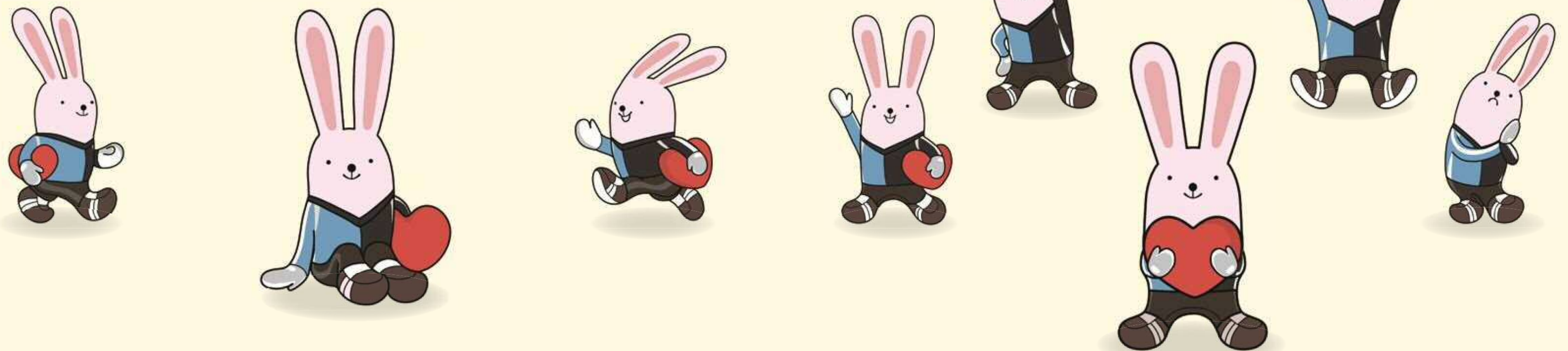


第2次川崎市自殺対策総合推進計画



第2次川崎市自殺対策総合推進計画

平成30(2018)年3月発行

問合せ先

川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健課
電話：044-200-3608 FAX：044-200-3932

川崎市精神保健福祉センター
電話：044-200-3199 FAX：044-200-3974

平成30(2018)年3月

川 崎 市

自殺対策の取組を社会全体で



私は、就任以来「最幸のまち かわさき」の実現を目指してまいりました。「最幸のまち かわさき」とは川崎を日本一幸せのあふれるまち、最も幸福という意味の「最幸」のまちにすることです。

そのキーワードは「寛容と互助」であり、誰もが安心して暮らすことのできる地域社会を作るため、地域包括ケアシステムの構築を政策の基本的な方向に掲げ、具体的な取組を進めております。

さて、全国の自殺者数は、平成10年以降14年連続して、年間3万人を超える状況が続いておりました。平成24年以降は減少してまいりましたが、20歳代前後の若者の死因の第1位が自殺であることなど、依然として深刻な社会問題となっております。

川崎市におきましても、ここ数年減少の兆しが見られるものの、毎年150人以上の方が自殺で亡くられる深刻な状況が続いております。

「自殺はその多くが追い込まれた末の死」で、「その多くが防ぐことのできる社会的な問題」です。また、自殺は、家族や友人など周りの人々にも大きな影響をもたらします。

本市では、身近な地域の多様な主体と協働し、安心して暮らせるまちづくりと自殺に追い込まれない社会の実現をめざし、平成27年3月に「川崎市自殺対策総合推進計画」を策定し、施策の推進に努めてまいりました。

この間、国では、平成28年に自殺対策基本法の改正、平成29年には自殺総合対策大綱の見直しが行われました。また、本市の計画を推進する中でも、自殺の危険の高い人々や自殺未遂者及びその家族、遺族等への対策の充実などの課題が生じております。

このような背景のもと、更なる対策の推進を図るため、この度第2次計画を策定しました。今後も「ひとりでも多くのいのちを守る」ために必要な施策を推進してまいります。

また、地域包括ケアシステムの構築による地域づくりが自殺者の減少につながることから、それらの取組と連携し、必要な施策を推進してまいります。

最後に計画の改定にあたりまして、御意見をいただいた皆様、多大な御協力をいただいた関係者の皆様に心から感謝申し上げますとともに、今後とも本計画の推進につきまして、御理解と御協力を賜りますようお願い申し上げます。

平成30年3月

川崎市長

福田 紀彦



名前：うさっぴー

自殺対策推進キャラクターです。

自殺を防ぐゲートキーパー（ゴールキーパー）で
うさぎの大きな耳で、悩みをよく聴き
こころ（ハート）を受け止めます。

目 次

1. 計画策定の趣旨	1
(1) 計画策定の趣旨	1
(2) 第2次計画の策定経過	2
(3) 計画の位置づけ	3
(4) 計画期間	4
2. 基本理念	5
(1) 川崎市自殺対策の推進に関する条例における基本理念	5
(2) 計画の基本理念	5
(3) 川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンとの関係性	6
3. 川崎市の現状	7
(1) 自殺の現状	7
(2) 自損事故による救急搬送事例調査（中間報告）	17
(3) 川崎市の精神保健福祉の現状	18
(4) 援助希求の状況	19
4. 自殺総合対策を推進するうえでの基本的認識	20
5. 主要な課題	23
6. 計画の目標	25
7. 基本方針・施策体系	26
(1) 基本方針	26
(2) 施策の体系	27
8. 取組項目	28
方針1 自殺の実情を知る	28
方針2 自殺防止のためにつながる	30
方針3 自殺防止のために支える	42
9. 推進体制	47

資料編

川崎市自殺対策の推進に関する条例	50
川崎市地域自殺総合対策推進連絡会議運営要綱	53
川崎市自殺対策総合推進会議設置要綱	55
自殺対策基本法	58
各種相談窓口一覧	64

コラム

＜自殺を考えている人の特徴＞	2
＜ゲートキーパーって何？＞	4
＜厚生労働省「人口動態統計」と警察庁「自殺統計」の違い＞	14
＜自殺予防に関係する民間の取組について1＞	32
＜自殺予防に関係する民間の取組について2＞	35
＜川崎市こころの健康に関する意識調査概要＞	41
＜遺された人々への支援（自死遺族支援）について＞	43

1. 計画策定の趣旨

(1) 計画策定の趣旨

我が国の年間自殺者数は、平成 10（1998）年に急増して 3 万人を超えた後、平成 22（2010）年以降減少を続け、平成 27（2015）年には急増前の水準になったものの、依然として年間 2 万人以上の方が自殺により亡くなっている現状があります。国においては、平成 18（2006）年に「自殺対策基本法」（以下、「基本法」という。）」を制定するとともに、翌平成 19（2007）年には「自殺総合対策大綱（以下、「大綱」という。）」を策定し、政府を挙げての取組を推進してきました。

平成 18（2006）年に制定された基本法においては、自殺は個人的な問題として考えるのではなく、すべての国民に関わる社会全体で取り組む課題であるとされ、翌年平成 19（2007）年に策定され、平成 24（2012）年に見直された大綱においては、「自殺はその多くが追い込まれた末の死」、「自殺はその多くが防ぐことのできる社会的な問題」、「自殺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」という、自殺に対する新たな基本的認識が示されました。

川崎市においては、基本法や大綱等を踏まえ、神奈川県及び県内の政令指定都市や、首都圏 9 都県市と連携して取組を進め、さらに平成 25（2013）年 12 月には「川崎市自殺対策の推進に関する条例」を制定しました。この条例をもとに、自殺の防止等に対する市民の意識の高揚を図りつつ、市の状況に応じた自殺対策を総合的に推進し、もって市民が互いに支え合い、健康で生きがいを持って暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的として、市の状況に応じた自殺対策を総合的に推進するための「自殺対策総合推進計画（以下、「計画」という。）」を定め、平成 27（2015）年度から平成 29（2017）年度の 3 年間を計画期間として、自殺対策を推進してきました。

この間、国では、平成 28（2016）年に基本法の改正、平成 29（2017）年には大綱の見直しが行われ、地域レベルの実践的な取組の支援の強化や適切な精神保健医療福祉サービスを提供するための体制の整備、相談の多様な手段の確保やアウトリーチの強化、居場所づくりの推進といった様々な分野のサポートによる社会全体の自殺リスクの低下、子ども・若者・勤務問題に対する自殺対策の更なる推進が重点施策に追加されました。

本市の計画を推進する中でも、地域における未遂者支援の体制の構築や自殺や精神保健に関する啓発及び周知の多層的な実施、地域精神医療体制の確保、多様性を認め、社会の中に個々人の居場所があるという感覚を持つことができる社会環境作りなどの重要性が高まっています。基本法や大綱を踏まえ、更なる対策の推進を図るため、第 2 次計画を策定し、必要な施策を推進していきます。

（２）第２次計画の策定経過

○川崎市自殺対策総合推進会議（庁内検討）

計画の内容について、全庁的な検討・協議を行い、計画に反映しました。また、計画に基づく各部署における実施体制の整備をしました。

○地域自殺総合対策推進連絡会議

計画について、地域において自殺予防に関わる関係機関の相互連携の可能性について、検討・協議を行い、計画に反映しました。

○自殺対策評価委員会

計画の内容及び数値目標について専門的な観点から検討・協議を行い、計画に反映しました。また、川崎市の自殺及び防止対策の実態把握を目的とした調査研究の成果や前計画の進捗状況及び計画に定めた定量的・定性的目標の達成状況の評価を計画に反映しました。

○市民の意見反映

広く市民の方々からの意見をお聞きするため、パブリックコメントを実施し、いただいた御意見を踏まえて計画に反映します。

＜自殺を考えている人の特徴＞

自殺を個人の自由な意思や選択の結果として捉える見方もありますが、自殺する人は必ずしも十分な判断力を持って自殺という自己決定をしているわけではありません。多くの自殺は、「追い込まれた末の死」ということができます。

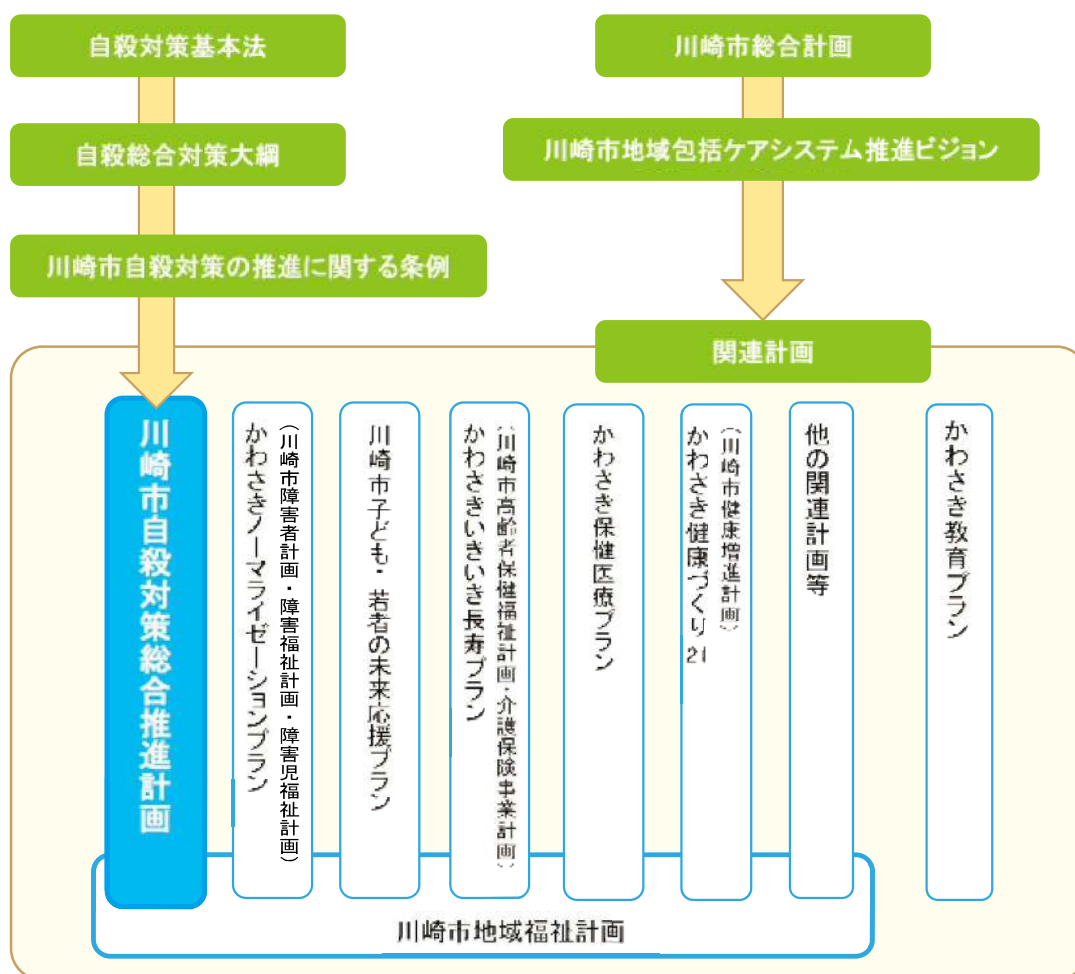
したがって、危険な状態に追い込まれる前に心の悩みを解消することができれば、また、追い込まれてしまった後でも、周りの人が、自殺を考えている人の何らかのサインに気づいて専門家につなぎ、その指導の下で見守っていくことができれば、多くの自殺は避けることができます。

自殺総合対策の在り方検討会報告書

「総合的な自殺対策の推進に関する提言」より

(3) 計画の位置づけ

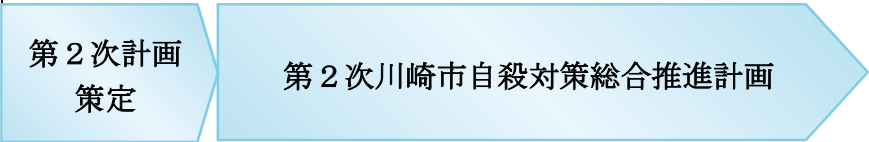
この計画は、自殺対策基本法及び自殺総合対策大綱を踏まえつつ、平成 26（2014）年 4 月施行の「川崎市自殺対策の推進に関する条例」に基づく計画とし、「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を上位概念として、「かわさきノーマライゼーションプラン」をはじめその他関係する計画と連携を図り、また本市の新たな総合計画策定において整合性を図る計画とします。



（４）計画期間

川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンを上位概念として、川崎市地域福祉計画やかわさきノーマライゼーションプランといった関係する他の計画と連携を図る必要があることから、計画の期間は、平成 30（2018）年度から平成 32（2020）年度までの３年間とします。なお、この計画は国の自殺総合対策大綱（※１）が見直された場合等、必要に応じて見直しを行うこととします。

※１ 自殺総合対策大綱は平成 29（2017）年に策定されましたが、おおむね５年を目途に見直しを行うとされています。

	29年度	30年度	31年度	32年度
計画期間				

＜ゲートキーパーって何？＞

ゲートキーパーは直訳すると「門番」という意味で、悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人のこと。自殺につながりそうになることにストップをかける「命の門番」となる人のことです。

【ゲートキーパーの役割】

気づき：家族や仲間、身近な人などの変化に気づいて、声をかける

傾 聴：本人の気持ちを尊重し、話に耳を傾ける

つなぎ：早めに専門家に相談するよう促す

見守り：温かく寄り添いながら、じっくりと見守る

悩んでいる人に寄り添い、関わりを通して「孤立・孤独」を防ぐことが重要で、多くの方にゲートキーパーとしての意識を持っていただき、専門性の有無にかかわらず、それぞれの立場でできることから行動を起こすことが自殺対策につながります。

2. 基本理念

（１）川崎市自殺対策の推進に関する条例における基本理念

本計画は川崎市自殺対策の推進に関する条例第９条に基づいて策定しています。条例では以下の４点を基本理念として掲げています。

- ア 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な要因があり、その多くを防ぐことができる問題であることを踏まえて、社会的な取組とすること
- イ 自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即したものとすること
- ウ 自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策とすること
- エ 市及び関係機関等（国、他の地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の自殺対策に関係する者をいう。以下同じ。）相互の密接な連携の下に行われるものとすること

（２）計画の基本理念

本計画では、条例の基本理念にのっとり、以下の基本理念を掲げます。

学校・事業主・地域住民組織等の身近な地域の多様な主体と協働し、安心して暮らせるまちづくりと自殺に追い込まれない社会の実現を目指します。

本計画では、条例及び計画の基本理念を達成するため、「自殺や精神疾患に関する啓発」、「地域や各組織における互助意識の醸成による相談への抵抗軽減及び孤立の防止」、「支援者間及び組織の連携強化による相談へのアクセシビリティ向上並びに支援の包括的提供及びそれを担う人材の育成」、「自殺が発生した後の遺族及び周囲の関係者に対する支援体制の構築」、「自殺未遂者に対する地域における連携・支援体制の構築の推進」、「ハイリスク者支援に関係する分野との連携による施策の推進」を実施することにより、市民が安心して生活でき、結果として、自殺者数および自殺死亡率が減少することを目指します。

（３）川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンとの関係性

川崎市では、平成 27（2015）年 3 月に「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」（以下「推進ビジョン」という。）を策定し、高齢者をはじめ、障害者や子ども・子育て世帯などに加え、現時点で他者からの支援を必要としない方々を含めた「全ての地域住民」を対象として、「地域包括ケアシステム」の構築を推進することとにしています。

また、推進ビジョンにおいては、「川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築による誰もが住み慣れた地域や自ら望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現」という基本理念を掲げ、これを達成するための基本的な視点等を設定しています。

そのため、川崎市自殺対策総合推進計画では、上位概念とする「地域包括ケアシステム」の構築の推進が、計画の目指す自殺者の減少につながるものと考えています。

また、推進ビジョンは、行政の役割として、「地域の課題に応じた、その地域に適した仕組の検討及び施策の展開」、「先駆的な事例や取組の提示及び職員全体の資質向上に向けた取組の検討・推進」、「地域の多様な主体のコミュニケーションを通じた必要な施策の企画立案」を掲げています。これらは、重要な取組のひとつであり、前述した条例及び計画の基本理念に繋がると考えています。

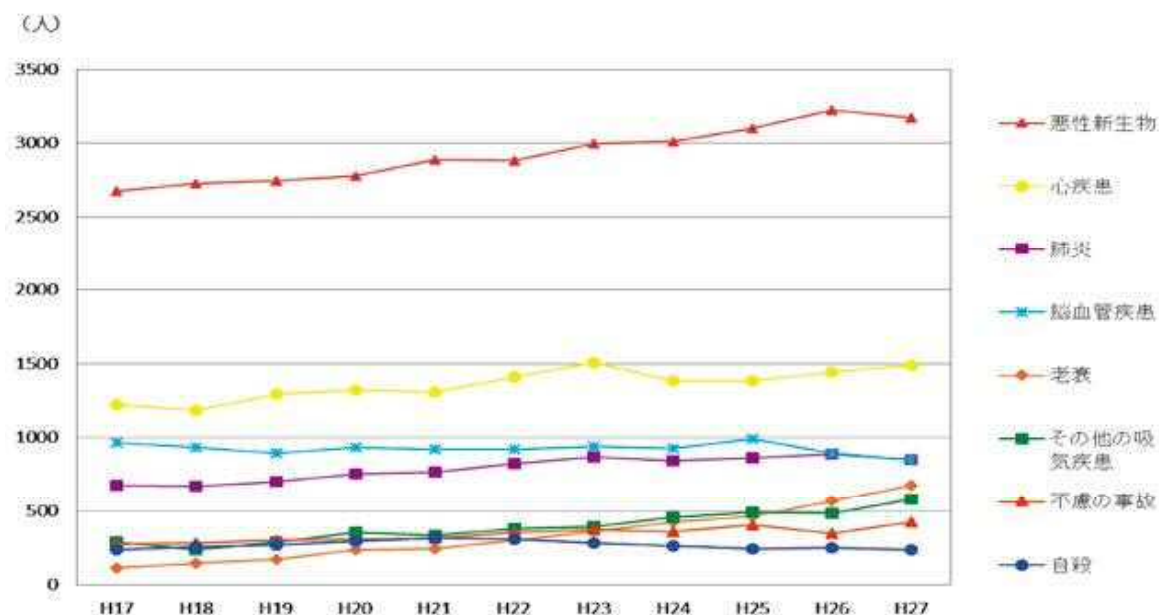
さらに、推進ビジョンは、基本的な視点及び具体的取組に向けた考え方として提示している項目として、「セルフケア意識の醸成」、「適切な役割分担に基づいた、専門職による高い専門性の発揮」、「多職種連携による切れ目のないケアの提供」、「地域全体における目標・基本方針の共有」を掲げています。前述した条例及び計画の基本理念を達成するための取組は、これらの具体的な取組を提示すると考えています。

このように、本計画が上位概念とする推進ビジョンと連携し、目標達成に向けて、具体的な取組を進めていくこととします。

3. 川崎市の現状

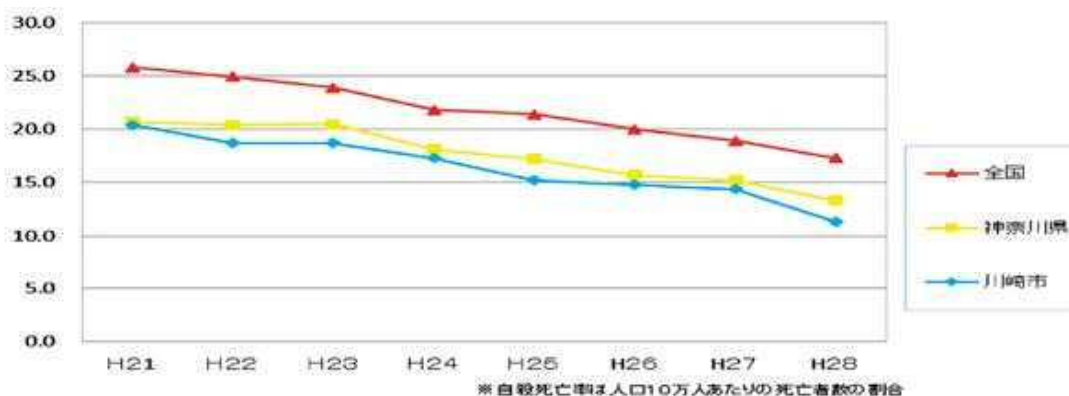
(1) 自殺の現状

図1 川崎市における死因別の死亡率の推移（人口動態統計）



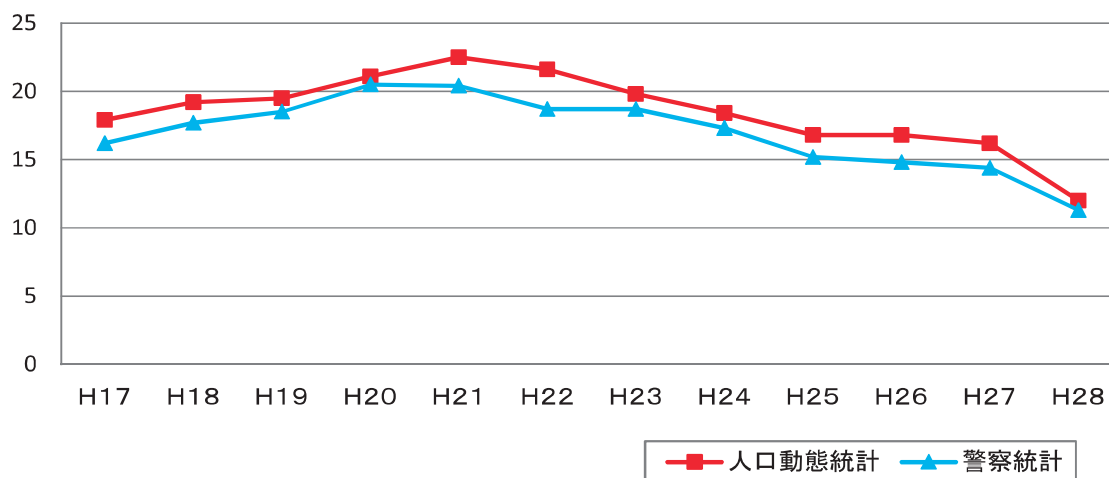
川崎市における死因別の死亡率の推移では、自殺は、平成 17（2005）年以降 6 位または 7 位で推移していましたが、平成 23（2011）年以降は 8 位となっています。

図2 全国・神奈川県・川崎市の自殺死亡率の推移（警察統計）



自殺死亡率は、平成 21（2009）年以降、全国、神奈川県、川崎市とも減少傾向にあります。その中で、川崎市は最も低くなっています。

図3 川崎市における自殺者数・自殺率の年次推移



		H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
人口動態統計	自殺者数	238	258	267	293	317	308	284	265	243	246	239	178
	自殺死亡率	17.9	19.2	19.5	21.1	22.5	21.6	19.8	18.4	16.8	16.8	16.2	12.0
警察統計	自殺者数	215	237	254	285	288	267	268	249	220	216	212	168
	自殺死亡率	16.2	17.7	18.5	20.5	20.4	18.7	18.7	17.3	15.2	14.8	14.4	11.3

出典：警察庁および厚生労働省によるデータを活用し精神保健福祉センター作成 ※自殺死亡率は人口10万人あたりの自殺死亡者数

警察統計、人口動態統計とも、自殺死亡率は平成21（2009）年以降減少傾向にあります。平成28（2016）年の人口動態統計による自殺死亡率は12.0、警察統計は11.3で、両者とも平成27（2015）年から大きく減少しています。

なお、昨年の報告書において課題とされた、人口動態統計の自殺者数が警察統計の自殺者数を上回る原因については、両者の詳細な検討の結果、「川崎市の住民票を保持して川崎市外で自殺する人の数」が「川崎市の住民票を持たずに川崎市内で自殺する人の数」に比べ大きいことなどによると考えられます。

表1 3年平均の自殺死亡率の推移

	H17-19	H18-20	H19-21	H20-22	H21-23	H22-24	H23-25	H24-26	H25-27	H26-28
人口動態統計	18.9	19.9	21.0	21.7	21.3	19.9	18.3	17.3	16.6	15.0
警察統計	17.5	18.9	19.8	19.9	19.3	18.2	17.1	15.8	14.8	13.5

出典：警察庁および厚生労働省によるデータを活用し精神保健福祉センター作成 ※自殺死亡率は人口10万人あたりの自殺死亡者数

川崎市の人口は約150万人であり、単年の自殺死亡率では、偶然変動の影響が大きくなる。このため、その年を含めた3年平均の自殺死亡率の推移を表にまとめた。平成21（2009）年以降の自殺死亡率の減少は同様に確認されるとともに、単年の大きな変動の影響は小さくなっている。

表2 年齢階級別・男女別の自殺者数の推移（警察統計）

（１）年齢階級別自殺者数と割合（％）

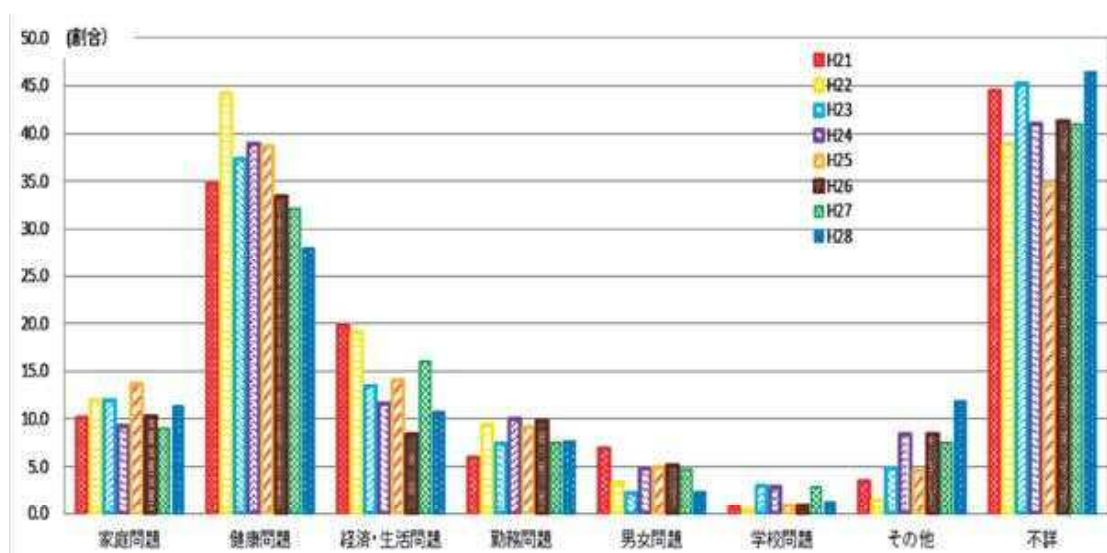
	H21		H22		H23		H24		H25		H26		H27		H28	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
～19歳	5	1.7	6	2.2	10	3.7	6	2.4	4	1.8	3	1.4	7	3.3	4	2.4
20～29歳	37	12.8	28	10.5	39	14.6	48	19.3	28	12.7	31	14.4	30	14.2	27	16.1
30～39歳	53	18.4	36	13.5	51	19.0	35	14.1	44	20.0	37	17.1	36	17.0	25	14.9
40～49歳	58	20.1	56	21.0	51	19.0	50	20.1	47	21.4	42	19.4	35	16.5	29	17.3
50～59歳	45	15.6	48	18.0	40	14.9	30	12.0	28	12.7	38	17.6	40	18.9	30	17.8
60～69歳	49	17.0	48	18.0	40	14.9	40	16.1	36	16.4	30	13.9	23	10.8	27	16.1
70～79歳	28	9.7	26	9.7	25	9.3	31	12.4	19	8.6	20	9.3	27	12.7	17	10.1
80歳以上	13	4.5	18	6.7	12	4.5	9	3.6	13	5.9	14	6.5	14	6.6	9	5.3
総数	288	100.0	267	100.0	268	100.0	249	100.0	220	100.0	216	100.0	212	100.0	168	100.0

（２）男女別自殺者数と割合（％）

	H21		H22		H23		H24		H25		H26		H27		H28	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男	199	69.1	180	67.4	184	68.7	177	71.1	166	75.5	134	62.0	147	69.3	119	70.8
女	89	30.9	87	32.6	84	31.3	72	28.9	54	24.5	82	38.0	65	30.7	49	29.2
総計	288	100.0	267	100.0	268	100.0	249	100.0	220	100.0	216	100.0	212	100.0	168	100.0

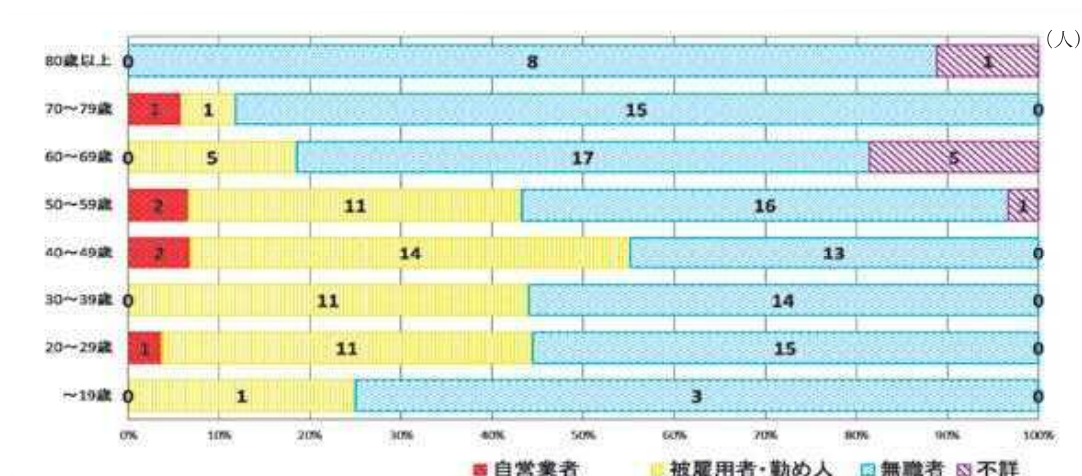
年齢階級別では、それぞれの年で変動はあるものの、「40歳未満」、「40歳以上60歳未満」、「60歳以上」がそれぞれ3分の1程度を占めます。男女比はおおよそ7対3になります。

図4 原因・動機別の自殺者数の推移（警察統計）



自殺の原因・動機は、不詳を除くと、最も多いのは「健康問題」で、「経済・生活問題」、「家庭問題」などが続きます。

図5 年齢階級別、職業別の自殺者数（警察統計）



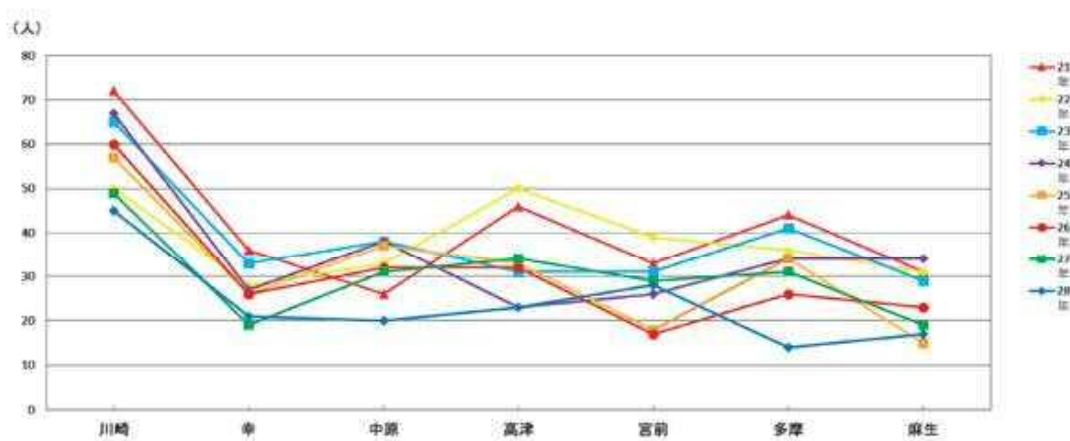
すべての年齢階級で無職者の割合は高いのですが、20 歳から 59 歳では、「被雇用者・勤め人」または「自営業者」の有職者が 4 割程度となっています。

表3 自殺未遂歴の状況（警察統計）

自殺未遂歴の有無	H21		H22		H23		H24		H25		H26		H27		H28	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
未遂歴あり	54	18.8	48	18.0	54	20.1	55	22.1	53	24.1	53	24.5	53	25.0	31	18.5
未遂歴なし	165	57.3	146	54.7	153	57.1	138	55.4	132	60.0	129	59.7	128	60.4	101	60.1
不詳	69	24.0	73	27.3	61	22.8	56	22.5	35	15.9	34	15.7	31	14.6	36	21.4
総計	288	100	267	100	268	100	249	100	220	100	216	100	212	100	168	100

自殺者のうち、自殺未遂歴のない者は6割程度、ある者は2割程度です。

図6 自殺者の区別年次推移（警察統計）



区別の自殺者数は、平成 21（2009）年から 28（2016）年の多くの年で、川崎区が最も多い傾向にあります。年次推移では各区とも減少傾向です。

◆ここからは、平成 26（2014）年～28（2016）年の警察庁自殺統計をもとに、生前居住地が川崎市の自殺者について年齢階級別・地域別に集計したものです。

表4 川崎市自殺者数

	H26	H27	H28	3か年計
	自殺者数	自殺者数	自殺者数	自殺者数
発見地川崎市自殺者数(人)	216	212	168	596
生前居住地川崎市自殺者数(人)	205	204	153	562

警察統計による川崎市内を発見地とする自殺者は平成 26（2014）年から 28（2016）年の3年間で596人です。そのうち生前居住地が川崎市内であった自殺者数は562人でした。

各年別では、平成 28（2016）年は 27（2015）年より 50 人以上少なくなっています。

表5 年齢階級別年次推移

	30歳未満		30～64歳		65歳以上		年齢不詳		合計
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数
H26	31	15.1	126	61.5	47	22.9	1	0.5	205
H27	36	17.6	119	58.3	49	24.0	0	0.0	204
H28	28	18.3	91	59.5	34	22.2	0	0.0	153

年齢階級別（3か年計）では、「30歳未満」16.9%、「30歳～64歳」59.8%、「65歳以上」23.1%でした。自殺死亡数の減少が進む中で、「30歳未満」の割合が増加しています。

表6 地域別年次推移

	南部(川崎市・幸区)		中部(中原区・高津区・宮前区)		北部(多摩区・麻生区)		全市計
	件数	%	件数	%	件数	%	件数
H26	79	38.5	80	39.0	46	22.4	205
H27	64	31.4	91	44.6	49	24.0	204
H28	59	38.6	67	43.8	27	17.6	153

地域別では、人口規模の最も大きい中部が最も多く、南部、北部と続きます。

表7 年齢階級別・職業別

	30歳未満		30～64歳		65歳以上		年齢不詳	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
自営業者	1	1.1	15	4.5	8	6.2	0	0
被雇用者 勤め人	33	34.7	140	41.7	6	4.6	0	0
無職	60	63.2	175	52.1	116	89.2	0	0
不詳	1	1.1	6	1.8	0	0.0	1	100
計	95	100	336	100	130	100	1	100

「30 歳未満」では無職者が 6 割以上を占めています。「30～64 歳」では有職者は 5 割程度です。「65 歳以上」ではほとんどが無職者です。

表8 地域別・職業別

	南部(川崎区・幸区)		中部(中原区・高津区・宮前区)		北部(多摩区・麻生区)	
	件数	%	件数	%	件数	%
自営業者	9	4.5	7	2.9	8	6.6
被雇用者 勤め人	64	31.7	78	32.8	37	30.3
無職	124	61.4	151	63.4	76	62.3
不詳	5	2.5	2	0.8	1	0.8
計	202	100	238	100	122	100

地域別では無職者、有職者の割合にほとんど違いはありません。

表9 年齢階級別の原因・動機別自殺者数

	30歳未満 (n=95)		30～64歳 (n=336)		65歳以上 (n=130)		年齢不詳 (n=1)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
家庭問題	13	13.7	37	11.0	13	10.0	0	0.0
健康問題	29	30.5	108	32.1	55	42.3	0	0.0
経済・生活問題	12	12.6	67	19.9	9	6.9	0	0.0
勤務問題	7	7.4	37	11.0	2	1.5	0	0.0
男女問題	9	9.5	15	4.5	0	0.0	0	0.0
学校問題	10	10.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他	12	12.6	31	9.2	12	9.2	0	0.0
不詳	32	33.7	141	42.0	59	45.4	1	100.0
計	124	130.5	436	129.8	150	115.4	1	100.0

※複数回答のため自殺者総和と一致しない。%の分母は各年齢階級の自殺者総和

(回答数)

原因・動機別では、「30 歳未満」では「健康問題」が最も多く、「家庭問題」「経済・生活問題」「学校問題」と続きます。「30～64 歳」では「健康問題」が最も多く、「経済・生活問題」「家庭問題」「勤務問題」と続きます。「65 歳以上」では「健康問題」が最も多く、「家庭問題」と続きます。いずれも「不詳」は 3 割または 4 割以上を占めています。

表１０ 地域別・動機別の自殺者数

	南部(川崎区・幸区) (n=202)		中部(中原区・高津区・宮前区) (n=238)		北部(多摩区・麻生区) (n=122)	
	件数	%	件数	%	件数	%
家庭問題	21	10.4	35	14.7	7	5.7
健康問題	65	32.2	84	35.3	43	35.2
経済・生活問題	33	16.3	35	14.7	14	11.5
勤務問題	12	5.9	24	10.1	16	13.1
男女問題	9	4.5	10	4.2	5	4.1
学校問題	1	0.5	4	1.7	5	4.1
その他	22	10.9	24	10.1	9	7.4
不詳	88	43.6	95	39.9	50	41.0
計	251	124.3	311	130.7	149	122.1

※複数回答のため自殺者総和と一致しない。%の分母は各地域の自殺者総和

(回答数)

地域別では、いずれも「健康問題」がおよそ３分の１と最も多いものの、南部、中部に「経済・生活問題」が、中部、北部では「勤務問題」の割合が他地域に比べて高くなっています。いずれも「不詳」はおよそ４割を占めています。

表１１ 年齢階級別の原因・動機の判断材料

	30歳未満 (n=95)		30～64歳 (n=336)		65歳以上 (n=130)		年齢不詳 (n=1)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
遺書	43	45.3	120	35.7	42	32.3	0	0.0
自殺サイト書き込み	15	15.8	13	3.9	3	2.3	0	0.0
言動	11	11.6	67	19.9	27	20.8	0	0.0
該当なし	32	33.7	141	42.0	59	45.4	1	100.0
計	101	106.3	341	101.5	131	100.8	1	100.0

※複数回答のため自殺者総和と一致しない。%の分母は各年齢階級の自殺者総和

(回答数)

原因・動機の判断材料では、遺書、自殺サイト書き込みは「30 歳未満」で最も高く、「言動」は「30 歳～64 歳」、「65 歳以上」のほうが高くなっています。

表１２ 地域別の原因・動機の判断材料

	南部(川崎区・幸区) (n=202)		中部(中原区・高津区・宮前区) (n=238)		北部(多摩区・麻生区) (n=122)	
	件数	%	件数	%	件数	%
遺書	69	34.2	83	34.9	53	43.4
自殺サイト書き込み	14	6.9	11	4.6	6	4.9
言動	36	17.8	53	22.3	16	13.1
該当なし	88	43.6	95	39.9	50	41.0
計	207	102.5	242	101.7	125	102.5

※複数回答のため自殺者総和と一致しない。%の分母は各地域の自殺者総和

(回答数)

地域別では、遺書のあった割合は、北部が最も高くなっています。

表 1 3 年齢階級別の自殺未遂歴

	30歳未満		30～64歳		65歳以上		年齢不詳	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
未遂歴あり	29	30.5	88	26.2	15	11.5	0	0.0
未遂歴なし	51	53.7	193	57.4	98	75.4	0	0.0
不詳	15	15.8	55	16.4	17	13.1	1	100.0
計	95	100.0	336	100.0	130	100.0	1	100.0

自殺未遂歴のある割合は、「30歳未満」で最も高く、年齢階級が高くなるにつれて小さくなっています。

表 1 4 地域別の自殺未遂歴

	南部(川崎市・幸区)		中部(中原区・高津区・宮前区)		北部(多摩区・麻生区)	
	件数	%	件数	%	件数	%
未遂歴あり	43	21.3	60	25.2	29	23.8
未遂歴なし	118	58.4	140	58.8	84	68.9
不詳	41	20.3	38	16.0	9	7.4
計	202	100	238	100	122	100

地域別の「未遂歴あり」の割合には大きな差はなく、いずれも 4 分の 1 程度です。

＜厚生労働省「人口動態統計」と警察庁「自殺統計」の違い＞

「人口動態統計」

日本における日本人を対象とし、住所地を基に死亡時点で計上。なお、死因不明の場合は不明のまま処理され、訂正報告がない場合は、自殺には計上されません。自殺総合対策大綱の数値目標における自殺死亡率の基となっているほか、WHOにはこの人口動態統計を基にした自殺死亡者（率）を報告しています。調査年の翌年 6 月に概数、9 月に確定数を公表。

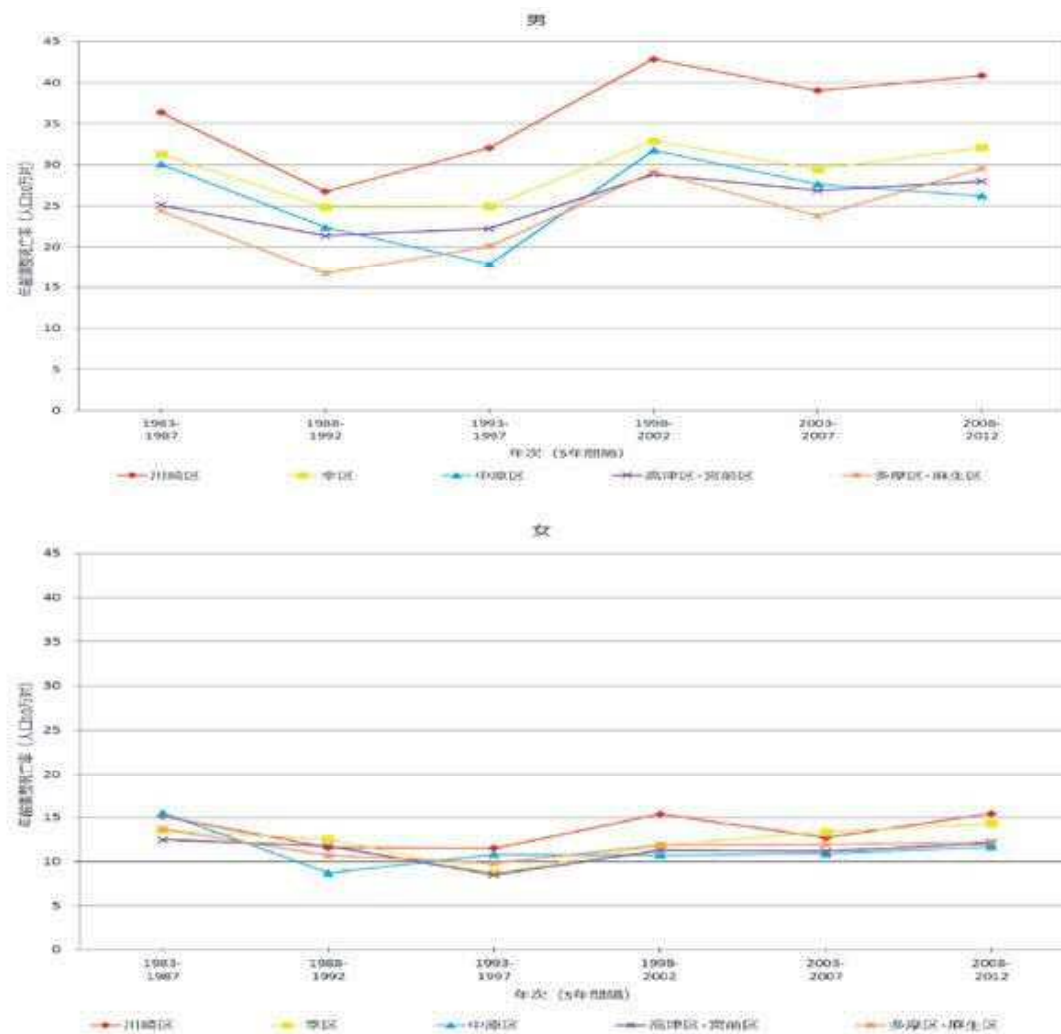
「自殺統計」

総人口（日本における外国人も含む。）を対象とし、発見地を基に自殺死体発見時（正確には認知）で計上。捜査等により自殺と判明した時点で「自殺統計原票」を作成。集計項目には、原因・動機別、職業別、自殺未遂歴の有無別、同居人の状況別などがあって、より自殺の分析が可能な統計となっています。月別の数値は、翌月に速報値・暫定値を、年別の数値は翌年の 3 月頃に確定値を公表。

※本計画は市民に加えて、市内に往来する方をも対象として、総合的な対策を推進していくものであり、各統計の特徴を踏まえて自殺の実態を分析していきます。

◆ここからは、人口動態統計の年齢調整済み自殺死亡率の年次推移統計です。

図7 区別年齢調整済み自殺死亡率の推移（人口動態統計）



「自殺対策のための自殺死亡の地域統計 1983-2012」

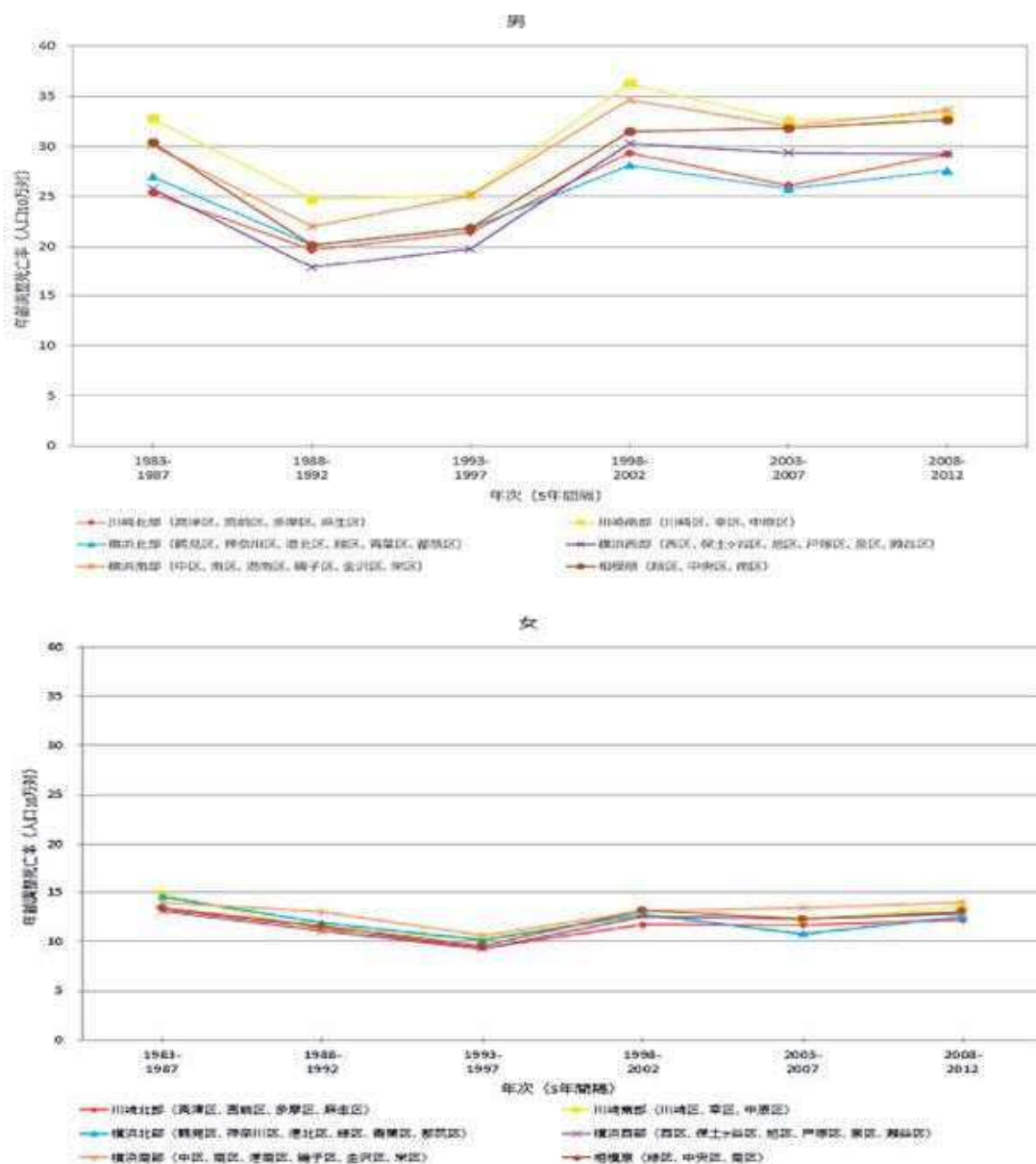
(<http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/genjo/toukei/index.html>) 第7表をもとに作成

※分区分以前のデータも含み、高津・宮前、多摩・麻生が合算された数でのグラフである

年齢調整死亡率とは、年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように、集団の年齢構成の違いを調整した死亡率です（昭和 60（1985）年モデル人口を基に補正）。年齢調整死亡率を用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違の影響を調整したうえで地域比較や年次比較をすることが可能になります。

人口動態統計による区別の年齢調整済み自殺死亡率では、男性では川崎区が突出して高く、女性では区ごとの差は小さいことがわかります。

図8 神奈川県内3政令指定都市の二次医療圏別の年齢調整済み自殺死亡率の推移（人口動態統計）



「自殺対策のための自殺死亡の地域統計 1983-2012」

(<http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/genjo/toukei/index.html>) 第6表をもとに作成

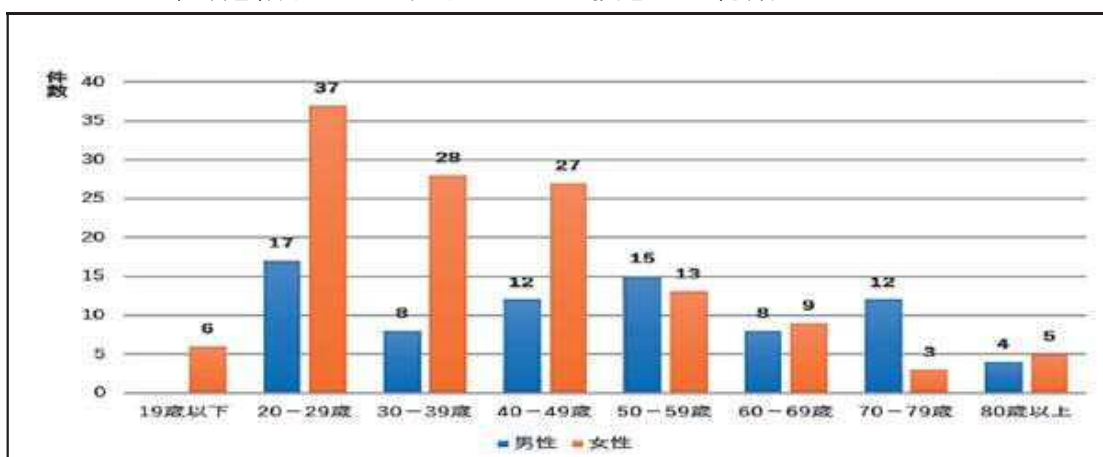
神奈川県内の3政令指定都市の二次医療圏別の比較では、男性では川崎市南部は高いこと、女性では互いの差は小さいことがわかります。

（２） 自損事故による救急搬送事例調査（中間報告）

自殺未遂者および家族にとって必要とされる具体的な支援のあり方を検討することを目的に、帝京大学医学部附属溝口病院が主管施設となり、川崎市精神保健福祉センターおよび市内各消防署、３病院（川崎市立川崎病院、日本医科大学武蔵小杉病院、聖マリアンナ医科大学病院）が協同で、川崎市における自損事故による救急搬送事例調査を実施。調査の対象は、平成 29（2017）年 1 月 1 日から同年 12 月 31 日の間に自損事故で 3 病院に救急搬送された事例で、調査開始時から 6 月 30 日までの 205 事例（男性 76 名、女性 129 名；平均年齢 43.4 歳）について報告します。

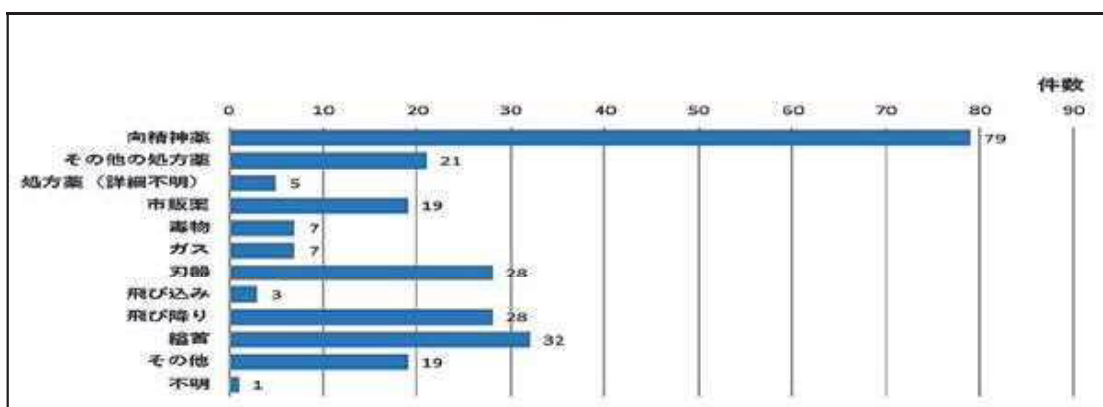
年齢は 20 歳代から 40 歳代の女性が計 93 件と多く全体の約 46%を占めています。男性では 20 歳代が 17 件（8.3%）と最も多く、次いで 50 歳代が 15 件（7.3%）、70 歳代が 12 件（5.9%）でした（図 9）。

図 9 年齢階級別および性別による自損患者の特徴



自損(自殺)手段は延べ 249 件の記載があり、向精神薬の過量服薬が 79 件(31.7%)と最も多く、向精神薬以外の処方薬や市販薬も数多く認められ、それらを統合した“処方薬・市販薬の過量服薬”による救急搬送は計 124 件と自損の手段全体の約 51%を占めていました。他の自損手段は、縊首が 32 件(12.9%)、飛び降りが 28 件(11.2%)、刺創・切創が 28 件（11.2%）でした（図 10）。

図 10 自損（自殺）の手段



3 病院の救急科での平均在院日数は 1.4 日で、最短が 0 日（救急外来のみ）、最長が 13 日でした。救急科における転帰は、救急外来のみが 25 件、退院が 108 件、転科が 12 件、転院が 12 件、死亡が 48 件でした。死亡した 48 件を除いた 157 件のうち、134 件の自損患者に対して精神科医師による何らかの介入が行われていました。

精神科医師による精神科診断（ICD-10）の行われた 150 件のうち、気分障害（うつ病や双極性感情障害など）が最も多く、次いで神経症性障害（適応障害やストレス関連障害など）、統合失調症等、パーソナリティ障害の順でした。精神科診断を男女別にみたところ、女性ではパーソナリティ障害が多く、男性では精神遅滞と精神作用物質使用による精神および行動の障害が多く認められました。

精神科医の聴き取りによる自損行為の原因・動機（延べ 172 件）では、家族不和などの家庭問題が 49 件、「周りに迷惑をかけている」や「生きていても意味がない」などのその他心理社会的問題が 32 件、病苦などの健康問題が 32 件、職場での人間関係や過重労働などの勤務問題が 21 件、生活苦や借金問題などの経済生活問題が 20 件でした。自損行為の原因・動機を年齢階級別にみたところ、20 歳から 40 歳までの若年世代では、多様な原因・動機が背景にあり、60 歳以上になると家庭問題、健康問題、経済生活問題が主たる理由でした。

自損患者が過去 3 ヶ月以内に活用した支援者・相談者（114 件）について、精神科医師が診察内容から「いる」と判断したのは 101 件、「いない」と判断したのが 13 件でした。「いる」と判断された支援者・相談者の内訳（延べ 166 件）は、両親や兄弟姉妹などの家族が 74 件と最も多く、次いで、精神科や心療内科などのメンタルヘルスの専門家が 59 件、恋人やパートナーが 12 件でした。

つなぎを行った職種（延べ 194 件）では、精神科医師と救急科医師が合わせて 166 件（85.6%）と大半を占めており、つなぎの方法（延べ 127 件）としては、紹介状による受療促進が 80 件（63.0%）、口頭での受療促進が 29 件（22.8%）と、精神科医療機関への受療促進が主流でした。

自損救急搬送事例調査の中間集計から明らかになったことは、退院時に医療から地域に連携する体制の強化が必要であることです。このため、3 次救急医療機関と地域、他機関との連携のモデル構築を進める必要があります。

（3）川崎市の精神保健福祉の状況

これまでの研究から、多くの自殺者は亡くなる段階で精神疾患の診断がつく状態であったことがわかっており、また、その診断では、気分障害、統合失調症、アルコール依存症等が多いことがわかっています。このため、川崎市の精神保健福祉対策の状況について記載します。

本市の精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療（精神通院医療）の受給者数は毎年増加を続け、自立支援医療ではうつ病などの「気分障害」と診断された者の増加が著しく、精神保健福祉手帳においても平成 28（2016）年度に「気分障害」が最も多くなっています。

（４）援助希求の状況

WHO 世界自殺レポートによると、高所得国では、自殺者で亡くなった人のうち精神障害のある人は 90%に及ぶことが明らかになっています。

また、世界精神保健の日本調査によると、日本では重症の精神疾患があっても医療につながっていない人たちが多くいることが明らかにされています。その理由は様々ではありますが、精神保健への抵抗や周囲の理解の低さが影響していると言われています。また、生涯に十数人にひとりには自殺を考えたことがあり、そのうちの約 6 人にひとりが実際に企図したことがわかっています。

川崎市において平成 27（2015）年度に実施した「自損事故による救急搬送と救急受診等の実態調査」では、平成 26（2014）年 1 月 1 日から同年 12 月 31 日までの 1 年間に自損事故により救急搬送された事例が 441 件ありましたが、上記調査の結果からは、実際にはかなり多くの自殺企図者がいると推測されます。

さらに、自殺予防総合対策センターの実施した調査によると、無職の自殺既遂者は若年成人が多く、学校・家庭などで様々な問題を経験している事例が少ないこと、早期発症の精神疾患や精神科治療薬の誤用があることがわかりました。また、有職の自殺既遂者では中高年男性が多く、借金を抱えており、うつ病だけでなくアルコールに関連する問題を抱える者が多いことが明らかになりました。

これらの結果から、一つひとつの問題への介入を単独で考えるだけではなく、医療保健福祉等の支援者同士が連携して介入する必要があります。同時に、自殺と精神保健へのスティグマが援助を求める障壁となるため、スティグマを小さくする取組が必要となります。

改正基本法にも、自殺のおそれがある者への医療提供体制の整備と、地域の精神科医と保健福祉関係者の連携の確保が新たに追加されました。また、新大綱には、「適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする」ことが重点施策として加えられています。

4. 自殺総合対策を推進するうえでの基本的認識

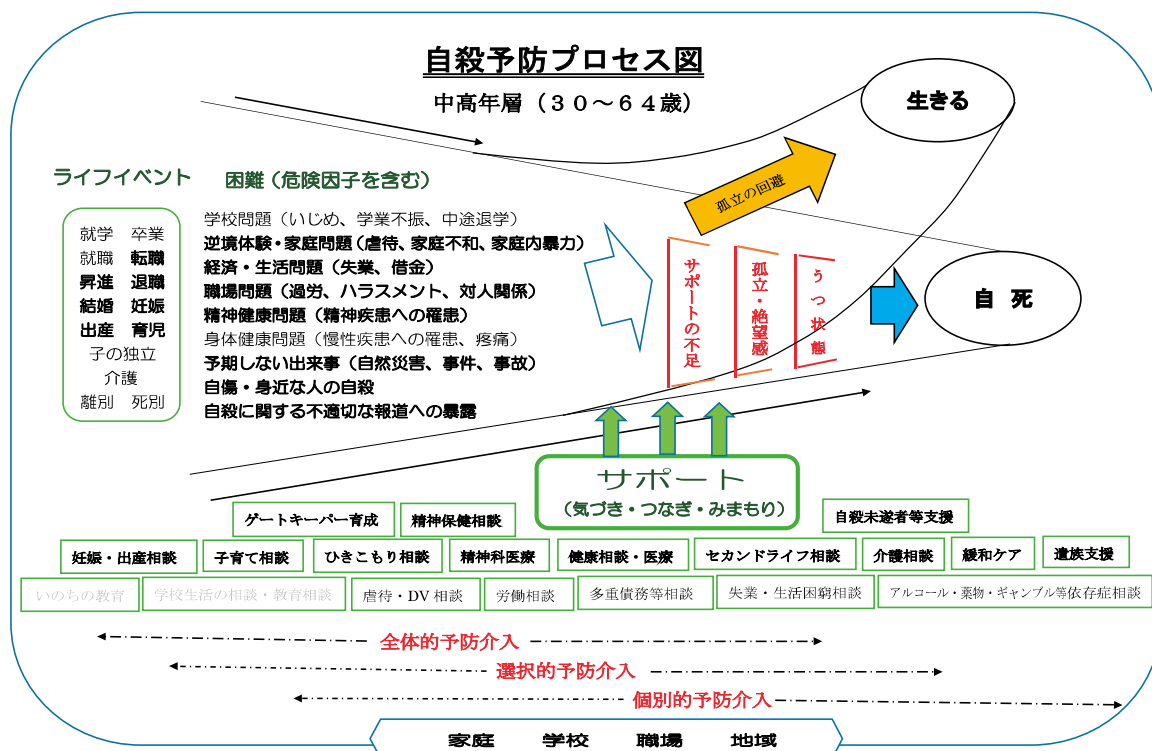
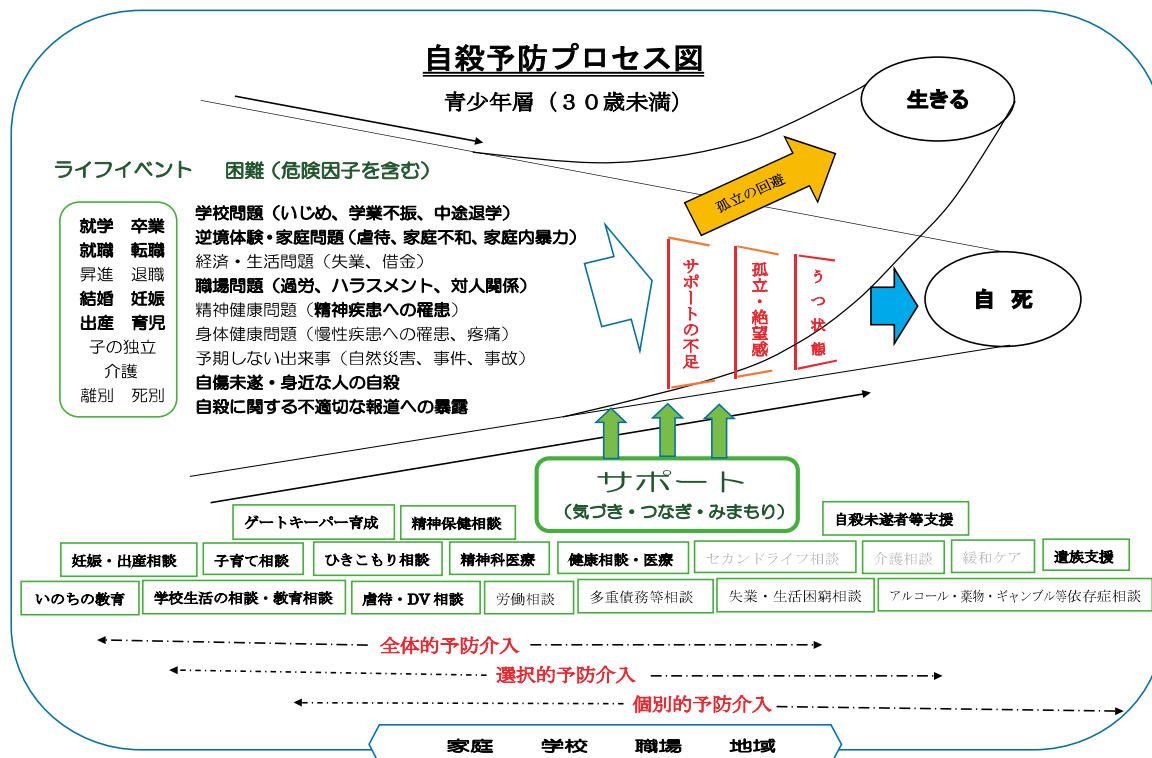
(1) 自殺予防プロセス図について

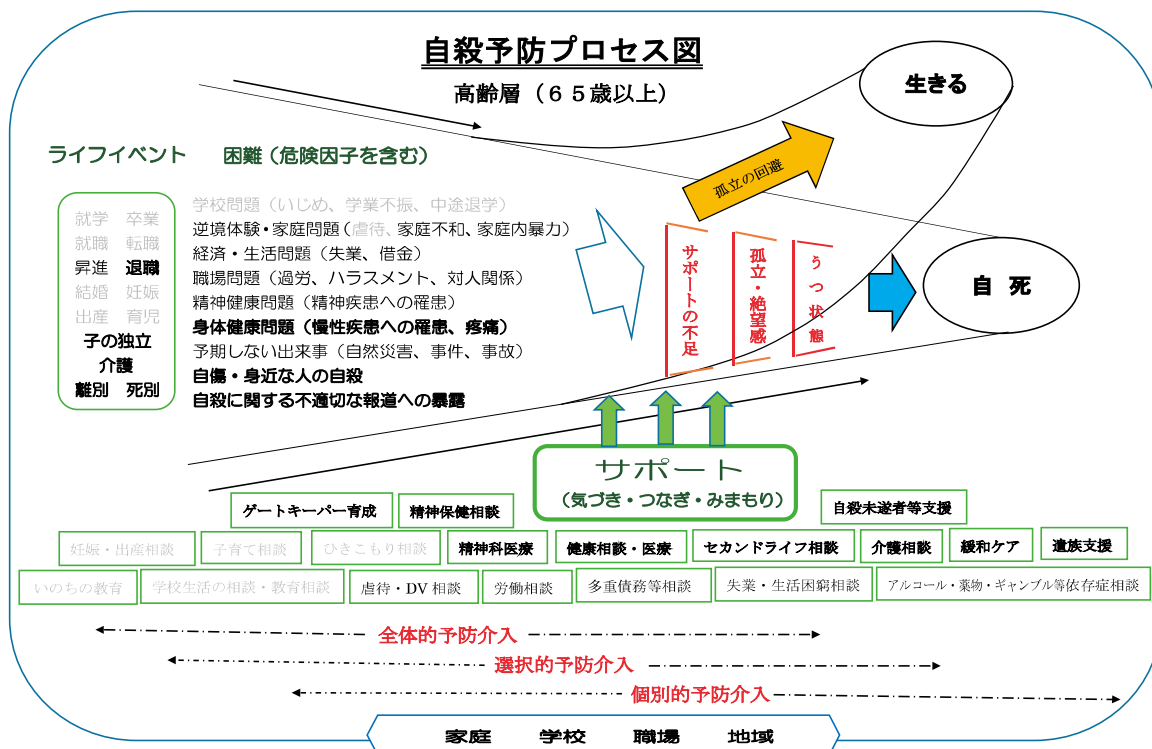
自殺は、多くの場合、自殺リスクを増加させるような出来事や病気（危険因子）が重なり、それを減少させるもの（保護因子）が乏しい中で発生します。

自殺の危険因子には、**個人的な因子**（過去の自殺企図、精神疾患、アルコールや薬物の乱用、慢性的な病気、社会的な支援の不足、攻撃的・衝動的な性格、トラウマの経験など）、**社会文化的因子**（支援を求めることへのスティグマ、自殺情報への曝露など）、**状況的因子**（失業や経済的損失、親しい人の喪失、自殺手段の入手、自殺の群発、ストレスの大きな出来事など）があります。自殺の保護因子には、家族やコミュニティとの良好な結びつき、問題をうまく解決する方法を身につけていること、自殺を妨げるような信条、自殺手段が容易に手に入らないようにすること、SOSが出せることなどがあります。

自殺の危険因子が重なり、保護因子の乏しい中で、孤立し、こころの健康を損なって自殺がおこると考えられています。自殺を予防するためには、危険因子を少なくして、保護因子を増やす取組を、「地域づくり」や「個人の生活を守る取組」として進めていく必要があります。自殺の危険因子や保護因子はライフステージによって異なるため、第2次計画の策定にあたって、これまで使用してきた「自殺プロセス図」を「自殺予防プロセス図」に改め、ライフステージ別の取組をわかりやすく示すことにしました。

「自殺予防プロセス図」は、自殺の発生を増加させるような出来事や病気が重なり、自殺の危険が高まる過程において、サポートを得ることによって孤立を回避して、生きる方向に進むことを目指すものです。





自殺予防のサポートには、すべての人々を対象とする「全体的予防介入」、自殺の危険因子が重なった人々を対象とする「選択的予防介入」、自殺の危険の迫った特定の個人を対象とする「個別的予防介入」の3つがあります。

「全体的予防介入」とは、サポートを受けることへの障壁を取り除いたり、自殺の手段に近づきにくくする取組を、「地域づくり」として進めるものです。例えば、こころの健康についての啓発、相談機関の情報を広く知らせること、地域のつながりづくりなどです。

「選択的予防介入」とは、地域のサポートを強化する取組を、「地域づくり」や「個人の生活を守る取組」として進めるものです。例えば、依存症の自助グループの支援や、自殺の危険因子が重なった人たちの連携支援のための体制づくりです。

「個別的予防介入」とは、自殺の危険が迫った個人のサポート、「個人の生活を守る取組」として進めるものです。例えば、自殺未遂をした個人や家族への、個別の状況を踏まえた支援です。

自殺対策には、市民の生涯にわたって、これらの介入が効果的に行われるよう、幅広い領域の協働が必要です。