殺予防教育をはじめとする自殺予防活動を行う。2020年よりBPO（放送倫理／番組向上機構）青少年委員。主な著書『教師にできる自殺予防』『地域でできる自殺予防 基礎からわかるゲートキーパーの役割』

森山 花鈴（第1章執筆）

南山大学社会倫理研究所第一種研究所員

南山大学法学部法律学科准教授

筑波大学大学院人文社会科学研究所現代文化・公共政策専攻シビ
ルソサイエティ一分野博士後期課程修了。博士（政治学）。内閣府
自殺対策推進室などを経て、2015年より南山大学社会倫理研究所
第一種研究所員。現在、南山大学法律学科法学部准教授併任。20年
程前より自殺対策の活動に取り組み、現在は「いのちの支援」研究
プロジェクトを立ち上げ、地域における自殺対策の在り方を研究中。
主な著書に『自殺対策の政治学』（単著、晃洋書房、2018）など。

橋本 貢河（第7章執筆）

川崎市健康福祉局総合リハビリテーション推進センター企画・連携推進課
事務職員（社会福祉職）

2012年入庁。2018年より健康福祉局障害保健福祉部精神保健課
にて自殺対策に携わり、2021年より現職。現職でも引き続き、自
殺対策を担当。

総合リハビリテーション推進センター企画・連携推進課の所掌事
務は、高齢者、障害者、障害児等の保健、医療及び福祉に関する調
査研究、連携および連絡調整並びに人材育成、社会的ひきこもりの
相談および自立支援、自殺対策、医療的ケア児等に係る相談、指導
助言および連絡調整等である。

協働型の地域自殺対策と自治体
—持続可能なまちづくりへのアプローチ—

2024年3月発行

編集・発行 公益財団法人日本都市センター

〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-4-1

T E L 03(5216)8771

E-Mail labo@toshi.or.jp

U R L <https://www.toshi.or.jp>

印 刷 福山印刷株式会社

〒775-0004 徳島県海部郡牟岐町大字川長

市宇谷 174-1

T E L 0884(72)1679

ISBN 978-4-909807-35-9 C3036

無断転載、複製および転訳載を禁止します。引用の際は本書(稿)が出典であることを必ず明記してください。
This book is copyrighted and may not be copied or duplicated in any manner including printed or electronic media, regardless of whether for a fee or gratis without the prior written permission of the authors and Japan Municipal Research Center. Any quotation from this article requires indication of the source.

ISBN978-4-909807-35-9

C3036 ¥1500E

定価1,650円(本体価格1,500円+税10%)

