

第 20 回 大阪市精神保健福祉審議会 自殺防止対策部会 次第

平成 29 年 11 月 27 日（月）午後 2 時 00 分～
大阪市こころの健康センター 大会議室

1 開会

2 委員紹介

3 事務局紹介

4 議題

（議題 1）大阪市の自殺の現状について

（議題 2）次期「大阪市自殺対策基本指針」の策定とその目標について

5 その他

6 閉会

○配布資料

（資料 1）大阪市の自殺の状況：その推移と平成 28 年の現況

（資料 2）大阪市健康局における自殺対策事業の実績（平成 26 年度～平成 28 年度）

（資料 3）大阪市自殺対策基本指針関連事業（平成 29 年度）

（資料 4）市政モニターアンケート「大阪市の自殺対策について」の結果

（資料 5）次期大阪市自殺対策基本指針のポイント

（資料 6）次期大阪市自殺対策基本指針における数値目標の設定について

（資料 7）次期大阪市自殺対策基本指針策定に向けたスケジュール（案）

（参考資料 1）精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行条例

大阪市精神保健福祉審議会における専門部会設置規程

大阪市精神保健福祉審議会自殺防止対策部会委員名簿

（参考資料 2）自殺総合対策大綱の概要と当面の重点施策（ポイント）

（参考資料 3）英語文献「Suicide Prevention Strategies」（JAMA2005）（概要）

英語文献「Suicide Prevention Strategies revisited」（Lancet2016）（概要）

（参考資料 4）大阪市自殺対策基本指針（平成 21 年 4 月）

第20回 大阪市精神保健福祉審議会 自殺防止対策部会 座席表

入口

大委 藤員

田委 尻員

寺委 村員

長委 田員

古委 塚員

北委 條員

前久保員

(事務局)

(事務局)

(事務局)

(事務局)

傍聴者席

傍聴者席

傍聴者席

<開催日時> 平成29年11月27日（月）午後2時00分～
<開催場所> 大阪市こころの健康センター 大会議室

大阪市精神保健福祉審議会 自殺防止対策部会 出席者委員名簿

役職	氏 名	所 属 等	
委員	大 藤 さとこ	大阪市立大学大学院医学研究科公衆衛生学 准教授	
	田 尻 悦 子	(福)関西いのちの電話 事務局長	
	堤 俊 仁	(公社)大阪精神科診療所協会 会長	欠席
	寺 村 晃 久	(独)労働者健康安全機構 大阪産業保健総合支援センター 副所長	
	長 田 弘 子	大阪司法書士会 会長	
	林 和 子	自死遺族代表	欠席
	藤 井 美 和	関西学院大学人間福祉学部人間科学科 教授	欠席
	古 塚 大 介	大阪市立総合医療センター精神神経科部長	
	北 條 達 人	(特非)国際ビフレンダーズ 大阪自殺防止センター 所長	
	前久保 邦 昭	(社)大阪府医師会	

(五十音順)

大阪市の自殺の状況：その推移と平成 28 年の現況

平成 29 年 11 月

大阪市こころの健康センター

大阪市の自殺の状況：その推移と平成 28 年の現況 目次

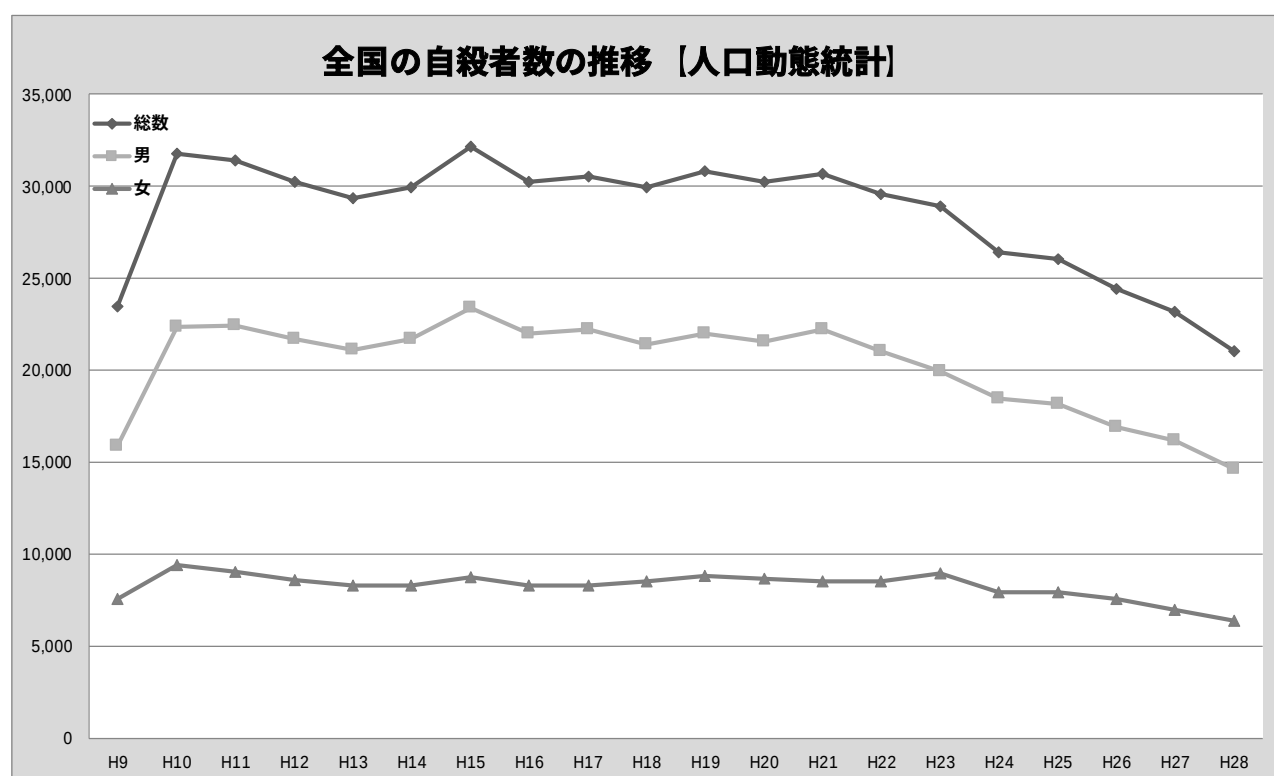
- 1．全国の自殺者数の推移（人口動態統計：H 9 ～ H 2 8）
- 2．全国の自殺死亡率の推移（人口動態統計：H 9 ～ H 2 8）
- 3．大阪市の自殺者数の推移（人口動態統計：H 9 ～ H 2 8）
- 4．大阪市の自殺死亡率の推移（人口動態統計：H 9 ～ H 2 8）
- 5．年齢別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）
- 6．原因別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）
- 7．職業別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）
- 8．既遂者における自殺未遂の有無・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）
- 9．同居人の有無・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）
- 10．場所別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）
- 11．手段別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）
- 12．曜日別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）
- 13．発見時間帯別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）
- 14．区別の自殺死亡率及び自殺者数（内閣府・警察庁統計）
- 15．平成 21 年から 28 年における区別自殺者数及び自殺死亡率の平均
（内閣府・警察庁統計）
- 16．平成 21 年から 28 年における区別自殺者数及び自殺死亡率の変化
（内閣府・警察庁統計）
- 17．平成 21 年から 28 年における男女別年齢別自殺死亡率の変化（内閣府・警察庁統計）
- 18．平成 9 年～ 2 8 年 都道府県政令指定都市の自殺死亡率の推移【人口動態統計】

1. 全国の自殺者数の推移（人口動態統計：H9～H28）

男女総計：自殺死亡者数は、昭和 55 年（1980 年）以降概ね年間 2 万人から 2 万 5 千人の間で推移していたが、平成 10 年（1998 年）に急増し（31,755 人）、戦後初めて 3 万人を超えた。その後も増減しながら平成 21 年までは概ね年間 3 万人前後で推移し、平成 23 年以降は一貫して減少傾向を維持しており、平成 28 年には急増前の平成 9 年を下回る 2 万 1 千人台まで減少している。

男性：平成 10 年以降では、男性の自殺死亡数は女性のほぼ 2～3 倍で推移しており、男女総計の自殺死亡の傾向は男性のそれとほぼ同様となっている。

女性：平成 9 年の 7 千人台から、平成 10 年に 9 千人台に増加したものの、平成 12 年以降は 8 千人台で推移し、男性と同様に平成 23 年以降は一貫して減少傾向を維持しており、平成 27 年以降は急増前の平成 9 年を下回る 6 千人台まで減少している。



全国の自殺者数の推移

年次別	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
総数	23,494	31,755	31,413	30,251	29,375	29,949	32,109	30,247	30,553	29,921	30,827	30,229	30,707	29,554	28,896	26,433	26,063	24,417	23,152	21,017
男	15,901	22,349	22,402	21,656	21,085	21,677	23,396	21,955	22,236	21,419	22,007	21,546	22,189	21,028	19,904	18,485	18,158	16,875	16,202	14,639
女	7,593	9,406	9,011	8,595	8,290	8,272	8,713	8,292	8,317	8,502	8,820	8,683	8,518	8,526	8,992	7,948	7,905	7,542	6,950	6,378

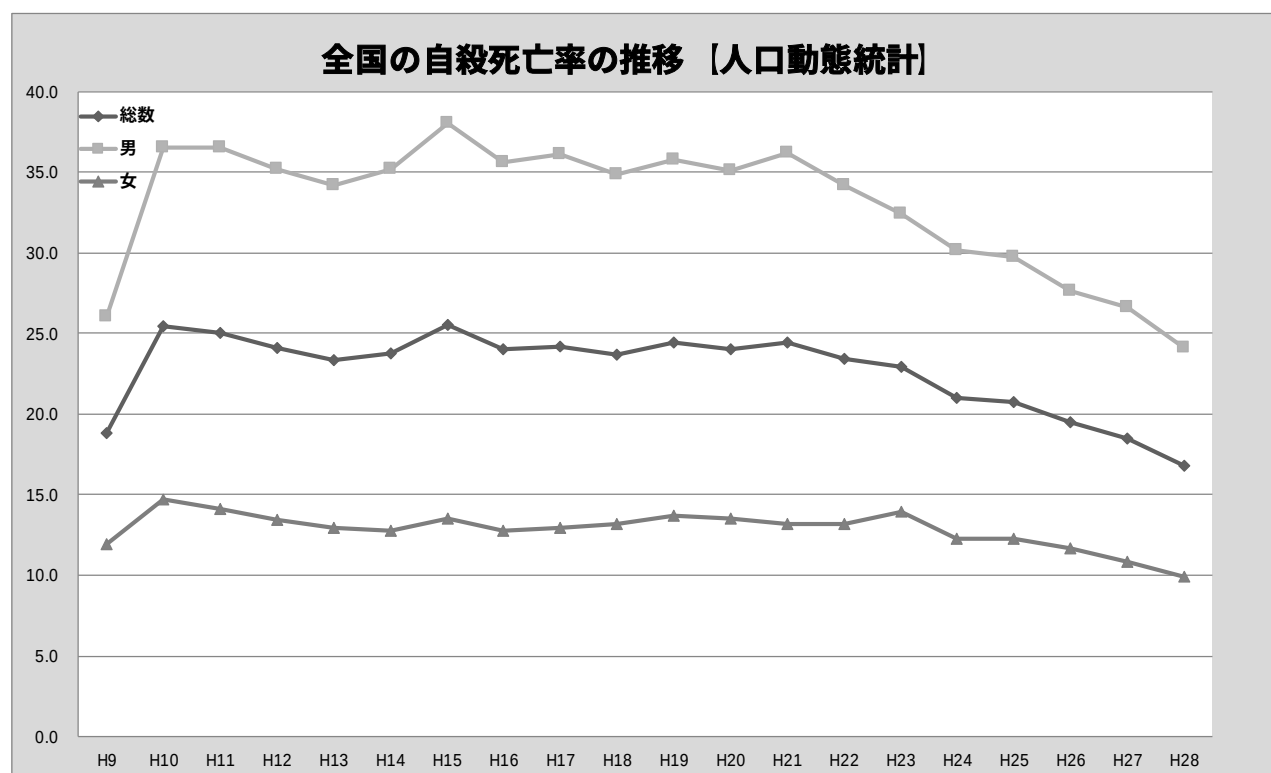
資料：「人口動態統計」より

2. 全国の自殺死亡率の推移（人口動態統計：H9～H28）

男女総計：傾向は自殺死亡者数と同様であり、昭和 55 年（1980 年）以降は増加した年でも人口 10 万人当たり（以下単位同様）22 未満で推移していたが、平成 10 年（1998 年）に急増し（25.4）、その後増減しながら平成 22 年までは概ね 23～24 台で推移し、平成 23 年以降は一貫して減少傾向を維持しており、平成 28 年には急増前の平成 9 年を下回る 16.8 台まで減少している。平成 10 年から平成 28 年の減少率は 34%となっている。

男性：平成 10 年以降では、男性の自殺死亡率は女性のほぼ 2～3 倍で推移しており、男女総計の自殺死亡率の傾向は男性のそれとほぼ同様となっている。平成 10 年から平成 28 年の減少率は 34%となっている。

女性：平成 9 年の 11.9 から、平成 10 年に 14.7 に増加したものの、平成 12 年以降は 12～13 台で推移し、男性と同様に平成 23 年以降は一貫して減少傾向を維持しており、平成 27 年以降は急増前の平成 9 年を下回る 10.8 まで減少している。平成 10 年から平成 28 年の減少率は 33%となっている。



全国の自殺死亡率の推移 (人口10万人当たり)

年次別	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
総数	18.8	25.4	25.0	24.1	23.3	23.8	25.5	24.0	24.2	23.7	24.4	24.0	24.4	23.4	22.9	21.0	20.7	19.5	18.5	16.8
男	26.0	36.5	36.5	35.2	34.2	35.2	38.0	35.6	36.1	34.8	35.8	35.1	36.2	34.2	32.4	30.1	29.7	27.6	26.6	24.1
女	11.9	14.7	14.1	13.4	12.9	12.8	13.5	12.8	12.9	13.2	13.7	13.5	13.2	13.2	13.9	12.3	12.3	11.7	10.8	9.9

資料：「人口動態統計」より

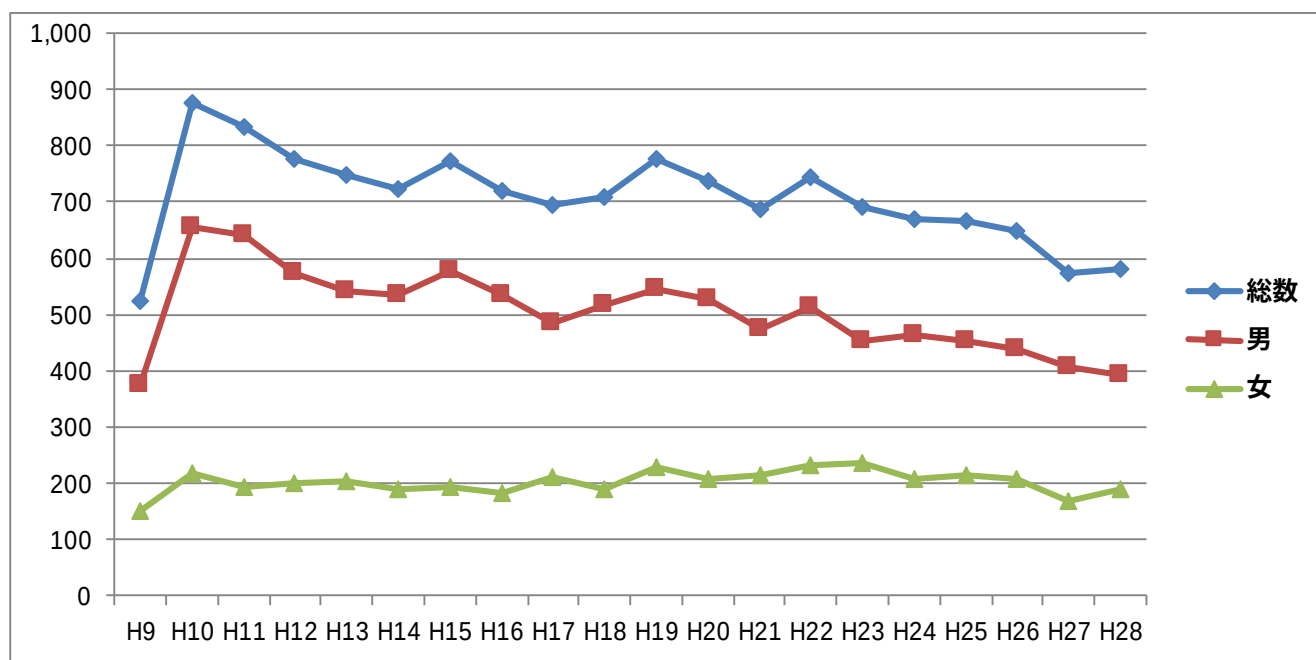
3. 大阪市の自殺者数の推移（人口動態統計：H9～H28）

男女総計：全国の傾向と同様に、平成9年の525人から平成10年には年間876人と急増したが、平成11年から全国に先駆けて減少し始めた。その後、全国の自殺死亡数は平成21年までほぼ横ばいであったのに対して、大阪市の自殺死亡数は平成17年には、一旦年間700人を下回り、その後微増と微減を繰り返しながら、平成22年まではほぼ横ばいに経過した。平成23年以降は、全国値の傾向と同様に減少傾向を維持し（700人未満）、平成28年には580となった。（この値は平成9年より多いが、平成9～28年の間に大阪市の推計人口は約10万人増加していることも考慮する必要がある）

男性：男女総計とほぼ同様の傾向となっている。

女性：平成9年の年間151人から、平成10年に220人に増加したものの、平成11年以降は200人前後で横ばいで推移していた。平成17年からは増加傾向に転じ、平成23年までは、230人台となる年も続いた。平成24年以降はやや減少して推移している。

大阪市の自殺者数の推移（人口動態統計）



自殺者数の推移

年次別	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
総数	525	876	832	776	748	724	773	719	696	708	776	738	688	744	691	671	667	647	573	580
男	374	656	640	574	543	535	578	535	486	517	546	529	473	512	454	464	452	439	406	391
女	151	220	192	202	205	189	195	184	210	191	230	209	215	232	237	207	215	208	167	189

資料：「人口動態統計」より

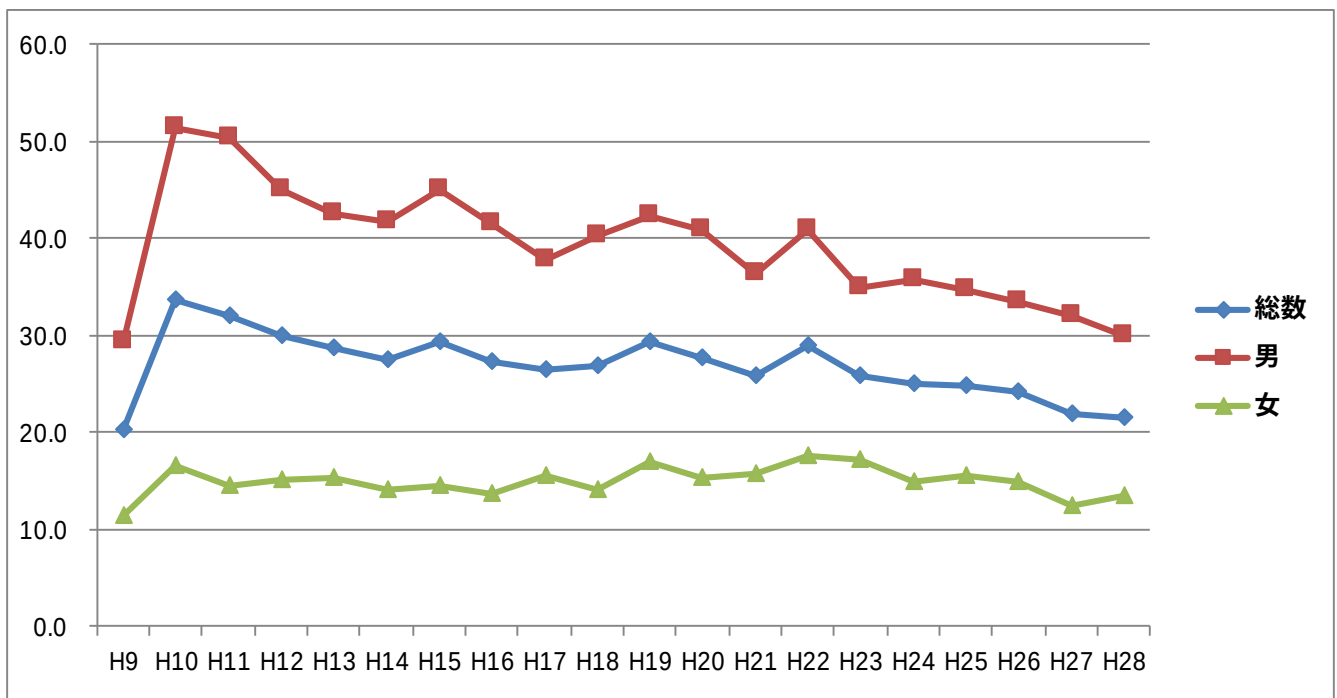
4. 大阪市の自殺死亡率の推移（人口動態統計：H9～H28）

男女総計：全国の傾向と同様に平成 10 年に急増したが、平成 12 年から全国に先駆けて減少し始めた。その後、全国の自殺死亡率は平成 21 年まで微減であったのに対して、大阪市の自殺死亡率は平成 17 年には、すでに平成 10 年の値の 20%減少となっており、その後微増と微減を繰り返しながら、平成 22 年まではほぼ横ばいに経過した。平成 23 年以降は、全国値の傾向と同様に減少傾向を維持し、平成 28 年には、大阪市自殺対策基本指針（平成 21 年策定）の目標である人口 10 万対 21.2（平成 17 年値の 20% 減少値）に近い、21.5 となっている。平成 10 年から平成 28 年の減少率は全国値を上回る 36%となっている。

男性：男女総計とほぼ同様の傾向となっている。平成 10 年から平成 28 年の減少率は全国値を上回る 42%となっている。

女性：自殺死亡数と同様である。平成 10 年から平成 28 年の減少率は、全国値を下回る 19%となっている。

大阪市の自殺率の推移（人口動態統計）



自殺死亡率の推移（人口10万人当たり）

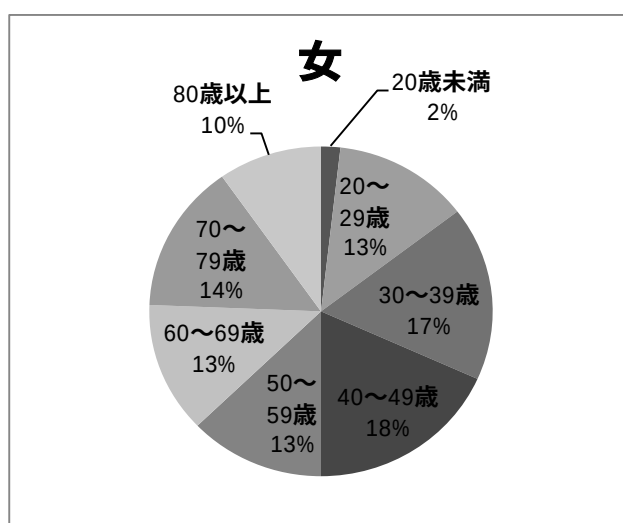
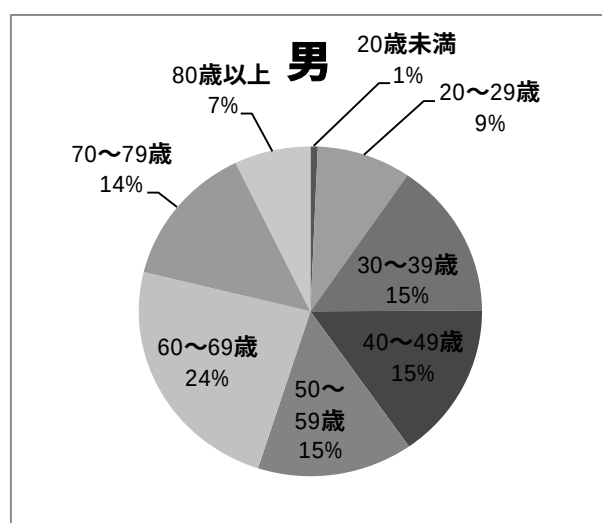
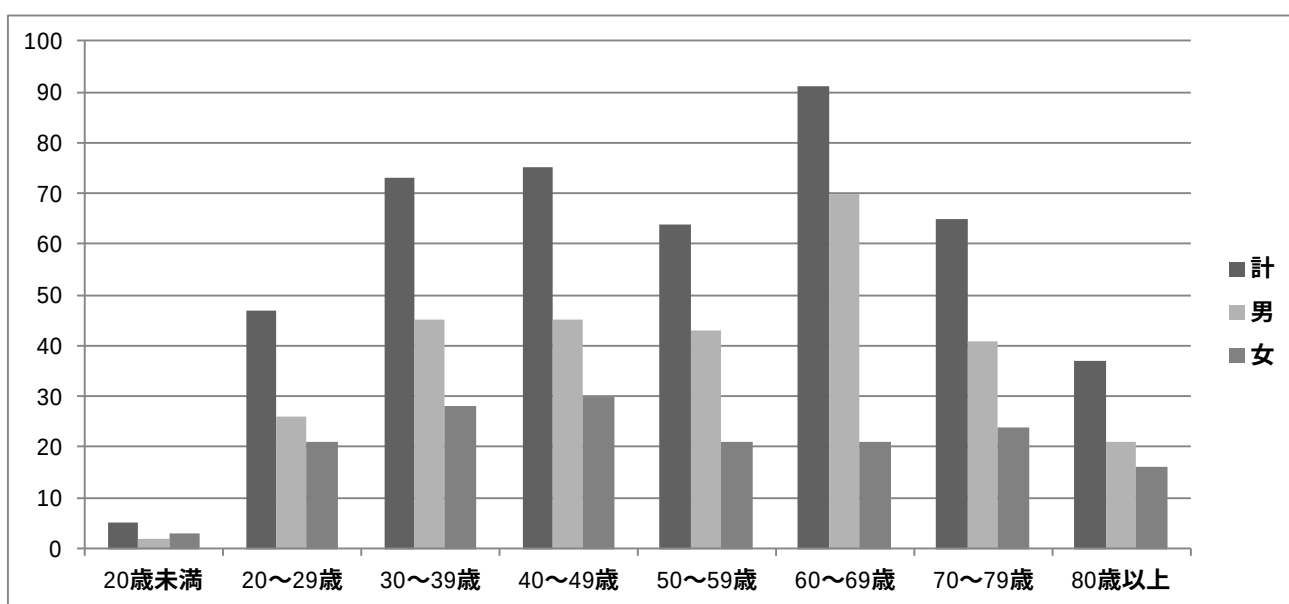
年次	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
総数	20.2	33.7	32.1	29.9	28.7	27.6	29.4	27.3	26.5	26.8	29.3	27.8	25.8	29.0	25.9	25.1	24.9	24.1	22.0	21.5
男	29.4	51.5	50.3	45.1	42.5	41.8	45.0	41.6	37.9	40.3	42.4	40.9	36.4	41.0	35.0	35.7	34.7	33.5	32.1	29.9
女	11.4	16.6	14.5	15.2	15.4	14.1	14.5	13.6	15.6	14.1	16.9	15.4	15.8	17.6	17.2	15.0	15.6	15.0	12.4	13.5

資料：「人口動態統計」より

5. 年齢別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）

- ・平成 28 年の自殺者の総数は 457 人で、男性が 293（64%）、女性が 164（36%）であった。
- ・男女比は 1.79 と全国値（2.30）より低かったが、平成 10 年以降の自殺死亡総数の男女比は、大阪市も全国もほぼ同じであった（大阪市 2.50、全国 2.47）。
- ・年齢層別にみると、男性では 60 歳代が最も多く、それに続く 30 歳代、40 歳代、50 歳代、70 歳代はほぼ同数となっており、20 歳代、80 歳代がこれに続いた。女性では、40 歳代が最も多く、次の 30 歳代もほぼ同数であり、これに続く 70 歳代、60 歳代、50 歳代、20 歳代はそれぞれがほぼ同数であった。年齢の中央値は、男性で 50 代前半、女性で 40 代後半であった。同年の全国値と比較すると、男性で 60 歳代の割合が多く（全国値 16%）、女性では 30 歳代（同 12%）、40 歳代（同 15%）の割合が高くなっていた。なお、男女総計における 20 歳代、30 歳代の割合は、全国的にこの年代の自殺死亡率が高くなっていた平成 19 年とほぼ同じであった。

平成 28 年 年齢別・男女別の自殺者数（内閣府・警察庁統計）



年齢別男女別

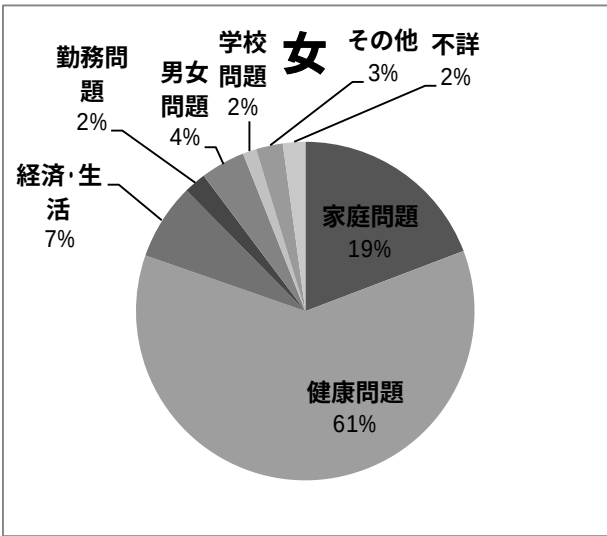
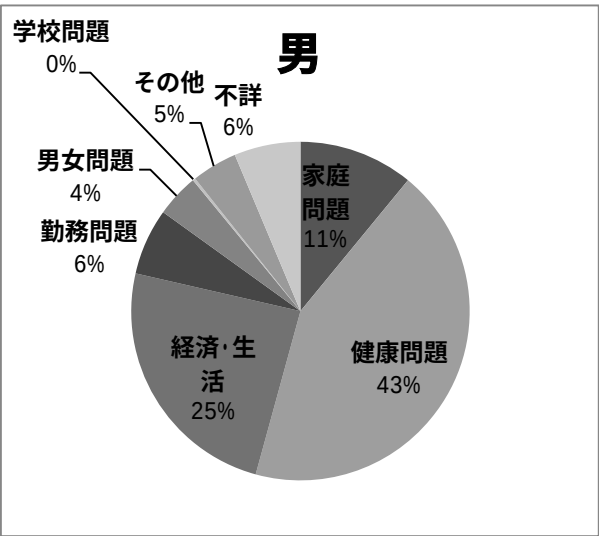
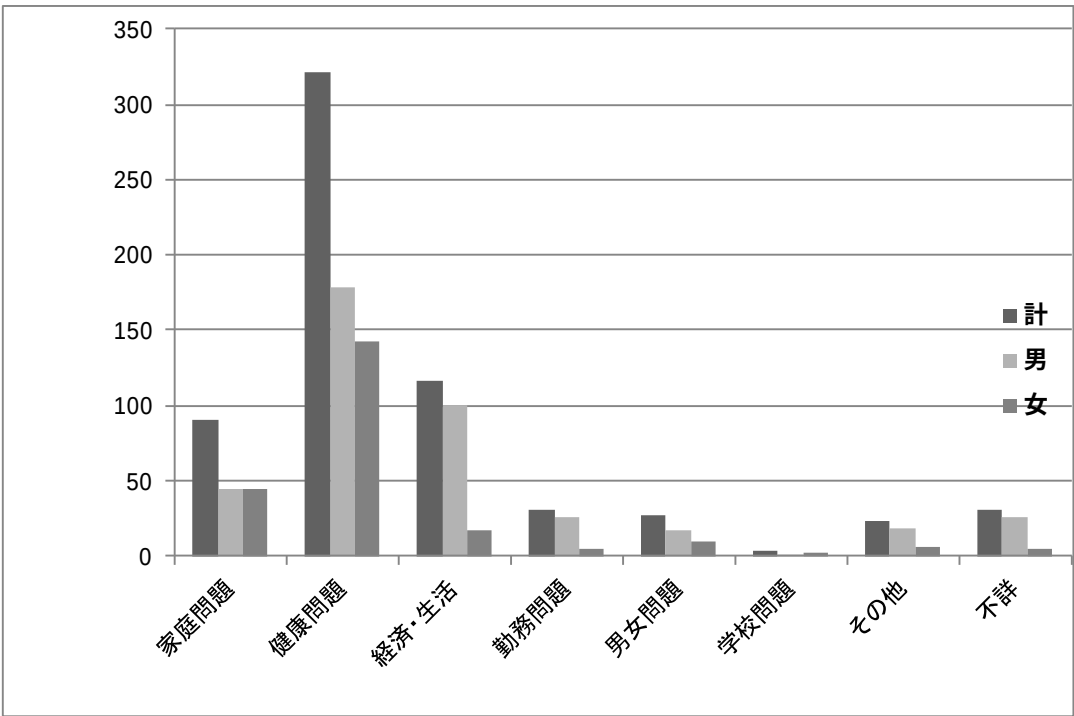
年齢	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計
計	5	47	73	75	64	91	65	37	457
男	2	26	45	45	43	70	41	21	293
女	3	21	28	30	21	21	24	16	164

6. 原因別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）

（注：遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を、自殺者一人につき3つまで計上可能として警察庁が集計した結果）

自殺の原因・動機としては、男性では健康問題（43%）が最も多く、次に経済・生活問題（25%）が多く、家庭問題（11%）、勤務問題（6%）、男女問題（4%）がそれに続いた。女性でも健康問題（61%）が一番多かったが、その割合は男性より大きく、次に家庭問題（19%）、経済・生活問題（7%）、男女問題（4%）、勤務問題（2%）学校問題（2%）がそれに続いた。男女ともに、上位3位の原因・動機の割合については全国値の傾向もほぼ同様であった。

平成28年 原因別・男女別（内閣府・警察庁統計）



原因別・男女別

原因	家庭問題	健康問題	経済・生活	勤務問題	男女問題	学校問題	その他	不詳	計
計	90	321	117	31	27	4	24	31	645
男	45	178	100	26	17	1	18	26	411
女	45	143	17	5	10	3	6	5	234

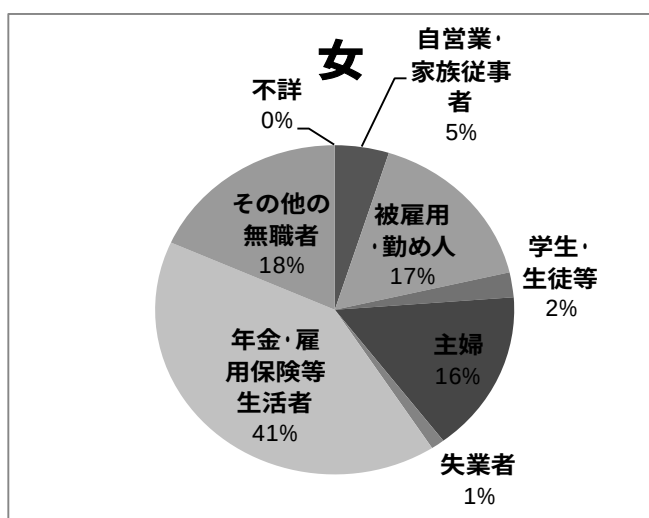
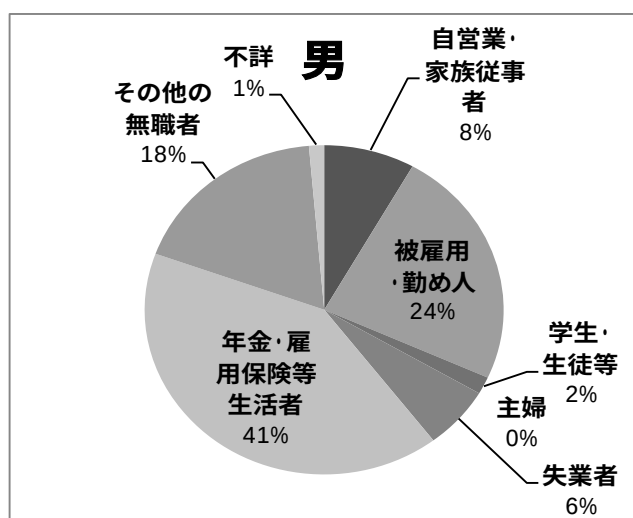
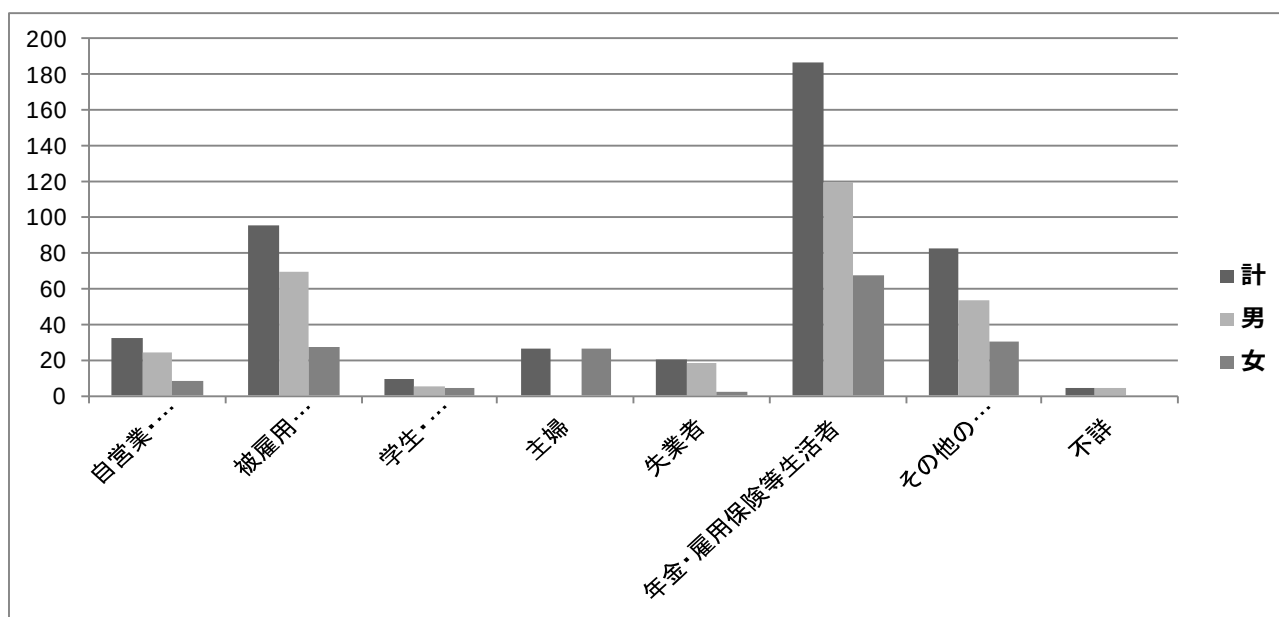
7. 職業別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）

・男性では年金・雇用保険等生活者の割合が最も多く（41%）、続いて被用者・勤め人（24%）、その他の無職者（18%）、自営業・家族従事者（8%）、失業者（6%）、学生・生徒等（2%）の順であった。

・女性では年金・雇用保険等生活者の割合が最も多く（41%）、続いてその他の無職者（18%）、被用者・勤め人（17%）、主婦（16%）、自営業・家族従事者（5%）、学生・生徒等（2%）、失業者（1%）の順であった。

・全国値と比較すると、本市の男性では年金・雇用保険等生活者の割合が高く（全国値 23%）、逆に被用者・勤め人の割合が低く（全国値 35%）、女性では年金・雇用保険等生活者の割合が高い傾向（全国値 32%）がみられた。

平成28年 職業別・男女別（内閣府・警察庁統計）



職業別・男女別

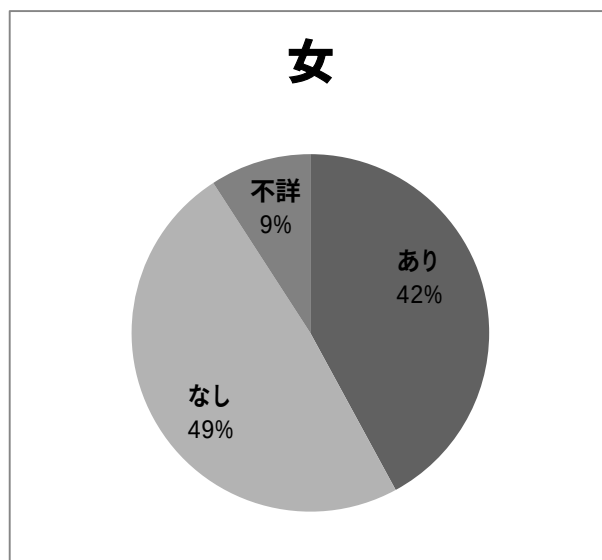
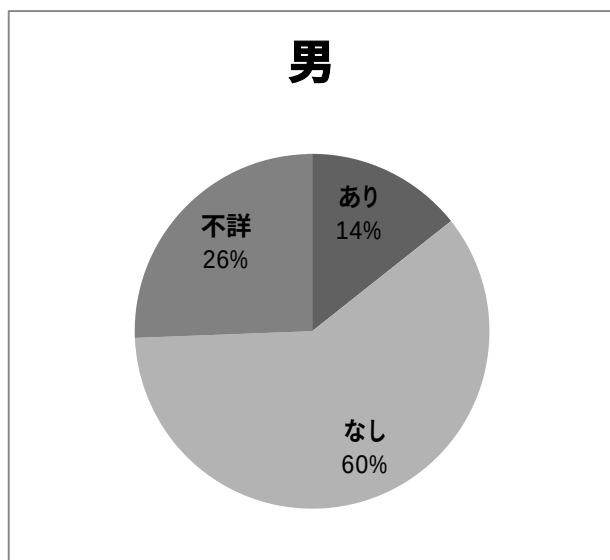
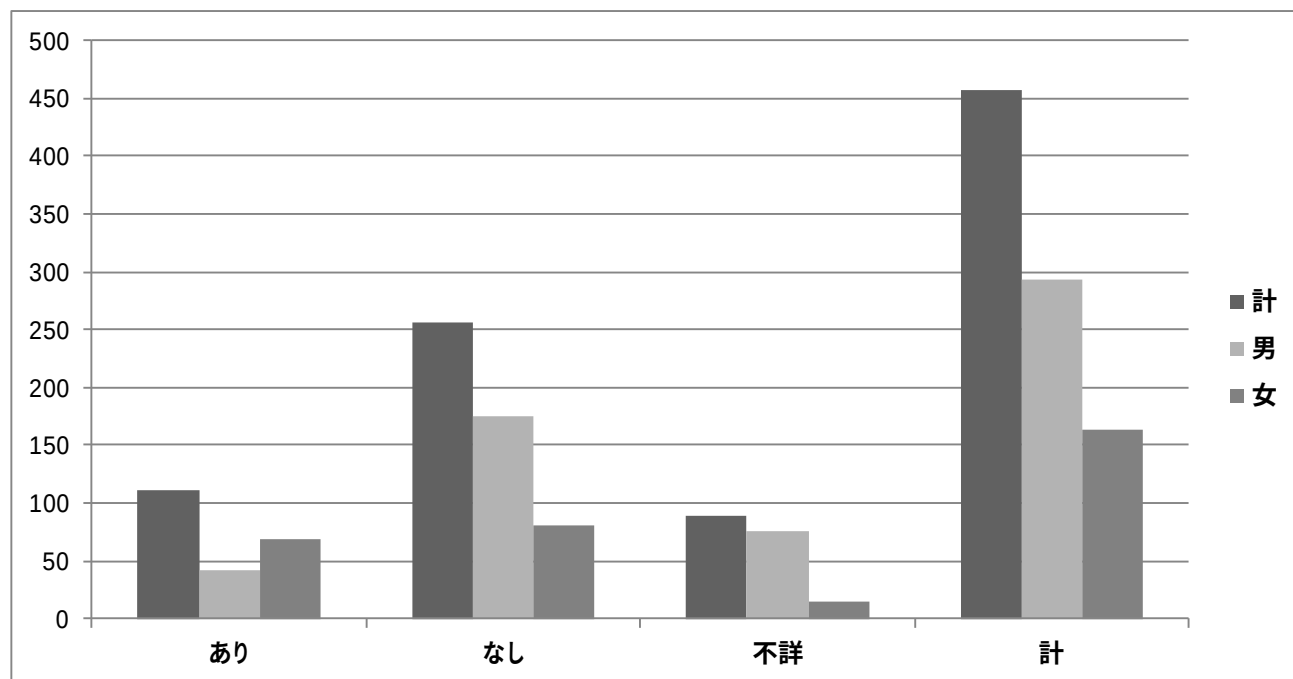
職業	自営業・家族従事者	被雇用・勤め人	学生・生徒等	主婦	失業者	年金・雇用保険等生活者	その他の無職者	不詳	計
計	32	96	9	26	20	187	83	4	457
男	24	69	5	0	18	120	53	4	293
女	8	27	4	26	2	67	30	0	164

8. 既遂者における自殺未遂の有無・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）

・自殺者のうち、男性では自殺未遂歴「なし」が60%（全国値65%）、「あり」が14%（全国値15%）と、「なし」の割合が全国値より低かった。ただし、「不詳」の割合（26%）は全国値（19%）より高かった。

・女性では自殺未遂歴「なし」が49%（全国値56%）、「あり」が42%（全国値29%）と、「あり」の割合が全国値より高かった。「不詳」の割合（9%）は全国値（15%）より低かった。

平成28年 既遂者における自殺未遂の有無・男女別（内閣府・警察庁統計）



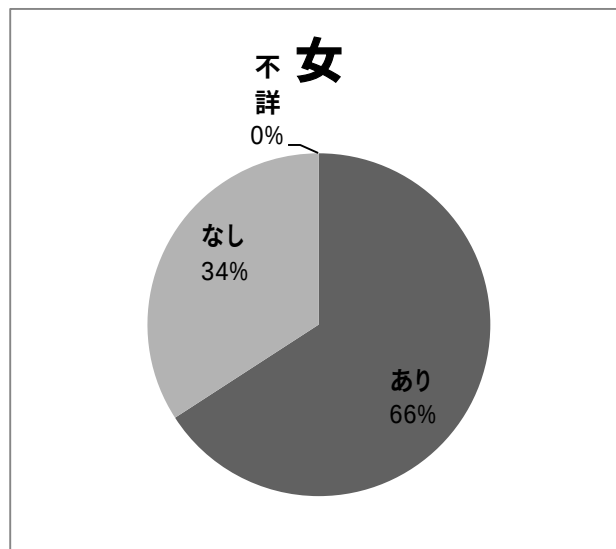
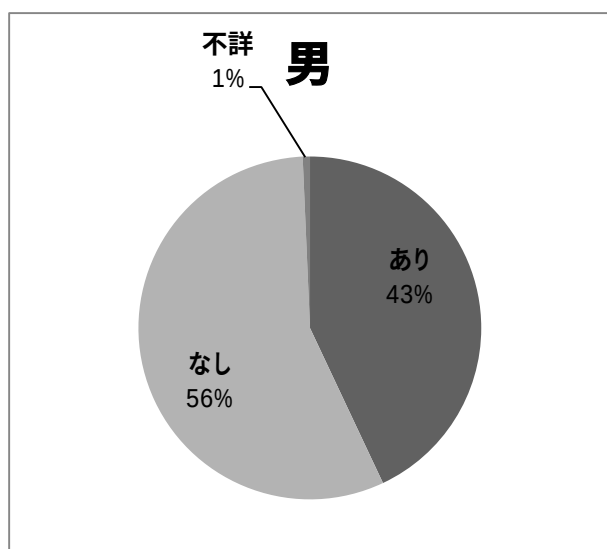
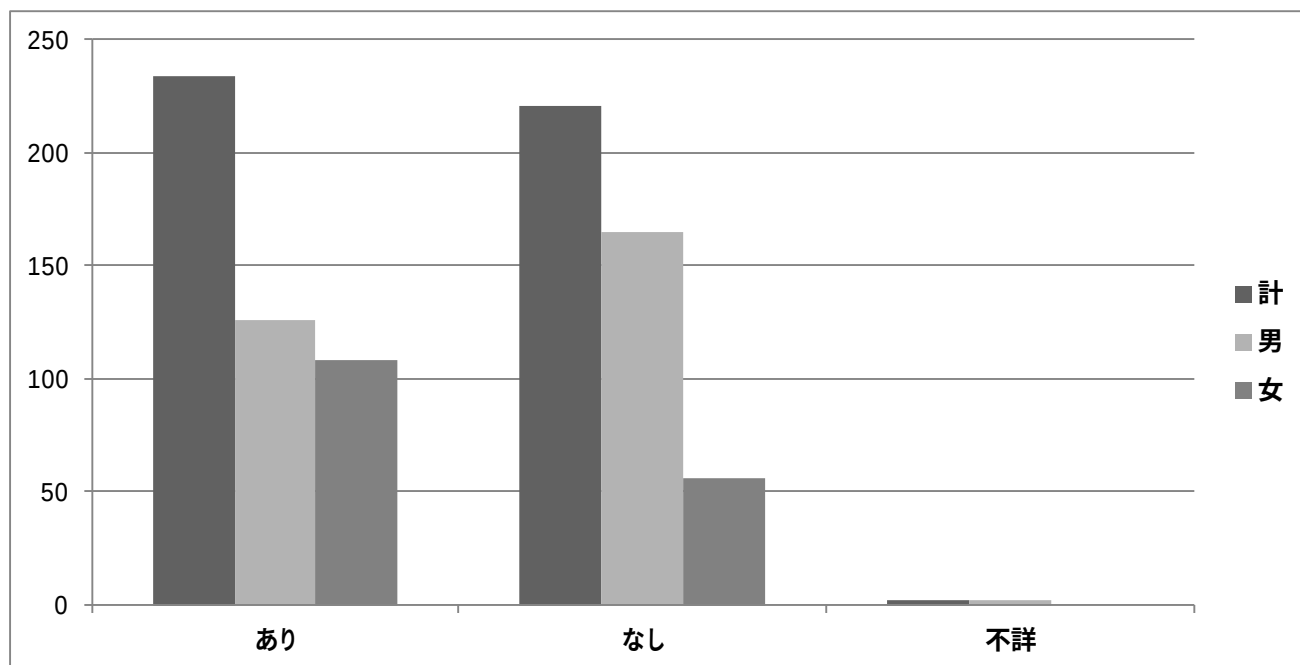
既遂者における自殺未遂の有無・男女別

自殺未遂	あり	なし	不詳	計
計	111	256	90	457
男	42	176	75	293
女	69	80	15	164

9. 同居人の有無・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）

・自殺者のうち同居人のいる割合は、男性で 43%、女性で 66%であり、それぞれ全国値（男性 64%、女性 74%）より低くなっていた。

平成28年 同居人の有無・男女別（内閣府・警察庁統計）



同居人の有無・男女別

同居人	あり	なし	不詳	計
計	234	221	2	457
男	126	165	2	293
女	108	56	0	164

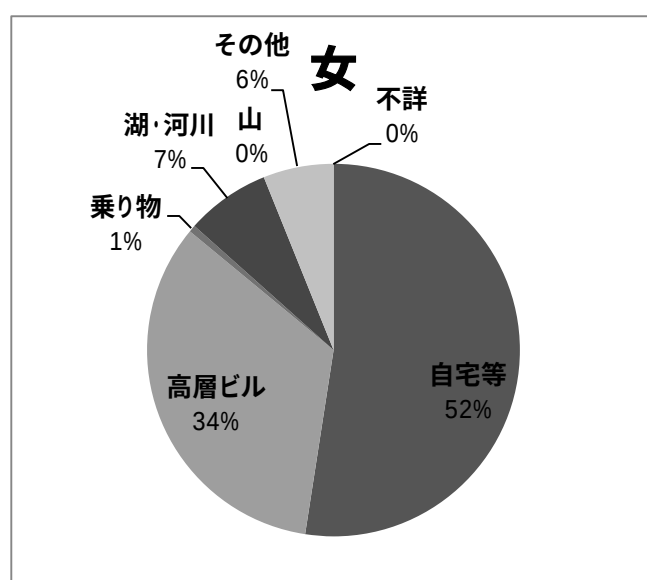
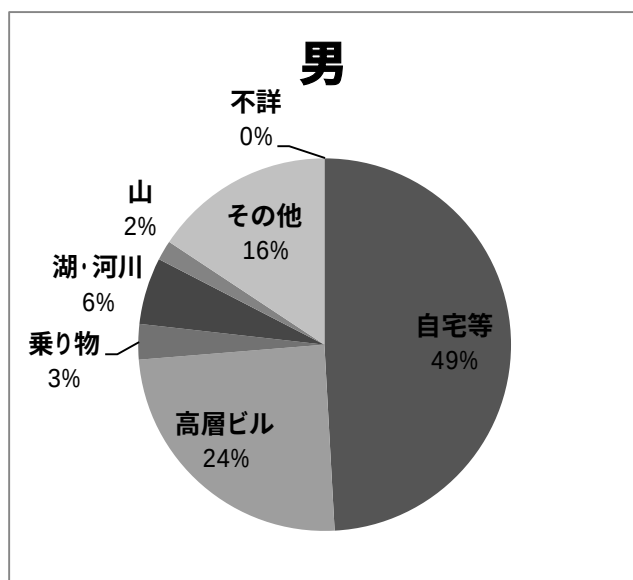
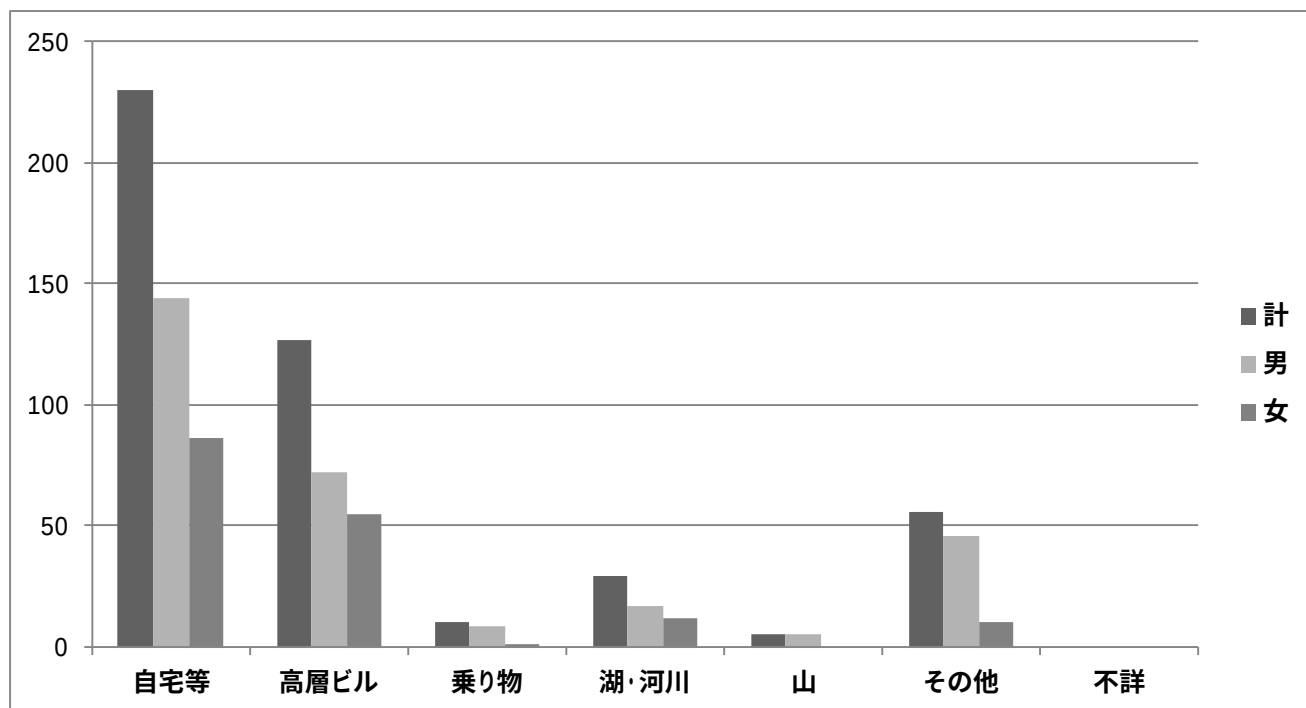
10. 場所別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）

・男女ともに自宅、高層ビル、海（湖）・河川の順が多かった。全国値に比べると、男女ともに自宅と乗り物の割合が低く、高層ビルの割合が高かった。

男性全国値（上位3位）：自宅 56%、乗り物 8%、高層ビル 5%

女性全国値（上位3位）：自宅 65%、高層ビル 10%、海（湖）・河川 6%

平成28年 場所別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）



場所別・男女別自殺者数

場所	自宅等	高層ビル	乗り物	湖・河川	山	その他	不詳	計
計	230	127	10	29	5	56	0	457
男	144	72	9	17	5	46	0	293
女	86	55	1	12	0	10	0	164

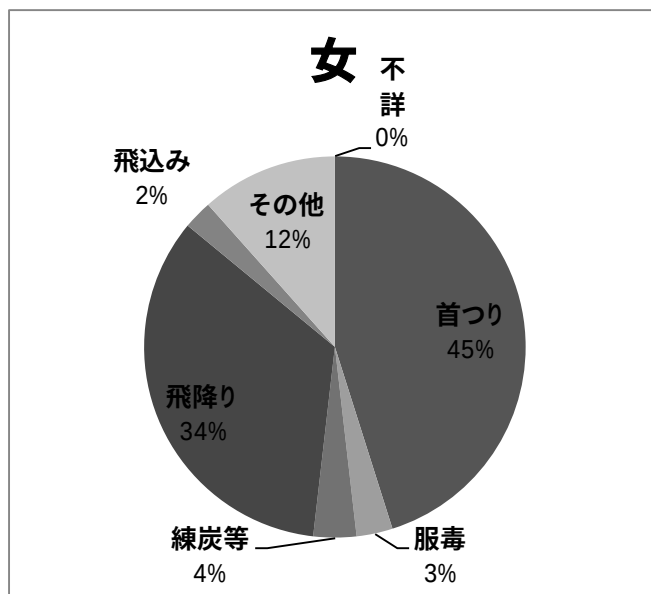
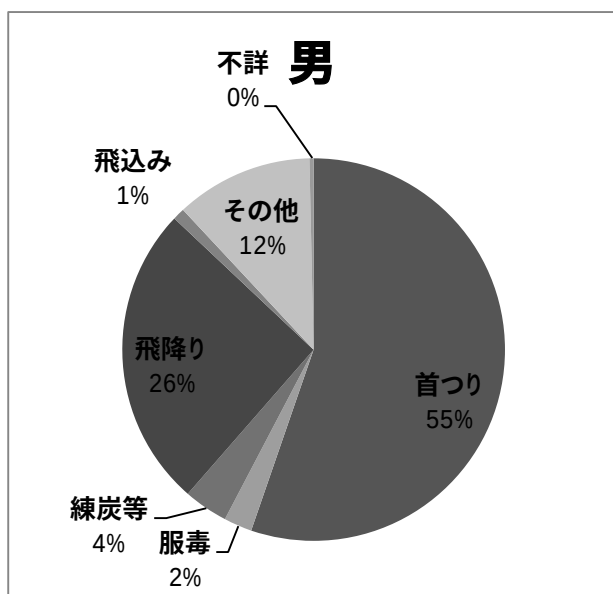
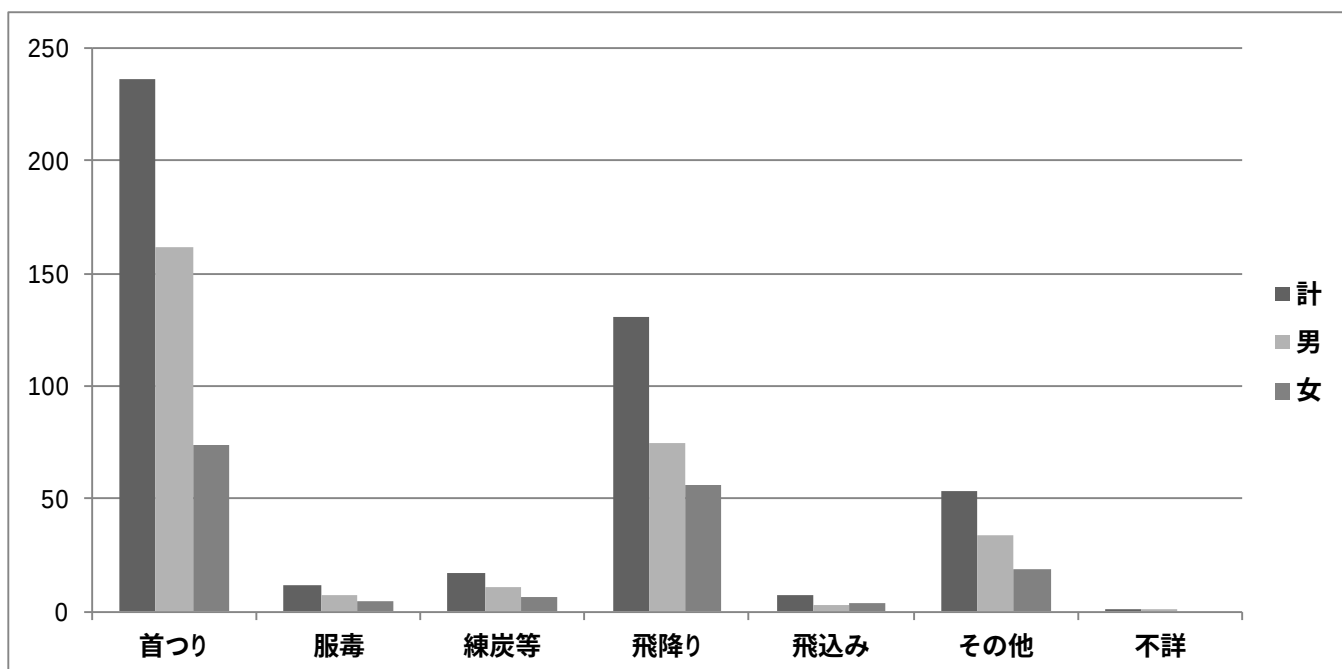
11. 手段別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）

・男女ともに、首つり、飛降り、練炭等、服毒、飛込みの順で多かった。全国値に比べると、男女ともに首つりの割合が低く、飛降りの割合が高かった。

男性全国値（上位3位）：首つり 68%、飛降り 9%、練炭等 8%

女性全国値（上位3位）：首つり 59%、飛降り 14%、入水 6%

平成28年 手段別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）



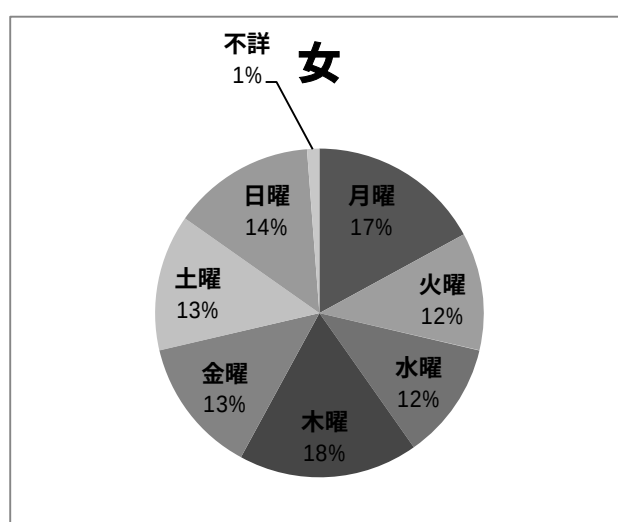
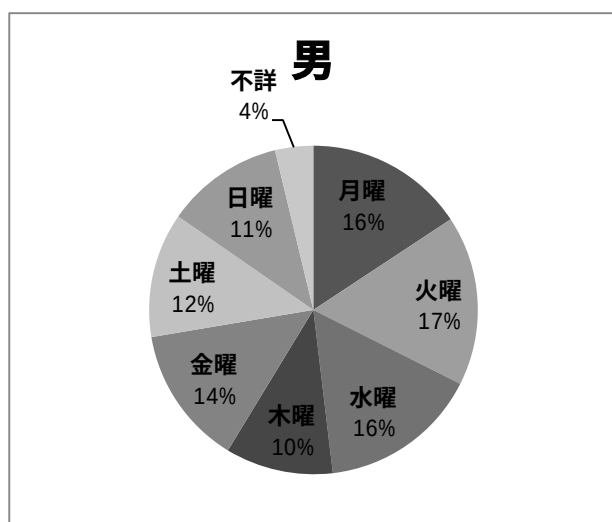
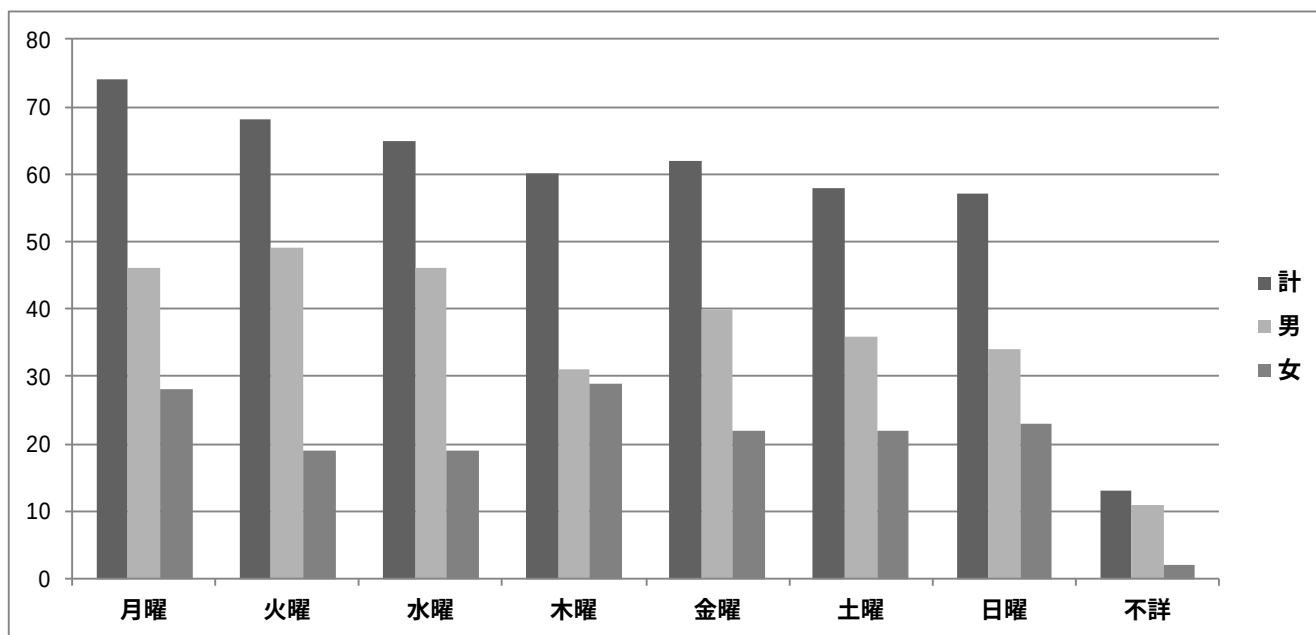
手段別・男女別自殺者数

手段	首つり	服毒	練炭等	飛降り	飛込み	その他	不詳	計
計	236	12	17	131	7	53	1	457
男	162	7	11	75	3	34	1	293
女	74	5	6	56	4	19	0	164

12. 曜日別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）

男性では月曜、火曜に多く、日曜に少ない傾向がみられたが、その他の曜日は年により変動がみられる。女性については、年による変動が男性より大きい傾向がみられる。

平成28年 曜日別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）



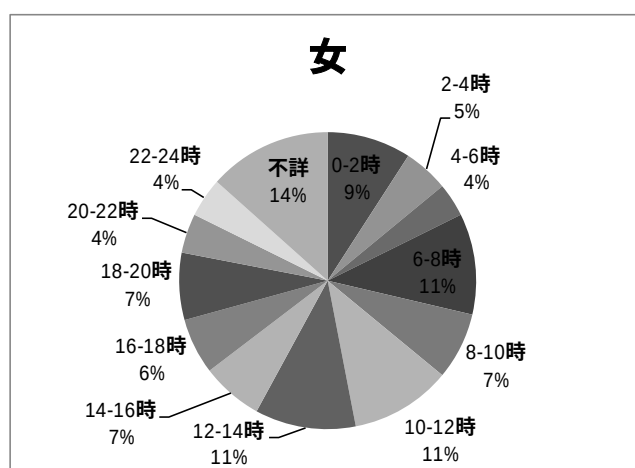
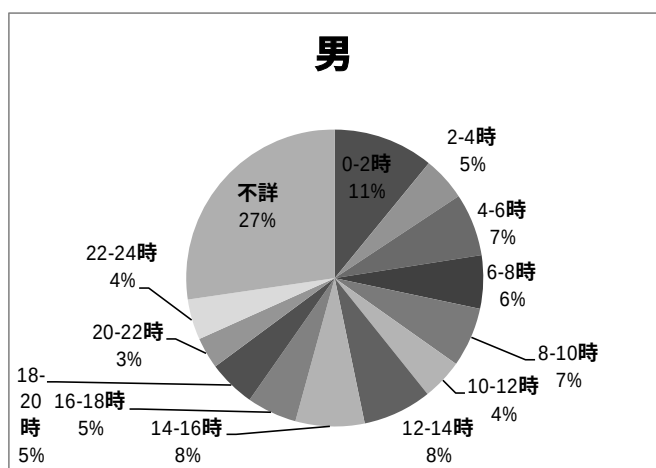
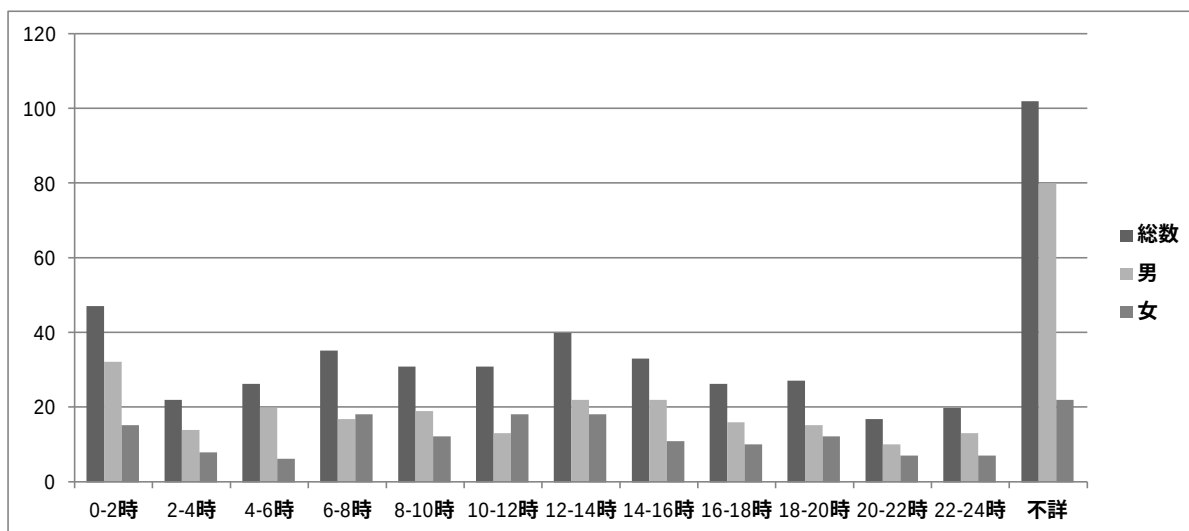
曜日別・男女別自殺者数

曜日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜	不詳	計
計	74	68	65	60	62	58	57	13	457
男	46	49	46	31	40	36	34	11	293
女	28	19	19	29	22	22	23	2	164

13. 発見時間帯別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）

全国的には6時から20時までに多い傾向があり、本市でも同様であるが、年により変動がみられる。

平成28年 発見時間帯別・男女別自殺者数（内閣府・警察庁統計）



時間帯別・男女別

時間帯	0-2時	2-4時	4-6時	6-8時	8-10時	10-12時	12-14時	14-16時	16-18時	18-20時	20-22時	22-24時	不詳	計
総数	47	22	26	35	31	31	40	33	26	27	17	20	102	0
男	32	14	20	17	19	13	22	22	16	15	10	13	80	293
女	15	8	6	18	12	18	18	11	10	12	7	7	22	164

14. 区別の自殺死亡率及び自殺者数（内閣府・警察庁統計）

平成28年 区別の自殺死亡率及び自殺者数の状況（内閣府・警察庁統計）

区名	自殺者数			自殺死亡率		
	男	女	計	男	女	計
西成区	37	8	45	58.3	17.6	41.3
浪速区	12	7	19	36.2	22.2	29.4
大正区	13	6	19	39.2	17.7	28.3
旭区	16	7	23	36.4	14.8	25.2
生野区	15	13	28	24.2	19.7	21.9
東成区	8	8	16	20.5	19.1	19.8
住之江区	14	10	24	23.4	15.6	19.4
平野区	26	12	38	27.2	11.5	19.0
住吉区	18	11	29	24.8	13.5	18.8
都島区	13	4	17	26.3	7.5	16.6
西淀川区	13	3	16	27.0	6.1	16.5
東淀川区	20	8	28	23.6	9.3	16.4
淀川区	18	10	28	21.0	11.5	16.2
港区	7	6	13	17.3	14.4	15.8
城東区	12	13	25	14.9	14.9	14.9
東住吉区	12	7	19	19.2	10.3	14.5
天王寺区	4	4	8	11.7	10.1	10.9
中央区	7	3	10	15.8	5.9	10.5
此花区	3	4	7	9.0	11.6	10.3
北区	4	8	12	7.0	13.1	10.2
西区	4	5	9	9.2	10.4	9.9
鶴見区	6	4	10	11.1	6.8	8.9
阿倍野区	8	1	9	15.9	1.7	8.3
福島区	3	2	5	8.9	5.3	7.0
計	290	162	452	22.5	11.9	17.0

・自殺率＝人口10万人当たりの自殺者数

・自殺率の高い区は ①西成 ②浪速 ③大正 ④旭 ⑤生野

15. 平成21年から28年における区別自殺者数及び自殺死亡率の平均（内閣府・警察庁統計）

・自殺死亡率を平成21年から28年の8年間の区別平均でみると、西成区、浪速区が40台と最も多く、これは都道府県で自殺死亡率の最も高い秋田、岩手（いずれも25程度）よりはるかに高く、全国平均値（21.7）の倍以上となっている。

・それに続く、中央区、生野区、大正区、都島区、北区、平野区、住之江区では、大阪市全体の平均より高値となっている。

・全国値を下回るのは、東成区、住吉区、城東区、西淀川区、東住吉区、西区、阿倍野区、福島区、鶴見区のみとなっている。

平成21年から28年における区別自殺者数及び自殺死亡率の平均（内閣府・警察庁統計）

区名	自殺死亡率※	自殺者数（人）
	H21～28年平均	H21～28年平均
西成区	44.5	49
浪速区	41.9	23
中央区	30.6	24
生野区	29.9	34
大正区	27.1	19
都島区	24.6	25
北区	24.6	26
平野区	24.1	48
住之江区	24.1	30
大阪市	24.0	621
此花区	23.5	16
港区	23.3	19
淀川区	23.1	39
東淀川区	22.9	39
旭区	22.7	21
天王寺区	22.2	15
全国	21.7	27,710
東成区	21.6	17
住吉区	21.4	33
城東区	20.8	34
西淀川区	20.5	20
東住吉区	20.3	27
西区	20.3	16
大阪府	18.8	1,664
阿倍野区	18.7	20
福島区	17.9	12
鶴見区	15.3	17

※自殺死亡率＝人口10万人当たりの自殺者数

16. 平成21年から28年における区別自殺者数及び自殺死亡率の変化（内閣府・警察庁統計）

・自殺死亡率を（区別に算出することが可能な）平成21年から28年の8年間の区別の変動（平成21～24年の平均値と平成25～28年の平均値の変化）でみると、すべての区で減少がみられた。最も減少幅の大きいのは、浪速区、中央区、此花区、生野区であった。

・自殺死亡者数についても同様の变化をみると、すべての区で減少がみられた。

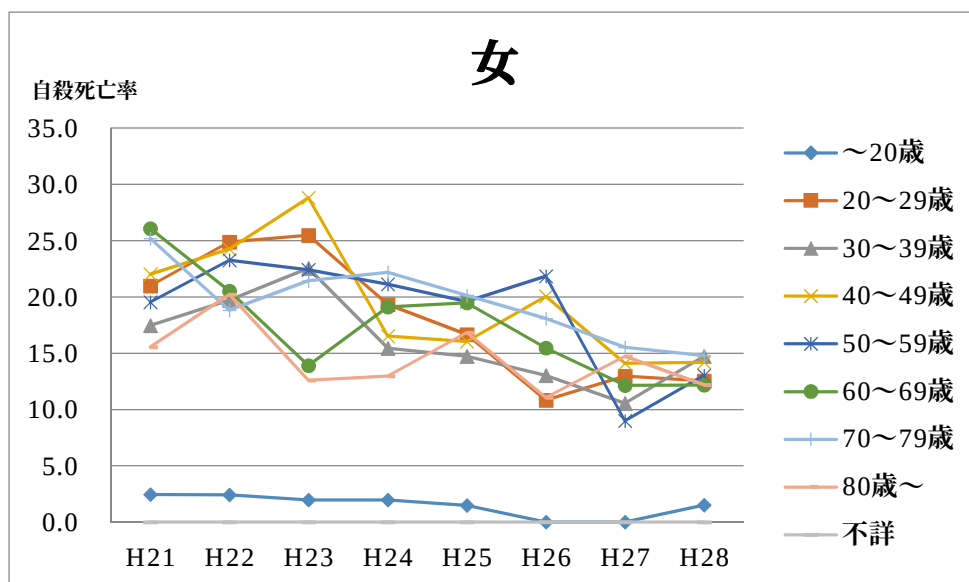
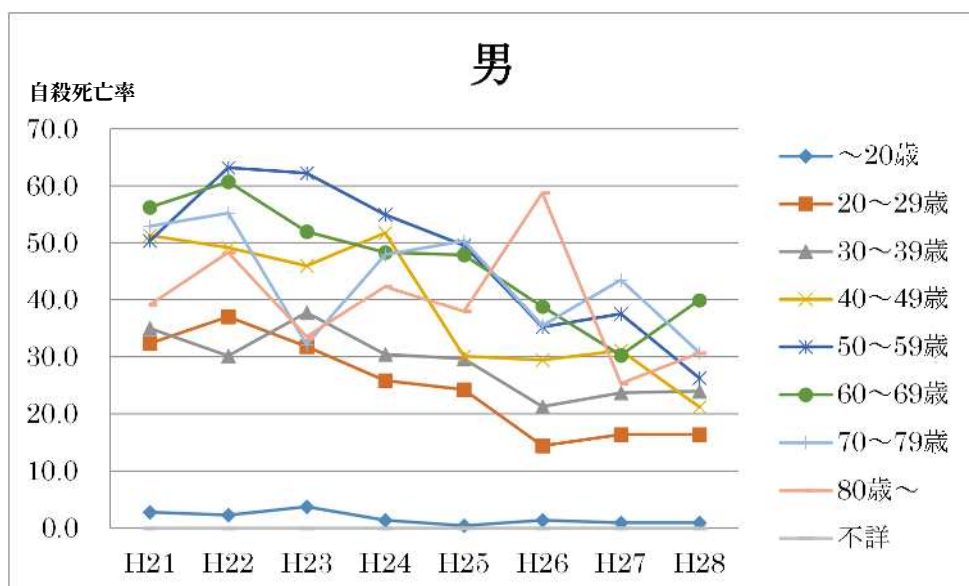
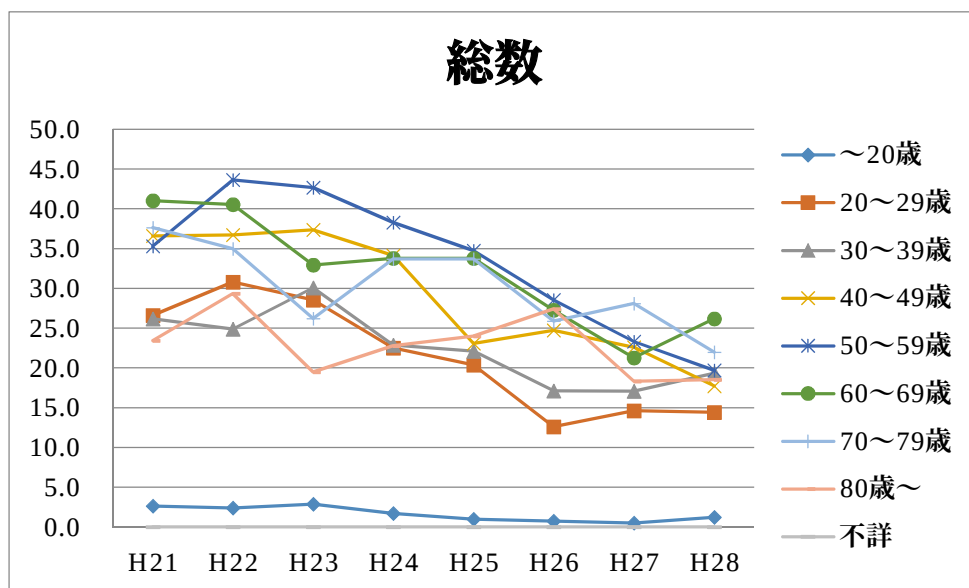
平成21年から28年における区別自殺者数及び自殺死亡率の変化（内閣府・警察庁統計）

区名	自殺者数（人）			自殺死亡率※		
	A H21～24年平均	B H25年～28年平均	B－A 増減	A' H21～24年平均	B' H25年～28年平均	B'－A' 増減
浪速区	27	20	▲ 8	52.2	31.5	▲ 20.7
中央区	29	20	▲ 9	39.2	22.1	▲ 17.1
此花区	21	11	▲ 10	31.2	15.8	▲ 15.3
生野区	39	29	▲ 9	37.1	22.6	▲ 14.5
西区	21	12	▲ 9	27.1	13.5	▲ 13.6
西成区	56	42	▲ 14	51.2	37.8	▲ 13.4
北区	31	21	▲ 11	30.9	18.2	▲ 12.7
東淀川区	48	29	▲ 19	28.8	17.0	▲ 11.8
天王寺区	18	12	▲ 6	27.9	16.4	▲ 11.5
住吉区	41	24	▲ 17	27.0	15.7	▲ 11.2
港区	24	15	▲ 9	28.5	18.1	▲ 10.4
東成区	20	14	▲ 6	26.5	16.7	▲ 9.8
大阪市	727	515	▲ 212	28.7	19.3	▲ 9.4
旭区	25	17	▲ 8	27.1	18.3	▲ 8.8
平野区	56	41	▲ 15	28.2	20.1	▲ 8.1
都島区	28	22	▲ 7	28.3	20.9	▲ 7.4
淀川区	44	34	▲ 11	26.8	19.5	▲ 7.3
城東区	40	29	▲ 11	24.4	17.2	▲ 7.2
住之江区	35	26	▲ 8	27.4	20.9	▲ 6.5
大阪府	1,943	1,385	▲ 558	22.0	15.7	▲ 6.3
東住吉区	31	23	▲ 8	23.5	17.2	▲ 6.3
阿倍野区	22	17	▲ 6	21.7	15.7	▲ 6.0
鶴見区	20	14	▲ 6	18.2	12.4	▲ 5.8
西淀川区	22	18	▲ 5	23.0	17.9	▲ 5.1
全国値	30,761	24,658	▲ 6,103	24.1	19.4	▲ 4.8
福島区	13	11	▲ 2	20.1	15.7	▲ 4.4
大正区	19	18	▲ 1	27.4	26.7	▲ 0.7

※自殺死亡率＝人口10万人当たりの自殺者数

17. 平成21年から28年の男女別年齢別自殺死亡率の変化（内閣府・警察庁統計）

平成21年～28年の期間で、男女ともにすべての20歳代から80歳代のすべての年齢層で減少傾向にある。これは全国値の傾向と同様となっている。



平成21年から28年の男女別年齢別自殺死亡率の変化 (内閣府・警察庁統計)

年次	年齢 (10歳区分)	自殺死亡率	自殺死亡率	自殺死亡率	年次	年齢 (10歳区分)	自殺死亡率	自殺死亡率	自殺死亡率
		総数	男	女			総数	男	女
H21	～20歳	2.6	2.8	2.4	H21	60～69歳	41.0	56.2	26.1
H22		2.4	2.3	2.4	H22		40.5	60.7	20.5
H23		2.9	3.8	2.0	H23		32.9	52.0	13.9
H24		1.7	1.4	2.0	H24		33.8	48.3	19.1
H25		1.0	0.5	1.5	H25		33.8	47.9	19.5
H26		0.7	1.4	0.0	H26		27.3	38.8	15.5
H27		0.5	1.0	0.0	H27		21.3	30.3	12.2
H28		1.2	1.0	1.5	H28		26.2	39.9	12.2
H21	20～29歳	26.6	32.3	21.0	H21	70～79歳	37.6	52.9	25.2
H22		30.8	37.0	24.9	H22		35.0	55.2	18.8
H23		28.5	31.8	25.5	H23		26.2	32.1	21.5
H24		22.5	25.8	19.3	H24		33.7	47.9	22.2
H25		20.4	24.2	16.7	H25		33.7	50.4	20.1
H26		12.6	14.5	10.8	H26		25.9	35.4	18.1
H27		14.6	16.4	13.0	H27		28.1	43.5	15.5
H28		14.4	16.4	12.6	H28		22.0	30.7	14.8
H21	30～39歳	26.2	35.0	17.5	H21	80歳～	23.4	39.1	15.5
H22		24.9	30.2	19.7	H22		29.4	48.3	20.2
H23		30.1	37.7	22.5	H23		19.5	33.5	12.6
H24		22.9	30.4	15.5	H24		22.8	42.3	13.0
H25		22.1	29.6	14.7	H25		24.0	38.0	16.8
H26		17.1	21.3	13.0	H26		27.4	58.8	11.1
H27		17.1	23.7	10.6	H27		18.3	25.3	14.7
H28		19.3	24.0	14.7	H28		18.5	30.6	12.2
H21	40～49歳	36.6	51.3	22.0	H21	不詳	0.0	0.0	0.0
H22		36.7	49.2	24.3	H22		0.0	0.0	0.0
H23		37.4	46.0	28.8	H23		0.0	0.0	0.0
H24		34.1	51.8	16.5	H24		0.0	0.0	0.0
H25		23.1	30.1	16.0	H25		0.0	0.0	0.0
H26		24.7	29.4	20.1	H26		0.0	0.0	0.0
H27		22.6	31.1	14.1	H27		0.0	0.0	0.0
H28		17.7	21.2	14.2	H28		0.0	0.0	0.0
H21	50～59歳	35.3	50.3	19.5	H21	総数	27.7	37.8	18.2
H22		43.6	63.2	23.3	H22		29.2	40.3	18.7
H23		42.7	62.2	22.4	H23		27.2	36.4	18.5
H24		38.3	55.0	21.1	H24		25.4	35.6	15.7
H25		34.8	49.6	19.6	H25		23.0	31.3	15.1
H26		28.6	35.2	21.8	H26		19.4	25.6	13.5
H27		23.3	37.5	9.0	H27		17.4	24.6	10.7
H28		19.7	26.3	13.0	H28		16.9	22.4	11.8

18．平成9年～28年 都道府県政令指定都市の自殺死亡率の推移【人口動態統計】

H29.9.15確定

平成9年		平成10年		平成11年		平成12年		平成13年		平成14年		平成15年		平成16年		平成17年		平成18年		平成19年		平成20年		平成21年		平成22年		平成23年		平成24年		平成25年		平成26年		平成27年		平成28年																											
1	秋田	30.7	1	秋田	37.5	1	秋田	40.7	1	秋田	38.5	1	秋田	37.1	1	秋田	42.1	1	秋田	44.6	1	秋田	39.1	1	秋田	39.1	1	秋田	42.7	1	秋田	37.5	1	秋田	37.1	1	秋田	38.1	1	秋田	33.1	1	秋田	32.3	1	秋田	27.6	1	秋田	26.5	1	岩手	26.6	1	秋田	26.0	1	岩手	26.6	1	秋田	25.7	1	秋田	23.8
2	新潟	26.9	2	岩手	35.4	2	岩手	34.4	2	新潟	32.9	2	新潟	34.2	2	青森	36.7	2	青森	39.5	2	青森	38.3	2	青森	36.8	2	岩手	34.1	2	宮崎	34.6	2	青森	34.1	2	岩手	34.5	2	岩手	32.2	2	岩手	28.3	2	新潟	26.4	2	岩手	26.0	2	秋田	26.0	2	岩手	23.3	2	岩手	22.9						
3	島根	26.9	3	新潟	34.5	3	新潟	33.7	3	宮崎	32.6	3	岩手	34.0	3	岩手	35.6	3	岩手	37.8	3	岩手	34.6	3	岩手	34.1	3	山形	31.7	3	青森	33.3	3	岩手	33.7	3	岩手	34.4	3	青森	29.4	3	新潟	27.7	3	高知	25.9	3	新潟	26.1	3	大阪府	24.1	3	宮崎	23.2	3	新潟	21.8						
4	青森	26.5	4	大阪府	33.8	4	青森	32.5	4	岩手	32.1	4	和歌山	29.9	4	島根	32.4	4	新潟	34.0	4	島根	32.0	4	山形	31.1	4	島根	31.7	4	岩手	32.2	4	宮崎	32.1	4	島根	30.9	4	大阪府	29.0	4	宮崎	27.7	4	岩手	25.3	4	島根	25.4	4	宮崎	23.9	4	島根	22.9	4	和歌山	21.7						
5	宮崎	26.3	5	青森	33.3	5	大阪府	32.1	5	島根	31.0	5	島根	29.9	5	新潟	31.4	5	富山	32.1	5	高知	32.0	5	富山	30.7	5	宮崎	31.6	5	島根	32.1	5	島根	31.0	5	高知	30.4	5	新潟	28.6	5	沖縄	27.2	5	山形	25.3	5	群馬	25.2	5	新潟	23.5	5	新潟	22.0	5	大阪府	21.5						
6	岩手	25.8	6	宮崎	33.0	6	富山	30.9	6	島根	30.8	6	青森	28.8	6	宮崎	30.3	6	宮崎	31.8	6	宮崎	31.8	6	宮崎	30.6	6	青森	31.1	6	新潟	32.0	6	島根	29.9	6	新潟	30.0	6	山梨	27.4	6	島根	26.3	6	大阪府	25.1	6	大阪府	24.9	6	富山	22.8	6	新潟	22.0	6	青森	21.0						
7	富山	23.9	7	島根	30.8	7	島根	29.6	7	青森	27.5	7	宮崎	28.7	7	山形	30.1	7	島根	31.6	7	新潟	31.4	7	新潟	29.7	7	新潟	30.6	7	高知	31.5	7	和歌山	29.1	7	宮崎	29.8	7	宮崎	27.1	7	青森	26.2	7	宮崎	24.7	7	山形	24.6	7	山梨	22.2	7	山形	21.7	7	群馬	20.2						
8	和歌山	23.6	8	富山	30.5	8	宮崎	29.6	8	鹿児島	26.9	8	大阪府	20.7	8	高知	29.1	8	山形	30.2	8	山形	30.3	8	高知	29.7	8	福島	29.9	8	大阪府	29.3	8	山形	28.8	8	福島	29.1	8	山形	26.4	8	青森	24.3	8	山梨	23.4	8	福島	21.8	8	福島	21.6	8	山形	19.9									
9	鹿児島	23.0	9	山口	29.6	9	山口	27.4	9	富山	26.8	9	富山	27.0	9	大阪府	27.6	9	福井	30.1	9	鹿児島	28.1	9	長崎	29.3	9	鹿児島	29.2	9	北海道	28.0	9	北海道	28.0	9	新潟市	28.7	9	佐賀	26.0	9	大阪府	25.9	9	熊本	23.8	9	青森	23.3	9	高知	21.6	9	群馬	21.6	9	島根	19.0						
10	高知	22.9	10	山形	28.7	10	大阪	27.3	10	北海道	26.6	10	鹿児島	26.8	10	和歌山	26.9	10	長崎	30.0	10	北九州市	27.9	10	福島	29.1	10	山梨	28.6	10	福島	28.6	10	鹿児島	28.0	10	山口	28.4	10	高知	25.9	10	福島	25.3	10	群馬	23.4	10	宮崎	22.9	10	山形	21.6	10	沖縄	20.7	10	栃木	18.9						
11	山形	22.3	11	鹿児島	28.1	11	熊本	27.0	11	大分	26.6	11	高知	25.8	11	北九州市	26.9	11	高知	29.4	11	福島	27.6	11	島根	27.8	11	高知	27.6	11	山形	27.9	11	宮城	27.9	11	沖縄	27.9	11	長崎	25.9	11	鳥取	25.3	11	山口	23.3	11	栃木	22.6	11	鹿児島	21.4	11	富山	20.5	11	沖縄	18.8						
12	鳥取	21.7	12	福岡	27.6	12	和歌山	26.9	12	沖縄	26.5	12	山形	25.7	12	佐賀	26.6	12	大阪府	29.4	12	富山	27.3	12	北海道	27.3	12	沖縄	27.5	12	愛媛	27.1	12	新潟	27.9	12	栃木	27.7	12	島根	25.8	12	富山	25.2	12	栃木	22.8	12	富山	22.6	12	長野	20.9	12	青森	20.5	12	宮崎	18.8						
13	山口	21.7	13	和歌山	27.5	13	神戸市	26.9	13	長野	26.4	13	栃木	25.7	13	大分	26.0	13	北九州市	29.3	13	佐賀	27.3	13	宮城	26.9	13	熊本	27.4	13	山口	26.9	13	大阪府	27.8	13	群馬	27.3	13	群馬	25.8	13	山梨	25.1	13	島根	22.8	13	愛媛	22.6	13	愛媛	20.5	13	山口	20.0	13	福島	18.4						
14	山梨	21.2	14	大阪	26.8	14	山形	26.3	14	山口	26.2	14	北九州市	25.0	14	福島	25.7	14	群馬	28.1	14	大阪府	27.3	14	山梨	26.9	14	佐賀	27.1	14	栃木	26.6	14	富山	27.2	14	山形	27.2	14	沖縄	25.5	14	栃木	24.3	14	新潟市	22.3	14	徳島	22.1	14	青森	20.5	14	熊本	19.9	14	高知	18.4						
15	大阪府	21.1	15	北海道	26.7	15	北海道	26.2	15	山形	26.1	15	群馬	24.9	15	福岡	25.5	15	福島	27.9	15	鳥取	26.7	15	大阪府	26.5	15	長崎	27.0	15	群馬	26.6	15	栃木	26.8	15	富山	27.1	15	北海道	25.4	15	香川	24.3	15	北海道	22.2	15	大分	21.8	15	群馬	20.4	15	堺市	19.8	15	愛媛	18.3						
16	長野	20.7	16	愛媛	26.4	16	高知	26.1	16	札幌市	26.1	16	福岡	24.6	16	鹿児島	25.5	16	山口	27.5	16	大分	26.6	16	鹿児島	26.2	16	大阪府	26.9	16	鳥取	26.5	16	福島	26.2	16	北九州市	26.9	16	福島	25.2	16	福岡	24.3	16	富山	22.2	16	福島	21.7	16	島根	20.4	16	千葉市	19.8	16	熊本	18.2						
17	佐賀	20.5	17	神戸市	26.3	17	長野	26.0	17	和歌山	25.9	17	佐賀	24.6	17	山口	25.4	17	鹿児島	27.2	17	北海道	26.5	17	山口	26.1	17	富山	26.7	17	北海道	26.3	17	高知	26.1	17	佐賀	26.6	17	栃木	25.0	17	鹿児島	24.3	17	福岡	22.2	17	新潟市	21.7	17	沖縄	20.3	17	神戸市	19.8	17	宮城	18.0						
18	群馬	20.4	18	大分	26.2	18	福島	25.9	18	京都市	25.8	18	大阪	24.5	18	山梨	25.1	18	北海道	27.1	18	福岡	26.4	18	和歌山	25.9	18	愛媛	26.5	18	茨城	26.2	18	長崎	25.9	18	北海道	26.1	18	和歌山	25.0	18	群馬	24.2	18	大分	22.2	18	高知	21.6	18	岐阜	20.3	18	栃木										

大阪市健康局における自殺対策事業の実績 (平成26年度～平成28年度)

資料2

項目	概要	実績等
ゲートキーパー研修	自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応を図ることができる「ゲートキーパー」を養成 ①専門研修 (対象: 区保健師、精神保健福祉相談員、生活保護ケースワーカー等) ②養成研修 (対象: スクールカウンセラー、養護教員等) ③若者層向け養成研修 (対象: 大学生等) ④危機介入研修 (対象: 区保健師、精神保健福祉相談員、生活保護ケースワーカー等)	平成26年度: ①2回 (59名) ②1回 (22名) ③7回 (483名) ④2回 (42名) 平成27年度: ①2回 (45名) ②0回 (0名) ③5回 (194名) ④2回 (47名) 平成28年度: ①2回 (57名) ②2回 (212名) ③3回 (186名) ④2回 (45名)
自死遺族相談事業	自死遺族を対象に社会復帰の支援や二次的な自殺の防止など、精神面からのケアを目的として専門家による相談を実施	平成26年度: 27回 (36名) 平成27年度: 39回 (57名) 平成28年度: 36回 (64名)
自殺予防電話相談事業	国における「こころの健康相談統一ダイヤル」に参加し、自殺を防ぐための地域における相談体制を整備 (月～金曜日 (休日を除く) 10時～12時・13時～17時)	平成26年度: 920件 平成27年度: 852件 平成28年度: 836件
アルコール依存症者への支援のための人材育成	アルコール関連問題に関わる支援者に対し、検討課題や事例を持ち寄り、検討会や講演会を行うことにより支援者の育成を目指して正しい理解や支援方法などの研修を実施	平成26年度: 4回 (195名) 平成27年度: 4回 (164名) 平成28年度: 4回 (147名)
うつ病に対する支援体制の充実	うつ病の方を支える家族が正しい知識を身につけることでゲートキーパーの役割を果たし、家族のセルフケアができることを目指して家族教室を実施。また、同じ状況の家族同士が交流する自助グループの育成を実施 (①家族教室、②自助グループ支援)	平成26年度: ①延べ54人 ②延べ68人 平成27年度: ①延べ72人 ②延べ74人 平成28年度: ①延べ54人 ②延べ61人
自殺未遂者への支援事業	各区保健福祉センターが窓口となり、市内警察署と連携して、継続相談や必要な関係機関につなげるにより未遂者の更なる自殺行為を防ぐ	平成26年度: 338件 平成27年度: 274件 平成28年度: 351件

大阪市自殺対策基本指針関連事業（平成29年度）

事業名	事業概要	主な事業対象者	H29予算額 (単位：千円)	担当局	担当課
大阪産業創造館 経営相談室	中小企業経営者の相談に対応するため、大阪産業創造館の経営相談を休日、夜間も予約制で実施。	中小企業経営者	—	経済戦略局	企業支援課
家庭問題相談	「自殺対策」に限ったものではないが、夫婦・親子など家庭内の問題や人間関係について、家庭問題専門相談員（裁判所の家事調停委員（現役やOB））から、問題解決の糸口を見つけていただくための助言や情報提供を行う。	大阪市在住の方	504千円	市民局	区行政制度担当 業務調整G
消費生活相談事業	悪質商法等の消費者被害の救済・防止を目的として消費生活相談を実施する。	全市民	53,012千円	市民局	消費者センター
犯罪被害者等支援事業	犯罪被害者等が直面する問題に対し必要な情報の提供・助言などの支援を行うとともに、関係機関などと連携しながら、市民の理解と配慮・協力を促すための啓発に取り組む。	犯罪被害者やその家族・遺族及び、市民全般	349千円	市民局	人権企画課
女性の悩み相談	離婚、職場やご近所での人間関係、将来への不安など、女性のさまざまな悩みについて、女性相談員による相談を実施する。	市内在住・在勤・在学の女性	指定管理代行業務の一部として実施 単独の金額はなし	市民局	男女共同 参画課
男性の悩み相談	仕事や夫婦関係など身近な人間関係の悩み、生き方など男性のさまざまな悩みについて、男性相談員による相談を実施する。	市内在住・在勤・在学の男性	指定管理代行業務の一部として実施 単独の金額はなし	市民局	男女共同 参画課
平成29年度「スクールカウンセラー（臨床心理士）による高等学校への支援」	・進路や勉強の悩み、問題行動、自傷行為、友人関係等、生徒をめぐる相談全般と助言を行う。 ・学校の相談体制を充実させ、健康で安全な学校生活を送れるような環境づくりに努める。 ・生徒の悩みや不安の早期発見・早期対応に努めるとともに、心の病に起因するような事件や問題行動を未然に防止する。	高等学校に在籍する生徒及び保護者、教職員	4,771千円	教育委員会事務局	指導部 高等学校教育 担当
ミニ図書展示「こころの健康を大切に-メンタルヘルス」展	こころの健康を大切にするために、手がかりになる本を集めて展示。展示期間：平成29（2017）年4月27日（木）から6月21日（水）まで	市内在住・在勤・在学の方	177千円	教育委員会事務局	中央図書館利用サービス担当

大阪市自殺対策基本指針関連事業（平成29年度）

事業名	事業概要	主な事業対象者	H29予算額 (単位：千円)	担当局	担当課
いじめ・不登校・児童虐待等防止対策 (スクールソーシャルワーカー事業)	スクールソーシャルワーカーの派遣…教育と福祉の両面からいじめ・不登校等の問題解決を図るため週3日SSWを拠点校に配置し、要請のあった学校園に派遣し、有効的な活用を図る。派遣のない日は拠点校での対応を行う。 児童虐待等相談窓口の開設（アセスメントアドバイザー）…指導部内に社会福祉士等を相談員として配置し、児童虐待をはじめとする諸課題について、学校園からの相談を受け、アセスメント及びプランニングを行う。	大阪市立幼稚園・小学校・中学校・高等学校	29,600千円	教育委員会事務局	指導部 教育活動支援 担当
産婦健康診査事業	産後うつ予防や新生児への虐待予防を図る観点から、産後2週間、産後1か月など、出産後間もない時期の産婦に対する健康診査（産後の母体の回復や授乳状況及び産婦の精神状態の把握）を実施する。	産後2週間前後と出産1か月前後の産婦	106,000千円	こども青少年局	管理課
産後ケア事業	支援が必要な母子を対象にショートステイやデイケアの利用を通じて、母親の心身のケアや育児サポートをし、ひいては虐待のリスクを減らし出産後も安心して子育てができる支援体制の確保を図ることを目的とする。	生後1か月未満の乳児及びその母親	26,324千円	こども青少年局	管理課
思春期健康教育事業	思春期健康教育に関する専門的知識等を備えているものが中学校へ出向き、性の問題をはじめとする思春期特有の医学的問題等の相談に応じるとともに、生命の尊さ、子育てに対する自覚及びお互いの性への理解を促す思春期健康教育を行うことにより、思春期の男女の健康保持増進に資することを目的とする。	市内の中学生	2,035千円	こども青少年局	管理課
ひとり親家庭サポーター事業	各区保健福祉センターに、大阪市ひとり親家庭サポーター非常勤嘱託職員を配置し、専門的な相談窓口を開設し、ひとり親家庭等への自立支援を行う区保健福祉センター保健福祉（福祉）課と連携し、ひとり親家庭等に対する相談・情報提供機能の充実と、就業支援、とりわけ児童扶養手当受給者に対する自立・就業支援を推進する。	ひとり親家庭等（離婚前相談に関しては、未成年のこどもがいる婚姻中や事実婚の女性または男性）	39,003千円	こども青少年局	こども家庭課
愛光会館会館事業	ひとり親家庭等に対し、相談事業、各種交流事業、育児・教養に関する講座、研修会を実施する。また、就業支援講習会の実施や就業情報の提供等一貫した就業支援サービスの提供等を行う。	ひとり親家庭等	45,082千円	こども青少年局	こども家庭課

大阪市自殺対策基本指針関連事業（平成29年度）

事業名	事業概要	主な事業対象者	H29予算額 (単位：千円)	担当局	担当課
地域における要援護者の見守りネットワーク強化事業	支援が必要な要援護者に対して、個人情報の地域への提供にかかる同意確認を実施し、同意のあった方を地域の見守り活動につなぐとともに、福祉専門職のワーカーが、孤立死リスクの高い要援護者等へのアウトリーチや、認知症高齢者等が行方不明になった際のメール配信等を行う。	災害時「避難行動要支援者名簿」掲載者など ・高齢者（要介護3以上など） ・障がい者（身体障がい1・2級、知的障がいA、精神障がい1級など） ・難病患者（人工呼吸器装着者など）	521,730千円	福祉局	地域福祉課
生活困窮者自立支援事業	生活に困窮した世帯からの複合的な課題に相談対応するため、アウトリーチの手法等も駆使しつつ、各区において自立相談事業を実施する。	経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者	479,217千円	福祉局	自立支援課
介護予防把握事業	あらゆる機会をとらえ高齢者の心身の状態を「基本チェックリスト」で確認し、閉じこもり等何らかの支援が必要な高齢者を早期に把握し、すみやかに介護予防活動につなげる。	大阪市内に居住地を有する要支援・要介護認定を受けていない大阪市介護保険第1号被保険者	551千円	福祉局	高齢福祉課
ハイリスク高齢者への家庭訪問	要介護認定非該当や閉じこもりやうつ状態等の高齢者に対し「基本チェックリスト」や「IADL様式（日常生活チェック票）」、「MMSE（認知機能検査）」を実施し、軽度認知症やハイリスク高齢者を早期に把握し、必要な支援につなげる。	大阪市介護保険第1号被保険者のうち次に該当する者 ○要介護・要支援認定の結果「非該当」となった者 ○保健師活動の中で把握した閉じこもりがちな者	31千円	福祉局	高齢福祉課
サポート型訪問サービス	閉じこもり・認知機能低下・うつ状態の予防、栄養改善、口腔機能向上が必要な高齢者に対し、看護師・管理栄養士・歯科衛生士が訪問し、3～6か月相談指導を行い、機能向上をめざす。	要支援者または事業対象者（基本チェックリストに該当した者）で閉じこもり・認知機能の低下・うつ状態の改善、栄養改善、口腔機能向上が必要で、通所型サービスの利用が困難であると判断された高齢者	585千円	福祉局	高齢福祉課
介護予防教室	身近な地域の集会所等において、体操運動・栄養改善・口腔機能向上・認知症予防・レクリエーション等の介護予防活動を通じて地域の方との交流の機会を持つことにより、高齢者の外出機会の増加、生活範囲の拡大をはかる。	大阪市介護保険第1号被保険者及びその支援に関わる本市の市民	93,863千円	福祉局	高齢福祉課
介護予防地域健康講座・健康相談 介護予防地域健康情報発信事業	閉じこもり・認知症・うつ予防、生きがいや社会参加など精神的充足感を持てる生活の重要性等の介護予防に関する知識の普及と行動変容に向けた主体的な取り組みを促進し、心身の健康相談に応じることにより、家庭における健康管理を行えるよう必要な指導・助言を行う。	65歳以上の市民	6,945千円	福祉局	高齢福祉課
介護予防ポイント事業	高齢者の外出機会の増加や社会参加、生きがいづくり、介護予防を目的とし、介護施設等でレクリエーションや片付けの補助等の活動を一定時間行った際にポイントを付与し、1ポイント100円として換金する。	大阪市介護保険第1号被保険者	25,710千円	福祉局	高齢福祉課

市政モニターアンケート「大阪市の自殺対策について」(平成29年6月実施)の結果

〔調査目的〕 大阪市では、国における「自殺総合対策大綱」に基づいて、平成21年4月に「大阪市自殺対策基本指針」を策定し、『安心して暮らせる街 大阪市』の実現に向けて自殺対策の取組を推進しています。今回のアンケートでは、市民の皆様の自殺とその対策に関する認知度や関心度についてお聞きし、今後の自殺対策の取組の参考とさせていただくため、調査を実施しました。

〔実施期間〕 平成29年6月30日～7月10日

〔調査票〕 調査票(データ添付)

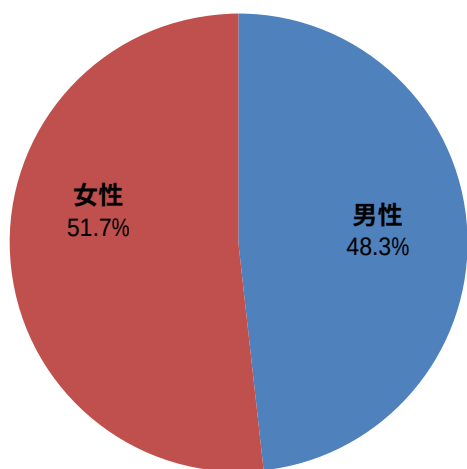
〔留意点〕 ※質問文及び選択肢などの長い文章については、簡略化して表示している場合があります。
 ※数値(%)は、各実数を元に比率表示し、小数第2位を四捨五入しています。
 したがって、内訳の合計が全体の計に一致しないことがあります。
 また、複数回答の質問については、回答者数を母数に比率表示しています。

〔回答者数と内訳〕

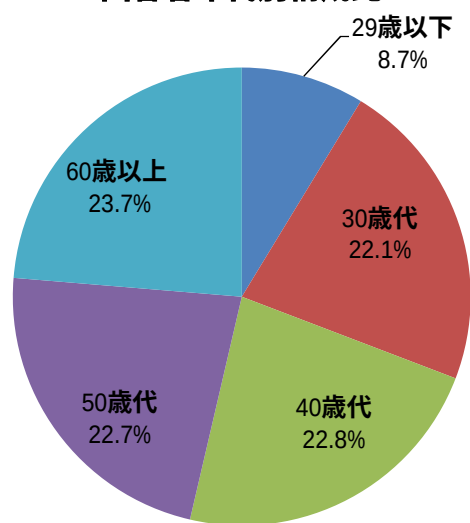
688名/800名 (回答率86.0%)

年代		29歳以下	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上	合計
性別	男性	17	52	82	80	101	332
		5.1%	15.7%	24.7%	24.1%	30.4%	100.0%
		28.3%	34.2%	52.2%	51.3%	62.0%	48.3%
	女性	43	100	75	76	62	356
		12.1%	28.1%	21.1%	21.3%	17.4%	100.0%
		71.7%	65.8%	47.8%	48.7%	38.0%	51.7%
合計	60	152	157	156	163	688	
	8.7%	22.1%	22.8%	22.7%	23.7%	100.0%	
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

回答者男女構成比



回答者年代別構成比



【結果の概要】

問1 現在、あなたは身体的に健康ですか。

	男性 (332名)		女性 (356名)		モニター全体 (688名)	
健康である	112	33.7%	152	42.7%	264	38.4%
まあまあ健康である	184	55.4%	147	41.3%	331	48.1%
あまり健康でない	27	8.1%	45	12.6%	72	10.5%
健康でない	9	2.7%	12	3.4%	21	3.1%
合計	332	100.0%	356	100.0%	688	100.0%

	29歳以下 (60名)		30歳代 (152名)		40歳代 (157名)		50歳代 (156名)		60歳以上 (163名)		モニター全体 (688名)	
健康である	34	56.7%	68	44.7%	64	40.8%	53	34.0%	45	27.6%	264	38.4%
まあまあ健康である	19	31.7%	63	41.4%	74	47.1%	83	53.2%	92	56.4%	331	48.1%
あまり健康でない	6	10.0%	18	11.8%	12	7.6%	15	9.6%	21	12.9%	72	10.5%
健康でない	1	1.7%	3	2.0%	7	4.5%	5	3.2%	5	3.1%	21	3.1%
合計	60	100.0%	152	100.0%	157	100.0%	156	100.0%	163	100.0%	688	100.0%

●全体の傾向

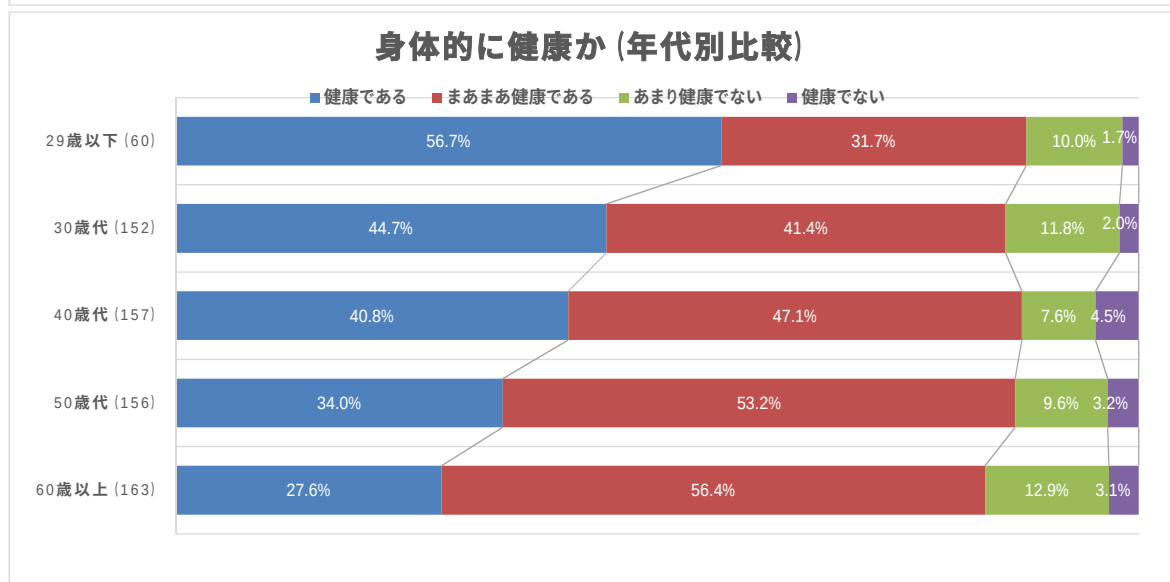
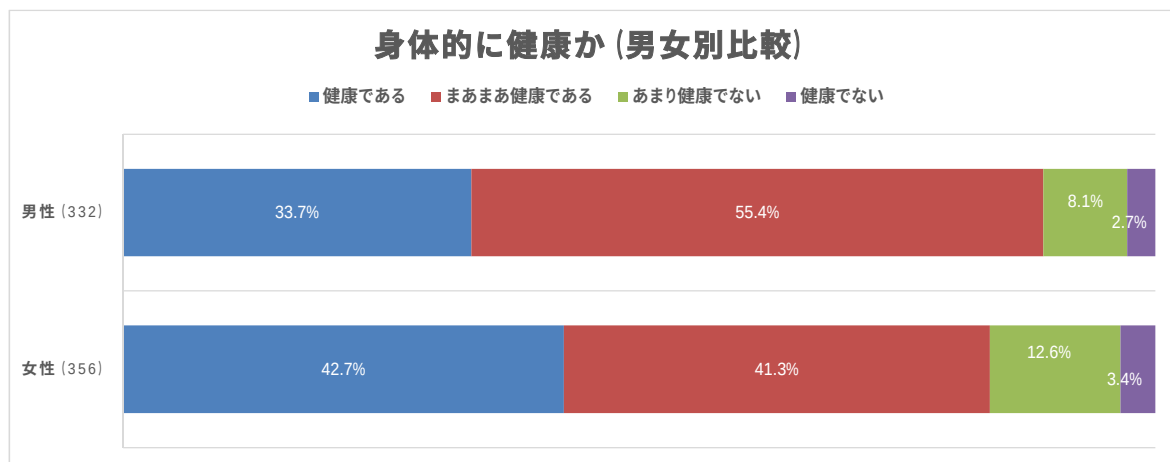
- ・「健康である」、「まあまあ健康である」と回答された方は合わせて86.5%と健康だと考えている人の割合は高い。

●性別による傾向

- ・「あまり健康でない」、「健康でない」と回答された方は男性が10.8%、女性が16.0%で女性の方が多い。

●年代別の傾向

- ・年代が上がるにつれて「健康である」と回答された方の割合が減少しているが、「まあまあ健康である」を含めた割合では年代ごとの差はあまり見られない。



問2 現在、あなたは精神的に健康ですか。

	男性 (332名)		女性 (356名)		モニター全体 (688名)	
健康である	117	35.2%	133	37.4%	250	36.3%
まあまあ健康である	166	50.0%	171	48.0%	337	49.0%
あまり健康でない	39	11.7%	42	11.8%	81	11.8%
健康でない	10	3.0%	10	2.8%	20	2.9%
合計	332	100.0%	356	100.0%	688	100.0%

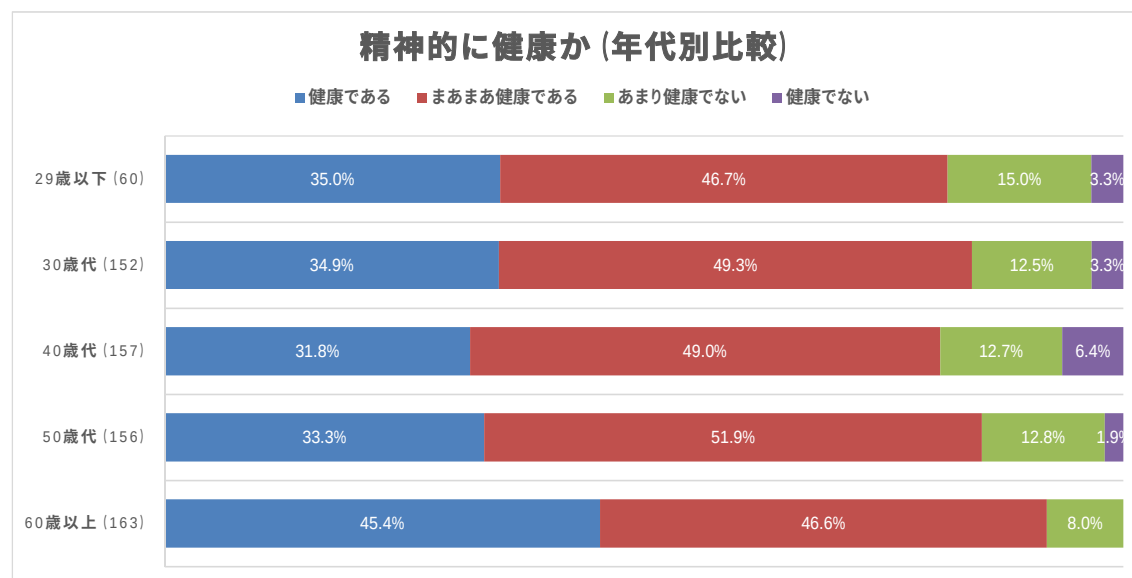
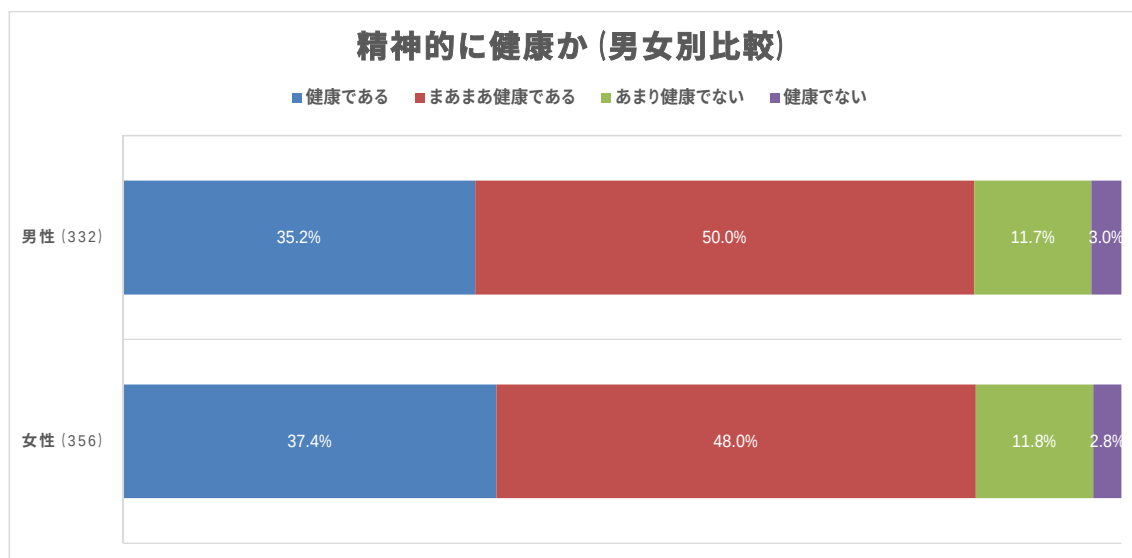
	29歳以下 (60名)		30歳代 (152名)		40歳代 (157名)		50歳代 (156名)		60歳以上 (163名)		モニター全体 (688名)	
健康である	21	35.0%	53	34.9%	50	31.8%	52	33.3%	74	45.4%	250	36.3%
まあまあ健康である	28	46.7%	75	49.3%	77	49.0%	81	51.9%	76	46.6%	337	49.0%
あまり健康でない	9	15.0%	19	12.5%	20	12.7%	20	12.8%	13	8.0%	81	11.8%
健康でない	2	3.3%	5	3.3%	10	6.4%	3	1.9%	0	0.0%	20	2.9%
合計	60	100.0%	152	100.0%	157	100.0%	156	100.0%	163	100.0%	688	100.0%

●全体の傾向

- ・「健康である」、「まあまあ健康である」と回答された方は合わせて85.3%と健康だと考えている人の割合は高い。

●年代別の傾向

- ・「健康である」、「まあまあ健康である」と回答された方は29歳以下で81.7%、30歳代で84.2%、40歳代で80.9%、50歳代で85.3%、60歳以上で92.0%と60歳以上でだけ90%を超えている。

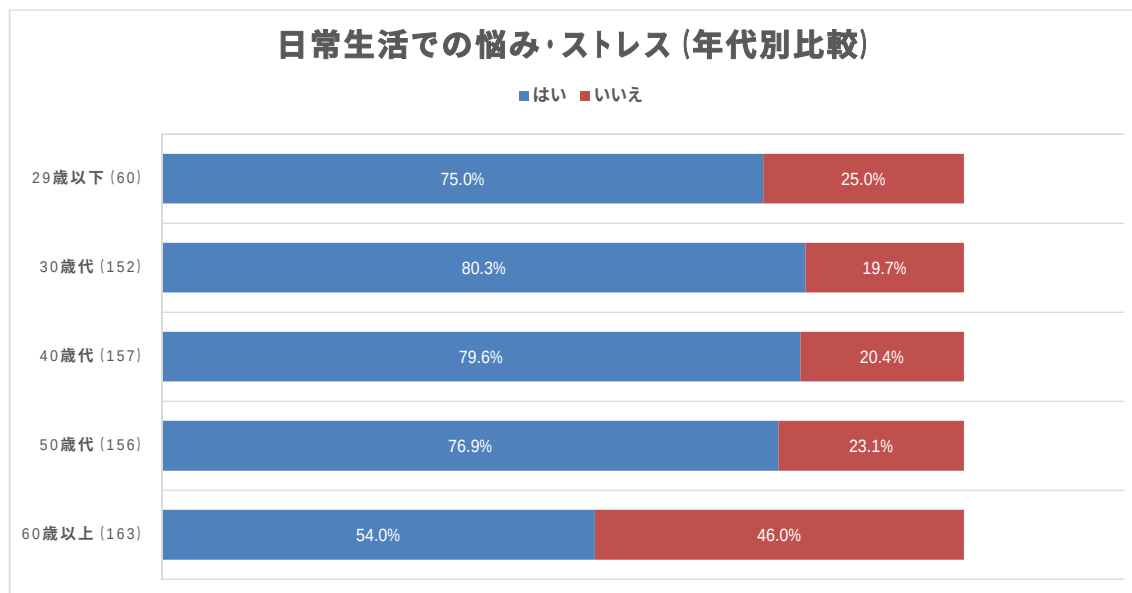


問3 日常生活での悩みやストレスはありますか。

	男性 (332名)	女性 (356名)	モニター全体 (688名)
はい	230 69.3%	270 75.8%	500 72.7%
いいえ	102 30.7%	86 24.2%	188 27.3%
合計	332 100.0%	356 100.0%	688 100.0%

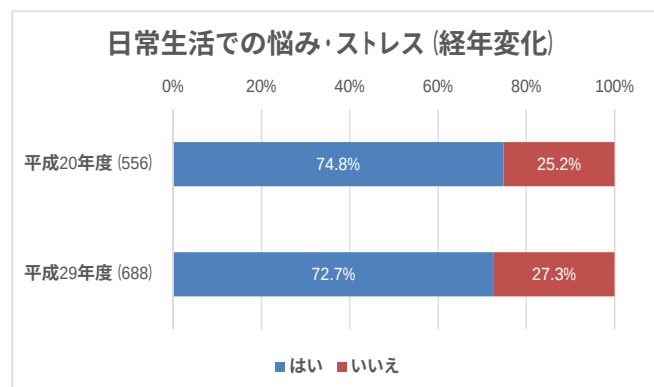
	29歳以下 (60名)	30歳代 (152名)	40歳代 (157名)	50歳代 (156名)	60歳以上 (163名)	モニター全体 (688名)
はい	45 75.0%	122 80.3%	125 79.6%	120 76.9%	88 54.0%	500 72.7%
いいえ	15 25.0%	30 19.7%	32 20.4%	36 23.1%	75 46.0%	188 27.3%
合計	60 100.0%	152 100.0%	157 100.0%	156 100.0%	163 100.0%	688 100.0%

- 全体の傾向
 - ・全体の7割が日常生活において悩みやストレスがある。
- 性別による傾向
 - ・女性の方が悩みやストレスがあると答えた割合がやや高い。
- 年代別の傾向
 - ・60歳以上で悩みやストレスがあると答えた割合が特に低い。



- 過去の調査との比較
 - ・前回調査と比べて、悩みやストレスを感じている人の割合に大きな変化は見られない。

	平成20年度 (556名)	平成29年度 (688名)
はい	416 74.8%	500 72.7%
いいえ	140 25.2%	188 27.3%
合計	556 100.0%	688 100.0%



問4 (問3で「1. はい」を選ばれた方のみお答えください。)

あなたの悩みやストレスとはどんな内容ですか。当てはまるものをすべて選択してください。

(複数回答可)

	男性 (230名)		女性 (270名)		モニター全体 (500名)	
将来・老後	111	48.3%	131	48.5%	242	48.4%
現在の収入	90	39.1%	109	40.4%	199	39.8%
仕事に関すること(失業以外)	117	50.9%	75	27.8%	192	38.4%
自分の健康・病気	94	40.9%	98	36.3%	192	38.4%
家族の健康・病気	75	32.6%	104	38.5%	179	35.8%
家族以外の人との人間関係	72	31.3%	80	29.6%	152	30.4%
家族との人間関係	60	26.1%	78	28.9%	138	27.6%
家族の介護	39	17.0%	52	19.3%	91	18.2%
自由にできる時間がない	31	13.5%	50	18.5%	81	16.2%
借金やローン	41	17.8%	32	11.9%	73	14.6%
生きがい	35	15.2%	34	12.6%	69	13.8%
失業・失業の不安	30	13.0%	26	9.6%	56	11.2%
よくわからないが、もやもやしている	23	10.0%	22	8.1%	45	9.0%
恋愛・結婚	28	12.2%	17	6.3%	45	9.0%
話し相手がない	19	8.3%	23	8.5%	42	8.4%
身近な人の死	12	5.2%	19	7.0%	31	6.2%
その他	10	4.3%	20	7.4%	30	6.0%

(複数回答可)

	29歳以下 (45名)		30歳代 (122名)		40歳代 (125名)		50歳代 (120名)		60歳以上 (88名)		モニター全体 (500名)	
将来・老後	19	42.2%	62	50.8%	60	48.0%	58	48.3%	43	48.9%	242	48.4%
現在の収入	19	42.2%	59	48.4%	47	37.6%	49	40.8%	25	28.4%	199	39.8%
仕事に関すること (失業以外)	23	51.1%	52	42.6%	67	53.6%	44	36.7%	6	6.8%	192	38.4%
自分の健康・病気	12	26.7%	41	33.6%	42	33.6%	51	42.5%	46	52.3%	192	38.4%
家族の健康・病気	11	24.4%	40	32.8%	42	33.6%	45	37.5%	41	46.6%	179	35.8%
家族以外の人との 人間関係	20	44.4%	37	30.3%	37	29.6%	37	30.8%	21	23.9%	152	30.4%
家族との人間関係	16	35.6%	26	21.3%	30	24.0%	37	30.8%	29	33.0%	138	27.6%
家族の介護	5	11.1%	10	8.2%	23	18.4%	35	29.2%	18	20.5%	91	18.2%
自由にできる時間がない	9	20.0%	37	30.3%	20	16.0%	8	6.7%	7	8.0%	81	16.2%
借金やローン	5	11.1%	15	12.3%	22	17.6%	26	21.7%	5	5.7%	73	14.6%
生きがい	6	13.3%	14	11.5%	24	19.2%	13	10.8%	12	13.6%	69	13.8%
失業・失業の不安	2	4.4%	12	9.8%	23	18.4%	17	14.2%	2	2.3%	56	11.2%
よくわからないが、 もやもやしている	6	13.3%	8	6.6%	17	13.6%	6	5.0%	8	9.1%	45	9.0%
恋愛・結婚	9	20.0%	12	9.8%	15	12.0%	7	5.8%	2	2.3%	45	9.0%
話し相手がない	7	15.6%	6	4.9%	11	8.8%	10	8.3%	8	9.1%	42	8.4%
身近な人の死	2	4.4%	6	4.9%	9	7.2%	8	6.7%	6	6.8%	31	6.2%
その他	4	8.9%	9	7.4%	8	6.4%	3	2.5%	6	6.8%	30	6.0%

●全体の傾向

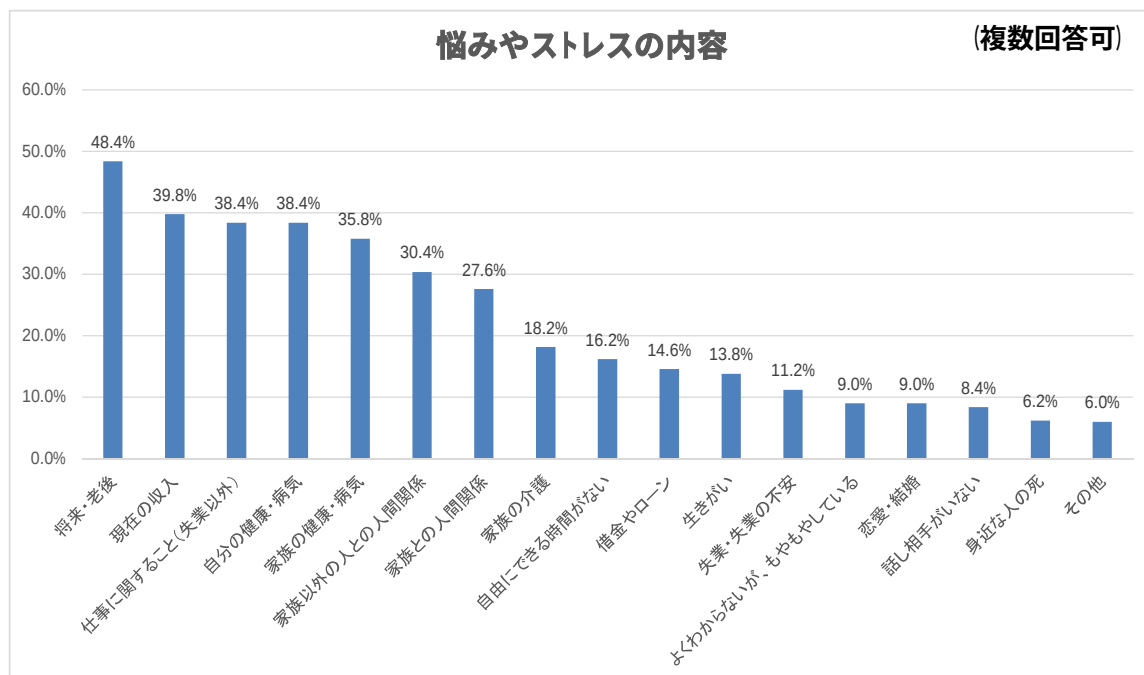
- ・「将来・老後」と回答された方の割合が最も高く、次いで「現在の収入」、「仕事に関すること」、「自分の健康・病気」の順となっている。

●性別による傾向

- ・「将来・老後」と回答された方の割合は男女ともに高く、それ以外の項目では男性では「仕事に関すること」、「自分の健康・病気」が高いが、対して女性では「現在の収入」、「家族の健康・病気」と悩みやストレスの内容が男女間で異なっている。

●年代別の傾向

- ・「自分の健康・病気」、「家族の健康・病気」と回答された方の割合は年代が上がるにつれ増加している。
- ・「家族との人間関係」、「家族以外の人との人間関係」では29歳以下の割合が他の年代に比べ高くなっている。



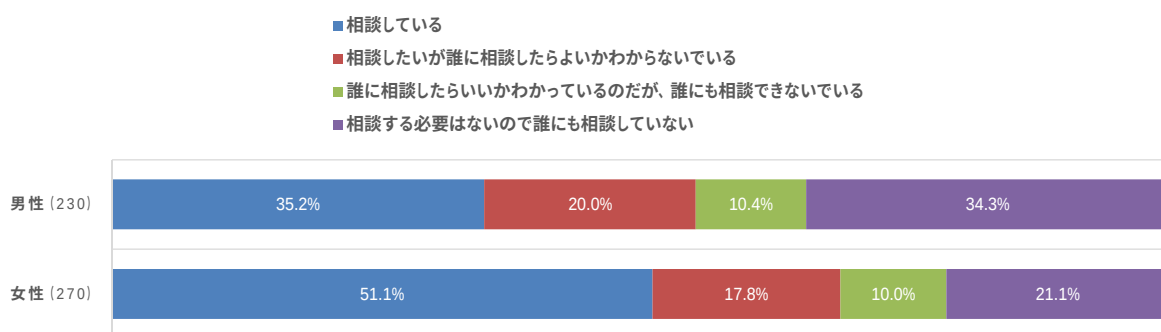
問5 (問3で「1. はい」を選ばれた方のみお答えください。)
悩みやストレスを日ごろ誰かに相談していますか。

	男性 (230名)		女性 (270名)		モニター全体 (500名)	
相談している	81	35.2%	138	51.1%	219	43.8%
相談したいが誰に相談したらよいか わからないでいる	46	20.0%	48	17.8%	94	18.8%
誰に相談したらいいかわかっているのだが、 誰にも相談できないでいる	24	10.4%	27	10.0%	51	10.2%
相談する必要はないので誰にも相談して いない	79	34.3%	57	21.1%	136	27.2%
合計	230	100.0%	270	100.0%	500	100.0%

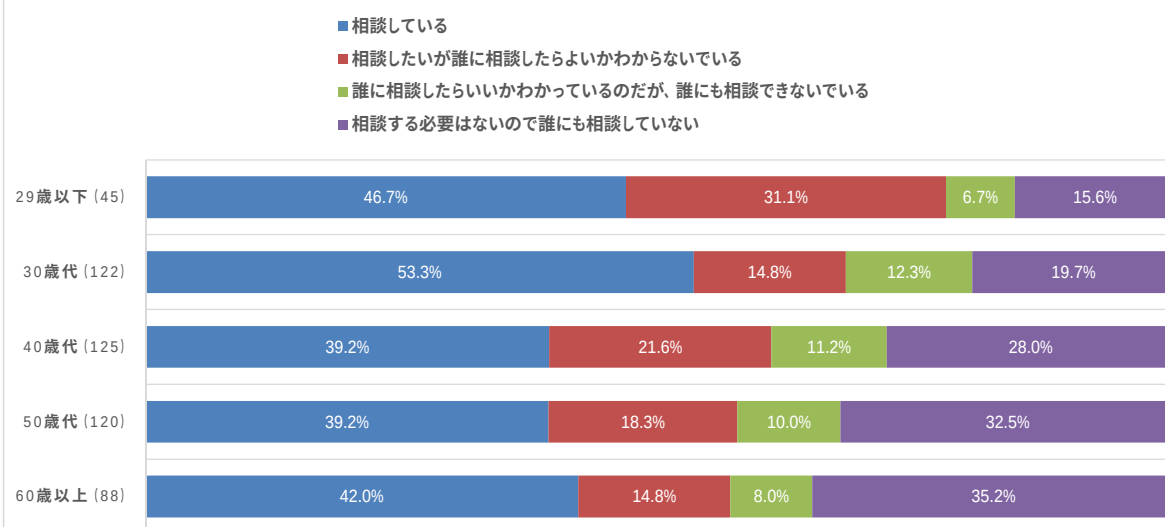
	29歳以下 (45名)		30歳代 (122名)		40歳代 (125名)		50歳代 (120名)		60歳以上 (88名)		モニター全体 (500名)	
相談している	21	46.7%	65	53.3%	49	39.2%	47	39.2%	37	42.0%	219	43.8%
相談したいが誰に相談したらよいか わからないでいる	14	31.1%	18	14.8%	27	21.6%	22	18.3%	13	14.8%	94	18.8%
誰に相談したらいいかわかっているのだが、 誰にも相談できないでいる	3	6.7%	15	12.3%	14	11.2%	12	10.0%	7	8.0%	51	10.2%
相談する必要はないので誰にも相談していない	7	15.6%	24	19.7%	35	28.0%	39	32.5%	31	35.2%	136	27.2%
合計	45	100.0%	122	100.0%	125	100.0%	120	100.0%	88	100.0%	500	100.0%

- 全体の傾向
 - ・ 4割以上が相談しているものの、約3割は相談できずにいる。
- 性別による傾向
 - ・ 男性の方が相談している割合が低く、また相談の必要がないという割合も高い。
- 年代別の傾向
 - ・ 29歳以下において、誰に相談したらよいかわからないという割合が高い。
 - ・ 「相談する必要はない」と回答された方の割合は年代が上がるにつれ増加している。

悩みやストレスを誰かに相談しているか (男女別比較)



悩みやストレスを誰かに相談しているか (年代別比較)



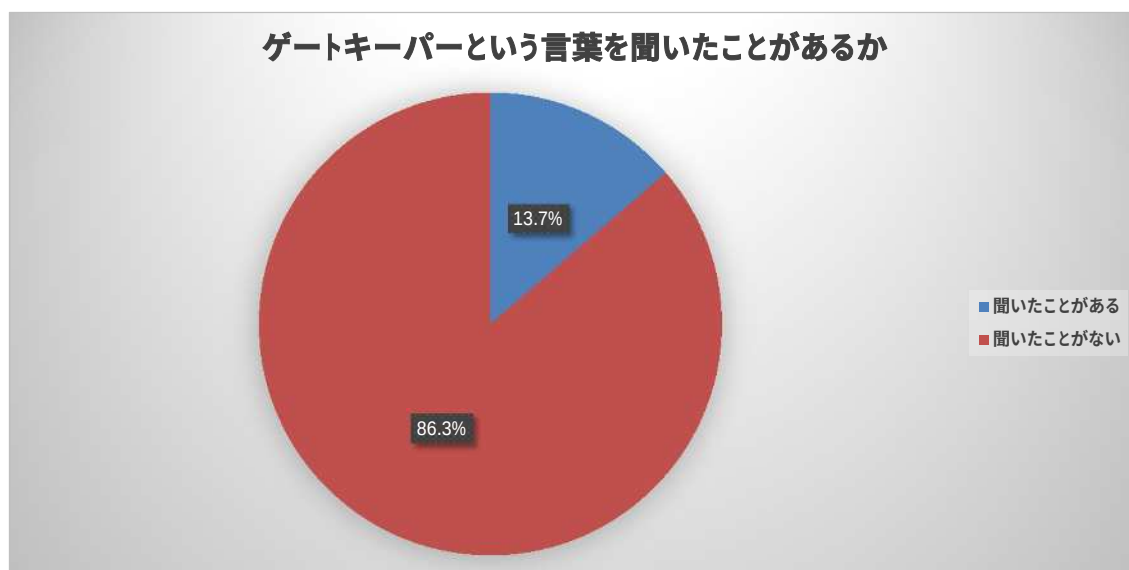
問6 自殺対策における「ゲートキーパー」という言葉を聞いたことがありますか。

	男性 (332名)	女性 (356名)	モニター全体 (688名)
聞いたことがある	54 16.3%	40 11.2%	94 13.7%
聞いたことがない	278 83.7%	316 88.8%	594 86.3%
合計	332 100.0%	356 100.0%	688 100.0%

	29歳以下 (60名)	30歳代 (152名)	40歳代 (157名)	50歳代 (156名)	60歳以上 (163名)	モニター全体 (688名)
聞いたことがある	8 13.3%	24 15.8%	26 16.6%	19 12.2%	17 10.4%	94 13.7%
聞いたことがない	52 86.7%	128 84.2%	131 83.4%	137 87.8%	146 89.6%	594 86.3%
合計	60 100.0%	152 100.0%	157 100.0%	156 100.0%	163 100.0%	688 100.0%

●全体の傾向

- ・「ゲートキーパー」という言葉を聞いたことがあるのは13.7%に過ぎない。



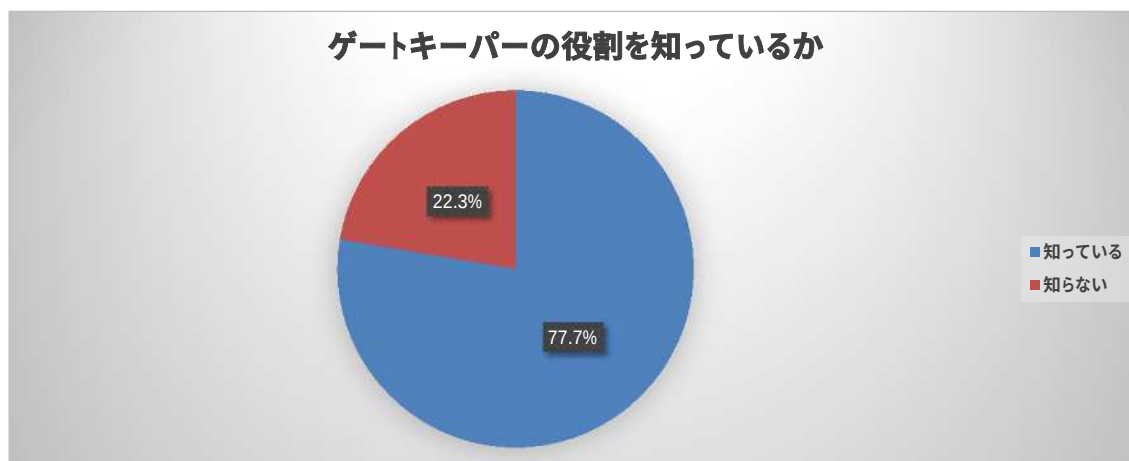
問7 (問6で「1. 聞いたことがある」を選ばれた方のみお答えください。)
自殺対策における「ゲートキーパー」の役割を知っていますか。

	男性 (54名)	女性 (40名)	モニター全体 (94名)
知っている	42 77.8%	31 77.5%	73 77.7%
知らない	12 22.2%	9 22.5%	21 22.3%
合計	54 100.0%	40 100.0%	94 100.0%

	29歳以下 (8名)	30歳代 (24名)	40歳代 (26名)	50歳代 (19名)	60歳以上 (17名)	モニター全体 (94名)
知っている	6 75.0%	19 79.2%	19 73.1%	16 84.2%	13 76.5%	73 77.7%
知らない	2 25.0%	5 20.8%	7 26.9%	3 15.8%	4 23.5%	21 22.3%
合計	8 100.0%	24 100.0%	26 100.0%	19 100.0%	17 100.0%	94 100.0%

●全体の傾向

- ・「ゲートキーパー」の言葉を知っている人はその役割についても知っている人が多い。



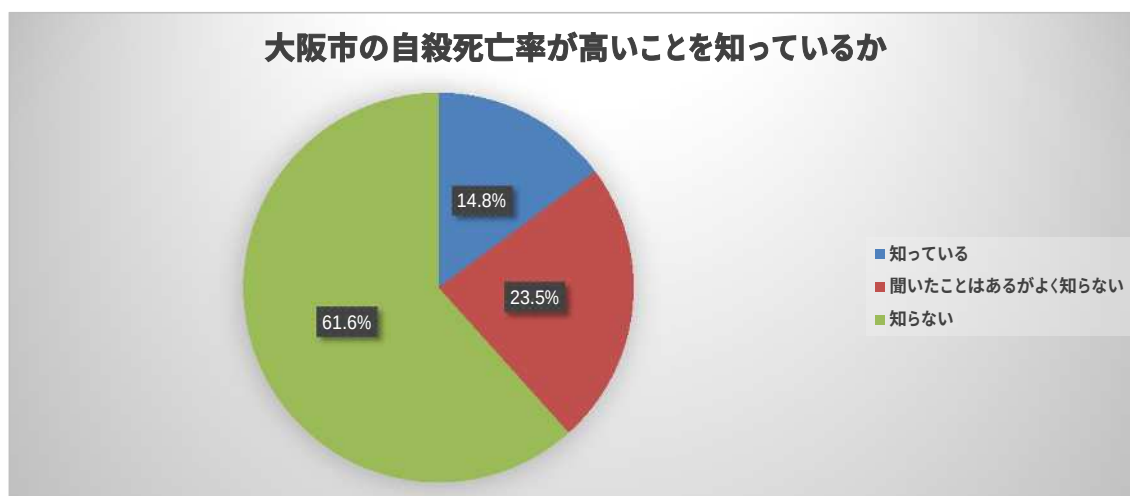
問8 大阪市の自殺死亡率が、長年にわたって全国平均より高いことを知っていますか。

	男性 (332名)		女性 (356名)		モニター全体 (688名)	
知っている	58	17.5%	44	12.4%	102	14.8%
聞いたことはあるが よく知らない	90	27.1%	72	20.2%	162	23.5%
知らない	184	55.4%	240	67.4%	424	61.6%
合計	332	100.0%	356	100.0%	688	100.0%

	29歳以下 (60名)		30歳代 (152名)		40歳代 (157名)		50歳代 (156名)		60歳以上 (163名)		モニター全体 (688名)	
知っている	8	13.3%	20	13.2%	20	12.7%	25	16.0%	29	17.8%	102	14.8%
聞いたことはあるが よく知らない	11	18.3%	22	14.5%	34	21.7%	37	23.7%	58	35.6%	162	23.5%
知らない	41	68.3%	110	72.4%	103	65.6%	94	60.3%	76	46.6%	424	61.6%
合計	60	100.0%	152	100.0%	157	100.0%	156	100.0%	163	100.0%	688	100.0%

●全体の傾向

- ・本市の自殺死亡率の高さについて知っている人は約15%に過ぎない。



問9 これまでのあなたの人生の中で、親族や友人・知人などが自殺をされた方が身近にいますか。

	男性 (332名)	女性 (356名)	モニター全体 (688名)
いる	126 38.0%	118 33.1%	244 35.5%
いない	196 59.0%	234 65.7%	430 62.5%
答えたくない	10 3.0%	4 1.1%	14 2.0%
合計	332 100.0%	356 100.0%	688 100.0%

	29歳以下 (60名)	30歳代 (152名)	40歳代 (157名)	50歳代 (156名)	60歳以上 (163名)	モニター全体 (688名)
いる	18 30.0%	43 28.3%	64 40.8%	59 37.8%	60 36.8%	244 35.5%
いない	41 68.3%	107 70.4%	91 58.0%	89 57.1%	102 62.6%	430 62.5%
答えたくない	1 1.7%	2 1.3%	2 1.3%	8 5.1%	1 0.6%	14 2.0%
合計	60 100.0%	152 100.0%	157 100.0%	156 100.0%	163 100.0%	688 100.0%

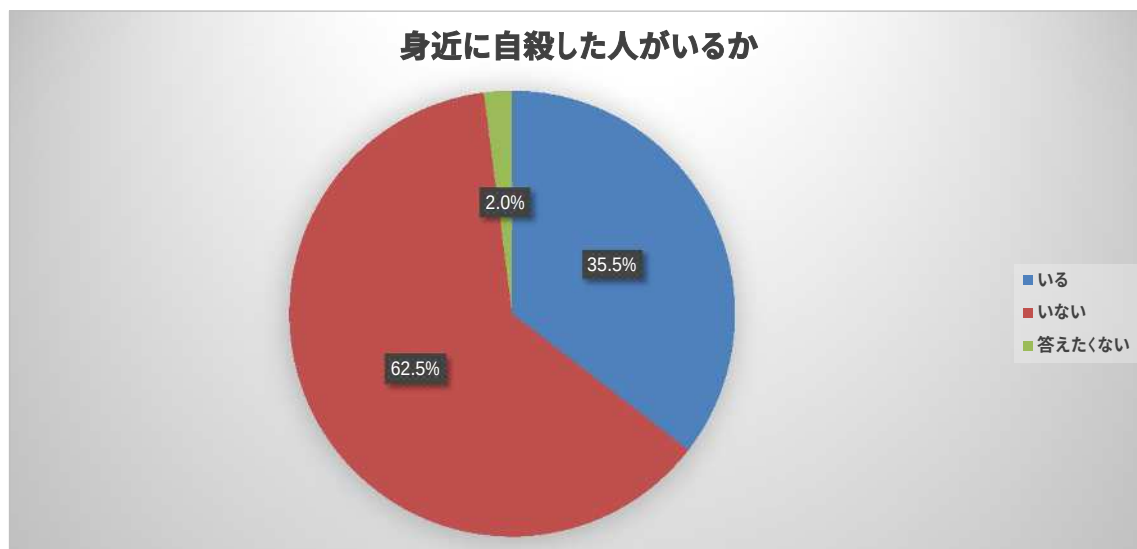
●全体の傾向

- ・約3分の1の方が身近な人を自殺で亡くした経験を持っている。

●過去の調査との比較

- ・身近な人を自殺で亡くした経験を持つ人は前回調査時より増加している。

	平成20年度 (546名)	平成29年度 (688名)
いる	146 26.7%	244 35.5%
いない	381 69.8%	430 62.5%
答えたくない	19 3.5%	14 2.0%
合計	546 100.0%	688 100.0%

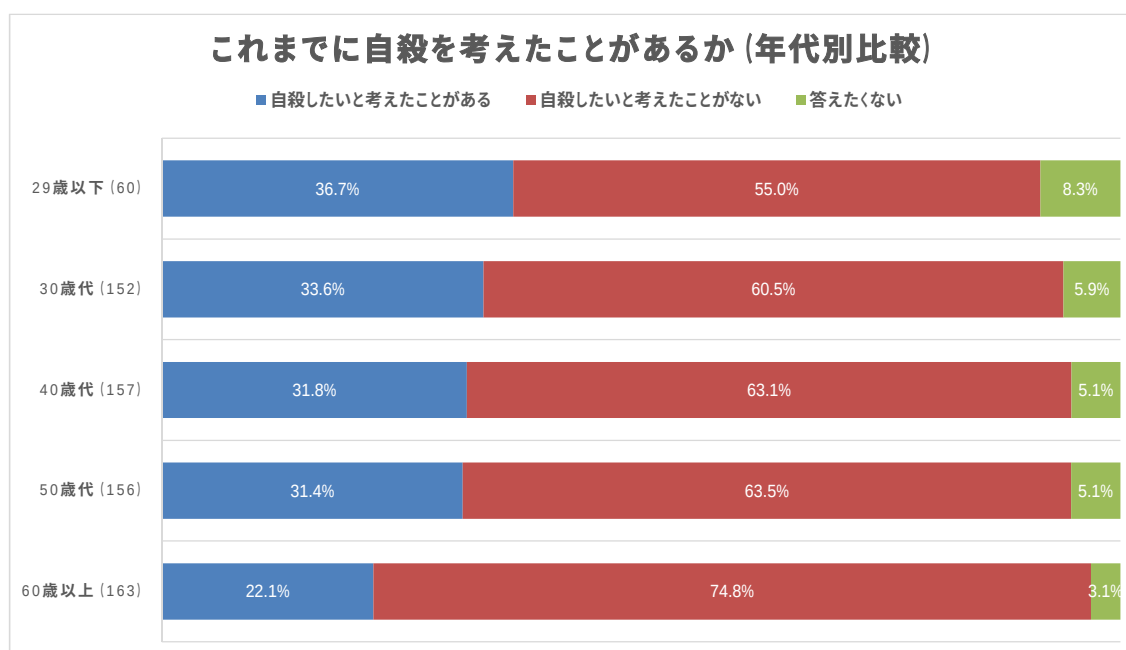
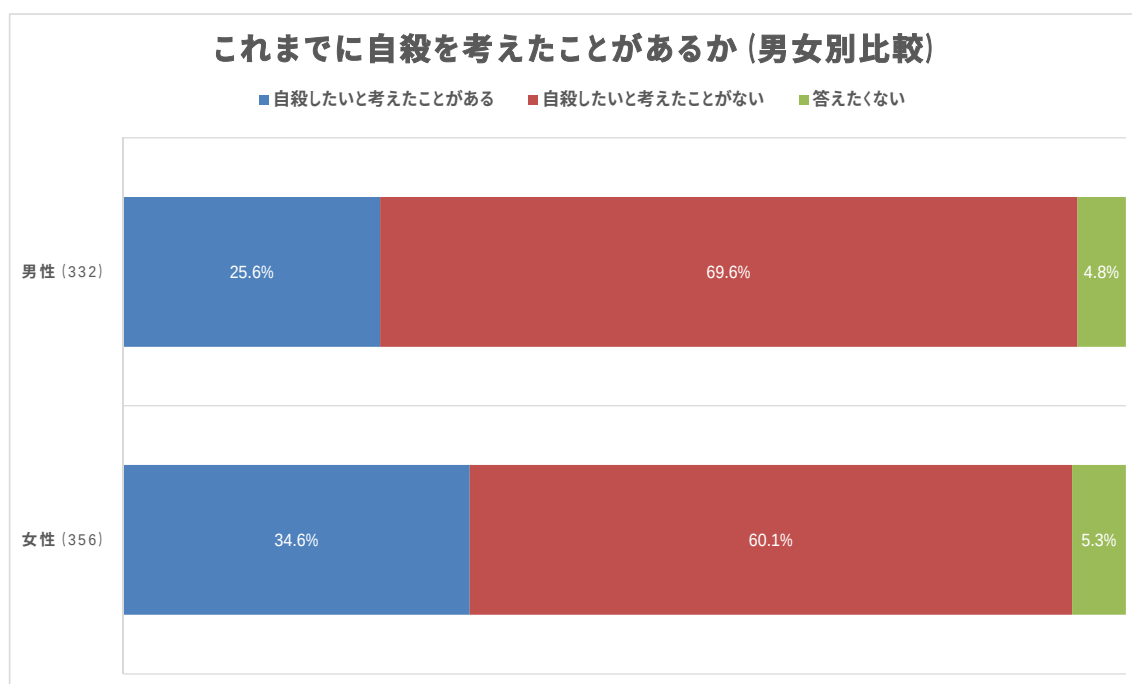


問10 あなたは、これまでの人生のなかで、本気で自殺したいと考えたことがありますか。

	男性 (332名)	女性 (356名)	モニター全体 (688名)
自殺したいと考えたことがある	85 25.6%	123 34.6%	208 30.2%
自殺したいと考えたことがない	231 69.6%	214 60.1%	445 64.7%
答えたくない	16 4.8%	19 5.3%	35 5.1%
合計	332 100.0%	356 100.0%	688 100.0%

	29歳以下 (60名)		30歳代 (152名)		40歳代 (157名)		50歳代 (156名)		60歳以上 (163名)		モニター全体 (688名)	
自殺したいと考えたことがある	22	36.7%	51	33.6%	50	31.8%	49	31.4%	36	22.1%	208	30.2%
自殺したいと考えたことがない	33	55.0%	92	60.5%	99	63.1%	99	63.5%	122	74.8%	445	64.7%
答えたくない	5	8.3%	9	5.9%	8	5.1%	8	5.1%	5	3.1%	35	5.1%
合計	60	100.0%	152	100.0%	157	100.0%	156	100.0%	163	100.0%	688	100.0%

- 全体の傾向
 - ・ 3割の方が自殺を考えたことがある。
- 性別による傾向
 - ・ 女性の方が自殺を考えたことのある割合が高い。
- 年代別の傾向
 - ・ 年齢が低い方が自殺を考えたことのある割合が高い。



問11 (問10で「1. 自殺したいと考えたことがある」を選択された方のみお答えください。)
過去1年以内に、自殺したいと考えたことはありますか。

	男性 (85名)		女性 (123名)		モニター全体 (208名)	
頻繁に考えた	5	5.9%	5	4.1%	10	4.8%
ときどき考えた	13	15.3%	26	21.1%	39	18.8%
あまり考えなかった	16	18.8%	22	17.9%	38	18.3%
全く考えなかった	49	57.6%	65	52.8%	114	54.8%
答えたくない	2	2.4%	5	4.1%	7	3.4%
合計	85	100.0%	123	100.0%	208	100.0%

	29歳以下 (22名)		30歳代 (51名)		40歳代 (50名)		50歳代 (49名)		60歳以上 (36名)		モニター全体 (208名)	
頻繁に考えた	1	4.5%	3	5.9%	3	6.0%	3	6.1%	0	0.0%	10	4.8%
ときどき考えた	3	13.6%	6	11.8%	12	24.0%	13	26.5%	5	13.9%	39	18.8%
あまり考えなかった	6	27.3%	13	25.5%	8	16.0%	9	18.4%	2	5.6%	38	18.3%
全く考えなかった	10	45.5%	27	52.9%	27	54.0%	23	46.9%	27	75.0%	114	54.8%
答えたくない	2	9.1%	2	3.9%	0	0.0%	1	2.0%	2	5.6%	7	3.4%
合計	22	100.0%	51	100.0%	50	100.0%	49	100.0%	36	100.0%	208	100.0%

●全体の傾向

- ・自殺を考えたことがある人のうち、約2割が「頻繁に考えた」、「ときどき考えた」と回答している。

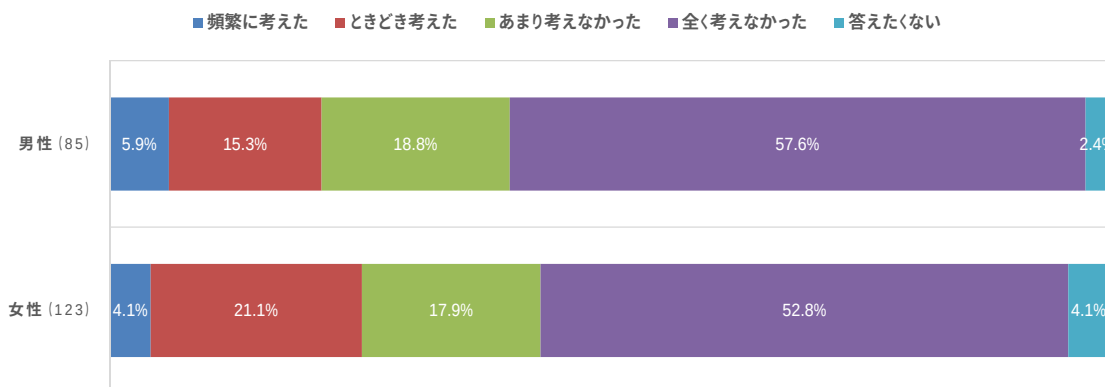
●性別による傾向

- ・「頻繁に考えた」、「ときどき考えた」と回答された方は男性が21.2%、女性が25.2%で女性の方がやや多い。

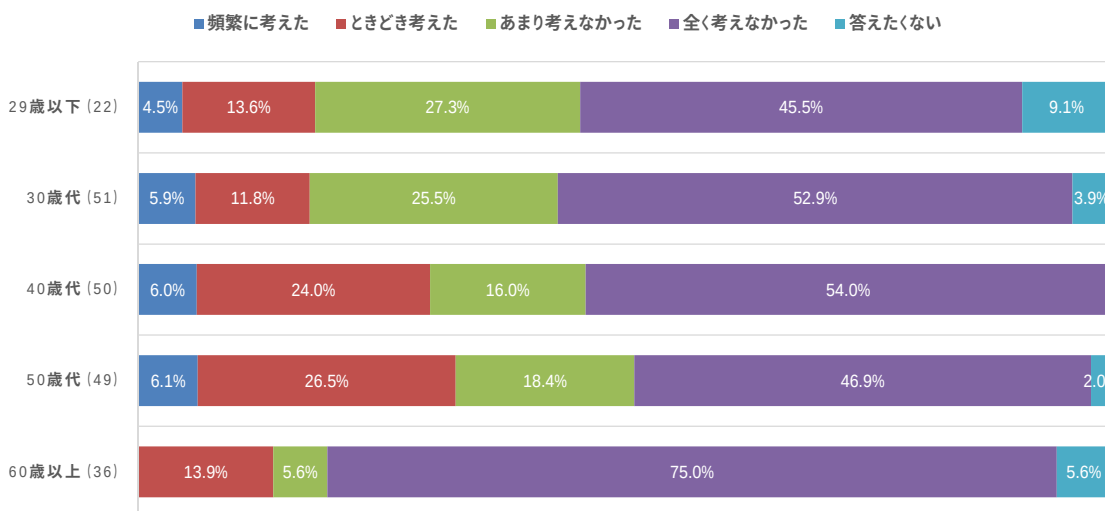
●年代別の傾向

- ・「頻繁に考えた」、「ときどき考えた」と回答された方は29歳以下で18.2%、30歳代で17.6%、40歳代で30.0%、50歳代で32.7%、60歳以上で13.9%と40歳代と50歳代が多い。

過去1年以内に自殺を考えたことがあるか (男女別比較)



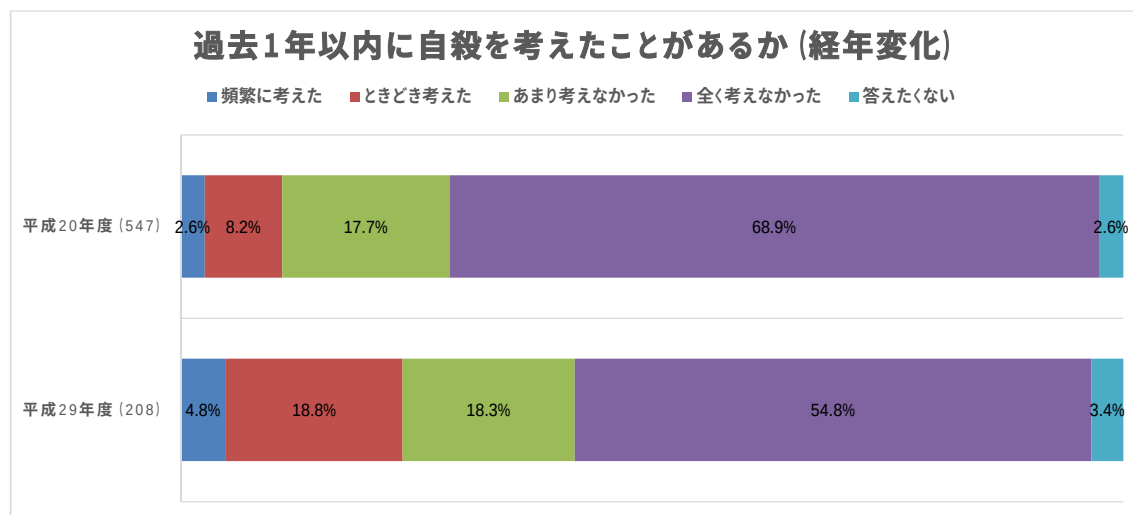
過去1年以内に自殺を考えたことがあるか (年代別比較)



●過去の調査との比較

- ・「頻繁に考えた」、「ときどき考えた」と回答された方は前回調査時に10.8%であったのに対して、今回調査では23.6%と増加した。

	平成20年度 (547名)		平成29年度 (208名)	
頻繁に考えた	14	2.6%	10	4.8%
ときどき考えた	45	8.2%	39	18.8%
あまり考えなかった	97	17.7%	38	18.3%
全く考えなかった	377	68.9%	114	54.8%
答えたくない	14	2.6%	7	3.4%
合計	547	100.0%	208	100.0%



問12（問10で「1. 自殺したいと考えたことがある」を選択された方のみお答えください。）

そのように考えたとき、どのようにして乗り越えましたか。当てはまるものをすべて選択してください。

（複数回答可）

	男性 (85名)		女性 (123名)		モニター全体 (208名)	
趣味や仕事など他のことで気を紛らわせるように努めた	39	45.9%	40	32.5%	79	38.0%
家族や友人、職場の同僚など身近な人に悩みを聞いてもらった	24	28.2%	39	31.7%	63	30.3%
できるだけ休養を取るようにした	28	32.9%	24	19.5%	52	25.0%
医師やカウンセラーなど心の健康に関する専門家に相談した	17	20.0%	14	11.4%	31	14.9%
弁護士や司法書士、公的機関の相談員等、悩みの元となる分野の専門家に相談した	3	3.5%	0	0.0%	3	1.4%
その他	9	10.6%	15	12.2%	24	11.5%
特に何もしなかった	18	21.2%	37	30.1%	55	26.4%
答えたくない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

(複数回答可)

	29歳以下 (22名)		30歳代 (51名)		40歳代 (50名)		50歳代 (49名)		60歳以上 (36名)		モニター全体 (208名)	
趣味や仕事など他の ことで気を紛らわせる ように努めた	7	31.8%	17	33.3%	20	40.0%	21	42.9%	14	38.9%	79	38.0%
家族や友人、職場の 同僚など身近な人に悩 みを聞いてもらった	8	36.4%	19	37.3%	17	34.0%	14	28.6%	5	13.9%	63	30.3%
できるだけ休養を取る ようにした	6	27.3%	15	29.4%	10	20.0%	16	32.7%	5	13.9%	52	25.0%
医師やカウンセラー など心の健康に関する 専門家に相談した	5	22.7%	6	11.8%	8	16.0%	9	18.4%	3	8.3%	31	14.9%
弁護士や司法書士、 公的機関の相談員等、 悩みの元となる分野の 専門家に相談した	0	0.0%	1	2.0%	0	0.0%	2	4.1%	0	0.0%	3	1.4%
その他	4	18.2%	6	11.8%	7	14.0%	3	6.1%	4	11.1%	24	11.5%
特に何もしなかった	5	22.7%	14	27.5%	17	34.0%	8	16.3%	11	30.6%	55	26.4%
答えたくない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

●全体の傾向

- ・「身近な人」、「心の健康に関する専門家」、「悩みの元となる分野の専門家」のいずれかに相談したと回答された方は38.0%であった。

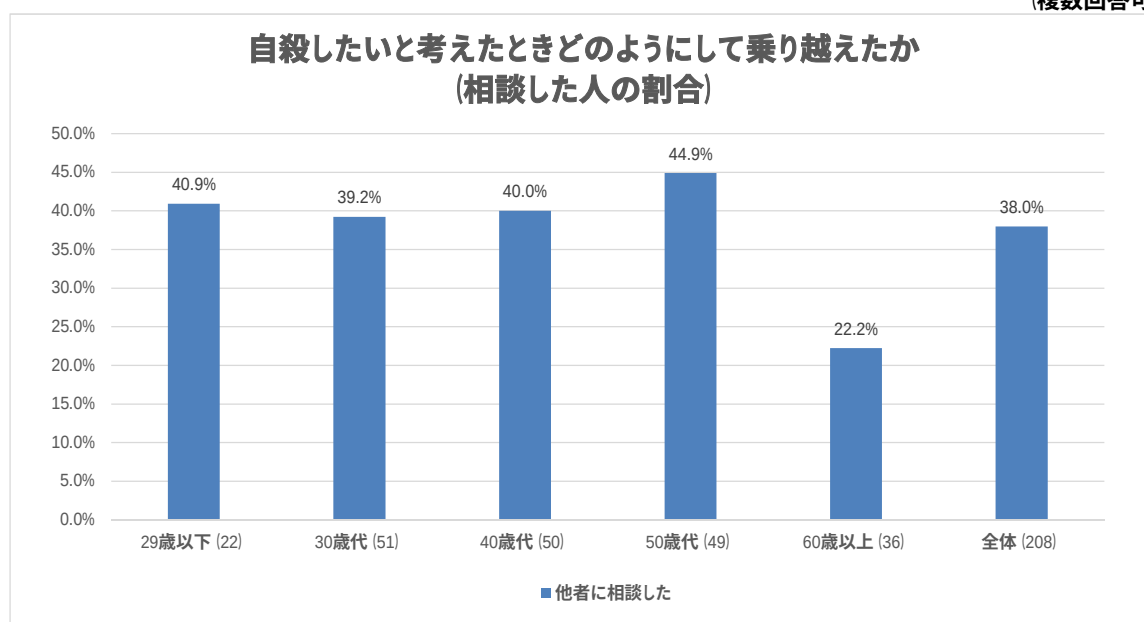
●性別による傾向

- ・女性の方が「特に何もしなかった」と回答された方の割合が高い。

●年代別の傾向

- ・「身近な人」、「心の健康に関する専門家」、「悩みの元となる分野の専門家」のいずれかに相談したと回答された方は29歳以下で40.9%、30歳代で39.2%、40歳代で40.0%、50歳代で44.9%、60歳以上で22.2%と60歳以上が特に少ない。

(複数回答可)



(注意) 「身近な人」、「心の健康に関する専門家」、「悩みの元となる分野の専門家」のいずれかに相談したと回答した方を「他者に相談した」とまとめて表記しています

問13 「自殺」に代わって「自死」という言葉を使いたいとの希望が「遺族の会」より出されています。あなたはこれまで「自死」という言葉をご存知でしたか。

	男性 (332名)		女性 (356名)		モニター全体 (688名)	
知っている	94	28.3%	111	31.2%	205	29.8%
聞いたことはあるが よく知らない	72	21.7%	75	21.1%	147	21.4%
知らない	166	50.0%	170	47.8%	336	48.8%
合計	332	100.0%	356	100.0%	688	100.0%

	29歳以下 (60名)		30歳代 (152名)		40歳代 (157名)		50歳代 (156名)		60歳以上 (163名)		モニター全体 (688名)	
知っている	8	13.3%	37	24.3%	51	32.5%	48	30.8%	61	37.4%	205	29.8%
聞いたことはあるが よく知らない	14	23.3%	30	19.7%	35	22.3%	37	23.7%	31	19.0%	147	21.4%
知らない	38	63.3%	85	55.9%	71	45.2%	71	45.5%	71	43.6%	336	48.8%
合計	60	100.0%	152	100.0%	157	100.0%	156	100.0%	163	100.0%	688	100.0%

●全体の傾向

- ・聞いたことはあるという方も含めると約7割の方が「自死」という言葉を知らない。

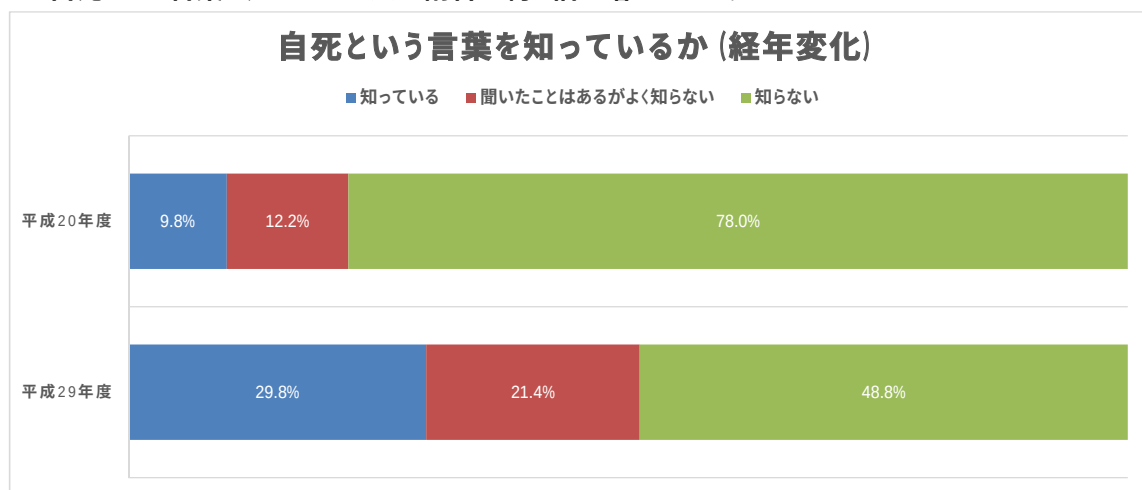
●年代別の傾向

- ・「自死」という言葉を知っている方の割合は年代が上がるにつれ増加している。

	平成20年度 (550名)		平成29年度 (688名)	
知っている	54	9.8%	205	29.8%
聞いたことはあるが よく知らない	67	12.2%	147	21.4%
知らない	429	78.0%	336	48.8%
合計	550	100.0%	688	100.0%

●過去の調査との比較

- ・自死という言葉を知っている人の割合は約3倍に増えている。



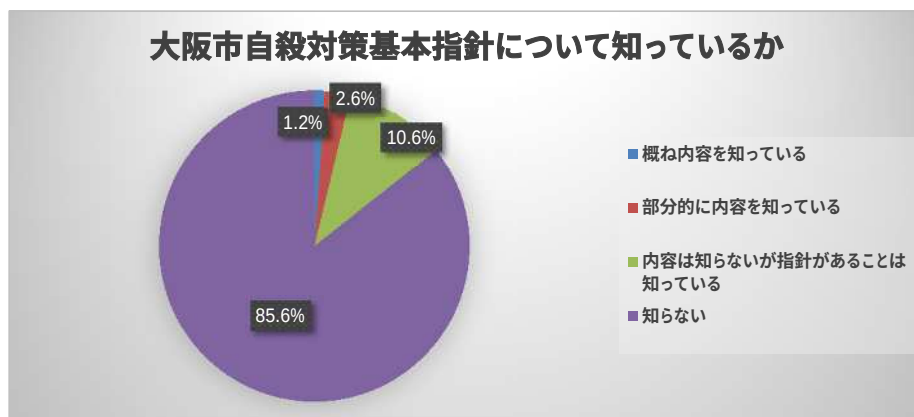
問14 あなたは「大阪市自殺対策基本指針」について、どの程度ご存知ですか。

	男性 (332名)		女性 (356名)		モニター全体 (688名)	
概ね内容を知っている	5	1.5%	3	0.8%	8	1.2%
部分的に内容を知っている	9	2.7%	9	2.5%	18	2.6%
内容は知らないが指針があることは知っている	36	10.8%	37	10.4%	73	10.6%
知らない	282	84.9%	307	86.2%	589	85.6%
合計	332	100.0%	356	100.0%	688	100.0%

	29歳以下 (60名)		30歳代 (152名)		40歳代 (157名)		50歳代 (156名)		60歳以上 (163名)		モニター全体 (688名)	
概ね内容を知っている	0	0.0%	2	1.3%	1	0.6%	3	1.9%	2	1.2%	8	1.2%
部分的に内容を知っている	3	5.0%	3	2.0%	4	2.5%	2	1.3%	6	3.7%	18	2.6%
内容は知らないが指針があることは知っている	7	11.7%	7	4.6%	14	8.9%	19	12.2%	26	16.0%	73	10.6%
知らない	50	83.3%	140	92.1%	138	87.9%	132	84.6%	129	79.1%	589	85.6%
合計	60	100.0%	152	100.0%	157	100.0%	156	100.0%	163	100.0%	688	100.0%

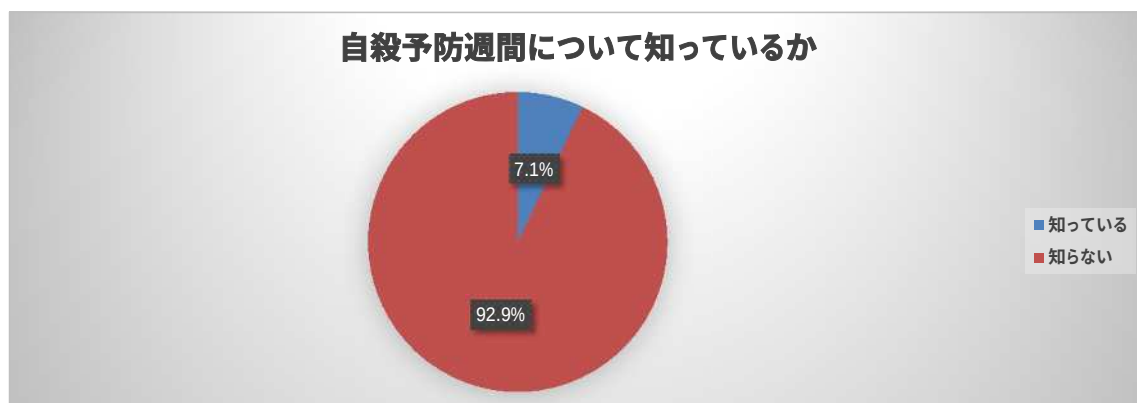
●全体の傾向

- ・ 約85%の人が基本指針があることを知らない。



問15 あなたは毎年9月10日から9月16日までが「自殺予防週間」であることを知っていますか。

	男性 (332名)		女性 (356名)		モニター全体 (688名)	
知っている	21	6.3%	28	7.9%	49	7.1%
知らない	311	93.7%	328	92.1%	639	92.9%
合計	332	100.0%	356	100.0%	688	100.0%



	29歳以下 (60名)	30歳代 (152名)	40歳代 (157名)	50歳代 (156名)	60歳以上 (163名)	モニター全体 (688名)
知っている	8 13.3%	16 10.5%	8 5.1%	9 5.8%	8 4.9%	49 7.1%
知らない	52 86.7%	136 89.5%	149 94.9%	147 94.2%	155 95.1%	639 92.9%
合計	60 100.0%	152 100.0%	157 100.0%	156 100.0%	163 100.0%	688 100.0%

●全体の傾向

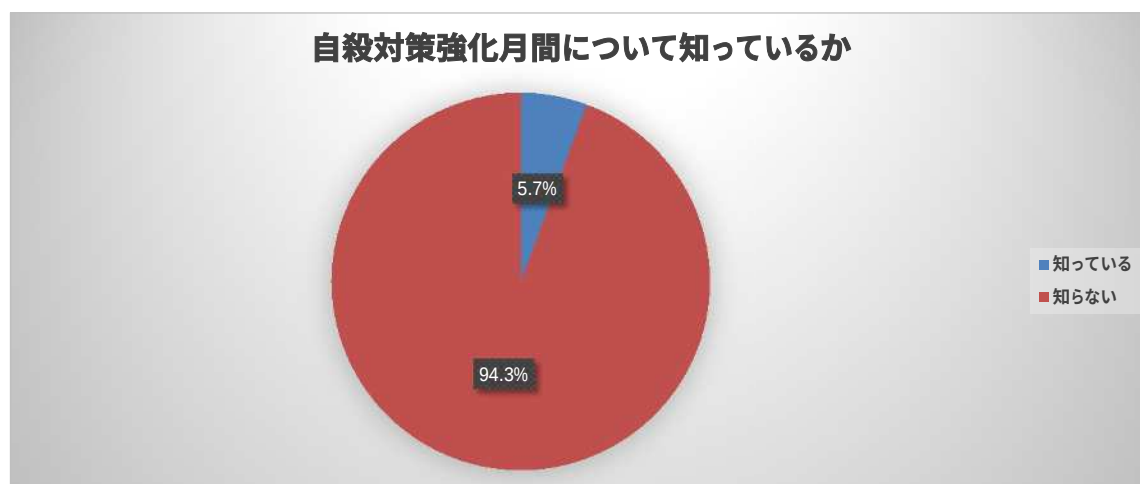
- ・ 9割を超える人が自殺予防週間を知らない。

●年代別の傾向

- ・ 30歳代以下の方が40歳代以上の年齢層よりやや認知度が高い。

問16 あなたは毎年3月が「自殺対策強化月間」であることを知っていますか。

	男性 (332名)	女性 (356名)	モニター全体 (688名)
知っている	15 4.5%	24 6.7%	39 5.7%
知らない	317 95.5%	332 93.3%	649 94.3%
合計	332 100.0%	356 100.0%	688 100.0%



	29歳以下 (60名)	30歳代 (152名)	40歳代 (157名)	50歳代 (156名)	60歳以上 (163名)	モニター全体 (688名)
知っている	6 10.0%	10 6.6%	7 4.5%	6 3.8%	10 6.1%	39 5.7%
知らない	54 90.0%	142 93.4%	150 95.5%	150 96.2%	153 93.9%	649 94.3%
合計	60 100.0%	152 100.0%	157 100.0%	156 100.0%	163 100.0%	688 100.0%

●全体の傾向

- ・ 9割を超える人が自殺対策強化月間を知らない。

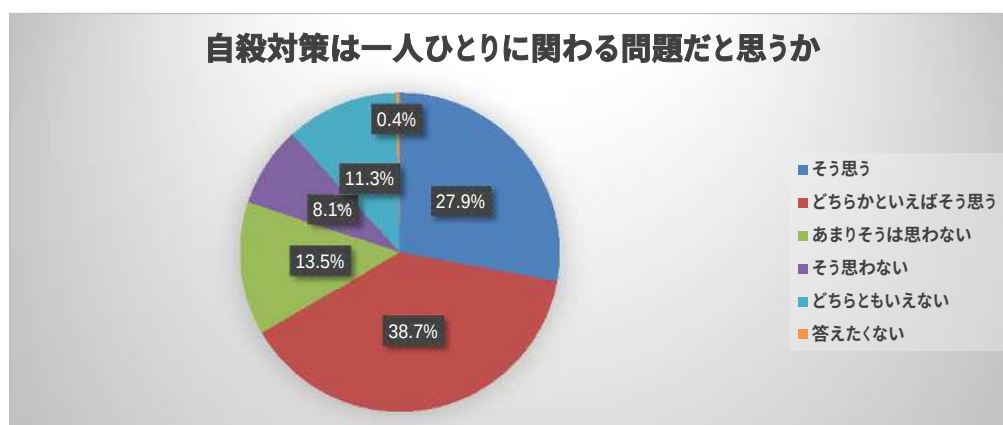
問17 自殺対策は市民一人ひとりに関わる問題だと思いますか。

	男性 (332名)	女性 (356名)	モニター全体 (688名)
そう思う	99 29.8%	93 26.1%	192 27.9%
どちらかといえばそう思う	123 37.0%	143 40.2%	266 38.7%
あまりそうは思わない	42 12.7%	51 14.3%	93 13.5%
そう思わない	33 9.9%	23 6.5%	56 8.1%
どちらともいえない	33 9.9%	45 12.6%	78 11.3%
答えたくない	2 0.6%	1 0.3%	3 0.4%
合計	332 100.0%	356 100.0%	688 100.0%

	29歳以下 (60名)		30歳代 (152名)		40歳代 (157名)		50歳代 (156名)		60歳以上 (163名)		モニター全体 (688名)	
そう思う	19	31.7%	43	28.3%	50	31.8%	45	28.8%	35	21.5%	192	27.9%
どちらかといえば そう思う	21	35.0%	66	43.4%	64	40.8%	57	36.5%	58	35.6%	266	38.7%
あまりそうは思わない	8	13.3%	21	13.8%	19	12.1%	23	14.7%	22	13.5%	93	13.5%
そう思わない	6	10.0%	11	7.2%	9	5.7%	9	5.8%	21	12.9%	56	8.1%
どちらかともいえない	5	8.3%	11	7.2%	15	9.6%	20	12.8%	27	16.6%	78	11.3%
答えたくない	1	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.3%	0	0.0%	3	0.4%
合計	60	100.0%	152	100.0%	157	100.0%	156	100.0%	163	100.0%	688	100.0%

●全体の傾向

- ・ 7割弱の方が自殺対策は市民一人ひとりに関わる問題であると思っているが、一方で約2割の方がそうではないと思っている。



問18 自殺対策として、あなたが大切だと思うことはどのようなものでしょうか。主なものを3つまで選択してください。
(複数回答可)

	男性 (332名)		女性 (356名)		モニター全体 (688名)	
学校でのいのちの教育	102	30.7%	132	37.1%	234	34.0%
職場や地域でのこころの相談の充実	114	34.3%	110	30.9%	224	32.6%
景気の早期回復	97	29.2%	89	25.0%	186	27.0%
自殺電話相談(例:「いのちの電話」など)	71	21.4%	76	21.3%	147	21.4%
もっと精神科を受診しやすくする	57	17.2%	85	23.9%	142	20.6%
家庭でのいのちの教育	53	16.0%	77	21.6%	130	18.9%
インターネットを利用したこころの相談	60	18.1%	68	19.1%	128	18.6%
学校や職場で、教師・上司等相談に応じる人への研修	53	16.0%	70	19.7%	123	17.9%
高齢者の孤立を防ぐ対策	59	17.8%	57	16.0%	116	16.9%
自殺防止に関する市民への啓発運動	61	18.4%	41	11.5%	102	14.8%
債務(借金返済)相談の充実	55	16.6%	34	9.6%	89	12.9%
自殺未遂者への支援	29	8.7%	35	9.8%	64	9.3%
かかりつけの医師の目くばり	14	4.2%	18	5.1%	32	4.7%
自殺者の親族等への支援	10	3.0%	16	4.5%	26	3.8%
宗教による相談やこころの支え	14	4.2%	9	2.5%	23	3.3%
その他	16	4.8%	16	4.5%	32	4.7%
特にない	6	1.8%	10	2.8%	16	2.3%

(複数回答可)

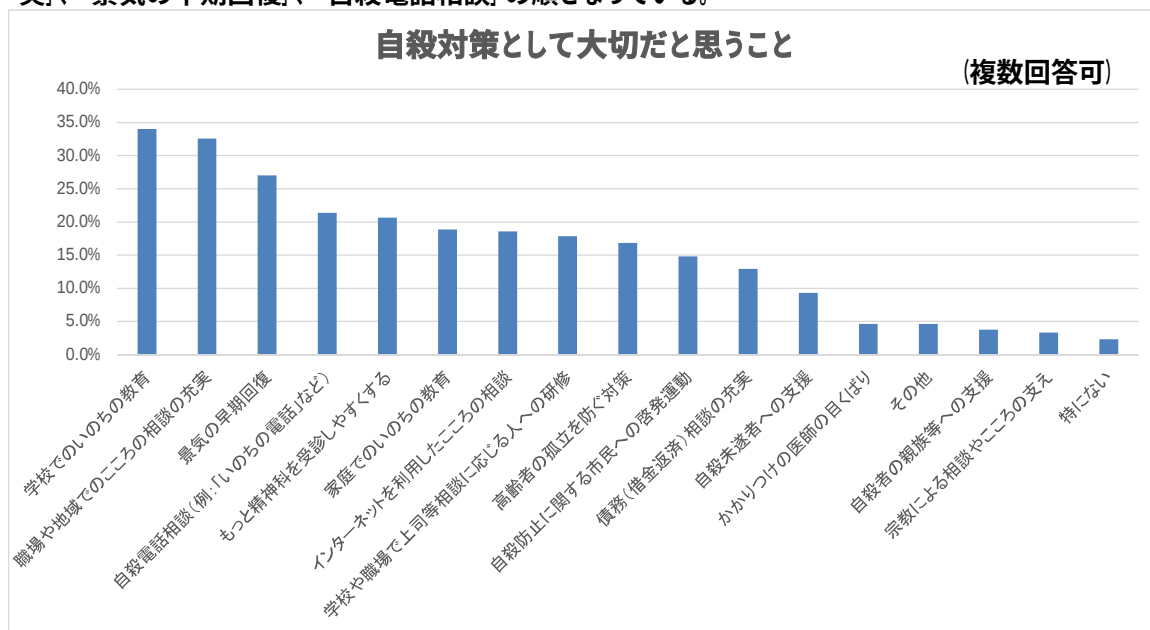
	29歳以下 (60名)		30歳代 (152名)		40歳代 (157名)		50歳代 (156名)		60歳以上 (163名)		モニター全体 (688名)	
学校でのいのちの教育	16	26.7%	57	37.5%	51	32.5%	44	28.2%	66	40.5%	234	34.0%
職場や地域でのこころの相談の充実	28	46.7%	52	34.2%	46	29.3%	45	28.8%	53	32.5%	224	32.6%
景気の早期回復	16	26.7%	48	31.6%	44	28.0%	41	26.3%	37	22.7%	186	27.0%
自殺電話相談(例: 「いのちの電話」など)	11	18.3%	26	17.1%	30	19.1%	42	26.9%	38	23.3%	147	21.4%
もっと精神科を受診しやすくする	15	25.0%	33	21.7%	37	23.6%	33	21.2%	24	14.7%	142	20.6%
家庭でのいのちの教育	8	13.3%	29	19.1%	33	21.0%	23	14.7%	37	22.7%	130	18.9%
インターネットを利用したこころの相談	14	23.3%	37	24.3%	39	24.8%	24	15.4%	14	8.6%	128	18.6%
学校や職場で、教師・上司等相談に応じる人への研修	17	28.3%	27	17.8%	25	15.9%	22	14.1%	32	19.6%	123	17.9%
高齢者の孤立を防ぐ対策	2	3.3%	16	10.5%	21	13.4%	32	20.5%	45	27.6%	116	16.9%
自殺防止に関する市民への啓発運動	10	16.7%	14	9.2%	20	12.7%	23	14.7%	35	21.5%	102	14.8%
債務(借金返済)相談の充実	7	11.7%	15	9.9%	22	14.0%	28	17.9%	17	10.4%	89	12.9%
自殺未遂者への支援	6	10.0%	21	13.8%	18	11.5%	12	7.7%	7	4.3%	64	9.3%
かかりつけの医師の目くばり	2	3.3%	3	2.0%	4	2.5%	10	6.4%	13	8.0%	32	4.7%
自殺者の親族等への支援	1	1.7%	7	4.6%	9	5.7%	5	3.2%	4	2.5%	26	3.8%
宗教による相談やこころの支え	0	0.0%	4	2.6%	10	6.4%	6	3.8%	3	1.8%	23	3.3%
その他	3	5.0%	7	4.6%	7	4.5%	10	6.4%	5	3.1%	32	4.7%
特にない	1	1.7%	1	0.7%	2	1.3%	6	3.8%	6	3.7%	16	2.3%

●性別による傾向

- ・ 男性では「職場や地域でのこころの相談の充実」と回答された方の割合が最も多いのに対して、女性では「学校でのいのちの教育」と回答された方の割合が最も多かった。

●全体の傾向

- ・ 「学校でのいのちの教育」と回答された方の割合が最も多く、次いで「職場や地域でのこころの相談の充実」、「景気の早期回復」、「自殺電話相談」の順となっている。



問19 「大阪市の自殺対策」について、ご意見がございましたらご自由にお書きください。

●231名の方からご意見をいただきました。

自殺防止に関すること	99件
[主なご意見]	
相談場所の充実を図ってほしい	26件
社会全体で取り組むべき	19件
自治体の自殺対策だけでは限界がある	7件
設備・ハードを充実させてほしい	5件
労働環境を改善すべき	5件
理由や傾向を分析・把握すべき	4件
啓発に関すること	33件
教育に関すること	22件
医療に関すること	5件
その他のご意見	72件
[主なご意見]	
自殺についてあまり知らなかった	5件
大阪市の自殺死亡率が高いことに驚いている	3件

次期大阪市自殺対策基本指針のポイント

資料5

平成10年以降の大阪市の自殺の傾向と課題

- ・自殺死亡率は、全国の傾向と同様に平成10年に急増したが、平成23年以降減少傾向を維持しており、大阪市自殺対策基本指針（平成21年策定）の目標である「平成17年値の20%減少」を達成しつつある。この減少傾向は、年齢別・性別にみても、また24区別にみても確認できる。
- ・それにもかかわらず、大阪市の自殺死亡率は全国の都道府県・政令市の中では依然として高くなっている。
- ・平成10年以降の自殺死亡総数の男女比は本市も全国もほぼ同じであるものの、自殺死亡率の減少傾向は男性に比して女性で弱い。
- ・市内24区すべてで近年自殺死亡率は減少しているものの、大きな区間格差がみられる。

平成29年実施市政モニター調査結果

- ・自殺したいと考えたことのある方は約3割に上り、女性で多い傾向。
- ・約7割が「自殺対策は市民一人ひとりに関わる問題である」と考えていたが、自殺対策関連事項についての認知度は高いとは言えない。

1. 基本認識

- ・自殺の多くは追い込まれた末の死である
- ・自殺を考えている人は悩みながらもサインを発している
- ・社会的な取り組みによって多くの自殺は防ぐことができる

自殺対策についての基本認識は不変のため、
現行の指針と同じとする

2. 基本方針

- ・社会的な要因も踏まえて、生きることへの包括的支援として推進する
- ・市民一人ひとりが自殺予防の主役となるように取り組む
- ・総合対策として、市民、関係団体、市役所の関係部局に働きかけて全市的に行う
- ・市民、関係団体、行政の連携・協働を推進し、既存の支援やサービスの機能的・効果的な連携を図る

自殺死亡率の減少目標を達成しつつあるため、
現指針の方針を引き継ぎつつ
新大綱にも沿った形に

3. 目標

- ・「自殺死亡率の減少傾向を維持する」とする

4. 当面の重点施策

- ・①本市の自殺死亡率の現状・実施中の対策事業など、自殺対策事業についての広報を推進する
- ・②市民一人ひとりが貢献できること、気づきと見守りを促す
- ・③依然として自殺死亡率の高い男性中高年への取り組みを行う
- ・④相対的に自殺死亡率が高くなっている若年者、減少傾向の弱い女性への対策を進める
- ・⑤自殺死亡率が継続して高い区への取り組みを行う
- ・⑥自殺対策にかかる人材の確保、養成、および資質の向上を図る
- ・⑦適切な精神保健医療福祉サービスを受けやすいようにする
- ・⑧自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
- ・⑨遺された人への支援を充実する
- ・⑩勤務問題による自殺対策を推進する

新大綱の重点施策に、本市における
重点事項を加味して選定

5. 自殺対策の推進体制

- ・大阪市における推進体制として、こころの健康センターに自殺対策の中心的役割を果たす「自殺対策推進センター」を設置
- ・指針に基づく施策の実施状況や目標の達成状況等を把握し、その効果等を評価

次期大阪市自殺対策基本指針における数値目標の設定について

「大阪市自殺対策基本指針」(H21.4)

・平成28年までに、平成17年の自殺死亡率26.5を20%以上減少させ、21.2以下にする。

新たな「自殺総合対策大綱」(H29.7.25)

- ・ 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指す。
- ・ 自殺死亡率を平成38年までに平成27年と比べて30%以上減少(平成27年18.5⇒13.0以下)

しかしながら、

①平成28年度外部有識者ダイアログにおいて、「経済状況などの外部要因で大きく影響を受ける指標は事業成果の評価には不適當」という趣旨の指摘があった。

他都市においても、目標の設定については自殺死亡率ではなく、他の指標を用いている。

②「地域住民を対象にして、どのような事業をどれだけ達成すれば自殺死亡率はどれくらい減少するか」についてのエビデンスがない(JAMA2005、ランセット2016のレビュー)。

- ・ 大阪府
「自殺者数の減少を維持」。
- ・ 堺市
「ゲートキーパー養成研修受講者1,000人」
「相談機関を全く知らない人の割合を減少」。

③左記の国における自殺対策大綱では、新旧共に数値目標の根拠が示されていないため、数値目標をそのまま使用することには疑念が生じる。

新たな「大阪市自殺対策基本指針」においては、自殺死亡率にかかる具体的な数値目標は設定せず、「減少傾向を維持する」との表記にとどめ、2次目標として「ゲートキーパー養成者数」等の設定のみとする。

資料7

[illegible]

大阪市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行条例

平成 8 年 4 月 1 日

条例第 8 号

大阪市精神保健福祉審議会条例を公布する。

大阪市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行条例

(趣旨)

第 1 条 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和 25 年法律第 123 号。以下「法」という。)の施行については、別に定めがあるものを除くほか、この条例の定めるところによる。

(設置)

第 2 条 法第 9 条第 1 項の規定に基づき、本市に大阪市精神保健福祉審議会(以下「審議会」という。)を置く。

(組織)

第 3 条 審議会は、委員 20 人以内で組織する。

2 委員は、精神保健又は精神障害者の福祉に関し学識経験のある者、精神障害者の医療に関する事業に従事する者及び精神障害者の社会復帰の促進又はその自立と社会経済活動への参加の促進を図るための事業に従事する者のうちから市長が委嘱する。

(任期)

第 4 条 委員の任期は、3 年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

(会長)

第 5 条 審議会に会長を置き、委員の互選によりこれを定める。

2 会長は、審議会を代表し、議事その他の会務を総理する。

3 会長に事故があるときは、あらかじめ会長の指名する委員がその職務を代理する。

(専門委員)

第 6 条 専門の事項を調査審議させるため必要があるときは、審議会に専門委員を置くことができる。

2 専門委員は、学識経験者その他市長が適当と認める者のうちから市長が委嘱する。

3 専門委員は、当該専門の事項に関する調査審議が終了したときは、解嘱されるものとする。

(会議)

第7条 審議会の会議は、会長が招集する。

- 2 審議会は、委員の半数以上が出席しなければ、会議を開くことができない。
- 3 審議会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

(部会)

第8条 審議会は、必要に応じて部会を置くことができる。

- 2 部会は、会長が指名する委員及び専門委員で組織する。
- 3 部会に部会長を置き、部会に属する委員のうちから会長が指名する。
- 4 第5条第2項及び第3項並びに前条の規定は、部会について準用する。

(関係者の出席)

第9条 審議会又は部会は、必要があると認めるときは、関係者の出席を求め、その意見又は説明を聴くことができる。

(報告)

第10条 市長は、法第38条の2第3項に規定する精神科病院の管理者に対し、当該精神科病院に入院中の同項に規定する任意入院者の症状及び同項に規定する厚生労働省令で定める事項について、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める日を期限として報告を求めなければならない。

- (1) 法第22条の4第1項の規定による入院の日(以下「入院日」という。)から1年以上同項の規定による入院を継続している者に係る事項 入院を継続している期間が入院日から1年を経過するごとに当該1年を経過した日の属する月の翌月(当該1年を経過した日の属する月の翌月以降の月に当該精神科病院の管理者が法第38条の2第3項に規定する精神科病院の管理者に該当することとなったときにあっては、当該該当することとなった月の翌月)の末日
- (2) 入院日から起算して6月を経過するまでの間に法第36条第3項に規定する行動の制限を受けた者又は夜間以外の時間帯に当該入院中の精神科病院から自由に外出することを制限された者(前号に該当する者を除く。)に係る事項 入院日から起算して6月を経過した日の属する月(当該6月を経過した日の属する月の翌月以降の月に精神科病院の管理者が法第38条の2第3項に規定する精神科病院の管理者に該当することとなったときにあっては、当該該当することとなった月の翌月)の末日

(施行の細目)

第11条 この条例の施行に関し必要な事項は、市規則で定める。

附 則

この条例は、公布の日から施行する。

附 則(平成 12 年 4 月 1 日条例第 21 号)

- 1 この条例は、公布の日から施行する。
- 2 この条例の施行の際現に設置されている大阪市精神保健福祉審議会は、この条例による改正後の大阪市精神保健福祉審議会条例第 1 条に規定する大阪市精神保健福祉審議会とみなす。

附 則(平成 18 年 3 月 2 日条例第 4 号)

この条例は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

附 則(平成 19 年 2 月 19 日条例第 4 号)

この条例は、公布の日から施行する。

附 則(平成 21 年 11 月 26 日条例第 113 号)

この条例は、公布の日から施行する。

大阪市精神保健福祉審議会における専門部会設置規程

【精神科救急医療部会】

(目 的)

市民により適切な精神科医療を提供するため、精神科救急医療体制の整備・運営状況等について調査・検討を行うことを目的とする。

(調査・検討事項)

次に掲げる事項を調査・検討するものとする。

- (1) 大阪市域における精神科救急医療の現状と課題に関すること。
- (2) 大阪市域における精神科救急医療体制の整備・運営状況に関すること。
- (3) 身体合併症を含む急性期医療体制の整備状況に関すること。
- (4) その他必要な事項に関すること。

【自殺防止対策部会】

(目 的)

「大阪市自殺対策基本指針」の理念に基づき、市民が安心して暮らせる街の実現を目指し、総合的・効果的な自殺防止対策について調査・検討を行うことを目的とする。

(調査・検討事項)

次に掲げる事項を調査・検討するものとする。

- (1) 本市の自殺防止対策の推進に関すること。
- (2) 自殺防止における関係機関・団体相互の連携及び情報交換に関すること。
- (3) 自殺発生状況やその背景の調査・分析に関すること。
- (4) 自殺防止のための効果的な啓発・広報に関すること。
- (5) その他必要な事項に関すること。

共通事項

(委 員)

大阪市精神保健福祉審議会委員及び各専門委員で構成するものとする。

(庶 務)

専門部会の庶務は、こころの健康センターにおいて処理する。

大阪市精神保健福祉審議会 自殺防止対策部会 委員名簿

役職	氏 名	所 属 等
委員	大 藤 さとこ	大阪市立大学大学院医学研究科公衆衛生学 准教授
	田 尻 悦 子	(福)関西いのちの電話 事務局長
	堤 俊 仁	(公社)大阪精神科診療所協会 会長
	寺 村 晃 久	(独)労働者健康安全機構 大阪産業保健総合支援センター 副所長
	長 田 弘 子	大阪司法書士会 会長
	林 和 子	自死遺族代表
	藤 井 美 和	関西学院大学人間福祉学部人間科学科 教授
	古 塚 大 介	大阪市立総合医療センター精神神経科部長
	北 條 達 人	(特非)国際ビフレンダーズ 大阪自殺防止センター 所長
	前久保 邦 昭	(社)大阪府医師会

(五十音順)

「自殺総合対策大綱」（概要）

参考資料 2

※下線は旧大綱からの主な変更箇所

平成28年の自殺対策基本法の改正や我が国の自殺の実態を踏まえ抜本的に見直し

第1 自殺総合対策の基本理念

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

- 自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

- 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- 年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はいまだ続いている
- 地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する

第3 自殺総合対策の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
2. 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
3. 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 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
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

第5 自殺対策の数値目標

- 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少
(平成27年18.5 ⇒ 13.0以下)

(WHO:仏15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、
加11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012))

第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における計画的な自殺対策の推進
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

自殺総合対策における当面の重点施策（ポイント）

- 自殺対策基本法の改正の趣旨・基本的施策及び我が国の自殺を巡る現状を踏まえて、更なる取組が求められる施策
- ※各施策に担当府省を明記 ※補助的な評価指標の盛り込みく例：よりそいホットラインや心の健康相談統一ダイヤルの認知度）

※下線は旧大綱からの主な変更箇所

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する

- ・地域自殺実態プロフィール、地域自殺対策の政策パッケージの作成
- ・地域自殺対策計画の策定ガイドラインの作成
- ・地域自殺対策推進センターへの支援
- ・自殺対策の専任職員の配置・専任部署の設置の促進

2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す

- ・自殺予防週間と自殺対策強化月間の実施
- ・児童生徒の自殺対策に資する教育の実施（SOSの出し方に関する教育の推進）
- ・自殺や自殺関連事象等に関する正しい知識の普及
- ・うつ病等についての普及啓発の推進

3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する

- ・自殺の実態や自殺対策の実施状況等に関する調査研究・検証・成果活用（革新的自殺研究推進プログラム）
- ・先進的な取組に関する情報の収集、整理、提供
- ・子ども・若者の自殺調査
- ・死因究明制度との連動
- ・オンサイト施設の形成等により自殺対策の関連情報を安全に集積・整理・分析

4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る

- ・医療等に関する専門家などを養成する大学や専修学校等と連携した自殺対策教育の推進
- ・自殺対策の連携調整を担う人材の養成
- ・かかりつけ医の資質向上
- ・教職員に対する普及啓発
- ・地域保健・産業保健スタッフの資質向上
- ・ゲートキーパーの養成
- ・家族や知人等を含めた支援者への支援

5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する

- ・職場におけるメンタルヘルス対策の推進
- ・地域における心の健康づくり推進体制の整備
- ・学校における心の健康づくり推進体制の整備
- ・大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進

6. 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

- ・精神科医療、保健、福祉等の連動性の向上、専門職の配置
- ・精神保健医療福祉サービスを担う人材の養成等
- ・うつ病、統合失調症、アルコール依存症、ギャンブル依存症等のハイリスク者対策

7. 社会全体の自殺リスクを低下させる

- ・ICT（インターネットやSNS等）の活用
- ・ひきこもり、児童虐待、性犯罪、性暴力の被害者、生活困窮者、ひとり親家庭、性的マイノリティに対する支援の充実
- ・妊産婦への支援の充実
- ・相談の多様な手段の確保、アウトリーチの強化
- ・関係機関等の連携に必要な情報共有の周知
- ・自殺対策に資する居場所づくりの推進

8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ

- ・地域の自殺未遂者支援の拠点機能を担う医療機関の整備
- ・医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化
- ・居場所づくりとの連動による支援
- ・家族等の身近な支援者に対する支援
- ・学校、職場等での事後対応の促進

9. 遺された人への支援を充実する

- ・遺族の自助グループ等の運営支援
- ・学校、職場等での事後対応の促進
- ・遺族等の総合的な支援ニーズに対する情報提供の推進等
- ・遺族等に対応する公的機関の職員の資質の向上
- ・遺児等への支援

10. 民間団体との連携を強化する

- ・民間団体の人材育成に対する支援
- ・地域における連携体制の確立
- ・民間団体の相談事業に対する支援
- ・民間団体の先駆的・試行的取組や自殺多発地域における取組に対する支援

11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する

- ・いじめを苦しめた子どもの自殺の予防
- ・学生・生徒への支援充実
- ・SOSの出し方に関する教育の推進
- ・子どもへの支援の充実
- ・若者への支援の充実
- ・若者の特性に応じた支援の充実
- ・知人等への支援

12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

- ・長時間労働の是正
- ・職場におけるメンタルヘルス対策の推進
- ・ハラスメント防止対策

Suicide Prevention Strategies

A Systematic Review

J. John Mann, MD

Alan Apter, MD

Jose Bertolote, MD

Annette Beautrais, PhD

Dianne Currier, PhD

Ann Haas, PhD

Ulrich Hegerl, MD

Jouko Lonnqvist, MD

Kevin Malone, MD

Andrej Marusic, MD, PhD

Lars Mehlum, MD

George Patton, MD

Michael Phillips, MD

Wolfgang Rutz, MD

Zoltan Rihmer, MD, PhD, DSc

Armin Schmidtke, MD, PhD

David Shaffer, MD

Morton Silverman, MD

Yoshitomo Takahashi, MD

Airi Varnik, MD

Danuta Wasserman, MD

Paul Yip, PhD

Herbert Hendin, MD

SUICIDE IS A SIGNIFICANT PUBLIC health issue. In 2002, an estimated 877 000 lives were lost worldwide through suicide, representing 1.5% of the global burden of disease or more than 20 million disability-adjusted life-years (years of healthy life lost through premature death or disability).¹ The highest annual rates are in Eastern Europe, where 10 countries report more than 27 sui-

Context In 2002, an estimated 877 000 lives were lost worldwide through suicide. Some developed nations have implemented national suicide prevention plans. Although these plans generally propose multiple interventions, their effectiveness is rarely evaluated.

Objectives To examine evidence for the effectiveness of specific suicide-preventive interventions and to make recommendations for future prevention programs and research.

Data Sources and Study Selection Relevant publications were identified via electronic searches of MEDLINE, the Cochrane Library, and PsychINFO databases using multiple search terms related to suicide prevention. Studies, published between 1966 and June 2005, included those that evaluated preventative interventions in major domains; education and awareness for the general public and for professionals; screening tools for at-risk individuals; treatment of psychiatric disorders; restricting access to lethal means; and responsible media reporting of suicide.

Data Extraction Data were extracted on primary outcomes of interest: suicidal behavior (completion, attempt, ideation), intermediary or secondary outcomes (treatment seeking, identification of at-risk individuals, antidepressant prescription/use rates, referrals), or both. Experts from 15 countries reviewed all studies. Included articles were those that reported on completed and attempted suicide and suicidal ideation; or, where applicable, intermediate outcomes, including help-seeking behavior, identification of at-risk individuals, entry into treatment, and antidepressant prescription rates. We included 3 major types of studies for which the research question was clearly defined: systematic reviews and meta-analyses (n=10); quantitative studies, either randomized controlled trials (n=18) or cohort studies (n=24); and ecological, or population-based studies (n=41). Heterogeneity of study populations and methodology did not permit formal meta-analysis; thus, a narrative synthesis is presented.

Data Synthesis Education of physicians and restricting access to lethal means were found to prevent suicide. Other methods including public education, screening programs, and media education need more testing.

Conclusions Physician education in depression recognition and treatment and restricting access to lethal methods reduce suicide rates. Other interventions need more evidence of efficacy. Ascertaining which components of suicide prevention programs are effective in reducing rates of suicide and suicide attempt is essential in order to optimize use of limited resources.

JAMA. 2005;294:2064-2074

www.jama.com

CME available online at
www.jama.com

cides per 100 000 persons. Latin American and Muslim countries report the lowest rates, fewer than 6.5 per 100 000.² In the United States, in 2002, suicide accounted for 31 655 deaths, a rate of 11.0 per 100 000 per year,³ and general population surveys document a suicide attempt rate of 0.6% and a suicide ideation rate of 3.3%,⁴ represent-

ing a huge human tragedy and an estimated \$11.8 billion in lost income.⁵

Suicidal behavior has multiple causes that are broadly divided into proximal

Author Affiliations are listed at the end of this article.
Corresponding Author: J. John Mann, MD, Department of Neuroscience, New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Dr, Box 42, New York, NY 10032 (jjm@columbia.edu).



Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review

Gil Zalsman, Keith Hawton, Danuta Wasserman, Kees van Heeringen, Ella Arensman, Marco Sarchiapone, Vladimir Carli, Cyril Höschl, Ran Barzilay, Judit Balazs, György Purebl, Jean Pierre Kahn, Pilar Alejandra Sáiz, Cendrine Bursztein Lipsicas, Julio Bobes, Doina Cozman, Ulrich Hegerl, Joseph Zohar

Summary

Background Many countries are developing suicide prevention strategies for which up-to-date, high-quality evidence is required. We present updated evidence for the effectiveness of suicide prevention interventions since 2005.

Methods We searched PubMed and the Cochrane Library using multiple terms related to suicide prevention for studies published between Jan 1, 2005, and Dec 31, 2014. We assessed seven interventions: public and physician education, media strategies, screening, restricting access to suicide means, treatments, and internet or hotline support. Data were extracted on primary outcomes of interest, namely suicidal behaviour (suicide, attempt, or ideation), and intermediate or secondary outcomes (treatment-seeking, identification of at-risk individuals, antidepressant prescription or use rates, or referrals). 18 suicide prevention experts from 13 European countries reviewed all articles and rated the strength of evidence using the Oxford criteria. Because the heterogeneity of populations and methodology did not permit formal meta-analysis, we present a narrative analysis.

Findings We identified 1797 studies, including 23 systematic reviews, 12 meta-analyses, 40 randomised controlled trials (RCTs), 67 cohort trials, and 22 ecological or population-based investigations. Evidence for restricting access to lethal means in prevention of suicide has strengthened since 2005, especially with regard to control of analgesics (overall decrease of 43% since 2005) and hot-spots for suicide by jumping (reduction of 86% since 2005, 79% to 91%). School-based awareness programmes have been shown to reduce suicide attempts (odds ratio [OR] 0.45, 95% CI 0.24–0.85; $p=0.014$) and suicidal ideation (0.5, 0.27–0.92; $p=0.025$). The anti-suicidal effects of clozapine and lithium have been substantiated, but might be less specific than previously thought. Effective pharmacological and psychological treatments of depression are important in prevention. Insufficient evidence exists to assess the possible benefits for suicide prevention of screening in primary care, in general public education and media guidelines. Other approaches that need further investigation include gatekeeper training, education of physicians, and internet and helpline support. The paucity of RCTs is a major limitation in the evaluation of preventive interventions.

Interpretation In the quest for effective suicide prevention initiatives, no single strategy clearly stands above the others. Combinations of evidence-based strategies at the individual level and the population level should be assessed with robust research designs.

Funding The Expert Platform on Mental Health, Focus on Depression, and the European College of Neuropsychopharmacology.

Introduction

Over 800 000 people worldwide die each year by suicide,¹ accounting for 1.4% of deaths worldwide. Suicide can occur at any point in the lifespan, and is the second most frequent, and in some countries the leading, cause of death among young people aged 15–24 years.¹ In addition, around 20–30 times as many suicide attempts occur.²

Suicide occurs because of a convergence of genetic,³ psychological,⁴ social, and cultural risk factors, combined with experiences of trauma and loss.⁵ Internal or external risk factors and the relations between them can be explained in models of suicide, such as stress–diathesis,⁶ gene–environment,⁷ and gene–environment and timing interactions.⁸

The complexity of this multifaceted phenomenon and low base rates, make research on suicide prevention highly challenging.⁹ However, the recognition of suicide

prevention as a public health priority¹⁰ and national prevention programmes have encouraged research, detection, treatment, and management of people at risk for suicide in many countries.^{11,12} A major review of the effectiveness of approaches to suicide prevention was done by Mann and colleagues in 2005.¹³ We did a systematic review using similar methodology to assess progress in suicide prevention research since that influential study.

Methods

Search strategy

We searched PubMed and the Cochrane library for all relevant English language studies published between Jan 1, 2005, and Dec 31, 2014. The initial search used the Medical Subject Headings identifiers for “suicide” (including the subheadings “suicide, attempted”, and

Lancet Psychiatry 2016;
3: 646–59

Published Online

June 8, 2016

[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)

See [Comment](#) page 597

Geha Mental Health Center and
Sackler School of Medicine,
Tel Aviv University, Tel Aviv,
Israel (G Zalsman MD,

R Barzilay MD); Division of
Molecular Imaging and
Neuropathology, Department
of Psychiatry, Columbia

University, New York, NY, USA
(G Zalsman); Centre for Suicide
Research, University of Oxford,

Oxford, UK (K Hawton FMedSci);

National Centre for Suicide
Research and Prevention of
Mental Ill-Health (NASP),
Karolinska Institute,
Stockholm, Sweden

(D Wasserman MD, V Carli MD);

Unit for Suicide Research,
Ghent University, Ghent,
Belgium (K van Heeringen MD);

National Suicide Research
Foundation, Department of

Epidemiology and Public
Health, University College Cork,
Cork, Ireland (E Arensman PhD);

Department of Medicine and
Health Science, University of
Molise, Via De Santis

Campobasso and National
Institute for Health, Migration

and Poverty, Roma, Italy
(M Sarchiapone MD); National

Institute of Mental Health,
Klecany, Czech Republic

(C Höschl MD); Department of
Developmental and Clinical

Child Psychology, Institute of
Psychology, Eotvos Lorand

University, Budapest, Hungary
(J Balazs MD); Institute of

Behavioral Sciences,
Semmelweis University

Budapest, Budapest, Hungary
(G Purebl MD); Université de

Lorraine, Pôle de Psychiatrie et
Psychologie Clinique, Centre

Psychothérapique de
Nancy-Laxou, Nancy-Laxou,

France (J P Khan MD);
Department of Psychiatry,

University of Oviedo, Centro de