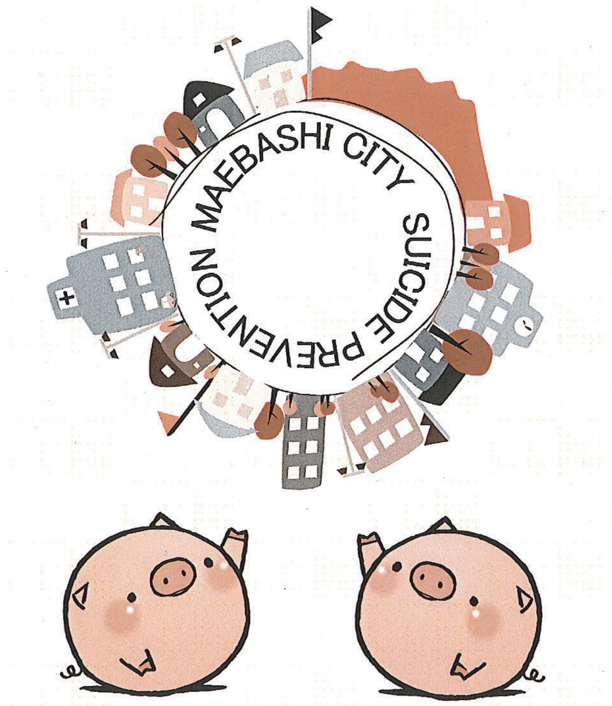
いのち
支える

# 前 橋 市 自 殺 対 策 推 進 計 画

～自分の人生を自分らしく生きられるまちを目指して～




前橋市マスコットキャラクター　ころとん

平成３０年３月

前橋市

# はじめに

平成 18 年 10 月に自殺対策基本法が施行されて以降、それまで「個人の問題」と認識されがちであった自殺は、広く「社会の問題」と認識されるようになりました。そして、国を挙げて自殺対策が総合的に推進されてきた結果、自殺者数は徐々に減少してきました。

本市においても、自殺者数は減少傾向にあるものの、今なお毎年多くの方が自殺により亡くなっています。

自殺は、その背景に様々な要因が複雑に関係しており、心理的に追い込まれた末の死といえます。私たちは、地域社会全体で自殺対策に取り組む必要があります。

平成 28 年４月の自殺対策基本法の改正を機に、本市においても総合的な対策を推進するため、「前橋市自殺対策推進計画」を策定することとしました。自殺対策の本質は、「生きることの支援」にあります。本計画では、「生きるために必要な能力の獲得」、「身近な人に悩みを打ち明けやすい環境づくり」の２つの「ねらい」を軸に、市民一人ひとりが互いに支えあいながら、生きがいを持って自分らしく生きることができる社会を目指します。市民の皆様には、自殺を身近な問題として考え、一人ひとりが自殺予防の主役として取り組んでいただきますよう、より一層のご理解とご協力をお願い申し上げます。

結びに、本計画の策定にご尽力、ご協力をいただきました前橋市自殺対策推進協議会の委員の皆様をはじめ、貴重なご意見をいただきました関係者の皆様に深く感謝申し上げまして、ごあいさつとさせていただきます。

平成 30 年３月

前橋市長　山本龍

# 目 次


**第１章　計画の概要**........................................................ **1**

１－１　計画策定の趣旨 ........................................................ 2

１－２　計画の位置づけ ........................................................ 4

１－３　計画の期間 ........................................................ 5

**第２章　本市の自殺の現状**........................................................ **7**

（１）自殺者数・自殺死亡率の推移........................................................ 8

（２）性別・年代別の状況 ........................................................ 12

（３）職業別の状況 ........................................................ 16

（４）原因・動機別の状況 ........................................................ 17

（５）同居人別の状況 ........................................................ 18

（６）曜日・時間別の状況 ........................................................ 19

（７）場所別の状況 ........................................................ 21

（８）手段別の状況 ........................................................ 22

（９）自殺未遂の状況 ........................................................ 23

**第３章　計画の基本的な考え方と方針**........................................................ **25**

３－１　自殺総合対策大綱における基本理念 ........................................................ 27

３－２　自殺総合対策大綱における基本認識 ........................................................ 28

３－３　計画の基本方針とねらい ........................................................ 32

３－４　計画の数値目標 ........................................................ 33

３－５　計画の体系 ........................................................ 34

**第４章　具体的なとりくみ**........................................................ **35**

４－１　子ども・若者への支援を充実する ........................................................ 37

（１）子どもの不安や悩みの解消への支援........................................................ 37

（２）若者の不安や悩みの解消への支援........................................................ 38

（３）相談を受ける知人等への支援........................................................ 38

４－２　市民一人ひとりの気づきと見守りを促す ........................................................ 39

（１）自殺や自殺予防、うつ病等の精神疾患についての正しい知識の普及........................................................ 39

（２）子どもたちの自殺予防につながる教育の推進........................................................ 40

４－３　悩みに寄り添える人を養成する ........................................................ 41

（１）自殺予防に関する正しい知識の普及とゲートキーパーの養成........................................................ 41

４－４　こころの健康づくりを推進する ........ 42
（１）こころの健康やうつ病等の精神疾患に関する正しい知識の普及 ........ 42
（２）こころの健康づくり推進体制の整備 ........ 42
４－５　社会全体の自殺リスクを低下させる ........ 43
（１）地域における相談窓口情報等の分かりやすい発信 ........ 43
（２）様々な問題を抱える人への支援 ........ 44
（３）関係機関等との連携・協力体制の整備 ........ 44
４－６　勤務問題による自殺対策を推進する ........ 45
（１）求職者向けの対策 ........ 46
（２）労働者向けの対策 ........ 46
４－７　自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ ........ 47
（１）本人と家族等の身近な人に対する支援 ........ 47
（２）地域の相談機関等のネットワークの構築と切れ目のない支援 ........ 47
**第５章　各ライフステージの特徴ととりくみ ........ 49**
５－１　乳幼児・学童・思春期（０～19歳） ........ 52
５－２　青年期（20～39歳） ........ 54
５－３　壮年期（40～64歳） ........ 56
５－４　高齢期（65歳～） ........ 58
**第６章　本市における主な関連事業 ........ 60**
**資　料　編 ........ 70**
資料１　自殺に関する統計 ........ 71
資料２　厚生労働省「自殺対策白書（平成29年度版）」より抜粋 ........ 73
資料３　厚生労働省「平成28年度自殺対策に関する意識調査」からみた自殺の現状より抜粋 ........ 75
資料４　前橋市自殺対策推進協議会 ........ 81
資料５　前橋市自殺対策庁内推進体制 ........ 82
資料６　自殺対策基本法　（平成18年法律第85号） ........ 84

# 第１章　計画の概要

# 第１章　計画の概要

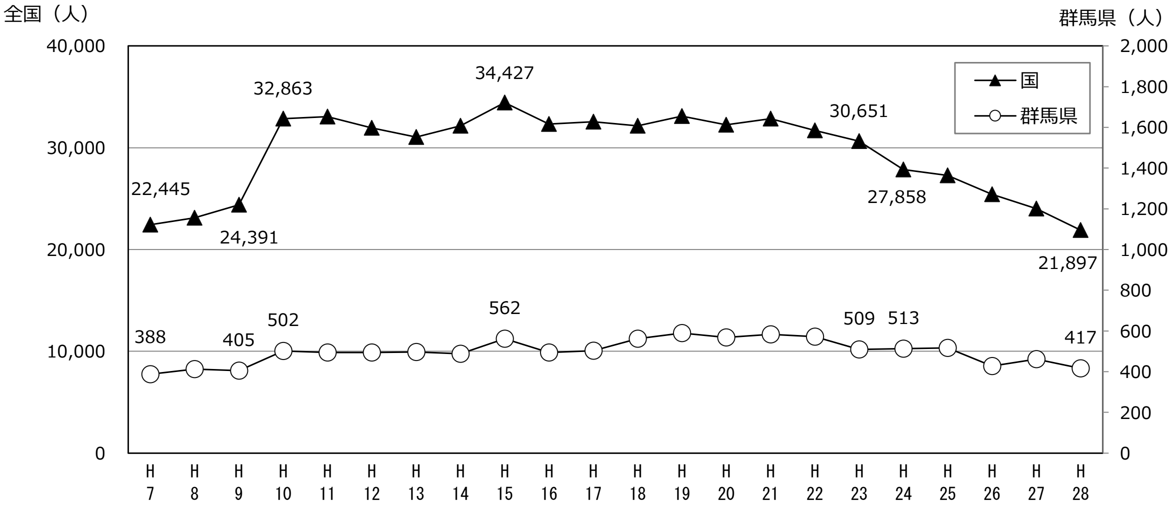
## １－１　計画策定の趣旨

我が国の年間の自殺者数は、平成 10 年に急増して年間３万人を超え、減少の兆しが見えない状態が何年も続きました。こうした状況を踏まえ、国は平成 18 年に自殺対策基本法を施行し、自殺を社会の問題と捉えた基本理念を定め、総合的な自殺対策を実施することとしました。その結果、自殺者数は平成 22 年から減少傾向となり、平成 24 年には３万人を割り込み、５年連続で３万人を下回ったものの、依然として深刻な状況にあります。

平成 28 年３月改正された自殺対策基本法において、第２条基本理念に「自殺対策は生きることの包括的な支援として、全ての人がかけ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こと」、「保健、医療、福祉、教育、労働その他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こと」が規定されました。また、第 13 条に「都道府県・市町村は、それぞれの都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画を定める」と明記されました。さらに、自殺対策基本法の改正の趣旨や我が国の自殺の実態を踏まえ、平成 29 年７月、「自殺総合対策大綱～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～」が閣議決定されました。

このような状況を踏まえ、本市においても前橋市自殺対策推進計画を策定することとしました。平成 25 年以降、本市の自殺者数は減少傾向にあるものの、毎年約 80 人が自殺により亡くなっています。また、若い世代における自殺者数は減少傾向にあるものの、家庭や学校、職場、社会全体にもたらす衝撃や影響の大きさから、その対策は急がれます。自殺対策の本質は、「生きることの支援」にあります。市民をはじめ、保健・医療・福祉・教育・労働等関係機関・団体との連携・協力を強化し、より効果的・総合的な自殺対策を推進するため、「前橋市自殺対策推進計画」を策定します。

**図 1-1 全国･群馬県における自殺者数の推移と自殺対策を巡る主な動き**




出典：警察庁・内閣府・厚生労働省「自殺統計」（H17 以前の群馬県は「人口動態統計」）

**主な動き**

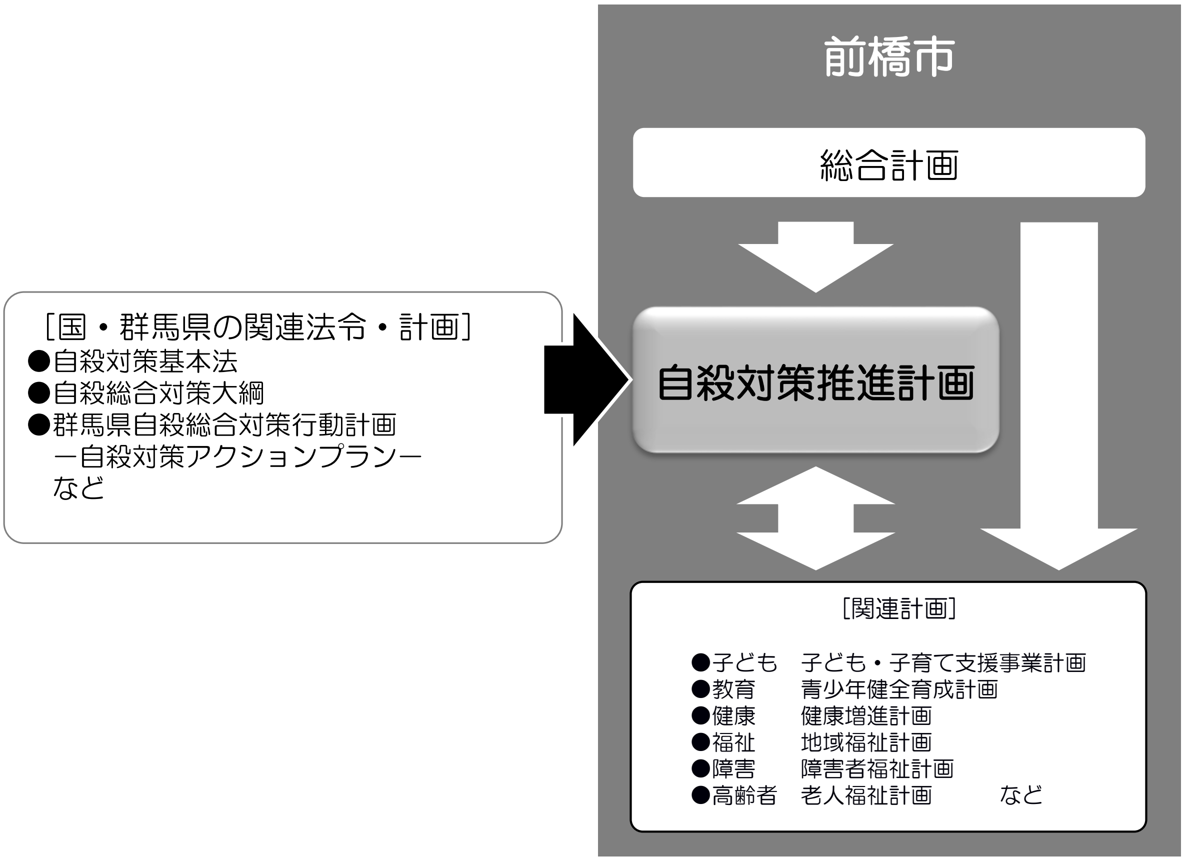
| | |
|---|---|
| 平成１０年 | ※全国の自殺者数が３万人を突破 |
| 平成１４年 ４月 | 「群馬県精神保健福祉センター」を「群馬県こころの健康センター」に改称 |
| 平成１７年 ７月 | 参議院厚生労働委員会「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」 |
| 平成１８年 ６月 | 「自殺対策基本法」成立 |
| １０月 | 内閣府に「自殺総合対策会議」設置 |
| 平成１９年 ４月 | 内閣府に「自殺対策推進室」設置 |
| ６月 | 「自殺総合対策大綱」閣議決定 |
| ９月 | 初の「自殺予防週間」実施 |
| １１月 | 初の「自殺対策白書」閣議決定 |
| 平成２０年１０月 | 「自殺対策加速化プラン」決定（自殺総合対策会議） |
| 平成２１年 ３月 | 「群馬県自殺総合対策行動計画」策定 |
| 平成２２年 ２月 | 「いのちを守る自殺対策緊急プラン」決定（自殺総合対策会議） |
| 平成２４年 ３月 | 「よりそいホットライン」運用開始 |
| ８月 | 「自殺総合対策大綱」の見直し |
| 平成２６年 ３月 | 「第２次群馬県自殺総合対策行動計画」策定 |
| 平成２７年 ６月 | 参議院厚生労働委員会「自殺総合対策の更なる推進を求める決議」 |
| 平成２８年 ３月 | 「自殺対策基本法の一部を改正する法律」成立 |
| ４月 | 「自殺総合対策推進センター」発足（自殺予防総合対策センター）を改組） |
| １０月 | 「自殺対策に関する意識調査」実施 |
| 平成２９年 ４月 | 群馬県こころの健康センター内に「自殺対策推進センター」を設置 |
| ７月 | 「自殺総合対策大綱～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～」閣議決定 |

# 1－2 計画の位置づけ

本計画は、子どもから高齢者までの生涯を通じて生きるための総合的な支援に取り組む計画です。自殺対策基本法に定める「市町村自殺対策計画」であり、国の「自殺対策基本法」や「自殺総合対策大綱」、群馬県の「自殺総合対策行動計画」および、本市の上位計画「前橋市総合計画」や保健・福祉・教育分野の各種計画との整合性を持たせています。

特に、本計画の上位計画である「第七次前橋市総合計画」では、重点テーマとして「生涯にわたる健康の維持」を挙げ、施策の方向性として「生涯にわたる心身の健康づくりにより、誰もが生きやすいまちをつくります」としています。本計画はこの重点テーマを自殺対策面から支え、自殺防止のためのとりくみや連携・協力体制の整備を行っていきます。そして、「誰もが生きやすいまちづくり」を推進します。

**図 1-2 計画の位置づけ**



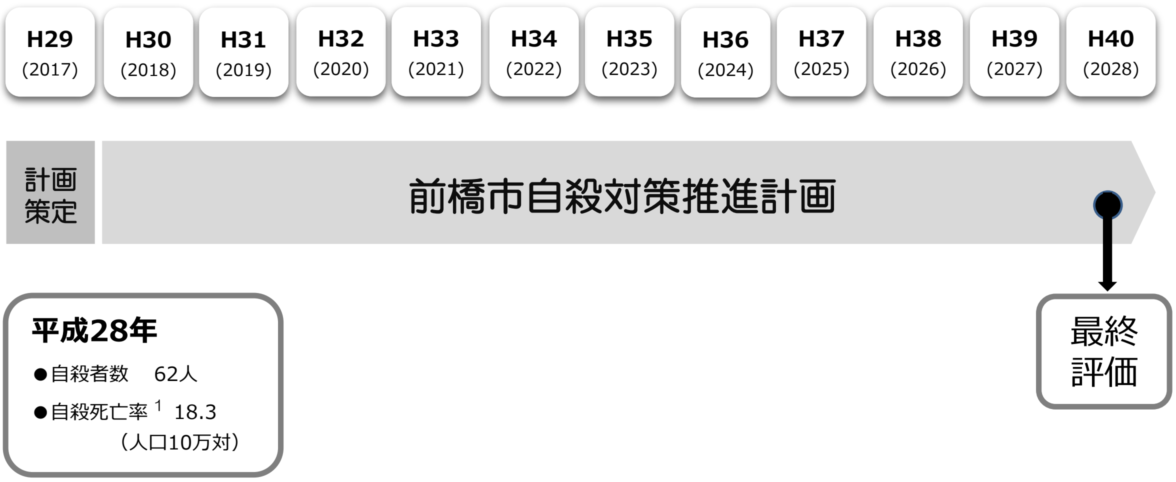
# 1－3　計画の期間

本計画は、平成 30（2018）年度から平成 40（2028）年度までの 11 か年計画とします。

社会情勢の著しい変化や国・群馬県の政策の変更があった場合、計画の進捗状況等から見直しが必要と判断される場合には、計画の見直しを行います。

評価については、計画の実施期間中に行うこととし、評価方法は、目標の達成度を数値で見る量的評価と、計画推進のためのとりくみや経過を評価する質的評価を併せて行います。

**図 1-3　計画の期間**




[1]　「自殺死亡率」は、人口 10 万人当たりの自殺者数を表しています。

# 第2章　本市の自殺の現状

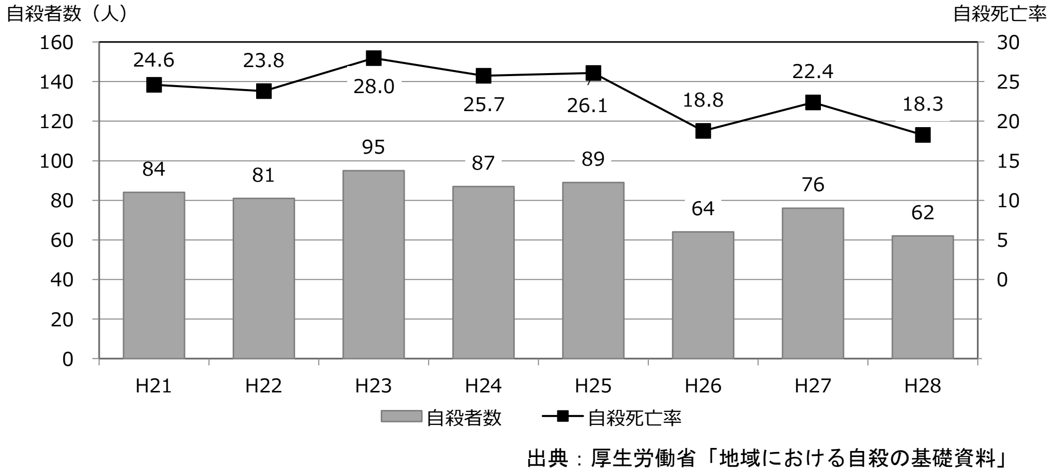
# 第2章　本市の自殺の現状

## （１）自殺者数・自殺死亡率の推移

前橋市の自殺者数・自殺死亡率の推移（図 2-1）をみると、本市の自殺者数は、平成 21 年以降、増減を繰り返しながら減少しています。

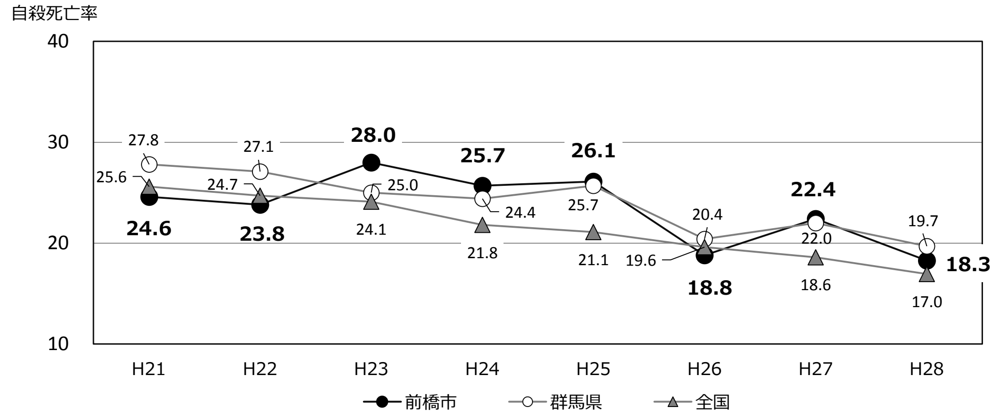
前橋市・群馬県・全国の自殺死亡率の推移（図 2-2）をみると、本市の自殺死亡率は、増減を繰り返しながら減少しています。また、本市と全国・群馬県の自殺死亡率の推移を比較すると、本市の自殺死亡率は平成 22 年まで全国・群馬県より低い状況でした。平成 23 年以降、全国・群馬県より高くなりましたが、平成 26 年には再び全国・群馬県より低くなりました。平成 27 年に全国・群馬県より高くなり、平成 28 年には全国より高く、群馬県より低い状況です。

**図 2-1　前橋市の自殺者数･自殺死亡率の推移**




出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

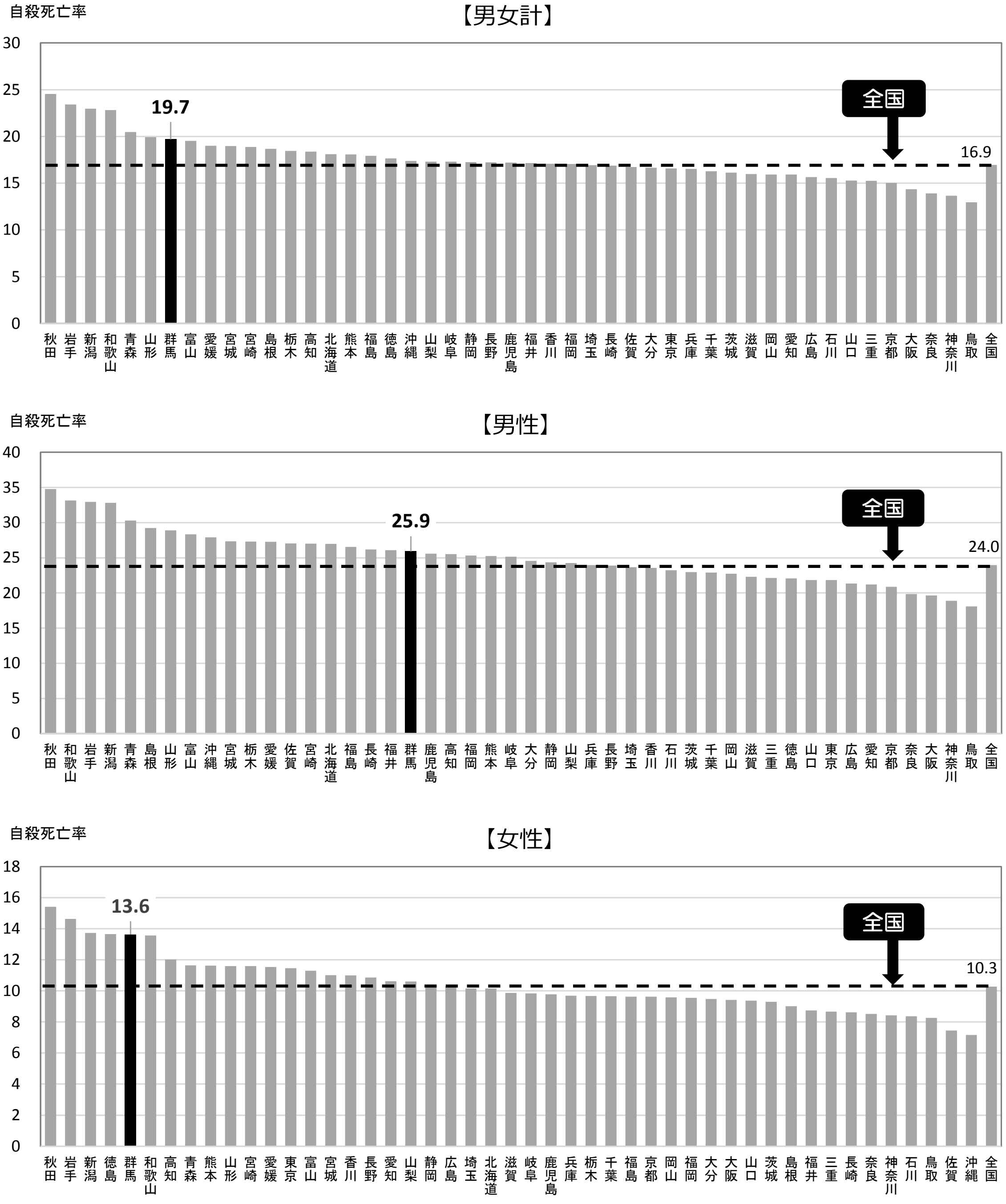
**図 2-2　前橋市･群馬県･全国の自殺死亡率の推移**




出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

平成 28 年における都道府県別自殺死亡率（図 2-3）をみると、群馬県の自殺死亡率は、全国 47 都道府県の中で男女計が 7 番目、男性が 19 番目、女性が 5 番目です。また、自殺死亡率（男女計）が最も高い秋田県では 24.5、最も低い鳥取県では 12.9 であり、都道府県ごとに差がある状況です。

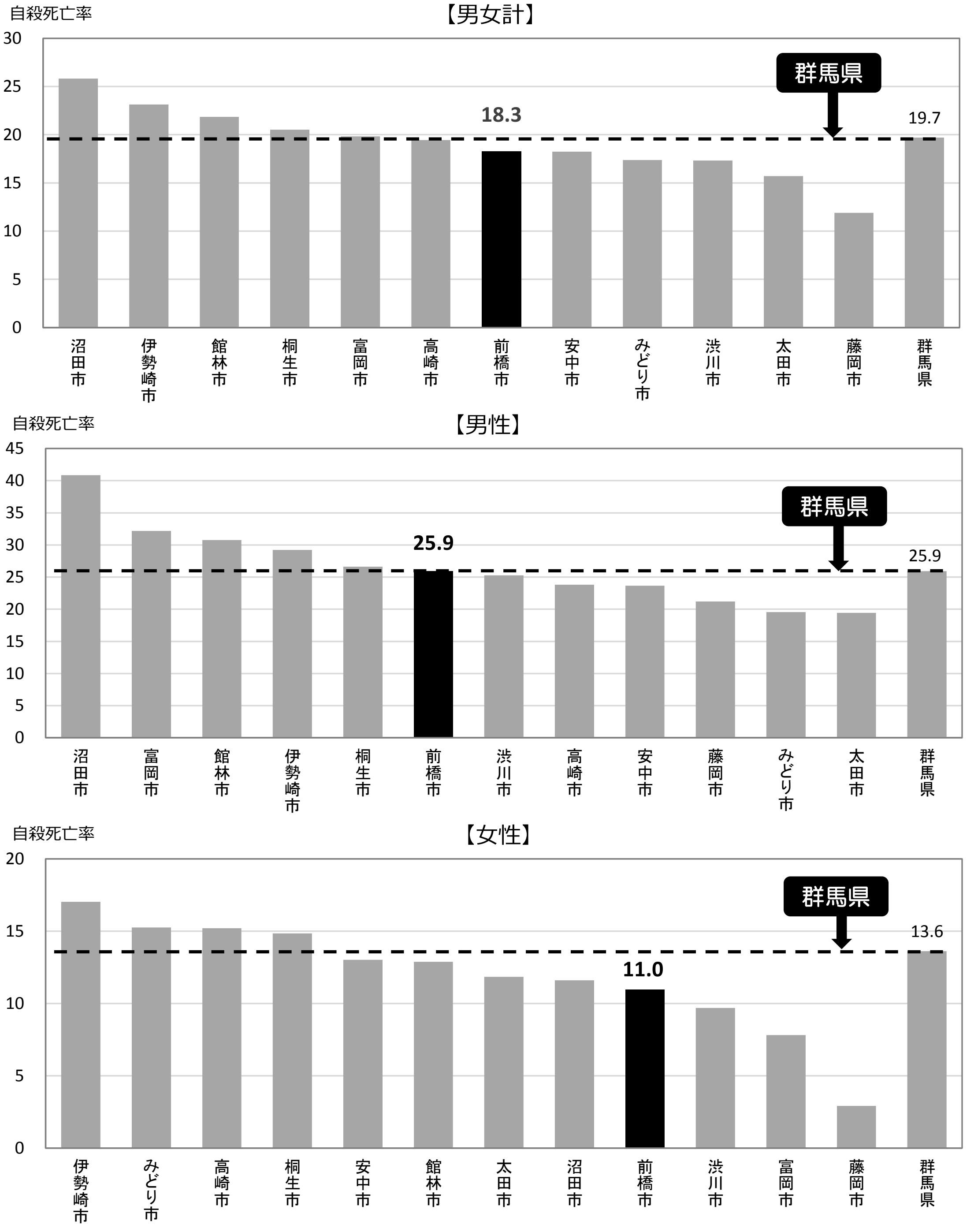
**図 2-3　平成 28 年における都道府県別自殺死亡率**




出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

平成 28 年における群馬県内 12 市の自殺死亡率（図 2-4）をみると、本市の自殺死亡率は、県内 12 市の中で男女計が 7 番目、男性が 6 番目、女性が 9 番目です。また、自殺死亡率（男女計）が最も高い沼田市では 25.8、最も低い藤岡市では 11.9 であり、市ごとに差がある状況です。

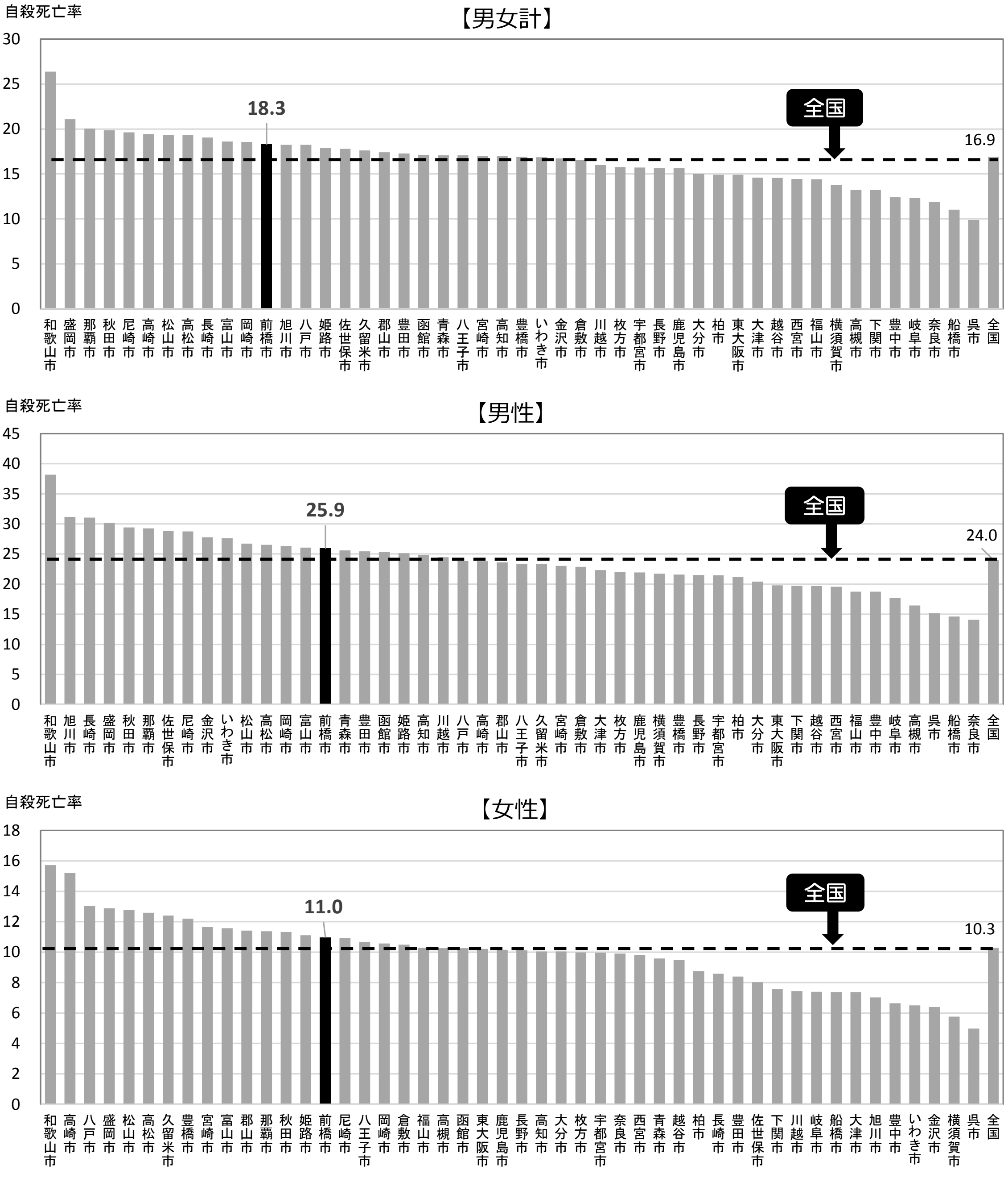
**図 2-4　平成 28 年における群馬県内 12 市の自殺死亡率**




出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

平成 28 年における中核市の自殺死亡率（図 2-5）をみると、本市の自殺死亡率は、中核市 48 市の中で男女計が 12 番目、男性、女性とも 15 番目です。また、自殺死亡率（男女計）が最も高い和歌山市では 26.4、最も低い呉市では 9.9 であり、中核市ごとに差がある状況です。

**図 2-5　平成 28 年における中核市別の自殺死亡率**



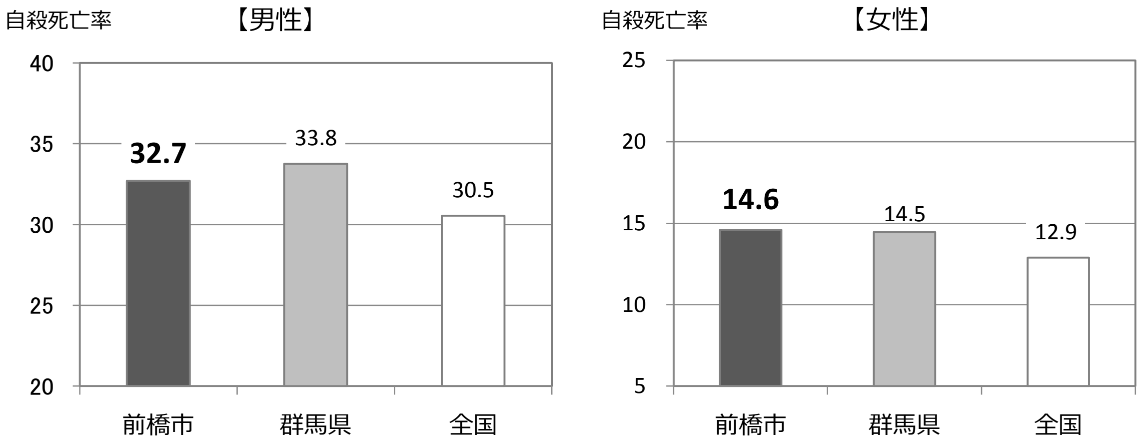

出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

## （２）性別・年代別の状況

平成 21～28 年（平均）前橋市・群馬県・全国の性別自殺死亡率（図 2-6）をみると、本市の性別自殺死亡率は、男性が 32.7、女性が 14.6 です。

また、本市と全国・群馬県の性別自殺死亡率を比較すると、本市の男性の自殺死亡率は全国より高く、群馬県より低くなっており、女性は全国・群馬県より高くなっています。

**図 2-6　平成 21～28 年（平均）前橋市･群馬県･全国の性別自殺死亡率**

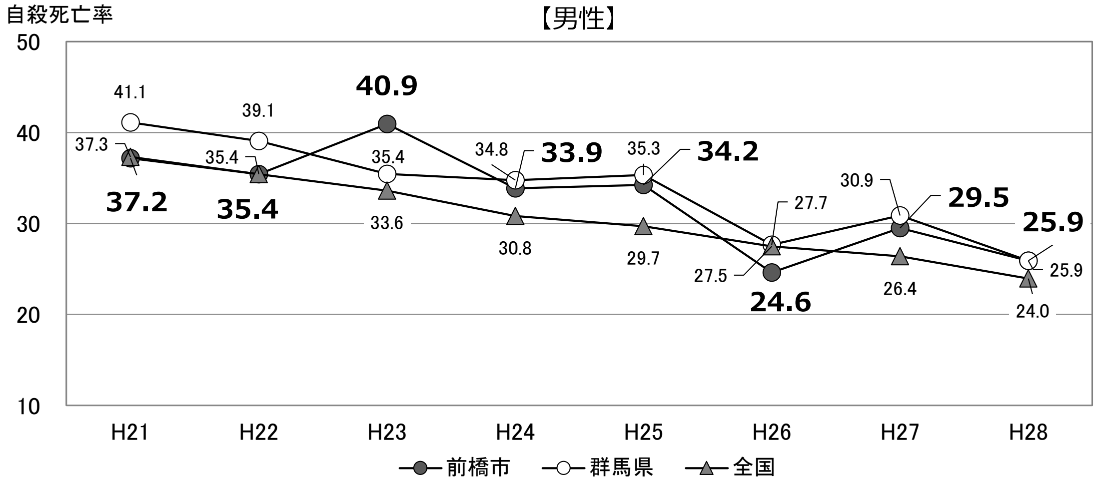


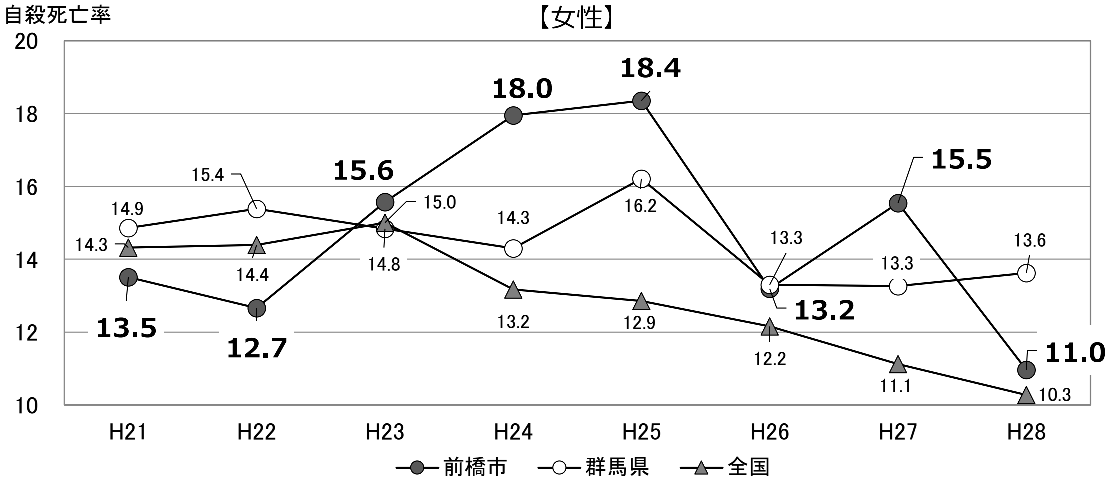

出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

前橋市・群馬県・全国の性別自殺死亡率の推移（図 2-7）をみると、本市の男性の性別自殺死亡率は、増減を繰り返しながら、徐々に減少しています。女性は、平成 23 年以降大きく増加しましたが、平成 26 年には減少。平成 27 年には再び増加しましたが、平成 28 年には減少し、平成 23 年の急増前とほぼ同様の状況です。

また、本市と全国・群馬県の性別自殺死亡率の推移を比較すると、本市の男性の性別自殺死亡率は、全国・群馬県とほぼ同様の状況です。女性は、平成 22 年までは全国・群馬県より低くなっています。平成 23 年以降、全国・群馬県より高くなりましたが、平成 26 年には群馬県とほぼ同様の状況となりました。平成 27 年に再び全国・群馬県より高くなり、平成 28 年には全国より高く、群馬県より低くなっています。

**図 2-7 前橋市･群馬県･全国の性別自殺死亡率の推移**



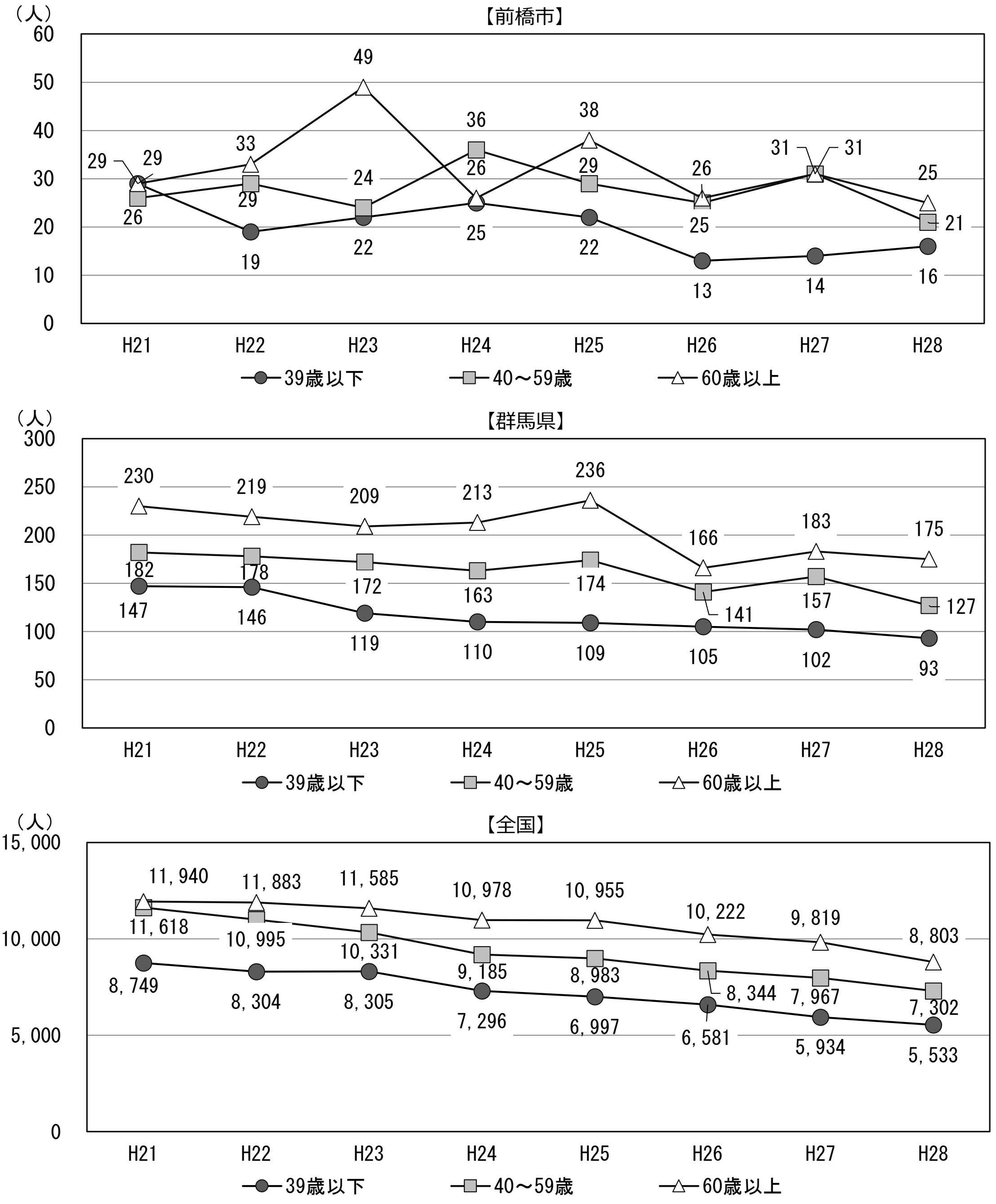




出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

前橋市・群馬県・全国の年代別自殺者数の推移（図 2-8）をみると、本市の年代別自殺者数は、どの年代も増減を繰り返しながら、徐々に減少しており、平成 26 年以降は、「40～59 歳」と「60 歳以上」がほぼ同数となります。

また、全国・群馬県では、「60 歳以上」が最も多く、次いで「40～59 歳」、「39 歳以下」と続き、どの年代も減少傾向にあります。

**図 2-8 前橋市･群馬県･全国の年代別自殺者数の推移**

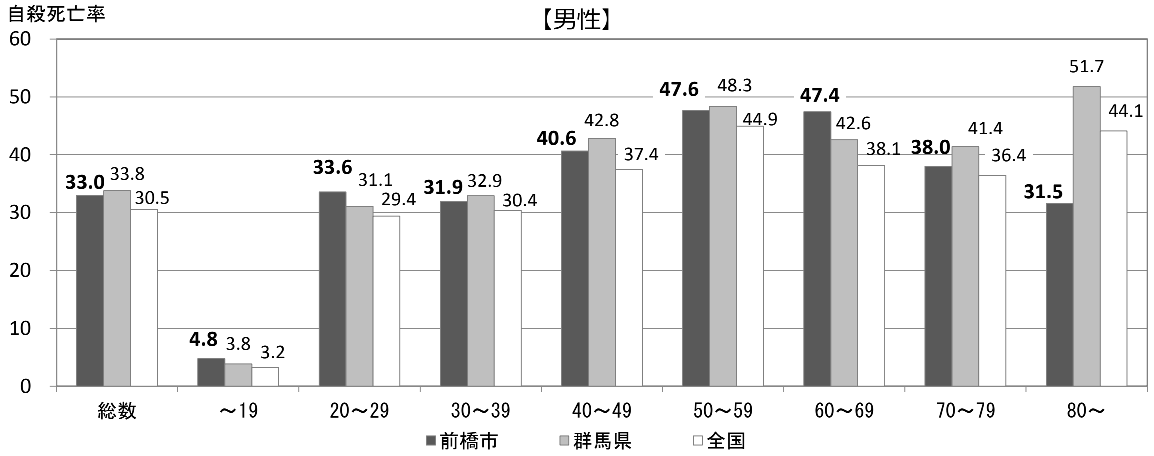


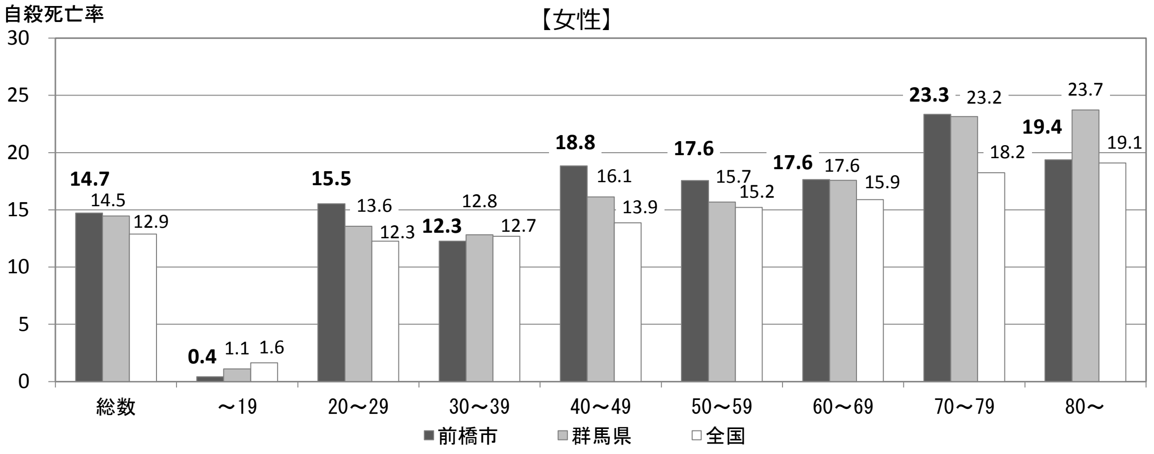

出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

平成 21～28 年（平均）前橋市・群馬県・全国の性別・年代別自殺死亡率（図 2-9）をみると、本市の性別・年代別自殺死亡率は、男性では「50～59 歳」が 47.6 と最も高く、次いで「60～69 歳」が 47.4、「40～49 歳」が 40.6 です。女性では「70～79 歳」が 23.3 と最も高く、次いで「80 歳以上」が 19.4、「40～49 歳」が 18.8 です。

また、本市と全国・群馬県の性別・年代別自殺死亡率を比較すると、本市の男性の性別・年代別自殺死亡率は、「19 歳以下」、「20～29 歳」、「60～69 歳」が全国・群馬県より高く、「80 歳以上」では全国・群馬県より低い状況です。女性は、「20～29 歳」、「40～49 歳」、「50～59 歳」が全国・群馬県より高く、「19 歳以下」は全国・群馬県より低い状況です。

**図 2-9 平成 21～28 年（平均）前橋市･群馬県･全国の性別･年代別自殺死亡率**



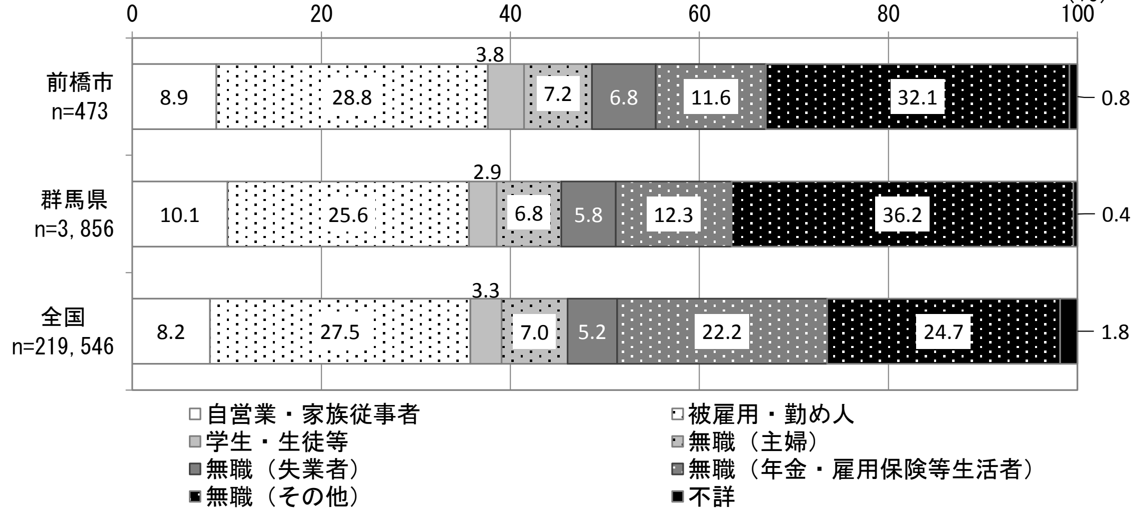

出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」及び総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」より前橋市作成

## （３）職業別の状況

平成 23～28 年（平均）前橋市・群馬県・全国の職業別の自殺者数の構成割合（図 2-10）をみると、本市の職業別の自殺者数は、「無職者」が 57.7%と最も多く、次いで「被雇用・勤め人」が 28.8%です。また、本市と全国・群馬県の職業別自殺者数の構成割合を比較すると、全国・群馬県とも本市とほぼ同様の状況です。

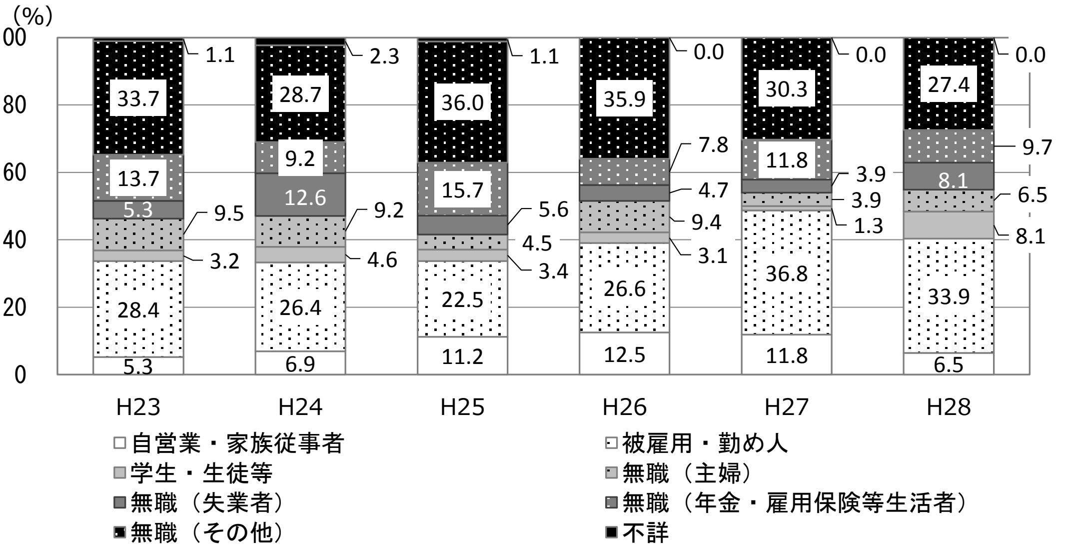
前橋市の職業別自殺者数の構成割合の推移（図 2-11）をみると、「無職者」は減少傾向にあり、「被雇用・勤め人」は増加傾向にあります。

**図 2-10　平成 23～28 年（平均）前橋市･群馬県･全国の職業別自殺者数の構成割合**




出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

**図 2-11　前橋市の職業別の自殺者数の構成割合の推移**



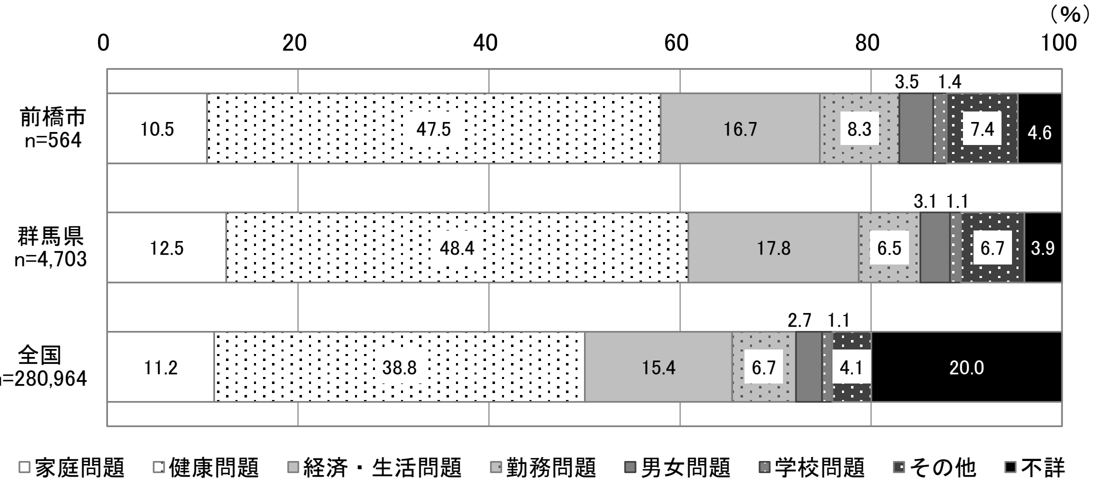

出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

## （４）原因・動機別の状況

平成 23～28 年（平均）前橋市・群馬県・全国の原因・動機別自殺者数の構成割合（図 2-12）をみると、本市の原因・動機別自殺者数は「健康問題」が 47.5％と最も多く、次いで「経済・生活問題」が 16.7％、「家庭問題」が 10.5％です。また、本市と全国・群馬県の原因・動機別自殺者数の構成割合を比較すると、全国・群馬県とも本市とほぼ同様の状況です。

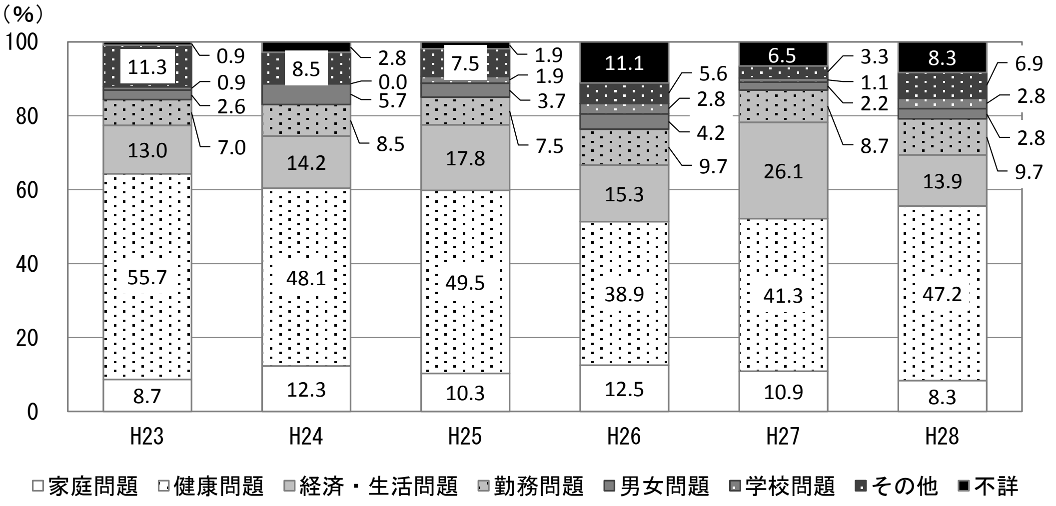
前橋市の原因・動機別の自殺者数構成割合の推移（図 2-13）をみると、「健康問題」は平成 26 年まで減少傾向にありましたが、平成 27 年以降増加傾向にあります。

**図 2-12　平成 23～28 年（平均）前橋市・群馬県・全国の原因・動機別自殺者数の構成割合**




出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

**図 2-13　前橋市の原因・動機別自殺者数構成割合の推移**



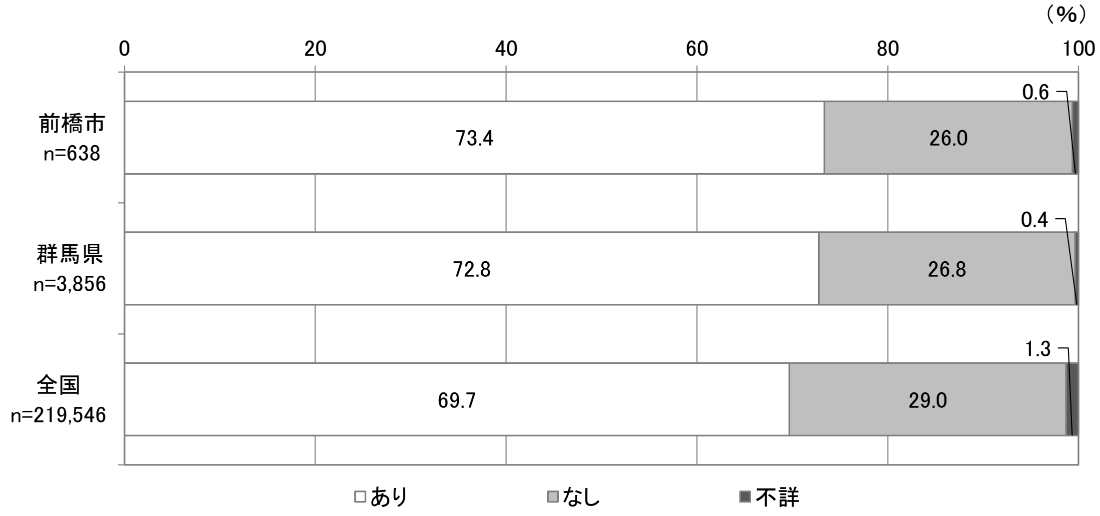

出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

## （５）同居人別の状況

平成 21～28 年（平均）前橋市・群馬県・全国の同居人の状況別自殺者数の構成割合（図 2-14）をみると、本市の同居人の状況別自殺者数の構成割合は「あり」が 73.4%、「なし」が 26.0%です。

また、本市と全国・群馬県の同居人の状況別自殺者数の構成割合を比較すると、全国・群馬県ともに本市とほぼ同様の状況です。

**図 2-14　平成 21～28 年（平均）前橋市･群馬県･全国の同居人の状況別自殺者数の構成割合**



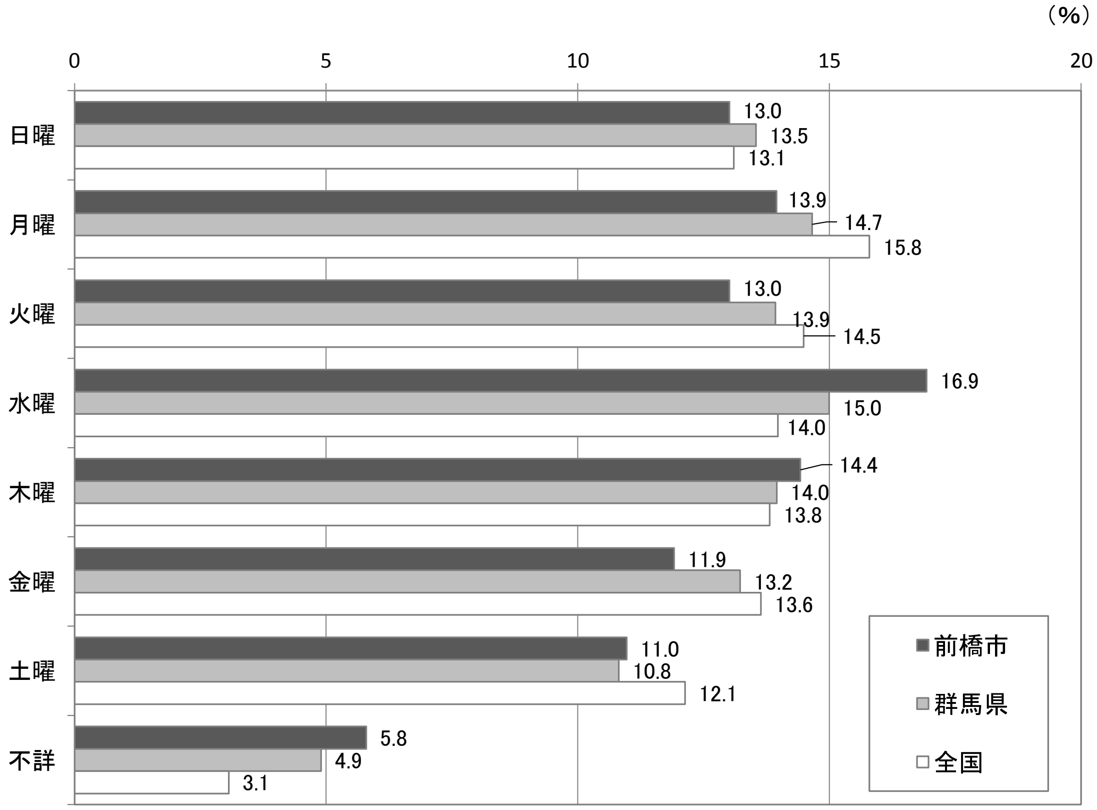

出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

## （６）曜日・時間別の状況

平成 21～28 年（平均）前橋市・群馬県・全国の発見曜日別自殺者数の構成割合（図 2-15）をみると、本市の発見曜日別自殺者数は「水曜」が最も多いです。

また、本市と全国・群馬県の発見曜日別自殺者数の構成割合を比較すると、全国は「月曜」が最も多く、群馬県は本市と同様、「水曜」が最も多いです。

**図 2-15　平成 21～28 年（平均）前橋市･群馬県･全国の発見曜日別自殺者数の構成割合**

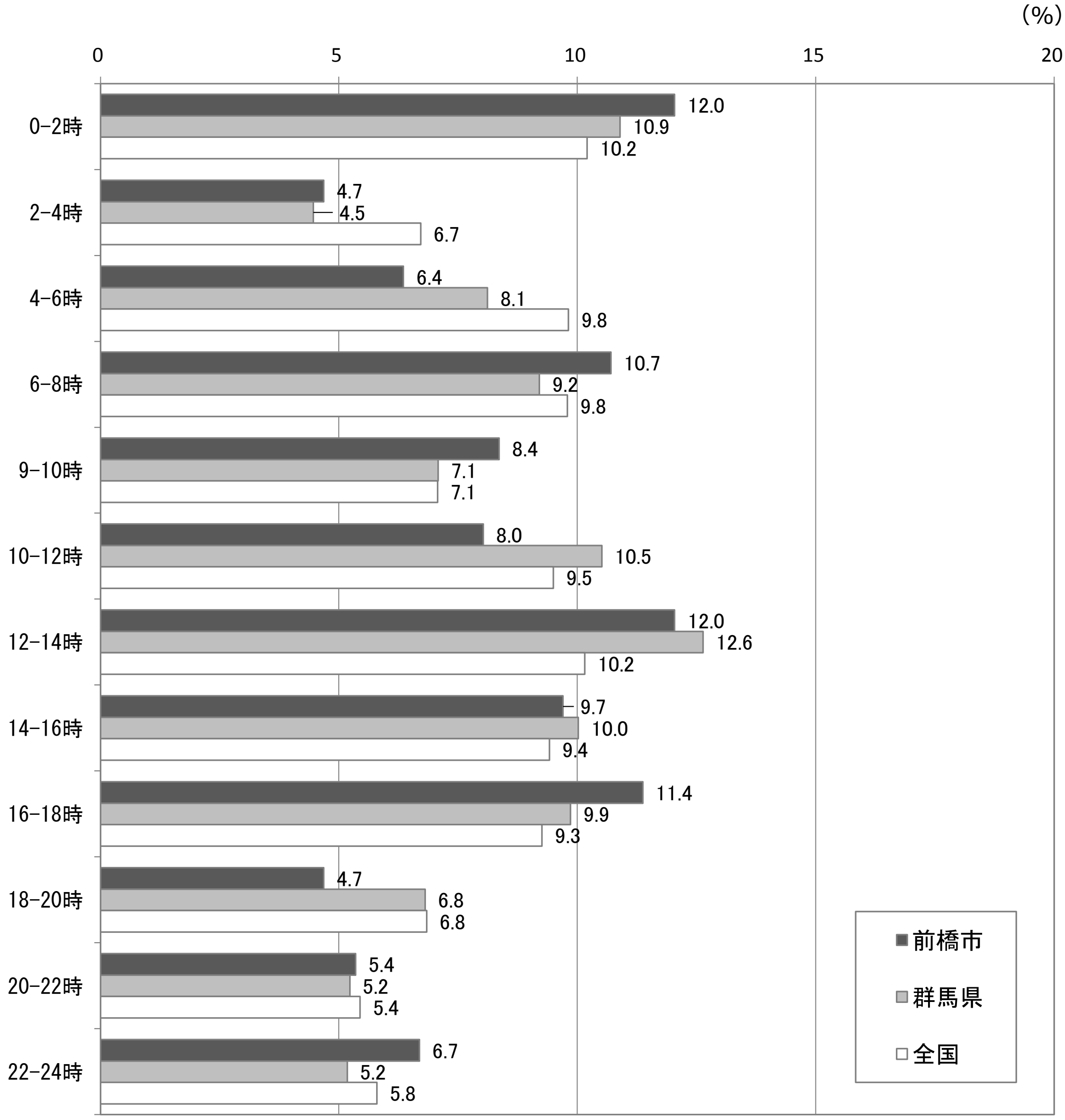



出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

平成 21～28 年（平均）前橋市・群馬県・全国の発見時間帯別自殺者数の構成割合（図 2-16）をみると、本市の発見時間帯別自殺者数は「0-2 時」、「12-14 時」が最も多いです。

また、本市と全国・群馬県の発見時間帯別自殺者数の構成割合を比較すると、全国は本市と同様、「0-2 時」、「12-14 時」が最も多く、群馬県は「12-14 時」が最も多いです。

**図 2-16　平成 21～28 年（平均）前橋市･群馬県･全国の発見時間帯別自殺者数の構成割合**




※「不詳」を除く割合で示しています。

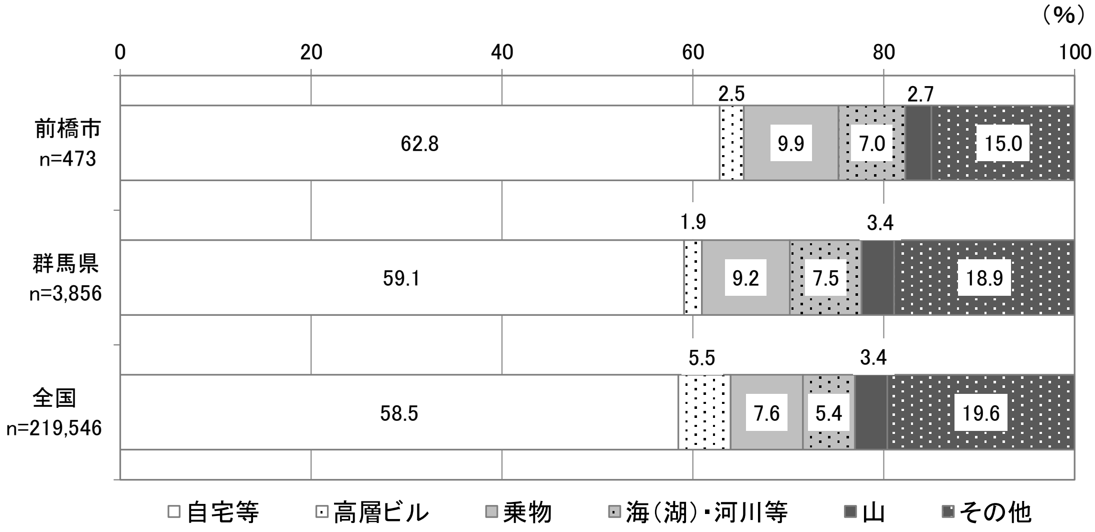
出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

## （７）場所別の状況

平成 21～28 年（平均）前橋市・群馬県・全国の場所別自殺者数の構成割合（図 2-17）をみると、本市の自殺の場所別の自殺者数は、「自宅等」が 62.8％と最も多いです。また、本市と全国・群馬県の場所別自殺者数の構成割合を比較すると、全国・群馬県とも本市とほぼ同様の状況です。

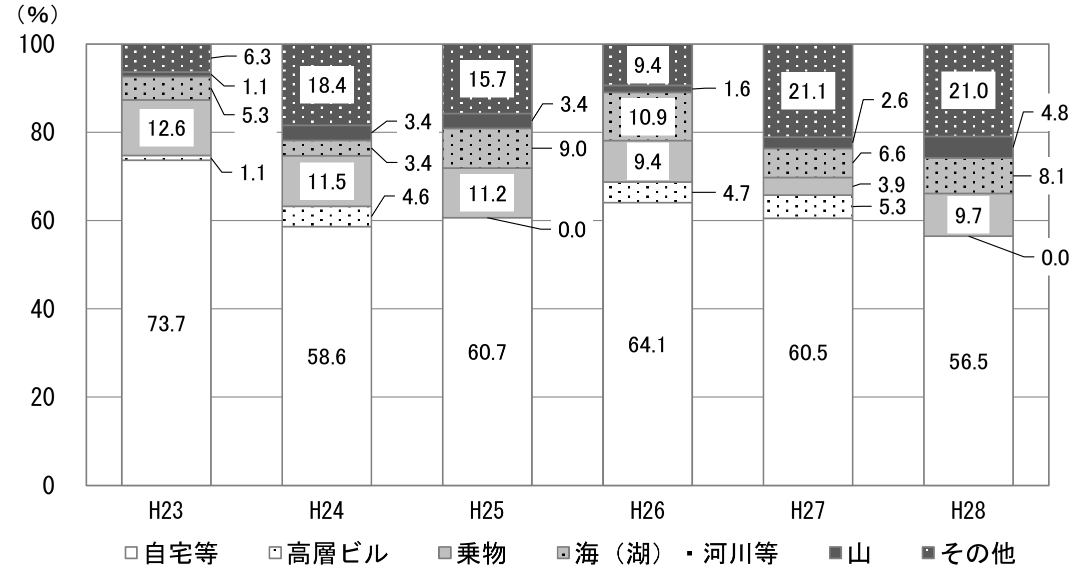
前橋市の場所別自殺者数の構成割合の推移（図 2-18）をみると、「自宅等」が増減を繰り返しながら減少傾向にあります。

**図 2-17　平成 21～28 年（平均）前橋市･群馬県･全国の場所別自殺者数の構成割合**




出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

**図 2-18　前橋市の自殺の場所別の自殺者数の構成割合の推移**



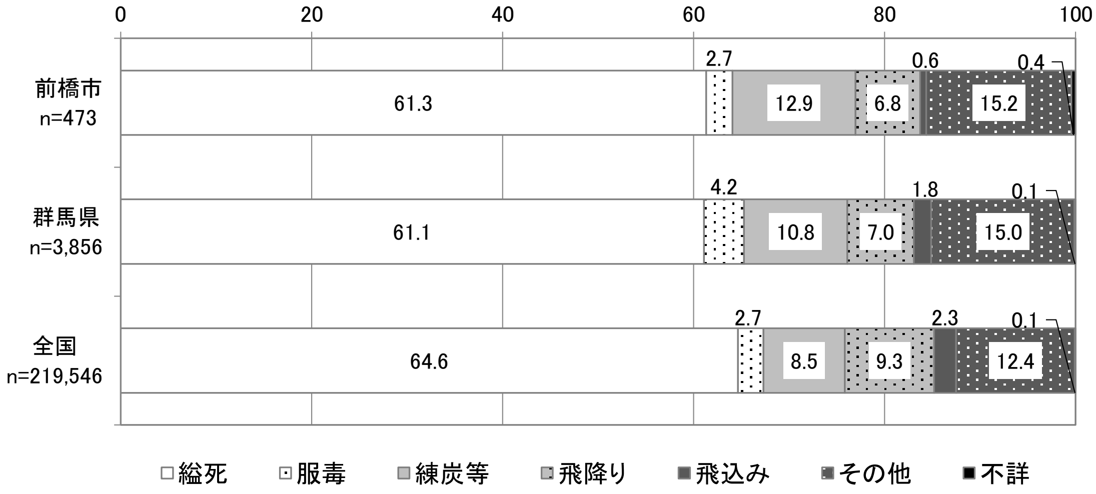

出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

## （８）手段別の状況

平成 21～28 年（平均）前橋市・群馬県・全国の手段別自殺者数の構成割合（図 2-19）をみると、本市は「縊死」が 61.3％と最も多いです。また、本市と全国・群馬県の手段別自殺者数の構成割合を比較すると、全国・群馬県とも本市とほぼ同様の状況です。

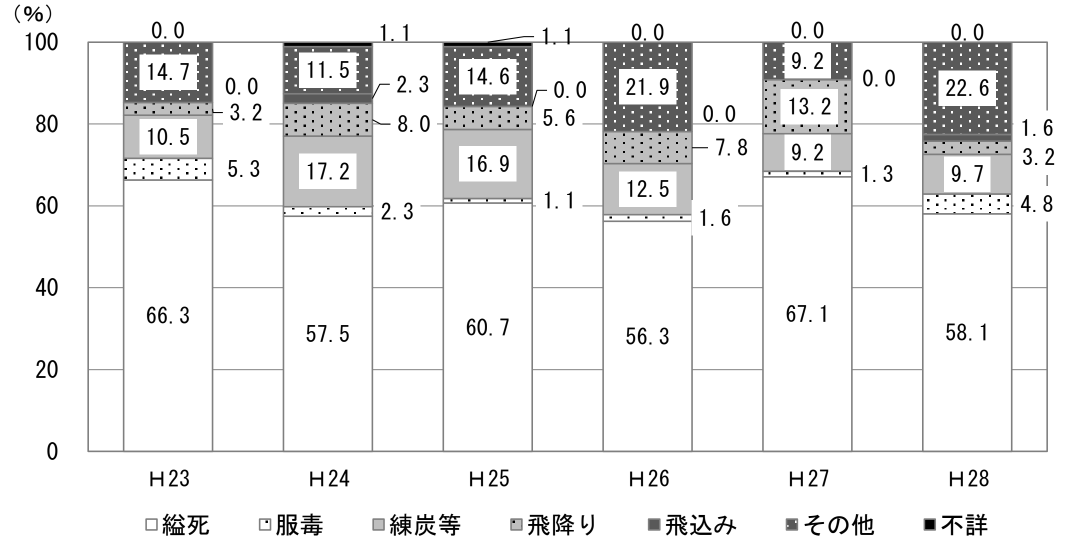
前橋市の手段別自殺者数の構成割合の推移（図 2-20）をみると、「縊死」が増減を繰り返しながら減少傾向にあります。

**図 2-19　平成 21～28 年（平均）前橋市･群馬県･全国の手段別自殺者数の構成割合**




出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

**図 2-20　前橋市の自殺の手段別の自殺者数の構成割合の推移**



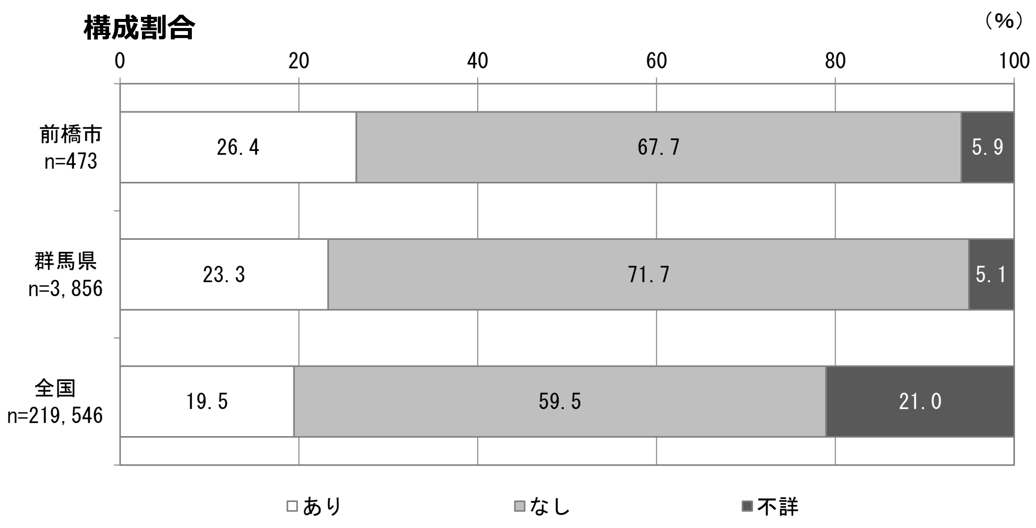

出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

## （９）自殺未遂の状況

平成 21～28 年（平均）前橋市・群馬県・全国の自殺未遂歴の有無別自殺者数の構成割合（図 2-21）をみると、本市の自殺未遂歴の有無別の自殺者数は「あり」が 26.4％、「なし」が 67.7％です。また、本市と全国・群馬県の自殺未遂歴の有無別自殺者数の割合を比較すると、全国は「あり」、「なし」とも本市より低い状況にあり、群馬県は本市とほぼ同様の状況です。

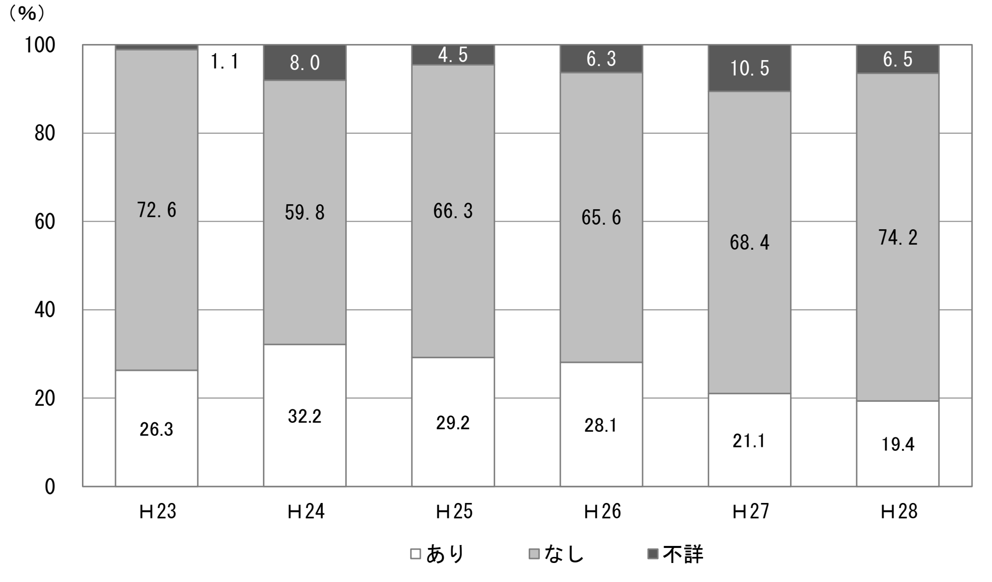
前橋市の自殺未遂歴の有無別自殺者数の構成割合の推移（図 2-22）をみると、「あり」が平成 24 年以降、減少傾向にあります。

**図 2-21　平成 21～28 年（平均）前橋市･群馬県･全国の自殺未遂歴の有無別自殺者数の構成割合**




出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

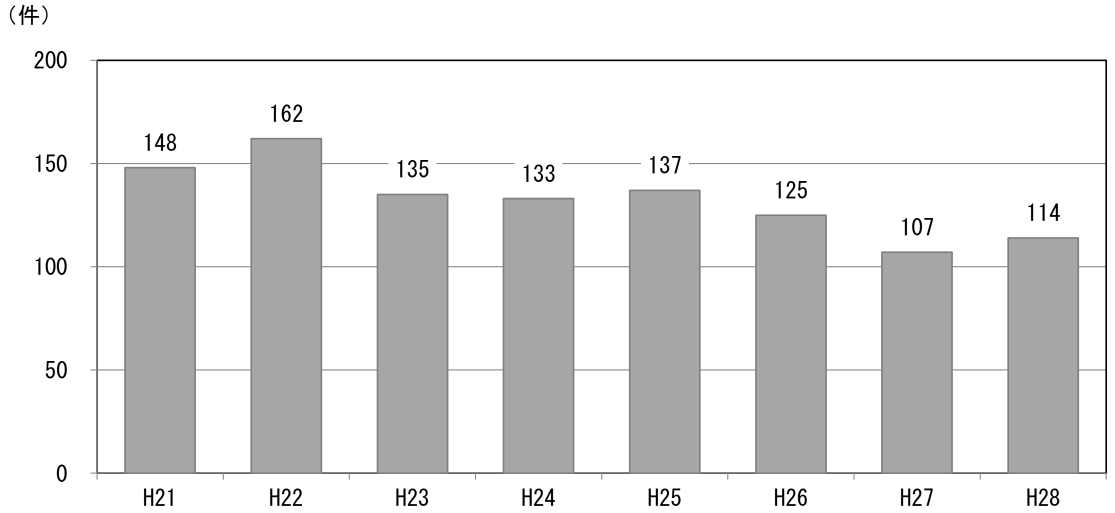
**図 2-22　前橋市の自殺未遂歴の有無別自殺者数の構成割合の推移**




出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

前橋市の自損行為[2]による救急搬送者数の推移（図 2-23）をみると、平成 21 年以降、増減を繰り返しながら減少傾向にあります。

**図 2-23　前橋市の自損行為による救急搬送者数の推移**




出典：前橋市消防局救急統計

2　救急・救助六法「救急事故等報告要領」より
自損行為とは、故意に自分自身に傷害等を加えた事故をいう。

# 第３章　計画の基本的な考え方と方針

# 第3章　計画の基本的な考え方と方針

平成 18 年 10 月自殺対策基本法（以下「基本法」という。）が施行されて以降、「個人の問題」と認識されがちであった自殺は、広く「社会の問題」と認識されるようになり、国を挙げて自殺対策が総合的に推進されてきました。その結果、自殺者数の年次推移は減少傾向にあるなど着実に成果を上げてきました。しかし、それでも国の自殺者数累計は毎年２万人を超える水準で積み上がっているなど、決して楽観できる状況にはありません。

このような状況を受け、平成 28 年の基本法改正の趣旨や我が国の自殺実態を踏まえ、平成 29 年７月、新たな自殺総合対策大綱（以下「大綱」という。）が閣議決定されました。

そのため、本市においても自殺対策推進計画を策定することとし、大綱に倣い、以下の基本理念・基本認識を本計画の根幹に据えることとします。

## 3－1　自殺総合対策大綱における基本理念

### 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

自殺は、その多くが追い込まれた末の死です。自殺の背景には、精神保健上の問題だけでなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々な社会的要因があることが知られています。このため、自殺対策は社会における「生きることの阻害要因[5]（自殺のリスク要因）」を減らし、「生きることの促進要因[6]（自殺に対する保護要因）」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる方向で、「対人支援のレベル」、「地域連携のレベル」、「社会制度のレベル」、それぞれにおいて、強力かつ総合的に推進するものとします。自殺対策の本質が「生きることの支援にあること」を改めて確認するとともに、「いのち支える自殺対策」という理念を前面に打ち出して、「誰もが自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目指します。

[5] 生きることの阻害要因：孤立、失業、多重債務、いじめ、虐待など。
[6] 生きることの促進要因：将来への夢や希望、良き人間関係、社会や地域への信頼感など。

# 3－2 自殺総合対策大綱における基本認識

## 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である

自殺は、人が自ら命を絶つ瞬間的な行為としてだけでなく、人が命を絶たざるを得ない状況に追い込まれるプロセスとして捉える必要があります。自殺は、健康問題や経済・生活問題、家庭問題、勤務問題など様々な要因のほか、その人の性格傾向、死生観などが複雑に関係しています。

自殺に至る心理としては、このような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陥り、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から、また、与えられた役割の大きさに対する過剰な負担感から、危機的な状態にまで追い込まれてしまうという過程とみることができます。

また、自殺を図った人の直前のこころの健康状態をみると、多くは様々な悩みにより心理的に追い詰められた結果、うつ病やアルコール依存症等の精神疾患を発症しており、これらの精神疾患の影響により正常な判断を行うことができない状態になっていることが明らかになってきました。

このように自殺は個人の自由な意思や選択の結果ではなく、その多くが追い込まれた末の死ということができます。

**図 3-1 自殺の危機要因イメージ図（厚生労働省資料）**

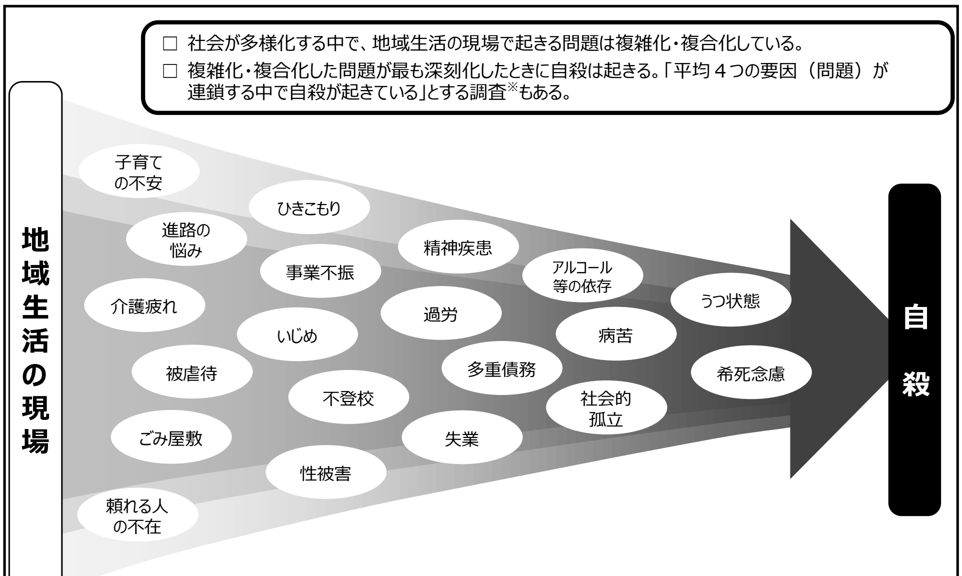
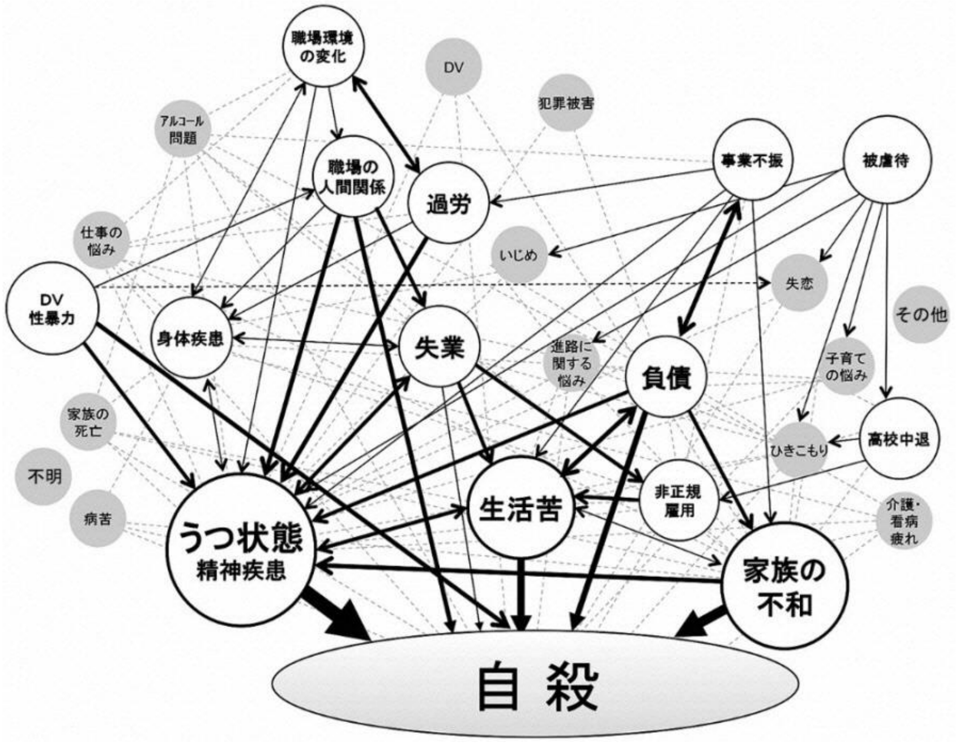
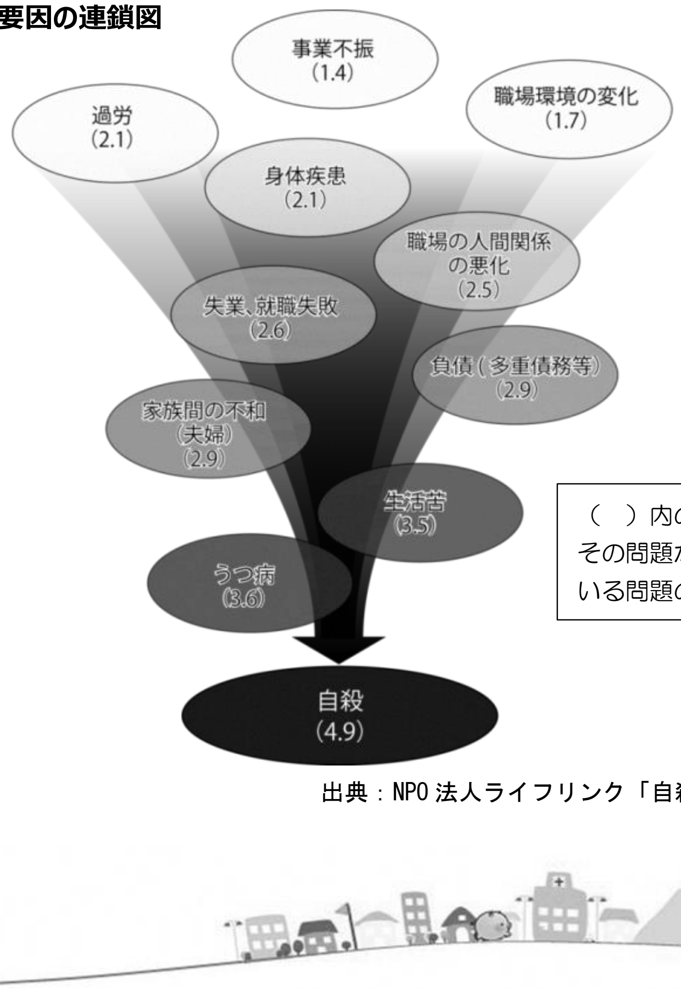


**図 3-2 自殺危機経路（自殺に至るプロセス）**




出典：NPO 法人ライフリンク「自殺実態白書 2013」

**図 3-3 自殺要因の連鎖図**




（ ）内の数字は「危機複合度」その問題が生じるまでに連鎖している問題の数を表す。

出典：NPO 法人ライフリンク「自殺実態白書 2013」

## 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

我が国では、平成 19 年６月、基本法に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として自殺総合対策大綱を策定し、その下で自殺対策を総合的に推進してきました。

大綱に基づく政府のとりくみのみならず、地方公共団体、関係団体、民間団体等による様々なとりくみの結果、平成 10 年の国の自殺者数急増以降、年間３万人超と高止まっていた年間自殺者数は平成 22 年以降７年連続して減少し、平成 27 年には平成 10 年の急増前と同様の水準となりました。自殺者数の内訳をみると、この間、男性、特に中高年男性が大きな割合を占める状況は変わっていませんが、自殺死亡率は着実に低下してきており、また、高齢者の自殺死亡率の低下も顕著です。

しかし、それでも非常事態はいまだ続いているといわざるをえません。若い世代では、20 歳未満は自殺死亡率が平成 10 年以降おおむね横ばいであることに加えて、20 歳代や 30 歳代における死因の第一位が自殺であり、自殺死亡率も他の年代に比べてピーク時からの減少率が低くなっています。さらに、我が国の自殺死亡率は主要先進７か国の中で最も高く、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のです。

## 地域レベルの実践的なとりくみをPDCAサイクルを通じて推進する

我が国の自殺対策が目指すのは、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」であり、基本法にも、その目的は「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」とうたわれ、自殺対策を社会づくり、地域づくりとして推進することとされています。

また、施行から 10 年の節目に当たる平成 28 年に基本法が改正され、都道府県・市町村は、大綱や地域の実情等を勘案して、地域自殺対策計画を策定するものとされました。併せて、国は、地方公共団体による地域自殺対策計画の策定を支援するため、自殺総合対策推進センターにおいて、都道府県・市町村を自殺の地域特性ごとに類型化し、それぞれの類型において実施すべき自殺対策事業をまとめた政策パッケージを提供することになりました。そして、都道府県・市町村が実施した政策パッケージの各自殺対策事業の成果等を分析し、分析結果を踏まえてそれぞれの政策パッケージの改善を図ることで、より精度の高い政策パッケージを地方公共団体に還元することとなりました。

自殺総合対策とは、このようにして国と地方公共団体等が協力しながら、全国的な PDCA サイクル[7]を通じて、自殺対策を常に進化させながら推進していくとりくみです。

---

[7] ①業務の計画（plan）を立て、②計画に基づいて業務を実行（do）し、③実行した業務を評価（check）し、④改善（act）が必要な部分はないか検討し、次の計画策定に役立てること。

# ３－３　計画の基本方針とねらい

大綱における基本理念、基本認識を踏まえ、本計画では以下の２つの「ねらい」を軸とした「生きることの支援」を基本方針とします。

また、生きることへの支援を通して、市民一人ひとりが思いやりを持って互いに支えあい、生きがいを持って暮らし、自分の人生を自分らしく生きることができる社会を目指します。

## 自分の人生を自分らしく生きられるまちを目指して

---

## 基本方針　『生きることの支援』

### ねらい１　生きるために必要な能力の獲得

・命や暮らしの危機に直面したとき、誰にどうやって助けを求めればよいのか（ＳＯＳの出し方）を学ぶ。
・つらいときや苦しいときには助けを求めてもよいということを学ぶ。

### ねらい２　身近な人に悩みを打ち明けやすい環境づくり

・身近な人が出したＳＯＳに気づく感度を高め、気づいたＳＯＳにどのように対応したらよいか（気づき・声かけ・傾聴）を学ぶ。

コラム

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、見守る人のことを「ゲートキーパー」といいます。

話をよく聴き、一緒に考えてくれる人がいることは、悩んでいる人の孤立を防ぎ、安心を与えます。（内閣府「誰でもゲートキーパー手帳　第２版」より）

つらいときや苦しいときなどは、身近な人にSOSを出せるといいですね。また、身近な人のSOSに気づいたら、声をかけ、話を聴くことができるといいですね。

つなガール・ささエール

# 3－4 計画の数値目標

大綱の「自殺対策の数値目標」にあるとおり、本市の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」です。そのため、本市では、最終的な目標として「自殺者ゼロ」を目指します。

また、大綱における当面の目標では、「先進諸国の現在の水準[8]まで自殺死亡率を減少させることを目指し、平成 38（2026）年までに、自殺死亡率を平成 27 年と比べて 30％以上減少させること」としています。本市においても、計画期間における当面の数値目標として、「先進諸国の現在の水準まで自殺死亡率を減少させることを目指し、平成 40（2028）年までに、自殺死亡率を平成 28 年と比べて 30％以上減少させること」とします。

なお、計画期間途中で数値目標を達成した場合は、その時点でより高い数値目標の再設定を検討します。

**＜計画の最終目標：誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現＞**

**前橋市は、自殺者ゼロを目指します**

**＜計画期間における当面の数値目標＞**

**自殺死亡率**

平成 28（2016）年：18.3 → 平成 40（2028）年 ： 12.7 以下

（人口 10 万対）　（人口 10 万対）

出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（自殺日ベース　居住地）」

※平成 28 年の自殺死亡率は 18.3 であり、それを 30％以上減少させると 12.7 以下となる。本市の総人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25（2013）年 3 月推計）」によると、平成 37（2025）年には約 31 万 8 千人になると見込まれており、目標を達成するためには自殺者数は約 40 人以下となる必要がある。

---

8 先進諸国の自殺死亡率：フランス 15.1(2013)、米国 13.4(2014)、ドイツ 12.6(2014)、カナダ 11.3(2012)、英国 7.5(2013)、イタリア 7.2(2012)　世界保健機関(WHO) Mortality Database より

# 3－5　計画の体系

**自殺総合対策大綱**

**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を目指す

**基本認識**

- 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、非常事態はいまだ続いている
- 地域レベルの実践的なとりくみをPDCAサイクルを通じて推進する

**前橋市自殺対策推進計画**

**基本方針**　生きることの支援

- ねらい１　生きるために必要な能力の獲得
- ねらい２　身近な人に悩みを打ち明けやすい環境づくり

各ライフステージの特徴ととりくみ

### 具体的なとりくみ１　子ども・若者への支援を充実する

（1）　子どもの不安や悩みの解消への支援
（2）　若者の不安や悩みの解消への支援
（3）　相談を受ける知人等への支援

### 具体的なとりくみ２　市民一人ひとりの気づきと見守りを促す

（1）　自殺や自殺予防、うつ病等の精神疾患についての正しい知識の普及
（2）　子どもたちの自殺予防につながる教育の推進

### 具体的なとりくみ３　悩みに寄り添える人を養成する

（1）　自殺予防に関する正しい知識の普及とゲートキーパーの養成

### 具体的なとりくみ４　こころの健康づくりを推進する

（1）　こころの健康やうつ病等の精神疾患に関する正しい知識の普及
（2）　こころの健康づくり推進体制の整備

### 具体的なとりくみ５　社会全体の自殺リスクを低下させる

（1）　地域における相談窓口情報等の分かりやすい発信
（2）　様々な問題を抱える人への支援
（3）　関係機関等との連携・協力体制の整備

### 具体的なとりくみ６　勤務問題による自殺対策を推進する

（1）　求職者向けの対策
（2）　労働者向けの対策

### 具体的なとりくみ７　自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ

（1）　本人と家族等の身近な人に対する支援
（2）　地域の相談機関等のネットワークの構築と切れ目のない支援

# 第4章　具体的なとりくみ

# 第4章　具体的なとりくみ

## 4－1　子ども・若者への支援を充実する

自殺者数は減少傾向にあるものの、若い世代の死因に占める自殺の割合は高く、若い世代への自殺対策が課題となります。すべての子どもが生きるために必要な力をつけ、前向きに楽しい人生を送れるよう支援することが大切です。その上で生きる不安を抱える若者の中で、支援を必要とする人が漏れないよう、支援の範囲を広くとることと同時に、ライフステージ（学校の各段階）や立場（学校や社会とのつながりの有無）ごとに置かれている状況や自殺に追い込まれている事情が異なることから、それぞれの集団の状況に沿った支援をしていくことが大切になります。

### （1）子どもの不安や悩みの解消への支援

家庭や学校、地域において、子どもたちが命の大切さやこころの健康、温かい人間関係の築き方、SOS の出し方等を学ぶことで、社会において直面する様々な困難やストレスへの対処方法を子どもの頃から身に付けることができるようになります。また一方で、親との離別・死別、虐待、いじめ、生活困窮などの経験は、子どもたちにとって心身の発達と人格の形成に重大な影響を与え、将来的には自殺のリスク要因ともなり得ます。

そのため、子どもたちが不安や悩みを抱えたとき、いつでも打ち明けられるよう、「24 時間子ども SOS ダイヤル」や「子どもの人権 SOS ミニレター」、「こどもホットライン 24」、「いじめ相談ダイヤル」、「プラザ相談室」、「家庭児童相談室」などの相談窓口を広く周知します。あわせて本市では、市教育委員会に「青少年支援センター」を設置し、学校と行政等の関係機関とのつなぎ役となり、連携・協力して対応できるような体制づくりに努めています。

また、親や友人、教師等の身近な人が子どもの出した SOS にいかに気づき、受け止めることができるかということも重要になります。本市では、親や友人、教師等の身近な人が子どもの出した SOS に気づき、どのように受け止めたらよいかについて学ぶ機会を持てるよう支援します。

### （２）若者の不安や悩みの解消への支援

若者は、相談や支援につながりにくい傾向がある一方で、インターネットや SNS 上で自殺をほのめかしたり、自殺の手段等を検索したりする傾向があるといわれています。

また、思春期から精神的問題を抱える人、ひきこもり経験のある人、自傷行為を繰り返す人、被虐待経験などにより深刻な生きづらさを抱える人、中途退学や進路未決定などにより学校卒業後社会とのつながりが切れてしまう人など、それぞれが抱える問題や立場は様々であり、それぞれの状況にあった支援が必要となります。

本市では、若者の置かれている状況や特性に応じた支援をできるよう、様々な関係機関と連携・協力し、支援体制を整備します。

### （３）相談を受ける知人等への支援

若者は、相談窓口よりも友人等の身近な人に相談する傾向があるといわれています。また、悩みを打ち明けられ、相談を受けた友人等が対応に苦慮し、自らも追い詰められてしまうこともあります。本市では、悩みを抱える若者を支援する友人等への支援も行います。

# ４－２　市民一人ひとりの気づきと見守りを促す

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す。命や暮らしの危機に陥ったとき、誰かに援助を求めることが適当です。しかし、自殺の危機に陥った人の心情や背景は、周囲に理解されにくいという現実があります。そのため、そうした心情や背景への理解を深めることも含めて、自殺の問題は一部の人や地域だけの問題ではなく、市民誰もが当事者となり得る重大な問題であること、さらに命や暮らしの危機に陥ったときには、誰かに援助を求めることが適当であることへの理解と認識を促すことが大切になります。

また、「自殺や多重債務、うつ病等は不名誉で恥ずかしいものである」という間違った社会通念から、相談や精神科受診に心理的な抵抗を感じ、一人で問題を抱えてしまうことも少なくありません。他方で、死にたいと考えている人も、心の中では「生きたい」という気持ちとの間で激しく揺れ動いており、不眠や原因不明の体調不良など「自殺の危険を示すサイン」を発していることが多いです。そのため、市民に自殺や自殺予防、うつ病等の精神疾患についての正しい知識を周知するとともに、市民一人ひとりが自分の周りにいるかもしれない自殺を考えている人、悩みを抱えている人の存在に気づき、声をかけ、話を聴き、必要に応じて専門家につなぎ、見守る「ゲートキーパーの役割」を担えるよう支援することも大切になります。

### （１）自殺や自殺予防、うつ病等の精神疾患についての正しい知識の普及

世界保健機関（WHO）が「自殺はその多くが防ぐことができる社会的な問題」であると明言しているように、自殺は社会の努力で避けることのできる死であるということが、世界の共通認識になっています。また、WHO によれば、うつ病、アルコール依存症、統合失調症には有効な治療法があり、早期発見・早期治療に取り組むことで自殺死亡率を引き下げることができるとされています。しかし、「自殺や多重債務、うつ病等については不名誉で恥ずかしいものである」という間違った社会通念から、相談することや精神科に受診することに心理的な抵抗を感じ、一人で問題を抱え込むことも少なくありません。特に自殺者の多い壮年期男性は、こころの問題を抱えやすい上、相談することへの心理的な抵抗から問題を深刻化させがちであるといわれています。

本市では、間違った社会通念からの脱却と悩みを抱えたときの対応能力（援助希求能力）を高められるよう、市民に自殺や自殺予防、うつ病等の精神疾患についての正しい知識の普及を図るとともに、市民一人ひとりが「ゲートキーパーの役割」を担えるよう、講演会等を通して広く周知します。

**（２）子どもたちの自殺予防につながる教育の推進**

子どもたちは家族とのふれ合いを通じて、基本的な生活習慣や生活能力、人に対する信頼感、豊かな情操、他人に対する思いやり、基本的倫理観、自尊心や自立心、社会的なマナーなどを身に付けていきます。家庭は子どもたちが最も身近に接する社会であり、常に子どもの心のよりどころとなるものです。また一方で、子どもたちは家庭の中だけで育つわけではありません。学校や地域の様々な人たちと関わり、見守られながら成長していきます。そうした中で、子どもたちが悩みや不安、困りごとなどを抱えることもあります。一生の間に様々な問題を抱えることは、誰にでも起こり得ることです。それに早い段階で気づき（問題の早期認識）、適切な対策をとること（適切な援助希求）で、問題が大きくなる前に対処することができます。そのため、家庭や学校、地域において、命の大切さや SOS の出し方、こころの健康について学ぶことは、子どもたちの「生きる力」を身に付けることにもつながり、将来人生における危機に直面したとき、一人で問題を抱え込まず、他者に援助を求めることができるようになります。

また、子どもの場合も年齢が高くなるにつれて、うつ病や統合失調症といった精神疾患が自殺の危険と関連してきます。柔軟な思考が可能な子どもの頃から、精神疾患や後年抱える可能性のあるアルコール依存症、薬物依存などについて正しい知識を学ぶことは、精神疾患や精神科治療に対する偏見を減らすことにもつながります。このように、家庭や学校、地域において、自殺予防につながる教育に取り組むことは、現在の子どもたちの自殺予防につながるだけでなく、将来的な自殺予防にもつながります。

本市では、子どもの頃からの自殺予防につながる教育について、家庭や学校、地域の関係機関と連携し、取り組んでいきます。

# ４−３　悩みに寄り添える人を養成する

死にたいと考えている人も、心の中では「生きたい」という気持ちとの間で激しく揺れ動いています。平成 28 年度、厚生労働省が行った「自殺対策に対する意識調査」では、「自殺を考えたとき、どのようにして乗り越えたか（複数回答）」について、「家族や友人、職場の同僚など身近な人に悩みを聞いてもらった」と回答した人は 32.1%、「医師やカウンセラーなど心の健康に関する専門家に相談した」と回答した人は 8.8%、「弁護士や司法書士、公的機関の相談員等、悩みの元となる分野の専門家に相談した」と回答した人は 2.7%です。また、「今後必要な自殺対策（複数回答）」について、51.2%の人が「様々な悩みに対応した相談窓口の設置」と回答しています。

自殺は、様々な要因が重なり起こるといわれており、悩みを抱えている人は、不眠、原因不明の体調不良など自殺の危険を示すサインを発していることが多いです。本市では、様々な関係機関において市民からの相談に応じています。悩みを抱えた相談者の自殺の危険性が高い場合には、相談を受けた関係機関がゲートキーパーの役割を担い、生きるための支援につなげることが大切です。そのため、関係機関が日頃からその役割を担えるよう、ゲートキーパーについて学ぶ機会を持てるよう支援します。

### （１）自殺予防に関する正しい知識の普及とゲートキーパーの養成

様々な要因が複雑に関係し、追い込まれた末の死としての自殺を防ぐためには、早い段階で悩んでいる人に気づき、対応することが大切です。

本市では、関係機関に対し、研修会等において自殺予防やゲートキーパーに関する正しい知識の普及を図るとともに、相談者の異変に気づいた場合、関係機関がゲートキーパーの役割を担えるよう支援します。

# ４－４　こころの健康づくりを推進する

こころの健康は、いきいきと自分らしく生きるための重要な条件になります。具体的には、自分の感情に気づいて表現できること（情緒的健康）、状況に応じて適切に考え、現実的な問題解決ができること（知的健康）、他人や社会と建設的で良い関係を築けること（社会的健康）を意味しています。人生の目的や意義を見出し、主体的に人生を選択すること（人間的健康）も大切な要素であり、こころの健康は「生活の質」に大きく影響します。こころの健康を保つには、適度な運動、バランスのとれた食生活に加え、休養が大切な要素になるとされています。十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことは、こころの健康に欠かせない要素となります。

また、自殺行動に至った人の直前のこころの健康状態をみると、多くは様々な悩みにより心理的に追い詰められた結果、抑うつ状態にあったり、うつ病、アルコール依存症等の精神疾患を発症していたりと、これらの影響により正常な判断を行うことができない状態であるといわれています。自殺に追い込まれつつある人が安心して生きられるようにするためには、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とりくみが大切です。また、このようなとりくみを実施するためには、様々な分野における関係機関が連携・協力できる体制づくりが必要になります。

### （１）こころの健康やうつ病等の精神疾患に関する正しい知識の普及

いきいきとした生活を送るためには、身体の健康管理と同様、こころの健康管理も日常的に行うことが重要です。本市では、これを広く周知するため、食事・運動・休養などこころの健康づくりの方法やうつ病等の精神疾患に関する正しい知識の普及・啓発に取り組みます。

### （２）こころの健康づくり推進体制の整備

自殺予防のためには、社会・経済的な視点で包括的なとりくみを行うことが重要になります。本市では、様々な関係機関に加え、民生委員や保健推進員など地域のために活動する団体等にも働きかけ、こころの健康づくり推進体制の整備に取り組みます。

# ４－５　社会全体の自殺リスクを低下させる

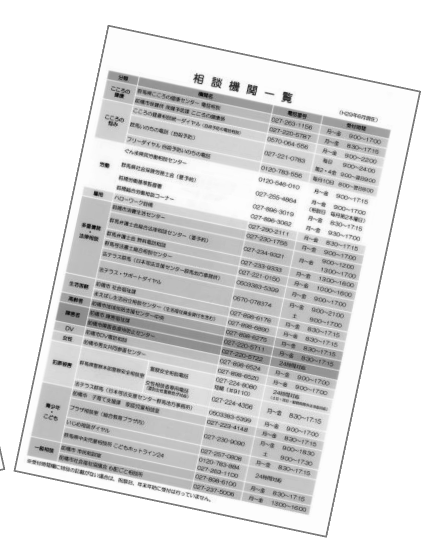
自殺の背景には、職場の問題、生活困窮、育児や介護疲れなど様々な要因があるといわれています。地域生活の現場で起きる問題は、複雑化・複合化しており、これらの要因が連鎖し問題が最も深刻化したときに自殺は起きるといわれています。

自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）を減らし、「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる方向で実施する必要があります。自殺の危険性が低い段階での啓発や、状態が深刻化する前に早期に気づくこと、問題を抱えた人が必要なときに適切な支援につながること、複合的課題に対応するための関係機関のネットワークづくり等が重要です。

## （１）地域における相談窓口情報等の分かりやすい発信

悩みを抱えている場合には、危機的な状況になる前に誰かに援助を求めることが適切です。そのことが、地域全体の共通認識となるよう普及啓発を行うことも重要です。

本市では、問題を抱えた人が、必要なときに適切な関係機関に相談できるよう、市広報やホームページ、リーフレット等を活用し、相談窓口等に関する情報を分かりやすく発信します。



### （２）様々な問題を抱える人への支援

失業、倒産、多重債務、長時間労働等の社会的要因については、制度・慣行の見直しや相談・支援体制の整備という社会的なとりくみにより解決が可能といわれています。また、健康問題や家庭問題等、一見個人の問題と思われる要因であっても、専門家への相談やうつ病等の治療などにより解決できることもあります。

本市では、生活困窮、多重債務、出産、育児、児童虐待、ひきこもり、介護、障害等の生きづらさや孤立のリスクを抱える恐れのある人が必要な関係機関とつながることができるよう支援します。

### （３）関係機関等との連携・協力体制の整備

自殺予防のためには、精神保健的な視点や社会・経済的な視点を含む包括的なとりくみが重要です。このようなとりくみを実施するためには、様々な分野の人や組織が密接に連携する必要があります。

本市では、様々な分野で生きる支援にあたる関係機関との協力体制のネットワークづくりを強化します。

## ４−６　勤務問題による自殺対策を推進する

労働環境の問題は、心身の健康状態や経済状況などに影響を及ぼし、生活に直結することから、深刻な社会問題であり、労働者、求職者、その人を支える家族それぞれにとって自殺予防のために重要な課題といえます。

昨今、問題となっている長時間労働は、労働者の健康の保持だけでなく、仕事と家庭生活との両立を困難にし、女性のキャリア形成や男性の家庭参加を阻む原因、少子化の原因ともなります。また、雇用形態の多様化は、自分に合った働き方の選択を可能にする反面、安定した仕事に就けず、経済的自立が困難な人も生んでいます。

年代により分散していた結婚・出産・育児・介護などのライフイベントが、晩婚化や核家族化により同時期に集中し、支援を受けにくい状況が生じています。そのため、仕事と育児・介護の両立に悩む人や問題を抱える人が増えているといわれています。

安心して働ける職場を得ることは、家庭や社会で役割や居場所を得ることにつながり、やりがいや達成感などが生きることの促進要因となることもあり、就職や職場定着の支援も必要であると考えられます。そうしたとりくみは単に業務量の視点だけでなく、職場の人間関係等の視点も踏まえ、行うことが求められています。

### （１）求職者向けの対策

求職者は地域社会を支える大切な労働力です。若者、女性、中高年齢者、障害者等、個々の状況や能力に応じた情報の提供やマッチングなどにより、それぞれの能力を発揮できる職場や人との出会いづくりが求められます。

本市では、就職活動から職場で活躍するまでの総合的な支援を図っていきます。

### （２）労働者向けの対策

労働者が心身ともに健康で働き続けるため、メンタルヘルス対策の充実を図ることは、個人の職業生活の充実のみならず、地域や社会の活性化につながる重要なとりくみとして推進する必要があります。労働環境の改善を巡るとりくみは、仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）の実現、ハラスメントの防止、病気や障害に対する理解の促進等、多岐に渡ります。

本市では、子育てや介護との両立、病気や障害があっても安心して働ける環境づくりなど、誰もがその能力を十分に発揮できるよう職場全体の意識を高めていくよう啓発していきます。

# 4－7　自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ

自殺未遂者が再び自殺を図る可能性は、未遂歴のない人に比べて高いことが分かっています。自殺未遂者は自殺者の少なくとも 10 倍は存在するといわれており、自殺未遂者への支援を充実させることは、自殺予防のために重要な課題の一つとなります。

自殺を図った人は、自殺に至るまでに様々な問題を抱え、自殺を図る直前に何らかの不調を感じている人も少なくありません。このような状況は、命が助かった後にも持続しています。健康で安定した生活を取り戻すまで、また、その生活を維持していくためには、個々の事情に配慮した適切な支援を行うことが必要です。

自殺未遂者の再度の自殺を防ぐためには、家族や身近な人による日常的な支援の効果が高いといわれています。悩みや抑うつ感を抱えがちな自殺未遂者の家族や身近な人への支援も並行して行うことが大切です。

### （１）本人と家族等の身近な人に対する支援

自殺未遂者の家族や身近な人は、その後の本人を支える重要な担い手である一方、様々な悩みや苦しみを抱えています。

本市では、自殺未遂者本人への支援だけでなく、家族や身近な人への支援の充実を図ります。

### （２）地域の相談機関等のネットワークの構築と切れ目のない支援

自殺未遂者に対しては身体的治療のみでなく、自殺にまで追い詰められるに至った経過を考慮し、必要に応じて精神科的治療を行い、地域で生活するための社会資源につなげていく継続的な支援体制が求められます。

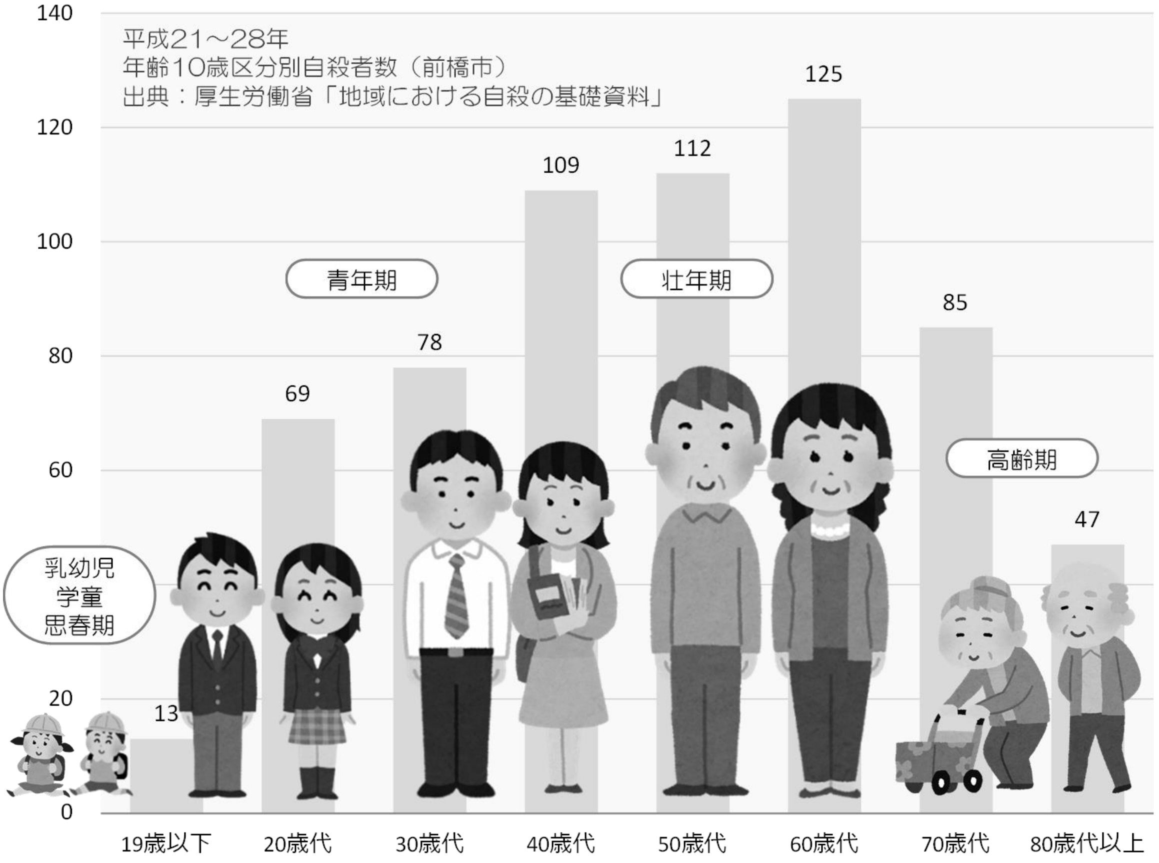
本市では、関係機関とのネットワークの構築を通し、切れ目のない支援を目指します。

# 第５章　各ライフステージの特徴ととりくみ

# 第５章　各ライフステージの特徴ととりくみ

自殺に至る過程では、様々な要因が複雑に絡み合っており、また、ライフステージごとに特徴があり、抱えている問題も異なります。

本市では、一人ひとりのライフステージに着目し、生きていく上での困難を少しでも減らし、乗り越えるきっかけづくりとなるよう、ライフステージごとの特徴に合わせたとりくみを行います。




【きっかけになりやすいこと】

**親子・家庭**
両親の不和・親子間の不和
親のしつけ／家族の死

**男女・恋愛**
失恋／結婚

**仕事・職場**
転勤／昇進／失業
転職／業績不振

**心身の健康**
病気／けが／介護
更年期／老化

**学校・進学**
進学／転校／友人関係
学業不振／進路の悩み
就職

**夫婦・家族**
出産／子育て／引っ越し
夫婦関係の不和／離婚

**経済・生活**
生活苦／倒産／借金

**喪失・孤独**
家族・友人の死
配偶者の死
退職／子どもの結婚

# ５－１　乳幼児・学童・思春期（０～19 歳）

乳幼児・学童・思春期は、生涯を通じての生きる基礎を形作る大切な時期です。子どもたちにとって、家庭は安らぎのある楽しい居場所であり、社会へ巣立っていくために欠かせない場所です。乳幼児期から親子の愛情による絆で結ばれた家族とのふれ合いを通じて、子どもたちは基本的な生活習慣や生活能力、人に対する信頼感、豊かな情操、他人に対する思いやり、基本的倫理観、自尊心や自立心、社会的なマナーなどを身に付けていきます。家庭は子どもたちが最も身近に接する社会であり、常に子どもの心のよりどころとなるものです。教育の原点である家庭教育は、「生きる力」を身に付けていく基礎をつくる重要なものとなります。また一方で、子どもたちは家庭の中だけで育つわけではありません。学校や地域の様々な人たちと関わり、見守られながら成長していきます。そのため、家庭や学校、地域において、子どもたちに命の大切さやこころの健康を育む教育、温かい人間関係を築く教育等を行うことは、子どもたちがこれからの社会を生きるための力を育むことであり、自殺予防教育のための下地づくりともなります。また、これらの教育活動を充実させていくことで、子どもたち一人ひとりが「生きる力」を身に付けることができ、将来的には自殺予防へとつながっていくのです。

しかし、生きていれば誰もが危機に陥ったり、悩みを抱えたりする可能性があります。その際、周囲の人に援助を得ることは、問題解決のためには有効な手段といえます。子どもの頃から日々の生活の中で悩みや不安、困りごとなどを抱えたとき、子どもたちが親や教師等の身近な人に相談し、サポートを得るという経験を重ねていくことで、「問題の早期認識と適切な援助希求」を身に付けるようになります。それは、子どもたちが生活の中で直面する様々な困難やストレスなどへの対処方法を身に付けることにもなります。

また、親や教師等の身近な大人が、日頃から子どもたちの出した SOS にいかに気づき、どのように受け止めたらいいかを知っておくことも大切です。その一方で思春期になると、子どもたちは悩みを抱えても親や教師等に相談することは非常に少なく、相談したとしてもその相手は圧倒的に友人であるといわれています。さらに自殺を考えるほど追い詰められたときには、周囲とのつながりを実感しにくくなっており、また、自分の存在が周囲の迷惑と感じることも多いため、友人にすら「死にたい気持ち」を打ち明けないことが少なくありま

せん。そのような場合でも、親や教師等に心配を掛けまいと、大人の前では平静を装う一方で、友人の前では比較的ありのままの姿を見せることも多く、友人が子どもの危機に最初に気づく可能性も高いということができます。

そのため、子どもたち自身が悩んでいる友人に気づき、声をかけ、話を聴き、親や教師等の身近な大人につなぐという「ゲートキーパーの役割」を学んでおくことは大切なことになります。また、このことは、将来子どもたちが身近な人の危機に気づいたとき、役立つことになります。

親との離別、生活困窮、児童虐待、いじめなどの経験は、子どもたちの心身の発達と人格の形成に重大な影響を与え、自殺のリスク要因ともなります。ハイリスクな子どもたちへの支援については、家庭や学校、地域の専門機関等が連携・協力し、支援する体制を整えておくことが大切です。

18 歳以下の自殺は、長期休業明けに急増する傾向があることから、長期休業前から長期休業期間中、長期休業明けの時期にかけての小学校、中学校、高等学校等における早期発見・見守り等が大切になります。大学等においては、教職員が学生のこころの問題・成長支援に関する課題やニーズへの理解を深め、こころの悩みを抱える学生が必要とする支援につながるよう、行政等が教職員に向けて必要な情報を提供することが大切になります。併せて子どもたちがいつでも不安や悩みを打ち明けられるよう、「24 時間子ども SOS ダイヤル」や「子どもの人権 SOS ミニレター」、「こどもホットライン 24」、「いじめ相談ダイヤル」、「プラザ相談室」、「家庭児童相談室」などの情報を子どもたちに広く発信することも必要です。

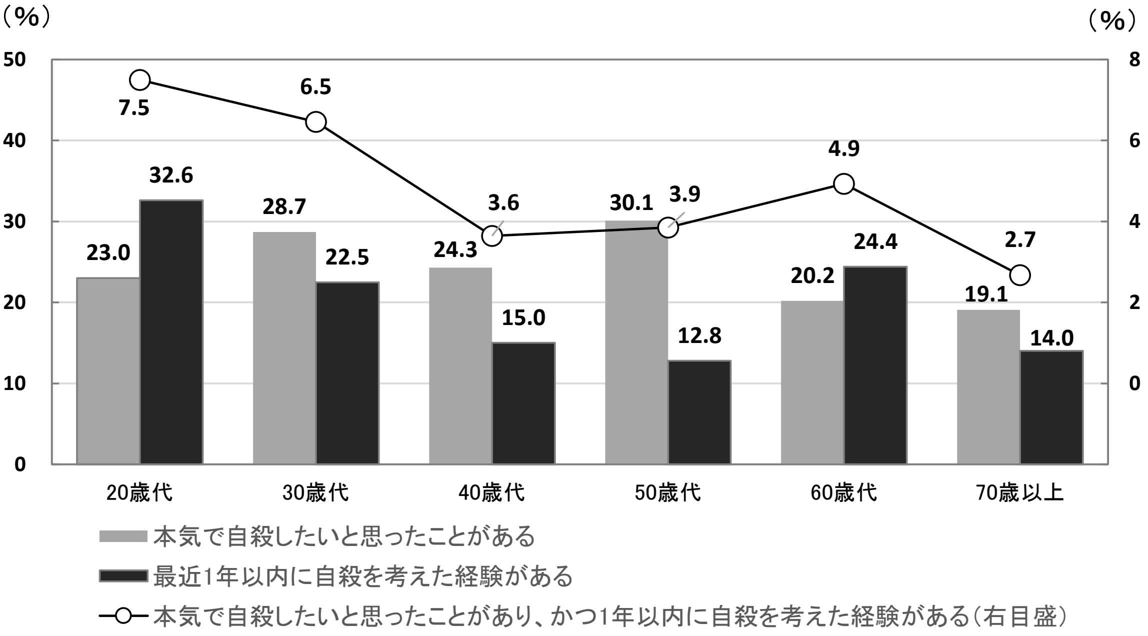
このように、子どもの頃から生きるために必要な能力を身に付け、子どもたちが心身ともに健康に成長できるよう、家庭、学校、地域において多方面から支援していきます。

# 5－2　青年期（20～39 歳）

我が国では、15 歳から 39 歳までの死因の１位が自殺になっており、このような傾向は、先進国の中では、我が国のみです。若い世代の自殺は、家族や周囲の人のみならず、社会全体に大きな影響を与えます。

厚生労働省が実施した「平成 28 年度自殺対策に関する意識調査」の結果から、これまでの人生の中で、本気で自殺をしたいと思ったことがあり、かつ最近１年以内に自殺を考えた経験があると回答した人は、20 歳代が 7.5%、30 歳代が 6.5%となっており、40 歳代以上の年代より高い結果が出ています。

**図 5-1　自殺を考えた経験**




出典：厚生労働省「平成 28 年度自殺対策に関する意識調査」より前橋市作成

青年期は、進学や就職、結婚、出産、育児など、人生で大きな出来事を経験する時期です。これらのライフイベントは、一般的には喜ばしいことでも人間関係や生活環境等が大きく変化し、不安を感じたりストレスを受けたりする要因にもなります。

進学や職業の選択に際し、不安定就労や所得格差などの問題が顕在化し、働くことや将来に対する不安が高まっています。職場では、配置転換などによる職場環境の変化や仕事上の失敗、人間関係のトラブルなどを契機に休職や退職、

ひきこもりとなる場合も見られます。

妊娠・出産時は、安心して子育てができる支援体制が必要になりますが、核家族化により、周囲の支援を受けられない場合があります。また、晩婚化により結婚、育児、介護などの時期が集中し、精神的な負担を抱える場合もあります。

妊娠・出産・育児期の女性が出会う精神保健の問題は幅広く、特に出産後は精神障害の発生率が女性のライフサイクルの中では最も高いといわれています。出産により心身のバランスがくずれると、その後の育児に影響を与えることから、出産後の母親のメンタルヘルス支援はとても重要です。

母子保健は、次世代を健やかに育てるための基盤となるもので、本市でも保健師や助産師による新生児訪問を実施するなど、産後うつ病の予防や早期発見に取り組んでいます。

インターネットや SNS などの普及により、特にそれらに親しむ若者の間では、コミュニケーション手段が変化し、実際の会話によるコミュニケーションが減少する中で、個々の人間関係の構築が課題となっています。

青年期では、こころの健康の保持・増進や良好な人間関係の構築に努めるとともに、生活や仕事上で危機に直面したとき、一人で問題を抱え込まず、他者に支援を求めることができるよう、相談窓口や支援の場を提供する必要があります。若者は、インターネット等で簡単に相談機関等の情報を得ることができますが、自発的には相談や支援につながりにくい傾向があります。周囲の人も若い世代の環境変化やライフイベントの時期をとらえ、見守ることができるような体制づくりを行っていきます。

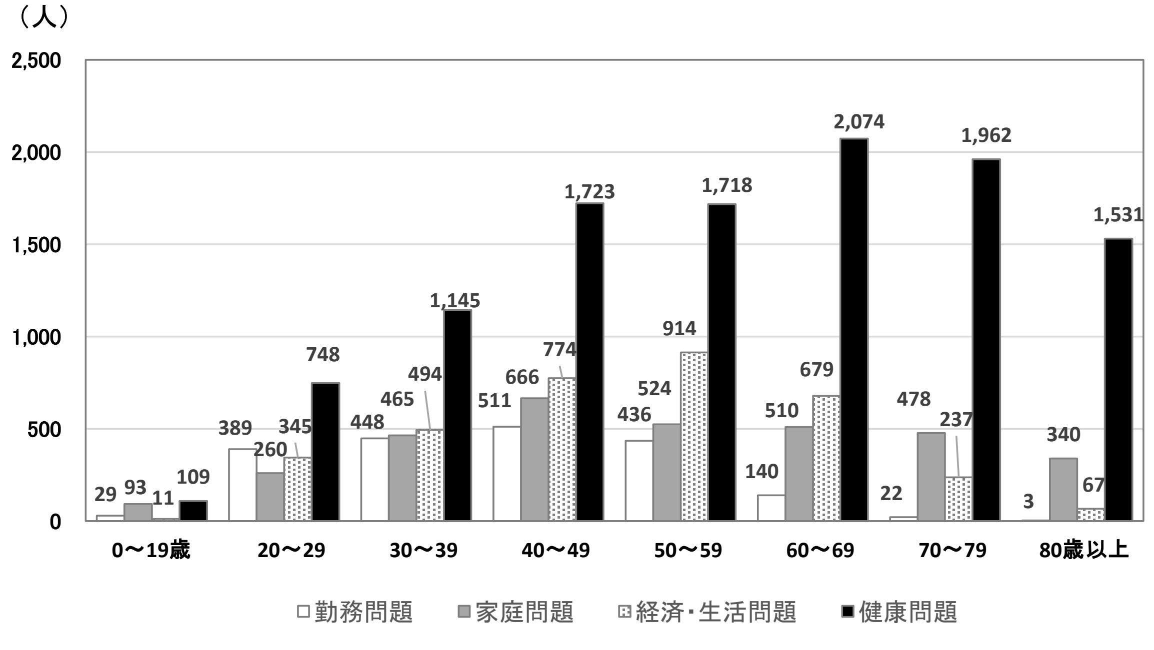
# 5－3　壮年期(40～64 歳）

壮年期は、職場において重要な位置を占め、より大きな責任を負う時期にあたります。また、家庭においては、子どもの教育や親の介護、身近な人との死別や自分自身の退職など、経済的な負担感や、心理的な喪失感を持つ時期であり、心理的にも社会的にも負担を抱えることが多い世代です。

平成 10 年に自殺者が急増して以降の自殺者数の内訳をみると、全国的に中高年男性が大きな割合を占める状況は変わっていませんが、自殺死亡率は、着実に低下してきており、本市については、増減を繰り返しながら徐々に減少しています。

全国の自殺者について、自殺の原因・動機を年齢階級別にみると、「勤務問題」と「家庭問題」による自殺者数は、40～49 歳が多く、「経済・生活問題」は、50～59 歳が最も多くなっています。

**図 5-2　年齢階級別、原因･動機別自殺者数（平成 28 年、全国）**




出典：厚生労働省・警察庁「平成 28 年中における自殺の状況」

この世代では、勤務問題で強い不安やストレスを感じている人が一定数いることが伺えます。中でも長時間の労働は、強いストレスの原因になることが考えられ、仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）のとりくみを推進していくとともに、睡眠や休養の重要性などについて広く普及啓発していく必要があります。健康で充実して働き続けることができるよう労働者自身および職場におけるメンタルヘルス対策が重要となります。

自殺のきっかけとなる問題は、日常的なことであり、特別なものではありません。勤務問題、経済・生活問題、家庭問題、健康問題などであり、例えば、職場の人間関係や仕事の失敗、家族間の不和などから、うつ状態となり自殺に至る場合などがあります。

自殺対策には、自殺に至る経路できっかけとなる問題が小さいうちに対処することが大切です。日ごろの心身の健康管理や日々のストレス解消の必要性を周知し、様々な困難や問題を抱えたときは、早期に必要な相談窓口や支援につながることができるよう、相談機関の周知、関係機関の連携・協力体制を図ります。

# 5－4　高齢期（65 歳～）

本市における高齢期の自殺者数・自殺死亡率の推移は、近年ほぼ横ばいですが、平成 28 年の自殺者数においては、他の年代よりも多い状況となりました。今後も高齢化が進むとみられる本市では、高齢期における自殺予防は重要な対策の一つです。

高齢期のライフステージを自殺予防の視点からみると、慢性疾患の罹患や心身機能の低下などで、抑うつ状態になる危険性が高まります。また、自身の死や経済的問題による先行き不安などの個人の問題を抱える時期であるとともに、配偶者の死や心身機能の低下による社会参加の機会減少など、周囲の環境の変化も起こり得る時期です。

自殺の原因・動機のうち、「健康問題」については、高齢者においても多い状況です。高齢者特有の病気である認知症は、初期症状として抑うつ状態が伴うこともあります。うつ症状が悪化するような場合には、自殺に追い込まれる危険性が高まります。周囲が早期に認知症等の病気に気づき、治療につながり、身近な人が適切な対応をしていくことで、高齢者の安全を確保することになります。また、介護者の負担の軽減にもつながります。

多くの高齢者は、子どもが独立し仕事からも引退することで家庭や社会における役割が小さくなってきます。また、配偶者や近親者、友人の死など深刻な喪失体験に遭遇し、閉じこもりやうつ状態になる恐れがあります。高齢者は、閉じこもりやうつ状態になることを防止することが介護予防の観点からも必要になります。

高齢期の自殺予防においては、高齢者を孤立させないという視点が重要になります。また、高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心していきいきと暮らすためには、地域での生きがいや社会参加の支援も必要となります。高齢者が孤立しないように、地域とつながり、支援できるような相談体制や地域での見守り体制の充実など高齢者を包括的に支援する体制を推進します。

# コラム　ある若者から体験談を聴いて

平成 29 年 11 月 22 日、第２回前橋市自殺対策推進協議会において、自殺未遂経験のある若者（Ａさん、男性）から体験談をお話ししていただきました。以下委員の方々のアンケートの抜粋です。

▷ 自殺未遂後の方々のお話を伺う時はいつも緊張します。今日も話を伺っていて、無意識のうちに肩に力が入りました。今は気持ちが揺れることはそれほどないこと、過去のものとして捉え、これからのことについて考えていけると聞いてホッとしました。
　Ａさんの持っている力を感じました。死の淵から離れ、今は現実的な問題に向き合っていく姿がありました。多くの関係者の前で語り共有してくれた勇気に感謝すると共に、今後の人生が前向きに進むよう応援したい気持ちになりました。

▷ 思い詰めて、周囲が見えなくなっている人が、相談窓口の存在を認識することの難しさを改めて感じました。相談窓口に導くために、広報よりも周囲の人の気づきと直接的な誘導が必要であると考えます。しかし、もともと孤立している方に対しどう対応したら良いのか、その対策を考えていきたいと思いました。

▷ ご本人から心の内側を聴くことは、貴重なことでした。体験談から今後の対策に活かせることが見えてくれば良いと思いました。

▷ 会議の場で話をしてくださったことに感謝いたします。話を伺い、改めて相談しやすい環境を整えることが重要と感じました。

▷ とても勇気をもってお話しいただいたことに感謝いたします。
　こころの危機にあるときにきちんと頼れること、頼れる人がいることが大切だと思います。困ったときに頼れる場所（機関）を目につくところに貼ったり、カードを置いたりしておくことが日頃から必要ですね。

▷ Ａさんのお話から「居場所」と「相談相手」が大切なことが分かりました。また、相談者は共感的理解の能力も必要だと感じました。

▷ 死を選ぶことは並大抵なことではないと思います。言葉に表せないほど、Ａさんは心に深い傷を負っていたのだと思います。
　電話相談も必要ですが、電話をできない人もいる。そんな時のために相談相手がいれば、死のうと思った時、頭の中にその人達の顔が浮かび思いとどまることができるかもしれません。自殺を考えさせない環境が必要だと考えます。

▷ 講演を引き受けてくれたＡさんの勇気に、改めて敬意を表します。
　自殺の原因は、個々の事案ごとに色々な問題が複雑に絡み合っていることが分かりましたが、有効な自殺防止対策を見つけ出す難しさもあります。
　他人との関わりが希薄な現代社会では、孤独死や自殺にも関心が薄く、また、プライバシーや個人情報保護の観点から、人と人との垣根が高くなってきています。やはり周囲の誰かの「気づき」や「行動」が自殺予防につながると感じました。

▷ 体験談からゲートキーパーの重要性を改めて実感しました。相談窓口や組織・病院だけではなく、自殺に傾いた人を支援・ケアする周囲の一人ひとりがゲートキーパーであり、自殺対策において肝要な社会資源であると考えました。自殺にまで傾いた要因が、短期間で解決されることは難しく、シームレスな支援が必要であると考えました。
　Ａさんへ、辛い生身の体験をお話しいただき、感謝申し上げます。

# 第6章　本市における主な関連事業

# 第6章　本市における主な関連事業

## １　子ども・若者への支援を充実する

| 事業名 | 事業内容 | 担当課 | ライフステージ別対象者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 乳幼児・学童・思春期 | 青年期 | 壮年期 | 高齢期 |
| いじめ相談ダイヤル | いじめにかかわる相談、学校生活にかかわる悩みの相談に対応する。 | 青少年課 | ● | | | |
| プラザ相談 | 小学１年生から25歳の青少年までの本人や保護者等ならびに教職員を対象とした相談に対応する。 | 総合教育プラザ | ● | ● | | |
| 家庭児童相談 | 子どもに関する様々な相談に対応する。 | 子育て支援課 | ● | | | |
| 障害児通所給付費の給付 | 障害児の心身の状況に応じ、健全な発達のために必要な療育等を通所施設で提供する。 | 障害福祉課 | ● | | | |
| ひきこもりの若者の相談 | うつ病やひきこもりなどの心の悩みを持つ若者の相談に対応する。 | 保健予防課 | | ● | | |
| ひきこもりの若者の家族の教室 | ひきこもり傾向にある若者の家族が集い、悩みを分かち合い、本人への対応を検討する。併せて講演会も開催する。 | 保健予防課 | | ● | | |

## ２　市民一人ひとりの気づきと見守りを促す

| 事業名 | 事業内容 | 担当課 | ライフステージ別対象者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 乳幼児・学童・思春期 | 青年期 | 壮年期 | 高齢期 |
| 普及啓発事業 | 自殺予防週間（９月）、自殺対策強化月間（３月）に合わせて、ポスター掲示、懸垂幕の設置、市有施設・商業施設等での普及啓発活動、市立図書館でのブックキャンペーン等を実施する。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |
| ゲートキーパー研修 | 自殺予防についての正しい知識とゲートキーパーについて学ぶ研修を実施する。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |

## ３　悩みに寄り添える人を養成する

| 事業名 | 事業内容 | 担当課 | ライフステージ別対象者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 乳幼児・学童・思春期 | 青年期 | 壮年期 | 高齢期 |
| 教職員希望研修 | いじめの未然防止と自殺予防教育の推進を目指した、教職員対象の希望研修を実施する。 | 青少年課 | ● | | | |
| 出前講座 | いじめの未然防止、自殺予防、思春期の児童生徒理解における学校・家庭・地域の役割に関する講座を実施する。 | 青少年課 | ● | | | |
| 精神保健福祉講座（関係職員研修） | 地域での相談者および支援者となる関係機関の職員等を対象に、精神障害者に関する正しい知識の習得や地域でこころの悩みを持つ人の相談に対応し、速やかに医療機関等へつなげてもらうための研修を実施する。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |
| 自殺予防実務者研修 | 市民から相談を受ける機会の多い関係職員を対象に、正しい知識の普及および相談技術の向上を図るとともに、関係機関と連携して早期対応の役割を担う人材を育成する。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |
| 介護支援専門員研修 | 在宅高齢者の生活支援の要となる介護支援専門員のスキルアップを図る。 | 介護高齢課 | | | | ● |
| 認知症を語るカフェ | 認知症の早期の気づきや認知症の生きがいづくり、ご家族の交流の場として開催。専門職や介護経験者が相談に対応。認知症の人やその家族、どなたでも参加可能。 | 介護高齢課 | ● | ● | ● | ● |

## ４　こころの健康づくりを推進する

| 事業名 | 事業内容 | 担当課 | ライフステージ別対象者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 乳幼児・学童・思春期 | 青年期 | 壮年期 | 高齢期 |
| 市民健康講座 | 医師によるこころの健康に関する講座を実施する。 | 保健予防課 | | ● | ● | ● |
| 月いち健康相談 | 健康全般の来所相談。回数の制限なく対応。保健師・管理栄養士・歯科衛生士が従事。 | 健康増進課 | ● | ● | ● | ● |
| いきいき健康教室 | 「職場のメンタルヘルス」「よりよい睡眠」等をテーマに、こころの健康づくりについて、保健師・管理栄養士・歯科衛生士が地域に出向いて健康教室を開催する。 | 健康増進課 | ● | ● | ● | ● |
| 高齢者電話訪問・相談センター事業 | 【電話訪問】<br>ひとり暮らし高齢者等に定期的な電話訪問を行う。<br>【電話相談】<br>高齢者および家族や関係者からの様々な高齢者問題についての電話相談に応じる。 | 介護高齢課 | | | | ● |

## ５　社会全体の自殺リスクを低下させる

| 事業名 | 事業内容 | 担当課 | ライフステージ別対象者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 乳幼児・学童・思春期 | 青年期 | 壮年期 | 高齢期 |
| 【新規】<br>市内コンビニエンスストアとの連携 | 夜間や休日でも、自殺を考えている人に相談窓口情報の発信を行えるようにする。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |
| 【新規】<br>市ホームページによる啓発強化 | 自殺や自殺関連事象等に関する正しい知識を普及するため、市ホームページやフェイスブックなどインターネットを積極的に活用して啓発する。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |
| 相談窓口の一元的な情報発信 | 市ホームページや、リーフレット等により、他分野の相談窓口情報を一元的に分かりやすく周知する。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |

| 事業名 | 事業内容 | 担当課 | ライフステージ別対象者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 乳幼児・学童・思春期 | 青年期 | 壮年期 | 高齢期 |
| 新生児訪問 | エジンバラ質問票を記載した出生連絡票から母親の産後うつの早期発見と支援を保健師・助産師が家庭訪問等で行う。 | 子育て支援課 | | ● | ● | |
| 要保護児童対策地域協議会実務者会議 | 虐待を受けている子どもを始めとする要保護児童、要支援児童の早期発見と保護、またその保護者、特定妊婦の支援のため、関係者が連携し、情報交換と支援について協議を行う。 | 子育て支援課 | ● | ● | ● | |
| 要保護児童対策地域協議会個別ケース検討会議 | 個別の要保護児童等について、その子どもに直接関わりを有している担当者や今後関わりを有する可能性がある関係機関等の担当者により、その子どもに対する具体的な支援の内容等を検討する。 | 子育て支援課 | ● | ● | | |
| 救急搬送データ共有事業 | 救急搬送における自損行為のデータを関係機関で情報共有し、傾向と対策を検討する。 | 警防課 | ● | ● | ● | ● |
| 相談窓口啓発事業 | 自治体の各種相談窓口や関係連絡先等についての情報提供を行う。<br>救急救命講習会等の受講者に、各種相談窓口の連絡先や情報提供を実施する。 | 警防課 | ● | ● | ● | ● |
| ひとり暮らし高齢者等家庭の防火訪問 | 消防隊がひとり暮らしの高齢者・障害者のお宅を訪問して、防火・防災啓発の普及を図るとともに、市民の生命、身体及び財産を火災から保護するために行う。 | 予防課 | | | | ● |
| 精神保健福祉嘱託医師相談 | ［事例相談］<br>市役所関係職員が関わっている精神関係の事例の中で、未受診等の困難事例への対応について専門的なアドバイスを行うとともに、精神障害者、その家族に関する相談に対応する。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |

| 事業名 | 事業内容 | 担当課 | ライフステージ別対象者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 乳幼児・学童・思春期 | 青年期 | 壮年期 | 高齢期 |
| 支援実務者研修会 | 精神障害者等の支援に携わる福祉関係者等を対象に、こころの健康づくりや精神疾患および医療に関する知識の普及を図り、支援に当たる実務者の資質向上と関係機関の連携を強化することにより、地域の精神保健福祉の充実を図る。 | 保健予防課 | | ● | ● | |
| 前橋市自殺対策推進協議会 | 関係機関・関係団体等の相互の連携の確保および本市における自殺対策の総合的推進を図る。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |
| 精神保健福祉ネットワーク会議 | 地域における精神医療関係者や保健福祉関係者の連携を強化し、地域精神保健福祉の基盤づくりを行う。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |
| 健康相談 | 乳幼児の健康や育児に関する相談に対応する。 | 子育て支援課 | ● | | | |
| 家庭児童相談 | 子どもに関する様々な相談に対応する。 | 子育て支援課 | ● | | | |
| こどもの発達に関する相談 | 子どもの発達全般・ことば・日常生活動作や手や体の使い方の相談に対応する。 | 子育て支援課 | ● | | | |
| 母子（父子）家庭に関する相談 | 母子（父子）家庭の各種相談に対応する。 | 子育て支援課 | | ● | ● | |
| 障害者相談支援事業 | 障害のある人や介護者等からの相談に応じ、必要な情報の提供、権利擁護に必要な援助等を実施し、障害のある人の自立した日常生活や社会参加を支援する。 | 障害福祉課 | ● | ● | ● | ● |
| 障害者虐待防止センター設置 | 障害者虐待の通報や相談に 24 時間 365 日対応する。 | 障害福祉課 | | ● | ● | |
| 障害福祉サービス（介護給付費・訓練給付費）の給付 | 障害者（児）が日常生活および社会生活を営めるよう、必要な障害福祉サービスを提供する。 | 障害福祉課<br>保健予防課 | ● | ● | ● | |
| 難病療養相談 | 難病および小児慢性特定疾病の療養相談を行う。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |

| 事業名 | 事業内容 | 担当課 | ライフステージ別対象者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 乳幼児・学童・思春期 | 青年期 | 壮年期 | 高齢期 |
| 市民相談 | 近隣、相続および離婚その他市民の幅広い問題に関する相談に対応する。専門的な内容については、関係機関につなぐ。 | 生活課 | ● | ● | ● | ● |
| 男女共同参画相談・DV 相談 | 日々の生活の中で抱えている様々な悩みの相談や DV に関する相談に対応する。 | 生活課 | ● | ● | ● | ● |
| 消費生活相談 | 訪問販売や商品の購入、事業者とのトラブル等消費生活に関する相談に対応する。 | 生活課 | ● | ● | ● | ● |
| 多重債務（借金問題）相談 | 多重債務に関する相談に対応し、債務解決方法を一緒に考え、法律専門家に相談をつなぐ。 | 生活課 | ● | ● | ● | ● |
| 生活保護運営事業 | 生活保護の相談および支援を行う。 | 社会福祉課 | ● | ● | ● | ● |
| 生活困窮者自立支援事業 | 生活保護に至る前の段階における自立に向けた相談および支援を行う。 | 社会福祉課 | ● | ● | ● | ● |
| まえばしフードバンク事業 | 経済的な理由で食事に不自由し支援を必要とする人に、規格外等の理由により廃棄の対象となる食品の提供を受け、食糧支援を行う。 | 社会福祉課 | ● | ● | ● | ● |
| 精神保健福祉嘱託医師相談 | ［母子・思春期相談］こころの健康相談のうち、母子保健から思春期までの精神疾患や発達障害に関することや、児童思春期の不登校、家庭内暴力、リストカットなどの自傷行為、食行動の異常、対人関係のトラブルなどの相談に対応する。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | |
| 精神科医によるこころの相談 | 眠れない、性格や生活の仕方が変わった、ひきこもり、ひきこもりがちになった等のこころの悩みやアルコールに関する問題を抱えている本人およびその家族等からの相談に対応する。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |
| こころの健康に関する相談 | 精神保健福祉士や保健師がこころの悩みに関する電話、面接、訪問による相談対応を行う。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |

| 事業名 | 事業内容 | 担当課 | ライフステージ別対象者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 乳幼児・学童・思春期 | 青年期 | 壮年期 | 高齢期 |
| 精神福祉サービス利用に関する相談 | 精神障害者福祉サービスの利用について相談に応じ、必要なサービスの調整およびケアマネジメント、在宅支援を行う。 | 保健予防課 | | ● | ● | ● |
| 前橋市地域包括支援センターおよび前橋市地域包括ブランチの運営 | 高齢者が住み慣れた地域でその人らしい生活を送ることができるよう、総合相談や権利擁護、介護支援専門員支援、介護予防ケアマネジメント業務を一体的に実施し、高齢者の生活を総合的に支援する。 | 介護高齢課 | | | | ● |
| 認知症初期集中支援推進事業 | 認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる認知症初期集中支援チームを設置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築する。 | 介護高齢課 | | | | ● |
| 認知症高齢者等成年後見制度利用支援 | 介護保険サービス等の利用において、本人の判断能力に不安があり、成年後見人制度の利用が有効と認められるものの、費用負担が難しい人に対し、その費用の補助を行うことにより成年後見制度の利用支援を行う。 | 介護高齢課 | | | | ● |
| 徘徊高齢者の家族支援・位置情報提供サービス | 認知症による徘徊行動が見られる高齢者を在宅で介護している家族に、人工衛星を利用した徘徊高齢者の位置情報を検索できるGPS 機器の貸与を行う。 | 介護高齢課 | | | | ● |
| 徘徊高齢者等事前登録制度 | 認知症等により徘徊のおそれのある高齢者等が行方不明となった場合に、早期発見し保護できるよう、身体的特徴や緊急連絡先、顔写真、手のひら静脈などを事前に登録しておく。 | 介護高齢課 | | | | ● |

| 事業名 | 事業内容 | 担当課 | ライフステージ別対象者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 乳幼児・学童・思春期 | 青年期 | 壮年期 | 高齢期 |
| 在宅医療・介護連携事業 | 医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するための地域の関係機関の連携体制を構築する。 | 介護高齢課 | | | | ● |
| 老人ホーム入所措置事業 | 生活環境上および経済的な理由により、在宅において養護を受けることが困難な高齢者を養護老人ホームに入所措置する。 | 介護高齢課 | | | | ● |
| 生活管理指導短期宿泊 | 基本的生活習慣の維持が難しい人を養護老人ホームで一時的に預かって指導や支援を行う。 | 介護高齢課 | | | | ● |
| 緊急通報システム | 緊急ボタンを押すと委託業者の受信センターにつながり、緊急時は協力者に連絡を取り安否確認を行う。月１回安否確認を行う。 | 介護高齢課 | | | | ● |
| ひとり暮らし高齢者訪問 | ボランティアがひとり暮らし高齢者を訪問し、安否確認や孤独感を和らげる。 | 介護高齢課 | | | | ● |
| 老人福祉センター | 健康増進、教養の向上、各種相談、レクリエーションのための便宜を総合的に供与し、高齢者の総合的な生きがい基地としての施設。（市内５か所） | 介護高齢課 | | | | ● |
| ピンシャン！元気体操 | 市オリジナルの体操「ピンシャン！元気体操」を市内施設や老人センター等で実施。 | 介護高齢課 | | | | ● |
| ピンシャン体操クラブ | 介護予防サポーターが中心となり、「ピンシャン！元気体操（全６曲）」を月２回以上グループで行う。 | 介護高齢課 | | | | ● |

## ６　勤務問題による自殺対策を推進する

| 事業名 | 事業内容 | 担当課 | ライフステージ別対象者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 乳幼児・学童・思春期 | 青年期 | 壮年期 | 高齢期 |
| ジョブセンターまえばし | 若者や女性をはじめ、前橋市内で働くことを希望する者の就職支援施設。<br>キャリアカウンセリングや就職に役立つセミナーやインターンシップ、企業見学会などのマッチングを実施し、併設するハローワークの職業紹介へつなげる。<br>就職後の悩み相談や仲間づくり講座などによる定着支援も実施。 | 産業政策課 | | ● | ● | |
| 就職促進のためのセミナー | 介護職員初任者研修講座、パソコン講座等を実施する。 | 産業政策課 | | ● | ● | |
| 勤務問題に関する周知啓発 | ストレスチェック制度やハラスメント防止等を普及するため、市ホームページ等で啓発する。 | 産業政策課 | | ● | ● | |

## ７　自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ

| 事業名 | 事業内容 | 担当課 | ライフステージ別対象者 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 乳幼児・学童・思春期 | 青年期 | 壮年期 | 高齢期 |
| 自殺企図者相談支援事業 | 警察から自殺企図者（未遂者）についての情報提供を受け、状況把握や相談対応を行う。 | 保健予防課 | ● | ● | ● | ● |

本市では、市民の安全安心のため、様々な事業を実施しています。生きるための支援として関連がある主な事業を掲載していますが、これ以外の関連計画、会議、事業等においても連携を図り、自殺対策の推進に取り組んでいきます。

# 資 料 編

# 資料編

## 資料1　自殺に関する統計

### （1）厚生労働省「人口動態統計」と警察庁「自殺統計」について

自殺に関する統計には、主に厚生労働省の「人口動態統計」と警察庁の「自殺統計」の２種類があります。２つの統計には、調査対象、調査時点、事務手続きの各項に関して以下のような違いがあります。

| | 厚生労働省　人口動態統計 | 警察庁　自殺統計 |
|---|---|---|
| 調査対象 | 日本における日本人を対象 | 総人口を対象<br>（日本における外国人も含む） |
| 調査時点 | 住居地を基に死亡時点で計上 | 発見地を基に死体発見時点（正確には認知）で計上 |
| 事務手続き<br>（訂正報告） | 自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときは自殺以外で処理<br>死亡診断書等について自殺の旨訂正がない場合は、自殺に計上しない | 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 |

本計画で掲載している「地域における自殺の基礎資料[13]」は、自殺統計に基づき厚生労働省が毎月集計・公表しているものですが、公表に当たっては、他の情報と照合しても個人が識別されないよう、以下の処理を行っています。

- 当該自治体内の自殺者総数の数値が１または２の場合、自殺の「年月」、「曜日」、「時間帯」、「男女別」、「年齢別」、「同居人の有無別」の内訳のみ公表。
- 欄の数値が１または２でない場合においても、当該欄の数値を表示することによって、他の欄の１または２の数値が明らかになる場合、数値を記載しない。

このため、本計画では自殺に関する統計情報について平成 21 年から示すことを基本としていますが、項目によっては平成 23 年から示している場合があります。

[13] 地域における自殺の基礎資料：警察庁から提供を受けたデータに基づき、自殺者の年齢や性別、動機等の地域特性を整理した資料。平成 27 年度までは内閣府、平成 28 年度からは厚生労働省自殺対策推進室が集計・公表している。本計画では、同資料のうち、「住居地」・「自殺日」の数値を使用。

### （２）統計の見方

1　「自殺死亡率」は、人口 10 万人当たりの自殺者数を表しています。

2　「ｎ」は、集計対象総数（自殺者総数、回答者総数等）を表しています。

3　「%」は、それぞれの割合を少数点第２位で四捨五入して算出しています。そのため、全ての割合を合計しても 100%にならないことがあります。

# 資料2　厚生労働省「自殺対策白書（平成 29 年度版）」より抜粋

## 平成 27 年における死因順位別にみた年齢階級・性別死亡数・死亡率・構成割合（全国）

総数

| 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 | 107 | 1.9 | 22.8 | 自　殺 | 89 | 1.6 | 18.9 | 不慮の事故 | 74 | 1.3 | 15.7 |
| 15～19 歳 | 自　殺 | 447 | 7.5 | 36.6 | 不慮の事故 | 288 | 4.8 | 23.6 | 悪性新生物 | 147 | 2.5 | 12.0 |
| 20～24 歳 | 自　殺 | 1,052 | 17.9 | 50.1 | 不慮の事故 | 365 | 6.2 | 17.4 | 悪性新生物 | 176 | 3.0 | 8.4 |
| 25～29 歳 | 自　殺 | 1,234 | 19.6 | 47.2 | 悪性新生物 | 323 | 5.1 | 12.3 | 不慮の事故 | 301 | 4.8 | 11.5 |
| 30～34 歳 | 自　殺 | 1,398 | 19.5 | 39.4 | 悪性新生物 | 654 | 9.1 | 18.4 | 不慮の事故 | 356 | 5.0 | 10.0 |
| 35～39 歳 | 自　殺 | 1,573 | 19.1 | 29.1 | 悪性新生物 | 1,284 | 15.6 | 23.8 | 心 疾 患 | 514 | 6.2 | 9.5 |
| 40～44 歳 | 悪性新生物 | 2,848 | 29.4 | 29.2 | 自　殺 | 1,984 | 20.5 | 20.3 | 心 疾 患 | 1,142 | 11.8 | 11.7 |
| 45～49 歳 | 悪性新生物 | 4,519 | 52.4 | 33.4 | 自　殺 | 1,965 | 22.8 | 14.5 | 心 疾 患 | 1,750 | 20.3 | 12.9 |
| 50～54 歳 | 悪性新生物 | 7,764 | 98.2 | 39.4 | 心 疾 患 | 2,550 | 32.2 | 12.9 | 自　殺 | 2,008 | 25.4 | 10.2 |
| 55～59 歳 | 悪性新生物 | 13,123 | 174.5 | 45.7 | 心 疾 患 | 3,425 | 45.5 | 11.9 | 脳血管疾患 | 2,171 | 28.9 | 7.6 |
| 60～64 歳 | 悪性新生物 | 25,325 | 298.3 | 48.5 | 心 疾 患 | 6,404 | 75.4 | 12.3 | 脳血管疾患 | 3,632 | 42.8 | 7.0 |

男

| 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 | 自　殺 | 61 | 2.1 | 22.8 | 不慮の事故 | 53 | 1.9 | 19.9 | 悪性新生物 | 52 | 1.8 | 19.5 |
| 15～19 歳 | 自　殺 | 310 | 10.1 | 37.1 | 不慮の事故 | 231 | 7.5 | 27.6 | 悪性新生物 | 86 | 2.8 | 10.3 |
| 20～24 歳 | 自　殺 | 781 | 25.9 | 51.6 | 不慮の事故 | 294 | 9.8 | 19.4 | 悪性新生物 | 112 | 3.7 | 7.4 |
| 25～29 歳 | 自　殺 | 914 | 28.5 | 51.2 | 不慮の事故 | 238 | 7.4 | 13.3 | 悪性新生物 | 153 | 4.8 | 8.6 |
| 30～34 歳 | 自　殺 | 1,034 | 28.3 | 44.5 | 不慮の事故 | 272 | 7.4 | 11.7 | 悪性新生物 | 260 | 7.1 | 11.2 |
| 35～39 歳 | 自　殺 | 1,163 | 27.7 | 33.7 | 悪性新生物 | 521 | 12.4 | 15.1 | 心 疾 患 | 403 | 9.6 | 11.7 |
| 40～44 歳 | 自　殺 | 1,459 | 29.6 | 23.5 | 悪性新生物 | 1,225 | 24.9 | 19.7 | 心 疾 患 | 904 | 18.4 | 14.5 |
| 45～49 歳 | 悪性新生物 | 2,035 | 46.6 | 23.5 | 自　殺 | 1,410 | 32.3 | 16.3 | 心 疾 患 | 1,384 | 31.7 | 16.0 |
| 50～54 歳 | 悪性新生物 | 3,923 | 98.5 | 30.6 | 心 疾 患 | 2,028 | 50.9 | 15.8 | 自　殺 | 1,474 | 37.0 | 11.5 |
| 55～59 歳 | 悪性新生物 | 7,622 | 203.3 | 39.2 | 心 疾 患 | 2,761 | 73.6 | 14.2 | 脳血管疾患 | 1,561 | 41.6 | 8.0 |
| 60～64 歳 | 悪性新生物 | 16,179 | 386.9 | 44.8 | 心 疾 患 | 5,036 | 120.4 | 13.9 | 脳血管疾患 | 2,586 | 61.8 | 7.2 |

女

| 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 | 55 | 2.0 | 27.1 | 自　殺 | 28 | 1.0 | 13.8 | 不慮の事故 | 21 | 0.8 | 10.3 |
| 15～19 歳 | 自　殺 | 137 | 4.7 | 35.7 | 悪性新生物 | 61 | 2.1 | 15.9 | 不慮の事故 | 57 | 2.0 | 14.8 |
| 20～24 歳 | 自　殺 | 271 | 9.4 | 46.2 | 不慮の事故 | 71 | 2.5 | 12.1 | 悪性新生物 | 64 | 2.2 | 10.9 |
| 25～29 歳 | 自　殺 | 320 | 10.4 | 38.6 | 悪性新生物 | 170 | 5.5 | 20.5 | 不慮の事故 | 63 | 2.0 | 7.6 |
| 30～34 歳 | 悪性新生物 | 394 | 11.2 | 32.2 | 自　殺 | 364 | 10.3 | 29.7 | 不慮の事故 | 84 | 2.4 | 6.9 |
| 35～39 歳 | 悪性新生物 | 763 | 18.9 | 39.2 | 自　殺 | 410 | 10.1 | 21.1 | 心 疾 患 | 111 | 2.7 | 5.7 |
| 40～44 歳 | 悪性新生物 | 1,623 | 34.1 | 45.6 | 自　殺 | 525 | 11.0 | 14.8 | 脳血管疾患 | 252 | 5.3 | 7.1 |
| 45～49 歳 | 悪性新生物 | 2,484 | 58.4 | 50.9 | 自　殺 | 555 | 13.0 | 11.4 | 脳血管疾患 | 368 | 8.7 | 7.5 |
| 50～54 歳 | 悪性新生物 | 3,841 | 97.8 | 55.8 | 自　殺 | 534 | 13.6 | 7.8 | 心 疾 患 | 522 | 13.3 | 7.6 |
| 55～59 歳 | 悪性新生物 | 5,501 | 145.9 | 59.3 | 心 疾 患 | 664 | 17.6 | 7.2 | 脳血管疾患 | 610 | 16.2 | 6.6 |
| 60～64 歳 | 悪性新生物 | 9,146 | 212.3 | 56.9 | 心 疾 患 | 1,368 | 31.8 | 8.5 | 脳血管疾患 | 1046 | 24.3 | 6.5 |

注）構成割合は、それぞれの年齢階級別死亡率を 100 とした場合の割合である。

出典：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

## 先進7か国の年齢階級別死亡率（15～34歳、死因の上位3位）

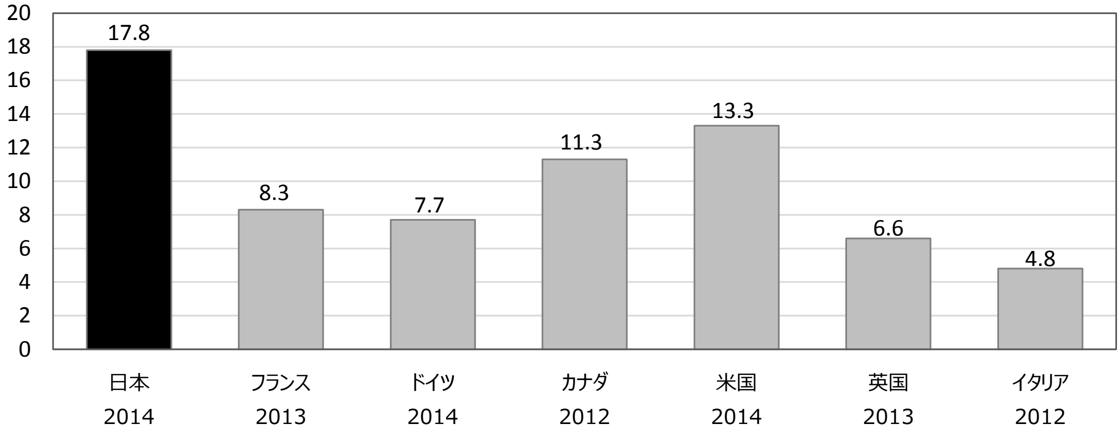
| | 日本(2014) | | | フランス(2013) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 死因 | 死亡数 | 死亡率 | 死因 | 死亡数 | 死亡率 |
| 第1位 | 自　殺 | 4,557 | 17.8 | 事　故 | 1,955 | 12.7 |
| 第2位 | 事　故 | 1,775 | 6.9 | 自　殺 | 1,286 | 8.3 |
| 第3位 | 悪性新生物 | 1,339 | 5.2 | R00-R99※ | 1,089 | 7.1 |

| | ドイツ(2014) | | | カナダ(2012) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 死因 | 死亡数 | 死亡率 | 死因 | 死亡数 | 死亡率 |
| 第1位 | 事　故 | 1,710 | 9.1 | 事　故 | 1,924 | 20.4 |
| 第2位 | 自　殺 | 1,450 | 7.7 | 自　殺 | 1,066 | 11.3 |
| 第3位 | 悪性新生物 | 981 | 5.2 | 悪性新生物 | 528 | 5.6 |

| | 米国(2014) | | | 英国(2013) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 死因 | 死亡数 | 死亡率 | 死因 | 死亡数 | 死亡率 |
| 第1位 | 事　故 | 30,708 | 35.1 | 事　故 | 2,038 | 12.1 |
| 第2位 | 自　殺 | 11,648 | 13.3 | 自　殺 | 1,120 | 6.6 |
| 第3位 | 殺　人 | 8,303 | 9.5 | 悪性新生物 | 1,070 | 6.3 |

| | イタリア(2012) | | |
|---|---|---|---|
| | 死因 | 死亡数 | 死亡率 |
| 第1位 | 事　故 | 1,589 | 12.3 |
| 第2位 | 悪性新生物 | 889 | 6.9 |
| 第3位 | 自　殺 | 620 | 4.8 |

※ICD-10（疾病及び関連保健問題の国際統計分類の第10回修正版）の第18章「症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの」に該当するもの



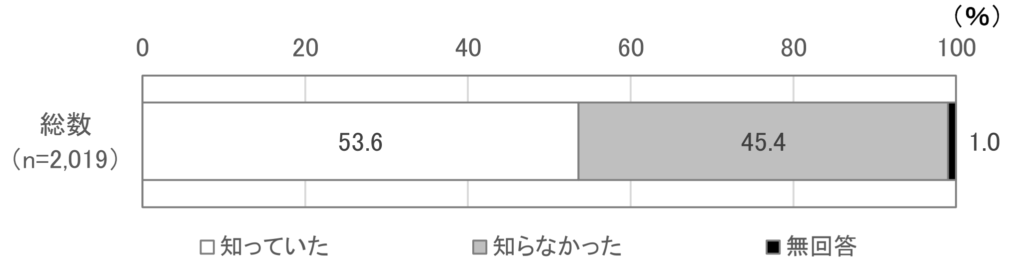

出典：厚生労働省「自殺対策白書（平成29年度版）」

# 資料3　厚生労働省「平成 28 年度自殺対策に関する意識調査」からみた自殺の現状より抜粋

【調査概要】

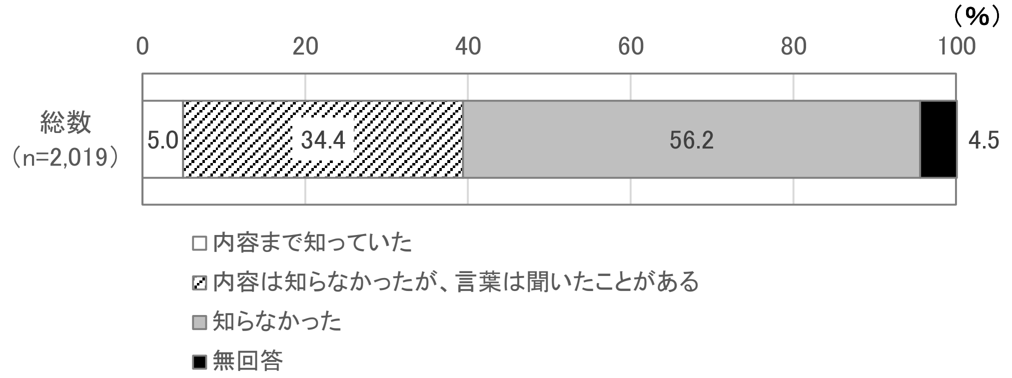
| | | |
|---|---|---|
| 1 | 調査目的 | 自殺に対する国民の意識などの実態を把握し，今後の施策の参考とする。 |
| 2 | 調査項目 | (1) 自殺対策の現状等について |
| | | (2) 悩みやストレスに関することについて |
| | | (3) 自殺やうつに関する意識について |
| | | (4) メディア（新聞・テレビ・ラジオなどの情報媒体）について |
| | | (5) 今後の自殺対策について |
| 3 | 関係省庁 | 厚生労働省（自殺対策推進室） |
| 4 | 調査対象 | (1) 母集団 全国 20 歳以上の日本国籍を有する者 |
| | | (2) 標本数 3,000 人 |
| | | (3) 抽出方法 層化２段無作為抽出法 |
| 5 | 調査時期 | 平成 28 年 10 月 13 日～10 月 30 日 |
| 6 | 調査方法 | 調査員による留置法（封筒による密封回収） |
| 7 | 調査実施機関 | 一般社団法人 中央調査社 |
| 8 | 回収結果 | (1) 有効回収数(率) 2,019 人（67.3%） |
| | | (2) 調査不能数(率) 981 人（32.7%） |

自殺者数の周知度

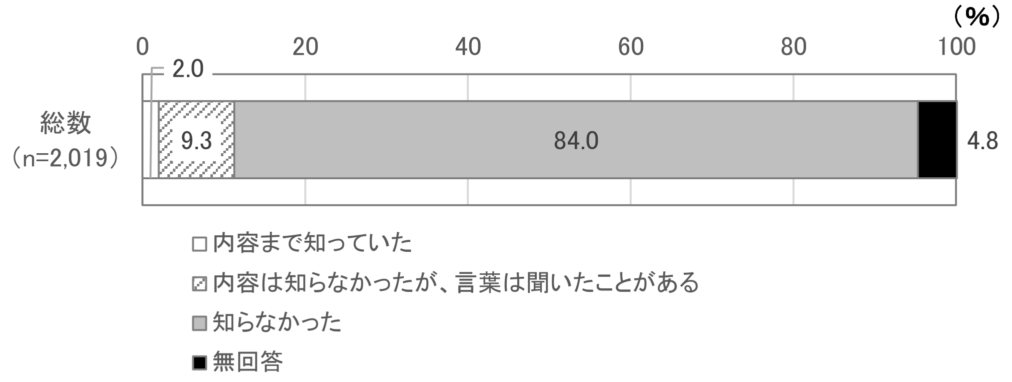



自殺対策に関する事柄の周知度

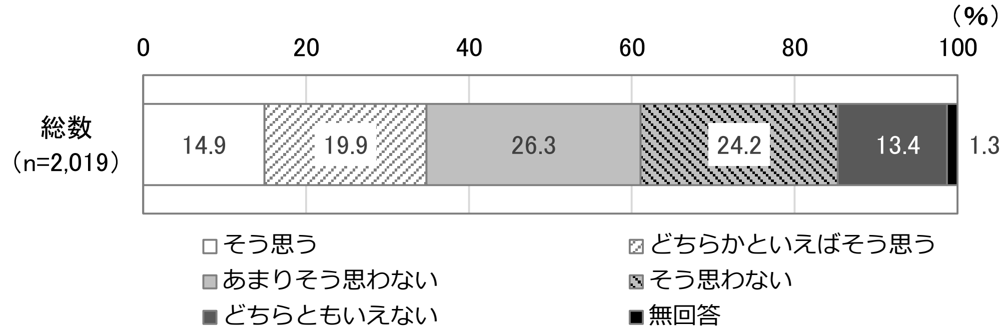
「自殺予防週間／自殺対策強化月間」




「ゲートキーパー」

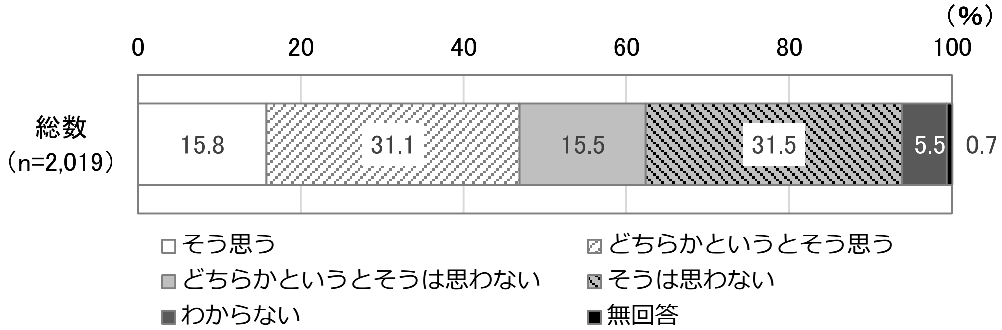


自殺対策は自分自身に関わる問題だと思うか



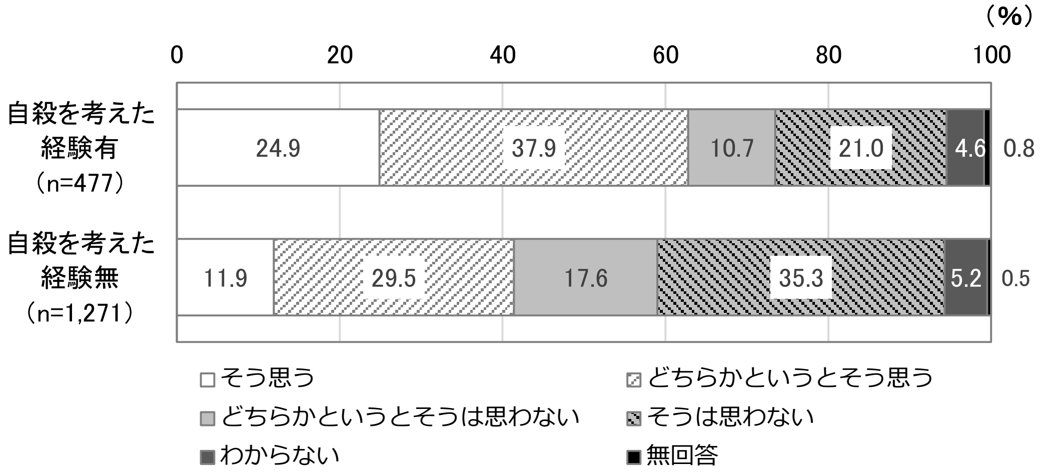

悩みやストレスに関することについて

「相談や助けを求めることへのためらい」

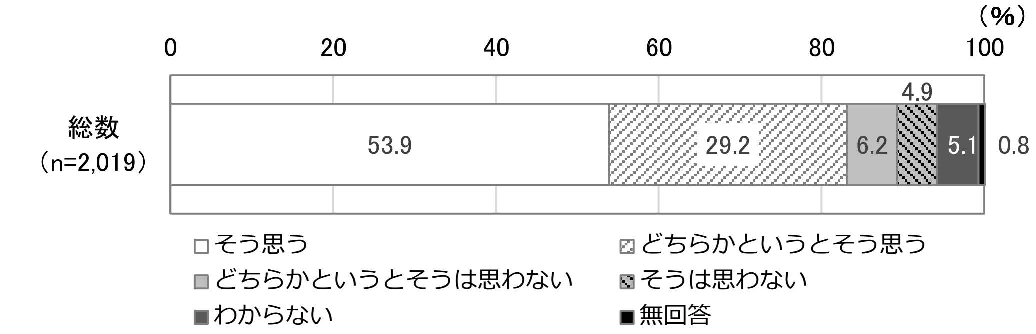



“これまでの人生のなかで，本気で自殺したいと考えたこと”の経験の有無別にみた

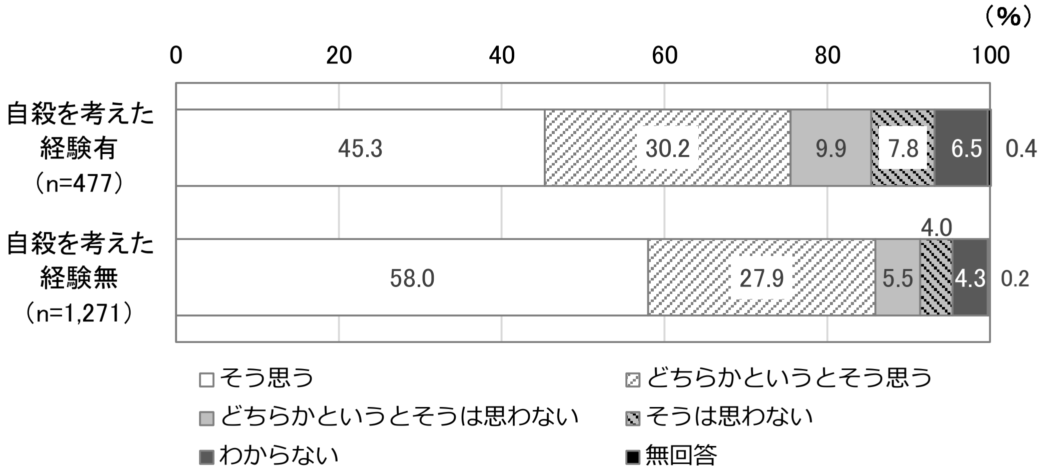
「相談や助けを求めることへのためらい」



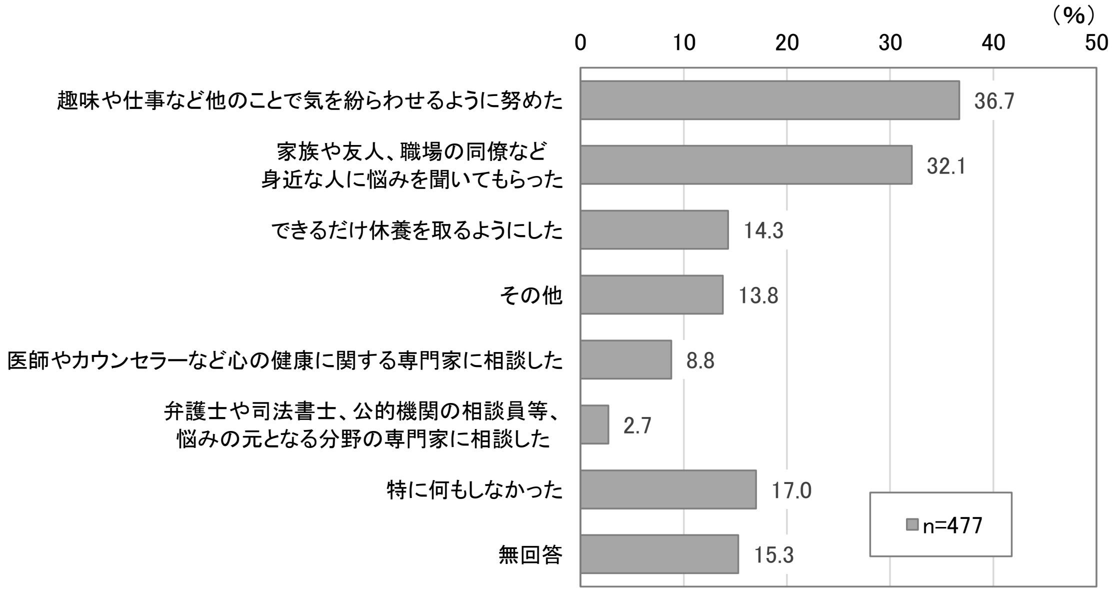
不満や悩みやつらい気持ちに耳を傾けてくれる人の有無



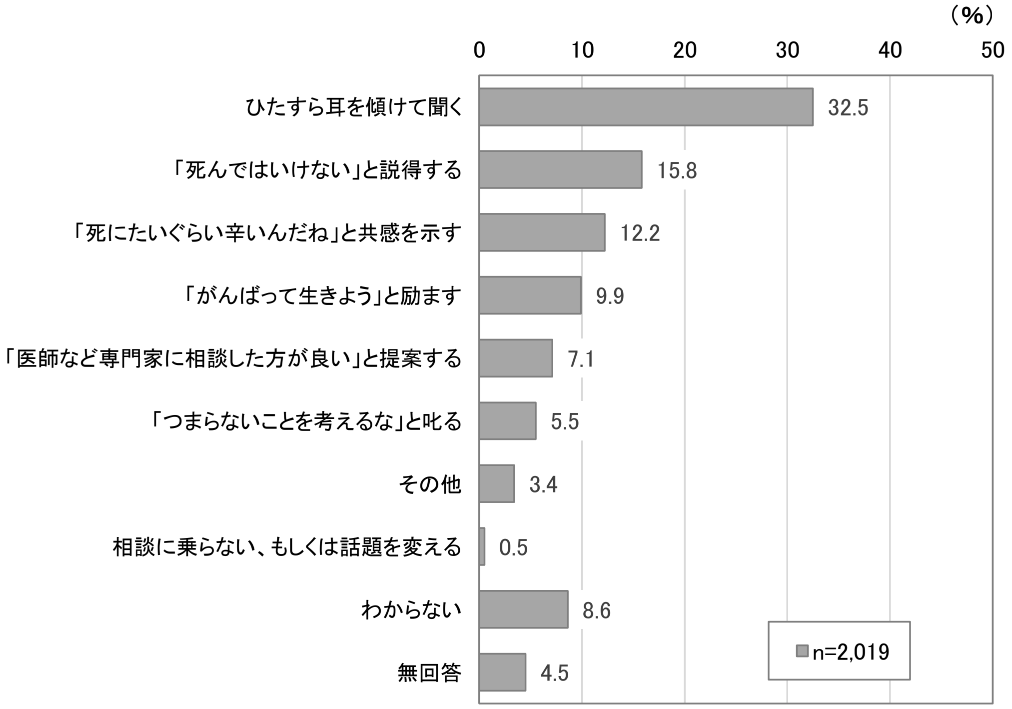

“これまでの人生のなかで，本気で自殺したいと考えたこと”の経験の有無別にみた「不満や悩みやつらい気持ちに耳を傾けてくれる人の有無」



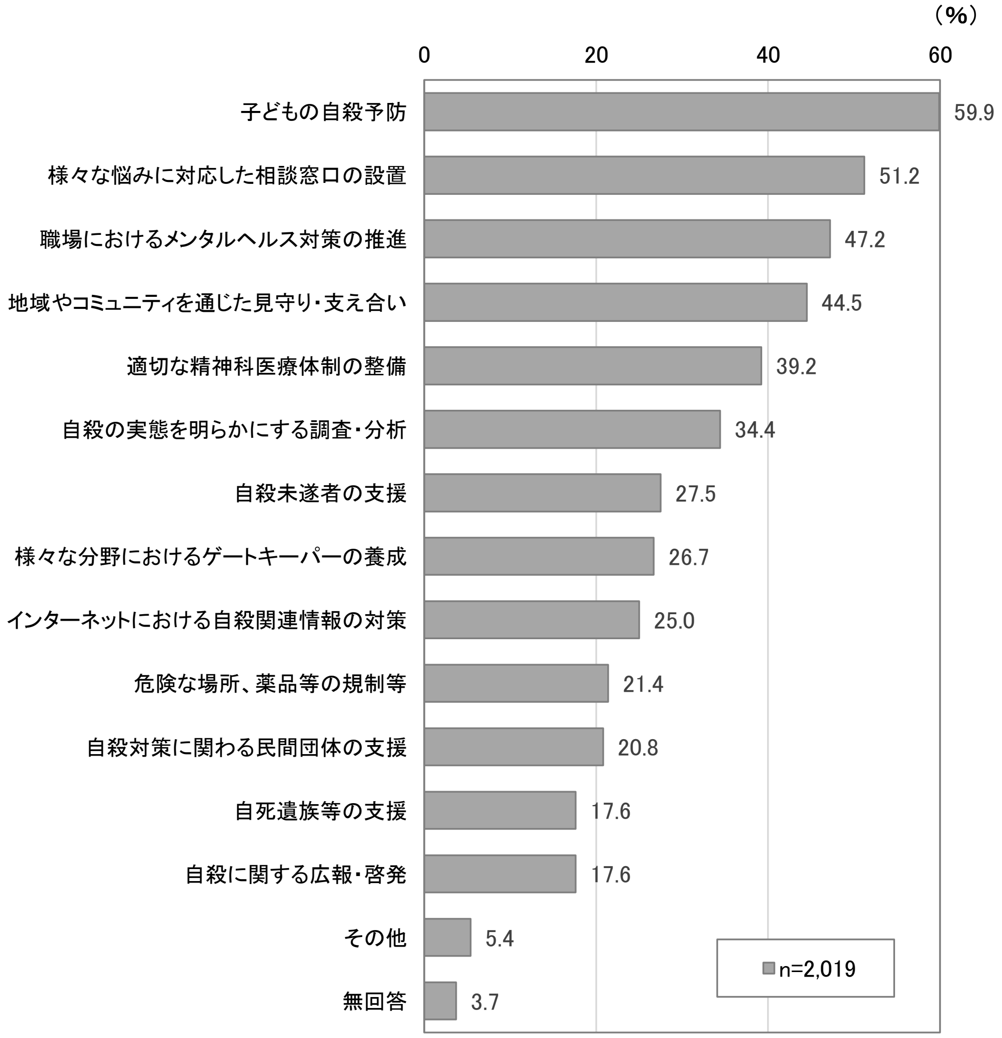
## 自殺を考えたとき、どのように乗り越えたか（複数回答）




## 身近な人から「死にたい」と言われたときの対応



今後必要な自殺対策（複数回答）



# 資料4　前橋市自殺対策推進協議会

## 1　開催状況

| 開催日 | 審議内容 |
|---|---|
| 平成 29 年　7 月 26 日 | 前橋市自殺対策推進計画骨子案について審議（第 1 回） |
| 平成 29 年　11 月 22 日 | 前橋市自殺対策推進計画素案について審議（第 2 回） |
| 平成 30 年　2 月 22 日 | 前橋市自殺対策推進計画原案について審議（第 3 回） |

## 2　委員名簿

| 氏名 | 団体名等 |
|---|---|
| 福田　正人 | 群馬大学大学院医学系研究科 |
| 直田　祐子 | 前橋市医師会 |
| 小保方 馨 | 前橋赤十字病院 |
| 吉澤　守和 | 前橋市ＰＴＡ連合会 |
| 松岡　玲子 | 前橋市養護教諭会 |
| 今井　道夫 | 前橋市小中校長会 |
| 大谷　雅昭 | 群馬弁護士会 |
| 仲道　宗弘 | 群馬司法書士会 |
| 小幡　俊之 | 前橋労働基準監督署 |
| 武井　秀人 | 前橋公共職業安定所 |
| 近藤　賢二 | 群馬県中小企業団体中央会 |
| 塚田　昌志 | 前橋市社会福祉協議会 |
| 中山　友理子 | 群馬いのちの電話 |
| 大小原 利信 | 日本ゲートキーパー協会 |
| 金子　金五郎 | 前橋市民生委員児童委員連絡協議会 |
| 筒井　好文 | 前橋警察署 |
| 篠田　孝志 | 前橋東警察署 |
| 横塚　久子 | 市民・公募 |
| 小川　和子 | 市民・公募 |
| 山﨑　雄高 | 群馬県こころの健康センター |

# 資料5　前橋市自殺対策庁内推進体制

## 1　推進会議

| 区分 | 役職 | 氏名 |
|---|---|---|
| 会　長 | 副市長 | 中島　實 |
| 副会長 | 教育長 | 塩崎　政江 |
| 委　員 | 総務部長 | 関谷　仁 |
| 〃 | 市民部長 | 都丸　千尋 |
| 〃 | 福祉部長 | 松井　英治 |
| 〃 | 健康部長 | 塚越　弥生 |
| 〃 | 保健所長 | 渡邉　直行 |
| 〃 | 産業経済部長 | 岩佐　正雄 |
| 〃 | 消防局長 | 清水　岳 |
| 〃 | 指導担当次長 | 林　恭祐 |

## 2　幹事会

| 区分 | 役職 | 氏名 |
|---|---|---|
| 幹事長 | 健康部長 | 塚越　弥生 |
| 幹　事 | 職員課長 | 角田　文明 |
| 〃 | 生活課長 | 平石　秀樹 |
| 〃 | 社会福祉課長 | 関根　賢造 |
| 〃 | 子育て支援課長 | 竹渕　亨 |
| 〃 | 介護高齢課長 | 塚越　威 |
| 〃 | 障害福祉課長 | 西潟　猛 |
| 〃 | 健康増進課長 | 中西　啓子 |
| 〃 | 保健予防課長 | 手島　嘉子 |
| 〃 | 産業政策課長 | 川端　利保 |
| 〃 | 警防課長 | 関　俊夫 |
| 〃 | 学校教育課長 | 川上　辰幸 |
| 〃 | 青少年課長 | 時澤　秀明 |

### 3　ワーキンググループ

| 課名 | 氏名 |
| --- | --- |
| 職員課 | 笹川　由美 |
| 生活課 | 酒井　睦 |
| 社会福祉課 | 須田　亘 |
| 子育て支援課 | 太田　均 |
| 介護高齢課 | 中島　敦子 |
| 障害福祉課 | 福島　健一<br>町田　誠 |
| 健康増進課 | 茂木　望 |
| 産業政策課 | 大矢　恵理 |
| 警防課 | 宮田　玄希 |
| 学校教育課 | 高井　春絵 |
| 青少年課 | 内山　崇 |

※事務局

| 課名 | 氏名 |
| --- | --- |
| 保健予防課 | 女屋　光明<br>野本　涼子<br>杉本　智子<br>加藤木　啓充<br>塩原　亜弓<br>土橋　雅幸 |

# 資料6　自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 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―第二十二条）
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、全ての人がかけ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、各人がかけがえの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。

附　則（抄）

第一条　この法律は、公布の日から起算して六月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

附　則（抄）※平成 27 年法律第 66 号

（施行期日）

第一条　この法律は、平成二十八年四月一日より施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一・二（略）

（自殺対策基本法の一部改正に伴う経過措置）

第六条　この法律の施行の際現に第二十七条の規定による改正前の自殺対策基本法第二十条第一項の規定により置かれている自殺総合対策会議は、第二十七条の規定による改正後の自殺対策基本法第二十条第一項の規定により置かれる自殺総合対策会議となり、同一性をもって存続するものとする。

附　則（抄）※平成 28 年法律第 11 号

（施行期日）

１　この法律は、平成二十八年四月一日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

２　（略）

# 前橋市自殺対策推進計画

前橋市健康部保健予防課
〒371-0014　前橋市朝日町三丁目 36 番 17 号
Tel　027-220-5787（直通）
Mail　hokenyobou@city.maebashi.gunma.jp