

吉野川市自殺対策計画

令和2年度～令和11年度

令和2年3月

吉野川市

目次

第1章 計画の概要.....	1
1 計画策定の趣旨.....	1
2 計画の性格と位置付け.....	2
3 計画の期間.....	3
第2章 自殺の現状と課題.....	3
1 本市における自殺に関する状況.....	3
(1)自殺者数・自殺死亡率の推移.....	3
(2)年代別自殺者の状況.....	5
(3)同居人の有無別の自殺者の状況.....	6
(4)職業別の自殺者の状況.....	7
(5)手段別自殺者の状況.....	8
(6)場所別の自殺者の状況.....	9
(7)原因・動機別の自殺者の状況.....	10
(8)自殺者の自殺未遂歴の状況.....	11
2 地域自殺実態プロファイルによる自殺に関する状況.....	12
(1)地域の自殺の特徴.....	12
(2)高齢者の自殺者関連.....	12
3 本市の自殺における主な課題.....	13
(1)自殺者数、死亡率.....	13
(2)年代別.....	13
(3)同居人の有無別.....	13
(4)職業別.....	13
(5)手段・場所別.....	13
(6)原因・動機別.....	13
(7)自殺未遂歴の状況別.....	14
4 計画策定の体制.....	14
(1)アンケート調査の実施.....	14
(2)計画策定体制.....	14
(3)パブリック・コメントの実施.....	14
5 アンケート調査結果.....	15
(1)調査概要.....	15
(2)調査結果.....	16～26

第3章 計画の基本的な考え方.....	27
1 基本理念.....	27
2 数値目標.....	28
3 施策の体系.....	29
第4章 自殺対策の取組.....	30
1 基本施策.....	30
(1) 地域におけるネットワークの強化.....	30
(2) 自殺対策を支える人材の育成.....	30
(3) 住民への啓発と周知.....	31
(4) 生きることの促進要因への支援.....	32
(5) 児童生徒のSOSの出し方に関する教育.....	33
2 重点施策.....	34
(1) 高齢者に関わる対策.....	34
(2) 生活困窮者に関わる対策.....	36
(3) 無職者・失業者に関わる対策.....	37
第5章 計画の推進体制等.....	39
1 推進体制.....	39
2 進行管理.....	39
資料.....	40
1 吉野川市健康づくり推進協議会設置要綱.....	40
2 吉野川市健康づくり推進協議会委員名簿.....	41

第 1 章 計画の概要

1 計画策定の趣旨

我が国の自殺対策は、平成 10 年に年間の自殺者が 3 万人を超え、以後増え続ける自殺者に対して、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指し平成 18 年に自殺対策基本法が施行され、「個人の問題」と認識されがちであった自殺は広く「社会問題」と認識されるようになりました。

翌年には、自殺対策の指針として自殺総合対策大綱が示され、平成 24 年にその大綱の見直しが行われました。

これらの法整備等により、地方公共団体等でこころの健康づくり等、様々な施策が取り組まれたことや社会経済状況の変化等から、自殺者数は減少傾向を示し始め、平成 24 年には 3 万人を下回りました。しかし、いまだに毎年 2 万を超える方々が自殺により亡くなっている状況が続いており、これは欧米の先進諸国など国際的に比較しても突出して高い水準にあることから、非常事態はいまだ続いていると言わざるを得ません。

自殺の背景には、精神保健上の問題だけでなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々な社会的要因があることがあり、その多くが追い込まれた末の死です。自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得ること」です。

施行から 10 年目の平成 28 年 3 月に改正された自殺対策基本法においては、第 2 条、基本理念に「自殺対策は生きることの包括的な支援として、全ての人がかげがえのない個人として尊重されるとともに、生きる力を基礎として生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、その妨げとなる諸要因の解消に資するための支援と、それを支えかつ促進するための環境の整備充実が幅広くかつ適切に図られることを旨として、実施されなければならないこと」「保健、医療、福祉、教育、労働その他関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならないこと」が規定されました。

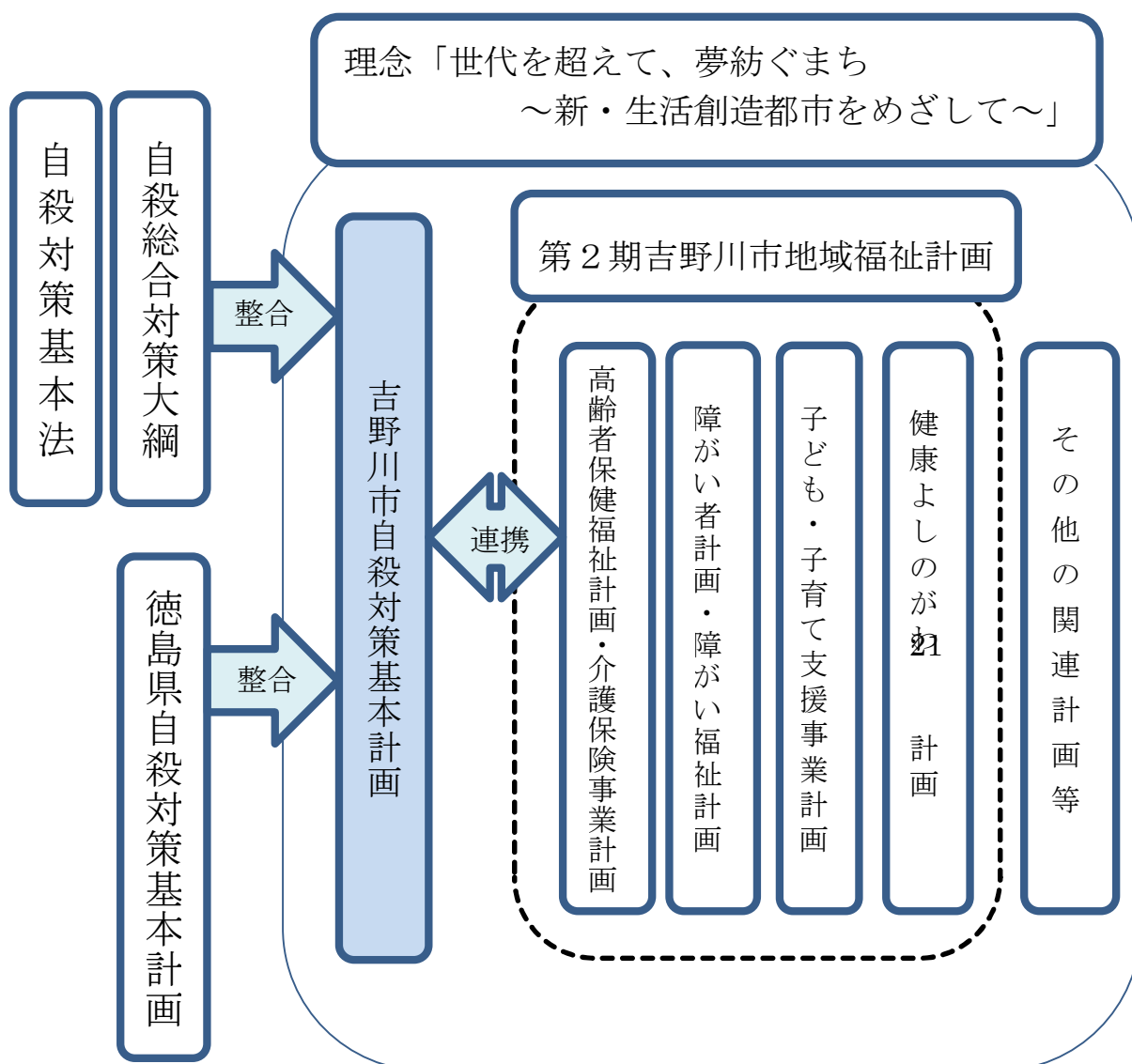
また、第 13 条に 都道府県と市町村に、地域の実情を勘案した自殺対策計画の策定が義務づけられ、徳島県においては、平成 28 年 11 月に「徳島県自殺対策基本計画」が策定されました。

吉野川市においてもこのような状況を踏まえ、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現に向けて「吉野川市自殺対策計画」を策定することとしました。

2 計画の性格と位置付け

本計画は、平成 28 年に改正された「自殺対策基本法」第 13 条第 2 項に定める「市町村自殺対策計画」として、平成 29 年に見直された「自殺総合対策大綱」の方針を踏まえて策定するものであり、本市における自殺対策関連施策の具体的な展開を示すものです。

また、本計画は、市政運営の理念である「世代を超えて夢紡ぐまち～新・生活創造都市をめざして～」に基づき、「吉野川市地域福祉計画」をはじめとするその他関連計画との整合性及び連携を図りながら推進していきます。



3 計画の期間

令和2年度から令和11年度までの10年間を計画推進期間とします。

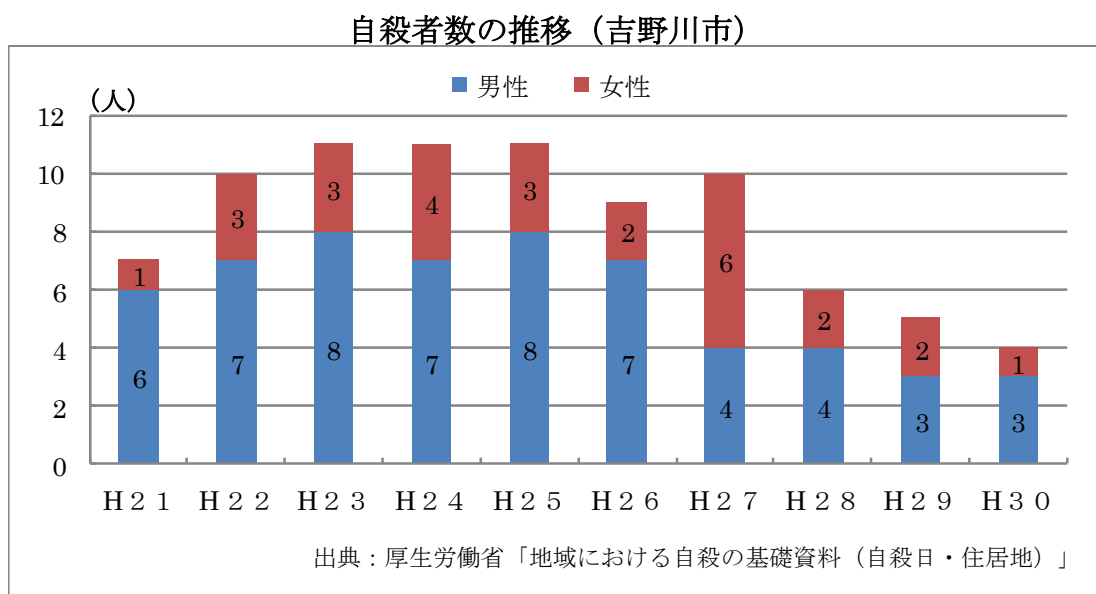
第2章 自殺の現状と課題

1 本市における自殺に関する状況

(1) 自殺者数・自殺死亡率の推移

本市における自殺者数は、平成22年に10名を数え、平成27年まで多い状況が続き平成28年から減少に転じています。

また、男女別にみると、総じて男性の自殺者の方が女性を上回る傾向が強くなっています。

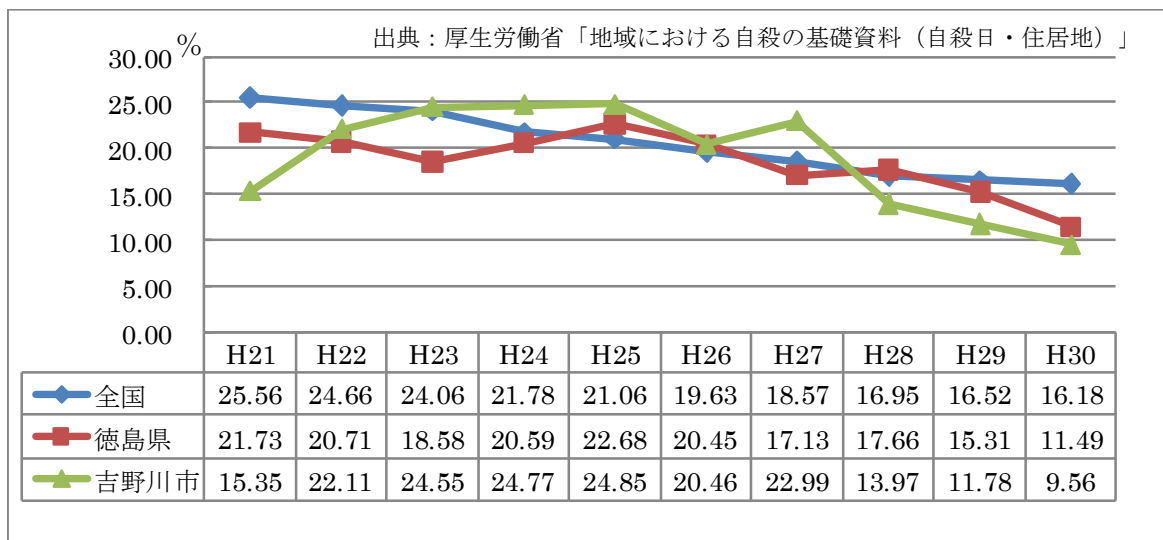


自殺死亡率（人口10万人あたりの自殺者数）でも、徳島県および全国とも平成21年以降は減少傾向にありますが、本市では平成22年に徳島県を上回り、平成23年から平成27年までは全国を上回る状況が続いており、平成28年に減少に転じています。

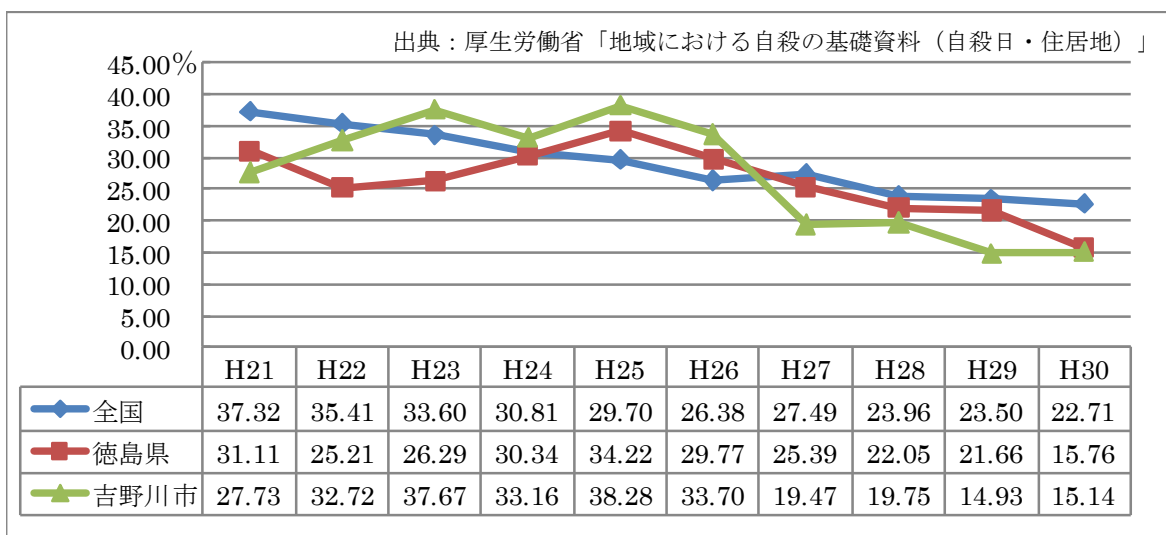
また、性別の自殺死亡率をみると、本市、徳島県および全国ともに総じて男性の自殺死亡率が女性を上回っています。

また、本市では男性の自殺死亡率は平成23年から平成26年までの4年間、全国・県を上回っており、女性については、平成24年と平成27年に国・県を上回り、特に平成27年に大きく上回っています。

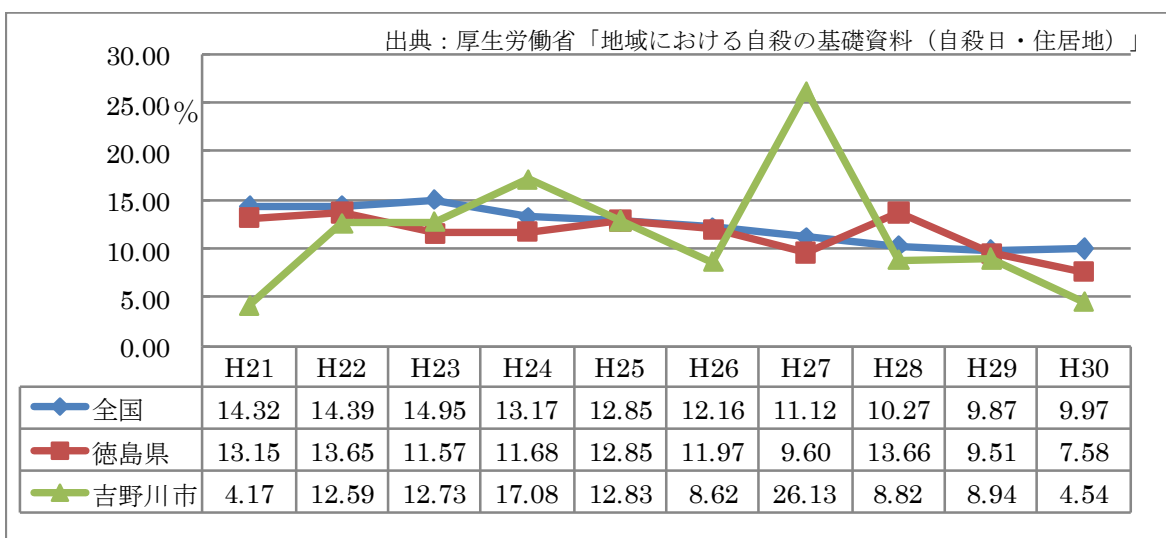
自殺死亡率の推移（吉野川市・徳島県・全国）



自殺死亡率の推移【男性】（吉野川市・徳島県・全国）



自殺死亡率の推移【女性】（吉野川市・徳島県・全国）



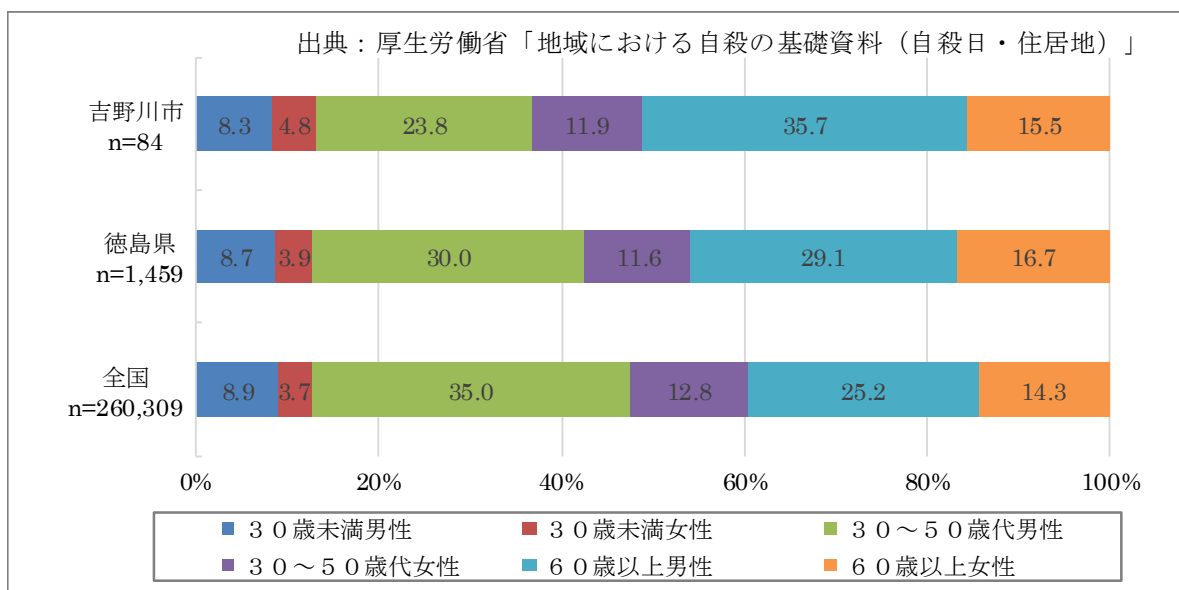
(2) 年代別自殺者の状況

本市における平成21年から平成30年までの自殺者について、年代別の構成比をみると「60歳以上男性」が35.7%を占め最も高くなっています。次いで「30～50歳代男性」が23.8%さらに「60歳以上女性」が15.5%と続いています。

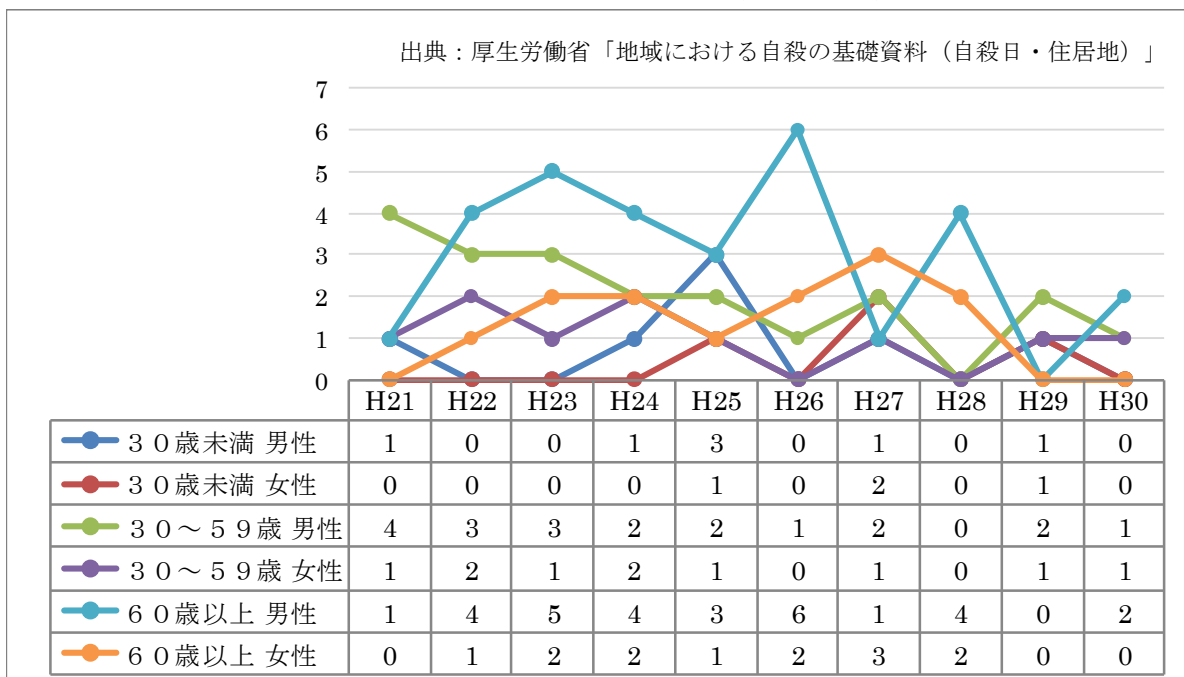
全体では60歳以上の男女で51.2%と約半数、さらに30歳以上の男女では86.9%と8割以上を占めています。

徳島県および全国と比較すると、「60歳以上男性」の割合が高く、高齢者の自殺者が多い傾向がみられます。

年代別自殺者構成比（平成21～30年）



年代男女別自殺者数の推移（吉野川市）



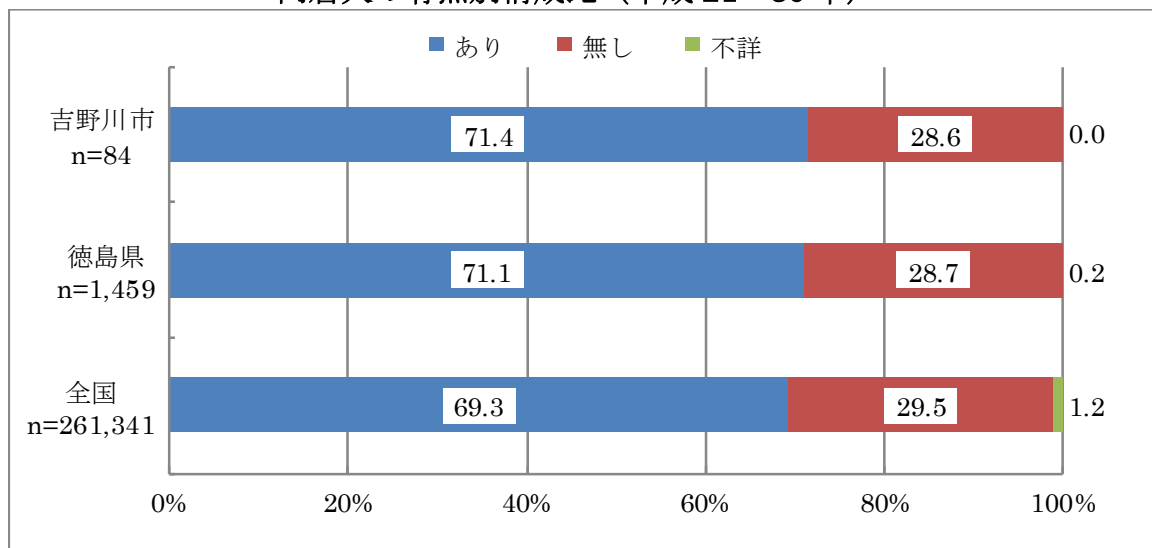
(3) 同居人の有無別の自殺者の状況

本市における平成 21 年から平成 30 年までの自殺者を同居人の有無別にみると、同居人「あり」が 71.4% 「なし」が 28.6% となっており、徳島県とは概ね同割合、全国の結果よりは同居人「あり」の割合が高く、「なし」の割合が低い結果となっています。

しかし、本市における世帯人員をみると、同居人がいる 2 人以上の世帯の割合は、平成 22 年、平成 27 年ともに約 9 割、同居人がいない単独世帯は 1 割程度と低くなっています。これに対し、自殺者全体の構成比の同居人「あり」の割合は 7 割、同居人「なし」の割合は約 3 割を占めています。

このことから、世帯人員全体に占める単独世帯の割合は 1 割と低いのに対し、自殺者全体に占める同居人「なし」の割合は 2 割後半と 2.8 倍高くなっており、同居人「なし」(単独世帯) の人の方が、自殺者が占める割合は高いといえます。

同居人の有無別構成比 (平成 21~30 年)



出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料 (自殺日・住居地)」

単独・2人以上の世帯の世帯人員数と構成比 (吉野川市)

世帯人員数	平成 22 年		平成 27 年	
	人数	割合	人数	割合
世帯人員数	42,466	100.0%	39,932	100.0%
単独世帯	3,745	8.8%	4,133	10.4%
2人以上の世帯	38,721	91.2%	35,799	89.6%

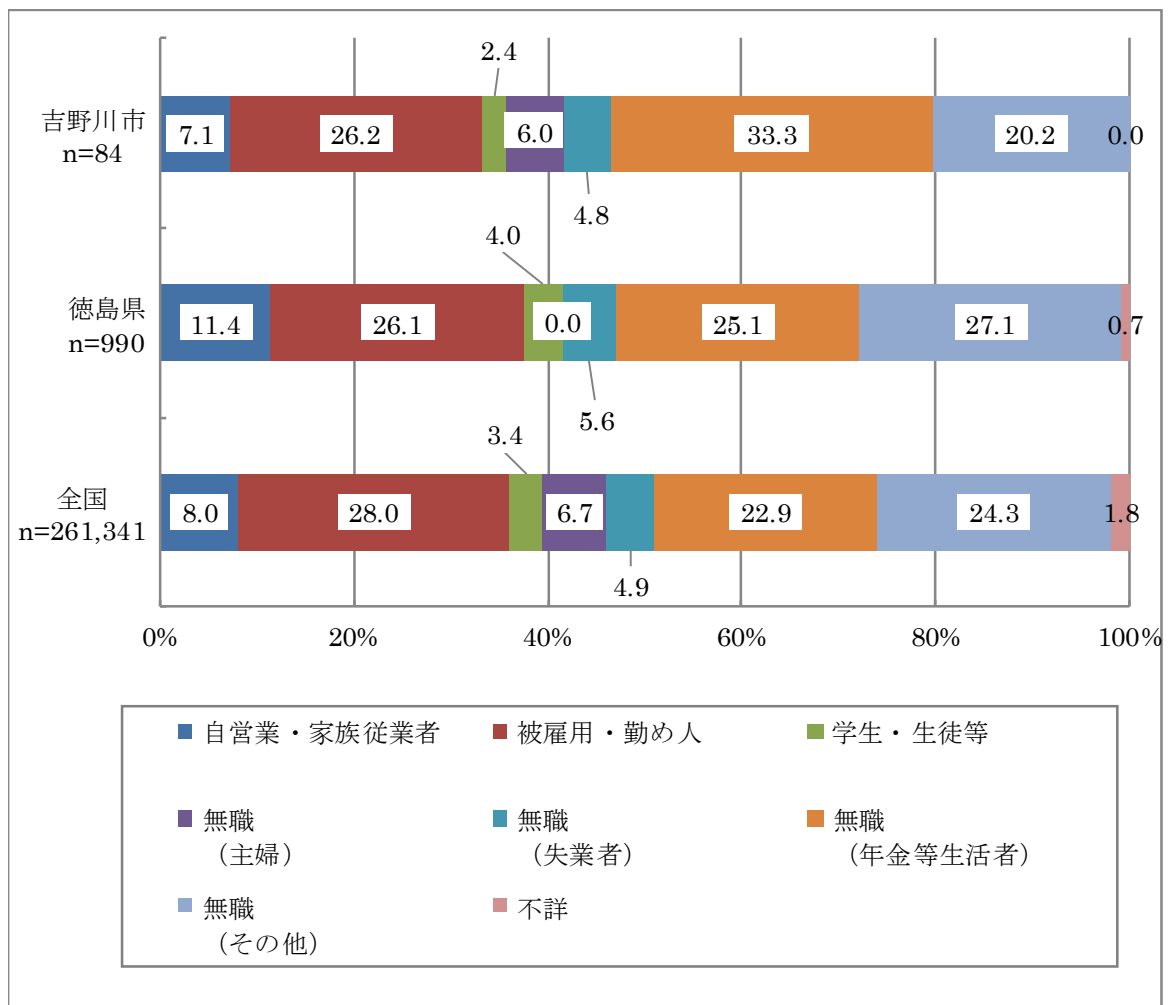
出典：国勢調査

(4) 職業別の自殺者の状況

本市における平成21年から平成30年までの自殺者を職業別にみると、「無職（年金等生活者）」が33.3%と最も高く、次いで「被雇用・勤め人」が26.2%と続いています。無職の自殺者の割合は全体の64.3%を占めています。

徳島県及び全国と比較すると、本市では「無職（年金等生活者）」の割合が大きく上回っており、一方、「無職(その他)」は20.2%と低く、その他は概ね同様となっています。

職業別構成比（21～30年）



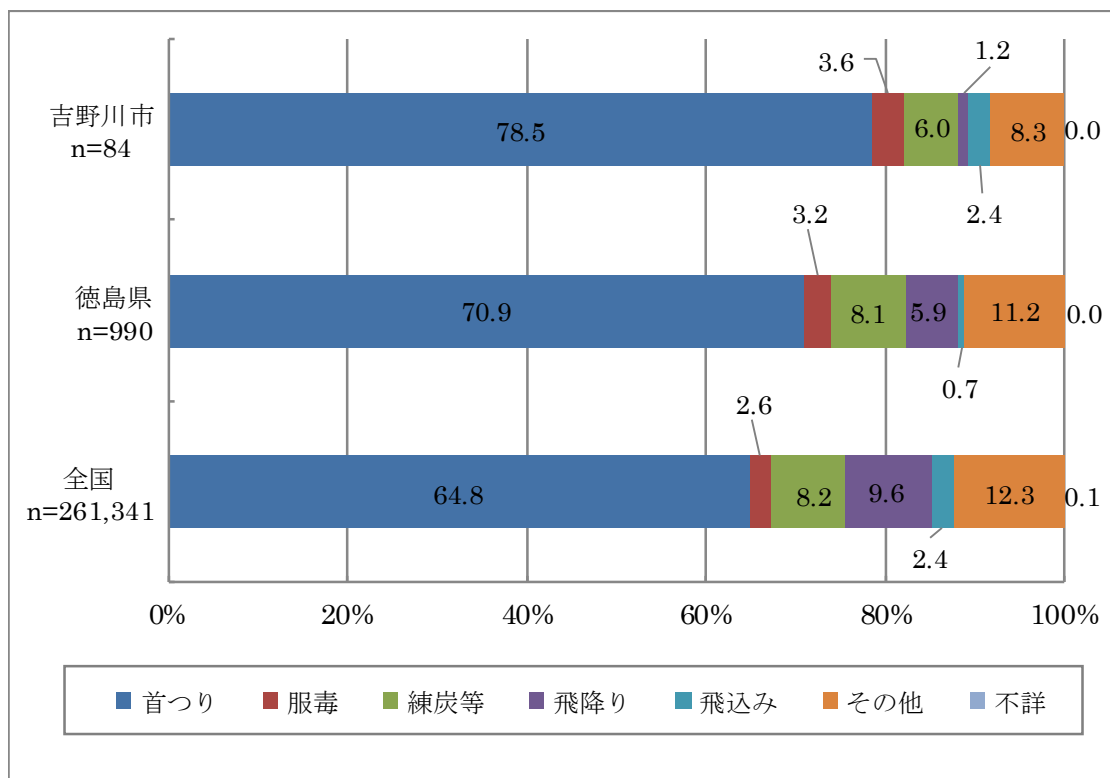
出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（自殺日・住居地）」

(5) 手段別自殺者の状況

本市における平成21年から平成30年までの自殺者を自殺手段別にみると、「首つり」が78.5%を占め最も高く、次いで「その他」が8.3%となっています。

徳島県及び全国と比較すると、「首つり」が6割程度を占める傾向は同様となっていますが、本市では、「飛降り」の割合が低く、その他は概ね同様の傾向となっています。

自殺手段別構成比（平成21～30年）



出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（自殺日・住居地）」

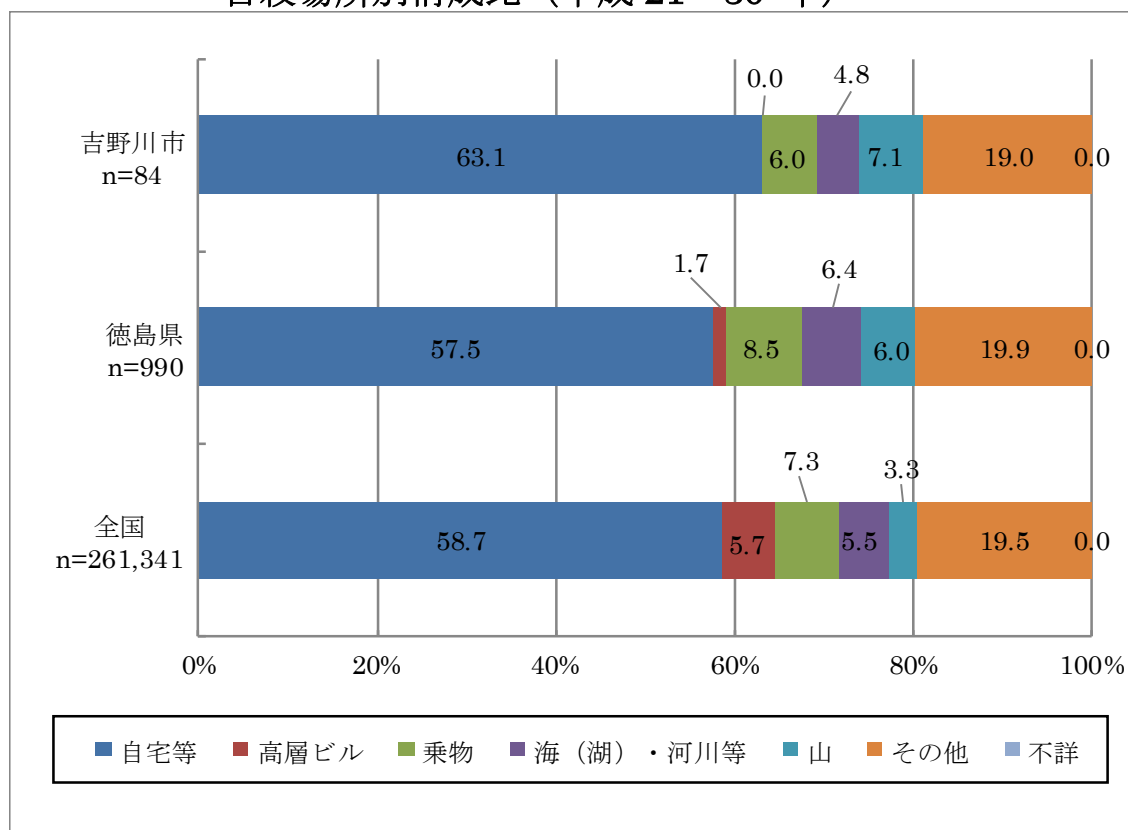
(6) 場所別の自殺者の状況

本市における平成21年から平成30年までの自殺者を自殺場所別にみると、「自宅等」が63.1%を占め最も高くなっています。また、「山」は7.1%、「乗物」は6.0%となっています。

徳島県及び全国と比較すると、本市では、「自宅等」の割合が高く、全国の割合を4.4ポイント、徳島県の割合を5.6ポイント上回っています。

また、「山」の割合も全国を3.8ポイント、徳島県を1.1ポイント上回っています。

自殺場所別構成比（平成21～30年）



出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（自殺日・住居地）」

(7) 原因・動機別の自殺者の状況

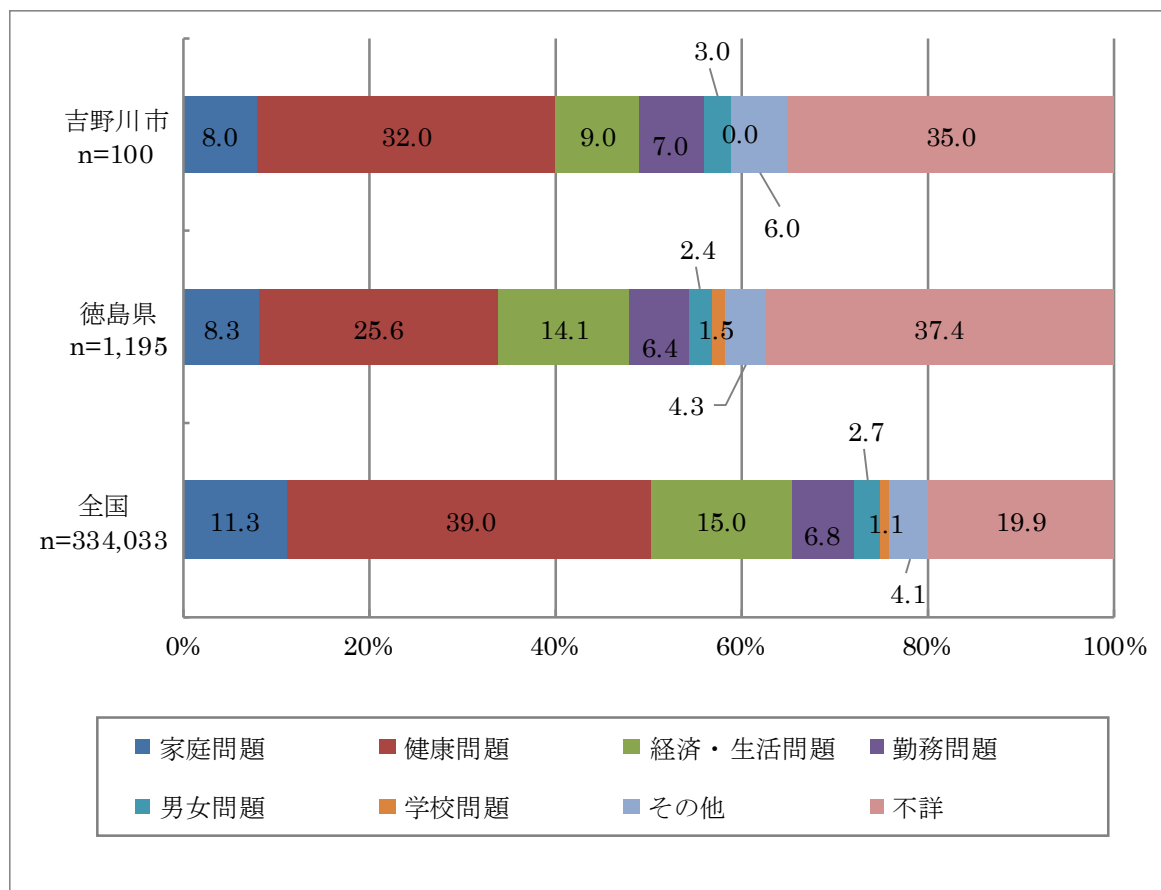
本市における平成21年から平成30年までの自殺者を原因・動機別にみると、「健康問題」が32%を占め最も高く、次いで「経済・生活問題」が9%、「家庭問題」が8%、「勤務問題」が7%となっています。

徳島県及び全国と比較すると、本市では「家庭問題」、「経済・生活問題」、「学校問題」などの割合は、やや低い傾向にあります。

一方、「健康問題」の割合は全国に比べて低いものの、徳島県の割合を6.4ポイント上回っています。

なお、自殺の多くは多様かつ複合的な原因及び背景を有しており、様々な要因が連鎖する中で起きているものです。「健康問題」が最も多いことにより、「自殺＝健康問題」とするのではなく、その上で、自殺対策があらゆる関連施策との有機的な連携がはかられ、総合的に実施される必要があります。

原因・動機別の自殺者構成比（平成21～30年）



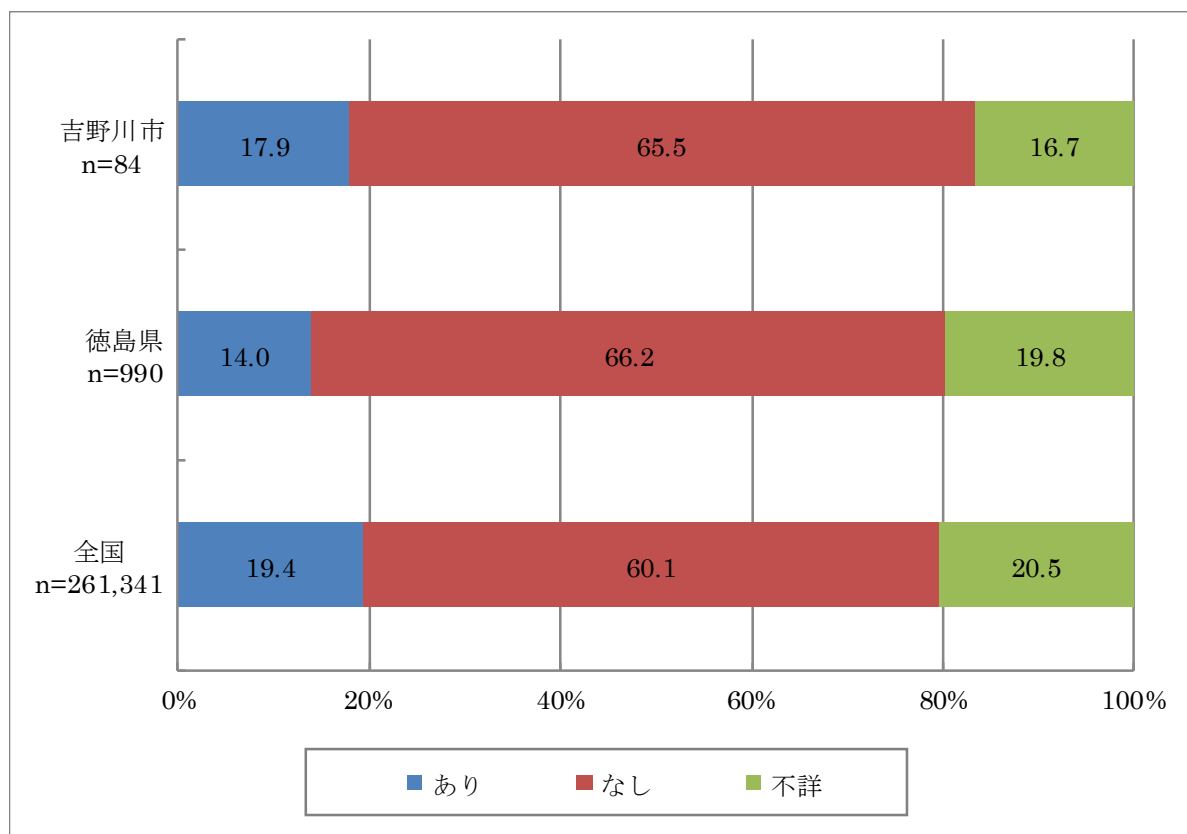
出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（自殺日・住居地）」

(8) 自殺者の自殺未遂歴の状況

本市における平成21年から平成30年までの自殺者について、自殺未遂歴の有無をみると、未遂歴「あり」が17.9%、「なし」が65.5%となっています。

徳島県と比較すると、本市では未遂歴「あり」の割合は、やや上回っており、未遂歴「なし」で自殺に至る人の割合は65.5%とやや下回っていますが、全国と比較すると未遂歴「なし」で自殺に至る人の割合は、逆に高くなっています。

自殺未遂歴の有無別構成比（平成21～30年）



出典：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（自殺日・住居地）」

2 地域自殺実態プロフィールによる自殺に関する状況

(1) 地域の自殺の特徴

本市における平成26年から平成30年までの自殺の特徴としては、女性に比べて男性の自殺者が多く、また、男女ともに60歳以上の無職者が上位となっています。

自殺者の主な背景としては、失業や身体疾患、死別・離別・生活苦などあらゆる原因が複雑にからみあっています。

地域の主な自殺の特徴（自殺日・居住地 H26～H30 合計）

上位5区分	自殺者数 5年計	割合	自殺死亡率 *(10万対)	背景にある主な自殺の危機経路**
1位:女性60歳以上 無職同居	5	14.7%	15.8	身体疾患→病苦→うつ状態→自殺
2位:男性60歳以上 無職独居	4	11.8%	115.9	失業(退職)+死別・離別→うつ状態→将来生活への悲観→自殺
3位:男性60歳以上 有職同居	4	11.8%	35.7	①【労働者】身体疾患+介護疲れ→アルコール依存→うつ状態→自殺/ ②【自営業者】事業不振→借金+介護疲れ→うつ状態→自殺
4位:男性60歳以上 無職同居	3	8.8%	14.0	失業(退職)→生活苦+介護の悩み(疲れ)+身体疾患→自殺
5位:男性40～59歳 無職独居	2	5.9%	303.2	失業→生活苦→借金→うつ状態→自殺

出典：自殺総合対策推進センター「地域自殺実態プロフィール（2019 更新版）」

警察庁自殺統計原票データを厚生労働省（自殺対策推進室）において特別集計

順位は自殺者数の多さにもとづき、自殺者数が同数の場合は自殺死亡率の高い順とした。

*自殺死亡率の母数（人口）は平成27年国勢調査を元に自殺総合対策推進センターにて推計した。

**「背景にある主な自殺の危機経路」は自殺実態白書2013（ライフリンク）を参考にした。

(2) 高齢者の自殺者関連

本市における60歳以上の自殺者の内訳をみると、「男性70歳代同居人なし」「女性60歳代同居人あり」において、全国割合を大きく上回っています。

60歳以上の自殺の内訳（自殺日・住居地、H26～H30）

性別	年齢階級	同居人の有無 (人数)		同居人の有無 (割合)		国割合	
		あり	なし	あり	なし	あり	なし
男性	60歳代	3	3	15.0%	15.0%	17.1%	10.8%
	70歳代	3	3	15.0%	15.0%	15.1%	6.3%
	80歳以上	1	0	5.0%	0.0%	10.4%	3.6%
女性	60歳代	4	0	20.0%	0.0%	9.7%	3.2%
	70歳代	1	0	5.0%	0.0%	9.1%	3.8%
	80歳以上	0	2	0.0%	10.0%	7.4%	3.5%
合計		20		100%		100%	

出典：自殺総合対策推進センター「地域自殺実態プロフィール（2019 更新版）」

*高齢者（65歳以上）の多くが無職のため、性・年代別の同居者の有無を示している。

3 本市の自殺における主な課題

(1) 自殺者数、死亡率

本市の自殺者数・自殺死亡率は、全国・徳島県が減少に転じている後も平成23年から平成27年までの5年間、国・県を上回っており、平成28年に減少に転じています。

また、性別の自殺死亡率をみると、本市、徳島県および全国ともに総じて男性の自殺死亡率が女性を上回っており、注視すべき点です。

(2) 年代別

自殺者は、60歳以上が全体の約5割を占め、全国、県に比べて高い割合を占めており、【地域自殺実態プロファイル】においては、「男性70歳代同居人なし」、「女性60歳代同居人あり」において、全国割合を大きく上回っています。

さらに、構成比の推移では、自殺者全体に占める「60歳以上」の割合が過半数を占める傾向が強くみられ、高齢者の自殺者における原因・動機の精査が必要な状況です。

(3) 同居人の有無別

平成21年から平成30年の自殺者を同居人の有無でみると、同居人がいる人の自殺者の割合7割を超え、全国の割合を上回っています。しかし、世帯人員の割合との比較からもわかるように、「同居人なし」の自殺者の実態把握等も重要となっています。

(4) 職業別

平成21年から平成30年の自殺者を職業別にみると、「無職」の自殺者が占める割合が、徳島県や全国に比べて高くなっています。【地域自殺実態プロファイル】においても、無職者の自殺者が上位5位をほぼ占めており、失業や退職から自殺に至るケースが多く、高齢者の経済的、心身への問題に対する施策が必要となっています。

(5) 手段・場所別

平成21年から平成30年の自殺者を自殺の手段別にみると、「首つり」、「服

毒」、「練炭等」など、他者の目が届かない個人の居宅内で実行できるものが合わせて 88.1%を占めています。自殺の場所別にみても「自宅等」が 63.1%を占めています。

(6) 原因・動機別

平成 21 年から平成 30 年の自殺者を、自殺の原因・動機別にみると、「健康問題」や「経済・生活問題」などが多く、また、【地域自殺実態プロファイル】においては年代別に自殺に至る背景は異なっており、原因に応じた自殺対策が必要とされています。

(7) 自殺未遂歴の状況別

平成 21 年から平成 30 年の自殺者を、自殺の未遂歴の有無別にみると、自殺未遂歴「なし」で自殺に至る人の割合が高く、平常時から支援体制等を整備する必要があります。

4 計画策定の体制

(1) アンケート調査の実施

市民に対し、こころの健康に関する意識や自殺対策についてお聞きし、その意向を反映させ、市民、地域及び行政が一体となって本計画をつくりあげていくため、「こころの健康に関する市民意識調査」を実施しました。

(2) 計画策定体制

自殺対策は、保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策との有機的な連携が図られ、総合的に実施されなければならないことから、吉野川市自殺対策計画を策定するため「吉野川市健康づくり推進協議会」において、検討しました。

(3) パブリック・コメントの実施

多くの市民から広く意見をうかがい計画策定を進めることを目的に、パブリックコメント（意見募集）を実施しました。

5 アンケート調査結果

(1) 調査概要

①調査設計

調査対象：吉野川市内に在住する 20 歳以上の方

調査方法：郵送による配布・回収

調査期間：令和元年 6 月 21 日から令和元年 9 月 20 日まで

②回収結果

発送数：1 0 0 0 票

回収数：504 票（男性：121 票 女性：372 票 不明：11 票）

有効回収数：504 票 有効回収率：50.4%

③調査結果を見る際の注意点

◎ 基数となるべき実数は、504 として表示しています。

◎ 比率はすべて 100% で表し、小数点以下第 2 位を四捨五入しています。
そのため、百分率の合計が 100% にならないことがあります。

◎ 複数回答可能な質問の場合、回答の合計は回答者数を上回ることがあります。

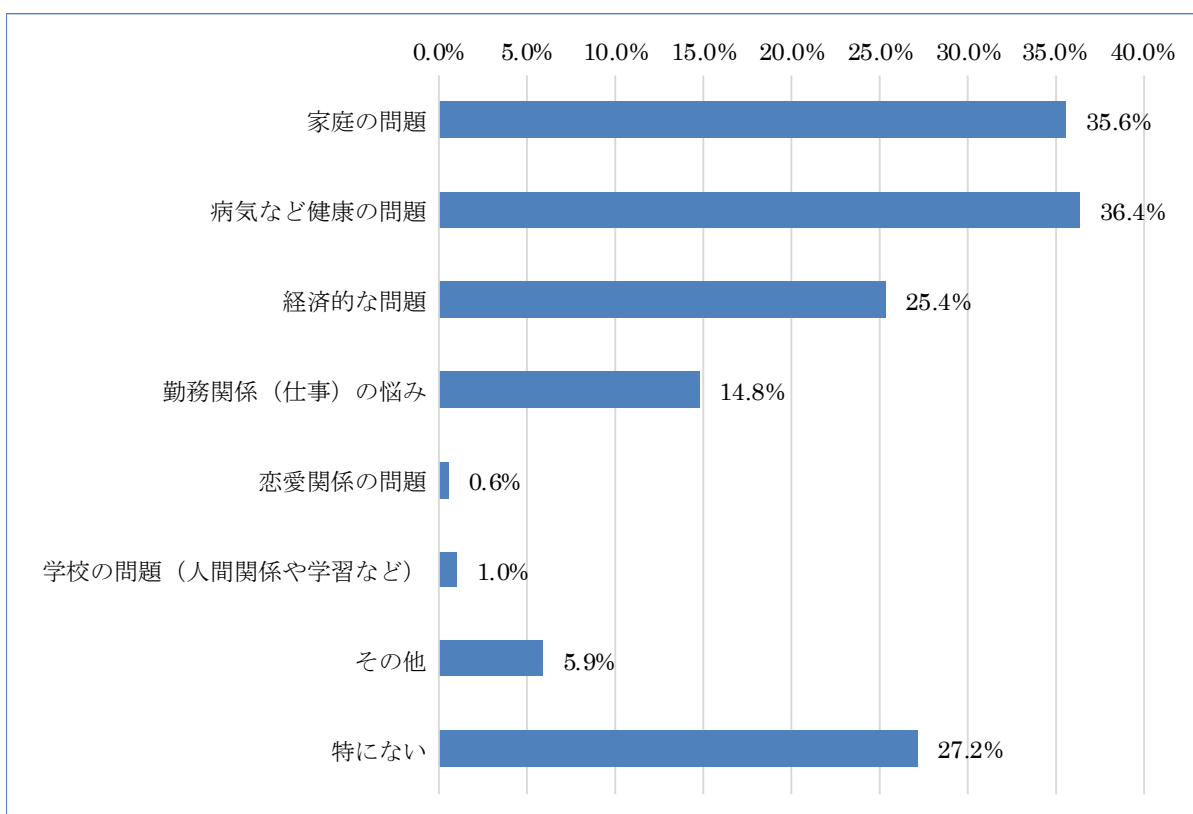
(2) 調査結果

1. 悩みやストレスに関して

①日ごろの悩みや苦勞、ストレス、不満について

問 あなたは日ごろ、悩みや苦勞、ストレス、不満を感じることは何ですか。
(〇はいくつでも)

日ごろ、悩みや苦勞、ストレス、不満などを感じる内容についてたずねたところ、「病気など健康の問題」が36.4%と最も多くなっています。次いで、「家庭の問題」35.6%、「経済的な問題」25.4%、「勤務関係の悩み」14.8%などとなっています。一方、「特にない」が27.2%となっており、健康の問題、家庭の問題に次いで、第3位となっています。



2. 相談することについて

①悩みやストレスを感じた時の相談先について

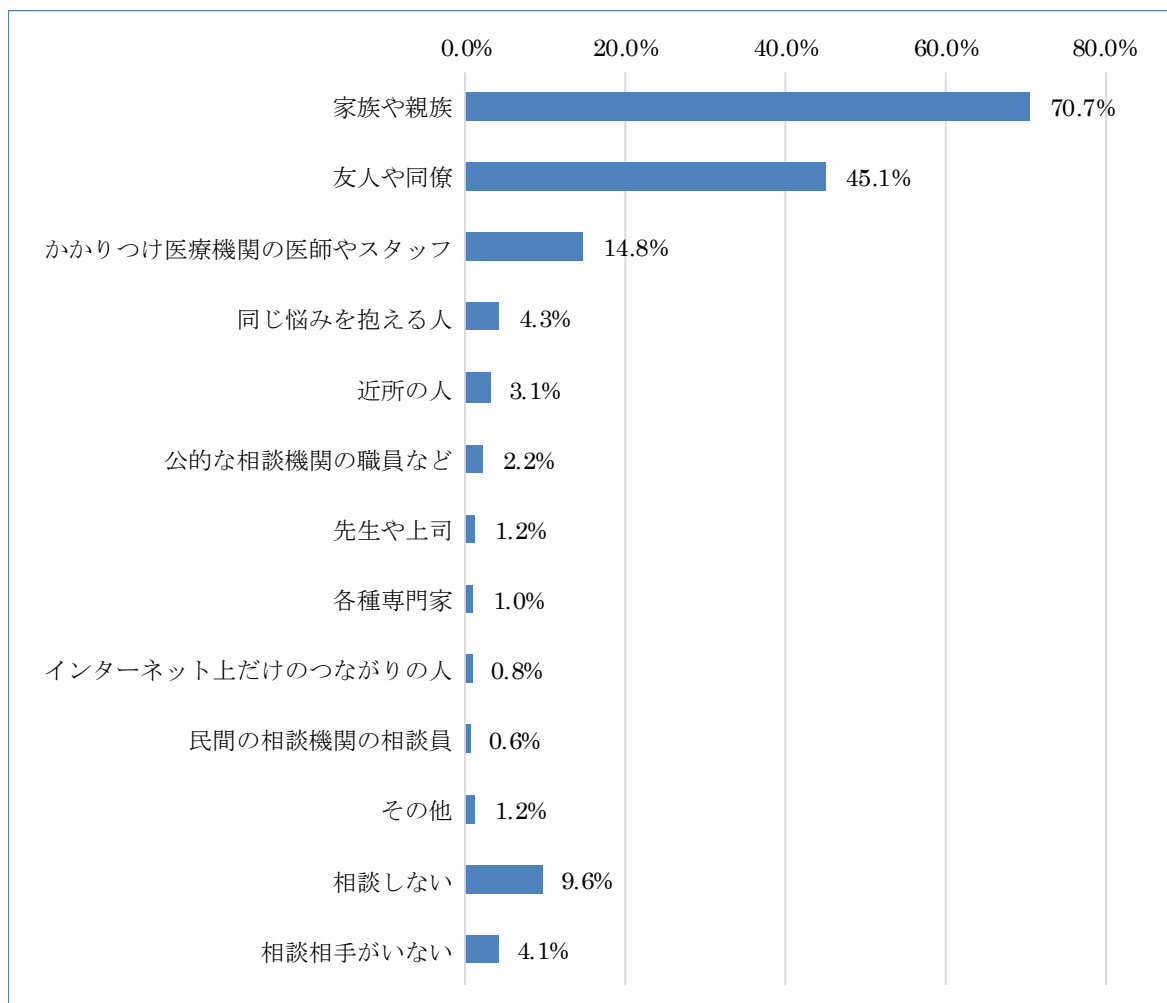
問 あなたは悩みやストレスを感じた時に、誰に相談しますか。
(〇はいくつでも)

悩みやストレスを感じた時の相談先についてたずねたところ、「家族や親族」が70.7%、次いで、「友人や同僚」45.1%となっており、この2項目が主な相談先となっています。

そのほかの相談先として、「かかりつけの医療機関の職員」14.8%、「同じ悩みを抱える人」4.3%、「近所の人」3.1%、「公的な相談機関の職員など」2.2%などとなっています。

一方で、「相談しない」9.6%、「相談相手がない」方が4.1%となっています。

悩みやストレスを感じたときの相談先について（全体／複数回答）



②実施されている取り組みの認知度

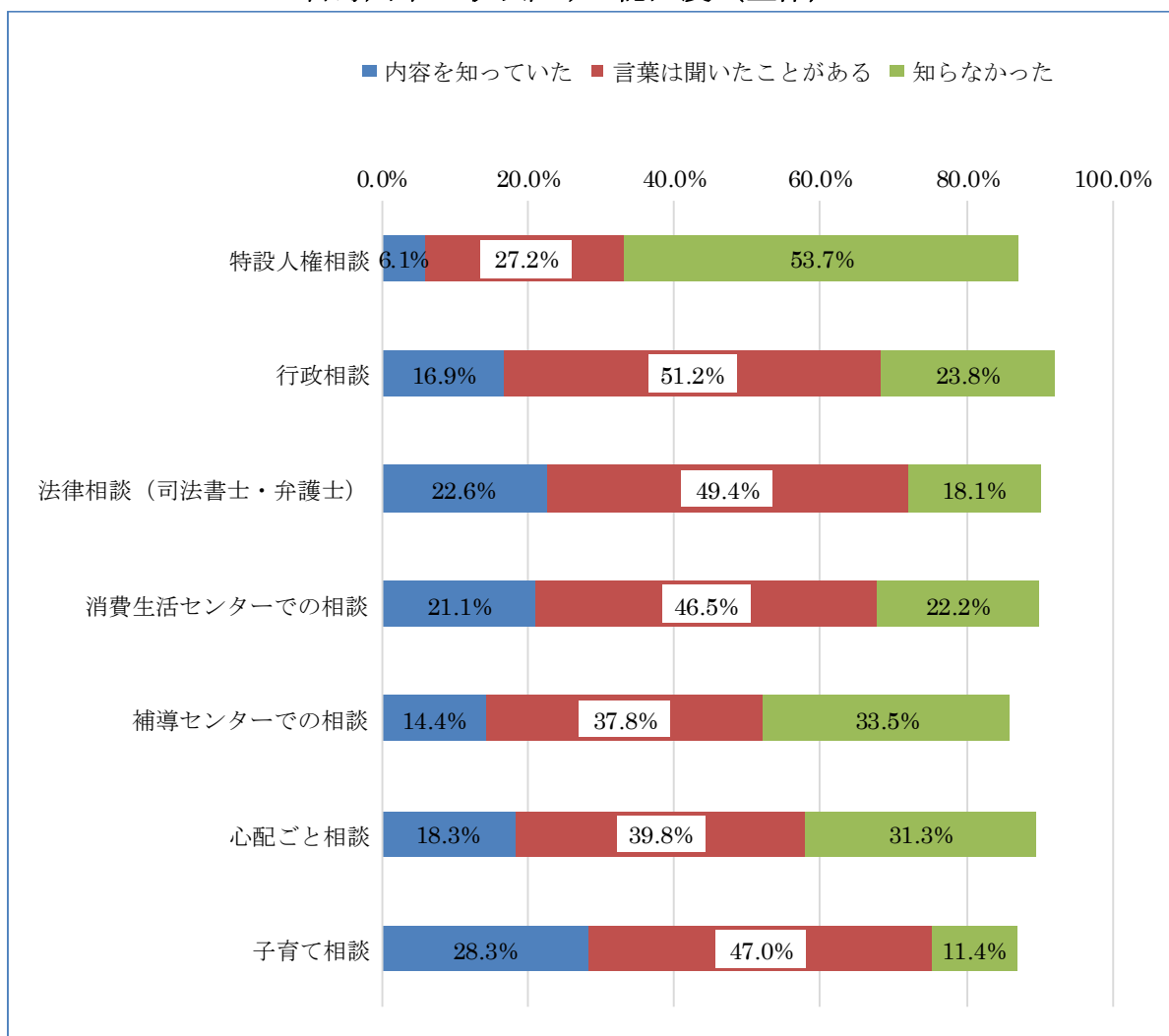
問 現在実施されている以下の取り組みについて知っていますか

吉野川市内で実施されている取り組みについての認知度をたずねたところ、「内容まで知っていた」は『子育て相談』28.3%、『法律相談』22.6%が高くなっています。

「内容は知らなかったが、言葉は聞いたことがある」は、『行政相談』51.2%、『法律相談』49.4%、『子育て相談』47.0%、『消費生活センターでの相談』46.5%などが高くなっています。

一方、「知らなかった」は、『特設人権相談』53.7%、『補導センターでの相談』33.5%、『心配ごと相談』31.3%が高くなっています。

吉野川市の取り組みの認知度（全体）



3. 相談を受けることについて

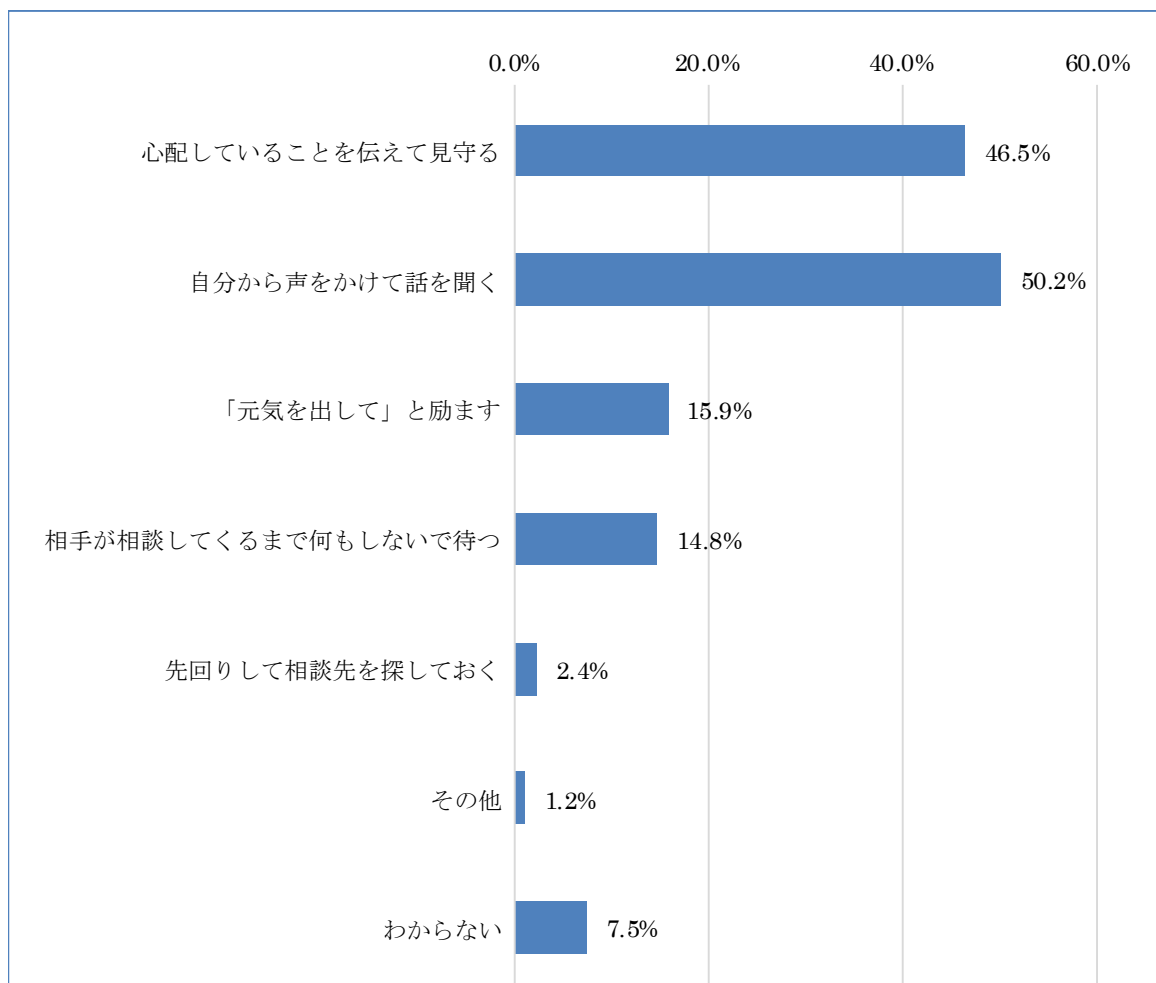
①身近な人がつらそうな時の接し方

問 理由はわからないけれども、身近な人がいつもと違った様子でつらそうに見えた時にあなたはどうしますか。(〇はいくつでも)

身近な人がつらそうに見えた時の接し方についてたずねたところ、「自分から声をかけて話を聞く」が50.2%で最も多くなっています。

次いで、「心配していることを伝えて見守る」46.5%、「『元気を出して』と励ます」15.9%、「相手が相談してくるまで何もしないで待つ」14.8%などとなっています。一方、「わからない」は7.5と約1割を占めています。

身近な人がつらそうな時の接し方 (全体/複数回答)



4. 自殺に関する考えについて

①自殺についての考え

問 あなたは「自殺」についてどのように思いますか。(それぞれに○は1つ)

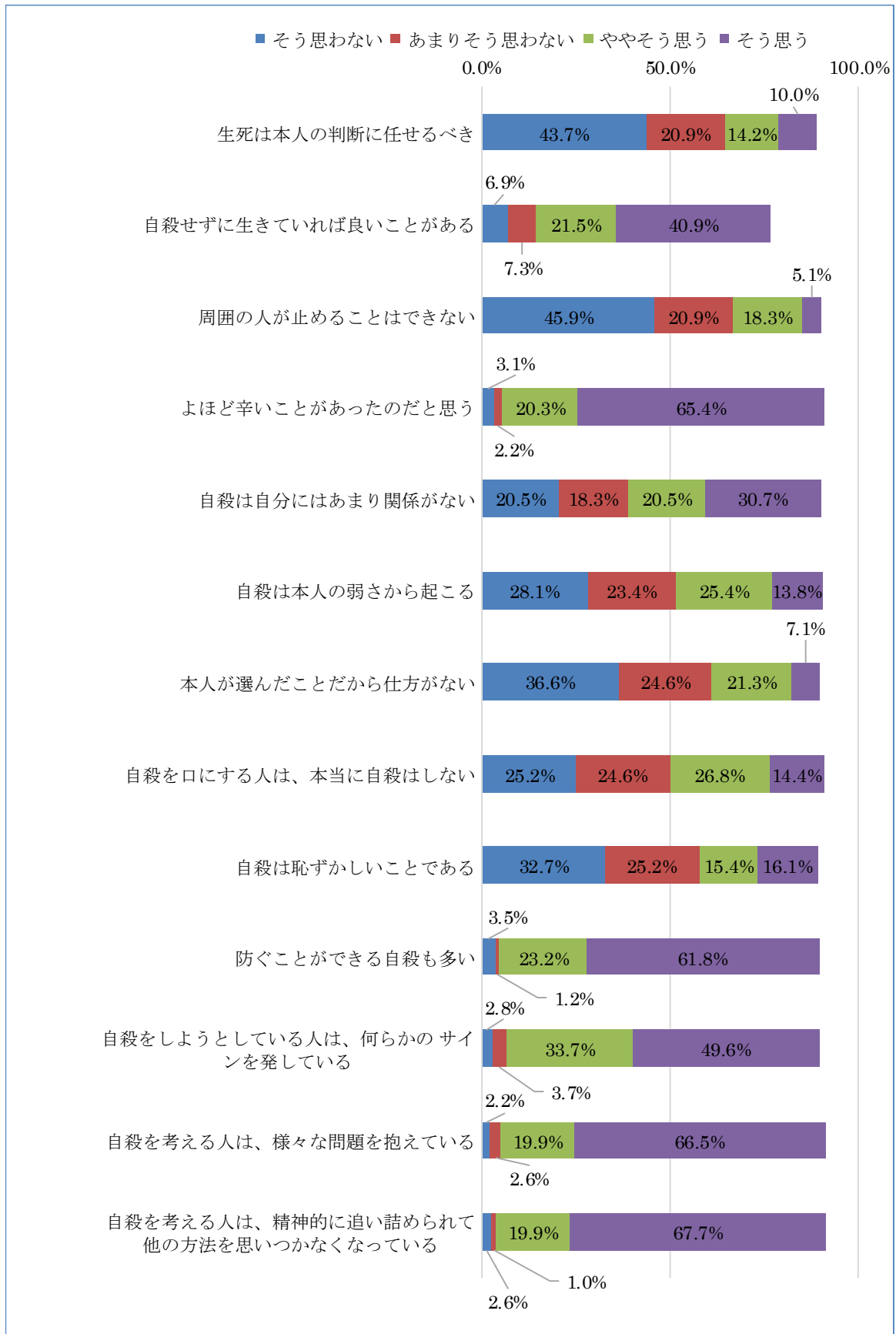
自殺についての考えをたずねたところ、「ややそう思う」と「そう思う」を合わせた『そう思う』では、『自殺を考える人の多くは、精神的に追い詰められて他の方法を思いつかなくなっている』87.6%、『自殺を考える人は、様々な問題を抱えている』86.4%、『よほどつらいことがあったのだと思う』85.7%、『防ぐことができる自殺も多い』85.0% が8割を超えて高くなっています。

一方、「そう思わない」と「どちらかといえばそう思わない」を合わせた『そう思わない』では、『周囲の人が止めることはできない』66.8%、『生死は最終的に本人の判断に任せるべき』64.6%、『本人が選んだことだから仕方がない』61.2% で高くなっています。

また、『自殺は自分にはあまり関係がない』『自殺は本人の弱さから起こる』『自殺を口にする人は、本当に自殺はしない』『自殺は恥ずかしいことである』では、意見が分かれる結果となっています。

(グラフ：次ページ)

自殺についての考え（全体）

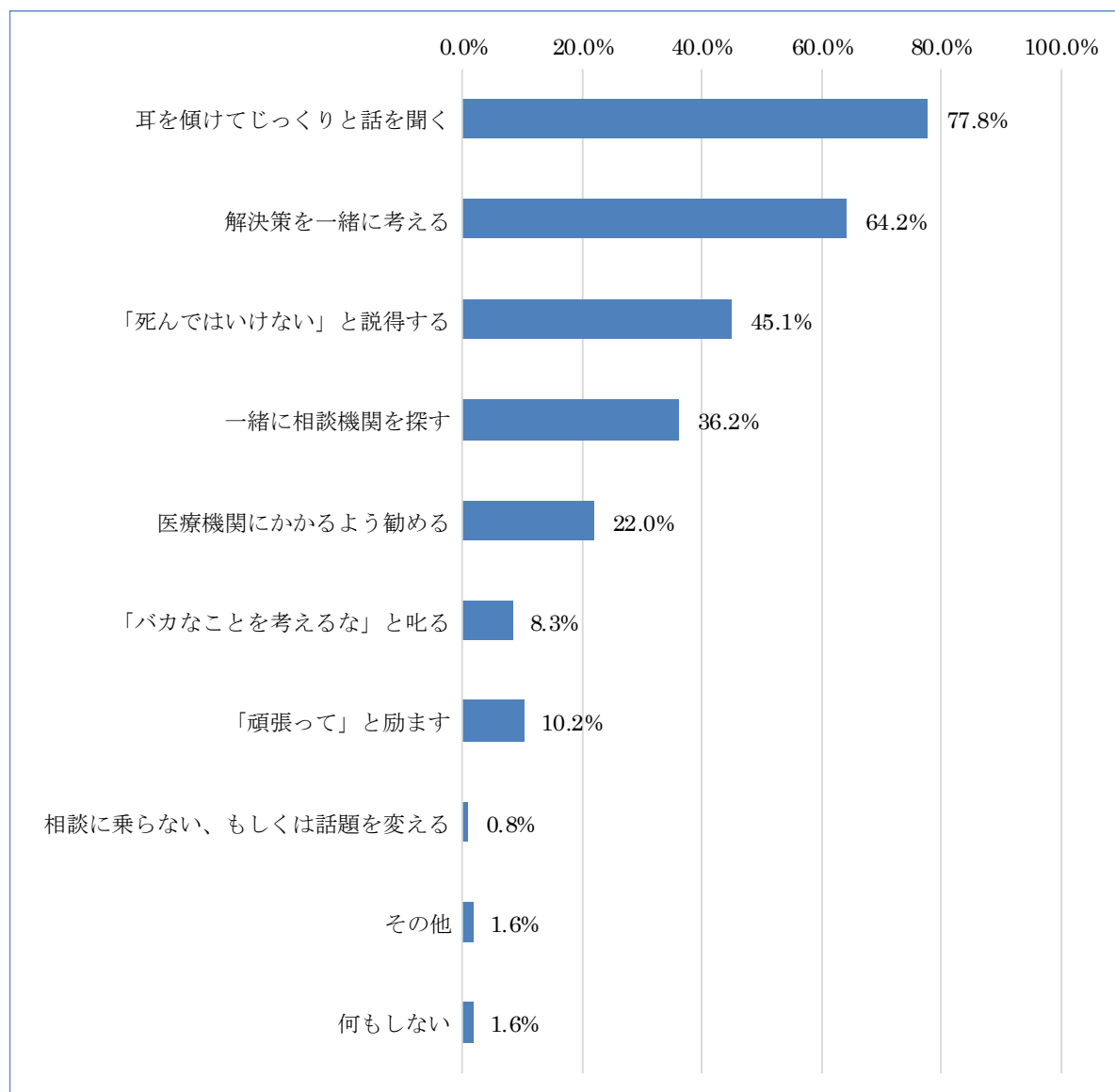


②身近な人から「死にたい」と打ち明けられた時の対応

問 もし身近な人から「死にたい」と打ち明けられた時、あなたはどのように対応しますか。(〇はいくつでも)

身近な人から「死にたい」と打ち明けられた時の対応についてたずねたところ、「耳を傾けてじっくりと話を聞く」が 77.8%で最も多くなっています。次いで「解決策を一緒に考える」 64.2%、「『死んではいけない』と説得する」 45.1%、「一緒に相談機関を探す」 36.2%、「医療機関にかかるよう勧める」 22.0%などとなっています。

身近な人から「死にたい」と打ち明けられた時の対応（全体／複数回答）



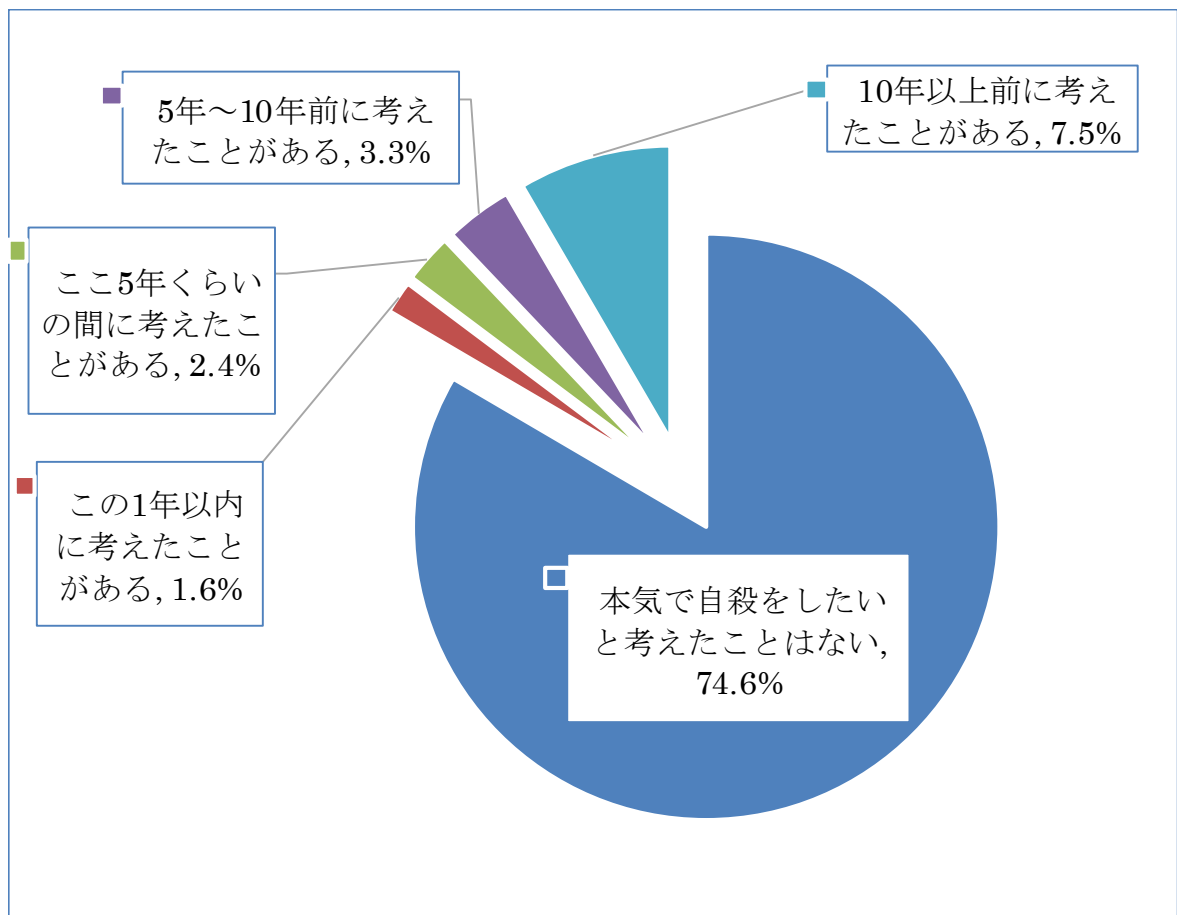
③本気で自殺をしたいと考えた経験の有無

問 あなたはこれまでに、本気で自殺をしたいと考えたことはありますか。
(○は1つ)

【全体の傾向】

本気で自殺をしたいと考えた経験があるかたずねたところ、「自殺をしたいと考えたことがある」が14.8%となっています。一方、「これまでに本気で自殺をしたいと考えたことはない」は74.6%となっています。

本気で自殺をしたいと考えた経験の有無



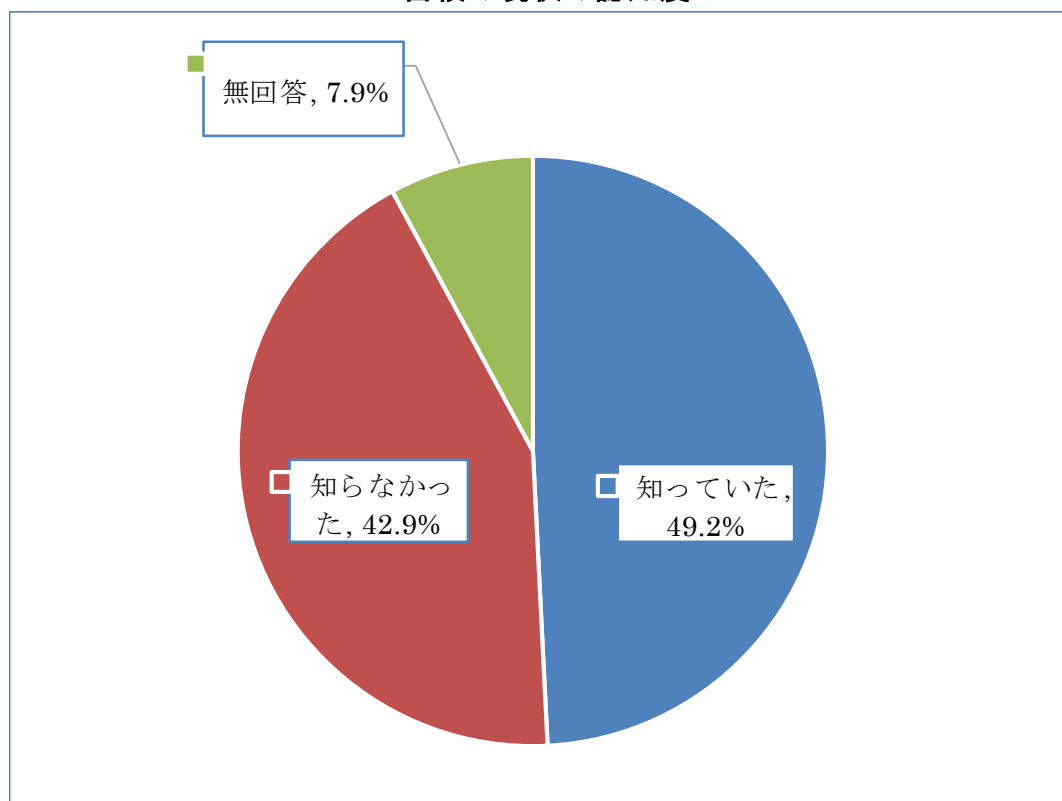
5. 自殺対策の現状について

① 自殺の現状について

問 我が国の自殺者数は長い間、毎年3万人を超え、この数年で3万人を下回っていますが、平成29年においても、約2万1,000人の方が亡くなっています。あなたは、毎年このように多くの方が自殺で亡くなっていることを知っていましたか。（〇は1つ）

毎年多くの方が自殺で亡くなっていることを知っているかたずねたところ、「知っていた」が49.2%、となっており、約半数の人が毎年自殺で亡くなっている人が多いことを知っていると回答しています。一方で「知らなかった」が42.9%となっており、自殺の現状を知らない人も多くなっています。

自殺の現状の認知度



②自殺対策の認知度について

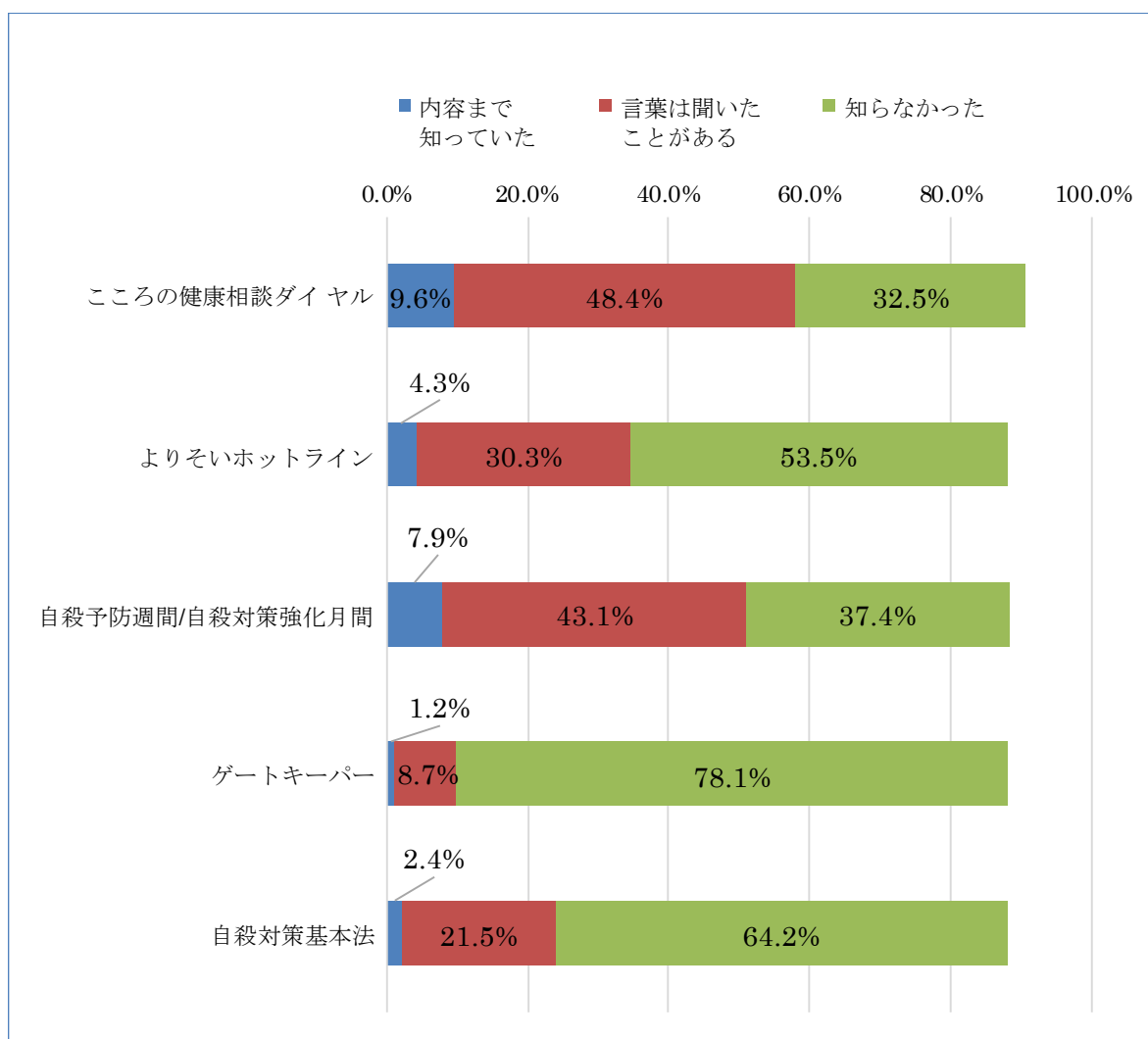
問 あなたは、自殺対策に関する次の事柄について知っていましたか
(それぞれ1つに○)

自殺対策に関する事柄について認知度をたずねたところ、『こころの健康相談ダイヤル』では「内容は知らなかったが、言葉は聞いたことがある」が48.4%と最も高く、次いで『自殺予防週間／自殺対策強化月間』43.1%となっています。

その他の事柄は「知らなかった」が最も高く、『よりそいホットライン』では5割以上、『自殺対策基本法』では6割以上を占めています。

また、『ゲートキーパー』では約8割の人が「知らなかった」と回答しており、認知度が最も低くなっています。

自殺対策の認知度について



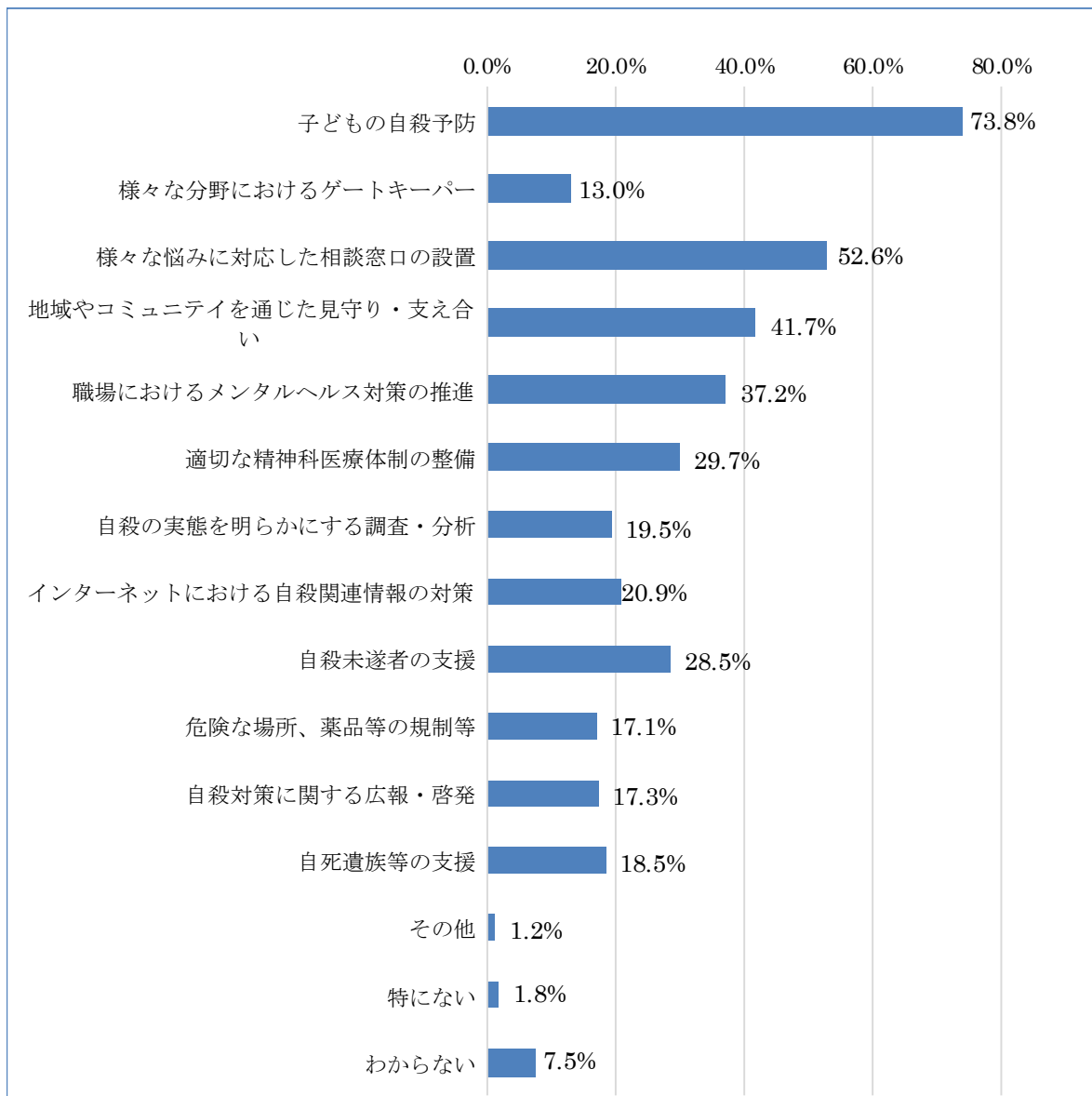
6. 今後の自殺対策について

①自殺対策として求められること

問 今後、求められるものとして、どのような自殺対策が必要になると思いますか（〇はいくつでも）

自殺対策の取り組みとして必要だと思うことについてたずねたところ、「子どもの自殺予防」が73.8%を占めて最も多くなっています。次いで、「様々な悩みに対応した相談窓口の設置」（52.6%）、「地域やコミュニティを通じた見守り・支え合い」（41.7%）、「職場におけるメンタルヘルス対策の推進」（37.2%）「適切な精神科医療体制の整備」（29.7%）などとなっています。

自殺対策として求められること（全体／複数回答）



第3章 計画の基本的な考え方

1 基本理念

国は、自殺総合対策大綱において「いのち支える自殺対策」という理念を前面に打ち出し、「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、次の3つの基本認識を示しています。

①自殺は、その多くが追い込まれた末の死である

自殺に至る心理としては、様々な悩みが原因で心理的に追い詰められ、自殺以外の選択肢が考えられない状態に陥り、社会とのつながりの減少や生きていても役に立たないという役割喪失感から、また、与えられた役割の大きさに対する過剰な負担感から、危機的な状態にまで追い込まれてしまうという過程とみることができます。

②年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はいまだ続いている

平成10年の国の自殺者数急増以降、年間3万人超と高止まっていた年間自殺者数は平成22年以降7年連続して減少し、平成27年には平成10年の急増前と同様の水準となるなど、自殺死亡率は着実に低下してきており、また、高齢者の自殺死亡率の低下も顕著です。

しかし、若い世代では、20歳代や30歳代における死因の第一位が自殺であり、自殺死亡率も他の年代に比べてピーク時からの減少率が低くなっています。さらに、我が国の自殺死亡率は主要先進7カ国の中で最も高く、年間自殺者数も依然として2万人を超えています。かけがえのない多くの命が日々、自殺に追い込まれています。

③地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する

自殺総合対策は、国と地方公共団体等が協力しながら、全国的なPDCAサイクル（① plan：業務の計画を立てる、② do：計画に基づいて業務を実行する、③ check：実行した業務を評価する、④ act：改善を行う）を通じて、自殺対策を常に進化させながら推進していく取り組みです。

本市では「世代を越えて、夢紡ぐまち～新・生活創造都市を目指して～」を市の将来像に位置付け取り組んでいます。これらを踏まえ、本市の自殺対策は『誰も自殺に追い込まれることのない、夢紡げるまち』を基本理念とし、その実現に向けて自殺対策を推進します。

誰も自殺に追い込まれることのない、夢紡げるまち

2 数値目標

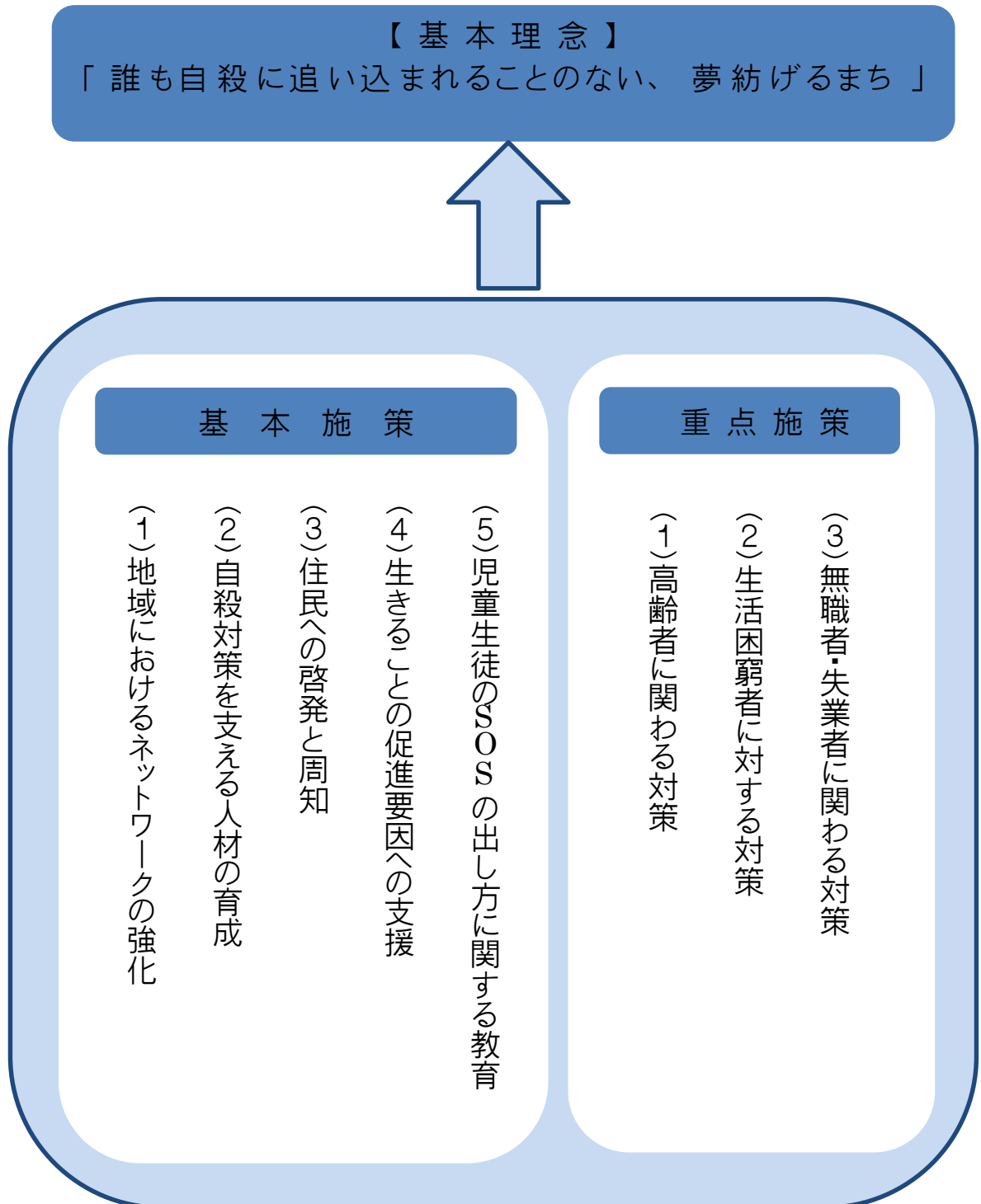
自殺対策は、本来は自殺者ゼロを目指すことを基本とすべきであることから、国では自殺対策基本法において、自殺対策を通じて最終的に目指すべきものは、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現であり、そうした社会の実現に向けては、対策を進める上での具体的な数値目標等を定めるとともに、その取り組みの成果とあわせて検証を行っていく必要があるとして、平成 29 年 7 月に閣議決定した自殺総合対策大綱における当面の目標として、令和 8 年までに、人口 10 万人当たりの自殺者数を平成 27 年と比べて 30%以上減少させることを、政府が進める自殺対策の目標として定めています。本市においても、計画期間における当面の数値目標として、「令和 11 年までに、自殺死亡率を平成 30 年と比べて 30%以上減少させること」とします。

計画期間における当面の数値目標

	現 状 平成 30 年 (2018 年)	目 標 令和 11 年 (2029 年)
自殺死亡率	9.56	6.69

※平成 30 年の自殺死亡率は 9.56 であり、これを 30%以上減少させると 6.69 以下となります。

3 施策の体系



第4章 自殺対策の取り組み

1 基本施策

(1) 地域におけるネットワークの強化

自殺対策の推進にあたって基盤となるのが、地域におけるネットワークです。自殺予防のためには、様々な自殺要因に関する課題解決に向けて関係機関が一丸となって自殺予防に取り組む必要があります。保健・福祉・医療・労働・教育・司法・警察等関係機関、民間団体など、社会・経済的な視点で包括的な地域の多様な関係者が連携、協力して、実効性ある施策を推進していくことが大変重要となります。

◎地域の様々な主体の連携・協働の仕組みの構築

- ・精神保健的な視点や社会・経済的な視点を含む様々な分野の生きる支援にあたる各関係機関等の協力体制のネットワークづくりを強化します。
- ・自殺対策に特化したネットワークの強化だけでなく、他の事業を通じて地域に展開されているネットワーク等と自殺対策との連携の強化にも取り組んでいきます。
- ・地域コミュニティ組織、その他団体などが、各地域で連携を強化し、問題や悩みを抱える市民の速やかな把握と、適切な支援へつなぐ方策について検討します。
- ・ショートステイ事業やファミリーサポートセンターの運営、放課後児童健全育成事業等、日々の生活において安心感と生きがいを得ることができるよう、互助・共助の活性化を図ります。
- ・在宅子育て家庭等の交流の場提供や、育児不安などの相談に応じたり、育児情報を発信したり、地域や関係諸機関との連携を深め、幅広く育児支援を行います。
- ・保健指導対象者を訪問指導し、生活習慣の変容に向けた保健指導、適正受診の指導を行い、自殺のリスクが高い場合には他機関につなぐ等の対応を行います。

(2) 自殺対策を支える人材の育成

国・県・市の行政機関や民間団体では、様々な分野での相談窓口や専門家、支援者が存在します。また、自殺を考えている人は、様々な悩みを抱え、行政機関や相談窓口のみならず家族や友人など、信頼関係のある身近な人へ相談すること

が多いため、自殺につながるサインを見逃さないために、あらゆる環境で傾聴する力が求められ、そのような問題に対して早期の「気づき」が重要となります。自殺を考えている人の存在に気づき、声をかけ、話を聴いて、必要な支援や相談へとつなぎ、見守る役割を担うゲートキーパーとして、適切な支援につなげることができる人材をいかに育成・確保していくかが課題となっています。

◎寄り添いながら支援を担う人材の育成

- ・日常的に地域住民に対する見守り活動等に尽力している民生委員・児童委員、児童生徒の通学時の安全確保に向けて見守りを行うスクールガード、高齢者等に対しても積極的に呼びかけ、地域において対策の支え手となる人材の育成を進めます。
- ・自殺対策に直接携わる人、様々な分野で生きることの包括的な支援に関わっている機関や窓口などで相談を受ける人に対する資質の向上を図ります。
- ・認定こども園、保育所での保育・育児相談の実施や、保護者による家庭保育が困難な乳幼児の保育に関する相談等、適切な相談体制の提供を推進し、より充実したネットワークづくりに取り組みます。

(3) 住民への啓発と周知

自殺に追い込まれるという危機は、「誰にでも起こり得る」ことです。一部の人や地域だけの問題ではなく、誰もが当事者となり得る重大な問題であること、さらに危機に陥った場合、誰かに助けを求めることが適切であること、危機に陥っている人がいるかもしれないということ等、自殺に対する正しい認識を普及させていくことが必要です。

また、様々な問題を抱えて悩んでいる人が適切な支援につながるためには、地域のネットワークを強化して相談体制を整えることにあわせて、市民が相談機関や相談窓口の存在を知っていることが必要です。

行政として市民とのさまざまな接点を活かした相談機関等に関する情報の提供をするため、広く地域全体に向け啓発を図ります。

◎地域と連携した啓発活動の実施

- ・住民が自殺に対する正しい理解を得られるように、国や県で作成したリーフレットを市民に配布します。また、自殺対策に関するポスターを関係機関等に掲示してもらえよう依頼します。
- ・市の広報誌「広報よしのがわ」に、自殺対策強化月間にあわせて、自殺対策関

- 連の情報を掲載することにより、市民への施策の周知と理解の促進を図ります。
- ・毎月市内 4 箇所の特設人権相談の窓口を開設し、広報誌を通じて市民に周知します。
 - ・地域全体で子どもから高齢者まで見守り、生活行動の変化に気づくことができるよう、地域コミュニティや学校など各団体と連携した取り組みを行います。

(4) 生きることの促進要因への支援

「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」よりも「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）」が上回った時、自殺に追い込まれる危険性が高まることから、自殺対策は、自殺につながる要因を減らす取組だけではなく、生きることの促進要因を増やす取組も合わせて実施していくことが必要です。

また、一人の自殺が、少なくとも 5 人から 10 人の身近な人たちに深刻な影響を与えるとされ、自死遺族は、大切な人を失ったことに対する深い悲しみや、周囲の誤解や偏見により地域から孤立状況に陥る可能性があります。そのため、心身の不調などの健康問題だけでなく、福祉、経済、法律など多岐にわたる問題を複合的に抱える自死遺族に対して、心理的ケアだけでなく様々な支援ニーズに応じた情報を得ることができる相談窓口や、支援に関する情報を提供するなど、遺された人への支援も重要です。

◎居場所づくり活動と支援体制の充実

- ・家庭における適正な児童養育、その他家庭児童の福祉の向上を図るための相談指導を行う家庭相談員を配置し、一人で悩みを抱えず、早期に相談でき、適切な対処方法が得られるよう、相談体制の充実に努めます。
- ・遺された身近な人への心のケアに努め、遺族の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進、自死遺族向けのリーフレットの配布を行います。
- ・「支援者」となる市職員にメンタルヘルス研修を実施し、心の病による休職や離職を未然に防止し、組織全体で心の問題を個々人に抱え込ませない職場作りを推進していきます。
- ・危機発生時における被災者のメンタルヘルス対策や各種防災対策を推進するため、国や県をはじめとする関係機関と密接な連絡をとり、効果的に事業を行うとともに、地域防災計画の見直しを行い、総合的かつ計画的な防災対策を推進します。
- ・自殺リスクが高い方もいると思われる重複多受診者に対し訪問指導を行い、被保険者の健康相談、適正受診の指導を行います。

(5) 児童生徒のSOSの出し方に関する教育

いじめを苦にした児童生徒の自殺が大きな社会問題となる中、平成28年4月の自殺対策基本法の改正では、学校におけるSOSの出し方教育の推進が盛り込まれました。

経済・生活問題や家族関係の不和、心身面での不調等、自殺の背景にあるとされる様々な問題は、人生の中で誰もが直面し得る危機ですが、自殺の発生を防ぐには、それらの問題への対処方法や支援先に関する情報を、早い時期から身に付けておくことが重要です。家庭や学校において命の大切さやSOSの出し方、こころの健康について学ぶことは、このようなスキルを身に付けることにもつながり、将来人生における危機に直面したとき、一人で問題を抱え込まず、他者に援助を求めることができるようになります。児童生徒が命の大切さを実感できる教育に加え、社会において直面する可能性のある様々な困難・ストレスへの対処方法を身に付けるための教育（SOSの出し方に関する教育）、心の健康の保持に係る教育を推進し、児童生徒の生きることの促進因子を増やすことを通じた自殺対策に資する教育の実施に向けた環境づくりが必要です。

◎SOSの出し方に関する教育の実施

- ・社会において直面する可能性のある様々な困難・ストレスの対処方法を身に付けるための教育（SOSの出し方に関する教育）を推進します。
- ・学校生活を通じて、いのちや生き方を大切にすることを育むとともに、児童・生徒が相談することの大切さを理解し、悩みを抱えたときの援助の求め方や悩みやストレスに対処する方法などを学ぶ力を育みます。
- ・小中学校等において、いじめ等の様々な困難やストレスに直面した際に、信頼できる大人や相談機関に早めに助けの声を上げられるよう、実践的な教育を行います。
- ・被虐待の経験は、子ども自身の自殺リスクや成長後の自殺リスクを高める要因にもなるため、子どもの自殺防止、将来的な自殺リスクを抑えるためにも、児童虐待防止対策の充実を図ります。

2 重点施策

本市における平成 25 年から平成 29 年までの自殺の特徴としては、女性に比べて男性の自殺者が多く、また、男女ともに 60 歳以上の無職者が上位となっています。

本市の自殺者は、平成 22 年に 10 人を超え、平成 27 年まで多い状況が続き、平成 28 年から減少に転じていますが、平成 22 年から平成 27 年の 6 年間で 62 人（男性 41 人、女性 21 人）が自殺で亡くなっています。そのうち 60 歳以上は 34 人であり、自殺者の約 6 割が 60 歳以上となっています。また、その多くが無職であり、原因・動機別の自殺者の状況を見ても、「経済・生活問題」の割合は高くなっています。自殺総合対策推進センターの作成した本市における「自殺実態プロフィール」においても、「高齢者」や「生活困窮者」に係る自殺対策の取組が、特に重点的に支援を展開する必要があるとして推奨されています。また、無職の自殺者が占める割合が徳島県や全国に比べて高くなっていることから「無職者・失業者」に対する支援も必要です。これらの点から本市では、「高齢者」、「生活困窮者」、「無職者・失業者」に関わる自殺への対策を、今後の重点施策と定めた上で取組を進めていきます。

(1) 高齢者に関わる対策

本市の自殺死亡率では、男性は 70 歳代、女性は 60 歳代が最も高く、高齢者の自殺死亡率は減っているものの依然として全国と比べても高い状況です。自殺の原因・動機別では徳島県に比べて「健康問題」の割合も高く、心の不調や病気の未然防止や早期発見の取組が重要です。また、自身の死や経済的問題による先行き不安などの個人の問題を抱える時期であるとともに、配偶者の死や心身機能の低下による社会参加の機会減少など、周囲の環境の変化も起こり得る時期です。今後、高齢化がさらに進むにつれて、家族や地域との関係の希薄化により、社会的に孤立する高齢者が一層増加するおそれがあります。高齢者の「死にたくなる気持ち」に対する支援として、自殺の可能性を予見できるよう、今後は支援者間の連携や資質向上も必要になります。

① 高齢者の生きがいがづくり

高齢者が住み慣れた地域や家庭で安心していきいきと暮らすためには、地域で生きがいや社会参加の支援も必要となります。高齢者が孤立しないように、地域とつながり、支援できるような相談体制や地域での見守り体制の充実など高齢者を包括的に支援する体制を推進します。

- ・地域における各種イベントや講座等、市民が自由に集える場の提供等、地域につ

ながりを持てる機会を増やすことで、高齢者が自らの生きがいと役割を見出せる地域づくりを進めます。

- ・ 高齢者が気軽に集え、心身の健康の保持・増進や、他者とつながることで安心と充足を感じられるような場を開設し、また、高齢者自身がこうした居場所活動運営の担い手となり、活躍の場を増やすことで生きがいづくりを進めます。
- ・ 高齢者の生きがいづくりの場に、女性だけでなく男性の参加を促す取組を進めていきます。

②支援者への支援の充実

高齢者の自殺を防止するには、高齢者本人のみならず、家族や介護従事者等の支援者に対する支援も含めて、対策に取り組んでいく必要があります。支援者側も被支援者側も共に疲弊し、家族の介護疲れによる心中等や、介護従事者による虐待等の発生を防ぐためにも、高齢者本人だけでなく高齢者と相対する支援者への支援や、また高齢者とその家族が、日常的に他者と関わる機会を持てるような地域づくりを進めることで、社会的孤立を防ぐことも重要です。

- ・ 高齢者を支える家族や介護者等に対しては、高齢者支援に関する情報の提供等により支援者への支援を強化し、高齢者を支える地域づくりを推進します。
- ・ 介護予防活動を率先して行うことのできる人材を育成し、地域におけるネットワークづくりや自発的な活動が実施される基盤づくりの実施に向けた環境を整備します。
- ・ 県やNPOが実施する支援者が集まる既存の機会を活用して、自殺の実態や対策について情報提供を行うことで、自殺リスクの対策についての理解を促します。

③支援先の連携強化

地域の実情に合わせ、行政・民間事業者のサービス、民間団体の支援等を適切に活用し、生きることの包括的支援としての施策の推進が必要です。身近な地域のコミュニティにおいて自殺予防について話し合い、悩みを抱える高齢者がつらい気持ちを相談できるよう、声かけ、見守りのできる地域づくりが重要となります。

- ・ 市と地域包括支援センターが連携・協働し、地域包括支援センターの設置・運営に関する協議調整、地域包括ケアの生活支援体制整備や地域の関係者間のネットワーク構築などを行います。
- ・ 地域における交流会や健康支援を兼ねたイベント等を通じ、高齢者が地域とつな

がる機会を増やすなどして、高齢者が生きがいを持って暮らせる地域づくりを進めます。

- ・防災や高齢者の見守りなど、地域に期待される互助・共助の意識向上を目指し、地域のコミュニティの活性化を推進します。

(2) 生活困窮者に関わる対策

生活困窮者は、単に経済的な問題だけでなく、就労の課題、心身の不調、障がい、人間関係など様々な課題を抱え、自殺リスクが高い傾向があるとされています。これら複合的な課題を抱えた人が孤立せず、早期に相談につながる仕組みを整備し、課題解決に向けて関係機関が連携して包括的に支援を行うことが必要です。さらに、地域共生社会の実現に向けた取組や生活困窮者自立支援制度は、制度の狭間にある人や複合的な課題を抱え自ら相談に行くことが困難な人などを地域において早期に発見し、確実に支援していくために、包括的な支援体制の整備や複合的課題に対応するため関係機関のネットワークづくりが重要であることなど、自殺対策と共通する部分が多くあるため、これらの関連施策と一体的に行うことが重要です。

①包括的な相談支援体制の充実

生活困窮は「生きることの阻害要因」の一つであり、自殺リスクを高める要因になりかねません。生活困窮から自殺のリスクが高い市民に対し「生きることの包括的な支援」の提供を強化するとともに、そのような支援を担う人材の育成も推進します。

- ・生活困窮者自立支援制度及び生活保護制度に基づく各種の取組と、自殺対策との連携を強化するとともに、支援の担い手となる人材の育成を進め、生活苦に陥った市民に対する「生きることの包括的な支援」を強化します。
- ・貧困の連鎖を防止するため、生活保護世帯の子どもを含む生活困窮世帯の子どもに対する学習支援や居場所づくり、養育に関する保護者への助言などを行っています。
- ・生活困窮者からの相談に応じ、必要な情報提供と助言を行うとともに、様々な支援を関係者との連携により、一体的かつ計画的に実施します。

②支援へとつなぐための取組

生活苦に陥っている人の中には、支援制度につながらず自殺のリスクを抱え込ん

でしまう人も少なくありません。そのため本市では、行政側から対象者への働きかけを積極的に行うなど、支援につなぐための体制を強化します。また、自殺のリスクにつながりかねない問題を抱えている人を、早い段階で発見するとともに、必要な支援へとつなぐための取組を推進します。

- ・生活保護や生活困窮者自立支援事業との連携強化を図り、関係機関が連携して支援体制を整え、対象者との様々な接点の構築・活用を通じて、問題が深刻化する前に支援へとつなげるための方策を展開します。
- ・自立支援教育訓練給付金、高卒認定試験受講修了時等給付金、高等職業訓練促進給付金等により、ひとり親家庭の自主的に行う能力の開発を推進し、生活の安定を支援します。

③関係機関の連携・協働

自殺のリスクが高い人は、心身面の不調や失業、家庭内の不和、多重債務等の深刻な問題を複数抱えているケースも少なくありません。そうした方々を早期に発見し、包括的に支援するため、様々な問題の相談に多分野の関係機関が連携し「生きることの包括的な支援」を推進するための基盤整備を進めるとともに、取組の推進に向けたツールの導入を進めます。

- ・保健・福祉・医療・労働・教育・司法・警察等関係機関、民間団体等によるネットワークづくりを推進し、情報共有や対策検討会議を実施し、相談支援や自殺対策に必要な人材育成を行います。
- ・生活困窮者自立支援担当部門との連携強化を通じて、生活困窮者自立支援制度と自殺対策を連動した施策展開を図ります。
- ・生活困窮などの悩みを抱えた市民が、早期に相談窓口につながるようまた、地元とはしがらみのない場所で安心して相談が受けられるように、近隣市町村との連携により、複合的な悩みの相談を受ける環境の整備を検討します。

(3) 無職者・失業者に関わる対策

経済・生活問題、健康問題、家庭問題等自殺の背景・原因となる様々な要因のうち、失業、倒産、多重債務、長時間労働等の社会的要因については、制度、慣行の見直しや相談・支援体制の整備という社会的な取組により解決が可能であり、失業や多重債務、生活苦等一見個人の問題と思われる要因であっても、専門家への相談やうつ病等の治療について社会的な支援の手を差し伸べることにより解決できる

場合もあります。一人で悩みを抱える背景となる「失業やうつ病、多重債務、いじめ等の自殺関連事象は、不名誉で恥ずかしいものである」という間違った社会通念から脱却することや、自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」であって、その場合には誰かに援助を求めることが適当であるということを、広く啓発していく必要があります。

①多分野多機関のネットワークの構築

就労、仕事にまつわる悩みなどの勤務問題、借金や生活苦など、自殺に追い込まれる者は、複合した問題を抱えているため、それぞれの背景や要因に応じた自立に向けた支援を関係機関と連携して支援を推進していきます。

- ・自立相談や家計相談、就労支援、子どもに対する学習支援等の、各種自立支援事業の実施に加えて、他課との情報共有や連携強化に向けたツールを導入することで、本人の状態に応じた包括的かつ継続的な支援の提供を推進します。
- ・無職者や失業者等が、それぞれに抱え込みがちな問題の組合せに応じて支援策を連動させ、複数分野の専門家や相談員が連携して、総合的な支援を行います。

②失業者等に対する相談窓口の充実

失業者に対する早期再就職支援など各種雇用対策を推進するとともに、ハローワーク等の窓口においてきめ細かな職業相談を実施するほか、失業に直面した際に生じる心の悩み相談などさまざまな生活上の問題に関する相談に対応し、行政等との緊密な連携を通して失業者への包括的な支援を推進します。

- ・現に生活保護を受けている方の自立の助長を図る観点から、就労支援を強化するため、福祉事務所に就労支援員を配置し、ハローワークとの連携により就業に向けた支援を行います。
- ・生活に困窮している方からの就労、その他自立の相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行います。
- ・失業や就職活動の行き詰まりなどの事情で、経済的な困窮状態に陥っている人に対し、専門の相談員が就労支援の方法や各種制度の活用について一緒に考えながら自立に向けて支援を行います。

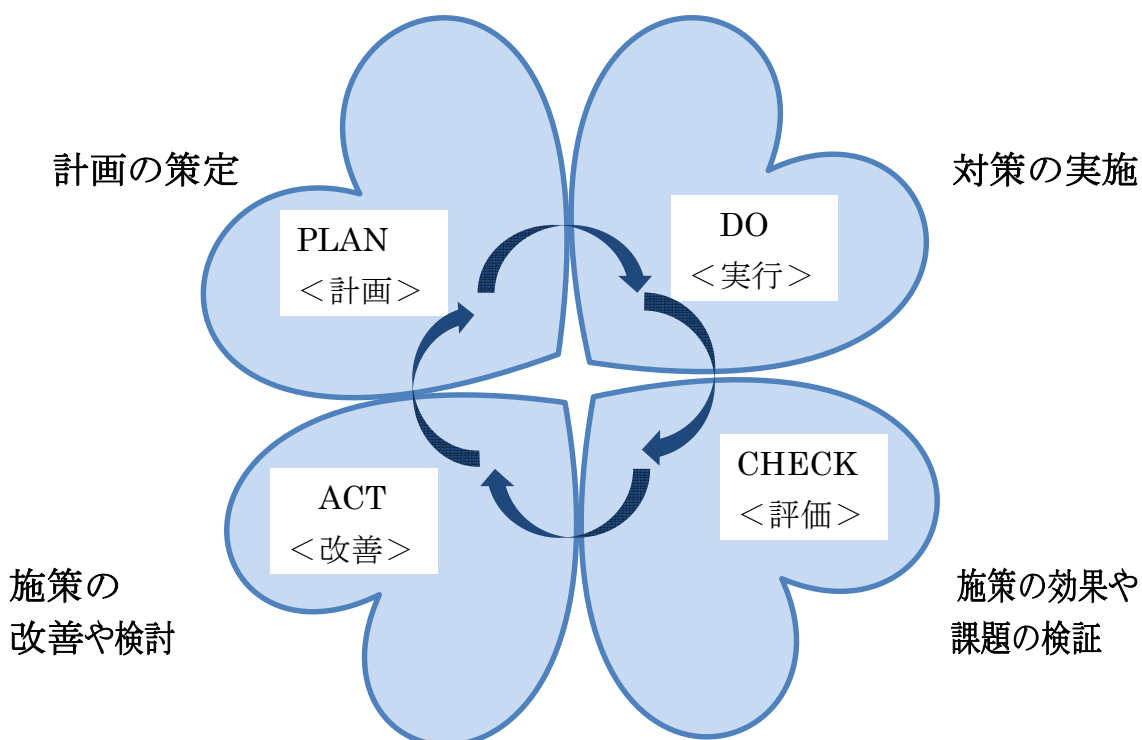
第 5 章 計画の推進体制等

1 推進体制

- (1) 本計画の推進にあたっては、市民の健康の保持及び増進を図り、地域の実情に応じた健康づくり対策を推進する「吉野川市健康づくり推進協議会（平成16年設置）」が中心となって、庁内関係部署、関係機関・団体が相互に情報の交換・共有、連携、協力を図りながら、各種施策を総合かつ効果的に推進します。
- (2) 「吉野川市健康づくり推進協議会」において、計画の推進状況等について検証評価し、着実な推進を図ります。

2 進行管理（PDCA サイクル）

事業・取組については、「吉野川市健康づくり推進協議会」において取組状況を把握し、PLAN（計画）→ DO（実行）→ CHECK（評価）→ ACT（改善）の4段階によるPDCA サイクルによる適切な進行管理に努めます。



○吉野川市健康づくり推進協議会設置要綱

平成 16 年 10 月 1 日

(設置)

告示第 18 号

第 1 条 市民の総合的な健康づくりに関する方策を検討し、生涯を通じての疾病の予防と健康の保持増進を図る健康づくり対策を積極的に推進するため、吉野川市健康づくり推進協議会(以下「協議会」という。)を設置する。
(所掌事務)

第 2 条 協議会は、健康づくり運動の適正な推進を図るため、次に掲げる事務を所掌する。

- (1) 健康づくりに関する方策及び広報活動について審議すること。
- (2) 総合的保健計画の策定及び健康づくりに関する活動に参画すること。
- (3) 健康づくりに関する知識及び技術の普及啓発に努めること。
- (4) 市民健康教育講座の開催に関すること。
- (5) 健康づくり運動の実施に関すること。

(組織及び委員等)

第 3 条 協議会は、委員 25 人以内で組織し、各種団体、関係行政機関の代表者及び学識経験者の中から市長が委嘱する。

2 委員の任期は、2 年とする。ただし、再任を妨げない。

3 委員が欠けた場合の補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(会長及び副会長)

第 4 条 協議会に会長及び副会長を置き、委員の互選によってこれを定める。

2 会長は、協議会を代表し、会務を総理する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第 5 条 協議会の会議は、会長が招集し、会議の議長は、会長が当たるものとする。

(庶務)

第 6 条 協議会の庶務は、健康推進課が行う。

(その他)

第 7 条 この告示に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行する。

吉野川市健康づくり推進協議会委員名簿

各種 団 体	吉野川市民生委員児童委員協議会会長
	吉野川市老人クラブ連合会会長
	吉野川市婦人団体連合会会長
	吉野川市自治会連合会会長
	吉野川市公民館連絡協議会会長
	吉野川市社会福祉協議会会長
	吉野川市食生活改善推進協議会会長
	吉野川市ボランティア連絡協議会会長
	吉野川市PTA連合会会長
経 学 験 識 者	吉野川市医師会会長
	吉野川市歯科医師会会長
行 政 機 関	東部保健福祉局吉野川保健所所長
	吉野川市議会文教厚生常任委員会委員長
	吉野川市小学校教育研究会養護教育部会係校長
	吉野川市こども園園長代表

吉野川市市自殺対策計画

令和2年度～令和11年度

発行年月 令和2年(2020年)3月発行

吉 野 川 市

事務局 吉野川市 健康福祉部 健康推進課

〒776-8611 徳島県吉野川市鴨島町鴨島115番地1

TEL:0883-22-2268

FAX:0883-22-2245