



第2次いのち支える安城計画（2024年度～2028年度）
安城市自殺対策計画

2024年3月
安城市

第2次 いのち支える 安城計画

（2024年度～2028年度）

安城市自殺対策計画

2024年3月

安城市

はじめに



自殺は、その多くが「追い込まれた末の死」であり、健康問題、経済・生活問題、勤務問題、家庭問題など、様々な要因が重なり合って起こります。

我が国の自殺者数は、2003年の34,427人をピークに減少傾向にありましたが、近年は新型コロナウイルス感染症の影響等により増加傾向に転じています。本市の自殺者数も概ね全国の状況と同様であり、毎年尊い命が自殺により失われています。

2016年の自殺対策基本法の改正により、すべての都道府県及び市町村が自殺対策計画を策定することとなりました。本市では、2019年3月に「いのち支える安城計画（安城市自殺対策計画）」を策定し、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」のため、自殺対策を推進してまいりました。

このたび、5年の節目を迎えるにあたり、5年間の取組を見つめ直すとともに、2022年10月に見直された、国の「自殺総合対策大綱」を踏まえ、「第2次いのち支える安城計画（安城市自殺対策計画）」を策定いたしました。

全ての人がかけがえのない個人として尊重されるとともに、生きがいや希望を持って暮らすことができる安城市を目指し取り組んでまいります。また、自殺は「個人の問題」ではなく、「社会の問題」であるという認識のもと、市をはじめ、家庭や地域、職場、関係機関と共に、自殺対策に取り組んでいくことが重要となります。皆様の一層のご理解とご協力をお願い申し上げます。

最後に、計画策定にあたり、ご審議をいただきました「健康日本21安城計画策定委員会」の委員の皆様をはじめ、貴重なご意見やご提言をいただきました多くの皆様方に心から感謝申し上げます。

2024年3月

安城市長 三星 元人

目次

第1章 計画策定にあたって

01

1 計画策定の趣旨	01
2 計画の位置づけ	01
3 計画の期間	02
4 SDGsの推進	02

第2章 自殺の現状

03

1 自殺者数の推移	03
2 本市の自殺者の現状	05
3 地域自殺実態プロファイル	10
4 健康に関する基礎調査結果等からみた本市の現状	11
5 ヒアリング調査	13
6 第1次計画の目標達成状況	16
7 現状と課題の整理	17

第3章 基本的な考え方

19

1 自殺対策の基本認識	19
2 基本理念	19
3 基本方針	20
4 施策の体系	22
5 数値目標	23

第4章 自殺対策における取り組み

24

【基本施策】 24

- 1 地域におけるネットワークの強化 24
- 2 生きる支援の担い手の育成 26
- 3 市民への啓発と周知 26
- 4 児童生徒への「いのちの教育」 28
- 5 生きることの促進要因を増やす支援・生きることの阻害要因の減少につながる支援 29

【重点施策】 42

- 1 勤務・経営者対策 42
- 2 高齢者対策 42
- 3 生活困窮者対策 42
- 4 子ども・若者対策 42
- 5 女性対策 42

第5章 計画の推進

43

- 1 計画の推進体制 43
- 2 計画の進捗管理・評価 43
- 3 計画推進に向けた各主体の役割 44

資料編

45

- 1 ヒアリング調査結果 45
- 2 相談窓口一覧 52
- 3 健康日本21安城計画策定委員会規則 54
- 4 健康日本21安城計画策定委員会名簿 55
- 5 計画の策定経過 56

第 1 章

計画策定にあたって

1 計画策定の趣旨

自殺の予防と防止、自殺者の家族支援の充実のために「自殺対策基本法」が2006年10月に施行されて以降、国を挙げて自殺対策が総合的に推進され、「個人の問題」と認識されがちであった自殺は「社会の問題」と広く認識されるようになりました。

2016年4月の自殺対策基本法改正により、すべての都道府県・市町村に自殺対策計画の策定が義務づけられ、安城市（以下、「本市」という。）においても、自殺対策を総合的、かつ効果的に推進するため、2019年3月に「いのち支える安城計画」を策定し、自殺対策に取り組んできました。

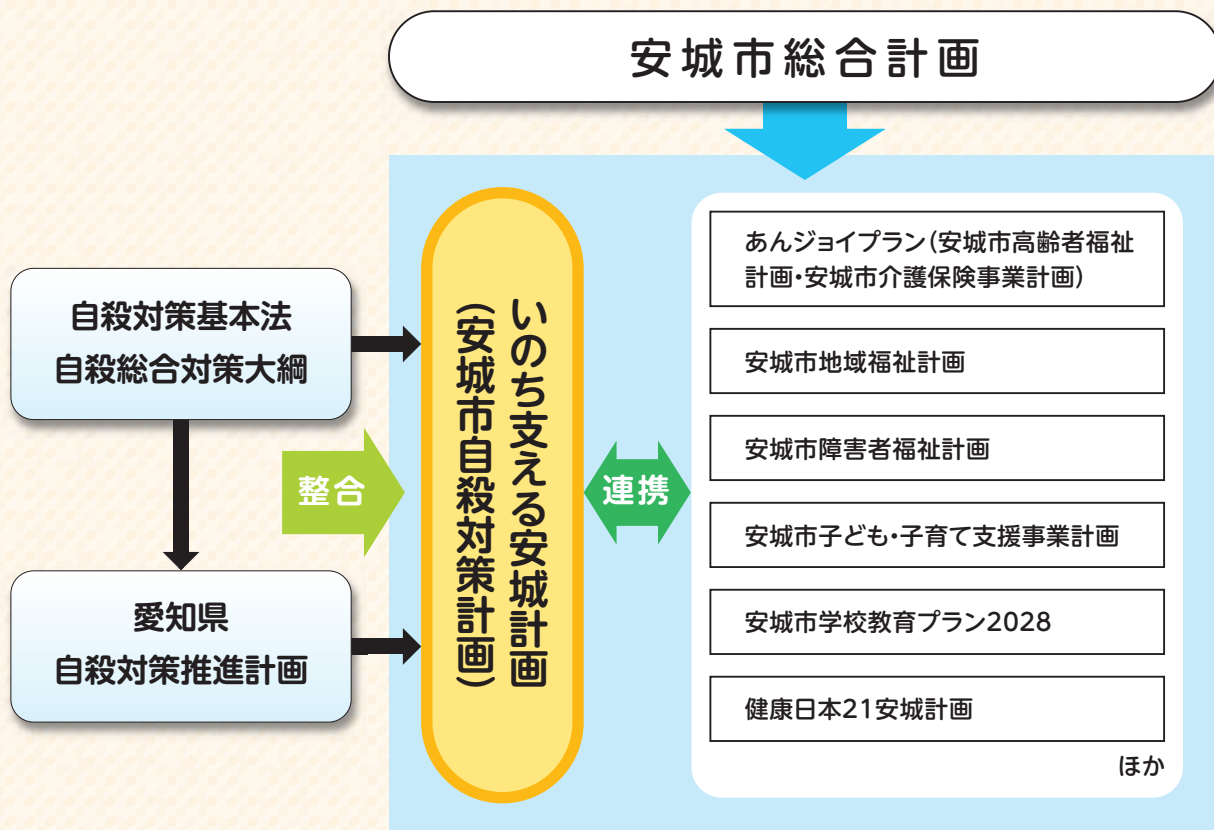
近年では、新型コロナウイルス感染症拡大の影響や、物価高による経済的な不安等、自殺の要因になり得る問題が悪化しています。

第1次計画の最終年度を迎え、近年の自殺に関する状況の変化を踏まえ、2022年度に見直された国の「自殺総合対策大綱」の理念に沿い、「第2次いのち支える安城計画」を策定しました。

2 計画の位置づけ

本計画は、自殺対策基本法第13条第2項の規定により、本市における実情を勘案して定める自殺対策についての計画です。また、安城市総合計画を踏まえ、安城市地域福祉計画や健康日本21安城計画など関係諸計画との整合、連携を図りながら策定するものです。

01



3 計画の期間

「自殺総合対策大綱」がおおむね5年を目途に見直すとされていることを踏まえ、本計画の期間は、2024年度から2028年度までの5年間とします。



4 SDGsの推進

SDGs（持続可能な開発目標）は、2015年の国連サミットで採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」に記載された国際目標です。17の目標と169のターゲットから構成され、「誰一人取り残さない」社会の実現を目指しています。

本計画においても、この趣旨を踏まえて取り組んでいきます。



第2章

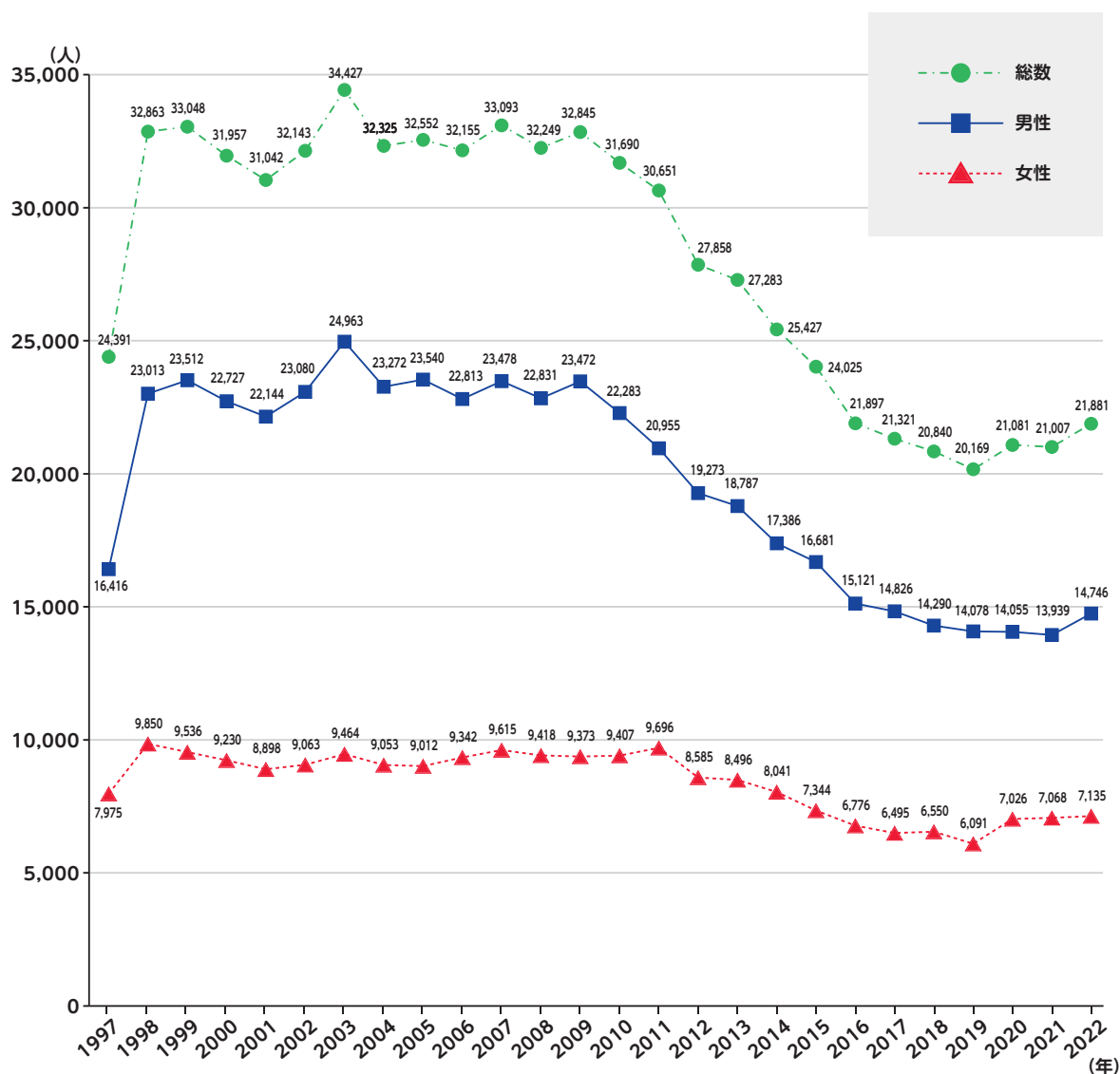
自殺の現状

1 自殺者数の推移

(1) 全国の自殺者数の推移

全国の自殺者数は、1997年から1998年にかけて急増し、初めて30,000人を超えました。以後、増減を繰り返しながら2003年の34,427人をピークに、2019年までは減少傾向にありました。しかし、2020年からは新型コロナウイルス感染症拡大の影響等により、特に女性の自殺者数が増加し、男女合わせた総数でも増加傾向にあります。

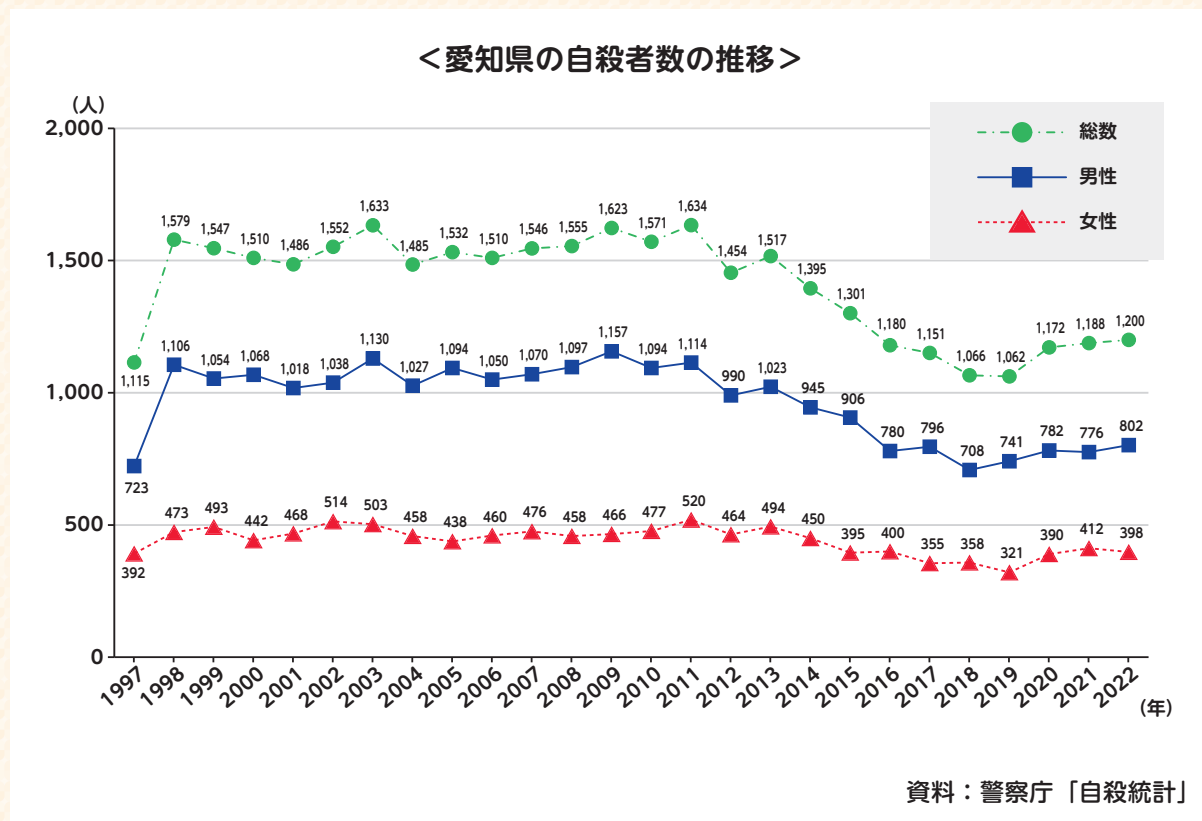
＜全国の自殺者数の推移＞



資料：警察庁「自殺統計」

(2) 愛知県の自殺者数の推移

愛知県の自殺者数は、全国と同様に1997年から1998年にかけて急増し、以降、2013年までは1,500人～1,600人前後で推移していました。2013年以降は減少傾向にありましたが、全国の動向と同じく2020年から3年連続で増加しています。



本計画では、警察庁の「自殺統計」と、それを基に厚生労働省が作成した「地域における自殺の基礎資料」の2つの統計データを用いています。また、下表のように両統計の計上時点が異なるため、自殺者数及び自殺死亡率に差異があります。

【各統計の違いについて】

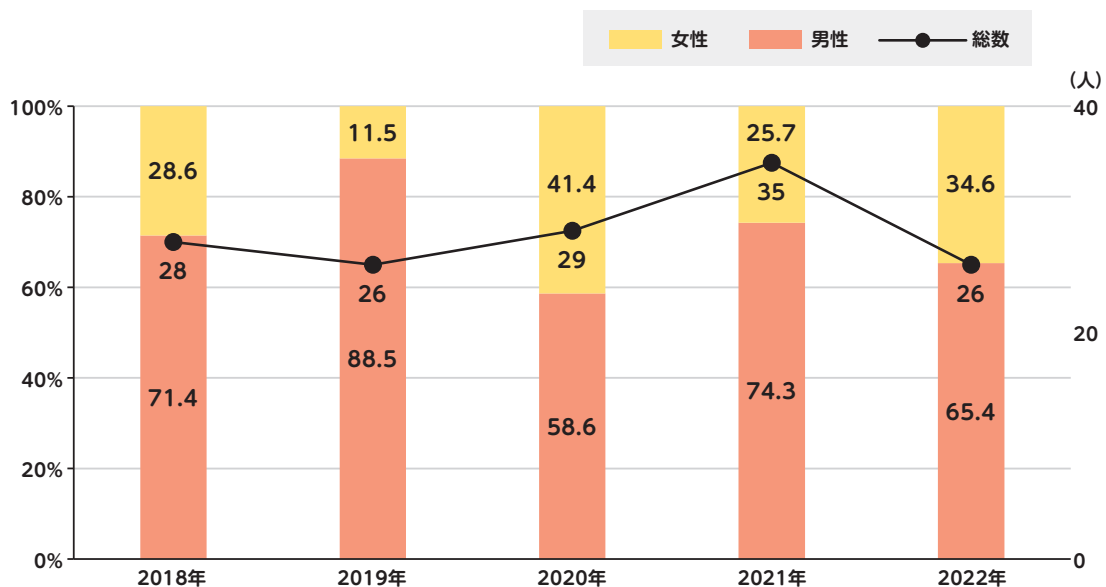
区分	警察庁 「自殺統計」	厚生労働省 「地域における自殺の基礎資料」
対象	総人口（外国人を含む）	総人口（外国人を含む）
計上時点	自殺死体の発見日・発見地ごと	自殺死亡者の自殺日・居住地ごと
計上方法	死体発見時に処理をした警察官が作成した自殺統計原票を元に作成して計上している	左記の警察庁統計を厚生労働省で再集計したもの

2 本市の自殺者の現状

(1) 本市の自殺者数の推移

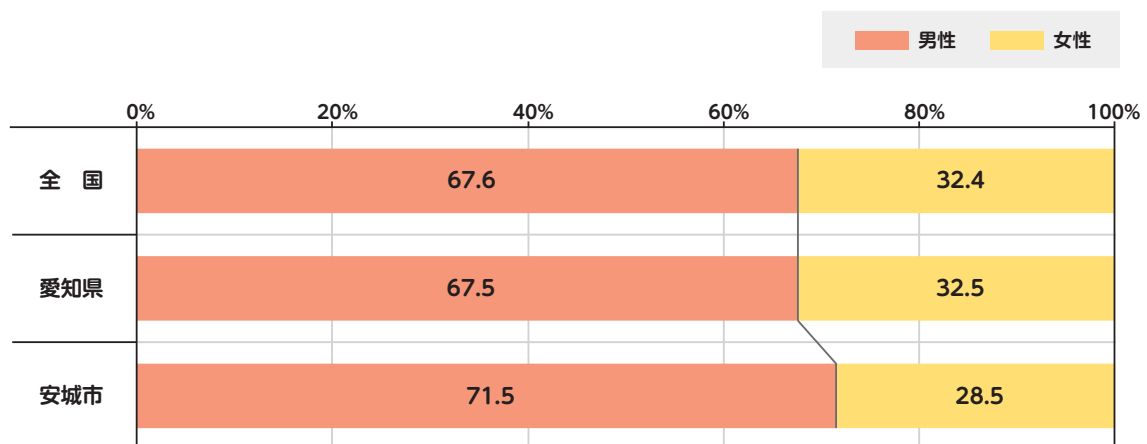
本市に居住していた人の自殺者の状況をみると、自殺者数は2014年以降、年間30人前後で推移しています。また、2018年から2022年までの5年間の男女別自殺者の割合をみると、女性が28.5%となっているのに対し、男性は71.5%と、男性の自殺者の占める割合が高いですが、近年は女性の自殺者も増加傾向にあります。(2020年：41.4%、2022年：34.6%)。

＜本市の自殺者数の推移＞



資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」を基に本市で算出

＜男女別自殺者の割合（2018～2022年累計）＞

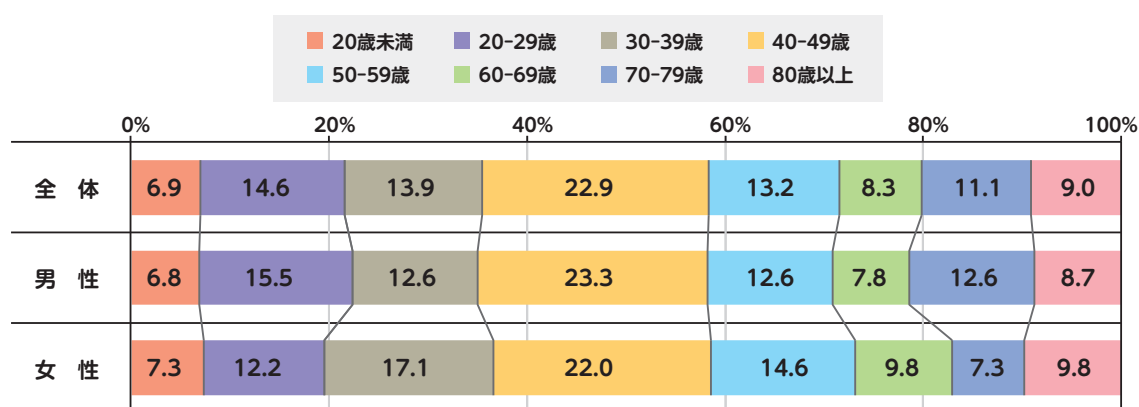


資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」を基に本市で算出

(2) 年齢別の自殺者の状況

2018年から2022年までの5年間でみると、40歳代が最も多く、次いで20歳代、30歳代となっています。男性では40歳代、20歳代の割合が高くなっています。女性では40歳代、30歳代の割合が高くなっています。

<性・年代別の自殺者の割合（2018～2022年累計）>

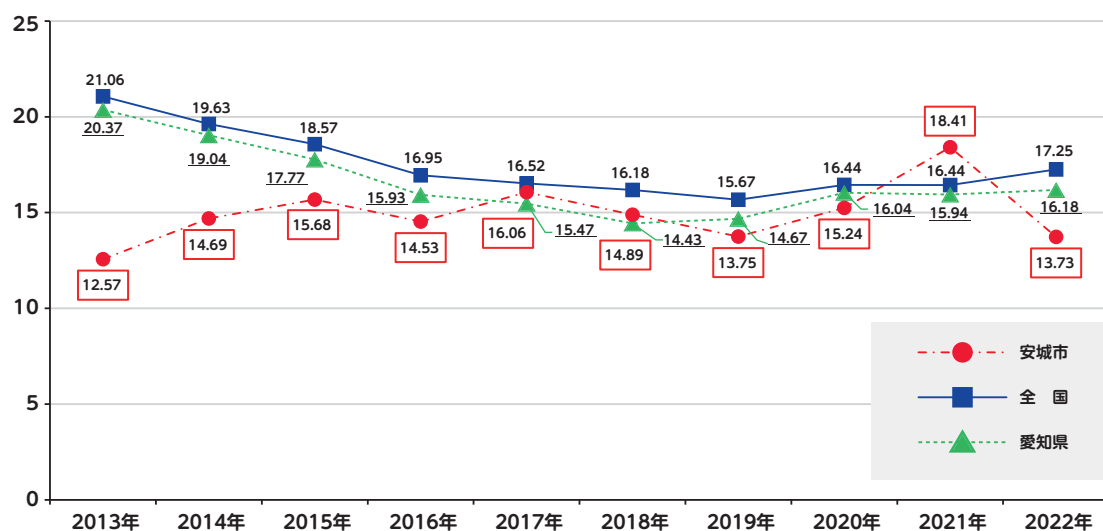


資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」を基に本市で算出

(3) 自殺死亡率の推移（全国及び愛知県と比較）

本市の自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）は、2015年以降増減を繰り返しています。2021年は18.41と、全国と愛知県を上回っていますが、ほとんどの年で全国と愛知県の値を下回っています。

<自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）の推移（全国と県と比較）>

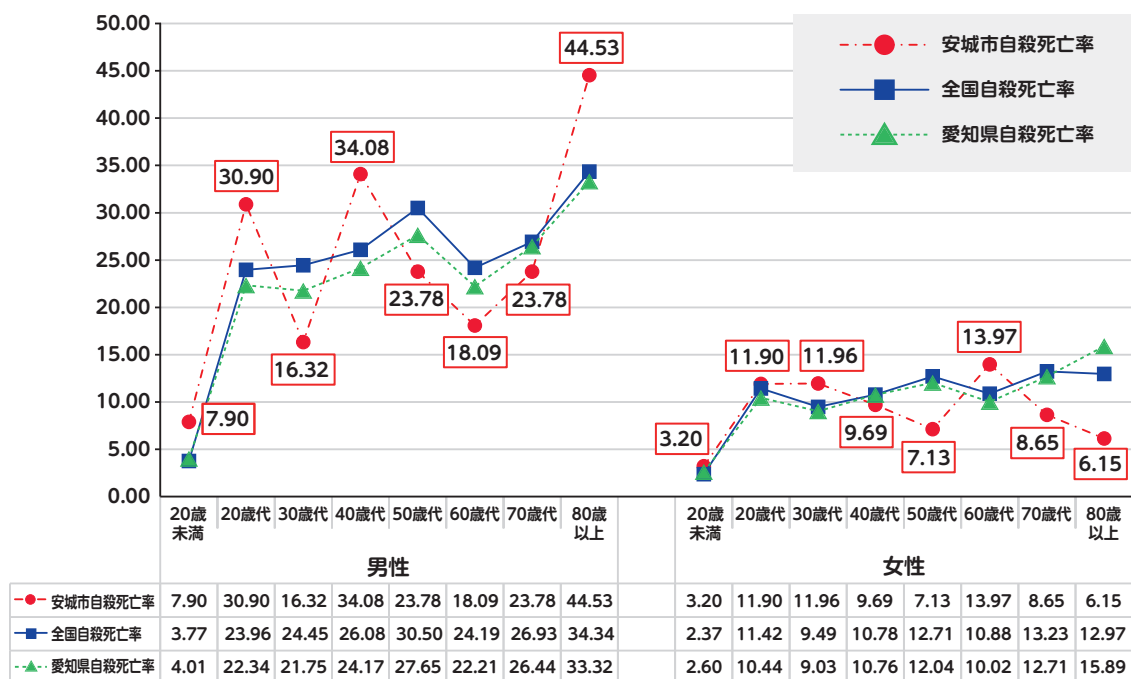


資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

(4) 性・年代別の自殺死亡率の状況（全国及び愛知県と比較）

性・年代別の自殺死亡率を全国や愛知県と比較すると、男性では20歳未満、20歳代、40歳代、80歳以上で、女性では20歳未満、20歳代、30歳代、60歳代で全国や愛知県よりも上回っています。

<性・年代別自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）（2017～2021年平均）>

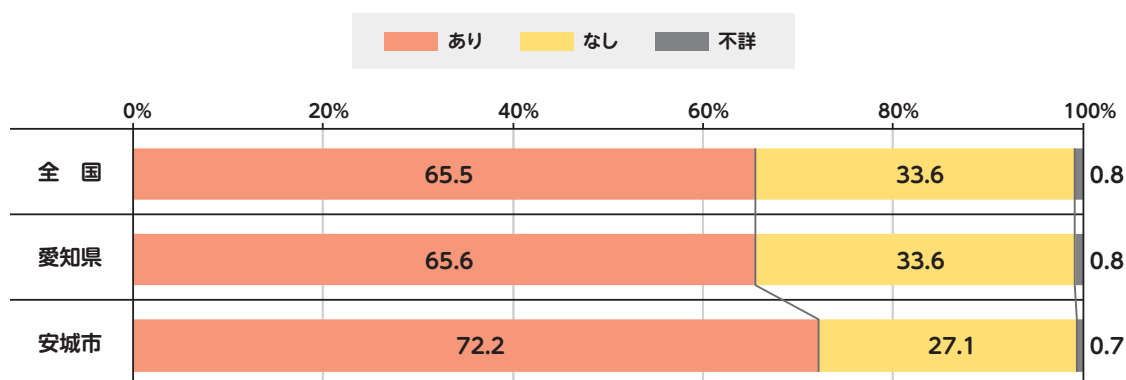


資料：一般社団法人いのちを支える自殺対策推進センター「地域自殺実態プロファイル（2022）」※
※「地域実態プロファイル」についてはP10参照

(5) 同居の有無別の自殺者の状況

同居人の有無別自殺者の割合では、約4人に3人が同居人「あり」となっています。

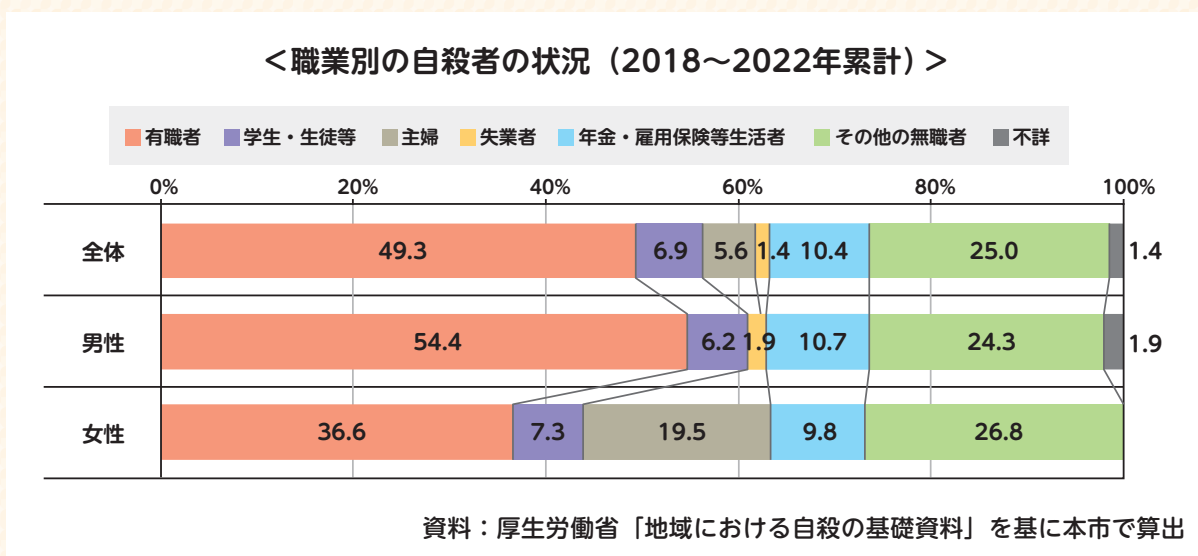
<同居人の有無別自殺者の割合（2018～2022年累計）>



資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」を基に本市で算出

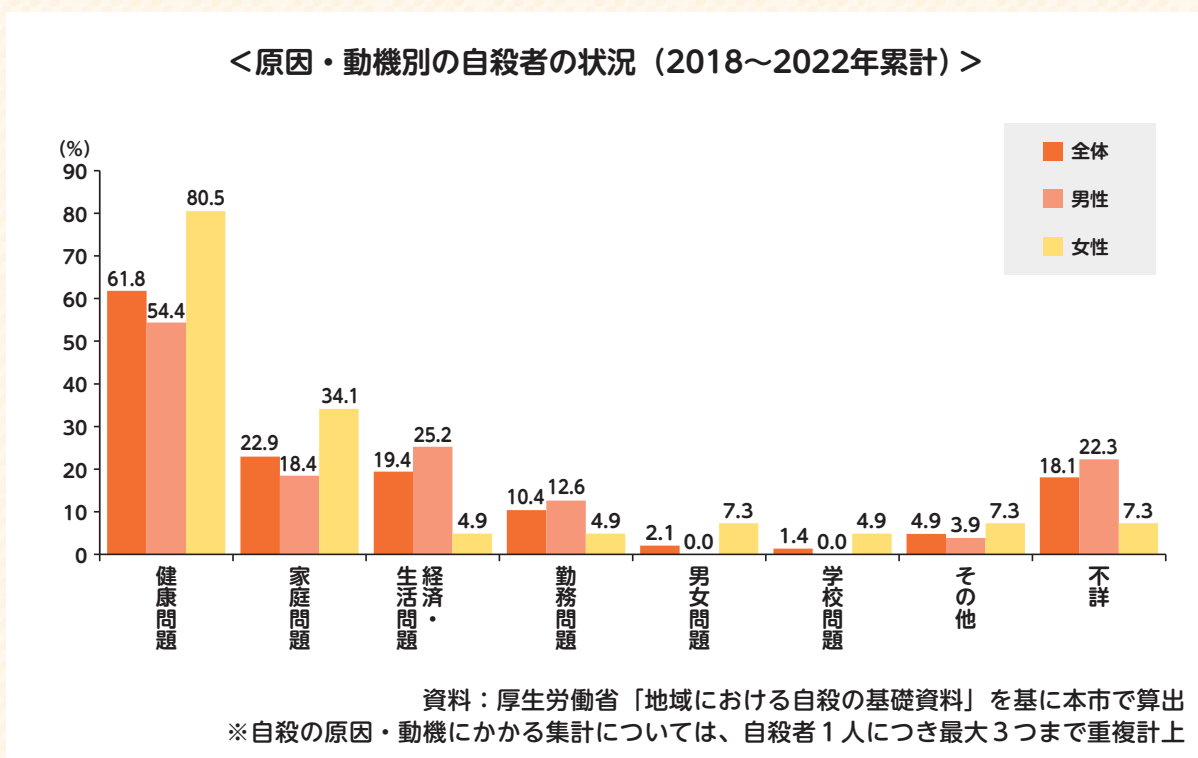
(6) 職業別の自殺者の状況

2018年から2022年までの5年間でみると、男性では「有職者」、女性では「有職者」「主婦」の割合が高くなっています。



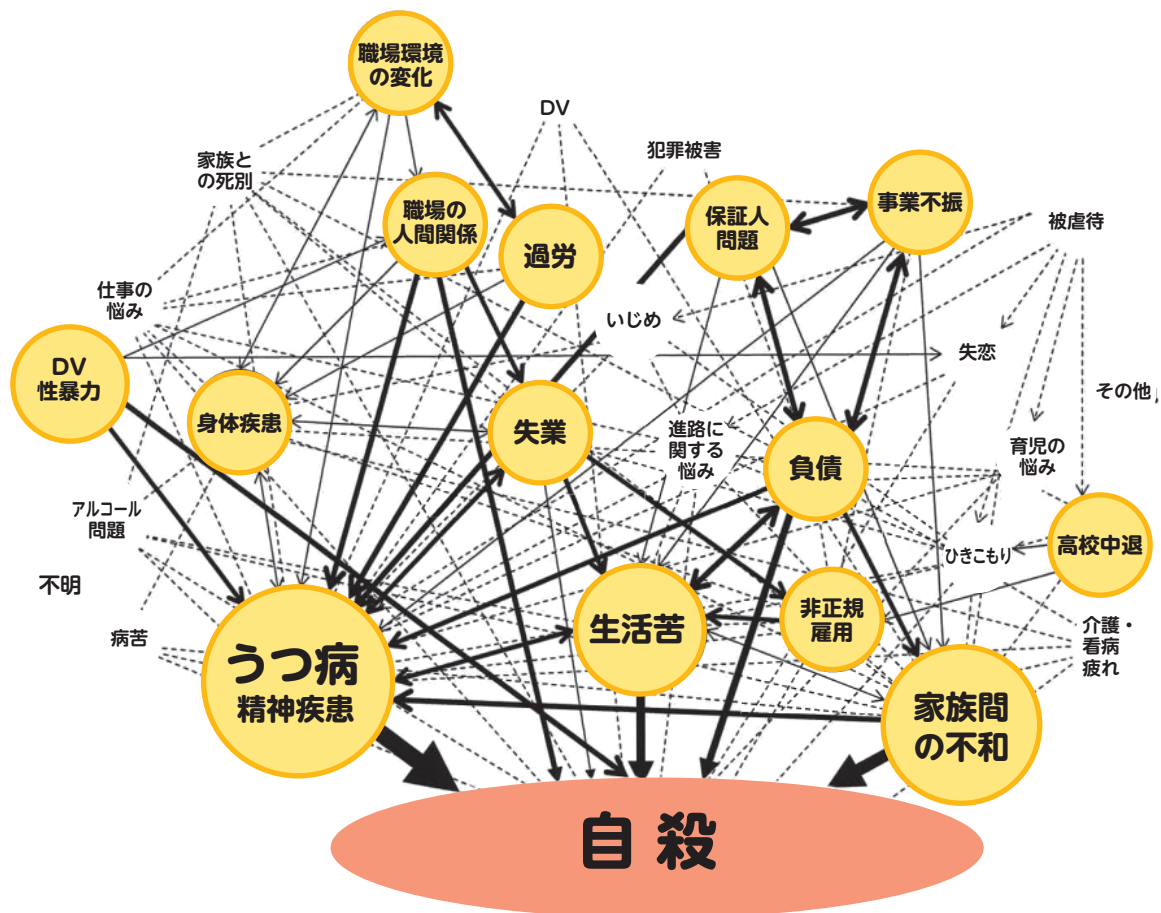
(7) 自殺の原因・動機別の状況

2018年から2022年までの5年間でみると、「健康問題」が最も多く、次いで「家庭問題」「経済・生活問題」「勤務問題」が多くなっています。男性では「健康問題」に次いで「経済・生活問題」「家庭問題」が多くなっています。女性では「健康問題」「家庭問題」が多くなっています。



自殺の原因・動機は、健康問題や経済的な問題、勤務問題など複数の要因が複雑に関係しているため、関係機関と連携し、継続的にきめ細かな対策を推進する必要があります。

自殺で亡くなった523人の、その一人ひとりの亡くなるまでの軌跡を辿ると、そこには共通の「自殺の危機経路」が浮かび上がってきた。



資料：自殺実態白書2013（NPO法人ライフリンク発行）

図中の○印の大きさは要因の発生頻度を表しています。○印が大きいほど、自殺者がその要因を抱えていた頻度が高いということです。また、矢印の太さは、要因と要因の連鎖の因果関係の強さを表しています。矢印が太いほど因果関係が強いことになります。

自殺の直接的な要因では「うつ状態」が最も大きくなっていますが、「うつ状態」になるまでには複数の要因が存在し、連鎖しています。自殺で亡くなった人は、平均4つの要因を抱えていたことがわかっています。

3 地域自殺実態プロファイル

一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターによる、地域の実態の分析及び地域特性（地域の課題）の把握のための地域自殺実態プロファイルでは、以下のような本市の地域特性が示されています。

また、この属性情報から、本市において「推奨される重点パッケージ」として、「勤務・経営」「高齢者」「生活困窮者」「子ども・若者」があげられています。

■本市の自殺の傾向

＜本市の主な自殺の特徴（2017～2021年合計）＞

上位5区分		割合	背景にある主な自殺の危機経路*
1位	男性40～59歳 有職同居	14.2%	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
2位	男性60歳以上 無職同居	10.1%	失業（退職）→生活苦+介護の悩み（疲れ）+身体疾患→自殺
3位	男性20～39歳 有職同居	8.1%	職場の人間関係／仕事の悩み（ブラック企業） →パワハラ+過労→うつ状態→自殺
4位	男性40～59歳 有職独居	7.4%	配置転換（昇進／降格含む）→過労+仕事の失敗 →うつ状態+アルコール依存→自殺
5位	女性60歳以上 無職同居	6.8%	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺

*「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です。
自殺者の特性別にみて代表的と考えられる経路の一例を示しており、記載の経路が唯一のものではありません。

資料：一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター「地域自殺実態プロファイル（2022）」

地域自殺実態プロファイルとは…

地方公共団体の地域自殺対策計画の策定を支援することを目的に、一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターにおいて、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ものです。

各地方公共団体では、提供される地域自殺実態プロファイルを参考に地域自殺対策計画を策定し、総合的な自殺対策を推進することとしています。

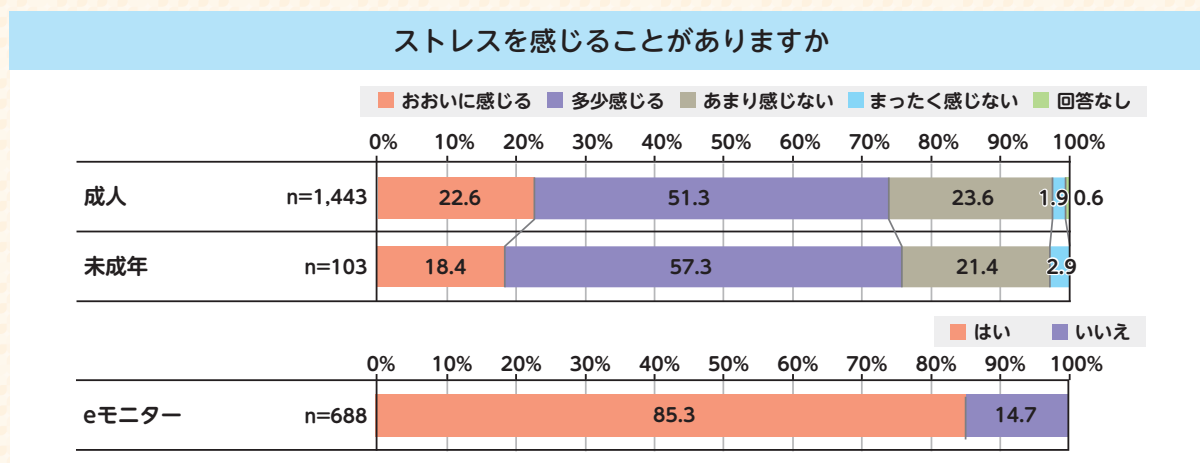
4 健康に関する基礎調査結果等からみた本市の現状

健康日本21安城計画及びいのち支える安城計画の評価及び今後の計画見直しの基礎資料として、市民の生活習慣、健康に対する意識やメンタルヘルス等の現状を把握するために健康に関する基礎調査（実施期間：2023年7月～8月）及びeモニターによる調査（実施期間：2023年6月）を実施しました。その中から、ストレスなどこころの健康に関する項目について、同調査結果から抜粋しました。

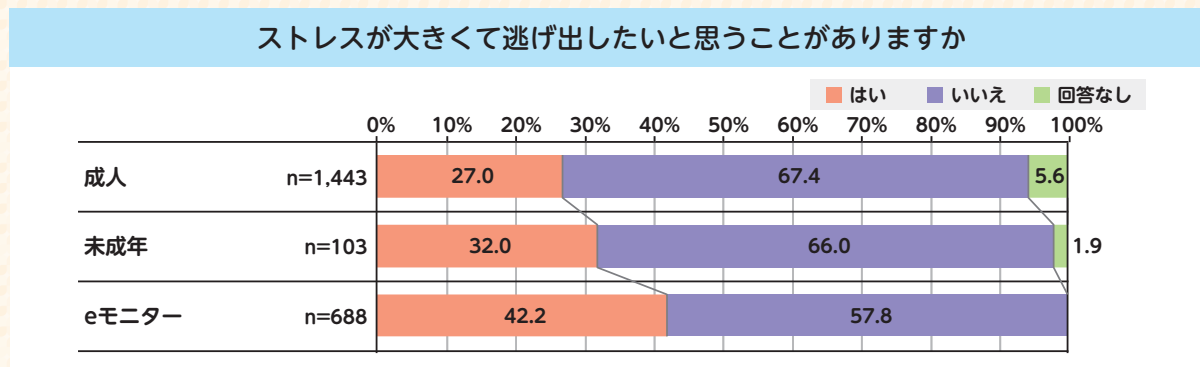
※健康に関する基礎調査における「成人」は18歳以上、「未成年」は15～17歳（年齢は2023年4月1日現在）
eモニターによる調査対象年齢は18歳以上

(1) アンケート調査

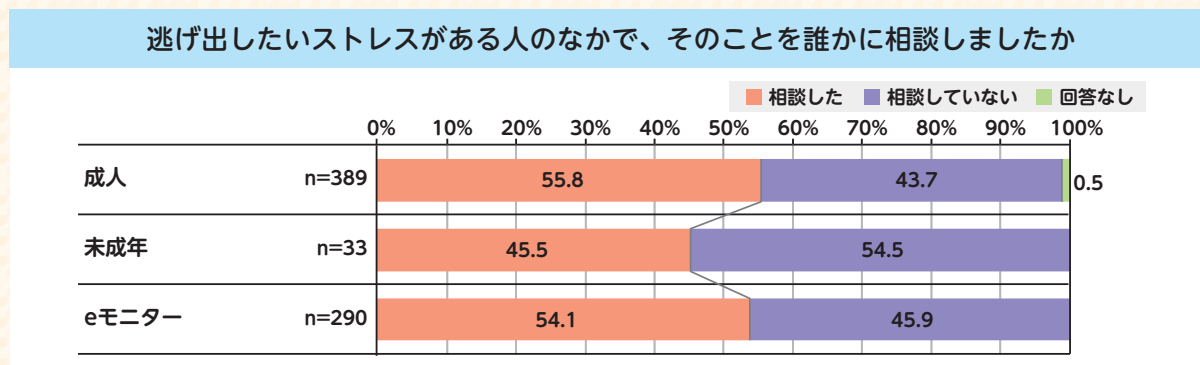
① 7割以上の人が何らかのストレスを感じている状態にあります。



② 逃げ出したい大きなストレスがある人は2～4割となっています。

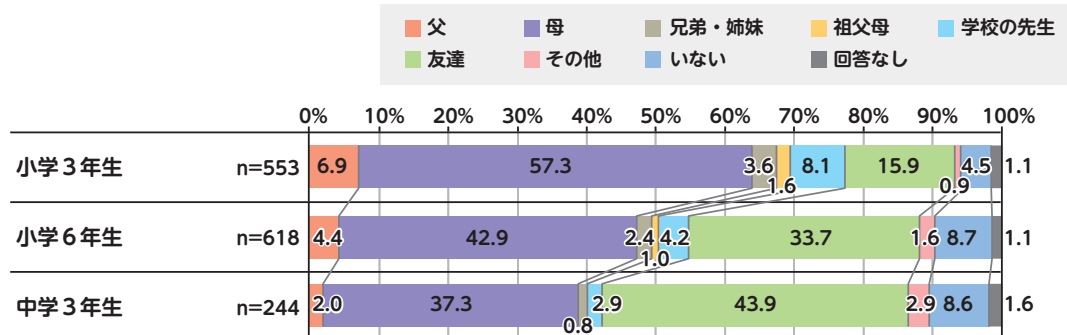


③ 逃げ出したい大きなストレスがある人のうち、誰かに相談したかどうかについては、相談していない人の割合は4割以上となっています。



- ④ 悩みを相談する相手を見ると、小学3年生・小学6年生では「母」、中学3年生では「友達」が最も多くなっています。「いない」は小学6年生・中学3年生で1割弱となっています。

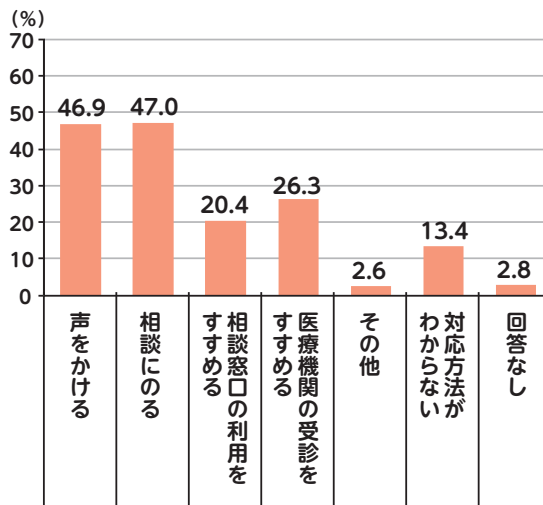
最初に悩みを相談するのは誰ですか



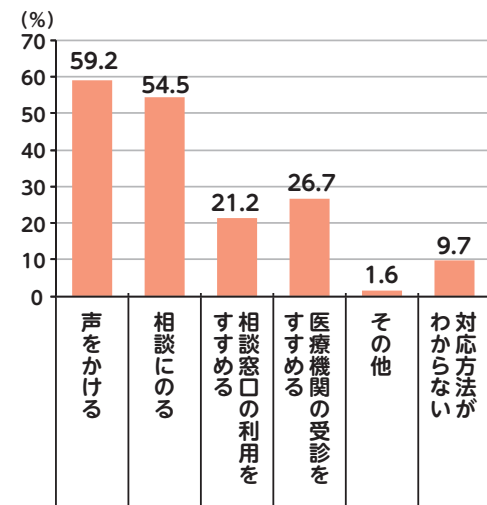
- ⑤ 身近にこころのケアが必要な人がいたときの対応については、「声をかける」、「相談にのる」が多くなっています。「対応方法がわからない」は約1割となっています。

身近にこころのケアが必要な人がいたときの対応方法

成人
n=1,443

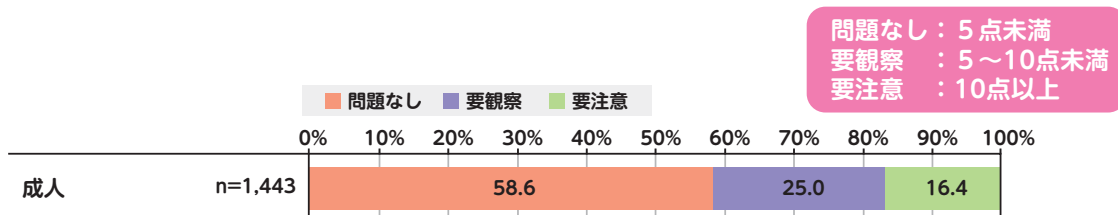


eモニター
n=688



- ⑥ K 6（うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発された、心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標）を用いたハイリスク該当者（要注意）は、16.4%となっています。

過去1か月のこころの健康状態からみるK 6ハイリスク該当者割合



5 ヒアリング調査

健康やメンタルヘルスに関する現状や課題を把握するために、市内の（１）事業所（２）高齢者の健康づくり支援団体（３）子ども若者支援団体（４）児童クラブを利用する児童及び支援員（５）母子保健にかかわる産科医療機関・助産院に対し、ヒアリング調査（実施期間：2023年8月～9月）を実施しました。

その中から、メンタルヘルスなどこころの健康に関する項目についてとりまとめました。

（1）事業所

メンタルヘルスの現状と把握状況

若手社員での精神疾患発症が増加してきており、業務負荷だけでなく、複合的な要因での精神疾患を発症していることが多い。

ストレスチェックを実施することで従業員のメンタルヘルスの状況を把握している。

朝礼において、健康管理の一環として睡眠状況を把握している。

メンタルヘルスのケア

外部機関の協力のもと、メンタルヘルスサポート窓口やカウンセラーを設置し、カウンセラーは定期的な巡回をし、相談しやすい環境づくりを行っている。

復職支援プログラムを導入し、休職者は主治医と産業医の許可が出てから復職し、メンタル不調の再発軽減に努めている。

健康教育を実施し、従業員が自身の健康を意識する取り組みを行っている。

その他メンタルヘルスに関連する取り組み

フレックスタイムの導入など、働き方改革を実施することで、プライベートの時間が充実し、さらには離職率減少にもつながっている。

課題

健康な若手従業員へのアプローチが必要。

事業所では、「健康づくり」に関する取り組みに加え、自殺の大きな要因となるメンタルヘルスへの取り組みが行われている。

勤務・経営者対策を進めていくためには、各事業所の従業員への取り組みが重要である。

また、メンタルヘルスに関する情報を市から事業所へ発信するなど、市と事業所との連携が必要である。

(2) 高齢者の健康づくり支援団体

サロンを通じて感じる効果等

来所者は皆楽しんでいる様子が見られるため、参加者の長生きに貢献していると感じている。開催している自分たちの生きがいくくりにもなっている。

サロンにおける課題

サロンに参加できれば、「しばらく来てないけど、何かあったかな？」と気にかけることはできるが、全く参加しない人のことは把握が難しい。また、全く出て来ない人を誘い出すこともとても難しい。

大きな道路を横断しないと開催場所に行けない、開催場所にエレベーターがないなどの理由でも参加できない人がいる。

サロン参加者以外の人への対応

民生委員の見守り活動もあり、独居の人が住んでいると知っていることもある。そのような人のことは、サロンには来ていない人でも気にしながら生活している。

体と心、両方がある程度元気でないと外出や、サロンへの参加は難しい。完全に閉じこもってしまう前の段階で、何かできたらいいと思っている。

サロンがあることで、参加者や運営側にとっても仲間づくりや生きがいくくりに役立っている。しかしながら、完全に閉じこもってしまい活動の場に参加できていない人の参加勧奨は難しい。地域の中で情報交換を深めてもらいながら、多くの人の目で見守ることも必要である。

サロン…町内福祉委員会など住民主体による、仲間づくりや生きがいくくりのための集いを開催する活動のこと。

(3) 子ども若者支援団体

チャイルドラインを通じて感じる子どもたちの変化

コロナ禍では相談件数が減った。これは、学校に行かないことによりストレスが減ったからだと考えている。成果主義や、失敗が許されないような世の中、大人が作った仕組みや社会の風潮が、子どもにとってもストレスの多い社会構造なのだと感じている。

相談を受けたときの対応や子どもから求められる役割など

ただ話を聞いてもらいたいという相談が8割と圧倒的に多い。会話をすることで、自分の思考の整理ができて、自分の中で「何に困っているのか」「何が嫌なのか」「どうしていきたいのか」ということに気づくことができる。

チャイルドラインが実施した調査では、子どもは「否定せずに話を聞いてもらいたいと思っている」「安心して相談できる場がほしいと思っている」ことがわかった。

子どもが気兼ねなく話せる場所の1つとして、チャイルドラインがあることをさらに周知していくとともに、子どもに接する機会のある大人や親、家族に対して「子どもたちは大人に自分の話を否定せずにただ聞いてもらいたいときがある」といった、子どもたちのメッセージも伝えていく必要がある。

チャイルドライン…18歳までの子どもがかけることができる無料の電話相談サービス。子どもたちの心の居場所を提供するだけでなく、子どもの声を社会に発信し、子どもの権利や人格を尊重する社会の実現に貢献している。

(4) 児童クラブを利用する児童及び支援員

困ったときの対処方法について

児 童：相談先がわからないという児童はいなかった。

困っていそうな子への、子ども同士での声掛けは浸透している。

少数だが、心配をかけたくないから相談しようと思えないという意見もあった。

支援のポイント

支援員：低学年の児童ほど、自分自身の悩みやストレスに気づきにくく、困っていることがうまく言葉で伝えられず、身体的な訴えとして現れることもあるため、変化を見逃さないよう配慮している。

2023年度から「児童クラブ巡回アドバイザー」を配置し、専門的な視点で見守っている。児童の変化に気づいたときは、市や学校、教育委員会と連携し、情報共有に努めている。

今後、期待されること

児 童：友達の変化に気づいたり、ＳＯＳを受け取ったとき、子ども同士で抱え込まず、信頼できる大人に相談できる。

支援員：引き続き、個々に合った支援の継続と、関係機関との連携。

(親にとっても子どもにとっても、気兼ねない関係で相談しやすい場と感じている)

困難を抱える児童の生活背景は様々で、その変化にいち早く気づき、緊急性や、他機関との連携支援の必要性の有無等、タイムリーな判断と支援が求められている。また、児童生徒のＳＯＳの出し方や受け取り方等の、いのちの教育も継続して実施していく必要がある。

(5) 母子保健にかかわる産科医療機関・助産院

ライフステージにおける現状と課題について

思春期～更年期：抑うつ症状などの精神的な症状もみられることのあるPMS（月経前症候群）への知識・治療が一般的になっていない。

早期のPMS治療は、不妊の原因となる疾患の予防や更年期の症状改善にもつながるため、全ライフステージでその人らしく充実した生活を送ることができるようになる。

性成熟期：若年妊娠や、望まない妊娠、不妊に悩む人など、妊娠へ悩みを抱える人は変わらずいる。

すべての妊娠可能年齢の女性やそのパートナーに、プレコンセプションケア（妊娠前の健康管理）を知ってもらうことが、女性本人のみならずパートナーの生活の質の向上にも大きくつながっていく。

妊娠期・子育て期：育児中の孤立感や支援者不足の問題は深刻である。

男性の育児休暇取得も推進されているが、うまく使いこなせていない現状がある。

男女ともに育児休暇取得中の過ごし方への相談や指導にも対応していくことが必要。

産後ケアなど産後のサポート体制も拡充してきているが、今後も使いやすく効果的な方法を検討していく必要がある。

女性の社会進出により、就業・キャリアの形成と妊娠・出産などのライフイベントの選択や両立などにより、悩みを抱えやすい状況となっている。幅広い機関と連携し、サポートしながらより充実した生活が送れるような支援が望まれる。

6 第1次計画の目標達成状況

(1) 数値目標

数値目標については、第1次計画の最終年である2023年に14.5以下とする目標でした。2022年は13.7と目標値である14.5を下回りました。

	基準値	目標値	現状値
	2017年	2023年	2022年
自殺死亡率*	16.1	14.5以下	13.7

*自殺死亡率：人口10万人当たりの自殺者数

資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

(2) 指標

指標の達成状況は以下の通りです。

K6ハイリスク者の割合は目標値や2017年度の値より悪化した結果となりました。5年前と比べ、新型コロナウイルス感染症拡大や物価高等の社会状況の変化による影響が考えられます。

「自分にはよいところがある」と思う児童生徒の割合では、小学生で目標値を下回りました。各学校では「いのちの教育」が行われており、今後も児童が自己受容できるよう教育を進めていく必要があります。

指標	2017年度	2023年度	
		目標値	現状値
K6*ハイリスク該当者の割合	15.9%	14.4%	16.4%
ゲートキーパー*養成研修の受講者数	43人	830人	2,627人 (2022年度)
高齢者の孤立防止のための地域参加の促進 (月1回以上開催されているサロン実施箇所数)	127箇所	150箇所	207箇所 (2022年度)
「自分にはよいところがある」と思う児童生徒の割合 (愛知県を100とした場合の指数)	小学生 97 中学生 92 (2018年度)	小学生 100 中学生 96	小学生 97 中学生 101

*K6…P12 参照

*ゲートキーパー…P18 参照

7 現状と課題の整理

(1) 勤務・経営者

地域自殺実態プロファイルから本市の自殺の傾向をみると、上位5区分のうち3区分が有職者となっています。2018年から2022年までの5年間でみると、男女ともに40歳代が最も多くなっています。特に40歳代の男性は2021年までの直近5年間の自殺死亡率が全国の数値よりも高くなっています。また、2020年の国勢調査によると、本市の女性の労働力率は全国や愛知県と比較して高い状況にあります。

30～50歳代は仕事・家庭・健康といった様々な課題が重なる時期でもあります。そのため、今後もワークライフバランスの推進や労働者のメンタルヘルス対策を進めていくことが必要です。

(2) 高齢者

本市における男性の80歳以上、女性の60歳代の自殺死亡率は全国の数値よりも高くなっています。また、本市の自殺者のうち、2018年から2022年までの5年間でみると、男性では29.1%、女性では26.8%が60歳以上となっています。

高齢者は地域で孤立しやすく、対人交流の減少等に伴い精神的ストレスを抱える可能性があるため、高齢者への対策として、見守り等で「孤立を防ぐ」ための施策を行ってきました。老年人口が増加しており、今後も高齢者への対策として、地域のネットワークや関係機関との連携をさらに充実していくことが必要です。

(3) 生活困窮者

本市における有職者、無職者別の自殺者数の割合では、男性はおよそ4割、女性ではおよそ6割が無職者となっています。

経済的に困窮した生活困窮者からの相談件数は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で大幅に増加しました。また、景気の変動によっては、今後も生活困窮者が増えるおそれがあります。生活困窮者は経済面だけでなく、社会や家族からの孤立や心身の不調など複合的な問題を抱えており、相談者が抱える問題は複合化・複雑化しています。そのため、関係機関と連携をとりながら、相談・支援を強化することが必要です。

(4) 子ども・若者

本市における子ども・若者の自殺死亡率は、20歳代以下の男性で全国の数値よりも高くなっています。また、自殺者数をみると20歳代以下は全体の2割となっています。

若年層は入学、就職、引っ越し、結婚、出産、育児といったライフイベントが多い時期であり、不安や悩みを抱きやすい時期でもあるといえます。

本市では、小中学校を中心に、「いのちの教育」を行ってきました。子どもたちがSOSの出し方や周りのSOSに気づき、大人につなげる方法を学ぶことは、学校卒業後も、危機的状況が起きたときその場に応じて援助希求行動がとれるようになると考えています。そのため、子どもへの「いのちの教育」を継続して進めていくことが必要です。

(5) 女性

主要先進7か国（G7）の自殺死亡率を比較すると、日本は女性の自殺死亡率が最も高く、自殺死亡率の高さが目立っています。女性の自殺者数は2020年以降増加傾向にあり、新型コロナウイルス感染症拡大の影響等により女性特有の課題が顕在化し、女性の自殺リスクが高まっていると考えられます。

厚生労働省の患者調査（2020年）によると、全国の気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）患者数は男性66.7万人、女性105.4万人となっており、女性に多いことがわかっています。

市では、女性の各ライフステージにおいて、相談支援や教育・指導を行ってきました。今後もより一層女性への支援の強化が必要となってきます。

ゲートキーパーとは…

ゲートキーパーとは、悩んでいる人に気づき、声をかけてあげられる人のことであり、誰でもゲートキーパーになることができます。周りで悩んでいる人がいたら「変化に気づく」「じっくりと耳を傾ける」「支援先につなげる」「温かく見守る」という4つの役割が期待されていますが、そのうちどれか1つができるだけでも、悩んでいる方にとっては大きな支えになります。



自殺対策では、悩んでいる人に寄り添い、関わりを通して「孤立・孤独」を防ぎ、支援することが重要です。1人でも多くの方に、ゲートキーパーとしての意識を持っていただき、専門性の有無にかかわらず、それぞれの立場でできることから進んで行動を起こしていくことが自殺対策につながります。

第3章

基本的な考え方

1 自殺対策の基本認識

自殺は、その多くが追い込まれた末の死である

自殺は、様々な悩みが原因で心理的に追い詰められ、自殺以外の選択肢が考えられない状態に追い込まれて引き起こされます。心理的に追い詰められる要因として、社会とのつながりの減少や生きていても役に立たないという役割喪失感、与えられた役割の大きさに対する過剰な負担感といったものがあり、これらが原因で危機的な状態にまで追い込まれてしまう過程と捉える必要があります。

個人の自由な意思や選択の結果ではなく、「自殺は、その多くが追い込まれた末の死」ということができ、このことを社会全体で認識するようあらためて徹底していく必要があります。

年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はいまだ続いている

日本の人口10万人当たりの自殺死亡率は主要先進7か国（G7）の中で最も高く、年間自殺者数も依然として2万人を超えています。かけがえのない多くの命が日々、自殺に追い込まれている状況です。

2 基本理念

「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」

「支えあおう ころろといのち」 をスローガンに自殺対策を進めます。

自殺対策基本法に基づき、毎年9月10日から16日を「自殺予防週間」、毎年3月を「自殺対策強化月間」と定めて、国、地方公共団体、関係団体等が連携して、「いのち支える自殺対策」という理念を前面に打ち出した啓発活動を推進しています。

本市でも、これらの啓発期間をはじめ、年間を通して様々な広報・啓発活動に取り組んでいきます。

3 基本方針

国の自殺総合対策大綱を踏まえて、本市では以下の6つを、自殺対策における「基本方針」とします。

(1) 生きることの包括的な支援として推進する

「生きることの促進要因」より「生きることの阻害要因」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。そのため、「生きることの促進要因」を増やし、「生きることの阻害要因」を減らすという、双方の取り組みを通じて自殺リスクを低下させるよう、生きることの包括的な支援を推進します。

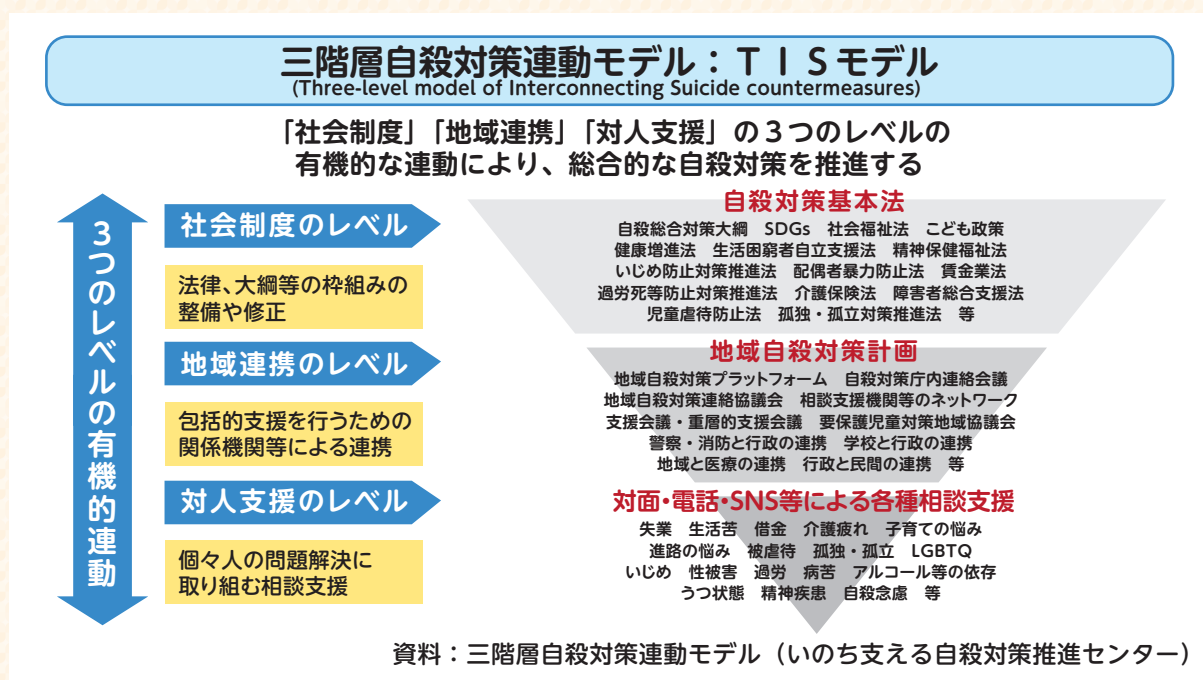
(2) 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む

自殺対策は精神保健的な視点だけでなく、社会・経済的な視点を含む包括的な取り組みが重要です。そのため、関連する様々な施策を連携させて、総合的な対策として展開していきます。また、各々が自殺対策の一翼を担っている意識を共有し、連携体制をとって取り組みます。

(3) 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる

自殺対策は、「対人支援」「地域連携」「社会制度」の3つのレベルに分けられ、それぞれを強力に、かつそれらを総合的に推進することが重要です。

また、対応の段階としては自殺や精神疾患等についての正しい知識の普及啓発を行う「事前対応」、現に起こりつつある自殺発生の危険に介入し、自殺を発生させない「危機対応」、不幸にも自殺が生じた場合に周囲に与える影響を最小限とし、新たな自殺を発生させないための「事後対応」があります。こうした時系列的な対応の段階と対策のレベルにおける取り組みを総合的に推進していきます。



(4) 実践と啓発を両輪として推進する

自殺対策においては、各種相談事業やゲートキーパー養成をはじめとする人材育成などの実践的な取り組みを推進しながら、自殺問題の啓発や相談先を周知するための取り組みも合わせて実施していきます。

自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」であり、危機に陥った場合には誰かに援助を求めることが適当であるということが、社会全体の共通認識となるように、またそのような危機に陥ったときの相談先について普及啓発を行っていきます。

(5) 行政、関係団体、民間団体、企業及び市民の役割を明確化し、 その連携・協働を推進する

それぞれの主体が果たすべき役割を明確にし、取り組みを推進していきます。また、情報を共有し、相互に連携・協働し、一体となって自殺対策を推進していきます。

(各主体の役割は、P44に掲載)

(6) 自殺者等の名誉及び生活の平穩に配慮する

自殺対策基本法第9条に「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穩に十分配慮し、いや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」と定められていることを踏まえ、このことを認識して自殺対策を推進していきます。

4 施策の体系

基本理念

誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現

基本方針

生きることの包括的な
支援として推進する

関連施策との有機的な連携を
強化して総合的に取り組む

対応の段階に応じてレベルごとの対策を
効果的に連動させる

実践と啓発を
両輪として推進する

行政、関係団体、民間団体、企業及び市民の
役割を明確化し、その連携・協働を推進する

自殺者等の名誉及び
生活の平穩に配慮する

基本 施策

1 地域におけるネットワークの強化

2 生きる支援の担い手の育成

3 市民への啓発と周知

4 児童生徒への「いのちの教育」

5 生きることの促進要因を増やす支援・生きることの阻害要因の減少につながる支援

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| (1) こころの健康を保持するための支援 | (2) 相談支援事業等 |
| (3) 居場所づくりの支援 | (4) 自殺未遂者への支援 |
| (5) 遺された人への支援 | (6) 生活を守ることに繋がる支援 |
| (7) 悩みや困難に気づき相談先につなげる支援 | (8) 生きがいづくりにつながる支援 |

勤務・経営者 対策

～セルフケアの啓
発とゲートキー
パー養成の支援～

高齢者 対策

～相談支援及び見
守り・サロン活動
等による孤立・孤
独予防の支援～

生活困窮者 対策

～支援窓口の連携
による包括的な支
援～

子ども・若者 対策

～いのちの教育の
推進と困難を抱え
る若者への支援体
制の整備～

女性 対策

～各ライフステー
ジにおける相談と
ケアの支援～

重点施策

基本施策：全国的に実施することが望ましいとされている項目

重点施策：「地域自殺実態プロファイル」等による地域の特性に応じた対策

自殺対策における取り組みの中には、基本施策と重点施策が重複している事業がある

5 数値目標

(1) 数値目標

自殺対策基本法で示されているように、本市における自殺対策が最終的に目指すものは、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現であり、その目標を実現するためには、自殺対策を通じて具体的な数値目標を定める必要があります。

国は、自殺総合対策大綱において、当面の目標として、2026年までに自殺死亡率（2015年比）を30%以上減少させ、13.0以下とすることを目標としています。また、愛知県においても国と同様に2026年までに自殺死亡率を13.0以下とすることを目指しています。

本市においては、国の自殺総合対策大綱の目標と本計画の計画期間を踏まえ、2027年までに自殺死亡率を13.0以下とすることを当面の目標とします。

自殺死亡率*	現状値	目標値
	2022年	2027年
安 城 市	13.7	13.0以下

*自殺死亡率：人口10万人当たりの自殺者数

厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

(2) 指標

本計画では、計画の数値目標に加えて指標を設定し、進捗管理を行います。

	現状値 2023年度	目標値 2027年度
健康であると感じている人の割合 (市民アンケート)	83.1%	85.0%
ゲートキーパー養成研修の受講者数	2,627人 (2022年度)	4,600人
『自分にはよいところがある』と思う児童生徒の割合 (愛知県を100とした場合の指数)	小学生 97 中学生 101	小学生 102 中学生 100