

**新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会  
報告書**

平成29年5月15日

新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会

## はじめに

我が国の自殺者は、平成10年に3万人を超え、その後も極めて高い水準で推移してきた。一方で、自殺問題が政府全体の課題として<sup>そ</sup>俎上に上ることはほとんどなく、国として自殺対策の方向性が示されることもなかった。こうした中、自殺者の遺族や自殺防止、遺族支援等に取り組む民間団体による声を受けて、平成18年に議員立法により自殺対策基本法（平成18年法律第85号）が成立した。

同法は、自殺に対する社会の認識を「個人の問題」から「社会の問題」へ、自殺対策を「ボランティア活動」中心から「行政の仕事」中心へと大きく昇華させるもので、これにより自殺問題の社会化が図られ、自殺対策が大きく動き出すことになった。

自殺対策基本法の施行以来、政府において自殺総合対策大綱を2度策定し、これに基づく関係府省の取組や地域自殺対策強化交付金に基づく地域における関係者の取組が進められてきた結果、自殺者数が平成10年の急増前の水準まで減少するなど、着実に成果をあげてきた。

自殺対策基本法の施行から10年が経過し、我が国の自殺対策は大きく前進したものの、非常事態はいまだ続いており、我が国の自殺問題は決して楽観できない状況にある。

また、自殺の背景には、精神保健上の問題だけでなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々な社会的要因があることが知られている。自殺総合対策大綱においても、自殺は、その多くが追い込まれた末の死であり、その多くが防ぐことのできる社会的な問題であるとされ、そうした基本認識の下、自殺対策は、国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業、国民等の関係者の連携による包括的な生きる支援として展開されるべきことがうたわれている。そしてこれを踏まえ、地域の先駆的な取組を通じて得られた知見や経験を広く全国各地における対策に還元していくことが求められており、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を強力に推進していくことが必要である。

このような認識の下、平成28年3月、自殺対策を、地域レベルの実践的な取組による生きることの包括的な支援としてその拡充を図り、更に総合的かつ効果的に推進するため、議員立法により自殺対策基本法が改正された。

自殺対策基本法には、政府が推進すべき自殺対策の指針として、自殺総合対

策大綱を定めることが規定されている。現在の自殺総合対策大綱（平成24年8月28日閣議決定。以下「現大綱」という。）は2度目に策定されたものであり、おおむね5年を目途に見直しを行うこととされている。

政府においては、自殺対策基本法の改正も踏まえ、自殺総合対策大綱の見直しについて、平成28年から検討に着手することとし、同年9月27日、厚生労働大臣を会長とする自殺総合対策会議において、平成29年夏頃を目途に新たな自殺総合対策大綱（以下「新大綱」という。）を策定できるよう、厚生労働省において、現大綱に基づく諸施策の進捗状況を把握し、有識者から意見を幅広く聴取することが決定された。

「新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会」は、この決定を受け、新大綱の案の作成に資するよう、有識者から意見を幅広く聴取するためのものとして、厚生労働大臣が同日付で開催を決定したものである。

本検討会での検討に当たっては、自殺対策基本法の改正により法律上明記された「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」に向け、今後更に取り組むべき課題は何かという視点で議論を行った。本検討会では、平成28年12月から平成29年4月にかけて全6回の会議を開催し、日本精神神経学会、日本産婦人科医会及び日本司法書士会連合会からヒアリングも含め、新大綱の在り方について、今後の我が国の自殺対策の方向性も念頭に置きつつ集中的に検討を行い、今般、報告書を取りまとめたところである。

本報告書の提言内容を踏まえ、政府に、新大綱を策定し、自殺対策の更なる充実を図ることを求めるものである。

## 1 大綱見直しの趣旨

### (1) 自殺対策基本法改正後、初めての見直し

- 我が国の自殺者数は、平成10年に前年から一挙に増加して3万人を超え、平成15年には最多の3万4427人となった。自殺者数は、平成16年以降も3万人台で推移し続けた。

一方、我が国においては、平成10年に自殺者数が急増するまでは、自殺問題が行政上の課題とされることはほとんどなく、その後も、自殺対策について国全体としての基本方針は策定されてこなかった。国における取組は、厚生労働省におけるうつ病対策や、職場のメンタルヘルス対策を中心に、結果的に自殺予防に寄与していると認められる取組を含め、各府省がそれぞれに実施しているのが実態であった。

このような状況の下、平成18年10月、国を挙げて自殺対策を総合的に推進することにより、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的として、自殺対策基本法が施行された。

- 平成19年6月8日、政府は、自殺対策基本法に基づき、初めての自殺総合対策大綱（以下「旧大綱」という。）を策定した。旧大綱では、
  - ・自殺は追い込まれた末の死
  - ・自殺は防ぐことができる
  - ・自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発しているという自殺に対する3つの基本的な認識が示された。

また、旧大綱では、自殺対策基本法の基本理念を踏まえ、

- ①社会的要因も踏まえ総合的に取り組む
- ②国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む
- ③自殺の事前予防、危機対応に加え未遂者や遺族等への事後対応に取り組む
- ④自殺を考えている人を関係者が連携して包括的に支える
- ⑤自殺の実態解明を進め、その成果に基づき施策を展開する
- ⑥中長期的視点に立って、継続的に進める

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

さらに、自殺対策の数値目標については、平成28年までに平成17年の自殺死亡率を20%以上減少させることが設定された。また、旧大綱は、おおむね5年を目途に見直しを行うこととされた。

- 平成24年には、旧大綱の見直しが行われ、現大綱が策定された。

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

また、自殺総合対策の基本的考え方として、「政策対象となる集団毎の実態を踏まえた対策を推進する」、「国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する」の2つが追加された。

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

- 「はじめに」においても述べたとおり、自殺対策基本法の施行から10年が経過し、我が国の自殺対策は大きく前進したものの、非常事態はいまだ続いており、我が国の自殺問題は決して楽観できないとの認識の下、平成28年3月、自殺対策を、地域レベルの実践的な取組による生きることの包括的な支援としてその拡充を図り、更に総合的かつ効果的に推進するため、議員立法により自殺対策基本法が改正された。現大綱の見直しは、自殺対策基本法の改正後、初めて行われるものであり、その趣旨をいかに具体的な施策へと落とし込み、地域レベルでの実践的な取組につなげていけるかが問われている。

## (2) 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現に向けた更なる推進

- 我が国の年間自殺者数は平成22年以降7年連続して減少し、平成24年には15年ぶりに3万人を下回った。自殺対策基本法の施行以来、政府において自殺総合対策大綱を2度策定し、これに沿った様々な取組が進められてきた結果、自殺者数が約2万2千人まで減少するなど、着実に成果を出してきた。

しかしながら、依然として自殺者数が年間2万人を超えるという深刻な状況である。また、主要先進7か国の中で、我が国の自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）は最も高い。

- 平成27年6月2日、参議院厚生労働委員会において、「自殺総合対策の更なる推進を求める決議」（以下「決議」という。）が全会一致で可決された。

我が国の自殺問題について、非常事態はいまだ続いており、決して楽観できないとの認識を示した上で、自殺対策基本法の施行から平成28年で10年の節目を迎えるに当たり、政府に対して、自殺対策を「地域レベルの実践的な取組」による「生きる支援」として再構築し、自殺総合対策の更なる推進を求めるとともに、立法府の責任において、自殺対策基本法の改正等の法整備に取り組むことなどが盛り込まれた。

- 平成28年3月の自殺対策基本法の改正は、この決議を受けて行われたものであり、改正の考え方や主な内容は、以下のとおりである。

- ・ 目的規定に「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指」すことを追加。
- ・ 基本理念の明確化（自殺対策は生きることの包括的な支援。関連施策の有機的な連携による総合的な対策の実施。その他、決議に基づき、「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）」を減らし、同時に「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる旨の方針の確認等）。
- ・ 都道府県自殺対策計画、市町村自殺対策計画の策定の義務付け。
- ・ 都道府県及び市町村に対する交付金の交付。
- ・ 国による地方公共団体への支援の強化。
- ・ 学校における、いわゆる「SOSの出し方教育」の推進。
- ・ 地域の自殺実態に即した実践的な地域自殺対策の推進。
- ・ 国と地方公共団体、民間団体等が協力し、社会全体で自殺総合対策のPDCA<sup>1</sup>サイクルを回す仕組み。

- 本検討会では、自殺対策を、地域レベルの実践的な取組による生きることの包括的な支援としてその拡充を図り、更に総合的かつ効果的に推進するため、今後更に取り組むべき課題は何かという視点で、論点を設定した。具体的には、

---

<sup>1</sup> Plan（計画）、Do（実施）、Check（評価）、Action（改善）の4つの視点をプロセスの中に取り込むことで、プロセスを不断のサイクルとし、継続的な改善を推進するマネジメント手法のこと。

追い込まれた人への支援策とともに、人を追い込まない社会を作るという視点も意識しながら、自殺対策基本法改正の趣旨や、我が国の自殺を巡る現状を踏まえ、次の5つの論点に沿って精力的に議論を行った。「2. 大綱見直しのポイント」においては、この論点に沿って、議論の成果を整理する。

- ①関連施策の有機的な連携を図り、総合的な自殺対策を推進
- ②地域レベルの実践的な取組の更なる推進
- ③若者の自殺対策の更なる推進
- ④過重労働を始めとする勤務問題による自殺対策の更なる推進
- ⑤PDCAサイクルの推進、数値目標の設定

## 2 大綱見直しのポイント

平成28年3月の自殺対策基本法改正の趣旨や、我が国の自殺を巡る現状を踏まえて設定した次の5つの論点について、①・②を「第1 総論」において、③・④を「第2 個別施策」において、⑤を「第3 施策の推進体制等」において、それぞれ議論の結果を取りまとめた。

- ①関連施策の有機的な連携を図り、総合的な自殺対策を推進
- ②地域レベルの実践的な取組の更なる推進
- ③若者の自殺対策の更なる推進
- ④過重労働を始めとする勤務問題による自殺対策の更なる推進
- ⑤PDCAサイクルの推進、数値目標の設定

### <第1 総論>

#### (1) 関連施策の有機的な連携を図り、総合的な対策を推進

##### <包括的な対応を図る関連施策との連携>

- 自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）」を減らし、「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる方向で推進すべきである。
  
- また、自殺対策は、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す施策の体系であり、自殺対策の総合的推進とは、社会づくりとともに一人一人の生活を守るという発想で対策を展開することである。そのため、施策を考えるに当たっては、3つのレベルに分けて考える必要がある。すなわち、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個々の施策の枠組み作り等の「法律・大綱・地域計画のレベル」に分けて考え、それぞれにおいて強力的に、かつそれらを総合的に推進することが必要である。
  
- 自殺は、経済・生活問題、健康問題、家庭問題など様々な要因のほか、その人の価値観などが複雑に関係している。自殺を防ぐためには、精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的な視点を含む包括的な取組が重要であり、このような取組を実施するためには、様々な施策分野の人々や組織が緊密に

連携する必要がある。こうした連携の取組は徐々に広がりつつあるが、連携の効果を更に高めるためには、各施策分野の人々がそれぞれ自殺対策の一翼を担っているという意識を共有することが重要である。

- 包括的な取組として、対象を限定することなく総合的に相談に応じている現場では、自殺未遂を繰り返している人や、希死念慮を強く訴える人、自殺者の遺族等と出会うことが珍しいことではない。そういった相談者の中には、もともと家族問題や地域社会からの孤立・排除といった問題を複数抱えている中で、予期しない事態の発生等により追い詰められ、相談に来ている人も少なくない。このような自殺の危険性の高い相談者には、その追い詰められた事態に焦点を当てるとともに、相談者が抱える複数の問題に対してより早期に総合的に対応できるようにすることが必要である。そのため、ユニバーサルな仕組みの中に、どのように自殺対策を埋め込んでいくかという発想も重要である。

また、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もあり、そうした心情や背景への理解を深めることも含めて、自殺の問題は一部の人や地域の問題ではなく、国民誰もが当事者となり得る重大な問題であることについての普及啓発が必要である。

#### ＜「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現に向けた取組や生活困窮者自立支援制度など各種施策との連携＞

- 前述のようなユニバーサルな仕組みとして、「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現に向けた取組を始めとした各種施策との連携を図ることにより、自殺を防ぐための包括的な生きる支援につなげていくことが必要である。

「我が事・丸ごと」地域共生社会の実現に向けた施策は、制度の狭間にある人、複合的な課題を抱え自ら相談に行くことが困難な人などを地域において早期に発見し、確実に支援していくため、地域住民と公的な関係機関の協働による包括的な支援体制づくりを進めるものであることから、自殺対策と一体的に行っていくべきものであり、特に連携が重要である。

- また、生活困窮者自立支援制度については、自殺対策の相談窓口で把握した生活困窮者を自立相談支援の窓口につなぐことや、自立相談支援の窓口で把握した自殺の危険性の高い方に対して、自殺対策の相談窓口と協働して、適切な支援を行うことなどについて、平成28年7月、厚生労働省から地方公共団体に周知されているが、これを具体的に進めていくことが必要である。

双方の施策で向き合う問題には重なりが多くあり、また、問題解決のための社会資源にも共通するものが多くあることから、両施策を効果的かつ効率的に連携させて、地域の支援策を充実させていくことが重要である。

#### <精神保健医療福祉施策との連携>

- 現大綱では、自殺の危険性の高い人の早期発見に努め、確実に精神科医療につなぐこととされている。一方で、必ずしも精神科医療につなぐだけでは対応が完結しない事例も少なくないと考えられ、精神科医療につながった後も、その人が抱える悩み、すなわち自殺の危険性を高めた背景にある経済・生活の問題、福祉の問題、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。そのため、精神科医療、保健、福祉等の各施策の連動性を高めて、適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにすべきである。また、これらの施策の連動性を高めるため、精神保健福祉士等の専門職を医療機関を始めとした地域に配置するなどの取組を進めていくべきである。

具体的には、自殺の危険因子であるうつ病等の精神疾患に限らず、被虐待経験などにより深刻な生きづらさを抱える人について、早期発見、早期治療に結びつける取組に併せて、自殺の危険性の高い人等への精神科医療提供体制の充実や、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育・労働等の関係機関・関係団体のネットワークの構築を図ることが求められる。

また、かかりつけ医等の精神疾患の診断・治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備の推進が必要である。また、地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進は、地域包括ケアシステムの構築と一体的に進められる必要がある。

#### <精神保健医療福祉施策と自殺未遂者支援施策との連携>

- 精神科救急医療体制の充実を通じた自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療の実施の推進が必要である。また、地域の精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉・教育・労働等の関係機関・関係団体のネットワークを構築するなど継続的なケアができる体制の整備を一層進め、併せて退院後の家族等の身近な支援者の支援を充実する必要がある。

#### <妊産婦支援施策等との連携>

- 妊産婦は、同世代の一般女性に比べて、健診等において定期的に医療機関を受診する機会が多いにもかかわらず、妊産婦の自殺死亡率は、同世代の一般女性の自殺死亡率の約3分の2に及ぶことが報告されている。妊産婦への支援について、女性のこころの健康づくりを推進する観点から、産後うつ病

の症状の早期発見、適切な受療のための支援、乳幼児健診を通じた育児の悩みを抱える母親の支援を行うなど、今後、妊産婦を支援する関連施策との連携を図るべきである。

また、女性のライフサイクルを理解した上で、女性を主な対象とした各種施策と自殺対策との連携を図っていく必要がある。心身に深刻な影響を与え、長期にわたって自殺のリスクとなりかねないDV（ドメスティック・バイオレンス）の防止のための教育・啓発、相談体制や居場所づくり、性犯罪・性暴力の被害者支援の更なる充実を図るべきである。

#### ＜教育施策との連携＞

- 子どもの発達段階や子どもの置かれた状況を理解した上で、教育施策との連携により、平成28年の自殺対策基本法改正により新たに規定された、学校における心の健康の保持や社会において直面する可能性のある様々なリスクへの対処方法に係る教育及び啓発（いわゆる「SOSの出し方教育」）を推進することが必要である。

#### ＜アルコール健康障害対策等との連携＞

- アルコール健康障害対策について、アルコール健康障害対策基本法（平成25年法律第109号）では、基本理念として、アルコール健康障害が、自殺等の問題に密接に関連することに鑑み、施策の有機的な連携を図ることが規定されており、自殺対策とアルコール健康障害対策との連携を更に推進する必要がある。また、薬物依存症やギャンブル等依存症に関連する施策との連携を推進する必要がある。

#### ＜遺族等支援施策と関連施策との連携＞

- 自殺対策基本法では、その目的規定において、自殺対策の総合的推進により、自殺の防止を図ることとともに、自殺者の親族等の支援の充実を図ることが掲げられている。まずは、遺族等が全国どこでも、関連施策を含めた必要な支援情報を得ることができるよう、自殺総合対策推進センターを中心に取り組むことが必要である。

#### （2）地域レベルの実践的な取組の更なる推進

実効性の高い自殺対策を推進するためには、地域の実情、地域の自殺の実態に応じた対策を、地域レベルで多面的に展開していくことが重要である。

- 地域の自殺の実態は、それぞれの地域の置かれた状況により様々であることから、地域ごとに分析・把握することが必要である。その分析結果を踏まえ、それぞれの地域の特性に応じた自殺対策を展開していくことが必要である。これまでの自殺対策の取組の中で、自殺対策に関する研究成果が蓄積されてきた。また、現在、自殺総合対策推進センターにおいて、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ィールや、地域特性を考慮したきめ細やかな対策を盛り込んだ地域自殺対策の政策パッケージを作成しており、今後、地域における自殺対策計画策定等の企画立案に活用すべきである。
- 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、全国であまねく自殺対策が実施される必要がある。そのため、前述の自殺実態プロフィールや政策パッケージの提供に加えて、厚生労働省が都道府県や政令指定都市への設置を推進している地域自殺対策推進センターによる、管内の市区町村の自殺対策計画の策定・進捗管理・検証等への支援も必要である。地域自殺対策推進センターが、いわば管内のエリアマネージャーとしての機能を担うことにより、市区町村における自殺対策の質を担保すべきである。
- 地域において、関連施策との有機的な連携の下、包括的な自殺対策を推進していくためには、都道府県・市町村が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて、自殺対策計画を作り上げていくことが必要であり、国は、都道府県等が包括的な自殺対策を構築する際のモデルとなる取組を支援し、地域の特性に応じた自殺対策の事例を収集し、全国的に横展開することで、取組の加速化を図る必要がある。
- 社会全体の自殺リスクを低下させるためには、若者や高齢者を始めとして、地域での孤立を防ぐために、地域との関わり、居場所づくりが必要である。その際、生活困窮者自立支援制度における子どもの学習支援事業による生活困窮世帯の子どもを対象とした学習支援や居場所づくり等の活動や、地域包括ケアシステムにおける高齢者の居場所活動など、既存の施策を、より効果的な自殺対策の実施に資するよう、孤立防止や危機介入に活かしていくべきである。
- 悩みを抱える者だけでなく、悩みを抱える者を支援する支援者や家族等が孤立せずすむように、支援者等への支援を強化すべきである。若者は、公的な相談窓口に行くよりも、身近な知人等に相談する機会が多いため、支援

者には、相談員だけではなく、知人等も含めるべきである。また、相談者が自殺既遂に至った場合の支援者等への心のケアを推進すべきである。さらに、地域特性に応じた多様な支え手による取組が重要であることから、特に、民間団体が質の高い取組を継続して行うことができるよう、関係機関・関係団体の相互の連携・協働を通じた支援の充実を図るべきである。

- 多様な支え手による総合的な取組を行うに当たり、有機的な連携のため必要な個人情報を共有することが難しいとの課題が指摘されている。また、個人情報の共有に当たっては、当該個人情報に係る本人の意思を尊重すべきとの指摘もある。この問題は、自殺対策に限らず、広く多様な支え手が連携して対応することが求められる場面において、プライバシーを尊重しつつ、個人情報の提供や共有の仕組みをどう整備するか、更なる具体的な検討が求められる。

## ＜第2 個別施策＞

現大綱においては、自殺対策基本法に規定された基本的施策に沿って、9つの施策群が、自殺を予防するための当面の重点施策として設定されている。本検討会では、平成28年3月の自殺対策基本法改正の趣旨や、我が国の自殺を巡る現状を踏まえ、若者の自殺対策、過重労働を始めとする勤務問題による自殺対策を中心に、更なる推進策の在り方を議論した。

### （1）若者の自殺対策の更なる推進

我が国の自殺死亡率は、近年、全体としては低下傾向にあるものの、20歳未満は平成10年以降おおむね横ばいであり、20歳代や30歳代は他の年代に比べてピーク時からの減少率が低い<sup>2</sup>。また、若年層の死因に占める自殺の割合は高く、若年層の自殺対策が課題となっている。さらに、自殺対策基本法の改正により、学校におけるいわゆる「SOSの出し方教育」の推進が盛り込まれたことから、特に若者の自殺対策の更なる推進について議論した。

### ＜若者の自殺の実態＞

○ 若者の自殺の実態について、「自殺統計」によれば、年代別にみると、10歳代は学生・生徒等の自殺が多い。多くの自殺は、様々な要因が複合的に連鎖して起こっているものと考えられるが、小学生・中学生の自殺は、家庭生活、学校生活に起因するものが多く、高校生の自殺は、学業不振、進路に関する悩み、うつ病に起因するものが多い<sup>3</sup>。また、大学生・専修学校生等の自殺は、学業不振、進路に関する悩み、うつ病、就職失敗に起因するものが多い<sup>4</sup>。

20歳代前半から後半にかけては、就職し、職場における多様な人間関係を経験する者が多くなると考えられ、有職者の自殺が多い。20歳代の有職

<sup>2</sup> 厚生労働省自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全企画課「平成28年中における自殺の状況」によれば、全年齢の自殺死亡率は17.3（平成28年）であり、ピーク時（平成15年）の自殺死亡率27.0からの減少率は、-35.9%である。20歳未満の自殺死亡率は2.4（平成28年）であり、ピーク時（平成23年）の自殺死亡率2.7からの減少率は、-11.1%である。20歳代の自殺死亡率は17.6（平成28年）であり、ピーク時（平成23年）の自殺死亡率24.3からの減少率は、-27.6%である。30歳代の自殺死亡率は18.5（平成28年）であり、ピーク時（平成21年）の自殺死亡率26.2からの減少率は、-29.4%である。

<sup>3</sup> 平成27年版「自殺対策白書」第4-3図、第4-4図

<sup>4</sup> 平成27年版「自殺対策白書」第4-7図

者の自殺の原因・動機としては、他の年代と比べて、仕事疲れや職場の人間関係など「勤務問題」の比率が高い傾向がある<sup>5</sup>。

30歳代は、有職者の自殺が多い。婚姻や子育て等をめぐり家庭生活の比重が重くなる者や、職場における責任が重くなってくる者も増えてくると考えられ、自殺の原因・動機は、「勤務問題」に加えて、「夫婦関係の不和」といった「家庭問題」、負債といった「経済・生活問題」等の問題が多い。

20歳代や30歳代の主婦の自殺は、精神疾患関連の「健康問題」と「夫婦関係の不和」や「子育ての悩み」といった「家庭問題」の比率が高い<sup>6</sup>。

一方で、20歳代や30歳代は、就職できないでいる、あるいは、離職を余儀なくされる者もあり、無職者の自殺も多い。特に、男性無職者の自殺死亡率は高く、年齢とともに上昇する傾向がある<sup>7</sup>。ニートやひきこもりを含む無職者<sup>8</sup>には、30歳代でも、一度も職業経験がない者が少なからず存在し、長期間離職している者も多い<sup>9</sup>。また、最終学歴が義務教育である比率が高い<sup>10</sup>。

平成28年中の年齢階級別、職業別自殺者数

		～19歳	20～29歳	30～39歳
合計		520	2,235	2,824
有職者	自営業・家族従事者		34	148
	被雇用者・勤め人	74	1,060	1,366
無職者	学生・生徒等	399	372	17
	小学生	12		
	中学生	93		
	高校生	213	1	1
	大学生	54	314	5
	専修学校生等	27	57	11
	無職者	47	739	1,247
	主婦		31	124
	失業者	2	104	192
	年金・雇用保険等生活者		31	104
	その他の無職者	45	573	823
不詳		30	46	

<sup>5</sup> 平成27年版「自殺対策白書」第2-6図、第2-7図

<sup>6</sup> 平成27年版「自殺対策白書」第3-10図

<sup>7</sup> 平成27年版「自殺対策白書」第3-3図

<sup>8</sup> 警察庁「自殺統計」の職業では、「その他の無職者」に分類される。

<sup>9</sup> 平成27年版「自殺対策白書」第3-21図、第3-22図

<sup>10</sup> 平成27年版「自殺対策白書」第3-23図

注) 無職者のうち、主婦、失業者、年金・雇用保険等生活者、その他の無職者の4区分については当該区分の数値のみ無職者の内数として別立てで表記しているため、無職者の総数と上記4区分の数値の合計は一致しない。

- 個別施策の対象とする若者の範囲は、例えば、地域自殺対策強化交付金の若年層対策事業では40歳未満を対象としているほか、前述の「SOSの出し方教育」では児童、生徒等を対象とするなど、施策ごとに異なっている。支援を必要とする若者が漏れないよう、その範囲を広くとることは重要であるが、ライフステージ（学校の各段階）や立場（学校や社会とのつながりの有無等）ごとに置かれている状況は異なっており、自殺に追い込まれている事情も異なっていることから、それぞれの集団の置かれている状況に沿った施策を実施することが必要である。特に学校教育を受ける年代は、小学校、中学校、高等学校、大学と発達の違いが大きく、また教育段階においても違いが大きいため、対象ごとに分けて考える必要がある。

#### <学校や地域における自殺対策>

- 10歳代前半の自殺者において、自殺の原因・動機に関する判断資料<sup>11</sup>を残していない比率が他の年代に比べて高くなっている。また、自殺者における未遂歴の有無の比率をみても、10歳代半ばまでは未遂歴のない場合が多い。こうした事実を示されているように、周囲に事前の予兆を感じさせることなく既遂に至ることから、10歳代前半の自殺は突発的であると受け止められることがある。子ども自らが周囲に悩みを打ち明けやすい環境を作っていくことが一層重要になると考えられる。

そこで、学校における「SOSの出し方教育」の推進が必要である。SOSの出し方教育とは、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良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ことである。問題の整理や対処方法を身に付けることができれば、学校で直面する問題や、その後の社会人として直面する問題にも対処する力を身に付けることにもつながると考えられる。

また、教師がSOSの出し方を教えるだけでなく、子どもが出したSOSについて、教師を含めた周囲の大人が気づく感度をいかに高め、また、ど

<sup>11</sup> ①遺書、②自殺サイト・メール等書き込み、③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。）

のように受け止め、子どもに寄り添い命をつなぐかという視点も重要である。子どもからのＳＯＳを担当が１人で抱え込むのではなく、また、教職員だけによる対応ではなく、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、学校医を含めた、地域としての対応を推進すべきである。

○ また、学校が行政や地域と、子どもの進学後も切れ目なく連携しながら取組を進めていくことができる体制を整備すべきである。具体的には、児童生徒が抱える課題の未然防止、早期発見等を行うスクールカウンセラーや、児童生徒の置かれた様々な環境に働きかけを行うスクールソーシャルワーカーの配置、及び常勤化に向けた取組を進めることが必要である。また、これらの者の資質向上のための研修も必要である。さらに、スクールカウンセラー等の配置の効果を検証する視点も重要である。大学等においては、学生の心の問題・成長支援に関する課題やニーズへの理解を深め、心の悩みを抱える学生等を必要な支援につなぐための教職員向けの取組の推進を図るべきである。

○ さらに、児童虐待は、子どもの心身の発達と人格の形成に重大な影響を与えるため、市町村及び児童相談所の相談支援体制を強化するなど、発生予防から虐待を受けた子どもの自立支援に至るまで一連の対策を推進していくことが必要である。

また、社会的養護の下で育った子どもは、施設などを退所し自立するに当たって、保護者などから支援を受けられない場合が多く、その結果、様々な困難を抱えることが多い。そのため、子どもの自立支援を効果的に進めるために、例えば１５歳や１８歳など進学や就職などのタイミングで支援が途切れることのないよう、自立した後も引き続き子どもを受け止め、支えとなるような支援の充実を図ることが必要である。

○ このほか、学校の長期休業明けにおいて、児童生徒の自殺が多く発生していることから、長期休業前、期間中、終了前における見守り等の取組を実施することが必要である。

○ また、学校における取組だけでなく、ひきこもりを含め、１０代後半で学校を含めた社会とつながりのない若者、２０歳代や３０歳代で社会とつながりのない若者への支援も必要である。悩みを打ち明けて相談できる身近な者がいない若者は、とりわけ孤立しやすい。そうした若者がひとたび孤立すると、周囲がそうした若者を支援することは難しくなる。社会とつながり

の減少や生きていても役に立たないという役割喪失感から、生きがいを失い、危機的な状態まで追い込まれてしまうこともある。そのため、若者が孤立する一歩手前で、地域とつながり、支援とつながることができるよう、精神保健との連携を取りつつ、生活困窮者自立支援制度における子どもの学習支援事業による生活困窮世帯の子どもを対象とした学習支援や居場所づくり等の活動などの支援が必要である。

#### ＜ICT<sup>12</sup>も活用した若者へのアウトリーチ策の強化＞

- 若者は、自発的には相談や支援につながりにくい傾向がある一方で、インターネットやSNS<sup>13</sup>上で自殺をほのめかしたり、自殺の手段等を検索したりする傾向もあると言われている。そのため、自宅への訪問や街頭での声かけ活動だけではなく、ICTも活用した若者へのアウトリーチ策を強化することが必要である。

#### ＜若者の身近な者を含めた支援者等への支援＞

- 若者は、支援機関の相談窓口ではなく、個人的なつながりで、友人や恋人等の身近な者に相談する傾向があると言われている。悩みを打ち明けられ、相談を受けた身近な者が、対応に苦慮して自らも追い詰められているという事案（いわゆる「共倒れ」）も発生していると言われている。この背景には、こうした身近な者を対象とした研修等の支援が少ないことが考えられる。そのため、若者の身近な者を含めた支援者等への支援が必要である。

### （２）過重労働を始めとする勤務問題による自殺対策の更なる推進

我が国の自殺者数は、近年、全体としては低下傾向にあるものの、勤務問題を原因・動機とする自殺は、その約9割を20歳代から50歳代までが占める<sup>14</sup>とともに、他の原因・動機に比べて、ピーク時<sup>15</sup>からの減少率が低い<sup>16</sup>ことを踏ま

<sup>12</sup> Information and Communication Technology：情報通信技術

<sup>13</sup> Social Networking Service：ソーシャル・ネットワーキング・サービス

<sup>14</sup> 厚生労働省自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全企画課「平成28年中における自殺の状況」によれば、勤務問題による自殺は1978人（平成28年）であり、そのうち20歳代から50歳代までの合計は1,784人である。

<sup>15</sup> 自殺統計原票について、原因・動機の個数を最大3つまで計上する等の改正が行われた平成19年以降

<sup>16</sup> 厚生労働省自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全企画課「平成28年中における自殺の状況」によれば、勤務問題による自殺は1978人（平成28年）であり、ピーク時（平成23年）2689人からの減少率は、-26.4%である。このほかの原因・動機による自殺の減少率は、大きい順に、①経済・生活問題-58.0%（平成21年8377人、平成28年3522人）、②男女問題-32.9%（平成23年1138人、平成

え、本検討会では、過重労働を始めとする勤務問題による自殺対策の更なる推進を論点として取り上げた。

働き方改革実現会議では、長時間労働の是正、パワーハラスメント対策、メンタルヘルス対策を含めて集中的に審議が行われており、基本的には、同会議の取りまとめに沿って、これらを自殺対策の観点からも推進していくべきである。本検討会で特に議論があったのは、以下の点である。

- 過労死等をもたらす主な原因である長時間労働の是正に向けた更なる取組を行うことが必要である。過労死等の原因の一つである長時間労働の是正とともにパワーハラスメントの防止等は急務であり、「働き方改革実行計画」（平成29年3月28日働き方改革実現会議決定）も踏まえて対応していくべきである。
- 職場におけるメンタルヘルス対策を更に推進することが必要である。ストレス関連疾患の増加は、本人やその家族の幸福度を低下させるだけでなく、結果として、企業の活力や生産性の低下をもたらす。その際、働く方の健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践する「健康経営」の視点も重要である。
- 労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度の趣旨を踏まえ、長時間労働などの量的負荷のチェックの視点だけではなく、職場の人間関係や支援関係といった質的負荷のチェックの視点も踏まえて、職場環境の改善を図っていくべきである。
- 産業医、保健師等の産業保健スタッフを中心とした産業保健の充実、職場のメンタルヘルス対策や長時間労働縮減対策、産業保健と地域保健の連携を推進し、働く方の心身の健康の保持増進を図るべきである。
- 特に、メンタルヘルス対策の取組が進んでいない小規模事業場に対しては、産業保健と地域保健との連携が必要である。また、特にストレスチェックが義務化されていない小規模事業場に対する支援策について、支援策の周知が進んでいないと考えられることから、支援策を周知することが必要である。

---

28年764人)、③健康問題-30.6%(平成21年1万5867人、平成28年1万1014人)、④その他-29.2%(平成23年1621人、平成28年1148人)、⑤家庭問題-26.6%(平成23年4547人、平成28年3337人)、⑥学校問題-25.6%(平成23年429人、平成28年319人)である。

### (3) 各種施策について

本検討会では、自殺対策基本法の改正内容等を踏まえ、若者の自殺対策、過重労働を始めとする勤務問題による自殺対策を中心に議論を行ったが、これらの自殺対策以外の各種施策についても、現大綱をベースとしつつ、自殺対策基本法の改正の趣旨等を踏まえて、その充実を図るべきである。

#### <遺族等への支援>

- 遺族等が総合的な支援ニーズを持つ可能性があることを踏まえ、必要に応じて役立つ情報を迅速に得ることができるよう、相談先やその内容等が分かりやすく提示されるべきである。一般的な心身への影響と留意点、諸手続に関する情報、自助グループ等の活動情報、民間団体及び地方公共団体の相談窓口その他必要な情報について、情報提供を更に推進すべきである。

また、遺族等が直面するいわゆる心理的瑕疵物件を巡る空室損害問題等について、引き続き更に対応を検討すべきである。

- 遺族等支援において、遺児等への対策は、今後更なる対応が求められる課題である。遺児等だけでなくその保護者への支援、スクールカウンセラーや児童福祉司などの相談体制の充実を図るべきである。

遺族等に対する支援活動が安定的かつ適切に行われるように、支援に関わる機関や人達への支援や研修を推進すべきである。また、警察官や消防職員等の公的機関で自殺に関連した業務に従事する者に対して、適切な遺族等への対応に関する知識の普及を促進すべきである。

### ＜第3 施策の推進体制等＞

自殺は、経済・生活問題、健康問題、家庭問題など多様かつ複合的な要因及び背景を有し、様々な要因が連鎖する中で起きており、自殺を防ぐためには、包括的な生きる支援を展開することが重要である。

このため、社会的要因に対する働きかけと個人に対する働きかけの両面から総合的な対策を講じることが必要であり、現状や課題を踏まえつつ、自殺対策の目標設定と対策の企画立案、施策の検証・評価を行い、新たな政策提言、対策の企画立案への還元という一連の自殺対策のPDCAサイクルを確立する必要がある。

#### (1) PDCAサイクルの推進

- 国における自殺対策について、新大綱に基づく施策の実施状況、目標の達成状況等を把握し、その効果等を評価する必要がある。自殺対策を実効性あるものとするためにも、個別施策を検討するに当たっては、できるだけ客観的な指標で検証できるようにするという視点を持つことも重要である。自殺は、様々な要因が複雑にからみ合っただけ起こるものであり、ある施策が自殺者数の減少に与えた影響を単純に評価することは困難であるが、新大綱においては、施策の担当府省を明記するとともに、例えば全国相談窓口の認知度など、PDCAサイクルにおける補助的な評価指標を盛り込むことが考えられる。
  
- 地域における自殺対策について、自殺総合対策推進センター及び全国の地域自殺対策推進センターによる支援を通じて、PDCAサイクルを推進すべきである。支援の具体的内容は、以下のとおりである。
  - (Pへの支援) 地域における自殺対策計画の策定に資するよう、各市町村の自殺の実態を分析した自殺実態プロフィールや、地域特性を考慮したきめ細やかな対策を盛り込んだ地域自殺対策の政策パッケージの提供
  - (Dへの支援) 地域における自殺対策計画に基づく施策の実施に資するよう、地域ネットワークの強化や人材養成、啓発等の地域における実践の支援
  - (Cへの支援) 地域における自殺対策計画の数値目標、施策の効果や課題の検証に資するよう、各自殺対策計画の達成度の精査、自殺実態プロフィールに基づき採用された政策パッケージの効果検証
  - (Aへの支援) 検証結果を踏まえた新大綱・自殺対策計画の見直し、施策の改善に資するよう、政策パッケージのバージョンアップ、新たな政策提言・情報発信

同センターを中心に、本報告書において示した今後の自殺対策の方向性や、地域特性に配慮した取組を強化した多彩な自殺対策事業をエビデンスレベルで検証・評価できる枠組みをシステムとして構築し、PDCAサイクルを効果的に推進していくべきである。このため、自殺総合対策推進センターにおいて、世界最高水準の自殺研究の活動と自殺対策の蓄積・分析を通じた政策提言が行えるよう、司令塔機能の更なる強化が求められる。

- 地域自殺対策を推進していくためには、地域の特性や課題に応じ、都道府県及び市町村自殺対策計画に基づくPDCAサイクルの構築・定着を支援し、実践的に解決していく枠組みを作ることが必要である。このため、地域自殺対策推進センターが、いわば管内のエリアマネージャーとして、自殺総合対策推進センターの支援を受けつつ、必要に応じて他の地域自殺対策推進センター等とのネットワークも活用しながら、管内の市町村を取り巻く環境に適した自殺対策の改善・最適化を図ることが求められる。また、国が実効性のある自殺対策計画策定ガイドラインを作成し、地方公共団体の自殺対策計画策定への支援が必要である。さらに、地方公共団体においては、自殺対策と他の施策等とのコーディネート役を担う自殺対策の専任職員を配置したり専任部署を設置するなどして、自殺対策を地域づくりとして総合的に推進することが期待される。

## (2) 数値目標の設定

自殺対策の推進に当たっては、適切な成果（アウトカム<sup>17</sup>）を基に対策の評価を行うことが重要である。具体的には、施策や事業を実施したことにより生じた結果（アウトプット<sup>18</sup>）が、成果（アウトカム）に対してどれだけの影響（インパクト<sup>19</sup>）をもたらしたかという関連性を念頭に置きつつ、施策や事業の評価を定期的に行い、改善を行い、この成果（アウトカム）に向けた評価及び改善の仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが重要である。

国においては、自殺対策の課題解決に向けた評価及び改善の仕組みを効果的に機能させる取組として、以下の政策目標を設定することとし、今後、各都道府県の取組等も踏まえ、各種指標を用いた各都道府県の現状の把握、新たな指標の検討、自殺対策計画の評価手順の在り方の検討等を随時行っていくことが求められる。

<sup>17</sup> アウトカム（成果）：施策や事業が対象にもたらした変化

<sup>18</sup> アウトプット（結果）：施策や事業を実施したことにより生じる結果

<sup>19</sup> インパクト（影響）：施策や事業のアウトプットによるアウトカムへの寄与の程度

また、都道府県・市町村においても、地域の実情に応じて独自の指標を開発していくことが望ましく、独自に開発した指標が全国で参考になると考えられる場合は、国に報告することが期待される。

- 旧大綱及び現大綱においては、平成28年までに、自殺死亡率を平成17年と比べて20%以上減少させることが目標とされている。平成27年の自殺死亡率は18.5であり、平成17年の自殺死亡率24.2から23.6%減少しており、目標が十分に達成されている。そのため、今後10年間の目標としては、さらに高い目標を掲げるべきである。
- 具体的に、今後10年間の目標としては、先進諸国の現在の水準<sup>20</sup>まで減少させることを目指し、平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少させるべきである<sup>21</sup>。最終目標は「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現である。

---

<sup>20</sup> 世界保健機関 Mortality Database によれば、先進諸国の自殺死亡率は、フランス15.1(2013)、米国13.4(2014)、ドイツ12.6(2014)、カナダ11.3(2012)、英国7.5(2013)、イタリア7.2(2012)である。

<sup>21</sup> 平成27年の自殺死亡率は18.5であり、それを30%以上減少させると13.0以下となる。

## おわりに

いま、社会が多様化する中で、地域の現場で起きる問題は複雑化・複合化している。既存の制度や支援の枠組みでは対処しきれない問題が増えており、そうした問題が最も深刻化した末に起きる現象の一つが自殺である。

自殺は、一部の人や地域だけの問題では決してない。様々な悩みが原因で心理的に追い詰められ、自殺以外の選択肢が考えられない状態に陥るという危機は、いわば「誰にでも起こり得る危機」である。

社会的要因の背景にある制度・慣行の見直しを進めるとともに、そういった危機的状态に陥ったときはもちろんのこと、危機的状态に至る前の段階においても、誰かに助けを求めることができる、そういった意識を、助けを求める側も求められる側も当然のこととして共有できるような社会を構築していくことも、あわせて重要である。

自殺対策基本法の制定以来、様々な関係団体による取組の効果もあって、年間自殺者数の減少という一定の成果が見られている。今般、自殺対策基本法の改正を受けて、自殺対策を更に次の次元へ推し進めていくためには、特別の対策としての自殺対策を着実に推進していくという視点だけでなく、困っている人がいれば救いの手をさしのべることが当たり前になるようなコミュニティのつながりを基盤とし、自殺対策を地域づくりの絶好の切り口ととらえ、いわば自殺対策を通じて地域のつながりを再生していくという視点で、関連する様々な施策と自殺対策との連動性を高めていくことが求められているのではないだろうか。

本報告書は、地域における自殺の実態の把握やこれに対応した地域施策の企画立案、施策の検証・評価、現場で精力的に活動する民間団体を始めとした関係団体の連携・協働の強化という、自殺対策の次なる段階に向けた新たな戦略的な方向性を具体的に示すものである。

今後、本報告書を最大限尊重して、自殺総合対策大綱の見直しが講じられることを期待するとともに、自殺対策が、自殺対策の枠組みを越えて、我が国の社会や地域の在り方を考えていく契機となることを望むものである。

新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会 構成員名簿

- 明石 祐二 一般社団法人日本経済団体連合会労働法制本部  
統括主幹
- 朝比奈 ミカ 中核地域生活支援センターがじゅまる センター長
- 五十嵐 千代 東京工科大学医療保健学部産業保健実践研究センター長、  
同大学同学部看護学科教授
- 生越 照幸 弁護士法人ライフパートナー法律事務所弁護士
- 黒田 正和 日本労働組合総連合会総合労働局労働法制対策局長
- 近藤 やよい 東京都足立区長
- 坂元 昇 全国衛生部長会副会長、川崎市健康福祉局医務監
- 清水 康之 NPO法人自殺対策支援センターライフリンク代表
- 生水 裕美 滋賀県野洲市市民部市民生活相談課課長補佐
- 杉本 脩子 NPO法人全国自死遺族総合支援センター代表
- 鈴木 晶子 一般社団法人インクルージョンネットかながわインクル  
相談室鎌倉 主任相談員・臨床心理士
- 田中 幸子 一般社団法人全国自死遺族連絡会代表理事
- 長瀬 輝 高月病院院長、公益社団法人日本精神科病院協会副会長
- 堀井 茂男 一般社団法人日本いのちの電話連盟理事長
- 松本 純一 公益社団法人日本医師会常任理事
- 南 砂 読売新聞東京本社取締役調査研究本部長
- 向笠 章子 福岡県スクールカウンセラー、広島国際大学大学院  
心理科学研究科 教授
- 本橋 豊 自殺総合対策推進センター長
- 渡辺 洋一郎 渡辺クリニック院長、公益社団法人日本精神神経科  
診療所協会会長

(○：座長) (五十音順、敬称略)

## 新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会 開催経過

平成28年

12月5日 第1回検討会

- ・新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会の運営
- ・自殺総合対策大綱に基づく施策の実施状況

12月26日 第2回検討会

- ・自殺総合対策大綱に基づく施策の実施状況
- ・論点案

平成29年

1月27日 第3回検討会

- ・自殺対策関係団体ヒアリングの実施

[ 日本精神神経学会  
日本産婦人科医会  
日本司法書士会連合会 ]

- ・論点案について意見交換

2月22日 第4回検討会

- ・論点案について意見交換

3月27日 第5回検討会

- ・報告書骨子案

4月26日 第6回検討会

- ・報告書案