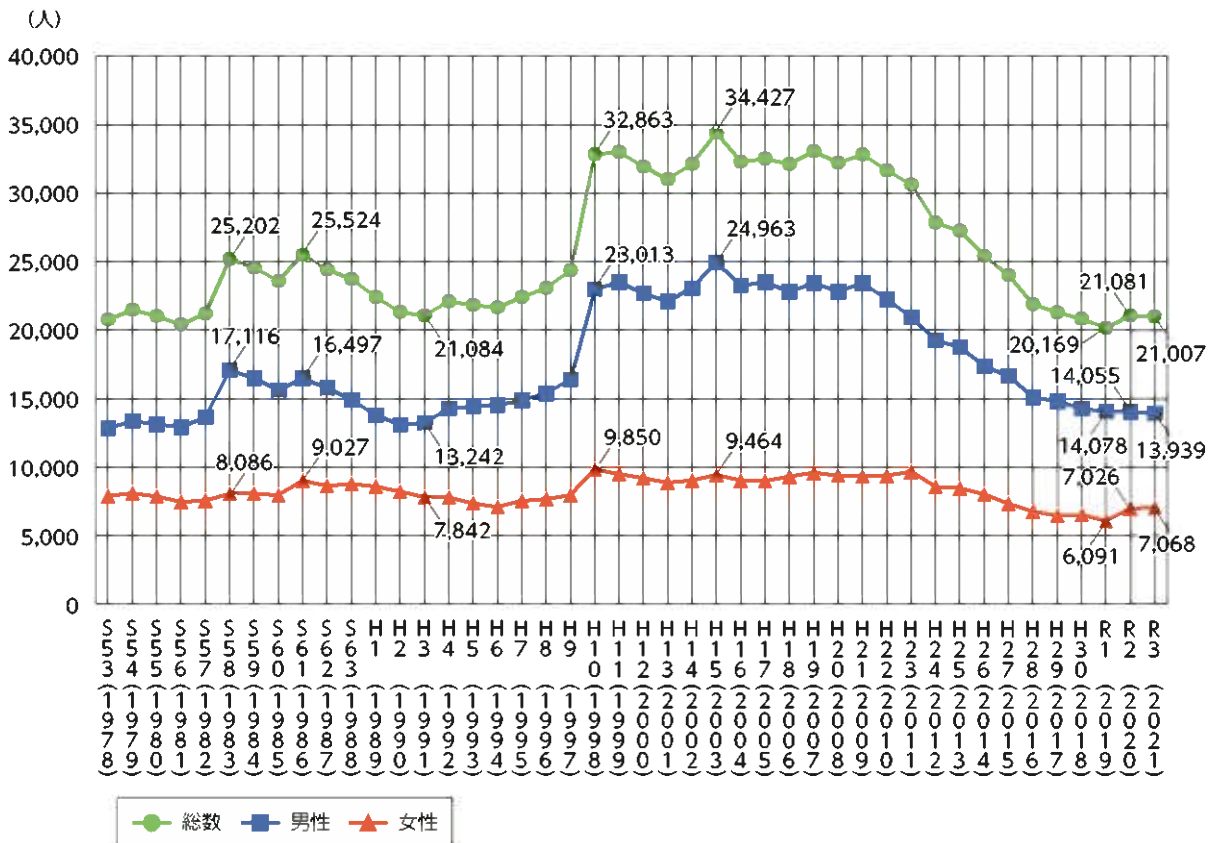


令和 4 年版自殺対策白書（概要）

1 自殺統計に基づく自殺の状況

○我が国の自殺者数は、平成10年に3万2,863人、平成15年には統計開始以来最多の3万4,427人となった。その後平成22年に減少に転じ、令和元年は最少の2万1,699人となった。令和2年は11年ぶりに総数が増加に転じたが、令和3年は2万1,007人と減少した。男性は平成22年以降12年連続で減少、女性は令和2年に続き令和3年も増加した。

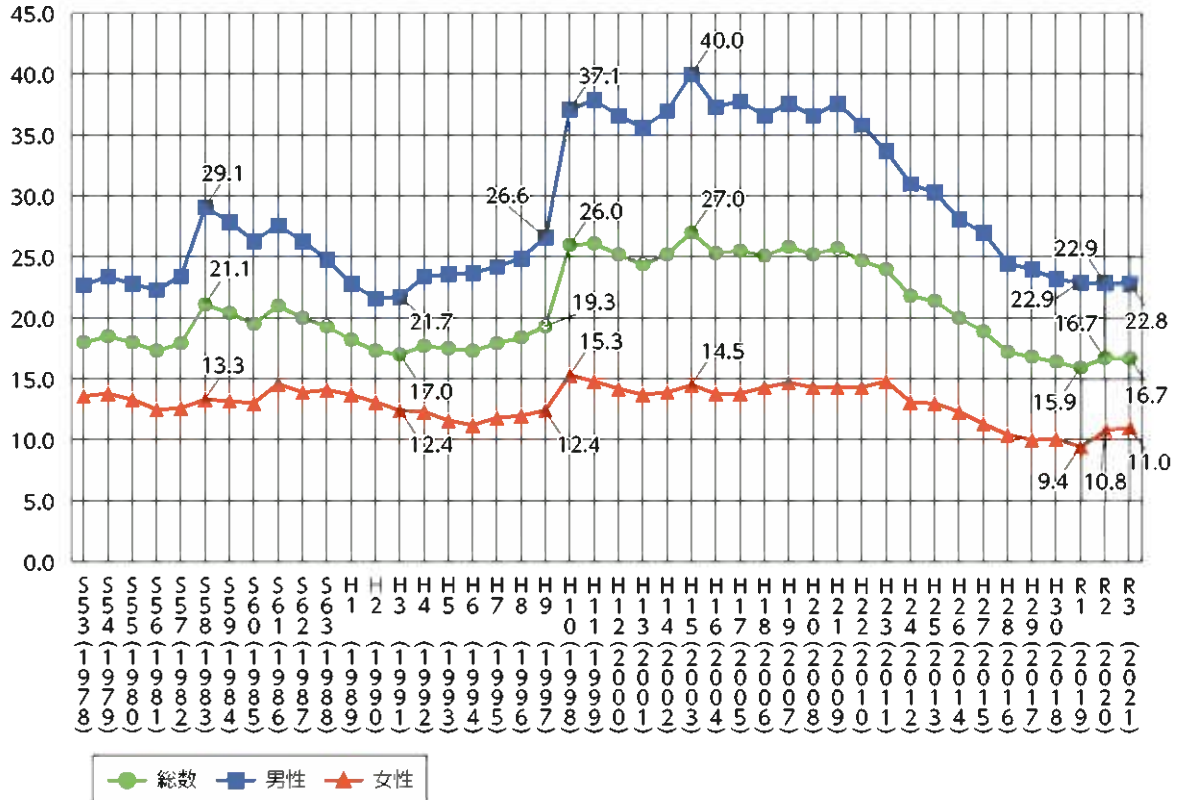
第1-1図 自殺者数の推移（自殺統計）



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

○自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）も自殺者数と同様の傾向であり、平成10年に急上昇し、平成21年まで高い水準が続いていたが、近年は低下を続けていた。令和2年は11年ぶりに上昇し、令和3年は16.7と同水準となった。

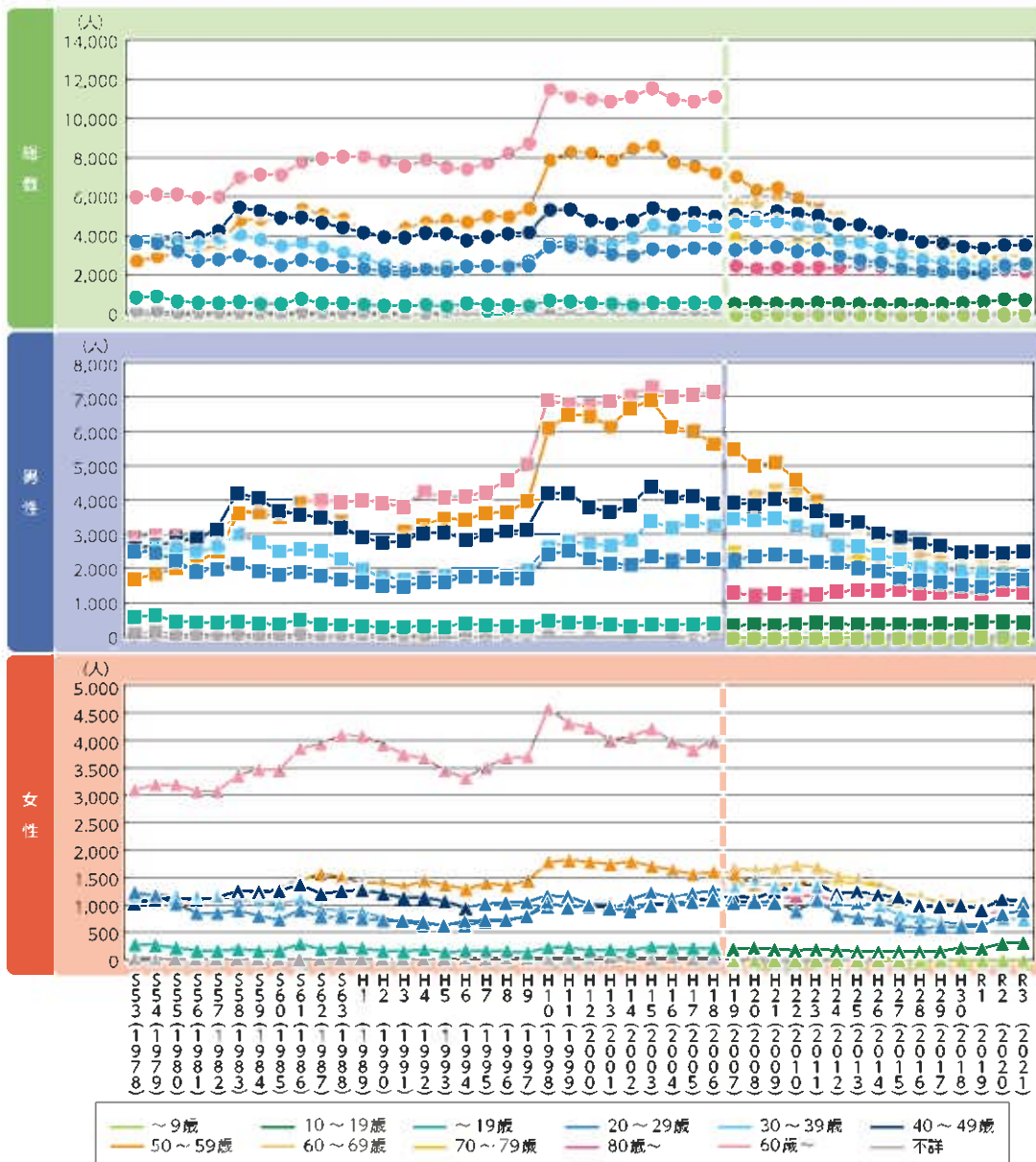
第1-2図 自殺死亡率の推移（自殺統計）



資料：警察庁「自殺統計」、国勢調査実施年は総務省「国勢調査」及び他の年は総務省「人口推計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

○年齢階級別の自殺者数をみると、「40～49歳」、「50～59歳」及び「60～69歳」の自殺者数が多い。

第1-3図 年齢階級別の自殺者数の推移

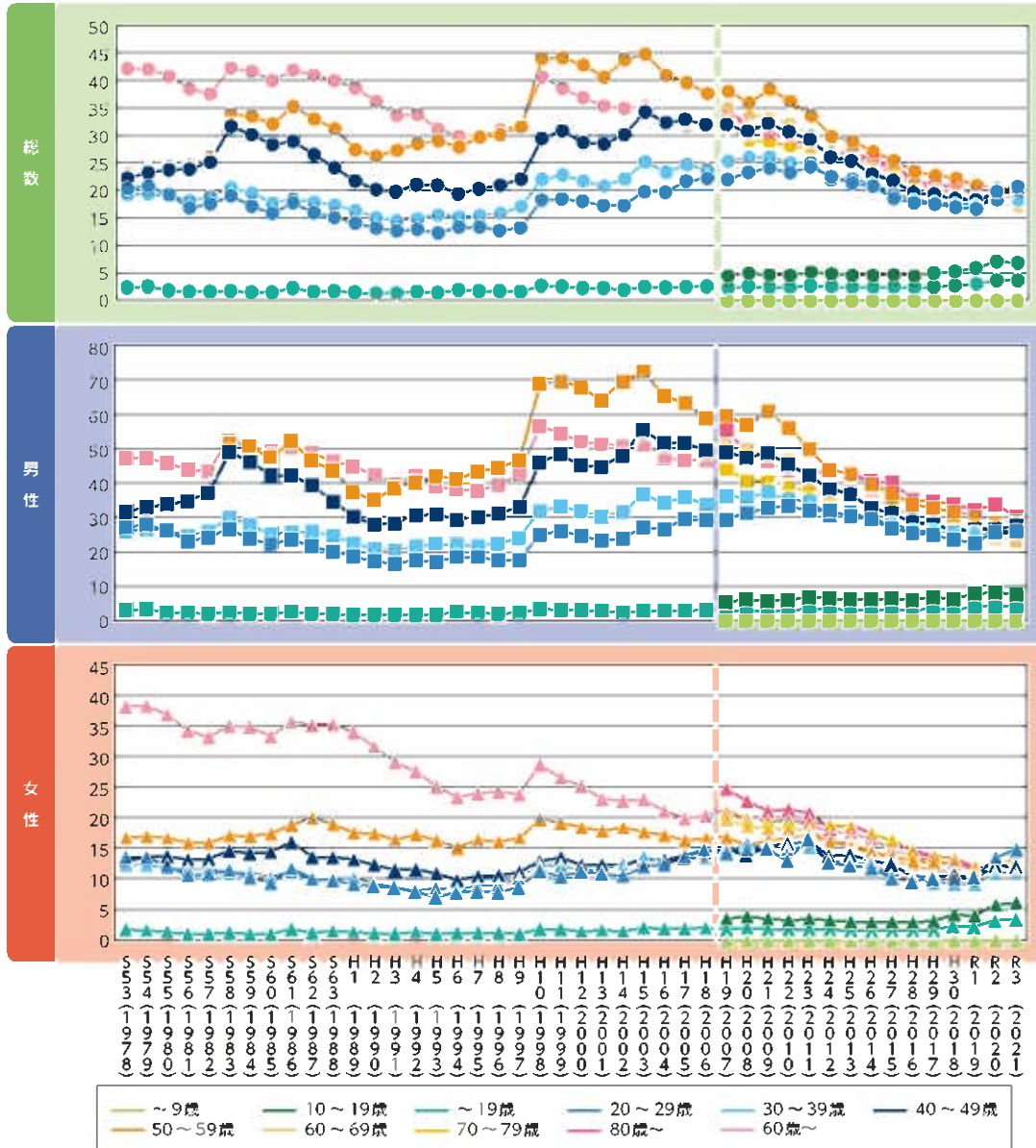


※平成18年までは60歳以上の年齢階級を「60歳～」として計上しているが、平成19年の自殺統計原票改正以降は、「60～69歳」「70～79歳」及び「80歳～」と細分化して計上している。また、「～19歳」をここでは「～9歳」と「10～19歳」に細分化して計上している。

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

○年齢階級別の自殺死亡率をみると、近年では、令和2年に「50～59歳」及び「60～69歳」を除く全ての年齢階級で上昇に転じた。特に、「20～29歳」及び「40～49歳」は令和2年以降2年連続で上昇となり、その中でも「20～29歳」の上昇が比較的大きかった。

第1-4図 年齢階級別の自殺死亡率の推移

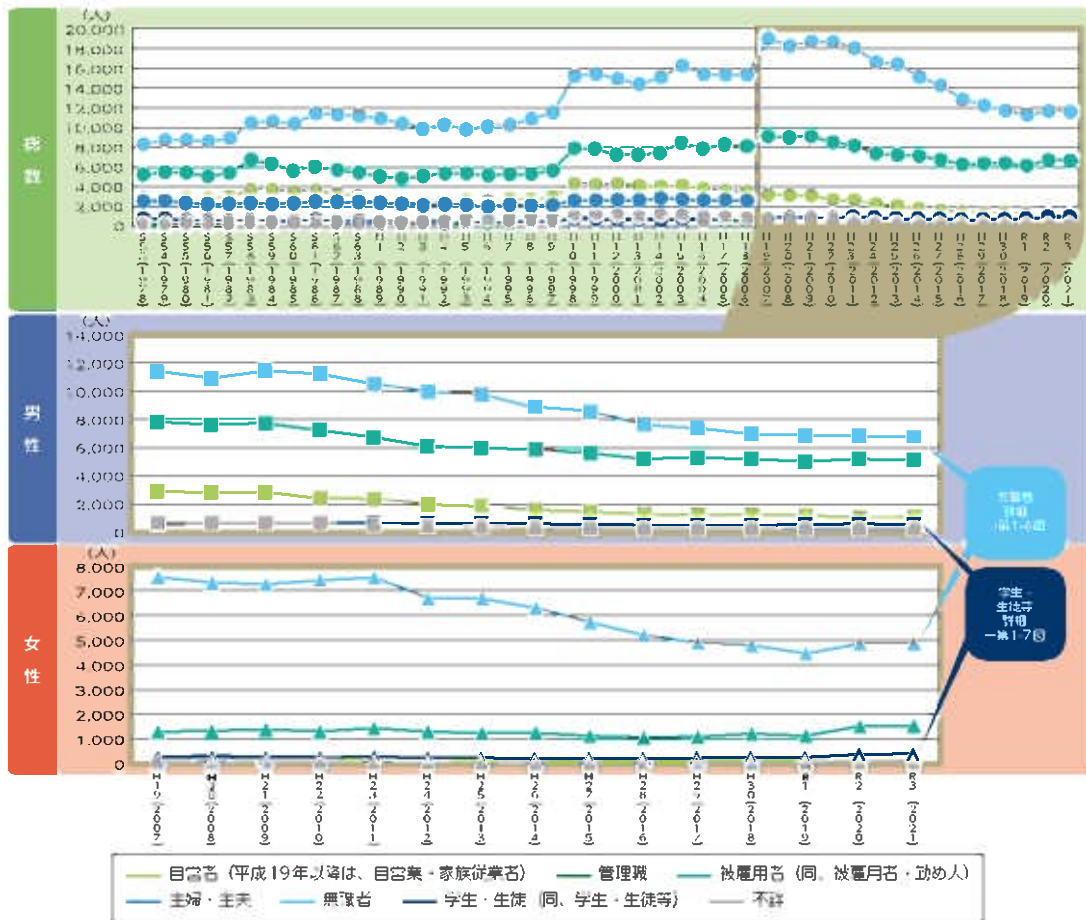


※10歳階級別に比較するため、ここでは「～19歳」を「～9歳」と「10～19歳」に細分化している。

資料：警察庁「自殺統計」、国勢調査実施年は総務省「国勢調査」（2015年以前は年齢不詳の人口をあん分した人口、2020年是不詳補完値）及び他の年は総務省「人口推計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

○自殺の状況を職業別にみる際、平成19年の自殺統計原票改正で職業分類が改められたことから、その前後の推移の比較には注意が必要である。しかし、この改正を考慮しても、昭和53年から「無職者」の自殺者数が最も多く、次に「被雇用者（平成18年以前）」及び「被雇用者・勤め人（平成19年以降）」が続いた。
令和2年は「自営業・家族従業者」以外の「被雇用者・勤め人」、「無職者」及び「学生・生徒等」が増加に転じ、令和3年は令和2年と同様の自殺者数となった。

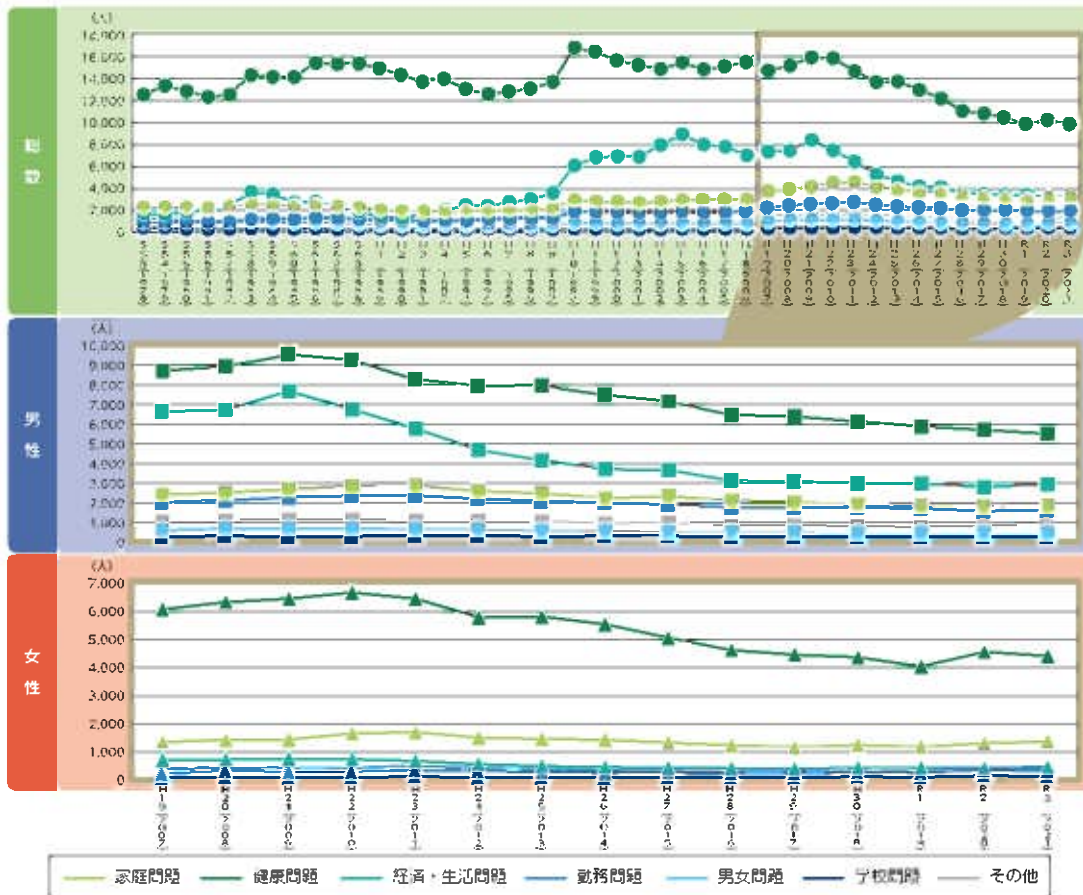
第1-5図 職業別の自殺者数の推移



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

○原因・動機別の自殺の状況については、平成19年の自殺統計から、原因・動機を最大3つまで計上できることとしている。自殺の原因・動機として最も大きい割合を占める「健康問題」は平成10年から高い水準を続けていたが、平成22年以降は減少傾向にあり、令和3年は統計開始以来最少の9,860人となった。次いで多い「経済・生活問題」は平成10年に急増以降増加が続き、平成15年は8,897人となり、平成21年以降は減少した。「家庭問題」及び「勤務問題」は、平成10年以降緩やかに増加を続けたが、平成23年を境に減少に転じ、おおむね横ばいで推移した。

第1-8図 原因・動機別の自殺者数の推移

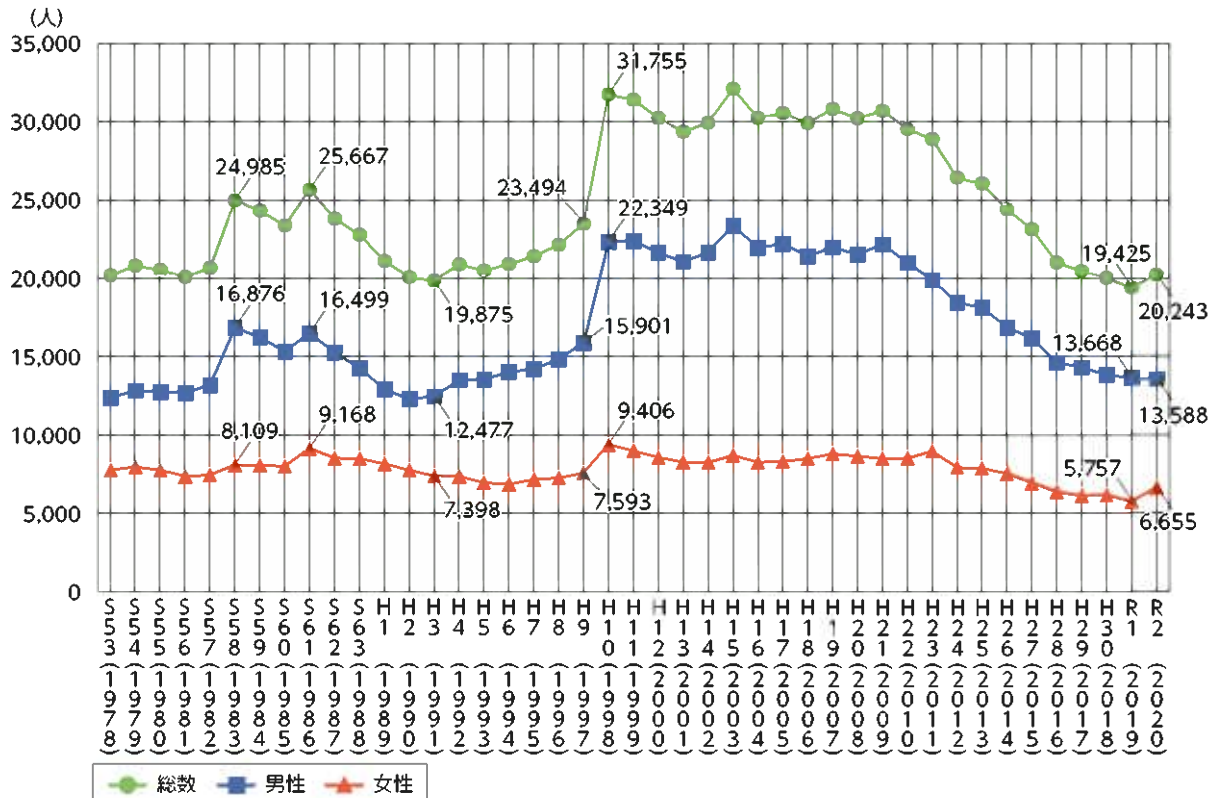


資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

2 人口動態統計に基づく自殺の状況

○厚生労働省の人口動態統計¹による自殺者数の推移をみると、平成10年に急増して以降3万人前後で推移していたが、平成22年以降は減少を続け、令和元年は1万9,425人となった。しかし、令和2年は20,243人と11年ぶりの増加となった。

第1-9図 自殺者数の推移（人口動態統計）

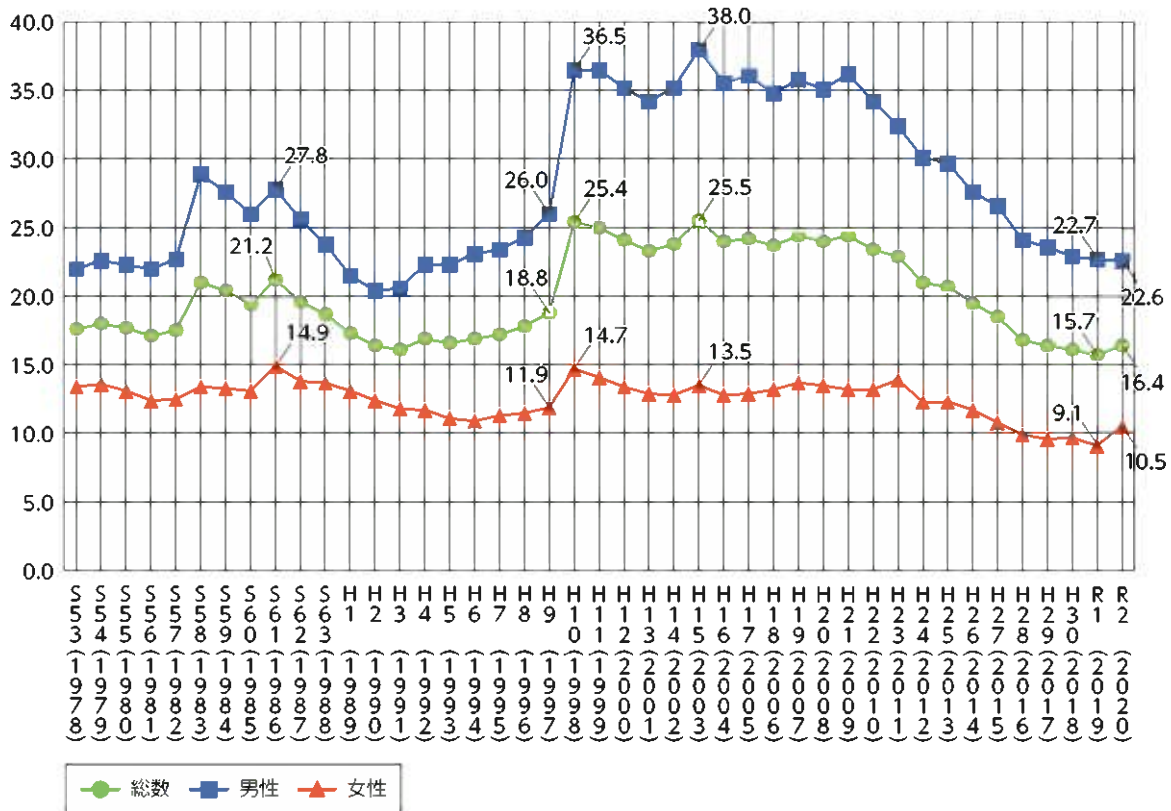


資料：厚生労働省「人口動態統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

1 参考：厚生労働省「人口動態統計」と警察庁「自殺統計」の違い
 ① 日本における外国人の取扱いの差異：「自殺統計」は、日本における日本人及び日本における外国人の自殺者数としているのに対し、「人口動態統計」は日本における日本人のみの自殺者数としている。
 ② 調査時点の差異：「自殺統計」は、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計上しているのに対し、「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原因不明の死亡等で処理しており、後日原因が判明して死亡診断書等の作成者から自殺の旨訂正報告があった場合は、遡って自殺に計上している。
 ③ 計上地点の差異：「自殺統計」は、発見地に計上しているのに対して、「人口動態統計」は、住所地に計上している。

○自殺死亡率は平成15年をピークとして高い水準が続いていた。平成22年以降は低下傾向となったものの、令和2年は上昇に転じた。

第1-10図 自殺死亡率の推移（人口動態統計）



資料：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

○年齢階級別に令和2年の死因順位をみると、5歳階級でみた10歳から39歳までの死因の第1位が「自殺」となった。「15～19歳」、「20～24歳」及び「25～29歳」の年齢階級では死因の半数以上が「自殺」によるものであった。

第1-11表 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²、構成割合

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			

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	64	2.3	26.0	悪性新生物<腫瘍>	40	1.5	16.3	不慮の事故	35	1.3	14.2			
15～19歳	自殺	397	13.8	48.7	不慮の事故	177	6.1	21.7	悪性新生物<腫瘍>	69	2.4	8.5			
20～24歳	自殺	829	27.5	55.8	不慮の事故	229	7.6	15.4	悪性新生物<腫瘍>	97	3.2	6.5			
25～29歳	自殺	787	25.9	52.8	不慮の事故	161	5.3	10.8	悪性新生物<腫瘍>	138	4.5	9.3			
30～34歳	自殺	859	26.5	43.8	悪性新生物<腫瘍>	232	7.2	11.8	不慮の事故	201	6.2	10.2			
35～39歳	自殺	934	25.4	33.8	悪性新生物<腫瘍>	406	11.0	14.7	心疾患	277	7.5	10.0			
40～44歳	自殺	1,130	26.9	23.4	悪性新生物<腫瘍>	852	20.3	17.7	心疾患	662	15.7	13.7			
45～49歳	悪性新生物<腫瘍>	1,947	39.6	21.9	心疾患	1,407	28.6	15.8	自殺	1,262	25.7	14.2			
50～54歳	悪性新生物<腫瘍>	3,421	79.0	27.0	心疾患	2,103	48.6	16.6	自殺	1,201	27.7	9.5			
55～59歳	悪性新生物<腫瘍>	6,241	159.5	33.7	心疾患	3,014	77.0	16.3	脳血管疾患	1,392	35.6	7.5			
60～64歳	悪性新生物<腫瘍>	11,224	308.4	40.0	心疾患	3,993	109.7	14.2	脳血管疾患	1,962	53.9	7.0			

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	自殺	58	2.2	32.2	悪性新生物<腫瘍>	42	1.6	23.3	不慮の事故	18	0.7	10.0			
15～19歳	自殺	244	8.9	54.7	不慮の事故	53	1.9	11.9	悪性新生物<腫瘍>	41	1.5	9.2			
20～24歳	自殺	414	14.3	59.6	不慮の事故	57	2.0	8.2	悪性新生物<腫瘍>	55	1.9	7.9			
25～29歳	自殺	385	13.2	50.9	悪性新生物<腫瘍>	97	3.3	12.8	不慮の事故	56	1.9	7.4			
30～34歳	自殺	333	10.7	35.4	悪性新生物<腫瘍>	263	8.4	27.9	不慮の事故	49	1.6	5.2			
35～39歳	悪性新生物<腫瘍>	606	17.1	37.1	自殺	389	11.0	23.8	心疾患	91	2.6	5.6			
40～44歳	悪性新生物<腫瘍>	1,288	31.7	45.1	自殺	448	11.0	15.7	心疾患、脳血管疾患	197	4.9	6.9			
45～49歳	悪性新生物<腫瘍>	2,605	54.7	49.9	自殺	582	12.2	11.2	脳血管疾患	439	9.2	8.4			
50～54歳	悪性新生物<腫瘍>	3,842	90.6	53.9	脳血管疾患	594	14.0	8.3	自殺	545	12.9	7.6			
55～59歳	悪性新生物<腫瘍>	5,216	133.9	57.8	脳血管疾患	615	15.8	6.8	心疾患	580	14.9	6.4			
60～64歳	悪性新生物<腫瘍>	7,030	189.3	56.4	心疾患	992	26.7	8.0	脳血管疾患	821	22.1	6.6			

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

資料：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

2 「死亡率」とは、人口10万人当たりの死亡数をいう。また、死因順位の分類は人口動態統計と同様、死因簡単分類表を用いた。

3 令和3年の主要な自殺の状況

○自殺者数は前年に比べて74人減少、男性は116人減少、女性は42人増加となった。年齢階級別では「50～59歳」、「40～49歳」、「70～79歳」の順で多くなった。職業別では「無職者」、「被雇用者・勤め人」、「自営業・家族従業者」、「学生・生徒等」と続く。無職者の内訳をみると、「年金・雇用保険等生活者」がその半数を占めていた。学生・生徒等の内訳をみると、「大学生」が最も多くなった。原因・動機別にみると、「健康問題」、「経済・生活問題」、「家庭問題」の順が多くなった。

第1-13表 令和3年の分類別にみた自殺者数と前年比較及び構成割合

総数	(前年比)	男性	(前年比)	女性	(前年比)	全体	■：男性 ■：女性	
21,007	(-74)	13,939	(-116)	7,068	(+42)		66.4%	33.6%
総数	(前年比)	男性	(前年比)	女性	(前年比)	年齢階級	■：男性 ■：女性	
750	(-27)	426	(-40)	324	(+13)	～19歳	56.8%	43.2%
2,611	(+90)	1,699	(+15)	912	(+75)	20～29歳	65.1%	34.9%
2,554	(-56)	1,810	(-36)	744	(-20)	30～39歳	70.9%	29.1%
3,575	(+7)	2,519	(+53)	1,056	(-46)	40～49歳	70.5%	29.5%
3,618	(+193)	2,492	(+121)	1,126	(+72)	50～59歳	68.9%	31.1%
2,637	(-158)	1,741	(-118)	896	(-40)	60～69歳	66.0%	34.0%
3,009	(-17)	1,892	(-20)	1,117	(+3)	70～79歳	62.9%	37.1%
2,214	(-91)	1,323	(-82)	891	(-9)	80歳～	59.8%	40.2%
39	(-15)	37	(-9)	2	(-6)	不詳	94.9%	5.1%
総数	(前年比)	男性	(前年比)	女性	(前年比)	職業	■：男性 ■：女性	
1,298	(+32)	1,135	(+41)	163	(-9)	自営業・家族従業者	87.4%	12.6%
6,692	(-50)	5,143	(-65)	1,549	(+15)	被雇用者・勤め人	76.9%	23.1%
1,031	(-8)	622	(-30)	409	(+22)	学生・生徒等	50.3%	39.7%
11	(-3)	4	(0)	7	(-3)	小学生	36.4%	63.6%
148	(+2)	74	(-3)	74	(+5)	中学生	50.0%	50.0%
314	(-25)	169	(-30)	145	(+5)	高校生	53.8%	46.2%
434	(+19)	298	(+1)	136	(+18)	大学生	68.7%	31.3%
124	(-1)	77	(+2)	47	(-3)	専修学校生等	62.1%	37.9%
11,639	(-79)	6,753	(-89)	4,886	(+10)	無職者	58.0%	42.0%
1,136	(-32)	0	(0)	1,136	(-32)	主婦	100.0%	
636	(0)	541	(-1)	95	(+1)	失業者	85.1%	14.9%
49	(+7)	35	(+2)	14	(+5)	利子・配当・家賃等生活者	71.4%	28.6%
5,001	(-100)	3,043	(-67)	1,958	(-33)	年金・雇用保険等生活者	60.8%	39.2%
30	(+4)	30	(+6)	0	(-2)	浮浪者	100.0%	
4,787	(+42)	3,104	(-29)	1,683	(+71)	その他の無職者	64.8%	35.2%
347	(+31)	286	(+27)	61	(+4)	不詳	82.4%	17.6%
総数	(前年比)	男性	(前年比)	女性	(前年比)	原因・動機	■：男性 ■：女性	
3,200	(+72)	1,843	(+7)	1,357	(+65)	家庭問題	57.6%	42.4%
9,860	(-335)	5,485	(-191)	4,375	(-144)	健康問題	55.6%	44.4%
3,376	(+160)	2,922	(+131)	454	(+29)	経済・生活問題	86.6%	13.4%
1,935	(+17)	1,628	(+37)	307	(-20)	勤務問題	84.1%	15.9%
797	(-2)	451	(-11)	346	(+9)	男女問題	56.6%	43.4%
370	(-35)	246	(-7)	124	(-28)	学校問題	66.5%	33.5%
1,302	(+81)	915	(+99)	387	(-18)	その他	70.3%	29.7%

注) 遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としているため、原因・動機特定者の原因・動機別の和と原因・動機特定者数(令和3年は15,093人)とは一致しない。

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

○年齢階級及び職業別の構成をみると、総数・男女ともに高齢層の無職者による自殺が多かったことがわかる。構成比では、「～19歳」は「学生・生徒等」の割合が高い。男性は「20～29歳」、「30～39歳」及び「40～49歳」で「被雇用者・勤め人」の割合が半数以上を占めており、女性は30歳以上の全ての年齢階級で「無職者」が半数を超えていた。

第1-14表 令和3年の年齢階級及び職業別に見た自殺者数と構成割合

	自営業・ 家族従業者	被雇用者・ 勤め人	学生・ 生徒等	無職者	不詳	計	職業別構成割合			
							自営業・ 家族従業者	被雇用者・ 勤め人	学生・ 生徒等	無職者
総 数	1,298	6,692	1,031	11,639	347	計	6.2%	31.9%	59.4%	
	0	82	589	79	0	～19歳	10.9%		78.5%	10.5%
	40	1,312	427	798	34	20～29歳		50.2%	15.3%	30.6%
	144	1,328	14	1,012	56	30～39歳	5.6%	52.0%		39.8%
	284	1,700	1	1,516	74	40～49歳	7.9%	47.8%		42.4%
	301	1,469	0	1,768	80	50～59歳	1.2%	40.6%		41.9%
	263	583	0	1,752	39	60～69歳	10.0%	22.1%		66.4%
	203	187	0	2,599	20	70～79歳	6.7%			86.4%
	63	31	0	2,114	6	80歳～	2.8%			91.5%
0	0	0	1	38	不詳	2.6%			97.4%	
男 性	1,135	5,143	622	6,753	286	計	8.1%	35.9%	48.4%	
	0	56	325	45	0	～19歳	13.1%		76.3%	10.5%
	36	902	285	450	26	20～29歳		53.1%	16.8%	26.5%
	124	1,021	11	613	41	30～39歳	6.9%	56.4%		33.9%
	262	1,348	1	849	59	40～49歳	19.0%	52.5%		31.7%
	260	1,162	0	998	72	50～59歳	19.4%	46.6%		40.0%
	229	477	0	1,005	30	60～69歳	13.2%	27.4%		57.7%
	172	154	0	1,550	16	70～79歳	9.1%			81.9%
	52	23	0	1,242	6	80歳～	2.9%			93.9%
0	0	0	1	36	不詳	2.7%			97.3%	
女 性	163	1,549	409	4,886	61	計	2.9%	51.1%	89.1%	
	0	26	264	34	0	～19歳	8.0%		81.5%	10.4%
	4	410	142	348	8	20～29歳		45.0%	15.6%	38.2%
	20	307	3	399	15	30～39歳	2.2%	41.3%		53.8%
	22	352	0	667	15	40～49歳	2.1%	33.3%		63.2%
	41	307	0	770	8	50～59歳	3.6%	27.3%		66.4%
	34	106	0	747	9	60～69歳	3.5%	11.8%		83.4%
	31	33	0	1,049	4	70～79歳	2.9%			92.9%
	11	8	0	872	0	80歳～	1.2%			97.9%
0	0	0	0	2	不詳	0.3%			100.0%	

注) 遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としているため、原因・動機特定者の原因・動機別の和と原因・動機特定者数(令和3年は15,093人)とは一致しない。

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

○年齢階級及び原因・動機別の構成をみると、総数・男女ともに全ての年齢階級で「健康問題」による自殺者数が多くなった。構成比では、男女ともに年齢階級が上がるにつれて「健康問題」の割合が高くなる傾向にある。

第1-15表 令和3年の年齢階級及び原因・動機別にみた自殺者数と構成割合

	家庭問題	健康問題	経済・生活問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他	計	構成割合					
									家庭問題	健康問題	経済・生活問題	勤務問題	男女問題	学校問題
総数	3,200	9,860	3,376	1,935	797	370	274	計	16.2%	49.8%	17.0%	10.0%	1.7%	5.4%
	118	199	11	30	59	197	13	～19歳	18.8%	31.7%	17.2%	16.7%	1.7%	31.4%
	257	842	413	402	300	166	28	20～29歳	35.0%	17.2%	16.7%	1.7%	1.7%	
	415	908	515	401	212	7	26	30～39歳	16.7%	36.8%	20.7%	1.7%	1.7%	
	613	1,520	751	502	131	0	43	40～49歳	17.2%	42.7%	21.7%	1.7%	1.7%	
	626	1,655	832	419	67	0	50	50～59歳	17.2%	45.4%	22.8%	1.7%	1.7%	
	332	1,450	518	136	16	0	24	60～69歳	13.4%	58.6%	20.9%	1.7%	1.7%	
	471	1,889	261	39	9	0	45	70～79歳	17.4%	69.6%	8.5%	1.7%	1.7%	
	368	1,396	74	6	3	0	45	80歳～	19.5%	73.8%	4.5%	1.7%	1.7%	
0	1	1	0	0	0	0	不詳	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
男性	1,843	5,485	2,922	1,628	451	246	171	計	14.5%	43.0%	22.9%	10.0%	7.4%	
	69	86	9	25	34	124	9	～19歳	19.4%	24.2%	21.3%	1.7%	34.8%	
	137	400	355	319	150	117	20	20～29歳	26.7%	23.7%	21.3%	1.7%	1.7%	
	245	491	459	337	125	5	15	30～39歳	29.3%	27.4%	20.1%	1.7%	1.7%	
	391	873	663	440	74	0	35	40～49歳	35.3%	26.8%	17.8%	1.7%	1.7%	
	348	936	717	352	44	0	20	50～59歳	36.7%	29.7%	14.6%	1.7%	1.7%	
	187	807	458	114	13	0	16	60～69歳	11.7%	50.6%	23.7%	1.7%	1.7%	
	268	1,085	213	35	8	0	34	70～79歳	15.3%	66.0%	13.0%	1.7%	1.7%	
	198	806	47	6	3	0	22	80歳～	18.3%	74.5%	3.5%	1.7%	1.7%	
0	1	1	0	0	0	0	不詳	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%		
女性	1,357	4,375	454	307	346	124	103	計	19.2%	61.9%	7.4%	10.0%	1.7%	
	49	113	2	5	25	73	4	～19歳	16.1%	41.7%	26.9%	1.7%	1.7%	
	120	442	58	83	150	49	8	20～29歳	13.2%	46.6%	16.5%	1.7%	1.7%	
	170	417	56	64	87	2	11	30～39歳	21.1%	51.7%	10.8%	1.7%	1.7%	
	222	647	88	62	57	0	8	40～49歳	20.5%	59.7%	9.1%	1.7%	1.7%	
	278	719	115	67	23	0	30	50～59歳	22.6%	58.4%	9.3%	1.7%	1.7%	
	145	643	60	22	3	0	8	60～69歳	16.5%	73.0%	6.5%	1.7%	1.7%	
	203	804	48	4	1	0	11	70～79歳	19.0%	75.1%	4.5%	1.7%	1.7%	
	170	590	27	0	0	0	23	80歳～	21.0%	72.8%	3.3%	1.7%	1.7%	
0	0	0	0	0	0	0	不詳	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%		

注) 遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としているため、原因・動機特定者の原因・動機別の和と原因・動機特定者数(令和3年は15,093人)とは一致しない。

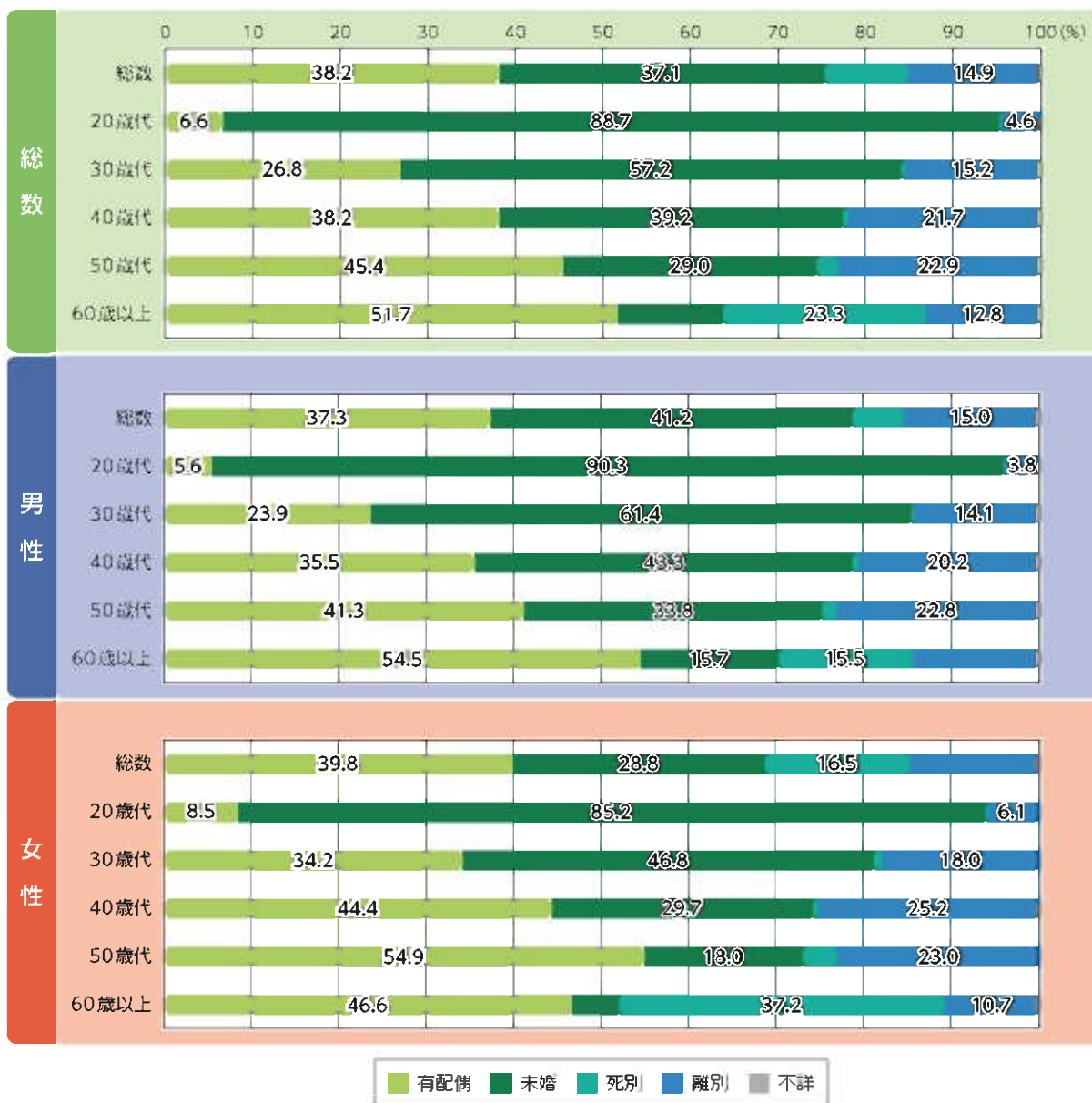
注) 原因・動機が特定出来なかった数(不詳)については除く。

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

4 令和3年の詳細な自殺の状況

○配偶関係別の自殺者数の構成割合をみると、「有配偶」と「未婚」が高く、次いで「離別」、「死別」が続く。男女別にみると、男性は「未婚」が最も高く、女性は「有配偶」が最も高い。

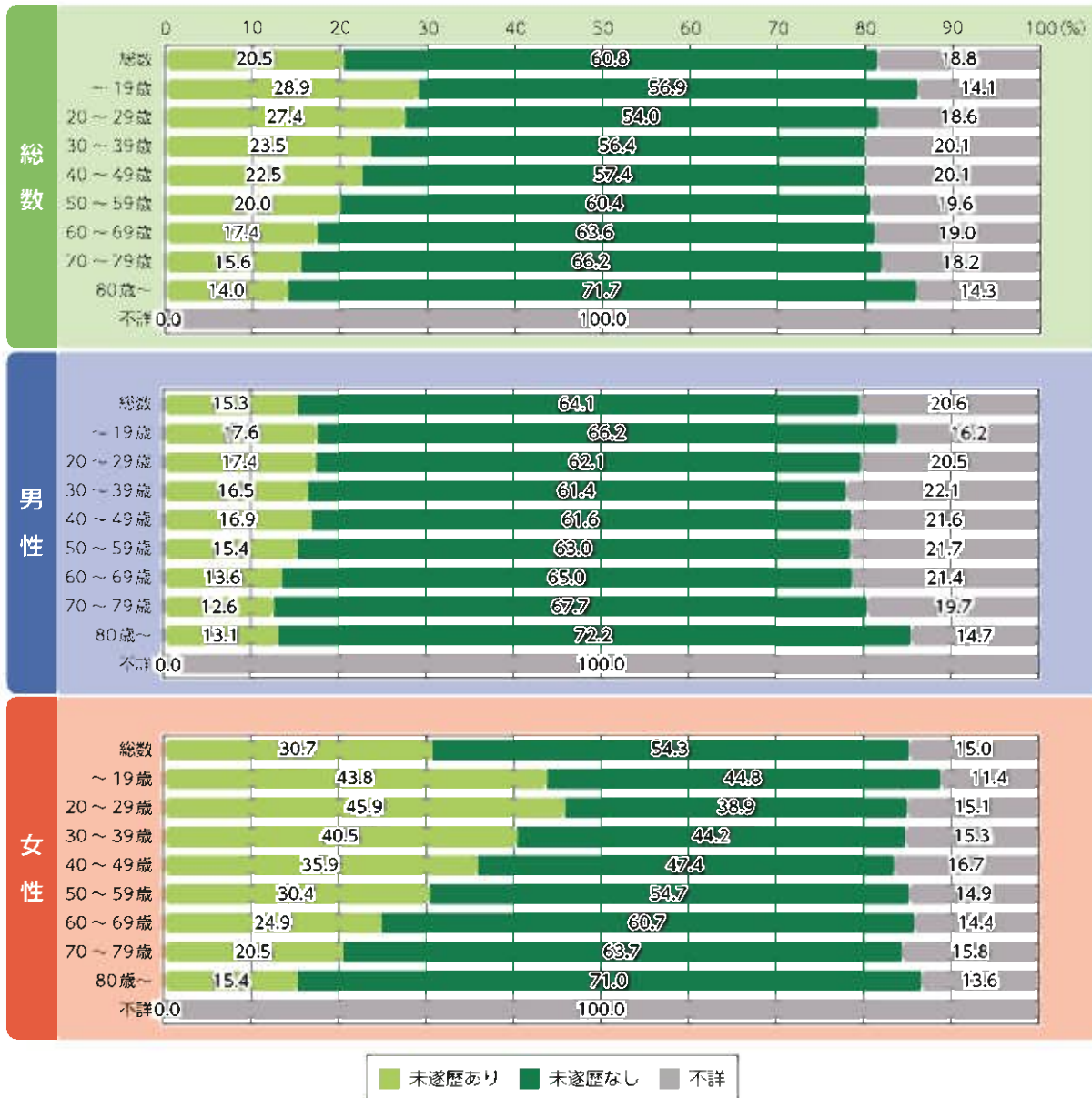
第1-20図 令和2年の年齢階級及び配偶関係別にみた自殺者の構成割合(人口動態統計)



資料：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

○令和3年の自殺未遂歴の有無別の自殺の状況を見ると、「未遂歴あり」は全体の2割であった。女性の「未遂歴あり」は、男性の約2倍となっていた。

第1-21図 令和3年の年齢階級及び自殺未遂歴の有無別にみた自殺者の構成割合

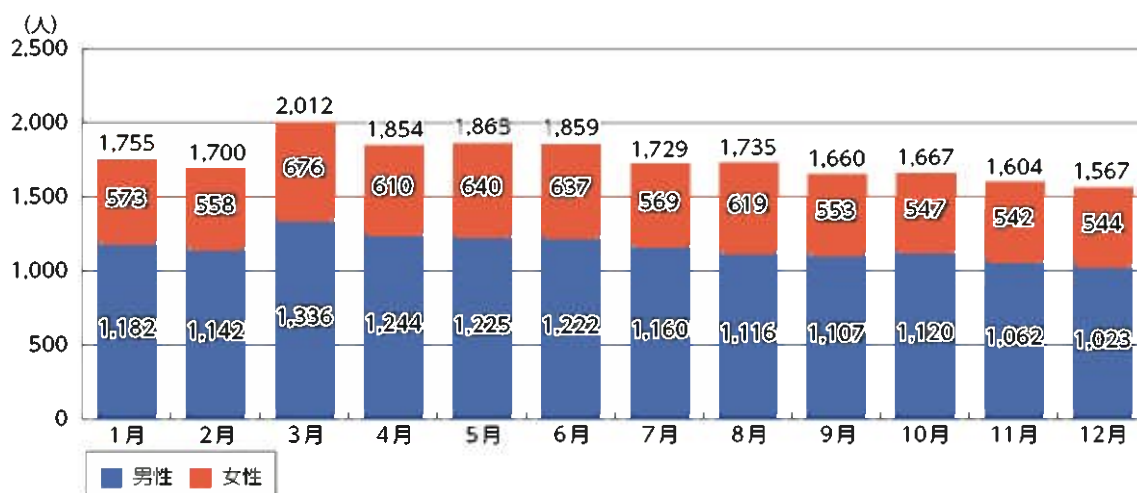


資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

5 令和3年の月別・曜日別の自殺の状況

○令和3年の自殺者数を月別にみると、男女ともに「3月」が最も多く、男性は次いで「4月」、「5月」となり、女性は「5月」、「6月」となった。

第1-23図 令和3年の月別自殺者数

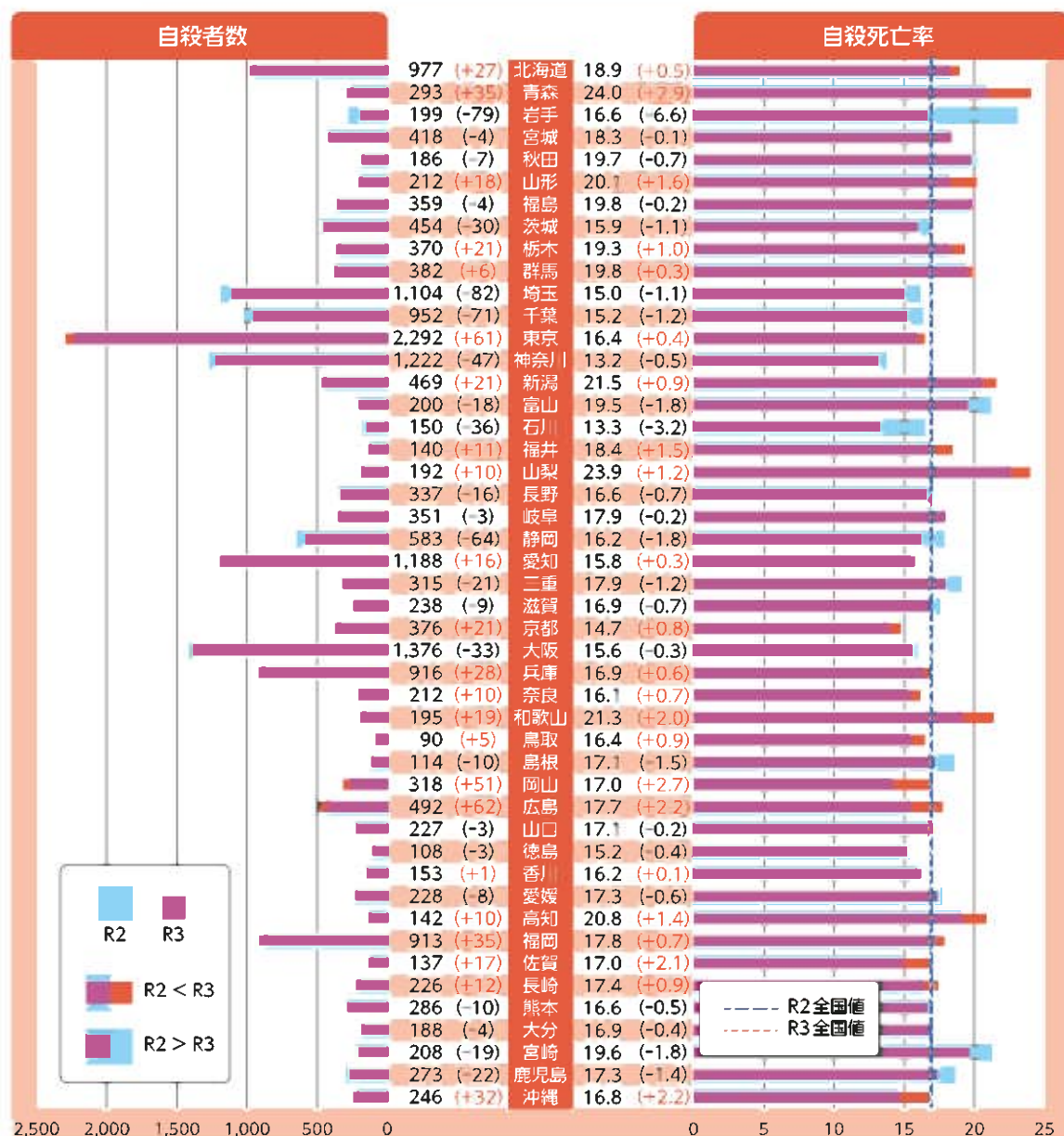


資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

6 令和3年の都道府県別の自殺の状況

- 都道府県別の自殺者数は「東京都」、「大阪府」、「神奈川県」の順に多かった。令和2年の自殺者数と比較してみると、23都道府県で増加がみられ、24府県では減少がみられた。
- 都道府県別の10万人当たり自殺死亡率では「青森県」、「山梨県」、「新潟県」の順に高くなった。

第1-27図 令和3年の都道府県別に見た自殺者数及び自殺死亡率（前年比較）



資料：警察庁「自殺統計」、総務省「国勢調査」及び総務省「人口推計（令和3年10月1日現在）」より厚生労働省自殺対策推進室作成

○令和3年における東日本大震災に関連する自殺³の状況について、総数は6人で、前年に比べ1人増加した。県別にみると、「岩手県」は横ばい、「宮城県」は3人増加、「福島県」は2人減少した。

第1-28表 東日本大震災に関連する自殺者数の推移

1. 全国合計及び男女別

	合計	男	女
平成23年	55	42	13
平成24年	24	18	6
平成25年	38	23	15
平成26年	22	11	11
平成27年	23	13	10
平成28年	22	15	7
平成29年	26	17	9
平成30年	9	8	1
令和元年	16	10	6
令和2年	5	2	3
令和3年	6	2	4

2. 年齢（10歳階級）別

	～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳～	不詳
平成23年	1	4	4	4	11	19	7	5	0
平成24年	0	2	4	3	5	5	2	3	0
平成25年	0	4	3	6	13	2	3	7	0
平成26年	1	1	1	4	5	7	2	1	0
平成27年	0	1	0	4	2	5	7	4	0
平成28年	0	1	5	4	4	5	2	1	0
平成29年	2	2	2	2	12	3	2	1	0
平成30年	0	1	1	1	1	0	3	2	0
令和元年	1	1	2	0	3	6	3	0	0
令和2年	0	0	0	1	0	1	2	1	0
令和3年	0	0	1	1	2	1	1	0	0

3. 職業別

	自営業・ 家族従業 者	被雇用者 ・勤め人	計	無職							不詳
				学生・ 生徒等	小計	無職者					
						主婦	失業者	利子・配当・ 家賃等生活者	年金・雇用保 険等生活者	その他の 無職者	
平成23年	10	13	32	1	31	3	6	0	14	8	0
平成24年	3	5	16	0	16	0	3	0	7	6	0
平成25年	1	10	27	0	27	6	3	0	7	11	0
平成26年	1	3	18	1	17	3	1	0	6	7	0
平成27年	2	3	18	1	17	1	0	2	10	4	0
平成28年	1	8	13	0	13	2	3	0	7	1	0
平成29年	2	4	19	1	18	3	1	0	5	9	1
平成30年	0	2	7	0	7	0	0	0	4	3	0
令和元年	2	5	9	0	9	1	0	0	1	7	0
令和2年	0	1	4	0	4	1	0	1	1	1	0
令和3年	0	1	5	0	5	1	0	0	2	2	0

4. 原因・動機別（複数選択可のため、合計しても上記全国合計等と一致しない場合がある）

	家庭問題	健康問題	経済・ 生活問題	勤務問題	男女問題	学校問題	その他	不詳
平成23年	11	17	18	7	0	0	10	16
平成24年	5	11	5	2	0	0	4	5
平成25年	5	22	9	5	1	0	3	8
平成26年	5	11	3	2	1	0	1	6
平成27年	6	13	2	0	1	0	2	8
平成28年	5	13	4	4	1	0	3	5
平成29年	10	10	3	1	0	0	4	10
平成30年	1	5	3	2	0	0	1	3
令和元年	4	9	3	3	1	0	1	1
令和2年	0	4	0	0	0	0	1	1
令和3年	3	1	1	1	0	0	1	1

3 「東日本大震災に関連する自殺」とは、(1)から(5)のいずれかの要件に該当する自殺をいう。

- (1) 遺体の発見地が、避難所、仮設住宅又は遗体安置所であるもの。
- (2) 自殺者が避難所又は仮設住宅に居住していた者であることが遺族等の供述その他により判明したもの。
- (3) 自殺者が被災地（東京電力福島第一原子力発電所事故の避難区域、計画的避難区域又は緊急時避難準備区域を含む。）から避難してきた者であることが遺族等の供述その他により判明したもの。
- (4) 自殺者の住居（居住地域）、職場等が地震又は津波により甚大な被害を受けたことが遺族等の供述その他により判明したもの。
- (5) その他、自殺の「原因・動機」が、東日本大震災の直接の影響によるものであることが遺族等の供述その他により判明したもの。

例えば、①遺書等に東日本大震災があったために自殺するとの記述があった場合

②生前、遺族等に対し、東日本大震災があったため自殺したい旨の発言があった場合

5. 都道府県別

	3県			その他						
	岩手県	宮城県	福島県	茨城県	埼玉県	東京都	神奈川県	新潟県	大阪府	京都府
平成23年	17	22	10	1	1	2	1	0	1	0
平成24年	8	3	13	0	0	0	0	0	0	0
平成25年	4	10	23	0	0	0	0	0	0	1
平成26年	3	4	15	0	0	0	0	0	0	0
平成27年	3	1	19	0	0	0	0	0	0	0
平成28年	6	8	7	0	0	1	0	0	0	0
平成29年	7	5	12	0	0	0	1	1	0	0
平成30年	2	3	4	0	0	0	0	0	0	0
令和元年	3	1	12	0	0	0	0	0	0	0
令和2年	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0
令和3年	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0

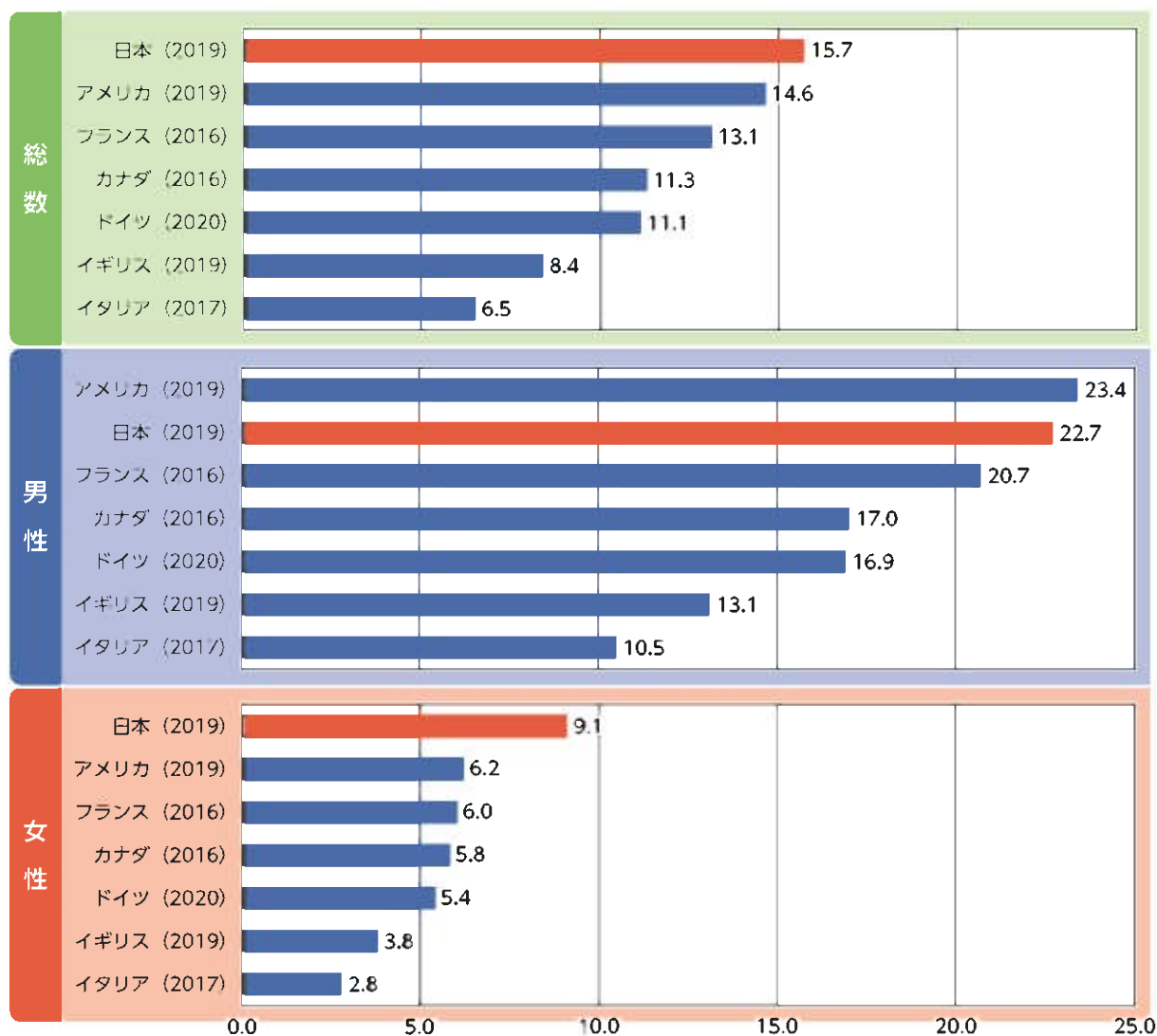
注) 平成23年の数字は、本自殺者数の計上を始めた6月から12月を足し上げたもの。また、平成24年から令和3年の数字は1月から12月までを足し上げたもの。

資料：厚生労働省「東日本大震災に関連する自殺者数」(令和3年)

7 海外の自殺の状況

○先進国（G7）の自殺死亡率⁴について、世界保健機関によれば、我が国は男女ともに先進国の中でも高い水準にある。

第1-29図 先進国（G7）の自殺死亡率



資料：世界保健機関資料（2022年2月）より厚生労働省自殺対策推進室作成

4 アメリカ、フランス及びカナダの人口は、世界保健機関より最新データが得られなかったため、最新の死亡データに合わせて各国の国勢調査等のデータを利用した。

○先進国（G7）の自殺の状況⁵を若年層の死因順位⁶からみると、「10～19歳」及び「20～29歳」の死因順位の第1位が「自殺」となっているのは「日本」のみであった。

第1-30表 先進国（G7）の10～19歳及び20～29歳の死因順位（死亡数・死亡率⁷）

10歳～19歳														
	日本（2019）				アメリカ（2019）				フランス（2016）			ドイツ（2020）		
	死 因	死亡数	死亡率	死 因	死亡数	死亡率	死 因	死亡数	死亡率	死 因	死亡数	死亡率		
第1位	自殺	653	5.9	不慮の事故	4,287	10.3	不慮の事故	412	5.2	不慮の事故	288	3.8		
第2位	不慮の事故	257	2.3	自殺	2,744	6.6	悪性新生物	180	2.3	自殺	179	2.4		
第3位	悪性新生物	224	2.0	他 殺	2,058	4.9	自殺	152	1.9	悪性新生物	157	2.1		
	カナダ（2016）				イギリス（2019）				イタリア（2017）			【参考】韓国（2019）		
	死 因	死亡数	死亡率	死 因	死亡数	死亡率	死 因	死亡数	死亡率	死 因	死亡数	死亡率		
第1位	不慮の事故	276	7.0	不慮の事故	299	3.9	不慮の事故	302	5.2	自殺	298	5.9		
第2位	自殺	232	5.9	自殺	211	2.8	悪性新生物	192	3.3	不慮の事故	139	2.8		
第3位	悪性新生物	104	2.6	悪性新生物	153	2.0	自殺	85	1.5	悪性新生物	109	2.2		
20歳～29歳														
	日本（2019）				アメリカ（2019）				フランス（2016）			ドイツ（2020）		
	死 因	死亡数	死亡率	死 因	死亡数	死亡率	死 因	死亡数	死亡率	死 因	死亡数	死亡率		
第1位	自殺	2,029	17.2	不慮の事故	19,993	44.9	不慮の事故	1,030	13.8	自殺	694	7.2		
第2位	不慮の事故	534	4.5	自殺	7,771	17.5	自殺	575	7.7	不慮の事故	668	7.0		
第3位	悪性新生物	404	3.4	他 殺	5,779	13.0	悪性新生物	380	5.1	悪性新生物	368	3.8		
	カナダ（2016）				イギリス（2019）				イタリア（2017）			【参考】韓国（2019）		
	死 因	死亡数	死亡率	死 因	死亡数	死亡率	死 因	死亡数	死亡率	死 因	死亡数	死亡率		
第1位	不慮の事故	1,071	23.6	不慮の事故	1,100	12.7	不慮の事故	727	11.6	自殺	1,306	19.2		
第2位	自殺	609	13.4	自殺	919	10.6	自殺	301	4.8	不慮の事故	357	5.3		
第3位	悪性新生物	201	4.4	悪性新生物	393	4.5	悪性新生物	290	4.6	悪性新生物	283	4.2		

資料：世界保健機関資料（2022年2月）より厚生労働省自殺対策推進室作成

- 5 アメリカ、フランス及びカナダの人口は、世界保健機関より最新データが得られなかったため、最新の死亡データに合わせて各国の国勢調査等のデータを利用した。
- 6 死因順位の分類は人口動態統計と同様、死因簡単分類表を用いた。
- 7 「死亡率」とは、人口10万人当たりの死亡数をいう。

第1節 自殺対策の基本的な枠組み

1 自殺対策基本法の概要

平成18年10月28日に施行、平成28年4月1日に改正施行された自殺対策基本法（平成18年法律第85号：<https://www.mhlw.go.jp/content/000527996.pdf>）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、自殺対策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、事業主、国民のそれぞれ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、自殺防止と自殺者の親族等の支援の充実を図り、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している。

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、都道府県自殺対策計画を定めるものとされている。また、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、市町村自殺対策計画を定めるものとされている。

都道府県自殺対策計画等を策定して自殺対策を推進する都道府県及び市町村を財政面から支援するため、国は、これらの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、予算の範囲内で交付金を交付することができることとされており、地方に対して地域自殺対策強化交付金を交付している。

さらに、厚生労働大臣を会長とし、関係閣僚を構成員とする自殺総合対策会議が厚生労働省に設置されており、また、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を定めることとされている。

2 自殺総合対策大綱の概要

(1) 自殺総合対策大綱の策定経緯

平成29年7月25日に閣議決定された自殺総合対策大綱（以下「大綱」という。）は、平成19年6月8日に閣議決定された最初の大綱から数えて第3次の大綱であり、改正自殺対策基本法が平成28年4月1日に施行されたことを踏まえて策定されたものである。

大綱は、自殺対策基本法第12条の規定に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として定めることとされている。最初の大綱は、平成19年6月8日に閣議決定された。この大綱では、自殺は、追い込まれた末の死であるという基本的な認識を示すとともに、自殺対策を進める上では、失業、倒産、多重債務、長時間労働等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考え方を示した。また、自殺対策の数値目標として、「平成28年までに、平成17年の自殺死亡率を20%以上減少させる」ことを掲げた。

平成24年に大綱の見直しを行い、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」という目指す

べき社会を提示し、今後の課題として、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を指摘した。自殺総合対策の基本的な考え方として、「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」、「国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する」の2つが追加された。

第1次及び第2次大綱では、数値目標は平成28年までに、自殺死亡率を平成17年と比べて20%以上減少させると設定された。平成17年の自殺死亡率は24.2であり、それを20%減少させると19.4となる。平成28年の自殺死亡率は16.8で、平成17年時点から30.6%の減少となっており、日標を10.6ポイント上回る減少を達成した。

平成24年8月に閣議決定された第2次大綱は、おおむね5年を目途に見直すこととされていたため、平成28年から見直しに向けた検討が着手された。平成28年9月27日、自殺総合対策会議が開催され、平成29年夏頃を目途に、新たな大綱の案を作成すること、及び新たな大綱の案の作成に資するよう、厚生労働省において、大綱に基づく諸施策の進捗状況を把握し、有識者から意見を幅広く聴取することが決定された。

そこで、厚生労働大臣決定により「新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会」（以下「検討会」という。）を開催することとなった。検討会は、平成28年12月から計6回にわたって会議を開催した。

検討会における議論は、平成29年5月15日、検討会報告書として取りまとめられた。報告書において、関連施策の有機的な連携を図り、総合的な対策を推進することなどの自殺対策全般に関することとともに、「若者の自殺対策の更なる推進」、「過重労働を始めとする勤務問題による自殺対策の更なる推進」等、個別施策についても提言された。

パブリックコメントを経て、平成29年7月25日、自殺総合対策会議において大綱の案が策定され、同日、閣議決定された。

(2) 第3次自殺総合対策大綱の概要

第3次大綱 (<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokusho-ugaihokenfukushibu/0000172329.pdf>) では、基本理念として、自殺対策は社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」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推進するものとするのが新たに掲げられるとともに、基本方針として、自殺対策は「生きることの包括的な支援として推進する」、「関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む」、「対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる」こと等が掲げられた。また、第2次大綱では9つであった当而の重点施策が12施策へと拡充され、新たに、「地域レベルの実践的な取組への支援を強化する」、「子ども・若者の自殺対策を更に推進する」、「勤務問題による自殺対策を更に推進する」等が盛り込まれた。

推進体制については、「地域における計画的な自殺対策の推進」が盛り込まれた。

〈数値目標〉

前述のように、第2次までの大綱では、自殺対策の数値目標について、「平成28年までに、自殺死亡率を平成17年と比べて20%以上減少させる」と設定していた。平成28年の自殺死亡率は16.8と平成17年と比べて30.6%の減少となり、日標を上回る減少を達成している。年間自殺者数をもみても、平成10年の急増以降、年間3万人を超えていた年間自殺者数は平成22年以降連続して減少し、平成27年には平成10年の急増前以来の水準となるなど、着実に成果を上げてきた。

しかし、依然として年間自殺者数が2万人を超えるという深刻な状況であることに加え、主要先進7か国の中で自殺死亡率が最も高くなっている。

本大綱の副題にあるように「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を口指して対処していくことが重要な課題であるが、当面の目標として、先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、令和8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が数値目標として設定された。

〈大綱の見直し〉

「社会経済情勢の変化、自殺をめぐる諸情勢の変化、本大綱に基づく施策の推進状況や目標達成状況等を踏まえ、おおむね5年を目途に見直しを行う」としている。

(3) 自殺総合対策大綱に係る検証・評価

大綱に基づき、国を挙げて自殺対策が推進されるよう、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が連携・協働するため、また、中立・公正の立場から自殺総合対策大綱に基づく施策の実施状況、目標の達成状況等を検証し、施策の効果等を評価するため、「自殺総合対策の推進に関する有識者会議」を開催している。当会議においては、座間市における事件の再発防止策について（平成29年12月19日：https://www.kantei.go.jp/jp/singi/zamashi_jiken/kettei/siryou2.pdf）に基づく取組についても検証等を行っていくこととしている。

平成31年3月の第1回会議に続き、令和元年9月に第2回会議を開催し、座間市における事件の再発防止策や若者自殺対策の現状と取組などについて、令和2年12月に第3回会議を開催し、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における自殺の動向や施策の強化などについて、関係省庁等からの取組状況の報告、意見交換を行った。

令和3年11月から令和4年3月にかけて全6回の会議を開催し（第4回～第9回）、新たな自殺総合対策大綱の在り方について、報告書のとりまとめに向けて集中的に検討を行った。

3 国における自殺対策の推進体制

平成27年1月に閣議決定された「内閣官房及び内閣府の業務の見直しについて」において、それまで内閣府で行っていた自殺対策の推進業務は厚生労働省へ移管することとされた。同年9月には、業務移管に必要な法整備を行う「内閣の重要政策に関する総合調整等に関する機能の強化のための国家行政組織法等の一部を改正する法律」が成立し、同法に基づき、平成28年4月1日をもって業務が移管された。

自殺対策基本法の施行以来、内閣府において自殺総合対策大綱を2度策定し、これに沿った様々な取組が進められてきた結果、自殺者数が約2万4,000人まで減少するなど、着実に成果を出してきた。一方、今後、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を一層進め、健康問題や経済的困窮を始めとする自殺の背景にある様々な要因に対して、地域において自殺対策の中核を担っている自治体の保健・福祉部局等や、経済的な自立を支えるハローワークなどの現場と緊密に連携することがますます重要となると考えられた。このため、今般の業務見直しにおいては、こうした現場と関連が深い厚生労働省に移管することで、取組体制の更なる強化を図ることになったものである。

本業務移管に伴い、関係閣僚を構成員とする自殺総合対策会議の会長についても、内閣官房長官から厚生労働大臣へと変更され、事務局も厚生労働省に移管された。また、平成28年4月

1口に厚生労働省に自殺対策推進室が設置され、内閣府の担ってきた事務を引き継ぐこととされた。さらに、同日付けで、厚生労働大臣を長とする「自殺対策推進本部」を設置し、多岐にわたる自殺対策を総合的に推進するため、保健、医療、福祉、労働その他の関連施策の有機的連携を図り、省内横断的に取り組んでいくこととした。

平成18年10月1日に国立精神・神経センター（現：国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター）精神保健研究所に設置された「自殺予防総合対策センター」については、平成28年4月1日に自殺総合対策推進センターに改組し、組織体制について地域連携推進室を新設するなどの強化を図った。国における対策を総合的に支援する視点からは

- ・精神保健的な視点に加え、社会学、経済学、応用統計学等の学際的な視点
- ・民学官でPDCAサイクルを回すためのエビデンスに基づく政策支援 に、地域レベルの取組を支援する視点からは、
- ・民間団体を含む基礎自治体レベルの取組の実務的・実践的支援の強化
- ・地域が実情に応じて取り組むための情報提供や仕組みづくり（人材育成等）

に取り組んでいくこととした。

自殺対策の一層の充実を図るため、自殺対策を支える調査研究及びその成果の活用等の中核を担う指定調査研究等法人の制度を創設すること等を内容とする自殺対策の総合的かつ効果的な実施に資するための調査研究及びその成果の活用等の推進に関する法律（<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=501AC1000000032>）が令和元年6月6日に成立した。令和2年2月に同法に基づき一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターを指定調査研究等法人に指定し、同年4月から指定調査研究等法人の業務が開始された。これに伴い、自殺総合対策推進センターは廃止された。今後は、指定調査研究等法人を中核として、保健、医療、福祉、教育、労働など広く関連施策と連動した総合的かつ効果的な自殺対策の実施に必要な調査研究及びその活用、地域レベルにおける実践的な自殺対策の取組への支援が行われる。

4 地域における自殺対策の推進

(1) 地域における連携・協力の進展

自殺対策基本法において、地方公共団体は、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と定められている。地域の多様な関係者の連携・協力を確保しつつ総合的な自殺対策を推進する上で、地域で総合行政を実施し、地域住民と身近で関わっている地方公共団体は、重要な役割を担っている。

また、各地方公共団体における地域の特性に応じた施策の推進に資するよう、毎月、警察庁から自殺統計原票データの提供を受け、市区町村別まで集計し、都道府県を通じて情報提供を行うとともに、ホームページで公表している。

(2) 地域自殺対策強化事業

地域における自殺対策を強化するため、平成21年度補正予算において「地域自殺対策緊急強化基金」を造成した。平成26年度補正予算からは「地域自殺対策強化交付金」により、地域の取組を支援している（平成28年度からは当初予算に計上）。

交付金事業のメニューは15あり、各自治体において、自治体の実情に応じて交付金を活用し、自殺対策に取り組んでいる。

（事業メニュー）

①対面相談事業、②電話・SNS相談事業、③人材養成事業、④普及啓発事業、⑤自死遺族支援機能構築事業、⑥計画策定実態調査事業、⑦若年層対策事業、⑧SNS地域連携包括支援事業、⑨深夜電話相談強化事業、⑩自殺未遂者支援事業、⑪災害時自殺対策継続支援事業、⑫災害時自殺対策事業、⑬ハイリスク地対策事業、⑭自殺未遂者支援・連携体制構築事業、⑮地域特性重点特化事業

〈地域自殺対策強化交付金の事業実績〉

令和2年度の実績をみると、都道府県では、全ての都道府県が交付金事業を実施しており、執行総額は約9億9,300万円である。主たる取組は、電話相談事業（2億4,100万円）、SNS相談事業（2億200万円）、若年層対策事業（1億6,000万円）となっている。

また、市町村では、交付金事業を実施する市町村数は1,317市区町村であり、執行総額は約9億円である。主たる取組は、若年層対策事業（2億6,800万円）、対面相談事業（1億6,200万円）、普及啓発事業（1億1,200万円）となっている。

〈令和3年度予算における対応〉

令和3年度には、27.8億円が計上された。新たな取組として、SNS等の相談体制を強化するとともに、地域のネットワークを活用し、相談者からの相談内容に応じた具体的かつ継続的な支援体制を構築するための事業を展開した。

また、令和2年度3次補正予算で計上された新型コロナウイルス感染症セーフティネット強化交付金も活用し、地域における自殺対策の強化などの取組支援を行った。

〈令和4年度予算における対応〉

令和4年度には、28.7億円が計上され、引き続き、地域の実情に応じた自殺対策を講じることが出来るよう、各種事業に係る支援を行うとともに、令和3年度補正予算で計上した新型コロナウイルス感染症セーフティネット強化交付金も活用し、地域における自殺対策の強化などの取組を支援している。

5 孤独・孤立対策について

社会全体のつながりが希薄化している中で、新型コロナウイルスの感染拡大により人との接触機会が減り、それが長期化することで、孤独・孤立の問題が一層深刻化している。女性や若者の自殺の増加などは、孤独・孤立の問題も要因の一つと考えられる。

そのため、孤独・孤立対策を政府一体となって推進するよう、令和3年2月より孤独・孤立対策担当大臣を司令塔とし、内閣官房に孤独・孤立対策担当室が設置されたところである。同大臣は、同年9月に新たに自殺総合対策会議の構成員にも加わった。また、同年12月には、相談支援体制の整備、居場所の確保、NPO等の活動へのきめ細やかな支援などを盛り込んだ孤独・孤立対策の重点計画を策定した。

第2節 新型コロナウイルス感染症の感染拡大下の自殺の動向

はじめに

第2節及び第3節は、厚生労働大臣指定法人として業務を行っている一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター（以下「自殺対策推進センター」という。）による分析である。本節では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下の自殺の動向を分析した。

分析に当たっては、警察庁「自殺統計」¹及び政府統計等を用いており、本節では①「新型コロナウイルス感染症の感染拡大下の自殺の概況」として、感染拡大前5年平均自殺者数との比較を基にした分析等を行った上で、②「男性の自殺の実態及び背景」、③「女性の自殺の実態及び背景」、④「諸外国の自殺死亡率（人口10万人に対する自殺者の数。以下、本節及び第3節において同じ。）の動向」と題して、それぞれ分析を行った。

1 通常、警察庁「自殺統計」で公表されている自殺者数は、発見日（その年に発見された自殺者の数）を基にしている。第2節及び第3節では、自殺対策の観点から、自殺者の「発見日」ではなく、自殺者の「自殺日」を基に集計しているため、第1章と数値が異なることに留意していただきたい。また、年別・月別の分析では、それぞれ自殺した「年」「月」は不詳の値を除いている。

1 新型コロナウイルス感染症の感染拡大下の自殺の概況

本項では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下の概況を把握する。まず、令和2年及び令和3年における自殺者数について、平成27年から令和元年（以下「感染拡大前5年」という。）の平均自殺者数との比較²を年齢階級別、職業の有無別及び同居人の有無別で分析を行う³。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大が始まった令和2年の自殺者数について感染拡大前5年平均と比較してみると、自殺者数の増加が大きかった3区分は、①「～19歳・無職・同居人あり」が179.4人増、②「20～29歳・有職・同居人あり」が154.8人増、③「80歳～・無職・同居人なし」が101.4人増となっている。自殺者数の増加率が大きかった3区分は、①「～19歳・無職・同居人あり」が38.4%、②「70～79歳・有職・同居人なし」が33.3%、③「～19歳・有職・同居人なし」が30.4%となっている。また、自殺者数の減少が大きかった3区分は、①「60～69歳・無職・同居人あり」が306.4人減、②「60～69歳・無職・同居人なし」が143.4人減、③「60～69歳・有職・同居人あり」が129.2人減となっている。自殺者数の減少率が大きかった3区分は、①「60～69歳・無職・同居人あり」が-21.5%、②「80歳～・有職・同居人なし」が-20.5%、③「60～69歳・有職・同居人あり」が-17.7%となっている（第2-2-1表）。

令和3年の自殺者数について感染拡大前5年平均と比較してみると、自殺者数の増加が大きかった3区分は、①「～19歳・無職・同居人あり」が153.4人増、②「20～29歳・有職・同居人なし」が137.6人増、③「20～29歳・無職・同居人あり」が95.2人増となっている。自殺者数の増加率が大きかった3区分は、①「～19歳・無職・同居人あり」が32.9%、②「70～79歳・有職・同居人なし」が31.0%、③「20～29歳・有職・同居人なし」が29.5%となっている。また、自殺者数の減少が大きかった3区分は、①「60～69歳・無職・同居人あり」が405.4人減、②「30～39歳・無職・同居人あり」が193.2人減、③「60～69歳・無職・同居人なし」が186.4人減となっている。自殺者数の減少率が大きかった3区分は、①「60～69歳・無職・同居人あり」が-28.5%、②「30～39歳・無職・同居人あり」が-22.6%、③「60～69歳・有職・同居人あり」が-21.0%となっている（第2-2-2表）。

2 自殺者数の集計で感染拡大前5年平均の自殺者数を利用しているため、人数が小数点第一位まで表示されることがある。

3 第2節及び第3節において、構成比及び比率はそれぞれ四捨五入しているため、構成比の和が100.0にならない場合がある。また、各比率間の和や差を求めるときは、四捨五入する前に各数値の和や差を算出し、得られた数値を四捨五入する方法によっているため、各数値を四捨五入した上で和や差を算出する方法によって得られる数値とは一致しないこともある（例えば、13.77と5.53の差を求めるときは、「13.77-5.53」で得られた「8.24」を四捨五入して「8.2」とする方法によっているため「13.8-5.5」で得られる「8.3」とは一致しない）。

第2-2-1表 令和2年における年齢階級別、職業の有無別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との比較(男女計)

	年齢階級	同居人	感染拡大前5年平均		令和2年		増減数		増減率	
			有職	無職	有職	無職	有職	無職	有職	無職
男女計	～19歳	あり	55.2	466.6	63	646	7.8	179.4	14.1%	38.4%
		なし	18.4	37.0	24	39	5.6	2.0	30.4%	5.4%
	20～29歳	あり	652.2	727.8	807	740	154.8	12.2	23.7%	1.7%
		なし	466.4	324.2	556	371	89.6	46.8	19.2%	14.4%
	30～39歳	あり	1006.0	855.2	946	730	-60.0	-125.2	-6.0%	-14.6%
		なし	509.8	313.0	558	324	48.2	11.0	9.5%	3.5%
	40～49歳	あり	1376.4	1098.6	1388	1026	11.6	-72.6	0.8%	-6.6%
		なし	563.2	557.6	578	492	14.8	-65.6	2.6%	-11.8%
	50～59歳	あり	1303.4	1082.8	1178	1029	-125.4	-53.8	-9.6%	-5.0%
		なし	491.2	682.6	506	644	14.8	-38.6	3.0%	-5.7%
	60～69歳	あり	729.2	1422.4	600	1116	-129.2	-306.4	-17.7%	-21.5%
		なし	275.4	893.4	288	750	12.6	-143.4	4.6%	-16.1%
	70～79歳	あり	297.6	1775.2	288	1668	-9.6	-107.2	-3.2%	-6.0%
		なし	87.0	861.4	116	925	29.0	63.6	33.3%	7.4%
	80歳～	あり	76.6	1497.0	79	1416	2.4	-81.0	3.1%	-5.4%
		なし	17.6	682.6	14	784	-3.6	101.4	-20.5%	14.9%
全年代	あり	5496.6	8925.6	5349	8371	-147.6	-554.6	-2.7%	-6.2%	
	なし	2429.0	4351.8	2640	4329	211.0	-22.8	8.7%	-0.5%	
総数			21203.0		20689		-514.0		-2.4%	

注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-2表 令和3年における年齢階級別、職業の有無別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との比較(男女計)

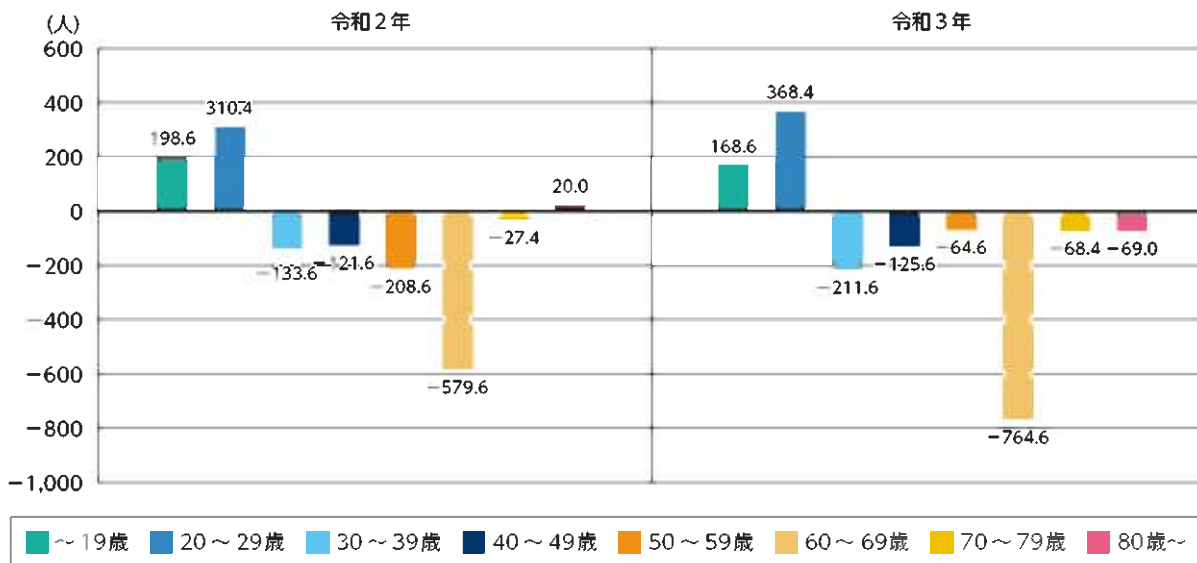
	年齢階級	同居人	感染拡大前5年平均		令和3年		増減数		増減率	
			有職	無職	有職	無職	有職	無職	有職	無職
男女計	～19歳	あり	55.2	466.6	62	620	6.8	153.4	12.3%	32.9%
		なし	18.4	37.0	20	46	1.6	9.0	8.7%	24.3%
	20～29歳	あり	652.2	727.8	729	823	76.8	95.2	11.8%	13.1%
		なし	466.4	324.2	604	384	137.6	59.8	29.5%	18.4%
	30～39歳	あり	1006.0	855.2	931	662	-75.0	-193.2	-7.5%	-22.6%
		なし	509.8	313.0	523	347	13.2	34.0	2.6%	10.9%
	40～49歳	あり	1376.4	1098.6	1361	991	-15.4	-107.6	-1.1%	-9.8%
		なし	563.2	557.6	607	508	43.8	-49.6	7.8%	-8.9%
	50～59歳	あり	1303.4	1082.8	1221	1053	-82.4	-29.8	-6.3%	-2.8%
		なし	491.2	682.6	534	674	42.8	-8.6	8.7%	-1.3%
	60～69歳	あり	729.2	1422.4	576	1017	-153.2	-405.4	-21.0%	-28.5%
		なし	275.4	893.4	263	707	-12.4	-186.4	-4.5%	-20.9%
	70～79歳	あり	297.6	1775.2	271	1637	-26.6	-138.2	-8.9%	-7.8%
		なし	87.0	861.4	114	934	27.0	72.6	31.0%	8.4%
	80歳～	あり	76.6	1497.0	73	1334	-3.6	-163.0	-4.7%	-10.9%
		なし	17.6	682.6	21	772	3.4	89.4	19.3%	13.1%
総数(全年代)	あり	5496.6	8925.6	5224	8137	-272.6	-788.6	-5.0%	-8.8%	
	なし	2429.0	4351.8	2686	4372	257.0	20.2	10.6%	0.5%	
総数			21203.0		20419		-784.0		-3.7%	

注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

年齢階級別に感染拡大前5年平均自殺者数からの増減数をみると、「20～29歳」が最も大きく増加し、「～19歳」がそれに続く。「30～39歳」から「70～79歳」までの年齢階級では減少しており、そのうち「60～69歳」が最も減少している。この傾向は令和2年及び令和3年ともにみられる。ただし、「80歳～」は、令和2年に増加したものの、令和3年には減少した（第2-2-3図）。

第2-2-3図 令和2年、令和3年における年齢階級別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較(男女計)

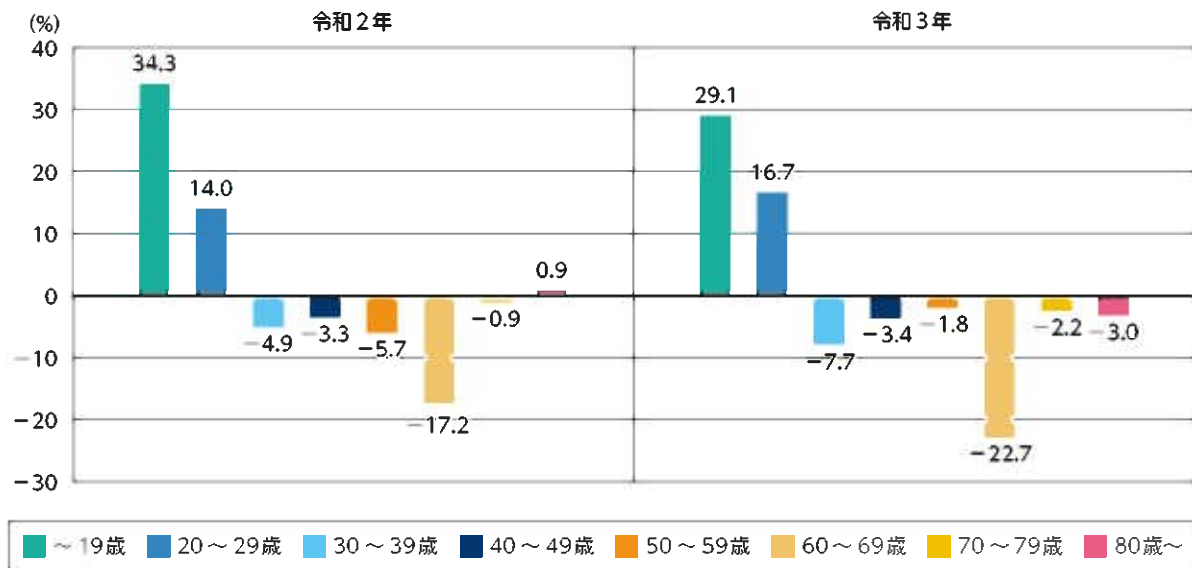


注) 年齢不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

感染拡大前5年平均自殺者数からの増減率でみると、「～19歳」が最も上昇し、「20～29歳」がそれに続く。「30～39歳」から「70～79歳」までの年齢階級では低下しており、「60～69歳」が最も低下している。この傾向は令和2年及び令和3年ともにみられる。ただし、「80歳～」は、令和2年は上昇したものの、令和3年には低下した（第2-2-4図）。

第2-2-4図 令和2年、令和3年における年齢階級別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減率比較(男女計)

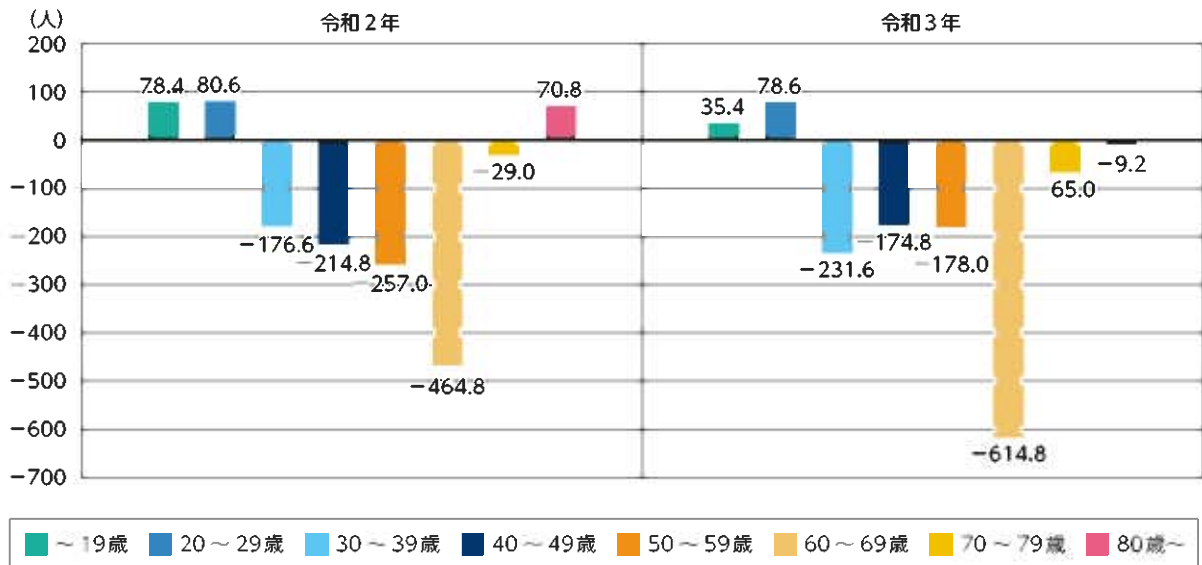


注) 年齢不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

男女別及び年齢階級別に、感染拡大前5年平均自殺者数からの増減数をみると、男性は、令和2年に「～19歳」、「20～29歳」及び「80歳～」が増加し、令和3年に「～19歳」及び「20～29歳」が増加した。女性では、令和2年及び令和3年ともに「～19歳」から「50～59歳」までの年齢階級で増加した。男女ともに、「～19歳」、「20～29歳」で増加しており、「60～69歳」で減少した（第2-2-5図、第2-2-6図）。

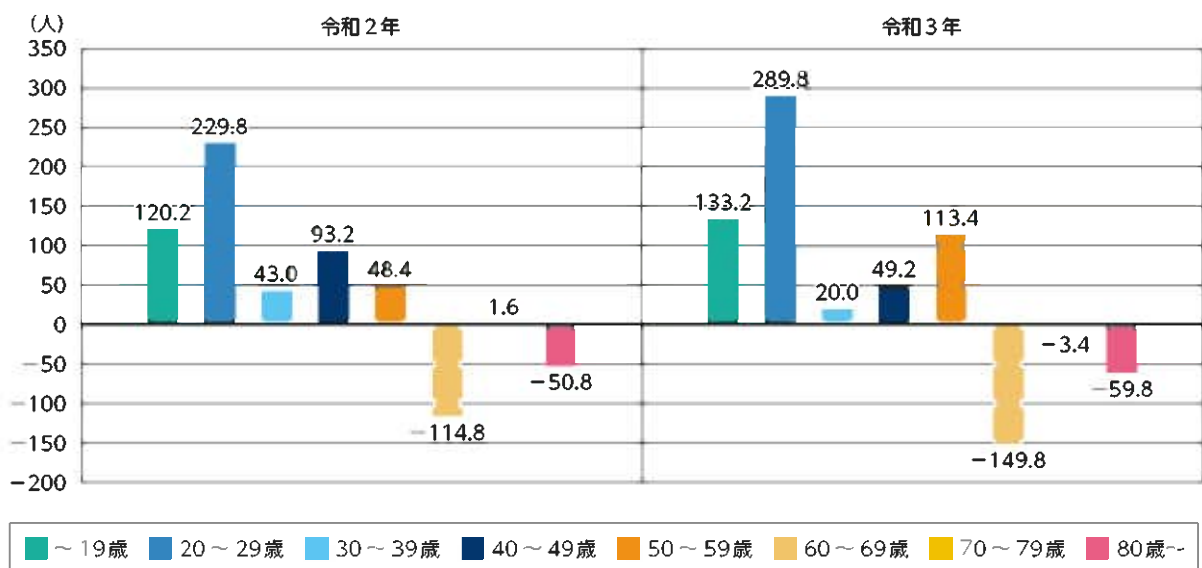
第2-2-5図 令和2年、令和3年における男女別、年齢階級別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較(男性)



注) 年齢不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-6図 令和2年、令和3年における男女別、年齢階級別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較(女性)

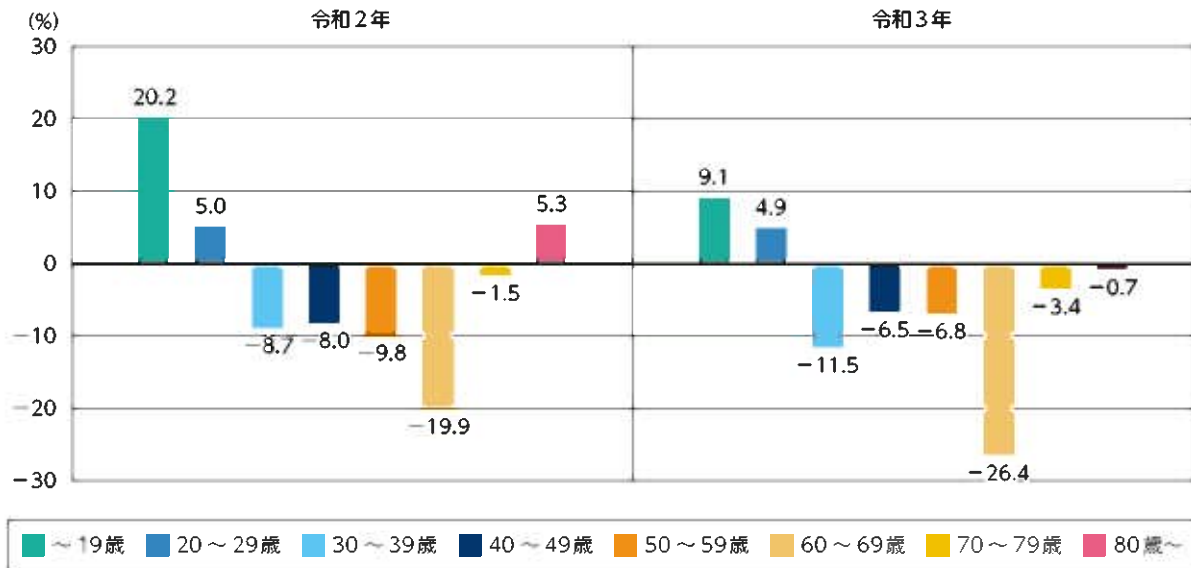


注) 年齢不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

感染拡大前5年平均自殺者数からの増減率でみると、男性は、令和2年に「～19歳」、「20～29歳」及び「80歳～」が上昇し、令和3年に「～19歳」及び「20～29歳」が上昇した。女性では、令和2年及び令和3年ともに「～19歳」から「50～59歳」までの年齢階級で上昇した。男女を通じて、女性の「～19歳」が最も上昇し、女性の「20～29歳」がそれに次ぐ。(第2-2-7図、第2-2-8図)。

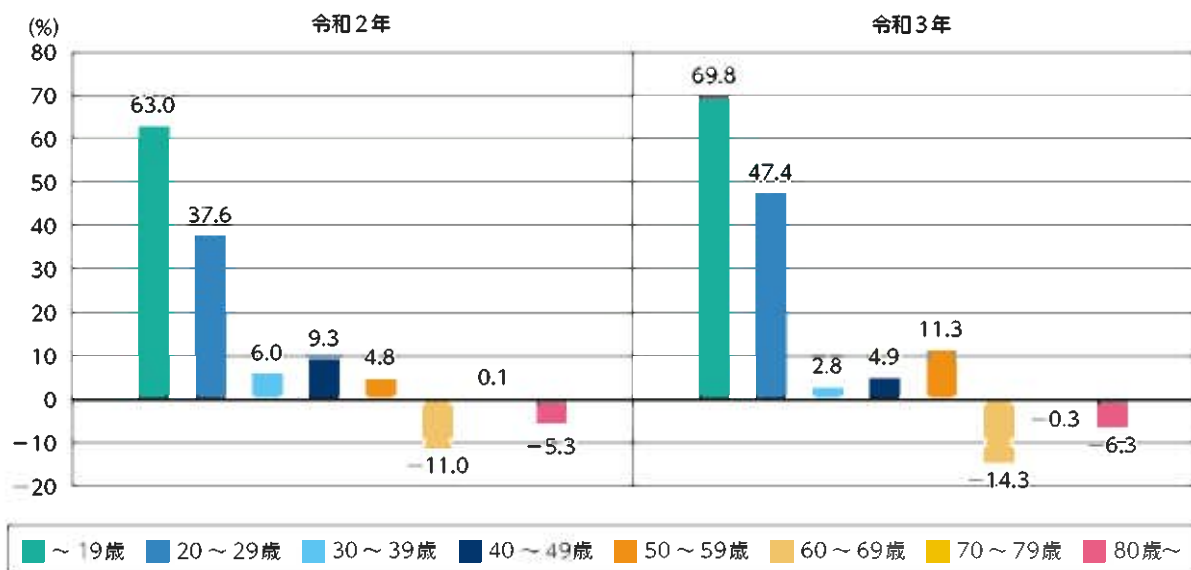
第2-2-7図 令和2年、令和3年における男女別、年齢階級別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減率比較(男性)



注) 年齢不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-8図 令和2年、令和3年における男女別、年齢階級別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減率比較(女性)



注) 年齢不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

2 男性の自殺の実態及び背景

本項では、男性の自殺の実態及び背景について分析を行う。ここでは、令和2年及び令和3年における男性の自殺者数について、感染拡大前5年平均自殺者数との比較を年齢階級別、職業の有無別及び同居人の有無別で分析を行う。

令和2年の男性自殺者数について感染拡大前5年平均と比較してみると、自殺者数の増加が大きかった3区分は、①「～19歳・無職・同居人あり」が75.0人増、②「80歳～・無職・同居人なし」が68.2人増、③「20～29歳・有職・同居人あり」が59.0人増となっている。自殺者数の増加率が大きかった3区分は、①「70～79歳・有職・同居人なし」が33.7%、②「～19歳・無職・同居人あり」が24.6%、③「80歳～・無職・同居人なし」が19.1%となっている。また、自殺者数の減少が大きかった3区分は、①「60～69歳・無職・同居人あり」が221.4人減、②「50～59歳・有職・同居人あり」が179.4人減、③「60～69歳・有職・同居人あり」が135.6人減となっている。自殺者数の減少率が大きかった3区分は、①「60～69歳・無職・同居人あり」が-29.6%、②「60～69歳・有職・同居人あり」が-21.7%、③「30～39歳・無職・同居人あり」が-21.0%となっている（第2-2-9表）。

令和3年の男性自殺者数について感染拡大前5年平均と比較してみると、自殺者数の増加が大きかった3区分は、①「20～29歳・有職・同居人なし」が54.2人増、②「80歳～・無職・同居人なし」が53.2人増、③「70～79歳・無職・同居人なし」が45.6人増となっている。自殺者数の増加率が大きかった3区分は、①「70～79歳・有職・同居人なし」が37.9%、②「80歳～・無職・同居人なし」が14.9%、③「20～29歳・有職・同居人なし」が14.7%となっている。また、自殺者数の減少が大きかった3区分は、①「60～69歳・無職・同居人あり」が269.4人減、②「60～69歳・無職・同居人なし」が168.0人減、③「60～69歳・有職・同居人あり」が154.6人減となっている。自殺者数の減少率が大きかった3区分は、①「60～69歳・無職・同居人あり」が-36.0%、②「30～39歳・無職・同居人あり」が-27.4%、③「60～69歳・無職・同居人なし」が-25.1%となっている（第2-2-10表）。

第2-2-9表 令和2年における年齢階級別、職業の有無別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との比較(男性)

性別	年齢階級	同居人	感染拡大前5年平均		令和2年		増減数		増減率	
			有職	無職	有職	無職	有職	無職	有職	無職
男性	～19歳	あり	42.2	305.0	44	380	1.8	75.0	4.3%	24.6%
		なし	14.4	25.6	14	26	-0.4	0.4	-2.8%	1.6%
	20～29歳	あり	500.0	469.8	559	448	59.0	-21.8	11.8%	-4.6%
		なし	369.8	230.8	395	248	25.2	17.2	6.8%	7.5%
	30～39歳	あり	816.0	486.0	722	384	-94.0	-102.0	-11.5%	-21.0%
		なし	441.0	232.6	458	242	17.0	9.4	3.9%	4.0%
	40～49歳	あり	1130.8	556.2	1077	457	-53.8	-99.2	-4.8%	-17.8%
		なし	497.0	419.6	497	368	0.0	-51.6	0.0%	-12.3%
	50～59歳	あり	1090.4	513.8	911	449	-179.4	-64.8	-16.5%	-12.6%
		なし	435.6	525.2	443	508	7.4	-17.2	1.7%	-3.3%
	60～69歳	あり	623.6	747.4	488	526	-135.6	-221.4	-21.7%	-29.6%
		なし	242.2	670.0	256	561	13.8	-109.0	5.7%	-16.3%
	70～79歳	あり	251.8	1056.0	241	971	-10.8	-85.0	-4.3%	-8.0%
		なし	71.8	536.4	96	578	24.2	41.6	33.7%	7.8%
	80歳～	あり	64.4	888.6	70	887	5.6	-1.6	8.7%	-0.2%
		なし	14.4	357.8	12	426	-2.4	68.2	-16.7%	19.1%
	全年代	あり	4519.2	5022.8	4112	4502	-407.2	-520.8	-9.0%	-10.4%
		なし	2086.2	2998.0	2171	2957	84.8	-41.0	4.1%	-1.4%
総数			14626.2		13742		-884.2		-6.0%	

注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-10表 令和3年における年齢階級別、職業の有無別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との比較(男性)

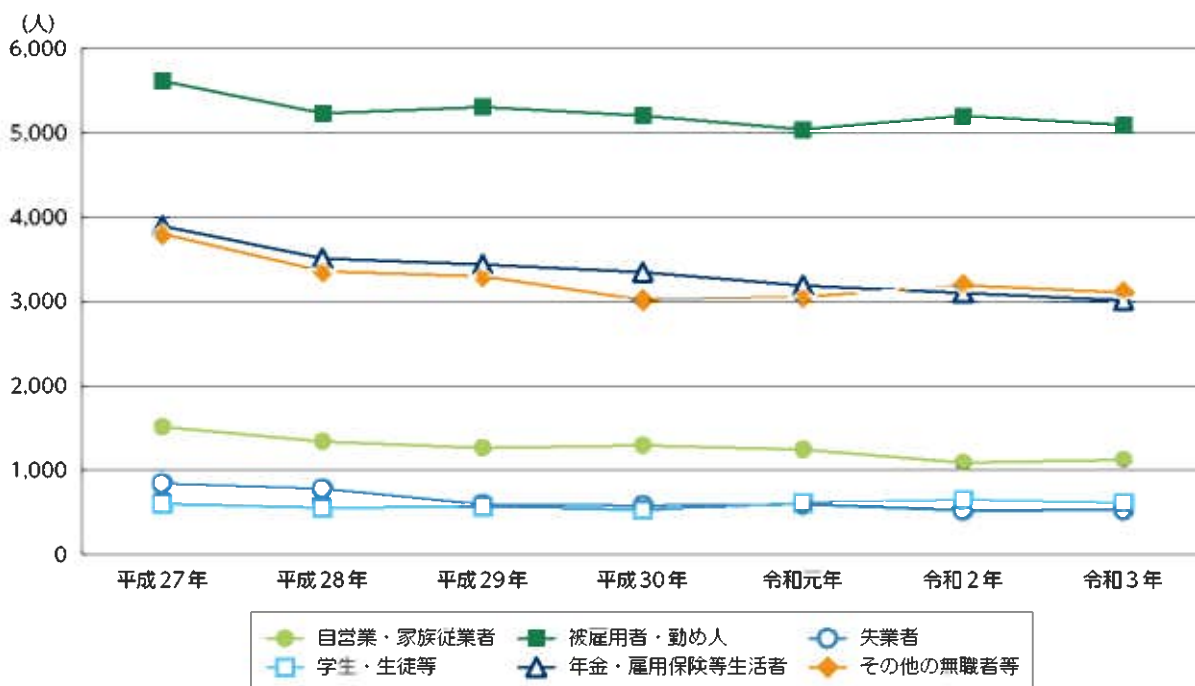
性別	年齢階級	同居人	感染拡大前5年平均		令和3年		増減数		増減率	
			有職	無職	有職	無職	有職	無職	有職	無職
男性	～19歳	あり	42.2	305.0	44	346	1.8	41.0	4.3%	13.4%
		なし	14.4	25.6	12	22	-2.4	-3.6	-16.7%	-14.1%
	20～29歳	あり	500.0	469.8	502	476	2.0	6.2	0.4%	1.3%
		なし	369.8	230.8	424	248	54.2	17.2	14.7%	7.5%
	30～39歳	あり	816.0	486.0	703	353	-113.0	-133.0	-13.8%	-27.4%
		なし	441.0	232.6	427	257	-14.0	24.4	-3.2%	10.5%
	40～49歳	あり	1130.8	556.2	1063	471	-67.8	-85.2	-6.0%	-15.3%
		なし	497.0	419.6	532	364	35.0	-55.6	7.0%	-13.3%
	50～59歳	あり	1090.4	513.8	949	486	-141.4	-27.8	-13.0%	-5.4%
		なし	435.6	525.2	461	480	25.4	-45.2	5.8%	-8.6%
	60～69歳	あり	623.6	747.4	469	478	-154.6	-269.4	-24.8%	-36.0%
		なし	242.2	670.0	231	502	-11.2	-168.0	-4.6%	-25.1%
	70～79歳	あり	251.8	1056.0	223	949	-28.8	-107.0	-11.4%	-10.1%
		なし	71.8	536.4	99	582	27.2	45.6	37.9%	8.5%
	80歳～	あり	64.4	888.6	59	828	-5.4	-60.6	-8.4%	-6.8%
		なし	14.4	357.8	16	411	1.6	53.2	11.1%	14.9%
	全年代	あり	4519.2	5022.8	4012	4387	-507.2	-635.8	-11.2%	-12.7%
		なし	2086.2	2998.0	2202	2866	115.8	-132.0	5.6%	-4.4%
総数			14626.2		13467		-1159.2		-7.9%	

注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

男性の自殺者数の推移を職業別⁴にみると、平成27年から令和3年にかけて「被雇用者・勤め人」が最も多い。平成27年から令和元年までは、次いで「年金・雇用保険等生活者」⁵、「その他の無職者等」⁵、「自営業・家族従業者」の順で多かったが、令和2年からは「その他の無職者等」の数が「年金・雇用保険等生活者」を上回った。なお、ほとんどの職業で、平成27年から令和3年の男性自殺者数は減少傾向にある（第2-2-11図）。

第2-2-11図 職業別にみた自殺者数の推移（男性）



注) 職業不詳は除外している。

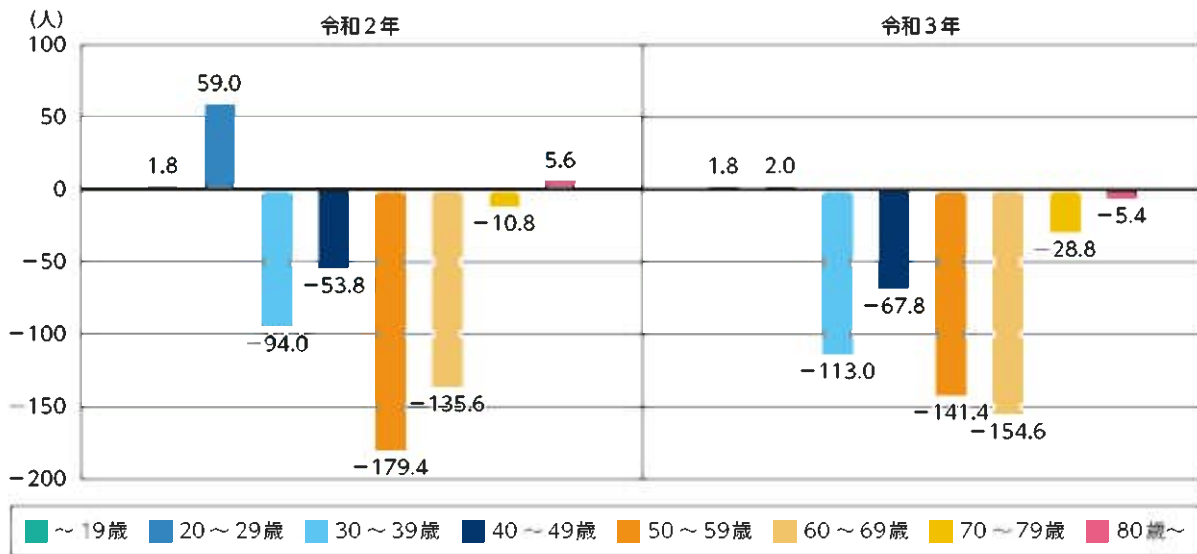
資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

「自営業・家族従業者」及び「被雇用者・勤め人」の男性（以下「有職の男性」という。）について、年齢階級別と同居人の有無別に、感染拡大前5年平均自殺者数からの増減数を見ると、「同居人あり」では、令和2年及び令和3年の「～19歳」及び「20～29歳」と令和2年の「80歳～」を除く全ての年齢階級で減少した。このうち、令和2年の「50～59歳」が最も減少し、令和3年の「60～69歳」、令和3年の「50～59歳」の順で続く（第2-2-12図①）。「同居人なし」では、令和2年に「40～49歳」を除く「20～29歳」から「70～79歳」までの年齢階級で増加し、令和3年に「～19歳」、「30～39歳」及び「60～69歳」を除く全ての年齢階級で増加した（第2-2-12図②）。

4 職業の分類については、本章末の「参考表：自殺統計における職業の分類」を参照。

5 「その他の無職者等」は、自殺統計原票の職業大分類「無職」に含まれる中分類「無職者」内の小分類「利子・配当・家賃等生活者」、「浮浪者」及び「その他の無職者」の総称である。

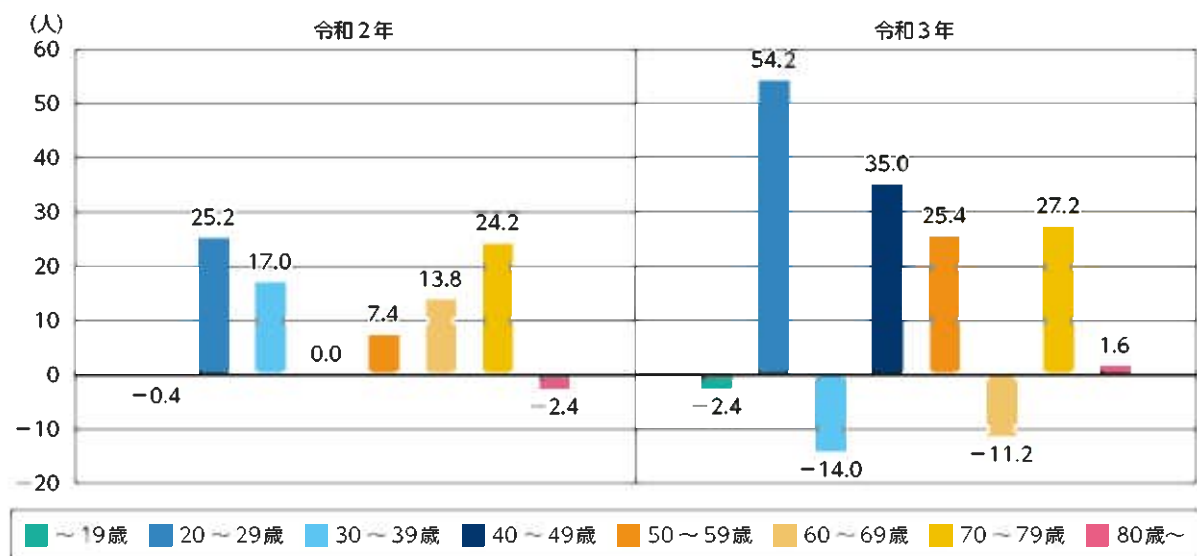
第2-2-12図① 【同居人あり】令和2年、令和3年における年齢階級別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較（有職の男性）



注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-12図② 【同居人なし】令和2年、令和3年における年齢階級別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較（有職の男性）

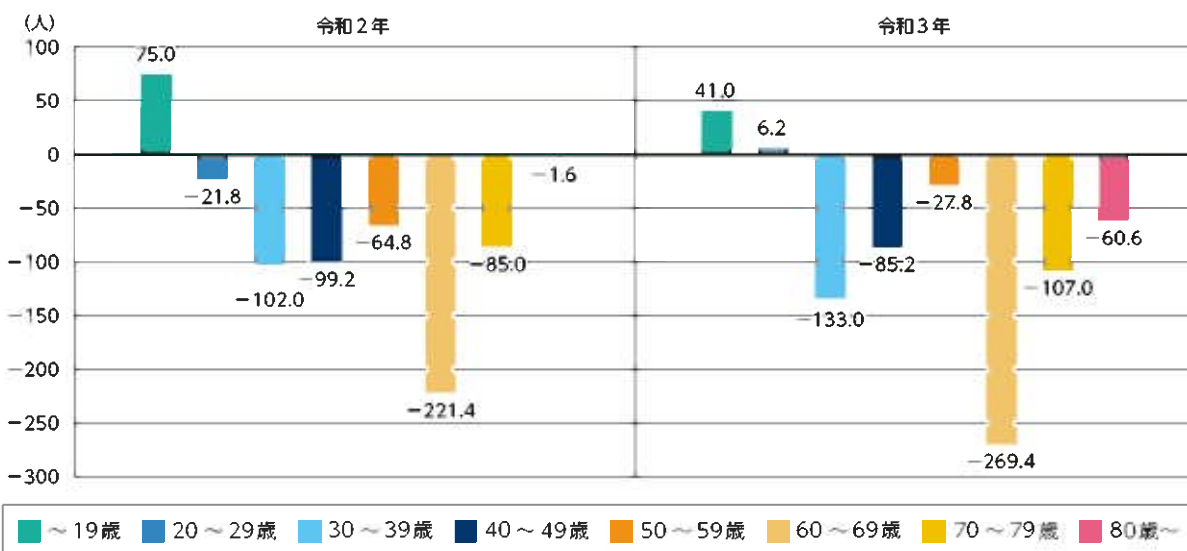


注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

「失業者」、「学生・生徒等」、「年金・雇用保険等生活者」及び「その他の無職者等」の男性（以下「無職の男性」という。）について、年齢階級別と同居人の有無別に、感染拡大前5年平均自殺者数からの増減数をみると、「同居人あり」では、令和2年の「～19歳」と、令和3年の「～19歳」及び「20～29歳」を除く全ての年齢階級で減少した（第2-2-13図①）。「同居人なし」では、令和2年及び令和3年ともに「20～29歳」、「30～39歳」、「70～79歳」及び「80歳～」で増加し、このうち、「80歳～」が最も増加し、「70～79歳」がそれに次ぐ（第2-2-13図②）。

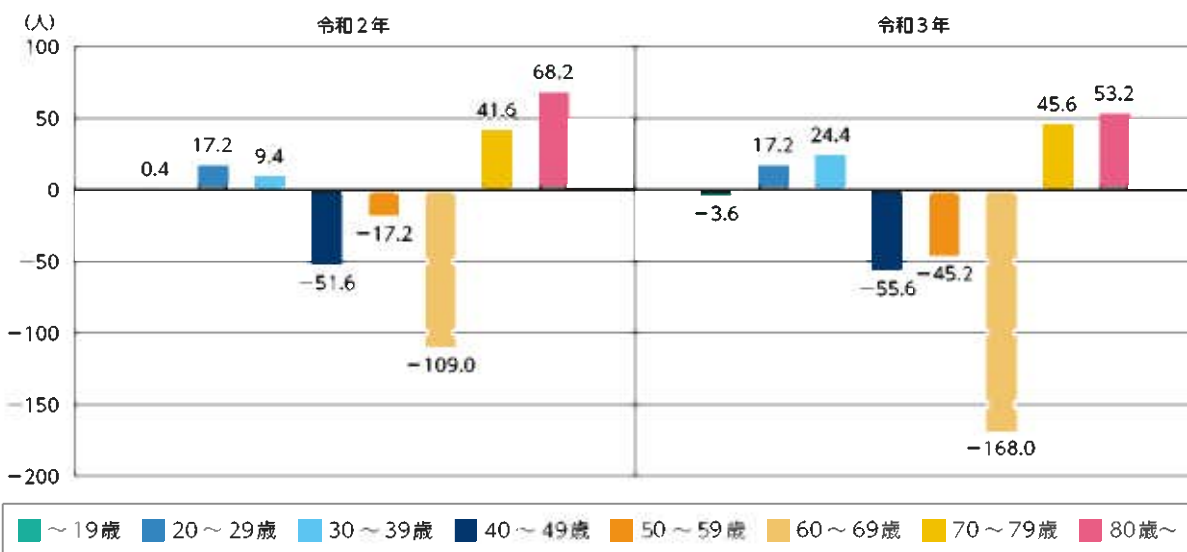
第2-2-13図① 【同居人あり】令和2年、令和3年における年齢階級別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較（無職の男性）



注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-13図② 【同居人なし】令和2年、令和3年における年齢階級別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較（無職の男性）

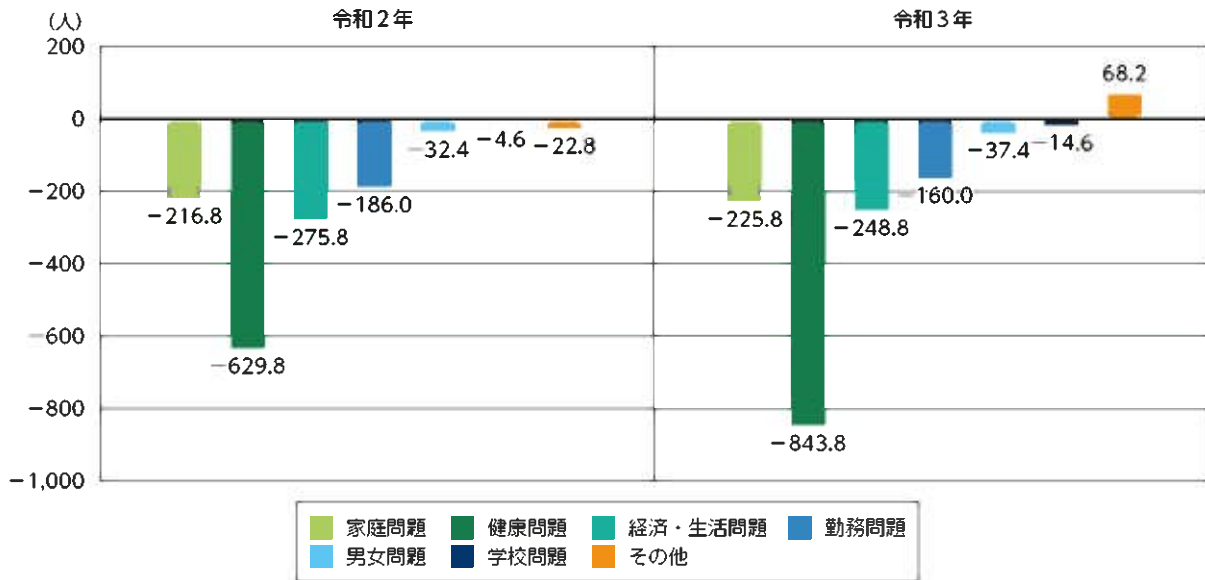


注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

男性の自殺の原因・動機⁶について、感染拡大前5年平均からの増減数⁷をみると、「健康問題」が最も大きく減少し、「経済・生活問題」がそれに続く。令和2年及び令和3年ともにほとんどの原因・動機が減少している中では、令和3年の「健康問題」が最も減少した。また、「その他」は、令和2年は減少したものの、令和3年には増加した（第2-2-14図）。

第2-2-14図 原因・動機別にみた感染拡大前5年平均との増減数比較（男性）



注) 原因・動機のうち「不詳」は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

- 6 原因・動機は自殺者一人につき3つまで計上可能としているため、原因・動機別の和と全体の自殺者数は必ずしも一致しない。なお、ここでは本章末の「参考表：自殺統計における原因・動機の種類」のうち、同一大分類下の小分類の2つ以上に当てはまるとされた場合でも、大分類上は1として集計している。
- 7 ここでは、それぞれの原因・動機が当てはまるとされた感染拡大前5年間の自殺者数を水準とし、これに対応する令和2年及び令和3年の自殺者と比較している。

3 女性の自殺の実態及び背景

本項では、女性の自殺の実態及び背景について分析を行う。まず、令和2年及び令和3年における女性の自殺者数について、感染拡大前5年平均自殺者数との比較を年齢階級別、職業の有無別及び同居人の有無別で分析を行う。

令和2年の女性自殺者数について感染拡大前5年平均と比較してみると、自殺者数の増加が大きかった3区分は、①「～19歳・無職・同居人あり」が104.4人増、②「20～29歳・有職・同居人あり」が95.8人増、③「40～49歳・有職・同居人あり」が65.4人増となっている。自殺者数の増加率が大きかった3区分は、①「～19歳・有職・同居人なし」が150.0%、②「20歳～29歳・有職・同居人なし」が66.7%、③「～19歳・無職・同居人あり」が64.6%となっている。また、自殺者数の減少が大きかった3区分は、①「60～69歳・無職・同居人あり」が85.0人減、②「80歳～・無職・同居人あり」が79.4人減、③「60～69歳・無職・同居人なし」が34.4人減となっている。自殺者数の減少率が大きかった3区分は、①「80歳～・有職・同居人なし」が-37.5%、②「80歳～・有職・同居人あり」が-26.2%、③「60～69歳・無職・同居人なし」が-15.4%となっている（第2-2-15表）。

令和3年の女性自殺者数について感染拡大前5年平均と比較してみると、自殺者数の増加が大きかった3区分は、①「～19歳・無職・同居人あり」が112.4人増、②「20～29歳・無職・同居人あり」が89.0人増、③「20～29歳・有職・同居人なし」が83.4人増となっている。自殺者数の増加率が大きかった3区分は、①「～19歳・無職・同居人なし」が110.5%、②「～19歳・有職・同居人なし」が100.0%、③「20歳～29歳・有職・同居人なし」が86.3%となっている。また、自殺者数の減少が大きかった3区分は、①「60～69歳・無職・同居人あり」が136.0人減、②「80歳～・無職・同居人あり」が102.4人減、③「30～39歳・無職・同居人あり」が60.2人減となっている。自殺者数の減少率が大きかった3区分は、①「60～69歳・無職・同居人あり」が-20.1%、②「80歳～・無職・同居人あり」が-16.8%、③「30～39歳・無職・同居人あり」が-16.3%となっている（第2-2-16表）。

第2-2-15表 令和2年における年齢階級別、職業の有無別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との比較(女性)

性別	年齢階級	同居人	感染拡大前5年平均		令和2年		増減数		増減率	
			有職	無職	有職	無職	有職	無職	有職	無職
女性	～19歳	あり	13.0	161.6	19	266	6.0	104.4	46.2%	64.6%
		なし	4.0	11.4	10	13	6.0	1.6	150.0%	14.0%
	20～29歳	あり	152.2	258.0	248	292	95.8	34.0	62.9%	13.2%
		なし	96.6	93.4	161	123	64.4	29.6	66.7%	31.7%
	30～39歳	あり	190.0	369.2	224	346	34.0	-23.2	17.9%	-6.3%
		なし	68.8	80.4	100	82	31.2	1.6	45.3%	2.0%
	40～49歳	あり	245.6	542.4	311	569	65.4	26.6	26.6%	4.9%
		なし	66.2	138.0	81	124	14.8	-14.0	22.4%	-10.1%
	50～59歳	あり	213.0	569.0	267	580	54.0	11.0	25.4%	1.9%
		なし	55.6	157.4	63	136	7.4	-21.4	13.3%	-13.6%
	60～69歳	あり	105.6	675.0	112	590	6.4	-85.0	6.1%	-12.6%
		なし	33.2	223.4	32	189	-1.2	-34.4	-3.6%	-15.4%
	70～79歳	あり	45.8	719.2	47	697	1.2	-22.2	2.6%	-3.1%
		なし	15.2	325.0	20	347	4.8	22.0	31.6%	6.8%
	80歳～	あり	12.2	608.4	9	529	-3.2	-79.4	-26.2%	-13.1%
		なし	3.2	324.8	2	358	-1.2	33.2	-37.5%	10.2%
	全年代	あり	977.4	3902.8	1237	3869	259.6	-33.8	26.6%	-0.9%
		なし	342.8	1353.8	469	1372	126.2	18.2	36.8%	1.3%
総数			6576.8		6947		370.2		5.6%	

注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-16表 令和3年における年齢階級別、職業の有無別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との比較(女性)

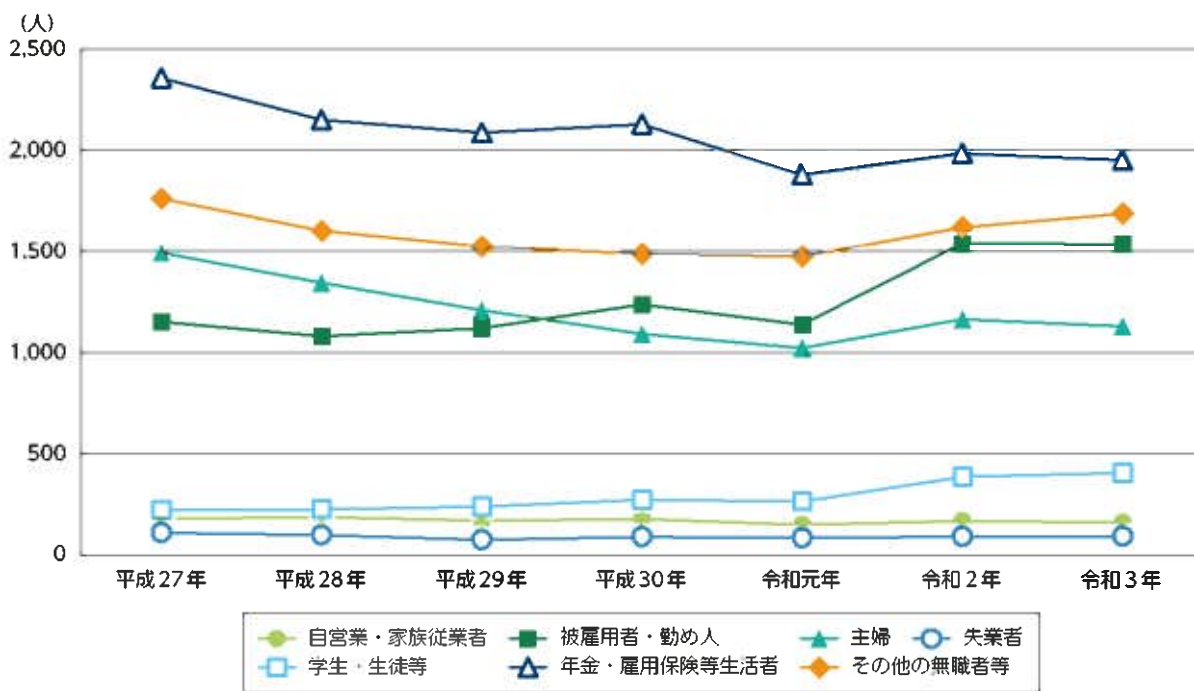
性別	年齢階級	同居人	感染拡大前5年平均		令和3年		増減数		増減率	
			有職	無職	有職	無職	有職	無職	有職	無職
女性	～19歳	あり	13.0	161.6	18	274	5.0	112.4	38.5%	69.6%
		なし	4.0	11.4	8	24	4.0	12.6	100.0%	110.5%
	20～29歳	あり	152.2	258.0	227	347	74.8	89.0	49.1%	34.5%
		なし	96.6	93.4	180	136	83.4	42.6	86.3%	45.6%
	30～39歳	あり	190.0	369.2	228	309	38.0	-60.2	20.0%	-16.3%
		なし	68.8	80.4	96	90	27.2	9.6	39.5%	11.9%
	40～49歳	あり	245.6	542.4	298	520	52.4	-22.4	21.3%	-4.1%
		なし	66.2	138.0	75	144	8.8	6.0	13.3%	4.3%
	50～59歳	あり	213.0	569.0	272	567	59.0	-2.0	27.7%	-0.4%
		なし	55.6	157.4	73	194	17.4	36.6	31.3%	23.3%
	60～69歳	あり	105.6	675.0	107	539	1.4	-136.0	1.3%	-20.1%
		なし	33.2	223.4	32	205	-1.2	-18.4	-3.6%	-8.2%
	70～79歳	あり	45.8	719.2	48	688	2.2	-31.2	4.8%	-4.3%
		なし	15.2	325.0	15	352	-0.2	27.0	-1.3%	8.3%
	80歳～	あり	12.2	608.4	14	506	1.8	-102.4	14.8%	-16.8%
		なし	3.2	324.8	5	361	1.8	36.2	56.3%	11.1%
	全年代	あり	977.4	3902.8	1212	3750	234.6	-152.8	24.0%	-3.9%
		なし	342.8	1353.8	484	1506	141.2	152.2	41.2%	11.2%
総数			6576.8		6952		375.2		5.7%	

注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

女性の自殺者数の推移を職業別⁸にみると、平成27年から令和3年にかけては「年金・雇用保険等生活者」が最も多い。次いで多い「その他の無職者等」⁹は、平成27年から令和元年までは減少傾向だったが、令和元年から令和3年にかけて増加した。また、「被雇用者・勤め人」は、平成30年から「主婦」を上回り、令和元年から令和2年にかけて大きく増加した（第2-2-17図）。

第2-2-17図 職業別に見た自殺者数の推移（女性）



注) 職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

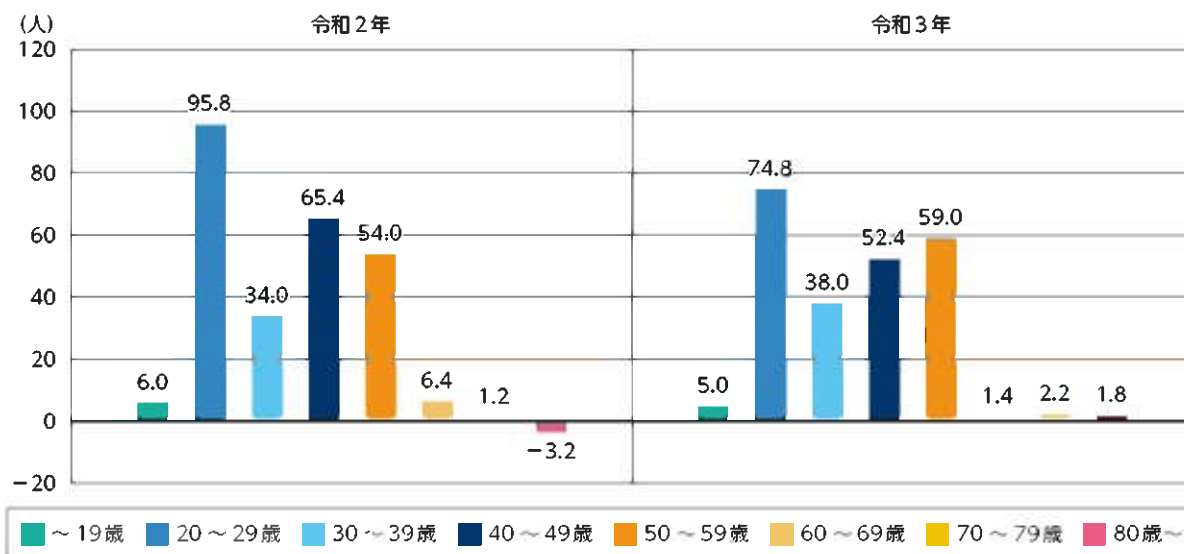
(1) 有職の女性の自殺

「自営業・家族従業者」及び「被雇用者・勤め人」の女性（以下「有職の女性」という。）について、年齢階級別と同居人の有無別に、感染拡大前5年平均自殺者数からの増減数を見ると、「同居人あり」では、令和2年の「80歳～」を除く全ての年齢階級が増加し、「20～29歳」が最も増加した（第2-2-18図①）。「同居人なし」では、令和2年及び令和3年ともに「20～29歳」が最も増加し、「30～39歳」がそれに次ぐ（第2-2-18図②）。

8 職業の分類については、本章末の「参考表：自殺統計における職業の分類」を参照。

9 「その他の無職者等」は、自殺統計原票の職業大分類「無職」に含まれる中分類「無職者」内の小分類「利子・配当・家賃等生活者」、「浮浪者」及び「その他の無職者」の総称である。

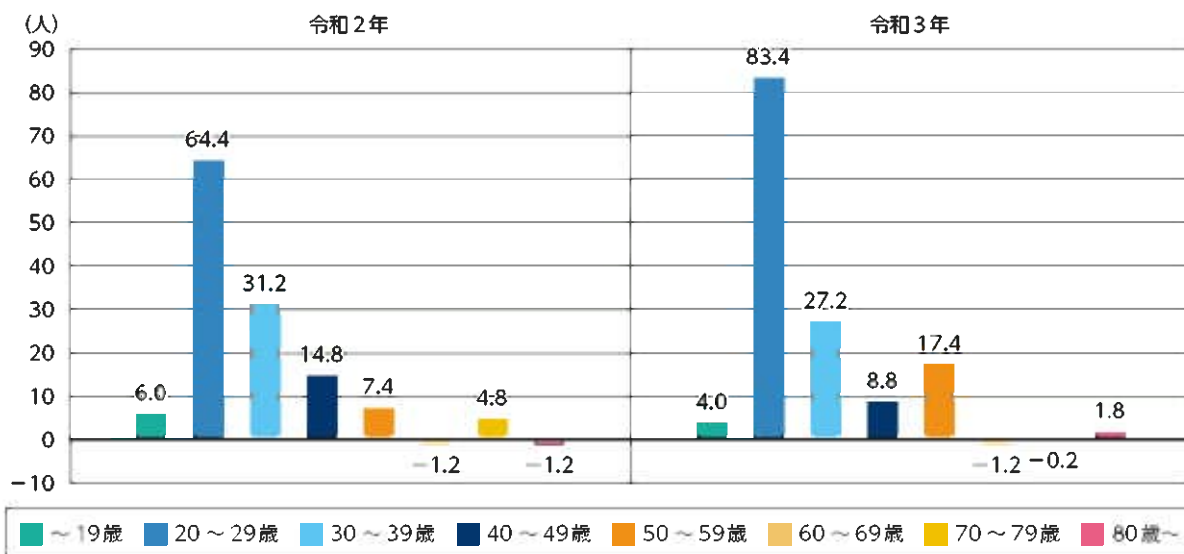
第2-2-18図① 「同居人あり」令和2年、令和3年における年齢階級別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較（有職の女性）



注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-18図② 「同居人なし」令和2年、令和3年における年齢階級別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較（有職の女性）

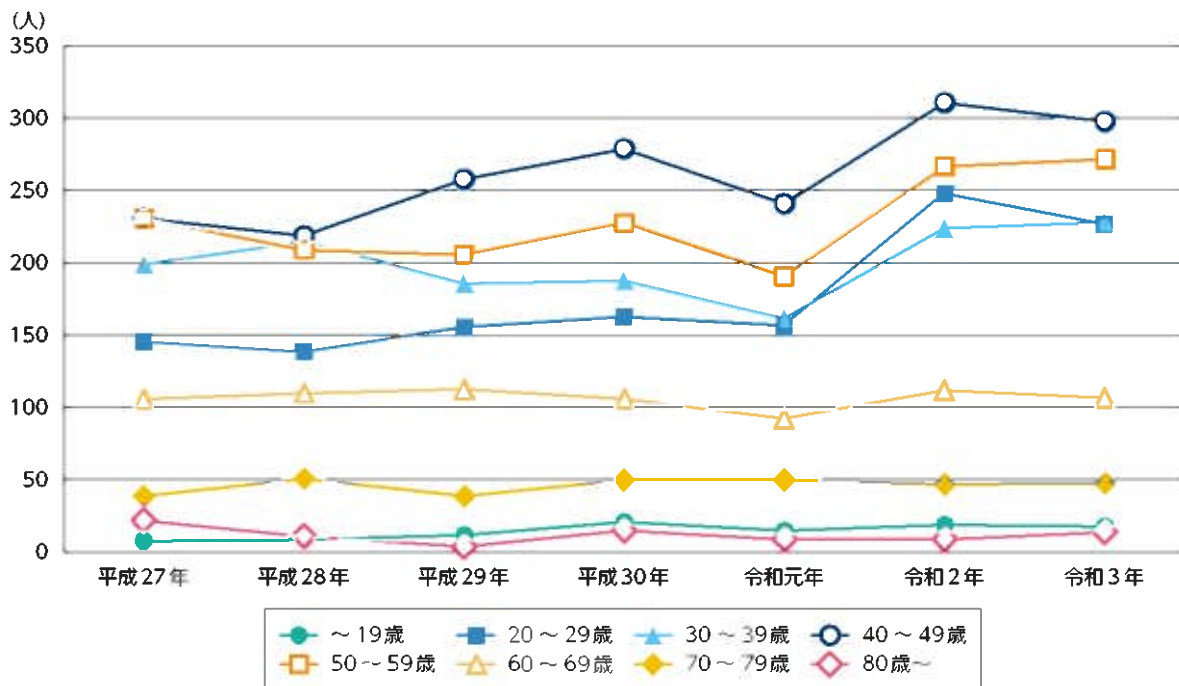


注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

有職の女性の自殺者数の推移を、年齢階級別と同居人の有無別にみると、「同居人あり」では、令和元年から令和2年にかけて「20～29歳」から「50～59歳」までの年齢階級で大きく増加し、令和2年から令和3年にかけても「30～39歳」及び「50～59歳」は増加した（第2-2-19図①）。「同居人なし」では、令和元年から令和2年にかけて「20～29歳」及び「30～39歳」が大きく増加し、令和2年から令和3年にかけても「20～29歳」は増加した（第2-2-19図②）。

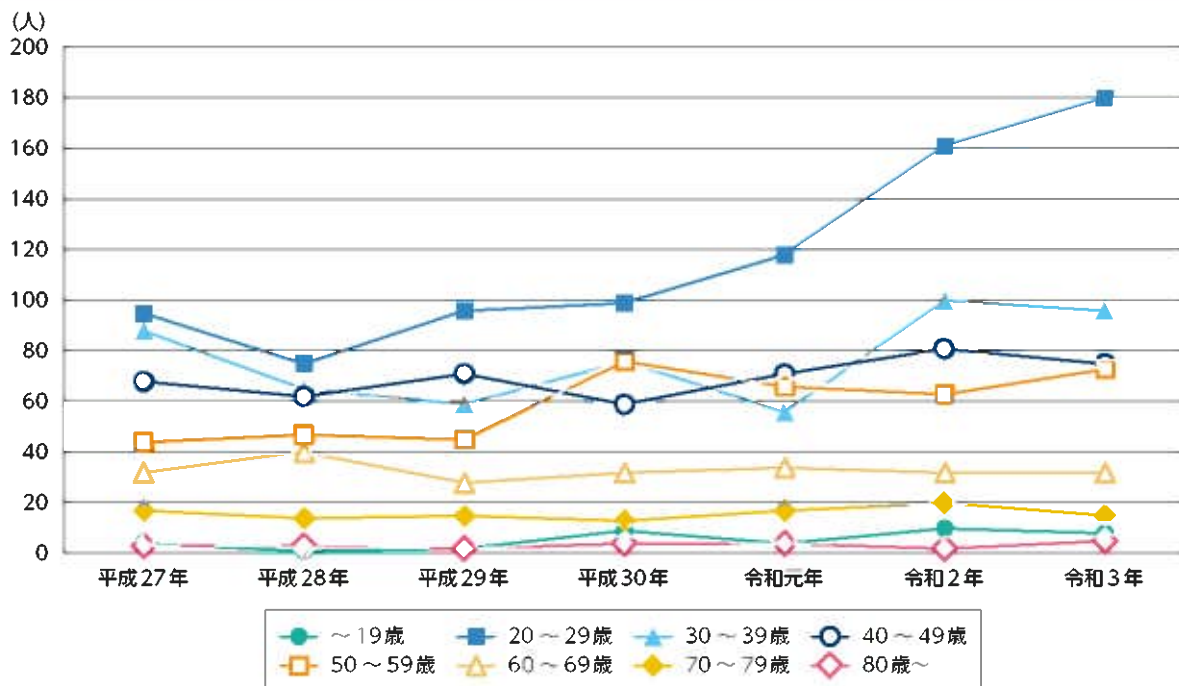
第2-2-19図① 【同居人あり】年齢階級別、同居人の有無別にみた自殺者数の推移(有職の女性)



注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-19図② 【同居人なし】年齢階級別、同居人の有無別にみた自殺者数の推移(有職の女性)



注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

令和2年及び令和3年における女性の「被雇用者・勤め人」のうち、感染拡大前5年平均自殺者数からの増加が大きかった8職業¹⁰の自殺者数についてみると、令和2年に大きく増加した4区分は、①「事務員」が68.4人増、②「その他のサービス職」が65.0人増、③「その他」が49.2人増、④「販売店員」が41.0人増となっている（第2-2-20表）。また、令和3年に大きく増加した4区分は、①「事務員」が102.4人増、②「その他のサービス職」が49.0人増、③「販売店員」が43.0人増、④「その他の労務作業職」が34.6人増となっている（第2-2-21表）。

第2-2-20表 令和2年における女性の「被雇用者・勤め人」8職業の感染拡大前5年平均自殺者数との比較

	感染拡大前5年平均	令和2年	増減数	増減率
事務員	203.6	272	68.4	33.6%
その他のサービス職	131.0	196	65.0	49.6%
その他	218.8	268	49.2	22.5%
販売店員	92.0	133	41.0	44.6%
医療・保健従事者	141.2	175	33.8	23.9%
その他の専門・技術職	41.6	72	30.4	73.1%
飲食店店員	55.4	72	16.6	30.0%
外交員・セールスマン	14.6	30	15.4	105.5%

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-21表 令和3年における女性の「被雇用者・勤め人」8職業の感染拡大前5年平均自殺者数との比較

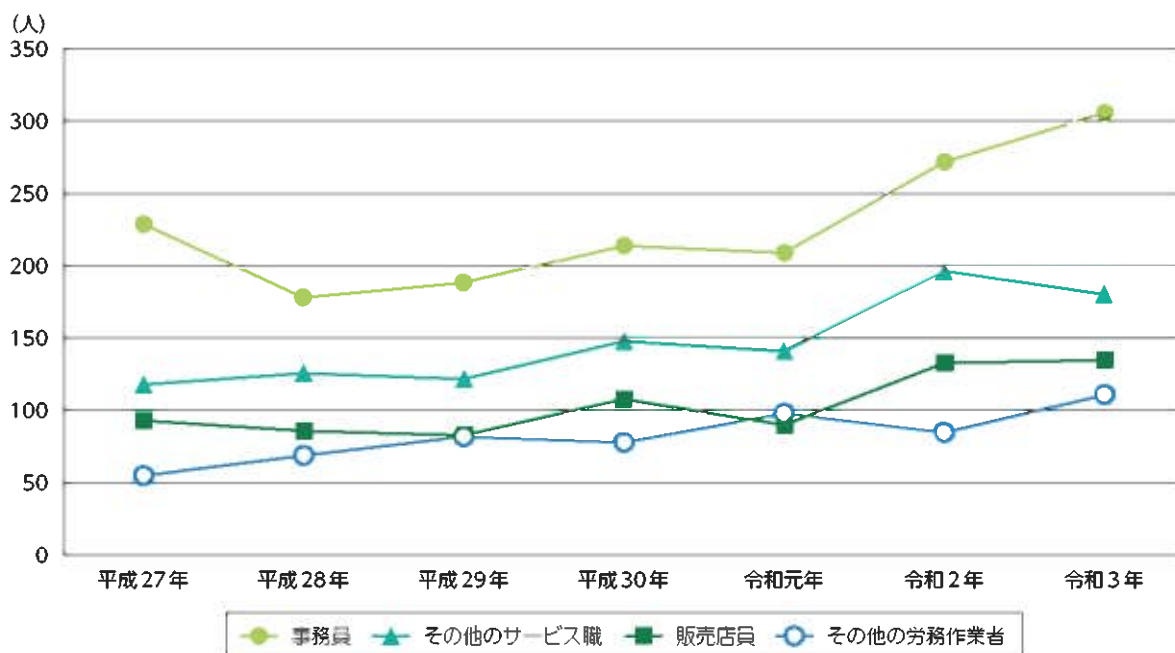
	感染拡大前5年平均	令和3年	増減数	増減率
事務員	203.6	306	102.4	50.3%
その他のサービス職	131.0	180	49.0	37.4%
販売店員	92.0	135	43.0	46.7%
その他の労務作業職	76.4	111	34.6	45.3%
その他	218.8	253	34.2	15.6%
医療・保健従事者	141.2	161	19.8	14.0%
その他の専門・技術職	41.6	59	17.4	41.8%
飲食店店員	55.4	70	14.6	26.4%

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

10 本表の順位は、それぞれの項目における新型コロナウイルス感染症感染拡大前5年間の自殺者数の平均値と令和2年及び令和3年の自殺者数と比較した場合に増加数が多い順によっているため、増減率の順位とは合致しない。

令和3年に感染拡大前5年平均自殺者数からの増加が大きかった4職業の自殺者数の推移をみると、令和元年から令和2年にかけて「事務員」、「その他のサービス職」及び「販売店員」が増加し、令和2年から令和3年にかけても「事務員」及び「販売店員」は増加した。「その他の労務作業者」は、令和元年から令和2年にかけて減少し、令和3年にかけて増加した（第2-2-22図）。

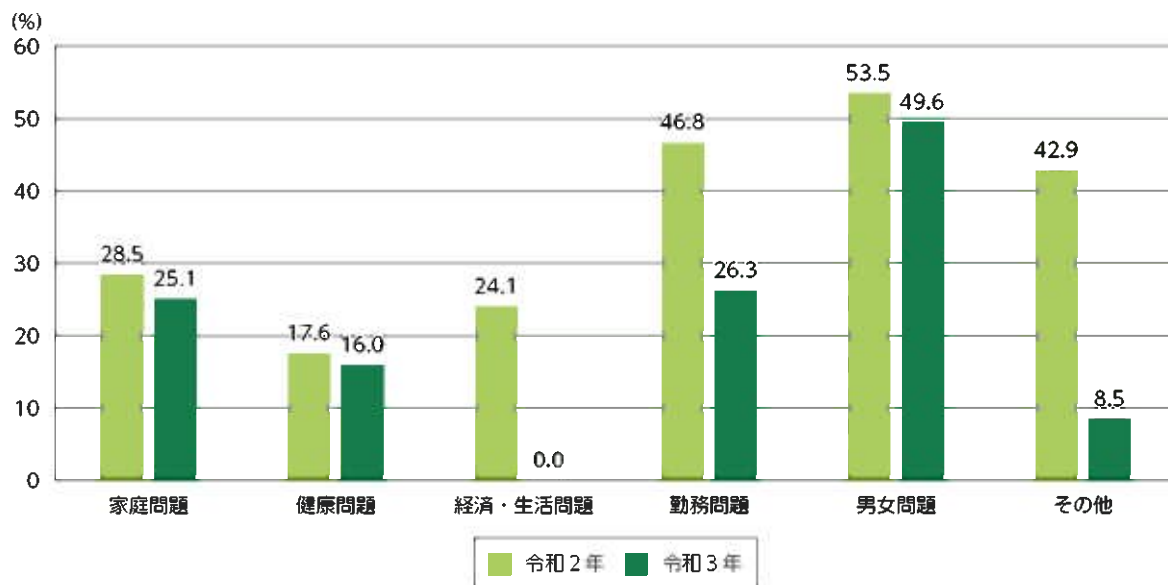
第2-2-22図 「被雇用者・勤め人」4職業の自殺者数の推移（有職の女性）



資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

自殺の原因・動機について、同居人の有無別に、感染拡大前5年平均からの増減率をみると、「同居人あり」では、令和2年及び令和3年ともにほとんどの原因・動機が上昇し、このうち、「男女問題」が最も上昇した。次いで上昇したのは、令和2年では「勤務問題」、「その他」の順となり、令和3年では「勤務問題」、「家庭問題」の順となっている（第2-2-23図①）。

第2-2-23図① 【同居人あり】原因・動機別にみた感染拡大前5年平均との増減率比較¹¹（有職の女性）



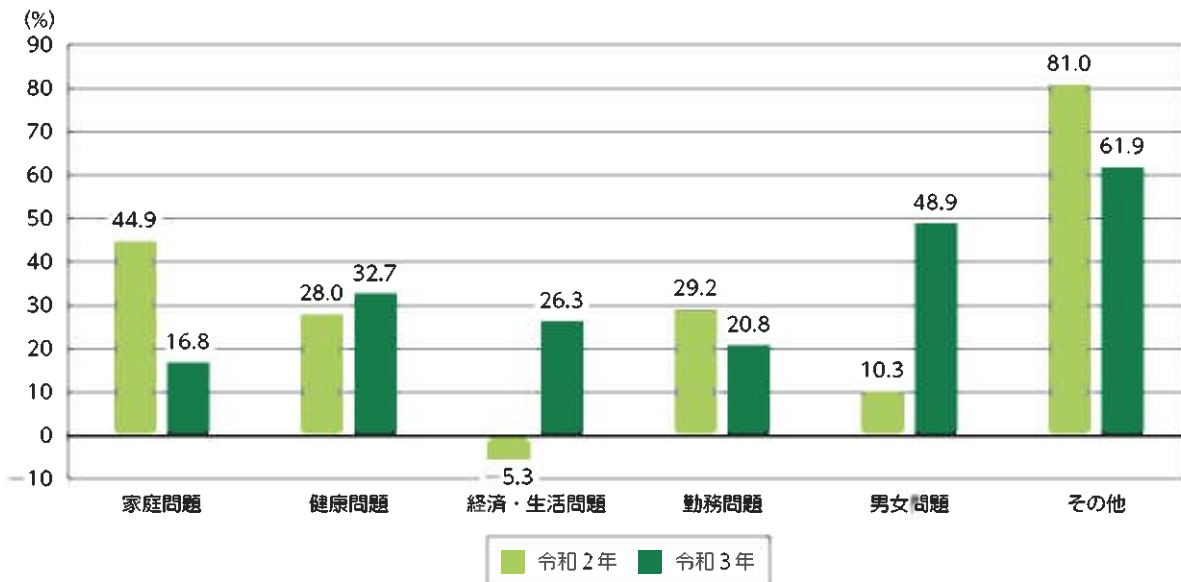
注) 原因・動機のうち「学校問題」、「不詳」は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

11 図2-2-14においては増減数を示したが、ここではどの程度の割合で増加しているのかを原因・動機の項目ごとに比較できるように、増減数を過去5年平均の水準に対する割合で示した。

「同居人なし」でも、令和2年及び令和3年ともにほとんどの原因・動機が上昇し、このうち、「その他」が最も上昇した。次いで上昇したのは、令和2年では「家庭問題」、「勤務問題」の順となり、令和3年では「男女問題」、「健康問題」の順となっている（第2-2-23図②）。

第2-2-23図② 【同居人なし】原因・動機別にみた感染拡大前5年平均との増減率比較(有職の女性)



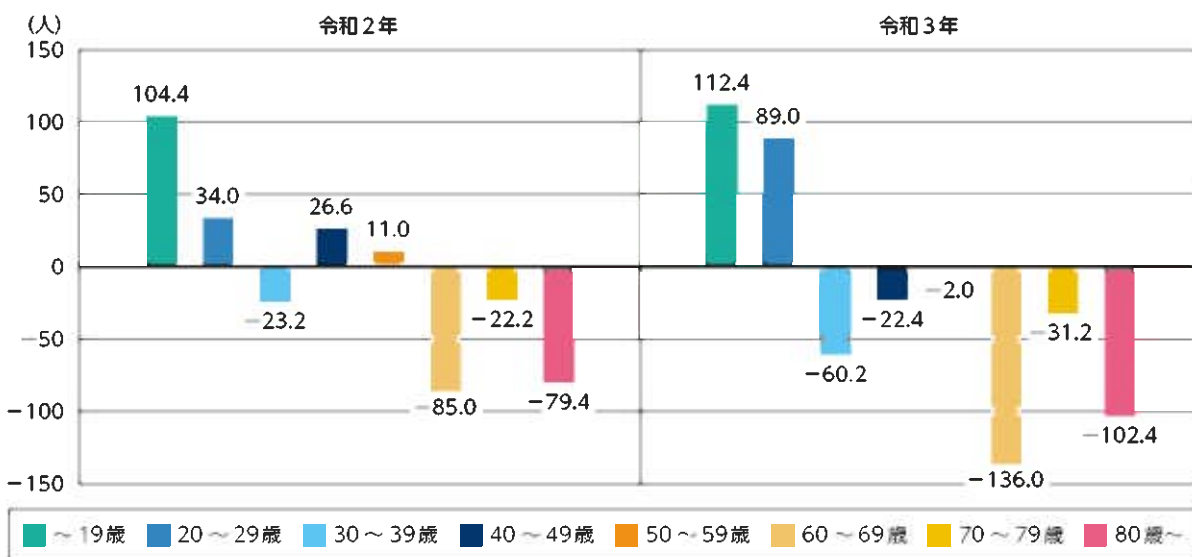
注) 原因・動機のうち「学校問題」、「不詳」は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

(2) 無職の女性の自殺

「主婦」、「失業者」、「学生・生徒等」、「年金・雇用保険等生活者」及び「その他の無職者等」の女性（以下「無職の女性」という。）の自殺者数について、年齢階級別と同居人の有無別に、感染拡大前5年平均自殺者数からの増減数を見ると、「同居人あり」では、令和2年の「～19歳」、令和3年の「～19歳」及び「20～29歳」が大きく増加したが、60歳以上は減少した。（第2-2-24図①）。「同居人なし」では、令和2年の「20歳～29歳」、「70～79歳」及び「80歳～」が増加し、令和3年は「60～69歳」以外の全ての年齢階級で増加した。（第2-2-24図②）。

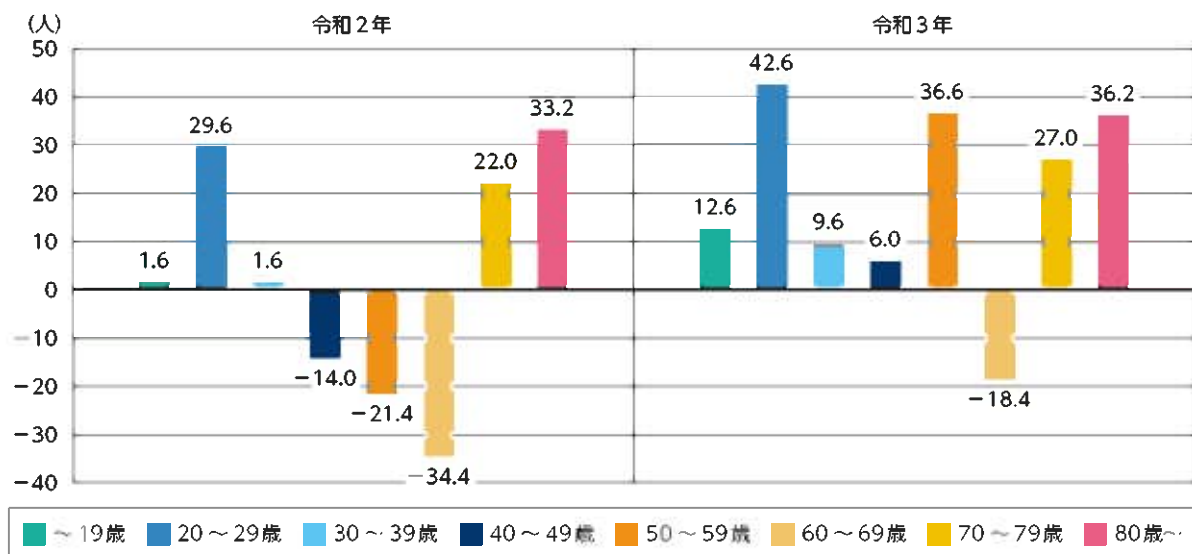
第2-2-24図① 【同居人あり】令和2年、令和3年における年齢階級別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較(無職の女性)



注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-24図② 【同居人なし】令和2年、令和3年における年齢階級別、同居人の有無別にみた感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較(無職の女性)

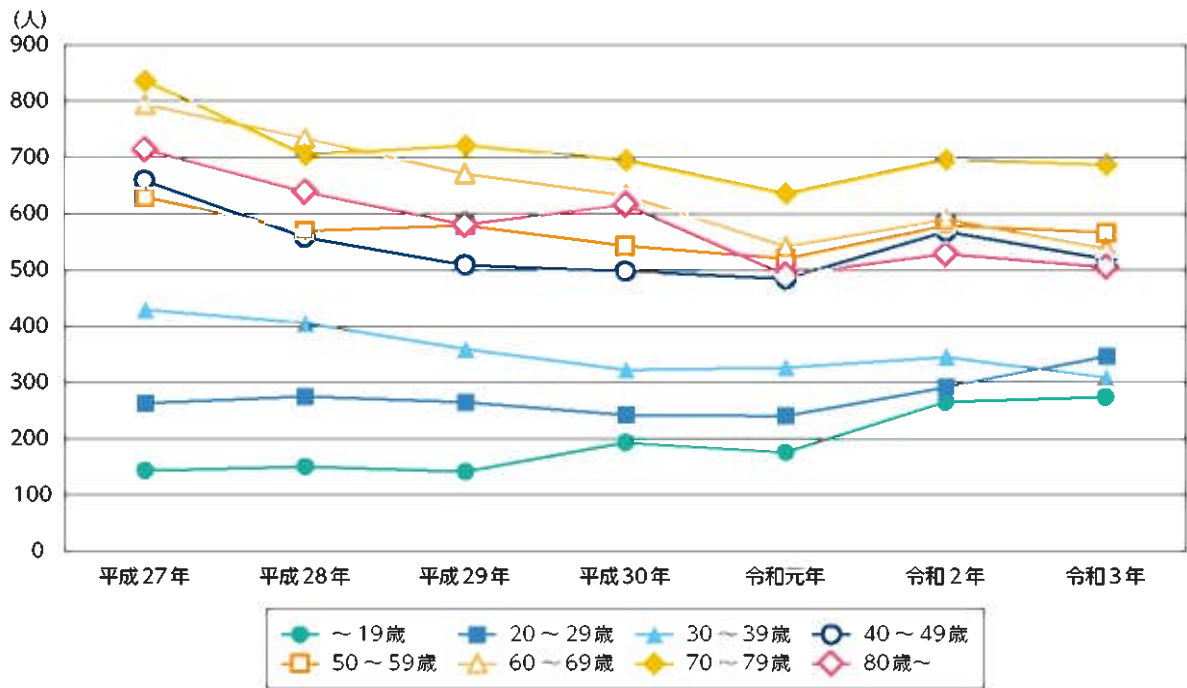


注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

無職の女性の自殺者数の推移を、年齢階級別と同居人の有無別にみると、「同居人あり」では、令和元年から令和2年にかけて全ての年齢階級で増加し、令和2年から令和3年にかけては「～19歳」及び「20～29歳」で増加したが、それ以外の年齢階級は減少した(第2-2-25図①)。「同居人なし」では、令和元年から令和2年にかけて「～19歳」、「30～39歳」及び「50～59歳」を除く年齢階級で増加し、令和2年から令和3年にかけては全ての年齢階級で増加した。(第2-2-25図②)。

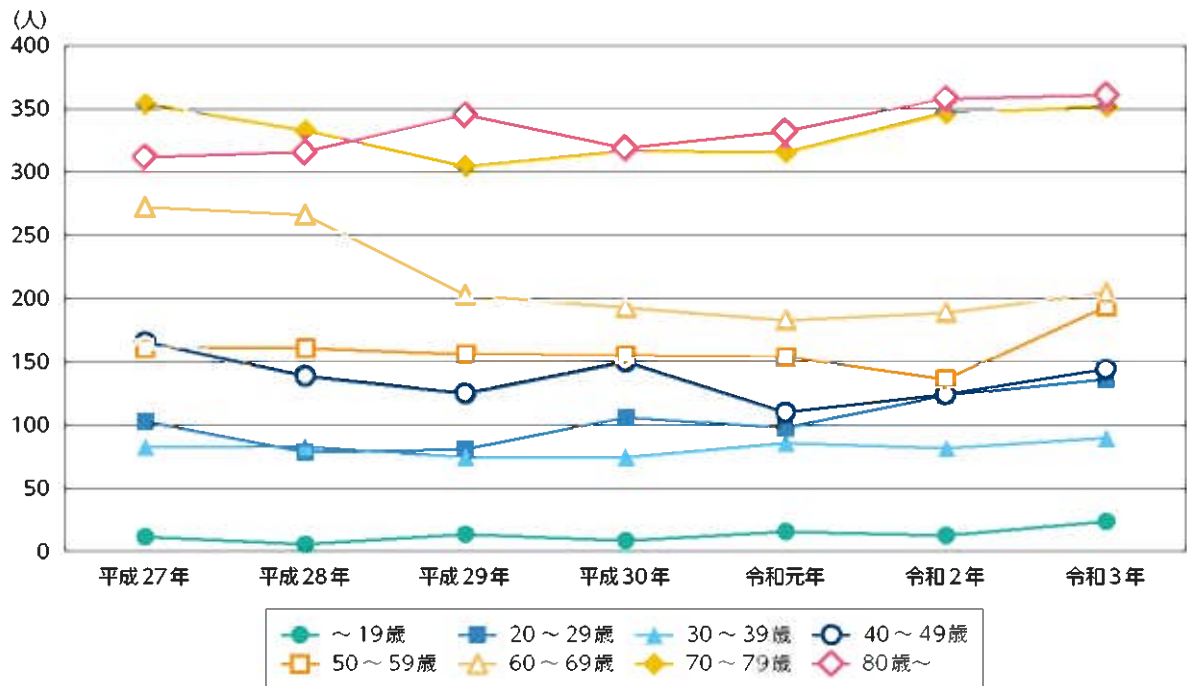
第2-2-25図① 【同居人あり】年齢階級別、同居人の有無別にみた自殺者数の推移(無職の女性)



注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-25図② 【同居人なし】年齢階級別、同居人の有無別にみた自殺者数の推移(無職の女性)



注) 年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

無職の女性のうち、一般に労働力人口として想定される15～64歳以下と、非労働力人口として想定される65歳以上について、職業別の自殺者数の推移をみた¹²。なお、「同居人あり」の場合に増加しているのは、「学生・生徒等」に対応した「～19歳」、「20～29歳」であるため、ここでは「同居人なし」に焦点を当てる。

「同居人なし」で15～64歳以下の自殺者数をみると、平成27年から令和3年にかけては「その他の無職者」が最も多い。感染拡大前5年平均自殺者数と比較すると、令和2年及び令和3年ともに「その他の無職者」が増加し、特に令和3年は大きく増加した（第2-2-26表）。

「同居人なし」で65歳以上の自殺者数をみると、平成27年から令和3年にかけては「年金・雇用保険等生活者」が最も多い。感染拡大前5年平均自殺者数と比較すると、令和2年及び令和3年ともに「その他の無職者」が最も増加した（第2-2-27表）。

第2-2-26表 【同居人なし】15～64歳以下の自殺者数の推移と感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較（無職の女性）

	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	感染拡大前 5年平均	令和2年 増減数	令和3年 増減数
主婦	31	33	20	20	26	18	31	26.0	-8.0	5.0
失業者	39	20	24	28	38	28	36	29.8	-1.8	6.2
年金・雇用保険等生活者	122	147	137	135	105	113	136	129.2	-16.2	6.8
その他の無職者	399	331	292	335	309	343	409	333.2	9.8	75.8

注）年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-2-27表 【同居人なし】65歳以上の自殺者数の推移と感染拡大前5年平均自殺者数との増減数比較（無職の女性）

	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	感染拡大前 5年平均	令和2年 増減数	令和3年 増減数
主婦	27	26	22	24	18	20	21	23.4	-3.4	-2.4
年金・雇用保険等生活者	657	644	602	598	599	622	631	620.0	2.0	11.0
その他の無職者	124	139	145	135	143	164	163	137.2	26.8	25.8

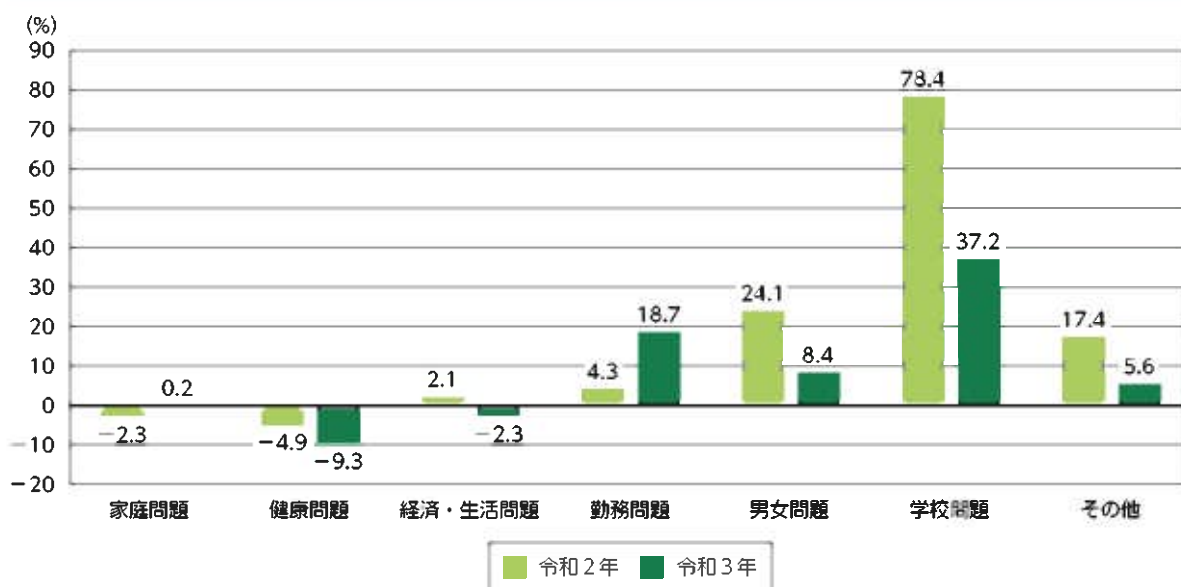
注）年齢不詳・同居人不詳・職業不詳は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

12 ただし、感染拡大前5年平均自殺者数が10人に満たない場合、及び「学生・生徒等」のカテゴリに属する場合は表から除いている。また、ここでは、本章末の「参考表：自殺統計における職業の分類」の小分類「その他の無職者」を計上している。

次に、自殺の原因・動機について、同居人の有無別に、感染拡大前5年平均からの増減率をみると、「同居人あり」では、令和2年及び令和3年ともに「学校問題」が最も上昇した。次いで上昇したのは、令和2年では「男女問題」、「その他」の順となり、令和3年では「勤務問題」、「男女問題」の順となっている（第2-2-28図①）。

第2-2-28図① 【同居人あり】原因・動機別にみた感染拡大前5年平均との増減率比較（無職の女性）

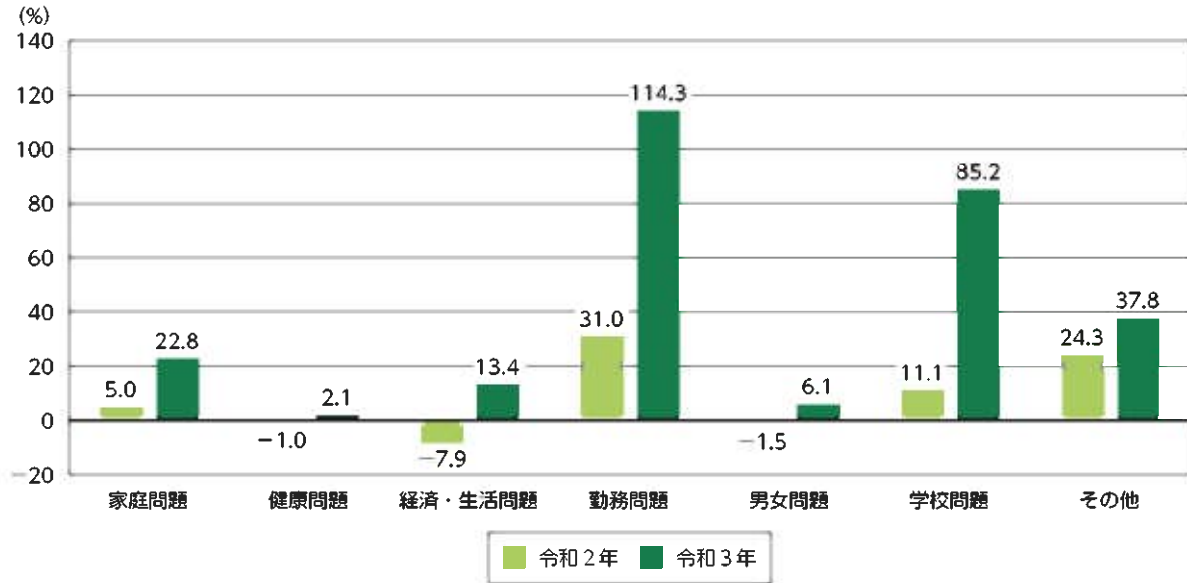


注) 原因・動機のうち「不詳」は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

「同居人なし」では、令和2年及び令和3年ともに「勤務問題」が最も上昇した。次いで上昇したのは、令和2年では「その他」、「学校問題」の順となり、令和3年では「学校問題」、「その他」の順となっている（第2-2-28図②）。

第2-2-28図② 【同居人なし】原因・動機別にみた感染拡大前5年平均との増減率比較(無職の女性)



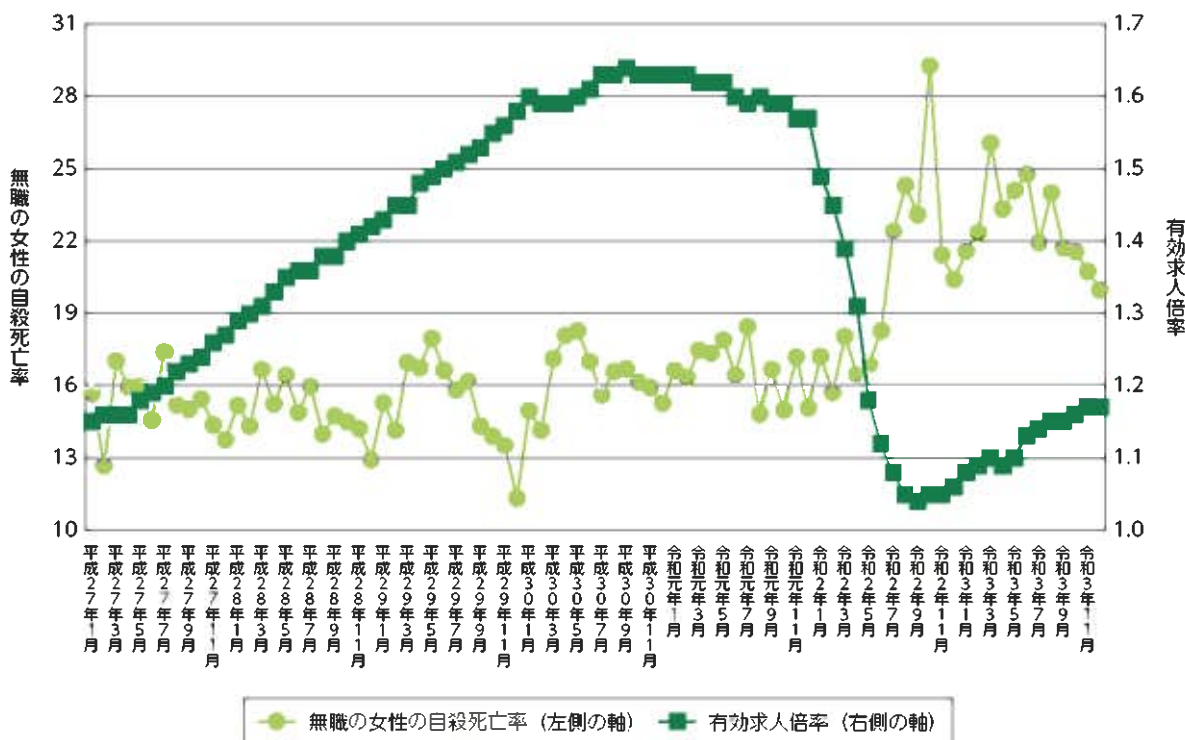
注) 原因・動機のうち「不詳」は除外している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

以上を踏まえて、ここでは新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における労働市場の特徴的な変化として、無職の女性の自殺死亡率と有効求人倍率の推移をみる。

有効求人倍率は令和2年1月に大きく低下し、9月に底を打った後、少しずつ上昇している。無職の女性の自殺死亡率は¹³、平成29年12月に最も低くなった後、令和2年5月以降上昇傾向にあり、10月に最も高くなった。その後は増減を繰り返しながらも減少傾向にある（第2-2-29図）。

第2-2-29図 無職の女性の自殺死亡率と有効求人倍率の推移



資料：警察庁「自殺統計」、総務省「国勢調査」及び厚生労働省「一般職業紹介状況（職業安定業務統計）」より自殺対策推進センター作成

13 ここで使用した無職の女性の自殺死亡率は、警察庁「自殺統計」から都道府県ごとに月次の無職の女性自殺者数を、平成27年及び令和2年国勢調査（就業状態等基本集計）から無職女性の都道府県ごとの月次人口をもとに線形補完した推定値で割って算出した。都道府県ごとの有効求人倍率についても、厚生労働省「職業安定業務統計」より月次の数値を使用した。

無職の女性の自殺死亡率と有効求人倍率の関係について、47都道府県について84か月分（平成27年1月～令和3年12月）の月次データからパネルデータを構築し、47都道府県などの固定効果を考慮したパネルデータ分析を行った¹⁴。推定の結果、有効求人倍率が低下することが、無職の女性の自殺死亡率の上昇と統計的に関係があることが分かった¹⁵（第2-2-30表）。

第2-2-30表 無職の女性の自殺死亡率と有効求人倍率との関係

変数名	無職女性の自殺死亡率 (15歳以上人口10万人に対して)	
有効求人倍率	-13.76*** (2.602)	-13.68*** (2.889)
切片	42.33*** (3.549)	42.23*** (3.920)
年固定効果	なし	なし
月固定効果	なし	あり
都道府県の固定効果	あり	あり
観測数	3,948	3,948
within決定係数	0.0195	0.0193

括弧内は、モデルごとのクラスターロバスト標準誤差

°は有意水準を示す。*** p値が0.01未満, ** p値が0.05未満, * p値が0.1未満である。

資料：警察庁「自殺統計」、総務省「国勢調査」及び厚生労働省「職業安定業務統計」より自殺対策推進センター作成

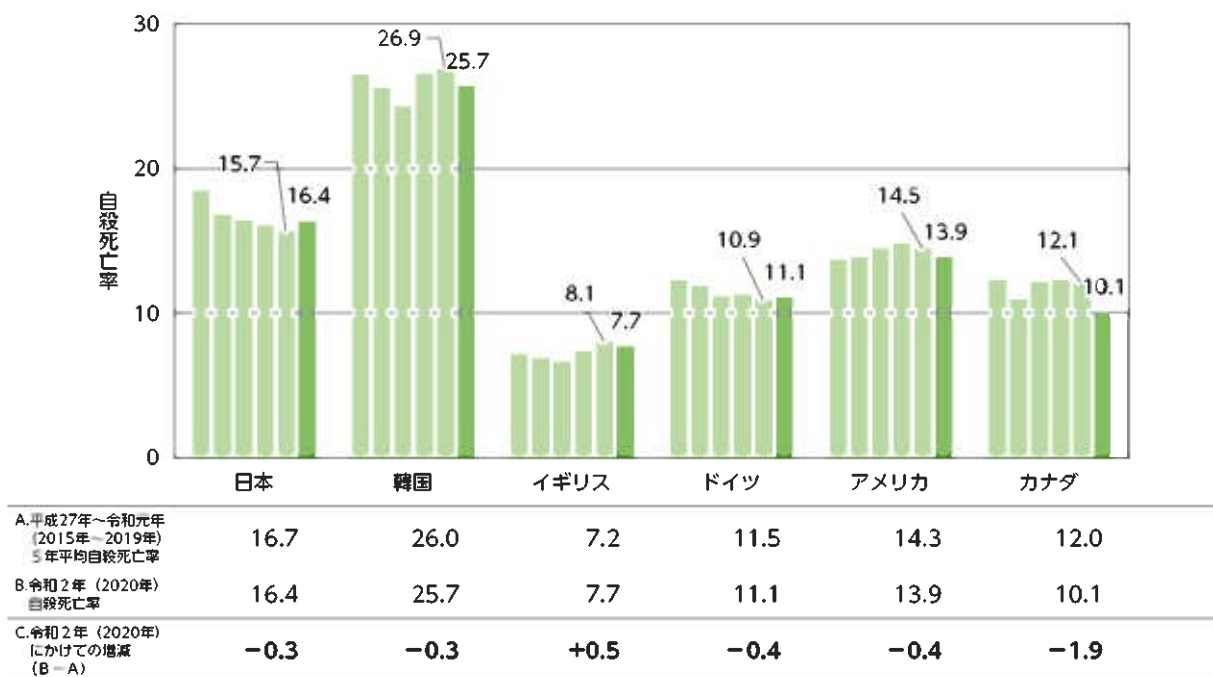
14 前掲13に同じ。

15 本推定結果は、直接的に求職活動の困難さが無職の女性の自殺を引き起こすことを示唆するものではない。厳密な意味での政策的な示唆を得るためには、自殺者の個別におかれた経済状況を観察する必要がある。例えば、労働市場において就労に就くことが困難な状況では、どのような女性に最も強く影響を与えるのかを比較することも今後の課題である。

4 諸外国の自殺死亡率の動向

ここでは、先進国¹⁶における新型コロナウイルス感染症の感染拡大下の自殺死亡率の動向をみると、令和2年は令和元年と比較して、日本及びドイツでは上昇し、韓国、イギリス¹⁷、アメリカ及びカナダでは低下した。なお、感染拡大前5年平均の自殺死亡率と比較すると、日本、韓国、ドイツ、アメリカ及びカナダでは低下し、イギリスでは上昇した（第2-2-31図）。

第2-2-31図 先進国における自殺死亡率の推移（男女計）



各国の棒グラフは、左から順に、平成27年(2015年)、平成28年(2016年)、平成29年(2017年)、平成30年(2018年)、令和元年(2019年)、令和2年(2020年)の自殺死亡率を表す。

資料：世界保健機関資料¹⁸ほかより自殺対策推進センター作成

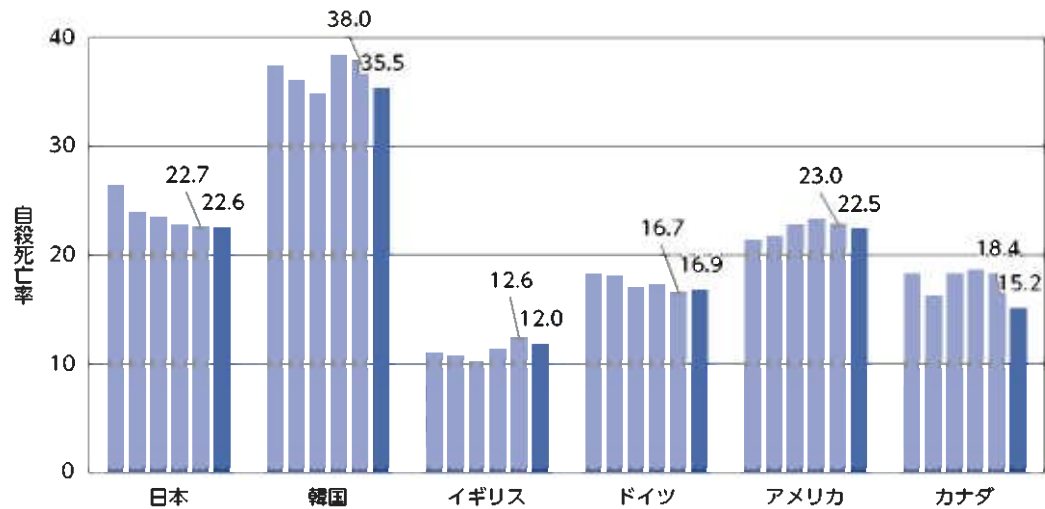
16 比較する先進国は、第1章に準じたG7参加国に、近隣国であり自殺死亡率も高い韓国を加えた8か国のうち、感染拡大の影響を受けたと思われる令和2年及び過去5年(平成27年から令和元年)の自殺死亡率が取得及び算出可能であった6か国(日本、韓国、イギリス、ドイツ、アメリカ、カナダ)とした。

17 イギリスは全土のデータが未公表のため、「イングランド及びウェールズ」のデータを示している。

18 自殺死亡率の引用及び算出について、日本は厚生労働省「人口動態統計」、韓国は韓国統計庁資料、イギリスは世界保健機関資料「Mortality Database」、ドイツは連邦健康報告情報システム資料、アメリカは米国疾病予防管理センター資料、カナダはカナダ統計局資料のデータを用いた。

男性の自殺死亡率をみると、令和2年は令和元年と比較して、ドイツ以外の国で低下した。なお、感染拡大前5年平均の自殺死亡率と比較すると、日本、韓国、ドイツ及びカナダでは低下し、イギリスでは上昇した。(第2-2-32図)。

第2-2-32図 先進国における自殺死亡率の推移（男性）



A.平成27年～令和元年 (2015年～2019年) 5年平均自殺死亡率	24.0	37.0	11.2	17.6	22.5	18.0
B.令和2年(2020年) 自殺死亡率	22.6	35.5	12.0	16.9	22.5	15.2
C.令和2年(2020年) にかけての増減 (B-A)	-1.3	-1.5	+0.7	-0.7	±0.0	-2.8

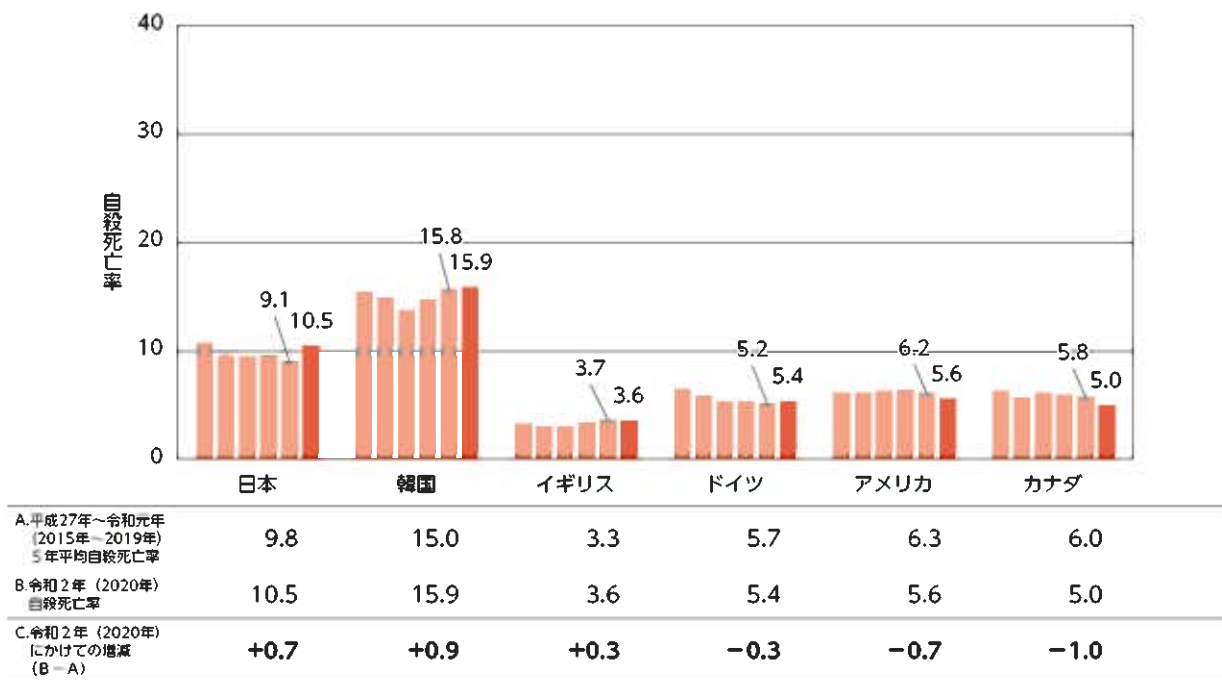
各国の棒グラフは、左から順に、平成27年(2015年)、平成28年(2016年)、平成29年(2017年)、平成30年(2018年)、令和元年(2019年)、令和2年(2020年)の自殺死亡率を表す。

資料：世界保健機関資料¹⁹ほかより自殺対策推進センター作成

19 前掲18に同じ。

女性の自殺死亡率をみると、令和2年は令和元年と比較して、日本、韓国及びドイツでは上昇し、イギリス、アメリカ及びカナダでは低下した。なお、感染拡大前5年平均の自殺死亡率と比較すると、日本、韓国及びイギリスでは上昇し、ドイツ、アメリカ及びカナダでは低下した。令和元年から令和2年の自殺死亡率の上昇は、日本が最も大きく、感染拡大前5年平均の自殺死亡率と比較すると、日本は韓国に次いで2番目に大きな上昇となっている（第2-2-33図）。

第2-2-33図 先進国における自殺死亡率の推移（女性）



各国の棒グラフは、左から順に、平成27年（2015年）、平成28年（2016年）、平成29年（2017年）、平成30年（2018年）、令和元年（2019年）、令和2年（2020年）の自殺死亡率を表す。

資料：世界保健機関資料²⁰ほかより自殺対策推進センター作成

20 前掲18に同じ。

おわりに

本節第1項から第3項では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における我が国の自殺の動向をみてきた。特に、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において特徴的な動向を捉えるために、平成27年から令和元年までの感染拡大前5年の平均自殺者数との比較を行った。分析を通して明らかになったのは、次の5点である。

1つ目に、令和2年と令和3年の自殺者数の感染拡大前5年平均自殺者数からの増減は、男女差が明確に浮かび上がった。我が国の令和2年と令和3年の全自殺者数は、感染拡大前5年平均自殺者数と比較して、それぞれ514人、784人減少している。しかし、男性・女性別にみると、感染拡大前5年平均自殺者数と比較して、男性自殺者数は令和2年に884.2人、令和3年に1159.2人減少している一方、女性自殺者数は令和2年に370.2人、令和3年に375.2人増加した。これらのことから、この減少を牽引したのは、男性自殺者数の減少であることがわかった。

2つ目に、男女で共通の傾向も浮かび上がった。それは「～19歳」、「20～29歳」における自殺者数の増加である。ただし、この「～19歳」、「20～29歳」における女性自殺者数の増加は、男性よりも著しく大きい。20代女性では、「新型コロナウイルスが流行する前と比較して、孤独を感じるが多くなった」と回答した割合が65%となるという報告²¹もあるところ、これらの年齢階級が含まれる学生・生徒等の自殺の実態について、次節にて分析を行う。

3つ目に、自殺者の増減に影響した背景として、同居人の有無が考えられる。「同居人あり」の男性では有職無職にかかわらず、令和2年、令和3年ともに「30～39歳」以上のほとんどの年齢階級で減少がみられた。「同居人あり」の女性では、無職である場合、令和2年、令和3年ともに「30～39歳」以上の多くの年齢階級で減少がみられたが、有職である場合、令和2年、令和3年ともに「20～29歳」から「50～59歳」までの年齢階級を中心に増加した。

内閣府の調査²²では、「夫婦ともにフルタイム就業であっても、仕事のある日の家事時間は、妻は夫の2.0倍程度であり、仕事のない日でも1.8倍程度」という報告がなされているところ、新型コロナウイルス感染拡大前と比較した家事にかかる時間は、配偶者のいる女性でさらに増加しているという調査²³もみられる。有職の女性の自殺が増えた背景には、仕事と家庭の両立に係る生活環境の変化等が影響している可能性が考えられる。

なお、「同居人なし」の場合、有職男性全般、無職男性の高齢者層などで増加傾向にある。同居人がいないということは、何か異変に気付くことのできる身近な存在がないともいえ、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において行動面での制約がある中で、一人悩みを抱えてしまった可能性も考えられる。同居人がいない方の孤独・孤立の解消に向けて、居場所の確

21 コロナ禍の生活の変化と孤独に関する調査報告

<https://www.nri.com/jp/knowledge/report/1st/2022/cc/mediaforum/forum334>

22 令和元年度 家事等と仕事のバランスに関する調査報告書

https://www.gender.go.jp/research/kenkyu/balance_research_202003.html

23 令和3年度男性の家事・育児参画状況実態調査によると、配偶者がおり、平日の在宅時間のうち仕事以外にかえる時間が増えたとした者のうち、男性87.3%、女性78.2%が家事にかかる時間が増加したと回答している。

https://www.seikatubunka.metro.tokyo.lg.jp/danjo/wlb_top/0000001633.html

保やアウトリーチなどの対策を進めていくことが期待される。

4つ目に、「有職の女性」においては、同居人の有無にかかわらず、「50～59歳」以下の年齢階級において感染拡大前5年平均自殺者数から増加していた。職種としては、「事務員」、「その他のサービス職」の増加が目立った。「無職の女性」においては、「同居人あり」の場合には「～19歳」、「20～29歳」において、感染拡大前5年平均自殺者数から増加していた。一方、「同居人なし」の場合には、多くの年齢階級において、令和2年、令和3年のいずれかでは増加がみられた。そこで、新型コロナウイルス感染症の感染拡大によって大きく変化した労働市場が、無職の女性自殺者数に対して何らかの影響があったかを調べた。その結果、有効求人倍率の低下が無職の女性自殺死亡率の上昇と統計的に関係していることが分かった。労働市場の自殺死亡率への影響が示唆される場所、生活困窮対策や社会的セーフティネットの拡充などの強化が求められる。

第4項では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下の先進国における自殺死亡率の動向をみると、日本では、令和元年と比較した令和2年の自殺死亡率は男女計では上昇、男性で低下、女性で上昇していた。ドイツでは、令和元年と比較した令和2年の自殺死亡率は、男女計及び男女ともに上昇している。韓国では、令和元年と比較した令和2年の自殺死亡率は、男性で低下、女性で上昇し、男女計では低下している。男女計の上昇に対して、女性での上昇の寄与が考えられる点において、日本はここで比較した各国の中で特徴的な動向であった。

世界的な新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響で、都市封鎖や経済支援策など国によって状況は様々であると考えられ、比較した各国の状況は一様ではないと考えられる。各国において、令和2年以降も感染拡大下の生活は影響を受けており、精神的疲労や家族関係の悪化、経済的問題などが蓄積した結果、今後これらの状況が自殺死亡率に影響を及ぼす可能性があり、引き続き各国の状況をより詳細に収集し、分析することが求められる。

第3節 学生・生徒等の自殺の分析

はじめに

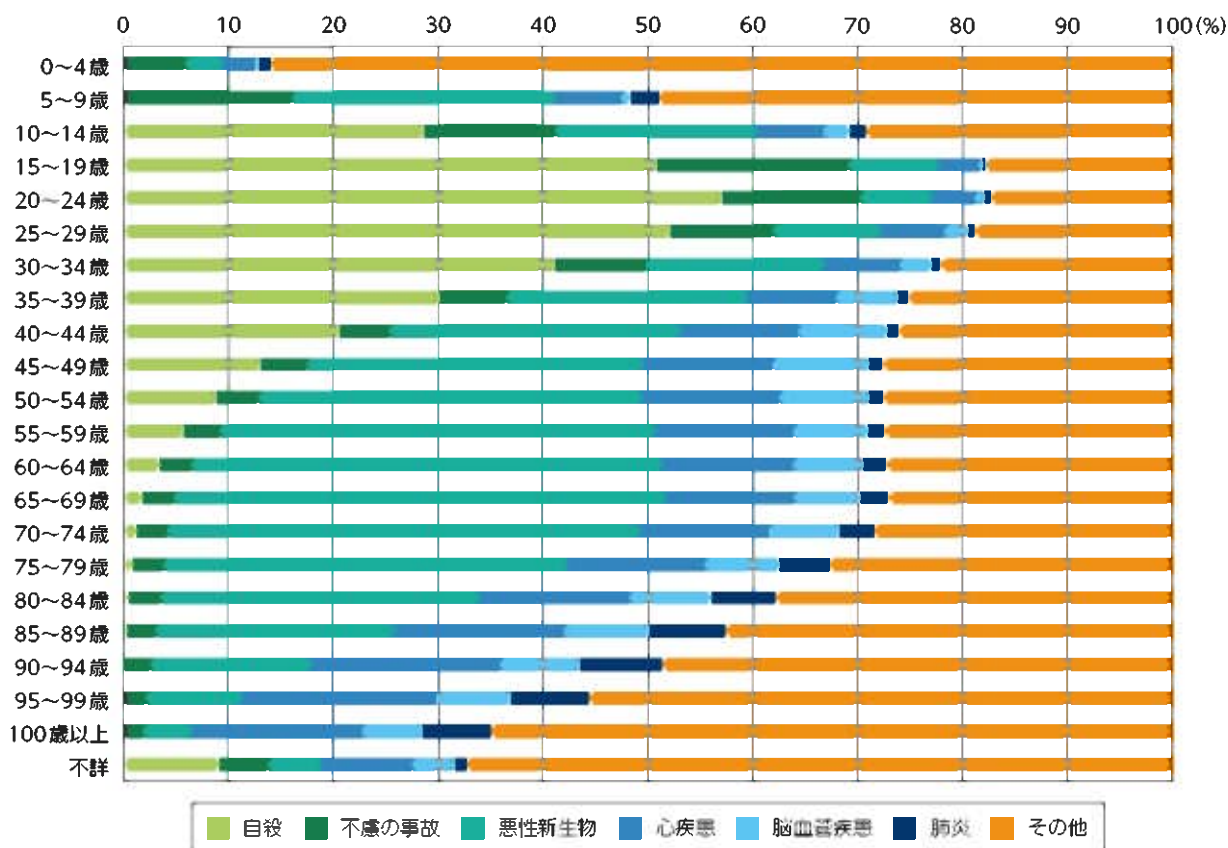
本節では近年自殺者数が増加している学生・生徒等の自殺の動向に関して実態を分析した。分析に当たっては、①「学生・生徒等の自殺の実態」として平成21年以降の期間における実態を把握した上で、②「新型コロナウイルス感染症の感染拡大下での変化」として、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下における学生・生徒等の自殺の変化に着目した。

1 学生・生徒等¹の自殺の実態

(1) 若年層の死因に占める自殺の割合

厚生労働省「人口動態統計」によると、令和2年における我が国の年齢階級別にみた死因は、10～39歳（男女計）の全年齢階級で第1位が「自殺」であった。「10～14歳」の「自殺」については、全死亡の約29%を占め、前年第1位であった「悪性新生物」に代わって第1位となった。また、15～29歳では、「自殺」による死亡が全死亡の50%以上を占め、「不慮の事故」や「悪性新生物」による死亡を大きく上回った（第2-3-1図）。

第2-3-1図 令和2年における年齢階級別にみた主な死因の構成割合（男女計）



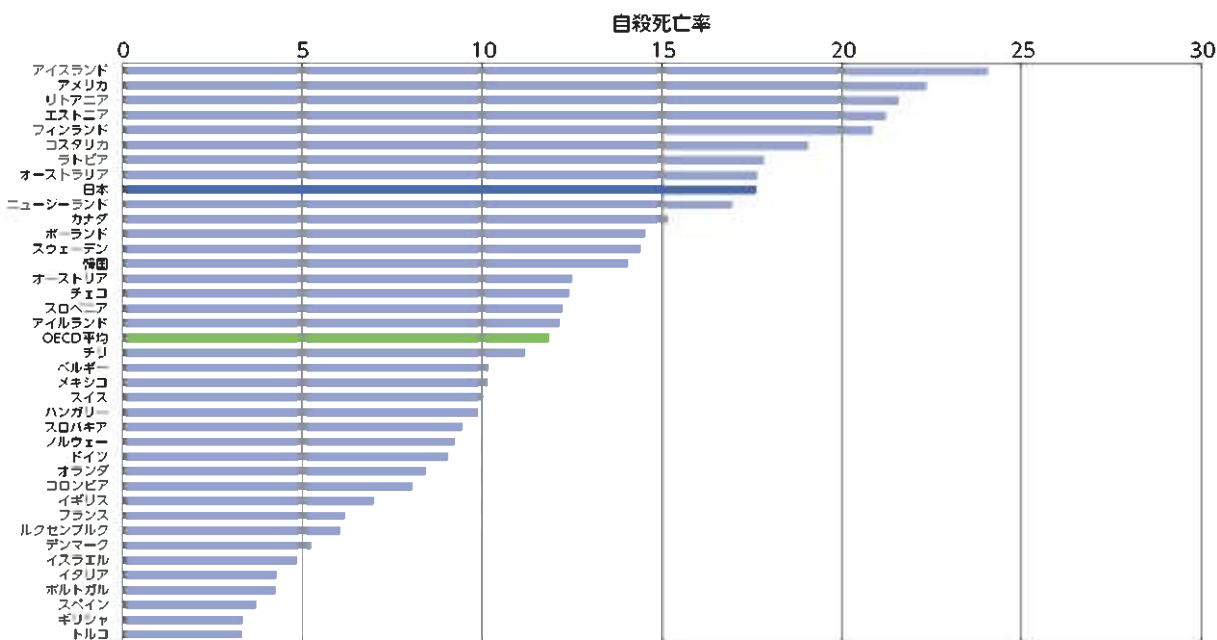
資料：厚生労働省「人口動態統計」より自殺対策推進センター作成

1 本節において、「学生・生徒等」は小学生・中学生・高校生・大学生・専修学校生等のすべてを表し、小学生は「児童」、中学生と高校生は「生徒」、大学生と専修学校生等は「学生等」と表記する。なお、小学生、中学生、高校生を総称するときは「児童生徒」と表記する。

(2) 国際的にみた若年層の自殺の状況

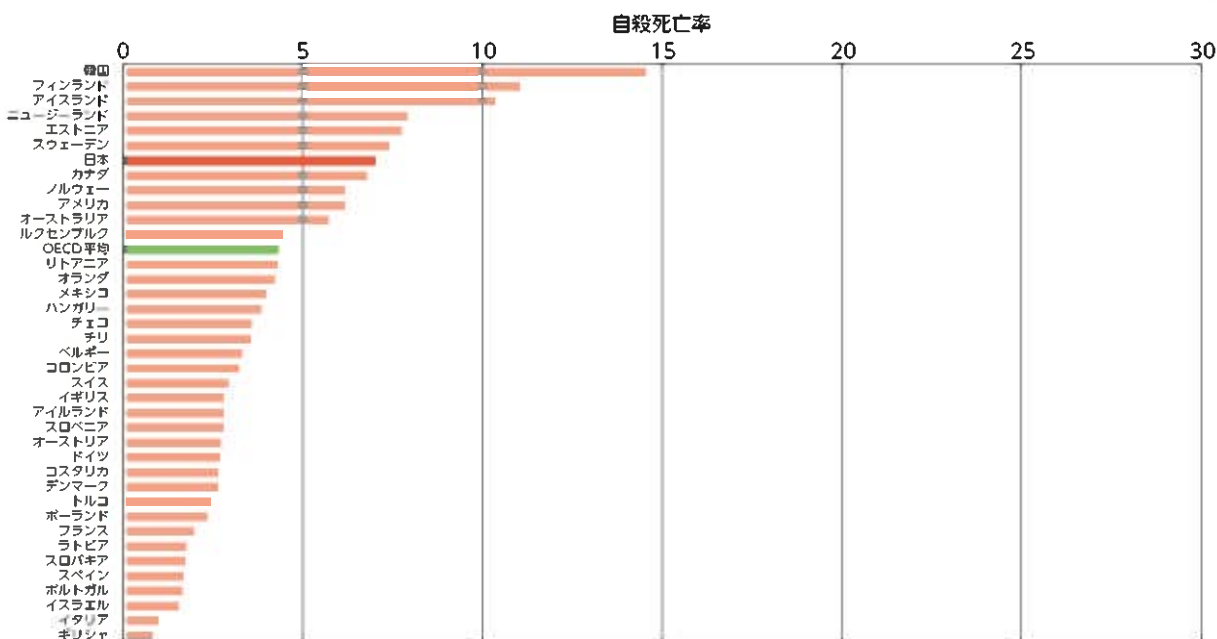
世界保健機関の令和元年のデータによると、我が国の15～24歳の自殺死亡率は、経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD）加盟国38か国中、男性は第9位、女性は第7位となった（第2-3-2図、第2-3-3図）。

第2-3-2図 令和元年におけるOECD加盟国15～24歳の自殺死亡率（男性）



資料：世界保健機関「The Global Health Observatory」より自殺対策推進センター作成

第2-3-3図 令和元年におけるOECD加盟国15～24歳の自殺死亡率（女性）

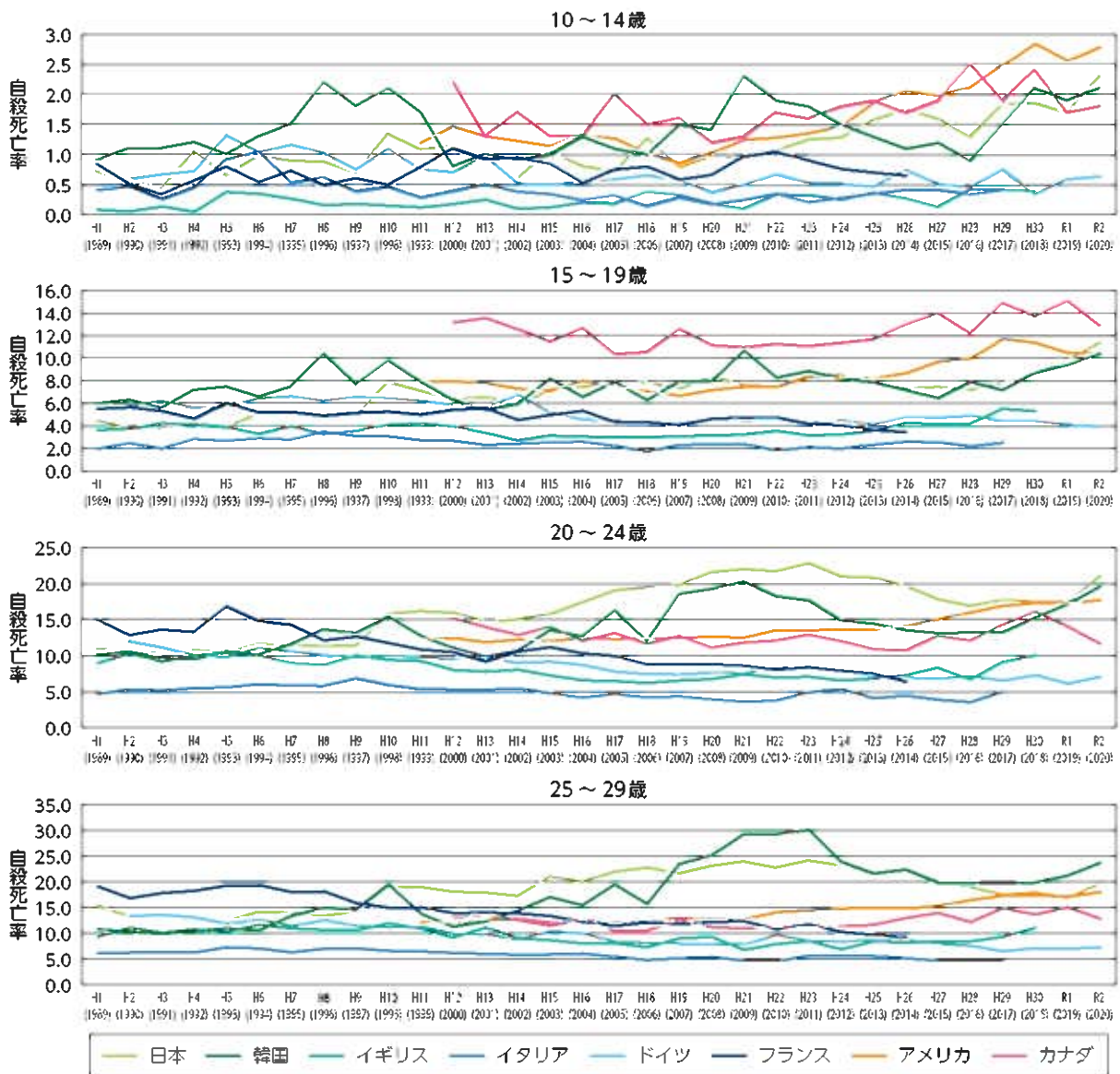


資料：世界保健機関「The Global Health Observatory」より自殺対策推進センター作成

世界保健機関及び各国の統計により、平成元年から令和2年までのG7及び韓国における10～29歳までの自殺死亡率の推移を年齢階級別にみると、我が国では、10～14歳では平成19年頃から、15～19歳では平成28年から上昇がみられ、20～24歳及び25～29歳では、平成10年から平成23年頃をピークとした上昇がみられ、その後減少していたものの、令和2年に上昇した。

なお、国によって一部欠損している期間もあるが、確認できた期間の傾向として、いずれの年齢階級においても日本は、韓国、アメリカ及びカナダとともに、ヨーロッパ諸国（イギリス、イタリア、ドイツ及びフランス）と比較すると高くなった（第2-3-4図）。

第2-3-4図 先進国における10～29歳の年齢階級別にみた自殺死亡率の推移（男女計）



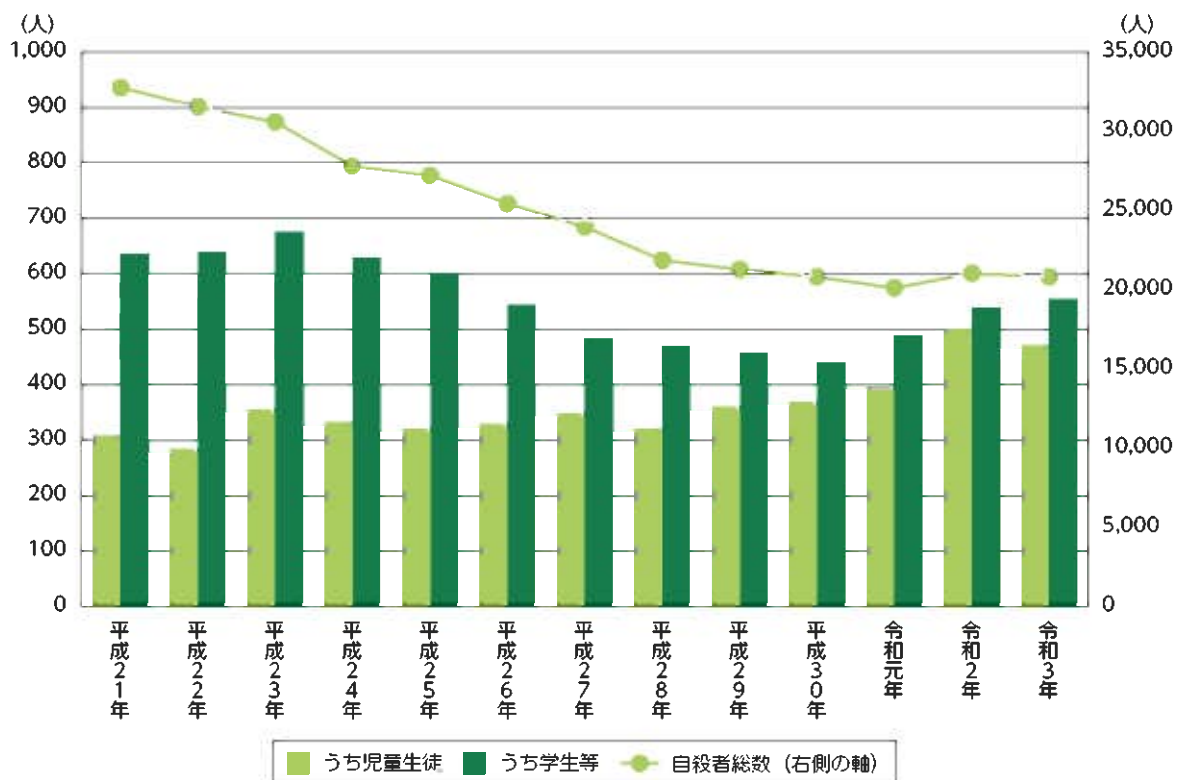
資料：世界保健機関資料ほか²より自殺対策推進センター作成

2 自殺死亡率について、日本は厚生労働省「人口動態統計」、韓国は韓国統計庁資料、アメリカは米国疾病予防管理センター資料、カナダはカナダ統計資料より引用した。イギリス、イタリア、ドイツ及びフランスの自殺死亡率は、世界保健機関資料「Mortality Database」より自殺対策推進センターにて算出した。

(3) 学生・生徒等の自殺者数

警察庁「自殺統計」による自殺者数の推移をみると、平成21年から令和元年にかけて、我が国の自殺者総数は年々減少した一方、「小学生」、「中学生」及び「高校生」（以下「児童生徒」という。）は減少傾向がみられず、平成28年からは増加傾向となっている。令和3年は減少したものの、令和元年以前よりも多い状況となっている。また、「大学生」及び「専修学校生等」（以下「学生等」という。）は、平成23年をピークに年々減少していたが、令和元年に増加に転じ、令和3年まで増加となっている（第2-3-5図）。

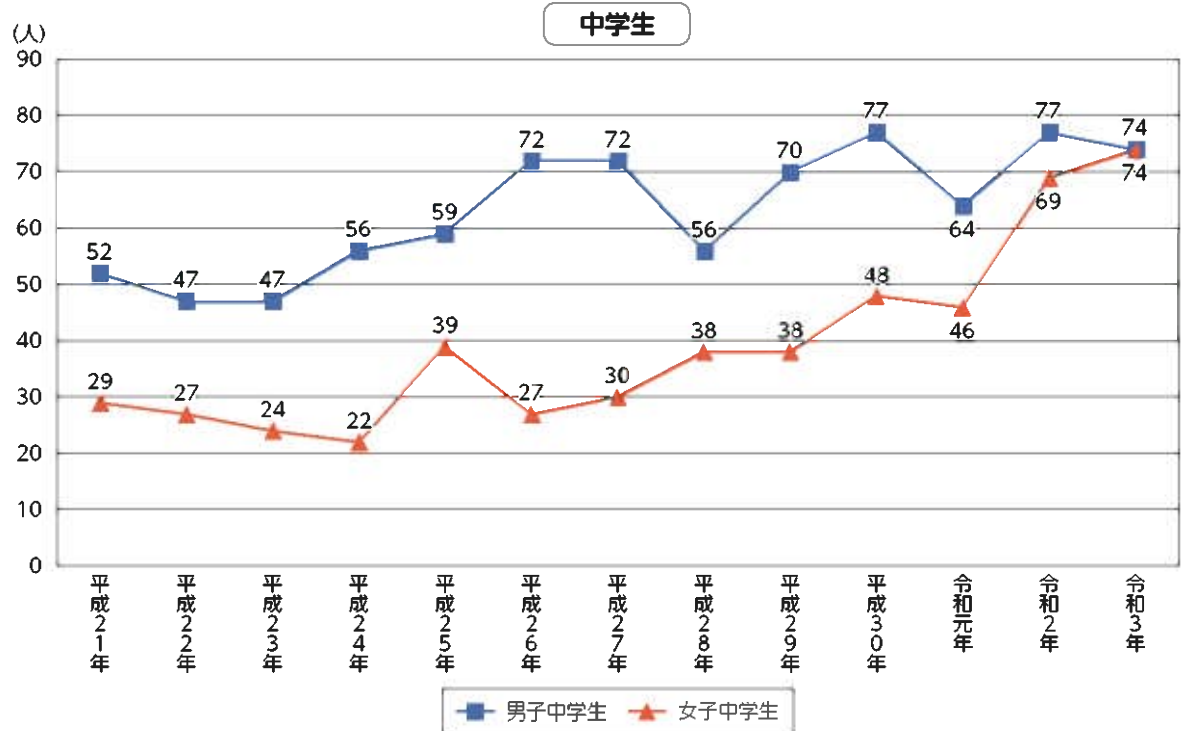
第2-3-5図 児童生徒及び学生等の自殺者数の推移（男女計）



資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-3-5図の「児童生徒」のうち、「中学生」及び「高校生」について、学校の種別、男女別に自殺者数の推移をみると、「中学生」では、男女ともに平成21年以降おおむね増加傾向にあり、女子では令和元年から令和2年にかけて大きく増加し、令和3年も増加した（第2-3-6図①）。「高校生」では、男子では平成30年までおおむね横ばいであったが、令和元年に大きく増加した。女子では、令和元年まで概ね横ばいであったが、令和2年に大きく増加し、令和3年も増加した（第2-3-6図②）。

第2-3-6図① 【中学生】生徒の男女別自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

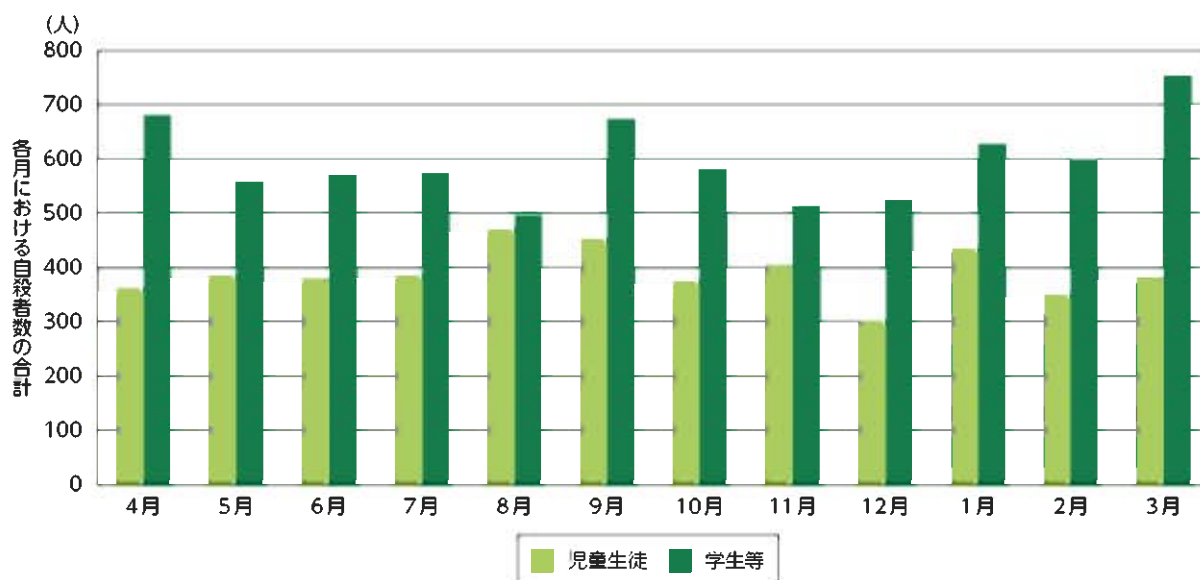
第2-3-6図② 【高校生】生徒の男女別自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

「児童生徒」及び「学生等」における、平成21年から令和3年を対象期間に累計された月別の自殺者数をみると、「児童生徒」では、「8月」、「9月」、「1月」の順に多く、「12月」が少ない。一方、「学生等」では、「3月」、「4月」、「9月」の順に多く、「8月」が少ない（第2-3-7図）。

第2-3-7図 児童生徒及び学生等の月別自殺者数（男女計）



注) ここでの合計は、平成21年から令和3年までの各月ごとの累計値。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

(4) 学生・生徒等の自殺の原因・動機

平成21年から令和3年を対象期間とし、学生・生徒等の自殺の原因・動機³の割合⁴を、学校の種別、男女別にまとめた（第2-3-8図）。

「小学生」及び「中学生」では、自殺の原因・動機において不詳の割合が高く、特に男子は女子よりもその割合が高くなっている。

「小学生」では、不詳を除くと「家庭問題」を原因・動機とする割合が高く、男子（64人）のうち35.9%、女子（60人）のうち38.3%が該当する。続いて「学校問題」の割合が高く、男子の21.9%、女子の21.7%が該当する。「家庭問題」では、男女ともに「家族からのしつけ・叱責」の割合が高く、女子は「親子関係の不和」がこれに次いで高くなっている。「学校問題」では、男女ともに「その他学友との不和」の割合が高くなっている。

「中学生」では、不詳を除くと「学校問題」を原因・動機とする割合が高く、男子（823人）のうち31.0%、女子（511人）のうち38.6%が該当する。続いて「家庭問題」の割合が高く、男子の19.8%、女子の26.0%が該当する。「学校問題」では、男子は「学業不振」、女子は「その他学友との不和」の割合が高くなっている。「家庭問題」では、男子は「家族からのしつけ・叱責」、女子は「親子関係の不和」の割合が高くなっている。

「高校生」では、男子は「学校問題」を原因・動機とする割合が最も高く、2,076人のうち35.6%が該当する。不詳を除くと、続いて「健康問題」の割合が高く、15.5%が該当する。「学校問題」では、「学業不振」及び「その他進路の悩み」の割合が高くなっている。女子では「健康問題」を原因・動機とする割合が最も高く、1,160人のうち31.8%が該当する。次いで「学校問題」の割合が高く、27.9%が該当する。「健康問題」では、「うつ病」及び「その他の精神疾患」の割合が高くなっている。

「大学生」及び「専修学校生等」では、「高校生」と同様に、男性では「学校問題」、「健康問題」の順に、女性では「健康問題」、「学校問題」の順に割合が高くなっている。

3 原因・動機については、一人につき3つまで計上可能としているため、原因・動機別の和と全体の自殺者数はかならずしも一致しない。ただし、ここでは、原因・動機について「不詳」を除いていない。

4 学校の種別、男女別に分かれる中で、各動機・原因が計上された者の数を自殺者数で除した値に100をかけたものを割合とする。

第2-3-8表 学校の種別、男女別にみた自殺の原因・動機の割合

大分類	小分類	小学生 (n = 124)		中学生 (n = 1,334)		高校生 (n = 3,236)	
		男子 (n = 64)	女子 (n = 60)	男子 (n = 823)	女子 (n = 511)	男子 (n = 2,076)	女子 (n = 1,160)
家庭問題	親子関係の不和	4.7	18.3	5.8	14.9	5.1	8.4
	夫婦関係の不和	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
	その他家族関係の不和	4.7	3.3	1.9	2.3	1.5	3.1
	家族の死亡	0.0	0.0	0.4	0.6	0.5	1.0
	家族の将来悲観	0.0	0.0	0.9	0.8	0.5	0.8
	家族からのしつけ・叱責	35.9	38.3	19.8	26.0	13.2	17.6
	子育ての悩み	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	被虐待	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	0.2
	介護・看病疲れ	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
	その他	3.1	1.7	0.9	2.0	1.9	1.6
健康問題	身体の病気	0.0	0.0	0.9	1.4	2.1	2.2
	うつ病	0.0	1.7	2.6	5.3	5.9	13.6
	統合失調症	0.0	0.0	0.4	0.4	2.0	5.3
	アルコール依存症	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	薬物乱用	0.0	6.7	7.5	15.5	0.1	31.8
	その他の精神疾患	0.0	3.3	2.9	7.2	4.8	11.4
	身体障害の悩み	0.0	0.0	0.2	0.4	0.2	0.3
	その他	1.6	1.7	1.0	1.4	1.1	0.8
経済・生活問題	倒産	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	専業不振	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	失業	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	就職失敗	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.3
	生活苦	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3
	負債 (多重債務)	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.9
	負債 (連帯保証債務)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	負債 (その他)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
	借金の取り立て苦	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	自殺による保険金支給	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	その他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.3
勤務問題	仕事の失敗	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
	職場の人間関係	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2
	職場環境の変化	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.5
	仕事疲れ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	その他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2
男女問題	結婚をめぐる悩み	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	失恋	0.0	0.0	1.7	1.6	5.3	4.5
	不倫の悩み	0.0	0.0	2.3	2.9	7.8	9.5
	その他交際をめぐる悩み	0.0	0.0	0.7	1.4	2.3	4.5
	その他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.8
学校問題	入試に関する悩み	1.6	1.7	4.3	4.3	5.2	3.4
	その他進路に関する悩み	1.6	5.0	6.1	6.3	11.9	8.9
	学業不振	6.3	5.0	10.8	9.2	13.0	6.0
	教師との人間関係	21.9	21.7	31.0	38.6	35.6	27.9
	いじめ	0.0	5.0	1.9	2.7	0.4	0.9
	その他学友との不和	7.8	8.3	4.0	12.3	3.9	6.6
	その他	7.3	1.7	6.7	9.0	9.6	5.3
その他	犯罪発覚等	0.0	0.0	1.0	0.2	0.9	0.3
	犯罪被害	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.3
	後遺い	1.6	0.0	0.4	0.2	0.1	0.5
	孤独感	0.0	0.0	0.9	2.3	2.6	2.8
	近隣関係	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
	その他	1.6	3.3	4.1	5.7	5.7	3.9
不詳	46.9	41.7	43.4	28.6	31.2	23.5	

注) 自殺統計において、自殺の原因・動機の判断資料に掲げる「遺書」「自殺サイト・メール書き込み」「その他の生前の意動 (これを裏付ける資料がある場合)」に該当箇所があった場合に、明らかに推定できる原因・動機を自殺者1人につき3つまで計上可能としており、自殺の原因・動機の判断資料に掲げる「該当なし」を選択した場合等は不詳が選択される。異なる大分類、あるいは同一大分類内で複数の原因・動機が計上可能であるため、不詳を含む各原因・動機の割合の和は必ずしも100と一致しない。また、大分類の中で小分類の各割合の和も、その大分類全体の割合と必ずしも一致しない。参考として、同期間 (平成21～令和3年) における自殺者総数の状況も付している。

大分類	小分類	大学生 (n = 5,628)		専門学校生等 (n = 1,537)		自営者総数 (n = 325,353)	
		男性 (n = 4,256)	女性 (n = 1,372)	男性 (n = 1,045)	女性 (n = 492)	男性 (n = 224,526)	女性 (n = 100,827)
家庭問題	親子関係の不和	2.2	3.3	2.2	4.3	1.5	2.6
	夫婦関係の不和	0.1	0.2	0.1	1.2	4.0	3.1
	その他家族関係の不和	0.8	1.7	1.1	1.2	1.4	1.9
	家族の死亡	0.4	0.7	0.5	0.4	1.5	2.7
	家族の将来悲観	0.8	1.1	0.9	0.8	1.9	2.7
	家族からのしつけ・叱責	6.8	0.8	8.0	10.0	12.1	0.6
	子育ての悩み	0.0	0.2	0.0	0.6	0.1	1.4
	被虐待	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	介護・看病疲れ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	1.3
	その他	1.2	0.9	1.7	0.6	1.2	1.6
	健康問題	身体の病気	1.7	2.9	2.5	2.4	16.2
うつ病		10.9	21.7	11.0	23.2	15.5	32.5
統合失調症		2.8	4.4	2.8	5.9	3.4	6.8
アルコール依存症		21.0	0.0	0.1	0.2	1.0	0.6
薬物乱用		0.0	38.5	0.0	0.2	0.1	0.2
その他の精神疾患		5.3	2.8	5.5	6.5	4.1	7.6
身体障害の悩み		0.3	0.1	0.4	0.6	1.1	1.2
その他		0.9	1.3	0.5	1.4	1.0	1.3
経済・生活問題	倒産	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0
	事業不振	0.0	0.0	0.0	0.0	3.2	0.4
	失業	0.0	0.0	0.4	0.0	7.5	0.4
	就職失敗	7.1	4.5	5.6	1.4	1.0	0.4
	生活苦	0.9	0.3	1.5	1.0	5.9	2.4
	負債(多量債務)	10.5	6.2	0.4	0.4	4.4	6.0
	負債(連帯保証債務)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
	負債(その他)	0.6	0.1	1.0	0.8	4.2	1.0
	借金の取り立て苦	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1
	自殺による保険金支給	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1
	その他	1.8	1.3	1.6	0.8	1.4	0.8
勤務問題	仕事の失敗	0.2	0.0	0.0	0.2	2.1	0.4
	職場の人間関係	0.2	0.3	0.8	1.0	2.5	1.2
	職場環境の変化	1.0	0.8	0.3	0.2	9.8	3.1
	仕事疲れ	0.1	0.4	0.2	1.0	5.3	0.6
	その他	0.4	0.1	1.4	1.0	1.6	0.6
男女問題	結婚をめぐる悩み	0.2	0.2	0.1	0.2	0.3	0.4
	失恋	3.6	5.0	5.6	7.5	1.1	1.2
	不倫の悩み	5.5	0.0	0.2	1.2	3.1	0.9
	その他交際をめぐる悩み	1.6	5.5	2.4	5.7	0.9	1.6
	その他	0.2	0.7	0.3	1.2	0.3	0.3
学校問題	入試に関する悩み	0.6	0.4	4.2	1.4	0.1	0.1
	その他進路に関する悩み	15.1	12.0	12.1	6.7	0.5	0.4
	学業不振	15.4	10.1	12.0	10.6	0.6	0.3
	教師との人間関係	36.9	0.5	0.4	1.2	1.4	0.0
	いじめ	0.1	0.1	0.1	1.0	0.0	0.0
	その他学友との不和	2.1	3.0	1.5	6.1	0.1	0.2
その他	3.9	4.8	3.0	2.2	0.2	0.2	
その他	犯罪発覚等	0.4	0.1	0.3	0.0	0.9	0.2
	犯罪被害	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1
	後追い	7.9	0.2	0.3	0.4	5.4	0.5
	孤独感	1.9	8.0	1.4	2.4	1.9	4.8
	近隣関係	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.2
	その他	5.3	5.2	5.2	2.6	2.1	1.7
不詳	26.6	21.8	29.6	22.4	27.7	21.9	

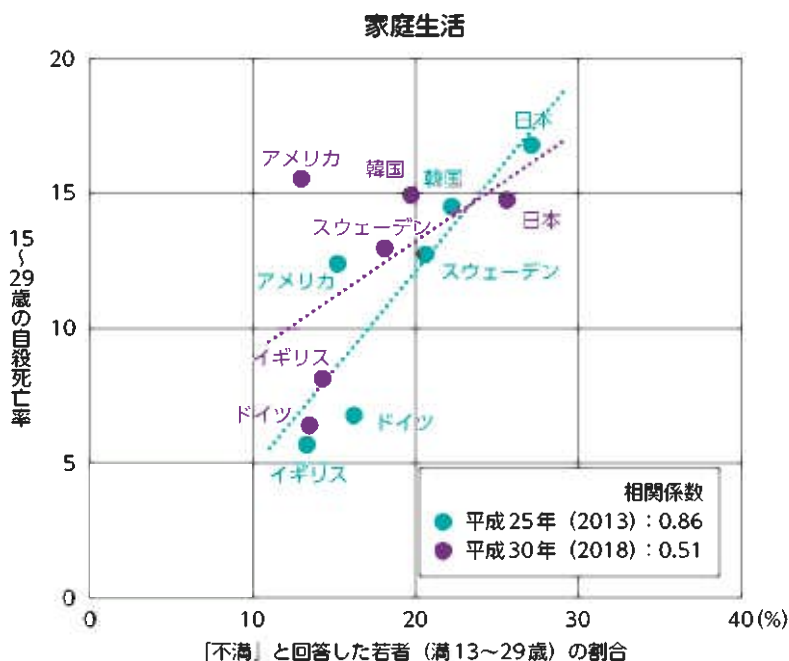
資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

(5) 生活に関する意識と自殺死亡率

内閣府の「我が国と諸外国の若者の意識に関する調査」によると、我が国は、調査対象となった諸外国と比べて、家庭生活及び学校生活に不満を感じている若者の割合が最も高い。

平成25年度（2013年）⁵及び平成30年度（2018年）⁶の同調査において、家庭生活に「不満」と回答した対象国の若者（満13～29歳）の割合と、各国・各年の若者（15～29歳）の自殺死亡率の関係をみると、家庭生活に不満を感じている者の割合が高い国では、おおむね自殺死亡率が高くなっている（第2-3-9図）。

第2-3-9図 我が国と諸外国における家庭生活に関する意識と自殺死亡率（男女計）



資料：内閣府「我が国と諸外国の若者の意識に関する調査（平成25年度・平成30年度）」及び世界保健機関資料ほか⁷より自殺対策推進センター作成

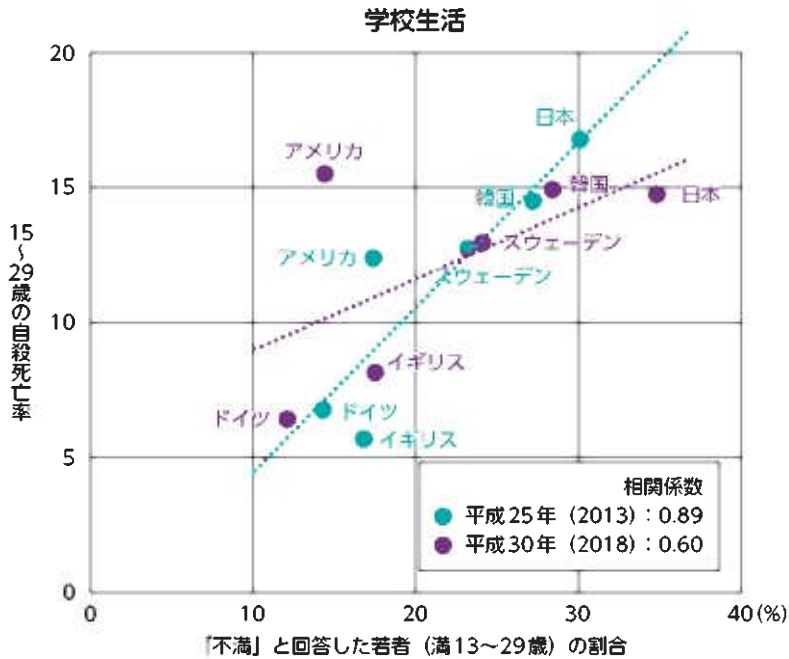
5 https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/thinking/h25/pdf_index.html

6 <https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/ishiki/h30/pdf-index.html>

7 諸外国の15～29歳の自殺死亡率について、日本は厚生労働省「人口動態統計」、韓国は韓国統計庁資料、アメリカは米国疾病予防管理センター資料より引用した。イギリス、ドイツ、スウェーデンの自殺死亡率は、世界保健機関資料「Mortality Database」より自殺対策推進センターが算出した。また、内閣府「我が国と諸外国の若者の意識に関する調査（平成25年度・平成30年度）」はフランスも対象国となっているが、同国については、2018年における15～29歳の自殺死亡率のデータが得られなかったため、本図では除外した。

また、学校生活に「不満」と回答した対象国の若者（満13～29歳）の割合と、各国・各年の若者（15～29歳）の自殺死亡率の関係をみると、学校生活に不満を感じている者の割合が高い国では、おおむね自殺死亡率が高くなっている（第2-3-10図）。

第2-3-10図 我が国と諸外国における学校生活に関する意識と自殺死亡率（男女計）



資料：内閣府「我が国と諸外国の若者の意識に関する調査（平成25年度・平成30年度）」及び世界保健機関資料ほか⁸より自殺対策推進センター作成

8 前掲7に同じ。

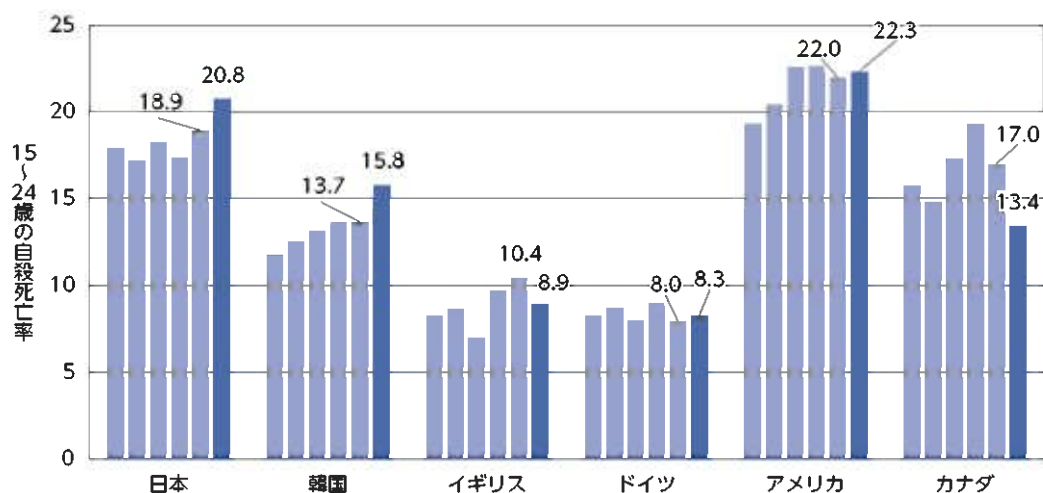
2 新型コロナウイルス感染症の感染拡大下での変化

本項においては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下での、学生・生徒等の自殺の状況の変化について述べる。

(1) 先進国における状況

先進国6か国⁹における15～24歳の男女別自殺死亡率の推移について、直近の変化をみる。令和2年の自殺死亡率と感染拡大前5年平均自殺死亡率と比較してみると、日本及び韓国は男女ともに、大きく上昇した。一方、イギリス¹⁰、ドイツ、アメリカ及びカナダでは同様の変化はみられない（第2-3-11図、第2-3-12図）。

第2-3-11図 先進国における15～24歳の自殺死亡率の推移(男性)



A.平成27年～令和元年 (2015年～2019年) 5年平均自殺死亡率	17.9	12.9	8.8	8.4	21.4	16.8
B.令和2年(2020年) 自殺死亡率	20.8	15.8	8.9	8.3	22.3	13.4
C.令和2年(2020年) にかけての増減 (B-A)	+2.8	+2.9	+0.1	-0.2	+0.9	-3.4

各国の棒グラフは、左から順に、平成27年(2015年)、平成28年(2016年)、平成29年(2017年)、平成30年(2018年)、令和元年(2019年)、令和2年(2020年)の自殺死亡率を表す。

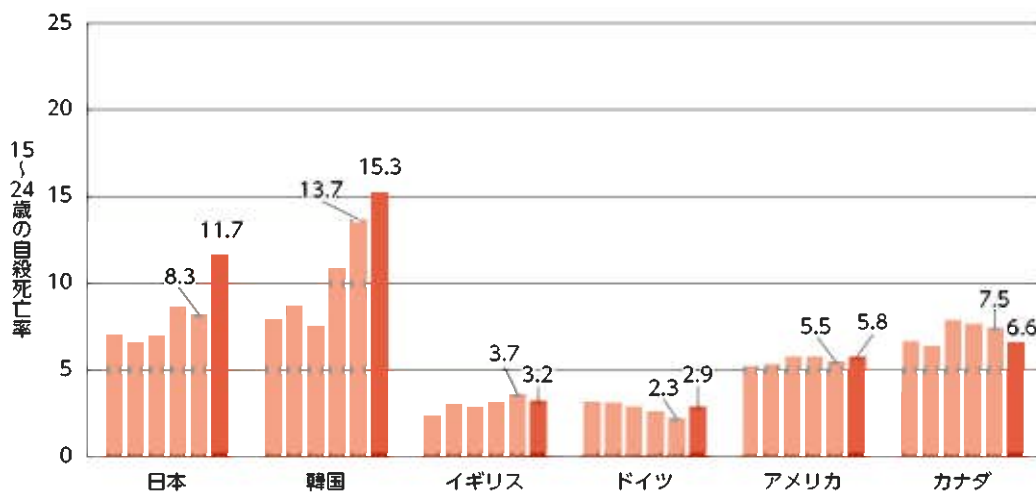
資料：世界保健機関資料ほか¹¹より自殺対策推進センター作成

9 比較国の選定基準は、G7参加国に、近隣国であり自殺死亡率も高い韓国を加えた8か国のうち、平成27年から令和2年の自殺死亡率が取得または算出可能であった6か国(日本、韓国、イギリス、ドイツ、アメリカ、カナダ)とした。

10 イギリスは全土のデータが未公表のため、「イングランド及びウェールズ」のデータを示している。

11 15～24歳の自殺死亡率の引用及び算出について、日本は厚生労働省「人口動態統計」、韓国は韓国統計庁資料、アメリカは米国疾病予防管理センター資料、カナダはカナダ統計局資料、イギリス及びドイツは、世界保健機関資料「Mortality Database」より自殺対策推進センターにて算出したデータを用いた。

第2-3-12図 先進国における15～24歳の自殺死亡率の推移(女性)



A.平成27年～令和元年 (2015年～2019年) 5年平均自殺死亡率	7.6	9.8	3.1	2.8	5.6	7.2
B.令和2年(2020年) 自殺死亡率	11.7	15.3	3.2	2.9	5.8	6.6
C.令和2年(2020年) にかけての増減 (B-A)	+4.1	+5.5	+0.1	+0.1	+0.2	-0.6

各国の棒グラフは、左から順に、平成27年(2015年)、平成28年(2016年)、平成29年(2017年)、平成30年(2018年)、令和元年(2019年)、令和2年(2020年)の自殺死亡率を表す。

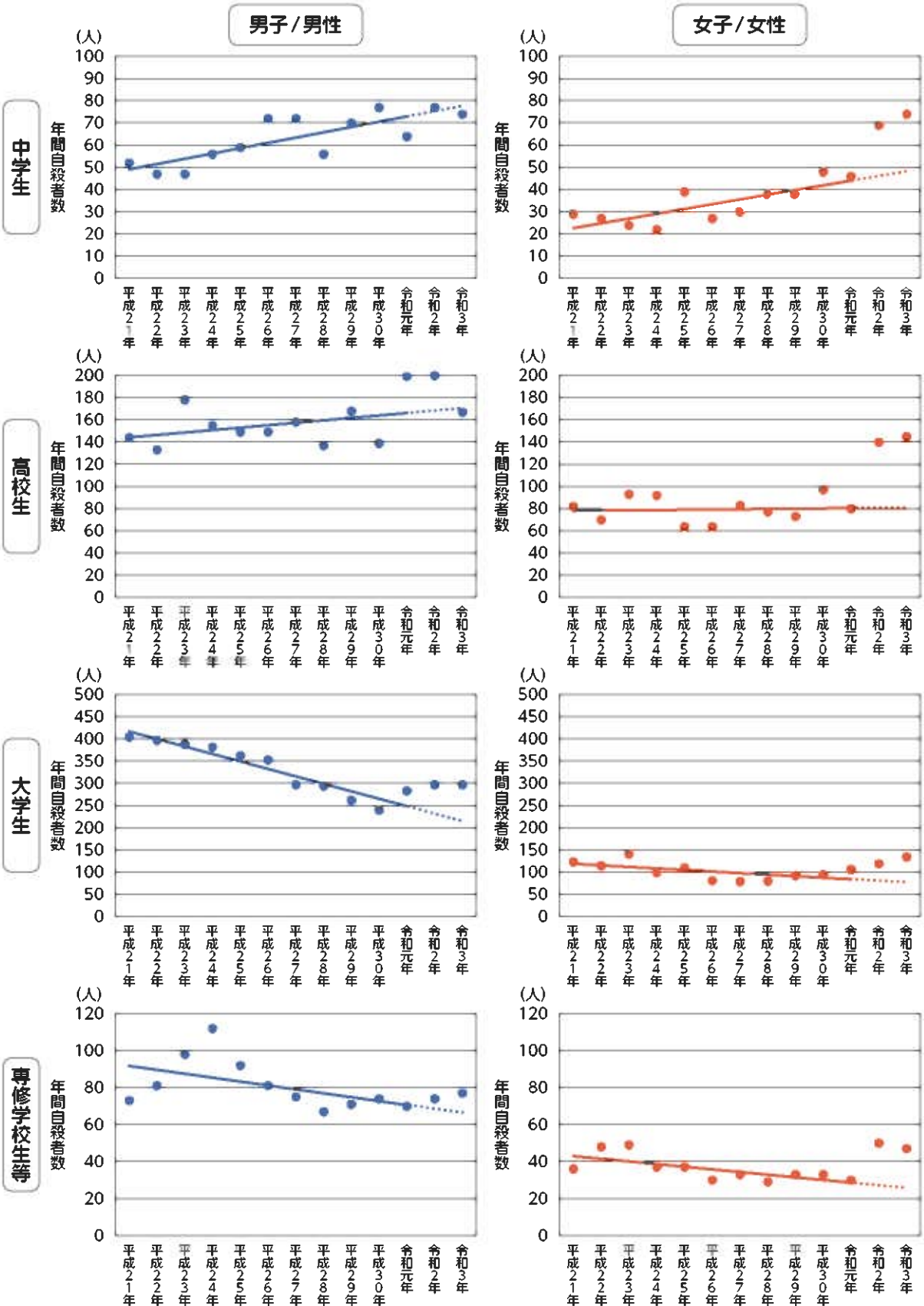
資料：世界保健機関資料ほか¹²⁾より自殺対策推進センター作成

(2) 学生・生徒等の自殺者数の変化

新型コロナウイルス感染症の感染拡大以前の平成21年から令和元年までの学生・生徒等の年間自殺者数の変化を学校の種別及び男女別にみるため、同期間の傾向に最適な直線(回帰直線)を示した。なお、令和2年以降については、平成21年から令和元年までの傾向が続くと仮定した場合を点線で示した。同グラフ上に感染拡大下に相当する令和2年及び令和3年の年間自殺者数を置くと、女子「中学生」、女子「高校生」及び女性「専修学校生等」における令和2年及び令和3年の自殺者数は、回帰直線を大きく上回っている(第2-3-13図)。

12 前掲11に同じ。

第2-3-13図 感染拡大以前の変化に着目した、学校の種別、男女別にみた自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

(3) 学生・生徒等の自殺の原因・動機の変化

自殺の原因・動機別（大分類、小分類¹³⁾）にみた学生・生徒等の自殺者数の推移を、学校の種別及び男女別にまとめた上、直近の変化についてみていく。

まず、自殺の原因・動機別（大分類）にみた学生・生徒等の自殺者数について直近の変化をみると、「中学生」では、女子は令和元年から令和2年にかけて「学校問題」及び「家庭問題」が大きく増加した。令和3年は減少したものの、令和元年以前よりも多い状況となっている。男子ではそうした変化はみられない。

「高校生」では、女子は令和元年から令和2年にかけて「健康問題」が大きく増加し、令和3年はさらに増加した。「学校問題」は同じく令和2年に大きく増加したが、令和3年は減少した。なお、男子ではそうした変化はみられない。

「大学生」では、女性は、令和元年から令和2年にかけて「健康問題」が増加し、令和3年はさらに増加した。

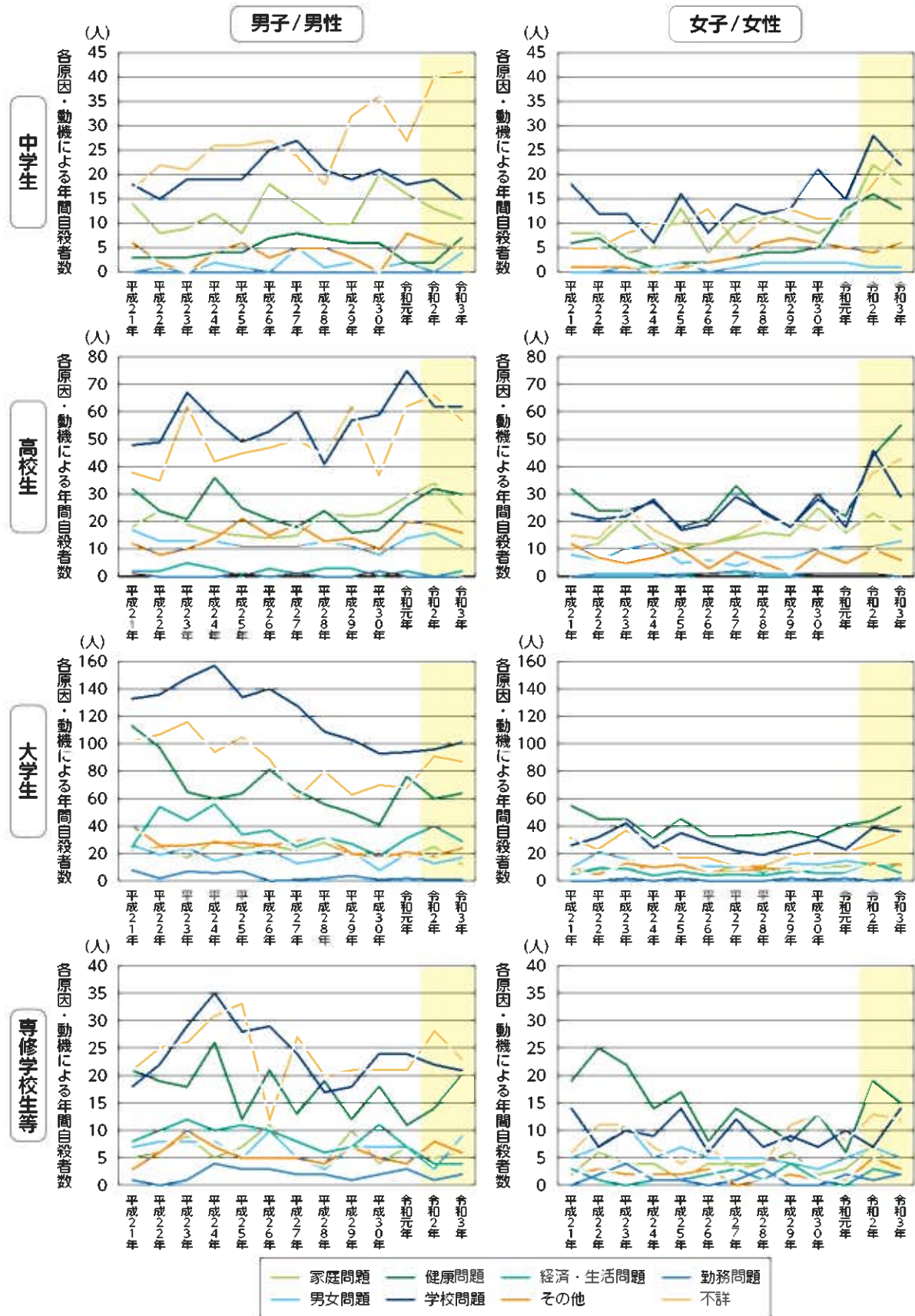
「専修学校生等」では、女性は、令和元年から令和2年にかけて「健康問題」が大きく増加したものの、令和3年は減少した（第2-3-14図）。

続いて、自殺の原因・動機別（小分類）にみた学生・生徒等の自殺者数について、「学校問題」と「健康問題」の内訳の順に、直近の変化をみると、「学校問題」では、女子「中学生」は、令和元年から令和2年にかけて「学業不振」及び「その他進路に関する悩み」が増加したが、令和3年は減少した。また、令和2年から令和3年にかけて「いじめ・学友との不和」が大きく増加した。女子「高校生」は、令和元年から令和2年にかけて「その他進路に関する悩み」が大きく増加したが、令和3年は減少した（第2-3-15図①）。

「健康問題」では、女子「高校生」は、令和元年から令和2年にかけて「うつ病」及び「その他の精神疾患」が増加した。女性「大学生」は、令和元年から令和2年にかけて「うつ病」が増加した。女性「専修学校生等」は、令和元年から令和2年にかけて「うつ病」が増加したが、令和3年は減少した（第2-3-15図②）。

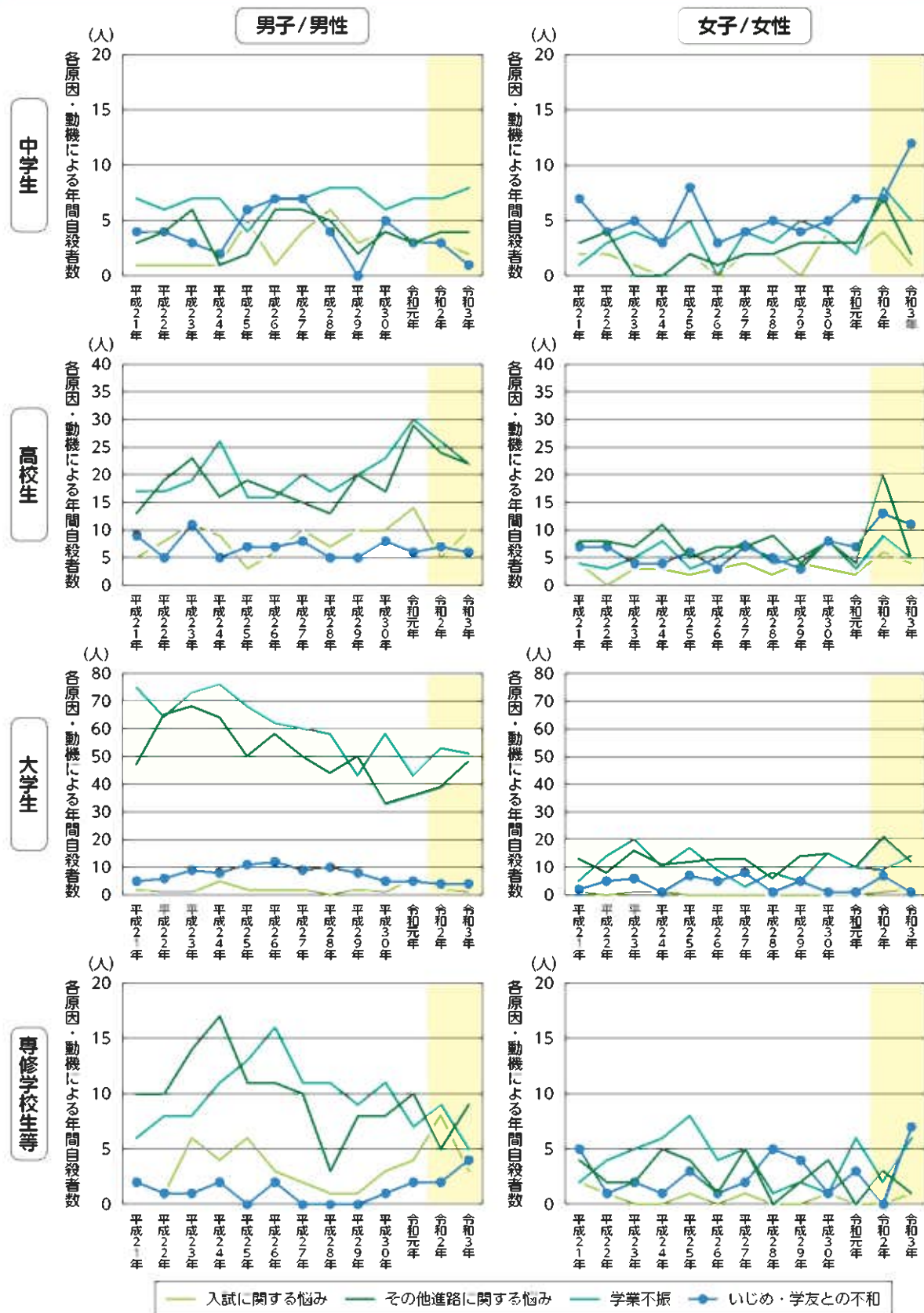
13 原因・動機の分類については、本章末の「参考表：自殺統計における原因・動機の分類」を参照。

第2-3-14図 学校の種別、男女別、自殺の原因・動機（大分類）別にみた自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

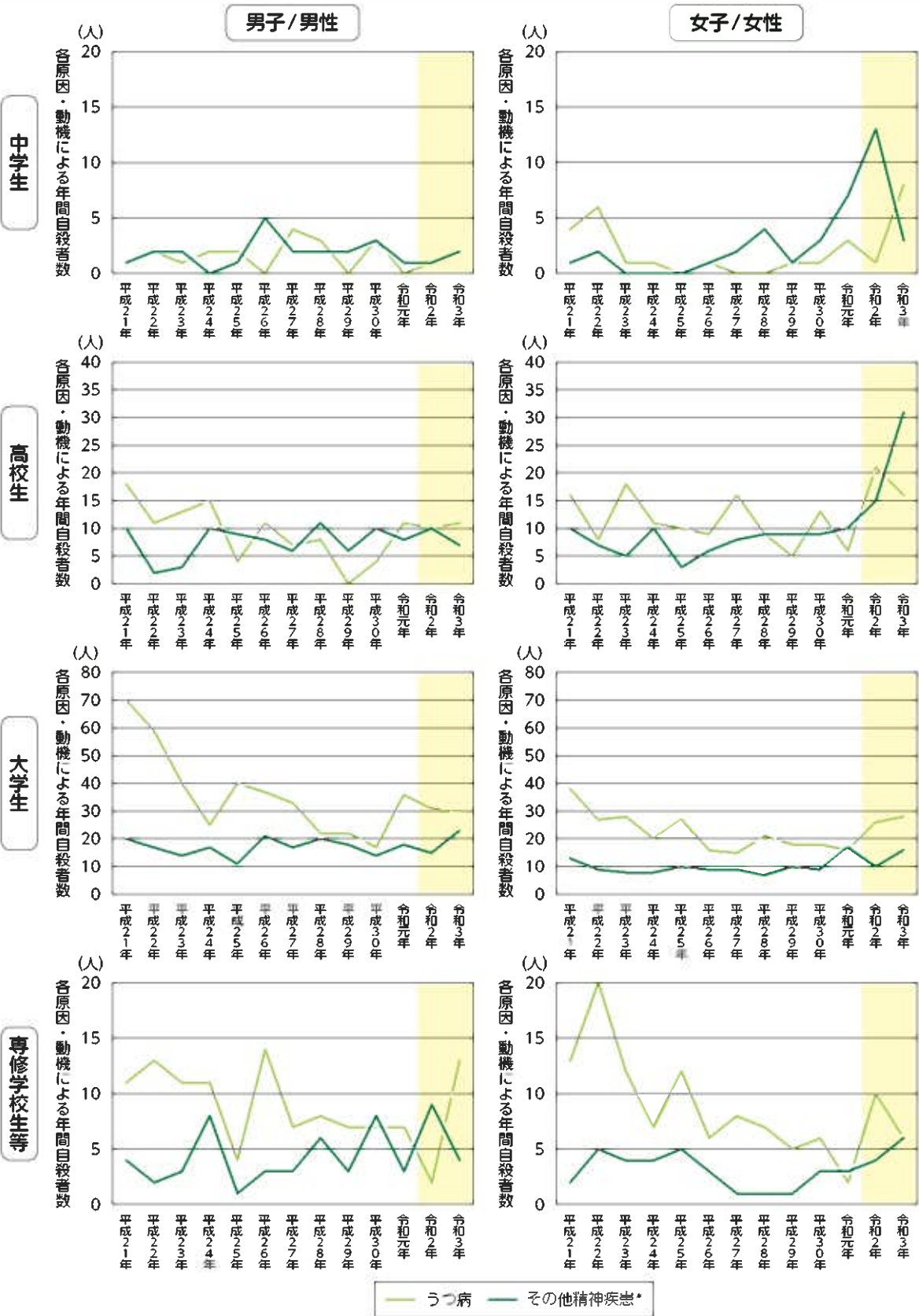
第2-3-15図① 【学校問題】学校の種別、男女別、自殺の原因・動機（小分類）別にみた自殺者数の推移



注)「いじめ・学友との不和」は、「いじめ」又は「その他学友の不和」に該当した者の数を示している。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

第2-3-15図② 【健康問題】学校の種別、男女別、自殺の原因・動機（小分類）別にみた自殺者数の推移



注)「その他の精神疾患」とは、うつ病、統合失調症、アルコール依存症、薬物乱用以外の精神疾患を指す。

資料：警察庁「自殺統計」より自殺対策推進センター作成

おわりに

本節では、我が国の若年層において自殺が他の死因を上回り、国際的にみても自殺死亡率が高い状況であることから、学生・生徒等における自殺の実態把握を行った。その結果、平成21年から令和3年までの期間において児童生徒の自殺者数は横ばいあるいは増加傾向にあり、学生等の自殺者数は減少から増加に転じていた。また、自殺の原因・動機についてみると、小学生や中学生では原因・動機の不詳が最も多いことを除けば、小学生では男女ともに家庭問題、中学生では男女ともに学校問題が高くなっていった。高校生では男子は学校問題、女子は健康問題に該当する割合が最も高くなっており、大学生、専修学校生等についても、高校生と同様の傾向であった。

国際比較において、家庭生活や学校生活に不満と回答した若者の割合が高い国においては自殺死亡率が高いとの関係がみられており、我が国は家庭生活や学校生活に不満を感じている者の割合が高くなっていった。これらのことから、我が国における学生・生徒等の自殺死亡率の高さは、家庭生活や学校生活の状況の受け止め方に関連している可能性が考えられる。

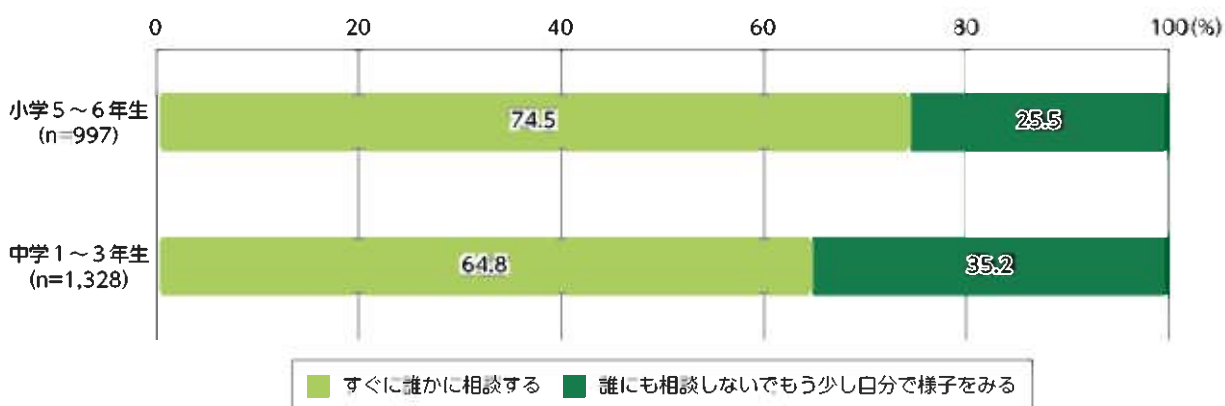
新型コロナウイルス感染症の感染拡大下の変化をみると、我が国における自殺死亡率の令和2年の上昇は欧米の先進国にはみられない特徴的なものであり、特に女子中学生及び高校生及び女性専修学校生等の上昇が目立つ。自殺の原因・動機の変化についてみると、令和2年及び令和3年において、女子中学生では学校問題や家庭問題に、女子高校生では学校問題や健康問題に該当する者が大きく増加していた。

なお、国立成育医療研究センターが小学生、中学生及びその保護者を対象に行った「2021年度新型コロナウイルス感染症流行による親子の生活と健康への影響に関する実態調査」¹⁴では、「助けが必要な状態である」と感じるような抑うつ症状が自分に現れた場合に「誰にも相談しなくてももう少し自分で様子を見る」と回答した子どもが、小学5～6年生の25.5%、中学1～3年生の35.2%に上った（第2-3-16図①）。また、自身が抱えている抑うつ症状が重症の子どもほど、周囲に相談しない（できない）ことも示されている（第2-3-16図②）。

14 https://www.ncchd.go.jp/center/activity/covid19_kodomo/report/CxCN_repo.pdf。なお、同調査では、層化二段無作為抽出法により全国50自治体から選ばれた、小学5年生から中学3年生の子ども及び保護者を対象に、令和3年12月に実施したものであり、子ども2,350名、保護者2,451名が回答した（回答率はそれぞれ52.0%、54.2%）。

第2-3-16図① 【学年段階別】抑うつ症状がみられる際の援助希求

Q. もしあなたが太郎君と同じような状態（※）になったら、誰かに相談しますか？

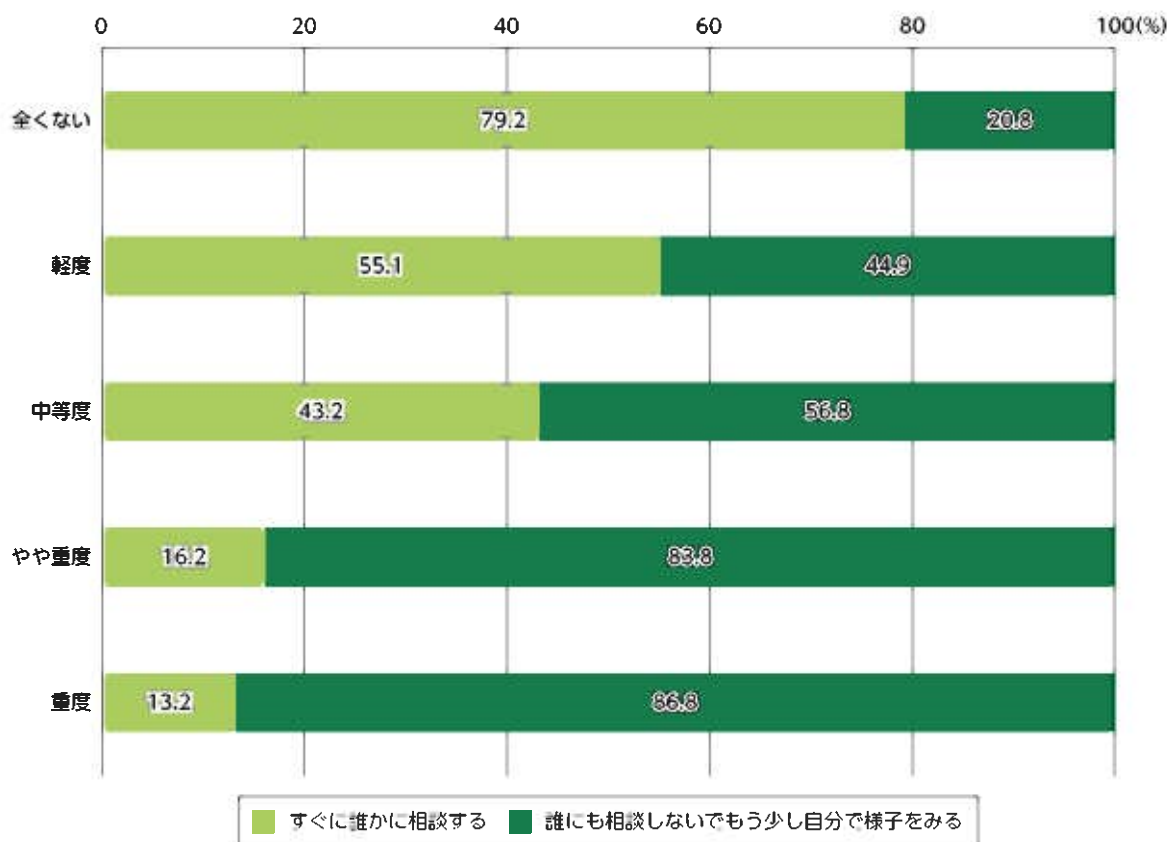


※典型的な抑うつ症状を呈した「太郎君」を描写した文章を読んだ後に回答してもらう形式で尋ねたもの。

資料：「2021年度新型コロナウイルス感染症流行による親子の生活と健康への影響に関する実態調査」より
国立成育医療研究センターコロナ×こども本部作成・提供

第2-3-16図② 【重症度別】抑うつ症状がみられる際の援助希求

Q. もしあなたが太郎君と同じような状態（※）になったら、誰かに相談しますか？



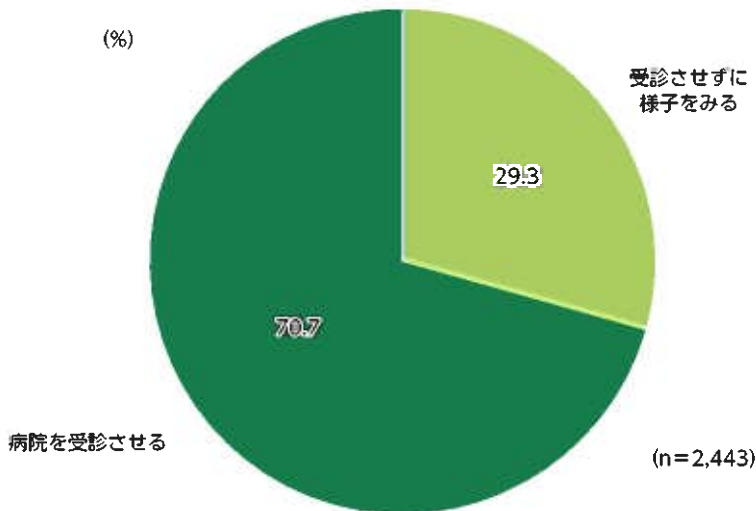
※典型的な抑うつ症状を呈した「太郎君」を描写した文章を読んだ後に回答してもらう形式で尋ねたもの。

資料：「2021年度新型コロナウイルス感染症流行による親子の生活と健康への影響に関する実態調査」より
国立成育医療研究センターコロナ×こども本部作成・提供

同調査では、自分の子どもに抑うつ症状がみられても「受診させずに様子を見る」と回答した保護者が約3割であった（第2-3-17図①）。「受診が必要なかわからない」及び「どこの病院を受診したらよいかわからない」と回答した保護者も約3割であった（第2-3-17図②）。

第2-3-17図① 【受診意向】抑うつ症状に対する保護者の捉え方

Q.あなたのお子さまが太郎君と同じ状況（※）だったら、どうだと思いますか？

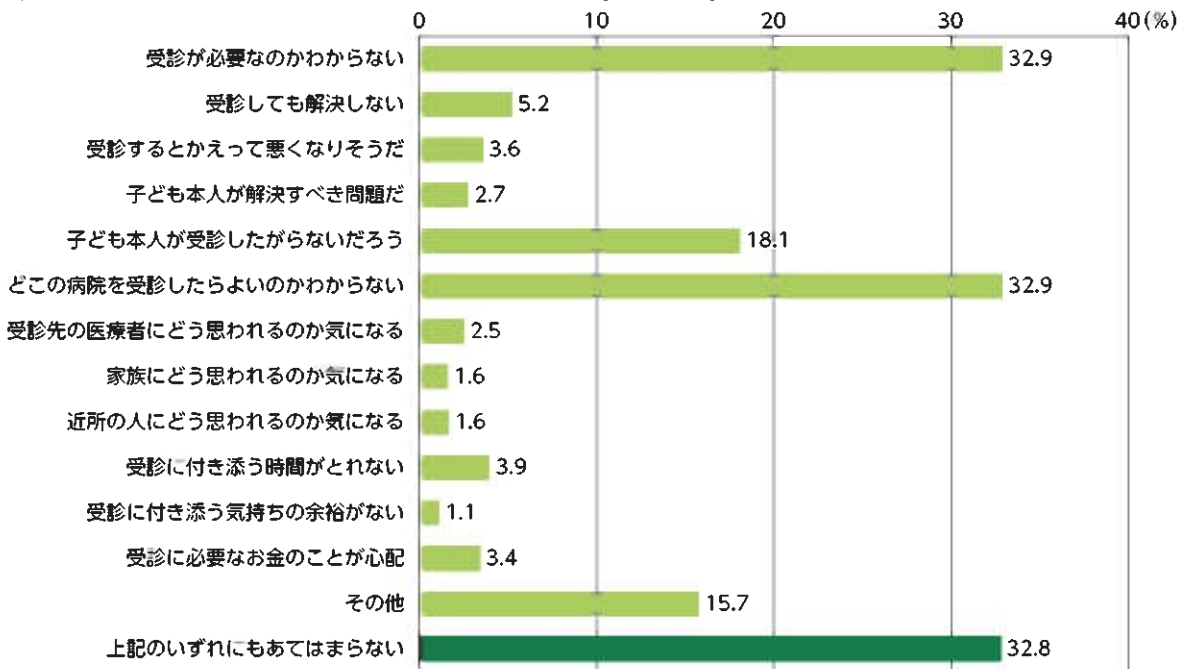


※典型的な抑うつ症状を呈した「太郎君」を描写した文章を読んだ後に回答してもらう形式で尋ねたもの。

資料：「2021年度新型コロナウイルス感染症流行による親子の生活と健康への影響に関する実態調査」より
国立成育医療研究センター コロナ×こども本部作成・提供

第2-3-17図② 【受診をためらう理由】抑うつ症状に対する保護者の捉え方

Q.前の質問に回答した際に、どのような考えが浮かびましたか？【複数回答可】



資料：「2021年度新型コロナウイルス感染症流行による親子の生活と健康への影響に関する実態調査」より
国立成育医療研究センター コロナ×こども本部作成・提供

学年が上がるほど周囲へ援助を求めることが難しいこと、また保護者も、子どもの異変に気付いても受診に至らない場合があることが示唆されている。様々な子どもの心の問題に対応するため、医療機関や保健福祉関係機関等と連携した支援体制を構築していくことが望まれる。例えば、子どもの心の診療等に関する普及啓発等の進展、ICT技術による精神的不調を抱える場合の支援促進¹⁵等が検討されている。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、社会全体が大きな影響を受ける中で学生・生徒等が多くの時間を過ごす家庭¹⁶や学校¹⁷も影響を受けているにもかかわらず、上記調査によると、問題を抱えた際に周囲にその状況を伝えて支援を希求することが難しい状況であるとされている。かねてよりSOSの出し方に関する教育の重要性が指摘されてきたが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下において、学生・生徒等が不安定な状況に身を置くことになっている点を考慮し、更なるSOSの出し方に関する教育を推進すると共に、教員や保護者といった周囲の大人が丁寧にSOSを受け止めていく必要がある。

-
- 15 ICT技術による支援促進の例として、自殺リスクや精神不調の見過ごしを防ぎ、保護者や医療機関への説明等、その後の必要な支援に役立てることを目的に開発された心身状態評価と支援促進システム（RAMPS）が導入されている。
 - 16 令和2年度中に、全国の児童相談所が児童虐待相談として対応した件数は205,044件と過去最多となっている。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/index.html
内閣府男女共同参画局によると、DV相談件数において、令和2年度の相談件数は182,188件であり、令和元年度の約1.5倍となっている。
https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/data/01.html
 - 17 「令和2年の社会的な変化は、社会全体の閉塞感に加え、学校の長期休業のほか、普段の学校生活にあった運動会や文化祭、遠足や修学旅行など、学校生活の大きなアクセントとなっていた行事の中止や延期として影響が及んだ。部活動や合唱コンクールなどの活動や行事も軒並み中止や延期となり、その場から得られる夢や目標、その達成感を得る機会も大きく失われたところである」（令和3年度児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議審議のまとめ）。

参考表:自殺統計における職業の分類

自営業 家族従業者		農・林・漁業	販売店主	飲食店主	土木・ 建築業自営	不動産業自営	製造業自営	その他の 自営業主
被雇用者・ 勤め人	専門・技術職	教員	医療・ 保健従事者	芸能人・プロ スポーツ選手	弁護士	その他の専門・ 技術職		
	管理的職業	議員・知事・課 長以上の公務員	会社・ 公団等の役員	会社・公団等の 課長				
	事務職	事務員						
	販売従事者	販売店員	外交員・ セールスマン	露店・行商・ 廃品回収				
	サービス従事者	美容師・理容師	調理人・ バーテンダー	飲食店店員	ホステス・ ホスト	遊技場等店員	その他の サービス職	
	技能工	建設職人・ 配管工	輸送・ 精密機械工	機械工(輸送・ 精密を除く)	金属加工工	食品・衣料品 製造工	その他の技能工	
	保安従事者	警察官・自衛官・ 消防士等	その他の 保安従事者					
	通信運輸従事者	運輸従事者	通信従事者					
	労務作業者	土木建設労務 作業者	運搬労務作業者	その他の 労務作業者				
	その他	その他						
無職	学生・生徒等	未就学児童	小学生	中学生	高校生	大学生	専修学校生等	
	無職者	主婦	失業者	利子・配当・ 家賃等生活者	年金・雇用保険 等生活者	浮浪者	その他の無職者	
不詳	不詳							

参考表:自殺統計における原因・動機の分類

大分類	小分類						
家庭問題	親子関係の不和	夫婦関係の不和	その他家族関係の 不和	家族の死亡	家族の将来悲観	家族からのしつけ・ 叱責	子育ての悩み
	被虐待	介護・看病疲れ	その他				
健康問題	病気の悩み (身体の病気)	病気の悩み・影響 (うつ病)	病気の悩み・影響 (統合失調症)	病気の悩み・影響 (アルコール依存症)	病気の悩み・影響 (薬物乱用)	病気の悩み・影響 (その他の精神疾患)	身体障害の悩み
	その他						
経済・ 生活問題	倒産	事業不振	失業	就職失敗	生活苦	負債(多重債務)	負債 (連帯保証債務)
	負債(その他)	借金の取り立て苦	自殺による保険金 支給	その他			
勤務問題	仕事の失敗	職場の人間関係	職場環境の変化	仕事疲れ	その他		
男女問題	結婚をめぐる悩み	失恋	不倫の悩み	その他交際を めぐる悩み	その他		
学校問題	入試に関する悩み	その他進路に 関する悩み	学業不振	教師との人間関係	いじめ	その他学友との 不和	その他
その他	犯罪発覚等	犯罪被害	後追い	孤独感	近隣関係	その他	
不詳	不詳						

令和3年度の自殺対策の 実施状況

1 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する取組

1 地域自殺実態プロフィールの作成

- 自殺対策推進センターでは、全ての都道府県及び市町村に対し、それぞれの自殺の実態を分析した地域自殺実態プロフィールを更新、提供。

2 地域自殺対策の政策パッケージの作成

- 自殺対策推進センターでは、自殺対策の先進的な取組事例を検索できる「自殺対策先進事例データベース」をWebサイトで公開。

3 地域自殺対策計画の策定等の支援

- 自殺対策推進センターでは、地域自殺対策推進センター連絡会議等を開催するなど、地域自殺対策計画の策定についての情報提供と相談支援を実施。
- 令和2年5月に「いのち支える自治体コンシェルジュ」を開設し、地方公共団体における自殺対策計画策定を支援。

4 地域自殺対策計画策定ガイドラインの策定

- 自殺対策推進センターでは、地域自殺対策計画策定の手引に基づいて、地方公共団体における自殺対策計画策定支援を実施。

5 地域自殺対策推進センターへの支援

- 自殺対策推進センターでは、地域自殺対策推進センター担当者などを招集した地域自殺対策推進センター連絡会議において、地域自殺対策推進に関する国の政策動向を迅速に伝えて情報共有を図るとともに、自殺総合対策に関する研修を実施。

6 自殺対策の専任職員の配置・専任部署の設置の促進

- 自殺対策推進センターでは、地域自殺対策推進センター連絡会議などを通じて、地方公共団体における専任職員の配置などを促進。

2 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す取組

1 自殺予防週間と自殺対策強化月間の実施

- 自殺予防週間（9月10～16日）及び自殺対策強化月間（3月）では、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が連携し、集中的に啓発事業及び支援策を実施。
- 支援情報検索サイトによる相談会等の情報提供を行い、都道府県及び政令指定都市の協力を得て、「こころの健康相談統一ダイヤル」の拡充を実施。
- ポスターやインターネット及びSNS広告を活用して相談窓口及びゲートキーパーの普及啓発を行うとともに、厚生労働大臣によるメッセージを発信。
- 自殺対策推進センターでは、SNS上「#自殺予防週間」「#自殺対策強化月間」等のハッシュタグを使った啓発キャンペーンを実施。

2 児童生徒の自殺予防に資する教育の実施

- 生命の尊さや大切さについて考えを深める教育として、小学校及び中学校において「特別の教科 道徳」を実施し、命を大切に作る心を育成。
- 「児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議」において作成した「子供に伝えたい自殺予防」について教育委員会等へ周知。
- 「SOSの出し方に関する教育」の推進を求める通知を文部科学省・厚生労働省の連名で発出し、別途、推進にあたって参考となる教材例を周知。
- インターネットに係る実際に起きた最新のトラブル事例を踏まえ、その予防法等をまとめた『インターネットトラブル事例集（2022年版）』を作成、公表。
- 総務省、文部科学省及び情報通信関係団体等が連携し、子どもたちのインターネットの安全な利用に向けて、児童・生徒、保護者・教職員等を対象とした啓発講座「e-ネットキャラバン」を全国で実施。
- インターネット上の有害環境を踏まえ、シンポジウムや啓発資料の配付等を通じて、保護者と青少年に直接働きかける啓発と教育活動を推進。

3 自殺や自殺関連事象等に関する正しい知識の普及

- 自殺予防週間及び自殺対策強化月間において、ポスターやインターネット広告等を活用した相談窓口や「ゲートキーパー」の役割等の周知を実施。
- 報道機関等に対してWHOガイドラインを踏まえた適正な報道を行うよう要請。

4 うつ病等についての普及啓発の推進

- 心の不調・病気に関する説明や、各種支援サービス、相談窓口の紹介など、治療や生活に役立つ情報をまとめた「みんなのメンタルヘルス総合サイト」と、若者とそれを取り巻く人々向けに、心の不調への対処法を紹介する「こころもメンテしよう」をWebサイト内に設置して、普及啓発を実施。

3 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する取組

1 自殺の実態や自殺対策の実施状況等に関する調査研究及び検証

- 自殺対策推進センターでは、革新的自殺研究推進プログラム3領域8研究課題を採択し、採

扱された機関で研究を実施。

2 調査研究及び検証による成果の活用

- 自殺対策推進センターWebサイトで、自殺対策のPDCAサイクルに取り組むための情報発信を実施。
- 「Suicide Policy Research」（英文誌）と「自殺総合政策研究」（和文誌）という2つの学術雑誌を発行し、Webジャーナルとして発信。
- 自殺対策推進センターは、世界保健機関（WHO）本部よりWHO協力センターに指定されており、グローバルな自殺対策の人材育成やWHO公文書の翻訳などを行い、国際的な自殺対策の推進に貢献。

3 先進的な取組に関する情報の収集、整理及び提供

- 自殺対策推進センターでは、地方公共団体の自殺対策計画策定関係者などが、自殺対策の先進的な取組事例を検索できる「自殺対策先進事例データベース」を開発し、関係機関などの連携を効果的に行っている事例をWebサイトで公開。

4 子ども・若者の自殺等についての調査

- 「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」を実施し、児童生徒の自殺者数、自殺した児童生徒が置かれていた状況についてとりまとめた。
- 各教育委員会等の生徒指導担当者や、校長・教頭等の管理職を対象に、全国10ブロックで「児童生徒の自殺予防に関する普及啓発協議会」を開催。
- 「児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議」を開催し、コロナ禍における児童生徒の自殺等に関する背景や今後講じるべき施策について、審議をとりまとめた。
- 自殺対策推進センターでは、令和3年11月に「コロナ禍における自殺の動向」を第4回自殺総合対策の推進に関する有識者会議で報告し、特に「児童生徒」や「若年女性」の自殺の増加についての状況分析を実施。

5 死因究明制度との連動における自殺の実態解明

- 死因究明・身元確認に関する施策の検討等を目的とした死因究明等推進地方協議会が、43都道府県において設置（令和4年3月末現在）。
- 予防のための子どもの死亡検証（Child Death Review（CDR））について、令和2年度より、一部の都道府県において、予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業を実施。

6 うつ病等の精神疾患の病態解明、治療法の開発及び地域の継続的ケアシステムの開発につながる学際的研究

- うつ病等の精神疾患に対する、心理・社会学的方法、分子生物学的手法、画像診断技術等を活用した病因・病態の解明、効果的な予防、診断、治療法等の研究・開発を実施。

7 既存資料の利活用の促進

- 毎月の自殺者数（総数、男女別及び都道府県別）を速報値として公表。
- 「地域における自殺の基礎資料」を公表。
- 「令和3年中における自殺の状況」を公表（令和4年3月）。

4 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る取組

1 大学や専修学校等と連携した自殺対策教育の推進

- 医学教育においては「医学教育モデル・コア・カリキュラム」を改訂、自殺対策に関連して、新たに「休養・心の健康（ストレス対策、自殺の予防等）を説明できる」こと等、学修目標の内容や項目を充実。
- 大学の看護学教育においても、「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」において、「自殺予防のための本人及び関係者への支援について説明できる」等の学修目標の項目を明示。
- 自殺対策や自殺のリスク要因に対応できる人材の育成として、保健師、看護師の国家試験出題基準に「自殺対策」の項目を設定。
- 精神保健福祉士国家試験出題基準では、精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割として、自殺防止対策に関する項目を規定。
- 公認心理師試験出題基準では、保健活動における心理的支援等として、自殺対策に関する項目を規定。

2 自殺対策の連携調整を担う人材の養成

- 自殺対策推進センターでは、地域自殺対策推進センター等連絡会議及びブロック会議等をオンラインで実施。

3 かかりつけの医師等の自殺リスク評価及び対応技術等に関する資質の向上

- 一般かかりつけ医と精神科医の連携強化及び精神医療の質の向上を図るため、一般かかりつけ医から精神科医の紹介体制の構築や、両者の連携のための会議の開催等を各都道府県で実施。

4 教職員に対する普及啓発等

- 各教育委員会等の生徒指導担当者や、校長・教頭等の管理職を対象に、全国10ブロックで「児童生徒の自殺予防に関する普及啓発協議会」を開催。
- 大学等の学生支援担当教職員を対象とした会議等を通じて、学生の自殺防止に対する指導の充実についての理解を促進。
- 独立行政法人日本学生支援機構では、大学等の教職員に対し、自殺を含む学生の心の問題や成長支援に関する理解を促進するため、「心の問題と成長支援ワークショップ」を実施。

5 地域保健スタッフや産業保健スタッフの資質の向上

- 自殺対策推進センターでは、「生きることの包括的支援のための研修」において、地域自殺対策推進センター及び市町村の自殺対策の企画立案担当者を主な対象に「地域保健福祉」に関する研修を開催。
- 職場におけるメンタルヘルス対策を含む産業保健活動を推進するため、全国の産業保健総合支援センターにおいて産業保健スタッフ等に対する研修等を実施。
- 「うつ病の妊産褥婦に対する医療・保健・福祉の連携・協働による支援体制（周産期G-Pネット）構築の推進に関する研究」を実施。

6 介護支援専門員等に対する研修

- 介護事業従事者の研修等の機会を通じ、心の健康づくりや自殺対策に資する知識を普及。

7 民生委員・児童委員等への研修

- 民生委員・児童委員の資質向上を図るため、都道府県等に対し、相談援助活動を行う上で必要不可欠な知識及び技術を修得させる研修事業への補助を実施。

8 社会的要因に関連する相談員の資質の向上

- 金融サービス利用者相談室の相談員に対して、ゲートキーパー養成研修用DVDを利用した研修を実施。
- 地方消費者行政強化交付金等により地方公共団体が実施する取組に対する支援を行うほか、独立行政法人国民生活センターにおいても、地方公共団体の消費生活相談員に対し、多重債務問題に関する研修を実施。
- 生活困窮者に対して、支援者がしっかり対応できるよう、支援者向けの研修の中でメンタルヘルスに関する研修を実施。
- ハローワーク職員に対して、メンタルヘルスについての正しい知識の修得を職業相談技法の修得のための職員研修の一環として実施。

9 遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上

- 警察職員が自殺者、自殺者遺族、自殺未遂者等に関係する業務に従事する場合に、自殺者の名誉や自殺者の遺族、自殺未遂者等の心情等を不当に傷つけることのないよう、適切な遺族対応等への取組を実施。
- 消防職員が遺族等に対して適切な対応を図れるよう、各消防本部や各消防学校での教養訓練を通じて、消防職員の資質の向上を推進。

10 様々な分野でのゲートキーパーの養成

- 公益社団法人日本薬剤師会において、きめ細やかな服薬指導や服薬状況の確認、適正な服薬に関する支援等、処方医や専門機関との連携等を促進するなどの取組を実施。
- 全国埋容生活衛生同業組合連合会において、組合又は支部ごとにゲートキーパー講習を開催。
- 自殺予防週間及び自殺対策強化月間において、ゲートキーパーの普及啓発に係るポスターを掲示するとともに、インターネット動画の作成により、広く国民への呼びかけを実施。

11 自殺対策従事者への心のケアの推進

- 自殺対策推進センターにおいて、「自殺未遂者ケア研修」の中に、相談員自らの心の健康を維持するための対応方法についての内容を盛り込み、研修を実施。

12 家族や知人等を含めた支援者への支援

- 悩みを抱える者を支援する家族や知人等を含めた支援者が社会的に孤立しないよう、地域自殺対策強化交付金の活用により支援者への支援を促進。

13 研修資料の開発等

- 自殺対策推進センターでは、地方公共団体職員等を対象とした「生きることの包括的支援のための基礎研修」と「地域における自殺未遂者支援事業研修」を実施、配信。

5 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを進める取組

1 職場におけるメンタルヘルス対策の推進

- 労働安全衛生法において、ストレスチェックの実施を事業者に義務付け、高ストレス者に対する医師の面接指導及び事後措置、ストレスチェック結果を踏まえた職場環境の改善が適切に行われるよう、制度の周知・指導、支援を促進。
- 全国の産業保健総合支援センターにおいて、職場のメンタルヘルス不調の未然防止から職場復帰支援に至るまでメンタルヘルス対策の総合的な支援を実施。
- メンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」において、メンタルヘルスに関する基礎知識、事業場の取組事例等の情報提供を行っているほか、メンタルヘルス不調や過重労働による健康障害に関する電話相談に応じるなど、職場のメンタルヘルスに関する様々な取組を展開。
- 「『過労死等ゼロ』緊急対策」を踏まえ、違法な長時間労働を許さない取組やメンタルヘルス・パワーハラスメント防止対策の取組を強化。
- 「過労死等の防止のための対策に関する大綱」に基づき、労働行政機関等における対策、調査研究等、啓発、相談体制の整備等、民間団体の活動に対する支援等の対策を実施。
- 職場におけるパワーハラスメントについては、ポータルサイト「あかるい職場応援団」等を通じて情報提供等を実施するとともに、都道府県労働局では、事業主の雇用管理上の措置義務を徹底するため、改正労働施策総合推進法等について周知・啓発を図り、措置を講じていない事業主に対しては是正指導を実施。

2 地域における心の健康づくり推進体制の整備

- 自殺対策推進センターにおいて、地域保健スタッフ等への資質の向上に関する会議、研修への支援を行い、地域における心の健康づくり推進体制の整備を推進。
- 全国に約1万4,000館存在する公民館を始めとした社会教育施設における自主的な取組を促進。
- 地域住民が集い、憩うことのできる環境の形成を図るため、歩いていける身近な都市公園の整備を計画的に推進。
- 農山漁村において高齢者が安心して活動し、暮らせるよう、高齢者の生きがい発揮に資する取組を支援。

3 学校における心の健康づくり推進体制の整備

- 全ての教職員が心身の健康課題を抱える児童生徒を適切に支援できるよう、教職員向け指導参考資料の周知や本資料を活用した研修会等を開催。
- スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーの配置に必要な経費の補助等を実施し、教育相談体制を充実。
- 教職員が教育活動に専念できるよう、学校における労働安全衛生法に基づく管理体制の整備を推進。

4 大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進

- 東日本大震災の避難者の避難の長期化が見込まれる中で、仮設住宅等の被災者の心と体の健康への支援や災害公営住宅でのコミュニティ形成支援、被災者支援の総合的な推進等の50の対策からなる「被災者支援（健康・生活支援）総合対策」を策定。
- この対策を踏まえ、「被災者支援総合交付金」により、復興の進展に伴い生じる見守り、コ

- コミュニティ形成、子どもに対する支援、住宅・生活再建に関する相談支援、「心の復興」等の課題に対する自治体の取組を一体的に支援。
- 被災した子供たちの心のケア等への対応のため、被災自治体の要望を踏まえて、スクールカウンセラー等を派遣。
 - 災害時に、被災地へDPAT（災害派遣精神医療チーム）を派遣し、被災者の心のケアや精神科医療に対する支援等を実施。
 - 新型コロナウイルス感染症による影響懸念に対して、SNSや電話等の相談体制や心のケアに関する相談対応を行う体制を強化。
 - 新型コロナウイルス感染症による経済環境の悪化等に対して、雇用調整助成金の特例措置や個人向け緊急小口資金等の特例貸付の継続を講じる等の対策を実施。
 - 令和2年6月に、自殺対策推進センターでは内閣官房新型コロナウイルス感染症対策推進室と協定を締結し「新型コロナウイルス感染症 支援情報ナビ」を制作、利用開始。

6 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取組

1 精神科医療、保健、福祉等の各施策の連動性の向上

- かかりつけ医等がうつ病と診断若しくは疑われる人を、専門医や専門医療機関に適切につなぐことができるよう、かかりつけ医等を対象とした「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修事業」を実施。

2 精神保健医療福祉サービスを担う人材の養成など精神科医療体制の充実

- 自殺対策推進センターでは、日本精神科救急学会及び日本臨床救急医学会との協力により自殺未遂者ケア研修（精神科救急版）、自殺未遂者ケア研修（一般救急版）をそれぞれ実施。
- 令和4年度の診療報酬改定において、精神疾患が増悪するおそれがある患者等に対して、かかりつけ医や精神科医等が自治体と連携して行う診療等に係る評価を新設。

3 精神保健医療福祉サービスの連動性を高めるための専門職の配置【一部再掲】

- 精神保健福祉士等の専門職等を、医療機関を始めとして、地域に効果的に配置する取り組みを推進。

4 かかりつけの医師等の自殺リスク評価及び対応技術等に関する資質の向上【再掲】

5 子どもに対する精神保健医療福祉サービスの提供体制の整備

- 様々な子どもの心の問題などに幅広く対応するため、地域の拠点病院を中核とし、医療機関や保健福祉機関等と連携した支援体制の構築とともに、災害時に被災した子どもの心のケアを行う体制を目的とした「子どもの心の診療ネットワーク事業」を実施。

6 うつ等のスクリーニングの実施

- 出産後間もない産婦について、産後うつの予防等を図る観点から、産婦健康診査で心身の健康状態や生活環境等の把握を行い、産後初期段階における支援を強化。
- 乳児家庭の孤立化防止や産後うつの予防等も含めた養育上の諸問題への支援を図るため、「乳児家庭全戸訪問事業」を実施。

- 高齢者については、閉じこもりやうつ状態になることを予防することが、介護予防の観点からも期待され、地域の中で生きがい・役割を持って生活できる地域づくりを推進することが重要であるため、多様な通いの場の整備など、地域の実情に応じた介護予防の取組を実施。

7 うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進

- アルコール、薬物、キャンブル等の依存症対策について、相談拠点機関や専門医療機関・治療拠点機関を指定し、相談から治療、回復に至るまでの切れ目のない支援体制を構築。
- 依存症の予防や、早期発見、早期治療のための普及啓発、及び依存症問題に取り組む民間団体支援を実施。
- 地域における治療や相談に係る医師や専門職の養成、対応技術の向上に資するための調査研究、依存症についての正しい理解を普及するための啓発事業等を実施。

8 がん患者、慢性疾患患者等に対する支援

- 地域医療介護総合確保基金を通じて、都道府県が実施する看護師の資質の向上に関する実務研修等を支援。

7 社会全体の自殺リスクを低下させる取組

1 地域における相談体制の充実と支援策、相談窓口情報等の分かりやすい発信

- 「こころの健康相談統一ダイヤル」は、令和4年4月現在、全都道府県を含む59自治体が加入し、令和3年の相談件数は約12万9千件となっている。
- Webサイト内に「支援情報検索サイト」を設置し、相談窓口を周知する取組を実施。平成30年4月から、スマートフォンにも対応できるようシステム改修。
- 適切な支援を迅速に受けられるための拠り所として、24時間365日、無料電話相談によって悩みを傾聴し、具体的な支援につなげるための事業（「よりそいホットライン」）を実施。

2 多重債務の相談窓口の整備とセーフティネット融資の充実

- 「多重債務者相談強化キャンペーン」として、全国各地で消費者向け及び事業者向けの無料相談会を実施。
- 相談窓口の認知度向上を図るための周知・広報として、都道府県別リーフレット及びポスターを作成・配布。
- 多重債務者に対する貸付（セーフティネット機能を有する貸付）については、消費者向けとしては生活協同組合等による取組を、事業者向けとしては日本政策金融公庫による取組を推進。
- 「生活福祉資金貸付」においては、生活困窮者の相談窓口と密接な連携を図りながら、必要な貸付を実施。

3 失業者等に対する相談窓口の充実等

- ハローワークでは、心理的不安などから、主体的に的確かつ現実的な求職活動を行うことができない求職者等の相談に対応するため、キャリアコンサルティングの技法等を活用しながら、長期失業に至ることのないように支援。
- ハローワークにおいて、就職に関連した生活に関する問題について、臨床心理士、介護士な

と専門家による巡回相談を定期的に実施。

- 地域の若者支援機関からなるネットワークの拠点となる「地域若者サポートステーション」を全国に設置し、職業的自立支援を実施し、高校等とサボステの連携により、高校中退者等に対するアウトリーチ型の就労支援を実施。

4 経営者に対する相談事業の実施等

- 各都道府県にある中小企業活性化協議会では、専門性を備えた常駐専門家や外部専門家を配置し、財務上の問題を抱える中小企業に対し、事業再生に向けた支援を実施。
- 「自殺対策強化月間」に係る取組として、約800の中小企業関係機関・団体に対して、「自殺対策強化月間」及び各種相談窓口の周知、中小企業者へのきめ細かい相談対応を要請。
- 全国どこからでも一つの電話番号で、資金繰りや経営相談など、どこに相談したらよいか困っている方から幅広く相談を受け付ける「中小企業電話相談ナビダイヤル」を実施。

5 法的問題解決のための情報提供の充実

- 法テラスでは、法的トラブルの解決に役立つ法制度や各種相談窓口についての情報を無料で提供する情報提供や、弁護士・司法書士の法的援助を受けることが困難な方を対象に無料で法律相談を実施（令和3年度の法律相談援助件数は312,770件）。
- 政令で指定された大規模災害の被災者を対象に、生活の再建に必要な法律相談を無料で行う被災者法律相談援助を、「令和2年7月豪雨」で実施（令和3年度の被災者法律相談援助件数は2,044件）。
- 東日本大震災の被災者に対する援助のための日本司法支援センターの業務の特例に関する法律（平成24年法律第6号）に基づき、無料で法律相談を実施（令和3年度の震災法律相談援助件数は490件）。
- 法テラスでは、自殺対策に取り組んでいる関係機関・団体等と相互の連携・協力関係を充実・強化するとともに、他団体が行う自殺対策の研修に積極的に参加。
- 大規模災害の被災者に対する支援策として、フリーダイヤル（「法テラス災害ダイヤル」）を設置し、災害に起因する法的トラブルについて、解決に役立つ法制度や相談窓口等の案内を実施。また、前記フリーダイヤルにおいて、「令和2年7月豪雨」の被災者からの問合せにも対応。

6 危険な場所、薬品等の規制等

- 鉄道駅のプラットホームにおいて、線路への転落等を防止するために効果の高いホームドアの整備を促進（令和3年3月末現在で2,192番線、943の駅で設置）。
- 毒薬及び劇薬、毒物及び劇物の取扱いについて、販売業者等に対し、引き続き規制の遵守の徹底を指導。

7 ICTを活用した自殺対策の強化【一部再掲】

- 「自殺」「死にたい」等の自殺につながる用語の検索を行った場合に、相談窓口への誘導を行うことについて、事業者に要請。
- 令和2年8月からWebサイト「まもろうよこころ」を新設し、相談窓口の紹介、支援情報検索サイト及び自殺対策の取組情報を発信。
- 青少年のインターネットリテラシー向上に重点を置いた人権啓発活動を実施するとともに、

- インターネット上で人権侵害を受けた場合等の相談窓口や救済手続についての周知広報や、ICTを活用した相談窓口への誘導強化を推進。
- 平成31年3月に、SNS相談の支援ノウハウを集約した「自殺対策におけるSNS相談事業（チャット、スマホアプリ等を活用した文字による相談事業）ガイドライン」を公表。
 - 革新的自殺研究推進プログラムの委託研究において、ソーシャルメディアを活用した自殺対策に関する研究を実施。

8 インターネット上の自殺関連情報対策の推進

- プロバイダの迅速、的確な対応が可能となるように「違法・有害情報への対応等に関する契約約款モデル条項」の適切な運用を支援。
- インターネット・ホットラインセンター及び都道府県警察において、自殺誘引等情報を受理・認知した場合、サイト管理者等に削除依頼等を実施。
- インターネット上の自殺誘引等情報を収集し、インターネット・ホットラインセンターへの通報を行うサイバーパトロール業務を民間事業者へ委託。
- インターネット・ホットラインセンターでは、令和3年に、自殺誘引等情報と判断した2,611件（うち2,287件が民間事業者への委託によるサイバーパトロールからの通報分）の通報のうち、2,199件（対応依頼を行う前に削除されたもの等を除く。）について、サイト管理者等に対して削除を依頼し、942件が削除。
- 「青少年ネット利用環境整備協議会」において、SNS上で行われる自殺に関連する書き込み起因する児童被害防止等を目的とした青少年ネット利用環境整備ガイドラインを策定。
- スマートフォンやSNS等の安全・安心な利用のための啓発活動を集中的に実施する「春のあんしんネット・新学期一斉行動」を展開。
- 青少年や保護者・教職員等に対し、自殺関連情報等の違法・有害情報の閲覧への対策として有用であるフィルタリングの認知度・理解度の向上を図り、保護者等による自主的で実効的な対策を促進するべく、普及啓発活動等を実施。
- 青少年が自殺関連情報等の違法・有害情報を閲覧することがないように、フィルタリングの利用促進等も含めたインターネットの安全利用について、学生・保護者等を対象にしたインターネット安全教室を開催。
- フィルタリングやインターネット利用のルールに関する学習・参加型のシンポジウムの開催や、普及啓発資料の配布等を通して、地域・民間団体等と連携しつつ、保護者及び青少年に対する啓発や教育活動を推進。
- 学校の教職員が、児童生徒のインターネット等の安全利用について必要な知識を身に付けることにより、より一層適切な生徒指導、教育相談、情報モラル教育を行うことができるようにするため、インターネット安全教室及びe-ネットキャラバンに教育委員会関係者・教育関係者の参加を促進。
- 携帯電話会社等の実施するスマホ・ケータイ安全教室と連携した人権教室やインターネット広告を実施。
- SNS事業者団体と共同して、「#NoHeartNoSNS」をスローガンに、SNS利用に関する人権啓発サイトを開設。

9 インターネット上の自殺予告事案への対応等

- 「インターネット上の自殺予告事案への対応に関するガイドライン」を踏まえ、都道府県警

察においてプロバイダ等と連携した対応を実施し、自殺のおそれのあった者に対して、本人への説諭、家族への監護依頼等の自殺防止措置を実施。

10 介護者への支援の充実

- 地域包括支援センターにおける高齢者を介護する者の相談・援助、市町村等が行う介護教室・介護者相互の交流会開催等の経費の一部を負担する等の支援を実施。

11 ひきこもりへの支援の充実

- 「ひきこもり地域支援センター」及び自立相談支援機関において、本人・家族に対する相談支援等を行い、ひきこもり対策を推進。
- ひきこもり支援を担当する職員等を対象にひきこもり地域支援センターによる人材養成研修を実施。
- 本人・家族が安心して過ごせる「居場所づくり」や講習会の開催等を実施。

12 児童虐待や性犯罪・性暴力の被害者への支援の充実

- 児童虐待を受けたと思われる子どもを見つけた時などに、児童相談所に通告・相談ができる児童相談所虐待対応ダイヤル「189（いちはやく）」では、音声ガイダンスの短縮やコールセンター方式を導入するなどの改善を実施し、運用。
- 性犯罪・性暴力の被害者への支援については、各都道府県に対し、性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターの開設等について相談があった場合、協力が可能な医療機関の情報を提供するように依頼。
- カウンセリング技能を有する警察職員に対し専門的研修を行うことにより、その技術・能力の向上に努めるとともに、部外精神科医やカウンセラー、民間被害者支援団体等との連携を図るなど、性犯罪被害者の精神的被害を軽減するためのカウンセリング体制を整備。
- 各都道府県警察の性犯罪被害相談電話につながる全国共通番号「#8103（ハートさん）」の運用を始め、被害申告・相談をしやすい環境の整備・充実を推進。
- 最寄りのワンストップ支援センターにつながる全国共通番号「#8891（はやくワンストップ）」を導入するとともに、若年層の性暴力被害者が相談しやすいよう、SNS相談「Cure time（キュアタイム）」を実施。
- 性犯罪被害者等が安心して必要な相談・支援を受けられる体制を整備するために、ワンストップ支援センターの相談員等を対象としたオンライン研修教材を作成し、提供するとともに、オンライン研修を実施。

13 生活困窮者への支援の充実

- 福祉事務所設置自治体（905自治体）において、生活困窮者自立支援法に基づく相談支援、就労支援、家計改善支援等を実施。
- 「生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律」の内容を踏まえ、生活困窮者自立支援制度と自殺対策施策との連携通知を発出。

14 ひとり親家庭に対する相談窓口の充実等

- 毎年8月の児童扶養手当の現況届の時期等における集中相談体制を整備。
- IT機器等の活用を始めとしたひとり親のワンストップ相談及びプッシュ型支援体制の構築・

強化を図るための事業を実施。

15 妊産婦への支援の充実【一部再掲】

- 子育て世代包括支援センターの整備の促進や出産後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行う産後ケア事業の全国展開等を通じ、成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律に基づき、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制の構築を推進。
- 産後うつ等の予防等を図る観点から、産婦健康診査で心身の健康状態や生活環境等の把握を行い、産後の初期段階における支援を強化。

16 性的マイノリティへの支援の充実

- 性的マイノリティ等をテーマとした人権啓発動画をYouTube法務省チャンネルで配信。
- 性同一性障害や性的指向・性自認に係る児童生徒の心情に十分配慮した適切な対応がとられるように、通知や教職員向け周知資料を作成・公表。
- 公正な採用選考についての事業主向け啓発パンフレットに「LGBT等の性的マイノリティの方など特定の人を排除しない」旨を記載し、Webサイト上に公表。

17 相談の多様な手段の確保、アウトリーチの強化【一部再掲】

- SNS等を活用する利点・課題等について「SNS等を活用した相談体制の構築に関する当面の考え方（最終報告）」として取りまとめ、地方公共団体に対し、SNS等を活用した児童生徒向けの相談体制の構築を支援。

18 関係機関等の連携に必要な情報共有の仕組みの周知

- 自殺対策推進センターでは、地方公共団体の自殺対策計画策定関係者などが自殺対策の先進的な取組事例を検索できる「自殺対策先進事例データベース」を開発し、関係機関等の連携を効果的に行っている事例をWebサイト上で公開。

19 自殺対策に資する居場所づくりの推進

- 自殺対策に資する若者の居場所づくり好事例を取りまとめ、地方公共団体へ情報提供。

20 報道機関に対する世界保健機関の手引き等の周知

- 自殺対策推進センターでは、WHOの文書「自殺対策を推進するためにメディア関係者に知ってもらいたい基礎知識 2017年最新版」の他に「自殺対策を推進するために映画制作者と舞台・映像関係者に知ってもらいたい基礎知識」を翻訳・公表。
- 自殺対策推進センターでは、著名人の自殺が報道される度、メディア関係者へ自殺報道ガイドラインに則した報道の呼びかけを行い、令和2年11月25日にはメディア関係者に対して「10月の自殺増加に関する緊急報告」と題して講演を実施。

8 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ取組

1 地域の自殺未遂者等支援の拠点機能を担う医療機関の整備

- 「自殺未遂者支援拠点医療機関整備事業」を実施し、地域における自殺未遂者支援の拠点と

なる医療機関の整備を支援。

2 救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実

- 精神科救急情報センターや、輪番制等による精神科救急医療施設の整備を行う「精神科救急医療体制整備事業」にて、自殺未遂者等の精神・身体合併症患者に対応する体制を整備。
- 「自殺未遂者ケアに関するガイドライン」を基に、一般救急版及び精神科救急版で「自殺未遂者ケア研修」を開催。

3 医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化【再掲】

4 居場所づくりとの連動による支援【再掲】

5 家族等の身近な支援者に対する支援

- 自殺対策推進センターでは、「自殺未遂者ケアに関するガイドライン」によるケア対策として、家族等の身近な支援者に対する支援に関する内容を盛り込んだ。

6 学校、職場等での事後対応の促進

- 児童生徒の自殺未遂の背景となった事実関係に関する報告の状況等を踏まえ、必要に応じ、背景調査を含め、事後対応の在り方について指導・助言。
- 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」や、独立行政法人労働者健康安全機構のホームページ等を通じて、自殺未遂発生直後の職場での対応等を示したマニュアル「職場における自殺の予防と対応」を周知。
- 自殺対策推進センターでは、都道府県が推進する「SOSの出し方に関する教育」の計画策定に関する指導・助言を通じて学校での事後対応を促進。

9 遺された人への支援を充実する取組

1 遺族の自助グループ等の運営支援

- 地域自殺対策強化交付金を通じ、自死遺族のための分かち合いの会の運営等の支援を実施。
- 過労死で親を亡くした遺児等を招請し、イベントを通して心身のリフレッシュを図るほか、遺児及びその保護者を対象とした相談等を行う「過労死遺児交流会事業」を実施。
- 自殺対策推進センターでは、遺族の自助グループ等の支援を実施。

2 学校、職場等での事後対応の促進

- 「子どもの自殺が起きたときの緊急対応の手引き」、「子供の自殺が起きたときの背景調査の指針」をそれぞれ作成し、各教育委員会等の生徒指導担当者や、学校の管理職を対象に「児童生徒の自殺予防に関する普及啓発協議会」を開催し、周知。
- 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト「こころの耳」や、独立行政法人労働者健康安全機構のWebサイト等を通じて、自殺発生直後の職場での対応等を示したマニュアル「職場における自殺の予防と対応」を周知。

3 遺族等の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進等

- 地域の相談先や自助グループの連絡先などを記載した、遺族のためのリーフレット等の作成等に対する支援を実施。
- 自殺対策推進センターでは、自死遺族支援のニーズを調査するため、関係機関からヒアリングを開始。

4 遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上【再掲】

5 遺児等への支援【一部再掲】

- スクールカウンセラーの配置に必要な経費の補助の取組を継続。

10 民間団体との連携を強化する取組

地域における民間団体の取組は、自殺対策基本法の制定以前、国や地方公共団体からの支援が必ずしも十分でない中で、電話相談等の自殺のリスクの高い人への危機介入などの直接的な自殺予防の活動のみならず、分かち合いの会の開催等を始めとする自死遺族等への心理的ケアの実施などの事後対応も含めて幅広く展開されてきた。地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を進める上で、民間団体による地域に密着した様々な取組は、我が国における自殺対策においてなくてはならないものである。

1 民間団体の人材育成に対する支援

- 地域自殺対策強化交付金を通じて、民間団体の人材育成に対する支援を実施。
- 自殺対策推進センターでは、先駆的な若者の自殺対策支援を開発実施している民間団体の人材育成を支援し、自殺総合対策大綱の理念に基づいて実施されることが望ましい人材育成に関するマニュアル開発等を推進。

2 地域における連携体制の確立

- 自殺対策推進センターを通じて、自殺対策のPDCAサイクルを効果的に実施、民間団体を含めた地域の自殺対策を支援する機能を強化し、エビデンスに基づく政策展開を推進。
- 自殺対策推進センターでは、「地域自殺対策推進センター連絡会議」及び「地域自殺対策推進センター連絡会議ブロック会議」などにより、地域自殺対策推進センターを通じて地域における連携体制を推進。
- トラブルに遭うリスクの高い消費者を効果的・重点的に地域で見守る体制を構築するため、消費生活センターを始めとする幅広い関係者が参加する消費者安全確保地域協議会（見守りネットワーク）の設置促進。

3 民間団体の相談事業に対する支援

- 先駆的な自殺防止対策の取組を行う民間団体に財政的支援を行う「自殺防止対策事業」を通じて、電話相談員に対する研修、フリーダイヤル電話相談等を実施する団体に対する支援を実施。

4 民間団体の先駆的・試行的取組や自殺多発地域における取組に対する支援

- 地域自殺対策強化交付金を通じて、民間団体の先駆的・試行的取組や自殺多発地域における取組に対する支援を実施。

11 子ども・若者の自殺対策を更に推進する取組

1 いじめを苦しめた子供の自殺の予防【一部再掲】

- 「いじめの防止等に関する普及啓発協議会」や「いじめ問題理解基幹研修」を開催し、「いじめ防止対策推進法」及び「いじめの防止等のための基本的な方針」に基づく対応について周知。
- スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーの配置に必要な経費の補助や「24時間子供SOSダイヤル」を実施。
- 18歳以下の自殺は、学校の長期休業明けにかけて増加する傾向があることから、長期休業前から期間中、長期休業明けの時期にかけて取り組むべきことについて、各都道府県及び指定都市教育委員会等に依頼。
- 「子どもの人権SOSミニレター」を全国の小中学校の児童生徒に配布。
- 「インターネット人権相談受付窓口」及び専用相談電話「子どもの人権110番（フリーダイヤル）」を運用。
- 様々な悩みを抱える児童生徒が共感でき、周囲や相談窓口への相談を後押しすることができるような自殺予防啓発動画「君は君のままがいい」を制作し、YouTubeの文部科学省公式チャンネル及び広告において発信。

2 学生・生徒等への支援の充実【一部再掲】

- 高校中退者等を対象に、地域資源を活用しながら高等学校卒業程度の学力を身に付けさせるための学習相談及び学習支援等を行う地方公共団体の取組を支援する事業を実施。

3 SOSの出し方に関する教育の推進【再掲】

4 子どもへの支援の充実【一部再掲】

- 放課後児童クラブなどの終了後に、ひとり親家庭の子どもの生活習慣の習得・学習支援や食事の提供をする「子どもの生活・学習支援事業」を実施。
- 社会的養護の下で育った子どもの自立支援を効果的に進めるため、20歳到達後から22歳の年度末までの間における支援に要する費用について補助を行う「就学者自立生活援助事業」を実施。
- 加えて、施設入所や里親委託の措置解除後、原則22歳の年度末までの間、引き続き里親家庭や施設などに居住させて必要な支援を行う「社会的養護自立支援事業」を実施。
- 施設を退所し就職や進学をする者に対し、家賃相当額及び生活費などの貸付を行うとともに、就業を継続した場合は返還を免除する「児童養護施設退所者等に対する自立支援資金貸付事業」を実施。
- 学習支援、居場所づくりや基礎的な生活習慣の習得に向けた支援を通じて、子どもの将来の自立を後押しする生活困窮者自立支援法に基づく子どもの学習・生活支援事業を実施。

5 若者への支援の充実【再掲】

6 若者の特性に応じた支援の充実【再掲】

7 知人等への支援【再掲】

12 勤務問題による自殺対策を更に推進する取組

1 長時間労働の是正【一部再掲】

- 年5日の年次有給休暇の確実な取得や時間外労働の上限規制が円滑に施行されるよう、働き方改革推進支援センターや都道府県労働局等において、相談・支援を実施。

2 職場におけるメンタルヘルス対策の推進【再掲】

3 ハラスメント防止対策【一部再掲】

- 「職場のパワーハラスメント防止対策についての検討会」を開催し、報告書を公表。
- 労働政策審議会雇用環境・均等分科会において議論を行い、改正法案を第198回通常国会に提出、令和元年5月29日成立、同年6月5日改正法公布。
- 改正法では、労働施策総合推進法におけるパワーハラスメントを防止するための雇用管理上の措置義務を新設、事業主に相談したこと等を理由とした不利益取扱い禁止等、セクシュアルハラスメント等の防止対策も強化。

『日本財団第4回自殺意識調査』について

日本財団は、日本全国の自殺意識に関する実態を解明し、自殺対策の必要性に関する社会的機運の醸成と、自治体や民間団体による自殺対策の推進を目的に、2016年から大規模な自殺意識調査を実施している。過去3回の調査は、対象年齢を18歳以上とし、追跡調査を行ってきたが2021年に実施した第4回目の調査は、調査対象者の最低年齢を13歳まで引き下げ、若年層の自殺の実態を明らかにすることを目的の1つとした。また、2020年は新型コロナウイルス感染拡大の中、10年間減少していた自殺者数が増加に転じたことを受け、コロナ禍の生活に関する質問を追加し、調査を実施した。

調査概要

調査日	2021年4月9日（金）～2021年4月13日（火）
調査方法と対象	インターネット調査 全都道府県15歳～79歳の男女と一都三県13歳～14歳の男女 ※15歳以上…アンケート登録モニターによる回答 ※13～14歳：機縁法リクルート網による回答
分析内容	自殺に関する経験（自殺念慮、自殺未遂）およびその原因、リスク（自殺リスク促進要因、自殺抑制要因）、コロナ禍におけるストレス度、孤立感、疎外感、自殺に関する報道、自殺対策の認知度等
回答者数及び有効回答数	依頼数：291,810件 回答数：25,208件 有効回答数：20,000件

調査結果

第4回の調査結果では、特に15歳～20代においては、自殺念慮・自殺未遂ともに他世代に比べリスクが高く、さらにその傾向は男性より女性の方が強く、30代以下の世代は自殺に関する報道に影響を受けやすい傾向があることが明らかになった。

10のファクト



10のファクトの中で、今回の調査で注目したい結果は以下の通りである。

(1) 若年層の自殺念慮・未遂に関する原因

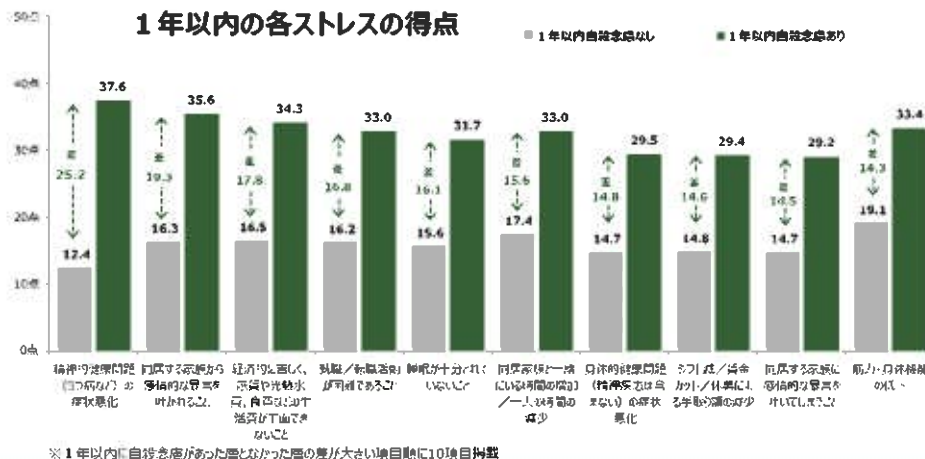
若年層（15～19歳）の自殺念慮（1年以内）の原因は、学校問題、家庭問題、健康問題の順に多い結果となった。また、自殺未遂（1年以内）の原因については、家庭問題、健康問題、学校問題という順となった。

(2) コロナ禍における自殺念慮との関係

新型コロナウイルス感染症の拡大の影響で、人々の生活環境が大きく変化したことで、自殺念慮があった層のコロナ禍におけるストレスを調査したところ以下の結果となった。

5 1年以内に自殺念慮があった層のコロナ禍におけるストレス

1年以内に自殺念慮があった層がなかった層に比べて強く感じていたストレスは、
 「精神的健康問題（うつ病など）の症状悪化」「同居する家族から感情的な暴言を吐かれること」
 「経済的に苦しく、家賃や光熱水費、食費などの生活費が工面できないこと」
 「就職／転職活動が困難であること」「睡眠が十分とれていないこと」など。



※図表の番号はファクトの番号。

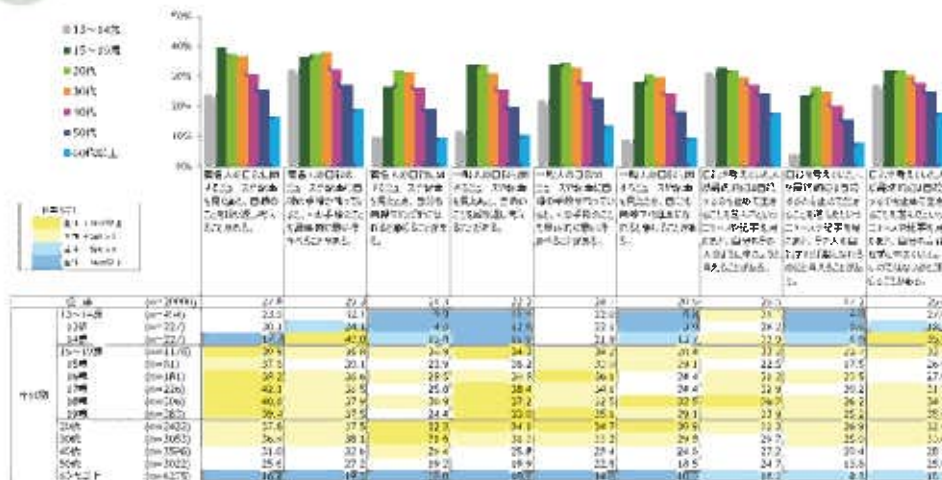
(3) 自殺念慮・未遂経験者の相談経験について

自殺念慮・未遂経験者の7割が自殺を考えた時に誰にも相談していないという回答だった。残りの3割が相談した相手として多かったのは、「両親や祖父母」「配偶者」であり、自殺を思いとどまる理由を尋ねたところ、「家族や恋人が悲しむことを考えて」「我慢して」という回答が多く、続いて「自殺を試みたが死にきれなくて」「まだ思いとどまったとは言えない」「将来を楽観的に考えるようになって」という順に回答が多かった。

(4) 自殺に関する報道の影響について

10代～30代の若い年代は自殺に関する報道に影響を受けやすい傾向があることが分かった。「自殺を考えていた人が最終的には自殺をするのをやめて生きることを選んだというニュースや記事を見たあと」「自分もその人のように生きようと思えることがある」「自分も自殺せずに生きていて良いのではないかと感じる」という回答も一定数あり、報道内容によっては自殺を抑制する「ババゲーノ効果」が働いている可能性も示唆されたと考える。

若い年代は自殺に関する報道に影響を受けやすい傾向



※図表の番号はファクトの番号。

まとめ

本調査を通して自殺の要因を大きくとらえることはできたが、明確に特定することは難しく、様々な要因が複雑に絡み合っていることを改めて確認した。調査を継続し、実態を把握することは非常に重要な事であると考え、日本財団は引き続き自殺対策の必要性について社会の機運を醸成し、自殺対策を実施する自治体や他の民間団体と知恵を出し合い、施策や事業をより促進していくことを目指していく。

日本財団第4回自殺意識調査：

<https://www.nippon-foundation.or.jp/who/news/pr/2021/20210831-61046.html>

日本財団 公益事業部国内事業開発チーム
 チームリーダー 榎村麻子
 齊藤裕美

COLUMN 2

第10回 国際自殺予防学会 アジア・太平洋地域大会
— 世界における自殺対策の取組の報告 —

令和4年5月3日から5日の3日間にわたって、第10回国際自殺予防学会 アジア・太平洋地域大会 (Asia Pacific Regional Conference of the International Association for Suicide Prevention, APAC) が、オーストラリアのクイーンズランド州ゴールドコーストにて開催された。昭和35年創設の国際自殺予防学会 (IASP) は、世界保健機関 (WHO) と協力関係にある組織であり、アジア・太平洋地域大会は、日本を含むアジア・太平洋地域の自殺対策関係者が自殺対策のための知識やスキル、研究や実践的な取組などを共有する、2年に一度の国際会議である。10回目の節目となる今大会では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響をはじめ、低中所得国や先住民コミュニティでの自殺対策、自殺未遂者や遺族らが体験を語る「生きられた経験 (Lived Experience)」等をテーマとして、現地参加とオンライン参加を合わせ、33か国から約550人が参加した。厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター (以下、JSCP) からも、6件の研究・実践を報告した。

開会に際し、IASP会長のローリー・オコナー教授 (グラスゴー大学) は、「我々は新型コロナウイルス感染症の感染拡大の2年半に渡って必死に活動してきた。これからは世界の様々な地域で、こころの健康面への悪影響を最小限に抑えるため、これまで以上に協力して取り組む必要がある」と強調した。以下、日本の自殺対策においても参考になる、主要な発表を紹介したい。

自殺未遂や自傷行為は自殺と密接な関係にあることから、WHOは各国に対し、これらの行為について、症例登録システム (患者レジストリ) を構築するよう求めている。患者レジストリをテーマにしたシンポジウム企画では、オーストラリア、中国、フィジーにおける患者レジストリの概要が紹介された他、メルボルン大学のカトリーナ・ウィット博士は、日々救急搬送される患者データから機械学習を用いて自傷行為の症例を抽出するオーストラリアの事例を紹介した。日本でも令和4年度から、「自傷・自殺未遂レジストリ」の構築と運用に取り組んでおり、注目度の高いシンポジウムであった。

「メディア (Media)」と題した基調講演では、「若者」、「オンライン」をテーマにした先進的な研究や取組が報告された。ポール・イップ教授 (香港大学) は、香港で24時間365日実施されているチャットによる無料オンラインカウンセリングサービス「Open Up」に関する研究を行っている。「Open Up」は11歳から35歳をメインターゲットとしており、若者に特徴的な相談内容の傾向等が報告された。また、ジョー・ロビンソン准教授 (メルボルン大学) は、若者がオンライン上で自殺について安全にコミュニケーションできるよう開発された、ソーシャルメディア利用についてのガイドライン「#chatsafe」に関する取組を紹介した。個人が自分の意見をオンラインで自由に発信できる今、テレビや新聞といった伝統的なメディア向けの自殺報道ガイドラインだけでは、若者の安全を守れなくなっている。新しいタイプのメディア利用者に向けて注意喚起を促すという意味でも、重要な取組であるといえる。

JSCPからも、シンポジウム企画をはじめとする計6件の発表を行った。シンポジウム企画「自殺とCOVID-19: 日本からのエビデンス (Suicide and COVID-19: Evidence from Japan)」では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下 (令和2年) における自殺の動向として、著名人の自殺報道に伴う自殺者数の増加、インターネット検索ワードと子ども・若者の自殺者数の関連に関する分析、政府の緊急経済対策が自殺リスクを抑制した可能性があるという分析結果等を報告した。新型コロナウイルス感染症の感染拡大はメンタルヘルスに多大な影響を与え、政府による支援やそのエビデンスが各国でも焦点となっていることから、会場から多数の質問が投げかけられるなど多くの国々にとって関心の高いテーマであった。また、自殺対策事業の実施をサポートするための地方自治体職員を対象とした研修事業、自殺報道の影響で自殺者数が増加するのを防ぐための取組等についても発表した。

今回の学会では、精神科医療を中心としたメディカルモデルから自殺未遂者の体験を自殺対策に

生かす実践報告まで幅広い発表内容が含まれていたことが特徴として挙げられる。また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大下での分析を行った日本の発表に対する注目度は高く、日本の自殺対策は今後、国際的な連携及び協力をさらに推進し強化していく必要があるであろう。



写真1：会場となったゴールドコーストコンベンション&エキシビションセンター



写真2：オープニングセレモニーで講演するIASPのローリー・オコナー会長

一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター（厚生労働大臣指定調査研究等法人） 分析官
新井崇弘

COLUMN 3

諸外国におけるインターネットを活用した
相談事業の実態について

日本において、子ども・若者に向けた自殺対策が重要視される中、諸外国においても、子ども・若者を対象とした、インターネットを活用して相談を受け付ける事業が積極的に運用されている。

韓国では、公的機関である韓国青少年相談福祉開発院 青少年サイバーセンターが、平成23年に「青少年相談1388サイバー及びモバイル相談」事業を開始した。国が全ての運営資金を負担し、9歳から24歳までの青少年及び保護者を対象として24時間年中無休で相談を受け付け、令和3年には合計で36万件の相談依頼に対応している。相談員は、心理学の学位や資格に加え、教育や心理、社会福祉、精神医学の分野で2年以上勤務経験のある専門家で構成されている。新型コロナウイルス感染症の感染拡大が起こった令和2年の相談件数は、令和元年と比較して30.5%増加し、抑うつ症状や不安感などに関する相談が多くみられたという。

オーストラリアでは、NGOであるyourtownが事業展開する「Kids Helpline」にて、平成12年からインターネットを活用した子ども・若者の相談事業を行っている。5歳から25歳までの青少年からのオンライン相談を24時間年中無休で受け付けるほか、0歳から8歳の子どもの持つ親からの相談も受け付けている。オンライン相談は、心理学やカウンセリング等に関する学位や資格を持ち、子ども・若者を対象としたカウンセリング経験もしくは業務経験を有する相談員が対応している。相談員は、「Kids Helpline」での業務開始前に研修を受け、さらに1年間是指導を受けながら相談業務を行っている。また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大後の令和3年には、メンタルヘルスなどに関する相談が2分の1、自殺に関連する相談は6分の1を占め、警察や救急医療などとの連携を要するケースは前年から約2.1倍に増加した。ロックダウンの長期化や、行動制限、学校での対面授業の制限などが子どもの不安感に大きく影響を与えた可能性が高いと考えられている¹。

韓国、オーストラリアの相談事業に共通しているのは、相談窓口とともに、ウェブサイト上で様々なセルフケア情報を提供していることである。日本においても、オンライン相談の受付に加え、日常的に行えるセルフケアの啓発によりヘルスリテラシーの向上を目指したサービスを提供することは有効であろう。また両国では、オンライン相談窓口に、知識と経験の豊富な相談員を配置することにより、質の高いサポートを安定して提供するための工夫がなされている。インターネットによるアクセスの良さを生かし、より多くの相談に適切に対応できるだけのマンパワーを確保するためには、サービス運営のための安定的な財源確保も重要な課題と考えられる。なおWHOは、平成30年に発表されたPreventing suicide A resource for establishing a crisis lineにおいてとくに自殺リスクの高い利用者からの相談に対しては、緊急対応を含む問題解決につながるような介入ができることや、事後フォローの重要性を強調している。また、医療者や専門スタッフが緊急時の対応手順を熟知し、相談事業の質を維持するとともに、相談員の管理にも努めることを提唱している²。

謝辞：本コラムの作成に当たっては、韓国青少年相談福祉開発院 青少年サイバーセンターのチョ・ウンヒ部長、yourtownのレオ・ヘーデ スペシャリストプログラムマネージャーに御協力いただきました。この場を借りて御礼申し上げます。

1 <https://www.yourtown.com.au/sites/default/files/document/Kids-Helpline-Insights-Report-2021.pdf>

2 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf?ua=1>

表 韓国、オーストラリアにおけるインターネット相談事業の比較³

	韓国	オーストラリア ⁴
サービス名	青少年相談1388サイバー及びモバイル相談	Kids Helpline
URL	https://www.cyber1388.kr:447/	https://kidshelpline.com.au/
実施団体名	韓国青少年相談福祉開発院 青少年サイバー相談センター	yourtown
サービス開始時期	・サイバー（インターネット）相談：平成23年 ・モバイル相談：令和3年	平成12年
サービスの対象者	9歳から24歳の青少年、その親及び保護者	5歳から25歳の青少年、その親及び保護者、学校・教師
相談ツール	・ウェブチャット ・SNSチャット（カカオトーク、Messenger）	・ウェブチャット ・SNSチャット（WhatsApp） ・メール
サービス提供日/時間	24時間365日	24時間365日 *メール対応は午前8時から午後10時
緊急時の対応	関連機関との連携あり	警察や児童保護、医療機関との連携あり
令和3年の相談対応数 ⁵	36万件	17万件
相談員の人数	66名	200名以上
相談員の資格	心理学の学位や資格に加え、2年以上教育や心理、社会福祉、精神医学の分野で勤務経験を有する	心理学等の学位や資格をもち、若者を対象とした1年以上のカウンセリング経験もしくは業務経験を有する。業務開始前には研修を受け、1年間は指導を受けながら相談業務を行う
相談員の報酬	約19万円（190万KRW）/月（月平均96時間勤務）	情報なし
財源予算	100%国予算	懸賞・慈善事業（Art Union）66.8%、政府補助金（27.5%）、その他（5.7%） ⁶
予算規模	約2億2千万円（22億KRW） *1KRW=0.1JPY	約12億2千万円（1,285万AUD） ⁶ *1AUD=95JPY
新型コロナウイルス感染症の感染拡大下での特徴	令和元年と比較して相談件数が30.5%増加し、うつや不安などに関する相談が多く見られた	令和3年には、前年と比較し、警察や救急医療との連携が必要なケースが約2.1倍に増加した

3 各団体ともに各種相談対応を実施しているところ、ここではインターネットを活用した取組に特化した説明となる。

4 前掲1に同じ。

5 電話相談、その他のオンライン事業等利用者を含む。

6 <https://www.yourtown.com.au/sites/default/files/document/KidsHelpline-Insights2019-Report-APPROVED.pdf>

一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター（厚生労働大臣指定調査研究等法人）
国際連携室長 仁科有加

COLUMN 4

諸外国の「自殺報道ガイドライン」

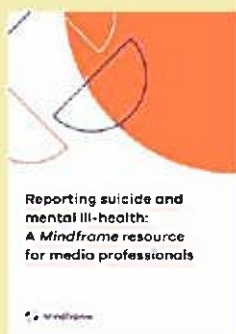
自殺に関する報道の影響で自殺者数が増える現象は「ウェルテル効果」と呼ばれ、多くの研究で実証されてきた。新型コロナウイルス感染拡大の中、我が国では令和2年の自殺者数が11年ぶりに増加に転じたことに伴い、厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター（以下、JSCP）は、「令和2年度 我が国における自殺の概況及び自殺対策の実施状況」の中で、令和2年下半年に相次いだ著名人の自殺報道の影響を受けたとみられる自殺者数の増加について分析した。厚生労働省及びJSCPではこれまで、メディア各社に対し世界保健機関（WHO）作成の自殺報道ガイドラインを踏まえた報道を行うよう繰り返し注意喚起を行ってきた。

自殺を取り巻く状況や文化的背景は国や地域によって大きく異なる。WHOの自殺報道ガイドライン（2017年版）では「メディア関係者は可能ならば自身の地域の自殺対策コミュニティと協力し、地元のメディア報道ガイドラインを利用することをお勧めする」と記されており、WHOが平成12年にメディア関係者向けガイドラインを発行して以降、多くの国でそれを参考にした独自ガイドラインが作成されてきた。

近年、オンラインでのメディア報道の配信だけでなく、市民によるSNSやブログ等での情報発信が急増する中、その拡散力の高さから、従来のマスメディアだけでなく、オンラインでの幅広い情報発信に適用できるガイドラインのニーズはますます高まると思われる。一方、WHOのガイドラインではオンラインに関する記載が限定的であるため、各国では独自の項目を作成する例も多くみられる。

我が国では、WHOガイドラインの最新版を翻訳した「自殺対策を推進するためにメディア関係者に知ってもらいたい基礎知識 2017年版」（いわゆる「WHO自殺報道ガイドライン」）が広く参考にされているが、その他に、我が国で作成され全国的に普及しているガイドラインはないと思われる。今後我が国の報道における慣習や報道関係者の考えを踏まえ、より時代に合ったきめ細かなガイドラインの作成が必要だと考えられ、各国のガイドラインの中で、先進的・特徴的と思われるオーストラリア、アメリカ、韓国の事例を以下で紹介する。

1 オーストラリア「自殺と精神疾患に関する報道—マインドフレームによるメディア関係者のための手引」(Reporting suicide and mental ill-health: A Mindframe resource for media professionals)¹



(出典：mindframe.org.au)

Mindframeは、メンタルヘルスと自殺予防に取り組む研究機関Everymindが運営するプログラムで、オーストラリア政府の資金提供を受けている。本手引は自殺、精神疾患に関する安全なメディア報道、描写、コミュニケーションを支援するため、メディア関係者や自殺対策関連団体などの協力を得て作成された。平成14年の初版以降、改訂を重ね、2020年版が最新版となる。内容は①自殺に関する報道と描写、②精神疾患に関する報道と描写の2部構成で、序文冒頭で「自殺や精神疾患に対する社会の態度や認識を形成し強化する上で、メディアは重要な役割を担っている」とメディアの責任に言及している。MindframeのWebサイトがガイドラインを補完しており、エビデンスに基づく報道の留意点が、多面的な視点から記されている。

例えば、自殺に関するデータを正しく解釈し報じるための助言、先住民コミュニティでの自殺について報じる際の留意点、自殺の報じ方等についてメディアが相談できる組織や専門家の連絡先、メディア関係者自身のセルフケア、自殺と関連性のある安楽死や自傷行為の

1 <https://mindframe.org.au/guidelines>

報道に関する提言、オンラインでの留意点、自殺念慮を抱える人や自殺未遂経験がある人へのインタビューに関するアドバイス等、質の高い自殺報道とメディア関係者をサポートするための情報が充実している。

2 アメリカ「自殺報道に関するベストプラクティスと提言」(Best Practices and Recommendations for Reporting on Suicide)²



Reidenberg & SAVE.
Used with permission.

平成23年に自殺対策の非営利組織SAVEにより作成され、令和2年にアップデートされている。自殺対策にかかわる国内外の多くの機関や専門家の協力を受け、世界の100以上の研究に基づき作成されている。自殺に関する安全な報道のための提言が9項目にまとめられており、それぞれに「やってはいけないこと」、「やるべきこと」が、簡潔に分かりやすく記載されている。Webサイト「Reporting on Suicide」にはこれらの具体例も記されている。例えば、遺書に関する報道では、「遺書の内容の公開」を避けるべきとし、「遺書が発見されたことのみ言及する」ことを推奨している。避けるべき報じ方の具体例として「経済的な問題など、自殺の理由を記した遺書が発見されました」という文例を示し、それを避けるべき理由も論理的かつ簡潔に説明している。

また、個人のソーシャルメディア、ブログ等にもこの提言が適用されるとし、オンラインで自殺について報じる際の留意点をホームページに追記している。銃乱射事件等の、他者を殺害した後に自ら命を絶つ事件の報じ方について触れている点も、特徴の1つといえる。

3 韓国「自殺報道勧告基準」(자살보도 권고기준)³



平成25年に、韓国生命尊重希望財団(当時の韓国中央自殺予防センター)と韓国記者協会、韓国保健福祉部(日本の厚生労働省に相当)が共同で独自のガイドラインを作成した。2018年改訂版「自殺報道勧告基準3.0」が最新版となっている。

韓国では2000年代後半ごろ、芸能人等の自殺がセンセーショナルに報じられ模倣自殺が増えるケースが相次いだ。そのため、自殺報道勧告基準では著名人の自殺報道への対応に力点が置かれている。

なお、最新版の特徴として、ガイドラインの各項目に関連する実際の新聞記事やテレビ放送の画像が、「良い例」、「悪い例」として掲載されていることが挙げられる。例えば、自殺が起きた現場や遺影の写真、自殺の動機を断定

するような見出し(例:「就職できずに自殺」)をつける等、どのような言葉や表現、写真・映像の使用が望ましくないかを具体的に分かりやすく伝えている。

また、ガイドラインの前文では、自殺報道でのマスコミの社会的責任を明記すると同時に、テレビや新聞、ネットメディア等に加え、警察や消防などの国家機関、さらに個人のSNSやブログ、オンラインコミュニティなどもガイドラインに留意しなければならないとしている。

一般社団法人 いのち支える自殺対策推進センター(厚生労働大臣指定調査研究等法人) 広報官
山寺香
朴惠善

2 <https://reportingonsuicide.org/recommendations/>

3 <https://kfsp.org/sub.php?id=issue&mode=view&menukey=10&idx=258&page=2&menukey=10>