

会 議 録

1 会議名

平成 26 年度第 1 回上越市自殺予防対策関係機関連携会議

2 議題（公開・非公開の別）

- (1) 新潟県・上越市の自殺の現状と自殺予防対策について（公開）
- (2) グループワーク「世代毎の自殺をどうしたら予防できるか」若年・働き盛り・高齢者世代グループに分かれて検討（非公開）

3 開催日時

平成 26 年 7 月 18 日（金）午後 2 時から

4 開催場所

上越市春日謙信交流館 集会室 1・2・3

5 傍聴人の数

0 人

6 部分公開の理由

議題（2）については、「個人に関する事項」を取り扱うため。

7 出席した者（傍聴人を除く。）氏名（敬称略）

・委員： 35 人中 30 人出席

勝又陽太郎、保科志貴子、入倉奈緒、菊池奈津美、佐藤幸恵、岩銅浩基、小黒修一、岩崎智、丸山富一郎、荒屋ひろ美、山田絹代、漆間和美、田中美津子、関根加代子、丸山ひろみ、丸山明久、梅澤圓了、荻原正人、鈴木千代子、佐藤昭雄、田中敦、北村もえぎ、佐藤千春、杉田潤、細谷早苗、高橋勇太、坪井裕章、江口美幸、二所宮智子、高橋利宏

・事務局：栗本健康福祉部長、神戸保健師長、太田保健師長、春日保健師長、見波健康づくり推進課長、渡辺副課長、柳澤保健師長、伊倉主任、杉谷主任、川合主任

8 発言の内容

柳澤師長： 資料の確認をさせていただく。「会議の議題」、裏面に皆様の名簿が掲載されている。

名簿の中で「14 番 NPO 法人団体（パーソナルサポートセンター）」を「一般社団法人新潟県労働者福祉協議会」に訂正をお願いしたい。ファイルには、精神科の医療機関の情報、本日参加者からの資料が入っている。自殺関連の対応でご活用いただきたい。毎年更新のたびに配布する。資料の 6 枚目、ハローワークの資料「上越の支援メニュー」については内部資料のため、外部への配布等、取扱いにはご注意ください。

続いて、栗本健康福祉部長がご挨拶申し上げます。

栗本部長： 皆様には日頃、市の行政、政策事業等にご協力いただき感謝申し上げます。ご案内のとおり、上越市の自殺率は非常に高い。平成 25 年をみると国は 21.6 人だが、上越市は 34.1 人、実際に自殺された方の人数は 69 人になる。このような状況を踏まえ、市では健康づくり推進課内に相談窓口、こころの健康サポートセンターを設置するほか、本日ご出席の皆さんからもご協力いただいているが、実務者の会ということで、今までも事例研究や情

報交換といった取組をしてきた。ただ、先ほど申し上げたとおり自殺数がなかなか減らない。自殺の要因は多様で、こころの健康に特化したアプローチでは限界があり、行政をはじめ地域全体で包括的な取組を進める必要があるため、これまでの会議を拡大し今回の会議を開催した。まだ、手探りでのスタートだが、自殺予防対策を社会・地域の課題として共有し、ご意見・ご協力をいただきながら、組織を超えた協力体制を作っていきたい。

本日はアドバイザーとして勝又陽太郎先生にお越しいただいた。先生は新潟県立大学人間生活学部子ども学科講師であり、国立精神神経医療研究センター、精神保健研究所自殺予防総合対策センター客員研究員として自殺予防に関する研究、また、自死遺族とも関わりを持ちながらご活躍されている。専門的な立場からご指導いただきたい。

柳澤師長： 議事（2）で話し合いを計画しているため、最初から席が3グループに分かれている。続いて、各委員から自己紹介いただきたい。（氏名と所属について自己紹介。）

柳澤師長： 議事「（1）新潟県上越市の自殺の現状と自殺予防」について、新潟県自殺の現状と自殺予防対策について、新潟県精神保健福祉センター保科参事よりご説明いただく。

保科委員： 地域で開催される自殺の会議や人材養成研修等を行っている。

平成25年度の新潟県の自殺者は636人、42人減、自殺死亡率は26.94人と下がっている。全国の自殺者は27,041人、自殺死亡率21.06人で全国でも減少している。厚生労働省の人口動態統計では自殺者605人、自殺死亡率26.1人で、いずれも減少している。平成21年～25年の5年累計で全国と比較すると、新潟県は20代、40代、50代が全国より高い。また高齢期の女性の方の数が上昇傾向に転じている。平成26年はいずれも前年を下回っており、5月末で217人、平成25年より52人減少となっている。

平成19年に国が自殺総合対策大綱を策定し、昨年改訂が行われた。国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政策を進めている。

自殺総合対策大綱では、様々な社会的要因を踏まえて総合的に取り組む、国民一人一人が自殺予防の主役となるような取組、関係者の連携による包括的な生きる支援を強化するなどの基本的な考え方を示している。当面の重点施策としては、実態を明らかにする、早期対応の中心的役割を果たす人材の養成、社会的な取組で自殺を防ぐ、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐなど9つが挙げられている。

平成26年度新潟県の自殺対策の取組について、人口動態統計の推移の表を記載している。平成10年ジャンプアップした後、徐々に下がってきており、現状として自殺者数は減少している。一方で、自殺率の順位は悪化しており、若年や働き盛り世代である20、40、50代の自殺率が高い。課題として、県民一人一人の自殺予防意識の醸成を築き、見守り体制の構築、相談窓口同士の情報共有、有機的な連携、自殺の実態に即した取組、アウトリーチを中心としたハイリスク者支援の強化が必要として、平成24年度～26年度と取組を進めてきた。平成26年は自殺予防対策について4本の柱を挙げ、県全体で取り組んでいくこととしている。一つ目に自殺予防対策推進県民運動の展開として、自殺予防対策推進宣言団体いのちとこころの応援団の募集登録、知事を議長とする県民会議の開催、県全体、関係団体の皆様の協力をいただき対策を進めていくと、いろんな場面で申し上げていきたい。二つ目に地域での支えあいの輪の構築として、市町村等への支援もあるが、私ども行政の取組へのご支援も頂戴したい。三つ目にハイリスク者の方への支援の強化と

して、県内 3 か所、保健所ベースでいくと、新発田地域振興局健康福祉環境部に下越センター、長岡健康福祉環境部に中越センター、上越保健所に上越センターを設置して、2 人の専門相談員を配置して取り組んでいる。訪問等現場へ出かけての支援、専門機関とのネットワークによる支援を行っている。4 つ目に自殺の多い世代をターゲットとした取組の強化を進めている。

これらの取組について資料に細かく記載している。自殺予防意識の醸成、テレビ・ラジオ CM、JR・バス広告等、様々なところで啓発のキャンペーンを行っている。地域の気づき見守り体制の構築として、市町村にご協力いただき、地域の様々な場面でゲートキーパーを養成していただいている。それらの方々が気づいたり、「おや？」と思ったりした情報が、市町村や保健所のご担当へ着実に届くシステム、資料には情報共有会議と記載しているが、情報が流れていくルートを構築したいと考えている。保健所やいのちとこころの支援センター、弁護士会等様々な専門相談機関が有機的に連携して、リスクや悩みを抱えた方々を支援する形を作り上げたい。若年者への取組は、新潟県は若干取組が遅れてきているが、今後、学校の先生向けの研修会等取り組んでいきたい。

相談機関については、本日資料のファイルをご覧ください。新潟県はナビダイヤルを作り、最寄りの保健所の相談担当につながるようになっていく。県のキャッチフレーズとともに、県のホームページに自殺対策こころの相談新潟という自殺対策に関する相談窓口や様々な対策が掲載されているのでご覧になっていただければと思う。

柳澤師長： 続いて、平成 25 年度に自殺の聞き取りを行い、そのまとめについて上越地域振興局健康福祉環境部地域保健課入倉委員よりご説明いただく。

入倉委員： 保健所は県の機関になるので、県の自殺対策事業に沿って取組を行っている。平成 24 年に上越保健所内にいのちとこころの支援センターを設置したことも加わり、平成 25 年度は未遂者への支援にも力を入れ始めた。

統計以外で実態が見えにくく、分かる範囲で既遂の事例に関する聞き取り、振り返り、地域保健活動の中での情報収集をした。資料は、特に期間はなく、保健師、ケースに関わった関係者の振り返り、地域保健活動の中で分かりえた情報をまとめたものになる。若い世代では受験、就職の失敗、うつ治療の中断。50 代は、心の健康を崩している、キーパーソンがいなくなる、職場・仕事の悩み等、色々なものが重なり合って把握できるケースが見られた。高齢者では、家族に迷惑をかけたくない、介護保険のサービスを利用・開始が決まったときに亡くなる事例が複数あった。同居家族がいなくなるという変化、自身の介護サービスの決定といった、本人にとって環境に変化がある時にリスクが高いと感じた。50 代、60 代の事例は多いが、亡くなった事実は分かっても、悩みをどう抱えていたのか全く分からない事例が多かった。併せて自殺予防や自殺を地域でどう受け止めているか聞き取った中には、自殺という言葉には触れられない、みんな隠すし誰も触れないが伝わっているといた意見があった。一方で自殺を容認する地域もあった。自殺の手段自体にその土地特有の呼び方、自殺したことを表す言葉を持っている地域がある。

以上のことから見えてきた実態として、民生委員や町内会長からは自殺が多い実態を知らなかったといった声、自殺は個人の問題だから触れられないとの声も聞いた。

平成 19 年頃から県で自殺対策事業に取り組んでいるが、浸透していかない。これから

は自分には関係ないと思っている方にも関心を持ってもらうための啓発の充実、重点事項を決めた細やかな対策、精神科医療をはじめとする医療機関、あるいは地域の関係機関との連携強化、を重点に取り組んでいきたい。また相談窓口の周知として、こころの相談窓口の旗をイレブンプラザや直江津商店街に立てている。県統一の取組だが、果たしてこれが良いかどうかは今後検討が必要。

地域の皆さんにこころの健康や自殺予防について周知するために、色々な団体の取組をフォーラムとして登録し、資料の展示や、地域の状況をお話ししている。啓発が届きづらく、報道の方にご意見いただき、情報発信という切り口で自殺予防に取り組んだり、民生委員や町内会長の集まりで自殺予防について話していきたい。関係者への研修も継続している。12月10日勝又先生を講師にお招きし、未遂者を中心とするハイリスク者への支援体制を事例を通して学び、体制を考える研修を開催する予定である。他には若者けパンフレットの作成。いのちとこころの支援センターと一緒に未遂者家族のつどいの開催などを行っている。

できることは何でも取り組む姿勢で、皆様と一緒にやっていければと思う。私は相談員なので、目の前の相談一つ一つを大事にして、積み重ねから必要な取組を行っていききたい。

柳澤師長： 「実態把握の取組から見えたこと」の資料は、平成25年度に上越保健所と上越市が一緒に地域を回ったときのもので、非常にたくさんの気づきがあった。次の話し合いでも活かせる資料だと思う。続いて、上越市の自殺の現状と自殺予防対策について、上越市健康づくり推進課川合より説明する。

川合主任： 上越市の、自殺者は毎年50～70人、平成15年～平成25年の10年間で863人の方が亡くなっている。一人の自殺、あるいは自殺未遂に対して、その周りにいる方5～6人以上が深刻な心理的影響を受けると言われている。毎年自殺される方の平均を60人と考えると、その周囲300～360人の方に深刻な心理的影響がある。自殺対策支援センターライフリンクの調査によると、自殺までの過程には、60を超える様々な危機要因があることが分かる。それぞれの自殺要因が連鎖し、自殺をされるときに抱えていた危機要因の数は、平均して4つある。よって、自殺の要因は多様であり、こころの健康に特化したアプローチには限界があると考えた。

国・県・市の自殺率をみると、新潟県は全国の中でも高く、上越市は県よりも高い年が多い。警察庁の統計では平成26年5月末で今年は15人となっている。年齢別、男女別で自殺者数をみると、男性は45～64歳の働き盛り世代で、女性は70～89歳の高齢者が多い。平成21年～平成25年警察庁統計を職業別にみると、男性は無職者、非雇用、勤め人が、女性は無職が多い。原因と動機別にみると、男性は健康問題、経済・生活問題、女性は健康問題、家庭問題が多い。救急搬送された方の自殺関連の内訳をみると、救急外来に運ばれた方の件数は平成24年度1万2,076件あり、そのうち自殺未遂件数63件。うち10件がいのちとこころの支援センターにつながり、未遂者への直接的な支援は6分の1である。上越市の死亡順位は、平成20～平成23年の間は自殺による死亡は7位であり、心疾患や脳血管疾患などの生活習慣病と併せて自殺予防も重要だと考える。以上の状況から、自殺予防対策が緊急かつ重要な課題であり、行政の全庁的な取組及び市民の皆様、各関係機関が協働して包括的に取り組む必要があると考える。

次に上越市の取組について説明させていただく。上越市第 5 次総合計画を上位計画として、上越市が目指す健康づくり計画の基本的な方針を上越市健康増進計画で示している。その中のこころの健康では、自殺者の減少を目指している。取組 1 では、各部署・機関が包括的な自殺予防対策のための基盤を構築するとして、①自殺の実態・課題・取組の方向性を共有する。②それぞれの役割の確認や具体的な取組を行うための環境整備を行う。③進捗状況を評価して取組についての改善を協議する。④自殺の危険因子を持っている方に気づいて、適切なサポートに結び付ける方法を共有する。取組 2 では、地域にあった独自の予防対策を住民と一緒に作り上げる 3 つのポイントがあり、①各地区でこころの健康、自殺の実態、課題、取組の方向性を示す。②住民がこころと体の変調に気づき相談、傾聴し、関係機関につなぎ、地域の皆様に見守っていただく体制作りをする。③住民が身近な単位で、自殺予防対策を行う。上越市では保健師が 30 地区に分かれて活動しており、30 通りの自殺予防対策ができることになる。

平成 26 年度の取組は、本日の会になるが関係機関連携会議を年 2 回予定している。各部署、機関の皆様に集まっていただき、包括的な自殺予防対策のための基盤構築を目指す。また、自死遺族支援として、自死遺族のためのリーフレットとカードを作成した。支援媒体として使用したい。自死遺族交流会を 9 月 27 日（土）に開催、定期交流会を年 6 回開催する予定である。平成 19 年 7 月からこころの健康サポートセンターを立ち上げ、保健師が相談業務に当たっている。平成 25 年度の相談件数は 243 件である。取組の 2 として、30 地区で地域で健康づくりに携わっている方々の研修会が年 2 回あり、精神保健や自殺予防対策に関する普及啓発を行っている。また市民自殺予防研修会として専門家を招き、市民と共に学習する研修会を行う。30 地区で展開できるように三和区、和田地区、中郷区をモデル地区として、健康づくり推進課・上越保健所・いのちこころの支援センターが協働し、住民と話し合いを持って進めている。住民自身に自分の住む地区の実情を知っていただき、課題や、どう取り組むべきか話し合っている。啓発活動としてはラジオや広報、有線を通して行っている。以上の活動を通じ地域の皆様から関係機関への相談件数も増えていくと思うのでご協力願いたい。

柳澤師長： 続いて議事（2）に移り、勝又先生より自殺対策の基本的な考え方ということでお話しください。

勝又先生： 関係機関の方にお集まりいただいているので、実態の中から、情報を共有し、対策を考えていきたい。まず、自殺予防対策の全体図について、政府の自殺予防対策大綱には、平成 25 年に見直しが行われた際、対象別に三つの対策が挙げられた。一番目の全体的対策は、健康な方も含めた住民を対象とした対策で普及啓発を含めたものである。二番目の選択的対策は、自殺のリスクを抱えた、ある一定の危険因子を持った集団を対象とした対策である。三番目の個別的対策は、リスクを抱えた個人を対象とした対策である。心理療法などの個別の介入になる。皆様とお話ししたいのは二番目の選択的対策である。私達が地域の中で出会っている自殺のリスクの高い集団が、どういった方なのかを明らかにし、そこにどう効果的な介入を行っていくかを皆様で集まって話し合っていく場だと思う。日本の対策で圧倒的に足りていないのは、二、三番目である。一番目の普及活動はかなり行われているが、これから行っていくべきは選択的対策及び個別的対策であるので、選択的対

策をどうやって深めていくかお話ししたい。選択的な介入をするにしても、介入する集団がどういった特徴を持っているか分からなくては対策の取りようがない。介入対象をどう絞り込んでいくかを図式化した。まず、リスク要因の特定。自殺の危険因子を特定していく。精神障害を抱えている、性別で言えば男性の方が多い、家庭でのトラブル、お酒の問題など自殺に関連する要因を特定していく作業である。これは世界各国の研究で明らかになっており、新しく情報を研究する必要はない。これまで明らかになっているもので、上越市はどれが当てはまるかを探していくことになる。そして、ある特定の要因を抱えた人たちがどういう人たちなのか、もう少し細かく分類するのが、次の介入集団の特徴になる。例えば、世界各国男性の方が女性より自殺が多いが、そういう男性はどのような人たちなのか、若いのか、中高年かといった細かい分類をする。中高年となった場合、その方がどのような生活をしていて、どういう場面に現れるのかが分からなければ、どこでキャッチできるのかも分からない。このように動線を把握していく作業になる。同時に、その方の周りにある支援資源、自殺から遠ざけてくれる保護因子を探る。ないなら作らなければならないし、どういったものが支援になっているか把握していく作業になる。次に介入の優先順位を決定していく。これが一番難しい。国の対策は 50 程あるが、全部できないので、手をつけられる場所、あるいは手をつけると効果が高く上がりそうな場所を決めていただく。皆さんのところに来ている利用者の方は大事だと思うので、そちらを優先することは大事だと思う。ただ一方で、皆で力をかけなくてはいけない場所を優先順位で決めていくことも必要である。その時に考えなくてはいけないのは、リスク要因影響力である。リスク要因の中でも、自殺のリスクを高めるパワーの強い物とそれほどではないものがある。一番強いリスク要因は過去自殺未遂歴。未遂者支援はインパクトという面で影響力が大きく、非常に重要である。ただ、上越市で課題となっている集団がどこにあるか、未遂のインパクトが強かったとしても、もし高齢者が多かったら、未遂より先に高齢者に手をつけなくてはならないことになるかもしれない。地域ごとに重要になる課題があるので、そちらを優先的に行っていこうとなるかもしれない。

次に効果的な対策について。新たに対策を作るより、既に行っている効果的な対策があるのであれば、そちらを優先させるべきである。自殺予防対策はあまりないが、高齢者に関しては比較的対策の効果が積み重なっているのも、その辺は効果的な対策を選択していくことが重要である。それから、介入可能性の高さ。実際に援助者がアクセスできるかどうかは大きい。今ある資源の中で、どのくらいアクセスできるかも考えなくてはいけない。そして、その対策が長期的に見なくてはいけないか、短期的に見なくてはいけないか、どっちをどのくらい時間をかけていくかを冷静に考えなくてはいけない。これらは全て切っても切り離せない、連動しているものになる。本日、多くの皆様にご参加いただいたのは、こういった話をこのような場でしなければならぬからである。それぞれの原因は、皆様お分かりだろうが、その人達が、どうやって生活を送っていて、介入可能な場所はどこなのか、どっちから手をつけていくかといった話を皆さんで行う場だと思う。総合的な対策というのはこういった理由があるわけである。

では、具体的に考えてみたい。先ほどの資料に上越市の自殺者は、男性無職者の方が多いとあった。無職者と聞くと失業者が多いのではないかと思われると思うが、失業者は約

6%しかいない。国のデータでも同様に、日本の無職者の自殺者が半数くらいを占めているが、失業者の割合は同じくらいである。では、この 37%の無職者の方がどんな方たちだと思えるか想像していただきたい。このような話をグループワークでお話していただきたい。次に、自殺で亡くなったご遺族にお話を聞いて、自殺された時に無職だったという方を統計学的に分類した図である。A は、小さい頃から障害があったり、若い頃に精神疾患を患ったりして、一度も仕事をしたことがないケースになる。B は、比較的若い女性で、非正規雇用など仕事に就いては辞めるといったことを繰り返している方で、パーソナリティー障害や摂食障害などの精神疾患を抱えているケースになる。C は、中高年男性でアルコール問題やうつ病などを抱えて、仕事を辞めて亡くなっているケースになる。D は、定年退職した高齢者の方のケースになる。これらのケースは全て動線が違う。無職というデータだけでは分からない。それぞれの人の生活圏内や周りにいる方、皆さんのように関わる方は全く異なる。この場合に、無職者の方の自殺予防として就職支援をしても誰一人として当てはまらないかもしれない。支援を考えていくときは、その人たちが実際にどのような生活をしているのか想像した上で、どのようなネットワークを考えなくてはいけない一つの例だとしてご理解いただきたい。1998年に自殺死亡率がぐっと増えたが、その前後、1995年、2000年、2005年の男性の自殺死亡率を出し、有職者、無職者、婚姻で分類してみた。無職の中で圧倒的に自殺死亡率が高いのは離別経験者である。有配偶の方はそんなに高くなく、有職者は更に低い。先ほど日本の自殺死亡率が 21%くらいとお話したが、無職で離別の方をみると、その 20 倍くらい高く、10 万人中 300~400 人が亡くなっている値になっている。女性についても同様に、無職で離別経験者の自殺死亡率が一番高い。このように危険因子だけではなく、その人達を守っている家族や周りのサポートも大きく自殺死亡率に反映してくる。自殺対策を考えていく時に、危険因子を減らすのは難しい。一番リスクが高いといっても過去の未遂歴は消せないなので、危険因子を減らしていくよりも、保護する要因のバランスを重くしていく対策を皆さんと一緒に考えていきたい。自殺対策は、背景にある危険因子と保護因子の関連性を明らかにして、保護因子を重くするにはどうしたらよいかという発想を持っていただきたい。また、対策は単発で行ってもだめで、組み合わせないといけない。少ないコストで効果的な対策ができるか、ご本人たちの生活の動線を考えながら組み合わせることが必要である。これからグループワークに入るが、まずはどんな生活をされているか想像して、自分たちがどこでどんなふうに関われるかを話し合えればと思う。

柳澤師長：勝又先生の話を受けて、1. 若年世代グループ、2. 働き盛り世代グループ、3. 高齢世代グループに分かれて、どうしたら世代ごとの自殺を防げるか話し合いをお願いしたい。