

堺市自殺対策推進計画（第3次） （案）

令和 年 月



目次

| | |
|--|-----------|
| 第1章 策定にあたって | 1 |
| 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 |
| 第2章 堺市の現状と課題 | 3 |
| 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) 年代別の自殺者数の状況（年代別自殺者数の割合・年代別自殺者数の推移） | 4 |
| (3) 原因・動機別の状況 | 6 |
| (4) 新型コロナウイルス感染症まん延後の自殺の状況 | 6 |
| (5) 地域自殺実態プロファイルにおける本市の特徴 | 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 | 27 |
| (1) 救急告示病院の実態調査の結果 | 27 |
| 5. 今後取り組むべき課題と重点施策 | 32 |
| 本市の現状を踏まえ、今度取り組むべき課題から重点施策をまとめました。 | 32 |
| (1) ゲートキーパーの拡充 | 32 |
| (2) 相談機関周知および啓発活動の推進 | 32 |
| (3) 自殺の原因動機に対応する関連施策との連携強化 | 32 |
| (4) 高齢者および若者・女性への支援の充実 | 32 |
| (5) 職場でのメンタルヘルス対策への支援の強化 | 33 |
| (6) 自殺未遂者や家族等への支援の強化 | 33 |
| (7) 自死遺族等への支援の強化 | 33 |
| (8) 依存症対策と連携した自殺対策の推進 | 33 |
| 第3章 自殺対策を推進するうえでの基本認識 | 34 |
| 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 |
| 第4章 計画の目標 | 36 |
| 第5章 基本方針および取組の推進 | 38 |
| 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の推進 | 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..... | 40 |
| (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 | 41 |
| (1) 人材の養成および支援者への支援 | 41 |
| (2) 相談支援体制の充実..... | 41 |
| 基本方針 4 自死遺族等および自殺未遂者等への支援強化 | 42 |
| (1) 自死遺族等への支援 | 42 |
| (2) 自殺未遂者等への支援 | 42 |
| 第6章 推進体制 | 43 |
| 1. 推進主体と連携 | 43 |
| (1) 堺市自殺対策連絡懇話会 | 43 |
| (2) 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 |
| 資料編 | 44 |
| ○用語集..... | 45 |
| ○法律、計画等の概要 | 46 |
| ○自殺対策基本法..... | 47 |
| (平成十八年法律第八十五号) | 47 |
| ○堺市自殺対策連絡懇話会関係資料..... | 50 |
| ○堺市自殺対策庁内連絡会（庁内部署一覧） | 52 |
| ○策定経過 | 52 |

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」ことが明記されました。そして、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22年以降の自殺者数は減少傾向にあり、令和元年には2万人を下回りました。しかしながら、令和2年はコロナ禍において増加に転じ、人口動態統計における自殺者数が令和元年から818人増加の20,243人（対前年比約4.2%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」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」を策定しました。その後、堺市自殺対策強化プラン終了に伴い、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のような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つつ、本市の自殺対策における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」「堺市SDGs未来都市計画」を上位計画とし、各事業計画である「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、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。

| | 令和4年度 | 令和5年度 | 令和6年度 | 令和7年度 | 令和8年度 |
|---------------------|---|-------|-------|-------|-------|
| 堺市自殺対策推進計画 (第3次) | 計画期間  | | | | |

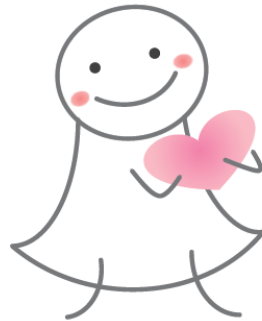
4. 基本理念

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、以下の基本理念を掲げます。

【基本理念】

安心してや、ひとりやないさかい

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



この理念には、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、「市民みんながゲートキーパー」となることをめざし取り組んでいくという思いと、「あなたはひとりじゃない」というメッセージが込められています。

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。

○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、必要な支援につなぎ、見守る人のことで、「門番」の直訳になります。さまざま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。

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」および庁内横断的な連携の場となる「自殺対策庁内連絡会」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」を策定しました。同年4月には自殺対策を専門とする「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すべて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月には自殺未遂者支援での警察との連携が、大阪府全域に広がりました。また、平成25年6月より、救急告示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月に堺市自殺対策強化プラン、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、行政等が連携・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います。また、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」という目標を掲げています。

なお、平成29年4月には、精神保健課内に「地域自殺対策推進センター」を設置（令和2年4月からは「いのちの応援係」および「地域自殺対策推進センター」をこころの健康センターに移管）し、自殺対策を効率的かつ総合的に推進してきました。

本市では、ゲートキーパーの養成を平成23年度から開始しており、第2次計画期間（平成29年4月～令和4年3月）のゲートキーパー養成研修（基礎編）の受講者は計〇〇人（現在785人※最終人数を追記）となっています。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が、基礎編だけでなく関係機関や大学生等にもゲートキーパーの要素を取り入れた研修を実施し、第2次計画期間中の全受講者は〇〇人（現在1,706人※最終人数を追記）となっています。そして、平成29年からは基礎編を受講した市民を対象に「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。平成23年度からのゲートキーパー養成者数は累計約5000人となっており、ゲートキーパーの取組が広がってきています。今後は、行政、市民、関係機関がそれぞれの役割に応じたゲートキーパーとして自殺予防に取り組むことのできるよう、市民だけでなくさまざまな相談の窓口になり得る庁内部署、関係機関等にもゲートキーパー研修を実施していくことが必要です。

また、もう一つの目標であ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。自殺の背景となるような問題に対して相談の機会を逃さないためにも、引き続き相談機関の認知度を上げていく取組が必要です。

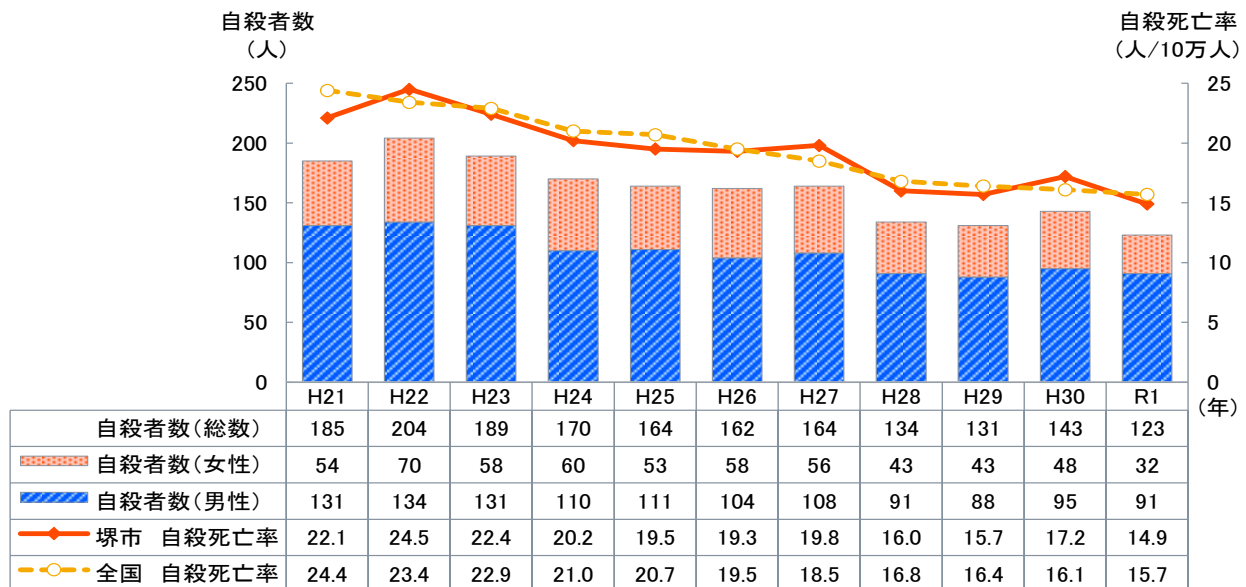
2. 自殺統計の分析からみた堺市の現状

(1) 自殺者数（総数・男性・女性）と自殺死亡率の推移

本市の自殺者数と自殺死亡率（※）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。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（図表1）。

※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、自殺死亡率の推移 ※R2 データ発表後に差し替え（R4.2以降）

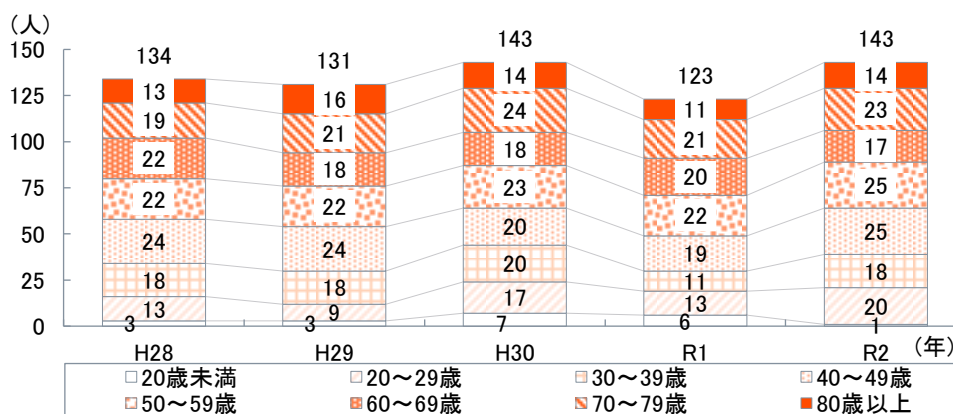


(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

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

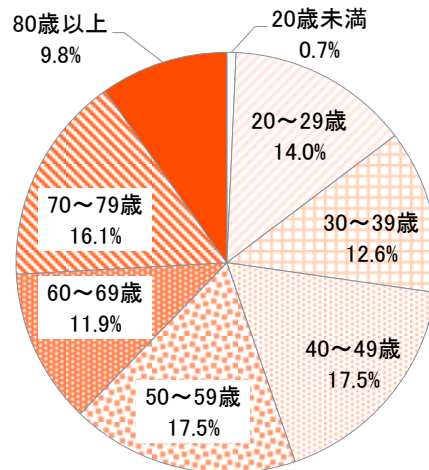
自殺者数の推移をみると、「20歳未満」および「60～69歳」を除いた年代で、令和元年から令和2年で自殺者が増えています。その背景には、新型コロナウイルス感染症拡大による、経済的な問題や社会生活の変化が影響していると推考されます。年代別の自殺者数の割合をみると、60歳以上が37.8%となっています。また、39歳までの若者の自殺についても、令和2年では全体の27.3%となっており、全国的にも自殺が若者（15歳未満除く）の死因の第1位となっています（図表2、3、4）。

図表2 堺市年代別自殺者数の推移



(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

図表 3 堺市年代別自殺者数の割合（令和2年）



（出典）厚生労働省「人口動態調査」

図表 4 死因順位別にみた年齢階級・性別死亡数・死亡率・構成割合（令和元年度）

| 年齢階級 | 第1位 | | | | 第2位 | | | | 第3位 | | | |
|--------|-----------|--------|-------|-------|-----------|-------|------|-------|-----------|-------|------|-------|
| | 死因 | 死亡数 | 死亡率 | 割合(%) | 死因 | 死亡数 | 死亡率 | 割合(%) | 死因 | 死亡数 | 死亡率 | 割合(%) |
| 10～14歳 | 悪性新生物<腫瘍> | 98 | 1.9 | 23.0 | 自殺 | 90 | 1.7 | 21.1 | 不慮の事故 | 53 | 1.0 | 12.4 |
| 15～19歳 | 自殺 | 563 | 9.9 | 47.8 | 不慮の事故 | 204 | 3.6 | 17.3 | 悪性新生物<腫瘍> | 126 | 2.2 | 10.7 |
| 20～24歳 | 自殺 | 1,040 | 17.4 | 50.9 | 不慮の事故 | 311 | 5.2 | 15.2 | 悪性新生物<腫瘍> | 158 | 2.7 | 7.7 |
| 25～29歳 | 自殺 | 989 | 16.9 | 48.1 | 悪性新生物<腫瘍> | 246 | 4.2 | 12.0 | 不慮の事故 | 223 | 3.8 | 10.9 |
| 30～34歳 | 自殺 | 1,145 | 17.7 | 38.4 | 悪性新生物<腫瘍> | 512 | 7.9 | 17.2 | 不慮の事故 | 259 | 4.0 | 8.7 |
| 35～39歳 | 自殺 | 1,287 | 17.6 | 28.7 | 悪性新生物<腫瘍> | 1,091 | 14.9 | 24.4 | 心疾患 | 409 | 5.6 | 9.1 |
| 40～44歳 | 悪性新生物<腫瘍> | 2,238 | 26.2 | 28.6 | 自殺 | 1,498 | 17.5 | 19.2 | 心疾患 | 846 | 9.9 | 10.8 |
| 45～49歳 | 悪性新生物<腫瘍> | 4,719 | 49.0 | 33.6 | 自殺 | 1,825 | 18.9 | 13.0 | 心疾患 | 1,699 | 17.6 | 12.1 |
| 50～54歳 | 悪性新生物<腫瘍> | 7,254 | 86.1 | 37.1 | 心疾患 | 2,572 | 30.5 | 13.2 | 自殺 | 1,748 | 20.7 | 8.9 |
| 55～59歳 | 悪性新生物<腫瘍> | 11,738 | 154.3 | 42.9 | 心疾患 | 3,461 | 45.5 | 12.6 | 脳血管疾患 | 2,016 | 26.5 | 7.4 |
| 60～64歳 | 悪性新生物<腫瘍> | 19,308 | 259.1 | 45.8 | 心疾患 | 5,329 | 71.5 | 12.6 | 脳血管疾患 | 2,924 | 39.2 | 6.9 |

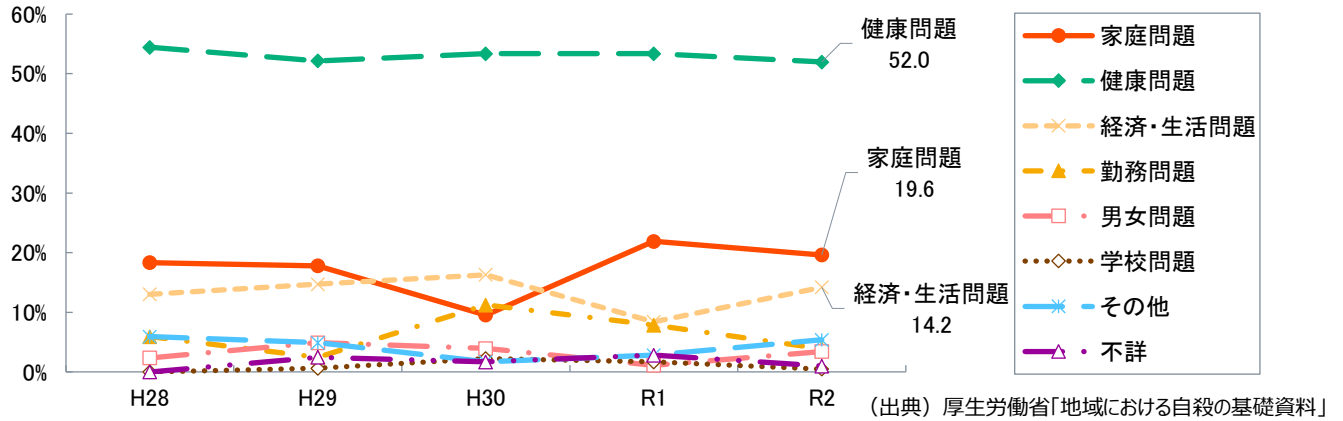
※構成割合とは、それぞれの年齢階級別死亡数を100とした場合の割合のこと。

（出典）令和3年度版自殺対策白書（厚生労働省「人口動態統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成）

(3) 原因・動機別の状況

自殺の原因・動機別の状況を見ると、「健康問題」が一番高くなっています。次いで、「家庭問題」「経済・生活問題」となっています（図表 5）。

図表 5 堺市原因・動機別の推移



(4) 新型コロナウイルス感染症まん延後の自殺の状況

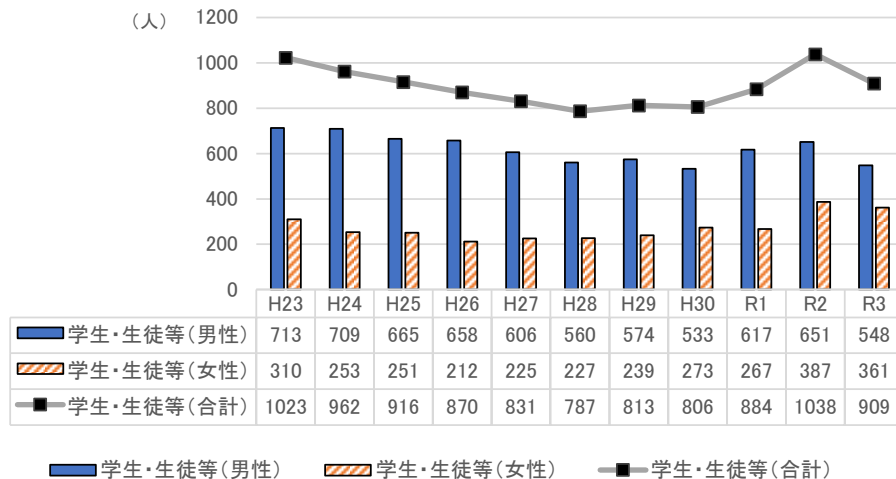
新型コロナウイルス感染症まん延後の自殺の状況について、「令和 3 年版自殺対策白書」によると、令和 2 年は全国的に、女性や若者の自殺が増加しているとの報告があります。

特に増加が著しかったのは、女性の「被雇用者・勤め人」で、過去 5 年間の平均と令和 2 年を比べると 381 人増加し、自殺の原因動機に関しても「勤務問題」で過去 5 年間の平均と令和 2 年を比べると 34.8%増加していました。その背景として、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により、失業や収入減などが生じたり、労働環境が変化した可能性があり、そのこととの関連性が示唆されています。

大学生、専修学校生等、小中高生の「学生・生徒」（特に女子学生・生徒）の自殺者も著しく増加しており（図表 6）、緊急事態宣言が明けた 6 月及び夏休み期間を終えた 9 月に自殺者が増加し、学業生活との関連性が示唆されています。令和 3 年（暫定値）も、「学生・生徒」の女性が令和 2 年と同様の自殺者数で推移しており、コロナ禍での影響が続いていることが伺えます。

また、自殺者の増加の背景には、著名人の自殺と自殺報道の影響もあるとされており、コロナ禍における様々な要因が重なったと考えられています。

図表 6 学生・生徒の男女別自殺者数の年次推移（令和 3 年 11 月まで）※R4.2 に差し替え



※厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（自殺日・居住地）」より作成。
 ※平成 23 年から令和 2 年までは確定値。令和 3 年は暫定値（11 月まで）で集計。

(5) 地域自殺実態プロフィールにおける本市の特徴

自殺総合対策推進センター（現いのち支える自殺対策推進センター）では、2017年より厚生労働省の「地域における自殺の基礎資料」に基づき、すべての都道府県および市町村の自殺の実態を分析した「地域自殺実態プロフィール」を作成しています。地域自殺実態プロフィールは、その年から過去5年間のデータをもとに分析し、自治体ごとに重点的に取り組むべき区分（年代、性別、勤務状況等）を示しています。

2021年の地域自殺実態プロフィールによると、本市の重点的に取り組むべき区分として上位に「高齢者」「生活困窮者」「勤務・経営」が示されています（図表7）。

図表 7 堺市の自殺者の特徴

| 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 | 16.8% | 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 | 56 | 9.0% | 13.3 | 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 | 51 | 8.2% | 10.5 | 身体疾患→病苦→うつ状態→自殺 |
| 4位:男性 60歳以上無職独居 | 45 | 7.3% | 72.4 | 失業(退職)+死別・離別→うつ状態→将来生活への悲観→自殺 |
| 5位:女性 40~59歳無職同居 | 40 | 6.5% | 13.1 | 近隣関係の悩み+家族間の不和→うつ病→自殺 |

* 大阪府堺市（住居地）の2016～2020年の自殺者数は合計620人（男性411人、女性209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、ライフリンク「自殺実態白書2013」を参考に推定したもの

（出典）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。

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およ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（外国人を含む）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。

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本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」(※1)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%）(※2)

※1 「堺市依存症地域支援計画」策定の基礎資料とするため実施した調査

※2 調査報告書作成以後、精査により回収数、有効回答率の修正あり

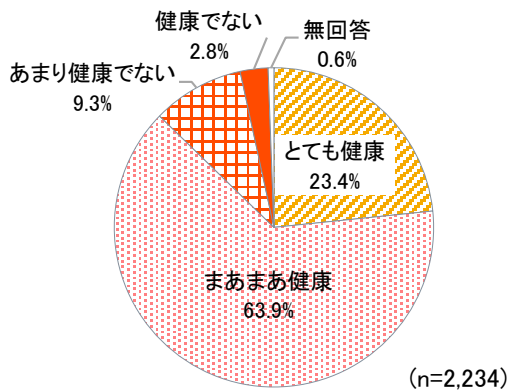
(1) 市民意識調査の結果

① 健康状態およびストレスの程度

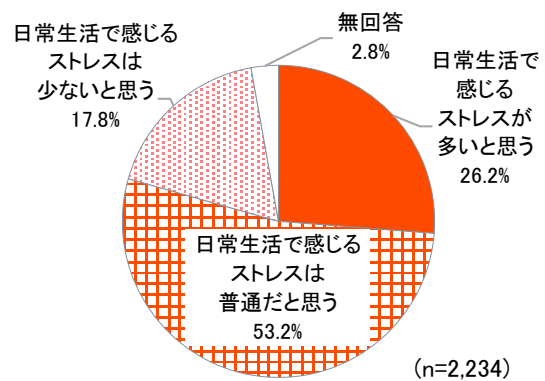
現在の健康状態については、「とても健康」「まあまあ健康」が87.3%で、「あまり健康でない」「健康でない」は12.1%となっています（図表8）。

日常生活で感じるストレスについては、およそ4人に1人である26.2%が「ストレスが多い」と感じています（図表9）。一方、ストレスチェックによる「高ストレス者」は8%となっています（図表10）。

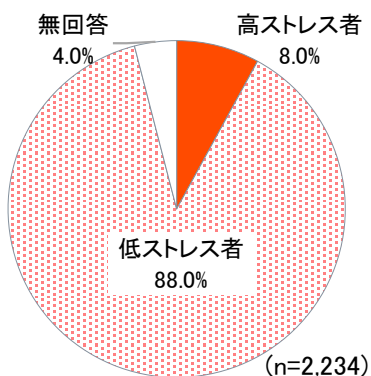
図表8 健康状態



図表9 日常生活で感じるストレスの程度



図表10 高ストレス者の割合



※高ストレス者は、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】のうちの、29項目における合計点数をもとに判定しており、77点以上を高ストレス者としています。

（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）

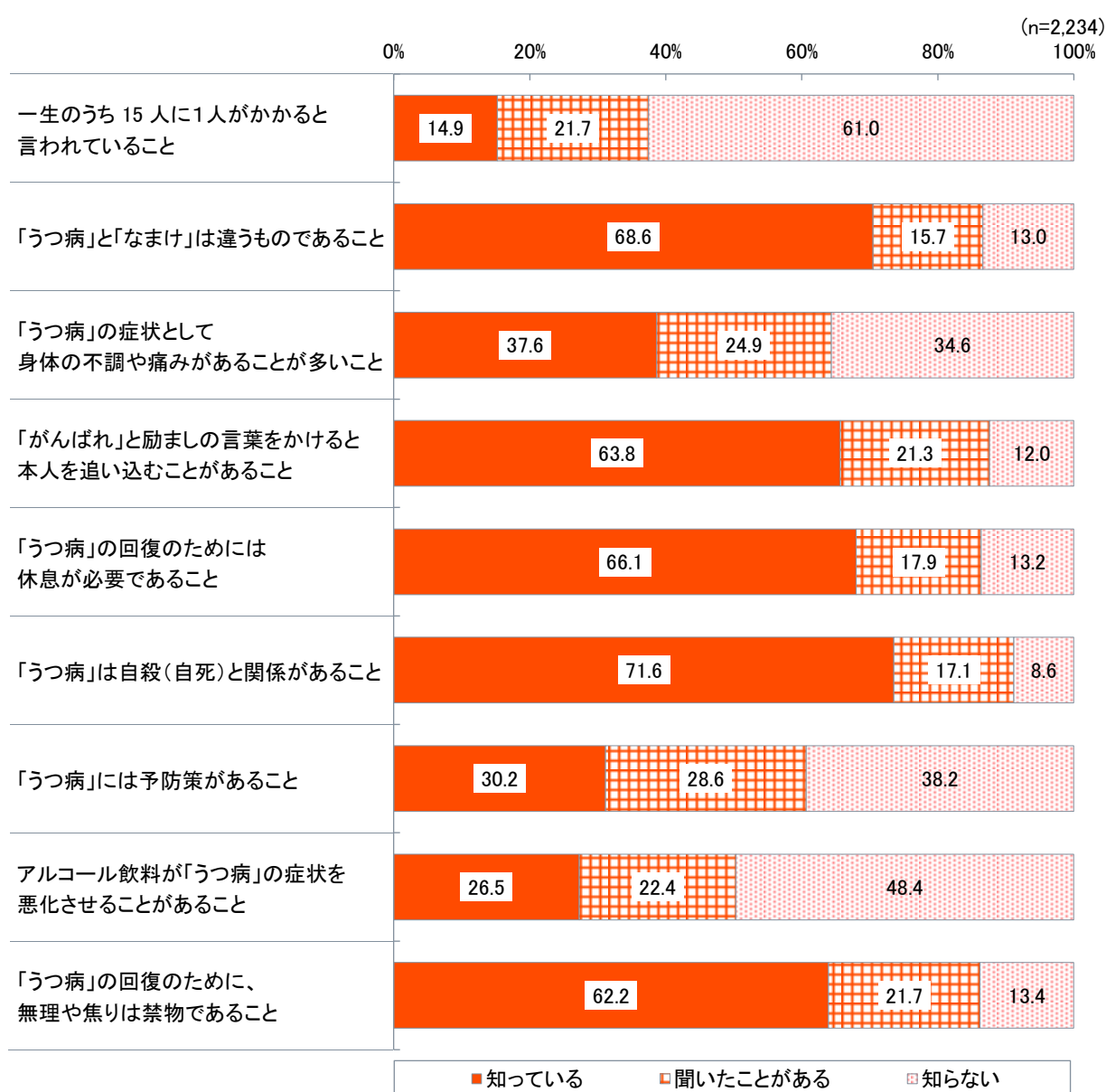
② 「うつ病」についての認知度や医療機関等への受診状況

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 11）。

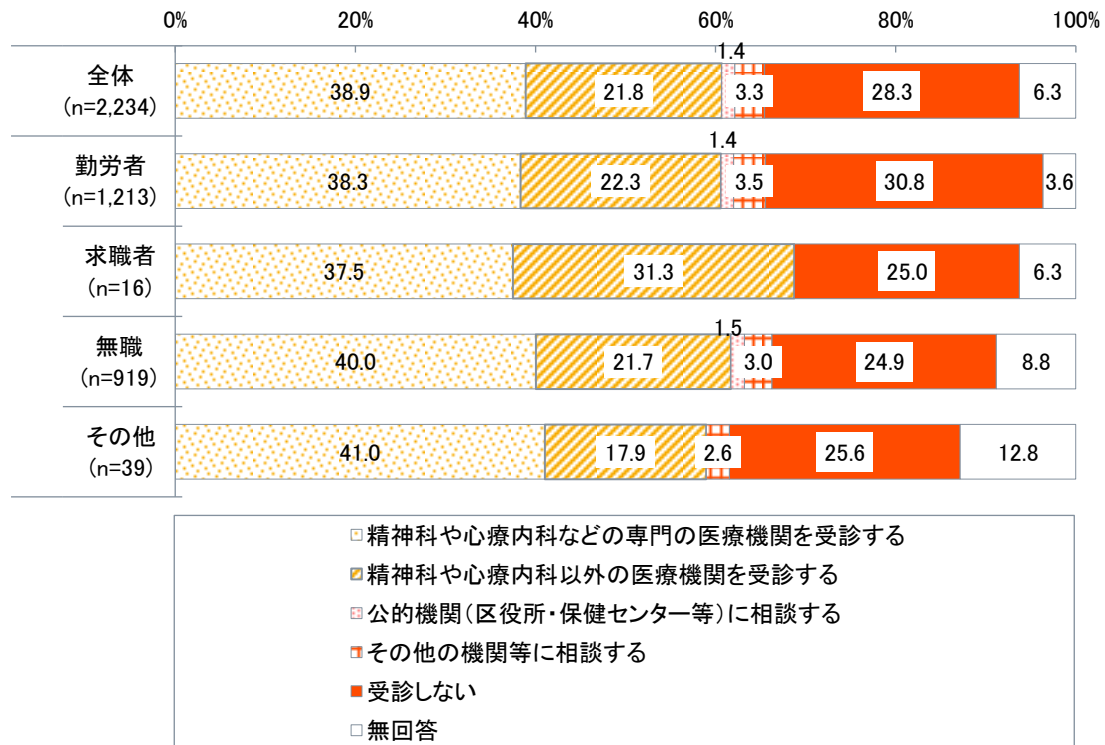
図表 11 「うつ病」についての認知度



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および相談利用意向

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および相談利用意向をみると、勤労者は求職者や無職に比べて「受診しない」人の割合がやや高くなっています（図表12）。

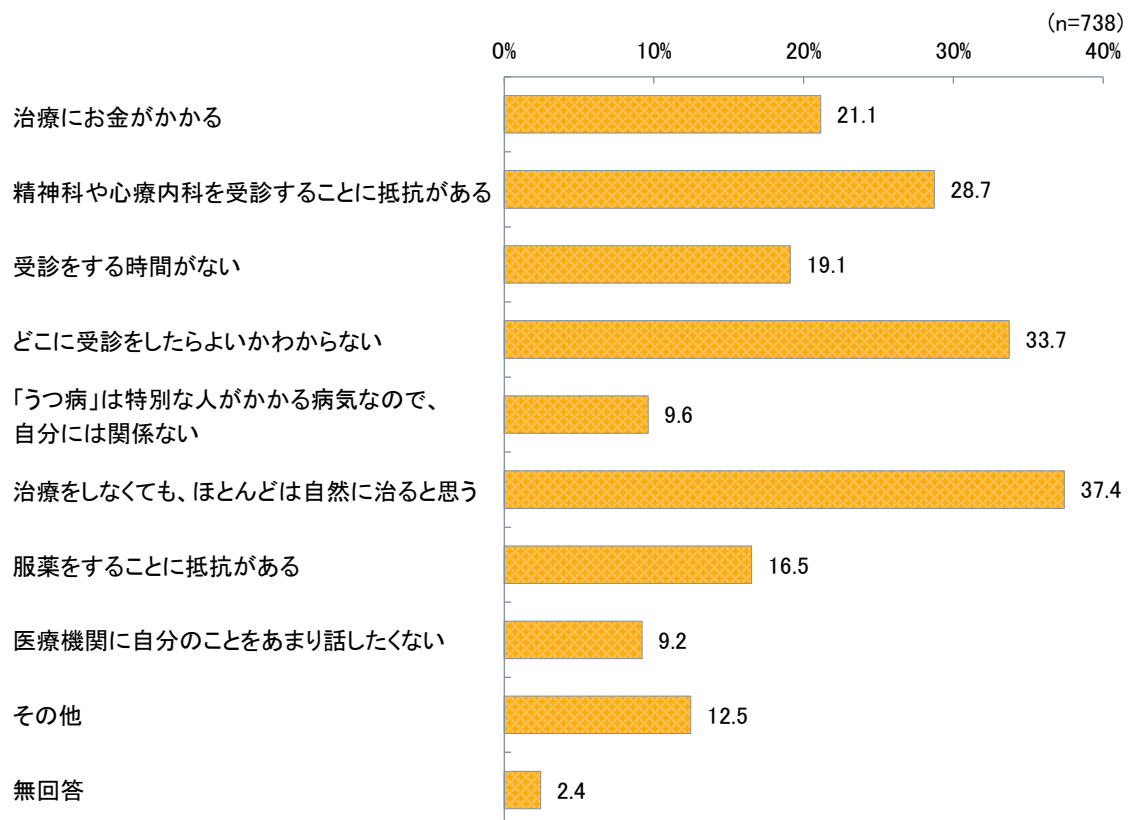
図表 12 就労状況別にみた「うつ病」の初期症状が2週間以上続いた場合の医療機関受診および相談利用意向



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13）。

図表 13 医療機関を受診しない理由



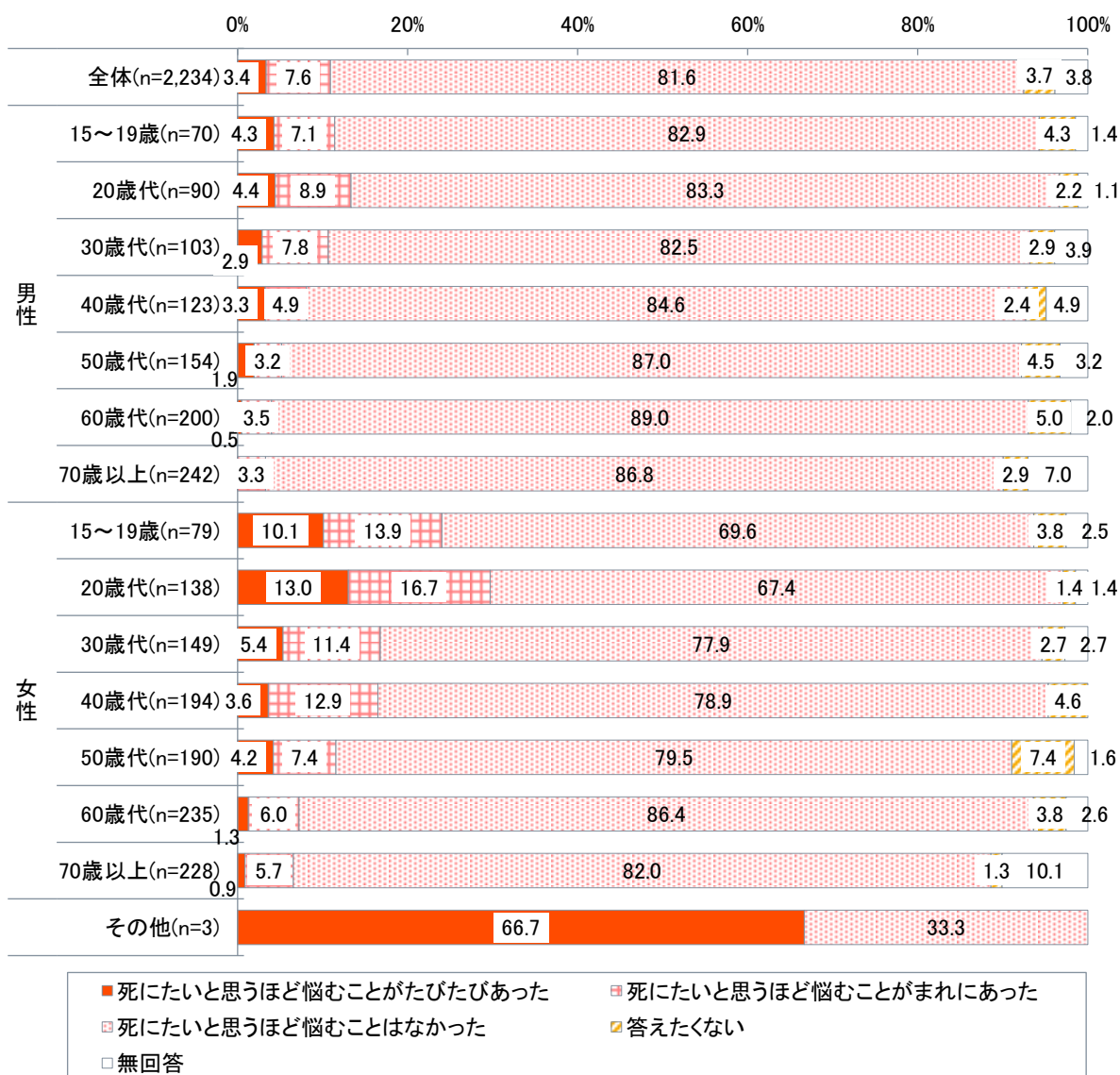
③「死にたい」と思うほど悩んだ経験について

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（図表14）。

前回調査と比較すると、20歳代女性で悩みを抱えている頻度が高くなっています。また、15歳～19歳も同様の結果がみられました。

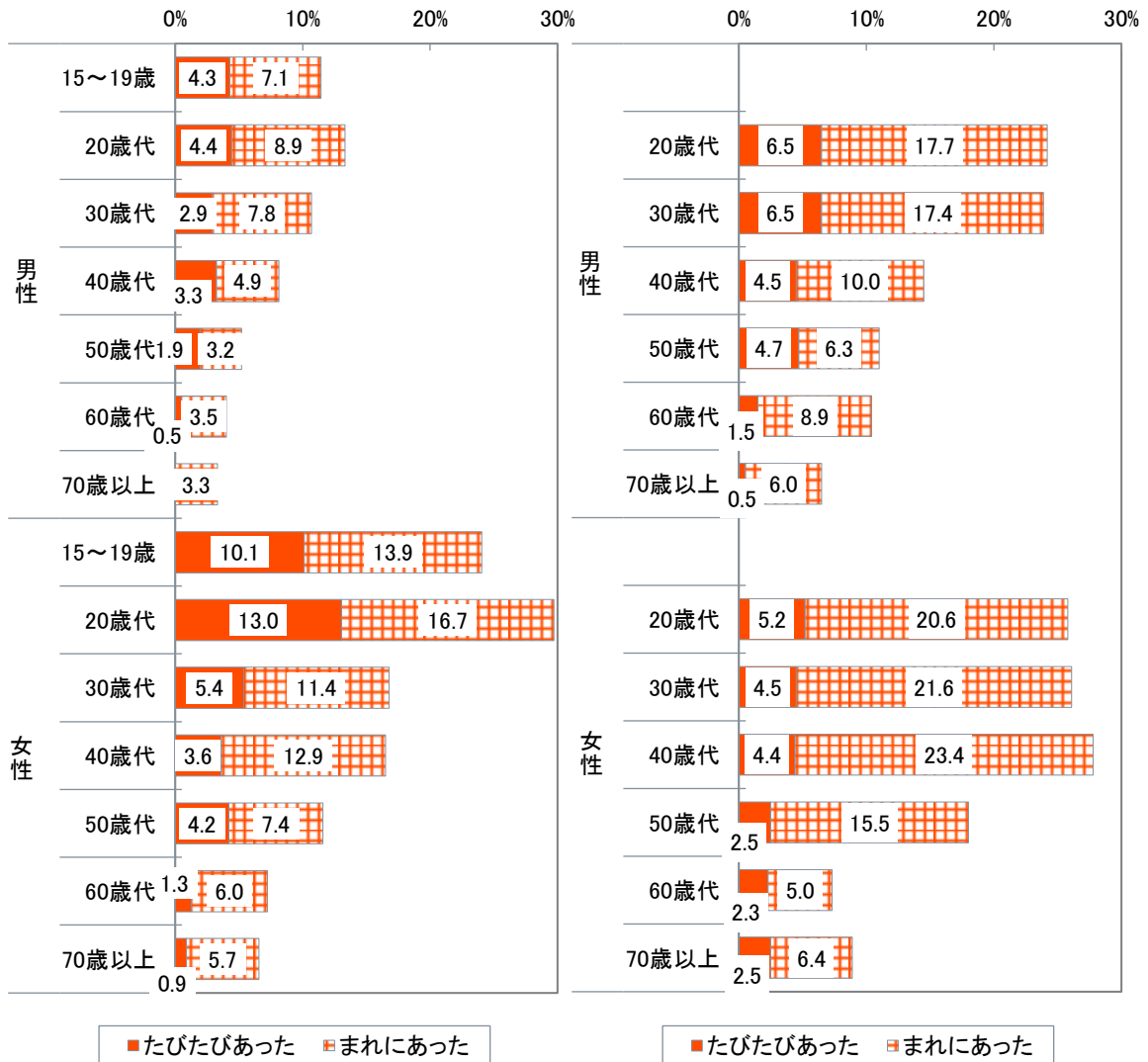
図表 14 性・年齢別にみた最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無



＜参考：前回調査との比較＞

＜今回調査＞最近1年間で「死にたい」と
思うほど悩んだことの有無

＜前回調査＞最近1年間でいなくなって
しまいたいと思うほど悩んだことの有無



※前回調査では 20 歳以上に調査を実施

※前回調査の設問は、「いなくなってしまいたい」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歳代女性では「学校問題」、40歳代男性では「勤務問題」、40歳代、60歳代女性と50歳代男性では「家庭問題」、60歳代男性では「経済生活問題」「健康問題」、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15）。

図表 15 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」に相談するという人もいました（図表 16）。

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 17）。

図表 16 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 同僚・ 上司・ など | 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 | 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 | 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 | 44.0 | 0.0 |
| | 40 歳代 | 32 | 15.6 | 0.0 | 0.0 | 18.8 | 0.0 | 0.0 | 9.4 | 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 | 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 | 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 | 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 | 50.0 | 0.0 | |

図表 17 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）

(%)

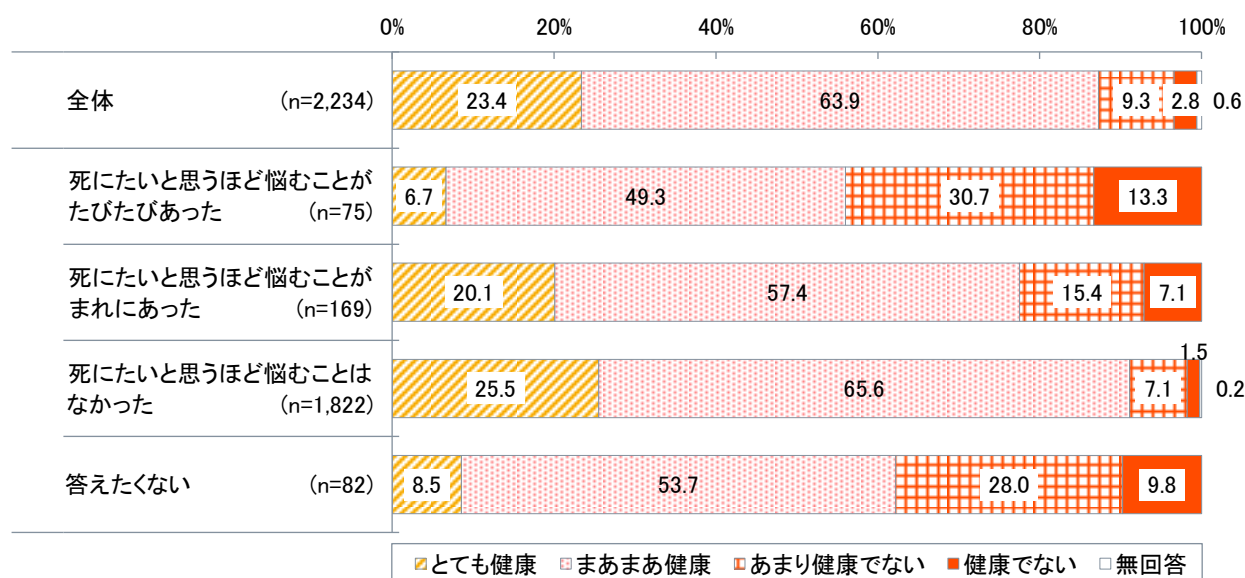
| | 調査数（人） | 相談することですら相手に迷惑をかけてしまうと思っただから | 自分で問題を解決できると思っただから | あつたから話すことに抵抗感が「死にたい」と「死にたい」と相談は知らなかったから | 機関に相談できるとは知らなかったから | 相談できる相手がいなかったから | その場限りの対応をされるだけだから | 相談しても | 余計つらくなることを言われたから | 以前相談したときから | 頭に浮かばなかった | 相談するのがはずかしかったから | 相談する必要がなかったから | その他 | 無回答 |
|-----|--------|------------------------------|--------------------|---|--------------------|-----------------|-------------------|-------|------------------|------------|-----------|-----------------|---------------|-----|-----|
| 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | |
| 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 | | | |

④ 死にたいほどの悩みと健康・睡眠状態の関係

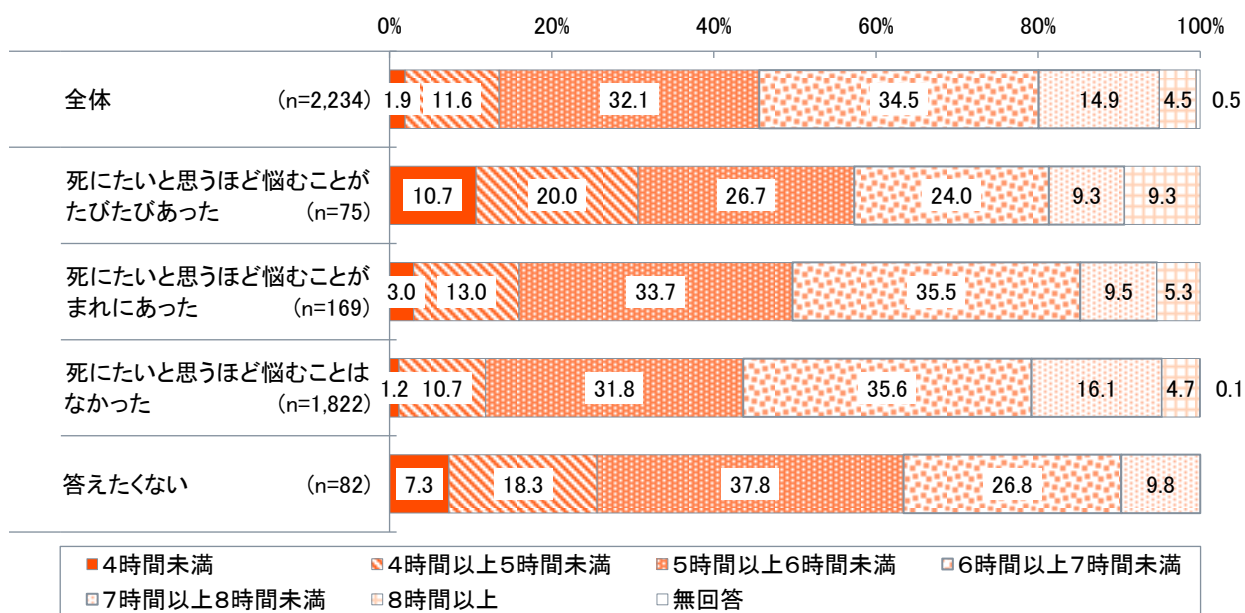
「健康状態」について、最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみると、「たびたびあった」人のほうが「なかった」人に比べて「あまり健康でない」と「健康でない」の合計の割合が高くなっています（図表 18）。

「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 19）。

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健康状態



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

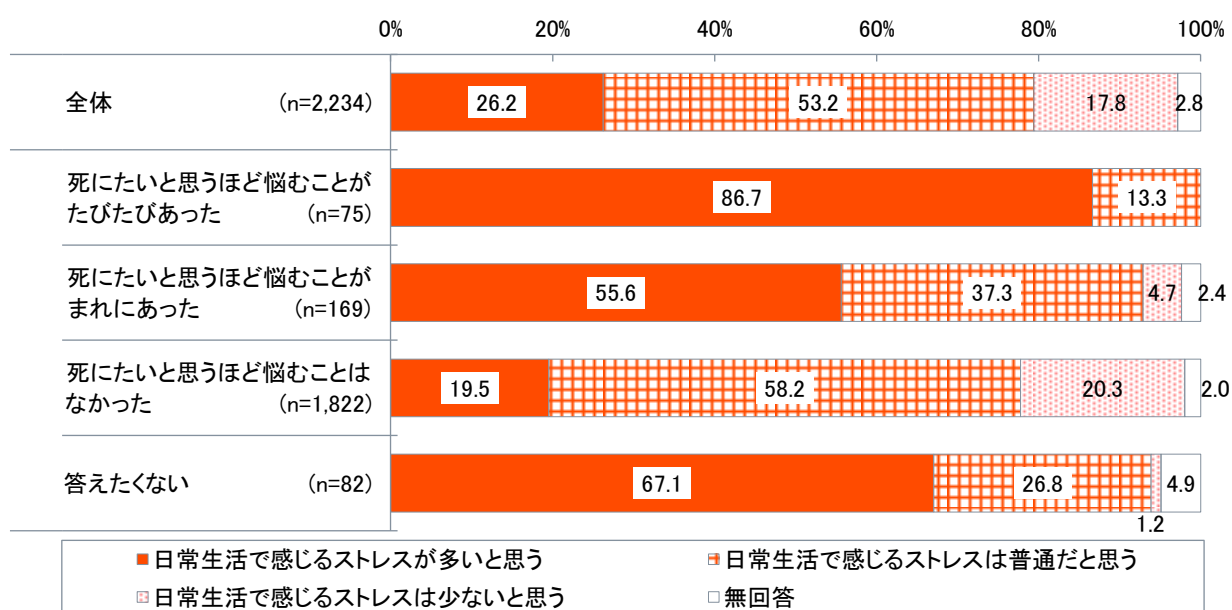


⑤ 死にたいほどの悩みとストレスの関係

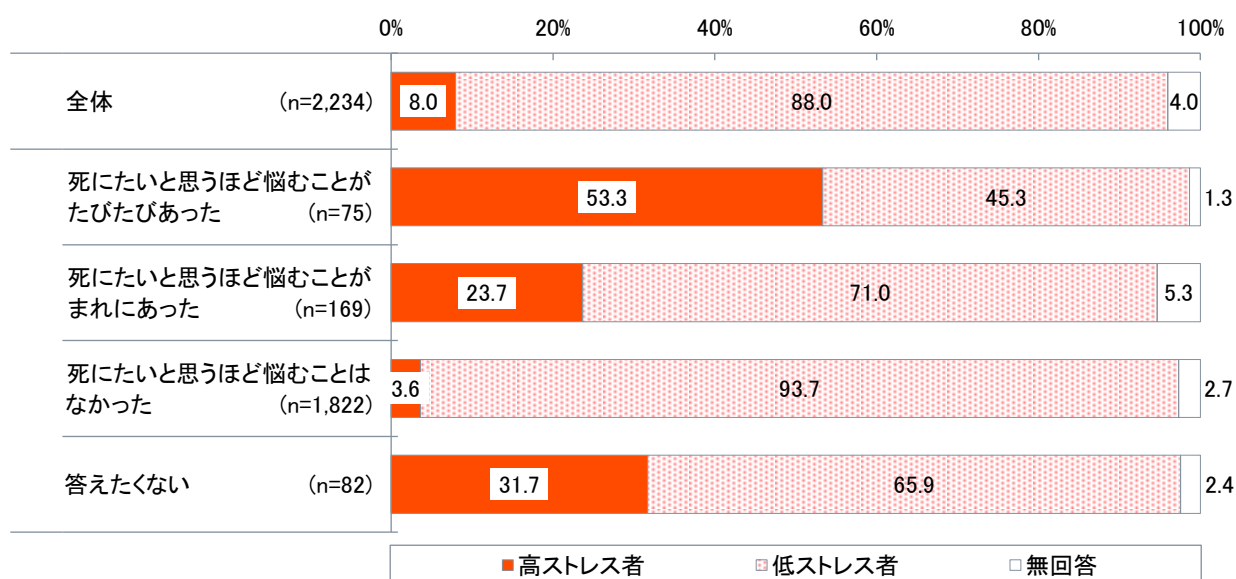
「日常生活で感じるストレス」について、最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみると、「悩んだことが「たびたびあった」人のほうが「まれにあった」「なかった」人に比べてストレスが「多いと思う」割合が高くなっています（図表 20）。

「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 21）。

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日常生活で感じるストレス



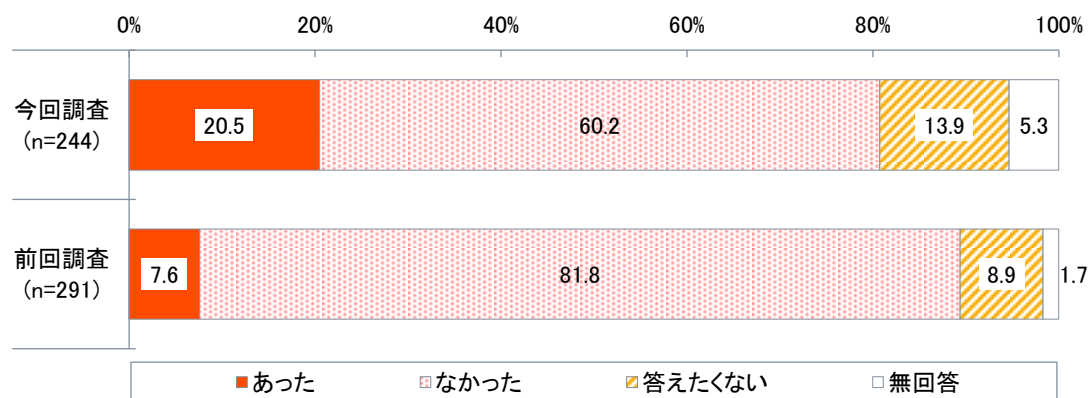
図表 21 最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた高ストレス者の割合



⑥ 「死にたい」ほどの悩みと自殺念慮・企図※の有無

最近1年以内の自殺念慮・企図（「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、「あった」と回答した人の割合は20.5%で、前回調査よりも高くなっています（図表22）。

図表 22 最近1年以内の自殺念慮・企図の有無（前回調査との比較）



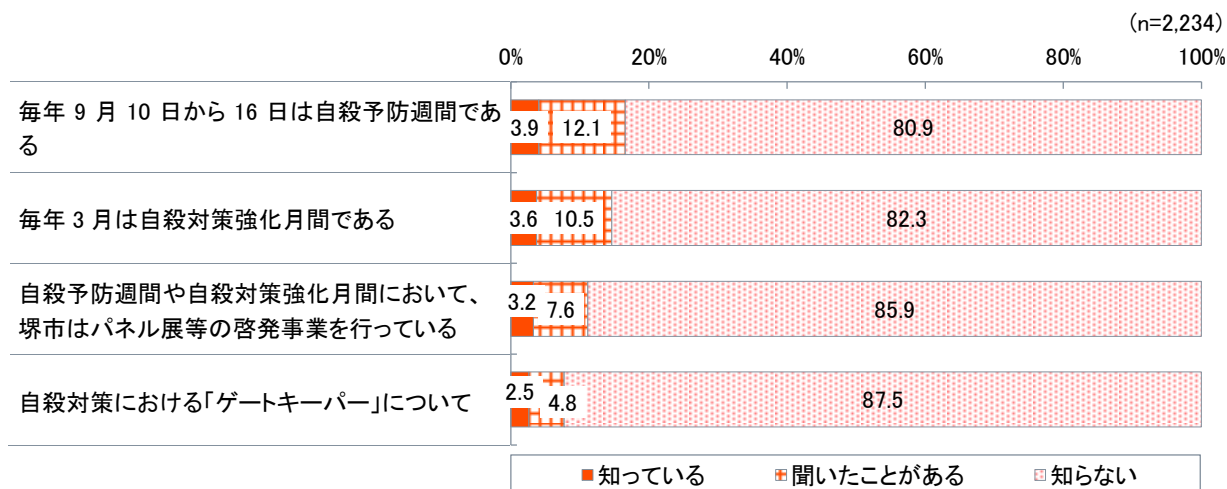
※実際に死のうと思ったことや、行動に移そうとしたこと。

⑦ 自殺に関する対策・相談窓口の認知度

1) 自殺対策の認知度

自殺対策の認知について、どの対策においても「知らない」という人の割合がほとんどを占めています（図表 23）。

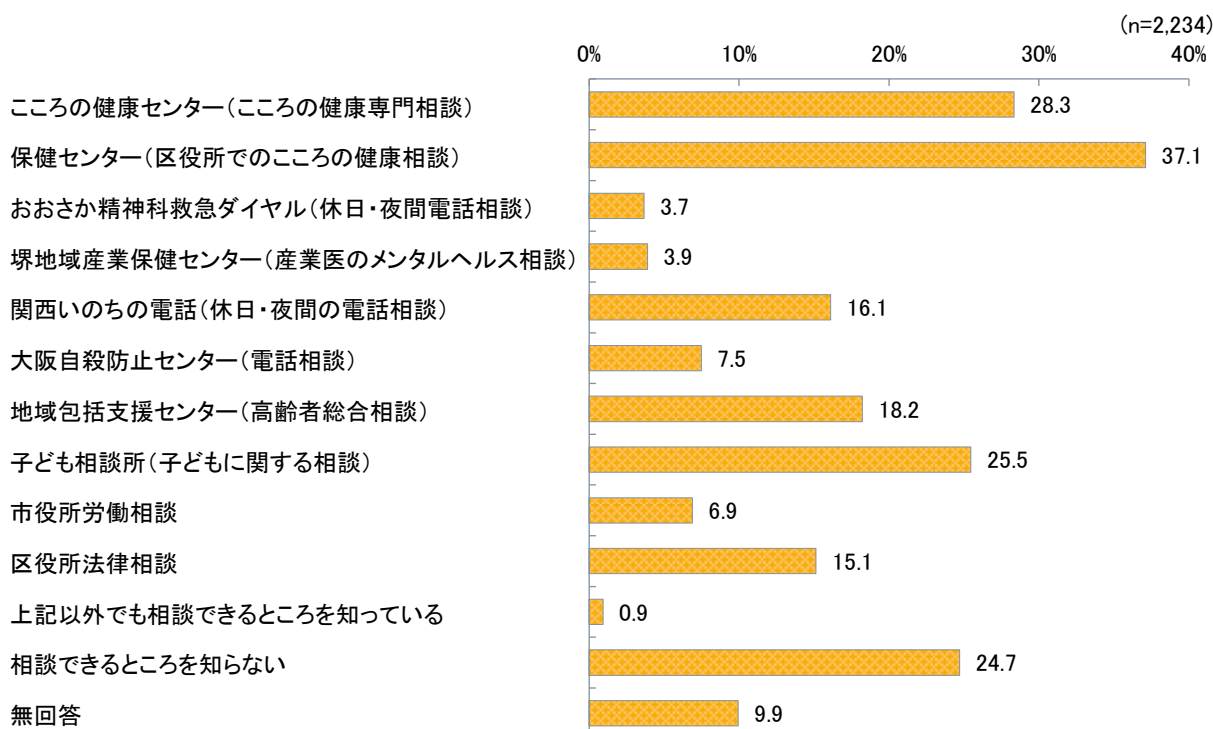
図表 23 自殺（自死）対策の認知度



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%となっています（図表 24）。

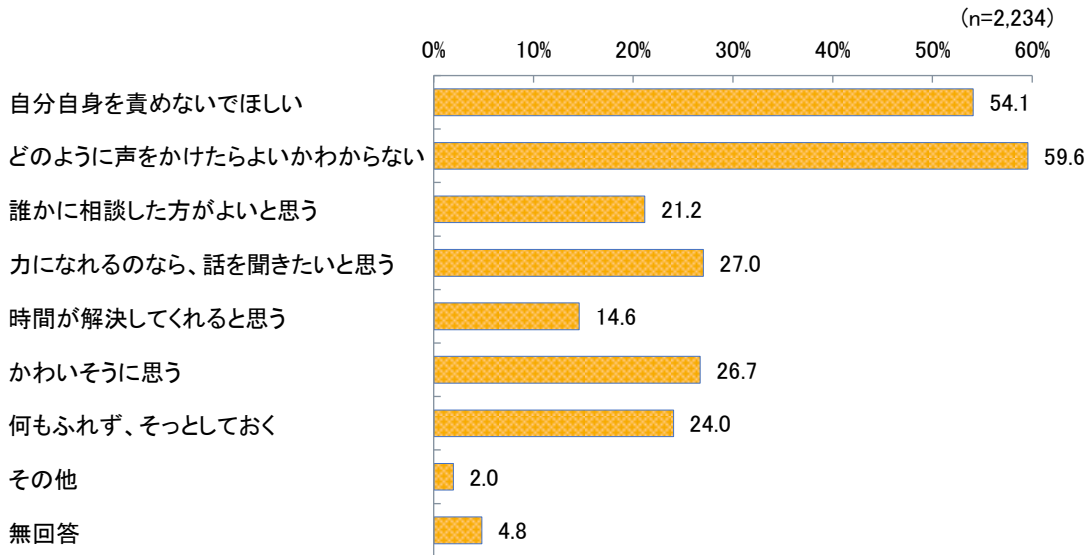
図表 24 相談機関の認知度



⑧ 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

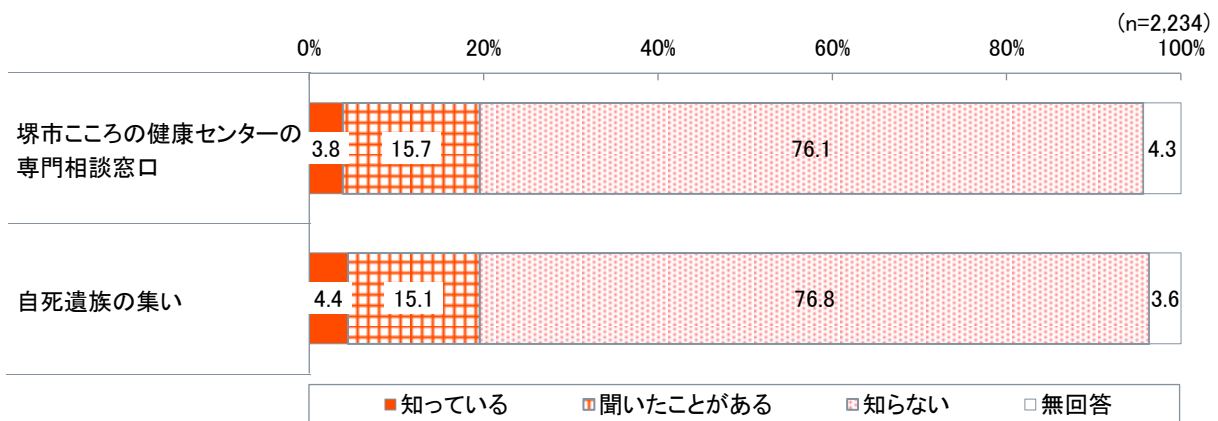
自死遺族等に対する考えをみると、「どのように声をかけたらよいかわからない」が最も高く 59.6%、次いで「自分自身を責めないでほしい」54.1%となっています（図表 25）。

図表 25 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 4%程度、「聞いたことがある」は 15%程度となっています（図表 26）。

図表 26 「自死遺族の専門相談窓口」および「自死遺族の集い」の認知度



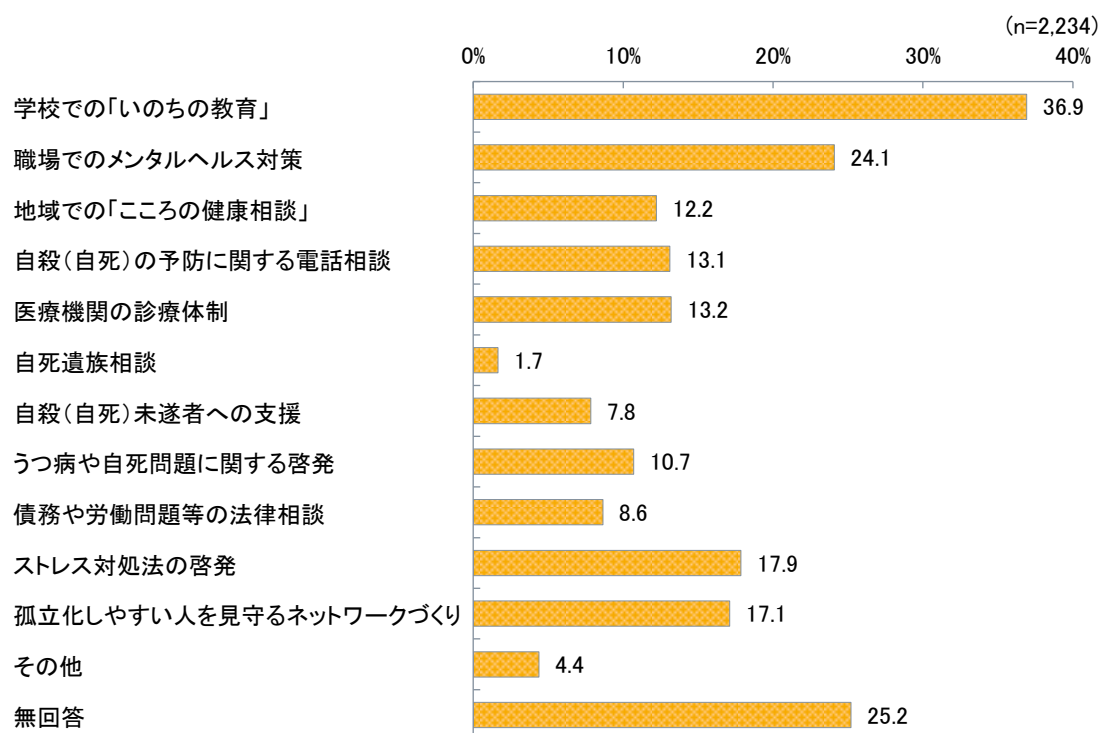
○自死について

法律用語・医学用語として使用される「自殺」という言葉は、亡くなられた方や遺族の尊厳を傷つけることがあると指摘する意見もあります。自殺は「追い込まれた末の死である」という認識から、特に遺族支援の分野では「自死」という言葉を用いています。

⑨ 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をみると、「学校での『いのちの教育』」が最も高く 36.9%、「無回答」を除くと、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%となっています（図表 27）。

図表 27 自殺（自死）を防ぐために必要な対策（3つまで）



⑩ 自殺と依存の関連性について

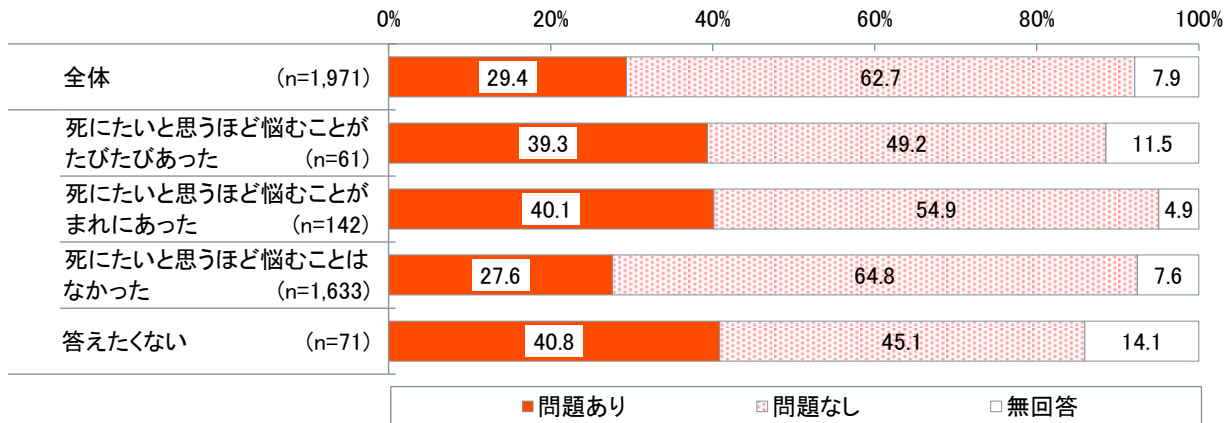
「こころの健康といのちに関する意識調査」の項目と同対象者に実施した「お酒、くすり、ギャンブル等、インターネット・ゲームに関する意識行動調査」の項目との関連性がみられたものは以下のとおりとなっています。

1) 「死にたい」と思うほどの悩みと依存の関係

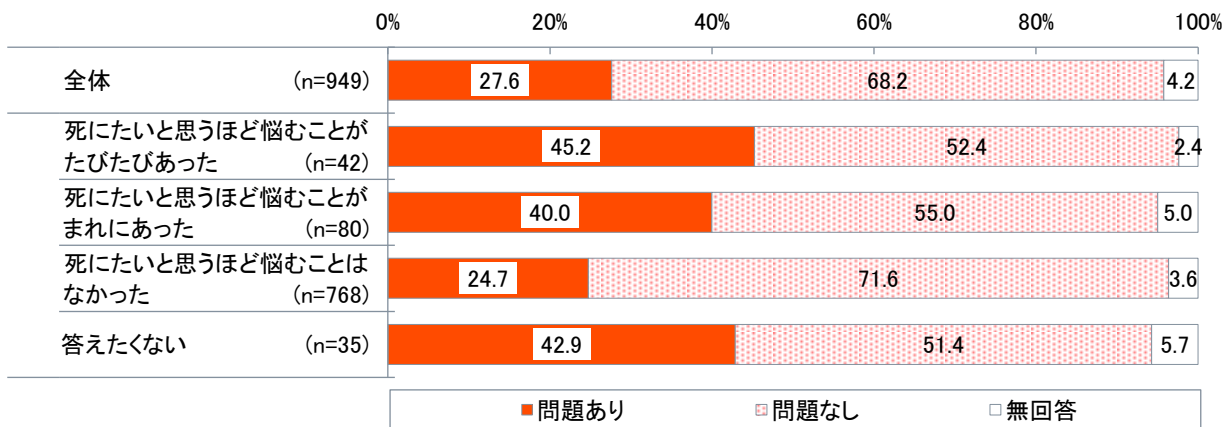
最近 1 年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別に、アルコール、ゲームの問題の状況を見ると、飲酒により生じた問題、ゲームにより生じた問題について、死にたいと思うほど悩んだことが「たびたびあった」人、「まれにあった」人では、「なかった」人に比べて、「問題あり」の割合が高くなっています（図表 28、29）。

また、生涯での薬物使用経験、処方薬・市販薬の大量服用・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 30、31、32）。

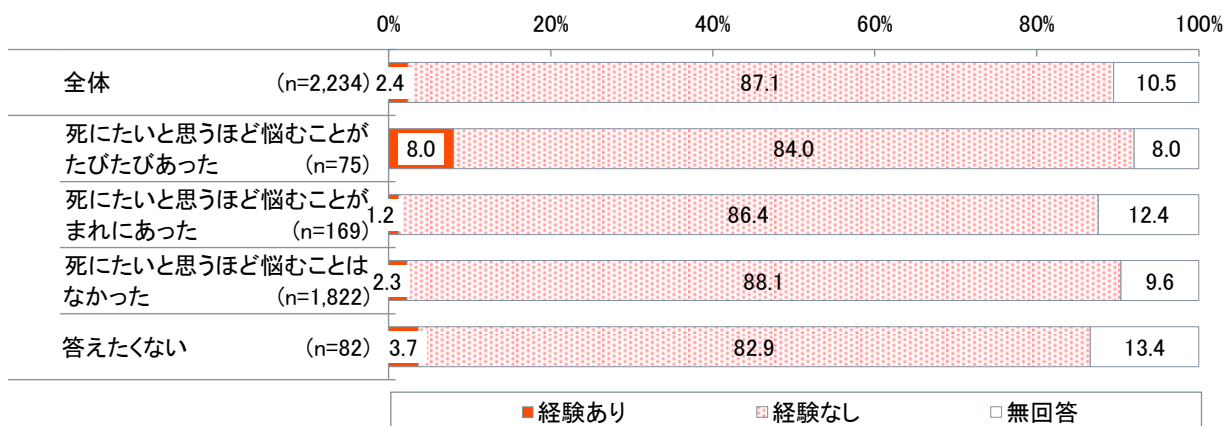
図表 28 最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた
飲酒により生じた問題の有無



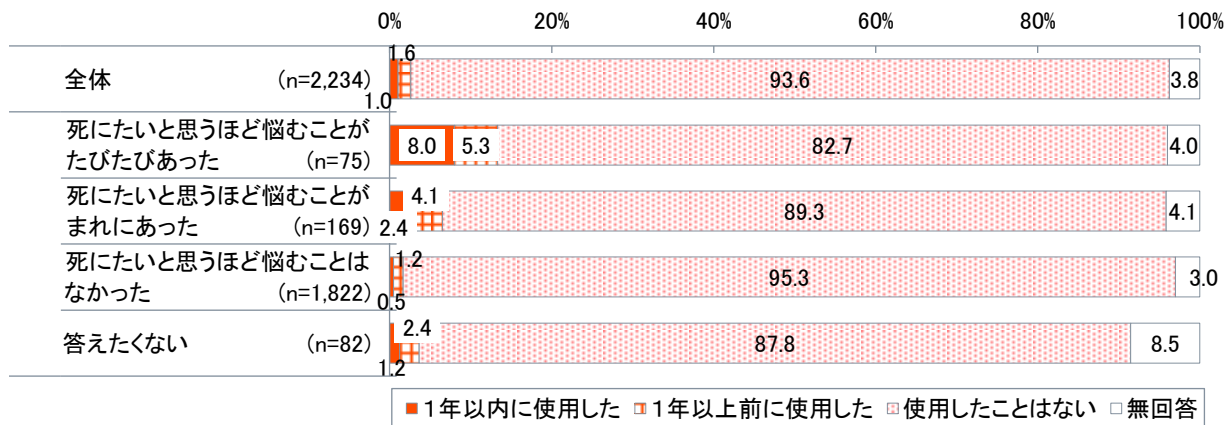
図表 29 最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた
ゲームにより生じた問題の有無



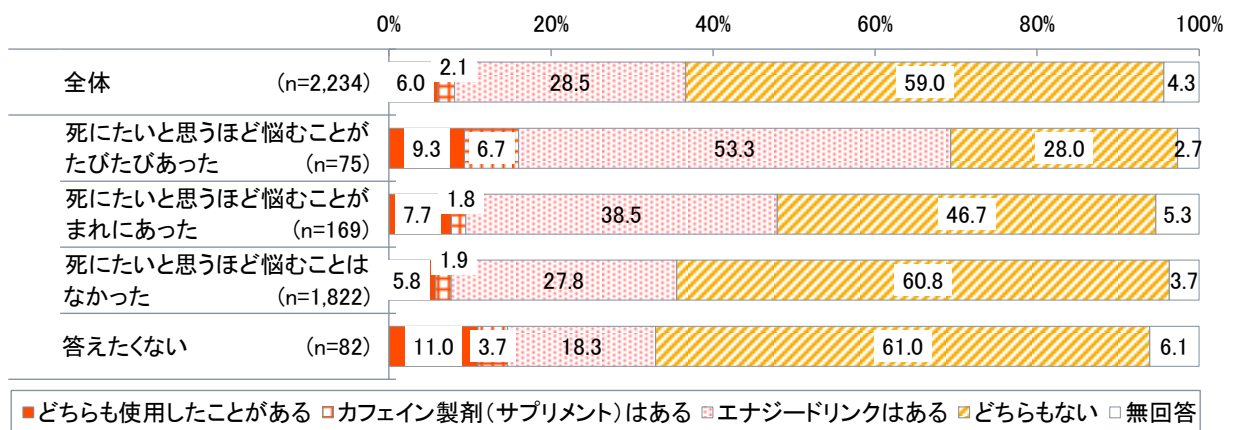
図表 30 最近1年間で「死にたい」と思うほど悩んだことの有無別にみた生涯での薬物使用経験の有無



図表 31 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
処方薬・市販薬の大量服用・目的外使用経験の有無



図表 32 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

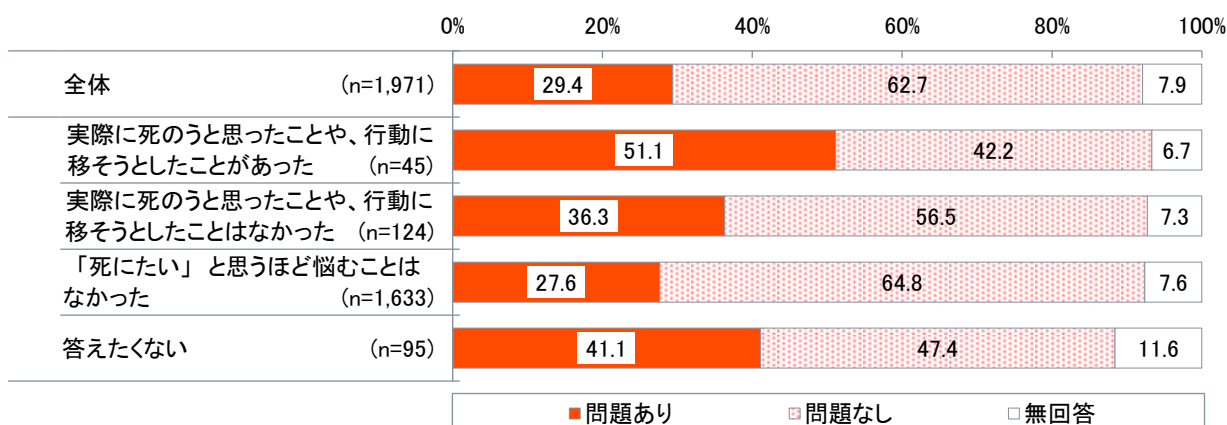


2) 自殺念慮・企図と依存の関係

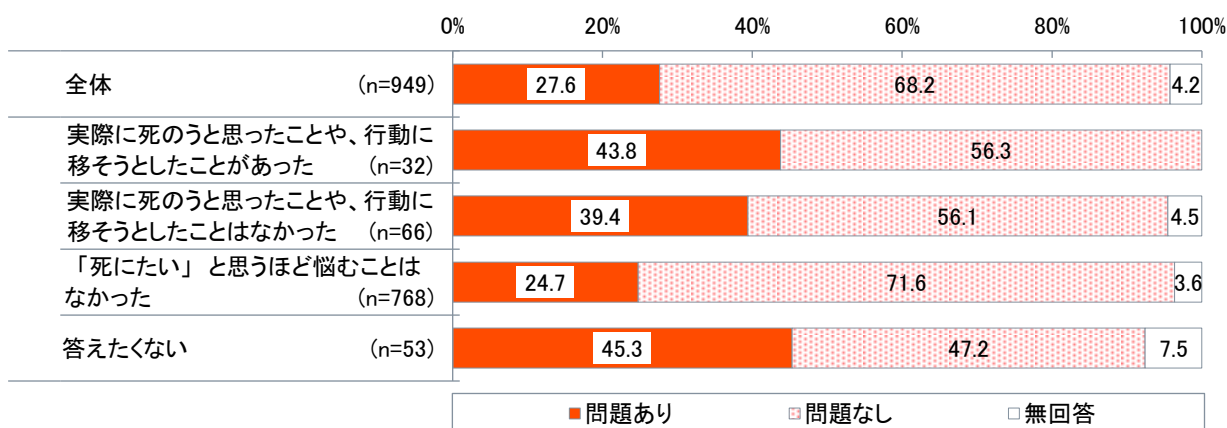
最近 1 年以内の自殺企図・念慮の有無別に、アルコール、ゲームの問題の状況をみると、飲酒により生じた問題、ゲームにより生じた問題について、「実際に死のうと思ったことや、行動に移そうとしたことがあった」人では、その他の人に比べて、「問題あり」の割合が高くなっています（図表 33、34）。

また、生涯での薬物使用経験、処方薬・市販薬の大量服用・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 35、36、37）。

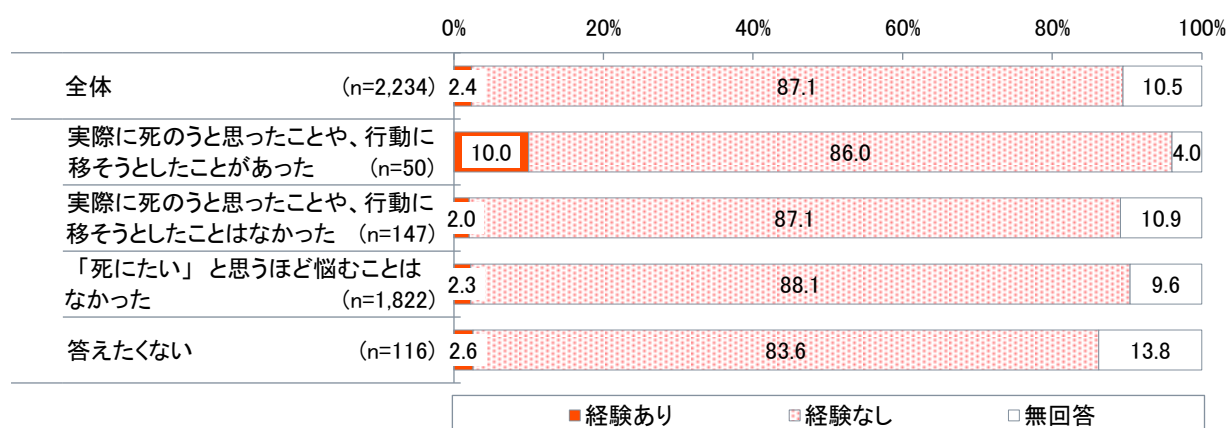
図表 33 最近 1 年以内の自殺念慮・企図の有無別にみた飲酒により生じた問題の有無



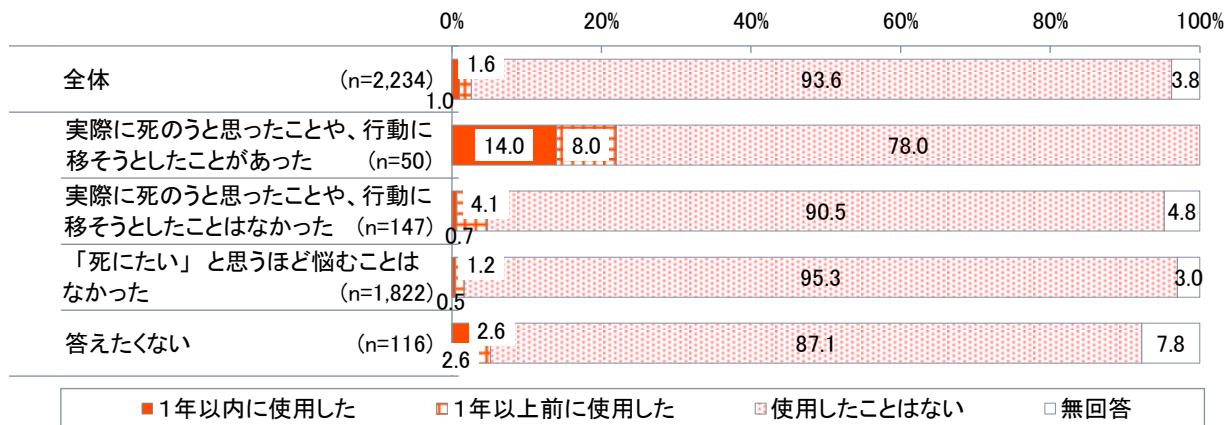
図表 34 最近 1 年以内の自殺企図・念慮の有無別にみたゲームにより生じた問題の有無



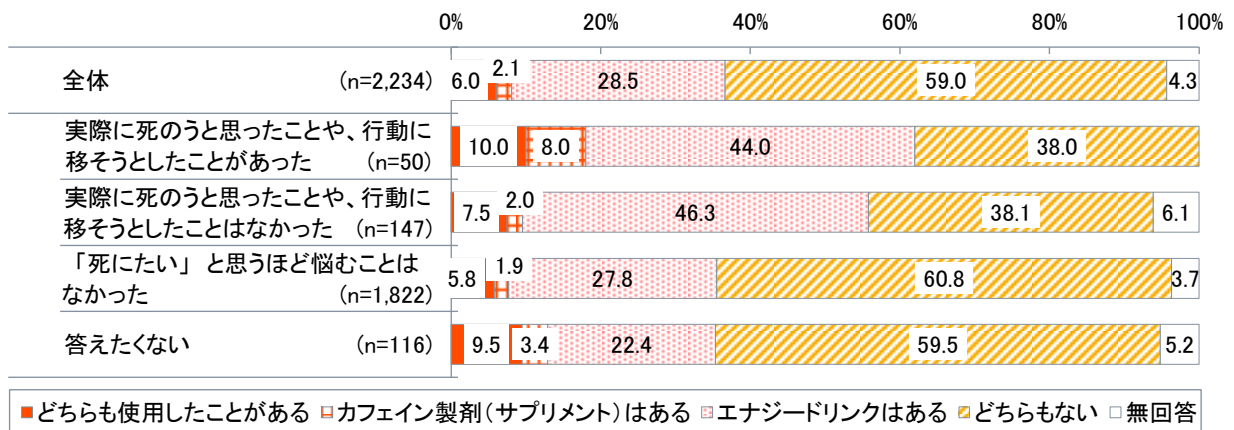
図表 35 最近 1 年以内の自殺念慮・企図の有無別にみた生涯での薬物使用経験の有無



図表 36 最近 1 年以内の自殺念慮・企図の有無別にみた
処方薬・市販薬の大量服用・目的外使用経験の有無



図表 37 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



※「⑩自殺と依存の関係性について」の調査結果は、お酒、薬物、ゲームなどの物質や行為そのものが自殺に直結すること（因果関係）を示したものではありません。お酒、薬物、ゲームなどに関して生じる問題の背景に、「死にたいと思うほど悩む」「死のうと思ったことや、行動に移そうとした」ほどの生きづらさや生活上の困難などが隠れていることがあります。自殺対策を推進する上では、このような認識のもとで取り組んでいくことが重要と考えます。

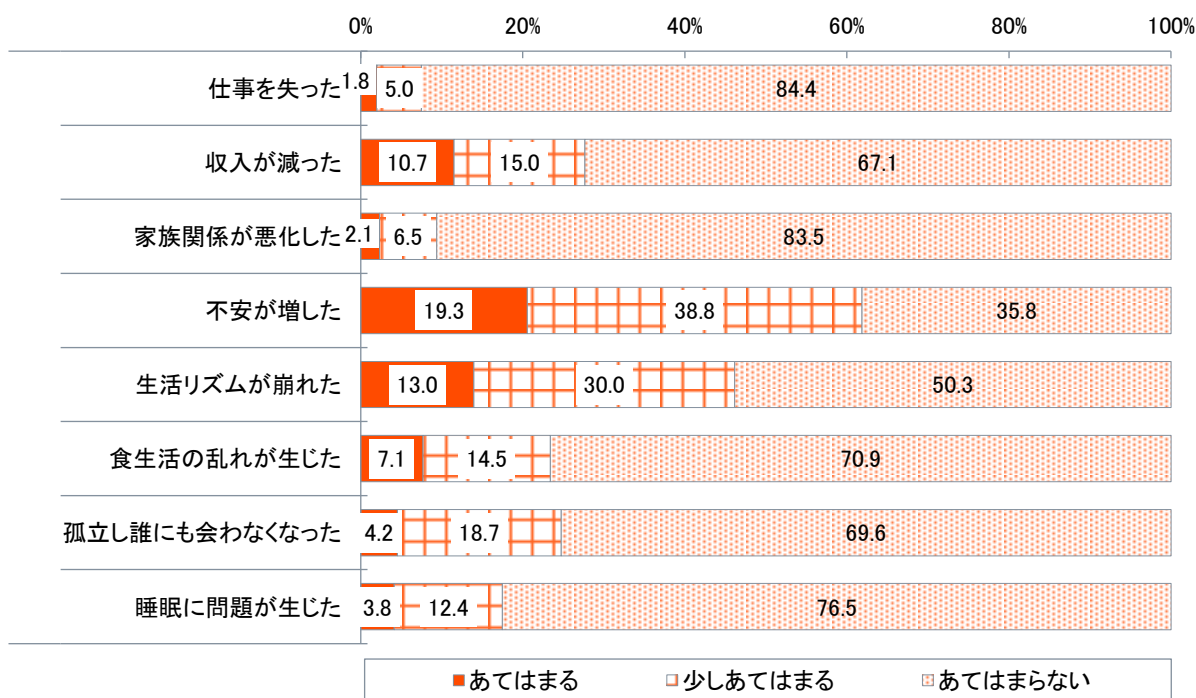
⑪ 新型コロナウイルス感染症の影響について

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」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」43.0%、「収入が減った」25.7%となっています。

また、「孤立し誰にも会わなくなった」22.9%、「食生活の乱れが生じた」21.6%、「睡眠に問題が生じた」16.2%、「家族関係が悪化した」8.6%、「仕事を失った」6.8%と新型コロナウイルス感染症による生活変化等が、生活や精神面に影響を及ぼしていることがうかがえます（図表 38）。

図表 38 新型コロナウイルス感染症の影響による変化

(n=2,234)



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（回収率64%、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、警察、消防（救急隊）および市内救急告示病院と連携して自殺未遂者相談支援事業を実施しており、救急告示病院への実態調査をすることで、自殺対策推進計画への評価と、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ました。

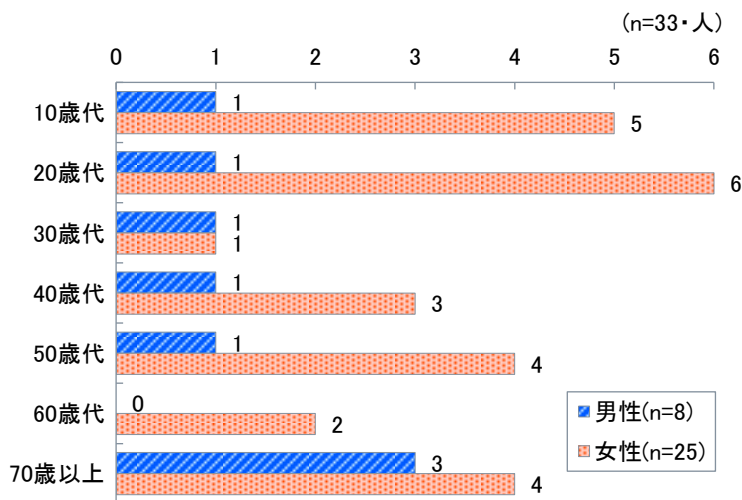
（1）救急告示病院の実態調査の結果

調査期間中に自殺未遂者への対応をした病院は16病院中7病院となっており、令和2年11月1日から12月31日までに計33名（女性25名、男性8名）への対応がありました。

① 自殺未遂者の性・年齢別人数

女性では、ほとんどの年代で男性に比べて自殺未遂者の人数が多くなっています。また、その中でも10歳代、20歳代が多くなっています（図表39）。

図表39 調査期間中の自殺未遂者の性・年齢別延べ人数



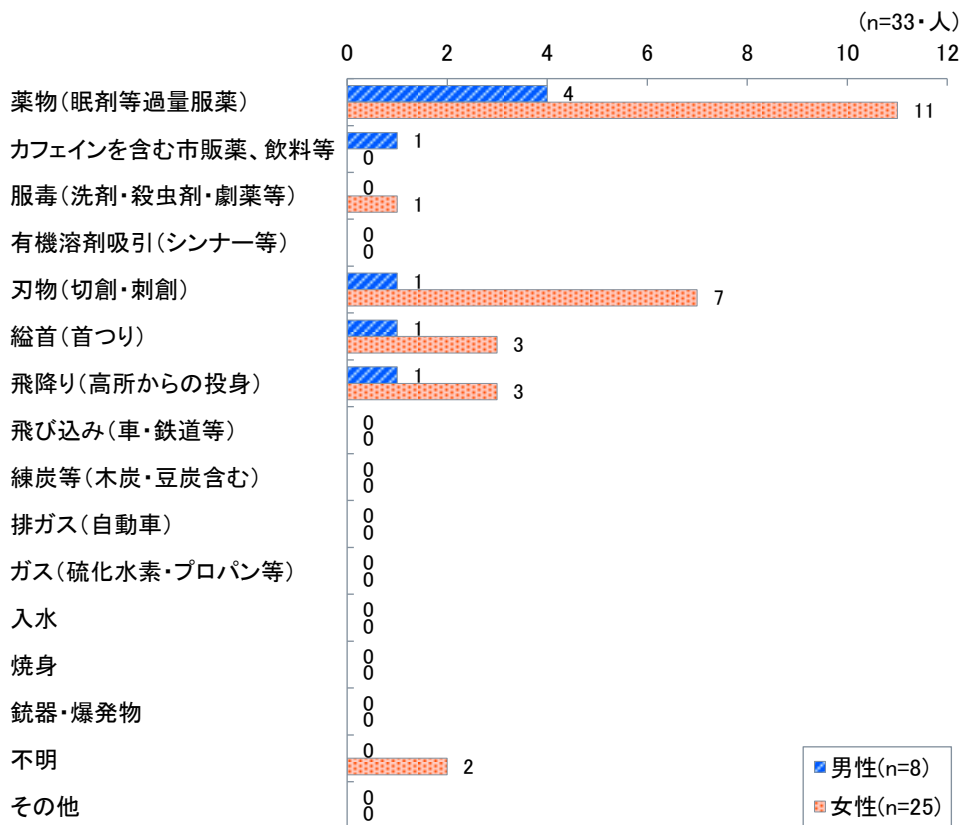
※自殺未遂者に対応した7病院で「受診に至った原因が自殺行為であるかどうか」について「確認している」としているため、すべての数を「自殺未遂者」として計上しています。

② 自殺未遂者の状況および未遂者、家族等への対応

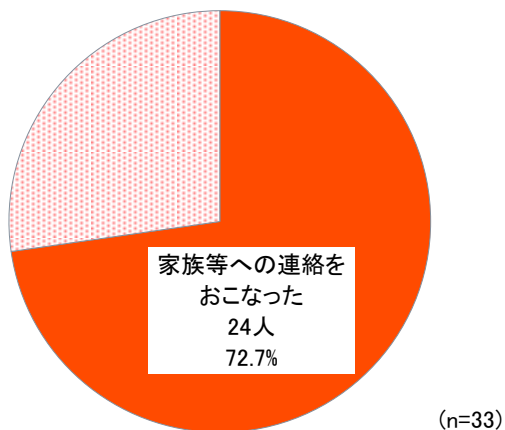
搬送時、アルコールを摂取していた人、違法薬物の影響を受けた可能性のある人が全体の2割となっています。自殺未遂の方法としては、薬物等の過量服薬（眠剤やカフェイン製剤等）が15人（45.5%）と最も多くなっています（図表40）。

自殺未遂で搬送された人のうち、家族とその後連絡をとることができたのは24件で、全体の73%となっています。また、精神科以外に搬送された20件のうち、14件（70%）に精神科受診を勧めています（図表41、42）。

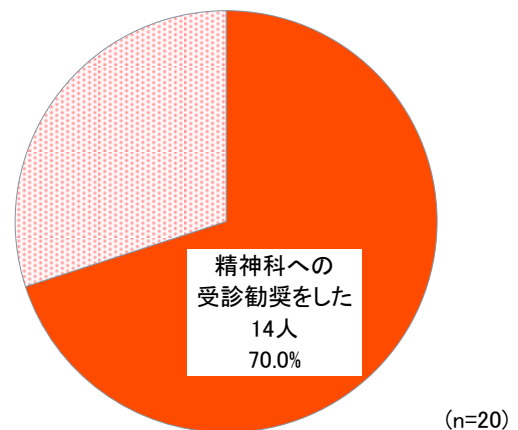
図表40 調査期間中の自殺未遂者の自殺方法別延べ人数



図表41 家族等への連絡をおこなった人数



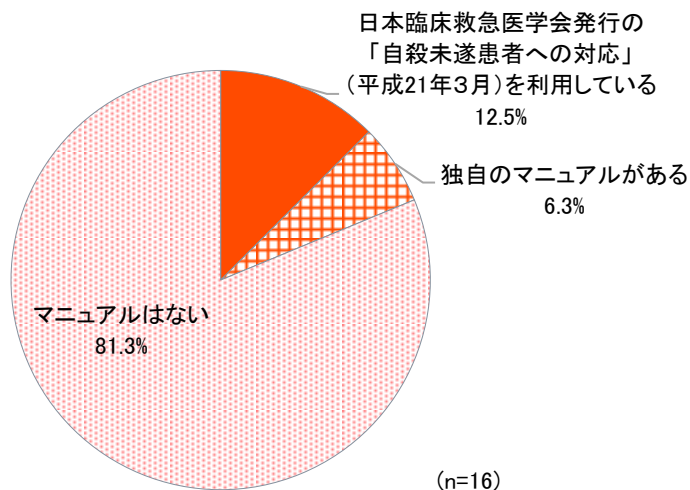
図表42 精神科への受診勧奨をした人数



③ 自殺未遂者の対応について

自殺未遂者の対応について、「マニュアルはない」の割合が81.3%となっています（図表43）。

図表 43 自殺未遂者への対応マニュアルの有無

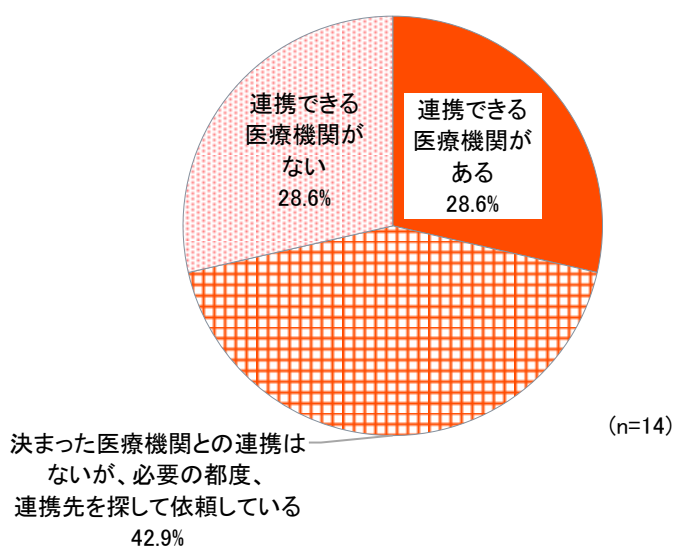


④ 医療機関・相談機関との連携

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44）。

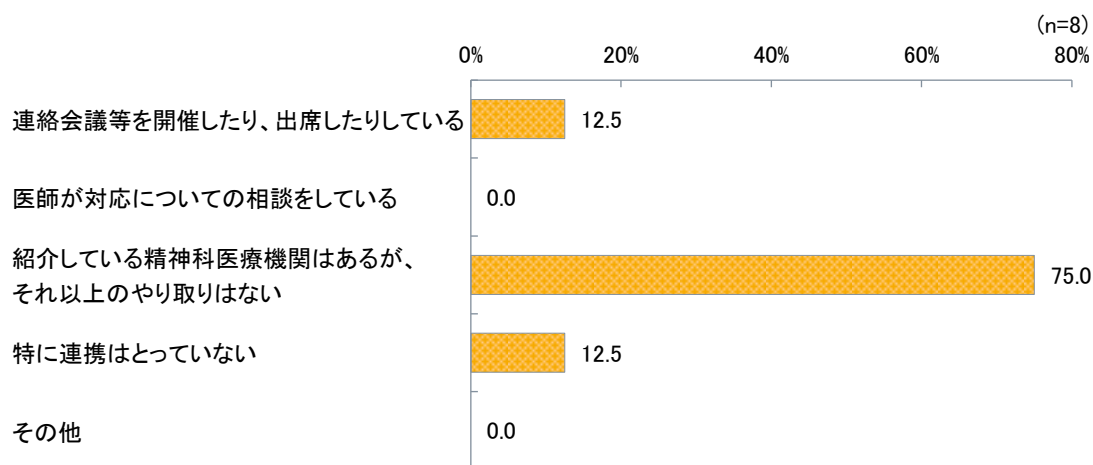
図表 44 自殺未遂者の治療に際して連携できる医療機関の有無
（直近3年間に自殺未遂者を診療した病院のみ）



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 45）。

図表 45 精神科医療機関との連携状況（精神科病院除く）



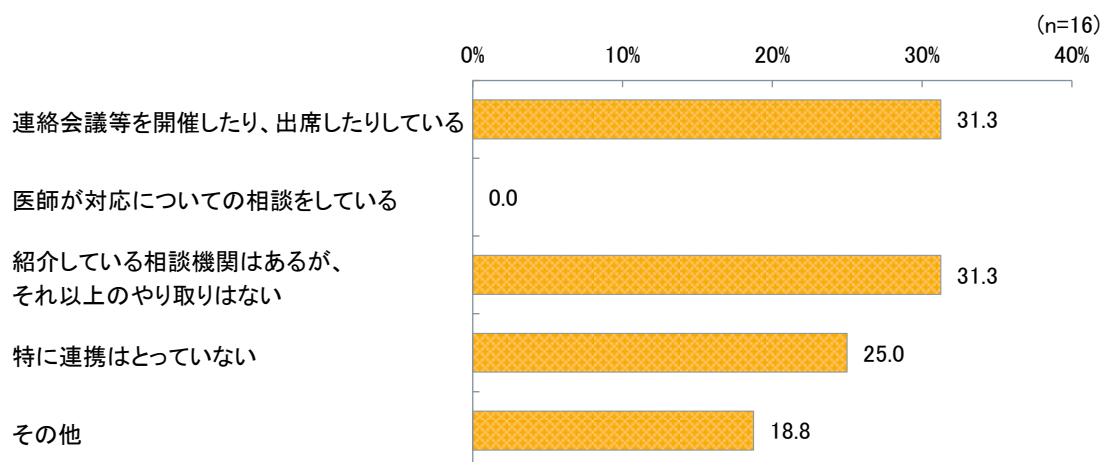
3) 精神科医療機関との今後の連携についての意見（自由記載）一部抜粋

- ・ 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。
- ・ 身体科・精神科の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 46）。

図表 46 相談機関との連携状況



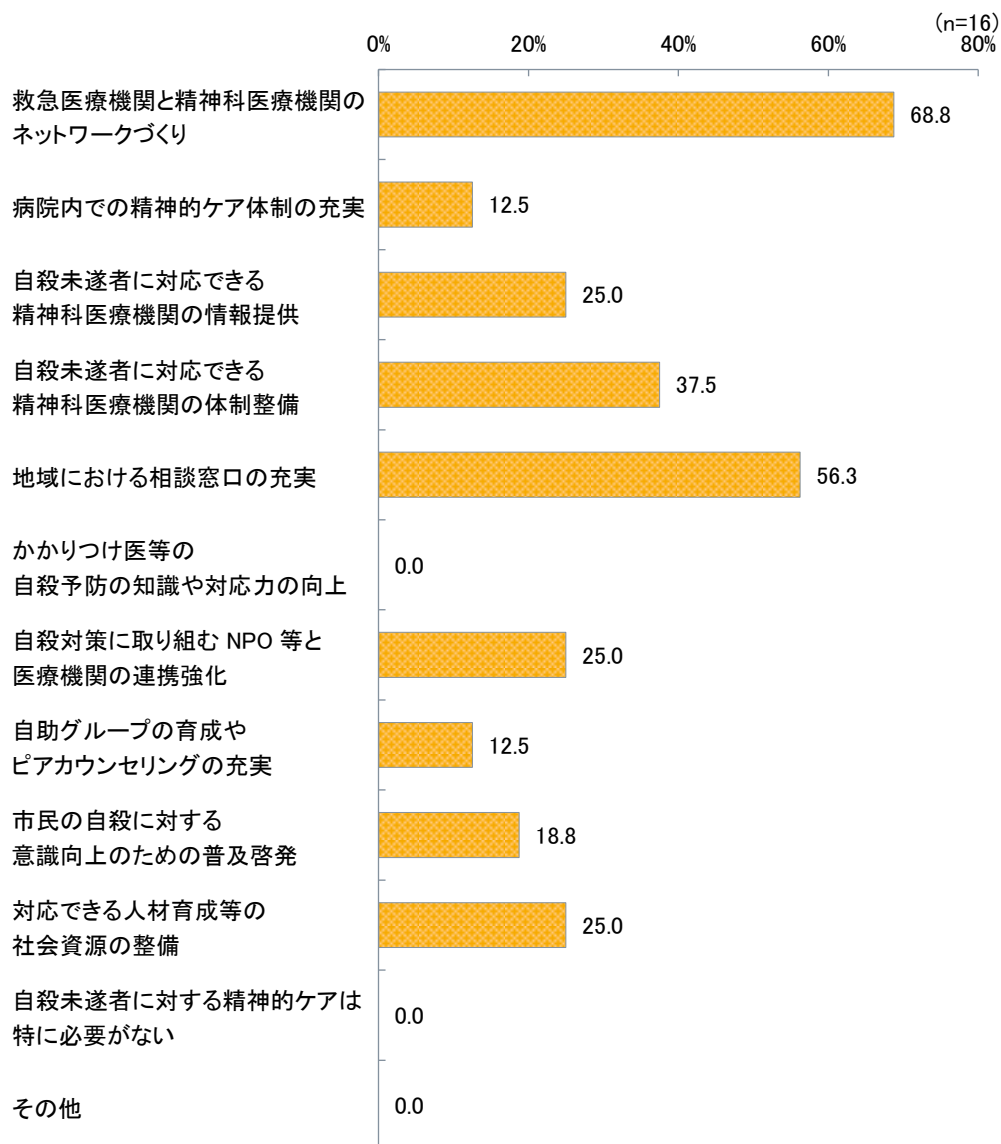
5) 相談機関との今後の連携についての意見（自由記載）一部抜粋

- ・ 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いい。
- ・ この分野における救急病院、精神科病院、相談機関、行政、警察等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。

⑤ 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47）。

図表 47 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と重点施策

本市の現状を踏まえ、今度取り組むべき課題から重点施策をまとめました。

(1) ゲートキーパーの拡充

調査より、「ゲートキーパー」について、9割弱の人が知らないと答え、ゲートキーパーを「知っている」「聞いたことがある」と答えた人のうち、ゲートキーパー研修に参加したことがある人は7%程度でした。本市ではゲートキーパーの養成を平成23年度から開始し、養成者数は累計約5000人となっています。調査結果より、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、「市民みんながゲートキーパー」の実現に向け、引き続きこの取り組みを拡大していく必要があります。

また、さまざまな相談窓口につながった際に、自殺予防の視点を持ち、適切な対応ができるよう関係機関・団体・行政に関しても、ゲートキーパーの拡充を図ることが必要です。

(2) 相談機関周知および啓発活動の推進

調査より、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。自殺（自死）についての考えでは「防ぐことができる」と答えた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、自殺対策の啓発の一環である「自殺予防週間（9月10日～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。

社会にはいまだ自殺に対する誤解や偏見があり、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、相談機関（窓口）の周知や自殺に対する正しい知識、対応についての啓発活動が必要です。

(3) 自殺の原因動機に対応する関連施策との連携強化

地域における自殺の基礎資料によると、自殺の原因動機として「健康問題」が最も高くなっており、そのほかにも「家庭問題」「経済・生活問題」等の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は年代や性別によってさまざまであり複数の原因を抱えている方もいました。このように自殺の背景にはさまざまな問題があり複雑に絡み合っているため、一つの施策だけでなく、関連するすべての施策が一体となり、自殺者を減らすという目標に向かって、相互の役割を發揮し有機的な連携の強化を図ることが必要です。

(4) 高齢者および若者・女性への支援の充実

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高齢者の自殺者の割合が高くなっており、引き続き、自殺の問題となり得る高齢者の問題（うつ病や認知症等）への対策に取り組む必要があります。

また、若者の死因の第1位を自殺が占めていること、コロナ禍等で生活に影響を受けた学生・生徒、女性の自殺者が増えていること、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、女性の自殺未遂者が多いことから、今後は重点的に若者・女性への支援の充実を図ることが必要です。

(5) 職場でのメンタルヘルス対策への支援の強化

調査結果より、死にたいほどの悩みの原因として「勤務問題」の割合が高くなっており、自殺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」と答えた人の割合も高くなっていました。また、勤労者は他と比べて、うつ病の症状が続いても「受診しない」人の割合が高くなっており、自殺の背景となり得る勤務問題への早期対処やうつ病などのメンタルヘルスへの理解促進に向けた取組が必要です。

今後も経営者・勤労者に向けた研修会や会議等を通じて職域や産業保健と連携し、職場のメンタルヘルス対策への支援を強化していくことが必要です。

(6) 自殺未遂者や家族等への支援の強化

① 救急告示病院と医療機関、相談機関との連携強化

自殺未遂者への対応においては、調査結果より精神科医療機関および相談機関との連携について、「紹介しているところはあるが、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、相談機関が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等へのきめ細かな対応ができるような連携体制を構築していくことが必要です。

② 自殺未遂者や家族等への対応力向上

救急告示病院において、自殺未遂者の家族へ連絡をとることができたのは、全体の7割を超えています。自殺未遂者の家族等は、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。このため、自殺未遂者のみならず、家族等が孤立することのないよう、適切な支援を行うことが重要です。

そのためには、相互連携の中で、自殺未遂者だけでなく、家族等の支援に関する研修等を行う必要があります。

(7) 自死遺族等への支援の強化

調査結果より、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あり、専門相談窓口等の周知を図っていく必要があります。

家族等の身近な人の自死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。また、誤解や偏見によって、周囲から孤立してしまうこともあります。そのため、専門的な支援に加え、生活の困りごとなどに対応した自死遺族等への包括的な支援が必要です。

(8) 依存症対策と連携した自殺対策の推進

調査結果より、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」人の中で、薬物の使用経験がある、飲酒問題がある等の割合が高い状況です。また、救急告示病院の自殺未遂者実態調査では、アルコールや薬物の影響を受けている可能性のある人が自殺未遂者の2割程度にみられており、自殺未遂の方法としても、薬物（主には処方薬、市販薬）の過量服薬が4割近くを占めています。

「死にたい」と思うほどの悩みや生きづらさがあるが故に、依存物質や行為の経験に至ったり、依存症が進行し、うつ状態となることで自殺に追い込まれたりすることがあります。自殺の背景にある依存の問題に対する理解の促進を図ること、さまざまな機会を通じて依存症対策との連動性のある取組を進めていくことが必要です。

第3章 自殺対策を推進するうえでの基本認識

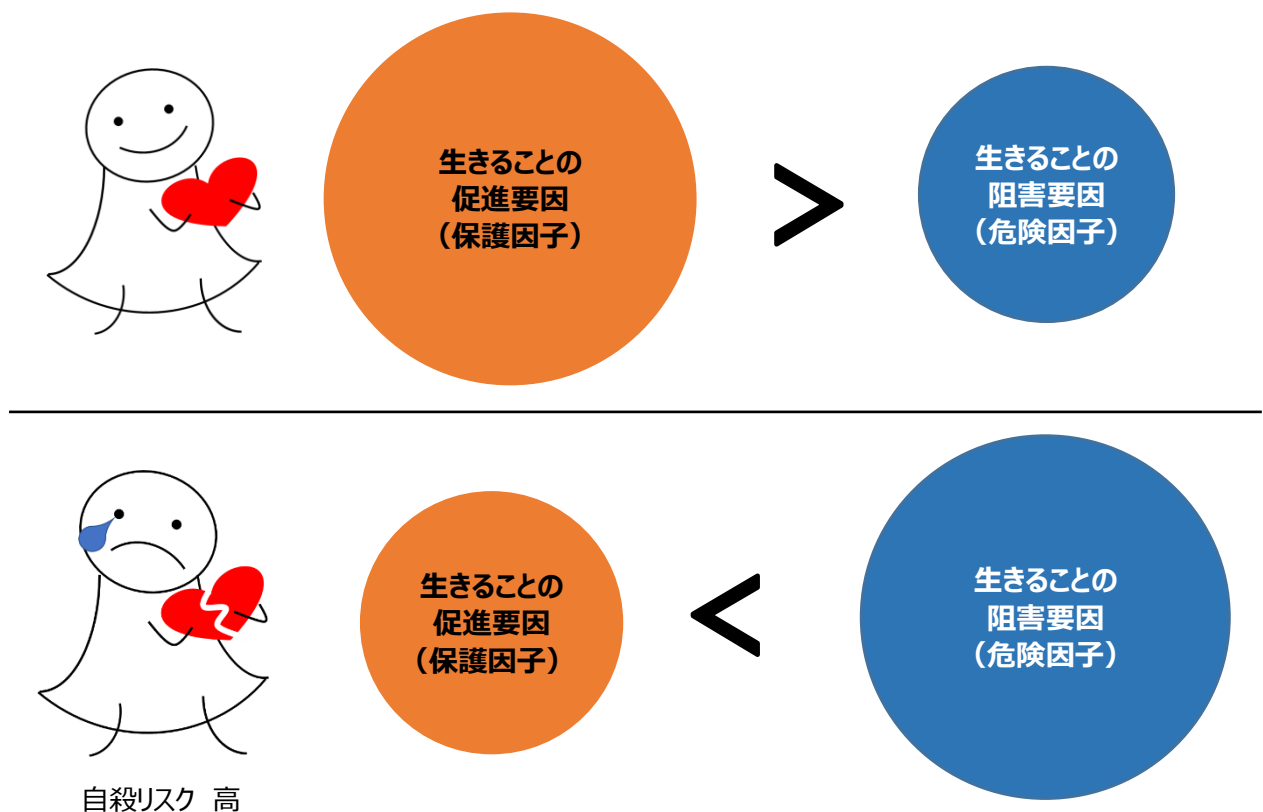
1. 基本認識について

「自殺総合対策大綱」では、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置き、「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、以下の基本認識をもとに自殺対策を推進します。

- ①自殺は、その多くが追いつめられた末の死であり、誰にでも起こり得る危険がある。
- 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（誤解や偏見）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」では、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のリスクが高まるとされています。自殺対策には、「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）」を増やす取組が必要です。





○生きることの阻害要因（危険因子）

過去の自殺企図・自傷歴、喪失体験、苦痛な体験（いじめ、家庭問題等）、職業・経済・生活問題（失業、多重債務、生活苦、不安定な日常生活等）、精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み、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等）、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（自殺念慮、絶望感、孤立感、不信感等） など

○生きることの促進要因（保護因子）

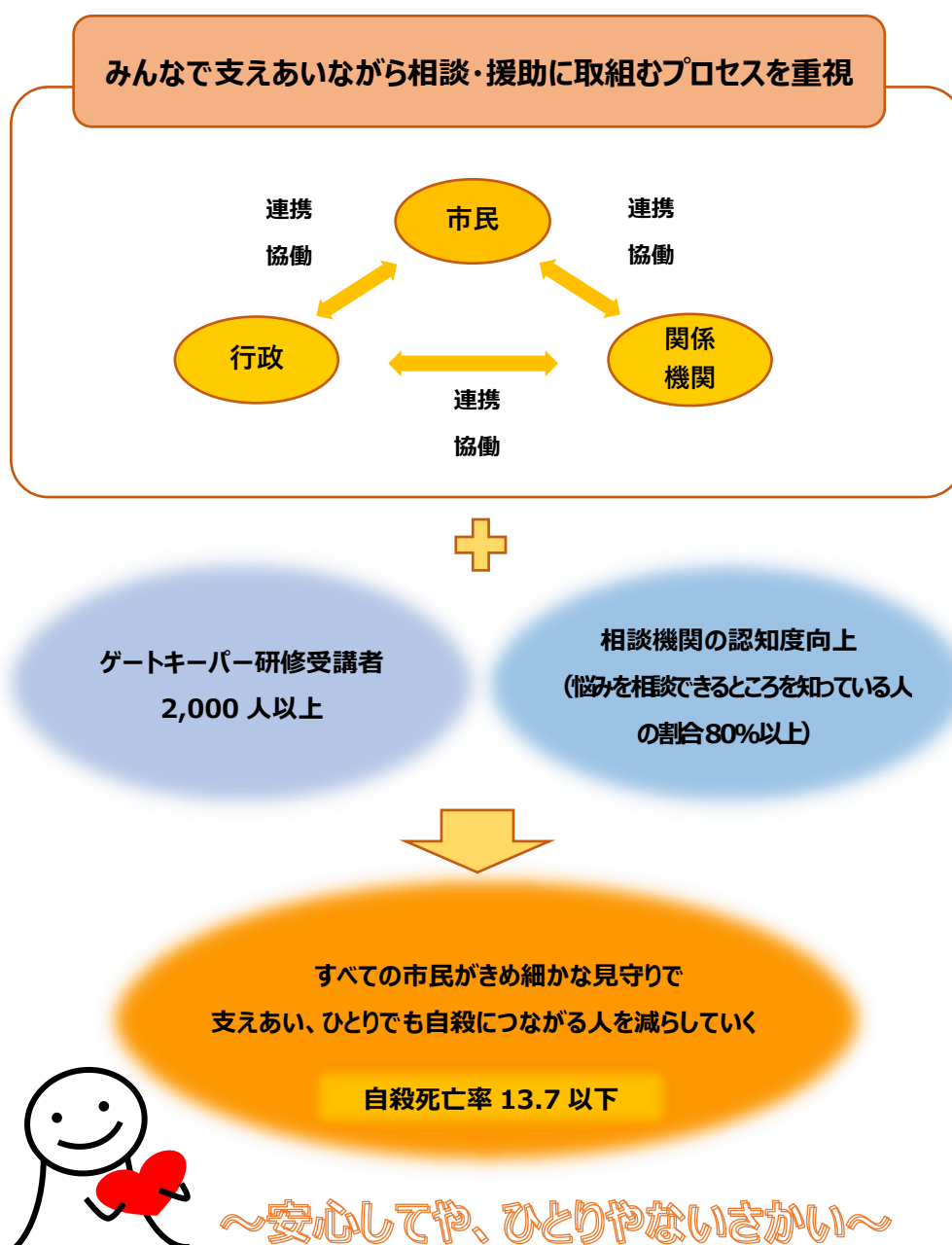
心身の健康（心身ともに健康であること）、安定した社会生活（良好な家族・対人関係、充実した生活、経済状況、地域のつながり等）、支援の存在、利用可能な社会制度、医療や福祉のサービス、適切な対処行動、周囲の理解 など

第4章 計画の目標

本計画では、「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」「相談機関の認知度を 80%以上にする」という指標を掲げ、その結果、「すべての市民がきめ細かな見守りで支えあい、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。

計画策定において、「ゲートキーパー研修受講者を増やす」「相談機関の認知度向上」「自殺死亡率の減少」を成果指標として掲げることも重要ですが、本市では自殺対策にかかるプロセス（過程）も重視しています。

本市におけるプロセスとは、市民が一人ではないと実感できる「～安心してや、ひとりやないさかい～」の実現をめざすために、不安や悩みを抱く市民それぞれに寄り添いながら、市民や関係機関・団体、行政等が支えあい、連携・協働した相談や援助に取り組むことです。



本市の自殺死亡率（人口動態統計）の目標値については、「自殺総合対策大綱」の中の「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」という目標に基づき、過去 3 年間（平成 25 年～27 年）の平均値 19.5 を基準値とし、令和 8 年までに 30%以上減少させること（13.7 以下）としています。

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。

図表 48 自殺死亡率の実績値と目標値

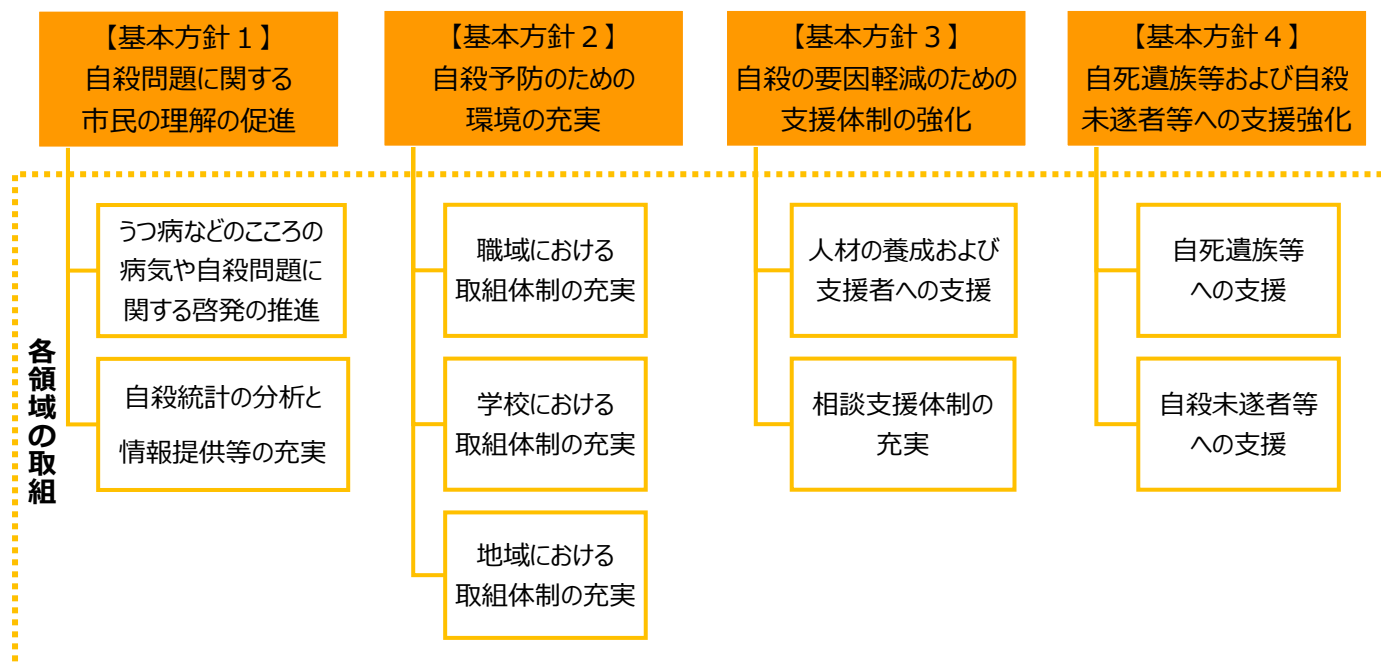
| 西暦 | 年号 | 自殺死亡率（全国） | 自殺死亡率（堺市） | | 毎年下げる目標値 （四捨五入） |
|------|-------|--|--|-------|--------------------|
| 2013 | 平成25年 | | 基準値19.5 (3年平均値) | 19.5 | |
| 2014 | 平成26年 | | | 19.3 | |
| 2015 | 平成27年 | 18.5 | | 19.8 | |
| 2016 | 平成28年 | ↓ 令和8年までに、平成27年の全国平均の自殺死亡率と比べ30%以上減少させる | ↓ 令和8年までに、平成25年から平成27年の自殺死亡率の平均値と比べ30%以上減少させる | 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) | | |

※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。

※自殺死亡率は、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、本市では3年間の平均値を基準値としています。

第5章 基本方針および取組の推進

基本理念、計画の目標の実現に向けて、自殺対策にかかるプロセスを重視しながら、以下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」、自殺対策を推進するうえで実施することが望ましく、自殺対策に結び付く施策を「基本施策」としています。

※主な取組の事業については、今後変更（廃止や事業内容の変更等）の可能性があります。

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誤解や偏見があり、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、健康問題、家庭問題、学校問題等が存在し、これらが複雑に絡み合い、自殺に関する問題は個人で解決しにくいものとなっています。

そのため、専門家だけでなく、身近な家族等に相談しやすい環境を作っていく必要があります。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、相談窓口の周知をより効果的に実施し、市民の理解の促進を図るための取組を推進します。

(1) うつ病などのこころの病気や自殺問題に関する啓発の推進

○うつ病などのこころの病気や自殺問題について身近に感じてもらい、こころの病気や自殺に対する誤解や偏見をなくすため、市民に対して知識や情報の普及啓発を推進します。

○電話相談や SNS 相談を含めた多様な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、ICTなどを活用しながら重点的に普及啓発活動を行います。

【主な取組】

- ・自殺予防週間および自殺対策強化月間等における啓発事業(★重点施策)
(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(悩み相談)の作成(★重点施策)
- ・自殺対策に関するホームページの充実(★重点施策)
- ・依存症対策における自殺予防に関する啓発(★重点施策)
- ・自殺対策に関するホームページの充実(★重点施策)

(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および情報収集を推進しながら、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。

【主な取組】

- ・自殺に関する統計資料等に関する分析(★重点施策)
- ・本市における自殺の現状等情報提供体制の充実(★重点施策)

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、労働等、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

○女性を含むすべての労働者がいきいきと働ける職場環境を実現するため、堺市医師会、堺地域産業保健センター、堺商工会議所等と連携し、研修会などによる普及・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。

○労働者および雇用主を対象に、雇用・労働の問題等に対し、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(基本施策)
- ・経営相談事業(基本施策)

(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。また、これらを実施するにあたり、研修を通じて教職員の資質向上を図ります。
- スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー等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したりすることで、いじめ、不登校、問題行動等の未然防止や状況の改善を図ります。
- いじめや学校生活に関する悩みについて、SNS等を活用した相談窓口の設置や、児童生徒および保護者からの相談を電話で24時間受け付けることにより、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）
- ・スクールカウンセラー配置事業（★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）
- ・生徒指導支援事業（★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得る支援者の拡充などを通じ、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、校区内の身近なところや行政機関、各関係機関等に「情報交換・相談・集いの拠点」をつくることで、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（基本施策）

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、ゲートキーパー研修等を通じて人材の養成を図り、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) 人材の養成および支援者への支援

- 市民をはじめ、関係機関・団体、市職員、それぞれが身近な相談役（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う市民をはじめ、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、幅広い層への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】

- ・ゲートキーパー事業（★重点施策）
- ・相談機関研修（★重点施策）

(2) 相談支援体制の充実

- うつ病や依存症などの精神疾患や日常生活におけるさまざまな悩みを抱え、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支援や精神科医療等を受けられるよう支援体制の充実に取り組みます。
- 家庭環境や生活状況、心身の状態、社会的要因を含むさまざま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。
- 新型コロナウイルス感染症のまん延や災害などの緊急事態下において、生活環境等の変化により苦境にたたされた人（特に女性や若者）に対する支援体制の充実を図ります。

【主な取組】

- ・かかりつけ医等の心の健康対応力向上研修（★重点施策）
- ・精神保健福祉相談（★重点施策）
- ・薬物・ギャンブル等依存症専門相談事業（★重点施策）
- ・女性の悩み相談（★重点施策）
- ・女性相談事業（★重点施策）

基本方針 4 自死遺族等および自殺未遂者等への支援強化

自殺未遂者は、その後の自殺リスクが高いとされています。加えて、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ず、不安を抱きながら生活を送っていることも少なくありません。

また、自死によって遺された人は、大切な人を失ったことによって精神面や生活面などに大きな影響が及び、二次的な自死のリスクが高まることもあります。

本市では、自殺未遂者およびその家族等に対するとぎれのない継続した支援の強化を図ります。そして、自死遺族等に対しても、自死により遺されたことによって起きる悲嘆的状况から回復していくことができるよう支援を強化していきます。

(1) 自死遺族等への支援

- 遺族に対して悲嘆的状况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、二次的な自死の防止や悲嘆的状况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うえでの問題について必要な情報を提供し、関係機関と連携しながら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、啓発活動を通じて遺族等のための情報を発信します。

【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) 自殺未遂者等への支援

- 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等への支援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）
- ・関係機関との連携会議の実施（★重点施策）

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、庁内関係部局による「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) 自殺対策庁内連絡会

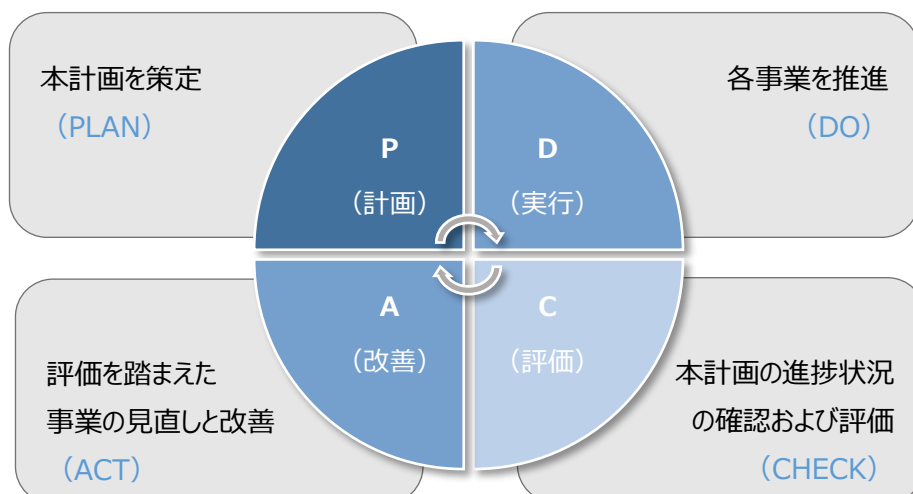
自殺対策においては、健康、福祉、教育、労働、消防等、各分野との協働による一体的な取組が必要であるため、「堺市自殺対策庁内連絡会」のさらなる連携を強化し、より実効性の高い取組を推進します。

(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、民間団体等、さまざま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。本計画を策定し、それに基づいて各事業を推進します。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」および「自殺対策庁内連絡会」において、本計画の進捗状況の確認および評価を行い、評価を踏まえた事業の見直しと改善に努めます。



資料編

○用語集

| | |
|------------------|--|
| 自殺死亡率 | 人口 10 万人あたりの自殺者数を表しています。 (自殺者数÷人口×100,000) |
| 自殺予防週間 | 「自殺対策基本法」において、自殺に関する誤解や偏見をなくし、正しい知識を普及啓発することや支援策を重点的に実施するため、9 月 10 日から 9 月 16 日までの期間を自殺予防週間と定めています。 |
| 自殺対策強化月間 | 「自殺対策基本法」において「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」に向け、相談事業および啓発活動を実施するため、例年月別の自殺者数が最も多い 3 月を自殺対策強化月間と定めています。 |
| いのち支える自殺対策推進センター | 「自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究およびその成果の活用等の推進に関する法律」に基づく、厚生労働大臣指定法人です。国や地方公共団体、自殺対策に関する活動をする民間団体等が自殺対策を推進していくために、実態調査や分析、情報提供、研修開催などを実施しています。 |
| 地域自殺対策推進センター | 全国 47 都道府県並びに 20 政令指定都市に設置され、地域における自殺対策のエリアマネージャーとして、管内市区町村の地域自殺対策計画の策定・進捗管理、検証等への支援を行っています。 |
| 救急告示病院 | 「救急病院等を定める省令（昭和三十九年厚生省令第八号）」に基づき、都道府県知事が認定し、告示された病院。救急搬送された傷病者の医療を担当し、医師、設備、病床について要件があります。 |
| スクールソーシャルワーカー | 専門的な知識・経験に基づいて学校園に在籍する幼児、児童生徒の学習環境の調整および相談活動を行う者です。 |
| スクールカウンセラー | 臨床心理に関して高度な専門知識および経験を有し、幼児・児童・生徒、保護者および教職員からの相談を受ける者です。 |
| スティグマ | 直訳すると、汚名や烙印。「自殺することは恥ずかしいことである」というようなレッテルを貼られ、偏見や誤解を受けることをさします。 |
| 既遂 | 原因や経過を問わず、結果的に自殺に至ってしまったことをさします。 |
| 自死 | 自殺と同等の意味を持つ言葉。法律・医学用語で使用される「自殺」という言葉は、亡くなられた方やご遺族の尊厳を傷つけるという指摘もあり、特に遺族支援の分野では「自死」という言葉を使用しています。 |
| 悲嘆 | 自死で大切な人を失くした時、深い悲しみや怒り、罪悪感、絶望感などのさまざまな感情を抱くことをさし、一部こころやからだに変化が生じること（不眠、食欲低下、無気力等）もあります。 悲嘆はつらさや苦しみから身を守るための正常な反応であり、周りの適切な支援、専門的ケア等により回復していきますが、悲嘆や悲嘆からの回復の過程は人それぞれ違うとされています。 |

○法律、計画等の概要

| | |
|-----------------|--|
| 自殺対策基本法 | 自殺の防止と自殺者の親族等への支援の充実を目的として制定された法律。平成 18 年 6 月 21 日に公布、同年 10 月 28 日に施行（平成 28 年 4 月改正）されました。基本理念として、自殺対策が社会的な取り組みとして実施されなければならないこと、国や地方公共団体、医療機関等の各団体が密接に連携しなければならないことなどを掲げています。 |
| 自殺総合対策大綱 | 平成 19 年 6 月に、自殺対策基本法に基づいて政府が推進すべき自殺対策の指針として定められ、平成 20 年 10 月に一部改正、平成 24 年 8 月には全体的な見直しが行われ、平成 29 年 7 月には新たな「自殺総合対策大綱」が策定されました。 |
| 市町村自殺対策計画策定の手引き | 平成 29 年の自殺総合対策大綱において、国は自殺対策計画の円滑な策定に資するよう自殺対策計画策定ガイドラインを策定することとされ、国が「市町村自殺対策計画」の策定に関する標準的な手順と留意点などをとりまとめたものです。 |
| 堺市基本計画 2025 | 目まぐるしく変化する社会経済情勢を的確に捉え、将来にわたって持続可能な都市経営を推進することを目的に、2021 年度から 2025 年度までの 5 年間に堺市として取り組むべき方向性を示した都市経営の基本となる計画です。 |
| 堺市 SDGs 未来都市計画 | SDGs 未来都市として、SDGs に貢献する視点に立ち、2030 年のあるべき姿「多様性を認め合い未来を創造する都市・堺」の実現に向け 2021 年度から 2023 年度までの 3 年間に優先的なゴールやターゲットに対する取組が示されている計画です。この計画は、2021 年 3 月に計画全体をゼロベースで見直し、新たに策定されています。 ※SDGs とは、2015 年国連サミットで採択された国際社会の普遍的目標であり 2030 年を年限とする 17 のゴール、その下に 169 のターゲットが定められており、すべての国およびステークホルダー（企業活動を行ううえで関わる全ての人）が取り組むべき目標とされています。 |
| 健康さかい 21（第 2 次） | 健康増進法の目的・基本理念を踏まえ、同法第 8 条第 2 項に基づく市町村健康増進計画として、2019 年度から 2023 年度までの 5 年間を実施期間とする堺市民の健康寿命の延伸を目標に策定された計画です。 |
| 堺市依存症地域支援計画 | 国の「依存症対策総合支援事業実施要綱」に基づき、堺市での依存症対策を総合的に推し進めるため、令和 4 年度から令和 8 年度の 5 年間を実施期間とする依存症の発生、進行、再発の各段階での予防の取組を推進するため策定された計画です。 |

○自殺対策基本法

(平成十八年法律第八十五号)

平成 28 年 4 月 1 日改正 (平成二十八年法律第十一号)

目次

第一章 総則 (第一条—第十一条)

第二章 自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画等 (第十二条—第十四条)

第三章 基本的施策 (第十五条—第二十二條)

第四章 自殺総合対策会議等 (第二十三条—第二十五条)

附則

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、近年、我が国において自殺による死亡者数が高い水準で推移している状況にあり、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、これに対処していくことが重要な課題となっていることに鑑み、自殺対策に関し、基本理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、自殺対策の基本となる事項を定めること等により、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等の支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする。

(基本理念)

第二条 自殺対策は、生きることの包括的な支援として、全ての人がかげがえのない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その妨げとなる諸要因の解消に資するための支援とそれを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、実施されなければならない。

2 自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみ捉えられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない。

3 自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観

点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない。

4 自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない。

5 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有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならない。

(国及び地方公共団体の責務)

第三条 国は、前条の基本理念(次項において「基本理念」という。)にのっとり、自殺対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

2 地方公共団体は、基本理念にのっとり、自殺対策について、国と協力しつつ、当該地域の状況に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する。

3 国は、地方公共団体に対し、前項の責務が十分に果たされるように必要な助言その他の援助を行うものとする。

(事業主の責務)

第四条 事業主は、国及び地方公共団体が実施する自殺対策に協力するとともに、その雇用する労働者の心の健康の保持を図るため必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

(国民の責務)

第五条 国民は、生きることの包括的な支援としての自殺対策の重要性に関する理解と関心を深めるよう努めるものとする。

(国民の理解の増進)

第六条 国及び地方公共団体は、教育活動、広報活動等を通じて、自殺対策に関する国民の理解を深めるよう必要な措置を講ずるものとする。

(自殺予防週間及び自殺対策強化月間)

第七条 国民の間に広く自殺対策の重要性に関する理解と関心を深めるとともに、自殺対策の総合的な推進に資するため、自殺予防週間及び自殺対策強化月間を設ける。

2 自殺予防週間は九月十日から九月十六日までとし、

自殺対策強化月間は三月とする。

3 国及び地方公共団体は、自殺予防週間においては、啓発活動を広く展開するものとし、それにふさわしい事業を実施するよう努めるものとする。

4 国及び地方公共団体は、自殺対策強化月間においては、自殺対策を集中的に展開するものとし、関係機関及び関係団体と相互に連携協力を図りながら、相談事業その他それにふさわしい事業を実施するよう努めるものとする。

(関係者の連携協力)

第八条 国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校（学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する学校をいい、幼稚園及び特別支援学校の幼稚部を除く。第十七条第一項及び第三項において同じ。）、自殺対策に係る活動を行う民間の団体その他の関係者は、自殺対策の総合的かつ効果的な推進のため、相互に連携を図りながら協力するものとする。

(名誉及び生活の平穏への配慮)

第九条 自殺対策の実施に当たっては、自殺者及び自殺未遂者並びにそれらの者の親族等の名誉及び生活の平穏に十分配慮し、いやしくもこれらを不当に侵害することのないようにしなければならない。

(法制上の措置等)

第十条 政府は、この法律の目的を達成するため、必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講じなければならない。

(年次報告)

第十一条 政府は、毎年、国会に、我が国における自殺の概況及び講じた自殺対策に関する報告書を提出しなければならない。

第二章 自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画等

(自殺総合対策大綱)

第十二条 政府は、政府が推進すべき自殺対策の指針として、基本的かつ総合的な自殺対策の大綱（次条及び第二十三条第二項第一号において「自殺総合対策大綱」という。）を定めなければならない。

(都道府県自殺対策計画等)

第十三条 都道府県は、自殺総合対策大綱及び地域の実情を勘案して、当該都道府県の区域内における自殺対策についての計画（次項及び次条において「都道府県自殺対策計画」という。）を定めるものとする。

2 市町村は、自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画並びに地域の実情を勘案して、当該市町村の区域内における自殺対策についての計画（次条において「市町村自殺対策計画」という。）を定めるものとする。

(都道府県及び市町村に対する交付金の交付)

第十四条 国は、都道府県自殺対策計画又は市町村自殺対策計画に基づいて当該地域の状況に応じた自殺対策のために必要な事業、その総合的かつ効果的な取組等を実施する都道府県又は市町村に対し、当該事業等の実施に要する経費に充てるため、推進される自殺対策の内容その他の事項を勘案して、厚生労働省令で定めるところにより、予算の範囲内で、交付金を交付することができる。

第三章 基本的施策

(調査研究等の推進及び体制の整備)

第十五条 国及び地方公共団体は、自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するため、自殺の実態、自殺の防止、自殺者の親族等の支援の在り方、地域の状況に応じた自殺対策の在り方、自殺対策の実施の状況等又は心の健康の保持増進についての調査研究及び検証並びにその成果の活用を推進するとともに、自殺対策について、先進的な取組に関する情報その他の情報の収集、整理及び提供を行うものとする。

2 国及び地方公共団体は、前項の施策の効率的かつ円滑な実施に資するための体制の整備を行うものとする。

(人材の確保等)

第十六条 国及び地方公共団体は、大学、専修学校、関係団体等との連携協力を図りながら、自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上に必要な施策を講ずるものとする。

(心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進等)

第十七条 国及び地方公共団体は、職域、学校、地域等における国民の心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進並びに相談体制の整備、事業主、学校の教職

員等に対する国民の心の健康の保持に関する研修の機会の確保等必要な施策を講ずるものとする。

2 国及び地方公共団体は、前項の施策で大学及び高等専門学校に係るものを講ずるに当たっては、大学及び高等専門学校における教育の特性に配慮しなければならない。

3 学校は、当該学校に在籍する児童、生徒等の保護者、地域住民その他の関係者との連携を図りつつ、当該学校に在籍する児童、生徒等に対し、各人がかけがえない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵かん養等に資する教育又は啓発、困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育又は啓発その他当該学校に在籍する児童、生徒等の心の健康の保持に係る教育又は啓発を行うよう努めるものとする。

（医療提供体制の整備）

第十八条 国及び地方公共団体は、心の健康の保持に支障を生じていることにより自殺のおそれがある者に対し必要な医療が早期かつ適切に提供されるよう、精神疾患を有する者が精神保健に関して学識経験を有する医師（以下この条において「精神科医」という。）の診療を受けやすい環境の整備、良質かつ適切な精神医療が提供される体制の整備、身体の傷害又は疾病についての診療の初期の段階における当該診療を行う医師と精神科医との適切な連携の確保、救急医療を行う医師と精神科医との適切な連携の確保、精神科医とその地域において自殺対策に係る活動を行うその他の心理、保健福祉等に関する専門家、民間の団体等の関係者との円滑な連携の確保等必要な施策を講ずるものとする。

（自殺発生回避のための体制の整備等）

第十九条 国及び地方公共団体は、自殺をする危険性が高い者を早期に発見し、相談その他の自殺の発生を回避するための適切な対処を行う体制の整備及び充実に必要な施策を講ずるものとする。

（自殺未遂者等の支援）

第二十条 国及び地方公共団体は、自殺未遂者が再び自殺を図ることのないよう、自殺未遂者等への適切な支援を行うために必要な施策を講ずるものとする。

（自殺者の親族等の支援）

第二十一条 国及び地方公共団体は、自殺又は自殺未遂が自殺者又は自殺未遂者の親族等に及ぼす深刻な心理的影響が緩和されるよう、当該親族等への適切な支援を行うために必要な施策を講ずるものとする。

（民間団体の活動の支援）

第二十二条 国及び地方公共団体は、民間の団体が行う自殺の防止、自殺者の親族等の支援等に関する活動を支援するため、助言、財政上の措置その他の必要な施策を講ずるものとする。

第四章 自殺総合対策会議等

（設置及び所掌事務）

第二十三条 厚生労働省に、特別の機関として、自殺総合対策会議（以下「会議」という。）を置く。

2 会議は、次に掲げる事務をつかさどる。

一 自殺総合対策大綱の案を作成すること。

二 自殺対策について必要な関係行政機関相互の調整をすること。

三 前二号に掲げるもののほか、自殺対策に関する重要事項について審議し、及び自殺対策の実施を推進すること。

（会議の組織等）

第二十四条 会議は、会長及び委員をもって組織する。

2 会長は、厚生労働大臣をもって充てる。

3 委員は、厚生労働大臣以外の国務大臣のうちから、厚生労働大臣の申出により、内閣総理大臣が指定する者をもって充てる。

4 会議に、幹事を置く。

5 幹事は、関係行政機関の職員のうちから、厚生労働大臣が任命する。

6 幹事は、会議の所掌事務について、会長及び委員を助ける。

7 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で定める。

（必要な組織の整備）

第二十五条 前二条に定めるもののほか、政府は、自殺対策を推進するにつき、必要な組織の整備を図るものとする。

○堺市自殺対策連絡懇話会関係資料

堺市自殺対策連絡懇話会開催要綱

令和3年4月1日制定

1 目 的

自殺対策について、有識者、市民等から広く意見を聴取するため、堺市自殺対策連絡懇話会（以下「懇話会」という。）を開催する。

2 意見を聴取する事項

(1) 自殺対策に関する事項

3 構 成

懇話会は、次に掲げる者のうち、市長が依頼する15人以内の者（以下「構成員」という。）をもって構成する

(1) 医師、保健師その他これらに類する者

(2) 学識経験者

(3) 民生委員児童委員

(4) 教育関係者

(5) 警察その他の行政機関に属する者

(6) 前各号に掲げる者のほか、市長が適当と認める者

4 座 長

(1) 懇話会に座長を置き、構成員の互選により定める。

(2) 懇話会の会議は、座長が進行する。

(3) 座長に事故があるとき、又は座長が欠けたときは、あらかじめ座長の指名する構成員がその職務を行う。

5 関係者の出席

市長は、必要があると認めるときは、懇話会に関係のある者の出席を求め、その意見若しくは説明を聴き、又は資料の提出を求めることができる。

6 会議の公開

(1) 会議は、公開するものとする。

(2) 会議を公開する場合における傍聴について必要な事項は、堺市懇話会の傍聴に関する要綱（令和2年制定）の定めるところによる。

7 会議録

市長は、次に掲げる事項を記録した会議録を作成しなければならない。

(1) 会議の日時及び場所

(2) 会議に出席した構成員の氏名

(3) 会議の内容

(4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める事項

8 開催期間

令和3年4月1日から令和4年3月31日までの間とする。

9 庶 務

懇話会の庶務は、精神保健課において行う。

令和3年度 堺市自殺対策連絡懇話会委員名簿（50音順）【敬称略】

| | | |
|------|-----------------|----------------------------------|
| | あきもと 秋元 さつき | 堺市民生委員児童委員連合会 理事 |
| | いいた 飯田 ようこ | 堺市医師会（堺地域産業保健センター） |
| | えぐち 恵口 まさお | 認定 NPO 法人国際ビフレンダーズ 大阪自殺防止センター 所長 |
| | かさい 葛西 のぶひと | 大阪府北堺警察署 生活安全課長 |
| | くまもと 隈元 えいすけ | 堺経営者協会 専務理事 事務局長 |
| | さとう 佐藤 まどか | カウンセリングスペース「リヴ」 |
| | しむら 志村 まさし | 堺労働基準監督署 副署長 |
| | たなべ 田邊 よしみ | 堺市医師会（産業保健担当） |
| | なかむら 中村 よしあき | 堺市医師会（精神科医会担当） |
| 座長 | なしたに 梨谷 たつや | 大阪府臨床心理士会 会長 |
| 職務代理 | ひらの 平野 たかのり | 桃山学院大学 社会学部 准教授 |
| | べいか 米花 しの | 地方独立行政法人 堺市立病院機構 堺市立総合医療センター |
| | やまだ 山田 はるひこ | 大阪弁護士会 山田・長田法律事務所 |

※令和4年3月現在

関係者 健康福祉局健康部 こころの健康センター所長
教育委員会事務局学校教育部長
消防局次長兼救急部長

○堺市自殺対策庁内連絡会（庁内部署一覧）

| 局 | 部 | 課 |
|----------|-----------|-----------------|
| 市民人権局 | 市民生活部 | 市民人権総務課 |
| 子ども青少年局 | 子ども青少年育成部 | 子ども企画課 |
| 子ども青少年局 | 子ども相談所 | 家庭支援課 |
| 産業振興局 | 商工労働部 | 雇用推進課 |
| 教育委員会事務局 | 学校教育部 | 生徒指導課 |
| 教育委員会事務局 | 教育センター | 企画相談課 |
| 消防局 | 救急部 | 救急課 |
| 健康福祉局 | 生活福祉部 | 地域共生推進課 |
| 健康福祉局 | 生活福祉部 | 生活援護管理課 |
| 健康福祉局 | 長寿社会部 | 長寿支援課 |
| 健康福祉局 | 健康部 | 健康医療推進課 |
| 健康福祉局 | 健康部 | こころの健康センター【事務局】 |
| 健康福祉局 | 健康部 | 精神保健課【事務局】 |

※令和4年3月現在

○策定経過

堺市自殺対策連絡懇話会

| | 開催年月日 | 議題 |
|-----|--------------|---|
| 第1回 | 令和3年7月（書面開催） | ・堺市自殺対策推進計画（第3次）骨子案および構成案について ・令和2年度自殺対策事業実績について |
| 第2回 | 令和3年8月27日 | ・堺市自殺対策推進計画（第3次）素案について |
| 第3回 | 令和3年10月4日 | ・堺市自殺対策推進計画（第3次）案について |
| 第4回 | 令和4年2月17日 | ・パブリックコメント結果について ・堺市自殺対策推進計画（第3次）案について |

堺市自殺対策庁内連絡会

| | 開催年月日 | 議題 |
|-----|--------------|--|
| 第1回 | 令和3年7月（書面開催） | ・堺市自殺対策推進計画（第3次）骨子案および構成案について ・令和2年度事業実績及び各事業の進捗状況等について |
| 第2回 | 令和3年9月（書面開催） | ・堺市自殺対策推進計画（第3次）案について |
| 第3回 | 令和4年2月（書面開催） | ・パブリックコメント結果について ・堺市自殺対策推進計画（第3次）案について |