

平成 26 年度第 2 回上越市自殺予防対策関係機関連携会議次第

日 時 平成 27 年 1 月 21 日(水)  
14:00 ~ 16:00  
会 場 上越市春日謙信交流会  
集会室 1・2・3

1 開 会

2 議 事

(1) 平成 26 年度自殺予防対策の実施状況について

(2) 若年・働き盛り・高齢世代グループに分かれての話し合い

(3) 講師からの助言

新潟県立大学 人間生活学部 子ども学科

講師 勝又 陽太郎 氏

3 閉 会

# 上越市の自殺予防対策の年次推移

年度	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	
関係法令及び国の施策	<p>H18.10.25 施行 自殺対策基本法</p> <p>それまでの、うつ病や精神障害の予防が自殺予防になるという医学モデルによるアプローチだけではなく、社会的経済的要因や失業問題等の制度改革を含めたアプローチがされるようになる。</p>	<p>自殺総合対策会議 内閣府設置</p> <p>自殺総合対策の在り方検討会</p> <p>総合的な自殺対策の推進に関する提言。</p>	<p>H20.6.27閣議決定 経済財政改革の基本方針2008</p> <p>最近の自殺の動向をふまえ、自殺総合対策大綱を見直す明記。</p>	<p>H21.11.27 自殺対策緊急戦略チーム提言 自殺対策100日プラン</p> <p>政府として取り組むべき中期的な視点にたった施策を提言。</p>	<p>H22.2.5 自殺総合対策会議決定 いのちを守る自殺対策緊急プラン</p> <p>当事者本位の施作の展開。</p>	<p>自殺総合対策会議 内閣府設置</p> <p>H23.3.1 自殺総合対策会議決定 自殺総合対策大綱の見</p>	<p>H24.8.9 自殺総合対策会議決定 新しい自殺総合対策大綱の素案作成・決定</p> <p>H24.8.28閣議決定 新・自殺総合対策大綱</p> <p>地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換。</p>											
		<p>H19.6.8閣議決定 自殺総合対策大綱</p> <p>自殺をめぐる現状を整理し対策の考え方・方向性・施策をしめす。</p>	<p>H20.10.31 自殺総合対策会議決定 自殺対策加速化プラン</p> <p>大綱策定後1年間のフォローアップ結果をふまえ、自殺対策に関し強化・加速化すべき施策を策定。</p>															

## 2 実態把握のためのデータ (別添資料2)

- 国・県・上越市の自殺率の年次推移
- 上越市の自殺者の年次推移
- 上越市の男女別・年齢別自殺者数
- 上越市の死因順位
- 救急搬送の自殺関連内訳
- 上越市の自殺の特性

**4 地域**

① 自殺の危機要因：  
仕事の悩み、失業、非正規雇用、身体疾患、病苦、生活苦、アルコール、負債、介護、家族間の不和、DV、性暴力、ひきこもり、被虐待、育児の悩み、うつ病、精神疾患、いじめ、環境の変化、中退……

② 地域住民：自殺に対してどう捉えているのか。

③ 各関係機関・行政関係部署：介入可能な場所はどこか(どの時点で、何が出来るか。)

分らないこと → ③ → ① → ② → ③

上越市の特性として分かった事

- ・男性は、中高年・非雇用・無職者がターゲット、「健康問題」「経済・生活問題」が焦点。
- ・女性は、高齢者・無職者がターゲット、「健康問題」「家庭問題」が焦点。

自殺

○実態の詳細が分からない(リスク要因の特定～支援のきりくち(出発点)となる要因の洗い出しが出来ていない)

○自殺予防対策を推進するための地区の実態把握がされていない。

○課題が明確になっていない(データからのみでは課題の抽出が不十分)

○自殺予防対策の優先順位づけがない(リスク要因の影響力、地域の課題となる集団、効果的な対策の有無、介入可能性の高さ、中・長期的目標)

## 6

30地区の保健師・関係機関からの聞き取り・協議を加えた課題の整理

↓

30地区の課題の明確化

↓

30地区の自殺予防対策の検討

## 7

モデル地区の住民・関係機関からの聞き取り・協議を加えた課題の整理

↓

モデル地区の課題の明確化

↓

モデル地区の自殺予防対策の検討

市の施策	上越市第4次総合計画	上越市第5次総合計画 :すこやかなまちづくりへの取組	上越市第6次総合計画
H13～17年度 健康シティ上越・2010計画	H18～24年度 健康シティ上越・2010計画 中間評価・計画見直し		H25～34年度 上越市健康増進計画(こころの健康)
	●糖尿病予防対策の推進(肥満予防・アルコール対策・基本健診受診勧奨、啓発活動など) ●自殺予防対策の推進(うつ病予防対策・啓発活動など)		●包括的な自殺予防対策を確立し、自殺者の減少を目指す。(数値目標 H23年度 自殺率34.5 ⇒ H34年度 減少)
			H27上越市データヘルズ計画 ●KDB(国保データベース)を活用した自殺実態の可視化

## 5 保健事業

一次予防：普及啓発(広報・FMラジオ・有線、リーフレット・ポスター、こころの健康づくり講座(町内会・民生委員・企業))

二次予防：ハイリスク者へのアプローチ(H19こころのサポートセンター開設、うつ病家族教室、N区自殺対策)

人材養成：ゲートキーパー研修、睡眠に関する研修会、自殺危機初期介入スキルワークショップ

関係機関・行政関係部署のネットワーク会議：こころのサポートセンター実務者会議(年1回)、庁内連携会議(年1回)

○ポピュレーションアプローチ中心の自殺予防対策

○アウトプット(事業実施量)評価・・・実施回数や参加者数による評価

## 8

自殺予防対策のための取組と推進体制の見直し

三次予防: 自死遺族へのアプローチ(自死遺族講演会・交流会、自死遺族のためのリーフレット・カード、自死遺族の定期交流会(おひらき))

① 既遂・未遂事例検討会

② モデル地区「気づき・傾聴・つなぐ・見守る」体制づくり事業

●各地域にあった独自の自殺予防対策を住民と協働で構築する。

30とおり(30地区)の自殺予防対策の構築

町内会、民生委員、自治会役員、包括支援センター、学校、駐在(警察)、医師、農協、など

上越市 上越地域振興局 上越地域いのちとこころの支援センター

③ 自殺予防対策関係機関連携会議(年々)

●各部署・機関が包括的な包括的な自殺予防対策のための基盤を構築する。

自殺予防対策関係機関連携会議

取組の方向性・方法の共有

具体的取組のための環境調整

進捗状況の評価と協議

# 上越市自殺予防対策 モデル地区「気づき・傾聴・つなぐ・見守る」体制づくり

## 1. 目的

当市では、毎年50～70人前後の自殺者を数え、自殺率も国・県に比べ高い水準で推移している。そこで市では、上越市健康増進計画の取組項目の一つとして、自殺者の減少を目標に掲げ自殺予防対策を強化していくこととした。

自殺予防のためには、自殺の現状を把握するとともに、地区の実情にあった取組が必要である。効果的な自殺予防対策を展開するため、モデル地区を選定し地区の課題について地区住民と共有し「気づき・傾聴・つなぐ・見守る」体制づくりを進めていく。

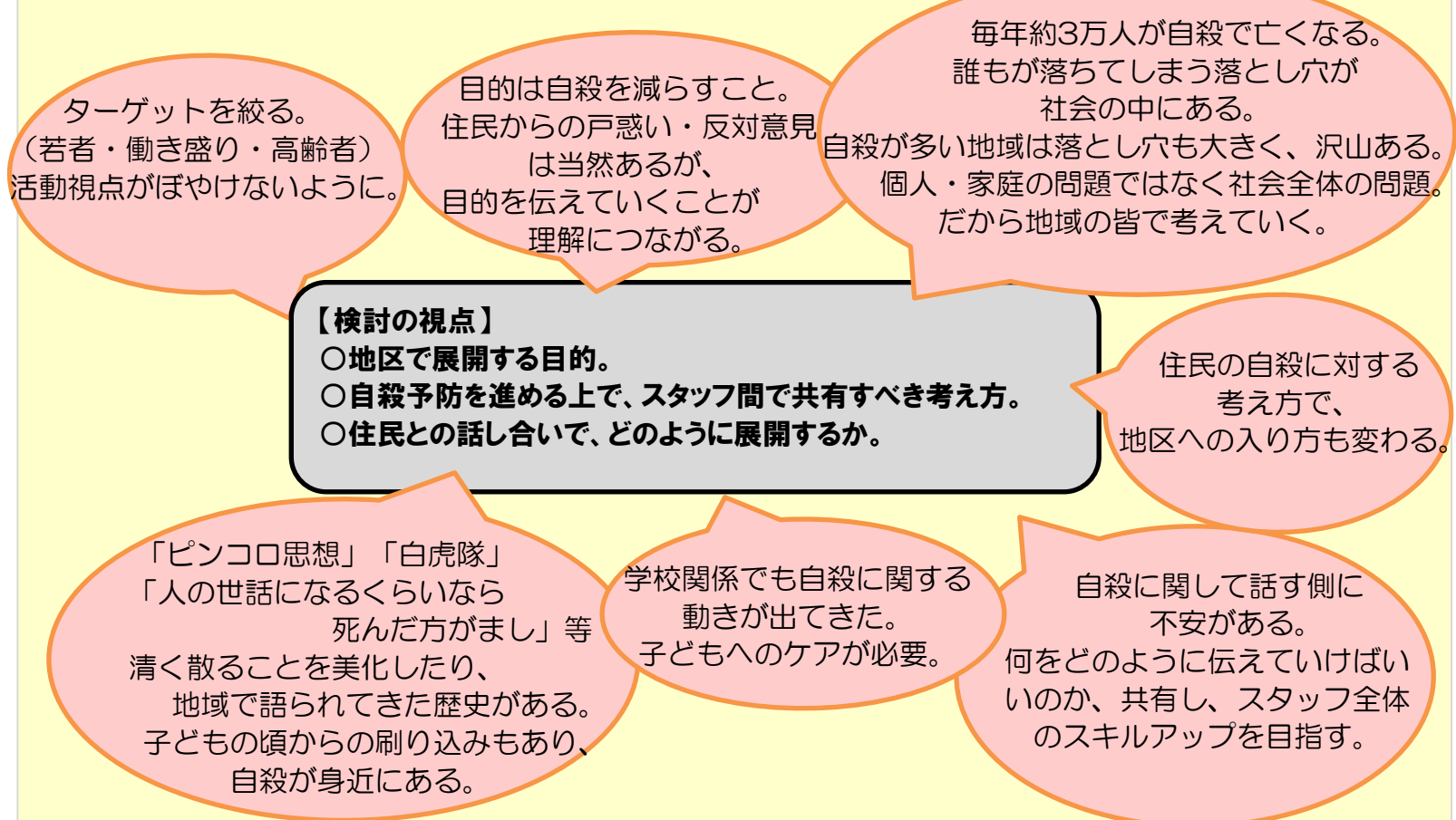
## 2. 対象

平成26年度は3つのモデル地区を選定。今後30地区に展開。

## 3. 取組内容

**①方法** 地区での展開にあたり、ワーキングチームを編成し検討を重ねた。

(ワーキングチーム: 上越地域振興局相談員、上越地域いのちとこころの支援センター、上越市保健師)



スタッフ間でも自殺予防に関する戸惑い・躊躇・誤認識等があることが確認され、その都度皆で確認し修正し

**②内容**

- 1) 自殺に対する住民の意識を調査・分析する。
- 2) 自殺予防に関する情報提供を行う。

## 4. 今後の方向性

○実態把握を進める：事業を展開する中で実態を把握する。市実態の可視化。他との比較。

○モデル地区での展開を地区へ波及させる：モデル地区でのノウハウを地区で展開する際、選択肢として組み込む。

○PDCAサイクルにのせた事業展開



## モデル地区取組状況

	A地区	B地区	C地区
実施方法	地域ネットワーク会議を自殺予防対策会議の場とした。	平成18・19年度に大学の研究のフィールドとなり、関係機関とのネットワーク会議を継続しており、自殺予防対策会議の場とした。	C地区の町内会長会議で自殺予防対策の検討をした。
結果	<p>3回の話し合いの中から、住民やA地区関係職員の自殺に対する意識を可視化、共通認識を図ることにつながった。「個人・地域を対象にして出来ること」の意見では、自殺予防対策の中でも「引きこもりを防止し、生きがいを創造する。」所につながるものが多かった。</p>	<p>1回の話し合いと市民自殺予防研修会での話し合いの中から、高齢者を対象として老人会で自殺予防を考える会を計画した。</p>	<p>2回の話し合いの中から、C地区の防災訓練で自殺予防対策について話すことになった。対象：老若男女 約300人。その後、自殺予防に関するチラシ全戸配布。</p>
今後の展開	<p>高齢者の支援をする人の輪を継続する。</p> <p>《医療機関・行政機関》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談支援の実施</li> <li>・個別ケースへの対応</li> <li>・情報提供</li> <li>・必要な人への医療受診への促し</li> <li>・内科医からの専門医受診へのつなぎ</li> </ul> <p>《民生委員・社協・包括支援センター・行政(福祉)》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・憩いの場づくり</li> <li>・閉じこもる人への個別対応</li> <li>・見守りネットワークづくり(見守り支援マップ)</li> </ul>	<p>《個人でできること》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・挨拶などの声かけ</li> <li>・こまめに声かけをする</li> <li>・気付いた人は抱え込まずに周りに相談する</li> </ul> <p>《地域全体でできること》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・町内の集まりで自殺について考える。</li> <li>・「常に見ているよ」ところを開いてくれる環境づくり。</li> <li>・カラオケや買い物など楽しみをつくる。</li> </ul>	<p>C地区の他の団体への波及。 (学校PTA、農協、婦人会、消防団等)</p>

地区ごとに30通りのやり方がある。入口・対象・手法も異なってくる。その地区に長年住む住民から生活の実態を聞き、共に学びを重ねあうことで、行政の一方通行でなく、住民が自分の住む地域の課題として認識し、取組が展開される。誰がどのような役割を担うのか、全体像を全員で共有した上で自殺予防対策が展開されていく。