

宮津市における自殺対策推進計画策定の経緯

—ソーシャル・キャピタルの視座からの自殺予防対策—

Processes of formulating “Suicide prevention promotion plan of Miyazu city”

—Suicide prevention from the viewpoint of social capital—

川島典子・田中唯翔

Noriko Kawashima, Yuito Tanaka

要旨

本研究では、わが国の自殺者の傾向や、自殺対策としての法である「自殺対策基本法」と「自殺総合大綱」についてまとめた上で、京都府宮津市における自殺対策推進計画（いのち支える宮津市自殺対策推進計画～「誰ひとり自殺を考えない 生き心地のよいまち みやづ」を目指して～）策定の経緯と、計画策定後の自殺予防対策についてまとめた。その上で、先行研究に基づき、自殺予防のための市町村における計画策定をソーシャル・キャピタルの視座などから論考することを研究の目的とする。

宮津市の自殺者は、20歳代から50歳代が過半数を占め、60歳以上が約4割弱で、40歳代の働き盛りと80歳以上の後期高齢者が多い。男性は40代と50代、女性は30代と80歳以上が多く、約2対1で男性のほうが多くなっている。原因・動機は、健康問題が最も多く、経済・生活問題、家庭問題と続く。これらの自殺者の動向に鑑み、2020年から2021年にかけて「いのち支える宮津市自殺対策推進計画～誰ひとり自殺を考えない 生き心地のよいまち みやづを目指して～」を策定した。

策定委員は、学識経験者、関係機関および関係行政機関の職員、住民代表の9名である。策定委員会は計4回開催された。策定委員会において学識経験者として、先行研究の「自殺予防因子」に基づき、「ゆるやかなつながり」の醸成や「自己効力感」の向上を計画の基本方針や重点施策にも盛りこみ、「生き心地のよいまち」を目指すことを基本理念とした計画策定に努めた策定の経緯について述べた。

キーワード: 自殺対策推進計画、自殺予防因子、ソーシャル・キャピタル、ゆるやかなつながり

Keywords: suicide prevention promotion plan, suicide prevention factors, social capital, loose connections

1. はじめに

日本の自殺者数は、2020年7月以降、増加傾向にあり、2020年は21,081人と11年ぶりに前年を上回った。その内訳をみると、男性は減少したものの女性と学生・生徒の自殺者数が増加している。

自殺対策については、2006年に国の自殺対策基本法が施行された（2016年改正）。同法などにより、都道府県・市町村が自殺対策計画を策定すべきことが定められている（厚生労働統計協会 2022）。

本稿では、まず自殺の定義を行い、わが国の自殺者の傾向をまとめた上で、京都府宮津市における自殺対策推進計画（いのち支える宮津市自殺対策推進計画～「誰ひとり自殺を考えない 生き心地のよいまち みやづ」を目指して～）策定の経緯と、計画策定後の自殺予防対策についてまとめ、各市町村における自殺予防に関する考察をソーシャル・キャピタルの視座などから論考することを研究の目的とする。

2. 自殺の定義と日本の自殺者の傾向および国の自殺対策

2.1 自殺の定義

まずはじめに、自殺の定義について簡単に整理してみたい。社会学者のデュルケームは、自殺を「死が、当人自身によってなされた積極的、消極的行為から直接、間接に生じる結果であり、しかも、当人がその結果の生じうることを予知していた場合を、すべて自殺と名づける」と定義している（デュルケーム 2018）。また、アメリカの自殺学の教科書では、過去の研究者による自殺の定義の議論を紹介した上で、4つの観点で定義が示されている。第一に、自殺は「死」である。第二に、「意図的」な死である。第三に、「自殺は自分自身が、自分自身に対して行うもの」である。第四に、「自殺は間接的あるいは受動的」であり得る。この定義では、意図しない事故死や病気などによる自然死と自殺とを区別している（Maris R W, Berman A L, Silverman M. M 2000）。

さらに、石原は、臨床において実用性のある定義として、シュナイドマンの定義を紹介している。シュナイドマンは、自殺を定義する上で、自殺にみられる10個の共通の特徴を発見した。表1は、シュナイドマンによる自殺に見られる共通の特徴を示したものである（石原 2003）。

心理学の見地からは河合が、「死はいわば心の死（象徴の水準における死）と身体の死に分けて考えるべきである」とした上で、「自我が十分に強くない場合に心の死がそのまま身体の死を引き起こしてしまう場合がある」とし、それが自殺であると定義している（河合 1971）。

表 1 自殺に見られる共通の特徴

-
- 1、自殺の共通の動機は、耐え難い心の痛み
 - 2、自殺における共通の悩みは、心の願いのかなわぬこと
 - 3、自殺の共通の目的は、直面する難問を解決すること
 - 4、自殺の目標は、意識を失うこと
 - 5、自殺に共通してみられる感情は、望みも、救いもないという思い
 - 6、自殺者に共通にみられる心は、揺れる心
 - 7、自殺者にみられる認識の特徴は視野の狭窄
 - 8、自殺者にみられる特徴的な対人行為は、死ぬことの予告である
 - 9、自殺によくみられる行為は「逃亡」
 - 10、自殺においても、過去の難問に直面した時の適応パターンが現われる
-

E・S・シュナイドマン「自殺とは何か」(白井徳満・白井幸子訳)、誠信書房 より

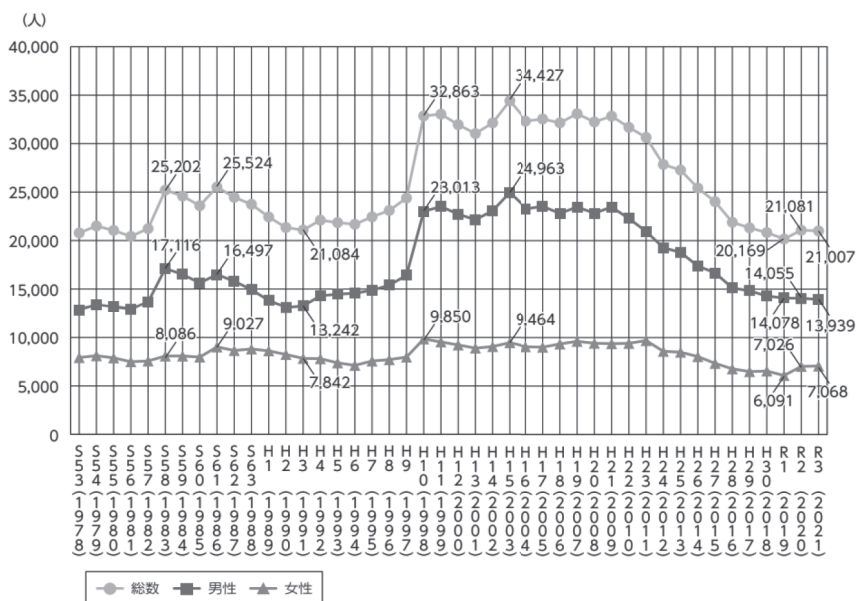
(出所) 石原明子「自殺学とは何か—自殺研究の方法と題材—」『精神保健研究 49 号 Supplement ～自殺学特集～2003 年第 16 号(通巻 49 号)別冊』 pp.5-12

2.2 わが国の自殺者の動向と性差

次に、厚生労働省の『自殺対策白書』などを参考にして、わが国の自殺者の動向と性差について整理してみたい。

まずはじめに、自殺者の動向についてまとめる。図 1 は、厚生労働省が 2022 年に発表した『自殺対策白書』に掲載されている警察庁の自殺統計原票を集計した結果による自殺者数の年次推移である。1998 年は、前年と比べ 7,000 人ほど増加している。また、2003 年には 34,427 人まで増加した。しかし、翌年からは約 32,000 人になり、微減している。2010 年からも自殺者数は減少を続けていたものの、2020 年にはコロナ渦の影響もあってか微増した(厚生労働省 2022)。

自殺者数が最も多くなった 2003 年は、経済が不安定であった。完全失業率が 5.4%と過去最悪を記録し、4 月には日経平均株価が 7607 円 88 銭にまで低下して、バブル崩壊以降最安値(当時)となっている。澤田らによれば、いくつかの実証研究から、月次の男性完全失業者数と負債総額 1000 万円以上の倒産件数は、男性自殺者数の月次推移との相関が非常に高いことが明らかになっている(澤田・崔・菅野 2010)。



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

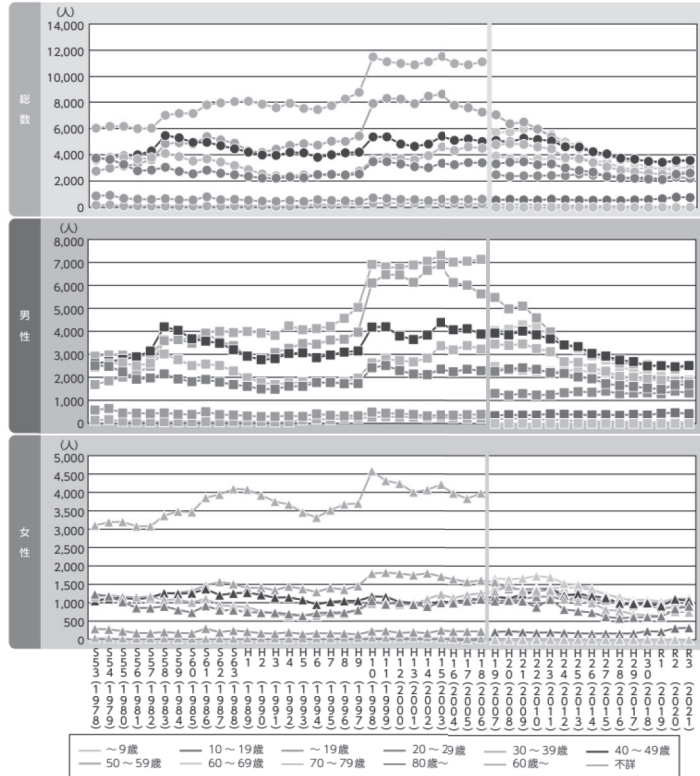
図 1 自殺者数の推移

(出所) 厚生労働省『令和 4 年版 自殺対策白書』p1

次に、年齢別の自殺者の動向について述べてみたい。図 2 は、年齢階級別の自殺者数の推移である。「40~49 歳」、「50~59 歳」および「60~69 歳」の自殺者が多いことがわかる。また、女性は男性と比べて、60 歳以上の自殺者が多いこともみてとれる（厚生労働省 2022）。

高橋は、40~50 歳代の男性の自殺者数が増加している原因をいくつか指摘している。まず第一に、長期にわたる不況の影響が考えられる。第二に、この世代が組織に自己を同一化させる最後の世代であることも要因の 1 つとして考えられる。若年層では自ら離職する者も増えているが、中高年では、不況による人員整理は自己の存在を根底から揺さぶる体験となり得る。また、他の世代に比べて精神的な問題を周囲に相談することに抵抗感が強い。

さらに、先進国にほぼ共通している特徴として、高齢者が高い自殺率を示すことも高橋は示唆している。高い自殺率を示している中高年世代が高齢者層になったとき、深刻な自殺の問題を引き続き呈し続ける可能性は高いと考えるべきだと高橋は主張する(高橋 2006)。



※平成18年までは60歳以上の年齢階級を「60歳～」として計上しているが、平成19年の自殺統計原票改正以降は、「60～69歳」「70～79歳」及び「80歳～」と細分化して計上している。また、「～19歳」をここでは「～9歳」と「10～19歳」に細分化して計上している。

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

図 2 年齢階級別の自殺者数の推移

(出所) 厚生労働省『令和4年版 自殺対策白書』p4

図 3 は、2020 年の死因順位別にみた年齢階級及び性別の死亡数、死亡率、構成割合のうち、総数を抜粋したものである。10~14 歳から 35~39 歳までの 6 つの階級で、自殺が死因の 1 位となっている。図 3 から、40 代では 2 位、50~54 歳の階級で 3 位と、広い年齢層で自殺が死因の高い割合を占めていることがわかる。

その他の要因には、不慮の事故や悪性新生物、心疾患などがある（厚生労働省 2022）。これらのデータから、若者の自殺の割合が高い理由は、心疾患などの病で亡くなる人が少ないからであることがうかがえる。それに対して高齢者は、病で亡くなることが多いため、自殺の割合が低い可能性が高い。厚生労働省によれば、2006 年の性・年齢階級別にみた三大死因の粗死亡率(対人口 10 万)から、年齢が上がるごとに三大死因の粗死亡率があがっている。三大死因は、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患である(厚生労働省 2006)。

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	自 殺	122	2.3	28.6	悪性新生物<腫瘍>	82	1.5	19.2	不慮の事故	53	1.0	12.4			
15～19歳	自 殺	641	11.4	50.8	不慮の事故	230	4.1	18.2	悪性新生物<腫瘍>	110	2.0	8.7			
20～24歳	自 殺	1,243	21.0	57.0	不慮の事故	286	4.8	13.1	悪性新生物<腫瘍>	152	2.6	7.0			
25～29歳	自 殺	1,172	19.7	52.1	悪性新生物<腫瘍>	235	3.9	10.5	不慮の事故	217	3.6	9.7			
30～34歳	自 殺	1,192	18.7	41.1	悪性新生物<腫瘍>	495	7.8	17.1	不慮の事故	250	3.9	8.6			
35～39歳	自 殺	1,323	18.3	30.1	悪性新生物<腫瘍>	1,012	14.0	23.0	心 疾 患	368	5.1	8.4			
40～44歳	悪性新生物<腫瘍>	2,140	25.9	27.9	自 殺	1,578	19.1	20.6	心 疾 患	859	10.4	11.2			
45～49歳	悪性新生物<腫瘍>	4,552	47.0	32.3	自 殺	1,844	19.1	13.1	心 疾 患	1,729	17.9	12.3			
50～54歳	悪性新生物<腫瘍>	7,263	84.8	36.7	心 疾 患	2,578	30.1	13.0	自 殺	1,746	20.4	8.8			
55～59歳	悪性新生物<腫瘍>	11,457	146.7	41.6	心 疾 患	3,594	46.0	13.1	脳血管疾患	2,007	25.7	7.3			
60～64歳	悪性新生物<腫瘍>	18,254	248.3	45.1	心 疾 患	4,985	67.8	12.3	脳血管疾患	2,783	37.9	6.9			

図 3 令和 2 年の死因順位別にみた年齢階級及び性別の死亡数、死亡率、構成割合(総数)

(出所) 厚生労働省『令和 4 年版 自殺対策白書』p12

次に、自殺者の性差について述べる。図 1 から、男性の自殺者数が女性の約 2 倍であることがわかる。伊藤らによれば、国際的に見ても、ほとんどの国で自殺既遂については男性の方がリスクが高いといわれている。それに対して、自殺企図（未遂）では、女性の方が男性よりも多い。

性差がある理由として、伊藤らは 5 つの仮説をあげている。第一に、男性は、問題を一人で抱えてしまい、問題解決の幅が狭まり行き詰って既遂自殺に至りやすいという仮説である。男性が相談できない理由に、周囲に助けを求めずに自分一人で解決すべきという社会文化的に与えられた行動規範がある。一方、女性は、感情を他者と共有することや助けを求めることに抵抗が少ない。そのため、女性のほうが抵抗なく医学的、精神科的援助を受けやすい。

第二に、未遂、完遂についての社会文化的規範があるとする仮説である。これは、未遂を女性的、完遂を男性的とみなす傾向があり、これによって男性はより致死率の高い手段を選択しやすく、既遂率が高くなると考える仮説である。

第三に、男性の方が、問題を解決しようとする時に、攻撃的で危険な手段を取りやすいことが生物学的に定められているという仮説である。男性は、自殺という攻撃的な手段で問題を解決しようとする。また、女性よりも致死率の高い手段を選択するため、既遂率が上がると考えられる。

第四に、女性は男性と比べて、死を目的とせず、コミュニケーションの一つの方法として自殺企図をする傾向にあり、致死率の低い手段をとることが多いという仮説である。女性は他者に変化を強制させようとするため、未遂に終わる自殺企図が多く、既遂は少ないと考えられる。

第五に、女性はより痛みが少なく、簡単に使用でき、体の汚れが少ない手段を好むという仮説である。そのため、服薬などの致死率の低い手段を選択し、既遂率を下げていると考えられる(伊藤・久永・石原 2003)。

2.3 「自殺対策基本法」と「自殺総合対策大綱」

次に、本節では、自殺対策としての国の法である「自殺対策基本法」と「自殺総合対策大綱」について述べる。

2006年に「自殺対策基本法」が施行される以前は、自殺対策について国全体としての基本方針にかかわる法律は策定されてこなかった。国による取り組みは、厚生労働省によるうつ病対策など、各省庁でそれぞれに実施しているのみであった。

こうしたなか、遺族や遺族を支援する民間団体から、省庁をまたぐ社会全体の自殺対策に関する法律が必要であるという声が強くなるようになった。すなわち、それまで「個人の問題」とされてきた自殺を「社会の問題」として捉え始めたのである。やがて、2005年に、参議院議員会館において、「自殺を防ぐためにいま私たちにできることとは」と題したシンポジウムが開催され、同年、参議院厚生労働委員会において「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」が全会一致で行われた。2006年には自殺対策の法制化を求める署名活動が行われ、10万人の署名が参議院議長に提出されるに至る。そして、同年、自殺対策基本法が可決、施行されたのである。

同法の基本理念として、第2条第2項に「自殺対策は、(中略)社会的な取り組みとして実施されなければならない」と定められ、自殺が初めて「社会問題」として捉えられた。また、同法は、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指して、自殺対策をさらに総合的かつ効果的に推進するために、施行から10年の節目にあたる2016年に改正されている。この改正では、自殺対策が「生きることの包括的な支援」として実施されるべきことなどが、基本理念として明記された。と同時に、自殺対策の地域間格差を解消し、いわばナショナルミニマムとして、誰もが必要な支援を受けられるよう、全ての都道府県および市町村が「都道府県自殺対策計画」または「市町村自殺対策計画」を策定することを推奨している(厚生労働省 2017)。

また、2007年には、政府の推進すべき自殺対策の指針として、「自殺総合対策大綱」も策定された。同大綱では、自殺に対する基本認識として「自殺は追い込まれた末の死」「自殺は防ぐことができる」「自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している」の3点が示されている。さらに、自殺対策を進める上で、失業、倒産、多重債務、長時間労働などの社会的要因も踏まえて、総合的に取り組むという基本的な考え方も示された。

同大綱では、基本的な考え方として、以下の8点をあげている。すなわち、①社会的要因も踏まえ総合的に取り組む(社会的要因に対する働きかけ、うつ病の早期発見・早期治療、自殺や精神疾患に対する偏見をなくす取り組みなど)、②国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む、③段階ごと、対象ごとの対策を効果的に組み合わせる、④関係者の連携による包括的な生きる支援を強化する、⑤自殺の実態に即した施策を推進する、⑥施策の検証・評価を行いながら中長期的視点に立つて継続的に進める、⑦政策対象となる集団毎の実態を踏まえた対策を推進する(若年層、中高年層、高齢者層、自殺未遂者)、⑧国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業および国民の役割を明確化

し、その連携・協働を推進すること、などである。

さらに、自殺を予防するための当面の重点施策として、以下の9点をあげている。すなわち、①自殺の実態を明らかにする（各種調査の実施など）、②国民一人ひとりの気づきと見守りを促す（啓発活動や教育の実施など）、③早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する（介護支援専門員や民生委員・児童委員などへの研修の実施、ゲートキーパーの養成など）、④心の健康づくりを進める（職場・地域・学校における心の健康づくりの推進体制の整備、大規模災害における被災者の心のケア、など）⑤適切な精神科医療を受けられるようにする、⑥社会的取り組みで自殺を防ぐ（相談窓口情報の充実と支援、多重債務や失業者および生活困窮者、経営者に対する相談窓口の充実と実施、インターネット上の自殺関連情報対策の推進、介護者への支援の充実、いじめを苦しめた子どもの自殺の予防、児童虐待や性犯罪・性暴力の被害者への支援の充実、など）、⑦自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ、⑧遺族への支援の充実、⑨民間団体との連携強化、などである。

このような法律制定や大綱策定を受け、2008年度末までに全都道府県において自殺対策連絡協議会などが設置された。翌年には地域自殺対策緊急強化基金も造成され、地域における自殺対策の枠組みも整備され始める。また、2012年には大綱の見直しがなされ、地域レベルの実践的な取り組みを中心とする自殺対策への転換が指摘された。その後も、2017年に第3次、2022年に第4次「自殺総合対策大綱」が策定されている。

2022年は、コロナ禍の影響で自殺の要因となる様々な問題が悪化したことなどにより、女性は自殺者が2年連続増加し、小中高生は過去最多の水準となっている。こうした状況をふまえ、第4次大綱では、子ども・若者の自殺対策の更なる推進・強化や女性に対する支援の強化などが新たに位置づけられた（いのち支える自殺対策推進センター 2023）。

3. 先行研究

宮津市における自殺対策推進計画策定の経緯について論考する前に、本節では、計画策定にあたって筆者が、学識経験者の委員として計画策定の根拠とした先行研究について述べてみたい。自殺対策や自殺対策推進計画に関する先行研究としては、報告書以外では、本橋他（2021）、本橋他（2022）などがある。自治体の自殺対策推進計画に特化せず、自殺全般に関する先行研究は複数あるものの、そのほとんどが自殺に至る「危険因子」について分析したものである。一方、「自殺予防」に関して述べた先行研究には、赤澤（2010）、衛藤・川寄（2017）、末木（2017）、末木（2019）、高橋（2020）、木下・岸本（2020）、岡（2013）などがある。なかでも「自殺予防因子」を質的研究、量的研究の双方から統計学的に検証した岡の先行研究は刮目に値する。

本稿では、わが国の島しょ部以外で最も自殺率が低い徳島県海部町¹（現・海陽町）の住民を対象としたグループインタビューと、統制群（同じ徳島県内の自殺多発地域）の町も対象としたアンケート

調査、および 1973 年から 30 年間にわたる全国市区町村の人口・十歳年齢階級人口（いずれも男女別）・自殺者数・十歳年齢階級別自殺者数（いずれも男女別）のデータセットを用いて分析した岡の先行研究を参照し、自治体における自殺対策推進計画に盛りこめそうな自殺予防因子について考察してみたい。

岡は、全国 3,318 市町村の自殺統計を分析するにあたり、その要因を規定する地域性や地形および気候に関する指標として、人口、面積、人口密度、可住人口密度、可住地傾斜度、海岸部属性（海に面しているか否か）、島しょ性（島か否か）、単一島属性、海域、平均気温、降水量、日照時間、最深積雪、を用いた。その結果、自殺率に最も影響を与えていたのは、「可住傾斜度」であった。次いで、「可住人口密度」「最深積雪量」「日照時間」「海岸部属性」と続く。つまり、日本の自殺希少地域の多くは、「傾斜の弱い平坦な土地でコミュニティが密集しており、気候の温暖な海沿いの地域」であるということになる（岡 2013）。

標高が高くても傾斜度がゆるかった場合（いわゆる高原などの平地）の自殺率は決して高くはなく、傾斜度のある中山間地域での自殺率が高いという分析結果は、非常に興味深い。また、日照時間の長い地域や、海に面している開放的な地域は自殺率が低いという結果も、経験知から推察していたことを統計学的手法によって分析して検証したという点において特筆すべき研究である。

後述する宮津市で自殺率が比較的低い理由は、海沿いの地域で、コミュニティが密集している地域が比較的多いなどの要因によるものも大きいことが、岡の先行研究から推察された。しかし、日本海側の気候を有する宮津市は、日照時間も太平洋側よりは少なく、雪も積もるため、自殺に関連するプラスの要因とマイナスの要因の双方をあわせもった地域であるといえる。

また、岡は、質的研究によって自殺希少地域である旧海部町の自殺予防因子を分析している。内閣府の白書によれば、自殺の動機で最も多いものが「健康問題」で、次いで「生活苦や経済問題」である²。しかし、調査してみると、海部町にも隣接する他の 2 町にも、病苦や経済苦などの自殺危険因子は同様にあった。では、なぜ海部町の自殺率だけが低いのだろうか。そこで、岡は、海部町には自殺多発地域にはない「自殺予防因子」があるのではないかという仮説を立てた。その仮説を検証するために、数々のグループインタビューを重ねた結果、岡は 5 つの「自殺予防因子」を抽出している。

第一の「自殺予防因子」は、「多様性重視」である。ありていに言えば「いろんな人がいてもよい、いろんな人がいた方がよい」という考え方である。旧海部町の人々は、周りがどうするかは関係なく、自分がどうしたいかに重点を置く。そのため、赤い羽共同募金率や老人クラブの加入率が低いという。自分ひとりが他と違った行動をとっても、それだけで周りから特別視されたり、コミュニティから排除される心配がないからだ。

旧海部町民の多様性を尊重する特性は、アンケート調査の結果にも表れている。岡は、自殺希少地域の海部町と自殺多発地域の A 町（徳島県内の中山間地域）のコミュニティを比較するために、アンケート調査を 2 回行っている。具体的には、両地域から無作為抽出した 20 歳以上の住民 1,341 人（第 1 回目）と 1,990 人（第 2 回目）の計 3,331 人を対象として質問紙調査を行った。回収率は 89.8%と

96.1%である。「あなたは一般的に人を信用できますか」といういわゆるソーシャル・キャピタル³（結合型ソーシャル・キャピタル⁴）を測る質問に対し、自殺希少地域である旧海部町の方が「信用できる」と回答した者が多く、統計的に有意な差があった。また、「相手が見知らぬ人である場合はどうですか。信用できますか」といういわゆる橋渡し型ソーシャル・キャピタル⁵を測る質問に対しても、旧海部町の方が自殺多発地域（以降、A町）よりも「信用できる」と回答した者の割合が高かった。このことから、旧海部町は排他的傾向の小さいコミュニティだという解釈ができると岡は述べている。

第二の自殺予防因子は、「人物本位主義」である。海部町の人々は、地位や家柄、学歴などではなく、その人の問題解決能力や人柄を見て人を判断する。「人物本位主義」の傾向は、アンケート調査の結果にも表れている。「地域のリーダーを選ぶ際にどのような条件を重視しますか。」という質問に、「問題解決能力を重視する」と答えた人の割合は、旧海部町のほうがA町に比べ多く、学歴を重視すると答えた人の割合は少なかった。

第三の自殺予防因子は、「高い自己効力感」である。旧海部町では、「どうせ自分なんて・・・」とは考えない人が多い。アンケート調査でも、「自分のような者に政府を動かす力はないと思いますか」という質問に対し、「そのような力などない」と感じている人の割合は、旧海部町で26.3%、A町で51.2%と約2倍の差があった。旧海部町では主体的に政治に参画する人も多い。行政に対する注文も多いが、「お上頼み」とは一線を画している。こうした住民気質を反映してか、旧海部町は首長選挙が盛んであり、地方の小規模な町村には珍しく長期政権の歴史がない。健全な民主主義が根付いている証である。それに対し、A町は「お上頼み」の傾向が強い。上記の質問は「自己効力感」を測定する設問である。「自己効力感」は、一般に、「自己信頼感」や「有能感」に置き換えられる。アンケート調査の結果から、旧海部町では、「有能感」を持つ人が多いことが明らかになった。

第四の自殺予防因子は、「病”は市に出せ」である。「病」は病気だけでなく、家庭内のトラブルなどあらゆる問題を意味している。「市」とは公の場を指す。海部町に昔から言い継がれているこの言葉には「取り返しのつかない事態にいたる前に周囲に相談せよ」という意味あいがある。岡によれば、どの町にも「助け合い」はあるが、その本質や住民気質は地域によって差異がある。旧海部町とA町においては、個別私的な問題に関する援助において差異があった。旧海部町は「病、市に出せ」に象徴されるように、個々人が私的な悩みを開示しやすい環境づくりを心がけてきた痕跡がみられる。他方でA町は、助け合いという行為自体を尊ぶ意識が強く、個人的な悩みを相談することに強い抵抗を感じている様子が見ええる。アンケート調査でも、その差異が確認された。「あなたは悩みやストレスを抱えたときに、誰かに相談したり助けを求めたりすることを恥ずかしいと思いますか」という質問に対し、「恥ずかしいと思わない」と答えたのは海部町で62.2%、A町で47.3%であった。

援助希求は、旧海部町のうつ病の受診率にも表れている。岡によれば、旧海部町と近隣のうつ病の受診率を比較したところ、旧海部町が最も高かったという。旧海部町から来院する患者の特徴として、軽症の段階で受信するケースが多いことがあげられる。すなわち早期発見早期治療が可能なのである。

第五の自殺予防因子は、「ゆるやかにつながる」である。旧海部町では、「ゆるやかな絆」が維持さ

れている。旧海部町は、物理的密集度が極めて高いコミュニティである。その一方で、隣近所の付き合いに粘質さはない。基本は放任主義で、必要があれば過不足なく援助する淡白なコミュニケーションが存在する。隣近所に関心はあるが、監視はしない。アンケート調査の結果も、このことを裏付けていた。「近所づきあい」について尋ねた質問に対し、「日常的に生活面で協力しあっている」と答えた人の割合は、旧海部町で 16.5%、A 町は 44.0%と旧海部町が大きく下回っていた。旧海部町では「あいさつ程度」「立ち話程度」のつきあいが多く、あっさりとしたつきあいを行っていることがわかる。長い歴史を持つ町村では膠着した人間関係によって支えられたコミュニティが形成されることが少なくないが、旧海部町は例外に分類されると、岡は述べている⁶（岡 2013）。

これらの自殺予防因子を宮津市の自殺予防施策にとりこむことは可能であろうか。旧海部町の「自殺予防因子」を参考にするにあたって、岡は「いいとこどり」をすればよいと主張している。

かつて材木を切り出し運ぶ業で栄え、常に外の人が行き来していがゆえの排他性のなさや「多様性重視」の傾向などは、長い歴史のなかで培われた極端な保守性やよそ者を嫌う風土などによって実現しがたい地域性を有する町では実現不可能だと思う者もいるだろう。だが、自己肯定感や「自己効力感」をアップさせる教育を子どもの頃に行うことはどんな地域でも可能なはずである。また、「ゆるやかな絆」を醸成することも、努力次第では可能なのではないか。

岡の旧海部町での一連の調査の結果は、「生き心地をよくする」ための方向性を示している。生きづらさの先に自殺があるとすれば、自殺の少ない社会は「生き心地のよい社会」であるといえる。自殺対策は、「生き心地のよい社会をどのようにつくるか」という試行錯誤そのものである。その第一歩をどこに向かって踏み出すかを一人ひとりが自身に問いかけることから始まる。「いかにしてこの世から自殺を減らすか」という命題には、頭を抱える人もいるであろうが、「どのような世界で生きたいと思うか」という問いには自分なりの答えを出せるはずだ、と岡は主張している（岡 2013）。

まずは、地域住民の「自己肯定感」や「自己効力感」をあげること、「生き心地のよい社会をどのようにつくるか」あるいは「どのような世界で生きたいと思うか」ということを地域全体で考えていくことが肝要であり、それは他の地域でも一般化、普遍化でき得る事項であろう（田中 2024）。

また、ゆるやかなつながりのソーシャル・キャピタルを醸成する場を意図的につくっていくことも、宮津市でも他の地域でも一般化普遍化できる自殺予防対策のひとつなのではないだろうか。

4. 宮津市における自殺予防施策

4.1 宮津市の概要と自殺者の現状

次に、本節では、改正「自殺対策基本法」や「自殺総合大綱～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～」などを踏まえ、2020年から2021年にかけて策定された「いのち支える宮

津市自殺対策推進計画～誰ひとり自殺を考えない 生き心地のよいまち みやづを目指して～」の策定経緯とその概要について述べる。

まず最初に、宮津市の概要について記す。宮津市は、京都府の北西部、丹後半島に位置し、面積は172.74㎏で、人口約17,600人である（2019年現在）。高齢化率42.12%、合計特殊出生率1.65である（2020年現在）。人口は、減少傾向にあるが、65歳以上人口は、32.2%から40.0%に増加した。生産年齢人口の割合は比較的高いものの、2005年に55.4%あった構成比は、2015年には49.9%に減少している。就業者数は8,000人台で推移し、主要産業は、漁業と観光業である。第三次産業就労者も2015年時点で72.9%と多い（宮津市 2021）。日本三景の天橋立を擁する観光地であり、かつては北前船の立ち寄る港として栄えた海沿いの市である。一方で、福知山市大江町と接する海のない中山間地域である上宮津なども有する。

次に、宮津市の自殺者の現状についてまとめてみたい。同市の自殺者数は、2010年から2019年の10年間で、1人から5人の間で推移し、10年間の平均自殺者数は3人である。自殺死亡率は5%から26%で推移し、10年間の平均は15.26%であった。ちなみに、京都府の平均は17.27%で、全国の平均は19.74%である。これらのデータから、宮津市は、京都府、全国と比べて自殺死亡率が低い数値となっていることがわかる。

年代別では、20歳代から50歳代が53.3%と過半数を占め、60歳以上が36.7%となっている。特に、40歳代の働き盛りと80歳以上の後期高齢者の自殺者が多い。性別では、男性は40歳代と50歳代、女性は30歳代と80歳以上が多い。性差は約2対1で男性のほうが多くなっている。原因、動機は、健康問題が28.6%と最も多く、経済・生活問題が17.9%、家庭問題が14.3%と続く。自殺者全体における自殺未遂歴の有無に関しては、9.5%が未遂歴ありとなっている。これは、自殺者に対する割合であるため、生存者を含めると未遂歴ありの割合は増加する可能性も考えられる（宮津市 2021）。

職業別でみると、無職者が66.7%と有職者より多く、全国の割合とほぼ同じ割合である。無職者の内訳では、その他の無職者が19.0%と最も多く、次いで年金・雇用保険など生活者が28.6%である。有職者の内訳は、被雇用者・勤め人が19.0%、自営業者・家族従事者が14.3%となっている。

次に、宮津市の自殺者の特徴について述べてみたい。表2は、同市の5年間における自殺者の上位5区分を抽出したものである。いずれも男性が多く、仕事や人間関係から身体、精神疾患を発症し自殺に至っていることがわかる。女性については、2015年から2023年の5年間で、京都府丹後医療圏において60歳以上無職同居者が2位となっている。主な危機経路は、「身体疾患→病苦→うつ状態→自殺」である（宮津市 2021）。

職業・同居の有無別状況は、男性は、40~59歳有職者・同居と、60歳以上無職者・同居が、最も多く、全国と比べても2倍以上である。女性では、20~39歳有職者・同居と60歳以上無職者同居が最も多く、前者は全国と比べて約4倍多い。高齢者の同居の有無別では、男女ともに同居ありがそれぞれ全国の割合を上回っている。なお、宮津市では、対象の5年間において、60歳以上で同居なしの自殺者はいない（宮津市 2021）。

表 2 宮津市の自殺の特徴

上位5区分	自殺者数 5年計	割合	自殺死亡率 (10万対)	背景にある主な自殺の危機経路
1位:男性40～59歳有職同居	4	26.7	45.3	配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺
2位:男性60歳以上無職同居	4	26.7	42.4	失業(退職)→生活苦+介護の悩み(疲れ)+身体疾患→自殺
3位:男性20～39歳無職同居	2	13.3	329.1	①【30代その他無職】ひきこもり+家族間の不和→孤立→自殺/②【20代学生】就職失敗→将来悲観→うつ状態→自殺
4位:男性40～59歳無職独居	1	6.7	575.9	失業→生活苦→借金→うつ状態→自殺
5位:男性20～39歳有職独居	1	6.7	102.1	①【正規雇用】配置転換→過労→職場の人間関係の悩み+仕事の失敗→うつ状態→自殺/②【非正規雇用】(被虐待・高校中退)非正規雇用→生活苦→借金→うつ状態→自殺

(表2) 資料：地域自殺実態プロファイル（2019）自殺総合対策推進センター

(出所)宮津市（2021）『いのちを支える宮津市自殺対策推進計画』p6

4.2 「宮津市自殺対策推進計画」の策定過程

このような自殺の傾向に鑑みながら、宮津市では、2016年4月の「自殺対策基本法」改正などに伴い「自殺対策推進計画」を策定した。策定委員会は、2020年8月から2021年2月まで計4回開催されている。

策定委員会（自殺対策推進協議会）の委員は、以下の表3の通りである。学識経験者2名、関係機関および団体の役職員5名（市社会福祉協議会関係者、医師会関係者、商工会議所関係者の他、市民の代表として民生児童委員関係者と自治会連合会関係者）、関係行政機関の職員（警察関係者と保健所関係者）2名から構成されている。また、策定委員の他に、事務局として宮津市健康福祉部部長、社会福祉課課長、社会福祉課地域福祉係長、地域福祉係主査、産業経済部部長、教育委員会事務局教育次長などが委員会に参加した。

表 3 宮津市自殺対策推進計画策定委員会委員

委員名	職名	役職・区分
川島典子	福知山公立大学地域経営学部医療福祉経営学科教授	会長（学識経験者）
細見節夫	宮津市社会福祉協議会会長（当時）	副会長（関係機関および団体の役職員）
稲岡英志	京都司法書士会丹後支部長	学識経験者
西原寛	一般社団法人と謝医師会理事	関係機関および団体の役職員
山口孝幸	宮津商工会議所専務理事	関係機関および団体の役職員
上山繁幸	京都府宮津警察署生活安全課長	関係行政機関の職員
安達悦生	京都丹後保健所福祉課長	関係行政機関の職員
矢野秀明	宮津市民生児童委員協議会副会長	関係機関および団体の役職員
瀬戸享明	宮津市自治連合協議会副会長	関係機関および団体の役職員

表 4 策定委員会の経緯

年月日	内容
2020年8月4日	第1回宮津市自殺対策推進協議会 <ul style="list-style-type: none"> ・会長及び副会長の選出 ・宮津市自殺対策推進協議会について ・自殺の現状について ・宮津市自殺対策計画の策定にあたって ・宮津市自殺対策計画策定に向けたスケジュールについて
2020年9月28日	第2回宮津市自殺対策推進協議会 <ul style="list-style-type: none"> ・宮津市自殺対策推進計画（計画体系図）について ・宮津市自殺対策推進計画（骨子案）について ・宮津市自殺対策庁内連絡会議の設置について
2020年10月23日	(宮津市自殺対策庁内連絡会議) <ul style="list-style-type: none"> ・宮津市自殺対策庁内連絡会議について ・宮津市自殺対策計画策定に向けたスケジュールについて ・宮津市自殺対策計画の進め方について ・各個別事業の洗い出しについて
2020年12月16日	第3回宮津市自殺対策推進協議会 <ul style="list-style-type: none"> ・宮津市自殺対策推進計画（中間案）について
2021年1月20日～ 2021年2月5日	中間案パブリックコメントの実施
2021年2月22日	第4回宮津市自殺対策推進協議会 <ul style="list-style-type: none"> ・パブリックコメントの実施結果について ・宮津市自殺対策推進計画（最終案）について

同委員会では、まず、宮津市の自殺の現状と傾向を把握し、委員間で情報を共有した。

具体的には、地域自殺実態プロフィールによる分析、学齢期・青年期・成人期・高齢期における各種アンケート調査結果による現状分析などの調査結果を共有している。

さらに、「現状からみた自殺対策の方向性」として、宮津市において自殺リスクの高い人（自殺ハイリスク者）への対応や、ライフステージ別の自殺リスクの低減、地域社会における自殺に対する意識の醸成などについて、討論の上、認識を共有した。

具体的には、現状からみた自殺対策の方向性として、3つの方向性があげられた。すなわち、(1)自殺リスクの高い人（自殺ハイリスク者への対応）、(2)ライフステージ別の自殺リスクの軽減、(3)自殺対策に対する市民の意識の醸成、である。以下にその詳細を記す。

(1) 自殺リスクの高い人（自殺ハイリスク者）への対応

前述の通り、宮津市では、40歳代や60歳以上の高齢者、年金・雇用保険など生活者、無職の自殺が多く、同居・別居別では同居が多い状況となっている。つまりは、それらの年齢層と同居の者の自殺リスクが高いということになる。高齢者の自殺の現状については、医師会関係者の委員より、実例

の提示などもあった。

ハイリスク者の自殺の原因としては、健康問題に次いで、経済・生活問題があげられる。策定初年度の2020年はコロナ渦の始まった年であったため、今後、コロナ渦による倒産や借金苦による自殺の増加、および非正規雇用率の高い女性の貧困化による自殺の増加などが懸念された。そこで、経済相談や経営相談などを行っている商工会議所関係者の委員にも意見を求めた。

これらのハイリスク者に対し、各種健康相談の実施や、ゲートキーパー養成などの人材育成を行い、家族を含めた周囲の人や関係機関の支援者の気づきを促すことなどの対応を行う必要があることなどを委員間で共有した。

また、うつ病や、その他の精神疾患、アルコール依存症による健康障がい、自殺ハイリスクとなるため、適切な精神保健医療福祉サービスを利用できるような対応が必要でもあることなども委員間で情報共有した。精神保健福祉の現場における自殺対応については、保健所関係者の委員より事例の紹介や対応策などの提示があった。

(2) ライフステージ別の自殺リスクの軽減

以下にそれぞれのライフステージごとの自殺リスク軽減に関する事項について記す。

① 学齢期

宮津市における学齢期の児童・生徒の自殺は比較的少ないものの、第二性徴を迎える思春期は、ホルモンバランスの崩れから自律神経失調症になりやすく、精神的な安定を損ないやすいことは明白である。また、児童・生徒の自殺の背景にはいじめなどの問題がある場合もあり、各学校におけるいじめへの一層の取り組み充実を促す対応を行う必要もある。さらに、問題行動の未然防止や早期発見・早期解決に向け、継続的・中長期的な対策をとる必要があることなどを委員間で共有した。

さらに、近年増加しつつある発達障がいを抱えた児童・生徒や、LGBTの課題なども学識経験者として実情を報告し、委員間で共有した。

② 青年期・成人期

宮津市において最も多いのが、40代を中心とした働き盛りの年代の自殺となっている。また、被雇用者・勤め人の割合が全体の83.3%と全国の割合より高い傾向にある。40歳から75歳までの市民を対象とした健康診断問診票でも、睡眠で十分な休養がとれていない人が2割程度あった。

さらに、産婦健診者を対象にした心の健康チェックでは、産後うつの可能性が高い人が13.9%となっている。産後もホルモンバランスが大いに崩れ、自律神経のコントロールがしにくい時期であるため、産後うつに対する対応は欠かせない。

ここで、ジェンダーの研究を行う学識経験者として注解したのは、産後直後の女性はもとより、古い保守的な町で暮らす女性たちが強いジェンダー・ギャップに苦しめられ、昔ながらのしきたりの残る「家」のなかで人としての人権を守られず、死を考えるほどに悩んでいる可能性もあることにも着目してほしいということだった。

したがって、これらの年代への心理的、社会的ストレスに対応するための心の健康づくりと共に、

うつ病の早期発見、早期治療に向けた啓発・周知が必要であることなどを委員間で共有した。

精神保健活動の実際については、保健所関係者の委員から、現状報告があった。また、働き盛りが抱える経済的・経営的課題への各種相談などの対応について商工会議所関係者の委員からも発言があった。

③高齢期

宮津市の高齢化率は約 42%（2020 年現在）と急速に高齢化が進んでいる。60 歳以上の自殺者数は、直近の 10 年では 11 人（全体の 36.7%）、直近の 5 年間では 5 人（全体の 33%）と、他の年代と比べて自殺傾向が高い。市が行ったアンケート調査の結果によると、気分が沈んだり憂鬱な気分になったことがあった人の割合は、全体で 24.4%だったという統計もある。

高齢期は、身体的不調により医療機関を受診する機会も多い傾向にあることから、健康診査などを活用したうつ病の早期発見、早期治療などの対応策が必要である。また、高齢者の生きがいづくり対策や在宅介護者に対する支援などの対策も必要であることなどを委員間で共有した。

高齢期の自殺の現状やその予防策についても、医師会関係者の委員や、保健所関係者の委員などから意見が出た。

(3) 自殺対策に対する市民の意識の醸成

ひとりで悩みを抱える背景となる「多重債務、うつ病などの自殺関連事象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やスティグマからの脱却や、自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」であり、その場合は「誰かに援助を求めることが最善の方策である」ことを理解することが必要であることを委員間で共有した。岡の述べる「援助希求」の早期からの露呈は、自殺予防において非常に重要な鍵となる。

また、本人が援助希求をするだけでなく、自分の周りにいるかもしれない自殺を考えている人の存在に気づき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き危機に遭遇した場合には適切に専門職に援助を求めるというソーシャルサポートの充実や、課題を抱えた近隣住民を援助し得る決して縛られすぎないゆるやかなソーシャル・キャピタルの醸成も肝要である。

さらに、自殺対策における市民ひとり一人の役割などについて、市民の理解を促進するための教育活動、広報活動などを通した啓発事業を積極的に展開していくことが必要であることなどを委員間で共有した（宮津市 2021）。

ここで、民生児童委員関係者の委員から「実際に知人の自殺を経験したことがあるか？自殺は市民にとって非常に遠い現実的ではないものなのではないか？」という問いかけがあり、委員がそれぞれ、自らの体験を発言した。自殺者に出会ったことはないという意見もあれば、実際に知人が自殺をした経験があるという委員もいた。また、保健所関係者の委員、医師会関係者の委員、警察関係者の委員からは、職務上、自殺の現場に出会った事案についての報告もあった。この発言がきっかけとなり、自殺予防の周知や啓発の重要性が議論されるに至る。

全般に、各回ともに、委員からは活発に意見が交わされ、1 回も発言していない委員はいないとい

う状況で策定委員会は進行していった。

さらに、宮津市における自殺対策の理念と目標も委員間で共有した。その後、自殺対策に関する地域の社会資源を把握し委員間で共有するために、市の事業や地域の様々な活動も把握している。

次に、計画名を決め、審議した。さらに、計画の構成のたたき台を作成し、審議した上で、「基本施策」、「重点施策」などを決定していった。

その際、厚生労働省の『市町村自殺対策計画策定の手引き～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～』なども参照した。同手引きには、自殺対策の基本方針として、以下の5点が示されている。すなわち、①生きることの包括的な支援としての推進、②関連施策との有機的な連携による総合的な対策の展開、③対応の段階に応じたレベルごとの対策の効果的な連動、④実践と啓発を両輪として推進、⑤関係者の役割の明確化と関係者による連携・協働の推進、である（厚生労働省2017）。

同策定委員会の会長であり学識経験者として参加した筆者は、市の地域福祉係長（当時）などと協働して、この5つの基本方針を重視した計画立案に努めた。また、岡の先行研究などを参考にし、ソーシャル・キャピタル（地域におけるつながり）のなかでも、「ゆるやかなつながり」を重視した自殺予防の要素をもちこみ、「生き心地のよいまち」を目指す工夫をした。

4.3 「宮津市自殺対策推進計画」の概要

4.3.1 基本理念と基本方針

次に、策定委員会を経て計画立案した「宮津市自殺対策推進計画～誰ひとり自殺を考えない 生き心地のよいまち 宮津を目指して～」(以下、「宮津市自殺対策推進計画」)の概要について述べる。

同計画の基本理念は、「誰ひとり自殺を考えない 生き心地のよいまち みやづ」である。この理念は、一人ひとりがかげがえのない個人として尊重され、誰ひとり自殺を考えることなく全ての市民がいつまでも安心して生活ができ、生き心地のよい町の実現を目指すための理念である。

基本方針は、以下の4点である。すなわち、(1) 生きることの包括的な支援として推進、(2) 関連施策との連携による総合的な対策の推進、(3) 地域住民や民間団体との協働や地域のつながりを駆使した支援の推進、(4) 実践と啓発を両輪として推進、である。以下にその詳細を記す。

第一の基本方針「生きることの包括的な支援としての推進」は、少子高齢化や核家族化など各年齢期を取り巻く社会状況が大きく変化するなか、社会全体として自殺に追い込まれることは誰にでも起こり得る危機であることを踏まえた方針である。海部町の事例にもあった「自己肯定感」や信頼できる人間関係、危機回避能力などの「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」を、生活苦などの「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いわれて

いる。それゆえ、各世代の自殺の実態などを踏まえた上で、全世代の特性に見合った自殺対策に取り組む必要がある。さらに、阻害要因（「自殺危険因子」）を減らす取り組みに加え、促進要因（「自殺予防因子」）を増やす取り組みも行うことで、自殺リスクを低下させる方向で推進していかなければならない。この「包括的な支援」は、2017年の社会福祉法改正に伴い行われつつある全世代全対象型「包括的支援」にも通ずるものでもある。

第二の基本方針「関連施策との連携による総合的な対策の推進」は、自殺を防ぎ、誰もが安心して生きるためには、精神保健的な支援だけでなく、福祉分野を中心とした社会・経済的な視点を含む包括的な取り組みが重要で、様々な分野の関係者が緊密に連携し、総合的に対策を推進していく必要があることを目指した方針である。

第三の基本方針「地域住民や民間の団体との協働や地域のつながりを駆使した支援の推進」には、岡の先行研究にあった「自殺予防因子」のひとつである「ゆるやかなつながり」やソーシャル・キャピタルに関する先行研究をヒントに、学識経験者の筆者の助言の下に「地域のつながりを駆使した」という文言を入れた。誰ひとり自殺を考えない社会の実現には、市だけでなく、国や府、近隣自治体に関係団体、民間企業、そして市民一人ひとりが連携して対策に取り組む必要がある。また、地域社会との関わりを深めるなかで、自殺を考えている人のサインに気づき、専門家につなぎ見守っていける環境をソーシャル・キャピタルを駆使して構築する必要性もある。

第四の基本方針の「実践と啓発を両輪として推進」は、「現状から見た今後の自殺対策および方向性」の「(3) 自殺対策に対する市民の意識の醸成」に通ずる。自殺に追い込まれることは誰にでも起こり得る危機であり、そうした危機に陥らないよう普段から心の健康づくりを実践できる機会が必要である。一方で、危機に陥った人の心情や背景が理解されにくい現状もある。心情や背景の理解を深めることも含め、誰かに援助を求めることが最善であるということが、地域の共通認識となるよう普及啓発を行う必要がある（宮津市 2021）。

4.3.2 基本施策と重点施策

次に、宮津市自殺対策推進計画の施策体系について述べる。自殺予防に関する施策は、基本方針に基づき、自殺の現状や各種調査などを踏まえて取り組むべき「基本施策」と、宮津市の特徴である勤務問題対策、生活困窮・無職者・失業者対策、高齢者対策、青少年対策と子育て期の若い保護者への支援に絞った「重点施策」に区分されている。

まず、「基本施策」は、以下の7つである。すなわち、基本方針1に対応した(1)各世代ごとのニーズ把握を踏まえた全世代への包括的支援体制の構築、(2)自殺の社会的要因の把握と地域の実態把握および情報共有、(3)自殺リスクの高い人の状況や要因を踏まえた効果的な対策の推進、基本方針2に対応した(4)地域福祉計画が上位計画とされた趣旨を踏まえた分野横断的な総合的対策の推進、

基本方針 3 に対応した (5) 相談・支援体制の周知・充実と人材の育成、(6) つながり大切に生きた心地のよい地域社会とネットワークの構築、基本方針 4 に対応した (7) 心の健康づくりと啓発の周知、である。

学識経験者としては、(4) の「地域福祉計画が上位計画とされた趣旨」に関し、2017 年に社会福祉法が改正され、社会福祉分野の各種行政計画の横串を通す形で地域福祉計画が上位計画となったことを説明し、その下部計画として「自殺対策推進計画」もあるべきであることを示唆した。

基本方針 1 に対応する個別事業としては、いじめ防止対策の推進、産婦健康診査事業、認知症サポーター養成の推進、精神保健医療福祉サービス、心の健康に関する支援などがあげられている。基本方針 2 に関する個別事業としては、地域福祉活動の推進、子ども・子育て支援の推進、高齢者支援の推進、障がい者支援の推進、健康づくりの推進、などがあげられている。基本方針 3 の個別事業としては、民生児童委員による相談援助、ゲートキーパー養成研修会、自殺未遂者への相談支援、自殺予防パンフレット作成と配布、公民館活動の推進、宮津市すこやか大学の運営、などがあげられている。基本方針 4 の個別事業としては、地域サロン活動、居場所づくり事業、グループ・サークル活動の育成支援、地域ささえあいセンターの管理・運営、広報誌による情報発信、街頭啓発、などがあげられている。

また、重点施策として、(1) 勤務問題対策（ワーク・ライフ・バランスの推進、経営相談ほか）、(2) 生活困窮者、無職者、失業者対策（生活困窮者自立支援事業、就学前児童生徒援助事業ほか）、(3) 高齢者対策（高齢者の安全確保、地域包括ケアシステムの充実ほか）、(4) 青少年対策と子育て期の若い保護者への対策（子育て支援センターの充実、子育て総合情報の充実ほか）、があげられている。

なお、計画期間は、2021 年度から 2025 年度までの 5 年間であり、計画策定後の数値目標としての自殺死亡率は、2019 年度の自殺死亡率 11.1 を計画期間満了の 2025 年度までに、0.0 とすることとした。

最後に、宮津市の自殺対策推進計画の推進体制のイメージ図を記載しておく（図 4）。

計画の推進にあたっては、前述の通り、市民・地域・関係機関・民間団体・企業・学校・行政などと連携、協力を図るよう示唆している。

推進体制のイメージ

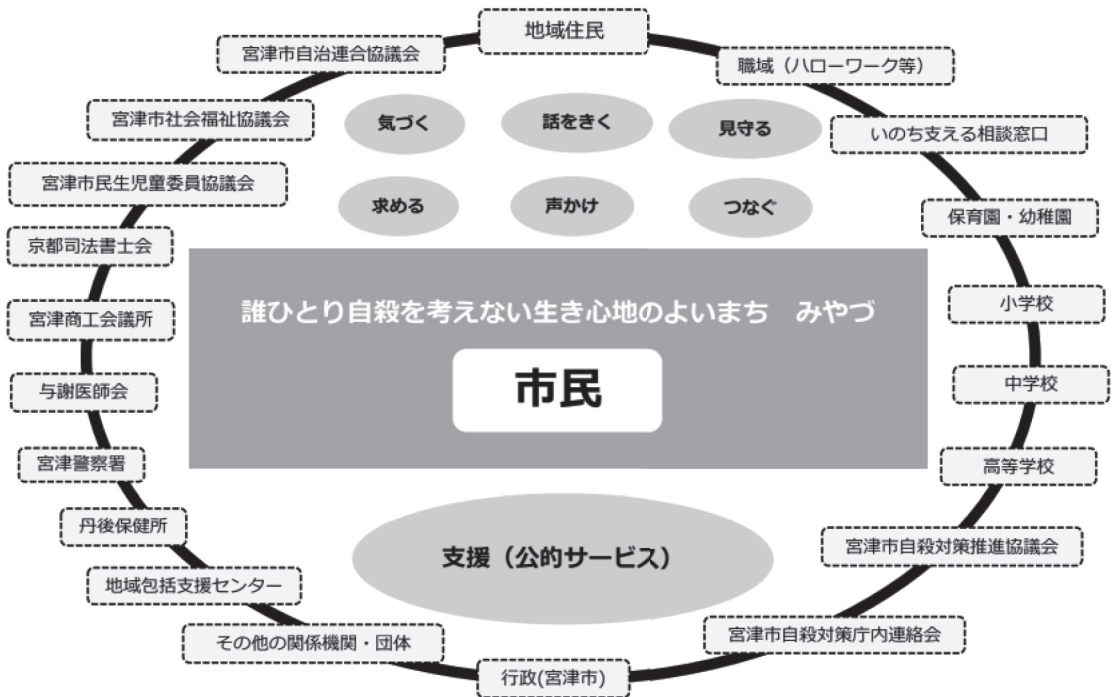


図 4 推進体制のイメージ

(出所) 宮津市 (2021) 『いのち支える宮津市自殺対策推進計画』

5. 結句

5.1 計画策定後の宮津市の自殺予防施策

以上、宮津市の自殺対策推進計画策定の経緯について論考し、学識経験者の委員として岡の先行研究などを踏まえ、ソーシャル・キャピタルの視座からの自殺予防対策の重要性を唱えたことなどを記した。以下に、計画策定後の宮津市の自殺予防施策と推進の実際についても述べておく。

宮津市では、計画の基本方針 1 から基本方針 4 までに共通した取り組みとして、「～いのち支える～相談窓口」を設置し、相談支援体制の充実を図っている。相談窓口は、深刻な悩みを抱えておられる方、うつ病や気持ちが憂鬱な方、心の健康が気になる方、子どもや保護者の方で不安や悩みを抱えている方、育児や子育てで疲れている方、介護で疲れている方、健康が気になる方、児童虐待に関する相談、障害者虐待に関する相談、高齢者虐待に関する相談、ひとり親家庭に関する相談、DV被害

者に関する相談、ひきこもりに関する相談、妊産婦に関する相談、子どもに関する相談、障がいのある方に関する相談、高齢者に関する相談、生活・福祉に関して相談したい方、仕事または経営に関して相談したい方、どこに相談したらいいかわからない方などが対象の自殺予防の総合相談窓口となっている。市民に配布された「いのち支える宮津市自殺対策推進計画～「誰ひとり自殺を考えない 生き心地のよいまち みやづ」を目指して」概要版には、それぞれの相談窓口の名称と相談窓口のある場所、電話番号、相談可能日と相談可能時間などが記されている。各相談窓口は、市独自のものもあれば、国や京都府が開いている相談窓口もある。

宮津市では、その他にも幅広い自殺予防対策が行われている。基本方針通り、全世代において生きることへの包括的な支援を推進するため、年齢期ごとに多くの取り組みがある。たとえば、学齢期のいじめ防止対策の推進や、成人期の産後うつ対応事業、高齢期の敬老会事業などが、その例である。宮津市社会福祉課では、20歳から39歳の有職者・同居人の女性の自殺者が多い理由のひとつが産後うつであると考え、子育て支援や相談機会が必要だとし、産後うつ対策事業も行っている。

さらに、精神疾患などの自殺リスクの高い人への適切な精神医療福祉サービスの利用の支援も「基本施策」に含まれるため、力を入れている。また、相談・支援体制の周知・充実と人材の育成も重視している。たとえば、「いのち支える相談窓口」を開設しているだけでなく、「福祉なんでも相談窓口」や障害児相談支援事業なども行っている。宮津市では、深刻な悩みを抱えている、介護に疲れた、DV被害などの相談内容ごとに様々な相談窓口を設置していることは、既に述べた通りである。

人材育成としては、市職員の研修やゲートキーパー養成研修会を行っている。ゲートキーパーとは、悩んでいる人に気づき声をかけ話を聞いて必要な支援につなげ見守る人のことである。ゲートキーパー養成研修会は、市職員だけでなく保育所や市社会福祉協議会などの職員も参加しており、2021年には125人、令和5年度には49人が受講した。

このほか、地域のつながり（ソーシャル・キャピタル）を大切にするために、公民館活動の推進や、人権教育、障がい者教育の推進、自殺予防パンフレットの作成、配布などを行うことも「基本施策」通りに行っている。資料の配布については全世帯に配布した。

「重点施策」に関しては、勤務問題対策として、ワーク・ライフ・バランスの推進のほか、商工会議所による経営相談なども行っている。生活困窮者・無職者・失業者対策は、自立相談支援事業として生活困窮者自立支援事業の実施のほか、生活保護事務の徹底や、ひとり親家庭に対する就労支援などを行っている。新型コロナウイルス感染症の流行で、自立相談などの件数は増えているが、コロナ禍による倒産は現在のところ宮津市では起きていない。

高齢者対策としては、包括的支援事業の推進や介護予防ケアマネジメント業務、認知症総合支援事業などを行っている。高齢者は、孤立し孤独に陥りやすいため、地域包括ケアシステムと連動した事業の展開が必要であり、同市は、生きることの包括的支援としての施策の推進を図っている。

また、青少年期に受けた心の傷は生涯にわたって影響するといわれているため、青少年対策としていじめ防止対策推進事業や教育支援センター事業も行っている。さらに、高校生を対象とした給付型

奨学金の支給も行っている。宮津市では、小学生の不登校のほか、子どものリストカットや首つり企図といった自殺未遂が確認されている。その原因は、家庭環境に問題があることが多い。その対策として窓口の整備のほか、家庭訪問や見守りを行っている。不登校の子どもなどに、相談できる場所があることを直接伝える手段も自殺予防対策としては必要であり、市内にポスターを貼るなどして啓発や発信に努めている（田中 2024）。

5.2 本研究の限界と今後の課題

市町村の自殺対策推進計画策定にあたっては、既存のプロファイルによるデータを利用した自殺者の傾向をつかむことや、住民を対象とした無作為抽出のアンケート調査、およびワークショップを開催するなどして市民のニーズ把握などを行うべきである。しかし、今回の宮津市自殺対策推進計画策定に関しては、市民を対象とした大規模なアンケート調査やワークショップによる質的なニーズ把握をすることはできなかった。今後の課題である。

また、本稿では、宮津市の自殺対策推進計画策定の経緯しか述べられていないことなどが本研究の限界であり、今後は他地域における自殺予防対策や自殺対策推進計画についても精査していく必要がある。

本稿で参照した岡による先行研究は、自殺の要因を地域性や気候により統計学的に分析し、自殺希少地域における質的研究によって「自殺予防因子」を抽出したものであって、具体的な計画策定の手順を述べたものではない。だが、本論文では、岡の示す「自殺予防因子」のひとつである「ゆるやかなつながり」に着目し、ソーシャル・キャピタルの視座からの自殺予防について、計画策定の段階から示唆しようと試みた。しかし、完全にその目的が果たせたとはいえ切れない部分もある。その点も、今後より研究を深めていかなければならない。

もともと宮津市は、全国平均に比べれば自殺率の低い地域ではあった。しかしながら、計画策定時は、ちょうどコロナ渦の真最中であったこともあり、計画策定後に、コロナ渦による生活苦が原因ではないかと推察される自殺も現認された。計画の目標通りに、自殺率0を目指すことも今後の課題である。

今後は、より生きやすく自殺の少ない「生き心地のよいまち」を目指し、ゆるやかなつながりを醸成しつつ、官民協働のもと自殺予防対策に努め、PDCAサイクルにより次回また立案される自殺対策推進計画につなげていくことが肝要である。

《参考文献》

- (1)赤澤正人(2010) 特集論文「わが国の自殺対策」『人間福祉学研究』3 (1)、関西学院大学、pp. 31-42
- (2)石原明子(2003)「自殺学とは何か―自殺研究の方法と題材―」『精神保健研究 49号 Supplement ～自殺学特集

- ～2003年第16号(通巻49号)別冊』国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、pp.5-12
- (3)伊藤香苗・久永文恵・石原明子(2003)「自殺と性別、セクシャリティ」『精神保健研究49号 Supplement ～自殺学特集～2003年第16号(通巻49号)別冊』国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、pp.27-33
- (4)いのちを支える自殺対策推進センター (<https://jscp.or.jp/overview/course.html> /2023年12月8日閲覧)
- (5)衛藤暢明・川寄弘詔(2017)総説「思春期の自殺の実態と自殺予防に向けた検討」『九州神経精神医学』第63巻第2号
- (6)岡檀(2013)『生き心地の良い町—この自殺率の低さには理由がある』講談社
- (7)河合隼雄(1971)「自殺の象徴的意味について：心理療法の観点から(攻撃・逃避・適応(特集))」『心理学評論』14、pp.67-79
- (8)川島典子(2020)『ソーシャル・キャピタルに着目した包括的支援—結合型SCの「町内会自治会」と橋渡し型SCの「NPO」による介護予防と子育て支援—』晃洋書房
- (9)木下翔太郎・岸本泰士郎(2020)「機械学習を用いた自殺予防の可能性とその問題点」『日本生物学的精神医学会誌』31(3) pp.141-146
- (10)厚生労働省(2006)「4 粗死亡率及び年齢調整死亡率」『心疾患—脳血管疾患死亡統計の概況 人口動態統計特殊報告』
- (11)厚生労働省(2017)『市町村自殺対策計画策定の手引き～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～』
- (12)厚生労働省(2022)『令和4年度版 自殺対策白書』
- (13)厚生労働統計協会(2022)『国民の福祉と介護の動向』p.83
- (14)澤田康幸・崔允禎・菅野早紀(2010)「不況・失業と自殺の関係についての一考察」『日本労働研究雑誌 2010年5月号(No.598)』独立行政法人労働政策研究・研修機構、pp.56-66
- (15)末木新(2017)「自殺の予防と心理学—展望とその課題」*Japanese Psychological Review*, vol. 60, No. 4, pp. 265-276
- (16)末木新(2019)『自殺対策の新しい形：インターネット、ゲートキーパー、自殺予防への態度』ナカニシヤ出版
- (17)高橋あすみ(2020)第43回日本自殺予防学会総会 シンポジウム若者の自殺対策「若者による、若者のための自殺予防対策」『自殺予防と危機介入』第40巻1号
- (18)高橋祥友(2006)『自殺予防』岩波書店
- (19)田中唯翔(2024)「自殺予防に関する一考察—京都府宮津市と徳島県旧海部町の事例を通して—」福知山公立大学卒業論文
- (20)デュルケーム著(=宮島喬訳)(2018)『自殺論』中公文庫
- (21)Putnam, R. D. (1993) *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press (=河田潤一訳(2001)『哲学する民主主義—伝統と改革の市民的構造—』NTT出版)
- (22)Maris R W Berman, A L Silverman M M(2000), *Comprehensive Textbook of Suicidology*
- (23)宮津市(2021)『いのちを支える宮津市自殺対策推進計画～誰ひとり自殺を考えない 生き心地のよいまち み

やづ」を目指して〜』宮津市役所

- (24) 宮津市 市の位置・地形 (<https://www.city.miyazu.kyoto.jp/soshiki/1/4643.html>2023年12月8日閲覧)
- (25) 本橋豊・木津喜雅・吉野さやか (2021) 「「自殺対策」の今—コロナ渦の影響と自治体の方向性」『保健師ジャーナル』77(3)、pp.192-199
- (26) 本橋豊・木津喜雅・吉野さやか (2022) 「解説論文 ロジックモデルを活用した自殺対策のPDCAサイクルの評価に関する研究」『自殺総合政策研究』第3巻第2号、pp.25-34

《注》

(1) 旧海部町は徳島県南端に位置し、人口は約3000人で、現在は海陽町の一部になっている。かつては第一次産業が盛んであったが、現在は過疎化している。1973年から2002年までの30年間のデータから自殺率の平均値を計算したところ、旧海部町の自殺率平均値は8.7であった。旧海部町に隣接する二つの町の値は、それぞれ26.2と29.7である。2002年時の全国の平均値が25.2であることから、旧海部町の自殺率は突出して低く、すべての年齢層で自殺発生が極めて少ない。

(2) 宮津市でも自殺の原因の上位は健康問題や経済問題である。

(3) 社会関係資本と訳されるソーシャル・キャピタルをパットナムは、信頼、規範、ネットワークであると定義している (R. D. Putnam 1993)。論者によって、その定義は様々である。ソーシャル・キャピタルには、いくつかの下位概念がある。

(4) 結合型ソーシャル・キャピタル (Bonding social capital) とは、地縁などに代表される結束の強いつながりを指し、組織内部の人と人の同質的結びつきで内部に信頼や協力を生む一方、排他的で閉鎖的である欠点もある (川島 2020)。

(5) 橋渡し型ソーシャル・キャピタル (Bridging social capital) とは、異質なものを結びつけるものであり、NPO法人などの結びつきが、これに該当する。弱く薄い結びつきではあるものの、開放的かつ横断的で、広い互酬性を生み、外部志向的である (川島 2020)。

(6) 旧海部町は、江戸時代の初期に材木の集積地として飛躍的に隆盛し、短期間に大勢の働き手が必要となり、多くの労働者や職人、商人などが流入した。こうした町の成り立ちが、周辺の農村コミュニティとは異なる地縁血縁の薄いコミュニティを形成したものと考えられる。多くの移住者は、コミュニティ単位ではなく、単独、もしくは家族だけを伴って移住していた。この点も、旧海部町特有のコミュニティの要因になっていると考えられる。人の出入りが激しかったことから、人間関係が膠着せず「ゆるやかな絆」が常態化したと想像できる、と岡は指摘している (岡 2013)。