

## 第4節 これからの自殺対策

### 1 求められる自殺対策の変化

本章では、基本法が制定されてから20年が経過したことを踏まえ、第1節において、第3次大綱が策定されて以降の直近10年間における自殺をめぐる状況や自殺対策の変遷を概観した。続く第2節では、自殺者数が3万人を超えていた20年前からの変化を把握するため、平成22年以降の自殺者数減少に寄与した属性と、依然として減少傾向にない属性について分析した。さらに、第3節では、自殺者数が増加傾向にあるこども・若者に焦点を当て、自殺の原因・動機や、自傷・自殺未遂の状況について分析した。

基本法の制定以降、我が国における自殺対策の枠組みの整備が進められる中で、「個人の問題」として認識されがちであった自殺は広く「社会の問題」として認識されるようになり、保健、医療、福祉、労働、生活困窮、多重債務対策、中小企業支援等の関連施策を総合的に推進してきた。

平成22年以降の自殺者数減少に寄与した属性をみると、同居人のいる有職男性や主婦、失業した男性、無職者（その他の無職者）などが多く、特に男性（同居人のいる有職男性や失業した男性）では、経済社会的な原因・動機の減少が自殺者数の減少に寄与していた。これらの人々については、平成10年の自殺者数の急増の背景である雇用・経済環境の悪化や生活基盤の不安定化に対して、既存の中小零細企業支援、就労支援に加えて、当時の経済情勢を踏まえた景気・雇用対策を行ったこと、そうした動きと歩調を合わせて、関連施策を自殺対策の観点から束ねて推進するという体制や取組を進めてきたことが自殺者数の減少につながったと考えられる。

一方で、近年の動向でも、自殺者数が減少傾向にない、あるいは増加した属性があり、同居人のいない有職者や年金・雇用保険等受給者、女性の有職者、学生・生徒等がそれに当たる。自殺の原因・動機をみても、経済社会的な問題のみならず、健康上の問題や、家庭・職場・学校での関係性における問題など、景気・雇用対策と比較するとより個別的な対応が求められる複合的な困難の比重が大きくなっている。こうした困難は、個人や家庭、職場、学校で抱えがちであったり、関与する行政機関や方法、関与の程度などが体系化されていなかったりするため、必要な支援につながるまでにハードルがあることが多いと推察される。

特に、増加傾向にある属性の中でも、小中高生の自殺者数は過去最多を更新し、19歳以下の男女及び20歳代女性の自殺死亡率も近年上昇傾向にあるなど、こども・若者の自殺は深刻な状況にある。こども・若者の自殺の原因・動機や兆候は、周囲から把握されにくい場合が多いことに加え、こどもは危機を言語化しにくいことも対策を進める上での重大な課題である。

## 2 今後の方向性

自殺者数が統計開始以降最少となった現状は、経済社会的な危機を背景とした大きな波が収まっている状況と評価することもできる。これまでの知見からも、経済社会的な危機が高まった際に、自殺者数が増加するという関係が確認されているため、自殺対策の基盤として、保健、医療、福祉、労働、生活困窮、多重債務対策、中小企業支援等の関連施策が連携した総合的な取組を行っていく必要性は変わることはない。

他方、経済社会的な危機を背景とした波が収まった一方で、20年の推移の中で、類型化が困難な悩みを抱える人や複合的な困難に苦しむ人、そして危機を言語化しにくいこども・若者の状況が課題として浮上してきている。

これからの自殺対策は、不安や悩みを抱える人が、すぐには特定の制度や支援の対象に明確に位置づけられずとも、地域、学校、職場、医療機関、相談窓口等における接点を持てるようにすること、接点を持った人についてのリスクや緊急度に応じて、必要な場合に支援が継続できる仕組みとしていくことが求められる。こうした接点、リスク評価、支援の継続、日常的な支援といった段階がつながっていく仕組みにおいては、公的機関のみならず、事例に応じた柔軟な対応が可能な民間機関の役割も大きい。

接点を支援に結びつける仕組みとして、特に、自殺リスクの重大な因子である自殺未遂への対応が重要である。前節における自傷・自殺未遂レジストリの分析のとおり、自殺未遂を繰り返していると推察されるハイリスクな人々が、医療的な措置だけを経て元の生活に戻っていくケースが多くあることが示唆される。

自損行為による救急搬送人員は近年4万人を超えるが、自傷・自殺未遂レジストリの広がりにより、そのリスクの程度や自殺未遂に至る背景を明らかにできるようになると、医療機関との接点を端緒にリスクが高い人に集中的な対策を講じていくことが期待される。同時に、医療機関から出た後、特定の機関や支援者に集中することなく、日常生活で自殺リスクを下げていく具体的な支えが得られるようにしていくことが重要である。

このため、これからの自殺対策の方向性としては、先に述べた相談から支援につながる仕組みに加えて、自殺未遂を端緒として、再度の自殺企図の防止につなげていくこと、自殺リスクが高い人にとって、精神保健的な措置に加えて日常的な支えとして有効なものを明らかにして、地域資源に限りがある中でもそれらにアクセスできるようにしていくことが求められる。

## COLUMN

## 3

**チームで支援者を支える取組を通じた地域の対応力の向上  
—こども・若者の自殺危機対応チームの取組—**

厚生労働省社会・援護局総務課自殺対策推進室

(取材協力：大阪府こころの健康総合センター事業推進課、静岡市保健所精神保健福祉課)

こども・若者の自殺の原因・動機は、健康問題、学校問題、家庭問題など多岐にわたり、複合的に連鎖していることも多い。また、自殺未遂や自傷については、その要因や背景が複雑であり、課題解決も容易ではない。このため、学校現場や市町村のみでの対応には限界がある場合も多い。自殺未遂や自傷は生命や身体の危機に瀕する行為であり、専門的な知見に基づく対応が求められる場面も多く、特に学校現場では、教員が、関わり方や対応の適切さ、関係機関との連携方法、家庭との認識の違いなどについて悩みや対応上の困難を抱えながら対応している状況が指摘されている。

こうした中、令和5年度から、都道府県・指定都市において、精神科医、心理職、精神保健福祉士等の多職種の専門家で構成されるチームを設置し、市町村等では自殺未遂歴や自傷行為の経験等があるこども・若者への対応が困難な場合に、助言等を行う「こども・若者の自殺危機対応チーム」事業（地域自殺対策強化交付金による事業）が開始された。このチームは、学校など地域の関係機関からの支援要請を受けて、チーム会議の開催や個別ケースについての指導・助言等を行うものであり、チームは原則として、学校や市町村等の地域の支援者を支援するものと位置付けられている。

チームの取組は徐々に広がっており（令和7年度において24自治体に設置）、その有り様は地域資源に応じて多様である一方、共通の課題も見受けられる。本コラムでは、大阪府及び静岡市の事例を紹介する。

**(大阪府の取組)**

- 大阪府では、本事業を、コンサルテーションを主軸とした「支援者支援」として位置付け、若者を直接支援する学校、市町村、保健所等から相談を受け、多職種からなるチームで助言を行っている。自傷行為等の背景を含め、若者への対応に迷う支援者に対し、専門的な視点からの見立てや対応方針の整理を行っている。保健所等による既存の支援の枠組みは主として個別支援を担うもので、本事業によるチームは支援者支援を行うという役割の違いがみられる。
- 学校からは、こどもや保護者との関わり方や自傷行為等への対応に関する相談に加えて、こどもを取り巻く環境に変化が生じる時期（長期休みや進級時など）における学校としての対応、医療などの関係機関の活用やそのタイミングについての相談が多い。このため、教員などの支援者が安心して、継続的にこどもたちに関われるようにすることが重要である。

- 本事業では、精神科医などの専門家の助言を通じて、教員等による個別事例への対応を支えており、コンサルテーション実施後には、「新たな気付きを得ることができた」、「今まで行ってきた対応についての良い点も含め振り返ることができ、自信につながった」などの前向きな声が聞かれている。また、本事業は支援者個人ではなく、組織に対して行うものであるため、担当教員が一人で支援するのではなく、校長や養護教諭を含めた学校内での役割分担や支援体制の構築、関係機関との連携の促進につながっている。このような支援者支援を継続していくことで、こども・若者を取り巻く地域の支援者・支援機関の対応力の向上を目指している。

### （静岡市の取組）

- 教育委員会と密に連携する体制を築くことで、市内全域の学校を対象に支援ニーズのある学校を選定し、専門職チームが学校に赴いて教員の支援を行う。学校単位で「教員の悩みに対する専門家による助言」、「教員や保護者向けの研修」といったパッケージを提供することで、支援の機会を広げている。また、県にもチームがあり、二つのチームが連携する事例もある。
- 学校においては、家庭への介入方法や保護者との認識のずれ、校内における自傷行為が他の生徒へ与える影響などが課題となった。学校現場と医療現場では「危機」の捉え方にギャップもあり、教員の危機感に合わせて支援している。
- 本事業では、具体的な対応案件の振り返りや専門職チームからの助言を通じて、教員の人材育成を図ることに主眼を置いている。このため、教員の不安や負担感に寄り添い、既に行っている関わりを否定せずその関わりの意図や意味を整理するなど、批判的にならない関わりを重視することで、教員が当事者への関わり方の方向性について見通しを持ち、自らの対応に対する自信や手応えを実感できる支援（エンパワメント）が行われている。教員の不安や負担感に寄り添い、つながり続けてもらうことも重要である。さらに、個別ケースから得られた知見を蓄積し、他の事例や異動した次の学校でも活用していくことにより、地域全体の人材育成にも資する側面がある。長期的には、人材育成を通じて地域に合わせた自走可能な支援基盤の構築につなげていくことが志向されている。

これらの事例は、支援の起点や事業としての形は異なるものの、支援者が安心して主体的に関わることができるようにすることを重視している点で共通している。両自治体の取組はいずれも、学校、市町村等の支援者自身の判断や関わり方を支えることで、支援の継続性を確保するとともに、ケース対応を通じた知見の蓄積が学校や地域の対応力の向上につながっている。自傷や自殺企図への対応は短期間での解決が難しく、中長期的かつ丁寧な関わりを要するものであることを踏まえると、現場の支援者が対応の方向性について一定

の見通しを持てるようになることは、必要な支援を継続していく上で重要な意義を有する。

一方で、両自治体においては、「危機」の捉え方をめぐり関係者の認識の共有に難しさがみられた。医療や保健の観点から緊急性の高い状態として危機を捉える医療機関や保健所と、予兆やリスクを含めて日常的に関わり続ける教員との間で認識のギャップがみられた。この認識のギャップは、チームの役割をめぐって現れることもある。具体的には、当事者への直接的な支援を行わないチームに対して学校等の現場が直接的・即時的な対応を期待する場合である。このような場合には、チームの役割や関係機関との役割分担に関する理解の共有が課題となっている。

また、本事業は支援者からの要請を契機として支援が開始される仕組みであるため、リスクを抱えながら支援につながっていない層があることも指摘されている。このため、両自治体において重視されている研修や啓発等の取組を通じて、地域全体の理解や対応力の底上げを図っていくことも重要である。

もとより、本事業は、その成果を定量的に示すことが難しい側面を有している。その中で、支援の現場に携わる人々が工夫を凝らし、教員が専門家の助言を受けて不安を軽減し対応の見通しを得る、教育委員会との連携が進展する、学校全体で対応する体制が構築されるという一つ一つの変化が積み重ねられている。こうした変化は、支援の質と持続可能性を高め、その効果を地域全体へと波及させていくものであり、このことは今後の自殺対策における重要な方向性である。

## 『これからの自殺予防対策』 —対策の位置づけを考えるためのヒント

国立精神神経医療研究センター精神保健研究所 所長  
(一社)日本自殺予防学会 理事長 張賢徳

自殺は多因子が複雑に絡み合って生じる現象である。「自殺は、その多くが追い込まれた末の死」と言われるが、確かにそれは正しい。だから、そのような心理状態にならないように生き心地のいい社会づくりを目指す活動は自殺予防対策であると言える。同時に、自殺者の90%近くが自殺時に何らかの精神科診断がつく状態であったことが知られている<sup>1</sup>。だから、精神医療の質・量の拡充を図ることも大事な対策と言える。このように自殺予防対策は多岐にわたる。

日本では1998年に自殺が激増し、年間自殺者3万人時代が14年間も続くという苦い経験の中で、世界に先駆けて2006年に自殺対策基本法が誕生し、様々な対策が総花的に進められた。幸い、その成果は5年以内に現れ、2012年には年間自殺者は3万人を下回り、以後、2020年のコロナ禍まで順調に減り続けた。自殺対策基本法と自殺総合対策大綱による後押しを受け、多くの人たちがそれぞれの立場で懸命に頑張った努力の賜物である。年間自殺者3万人時代の自殺率は世界のトップクラスであり、非常事態とも呼べる状態であった。そのため、とにかくできる対策をできるところから始めるという進め方で、結果的に総花的となったことはやむを得なかった。おかげで自殺率は確実に減った。しかし、どの対策がどういうふうに効いたのか、効果検証が極めて難しくなってしまった。

ある事象に対する対策を考える時には、その事象の実態に即した方略（大局的な計画）と方策（方略を実現するための具体策）が必要である。自殺に関して言えば、年間自殺者数は2万人を切る水準まできた日本の現状ではあるが、自殺率は依然として世界の上位国である。ここからさらに自殺対策を進めて行くにあたっては、自殺の実態に即した大局的な計画を可視化するための“絵”（見取り図）を描く必要がある。

自殺行動の実態は、追い詰められるような状況から始まり、周囲からのサポートの不足（本人が求めない場合も含め）が重なってプロセスが進行し、最終段階では9割方の人が精神科診断のつく状態になっている（図1）。もともと精神疾患を有している人もこのプロセスに<sup>は</sup>嵌まることもあり、サポートの不足によってプロセスは進行する（例えば、アルコール依存症の人が最終段階ではうつ病・うつ状態が重畳する）。この自殺プロセス図から見えてくる自殺対策の方略は大きく3つである—ポピュレーションアプローチ、ソーシャルサポートアプローチ、ハイリスクアプローチ（図2）。ポピュレーションアプローチとは多くの人を対象にするもので、自殺予防に関する意識を高めるような啓発活動や、自殺手段へのアクセス制限（駅のホームドア設置、オーバードーズに使われやすい市販薬の販売個数制限など）などがある。ソーシャルサポートアプローチには、社会的に追い詰め

図1 自殺プロセス

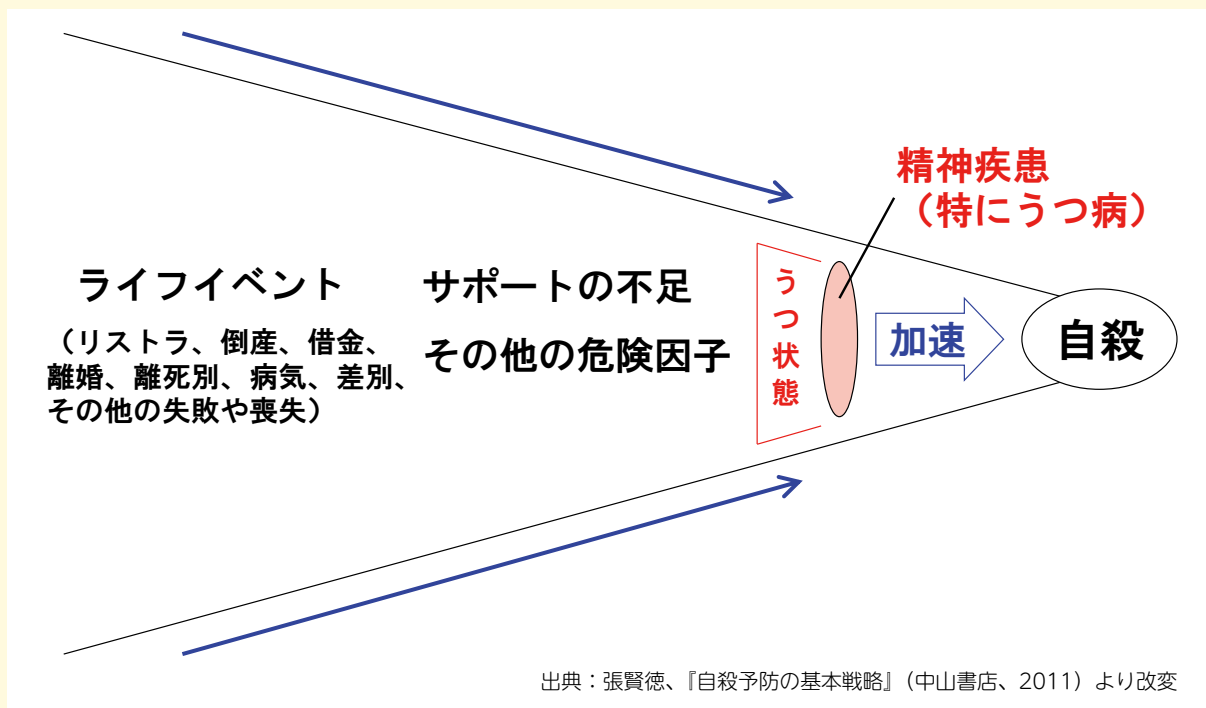
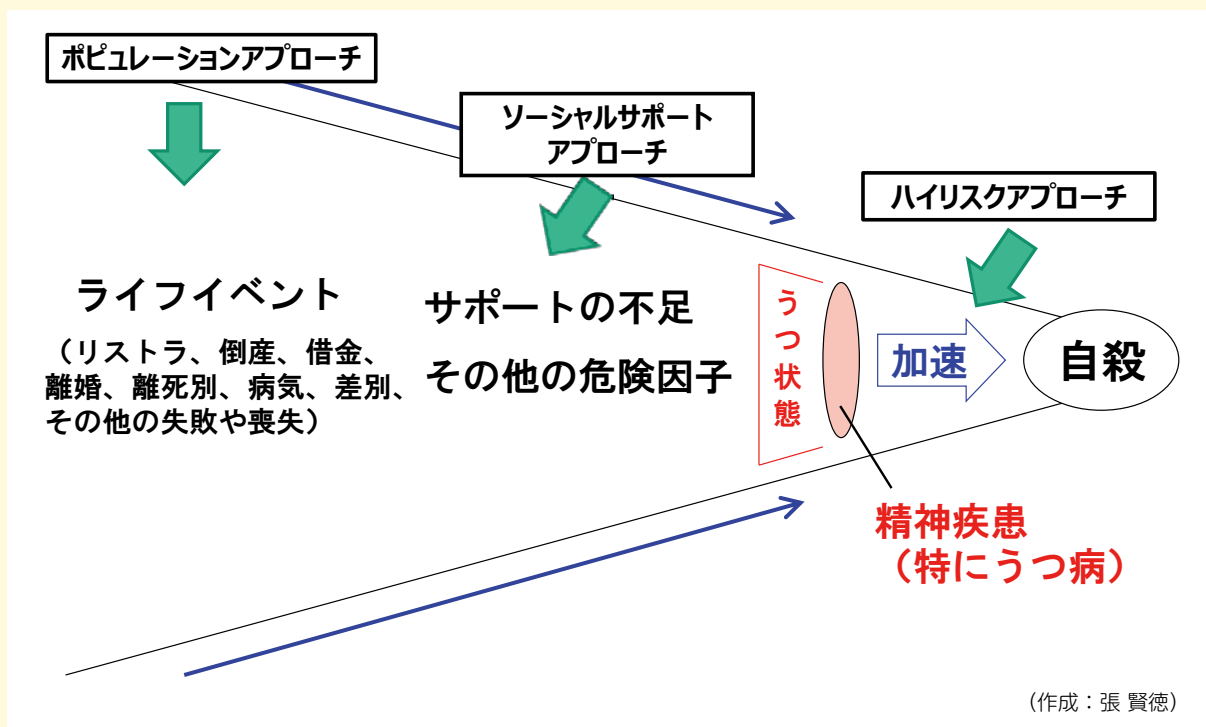


図2 自殺予防対策の見取り図



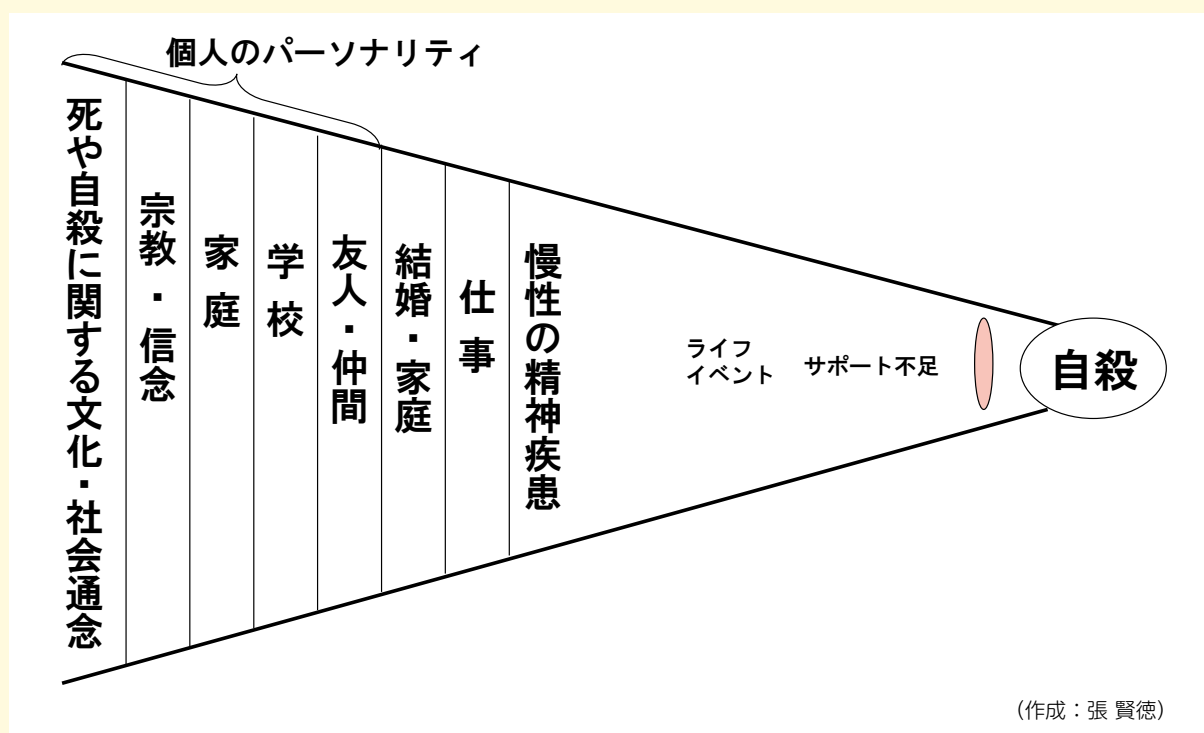
られた状況を緩和させるような環境調整に係る社会資源の創出や既存資源の有効活用のほか、ソーシャルサポートの担い手である様々なレベルのゲートキーパー養成なども含まれる。ハイリスクアプローチは自殺の危険性が相当高い人を対象とした個別支援が主になる。多くが精神科診断のつく状態になっているため精神医療の果たす役割が大きくなる。

以上3つのアプローチはどれも重要であるが、競合するものではなく、協調・協働することによって、より大きな自殺予防効果が生み出される。ハイリスクアプローチは極めて重要で、自殺未遂歴など強い危険因子を持つハイリスク者に対しては精神医学的介入（危険性の評価や治療）が行われる体制整備が急務の課題である。日常的な精神医療の質の向上も重要だ。同時に、「精神科の治療だけで自殺予防が完結するのではない」という認識も必要で、精神科治療を行いつつ、その人に必要なソーシャルサポートを考え、つないでいくこと、つまり、支援者・支援機関の協働が大事なのだ。

これからも多くの方々に自殺予防活動に関わっていただきたいと思う。様々な職種の方々、あるいは職業人としてではなく家族や友人として、誰しもができる自殺予防活動がある。「自分の活動がどんな役割を果たしているのだろうか？自殺予防活動の中でどこに位置づけられるのだろうか？」—その答えを示してくれるのが図2の〈見取り図〉である。自分の位置を確認したなら、次は協働相手を探していただきたい。そして、一緒に協調・協働しながら、自殺プロセス図の矢印を反転させるイメージで、支援活動を続けていただきたいと思う。また、自殺予防対策を企画立案する立場の方々におかれても、〈見取り図〉をご活用いただき、有機的な協調・協働が円滑に進む方策を増やしていただきたいと思う。

最後に、これからの自殺予防対策として、教育の重要性に触れておきたい。自殺は人類に普遍的な現象だと思うのだが、国々の自殺率の差が大きいことを考えると、自殺に対する心理的な閾値（心のハードル）について考えざるを得ない。私たちの自殺観は生まれ育った社会文化の影響を受ける（図3）。命を大切にすることを教える教育を義務教育の早

図3 自殺プロセスの裾野



い段階から取り入れ、反復していくことが必要だと個人的には考えている。自分の命を大事にすること、他者の命も大事にすることを教える。それはいじめの防止にもつながるのではないかと思う。

#### 文献

- 1) Bertolote JM, Fleischmann A: Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry. 1 (3): 181-185, 2002.