



報告 | Research Report

自殺対策基本法改正に伴う富山県の自殺対策の実態把握及び
課題の検討

Study of Measures Taken in Toyama Prefecture and Present
Issues Following the Revision of Basic Act on Suicide Prevention

立瀬剛志 (富山大学大学院医学薬学研究部 (医学) 疫学・健康政策学 助教)

Tatsuse Takashi Assistant Professor, Department of Epidemiology and Health Policy, University of Toyama

須永恭子 (富山大学大学院医学薬学研究部 (医学) 地域看護学 准教授)

Sunaga Kyoko, Ph.D. Associate Professor, Department of Community Health Nursing, University of Toyama

摘要

2016年自殺対策基本法が改正されたことにより、各地域において自殺対策の具体的計画を策定することが定められた。これまで国が主導となってきた自殺対策は市町村が主体となり、各地域の現状に応じた更なる対策の推進が求められることとなる。今回の改正が実際の保健事業の現場においてどのように影響するのかを検討する際、現状とその課題を把握することが重要となる。そこで、我々は地域ごとの自殺対策基本法改正に対する認知度、そして地域における自殺対策の実態を把握し、さらには法律改正に伴う具体的な地域ニーズについても明らかにするため、富山県内全市町村の自殺対策担当者にヒアリング調査を実施した。調査の結果様々な課題が抽出されたが、今回の改正内容に対しては、地域に密着した取り組みや、包括的な支援を行っていくとする姿勢についての評価が高かった。一方、課題も多く、自殺対策における活動の範囲の枠組みが明確になっていないことなど、各自治体がこれから対応していかなければならない課題も明らかになった。自殺対策基本法改正について、どの市町村も前向きな姿勢をもって取り組んでいる。しかし、日々の業務をこなしながら新たに自殺対策へも力を注ぐことには、人員、時間、資金的な問題点も多い。柔軟な対応が求められる中、県と市町村、市町村間、市町村と他の機関の間での「連携」がさらに重要になっていくと考えられる。

I 背景

2016年、自殺対策基本法が改正された。これによりそれぞれの市町村において自殺対策の具体的計画を策定することが新たに定められた¹⁾。2006年自殺対策基本法が成立した後、これまで国が主導となってきた自殺対策は各地域の現状に応じた更なる対策の推進が求められることとなる。

今回の自殺対策基本法の改正では、第1条目的規定に「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」が追加され、それに準じて第2条の基本理念には「生きる力のための支援とそれを支えか

つ促進するための環境の設備充実」「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」が盛り込まれている。さらにこれら根本的な変更を受け、第13条「都道府県・市町村は、それぞれ都道府県自殺対策計画・市町村自殺対策計画を定める」、第15条「自殺の実態などの調査研究等の推進・体制の整備」、第16条「自殺対策に係る人材の確保等(大学との連携)」などが具体的な変更点として挙げられている。こうした自殺対策基本法の変更は実際の保健事業の現場においてどのように受け取られているかについては一定の見解が得られていない。よって地域における自

表1 対策全般について

1) これまでの取り組みで成功例と思われる取り組み	
相談窓口の開設とその広報	・保健師や行政職員による「心の相談窓口」を開設。市や町のキャンペーンとして駅前や商業施設でパンフレット・ポケットティッシュの配布
相談窓口のアウトリーチ活動	・ハローワークの求職者の中から気になる人を相談窓口で紹介 ・うつ傾向の高い人を市役所から個別訪問
2) 新しい取り組み	
自殺対策の敷居を下げる	・ゆるキャラを活用（またはキャンペーンキャラクターを新たに設定）して、グッズ配布やイベントでの啓発活動を行っている
3) これから必要（または実施する）取り組み	
世代別の対策	・若者対策としてゲートキーパーによる高校生を対象とした声かけ活動 ・働き盛り対策として従業員50人未満の企業に対するストレスチェックの実施
地区別の対策	・自殺者が出た地域の住民の「周囲の人はどうサポートすればよいか」といったニーズに対して出前講座を実施する。
窓口機能の強化 地域対策のPDCAサイクル	・相談に来ることが抵抗のある人への支援の充実 ・対策の評価基準を作り、成功した活動や見直すべき活動の整理 ・他の市町村の取り組み例を知り、必要の応じ取り入れる

自殺対策の現状とその課題を把握することが重要となる。

また、これまでの調査では富山県内において地域間の自殺対策の取り組みに差異が見られた²⁾。このことは、地域での自殺の実態の違いも想定されるが、対策が即効果をもたらすことが難しい自殺対策の困難さを表しているとも考えられる³⁾。そこで今回、1) 基本法改正を受け、地域での自殺対策にどのような課題が生じているか。2) 地域ごとの自殺対策基本法改正に対する認知度や意識の違いがあるか。3) さらに法律改正に伴う、具体的な地域ニーズについて明らかにする。

II 対象と方法

富山県内全市町村の自殺対策担当者に趣旨を説明し、承諾を得て2016年10月~11月にかけて面接によるインタビュー調査を行った(県内15市町村すべてにおいて承諾を得たが、一市町村においては担当者の都合により電話調査にて上記内容の回答を得た)。インタビューを通して、今回の改正によって保健事業の現場に想起するであろう課題や問題点を収集するとともに、克服可能な課題に焦点を当て回答を整理し、地域自治体のニーズ並びに可能な対策を検討した。

質問の内容は以下のとおりである。

1. 地域での自殺対策全般について
 - 1) これまでの取り組みで成功例と思われる取り組み、
 - 2) 新しい取り組み、
 - 3) これから必要と思っている（または実施しようと思っている）取り組み
2. 第13条（市町村は、それぞれ自殺対策計画を定める）について
 - 1) 計画についてどの程度進んでいるか、
 - 2) 障壁となっている課題、
 - 3) どのようなサポートがあれば可能か
 - 4) 自殺対策計画に作成にて県との連携について
3. 第15条（独自の検証及びその成果の活用の推進等）について
 - 1) どの程度実施しているか、
 - 2) 障壁となっている課題、
 - 3) どのようなサポートがあれば可能か
4. 第16条（大学、専修学校、関係団体等との連携協力）について
 - 1) どの程度実施しているか、
 - 2) 障壁となっている課題は、
 - 3) どのようなサポートがあれば可能か
5. 自殺対策基本法改正について
 - 1) 具体的にどの改正点が重要と思うか、

1) 計画についてどの程度進んでいるか	<ul style="list-style-type: none"> ・今のところ計画は立ててない。計画については後々作っていく ・ヘルスプランの中に自殺対策は入っているが、それでは不十分だと思われる ・すぐには難しいが国のガイドラインを踏まえつつ作成する予定
2) 障壁となっている課題は	<ul style="list-style-type: none"> ・現状把握ができていない（難しい・手間がかかる） ・会議で国・県の詳しい支持がなくて困っている。何をすればいいかわからない ・精神保健、母子保健など総合的に事業をしているので自殺対策の優先度が低くなる
3) どのようなサポートがあれば理想的な対策計画が策定できるか	<ul style="list-style-type: none"> ・専門家などの分析のサポートがほしい ・個票の分析を県（保健所）でやってほしい ・国や県からの詳しいガイドラインが必要 ・地域の独自性を分析できるようなものが情報（精神科の医療費や通院者数など）が欲しい
4) 自殺対策計画の作成にて県との連携についてはどのように考えているか	<ul style="list-style-type: none"> ・県の事業等を参考にして、アドバイスをもらいながら、県の真似でなく地域あった独自の計画を立てていきたい ・県が模範となるものを作成しそれを参考にしていくスタイルがやりやすい ・分析や情報面での連携を取りたい ・保健所と計画づくりを協力して、県の計画とすり合わせていけたらよい ・働き盛りへのサポート面で商工会議所等との連携を支援してもらいたい

表 2 市町村独自の自殺対策計画の策定に関して

- 2) 不十分と思う点はあるか
6. 各地域での自殺の実態把握について
- 1) どのような人たちか（年齢・職業等）、
 - 2) 推測される自殺原因、
 - 3) それらを踏まえた対策案。

Ⅲ 結果

1. 地域での自殺対策全般について

地域での自殺対策全般についての回答をまとめたものが表 1 である。

具体的な取り組みへの聞き取りの際、自殺対策全般に関しては何をもって活動の「成功」とするかははっきりしないため、活動内容の評価や見直しが難しいという声が多く聞かれた。また、自殺や精神疾患の問題は、自殺は良くないといった一方的な見解や精神疾患患者への過度な個人責任の追及といった日本の社会的背景から生じるスティグマが存在し、相談窓口に来られず一人で抱え込んでいる人が多いのではないかと見解が聞かれ、そうした人々に対する支援もしていきたいが具体的な方法がわからないというのが現状であった。

自殺対策基本法改正を節目にこれまでの「待ちの姿勢」から、より能動的に働きかける活動を増やしていくことが課題と考えられる。

2. 第 13 条（市町村は、それぞれ自殺対策計画を定める）について

第 13 条（市町村は、それぞれ自殺対策計画を定める）についての回答をまとめたものが表 2 である。

どの市町村もまだ個別の計画策定にまでは踏み込めておらず、県が模範となるものを作成し、それを市が参考にしていくスタイルができれば策定しやすいと考えているところが多い。一方、市町村の保健センターや市役所単位の規模では分析に資する自殺統計情報が不足し（特に他市町村との年代別自殺率比較によって現状を把握する場合など）、また自殺対策が広く健康づくり事業の一つに含まれる形で実施されていることが多いため、独立した形での対策を練る体制が整っていない。そして自殺対策担当者も多くの業務を兼務していることがほとんどであり、自殺対策に限定した地域調査などは、専門家や県などのサポートがない状

況では実施が困難という意見があった。また情報の把握の仕方が「個票」「厚生省データ」「警察庁データ」など統一がされていないための戸惑いが見られる。

3. 第 15 条（調査研究・検証及びその成果の活用 の推進等）について

第 15 条（調査研究・検証及びその成果の活用
の推進等）についての回答をまとめたものが表 3
である。

表 3 独自の検証及びその成果の活用等について

1) どの程度実施しているか
<ul style="list-style-type: none"> 調査、研究はできていない（県の保健所が行うものという認識） 心の健康に関するアンケートの実施はしているが自殺に特化した項目はない。 数は人口動態で把握しており、死亡個票から別途属性を把握している
2) 障壁となっている課題は
<ul style="list-style-type: none"> 自殺というワードに抵抗がある人も多くデリケートな問題である調査しづらい プライバシーの問題があり、自殺者が出た際にその原因を市町村が公式に知るすべがない 65才以上は地域包括がチェックしていたり、厚生センターのみが持つ情報があったりとデータが公開されないため全体像の把握が難しい。
3) どのようなサポートがあれば可能か
<ul style="list-style-type: none"> 独自に調査するのではなく、調査研究した内容を教えてもらえる仕組みがあればよい 大学や他部署と連携し、自分たちにはない知識をアドバイスしてもらいたい

第 13 条の回答で聞かれたことと同様に、心の健康に関するアンケートをとっている市町村はあるものの、市町村で自殺対策に特化した調査、研究を進めることは難しいという意見が多かった。また自殺対策の担当者の数も少なく、更に人口規模が小さく自殺者が少ない地域ではどうしても自殺対策は後回しになってしまうのが現状である。こうした現状に対して現場で重視されるニーズは、調査、研究を行っている機関（県や大学など）や近くの市町村と密に情報共有し、実態を把握することである。実際、多くの市町村が他の機関からの詳しい情報提供を求めている。自殺対策の計画

を立てる前に、実態把握が必要不可欠なので、調査研究スキルのある機関との連携または、ある程度広範にわたって基準が示されるような実態データが必要となる。

4. 第 16 条（大学、専修学校、関係団体等との 連携協力）について

第 16 条（大学、専修学校、関係団体等との連携
協力）についての回答をまとめたものが表 4
である。

**表 4 大学、専修学校、関係団体等との
連携協力について**

1) どの程度実施しているか
<ul style="list-style-type: none"> 大学からの支援などの連携体制は講習会の講師依頼程度である 進んでいない、ない 自殺対策の講師依頼はしているが個人単位での協力関係である
2) 障壁となっている課題は
<ul style="list-style-type: none"> 自殺対策における最新知識の不足 外部の意見としての専門家とそもそも接点がない 大学などとの連携のきっかけがつかめない
3) どのようなサポートがあれば可能か
<ul style="list-style-type: none"> 計画段階での専門家の協力とその機会 グループワークなどを保健所単位（2次医療圏）で行い連携する 県や大学などが介入して調査研究をしてほしい。有効な対策を行うには多角的な視点が必要と感ずる

大学との連携の有無に関しては、市町村間でもかなりの意識差が感じられた。この結果は、大学と自治体との日頃の実施体制や、大学教員と個人的な関係の有無に起因すると考えられる。大学との連携の障壁となっている事柄としては、そもそも日常業務において大学との接点がないために連携するきっかけがつかめないというものが主だった。これは、ゲートキーパー養成事業実施の有無とも関係していると感じられる。専門機関と連携が取れないために、自殺問題に対する最新知識の不足が問題になっている部分も見られた。大学との連携を不必要だと思っているのではなく、これまで

の事業では連携のきっかけがなく協力関係を築けていないことが背景にあり、自殺対策における連携の障害となっていることが予想される。現在専門機関と協力関係にない市町村は県や厚生センター（県保健所）が仲介に入るなどして具体的な連携先を検討することそのものが課題の一つだと考えられる。

5. 自殺対策基本法改正について

自殺対策基本法改正についての回答をまとめたものが表5である。

表5 自殺対策基本法改正について

1) どの改正点が重要と思うか
<ul style="list-style-type: none"> ・ 横断的な事業展開として、第2条の「生きることの包括的な支援」 ・ 「地域に密着して包括的な取り組みを計画的に行う」という点
2) 足りない（不十分）という点
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自殺者には経済的事由による人も多く、自殺対策の根本として「誰もが働ける環境」が重要と考えるが、国としてそのような視点があるのか疑問。県も含めて、自殺対策と就労支援を連携して苦施策が必要と考える ・ 国の情報や資金や事務の連絡ぐらいいしか県との連携はなく、県が他の市町村からの情報共有などを行うことも法律で位置づけるとよい ・ 具体的にどこからが県の業務でどこからが市町村の業務課が曖昧になっている。互いに分かるような連携策が必要

自殺対策基本法改正については、地域に密着した取り組みへの言及や、包括的な支援を行っている姿勢については評価が高かった。一方、問題点も浮き彫りとなった。それは自治体間や他部署との連携が必要という点である。また県の役割や県と自治体との業務の線引きが曖昧となっている点である。これにはいくつかのケースがあり、市町村内の課と課の連携、自殺対策担当課と県（保健所）間の連携体制に市町村で違いがあるということが挙げられる。これに関しては市町村、県、厚生センターなど組織の単位を超えて集まる機会を設けることが望ましいと考えられる。

表6 自殺の実態把握について

1) どのような人たちか（年齢・職業等）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 相談に来るのは家族関係も仕事もうまくいかず、絶望を感じている人 ・ 若者対策も言われているが高齢者に多いのが実態
2) 推測される自殺原因
<ul style="list-style-type: none"> ・ ストレスを解消する手段がない ・ 家族の中にいる高齢者の自殺は、一人暮らしの高齢者と比べ福祉関係者の訪問サービスを受けづらく相談しにくいと感じて見つけにくい ・ いろんな原因が重なっている場合が多い
3) それらを踏まえた対策案
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自殺を個人の問題としてではなく社会の問題としてとらえること ・ 家から出ない高齢者に窓口の周知を行いたい ・ 周囲の気づき・声かけを促す活動を進めたい ・ 元気のない人が集えたり情報提供・交換ができたりする自助会のような場をつくりたい ・ 保健セクターのみ独立せず総合的に自殺対策の窓口を作るのが良い。

6. 各地域での自殺の実態把握について

各地域での自殺の実態把握についての回答をまとめたものが表6である。

自殺の実態の把握状況は各地域で様々であった。多くの自治体では自殺者の年齢、性別までは把握しているが、各個人の職業や自殺の原因などといった細部の情報までは完全に把握できていない。これは、プライバシーの観点から個人情報を辿り辛いことに加え、そもそも行政機関としても自殺の実態に関する情報を得る手段が制度的に限られているからであると考えられる。個人情報の把握が難しいという現状では、当然のことながら自殺の原因を考えることや有効な対策を考えることを困難だと感じている地域も多く存在し、多くの自治体において自殺の実態を包括的に把握できているとは言い難い。

IV 考察

今回のインタビュー調査で見えてきたいくつかの自殺対策に関する課題について、自殺対策基本法に関しては地域に密着した取り組みや、包括的

な支援を行っていかうとする姿勢について改正案の評価が高い一方、経済的事由による自殺の支援等における連携や具体的な対策の不足などをはじめ法改正では解決しない現場課題も多く、これから改善していかなければならない点も見えてきた。

まず、自殺対策全般において、何をもって事業の成功とするかが見えにくいということが挙げられる。さまざまな取り組みを行っているが、効果がある・ないという結果は年単位で後からわかることなので手探りの状態であるという意見もあった。そのために、県などの広域圏が中心になってある程度の取り組みの基準を設ける必要があると思われる。

次に、どの市町村もまだ個別の対策計画が策定されていないという現状にあることがわかった。県が模範となるものを作成し、それを市町村が参考にすることができれば策定しやすいと考える。そのためには県と市長村の連携を積極的に行う必要がある。

さらに、地域ごとの自殺に関する実態把握ができていない、または把握できていても分析や情報の扱い方がわからないといった課題もある。この課題の解決には調査・研究を行っている機関や近隣の市町村と情報共有し、実態を把握することが大事になってくるため、他の専門機関や市町村と情報共有する場をさらに設ける必要があるだろう。今後、自殺総合対策推進センターから自治体に提供される地域別の自殺実態プロフィールと自殺対策政策パッケージによって、この課題はある程度克服できるであろう⁴⁾。ただし、人口の少ない地域では国全体の課題を反映した自殺対策政策パッケージ推奨することとなっており、そうなれば地域独自の課題に対しての取り組みは推進されにくい。これまでも保健活動は2次医療圏単位で足並みをそろえて進めてきた部分もあり、そうした2次医療圏単位での活動、特に隣接市町村との比較による地域の実態把握などが期待される。また自殺予防としてリスクの同定がなされても、リス

クの把握基準が「高齢」「独身」「無職」「離婚歴」など抽象化・一般化されすぎており、具体的対策として焦点化しにくいことも考えられる。そしてこれらのリスクに対して対策を施す際には、こうした背景を持つ個人に対して社会的弱者という属性を付与するスティグマとしての作用が働く可能性がある点も課題である^{5),6)}。

加えて、精神保健事業においては、精神障害者対策としてのメンタルヘルス事業と自殺対策の区分が不明瞭なため精神障害支援をもって自殺対策と考えてしまったり、金銭問題やいじめなどの問題が保健事業とは別途対応される傾向にある。原因は平均4つ存在するといわれる自殺の実態⁷⁾を加味すると、今回の調査対象者である自殺対策担当現場においては、包括的支援の視点の欠如が見受けられる。様々な課題を包括的に扱うことが重要な自殺対策において、自治体内の各部署での連携ができていないことも問題の一つと言えよう。それぞれの機関のつながりや情報共有が不足することによってうつ病罹患者や生き辛さを抱えた人たちがたらい回しになり、そのこと自体に疲れてしまって自殺を凶ってしまう可能性も考えられる⁸⁾。それを避けるためにも各機関や部署間での徹底した情報交換、各機関間の密な連携は必要であるし、そしてこれらの対策は各自治体の自殺担当者個人がすべて達成できる課題ではない。今回の自殺対策基本法の改正に伴う地域単位の自殺対策の実施においては、むしろ各市町村の実態を包括的に把握できる仕組みが必要であり、県単位または2次医療圏などの広範な視点から各自治体の取り組みを把握し、広域機関と各自治体が共同での自殺対策を推進することで、その効果が期待されるものと考えられる。

今回、自殺対策基本法の改正に伴い、地域が抱えている課題を明確にすることを目的にインタビュー調査を実施した結果、各自治体におけるそれぞれの課題整理の必要性と課題克服のための連携が重要という理解に至った。

V 結論

自殺対策基本法改正について、富山県ではどの市町村も前向きな姿勢をもって取り組んでいる。しかし現状では、日々の業務をこなしながら自殺対策にも力を注ぐことは、人員、時間、資金的に困難だと考えられる。自殺対策特有の課題である「連携」という視点からは、自殺対策の窓口や担当者を置くことそのものに解決策を見出すのではなく、県と市町村、市町村間、市町村と他の機関といった包括的な連携によって、自殺企図者を取りこぼさない仕組みとネットワークも必要かつ十分なものとして機能する必要があると考える。自治体だけでなく、県や2次医療圏と言った広域圏での動向の把握と分析、さらには研究機関、地域のNPOや任意団体や商工会議所など、医療保健福祉機関を超えたあらゆる生活部面に対応しうる横断的な取り組みによって、自殺というもともと人間の尊厳を損なう事態に対応することが急務であるといえよう。

謝 辞

インタビューを引き受けてくださった富山県の各自治体の担当の皆様にご心から感謝申し上げます。

注 記

1) 平成 28 年度版自殺対策白書：厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/16/index.html>. (2016 年 12 月 12 日閲覧可能)

2) 富山大学医学部公衆衛生学講座 疫学・健康政策学講座：地域における自殺体躯の実態及び課題の検討. 27 年度富山大学社会医学実習報告書第 37 集.

3) 平成 27 年度都道府県・政令指定都市および市区町村における自殺対策の取り組み状況に関する調査：自殺対策総合推進センター.

<http://ikiru.ncnp.go.jp/pdf/0828torikumichousa.pdf> (2017 年 12 月 12 日閲覧可能)

4) 市町村自殺対策計画策定の手引き：厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-120000-00-Shakaiengokyoku-Shakai/0000186730.pdf> (2017 年 12 月 12 日閲覧可能)

5) 松本俊彦：もしも「死にたい」と言われたら - 自殺リスクの評価と対応. 中外医学社, 東京, 2015.

6) Griffiths, K.M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, S.F., & Nakane, H. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6(21), 2006.

7) 自殺実態白書 2013：NPO 法人ライフリンク. http://www.lifelink.or.jp/hp/Library/whitepaper2013_1.pdf (2017 年 12 月 12 日閲覧可能)

8) 茂幸雄：これが自殺防止活動だ. 東京・太陽出版. 2014.

(投稿: 2017. 12. 12)

(受理: 2017. 12. 25)