

第 3 章

現状と課題

第3章 現状と課題

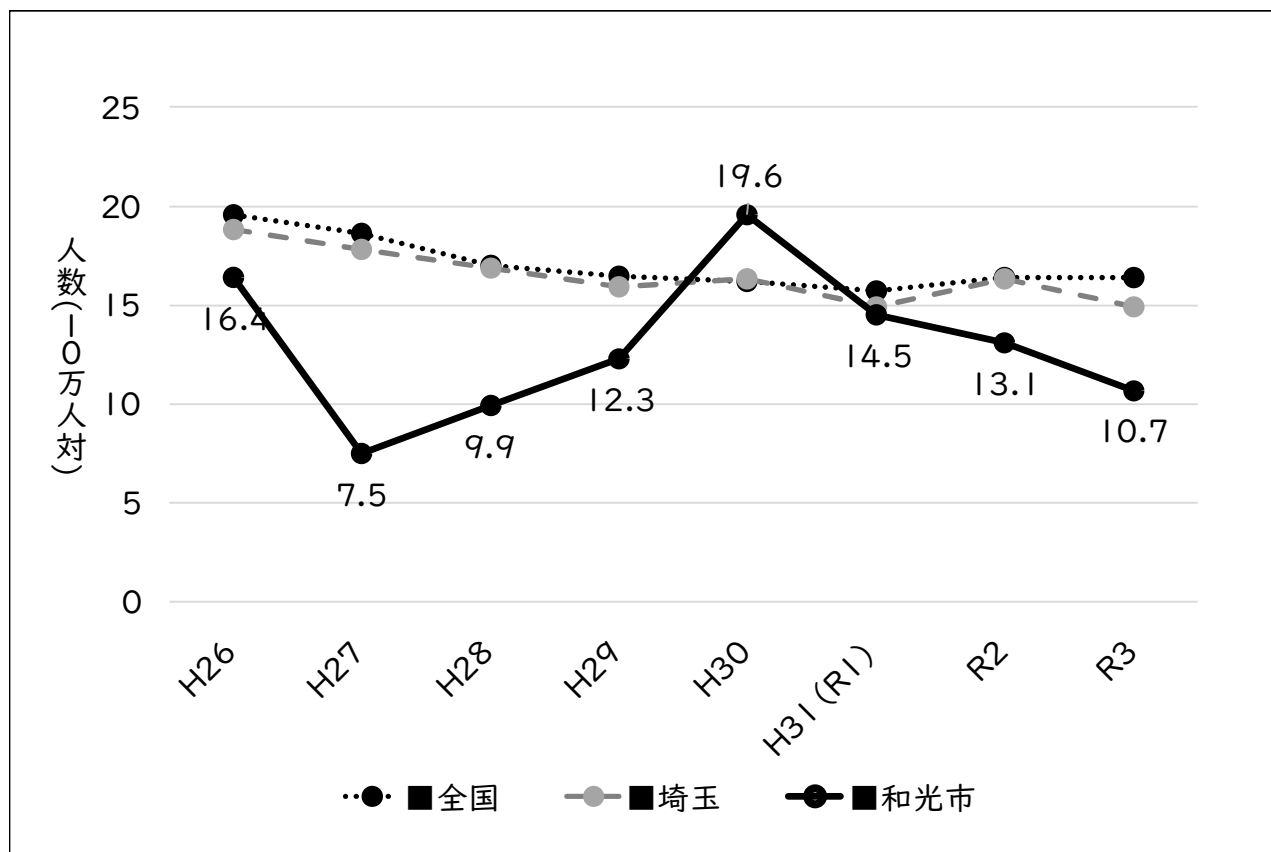
第1節 自殺者の現状

1 人口10万人当たりの自殺死亡者数（自殺死亡率）及び自殺者数の推移

平成26年から令和3年までの自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）の推移について、国及び埼玉県の自殺死亡率は平成21年から減少傾向にありましたが、令和2年のコロナ禍においては、やや上昇しています。また、国と県で数値的に大きな差異は無い状況です。

一方、市の自殺死亡率は、平成30年は一時的に前年を大きく上回りましたが、全体としては、概ね国・県の死亡率を下回っています。自殺死亡率の推移については、平成30年の増加以降は減少傾向です。また、市の自殺者数の推移を見ると、最大値が平成30年16人（自殺死亡率19.6：人口10万人対）、最小値が平成27年6人（自殺死亡率7.5：人口10万人対）、8年間の平均値は10.6人、8年間の総数は85人となっています。

図2 人口10万人当たりの自殺死亡者数（自殺死亡率）の推移（全国、埼玉県、和光市）

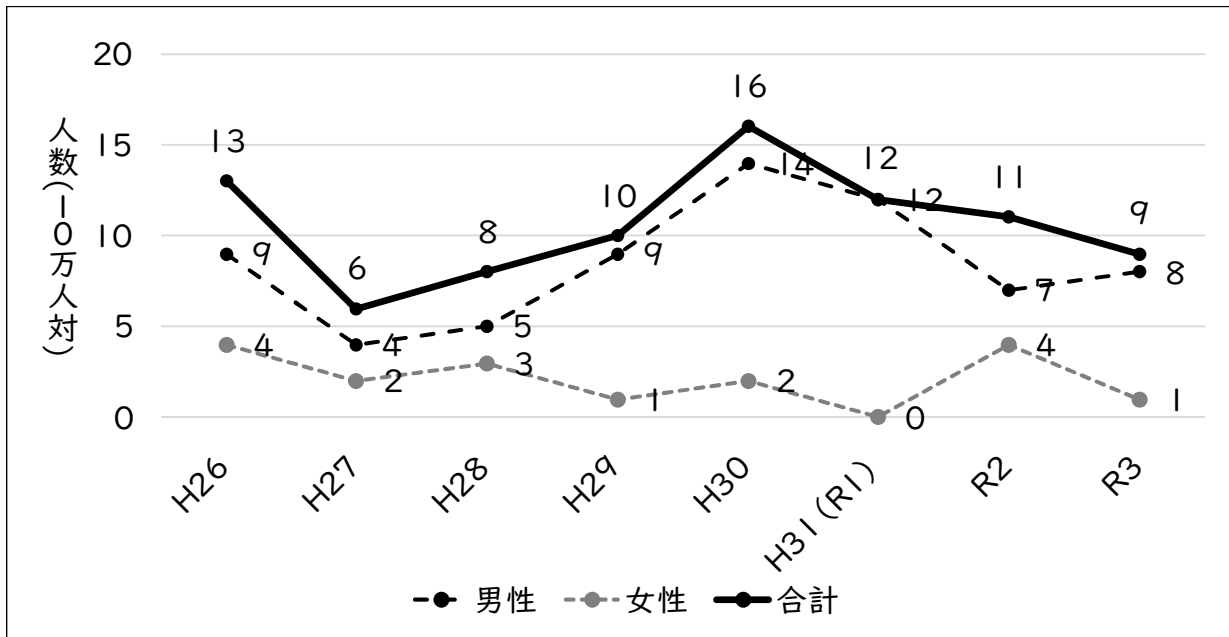


【(出典)自殺の統計：地域における自殺の基礎資料(内閣府および厚生労働省)】

2 男女別の自殺者数の推移及び構成比

平成26年から令和3年の8年間に於いて、一貫して男性の自殺者数が女性の自殺者数を上回っており、総数では男性68人(80.0%)、女性17人(20.0%)となっています。

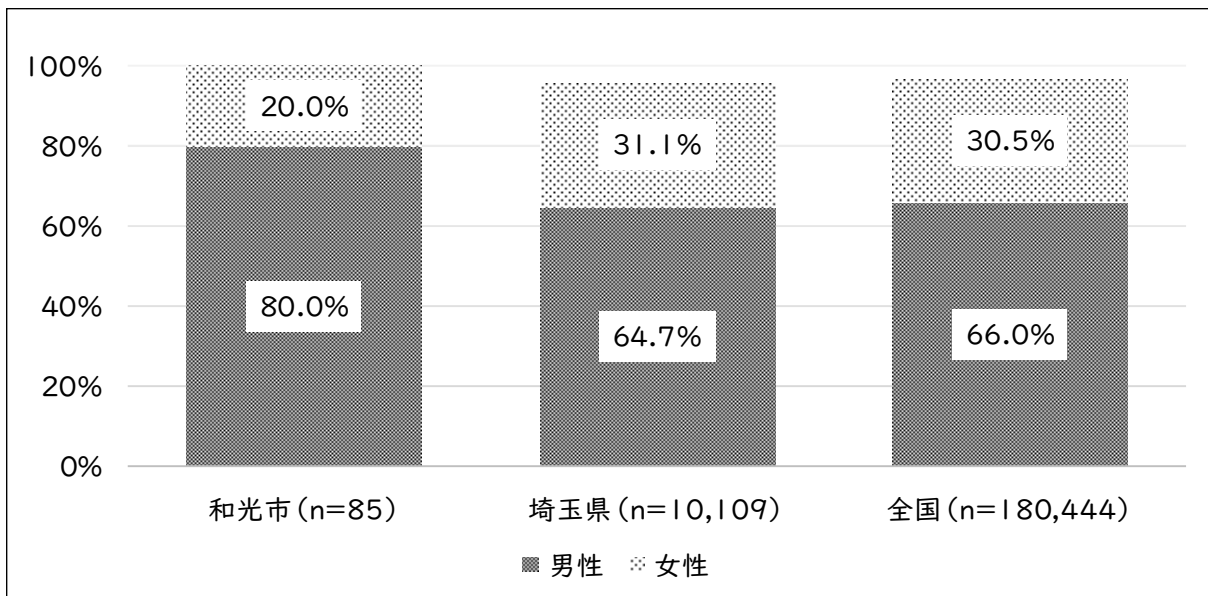
図3 和光市の男女別自殺者数の推移



【(出典)自殺の統計:地域における自殺の基礎資料(内閣府および厚生労働省)】

また、市における平成26年から令和3年の自殺による死亡者の性別構成割合は男性80%、女性20%となっており、全国(男性66.0%、女性30.5%)、埼玉県(男性64.7%、女性31.1%)と比べても男性比率が高くなっています。

図4 自殺死亡者の性別構成比(全国、埼玉県、和光市比較)



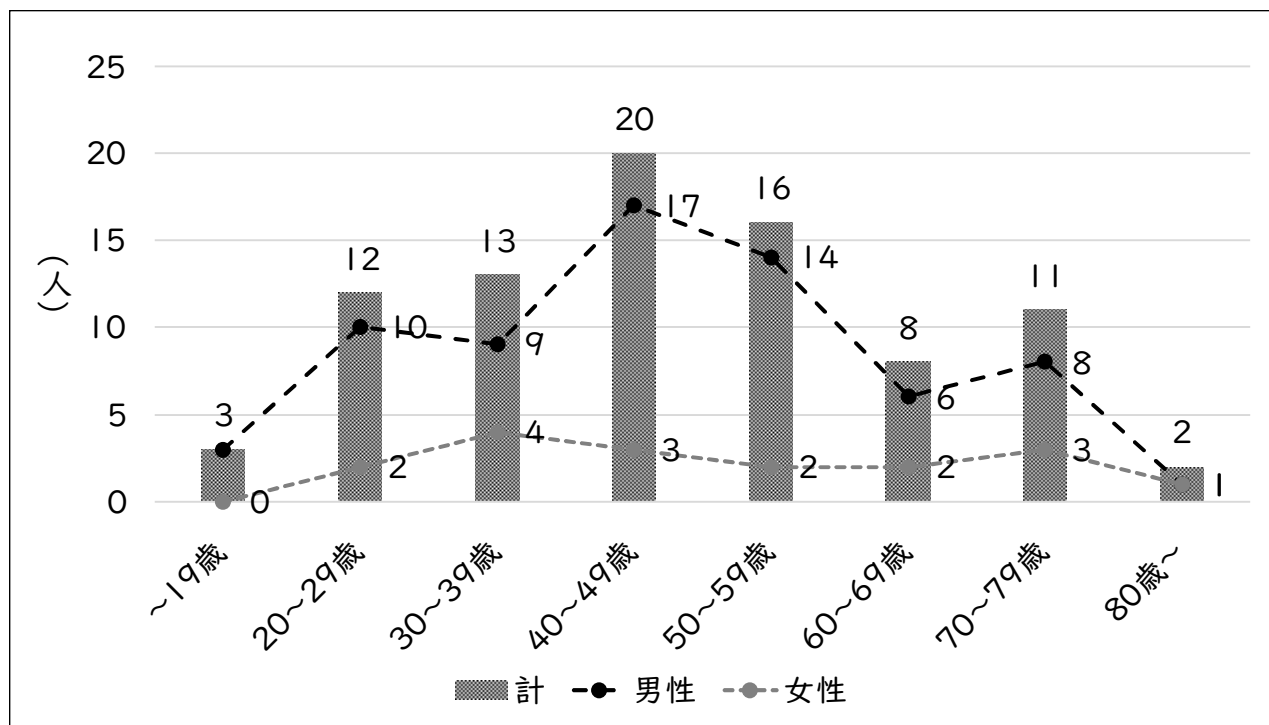
【(出典)自殺の統計:地域における自殺の基礎資料(内閣府および厚生労働省)】

3 「性別×年代別」の特徴

平成26年から令和3年において、年代別の自殺者数をみると、40代が20人と最も多く、次いで50代の16人、30代の13人となっています。30代から50代における自殺者数は49人と、この世代で全体の約半数を占めています。また、60歳以降の高齢層も21人と全体の約25%となっており、30歳以降の自殺者数が自殺者全体の約75%を占める現状となっています。

年代別の傾向について、男女間で顕著な差はありませんが、この8年間の未成年の自殺者3名はすべて男性でした。

図5 和光市の「性別×年代別」自殺者数



【(出典)自殺の統計:地域における自殺の基礎資料(内閣府および厚生労働省)】

4 「原因・動機」について

自殺に至る原因・動機はさまざまであり、また単独の原因ではなく複数の原因によることも多いため、一律の原因・動機の特定は困難ですが、平成24年(2012年)から令和3年(2021)年までの、遺書等の自殺を裏付ける資料により推定される原因・動機についての厚生労働省集計資料のうち、和光市のデータは以下のとおりです。

①計画策定前期間(平成24年～平成28年)、②新型コロナウイルス感染症前期間(平成29年～令和元年)、③新型コロナウイルス感染症後期間(令和2年～令和3年)の3期に分けて集計を実施しました。

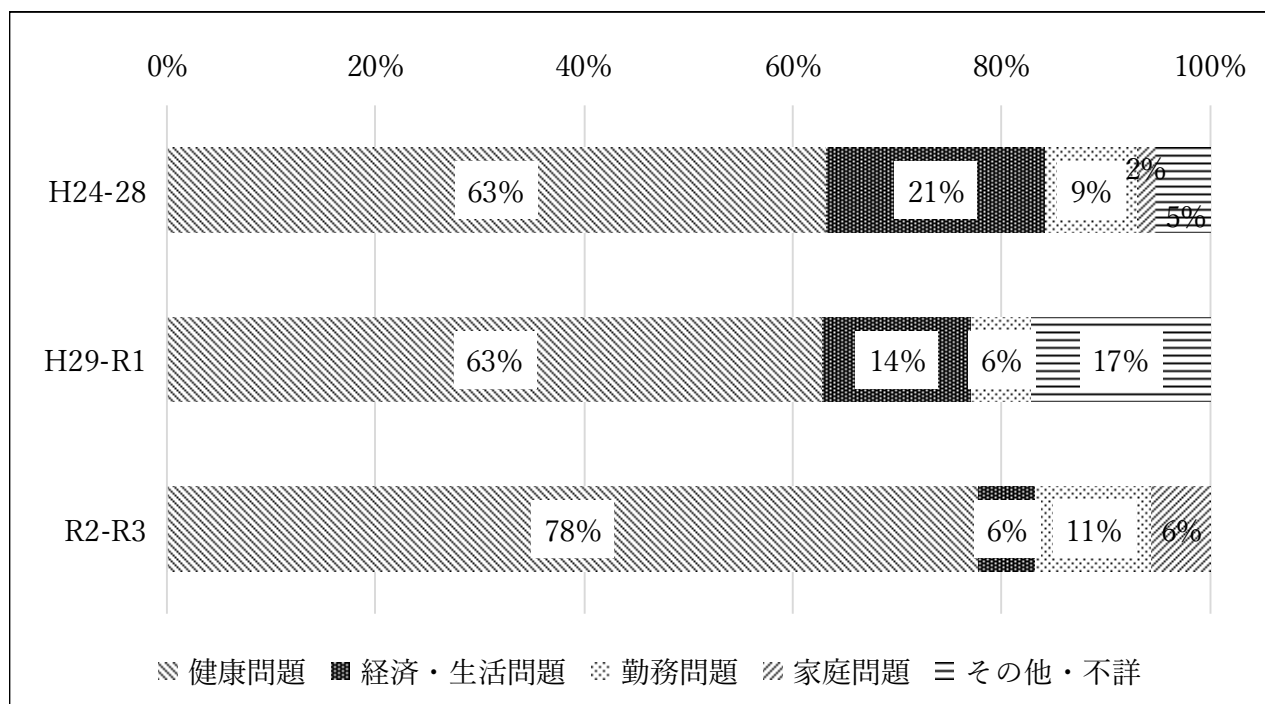
全体としては健康問題が多く、直近10年間の自殺者110名のうち、合計72名(65.5%)が該当します。健康問題の内訳は直近では公表がないため詳細不明ですが、前期計画書で公表しているデータでは、健康問題のうち44%が精神疾患(うつ病以外)、31%が精神疾患(うつ病)、24%が身体疾患ということが明らかとなっており、精神的健康に対する配慮・対策の重要性を示しています。また、新型コロナウイルス感染症後(アフターコロナ)期間では健康問題を理由とした自殺者がさらに増加しています。

次に経済・生活問題が挙げられ、10年間で合計18名(16.4%)が該当します。前期計画書データでは失業・生活苦・債務・就職の失敗等が主に含まれています。

続いて勤務問題があり、10年間で合計9名(8.2%)が該当します。前期計画書データでは仕事疲れ、職場の人間関係不調等が含まれます。

その他は家庭問題(2名)、男女問題(2名)、学校問題(1名)等がこれに続きます。

図6 和光市における自殺の原因の内訳



【(出典)自殺の統計:地域における自殺の基礎資料(内閣府および厚生労働省)】

5 自殺未遂歴について

自殺企図（自殺未遂）に至るリスクとして、過去の自殺企図の存在が医学的研究で示されています。市における自殺者のうち、過去の自殺未遂歴については以下のとおりです。

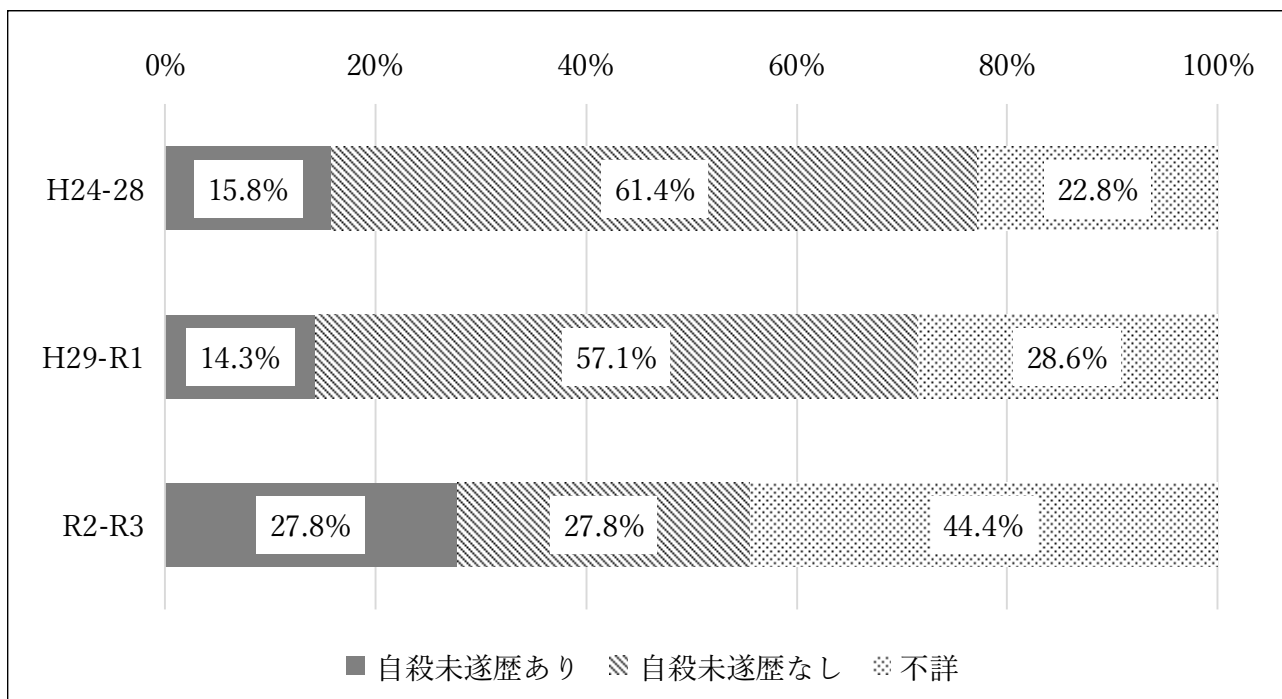
直近10年間の自殺者110名のうち19名（17.3％）に自殺未遂歴が存在します。

全国では53万5千人（1.2億人比0.4％）の自殺未遂者がいるとされます（日本財団調べ 2016年）。すなわち、自殺未遂者は一般人口に対して、40倍以上の自殺リスクを有していることを意味します。また、データ上で「自殺未遂歴なし」と確認できている者は60名（54.5％）にすぎないことから、何度か自殺を試みた上で最終的に記載に至るパス（経路）が稀ではないこともわかります。

さらに、新型コロナウイルス感染症後にあたる直近2年（令和2、3年）については、自殺者のうち自殺未遂経験者の割合が27.8％（19名）と急上昇しており、近年、リスクのある者が企図に至ってしまいやすい状況にあることを示唆します。

以上のことから、市においても自殺未遂はそれ自体が将来の自殺企図の強いリスクであることが明らかでした。

図7 和光市における自殺者の自殺未遂歴の有無



【（出典）自殺の統計：地域における自殺の基礎資料（内閣府および厚生労働省）】

第2節 前期計画の実施状況（評価）と課題

前期計画では、以下の5つの事業を掲げました。

図8 前期計画で掲げた事業の内容

【事業1】自殺のリスクを有する人を早期に発見・支援するための取組

《領域① 経済・生活／仕事領域における生活困窮の課題》

(1) 失業の段階

- 1) 失業により社会保険等から国民健康保険への切替時の発見支援
- 2) 就労支援時の発見支援

(2) 生活困窮に陥った段階

- 1) 税金等の滞納時の発見支援
- 2) 家計再建相談時における発見支援

《領域② 健康領域における疾病・健康不安の課題》

(1) 健康不安に対する発見支援

(2) 関係機関における発見支援

- 1) 医療機関・薬局における発見支援
- 2) 介護保険事業における発見支援

(3) ニーズ調査

《領域③ 家庭領域における子育て・家庭内不和の課題》

(1) 母子健康手帳交付時における発見支援

(2) 乳児家庭全戸訪問（通称：こんにちは赤ちゃん訪問）による発見支援

(3) 乳幼児健診における発見支援

(4) ネウボラ事業における発見支援

(5) 虐待・DVケースにおける発見支援

(6) ひとり親家庭における発見支援

(7) 保育園・幼稚園における発見支援

(8) ひきこもりにおける発見支援

《領域④ 学校等におけるいじめ・不登校・学業不振の課題》

いじめ・不登校・学業不振等がある場合の発見支援

【事業2】把握したハイリスク者に対するケアマネジメントの実施

他制度・多職種によるケアマネジメント ケアプランの実行

【事業3】自殺予防のための取組

(1) 不安・悩みに対する相談窓口の充実と周知

- 1) 自殺予防リーフレット配布、市ホームページ/健康ガイド（全戸配布）への窓口案内掲載
- 2) 子どもが直接相談できる機会の普及・啓発：チャイルドライン等

(2) 自殺に対する理解の促進

- 1) 学校を通じた教育・指導（教育委員会）
- 2) 自殺予防週間（9月）・自殺対策強化月間（3月）での普及・啓発活動
- 3) 市のホームページに自殺予防サイトを開設

【事業4】自殺未遂者の再度の自殺企図防止

- (1) 医療機関に搬送された自殺未遂者への介入、医療機関等との連絡調整
- (2) 自殺未遂者の家族や身近な人々への相談支援体制を構築

【事業5】自殺者の親族等に対する支援

1 計画どおりに実施することができた主な施策

【事業1】では、社会保険離脱時の取組（後述）を除いたその他の取組では、各課において自殺リスクとなる課題を把握・支援を行いつつ、必要時関係課等と連携を図り事業を推進しました。

【事業2】では、自殺リスクとなりうる課題に対し、解決に向けた個別支援の取組は各課において実施しました。しかし、ケアプランに基づく統合的な施策連携の場である「地域コミュニティケア会議（ケア会議）」の開催ができませんでした（後述）。

【事業3】では、相談窓口の充実・周知として、市が発行する健康ガイドや市広報、ホームページ等で相談窓口の案内を行うとともに、小中学生へは学校教育課を通じ、SNS相談窓口や24時間相談可能な電話相談窓口の周知などを行いました。さらに、医師や臨床心理士による「こころの相談」事業を拡大し、市民の相談ニーズに対応しました。

なお、【事業4】の自殺未遂者への対応や、【事業5】の自殺者親族への支援については、相談があった場合、個々に対応するにとどまっています。

2 計画的・効果的に実施することができなかった主な施策

前期計画では、自殺のリスク要因となりやすい生活上の課題に対して、「自助・互助・共助・公助」の視点から支援施策を分類し、その施策ごとに「予防」と「発見」を進めることとし、その特徴的な取組として「経済・生活／仕事領域における生活困窮の課題」からの自殺リスクの早期発見・支援を掲げました。

また、地域包括ケアの機能化による自殺対策として、ケアマネジメントの実践を掲げ、リスク発生の場面とリスクの程度（軽度・重度）に応じて多職種によるチームケアによる支援を目指しました。

市の地域包括ケアマネジメントは「予防の視点」を前提としているため、自殺対策においても、特に生活困窮から自殺に至るケースに着目し、失業の段階から兆候発見の糸口をつかむことに主眼を置きましたが、取組により十分な成果が挙げられたという評価には至りませんでした。

取組状況の検証により、それぞれにその要因を以下のとおり抽出しました。

●【事業1】「自殺のリスクを有する人を早期に発見・支援するための取組」

失業により社会保険等から国民健康保険への切替時に、「相談者チェックシート」を用いて、生活状況や今後の就労意向を確認し、さらに半年単位でモニタリングを行うことで生活困窮リスクを把握する。

○取組を実践することができなかった要因

(1) 組織や実施体制等の問題

・取組の主体が複数の課にわたり、実施に向けた調整が困難であったこと

・取り扱う情報が、所得情報等を含む生活状況や納税情報など非常にセンシティブな情報であったことから取扱に慎重にならざるを得なかったこと

・「チェックシート」開発の困難性

(2) 施策の重点・方向性の問題

- ・自殺に至る危機経路は生活困窮だけではないこと
- ・生活支援の場だけでは兆候の発見には限界があるのではないかという疑問

●【事業2】「把握したハイリスク者に対するケアマネジメントの実施」

自殺に至る可能性の高い経路（危機経路）に即して、自殺のリスクとなる生活上の課題を解決することによって危機経路を絶ち、自殺を予防する仕組みとして、複合的な課題解決のために行う個別支援を他制度・多職種によるケアマネジメント手法を用いて行い、地域コミュニティケア会議（ケア会議）を中心とした地域包括ケアを効果的に機能させ自殺予防につなげる。

○取組を実践することができなかった要因

(1) 組織や実施体制等の問題

- ・自殺対策に特化したケア会議が行われることはなく、個別のリスクに関する情報等については関係者による連絡と共有にとどまったこと

（注）従来のケア会議による個別課題の解決ができなかったわけではない

(2) 施策の重点・方向性の問題

- ・介護予防や健康づくり等と異なり、予防や兆候発見の取組が直接結果に結びつかないという困難性があること（支援に対する評価も結果論とならざるを得ないこと）
- ・自殺の危機経路を絶つための取組の重心が、異なる生活課題（税滞納・生活保護・DV等）の解決に移ってしまうこと

3 評価を踏まえた施策の改善

自殺対策は他の保健福祉施策に比べて効果量の明確な施策を企画・立案することが困難であり、「できることをやる」という方針になる傾向がありますが、自殺者ゼロを目指す上では、根拠（エビデンスとデータ）に基づいた、科学的・医学的視点による施策立案（エビデンス・ベースド・ポリシー）が重要であると考えます。

前期計画の評価の結果、遂行でき、かつ、期待された効果が得られた施策については、本計画においても取組を継続し更なる充実を図りますが、取組の状況や結果が不十分であった事業については、その継続是非も含めて、改善策を検討する必要があります。

また、自殺対策は、実際に困難を抱えた個人の悩みや課題に耳を傾けることから始まる「寄り添い型」の支援といったミクロなものと、マス（不特定の人を対象とした集団）に対して適応可能なマクロなものとして成立しますが、特に後者についてはあまり着手できておらず、新たな手法を検討・開発する余地が残されています。

以上のことから、自殺対策のフィールドを、前期計画での「生活支援の場」を中心とした対症療法・ミクロ的なものへの対応と併せ、どのような要因が自殺のリスクを増加させてしまうのか、どのような施策には効果があると期待されるのかを予め検討した上で対策を講じる、医学的根拠に基

づく「医学・医療の視点」による対策も同様に重視し、双方からアプローチする必要があります。

4 医学的根拠に基づく再分類や問題の整理、新たな検討

前期計画での事業を、医学的根拠（データとエビデンス）に基づき、より重視すべき分野や、生活支援のみならず、医学・医療の視点によるサポート、あるいは医療との連携が必要な領域について検討していく必要があります。

前期計画の事業体系として掲げた「事業1 自殺のリスクを有する人を早期に発見・支援するための取組」では、4領域の施策として、①経済・生活/仕事領域における生活困窮の課題 ②健康領域における疾病・健康不安の課題 ③家庭領域における子育て・家庭内不和の課題 ④学校等におけるいじめ・不登校・学業不振の課題、を企画・立案しました。

これに加えて、ハイリスク者対策として「事業2 把握したハイリスク者に対するケアマネジメントの実施」、予防として「事業3 自殺予防のための取組：（1）不安・悩みに対する相談窓口の充実と周知（2）自殺に対する理解の促進」、自殺未遂者へ対策として「事業4 自殺未遂者の再度の自殺企図防止」、既遂者遺族等へのサポートとして「事業5 自殺者の親族等に対する支援」を掲げました。

本計画で目指す「医学・医療の視点」において、予防は「一次予防」「二次予防」「三次予防」に分類されます。

一次予防は、不調に至る前に、不調に至る原因に対して対処（生活習慣の改善、健康教育、予防接種など、未病の段階で実施する処置や指導）するなど、不調自体を予防することを意味します。

二次予防は、既に不調に至っている者を早期に発見・適切に対処し、その重症化を予防することです。具体的には、相談窓口を設置してハイリスク者を見つけ出し、適切に支援を行うことなどが該当します。

三次予防は、何らかの障害を生じたり、発症してしまった際に、治療過程において保健指導やリハビリテーションを行うことにより社会復帰を促したり、その後の再発を防止するなどの取組を言います。

前期計画での「事業1 自殺のリスクを有する人を早期に発見・支援するための取組」の4領域と、「事業2 把握したハイリスク者に対するケアマネジメントの実施」「事業3 自殺予防のための取組：（1）不安・悩みに対する相談窓口の充実と周知」は二次予防に該当し、「生活支援」と、必要に応じ医療の支援へとつなげていく部分で構成しています。

また、「事業4 自殺未遂者の再度の自殺企図防止」「事業5 自殺者の親族等に対する支援」は三次予防に該当します。

なお、「事業3 自殺予防のための取組：（2）自殺に対する理解の促進」は、その内容が焦点化されていないため分類が困難ですが、学校教育やいじめにおける「SOS」の出し方、「こころの健康」教育が含まれており、一次予防と二次予防の要素を一部含むものです。

このように医学・医療の視点から分類を行うと、一次予防である、不調や死にたい気持ちの発生

自体を予防するという施策が、前期施策では不足していたことがわかり、新たな検討課題として見出されました。

第3節 新たな視点からの課題

前期計画で検討した内容に加え、新たな視点からの課題が出現しています。

1 妊産婦のリスク状況

(1) 妊娠届出時のリスク状況

妊産婦のリスク状況として、EPDS（エジンバラ産後うつ病自己評価票：Edinburgh Postnatal Depression Scale）を用いたリスク評価から、産後のメンタルヘルスのケアの必要性が明らかとなっています。

令和2年、3年の母子手帳交付時によるアセスメントデータ結果から、和光市の妊娠届出件数は、令和2年は608件、令和3年は716件となっています。そのうち、ハイリスクの件数は246件、277件で、約40%を占めている状況です。主な事由は表2のとおりであり、これら4つの項目で全体の大部分を占めます。各機関との連携による集中的なケアや定期的な見守りが必要と考えられます。

表2 妊娠届出時のリスク事由

ハイリスクの事由	件数
支援者不足	145
身体的疾患	122
未婚	91
精神疾患	90

【（数値提供）地域包括ケア課】

(2) 産後（こんにちは赤ちゃん訪問時等）のリスク状況

令和2年、3年のスリーシートの結果*（ネウボラ課より提供）を踏まえると、EPDSでのリスク判定が出ている割合は全体の1～2%と少なくなっています。しかし、判定が出ている方は何らかの問題を抱え、精神的・身体的に支援が必要な状態です。

「家庭問題で困っていること」がある母親も、令和2年は全回答者のうち21.9%、令和3年は22.1%で存在しています。主な内容としては「育児に対する協力が得にくい」「不安定な収入」「親族との付き合い方」が挙げられています。産前産後のリスク状況の結果を連携させながら、行政を含め地域が実施している支援の周知や関係機関との情報共有を行うとともに、状況のヒアリング、確認する場を引き続き設けていくことが重要と考えます。

*スリーシートとは、こんにちは赤ちゃん訪問時に実施する3つの質問票で、「育児支援チェックリスト」「産後の気分に関する質問票（EPDS）」「赤ちゃんへの気持ち質問票」からなり、赤ちゃんとお母さんが安心して生活できるサポートを行うことを目的に実施しています。

2 子どもの虐待リスク状況

子どもを取り巻くリスク状況として、新型コロナウイルス感染症下において、虐待件数増加の傾向が生じています。

令和3年度の虐待件数は155件と前年度比4件の増加であり、内訳は、心理的虐待89件（57.4%）、身体的虐待38件（24.5%）、ネグレクト27件（17.4%）となっています。心理的虐待やネグレクトによるものが増加傾向にあり、特に0歳児では、前年比2倍以上の増加が見られました。

コロナ禍において、自由に生活ができない不満や、不安や孤独等のストレスが子どもへ向けられた可能性、保育園や幼稚園の閉鎖、学校の時短等により子どもとの接触時間が増加したことに起因する可能性があります。

表3 令和2年度の虐待発生状況

令和2年度	身体的虐待	性的虐待	心理的虐待		保護の怠慢・拒否（ネグレクト）	計
				暴力の目撃等によるもの		
0歳	1	0	10	0	1	12
1歳	0	0	7	0	0	7
2歳	4	0	10	0	0	14
3歳	3	0	3	0	2	8
4歳	1	0	7	0	0	8
5歳	2	0	7	0	2	11
6歳	2	0	7	0	2	11
7歳	4	0	7	0	1	12
8歳	1	0	8	0	1	10
9歳	0	0	2	0	0	2
10歳	3	0	3	0	3	9
11歳	3	0	3	0	0	6
12歳	11	0	3	0	3	17
13歳	4	0	6	0	0	10
14歳	0	0	3	0	0	3
15歳	5	0	2	0	0	7
16歳	2	0	2	0	0	4
17歳	0	0	0	0	0	0
18歳	0	0	0	0	0	0
計	46	0	90	0	15	151

【（数値提供）地域包括ケア課】

表4 令和3年度の虐待発生状況

令和3年度	身体的 虐待	性的 虐待	心理的 虐待		保護の怠慢・ 拒否(ネグレ クト)	計
				暴力の目撃 等によるもの		
0歳	2	0	17	0	10	29
1歳	1	0	7	0	1	9
2歳	4	0	7	0	2	13
3歳	2	0	5	0	3	10
4歳	1	0	8	0	2	11
5歳	2	0	4	0	2	8
6歳	3	0	2	0	0	5
7歳	3	0	3	0	2	8
8歳	4	0	5	0	0	9
9歳	3	0	4	0	0	7
10歳	1	0	4	0	2	7
11歳	4	0	8	0	1	13
12歳	5	0	3	0	2	10
13歳	0	0	6	0	0	6
14歳	1	1	2	0	0	4
15歳	2	0	4	0	0	6
16歳	0	0	0	0	0	0
17歳	0	0	0	0	0	0
18歳	0	0	0	0	0	0
計	38	1	89	0	27	155

【(数値提供) 地域包括ケア課】

3 学齢期におけるリスク状況

学校における自殺に係る取組では、「教育相談からの取組」と「生徒指導からの取組」があります。「教育相談からの取組」では、相談体制づくりや巡回相談をはじめ、教員向けのガイドブック作成などを行っています。

また、生徒指導からの取組では、各学期での「学校生活アンケート」や、「いじめ防止基本方針」に則った学級活動・道徳などで「いじめ」や「SOSの出し方」などについての周知・啓発などを行っています。

また、市は令和元年度に健康アンケートとして心の健康についての調査を行いました。このアン

ケートには絶望感や自身の無価値感など、希死念慮や自殺企図と関連しやすいことが知られている項目が入っており、中学2年生では、「絶望的だと感じましたか」に対して、4.7%が「いつも絶望的」、5.3%が「たいてい絶望的」と回答し、絶望感を頻繁に感じている者が10%に達しています。さらに「自分は価値のない人間だと感じましたか」に対しては、6.7%が「いつも感じた」、8.2%が「たいてい感じた」と回答し、無価値感についても15%に及んでいます。

高校生ではこれらの割合はそれぞれ5.5%と7.4%とに改善しますが、いずれにしても少なくない割合での絶望感および無価値感を慢性的に感じている思春期人口の存在が明らかとなっており、極めてハイリスクです。

子どもに対して、自己肯定感、自己効力感、将来に対する希望等を涵養できる教育の提供や環境の醸成が求められる状況にあります。

図9 令和元年度健康アンケート調査文面

Q18 あなたの最近の1か月間の^{じょうきよう}状況をお聞きします。
それぞれの^{しつもん}質問について、当てはまるものを1つ選んで○を付けてください。

	いつも	たいてい	ときどき	少しだけ	まったく ない
ア ちょっとしたことでもイライラしたり不安になったりしましたか	1	2	3	4	5
イ ^{ぜつぼうてき} 絶望的だと感じましたか	1	2	3	4	5
ウ そわそわ、落ち着かなく感じましたか	1	2	3	4	5
エ 気分が ^{しずこ} 沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか	1	2	3	4	5
オ 何をするのも ^{めんどろ} 面倒だと感じましたか	1	2	3	4	5
カ 自分は ^{かち} 価値のない人間だと感じましたか	1	2	3	4	5
キ 学校へ行きたくないと思いましたか	1	2	3	4	5

4 地域におけるリスク状況

地域におけるリスク状況では、民生委員や自治会、地区社協等の見守り活動内容等との関係性において見守り体制のあり方を検討する必要があります。

地域に暮らす人々の問題やその相談などへの対応は、民生委員児童委員や自治会等が中心となって行っていますが、市では平成29年から地区社会協議会（以下、地区社協という）の設立が進み、地域活動の中で支援が必要な方への見守り等が行われています。

地区社協とは、誰もが安心して暮らすことのできる福祉のまちづくりを目的に「地域住民が自発的に取り組むために設立した自主的な住民組織」のことです。

住民参加による地域福祉活動を通して、地域のふれあいを高めるとともに、住民一人ひとりの課題を地域全体の課題と捉え、その解決に向けた取り組みを行っています。

市では、小学校区域ごとにひとつの地区社協の設立を目標としており、地区社協はその地域の

住民や企業、各種団体によって構成されています。

令和4年12月現在、9つの小学校区域のうち7区域で地区社協が設立しています。それぞれの地区社協は、その地域の特性に応じた活動を行い、地域活動の重要な役割を担っています。

自殺リスクの早期発見には地域の見守り体制が不可欠です。現状、自殺に対する地域の見守り体制の構築は発展の途上にあるため、地域活動の要となっている地区社協の構成員の方々に自殺リスクの早期発見の視点や日々の地域活動の中でリスクを察知する視点を持っていただくことなどの知識の獲得やスキルアップが自殺対策予防に効果があると考えます。

5 生活困窮におけるリスク状況

生活困窮は自殺に至るリスクとして重要な要素となっています。生活保護相談件数や保護開始件数は増加傾向にあるものの、廃止件数（生活保護からの脱却）もわずかながら増加傾向が見られます。

また、新型コロナウイルス感染症緊急生活支援貸付制度の利用件数も減少（およそ半減）しており、生活への影響もやや落ち着きが見られていますが、今後のさらなる感染拡大リスクなどを踏まえると、未だ楽観視はできない状況です。

表5 生活困窮に係る現状

項目	令和3年度実績	令和2年度実績
生活保護相談件数	209 件	185 件
生活保護開始件数	94 世帯(114 人)	80 世帯(99 人)
生活保護廃止件数	74 世帯(86 人)	70 世帯(83 人)
生活保護世帯数	613 世帯(766 人)	599 世帯(760 人)
新型コロナウイルス感染症緊急 生活支援資金貸付利用件数	244 件	413 件

【(出典)和光市事務事業評価】

第4節 希死念慮を生じる要因の調査

1 根拠に基づく自殺予防施策

希死念慮とは「死にたい気持ち、死んでしまいたいと思うこと、自殺したい気持ち」を意味し、自殺の前段階、有リスク状態であることを意味します。既遂してしまった自殺者本人に対する介入は不可能であるため、自殺予防対策は「自殺未遂者の再発をいかに防ぐか（三次予防）」「希死念慮を有する者の希死念慮をいかに改善させるか（二次予防）」「そもそも希死念慮が生じないようにどうするか（一次予防）」で構成されることになります。

前述のように市の施策には一次予防に関するものが乏しいことが分かったため、今回、医学的根拠に基づいた施策立案を目指し、希死念慮を生じる要因についての調査を行いました。

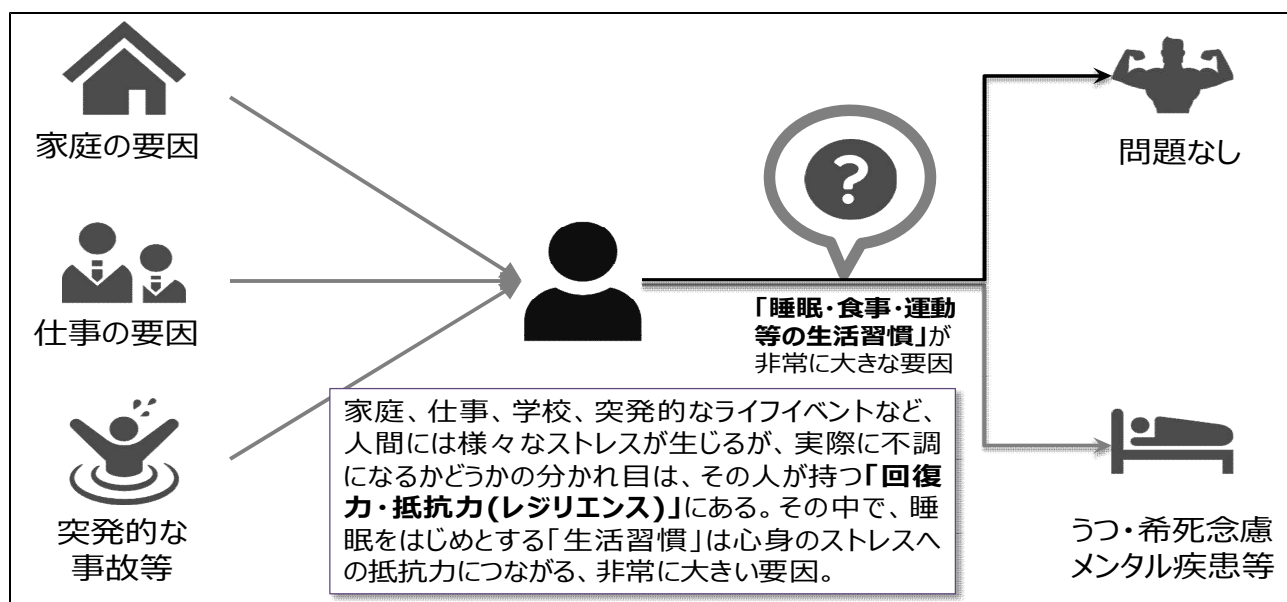
2 希死念慮の原因と生活習慣

希死念慮を生じる原因については複数の既存の医学的研究があります。健康問題（特にうつや精神疾患）、経済的問題、仕事の問題、家庭の問題等が大きく影響しますが、同程度のストレスや深刻なライフイベントを受けたとしても、全ての人が希死念慮を抱いたり、自殺に至ったりするわけではありません。

同じようなストレスを受けた時に、それが実際に不調や希死念慮に結びついてしまうのか、それとも問題を生じずに済むのかを規定する要因には「回復力・抵抗力」（医学的・心理学的な用語では「レジリエンス」とも呼ばれる）が存在します。

回復力・抵抗力（レジリエンス）は考え方や思考の癖、生来的な気質や生育状況に左右されることが知られていますが、睡眠や食事などの生活習慣も影響することが近年示されています。

図10 希死念慮に与える要因と抵抗力・回復力の概念



これは自殺予防の上で重要な視点です。経済的問題、仕事の問題、家庭の問題等は、市は支援をすることはできても、これらをただちに解決することや、問題の発生を予防することは困難です。ま

た、考え方について介入することも多大な人的資源と専門性（心理士による認知行動療法など）が必要となり、実現が難しい状況です。また、生育歴等の過去のことは介入できませんが、生活習慣は介入・指導・予防が可能です。さらには、マス（集団）に対して、広く改善の啓発をすることで予防的アプローチを行うことが可能です。

たとえば、既存の国立研究施設の調査では、野菜類の少ない食事パターンの者は、自殺リスクが2倍以上に高まることを明らかにしています。その他、海外も含む複数の国の研究で、思春期の睡眠不足で自殺リスクが約3倍になることが明らかになっています。このように、生活習慣は希死念慮や自殺に強く影響します。

そのため、市は自殺予防対策に関する調査の協定を締結した東京医科大学の協力のもと、「生活習慣の改善は自殺予防対策となりうるか」という実効性の検討のための調査を令和4年度に行いました。

3 調査の結果

結果概要は以下のとおりです。（調査や統計解析の手法については巻末●に記載）

調査時点の過去2週間において、自傷や自殺に関する意図をわずかであっても有する者は、全体の13.3%存在しました。

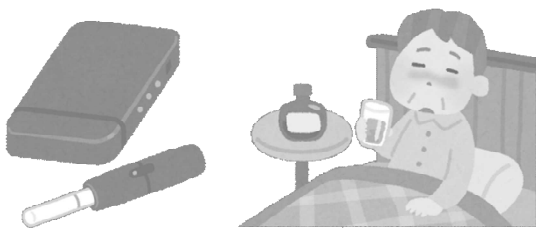
調査の結果、主に以下の要因が希死念慮や自殺につながる事が明らかになりました。

食事はきちんと摂れていますか？



- ・野菜の摂取量不足
 - ・タンパク質の摂取頻度が低い
 - ・食事時間の乱れ
 - ・自炊ができていない
 - ・水分不足
- に注意！

○食習慣はうつ症状や希死念慮、そしてそれらの改善/悪化に対して影響していました。具体的には、野菜類の摂取量とタンパク質の摂取頻度、各食事を規則正しく摂ること、外食を少なくし自炊の機会を確保すること、そして水を適切に飲むこと（ただし飲み過ぎにも注意）が、将来のうつや希死念慮を予防できる可能性が高いことも明らかになりました。



嗜好品にも注意を！

○喫煙は、短いスパンであってもうつや希死念慮に影響を与えていました。

○寝酒をしていると、うつや希死念慮が悪化していました。



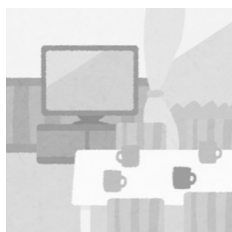
鉄分足りてますか？

○「鉄欠乏状態」がうつの原因となりうるということが明らかとなりました。



介護疲れになる前に…

○介護に費やしている時間の長さが希死念慮の原因となることがわかりました。



テレビもほどほどに

○テレビの視聴時間の長さが希死念慮の悪化と関連することがわかりました。



よく眠れていますか？

○全体では7時間程度の睡眠時間*が希死念慮を最小化し、入眠困難、主観的な睡眠の質の悪さ、睡眠に関するなんらかの問題の存在はうつや希死念慮を悪化させることがわかりました。

*必要睡眠時間には年齢差、個人差があるためあくまで目安です。

○睡眠中に明るい照明の下で寝ていると、うつや希死念慮が悪化していました。

○「鼻が詰まって眠れない」「痒くて眠れない」「痛みがあって眠れない」というだけでも希死念慮が悪化していました。

4 調査結果の利用

今回の調査により「それを改善させることで希死念慮を改善あるいは予防することが期待できる生活習慣項目」が明らかになりました。

具体的には、食事時間を規則正しくする、野菜類をしっかりと毎日摂取する、鉄不足があればそれを補う、適切な睡眠時間をとる、睡眠を妨害する要因があればそれを除去して睡眠の質を確保する、などで将来の希死念慮を減らすことができる可能性が示されました。

今後、これらの項目に対してより具体的な指導内容の精査や、指導方法を検討することが必要ですが、この結果を利用することにより、「メンタルヘルス不調、ひいては自殺を防ぐための生活習慣指導のマニュアル」の開発を行うことができます。

また、これらの健康的な生活習慣に関する啓発のためのドキュメントを作成し普及させていくことで、市全体の希死念慮を低減させる効果が期待できます。

これにより、自殺に対する一次予防、二次予防、三次予防の全ての局面で効果を発揮できる施策のツール(道具)を得ることができると考えます。