

# (仮称) 北九州市自殺対策計画 (素案)

北 九 州 市

# (仮称)北九州市自殺対策計画(素案)目次

1	計画策定の趣旨	… 3p
2	計画の位置づけ	… 4p
	(1) 各分野計画との連携関係について	
	(2) 法的根拠について	
3	計画の期間	… 5p
4	本市の現状と背景	… 6p
	(1) 自殺の現状	
	(2) こころの健康に関する実態調査結果	
5	計画の基本的な考え方	… 35p
	(1) 本市の自殺対策における基本的な認識	
	(2) 自殺対策計画策定の基本的な考え方	
	(3) 基本理念	
	(4) 計画の数値目標と指標	
6	自殺対策計画の体系	… 39p
7	重点的な取組	… 45p
	視点1：一人ひとりのライフコースの課題	
	① 若年層	
	② 中高年層	
	③ 高年齢層	
	④ 自殺未遂者	
	⑤ うつ・アルコール依存症	
	視点2：社会構造における課題	
	⑥ 生きやすい地域づくり(市民への普及啓発)	
	⑦ 関係者や関係機関との連携,相談窓口の連携,ゲートキーパーの養成	

## 8 計画の推進体制

…74p

- (1) 北九州市自殺対策連絡会議
- (2) それぞれの主体が果たすべき役割について

## 9 資料編

…76p

- (1) 北九州市自殺対策連絡会議 構成員名簿
- (2) 北九州市自殺対策庁内連絡会議 幹事課名簿
- (3) 計画策定までの経緯
- (4) 市民フォーラム発言要旨
- (5) 掲載事業整理表
- (6) 関係機関・相談先一覧

# 1 計画策定の趣旨

日本の自殺者数は、平成 10 年に急増し、3 万人前後の高水準で推移していました。平成 18 年の自殺対策基本法の成立以降、さまざまな取り組みの成果もあって平成 23 年以降はわずかに減少傾向にあります。しかし、国際的に見ても、その死亡率は高いもので、依然、深刻な状況にあります。

本市においても、全国と同様に自殺者数は減少傾向にあるものの、未だ毎年約 200 人近くの方が自ら尊い命を落とされています。自殺で命を落とされた方の無念さに加え、遺された家族、友人、仕事仲間など、深刻な影響を受ける方も多く、また、自殺未遂者は既遂者の 10 倍を超えていることを考え合わせると、自殺という問題が地域社会に及ぼす影響は極めて大きいものです。

自殺対策基本法には、「自殺が個人的な問題としてのみ捉えられるべきものではなく、その背景に様々な社会的要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない。」と明記してあります。自殺対策を考えるにあたっては、いったん個人の健康や生活上の問題から着目したとしても、その個人が社会のなかでどのように生きるかが問われ、その人の生きる社会が個々人を生かし支える構造を備えているかが問われます。自殺は、社会の構造上の問題、地域文化の問題としても捉えられます。

自殺対策とは、すべての市民が「自分自身を肯定して生きられる」地域づくりにほかなりません。そして、市民をはじめ、事業主や、学校、関係機関・団体、行政等の各々が、自殺対策の中軸として期待される役割を果たしていかなければなりません。

平成 28 年 4 月、自殺対策基本法の改正があり、その示す基本的な方向は変わらないものの自殺対策のより一層の推進と、より具体的・実効的な計画の必要性が謳われました。これを受け、本市においても、現在まで行ってきた取り組みの成果や地域の課題をふまえ、整理することで、今後 10 年間の自殺対策の方向性を示す「北九州市自殺対策計画」を策定することにいたしました。

この計画は、自殺をしようと考えている方の命を一人でも多く救うことを目指すものであると同時に、市民一人ひとりが、つながり、支えあうことで、だれもが自分らしく生きる喜びを実感できる「心の健康づくり」を目的としたものです。

この計画の推進により、市民の一人ひとりが自殺対策の主役となり、つながっていくことで「生きる喜びを実感できるまち・北九州」を目指します。

## 2 計画の位置づけ

### (1) 各分野計画との連携関係について

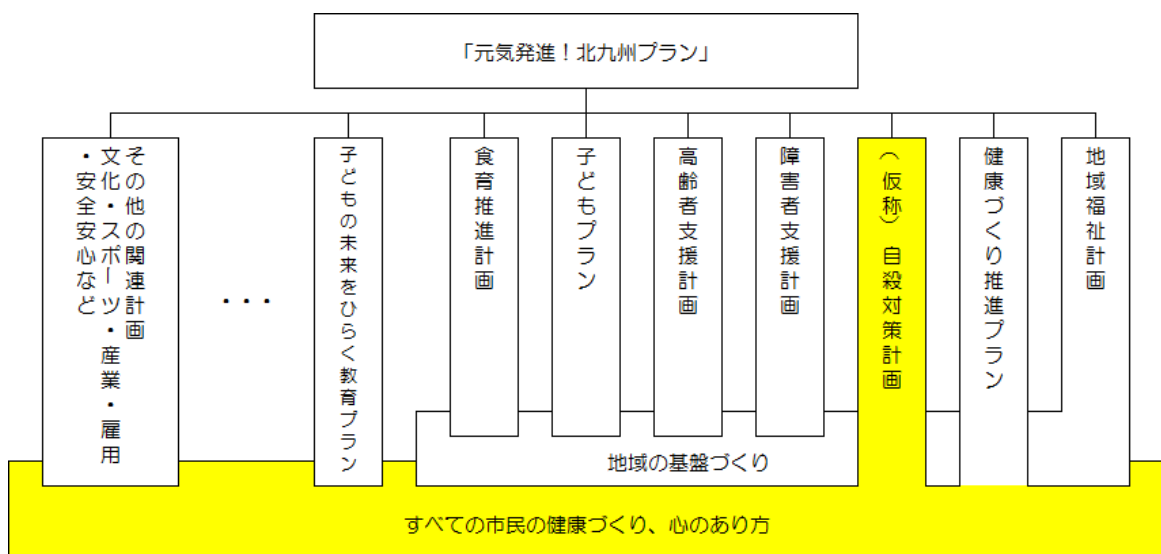
本市では、急速な超高齢・少子化や厳しさを増す社会経済情勢の中で、直面する課題に対応し、誰もが安心して生活し、地域社会の一員として生き生きと活躍できる、活力と魅力あるまちを次世代に受け継ぐため、市の基本構想・基本計画である「元気発進！北九州」プランを策定しています。

このプランに基づき、保健・医療・福祉をはじめ、教育、文化、スポーツ、産業・雇用など、様々な分野別計画を策定して「まちづくり」を進めています。本来、こうした市の分野別計画は、いずれも市民一人ひとりが自らの力を十分発揮して活躍できる環境を整え、市民満足度の高いまちづくりを目指しています。

今回策定する「北九州市自殺対策計画」で重要なのは、各分野にわたる様々な施策を「自殺対策」という視点で見直し、強化し、相互のつながりを意識化することです。また、自殺対策として必要と思われる特化した施策は、あらためて全体の計画のなかで位置づけを明確にさせ、各分野別計画の施策と連動させてゆく必要があります。

すべての市の計画の共通の展望となり、この計画において実現を目指すのは「市民一人ひとりがかけがえのない存在として尊重され、誰もが、生きる喜びとこころのつながりを実感することができる社会」です。

そのため、本計画の推進にあたっては、自殺対策に特化される施策を構築し推進してゆくと同時に、様々な施策、活動、様々なサービス部門の人々が、自殺対策を契機に、市民のこころの健康を図るために、各自の計画範囲や領域を超え、広く結束、協働してゆく必要があります。



## (2) 法的根拠について

自殺対策基本法第 13 条では、「市町村は、自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画並びに地域の実情を勘案して、市町村自殺対策計画を定めるもの」とされており、本計画は、同法に規定する「市町村自殺対策計画」として策定します。

## 3 計画の期間

本計画の期間は、平成 29 年度から平成 38 年度までの 10 年間とします。

なお、各種施策等の成果について 2 年ごとに評価を行い、自殺対策基本法または自殺総合対策大綱の見直し等の国の動向もふまえ、必要に応じ計画の見直しを行うこととします。

## 4 本市の現状と背景

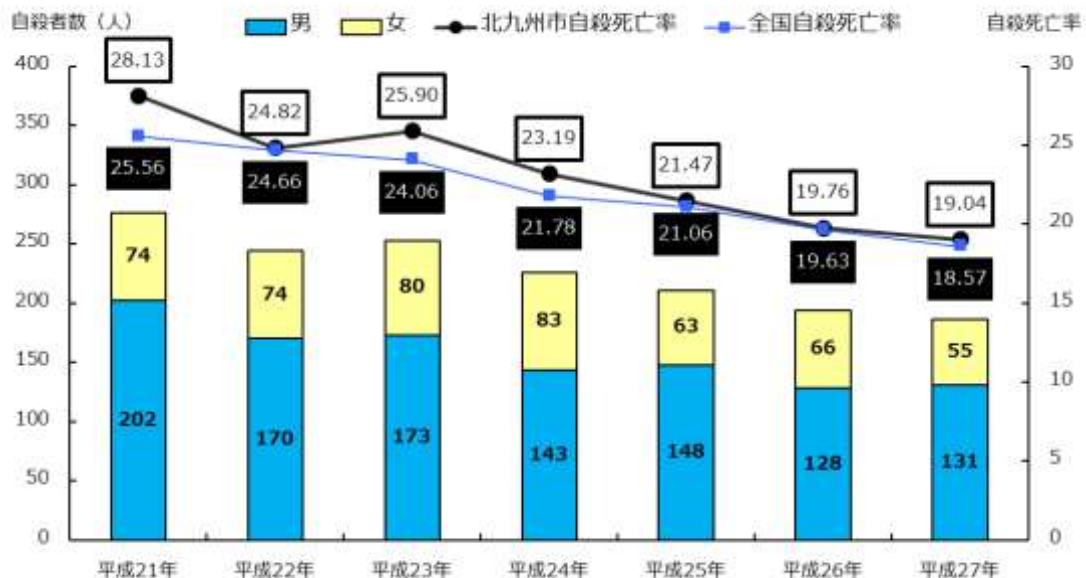
### (1) 自殺の現状

※活用する統計データは警察庁自殺統計資料（自殺日・住居地ベース）

#### ① 自殺者数・自殺死亡率の推移

本市の年間自殺者数について、平成 21 年からの推移をみると平成 23 年に 9 名増加しましたが、それ以外は前年よりも減少してきています。人口 10 万人当たりの自殺死者数を表す自殺死亡率（以下「自殺死亡率」という）は、全国と比較して高い水準にありましたが、平成 25 年からほぼ同水準を維持しており平成 27 年は 19.04 人となっています。

【本市の自殺者数・自殺死亡率の推移】



#### ② 自殺死亡率の状況

本市の自殺死亡率について、最近 3 年間（平成 25～27 年）の平均は 20.09 人で政令指定都市のなかで 5 番目に高くなっています。これは、全国平均の 19.82 人よりもわずかに高く、福岡県の 20.80 人よりもわずかに低くなっています。

【本市の自殺死亡率（平成 25～27 年平均）】

北九州市	自殺死亡率	政令指定都市の順位
平均	20.09	5 位/20 位
平成 27 年	19.04	5 位/20 位
平成 26 年	19.76	6 位/20 位
平成 25 年	21.47	6 位/20 位

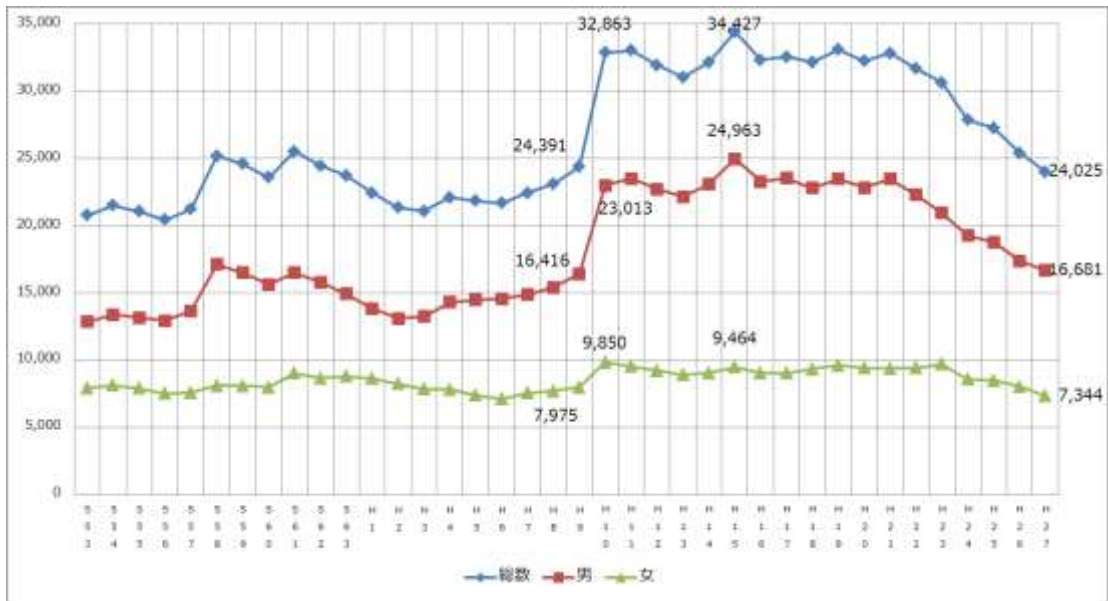
【参考】平成25～27年平均

	自殺死亡率
全国	19.82
福岡県	20.80

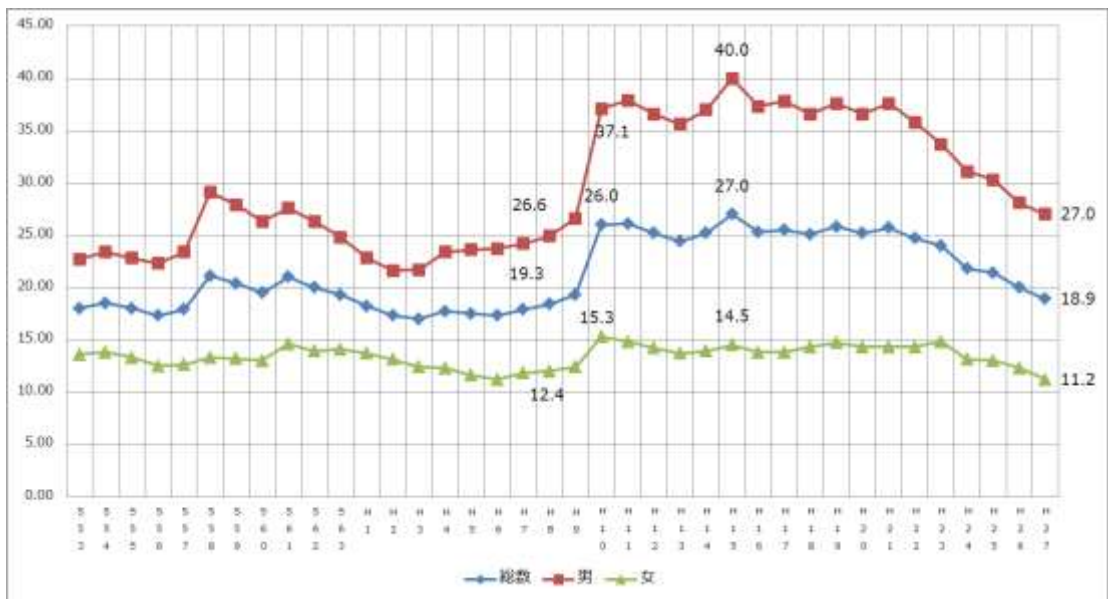
### ③ 全国の状況

全国の自殺者数は、平成10年に急増して以降、平成15年には最多となる3万4,427人（自殺死亡率27.0）となりました。14年連続して3万人を超える状態が続いていましたが、平成24年に15年ぶりに3万人を下回り、平成27年は2万4,025人（自殺死亡率18.9）と急増前の平成9年以来の水準になりました。

【全国の自殺者数の推移】



【全国の自殺死亡率の推移】



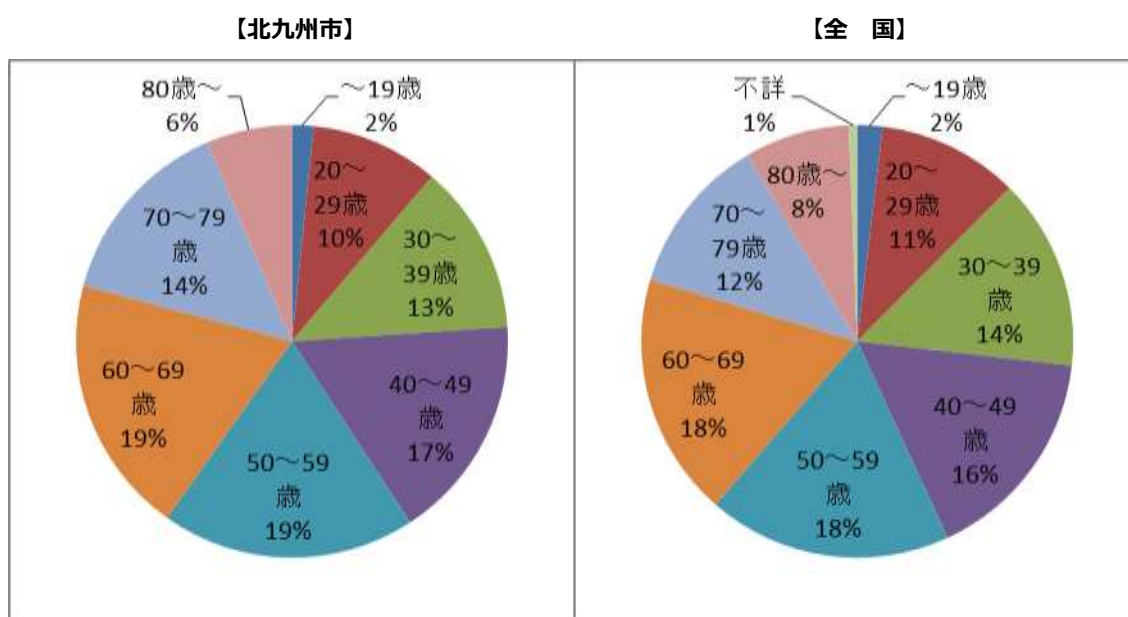
警察庁「自殺統計」、総務省「国勢調査」及び総務省「人口推計」より厚生労働省自殺対策推進室作成



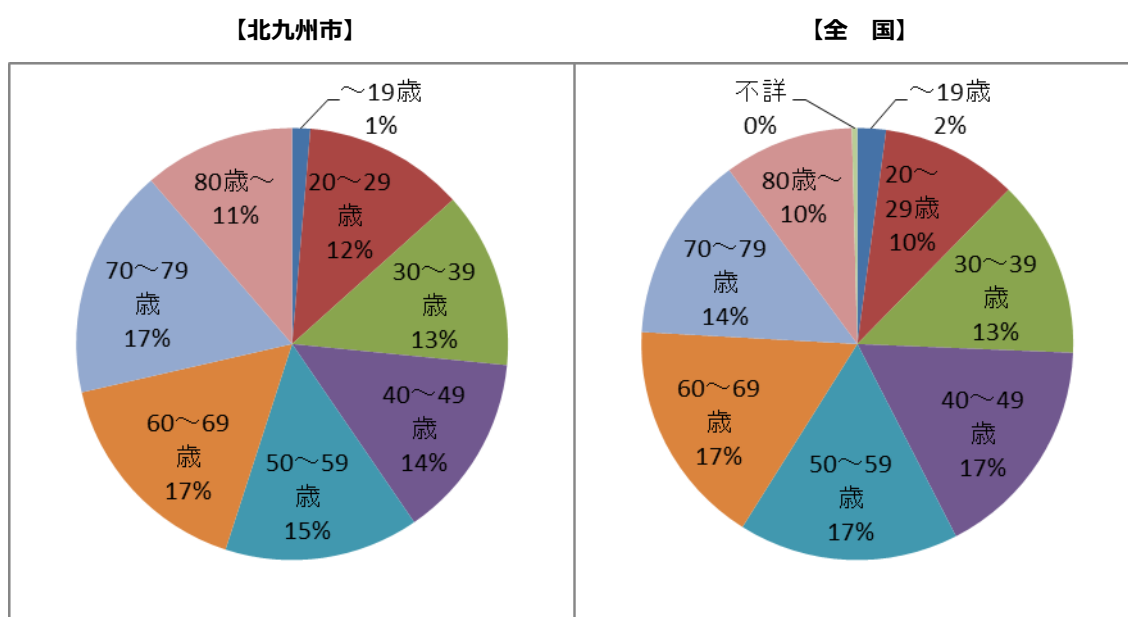
#### ④ 年代別の構成割合

本市の自殺者数の年代別構成には、ここ数年の間に変化が伺えます。平成 21～24 年の合算を全国と比べると、70 代の占める割合が大きく 80 歳以上が少なくなっていますが、他の年代ではほぼ同じ割合となっています。最近 3 年間の平成 25～27 年では、40 代 50 代が 3%以上減り 70 代 80 歳以上が 3%以上大きくなっています。全国と比較すると 40 代 50 代は少なく 20 代 70 代 80 歳以上が占める割合が大きくなっています。

【年代別 自殺者数の構成割合（平成 21～24 年合算）】



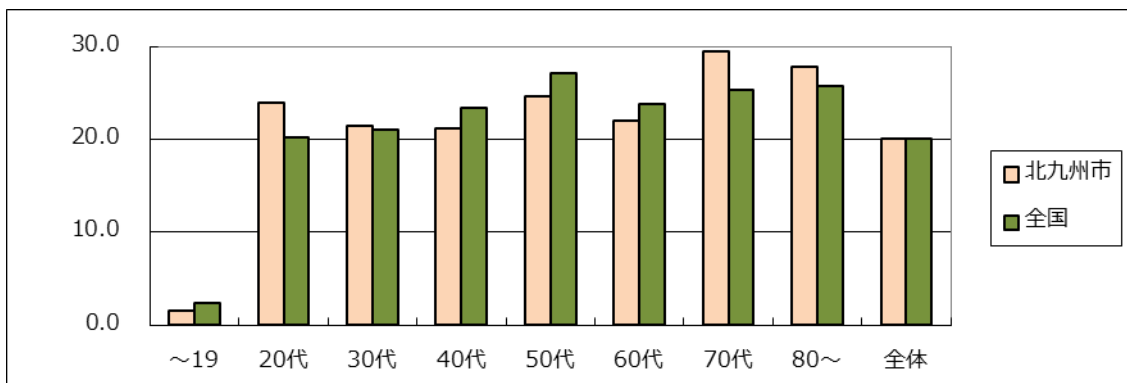
【年代別 自殺者数の構成割合（平成 25～27 年合算）】



### ⑤ 年代別の自殺死亡率

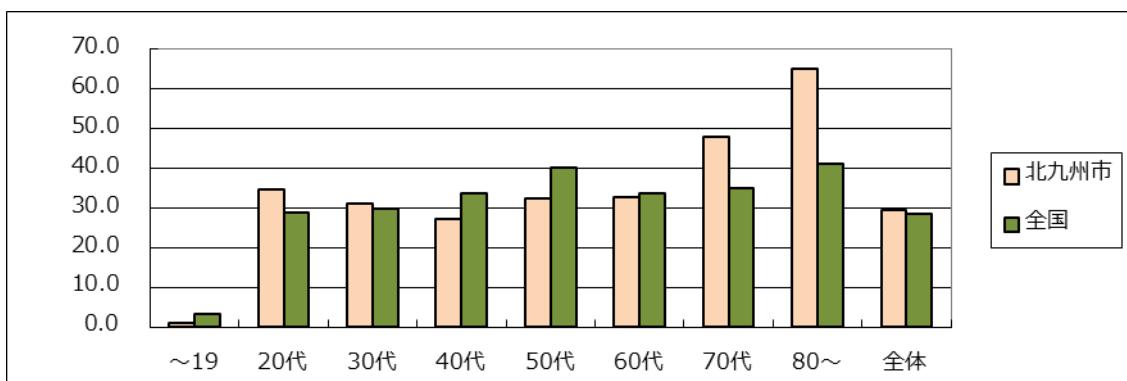
平成 25～27 年の最近 3 年間の自殺死亡率の平均については、70 代が最も高く、次に 80 代以上となっています。全国と比較すると、70 代 80 歳以上および 20 代 30 代が全国平均を上回り、それ以外の年代では下回っています。

【年代別×自殺死亡率（平成 25～27 年平均）】



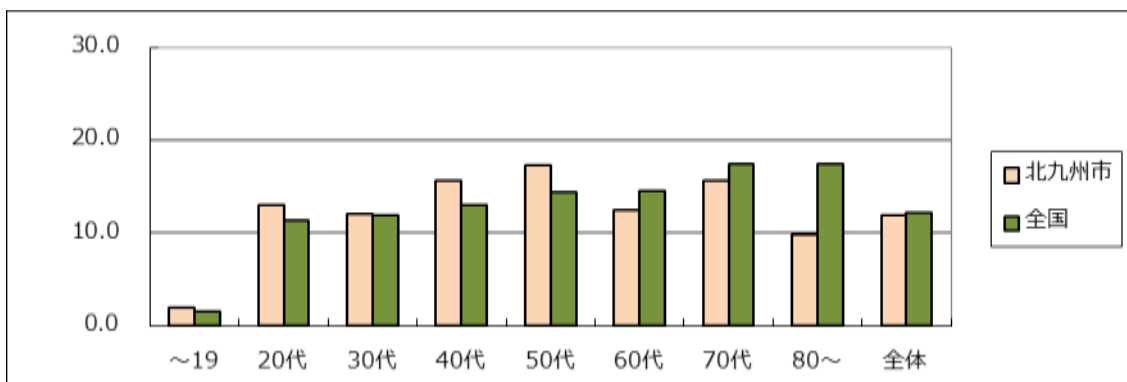
男性は、全体では全国平均を少し上回っています。特に 70 代 80 代以上が突出して高く、20 代 30 代も全国平均を上回っています。

【男 年代別×自殺死亡率（平成 25～27 年平均）】



女性は、全体で全国平均を少し下回っています。

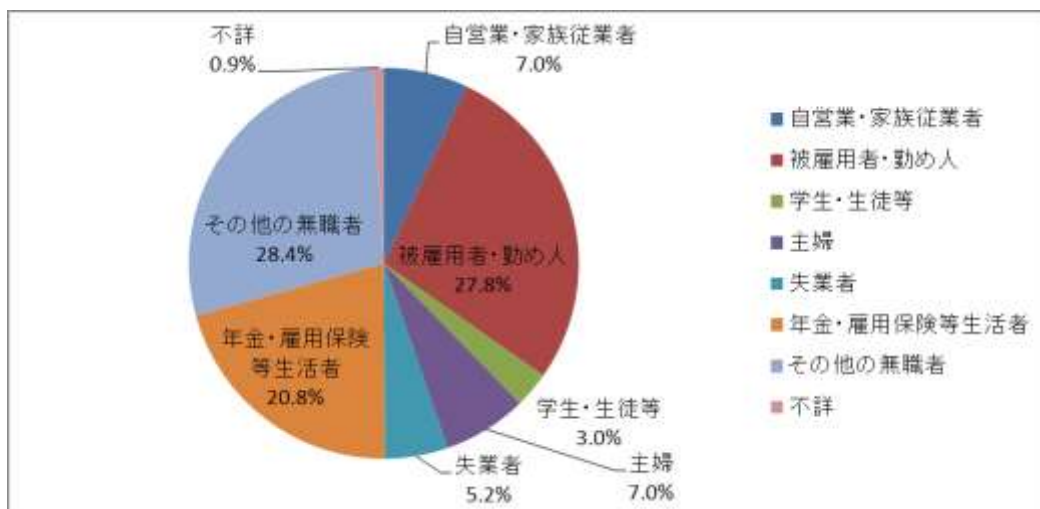
【女 年代別×自殺死亡率（平成 25～27 年平均）】



## ⑥ 職業別の状況

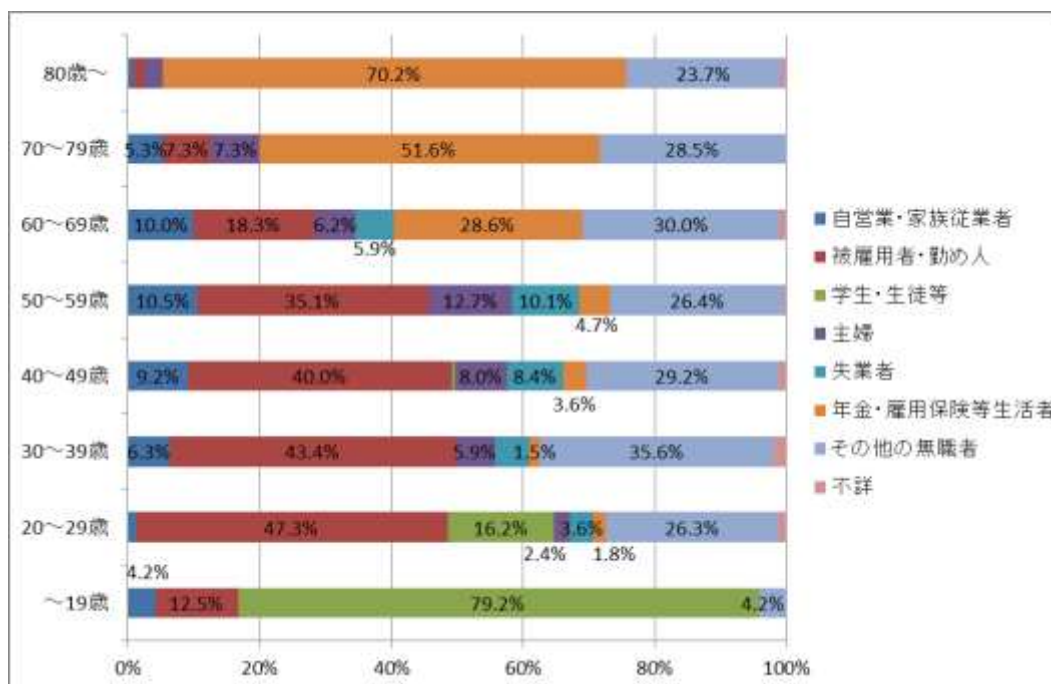
平成 21～27 年の合算による自殺者の職業は、無職者（「その他の無職者」「年金・雇用保険等生活者」「失業者」「主婦」）が、全体の 61.4%を占めています。

【職業別 自殺者数の構成割合（平成 21～27 年合算）】



職業別を年代別にクロス集計してみると、「年金・雇用保険等生活者」は 80 歳以上、70 代での割合が多く、「その他の無職者」は 30 代、「被雇用者・勤め人」は 20 代～50 代で多くなっています。

【職業別×年代別 自殺者数の構成割合（平成 21～27 年合算）】

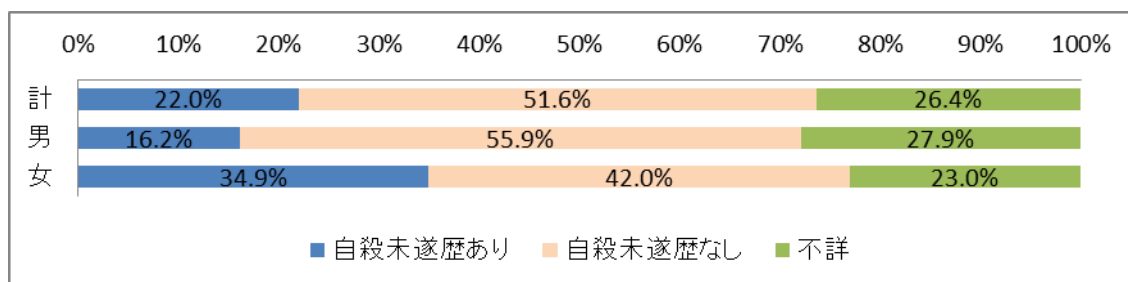


※「その他無職者」は、「利子・配当・家賃等生活者」「浮浪者」「その他の無職者」を合算したものの

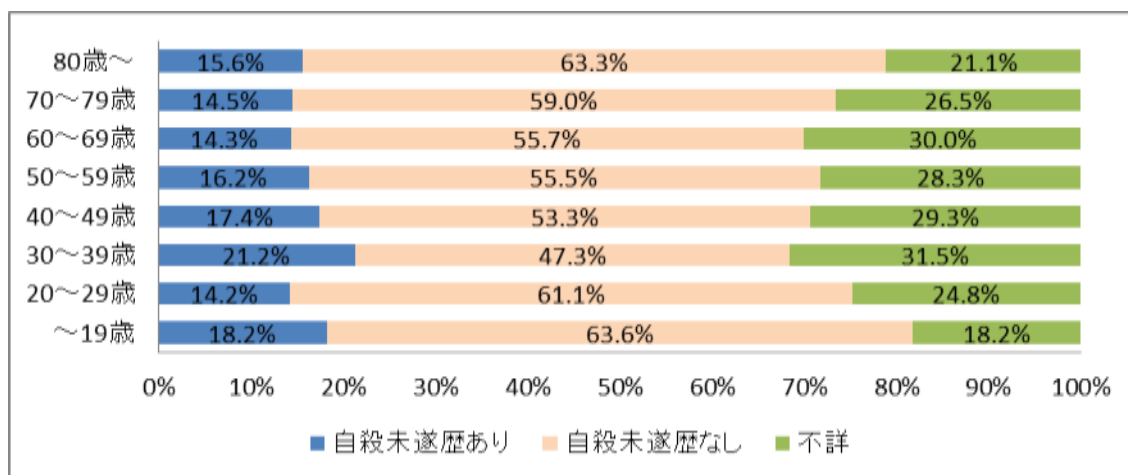
## ⑦ 自殺未遂歴の有無の状況

本市の自殺者のうち 22%に自殺未遂の経験があり、女性のほうが男性より 2 倍以上の自殺未遂歴がありました。特に、女性の 20 代は、自殺者の半数以上である 57.4%に自殺未遂歴があり、年代が上がるにつれてその割合は少なくなっています。

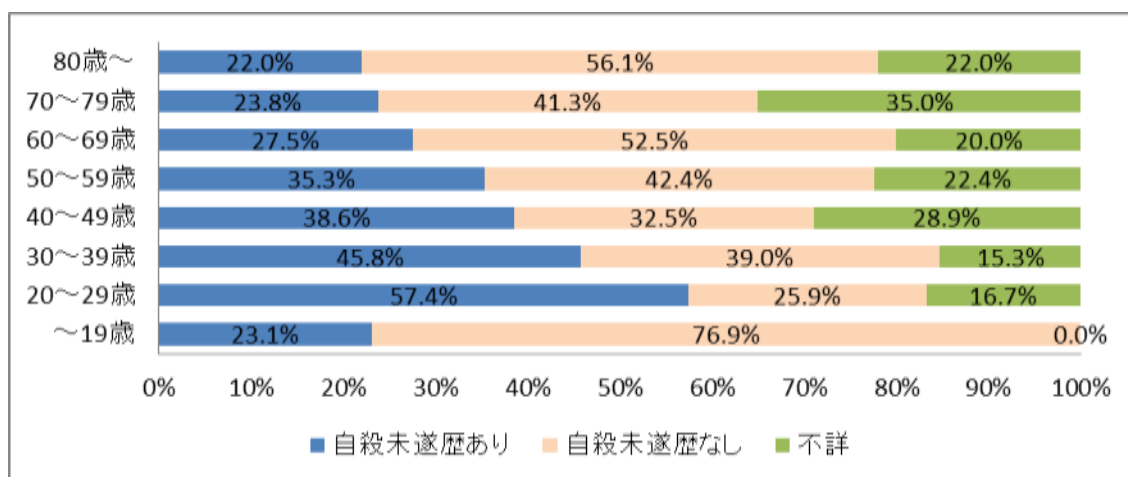
【自殺未遂歴の有無×性別（平成 21～27 年合算）】



【男 自殺未遂歴の有無×年代別（平成 21～27 年合算）】



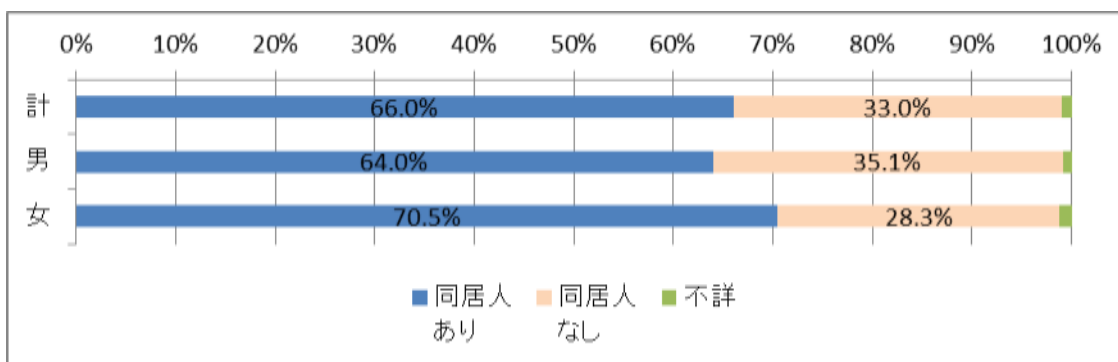
【女 自殺未遂歴の有無×年代別（平成 21～27 年合算）】



### ⑧ 同居人の有無の状況

本市の自殺者のうち 66.0%が「同居人あり」です。女性のほうが「同居人あり」が多く、全ての年齢階級で「同居人あり」が多くなっています。

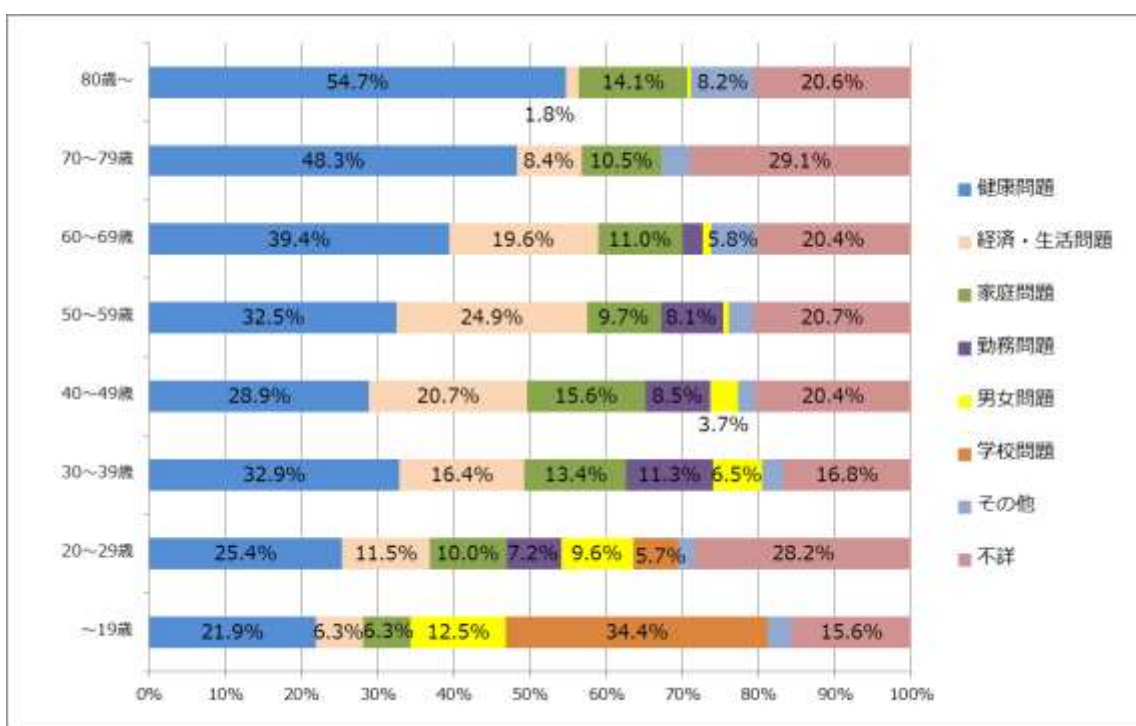
【同居人の有無×性別（平成 21～27 年合算）】



### ⑨ 原因・動機別の状況

警察庁統計によると、本市の自殺の原因・動機は、年齢が上がるに従い健康問題を原因・動機とする割合が増える傾向があります。

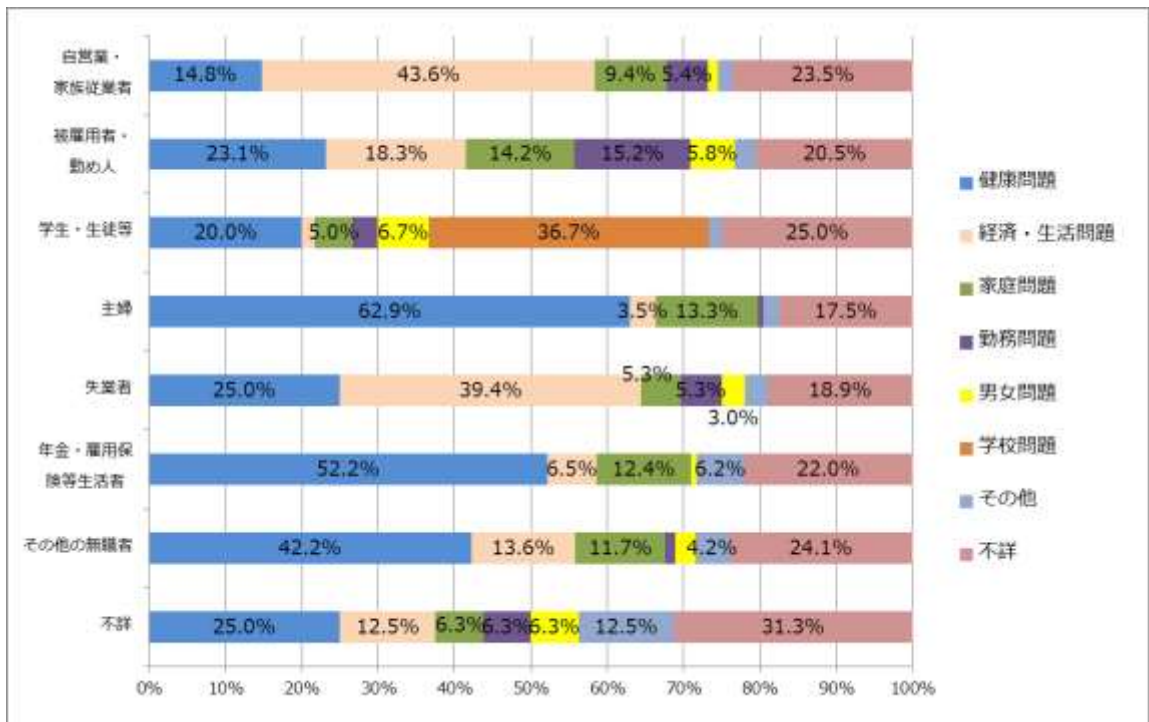
【原因・動機×年代別（平成 21～27 年合算）】



自殺の原因・動機を職業別にクロス集計でみると、「主婦」「年金・雇用保険等生活者」「その他の無職者」は健康問題が原因・動機として多く上がっており、「自営業」「失業者」は経済・生活問題、「学生・生徒等」は学校問題が多く、「被雇用者・勤め人」には原因・動機に特別な偏りは見られませんでした。

なお、健康問題は体の不調だけでなく、うつ病などの精神疾患も含まれています。

【原因・動機×職業別（平成 21～27 年合算）】



ただし、多くの自殺の原因は複合的であり、決して単純なものではありません。原因を単純化して比較することは、自殺の実態を見誤ることに繋がるため、注意が必要です。

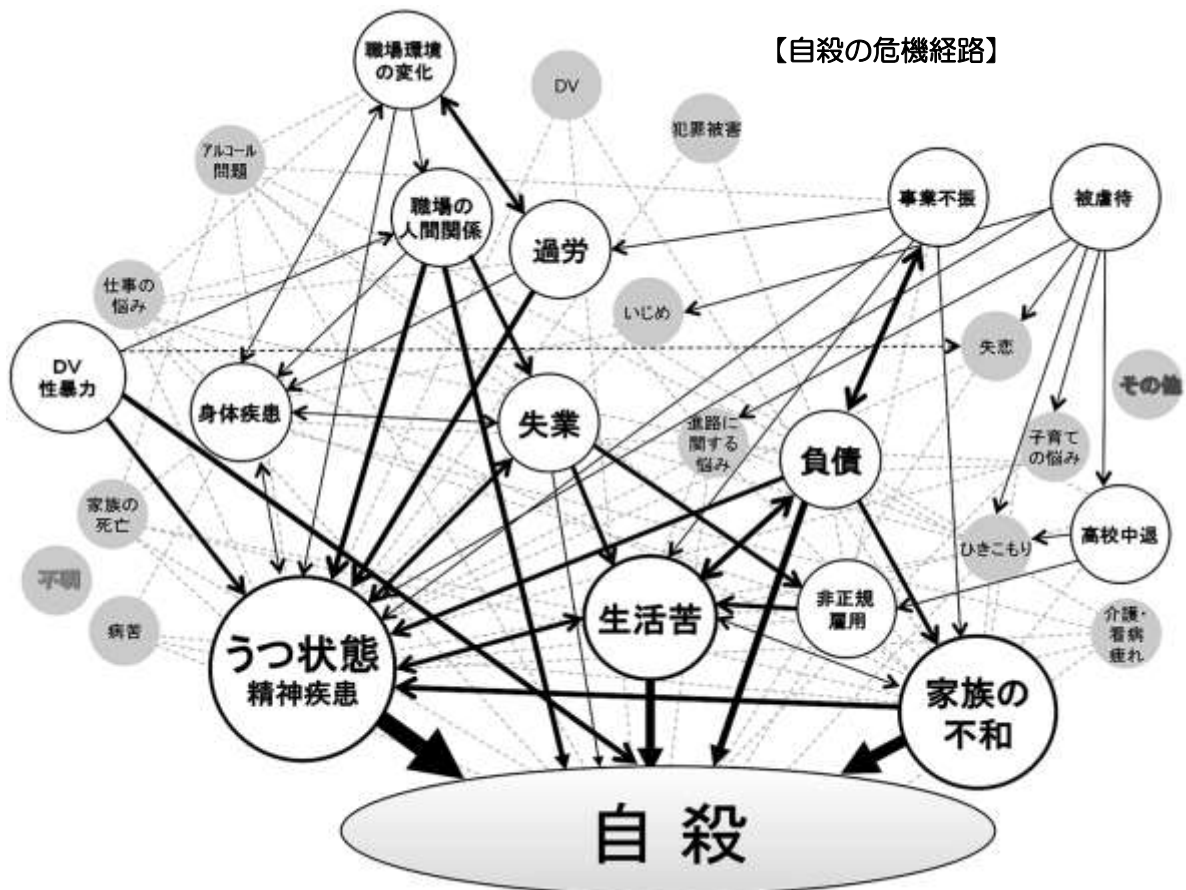
参考：『自殺実態白書 2013（NPO 法人ライフリンク発行）』より

NPO 法人自殺対策支援センターライフリンクが、自殺で亡くなった 523 人について、その一人ひとりが自殺に至るまでの経路を調査・分析したところ、自殺で亡くなった人は、平均すると要因を 4 つ複合的に抱えていたことが分かりました。

例えば、

- ・「失業」がきっかけで「生活苦」に陥り、「多重債務」を抱えて「うつ状態」になり、自殺に追い込まれていく。
- ・「高校中退」がきっかけで不安定な職にしか就けず、「生活苦」になり「借金」を抱えて、「家庭内の人間関係」も悪化して自殺に追い込まれていく。
- ・小さい頃に「虐待」を受けた経験のある人が、結婚して「夫からの暴力」を受けたことがきっかけで「精神疾患」になり、「離婚」して「生活苦」に陥って自殺に追い込まれていく。

このように、様々な要因が重なる中で「生きるのが困難な状況」に追い込まれて、亡くなっています。



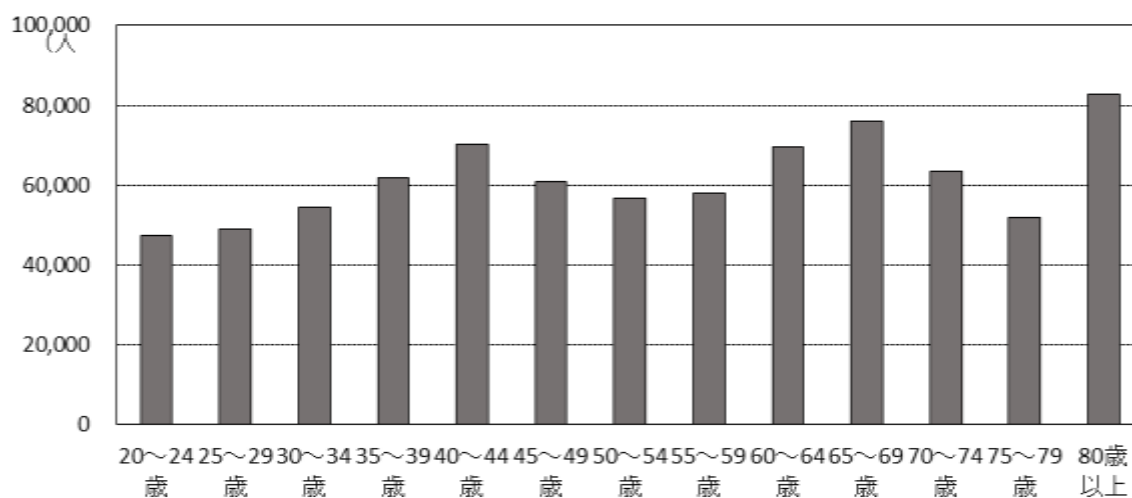


## (2) こころの健康に関する実態調査結果

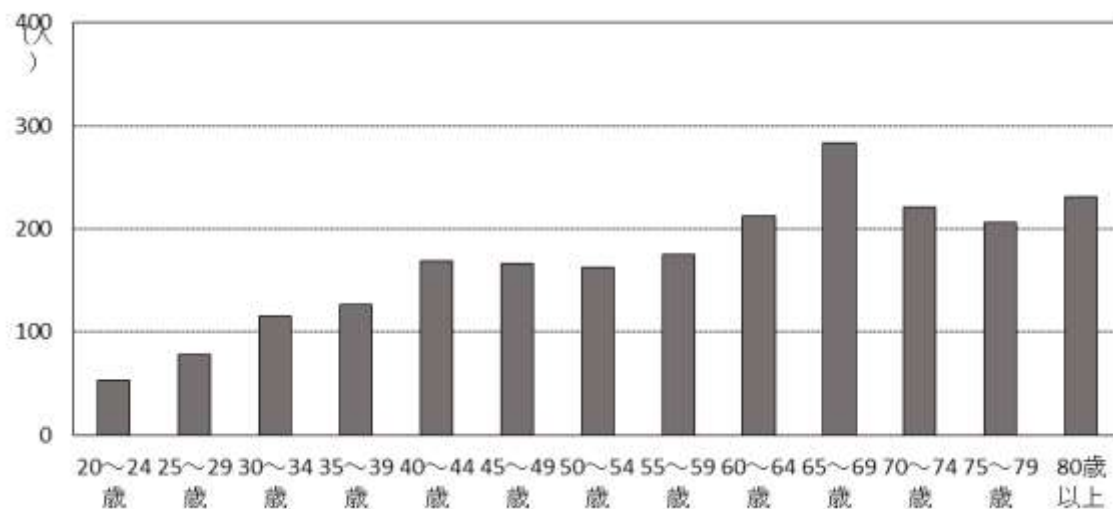
平成 27 年 7 月～8 月にかけて、市民のこころの健康に関する意識と実態を把握し、本市の施策の基礎資料とするため、20 歳以上の市民 4,500 人を対象に、無記名のアンケート調査を実施しました。

調査票の回収率は 49.6%でした。

〔本市の年齢別人口〕



〔回答者の年齢分布〕

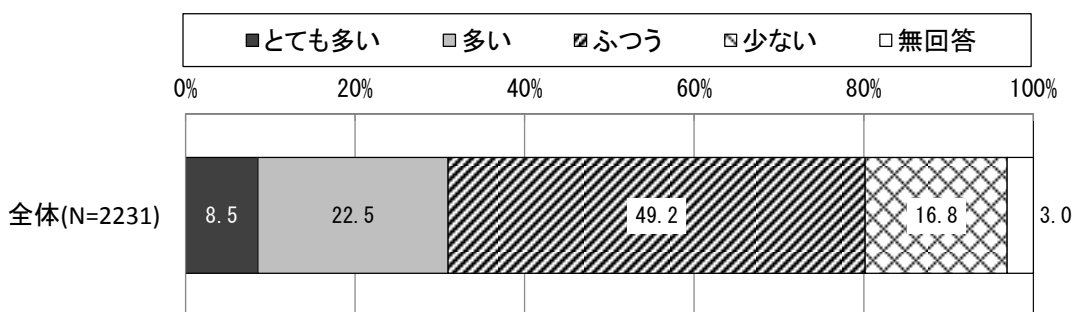




## ① ストレスについて

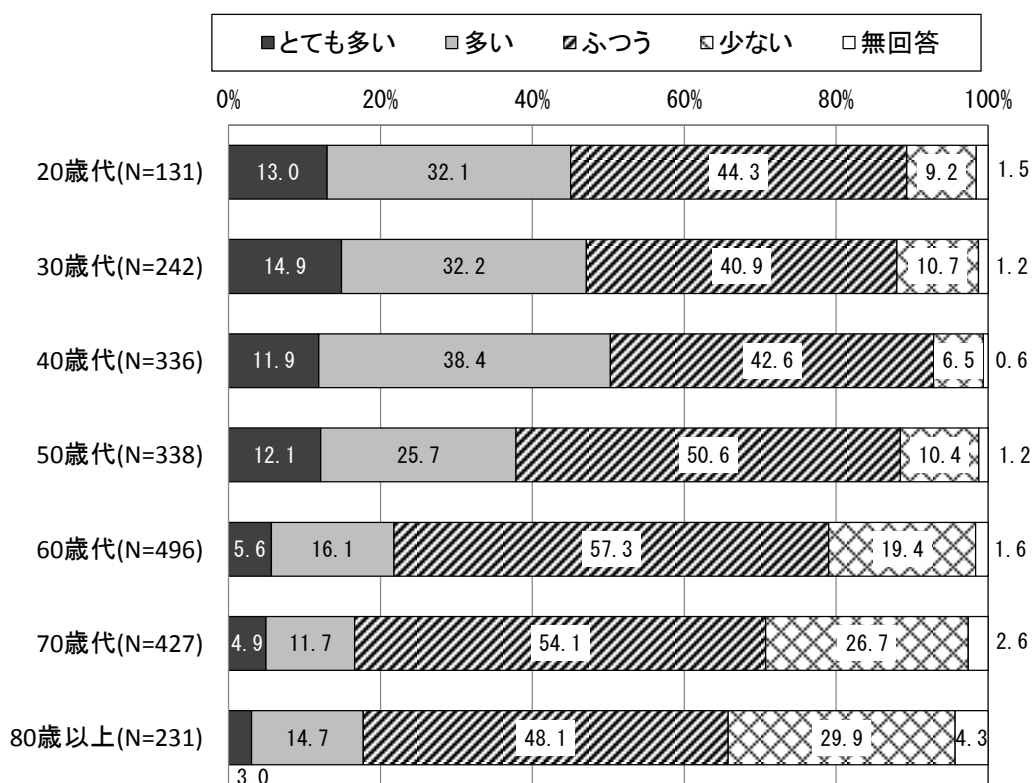
### ■ストレスについて

日常のストレスが、「とても多い」と感じている人は 8.5%、「多い」22.5%、「ふつう」49.2%、「少ない」16.8%です。



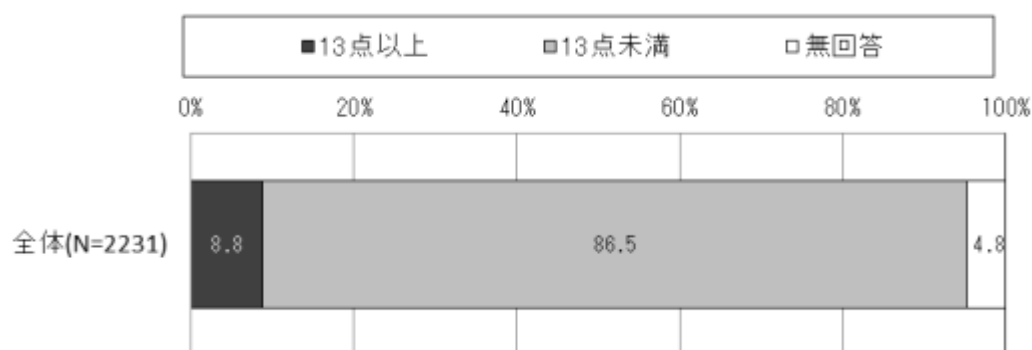
### ■ストレスと年代

年代別にみると、ストレスが「とても多い」「多い」と感じている人は、40歳代が一番多く、30歳代、20歳代と若い世代が上位となっています。



### ■K6・うつ病や不安障害に罹患している可能性

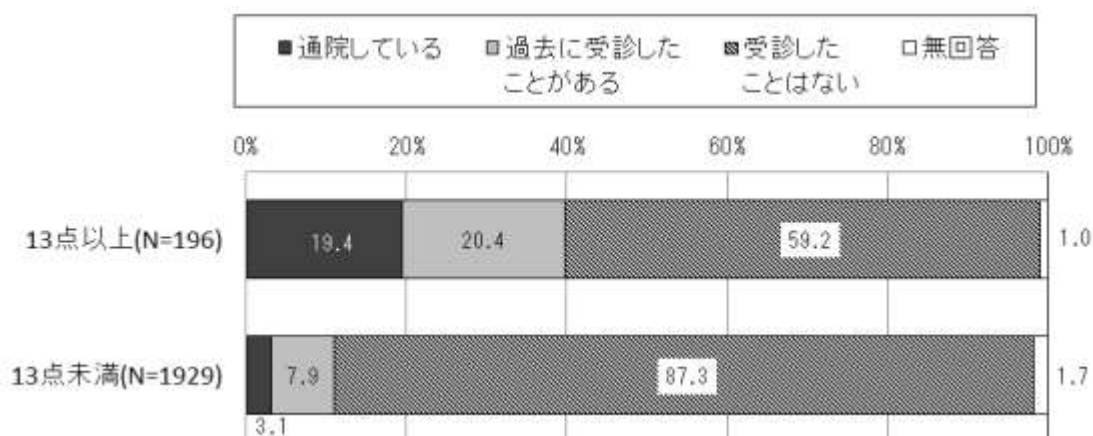
ストレスの多さと関連して、こころの健康状態を知るために、うつ病や不安障害などを把握するための質問（K6）を行ったところ、うつや不安障害に罹患している可能性のある人（以下、「K6 高得点者」という）は、8.8%いました。



※ K6 とは、一般住民を対象とした調査で、うつ状態や気分・不安障害などを把握するために米国で開発された 6 項目の質問です。本調査では、質問のそれぞれを 0-4 点とし、合計点が 13 点以上の方について、うつ病や不安障害に罹患している可能性がある方としています。

### ■K6 高得点者の受診状況

K6 高得点者のうち、59.2%の人が病院を受診していません。

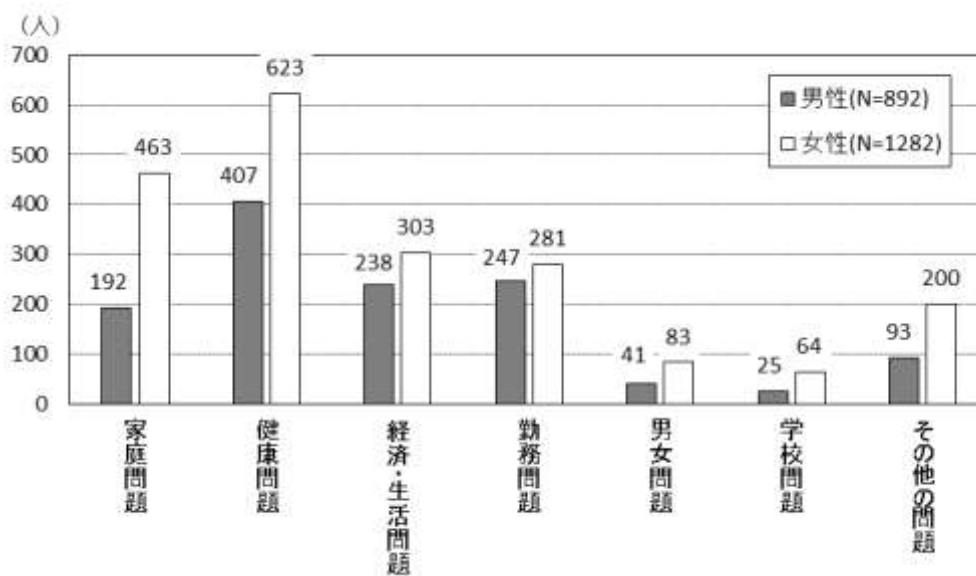


## ■ストレスなどの原因

日常生活での不満や悩み・ストレスなどの原因は、「健康問題」が突出して多く、「家庭問題」、「経済・生活問題」、「勤務問題」が上位となっています。

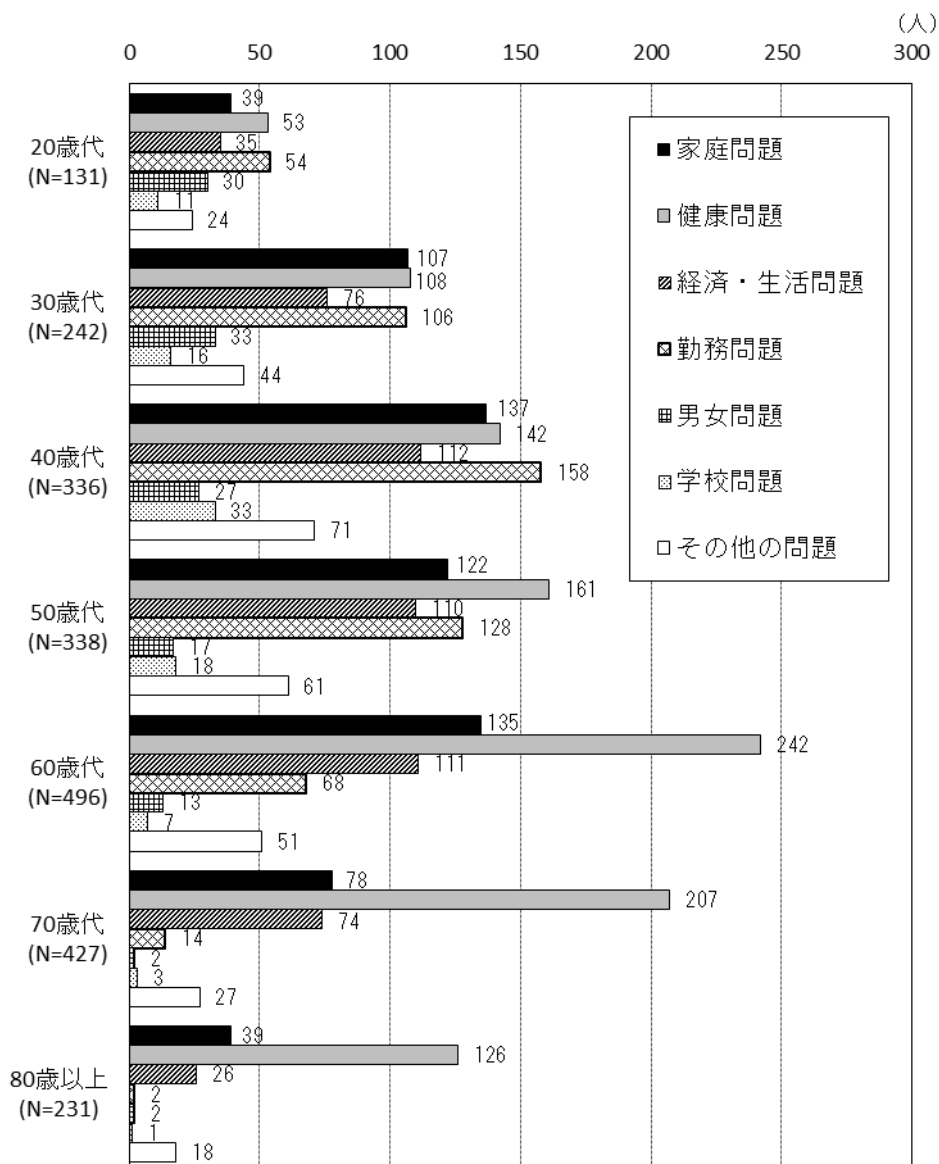
男性では、①「健康問題」、②「勤務問題」、③「経済・生活問題」

女性では、①「健康問題」、②「家庭問題」、③「経済・生活問題」の順でした。



## ■ストレスの原因と年代

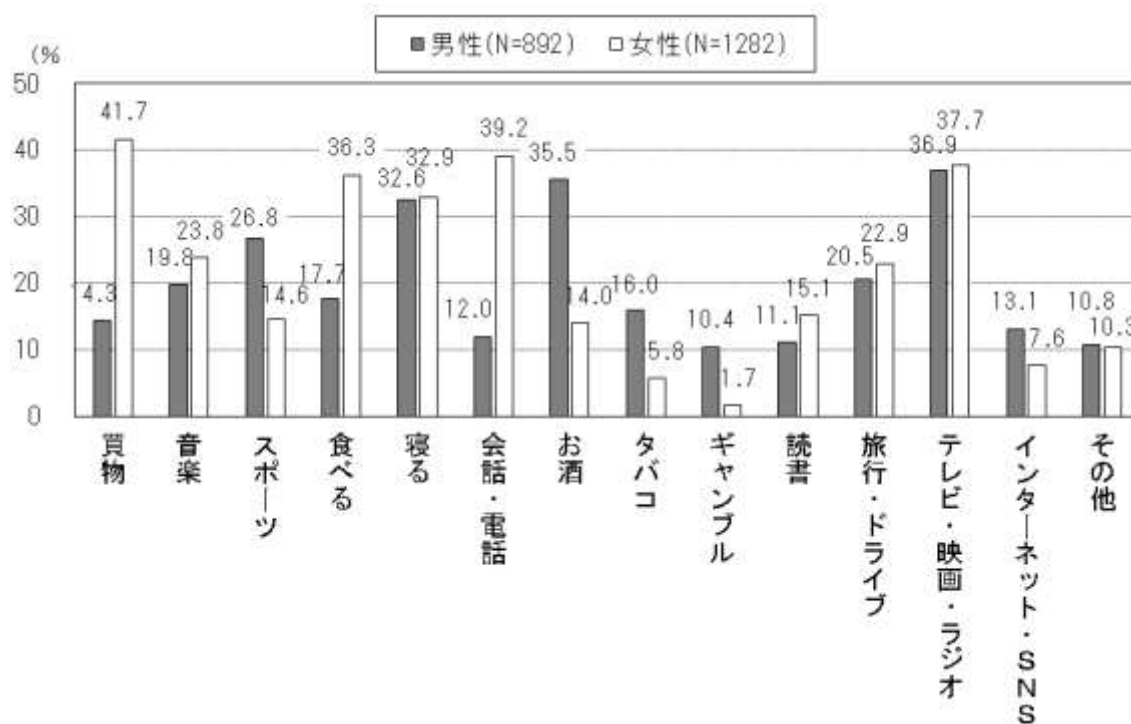
ストレスの原因を年代別にみると、20歳代から50歳代までは、「勤務問題」、「健康問題」、「家庭問題」が多いが、60歳代以降では「健康問題」が突出して多くなっています。



## ■ストレス解消法

男性のストレス解消法は、①テレビ・映画・ラジオ、②お酒、③寝る など、受身的な内容のものが多くなっていますが、

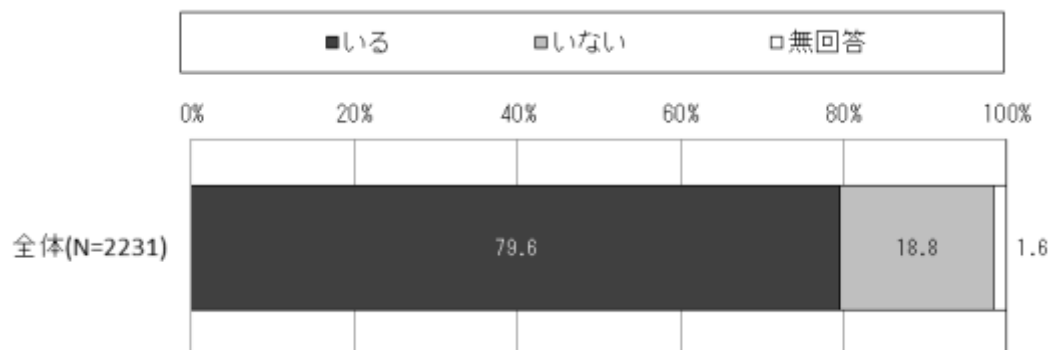
女性は、①買物、②会話・電話、③テレビ・映画・ラジオ など、積極的なものが上位を占めるなど、男女によりストレス解消法に違いが見られました。



## ② 悩みやストレスの相談等について

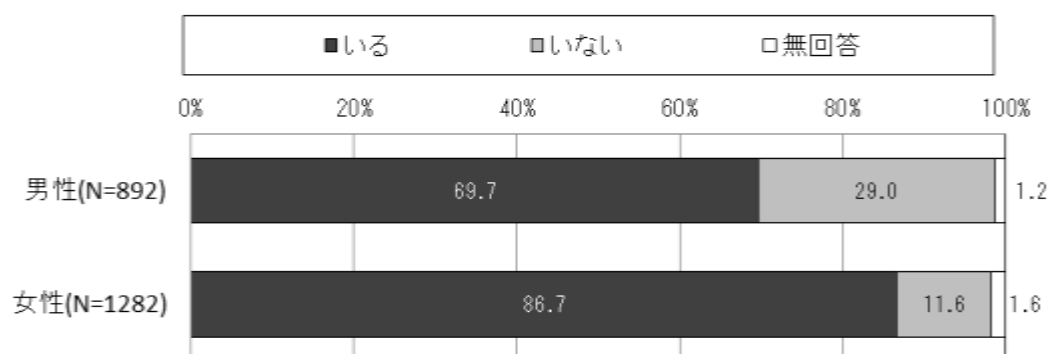
### ■悩みなどを相談できる人の有無

悩みやストレスなどを「相談できる人がいる」人は79.6%いました。



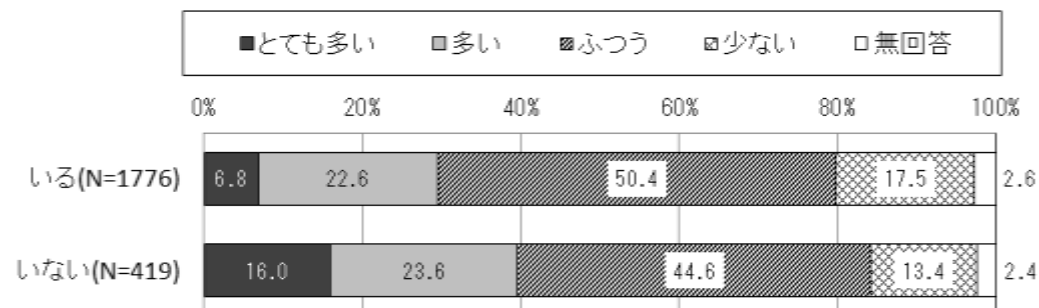
### ■悩みなどを相談できる人の有無と性別

悩みなどを「相談できる人がいる」人は男性より女性のほうが多くなっています。



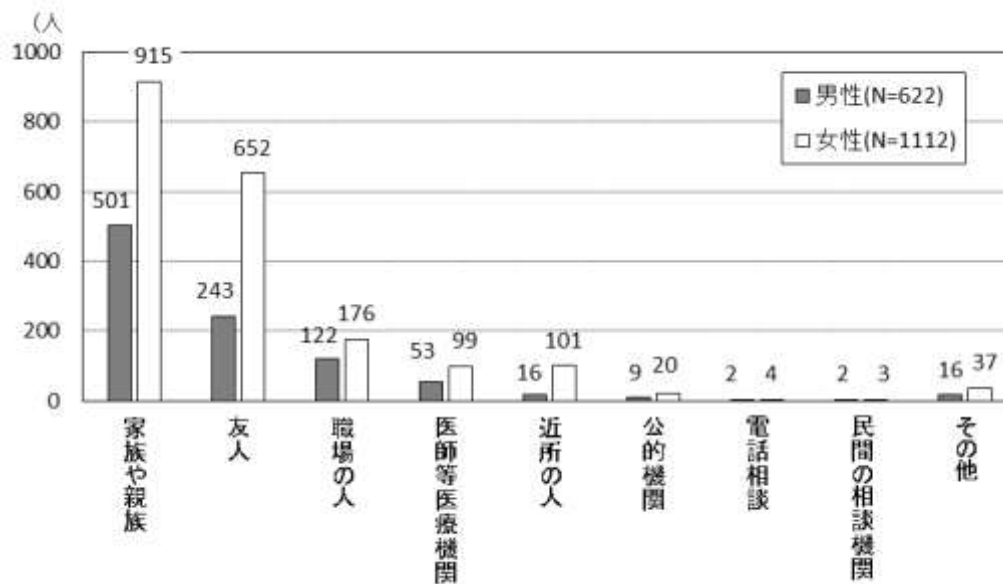
### ■悩みなどを相談できる人の有無とストレス

相談できる人が「いない」人は、「いる」人よりもストレスが多くなっています。



### ■悩みなどの相談相手

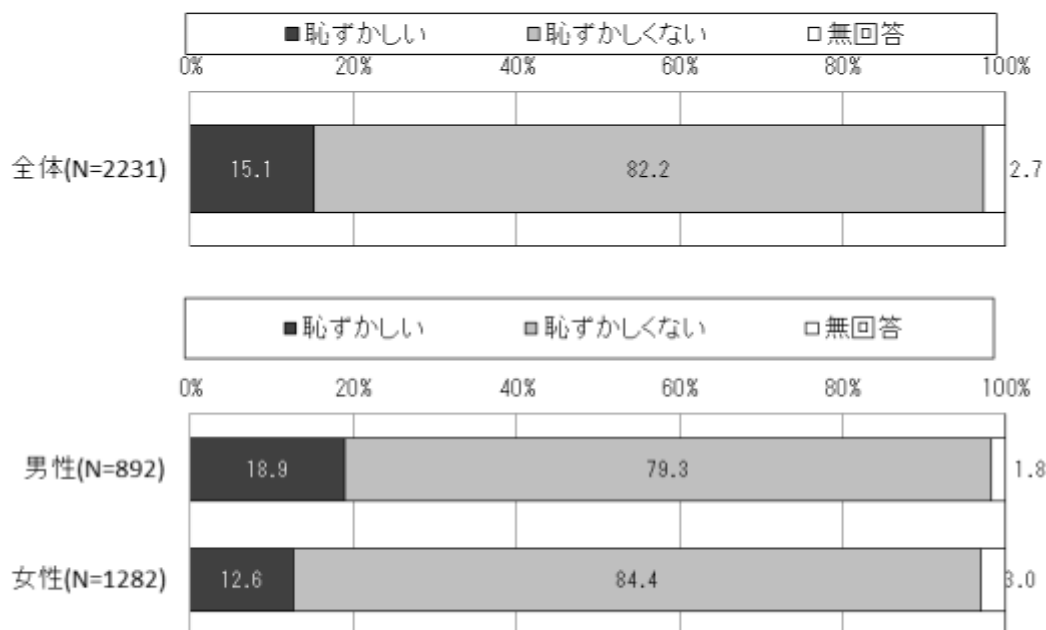
相談相手は、「家族や親族」が、突出して多く、次に、友人、職場の人、医師等医療機関が上位となっています。



### ■悩みなどを相談することが恥ずかしいと思うか

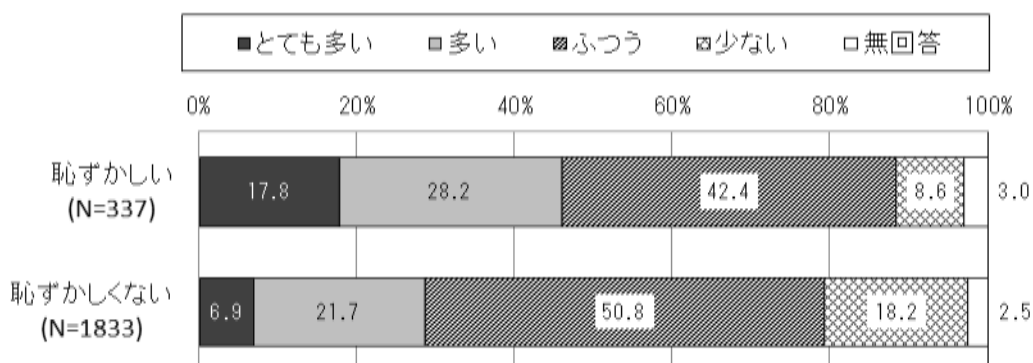
悩みやストレスなどを相談したり助けを求めたりすることについて、「恥ずかしいと思う」人は15.1%です。

男性（18.9%）の方が女性より（12.6%）も「恥ずかしいと思う」人が多くなっています。



### ■悩みなどを相談することが恥ずかしいと思うかとストレスとの関係

相談したり助けを求めたりすることは「恥ずかしい」と思っている人は、ストレスが多くなっています。

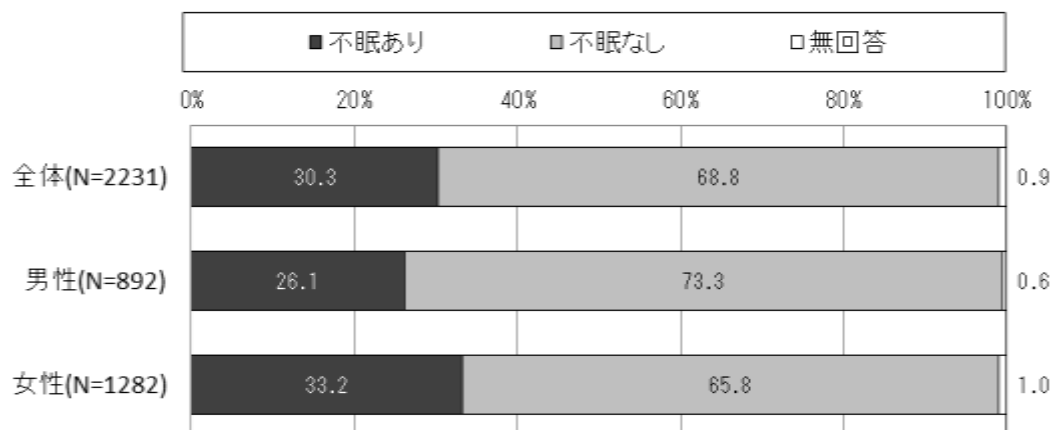




### ③ 睡眠の状況と不眠が続くときの受診について

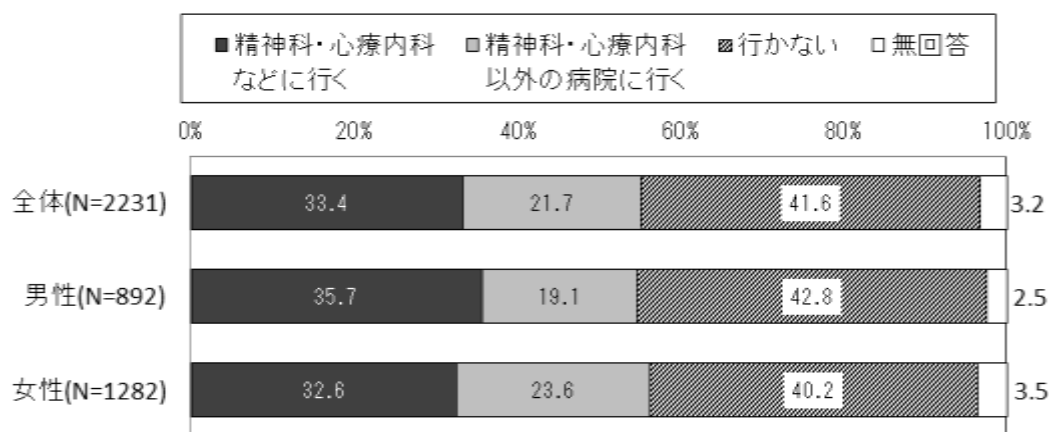
#### ■睡眠の状況

この1ヶ月の間に睡眠で困ったことが「あった」と答えた人は30.3%です。



#### ■不眠と受診の有無

また、眠れない日が2週間以上続いたら受診するかについては、「受診しない」と答えた人が41.6%でもっとも多く、「精神科・心療内科などに行く」と答えた人は33.4%、「精神科・心療内科以外の病院に行く」と答えた人は21.7%です。

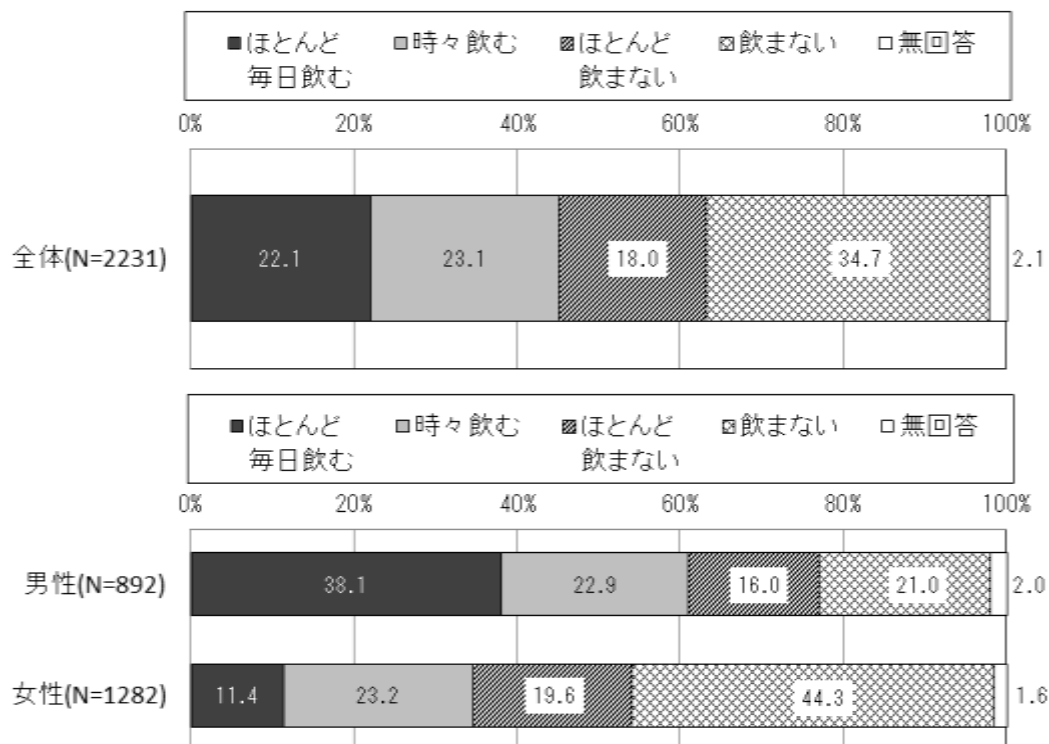


#### ④ アルコールについて

##### ■ 飲酒の状況

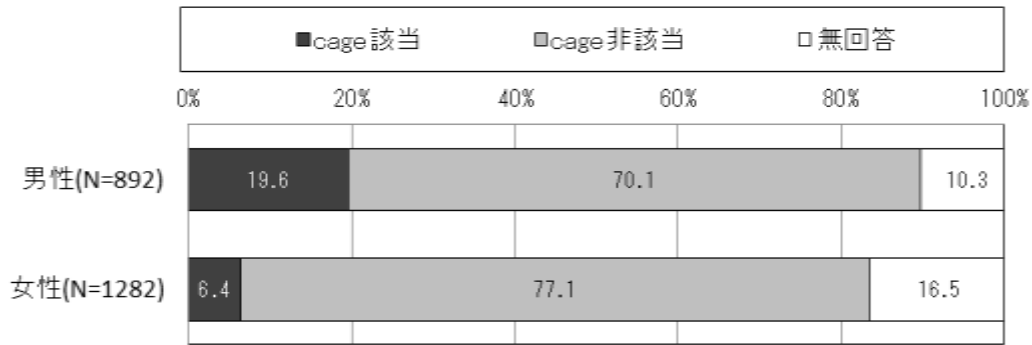
飲酒については「ほとんど毎日飲む」人は22.1%です。

男女別にみると、「ほとんど毎日飲む」人の割合は男性が38.1%、女性が11.4%で男性の方が多くなっています。



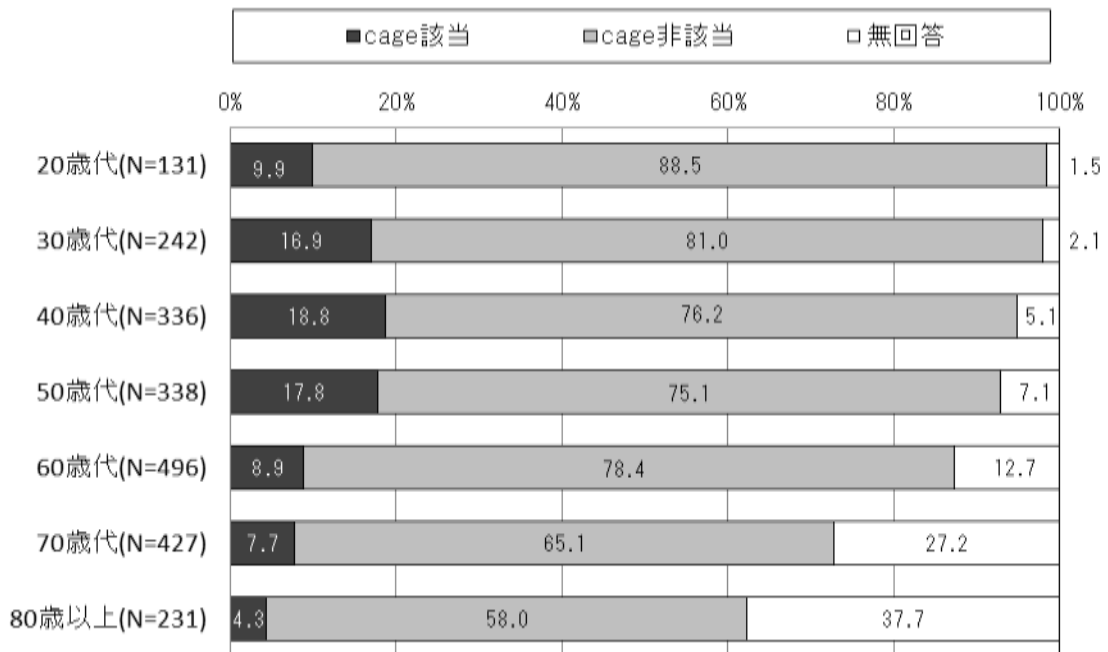
### ■アルコール依存症の可能性

CAGE という簡便なスクリーニングテストでアルコール依存症の可能性を確認したところ、全体の 11.9%（男性 19.6%、女性 6.4%）の人にアルコール依存症の可能性がありました。



### ■アルコール依存症の可能性と年代

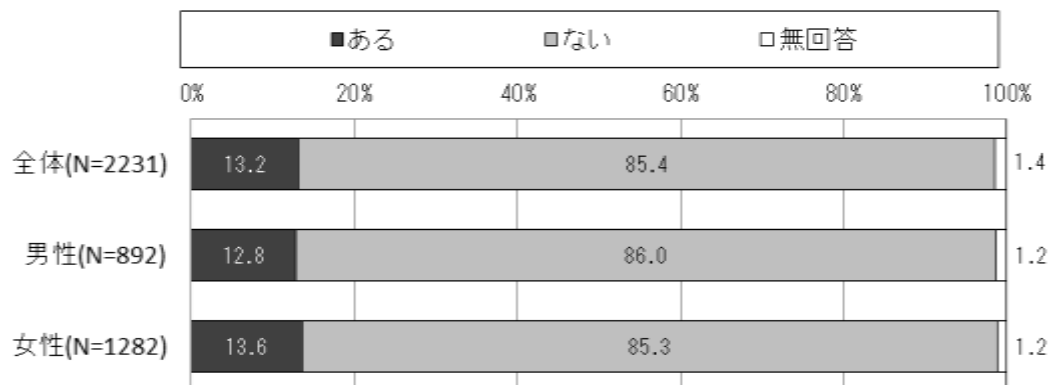
年齢別にみると、30歳代から50歳代の人にアルコール依存症の可能性のある人が多くなっています。



## ⑤ 「死にたい」について

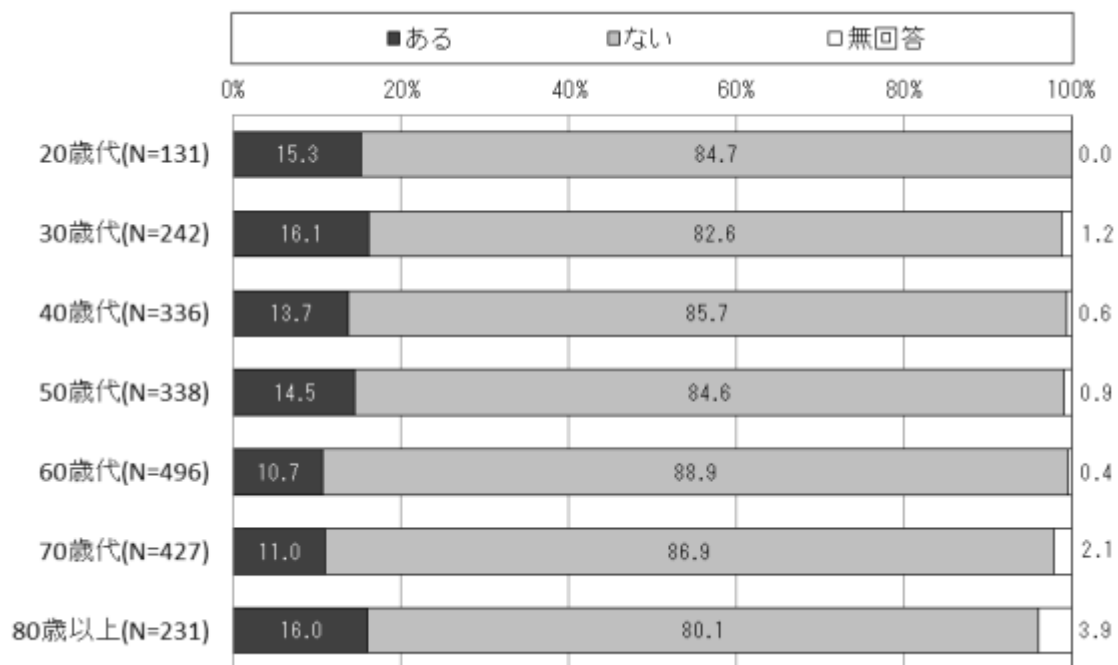
### ■過去 1 年の間に、死にたいと考えたことがあるか

13.2%の人が過去 1 年の間に「死にたい」と考えたことがあると回答しています。



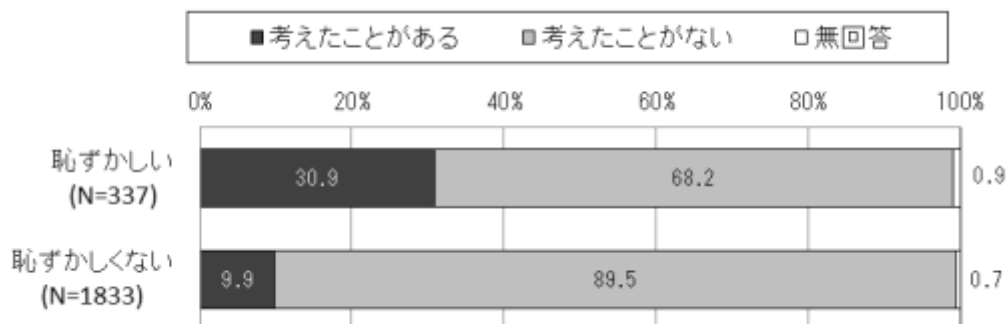
### ■過去 1 年の間に、死にたいと考えたことがあるかと年代

30代と80歳以上で少し高くなっています。



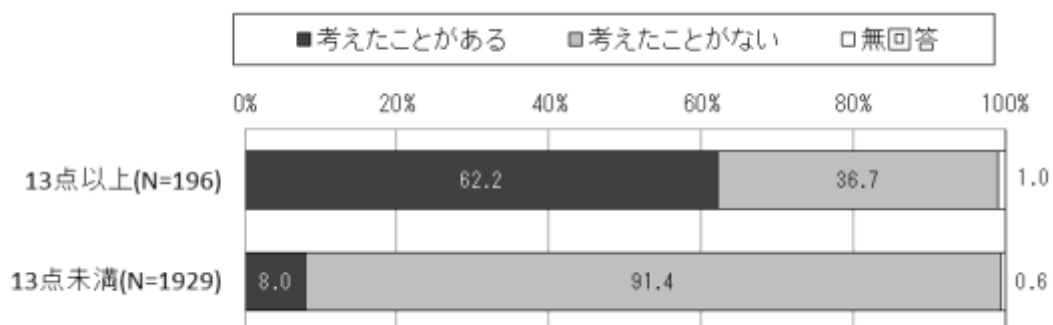
■相談への恥ずかしさと、死にたいと考えたことがあるかの有無

だれかに相談したり助けを求めたりすることは恥ずかしいと思っている人は、思っていない人に比べて、「死にたい」と考えたことがある人の割合が高くなっています。



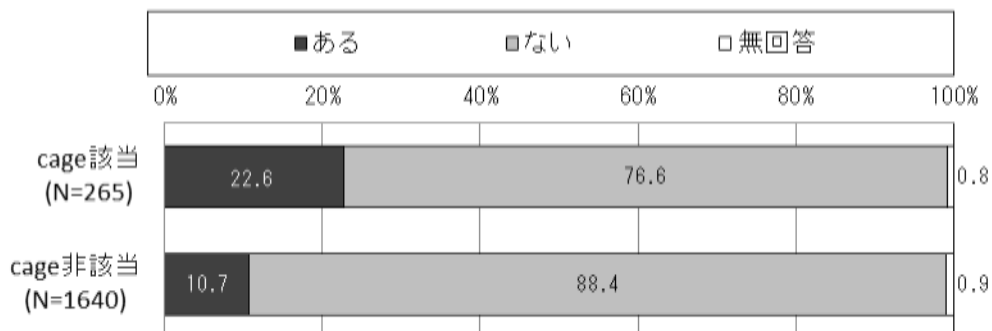
■K6 高得点者と、死にたいと考えたことがあるかの有無

K6 高得点者は、過去 1 年の間に「死にたい」と考えたことがある人の割合が 62.2%と大幅に高くなっています。



■CAGE 該当者と、死にたいと考えたことがあるかの有無

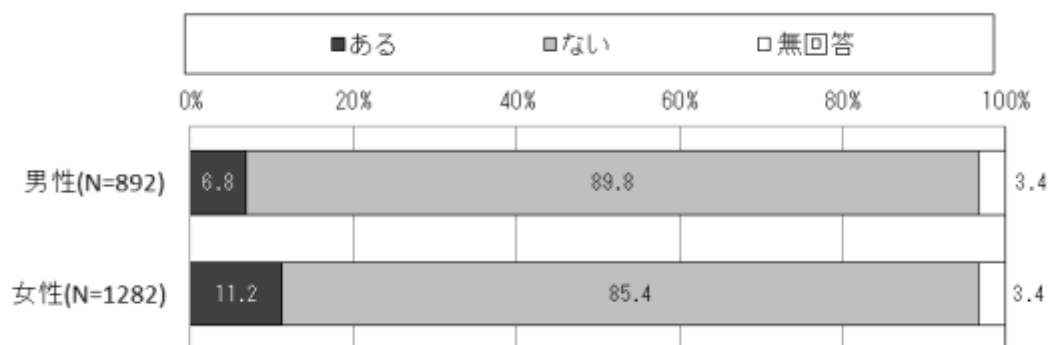
CAGE 該当者は、過去 1 年の間に「死にたい」と考えたことがある人の割合が高くなっています。



■これまでに、身近な人から「死にたい」と打ち明けられたことがあるか

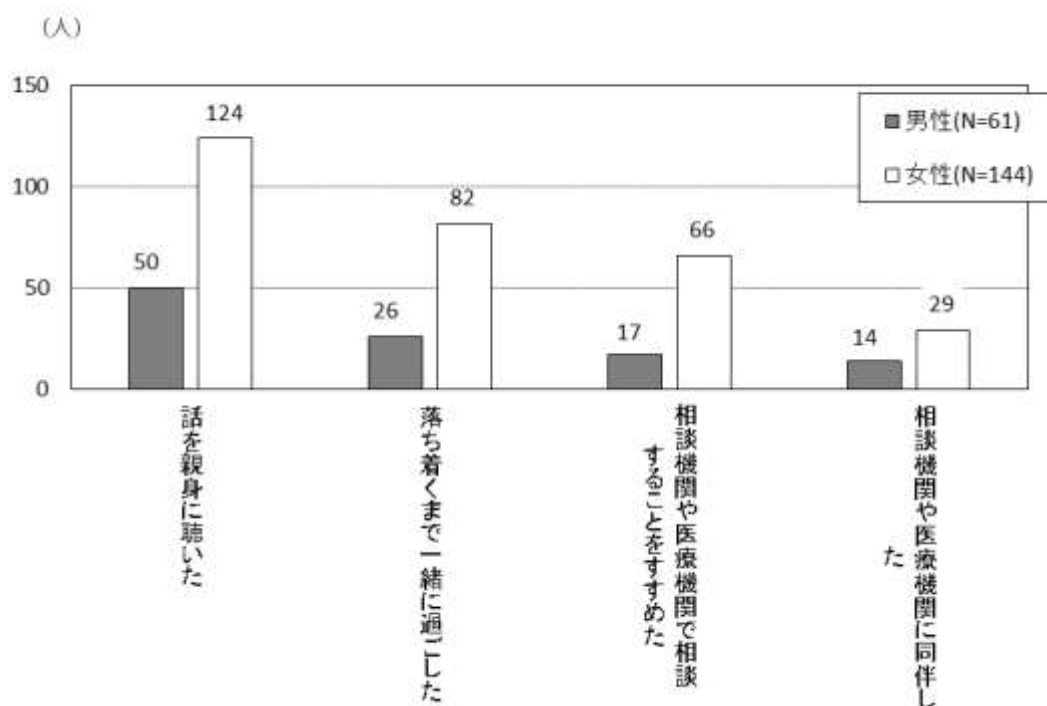
「死にたい」と打ち明けられたことがある人は9.5%です。

男女別では、女性のほうが打ち明けられたことがある人が多くなっています。



■「死にたい」と打ち明けられたとき、どのように対応したか

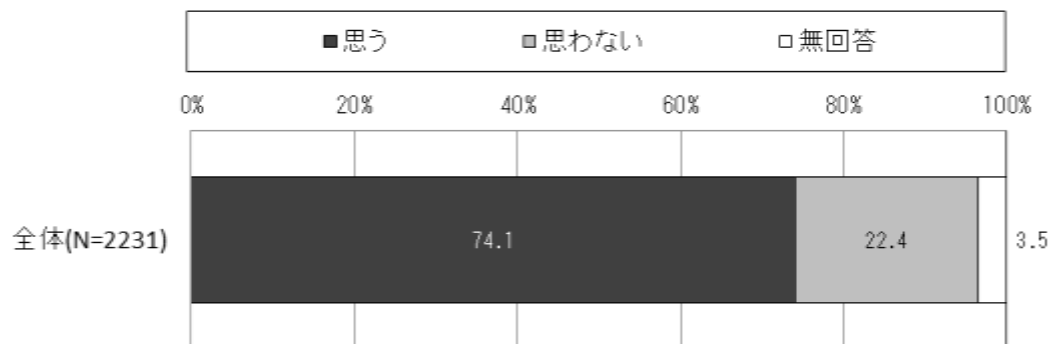
「話を親身に聴く」、「落ち着くまで一緒に過ごす」などの対応をした人が多くなっています。



## ⑥ 精神疾患に関する意識について

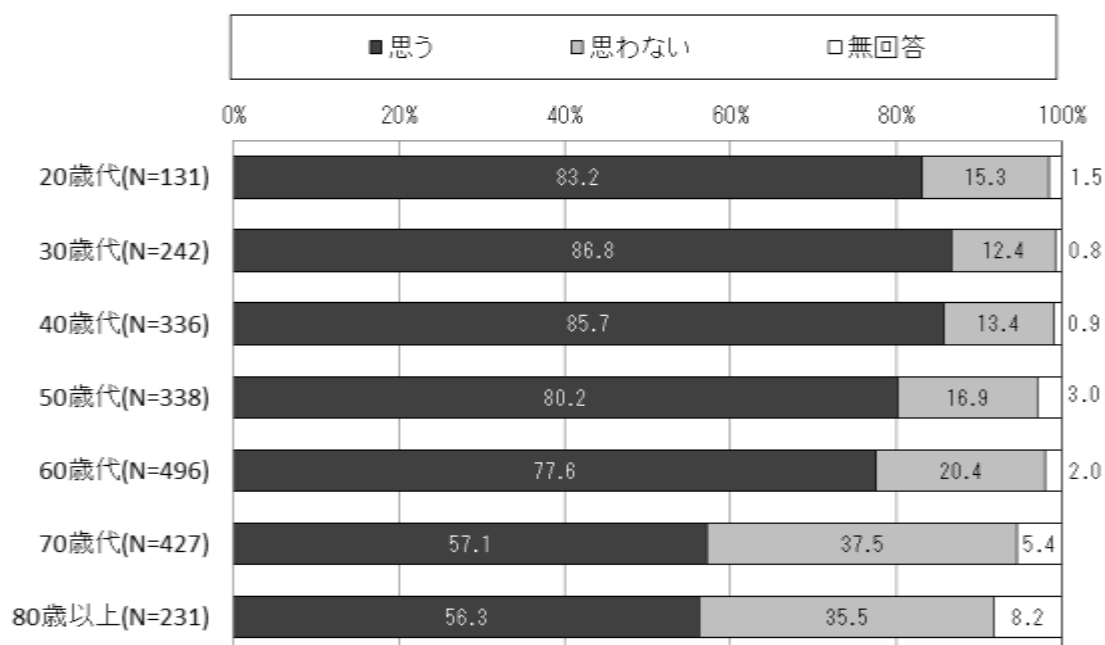
### ■精神疾患への偏見

精神疾患は誰もがかかりうる病気だと「思う」と回答した人は74.1%です。



### ■精神疾患への偏見と年代

年齢別にみると、精神疾患は誰もがかかりうる病気だと「思う」と回答した人の割合は、30歳代が86.8%で最も高く、次いで40歳代が85.7%、20歳代が83.2%と高い。40歳代以降は年齢が上がるほど、誰もがかかりうる病気だと思う人の割合は、低くなっており、70歳代、80歳代では50%台となっています。

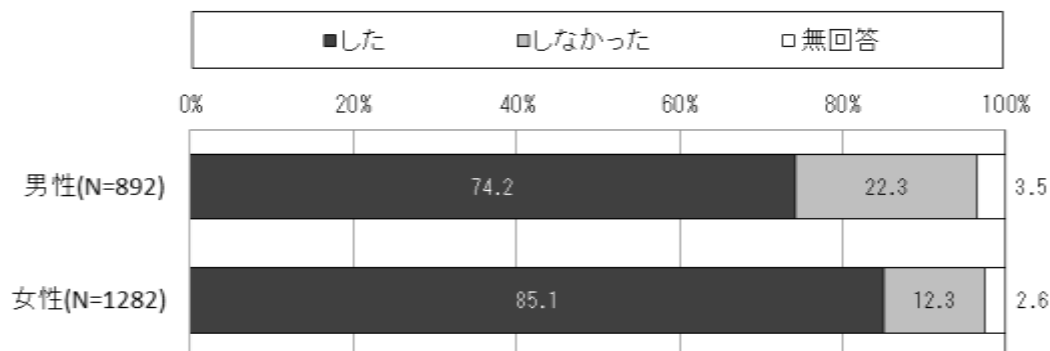


## ⑦ 地域生活について

### ■友人や知人との「世間話」の有無

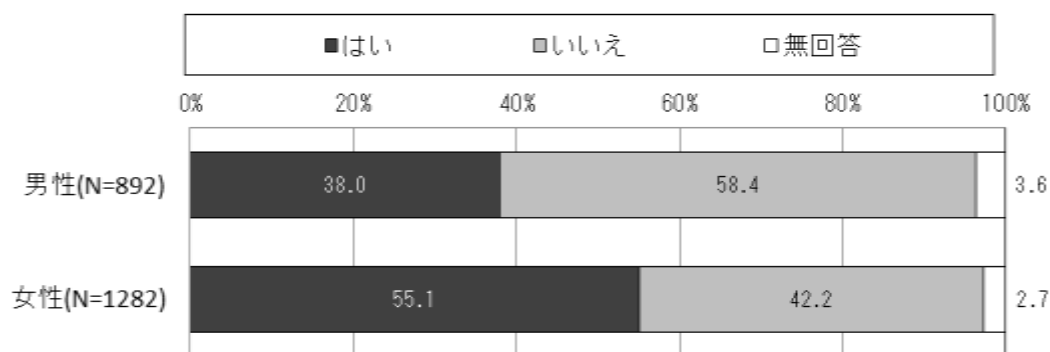
1週間のうちに友人や知人と「世間話をした」人は80.3%、「しなかった」人は16.4%で、多くの方が会話をしています。

男性よりも女性の方が友人や知人と世間話をした人が多くなっています。



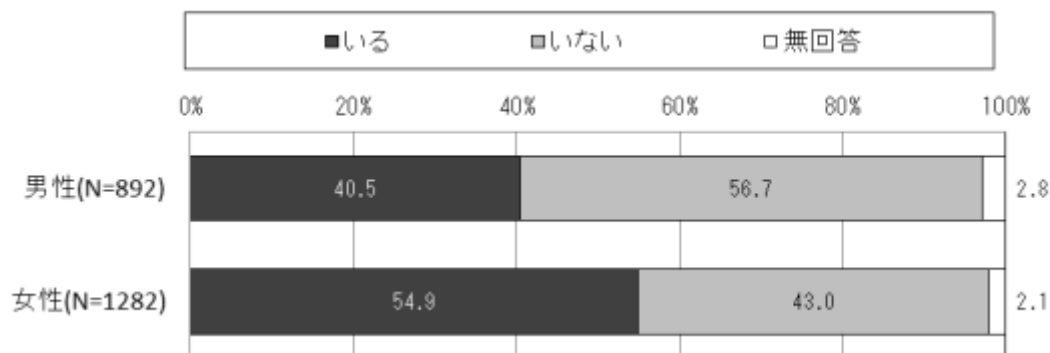
### ■近所の人との「世間話」の有無

また、近所の人との「世間話をした」人は47.9%、「しなかった」人は48.7%ですが、これも女性の方が、近所の人と世間話をした人が多くなっています。



### ■近所にちょっとしたことを頼める人の有無

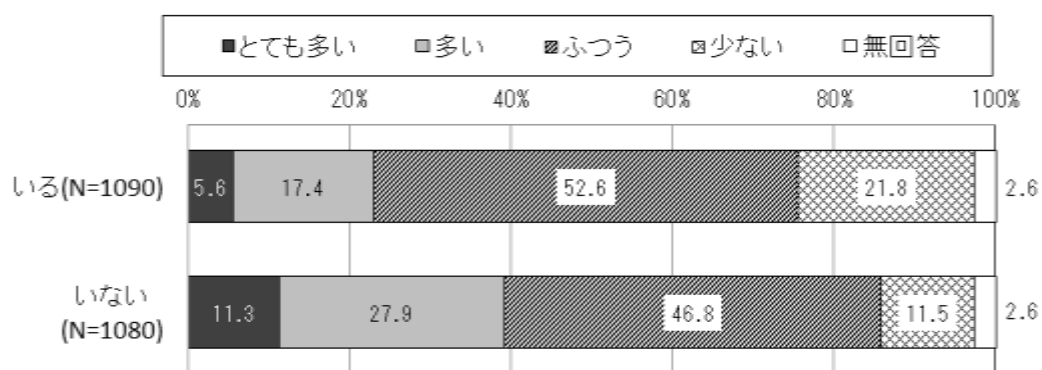
近所にちょっとしたことを頼める人が「いる」人は、48.9%、「いない」人は48.4%です。これも、女性の方が多くなっています。





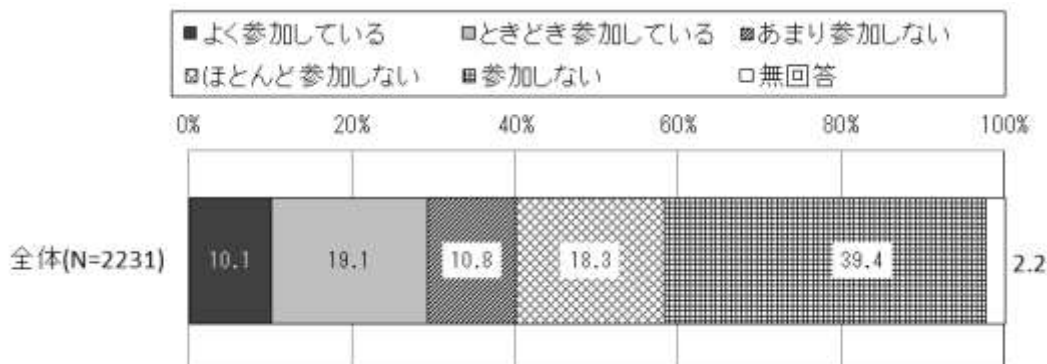
### ■近隣の関係とストレス

ストレスとの関係を見ると、友人・知人や近所の人との世間話を「しなかった」人やちょっとした用事を頼むことができる人が「いない」人は、「した（いる）」人よりも、ストレスが「とても多い」と感じている人が多くなっています。



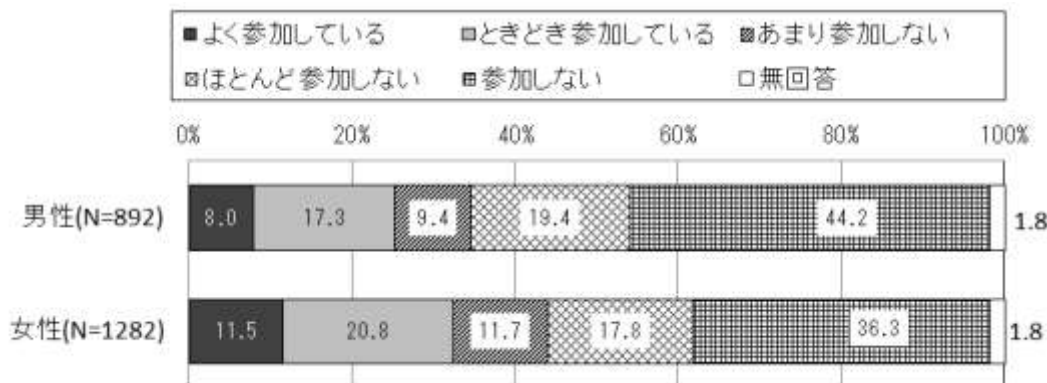
■地域の行事や、近隣にある趣味の活動によく参加しているか

「よく参加している」「ときどき参加している」人を併せると29.2%です。



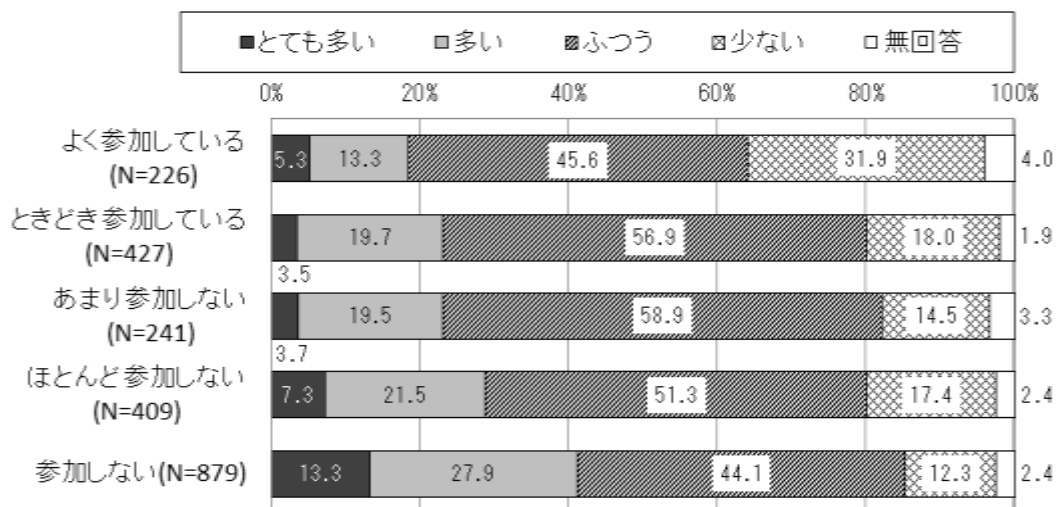
■地域参加と性別

女性のほうが、参加している人が多くなっています。



■地域参加とストレス

地域参加が多い人のほうが、ストレスが少ない傾向となっています。



## 本市の地域特性のまとめ

### 【自殺の現状】

- 本市の自殺者数・自殺死亡率は、全国と同様、減少傾向にあります。
- 年代別の状況は、全国と比較すると、最近3年（平成25～27年）では、70代以上男性の自殺死亡率が高くなっています。構成割合は、20代と70代が多くなっています。
- 職業別の状況は、「無職者」が、全体の6割を占めています。一方で、20代～50代は「被雇用者・勤め人」が約4割を占めています。
- 自殺者の22%に自殺未遂の経験があります。女性は男性の2倍以上の自殺未遂歴がありました。
- 自殺者の66%が「同居人あり」でした。
- 年齢が上がるに従い、原因・動機として「健康問題」が多くなる傾向があります。職業別にみると、原因・動機に特色がみられます。

### 【こころの健康に関する実態調査結果】

- 市民のうち8.5%の人が、ストレスが「とても多い」と感じています。
- うつや不安障害に罹患している可能性のある人は8.8%いましたが、そのうち約6割の人が、病院を受診していません。
- 性別や年齢でストレスの原因が異なり、性別によりストレス解消法に特色がみられます。
- 悩みなどを相談できる人がいる人は、いない人より、ストレスが少なくなっています。また、相談相手は「家族や親族」が、突出して多くなっています。
- 悩みやストレスを相談したり助けを求めたりすることを「恥ずかしい」と思う人は、男性に多く、ストレスを多く感じる傾向にあります。
- 眠れない日が2週間以上続いても、病院を受診しない人が約4割います。
- お酒をほとんど毎日飲む人は22.1%でアルコール依存症の可能性のある人は11.9%いました。アルコール依存症の可能性のある人は、特に30代から50代の男性に多くなっています。
- 過去1年の間に「死にたい」と考えたことがある人は13.2%いました。
- 悩みやストレスを相談したり助けを求めたりすることを「恥ずかしい」と思う人は、そうでない人に比べて「死にたい」と考えたことがある人が多くなっています。また、うつや不安障害に罹患している可能性のある人や、アルコール依存症の可能性のある人は、「死にたい」と考えたことがある人の割合が高くなっています。
- これまでに、身近な人から「死にたい」と打ち明けられたことがある人は、9.5%いました。その際、多くの人が「話を親身に聞く」「落ち着くまで一緒に過ごす」などの対応をしています。
- 「精神疾患は誰もがかかりうる病気である」という意識は、若者は高くなっています（偏見が少ない）が、年齢は高くなるに従い低くなって（偏見が多い）います。
- 友人・知人や近所の人と「世間話をする」人やちょっとした用事を頼むことができる人が「いる」人、地域の行事等に「参加する」人は、ストレスが少ないと感じる人が多くなっています。

## 5 計画の基本的な考え方

### (1) 本市の自殺対策における基本的な認識

「自殺」という現象をどう捉えるかによって、対策の方向は大きく変わります。自殺は、日本では、長い間、話題とすることをタブー視されてきました。しかし、平成10年以降自殺による死亡者数が高い水準で推移したことへの反省を踏まえ、平成18年の自殺対策基本法成立とともに、その認識を新たにすることが求められました。

自殺総合対策大綱には、この基本認識が明らかにされています。本市においても、大綱に倣い、以下の基本認識を本計画の根幹に据えることとします。

#### ①自殺は、その多くが追い込まれた末の死である

自殺にいたる心理には、様々な要因により心理的に追い詰められ、自殺以外の選択肢が考えられない状態（「心理的視野狭窄」）に陥ることが知られています。そこには、社会との繋がりが薄れ、孤立に至る過程も見られます。

また、自殺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詰められた結果、うつ病、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ます。

このことから、個人の自由な意思や選択の結果ではなく、「自殺は、その多くが追い込まれた末の死」ということができます。

#### ②自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題

健康問題、経済・生活問題、家庭問題等の自殺の背景・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、制度の見直しや相談・支援体制の整備等の社会的な取組により防ぐことが可能です。

また、健康問題や家族問題等、一見、個人の問題と思われる要因であっても、専門家への相談や精神疾患等の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により、また、自殺に至る前のうつ病等の精神疾患に対する適切な治療により、多くの自殺は防ぐことができます。

#### ③自殺を考えている人はサインを発していることが多い

悩みを抱えていながら、相談することへの抵抗から助けを求めるに至らず、問題が複雑化することがあります。また、精神疾患に罹患していたとしても、精神科医

療への偏見から精神科への受診をためらう人は少なくありません。

その一方で、自殺を考えている人も、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、不眠や体調不良など自殺の危険を示すサインを発していることが多いといわれています。

家族や職場の同僚など身近な人が、自殺のサインに気づき、自殺予防につなげていくことが重要です。また、身近な人であってもかえって自殺のサインに気づき難い場合もあります。社会の中に、気軽に相談できる機会を創出し、自殺のサインに気づき自殺予防に繋げてゆくことも課題となります。

## (2) 自殺対策計画策定の基本的な考え方

自殺対策の基本認識を踏まえ、本市の自殺対策計画の策定の基本的な考え方を以下のように整理します。

- ① 自殺は、様々な要因が重なり、「追い込まれた末の死」であることを共有し、市民一人ひとりの問題として取り組みます。
- ② 自殺は、精神保健上の問題であると同時に社会的な問題であることをふまえ、自殺の実態に即して多方面から取り組みます。
- ③ 自殺は、地域の健康づくりの課題であるとの認識から、本市の地域課題に視点を置き、段階別、各種対象別に取り組みます。
- ④ 本市及び関係機関・民間団体等による施策の実施と連携により、総合的に取り組みます。

### (3) 基本理念

自殺対策は、自殺をすこしでも減らすことをめざし、そのことにより個人と社会のあり方を見直し、より生きやすい社会を目指すものです。

北九州市の自殺対策計画の基本理念を次のように定めます。

#### 「自分らしく生きる喜びを実感できるまち・北九州」

市民一人ひとりが、つながり、支えあうという価値観を育て、誰もが明日に希望が持てる社会を創造していきます。その実現に向け、自殺対策を契機とした「生きるための支援」を充実させ、すべての市民が主役となる「こころの健康づくり」の活動を支援していきます。

### (4) 計画の数値目標と指標

本計画の数値目標を、以下のように定めます。

人口 10 万人当たりの自殺死亡者数を表す自殺死亡率を 10 年後の平成 38 年までに、平成 27 年に比べ、20%以上減少させることを目指します。

なお、計画期間途中で数値目標を達成した場合には、その時点でより高い目標の再設定を検討します。

#### 警察庁統計による自殺死亡率

現状（平成 27 年）19.04 人 → 目標（平成 38 年）15.23 人

また、本計画では自殺死亡率だけでなく、地域の健康度を推し量る次の指標を設定し、自殺対策の成果を測ることとします。

悩みやストレスなどを、だれかに相談したり、助けを求めたりすることが恥ずかしいと「思う」者の割合の減少（10%）

現状（平成 27 年）15.1% → 目標（平成 38 年）13.59%

※この指標は、健康な地域に不可欠といわれる「地域における人と人との繋がり」のあり方を検討するために有用であると考えられており、他の地域の自殺関連の調査においてもしばしば活用されているものです。

## 関係機関・民間団体等の取り組みの紹介について

本計画は、市が実施主体として取り組んでいる施策を掲載しているものですが、自殺対策には自殺の実態に即した多方面、多領域からの取り組みが不可欠です。市民をはじめ、関係機関・団体など、地域に生きる人々が、それぞれに期待される役割を果たし、繋がり、支え合うことで、より生きやすい社会へと取り組みを進めることが出来ます。

市内においては、多くの関係機関や民間団体等が、様々な自殺予防活動を積極的に展開しています。ここでは、関係機関・民間団体等の取り組みについてすべてを網羅することはできませんが、計画策定にご協力いただいた団体の中から、活動の一部をコラムで紹介します。

**※各関係機関・民間団体等の活動の一部等について、コラムを掲載予定**

## 6 自殺対策計画の体系

自殺対策は、様々な領域の施策の一部であると同時に、様々な施策・活動の総合でもあります。本市の各分野における自殺対策に関連する様々な施策を、自殺予防の3つの段階に応じた整理をします。これは、それぞれの施策の自殺対策上の位置づけを確認する共通基盤となるものです。それぞれの事業の自殺対策という側面からのアプローチや施策同士のつながりが考案できるように整理しています。

自殺予防の3つの段階とは、事前予防、危機対応、事後対応ですが、事前予防は公衆衛生におけるポピュレーション・アプローチが中心となり、危機対応は様々なレベルのハイリスク・アプローチに相当します。事後対応は、自殺が生じた後の周囲の人々へのケアに当たります。

当計画では、まずこの体系を構築し、その上で、重点的な取り組みの視点から課題ごとに施策のつながりをもう一度整理する構造としています。

※ 自殺予防には次の三段階があります。

事前予防：原因を事前に取り除いて、自殺が起きるのを予防します。市民一人ひとりが支えあい、繋がることでストレスを減らす活動です。

危機対応：今まさに起こりつつある危険な行動に対応して、自殺を防ぐことです。

ゲートキーパーを広め早期に適切な病院受診につなげる仕組みを作ることで危険な行動を未然に防ぐ社会環境を整えることや、直接的には、薬を多量に服用して自殺を図った人に対して、胃洗浄をして、救命し、自殺が起きるのを防ぐといった対応です。

事後対応：不幸にして自殺が生じてしまった場合に、遺された人々への心理的影響を可能な限り少なくするためのケアです。

### 【重点的な取り組みの視点】

これまでの取り組みの成果と課題や本市の自殺の現状、背景を踏まえ、今後、北九州市において重点的に取り組むべき課題を設定し諸施策を整理しています。

自殺が様々な複合的要因と背景から追い込まれてしまうものとの認識から、ここでは、大きく二つの異なる視点からのアプローチと7つのテーマを据え、計画の実効性を高める努力をしています。

重点的な取り組みも、諸施策の複合的な集合となります。

ひとつめの視点は、市民一人ひとりの人生に寄り添い、その人生の歩むときに出会う困難をできる限り軽減するためのアプローチとしました。

もうひとつの視点は、社会そのものに目を向け、地域社会を少しでも生きやすいものへと変革を促すアプローチです。

※「7 重点的な取組」を参照



