巻末資料

1 和光市健康づくり基本条例

〇和光市健康づくり基本条例

目次

前文

第1章 総則（第1条―第7条）

第2章 健康づくりの推進に関する基本的施策（第8条―第10条）

第3章 健康づくりの推進体制（第11条―第14条）

第4章 ヘルスソーシャルキャピタル審議会（第15条―第18条）

第5章 雑則（第19条）

附則

健康であることは、疾病や障害の有無に関係なく、市民が生き生きと安心して生活し、自己実現を図るための基盤となるものであり、全ての市民が健康であることは、市民一人一人の生活のみならず市全体としての福祉の向上につながるものである。

市は、市民の健康を増進させるため、誰もが健康に暮らすことができるまちづくりを進めており、その実現のためには、健康づくりに関する施策を総合的に調整し、市民、事業者及び関係団体等との協働により、地域が一体となって計画的に推進していく必要がある。

そこで、健康づくりに関し基本的な事項を定め、健康づくりに関する施策を包括的に推進する体制を構築し、もって市民の福祉の向上に寄与するため、この条例を制定する。

第1章 総則

（目的）

第1条 この条例は、市が行う健康づくりに関する施策について基本的な事項を定めることにより、市民の健康増進を図り、もって市民の福祉の向上に寄与することを目的とする。

（定義）

第2条 この条例において「事業者」とは、市内で事業活動を営む者をいう。

2 この条例において「関係団体等」とは、市内で保健、医療及び福祉に関する活動に従事する者

及び団体をいう。

（基本理念）

第3条 健康づくりは、市民一人一人の心身の状態等に合わせて、生き生きと健やかに生活できるよう全世代を通じて継続的に行われなければならない。

2 健康づくりは、市民一人一人の健康が生活の質の向上に不可欠であることを認識して推進されなければならない。

3 健康づくりは、市民、事業者、関係団体等及び市がそれぞれの役割を認識し、相互に協力して地域全体で推進されなければならない。

（市の責務）

第4条 市は、市民、事業者及び関係団体等と協働して健康づくりに関する施策を包括的に推進しなければならない。

（市民の責務）

第5条 市民は、主体的に健康づくりに関心を持ち、自らの健康状態に応じた健康の保持及び増進に関する取組を行うよう努めなければならない。

（事業者の責務）

第6条 事業者は、その使用する者の健康に配慮した職場環境の整備に努めるとともに、市の健康づくりに関する施策の推進に協力するよう努めなければならない。

（関係団体等の責務）

第7条 関係団体等は、その活動に当たっては健康づくりに配慮するとともに、市の健康づくりに関する施策の推進に協力するよう努めなければならない。

第2章 健康づくりの推進に関する基本的施策

（健康づくりの推進に関する取組）

第8条 市は、健康づくりに関する施策を推進するため、次に掲げる取組を行うものとする。

（1） ヘルスアップ 健康増進及び疾病等の予防に関する取組

（2） ヘルスサポート 疾病等の進行及び重症化を防ぐための取組

（調査及び分析）

第9条　市長は、健康づくりに関する地域の課題を明確にするため、別に定める区域ごとに、市民の健康状態等に関する調査及び分析を行うものとする。

（目標の設定）

第10条　市長は、健康づくりに関する施策及び事業の推進に資するため、健康づくりに関する目標を定め、当該目標及びその結果を公表するものとする。

第3章　健康づくりの推進体制

（連携及び協働）

第11条　市は、市民、事業者及び関係団体等と相互に連携を図りながら、協働して健康づくりに関する施策及び事業を実施するよう努めるものとする。

（情報提供等）

第12条　市は、市民、事業者及び関係団体等に対して、健康づくりに関する情報の提供その他の必要な支援を行うものとする。

2　市は、市民、事業者及び関係団体等に対し、健康づくりの推進のために必要な情報を提供するよう求めることができる。

（推進体制の整備）

第13条　市は、健康づくりに関する施策を総合的に調整し、及び計画的に推進するために必要な体制を整備するものとする。

（ヘルスサポーターの育成）

第14条　市長は、健康づくりに関する施策の推進を図るための市民ボランティアとして、ヘルスサポーターの育成に努めるものとする。

第4章　ヘルスソーシャルキャピタル審議会

（設置）

第15条　市長の諮問に応じ、健康づくりに関する重要事項を調査審議するため、市長の附属機関として、ヘルスソーシャルキャピタル審議会（以下「審議会」という。）を置く。

2　審議会は、健康づくりに関する事項について調査及び研究を行い、市長に意見を述べることができる。

（組織等）

第16条　審議会は、委員12人以内で組織する。

2　委員は、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

（1）　知識経験を有する者

（2）　関係団体等を代表する者

（3）　公募による市民

3　委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

4　補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（会長及び副会長）

第17条　審議会に会長及び副会長を置く。

2　会長及び副会長は、委員の互選により定める。

3　会長は、審議会を代表し、会務を総理する。

4　副会長は、会長を補佐し、会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、その職務を代理する。

（会議）

第18条　審議会の会議は、会長が招集し、その議長となる。

2　審議会の会議は、委員の半数以上の出席がなければ開くことができない。

3　審議会の会議の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

4　審議会の会議は、公開とする。ただし、議長が会議を公開することに支障があると認めるときは、当該会議の全部又は一部を公開しないことができる。

第5章　雑則

（委任）

第19条　この条例の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附　則

この条例は、平成25年4月1日から施行する。

2 第2期和光市自殺対策計画策定委員会設置要領

令和4年3月17日市長決裁

この要領は、第2期和光市自殺対策計画策定委員会（以下「委員会」という。）の設置及び運営に関し、必要な事項を定めるものとする。

（設置）

第1条 自殺対策基本法（平成18年法律第85号）第13条第2項の規定に基づき、市内における自殺対策の基本方針等を定める和光市自殺対策計画（第2期）を策定するため、委員会を設置する。

（所掌事項）

第2条 委員会は、医学的・学術的アプローチに基づき、生活習慣の改善によるリスク予防と施策の地域展開を念頭に置き和光市自殺対策計画（案）を検討し、その結果を市長に提言するものとする。

（委員会の組織等）

第3条 委員会は、委員6人以下で組織し、次に掲げる者のうちから市長が委嘱する。

（1） 知識経験を有する者（医学、保健及び福祉分野）

（2） 福祉関係事業者に従事する者

（3） 精神保健福祉行政に従事する者

（4） ヘルスソーシャルキャピタル審議会委員のうちから同委員長が推薦する者

（5） 公募による市民

2 委員会に、委員長及び副委員長を置き、委員のうちから市長が指名する者をもってこれに充てる。

3 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長が欠けたとき、又は委員長に事故あるときは、その職務を代理する。

5 委員の任期は委嘱日から市長に提言する日までとする。

（会議）

第4条 委員会の会議は、必要に応じて委員長が招集し、その議長となる。

2 委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者に会議への出席を求め、その意見又は説明を聴くことが出来る。

（庶務）

第5条 委員会の庶務は、保健福祉部健康保険医療課（保健センター）において処理する。

（委任）

第6条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は委員長が会議に諮って定める。

3 第2期和光市自殺対策計画策定委員会 委員名簿

（敬称省略）

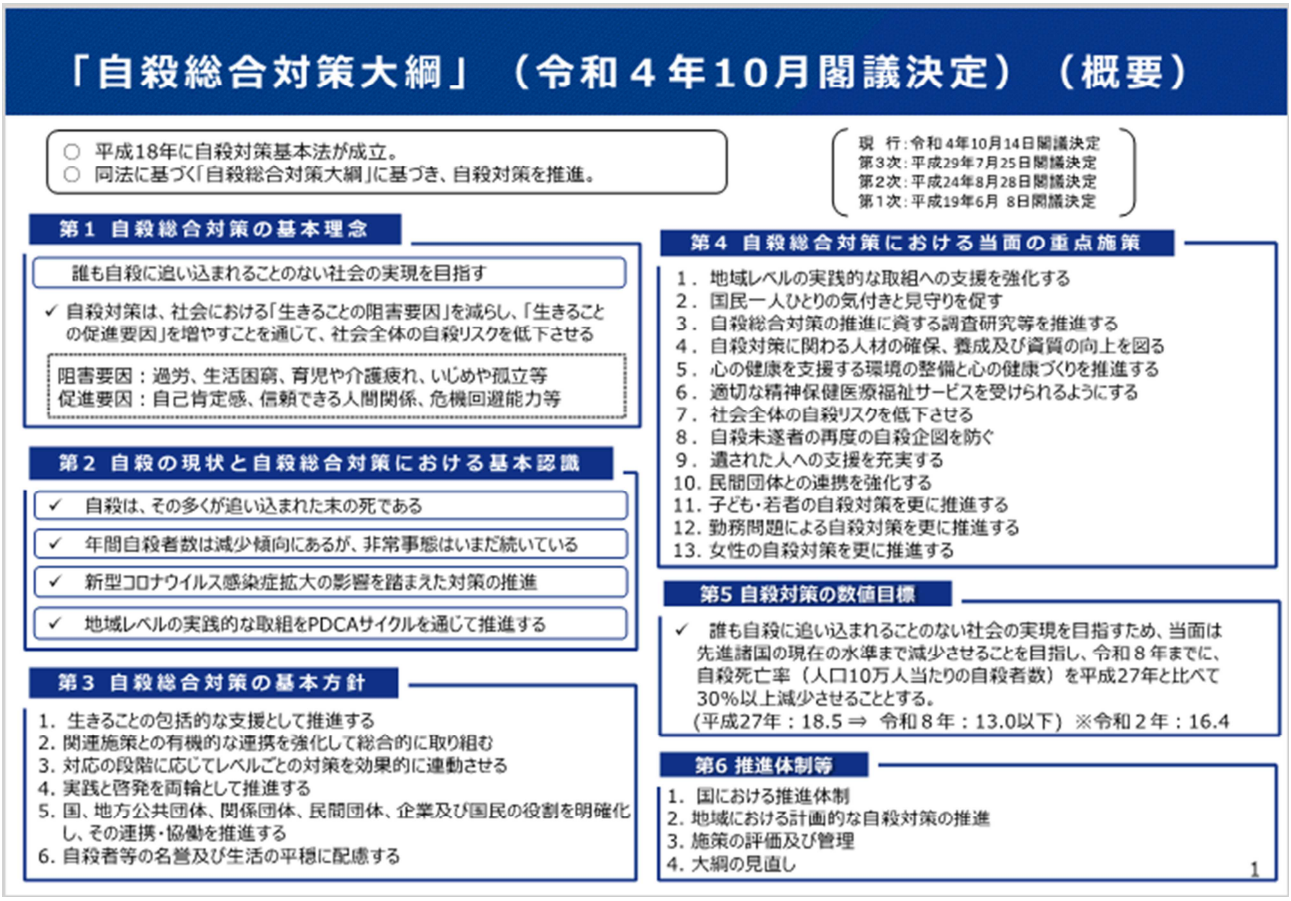
任期 令和４年６月１日から計画策定まで

氏　名	選出区分	所属団体名
志村 哲祥 (委員長)	１号委員 知識経験を有する者 （医学、保健及び福祉分野）	東京医科大学 （医師・医学博士）
鈴木 宏幸 (副委員長)		東京都健康長寿医療センター研究所 （社会参加と地域保健研究チーム専門副部長）
椎名 彩	２号委員 福祉関係事業所に従事する者	医療法人 寿鶴会 菅野病院 北地域生活支援センター ひなげし
斉藤 富美代	３号委員 精神保健福祉行政に従事する者	朝霞保健所 (保健予防推進担当部長）
清水 勝子	４号委員 和光市ヘルスソーシャルキャピタル審議会のうち同委員長が推薦する者	和光市ヘルスソーシャルキャピタル審議会委員 (朝霞地区薬剤師会)
山形 克己	５号委員 公募による市民	市民

４ （参考）前期計画での事業の体系（第4章第1節）

	経済・生活／仕事領域	健康領域	家庭領域	学校領域
課題	・生活苦 ・債務/多重債務 ・就職失敗	・うつ病 ・身体の病気の悩み ・その他の病気の悩み	・育児 ・家族関係の不和等 ・被虐待	・学業不振 ・いじめ ・不登校
公助	○生活保護給付 ○住宅給付金給付 ○就労支援(ハローワーク・自立相談支援) ○市税・納税相談	○医療費助成 ○障害者手帳交付	○母子手帳交付 ○乳児家庭全戸訪問 ○乳幼児定期健診 ○子育て世代包括支援センター事業○保育園・幼稚園事業 ○女性保護 ○児童保護 ○地域包括支援センター事業	○学校教育 ○学習支援 ○障害者手帳交付
共助	○失業給付 ○国民健康保険加入	○国民健康保険加入 ○介護保険申請・給付 ○自立支援医療給付	○子どもの医療費給付	
互助	○各種貸付（生活福祉資金等） ○家計再建支援 ○民生委員・児童委員、地区社協、ﾍﾙｽｻﾎﾟｰﾀｰ、介護予防ｻﾎﾟｰﾀｰ等地域活動	○介護予防事業 （まちかど健康相談室等） ○民生委員・児童委員、地区社協、ﾍﾙｽｻﾎﾟｰﾀｰ、介護予防ｻﾎﾟｰﾀｰ等地域活動	○ファミリーサポート事業 ○ホームスタート事業 ○民生委員・児童委員、地区社協、ﾍﾙｽｻﾎﾟｰﾀｰ、介護予防ｻﾎﾟｰﾀｰ等地域活動	○民生委員・児童委員、地区社協、ﾍﾙｽｻﾎﾟｰﾀｰ、介護予防ｻﾎﾟｰﾀｰ等 地域活動
自助	○無料法律相談	○医療機関受診 ○薬局での薬剤処方 ○市自殺予防サイト （ホームページ開設） ○健康ガイド配布 ○健康診査○出張講座 ○健康相談 ○メール・電話相談 （民間団体等）	○メール・電話相談 （民間団体等）	○メール・電話相談 （民間団体等） ○スクールカウンセラー、教育相談員、 さわやか相談員による相談

5 新たな自殺総合対策大綱の概要



「自殺総合対策大綱」（令和４年10月閣議決定）（概要）

○ 平成18年に自殺対策基本法が成立。
○ 同法に基づく「自殺総合対策大綱」に基づき、自殺対策を推進。

現　行：令和４年10月14日閣議決定
第３次：平成29年７月25日閣議決定
第２次：平成24年８月28日閣議決定
第１次：平成19年６月 8日閣議決定

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
✓ 新型コロナウイルス感染症拡大の影響を踏まえた対策の推進
✓ 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
6. 自殺者等の名誉及び生活の平穏に配慮する

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付きと見守りを促す
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．自殺対策に関わる人材の確保、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
13. 女性の自殺対策を更に推進する

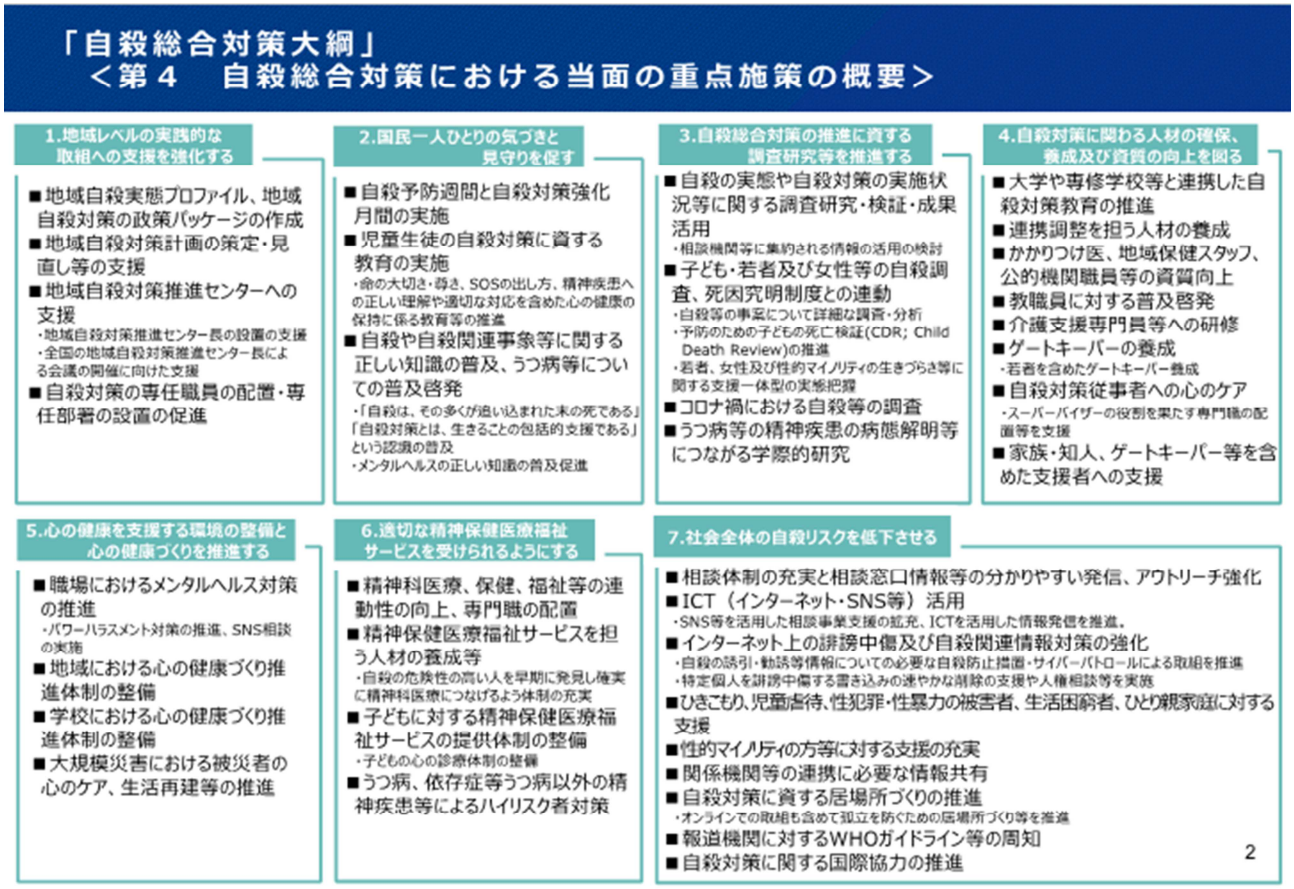
第5 自殺対策の数値目標

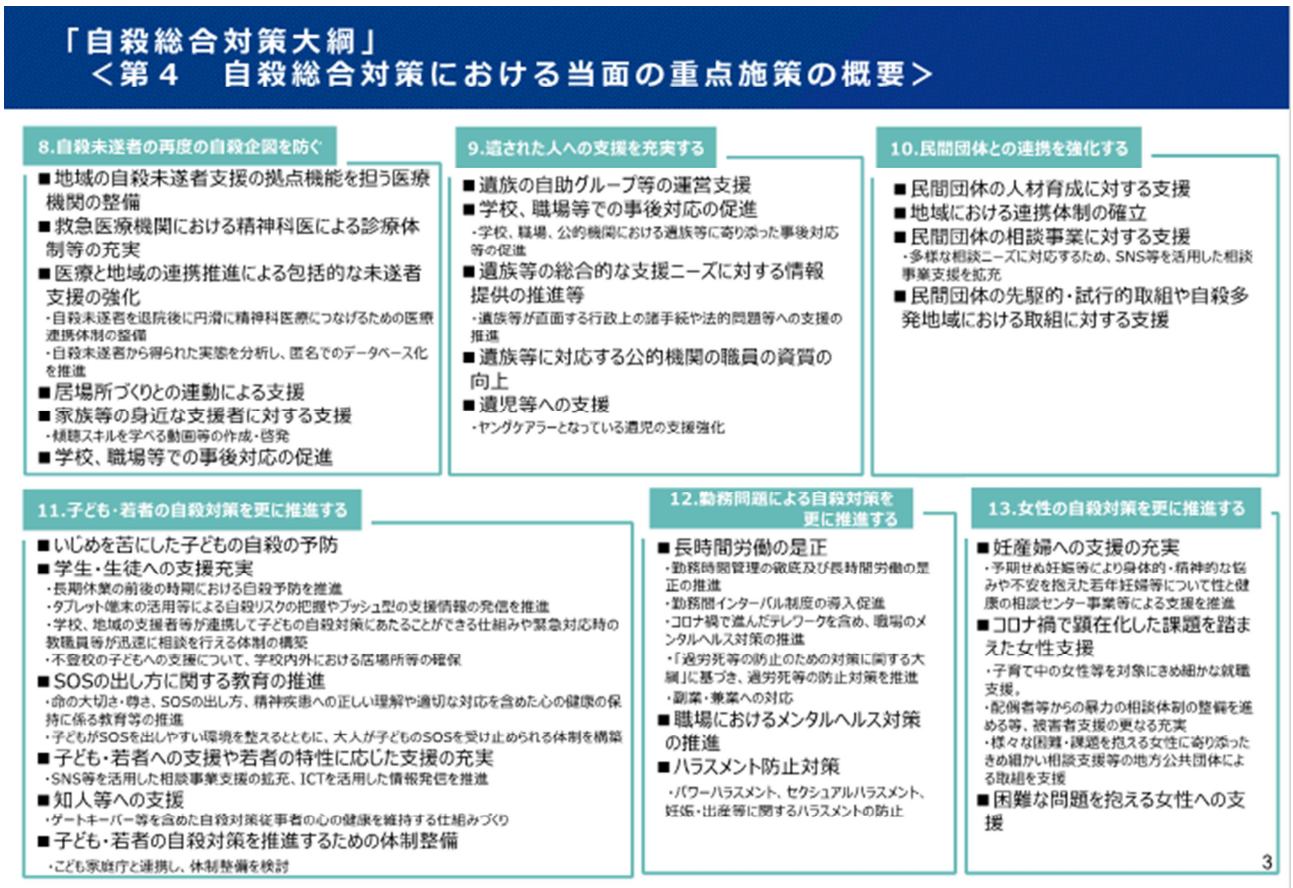
✓ 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指すため、当面は先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、令和８年までに、自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺者数）を平成27年と比べて30%以上減少させることとする。
(平成27年：18.5 ⇒ 令和８年：13.0以下) ※令和２年：16.4

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

1





【出典】厚生労働省　自殺総合対策大綱の概要

6 職員アンケート調査分析資料（令和4年実施）

保健指導による自殺予防のための縦断調査について

1. はじめに

生活習慣や睡眠の問題と希死念慮※1 との関連について

近年、食事、運動、睡眠などの生活習慣と、メンタルヘルスの不調との関連が複数明らかにされています。たとえば、国立がんセンターはそのコホート研究※2（JPHC Study）の中で、特定の食事スタイルを有する者がその後どのような経過をたどったのかを調査し、野菜や大豆、きのこ、海藻類を多く含む健康的な食事パターンの者に対して、それが少ない食事パターンの者では、自殺リスクが2倍以上に高まることを示しています。 運動に関しても、適切な量・時間の運動習慣がうつや不安に対して予防的に働くことを複数の既存研究が明らかにしています。

睡眠に関しては、思春期の8時間未満の睡眠で自殺リスクが約3倍、中年以下の就労者では6時間未満の睡眠で自殺企図のリスクが約5倍になり、また、不眠症状や悪夢の存在ではリスクが約2倍になるなど、睡眠時間の不足や睡眠の質の問題は精神的健康に顕著な影響を与えます。

このように、生活習慣や睡眠の問題は自殺リスクに対して影響を与えることが知られています。

※1 希死念慮：死にたい気持ち、死んでしまいたいと思うこと。
※2 コホート研究：疾病の要因と発症の関連を調べるための客観的研究の手法のひとつ。ある時点でリスク要因を持っていた人と持っていなかった人とでその後の経過を調べ、その差を検討する。信頼性が比較的高い調査。

予防施策の分類について

疾患等の予防対策には一次予防、二次予防、三次予防があります※3。

一次予防は、疾患や不調に至る前に、その原因に対して対処することで、たとえば、生活習慣の改善や、健康教育の実施、予防接種の実施などを行うことで、疾患や不調の発症や出現自体を予防することです。

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、ハイリスク者を窓口で見つけ出し、適切に支援を行うことなどが該当します。

三次予防は、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、再発を防止したりすることを指します。

自殺予防対策における一次予防施策は、その手がかりに乏しいのが現状です。しかし、上記のように生活習慣や睡眠が自殺に影響するのであれば、生活習慣に対する保健指導や改善のための取り組みが、自殺予防にも有用であると考えられます。そしてこれは、マス（集団）に対しても各個人に対しても、自殺したいような不調や希死念慮が生じないようにするための、一次予防の施策としても有効であると考えられます。

脳も一つの臓器であり、日常あるいはストレスにより生じた微細なダメージは、適切な食事、運動、睡眠などによって修復が促進されるものです。ここで、適切な生活習慣を同定すること、そして、その内容を啓発し、また、提供することは、仮に各個人が有している諸問題が行政等の力では解決することが困難、あるいは覚知できないも

のであったとしても、その問題とは別の角度から、個人のレジリエンス（問題や逆境、ストレス源に対する抵抗力、力強さ）を育成することで、結果的に自殺という転帰を遠ざける施策となりうると考えます。

ここで令和4年度は、和光市と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、以下の要領の調査を行いました。

※3 疾病等の予防対策：一次～三次予防は予防医学の用語であり、介入する対象と時期によって分類される。

2. 調査の対象と方法

希死念慮と自殺予防に関する縦断的質問紙調査

自殺予防の方策を開発するために、生活習慣や、各種の精神医学・心理尺度、そして希死念慮を評価する質問紙調査を実施しました。どのような施策を講じることが将来の希死念慮を低減し、ひいては自殺予防となるのか、その因果関係を分析するために、同一の質問紙を同一人物に対して時間間隔を空けて調査する手法での縦断調査(2wave 調査)を実施しました。

令和4年(2022 年)7 月末までに一般人口(インターネットパネルからの層化無作為抽出)の 839 名、和光市職員の 271 名が第 1 回目調査に対して回答を行い、その約 3 ヶ月後に一般人口から 467 名(55.7%)、和光市職員 190 名(70.1%)から有効な再回答を得ました。

生活習慣は食事・運動・睡眠・日中の過ごし方等を幅広く聴取し、精神医学・心理尺度については、睡眠の問題をピッツバーグ睡眠質問票(PSQI)※4 で、うつ症状をこころとからだの質問票(PHQ-9)※5 で、希死念慮を短縮版自殺念慮尺度(SIS)※6 によって測定しました。その他、運動については国際標準化身体活動質問表(IPAQ)を用いるなどしています。

本調査の実施にあたっては、倫理面に細心の配慮を払い、東京医科大学医学倫理審査委員会の承認を得ました。(T2022-0072)

※4 ピッツバーグ睡眠質問票（Pittsburgh Sleep Quality Index）：総合的な睡眠の質について自記式で回答し評価できる尺度。既存の睡眠尺度の中では多くのエビデンス（検証結果・効果証明）が集積されている。

※5 こころとからだの質問票（Patient Health Quesyionnaire-9: PHQ-9）：うつ病性障害の診断・評価尺度であり、世界的に汎用されている。点数が高いほどうつ症状が強く生じていることを示す。

※6 短縮版自殺念慮尺度（Suicidal Ideation Scale）：希死念慮(自殺したい気持ち)の強さや切迫性を評価する尺度である。点数が高いほど希死念慮(自殺念慮)が強く生じていることを示す。

図 1 うつ尺度(PHQ-9)の内容

この2週間、次のような問題に、どのくらい頻繁に悩まされていますか？（あてはまる欄に☑をつけてください）	全くない	数日	半分以上	ほとんど毎日
1 物事に対してほとんど興味がない、または楽しめない	☐	☐	☐	☐
2 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	☐	☐	☐	☐
3 寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる	☐	☐	☐	☐
4 疲れた感じがする、または気力がない	☐	☐	☐	☐
5 あまり食欲がない、または食べ過ぎる	☐	☐	☐	☐
6 自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる	☐	☐	☐	☐
7 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい	☐	☐	☐	☐
8 他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいはこれと反対に、そわそわしたり、落ち着かず、ふだんよりも動き回ることがある	☐	☐	☐	☐
9 死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある	☐	☐	☐	☐

図 2 短縮版自殺念慮尺度の内容

項目1	あなたは死にたいと思いますか。 全く思わない(0) あまり強く思わない(1) 強く思う(2)
項目2	生きたいという気持ちと死にたいという気持ちのバランスについてお答えください。 生きたいという気持ちが死にたいという気持ちよりも強い(0) 両者が同じ程度ある(1) 死にたいという気持ちが生きたいという気持ちよりも強い(2)
項目3	かりに死にたいと思うときに、積極的に自殺を企てたいという欲求がありますか。 全くない(0) ややある(1) 中程度以上にある(2)
項目4	かりに自殺をしたいと思うときに、その気持ちはどれくらい続きますか。 自殺したいとは思わない、または思っても短く、すぐに過ぎ去る(0) 長く続く(1) 持続的（慢性的）に続く(2)
項目5	自殺したいという気持ちはどのくらいの頻度で起こりますか。 全く起こらない、または起こったとしても稀にしかない(0) たまにある(1) 繰り返し生じる、または持続的に起こる(2)
項目6	自殺の方法（手段）について考えていますか。 考えていない(0) 考えてみたが、それほど詳しくは考えていない(1) 詳しく考え、十分に練られている(2)
（ ）内は各回答を選択した際に与えられる得点	

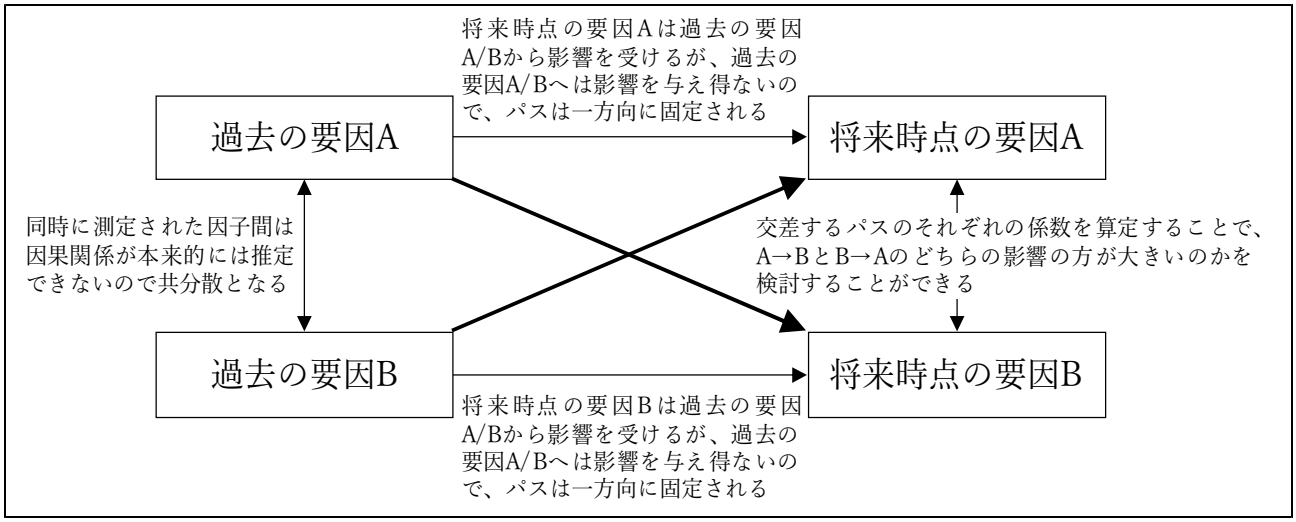
統計解析の手法について

得られた結果について、各項目に相関があったとしても、それは因果関係を意味するものではありません。たとえば、「解熱剤を使用する者は体温が高い」という相関が見出されたとしても、これは「解熱剤を使用すると体温が高くなる」ということを意味するのではなく、風邪をひくなどして体温が高くなった者が解熱剤を服用していることを意味しています。この因果関係を検討しなければ、「体温を下げるためには解熱剤を飲まない方がよい」という、医学的には全く効果が期待できないか、あるいは誤った結論が導き出されてしまう場合があります。

これに対して、因果関係を推定するための統計学的な手法はいくつかありますが、今回のように任意の時間間隔をあけた2時点のデータがある場合（2wave 調査）は、交差遅延効果モデルと呼ばれるパス解析（共分散構造分析・構造方程式モデリング）を行うことができ、これによって、因果関係の推定や、さらにはその効果量の算出が可能になります。交差遅延効果モデルは、たとえば上記の例では、体温の上昇がその後の解熱薬の服用に影響するのか、あるいは、解熱薬の服用がその後の体温の上昇に影響するのかを明らかにするための、双方向の因果関係を同時に含む解析方法です。

具体的には下図のように、各要因間の共分散（2 種類のデータの関係を示す指標）とパス係数（変数間の相関関係、因果関係を示す値）を算出することにより、過去の要因は将来の要因に対してそれぞれどの程度影響をするのか、「鶏と卵」の関係において、各要因は「鶏」と「卵」どちらの要素の方が強いのかを明らかにすることができます。

図 3 統計解析による因果関係の算定(交差遅延効果モデル)



交差遅延効果モデルで因果関係に有意性が示された(前期生活習慣/睡眠から後期希死念慮等へのパスが有意になった)項目について、多変量の重回帰分析を行い、係数の算出を行いました。統計解析に先立ち、統計学的有意水準は $p<0.05$ で設定されました。統計ソフトは IBM SPSS ver24.0 / AMOS ver.24.0 を使用しました。

3. 結果

調査人口の構成

一般人口 467 名中、男性は 247 名、女性は 220 名、市職員 190 名中、男性は 110 名、女性は 80 名でした。平均年齢は一般が 53.5 歳(標準偏差 16.0 歳、レンジ 20～84 歳)、市職員が 41.5 歳(標準偏差 10.4 歳、レンジ 22～64 歳)でした。

うつと希死念慮の状況

希死念慮(SIS)の平均点数は 1.53 点(標準偏差 2.43 点、レンジ 0～12 点)で、うつ症状(PHQ9)の平均点は 4.14 点(標準偏差 5.21 点、レンジ 0～27 点)でした。

PHQ-9 には「(ここ 2 週間の間で) 死んだ方がましだと、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある」という項目があり、この項目に対しては「まったくない」者が 86.7%でした。これは逆に「(2 週間で)数日以上」ある者が 13.3%いることを意味しており、何らかの希死念慮あるいは自傷の意図をわずかであっても有する者は 1 割以上いることを意味しています。

また、年齢が若い者に希死念慮を持つ者が多い傾向が明らかになりました(F=6.257; p<0.001)。また、女性が若干多い結果でしたが、有意ではありませんでした(χ2=5.230; p=0.150)。

表　希死念慮の状況と年齢・性別

	希死念慮(SIS 点数)		**年齢(歳)**		**性別(人)**	
希死念慮・自傷意図	平均	SD	平均	SD	男性	女性
全くない	0.89	1.50	50.4	15.5	327	264
2 週間で数日	4.30	3.00	45.4	15.4	24	22
半分以上	6.00	2.90	42.2	14.5	4	8
ほとんど毎日	9.13	3.87	31.8	5.9	2	6
	F=135.4 p<0.001		F=6.257 p<0.001		χ^2=5.230 p=0.150	

因果関係の検討

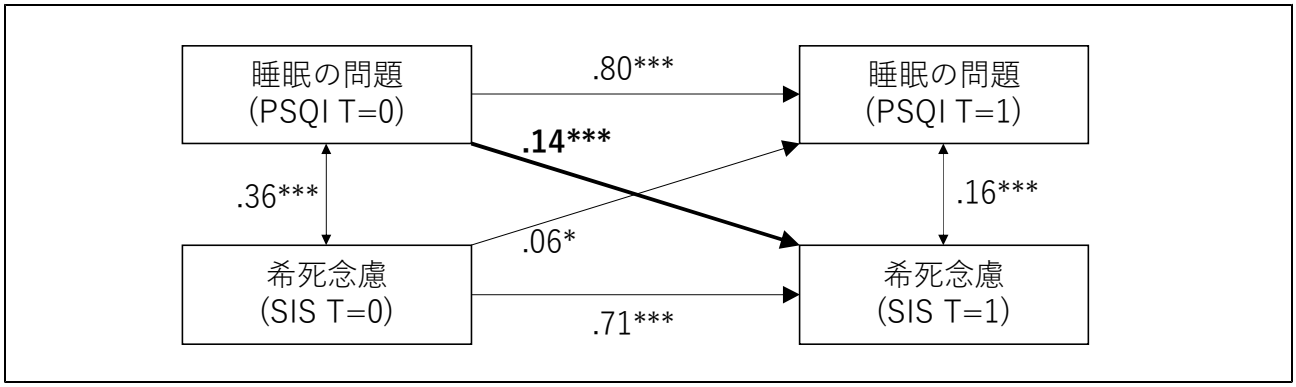
今回の調査では、各種生活習慣と睡眠の問題、うつ症状、希死念慮との関連を横断面で分析すると共に、交差遅延効果モデルを各項目とうつ症状・希死念慮との間で検討し、「その項目の改善で希死念慮の改善も期待できる」項目を同定しました。

実際の分析例を下記に示します。

たとえば、希死念慮がある者は睡眠が悪化する傾向も多少は存在しますが(標準化パス係数=0.06; p<0.05)、睡眠の問題がある者が希死念慮を生じる度合いの方がはるかに大きい(係数=0.14; p<0.001)ことが、ここではわかります。すなわち、睡眠に問題を抱えている者は将来希死念慮が生じ

る、あるいは悪化することが示され、睡眠の問題を改善することが希死念慮を軽減させることが期待できます。

図４　実際の統計解析の例:睡眠



今回の調査では、各種生活習慣と睡眠の問題、うつ症状、希死念慮との関連を横断面で分析すると共に、交差遅延効果モデルを各項目とうつ症状・希死念慮との間で検討し、「その項目の改善で希死念慮の改善も真に期待できる」項目を同定しました。

調査した各項目に対する影響の度合いを以下の表に示します。

以下の表における「↑」はうつや希死念慮の高さと関連していることを、また、「〇」は上記交差遅延効果においてその生活習慣が有意に将来のうつあるいは希死念慮の悪化に影響をしていたことが確認でき、かつ、その度合は過去のうつや希死念慮がその生活習慣に影響していた度合いより大きいことを示します。「△」は、その生活習慣が有意に将来のうつあるいは希死念慮の悪化に影響をしていたものの、過去のうつや希死念慮がその生活習慣を生じてしまう度合いも同等程度かそれ以上にあったことを示しています。(たとえば、うつや希死念慮があると食事の時間が乱れがちとなりますが、それと同等程度に、食事の時間が乱れがちとなると、うつや希死念慮も生まれやすくなります。)

表２　食事関連項目とうつ・希死念慮との関連

<食事の項目>	現在の うつ症状	うつ症状 の悪化	現在の 希死念慮	希死念慮 の悪化
朝食の頻度/欠食	↑	△	↑↑	△
朝食の不規則さ	↑↑	△	↑↑	△
昼食の頻度/欠食	↑	△	↑	△
昼食の不規則さ	–	△	–	△
夕食の頻度/欠食	↑	○	↑↑	○
夕食の不規則さ	↑	○	↑	○
夜食の頻度	↑	○	–	○
食事全体の不規則さ	↑	△	–	△
野菜類の摂取頻度/欠食	↑	–	↑↑	–
野菜類の摂取総量少なさ	↑	○	↑	○
タンパク質摂取頻度/欠食	–	–	–	○
タンパク質の摂取総量少なさ	↑	–	↑	–
魚類の摂取総量少なさ	–	–	–	–
果物類の摂取総量少なさ	↑	–	↑	–
発酵/乳酸菌飲食料の摂取少なさ	–	–	–	–
外食/購買食の頻度	↑	○	↑	○
水分摂取の過多/過少	↑	○	↑↑	○
夜間のカフェイン摂取	–	–	–	–
日中のカフェイン摂取総量	–	–	–	–
喫煙習慣	↑	△	↑	△
飲酒頻度	–	–	–	–
週合計飲酒量	–	–	–	–
塩分摂取量	–	–	–	–
清涼飲料水摂取量	–	–	–	–
菓子類摂取量	–	△	–	△
鉄不足(食材/貧血/過多月経)	↑↑	○	↑	○

表３　生活・運動・睡眠とうつ・希死念慮との関連

<生活・運動・睡眠>	現在の うつ症状	うつ症状 の増減	現在の 希死念慮	希死念慮 の増減
趣味がある	↓	−	↓	−
アウトドアの趣味時間	↓	−	↓↓	△↑
インドアの趣味時間	−	−	−	△
その他の趣味時間	−	−	−	−
家事時間	−	−	−	−
育児時間	−	−	−	−
介護時間	−	−	↑	○
読書時間	−	−	−	−
ネットのテキスト閲覧時間	↑	−	−	−
テレビ視聴時間	−	△	−	△
ネット映像視聴時間	↑	−	↑	−
音楽鑑賞時間	↑	−	−	−
SNS 利用時間	↑↑	−	↑↑	−
子供や孫と遊ぶ時間	−	−	−	−
屋外で過ごす時間	−	−	−	−
最初に太陽を浴びる時刻の早さ	−	−	−	−
睡眠中の明るさが豆電球以上	↑↑	○	↑	△
睡眠休養感のなさ	↑↑	↑	↑↑	−
不適切な睡眠時間(過多/過少)	↑	○	↑	○
鼻水・鼻詰まりによる睡眠困難	↑↑	○	↑	○
かゆみによる睡眠困難	↑↑	−	↑↑	−
痛みによる睡眠困難	↑↑	○	↑↑	○
寝酒をすることがある	↑	○	↑	○
翌日の予定/仕事を考えながら眠る	↑	−	↑	−
睡眠の主観的質が悪い(C1)	↑↑	○	↑↑	○
入眠困難がある(C2)	↑↑	○	↑↑	○
睡眠効率が悪い(C4)	↑↑	−	↑	−
睡眠困難(中途覚醒等)(C5)	↑↑	−	↑↑	−
睡眠薬の使用(C6)	↑↑	−	↑↑	−
日中機能障害(C7)	↑↑	−	↑↑	−
睡眠全体の問題	↑↑	○	↑↑	○

睡眠相の後退	↑	△	↑	-
睡眠覚醒の規則性	↑↑	△	↑↑	△
生活全体の規則性	↑	△	↑	△

希死念慮を低減する可能性の高い項目

以上のように多彩な項目が希死念慮と関連しました。

食事では、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する効果が高いことも明らかになりました。

嗜好品では飲酒の影響が（今回の３ヶ月のタイムスパンでは）顕著には見出されなかった反面、喫煙は短いスパンであってもうつや希死念慮に影響をしていました。

また、近年「鉄欠乏状態」がうつの原因となりうることが知られていますが、本調査でもそれが明らかとなりました。

生活・運動・睡眠に関しては、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。また、テレビの視聴時間も関連が存在しました。

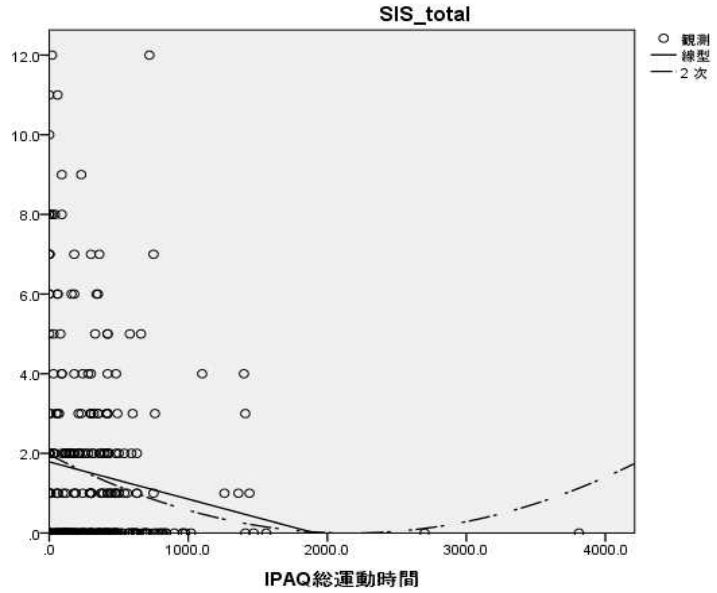
趣味に関しては、アウトドアの趣味に使用する時間はうつや希死念慮の低さと横断面では関連するものの、縦断的には、逆に希死念慮を高めるリスクがあることが示されました。逆にインドアの趣味時間は希死念慮を低下させる傾向がありました。

ＳＮＳの利用時間はうつや希死念慮とかなり強く相関しましたが、ＳＮＳを利用するとうつになる要素よりも、そもそもうつの傾向が強い者ほどＳＮＳを利用する時間が長くなりがち、という結果でありました。

また、光環境に関しては、睡眠中に明るい照明の下で寝ている者のうつや希死念慮か悪化する傾向となりました。

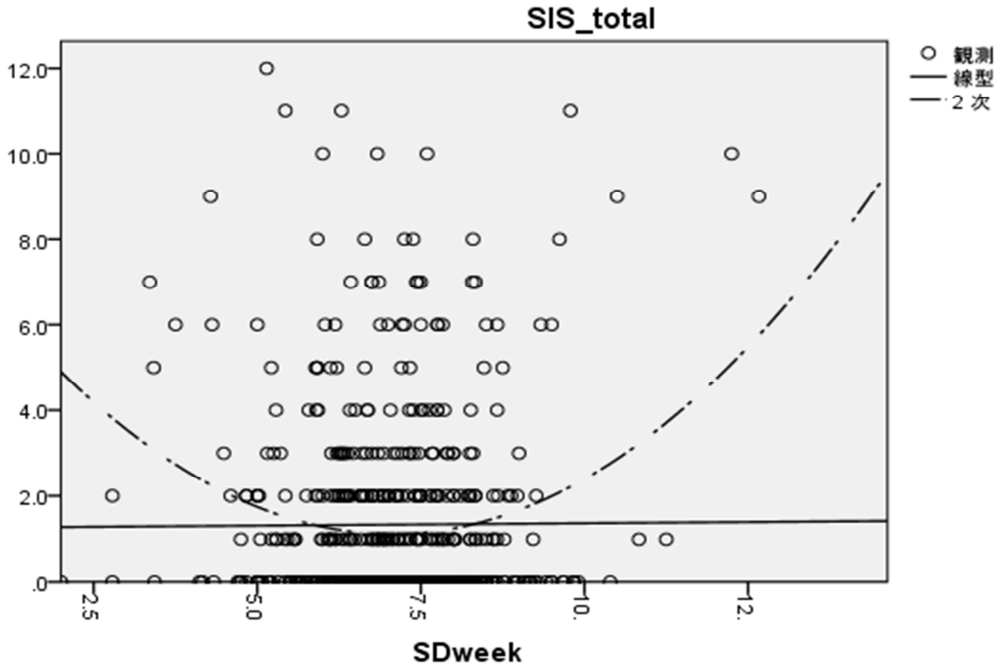
運動時間については、U 字カーブが示されました。運動時間は長すぎても短すぎても希死念慮が高まることが分かり、今回の調査集団では、週 1900 分(1 日 4.5 時間程度)の運動時間が希死念慮を最小化しました。

図５　運動時間と希死念慮の二次方程式回帰モデル



睡眠は、様々な要因が希死念慮と関連していました。睡眠時間については、U 字カーブが示されました。睡眠時間は長すぎても短すぎても希死念慮が高まることが分かり、今回の調査集団では、１日平均７時間台程度の睡眠が最も希死念慮を最小化しました。

図６　睡眠時間と希死念慮の二次方程式回帰モデル



睡眠の長さの他、入眠困難、主観的な睡眠の質の悪さ、睡眠全体の問題は、いずれも希死念慮の有意な悪化要因でした。さらに、「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、希死念慮が悪化することが分かりました。また、寝酒の存在も希死念慮のリスク因子でした。

希死念慮を低減する生活習慣項目について

上記で検出された項目を説明変数、希死念慮あるいは希死念慮の増悪を目的変数とするロジスティック回帰分析を行いました。その結果、睡眠の問題の存在が最も強い係数を有していました。

4. 考察

結果まとめ

今回の調査結果により、「見かけ上希死念慮と相関しているだけの生活習慣項目」と、「それを改善させることで希死念慮も改善あるいは予防できる生活習慣項目」とが明らかになりました。

たとえば前者では、睡眠薬を使用している者は希死念慮が高い傾向がありましたが、因果関係を検討したモデルにおいては、睡眠薬の使用自体は将来の希死念慮を高めませんでした。一方、希死念慮を持つ者は睡眠薬の使用が生じることが示されました。睡眠薬の使用が希死念慮を生じるわけではなく、希死念慮を持つ者は不眠がちとなり、睡眠薬を使用する頻度が多いという、逆の因果関係が推定されました。

後者では、具体的には、食事時間を規則正しくすること（特に夕食）、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こと、適切な睡眠時間をとること、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ことなどで、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。

今後の自殺予防対策に向けて

今後、上記で得られた生活習慣等の項目に対して、具体期にどのように指導をしていくのか、その内容の精査と検討をすることが必要です。そして、指導すべき項目の優先順位をつけるため、多変量解析によって明らかになった各項目の係数を参考にし、該当する項目の指導を優先するなどし、効果と実効性を高めたうえで、「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」や、啓発のためのドキュメントを作成していくことが望まれます。そして、自殺予防のための保健指導を実施し、その効果測定が行うことが必要です。

今後、施策としても、市民の生活習慣病対策のみならず、メンタルヘルスの向上を目指した、望ましい生活習慣の普及と改善指導の推進、そしてそれらの取り組みの効果測定等が求められます。

7　相談先一覧

主な相談窓口一覧

もしあなたが先の見えない不安や、生きづらさを感じるなどの様々なこころの悩みを抱えていたら、その悩みを相談してみませんか。
電話では相談しづらい方には、LINEなどのSNSでも相談できます。

電話相談

#いのちSOS（NPO法人 自殺対策支援センターライフリンク）

専門の相談員が、必要な支援策などについて一緒に考えます。

☎ **0120-061-338**

月曜日、木曜日、金曜日 0時～24時（24時間）
火曜日～水曜日、土曜日～日曜日 6時～24時
※日曜日 6時～月曜日24時まで
水曜日 6時～金曜日24時までは連続対応

https://www.lifelink.or.jp/inochisos/

よりそいホットライン（一般社団法人 社会的包摂サポートセンター）

どんなひとの、どんな悩みにもよりそって、一緒に解決できる方法を探します。

・暮らしの悩みごと　・悩みを聞いて欲しい方
・DV・性暴力などの相談をしたい方　・外国語による相談をしたい方　など

☎ **0120-279-338**　24時間対応

https://www.since2011.net/yorisoi/

いのちの電話（一般社団法人 日本いのちの電話連盟）

☎ **0120-783-556**　毎日 午後4時から午後9時
毎月10日 午前8時から翌日午前8時

☎ **0570-783-556**　毎日 午前10時から午後10時

https://www.inochinodenwa.org/?page_id=267

チャイルドライン（NPO法人 チャイルドライン支援センター）

18歳までの子どもがかける電話です。チャットでの相談も受け付けています。

☎ **0120-99-7777**　毎日 午後4時から午後9時

https://childline.or.jp/index.html

こころの健康相談統一ダイヤル（埼玉県の窓口）

☎ **0570-064-556**　24時間対応

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/kokoro_dial.html

埼玉県・和光市相談窓口

電話相談

埼玉いのちの電話

専任の相談員が、対応します。

☎ **048-645-4343**　24時間・365日対応

埼玉県こころの相談（精神保健福祉センター内）

電話相談専用で、こころの健康や悩みに関する相談について専任の相談員が対応します。

☎ **048-723-1447**　平日午前９時から午後５時
12月29日～1月3日を除く

精神保健福祉相談（精神保健福祉センター内）

精神保健福祉に関する問題を抱える本人と家族のため、来所による相談をします。

☎ **048-723-3333(相談部門へ予約)**　予約受付：平日午前９時から午後５時
12月29日～1月3日を除く

精神科救急情報センター（精神保健福祉センター内）

夜間や休日に緊急的な精神科医療に関する相談を電話で受け付け、必要に応じて医療機関の紹介をします。

☎ **048-723-8699(ハロ-救急)**

月曜日～金曜日　午後5時から翌日午前8時30分
土曜日・日曜日　午前8時30分から翌日午前8時30分
祝日・休日　午前8時30分から翌日午前8時30分

自死遺族相談（遺されたご家族・ご友人の相談）

大切な家族・友人を自死で亡くされた方のこころの回復のお手伝いとして来所による相談をします。
プライバシーが守られ安心してお話しいただける場を提供します。

☎ **048-723-6811 (予約専用電話)**　予約受付時間：平日午前9時から午後５時
12月29日～1月3日を除く

https://www.pref.saitama.lg.jp/b0606/p-soudan/izoku-soudan.html

和光市こころの相談(和光市保健センター内)

月に1～2回、臨床心理士や精神科医による来所相談（予約制）をしています。
また、保健師による随時の電話・来所相談をしています。

☎ **048-465-0311**　平日午前8時30分から午後５時15分
臨床心理士や精神科医の相談日は問合せください。

地域の相談窓口

支援情報検索サイト

どこに相談したらいいかわからない時は**支援情報検索サイト**にて
地域別、方法別、悩み別に相談窓口を検索することができます。

http://shienjoho.go.jp/

SNS相談窓口　表面の「電話相談窓口」もご覧ください

NPO法人 自殺対策支援センター ライフリンク

「生きづらびっと」では、SNSやチャットによる自殺防止相談を行い、必要に応じて電話や対面による支援や居場所活動等へのつなぎも行います。

LINE @yorisoi-chat

チャット https://yorisoi-chat.jp/

相談時間　月・水・金・土　11時から16時30分（16時まで受付）
月・火・木・金・日　17時から22時30分（22時まで受付）

NPO法人 東京メンタルヘルス・スクエア

「こころのほっとチャット」では主要SNS（LINE、Twitter、Facebook）およびチャットから、年齢・性別を問わず相談に応じています。

LINE・Twitter・Facebook　@kokorohotchat
チャット　https://www.npo-tms.or.jp/public/kokoro_hotchat/

LINE　**Twitter**　**Facebook**　**チャット**

相談時間　毎日　第1部 12時から15時50分（15時まで受付）　第2部 17時から20時50分（20時まで受付）
第3部 21時から23時50分（23時まで受付）
月曜日　4時から6時50分（6時まで受付）
毎月1回　最終土曜日から日曜日　24時から5時50分（5時まで受付）

NPO法人 あなたのいばしょ

年齢や性別を問わず、誰でも無料・匿名で利用できるチャット相談窓口です。

チャット
https://talkme.jp/

相談時間
24時間365日

NPO法人 BONDプロジェクト

10代20代の女性のためのLINE相談を実施しています。

LINE
@bondproject

相談時間
月・水・木・金・土
10時から22時（21時30分まで受付）

和光市自殺対策計画

令和５年３月

発行／和光市 保健福祉部健康保険医療課
〒351-0192 埼玉県和光市広沢1番5号
TEL 048(464)1111　FAX 048(463)8815