資料No. 2

糸魚川市自殺対策計画(案)

～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～

～ひとりで悩まず相談する
あたりまえに 誰もができるように～

平成30年　月

はじめに

国の自殺対策は、平成18年に自殺対策基本法が制定されて以降、大きく前進しました。それまで「個人の問題」とされてきた自殺が「社会の問題」として広く認識されるようになり、国を挙げて自殺対策を総合的に推進した結果、自殺者数の年次推移は減少傾向にあるなど、着実に成果を上げています。しかし、国の自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺による死亡率）は、主要先進7か国の中で最も高く、自殺者数の累計は毎年2万人を超える水準で積み上がっているなど、非常事態はいまだ続いていると言わざるを得ない状況です。

そうした中、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指して自殺対策を更に総合的かつ効果的に推進するため、施行から10年の節目に当たる平成28年に、自殺対策基本法が改正されました。自殺対策の基本理念に「生きることの包括的な支援」として実施されるべきことが明記されるとともに、自殺対策の地域間格差を解消し、誰もが「生きることの包括的な支援」としての自殺対策に関する必要な支援を受けられるよう、全ての都道府県及び市町村が「都道府県自殺対策計画」又は「市町村自殺対策計画」を策定することとされました。

糸魚川市自殺対策計画では、市の全事業の中で「生きる支援」に関連する事業を総動員し、既存の事業を最大限活かす形で、自殺対策を見直し、全庁的な取組として「生きることの包括的な支援（＝自殺対策）」を推進します。

目　次

はじめに

Ⅰ　糸魚川市自殺対策計画策定にあたって …… 1

1）自殺対策が目指すもの …… 1

2）計画策定の趣旨 …… 2

3）計画の位置づけ …… 2

4）計画の期間 …… 3

5）計画の数値目標

Ⅱ　自殺の現状 …… 4

1）自殺者数・自殺率の推移 …… 4

2）年代別・男女別自殺者数 …… 4

3）職業別状況 …… 4

4）原因・動機別の状況 …… 4

5）自殺時の状況 …… 4

6）健康問題・受療状況

7）糸魚川市地域自殺実態プロファイル

Ⅲ　これまでの取組と課題 …… 8

Ⅳ　計画の推進 …… 9

1）基本理念 …… 9

2）基本認識 …… 9

3）基本方針 …… 9

4）重点事項 …… 10

5）具体的な取組 …… 10

6）計画の推進体制 …… 10

関係資料

糸魚川市自殺対策計画策定審議会委員名簿

Ⅰ　糸魚川市自殺対策計画策定にあたって

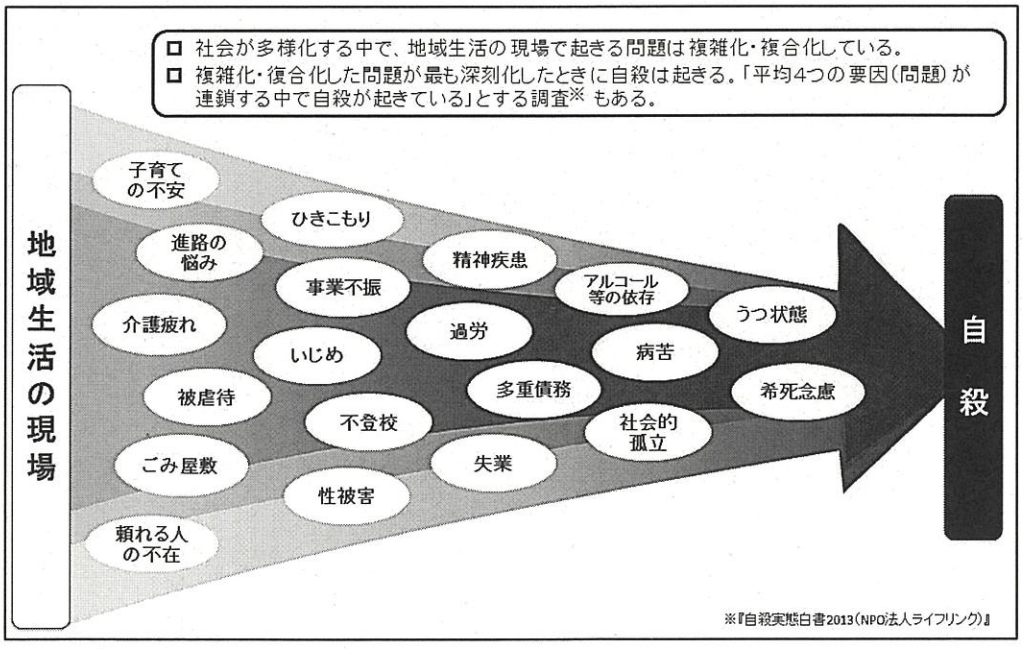
1）　自殺対策が目指すもの

自殺は、その多くが追い込まれた末の死です。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知られています。自殺に至る心理としては、様々な悩みが原因で追い詰められ自殺以外の選択肢が考えられない状態に陥ったり、社会とのつながりの減少や生きていても役に立たないという役割喪失感から、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過程でおこります。自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」です。

そのため、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、「生きることの包括的な支援」として実施されなければなりません（自殺対策基本法第２条）。

本市第２次総合計画では、目標都市像を「翠の交流都市　さわやか　すこやか　輝きのまち」としております。すこやかとは全ての人々が健康で生き生きと活動し、生活の場・仕事の場も産業も元気で活力あるまちを表しています。本市における自殺対策では、市民全ての皆様が健康で生きがいを持って暮らすことのできる「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指します。

図１：自殺の危機要因イメージ図（厚生労働省資料）



２）　計画策定の趣旨

本市では、健康増進法に基づき、平成19年に「健康いといがわ21」、平成28年に「第2次健康いといがわ21」を策定し、からだとこころの健康づくりの取組を進めてきました。

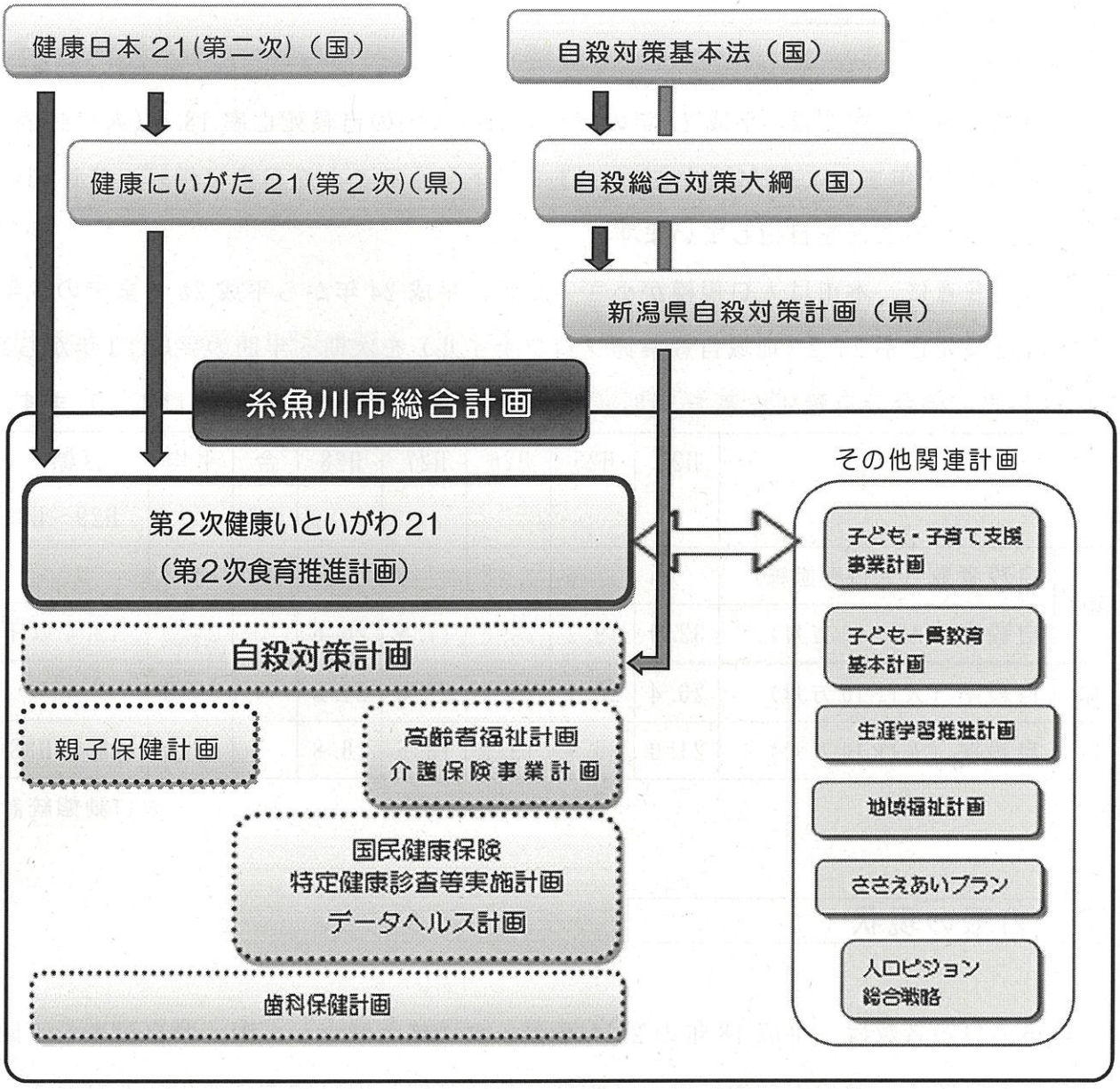
自殺予防対策として、支援者の人材育成、予防につなぐ知識の普及啓発をとおして、地域包括ケアの体制づくりに取り組み、結果、当市の自殺者数は大きく減少しました。しかし、未だ年間約10人前後の方が自ら尊い命を絶つ現状にあり、今後も市民の自殺予防対策についての理解と関心を深めていく必要があります。

本計画では、「自殺対策基本法」及び「自殺総合対策大綱」の改正を踏まえ、今後の自殺予防対策を一層推進するため策定するものです。

３）　計画の位置づけ

本計画は、「自殺総合対策大綱」及び「新潟県自殺対策計画」を踏まえ、基本法第13条２項（市町村自殺対策計画）の規定に基づき、本市の実情に即して策定します。

また、本計画は、糸魚川市第2次総合計画を上位計画とし、「第2次健康いといがわ21」の「休養・こころの健康」の領域別計画として、自殺予防対策と関連計画との整合性を図るものです。



４）　計画の期間

本計画は、平成 30 年度から平成 35 年度までの 6 年間を計画の期間とし、計画の進捗や国の動向、社会情勢の変化等に対応するため、必要に応じて上位計画に併せ見直しを行うこととします。

5）　計画の数値目標

自殺総合対策大綱では、平成27年の時点における国の自殺死亡率18.5（人口動態統計）を平成38年までに30％減少させ、13.0以下とすることを目標に掲げ、先進国の水準に近づけることを目指しています。

これを参考に、本市は人口規模が小さいため、平成24年から平成28年までの5年間合計自殺死亡率24.2（地域自殺実態プロファイル）を次期5年間の平成29年から平成33年までの合計自殺死亡率を20％減少させ、19.4以下とすることを目標とします。

		H24	H25	H26	H27	H28	合計	平均	目標 H29～H33
市	自殺者数（人口動態統）	15	6	8	9	11	49	9.8	
	自殺率（人口10万対）	33.9	19.2	23.6	17.5	26.6	－	24.2	19.4以下
県	自殺率（人口10万対）	26.4	26.1	23.5	22.0	21.8		24.0	
国	自殺率（人口10万対）	21.0	20.7	19.5	18.5	16.8		19.3	13.0(H38)

人口動態統計

Ⅱ　自殺の現状

本市の自殺者数は、平成18年の22人をピークに年々減少し、国・県自殺率を下回りつつあります。減少の背景には、高齢者（特に女性）の自殺者の減少があります。しかし、毎年10人前後の尊い命が自殺により失われています。

＜本市の自殺者の特徴＞　　・・・資料1

1）自殺者数・自殺率の推移

2）年代別・男女別自殺者数

3）職業別状況

4）原因・動機別の状況

5）自殺時の状況　（同居人の有無、自殺企図の場所及び手段、曜日及び時間帯、未遂歴の有無）

作成未
これらの項目にそって、表を作成し、まとめる予定。
データは資料1のとおり

6）健康問題・受療状況

H24～28 合計（単位：人）

	男性	女性	合計
自殺者数＊1	46	10	56
内、精神疾患受療中の者＊2	11	3	14（25％）

＊1 地域自殺実態プロファイルより
＊2 市実態調査より把握できた件数

7）糸魚川市 地域自殺実態プロファイル【2017】より（自殺総合対策推進センター）

地域自殺実態プロファイルとは、自殺統計、人口動態統計、国勢調査、経済センサスなどをもとに地域の実態分析および特性を把握、自殺のリスク評価を行い、各地域における重点対策（重点パッケージ）を推奨するものです。

計画策定においては、プロファイルデータだけではなく、これまでの分析結果や対策実施状況等、地域の状況にあわせて総合的に勘案することが必要とされています。

推奨される重点パッケージ	高齢者 生活困窮者 若者 勤務・経営

■市の主な自殺の特徴（H24～28 合計）

上位 5 区分	自殺者数 5 年計（人）	割合	自殺率＊1（10 万対）	背景にある主な自殺の危機経路 ＊2
1 位：男性 60 歳以上無職同居	12	21.4％	52.6	失業、生活苦、介護の悩み、身体疾患
2 位：男性 60 歳以上無職独居	7	12.5％	214.4	失業、死別・離別、うつ状態、将来への悲観
3 位：男性 20～39 歳有職同居	7	12.5％	46.8	仕事の悩み・人間関係、パワハラ、過労、うつ状態
4 位：女性 60 歳以上無職同居	5	8.9％	13.0	身体疾患、病苦、うつ状態
5 位：男性 40～59 歳無職同居	4	7.1％	248.0	失業、生活苦、借金、家族間不和、うつ状態

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率の高い順とした。
＊1 自殺率の母数（人口）は平成 27 年国勢調査をもとに自殺総合対策推進センターにて推計。
＊2「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。

■市の自殺の特性の評価
全国市区町村に対するランクを評価、内、上位カテゴリー

区分(H24～28 合計)	指標	ランク	上越圏域 指標	新潟県 指標
30 歳代*1	44.6	★★★	25.4	22.7
70 歳代*1	51.2	★★★	44.7	33.1
男性*1	41.0	★★	36.5	35.2
高齢者(70 歳以上)*1	39.9	★★	49.7	37.6
勤務・経営*2	19.8	★	21.0	21.4
無職・失業者*2	56.8	★	41.1	50.2
ハイリスク地*3	123%/+13	☆	108%/+32	103%/+79

ランクの標章	
★★★	上位 10%以内
★★/☆	上位 10～20%
★	上位 20～40%

＊1　自殺統計にもとづく自殺率（10 万対）。
＊2　特別集計にもとづく 20～59 歳を対象とした自殺率(10 万対)。
＊3　自殺統計にもとづく発見地÷住居地（%）とその差(人)。

■性年齢階級別、職業、同居の有無クロス集計より<人数>上位カテゴリー

区分（H24～28 合計）		人数
1	男性 30 歳代 被雇用者 同居人有	6
2	男性 70 歳代 年金等 同居人有	5

■性年齢階層別、職業・同居の有無別<人数>上位カテゴリー

区分（H24～28 合計）		人数	割合
1	男性 60 歳以上 無職 同居	12	21.4%
2	男性 60 歳以上 無職 独居	7	12.5%
3	男性 20～39 歳 有職者 同居	7	12.5%
4	女性 60 歳以上 無職 同居	5	8.9%
5	男性 40～59 歳 無職 同居	4	7.1%

■性年齢階層別、職業・同居の有無別<自殺率>上位カテゴリー

区分（H24～28 合計）		自殺率 (10 万対)	全国自殺率 (10 万対)
1	男性 20～39 歳 無職 独居	1772.1	105.9
2	女性 20～39 歳 無職 独居	776.3	33.7
3	男性 40～59 歳 無職 独居	755.7	275.8(国 1 位)
4	男性 40～59 歳 無職 同居	248.0	133.2
5	男性 60 歳以上 無職 独居	214.4	96.2

【当市プロファイルのまとめ】

当市の人口構成より、高齢者の自殺が約半数を占めている。上越圏域、県全体統計との比較でも同傾向であるが、30 歳代、70 歳代、男性の自殺率が特に高く、市の自殺特性となっている。また、詳細をみると全体的には同居が多く、30 歳代有職者の自殺も大きな特性となっている。

人数は少ないが、ハイリスクとして考えられるのは、自殺率が国・県と比較してもかなり高くなっている若年層の無職独居である。

Ⅲ　これまでの取組と課題

糸魚川地域振興局協同事業

	事業名	内容	H29 実績	課題
ポピュレーションアプローチ	相談窓口一覧パンフレット	相談窓口の周知を図るため毎年改訂作成、関係機関へ配布		地域行事等あらゆる機会を活かし、啓発を行っているが、高齢者が中心となっている。若い世代、見守る家族への啓発も必要。
	こころの健康づくり講座	アルコール問題やうつ病、高齢者うつ病についての啓発	8回 233人	
	職場でのこころの健康づくり研修会(講座)	心身の健康づくりをとおし、自殺予防を啓発	6回 272人	
	健康節酒チャレンジ教室	アルコールによる健康障害を知り、自身の飲酒量を見直し生活改善を促す	3回 23人	
	啓発活動	広報、ケーブルテレビ、機関紙による啓発、図書館、地区文化祭等行事の際の展示		
人材育成	医療介護教育等相談従事者自殺予防研修	アルコール問題や高齢者うつ病の理解、「気づき・見守り・連携支援」実践への研修	3回 60人	関心が高く、毎年研修会を継続開催。しかし、関係機関からの相談連絡は少ない。「気づき、つなぎ」が実践できるよう、研修内容の見直しが必要。
	職域健康管理対象者自殺予防研修	アルコール問題やうつ病、発達障害を含む精神疾患全体の理解と支援方法を学ぶ研修	1回 39人	
	高齢者等見守り支援研修	民生委員、老人クラブ連合会、ＮＰＯ等へ高齢者うつ病の理解、「気づき・見守り・連絡相談」実践への研修	8回 223人	
ハイリスクアプローチ	こころの健康相談	精神科医師による個別相談	11回 17人	市民、関係機関からの相談件数は増加なく横ばいで推移。ハイリスク者等うつ病の理解を深める必要がある。また、相談しやすい窓口について検討が必要。
	夕方版こころの健康相談	精神保健福祉士による個別相談	12回 2人	
	アルコール相談会	アルコール障害の恐れのある当事者及び家族の個別相談	3回 0人	
	高齢者運転免許返納者うつ病スクリーニング	免許返納者へ高齢者生活機能評価(うつ病項目：一次)を実施。2項目以上のチェックでＫ6（2次）を実施	一次 198人 二次 25人 医療紹介 0人	
	駅北大火被災者全戸訪問	28年12月の大火以降、看護職による継続訪問の実施。	3回 261世帯	
	自殺に関する実態把握	関係者への聞き取り、振返り		
	自殺未遂者等対策連携検討会	消防、警察、医療、行政（福祉・保健）による連携会議	1回	
	自殺ハイリスク者等事例検討会	ケース関係者による事例検討	1回	
関係機関連携	自殺対策推進協議会(職域、全体)	自殺対策のための必要事項を協議	2回	自殺の現状について共有し対策を協議できている。対策を効果的に進められるよう、さらに各機関との連携体制づくりが必要。
	自殺対策庁内委員会	全庁的な自殺対策の推進会議	1回	
	健康づくり推進協議会	医師会、歯科医師会、薬剤師会、職域、健康づくり団体等参集しこころと身体の健康づくり対策を協議	2回	

Ⅳ　計画の推進

自殺総合対策大綱にもとづき、計画を推進します。

1）基本理念

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ます

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、対人支援・地域連携を強力に総合的に推進します。

2）基本認識

自殺は個人の自由な意志ではなく、追い込まれた末の死であること

自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題です。

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

本市においては、30代の働き盛り世代の自殺が県・国の自殺率を上回り、さらに増加傾向であるなど大きな問題となっています。

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

自殺総合対策とは、国・県・市が協力し、ＰＤＣＡサイクルを通じて、自殺対策を常に進化させながら推進する取組です。

3）基本方針

① 生きることへの包括的な支援を推進

「生きることの促進要因」自己肯定感や信頼できる人間関係、危機回避能力等を促進し、「生きることの阻害要因」失業や多重債務、生活苦等を減らすため、地域のあらゆる取組を総動員して、生きることへの包括的な支援を推進します。

② 関連施策との有機的な連携による総合的な対策の展開

自殺の要因となり得る生活困窮や介護問題、職場のパワーハラスメントなど、関連の分野においても同様の取組が展開されています。こうした様々な分野の支援者が、それぞれ自殺対策の一翼を担っているという意識を共有し、連携の効果を高めた包括的な取組を推進します。

③ 対応の段階に応じたレベルごとの対策の効果的な連動

自殺の危険性が低い段階における啓発等の「事前対応」と、現に起こりつつある自殺発生の危険に介入する「危機対応」、それに自殺未遂が生じてしまった場合等における「事後対応」の、それぞれの段階における取組を推進します。

④ 実践と啓発を両輪として推進

自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こり得る危機」ですが、危機に陥った人の心情や背景が理解されにくい現実があります。身近にいるかもしれない自殺を考えている人のサインに早く気付き、精神科医等の専門家につなぎ、その指導を受けながら見守っていけるよう、広報・教育活動を推進します。

⑤ 関係者の役割の明確化と連携・協働の推進

「誰も自殺に追い込まれることのない社会」を実現するためには、国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業、市民が連携・協働するが必要です。市においては、「地域の状況に応じた施策を策定し、実施する」責務があります。自殺の実態把握、課題分析を行い、関係機関と協議・連携の上、対策を推進します。

また、市民は「自殺が社会全体の問題でありわが事であることを認識し、主体的に自殺対策に取り組む」こととあり、普及啓発を進めていく中で意識の向上を図ります。

4）重点事項

① こころの健康問題への理解促進

全市民がこころの健康問題を知り、年齢や背景に応じた心情の理解を深め、必要時には援助を求めることが適切であるとの共通認識をすすめます。相談支援者をはじめ、職域、各団体には、市の実態、ハイリスク者の背景など具体的、積極的に普及啓発を行います。

② 若年層（20～30代）への自殺対策強化

精神障害の発症は、環境が大きく変わる高校卒業、就職後の20歳から39歳が最も多く(*1)、周囲にはわかりにくい状況も多くあります。本市においては、30歳代の自殺率が最も高くなっており、事業所におけるメンタルヘルス対策支援と無職の方への支援もあわせ、早期に適切な医療・援助が受けられるよう、職域、医療・福祉等関係機関の連携を強化します。

＊1　厚生労働省「精神障害者社会復帰サービスニーズ調査」（平成15年）より

③ 高齢者への自殺対策強化

本市の振り返り事例から、高齢者のうつ症状に気づけていない、気づいていても精神科医療につながっていない実態があります。全市民、相談支援関係者が、わかりにくい高齢者うつ病症状に気づき、適切な医療へつなぐなど実践と啓発を推進します。

5）具体的な取組

作成未

既存の担当課事業に加え、市役所庁内の全関連分野における自殺対策を盛り込み作成予定
（包括的な取組を推進）

6）計画の推進体制

市民全体の健康増進を図る「糸魚川市健康づくり推進協議会」と「糸魚川地域自殺対策推進協議会」の２つの組織において、本計画の進捗管理と対策についての検討協議を行い、他機関とも協働しながら計画の評価・推進を行っていきます。