

令和3年度第1回広島市うつ病・自殺対策推進連絡調整会議 会議録（要旨）

- 1 開催日時 令和3年8月3日（火）午後7時～午後8時40分
- 2 開催場所 広島市役所 本庁舎 14階 第7会議室
- 3 出席委員 岡本会長、樋口副会長、磯邊委員、板垣委員、長田委員、勝尾委員、鈴木委員、高松委員、田村委員、寺村委員、中原委員、中村委員、平井委員、山下委員、横道委員
（18名中15名出席）
- 4 オブザーバー 広島県立総合精神保健福祉センター所長 鎗田労働衛生コンサルタント事務所長
- 5 事務局 障害福祉部長、精神保健福祉センター所長、精神保健福祉課長、精神保健福祉センター相談課長、保護自立支援課長、消防局救急担当部長（代理）教育委員会育成課長、教育委員会生徒指導課長
- 6 議 事 議題1 会長及び副会長の選出について
議題2 広島市における自殺（自死）の現状等について
議題3 広島市うつ病・自殺（自死）対策推進計画（第2次）の振り返りについて
議題4 広島市うつ病・自殺（自死）対策推進計画（第3次）の策定について
議題5 広島市うつ病・自殺（自死）対策推進計画（第3次）の骨子案について

7 発言要旨

区分	発言要旨
開会	
障害福祉部長	（挨拶）
事務局	（配付資料確認） （委員自己紹介）
議題1 会長及び副会長の選出について	
事務局	（議題1 会長及び副会長の選出について説明）
磯邊委員	会長に岡本委員を、副会長に樋口委員を推薦する。
	（異議なし）
事務局	ご賛同が得られたので、岡本委員には会長に、樋口委員には副会長にご就任いただきます。 議題2以降の進行は、岡本会長にお任せする。
議題2 広島市における自殺（自死）の現状等について	
事務局	（議題2 広島市における自殺（自死）の現状等について、資料1、1-1、1-2、1-3により説明）
岡本会長	資料1-1は現状について説明してもらった。平成29年ぐらいからここ4、5年は割と下げ止まり感があるというのが一つ目の結果である。 次のページは、広島市が政令指定都市の中では、そこそこであるということが分かる。 4番目の年代別では、20代以下と80代以上ということを注目したらどうかという提案だと思う。 5番目のところでは、中高年層は自殺死亡率が減っているような感じはあるが、

区分	発言要旨
	若年層や高齢者がちょっと増えているかもしれないという印象である。次の男女別では、男性の自殺死亡率が減っているが、中高年の男性が減っていてということなのかもしれない。 それから次のページの資料１－２に入って原因を分析すると、やはり原因・動機として圧倒的に多いのが健康問題である。健康問題には身体や精神といったものが含まれており、その次には経済的な問題や家庭の問題と大体３つがそろっている。さらにもう少し詳しく見てみると、特にメンタルの疾患、例えばうつ病であるとかその他の精神疾患、統合失調症あるいは薬物の問題なども含まれるが、そういったものが割と大きくクローズアップされるべきではないかということである。 その次では年代別に分かれていて、高齢者が健康問題、若年者では健康問題以外のところ、例えば男女の問題などが一つの特徴と思われる。 資料１－３は全体的なまとめで、コロナの影響について、もしかしたら少し影響があるかもしれない。コロナについてわかっていることは、コロナが始まってうつ病あるいはうつ状態の罹患が大体１．５倍から２倍あるいは３倍ぐらい増えているところもある。少なくともコロナの影響でうつが増えているというのは世界で言われている所見であるが、それが自殺(自死)につながっているかどうかは分からない。コロナの影響でうつが増えているところまでは割とエビデンス（根拠）としては確固としたものが出ている。 コロナに関しては、やはりウィズコロナの時代の問題である。要するに社会に対して関わるができなくて、人と交われないなどの問題がうつの要因になっているのではないとか、色々な制約を受けているとかといった問題、それからポストコロナの問題もあり、コロナが終わった後にもさらに大変なことが起こるのではないかと我々医療の業界の中では予測している。要するに、ウィズコロナでひきこもることで、結構精神的に安定している方もいて、そういったひきこもることが段々許されない時代がこの後にやってくる可能性もあり、うつが増えて自殺(自死)が増えるまでに少しタイムラグがあるはずなので、今後コロナの影響を見ていく必要があるけれども、それにも増してやはり健康問題は重要で、メンタルヘルスの対策をしっかりとやっていくことと、やはり層の厚いところにフォーカスを当ててやるのが大切なのではと思う。
磯邊委員	３ページ目を見ると、全国平均及び政令指定都市の自殺死亡率の棒グラフが載っている。 広島市はちょうど真ん中であるが、気になるのが生活保護の保護率である。 一般的に北海道、札幌それと近畿圏、それらの地域が保護率が高いと言われており、この表を見ると京都市が１番最後なので、京都市の保護率がどれぐらいあるのかちょっとわからないが、だいたい千葉がトップというのが少しわかりづらいが、後は大阪とか、札幌とか、神戸とか、堺とか、あのあたりは困窮される市

区分	発言要旨
	民の方が多いので、自殺死亡率が高い形になっているのかなと思う。 こういう生活保護や困窮との関係を少し調べてみたらどうかと思う。
事務局	今、磯邊委員から、先ほどの資料で生活保護率が高いところが自殺死亡率が高いのではないかというご意見があったが、生活困窮が自殺の要因の一つに上がっているというのは、先ほどの資料でも拝見した。 コロナで経済的に困窮をする方が非常に増えているが、生活保護の方では広島ではまだ影響があまり出ていない。 関東圏とか、緊急事態宣言が多く発令されているところが、例えば、飲食店等に対する営業自粛により影響を受けて、収入が少なくなられている方が多い地域は保護率が大変上がっている。 広島の方では、生活保護の申請件数は、実はコロナが始まる前の令和元年とさほど変わっておらず影響は出ていないが、影響が出ているところがある。 それは、生活保護に至る前の生活困窮者自立支援制度というのがあり、広島市では、くらしサポートセンターを各区に配置している。コロナが発生する前の令和元年度は、くらしサポートセンターに相談された方が年間2,700件程度であったが、令和2年度はかなり増えて、8,831件になっている。やはり、くらしサポートセンター自体が生活困窮をした方がメインとなっているため、相談の中身としては収入や生活費のことで悩んでおられる方が半数以上になっている。 自殺(自死)につながるかどうか分からないが、相談が増えているということは、非常に困られてどこかに何とか聞いてほしいと思う方が増えているということで、私どもの関係しているその部署が、こういった自殺防止の対策の重要な部門の一つになっているのではないかと考えている。
岡本会長	後で少し説明しようかと思っているが、6個スライドがある資料の中の1番右下のところに自殺リスクのモデルというのがあり、その中には経済的混乱という項目も入っている。 要するに、貧困等がやはり自殺(自死)のリスクにつながるというのは、マスのデータの解析の中でも明らかになっていることであるので、言われたように今後重要な取り組みになってくるのではないかと考えている。
平井委員	これはお願いであるが、今日示されたデータは令和2年の12月までのものとなっているが、コロナの影響を見ていくということになると、令和3年の今は8月であるので、もう少し最近の自殺者数などがわかる範囲で今後示せるようなものがあれば、推計ということかもしれないが、今後の対策を立てる上で刻々と状況は変化しており、大切であるのでお願いできたらと思う。
勝尾委員	平井委員の発言とも少し関係があるが、8ページ目の3段目の下のほうに、コロナの関係で心理的ゆううつ等が影響しているのではないかという分析になっているが、例えば精神保健福祉センター等で相談を受けていると思うが、コロナに

区分	発言要旨
	関する心理的ゆううつ等が分析されているのか。何かその辺の情報があれば教えてほしい。
事務局	精神保健福祉センターでの相談の分析であるが、センターでは、自殺(自死)対策推進センターとして、自殺(自死)防止相談電話での相談を受けている。 令和２年度に関しては、相談件数は５６９件、前年度の平成３１年度に関しては５２７件で、年々増加傾向になっている。 主訴については、先ほど自殺の原因・動機として挙がっていたように、健康問題、家庭問題、経済問題に関するものが内容的には多く占めており、分析というところまでではないが、現状、実情の把握に努めている。
磯邊委員	先ほど平井委員が話していたことを私も少し話したいと思っていたが、つまりコロナだけ抜き出して、表を作ってもらいたいと思っている。 それと、失業率である。 コロナが２０１９年の１１月に武漢あたりで出て、その後もずっと発生して今に至っているが、そのプロセスで、コロナが多いから自殺(自死)で亡くなられた人が増えるのではなくて、自殺者数への影響というのはずいぶん後に出てくるのではないかと思う。 コロナの患者数が１番多いときに、自殺者数が多いかといえば、そうではなくて遅れて来る。つまり、コロナの患者数の状況と広島市の失業率がわかると、これから分析するのに役に立つのではないか。自殺(自死)は特に複合的な問題で、どこかで切れば健康問題や家庭問題などになる。 例えば失業をする。そうすると、家の中にいる時間が増える。そうすると、夫婦で喧嘩をする。要するに人間関係が悪くなる。そうすると、健康的にストレスが増えてきて、今度はうつになってくる。どこかで切れば、それは夫婦関係の問題であるし、どこかで切れば失業の問題になるので、基本的に自死問題というのはそういう複合的に起こるので、現在、パンデミックということもあり、失業というものに注目してみたらどうかと思っている。 できれば各月の失業率が分かれば入れてほしいと思う。
岡本会長	そのようなデータが出せそうかと思うのが一つと、あともう一つはやはり統計学的なパワーの問題があって、広島市の自殺(自死)で亡くなられた人が年間２００人になるので、やっぱりそこにそれだけのアウトカムが寄与するかどうかを証明するのはちょっと難しいので、それは文献的なレビューを世界のデータも含めて見たほうが、よりその因果という意味では明らかにできると思う。 うつとコロナの絡みはたくさん調べたが、自殺(自死)まではちょっと手が回っておらず、そこまでは調べてはいない。
事務局	平井委員のほうから、直近の自殺者数もこのような会議の場で示していただきたいということであったため、今後示すような方向でしていきたいと思う。ちなみに、人口動態統計の公表が少し遅いため、警察庁の自殺統計で令和３年の６月

区分	発言要旨
	までを見ると、前年同月比で30人ほど自殺者数が増えている。 今後もこのコロナ禍が続くのであれば、もしかしたら自殺(自死)で亡くなられた人が増えるかもしれないし、ワクチン接種が進んで経済がV字回復することがあれば、もしかしたら自殺者数が減っていくかもしれないし、それはちょっとわからないというところである。
議題3 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第2次)の振り返りについて	
事務局	(議題3 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第2次)の振り返りについて、資料2により説明)
田村委員	個別目標のウであるが、これは自殺(自死)で亡くなられた方のうち、未遂歴を有する方を減少させるという目標であるが、これだと100人亡くなられた方のうち、自殺未遂がなくて亡くなられるほうを目指されているということになると思うが、これはこの会議の中で、目標設定を増加するに変更したほうがよいと思う。 自殺(自死)で亡くなられる方が100人いたとしても、それまでに何度も自殺未遂で関わっていたりすることで、それで結局自殺(自死)を止められているため、目標がちょっと逆ということはないかと思うがどうか。
事務局	1回で自殺(自死)を既遂する方の中にはおられるが、毎年、自殺未遂歴を有する方が亡くなる割合が多く、1回の自殺企図で亡くなる方を止めるのは、色々な原因が複雑に絡む中で、その人と接触するというのがなかなか難しく、自殺未遂者の場合は病院に救急搬送されて、そこでコーディネーターと関わるということができるので、その段階でももしかしたら救えるかもしれないということで、目標値として設定している。
岡本会長	データの出し方はどういう方法なのか。要するに、コーディネーター事業を行っている病院に入って自殺未遂で関わった人たちがなのか、それとも広島市全体で自殺未遂を過去にしたことがある人たちのことなのか。後者の意味でないと後の文章につながらないと思うが、そこはどういう理解になるのか。
事務局	分母は自殺(自死)で亡くなられた人で、そのうち自殺未遂歴をする人の割合が24.7%ということである。母数は自殺(自死)で亡くなられた人全体、そのうち4分の1が、自殺未遂が過去にあって亡くなった方がおられるのでそういう方を減らしていきたいと考える。
岡本会長	そうすると、コーディネーター事業と関係ない話になる。コーディネーター事業に乗っかっているか乗っかっていないかわからない。2段階の問題になっているような気がする。全例がコーディネーター事業のある病院に行くわけではなく、多くの自殺未遂者は行かないから。
事務局	広島市のコーディネーター事業の対象病院が2個しかなく、県内でも3カ所ということになるため、確かにコーディネーター事業に乗らない方もおられる。
岡本会長	ほとんど乗っていないのではないかと思う。

区分	発言要旨
	それから、コーディネーター事業のある病院に来ててもコーディネーター事業に乗らないということを書いてある。
板垣委員	臨床現場で、広島大学病院に大体70～80人ぐらいが未遂者として運ばれてきて、私たちがほぼ100%対応させてもらっている。 実際、自殺未遂者の方が来られ、ソーシャルワーカーがほぼ間違いなく関わるようにしているが、ソーシャルワーカーがいない土日とかになると、そもそも入院せずにそのまま退院するとする、例えば軽症であったりするなど、夜間に来ててもそのまま帰るということもあるので、そもそもソーシャルワーカーのコーディネーター自体が介入できないということもある。先ほど岡本会長がおっしゃっていたが、実際に介入したとしても、かなりの割合で、自殺未遂者の方からやはり支援しなくて大丈夫ですと言われたりする。 ただこの前、6月25日に僕ともう一人ソーシャルワーカーが中国新聞に取材を受けさせてもらって、記事を出させてもらったが、その時の内容としては、やはりコーディネーターが入ったほうが、自殺の気持ちや希死念慮が実際に下がることは、これまでの7年間でやってきて分かったが、やはりどうしたらコーディネーターが介入できるかということが問題である。また、本人が入院してから退院するまでの期間が短いので、例えば1週間入院するからその間に毎日説得するという感じではなく、やはり1泊2日とかで次の日にそういう事業やっていると言っても、自殺未遂者の方から大丈夫であると言われて帰られたりする。 もちろん病気の質であったり、原因によっても違うが、なかなかコーディネーター事業に乗らない方たちも多くいる。 確かにここは今後、なにかうまくやっていければいいと思う。
岡本会長	広島大学病院のコーディネーター事業の説明ということであるが、要するにウの数字が、そもそも目標達成状況が×が続いているため、目標値の設定の仕方をどう変えるかというのもある。 ○にするためというのもおかしい話だが、自殺未遂者というのはハイリスクであるということはわかっているので、そういった人たちに積極的に関わられるような何かをもう少し整備していくというのも、また後で少しご提案のところでお話しできればと思っている。 それから、あと若年層も×が続いている。これは要因は何かわかっているのか。逆に高齢者層は○が続いているが、これは何か要因がわかっているのか。
事務局	高齢者については、平成27年の数値が非常に悪く、翌年何かをしたからということで急激に下がったわけではなく、余りにも27年の数値が悪かったので相対的に下がったということである。
岡本会長	下がったのは良いことであるが、そうするとトリッキーである。 やはりちょっと数値をもう1回洗い直して、より、そういう特異な数値に変動を受けない、平成27年が高いのであれば、修正して現実的な数字に変えないと。

区分	発言要旨
	こんなトリッキーな数字を出せば、他から見てちょっとどうかと思われかねないと思う。
事務局	計画を途中で見直す機会があったため、その段階で見直すべきだったと思う。 若年層については、精神障害者保健福祉手帳や自立支援医療の精神通院の更新が2年なり1年であるため、そういった更新の機会で30歳以下の若年層については、自殺既遂者の約10%が精神障害者保健福祉手帳等の更新等で行政と関わりがあるため、区役所に来られたところをつかまえて、何とかアクセスして自殺念慮があるところを相談によって何とかできないかというところで目標値にしたものであるが、それはなかなか実際に目標決定としては難しかったと思う。
岡本会長	そうすると、次に向けてどう数値目標を設定するかというのは、やはり考えていかないといけないかもしれない。
勝尾委員	若年層の話であるが、若年層対策として何をしようとしていたのか、何がうまくいかなかったのかということを分析して考えないと次年度の計画にはならないのではないかという気がする。 それと単に自殺死亡率、自殺者数だけの数値目標だけではなくて、何をするかという目標をもう少し具体的に明確にできるところがあれば、もう少し具体的にした方がよいという気がする。 単にこの自殺死亡率の数字だけであると、市民には広島市が一生懸命に具体的に取り組んでいるという具体的な取り組み感がちょっと伝わらないのではないかといいところがあり、数値目標と併せて何か具体的な目標で、それは簡単ではないのですが出来たものも多いと思うが、出来るものは具体的な目標を設定するという事を考えてもいいのではないかという気がする。
岡本会長	では、次の議題4として「広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第3次)の策定について」をお願いしたい。
議題4 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第3次)の策定について	
事務局	(議題4 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第3次)の策定について、資料3により説明)
岡本会長	去年の11月に市民アンケートをされていたが、今回の資料の中でどこか付いていたか。
事務局	骨子案の一部に、計画策定で資料になるところだけ抜粋している形で付けており、アンケート本体自体はない。
岡本会長	アンケートを反映させるということならば、新任の委員もあり、配付したほうがよいと思うので、また後日でも配付をお願いしたい。
事務局	用意が出来たら後日送付する。
岡本会長	それでは、議題5ということで、「広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第3次)の骨子案について」をお願いする。
議題5 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第3次)の骨子案について	

区分	発言要旨
事務局	(議題5 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第3次)の骨子案について、資料4により説明)
岡本会長	では、私の方からも自殺(自死)の現状ということで少しお話をさせていただく。 2021/8/3と書かれているもので、この資料は島根大学の稲垣先生と相談して提供してもらったものである。彼は今、島根大学に来ているが、元々厚生省等で国の自殺対策の施策をつくっていた人物である。 1枚目のスライドは何かというと、島根では高齢者の自殺が多いということを言っており、その1番右側が「同居者が有り」で76%、要するに孤立とか孤独と言うが、実は同居しているけれども孤立孤独であるということが一つ問題であると。これが広島に当てはまるかどうかかわからない。 それから2枚目のスライドは、平成19年に自殺総合対策大綱が出来たときに、実は色々な流れがあって、うつ病対策というのがあり、もう一つは病気以外の部分での対策をしっかりしようということで、総合的な対策を作るのが趣旨であった。その中で、逆に総花的なものになり過ぎた傾向があるというのが平成19年である。 それが平成24年の見直しで、少し一歩踏み込んだ形で見直しが行われて、4枚目が平成28年の見直しである。これを見ていただくと、左下が多職種連携であるというのが一つ。 それから右上のところに行くと、地域レベルで今後実践的な取り組みを増やすとなっている。 その第4の6番目に何が書いてあるかというと、精神保健医療福祉サービスを拡充していく。その結果は社会全体の自殺リスクを低下させる。11番目には子ども・若者の自殺対策と、12番目には勤務の問題等を扱うということが書いてある。もともと総花的であったが、より精神医療ベースに揺り戻しが来ているというのが昨今の流れである。 次がまとめで、先ほど言ったような総合的な対策あるいは連携対策みたいなものが謳われてきて、それはそれで意義があったし、大切なことなのでやらなくてはいけないけれども、今後やるべきこととしては具体的に実践的に、1番手早いのは精神保健サービスという部分をもう少し拡充していくようなやり方を目指していくべきではないかと思っている。 第1次計画の時に私は参加していたので、そのときにACTION-Jで、社会福祉士やソーシャルワーカーが病棟に入っていることをやっていた。 その次の6枚目は、先ほどちょっと説明した自殺のリスクモデルで、これはもう世界的にある程度オーソライズ(公認)されたものである。 やはり広島市の個別の事情があるけれども、エビデンスというものがある世界においてはそれを利用した上で広島市の計画を立てないと、ちょっと怪しいものになってしまうというリスクがある。

区分	発言要旨
	左側から遠位／素因というのは、比較的遠いところの元々の素因。それから発達段階の問題。それから近位というのは、身近なところで自殺に何が影響を与えているかというもので、自殺(自死)の下に自殺行動、未遂などがあって、その下に自殺念慮とか、その下に心理学的な希望の無さとか抑うつ、その下にライフイベント。そしてその横に脱抑制があって、その下に物質障害や、アルコールの問題などがある。その左には不安や衝動性があって、その横には認知機能の問題やパーソナリティがあって、この辺の問題は精神医学領域において扱うべき問題である。 こういったものを扱わずして、自殺(自死)を減らすことは難しいと思う。できるかどうかというのは分からない。 それから上のところは社会の問題があって、今日コロナの話がたくさん出てきているが、こういう社会構造や価値観の急激な変化というのは、コロナの問題が含まれていると思う。要するに今まで外で人と交わるように言っていたけど、今は家にいておとなしくしておけという、大きな変化である。 それから、先ほど言った経済的な混乱の問題、要するに貧困であるとか、収入がなくなったとか失職したとか、それから孤立孤独の問題、こういった問題がファクターとして関与している。 1番左の遠位の問題がなかなか扱うことが難しいので、やはりこの右2つや上のあたりを扱っていくのが、自殺(自死)に対応するにはよいのではないかと考えている。 次のスライドは何を書いているかというと、これはニュージーランドの自殺予防戦略が書いてあり、1番下側にはさまざまな要因があるが、それをもう1個上の段階で、やはり精神保健の問題として扱っていくことで自殺行動を減らそうというアプローチをニュージーランドでは考えているようである。 次は8枚目であるけれども、これはNOCOMIT-Jという大野先生たちが行った研究で、地域のゲートキーパーを育てたり、あるいは研修会や講演会を増やしたりするやり方である。それで、自殺(自死)が減ったか減らないかを2群比較したが、残念ながら減っていない。論文を書くために細かなところの有意差は出したが、結構お金を使って、何億円もかけたが、効果はなかったというのが一つである。 それに対してACTION-Jという研究があり、こちらは、さきほどから板垣委員が説明してくれたような救命救急の病棟において、自殺企図者・未遂者に対して、その後6カ月にわたって経時的に関わることで自殺(自死)の企図が減るということを出しているデータで、これはポジティブな結果が出ている。しかしながら、今広島市の現状においては、残念ながらあまりうまく作動していないところもあり、そこをてこ入れしていく必要があるということは思っている。多くの自殺未遂の患者は、コーディネーター事業がある病院に行かないという問題も

区分	発言要旨
	ある。その辺も実はもう少し考えないといけないなど、色々問題があると思っている。 それからその右側では何を書いているかという、フィンランドのデータで、フィンランドの地域ごとで自殺(自死)が少ない地域はどこかというのを探していたわけである。そこで何が行われたかと見てみると、外来のサービスが充実しているところ、それから外来と入院では外来の比率が高いところ、それから24時間体制の救急サービスがあるということが判明した。広島市も精神科救急があるけれども、残念ながらとても重度の自傷の人たちに特化している。 それから訪問外来のサービスというのが良いと言われていて、実は広島市というのは、先ほど田村委員にもお伺いしたが、50いくつかの心療内科、精神科、神経科のクリニックがある。そういうものがうまく動くと、もう少し良いことができるのではないかということも思っている。 それからその次の11枚目がワンストップ支援ということで、安佐市民と市民病院のソーシャルワーカーが、自殺未遂者の人にインタビューしたら、実は相談機関に相談していなかったという話があったと思う。要は、相談するといってもどこに相談したらいいかわからないというのが広島市の現状であると理解している。このような意味において、ワンストップ支援が作れるといいのかなということを、この会議に久しぶりに入れていただくことになったときに、少し勉強なおして、自分なりにこういったことが今後必要なのではないかということをもとめて、今後この施策の中にどこまで反映できるか、あるいは現実的ではない可能性もあるし、いやいやそうは言ってもというのものもあるかもしれないと思う。 最後のところはまとめで、やはり地域精神保健を充実させるということが、自殺死亡率の低下につながるのではないかと。そのところは、基本的に総花的な国の方針もあったせいで少しおろそかになっていた。やはり、ハイリスクな人たちにハイケアを届けるということが自殺(自死)を減らすということに1番つながるのではないかということをおもひは理解しているので、そういったことが今後考えられればと思っている。 田村委員は、診療所を代表して今日来ていらっしゃると思うが、代表して発言しなくていいので、クリニックの院長として、何かこういった部分で出来そうなことかあるのかお聞きしたい。
田村委員	市の方が説明してくれたのがかなり大きなことなので、まだ把握ができていないが、先ほど岡本会長が言われた訪問外来サービスとかができればというのは往診的なことか。(岡本会長「そうである。」と発言あり) クリニックで診療をやっていて、自殺関連で考えるときはかなりシビアな自殺企図があるとどうしても診療所では対応が難しいので、精神科の病院にお願いすることになる。そのあたりは、先ほどもお話があった救急病院が随時対応していただいているので大変ありがたいが、そちらへ行ってしまうと、やはりこちらか

区分	発言要旨
	ら手を離れ、かなり落ちついた状態でまた戻って来られるという形になる。もちろん紹介状なり情報をいただくが、先ほどとちょっと話は違うと思うが、ワンストップという話があったが、地域のクリニックで全てを賄えるというような現状にはなっていないというところはある。
岡本会長	ワンストップとは別のやり方だと思うが、経済的な問題や身体問題など、問題が幾つかあるわけで、それに向けてのワンストップみたいなことがどこかに作ればいいのかなど思っている。だからクリニックの人が、あそこに行ったら何かうまいことやってくれるみたいな話であるかと。 クリニックの人たちがゲートキーパーみたいな感じを考えていて、砂漠に水を撒くようなゲートキーパーではなくて、要するに精神的な素養があるとか、あるいはそういった機関がもう少し自殺対策などに積極的に関わるようなものが作られれば、そこには病院もあり、我々のような総合病院とか大学病院は割と作られているはずなので、何かそのようなものがうまくできればなど、その連携もちょっと考えている。
田村委員	まだまだ理解不足であるが、何かつながりの中で役立てることがあれば、診療所協会の会員は県内でも90ほどあるが、市内でも50～60あるので、協力できればと思う。
磯邊委員	2つほど今日話させてもらいたいと思って来たが、一つは広島市の3次の計画ではどうしようもない話だが、自殺(自死)をされた女優についてのマスコミ報道のあり方、これは広島市がどうにかする問題ではないが。 その報道に伴って、今ICTがすごく活発であるため、どういう亡くなり方をしたのかということまで全部晒されるわけである。だから何かマスコミに対して、私はすごく違和感を感じているわけである。そういう報道の仕方は、やはり自殺(自死)問題に対して、すごい影響を与えているのではないかということが1点と、もう1点は2025年問題である。 要するに団塊の世帯が2025年に75歳以上になるということで、地域包括ケアシステムというのを、国を挙げて法律までつくって、医療介護とかそういう高齢者が施設ではなくてアパートや家で暮らして、そこへ看護ステーションの人が訪問していく、そういったシステムをこれからつくろうとしている。 そこで、この高齢者支援のところを自殺対策と一緒に考えていけないだろうかと思っている。
岡本会長	1番目のメディアの問題は、平井委員が答えるより我々が答えたほうがよくて、ある程度もう指針が出ていて、共通して色んなところから出ているが、磯邊委員が言われるように守られていないというかセンセーショナルに伝わるし、そのあとSNSを拡散というのは、今、また次の問題としてあるようで、なかなかそうするとそれはメディアリテラシーの問題なのか、そういった部分の問題になってきて、難しい問題かと思う。

区分	発言要旨
	それから２番目の高齢者の団塊世代の問題についても今後色々なことが起きてくるので、やっぱり併せて考えていく必要があるという思いでいる。 でも本当に高齢で一人だから孤独なのかどうなのか分からないと思って、そこはやっぱりディテール（詳細）を見ていかないとなかなか難しくて、何かステレオタイプに、単身で離職したからなどという理由ではないかもしれないなど、最近色々なことを考えている。
寺村委員	労働者・企業を支援している側として高齢者問題もそうだが、今まで議論していく中で、経済問題、生活問題というところがファクターとして出ていた。 私たちのところの相談でも、雇用主や人事労務を担当している方から、病院に行って欲しいけれども勧めても行かないがどうしたらよいか、働いている人がある日突然出社せず自宅で亡くなっていたらどうしようか、という声がよく相談に入ってきている。 国は、コロナ禍における経済的な支援の特例として雇調金と言われる雇用調整助成金を行っているが、最賃（最低賃金）の大幅な引き上げ率から、今回、雇用維持のために、リーマンショック以上のものを用意している。コロナの影響による失業率の話も出ていたと思うが、労働政策研究・研修機構が失業率というところでコロナが雇用・就業・失業に与える影響を出していたので、働く人への支援というところも、この自殺計画の課題と重点取組施策の中にぜひ入れていただきたい。「こころの耳」等をはじめとする労働者に対する相談の無料ダイヤルも数多く色々なところがされていると思う。（子育て、家庭に加え）経済問題から女性の自殺死亡率が上がっているところもあると思うため、ぜひ働く人の世代にも目を向けた施策を第３次計画にいただければと思う。
岡本会長	また、こういう内容を第３次計画に入れたらいいよという具体的なアイデアがあれば、ぜひまた頂戴できればと思う。多分色々ご意見もあろうかと思うが、今日参加されて、今日の夜でもちょっとこう考えていることとか、明日の朝でも思いついたようなことがあれば、事務局にメールでお伝えいただければ、色々な要素として読んでもらえると思っている。 とりあえずブレインストーミングなので、まずは数が出てこないとなかなかいいものは出てこないの、色々な意見を出していただいて、それを少し整理して、広島市の施策としてどうまとめていくか、その中でやっぱり实际的に、効果があるものをつくりたいと思っている。それは、当然エビデンスに基づいたものである必要があるし、広島市の現状に基づいたものである必要があるというふうに理解しているので、委員のお力やアイデアをいただければと思っている。 以上で、本日の広島市うつ病・自殺(自死)対策推進連絡調整会議を終了します。

令和3年度第1回広島市うつ病・自殺(自死)対策推進連絡調整会議

日時 令和3年8月3日(火)

午後7時～午後8時30分

場所 広島市役所本庁舎14階 第7会議室

次 第

1 開会

2 議事

議題1 会長及び副会長の選出について

議題2 広島市の自殺(自死)の現状等について

議題3 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第2次)の振り返りについて

議題4 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第3次)の策定について

議題5 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第3次)の骨子案について

3 閉会

※ 配付資料

【議題2関連資料】

資料1 自殺(自死)に関する統計資料の相違点について

資料1-1 広島市の自殺(自死)の現状(その1)

資料1-2 広島市の自殺(自死)の現状(その2)

資料1-3 広島市の自殺者数増減の要因について

【議題3関連資料】

資料2 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第2次)の振り返り

【議題4関連資料】

資料3 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第3次)の策定について

【議題5関連資料】

資料4 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第3次)の骨子(案)

【参考資料】

委員名簿

広島市うつ病・自殺(自死)対策推進連絡調整会議開催要綱

自殺(自死)に関する統計資料の相違点について

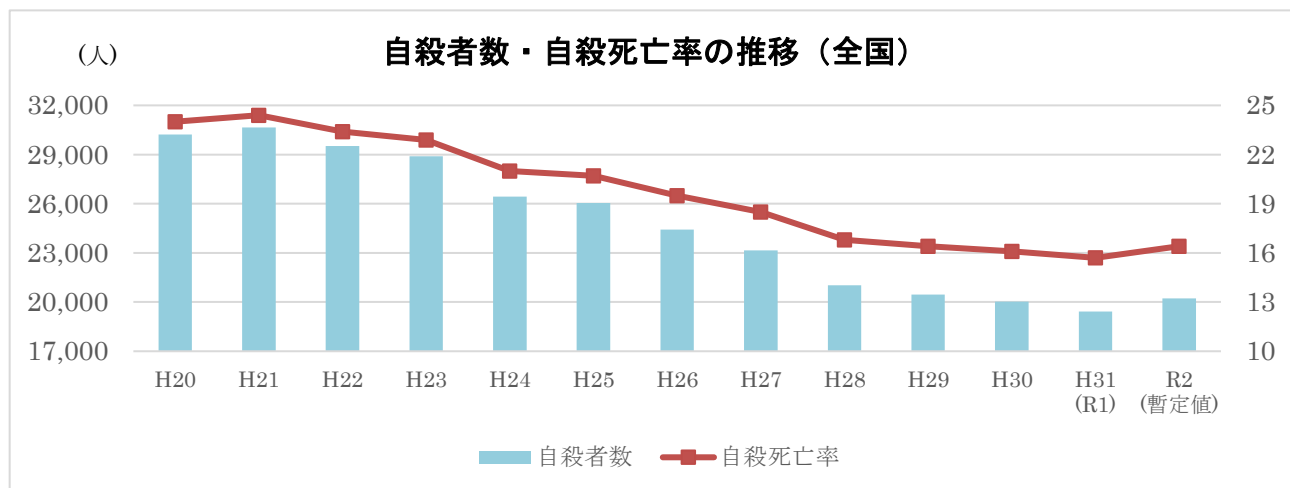
- ・ 自殺(自死)に関する主な統計資料として、厚生労働省の「人口動態統計」と警察庁の「自殺統計」の2種類がある。各統計資料は下表のとおり相違点があり、公表される自殺者数も異なっている。
- ・ 本市では、自殺者数の経年変化、他都市との比較や自殺者数等の公表を行う際には、厚生労働省の「人口動態統計」を用いており、自殺(自死)の原因・動機等の分析を行う際には、警察庁の「自殺統計」を用いている。

項目	人口動態統計（厚生労働省）	自殺統計（警察庁）
調査票	人口動態調査の死亡票	自殺統計原票
作成者	医師 (医師が作成した死体検案書を基に、市区町村が人口動態調査死亡票を作成)	警察官
調査方法	・ 医師が、遺体を診察し、死亡年月日、死亡の原因、死因の種類等を判定する。 ・ 自殺(自死)の手段及び状況等について、死体検案書の「外因死の追加事項」欄に記入することになっているが、伝聞、推定情報の場合でも可能とされている。 【医学的な調査】	・ 警察官が、遺体の外表から判断される死因だけではなく、遺体の発見された場所、遺族や発見者等の関係者に対する聴取、遺書の有無等、死亡の背景事情を含めた調査によって死因の種類等を判定する。 【捜査機関による社会的な事実の調査】
集計方法	警察官（遺体の検視または調査） ↓ 医師（遺体の検案、死体検案書の作成） ↓ 遺族等（死体検案書を添付して死亡の届出） ↓ 市区町村（届書に基づき人口動態調査死亡票の作成） ↓ 保健所（死亡票の受付・送付） ↓ 都道府県（死亡票の受付・送付） ↓ 厚生労働省（死亡票の集計、人口動態統計年報・月報作成）	警察官（遺体の検視または調査） ↓ 都道府県警察本部（自殺(自死)事例の報告） ↓ 警察庁（自殺(自死)事例の全国集計）
調査対象	日本における日本人	総人口（日本における外国人も含む。）
調査時点	住所地（住民票がある市町村）を基に死亡時点で計上	発見地を基に遺体発見時点（正確には認知）で計上
事務手続き	・ 自殺(自死)、他殺、事故死のいずれか不明の時は自殺(自死)以外で処理。 ・ 死体検案書について作成者から自殺(自死)の旨訂正報告がない場合は、自殺(自死)に計上しない。	・ 捜査等（遺体発見時以降の調査等）により、自殺(自死)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。
把握できる内容	・ 自殺者数について過去からの長期データがある。 本市の統計部局が保有している資料からは、昭和42年以降の自殺者数が把握可能。	・ 市区町村別の自殺者数が公表されたのは平成21年以降であり、短期間のデータしかない。 ・ 「同居人の有無」、「職業」、「場所」、「手段」、「原因・動機」、「自殺未遂歴の有無」等、詳細なデータがある。（個人情報保護の観点から公表不可のデータもある。）
公表時期	・ 各月の自殺者数等について、約5ヶ月後に速報値を公表 ・ 確定数は翌年9月頃に公表	・ 各月の自殺者数等について、約2ヶ月後に暫定値を公表 ・ 確定数は翌年3月頃に公表
本市における主な利用方法	・ 自殺者数及び自殺死亡率の推移 ・ 男女別・年代別・年齢層別の自殺者数及び自殺死亡率の推移 ・ 全国平均及び政令指定都市の自殺死亡率 ・ 年齢層別の自殺(自死)の死因順位	・ 年代別の自殺(自死)の原因・動機状況 ・ 自殺未遂歴の有無別自殺(自死)状況

広島市の自殺(自死)の現状 (その1)

1 自殺者数と自殺死亡率の推移 (全国)

- ・ 全国の自殺者数及び自殺死亡率は平成 21 年以降減少を続け、平成 31 年（令和元年）には、自殺者数が 2 万人を下回ったが、令和 2 年には再び 2 万人を超えており、厚生労働省によると新型コロナウイルス感染症による生活の変化などが影響した可能性があるとしている。



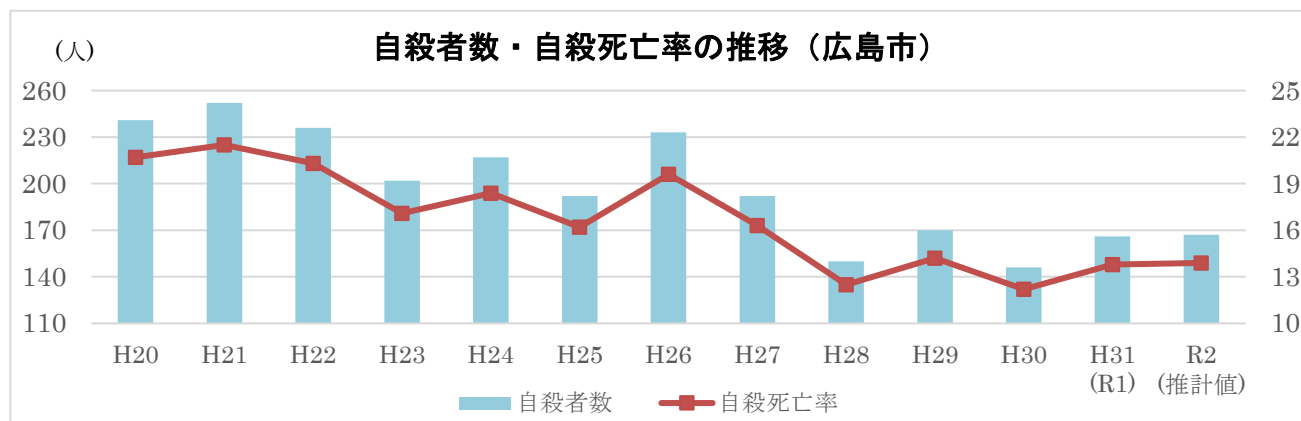
区分	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31 (R1)	R2 (暫定値)
自殺者数	30,229	30,649	29,524	28,896	26,433	26,038	24,417	23,152	21,021	20,468	20,031	19,425	20,222
自殺死亡率	24.0	24.4	23.4	22.9	21.0	20.7	19.5	18.5	16.8	16.4	16.1	15.7	16.4

※ 自殺死亡率とは、人口 10 万人当たりの自殺者数のことをいう。

※ 出典：厚生労働省「人口動態統計」。以下、資料 1 - 1 において同様。

2 自殺者数と自殺死亡率の推移 (広島市)

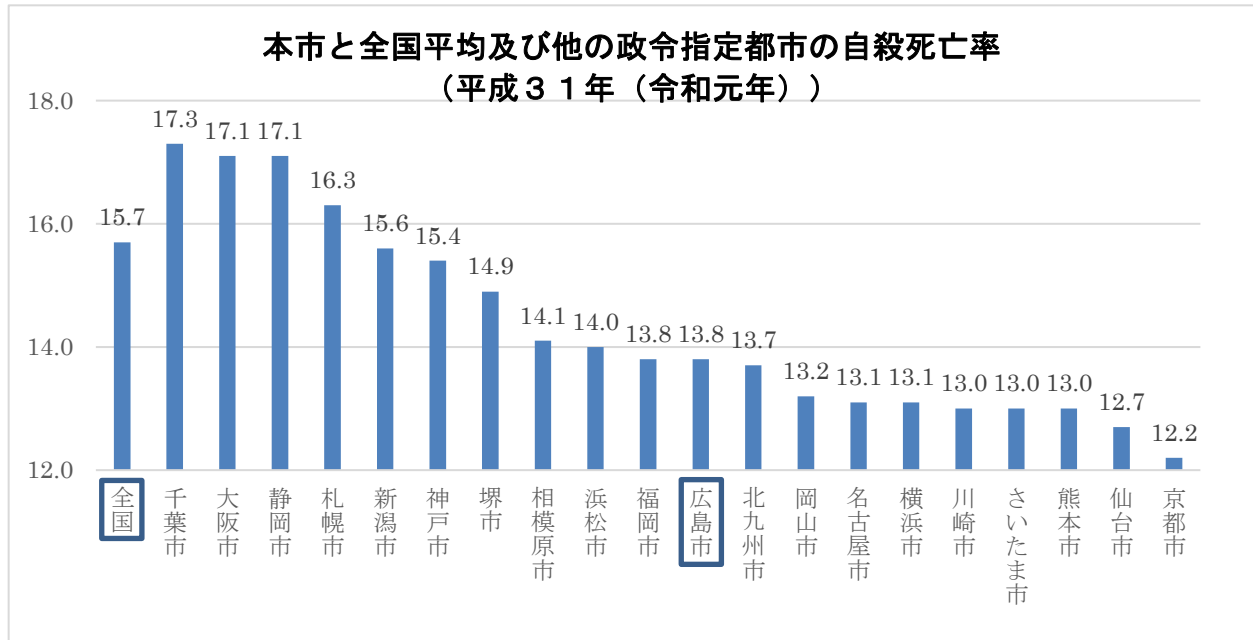
- ・ 広島市の自殺者数及び自殺死亡率は概ね減少傾向にあり、自殺者数は平成 27 年以降 200 人を下回っているが、近年は増減を繰り返している。



区分	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31 (R1)	R2 (推計値)
自殺者数	241	252	236	202	217	192	233	192	150	170	146	166	167
自殺死亡率	20.7	21.5	20.3	17.1	18.4	16.2	19.6	16.3	12.5	14.2	12.2	13.8	13.9

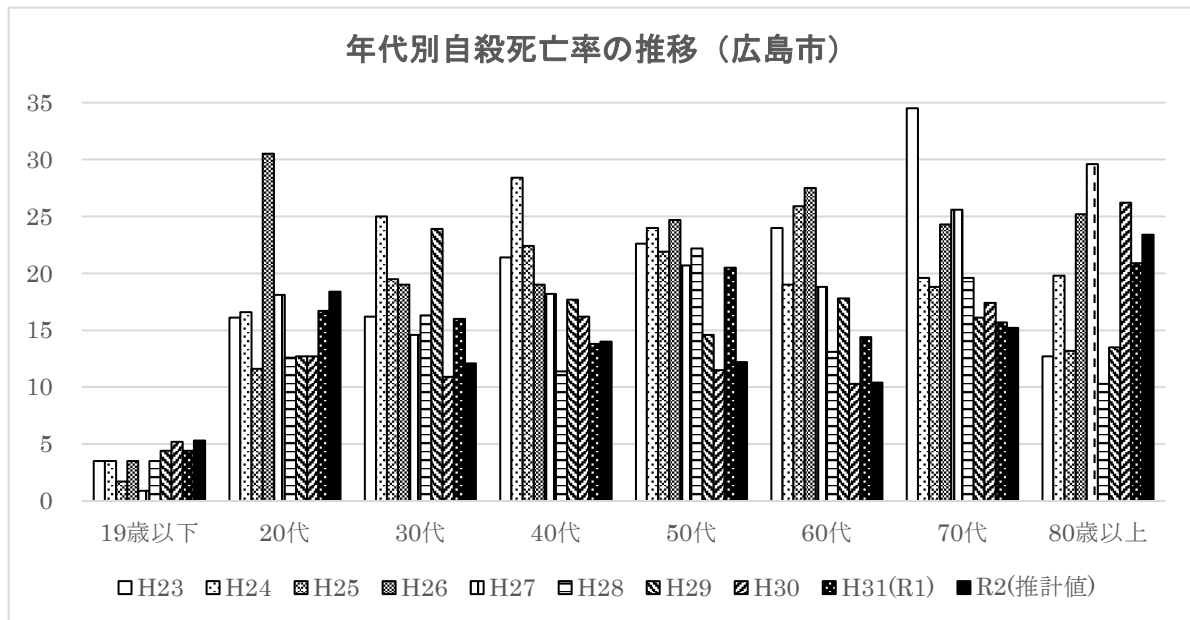
3 全国平均及び政令指定都市の自殺死亡率（平成31年（令和元年））

- ・本市の自殺死亡率は、全国平均と比べると低く、政令指定都市の中では自殺死亡率が低いほうから10番目である。



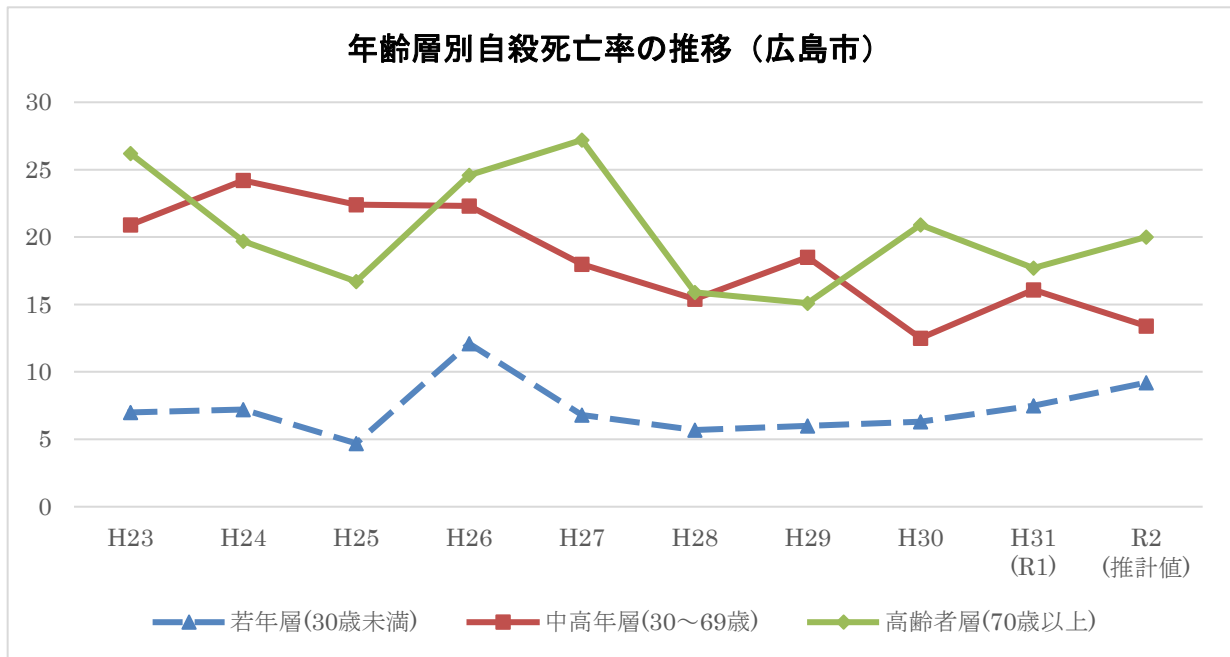
4 年代別自殺死亡率の推移（広島市）

- ・30代から70代までの自殺死亡率は概ね減少傾向にあるが、近年は20代及び80歳以上の自殺死亡率が増加傾向にある。



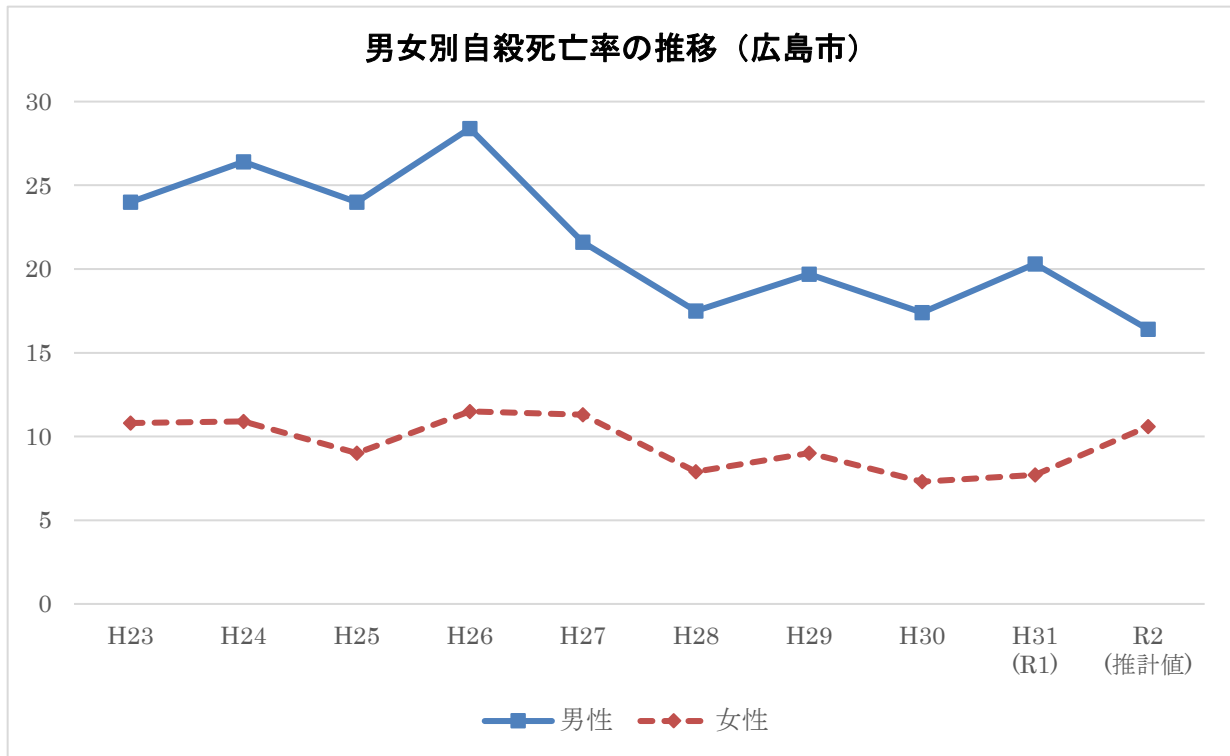
5 年齢層別の自殺死亡率の推移（広島市）

- ・中高年層の自殺死亡率は減少傾向にあるが、若年層及び高齢者層の自殺死亡率が増加傾向にある。



6 男女別の自殺死亡率の推移（広島市）

- ・男性の自殺死亡率は減少傾向にあるが、女性の自殺死亡率が近年増加傾向にある。



広島市の自殺(自死)の現状 (その 2)

1 自殺(自死)の原因・動機 (7 項目分類) (平成 29 年～令和 2 年)

- ・自殺の原因・動機としては、毎年「健康問題」(身体の病気、うつ病等)が最も多くなっている。
- ・「家庭問題」及び「勤務問題」が増加傾向にあり、「男女問題」及び「学校問題」も令和 2 年がこれまでで最も多い。

(単位:人)

平成 29 年 (原因・動機を持つ者の計:175)	平成 30 年 (原因・動機を持つ者の計:150)	平成 31 年 (令和元年) (原因・動機を持つ者の計:173)	令和 2 年 (原因・動機を持つ者の計:210)
①健康問題 103	①健康問題 74	①健康問題 93	①健康問題 97
②経済・生活問題 29	②経済・生活問題 33	②経済・生活問題 32	②家庭問題 38
③家庭問題 23	③家庭問題 16	③家庭問題 26	③経済・生活問題 31
④勤務問題 8	④勤務問題 10	④勤務問題 7	④勤務問題 17
⑤男女問題 7	⑤学校問題 5	⑤男女問題 6	⑤男女問題 10
	⑥男女問題 4	・その他 9	⑥学校問題 7
	・その他 8		・その他 10

※ 出典：警察庁自殺統計原票データを厚生労働省において特別集計したものをもとに作成。以下、資料 1 - 2 において同じ。

※ 自殺(自死)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。

※ 遺書等の自殺(自死)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・動機別件数の和と自殺者数の総数とは一致しない。

※ 数値が 3 以下の場合は、個別の自殺(自死)者の識別を防ぐとともに秘密を保護するため、空白としている。

※ 原因・動機の態様については、以下のとおり。

- ・健康問題 (身体の病気、うつ病、統合失調症、アルコール依存症、薬物乱用、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、多重債務、連帯保証債務、その他の負債、借金の取立苦、自殺による保険金支給、その他)
- ・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)
- ・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、進路に関する悩み、学業不振、教師との人間関係、いじめ、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)

2 自殺(自死)の原因・動機 (52 項目分類、上位 6 位まで) (平成 29 年～令和 2 年)

- ・自殺の原因・動機について詳細な分類で見ると、毎年「うつ病」が最も多くなっている。
- ・「うつ病」以外では「身体の病気」や「統合失調症」、「夫婦関係の不和」が毎年上位に入っている。
- ・令和 2 年では、これまで入っていなかった「生活苦」及び「親子関係の不和」が上位に入っている。

(単位:人)

平成 29 年 (原因・動機を持つ者の計:175)	平成 30 年 (原因・動機を持つ者の計:150)	平成 31 年 (令和元年) (原因・動機を持つ者の計:173)	令和 2 年 (原因・動機を持つ者の計:210)
①うつ病 46	①うつ病 28	①うつ病 39	①うつ病 44
②身体の病気 31	①身体の病気 28	②身体の病気 28	②身体の病気 18
③統合失調症 14	③その他の負債 12	③統合失調症 15	③その他の精神疾患 15
④その他の精神疾患 9	④夫婦関係の不和 6	④多重債務 13	④生活苦 11
④多重債務 9	④統合失調症 6	⑤夫婦関係の不和 10	⑤親子関係の不和 10
⑥夫婦関係の不和 7	⑥仕事疲れ 5	⑥その他の精神疾患 8	⑥夫婦関係の不和 9
⑥その他の負債 7			⑥統合失調症 9

3 年代別の自殺(自死)の原因・動機の状況（7項目分類）（平成29年～令和2年）

- ・年代別の自殺(自死)の原因・動機としては、30代以上では概ね毎年「健康問題」が最も多くなっている。
- ・19歳以下は、令和元年までは各原因・動機の数値が3以下であり、個別の自殺（自死）者の識別を防ぐとともに秘密を保護するため、数値に表れていないが、令和2年では「学校問題」が最も多くなっている。
- ・20代は、他の年代に比べ原因・動機が多様な傾向にあり、令和元年と令和2年には、他の年代では見られない「男女問題」が上位に入っている。
- ・「経済・生活問題」は、10代と80代以上を除く各年代で上位に入っている。
- ・令和2年では、「家庭問題」が上位に入っている年代が多い。また、令和元年まで入っていなかった「勤務問題」が20代と40代で上位に入っている。

（単位：人）

区分	～19歳	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代～
平成29年 (原因・動機を持つ者の計：175)		①経済・生活問題 5	①健康問題 14	①健康問題 18	①健康問題 13	①健康問題 21	①健康問題 20	①健康問題 11
		②健康問題 4	②経済・生活問題 10	②経済・生活問題 6	②経済・生活問題 5	②家庭問題 4		
			③家庭問題 5		②家庭問題 5			
平成30年 (原因・動機を持つ者の計：150)		①健康問題 5	①健康問題 9	①健康問題 13	①健康問題 6	①経済・生活問題 7	①健康問題 18	①健康問題 16
				②経済・生活問題 11	②経済・生活問題 5	②健康問題 6	②経済・生活問題 4	
				③家庭問題 6	③家庭問題 4			
令和元年 (原因・動機を持つ者の計：173)		①健康問題 8	①健康問題 13	①健康問題 11	①健康問題 21	①健康問題 15	①健康問題 13	①健康問題 12
		②経済・生活問題 5	②家庭問題 6	②家庭問題 10	②経済・生活問題 10	②経済・生活問題 8		
		③ <u>男女問題</u> 4		③経済・生活問題 5	③家庭問題 4			
令和2年 (原因・動機を持つ者の計：210)	① <u>学校問題</u> 6	① <u>男女問題</u> 7	①健康問題 10	①健康問題 21	①健康問題 14	①健康問題 12	①健康問題 18	①健康問題 14
		②健康問題 6	①経済・生活問題 10	②経済・生活問題 9	② <u>家庭問題</u> 7	②経済・生活問題 4	② <u>家庭問題</u> 5	② <u>家庭問題</u> 4
		③ <u>家庭問題</u> 5	③ <u>家庭問題</u> 7	③ <u>勤務問題</u> 7				
		③経済・生活問題 5		④ <u>家庭問題</u> 4				
		③ <u>勤務問題</u> 5						
		③その他 5						

※ 数値が3以下の場合は、個別の自殺(自死)者の識別を防ぐとともに秘密を保護するため、空白としている。

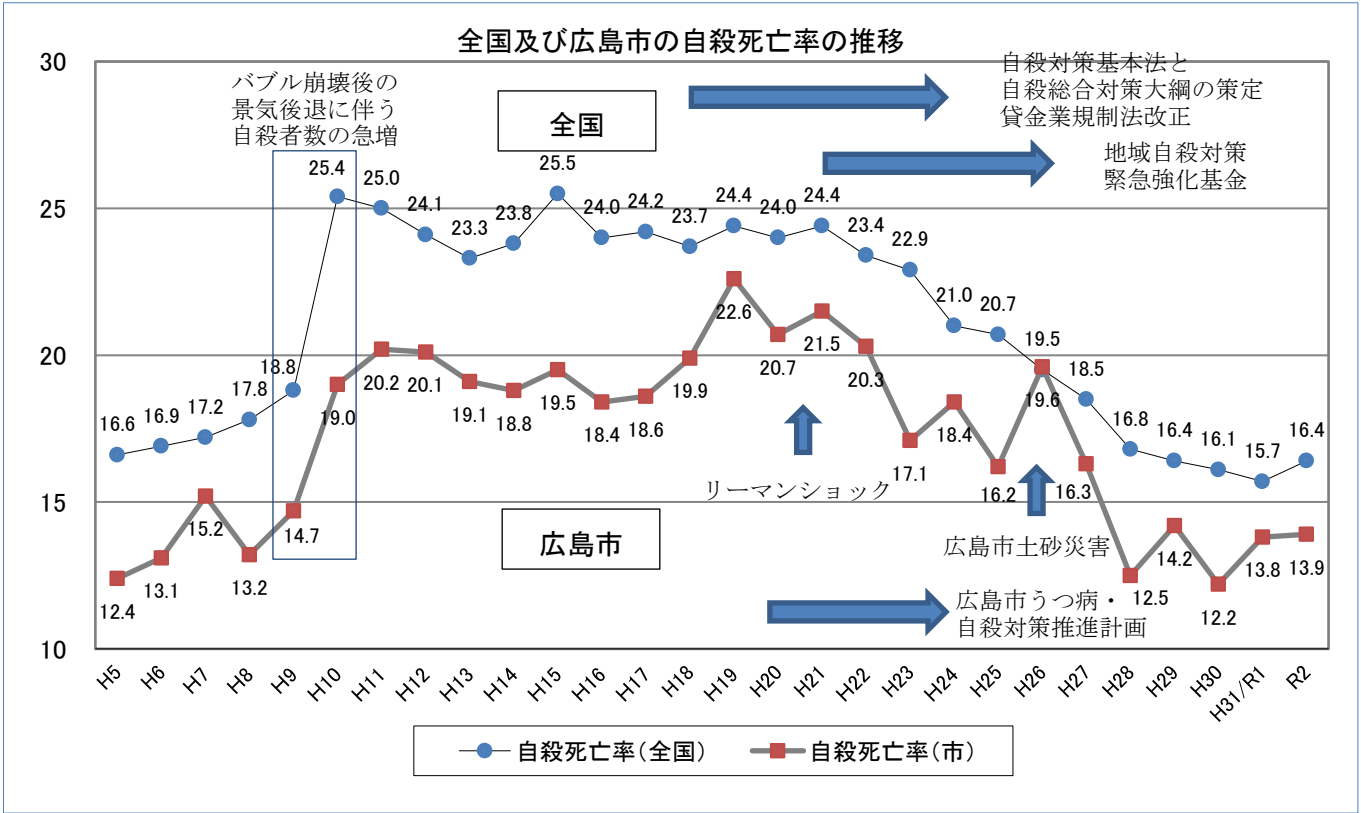
4 男女別の自殺(自死)の原因・動機の状況（7項目分類）（平成29年～令和2年）

- ・男女別の自殺(自死)の原因・動機としては、毎年男女とも「健康問題」が最も多くなっている。
- ・男性では「経済・生活問題」が、女性では「家庭問題」が2番目に多い。
- ・男性では「家庭問題」及び「勤務問題」が増加傾向にある。
- ・女性では「家庭問題」及び「経済・生活問題」が増加傾向にあり、令和2年には、これまで入っていなかった「勤務問題」が入っている。

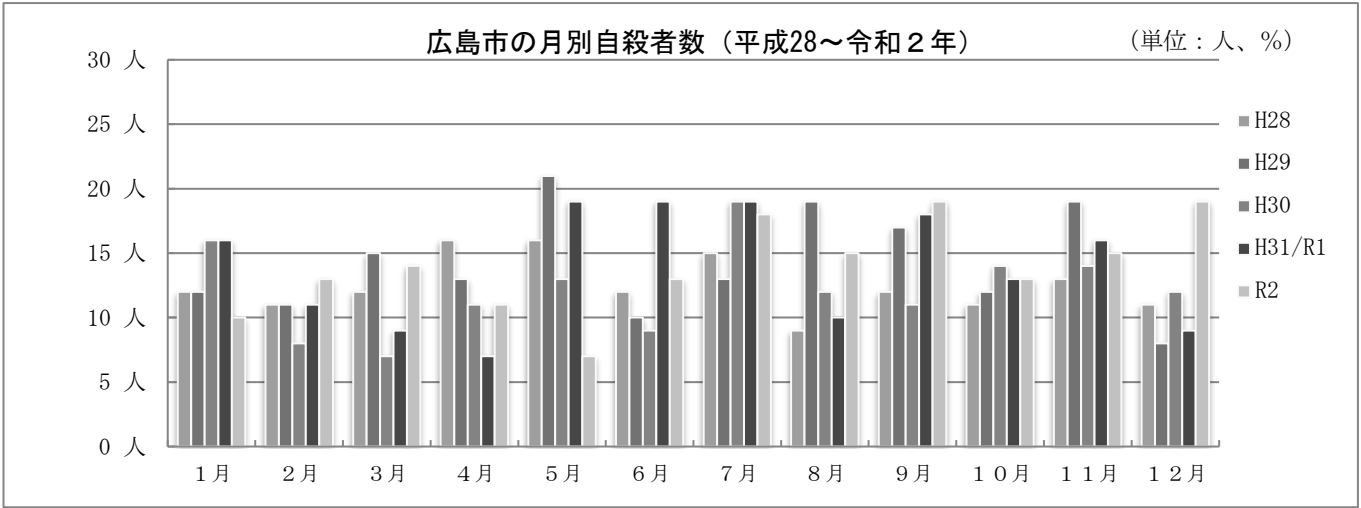
区分	平成29年 (原因・動機を持つ者の計:175)	平成30年 (原因・動機を持つ者の計:150)	平成31年(令和元年) (原因・動機を持つ者の計:173)	令和2年 (原因・動機を持つ者の計:210)
男性	①健康問題 54 ②経済・生活問題 26 ③家庭問題 14 ④勤務問題 7 ④男女問題 7	①健康問題 42 ②経済・生活問題 28 ③家庭問題 10 ④勤務問題 8 ⑤学校問題 4	①健康問題 61 ②経済・生活問題 27 ③家庭問題 16 ④勤務問題 6	①健康問題 49 ②経済・生活問題 23 ③家庭問題 20 ④勤務問題 11 ⑤男女問題 7 ⑥学校問題 4 ・その他 6
女性	①健康問題 49 ②家庭問題 9	①健康問題 32 ②家庭問題 6 ③経済・生活問題 5	①健康問題 32 ②家庭問題 10 ③経済・生活問題 5	①健康問題 48 ②家庭問題 18 ③経済・生活問題 8 ④勤務問題 6

※ 数値が3以下の場合は、個別の自殺(自死)者の識別を防ぐとともに秘密を保護するため、空白としている。

広島市の自殺者数増減の要因について



- ◎ 全国の自殺死亡率の推移は、バブル崩壊による経済情勢・雇用環境の悪化、金融機関の破たん等による社会不安が高まっていた平成 10 年に前年比約 35%増と急増しており、本市も全国と同様に自殺死亡率が急増し、その後も高い状況が続いていた。こうした中、国は、平成 18 年に「自殺対策基本法」を制定し、翌年（平成 19 年）に「自殺総合対策大綱」を策定して、自殺対策を総合的・計画的に推進することとした。
- ◎ 本市においても、平成 20 年に「広島市うつ病・自殺対策推進計画」（第 1 次）を、平成 29 年に計画期間の満了に伴い、平成 24 年の改正「自殺対策基本法」及び改正「自殺総合対策大綱」にも即した第 2 次計画を策定し、計画に基づく施策の推進状況の検証等を進めながら、自殺(自死)対策を総合的に推進しており、計画の策定後は、本市の自殺死亡率は増減を繰り返しながらも全国と同様に減少傾向にあり、計画に基づく取組等による一定の抑制効果があったと考えられる。



- ◎ 令和 2 年の本市の自殺者数は 167 人（暫定値）、自殺死亡率は 13.9（推計値）と、全国と同様に自殺者数が増加した。その要因として、令和 2 年の月別自殺者数を見ると、12 月で前年と比べ大きく増加しており、新型コロナウイルス感染症の患者数の急増の時期と重なることから、同感染症の感染拡大による経済困窮や心理的ゆううつ等の影響が、自殺者数の増加に影響を与えた可能性がある。
- ◎ 自殺(自死)の多くは、様々な要因が連鎖する中で起きていると言われており、要因の特定に向けて、更なる分析を進めるとともに、引き続き新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う影響を注視し、関係機関等と連携するなど、より効果的な自殺(自死)対策の研究を進める必要がある。

広島市の各年月別自殺者数（平成 28～令和 2 年）

(単位：人、%)

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	計	対前年増減率
H28	12	11	12	16	16	12	15	9	12	11	13	11	150	▲21.9
H29	12	11	15	13	21	10	13	19	17	12	19	8	170	13.3
H30	16	8	7	11	13	9	19	12	11	14	14	12	146	▲14.1
H31/R1	16	11	9	7	19	19	19	10	18	13	16	9	166	13.7
R2	10	13	14	11	7	13	18	15	19	13	15	19	167	0.1

広島市の月別新型コロナウイルス感染症患者数（令和 2 年）

	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	計
R2	0	0	4	73	7	0	114	89	36	34	141	1,786	2,284

患者数の急増

広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画(第2次)の振り返り

令和3年8月3日

1 第2次計画策定までの背景

- ◎ 本市では、自殺者数が平成10年に急増して以降、年間200人を超える状況が続く中、自殺対策基本法(以下「法」という。)の施行及び国の自殺総合対策大綱(以下「大綱」という。)の策定に基づき、平成20年6月に、平成20年度から平成28年度までの9年間の計画期間とする「広島市うつ病・自殺対策推進計画」(第1次)を策定した。
- ◎ 平成24年8月に国の大綱が改正されたことを受け、第1次計画の推進状況、自殺(自死)で亡くなった人の現状、経済情勢等を踏まえて、平成26年11月に第1次計画の中間見直しを行った。
- ◎ 法(平成28年4月改定)及び大綱(平成24年8月改定)に基づき、今後の本市のうつ病・自殺(自死)に関する施策を総合的・計画的に推進することを目的に、平成29年3月に、平成29年度から令和3年度までの5年間の計画期間とする「広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画」(第2次)を策定した。

2 第2次計画における目標設定及び達成状況について

第2次計画では、国の大綱の目標値に合わせた総括目標と、本市が抱える課題を踏まえた個別目標3項目を設定した。

(1) 総括目標

令和3年に平成27年の自殺死亡率^(※)16.3を20%以上減少させ、13.0以下にする。^(※)人口10万人当たりの自殺者数

年	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
目標値	—	15.7	15.2	14.6	14.1	13.5	13.0
自殺死亡率	16.3	12.5	14.2	12.2	13.8	13.9(推計値)	
目標達成状況	—	○	○	○	○	×	△

⇒令和元年までは目標を達成できていたが、令和3年は新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う経済困窮や心理的ゆううつ等により自殺死亡率の増加が懸念され、目標達成は見通しがつかない状況である。

(2) 個別目標

ア 若年層(30歳未満)の自殺死亡率の減少

令和3年に平成27年の若年層の自殺死亡率6.8を10%以上減少させる。

年	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
目標値	—	6.6	6.5	6.4	6.3	6.2	6.1
自殺死亡率	6.8	5.7	6.0	6.3	7.5	9.2(推計値)	
目標達成状況	—	○	○	○	×	×	×(見込み)

⇒平成30年までは目標を達成できていたが、自殺死亡率が毎年増加し、目標達成は困難な見込みである。

イ 高齢者層(70歳以上)の自殺死亡率の減少

令和3年に平成27年の高齢者層の自殺死亡率27.2を20%以上減少させる。

年	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
目標値	—	26.3	25.4	24.5	23.6	22.7	21.8
自殺死亡率	27.2	15.9	15.1	20.9	17.7	20.0(推計値)	
目標達成状況	—	○	○	○	○	○	○(見込み)

⇒令和2年まで目標を達成できており、目標達成は可能な見込みである。

ウ 自殺者のうち自殺未遂歴を有する者の割合の減少

令和3年に平成27年の自殺(自死)で亡くなられた人のうちで自殺未遂歴を有する人の割合24.7%を50%以上減少させる。

年	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
目標値	—	22.6%	20.5%	18.5%	16.4%	14.3%	12.3%
自殺再企図者率	24.7%	25.8%	31.5%	21.0%	29.9%	29.1%	
目標達成状況	—	×	×	×	×	×	×(見込み)

⇒令和2年まで目標を達成できておらず、目標達成は困難な見込みである。

3 第2次計画における成果及び課題について

- ◎ 自殺死亡率は、増減を繰り返しながらも目標の基準年である平成27年よりも減少しており、第2次計画策定による一定の成果は出ていると考えるが、令和3年は、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、自殺死亡率の増加が懸念され、総括目標達成は見通しがつかない状況である。
- ◎ 若年層及び高齢者層の自殺死亡率は増加傾向にあり、要因分析を進め、今後も対策を強化する必要がある。
- ◎ 自殺未遂者の再企図については、対策として平成29年より自殺未遂者への介入支援を行う「自殺未遂者支援コーディネーター事業」を開始し、平成30年には対象病院を拡大したものの、目標達成が出来ていない。その要因として、自傷行為による対象病院への搬送者のうち同意を得て介入支援が開始できた割合が低いことから、介入支援につなげられるよう粘り強く対象者との面談を実施するとともに、対象病院等での連携や情報共有に努める。

令和 3 年 8 月 3 日
健康福祉局精神保健福祉課

広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画（第3次）の策定について

1 計画策定の目的

平成29年3月に策定した第2次計画の計画期間が令和3年度末に終了する。第2次計画策定以降は、自殺者数が総じて減少するなど一定の成果を挙げてきたことから、同計画の基本理念や取組を継承・発展させていくとともに、これまでの取組で明らかとなった課題、令和2年11月に実施した市民アンケート調査結果、社会経済情勢の変化及び自殺をめぐる諸情勢の変化などを踏まえ、うつ病・自殺(自死)対策を進めていくため、第3次計画を策定する。

2 計画の位置付け

国の「自殺対策基本法」及び「自殺総合対策大綱」に基づく市町村計画

3 計画の期間

令和4年度（2022年度）から令和8年度（2026年度）までの5か年とする。（国の「自殺総合対策大綱」がおおむね5年を目途に見直しを行うため。）

4 策定体制等

(1) 広島市うつ病・自殺(自死)対策庁内関係者会議

本市庁内関係部局の課長で構成される会議を開催し、関係部局間の連携を図り、情報交換や関係諸施策の調査・研究を行い、次期計画の策定を進める。

(2) 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進連絡調整会議

うつ病・自殺(自死)対策に関わる学識経験者など外部委員で構成される会議を開催し、それぞれ専門分野の立場から意見を聴取し、次期計画の策定を進める。

(3) 市議会への報告

計画素案を作成後、市民意見募集前に報告（令和4年1月の厚生委員会を予定）を行う。

(4) 市民意見の募集等

市議会への報告後、市の広報紙やホームページ等により計画素案についての市民意見を募集する。

5 スケジュール（予定）

内容	令和3年							令和4年		
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
次期計画の策定		計画骨子案			計画素案					最終案
								● 議会への報告	← 市民意見募集	★ 計画策定・公表
庁内関係者会議 （計2回）		● 次期計画の策定・骨子案等の説明 （1回目）			● 計画素案の説明・意見聴取 （2回目）					
自殺(自死)対策 連絡調整会議 （計3回）			● 次期計画の策定・骨子案等の説明 （1回目）			● 計画素案の説明・意見聴取 （2回目）				● 最終案の説明・報告 （3回目）

広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画（第3次）の骨子（案）

かけがえのない命を支え合い、生きる喜びを分かち合えるまち「ひろしま」の実現
～ささえあい、みとめあい、ゆるしあえる社会を目指して～

資料 4

1 計画の策定に当たって

(1) 趣 旨

現計画の計画期間（平成29年度～令和3年度）が満了することから、今年度末を目途に、「広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画（第3次）」を新たに策定する。

(2) 計画の位置づけ

国の「自殺対策基本法」及び「自殺総合対策大綱」に基づく市町村自殺対策計画

(3) 計画期間

令和4年度から令和8年度までの5年間

2 広島市における自殺(自死)の現状

(1) 統計分析から見た広島市における自殺(自死)の現状

① 全体（グラフ1）

■ 自殺者数及び自殺死亡率は、第1次計画を策定した平成20年以降減少傾向にあるが、近年は増減を繰り返している。

② 年齢層別（グラフ2）

■ 「中高年層（30～69歳）」の自殺死亡率は減少傾向にあるが、「若年層（30歳未満）」及び「高齢者層（70歳以上）」の自殺死亡率が増加傾向にある。

③ 男女別（グラフ3）

■ 「男性」の自殺死亡率はほぼ横ばいであるが、「女性」の自殺死亡率が平成30年以降増加傾向にある。

④ 原因・動機別（表1）

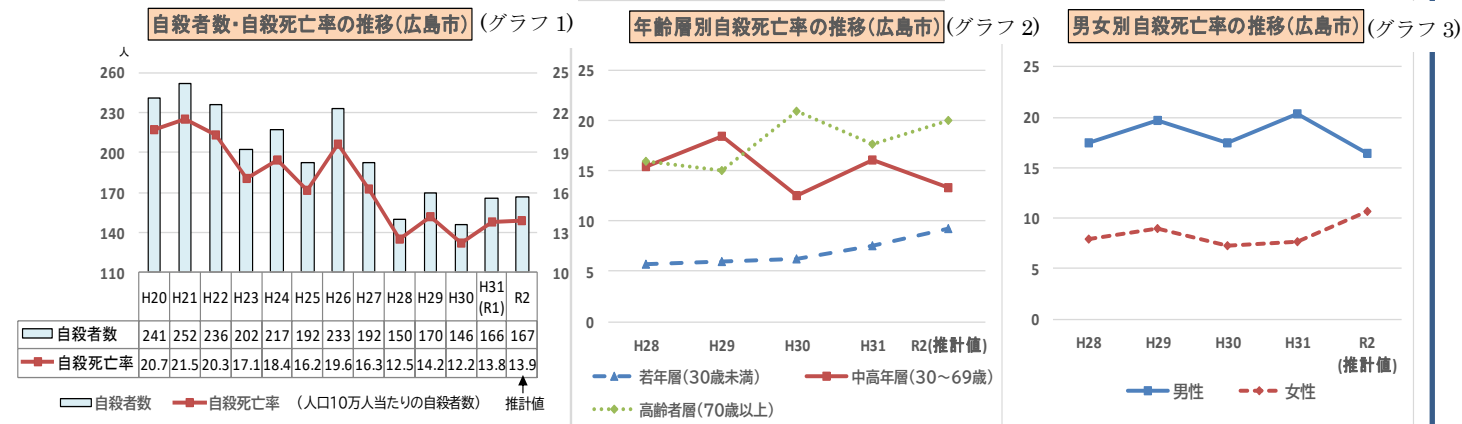
■ 自殺(自死)の原因・動機が判明している者のうち、全体的に原因・動機として最も多いのは、「健康問題（うつ病等）」であるが、各年齢層や性別の特徴として、若年層では「男女問題」や「学校問題」が、高齢者層では「孤独感」が、女性では「家庭問題」が、それぞれ他にはない原因として挙がっている。

■ 令和2年では、「経済・生活問題」のうち、「生活苦」を原因・動機とした自殺(自死)が令和元年と比べて大幅に増加している。

■ 自殺(自死)の原因・動機が不詳である者の割合について、平成30年から令和2年までの3年間に於いて広島市全体で25.4%を占めており、そのうち19歳以下では45.5%であり、他の年代と比較して突出して高い。

⑤ その他

■ 広島市民病院及び安佐市民病院に配置している自殺未遂者支援コーディネーターによる聞取調査によれば、その存在を知らない、他人に知られたくない等の理由で、自殺未遂者の約9割が相談機関を利用していない。



広島市における自殺(自死)の原因・動機が判明している者の自殺(自死)の原因・動機(平成28年～令和2年、上位10位) (表1)

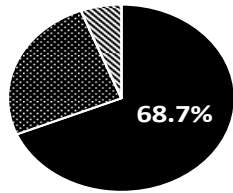
全体			若年層(計123)			高齢者層(計193)			女性(計323)		
7項目	52項目	件数	7項目	52項目	件数	7項目	52項目	件数	7項目	52項目	件数
健康問題	病気の悩み・影響(うつ病)	193	健康問題	病気の悩み・影響(うつ病)	15	健康問題	身体への悩み(身体への病気)	68	健康問題	病気の悩み・影響(うつ病)	101
健康問題	身体への悩み(身体への病気)	127	男女問題	失恋	9	健康問題	病気の悩み・影響(うつ病)	51	健康問題	身体への悩み(身体への病気)	35
健康問題	病気の悩み・影響(統合失調症)	54	健康問題	病気の悩み・影響(統合失調症)	8	家庭問題	家族の死亡	10	健康問題	病気の悩み・影響(統合失調症)	29
健康問題	病気の悩み・影響(その他の精神疾患)	47	健康問題	病気の悩み・影響(その他の精神疾患)	8	健康問題	病気の悩み・影響(その他の精神疾患)	8	健康問題	病気の悩み・影響(その他の精神疾患)	26
経済・生活問題	負債(その他)	40	経済・生活問題	負債(多重債務)	7	健康問題	病気の悩み・影響(統合失調症)	7	家庭問題	家族の死亡	16
経済・生活問題	負債(多重債務)	36	その他	その他	7	健康問題	身体障害への悩み	7	家庭問題	親子関係の不和	8
家庭問題	夫婦関係の不和	34	経済・生活問題	負債(その他)	5	その他	孤独感	7	家庭問題	夫婦関係の不和	8
家庭問題	家族の死亡	30	健康問題	身体への悩み(身体への病気)	4	経済・生活問題	負債(その他)	5	経済・生活問題	生活苦	8
経済・生活問題	生活苦	24	勤務問題	職場の人間関係	4	家庭問題	夫婦関係の不和	4	家庭問題	その他家族関係の不和	6
勤務問題	職場の人間関係	18	勤務問題	仕事疲れ	4	家庭問題	家族の将来悲観	4	勤務問題	職場の人間関係	6
【生活苦】H30:4→R1:4→R2:11			学校問題	学業不振	4	健康問題	その他	4	その他	後追い	6
						【家庭問題】H30:6→R1:10→R2:18	その他			孤独感	6

(2) 令和2年広島市こころの健康に関するアンケート調査結果から見た現状

- 新型コロナウイルス感染症の流行により、外出の頻度が「減った」＋「かなり減った」市民が約69%、ゆううつな気分になることが増えた（「かなり増えた」＋「やや増えた」）市民が男性は約39%、女性は約56%いる。
- 自殺(自死)対策のために何か取り組みができると思う市民が約85%いる。

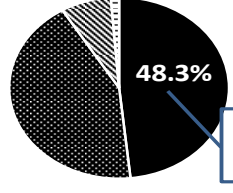
(参考) 令和2年広島市こころの健康に関するアンケート調査について
1 調査対象 広島市内に居住する15歳以上の市民の中から3,000人を無作為抽出
2 調査方法 郵送
3 回収数 1,611人(53.7%)
4 調査時期 令和2年11月2日～令和2年11月17日

新型コロナウイルス感染症の流行による外出の頻度の変化



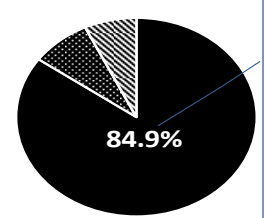
■ 減った＋かなり減った
■ 変わらない
▼ 無回答

新型コロナウイルス感染症の流行によりゆううつな気分になること



【男女別】
男性:約39%
女性:約56%
■ 増えた(かなり増えた＋やや増えた)
■ 変わらない
▼ 分からない
▼ 無回答

自殺(自死)対策のために取り組むことができること



【内訳(抜粋)】※複数回答
・これまで以上の家族や友人への心配り 56.5%
・家族でうつ病等を話し合う機会をつくる 33.4%
・家庭や地域でうつ病等の正しい知識を伝える 29.7%
・うつ病や自殺(自死)に関する講習会への参加 19.9%
・ゲートキーパー活動への参加 10.6%
■ 何か取り組むことができる
■ 特に何もしない
▼ 無回答

3 広島市うつ病・自殺(自死)対策推進計画（第3次）の概要

基本理念

かけがえのない命を支え合い、生きる喜びを分かち合えるまち「ひろしま」
～ささえあい、みとめあい、ゆるしあえる社会を目指して～

基本方針

現在、検討中につき、次回の会議にてお示しさせていただきます。

目 標

現在、検討中につき、次回の会議にてお示しさせていただきます。

施策体系

別紙「施策体系図」のとおり

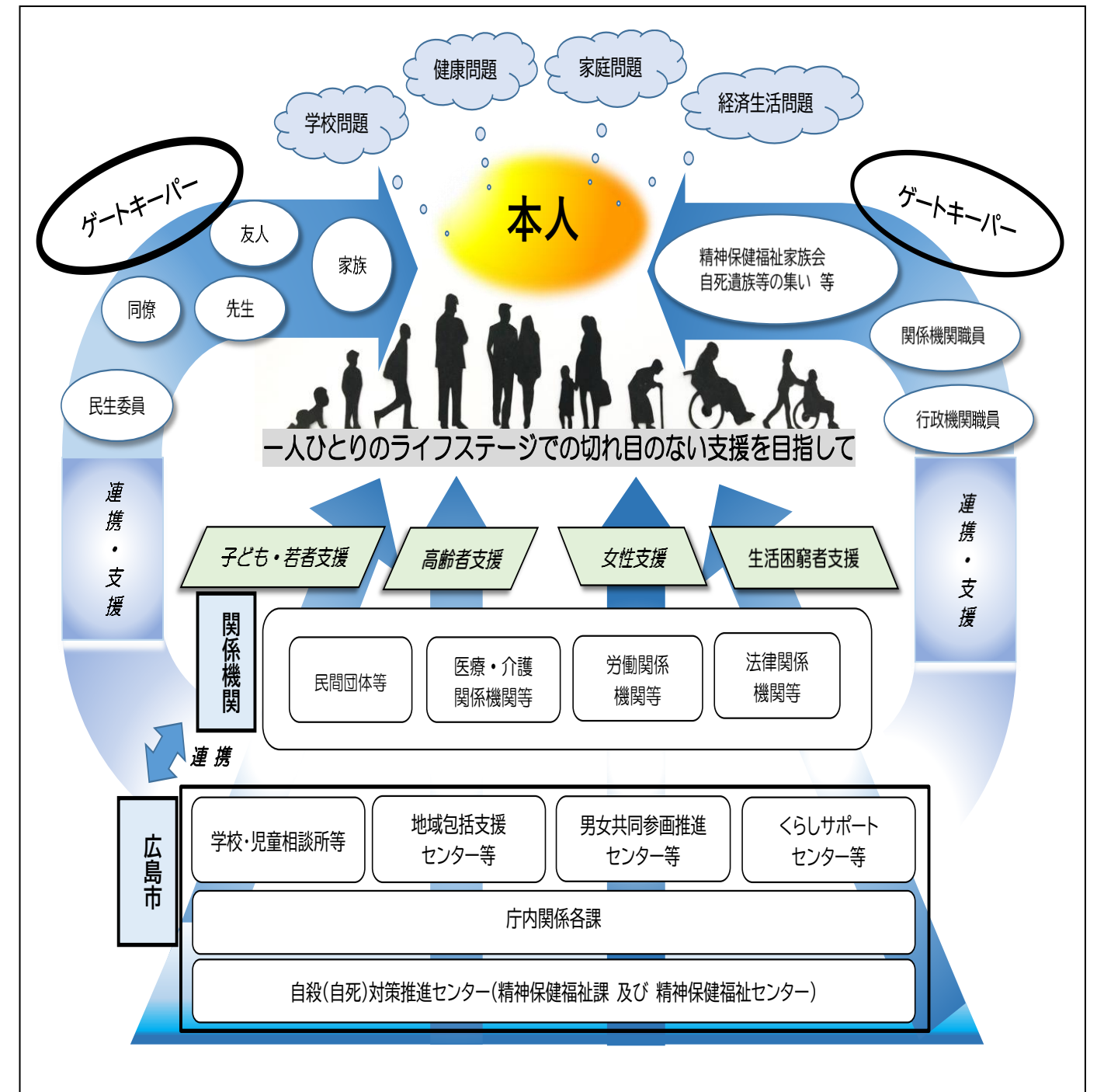
- ※ 出典：警察庁自殺統計原票データを厚生労働省において特別集計したものをもとに作成。
- ※ 遺書等の自殺(自死)を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としているため、原因・動機別件数の和と自殺者数の総数とは一致しない。
- ※ 原因・動機の態様については、以下のとおり。(大項目：7分類、小項目：52分類)
 - ・健康問題(身体への病気、うつ病、統合失調症、アルコール依存症、薬物乱用、その他の精神疾患、身体障害への悩み、その他)
 - ・経済・生活問題(倒産、事業不振、失業、就職失敗、生活苦、多重債務、連帯保証債務、その他の負債、借金の取立苦、自殺による保険金支給、その他)
 - ・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、子育てへの悩み、被虐待、介護・看病疲れ、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、進路に関する悩み、学業不振、教師との人間関係、いじめ、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)

4 自殺(自死)の現状を踏まえた課題と重点取組施策

番号	テーマ	統計分析及びアンケート調査から見た課題と対策	重点取組施策
1	子ども・若者支援 (若年層)	■ 19歳以下においては、自殺(自死)の原因・動機が不詳である割合が高く、悩みをひとりで抱え込んでいることが考えられるため、悩みを抱えた子どもがSOSを出すことができるような教育の実施など、自殺(予防)に資する教育の充実が必要である。 ■ 他の年齢層に比べ、原因・動機が多様であること、また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、さらに社会とのつながりが希薄化していることから、若者が抱える多様な悩みに対して、適切な支援につながる支援策が必要である。	■ 子どもが身近にいる信頼できる大人にSOSを出すことができるようにすることを目的としたSOSの出し方に関する教育を推進する。 ■ 若者支援を行う団体職員、支援者へのゲートキーパー(※)養成研修を実施し、若者が抱える相談に適切に対応できるようにするとともに、相談機関の連携を強化し、多様な課題の解決を図る。 ■ 若者が社会とつながりやすい手段としてICTを活用し、インターネット上で自殺手段等を検索した方に、悩みに応じた相談窓口の広告を表示し、適切な支援につなげる環境を整備する。
2	高齢者支援	■ 他の年齢層に比べ、「孤独」を原因・動機とする自殺(自死)が多く、社会とのつながりが少ない高齢者は支援につながりにくいことから、高齢者の見守り体制を強化し、孤立化を防ぐ必要がある。	■ 介護予防や見守りなどに取り組んでいる地域団体との連携の下、ケアマネジャーへのゲートキーパー(※)養成研修を実施し、孤立化しやすい高齢者を地域で見守るネットワークを形成する。
3	女性支援	■ 「家庭問題」を原因・動機とする自殺(自死)が増加している。また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大によるうつ病やDV被害者の増加など、様々な要因が複合的に連鎖し、自殺(自死)に追い込まれることが懸念されるため、女性特有の課題に適切に対応できる人材の育成及び関係機関の連携の強化が必要である。	■ 女性支援を行う相談機関職員や団体職員・支援者へのゲートキーパー(※)養成研修を実施し、女性が抱える相談に適切に対応できるようにするとともに、相談機関の連携を強化し、複合的に連鎖している課題の解決を図る。
4	生活困窮者支援	■ 「生活苦」を原因・動機とする自殺(自死)が増加しており、今後も新型コロナウイルス感染症の感染拡大による増加が懸念されるため、生活困窮者支援や自殺(自死)対策に取り組む機関の連携強化が必要である。	■ 生活困窮者自立支援制度に基づく自立相談支援事業(くらしサポートセンター)において包括的な支援を行うとともに、自殺(自死)対策に係る関係機関等とも緊密に連携し、効果的な支援を行う。
5	「共助」による地域での気づきと見守りの促進	■ 自殺(自死)対策のために何かできると回答した多くの市民の声を生かすための、自殺(自死)対策に資する「共助」の取組を推進する必要がある。	■ 地域団体などの地域福祉の中心的な担い手となり得る人材や、地域社会で共助を担う一員である市職員へのゲートキーパー(※)養成研修を実施し、地域での気づきと見守りの促進を図る。 ■ 自殺(自死)やうつ病等の精神疾患に関する正しい知識の普及啓発のために、シンポジウムの開催や新聞広告等を通じて広報啓発活動を実施する。
6	関係機関・団体との連携の強化	※ 第2次計画における取組として、本連絡調整会議や「うつ病・自殺対策相談機関実務者連絡会議」で、自殺(自死)対策に関わる専門家や実務者による情報の共有等を図るとともに、会議におけるネットワークづくりを進めることとしております。 第3次計画においても、さらに自殺(自死)対策に関わる専門家や実務者の連携を強化し、自殺(自死)防止につながるネットワークづくりを進めていきたいと考えており、具体的な連携の強化方法について、ご意見やご助言をいただきたいと考えております。	

(※)ゲートキーパー：悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聴いて、必要な支援につなげ、見守ることができる人を各自治体が養成している。

参考：支援イメージ図



広島市うつ病・自殺(自死)対策推進連絡調整会議開催要綱

(開催)

第1条 本市においてうつ病・自殺(自死)対策を総合的に推進するため、広島市うつ病・自殺(自死)対策推進連絡調整会議（以下「連絡調整会議」という。）を開催する。

(連絡調整)

第2条 連絡調整会議においては、次に掲げる事項について、各委員が意見交換等を行うものとする。

- (1) うつ病・自殺(自死)対策に関する調査及び分析に関すること。
- (2) うつ病・自殺(自死)対策に関する関係・関連事業の実施状況に関すること。
- (3) うつ病・自殺(自死)対策の基本方針及び推進計画に関すること。
- (4) その他うつ病・自殺(自死)対策の推進に関して必要な事項

(構成)

第3条 連絡調整会議は、うつ病・自殺(自死)対策にかかわる関係機関若しくは関係団体に属する者又は学識経験者のうちから市長が依頼する者の出席をもって開催する。

2 前項の場合において、市長は、3年間継続して連絡調整会議に出席することを依頼するものとする。この期間経過後、引き続き連絡調整会議に出席することを依頼する場合も同様とする。

(会長及び副会長)

第4条 連絡調整会議に会長及び副会長各1人を置き、出席者の互選によってこれを定める。

2 会長は、連絡調整会議を進行する。

3 副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるときは、その職務を代理する。

(会議)

第5条 連絡調整会議は、市長が必要と認めるときに開催する。

(専門分野別会議)

第6条 市長は、連絡調整会議の出席を依頼している者のうちから専門分野ごとに出席者を選んで、専門分野別会議を開催することができる。

2 専門分野別会議に会長を置き、出席者の互選によってこれを定める。

(庶務)

第7条 連絡調整会議の庶務は、健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課において処理する。

2 専門分野別会議の庶務は、専門分野別会議に関係の深い本市の関係課の中から、市長が指定するものにおいて処理する。

(委任規定)

第8条 この要綱に定めるもののほか、連絡調整会議及び専門分野別会議の運営に関し必要な事項は、健康福祉局長が定める。

附 則

この要綱は、平成 18 年 9 月 11 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 21 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

2 この要綱の施行の際現に改正前の広島市うつ病・自殺対策推進協議会設置要綱（以下「旧要綱」という。）第 3 条第 2 項の規定により市長から委員に依頼されている者は、改正後の広島市うつ病・自殺対策推進連絡調整会議開催要綱（以下「新要綱」という。）第 3 条第 1 項及び第 2 項の規定により連絡調整会議への出席を依頼されたものとみなす。この場合において、その依頼されたものとみなされる者に対して連絡調整会議への出席を継続して依頼する期間は、新要綱第 3 条第 2 項の規定にかかわらず、施行日における旧要綱第 4 条第 1 項の規定による委員として任期の残任期間と同一の期間とする。

附 則

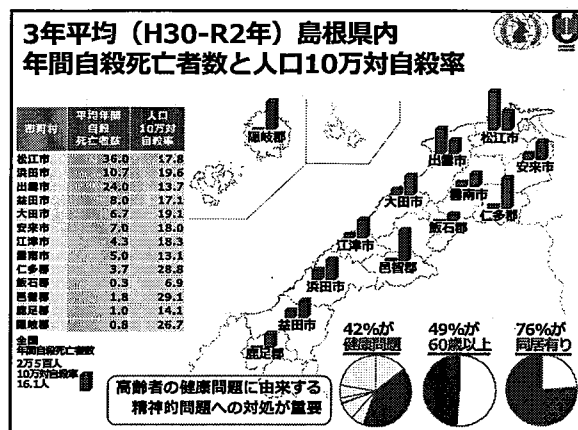
この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

広島市うつ病・自殺（自死）対策推進連絡調整会議委員名簿

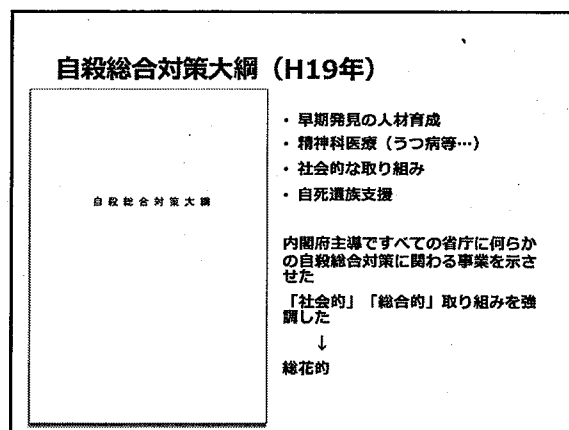
（５０音順・敬称略）

氏名	所属・役職等
天野 純子	広島県医師会 常任理事
磯邊 省三	広島文化学園大学 人間健康学部 スポーツ健康福祉学科 特任准教授
板垣 圭	広島大学病院 脳・神経・精神診療科 精神科 助教
岡本 泰昌	広島大学大学院医系科学研究科（医） 教授
長田 照義	広島市民生委員児童委員協議会 理事
勝尾 康彦	広島市精神保健福祉家族会連合会 理事
高畑 紳一	広島市医師会 常任理事
鈴木 康之	広島県臨床心理士会 会長
高松 達朗	広島労働局労働基準部健康安全課 課長
田村 達辞	広島県精神神経科診療所協会 副会長
寺村 清美	広島産業保健総合支援センター 産業保健専門職
中原 良子	広島弁護士会 弁護士
中村 一彦	広島市社会福祉協議会 常務理事
西本 尚士	広島商工会議所 総務部長
樋口 啓子	広島いのちの電話 理事
平井 敦子	中国新聞社 報道センター社会担当部長代理
山下 展宏	広島県警察本部 生活安全部 人身安全対策課 課長補佐
横道 万里子	広島県看護協会 ナースセンター長

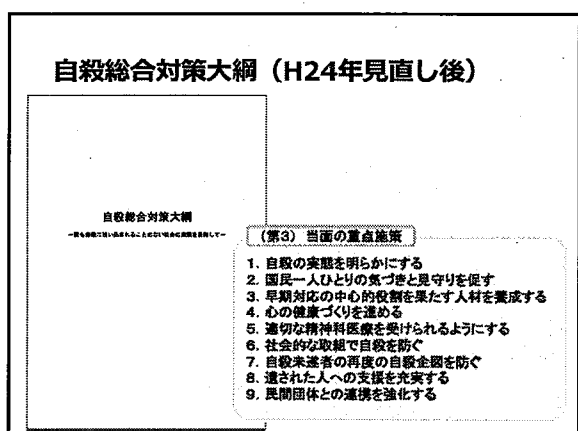
※ 令和３年４月１日現在



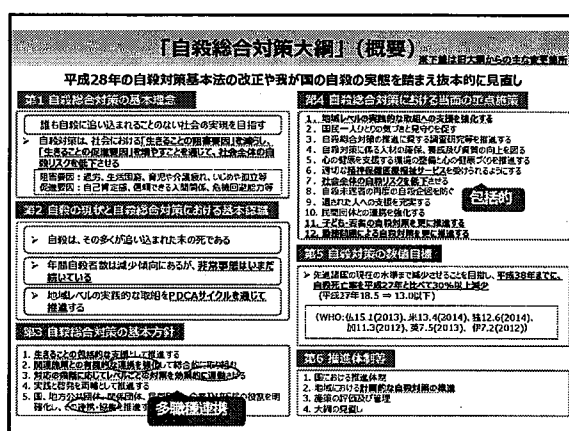
1



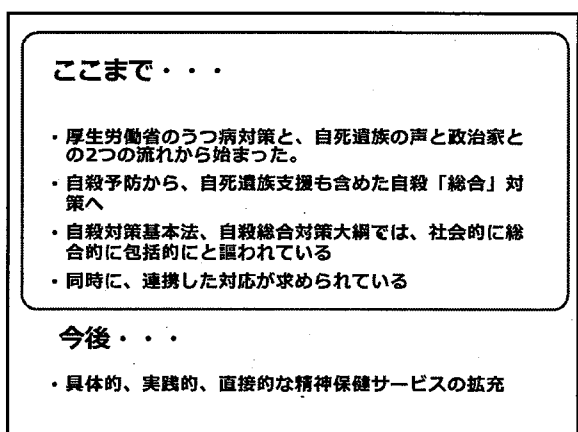
2



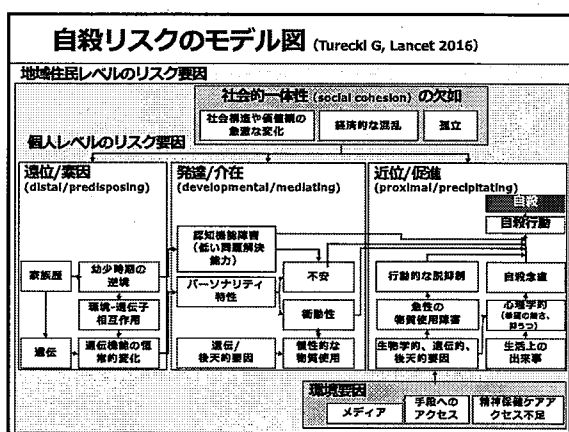
3



4

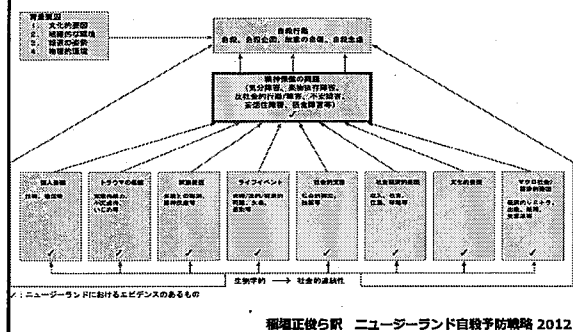


5



6

精神保健とその背景にある問題への対応

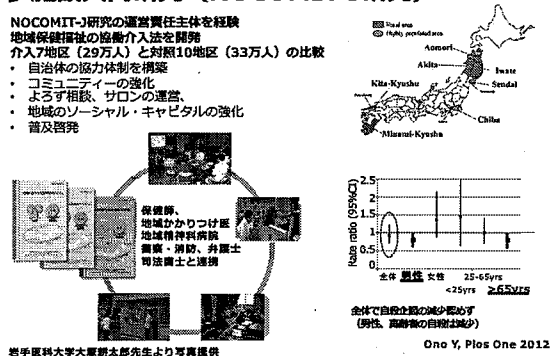


7

**地域自殺予防活動の効果検証
多施設共同研究（NOCOMIT-J研究）**

**NOCOMIT-J研究の運営責任主体を経験
地域保健福祉の協働介入法を開発
介入7地区（29万人）と対照10地区（33万人）の比較**

- ・自治体の協力体制を構築
- ・コミュニティの強化
- ・よろず相談、サロンの運営、
- ・地域のソーシャル・キャピタルの強化
- ・普及啓発



8

ACTION-J研究の介入

精神科・救急の連携

救急医師・精神科医師・看護師・
心理士・ソーシャルワーカーの連携

- ・救急医療部門と精神科が既に連携・関係にある



札幌医科大学阿西千秋先生より写真提供

総合病院（精神科・救急）と
地域のかかりつけ医との連携

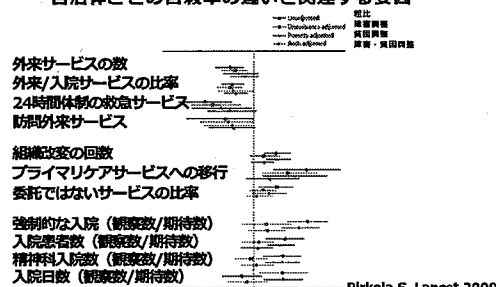
- ・精神科・身体科かかりつけ医に関する受療調査
- ・受療中断者への受療促進
- ・公的社会資源・民間援助組織の紹介と利用調整
- ・心理教育と情報提供

さまざまな公的・社会資源、民間援助施設との連携

9

地域精神保健サービスと自殺率：地域間解析

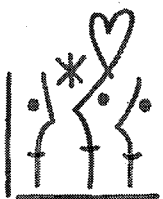
自治体ごとの自殺率の違いと関連する要因



10

ワンストップ支援に おける留意点

—健康・経済な胃腸を有する人々を喜ばせるための子引き—



2018

日本うつ病センター、ワンストップ支援における留痕点 2018

11

小括

- ・ 地域精神保健の充実が自殺率の低下と関連する
- ・ 地域社会におけるプライマリケアへの精神保健ケア依存が高いと自殺率が高い？
- ・ 保健制度改革が頻繁にあると自殺率が高い？
- ・ 24時間救急サービス、地域訪問サービス、外来の充実が自殺率の低下と関連した
- ・ 全体的介入としては、ハイレスクアプローチをより充実させるための政策的介入は効果あるかもしれない

12