

いのち支える栃木県自殺対策計画



平成 30（2018）年 3 月

栃木県

県民の皆様へ



本県における自殺者数は、警察庁の自殺統計によると、平成 9 (1997) 年の 459 人から平成 10 (1998) 年には 577 人へと約 1.26 倍に急増し、年間 500 人を上回りました。その後も自殺者数は増え、平成 21 (2009) 年には年間 630 人まで増加しましたが、その後は減少傾向が続き、平成 28 (2016) 年には年間 382 人まで減少しました。

しかしながら、依然として 1 日に 1 人以上の尊い命が自殺によって失われ、40 歳未満の若年層においては自殺が死因の上位を占めるなど、深刻な状況が続いています。

本県では、平成 18 (2006) 年に自殺対策基本法が制定されたことを契機に、平成 19 (2007) 年には自殺対策を全庁的に推進するため、私を本部長とする「栃木県自殺対策推進本部」を設置し、自殺対策に関する普及啓発や電話等による相談窓口の設置、悩んでいる人のサインに気づいて適切な対応を図ることができるゲートキーパー等の人材養成など、各種施策を展開して参りました。また、県内における学識経験者や保健、医療、福祉、教育、労働、法律など幅広い分野における関係機関・団体等の参画の下に「栃木県自殺対策連絡協議会」を設置し、官民一体となって自殺対策を講じてきたところです。

このような中、平成 28 (2016) 年に自殺対策基本法が一部改正され、都道府県には地域の実情を勘案した自殺対策に関する計画の策定が義務づけられました。

本県においても、保健、医療、福祉、教育、労働、法律その他の関連分野と有機的な連携を図り、地域の実情を踏まえた自殺対策を総合的かつ効果的に推進するため、今般、本県では初めてとなる自殺対策に関する計画を策定しました。

この計画では、「共に支え合い、誰も自殺に追い込まれることのない“とちぎ”の実現」を基本理念とし、国の自殺総合対策大綱等を踏まえて 11 の基本施策を掲げました。本県は平成 17 (2005) 年以降、人口 10 万人当たりの自殺者数を示す自殺死亡率が全国よりも高い水準で推移していることから、計画の推進により全国水準まで減少させることを目標にするとともに、誰もが当事者となりうる自殺問題に対して、県や市町、関係機関・団体、そして皆様と連携・協働し、県民一人ひとりのかけがえのない「いのち」を支えて参りたいと考えておりますので、御理解と御協力をお願いいたします。

結びに、この計画の策定に当たり、貴重な御意見、御提言を賜りました「栃木県自殺対策連絡協議会」並びに「栃木県自殺対策連絡協議会自殺対策計画策定部会」の委員の皆様をはじめ、御協力をいただきました多くの皆様に心からお礼を申し上げます。

平成 30 (2018) 年 3 月

栃木県知事 福田 富一

目次

第1章 計画策定の趣旨等

| | |
|-----------|---|
| 1 計画策定の趣旨 | 1 |
| 2 計画の位置づけ | 1 |
| 3 計画の期間 | 2 |
| 4 計画の基本理念 | 2 |

第2章 栃木県における自殺の現状と課題

| | |
|-------------------|----|
| 1 現状 | 3 |
| (1) 自殺者数の状況 | 3 |
| (2) 自殺死亡率の状況 | 4 |
| (3) 都道府県別の状況 | 6 |
| (4) 年齢階級別自殺者の状況 | 7 |
| (5) 職業別自殺者数の状況 | 8 |
| (6) 原因・動機別自殺者数の状況 | 8 |
| (7) 月別自殺者数の状況 | 9 |
| (8) 同居人有無別の状況 | 9 |
| (9) 手段別の状況 | 10 |
| (10) 場所別の状況 | 11 |
| (11) 時間帯別の状況 | 11 |
| (12) 曜日別の状況 | 12 |
| (13) 自殺未遂歴別の状況 | 13 |
| (14) 年齢階級別死因順位の状況 | 14 |
| (15) 二次保健医療圏別の状況 | 15 |
| 2 課題 | 16 |

第3章 自殺対策の推進に関する基本方針

| | |
|-------------|----|
| 1 共通認識 | 17 |
| 2 取組主体ごとの役割 | 20 |
| 3 基本的な考え方 | 22 |

第4章 自殺対策の取組

| | |
|--------|----|
| 1 施策体系 | 24 |
| 2 基本施策 | 24 |

第5章 計画に係る評価指標

| | |
|--------|----|
| 1 評価指標 | 28 |
|--------|----|

第6章 自殺対策の推進体制等

| | |
|-----------|----|
| 1 推進体制 | 29 |
| 2 計画の進行管理 | 29 |
| 3 計画の見直し | 29 |

資料編

| | | |
|---|--------------------------|----|
| 1 | いのち支える栃木県自殺対策計画策定の経過 | 30 |
| 2 | 栃木県自殺対策連絡協議会自殺対策計画策定部会委員 | 30 |
| 3 | 栃木県自殺対策連絡協議会委員 | 31 |
| 4 | 自殺対策基本法 | 32 |

第1章 計画策定の趣旨等

1 計画策定の趣旨

本県における自殺者数は、警察庁の自殺統計によると、平成9（1997）年の459人から平成10（1998）年の577人と約1.26倍に急増し、年間500人を上回りました。その後も自殺者数は増え、平成21（2009）年には年間630人まで増加しましたが、その後は減少傾向が続き、平成25（2013）年には年間489人と500人を下回り、平成28（2016）年には年間382人と大幅に減少しました。

しかしながら、依然として1日に1人以上の尊い命が自殺で失われるという深刻な状況が続いています。

本県では、平成19（2007）年に、自殺対策を全庁的に推進するため、知事を本部長とする「栃木県自殺対策推進本部」を設置しました。また、学識経験者や保健、医療、福祉、教育、労働、法律など幅広い分野における関係機関・団体等の参画の下に「栃木県自殺対策連絡協議会」を設置し、官民一体となって自殺対策を講じてきたところです。

こうした中、平成28（2016）年に、自殺対策基本法（平成18年法律第85号）が一部改正され、都道府県には地域の実情を勘案した自殺対策に関する計画の策定が義務づけられました。

自殺対策を効果的に推進するためには、保健、医療、福祉、教育、労働、法律その他の関連分野が有機的に連携し、地域の実情を踏まえた総合的な取組が必要です。

この度、「栃木県自殺対策連絡協議会」の委員の方々や県民の皆様から広く御意見をいただき、本県における自殺の現状や課題、国の「自殺総合対策大綱」を勘案しながら、『共に支え合い、誰も自殺に追い込まれることのない“とちぎ”の実現』を目指して、「いのち支える栃木県自殺対策計画」（以下「本計画」という。）を策定します。

2 計画の位置づけ

本計画は、自殺対策基本法の一部改正を受け、自殺対策に関わる関係機関・団体等と有機的な連携を図り、本県における自殺対策を総合的かつ効果的に推進するため、同法第13条第1項に基づき策定するものです。

なお、本計画は、「栃木県保健医療計画」、「栃木県高齢者支援計画」、「栃木県健康増進計画」、「栃木県障害福祉計画」など関連する他の県計画と整合性のある計画とします。

○参考

自殺対策基本法（抜粋）

（都道府県自殺対策計画等）

第13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。

3 計画の期間

本計画は、概ね5年を目途に見直すこととされている国の「自殺総合対策大綱」の改定等を見据え、平成30（2018）年度から平成34（2022）年度までの5か年を計画期間とします。

ただし、社会経済情勢の変化、自殺をめぐる諸情勢の変化、目標の達成状況等を踏まえ、必要に応じて見直しを行います。

4 計画の基本理念

自殺対策をすべての県民の取組として幅広く、対応の段階に応じて切れ目なく、そして、様々な要因に対応して細やかに、推進していきます。

また、誰もが当事者となりうる自殺問題に対して、県民一人ひとりの生きる力を包括的に支援することにより適切に対処していくとともに、県や市町はもとより、関係機関・団体等を含む県民一人ひとりの理解と協力により、的確に「いのち」を支えていくことを目指します。

【基本理念】

『共に支え合い、誰も自殺に追い込まれることのない“とちぎ”の実現』

第2章 栃木県における自殺の現状と課題

厚生労働省「人口動態統計」と警察庁「自殺統計」の違い

○調査対象の違い

厚生労働省の「人口動態統計」は、日本における日本人を対象としています。警察庁の「自殺統計」は、総人口（日本における外国人も含む。）を対象としています。

○調査時点の違い

厚生労働省の「人口動態統計」は、住所地を基に死亡時点で計上しています。警察庁の「自殺統計」は、発見地を基に自殺死体発見時点（正確には認知）で計上しています。なお、いずれの統計も暦年（1月から12月まで）の統計です。

○事務手続き上の違い

厚生労働省の「人口動態統計」は、自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときは、自殺以外で処理しており、死亡診断書等について自殺であった旨の訂正報告がない場合は、自殺に計上していません。

警察庁の「自殺統計」は、捜査等により死亡した理由が自殺であると判明した時点で、自殺に計上しています。

統計データの留意事項

- 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 特段記載がない限り、本計画上の「自殺者数」は警察庁の「自殺統計」を使用し、「自殺死亡率」は厚生労働省の「人口動態統計」を使用しています。
- 3 本計画では、40歳未満を「若年層」、40歳から59歳までを「中高年層」、60歳以上を「高齢層」として、年代を区別しています。
- 4 「%」は、それぞれの割合を小数点第2位で四捨五入して算出しています。そのため、すべての割合を合計しても100%にならない場合があります。

1 現状

(1) 自殺者数の状況

本県における自殺者数は、平成10（1998）年に急増し、平成21（2009）年には年間630人と過去最多となりました。その後は減少傾向が続き、平成28（2016）年には年間382人となりました。（図1）

また、性別による自殺者数では、男性が女性の2倍以上となる状況が続いていますが、女性と比較して大きく減少しています。（図2）

図1 自殺者数の状況

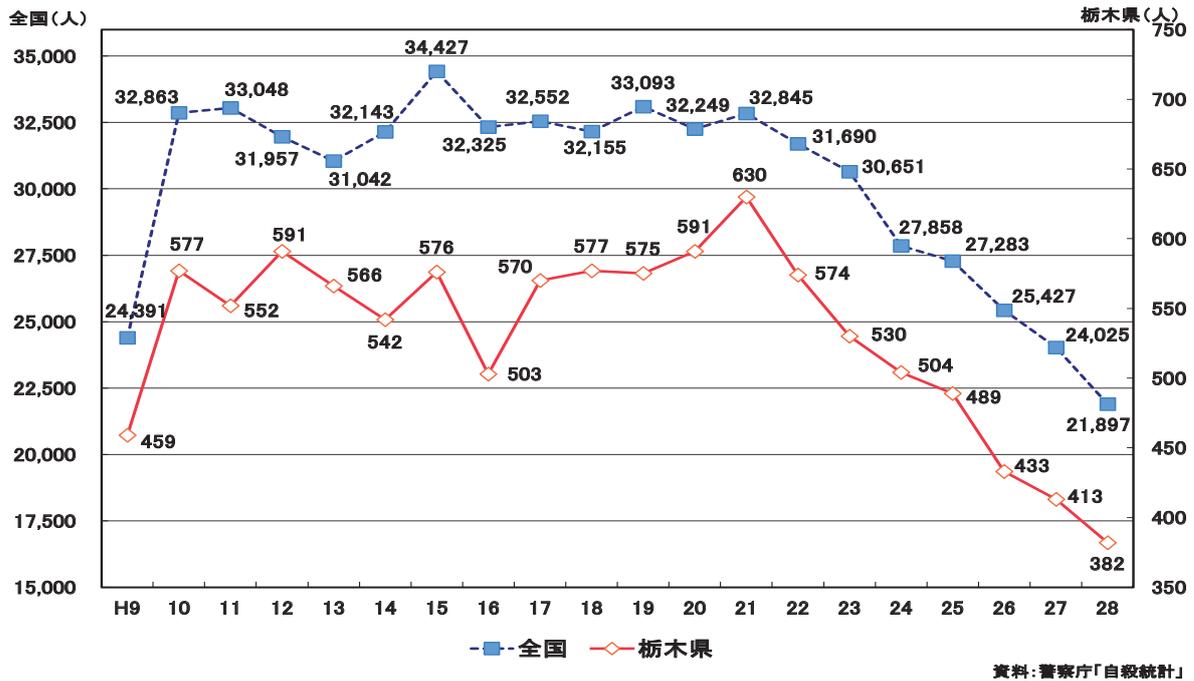
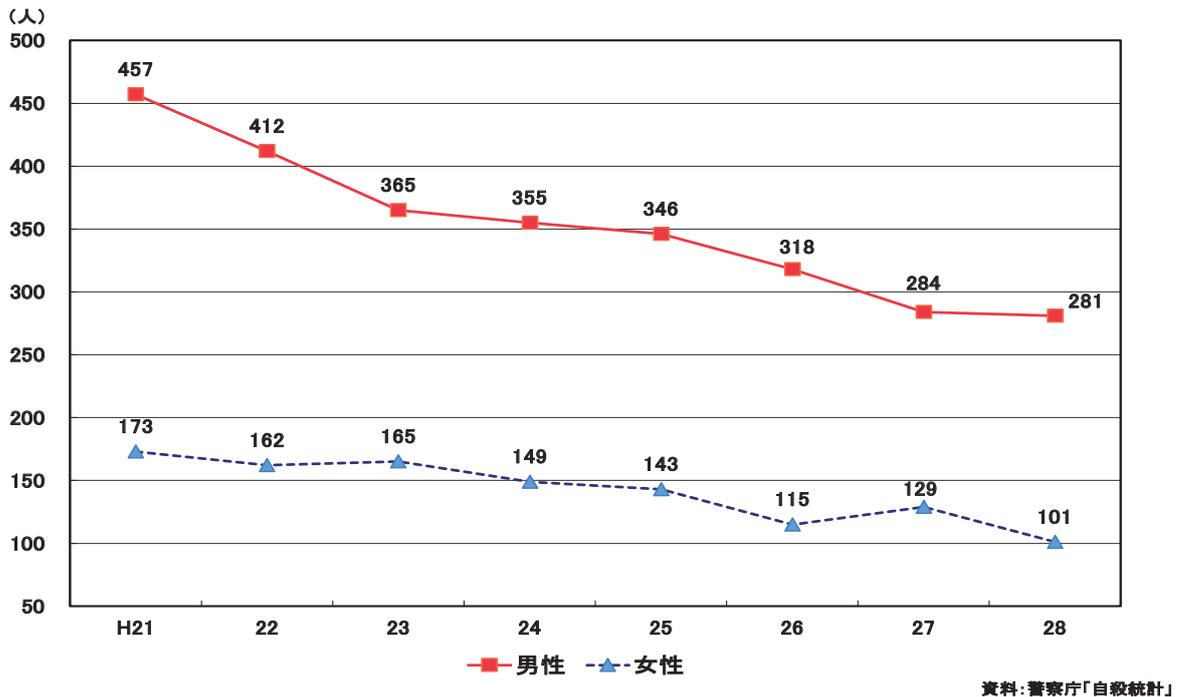


図2 男女別自殺者数の状況



(2) 自殺死亡率の状況

本県における自殺死亡率についても、平成 21 (2009) 年の 27.8 をピークに減少していますが、平成 17 (2005) 年以降は全国よりも高い水準で推移しています。(図 3)

また、男女別の自殺死亡率では、男性が女性の 2 倍以上となる状況が続いており、全国と比較すると、平成 21 (2009) 年から平成 28 (2016) 年の平均では、男女ともに全国よりも高い状況にあります。(平均: 栃木・男 32.3、栃木・女 12.7、全国・男 30.0、全国・女 12.1) (図 4)

図3 自殺死亡率の状況

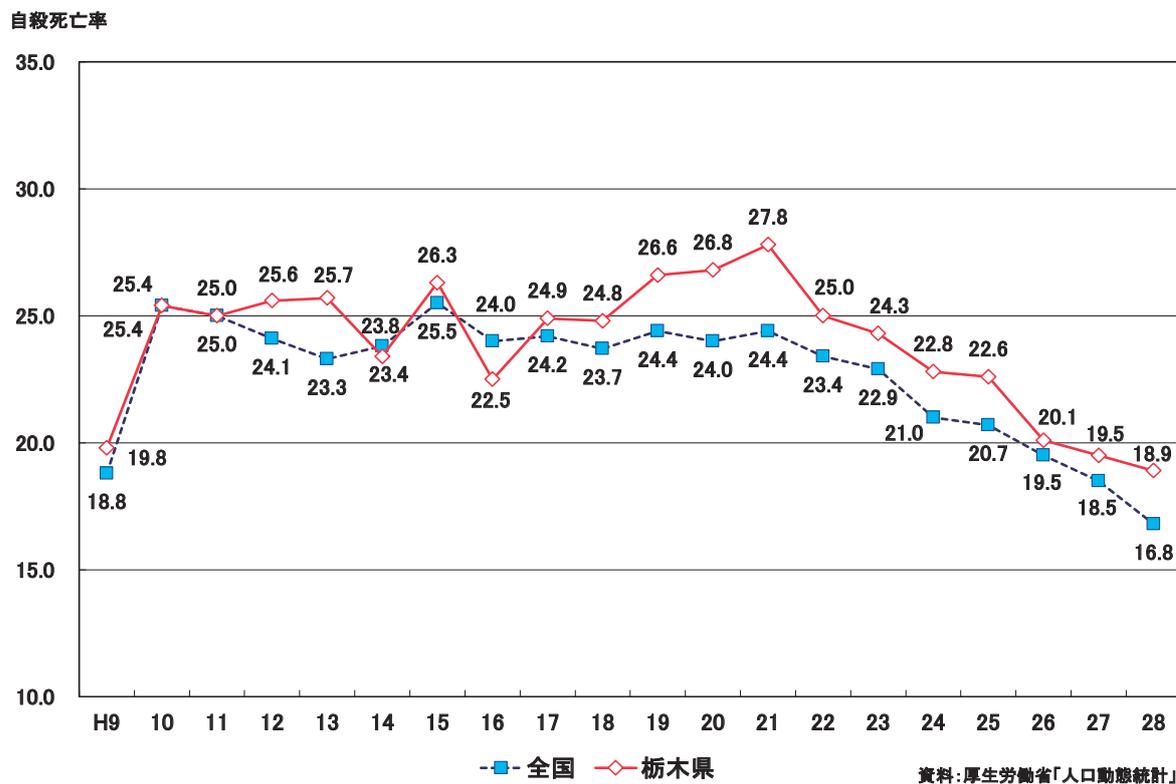
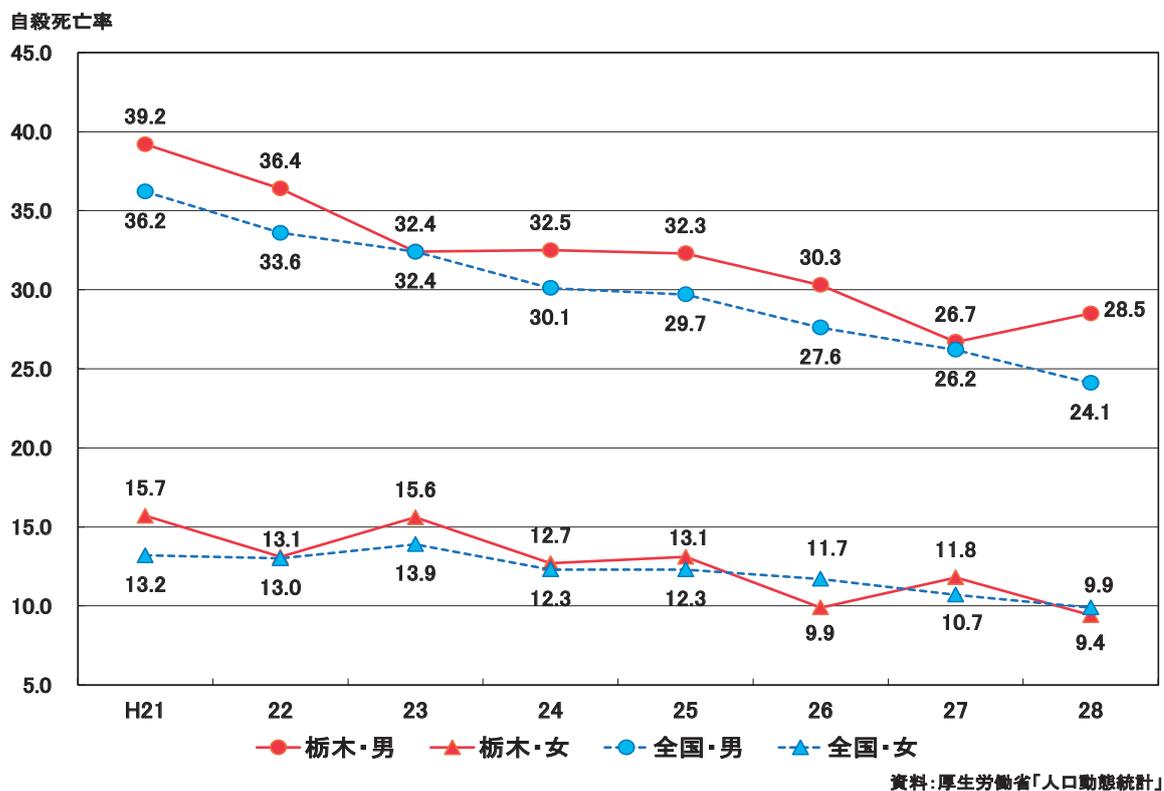


図4 男女別自殺死亡率の状況



(4) 年齢階級別自殺者の状況

年齢階級別に経年で比較すると、40歳代から60歳代の自殺者数が多い状況にあります。（図7）

また、これらの階級では経年で減少していますが、20歳代や70歳代以上については高止まりの状況にあり、平成28(2016)年では前年よりも増加しています。

さらに、平成24(2012)年から平成28(2016)年までの自殺死亡率の平均で見ると、男性は全国と比べて全年代で高く、女性は20歳代や70歳代以上で高くなっており、高齢層は男女とも共通して高い傾向にあります。（図8）

図7 年齢階級別自殺者数の状況

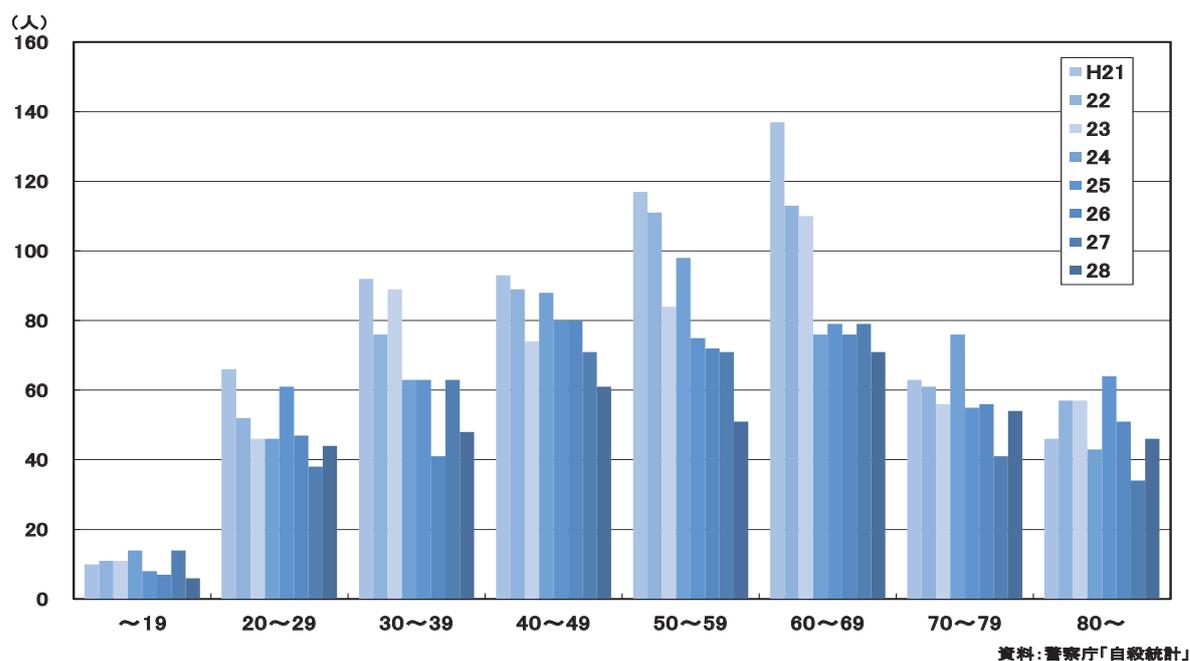
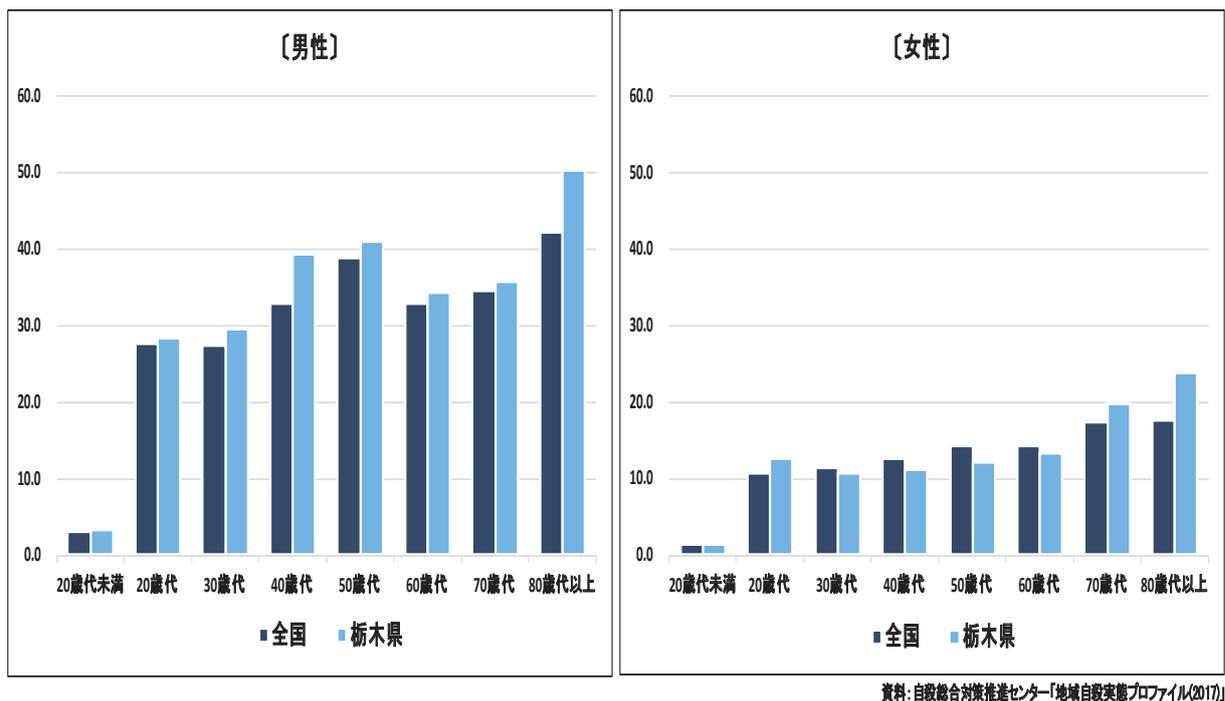


図8 男女別年齢階級別自殺死亡率の状況（平成24年～28年自殺死亡率の平均）

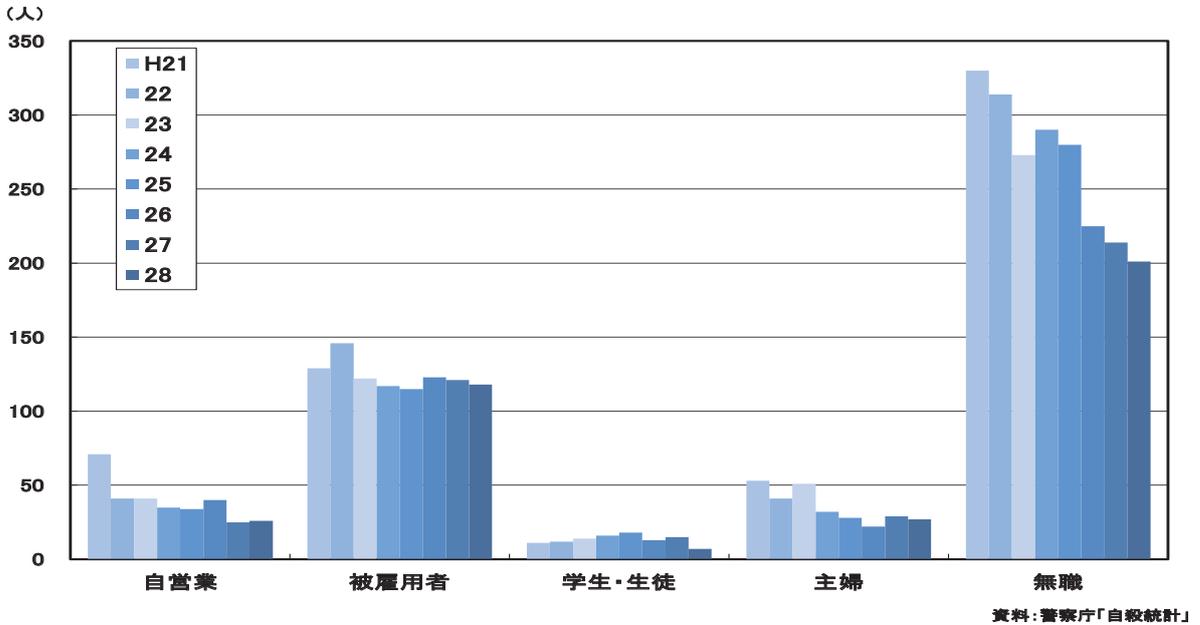


(5) 職業別自殺者数の状況

職業別に経年で比較すると、無職者が最も多い状況ですが、大きく減少傾向にあります。

一方で、被雇用者は高止まりの状況にあり、主婦については平成 26（2014）年以降、増加の傾向にあります。（図 9）

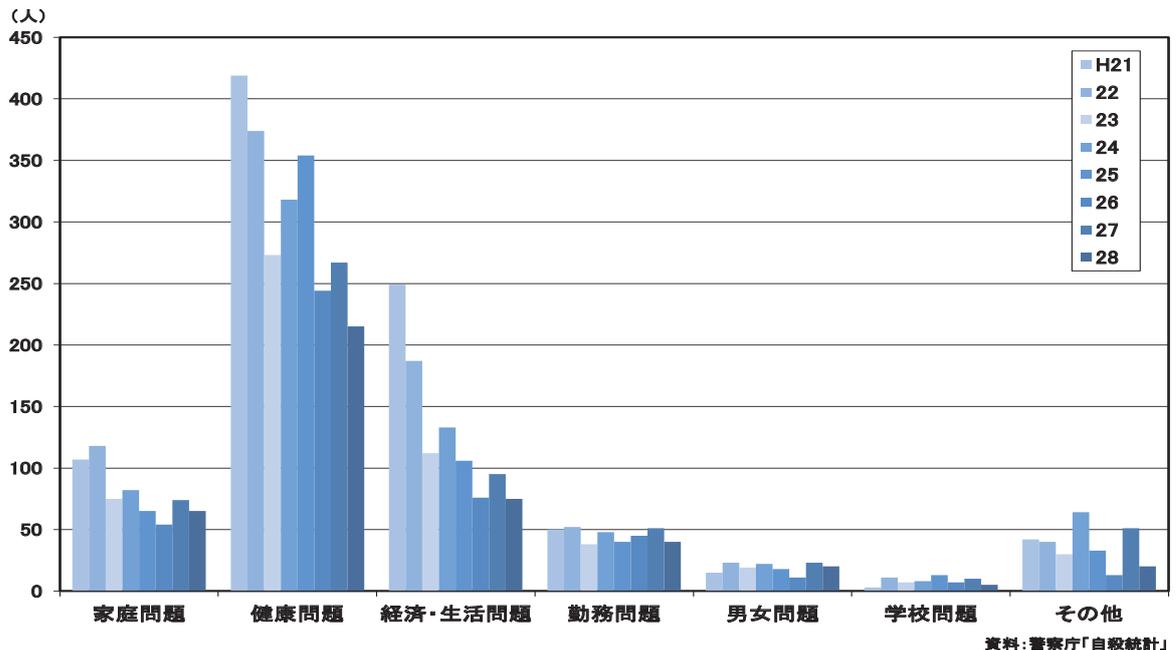
図 9 職業別自殺者数の状況



(6) 原因・動機別自殺者数の状況

原因・動機別に経年で比較すると、健康問題が最も多く、次に経済・生活問題が多い状況ですが、共に減少傾向にあります。（図 10）

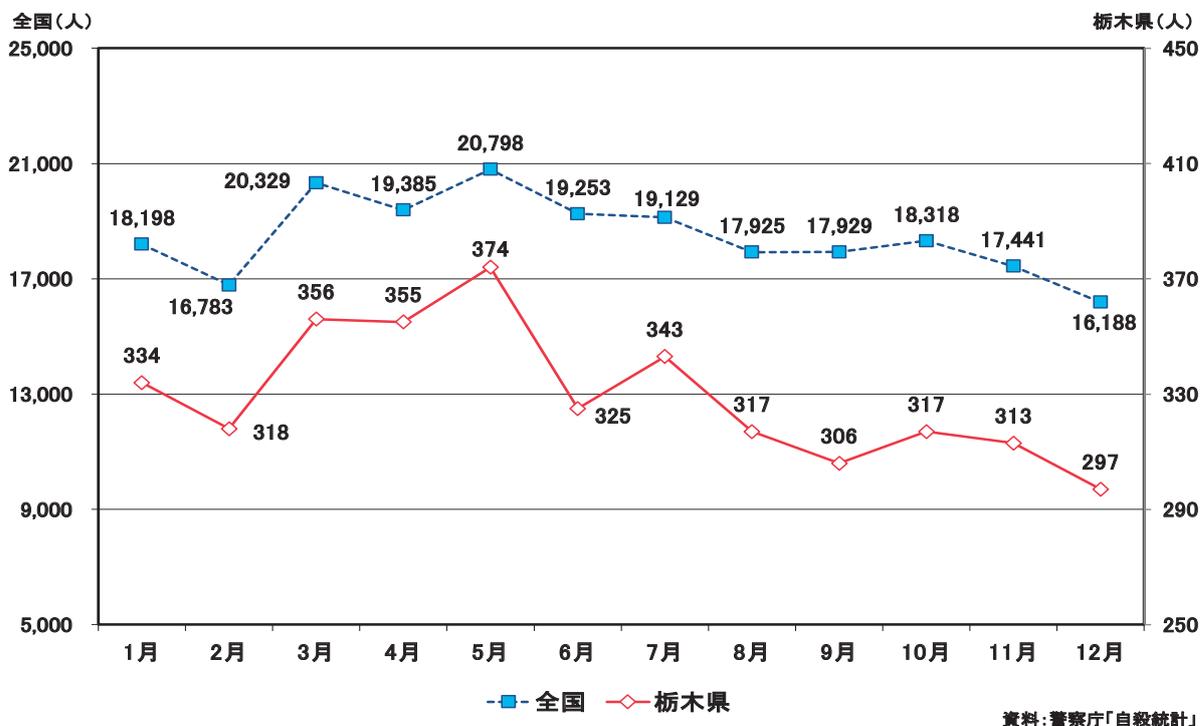
図 10 原因・動機別自殺者数の状況



(7) 月別自殺者数の状況

月別自殺者数をみると、本県では全国と同様に5月が最も多く、次に3月、4月の順に多い状況です。(図11)

図11 月別自殺者数の状況(平成21~28年月別自殺者数の合計)



(8) 同居人有無別の状況

自殺者の同居人の有無別をみると、「同居人あり」が全体の7割以上であり、女性は8割を超える状況にあります。(図12)

また、全国と比較すると、全体、男性、女性とも「同居人あり」の割合が高くなっています。(図13)

図12 同居人有無別の構成割合【栃木県】(平成21~28年合計)

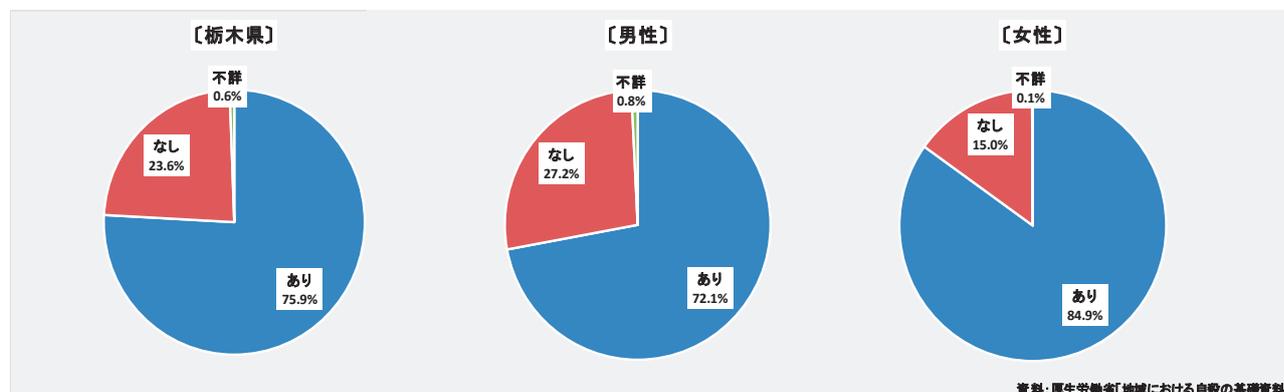
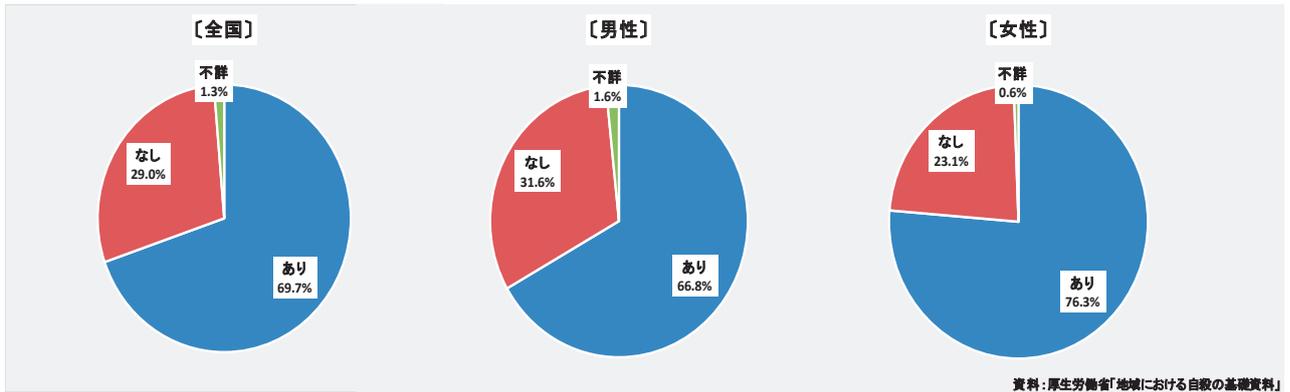


図 13 同居人有無別の構成割合【全国】（平成 21～28 年合計）



(9) 手段別の状況

手段別では、首つり、練炭等の順に高い状況にあります。また、全国と比べると練炭等及び服毒の割合が高くなっています。（図 14、図 15）

図 14 手段別自殺者数の構成割合【栃木県】（平成 21～28 年合計）

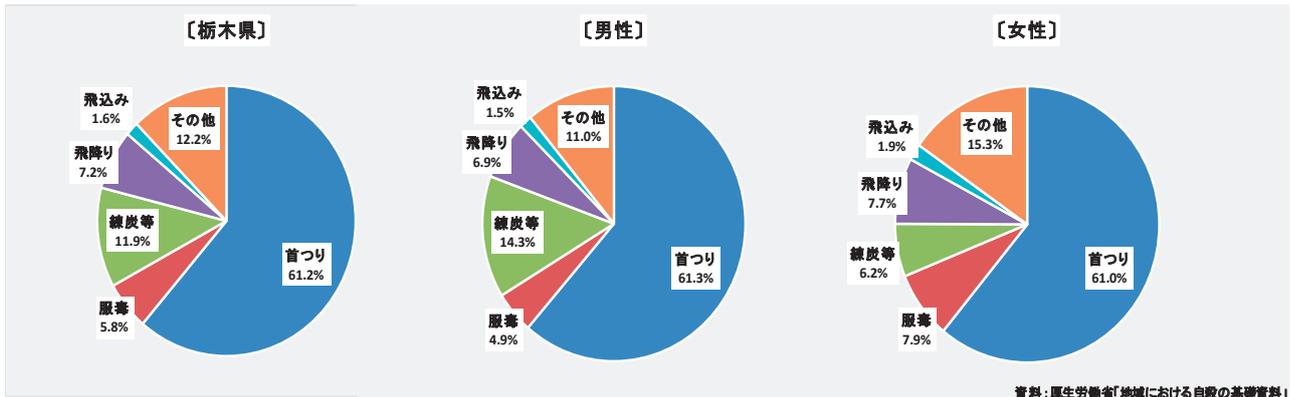
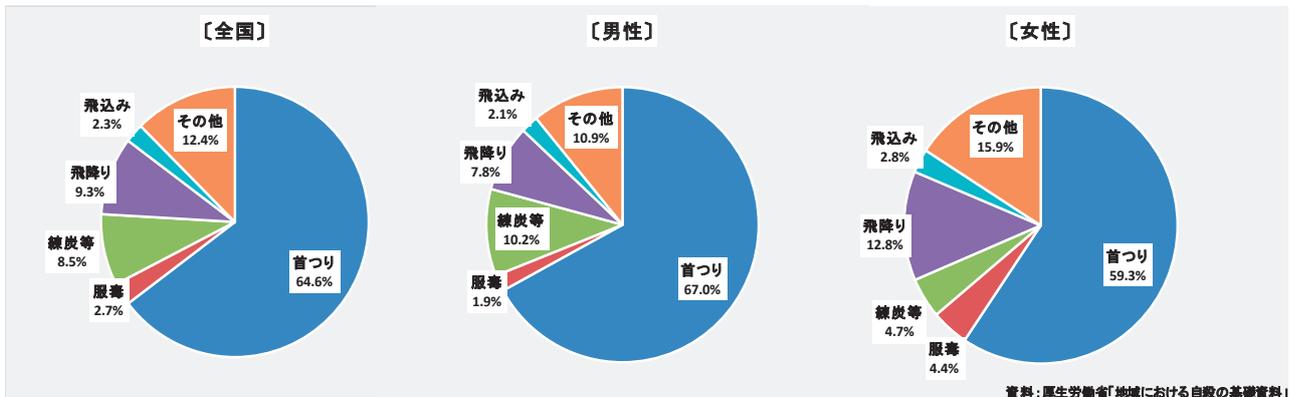


図 15 手段別自殺者数の構成割合【全国】（平成 21～28 年合計）



(10) 場所別の状況

場所別をみると、自宅等、乗物の順に高い状況で全国と同様の傾向にあります
が、本県のその割合は全国と比べて高い状況にあります。（図 16、図 17）

図 16 場所別自殺者数の構成割合【栃木県】（平成 21～28 年合計）

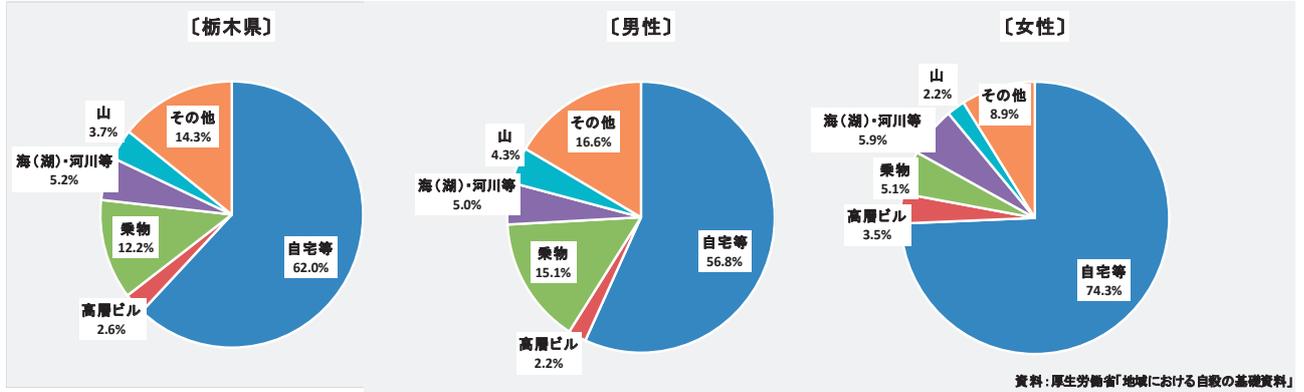
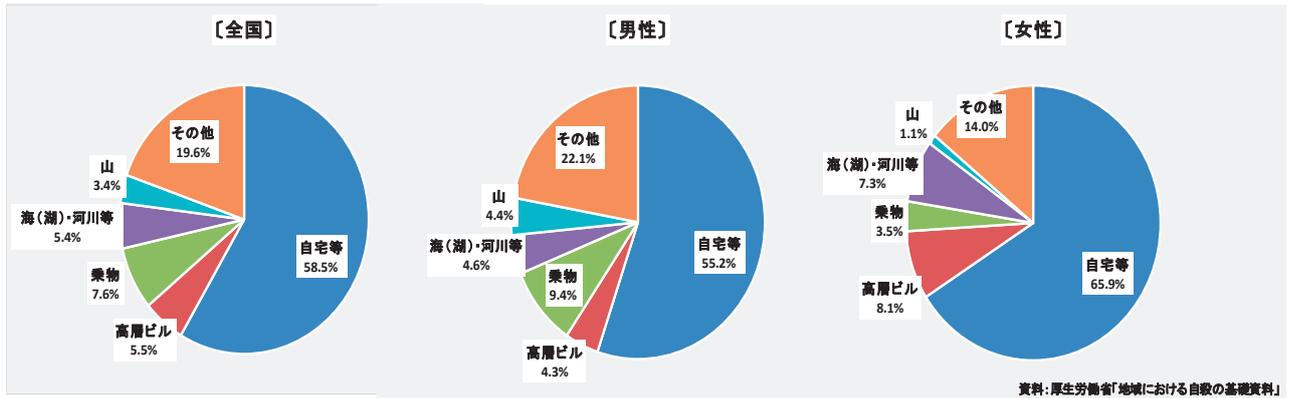


図 17 場所別自殺者数の構成割合【全国】（平成 21～28 年合計）



(11) 時間帯別の状況

時間帯別では、「0－2 時」、「12－14 時」の割合が高い状況であり、全国と
同様の傾向です。（図 18、図 19）

図 18 時間帯別自殺者数の構成割合【栃木県】（平成 21～28 年合計）

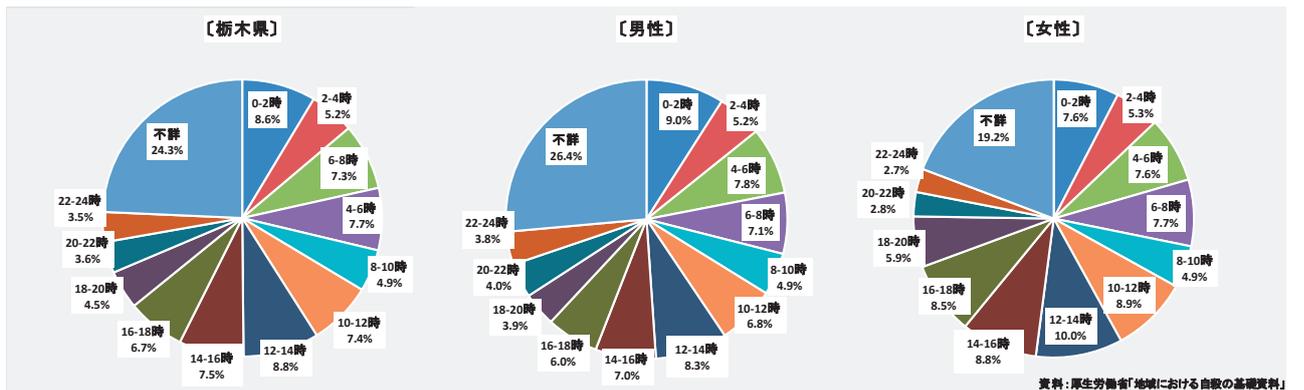
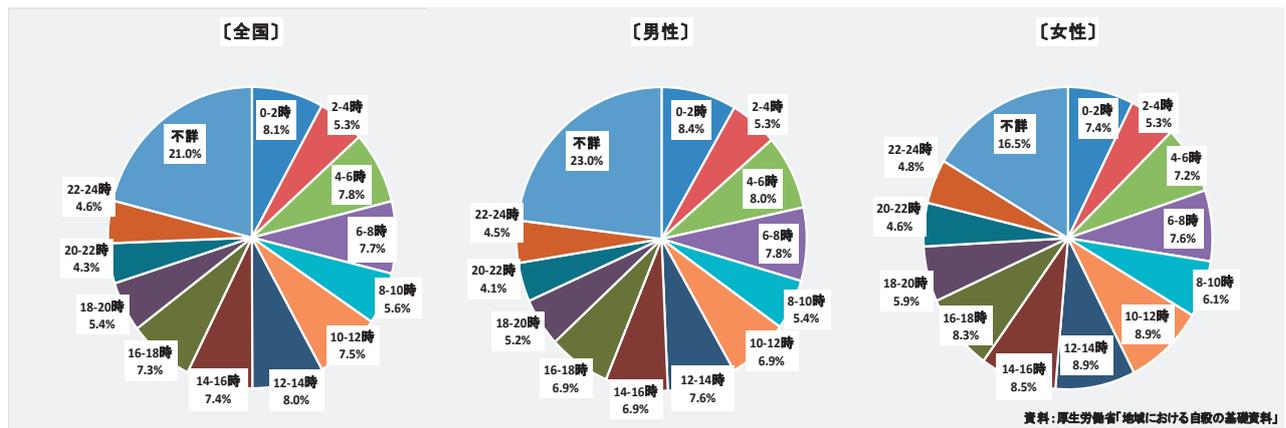


図 19 時間帯別自殺者数の構成割合【全国】（平成 21～28 年合計）



(12) 曜日別の状況

曜日別では、「月曜」が最も高い状況であり、全国と同様の傾向です。

(図 20、図 21)

図 20 曜日別自殺者数の構成割合【栃木県】（平成 21～28 年合計）

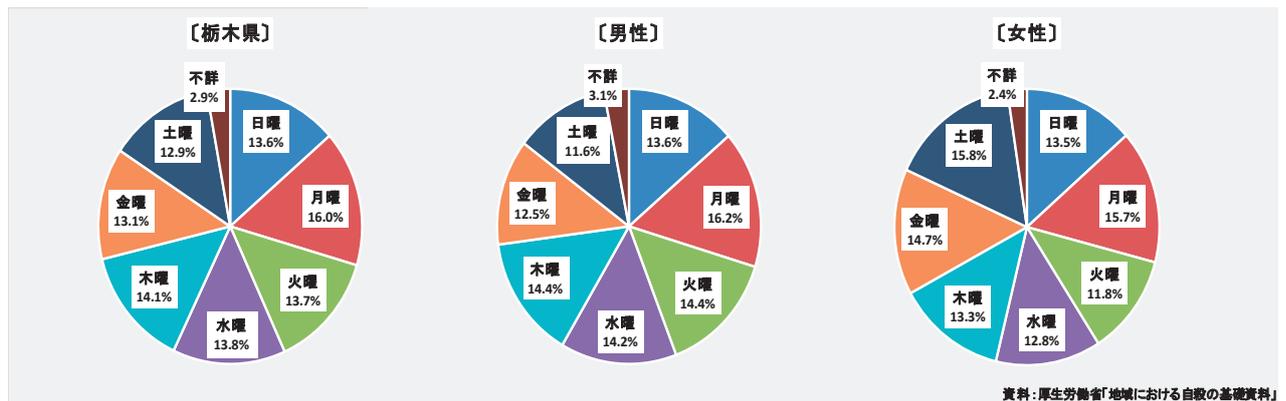
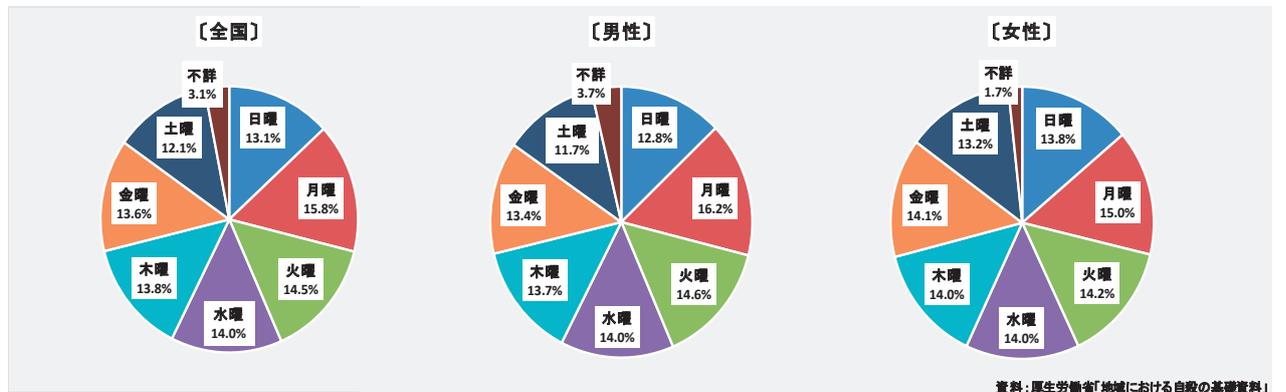


図 21 曜日別自殺者数の構成割合【全国】（平成 21～28 年合計）



(13) 自殺未遂歴別の状況

自殺未遂歴別をみると、「未遂歴なし」が約6割であり、全国と比べると若干高い状況にあります。また、女性は男性よりも「未遂歴あり」の割合が2倍以上高い状況です。（図22、図23）

図22 自殺未遂歴別自殺者数の構成割合【栃木県】（平成21～28年合計）

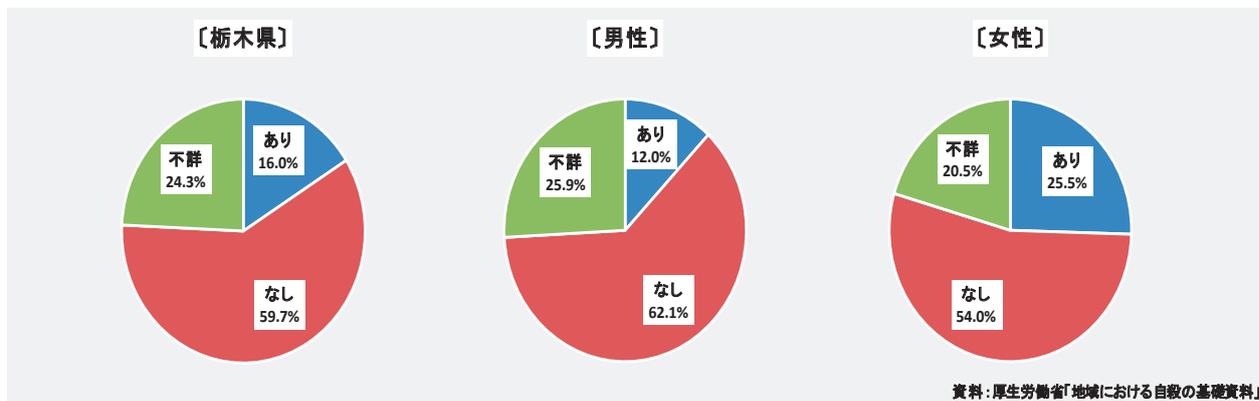
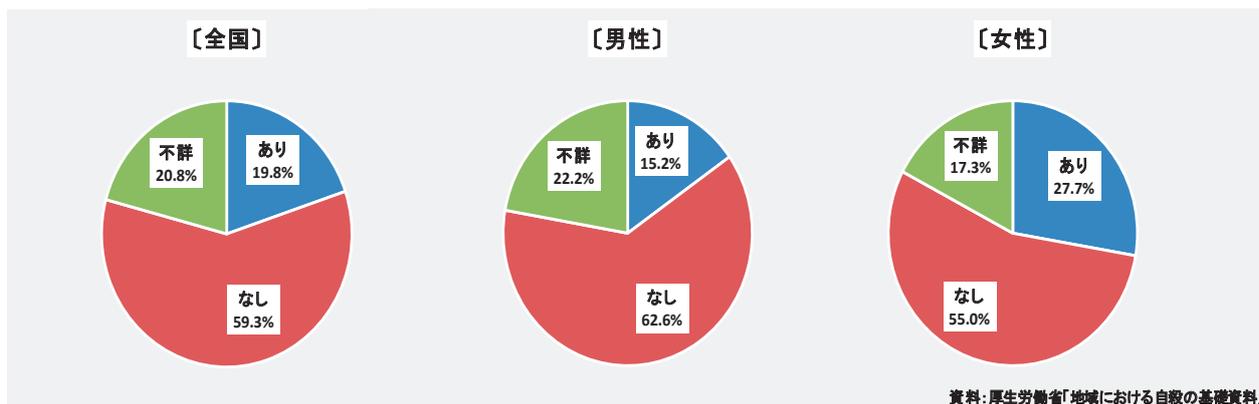


図23 自殺未遂歴別自殺者数の構成割合【全国】（平成21～28年合計）



〔参考〕 自損行為による救急搬送の状況

県内において、自損行為（故意に自分自身に傷害等を加えた事故）により救急搬送された人数は、年間で約640人（5年平均）であり、県内で1日に1人以上が搬送されている状況にあります。

| | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 搬送人数（人） | 719 | 677 | 606 | 594 | 621 |

資料：栃木県県民生活部消防防災課「消防防災年報」

(14) 年齢階級別死因順位の状況

年齢階級別死因順位では、全国と同様に自殺が若年層における死因の上位を占めており、特に20歳代については、死亡者数の半数を占めています。

(図24、図25)

図24 年齢階級別死因順位の状況【栃木県】（平成28年）

| 年齢階級 | 第1位 | | | 第2位 | | | 第3位 | | |
|------|-------------------|-------|-------|-------|-----|-------|------------------|--------|------------|
| | 死因 | 死亡数 | 割合(%) | 死因 | 死亡数 | 割合(%) | 死因 | 死亡数 | 割合(%) |
| 10歳代 | 悪性新生物 交通事 故 | 8 | 25.0 | - | - | - | 自 殺 | 4 | 12.5 |
| 20歳代 | 自 殺 | 47 | 58.0 | 悪性新生物 | 9 | 11.1 | 心 疾 患 交 通 事 故 | 4 4 | 4.9 4.9 |
| 30歳代 | 自 殺 | 52 | 31.7 | 悪性新生物 | 40 | 24.4 | 脳血管疾患 | 13 | 7.9 |
| 40歳代 | 悪性新生物 | 127 | 33.7 | 自 殺 | 52 | 13.8 | 心 疾 患 | 51 | 13.5 |
| 50歳代 | 悪性新生物 | 328 | 41.4 | 心 疾 患 | 107 | 13.5 | 脳血管疾患 | 72 | 9.1 |
| 60歳代 | 悪性新生物 | 1,239 | 47.9 | 心 疾 患 | 314 | 12.1 | 脳血管疾患 | 247 | 9.5 |
| 70歳代 | 悪性新生物 | 1,548 | 37.8 | 心 疾 患 | 672 | 16.4 | 脳血管疾患 | 372 | 9.1 |

資料：厚生労働省「人口動態統計」

図25 年齢階級別死因順位の状況【全国】（平成28年）

| 年齢階級 | 第1位 | | | 第2位 | | | 第3位 | | |
|------|-------|---------|-------|----------|--------|-------|---------|--------|-------|
| | 死因 | 死亡数 | 割合(%) | 死因 | 死亡数 | 割合(%) | 死因 | 死亡数 | 割合(%) |
| 10歳代 | 自 殺 | 501 | 31.2 | 交通事 故 | 230 | 14.3 | 悪性新生物 | 215 | 13.4 |
| 20歳代 | 自 殺 | 2,166 | 47.5 | 悪性新生物 | 474 | 10.4 | 交 通 事 故 | 363 | 8.0 |
| 30歳代 | 自 殺 | 2,698 | 31.6 | 悪性新生物 | 1,967 | 23.0 | 心 疾 患 | 743 | 8.7 |
| 40歳代 | 悪性新生物 | 7,428 | 32.0 | 自 殺 | 3,627 | 15.6 | 心 疾 患 | 2,914 | 12.6 |
| 50歳代 | 悪性新生物 | 20,301 | 42.5 | 心 疾 患 | 5,964 | 12.5 | 脳血管疾患 | 3,776 | 7.9 |
| 60歳代 | 悪性新生物 | 69,347 | 48.9 | 心 疾 患 | 17,116 | 12.1 | 脳血管疾患 | 9,597 | 6.8 |
| 70歳代 | 悪性新生物 | 107,150 | 41.1 | 心 疾 患 | 33,789 | 13.0 | 脳血管疾患 | 20,118 | 7.7 |

資料：厚生労働省「人口動態統計」

(15) 二次保健医療圏別の状況

二次保健医療圏別に平成24(2012)年から平成28(2016)年までの自殺死亡率の平均でみると、県東、県南、宇都宮二次保健医療圏以外は全国よりも高くなっています。また、すべての圏域で男性の自殺死亡率が女性よりも高くなっており、男女ともに高齢層の自殺死亡率は高い状況にあります。

(図26、図27)

図26 二次保健医療圏別の自殺死亡率（※全国19.6、栃木県21.0）

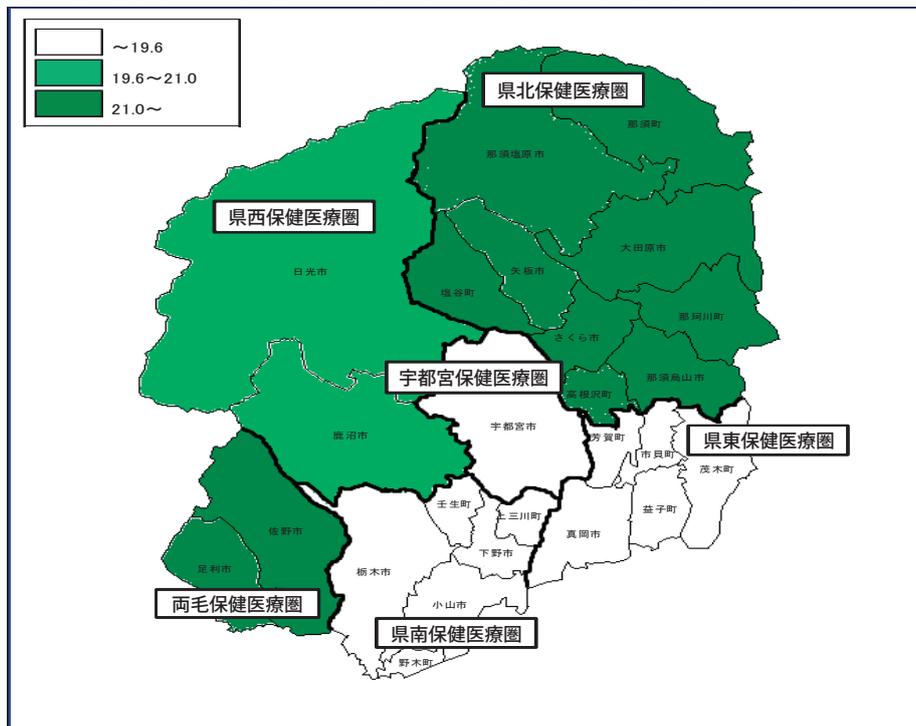


図27 二次保健医療圏別の性別年齢階級別の自殺死亡率

| H24~28 自殺死亡率平均 | | 全国 | 栃木県 | 県西 | 県東 | 県南 | 県北 | 両毛 | 宇都宮 |
|----------------|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 男性 | 20歳代未満 | 3.2 | 3.4 | 2.5 | 2.9 | 4.0 | 5.7 | 1.7 | 2.4 |
| | 20歳代 | 27.7 | 28.5 | 25.0 | 28.0 | 28.3 | 31.2 | 27.6 | 28.3 |
| | 30歳代 | 27.6 | 29.6 | 35.5 | 30.0 | 27.0 | 32.7 | 29.9 | 27.7 |
| | 40歳代 | 33.1 | 39.5 | 45.5 | 41.0 | 37.9 | 54.0 | 39.2 | 28.8 |
| | 50歳代 | 38.9 | 41.1 | 38.8 | 22.9 | 35.6 | 46.5 | 51.8 | 43.3 |
| | 60歳代 | 33.0 | 34.4 | 34.8 | 42.2 | 28.9 | 44.5 | 38.6 | 26.0 |
| | 70歳代 | 34.6 | 35.8 | 43.3 | 48.0 | 30.1 | 45.8 | 22.4 | 35.1 |
| | 80歳代以上 | 42.4 | 50.3 | 42.6 | 49.9 | 53.1 | 62.2 | 46.1 | 43.0 |
| | 全体 | 27.7 | 29.9 | 31.6 | 29.9 | 27.3 | 37.0 | 30.4 | 26.1 |
| 女性 | 20歳代未満 | 1.6 | 1.6 | 1.3 | 0.0 | 1.4 | 1.8 | 1.8 | 2.1 |
| | 20歳代 | 10.8 | 12.7 | 11.3 | 8.4 | 10.6 | 18.3 | 8.0 | 14.6 |
| | 30歳代 | 11.4 | 10.9 | 11.4 | 9.0 | 10.6 | 9.5 | 16.4 | 9.9 |
| | 40歳代 | 12.7 | 11.2 | 8.4 | 8.9 | 9.9 | 10.0 | 12.2 | 14.0 |
| | 50歳代 | 14.4 | 12.2 | 6.5 | 6.1 | 12.8 | 8.0 | 21.0 | 14.4 |
| | 60歳代 | 14.4 | 13.5 | 15.0 | 1.8 | 9.5 | 20.6 | 13.6 | 14.9 |
| | 70歳代 | 17.4 | 19.9 | 15.6 | 27.5 | 20.0 | 22.5 | 22.0 | 16.2 |
| | 80歳代以上 | 17.7 | 24.0 | 14.6 | 13.0 | 24.0 | 41.1 | 20.7 | 18.5 |
| | 全体 | 11.9 | 12.2 | 10.2 | 8.1 | 11.1 | 15.2 | 14.0 | 12.1 |
| 総数 | | 19.6 | 21.0 | 20.7 | 19.0 | 19.2 | 26.1 | 22.1 | 19.1 |

資料:自殺総合対策推進センター「地域自殺実態プロフィール(2017)」

2 課題

(1) 高い自殺死亡率への対策

本県における自殺死亡率は、平成 17 (2005) 年以降は全国よりも高い水準で推移しており、平成 28 (2016) 年においては全国で 9 番目に高い状況にあります。

その他の自殺の状況としては、男女別では男性の自殺が女性の 2 倍以上、年齢階級別では中高年層の自殺者数が多く、20 歳代や 70 歳代以上については高止まりしています。職業別では無職者が最も多く、被雇用者については高止まりしています。原因・動機別では健康問題が最も多く、次いで経済・生活問題が多い状況です。月別では 5 月、3 月の順に多い状況にあります。

このような本県の自殺の現状を踏まえ、それぞれの地域の実情に応じて市町、関係機関・団体、県民等と連携・協働し、総合的かつ効果的に自殺対策を推進する必要があります。

(2) 若年層及び高齢層への対策

本県における自殺者数は全体的には減少傾向にあるものの、年齢階級別で若年層を見ると、特に 20 歳代については高止まりの状況にあり、自殺死亡率では男女ともに全国の数値以上という状況です。

また、若年層の死因順位をみると、自殺が死因の上位を占めており、20 歳代については死亡者数の半数を占める状況にあることから、関係機関・団体等と連携し、若年層への支援を充実させるとともに、自発的には相談や支援につながりにくいと考えられる若者の特性を踏まえ、インターネットや SNS 等の多様な手段を活用した対策を講じる必要があります。

さらに、高齢層についても、自殺者数に占める割合は高く、二次保健医療圏ごとの自殺死亡率においても高い状況にあります。高齢層の特有の事情として、慢性疾患等による継続的な身体的苦痛や社会や家庭での役割の喪失感、介護疲れ等によるうつ病が多いとされていることから、関係機関・団体等と連携し、家庭や地域における気づきや見守りなどに取り組む必要があります。

(3) ハイリスク者支援及びハイリスク地への対策

本県における自殺未遂歴別自殺者数の構成割合を見ると、「自殺未遂歴あり」が 16.0%と全国の 19.8%よりも低くなっていますが、女性の「自殺未遂歴あり」は男性の 2 倍以上となっています。また、自損行為による救急搬送の状況では、年間で約 640 人 (5 年平均) が救急搬送されており、1 日に 1 人以上が自損行為により搬送されている状況にあります。

自殺未遂者は、再度の自殺を試みる可能性が高く、自殺対策においてハイリスク者と言われています。このハイリスク者には、うつ病等の精神疾患患者やアルコール等の依存症患者、多重債務者なども広く含まれるとされていることから、関係機関・団体等と連携・協働し、自殺の危険性が高まっている人を早期に発見するとともに、適切な相談機関等へつなぐといった体制が必要になります。

また、県内における自殺の危険性が高い地域、自殺が多発する地域 (ハイリスク地) においては、警察や消防、市町、関係機関・団体等と連携し、水際対策に取り組む必要があります。

第3章 自殺対策の推進に関する基本方針

1 共通認識

本県の自殺対策がその効果を発揮して、「共に支え合い、誰も自殺に追い込まれることのない“とちぎ”」を実現するためには、行政、関係機関・団体、県民等が、それぞれ次に掲げる事項を理解・認識して取り組むことが重要です。

(1) 自殺は「誰にでも起こりうる身近な問題」である

自殺は、自分や家族、友人など周りの人が当事者になる可能性がある問題です。自殺対策を進めていく上では、まず県民一人ひとりが、自殺は「誰にでも起こりうる身近な問題」であることを認識する必要があります。

(2) 自殺はその多くが「追い込まれた末の死」である

自殺は、病気の悩み等の健康問題のほか、失業、倒産、多重債務、長時間労働等の経済・生活問題、育児や介護・看病疲れ等の家庭問題等、様々な要因が複雑に関係しています。

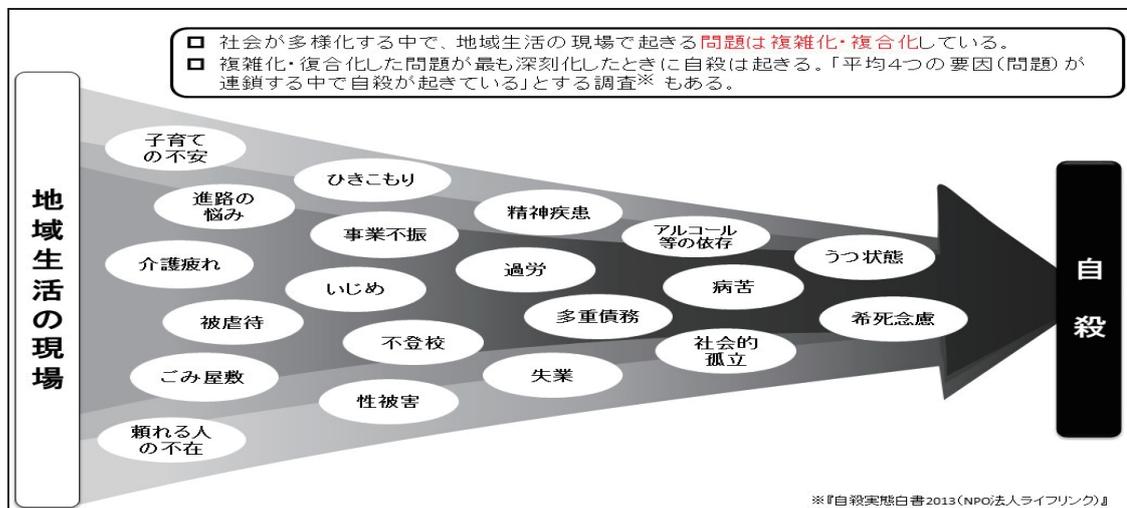
また、自殺は、人が自ら命を絶つ瞬間的な行為としてだけでなく、命を絶たざるをえない状況に追い込まれるプロセスとして捉える必要があります。自殺行動に至る心理としては、様々な悩みが原因で追い詰められ、自殺以外の選択肢が考えられない状態に陥ったり、社会とのつながりの減少や生きていても役に立たないという役割の喪失感や、与えられた役割の大きさに対する過剰な負担感などから、危機的な状態にまで追い込まれてしまう過程と見ることができます。

自殺行動に至った人の大多数は、様々な悩みにより心理的に追い込まれた結果、自殺の直前にはうつ病やアルコール依存症等の精神疾患を発症し、これらの影響により正常な判断ができない状態となっていることが明らかになってきています。

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、その多くが心理的に「追い込まれた末の死」であることを認識する必要があります。

〔参考〕

「自殺の危機要因イメージ図（厚生労働省）」



資料：厚生労働省『都道府県自殺対策計画策定の手引』（抜粋）

(3) 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

世界保健機関（WHO）が「自殺は、その多くが防ぐことの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、世界の共通認識となっています。

健康問題や経済・生活問題、家庭問題等の自殺の背景・原因となる様々な要因のうち、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、制度や慣行の見直し、相談・支援体制の整備という社会的な取組により自殺を防ぐことができると言われてしています。

また、健康問題や家庭問題など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について社会的な支援の手を差し伸べることにより、自殺を防ぐことが可能です。

このように、心理的な悩みを引き起こす様々な要因に対する社会の介入により、また、自殺に至る前のうつ病等の精神疾患に対する適切な治療により、「多くの自殺は防ぐことができる」ということを認識する必要があります。

(4) 自殺を考えている人は「何らかのサインを発している」ことが多い

精神疾患や精神科医療に対する偏見等から、精神科を受診することに心理的な抵抗を感じる人は少なくありません。特に中高年男性は、心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しがちと言われてしています。

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、自殺をほのめかす言動など、自殺の危険を示す「何らかのサインを発している」場合が多いと言われてしています。

自殺を図った人の家族や職場の同僚など身近な人でも、自殺のサインに気づき難い場合もあるため、県民一人ひとりがまず自分の身近な人、そして周りの人の自殺のサインに気づき、自殺予防につなげていくことが必要です。

〔参考〕

世界保健機関（WHO）が発行した『自殺を予防する－世界の優先課題』（邦題）において、自殺は予防できると明言されているほか、以下のような自殺に関する俗説に対する事実がまとめられています。（翻訳：現国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺総合対策推進センター）

| 俗説 | 事実 |
|--------------------------|--|
| 自殺を口にする人は実際には自殺するつもりはない。 | 自殺を口にする人はおそらく援助や支援を求めている。自殺を考えている人の多くが不安、抑うつ、絶望を経験しており、自殺以外の選択肢はないと感じている。 |
| ほとんどの自殺は予告なく突然起こる。 | 多くの自殺には言葉か行動による事前の警告サインが先行する。もちろん、そのようなサインがないままに起こる自殺もある。しかし、警告サインが何であるかを理解し、用心することは重要である。 |

| | |
|--|---|
| <p>自殺の危機にある人は死ぬ決意をしている。</p> | <p>この俗説とは反対に、自殺の危機にある人は、生死に関して両価的であることが多い。人によっては生き延びたかたとしても、例えば衝動的に農薬を飲んで数日後に亡くなることもあるかもしれない。適切なタイミングで情緒的支援にアクセスすることで、自殺は予防できる可能性がある。</p> |
| <p>自殺の危機にある人は、いつまでも危機にあり続ける。</p> | <p>自殺の危険の高まりはしばしば短期的で状況特有である。自殺念慮を再び抱くことはあるかもしれないが永遠ではなく、以前自殺念慮があった人や自殺企図をした人でも長生きすることができる。</p> |
| <p>精神障害を有する人のみが自殺の危機に陥る。</p> | <p>自殺関連行動は深い悲哀のしるしであるが、必ずしも精神障害のしるしではない。精神障害とともに生きる多くの人々が自殺関連行動に影響を受けるわけではないし、自らの命を絶つ人のすべてが精神障害を有するわけではない。</p> |
| <p>自殺について話すのはよくない。促しているようにとられかねない。</p> | <p>自殺についてのスティグマが広がっているため、自殺を考えている人々の多くは誰に話したらよいか分からない。包み隠さず話すことは、自殺を考えている人に自殺関連行動を促すよりはむしろ、他の選択肢や、決断を考え直す時間を与え、自殺を予防する。</p> |

資料：WHO『自殺を予防する－世界の優先課題』（邦題）一部抜粋改編

2 取組主体ごとの役割

「共に支え合い、誰も自殺に追い込まれることのない“とちぎ”」を実現するためには、国、県、市町、関係機関・団体、学校、企業、医療機関、県民等が連携・協働し、自殺対策を総合的に推進することが必要です。そのため、それぞれの主体が果たすべき役割を明確化・共有化し、相互に連携・協働しながら取り組みます。

(1) 県

県は、国の自殺総合対策大綱等を踏まえ、地域の実情に応じた自殺対策に関する計画を策定し、自殺対策を県全体の取組として推進していきます。

また、国や市町、関係機関・団体、県民等と連携して、広域的に対応が必要な普及啓発や人材育成、心の健康づくり、ハイリスク地対策、自死遺族等に対する支援を行うとともに、市町や民間団体等が実施する自殺対策に関する取組への支援を行います。

なお、自殺対策に関する計画を策定し、実施していくに当たっては、学識経験者や保健、医療、福祉、教育、労働、法律等の幅広い分野における関係機関・団体等で構成される栃木県自殺対策連絡協議会等と連携・協働し、総合的かつ効果的に推進します。

(2) 市町

住民にとって最も身近な行政主体である市町においては、住民の自殺を防ぐため、心の健康づくりや地域で活動する団体等への支援など、住民に密着した様々な取組の調整・進行役としての役割を担うことが期待されます。

また、地域における自殺の現状や特徴等を把握した上で、すべての市町が自殺対策基本法に基づき自殺対策に関する計画を策定し、効果的な自殺対策を計画的に実施することが必要です。

さらに、住民に対する普及啓発や自殺のサインを早期に発見し適切に対応することができる人材の育成、地域における関係機関・団体等との緊密な連携体制づくりなどの自殺対策を推進していく必要があります。

(3) 関係機関・団体

保健、医療、福祉、教育、労働、法律その他の関連分野における関係機関・団体等は、直接自殺予防を目的とする活動のみならず、その活動内容が自殺対策にも寄与するというを理解して、『共に支え合い、誰も自殺に追い込まれることのない“とちぎ”の実現』という基本理念に沿って、県や市町等が実施する自殺対策に積極的に参画することが求められます。

(4) 学校

学校は、児童生徒に対して、長い人生におけるメンタルヘルスの基礎づくりを目的として、心の健康づくりに関する教育や困難・ストレスに直面したときの対処方法を身に付けることへの支援を実施していくことが必要です。

また、教職員等を対象にした自殺問題等に関する研修を実施し、理解を深めていくことも重要です。

さらに、児童生徒の自殺防止に向けて、関係機関・団体等と連携し、相談しやすい支援体制を充実させることも重要です。

(5) 企業

企業は、雇用する労働者の心の健康の保持及び生命身体の安全の確保を図ることなどにより自殺対策において重要な役割を果たせること、ストレス関連疾患や勤務問題による自殺は、本人やその家族にとって計り知れない苦痛であるだけでなく、結果として、企業の活力や生産性の低下をもたらすことを認識し、積極的に自殺対策に参画することが求められます。

(6) 医療機関

医療機関は、うつ病等の精神疾患の診断・治療や自殺未遂者に対する身体的・精神的な対応など、自殺を防止する上で重要な役割を担っています。

精神科の医療機関は、適切な治療を行うとともに、他科との連携や機能の異なる精神科医療機関同士の協力体制を構築するとともに、県民一人ひとりがうつ病等の精神疾患に対して正しい知識を持ち、医療機関へ適切に相談できるようにするための啓発を推進していくことも求められます。

(7) 県民

県民は、一人ひとりが自殺の状況や生きることの包括的な支援として行う自殺対策の重要性に対する理解と関心を深めるとともに、地域において県や市町、関係機関・団体等が実施する自殺対策に積極的に協力することが重要です。

また、自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こりうる危機」であって、その場合には誰かに援助を求めることが重要であるということを理解するとともに、危機に陥った人の心情や背景が理解されにくい現実も踏まえ、そうした心情や背景への理解を深めるよう努めつつ、自らの心の不調や周りの人の心の不調に気づき、適切に対処することができるようになることが必要です。

「共に支え合い、誰も自殺に追い込まれることのない“とちぎ”の実現」に向け、県民一人ひとりが主体的に自殺対策に取り組むことが求められます。

3 基本的な考え方

本県における自殺の現状及び共通認識、取組主体ごとの役割を踏まえ、次の考え方に基づき、自殺対策に取り組みます。

(1) 「生きることの包括的な支援」として推進します

個人においても地域においても、自己肯定感や信頼できる人間関係、危機回避能力等の「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」より、失業や多重債務、生活苦等の「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）」が上回ったときに自殺リスクが高まると言われています。裏を返せば、「生きることの阻害要因」を同じように抱えていても、すべての人や地域の自殺リスクが同様に高まるわけではありません。

そのため、自殺対策は「生きることの阻害要因」を減らす取組に加えて、「生きることの促進要因」を増やす取組を行い、双方の取組を通じて自殺リスクを低下させる方向で推進する必要があります。

本県においても、「生きる支援」につながる各種取組を広く自殺対策と捉え、「生きることの包括的な支援」として推進します。

(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みます

自殺は、健康問題、経済・生活問題、人間関係の問題のほか、地域・職場の在り方の変化など様々な要因とその人の性格傾向、家族の状況、死生観などが複雑に関係しています。

そのため、自殺を防ぐためには、精神保健的な視点だけではなく、社会・経済的な視点を含む包括的な取組が重要であり、そうした包括的な取組を実施するためには、様々な分野の施策や組織等が密接に連携する必要があります。

本県においても、自殺の要因となりうる生活困窮、多重債務、ひきこもり等への支援やいじめ、依存症等への対策など、「生きる支援」に関連する施策を効果的に展開するとともに、関係機関・団体等と緊密に連携・協働し、総合的に自殺対策を推進します。

(3) 対応の段階に応じた対策を推進します

自殺対策における以下の段階に応じて、効果的な対策を推進します。

①事前対応

心身の健康の保持増進についての取組、自殺や精神疾患等についての正しい知識の普及啓発など、自殺の危険性が低い段階から対応します。

②危機対応

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ように対応します。

③事後対応

自殺や自殺未遂が生じてしまった場合に、家族や職場の同僚等に与える影響を最小限とし、新たな自殺を発生させないように対応します。

(4) 実践と啓発を両輪として対策を推進します

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」ですが、危機に陥った人の心情や背景が理解されにくい現実があります。そうした心情や背景

への理解を深めることも含めて、危機に陥った場合には誰かに援助を求めることが重要であるということが、地域全体の共通認識となるよう積極的に普及啓発を行います。

また、すべての県民が、身近にいるかもしれない自殺を考えている人のサインに早く気づき、精神科医等の専門家につなぎ、その指導を受けながら見守っていただけるよう広報活動、教育活動等に取り組みます。

加えて、マスメディアによる自殺報道では、事実関係に併せて自殺の危険を示すサインやその対応方法、様々な相談機関の窓口情報等の自殺予防に有用な情報を提供することにより大きな効果が得られると言われていています。一方で、自殺手段の詳細な報道、短期集中的な報道は他の自殺を誘発する危険性があるため、適切な自殺報道がなされることが必要です。

〔参考〕

「自殺予防 メディア関係者のための手引き（2008年改定版日本語版）」（抜粋）

| 自殺予防 メディア関係者のための手引き ーメディア関係者のためのクイック・リファレンスー | |
|---|---|
| ○ | 努めて、社会に向けて自殺に関する啓発・教育を行う。 |
| ○ | 自殺を、センセーショナルに扱わない。当然の行為のように扱わない。あるいは問題解決法の一つであるかのように扱わない。 |
| ○ | 自殺の報道を目立つところに掲載したり、過剰に、そして繰り返し報道しない。 |
| ○ | 自殺既遂や未遂に用いられた手段を詳しく伝えない。 |
| ○ | 自殺既遂や未遂の生じた場所について、詳しい情報を伝えない。 |
| ○ | 見出しのつけかたには慎重を期する。 |
| ○ | 写真や映像を用いることにはかなりの慎重を期する。 |
| ○ | 著名な人の自殺を伝えるときには特に注意する。 |
| ○ | 自殺で遺された人に対して、十分な配慮をする |
| ○ | どこに支援を求めることができるのかということについて、情報を提供する。 |
| ○ | メディア関係者自身も、自殺に関する話題から影響を受けることを知る。 |

資料：WHO『自殺予防 メディア関係者のための手引き』（2008年改定版日本語版）

訳 河西 千秋（横浜市立大学医学部精神医学教室）

(5) 本県の実情を踏まえて自殺対策に取り組みます

本県の自殺者数は、平成 21（2009）年をピークに減少傾向にあるものの、自殺死亡率は全国よりも高い水準で推移しており、特に若年層においては、自殺が死因の上位を占めています。また、男女ともに高齢層の自殺死亡率も全国と比較して高い状況にあります。

こうした本県の実情を踏まえ、自殺対策を推進します。

第4章 自殺対策の取組

1 施策体系

自殺対策の推進に関する基本方針を踏まえた「基本理念」及び「基本施策」は、次のとおりです。

| 基本理念 | 『共に支え合い、誰も自殺に追い込まれることのない“とちぎ”の実現』 |
|------|-----------------------------------|
| 基本施策 | (1) 県民一人ひとりの気づきと見守りを促す |
| | (2) 自殺対策の推進に資する調査研究等を推進する |
| | (3) 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る |
| | (4) 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する |
| | (5) 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする |
| | (6) 社会全体の自殺リスクを低下させる |
| | (7) 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ |
| | (8) 遺された人への支援を充実する |
| | (9) 民間団体との連携を強化する |
| | (10) 子ども・若者の自殺対策を更に推進する |
| | (11) 勤務問題による自殺対策を更に推進する |

2 基本施策

「第2章 栃木県における自殺の現状と課題」や「第3章 自殺対策の推進に関する基本方針」を踏まえ、本計画において次の基本施策に取り組みます。なお、具体的な取組については別表において示します。

(1) 県民一人ひとりの気づきと見守りを促す

自殺の問題は、誰もが当事者となりうる身近な問題であることについて、県民の理解の促進を図る必要があります。

県民一人ひとりが「自殺予防の主役」として、自殺の問題や心の健康問題に関心を持ち理解を深めるとともに、悩んでいる人の存在に気づき、思いに寄り添い、声をかけ、話を聞き、必要に応じて専門家につなぎ、見守っていく「ゲートキーパー」としての役割をすべての県民が担えるよう普及啓発を展開します。

さらに、うつ病等の精神疾患に対する正しい知識の普及啓発を行うことにより、早期休息、早期相談、早期受診を促進します。

(2) 自殺対策の推進に資する調査研究等を推進する

自殺者や遺族のプライバシーに配慮しつつ、国の自殺総合対策推進センターと連携し、自殺に関する統計分析その他の自殺対策の推進に資する調査研究等を実施するとともに、市町等へ情報を提供することで、地域における自殺対策の推進に協力します。

(3) 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る

自殺対策の専門家として、相談支援等の自殺対策に取り組む人材の確保、養成、資質の向上に取り組みます。

また、かかりつけの医師や介護事業従事者、民生委員・児童委員等の日頃から生きることの包括的な支援に携わっている支援者等に対して、心の健康づくりや自殺対策に関する知識の普及に努めるとともに、自殺対策に関わる人材としても確保、養成していきます。

さらに、児童生徒と日々接している教職員などを対象に、自殺念慮の割合等が高いことが指摘されている性的マイノリティへの理解促進や、心の健康問題を抱えた児童生徒の対応方法等に関する研修を実施し、資質の向上を図ります。

そして、県民一人ひとりが自殺の危険性の高い人の早期発見・早期対応をできるよう、広く「ゲートキーパー」の役割を担う人材を養成します。

(4) 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する

自殺の原因となりうる様々なストレスについて、それぞれの職場においてストレス要因の軽減、ストレスへの適切な対応などの心の健康づくりに加えて、過重労働やハラスメントの対策など、メンタルヘルス対策が促進されるよう啓発し、環境の整備・改善を図ります。

また、精神保健福祉センターや健康福祉センターにおいて、心の健康に関する相談支援に取り組みます。

さらに、大規模災害等の発生時に、被災者は様々なストレス要因を抱え、孤立するおそれもあることから、被災者の心のケアや災害保健医療活動等が適切に行えるよう災害派遣精神医療チーム（DPAT）等の体制整備や人材育成に取り組みます。

(5) 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする

自殺の危険性の高い人の早期発見に努め、必要に応じて確実に精神科医療につなげる体制や適切な精神科医療を受けられる体制、夜間・終日等における精神科救急医療体制の充実を図ります。

また、うつ病等の精神疾患患者、アルコールやギャンブル等の依存症患者、慢性疾患患者、難病患者等のハイリスク者への相談支援体制の充実や自助活動等に対する支援を行うとともに、本人が抱える様々な悩みに対して包括的に対応するため、精神科医療、保健、福祉等の各施策との連動性を高めます。

(6) 社会全体の自殺リスクを低下させる

社会における「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）」を減らすため、関係機関・団体等と連携し、インターネット上における自殺関連情報への対策やハイリスク地における水際対策に取り組むとともに、様々な分野における「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」を増やすため、多重債務者や犯罪被害者等への相談支援体制の充実や相談窓口情報等の分かりやすい発信、インターネット等のICT（情報通信技術）を活用した支援の充実、生活困窮者やひきこもり、妊産婦等への支援体制の整備・充実を図ります。

(7) 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ

自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐため、警察、消防、医療機関等の関係機関による連携体制の整備・充実を図ります。

また、自殺未遂者に対し、再度の自殺企図を予防するため、感情調節スキルを身に付ける機会や、家族等の身近な支援者に対して未遂者への関わり方や理解を深めるための心理教育の機会を設けるなど支援を行います。

(8) 遺された人への支援を充実する

自殺により遺された人等への相談支援体制を充実させるとともに、迅速に相談支援に繋がるよう相談窓口の周知を行います。

また、遺族による自助グループ等の活動を支援するとともに、対応する人材の資質の向上を図ります。

(9) 民間団体との連携を強化する

相談支援や人材育成等の自殺対策を行っている関係機関・団体等を支援するとともに、生きることの包括的な支援を行う関係機関・団体等とも連携して自殺対策に取り組みます。

(10) 子ども・若者の自殺対策を更に推進する

死因の上位が自殺という状況が続く若年層の自殺対策を推進するため、教職員や児童委員等を対象にした対応力の向上研修や性的マイノリティ等への理解促進を図る研修、学校におけるスクールカウンセラーの配置、いじめ等の問題行動や家庭教育に悩む子どもや保護者からの相談窓口の設置、ひきこもりや不登校等の社会生活を営む上での困難を有する子ども・若者のための相談窓口の設置等により、相談支援体制の充実を図ります。

また、自発的には相談や支援につながりにくいと考えられる若者に対し、その特性を踏まえたインターネットやSNS等の多様な手段を活用した対策を講じるとともに、情報モラル教育やフィルタリングの普及等を推進します。

(11) 勤務問題による自殺対策を更に推進する

長時間労働による過労自殺などの勤務問題による自殺を防ぐため、関係機関・団体等と連携・協働し、ストレスチェック制度の確実な実施や職場におけるメンタルヘルス対策、ハラスメント対策が促進されるよう啓発を推進します。

また、労働者のメンタルヘルス向上を図るため、産業カウンセラーなどによる相談支援体制の充実を図ります。

さらに、女性の活躍を含めた働き方改革や仕事と家庭の両立を推進するため、普及啓発や各種講座を開催し、ワーク・ライフ・バランスの推進を図ります。

第5章 計画に係る評価指標

1 評価指標

大綱では、平成 38 (2026) 年までに自殺死亡率を平成 27 (2015) 年比で 30%以上減少させることを目標としています。本県では、自殺死亡率が全国より高い水準で推移していることから、本計画の取組により全国水準まで減少させることを目標にするとともに、『共に支え合い、誰も自殺に追い込まれることのない“とちぎ”の実現』に向け、以下の指標を設定します。

【栃木県】

| | 自殺対策の数値目標 | |
|-----------|----------------|-----------------------|
| | 平成 27 (2015) 年 | 本計画 平成 34 (2022) 年 |
| 自殺死亡率 | 19.5 | 14.6 (▲4.9) |
| 対 2015 年比 | 100% | 74.9% (▲25.1%) |

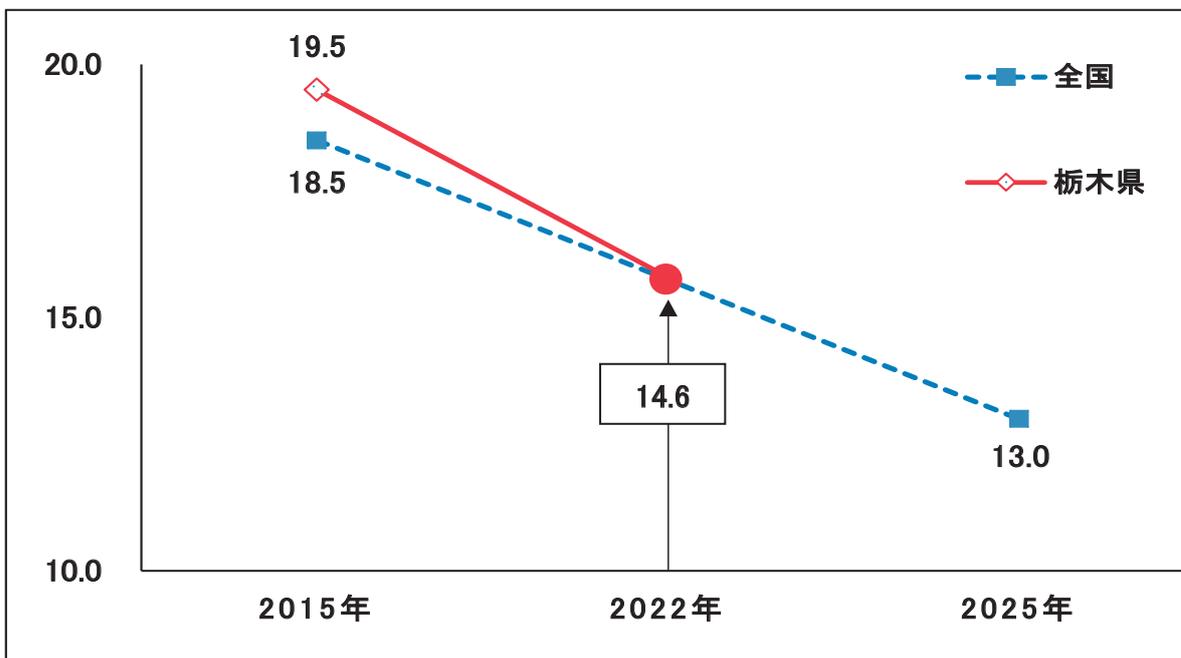
【参考】

自殺死亡率が 14.6 以下に減少した場合、国立社会保障・人口問題研究所が発表している栃木県の推計人口 (2020 年:1,926 千人) を使用して算出すると、本県の自殺者数は 282 人以下となります。

【自殺総合対策大綱】

| | 自殺対策の数値目標 | | |
|-----------|----------------|----------------|----------------|
| | 平成 27 (2015) 年 | 平成 34 (2022) 年 | 平成 37 (2025) 年 |
| 自殺死亡率 | 18.5 | (14.6) | 13.0 以下 |
| 対 2015 年比 | 100% | (78.9%) | 70.0% |

【全国と栃木県の自殺死亡率】



第6章 自殺対策の推進体制等

1 推進体制

(1) 栃木県自殺対策連絡協議会

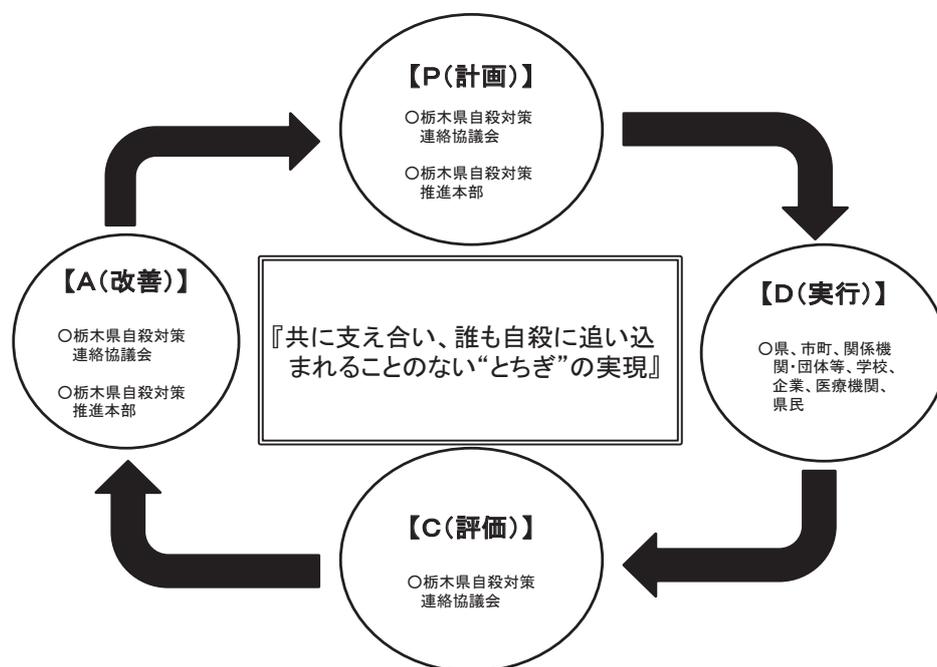
学識経験者や、保健、医療、福祉、教育、労働、法律など幅広い分野における関係機関・団体等の参画の下に、効果的な連携・協働により官民一体となって自殺対策に取り組むことを目的として設置した栃木県自殺対策連絡協議会において、本計画の進捗状況や効果等を検証しながら自殺対策を推進します。

(2) 栃木県自殺対策推進本部

知事を本部長として各部長等からなる栃木県自殺対策推進本部において、情報共有を図るとともに、全庁的に自殺対策を推進します。

2 計画の進行管理

本計画の実効性を高めるため、PDCAサイクルを通じて施策や取組の効果等を検証し、検証結果や国の動向等を踏まえつつ、必要に応じて取組等を改善することにより、自殺対策を展開していきます。



3 計画の見直し

本計画は、平成 30 (2018) 年度から平成 34 (2022) 年度までの 5 か年計画です。

社会情勢や自殺をめぐる諸情勢の変化、概ね 5 年を目途に見直すこととされている国の「自殺総合対策大綱」の見直し、本計画に基づく施策の推進状況や目標達成状況等を踏まえ、必要に応じて本計画を見直すこととします。

資料編

1 いのち支える栃木県自殺対策計画策定の経過

| | |
|----------------------------|---|
| 平成 29 (2017) 年 8 月 23 日 | 平成 29 年度第 1 回栃木県自殺対策連絡協議会 ○栃木県自殺対策連絡協議会自殺対策計画策定部会の設置について |
| 11 月 28 日 | 第 1 回栃木県自殺対策連絡協議会自殺対策計画策定部会 ○いのち支える栃木県自殺対策計画の骨子(案)について |
| 平成 30 (2018) 年 1 月 16 日 | 第 2 回栃木県自殺対策連絡協議会自殺対策計画策定部会 ○いのち支える栃木県自殺対策計画の素案について |
| 2 月 2 日 ～3 月 1 日 | ○いのち支える栃木県自殺対策計画案に対するパブリック・コメント(県民意見の募集) |
| 3 月 5 日 | 第 3 回栃木県自殺対策連絡協議会自殺対策計画策定部会 ○いのち支える栃木県自殺対策計画(案)について |
| 3 月 19 日 | 平成 29 年度第 2 回栃木県自殺対策連絡協議会 ○いのち支える栃木県自殺対策計画(案)について |
| 3 月 28 日 | ○いのち支える栃木県自殺対策計画の決定、公表 |

2 栃木県自殺対策連絡協議会自殺対策計画策定部会委員

| No. | 機関・団体等 | 委 員 | |
|-----|-------------------|---------------------------|--------|
| | | 職 名 等 | 氏 名 |
| 1 | 済生会宇都宮病院 救命救急センター | 救急科 主任診療科長 | 加瀬 建一 |
| 2 | 自死遺族 | — | — |
| 3 | 自治医科大学 | 地域医療学センター公衆衛生学部門教授 | 中村 好一 |
| 4 | 下野新聞社 | 編集局社会部長 | 三浦 一久 |
| 5 | 栃木いのちの電話 | 常務理事兼事務局長 | 大橋 房子 |
| 6 | 栃木県警察本部 | 生活安全企画課 課長補佐 | 岩崎 泉 |
| 7 | 栃木県健康福祉センター | 県北健康福祉センター地域保健部長補佐兼健康支援課長 | 高橋 良子 |
| 8 | 栃木県精神衛生協会 | 上都賀総合病院認知症疾患医療センター長 | 衛藤 進吉 |
| 9 | 栃木県精神保健福祉センター | 参事兼所長 | 増茂 尚志 |
| 10 | 栃木県総合教育センター | 教育相談部 副主幹 | 佐山 功 |
| 11 | 栃木県民生委員児童委員協議会 | 副会長 | 大橋 東洋雄 |
| 12 | 栃木県臨床心理士会 | 理事 | 秋場 美智子 |
| 13 | 栃木労働局 | 労働基準部健康安全課長 | 小野寺 利公 |

(50音順、敬称略)

3 栃木県自殺対策連絡協議会委員

委員任期：平成29(2017)年7月18日～平成31(2019)年7月17日

| No. | 機関・団体等 | 委 員 | |
|-----|------------------------|---------------------|---------|
| | | 職 名 等 | 氏 名 |
| 1 | 宇都宮市保健所 | 保健予防課長 | 田谷 浩行 |
| 2 | 健康保険組合連合会栃木連合会 | 常務理事 | 村上 浩 |
| 3 | 済生会宇都宮病院 救命救急センター | 救急科 主任診療科長 | 加瀬 建一 |
| 4 | 自死遺族 | — | — |
| 5 | 自治医科大学 | 地域医療学センター公衆衛生学部門教授 | 中村 好一 |
| 6 | 下野新聞社 | 編集局社会部長 | 三浦 一久 |
| 7 | 栃木いのちの電話 | 常務理事兼事務局長 | 大橋 房子 |
| 8 | 栃木県医師会 | 常任理事 | 長谷川 親太郎 |
| 9 | 栃木県医療社会事業協会 | 副会長 | 長谷川 友子 |
| 10 | 栃木県看護協会 | 専務理事 | 鱒淵 清子 |
| 11 | 栃木県教育委員会事務局 | 学校教育課児童生徒指導推進室長 | 伊澤 雅幸 |
| 12 | 栃木県経営者協会 | 専務理事 | 石塚 洋史 |
| 13 | 栃木県警察本部 | 統括参事官兼生活安全企画課長 | 平野 美知男 |
| 14 | 栃木県健康福祉センター | 参事兼県南健康福祉センター所長 | 大橋 俊子 |
| 15 | 栃木県建設産業団体連合会 | 常務理事兼事務局長 | 岩本 克行 |
| 16 | 栃木県高等学校長会 | 栃木県高等学校長会長 | 齋藤 宏夫 |
| 17 | 栃木県市長会 | 佐野市健康医療部健康増進課長 | 片柳 利幸 |
| 18 | 栃木県司法書士会 | 常任理事 | 蜷川 宏和 |
| 19 | 栃木県社会福祉協議会 | 生活支援部長 | 國谷 渡 |
| 20 | 栃木県小学校長会 | 宇都宮市立昭和小学校長 | 浪花 寛 |
| 21 | 栃木県商工会議所連合会 | 常務理事兼事務局長 | 黒川 辰美 |
| 22 | 栃木県商工会連合会 | 専務理事 | 稲葉 光二 |
| 23 | 栃木県女性団体連絡協議会 | 栃木県女性団体連絡協議会 幹事 | 柳場 美枝子 |
| 24 | 栃木県私立中学高等学校連合会 | 幸福の科学学園中学校・高等学校長 | 喜島 克明 |
| 25 | 栃木県精神衛生協会 | 上都賀総合病院認知症患者医療センター長 | 衛藤 進吉 |
| 26 | 栃木県精神科診療所協会 | 中村メンタルクリニック院長 | 中村 研之 |
| 27 | 栃木県精神保健福祉士会 | 会長 | 稲見 聡 |
| 28 | 栃木県精神保健福祉センター | 参事兼所長 | 増茂 尚志 |
| 29 | 栃木県総合教育センター | 教育相談部 部長補佐 | 小島 圭子 |
| 30 | 栃木県中学校長会 | 宇都宮市立姿川中学校長 | 小池 正巳 |
| 31 | 栃木県町村会 | 茂木町保健福祉課長 | 古内 豊 |
| 32 | 栃木県農業協同組合中央会 | 参事 | 藤澤 勝 |
| 33 | 栃木県弁護士会 | 弁護士 | 川上 淳 |
| 34 | 栃木県民生委員児童委員協議会 | 副会長 | 大橋 東洋雄 |
| 35 | 栃木県立岡本台病院 | 院長 | 黒田 仁一 |
| 36 | 栃木県林業団体連絡協議会栃木県森林組合連合会 | 統括 | 土谷 英一 |
| 37 | 栃木県臨床心理士会 | 理事 | 秋場 美智子 |
| 38 | 栃木県老人クラブ連合会 | 常務理事兼事務局長 | 白根沢 彰 |
| 39 | 栃木県労働基準協会連合会 | 専務理事 | 藤田 英二 |
| 40 | 栃木県労働者福祉協議会 | 事務局長 | 吉田 敏治 |
| 41 | 栃木産業保健総合支援センター | 副所長 | 古川 弘 |
| 42 | 栃木労働局 | 労働基準部健康安全課長 | 小野寺 利公 |
| 43 | 獨協医科大学 | 精神神経医学講座主任教授 | 下田 和孝 |
| 44 | 日本産業カウンセラー協会北関東支部栃木事務所 | 所長 | 小林 龍光 |

(50音順、敬称略)

4 自殺対策基本法（平成 18 年法律第 85 号）

（最終改正：平成 28 年法律第 11 号）

目次

第一章 総則（第一条—第十一条）

第二章 自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画等（第十二条—第十四条）

第三章 基本的施策（第十五条—第二十二條）

第四章 自殺総合対策会議等（第二十三条—第二十五条）

附則

第一章 総則

（目的）

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

（基本理念）

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

- 2 自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみ捉えられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない。
- 3 自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない。
- 4 自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない。
- 5 自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならない。

（国及び地方公共団体の責務）

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

- 2 地方公共団体は、基本理念にのっとり、自殺対策について、国と協力しつつ、当該地域の状況に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する。
- 3 国は、地方公共団体に対し、前項の責務が十分に果たされるように必要な助言その他の援助を行うものとする。

(事業主の責務)

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

(国民の責務)

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

(国民の理解の増進)

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

(自殺予防週間及び自殺対策強化月間)

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

- 2 自殺予防週間は九月十日から九月十六日までとし、自殺対策強化月間は三月とする。
- 3 国及び地方公共団体は、自殺予防週間においては、啓発活動を広く展開するものとし、それにふさわしい事業を実施するよう努めるものとする。
- 4 国及び地方公共団体は、自殺対策強化月間においては、自殺対策を集中的に展開するものとし、関係機関及び関係団体と相互に連携協力を図りながら、相談事業その他それにふさわしい事業を実施するよう努めるものとする。

(関係者の連携協力)

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

(名誉及び生活の平穏への配慮)

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

(法制上の措置等)

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

(年次報告)

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

第二章 自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画等

(自殺総合対策大綱)

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

(都道府県自殺対策計画等)

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

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

(都道府県及び市町村に対する交付金の交付)

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

第三章 基本的施策

(調査研究等の推進及び体制の整備)

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

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

(人材の確保等)

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

(心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進等)

第十七条 国及び地方公共団体は、職域、学校、地域等における国民の心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進並びに相談体制の整備、事業主、学校の教職員等に対する国民の心の健康の保持に関する研修の機会の確保等必要な施策を講ずるものとする。

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

- 3 学校は、当該学校に在籍する児童、生徒等の保護者、地域住民その他の関係者との連携を図りつつ、当該学校に在籍する児童、生徒等に対し、各人がかけがえ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务大臣のうちから、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

(施行期日)

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 (平成二七年九月一日法律第六六号) 抄

(施行期日)

第一条 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 (平成二八年三月三〇日法律第一一号) 抄

(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)



ナイチュウ

とちまるくん

しょうがい
障害があってもなくても、
て
手を取りあって、ともい
共に生きる。

とちぎけん
栃木県は、そんなしゃかい
社会の
じつげん む
実現に向けてがんば
頑張るひと
人たちを
おうえん
応援しています。

栃木県保健福祉部障害福祉課

TEL 028-623-3093

FAX 028-623-3052

E-mail syougai-fukushi@pref.tochigi.lg.jp

VERY 
GOOD
LOCAL
とちぎ