

第1節 若者の自殺をめぐる状況

1 はじめに

我が国の自殺者数は、全体としては減少傾向にあるものの、小中高生の自殺者数は過去最多水準で推移している。また、10歳代及び20歳代の自殺者数は令和2年に増加し、高止まり傾向にある（図表1-3参照）。さらに、我が国の10歳代及び20歳代の死因順位第1位は「自殺」であり、これらの年代の自殺死亡率はG7各国の中で最も高い（図表1-29参照）。これらの若者の自殺の状況を踏まえ、本特集では、主に15歳から29歳までの若者を対象として、様々な視点から若者の自殺の状況についてみていくこととする。

「こども大綱」（令和5年12月22日閣議決定）によると、「青年期は、心理的、社会的に発達し、成人期へと移行していくための準備期間として、大学等への進学や就職に伴い新たな環境に適応し、専門性や職業性を身に付け、将来の夢や希望を抱いて自己の可能性を伸展させる時期である。また、人生における様々なライフイベントが重なる時期である。自らの価値観や生き方を確立しようとするが、同時に、社会的な役割や責任に対する不安なども感じることがある。」とされている。

青年期の若者たちの置かれる状況は様々であり、また、変化が多い。加えて、現在の10歳代～20歳代前半の若者たちは、その多感な時期に新型コロナウイルス感染症の影響下における家庭環境や学校環境の変化を経験した。さらには、この間、情報化、国際化、少子高齢化が急激に進行するなど、若者を取り巻く状況は大きく変化した。

そうした若者の状況を踏まえつつ、本特集では、若者の自殺について、職業別及び詳細な年齢階級別の特徴に着目した分析を試みることにした。さらに、若者の自殺対策に実践的に尽力いただいている方を中心とする6団体（名）の方にコラムを寄稿していただいた。

本特集が若者の自殺の現状を理解し、若者の自殺対策の重要性に関する理解と関心を深める一助となることを期待する。

なお、本節の集計・分析結果を解釈するに当たって、留意すべき事項は以下のとおりである。

- 「若者」として15歳から29歳までを主な対象とし、可能な限り5歳階級で層別した集計を行う。ただし、自殺者数が非常に少ない場合には、層を省略・併合し、その旨を記す。
- 主な利用データ及びその期間は、平成27（2015）年から令和6（2024）年の警察庁の自殺統計原票である。そのほか、公開されている各種公的統計を利用している場合、適宜参照元について記す。
- 職業については、自殺統計原票の項目である「学生・生徒等」、「有職者」、「無職者」及びそれぞれの内訳に基づいて層別した集計を行う。
- 自殺統計原票は、各都道府県警察において、遺体の死因を自殺と判断した場合に案件ごとに作成され、作成された原票の情報は、警察庁において取りまとめられている。したがっ

て、原票中の情報は警察の捜査・調査等の過程上知り得た範囲内のものであることに留意が必要である。特に、自殺の多くは多様かつ複合的な原因及び背景を有しており、様々な要因が連鎖する中で起きているため、警察によって原票の項目として特定された「自殺の原因・動機」が、自殺者個々人の背景そのものであるとは限らない。その上で、この節では、厳密な根拠を示すというよりも、大まかな傾向としての事実を提供し、今後の詳細な調査分析の手掛かりとするための分析を試みたものである。

- 自殺統計原票は令和4（2022）年1月に改正され、自殺者についてより詳しい情報が把握できるようになった。一方で、自殺者の職業や自殺の原因・動機など、改正以前との連続性がなくなった項目もあることに留意が必要である。
- 自殺統計原票を用いる場合、自死があった年ではなく、遺体が発見された年に基づいて集計している。

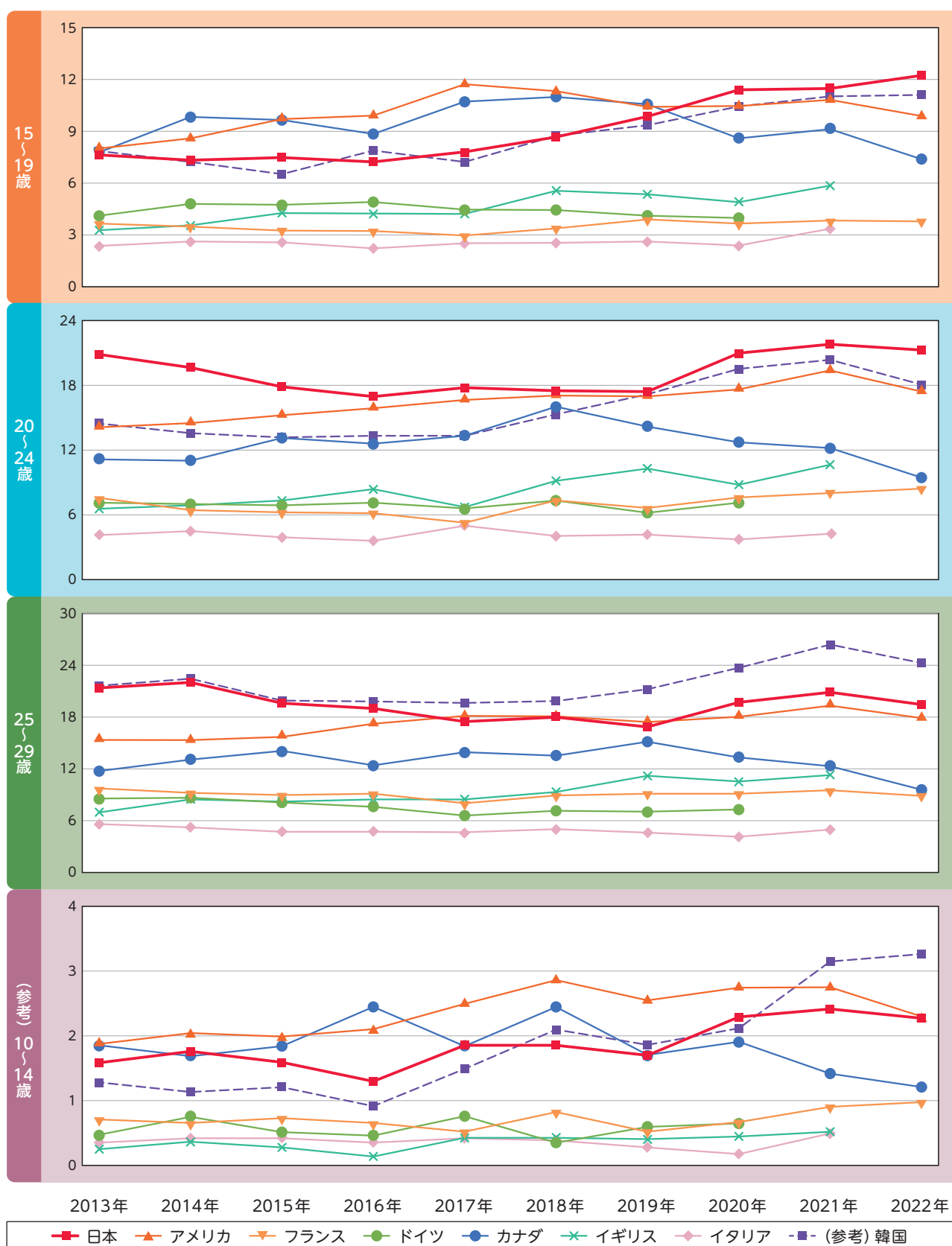
2 若者の自殺の状況（国際比較）

WHOの報告書¹によると、「自殺による影響が最も大きいのは若者」であり、世界的にみても、「自殺は15歳から29歳の若者の死因の第2位となっている」とある。また、高所得国の全死亡に占める自殺死亡の割合は、低中所得国よりも高く、これは主に低中所得国では高所得国よりも感染症や他の原因による死亡数が多いからであるとしている。

G7の若者の自殺の状況について概況を知るため、WHOのデータから、5歳階級別に各国の自殺死亡率の年次推移をみたものが図表2-1である。各国で推移にばらつきがあるが、「日本」、「アメリカ」、「カナダ」はどの年齢階級でも上位で推移しており、「フランス」、「イギリス」、「イタリア」、「ドイツ」は下位の水準で横ばいに推移している。上位のうち「カナダ」はどの年齢階級でも2019年前後から自殺死亡率が減少傾向となっている。また「アメリカ」は、近年「日本」と同様の動きを示している。「日本」については、「15～19歳」が2017年以降上昇傾向にあり、WHOデータにおける直近年では、いずれの年齢階級においても「日本」の若者の自殺死亡率が最も高い。

1 WHO（翻訳：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）（2014）「Preventing suicide: a global imperative（日本語版：自殺を予防する：世界の優先課題）」

図表2-1 G7各国の若者の自殺死亡率の推移



※アメリカ、イギリス、カナダ及びフランスの人口並びに日本の死亡数は世界保健機関資料より最新データが得られなかったため、各国の公的統計データを利用した。

※G7のほか、日本と同程度の自殺死亡率である韓国のデータも参考として記載している。

資料：世界保健機関資料（2025年2月）等より厚生労働省作成

また、第1章の図表1-29においては、G7各国の若年層の死因順位を示しているが、これを5歳階級別にみたものが図表2-2である。「20～24歳」では「イギリス」、「25～29歳」では「ドイツ」と、いずれかの年齢階級の死因順位の第1位が「自殺」である国はあるが、「日本」は、全ての年齢階級において、死因順位の第1位が「自殺」であった。一方、「日本」以外の国では「不慮の事故」が死因の第1位となることが多く、例えば、「アメリカ」の「20～24歳」のように、死因の第1位の「不慮の事故」の死亡率が「自殺」の死亡率と比べて2倍以上高いことがある。

図表2-2 G7各国の若者の死因順位（死亡数・死亡率）

15～19歳												
	日本 (2022)			アメリカ (2022)			フランス (2022)			ドイツ(2020)		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	自殺	663	12.2	不慮の事故	4,748	21.7	不慮の事故	328	8.1	不慮の事故	250	6.4
第2位	不慮の事故	196	3.6	他殺	2,770	12.7	自殺	153	3.8	自殺	155	4.0
第3位	悪性新生物〈腫瘍〉	124	2.3	自殺	2,162	9.9	悪性新生物〈腫瘍〉	94	2.3	悪性新生物〈腫瘍〉	101	2.6
	カナダ (2022)			イギリス (2021)			イタリア (2021)			【参考】韓国 (2022)		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	不慮の事故	203	9.5	不慮の事故	228	6.0	不慮の事故	204	7.1	自殺	260	11.1
第2位	自殺	158	7.4	自殺	222	5.9	自殺	96	3.4	不慮の事故	81	3.5
第3位	悪性新生物〈腫瘍〉	56	2.6	悪性新生物〈腫瘍〉	99	2.6	悪性新生物〈腫瘍〉	83	2.9	悪性新生物〈腫瘍〉	55	2.3
20～24歳												
	日本 (2022)			アメリカ (2022)			フランス (2022)			ドイツ(2020)		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	自殺	1,243	21.3	不慮の事故	9,869	44.4	不慮の事故	484	12.7	不慮の事故	361	7.9
第2位	不慮の事故	262	4.5	自殺	3,875	17.4	自殺	321	8.4	自殺	328	7.1
第3位	悪性新生物〈腫瘍〉	144	2.5	他殺	3,456	15.5	悪性新生物〈腫瘍〉	131	3.4	悪性新生物〈腫瘍〉	144	3.1
	カナダ (2022)			イギリス (2021)			イタリア (2021)			【参考】韓国 (2022)		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	不慮の事故	489	19.9	自殺	430	10.7	不慮の事故	307	10.4	自殺	547	18.1
第2位	自殺	233	9.5	不慮の事故	414	10.3	自殺	125	4.3	不慮の事故	172	5.7
第3位	悪性新生物〈腫瘍〉	75	3.0	悪性新生物〈腫瘍〉	151	3.7	悪性新生物〈腫瘍〉	98	3.3	悪性新生物〈腫瘍〉	97	3.2
25～29歳												
	日本 (2022)			アメリカ (2022)			フランス (2022)			ドイツ(2020)		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	自殺	1,154	19.4	不慮の事故	14,426	63.6	不慮の事故	391	10.8	自殺	366	7.3
第2位	悪性新生物〈腫瘍〉	245	4.1	自殺	4,062	17.9	自殺	323	8.9	不慮の事故	307	6.1
第3位	不慮の事故	211	3.6	他殺	3,299	14.5	悪性新生物〈腫瘍〉	199	5.5	悪性新生物〈腫瘍〉	224	4.5
	カナダ (2022)			イギリス (2021)			イタリア (2021)			【参考】韓国 (2022)		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	不慮の事故	748	27.3	不慮の事故	592	13.6	不慮の事故	311	10.3	自殺	847	24.2
第2位	自殺	263	9.6	自殺	493	11.3	悪性新生物〈腫瘍〉	176	5.8	不慮の事故	240	6.9
第3位	悪性新生物〈腫瘍〉	113	4.1	悪性新生物〈腫瘍〉	235	5.4	自殺	151	5.0	悪性新生物〈腫瘍〉	154	4.4
(参考) 10～14歳												
	日本 (2022)			アメリカ (2022)			フランス (2022)			ドイツ (2020)		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	自殺	119	2.3	不慮の事故	917	4.3	悪性新生物〈腫瘍〉	67	1.6	悪性新生物〈腫瘍〉	56	1.5
第2位	悪性新生物〈腫瘍〉	84	1.6	自殺	493	2.3	不慮の事故	62	1.5	不慮の事故	38	1.0
第3位	不慮の事故	34	0.6	悪性新生物〈腫瘍〉	442	2.1	自殺	40	1.0	自殺	24	0.6
	カナダ (2022)			イギリス (2021)			イタリア (2021)			【参考】韓国 (2022)		
	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率	死因	死亡数	死亡率
第1位	悪性新生物〈腫瘍〉	45	2.1	悪性新生物〈腫瘍〉	58	1.4	悪性新生物〈腫瘍〉	60	2.1	自殺	77	3.3
第2位	不慮の事故	38	1.8	不慮の事故	41	1.0	不慮の事故	40	1.4	悪性新生物〈腫瘍〉	41	1.7
第3位	自殺	26	1.2	先天奇形、変形及び染色体異常	28	0.7	先天奇形、変形及び染色体異常	24	0.8	不慮の事故	28	1.2

※死亡率は、人口10万人当たりの死亡数である。また、死因分類表については、死因簡単分類表を用いた。

※日本の死亡数は、人口動態統計を利用した。

※アメリカ、イギリス及びカナダの人口は世界保健機関資料より最新データが得られなかったため、各国の公的統計データを利用した。

※G7のほか、日本と同程度の自殺死亡率である韓国のデータも参考として記載している。

資料：世界保健機関資料（2025年2月）等より厚生労働省作成

先述のWHOの報告書によれば、「自殺関連行動は、個人的、社会的、心理的、文化的、生物学的そして環境的因子が互いに絡み合って影響する複雑な現象」とあり、国によって複合的な差異があると考えられている。

報告書では、「さらに多くの政府が、保健医療部門や社会的部門及び他の関連部門を通して、自殺予防に人的および財政的な資源を投資することは責務である」としている。実際に、これまでいくつもの国が自殺予防戦略を開発し、自殺予防に努めてきた。我が国は、基本法の制定以降様々な自殺対策の取組を進めてきたが、今、若者たちが自殺の危機に直面する中で、更なる取組を考えていく必要がある。

COLUMN
1

米国における若者の自殺：現状と対策

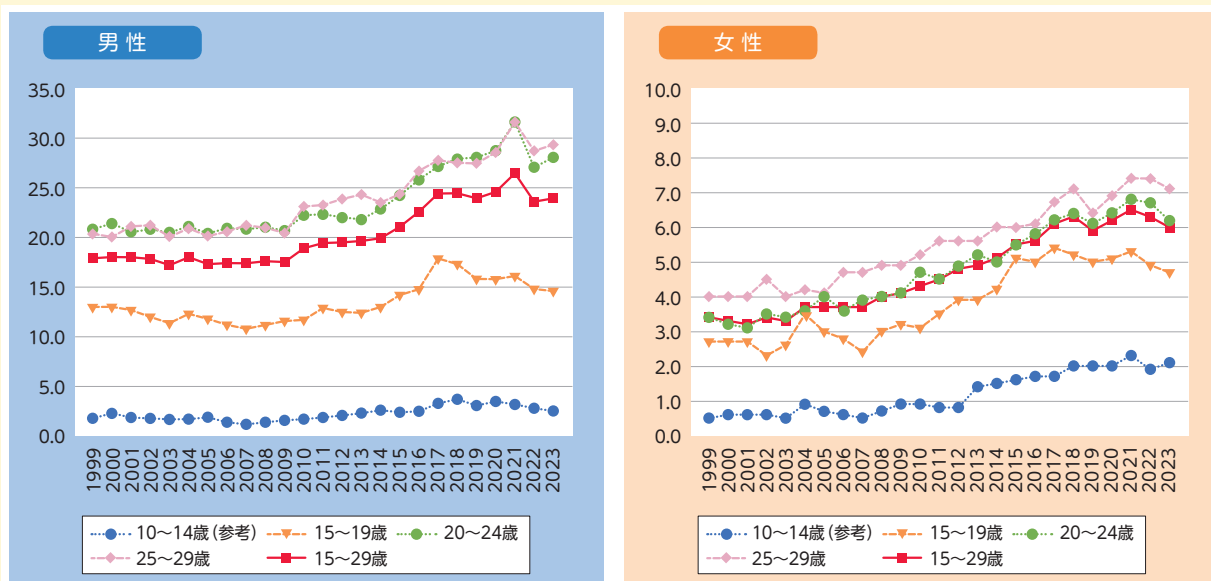
一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター こども・若者自殺対策室長
半谷まゆみ（執筆当時）

米国においても若者の自殺が深刻な社会問題となっており、対策の強化が急務とされている。統計データに基づく現状と最近の対策を紹介する。

1. 米国でも若者の自殺の増加は深刻

15～29歳の若者の自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）は、2004年から2023年までの20年間で11.0から15.1へ38%上昇した。性別にみると、男性は18.0から23.9へ33%、女性は3.7から6.0へ62%上昇しており、上昇ポイント数は男性が、上昇率は女性が多い（※男性は女性の約4倍の自殺死亡率であることに留意）。女性は2000年代、男性は2010年代に入ってから、顕著な増加傾向を示している。

米国における若者の自殺死亡率の推移



資料：米国疾病予防管理センターデータベースより作成

日本と同様、学業や人間関係、いじめなどが、若者の自殺の要因となり得るとされている²。近年はSNSが若者のメンタルヘルスに及ぼす悪影響を懸念し、若者のSNS利用を規制する動きもある³。また、銃器へのアクセスが容易であること⁴や、人種による格差⁵も

2 Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Survey Data Summary & Trends Report for Dietary, Physical Activity, and Sleep Behaviors: 2013–2023. U.S. Department of Health and Human Services. 2025.

自殺との関連が指摘されている。LGBTQ+（性的マイノリティ）の高校生は、他の生徒と比較して3倍以上自殺リスクが高いという報告⁶もある。

2. 米国における若者の自殺対策（一部紹介）

① 自殺予防教育の制度化

中学・高校におけるエビデンスに基づいた自殺予防教育（自殺のリスクや対処法、SOSの出し方など）の制度化を図る法律（Suicide Training and Awareness Nationally Delivered for Universal Prevention Act of 2021（PUBLIC LAW 117-100-MAR. 15, 2022））が、2022年に成立した。同法は、実施要件を満たす教育機関に連邦政府が優先的に助成を行うというインセンティブ型の取組である。一部の州では、州法により自殺予防教育が義務化されている。

② ユニバーサル・スクリーニング

2022年以降、米國小児科学会は、12歳以上のすべての青少年に対する自殺リスクのスクリーニングを推奨している。スクリーニングでリスクが検知された場合は簡易評価で自殺リスクの深刻度を判断し、必要に応じて専門家による詳細評価へ移行する、という3段階の自殺リスク評価を行う。スクリーニングは口頭のほか、紙やタブレットでの問診で行ってもよいとされるなど、実施率の向上が推進されている。

③ 全米共通の3桁のフリーダイヤル相談窓口

2022年から、電話・チャット等を用いて24時間365日無料で相談できる全米共通の番号「988自殺・危機対応ライフライン」が運営されている。保健福祉省の機関が国家的な自殺対策の一環として主導し、連邦政府から助成を受けた非営利団体が、全米の地域パートナーと連携しながら対応している。番号の短縮化・相談窓口の共通化により、若者等における認知度とアクセス性の向上が期待されている。

3 Jaycox et al. Social Media and Suicide Risk in Youth. JAMA Netw Open. 2024;7;(10):e2441499.

4 Haines et al. Child Firearm-Related Homicide and Suicide by State Legislation in the US (2009 to 2020). J Am Coll Surg. 2024;239(6):576-587.

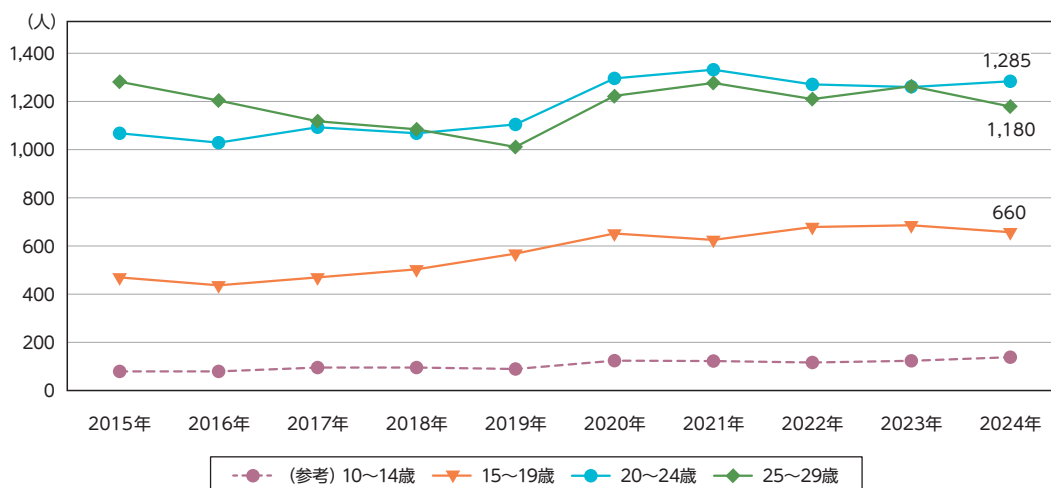
5 Stone et al. Notes from the Field: Recent Changes in Suicide Rates, by Race and Ethnicity and Age Group — United States, 2021. Morb Mortal Wkly Rep. 2023;72:160-162.

6 Verlenden et al. Mental Health and Suicide Risk Among High School Students and Protective Factors — Youth Risk Behavior Survey, United States, 2023. Morb Mortal Wkly Rep. 2024;73 (Suppl-4):79-86.

3 我が国の若者の自殺の状況

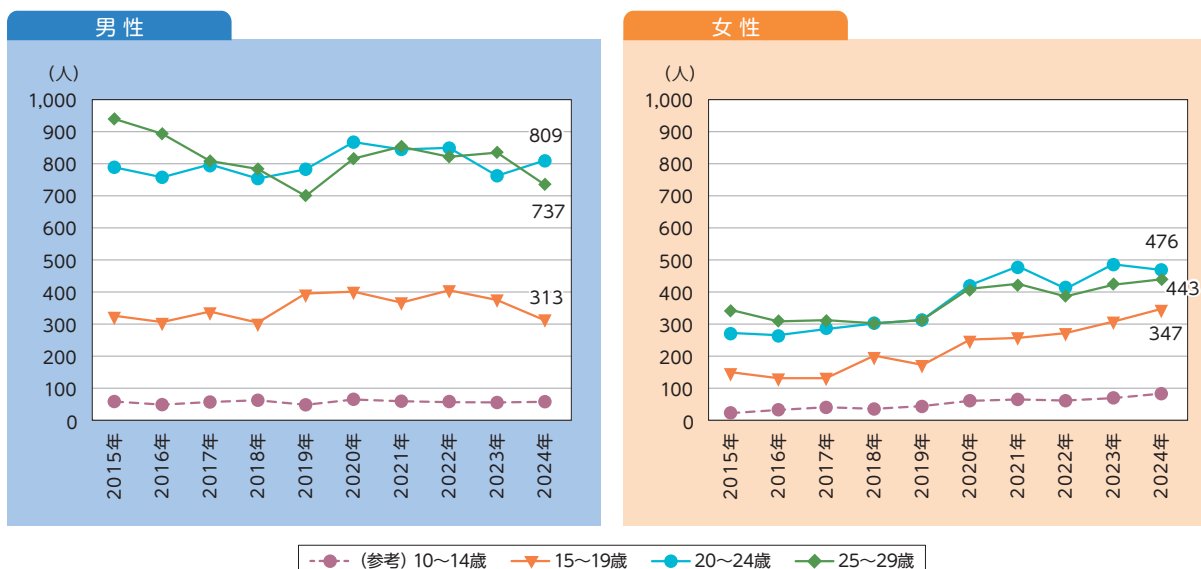
我が国の15～29歳の自殺者数について、直近10年間の推移を年齢階級別にみると、新型コロナウイルス感染症の影響下の令和2（2020）年以降3,000人を超えて高止まり傾向にある（図表2-3）。

図表2-3 年齢階級別にみた若者の自殺者数の推移（2015～2024年）



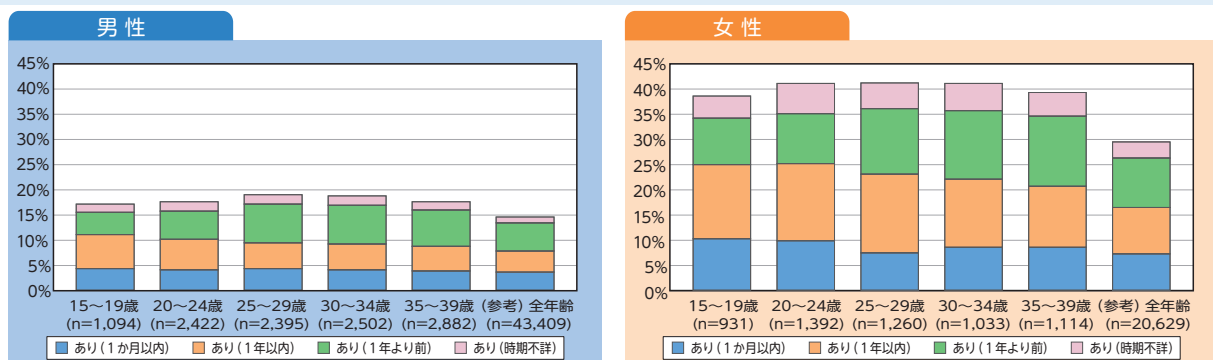
この推移を男女別にみると、男性は横ばい又は減少傾向であるのに対し、女性は増加傾向である。令和3年版自殺対策白書において、新型コロナウイルス感染症の影響下に女性及び学生・生徒の自殺者数が増加したことを述べたが、依然として若年女性の自殺者数は増加又は高止まりしているといえる。特に「15～19歳」は、平成27（2015）年には男性が女性よりも2倍以上上回っていたが、近年差が小さくなり、令和6（2024）年に女性が男性を上回った。「20～24歳」及び「25～29歳」では、一貫して男性が女性を上回っているが、近年差が小さくなっている（図表2-4）。

図表2-4 性別・年齢階級別にみた若者の自殺者数の推移（2015～2024年）



若年女性の自殺者は自殺未遂歴のある割合が高い。特に女性では20歳代から4割を超え、30歳代前半までその傾向が続く。

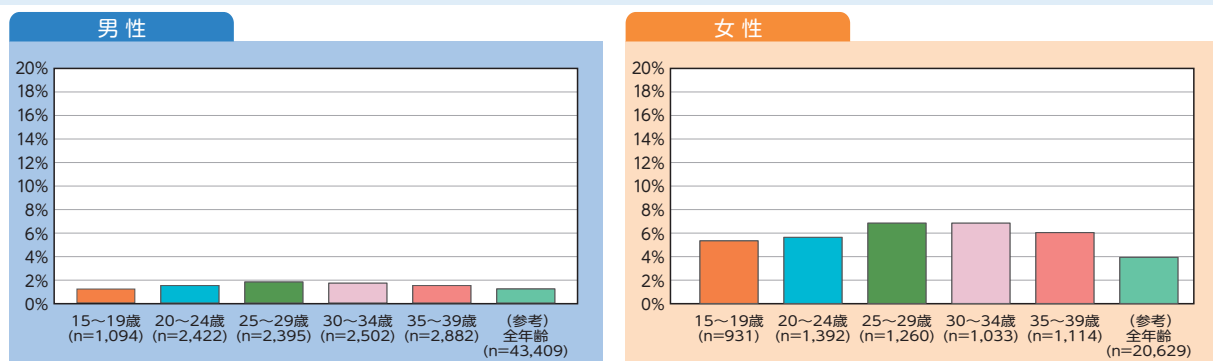
性別、年齢階級別にみた若者の自殺者に占める「自殺未遂歴あり」の割合（2022～2024年）



資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

また、自殺の手段は全ての年齢階級で男女ともに「首つり」が最も多いが（図表1-13参照）、若年女性は、男性や女性（全年齢）に比して「服毒（医薬品）」⁷の割合が高い。

性別、年齢階級別にみた若者の自殺者に占める自殺の手段「服毒（医薬品）」の割合（2022～2024年）



資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

自傷・自殺未遂に関する症例については、一般社団法人日本臨床救急医学会と自殺対策推進センターが協働して運用する「自傷・自殺未遂レジストリ」への登録が進められている。それによると、自傷・自殺未遂件数は、ほとんどの年齢区分において女性が多く、特に20歳代の若年層が多い。また、自傷・自殺未遂の手段として最も多いものは「過量服薬」⁸であった（コラム2参照）。

7 自殺統計原票では、自殺の手段について令和4年から「服毒（医薬品）」及び「服毒（医薬品以外・不詳）」に分けて把握できるようになった。ここでの医薬品は市販薬とは限らない。

8 「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」（昭和35年法律第145号）第2条で定義された「医薬品」の過量な服用をいう。

近年、かぜ薬や咳（せき）止め薬などの市販薬を、かぜや咳の症状を抑えるためではなく、感覚や気持ちに変化を起こすために大量に服用する「オーバードーズ」が若者を中心に広がりつつある。オーバードーズ対策については、販売時の対応のみならず、普及啓発等の対応を一体的に行っていく必要がある。市販薬の乱用の危険性等については、パンフレットや動画の作成、厚生労働省Webサイトなどを活用した啓発に加えて、薬剤師や登録販売者が、オーバードーズに苦しむ若者を適切な支援先につなぐためのマニュアル「ゲートキーパーとしての薬剤師等の対応マニュアルーOTC医薬品を販売する薬剤師・登録販売者、及び学校薬剤師向けー」を作成している。

自殺未遂は、特に若年女性に大きな自殺のリスク因子となっている。引き続き「自傷・自殺未遂レジストリ」を活用して、自傷・自殺未遂の頻度、症例の背景、手段などを把握・分析していくとともに、都道府県等において「こども・若者の自殺危機対応チーム事業」などの取組を推進し、自殺未遂歴や自傷行為の経験等がある若者などへの対応に係る助言等を行うなど、支援に関する知見を蓄積していくことが重要である。

COLUMN 2

自傷・自殺未遂レジストリのデータによる若者の自傷・自殺未遂の概況

一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター 自殺未遂者支援室室長補佐
岩間雄大

1. 若者の自傷・自殺未遂の現状

自殺未遂は自殺の最大のリスク因子であり、自殺未遂者の実態を把握することは自殺対策において極めて重要である。本コラムでは、自傷・自殺未遂レジストリ（JAPAN Registry of Self-harm and Suicide Attempts、以下「JA-RSA」という。）に登録されたデータを基に、若者を中心として39歳以下の者の自傷・自殺未遂の概況を示す。

JA-RSAは、日本臨床救急医学会といのち支える自殺対策推進センターが協働して運用する、救命救急センターを対象とした自傷・自殺未遂に関する症例登録システムである。2022年12月の運用開始から2024年12月31日までに全国78の救命救急センターの参加を得ており、自傷・自殺未遂で受診した症例の登録は4,521件に上る。そのうち2,572件（56.9%）が39歳以下の症例であった。39歳以下の症例のうち、性別では女性が多く

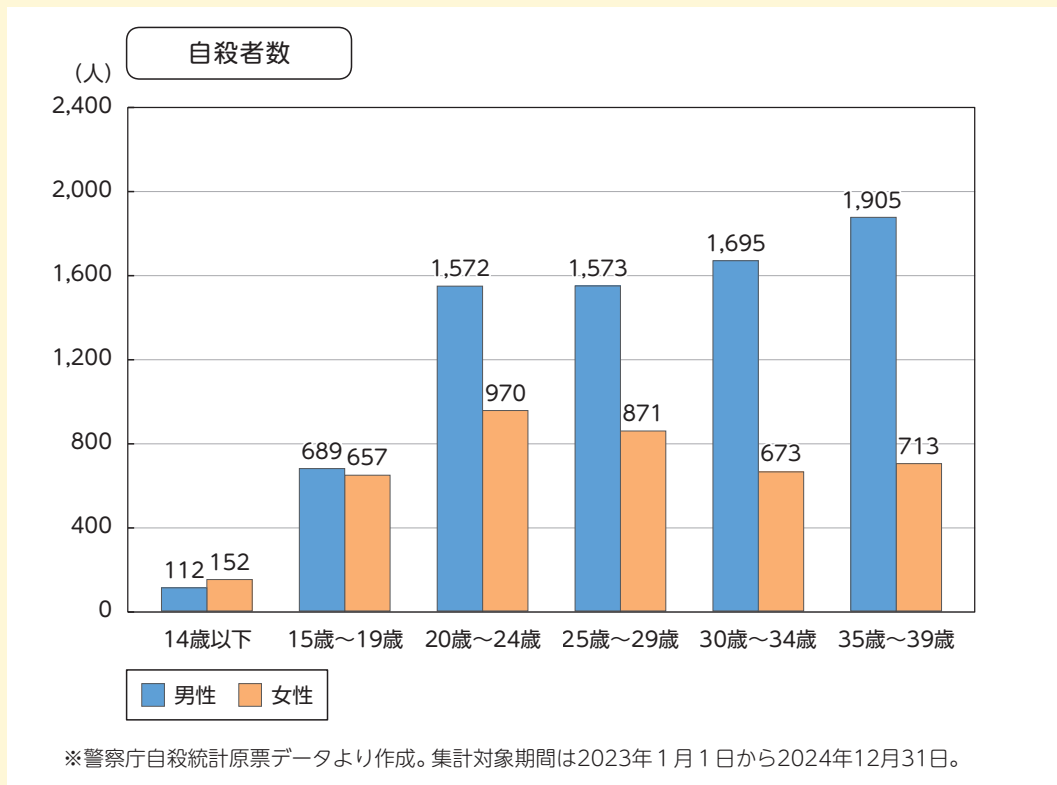
		39歳以下の登録件数 n = 2,572	
		該当件数	割合
性別	男性	787	30.6%
	女性	1,785	69.4%
年齢区分	14歳以下	87	3.4%
	15歳～19歳	500	19.4%
	20歳～24歳	681	26.5%
	25歳～29歳	558	21.7%
	30歳～34歳	426	16.6%
	35歳～39歳	320	12.4%
手段*	過量服薬	1,711	66.5%
	飛び降り	335	13.0%
	刃物	226	8.8%
	首つり	183	7.1%
	その他*	227	8.8%
	不明（未選択含む）	8	0.3%
自傷・自殺未遂歴	あり	1,308	50.9%
	なし	648	25.2%
	不明（未選択含む）	616	24.0%
精神科受診歴	あり	1,777	69.1%
	なし	461	17.9%
	不明（未選択含む）	334	13.0%

集計対象期間は2022年12月1日～2024年12月31日

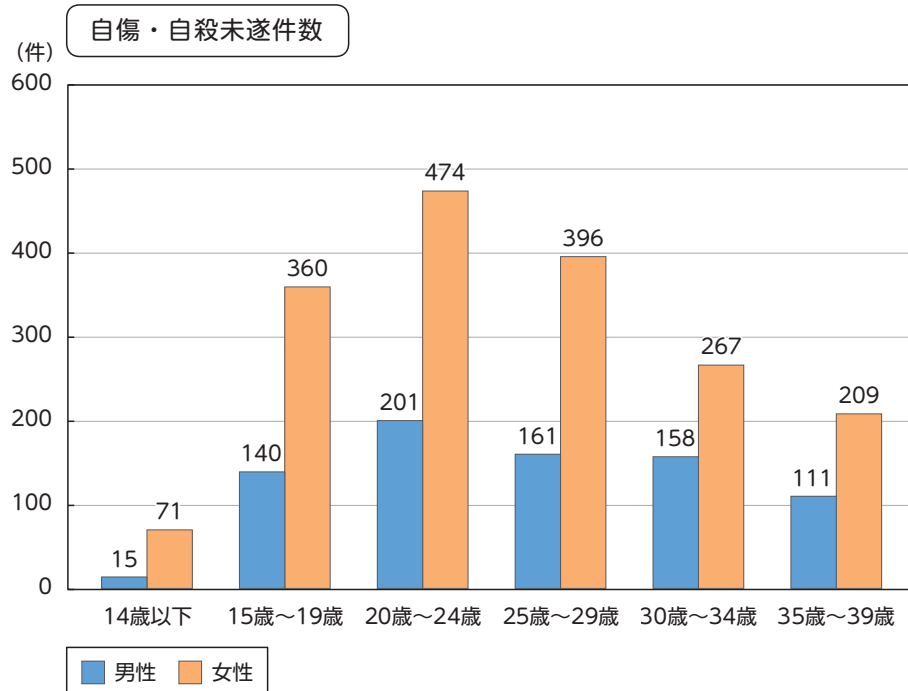
※手段は複数選択項目である。その他は、過量服薬、飛び降り、刃物、首つり、不明（未選択含む）以外が選択された件数を計上。

1,785件（69.4%）であった。年齢区分別では、20歳～24歳が681件（26.5%）で最も多く、次いで25歳～29歳が558件（21.7%）、15歳～19歳が500件（19.4%）であった。手段は過量服薬が1,711件（66.5%）で最も多かった。また、1,308件（50.9%）は過去の自傷・自殺未遂歴があり、1,777件（69.1%）は精神科受診歴があった。

図は、直近2年間の39歳以下の自殺者数と自傷・自殺未遂件数を年齢区分別に示したものである。自殺者数は、14歳以下を除くいずれの年齢区分においても男性が多く、男性では年齢が上がるにつれて増えている。



一方で自傷・自殺未遂件数は、いずれの年齢区分においても女性が多かった。また、自殺者数と自傷・自殺未遂件数ともに女性では20歳代が多く、特に20歳～24歳が最多であった。



※自傷・自殺未遂レジストリデータより作成。集計対象期間は2023年1月1日から2024年12月31日。

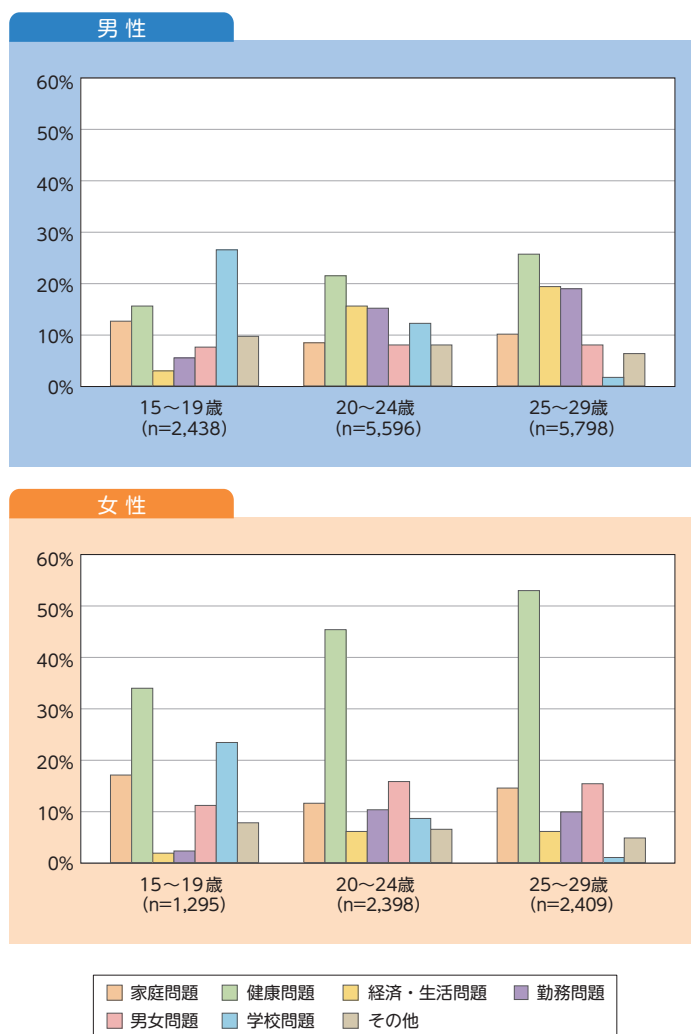
2. 今後の展望

WHOによれば、自殺で亡くなった大人1人に対して、自殺未遂をした人が20人以上いる可能性があることが示唆されており、自殺未遂者に対する積極的な支援介入が必要である。今回紹介したデータの対象期間外であるが、JA-RSAでは、2025年1月から、各症例の自傷・自殺未遂の原因・動機、支援の課題などの情報も新たに収集している。新たに蓄積されるデータの分析により、若者の自殺の要因や支援の現状・課題を把握できる可能性がある。今後、更に多くの救命救急センターに参画してもらうよう働き掛けていくとともに、若者を中心とした自傷・自殺未遂の実態や支援の課題等を調査し、実効性のある施策に結び付けたい。

次に、平成27（2015）年から自殺統計原票改正前の令和3（2021）年までの若者の自殺の原因・動機（大分類）の割合を示したものが図表2-5である。なお、自殺の多くは多様かつ複合的な原因及び背景を有しており、様々な要因が連鎖する中で起きていることに留意が必要である。

男性の「15～19歳」は「学校問題」の割合が最も高く、男性のそのほかの年齢階級及び女性では、いずれも「健康問題」が最も高かった。また、女性では男性に比べて「健康問題」の割合が高く、年齢階級が上がるごとにその割合が高くなった。

図表2-5 性別・年齢階級別にみた若者の自殺の原因・動機（大分類）の割合（2015～2021年）

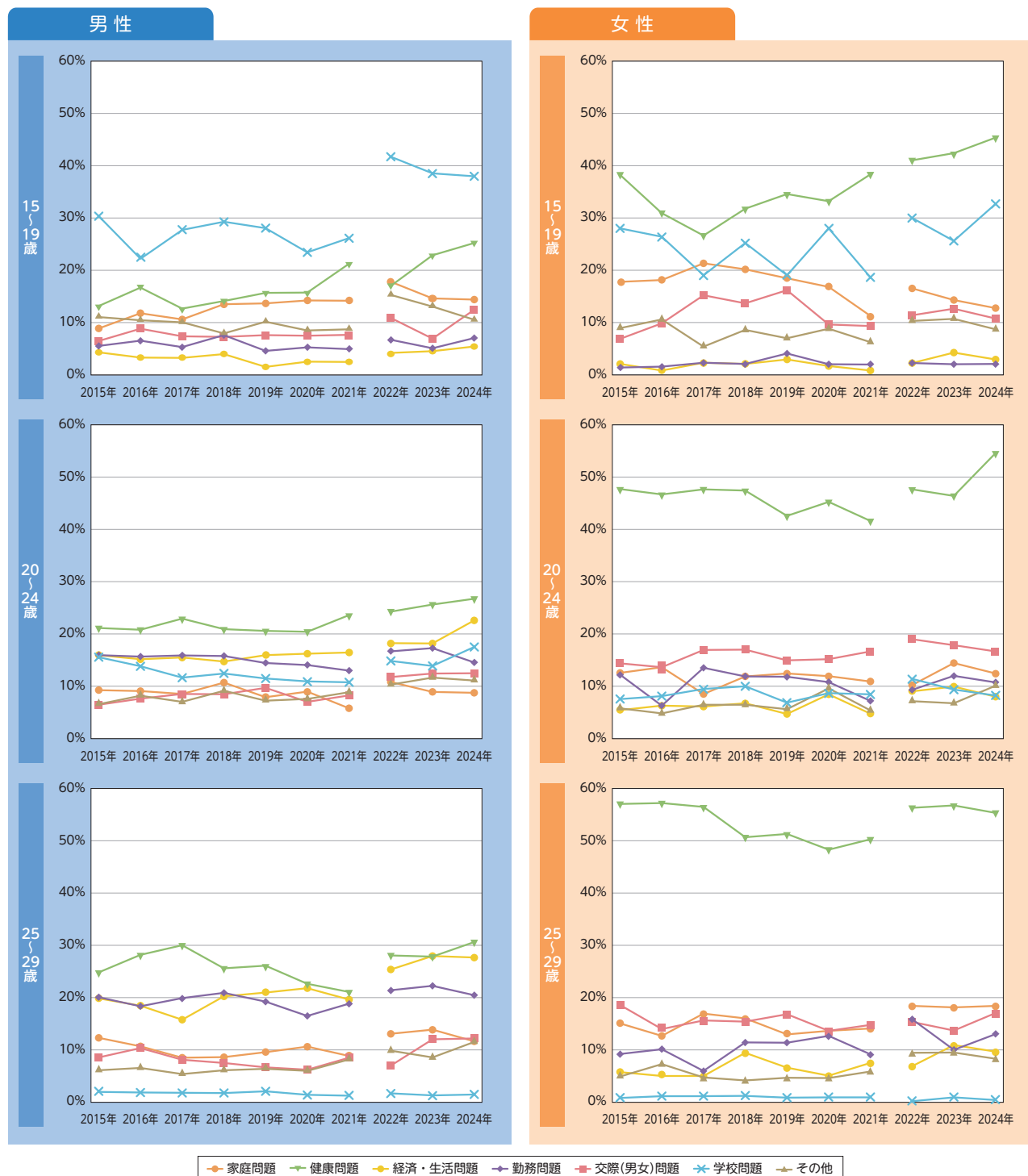


※自殺の原因・動機は、自殺者1人につき3つまで計上可能であるが、原因・動機の大分類ごとの傾向をみるため、同一の大分類に2つ以上該当している場合には1つとして集計している。

資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

年次推移をみると、順位は同じ傾向であるものの、男女とも、「15～19歳」及び「20～24歳」は「健康問題」が、男性の「20～24歳」及び「25～29歳」は「経済・生活問題」が、女性の「15～19歳」は「学校問題」が上昇傾向にある（図表2-6）。

図表2-6 性別、年齢階級別にみた若者の自殺の原因・動機（大分類）の割合の推移



※令和4（2022）年の自殺統計原票の改正に伴い、グラフが不連続となっている。

※「交際（男女）問題」について、令和3年以前は「男女問題」であったものが、令和4年以降は「交際問題」におおむね相当する扱いとする。

※自殺の原因・動機は、自殺者1人につき4つ（令和3年以前は3つ）まで計上可能であるが、原因・動機の大分類ごとの傾向をみるため、同一の大分類に2つ以上該当している場合には1つとして集計している。

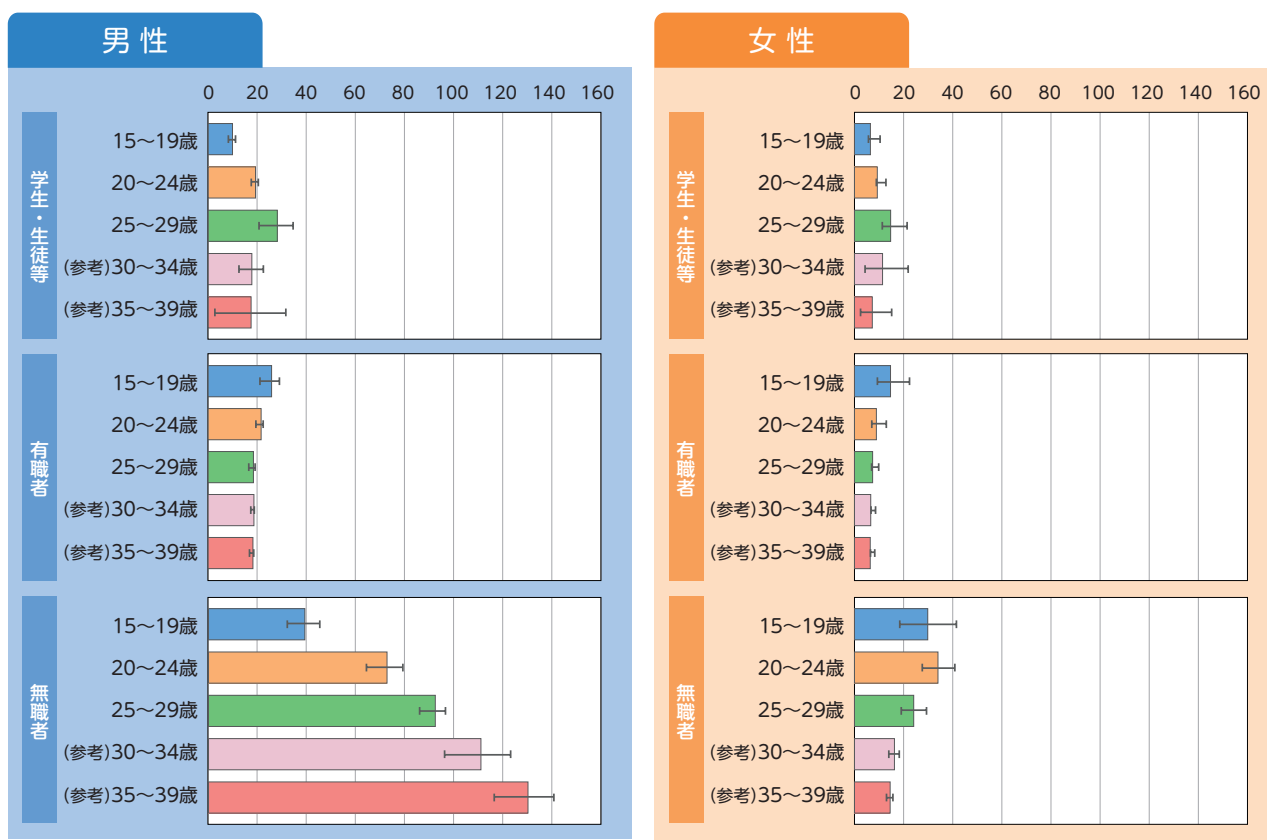
資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

若者の自殺死亡率について、性別、職業別、年齢階級別に過去10年分の平均値を示したものが図表2-7である。

本図によると、「無職者」の自殺死亡率が他の属性に比して高い。特に男性の「無職者」の自殺死亡率は著しく高いといえる。

各職業における年齢階級別の自殺死亡率に着目すると、「有職者」では年齢階級が低い方が自殺死亡率はやや高い。「無職者」では、男性は年齢階級が高くなるにつれて自殺死亡率が大きく上昇するが、女性は「20～24歳」の自殺死亡率がやや高い。

図表2-7 性別、職業別、年齢階級別にみた若者の自殺死亡率（2015～2024年平均値）



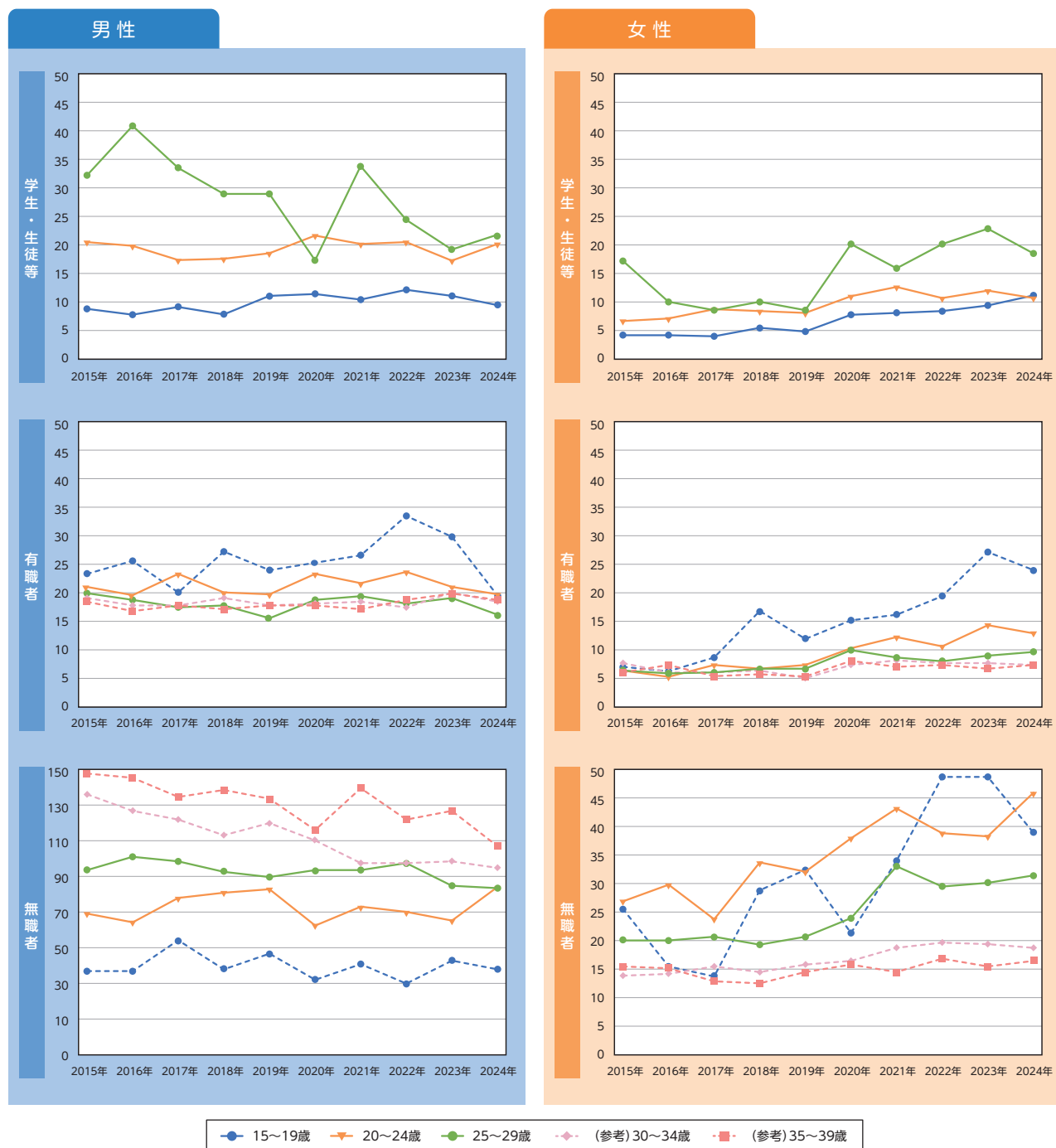
※各棒グラフの先端にエラーバー（標準偏差）を付しており、各年の自殺死亡率の平均値からの差のばらつきを表している。

資料：警察庁自殺統計原票データ、総務省「労働力調査」より厚生労働省作成

年次推移をみると、順位は同じ傾向であるものの、男性の自殺死亡率はおおむね横ばい又は低下傾向にあるといえる。また、前述のとおり、「無職者」は年齢階級が高くなるほど自殺死亡率が高くなる傾向であり、同年齢階級の他の属性に比べ自殺死亡率が高い。

女性の自殺死亡率は、ほとんどの年齢階級及び職業において上昇傾向である。なお、いずれの年齢階級においても、「無職者」の自殺死亡率が最も高い（図表2-8）。

図表2-8 性別、職業別、年齢階級別にみた若者の自殺死亡率の推移



※「有職者」及び「無職者」の「15～19歳」は人数が多くないことから点線にしている。

資料：警察庁自殺統計原票データ、総務省「労働力調査」より厚生労働省作成

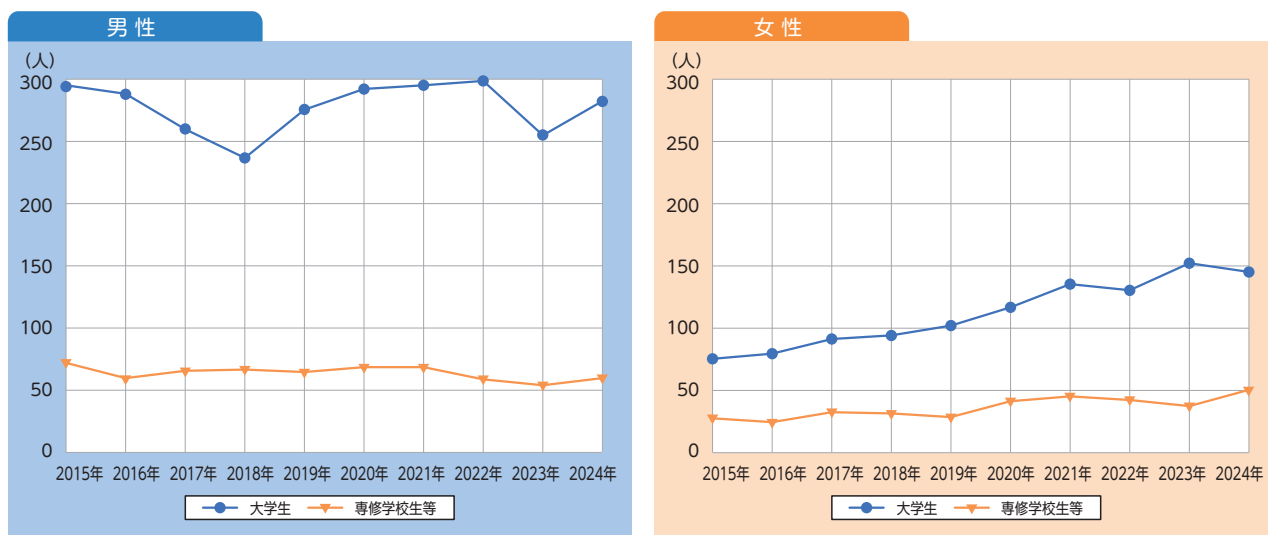
4 大学生等の自殺の状況

前述の職業のうち、まず「学生・生徒等」の、特に「大学生等」（大学生⁹及び専修学校生等¹⁰をいう。以下同じ。）について分析する。

図表2-9では、29歳までの大学生等の自殺者数の年次推移を示している。男性は、おおむね横ばいであり、大学生は約240人から約300人までの間で推移している。また、専修学校生等は、60人前後で推移している。

女性は男性よりも自殺者数は少ないが、近年増加傾向にあり、令和6（2024）年には大学生は約150人、専修学校生等は約50人となった。

図表2-9 性別にみた大学生等の自殺者数の推移



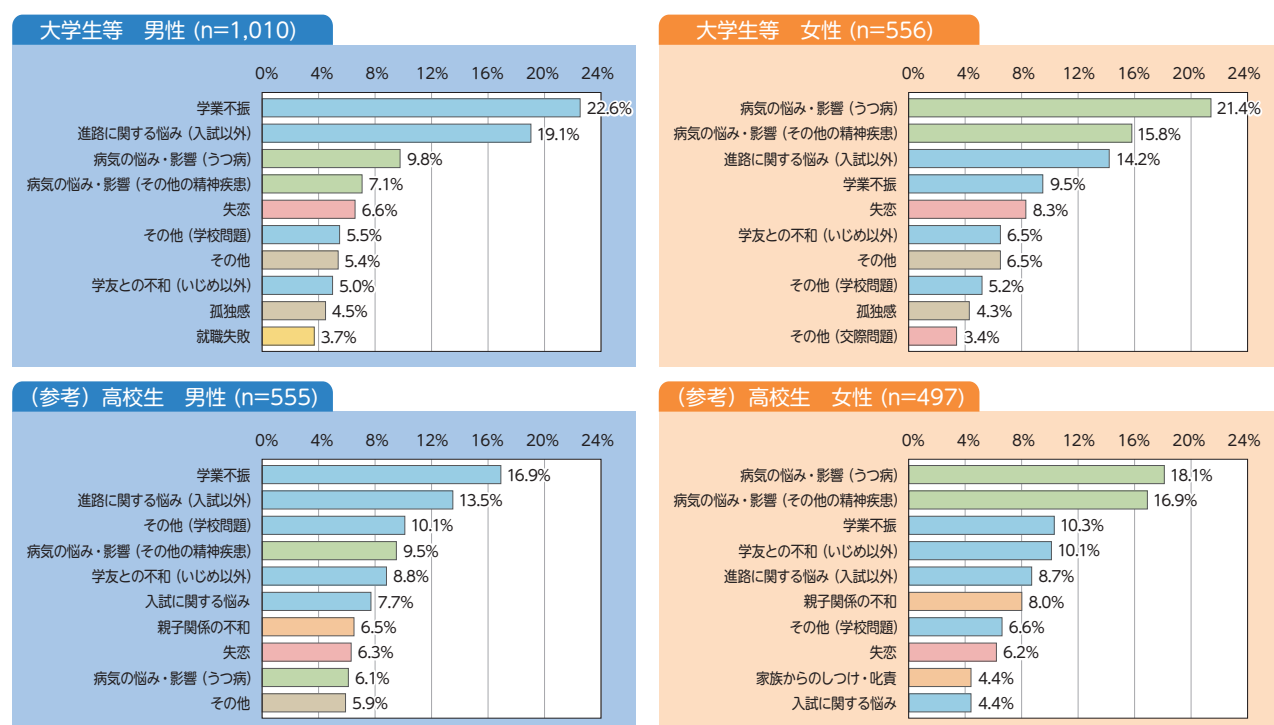
資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

9 大学生は、短大生、高等専門学校の4～5年生、大学院生等も含む。

10 専修学校生等は、専修学校生と予備校生を足し合わせたもの。なお、専修学校生の自殺統計原票作成要領における定義は次のとおり。「学校教育法第124条の専修学校の生徒及び同法第134条の各種学校に在学している者のうち、予備校生を除いた者をいい、公共職業能力開発施設において職業訓練を受けている者も含まれる。」

次に、29歳までの大学生等の自殺の原因・動機（詳細項目）の割合について示したものが図表2-10である。男性では、「学業不振」と「進路に関する悩み（入試以外）」といった「学校問題」が多く、女性では、「病気の悩み・影響（うつ病）」と「病気の悩み・影響（その他の精神疾患）」といった「健康問題」が多いなど、傾向はおおむね高校生と同様であった。一方で、高校生で頻出の「親子関係の不和」等の「家庭問題」が、大学生等では10位以内とならず、男女とも「孤独感」が、男性では「就職失敗」が10位以内に入る。

図表2-10 性別にみた大学生等の自殺の原因・動機（詳細項目）（2022～2024年）



※自殺の原因・動機は、遺書等の生前の言動を裏付ける資料がある場合に加え、家族等の証言から考え得る場合も含め、自殺者1人につき4つまで計上可能である。このため、原因・動機の割合の和は100%になるとは限らない。

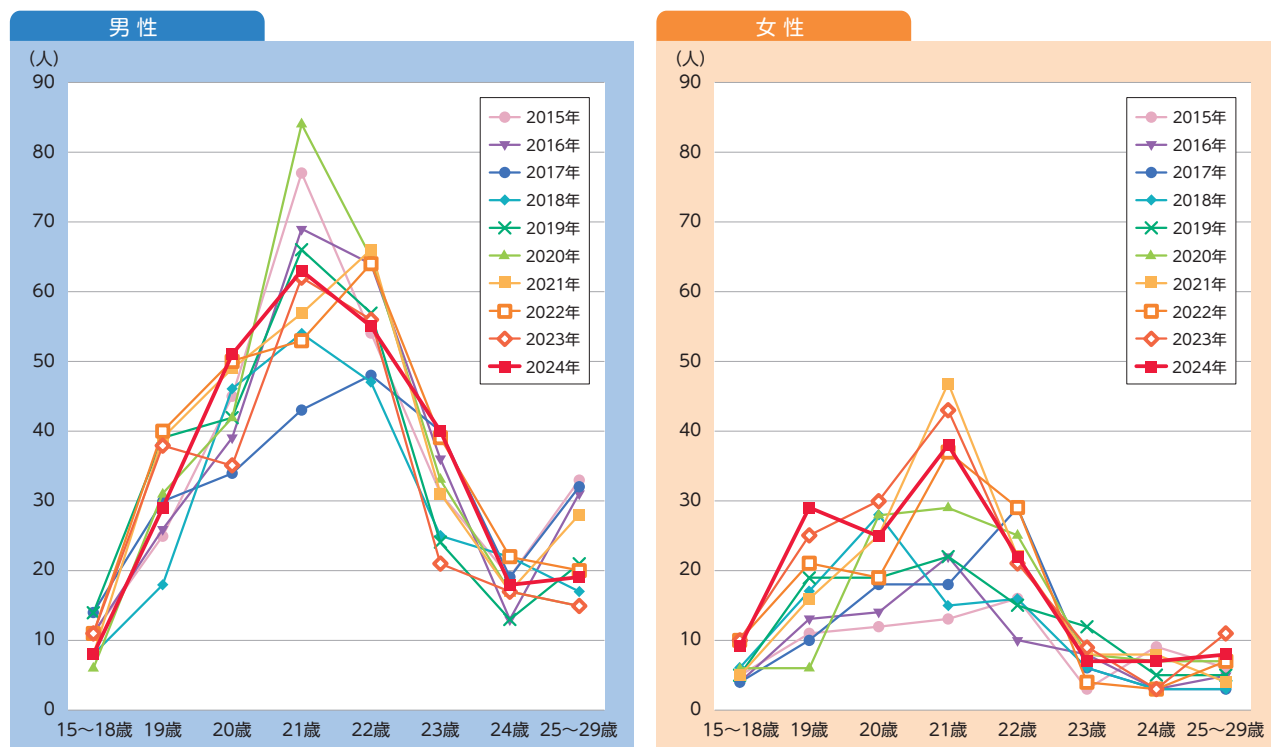
※自殺の原因・動機の詳細項目について、自殺者数に占める割合の上位10位を表示している。

※各詳細項目の配色については、図表2-5及び図表2-6に示す自殺の原因・動機（大分類）に対応している。

資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

大学生について、各歳別の自殺者数を年次別に示したものが図表2-11である。男性は、多くの年で「21歳」を頂点とした山形となっており、令和2（2020）年に大きく増加したが、徐々になだらかになっている。一方、女性は、山が低く、頂点となる年齢もまばらであったが、年ごとに山が高くなる傾向であり、令和3（2021）年以降は、男性同様「21歳」の頂点が際立つようになっている。

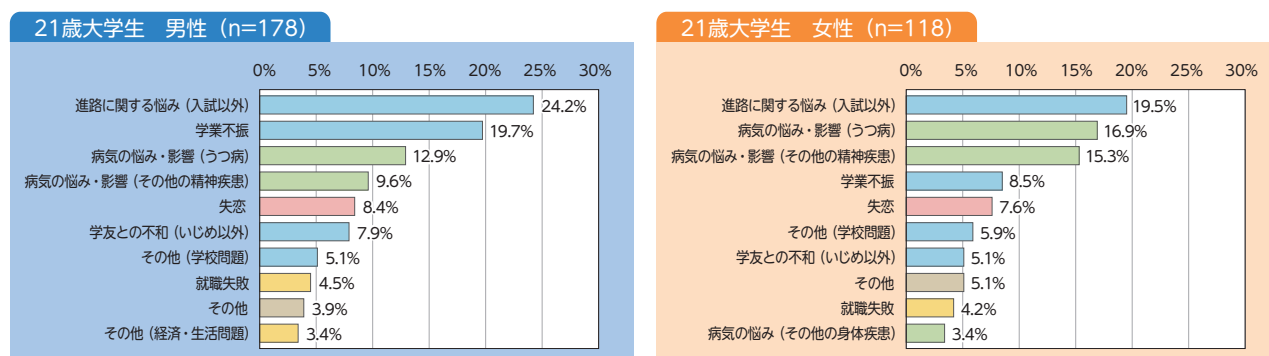
図表2-11 性別、年次別にみた大学生の各歳別自殺者数



資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

21歳の大学生の自殺の原因・動機（詳細項目）の割合をみると、男女ともに「進路に関する悩み（入試以外）」の割合が最も高く、女性では大学生等で最も多かった「病気の悩み・影響（うつ病）」などの「健康問題」を上回った。また、男女ともに「就職失敗」が上位10位以内となった（図表2-12）。

図表2-12 性別にみた21歳大学生の自殺の原因・動機（詳細項目）（2022～2024年）



※自殺の原因・動機は、遺書等の生前の言動を裏付ける資料がある場合に加え、家族等の証言から考え得る場合も含め、自殺者1人につき4つまで計上可能である。このため、原因・動機の割合の和は100%になるとは限らない。

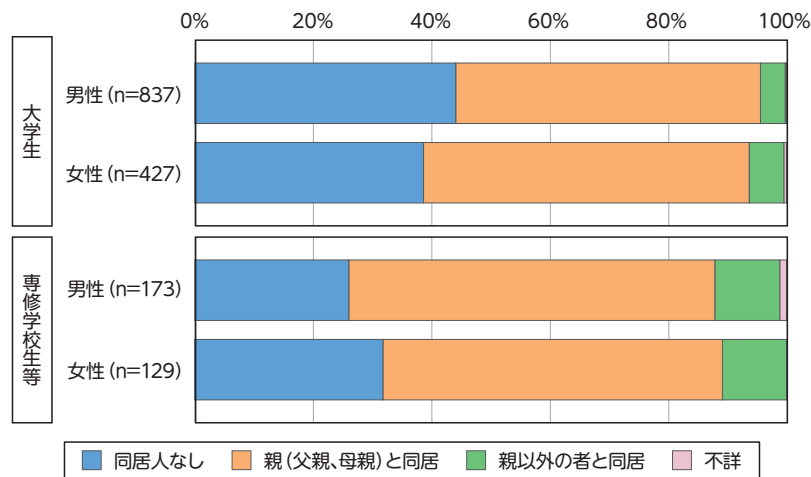
※自殺の原因・動機の詳細項目について、自殺者数に占める割合の上位10位を表示している。

※各詳細項目の配色については、図表2-5及び図表2-6に示す自殺の原因・動機（大分類）に対応している。

資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

大学生等の自殺者について、同居人の有無や精神科・心療内科通院の有無といった観点からみる¹¹と、男女とも「同居人なし」の割合も多いが、過半数は生前に同居人がいた（図表2-13）。また、生前に精神科・心療内科に通院していない者が、女性ではおおむね半数であり、男性は更にその割合が高い（図表2-14）。

図表2-13 性別にみた大学生等の自殺者における生前の同居人の状況（2022～2024年）



※「親以外の者」とは、兄弟姉妹、その他の親族、婚姻関係にないパートナー等である。

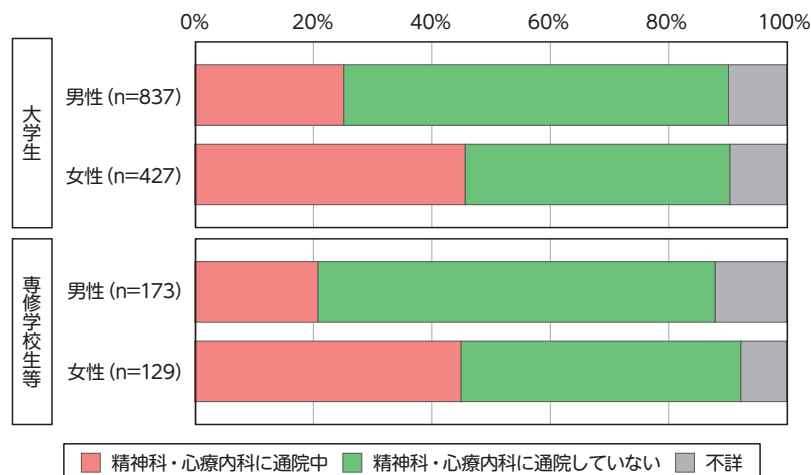
※ここでは主に同居人の有無や、親との同居状況に焦点を当てているため、「親と同居」に関しては、親とともに、兄弟姉妹、その他の親族等も同居している場合も含まれる。

※同居人の状況は、自殺者の生前の住居地において、自殺時に同じ住宅に住んでいた同居人の有無について記入する。このとき、同居の事実に基づき、生計を同一にしていたか、扶養関係にあったかは問わない。

※「同居人なし」には、個室が確保されている寮に住んでいた者も含む。

資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

図表2-14 性別にみた大学生等の自殺者における精神科・心療内科通院の状況（2022～2024年）



資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

11 同様の観点による分析は、自殺対策推進センター（2025年3月）「大学生の自殺の状況」においても行っている。本節では、専修学校生等のデータや2024年のデータも含んでいるなどの違いがあるが、大学生における大まかな傾向は一致している。

大学生等の自殺を予防するため、大学等における学生相談を担当する教職員の能力の向上や、ノウハウや情報の共有、カウンセラーの配置、学内（学生相談室、保健管理センター、指導教員、学生支援担当部署等）の連携向上、学生が学生を支援する「ピア・サポート」の活用等、学生の心の相談体制の強化が重要である。

文部科学省では、各大学等に対し、新しい環境になじめない、将来の進路が不安といった多様な悩みを抱える学生への相談しやすい体制の構築、学内の相談窓口の周知、カウンセラーや医師等の専門家との連携等により、学生の悩みや不安に寄り添ったきめ細かな支援等の実施について、年に2回（3月、9月）の通知を発出している。また、学生支援担当の教職員を対象とした会議等の様々な機会においても、学生の自殺防止に対する指導の充実についての理解啓発を図っている。加えて、独立行政法人日本学生支援機構（JASSO）と連携し、大学等の教職員に対し、自殺を含む学生の心の問題や成長支援に関する理解を促進するため、「心の問題と成長支援ワークショップ」を毎年度実施するなど、各大学等における学生支援の充実に努めている。

また、自殺対策推進センターでは、大学教職員等に対し、令和4年度から「大学における自殺対策推進のための研修」を実施しており、令和6年度には、繰り返し受講できるよう、e-ラーニングによる研修教材を提供している。

学生等の就職については、厚生労働省において、一般の窓口であるハローワークのほかにも、大学・大学院・短大・高専・専修学校などの学生・生徒や、これらの学校を卒業したおおむね3年以内の方向けの専門窓口である「新卒応援ハローワーク」を各都道府県に1か所以上、全国で56か所設置している。「新卒応援ハローワーク」を中心に、担当者制を基本とした個別相談や求人の紹介等、就職まで一貫した支援を行うとともに、大学等との連携による学校への出張相談や、就職後の職場定着のための支援等を実施している。

COLUMN
3

大学生の自殺予防について

福岡大学医学部精神医学教室 講師 衛藤暢明

大学生の自殺

「令和6年中における自殺の状況」（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）によると、自殺者数は、小学生15人、中学生163人、高校生351人に対して、大学生は434人と、年代が上がるに従って増加する傾向がある。同じ資料で、19歳以下では自殺者数800人、自殺死亡率が7.5であるのに対して、20歳代では自殺者数2,465人、自殺死亡率が19.3となることをみても、大学生は、自殺が多くなる年代といえる。

中高生との共通点と違い

自殺未遂に至る中高生と大学生を比較した場合、背景にある心理社会的要因の傾向は大きく異なる。重症自殺未遂者の背景要因を調べた「福岡県自殺未遂者支援事業」（平成24～26年、下表）の結果において、10歳代では、背景の要因として「家族・家庭」と「学校」に関連した要因が多い。それに対して、20歳代では学業上の問題だけでなく、養育された家庭での問題、恋愛（夫婦）の問題、アルコール・薬物の問題が新たに生じてくる。社会の中での役割が大きく変わり、成人として社会と様々な関わりを持つようになる。また、親元を離れることも多くなることから、背景の要因も多様になることが考えられる。

	10歳代	20歳代
精神的な問題	精神科受診歴は少ない 診断は様々な側面から検討する必要 発達の問題 統合失調症の鑑別 ほとんどは神経症	診断は様々 発達の問題 統合失調症の鑑別
心理社会的問題	ほとんどが「家族・家庭」と「学校」に関わる要因 両親の離婚/別居/単身赴任/不仲 同胞（きょうだい）児の自閉症/精神障害 ネグレクト、虐待 性別違和/性別不合	問題の多様性 学業上の問題 養育された家庭の問題（DV・ネグレクト・虐待） 恋愛・夫婦関係の問題 仕事上の問題 アルコール・薬物の問題
支援者 新たなシステム	中学校・高校の養護教諭 スクール・カウンセラー スクール・ソーシャルワーカー 精神科病棟入院中の院内学級 学習指導ボランティア	大学事務・心理相談室 障がい学生支援委員会 精神科受療継続にむけた本人・家族への働き掛け 経済的問題に関する相談

SNSの使用についていえば、地域や年代、社会的背景という点で、より広範なコミュニケーションを取るようになり、海外を含めた自殺の手段の入手や、自殺に向けた準備・連絡の手段として利用されることが多くなる。

自殺の危険に関連した課題として、大学生特有の孤立の在り方（ひきこもり）や、社会的身分の変わりやすさ、経済的問題の影響（生活苦、就職への影響）、リスクを抱えた大学生の巻き込まれやすい環境（ブラック企業、アカハラ、セクハラ、失恋、宗教の勧誘など）、アルコール・薬物の乱用（処方薬・市販薬、海外からの購入、非合法薬物）などにも注意を払う必要がある。これらの背景の要因の違いから、大学生の自殺予防を考えるとき、中高生とは違ったアプローチが必要になる。

大学生に対して行う実際のアプローチのタイミングの例

- ① 大学に入学した後に、精神病性の精神疾患を発症し、自宅アパートから飛び降りた。救急医療機関に入院している段階から、精神科医師が大学職員・家族と相談し、精神科での治療を継続しながら修学に関わる支援を行うこととなった。
- ② 大学入学後、アルバイトやサークルでの人間関係でうまくいかないことが続き、孤独感を抱くようになった。抑うつ状態となって、進級のための単位を取れず、家族にその事実を伝えられなかった。インターネットで方法を調べ、服毒した後に、救急医療機関から精神科に相談があり、精神科への受療継続と復学のための支援を行うこととなった。
- ③ 幼少期より吃（きつ）音と自閉スペクトラム症に対する支援を受けていた。高校時代から希死念慮を抱くようになり、大学の心理相談室での相談を行うようになった。心理面接の中で、就職活動がうまくいかず、死にたい気持ちが強まり、市販薬を過量服薬していることを、本人がカウンセラーに話した。カウンセラーの紹介で精神科を受診した。
- ④ 大学入学前から、物事が思ったとおりに進まないときに市販の鎮咳（ちんがい）薬と感冒薬の乱用を行うようになった。大学入学後も市販薬の乱用は続き、実習期間が終わった日に大学のトイレで気分を軽くするために過量に市販薬を飲んだ。意識がぼんやりしているところを大学教員に発見され、精神科医に相談があり、精神科での診療を継続することとなった。

大学生の自殺予防で大事なこと

大学生になって精神疾患が明らかになる場合や、発症するケースが多くなる。この場合、専門家の支援や医療機関への受診が必要になるが、心理相談室や精神科の受け入れは、中高生に比べると比較的容易になる。児童精神科や思春期の精神科医療をうたっている精神科医療の場合、新規患者の受け入れまでに相当の時間を要することが多いのに対して、大

学生の場合は、通常の「成人」として、対応できる精神科医療の幅は非常に広がるためである。また、保護者の意向が関わる割合が少なくなり、精神科の医療機関に受診したいか否かは、本人の意思決定によることが多くなる。つまり、本人が望めば精神科の医療機関への受診は、実質的にそれほど難しくない。このため、必要なタイミングで、本人が必要な支援を求められるようにする、若しくは周囲が必要と思ったときに医療機関につなぐ体制が必要になっていると考える。

特に大学生の場合、精神疾患が生じた場合に学業上の困難に結び付きやすく、学業の支援と合わせて相談を行うことが求められる。また、親元を離れて通学している場合に、大学のある土地で治療を行うのか、保護者のいる場所で治療を行うのか、という問題が生じる。成人していることが多い大学生の場合、本人の意思が優先されるが、状況に応じて、大学と医療機関、保護者の間での連携が必要になる。そして、休学や退学が決まった場合に、どの医療機関が治療を引き継ぐかは、治療の観点から非常に重要な問題となる。

大学生は、メンタルヘルスの問題が顕在化して急増する時期に当たるため、精神科への受診に関しては、大学入学前から、どのような状態になったら受診を求めたらよいか、どのような相談ができるのか、どのような治療が行われるのかについて、基本的な情報に触れる機会を増やしておくことが望まれる。大学入学後も、メンタルヘルスに関する教育の実施や、支援の体制について心理相談室などを通じた医療機関との連携が行われる必要がある。

大学における自殺予防に関する取組として、福岡大学において「障がい学生支援委員会」での大学生の支援を行っている。これは従来の修学場面に係る合理的配慮について検討する委員会において、自殺関連行動が問題になった際に精神科医が検討に参加することがあった。精神科医の積極的な関わりは、産業保健における産業医の役割になぞらえられるが、大学における大学生の支援は、必ずしも法律や修学規則に基づくものではない。このため、学生本人及び家族の同意の下で、自殺企図や自殺のリスクを抱えた大学生に対して、精神科の医療者と大学教員・事務職員が修学・復学時期の判断、復学後の支援を行うことになった。

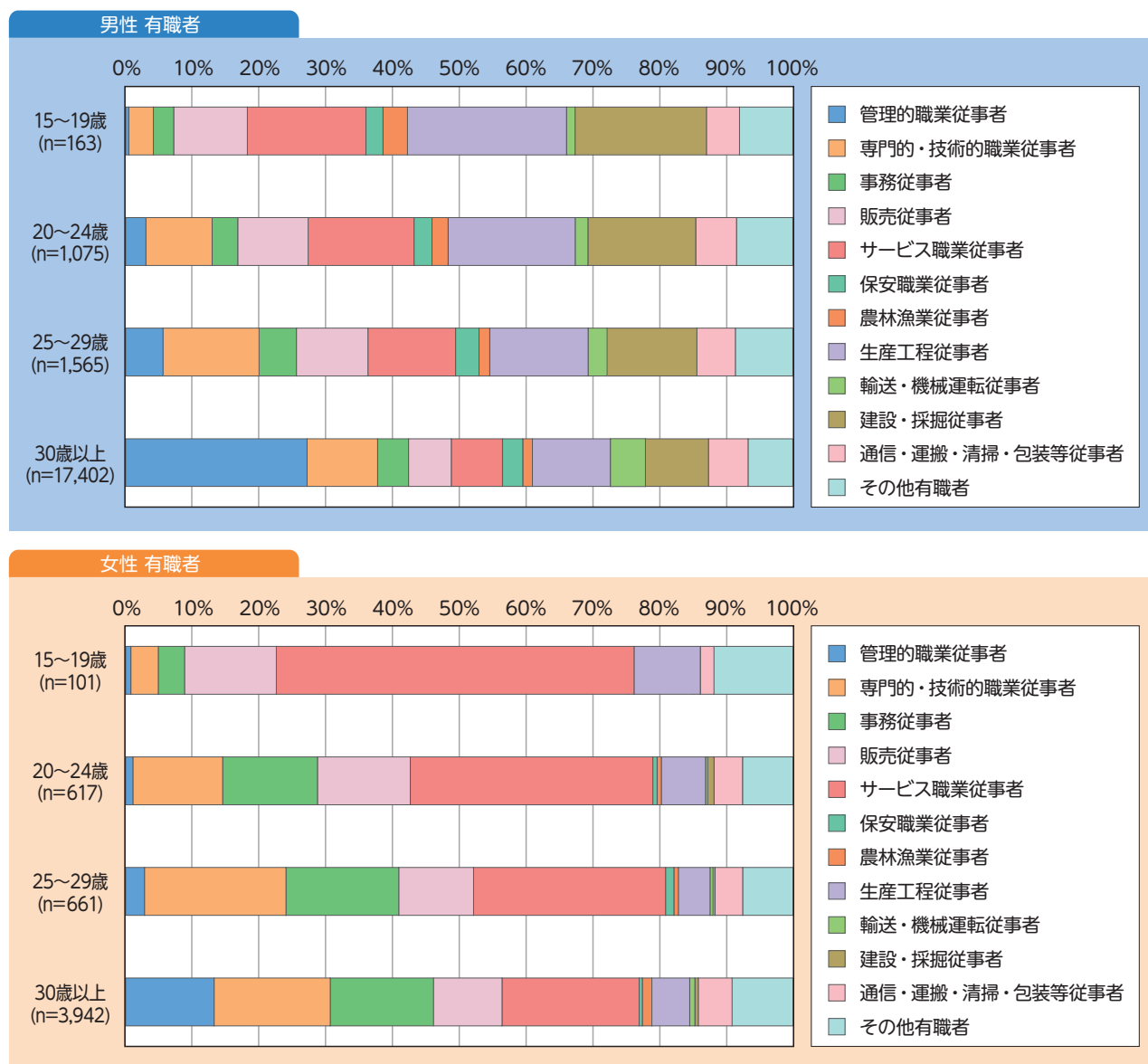
大学生の自殺を予防するために

大学生は自殺のリスクが非常に高まりやすい時期であるといえる。困難に際して、「相談すべきことを、相談すべき人に、相談すべきタイミングで、相談できるようになる」ための取組は、早い時期から行っておく必要があることだろう。メンタルヘルスの問題は、まさに若年者においてすでに起こっているのである。本人や周りにいる友人たち、家族に起こったメンタルヘルスの問題について、何が起こっているのか、どのような段階で、誰に相談すればよいのかについて、できるだけ早い時期に身に付けておく必要がある。その意味で、大学生になる以前の中高生の時期からの自殺予防に向けた取組も大切なことであると考える。

5 若年有職者の自殺の状況

次に、若年有職者の自殺の状況について、令和4（2022）年から令和6（2024）年までの職業別の構成割合を示したものが図表2-15である。若年層では一般的に管理職に従事している割合が低いことに留意が必要であるが、「30歳以上」よりも構成割合が高い職業は、男性では「サービス職業従事者」、「生産工程従事者」、「建設・採掘従事者」、女性では「販売従事者」、「サービス職業従事者」である。

図表2-15 性別・年齢階級別にみた若年有職者の職業別自殺者数の構成割合（2022～2024年）



資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

詳細な職業別では、前述のとおり、若年層では一般的に管理職に従事している割合が低いことに留意が必要であるが、いずれの年齢階級においても「その他のサービス職業従事者」、「飲食店店員」、「販売店員」、「その他の生産工程従事者」及び「土木建設労務作業者」が頻繁にみられる。また、年齢階級が上がるにつれて「事務員」の順位が高くなり、「25～29歳」では最も高い（図表2-16）。

図表2-16 年齢階級別にみた若年有職者の職業別自殺者数の順位（上位10項目）（2022～2024年）

(人)

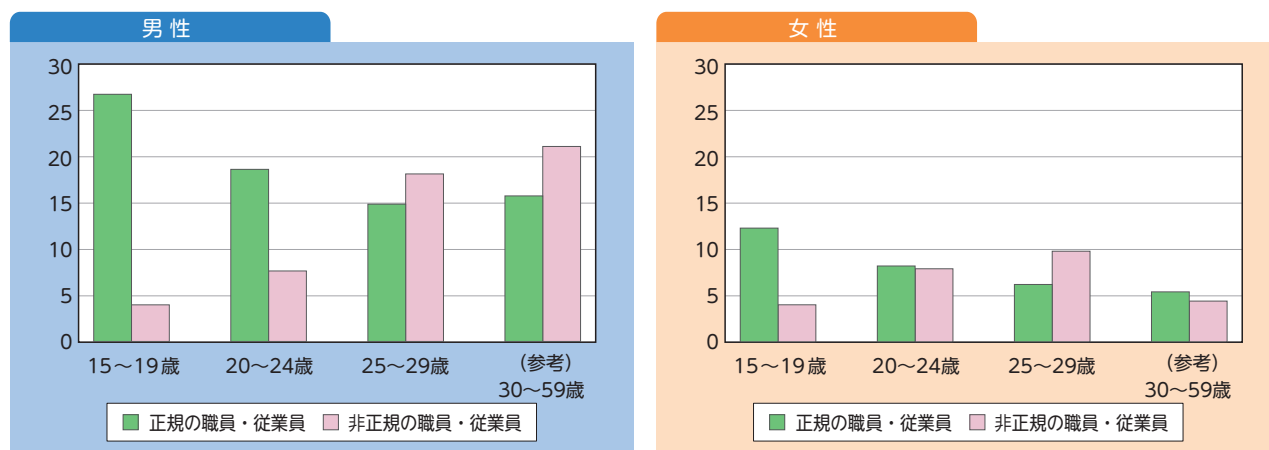
15～19歳		20～24歳		25～29歳		(参考) 30歳以上	
職業	自殺者数	職業	自殺者数	職業	自殺者数	職業	自殺者数
その他のサービス職業従事者	31	その他のサービス職業従事者	156	事務員	199	その他	1,529
飲食店店員	29	その他	138	その他	184	事務員	1,426
その他	25	飲食店店員	135	その他のサービス職業従事者	156	その他の自営者	1,396
販売店員	24	事務員	130	その他の専門的・技術的職業従事者	130	その他のサービス職業従事者	994
その他の生産工程従事者	21	販売店員	121	販売店員	116	土木・建築業自営者	935
土木建設労務作業者	19	土木建設労務作業者	93	飲食店店員	111	その他の専門的・技術的職業従事者	873
食品・衣料品製造工	13	その他の生産工程従事者	87	その他の生産工程従事者	107	その他の生産工程従事者	803
		機械工(輸送・精密を除く)	58	土木建設労務作業者	88	会社・公団等の役員	799
		建設職人・配管工	58	建設職人・配管工	86	土木建設労務作業者	793
		その他の専門的・技術的職業従事者	57	営業職業従事者	84	農林漁業自営者	746

※自殺者数が10人未満の場合は非表示としている。

資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

若年有職者のうち雇用者¹²の自殺死亡率をみると、男女とも、特に10歳代の「正規の職員・従業員」が高く、年齢階級が上がるにつれて、「正規の職員・従業員」は低く、「非正規の職員・従業員」が高くなった（図表2-17）。

図表2-17 年齢階級別にみた若年有職者（役員を除く雇用者）の自殺死亡率（2022～2024年）



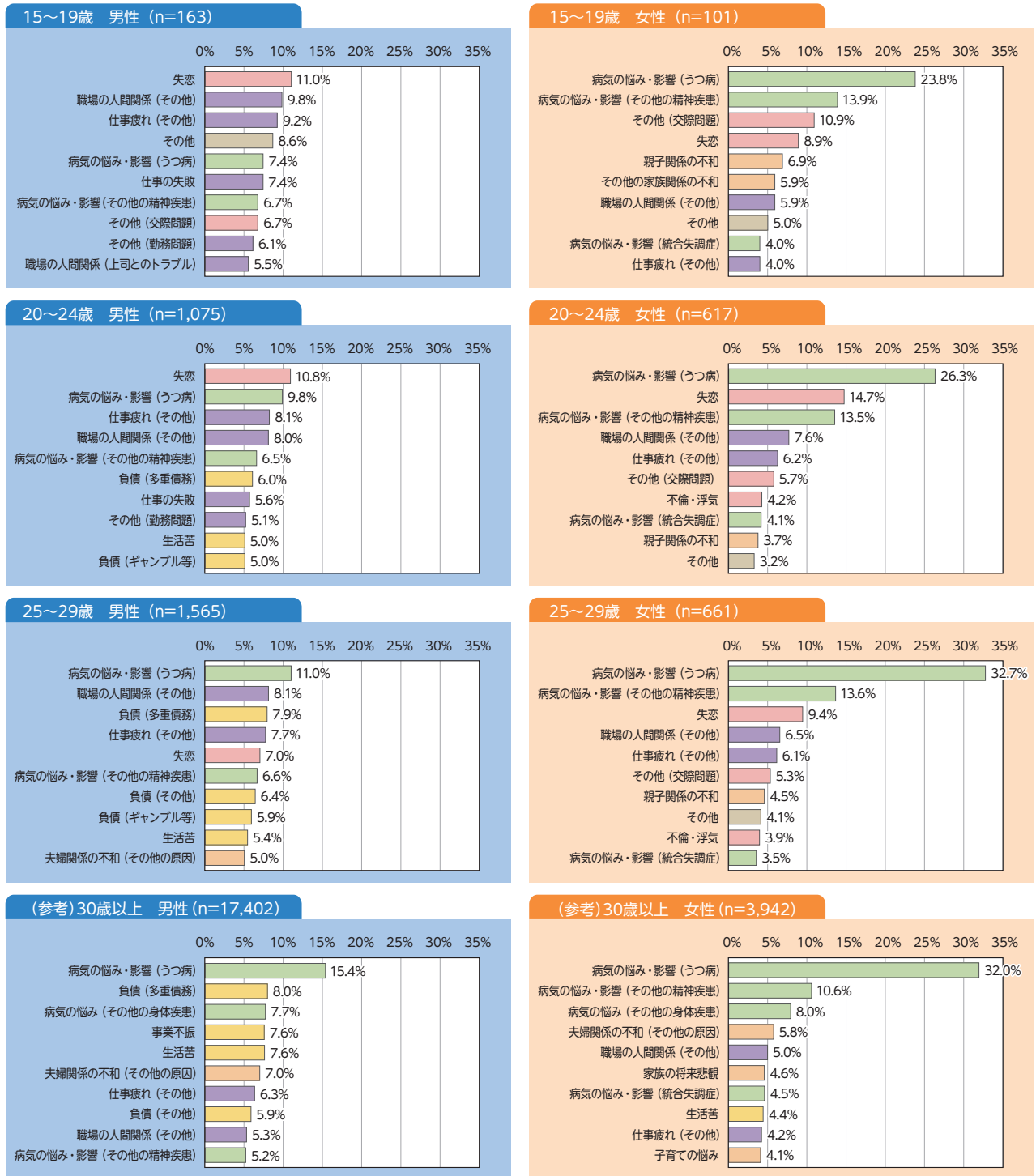
資料：警察庁自殺統計原票データ、総務省「労働力調査」より厚生労働省作成

若年有職者の自殺の状況を更に詳しくみるため、令和4（2022）年から令和6（2024）年までの性別、年齢階級別の自殺の原因・動機（詳細項目）の割合をみたものが図表2-18である。

「病気の悩み・影響（うつ病）」は、男性の「25～29歳」及び女性の全年齢階級において最も高く、特に、女性は割合が高い。「失恋」は男女ともに上位5位以内となっており、男性の「15～19歳」、「20～24歳」では最も割合が高い。また、各年齢階級・男女ともに、「職場の人間関係（その他）」や「仕事疲れ（その他）」といった「勤務問題」の割合も高い。さらに、「25～29歳」の男性有職者の自殺の原因・動機をみると、「20～24歳」と比べて「経済・生活問題」が頻繁にみられる。その中で、最も割合が高いのが「負債（多重債務）」であり、その割合は「30歳代以上」と同程度である。

12 会社、団体等に雇われて賃金給料をもらっている役員以外の者をいう。自殺統計原票と労働力調査の項目の定義等が異なることに留意が必要であるが、労働力調査における「正規の職員・従業員」は、自殺統計原票における「部・課長級の雇用者」及び「正規の職員・従業員（部・課長級以外）」であり、また、労働力調査における「非正規の職員・従業員」は、自殺統計原票における「パート・アルバイト・派遣社員・契約社員・嘱託職員他」であるとして自殺死亡率を算出している。

図表2-18 性別・年齢階級別にみた若年有職者の自殺の原因・動機（詳細項目）（2022～2024年）



※自殺の原因・動機は、遺書等の生前の言動を裏付ける資料がある場合に加え、家族等の証言から考え得る場合も含め、自殺者1人につき4つまで計上可能である。このため、原因・動機の割合の和は100%になるとは限らない。

※自殺の原因・動機の詳細項目について、自殺者数に占める割合の上位10位を表示している。

※各詳細項目の配色については、図表2-5及び図表2-6に示す自殺の原因・動機（大分類）に対応している。

資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

前述のとおり、若年有職者の自殺の原因・動機は、男女ともに「病気の悩み・影響（うつ病）」といった「健康問題」の割合が高く、「職場の人間関係（その他）」や「仕事疲れ（その他）」といった「勤務問題」の割合も高いことから、職場におけるメンタルヘルスケア等の対策は重要であるといえる。

厚生労働省では、労働者のメンタルヘルスケアを促進するため、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」（平成18年3月策定、平成27年11月改正）を定め、事業場におけるメンタルヘルス対策の取組について、周知・啓発を行っている。平成27年には、事業場におけるメンタルヘルス不調の未然防止の取組を強化するため、事業場におけるストレスチェックの実施を義務化した。労働者数50人未満の事業場は、当面の間努力義務とされていたが、事業場規模にかかわらずメンタルヘルス対策が課題となっていることを踏まえ、労働者数50人未満の事業場についてもストレスチェックの実施義務の対象とすること等を内容とした「労働安全衛生法及び作業環境測定法の一部を改正する法律案」が、令和7年5月8日に成立した。

また、厚生労働省が運営する働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」においては、事業者向けにメンタルヘルス対策に関する総合的な情報提供を行っているほか、働く方向けに相談窓口の設置等を行っている。当該ポータルサイトにおいて、「新入社員の方のためのセルフケア基礎知識」や「若年労働者へのメンタルヘルス対策～セルフケア・ラインケア・家族との連携など～」についても紹介している。

全国の産業保健総合支援センターでは、事業場に対し、メンタルヘルス対策に関する専門的な研修や相談対応、個別訪問による導入支援等を行っている。

さらに、職場におけるハラスメントの防止については、「労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律」（昭和41年法律第132号。以下「労働施策総合推進法」という。）や「雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律」（昭和47年法律第113号）等において、事業主に対し、パワーハラスメントやセクシュアルハラスメント等の防止のための雇用管理上の措置を講じることを義務付けている。都道府県労働局では、労働者及び事業主等からの相談に対応するとともに、事業主に対して関連法の周知・啓発及び必要に応じた是正指導を行っている。また、近年問題となっているカスタマーハラスメントについて事業主に雇用管理上の措置を義務付けること等を含む労働施策総合推進法の改正法案が、令和7年6月4日に成立した。

加えて、男性の有職者では「経済・生活問題」の割合が高く、「25～29歳」の「負債（多重債務）」は「30歳以上」と同程度であった。図表2-6でも、20歳代の男性の自殺者の自殺の原因・動機のうち「経済・生活問題」は上昇傾向であり、若者への対策が急務である。こうしたことを背景に、政府は、「多重債務問題改善プログラム」（平成19年4月20日多重債務者対策本部決定）に基づき、多重債務者対策を進めている。具体的には、都道府県及び市区町村のほか、財務局、財務支局及び沖縄総合事務局において多重債務に関する相談窓口を設置している。これらの相談窓口が若者を含む必要とする方に適切に周知され、活用される必要がある。

令和6年に設立された金融経済教育推進機構（J-FLEC）は、多重債務問題を含む金融経済

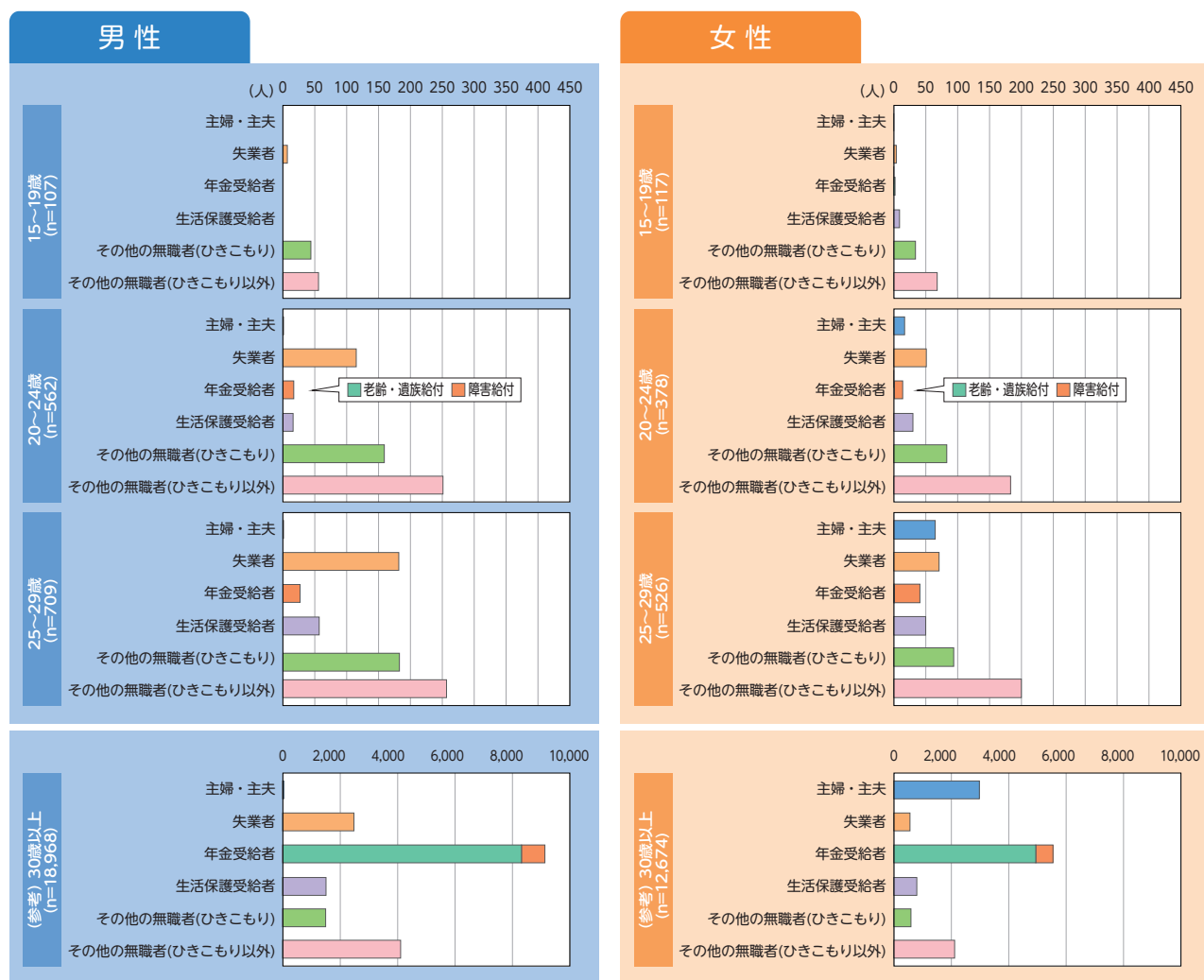
教育の講義資料を作成・公開の上、学校や企業等への出張授業を行うことで、借金や多重債務等のトラブルについて青少年を含めた幅広い層に対し周知している。

そのほか、日本貸金業協会は、貸金業相談・紛争解決センターにおいて、貸金業に関する相談・苦情を受け付けているほか、高校生や大学生など若年層を始めとする消費者を対象に、借りすぎや多重債務などの金融トラブル防止を目的とした出前講座を実施している。さらに、日本貸金業協会と大手貸金業者が協働で設立した金融リテラシー向上コンソーシアムにおいても、関係機関と連携しながら、「金融経済教育セミナー」や「中高生のためのe-learning講座」など、若年層を含む消費者の金融リテラシー向上に向けた継続的な取組を行っている。

6 若年無職者の自殺の状況

図表2-7でみたとおり、若年無職者の自殺死亡率は、男女ともに他の属性に比して高く、特に男性で著しく高い。若年無職者の自殺の状況を詳細にみるため、令和4（2022）年から令和6（2024）年までの性別、年齢階級別、無職者の内訳別の自殺者数を比較したものが図表2-19である。男女ともに、ほとんどの年齢階級において「その他の無職者（ひきこもり以外）」¹³が最も多いが、「その他の無職者（ひきこもり）」¹⁴は「失業者」より多い。

図表2-19 性別、年齢階級別にみた若年無職者の内訳別自殺者数（2022～2024年）



※「利子・配当・家賃等生活者」、「雇用保険受給者」及び「ホームレス」については人数が少ないため、非表示としている。

資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

- 13 「働く意欲がなく家族に養われている者」、「病気により療養等している者で働く意欲のない者」等のうち、ひきこもりに該当しない者をいう。受験のため自宅で勉強している者も含む。
- 14 厚生労働省「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」（平成22年）におけるひきこもりの定義に従い、他の項目に該当しない無職者で、「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学，非常勤職を含む就労，家庭外での交遊など）を回避し，原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）」にある者とする。

若年無職者について、令和4（2022）年から令和6（2024）年までの自殺の原因・動機（詳細項目）の割合を、年齢階級別、無職者の内訳別に示したものが図表2-20である。なお、本図から図表2-22までについては、19歳以下の件数が少ないことから、24歳までと合わせ、「15～24歳」として分析している。

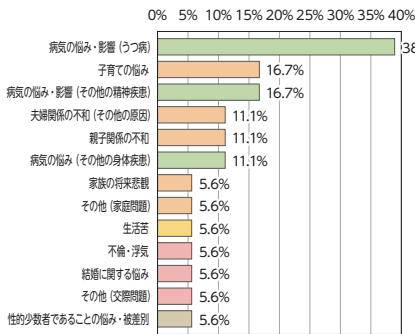
本図によると、いずれの年齢階級及び内訳においても、若年無職者は、総じて「病気の悩み・影響（うつ病）」や「病気の悩み・影響（その他の精神疾患）」が最も高い割合となっているなど「健康問題」の割合が高い。また、「その他の無職者（ひきこもり以外）」では、「失恋」や「生活苦」、「就職失敗」が、「その他の無職者（ひきこもり）」では、「親子関係の不和」や「就職失敗」、「孤独感」が上位となっている。さらに、女性の占める割合が高い「主婦・主夫」では「夫婦関係の不和（その他の原因）」や「子育ての悩み」といった「家庭問題」の割合が高く、男性の占める割合が高い「失業者」では、「生活苦」、「失業」などの「経済・生活問題」が上位となり、「失恋」や「職場の人間関係（その他）」も上位10位以内となるといった内訳ごとの特徴がみられる。

図表2-20

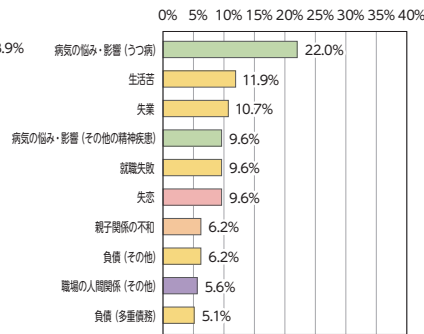
年齢階級別にみた若年無職者の内訳別の自殺の原因・動機（詳細項目）（2022～2024年）

15～24歳

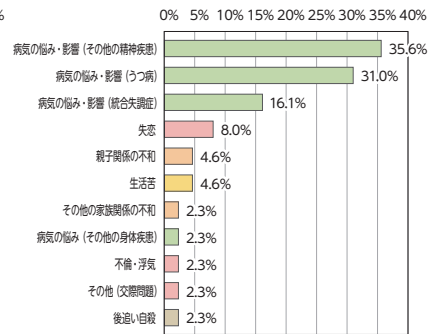
主婦・主夫 (n=18)



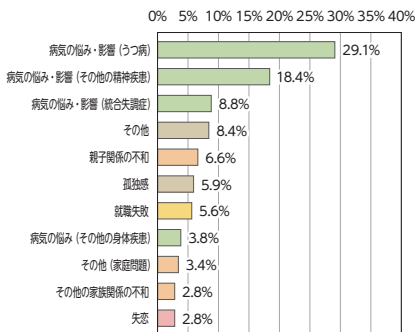
失業者 (n=177)



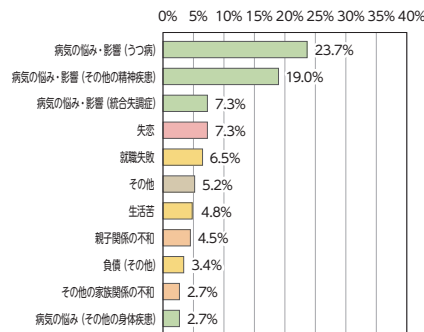
年金受給者（障害給付）・生活保護受給者 (n=87)



その他の無職者（ひきこもり） (n=320)

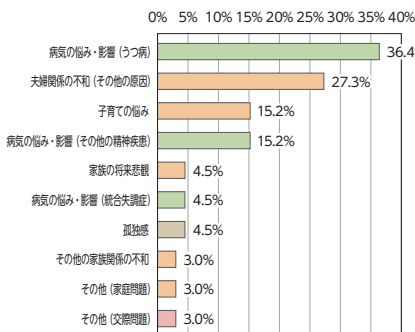


その他の無職者（ひきこもり以外） (n=558)

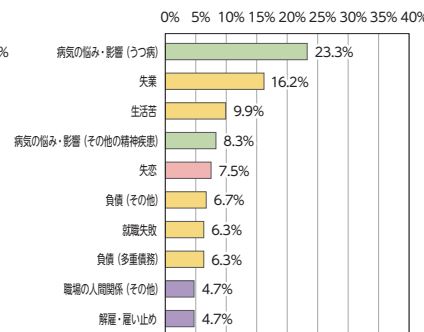


25～29歳

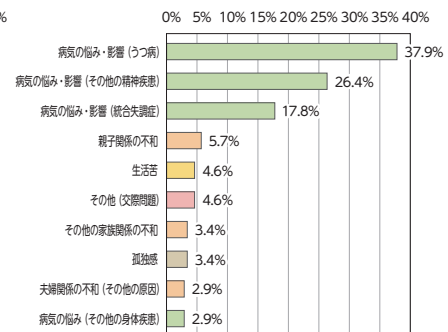
主婦・主夫 (n=66)



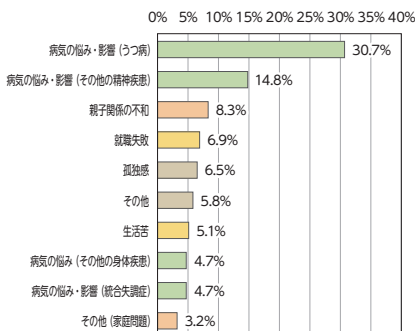
失業者 (n=253)



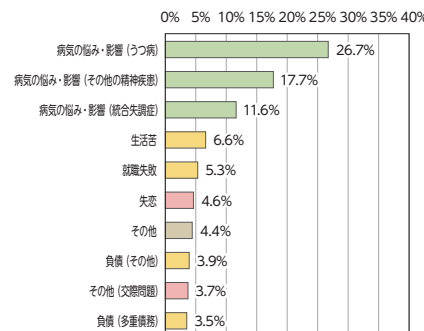
年金受給者（障害給付）・生活保護受給者 (n=174)



その他の無職者（ひきこもり） (n=277)



その他の無職者（ひきこもり以外） (n=457)



※自殺の原因・動機は、遺書等の生前の言動を裏付ける資料がある場合に加え、家族等の証言から考え得る場合も含め、自殺者1人につき4つまで計上可能である。このため、原因・動機の割合の和は100%になるとは限らない。

※自殺の原因・動機の詳細項目について、自殺者数に占める割合の上位10位を表示している。

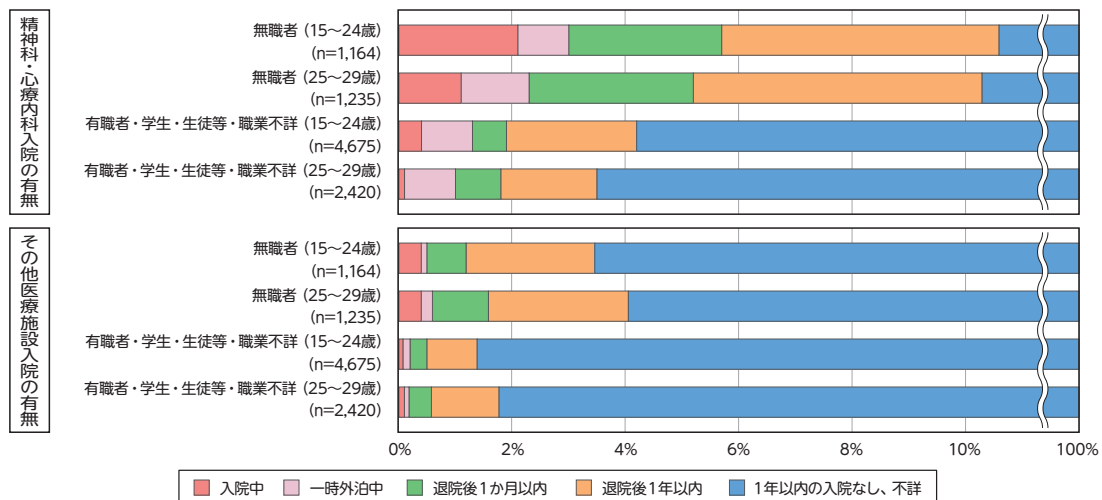
※各詳細項目の配色については、図表2-5及び図表2-6に示す自殺の原因・動機（大分類）に対応している。

資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

次に、若年無職者について、「無職者」とその他に分け、精神科・心療内科及びその他医療施設への入院及び通院の有無について構成割合を比較する。

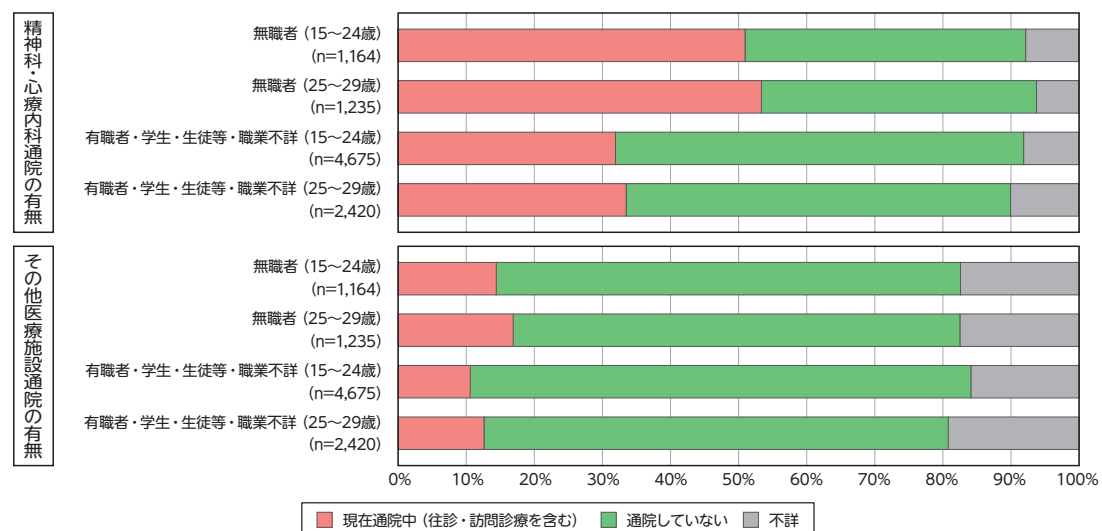
「無職者」は、「入院中」又は1年以内に入院歴がある割合の高さが特徴的である。なかでも、特に精神科・心療内科への入院歴がある割合が高い。また、「無職者」の精神科・心療内科への「現在通院中」の割合は5割を超えている（図表2-21・22）。

図表2-21 職業別、年齢階級別にみた若年自殺者における入院の有無別の構成割合（2022～2024年）



資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

図表2-22 職業別、年齢階級別にみた若年自殺者における通院の有無別の構成割合（2022～2024年）



資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省作成

厚生労働省では、精神疾患に関する地域における退院後の支援体制を含め、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進している。また、「自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業」を実施し、地域における自殺未遂者支援の拠点となる医療機関に対する支援を行っている。

そのほか、働くことへの支援については、ハローワークの窓口において、キャリアコンサルティングの技法等を活用しながら、きめ細かな相談を行うことにより、求職活動上の課題の解決を図り、長期失業に至ることのないよう支援している。

さらに、若年無業者等の職業的自立に向けて、地方公共団体との協働により、地域の関係機関からなるネットワークを構築するとともに、その拠点となる地域若者サポートステーション（サポステ）において、キャリアコンサルタント等による専門的な相談、各種セミナーや職場体験プログラム、就職した者への定着・ステップアップ相談等を実施している。加えて、高等学校等とサポステの連携により、高等学校中退者等に対するアウトリーチ型の就労支援を実施している。

ひきこもりの方に対しては、令和4年度から、これまで都道府県・指定都市に設置してきたひきこもり地域支援センターを市区町村にも設置できるようにするとともに、「ひきこもり支援ステーション事業」の創設及び「ひきこもりサポート事業」の拡充を図り、より身近な場所で相談や支援が受けられる環境づくりを進めている。さらに、厚生労働省では、令和6年度に、「ひきこもり状態にある人やその家族」に関わる全ての支援者にとって参考（拠り所）となるよう、「ひきこもり支援ハンドブック～寄り添うための羅針盤～」を作成した。こうしたハンドブックも活用しつつ、支援を受ける本人やその家族等との対話を通じ、自らの意思により、自身が目指す生き方や、社会との関わり方等を決めていくことができる「自律」に向けた支援が重要である。

COLUMN
4

若者をひとりぼっちにさせないために

認定NPO法人育て上げネット 理事長 工藤啓

支援現場における若者の声

若者支援に取り組むため、2004年に設立した育て上げネットの活動も20年が経ちました。この間、様々な不安や悩みを持つ若者と出会い、一緒に時間を過ごしてきました。振り返ってみると、若者たちから「消えたい」「生きたくない」という言葉を直接的に聴く機会は当初あまりなかったように記憶しています。その言葉が本心であるのかは、本人しか知り得ません。しかし、実際に私たちが会える若者たちに共通するのは「孤独」だということです。

「働けない」と孤独

働きたくても働けない若者のための就労支援プログラム「ジョブトレ」を利用する若者の多くは、ひとりぼっちであることが多いです。教育の場から離れると、多くは職場（労働市場）に入ります。そこには他者とのつながりがあり、会話があります。しかし、うまく働き先を見つけられないと、他者とのつながりは失われやすく、孤立します。そして、孤立を深めるなかで孤独感が高まってきます。

ジョブトレでは、他者との関係性を作り、自己効力感を取り戻しながら、若者と「働く」をつなげています。働けるようになった若者との関係はそれで終わりではなく、自宅とも職場とも異なるつながりは続きます。

過去に育て上げネットで無業の若者に調査をした際、二人に一人が「他者が怖い」と回答し、無業期間が長くなると対人不安が増していくことが分かりました。他者と関わる不安が高まれば、外出を避け、自宅に「ひきこもり」がちになります。

ある20歳代の男性は、職場の上司からのハラスメントによって体調を崩し、ひきこもりがちな生活が5年ほど続きました。働く力はあるものの、他者と関わることに強い不安感がありました。家族から情報を得て、育て上げネットの就労支援プログラム「ジョブトレ」を利用することになりました。

利用の決め手は、地域活動などを通じて少しずつ他者とのコミュニケーションに慣れていくこと、若者を応援してくれる企業での職場見学や職業体験ができることでした。1年ほどの在籍を経て、いまは正社員で元気に働いています。

夜間帯の居場所 夜のユースセンター

2022年5月から、私たちは夜間帯の居場所「夜のユースセンター」を開設しました。夜は孤独感が高まりやすいため、家にいたくない、自宅にいられない若者たちに安らげる安全な場を提供するためです。週一回の開催ですが、現在では毎回40から50名の若者が足を運びます。

家以外の場所を求める若者、日中は自宅でひきこもっている若者、学校に通っている、働いているけれど毎日を寂しく過ごしている若者もいます。夕食をともにし、ゲームや音楽などを通じて同年代や大人とのつながりが作られていきます。

若者をひとりぼっちにさせないために

社会から孤立し、孤独とともに生きるのは苦しいことです。ジョブトレも、夜のユースセンターも、「場」の力を借りて、若者たちがつながりを作る機能を果たしています。若者たちをひとりぼっちにさせないための取組は、若者の孤独を知った私たち一人一人が、できることを少しずつ、みんなでやっていかなければなりません。



▲「夜のユースセンター」の様子



Topics

失業率と若者の自殺死亡率

一般に、景気動向は自殺者数や自殺死亡率と関連があるとされており¹⁵、その中でも失業率は様々な資料において自殺死亡率との関連が言及されている。

失業率と自殺死亡率の関連については過去の自殺対策白書¹⁶でも取り上げており、全体の自殺死亡率との間には相関がみられる一方で、34歳以下の男性及び女性においては関係を認めるとはいえないとされている。本白書では改めて、若年層における令和6年までのデータを示す。

次の図表は、昭和53（1978）年から令和5（2023）年までの各年の失業率（15歳以上）と自殺死亡率（「15～19歳」、「20～24歳」、「25～29歳」及び「全年齢」）の推移を性別ごとに表している。比較のため、各値は平均が0、分散が1となるように標準化している。

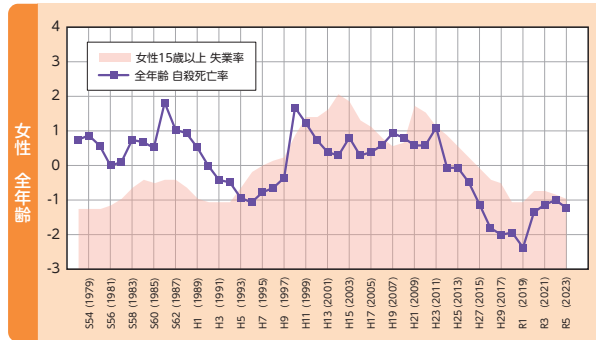
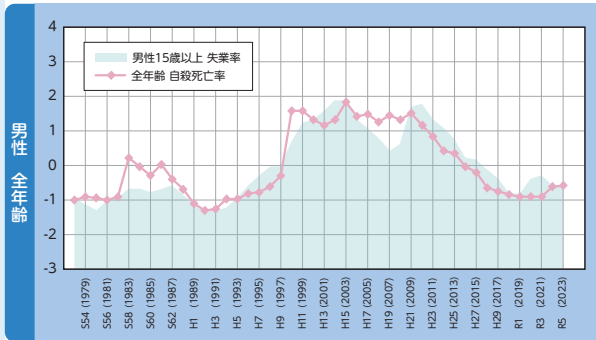
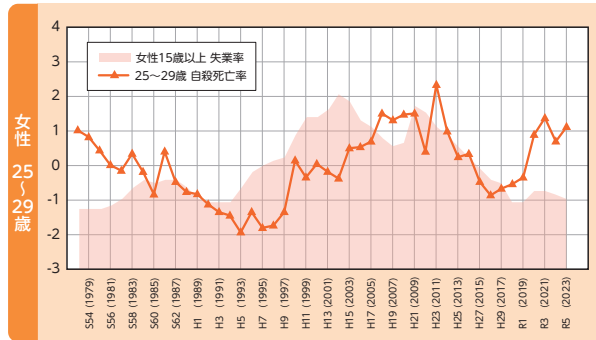
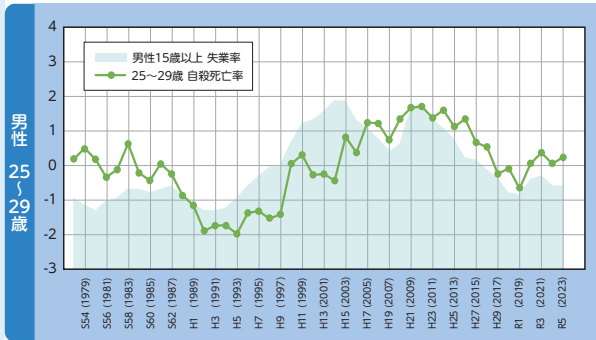
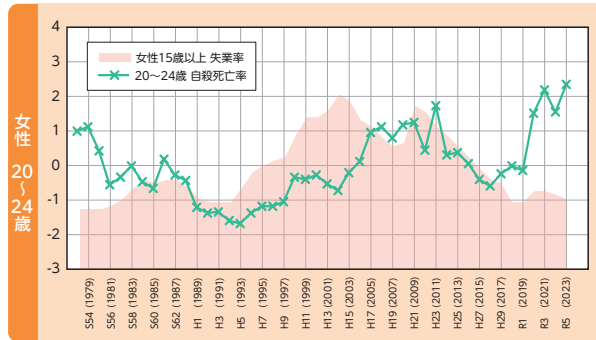
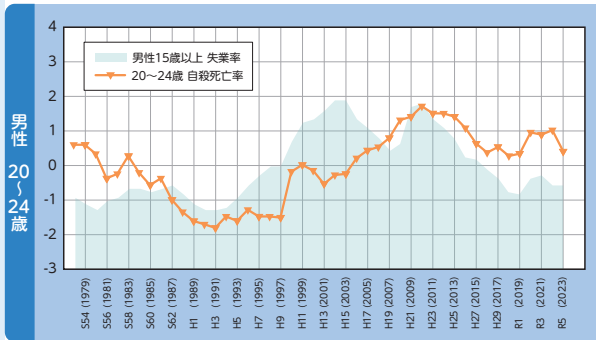
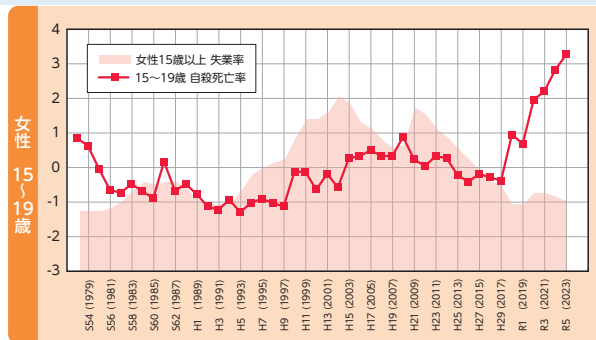
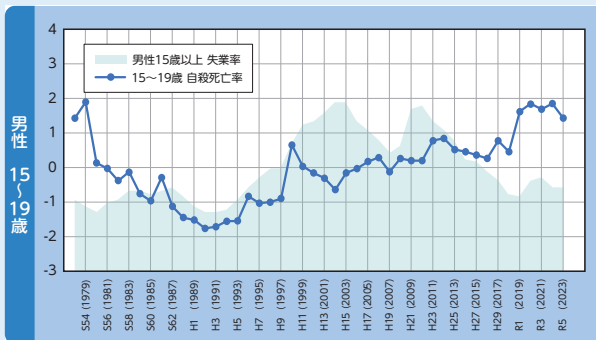
これをみると、特に男性の全年齢の自殺死亡率は失業率と非常によく似た動きをしている一方で、若年層の自殺死亡率は、男女ともに失業率とは異なる推移をしている。

近年の動きをみると、平成22（2010）年以降、失業率が低下傾向にある一方で、男性の「15～19歳」並びに女性の「15～19歳」、「20～24歳」及び「25～29歳」の自殺死亡率は、平成30（2018）年頃から大きく上昇しており、失業率とのかい離が大きくなっている。

15 WHO（翻訳：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）（2014）「Preventing suicide: a global imperative（日本語版：自殺を予防する：世界の優先課題）」

16 内閣府「平成19年版自殺対策白書」第1部第1章8「平成10年における自殺者数の急増要因」、厚生労働省「令和元年版自殺対策白書」第2章第3節5「失業率との関係で見る若年層の傾向」

性別、年齢階級別にみた失業率と自殺死亡率の推移



資料：総務省「労働力調査」、厚生労働省「人口動態統計」より厚生労働省作成

7 おわりに

これまでみてきたとおり、我が国は、平成18年の基本法成立以来、国を挙げて自殺総合対策を進めてきた。こうした取組も奏功し、我が国の自殺者数は全体としては減少傾向にあるが、このうち若者の自殺者数については、依然として高止まりの傾向にある。特に、増加傾向にある若年女性の自殺については、自殺未遂が比較的大きなりスク因子となっている。

自殺は、健康問題、経済・生活問題、人間関係の問題のほか、地域・職場の在り方の変化など様々な要因とその人の性格傾向、家族の状況、死生観などが複雑に関係している。自殺に追い込まれようとしている人が安心して生きられるようになるためには、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る。

自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐためには、地域における自殺未遂者支援の拠点となる医療機関を整備する「自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業」の実施や、「自傷・自殺未遂レジストリ」の運用、救急医療の従事者等を対象とした「自殺未遂者ケア研修」の実施といった本白書第3章の8に掲げる「自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ取組」や、オーバードーズ対策などの包括的な支援を引き続き推進するとともに、地域における相談体制の充実や、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築の推進、「こども・若者の自殺危機対応チーム」の設置といった様々な分野の生きる支援に関わる人々や組織が密接に連携することが重要である。

さらに、「人生のラッシュアワー」と言われる様々なライフイベントが重なる若者たちの自殺を防ぐためには、本節で示した特徴も踏まえつつ、それぞれの属性に応じた支援手法を深め、きめ細かな対策を進めていく必要がある。

具体的には、事業者や大学等におけるカウンセラーや医師等の専門家との連携強化や、法改正を踏まえた各事業場でのストレスチェック・ハラスメント対策を引き続き進める必要がある。また、多重債務問題に関する広報、新たなハンドブックの活用を通じたひきこもりの方に対する支援等についても、引き続き強化する必要がある。あわせて、若者に普及するSNS等を用いた相談事業の充実に取り組み、孤独・孤立等の課題に対応していくことが重要である（電話・SNS等を活用した相談事業については次節で述べる。）。

近年、若者を取り巻く社会は、人口減少や少子高齢化、未婚化・晩婚化、地縁・血縁といった人と人との関係性や「つながり」の希薄化、雇用環境の変化、デジタル化の進展に伴うライフスタイルの変化などが生じてきた。特に、現在の10歳代～20歳代前半の若者たちは、その多感な時期に新型コロナウイルス感染症の影響下における家庭環境や学校環境の変化を経験した。大人として円滑な社会生活を送ることができるようになるまでの成長の過程にあることも・若者は、周囲の大人や社会に支えられつつ、問題を解消し、乗り越えていく存在である。こども・若者が誰一人取り残されず、社会の中に安心できる多くの居場所を持ちながら成長・活躍していけるような社会の実現が求められている。