

地域自殺対策政策パッケージ

平成 29 年 12 月
自殺総合対策推進センター



目 次

地域自殺対策政策パッケージとは	- 1 -
－ 1 地域自殺対策政策パッケージの基本的な考え方	- 1 -
－ 2 地域自殺対策政策パッケージの構成について	- 4 -
地域自殺実態プロファイルと地域自殺対策政策パッケージ	- 7 -
－ 1 地域自殺実態プロファイルについて	- 7 -
－ 2 地域自殺実態プロファイルの概要と地域自殺対策政策パッケージの活用	- 7 -
基本パッケージ	- 14 -
－ 1 地域におけるネットワークの強化	- 14 -
－ 2 自殺対策を支える人材の育成	- 17 -
－ 3 住民への啓発と周知	- 22 -
－ 4 生きることの促進要因への支援	- 25 -
－ 5 児童生徒のＳＯＳの出し方に関する教育	- 31 -
重点パッケージ	- 33 -
－ 1 子ども・若者	- 33 -
－ 2 勤務・経営	- 38 -
－ 3 生活困窮者	- 42 -
－ 4 無職者・失業者	- 45 -
－ 5 高齢者	- 47 -
－ 6 ハイリスク地	- 50 -
－ 7 震災等被災地	- 52 -
－ 8 自殺手段	- 56 -
人口規模別の地域自殺対策政策パッケージの適用例	- 58 -
－ 1 人口規模 5 万人未満の自治体	- 59 -
－ 2 人口規模 5 万人～50 万人の自治体	- 66 -
－ 3 人口規模 50 万人以上の自治体	- 79 -
事 例 集	- 86 -
資 料	- 340 -
自殺対策計画策定の手引き 対応表	- 357 -

< 本書における事例、解説は以下のとおりです >

【事例】 自殺対策に関する事例（地域における自殺対策取組事例集に掲載された事例、内閣府自殺対策推進室）

【解説】 理解を深めていただくための解説記事（自殺総合対策推進センター作成）

地域自殺対策政策パッケージとは

－ 1 地域自殺対策政策パッケージの基本的な考え方

地域自殺対策計画の策定を支援するために、自殺総合対策推進センターは、地域の自殺の実態を詳細に分析した地域自殺実態プロファイルを作成するとともに、地域自殺対策の策定に資する地域自殺対策政策パッケージを作成した。都道府県及び市町村は、地域自殺対策政策パッケージを活用して、地域の実情にあった地域自殺対策計画を策定していただきたい。

地域自殺対策政策パッケージは「基本パッケージ」と「重点パッケージ」から構成されている。基本パッケージは、ナショナル・ミニマムとして全国的に実施されることが望ましい施策群である。重点パッケージは、平成 29 年 7 月 25 日に閣議決定された新たな自殺総合対策大綱で示された重要な施策を勘案しつつ、地域において優先的な課題となりうる施策について、詳しく提示したものである。自治体の地域特性に応じて地域における自殺対策をより効果的に実施するために基本パッケージに付加することが望まれる施策群である。

基本パッケージにおける基本施策として、次の 5 つを挙げている。いずれも地域自殺対策の推進においてすべての自治体で取り組むことが望ましい施策群である。なお、「ＳＯＳの出し方に関する教育」については、命や暮らしの危機に直面したときの問題の整理や対処方法を、児童生徒の段階でライフスキルとして身につけてもらう重要な取組であり、すべての自治体において早急に取り組んでいただきたいという趣旨で基本パッケージの中に組み入れている。

1) 地域におけるネットワークの強化

国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業、国民等が相互に連携・協働する仕組みを構築し、ネットワークを強化する。

2) 自殺対策を支える人材の育成

さまざまな悩みや生活上の困難を抱える人に対しての早期の「気づき」が重要であり、「気づき」のための人材育成の方策を充実させる必要がある。

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」であり、危機に陥った場合には誰かに援助を求めることが適当であるということが、社会全体の共通認識となるように、積極的に普及啓発を行う必要がある。

4) 生きることの促進要因への支援

自殺対策は「生きることの阻害要因」を減らす取組に加えて、「生きることの促進要因」を増やす取組を行うことである。このような観点から、居場所づくり、自殺未遂者への支援、遺された人への支援に関する対策を推進する。

5) 児童生徒のＳＯＳの出し方に関する教育

児童生徒のＳＯＳの出し方に関する教育を全国的に展開していくためには、「生きる包

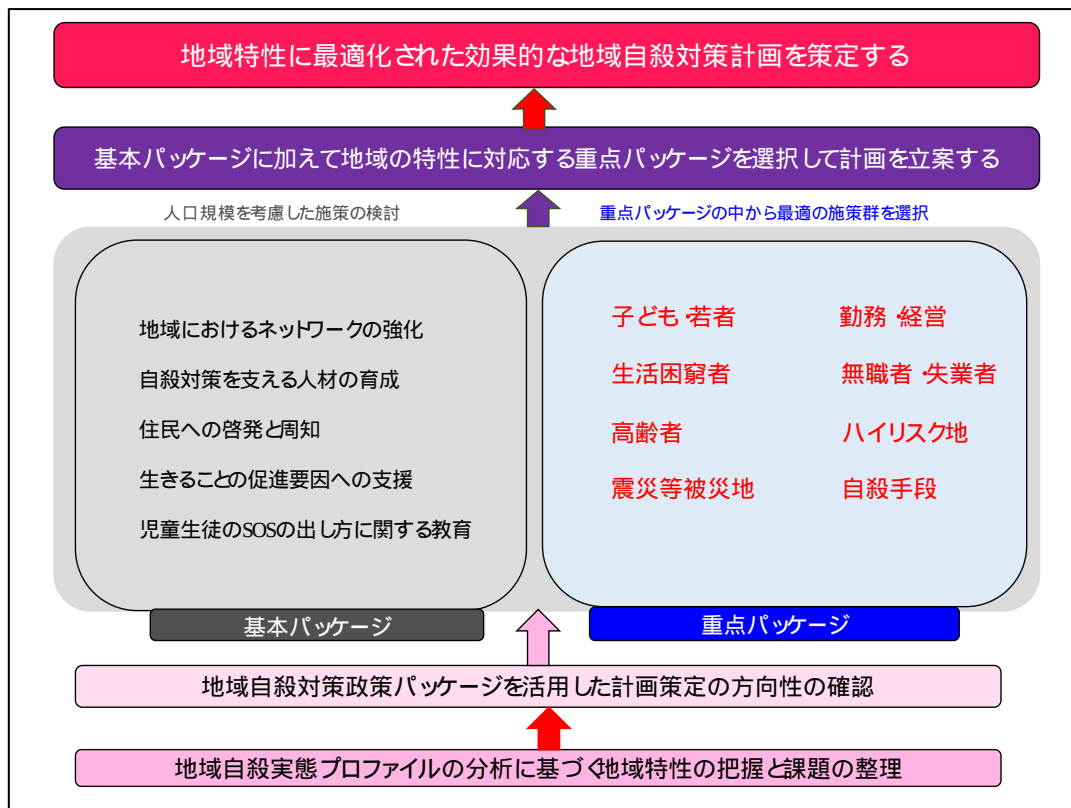
括的な支援」として「困難やストレスに直面した児童・生徒が信頼できる大人に助けの声をあげられる」ということを目標として、学校の教育活動として位置づけ、地区担当の保健師等地域の専門家が授業を行うという形で実施していくことが考えられる。

重点パッケージの対策として、子ども・若者、勤務・経営、生活困窮者、無職者・失業者、高齢者、ハイリスク地、震災等被災地、自殺手段について提示している。自治体担当者には、このような基本パッケージと重点パッケージの考え方を十分に理解していただき、地域自殺対策計画の策定に関与していくことが望まれる。

図表 - 1 に基本パッケージ、重点パッケージを組み合わせ、地域自殺対策計画を自らの自治体にとって最もふさわしいものとするプロセスを提示した。基本パッケージと重点パッケージの中から自殺実態に対応した最適の施策群を選択することで、地域の実態に最適化された効果的な地域自殺対策計画を策定することが可能となる。

地域自殺対策政策パッケージを活用した計画策定を実現するためには、まず自殺総合対策推進センターから提供される地域自殺実態プロファイルをもとに地域特性の把握と課題の整理を行うことが必要である。地域自殺実態プロファイルでは、市町村の自殺実態の分析の結果として示される地域特性の評価結果に優先度が提示されており、優先度を考慮して重点パッケージを選択することができるようになっている。基本パッケージに加えて地域特性を考慮した重点パッケージを組み合わせることで、地域特性に対応した最適な自殺対策の施策を見いだすことができ、地域自殺対策推進に役立てることを目的とするものである。

自殺対策は、家庭や学校、職場、地域など社会全般に深く関係しており、総合的な自殺対策を推進するためには、地域の多様な関係者の連携・協力を確保しつつ、地域の特性に応じた実効性の高い施策を推進していくことが重要である。



図表 -1. 基本パッケージと重点パッケージを組み合わせる効果的な地域自殺対策計画を策定するプロセス

－ 2 地域自殺対策政策パッケージの構成について

1) 基本パッケージの構成

基本パッケージの構成を以下に示す。

- － 1 地域におけるネットワークの強化
- － 2 自殺対策を支える人材の育成
 - 1) さまざまな職種を対象とする研修
 - 2) 一般住民を対象とする研修
 - 3) 学校教育・社会教育に関わる人への研修
 - 4) 関係者間の連携調整を担う人材の育成
 - 5) 寄り添いながら伴走型支援を担う人材の育成
- － 3 住民への啓発と周知
 - 1) リーフレット・啓発グッズ等の作成と活用
 - 2) 市民向け講演会・イベント等の開催
 - 3) メディアを活用した啓発
- － 4 生きることの促進要因への支援
 - 1) 居場所づくり活動
 - 2) 自殺未遂者等への支援
 - 3) 遺された人への支援
- － 5 児童生徒のＳＯＳの出し方に関する教育
 - 1) ＳＯＳの出し方に関する教育の実施
 - 2) ＳＯＳの出し方に関する教育を推進するための連携の強化

2) 重点パッケージの構成

重点パッケージのそれぞれの分野における対策は以下の通りである。

- － 1 子ども・若者
 - 1) いじめを苦にした子どもの自殺の予防
 - 2) 若者の抱えやすい課題に着目した学生・生徒等への支援の充実
 - 3) 経済的困難を抱える子ども等への支援の充実
 - 4) ICTを活用した若者へのアウトリーチの強化等
 - 5) 若者自身が身近な相談者になるための取組
 - 6) 社会全体で若者の自殺のリスクを低減させるための取組
- － 2 勤務・経営
 - 1) 職場におけるメンタルヘルス対策の推進
 - 2) 過労自殺を含む過労死等の防止について
 - 3) 長時間労働の是正
 - 4) ハラスメント防止対策

- 5) 経営者に対する相談事業の実施等
- － 3 生活困窮者
 - 1) 相談支援、人材育成の推進
 - 2) 居場所づくりや生活支援の充実
 - 3) 自殺対策と生活困窮者自立支援制度との連動
- － 4 無職者・失業者
 - 1) 失業者等に対する相談窓口等の充実
 - 2) 職業的自立へ向けた若者への支援の充実
 - 3) 無職者・失業者の居場所づくり等の推進
- － 5 高齢者
 - 1) 包括的な支援のための連携の推進
 - 2) 地域における要介護者に対する支援
 - 3) 高齢者の健康不安に対する支援
 - 4) 社会参加の強化と孤独・孤立の予防
- － 6 ハイリスク地
 - 1) 関係者によるパトロールや監視カメラの使用
 - 2) 自殺念慮者に対するシェルターによる一時保護と生活支援
 - 3) 自殺念慮者が援助を求めやすくなるような取組
 - 4) 飛び降り・飛び込み防止等の取組
- － 7 震災等被災地
 - 1) 大規模災害被災者に対する支援対策の推進
 - 2) アルコール依存症・ギャンブル依存症等に対する支援の充実
 - 3) 被災地域でのアウトリーチの強化や多職種・多部門連携による寄り添い支援
- － 8 自殺手段
 - 1) 飛び降り・飛び込み防止等の取組（再掲）
 - 2) 農薬・ガス（練炭による一酸化炭素等）を用いた自殺の防止
 - 3) 過量服薬等防止の取組

3) 自治体の人口規模への配慮及び重点パッケージの優先度についての留意点

地域における自殺対策の推進においては、自治体の人口規模を考慮する必要がある。基本パッケージでは、その適用にあたって、人口規模が5万人未満の自治体、5～50万人未満の自治体、50万人以上の自治体の3つのサブカテゴリーを想定している。自殺総合対策の効果に関するこれまでの研究成果では、人口規模がおおむね5万人未満の地域において、総合的介入による自殺死亡率（以降、自殺率）の減少効果がより明確に認められるということがわかっている。（【解説 - 1】参照）人口規模の大きな自治体では、施策の対象地区を細分化するなど人口規模には配慮した取組を進めることが望ましい。

重点パッケージについては、地域自殺実態プロファイルの分析結果に基づき「地域の自

殺特性の評価」を行い、当該地域で優先度が高い重点パッケージを示している。優先度が示される重点パッケージの対策は「子ども・若者」、「高齢者」、「勤務・経営」、「無職者・失業者」、「生活困窮者」、「ハイリスク地」、「自殺手段」である。

「震災等被災地」については、地域自殺実態プロファイルの分析に基づく優先度は提示していないが、震災等被災地においては、「震災等被災地」を参照して対策を進めていただくことを想定している。

なお、重点パッケージについても、対策の推進において人口規模への配慮が望まれる。

【解説 - 1】地域における自殺総合対策の自殺率減少の学術的エビデンス

地域における総合的な自殺対策の介入が自殺率の減少に効果があることを明らかにした研究を紹介する。本橋ら（Suicide Life Threat Behave 2007）は秋田県の6町（人口4万人）の住民を対象とした前向きコホートデザインの介入疫学研究（準実験デザイン）を2001年～2005年に実施した。介入地域においては、啓発、ゲートキーパー研修、居場所づくり、自殺ハイリスク者への継続的支援等の総合的介入事業を実施し、対照地域においては総合的介入事業を実施しなかった。3年間の介入により、介入地域では対照地域と比較して、46%の自殺率の減少を認め、この減少率は対照地域の自殺率の変化と比較して統計学的に有意な減少であった。

地域自殺実態プロフィールと地域自殺対策政策パッケージ

－ 1 地域自殺実態プロフィールについて

これまでは、社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過を把握するために地域の自殺の実態を分析することは自治体の裁量に任せられ、施策の推進の必要性などを鑑みて、自治体が独自の調査分析等を行うことが多かった。平成 28 年 4 月に改正された自殺対策基本法を踏まえ平成 29 年 7 月 25 日に閣議決定された新たな自殺総合対策大綱においては、地方公共団体の地域自殺対策計画の策定を支援するために、国は、自殺総合対策推進センターにおいて、すべ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ィールを作成することになった。都道府県及び市町村は提供される地域自殺実態プロフィールを参考に地域の自殺の実態を把握することにより地域自殺対策計画を策定し総合的な自殺対策を推進することとなった。

地域の自殺実態を明確にするオプションとしての住民調査の企画と実施【解説 - 1】参照

地域の自殺実態を明確にするためのオプションとしての人口動態統計の活用【解説 - 2】参照

－ 2 地域自殺実態プロフィールの概要と地域自殺対策政策パッケージの活用

市町村レベルで自殺対策を推進していくためには、地域の自殺の実態を市町村の行政職員が正しく理解し、計画策定に反映させることができるようになることが求められる。しかし、日常的業務に忙しい職員が地域の自殺の実態を詳細に分析する余裕はなかなかないというのが実情である。また、すべての自治体で自殺実態の分析を共通の手法で行うことで、比較可能な実態の分析が可能になる。そこで、自殺総合対策推進センターでは、自殺実態・統計分析室が中心になって、地域の自殺実態を一目瞭然的に理解できるようにするツールとして「地域自殺実態プロフィール」の開発を行ってきた。

図表 - 1 ～ - 4 は地域自殺実態プロフィールのイメージを示したものである。自殺実態プロフィールの作成にあたっては既存の官庁統計を利用する。国勢調査、人口動態統計調査、企業・経済統計、生活・ライフスタイルに関する統計（国民生活基礎調査、社会生活基本調査等）に基づき、自治体ごとの自殺者数や自殺率、関連する地域特性を棒グラフや折れ線グラフなどを用いて表示し、いわば自殺対策についての人間ドックの報告書のような簡易なレポートを作成する。

図表 - 1 では、まず、当該自治体における地域自殺実態プロフィールの分析に基づき推奨される重点パッケージが示されている。そして、その下部には当該自治体の自殺者割合の上位 5 位の者（性、年代、職業の有無、同居・独居の特性）背景にある主な自殺の特徴が例示されている。これにより、自殺率が全国的に低い自治体であっても、自らの自治体における自殺者割合が高い住民を対象に重点的な施策を推進することの必要性について検討することができる。

図表 - 2 では、上部に当該自治体の自殺者割合（棒グラフ）と自殺率（折れ線グラフ）が、性別、年齢別、職業の有無別で示されている。この図から、性・年代・職業の有無別に

見て自殺者割合および自殺率の高い集団がどのような特性を持つのかを判断することができる。下部の地域の自殺特性の評価の表は、他の自治体との比較により、当該自治体において優先度の高い項目を提示したものである。この表を見ることで、数値データを用いて分析できる項目について、優先度の高い集団の特徴を判断することができる。

自らの自治体で実施すべき具体的な施策については、図表 - 1 のうち、推奨される重点パッケージをまず目安として確認いただき、その上で図表 - 2 の「地域の自殺の特性の評価」等、地域自殺実態プロファイルの他の詳細データを勘案して検討いただきたい。（図表 - 1 ～ - 4 を参照）

なお、自殺総合対策推進センターでは、地域自殺実態プロファイル及び地域自殺対策政策パッケージへの理解を深めるための情報提供等を行う予定としている。

地域自殺実態プロフィール

【○県市】

推奨される重点パッケージ

重点パッケージ	子ども・若者 無職者・失業者 生活困窮者 勤務・経営 高齢者
---------	--

「推奨される重点パッケージ」は下記の「地域の自殺の特徴」の上位の3区分の性・年代等の特性と「背景にある主な自殺の危機経路」を参考に選定している。（「主な自殺の危機経路」は、自殺実態白書 2013 に基づき、あくまでも、該当する性・年代等の特性に応じ、全国的に見て代表的と考えられる「自殺の危機経路」を示すものであり、提示された経路が唯一のものではない。）なお、ハイリスク地及び自殺手段については次頁の「地域の自殺の特性の評価」のランク欄に示された地域の地域について記載している。

自らの自治体で実施すべき具体的な施策については、推奨される重点パッケージをまず目安として確認いただき、その上で次頁の「地域の自殺の特性の評価」（人口 10 万あたりの自殺率等の全国の中での相対的な指標値をもとに評価している）等、地域自殺実態プロフィールの他の詳細データ等を勘案して検討いただきたい。

■ 地域の自殺の特徴

地域の主な自殺の特徴（特別集計（自殺日・居住地、H24～28 合計） 国勢調査）

割合上位 5 位	自殺者数 5 年計	割合	自殺率* (10 万対)	背景にある主な自殺の特徴**
1 位：男性20～39 歳無職独居	31	7.5%	91.5	【30 代その他無職】失業→生活苦→多重債務→うつ状態→自殺 / 【20 代学生】学内の人間関係→休学→うつ状態→自殺
2 位：男性40～59 歳有職同居	28	6.7%	20.8	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺
3 位：男性60 代以上無職同居	27	6.5%	44.6	失業（退職）→生活苦+介護の悩み（疲れ）+身体疾患→自殺
4 位：女性20～39 歳有職独居	26	6.4%	26.2	非正規雇用→生活苦→借金→うつ状態→自殺 / 仕事の悩み→うつ状態→休職/復職の悩み→自殺
5 位：女性40～59 歳無職同居	22	5.3%	29.5	近隣関係の悩み+家族間の不和→うつ病→自殺

順位は自殺者数の多さにもとづき、自殺者数が同数の場合は自殺率の高い順とした。

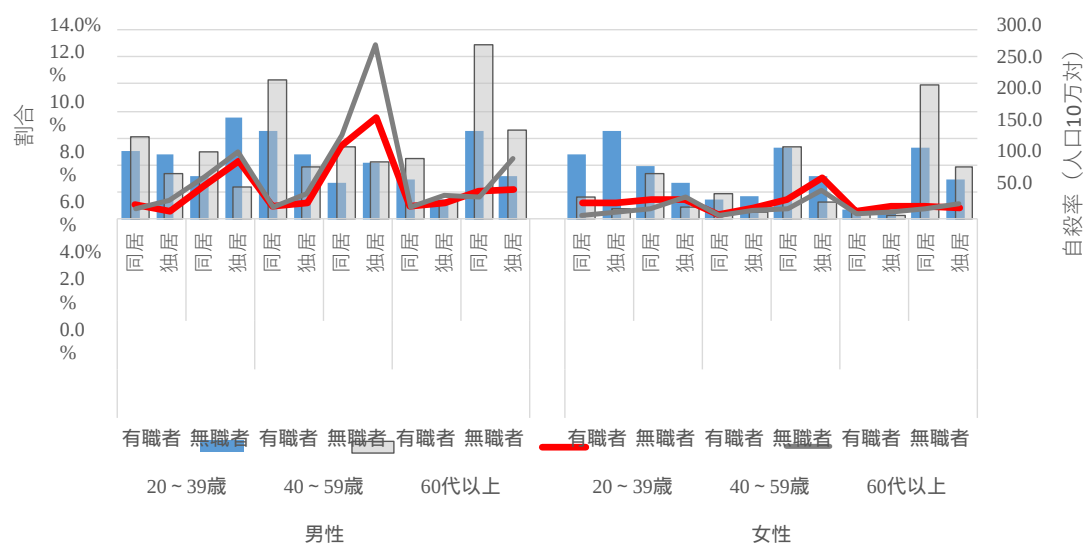
*自殺率の母数（人口）は平成 27 年国勢調査を元に自殺総合対策推進センターにて推計した。

**「背景にある主な自殺の危機経路」は自殺実態白書 2013（ライフリンク）を参考にした。

図表 - 1 . 地域の自殺実態プロフィールのイメージ（1）

分析結果の概要と推奨される対策（重点パッケージ）が示され、さらにその他の詳細な地域の自殺実態が示されている。重点パッケージの提示の順序は必ずしも優先順位を示すものではない。

地域の自殺の概要（グラフ）



	指標	全国割合	自殺率(10万対)	全国自殺率	指標	ランク
総数 ¹⁾	25.9		男性 ¹⁾	30.6	—	
20歳代 ¹⁾	34.3	a	女性 ¹⁾	21.2		
30歳代 ¹⁾	27.8		若年者(20～39歳) ¹⁾	30.9		
40歳代 ¹⁾	28.2		高齢者(70歳以上) ¹⁾	22.5	—	
50歳代 ¹⁾	32.7		勤務・経営 ²⁾	19.5		
60歳代 ¹⁾	29.4		無職者・失業者 ²⁾	56.4		
70歳代 ¹⁾	22.8	—	ハイリスク地 ³⁾	112% +51	—	
	22.2	—	自殺手段 ⁴⁾	51%		

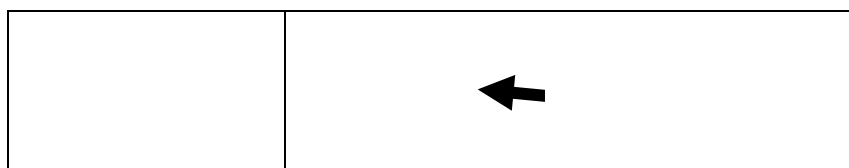
- 80歳以上¹⁾
- 1) 自殺統計にもとづく自殺率（10万対）。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
 - 2) 特別集計にもとづく20～59歳を対象とした自殺率（10万対）。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
 - 3) 自殺統計にもとづく発見地／住居地の比(%)および差(人)。自殺者（発見地）1人の減少でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
 - 4) 自殺統計もしくは特別集計にもとづく首つり以外の自殺の割合(%)。首つり以外の割合が多いと高い。

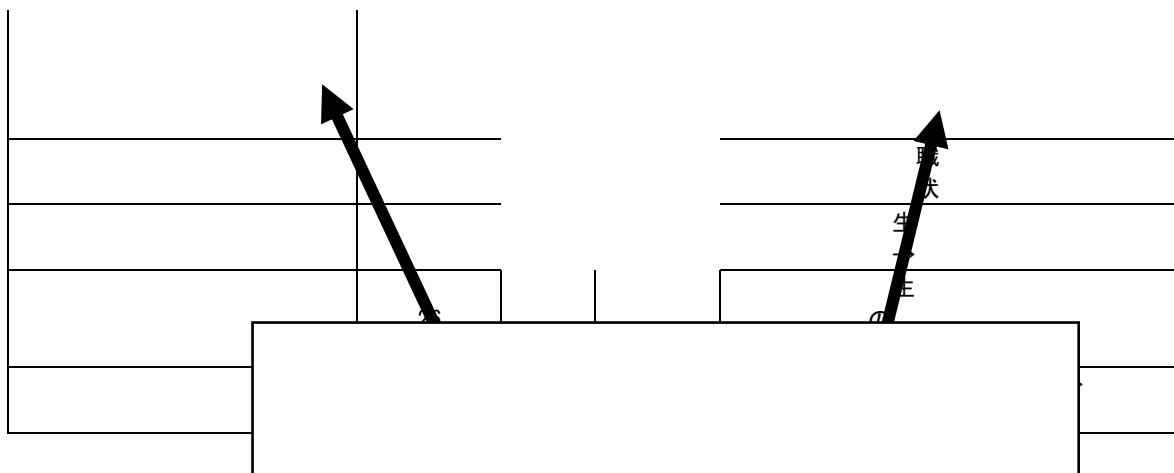
ランクの標章（詳細は付表の参考表2、3参照）

ランク	
/	上位10%以内
/	上位10～20%
	上位20～40%
—	その他

図表 - 2 . 地域自殺実態プロファイルのイメージ（2）

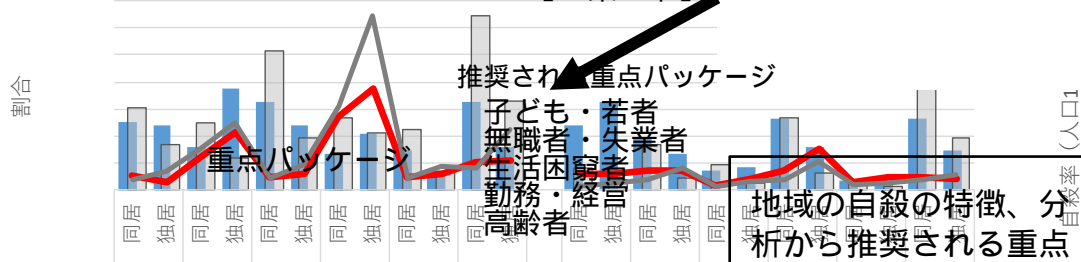
分析結果の概要（当該地域の自殺者割合と自殺率）が示され、下部に地域の特性の評価が示されている。





地域自殺実態プロファイル

【○県市】



「推奨される重点パッケージ」は下記の「地域の自殺の特徴」の上位5区分を記載。年代等の特性と「背景にある主な自殺の危機経路」を参考に選定している。（「主な自殺の危機経路」は、自殺実態白書 2013 に基づき、あくまでも、該当する性・年代等の特性に応じ、全国的に見て代表的と考えられる「自殺の危機経路」を示すものであり、提示された経路が唯一のものではない。）なお、ハイリスク地及び自殺手段については次頁の「地域の自殺の特性の評価」のランク欄に示された の地域について記載している。

自らの自治体で実施すべき具体的な施策については、推奨される重点パッケージをまず目安として確認いただき、その上で次頁の「地域の自殺の特性の評価」（人口 10 万あたりの自殺率等の全国の中での相対的な指標値をもとに評価している）等、地域自殺実態プロファイルの他の詳細データ等を勘案して検討いただきたい。

■ 地域の自殺の特徴

地域の主な自殺の特徴（特別集計（自殺日・住居地、H24～28 合計） 国勢調査）

割合上位 5 位	自殺者数 5 年計	割合	自殺率* (10 万対)	【30 代までの無職・失業・生活苦→多 重債務→うつ状態→自殺 / 【20 代学 生】学内の人間関係→休学→うつ状態→自 殺 配置転換→過労→ 場の人間関係の悩み + 仕事の失敗→うつ 状態→自殺 失業（退職）→ 活苦 + 介護の悩み（疲 れ）+ 身体疾患 自殺 非正規雇用→ 活苦→借金→うつ状態→ 自殺 / 仕事 悩み→うつ状態→休職 / 復
0	位: 男性 20～39 歳無職独居 31	7.5%	21.5	↑
1	位: 男性 40～59 歳有職同居 28	6.7%	20.8	↓
2	位: 男性 60 代以 上無職同居 27	6.5%	44.0	↓
3	位: 女性 20～39 歳有職独居 地域で	6.4%	26.2	↓
4	位: 女性 40～59 歳無 職同居 地域で			↓

順位は自殺者数の多さにもとづき、自殺者数が同数の場合は自殺率の高い順とした。

*自殺率の母数（人口）は平成 27 年国勢調査を元に自殺総合対策推進センターにて推計した。

**「背景にある主な自殺の危機経路」は自殺実態白書 2013（ライフリンク）を参考にした。

図表 - 3 . 地域の自殺実態プロファイルのイメージ（1）注釈付き

分析結果の概要と推奨される対策（重点パッケージ）が示され、さらにその他の詳細な地域の自殺実態が示されている。

地域の自殺の概要（グラフ）

14.0%
12.0
%
10.0
%
8.0
%
6.0
%
4.0%
2.0
%
0.0
%

地域の性・年齢区分、職業
と同居人の有無別の割合と
自殺率（人口10万対）を
全国値と併せて記載。

有職者 無職者 有職者 無職者 有職者 無職者 有職者 無職者 有職者 無職者 有職者 無職者
20～39歳 40～59歳 60代以上 20～39歳 40～59歳 60代以上
男性 女性

	指標	全国割合	自殺率(10万対)	全国自殺率	指標	ランク
総数 ¹⁾	25.9		男性 ¹⁾	30.6	—	
20歳代 ¹⁾	34.3	a	女性 ¹⁾	21.2		
30歳代 ¹⁾	27.8		若年者(20～39歳) ¹⁾	30.9		
40歳代 ¹⁾	28.2		高齢者(70歳以上) ¹⁾	22.5	—	
50歳代 ¹⁾	32.7		勤務・経営 ²⁾	19.5		
60歳代 ¹⁾	29.4		無職者・失業者 ²⁾	56.4		
	22.8	—	ハイリスク地 ³⁾	112%+51	—	
	22.2	—		51%		

70歳代¹⁾ 自殺 段⁴⁾
80歳以上¹⁾

- 1) 自殺統計にもとづく自殺率（10万対）。自殺 数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 2) 特別集計にもとづく20～59歳を対象とした自殺率（10万対）。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 3) 自殺統計にもとづく発見地÷住居地（％）と差（大）。自殺者（発見地）1人の減少でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 4) 自殺統計もしくは特別集計にもとづく首つり以外 自殺の割合（首つり以外の割合が多いと高い）。

ランクの標章（詳細は付表の参考表2、3参照）

ランク	
/	上位10%以内
/	上位10～20%
	上位20～40%
—	その他

地域の自殺に関連する指標（年
代別自殺率等）と、その全国市
町村中のランク（順位）の目安
を記載。

図表 - 4 . 地域自殺実態プロファイルのイメージ（2）注釈付き

分析結果の概要（当該地域の自殺者割合と自殺率）が示され、下部に地域の特性の評価が示されている。

【解説 - 1】地域の自殺実態を明確にするオプションとしての住民調査の企画と実施

地域自殺実態プロファイルの分析結果を詳細に検討することで、多くの地域の自殺実態は明瞭になる。しかしながら、人口規模が小さく年間の自殺者数がきわめて少ない自治体では、地域自殺実態プロファイルの統計分析では十分な自殺実態が明瞭でないという事例も存在しうる。そのようなケースでは、自治体が独自に住民調査を実施して、自殺に関する住民の問題意識などを明らかにすることが考えられる。このような住民調査はすべての自治体を実施すべきものというのではなく、自治体が調査の必要性を判断した上で、オプションとして実施することが望ましい。人口規模の小さな自治体を念頭に置いた住民調査票の一例を巻末資料 1 に示す。資料では、様々な場面で想定される設問を取り上げ紹介している。各自治体に沿った設問を適宜選んで実施されたい。

【解説 - 2】地域の自殺実態を明確にするためのオプションとしての人口動態統計の活用

人口規模の大きい自治体や面積が大きい自治体では、市町村単位の分析ではより小地域ごとの自殺の実態が明瞭にならない可能性がある。地域自殺実態プロファイルの分析結果を踏まえて、小地域ごとの自殺実態の把握が必要であると事業担当者が認めた場合には、人口動態調査の死亡小票を活用して、小地域ごとの自殺実態を分析することがオプションとして考えられる。

ただし、人口動態調査の死亡小票の死因の種類が自殺と選択されていない場合など、人口動態調査では把握できないこともあるため、注意が必要である。

以上を踏まえ、小地域ごとの自殺実態の分析を希望する自治体は「人口動態調査に係る調査票情報の利用申出について（通知）」（平成 28 年 11 月 8 日付け政統人発 1108 第 1 号。各都道府県保健統計主管部（局）長あて厚生労働省政策統括官（統計・情報政策担当）付参事官（人口動態・保健社会統計担当））を参考にして、統計法第 33 条第 1 号の規定による利用申出書の提出を行い、自治体内部において死亡小票を用いた分析を行うことができるようになる。

なお、集計表を作成し自殺対策計画に盛り込み公表する場合など、統計法第 33 条第 1 号の規定による統計の作成に該当する場合は、別途、申出が必要である。同号の規定に基づき厚生労働大臣へ申し、当該申出が認められる必要がある。

【解説 - 3】住民意識調査における自殺対策の評価指標になり得る質問項目の設定

住民を対象とした意識調査（資料 1）を行う場合（自殺対策に特化したものに限らず、既存の意識調査を含めて）、その中に自殺対策の評価指標となり得る質問項目として、例えば、「助けを求めたり、誰かに相談したいと思う」という質問、「自殺対策に関する講演会や講習会に参加したことがありますか」という質問等があげられる。それぞれの質問に対して、「そう思う」「はい」と回答した人数の自殺対策実施前後の変化により評価を行うことができる。また、「自死遺族の支援について、知っているものがありますか」との質問に対して、遺族の集い、無料電話相談、法テラス等の周知度を自殺対策実施前後で比較することにより、自殺対策の評価が可能となる。

基本パッケージ

－ 1 地域におけるネットワークの強化

我が国の自殺対策が最大限その効果を発揮して「誰も自殺に追い込まれることのない社会」を実現するためには、国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業、国民等が連携・協働して国を挙げて自殺対策を総合的に推進することが必要である。そのため、それぞれの主体が果たすべき役割を明確化、共有化した上で、相互の連携・協働の仕組みを構築することが重要である。地方公共団体においては、協議会や会議の開催のみではなく、地域や自殺対策の現場で具体的な連携を図る機会と場を提供することが望ましい。

地域で活動する民間団体については、直接自殺防止や遺族への支援を目的とする活動のみならず、保健、医療、福祉、教育、労働、法律その他の関連する分野での活動が自殺対策に寄与し得るため、国等からの支援も得ながら、様々な領域において積極的に自殺対策に参画することのできる環境を整えていく必要がある。

事例番号を表記した行の右端に、＜ A ＞人口規模が5万人未満の自治体、＜ B ＞5～50万人未満の自治体、＜ C ＞50万人以上の自治体の3つのサブカテゴリーを示す。

【事例 H26-06-06】熊本県人吉・球磨生活支援ネットワーク人口 3.4 万人＜ A ＞

熊本県人吉・球磨生活支援ネットワークが主催し、弁護士、司法書士による相談に、必要に応じて臨床心理士が同席する「心配ごと・無料法律相談会」を実施した。地元の相談窓口には行きづらいという声が上がったため、広域で対応できる仕組みをつくり、地域内の住民であればどの市町村の相談会でも利用可能というシステムを作成した。

【事例 H26-09-04】大分県豊後大野市 人口 3.7 万人 ＜ A ＞

自殺対策の普及啓発事業として、7つの町ごとに住民組織、ゲートキーパー、PTA等が中心となり実行委員会を立ち上げ、市内8会場にて「ところをつなぐ仲間づくりフォーラム」を開催し、様々な活動や体制づくりを通して地域の自殺対策の強化につなげた。

【事例 H26-04-02-05】兵庫県宍粟市 人口 4 万人 ＜ A ＞

自殺やうつの原因のひとつと考えられるアルコール問題を取り上げ、住民や関係機関に対して対策協議会や検討会などを通じて総合的な対策事業を展開した。具体的には、アルコール関連問題連絡協議会の運営、相談事業の実施、普及啓発事業の実施、事例検討会の開催、自殺対策に係る庁内連絡会議の開催などであった。

【事例 H25-02-07】長崎県大村市 人口 9.1 万人 ＜ B ＞

市全体で自殺対策に取り組むため、庁内自殺対策協議会等の設置を行い、自殺対策基本方針を策定した。策定においては、庁内の自殺対策幹事会、庁内協議会で素案をつくり、議会や自殺対策ネットワーク会議での説明、パブリックコメントを経た。自殺対策を全庁的

に展開するとともに、外部団体や関係機関と一体となって推進できるよう、実務者会議や自殺対策ネットワーク会議を開催し、包括的な自殺対策事業を実施した。

【事例 H25-02-04】京都府丹後地域 保健所管内人口 10 万人 < B >

保健所が中心となり、振興局各部門にまたがる連携会議を開催し、地域全体で問題点を共有するために、府と市町村、社会福祉協議会、民生児童委員協議会が中心となって管内の関係団体、民間企業等に幅広く参加を呼びかけ、丹後地域 2 市 2 町の自治体、NPO、福祉、経済関係等 153 団体による自殺予防ネットワークを設立した。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だ。

【事例 H24-06-26】岩手県久慈地域 人口 5.9 万人 < B >

保健所が中心になって、6 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、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、さまざまな人、組織、場を活用した地域づくりの視点に基づく対策、地域診断を反映し、時間軸にそった活動計画と計画修正により構成されたモデルを作り、包括的な事業展開により、包括的な自殺対策が実践された。

【事例 KJ07】長野県須坂市・小布施町・高山村 人口 6.7 万人 < B >

複数の自治体が連携し、広域連携によりワンストップ型の総合相談会を開催した。それにより、1 つの自治体の単独開催だと相談者数が少なくなることや規模の小さい自治体では住民が自分の地域では相談しにくいという懸念が解消された。広報を複数の自治体合同で展開していくことで、広域連携による広報を行うことができた。相談会では、様々な問題に対応できるように、各自治体の保健師、精神科医師、圏域を担当する生活困窮者自立支援担当相談員、弁護士などが相談員として入り、相談に訪れた方が抱えていた様々な分野の悩みをその会場においてワンストップで相談できる体制を整えた。当日の相談者数はこれまで各自治体が単独で開催した相談会よりも多くの相談者が来場し、相談した人の事後のアンケートでも満足度が非常に高かった。

【事例 H27-06-01】青森県上十三地域 人口 7.2 万人 < B >

弁護士・保健師・精神保健福祉士を組み合わせる相談チームを編成し、必要な時に必要な専門家同士で問題解決の方針を決めるオンデマンド方式による「借金ところの無料相談会」を開催、その後にネットワーク会議（事例検討会）を開催し情報共有及び問題の解決に向けて関係機関が連携を行った。

【事例 H25-01-04】静岡県浜松市 人口 79.8 万人 < C >

自殺ハイリスク者への包括的な支援を行うために、それぞれの専門領域だけでは解決困難なケースを抱えている状況にある精神科医、内科医、弁護士、司法書士、精神保健福祉士

などをメンバーとした自殺対策地域連携の検討会を立ち上げ、連携の仕組みを構築した。自殺ハイリスク者の対応に苦慮している法律家に対して、精神保健福祉士が、個別支援計画作成への助言 面接への同席 事例検討（事後検討） 医療機関への同行など、いずれかの方法で支援するプロジェクトとして運用を開始した。

【事例 H26-06-05】 京都府京都市 人口 147.4 万人 < C >

自殺の危機に直面している人は、健康問題だけではなく、経済問題、労働問題、家庭問題など様々な問題を同時に抱えていることが多いことから、弁護士、司法書士、心理士、保健師、僧侶、産業カウンセラー、自死遺族サポートチームの相談員に相談することで、必要な支援へつなげ問題の解決を図ることを目的に、定期的に相談会を実施した。

－ 2 自殺対策を支える人材の育成

さまざまな悩みや生活上の困難を抱える人に対しての早期の「気づき」が重要であり、「気づき」のための人材育成の方策を充実させる必要がある。具体的には、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連領域の者、一般住民に対して、誰もが早期の「気づき」に対応できるよう、必要な研修の機会の確保を図ることが求められる。地域自殺対策推進センター等は、研修の目的、対象者、内容等について、地域特性に応じて最も効果的な実施が可能となるよう、綿密な計画に基づき研修を実施することが期待される。【解説 - 2 - 1】参照

なお、人材育成については、地域における関係機関、関係団体、民間団体、専門家、その他のゲートキーパー等の連携を促進するため、関係者間の連携調整を担う人材の養成を図り、自殺リスクを抱えている人に寄り添いながら、地域における関係機関や専門家と連携して課題解決などを行い相談者の自殺リスクが低下するまで伴走型の支援を推進することが望ましい。

また、大学、専修学校、関係団体との連携協力を図りながら、学校教育や社会教育の場において、早期の「気づき」に対応できる人材養成のための教育カリキュラムの導入に努めることが望ましい。

1) さまざまな職種を対象とする研修

【事例 H25-01-02】群馬県中之条町 人口 1.7 万人 < A >

町民をサポートする職員が心身ともに健康に働く環境を築くためには、職員自身が同僚や部下のこころの変化に早く気づき、悩みや不安を親身になって聴く力が必要である。その知識やスキルを学ぶため、メンタルヘルス研修としてゲートキーパー養成研修、および約 3 か月後のフォローアップ研修を実施した。

【事例 H26-03-07】島根県雲南市 人口 4.1 万人 < A >

市職員、民生児童委員、雲南市立病院職員、介護保険関係者（介護支援専門員、介護保険事業所職員）を対象に、安心して暮らせるまちづくり、窓口対応と専門機関へのつながり、職場・同僚への実践の 3 点について理解し実践できることをねらいとしたゲートキーパー養成講座を開催した。また、ゲートキーパー養成講座受講者を対象とした、職場や地域での実践度の評価と自殺防止対策のありかたを検討するため、アンケート調査を実施した。

【事例 H27-03-04】山口県萩市 人口 4.9 万人 < A >

市および萩健康福祉センターの保健師からなる『こころプロジェクト』を中心に研修の企画・運営を実施し、一般市民、市職員、理容組合、商工会議所青年部、中学生を対象に、ゲートキーパー『萩市こころの健康づくり見守り隊』の養成を行った。萩健康福祉センターと連携し、萩市版の養成マニュアル等の作成に取り組んだ。中学生を対象とした研修は、教育委員会の協力を得て、小中学校校長会で事業説明を実施し参加校を募った。

【事例 H25-01-11】三重県木曽岬町 人口 0.64 万人 < A >

高齢独居者の孤立化防止のために、ヘルスマイト（食生活改善推進員）を対象にメンタルパートナーの養成講座を実施し、年 3 回の弁当配食と 1 回の会食の際の高齢者への見守りと声かけの実践を実施した。ヘルスマイトに研修を受けてもらう事によって、自殺予防対策の普及にもなっている。

【事例 H26-06-07】福井県鯖江市 人口約 6.9 万人 < B >

市役所職員全員が連携し情報を共有することでゲートキーパーとして支援できるように、市職員全員研修としてゲートキーパー研修を実施した。市役所職員が、ゲートキーパーとしての役割の共通認識をもてるようになるとともに、連携意識が高まり、関係課に相談者をつなぎ連携して支援するケースが増えた。

【事例 H24-02-04】富山県富山市 41.7 万人 < B >

地域の住民にとって身近な存在である理容・美容師に、メンタルヘルスや傾聴の仕方に関する知識を身に付けてもらい、日頃の接客の中で利用者（地域の住民）の悩みや変化に気づいてもらえるようにするために、ゲートキーパー研修会（精神科医による講義および臨床心理士による演習）を実施した。受講者（店）には、研修で得た知識を実践に活かしてもらうため、「メンタルヘルスサポート協力店」として登録してもらい、保健所が継続的にフォローアップを行っている。

【事例 H26-03-04】沖縄県那覇市 31.5 万人 < B >

保育士にうつ病や自殺関連行動について知識を身に付けてもらい、日頃の業務の中で、子どもを通して接する機会の多い保護者（育児世代）の悩みや変化に気づいてもらうためにゲートキーパー養成事業を実施した。保健所と保育士を管轄する課が連携し、研修会を実施した。

【事例 H26-03-05】富山県富山市 42.0 万人 < B >

要介護者と介護者にとって身近な存在である介護支援専門員に精神保健福祉や傾聴の仕方に関する知識を身に付けてもらい、日頃の業務の中で変化に気づいてもらえるようにするため、介護支援専門員を対象としたゲートキーパー養成事業を保健所と介護支援専門員協会が連携して実施。受講者のいる事業所には、研修で得た知識を実践に活かしてもらうため「高齢者にやさしい事業所」として登録してもらい、保健所が継続的にフォローアップを行っている。

【事例 H24-03-07】東京都足立区 66.7 万人 < C >

全庁挙げて自殺に対する認識と危機感を共有し、どの窓口の職員でも住民の S O S に気づき、速やかに連携・支援出来る体制作りを目指して、庁内の全職員を対象にゲートキーパ

一研修を実施した。研修を「区職員研修」と位置づけ、気づきの為の人材を計画的に育成。役職や職種ごとに段階的な研修を拡大するだけでなく、習熟度や分野に応じた幅のある研修も実施。区民や関係機関職員も対象としており、庁内だけでなく地域にも気づきの輪を広げている。

【事例 H27-03-01】長野県 209 万人 < C >

既存の社会資源である地域の薬局や薬剤師を自殺対策に活用するために、薬剤師を対象としたゲートキーパー養成研修会の実施、薬剤師会の会員薬局および会員の勤務する病院・診療所へのテキスト（「ゲートキーパーのためのテキスト」および「自殺関連相談ハンドブック」）の配布、かかりつけ薬局・薬剤師から関係機関への紹介先リストの作成・配布等を行った。

2）一般住民を対象とする研修

【事例 H25-01-12】宮崎県椎葉村 約 0.3 万人 < A >

ゲートキーパーとしての役割を担う「傾聴ボランティア」を地域の中に育成し、声かけ訪問活動を行い、自殺の危険を察知し、関係機関と情報を共有・連携しながら、自殺予防の早期介入を図るために、養成講座を実施した。修了者のうち、希望者を「椎葉村聴きミミ隊」として登録し、精神保健福祉手帳保持者、精神疾患で在宅治療中の者、民生委員から訪問の依頼があった者、自死遺族などに訪問を実施した。

【事例 H26-03-09】青森県野辺地町 1.4 万人 < A >

傾聴ボランティアの資質向上やスキルアップをはかるため、傾聴スキルアップ研修会や傾聴サロンを開催した。研修会は県との共催で、対象者を町の傾聴ボランティアに限らず県内の傾聴の関係者に拡大し開催した。また、被災地支援を実施している NPO 法人に委託し、岩手県の東日本大震災の被災地にて研修を実施した。

【事例 H26-03-08】山口県山陽小野田市 人口 6.4 万人 < B >

うつ病や自殺に関する基礎知識を持ち、ゲートキーパーの役割を持つ「こころのサポーター」の養成と、サポーター自身の負担軽減、知識・技術向上を図ることを目的とした支援事業を開催した。

【事例 H25-01-46】和歌山県 96.3 万人 < C >

県民一人ひとりが、精神疾患を理解する「こころの安全パトロール隊員」として自殺予防の主役になるよう、一般の県民（医療従事者・学校関係などの専門職を含む）を対象に、精神疾患と受診援助のロールプレイを中心としたゲートキーパー養成講座を、定期的に県内各地で実施した。

3) 学校教育・社会教育に関わる人への研修

【事例 H26-03-03】栃木県宇都宮市 人口 51.9 万人 < C >

平成 21 年度より消費生活センター等相談窓口職員(市役所職員)を対象に開催していたゲートキーパー研修会を、教職員からの保健所への相談件数が増加してきたことから、平成 25 年度より新たに学校教職員を対象に加えた研修会として開催した。

【事例 H25-01-13】北海道 人口 537.7 万人 < C >

子どもの成長を支える教職員等に対し、「子どもの自殺のサインに気づき、耳を傾け、必要に応じて専門機関等へつなぎ、見守るゲートキーパー」としての知識や教育現場での支援方法の習得のほか、教員自身のメンタルヘルスの維持を目標とした研修を実施した。

【事例 H26-03-01】北海道 人口 537.7 万人 < C >

ゲートキーパーとしての知識や支援方法を取得し、学校内で取り組む指導者を養成するために、生徒指導担当教員や養護教諭などの教職員、管理職等を対象とした研修会を行政と教育委員会が企画・周知・運営を行った。また、「子どもの自殺予防」について学校全体で理解を共有するために生徒および教育関係者を対象とした「生きる取組」出前講座の実施や、子ども達の SOS に耳を傾けるだけでなく、子ども達自身が命を守る為の SOS 発信方法を身に付ける取り組みとして、児童生徒・保護者それぞれを対象としたハンドブック・ポスター・電子書籍(CD)の作成配布およびインターネット配信を実施した。

4) 関係者間の連携調整を担う人材の育成

【事例 H24-02-03】茨城県笠間市 人口 7.9 万人 < B >

筑波大学と笠間市役所が連携して、ワーキンググループを立ち上げ、モデル地域のベースライン調査を行い、「笠間を元気にするネットワーク」(以下 KGN)を設立した(設立時:19 団体 26 名参加)。KGN には複数の機関を調整する協力者が参加し、ゲートキーパー研修を実施した。また、市民への普及啓発活動、支援ネットワーク連携度調査等を実施し、その効果を検証した。

【事例 H24-03-06】群馬県 人口 200.7 万人 < C >

自殺対策推進において、保健師が地域の体制づくりのリーダーとして活動できるよう、自殺危機初期介入スキル研究会(ルーテル学院大学 コミュニティ人材養成センター)のワークショップ及びリーダー養成講座を受講した保健師による、保健師等の専門職を対象としたゲートキーパー養成研修を実施した。また、群馬県版ゲートキーパー手帳を作成し、さらに各保健福祉事務所の保健師の誰もが講師になることができるように、指導者用テキストを作成した。

5) 寄り添いながら伴走型支援を担う人材の育成

【解説 -2-2】参照

【解説 - 2 - 1】厚生労働省のゲートキーパー養成支援

厚生労働省では、ホームページにおいて、ゲートキーパー養成DVDの配信、ゲートキーパー養成研修用テキスト及び、誰でもゲートキーパー手帳等の掲載を行っている。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/jisatsu/

【解説 - 2 - 2】東京都足立区の取組 人口 66.7 万人

東京都足立区では、相談会等で支援につながった自殺ハイリスク者で個別的な支援が継続的に必要と判断された人に対して、生活困窮者自立支援法を活用し、担当者を貼り付け、寄り添い型支援であるパーソナルサポートサービスを実施している。更に、パーソナルサポートサービスの利用者に対して、朝のあいさつの会や食事会などの居場所作り活動を実施している。

－ 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」であるが、危機に陥った人の心情や背景が理解されにくい現実があり、そうした心情や背景への理解を深めることも含めて、危機に陥った場合には誰かに援助を求めることが適当であるということが、社会全体の共通認識となるように、積極的に普及啓発を行う必要がある。また、自殺に対する誤った認識や偏見を払拭し、命や暮らしの危機に陥った場合には誰かに援助を求めることが適当であるということの理解を促進することを通じて、自分の周りにいるかもしれない自殺を考えている人の存在に気づき、思いに寄り添い、声をかけ、話を聞き、必要に応じて専門家につなぎ、見守っていくという自殺対策における国民一人ひとりの役割等についての意識が共有されるよう、教育活動、広報活動等を通じた啓発事業を展開することが求められる。

地域においては、リーフレットの作成と配布（住民組織等を活用した全戸配布方式が望ましい）、市民向け講演会の開催（全住民を対象とする）、啓発グッズの配布、自殺予防デーなどでのイベント開催、日常的な保健福祉活動や住民活動の中での心の健康づくりや自殺予防に関する情報提供を積極的に行うとよいであろう。また、テレビ・ラジオ・地元新聞などのメディアを活用した啓発活動を積極的に推進することも望ましい。

１）リーフレット・啓発グッズ等の作成と活用

【事例 H27-02-02】宮城県角田市 人口 3 万人 < A >

子供たちが自己肯定感を持てるような環境づくりを目的として、「私を元気にしてくれた言葉」を募集し、冊子とクリアファイルにまとめて児童生徒・保護者・学校関係者等に配布した。

【事例 H24-04-17】栃木県足利市 人口 15.6 万人 < B >

20 歳を迎える頃は、生活環境の変化など、様々な面で、大きな変化を迎える時期となることから、成人式で啓発物品を配付し、「こころの健康」について意識できる機会とした。成人式での配付物品の一つとして、簡単なエゴグラムも確認できるパンフレットを配付し、封筒が平らだと、そのまま興味を持たれない可能性もあるので、メッセージ入り（「いのち大切に...♥」）のボールペンを併せ入れ、封筒の中身に興味を持てるようにした。

【事例 H27-02-01】北海道 人口 537.7 万人 < C >

北海道教育委員会では、保護者が子供の SOS に気づき適切な対応ができること、また、児童生徒が自分や友だちの気持ちに気づき、援助希求行動ができるよう、保護者及び児童生徒向けのパンフレット等を作成。ポスターを各機関へ配布するとともに、インターネット配信した。

【事例 H27-02-05】福井県 人口 78.9 万人 < C >

各種窓口の担当者が自殺のリスクが高い住民に気づいて、適切な相談機関につなぐための

「相談窓口における相談者チェックシート」を作成し、活用した。相談先を記した名刺サイズの持ち帰り用「こころの相談カード」を、透明なカードホルダー内に収めた啓発媒体を男女別に作成して、管内コンビニと協議会構成機関のトイレに掲示した。

２）市民向け講演会・イベント等の開催

【事例 H24-03-10】鳥取県大山町 人口 1.8 万人 < A >

住民参画の取り組みとして、心の健康に関する内容の「こころの健康カルタ」を作成し、精神保健ボランティア講座ＯＢ会の方を対象に、心の健康カルタ普及員として養成講座を開催した。普及啓発運動を行いつつ、「こころの健康フェア」を開催し、先進地の取組の講演・ライブ、心の健康カルタ体験などを実施した。

【事例 H25-01-33】新潟県南魚沼市 人口 5.7 万人 < B >

市内の自殺の多い地区を自殺対策重点地区として設定し、地区役員に対し、うつ病と自殺の関連や早期対応の重要性、専門相談機関の紹介等を共有する講演会や話し合いの機会を設けた。繰り返し参加してきた地区役員は、自殺が多いことが健康課題であるにとらえるようになった。

【事例 KJ08】岩手県 人口 126 万人 < C >

自殺率が高い現状に歯止めをかけるために、住民の最も身近な自治体である市町村において自殺対策を推進していくことが重要と考え、知事のメッセージを携えた「キャラバン隊」が県内全市町村（35 市町村）の首長を訪問し、自殺対策推進の普及啓発を行った。「キャラバン隊」は直接市町村長と面会し、知事のメッセージを伝達することによって、自殺対策への理解を深めてもらうとともに、「現地キャラバン隊」が地域の関係機関・団体を訪問し、地域の自殺対策への積極的な参画を要請した。「キャラバン隊」の出発式の様子は、報道で幅広く取り上げられ、さらに、市町村の広報誌等において首長訪問の様子が伝えられ、住民に対する普及啓発にもつながった。自殺対策推進に理解を求める知事のメッセージを、直接首長に伝える機会を持ったことによって、市町村において対策を推進していくという意識づけにつながった。

【事例 H27-06-09】愛知県名古屋市 人口約 228 万人 < C >

子ども・若者が悩みを抱えた際の援助希求行動を促し、各相談窓口への理解を深めることで、自殺予防に繋げることを目的としたイベントを開催した。生活上の困難やストレスに直面し悩みを抱えた際の援助希求行動を促すため、「悩みを抱えたときには、周囲に援助を求めよう」というメッセージを発信した。また、子ども・若者を対象とした各種相談機関の参加により、周りにはたくさんの相談機関があるということを知ってもらう機会とした。さらに、イベントに先立ち「悩んだときに救われたひとこと」などをテーマとしたマンガコンテスト「スマイル！マンガコンテスト」を開催し、市立小・中学校への作品募集を兼ねた啓発など１日のイベントに留まらず長期にわたる啓発を行い、メッセージを発信

した。

【事例 H27-09-01】大阪府 人口 886.3 万人 < C >

大阪府では自殺対策の一環として、電話相談の充実を図っているが、電話相談のボランティアのなり手が減少しているという課題がある。人材不足の課題について考えるために、スキルを活かして社会貢献したいと考えるプロボノ（各分野の専門家が職業上持っている知識・スキルを活かして社会貢献するボランティア活動全般）活動をする勤労者で社会的な問題に関心のある層に対し、トークイベントやワークショップ等を開催し、自殺対策について関心を持ってもらえるような場を提供した。

3）メディアを活用した啓発

【事例 H24-06-32】福井県池田町 人口 0.3 万人 < A >

住民のこころの健康づくりを目的として、民生委員・児童委員を対象とした研修やケーブルテレビ・図書館・イベントでの普及啓発、相談業務の新設を行った。対面型の相談とともに、ハイリスク者への訪問相談支援を行うことで、相談しやすい体制づくりに幅広く対応できた。

【事例 H26-02-04】高知県 人口 75.9 万人 < C >

若年層が同世代の友人関係の中で、様々な悩みを打ち明けたり、自殺予防の支援について関心を持つなどすることができる環境・関係づくりを目指した取り組み。若年者をメンバーとする検討会を立ち上げ、若者に対しての適切な普及啓発事業の企画・制作を行い、テレビCMやチラシ、ポスター等を活用して街頭キャンペーンを行った。イベントの告知にもマスコミ、ホームページ、SNS等を活用した。

【事例 H24-04-22】山口県 人口 144 万人 < C >

3月の自殺対策強化月間に合わせて、「アルコール依存症と自殺～大量飲酒は睡眠を妨げ、うつ病や自殺に至ることも～」をテーマとし、アルコール依存症やうつ病への気づきを促し、専門機関への早期受診や相談を呼び掛ける新聞広告(全面)を平成24年3月3日(土)県内版朝刊3紙に掲載した。新聞広告には自殺対策フォーラム(掲載から1週間後に開催)の告知も掲載し、新聞特集記事とタイアップした企画となった。

－ 4 生きることの促進要因への支援

自殺対策は、個人においても社会においても、「生きることの阻害要因」を減らす取組に加えて、「生きることの促進要因」を増やす取組を行うことである。基本パッケージにおいては、生きることの促進要因への支援という観点から、居場所づくり、自殺未遂者への支援、遭された人への支援に関する対策を推進する。

1) 居場所づくり

孤立のリスクを抱えるおそれのある人を対照とした孤立を防ぐための居場所づくり、性犯罪・性暴力の被害者への支援の充実としての居場所づくり（婦人相談所等の関係機関と民間支援団体が連携を強化したアウトリーチや居場所づくり）、生活困窮世帯の子どもを対象とした居場所づくり（基本的な生活習慣の習得や学習支援等を行う居場所づくり）など。

【事例 H24-06-39】大分県竹田市 人口 2.5 万人 < A >

大分県竹田市の介護予防事業「おしゃべりサロン・湯ったりふれあいサロン」では、居場所だけでなく、こころの健康相談会やこころの健康について普及啓発を行うとともに、アンケートを行い、自殺ハイリスク者へは後日、戸別訪問を行っている。

【事例 H26-03-09】青森県野辺地町 1.4 万人 < A >

傾聴ボランティアの資質向上やスキルアップをはかるため、傾聴スキルアップ研修会や傾聴サロンを開催した。研修会は県との共催で、対象者を町の傾聴ボランティアに限らず県内の傾聴の関係者に拡大し開催した。また、被災地支援を実施している NPO 法人に委託し、岩手県の東日本大震災の被災地にて研修を実施した。

【事例 H26-04-02-02】秋田県秋田市 人口 32 万人 < B >

自殺のリスクが高いと思われる若年世代を対象として、「なんでも本音で語り合える場」を立ち上げ、自由意見交換する機会を提供した。具体的には、臨床心理士がファシリテーターとなり、参加者の自由な意見交換を進める「語り場」を月 1 回開催し、会終了後は臨床心理士と 45 分間のミーティングの時間をもち、内容について協議を行った。

【事例 H26-06-08】和歌山県白浜町 人口 97.4 万人 < C >

対面型相談事業、電話相談支援事業による支援に加え、自殺企画者（避難者）の一時保護施設を設置して、自立した生活に戻るために共同生活をして、考える時間を確保する取組を行った。

2) 自殺未遂者等への支援

自殺未遂者は自殺対策においては重要なハイリスク群であり、自殺未遂者の再企図防止は自殺者を減少させるための優先課題の 1 つである。そのためには、一般医療機関、精神科医療機関、救急救命センター等の救急医療機関における身体・精神科的治療とともに、

地域に戻った後も、精神科医など専門家によるケアや、自殺未遂者の抱える様々な社会的問題への重層的・包括的な支援が必要である。自殺未遂者対策においては、救急搬送された自殺未遂者に対して、退院後も含めて継続的に適切に介入するほか、自殺未遂者が必要に応じて適切な精神科医療ケアを受けられるよう、救急医療関係者等への研修などを行うことや、救急医療機関と行政だけではなく、警察や消防も含めて、有機的な連携体制を構築し、継続的な医療支援や相談機関へつなげるためのネットワークが重要である。

2-1 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

【事例 H27-07-03】石川県能美市 人口 4.8 万人 < A >

行政において自殺未遂者の把握が困難であり、警察・消防・医療機関等の関わった機関で支援が途切れていることが多い現状であったことから、関係機関の実践者レベルによる有機的な連携体制の構築が重要であると考え、市が中心となり自殺未遂者の支援体制ネットワークを検討した。

【事例 H25-01-24】滋賀県彦根市 人口 11.2 万人 < B >

自傷行為で救急受診した患者が、地域の相談窓口につながり支援を受けることができるよう、ネットワーク会議および事例検討会での議論や検討を重ね、彦根市立病院から市障がい福祉課への連絡ツール「相談窓口連絡票」の運用を開始した。連絡票を基に市の担当課が本人または家族に連絡を取り、相談支援を実施した。

【事例 H24-07-42】東京都荒川区 人口 21 万人 < B >

未遂者支援医療連携モデル事業として、地域の救急医療機関である日本医科大学と連携し、自殺未遂者を把握した時点で本人の同意を得て、保健所の担当保健師と高度救命救急センターの専従ケースワーカーが速やかに必要な情報共有を図り、未遂者を必要な支援へつなぐ体制を構築した。

【事例 H27-07-05】滋賀県 141 万人 < C >

滋賀県立精神保健福祉センター(滋賀県自殺予防情報センター)が実施主体となり、自殺未遂者の再企図防止支援事業(湖南いのちサポート相談事業)として、管内の救急告示病院を受診した自殺未遂者やその家族等に対しての相談支援、先行的に自殺未遂者の再企図防止支援事業を実施している彦根市、大津市および東近江保健所等に対しての技術支援、滋賀県自殺未遂者支援体制検討会議の設置を行い、滋賀県として、県下で連携を図りながら自殺未遂者対策の再企図防止支援を推進した。

【事例 H25-02-05】大阪府 人口 887 万人 < C >

政令市・中核市を含めた大阪府全域で、警察署と連携した「自殺未遂者相談支援事業」を実施した。警察署から情報提供を受けた保健所等は対象者に連絡し、電話や面接などによる相談支援を行った。

【事例 H25-01-26】鹿児島県 人口 170.6 万人 < C >

自傷行為等により救命救急センターへ搬送された自殺未遂者のうち、精神科受診等を勧める必要があると判断される患者等に対し、精神科受診勧奨等を行う「こころの健康支援員」を派遣し、自殺未遂者への支援を行った。

【事例 H27-07-02】神奈川県 人口 910 万人 < C >

自殺未遂者は、再び自殺を企図する可能性が少なくないと言われる。したがって、自殺対策としても、自殺未遂者に対する外科的・精神的処置に加えて、法的対応も含めた包括的な支援が有効かつ重要であるとの認識に立ち、救命救急センターをはじめとする医療機関との連携を取り、法的問題を抱える自殺未遂者に対する支援事業（ベッドサイド法律相談事業）を開始した。

【事例 H26-07-03】岩手県 125.8 万人 < C >

県内でも自殺死亡率が高率で推移してきた二戸地域を対象地域とし、自殺未遂者の再企図率及び自殺率の減少を図るため、二戸医療圏の 3 救急基幹病院、地域 4 保健センター、二戸保健所と岩手県精神保健福祉センター間で、医療従事者、事務従事者を含めた打合せを行い、各機関の連携による未遂者支援体制を構築した。救急外来を受診した自殺未遂者を対象に、病院からの相談勧奨のリーフレットを配布し、精神保健福祉センターに相談のあった患者にケアマネジメントを実施した。

2-2 医師・保健師等の専門職による積極的な介入

【事例 H26-07-06】神奈川県横須賀市 人口 40 万人 < B >

自殺企図により救命救急センターに救急搬送された患者及びその家族を対象に、保健所が積極的に介入し、自殺未遂者の再企画防止を図った。未遂者ケアフローチャートおよび保健所紹介のリーフレットを活用した積極的な介入を行った。また、未遂者検討会により救急隊、病院、保健所の連携強化および情報の共有を図った。

【事例 H26-07-07】岡山県倉敷市 人口 48.3 万人 < B >

自殺未遂者またはその家族に対し、倉敷市保健所が積極的に介入して適切な支援を図ることにより、再企図のないように支援する。そして、支援事例を通じて、関係機関の役割やネットワークについて分析し、本市の地域特性に応じた相談支援体制の整備（セーフティネット）のあり方や人材育成のあり方について検討した。

【事例 H24-07-44】大阪府 人口 848 万人 < C >

救急医療機関において自殺未遂者の実態把握と再度の自殺を防ぐための支援の方策を探ることを目的とし、自殺未遂者実態調査事業と精神保健福祉士による支援を実施した。夜間に搬送され、精神保健福祉士の支援が受けられない人のためには、リーフレットを作成した。

【事例 H25-01-22】山梨県 人口 228.6 万人 < C >

救命救急センターに救急搬送され一命を取り留めた自殺企図者に対し、病院等へライフコーディネーター（保健師）を派遣し、再企図のリスクを下げ、保護因子を高めるための必要な支援、および関連機関との支援体制を整備した。

2-3 関連機関への未遂者ケア等に関する研修等の実施

【事例 H26-07-01】大阪府堺市 84.2 万人 < C >

さまざまな職種で構成された 10 人前後のグループを 5 つ作り、各グループで自殺未遂者ケアの事例についてのディスカッションや、ワークショップ等を行い、未遂者ケアについて体系的に学び、市内の救急医療等に従事する様々な職種間の交流と情報交換も目的とした自殺未遂者ケア研修会を行った。

【事例 H26-07-02】福岡県 人口 509.1 万人 < C >

救急搬送された自殺未遂者に対してカウンセリングを実施するコーディネーターを配置していない医療機関に対し、その他の医療従事者に研修を行うことでコーディネーターとしての役割を担う人材を育成する。

2-4 家族等の身近な支援者に対する支援

【事例 H27-07-05】滋賀県 141 万人 < C >

滋賀県立精神保健福祉センター(滋賀県自殺予防情報センター)が実施主体となり、自殺未遂者の再企図防止支援事業(湖南いのちサポート相談事業)として、管内の救急告示病院を受診した自殺未遂者やその家族等に対して相談支援、 先行的に自殺未遂者の再企図防止支援事業を実施している彦根市、大津市および東近江保健所等に対しての技術支援、滋賀県自殺未遂者支援体制検討会議の設置を行い、滋賀県として、県下で連携を図りながら自殺未遂者対策の再企図防止支援を推進した。

3) 遺された人への支援

自殺対策においては事前対応や危機対応のみならず、自殺が起きた後の事後対応も重要である。自死遺族等への支援として、例えば相続や行政手続きに関する情報提供等の支援と同時に、自死への偏見による遺族の孤立化の防止や自死遺族の心を支える活動も重要である。学校で自殺が起きた場合には、子どもたちへの心理的ケアを視野に入れて対応を行うといった適切な事後対応が求められる。

自死遺族支援においては、当事者を支える活動の支援と同時に、民間団体や地方公共団体による地域レベルでの支援が必要である。中でも自死遺族に対し時宜を得た適切な情報提供や、遺児支援に関しては、大人の参加する分かちあいの会に参加しづらい場合もあることから、成人の自死遺族と異なる場を設定したり、学校での心理的ケアや相談を担当する教職員の資質向上のための研修の実施も求められる。

3-1 遺族（遺児等を含む）の自主的活動等への運営支援

遺族を対象とした分かちあいの会の運営等支援を行う。個人のレベル、当事者同士を含むグループのレベル、地域社会のレベルで実施できる対策を重層的に行う施策を検討することが望ましい。遺児に対しては、成人とは異なる居場所の確保やわかち合い場の設定等が望ましい。

【事例 H27-08-01】岩手県 人口 125.8 万人 < C >

岩手県精神保健福祉センターは、自殺者遺族の心理的影響を和らげるためのケアの提供、地域における遺族交流等の活動の支援、自殺の連鎖の減少を目的に、平成 17 年から「自死遺族のこころのケア支援事業」を開始、平成 18 年度から自死遺族交流会を開催させ、各地域の自死遺族交流会の運営に対し技術支援を実施した。相談窓口である精神保健福祉センターによるケアマネジメントと電話でのフォローアップを実施、自死遺族支援に携わる支援者の理解と技術向上のため、専門研修会を実施、評価した。

【事例 H24-08-46】和歌山県 人口 98.9 万人 < C >

自死遺族が安心して相談できる窓口の充実や、これまで和歌山県内になかった自死遺族の自助グループの育成を図ること、同時に自死（自殺）に対する偏見をなくすための普及啓発も目的にした。平成 21 年 10 月より、これまで平日昼間の時間帯にのみ開設していた「自死遺族相談」窓口を、日中仕事等で時間のとれない相談者に対応するために、月に 1 度、夜間 16:00～20:00 の時間帯にも開設した。また、自死遺族のわかちあいの会を設立し、スーパーバイザーとともに自助グループ化に向けたメンバーの育成や会の体制づくりを行った。

3-2 学校、職場等での事後対応の促進

未成年者や児童生徒の自殺は学校に関連して生じることが多いことから、事後対応として子どもたちの心のケアは特に重要である。事後対応マニュアル作成、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー等の配置や常勤化に向けた取組など学校における相談体制を充実する。また、たとえばいじめ自殺であれば、再発防止策の充実を図る。学校外で児童生徒が相談できる場づくりへの支援も求められる。【解説 - 3-1】参照

3-3 自死遺族等に対する情報提供の仕組みづくり

市町村等自死遺族により近い行政が自死遺族に対し、適切なタイミングで必要な手続きのほか、法的問題を解決するための相談先、分かち合いの会などの情報を提供し、遺族が全国どこにいても必要な情報を得られるようにする取組を推進する。【解説 - 3-2】参照

3-4 公的機関の職員を対象とした研修の実施

現場に居合わせる可能性の高い警察、消防、医療者、民間業者に対する自死遺族への配

慮や対応の改善のための啓発、研修の実施とともに自殺の現場で対応する警察消防職員等の心のケアも重要な観点と思われる。

【事例 H24-08-47】島根県 人口 70.7 万人 < C >

自死遺族への総合的な支援に向けて、自死遺族や関係機関からの意見も取り入れながら、関係機関・団体の相互理解と協力が進むことを目的として、遺族と接する機関・企業や地域の関係者等を対象にした研修を 3 回実施した。開催にあたっては講師・報告者等と丁寧な意見交換を持ちながら進めて行く方法をとっており、この意見交換を行うこと自体が自死遺族支援の理解推進や各機関の連携強化に繋がっていった。

【解説 - 3 - 1】学校における事後対応マニュアルの活用

文部科学省は学校における児童、生徒の自殺の事後対応マニュアルとして「子供の自殺がおきたときの緊急対応の手引き」(平成 22 年)を作成している。危機対応の体制づくり、遺族へのわかり、情報収集と発信、またそのタイミング、保護者への説明、児童生徒の心のケア、から構成され、「クラスでの伝え方」「クラスでの喪の過程」についても解説されている。

URL:

http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2016/11/11/1304244_01.pdf

【解説 - 3 - 2】市町村自治体による自死遺族への情報提供の実施

東京都港区では、「遺族の方へ」というパンフレットを行政の戸籍担当者から自死遺族も含めて死後の手続きを行う遺族全員に手渡しすることとしている。その中に「大切な方を自死(自殺)で亡くされた方へ」として分かち合いの会の連絡先や電話相談の連絡先を記載しているほか、「大切な人を亡くした子供と保護者のつどい」「子供を亡くした方のための電話相談」という項目も記載しており、分かち合いの会や専門家による電話相談の連絡先などを記している。必要な情報を自死遺族に特化することなく広く提供する自治体の先駆的な行政サービスの事例である。

－ 5 児童生徒のＳＯＳの出し方に関する教育

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

東京都足立区で実践されている教育モデルは、ＳＯＳの出し方に関する教育をすべての地域で広げていくために参考となる事例である。外部講師として地区保健師が一回完結式の授業を行う形式である（一回完結式外部講師活用型）。東京都足立区のＳＯＳの出し方に関する教育に込められているキーメッセージは、自尊感情を涵養する、信頼できる大人を見つけて話してみる、信頼できる大人が見つからなかったら、地域の相談窓口相談する、ＳＯＳの出し方を身につける、である。このような先進的な事例を参考にして、地域の実情に合った取組を推進することが望まれる。

１）ＳＯＳの出し方に関する教育の実施

【事例 KJ01】東京都足立区 人口 69.3 万人 < C >

東京都足立区では、平成 26 年度から小中学校の児童生徒を対象としたＳＯＳの出し方に関する教育を実施している。若年者の自殺対策の一環として足立区衛生部が企画し、教育委員会および学校との連携を強化することで、子ども・家族を支援するだけでなく、養護教諭を中心とした子どもたちのこころの健康づくりにつなげることをめざしている。

【事例 H27-02-01】北海道 547.4 万人 < C >

北海道教育委員会では、保護者が子供のＳＯＳに気づき適切な対応ができること、また、児童生徒が自分や友だちの気持ちに気づき、援助希求行動ができるよう、保護者及び児童生徒向けのパンフレット等を作成。ポスターを各機関へ配布するとともに、インターネット配信した。

【事例 KJ03】京都府 人口 254.3 万人 < C >

京都府では、「いのちと心のコミュニケーション事業」として鳴門教育大学と連携し、同大が開発した授業プログラムを小中学校で継続的に実施した。

【解説 - 5 - 1】参照

２）ＳＯＳの出し方に関する教育を推進するための連携の強化

【事例 KJ01】東京都足立区 人口 69.3 万人 < C >

東京都足立区では、平成 26 年度から小中学校の児童生徒を対象としたＳＯＳの出し方に関する教育を実施している。若年者の自殺対策の一環として足立区衛生部が企画し、教育委員会および学校との連携を強化することで、子ども・家族を支援するだけでなく、養護教

諭を中心とした子どもたちのこころの健康づくりにつなげることをめざしている。

【解説 - 5 - 1】東京都教育委員会の取組

東京都教育委員会では、足立区の先進事例を参考に児童・生徒のＳＯＳの出し方に関する教育を展開できるよう、チームティーチング方式で教師が授業を実施する形の「一回完結式でＳＯＳの出し方に関する教育」の教材作成を行う自殺予防教育推進委員会を立ち上げ、平成３０年３月の教材完成を目標としている。この一回完結式授業では、教諭、養護教諭、地区保健師等がチームを組むチームティーチング方式の導入（保健師の参加を強く推奨）とグループワークを活用した授業の活用が推奨され、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校中等部・高等部の児童生徒を対象とした授業の実施が可能になるＤＶＤ教材等を作成する予定である。

重点パッケージ

－ 1 子ども・若者

子ども・若者対策として、児童生徒、大学生、10歳代から30歳代の有職者と無職者、非正規雇用者等の対象者を念頭に自殺対策を進める必要がある。

子ども・若者対策は、そのライフスタイルや生活の場に応じた対応が求められる。抱える悩みは多様であるが、子どもから大人への移行期には特有の大きな変化があり、ライフステージや立場ごとに置かれている状況も異なることから、それぞれの段階にあった対策が求められる。

児童生徒及び学生は家庭、地域、学校を主な生活の場としており、自殺対策に関する機関としては児童福祉や教育機関が挙げられるが、10歳代後半からは非就学の若者が増加することから、若者の就労、生活支援に関わる労働関係機関やこれらの世代に関連する機関、団体も支援に係る。そのため、保健・医療・福祉・教育・労働等の分野の関係機関と連携のもとで機能する支援が必要となる。

1) いじめを苦にした子どもの自殺の予防

学校での問題に起因する子どもの自殺の一因として、いじめは深刻な課題である。いじめは決して許されないことであり、いじめの問題については、その兆候をいち早く把握し、迅速に対応すること、学校だけでなく関係機関が緊密に連携して、きめ細かな支援を行う必要がある。

【事例 H27-06-03】千葉県八街市 人口 7.2 万人 < B >

様々な原因で、学校生活に不応を起こし、不登校等になった児童生徒に対し、教育支援センター「ナチュラル」にて、市カウンセラー及び学校相談員が児童生徒の不登校、不応、いじめ問題や発達における諸問題についての相談活動や学習、調理体験活動を行い、個々に応じた指導、支援を行っている。

【事例 KJ05】東京都教育委員会

児童生徒が、いじめ等のトラブルや犯罪に巻き込まれることがないようにするとともに、学習への悪影響を防ぐため、「SNS東京ルール」を策定した。

2) 若者の抱えやすい課題に着目した学生・生徒等への支援の充実

いじめや周囲との人間関係、デートDV、進学や就職といった進路、家庭内での悩みや性的自認との葛藤など、学生や生徒の年代である若者が抱えうる悩みには、多様かつ児童生徒特有の課題がある。学生や生徒等への支援を充実させるためには、教育機関内にとどまらず、地域における児童福祉との連携が求められる。地域の庁内連携組織や自殺対策計画策定会議・協議会等の場合は、総合的な自殺対策に関わる多様な関係機関が集まっており、教育機関と地域との連携に有効な場である。

【事例 H27-09-03】鳥取県境港市 人口 3.3 万人 < A >

いのちとこころのプロジェクト事業として、市内小中学校で行っている不登校事例研究会、生徒指導担当者会、養護教諭研修会などの地域の教育関係者の取組を把握した。また、こころの病気に関する現状や思春期の子どものアンケート結果を、小中学生の保護者・保育所(園)・幼稚園職員・民生委員・地域住民等といった教育関係機関や地域の団体に説明する機会を設け連携を図った。

【事例 H27-06-04】千葉県八街市 人口 7.2 万人 < B >

精神不安定のため自力活動できない対象者のための家庭訪問事業として、長期欠席をしている児童生徒に対し、学校からの要望で保護者の了解を得たうえで家庭訪問し、児童生徒または保護者と相談を行っている。また学校復帰へのステップとして、市の教育支援センターへの登所も促している。

【事例 H27-04-03-01】香川県小豆保健所 人口 100.5 万人 < C >

思春期を対象とした自殺予防・こころの健康づくりとして、関係機関のネットワーク構築のため、スクールソーシャルワーカー・管内高等学校・担当課などの関係者が参加する情報交換やケース検討会を行った。

3) 経済的困難を抱える子ども等への支援の充実

経済的な困難を抱えているなど、生活困窮世帯が抱える様々な問題は、その家庭で成長する子どもや若者の自殺のリスクを高める要因にもなりかねない。そのため、子どもの貧困対策の推進に関する法律に基づいて実施される施策を、子どもや若者の自殺を予防する対策としても捉えなおす必要がある。

【解説 - 1 - 1】参照

4) ICTを活用した若者へのアウトリーチの強化等

インターネットやSNSの普及により、若者は対面による相談支援ではなく、検索によって情報を得たり、自身が困難な状況にあることを発信したりする場合がある。そのため、ICTも活用した若者への啓発やアウトリーチ策の強化を進める必要がある。

【事例 H26-06-09】鹿児島県 人口 167.0 万人 < C >

電子メール及びLINEを使用した相談支援窓口を設置し、24 時間相談対応する体制を作ることで、インターネット利用が起因となる自殺企図者や、インターネット利用率の高い若年層が相談しやすい環境を作った。

【事例 H25-01-14】宮城県教育庁高校教育課 人口 232.5 万人 < C >

児童生徒のインターネット上での被害を未然に防止するため、学校裏サイトのネットパトロール事業において、問題のある内容の書き込み等に対する対応を行い、教職員を対象に、

ネットパトロールのスキルアップ研修やネット被害未然防止対策教室を開催した。

【事例 H25-01-18】長崎県 人口 141.6 万人 < C >

若者が自殺に関する正しい情報を得やすくすることで、生活上の困難・ストレスに直面した時の危機管理能力を高めるため、インターネット環境を活用したホームページ「みんなの情報交差点カチッ！」を開設した。

5) 若者自身が身近な相談者になるための取組

悩みを抱えた若者にとって、支援機関の相談窓口ばかりではなく、友人など身近な者も相談しやすい相手となりうる。相談者のピア（同じような立場にある者・仲間）となりうる者に対し、死にたい気持ちや悩みへの気づきと、悩み等を打ち明けられたときの対応力の向上を図り、相談者が自殺既遂に至った場合を含め、支援者の心の健康を維持するための仕組みづくりを行うことが求められる。

【事例 H25-01-17】愛媛県中予市 人口 13.5 万人(中予保健所管内) < B >

大学生に対する自殺予防対策モデル事業として、大学生が精神疾患等に対する理解を深め、身近な人の心身の不調に早期に気づき、相談や支援を行うことができるようになることを目的として、大学生と精神障害を抱える方のグループミーティングやスポーツ交流などの機会を設けた。

【事例 H26-02-04】高知県 人口 75.9 万人 < C >

若年層が同世代の友人関係の中で、様々な悩みを打ち明けたり、自殺予防の支援について関心を持つなどすることができる環境・関係づくりを目指した取り組み。若年者をメンバーとする検討会を立ち上げ、若者に対しての適切な普及啓発事業の企画・制作を行い、テレビCMやチラシ、ポスター等を活用して街頭キャンペーンを行った。イベントの告知にもマスコミ、ホームページ、SNS等を活用した。

【事例 H27-04-02-02】神奈川県相模原市 人口 72 万人 < C >

「さがメンター育成プログラム」として、コミュニケーション能力や就業環境や就職活動におけるストレス対処能力の向上、他者の不調に気づき、適切な専門家へとつなぐ能力の向上を目的として、グループワーク、ロールプレイング、メンタルヘルスファーストエイドを組み合わせたセミナーや交流会を実施した。

【事例 H26-03-02】長崎県 人口 140.6 万人 < C >

学生向けゲートキーパー養成講座として、県内全ての大学・短期大学・専門学校に対してゲートキーパー養成強化事業について周知をはかり、大学等の関係機関を活用してゲートキーパー養成講座を実施した。

6) 社会全体で若者の自殺リスクを低減させるための取組

若者への支援は、原因・動機や、若者の立場に関連する諸施策とともに実行していく必要がある。また、社会的弱者等への偏見をなくすための取組等も社会全体の自殺リスクを低下させるうえで求められる。さらに、母子保健事業における、社会的に弱い立場にある妊産婦や養育者への支援も、自殺対策の側面を持つ。

【事例 H24-04-15】宮城県村田町 人口 1.1 万人 < A >

育児世代のメンタルヘルス支援事業として、産婦・新生児訪問、1 歳お誕生相談、2 歳 6 か月児歯科健康診査において、保護者同士の育児状況の共有や、保健師によるこころの健康教育、相談窓口の紹介を行った。

【事例 H27-06-11】大分県宇佐市 人口 5.6 万人 < B >

大分県宇佐市では、若者を対象とした自殺予防対策の取組を平成 23 年度に開始している。10～20 代の若者とその家族を対象にひきこもりや精神保健福祉に関する相談窓口を設置し、相談支援体制の強化を図るとともに、主に思春期の子供たちと保護者に対し、「命の尊さ・大切さ」について考えてもらう機会として講演会「心の健康講座」を提供した。

【事例 H24-06-40】宮城県小林市 人口 21 万人 < B >

自殺予防対策推進事業として、2 次予防対策として出産後の母親に対してうつスクリーニングを実施し、自殺ハイリスク者への訪問支援を行った。

【事例 H27-06-06】神奈川県横須賀市 人口 40 万人 < B >

性的マイノリティ分かち合いの会運営補助事業として、性的マイノリティ支援の実績がある民間団体への補助金支出、市報や市のツイッターへの広報掲載などを行っている。

【事例 H27-06-10】三重県 人口 181.5 万人 < C >

精神障害の親と暮らす子どもへの支援事業として、精神障害の親と暮らす子どもが、安心して支援を求められる環境を整えるため、支援者研修や子どもへの集団支援(ピアサポート)、個別相談、啓発活動など総合的な取組を行った。

【解説 - 1 - 1】 子どもの学習支援事業や「こども食堂」による居場所づくり

子どもの貧困対策に関する大綱（平成 26 年 8 月 29 日閣議決定）では、子どもの貧困に関する指標の改善に向けた重点施策として、ひとり親家庭や生活困窮世帯などへの学習支援、子どもの居場所づくりに関する支援の推進を挙げている。生活困窮世帯等の子どもへの学習支援は、単に勉強を教えるだけではなく、ときに困難な家庭環境に置かれている子どもの居場所を確保しながら、子どもが自立するための支援ができるという意義がある。また、全国で展開されている「こども食堂」などは、地域のボランティア等が子どもや親などを対象に、安い価格もしくは無料で食事を提供している。夕食などをひとりで食べる状況になりやすい子どもの食事・栄養状態の確保の機会になるとともに、大人や他の子どもと食事をともにできる居場所づくりや、子どもの基本的な生活習慣の習得につながると考えられる。

－ 2 勤務・経営

政府の働き方改革実行計画において、「改革の目指すところは、働く方一人ひとりが、より良い将来の展望を持ち得るようにする」ことが挙げられているが、自殺に追い込まれる有職者はまさにこの反対の状況にある。都道府県・市町村における勤務・経営に関する自殺対策は働き方改革の諸施策との連携を図りながら進める必要がある。

勤務・経営対策は、勤務環境、労働環境の多様化に対応できるよう、単に職域、各事業所での対策だけではなく、行政や地域の業界団体の役割が重要であり、地域での周知、啓発等も望まれる。

有職者の自殺率は無職者に比べて低いが、全自殺者の4割近くが有職者であり、その内訳は被雇用者・勤め人が全体の3割、自営業・家族従業者が全体の1割弱となっている。労働者の多くは中小事業所に勤務しているが、地域により就労環境や就労構造は様々であり、対策には公的部門も含め地域の就労環境や就労構造の特徴を踏まえる必要がある。

1) 職場におけるメンタルヘルス対策の推進

職域におけるメンタルヘルス対策はストレスチェック制度の活用や小規模事業所への対応として各都道府県に設置された産業保健総合支援センターの活動等、多様な支援が行われている。これらの支援制度を活用するために地域における自殺対策と職域におけるメンタルヘルス対策の連動を図る必要がある。

【事例 H26-04-01-01】群馬県 人口8万人 < B >

産業保健分野に関しては従来、地域保健事業との連携が希薄であったことから、職域・地域の連携構築と自殺対策の充実強化を図るため、企業に対する研修会と検討会を開催した。

【事例 H26-04-01-03】広島県（福山市） 人口46.2万人 < B >

勤労者のうつ・自殺予防対策が重要であるという観点から、勤労者を対象とした実態調査を実施し、その結果をふまえて協議会・研修会等を開催した。

【事例 H26-04-01-02】香川県 人口101万人 < C >

労働者を対象に職場に起因すると思われるストレスによる自殺予防のために事業所への取り組み提案の検討をおこなった。また労働者自身が活用しやすいストレスチェックや相談窓口を記載したパンフレットを配布した。

【事例 H24-03-12】福岡県 人口508万人 < C >

企業の管理者やメンタルヘルス担当者を対象に、職場におけるメンタルヘルスの向上を目的に自殺予防企業セミナーとして、福岡労働局や福岡労働基準監督署、商工会議所などと連携し、県内4ブロックの従業員30人以上の企業、出先機関9地区において従業員30人未満の企業へのセミナー実施を実現した。

【事例 H24-06-30】千葉県 人口 622 万 < C >

仕事の終わった後や休日に個別の対面相談支援による心のケアを提供するため、千葉県臨床心理士会への委託により、船橋駅前において心の相談室「立ち寄り処ちば心のキャッチ」を毎週水曜日の午後 5 時～8 時及び毎月第 2 日曜日の午後 2 時～5 時に開設し、自殺予防に資することとした。

2) 過労自殺を含む過労死等の防止について

平成 26 年 11 月に施行された「過労死等防止対策推進法」及び同法に基づき策定された「過労死等の防止のための対策に関する大綱」に基づき、過労自殺等を含む過労死等防止対策を効果的に推進する責務が国に課されており、地方公共団体は国と協力しつつ対策の効果的な推進に努める必要がある。

同大綱では、過労死等を職場や労働者のみの問題と捉えるのではなく、国民一人ひとりが自身にも関わることであり、過労死等に対する理解を深めるとともに、過労死等を防止することの重要性について自覚することが大切であるとされ、同法では、11 月が「過労死等防止啓発月間」と定められている。よって、国及び地方公共団体は、月間の趣旨にふさわしい事業が実施されるよう努めるなど、啓発に取り組む必要がある。地方公共団体は、国と協力しつつ、過労死等の防止のための対策を効果的に推進するよう努め、また、地方公務員を任用する立場からの対策を推進し、それぞれの職種の職務の実態を踏まえた対策を講ずるよう努める必要がある。【解説 - 2 - 1】参照

3) 長時間労働の是正

「働き方改革実行計画」の決定により、長時間労働の是正が図られていくことが期待されるが、自殺対策の観点からも都道府県・市町村において、普及啓発や企業向け研修会、連携会議の場などで好事例を紹介するなどして長時間労働の是正への機運を醸成し、被雇用者の長時間労働の是正を促す必要がある。

長時間労働の是正は自殺対策上重要であることは理解されているが、地域での対策の直接的な対象としては取り上げられにくく、対策の事例として知られているものは限られている。【解説 - 2 - 2】【解説 - 2 - 3】参照

4) ハラスメント防止対策

ハラスメントは勤務問題に関する自殺の大きな背景要因である。ハラスメントや長時間労働は、往々にして勤務歴が短い等、職場の中で弱い立場にある労働者が被害を受けやすい。職域におけるハラスメント対策の実施状況を地域の経済団体や関係部局と共有し、社会全般のハラスメント防止への意識、関心の涵養を図り、職域におけるハラスメント防止対策の促進を支援する。

【解説 - 2 - 4】【解説 - 2 - 5】参照

５）経営者に対する相談事業の実施等

自営業者を含む経営者の自殺の背景として経営問題が重要であるが、実際の対応には精神科医療や家族の問題など様々な問題に対して包括的に対応する必要がある。

大綱では、商工会・商工会議所等との連携、中小企業再生支援協議会による支援、「経営者保障に関するガイドライン」の周知・普及等が挙げられている。都道府県・市町村では、総合相談に代表される包括的な相談支援体制を構築し経営者に対する相談事業の実施等を行う事が望まれる。【解説 - 2 - 6】参照

【解説 - 2 - 1】過労死等防止対策について

毎年 11 月の「過労死等防止啓発月間」には、各都道府県において、国主催による「過労死等防止対策推進シンポジウム」を開催しており、地方公共団体では、後援、シンポジウムにおける挨拶等を通じた啓発を実施している。

また、過労死等防止対策推進法に基づき、政府が国会に毎年報告を行う「過労死等防止対策白書」(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000138529.html>)において、地方公共団体の過労死等防止対策への取組状況を紹介している。(平成 29 年版過労死等防止対策白書のコラムとして、兵庫県における過労死等防止対策への取組状況を紹介した。)

【解説 - 2 - 2】長時間労働の是正の取組の紹介

長時間労働の是正の実践を図るためには、具体的な事例が参考になる。厚生労働省働き方・休み方改善ポータルサイト(<http://work-holiday.mhlw.go.jp/index.html>)(「働き方・休み方改革各地域の取組」(<http://work-holiday.mhlw.go.jp/area/>)も掲載。)や同じく厚生労働省「多様な人材活用で輝く企業応援サイト」(<http://tayou-jinkatsu.mhlw.go.jp/index.html>)では、様々な事例を紹介している。

【解説 - 2 - 3】健康経営企業・法人の選定、認定

平成 25 年度から東京証券取引所と共同で、従業員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に取り組んでいる企業を「健康経営銘柄」として選定し公表しており、その中にストレスチェック、ワークライフバランス、過重労働対策、メンタルヘルス対策の評価項目を取り入れている。また、この評価のフレームワークをもとに平成 28 年度より健康経営優良法人認定制度を「中小規模法人部門」と「大規模法人部門」を対象に実施している。

【解説 - 2 - 4】企業に開けるハラスメント防止対策

T 社では、ハラスメントフリーの推進を進めており、ハラスメントアンケートの実施や定期的なモニタリングを行っている。社内でハラスメント教育を継続して実施している(厚生労働省、働き方休み方改善ポータルサイト、改革事例集)。

【解説 - 2 - 5】官公庁におけるハラスメント防止対策

「名古屋市職員パワーハラスメント防止等の手引き」(平成 28 年)を作成、勤務条件、執務環境への苦情や相談申し入れの複数の連絡先を提示し、またイントラネットを用いて人材育成・コンプライアンス推進室を通じたパワーハラスメントに関する情報提供を行っている。

【解説 - 2 - 6】総合相談における経営者支援の例

秋田県内で実施されている総合相談事業「いのちの総合相談会」では、複数の相談機関が連携し専門性を活かしてワンストップ相談に当たっている。その中でNPO法人「蜘蛛の糸」が中小企業経営者の経営問題に関する相談支援も行っている。

－ 3 生活困窮者

生活困窮者はその背景として、虐待、性暴力被害、依存症、性的マイノリティ、知的障害、発達障害、精神疾患、被災避難、介護、多重債務、労働、介護等の多様かつ広範な問題を、複合的に抱えていることが多く、経済的困窮に加えて関係性の貧困があり、社会的に排除されやすい傾向がある。様々な背景を抱える生活困窮者は、自殺リスクの高い人たちであることを認識した上で、効果的な生活困窮者支援対策が、包括的な生きる支援としての自殺対策ともなりうる。

生活困窮の状態にある者・生活困窮に至る可能性のある者が自殺に至らないように、生活者に最も身近な市町村において、生活困窮者自立支援制度の自立相談支援等と連動させて効果的な対策を進めるようにする。社会的に孤立した生活困窮者を地域の人々とつなぐ活動は、生きることの促進要因を強化するとともに、自殺リスクを抱える生活困窮者を見出し、支援へとつなぐ自殺対策にもなりうる。そのためには、市町村レベルでの生活困窮者自立支援担当部門と自殺対策担当部門の連携が求められ、都道府県レベルでは、地域自殺対策推進センターと生活困窮者自立相談支援担当部局等との連携強化が求められる。

１）相談支援、人材育成の推進

保健・福祉・医療・労働・教育・司法・警察等関係機関、民間団体等によるネットワークづくりと情報共有、総合相談会の定期的開催、自殺対策の窓口と生活困窮者自立相談支援窓口の連携により、生活困窮を持つ自殺ハイリスク者に対する相談支援と、そのために必要となる人材育成を行う。

生活困窮を含む生きる支援としての包括的な自殺対策推進のため、相談機関や関係機関の職員に対して、継続的かつ段階的なゲートキーパー研修を開催する。

【事例 H24-06-38】熊本県長州町 人口 1.6 万人 < A >

生活困窮者や多重債務者が気軽に相談できる場として、「生活とこころの無料相談会」を月 0 回開催。弁護士、司法書士、臨床心理士、NPO 法人、行政担当者を相談内容によって組み合わせて対応することで、相談のしやすい場を作っている。相談を受ける側の職員のメンタル相談も当該相談会で受けることが出来るようにしている。

【事例 H27-06-01】青森県 人口 7.2 万人 < B >

弁護士・保健師・精神保健福祉士を組み合わせで相談チームを編成し、必要な時に必要な専門家同士で問題解決の方針を決めるオンデマンド方式による「借金とこころの無料相談会」を開催、その後にネットワーク会議（事例検討会）を開催し情報共有及び問題の解決に向けて関係機関が連携を行った。

２）居場所づくりや生活支援の充実

総合相談会、寄り添い型支援等で把握された自殺ハイリスク者に対して、居場所を提供すると共に、生活支援も行う。【解説 - 3-1】参照

【事例 H24-06-37】和歌山県 人口 98.7 万人 < C >

和歌山県白浜町では、県、町、NPOが協働し、保護された自殺未遂者や自殺念慮者に対して、アパートを滞在場所として提供。生活物資も支給し、共同生活により自立を促す生活支援活動を実施している。

【事例 H24-09-50】愛媛県 人口 143 万人 < C >

平成 21 年度から地域自殺対策緊急強化事業の一環として、民間団体委託事業を実施しており、特定非営利活動法人松山たちばなの会にシェルターを設置し、自殺企図・再企図を防止するための緊急避難の場として、シェルターを利用する事とした。平成 22 年 9 月～24 年 3 月までの利用者は 20 名であった。

3) 自殺対策と生活困窮者自立支援制度との連動

生活困窮者は、自殺リスクを抱えていることが少なくない。自殺対策におけるワンストップサービスによる支援、居場所づくりの取組、子ども食堂の活用等は生活困窮者支援制度との連動性を考慮して実施する事が望まれる。

【解説 - 3 - 2】【解説 - 3 - 3】【解説 - 3 - 4】参照

【解説 - 3 - 1】いのち支える寄り添い支援事業の実施

東京都足立区では、相談会等で支援につながった自殺ハイリスク者で個別的な支援が継続的に必要と判断された人に対して、担当者を張り付け、寄り添い型支援であるパーソナルサポートサービスを実施している（「いのち支える寄り添い支援事業」）。更に、パーソナルサポートサービスの利用者に対して、朝のあいさつの会や食事会などの居場所づくり活動を実施している。

【解説 - 3 - 2】ワンストップサービスによる生活困窮者支援の実施

滋賀県野洲市では、自殺、生活困窮、人権侵害等の市民生活問題に、関係各課が連携して一体的に取組むために、市民相談総合推進委員会を運営している。その上で、市民生活相談課が、生活困窮者自立支援法に基づく自立相談支援の窓口としてコンシェルジェ（総合世話係）機能を果たし、必要な専門窓口や関係機関につなぎ、ワンストップサービスを実施している。

【解説 - 3 - 3】生活困窮者への居場所づくりの取組

山梨県山梨市では、フードバンクが、他の社会福祉法人と共同して、住居喪失者に対する食事を提供すると共に、宿泊場所等の提供を行う一時生活支援事業を委託して実施している。

（厚生労働省、生活困窮者自立支援制度全国担当者会議（2016.9.16.）資料: [http://](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137292.html)

www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137292.html より抜粋）

【解説 - 3 - 4】子ども食堂の活用

兵庫県明石市では、地域総合支援型子ども食堂を、子どもの居場所づくりとしての役割を持たせるとともに、子どもの置かれた状況を早期に把握し、支援が必要な子どもを、適時・適切に各種行政サービスや関係機関につなぐための総合的な子育て支援の地域拠点として位置づけ、市内小学校全区に整備することを目指している。

－ 4 無職者・失業者

勤労世代の無職者の自殺率は同世代の有職者に比べ高いことが知られている。自殺のリスクが高い無職者・失業者では、離職・長期間失業など就労や経済の問題を抱えている場合もあれば、経済問題以外の傷病、障害や人間関係の問題等を抱えている場合もある。

勤労世代の無職者・失業者は社会的に排除されやすい傾向があり、無職者・失業者に対する自殺対策を、包括的な自殺対策の中に位置付け、諸施策を検討することが望ましい。

このような観点から、自殺のリスクの高い無職者・失業者に対して、当事者のリスクを漏れなく把握し、多職種、多分野で支える当事者本位の支援体制を構築する必要がある。

１）失業者等に対する相談窓口等の充実

失業者に対して早期再就職支援等の各種雇用対策を推進するとともに、ハローワーク等と緊密に連携し、就労支援窓口においてきめ細かな職業相談を実施するほか、失業に直面した際に生じる心の悩み相談など様々な生活上の問題に関する相談に対応し、失業者への包括的な支援を推進する。

【事例 H24-06-39】大分県竹田市 人口 2.3 万人 < A >

大分県竹田市の介護予防事業「おしゃべりサロン・湯ったりふれあいサロン」では、居場所だけでなく、こころの健康相談会やこころの健康について普及啓発を行うとともに、アンケートを行い、自殺ハイリスク者へは後日、戸別訪問を行っている。

【事例 H26-06-03】愛知県西尾保健所 人口 16.4 万人 < B >

ハローワークとの共同による地域自殺対策の展開を行った。この中で、人材育成（生活困窮者のサポート強化を目的とした、弁護士・司法書士・社会保険労務士等の「士業職」を対象とするゲートキーパー養成研修の実施、失業中の方をメンバーとするピアサポートグループの育成・開催）、情報提供・周知（ハローワークの利用者を保健所のメンタルヘルス相談に誘導するリーフレットの作成、ハローワークを会場としたストレスマネジメント講習会の開催）を行った。

【事例 H24-03-07S】東京都足立区 人口 66.7 万人 < C >

「雇用・生活・こころと法律の総合相談会」を、複数分野の専門・相談員が同時に従事して、ハローワークが入所する建物にて、頻回に開催している。共通相談票「つなぐ」シートを活用し、関係機関が継続的に連携しながら支援できる体制を作っている。

【事例 H25-01-31】大分県 人口 120 万人 < C >

失業者等が厳しい雇用環境に直面し、将来を悲観し自殺企図を起こすことがないよう、県内 3 か所のハローワーク内に「こころの相談室」を開設し、こころの不安などの相談に対して精神保健福祉士 1 名が対応した。

2) 職業的自立へ向けた若者への支援の充実

全国 173 ヶ所に設置されている「地域若者サポートステーション（サポステ）」等と連携し、若年無業者等の職業的自立を個別的・継続的・包括的に支援する。

【解説 - 4 - 1】参照

3) 無職者・失業者の居場所づくり等の推進

自殺のリスクの高い無職者・失業者には生きづらさを抱えた人や自己肯定感が低い若者、配偶者と離別・死別した人や社会的役割を喪失した人、就業しておらず社会との接点に乏しい人、身近な人間関係の課題がある人等、社会的に孤立している人が少なくない。これらの人々が地域とつながり、支援とつながることができるよう、孤立を防ぐための居場所づくり等を推進する。

【解説 - 4 - 1】地域若者サポートステーション（サポステ）の取組

地域若者サポートステーション（サポステ）では、働くことに悩みを抱えている若者に対し、キャリアコンサルタントなどによる専門的な相談やメンタル面の支援のためのカウンセリングのほか、コミュニケーションスキルを向上させるためのグループワークや職業講話、面接訓練など、段階に応じたプログラムを用意している。協力企業への職場見学・職場体験、職場実習（OJT訓練）による基礎的能力の向上による就労支援も行う。就職した者に対しては、職場定着相談及びより安定した雇用を目指すためのステップアップ相談がある。

サポステの事業は、厚生労働省が、若年無業者の自立支援について実績・ノウハウを有する民間団体等に委託しており、ハローワークやジョブカフェなどの就労支援機関をはじめ、教育機関、地域の保健・福祉機関などの様々な機関と連携し、利用する若者の悩みに対応している。

－ 5 高齢者

高齢者の自殺については、高齢者特有の課題を踏まえつつ、多様な背景や価値観に対応した支援、働きかけが必要である。高齢者の自殺対策は、各種の対策・事業が実施されている地域も少なくないことから、既存事業の拡充、未実施領域への対応や既存関連事業の活用や連携など、地域の対策の実状に合わせた施策の推進が求められる。地域において行政サービス、民間事業者のサービス、民間団体の支援等を適切に活用し、生きることの包括的支援としての施策の推進を図る。また、高齢者は閉じこもりや抑うつ状態になりやすく、孤立・孤独に陥りやすい。したがって、地域包括ケアシステムや地域共生社会の実現等の施策と連動した事業の展開を図ることや、高齢者の孤立・孤独を防ぐための居場所づくり、社会参加の強化等といったソーシャル・キャピタルの醸成を促進する施策の推進が求められる。

1) 包括的な支援のための連携の推進

健康、医療、介護、生活などに関する様々な関係機関や団体等の連携を推進し、包括的な支援体制を整備する。

【事例 H27-04-02-01】北海道天塩町 人口 0.3 万人 < A >

民生委員・町内会役員・警察駐在所署員・農協職員等の支援者を対象に、相談機関につなぐ判断ができる 地域に“見守り・相談”のつながりができることを目標に講話とグループワークを行った。また、高齢者が集まるサロンでうつ病の学習会を継続的に開催した。

2) 地域における要介護者に対する支援

介護サービス利用者は、介護職員との接点を持っており、また、介護職員による見守り・気づきの重要性は知られているところである。かかりつけ医や他機関との連携による介護者、家族を含めた包括的な支援提供の入口として位置づけられる。

【事例 H26-03-05】富山県富山市 人口 42.0 万人 < B >

要介護者と介護者にとって身近な存在である介護支援専門員に精神保健福祉や傾聴の仕方に関する知識を身に付けてもらい、日頃の業務の中で変化に気づいてもらえるようにするため、介護支援専門員を対象としたゲートキーパー養成事業を保健所と介護支援専門員協会が連携して実施した。

3) 高齢者の健康不安に対する支援

うつ病を含め、高齢者の自殺原因として最も多い健康問題について、地域のかかりつけ医や訪問看護師・保健師・民生委員・ヘルスサポーターなどが巡回による相談を行う。

【事例 H24-06-28】山形県大江町 人口 0.93 万人 < A >

75 歳以上の一人暮らし高齢者・高齢者のみの世帯を主な対象として、看護師資格を持つ臨

時職員が戸別訪問活動を行う訪問相談事業を実施した。訪問の周期は半年から１年と長くならざるを得ない状況ではあるが、民生委員の見守り活動とともに定期的にお宅に訪問することで孤立化を防ぎ、健康状態把握や悩み事の相談相手になることで適切な医療サービスにつなげ、高齢者の自殺を未然に防いでいる。状況悪化が危惧される場合には、周期の短縮や民生委員・福祉相談員と協力し合い多方面からサポートを行っている。

【事例 H25-01-38】島根県邑南町 人口 1.2 万人 < A >

高齢者の自殺者を減らすため、うつ予防の啓発を中心とした出前講座に取り組み、また、特定健診にあわせてうつ状態のスクリーニングを実施し、ハイリスクだった者に対する個別対応の体制を整えた。

【事例 H25-01-09】山形県天童市 人口 6.2 万人 < B >

介護予防のために送付している「健康自立度に関する調査票」を利用して、高齢者のうつのスクリーニングを行い、自殺ハイリスク者を訪問した。また地区の市立公民館や民生委員に事業について情報提供を行い、地区の高齢者教室や心の健康講座、住民に対する普及啓発を行った。

４）社会参加の強化と孤独・孤立の予防

寿命の延伸、ライフスタイルの変化により、高齢世帯、高齢単独世帯が増加しており、高齢者の社会参加の促進が自殺対策においても重要である。居場所づくり活動では、市町村の社会福祉協議会等による高齢者サロン活動が多く行われている。心身機能の変化を受け止めることができる体制を構築する必要がある、高齢者の見守り活動・事業と連携し、さまざまな見守り活動を行っている地域住民や民間事業者に、孤独や孤立の予防、解消を目的とした高齢者のメンタルヘルスに対する知識の普及・啓発を行うことも求められる。（高齢者の居場所づくり事業）【解説 - 5 - 1】【解説 - 5 - 2】参照

【事例 H25-02-06】兵庫県新温泉町 人口 1.6 万人 < A >

高齢者等の孤立を防止し、安心して生活するための地域づくりを進めることを目的に県実施の「高齢者のこころの健康支援事業」のモデル地区として学生キャラバン隊を活用した地域づくりに取り組み、モデル事業終了後も継続して住民主体の活動を支援した。

【事例 H24-06-39】大分県竹田市 人口 2.5 万人 < A >

大分県竹田市の介護予防事業「おしゃべりサロン・湯ったりふれあいサロン」では、居場所の提供だけでなく、こころの健康相談会やこころの健康について普及啓発を行うとともに、アンケートを行い、自殺ハイリスク者へは後日戸別訪問を行っている。

【事例 H25-01-11】三重県木曽岬町 人口 0.64 万人 < A >

高齢独居者の孤立化防止のために、ヘルスメイト（食生活改善推進員）を対象にメンタル

パートナーの養成講座を実施し、年3回の弁当配食と1回の会食の際の高齢者への見守りと声かけの実践を実施した。ヘルスメイトに研修を受けてもらう事によって、自殺予防対策の普及にもなっている。

【解説 - 5 - 1】読み聞かせボランティアによる高齢者の社会参加

高齢者の社会参加を促すプログラムの一例として、東京都健康長寿医療センター研究所社会参加と地域保健研究チームが開発した生涯学習・社会貢献プログラムである絵本の読み聞かせボランティア養成プログラム、通称「りぷりんと」がある。

【解説 - 5 - 2】地域の総合ボランティア拠点を核とした高齢者支援

北海道石狩郡当別町での「地域共生型拠点を活用した、あらゆる住民の担い手創出事業」の中では、地域の総合ボランティア拠点を核とした住民相互の生活支援の中で、住民の移動手段の提供などインフォーマルサービスを確保している。それが高齢者の「生きる支援」につながっている。

ー 6 ハイリスク地

ハイリスク地の自殺対策としては、大別して、関係者によるパトロールや監視カメラの使用、自殺念慮者に対するシェルターによる一時保護と生活支援、自殺念慮者への援助を求めるような促し、柵などの設置による飛び降り・飛び込み防止の取組等があり、海外では効果の検証が部分的に行われている。ハイリスク地の実情を踏まえて自治体が対応可能な対策のリストアップを行う。

居住者ではない自殺念慮者が集まるハイリスク地における自殺対策の取り組みは、住民に対する直接的行政サービスとはいいにくいいため、都道府県による広域的な支援が求められる。また、事業の実施に当たっては、予算確保や利害関係者の調整等のために、首長や議会関係者の自殺対策への理解促進のための働きかけが、通常の自殺対策以上に必要とされることが想定される。また、対象となる自殺念慮者は他地域の居住者が多いことから、居住地の関係機関へつなぐ体制の整備を図る必要がある。

ハイリスク地における自殺の報道については、報道による自殺の誘発効果（ウェルテル効果）がもたらされる危険性がある。したがって、ハイリスク地における自殺対策に取組むに当たっては、報道マスコミ関係者に対して、WHO（世界保健機関）メディアガイドラインを遵守するように、配慮を求めるようにする。

1）関係者によるパトロールや監視カメラの使用

都道府県、市町村、警察、民間団体が協働して、自殺念慮を持つと疑われる人へのパトロールを行う。その際、監視カメラ等の活用も適宜行う。

【事例 H27-06-07】山梨県 人口 82.3 万人 < C >

山梨県のハイリスク地では、行政が雇用した声かけ監視員が昼間に毎日、専用車両により巡回し、自殺念慮が疑われる人に声かけを行い、警察と連携して自殺念慮者を保護する事業を実施している。なお、深夜にはNPOスタッフがパトロールを実施している。また、ハイリスク地の関係者（バス・タクシー運転手・売店員等）が、自殺念慮者に気づき、声かけ監視員や警察官につなぐことができるように、ゲートキーパー研修を実施している。また、要所には監視カメラを設置し、自殺念慮者の把握と保護に活用している。

2）自殺念慮者に対するシェルターによる一時保護と生活支援

行政と民間団体が協力し、ハイリスク地を訪れた自殺念慮者を一時保護するとともに、自立を促すための生活支援を行う。

【事例 H26-06-08】和歌山県 人口 96.3 万人 < C >

対面型相談事業、電話相談支援事業による支援に加え、自殺企画者（避難者）の一時保護施設を設置して、自立した生活に戻るために共同生活をして、考える時間を確保する取組を行った。

3) 自殺念慮者が援助を求めやすくなるような取組

ハイリスク地を訪れた自殺念慮者に対して、援助を求めるように促す看板等を設置し、相談に応じる。【解説 - 6 - 1】参照

4) 飛び降り・飛び込み防止等の取組

断崖、橋梁、高層ビルやなどでは、転落防止柵の設置などの施策を推進する。公営の高層住宅に転落防止柵を設置する等の対策を取ることが考えられる。【解説 - 6 - 2】参照

鉄道駅のホームドア・ホーム柵の設置は、視覚障害者等の転落事故防止の観点から進められており、自殺対策にも寄与しているものと考えられる。【解説 - 6 - 3】【解説 - 6 - 4】参照

【解説 - 6 - 1】自殺念慮者への援助を求めるよう促す情報提供

森林、岸壁等のハイリスク地を訪れた自殺念慮者に対して、援助を求めるように促す看板（例、「命は親からいただいた大切なもの。もう一度静かに、両親や兄弟、子どものことを考えてみましょう。一人で悩まず相談してください。」「重大な決断をする前に相談してください。連絡を待っています」「借金は必ず解決できます。私も助かりました。まずは、相談しましょう。」等）を設置し、電話相談や対面相談に応じている例がある。

【解説 - 6 - 2】柵などの設置による飛び降り・飛び込み防止等の取組

和歌山県白浜町では、景観上環境を整備していくのが難しい中、三段壁の中でも特に自殺の多い場所付近に柵の設置する飛び降り自殺防止対策を取っている。

（平成 20 年度自殺対策白書 p152 事例紹介 17）

【解説 - 6 - 3】鉄道事業者によるホームドアの設置

札幌市交通局ではすべての地下鉄駅にホームドアが設置されている。

【解説 - 6 - 4】国土交通省によるホームドアの設置の促進

国土交通省は視覚障害者等の転落防止対策としての観点から、1日に10万人以上が利用する駅について、車両の扉位置が一定している等の整備条件を満たしている場合、ホームドアを2020年度までに原則として整備することを鉄道各社に求めている。

－ 7 震災等被災地

大規模災害の被災者は様々なストレス要因を抱えることとなるため、自殺対策として孤立防止や心のケアに加えて、生活再建等の復興関連施策を発災直後から復興の各段階に応じて中長期にわたり講ずることが必要である。高齢者や乳幼児、独居者、障害者等の災害弱者には特に配慮する。また、ギャンブル依存症、アルコール依存症等のハイリスク群を見つけた場合は、継続的に治療・援助を行うための体制の整備や地域の医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育・労働・法律等の関係機関・関係団体のネットワークの構築及び自助活動に対する支援等を行う。

1) 大規模災害被災者に対する支援対策の推進

大規模な震災、自然災害では家族・親族、住居、生業を突然喪失したり、身体や心に深刻な影響を与えるような体験をする被災者が多い。大規模災害の被災地では直後のみならず一定期間を経ても被災者に対し継続的な自殺対策が求められる。

【事例 H27-04-04-03】茨城県高萩市 人口 2.9 万人 < A >

自殺予防の観点から、避難者等の健康状態や生活状況を把握し、精神的にハイリスクな方々を家庭訪問等で継続的に支援しながら、心身の健康づくりを図ることを目標に事業を行った。東京電力福島第一原発事故での避難者は、家族や住み慣れた地域とも離れているため、同郷の方々と交流することで孤立感を少しでも解消できるよう、健康相談会・交流会を実施した。

【事例 H26-04-04-02】茨城県常陸太田市 人口 5.2 万人 < B >

東日本大震災で転居を余儀なくされた 110 世帯 279 名の健康状態を把握し、継続的に心と体の健康支援が必要であった 26 世帯 80 人のうち、自殺リスクの高い 14 世帯を精神保健福祉士が訪問、残り 12 世帯は保健師が継続訪問を行いながら、徐々に他の保健福祉サービス等に移行させる継続支援を行った。

【事例 H26-04-04-01】秋田県 人口 103 万人 < C >

避難者が不安を解消し、心の安定を維持するため、医師等専門家による個別訪問や定期相談会を実施するほか、心の健康づくりのための講演会を実施した。また、避難者が安心して避難生活を送れるよう、避難者支援にあたる者に、避難者の心情や現状を理解し、接し方を学ぶ研修会を実施した。

【事例 H24-06-36】奈良県 人口 140 万人 < C >

東日本大震災の避難者で来県被災者を対象に、自殺対策緊急強化基金を活用した来県被災者の交流事業を平成 23 年度に 3 回実施した。東北の地方新聞の閲覧コーナーの設置なども行った。「わかち合いの会」の開催では回を重ねるごとに徐々に参加者同士が会話をするようになり一定程度のネットワークづくりに寄与した。

【解説 - 7- 1】【解説 - 7- 2】【解説 - 7- 3】参照

2) アルコール依存症・ギャンブル依存症等に対する支援の充実

依存症を発症するハイリスク群として男性、独居者、高齢者、失業や親族の死去により相談できる相手がなくなった被災者や強い孤独感・孤立感等があり、生きがいを喪失し、生活困窮が関連している可能性のある被災者が挙げられる。そのため個々の具体的問題を整理し、それぞれの問題に応じて対応策を考えて支援する必要がある。【解説 - 7- 4】参照

3) 被災地域でのアウトリーチの強化や多職種・多部門連携による寄り添い支援

災害被災者の中には、震災等で交通手段を喪失し、移動がきわめて限定的となっている場合があり、可能な限り支援側が彼らの「生活の場」に出向くアウトリーチの強化や多職種連携による地域訪問事業を検討する。災害被災者の生活ニーズを把握し、多部門連携による居場所づくり等の支援を行う事も望まれる。【解説 - 7- 5】【解説 - 7- 6】【解説 - 7- 7】参照

【解説 - 7- 1】東日本大震災の被災者及び被災者を支援のための「ほっと安心手帳」の作成

内閣府の事例：<http://www8.cao.go.jp/souki/koho/anshintetyo.html>

被災者及び支援者に対する心のケアについての対策が重要であるとの観点から、各都道府県に設けた「地域自殺対策緊急強化基金」を活用するとともに、被災地を中心に、被災者及び支援者向けに心のケアに関するリーフレット「ほっと安心手帳」を独立行政法人国立精神・神経医療研究センター監修により平成 23 年 4 月に 20 万部作成し、9 月に 20 万部、平成 24 年 3 月に 20 万部をそれぞれ作成配布した。

【解説 - 7- 2】東日本大震災の被災者及び被災者を支援する業務に従事する者の心の健康の維持に関する施策の実施

警察庁の事例：http://www.soumu.go.jp/main_content/000164602.pdf

被災 3 県（岩手県、宮城県及び福島県）の警察職員の惨事ストレス対策として、警察庁から外部の臨床心理士等を派遣し、ストレス対処法の指導、個別面接を実施した。また地元からの派遣要請に基づき、心のケアに関する専門家チーム（緊急時メンタルサポートチーム）を 16 件（岩手県 5 件、宮城県 6 件、福島県 5 件）派遣し、被災地の消防職団員等を対象として、精神面でのケアのための講義及び個別面談を実施した。

【解説 - 7-3】農園を活用した東日本大震災の被災者及び被災者への支援

農林水産省の事例：http://www.soumu.go.jp/main_content/000164602.pdf

被災地において、仮設住宅入居者等が利用できる農園において、農村高齢者等による技術指導の下で被災者の農作業を通じた心身のケアの取組を行っている。たとえば 高齢者等が農作業しやすい営農環境を整備したり、仮設住宅近くに市民菜園を作り、農園の実践活動を通じて、被災住民の交流や被災者の心身のケアに役立てるものである。

【解説 - 7-4】宮城県石巻市仮設住宅におけるアルコール依存症被災者への訪問事業

阪神大震災後の中高年の男性の孤独死の約 3 分の 1 は過度の飲酒との関連が明らかにされていた先例を受け、石巻市からの要請を受けた日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会（ASW 協会）は 2 名体制で 2 週間ごとに仮設住宅を訪問し、アルコール依存症について相談に応じたりする体制を構築した。石巻市の仮設住宅では住民からの連絡でアルコール依存症が疑われる独居男性を定期的に保健師らが訪問した。本事例は精神保健福祉士らで構成されている日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会（ASW 協会）と市町村の連携が機能した事例である。（復興庁：被災者支援総合対策～被災者支援 50 の対策：

http://www.reconstruction.go.jp/topics/main-cat2/20150123_sougoutaisaku.pdf）

【解説 - 7-5】日本弁護士連合会の被災地での取組：岩手県陸前高田市

被災者が自宅再建を希望しても、法的な手続きについての専門的知識が不足していることも多く、法律専門家（弁護士チーム）が現地に駐在して、仮設住宅まで定期的に出向いて被災者の個別相談に対応した。こうした支援の中で、被災者の深い悩みに寄り添うことが自殺対策ともなっている。先祖代々の住居や財産の喪失に強い責任を感じている高齢の被災者は多く、きめ細かい対応が不可欠である。

【解説 - 7-6】宮城県石巻市における開成仮診療所を核とした多職種連携による地域訪問事業

東日本大震災の大規模被災地である宮城県石巻市では最大規模の開成仮設住宅（2011 年、約 1,100 世帯居住）内に石巻市立病院開成仮診療所を開設した。診療所長は外来患者の多数に心のケアが必要と判断し、仮設住宅内で安否確認も兼ねて毎日ラジオ体操を実施した。また保健師等医療関連職が仮設住宅並びに近隣の被災者宅を定期的に訪問し、高齢者の認知症予防や居住者の自殺対策を含めたアウトリーチ型活動を行った。

【解説 - 7-7】被災地での民間企業と連携した「男のための料理教室」開催

東日本大震災の被災地では味の素株式会社がキッチンカーを用いた「男の料理教室」を定期的
に開催している。仮設住宅の独居高齢男性等に積極的に声かけを行い、孤立防止と栄養改善、サ
ロン活動ともリンクして民間企業と被災地の連携による効果的な支援事例となっている。

味の素ふれあいの赤いエプロンプロジェクト：「男の料理教室」

https://www.ajinomoto.com/jp/activity/csr/earthquake/project/seminar_special.html

－ 8 自殺手段

飛び降り、飛び込み、服毒、ガス（練炭による一酸化炭素、硫化水素等）などの物理的手段への対策として、自殺のリスクの高い人が、自殺手段に近づきにくくする対策の実施が求められる。特定の自殺手段への対策は他の手段による自殺企図を増加させないことから、自殺手段への対策は自殺の減少に有効である。

インターネットやマスメディアを通じて著名人の自殺や新たな自殺の方法等が知られるようになることは、模倣自殺を誘発し、それ以前であれば、自殺しなかったと推定される人を、自殺に至らしめることがある。このことは新たな自殺手段の流行は、自殺者全体の増加を招く可能性がある。したがって、自殺手段対策に取り組むに当たっては、報道マスコミ関係者に対して、WHO（世界保健機関）メディアガイドライン遵守するように、配慮を求めるようにする。

1）飛び降り・飛び込み防止等の取組（再掲）

断崖、橋梁、高層ビルやなどでは、転落防止柵の設置などの施策を推進する。公営の高層住宅に転落防止柵を設置する等の対策を取ることが考えられる。【解説 - 8-1】参照
鉄道駅のホームドア・ホーム柵の設置は、視覚障害者等の転落事故防止の観点から、都市部において進められており、自殺対策にも寄与しているものと考えられる。【解説 - 8-1】から【解説 - 8-5】参照

2）農薬・ガス（練炭による一酸化炭素等）を用いた自殺の防止

農作業に使用しなくなった農薬の地域における回収システムを、自治体が農協など、関係団体と協力して作る。農家等を対象に、農作業に関わらない家族等が農薬を入手できないように管理・保管することを含め、農薬の安全な取り扱い等に関する研修を実施する。
2002 年頃急増した練炭を用いた自殺は、現在でもなお、高止まりの状態である。20 歳代から 50 歳代の男性では「首つり」の次の 2 番目に、「練炭等」による自殺が多くなっている。（平成 29 年版自殺対策白書 p30）若年～中年男性の自殺者数を減らす上で、今後、関係者の間での情報共有や協議を進める等、対策が求められる。【解説 - 8-6】参照

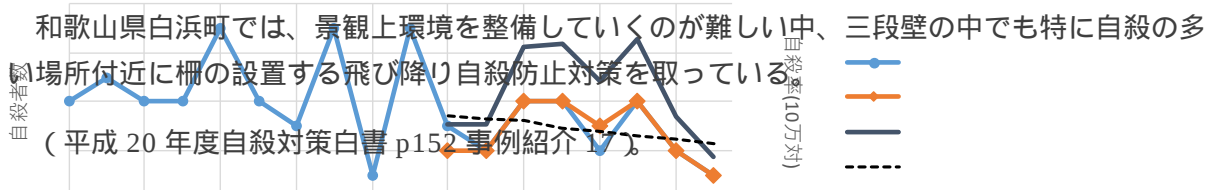
3）過量服薬等防止の取組

医療関係者は薬物の適正管理に責任があり、また過量服薬のリスクの高い患者の早期発見と対応を行うゲートキーパーである。医療関係者に対し過量服薬による自殺及び自殺未遂について、様々な機会を捉えての情報提供や、適切な研修等を実施する。
他の自殺に関する薬物についても、適正な管理に係わりうる関係者に対する情報提供や研修等を実施する。

【解説 - 8 - 1】自殺念慮者への援助を求めるよう促す情報提供

森林、岸壁等のハイリスク地を訪れた自殺念慮者に対して、援助を求めるように促す看板（例、「命は親からいただいた大切なもの。もう一度静かに、両親や兄弟、子どものことを考えてみましょう。一人で悩まず相談してください。」「重大な決断をする前に相談してください。連絡を待っています」「借金は必ず解決できます。私も助かりました。まずは、相談しましょう。」等）を設置し、電話相談や対面相談に応じている例がある。

【解説 - 8 - 2】柵などの設置による飛び降り・飛び込み防止等の取組



【解説 - 8 - 3】鉄道事業者によるホームドアの設置

札幌市ではすべての地下鉄駅にホームドアが設置され、視覚障害者のホームからの転落防止に加え、地下鉄自殺の予防にも貢献している。

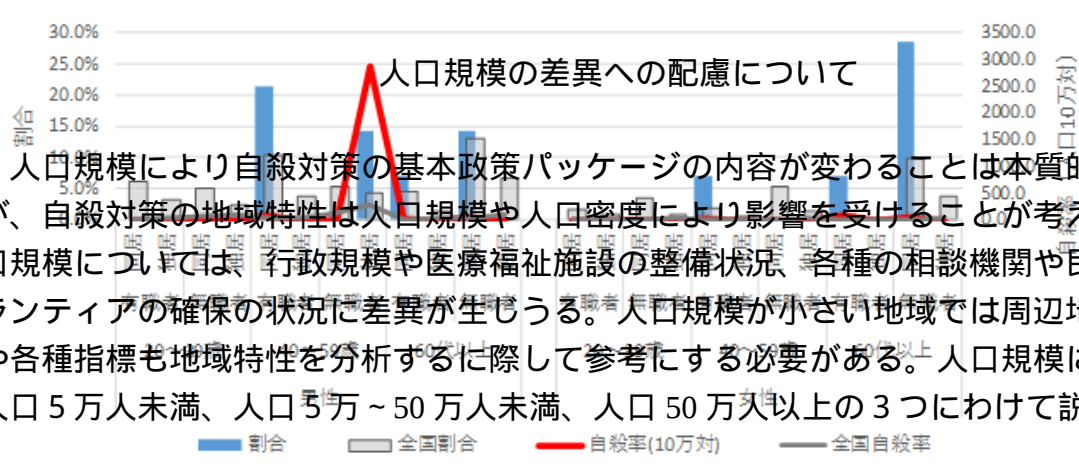
【解説 - 8 - 4】国土交通省によるホームドアの設置の促進

国土交通省は視覚障害者等の転落防止対策としての観点から、1日に10万人以上が利用する駅について、車両の扉位置が一定している等の整備条件を満たしている場合、ホームドアを2020年度までに原則として整備することを鉄道各社に求めている。

【解説 - 8 - 5】我が国における練炭自殺、硫化水素自殺の流行

練炭自殺は2002年頃からインターネットで仲間を誘い練炭を使用するの集団自殺がメディアで報じられるようになってから急増した。硫化水素自殺が2008年以降、インターネットで方法が知られるようになり急増し、これをうけ特異事案の発生等の通報体制の整備や、市町村における自殺対策担当部局の設置が働きかけられた。

人口規模別の地域自殺対策政策パッケージの適用例



人口規模により自殺対策の基本政策パッケージの内容が変わることは本質的ではないが、自殺対策の地域特性は人口規模や人口密度により影響を受けることが考えられる。人口規模については、行政規模や医療福祉施設の整備状況、各種の相談機関や民間団体、ボランティアの確保の状況に差異が生じうる。人口規模が小さい地域では周辺地域の自殺率や各種指標も地域特性を分析するに際して参考にする必要がある。人口規模については、人口5万人未満、人口5万～50万人未満、人口50万人以上の3つにわけて説明する。

地域自殺対策政策パッケージを適用するにあたっては、以下のようなプロセスに留意していただきたい。

地域自殺実態プロファイルの「地域の自殺の特徴」から「推奨される重点パッケージ」が導き出される。これに、「地域の自殺の概要(グラフ)」や「地域の自殺の特性の評価」等のデータを加味して、具体的な施策を決めていくようにすることが望ましい。

－ 1 人口規模 5 万人未満の自治体

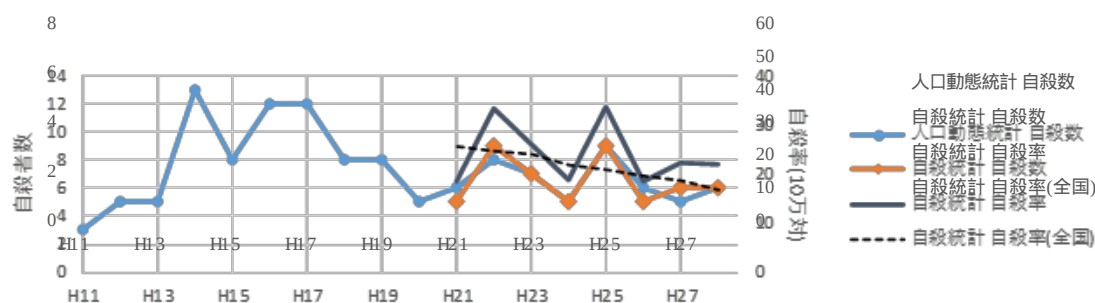
人口規模 5 万人以下の自治体（農山村地域が多い）においては、行政担当者と住民の距離が近く、例えば地区担当者（担当保健師など）は、地域住民と顔の見える関係を構築できていることが多い。地域のネットワークや地域の絆ということ言えば、地域の住民自治組織のつながりが強い、伝統的行事や祭事などを通じた住民のつながりが強い、といった特性が認められる。住民同士の日常的つながりが強いことは強みであると同時に、他人に知られたくない悩みを抱えた時に他の住民の目が常に気になるという観点からは課題にもなる。また、都会に比べて多世代同居の割合が大きいなど、一人暮らし者の社会的孤立と共に同居家族内での孤立が問題となる。地域自殺実態プロファイルをもとに客観的な地域特性を分析し実情を把握した上で、地域の自殺対策の課題について優先順位を考慮し、地域の実態に合った計画を策定できるようにする。

人口規模 5 万人未満の自治体の地域自殺対策政策パッケージ適用例

【タイプ A－1】女性 60 代以上無職同居、男性 40～59 歳有職同居の自殺者割合が高い農村水産業が盛んな自治体

A 町は山村部に位置する人口約 7, 000 人の農林水産業が盛んな地域の自治体である。

【自殺者数・自殺率の時系列推移】



【推奨される重点パッケージ】

重点パッケージ	高齢者 生活困窮者 勤務・経営 無職者・失業者
---------	----------------------------------

【地域の主な自殺の特徴】

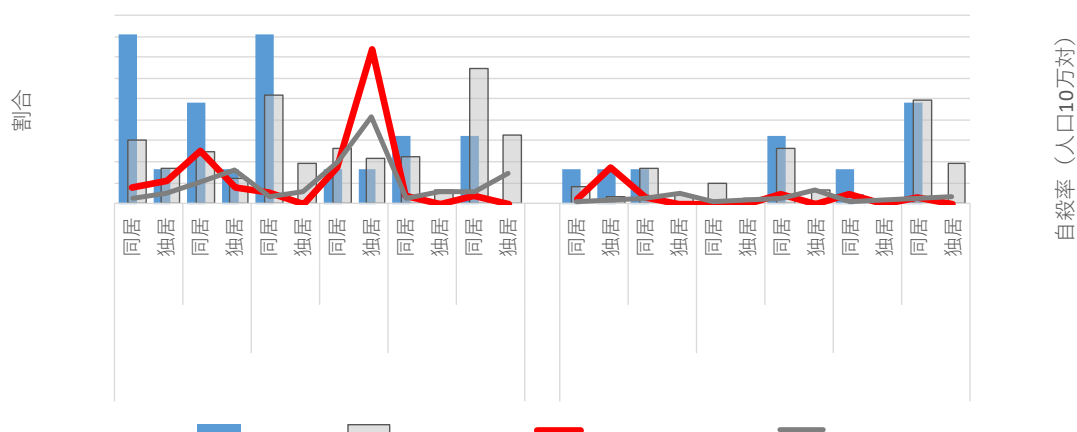
割合上位 5 位	自殺者数 5 年計	割合	自殺率* (10 万対)	背景にある主な自殺の特徴**
1 位: 女性60 代以上無職同居	4	28.6%	57.2	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺
2 位: 男性40～59 歳有職同居	3	21.4%	76.3	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺
3 位: 男性40～59 歳無職独居	2	14.3%	2859.0	失業→生活苦→借金→うつ状態→自殺
4 位: 男性60 代以上無職同居	2	14.3%	55.1	失業(退職)→生活苦+介護の悩み(疲れ)+身体疾患→自殺
5 位: 男性60 代以上有職同居	1	7.1%	32.3	【勤労者】身体疾患+介護疲れ→アルコール依存→うつ状態→自殺/ 【自営業者】事業不振→借金+介護疲れ→うつ状態→自殺

順位は自殺者数の多さにもとづき、自殺者数が同数の場合は自殺率の高い順とした。

*自殺率の母数(人口)は平成 27 年国勢調査を元に自殺総合対策推進センターにて推計した。

**「背景にある主な自殺の危機経路」は自殺実態白書 2013(ライフリンク)を参考にした。

【地域の自殺の概要（グラフ）】



【地域の自殺の特性の評価】

	指標	ランク		指標	ランク
総数 ¹⁾	34.8		男性 ¹⁾	42.4	a
20歳未満 ¹⁾	0.0	—a	女性 ¹⁾	28.1	
20歳代 ¹⁾	0.0	—a	若年者(20～39歳) ¹⁾	0.0	—
30歳代 ¹⁾	0.0	—a	高齢者(70歳以上) ¹⁾	50.2	
40歳代 ¹⁾	23.4	—a	勤務・経営 ²⁾	36.1	a
50歳代 ¹⁾	84.2		無職者・失業者 ²⁾	74.0	a
60歳代 ¹⁾	27.0	a	ハイリスク地 ³⁾	114%+2	—
70歳代 ¹⁾	32.1	a	自殺手段 ⁴⁾	14%	—
80歳以上 ¹⁾	69.9	a			

1) 自殺統計にもとづく自殺率(10万対)。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。

2) 特別集計にもとづく20～59歳を対象とした自殺率(10万対)(公表可能)。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。

3) 自殺統計にもとづく発見地/住居地の比(%)および差(人)。自殺者(発見地)1人の減少でランクが変わる場合はランクにaをつけた。

4) 自殺統計もしくは特別集計にもとづく首つり以外の自殺の割合(%)。首つり以外の割合が多いと高い。

ランクの標章(詳細は付表の参考表2、3参照)

ランク	
/	上位 10%以内
/	上位 10～20%
	上位 20～40%
—	その他

【抽出された地域の自殺対策の課題】

地域の自殺の概要から抽出される課題は次のとおりである。

自殺者割合の上位3位は、女性60代以上無職同居、男性40～59歳有職同居、男性40～59歳無職独居である。

【推奨される重点パッケージ】

- 高齢者
 - 包括的な支援のための連携の推進
 - 地域における要介護者に対する支援
 - 高齢者の健康不安に対する支援
 - 社会参加の強化と孤独・孤立の予防
- 生活困窮者
 - 相談支援、人材育成の推進
 - 居場所づくりや生活支援の充実
 - 自殺対策と生活困窮者自立支援制度との連動
- 勤務・経営
 - 職場におけるメンタルヘルス対策の推進
 - 長時間労働の是正
 - ハラスメント防止対策
 - 経営者に対する相談事業の実施等
- 無職者・失業者
 - 失業者等に対する相談窓口等の充実
 - 職業的自立へ向けた若者への支援の充実
 - 無職者・失業者の居場所づくり等の推進

【タイプ A－2】男性 20～39 歳有職同居、男性 40～59 歳有職同居の自殺者割合が高い県庁所在地郊外のベッドタウン化の進む自治体

B 町は過疎化の進む B 県の中で人口増加が認められる人口約 27,000 人の自治体である。県庁所在地に隣接するという地理的特性からベッドタウンとしての開発が進み、産業別人口では第三次産業就業人口が増加傾向にある。

【自殺者数・自殺率の時系列推移】

【推奨される重点パッケージ】

重点パッケージ	子ども・若者 勤務・経営 無職者・失業者 生活困窮者
---------	-------------------------------------

【地域の主な自殺の特徴】

割合上位 5 位	自殺者数 5 年計	割合	自殺率* (10 万対)	背景にある主な自殺の特徴**
1 位：男性 20～39 歳有職同居	5	16.1%	49.1	職場の人間関係 / 仕事の悩み(ブラック企業)→パワハラ + 過労→うつ状態→自殺
2 位：男性 40～59 歳有職同居	5	16.1%	32.7	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み + 仕事の失敗→うつ状態→自殺
3 位：男性 20～39 歳無職同居	3	9.7%	167.1	【30 代その他無職】ひきこもり + 家族間の不和→孤立→自殺 / 【20 代学生】就職失敗→将来悲観→うつ状態→自殺
4 位：女性 60 代以上無職同居	3	9.7%	18.7	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺
5 位：男性 60 代以上無職同居	2	6.5%	24.2	失業(退職)→生活苦 + 介護の悩み(疲れ) + 身体疾患→自殺

順位は自殺者数の多さにもとづき、自殺者数が同数の場合は自殺率の高い順とした。

*自殺率の母数(人口)は平成 27 年国勢調査を元に自殺総合対策推進センターにて推計した。

**「背景にある主な自殺の危機経路」は自殺実態白書 2013(ライフリンク)を参考にした。

【地域の自殺の特性の評価】

18.0%
16.0%
14.0%
12.0%
10.0%
8.0%
6.0%
4.0%
2.0%
0.0
%

600.0
500.0
400.0
300.0
200.0
100.0
0.0

有職者 無職者 有職者 無職者 有職者 無職者 有職者 無職者 有職者 無職者 有職者 無職者

20 ~ 39歳 40 ~ 59歳 60代以上 20 ~ 39歳 40 ~ 59歳 60代以上

男性 女性

割合 全国割合 自殺率(10万対)

人口動態統計 自殺統計

自殺率 自殺数

指標	ランク	指標	ランク
総数 ¹⁾	23.1	男性 ¹⁾	34.2
20歳未満 ¹⁾	3.8	女性 ¹⁾	12.9
20歳代 ¹⁾	36.7	若年者(20~39歳) ¹⁾	42.0
30歳代 ¹⁾	46.1	高齢者(70歳以上) ¹⁾	5.0
40歳代 ¹⁾	16.1	勤務・経営 ²⁾	26.3
50歳代 ¹⁾	31.6	無職者・失業者 ²⁾	48.6
60歳代 ¹⁾	36.1	ハイリスク地 ³⁾	113%+4
70歳代 ¹⁾	8.6	自殺手段 ⁴⁾	29%
80歳以上 ¹⁾	0.0		

- ランクの標章（詳細は付表の参考表2、3参照）

ランク	
/	上位 10%以内
/	上位 10~20%
	上位 20~40%
—	その他

【抽出された地域の自殺対策の課題】

地域の自殺の概要から抽出される課題は次のとおりである。

自殺者割合の上位3位は、男性 20～39 歳有職同居、男性 40～59 歳有職同居、男性 20～39 歳無職同居である。

【推奨される重点施策パッケージ】

○ 子ども・若者

いじめを苦しめた子どもの自殺の予防

若者の抱えやすい課題に着目した学生・生徒等への支援の充実

経済的困難を抱える子ども等への支援の充実

ICTを活用した若者へのアウトリーチの強化等

若者自身が身近な相談者となる取組

社会全体で若者の自殺のリスクを減らす取組

○ 勤務・経営

職場におけるメンタルヘルス対策の推進

長時間労働の是正

ハラスメント防止対策

経営者に対する相談事業の実施等

○ 無職者・失業者

失業者等に対する相談窓口等の充実

職業的自立へ向けた若者への支援の充実

無職者・失業者の居場所づくり等の推進

○ 生活困窮者

相談支援、人材育成の推進

居場所づくりや生活支援の充実

自殺対策と生活困窮者自立支援制度との連動



－ 2 人口規模 5 万人～50 万人の自治体

人口規模 5 万人～50 万人の自治体の特徴としては、自殺対策に関連する行政、医療保健福祉、民間団体やボランティアなどの人的資源等が人口規模の小さな自治体と比べて大きいことが挙げられる。また、地域の高機能な中核的医療機関（救急医療病院等）との自殺対策における連携も期待できる。

大都市部から離れた県庁所在地などの都市では大都市部近郊とは地域特性が異なる可能性がある。若者の都市部への流出や駅前商店街の空洞化、郊外の大型商業店舗への商業中心の偏移など、地方都市の抱える様々な問題が顕在化していることが多い。若者世代の大都市部への人口流出に伴う人口構成の高齢化が進む一方、大規模事業所等への就労機会の少ないことによる若者の地域定着の難しさなどが課題になりうる。また、人口過疎地域と人口稠密地域の混在が地域によっては認められることから、地域特性の実情に合わせたきめ細かい施策の立案が必要になる。

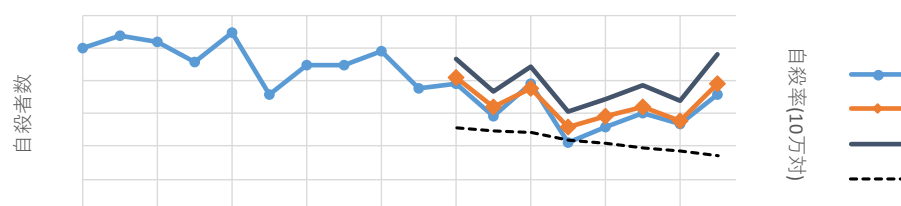
大都市部近郊の中都市部では、大都市部の通勤圏の郊外都市としての性格を持っていることが多く、住民の生活や意識は大都市部の住民と大きな差異がないことが多いことなどから、地域特性に応じた対策の立案が求められる。

人口規模 5 万人～50 万人の政策パッケージの適用例

【タイプ B－1】男性 20～39 歳無職独居、男性 40～59 歳有職同居の自殺者割合が高い大都市部のサービス産業が盛んな地域

C 市は大都市部に位置するサービス産業が盛んな地域で、オフィス街・大規模商業店舗等を有する人口 35 万人の自治体である。

【自殺者数・自殺率の時系列推移】



【推奨される重点パッケージ】

重点パッケージ	子ども・若者 無職者・失業者 生活困窮者 高齢者 勤務・経営
---------	--

【地域の主な自殺の特徴】

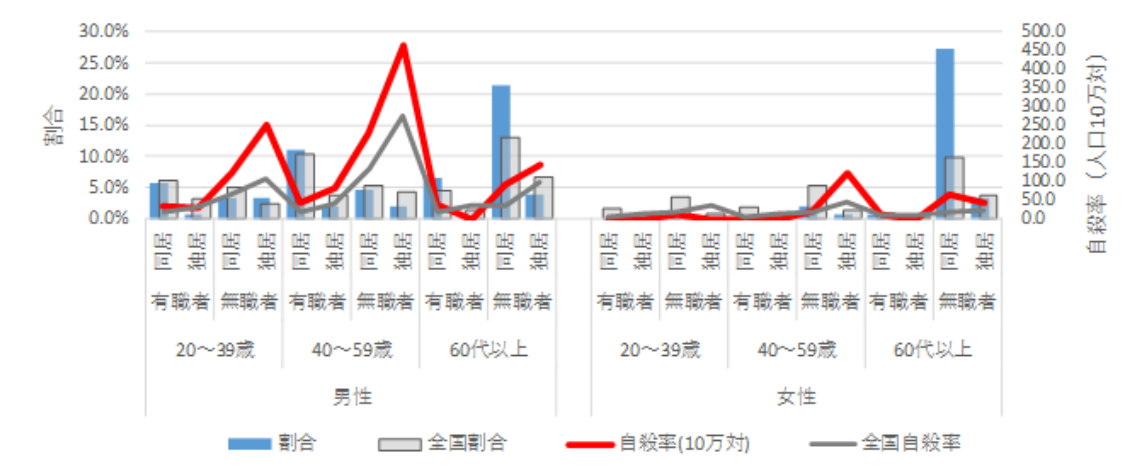
上位 5 区分	自殺者数 5 年計	割合	自殺率* (10 万対)	背景にある主な自殺の特徴**
1 位: 男性20～39 歳無職独居	31	7.5%	91.5	【30 代その他無職】失業→生活苦→多重債務→うつ状態→自殺 / 【20 代学生】学内の人間関係→休学→うつ状態→自殺
2 位: 男性60 代以上無職同居	27	6.5%	44.6	失業(退職)→生活苦+介護の悩み(疲れ)+身体疾患→自殺
3 位: 女性20～39 歳有職独居	27	6.5%	26.2	非正規雇用→生活苦→借金→うつ状態→自殺 / 仕事の悩み→うつ状態→休職/復職の悩み→自殺
4 位: 男性40～59 歳有職同居	27	6.5%	20.8	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺
5 位: 女性40～59 歳無職同居	22	5.3%	29.5	近隣関係の悩み+家族間の不和→うつ状態→自殺

順位は自殺者数の多さにもとづき、自殺者数が同数の場合は自殺率の高い順とした。

*自殺率の母数(人口)は平成 27 年国勢調査を元に自殺総合対策推進センターにて推計した。

**「背景にある主な自殺の危機経路」は自殺実態白書 2013(ライフリンク)を参考にした。

【地域の自殺の概要（グラフ）】



【地域の自殺の特性の評価】

	指標	ランク		指標	ランク
総数 ¹⁾	25.9		男性 ¹⁾	30.6	—
20歳未満 ¹⁾	2.2		女性 ¹⁾	21.2	
20歳代 ¹⁾	34.3		若年者(20～39歳) ¹⁾	30.9	
30歳代 ¹⁾	27.8		高齢者(70歳以上) ¹⁾	22.5	—
40歳代 ¹⁾	28.2		勤務・経営 ²⁾	19.5	
50歳代 ¹⁾	32.7		無職者・失業者 ²⁾	56.4	
60歳代 ¹⁾	29.4		ハイリスク地 ³⁾	112% +51	—
70歳代 ¹⁾	22.8	—	自殺手段 ⁴⁾	21%	—
80歳以上 ¹⁾	22.2	—			

- 1) 自殺統計にもとづく自殺率(10万対)。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 2) 特別集計にもとづく20～59歳を対象とした自殺率(10万対)(公表可能)。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 3) 自殺統計にもとづく発見地/住居地の比(%)および差(人)。自殺者(発見地)1人の減少でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 4) 自殺統計もしくは特別集計にもとづく首つり以外の自殺の割合(%)。首つり以外の割合が多いと高い。

ランクの標章(詳細は付表の参考表2、3参照)

ランク	
/	上位10%以内
/	上位10～20%
	上位20～40%
—	その他

【抽出された地域の自殺対策の課題】

地域の自殺の概要から抽出される課題は次のとおりである。

自殺割合の上位3位は、男性20～39歳無職独居、男性40～59歳有職同居、男性60台以上無職同居である。

【推奨される重点施策パッケージ】

○子ども・若者

- いじめを苦にした子どもの自殺の予防
- 若者の抱えやすい課題に着目した学生・生徒等への支援の充実
- 経済的困難を抱える子ども等への支援の充実
- ICTを活用した若者へのアウトリーチの強化等
- 若者自身が身近な相談者となる取組
- 社会全体で若者の自殺のリスクを減らす取組

○無職者・失業者

- 失業者等に対する相談窓口等の充実
- 職業的自立へ向けた若者への支援の充実
- 無職者・失業者の居場所づくり等の推進

○生活困窮者

- 相談支援、人材育成の推進
- 居場所づくりや生活支援の充実
- 自殺対策と生活困窮者自立支援制度との連動

○高齢者

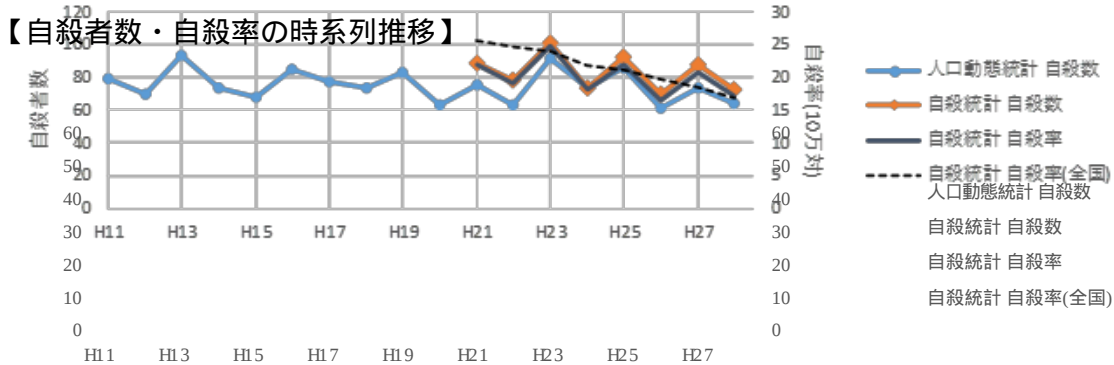
- 包括的な支援のための連携の推進
- 地域における要介護者に対する支援
- 高齢者の健康不安に対する支援
- 社会参加の強化と孤独・孤立の予防

○勤務・経営

- 職場におけるメンタルヘルス対策の推進
- 長時間労働の是正
- ハラスメント防止対策
- 経営者に対する相談事業の実施等

【タイプB－2】女性 60 代以上無職同居、男性 60 代以上無職同居の自殺割合
が高い地方都市

D 市は過疎の農村地域を有する県庁所在地でない地方都市であり人口 8 万人弱の自治体である。



【推奨される重点パッケージ】

重点パッケージ	高齢者 生活困窮者 勤務・経営
---------	-----------------------

【地域の主な自殺の特徴】

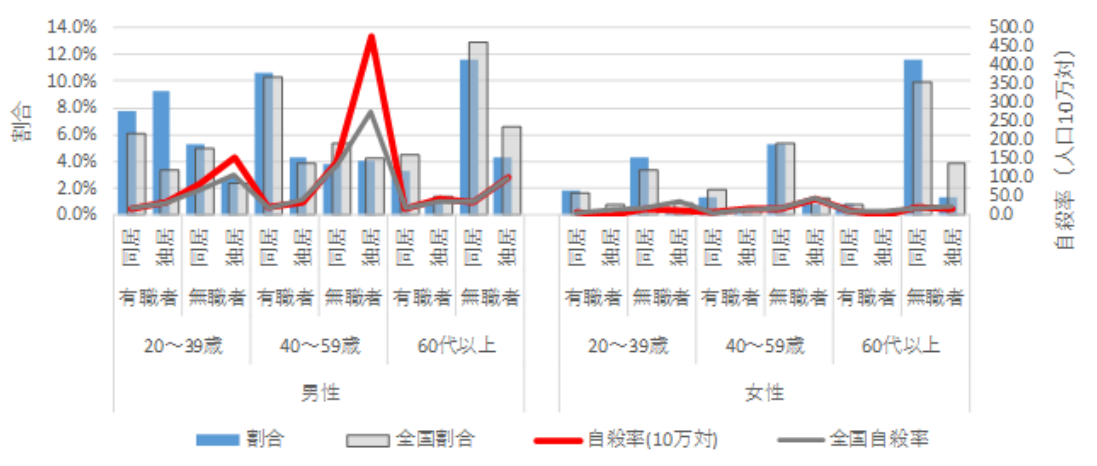
上位 5 区分	自殺者数 5 年計	割合	自殺率* (10 万対)	背景にある主な自殺の特徴**
1 位: 女性60 代以上無職同居	42	27.3%	64.3	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺
2 位: 男性60 代以上無職同居	33	21.4%	93.1	失業(退職)→生活苦+介護の悩み(疲れ)+身体疾患→自殺
3 位: 男性40～59 歳有職同居	17	11.0%	41.9	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺
4 位: 男性60 代以上有職同居	10	6.5%	38.4	【勤労者】身体疾患+介護疲れ→アルコール依存→うつ状態→自殺/ 【自営業者】事業不振→借金+介護疲れ→うつ状態→自殺
5 位: 男性20～39 歳有職同居	9	5.8%	31.9	職場の人間関係/仕事の悩み(ブラック企業)→パワハラ+過労→うつ状態→自殺

順位は自殺者数の多さにもとづき、自殺者数が同数の場合は自殺率の高い順とした。

*自殺率の母数(人口)は平成 27 年国勢調査を元に自殺総合対策推進センターにて推計した。

**「背景にある主な自殺の危機経路」は自殺実態白書 2013(ライフリンク)を参考にした。

【地域の自殺の概要（グラフ）】



【地域の自殺の特性の評価】

	指標	ランク		指標	ランク
総数 ¹⁾	37.2		男性 ¹⁾	51.1	
20歳未満 ¹⁾	3.1	a	女性 ¹⁾	24.5	
20歳代 ¹⁾	34.9	a	若年者(20～39歳) ¹⁾	26.4	a
30歳代 ¹⁾	19.8	—a	高齢者(70歳以上) ¹⁾	77.3	
40歳代 ¹⁾	24.0	—a	勤務・経営 ²⁾	22.3	
50歳代 ¹⁾	39.2	a	無職者・失業者 ²⁾	74.7	
60歳代 ¹⁾	31.3	a	ハイリスク地 ³⁾	99%-1	—
70歳代 ¹⁾	60.9		自殺手段 ⁴⁾	18%	—
80歳以上 ¹⁾	96.3				

1) 自殺統計にもとづく自殺率(10万対)。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。

2) 特別集計にもとづく20～59歳を対象とした自殺率(10万対)(公表可能)。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。

3) 自殺統計にもとづく発見地/住居地の比(%)および差(人)。自殺者(発見地)1人の減少でランクが変わる場合はランクにaをつけた。

4) 自殺統計もしくは特別集計にもとづく首つり以外の自殺の割合(%)。首つり以外の割合が多いと高い。

ランクの標章(詳細は付表の参考表2、3参照)

ランク	
/	上位10%以内
/	上位10～20%
	上位20～40%
—	その他

【抽出された地域の自殺対策の課題】

地域の自殺の概要から抽出される課題は次のとおりである。

自殺割合の上位3位は、女性60代以上無職同居、男性60代以上無職同居、男性40～59歳有職同居である。

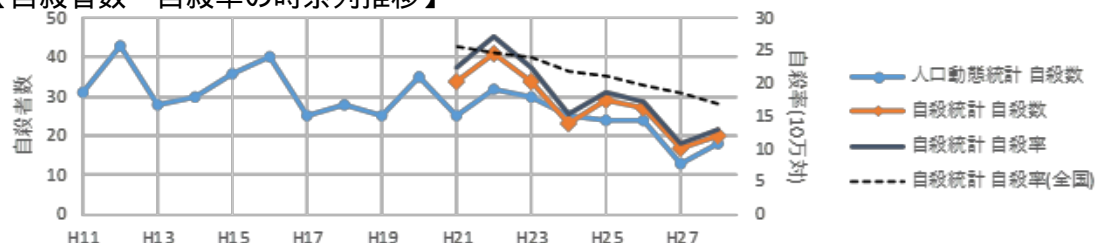
【推奨される重点パッケージ】

- 高齢者
 - 包括的な支援のための連携の推進
 - 地域における要介護者に対する支援
 - 高齢者の健康不安に対する支援
 - 社会参加の強化と孤独・孤立の予防
- 生活困窮者
 - 相談支援、人材育成の推進
 - 居場所づくりや生活支援の充実
 - 自殺対策と生活困窮者自立支援制度との連動
- 勤務・経営
 - 職場におけるメンタルヘルス対策の推進
 - 長時間労働の是正
 - ハラスメント防止対策
 - 経営者に対する相談事業の実施等

【タイプB－3】製造業が盛んな産業立地地域の地方中核都市

E市は製造業の大工場のある産業立地地域を抱える地方都市であり、人口42万人の中核市である。産業別就業人口割合では製造業が最も大きい。

【自殺者数・自殺率の時系列推移】



【推奨される重点パッケージ】

重点パッケージ	高齢者 生活困窮者 勤務・経営
---------	-----------------------

【地域の主な自殺の特徴】

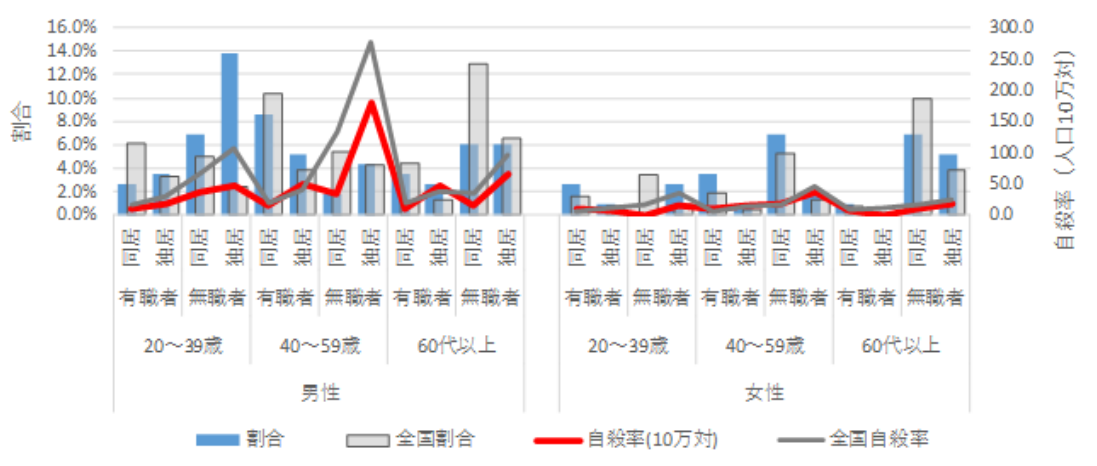
上位5区分	自殺者数 5年計	割合	自殺率* (10万対)	背景にある主な自殺の特徴**
1位: 男性60代以上無職同居	46	11.6%	32.0	失業(退職)→生活苦+介護の悩み(疲れ)+身体疾患→自殺
2位: 女性60代以上無職同居	46	11.6%	21.1	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺
3位: 男性40～59歳有職同居	42	10.6%	18.3	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺
4位: 男性20～39歳有職独居	37	9.3%	34.7	【正規雇用】配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺 / 【非正規雇用】(被虐待・高校中退)非正規雇用→生活苦→借金→うつ状態→自殺
5位: 男性20～39歳有職同居	31	7.8%	17.3	職場の人間関係/仕事の悩み(ブラック企業)→パワハラ+過労→うつ状態→自殺

順位は自殺者数の多さにもとづき、自殺者数が同数の場合は自殺率の高い順とした。

*自殺率の母数(人口)は平成27年国勢調査を元に自殺総合対策推進センターにて推計した。

**「背景にある主な自殺の危機経路」は自殺実態白書2013(ライフリンク)を参考にした。

【地域の自殺の概要（グラフ）】



【地域の自殺の特性の評価】

	指標	ランク		指標	ランク
総数 ¹⁾	19.0	—	男性 ¹⁾	26.4	—
20歳未満 ¹⁾	2.9		女性 ¹⁾	10.8	—
20歳代 ¹⁾	21.2		若年者(20～39歳) ¹⁾	22.2	
30歳代 ¹⁾	23.2		高齢者(70歳以上) ¹⁾	30.2	
40歳代 ¹⁾	21.5	—	勤務・経営 ²⁾	17.5	—
50歳代 ¹⁾	23.5	—	無職者・失業者 ²⁾	33.5	—
60歳代 ¹⁾	18.7	—	ハイリスク地 ³⁾	102%+8	—
70歳代 ¹⁾	28.6		自殺手段 ⁴⁾	31%	—
80歳以上 ¹⁾	33.3				

- 1) 自殺統計にもとづく自殺率(10万対)。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 2) 特別集計にもとづく20～59歳を対象とした自殺率(10万対)(公表可能)。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 3) 自殺統計にもとづく発見地/住居地の比(%)および差(人)。自殺者(発見地)1人の減少でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 4) 自殺統計もしくは特別集計にもとづく首つり以外の自殺の割合(%)。首つり以外の割合が多いと高い。

ランクの標章(詳細は付表の参考表2、3参照)

ランク	
/	上位10%以内
/	上位10～20%
	上位20～40%
—	その他

【抽出された地域の自殺対策の課題】

地域の自殺の概要から抽出される課題は次のとおりである。

自殺割合の上位3位は、男性60代以上無職同居、女性60代以上無職同居、男性40～59歳有職同居である。

【推奨される重点パッケージ】

- 高齢者
 - 包括的な支援のための連携の推進
 - 地域における要介護者に対する支援
 - 高齢者の健康不安に対する支援
 - 社会参加の強化と孤独・孤立の予防
- 生活困窮者
 - 相談支援、人材育成の推進
 - 居場所づくりや生活支援の充実
 - 自殺対策と生活困窮者自立支援制度との連動
- 勤務・経営
 - 職場におけるメンタルヘルス対策の推進
 - 長時間労働の是正
 - ハラスメント防止対策
 - 経営者に対する相談事業の実施等

【タイプB－4】大学のある若者の多い大都市部の自治体

G市は人口約 17 万人の自治体であり、大学があることから、若者が多い自治体である。

【自殺者数・自殺率の時系列推移】

【推奨される重点パッケージ】

重点パッケージ	子ども・若者 無職者・失業者 生活困窮者 勤務・経営
---------	-------------------------------------

【地域の主な自殺の特徴】

上位5区分	自殺者数 5年計	割合	自殺率* (10万対)	背景にある主な自殺の特徴**
1位：男性20～39歳無職独居	16	13.8%	47.6	【30代その他無職】失業→生活苦→多重債務→うつ状態→自殺 / 【20代学生】学内の人間関係→休学→うつ状態→自殺
2位：男性40～59歳有職同居	10	8.6%	13.9	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺
3位：男性20～39歳無職同居	8	6.9%	35.6	【30代その他無職】ひきこもり+家族間の不和→孤立→自殺 / 【20代学生】就職失敗→将来悲観→うつ状態→自殺
4位：女性40～59歳無職同居	8	6.9%	16.1	近隣関係の悩み+家族間の不和→うつ病→自殺
5位：女性60代以上無職同居	8	6.9%	8.8	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺

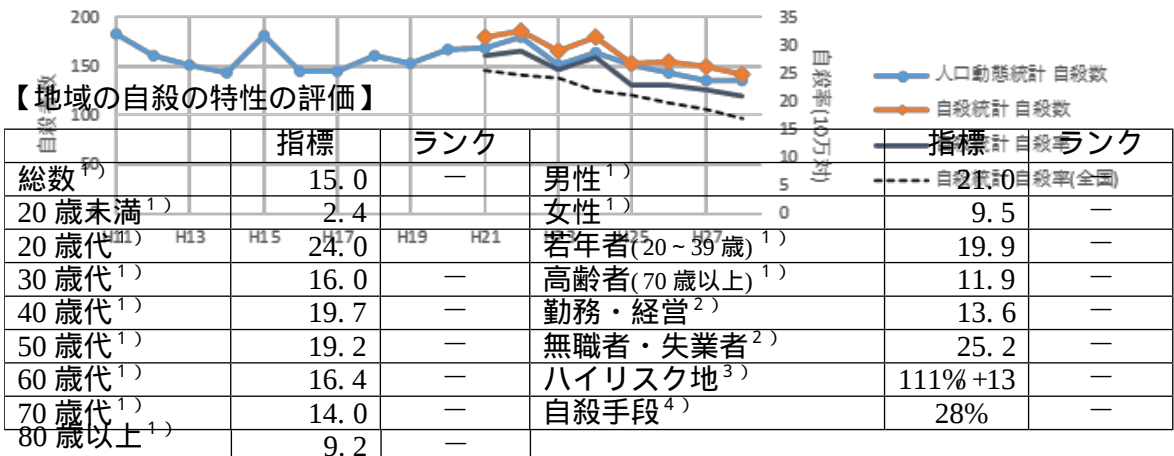
順位は自殺者数の多さにもとづき、自殺者数が同数の場合は自殺率の高い順とした。

*自殺率の母数（人口）は平成27年国勢調査を元に自殺総合対策推進センターにて推計した。

**「背景にある主な自殺の危機経路」は自殺実態白書2013（ライフリンク）を参考にした。

【地域の自殺の概要（グラフ）】

【地域の自殺の特性の評価】



- 1) 自殺統計にもとづく自殺率(10万対)。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 2) 特別集計にもとづく20～59歳を対象とした自殺率(10万対)(公表可能)。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 3) 自殺統計にもとづく発見地/住居地の比(%)および差(人)。自殺者(発見地)1人の減少でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 4) 自殺統計もしくは特別集計にもとづく首つり以外の自殺の割合(%)。首つり以外の割合が多いと高い。

ランクの標章（詳細は付表の参考表2、3参照）

ランク	
/	上位 10%以内
/	上位 10～20%
	上位 20～40%
—	その他

【抽出された地域の自殺対策の課題】

地域の自殺の概要から抽出される課題は次のとおりである。

自殺割合の上位3位は、男性20～39歳無職独居、男性40～59歳有職同居、男性20～39歳無職同居である。

【推奨される重点施策パッケージ】

○子ども・若者

いじめを苦にした子どもの自殺の予防

若者の抱えやすい課題に着目した学生・生徒等への支援の充実

経済的困難を抱える子ども等への支援の充実

ICTを活用した若者へのアウトリーチの強化等

若者自身が身近な相談者となる取組

社会全体で若者の自殺のリスクを減らす取組

○無職者・失業者

失業者等に対する相談窓口等の充実

職業的自立へ向けた若者への支援の充実

無職者・失業者の居場所づくり等の推進

○生活困窮者

相談支援、人材育成の推進

居場所づくりや生活支援の充実

自殺対策と生活困窮者自立支援制度との連動

○勤務・経営

職場におけるメンタルヘルス対策の推進

長時間労働の是正

ハラスメント防止対策

経営者に対する相談事業の実施等



－ 3 人口規模 50 万人以上の自治体

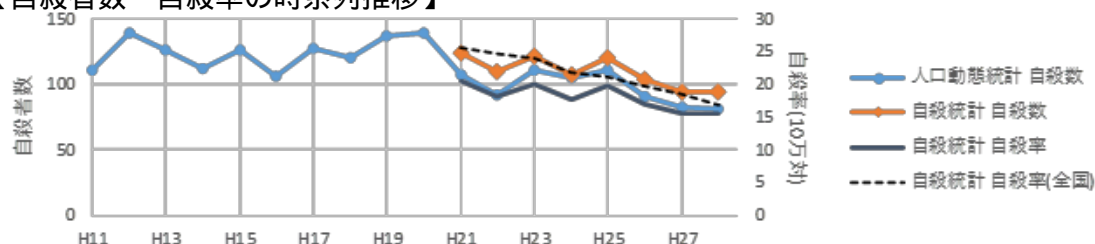
想定される地域としては、東京、大阪、名古屋、福岡などの大都市部や政令指定都市である。東京都を例に取れば、下町の商工業地域では高齢者の自殺が優先的課題になるのに対して、ビジネス街を有する商業地域では若年女性の自殺が優先的課題になるなど、地域特性に応じた自殺対策が求められる。大都市周辺の通勤圏内の自治体では、近郊ベッドタウンとしての地域特性を考慮した対策が必要である。また、大都市部においては、高層ビル群のある地域では高層ビルからの転落防止などの自殺手段対策の施策が求められることもある。また、大都市部では大学等の立地が多いことによる若者の自殺割合が高い地域があり、子ども・若者に対する自殺対策の充実が求められる地域がある。

人口規模 50 万人以上の自治体の政策パッケージ適用例

【タイプC－1】男性 60 代以上無職独居、女性 60 代以上無職同居の自殺者割合が高い商工業が盛んな下町の自治体

F 市は大都市部に位置する人口 70 万人の自治体であり、商工業が盛んな下町の自治体である。

【自殺者数・自殺率の時系列推移】



【推奨される重点パッケージ】

重点パッケージ	高齢者 生活困窮者
---------	--------------

【地域の主な自殺の特徴】

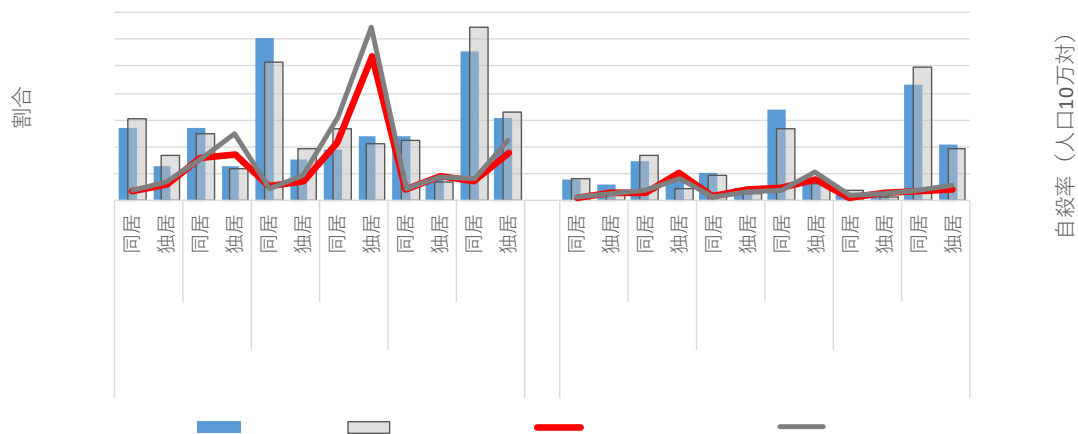
上位 5 区分	自殺者数 5 年計	割合	自殺率* (10 万対)	背景にある主な自殺の特徴**
1 位: 男性60 代以上無職独居	81	10.4%	133.6	失業(退職) + 死別・離別 → うつ状態 → 将来生活への悲観 → 自殺
2 位: 女性60 代以上無職同居	73	9.4%	22.6	身体疾患 → 病苦 → うつ状態 → 自殺
3 位: 男性60 代以上無職同居	71	9.1%	40.4	失業(退職) → 生活苦 + 介護の悩み (疲れ) + 身体疾患 → 自殺
4 位: 男性40 ~ 59 歳有職同居	53	6.8%	15.3	配置転換 → 過労 → 職場の人間関係の悩み + 仕事の失敗 → うつ状態 → 自殺
5 位: 女性40 ~ 59 歳無職同居	52	6.7%	24.6	近隣関係の悩み + 家族間の不和 → うつ 病 → 自殺

順位は自殺者数の多さにもとづき、自殺者数が同数の場合は自殺率の高い順とした。

*自殺率の母数(人口)は平成 27 年国勢調査を元に自殺総合対策推進センターにて推計した。

**「背景にある主な自殺の危機経路」は自殺実態白書 2013(ライフリンク)を参考にした。

【地域の自殺の概要（グラフ）】



【地域の自殺の特性の評価】

	指標	ランク		指標	ランク
総数 ¹⁾	23.3		男性 ¹⁾	30.4	—
20歳未満 ¹⁾	2.3		女性 ¹⁾	16.1	
20歳代 ¹⁾	20.5		若年者(20～39歳) ¹⁾	20.4	—
30歳代 ¹⁾	20.4	—	高齢者(70歳以上) ¹⁾	33.1	
40歳代 ¹⁾	23.8	—	勤務・経営 ²⁾	14.2	—
50歳代 ¹⁾	34.7		無職者・失業者 ²⁾	50.3	
60歳代 ¹⁾	32.1	a	ハイリスク地 ³⁾	98%-17	—
70歳代 ¹⁾	29.8		自殺手段 ⁴⁾	41%	
80歳以上 ¹⁾	39.6				

1) 自殺統計にもとづく自殺率（10万対）。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。

2) 特別集計にもとづく20～59歳を対象とした自殺率（10万対）（公表可能）。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。

3) 自殺統計にもとづく発見地／住居地の比(%)および差(人)。自殺者（発見地）1人の減少でランクが変わる場合はランクにaをつけた。

4) 自殺統計もしくは特別集計にもとづく首つり以外の自殺の割合(%)。首つり以外の割合が多いと高い。

ランクの標章（詳細は付表の参考表2、3参照）

ランク	
/	上位 10%以内
/	上位 10～20%
	上位 20～40%
—	その他

【抽出された地域の自殺対策の課題】

地域の自殺の概要から抽出される課題は次のとおりである。

自殺割合の上位3位は、男性60代以上無職独居、女性60代以上無職同居、男性60代以上無職同居である。

【推奨される重点パッケージ】

- 高齢者
 - 包括的な支援のための連携の推進
 - 地域における要介護者に対する支援
 - 高齢者の健康不安に対する支援
 - 社会参加の強化と孤独・孤立の予防
- 生活困窮者
 - 相談支援、人材育成の推進
 - 居場所づくりや生活支援の充実
 - 自殺対策と生活困窮者自立支援制度との連動

【タイプC－2】男性 40～59 歳有職同居、男性 60 代以上無職同居の自殺者割合が高い県庁所在地である地方中核市

H 市は人口 60 万人の中核市であり、県庁所在地として F 県の政治・経済・文化の中心となっている。

【自殺者数・自殺率の時系列推移】

【推奨される重点パッケージ】

重点パッケージ	勤務・経営 高齢者 生活困窮者
---------	-----------------------

【地域の主な自殺の特徴】

上位 5 区分	自殺者数 5 年計	割合	自殺率* (10 万対)	背景にある主な自殺の特徴**
1 位：男性 40～59 歳有職同居	63	12.1%	23.4	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み＋仕事の失敗→うつ状態→自殺
2 位：男性 60 代以上無職同居	58	11.1%	30.6	失業（退職）→生活苦＋介護の悩み（疲れ）＋身体疾患→自殺
3 位：女性 60 代以上無職同居	45	8.6%	15.0	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺
4 位：女性 40～59 歳無職同居	35	6.7%	19.0	近隣関係の悩み＋家族間の不和→うつ病→自殺
5 位：男性 60 代以上無職独居	32	6.1%	76.8	失業（退職）＋死別・離別→うつ状態→将来生活への悲観→自殺

順位は自殺者数の多さにもとづき、自殺者数が同数の場合は自殺率の高い順とした。

*自殺率の母数（人口）は平成 27 年国勢調査を元に自殺総合対策推進センターにて推計した。

**「背景にある主な自殺の危機経路」は自殺実態白書 2013（ライフリンク）を参考にした。

【地域の自殺の概要（グラフ）】



男性			女性		
有職者	無職者	有職者	有職者	無職者	有職者
20～39歳	40～59歳	60代以上	20～39歳	40～59歳	60代以上
指標			指標		
ランク			ランク		
総数 ¹⁾			男性 ¹⁾		
17.2			24.7		
a			女性 ¹⁾		
16.2			10.7		
16.9			若年者(20～39歳) ¹⁾		
19.8			16.6		
27.1			高齢者(70歳以上) ¹⁾		
22.7			19.6		
21.3			勤務・経営 ²⁾		
17.3			15.5		
			無職者・失業者 ²⁾		
			34.9		
			ハイリスク地 ³⁾		
			95%-26		
			自殺手段 ⁴⁾		
			31%		

80歳以上¹⁾

- 1) 自殺統計にもとづく自殺率（10万対）。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 2) 特別集計にもとづく20～59歳を対象とした自殺率（10万対）（公表可能）。自殺者数1人の増減でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 3) 自殺統計にもとづく発見地／住居地の比(%)および差(人)。自殺者（発見地）1人の減少でランクが変わる場合はランクにaをつけた。
- 4) 自殺統計もしくは特別集計にもとづく首つり以外の自殺の割合(%)。首つり以外の割合が多いと高い。

ランクの標章（詳細は付表の参考表2、3参照）

ランク	
/	上位 10%以内
/	上位 10～20%
/	上位 20～40%
—	その他

【抽出された地域の自殺対策の課題】

地域の自殺の概要から抽出される課題は次のとおりである。

自殺割合の上位3位は、男性40～59歳有職同居、男性60代以上無職同居、女性60代以上無職同居である。

【推奨される重点パッケージ】

- 勤務・経営
 - 職場におけるメンタルヘルス対策の推進
 - 長時間労働の是正
 - ハラスメント防止対策
 - 経営者に対する相談事業の実施等
- 高齢者
 - 包括的な支援のための連携の推進
 - 地域における要介護者に対する支援
 - 高齢者の健康不安に対する支援
 - 社会参加の強化と孤独・孤立の予防
- 生活困窮者
 - 相談支援、人材育成の推進
 - 居場所づくりや生活支援の充実
 - 自殺対策と生活困窮者自立支援制度との連動