

第4章 計画の概要と目標

1 計画の基本理念

自殺(自死)の多くは、個人の自由な意思や選択によるものではなく、失業、長時間労働、多重債務など様々な社会的要因により心理的・精神的に追い込まれた末の死であり、自殺(自死)を図った人の多くは何らかの精神疾患にかかっているといわれています。

ストレス過多の現代社会の中で、自殺(自死)は、特定の人だけの問題ではなく、すべての市民に起こりうる問題であり、また、遺族や周りの人々に、深い悲しみと生活上の困難をもたらすほか、社会全体にも大きな影響を及ぼします。

このため、第1次計画と同様に、市民一人一人がうつ病や統合失調症等の精神疾患を正しく理解し、かけがえのない命を守ることの大切さを認識するとともに、失業、倒産、多重債務、長時間労働といった様々な社会的要因の見直し等に関係機関が連携して取り組むことなどにより、市民が生きる喜びを共有できる社会の実現を目指し、第2次計画の理念を次のとおり設定します。

また、生きる喜びを共有し合い、心理的・精神的に追いつめられることを無くすためには、希薄化した人と人との関わりを見直し、お互いに関心を持ちながら接しあうことで、“多様な個性を持つ人がいてもよい、多様な個性を持つ人がいたほうがよい”と誰もが思えるようになることが重要であると考えます。

そこで、多様な個性と価値観を尊重し許容する寛容なコミュニティの形成を進めることの必要性を啓発するために、“ささえあい、みとめあい、ゆるしあえる社会を目指して”を基本理念に追加します。

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 ～

2 計画の基本認識

基本認識

- 自殺(自死)は、その多くが追い込まれた末の死である
- 自殺(自死)は、その多くが防ぐことができる社会的な問題である
- 自殺(自死)を考えている人は何らかのサインを発していることが多い

平成24年(2012年)8月に閣議決定された「自殺総合対策大綱」では、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す」を副題に、上の3つの基本認識のもと、国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が緊密な連携を図りつつ、国を挙げて自殺(自死)対策を総合的かつ効果的に推進することが明記されていることから、第2次計画においても「自殺総合対策大綱」の基本認識と同じとします。

(1) 自殺(自死)は、その多くが追い込まれた末の死である

ア 自殺(自死)に至る心理としては、様々な悩みが原因で心理的に追いつめられ、自殺(自死)以外の選択肢が考えられない状態に陥ってしまう、あるいは、危機的な状態にまで追い込まれてしまうという過程と見ることができます。

イ 自殺(自死)を図った人の直前の心の健康状態を見ると、大多数は、様々な悩みにより心理的に追いつめられた結果、うつ病、統合失調症、アルコール依存症等の精神疾患を発症しており、これらの精神疾患の影響により正常な判断を行うことができない状態となっていることが明らかになってきました。

このように、自殺(自死)は個人の自由な意志や選択の結果ではなく、「自殺(自死)は、その多くが追い込まれた末の死」と言うことができます。

(2) 自殺(自死)は、その多くが防ぐことができる社会的な問題である

世界保健機関(WHO)が「自殺(自死)は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題」であると明言しているように、自殺(自死)は以下のような社会の努力で避けることのできる死であるというのが、世界の共通認識となっています。

ア 自殺(自死)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自殺(自死)を防ぐことが可能です。

イ 健康問題や家庭問題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や統合失調症等の精神疾患に対する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自殺(自死)を防ぐことが可能です。

このように、心理的な悩みを引き起こす様々な要因に対する社会の適切な介入やうつ病や統合失調症等の精神疾患に対する適切な治療により、多くの自殺(自死)は防ぐことができます。

(3) 自殺(自死)を考えている人は何らかのサインを発していることが多い

ア 死にたいと考えている人も、心の中では「生きたい」という気持ちとの間で激しく揺れ動いており、不眠、原因不明の体調不良など自殺(自死)の危険を示すサインを発していることが多いと言われています。

イ 自殺(自死)を図った人の家族や職場の同僚など身近な人でも、自殺(自死)のサインに気づきにくい場合もあるため、身近な人以外の方が自殺(自死)のサインに気づき自殺(自死)予防につなげていくことも課題となっています。

3 計画の根拠

自殺対策基本法第13条第2項(平成28年(2016年)4月1日改正法施行)、自殺総合対策大綱(平成24年(2012年)8月改定)を根拠とします。

4 計画の期間

計画期間

平成29年度(2017年度)～平成33年度(2021年度)までの5か年

この計画は、国の施策と連携して取り組む必要があることから、国が定めた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ことに合わせ、計画の期間を平成29年度(2017年度)から平成33年度(2021年度)までの5年間とします。

ただし、新たな自殺(自死)の実態が把握できた時点で、随時、計画の見直しを検討します。

また、計画の達成状況、社会経済情勢の変化、国の「自殺総合対策大綱」の改定状況等をみながら、必要に応じて計画の見直しを検討します。

5 計画の基本方針

基本方針

第1次計画の策定以降は、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実績を踏まえ、第2次計画においては、従前の切れ目のない取組を維持・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について、重点的に取り組んでいくことにより総括目標の達成を目指します。

6 計画の目標

(1) 総括目標

第3章で記述したとおり、第1次計画を策定した平成20年(2008年)から、本市の自殺者数及び自殺死亡率は全体的に減少傾向にあり、平成27年(2015年)の自殺死亡率は16.3と政令指定都市の中では6番目に低い数値となっていますが、第1次計画の目標としていた数値(自殺死亡率14.8以下)を達成することはできませんでした。

一方、本市における過去の自殺死亡率は、平成10年(1998年)を境に上昇しましたが、それ以前の平成8年(1996年)では13.2であることから、第1次計画の目標数値は実現不可能ではないと考えられます。

そこで、第1次計画の目標値の設定と同様に、平成33年(2021年)に平成27年(2015年)の自殺死亡率16.3を20%以上減少させることを総括目標とします。

なお、平成33年(2021年)より前に目標を達成した場合は、計画期間にかかわらず数値目標を見直し、引き続き自殺死亡率の減少に努めることとします。

指 標	現状 (平成27年(2015年))	総括目標 (平成33年(2021年))
自殺死亡率 (人口10万人あたりの自殺者数)	16.3 ^(※1)	13.0 【20%、39人減少】

(※1) 出典 人口動態統計(厚生労働省)

今後、本市では、第1次計画に基づく自殺(自死)対策の推進による成果と課題を踏まえ、本市の自殺(自死)の実情に応じた施策の展開を検討し、対策を行う段階と対象の絞り込み等による重点的な施策を実施します。

加えて、自殺(自死)の原因分析等を行い、地域包括支援センターや弁護士会、地域ボランティア等の関係機関と連携・協働するための地域の自殺(自死)対策のネットワークの強化を図る体制を新たに整備するなどにより、より一層、実情に応じた総合的かつ効果的な自殺(自死)対策を推進し、更なる自殺者数の減少に努めます。

(2) 個別目標

自殺(自死)の実態に応じた自殺(自死)対策をより効果的に推進するためには、第1次計画の振り返りで見えてきた現状と課題に対し、取組の充実・強化を図るとともに、その取組の推進状況を把握して検証する必要があります。

そこで、本市が抱える現状と課題に応じた指標に基づく目標を個別に設定し、本市の自殺(自死)対策の推進状況の把握と検証を行います。

ア 若年層の自殺者数を減少させる

平成27年(2015年)の本市における死因の順位を年齢層別に見ると、若年層では自殺(自死)が

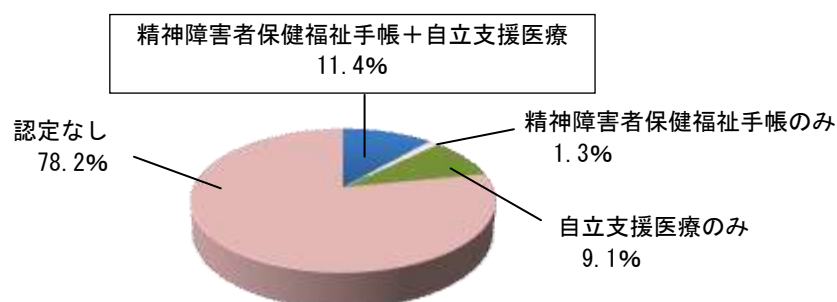
第1位となっています。

また、若年層は学生の間は教育の現場との接点がありますが、卒業後においては地域社会との接点が希薄となり、うつ病等の自殺(自死)行為に至る可能性が高まるリスク要因に陥った際に周囲の気づきが遅れるとともに、支援につながりにくいという傾向があります。そこで、少しでも接点のあるあらゆる機会を捉えて、問題を抱えた人に早期に気づくことのできる取組を充実させることが重要です。

こうした中、図19のとおり、本市の平成25年(2013年)から平成27年(2015年)に自殺(自死)で亡くなられた若年層の人のうち、11.4%の人が精神障害者保健福祉手帳の交付と自立支援医療費(精神通院)の支給の両方を受けており、少なくとも年に1回以上は行政窓口において本人と関わる機会があることが分かりました。

図19 本市の自殺(自死)で亡くなられた若年層の人のうち、手帳と自立支援医療(精神通院)の認定状況

出典 人口動態調査の死亡小票(厚生労働省)に基づく集計(平成25年(2013年)~平成27年(2015年))



そこで、行政窓口定期的に手続きに訪れる機会の多い人について、心身の変化に早期に気づき、支援につなげることができる体制の整備を検討し、若年層の自殺死亡率を減少させることを目指します。

目標値の設定にあたっては、高齢者等と比較して自殺死亡率が低いこと、また、自殺(自死)既遂者の約11%は精神障害者保健福祉手帳交付等の公的支援で行政と関わりがあり、あらゆる機会を捉えて自殺(自死)リスクを有する人に関わることで、早期の気づきと支援へのつながりを行うことにより自殺(自死)防止を図ることを目指し、平成33年(2021年)に平成27年(2015年)の若年層の自殺死亡率6.8を10%以上減少させることを個別目標とします。

指標	現状(平成27年(2015年))	個別目標(平成33年(2021年))
若年層(30歳未満)の自殺死亡率 (若年層人口10万人あたりの自殺者数)	6.8 (※2)	10%以上減少

(※2) 出典 人口動態統計(厚生労働省)、広島市統計書

イ 高齢者層の自殺者数の増加を防ぎ、減少させる

本市の自殺(自死)で亡くなられた人の現状等から見ると、自殺者数・自殺死亡率は平成20年

(2008年)と比べて、若年層と中高年層では減少傾向にあります。高年齢層では逆に大きく増加しています。

今後、高齢者人口が増加することが見込まれるため、高齢者層に対する自殺(自死)対策の更なる推進は急務となっています。

そこで、高齢者の健康づくりと介護予防のための取組や生きがいをづくりの支援とともに、地域における共助の醸成による心理的な孤立化を防ぐための支援を強化し、高齢者層の自殺死亡率を減少させることを目指します。

目標値の設定にあたっては、他の年齢層と比較して地域の見守り支援等の支援が比較的多いことから、支援施策の強化・拡充により、平成33年(2021年)に平成27年(2015年)の高齢者層の自殺死亡率27.2を20%以上減少させることを個別目標とします。

指 標	現状 (平成27年(2015年))	個別目標 (平成33年(2021年))
高齢者層(70歳以上)の自殺死亡率 (高齢者層人口10万人あたりの自殺者数)	27.2 ^(※3)	20%以上減少

(※3) 出典 人口動態統計(厚生労働省)、広島市統計書

ウ 自殺未遂者の再企図を防ぐ

自殺未遂者は自殺企図を繰り返す傾向があるとされており、本市においても、自殺(自死)で亡くなられた人の約25%の人が自殺未遂歴を有しています。

自殺未遂者への支援に関しては、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターによる「自殺対策のための戦略研究」の一環として横浜市立大学を中心とする研究グループが、救急医療部門と精神科を軸としたチーム医療の現場で自殺未遂者に対し支援プログラムによる介入支援を継続して実施した結果(※4)、約6ヶ月間にわたって自殺再企図を強く抑制する効果があることが示されています。

(※4) 「自殺企図の再発防止に対する総合的ケース・マネージメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究」(通称 ACTION-J)

そこで、目標値の設定にあたっては、救急搬送された自殺未遂者に対し、退院後も含めたきめ細かな支援を行う自殺未遂者支援コーディネーターによる介入支援により、平成33年(2021年)に平成27年(2015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%以上減少させることを個別目標とします。

指 標	現状 (平成27年(2015年))	目標 (平成33年(2021年))
自殺(自死)で亡くなられた人のうち、自殺未遂歴を有する人の割合	24.7% ^(※5)	50%以上減少

(※5) 出典 自殺統計(警察庁)

7 計画の施策体系

第3章で記述した、第1次計画の成果を踏まえ、本市のうつ病・自殺(自死)対策の推進にあたっては、引き続き、「連携・協働の視点」を中心に、「世代に応じた視点」「自殺(自死)の各段階に応じた視点」「自殺(自死)の各対象に応じた視点」「ワーク・ライフ・バランスのまちなの実現に向けた視点」の5つの基本的な視点のもと、図20のとおり、第1次計画で策定した8つの切れ目のない取組を総合的に展開します。

また、自殺(自死)対策の各種取組を総合的かつ効果的に実施するにあたっては、本市独自の自殺(自死)の原因分析により個々の自殺(自死)の実態を明らかにし、より効果的な自殺(自死)対策立案等を行うとともに、施策ごとの評価・検証を行い、必要に応じて見直しや改善を図ることが重要です。

そこで、第2次計画では、第1次計画における成果を踏まえ、引き続き第1次計画における8つの切れ目のない取組を実施するとともに、本市の自殺(自死)の実情に応じた計画の推進を加速させるため、新たに個々の自殺(自死)の更なる実態把握のための取組を加え、新たに明らかになった実態に即した自殺(自死)対策の強化を図ります。

【自殺(自死)の実態把握】

個々の自殺(自死)の実態を更に明らかにする

【切れ目のない取組】

- ① 市民一人一人の気づきと見守りを促す
- ② 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する
- ③ 心の健康づくりを進める
- ④ 適切な精神科医療等を受けられるようにする
- ⑤ 社会的な取組で自殺(自死)を防ぐ
- ⑥ 自殺未遂者の自殺(自死)を防ぐ
- ⑦ 遺された人の苦痛を和らげる
- ⑧ 民間団体等との連携を強化する

(1) 連携・協働の視点

自殺(自死)の原因には、うつ病や統合失調症等の精神疾患に対する理解不足により、早期発見、早期治療が進まないなどの医療的要因だけでなく、様々な社会的要因がその背景にあります。例えば、平成10年(1998年)以降に見られたような中高年男性の自殺(自死)で亡くなられた人の急増の背景には、雇用・経済情勢の悪化など全国的に共通した社会的要因があると言われてしています。

また、市民一人一人のうつ病や統合失調症等に対する正しい理解や自殺(自死)対策の必要性についての認識は十分とはいえません。

このため、自殺(自死)対策については、①医療的要因だけでなく社会的要因も踏まえる(制度、慣行の見直しの促進やうつ病や統合失調症等の精神疾患の早期発見、早期治療の推進など)、②市民一人一人がうつ病や統合失調症等の精神疾患や自殺(自死)について理解し、専門家につなぐ(日

常の心の変化や自殺(自死)のサインへの気づきと見守りなど)、③自殺(自死)を考えている人を関係者が連携して包括的に支える(孤立させない、悩みを話しやすい、相談しやすい場づくりの推進など)という視点で施策を進める必要があります。

(2) 世代に応じた視点

本市の年代別の自殺者数の状況を見ると、中高年層が最も多く、次に高齢者層が多くなっています。特に高齢者層は、近年、上昇傾向を示しており、高齢者層に対する自殺(自死)対策が急務となっています。

また、全国的に、児童虐待、家庭内暴力、いじめなどの青少年問題が顕在化しており、この世代で受けた心の傷は生涯にわたって影響することから、この世代に対する自殺(自死)対策も重要です。

そして、自殺(自死)の原因・動機は各年代によって異なっているため、自殺(自死)対策については、①若年層(30歳未満)、②中高年層(30～69歳)、③高齢者層(70歳以上)の各世代の自殺(自死)の特徴を踏まえ、それに応じた取組の充実を図る必要があります。

(3) 自殺(自死)の各段階に応じた視点

自殺(自死)対策の実施にあたっては、①事前予防、②自殺(自死)発生の危機対応、③事後対応の各段階に応じた視点から、自殺(自死)の対象ごとに施策を効果的に組み合わせ、切れ目なく取り組む必要があります。

(4) 自殺(自死)の各対象に応じた視点

自殺(自死)対策については、前述の段階ごとの施策と共に、①全体的予防介入、②選択的予防介入、③個別的予防介入という各対象に応じた視点から施策を効果的に組み合わせる必要があります。

(5) ワーク・ライフ・バランスのまちの実現に向けた視点

自殺(自死)は、精神疾患や身体疾患等の「健康問題」、失業や事業不振等の「経済・生活問題」、介護・看病疲れや家族の死亡等の「家庭問題」など、市民のあらゆる生活上の問題が原因となり得ます。

こうしたことから、安定した仕事があり、働き甲斐のある、介護や医療に悩むことなく、また、安心して子育てができる、家庭でくつろぐことができる、元気にスポーツができる、優れた文化芸術を鑑賞できる、といった市民が生き生きと暮らすことのできるステージ、すなわち、多様な価値観を持った市民がその価値観に応じて仕事と生活が調和した生活を送ることができる「ワーク・ライフ・バランスのまち」の実現に向けて、各種施策の更なる充実に取り組んでいく必要があります。

図 20 施策展開の概念図

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～

(2) 世代に応じた視点

- ①若年層 (30歳未満)
- ②中高年層 (30～69歳)
- ③高齢者層 (70歳以上)

(3) 自殺(自死)の各段階に応じた視点

- ①事前予防
- ②危機対応
- ③事後対応
自殺未遂者・自死遺族等への支援

個々の自殺(自死)の実態について更に明らかにし、次の1～8の切れ目のない取組をより効果的に実施するとともに、新たに明らかになった実態に即した自殺(自死)対策を強化する

【自殺(自死)の実態把握】

個々の自殺(自死)の実態を更に明らかにする

【切れ目のない取組】

- 1 市民一人一人の気づきと見守りを促す
- 2 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する
- 3 心の健康づくりを進める
- 4 適切な精神科医療等を受けられるようにする
- 5 社会的な取組で自殺(自死)を防ぐ
- 6 自殺未遂者の自殺(自死)を防ぐ
- 7 遺された人の苦痛を和らげる
- 8 民間団体等との連携を強化する

(4) 自殺(自死)の各対象に応じた視点

- ①全体的予防介入
- ②選択的予防介入
- ③個別的予防介入

[(1) 連携・協働の視点]

- ①医療的要因だけでなく社会的要因も踏まえる
- ②市民一人一人がうつ病や自殺(自死)について理解し、専門家につなぐ
- ③自殺(自死)を考えている人を関係者が連携して包括的に支える

[(5) ワーク・ライフ・バランスのまちの実現に向けた視点]

・多様な価値観を持った市民が、その価値観に応じて仕事と生活が調和した生活を送ることができる「ワーク・ライフ・バランスのまち」実現に向けて、各種施策の更なる充実に取り組む

(連携・協働のイメージ)

