

# **堺市自殺対策推進計画（第3次）**

**（素案）**

## 目次

<b>第1章 策定にあたって</b> .....	<b>1</b>
1. 策定の背景と趣旨 .....	1
2. 計画の位置づけ .....	1
3. 計画の期間 .....	1
4. 基本理念 .....	2
<b>第2章 堺市の現状と課題</b> .....	<b>3</b>
1. 本市のこれまでの自殺対策について .....	3
2. 自殺統計の分析からみた堺市の現状 .....	4
(1) 自殺者数（総数・男性・女性）と自殺死亡率の推移 .....	4
(2) 年代別の自殺者の状況（年代別自殺者数の割合・年代別自殺者数の推移） .....	5
(3) 政令指定都市の自殺者の状況 .....	6
(4) 原因・動機別の状況 .....	6
(5) 地域自殺実態プロファイルにおける状況 .....	7
3. こころの健康といのちに関する意識調査からみた現状 .....	8
(1) 市民意識調査の結果 .....	8
4. 救急告示病院における自殺未遂者の実態調査からみた現状 .....	28
(1) 救急告示病院の実態調査の結果 .....	28
5. 今後取り組むべき課題 .....	32
(1) ゲートキーパーの拡充の必要性 .....	32
(2) 啓発活動および相談機関周知の必要性 .....	32
(3) 自殺の要因になり得る問題に対応する関連施策との有機的な連携の必要性 .....	32
(4) 高齢者および若者・女性の支援の充実 .....	32
(5) 職場のメンタルヘルス対策の支援強化の必要性 .....	32
(6) 自殺未遂者や家族等への対応の強化 .....	33
(7) 自死遺族等への支援強化の必要性 .....	33
(8) 依存症対策と連携した自殺予防の対策 .....	33
<b>第3章 自殺対策を推進するうえでの基本認識</b> .....	<b>34</b>
1. 基本認識について .....	34
2. 生きることの促進要因と阻害要因について .....	34
<b>第4章 計画の目標</b> .....	<b>36</b>
<b>第5章 基本方針及び取組の推進</b> .....	<b>38</b>
基本方針1 自殺問題に関する市民の理解の促進 .....	38
(1) うつ病などのこころの病気や自殺問題に関する啓発事業の実施 .....	38
(2) 自殺統計の分析と情報提供等の充実 .....	39
基本方針2 自殺予防のための環境の充実 .....	39
(1) 職域における取組体制の充実 .....	39

(2) 学校における取組体制の充実.....	39
(3) 地域における取組体制の充実.....	40
基本方針3 自殺の要因軽減のための支援体制の強化.....	40
(1) 人材の育成・資質の向上.....	40
(2) 相談支援体制の充実.....	41
(3) 生活状況や心身の状態に応じた支援の強化.....	41
基本方針4 自死遺族等及び自殺未遂者への支援強化.....	42
(1) 自死遺族等への支援.....	42
(2) 自殺未遂者への支援.....	42
<b>第6章 推進体制.....</b>	<b>43</b>
1. 推進主体と連携.....	43
(1) 堺市自殺対策連絡懇話会.....	43
(2) 堺市自殺対策庁内連絡会.....	43
(3) 関係機関や民間団体との連携強化.....	43
2. 進捗管理.....	43



# 第1章 策定にあたって

## 1. 策定の背景と趣旨

わが国の自殺者数は、平成10年以降、年間3万人を超え、高い水準が続いていた状況のもと、平成18年10月に「自殺対策基本法」を施行後、平成19年6月には「自殺総合対策大綱」が策定され、国を挙げて自殺対策を推進してきました。その結果、平成22年以降の自殺者数は減少傾向に転じました。その後も、平成24年8月の「自殺総合対策大綱」の見直しでは、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す」ことが明記され、平成29年7月の「自殺総合対策大綱」の見直しでは、「自殺は、その多くが追い込まれた末の死である」「年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はまだ続いている」「地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する」という基本認識と、「生きることの包括的な支援として推進」「関連施策との有機的な連携による総合的な対策の展開」「対応の段階に応じたレベルごとの対策の効果的な連動」「実践と啓発を両輪として推進」「関係者の役割の明確化と関係者による連携・協働の推進」という基本方針が示され、自殺対策が一層強化されています。平成27年以降の自殺者数は2万人台を推移し減少傾向でありましたが、令和2年にコロナ禍において自殺者数が増加したとの報告がありました。警察庁の自殺統計では、令和元年から912人増加（対前年比約4.5%増）と報告され、前年を上回ったのはリーマン・ショック後の平成21年以来となりました。

このような自殺をめぐる状況を踏まえ、本市では、「自殺対策基本法」や「自殺総合対策大綱」等に則り、平成21年3月に「堺市自殺対策推進計画」（以下「第1次計画」という。）を策定し、平成25年3月に第1次計画を改定した「堺市自殺対策強化プラン」（以下「強化プラン」という。）を策定しました。その後、強化プラン終了にともない、平成29年4月に「堺市自殺対策推進計画（第2次）」（以下「第2次計画」という。）を策定し、本市の自殺対策を推進してきました。

第2次計画は、令和3年度末をもって終了となります。本市の自殺者数は平成19年に過去最多となり、その後は減少傾向ではありますが、自殺者数や自殺死亡率は依然高水準で推移しています。このような状況を鑑み、第2次計画での取り組みの成果と課題、「自殺総合対策大綱」等を踏まえ、新型コロナウイルス感染症等の非常事態による影響も考慮しながら、さらなる自殺対策の推進のために「堺市自殺対策推進計画（第3次）」（以下「本計画」という。）を策定するものです。

## 2. 計画の位置づけ

本計画は、国の「自殺対策基本法」に基づき、「自殺総合対策大綱」「市町村自殺対策計画策定の手引き」等の自殺対策関連計画の趣旨を踏まえながら、本市の自殺対策における喫緊の課題を解決するための取組の基本的な方向性と、それに沿った具体的な施策を定めるものです。

また、「堺市基本計画2025」を上位計画とし、「健康さかい21（第2次）」、「堺市依存症地域支援計画」等との整合性に留意し、「持続可能な開発目標（SDGs）」の達成を見据えながら、本計画を推進します。

## 3. 計画の期間

本計画の期間は、令和4年4月1日から令和9年3月31日の5年間とします。

## 4. 基本理念

地域での「気づき」「声かけ」「傾聴」「つなぎ」「見守り」の意識の醸成・向上を推し進めるため、下記の基本理念を掲げます。市民をはじめ、関係機関、団体、行政が一体となり、「ゲートキーパーを身近に感じる さかいし」を築くことで、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」をめざします。

### 【基本理念】

## ～安心してや、ひとりやないさかい～

- さ ささえよう
- か かけがえのない
- い いのちを守る
- し 市民みんながゲートキーパー

### ○ゲートキーパーについて

「ゲートキーパー」とは、悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聴いて、必要な支援につなげ、見守る人のことで、「命の門番」の直訳になります。様々な問題に悩み自殺に考えが及んでしまう時、誰にも相談できず孤立したり、一人で悩んでいたりします。こんな時に、身近な人のちょっとした関わりがとても助けになります。悩んでいる人に寄り添い、関わりを通して「孤立・孤独」を防ぐために、たくさんの方にゲートキーパーについて学んでいただき、ちょっとした関わりの輪が広がっていくことで、誰もが孤立せず住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるようになります。

## 第2章 堺市の現状と課題

### 1. 本市のこれまでの自殺対策について

本市では、「自殺対策基本法」「自殺総合対策大綱」に基づき、平成19年度より学識経験者や有識者等から構成される「堺市自殺対策連絡懇話会」および市内横断的な連携の場となる「自殺対策市内連絡会」を設置し、全市的に自殺対策に取り組んできました。

自殺対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、平成21年3月には「堺市自殺対策推進計画」を策定するとともに、同年4月には精神保健課内にいのちの応援係を設置し、自殺未遂者への直接的な相談支援（いのちの相談支援事業）を開始しています。同年11月には自殺未遂者の支援について市内5か所の警察署との連携を開始し、平成23年11月には救急隊との連携を開始しました。

平成24年8月には、「自殺総合対策大綱」が見直され、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現をめざし、自殺対策がより一層強化されました。それらを受けて、平成25年1月には未遂者支援での警察との連携を、大阪府下全域に拡充しています。また、平成25年6月より、救急告示病院（市内14病院）と連携を開始し、自殺未遂者の支援の充実を図っています。

平成25年3月に強化プラン、平成29年3月には第2次計画を策定し、「誰もが自らのいのちを大切にできるように、きめ細やかな見守りで支えあうまち」をめざすことを最終目標とし、不安や悩みを抱く市民一人ひとりに寄り添い、市民や関係機関・団体、行政などが連携・協働した相談や援助に取り組むプロセス（過程）を重視しながら、総合的に自殺対策に取り組んできました。

第2次計画では、取組のプロセスを評価するため、「ゲートキーパー養成研修（基礎編）受講者を1,000人（計画期間中の新規）にする」「こころの健康等に関する相談機関を全く知らない人の割合を減少させる」という指標を掲げています。

その結果、令和3年3月までのゲートキーパー養成研修（基礎編）の受講者は計785人となっており、コロナ禍で研修中止を余儀なくされたことも影響し、目標には届いていない状況です。しかし、基礎編だけでなく関係機関や大学生などにもゲートキーパーの要素を取り入れた研修を実施しており、第2次計画期間中の全受講者は1,706人となっており、ゲートキーパーの輪が徐々に広がってきています。さらには、平成29年度から基礎編を受講した市民対象に「ステップアップ編」研修を実施し、計267人が受講しています。

もう一つの指標としている相談機関の周知について、こころの健康等に関する相談機関を全く知らない人は、平成27年度の市民意識調査では30%でしたが、令和2年度の調査では、24.7%と5.3%減少しており、おおよその目標を達成しています。

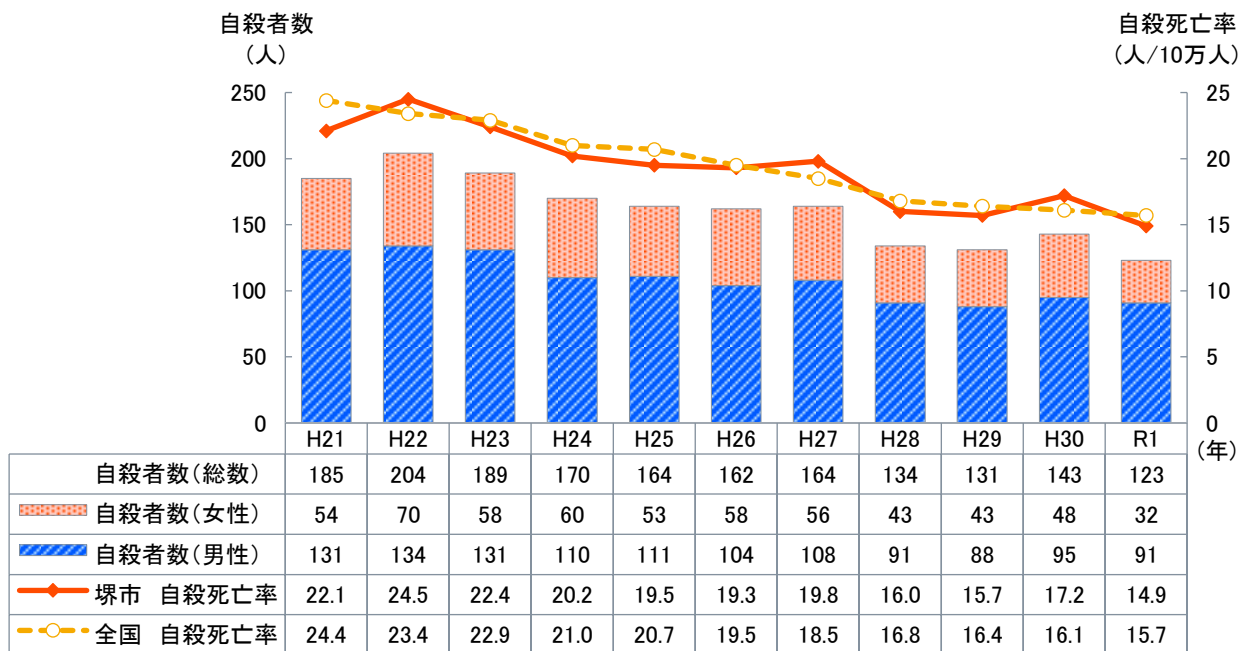
## 2. 自殺統計の分析からみた堺市の現状

### (1) 自殺者数（総数・男性・女性）と自殺死亡率の推移

堺市の自殺者数と自殺死亡率<sup>(※)</sup>の推移をみると、年々少しずつ下がってきてはいるものの、ここ数年は下げ止まりの傾向にありますが、令和2年は令和元年に比べてどの数値も高くなっています。

※自殺死亡率……人口10万人あたりの自殺者数

図表 1 堺市の自殺者数の推移



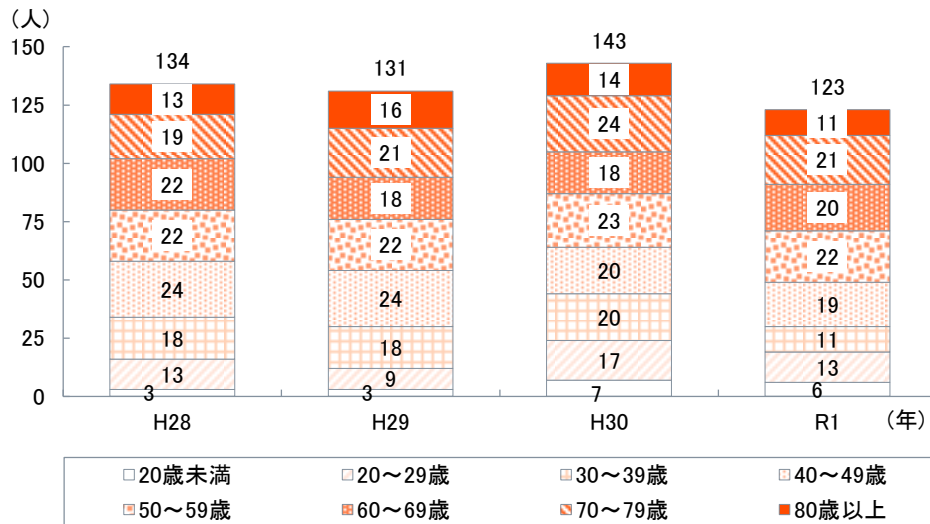
(出所) 厚生労働省「人口動態調査」



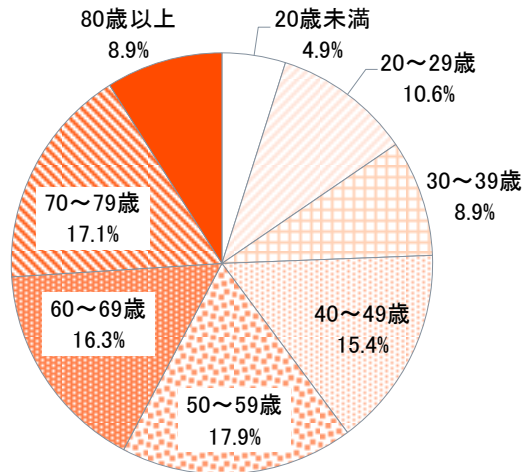
## (2) 年代別の自殺者の状況（年代別自殺者数の割合・年代別自殺者数の推移）

自殺者数の推移をみると、「20歳未満」を除いて、どの年代も令和元年から令和2年で増えています。その背景には、新型コロナウイルス感染症拡大による、経済的な問題や社会生活の変化が影響していると推考されます。また、年代別の自殺者数の割合をみると、60歳以上が42.3%を占めています。

図表 2 堺市年代別自殺者数の推移



図表 3 堺市年代別自殺者数の割合（令和元年）



（出所）厚生労働省「人口動態調査」

### (3) 政令指定都市の自殺者の状況

政令指定都市における自殺死亡率の順位をみると、令和2年では第7位となっています。

図表 4 政令指定都市における自殺死亡率の順位の推移

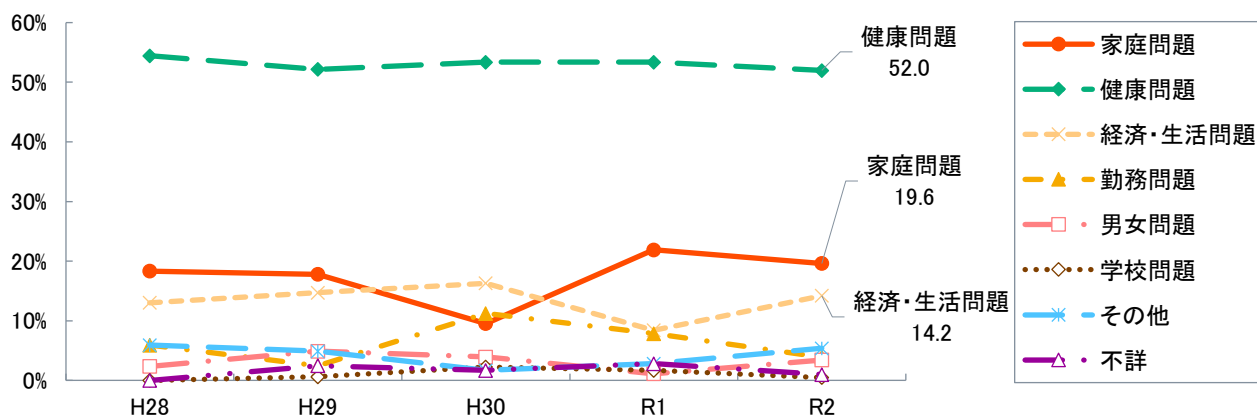
平成 29 年				平成 30 年				令和元年			
順位	自治体	自殺者数	自殺死亡率	順位	自治体	自殺者数	自殺死亡率	順位	自治体	自殺者数	自殺死亡率
1	大阪市	537	19.8	1	大阪市	509	18.7	1	千葉市	170	17.3
2	相模原市	124	17.2	2	堺市	143	17.2	2	大阪市	469	17.1
3	北九州市	161	16.9	3	北九州市	162	17.1	3	静岡市	118	17.1
4	札幌市	319	16.3	4	福岡市	247	15.6	4	札幌市	322	16.3
5	神戸市	247	16.1	5	新潟市	125	15.6	5	新潟市	124	15.6
6	福岡市	249	15.9	6	札幌市	299	15.2	6	神戸市	235	15.4
7	堺市	131	15.7	7	神戸市	225	14.7	7	堺市	123	14.9
8	静岡市	109	15.6	8	川崎市	214	14.1	8	相模原市	102	14.1
9	川崎市	232	15.4	9	仙台市	153	14.0	9	浜松市	111	14.0
10	仙台市	165	15.2	10	静岡市	96	13.8	10	広島市	166	13.8
11	名古屋市	350	15.1	11	千葉市	134	13.7	11	福岡市	220	13.8
12	千葉市	146	15.0	12	京都市	201	13.7	12	北九州市	129	13.7
13	新潟市	120	14.9	13	浜松市	108	13.6	13	岡山市	95	13.2
14	広島市	170	14.2	14	さいたま市	173	13.3	14	名古屋市	305	13.1
15	京都市	203	13.8	15	相模原市	95	13.1	15	横浜市	490	13.1
16	さいたま市	176	13.7	16	横浜市	484	12.9	16	川崎市	199	13.0
17	横浜市	495	13.3	17	名古屋市	298	12.8	17	さいたま市	170	13.0
18	浜松市	104	13.1	18	広島市	146	12.2	18	熊本市	96	13.0
19	熊本市	94	12.7	19	熊本市	85	11.5	19	仙台市	138	12.7
20	岡山市	86	11.9	20	岡山市	81	11.2	20	京都市	179	12.2

(出所) 厚生労働省「人口動態調査」

### (4) 原因・動機別の状況

自殺の原因・動機別の状況をみると、「健康問題」が一番多くなっています。その他では、「家庭問題」「経済・生活問題」などとなっています。

図表 5 堺市原因・動機別の推移



(出所) 厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

## (5) 地域自殺実態プロフィールにおける状況

いのち支える自殺対策推進センターが、厚生労働省作成の「地域における自殺の基礎資料」に基づき、すべての都道府県及び市町村それぞれの自殺の実態を分析した「自殺実態プロフィール」を作成しています。本市においても、提供された情報を活用して、地域の実情にあった自殺対策に取り組んでいます。

地域自殺実態プロフィールは、2017年から作成が開始されており、その年より過去5年間のデータをもとに分析し、自治体ごとに推奨される重点パッケージとして記載して、重点的に取り組む区分を示しています。

本市では、2017年から2020年に至るまでに、重点パッケージとしては「高齢者」「生活困窮者」「勤務・経営」が示されており、この間に対象者は変わっておらず、長期的に本市の重点的な自殺対策として実施するものと認識しています。

図表 6 地域（堺市）の自殺の特徴（厚労省 特別集計より）

地域の主な自殺者の特徴（2015～2019年合計）〔公表可能〕 <特別集計（自殺日・住居地）>

自殺者の特性上位5区分	自殺者数* (5年計)	割合	自殺死亡率** (10万対)	背景にある主な自殺の危機経路***
1位:男性 60歳以上無職同居	104	16.7%	34.5	失業(退職)→生活苦+介護の悩み(疲れ)+身体疾患→自殺
2位:男性 40～59歳有職同居	63	10.1%	15.0	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺
3位:女性 60歳以上無職同居	58	9.3%	12.0	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺
4位:女性 60歳以上無職独居	41	6.6%	25.4	死別・離別+身体疾患→病苦→うつ状態→自殺
5位:男性 60歳以上無職独居	40	6.4%	64.4	失業(退職)+死別・離別→うつ状態→将来生活への悲観→自殺

\* 大阪府堺市（住居地）の2015～2019年の自殺者数は合計621人（男性405人、女性216人）であった（厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」（自殺日・住居地）より集計）。

\*\* 自殺死亡率の算出に用いた人口（母数）は、平成27年国勢調査を基にJSCPにて推計したもの。

\*\*\* 「背景にある主な自殺の危機経路」は「自殺実態白書2013」を参考に推定したもの

（出所）警察庁自殺統計原票データを厚生労働省（自殺対策推進室）にて特別集計

### ○「人口動態統計」とは

日本人のみを対象に集計したものであり、死亡した時点で自殺に計上されます。自殺、他殺、事故死のいずれか不明な時は、自殺以外で処理し、死亡診断書等作成者から自殺の訂正報告がない場合は自殺に計上されません。国の自殺総合対策大綱において、人口動態統計による自殺死亡率の数値目標を設定していることから、本計画でも日本人のみを対象とした自殺者数及び自殺死亡率の推移の確認には、人口動態統計を使用しています。

### ○「地域における自殺の基礎資料」とは

警察庁の自殺統計をもとに、厚生労働省自殺対策推進室により、全国・都道府県別・市町村別の自殺者について再集計したものが、地域における自殺の基礎資料です。

警察庁の自殺統計は日本人及び日本における外国人を対象に集計したものであり、捜査等により、自殺であると判明した時点で、自殺統計原票を作成し、自殺に計上されます。

集計項目には、原因や動機別、職業別、同居人の有無等の情報の記載があり、地域における自殺の基礎資料をもとに当計画の自殺の分析にも使用しています。

### 3. こころの健康といのちに関する意識調査からみた現状

#### 【市民意識調査の概要】

調査名：「こころの健康といのちに関する意識調査」

※「お酒、くすり、ギャンブル等、インターネット・ゲームに関する意識行動調査」と同対象者に  
同時実施

期間：令和2年11月1日～令和2年11月23日

対象：15歳以上の市民5,000人（居住区・性別・年齢層別に無作為抽出）

調査方法：郵送による配布・回収

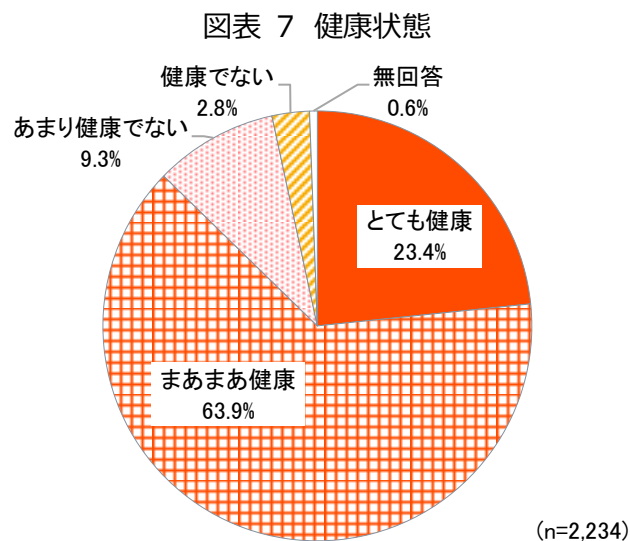
回収状況：配布数5,000通のうち回収数2,234通 ※（有効回答率44.7%）

#### （1）市民意識調査の結果

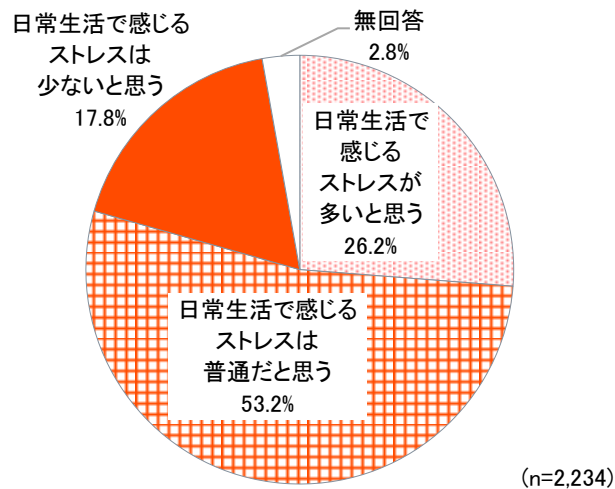
##### ① 健康状態及びストレス度

現在の健康状態については、「とても健康」「まあまあ健康」が大半（87.3%）で、「あまり健康でない」「健康でない」は1割強（12.1%）となっています。

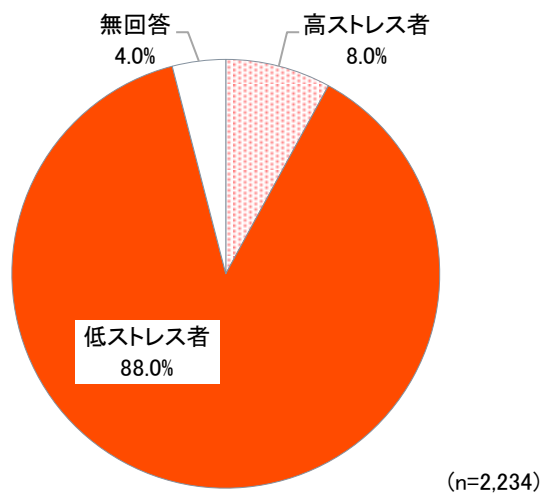
日常生活で感じるストレスについては、およそ4人に1人（26.2%）が「ストレスが多い」と感じています。一方、ストレスチェックによる「高ストレス者」は1割弱（8%）となっています。



図表 8 日常生活で感じるストレス



図表 9 高ストレス者の割合



※高ストレス者は、市民意識調査の問 18 において、厚生労働省版ストレスチェック【職業性ストレス簡易調査票（57 項目）の領域 B】の 29 項目を使用し、その結果をもとに判定しています。

領域 B は、29 問の項目から成り立っており、「ほとんどあった（1 点）」「ときどきあった（2 点）」「しばしばあった（3 点）」「ほとんどいつもあった（4 点）」の順に点数をそれぞれつけていき、その合計点数が 77 点以上であれば高ストレス者に該当することになります。なお、問 1 から問 3 に関しては、点数が低いほどストレスが高いと評価される設問になっているので、これらは点数を逆転させて計算する必要があります。

（参考：厚生労働省版ストレス実施プログラムのホームページより）

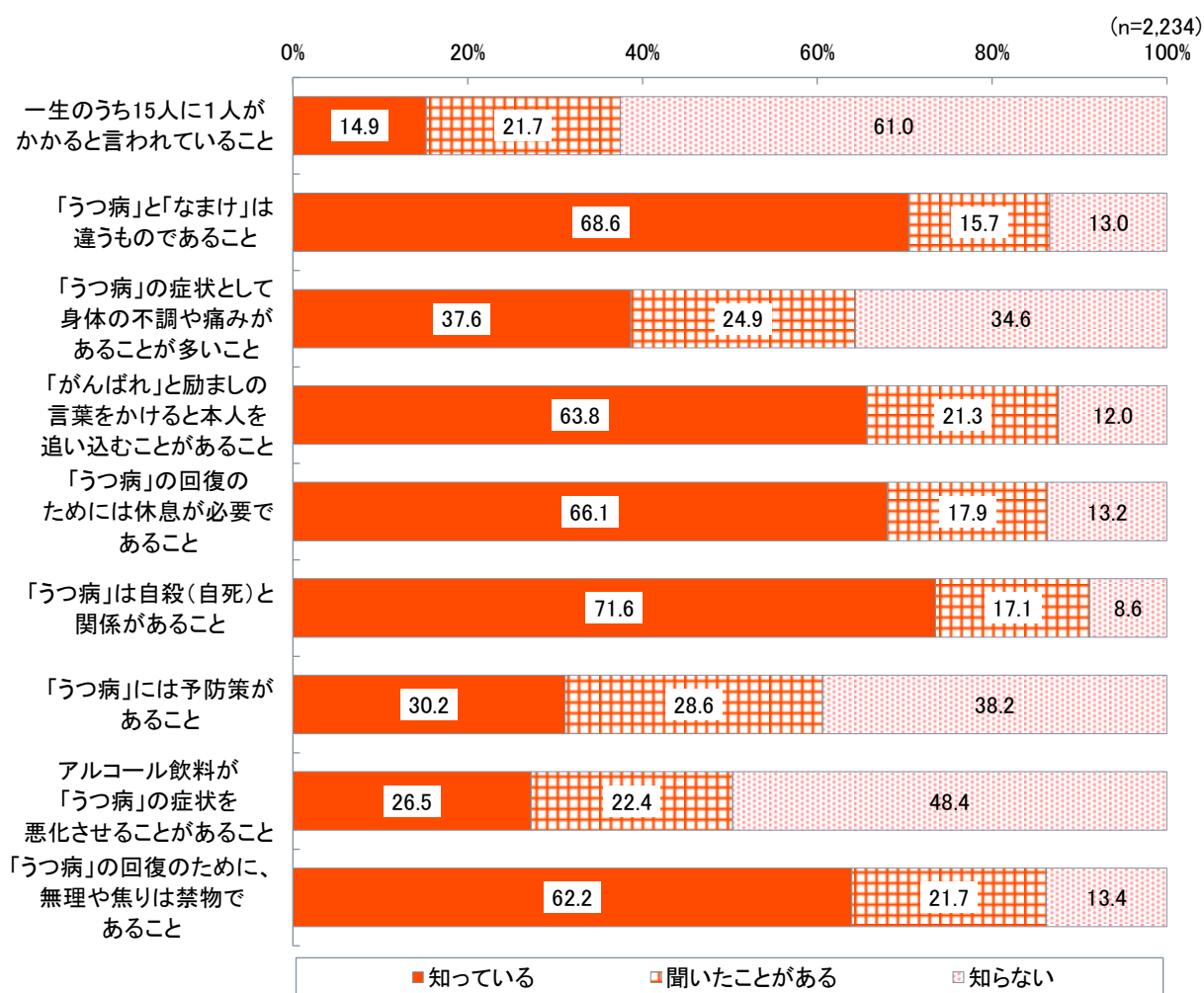
② 「うつ病」についての認知度や医療機関等への受診状況

1) 「うつ病」についての認知度

「うつ病」についての認知度として、「うつ病」と「なまけ」は違うものであること」「がんばれ」と励ましの言葉をかけると本人を追い込むことがあること」「うつ病」の回復のためには休息が必要であること」「うつ病」は自殺（自死）と関係があること」「うつ病」の回復のために、無理や焦りは禁物であること」は大半の人が「知っている」または「聞いたことがある」としています。

一方で、「一生のうち 15 人に 1 人がかかると言われていること」や「アルコール飲料が「うつ病」の症状を悪化させることがあること」は半数前後が「知らない」としています。

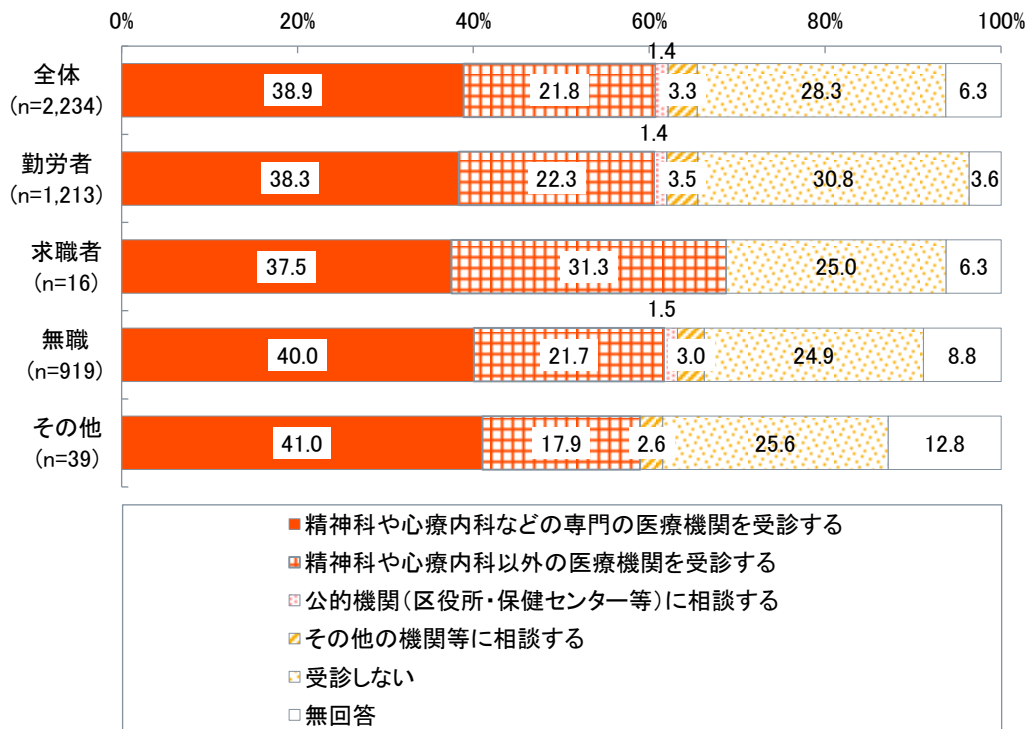
図表 10 「うつ病」についての認知度



2) 「うつ病」の初期症状が2週間以上続いた場合の医療機関受診意向

就労状況別に「うつ病」の初期症状が2週間以上続いた場合の医療機関受診意向をみると、勤労者は求職者や無職に比べて「受診しない」割合がやや高くなっています。

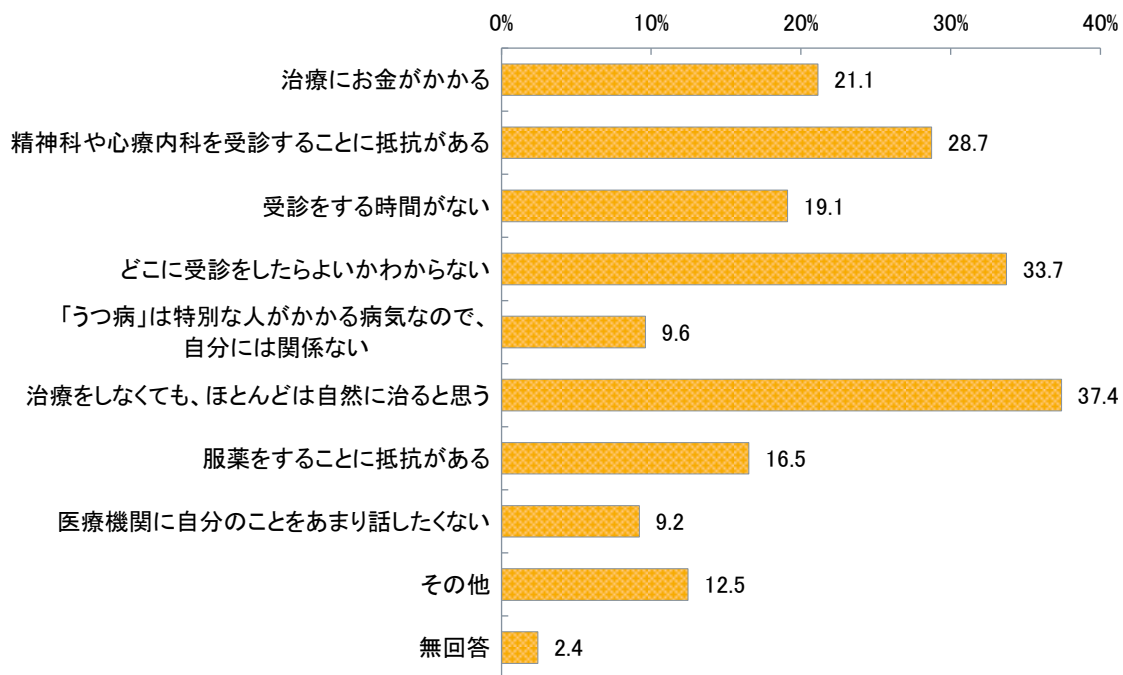
図表 11 就労状況別にみた「うつ病」の初期症状が2週間以上続いた場合の医療機関受診意向



### 3) 医療機関を受診しない理由

「うつ病」の初期症状が2週間以上続いても「医療機関を受診しない」理由として、「治療をしなくても、ほとんどは自然に治ると思う」が37.4%と最も高く、次いで、「どこを受診したらよいかわからない」(33.7%)、「精神科や心療内科を受診することに抵抗がある」(28.7%)となっています。

図表 12 医療機関を受診しない理由





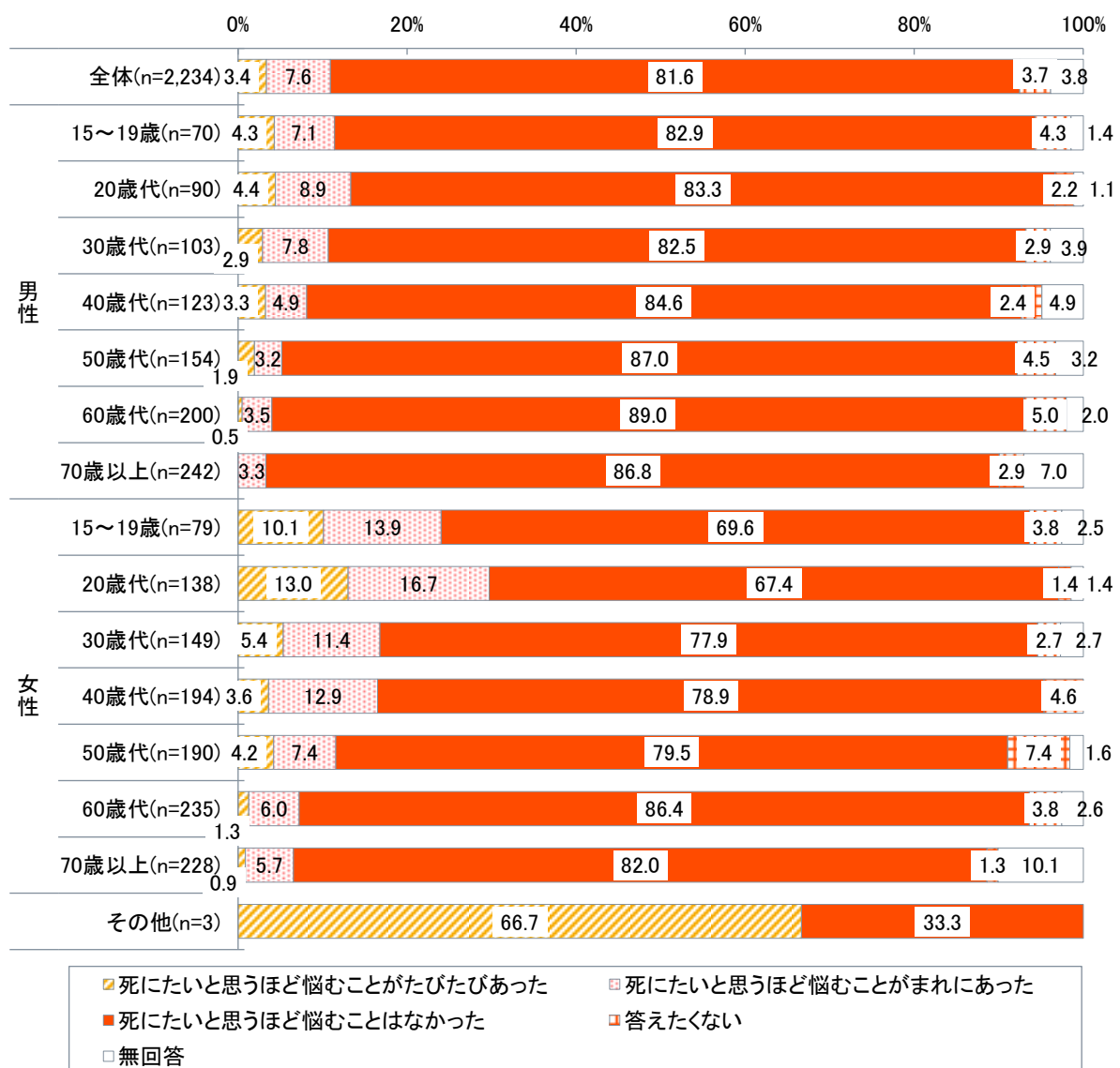
### ③「死にたい」と思うほど悩んだ経験について

#### 1) 性・年齢別の割合

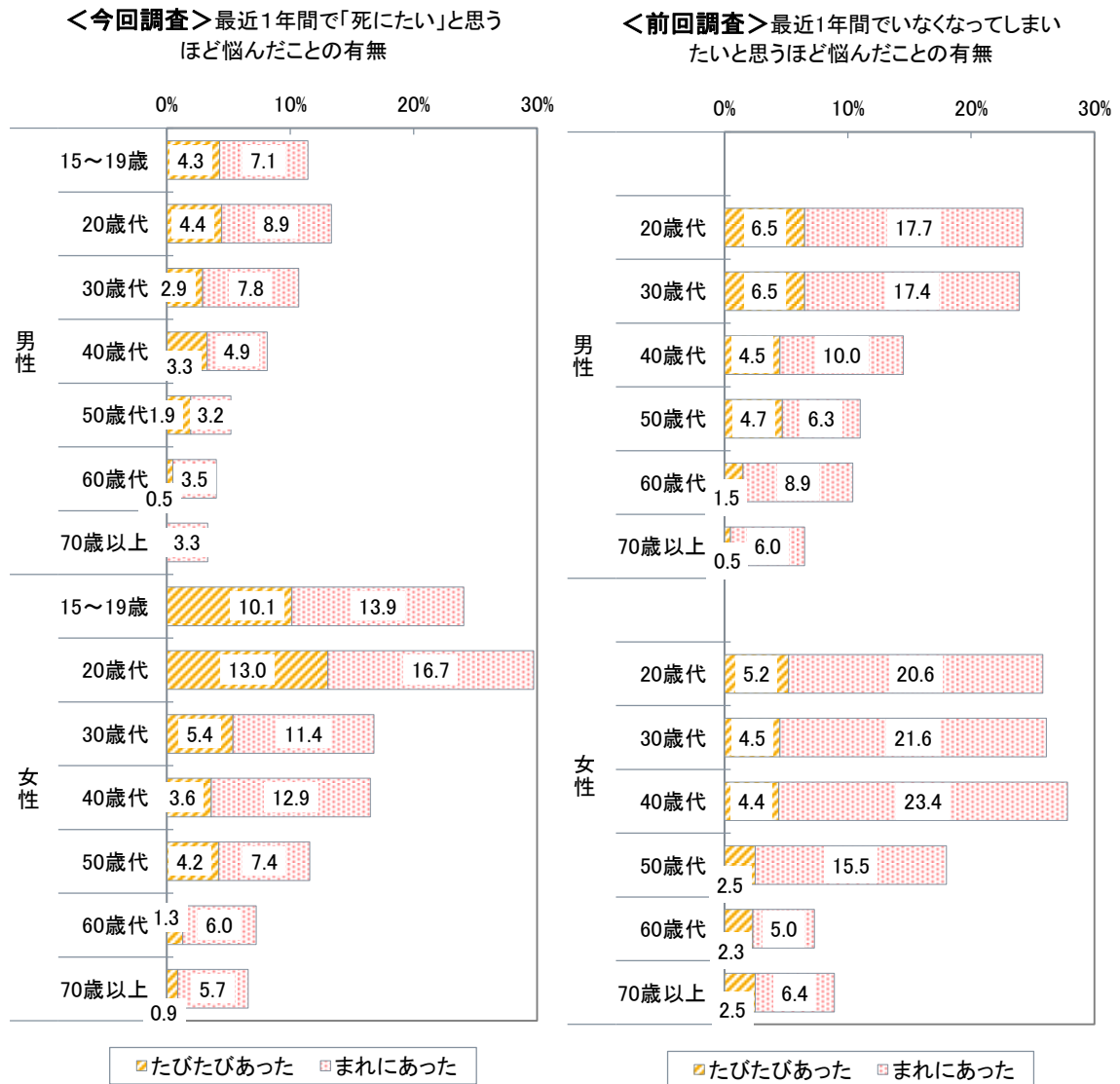
最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無について、性・年齢別にみると、悩んだことがあった人（「たびたびあった」と「まれにあった」の合計）では、男性女性ともに「20歳代」が最も高く、次いで「15歳～19歳」「30歳代」となっています。年齢が低いほど高く、男性よりも女性が高い傾向となっています。

前回調査と比較すると、20歳代女性で悩んだことが「たびたびあった」人が顕著に増加しています。

図表 13 性・年齢別にみた最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無



＜参考：前回調査との比較＞



※前回調査では 20 歳以上に調査を実施

※前回調査の設問は、「いなくなりたい」と思うほどの悩みとなっている。

## 2) 悩みの原因

最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだ原因について、性・年齢別の特徴をみると、10歳代では「学校問題」、40歳代男性では「勤務問題」、40歳代女性では「家庭問題」、60歳代男性では「経済生活問題」、70歳以上女性では「健康問題」が他に比べて高くなっています。

図表 14 性・年齢別にみた「死にたい」と思うほど悩んだ原因（「死にたい」と思うほど悩んだことがある人のみ）

(%)

	調査数（人）	家庭問題（家族関係の不和、子育て、家族の介護・看病、虐待、DV、家族の死等）	健康問題（身体の病気の悩み、こころの病気の悩み、身体障害の悩み等）	経済生活問題（倒産、事業不振、負債、失業、就職失敗、生活苦等）	勤務問題（職場環境の変化、仕事の不振、職場の人間関係、長時間労働、パワーハラスメント、セクシュアルハラスメント等）	男女問題（失恋、結婚をめぐる悩み、交際相手からの暴力・暴言等）	学校問題（いじめ、学業不振、生徒同士や教師との人間関係、入試・進路に関する悩み等）	その他	無回答	
全体	244	40.6	34.0	20.9	25.0	5.7	9.4	10.2	7.0	
男性	15～19歳	8	25.0	50.0	12.5	12.5	0.0	37.5	0.0	12.5
	20歳代	12	8.3	25.0	25.0	41.7	33.3	8.3	16.7	8.3
	30歳代	11	45.5	9.1	27.3	27.3	0.0	0.0	0.0	9.1
	40歳代	10	10.0	20.0	30.0	60.0	0.0	0.0	0.0	20.0
	50歳代	8	62.5	37.5	12.5	37.5	0.0	12.5	0.0	12.5
	60歳代	8	50.0	62.5	87.5	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0
	70歳以上	8	25.0	25.0	25.0	0.0	0.0	0.0	12.5	12.5
女性	15～19歳	19	42.1	26.3	10.5	5.3	52.6	10.5	10.5	
	20歳代	41	34.1	29.3	22.0	31.7	7.3	7.3	19.5	9.8
	30歳代	25	40.0	44.0	12.0	24.0	8.0	4.0	12.0	0.0
	40歳代	32	65.6	28.1	28.1	25.0	6.3	3.1	15.6	0.0
	50歳代	22	50.0	36.4	13.6	18.2	0.0	0.0	9.1	0.0
	60歳代	17	64.7	35.3	5.9	23.5	0.0	0.0	11.8	0.0
	70歳以上	15	13.3	66.7	6.7	6.7	0.0	0.0	0.0	20.0
その他	2	50.0	50.0	50.0	100.0	50.0	100.0	0.0	0.0	

### 3) 悩んだときの相談相手

悩んだときの相談相手（「死にたい」と思うほど悩んだことがある人のみ）についてみると、いずれの年代も「相談しなかった」の割合が最も高くなっています。また、10歳代・20歳代女性では、「見ず知らずの人」に相談する人がいました。

相談しなかった理由について、全体では、「死にたいと話すことに抵抗感があつたから」や「相談することで相手に迷惑をかけてしまうと思ったから」といった相談することへの抵抗感を示す割合が高くなっています。また、「相談してもその場限りの対応をされるだけだから」や「以前相談したときに余計つらくなることを言われたから」を挙げている人もおり、相談に対する期待感の低さや、相談したにも関わらず、支援につながるができなかった経験がある人がいることもうかがえます。

性・年齢別の特徴をみると、20歳代女性で「死にたい」と話すことに抵抗感があつたから」、70歳以上男性で「相談できる相手がいなかったから」が他に比べて高くなっています。

相談している人では、家族や友人といった身近な人への相談が他に比べて高くなっています。

図表 15 性・年齢別にみた悩んだときの相談相手（「死にたい」と思うほど悩んだことがある人のみ）

(%)

	調査数 (人)	家族	親戚関係	近所の人	友人	職場の 上司・ 同僚	公的機関 (区役所 ・保健セン ター など)	医療機 関	電話や インタ ーネッ トによ る相談 窓口	見ず知 らずの 人 (SNSで の相 談など)	その他	相談し なかつ た	無回 答	
全体	244	18.0	2.9	0.8	18.0	3.3	1.2	7.0	1.2	2.5	2.9	57.8	0.8	
男性	15～19歳	8	25.0	0.0	0.0	12.5	12.5	0.0	0.0	0.0	12.5	37.5	0.0	
	20歳代	12	8.3	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	8.3	0.0	0.0	50.0	0.0	
	30歳代	11	27.3	0.0	0.0	9.1	0.0	18.2	18.2	0.0	0.0	54.5	0.0	
	40歳代	10	20.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	70.0	0.0	
	50歳代	8	12.5	0.0	0.0	12.5	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	75.0	0.0	
	60歳代	8	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5	0.0	0.0	75.0	0.0	
	70歳以上	8	12.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	75.0	12.5	
女性	15～19歳	19	15.8	5.3	0.0	36.8	5.3	0.0	0.0	0.0	10.5	10.5	52.6	0.0
	20歳代	41	12.2	0.0	0.0	26.8	2.4	0.0	4.9	2.4	7.3	4.9	56.1	0.0
	30歳代	25	32.0	4.0	0.0	24.0	0.0	0.0	8.0	0.0	0.0	0.0	44.0	0.0
	40歳代	32	15.6	0.0	0.0	18.8	0.0	0.0	9.4	0.0	0.0	3.1	62.5	0.0
	50歳代	22	13.6	4.5	4.5	22.7	4.5	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	59.1	0.0
	60歳代	17	35.3	5.9	0.0	5.9	5.9	0.0	0.0	5.9	0.0	0.0	52.9	0.0
	70歳以上	15	13.3	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	13.3	0.0	0.0	0.0	66.7	6.7
その他	2	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0	0.0	50.0	0.0	

図表 16 性・年齢別にみた悩んだときに相談しなかった理由（相談しなかった人のみ）

(%)

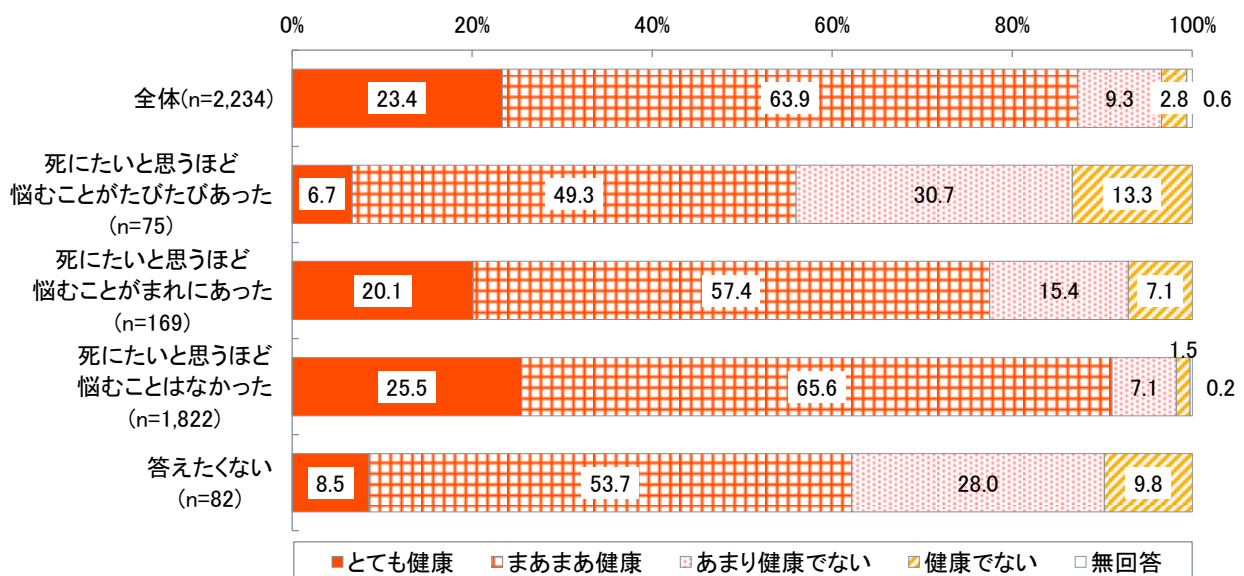
	調査数（人）	相談することでも相手に迷惑をかけるし、うまく思わなかったから	相談することでも自分で問題を解決できると思わなかったから	「死にたい」と話すことに抵抗感があつたから	「死にたい」と相談は知らなかったから	「死にたい」と相談する相手がいなかったから	相談できる相手がいなかったから	相談してもその場限りの対応をされるだけだから	余計なことを余計に言われたから	以前相談したときから頭に浮かばなかった	相談するのがはずかしかったから	相談する必要がなかったから	その他	無回答
全体	141	28.4	21.3	36.2	2.1	21.3	25.5	2.8	7.8	5.0	19.9	10.6	0.7	
男性	15～19 歳	3	33.3	66.7	33.3	0.0	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	20 歳代	6	16.7	33.3	50.0	16.7	50.0	33.3	0.0	16.7	16.7	33.3	16.7	0.0
	30 歳代	6	33.3	33.3	50.0	0.0	0.0	16.7	0.0	16.7	0.0	50.0	0.0	0.0
	40 歳代	7	42.9	0.0	28.6	0.0	28.6	14.3	0.0	0.0	0.0	28.6	0.0	0.0
	50 歳代	6	16.7	0.0	33.3	0.0	33.3	0.0	0.0	33.3	0.0	50.0	0.0	0.0
	60 歳代	6	0.0	0.0	0.0	16.7	50.0	50.0	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0
	70 歳以上	6	0.0	16.7	0.0	0.0	66.7	33.3	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0
女性	15～19 歳	10	10.0	30.0	30.0	0.0	0.0	20.0	10.0	10.0	0.0	20.0	10.0	10.0
	20 歳代	23	39.1	13.0	60.9	0.0	17.4	39.1	8.7	4.3	13.0	21.7	17.4	0.0
	30 歳代	11	45.5	18.2	27.3	0.0	18.2	36.4	0.0	0.0	9.1	9.1	27.3	0.0
	40 歳代	20	20.0	30.0	35.0	5.0	15.0	10.0	0.0	10.0	5.0	30.0	0.0	0.0
	50 歳代	13	53.8	38.5	23.1	0.0	30.8	23.1	0.0	0.0	7.7	7.7	15.4	0.0
	60 歳代	9	44.4	11.1	44.4	0.0	11.1	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	22.2	0.0
	70 歳以上	10	20.0	30.0	30.0	0.0	10.0	20.0	0.0	10.0	0.0	10.0	10.0	0.0
その他	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	

④ 死にたいほどの悩みと健康・睡眠状態の関係

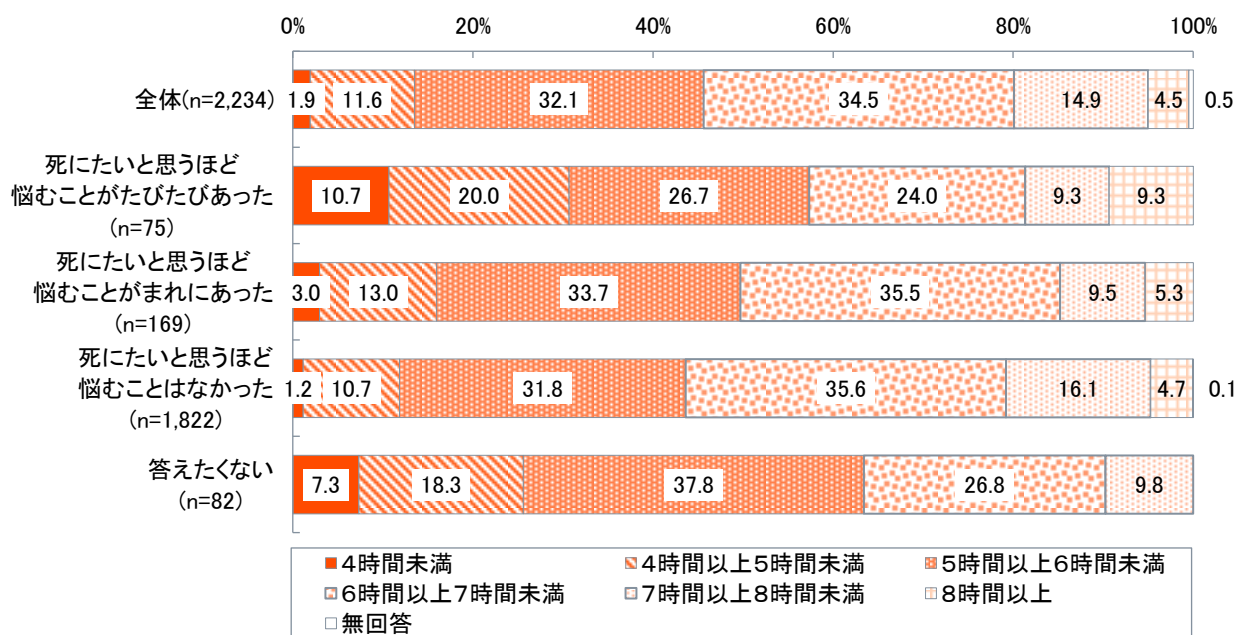
「健康状態」について、最近 1 年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみると、「たびたびあった」人のほうが「なかった」人に比べて「健康」（「とても健康」と「まあまあ健康」の合計）の割合が低くなっています。

「最近 1 か月間の平均睡眠時間」については、悩んだことが「たびたびあった」人はその他の人に比べて、「4 時間未満」、「4 時間以上 5 時間未満」の割合が高くなっています。

図表 17 最近 1 年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた健康状態



図表 18 最近 1 年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた最近 1 か月間の平均睡眠時間

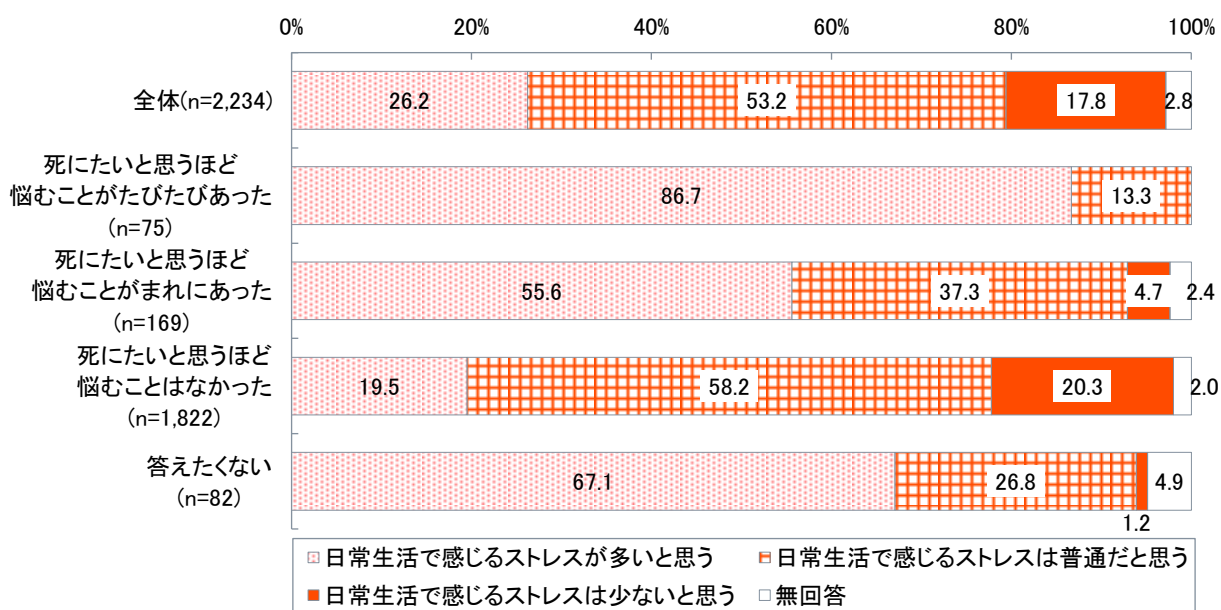


⑤ 死にたいほどの悩みとストレスの関係

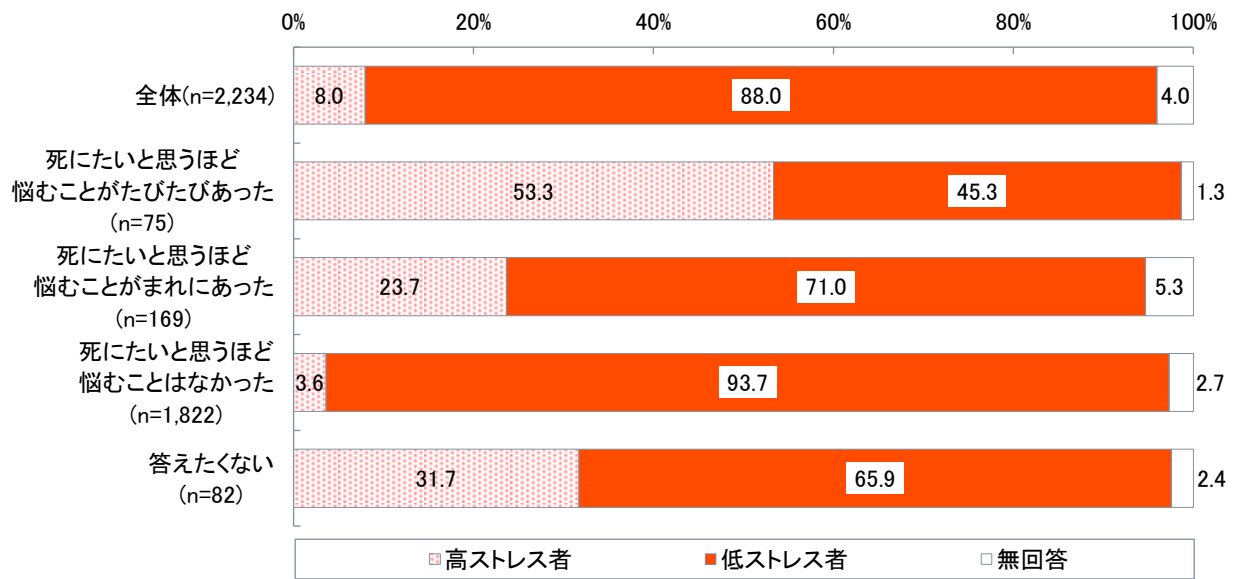
「日常生活で感じるストレス」について、最近 1 年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみると、悩んだことが「たびたびあった」人のほうが「まれにあった」「なかった」人に比べてストレスが「多いと思う」割合が高くなっています。

「高ストレス者※の割合」について、最近 1 年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみると、悩んだことが「たびたびあった」人のほうが「まれにあった」「なかった」人に比べて、「高ストレス者」の割合が非常に高くなっています。

図表 19 最近 1 年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた日常生活で感じるストレス



図表 20 最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた高ストレス者の割合

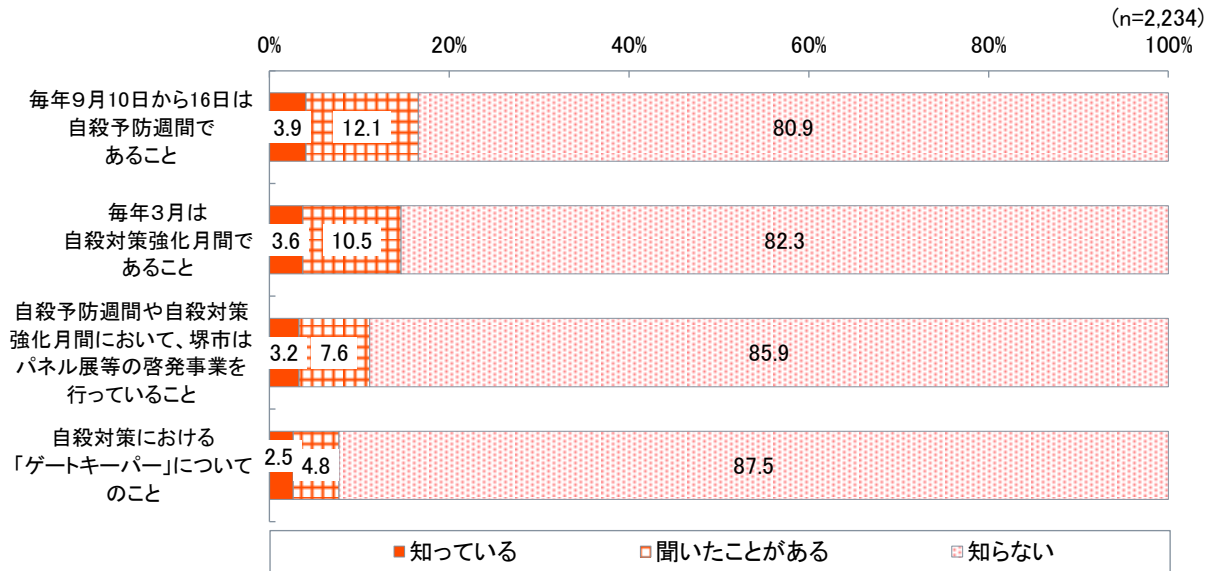


⑥ 自殺(自死)に関する対策・相談窓口の認知度

1) 自殺(自死)対策の認知度

自殺(自死)対策の認知について、どの対策においても「知らない」の割合がほとんどを占めています。

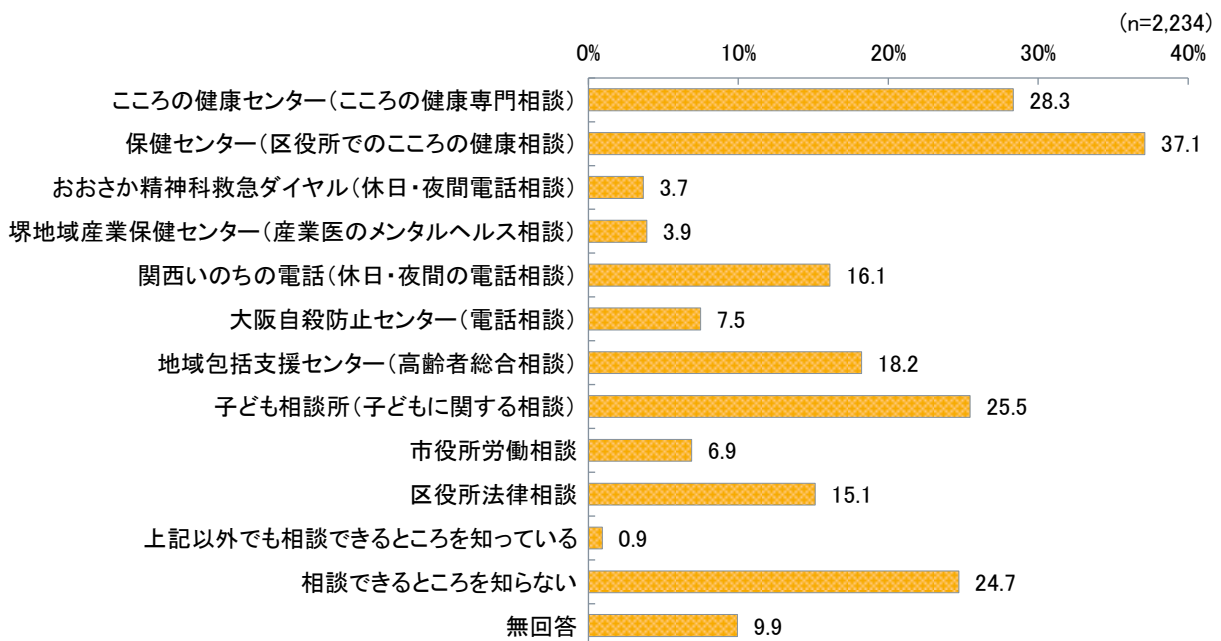
図表 21 自殺(自死)対策の認知度



2) 相談機関の認知度

相談機関の認知度についてみると、「保健センター(区役所でのこころの健康相談)」が最も高く 37.1%、次いで「こころの健康センター(こころの健康専門相談)」(28.3%)、「子ども相談所(子どもに関する相談)」(25.5%) などとなっています。

図表 22 相談機関の認知度

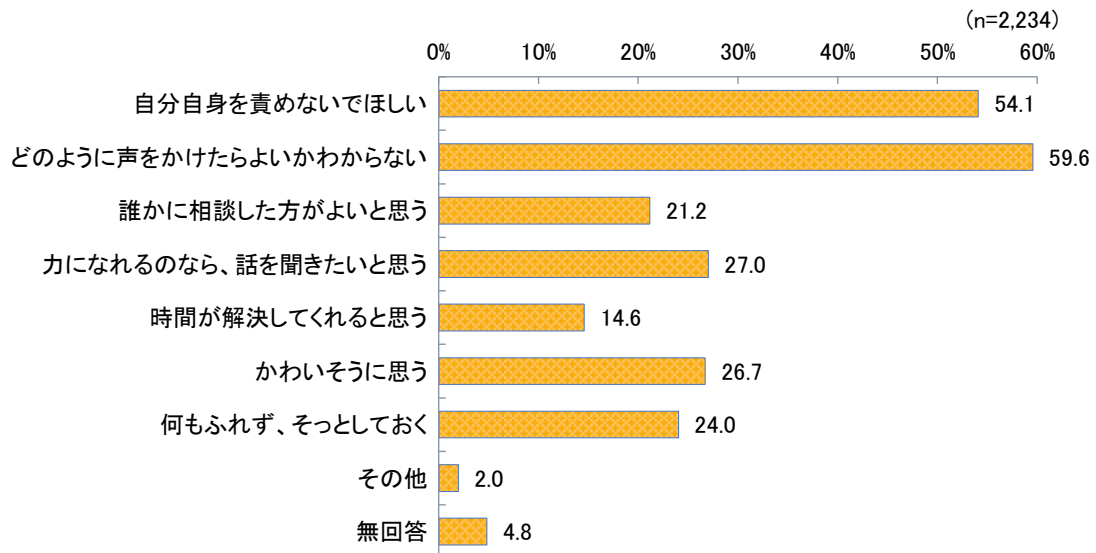




⑦ 自死遺族の専門相談機関および自死遺族の集いの認知度

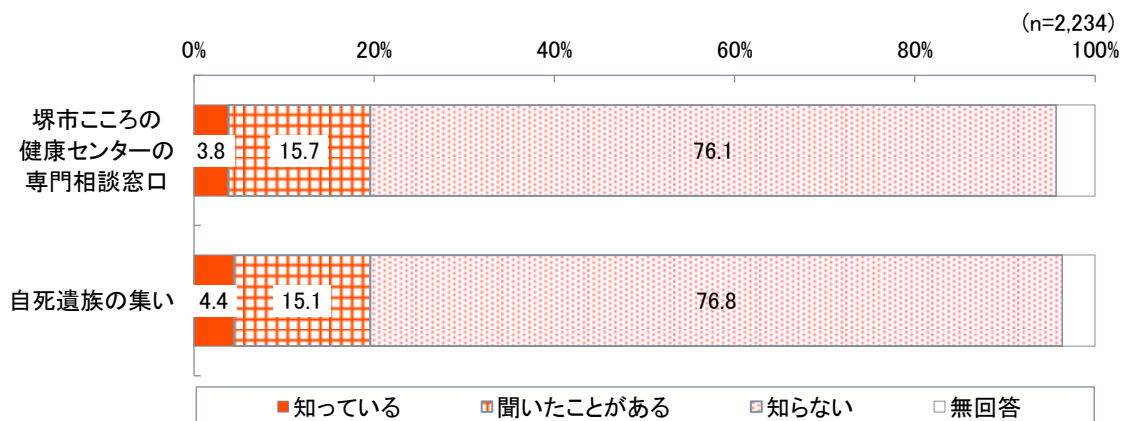
自死遺族等に対する考えについてみると、「どのように声をかけたらよいかわからない」が最も高く 59.6%、次いで「自分自身を責めないでほしい」(54.1%) となっています。

図表 23 自死遺族等に対する考え



「自死遺族等の専門相談窓口」、「自死遺族の集い」の認知度は、いずれも「知っている」は 3～4%、「聞いたことがある」は 15～16%となっています

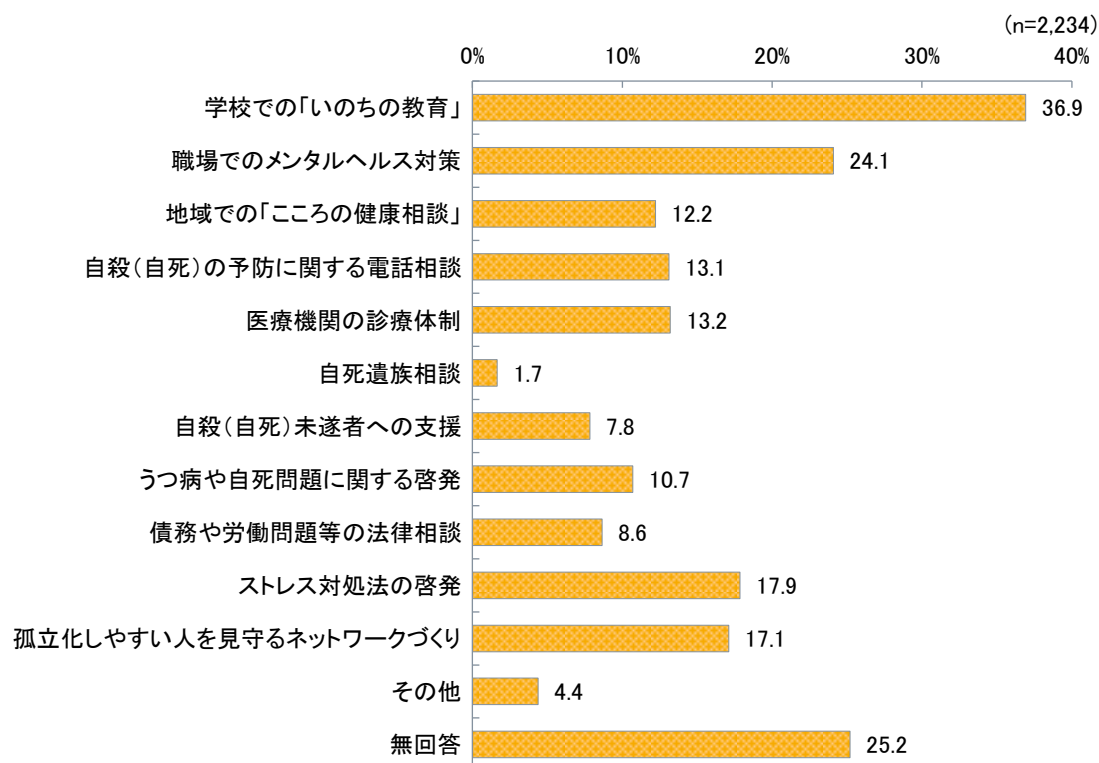
図表 24 「自死遺族の専門相談窓口」及び「自死遺族の集い」の認知度



## ⑧ 自殺（自死）を防ぐために必要な対策

自殺（自死）を防ぐために必要な対策についてみると、「学校での「いのちの教育」」が最も高く 36.9%、次いで「職場でのメンタルヘルス対策」（24.1%）、「ストレス対処法の啓発」（17.9%）などとなっています。

図表 25 自殺（自死）を防ぐために必要な対策（3つまで）



## ⑨ 自殺と依存症の関係性について

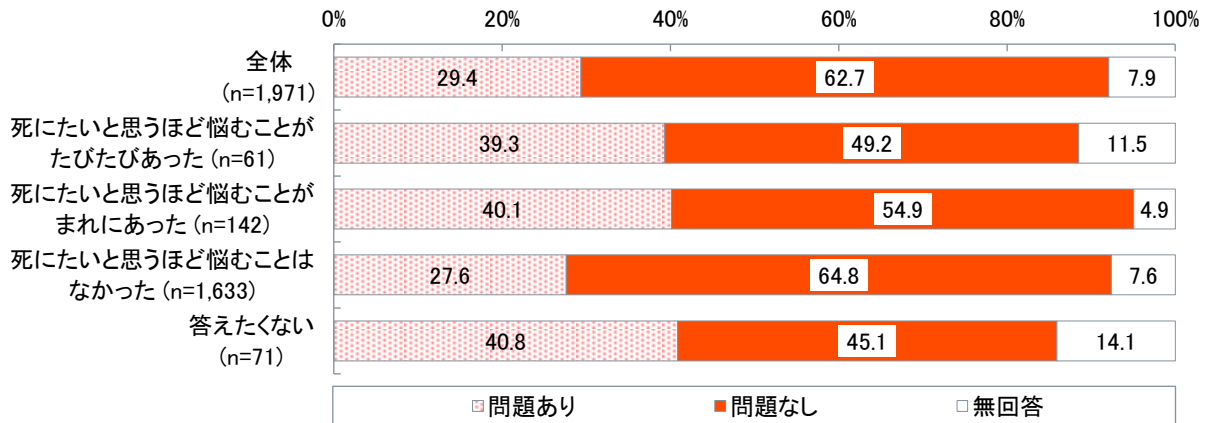
「こころの健康といのちに関する意識調査」と同時に同じ対象者に行った「お酒、くすり、ギャンブル等、インターネット・ゲームに関する意識行動調査」と合わせて分析した結果を掲載しています。

### 1) 「死にたい」と思うほどの悩みと依存の関係

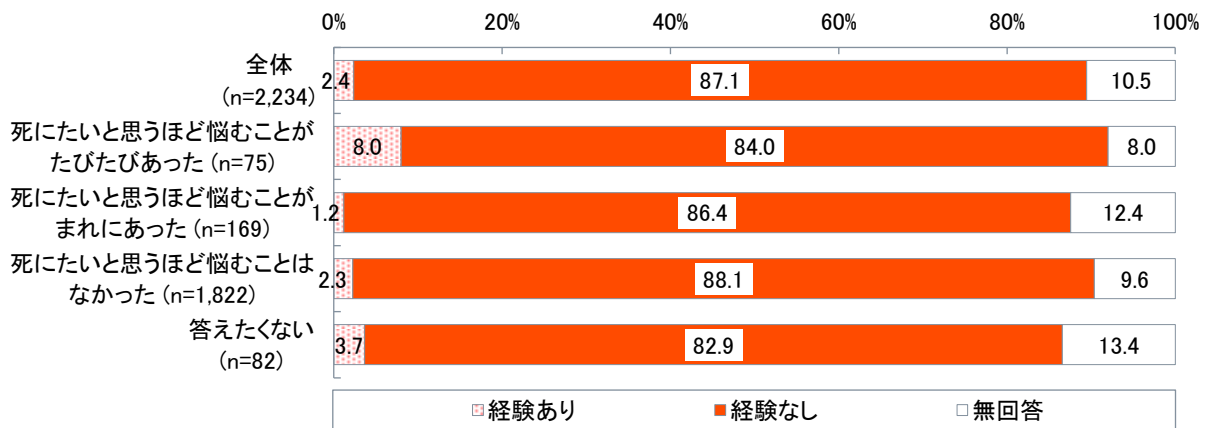
最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別に、アルコール、薬物、ゲームの依存の状況を見ると、飲酒により生じた問題、ゲームによって生じた問題について、死にたいと思うほど悩んだことが「たびたびあった」人、「まれにあった」人では、「なかった人」に比べて、「問題あり」の割合が高くなっています。

また、生涯での薬物使用経験、市販薬・処方薬の大量服用・目的外使用、エナジードリンク・カフェイン製剤の使用経験について、死にたいと思うほど悩んだことが「たびたびあった」人のほうが「まれにあった」「なかった」人に比べて、使用経験がある割合が高くなっています。

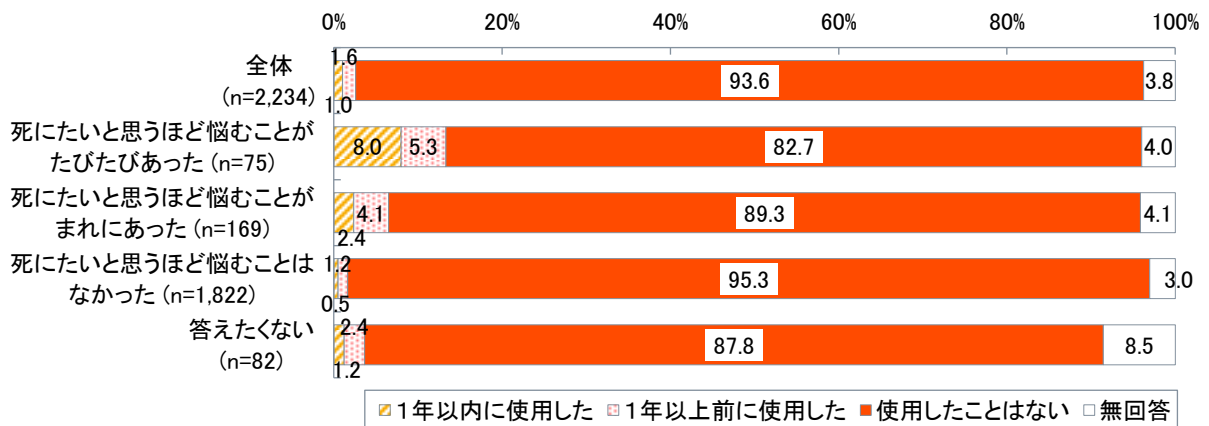
図表 26 最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた飲酒により生じた問題の有無



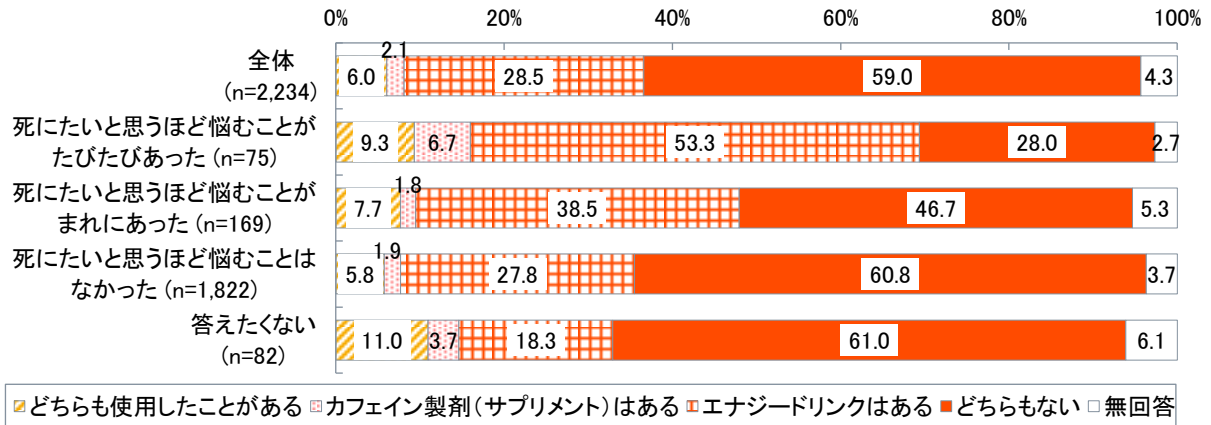
図表 27 最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた生涯での薬物使用経験の有無



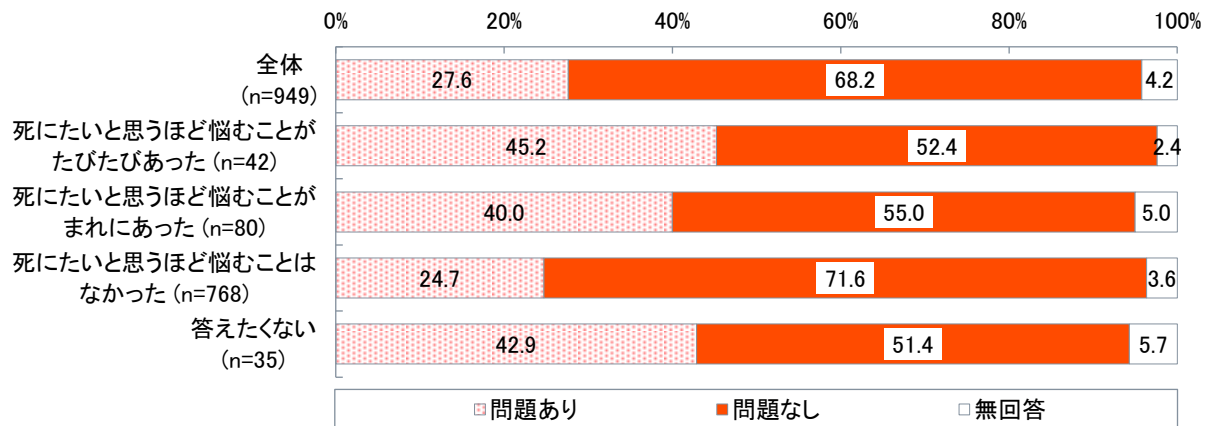
図表 28 最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた市販薬・処方薬の大量服用・目的外使用経験の有無



図表 29 最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた  
エナジードリンク・カフェイン製剤の使用経験の有無



図表 30 最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた  
ゲームによって生じた問題の有無

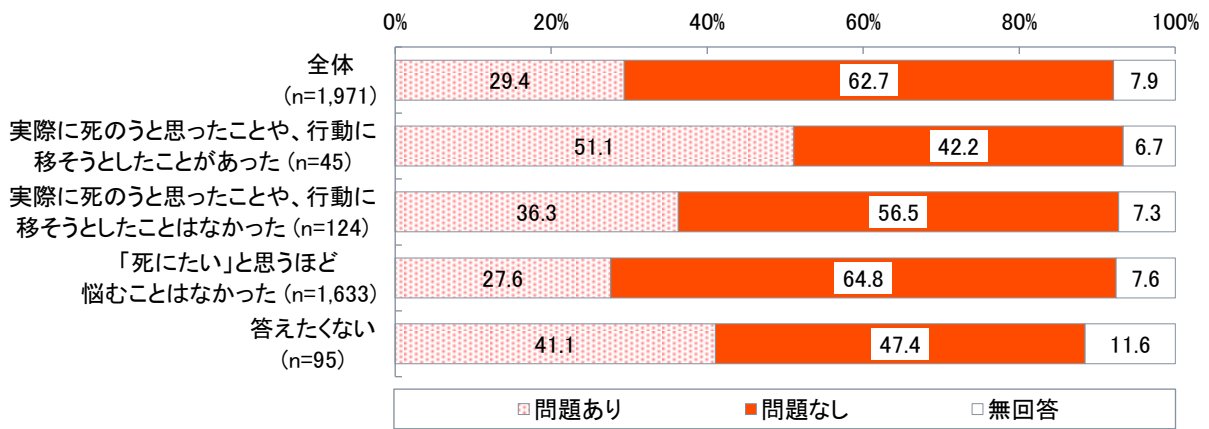


## 2) 自殺企図・念慮と依存の関係

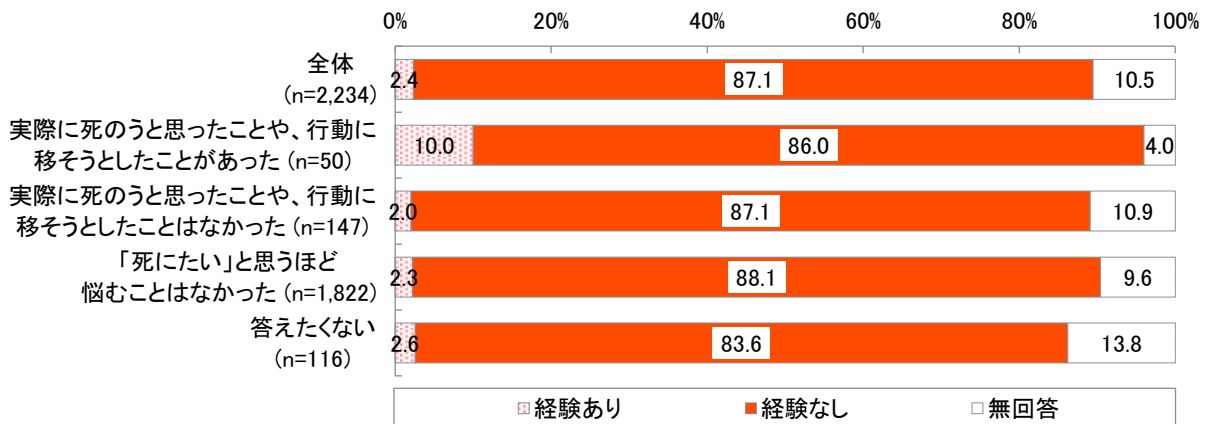
最近 1 年以内の自殺企図・念慮の有無別に、アルコール、薬物、ゲームの依存の状況をみると、飲酒により生じた問題、ゲームによって生じた問題について、「実際に死のうと思ったことや、行動に移そうとしたことがあった」人では、その他の人に比べて、「問題あり」の割合が高くなっています。

また、生涯での薬物使用経験、市販薬・処方薬の大量服用・目的外使用、エナジードリンク・カフェイン製剤の使用経験について、「実際に死のうと思ったことや、行動に移そうとしたことがあった」人では、その他の人に比べて、使用経験がある割合が高くなっています。

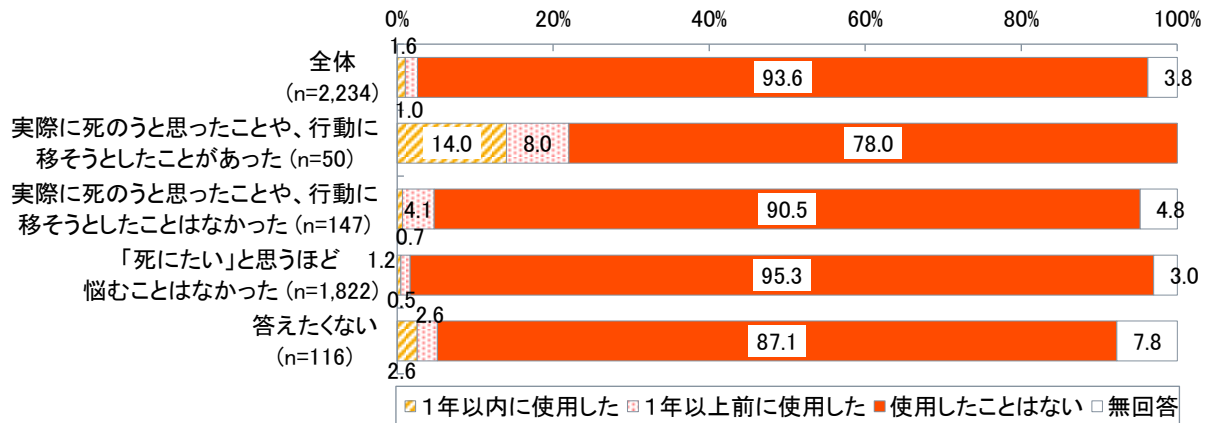
図表 31 最近 1 年以内の自殺企図・念慮の有無別にみた飲酒により生じた問題の有無



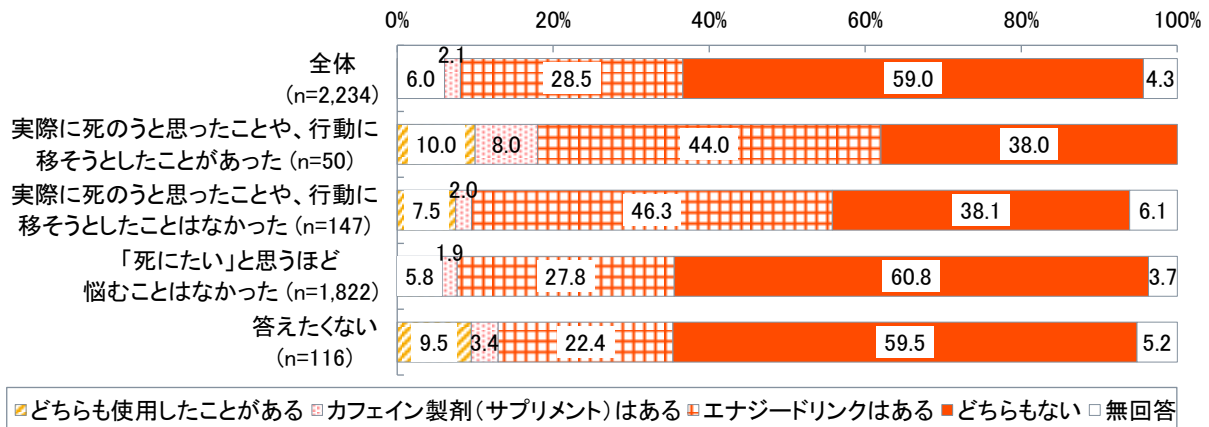
図表 32 最近 1 年以内の自殺企図・念慮の有無別にみた生涯での薬物使用経験の有無



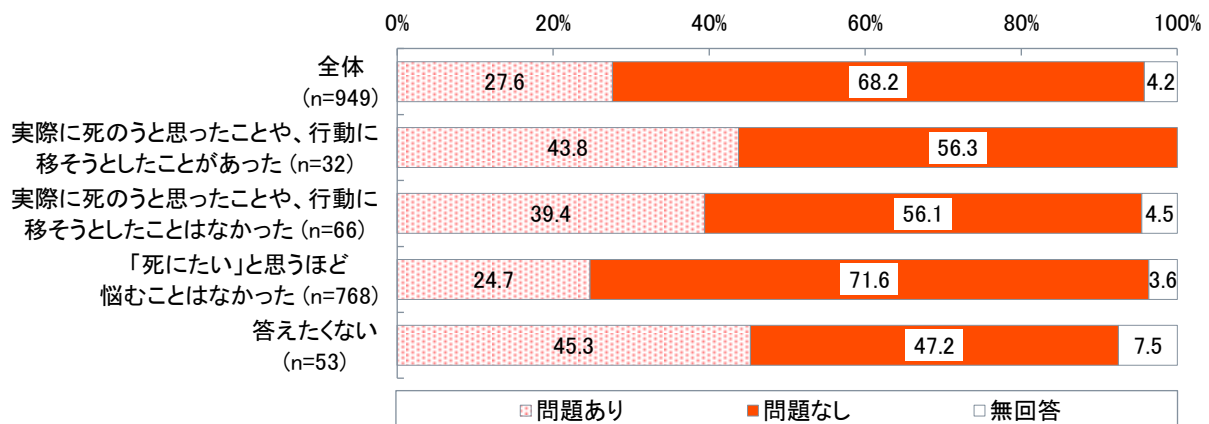
図表 33 最近1年以内の自殺企図・念慮の有無別にみた市販薬・処方薬の大量服用・目的外使用経験の有無



図表 34 最近1年以内の自殺企図・念慮の有無別にみたエナジードリンク・カフェイン製剤の使用経験の有無



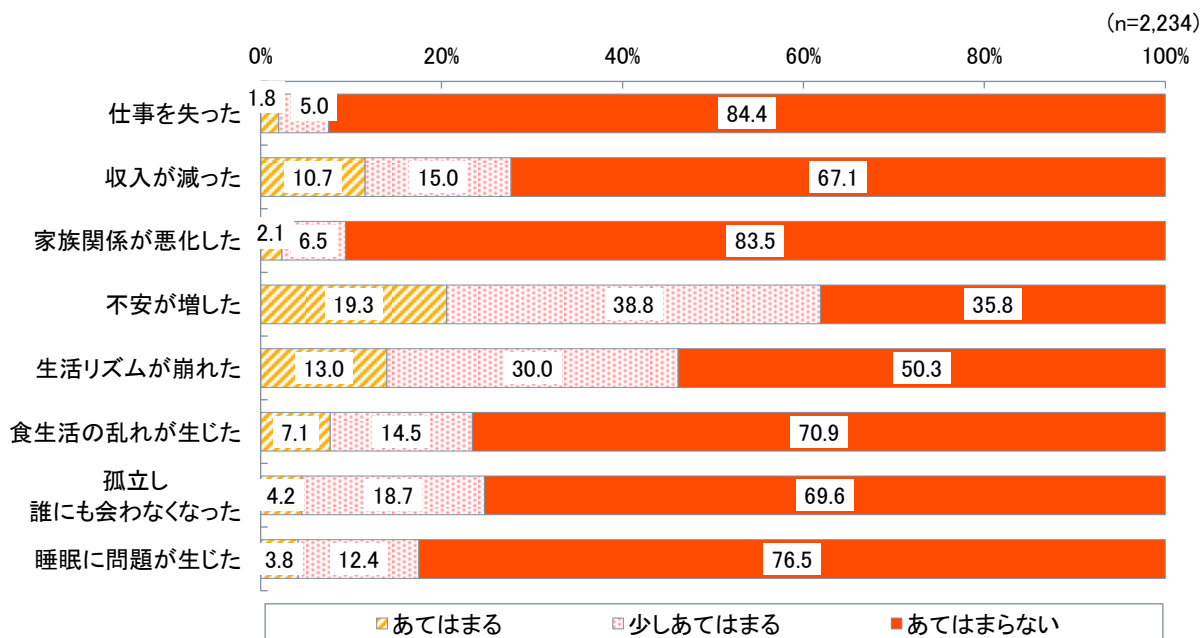
図表 35 最近1年以内の自殺企図・念慮の有無別にみたゲームによって生じた問題の有無



⑩ 新型コロナウイルス感染症の影響について

新型コロナウイルス感染症の影響による変化は、「不安が増した」で「あてはまる」（「あてはまる」と「少しあてはまる」の合計）が 58.1%と最も高く、次いで「生活リズムが崩れた」（「あてはまる」が 43.0%）、「収入が減った」（「あてはまる」が 25.7%）となっています。

図表 36 新型コロナウイルス感染症の影響による変化



## 4. 救急告示病院における自殺未遂者の実態調査からみた現状

### 【救急告示病院における自殺未遂者の実態調査概要】

調査名：「救急告示病院における自殺未遂者の実態調査」

期間：令和2年11月1日から12月31日

対象：堺市内の救急告示病院25か所

調査方法：郵送による配布・回収

回収状況：25か所中16か所回答（有効回答率64%）

調査期間中自殺未遂者対応病院数：回答16病院中7病院

調査目的：本市では、平成21年4月より、「いのちの応援係」を設置し、以後、警察、消防（救急隊）及び市内救急告示病院と連携して自殺未遂者に対する相談支援事業を実施してきた。救急告示病院への実態調査をすることで、これまでの連携してきた中で自殺対策推進計画への評価とともに、今後の救急告示病院との連携強化を図る上での資料とするため調査を実施した。

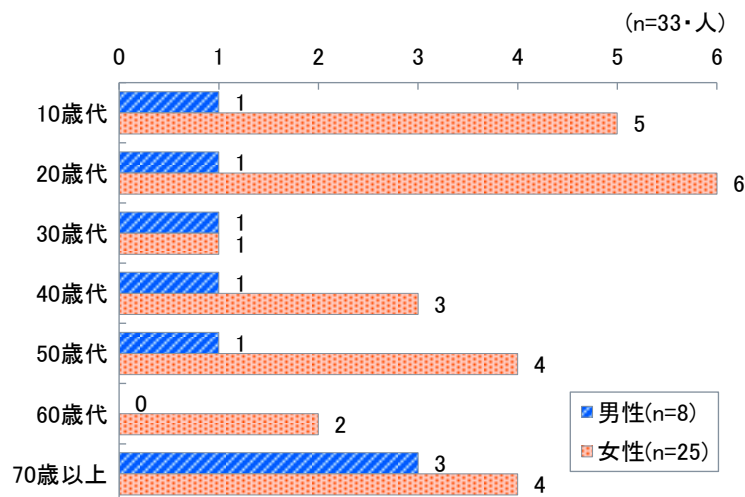
### （1）救急告示病院の実態調査の結果

自殺未遂者の実態について調査を行ったところ、16病院中で調査期間中の自殺未遂者への対応をした病院は7病院ありました。その7病院の中で、調査票の問7で「受診に至った原因が自殺行為であるかどうか確認していますか」については、「ほぼ確認している」が6病院、「ケースによっては確認している」が1病院ありました。自殺未遂者の実態については、7病院が救急搬送された方に対して、死にたいがために未遂行為をしていることを確認していることを受けて、以下の実態結果を示していきます。

#### ① 自殺未遂者の性年齢別人数

性年齢では、女性10歳代、20歳代での人数が多くなっています。

図表 37 調査期間中の自殺未遂者の性別・年齢別延べ人数

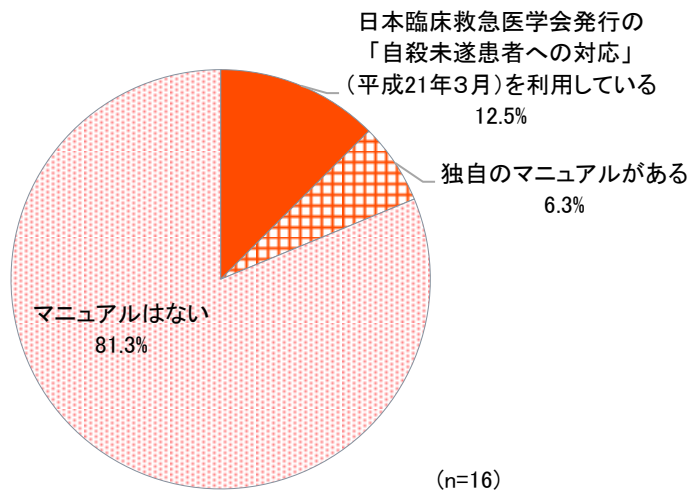




## ② 自殺未遂者の対応状況

自殺未遂者の対応状況について、「マニュアルはない」の割合が大半となっています。

図表 38 自殺未遂者への対応マニュアルの有無

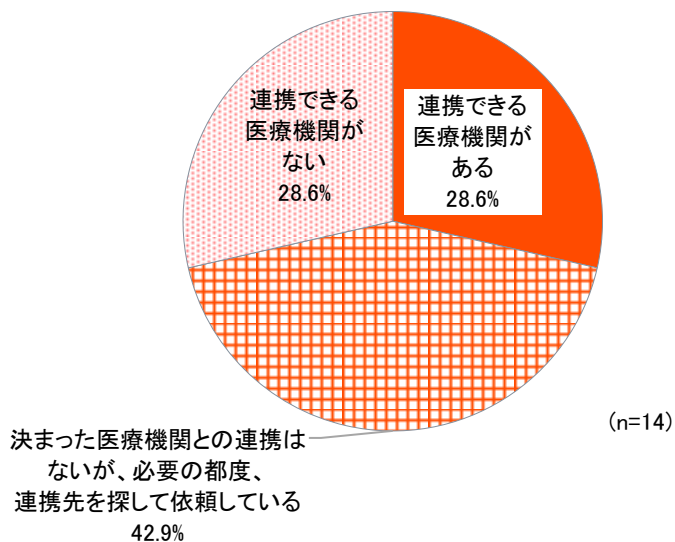


## ③ 医療機関・相談機関との連携

### 1) 自殺未遂者の治療に際して連携できる医療機関

「決まった医療機関との連携はないが、必要の都度、連携先を探して依頼している」が最も高く 42.9% (6件)、「連携できる医療機関がない」、「連携できる医療機関がある」がともに 28.6% (4件) となっています。

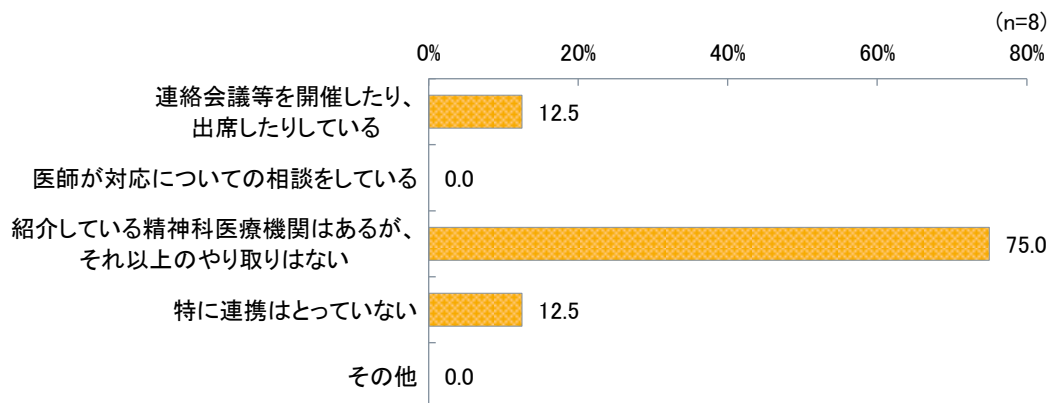
図表 39 自殺未遂者の治療に際して連携できる医療機関の有無  
(直近3年間に自殺未遂者を診療した病院のみ)



## 2) 精神科医療機関との連携状況

「紹介している精神科医療機関はあるが、それ以上のやり取りはない」が 75.0%（6 件）と最も高くなっています。

図表 40 精神科医療機関との連携状況（精神科病院除く）



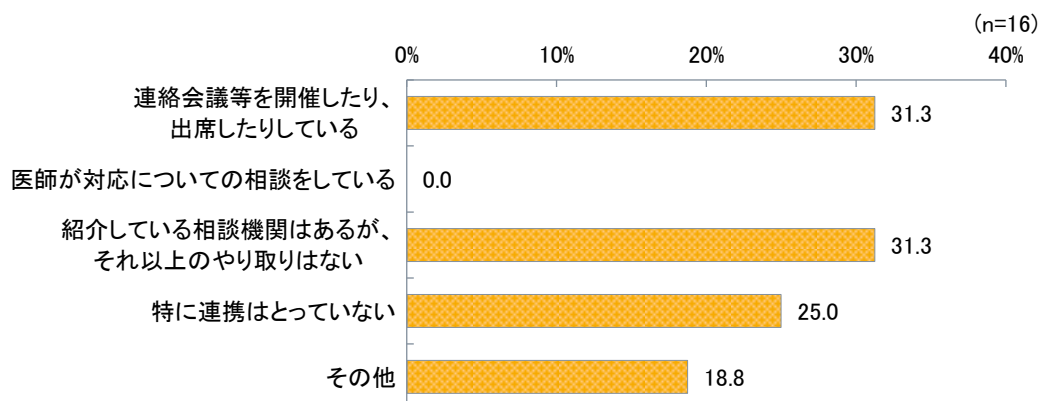
## 3) 精神科医療機関との今後の連携についての意見（自由記載）一部抜粋

- ・ 医師同士も必要だが、ソーシャルワーカー同士の連携をより強化できる機会があればよい。
- ・ 連絡会議など身体科、精神科お互いの状況や情報共有、相談ができる場、機会があればよい。

## 4) 相談機関との連携状況

「紹介している相談機関はあるが、それ以上のやり取りはない」が 31.3%（5 件）、「特に連携は取っていない」が 25.0%（4 件）となっています。

図表 41 相談機関との連携状況



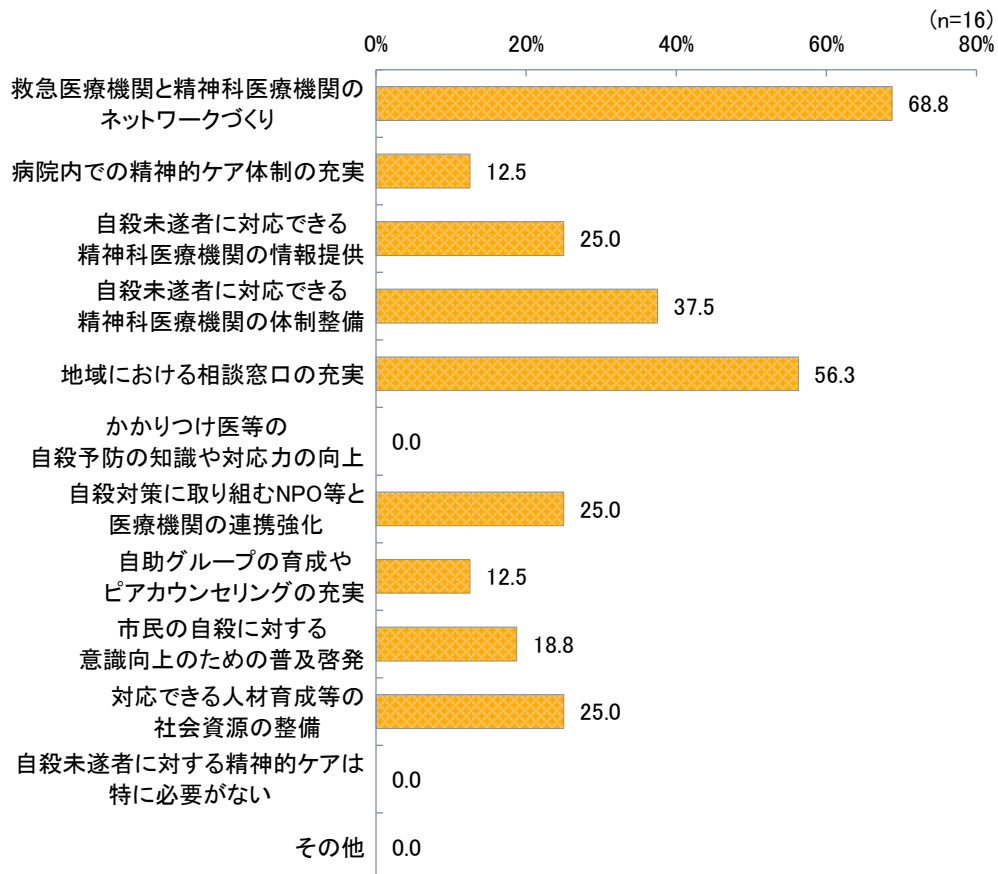
## 5) 相談機関との今後の連携についての意見（自由記載）一部抜粋

- ・ 実際にあった案件をもとに、勉強会的なものを開催してもらい、相談機関とのコミュニケーションがとれる場をもうけてもらえるとよい。
- ・ この分野における救急病院、精神科病院、相談機関、行政、警察などとの連絡会があってはどうか。
- ・ 事例検討会などお互いに支援に関する共有ができる場があればよい。

④ 堺市の自殺対策事業との連携について

「救急医療機関と精神科医療機関のネットワークづくり」が68.8%（11件）と最も高く、次いで「地域の相談窓口」が56.3%（9件）となっています。

図表 42 自殺未遂者の精神的ケア体制を充実させるために必要なこと（3つまで）



## 5. 今後取り組むべき課題

### (1) ゲートキーパーの拡充の必要性

今回の調査では、「ゲートキーパー」について、9割弱の人が知らないと答え、ゲートキーパーに参加したことがある人は7%程度でした。一方では、ゲートキーパーに興味があると答えた人も3割以上いました。悩んだ時に相談する相手として、身近な家族や友人に相談する割合が高いことから、身近な人も含めて相談役となってくれるよう市民に対するゲートキーパーの拡充と啓発が必要です。

また、市民だけでなく、関係機関・団体・行政に関しても、さまざまな相談窓口等につながった際に、自殺予防の視点を持ち、適切な対応ができるようゲートキーパーの拡充を行っていく必要があります。

### (2) 啓発活動および相談機関周知の必要性

今回の調査では、死にたいほどの悩みを抱えているにも関わらず、死にたいと相談することに抵抗感がある、相談することで迷惑をかける、相談してもその場限りの対応をされる等の理由で相談をしないという人がみられました。また、自死についての考えでは「防ぐことができる」と答えている人が半数以上いる一方で、「なんの前触れもなく突然に起きる」「死にたいと口にする人は死なない」「個人の問題であり、自由だ」との回答も少なくありませんでした。

また、調査では自殺対策の啓発の一環である「自殺予防週間（9月10～16日）」「自殺対策強化月間（3月）」を知らない人が8割以上となっており、啓発活動に課題があることも浮き彫りになっています。

社会にはいまだ自死に対しての偏見や誤った認識があり、社会全体の問題であるにも関わらず、個人の問題、触れてはいけない問題とすることで、相談支援につながりにくくなっている現状があります。

「死にたい」と感じたときや不安を感じたときにためらいなく適切な窓口で相談してもらえるよう、自死に対する正しい知識、対応についての啓発活動や相談機関の周知が必要です。

### (3) 自殺の要因になり得る問題に対応する関連施策との有機的な連携の必要性

自殺における地域の基礎資料によると、自殺の原因動機として「健康問題」が最も多くなっており、そのほかにも「家庭問題」「経済・生活問題」などさまざまな問題に直面していたことがうかがえます。また、調査結果より死にたいと悩んだ原因も同じようにさまざまな問題が背景にありました。死にたいほどの悩みや自殺の要因となり得る背景の問題に対応する関連施策との有機的な連携を図り、早期に支援につながれるような体制づくりが必要です。

### (4) 高齢者および若者・女性の支援の充実

人口動態統計の自殺者の年齢別の推移や地域自殺実態プロフィールから、60歳以上の高齢者の自殺者の割合が高く、引き続き高齢者への対策に取り組む必要があります。また、調査結果より若い世代の女性で死にたいと悩んでいる人の割合が高くなっていること、若者や女性の自殺未遂者が多いこと、コロナ禍で若者・女性の自殺者が増えていることから、今後は重点的に若者・女性の支援の充実を図ることが必要です。

### (5) 職場のメンタルヘルス対策の支援強化の必要性

調査より、死にたいほどの悩みの原因として、働き世代では他の問題に加え「勤務問題」の割合が高く、自殺（自死）を防ぐために必要な対策として「職場でのメンタルヘルス対策」が必要であると答えた人の割合も高くなっています。研修会や会議等を通じて職域や産業保健とも連携し、メンタルヘルスに対する正しい知識や自殺予防について経営者や勤労者の理解を促進していくことが必要です。

## (6) 自殺未遂者や家族等への対応の強化

### ① 救急告示病院と医療機関、相談機関との連携強化の必要性

自殺未遂者への対応について、調査より精神科医療機関及び相談機関との連携について、「紹介しているところはあがるが、それ以上のやりとりはない」と回答している救急告示病院の割合が高くなっています。自殺未遂者はその後の自殺リスクが高いと考えられています。今後は救急告示病院のみならず、精神科医療機関や自殺未遂者の相談機関等それぞれの機能や役割を知る機会を設け、自殺未遂者やその家族へのきめ細やかな対応ができるような連携体制を構築していく必要があります。

### ② 自殺未遂者や家族への対応力向上の必要性

救急告示病院において、自殺未遂者の家族への連絡が取れたのは、全体の 7 割を超えており、未遂者支援につなげる機会があることがうかがえます。自殺未遂者への対応と同様に、その家族等も孤立することのないよう、適切な支援へつなげることが大切です。

そのためには、相互連携の中で、マニュアル提示や対応に関する研修等を行い、支援者の全市的な対応力向上を図る必要があります。

## (7) 自死遺族等への支援強化の必要性

調査では、専門相談窓口や自死遺族のための集いについて、知っていると答えた人は 1 割にも満たない状況でした。家族等の身近な人の自殺は精神面への影響だけでなく、日常生活や経済等の問題も生じる場合があります。そのため、専門的かつ適切な支援を受けること、支援に関する必要な情報を得るための情報発信が必要です。

## (8) 依存症対策と連携した自殺予防の対策

薬物の使用経験がある、飲酒頻度が多い方で最近 1 年間で「死にたい」と思うほど悩んだことが「たびたびあった」人の割合が高い状況です。自殺予防対策と依存症対策は密接に関係しており、互いの連携強化を進めていく必要があります。

### 第3章 自殺対策を推進するうえでの基本認識

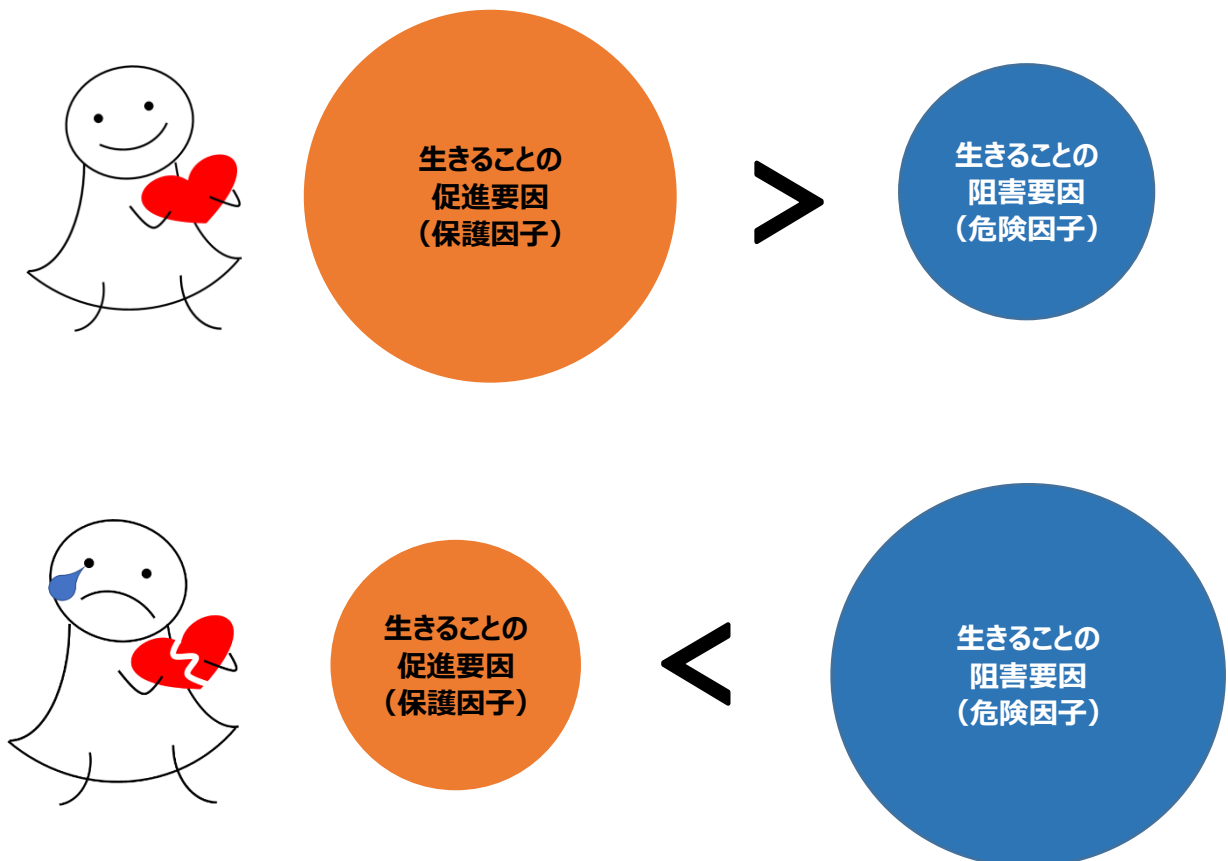
#### 1. 基本認識について

「自殺総合対策大綱」において、自殺対策の本質が「生きることの包括的支援」にあることを念頭において、「誰もが自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指していくことが示されています。本市においても、「地域は自殺予防に重要な役割を果たす」という観点から、下記の基本認識をもとに自殺対策を推進していきます。

- ①自殺は、その多くが追いつめられた末の死であり、誰にでも起こりうる危険がある。
- ②自殺は、個人の問題ではなく、防ぐことの出来る社会的な問題である。
- ③自殺を考えている人は、何らかのサインを発していることが多い。
- ④自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働、その他の関連施策との連動による「生きることの包括的支援」として実施されなければならない。
- ⑤自殺に対するスティグマは、援助を受ける際の重大な障壁となる。

#### 2. 生きることの促進要因と阻害要因について

「自殺総合対策大綱」より、個人においても社会においても、「生きることの促進要因（保護因子）」より「生きることの阻害要因（危険因子）」が上回ったときに自殺リスクが高まると言われています。自殺対策においては、「生きることの阻害要因（危険因子）」を減らす取組に加えて、「生きることの促進要因（保護因子）」増やす取組が必要になってきます。



・生きることの阻害要因（危険因子）について

過去の自殺企図・自傷歴、喪失体験、苦痛な体験（いじめ、家庭問題など）、職業・経済・生活問題（失業、リストラ、多重債務、生活苦、生活への困難感、不安定な日常生活、生活上のストレスなど）、精神疾患・身体疾患の罹患及びそれらに対する悩み（うつ病などの精神疾患や、身体疾患での病苦）、ソーシャルサポートの欠如（支援者がいない、社会制度が活用できないなど）、自殺企図手段への容易なアクセス、自殺につながりやすい心理状態、望ましくない対処行動、危険行動、など

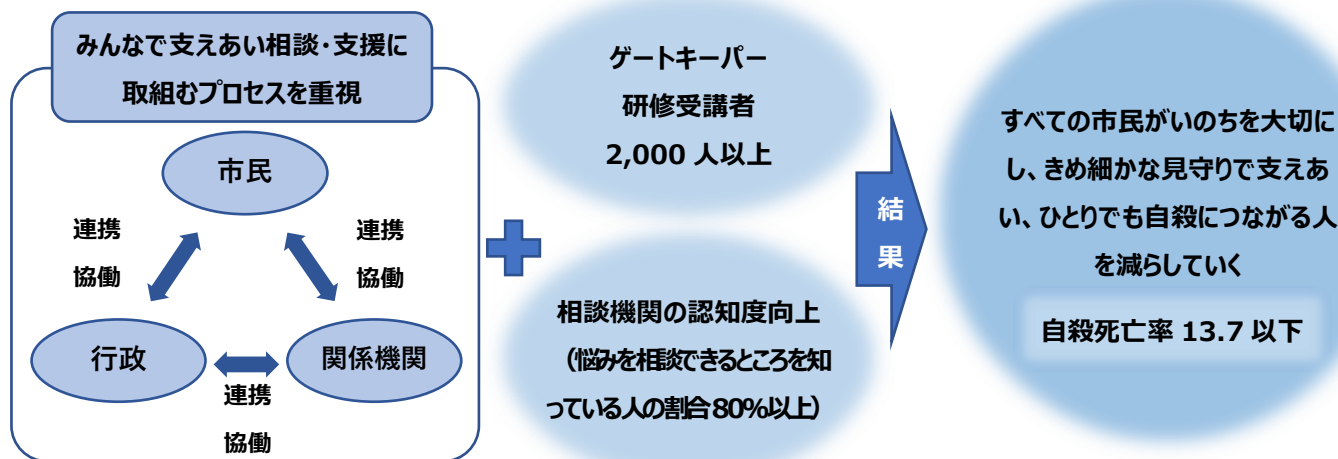
・生きることの促進要因（保護因子）について

心身の健康（心身ともに健康であること）、安定した社会生活（良好な家族・対人関係、充実した生活、経済状況、地域のつながりなど）、支援の存在、利用可能な社会制度、医療や福祉などのサービス、適切な対処行動、安定した社会生活周囲の理解、など

## 第4章 計画の目標

本計画では、本市の現状やこれまでの経過を踏まえ、第2次計画に引き続き、不安や悩みを抱く市民一人ひとりに寄り添いながら、市民や関係機関・団体、行政などが連携・協働した相談や援助に取り組むプロセス(過程)を重視します。

また、取組の評価として、「計画期間中にゲートキーパー研修受講者 2,000 人以上にする」と、「悩みを相談できるところを知っている人の割合を 80%以上にする」ことを掲げ、その結果、「すべての市民がいのちを大切に、きめ細かな見守りで支えあうことで、ひとりでも自殺につながる人を減らしていく(自殺死亡率 13.7%以下にする)」ことを目標とします。



### ○自殺対策推進計画(第3次)における自殺死亡率の目標値について

平成 29 年 7 月の「自殺総合対策大綱」では、当面の目標としては、先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、令和 8 年までに、自殺死亡率を平成 27 年の全国平均と比べて 30%以上減少させることとしています。

自殺死亡率(人口 10 万人あたりの自殺者数)は、母数となる人口が少ないほど自殺者数の増減による変動が大きいことから、堺市は過去 3 年(平成 25 年～27 年)の平均値を基準値(19.5)とし、令和 8 年までに 30%以上減少させること(13.7 以下)を目標とします。

本計画の上位計画である「堺市基本計画 2025」においても、令和 7 年までの自殺死亡率の目標値を令和 8 年の目標値達成までの途中経過として、自殺死亡率 14.2\*まで減少させることを目標値としています。

※自殺死亡率は暦年(1 月～12 月)であり、確定数値は翌年の 9 月頃に公表されます。

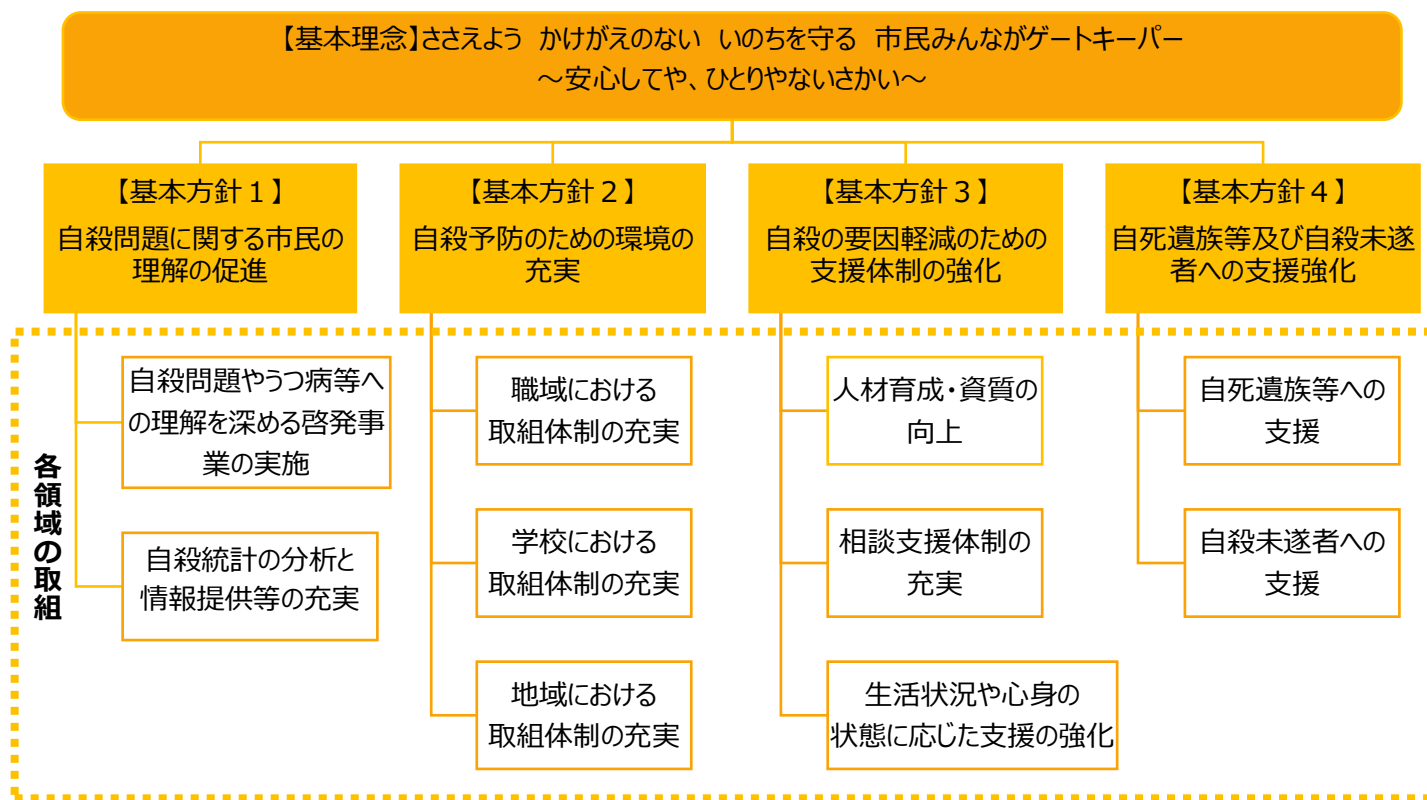


図表 43 自殺死亡率の実績値と目標値

西暦	年号	自殺死亡率（全国）	自殺死亡率（堺市）		毎年下げる目標値 （四捨五入）
2013	平成25年		基準値19.5 （3年平均値）	19.5	
2014	平成26年			19.3	
2015	平成27年	18.5		19.8	
2016	平成28年	令和8年までに、平成27年 の全国平均の自殺死亡率 と比べ30%減少させる	令和8年までに、平成25年 から平成27年の自殺死亡 率の平均値と比べ30%減 少させる		18.9
2017	平成29年			18.3	
2018	平成30年			17.7	
2019	令和元年			17.2	
2020	令和2年			16.6	
2021	令和3年			16.0	
2022	令和4年			15.4	
2023	令和5年	14.8			
2024	令和6年	14.2*			
2025	令和7年	目標値13.0 （令和8年9月頃に確定値公表）	目標値13.7 （令和8年9月頃に確定値公表）		

## 第5章 基本方針及び取組の推進

基本理念、計画の目標の実現に向けて、次のとおり4つの基本方針を掲げ、各領域の取組を推進します。



各領域の取組には、その領域における主な取組を記載しています。その中で、今後取り組むべき課題（第2章－5を参照）に関する施策を「★重点施策」としています。

### 基本方針1 自殺問題に関する市民の理解の促進

自殺は「誰にでも起こり得る危機」であり、誰かに助けを求めることが大切である一方、自殺や精神疾患への偏見があり、受診や相談にためらいや抵抗感を感じる人も少なくありません。

また、自殺の背景には、うつ病、アルコール依存症などのこころの病気や身体の病気などの健康問題、家庭問題、学校問題などが複雑に絡み合っていることが多く、自殺の危機的状況にある市民が、背景の問題を解決するための支援につながる大切です。

そのため、自殺を社会的な問題ととらえ、うつ病などのこころの問題や自殺に関する正しい知識の普及啓発、相談窓口の周知等をより効果的に実施し、市民の理解の促進を図ります。

#### (1) うつ病などのこころの病気や自殺問題に関する啓発事業の実施

○市民に対し、精神保健福祉やうつ病予防等自殺やうつ病などの精神疾患、精神保健福祉に対する正しい理解の促進を図るため、あらゆる機会を捉えて、情報提供や知識の普及啓発、相談窓口の周知を推進します。

○自殺予防や精神保健福祉等に関する市民の理解を図るため、自殺予防週間や自殺対策強化月間において、重点的に普及啓発活動を行います。

#### 【主な取組】

- ・自殺予防週間（9月）および自殺対策強化月間（3月）の啓発  
（ポスター掲示、懸垂幕掲揚、パネル展示、SNS等での啓発、ホームページ掲載等）
- ・相談機関一覧の発行
- ・ホームページ等での啓発の充実

### （2）自殺統計の分析と情報提供等の充実

○効果的な自殺対策につなげるための実態把握及び情報収集を推進するとともに、本市における自殺の実態についてホームページ等を通じて市民に対し情報提供を行い、自殺に関する理解が深まるよう取り組みます。

## 基本方針 2 自殺予防のための環境の充実

自殺は多種多様な要因が複雑に関係して発生しています。そのため、保健、医療、福祉、教育、労働など、その他関連施策との連動による「生きることの包括的支援」として、自殺対策を実施する必要があります。

本市では、行政をはじめとした各関係機関・団体と連携し、学校や職域、地域における取組の推進を図り、自殺予防のための環境を充実させていきます。

### （1）職域における取組体制の充実

- いきいきと働ける職場づくりを実現するため、堺商工会議所等と連携し、研修会を開催するなど、普及・啓発を図り、経営者等が率先してメンタルヘルス対策に取り組めるよう支援します。
- 労働者及び雇用主を対象に、労働条件その他労働契約上で生じた労働問題に対する相談に対応することなど、職場での問題を相談できる場の提供を推進します。

#### 【主な取組】

- ・職域連携事業（★重点施策）
- ・労働相談事業
- ・経営相談事業

### （2）学校における取組体制の充実

- 児童・生徒が自分自身の大切さを自覚することや、SOSの出し方や自らを守るためのスキルを身につけることなど、児童・生徒の自殺を予防することを念頭に置いた教育プログラムの充実を図ります。
- スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーが児童・生徒や保護者への相談活動、教職員への助言等を実施したり、関係機関や地域とのネットワークを活用することで、いじめ、不登校、問題行動等の未然防止・状況の改善を図ります。
- SNSを活用した、いじめや学校生活に関することなどの相談窓口の設置や、学校での悩み等について、児童・生徒や保護者からの相談を電話で24時間受け付けることで、問題の早期発見に向けた取組の充実を図ります。

#### 【主な取組】

- ・いじめ・暴力防止（CAP）プログラム事業（★重点施策）
- ・スクールソーシャルワーカー活用事業（★重点施策）
- ・堺っ子 SNS 相談（★重点施策）

### （3）地域における取組体制の充実

- 地域包括支援センターなど高齢者の相談支援を実施する関係機関との連携やゲートキーパーとなりえる支援者を拡充することなどを通じ、うつや認知症の症状のある高齢者の早期発見・早期対応に努めます。
- 地域において、地域会館等の校区内の身近なところに「情報交換・相談・集いの拠点」をつくることで、人のつながりをつくり孤立を防ぎ地域での生活の環境整備を図ります。
- 子育てと介護の両立が必要な世帯のためのダブルケア相談窓口について、関係機関や認定こども園等へ周知活動を推進するなど、関係機関との連携を図ります。

#### 【主な取組】

- ・校区ボランティアビューロー設置事業（★重点施策）
- ・高齢者総合相談支援事業（★重点施策）
- ・ダブルケア支援

## 基本方針 3 自殺の要因軽減のための支援体制の強化

自殺の要因を軽減するためには、行政、関係機関・団体、市民みんながゲートキーパーとなり連携することで、生きることの促進要因（保護因子）を増やして、生きることの阻害要因（危険因子）を減らすための取組が必要です。

本市では、ゲートキーパーの養成や研修等を通じて人材の育成を図り、自殺の要因軽減のためにとぎれのない支援体制を強化していきます。

### （1）人材の育成・資質の向上

- 市民をはじめ、関係機関・団体、市職員、一人ひとりが身近な相談役（ゲートキーパー）となれるよう、市民向けと相談機関向けに研修内容の見直しと改善を図り、より効果的な研修を実施します。
- ゲートキーパーとしての役割を担われる、市民をはじめ、保健、医療、福祉、教育、労働など市内相談支援機関の担当者等が対応に苦慮し孤立することのないよう、これらの支援者に対する支援を推進します。
- ICTを活用したゲートキーパーの普及、支援関連情報の提供を推進します。

【主な取組】

- ・ゲートキーパー研修（★重点施策）
- ・相談機関研修

（２）相談支援体制の充実

○うつ病等による自殺の危険性が高まっている人の早期発見に努め、またこれらの人々が適切な精神科医療を受けられるよう支援体制の充実に取り組みます。

【主な取組】

- ・薬物・ギャンブル等依存症専門相談事業
- ・おおさか精神科救急ダイヤル
- ・精神保健福祉相談
- ・女性の悩み相談
- ・男性の悩み相談

（３）生活状況や心身の状態に応じた支援の強化

○家庭環境や生活状況、心身の状態、新型コロナウイルス感染症のような災害等、社会的要因を含む様々な要因により自殺の危険性が高まっている人に対する社会的な支援を強化し自殺の防止を図ります。

【主な取組】

- ・生活困窮者自立相談支援事業
- ・堺市ユースサポートセンター事業
- ・難病患者支援センター事業

## 基本方針 4 自死遺族等及び自殺未遂者への支援強化

自殺未遂者が自殺を再企図する可能性は高く、また自殺未遂者の家族等は、自殺の再企図を防ぐすべについて十分な情報や支援が得られないまま、自殺の再企図に対し不安を抱えながら生活を送っていることも少なくありません。

本市では、自殺未遂者およびその家族に対するとぎれのない支援をはじめ、自殺により遺された人に自殺の連鎖が起こらないよう、自死遺族等及び自殺未遂者への支援を強化します。

### (1) 自死遺族等への支援

- 遺族に対して悲嘆的状況のケアや社会復帰支援のために、心理的なカウンセリング等の必要な支援を行い、二次的な自殺の防止や悲嘆的状況からの回復をめざす支援を推進します。また、経済問題など日常生活を送る上での問題について必要な情報を提供、関係機関と連携する等、遺族等の支援を推進します。
- 自死遺族等のための自助グループなどへの支援および連携を図り、啓発活動を通じて自死遺族等のための情報などを発信します。

#### 【主な取組】

- ・自死遺族相談支援事業（★重点施策）
- ・自死遺族等のための自助グループなどとの連携や支援（★重点施策）
- ・自死遺族等のための情報提供の推進（★重点施策）

### (2) 自殺未遂者への支援

- 自殺未遂者やその家族等への支援について、自殺未遂に至った背景や原因を整理し、適切に対応していくことで、自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐための相談支援を推進していきます。またこれらに取組むにあたり、警察、消防、救急医療機関、精神科医療機関、各相談機関等とのさらなる連携の強化を進めていきます。
- 自殺の要因は多岐にわたるため、保健・医療・福祉・教育・労働その他の関連施策と連動し、包括的な支援に取り組みます。
- 自殺未遂者やその家族への支援等に係る支援者に対して、対応に苦慮することのないように研修等を開催し、対応についての理解の向上を進めていきます。また、自殺未遂者等への対応で孤立しないようにするために、支援者への支援について推進していきます。  
また、既遂事例に遭遇した関係者の心理的衝撃は大きく、支援者の燃えつきを防ぐために、支援者へのニーズに応じたケアと総合的な支援を推進します。

#### 【主な取組】

- ・いのちの相談支援事業（★重点施策）
- ・自殺未遂者ケア研修（★重点施策）
- ※事業追加検討

## 第6章 推進体制

### 1. 推進主体と連携

本市では、本計画の実効性を高め、総合的に推進していくために、庁内関係課による「堺市自殺対策庁内連絡会」を中心として、各分野の連携により、本計画に基づく取組を推進します。また、「堺市自殺対策連絡懇話会」において意見を聴取し、自殺を取り巻く社会状況の変化をとらえながら柔軟性のある施策を推進します。

#### (1) 堺市自殺対策連絡懇話会

本市における自殺対策を実施するにあたり、医師、学識経験者等から専門的な意見を聴取するため設置している「堺市自殺対策連絡懇話会」において、専門的見地によるご意見をいただきながら、本市の自殺対策について引き続き検討していきます。

#### (2) 堺市自殺対策庁内連絡会

自殺対策においては、健康、福祉、教育、労働、消防など、各分野との協働による一体的な取組が必要であるため、「堺市自殺対策庁内連絡会」のさらなる連携を強化し、より実効性の高い取組を推進します。

#### (3) 関係機関や民間団体との連携強化

自殺対策の取組においては、行政機関だけでなく、医療関係機関、報道機関、法律関係機関、労働関係機関、社会福祉協議会、民生委員児童委員連合会、事業主、民間団体など、様々な実施主体がそれぞれの役割を担っています。このため、各主体がそれぞれの役割を果たしながら、連携・協働を深めるため、相互に情報交換を図る場や機会を充実し、より効果的な施策の推進に努めます。

### 2. 進捗管理

本計画で掲げた施策を効率的・効果的に推進していくため、PDCA サイクルを機能させ、本計画の進捗管理を行います。本計画を策定（PLAN）し、それに基づいて各事業を推進（DO）します。そして、各事業の実施状況を毎年把握し、「堺市自殺対策連絡懇話会」及び「堺市自殺対策庁内連絡会」において、本計画の進捗状況の確認及び評価（CHECK）を行い、評価を踏まえた事業の見直しと改善（ACT）に努めます。

