

平成 25 年度自殺対策検証評価会議報告書
～ 地域自殺対策緊急強化基金・緊急強化事業～

平成 25 年 11 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	3
(1) 地域自殺対策緊急強化基金設置の経緯	3
(2) 地域自殺対策緊急強化事業の概要	3
(3) 評価プロセス	3
2 . 実施状況と自殺死亡率の変化	6
(1) 基金の執行状況	6
(2) 緊急強化事業類型別の実施状況	7
() 対面型相談支援事業	8
() 電話相談支援事業	11
() 人材養成事業	14
() 普及啓発事業	17
() 強化モデル事業	24
(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	27
() 緊急強化事業実施の有無による自殺死亡率の変化	27
() 緊急強化事業の継続的实施の有無による自殺死亡率の変化	28
() まとめ	28
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	31
(2) アウトカムレベルの分析	33
(3) アウトプットレベルの分析	34
(4) 検討課題	36
4 . 地方公共団体へのヒアリング調査	
(1) 調査目的・方法	38
(2) 調査結果の概要	38
() 事業類型のシフト	38
() 都道府県と市町村の役割分担	38
() 事業の検証・評価	39
() 事業実施のための財源	39
() 対策実施の地域格差	39
(3) 調査結果のまとめ	40

5 .	まとめと緊急強化学業の今後の方向性	41
(1)	地方公共団体の負担も含む時限的でない財源による事業の実施	41
(2)	事業の役割分担	42
(3)	直接的な事業へのシフト	42
(4)	PDCA サイクル等による検証・評価	42
	自殺対策検証評価会議委員名簿	43

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

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については、平成20年10月に策定された『自殺対策加速化プラン』（自殺総合対策会議決定）において、自殺対策担当の部局等が設置されるよう働きかけを行うこととされたばかりであった。

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、地域自殺対策緊急強化事業（以下「緊急強化事業」という。）にも充当されることとなった。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実施期限が平成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、緊急強化事業を実施している。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23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7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自殺対策官民連携協働会議と自殺対策検証評価会議に発展的に改組された。このうち、評価・検証チームの経験を踏まえ、自殺対策検証評価会議（以下「会議」という。）は、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に設置されたものである。

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及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当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基に、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一層発展・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、会議が行った検証と評価を取りまとめたものである。

基金の執行状況及び事業実績に関する事項は、「2. 実施状況と自殺死亡率の変化」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、併せて自殺対策の実態を把握する目的で複数の地方公共団体（以下「自治体」という。）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」は分析に係る事項であるため、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。自殺対策に係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報告書(平成25年度)」(独)

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・協力の在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。

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。

2. 実施状況と自殺死亡率の変化

(1) 基金の執行状況

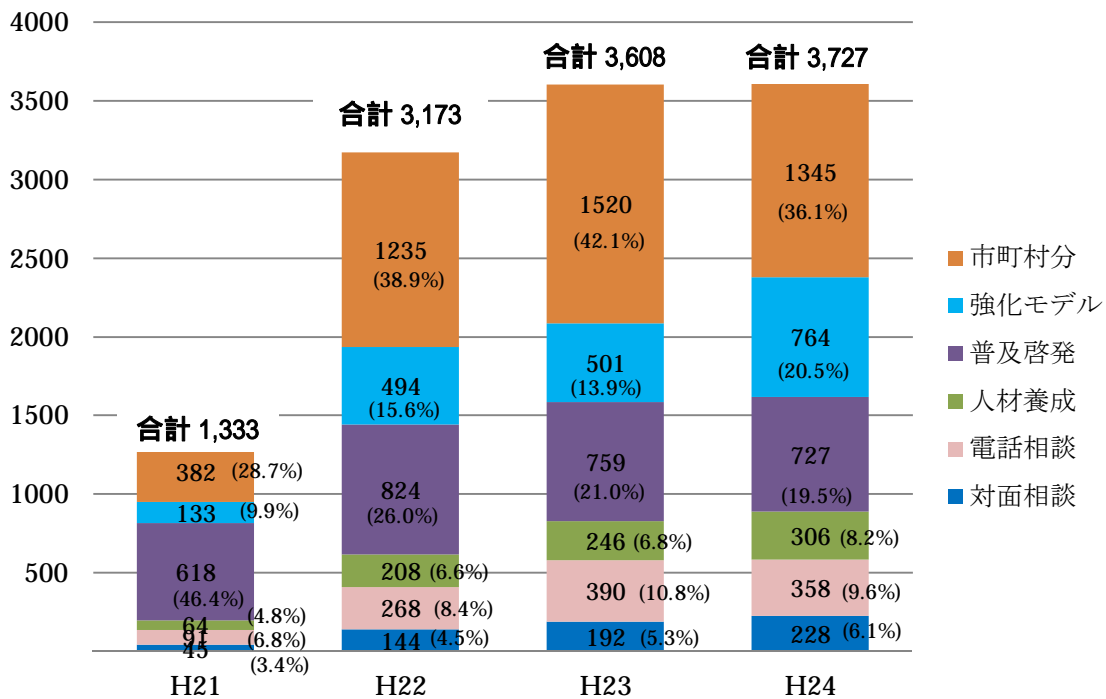
都道府県の事業実績では、全ての都道府県が基金による緊急強化事業を実施しており、執行金額は年々増加している（図表1）。事業総額に占める普及啓発事業の割合は平成23年から低下している一方、強化モデル事業、人材養成事業、対面型相談支援事業の割合は上昇傾向にある。市町村の事業実績では、執行金額は24年で初めて減少している。事業別の割合については、普及啓発事業では、都道府県と同様に低下しているが、人材養成事業、対面型相談支援事業は引き続き上昇傾向にある。

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支援事業、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かかわらず、市町村単位で執行金額が減少している要因としては、1事業当たりの執行額（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）

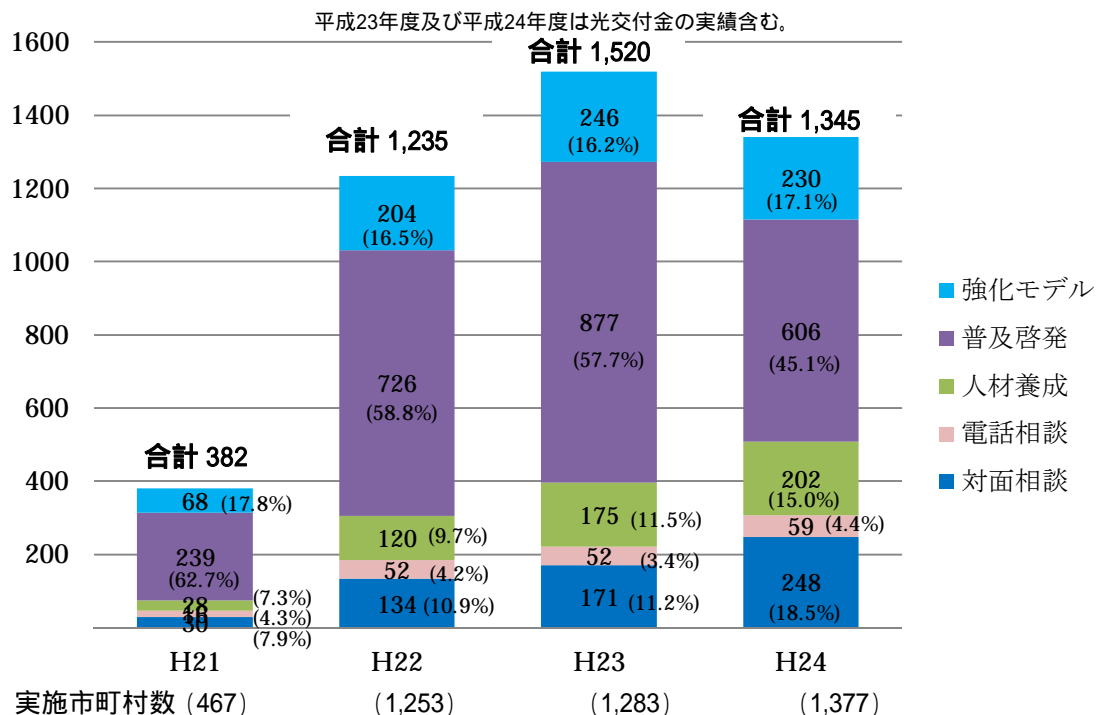
単位 百万円

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) 緊急強化学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3）。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事業当たりの執行額

	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事業当たり 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については都道府県の93.6%、市町村の33.1%が実施している(図表4及び図表5)。

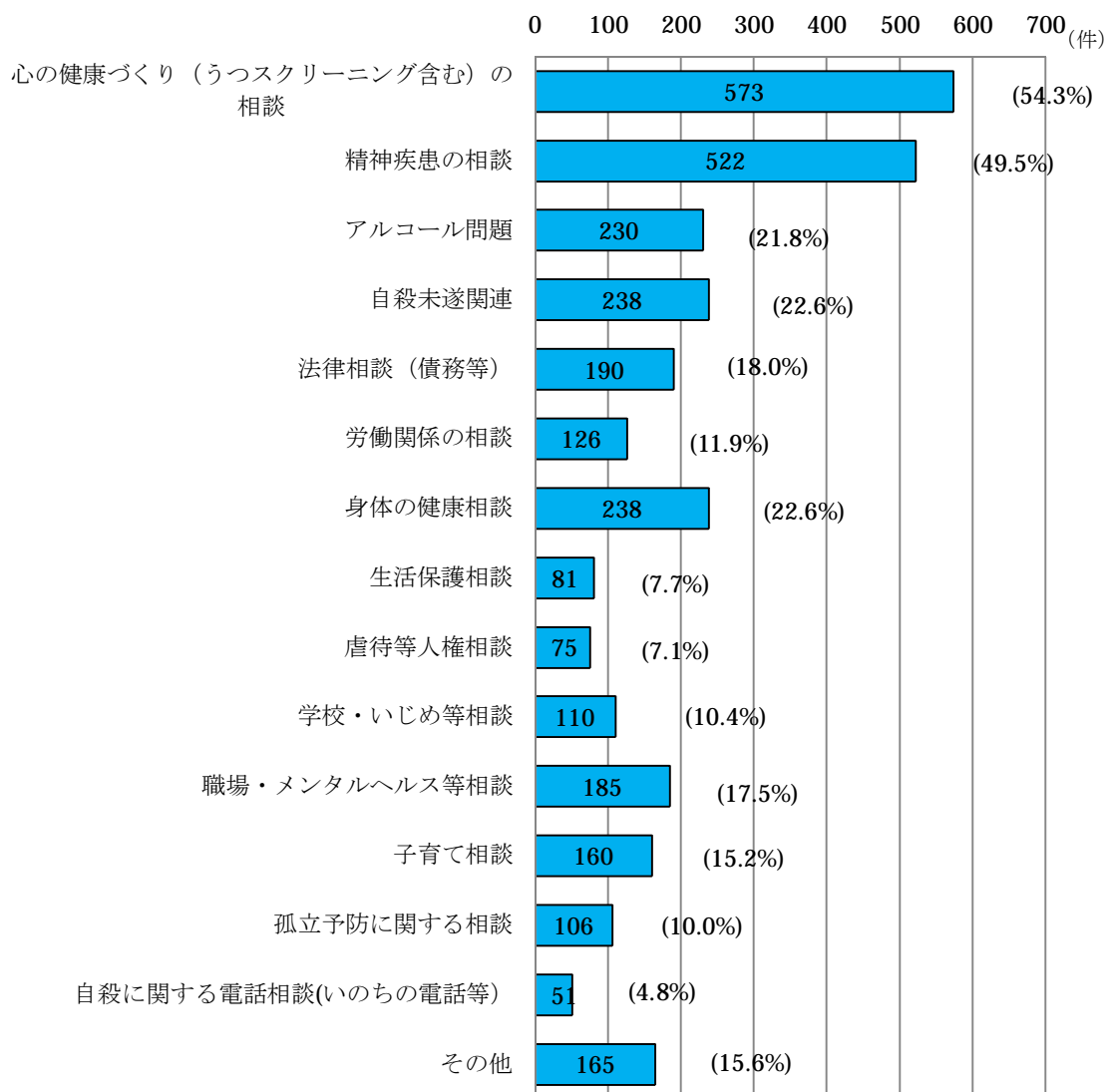
相談の種類別の事業数を見てみると、「心の健康づくり」が573事業(54.3%)で最も多く、次いで「精神疾患の相談」が522事業(49.5%)となっている。また、自殺の原因・動機で最も多い健康問題に関する相談である「身体への健康相談」についても「自殺未遂関連」と同数の238事業(22.6%)と3番目に多くなっている(図表6)。

相談従事者別の事業数では、多い順に「保健師」が508事業(48.2%)、「臨床心理士」が297事業(28.2%)、「精神科医師」が196事業(18.6%)、「精神保健福祉士」が190事業(18.0%)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(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30万人未満の市」が15.6%、

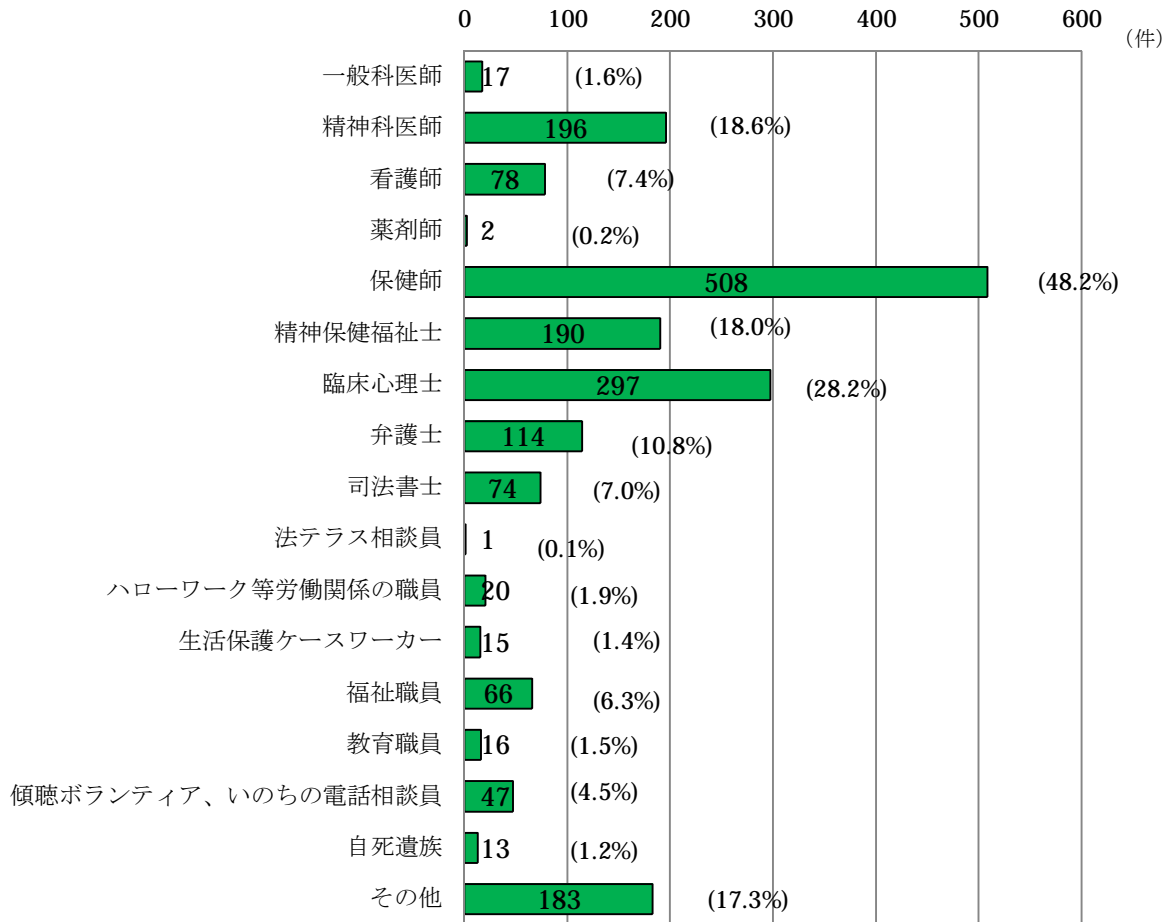
「人口 30 万人以上の市」が 11.1%と人口規模が小さい区分での相談者が多くなるとともに、相談者数の人口に対する比率でも（図表 9）、0.74%、0.15%、0.1%（同順）と人口規模が小さい区分ほど比率が高くなっている。このことから、人口規模が小さいほど人口に対するカバー率でみて効果的であること、また、対面型相談支援事業の効果を見る上で人口 5 万人以下の市町村が担っている役割が大きいことがうかがえる。

図表 6 対面型相談支援事業に係る相談種類別事業数



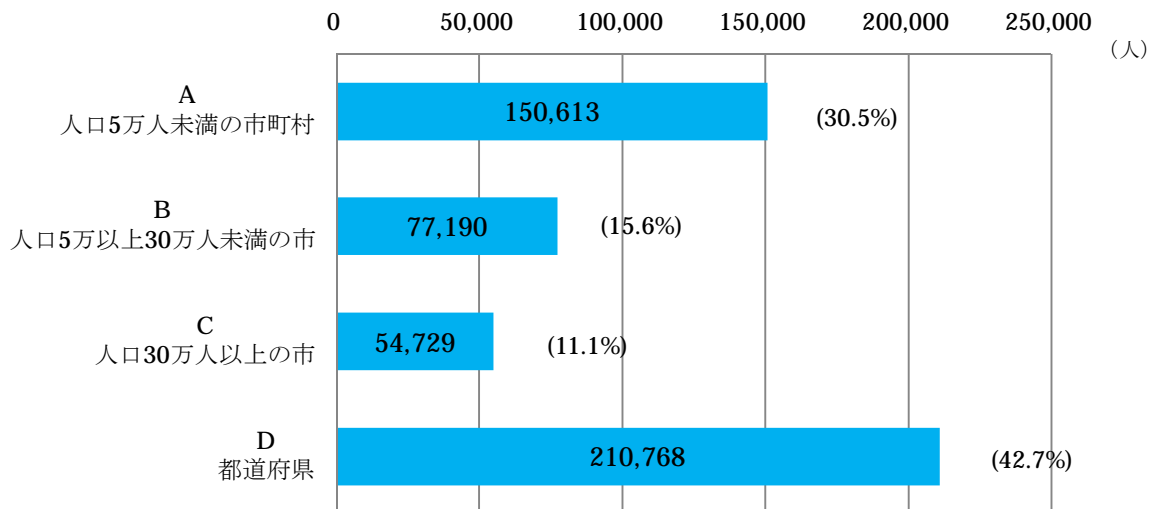
- 1 相談内容が複数選択されている場合は、それぞれに事業数を計上した。
- 2 括弧内は全事業数 1,055 に対する比率

図表7 対面型相談支援事業に係る相談従事者別事業数



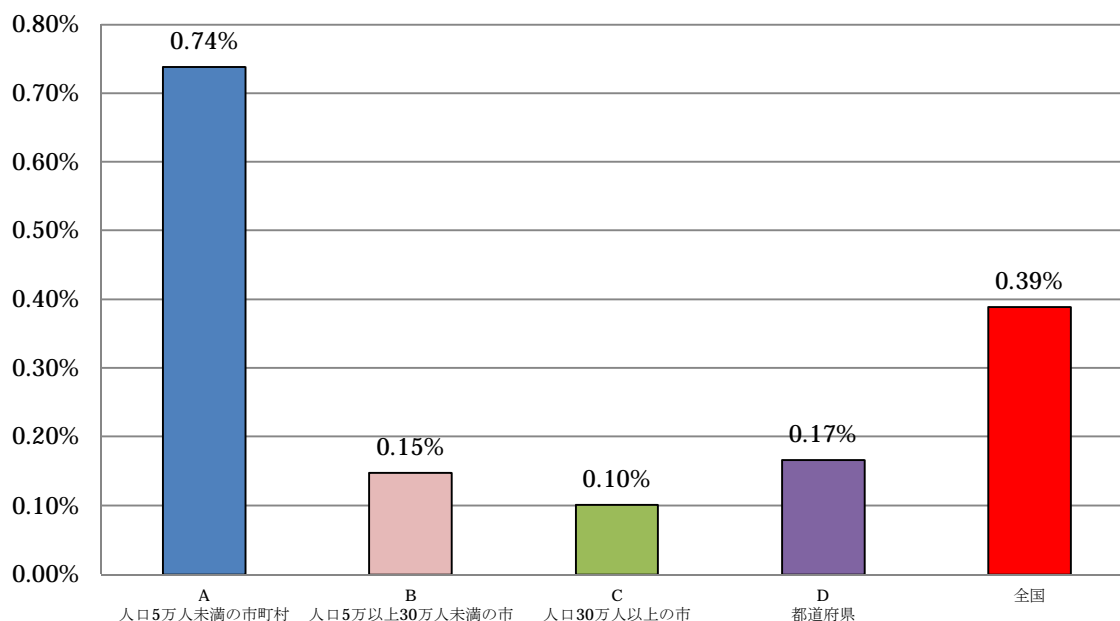
- 1 相談従事者が複数選択されている場合はそれぞれに事業数を計上した。
- 2 括弧内は全事業数 1,055 に対する比率

図表8 対面型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（延べ数）



- ※1 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。
- 2 括弧内は全相談者数 493,300 人に対する比率

図表 9 対面型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

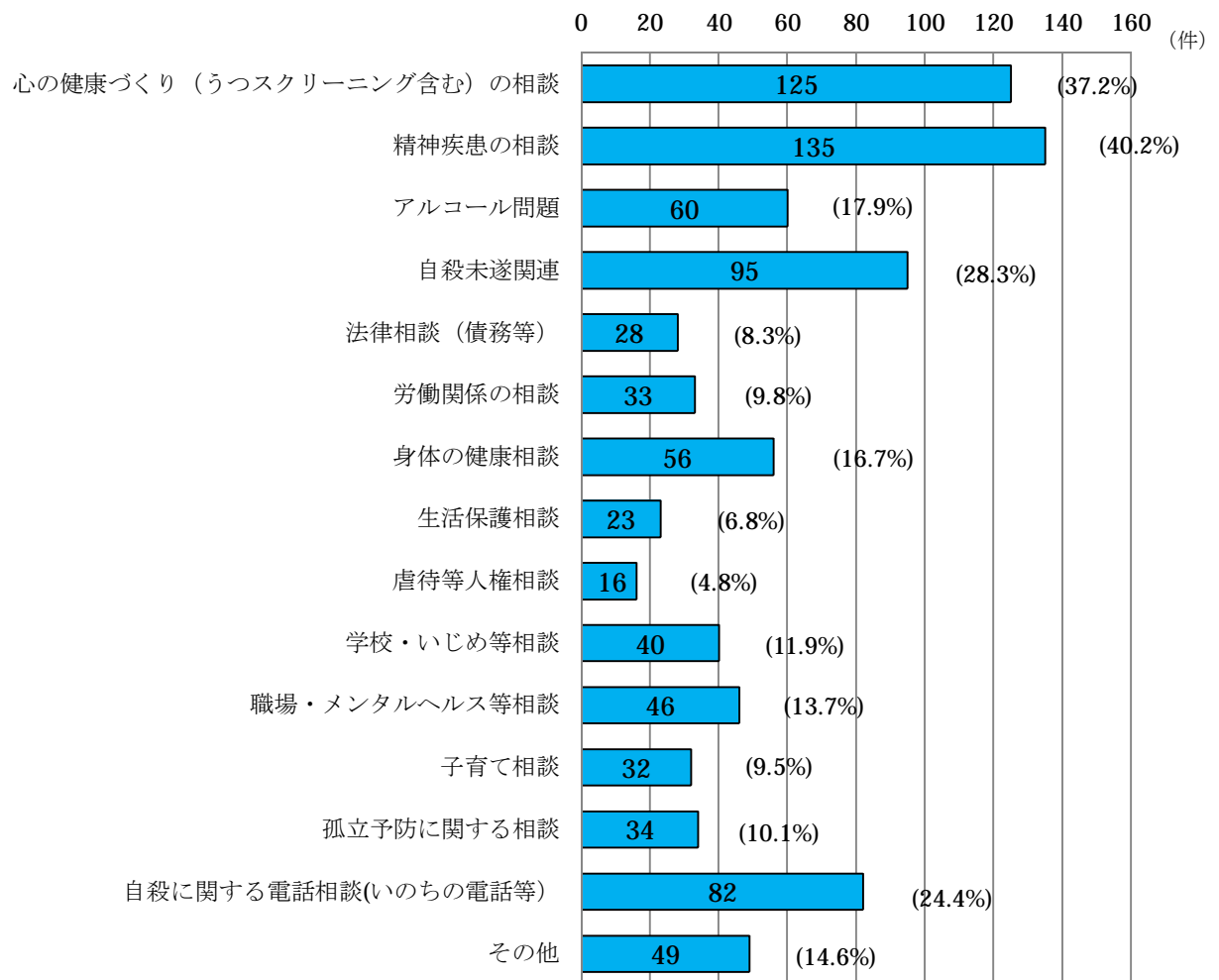
電話相談支援事業については、都道府県の 95.7%、市町村の 8.1%が実施しており（図表 4 及び図表 5）、市町村の実施率は都道府県の実施率と大きくかい離している。これは、電話相談支援事業の性質上、人口規模が小さく、職員数が少ない市町村においては、運用が困難なためと考えられる。

電話相談の種類別の事業数を見ると（図表 10）、対面相談と同じく、「精神疾患の相談」が 135 事業（40.2%）、「心の健康づくり」が 125 事業（37.2%）と多くなっている。

相談従事者別の事業数では、多い順に「保健師」が 110 事業（32.7%）、「傾聴ボランティア、いのちの電話相談員」が 94 事業（28.0%）、「精神保健福祉士」が 56 事業（16.7%）、「臨床心理士」が 51 事業（15.2%）となっている。対面型相談支援事業と相談従事者別の割合を比べると「傾聴ボランティア、いのちの電話相談員」の割合が高く、「精神科医師」が低くなっている（図表 11）。

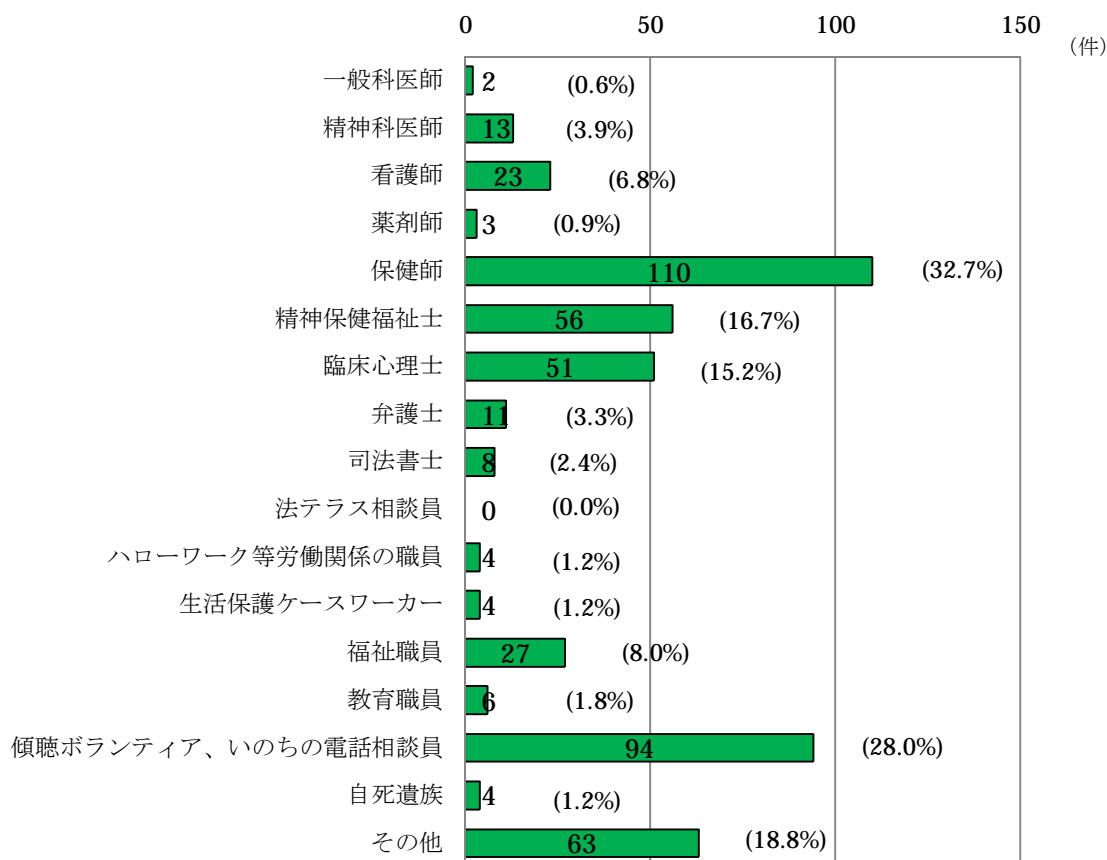
また、相談者数に関する事業実施団体別の割合を見ると（図表 12）、相談者数の割合では、都道府県が 83.7%、市町村が 16.3%と都道府県が占める割合が高く、人口規模別の相談者数の人口に対比する比率を見ても（図表 13）、都道府県が高い。これは、事業を実施する市町村が前述のとおり少ないことが大きな要因である。そのほか、1 事業当たりの執行額が都道府県の方が大きいこと、1 事業当たりの相談日数も多いことなどが影響しているものと考えられる。

図表 10 電話相談支援事業に係る相談種類別事業数



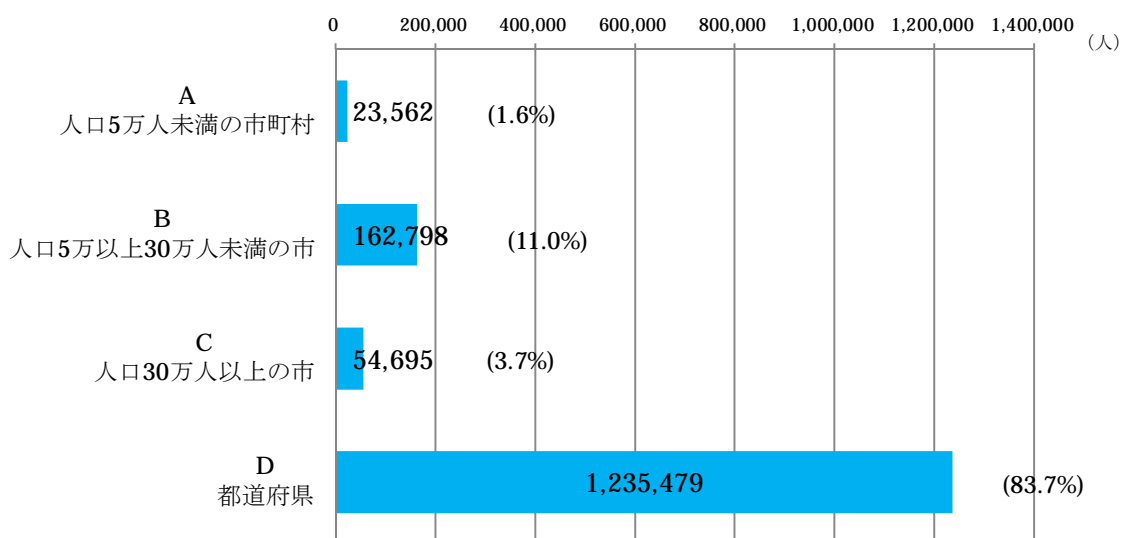
- 1 相談内容が複数選択されている場合は、それぞれに事業数を計上した。
- 2 括弧内は全事業数 336 に対する比率

図表 11 電話相談支援事業に係る相談従事者別事業数



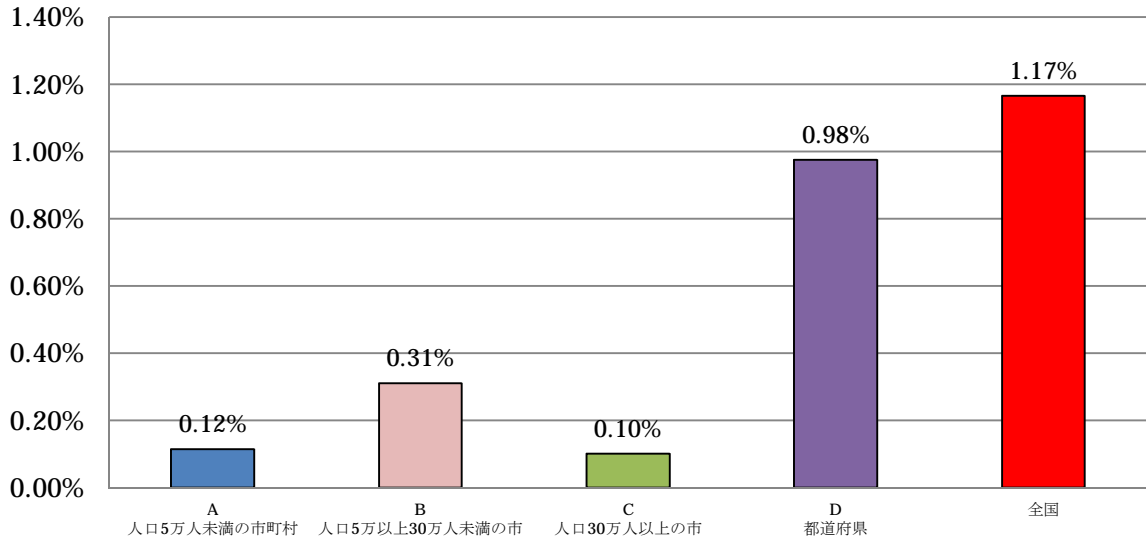
- 1 相談従事者を複数選択している場合はそれぞれに事業数を計上した。
- 2 括弧内は全事業数 336 に対する比率

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（延べ数）



括弧内は全相談者数 1,476,534 人に対する比率

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



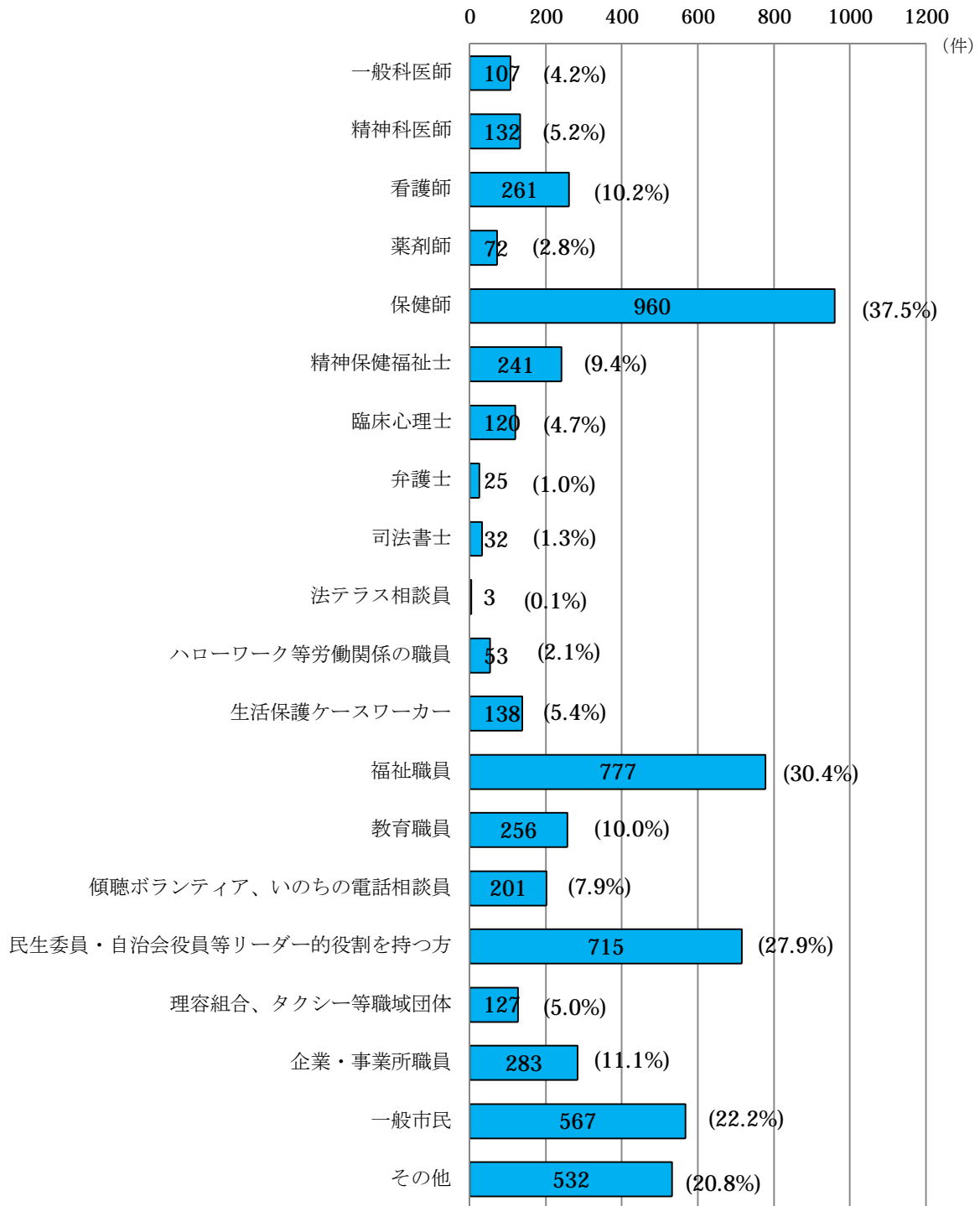
(iii) 人材養成事業

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及び図表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92万人に上る。

養成対象別の事業数では、専門職員では、相談支援従事者としての割合が高い「保健師」、「精神保健福祉士」に対する事業がそれぞれ960事業（37.5%）、241事業（9.4%）と多く、「福祉職員」が777（30.4%）、「看護師」が261事業（10.2%）、「教育職員」が256事業（10.0%）と実際のゲートキーパーとして期待される職員に対するものも多くなっている。また、一般を対象としたものでは、「民生委員・自治会役員等リーダー的役割を持つ方」が715事業（27.9%）、「一般市民」が567事業（22.2%）と多く実施されている（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な取組であることがうかがえる。

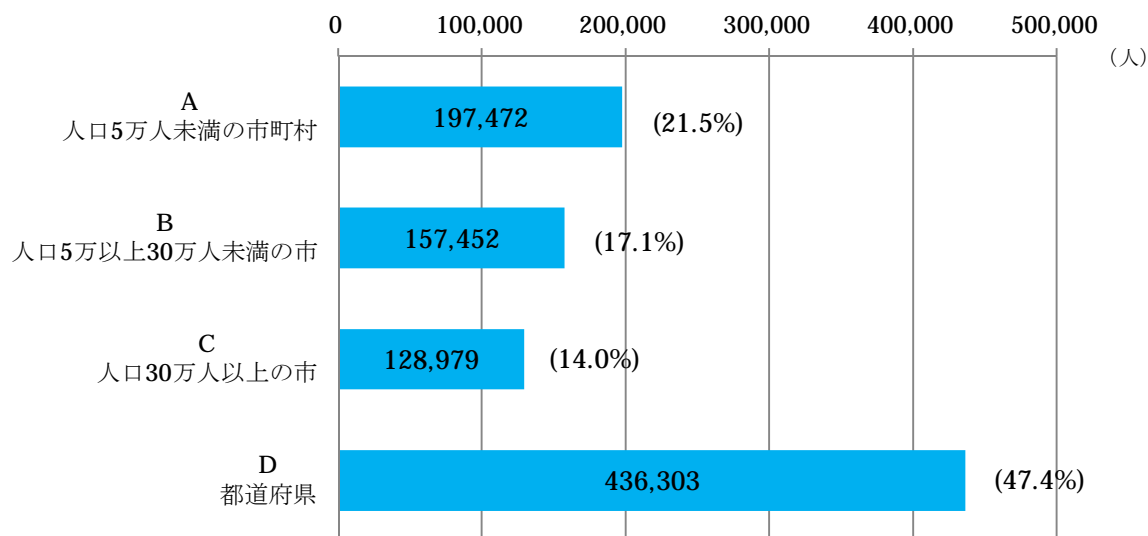
図表 14 人材養成事業に係る人材養成対象区分別事業数



1 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事業数を計上した。

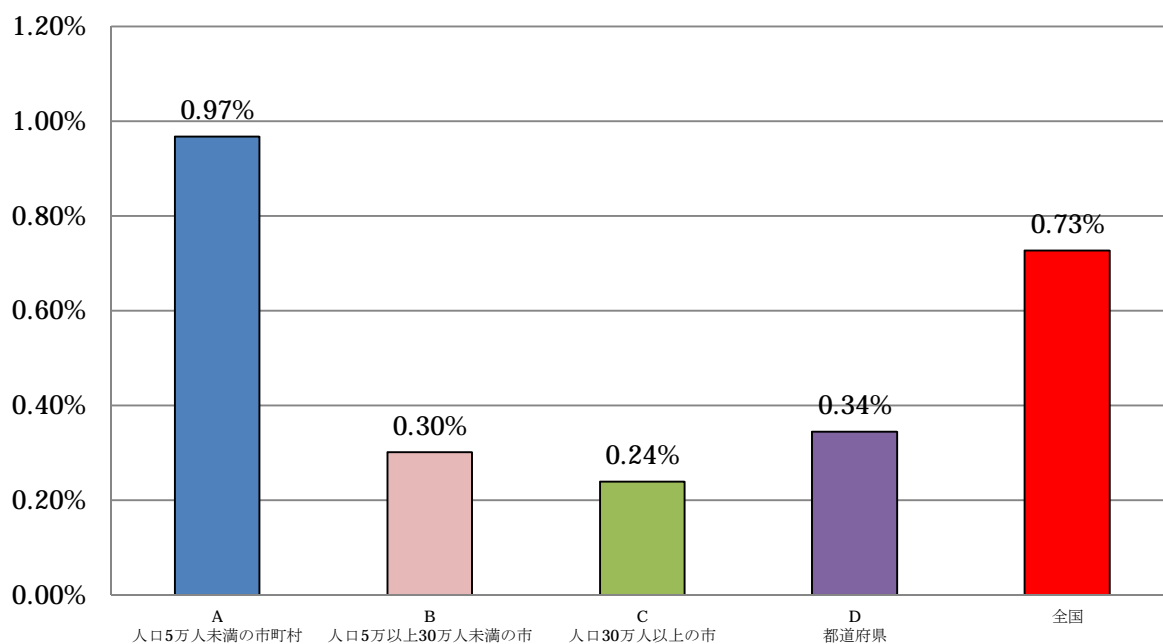
2 括弧内は全事業数 2,559 に対する比率

図表15 人材養成事業の参加者数（延べ数）



括弧内は全参加者数 920,206 人に対する比率

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

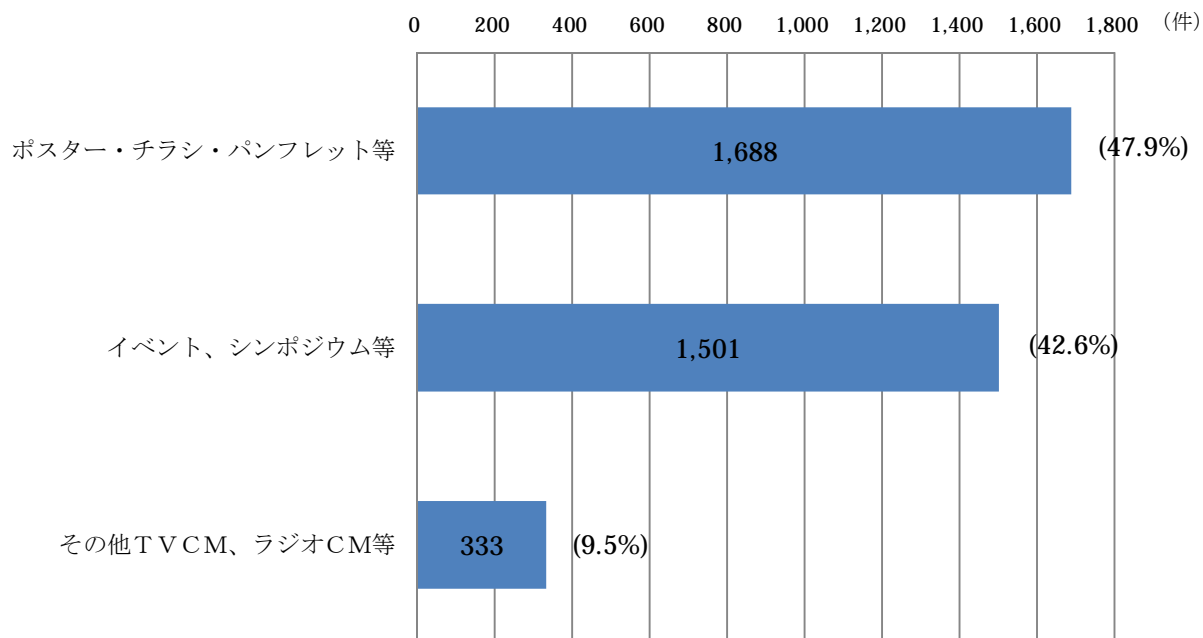
普及啓発事業については、都道府県の 100.0%、市町村の 67.7%が実施しており、事業類型別事業全体での実施割合は低下傾向にあるものの、緊急強化事業総数 8,537 事業のうち、普及啓発事業は 3,522 事業と未だ大きな割合(41.3%)を占める(図表 3、図表 4 及び図表 5)。

事業形態別にみると(図表 17 及び図表 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」と「イベント、シンポジウム等」が多く、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、いずれの事業においても、「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」に関するものが特に多い。(図表 19、図表 22 及び図表 25)

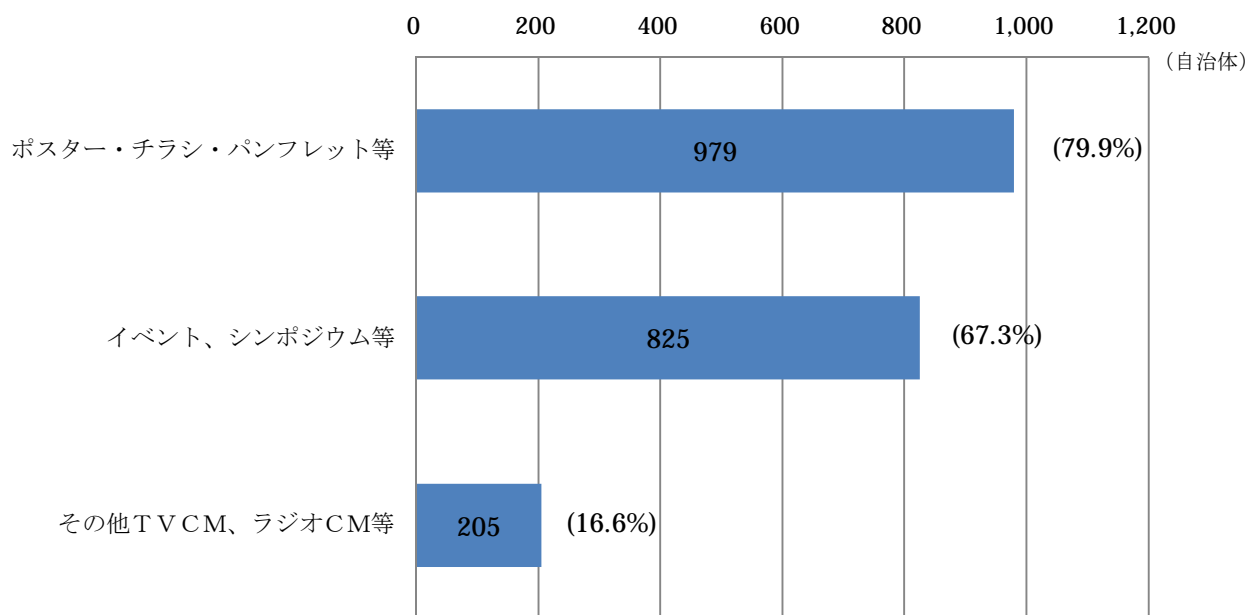
また、人口規模別での 1 自治体当たりの事業数を見ると(図表 21 及び図表 27)、都道府県が非常に多く、「TVCM、ラジオCM等」では突出しているが、作成及び実施に当たって、市町村よりもスケールメリットを活かせることから合理性があるものと考えられる。「イベント、シンポジウム等」の人口規模別の参加者の人口に対する比率では(図表 24)、「人口 5 万人未満の市町村」が他の区分より非常に高く、普及啓発を広く浸透させるに当たって、対面型相談支援事業及び人材養成事業と同様、人口 5 万人未満の市町村において効果的であることがうかがえる。

図表 17 普及啓発事業における事業形態（事業数）



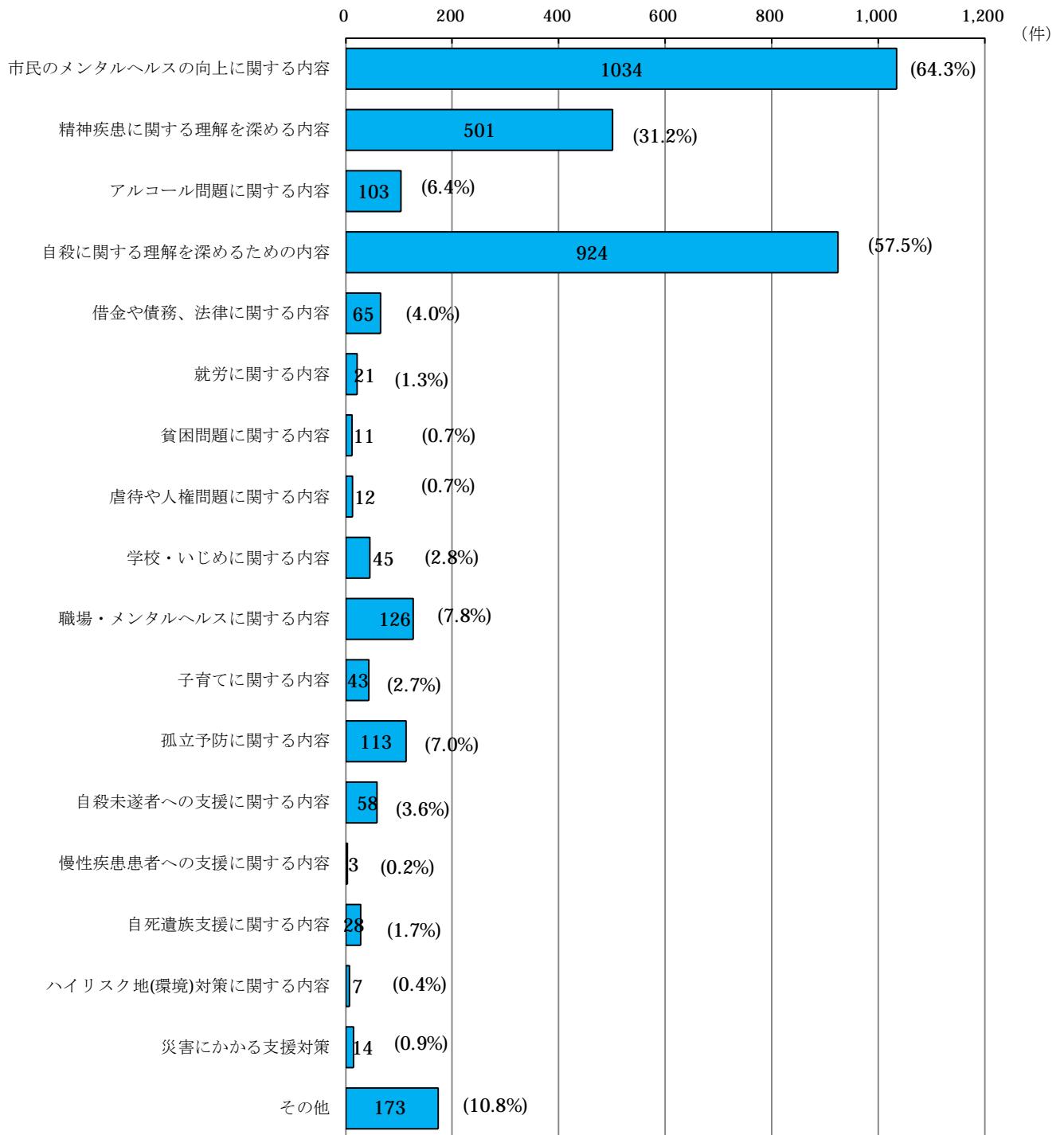
括弧内は全事業数 3,522 に対する比率

図表 18 普及啓発事業における事業形態別実施自治体数



括弧内は全実施自治体 1,226 に対する比率

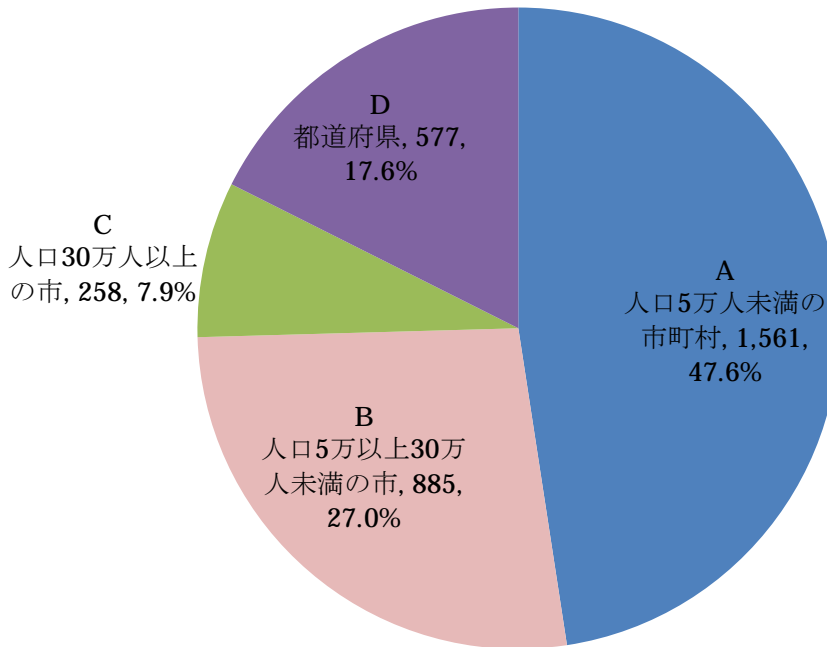
図表 19 普及啓発事業（ポスター・チラシ・パンフレット等）に係る事業内容別事業数



1 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た。
 2 括弧内は全事業数 1,607 に対する比率

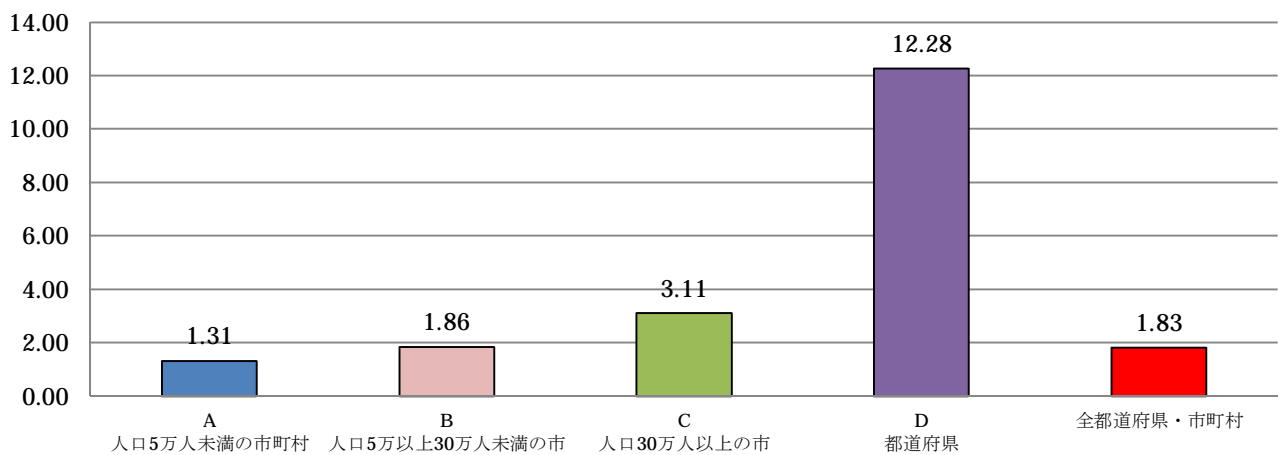
図表 20

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



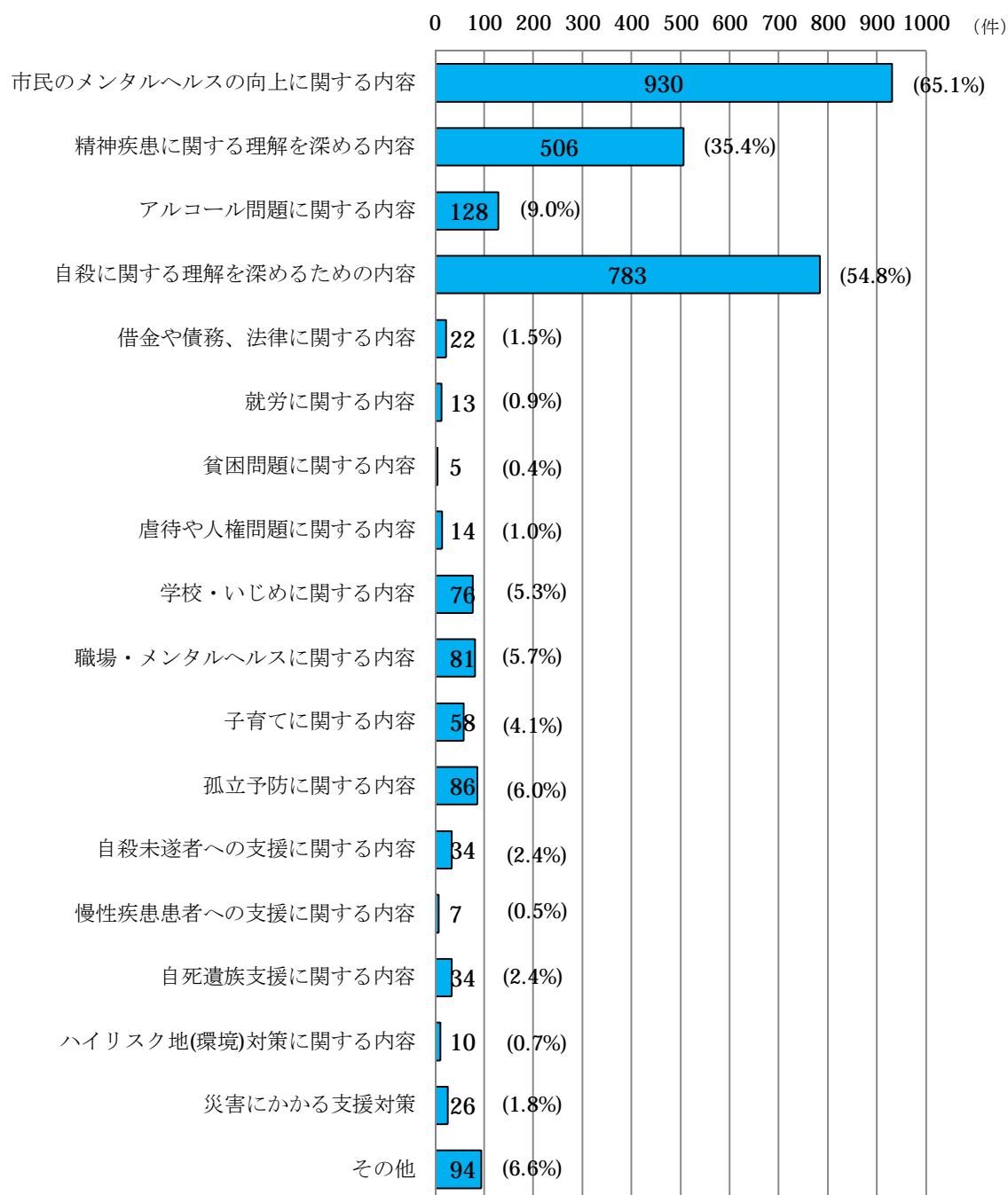
図表 21

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自治体当たり事業数



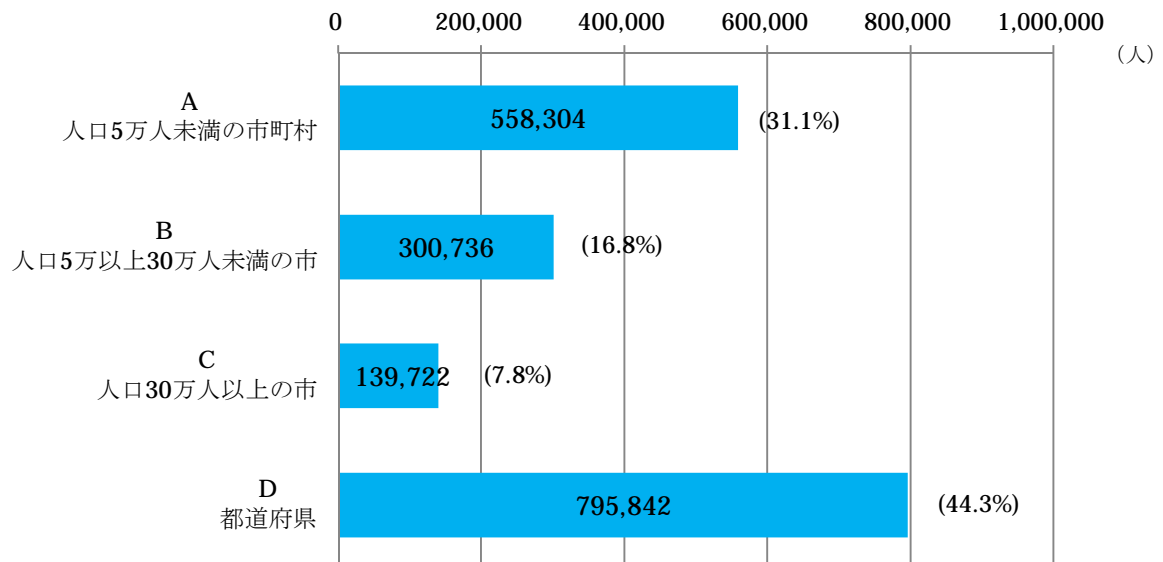
図表 22

普及啓発事業（イベント、シンポジウム等）に係る事業内容別事業数



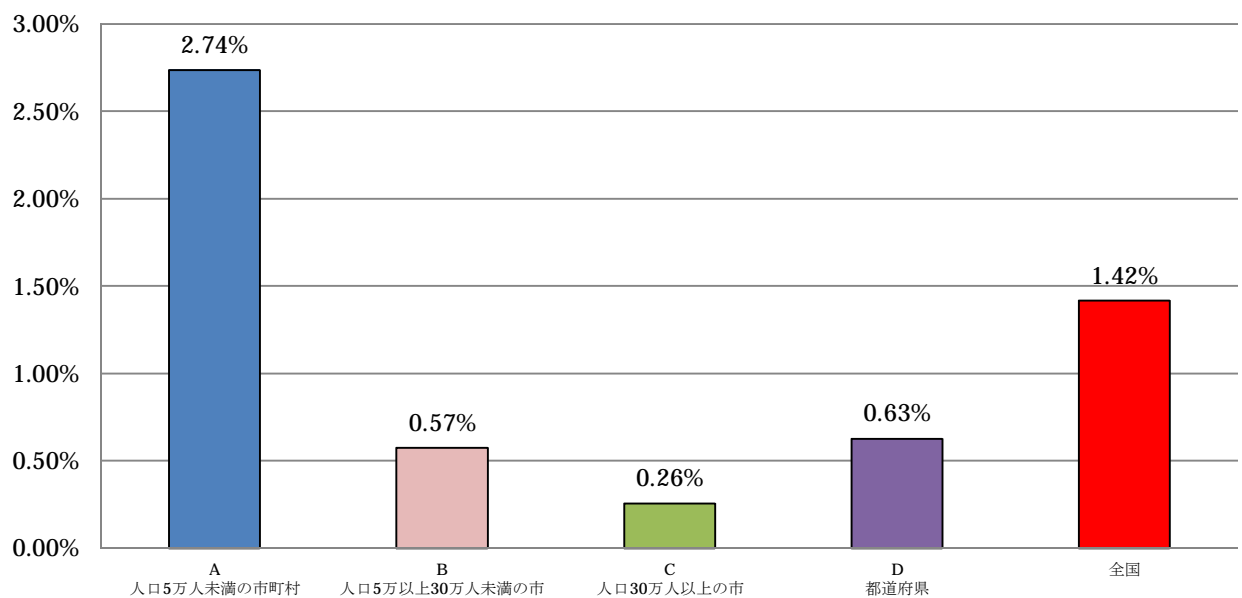
1 事業内容が複数選択されている場合はそれぞれに事業数を計上した。
 2 括弧内は全事業数 1,428 に対する比率

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（延べ数）

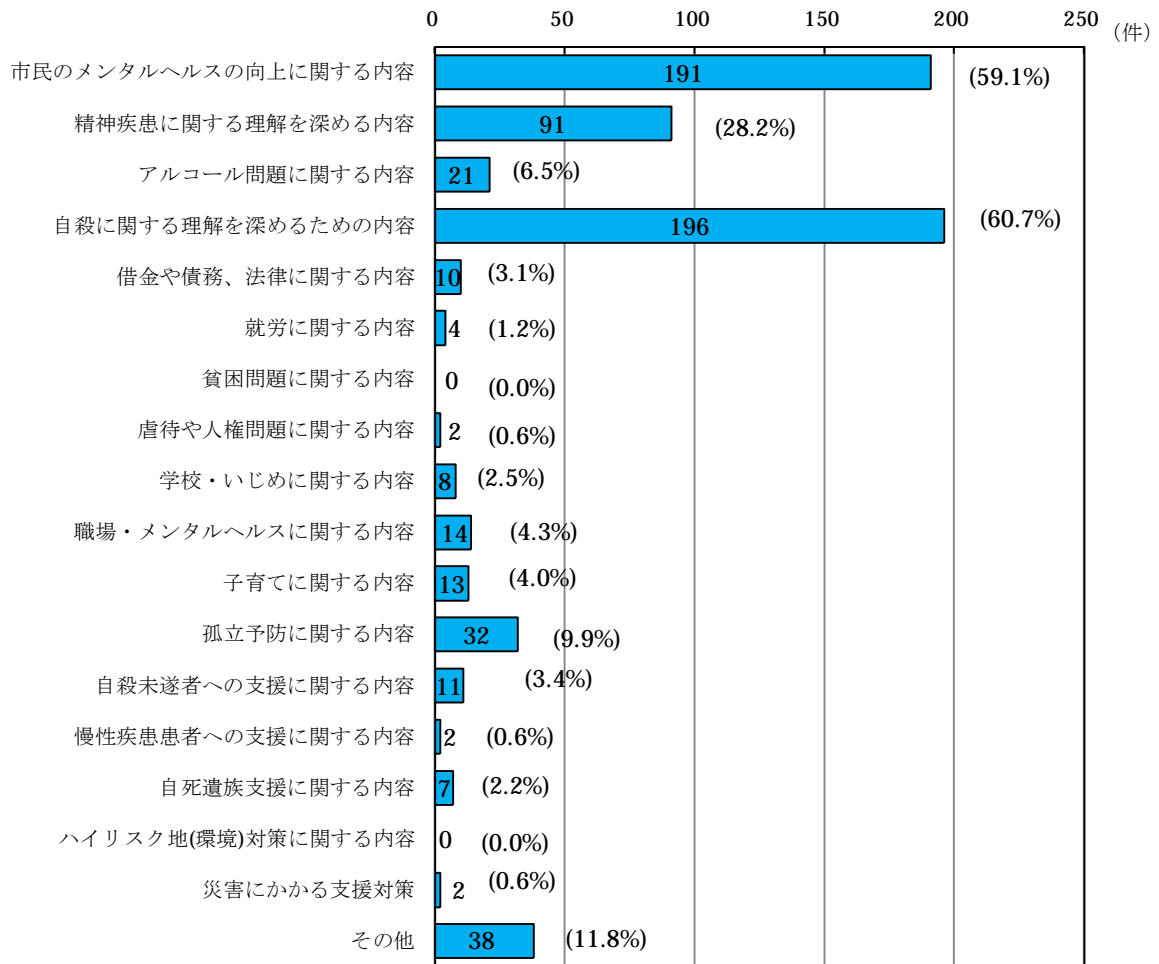


図表 24

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

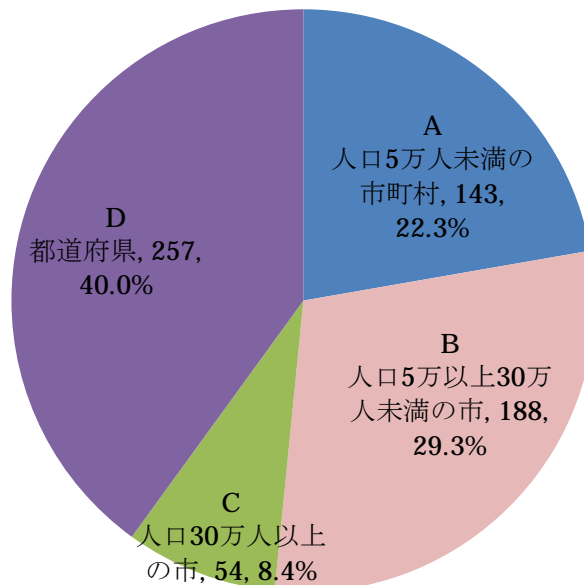


図表 25 普及啓発事業（TVCM、ラジオ CM 等）に係る事業内容別事業数

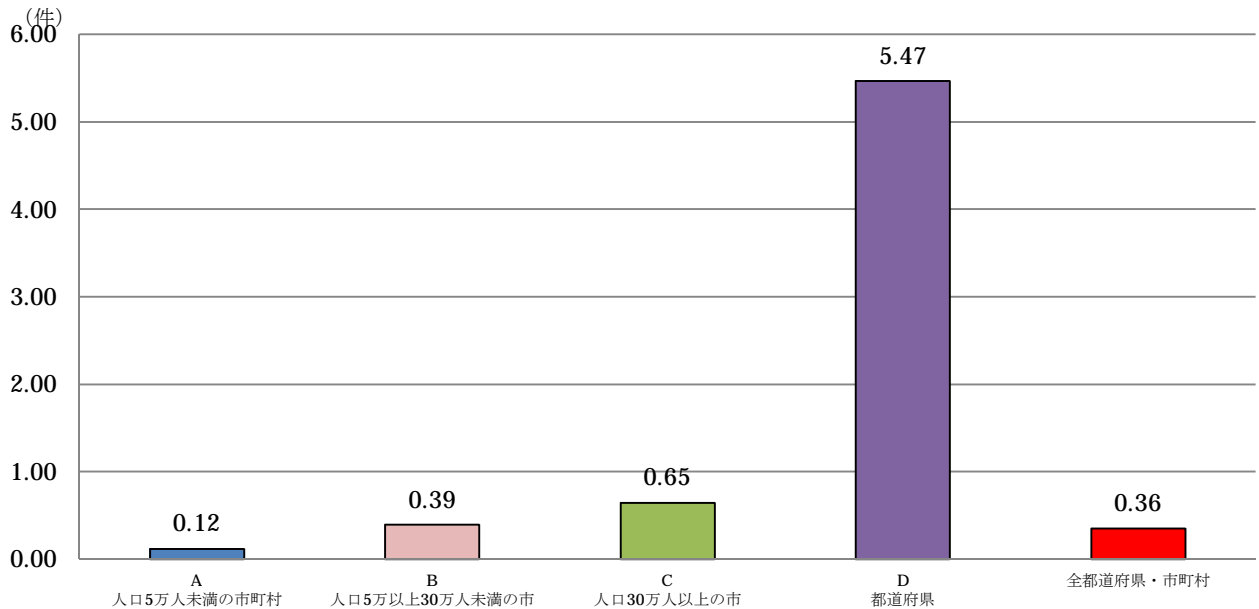


1 事業内容が複数選択されている場合はそれぞれに事業数を計上した。
 2 括弧内は全事業数 323 に対する比率

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自治体当たりの事業数



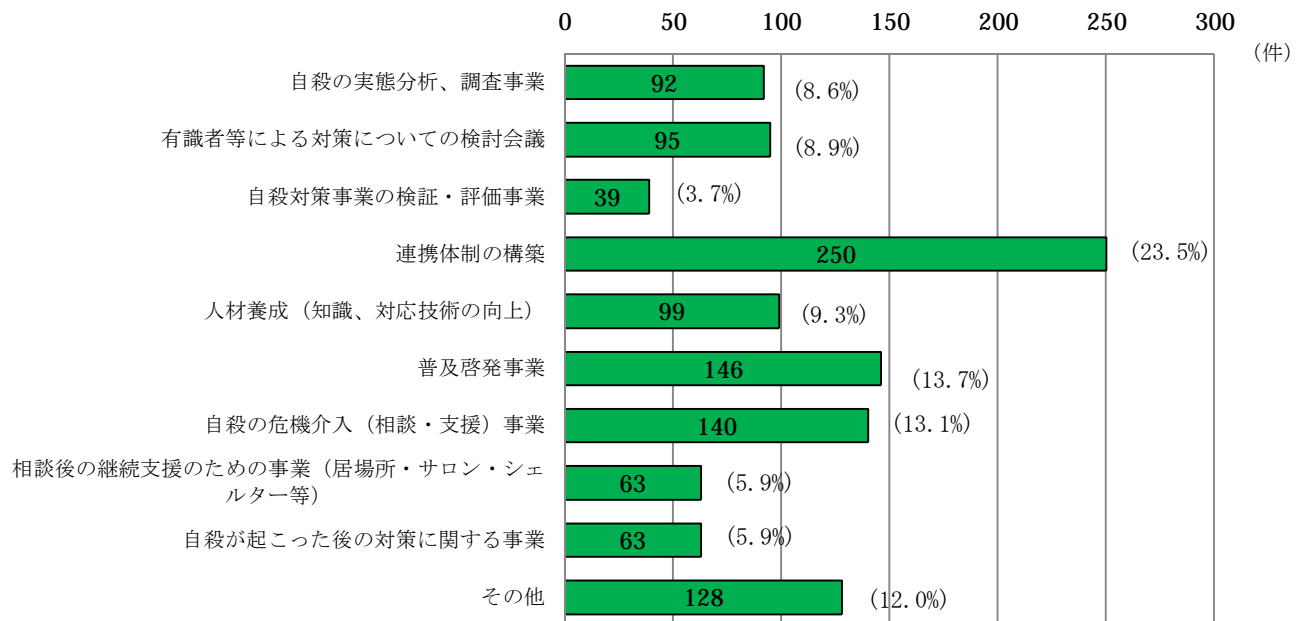
(v) 強化モデル事業

強化モデル事業については、都道府県の100.0%、市町村の16.8%が実施している（図表4及び図表5）。

事業種別の事業数を見ると（図表28）、「連携体制の構築」が250事業（23.5%）と他に比べ多くなっている。事業内容別で見ると（図表29）、「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」がそれぞれ270事業（25.4%）、168事業（15.8%）と普及啓発事業と同様に多いが、「自殺未遂者への支援に関する内容」が118事業（11.1%）、「自死遺族支援に関する内容」が95事業（8.9%）と直接的な支援に関する事業の割合が比較的高い。

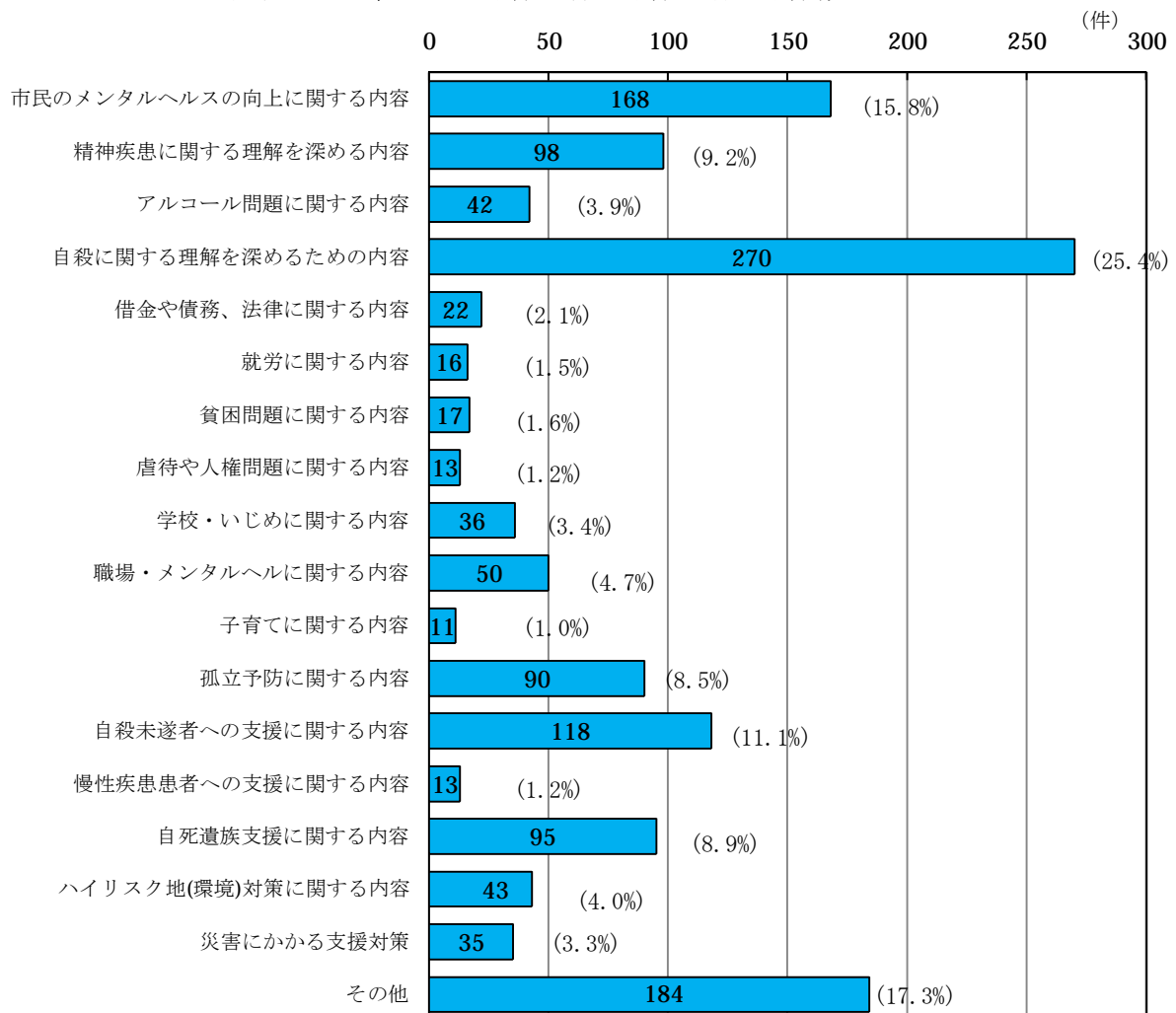
また、事業数に関する人口規模別での割合を見ると（図表30）、「人口5万人未満の市町村」が28.9%、「人口5万人以上30万未満の市」12.5%、「人口30万人以上の市」10.8%と市町村区分では人口規模が小さいほど割合が高い。しかしながら、1自治体当たりでの事業数を見ると（図表31）、人口規模が大きいほど事業実施数が多い。このことから、強化モデル事業は、事業類型別における定型的な他の事業と比べ、より地域の実情を踏まえ、独自に事業を考案する必要性が大きいことから、人口規模が大きく、職員数が多い自治体において選択がしやすい事業となっていると考えられる。

図表 28 強化モデル事業の事業種別事業数



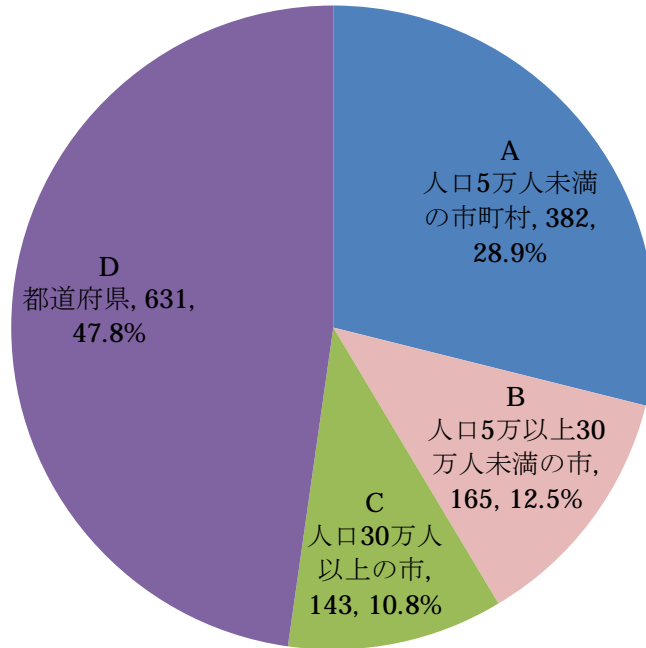
1 事業種が複数選択されている場合はそれぞれに事業数を計上している。
 2 括弧内は全事業数 1,065 に対する比率

図表 29 強化モデル事業に係る事業内容別事業数

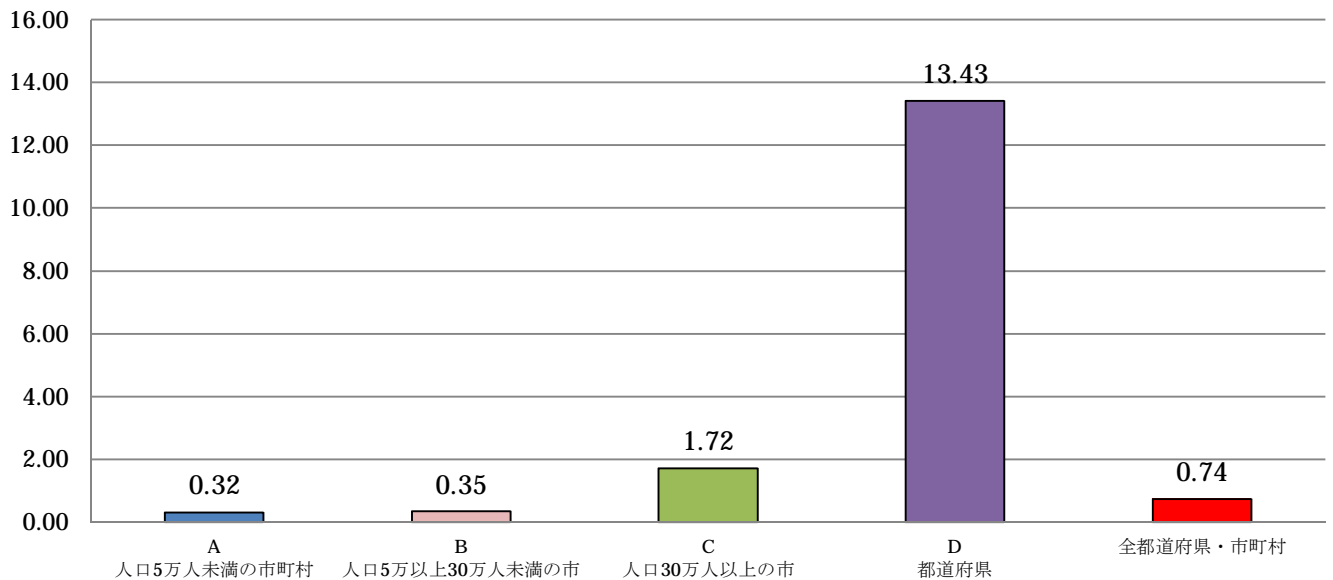


1 事業内容が複数選択されている場合はそれぞれに事業数を計上している。
 2 括弧内は全事業数 1,065 に対する比率

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自治体当たりの事業数



(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) 緊急強化事業実施の有無による自殺死亡率の変化

(i) 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 及び図表 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えており、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、政令指定都市等特に規模が大きい市では事業実施の割合が高いことから、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中で、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) 緊急強化石業の継続的実施の有無による自殺死亡率の変化

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及び図表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。

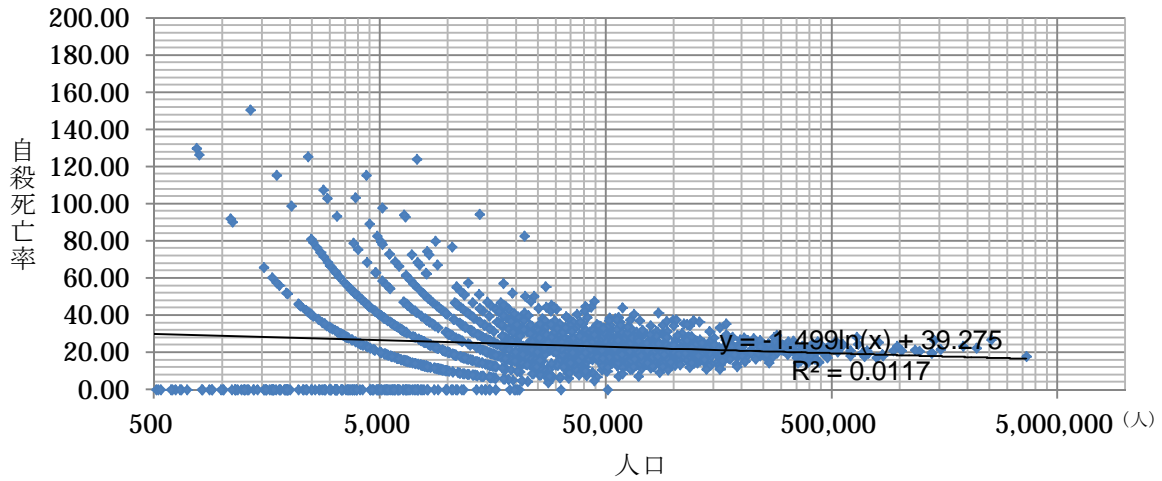
「人口5万人以上30万未満の市」の区分では、年ごとの低下幅に違いはあるものの、平成21年から24年にかけての自殺死亡率の低下幅は等しくなっており、事業実施の有無による差は見られない。

「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、これをみると、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、緊急強化石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」規模での緊急強化石業の効果要因としては、前節で見たように、対面型相談支援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



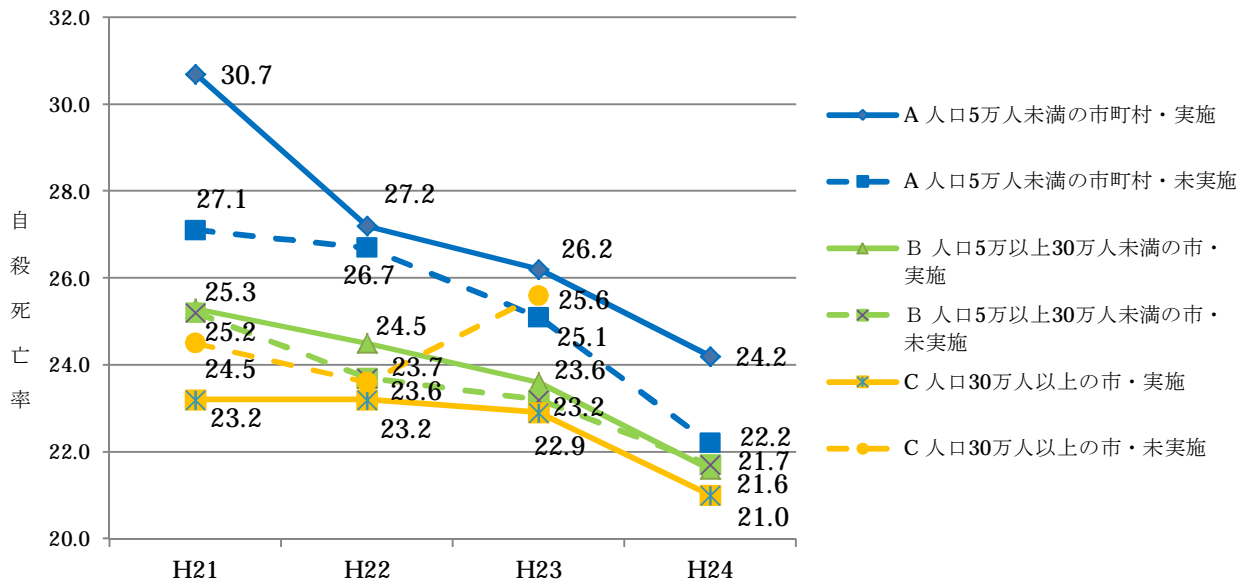
緊急強化事業実施の有無による自殺死亡率の変化

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



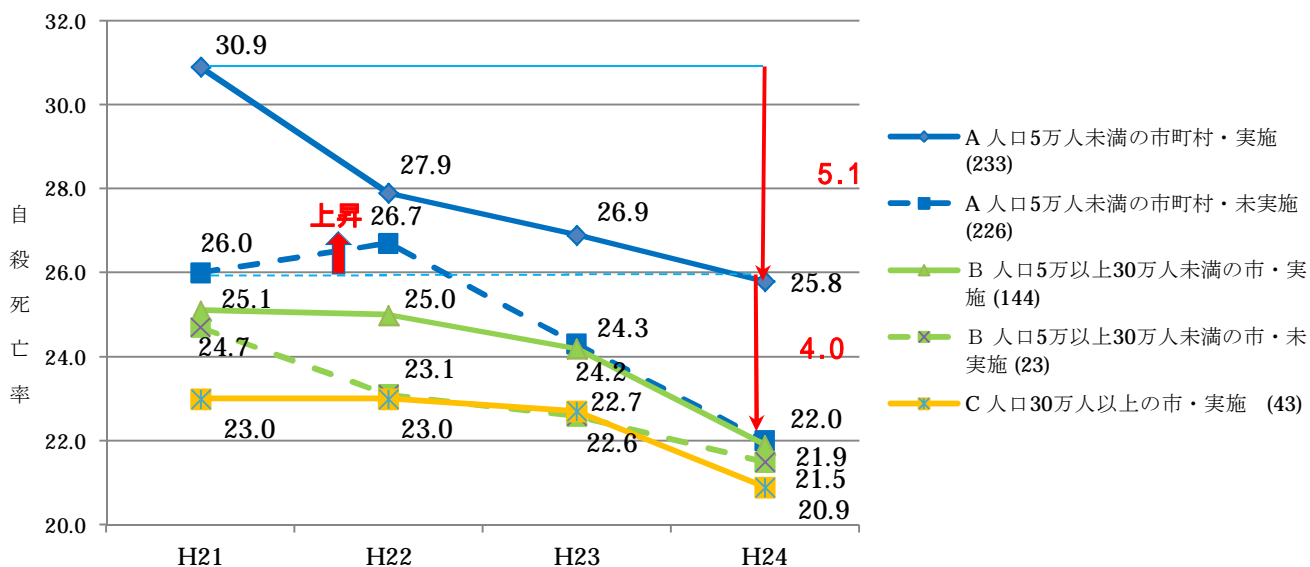
緊急強化事業の継続的実施の有無による自殺死亡率の変化

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4名の研究者（岩井淳委員、久保田貴文委員、須賀万智委員及び中西三春委員）の協力を得ながら緊急強化事業についての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。

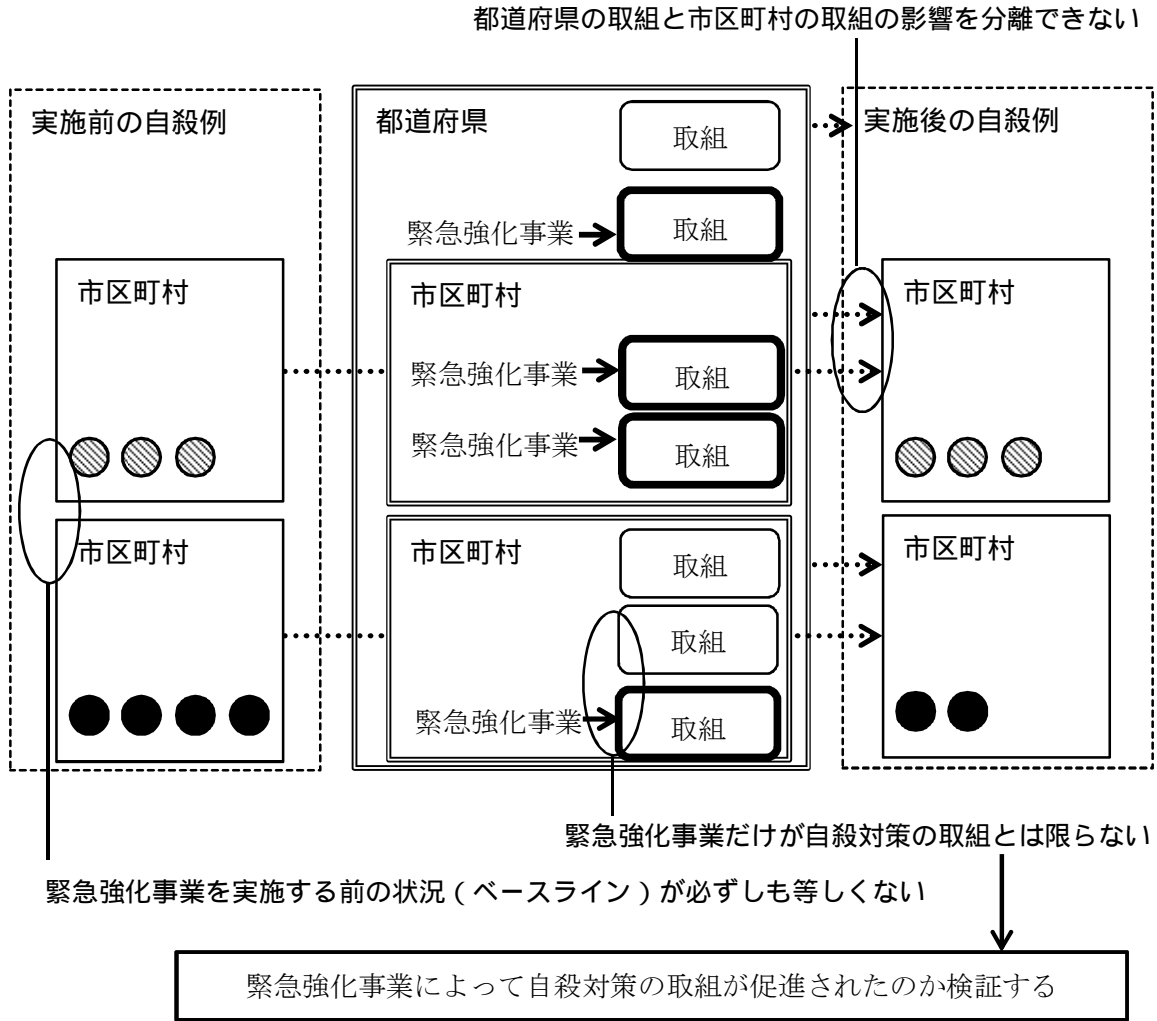
第1に、自殺対策の政府政策の政策体系に関する事項である。しばしば緊急強化事業には、政府予算が投じられているため、その予算に応じた自殺者数や自殺死亡率の減少を定量的に説明する方向に期待が寄せられる。しかしながら、自殺対策に関する政府政策の体系の実態は政府部内での複数の取組の集合であって、緊急強化事業もその重要な構成要素ではあるものの、あくまでもその一部分に過ぎない。

自殺対策に係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。大綱レベルでは、政府各部の活動を総合化することによって、自殺者数及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。この中であって緊急強化事業は、「地域における自殺対策力」を強化するという役割を担っている。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、全体論と部分論という違いがある。

第2に、緊急強化事業に係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中で、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得ること、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組については着実な推進が見られないなどの限界を指摘しておくことができる。特に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組の温度差にもつながるが、一定の均質的な取組が存在せず取組が多様であることは、分析上の限界ともなっている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図である。

²中西レポートでは、「①都道府県の取組と市区町村の取組の自殺死亡率に対する影響を分離できないこと」「②自治体の中でも緊急強化事業として行われたことだけが自殺対策の取組とは限らず、緊急強化事業以外の取組の影響が排除できないこと」「③それぞれの自治体が緊急強化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。

図表 37 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のまとめである。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、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点である。

- ① 最終的な政策効果は自殺対策に係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。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っている。以下では単年度の緊急強化事業の政策効果を巡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特に重要であることを強調しておきたい。

以下では4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、須賀レポート及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事業の実施と、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」といわれるが、それは特に特定の自殺の原因と自殺という社会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ている。しかし、政府政策

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。また、オブザーバーの高橋祥友（筑波大学医学医療系教授）、樋口輝彦（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター総長）及び本橋豊（秋田大学理事・副学長）からの意見も交えつつまとめた。

として自殺という社会現象に介入しようとするならば、このことを解明し、また説明していく努力を払うことが求められることとなる。

『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。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。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及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年度の緊急強化事業の5類型の事業実績(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)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、市町村が取組を実施しようとする場合には取組の順序や段階があるということである。

次に中西レポートであるが⁵、同レポートにおいては自殺対策の実施体制に

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御参照いただきたい。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」は基金と光交付金を合わせて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まった金額を投じた事例（都道府県による事業）であったり、モデル地区で実施した取組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。

⁵中西レポートでは、自殺予防対策センターが平成25年に実施した『市区町村における自殺対策の取組状況に関する調査』を活用した分析が行われた。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、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である。『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、総人口が多く、年間1人当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である。あわせて、調査に回答した市町村についても、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も指摘されている。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も確認されている。「緊急強化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（5類型）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、

ついでに分析がなされた。「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。

分析の経過は省略し、結論のみ取り出せば、中西レポートで指摘されている重要な点は以下の3点である。

第1に、「自殺対策に取り組む動機・理由（自殺者数が多い）と人手（職員数が多い）のある自治体」でより緊急強化事業が行われたのではないかということである。

第2に、緊急強化事業を「実施した市町村」は、「実施しなかった市町村」に比べて、自殺の実施体制や取組を行っている割合が有意に高かったということが指摘されている。とりわけ「強化モデル事業」の実施は全ての体制や取組の実施と有意な関連を示したことが指摘されている。

第3に、以上のまとめとして中西レポートでは、緊急強化事業により、市町村での自殺の実施体制及び取組体制が進展したことが示唆されたとしている。とはいえ、多くの自治体で緊急強化事業が自殺対策の唯一の財源となっていることも踏まえると、各自治体が自殺対策を継続して進められるための支援は、今後も一定の期間・規模で求められるものと考えられるという点も併せて指摘されている。

（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といえるだろう。

ここでは、上記のような取組を踏まえ、緊急強化事業の検証の課題として以下の3点を指摘しておきたい。

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

自殺総合対策大綱の9施策を実施している割合も高かったことが指摘されている。あわせて、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、人口規模の大きさや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が確認されている。さらに、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も確認されている。最後に、中西レポートでは、「基金事業の実施、自殺対策の実施体制、取組状況と2009-2012年にかけての自殺者数」についての分析が行われた。自殺者数のパネルデータを従属変数としたポアソン分析の結果、男性自殺者数と有意な関連を示したのは1人あたり課税対象所得の低さ、自治体職員数の少なさ、普及啓発事業を実施していないこと、総合計画・基本計画あるいは自殺対策の推進に関する計画を作成していることであったという。同じく女性自殺者の多い市区町村では、1人あたり課税対象所得が低く、自治体職員数の少なく、強化モデルを実施している割合が高く、自殺対策連絡協議会の設置や総合計画・基本計画あるいは自殺対策の推進に関する計画を作成している割合が高く、「国民一人ひとりの気づきと見守りを促す」や「自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」を実施している割合が高かったという。

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。まず、単年度予算と政策効果の発現の間にはタイムラグが存在する。したがって、政策効果を単年度予算と直結してどこまで議論してよいかという分析上の制約が存在している。また、そもそも基金は当初造成時からその後も積み増しまで補正予算により行われてきた経緯がある。以上のような予算制度上の特徴を踏まえ、中長期的に施策の効果を検証していくことを可能とするためには、分析の土台となる予算そのものを安定化させることも課題となる。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指摘しておきたい。

第3に、政策効果について中長期的な分析が必要なものも含まれているという点である。アウトカムレベルの分析については、単年度の分析に止まらず、大綱の見直しなど、中期的な視点で検証すべきものが含まれていること、今後議論を重ねる中で、短期的な観点と中長期的な観点との間の整理をしていくことが望ましい点を指摘しておきたい。

なお、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。特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、都道府県作成の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自治体の考えなどを把握するため、都市部の意見として東京都（平成 25 年 9 月 6 日実施）に、都市部以外の意見として滋賀県及びその管内である大津市（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）に対し、対面によるヒアリング調査を実施した。

(2) 調査結果の概要

(i) 事業類型のシフト

自殺対策事業を初めて実施する段階では、普及啓発事業が自殺対策事業を始める足掛かりとなっていたが、その後、事業の中心はうつ病対策とゲートキーパー養成等の直接的な支援となる事業へ全体がシフトしてきている。事業の必要性の視点からも、当初は市民に対する普及啓発事業が必要であるが、その後は人材養成事業へシフトが必要との意見が出された。

事業費の観点からも、自殺対策事業の開始当初においては普及啓発事業が、その事業費の半分以上を占めていたが、平成 24 年度実績では事業費全体の 1/4 程度まで低下している自治体があり、基金終了がそのまま事業終了になってしまうことを避けるため、より必要性の高い分野に補助対象を絞って事業を継続していく必要があるとの意見もあった。

なお、普及啓発事業の実施に当たり、関係組織の連携が必要となったことから、結果的に自殺対策においての関係組織の連携強化が深まることとなり、実施体制強化の面で 2 次的な効果が見られた自治体があった。

こうしたことから、事業開始当初は普及啓発事業を実施し、その後は必要性の高い分野の事業に実施事業を絞りつつ、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と考えられる。

(ii) 都道府県と市町村の役割分担

自殺者数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意見があった中、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と考えている自治体があった。

基金が終了した場合は、市町村の現在の事業規模に見合う予算を県では確保できないため、市町村が実施している緊急強化事業の今後について検討を行った上で、都道府県と市町村との役割分担を考える必要があるとの意見があった。また、今後、効率性の観点からも、都道府県で実施することが望ましい事業であるかどうかを選別し、市町村との役割分担をしていくことが必要との意見が出された。

こうしたことから、事業内容の特性や実施の効率性を踏まえ、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と考えられる。

(iii) 事業の検証・評価

事業の検証・評価において、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形成の状況、県民の意識調査も事業効果の指標として考えられるのではないかとの意見が出された。

また、緊急強化学業の実施は、自治体の限られた職員数の中、既に複数の業務を担当している職員に対し、更なる負荷を求めるものであり、自治体において大きな負担となっている場合もあるとの意見があった。

こうしたことから、今後の検証の方法として、相談件数やネットワークの形成数等のアウトプット指標のほか、意識調査等によるものも考えられる。また、緊急強化学業の検証・評価の実施に当たっては、担当部署の業務負担増加の程度を把握することも重要である。

(iv) 事業実施のための財源

自治体の自殺対策事業のほとんどは基金を活用して実施されており、基金があったからこそできた事業が多くあった。基金が終了した場合は、自殺未遂者対策、一般診療科医-精神科医連携会議、自殺対策連絡協議会、相談従事者の人材養成等については、一般財源化を検討する必要があると考えている自治体があった。

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市町村もある。また、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との意見が出された。

仮に自治体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、急激な負担増でなく、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られている。

こうしたことから、実行性のある自殺対策を実施するには、段階的に自治体の負担が生じることになったとしても、自治体が長期的な視点で計画を立てられるよう、継続的な財源の確保が必要である。

(v) 対策実施の地域格差

市町村によっては、自殺対策の担当課が決まっておらず、自殺対策の体制が整っていないところもあるなど、自殺対策の取組に地域格差が生じていることがわかった。

また、自殺対策事業を初めて実施する市町村に対しては、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都道府県では指導しており、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の意見が出された。

こうしたことから、市町村によっては積極的に対策を行っているところから担当課が決まっていないところまで、対策実施の地域格差が生じているおり、地域の底上げ的な意味での支援も必要であると考えられる。

(3) 調査結果のまとめ

本ヒアリング調査による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、次の点を踏まえて緊急強化事業の在り方を検討する必要があると考えられる。

まず、事業類型においては、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にシフトが必要であるとともに、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。

また、事業ごとの特性や実施の効率性を踏まえ、都道府県単位と市町村単位で行うか等事業の役割分担の整理が必要である。

さらに財源については、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、全ての地域の底上げ的な意味での支援が必要であり、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、時限的でない継続的な財源の確保が必要である。

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。

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当たっては、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) 地方公共団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、保健所や福祉関連施設の専門職等を中心として取組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組を継続させ、定着させていくためには、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。

また、その際、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、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られる。

なお、平成 26 年に消費税が引き上げられることが政府において確認されているが、時限的でない財源への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、市町村のいずれ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、対面型相談支援事業では、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）などがい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。こうしたことから、現時点で緊急強化学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、緊急強化学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、緊急強化学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、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。

その際、緊急強化学業の実施による担当部署の負担増加の程度を把握し、必要に応じ、実施体制の見直しを図ることが重要である。

自殺対策検証評価会議委員名簿

(五十音順・敬称略)

いわ い あつし
岩 井 淳

群馬大学社会情報学部情報行動学科准教授

くぼた たかふみ
久保田 貴 文

統計数理研究所リスク解析戦略研究センター
特任助教

す か ま ち
須 賀 万 智

東京慈恵会医科大学環境保健医学講座准教授

なかにし みはる
中 西 三 春

医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構研究部主任研究員

な じ ま か ず ひ さ
○南 島 和 久

神戸学院大学法学部准教授

注) ○は座長