

平成 25 年度検証・評価報告書（案）
～ 地域自殺対策緊急強化基金・緊急強化事業 ～

平成 25 年 10 月

自殺対策検証評価会議

目 次

- 1 . 地域自殺対策緊急強化基金及び地域自殺対策緊急強化事業の概要
 - (1) 地域自殺対策緊急強化基金設置の経緯
 - (2) 地域自殺対策緊急強化事業の概要
 - (3) 評価プロセス
- 2 . 実施状況
 - (1) 基金の執行状況
 - (2) 緊急強化事業類型別の実施状況
 - () 対面型相談支援事業
 - () 電話相談支援事業
 - () 人材養成事業
 - () 普及啓発事業
 - () 強化モデル事業
 - (3) 緊急強化事業の実施状況と自殺死亡率の変化
 - () 人口規模と自殺死亡率の関係
 - () 緊急強化事業の実施による自殺死亡率の変化
 - () 緊急強化事業の継続的な実施による自殺死亡率の推移
 - () まとめ
- 3 . 基金及び緊急強化事業の定量分析
 - (1) 自殺対策関連事業の政策効果についての基本的な考え方
 - (2) アウトカムレベルの分析
 - (3) アウトプットレベルの分析
 - (4) 検討課題
- 4 . 地方公共団体へのヒアリング調査
 - (1) 調査方法
 - (2) 調査結果の概要
 - (3) 調査のまとめ
- 5 . まとめと緊急強化事業の方向性
 - (1) 地方自治体の負担も含む時限的でない財源による事業の実施
 - (2) 事業の役割分担
 - (3) 直接的な事業へのシフト
 - (4) PDCA サイクル等による検証・評価

1．地域自殺対策緊急強化基金及び地域自殺対策緊急強化事業の概要

(1) 基金設置の経緯

平成 18 年 10 月に自殺対策基本法が施行され、翌 19 年には自殺対策総合対策大綱が策定されたが、当時は、全ての都道府県で本格的な自殺対策の取組みが行われているとは言えない状況にあった。また市町村での取組みは、平成 20 年 10 月に策定された「自殺対策加速化プラン」で担当部局が設置されるよう働きかけを行ったばかりの状況であった。

こうした状況の中、平成 10 年以降、年間の自殺者数が 11 年連続して 3 万人を超え、厳しい経済情勢を背景とした自殺の社会的要因である失業や倒産、多重債務問題の深刻化への懸念から、追い込まれた人に対するセーフティーネットの一環として、地域における自殺対策の強化が喫緊の課題となっていたことを踏まえ、「地域における自殺対策力」を強化するため、平成 21 年度補正予算において 100 億円の予算を計上、当面 3 年間の対策に係る「地域自殺対策緊急強化基金」（以下「基金」という）が造成された。

さらに、平成 22 年 10 月には、「住民生活に光をそそぐ交付金」（以下「光交付金」という）が創設され、基金の財源とすることも認められたことから、同交付金より基金へ約 17 億円の積み増しがなされた。その後、東日本大震災の影響が全国に広がっていることから、平成 23 年度第 3 次補正予算により、基金に 37 億円が積み増されるとともに当該期限を平成 24 年度まで延長された。また、平成 24 年の自殺者数は 15 年ぶりに 3 万人を下回ったものの、経済状況の悪化や震災等の影響により、依然として予断を許さない状況であることから平成 24 年度第 1 次補正予算により、さらに 30.2 億円が積み増しされ、当該期限もさらに平成 25 年度まで延長するなど、自殺対策への支援体制の拡充が図られてきている。

(2) 地域自殺対策緊急強化事業の概要

基金は、人口や自殺者数等に基づき各都道府県に配分され、緊急強化事業の内容については、国が提示した「対面型相談支援事業」、「電話相談支援事業」、「人材養成事業」、「普及啓発事業」及び「強化モデル事業」の 5 つのメニューの中から、各都道府県が地域の実情を踏まえて選択し、地域自殺対策緊急強化事業（以下「緊急強化事業」という）を実施している。市町村（特別区を含む。以下同じ。）においては、市町村事業計画に基づく申請に対して都道府県から交付される助成金を活用して事業を実施している。

(3) 評価プロセス

都道府県・市町村における自殺対策の取組みが広がる中で、昨年、基金が創設されて 3 年が経過したことを踏まえ、内閣府に「地域自殺対策緊急強化基金評価・検証チーム」（以下「評価・検証チーム」という）が編成され、平成 2

3年度の緊急強化事業について効果検証が行われ、報告書（以下「検証・評価チーム報告書」という）がまとめられた。

本年8月には、昨年度に改定された新たな自殺対策大綱に基づき、自殺総合対策会議の下に設置されていた自殺対策推進会議が2つの会議に発展的に改組されることとなった。これら2つの会議のうちの1つとして、検証・評価の機能の拡充・強化を図り、中立・公正の立場から施策の実施状況、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、評価・検証チームの経験を踏まえつつ、自殺対策検証評価会議（以下「会議」という）が設置された。

昨年度の検証・評価チーム報告書では、緊急強化事業の企画立案および実施が適切に行われているかなどについて定量的な評価が試みられたが、客観的検証を行うにあたりデータが十分ではなかったことなどから見直しが求められるとともに、都道府県・市町村における自殺対策推進体制などについて、質的側面を検証する重要性が説かれた。また、当該報告書を受け、評価・検証チーム構成員等の意見をもとに、内閣府では各都道府県からの実績報告についての見直しを行い、平成24年度から新たな様式での報告を受けることとした。その結果、昨年、検証・評価を行えなかった事項についても、新たに検証・評価を行うことが可能となるなど、進展がみられたところもある。

本報告書は、こうした経緯を踏まえ、検証・評価チーム報告書の分析をよりいっそう発展・深化させ、基金の政策効果を客観的に把握することを目的として、平成24年度の事業内容を中心に様々な角度から検証を行ったものである。

基金の執行状況及び事業実績に関する事項は、「2. 実施状況」としてまとめた。基金と緊急強化事業との関係についての分析は「3. 基金及び緊急強化事業の定量分析」にまとめた。またあわせて自殺対策の実態を把握する目的で複数の地方自治体にヒアリング調査を行ったが、その論点をまとめたものとして「4. 地方公共団体へのヒアリング調査」を付している。以上を踏まえ、全体のまとめとして重要な事項は、「5. まとめと緊急強化事業の方向性」に記述した。なお、このうち、「3. 基金及び緊急強化事業の定量分析」は分析にかかる事項であるため、試行的要素を含んでおり、このことが本報告書の特徴ともなっている。自殺対策にかかる政府政策の政策効果の把握の方法については安定的な分析方法はまだ確立されていないが、そのための努力は必要であるとの認識に本検証会議は立脚している。その意味において本報告書で示された分析結果は、客観分析のみならず、一定の解釈も含んでいることをお断りしておきたい。

緊急強化事業は都道府県に造成された基金を執行する形で実施されている。なお、緊急強化事業の実施状況については、都道府県・政令指定都市においても事業の検証・評価が行われているところである¹。今回の分析において、これ

¹ 「都道府県・政令指定都市および市区町村における自殺対策の取組状況に関する調査報告書（平成25年度）」（（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター）による結果では、88%の都道府県・政令指定都市で基金を活用した事業の検証・評価として、自己評価か第三者評価が行われている。

らは相互に関連性を有しているわけではない。今後は相互の評価の間の連携・協力のあり方についても模索していくべきだろう。

なお、本検証においても、評価・検証チーム報告書と同様に、事業実績においては基金に繰り入れられた光交付金分の事業も対象に含むものである。

2．実施状況

(1) 基金の執行状況

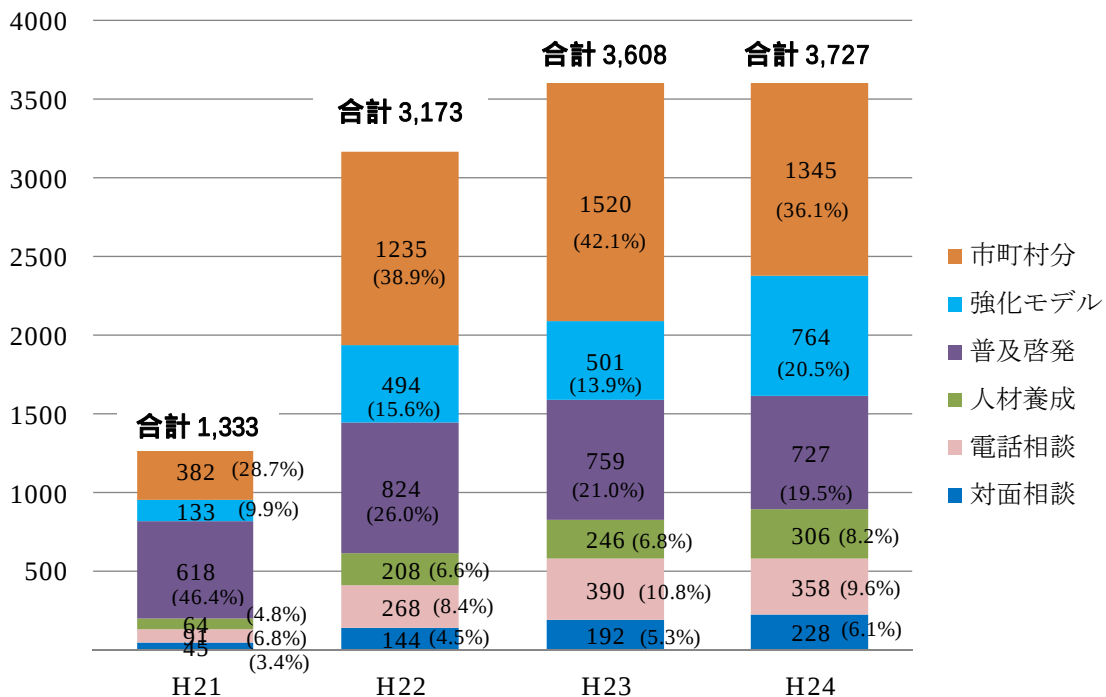
都道府県の事業実績では、全ての都道府県が基金による緊急強化事業を実施しており、執行金額は年々増加している（図表1）。事業総額に占める普及啓発事業の割合は平成23年から低下している一方、強化モデル事業、人材養成事業、対面相談事業の割合は上昇傾向にある。市町村の事業実績では、執行金額は24年で初めて減少している。事業別の割合については、普及啓発事業では、都道府県と同様に低下しているが、人材養成事業、対面相談事業は引き続き上昇傾向にある。

こうした背景には、一般に自殺対策事業は普及啓発事業を経て相談事業、人材養成事業、強化モデル事業へシフトする傾向がある中で、22年度、23年度に新たに緊急強化事業を実施した市町村が、まず普及啓発事業から着手し、その後の対策が一定程度進んだことから、他のより実践的な事業にシフトしてきていることが考えられる。また、緊急強化事業を実施する市町村が増加しているにも関わらず、市町村単位で執行金額が減少している要因としては、1事業あたりの執行額（同図表が普及啓発事業より低い人材養成事業の割合が増加したことが考えられる。

図表1 基金の事業実績（都道府県）

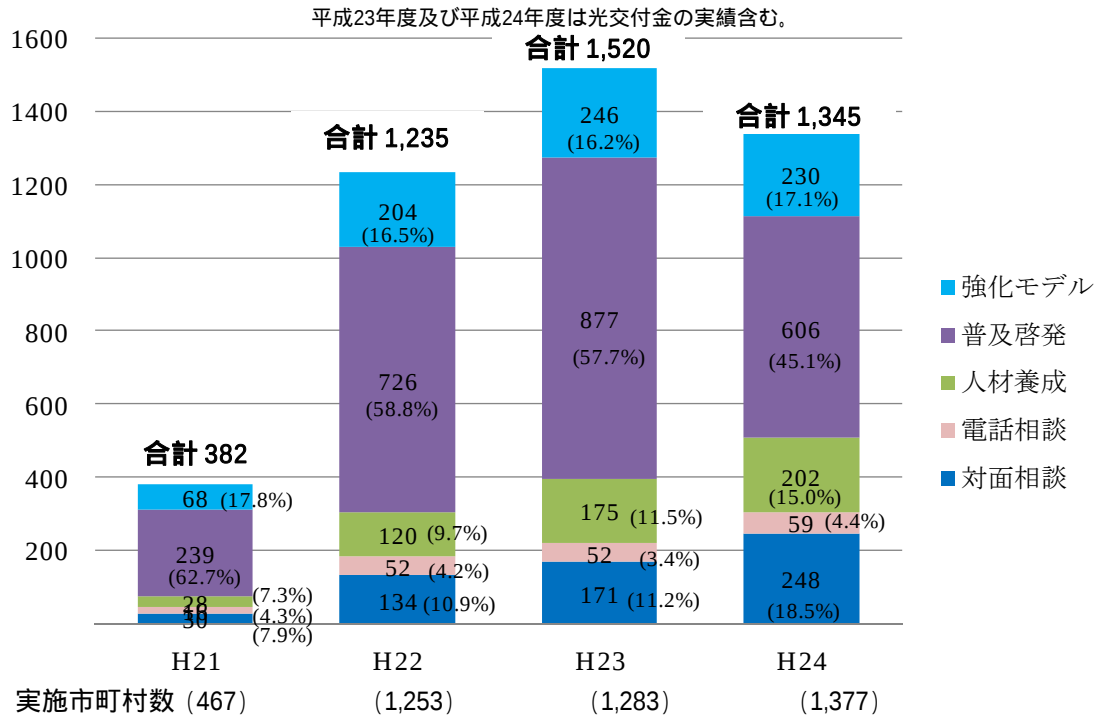
単位 百万円

平成23年度及び平成24年度は光交付金の実績含む。



図表 2 基金の事業実績（市町村）

単位 百万円



（２）緊急強化事業類型別の実施状況

平成24年度の一事業当たりの執行額は、23年度と同じく電話相談が最も多く、次いで強化モデルとなっている（図表2）。また、全ての都道府県で基金を活用した事業を実施しており、市町村では年々実施市町村が増加した結果、24年度では79%が基金を活用した事業を実施している。なお、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センターにおける「都道府県・政令指定都市及び市区町村における自殺対策の取組状況に関する調査」（以下「自殺対策の取組状況調査」という）によると、基金以外の財源により実施された自殺対策事業がないと回答した市町村は74.1%に上っている。

事業類型別市町村実施割合を23年度と24年度の変化で見みると（図表5）、普及啓発事業のみ低下している。

図表 3 平成 24 年度の事業類型別事業数と 1 事業あたりの執行額

	総数	対面相談	電話相談	人材養成	普及啓発	強化モデル
事業数	8,537	1,055	336	2,559	3,522	1,065
1事業あたり 執行額(千円)	437	451	1,241	198	379	933

図表 4 平成 24 年度の事業類型別都道府県実施割合

	総数	対面相談	電話相談	人材養成	普及啓発	強化モデル
都道府数	47	44	45	47	47	47
実施都道府県 の割合	100.0%	93.6%	95.7%	100.0%	100.0%	100.0%

図表 5 平成 24 年度の事業類型別市町村実施割合

	総数	対面相談	電話相談	人材養成	普及啓発	強化モデル
市町村数	1,377	577	141	912	1,179	293
実施市町村の 割合	79.0%	33.1%	8.1%	52.4%	67.7%	16.8%
(平成 23 年度 実施市町村割合)	(73.7%)	(26.5%)	(5.2%)	(46.9%)	(68.7%)	(14.7%)

(i) 対面型相談支援事業

対面型相談支援事業は都道府県の 93.6%、市町村の 33.1%が実施している(図表 4 ; 図表 5)。

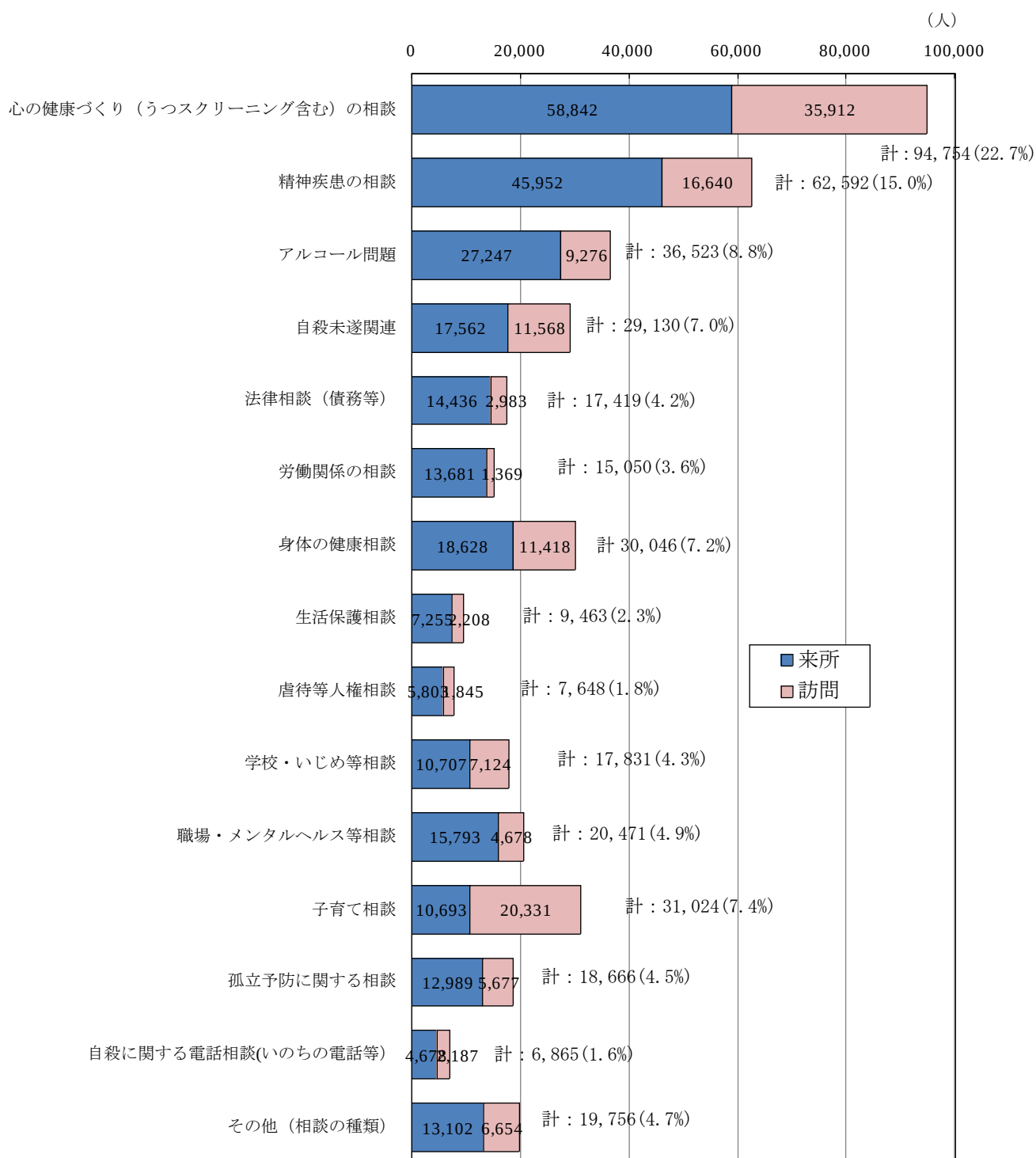
相談の種類別の相談者数割合を見ると、「心の健康づくり」が 22.7%で最も一番高く、次いで「精神疾患の相談」が 15.0%と、心の相談が依然多い一方、自殺の原因・動機で最も多い健康問題に関する相談である「身体 の健康相談」は 7.2%と 5 番目に高い割合になっている。

相談従事者別の事業割合では、高い順に「保健師」が 28.1%、「臨床心理士」が 16.1%、「精神科医師」が 10.9%、「精神保健福祉士」が 10.5%となっており、相談の種類に応じた相談従事者が相談を実施している。相談にあたっては全体的に来所によるものが多いが、「子育て相談」については、訪問が多くなっている。(図表 6 ; 図表 7)

また、相談者数に関する人口規模別の市町村区分での割合を見ると(図表 8)、「人口 5 万人未満の市町村」が 30.5%、「人口 5 万人以上 30 万未満の市」が 15.7%、

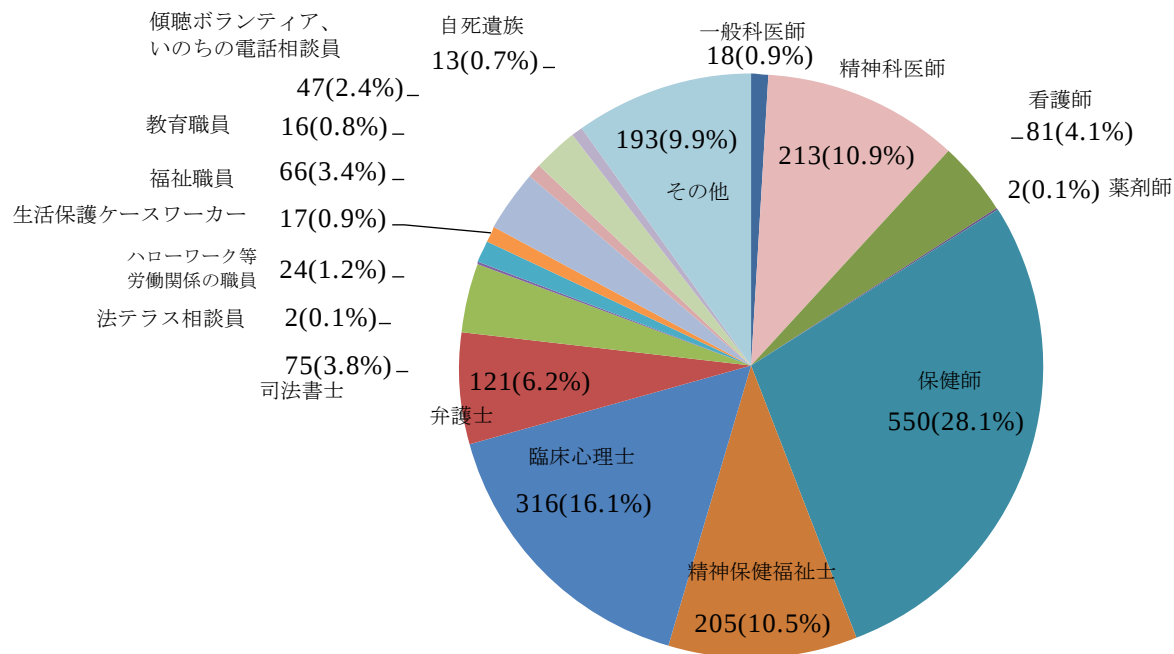
「人口 30 万人以上の市」が 11.1%と人口規模が小さい区分での相談者が多くなっているとともに、相談者数の人口に対する比率を見ても（図表 9）、0.74%、0.15%、0.1%（同順）と人口規模が小さい区分ほど比率が高くなっている。このことから、人口規模が小さいほど人口に対するカバー率でみて効果的であること、また、対面相談支援事業の効果を見る上で人口 5 万人以下の市町村が担っている役割が大きいことが伺える。

図表 6
対面相談支援事業に係る相談の種類・相談環境整備別相談者数（延人数）



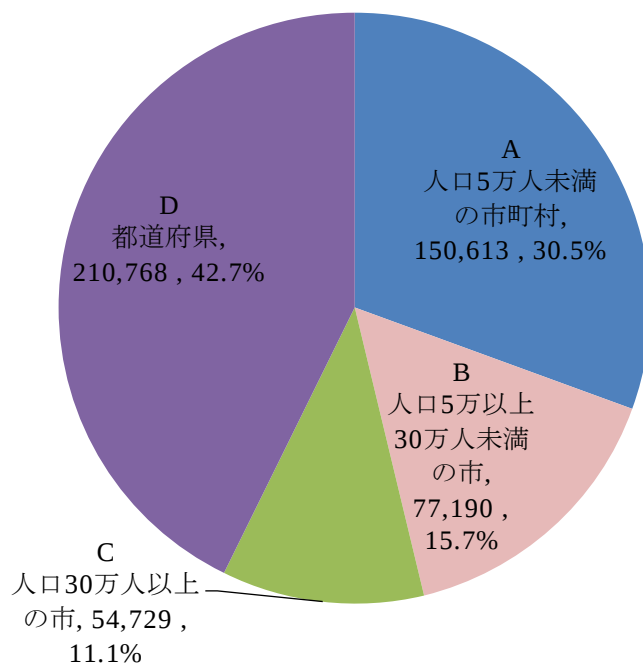
※ 1 相談の種類・相談環境整備を複数選択している場合はそれぞれに相談者数を計上した。
 ※ 2 「来所」「訪問」の両方を選択している場合はそれぞれに相談者数を計上した。

図表 7 対面相談支援事業に係る相談従事者別事業数割合



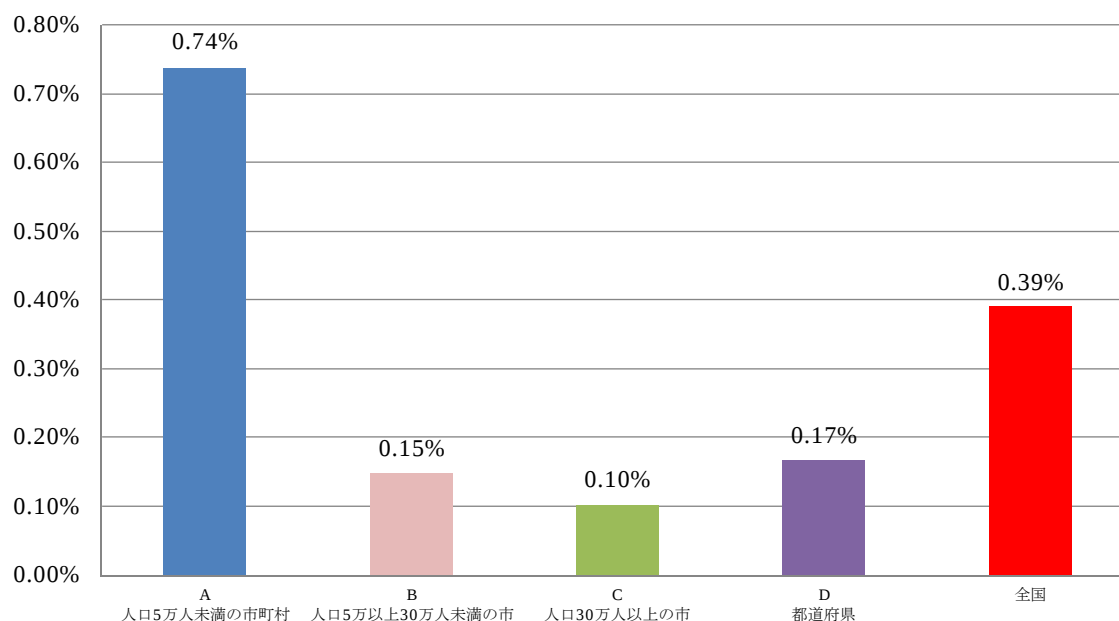
※相談従事者が複数選択されている場合はそれぞれに事業数を計上した。

図表 8 対面相談支援事業における人口規模別事業実施団体の相談者数



※市の区分は、平成 24 年 3 月 31 日現在の住民基本台帳の人口に基づく。以下同じ。

図表 9 対面相談支援事業における相談者数の人口に対比する比率



(ii) 電話相談支援事業

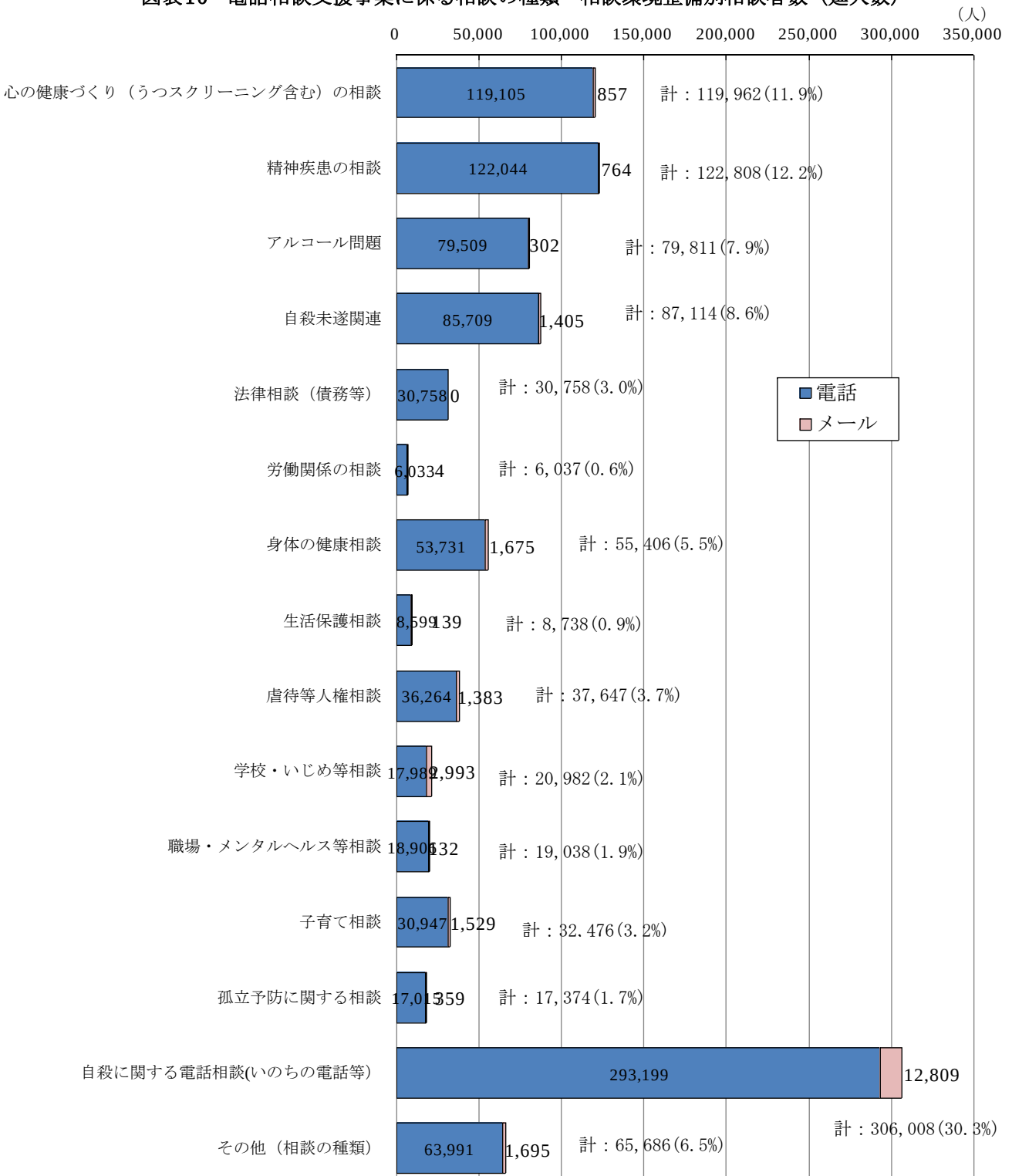
電話相談支援事業については、都道府県の 95.7%、市町村の 8.1%が実施しており（図表 4；図表 5）、市町村の実施率は都道府県と大きくかい離している。これは、電話相談支援事業の性質上、人口規模が小さく、職員数が少ない市町村においては、運用が困難なためと考えられる。

電話相談の種類別の相談者数割合を見ると（図表 10）、対面相談と同じく、「精神疾患の相談」が 12.2%、「心の健康づくり」が 11.9%と心の相談の割合が高い一方、対面相談では 1.6%に留まっている。また、「自殺に関する電話相談」が 30.3%と最も高い割合を占めている。相談にあたってはほとんどが電話によるものだが、「自殺に関する電話相談」では、メールによる相談の割合が他よりも高くなっている。

相談従事者別の事業割合では、最も高いのは対面相談と同じく「保健師」の 23.1%であるが、次に高いのは電話相談という特性から、「傾聴ボランティア、いのちの電話相談員」19.0%となっている。（図表 11）

また、相談者数に関する事業実施団体別の割合を見ると（図表 12）、相談者数の割合では、都道府県が 83.7%、市町村が 16.3%と都道府県が占める割合が高く、人口規模別の相談者数の人口に対比する比率を見ても（図表 13）、都道府県が高い。これは、事業を実施する市町村が前述のとおり少ないことが大きな要因である。そのほか1事業あたりの執行額が都道府県の方が大きいこと、1事業あたりの相談日数も多いことなどが影響しているものと考えられる。

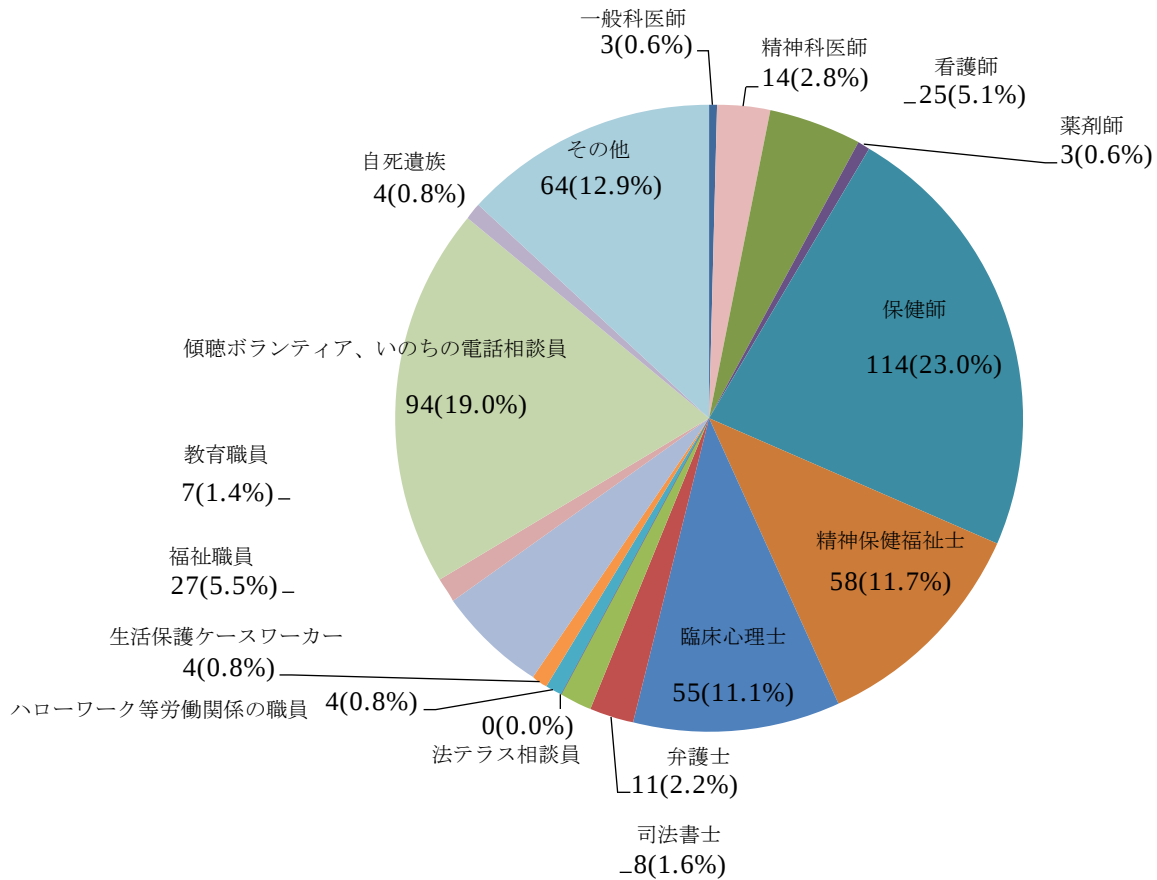
図表10 電話相談支援事業に係る相談の種類・相談環境整備別相談者数（延人数）



※1 相談の種類・相談環境整備を複数選択している場合はそれぞれに相談者数を計上した。

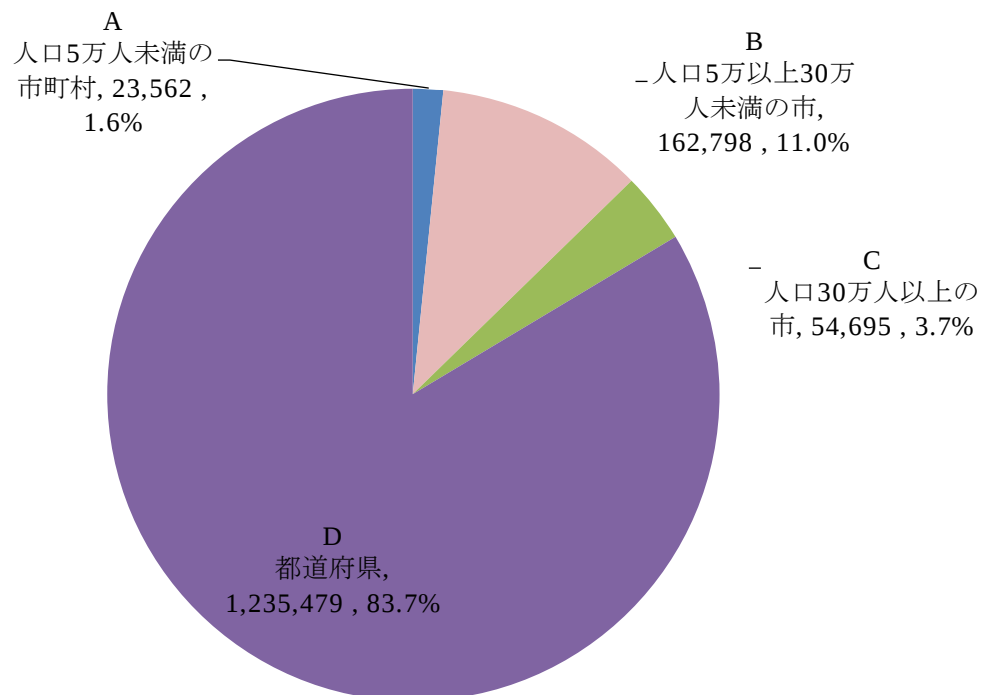
※2 「電話」、「メール」の両方を選択している場合はそれぞれに相談者数を計上した。

図表 11 電話相談支援事業に係る相談従事者別事業数割合

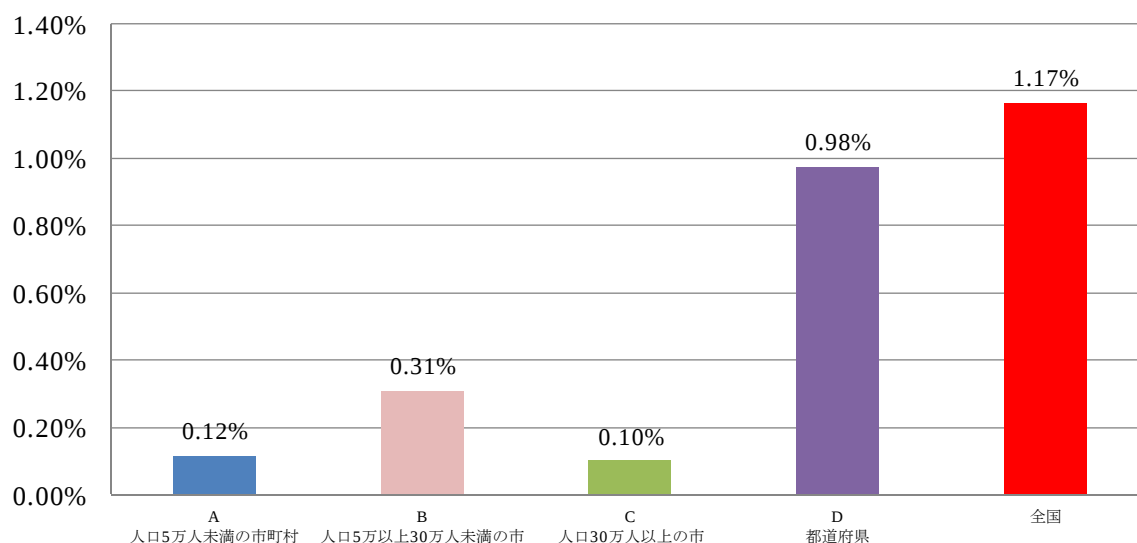


※相談従事者を複数選択している場合はそれぞれに事業数を計上した。

図表12 電話相談支援事業における人口規模別事業実施団体の相談者数



図表13 電話相談支援事業における相談者数の人口に対比する比率



※市の区分は、平成24年3月31日現在の住民基本台帳の人口に基づき区分している。

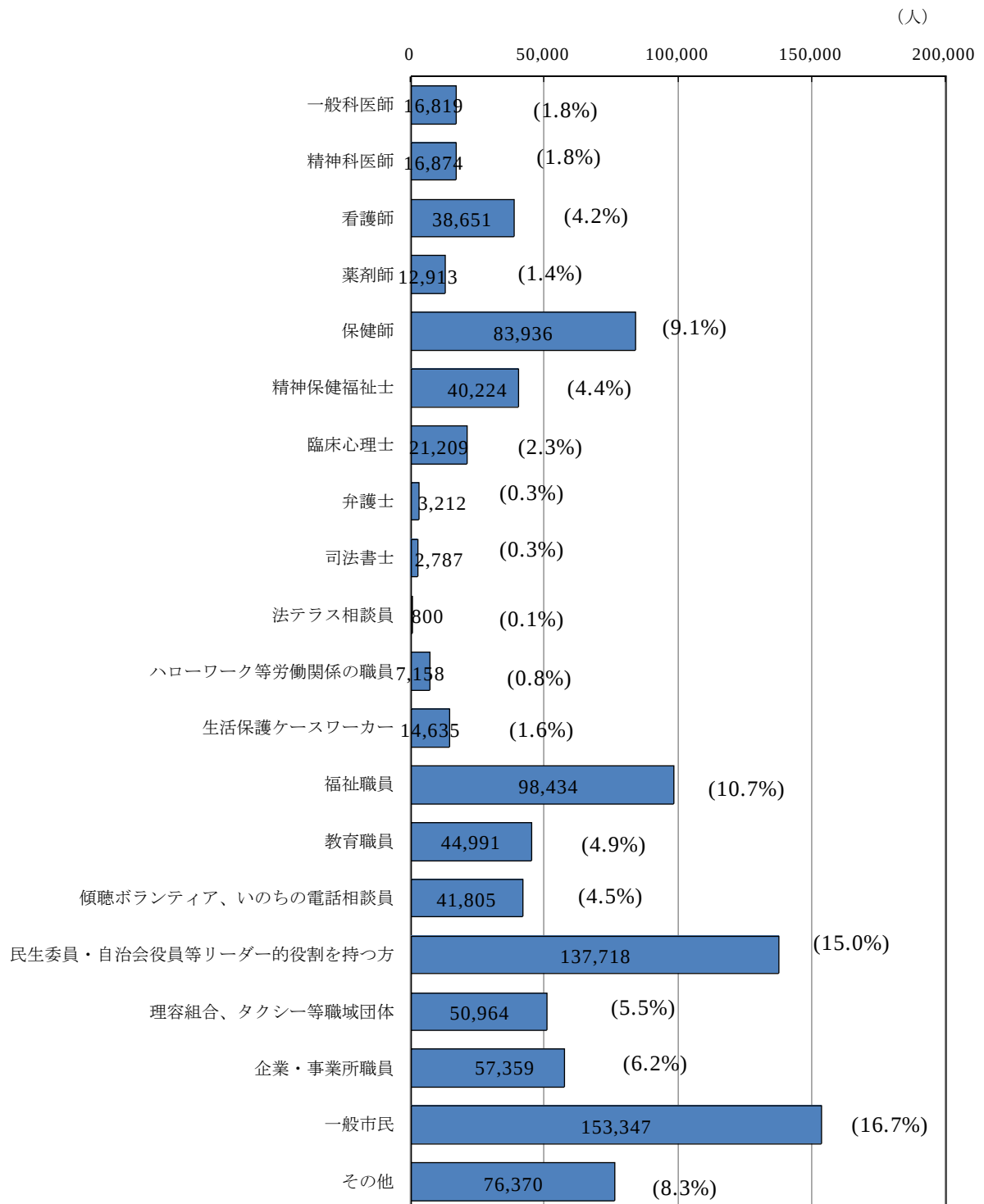
(iii) 人材養成事業

人材養成事業については、都道府県の100%、市町村の52.4%が実施している（図表4；図表5）。平成24年度において、緊急強化事業による各種の研修を受けた者は全体で延べ約92万人にのぼる。

養成対象の割合としては、専門職員では、相談支援事業の従事者の割合が高い「保健師」、「精神保健福祉士」がそれぞれ9.1%、4.4%と高く、「福祉職員」が10.7%、「教育職員」が4.9%と実際のゲートキーパーとして期待される職員に対しても高くなっている。また、一般を対象としたものでは、「一般市民」が16.7%、「民生委員・自治会役員等リーダー的役割を持つ方」が15.0%と2区分で約3割を占めている。（図表14）

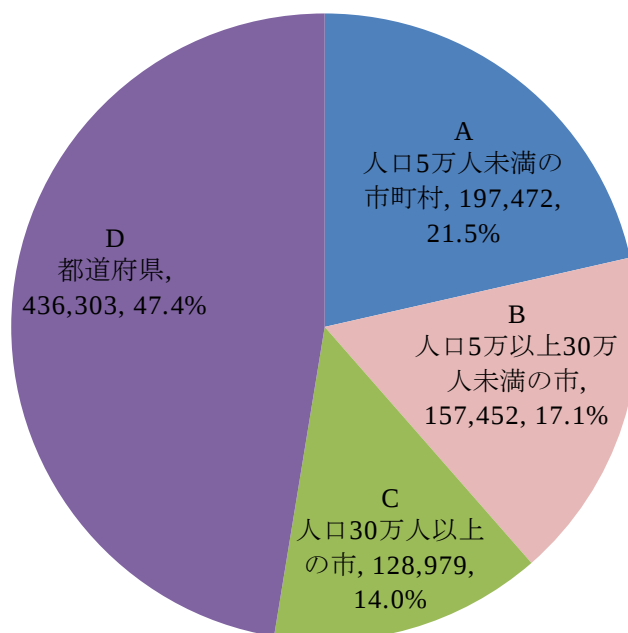
また、参加者数に関する人口規模別の市町村区分での割合を見ると（図表15）、「人口5万人未満の市町村」が21.5%、「人口5万人以上30万未満の市」が17.1%、「人口30万人以上の市」が14.0%と人口規模が小さい区分での参加者が多くなっているとともに、参加者数の人口に対比する比率を見ても（図表16）、0.97%、0.30%、0.24%（同順）と人口規模が小さい区分ほど広く住民に対し実施されており、このことから、人材養成事業においても人口5万人以下の市町村において効果的取組であることが伺える。

図表14 人材養成事業に係る人材養成対象区分別参加人数（延人数）

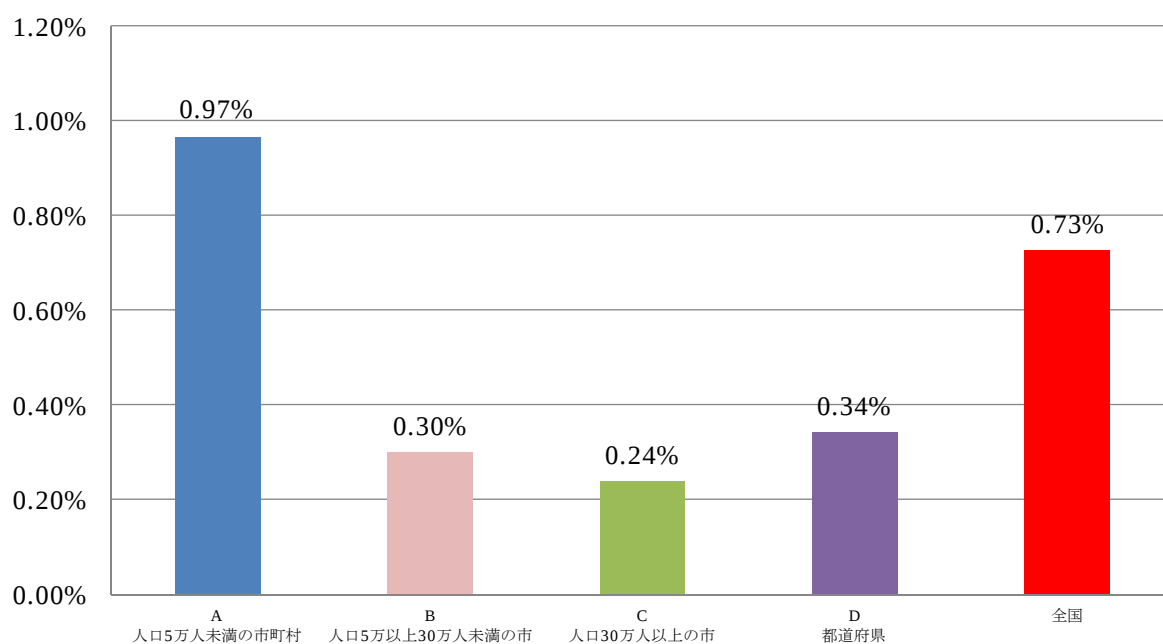


※人材養成対象区分を複数選択している場合はそれぞれに上した。

図表15 人材養成事業の参加者数



図表16 人材養成事業における参加者数の人口に対比する比率



(iv) 普及啓発事業

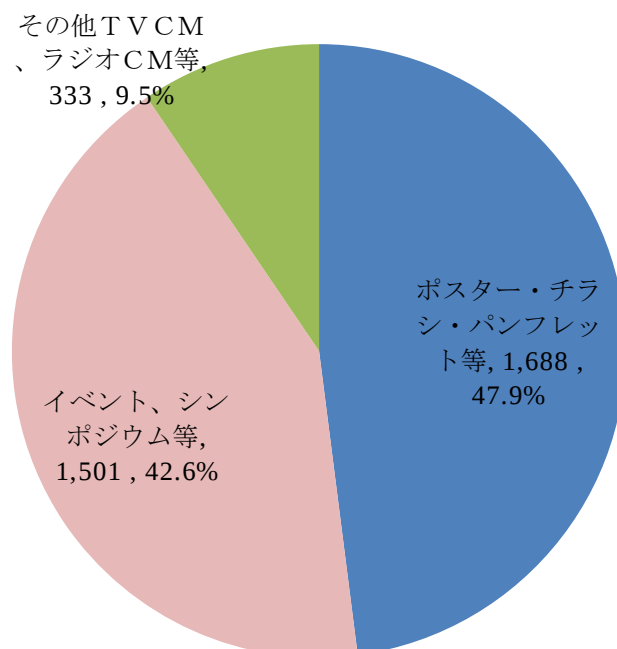
普及啓発事業は、都道府県の 100.0%、市町村の 67.7%が実施しており、事業類型別事業全体での実施割合は低下傾向にあるものの、緊急強化事業総数 8,537 事業のうち、普及啓発事業は 3,522 事業と未だ大きな割合（41.3%）を占める（図表 3；図表 4；図表 5）。

事業形態別にみると（図表 17；図表 18）、事業数及び実施自治体数では「ポスター、チラシ、パンフレット等」及び「イベント、シンポジウム等」の割合が「TVCM、ラジオCM等」と大差があるが、事業形態の構成は前年とほとんど変わらない。

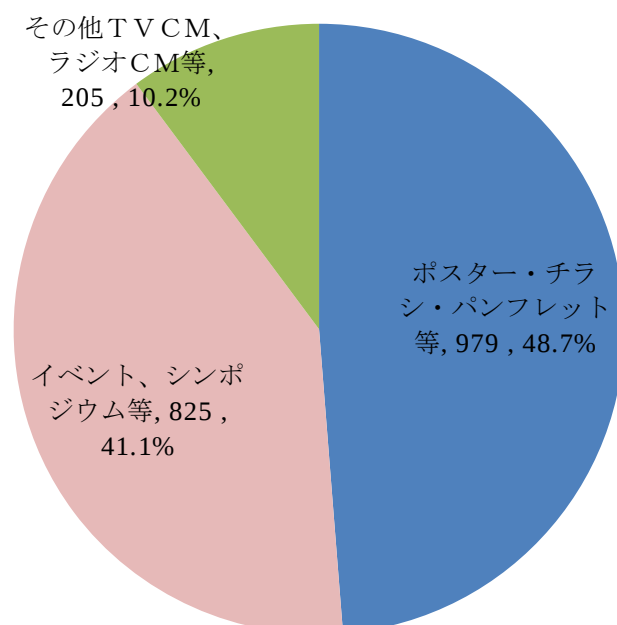
具体的な事業内容を見ると、「ポスター、チラシ、パンフレット等」及び「TVCM、ラジオCM等」の事業では、「市民のメンタルヘルスの向上に関する内容」及び「自殺に関する理解を深めるための内容」に関するものが特に多い。（図表 19；図表 25）また、人口規模別での 1 自治体あたりの事業数を見ると（図表 21；図表 27）、都道府県が非常に多く、「TVCM、ラジオCM等」では突出しているが、共通性がある普及啓発を行うに場合、作成及び実施にあたってスケールメリットを活かせることから合理性があるものと考えられる。

「イベント、シンポジウム等」の事業においても「市民のメンタルヘルスの向上に関する内容」及び「自殺に関する理解を深めるための内容」に関する参加者が多いが、次いで「職場・メンタルヘルに関する内容」、「就労に関する内容」での参加者が多い。人口規模別の参加者の人口に対する比率を見ると（図表 24）、「人口 5 万人未満の市町村」が他の区分より非常に高く、普及啓発を広く浸透させるに当たって、対面相談支援事業及び人材養成事業と同様、人口 5 万人未満の市町村において効果的であることが伺える。

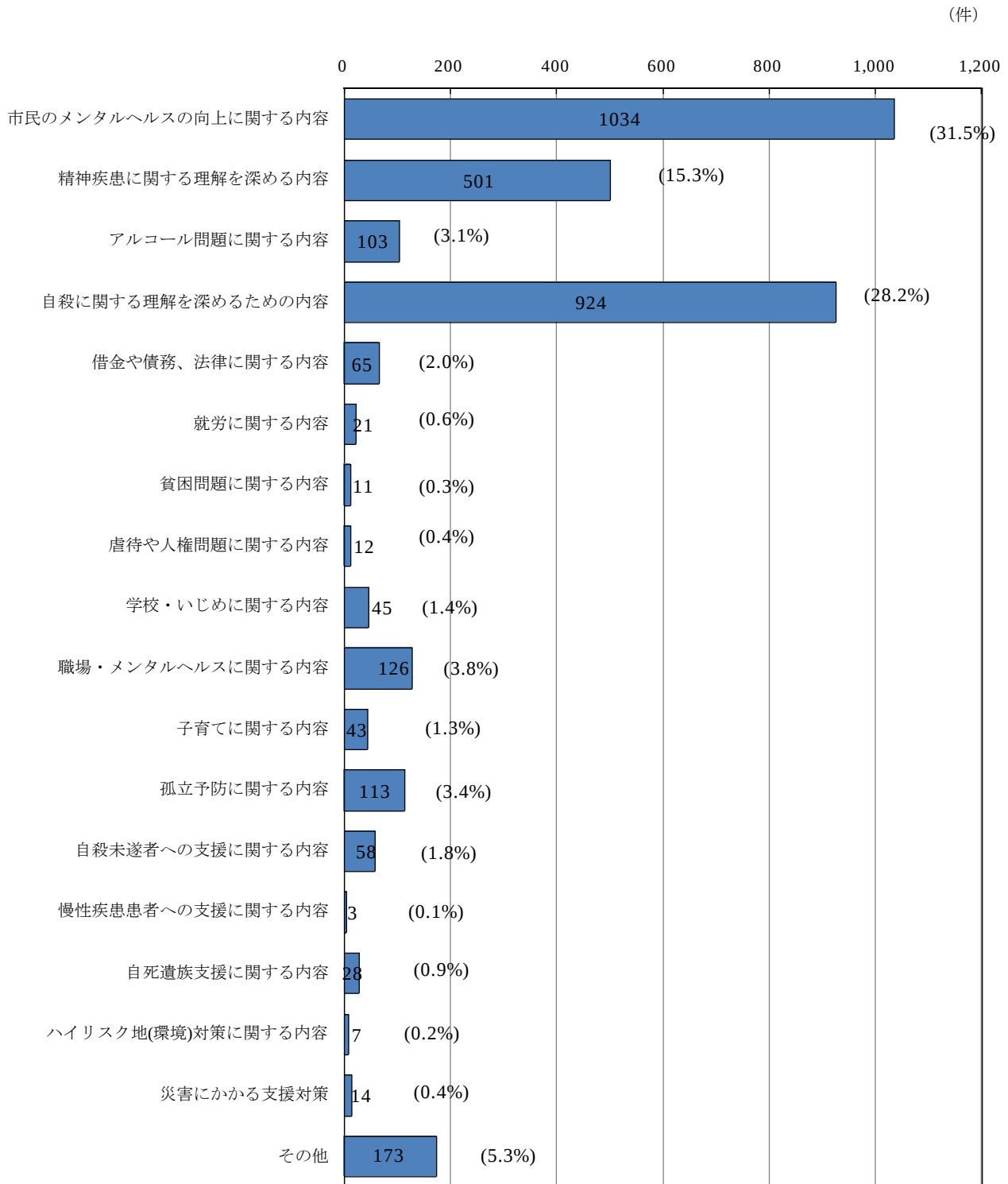
図表17 普及啓発事業における事業形態内訳（事業数）



図表 18 普及啓発事業における事業形態別実施地方自治体数



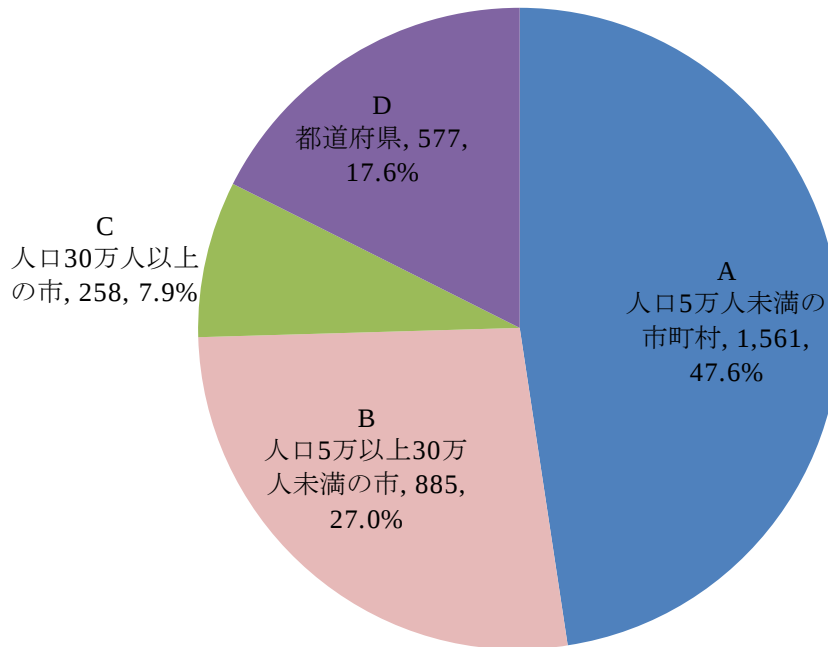
図表 19 普及啓発事業（ポスター・チラシ・パンフレット等）に係る事業内容別事業数



※事業内容が複数選択されている場合はそれぞれに事業数を計上している。

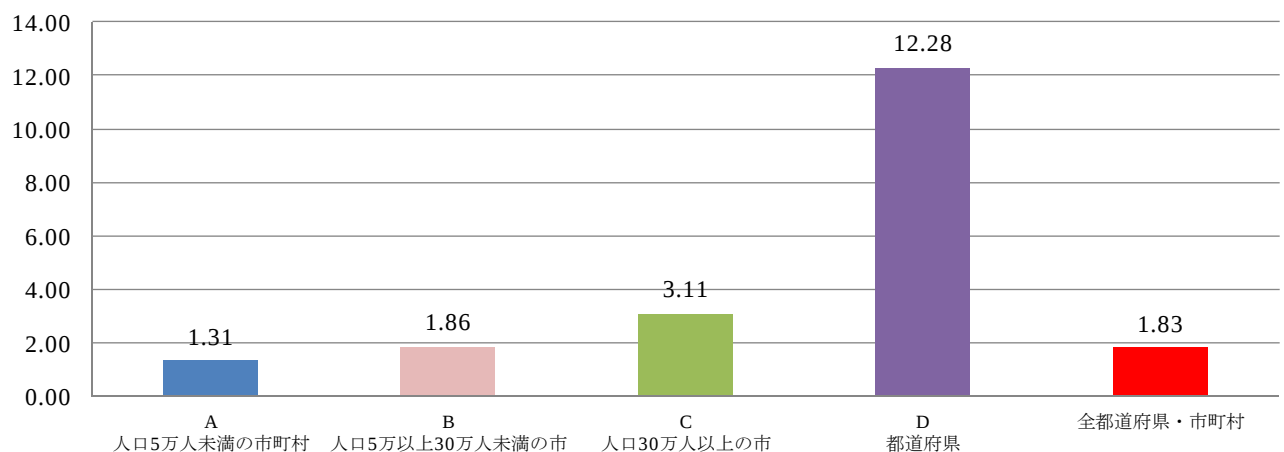
図表 20

普及啓発事業（ポスター、チラシ、パンフレット等）における事業数

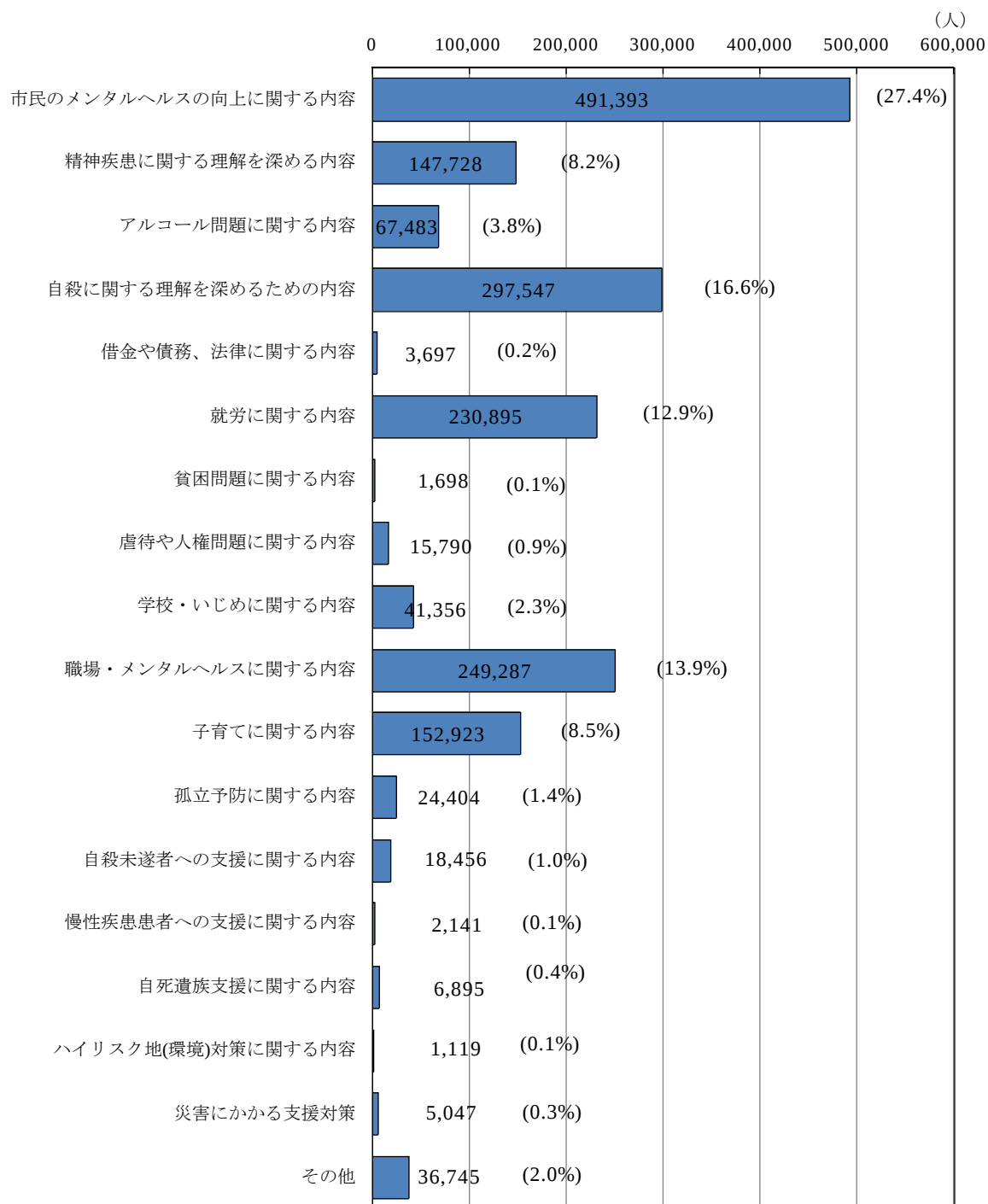


図表 21

普及啓発事業（ポスター、チラシ、パンフレット等）における1自治体あたり事業数

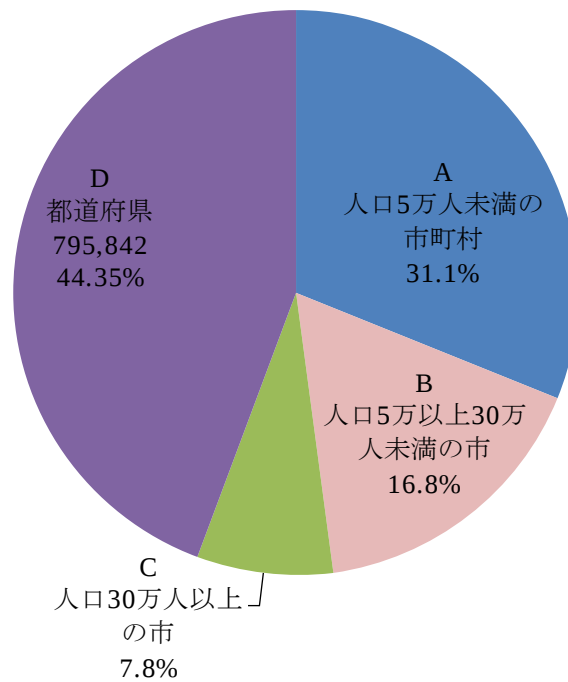


図表22 普及啓発事業（イベント、シンポジウム等）に係る事業内容別参加人数（延人数）



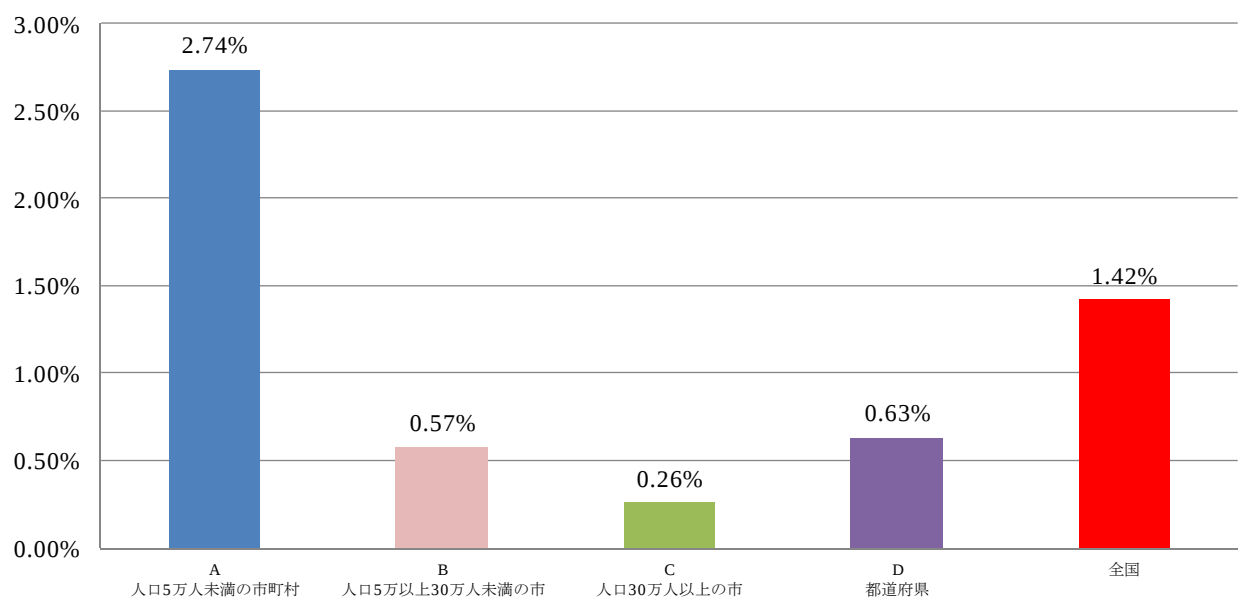
※事業内容が複数選択されている場合はそれぞれに参加人数を計上している。

図表 23 普及啓発事業（イベント、シンポジウム等）の参加人数

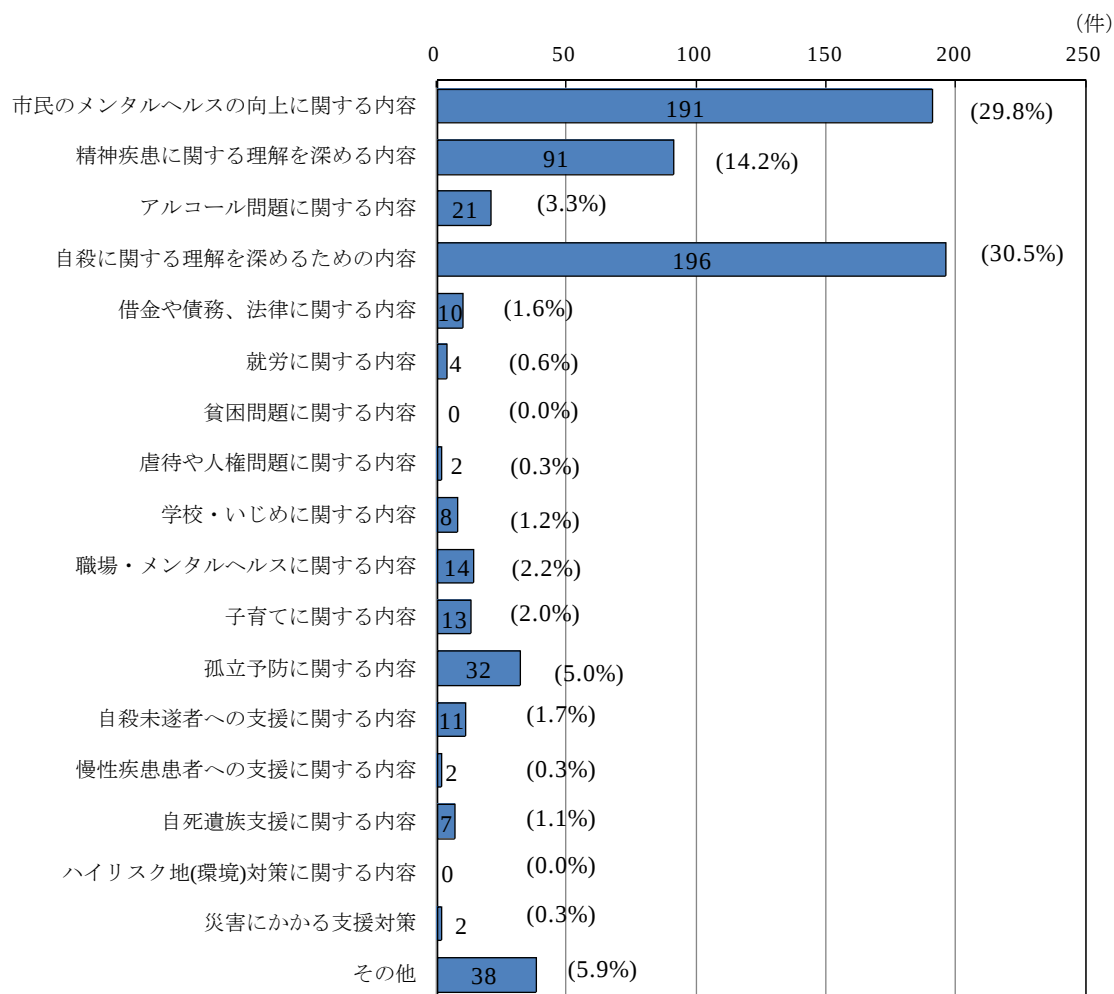


図表 24

普及啓発事業（イベント、シンポジウム等）における相談者数の人口に対比する比率

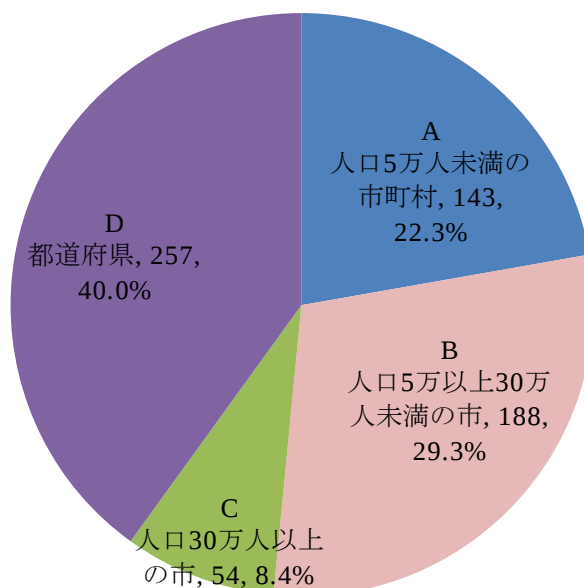


図表 25 普及啓発事業（TVCM、ラジオ CM 等）に係る事業内容別事業数

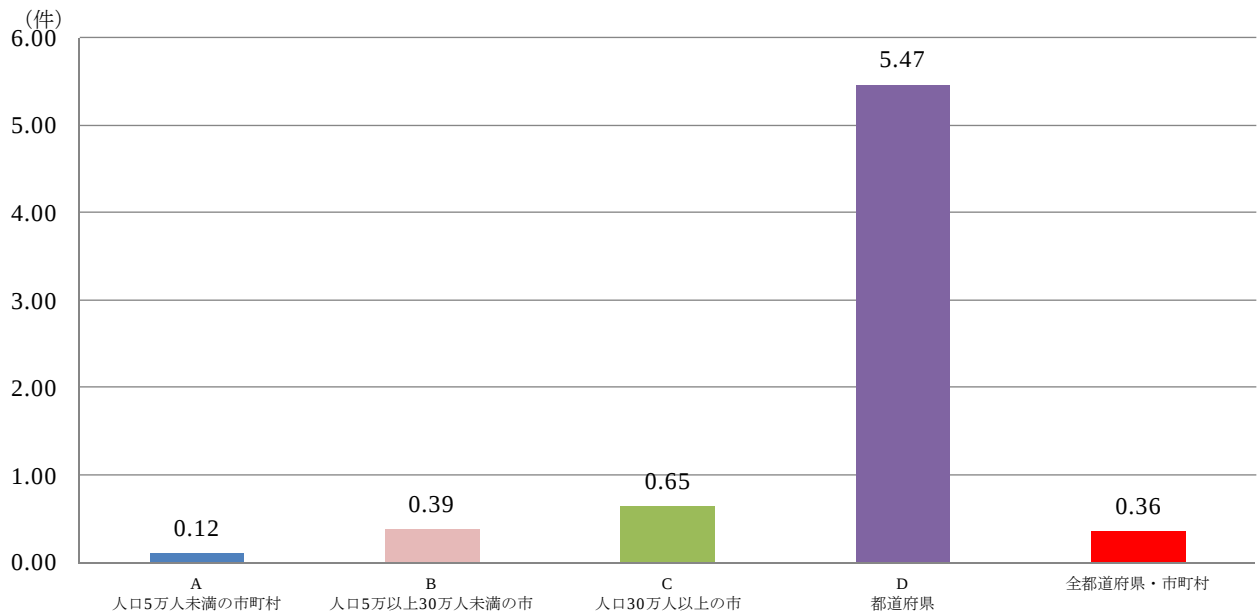


※事業内容が複数選択されている場合はそれぞれに事業数を計上している。

図表 26 普及啓発事業（TVCM、ラジオ CM 等）における事業数



図表 27 普及啓発事業（TVCM、ラジオ CM 等）における 1 自治体あたりの事業数



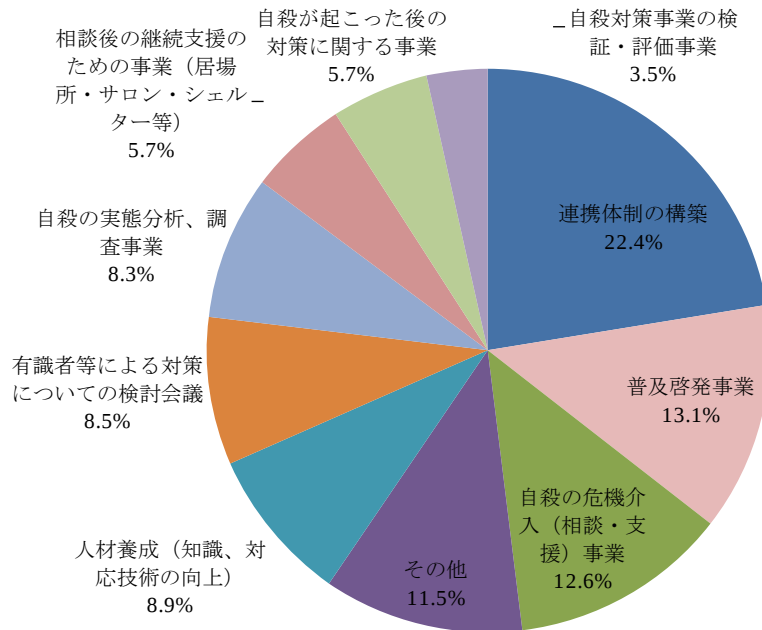
(v) 強化モデル事業

強化モデル事業は、都道府県の 100.0%、市町村の 16.8%が実施している（第 2－2 表及び第 2－3 表）。

事業種別の割合を見ると（第 2－25 図）、「連携体制の構築」が 22.4%と他と比べ高くなっている。事業内容別の割合を見ると（第 2－26 図）、「自殺に関する理解を深めるための内容」及び「市民のメンタルヘルスの向上に関する内容」が全体のそれぞれ 20.4%、12.7%と普及啓発事業と同様に高いが、「自殺未遂者への支援に関する内容」8.9%、「自死遺族支援に関する内容」7.2%と直接的な支援に関する事業の割合が比較的高い。

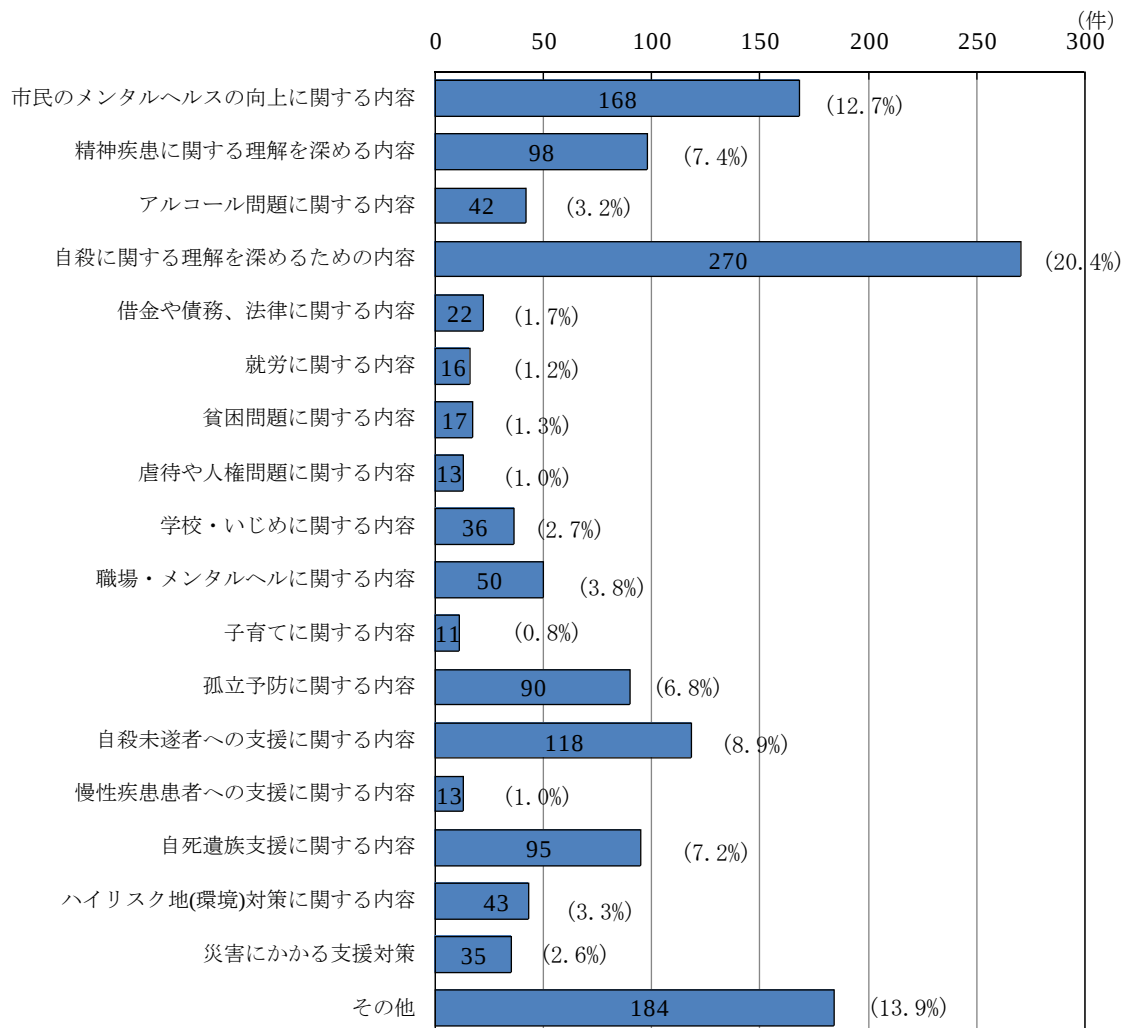
また、事業数に関する人口規模別での割合を見ると（第 2－27 図）、「人口 5 万人未満の市町村」が 28.9%、「人口 5 万人以上 30 万未満の市」12.5%、「人口 30 万人以上の市」10.8%、「都道府県」47.8.%と市町村区分では人口規模が小さいほど、実施事業数の合計では多い。しかしながら、1 自治体あたりでの事業数を見ると（第 2－28 図）、人口規模が大きいほど事業実施数が多い。このことから、強化モデル事業は、事業類型別における定型的な他の事業と比べ、より地域の実情を踏まえ、独自に事業を考案する必要があることから、人口規模大きく、職員数が多い自治体において選択がしやすい事業となっていると考えられる。

図表 28 強化モデル事業の事業種別割合



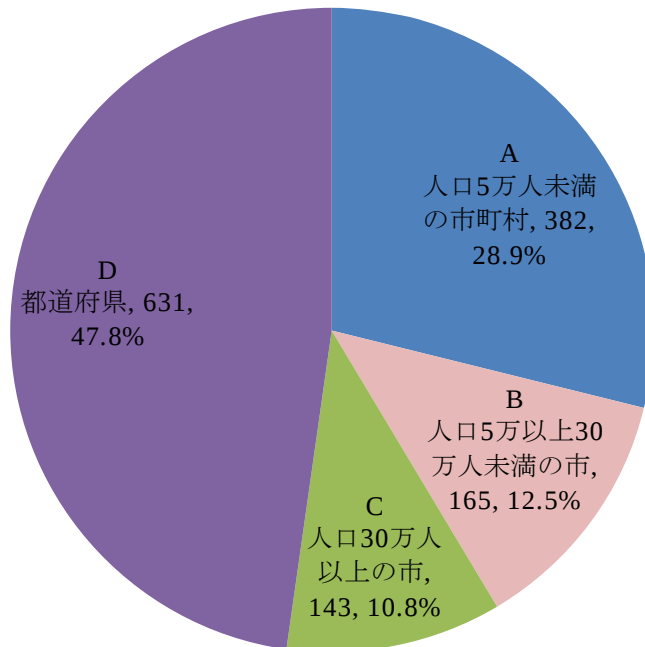
※ 事業種が複数選択されている場合はそれぞれの割合に計上している。

図表 29 強化モデル事業に係る事業内容別事業数

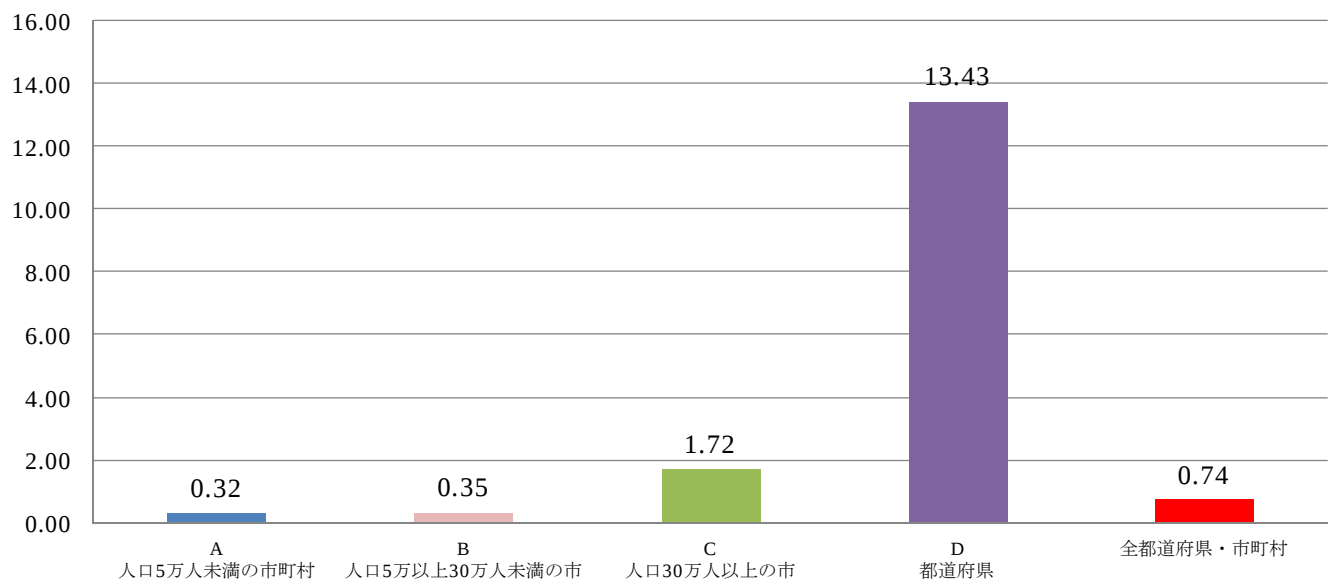


※ 事業内容が複数選択されている場合はそれぞれに事業数を計上している。

図表30 強化モデル事業における事業数



図表 31 強化モデル事業における1自治体あたりの事業数



(3) 緊急強化事業の実施状況と自殺死亡率の変化

(i) 人口規模と自殺死亡率の関係

図表 32 は、全市町村の、平成 24 年の人口と自殺死亡率をプロットしたものである。横軸の人口については対数尺度で目盛られている。この図からは、次の 3 つのことが読み取れる。

1 つ目は、粗い近似ではあるが、係数がマイナスの対数曲線により近似されており、人口規模の大きい市町村ほど、自殺死亡率が低い、逆に言えば、人口規模の小さい市町村ほど、自殺死亡率が高い傾向にあることである。

また、2 つ目は、人口規模が小さくなるほど、人口規模と自殺死亡率の間の下向きの勾配は大きくなる傾向にある。すなわち、人口規模が小さくなるほど、自殺死亡率の上昇幅が大きくなることである。

3 つ目は、人口規模が小さくなるほど、自殺死亡率の分散、ばらつきが大きくなることである。これは、人口の少ない市町村では、自殺者数の変動が僅かであっても、自殺死亡率は非常に大きく変動してしまうことによる。

(ii) 緊急強化事業の実施による自殺死亡率の変化

以上の観察を踏まえ、年度単位で見た緊急強化事業実施の有無とそれぞれの区分での自殺者数と人口の総数から算出した自殺死亡率の関係を見てみると（図表 33；図表 34）、「人口 5 万人未満の市町村」区分では、平成 21 年から 24 年までの各年とも、未実施市町村よりも実施市町村の自殺死亡率の方が高くなっており、相対的に自殺死亡率が高い市町村において事業が実施されていることがわかる。また、両者の自殺死亡率の差については、21 年では事業を実施している市町村と未実施の市町村では 3.6 もの開きがあったものの、24 年では 2.0 までその差は縮小しており、事業実施の効果がうかがわれる。

「人口 5 万人以上 30 万未満の市」区分では、各年とも事業実施の有無による自殺死亡率の大きな差はないが、事業を実施している市の方が 21 年では自殺死亡率が高かったものの 24 年ではわずかながら逆転をしている。

「人口 30 万人以上の市」区分では、「人口 5 万人未満の市町村」区分と反対に、各年とも事業実施の市よりも未実施の市の自殺死亡率の方が低くなっている。これは、事業実施の有無は年度単位で見ており、特に 24 年度については実施期間が概ね 25 年 1 月 - 3 月期になっていることを踏まえると、図表 32 で見たように、人口規模が大きくなるほど自殺死亡率が小さくなる傾向の下で、事業を実施している市の規模がより大きいことから、相対的に自殺死亡率が低く出やすいことによるものと推測される。なお、3 つの区分で、事業の実施・未実施市町村とも、経年的に自殺死亡率が低下する傾向にあるなかで、同区分の未実施市の自殺死亡率は、22 年から 23 年にかけて上昇している。

(iii) 緊急強化事業の継続的な実施による自殺死亡率の推移

次に、事業を4年間継続的に実施してきた市町村と事業を一度も実施していない市町村の自殺死亡率の推移を比較してみると（図表35；図表36）、「人口5万人未満の市町村」区分では、前述と同様に、各年とも、未実施市町村よりも実施市町村の自殺死亡率の方が高くなっており、相対的に自殺死亡率が高い市町村において事業が実施されている。また、平成21年から24年にかけての自殺死亡率の変化幅では、事業未実施よりも実施市町村の自殺死亡率の低下幅の方が大きくなり、自殺死亡率は事業実施の市町村では各年とも低下している一方、未実施の市町村では21年から22年にかけて上昇している。こうしたことから、自殺死亡率が相対的に高く、自殺死亡率低下の余地が相対的に大きいこの区分では、経年的な事業実施による自殺死亡率の低下幅の拡大が認められる一方、未実施の市町村では、全体的に自殺死亡率が低下している時点であっても、自殺死亡率が上昇するリスクが高いことが示されている。

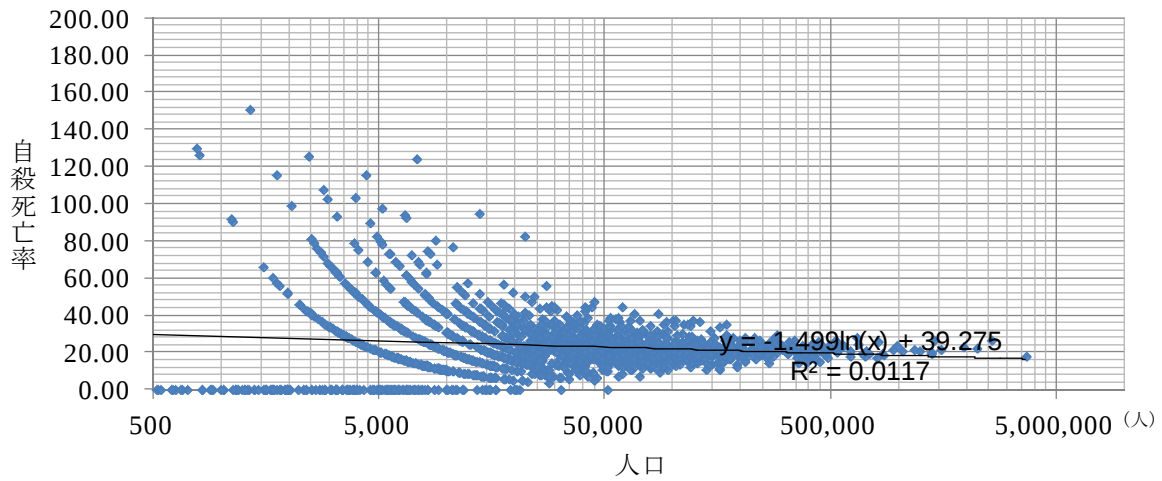
「人口5万人以上30万未満の市」の区分では、年ごとの低下幅に違いはあるものの、平成21年から24年にかけての自殺死亡率の低下幅は等しくなっており、事業実施の有無による差は見られない。

「人口30万人以上の市」区分では、4年間事業未実施の市がないことから、4年間継続的に実施してきた市の自殺死亡率の推移のみ表示しているが、これを見ると、平成21年時点で他の区分より自殺死亡率が低いことから、その低下幅は他の区分より小さいものの、24年までに1割弱の低下がみられる。

(iv) まとめ

以上をまとめると、人口規模の小さい市町村ほど、自殺死亡率が高い傾向で、自殺死亡率が相対的に高く、自殺死亡率低下の余地が相対的に大きい「人口5万人未満の市町村」区分では、継続的な事業実施による自殺死亡率の低下幅の拡大と、事業未実施による自殺死亡率上昇のリスクが示めされた。この結果は、少なくとも市町村の割合で67.9%を占める「人口5万人未満の市町村」の区分では、緊急強化事業の継続的な実施が自殺者数の抑制・低下に効果をもつことを示唆するものと考えられる。そして、こうした「人口5万人未満の市町村」規模での緊急強化事業の効果要因としては、前節で見たように、対面相談事業等での人口に対するカバー率の大きいことが考えられる。

図表 32 平成 24 年 市町村人口規模—自殺死亡率分布



緊急強化事業の実施による自殺死亡率の変化

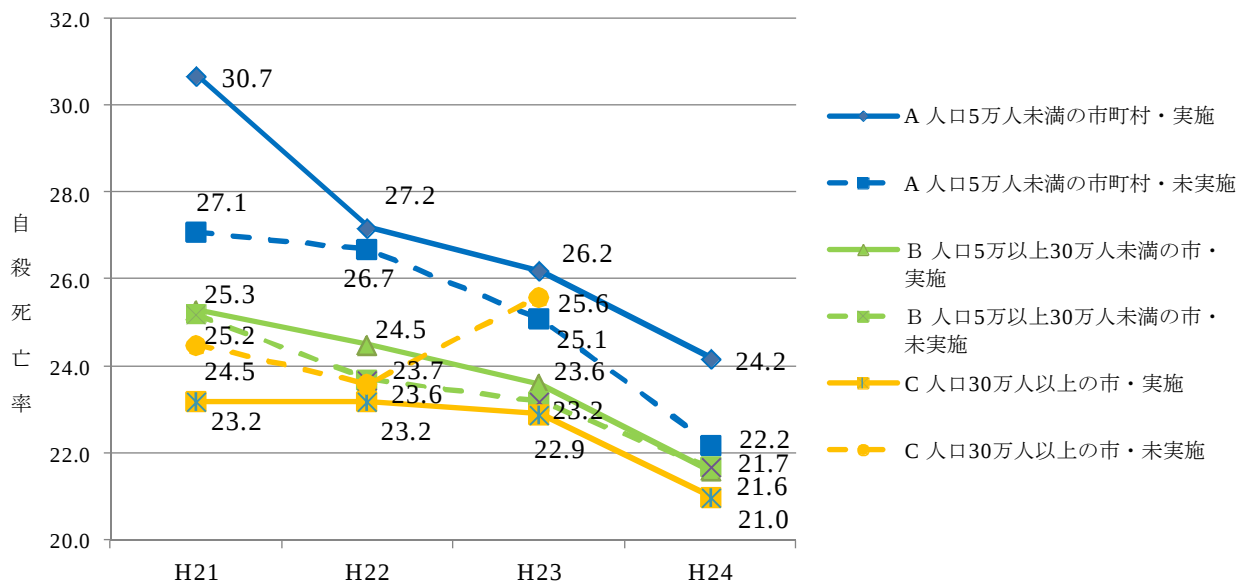
図表33

区分	H21		H22		H23		H24	
A 人口5万人未満の市町村・実施	(267)	30.7	(661)	27.2	(785)	26.2	(865)	24.2
A 人口5万人未満の市町村・未実施	(916)	27.1	(552)	26.7	(398)	25.1	(318)	22.2
B 人口5万以上30万人未満の市・実施	(152)	25.3	(374)	24.5	(416)	23.6	(429)	21.6
B 人口5万以上30万人未満の市・未実施	(324)	25.2	(102)	23.7	(60)	23.2	(47)	21.7
C 人口30万人以上の市・実施	(44)	23.2	(80)	23.2	(78)	22.9	(83)	21.0
C 人口30万人以上の市・未実施	(39)	24.5	(3)	23.6	(5)	25.6		

1 括弧内は市町村数

2 市町村規模はH24.3.31時点で整理

図表 34



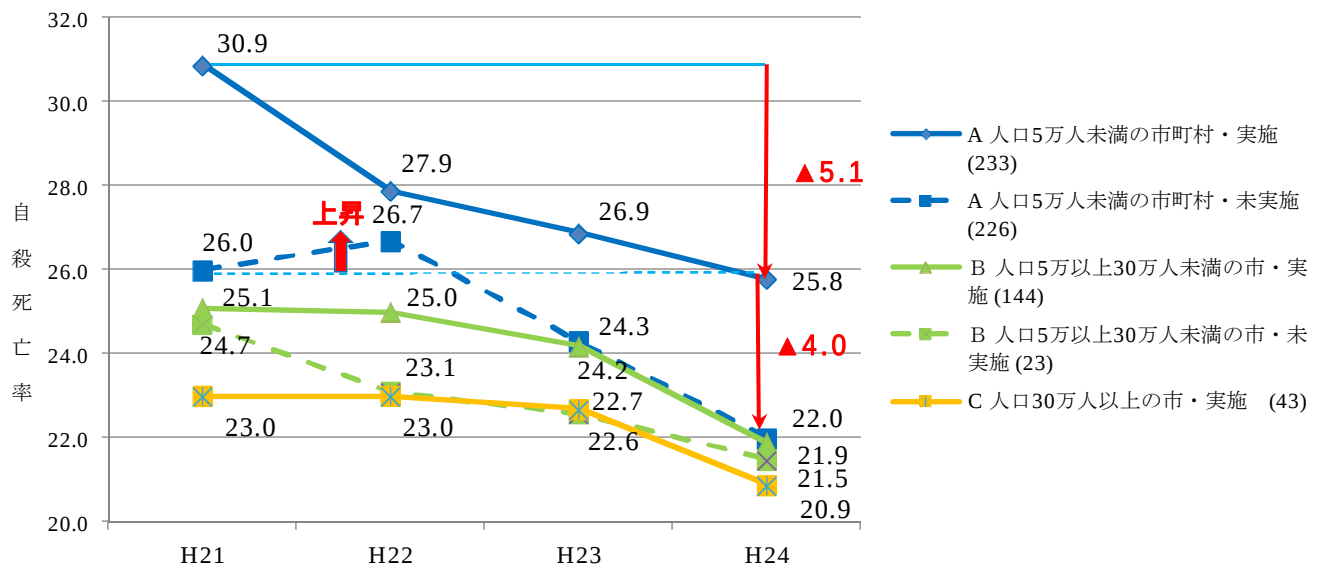
緊急強化事業の継続的实施による自殺死亡率の推移

図表35

区分	H21	H22	H23	H24	変化幅 (H21-24)
A 人口5万人未満の市町村・実施 (233)	30.9	27.9 (▲3.0)	26.9 (▲1.0)	25.8 (▲1.1)	▲ 5.1
A 人口5万人未満の市町村・未実施 (226)	26.0	26.7 (0.7)	24.3 (▲2.4)	22.0 (▲2.3)	▲ 4.0
B 人口5万以上30万人未満の市・実施 (144)	25.1	25.0 (▲0.1)	24.2 (▲0.8)	21.9 (▲2.3)	▲ 3.2
B 人口5万以上30万人未満の市・未実施 (23)	24.7	23.1 (▲1.6)	22.6 (▲0.5)	21.5 (▲1.1)	▲ 3.2
C 人口30万人以上の市・実施 (43)	23.0	23.0 (0.0)	22.7 (▲0.3)	20.9 (▲1.8)	▲ 2.1

- 1 「実施」とは、H21～H24継続的に実施しているもの
- 2 括弧内は前年からの変化幅
- 3 市町村規模はH24.3.31時点で整理
- 4 「人口30万人以上の市」では、H24において全市が「実施」している

図表 36



3．基金及び緊急強化事業の定量分析

(1) 自殺対策関連事業の政策効果についての基本的な考え方

本検証においては、定量分析として構成員たる四名の研究者（岩井淳委員、久保田貴文委員、須賀万智委員、中西三春委員）の協力を得ながら緊急強化事業に関する多面的な効果検証を試みた。その分析結果の説明に入る前に、本検証の留意点について簡単にまとめておく。ポイントは以下の3点である。

第1に、自殺対策の政府政策の政策体系に関する事項である。しばしば緊急強化事業には、政府予算が投じられているため、その予算に応じた自殺者数や自殺死亡率の減少を定量的に説明する方向に期待が寄せられる。しかしながら、自殺対策に関する政府政策の体系の実態は政府部内での複数の取り組みの集合であって、緊急強化事業もその重要な構成要素ではあるものの、あくまでもその一部分に過ぎない。

自殺対策にかかる政府政策の全体像（政策体系）については平成24年8月に改定された自殺総合対策大綱レベルの議論を念頭に置くことができるだろう。大綱レベルの議論としては、政府各部の活動を総合化することによって、自殺者数および自殺死亡率の減少を目指すというのが政府の基本的な方針であるという説明となる。このなかにあつて緊急強化事業は、「地域における自殺対策力」を強化するという役割を担うものである。こうした意味で、大綱レベルの議論と緊急強化事業レベルの議論は、相互に密接に関係しているものの、そこは全体論と部分論という違いがある。

第2に、緊急強化事業にかかる政府体系や予算執行上の特性やその影響に関する事項である。この点については具体的に、国・都道府県・市町村という三層の政府体系のなかで、国の予算措置を受けて都道府県に基金が造成されていること、基金の積み増しが他の交付金（光交付金）や補正予算によって図られていること、補正予算の時期によっては都道府県の予算編成に際しても一定の影響が生じうること、後に触れるように財源の安定性が十分ではないため都道府県においても恒常的な人件費になってしまうような取り組みについては着実な推進が見られないなどの限界があげられる。また、政府体系については、地方分権の理念に基づき地方側の自発性・自律性を十分に尊重することが求められていることも重要である。このことは他方で自治体ごとの取り組みの温度差にもつながるが、一定の均質的な取り組みが存在せず取り組みが多様であることは、分析上の限界ともなっているところである。これらの枠組みのなかで緊急強化事業が実施されている点には、注意を促しておきたい²。なお、これらの論点・課題を手際よくまとめているのが中西レポートにおける以下の概念

²中西レポートでは、「①都道府県の取り組みと市区町村の取り組みの自殺死亡率に対する影響を分離できないこと」「②自治体の中でも基金事業として行われたことだけが自殺対策の取り組みとは限らず、基金事業以外の取り組みの影響が排除できないこと」「③それぞれの自治体が基金事業を実施する前の状況が必ずしも等しくない（事業を実施する自治体と実施しない自治体との違いが自殺死亡率に影響しうる）こと」の3点が昨年度の検証・評価チームでも指摘されていた論点としてまとめられている。

図である。

図表 37

都道府県の取組みと市区町村の取組みの影響を分離できない

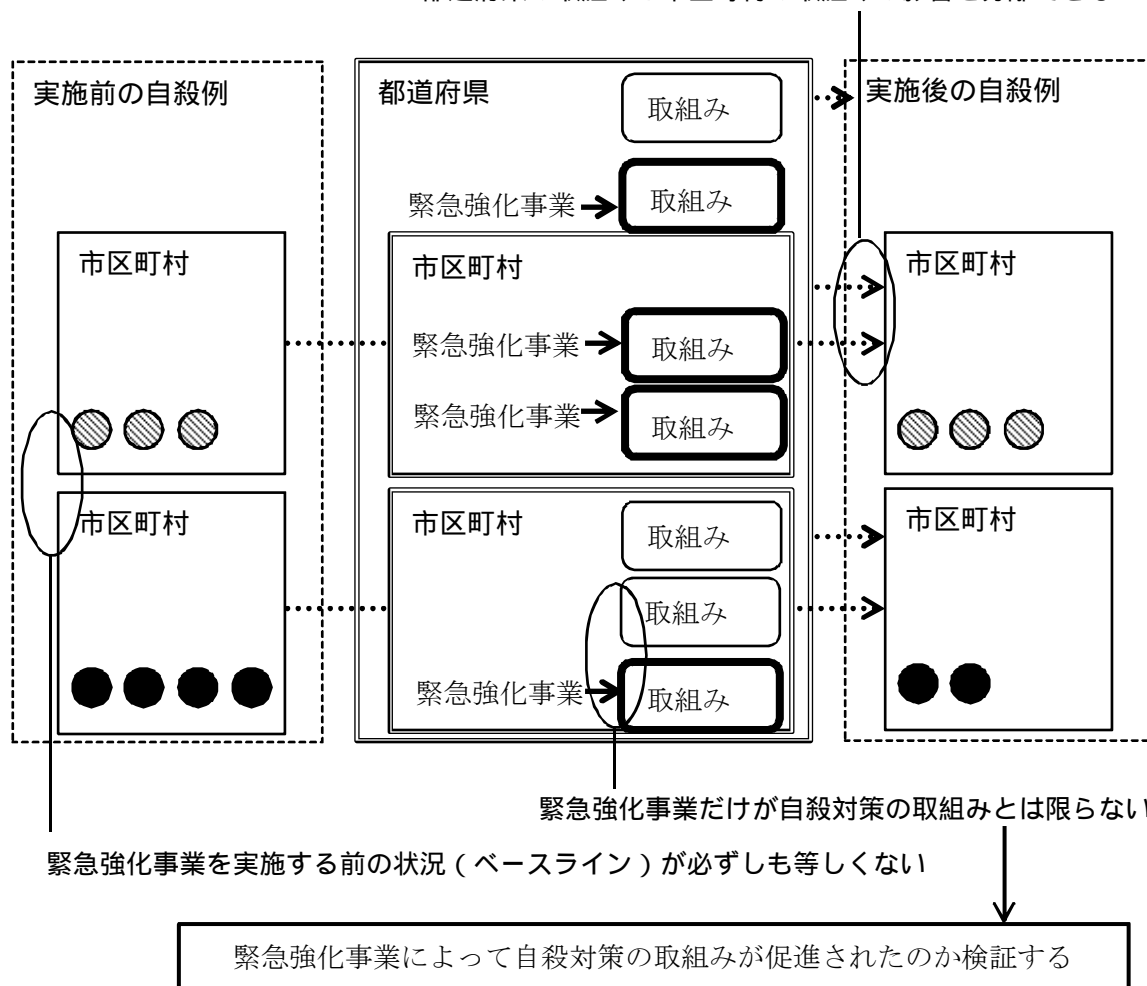


図 緊急強化事業の評価における課題

(※ 出典、中西レポート、7 頁)

第3に、以上を踏まえた上での緊急強化事業の政策効果を議論する際の留意点についてである。緊急強化事業の政策効果についての議論を行う際の留意点について、本年度の会議での議論に加え、昨年度の評価・検証チームでの議論も踏まえつつまとめておくと、以下の3点となる。

- ① 最終的な政策効果は自殺対策にかかる政府政策の全体像（政策体系）を踏まえる。
- ② 複数年度の政策効果と、単年度の実績の検証とは切り分けて識別する必要がある。
- ③ 国の基金という事業特性や補正予算による積み増しが図られている点に

注意する。

①の論点は上記の第1の政策体系の議論と重なるものである。②③は、主に上記の第2の論点で指摘したような緊急強化事業に関するアウトプットとアウトカムの区別にかかわる論点である。以下では単年度の緊急強化事業の政策効果をめぐる定量分析の結果を示すが、その際にもアウトプットとアウトカムの区別はとくに重要な論点であることを、重ねて強調しておきたい。

以下では四名の研究者の分析を中心に緊急強化事業の効果検証の概要を中心とした議論を紹介する。分析結果は大きく分けて、「アウトカムレベルの分析」と「アウトプットレベルの分析」の2種類である。なお、上に述べたような制約条件などにより、「アウトカムレベルの分析」は限界が大きく、そもそも緊急強化事業は自殺対策に関する体制整備といったアウトプットレベルの目標を掲げていることなどを踏まえ、「アウトプットレベルの分析」を充実させている点が本年度の検証作業の特徴といえる。

本検証において作業を分担した研究者とレポートの名称は以下の通りである。岩井・久保田レポートはアウトカムレベルを中心とした分析を試みた。また、須賀レポートおよび中西レポートはアウトプットレベルを中心とした分析を試みた。以下の定量分析に関する記述は、これらのレポートから得られた知見を踏まえ、会議の議論も交えつつまとめた³。各レポートの詳細についてはそれぞれのレポートを参照されたい。

「自殺者の動機に着目した地域自殺対策緊急強化基金の効果の分析」

執筆者 岩井淳（群馬大学）、久保田貴文（統計数理研究所）

「平成24年度地域自殺対策基金のアウトプット評価」

執筆者 須賀万智（東京慈恵会医科大学）

「市区町村における地域自殺対策緊急強化基金の実施と、自殺対策の実施体制および取り組み状況との関連」

執筆者 中西三春（医療経済研究機構）

（2）アウトカムレベルの分析

政府の自殺対策関連事業において、常に問われるのは予算執行額と自殺死亡率や自殺者数の減少の因果関係の説明である。しかし、このことを説明しようとする際には、多くの制約条件がある。「自殺は複雑な社会現象」であるといわれるが、それはとくに特定の自殺の原因と自殺という現象が明確な因果関係で結ばれたものであるわけではないことを表現したものである。だが、このことを説明しようとする努力は、政府政策である以上、必須であるといっても過

³ 分析に用いられたデータは、分析時点のものであり、確定値でないものを含む。

言ではない。

『自殺対策白書』等の政府資料で明らかにされているところによれば、自殺が急増したのは平成10年以降であった。これは、しばしば指摘されるように、経済状況の変動等が重要な外部要因として考えられているところである。岩井・久保田レポートでは自殺者の動機に着目し、一般的に指摘されている経済的要因以外の動機に基づく自殺者データに焦点を当て、施策の効果を検証したものである。

岩井・久保田レポートは、平成23年から24年への自殺死亡率の変化を「原因全体」「家庭原因」「健康原因」の3カテゴリーで集計し、それらと基金データとの相関について都道府県データを用いて分析したものである。分析の結果として指摘されているのは、変化率に着目する場合には、自殺死亡率の各カテゴリーのデータと基金データには有意な相関が得られなかったという点である。他方、差分に着目する場合には、「健康原因」の自殺死亡率は、ピアソン、スピアマンの相関分析で、基金データとの相関が認められる側面が複数あったことが指摘されている。

以上の分析結果からいえることは、緊急強化事業は「健康」原因の自殺死亡率に一定の効果があつた可能性があるのではないかという点である。今後同様の分析結果が継続して得られるかどうか、注意していく価値があるものといえるだろう。

(3) アウトプットレベルの分析

アウトカムについて十分な説明・検証が難しい場合にはしばしば、「アウトプットレベルの分析」が求められることとなる。アウトカムは「政策効果」などと訳されるように、中期的な政府政策の効果を議論するのに適しているが、単年度の事務事業の実績の議論には向いていない。他方でアウトプットは「結果」とも訳されるように、中期的な政府政策の効果の議論には不向きであるが、単年度の予算における実績の確認など短期的な議論に適している。本検証では須賀レポートおよび中西レポートにおいて、「アウトプットレベルの分析」を拡充した点にひとつの特徴がある。それぞれのレポートの概要についてみていこう。

まず須賀レポートでは、平成24年度の地域自殺対策緊急強化基金の5類型の事業実績（対面相談事業、電話相談事業、人材養成事業、普及啓発事業、強化モデル事業）についての都道府県単位での集計と、以下の3つの段階に即した検証が行われた。

- ①国が地域のニーズに応じた金額を各都道府県に配分する段階
- ②都道府県が地域の実情に即した事業計画を作成し、各市町村と各事業に配分する段階
- ③都道府県と市町村が連携・分担し、地域で総合的に自殺対策を展開する段階

これらの分析の詳細については須賀レポートに詳しく述べられているが⁴、須賀レポートの分析から得られた結論としては以下の3点が示されている。

- ① 各都道府県への配分は、自殺死亡率が高い都道府県ほど額が多く配分されていた。
- ② 各事業への配分は、人口規模が大きな都道府県では悩んでいる人の相談支援（対面型相談支援事業、電話相談支援事業）、人口規模が小さな都道府県では地域全体の底上げに関わる人材養成事業、普及啓発事業に額が多く配分されていた。また、地域独自性を反映した強化モデル事業を推進する都道府県もみられた。
- ③ 都道府県と市町村は事業内容で役割分担し、各事業を相補的に実施していた。

こうした分析結果から得られる重要な知見は、都道府県と市町村との間で役割分担の可能性があること、市町村が取り組みを実施しようとする場合には取り組みの順序や段階があるということである。この点は本報告書の結論部分において詳しく論じることとしたい。

次に中西レポートにおいては、自殺対策の実施体制についての分析がなされた。「地域における自殺対策力」の強化という基金の事業目的からすれば、これは中心的な論点とすべきものである。

中西レポートにおいて「基金事業を実施した市区町村の特徴」として指摘されているのは、全国の1,742市町村（平成25年現在）のうち、過去3年間に対面型相談支援事業を実施したことがあるのは613（35.2%）、電話相談支援

⁴須賀レポートで確認された事実を列挙しておきたい。以下の12項目である。なお、これ以外にも重要な指摘がなされているが、詳しくはレポート本体をご参照いただきたい。①平成24年度に全国の自治体で執行された地域自殺対策基金は「地域自殺対策緊急強化基金」と「住民生活に光をそそぐ交付金」をあわせて3,606,280,175円であり、8,032事業（執行額0円を含む）が実施された。②事業数が最も多いのは北海道571件、執行額が最も多いのは大阪府275,860,915円、人口当たり執行額が最も高いのは秋田県108.4円であった。③人口、自殺者数、自殺死亡率（平成23年）との相関を調べると、執行額は人口、自殺者数との相関が認められた。④人口当たり執行額は自殺死亡率との相関が認められた。⑤執行額に比例し、事業数が多い、1事業当たり執行額が高いことから、執行額が多い都道府県ほど事業を大規模に展開していることが示された。⑥人口規模が大きな都道府県（人口300万人以上）では電話相談支援事業の割合が大きい。⑦人口規模が中程度の都道府県（人口100～299万人）では対面型相談支援事業と人材養成事業の割合が大きい。⑧人口規模が小さな都道府県（人口100万人未満）では、人材養成事業と普及啓発事業の割合が大きい。⑨人口規模とは関係なく、普及啓発事業への配分が大きい都道府県には、キャンペーン期間にマスメディアでメッセージ広告を配信した事例（都道府県による事業）が多かった。⑩強化モデル事業への配分が大きい都道府県には、ハイリスク地における自殺防止対策、かかりつけ医と精神科医の連携体制強化、県内のサポートシステムの構築などにまとめた金額を投じた事例（都道府県による事業）があったり、モデル地区で実施した取り組みを県内全域に拡大した事例（都道府県による事業）が多かった。⑪対面型相談支援事業は市区町村分の割合が高いが、電話相談支援事業は都道府県分の割合が高い。⑫普及啓発事業のうち、ポスター・チラシ・パンフレット等やイベント・シンポジウム等は市区町村分の割合が高いが、テレビ・ラジオのメッセージ広告等は都道府県分の割合が高い。⑬強化モデル事業は都道府県分の割合が高い。

事業が 153 (8.8%)、人材養成事業が 964 (55.3%)、普及啓発事業が 1,319 (75.7%)、強化モデル事業が 372 (21.4%) であり、いずれの事業も実施していない市町村が 327 (18.8%) であったことである。これらの事業を実施した自治体は未実施の群と比べて、総人口が多く、自治体職員数が多く、自殺者数が多かった点が指摘されている。

また、緊急強化事業の組合せとしてもっとも多かったのは人材養成事業・普及啓発事業の 2 事業で 320 (18.4%) であったこと、次いで普及啓発事業の実施が 266 (15.3%)、対面型相談支援事業・人材養成事業・普及啓発事業の 3 事業が 213 (12.2%)、対面型相談支援事業・人材養成事業・普及啓発事業・強化モデル事業の 4 事業が 149 (8.6%) あったこと、5 事業すべてを実施した市町村は 54 (3.1%) あったことが確認されている。

続いて、『自殺対策の取組状況調査』に回答した市町村の特徴として指摘されているのは、全国の 1,742 市町村のうち、『市区町村における自殺対策の取組状況に関する調査』に回答したのは 1,385 (79.5%) であったこと、調査に回答した市町村は未回答群に比べて、総人口が多く、年間 1 人あたり課税対象所得が高く、自治体職員数が多く、自殺者数が多かったこと、調査に回答した市町村は緊急強化事業のいずれも実施している割合が高かったことなどである。

なお重要な指摘だが、基金以外の財源により実施した事業があったと回答したのは 371 団体 (26.8%) であり、多くの市町村で基金が自殺対策の唯一の財源となっていた点が確認されている。

さらに、「基金事業の実施と自殺対策の実施体制および取組状況との関連」については、いずれの緊急強化事業でも、事業を実施した市町村は未実施の群と比べて、自殺対策の実施体制をもっている自治体の割合が高かったこと、自殺総合対策大綱の施策を実施している割合も、事業を実施した市町村で高かったこと、庁内の横断的な自殺対策推進体制があることと有意な関連を示したのは人口規模の大きさ、対面型相談支援事業・人材養成事業・強化モデル事業の実施であったこと、自殺対策連絡協議会の設置は人口規模が 3～9 万人である市町村で有意に割合が低く、自治体職員が多い、普及啓発事業・強化モデル事業を実施している市町村で有意に割合が高かったこと、総合計画あるいは自殺対策関連計画の作成は、自治体職員の多さ、普及啓発事業・強化モデル事業を実施していることと有意な関連を示したことなどが確認されている。

その他中西レポートにおいては、「自殺の実態を明らかにする」「国民一人ひとりの気づきと見守りを促す」「早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する」「こころの健康づくりを進める」「適切な精神科医療を受けられるようにする」「社会的な取組で自殺を防ぐ」「自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」「遺された人への支援を充実する」「民間団体との連携を強化する」などの項目について 5 類型の事業との関連性などが指摘されている。

（４）検討課題

今回行ったアウトカムレベルの分析やアウトプットレベルの分析は、いずれも試行的な段階のものである。どのような要素を確認することが緊急強化事業の評価として適切であるのかという点については、今後とも分析を重ね、知見を蓄積していく必要がある。

また、緊急強化事業の検証の課題として以下の３点をここでは指摘しておきたい。

第１に、評価とコストの問題である。評価にどれくらいコストをかけるのかということは重要な問題であるが、評価の際の負荷を低減させるためには、制度設計のときに十分な整理が必要である。実際に具体的な効果検証の議論が制度設計時には十分でなかったことについてはやむを得ない側面もあるが、評価の議論の蓄積については制度設計の際にも十分に参照すべきことをここでは指摘しておきたい。

第２に、予算制度上の問題である。そもそも基金は補正予算で積み増しをされていくという構造になっている。このため中長期的に施策の効果を検証していくためには分析の土台となるこの予算構造上の課題を安定化させることが必須となる。予算面での安定性は、評価にとっても実施過程にとっても重要なことであることを重ねて指摘しておきたい。

第３に、繰り返しとなるが、アウトカムレベルの分析は、単年度予算の上では分析上の限界となっている。このことは逆にいえば、中長期的に見ていくものが含まれているということでもある。したがってアウトカムレベルの分析については大綱の見直しの期間など中期的な視点で検証すべきものが含まれていること、今後議論を重ねるなかで、そうした点についての整理をしていくことが望ましいという点を指摘しておきたい。

なおあわせて、会議の席上では、複数の都道府県にまたがって影響を与えるような効果、例えばテレビ CM 等の効果のようなものの分析の必要性や、自殺対策の政策効果の検証には、男女別の議論も必要ではないかという点の指摘があったことも紹介しておきたい。とくに男女別の分析はデータの蓄積の関係から検証が進まなかった論点のひとつであるが、自殺死亡率や自殺者数が男女間で明確に異なることも踏まえ、今後の検証作業の課題の一つとしておきたい。

4．地方公共団体へのヒアリング調査

(1) 調査目的・方法

緊急強化事業において、都道府県が作成している実績報告等では把握できない具体的な実施状況及び実施主体である地方自治体の考えなどを把握するため、次の地方自治体に対しヒアリング調査を行った。

- ・都市部：東京都（平成 25 年 9 月 6 日実施）
- ・都市部以外：滋賀県、大津市（人口 33.6 万人）、彦根市（人口 11.0 万人）、野洲市（人口 5.0 万人）（平成 25 年 8 月 19 日実施）

(2) 調査結果の概要

調査結果を 5 つの事項別に整理すると以下のとおりである。

(i) 事業類型のシフト

- ・普及啓発事業については、当初は事業費の半分以上を占めていたが、平成 24 年度実績は事業費全体の 1 / 4 程度になっている。
- ・自殺対策事業を初めて実施する段階では、普及啓発が自殺対策事業を始める足掛かりとなっていた。
- ・滋賀県の緊急強化事業の中心は、うつ病対策とゲートキーパー養成となっており、普及啓発事業から実際の直接的な支援に係る事業へ全体をシフトしている。
- ・自殺対策事業の開始当初は普及啓発が、その後、人材養成が必要と考える。
- ・緊急強化事業としては、市民に対する普及啓発事業から人材養成事業へのシフトが必要と考えている。
- ・基金終了がそのまま事業終了になるのは避けるため、より必要性の高い分野に補助を絞って事業を継続していく必要があると考えている。

<まとめ>

事業開始当初は普及啓発事業を実施し、その後は人材養成事業等の直接的な支援にシフトしていくことが必要である。また、事業の継続性を考える場合、必要性の高い分野の事業に絞っていく必要がある。

(ii) 都道府県と市町村の役割分担

- ・自殺者が少ない市町村では、独自に事業を実施するより、都道府県が包括的に事業を実施した方が現実的ではないかという問題がある。
- ・基金がなくなった場合は、市町村の事業規模に見合う予算を県では確保できないため、都道府県と市町村との役割分担を考える必要がある。市町村が現在実施している基金による事業を今後どうするかが課題である。
- ・自殺未遂者対策は、より広域的な都道府県保健所単位での実施が望ましい。
- ・今後、効率性の観点から、都道府県で実施することが望ましい事業かを選別し、市町村との役割分担をしていく必要がある。

＜まとめ＞

事業内容の特性や効率性を踏まえ、都道府県と市町村の役割分担、事業の実施範囲を整理する必要がある。

(iii) 事業効果の検証方法

- ・ゲートキーパー養成数や、相談件数、会議体などのネットワークの形成、県民の意識調査も事業効果の指標として考えられる。

＜まとめ＞

相談件数やネットワークの形成数アウトプット指標のほか、意識調査等による検証も考えられる。

(iv) 事業実施のための財源

- ・自殺対策事業のほとんどは基金（緊急強化事業）により実施されている。（複数回答）
- ・基金があったからこそできた事業がある。基金が終了し場合は、自殺未遂者対策、G-P連携会議、自殺対策連絡協議会、相談者の人材養成等について、一般財源化を検討する必要があると考えている。
- ・基金には実施期限があるとともに、これまで延長した場合も単年度のみで、先行きが不透明であることから、相談事業など継続性のある事業については実施に着手できない区市町村がある。
- ・事業実施のためには長期的な視点で計画を立て、実行できるような財源の担保が必要である。
- ・都道府県の負担が補助率の導入等により段階的に生じることになったとしても、継続して基金による事業が実施できるということが担保できれば一定程度の事業は実施できると考えている。ただし、急激な負担増は事業継続が困難となる。

＜まとめ＞

自殺対策事業のほとんどは基金による実施されている一方、基金に期限があること等により、相談事業など継続性のある事業については実施に着手できない区市町村がある。

実行性のある自殺対策を実施するには長期的な視点で計画を立てられるような、継続的な財源の見通しが必要である。また、段階的に都道府県の負担が生じることになったとしても、基金による事業の継続的な実施が担保できれば一定程度の事業を実施できる。

(v) 対策の地域格差

- ・自殺対策の取組に地域格差が生じている。自殺対策の担当課が決まっていない市町村もあり、自殺対策の体制が整っていないところもある。
- ・一定程度の自殺対策事業の実施の見通しがつくまでは、事業未実施地域の

底上げ的な意味での支援は必要と考えている。

- ・自殺対策事業を始めて実施する区市町村に対しては、まずは地域の自殺の実態を把握することから始めるように指導している。

<まとめ>

自殺対策は市町村によっては担当課が決まっていないところもあり、積極的に対策を行っているところとの地域格差が生じている。

(3) 調査のまとめ

本ヒアリング調査による地方自治体からの意見を踏まえると、今後、基金により実行性のある自殺対策事業を行うためには、以下の点を踏まえ、今後の緊急強化事業の在り方を検討する必要がある。

- 普及啓発事業は自殺対策事業を開始するに当たっては、効果的な事業であるが、その後はより直接的な支援である事業へのシフトが必要である。
- 事業の継続性を考えた場合、より必要性の高い事業に絞る必要がある。
- 事業の特性及び効率性から、都道府県単位と市町村単位で行う事業の役割分担の整理が必要である。
- 自殺対策事業のほとんどが基金を活用して実施していることから、すべての地域の底上げ的な意味での支援が必要である。
- 実行性のある継続的な自殺対策を実施するには、仮に都道府県に負担割合が生じることになったとしても、単年度ではなく継続的な財源の担保が必要である。

5．まとめと緊急強化事業の今後の方向性

基金による緊急強化事業が実施された平成 21 年以降、自殺者数の減少及び自殺死亡率の低下が見られるとともに、事業実施市町村と未実施市町村での自殺死亡率低下幅の差異等から、自殺者数の抑制と地域の自殺対策力強化において、一定の事業効果は現れているものと推測される。しかしながら、24 年において、いまだ自殺者数は 2 万 7 千人であるなど依然として深刻な状況が続いており、自殺死亡率についても 20.7 と、新たな自殺総合対策大綱の数値目標の自殺死亡率、19.4 には及ばない状況である。また、26 年に消費税が引き上げることが政府において確認されているが、9 年の消費税を引き上げた際は、その翌年の自殺死亡率が 5.7 ポイント上昇し、自殺者も初めて 3 万人を超した経緯がある。

このように自殺対策事業の効果が現れつつも予断の許さない状況において、自殺対策事業の継続的な実施はいうまでもなく必要不可欠であるといえる。とはいえ、ヒアリング調査等を踏まえるならば、市区町村における自殺対策事業のほとんどは、本基金による事業がその大半を占めているのが実情であり、いまだ自治体の独自財源による自殺対策事業が十分に実施されているとは言い難い状況にある。

こうした状況を踏まえると、自殺対策の全国的な底上げを目的として、国による継続的な財源による財政支援は今後とも必要であると考えられる。一方、財源に限りのある中で、基金による緊急強化事業も 5 年目を迎え、引き続きの財政支援を行うにあたっては、以下の点に留意し、事業の効果性、効率性等の観点から、今後の事業の在り方を検討する必要がある。

(1) 地方自治体の負担も含む時限的でない財源による事業の実施

これまでの自殺対策事業では、市町村ごとの温度差があるとはいえ、福祉関連施設や福祉専門職等を中心として取り組みの輪が広がってきている状況にある。こうしたこれまでの取り組みを継続させ、定着させていくためには、地方自治体が長期的な展望に立ち計画的に事業を実施するための安定的な財源確保が必要である。

しかしながら、基金はあくまでも時限的な財源であり、長期的な展望に基づく事業実施ができない等を理由として、相談事業等の継続性が必要な事業に着手できない市町村や、いずれの事業も未実施となっている市町村などが存在していることから、事業効果の継続性の観点だけでなく、事業の地域格差の縮小のためにも時限的でない継続性のある財源確保が必要である。

なお、その際、地方自治体による一層の効果的、効率的な事業実施を促すとともに、地方自治体での一般財源化への円滑な移行を行うため、補助率の導入等により地方自治体自らの負担を設定することも検討すべきであると考ええる。また、移行期間中であっても、消費税引き上げに対する対応等について、追加的な財政措置等により万全を期すことが必要である。

（２）事業の役割分担

事業の実施主体については、事業の内容により、継続的な実施を行う上で都道府県、市町村どちらで行うことが望ましい事業であるかを検討し、主体の切替えを含めて、都道府県内でその役割分担を整理する必要がある。

例えば、対面相談支援事業では、相談者数の人口に占める割合が高く、よりきめ細やかな対応が可能であることから、市町村での実施に優位性があると考えられる一方、電話相談支援事業のように相談者数の人口に対する割合が高く、効率性の観点からも広域性が求められる事業や、市町村では対応できる施設（救急指定や専門医を有する病院等）などがないことから実施が困難な事業では、都道府県（同保健所単位）での実施に優位性があると考えられる。

（３）直接的な事業へのシフト

個別の事業では、普及啓発事業は自殺対策事業の開始に際しては、効果的な事業であるが、その後はより直接的な支援である事業へのシフトが必要であると地方自治体でも認識されており、実際、事業実績は都道府県事業では 23 年度から減少に転じ、市町村事業においても 24 年度は大幅に減少している。現時点で緊急強化事業未実施の市町村もあり、普及啓発事業の必要性については全国的にはばらつきがあると推測されるものの、こうしたことから、緊急強化事業の割合を相談事業等他の直接的な事業へシフトし、直接的な事業の広報以外の普及啓発については、段階的に縮小することも検討する必要がある。

（４）PDCA サイクル等による検証・評価

ほとんどの都道府県・政令指定都市において、緊急強化事業の実施状況の自殺対策連絡協議会への報告などにより、それぞれ検証・評価が行われているところであるが、より効果的、効率的に事業を実施するため、地方自治体、特に都道府県・政令指定都市において、PDCA サイクル等による検証・評価の一層の充実を図る必要がある。