

第2期和光市自殺対策計画

令和5年度 ～ 令和9年度
(2023年度 ～ 2027年度)

令和 5年 3月

和 光 市

はじめに



自殺対策基本法は、平成18年に施行・平成28年に改正され、自殺は「社会の問題」として総合的に予防の取組が推進されてまいりました。その結果、自殺者数は減少傾向となったものの、未だに全国の自殺者数は年間2万人を超える水準で推移しています。

また、新型コロナウイルス感染症の影響が長引いていることにより、自殺の要因となりうる様々な問題が悪化し、令和2年度は自殺者数の総数が11年ぶりに前年を上回り、特に小中高生の自殺者数は、令和2年度は過去最多、令和3年度は過去2番目の水準となっています。

市は、平成30年度からの5か年計画として策定した和光市自殺対策計画の期間満了に伴い、新たに令和5年度からの計画として「第2期和光市自殺対策計画」を策定いたしました。

和光市における人口10万人あたりの自殺死亡者数は、国及び埼玉県の数値を下回っていますが、平成21年から令和3年までの13年間で、145の方が自ら命を絶っているという現実があります。

令和2年6月に公布された「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」では、地域共生社会の実現に向け、複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の整備を規定しています。自殺は、単一の問題で起こることもありますが、多くの場合は経済や生活の問題、家庭の問題、健康の問題など、さまざまな悩みや問題が複合して自殺に至ることから、人がいのちを絶たざるを得ない状況に追い込まれる「プロセス」を把握し、保健・福祉・医療分野の各計画との機能的な連携を図り、問題の発見と解決に向けた包括的な支援を行うとともに、地域住民や地域組織と密接に連携しながら、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指します。

本計画は、第1期計画での「生活支援の場を中心とした支援」をベースに、医学的根拠に基づいた施策の立案と医療につながる支援体制の構築を図ることで「生活支援」と「医療」との両輪で自殺予防対策に取り組んでまいります。

結びとなりましたが、本計画の策定にあたりまして熱心にご審議いただきました、第2期和光市自殺対策計画策定委員会の委員の皆様をはじめ、ご協力をいただきました、関係機関、関係者の皆様に心よりお礼申し上げます。

令和5年3月

和光市長

柴崎 光子

目次

第1章	計画策定にあたって	1
第1節	計画策定の背景及び目的.....	2
第2節	計画の位置づけ及び他計画との関係.....	3
第3節	計画の期間.....	4
第4節	計画の策定体制.....	5
第2章	計画の理念・目標・方針	7
第1節	国の自殺総合対策の動向等.....	8
第2節	基本理念・目標.....	9
第3節	基本方針.....	12
第3章	現状と課題	13
第1節	自殺者の現状.....	14
第2節	前期計画の実施状況(評価)と課題.....	19
第3節	新たな視点からの課題.....	23
第4節	希死念慮を生じる要因の調査.....	28
第4章	施策	33
第1節	事業の体系.....	34
第2節	事業(取組)の展開.....	37
第5章	計画の推進体制	47
巻末資料		49
1	和光市健康づくり基本条例.....	50
2	第2期和光市自殺対策計画策定委員会設置要領.....	53
3	第2期和光市自殺対策計画策定委員会委員名簿.....	54
4	(参考)前期計画での事業の体系.....	55
5	新たな自殺総合対策大綱の概要.....	56
6	職員アンケート調査分析資料.....	58
7	各事業の担当課一覧.....	69
8	相談先一覧.....	70

第1章

計画策定にあたって

第1章 計画策定にあたって

第1節 計画策定の背景及び目的

わが国の自殺者数は平成10年以降、平成23年まで14年連続で3万人を超える状態が続いていました。その後は減少に転じ、平成30年以降は2万人程度で推移しています。

なお、警察の死体取扱数は、平成21年以降、年間16万～17万人^{※1}で、その中には、自殺か否かを特定できない人が含まれているため、実数では更に多いと推測できます。こうした背景の中、平成18年に「自殺対策基本法」が制定され、翌年「自殺総合対策大綱」が策定されました。平成28年4月には自殺対策基本法が改正され、法第13条において、市の責務として自殺対策計画を定めることが示されました。

また、令和4年に改正された自殺総合対策大綱では、自殺総合対策の基本理念として「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」ことを、基本理念として掲げ、

- 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穩に配慮する(新)

の6点を基本方針として施策を推進することとしています。①～⑤までは、旧大綱から引き続き基本理念として据えられ、新たに⑥が加わりました。

「自殺は、その多くが追い込まれた末の死」であり、年間自殺者数は減少傾向にあるものの非常事態はいまだ続いています。また、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(新)を行うとともに、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という、国の自殺総合対策大綱の基本認識のもと、市では包括的な支援体制及び関連施策の連動、地域レベルでの実践的な取組を強化して、効果的に自殺対策を推進していくために、自殺対策の方針と目標、施策を明確にした第2期和光市自殺対策計画を策定し、「誰も自殺に追い込まれることのない和光市」の実現を目指します。

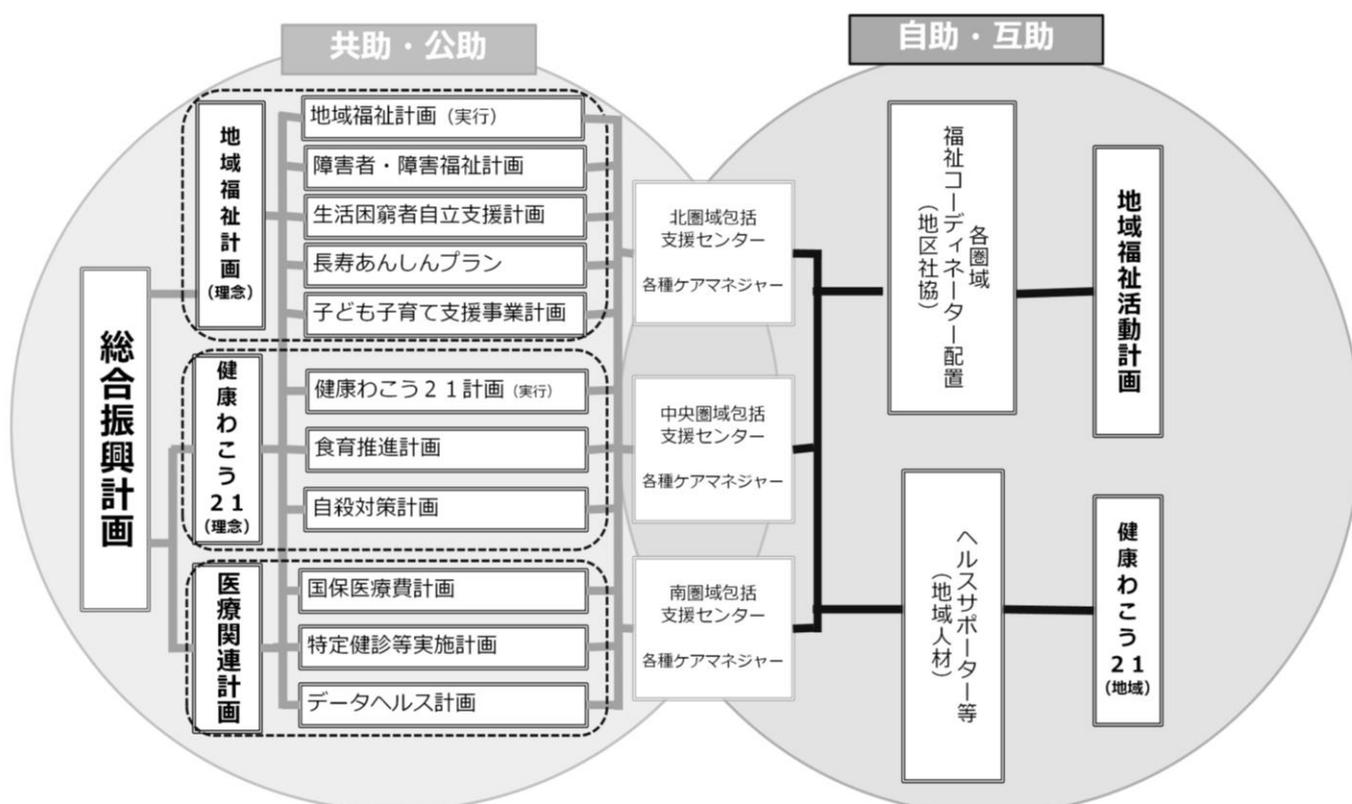
※1【(出典):令和2年11月5日 厚生労働省死因究明等推進本部事務局による死因究明等の推進に関する参考資料⑧「警察における都道府県別の死体取扱状況令和2年中」】

第2節 計画の位置づけ及び他計画との関係

本計画は、国の「自殺総合対策大綱」や「埼玉県自殺対策計画」の趣旨を踏まえつつ、自殺対策基本法第13条第2項に基づき策定します。

策定にあたっては、市政運営の基本方針である「和光市総合振興計画」及び福祉・保健・医療の各領域における理念計画である「地域福祉計画」、「健康わこう21計画」、「医療関連計画」と各分野における個別計画との整合を図るとともに、各領域における理念計画が相互に連携することで、関係する計画の施策すべてが効果的に機能することを目指します。

本計画は、和光市健康づくり基本条例が掲げる理念に基づき、各分野の個別計画との連携のみでなく、教育部門計画（和光市教育振興基本計画等）と連携することで、誰も取り残さない自殺対策計画を推進していきます。



第3節 計画の期間

本計画は第2期計画期間を令和5年度から9年度までの5年間とし、以降5年ごとに次期計画の策定を行います。

また、制度の改正等があった際には、必要性に応じて、見直しを行うこととします。

西暦	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
令和	3年	4年	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年	13年	14年	15年	16年
保健・医療分野	第1期和光市自殺対策計画 (平成30～令和4年度の5年)		第2期和光市自殺対策計画					第3期					第4期	
	第二次健康わこう21計画 (平成30～令和9年度の10年)					第三次								
	第三次和光市食育推進計画 (平成30～令和9年度の10年)					第四次								
	第2期和光市 国民健康保険健康事業実施計画 (平成30～令和5年度の6年)			第3期					第4期					
	第3期 和光市特定健康診査等実施計画 (平成30～令和5年度の6年)			第4期					第5期					
	第2期 和光市国民健康保険事業計画 (計画期間: 3年)			第3期			第4期			第5期		第6期		
保健・福祉分野	第四次 和光市地域福祉計画 (令和2～6年度の5年)				第五次					第六次				
	第二次 和光市生活困窮者自立支援計画 (計画期間: 4年)				第五次 和光市地域福祉計画に包含					第六次 和光市地域福祉計画に包含				
	第8期 和光市長寿あんしんプラン (計画期間: 3年)			第9期			第10期			第11期		第12期		
	第六次 和光市障害者計画 (計画期間: 3年)			第七次			第八次			第九次		第十次		
	第六期 和光市障害福祉計画 (計画期間: 3年)			第七期			第八期			第九期		第10期		
	第2期 和光市子ども・子育て支援事業計画 (平成2～6年度の5年)				第3期					第4期				

第4節 計画の策定体制

本計画は、第2期和光市自殺対策計画策定委員会における協議を経て策定しました。

当委員会においては、保健・医療・福祉の学識経験者及び公募市民等により幅広く委員を構成し、地域全体で自殺対策を推進するための計画策定を目指しました。

また、委員会はすべて公開・傍聴者の受入れをすることで、協議内容の透明性を保つとともに、計画策定内容についてパブリックコメントを実施し、市民の意見の集約・周知を図っています。

第2期和光市自殺対策計画策定経過

年月日	実施内容
令和4年7月4日	第1回策定委員会 ・計画策定の経緯及び趣旨 ・第1期評価と第2期計画策定の方向性 ・計画策定スケジュールの確定
令和4年10月31日	第2回策定委員会 ・職員パイロット調査の結果(速報) ・基本理念、目標、方針、取組について
令和5年1月18日	第3回策定委員会 ・計画書(素案)について
令和5年2月4日～ 2月24日	パブリック・コメント募集
令和5年3月8日	第4回策定委員会 ・パブリックコメントの結果及び計画書(素案)の変更点について
令和5年3月24日	ヘルスソーシャルキャピタル審議会 ・パブリックコメントの結果及び計画書の確定について

第2章

計画の理念・目標・方針

第2章 計画の理念・目標・方針

第1節 国の自殺総合対策の動向等

国は、令和4年10月14日に新たな自殺総合対策大綱（以下「新大綱」といいます。）を策定しました。

自殺対策基本法では、市町村は大綱及び地域の実情等を勘案して「地域自殺対策計画」を策定するものとされているため、新大綱に示された方針等を本計画に反映させる必要があります。

新大綱の方針等は、本計画に盛り込み、計画期間内での検討から実施を目指すものとします。

新大綱の概要は、巻末資料5に掲載しています。

第2節 基本理念・目標

■基本理念

《地域力（自助力・互助力）の強化による自殺防止対策の推進》

1 自殺対策と地域包括ケア

和光市は介護保険事業の推進において培った「地域包括ケアマネジメント」を、他の福祉・保健分野にまで拡大し、統合的に施策を展開してきました。

自殺は様々なリスク要因が複合的に連鎖して起こることから、いわゆる対症療法的な支援により解決を図るには限界があります。そこで、地域包括ケアの中心的な考え方である「予防前置主義」を念頭に置き、前期計画では基本理念を《地域包括ケアシステムの機能強化による自殺防止対策の推進》として、地域における他制度・多職種による効果的な支援を目指して取組を進めてきました。

地域包括ケアは、個人が抱える様々な課題を解決するために、地域の人的資源・サービス資源等を組み合わせ提供することにより、心身の状態像が変わっても住み慣れた地域で住み続けられるよう支援することをいいます。そして、地域包括ケアシステムとは、これらのサービス提供や支援の仕組や体制が地域の中に整っている「状態」を指します。

これまで地域包括ケアの実践から地域包括ケアシステムの構築を目指してきましたが、自殺対策と地域包括ケアの関係性については、そのあり方について見直す必要があります。

地域包括ケアと地域包括ケアシステムは、「自助・互助・共助・公助」による主体と支援の順序をベースとした地域における保健福祉政策と個別支援の概念です。

共助・公助という受け皿があってこそ、自助・互助の力が発揮でき、また、4つの力がそれぞれ上がることで更なる地域包括ケアの推進につながります。

自殺は、前述のとおり様々なリスク要因が複合的に連鎖することによる極めて個別性の高い課題です。そのため施策のアプローチは、より「個」に近い自助と地域における互助を強化するものとし、自殺対策における個別支援は、地域包括ケアの要素である自助と互助にフォーカスして施策の更なる機能化を目指すものとします。

2 自殺対策における「自助」と「互助」

自助の根本的な意味合いは「自分のことは自分です」というものですが、自殺対策においては取組を自助努力に委ねるというのではなく、「自助を機能させる体制の構築を支援することにより自助の向上」を目指します。

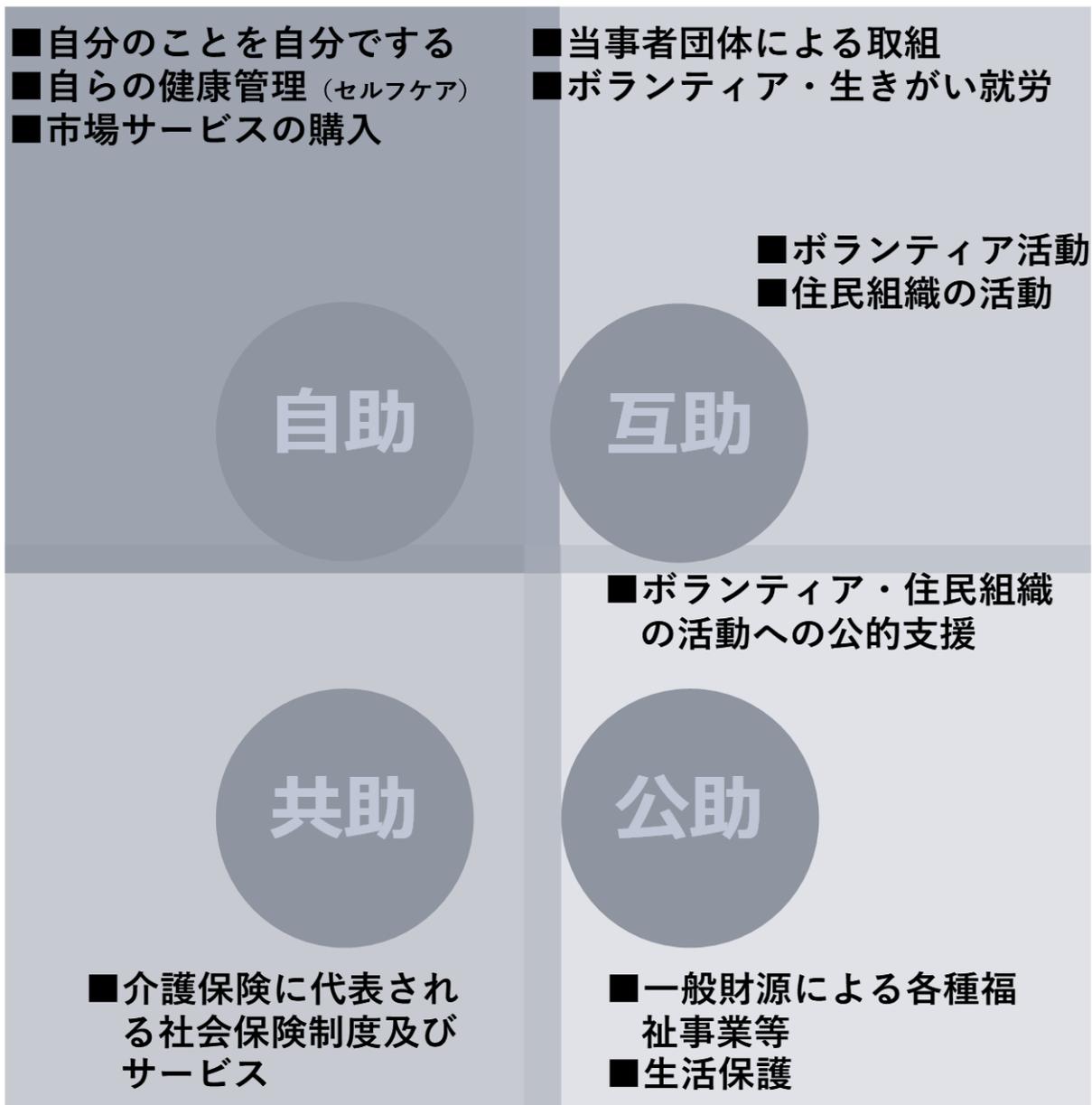
具体的には、「自ら情報を獲得する力を持つための情報提供や教育」、「相談・支援体制の構築と更なる充実」、「医学的なアプローチによる予防啓発」、「確実に医療へつなげられる地域体制」などの取組が考えられます。

互助はいわば「ご近所力」ともいえる地域の支援体制です。地域互助力が高まることで幅広い支援が可能となりますので、既存の地域コミュニティなどとの連携協力により自殺対策（予防・支援）の強化を目指します。

また、自助が完全な「個」を指すのではなく、「個」が地域の構成要素であることを踏まえ、自らも地域の一員であるという認識の中で施策を進めていきますので、自助と互助を合わせて「地域力」と表現しています。

図1

【自助・互助・共助・公助の相関図】



【出典:第二次和光市生活困窮者自立支援計画】

3 数値目標

新大綱においても旧大綱と同様に、国は令和8年までに、人口10万人当たりの自殺死亡者数(自殺死亡率)^{※2}を、平成27年18.5人から、先進諸国同様水準の13.0人以下まで、30%以上減少させることを目標としています。

国の定める基準を踏まえて数値目標を定めるとすれば、平成27年の自殺死亡率7.5人から令和8年までに自殺死亡率5.3人、自殺者数4人以下となりますが、自殺対策計画の取組は目標値未達の自殺を許容するものではないという前期計画の考え方を踏襲し、本計画においても引き続き「誰も自殺に追い込まれることのない和光市」として「自殺者ゼロ」を目指します。

表1 国・県・和光市の数値目標

		H27 (実績)	R1 (実績)	R4 ^{※3} (目標値)	R7 (目標値)	H27年比
人口10万人当たりの自殺死亡者数 ^{※2}	国	18.5人			13.0人	70.0%
	県	18.0人	15.0人	14.0人	12.6人	70.0%
	和光市	7.5人	14.5人	0人	0人	0%
和光市自殺死亡者数		6人	12人	0人	0人	

※2 自殺死亡者数÷人口×100,000(自殺死亡率ともいう)

※3 市のR4(目標値)は前期計画値

【出典】自殺総合対策大綱、埼玉県自殺対策計画、地域における自殺の基礎資料(厚生労働省)

第3節 基本方針

1 医療につながる支援体制と医学的根拠(データとエビデンス)に基づく自殺予防

前期計画からの「生活支援の場を中心」とした対策と、予防の啓発・受診促進など根本的な解決を図る「医療」との両輪で支援するため、生活の場を基盤として、自殺の兆候を早期に発見し医療につなげる支援体制の構築と、医学的な視点による自殺予防施策の推進を展開します。

2 多世代にわたる自殺対策の展開と地域における見守り体制の強化

早期のリスク発見の体制構築と地域力(自助力・互助力)を強化し、具体的な施策を展開します。また、地域力が強化されることで、共助・公助を含めた支援体制の構築を目指します。

第3章

現状と課題

第3章 現状と課題

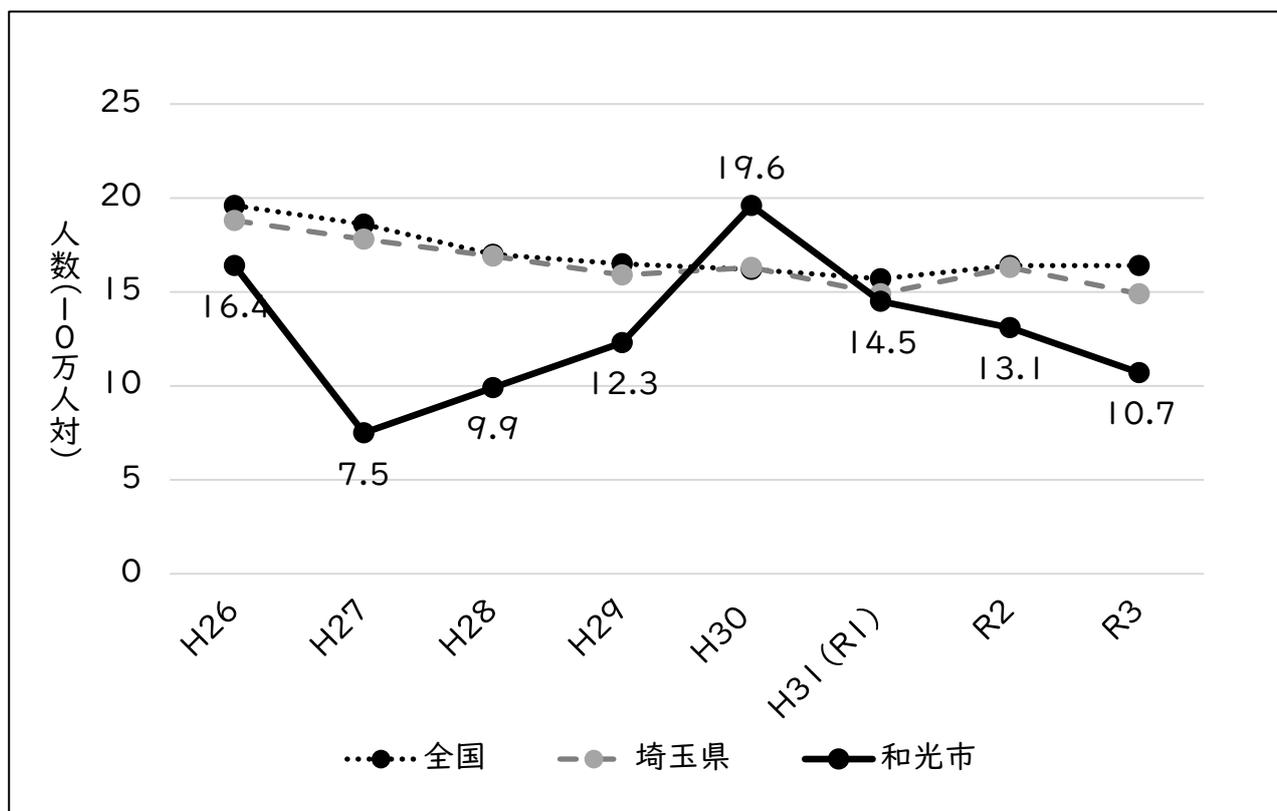
第1節 自殺者の現状

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26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）、最小値が平成27年6人（自殺死亡率7.5）、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）

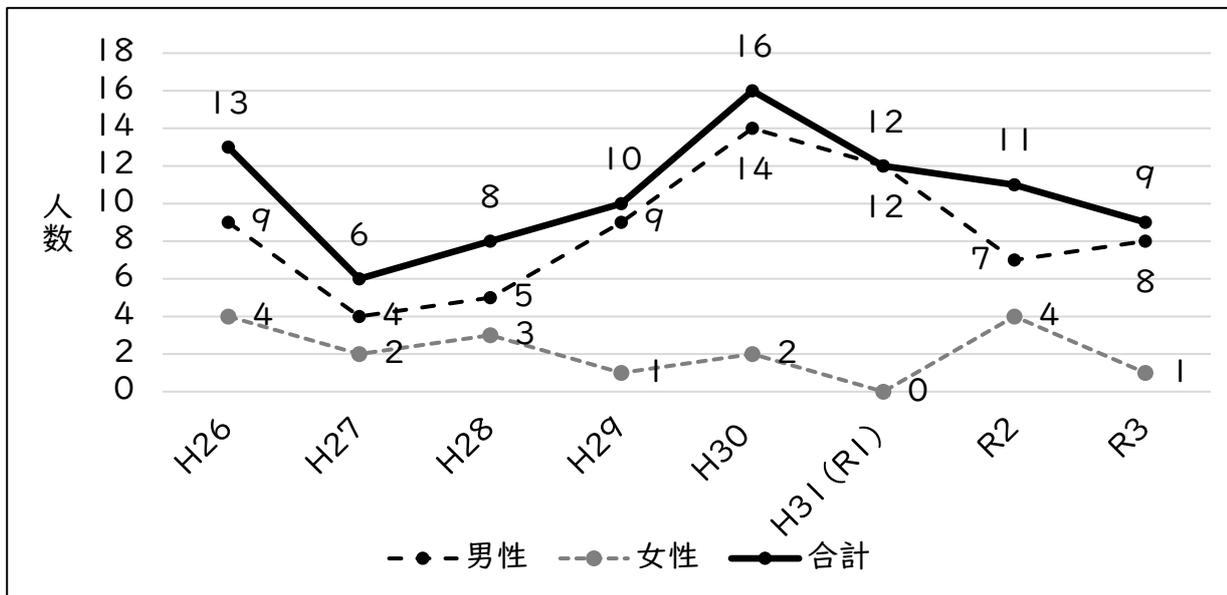


【(出典)自殺の統計:地域における自殺の基礎資料(内閣府および厚生労働省)】

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、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、女性17人となっています。

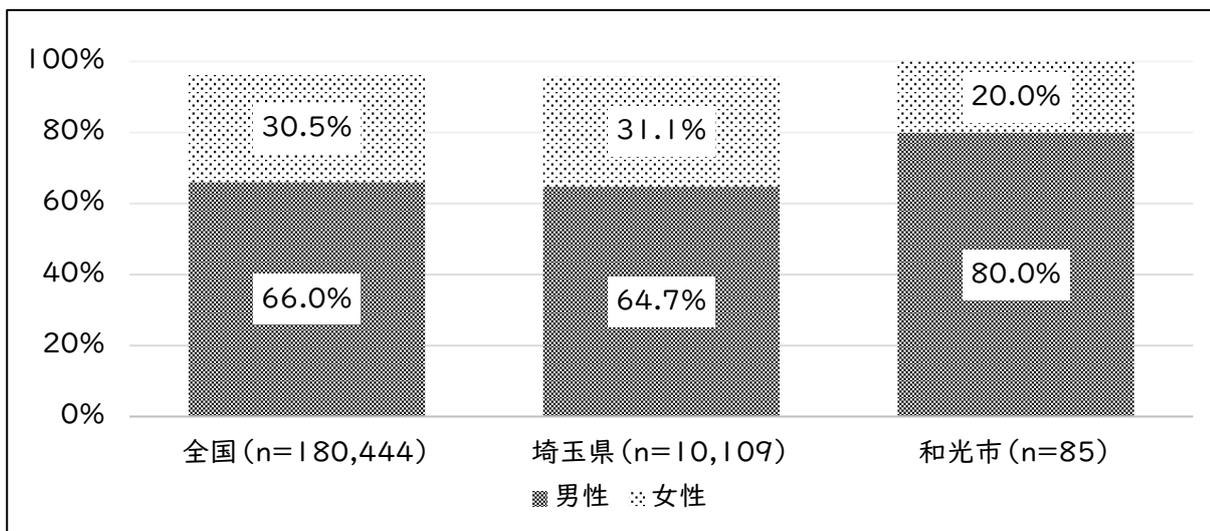
図3 和光市の男女別自殺者数の推移



【(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、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%であり、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)



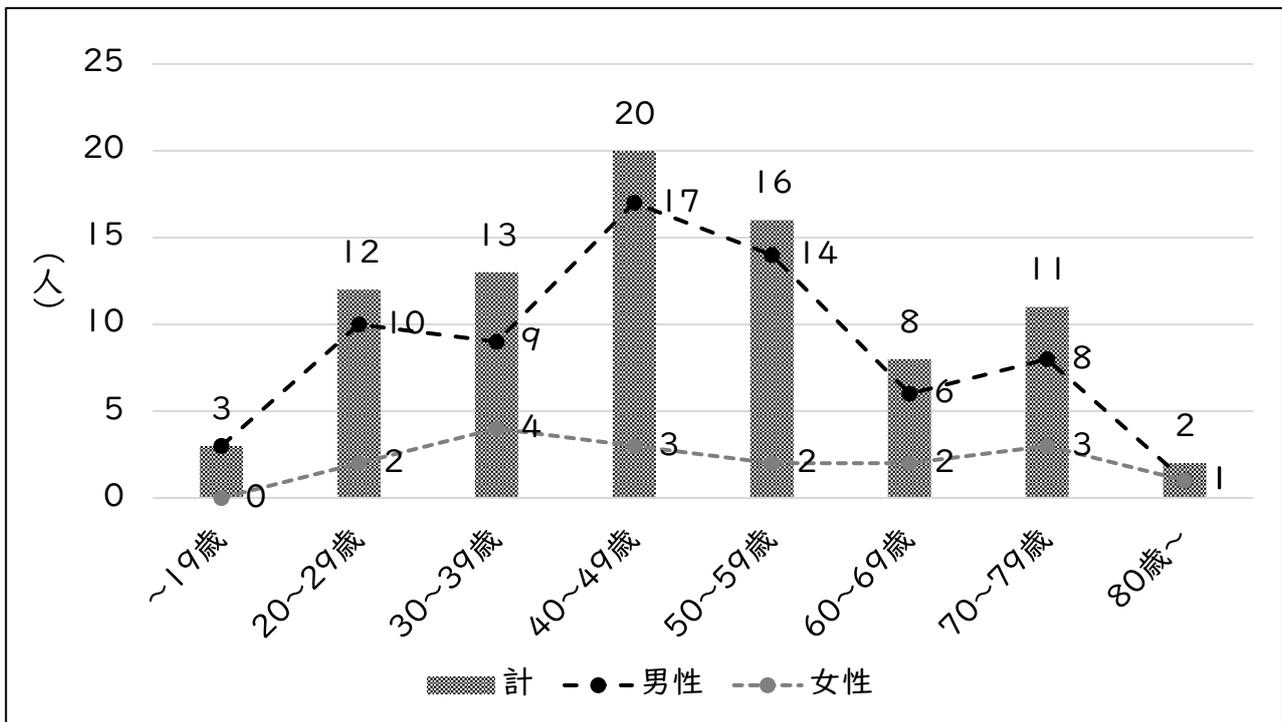
【(出典)自殺の統計:地域における自殺の基礎資料(内閣府および厚生労働省)】

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歳以上が21人と全体の約25%であり、30歳以上の自殺者数が自殺者全体の約75%を占めています。

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19歳までの自殺者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年から令和3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発生以降（令和2年～令和3年）の3期に分けて集計を実施しました。

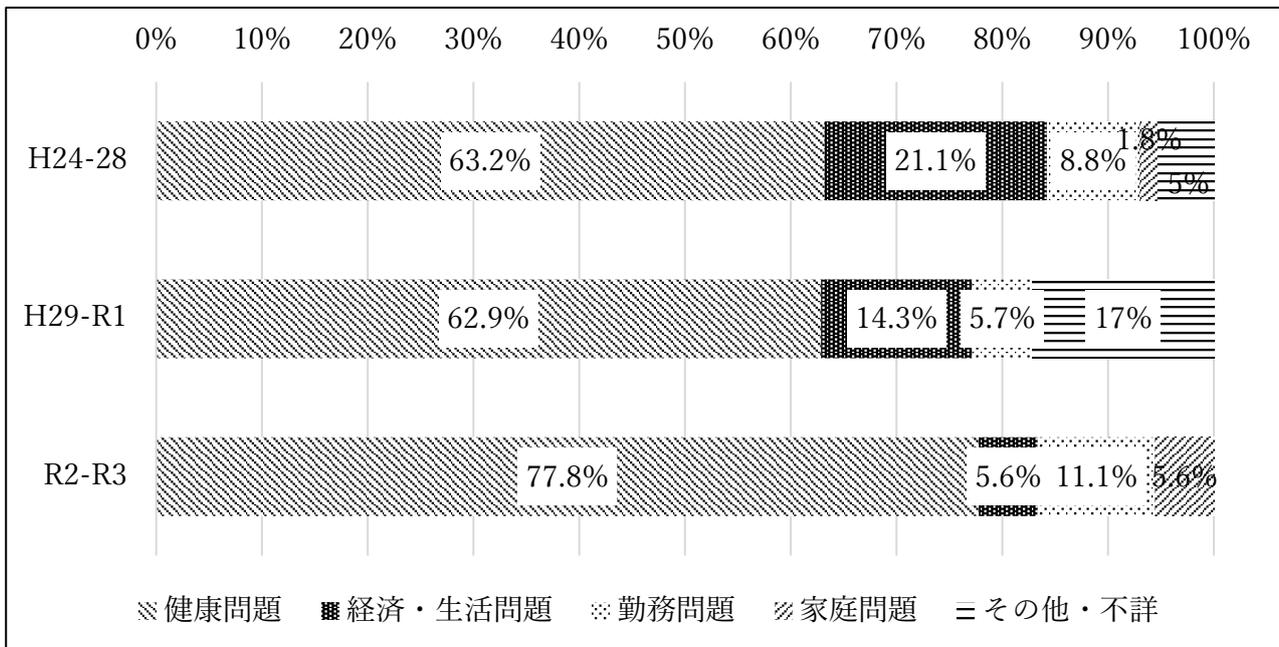
全体としては健康問題が多く、直近10年間の自殺者110名のうち、合計72名の65.5%が該当します。前期計画書で公表している、健康問題の内訳のデータでは、44.1%が精神疾患（うつ病以外）、30.5%が精神疾患（うつ病）、23.7%が身体疾患ということが明らかとなっており、精神的健康に対する配慮・対策の重要性を示しています。また、新型コロナウイルス感染症発生以降では健康問題を理由とした自殺者が更に増加しています。

次に経済・生活問題が挙げられ、10年間で合計18名の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名の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次のとおりです。

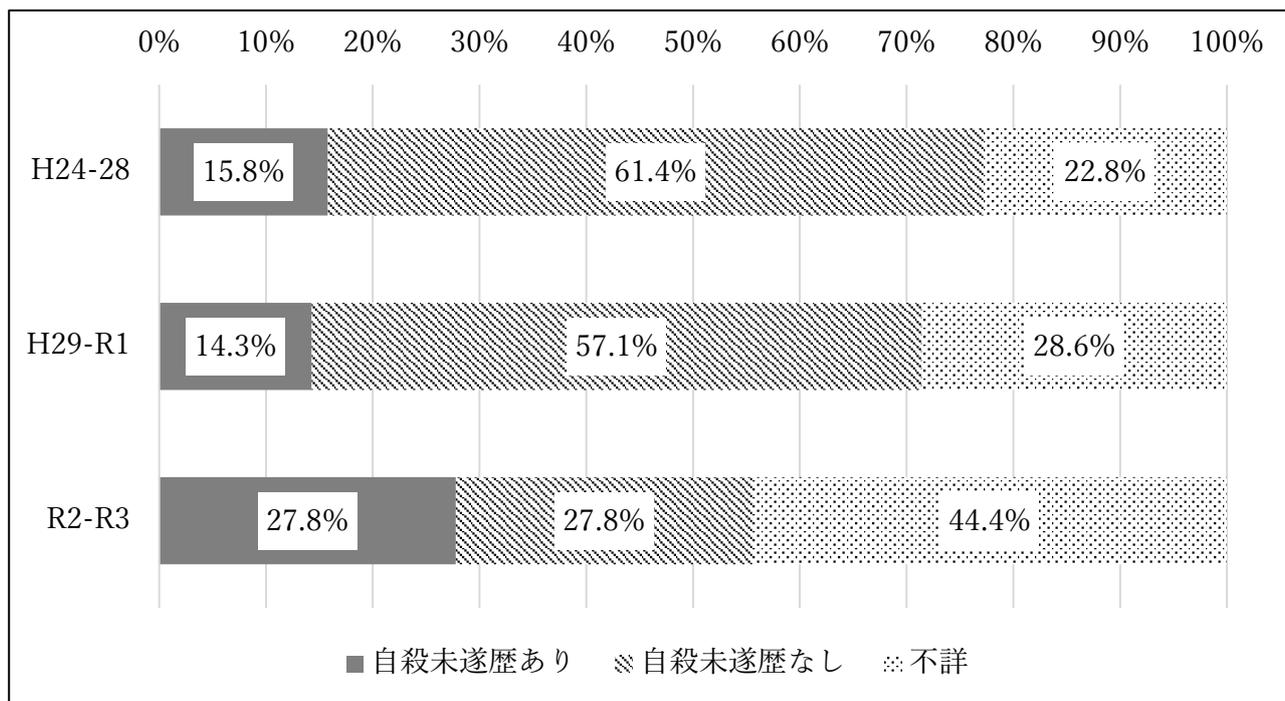
直近10年間の自殺者110名のうち19名の17.3%に自殺未遂歴があります。

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名の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既遂に至ることが稀ではないこともわかります。

更に、新型コロナウイルス感染症発生以降は、自殺者のうち自殺未遂経験者の割合が27.8%の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、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す。

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について、自殺リスクとなる課題を把握・支援し、必要に応じ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を実施しました。

【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、小中学生へは学校などを通じ、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。更に、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、更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関係部局にわたり、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

- ・自殺に至る可能性の高い経路（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^{※4}（以下、ケア会議という）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。

※4 ケア会議とは、個別のケースに対する支援を行うことを目的とし、他制度・多職種との連携・調整を行う会議のこと。

○取組を実践することができなかつた要因

(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機関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つたわけではない

(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、税滞納・生活保護・DV 等異なる生活課題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、医学的根拠（データとエビデンス）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、その継続の是非も含めて、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する必要があります。

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、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を行うなど、不調自体の予防を意味します。

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、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、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、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、前期計画では一次予防である、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、様々なリスクによる新たな視点からの課題が出現しています。

Ⅰ 妊産婦のリスク状況

妊産婦のリスク状況として、EPDS^{※5}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。

(1) 妊娠届出時のリスク状況

市の妊娠届出数(母子健康手帳交付数)は、令和2年は608人、令和3年は716人でした。そのうち、ハイリスク者はそれぞれ246人、277人で、全体の約40%を占めています。リスク事由の内訳は表2のとおりであり、4つの事由が全体の大部分を占めています。ハイリスク者に対しては、関係機関との連携による集中的な支援や定期的な見守りが必要と考えます。

表2 妊娠届出時のリスク事由(複数回答のため重複あり)

ハイリスクの事由	件数(令和2年)	件数(令和3年)
支援者不足	54	87
身体的疾患	44	77
未婚	39	49
精神疾患	45	41
その他(早産リスク、妊婦が40歳以上、 経済的問題など)	216	194

【地域包括ケア課】

※5 EPDS(Edinburgh Postnatal Depression Scale:エジンバラ産後うつ病自己評価票)とは、産後うつのスクリーニング票であり、母親の抱える様々な問題を明らかにすることで、効果的な支援を行うことを可能とするもの。

(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^{※6}の結果を踏まえると、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。

育児支援チェックリストの質問項目で「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%の割合で存在しています。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、市や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です。

※6 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るもの。

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発生以降において、虐待件数が増加傾向です。

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、心理的虐待が89件57.4%、身体的虐待が38件24.5%、ネグレクトが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	暴力の目撃等によるもの	保護の怠慢・拒否(ネグレクト)	計
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

【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	暴力の目撃等によるもの	保護の怠慢・拒否(ネグレクト)	計
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

【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。更に「自分は価値のない人間だと感じましたか」に対して、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か月間の状況をお聞きします。

それぞれの質問について、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 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 気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか	1	2	3	4	5
オ 何をするのも面倒だと感じましたか	1	2	3	4	5
カ 自分は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・児童委員や自治会、地区社会福祉協議会（以下、地区社協という）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、平成29年から地区社協の設立が進み、地域活動の中でも見守り等が行

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予防対策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。保護開始件数は増加傾向にあり、稼働による廃止件数（生活保護からの脱却）は減少傾向にあります。

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、今後の再度の感染拡大リスクなどを踏まえ、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	223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 (稼働による)	10世帯	15世帯
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）」「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。

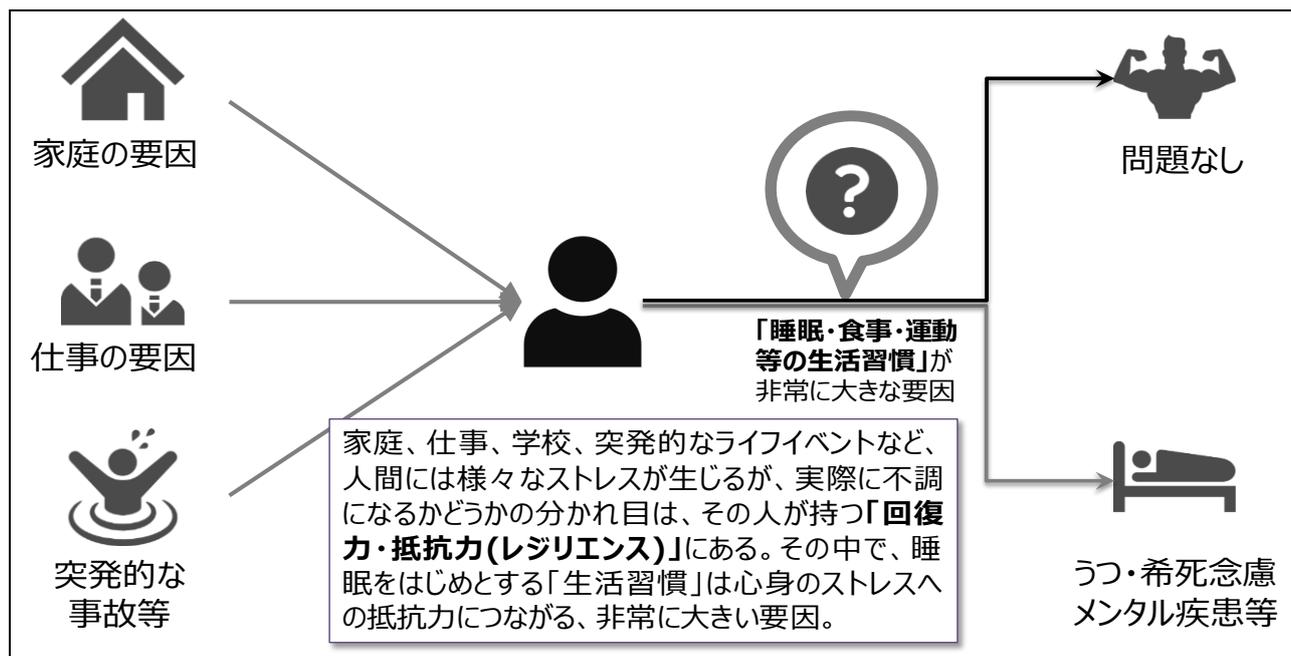
2 希死念慮の原因と生活習慣

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・生活問題、勤務問題、家庭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とき、実際に不調や希死念慮に結びつくのか、問題を生じずに済むのかの要因には「回復力・抵抗力」（レジリエンス）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回復力・抵抗力（レジリエンス）の概念



【(出典)東京医科大学精神医学分野産業精神医学プロジェクト】

経済・生活問題、勤務問題、家庭問題等に対して、市が支援しても、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、個人個人の考え方について介入するには、心理士などの専門性や人的資源が必要であり実現が難しい状況です。しかし、生育歴等の過去のことには介入できなくても、これからの生活習慣へは介入・指導・予防が可能で、マス（不特定の人を対象とした集団）に対して、広く改善の啓発をすることにより予防的なアプローチができます。

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、思春期の睡眠不足は自殺リスクが約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。

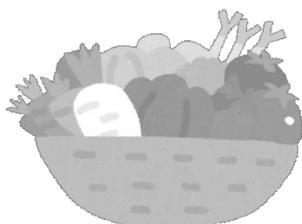
3 調査の結果

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資料6に記載しています。

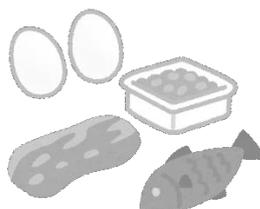
調査時点の過去2週間において、自傷や自殺に関する意図をわずかであっても有する者は、全体の13.3%存在しました。

調査の結果、主に次の要因が希死念慮や自殺企図と関連することが明らかとなりました。

食事はきちんと摂れていますか？



・野菜の摂取量



・タンパク質の摂取頻度



・自炊をできている

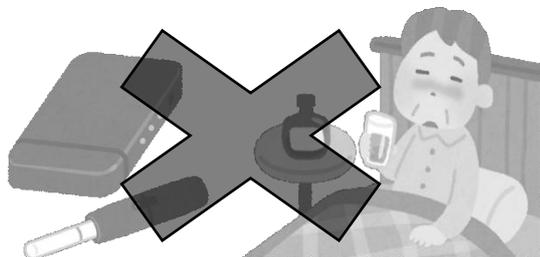


・水分不足に注意！



・食事時間の乱れに注意！

○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、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となりました。

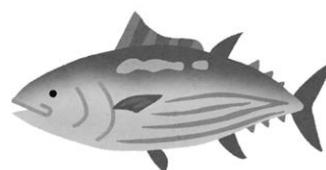


嗜好品に注意を！

- 喫煙は、短いスパンであつ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。



鉄分足りていますか？



- 「鉄欠乏状態」がうつの原因となりうる事が明らかとなりました。
- ※鉄分は、赤身の肉や魚、レバー、ほうれん草、納豆などに多く含まれます。



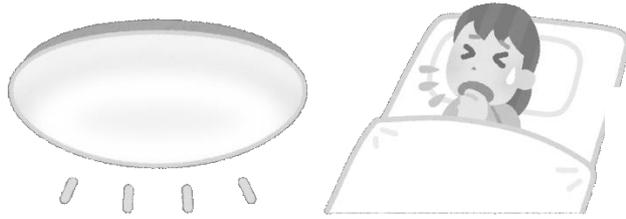
介護疲れになる前に…

- 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。



身体を動かしましょう！

- 身体活動の著しい少なさが希死念慮の悪化と関連することがわかりました。
- テレビの視聴等は控えめにして、その分、歩行や運動を行いましょう。



よく眠れていますか？

○全体では7時間程度の睡眠時間^{※7}が希死念慮を最小化すること、入眠困難、主観的な睡眠の質の悪さ、睡眠に関する何らかの問題がうつや希死念慮を悪化させることがわかりました。

※7 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。

○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」ということ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。

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、鉄不足があれば補う、適切な睡眠時間をとる、睡眠を妨害する要因を除去し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、より具体的な指導内容の精査や、指導方法の検討が必要ですが、この結果を活用することにより、「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。

健康的な生活習慣に関する啓発物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、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。

第4章

施策

第4章 施策

第1節 事業の体系

1 はじめに

国の掲げた新大綱では、「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、自殺対策は「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）」を減らし、「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」を増やすことを通じて、「対人支援のレベル」「地域連携のレベル」「社会制度のレベル」それぞれにおいて総合的に推進し、「いのちを支える自殺対策」という理念を前面に打ち出すとしています。

その中で、「自殺に追い込まれる経路」の対策、女性や小中高生の自殺への対策、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を踏まえた対策、そして、精神保健的な視点だけでなく社会・経済的な視点を含む包括的な取組を掲げています。

本計画の施策は、個別支援により把握された自殺リスクの高い者（ハイリスク者）に対し「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）」となり得る健康問題、経済・生活問題、勤務問題、家庭問題、学校問題等に関して、迅速かつ的確に対応し、自殺のリスク要因の低減を主眼に推進します。更に、「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」として、医学的見地に立ち、良好な睡眠や健康な食生活など、自殺に対する保護要因を生活習慣の改善を通じて育むことを目指します。これらは、必要に応じて「生活」「医療」の両輪から支援を行います。

事業体系を整理・構築するためには、これまでの取組評価及び達成状況を整理し、新たな施策や前期計画の実施手法を見直した施策を追加する必要があります。そのうえで、医学的根拠に基づいた体系を構築し、自殺者数ゼロという最終的な目標（アウトカム）達成のために各事業の目標も可能な限り明示することが大切です。

本計画では、予防・早期発見プログラム（一次／二次予防）、教育プログラム（一次予防／二次予防）、相談プログラム（二次予防／三次予防）に再分類・整理を行い、基本方針である「生活支援と医学的根拠に基づく自殺予防対策・多世代への展開」に基づき、体系ごとに取組を展開していきます。

2 注力すべき領域の確認

自殺予防のための「根拠に基づいた施策」を遂行するためには、自殺への影響が大きい要因を見極め、その要因を解消するための取組を施策化することが必要です。

第3章では、自殺の直接原因として健康問題（特に精神疾患）、経済・生活問題（失業、生活苦、債務）、勤務問題（仕事疲れ、職場の人間関係）が大きな割合を占めていること、また、自殺未遂者の既遂リスクが非常に高いことが明らかとなりました。更に、市が実施した調査で、自傷・自殺の念慮を持つ者が少なくない割合でいること、睡眠や食生活などの生活習慣が希死念慮の原因の要素を持っていることが明らかとなりました。

これらへの対策が、自殺予防のために注力すべき重点領域であり、本計画において重点的に取り組む施策です。

3 事業の体系

本計画での事業の大枠は、一次予防（希死念慮が生じることを減らす、予防する）と二次予防（希死念慮が生じている、自殺行動のリスクが高まっている人を早期に発見し、支援する）を目的とした①予防・早期発見プログラムと②教育プログラム、そして二次予防と三次予防（自殺企図者の再発予防や本人・周囲の方のケア）を目的とした③相談プログラムから構成しています。

①予防・早期発見プログラムでは、医学的根拠に基づき、兆候の発見（チェックリスト化されたアセスメントシート）、保健指導、医療（受診）へのコーディネートとフォローアップ、支援のためのマニュアルの作成、そしてそれらの早期発見の現場における活用を推進します。また、計画期間中に市民調査を実施し、得られた根拠・地域特性や傾向を今後の施策に反映させるものとしています。

②教育プログラムでは、自殺予防のための方策やSOSの出し方等について、地域・市民教育や子どもへの教育を通じ普及・啓発を行います。また、ゲートキーパー^{※8}の養成は、ヘルスサポーターを対象とした講座や、地域における支援人材の育成、自殺予防に取り組む人材の教育・育成として実施します。

③相談プログラムでは、相談を受けた際に適切に対応することを継続していく他、ハイリスク者や、疾患等を有している方を医療につなげるための相談体制と方法を整備し、医療・専門職との連携体制を構築します。また、自殺企図再発防止のために本人や親族等周囲の方へのケア、及び不幸にも自殺に至った場合の周囲の方へのケア体制を構築します。

※8 ゲートキーパーとは、自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応（悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る）を図ることができる人のことで、「いのちの門番」とも位置づけられる人のことです。

第2節 事業の展開

本節では、本計画における各事業についてその展開を示していきます。

また、第3章での前期計画評価のとおり、「取組の状況や結果が不十分であった」事業については、その実施方法の見直しや継続の是非についても検討を行っています。

図12 本計画における事業の一覧

	【生活】	【医学・医療】
①予防・早期発見 プログラム (一次予防・二次予防)	<ul style="list-style-type: none"> 1 保健指導マニュアル・アセスメントの開発 2 自殺予防のための市民調査の実施 3 広報の充実と連絡体制の整備 4 失業・生活困窮への対応 5 健康不安の早期発見支援 6 家庭内で生じる困難の早期発見支援 7 学校における問題の早期発見支援 	
②教育プログラム (一次予防・二次予防)	<ul style="list-style-type: none"> 1 市関係者の人材育成 2 市民に対する啓発・情報提供 3 学校現場における教育 4 地域における人材育成 	
③相談プログラム (二次予防・三次予防)	<ul style="list-style-type: none"> 2 保健指導の実施(自殺予防) 4 親族等に対する支援 	<ul style="list-style-type: none"> 1 相談プログラムの提供 3 未遂者の再企図防止

①予防・早期発見プログラム（一次／二次予防）

「生きることの阻害要因（自殺のリスク要因）」を減らし、「生きることの促進要因（自殺に対する保護要因）」を育むことを目指し、阻害要因を発生させない、生じていたらそれを解決する、そして保護要因（回復力・抵抗力：レジリエンス）を高める施策を行っていくことを目標とします。

1. 保健指導マニュアル・アセスメントシートの開発【医学・医療】【生活】（新規）

【現状】

心理社会的要因による希死念慮や自殺は介入・予防が困難です。困りごとの個別性は非常に高く、家庭問題や勤務問題は行政では対処困難なことも少なくありません。相談内容がすぐに解決できない場合には、他の相談窓口を紹介するか、傾聴する以外は打つ手が無い状況でした。

また、前期計画では「相談者チェックシート」を開発し、リスク評価やモニタリングを行っていくことを想定していましたが、統一的なチェックシートがなく十分なモニタリングはできませんでした。更に、相談者が心理的に負荷のかかっている状態にあると推察された場合でも、ただちに医療機関の受診を勧奨するレベルかどうかの判断をすることは難しい状況でした。

【取組】

各相談窓口や支援の現場において利用可能な汎用性の高いアセスメントシートの作成と、それをもとにした保健指導マニュアルを作成します。

第3章での調査と分析結果から、どのような要因（現在の心身の健康状態、経済状況、生活習慣）が希死念慮や自殺につながるのかを明らかにできました。これらの項目と、経済状況、就労や就学の状況・意向、家庭状況等を簡便に調査できるアセスメントシートを作成することで、医学的根拠に基づくリスクアセスメントが可能になると考えます。アセスメントシートは、本人の自記式のみならず、ヒアリングによって他者が記入することも可能なチェックリスト方式とします。

チェックリストの中でも、特に生活習慣等については、改善することにより結果的に希死念慮の低減が期待できるもの（例えば、良い睡眠をとれるための生活習慣項目など）となります。各項目を改善させる保健指導が自殺予防対策となるため、どのように改善させるかの方法論も含めた保健指導マニュアルを開発します。

生活の視点では、希死念慮を予防・減弱させる「回復力・抵抗力（レジリエンス）」を育む生活習慣への行動変容を促すことは、自殺予防対策のみでなく健康づくりに有益です。

また、ただちに医療機関の受診が必要かどうかについても、チェックリスト内のスクリーニング項目を用いるなど、一定の基準を設けた上で判断のポイントを示します。

なお、アセスメントシート・保健指導マニュアルの開発にあたっては、精神医学・心理

学・社会学分野の研究者や医師等の有識者による検討・作成・監修が望まれます。精神医学分野については、東京医科大学との自殺予防対策に関する包括的な協力協定に基づき、本計画期間中の開発・運用を目指します。

2. 自殺予防のための市民調査の実施【医学・医療】【生活】（新規）

【現状】

現在、希死念慮が高まるリスクのある市民がどの程度いるのか、希死念慮を高めるリスク要因の頻度や程度については不明です。このため、自殺予防対策の内容はあまり焦点化されていません。市では、市民全体に対する啓発も実施していますが施策の効果を評価する仕組みが存在しません。

【取組】

地域の現状とその変化を可視化すべく、アンケート調査票を開発します。調査は、市の地域特性と課題を把握し、自殺対策施策へフィードバックすることを目的に実施します。

本計画期間中に、リスクやリスク要因を評価できる市民調査を実施し、その結果を予防・早期発見プログラムや教育プログラムにフィードバックすることを目指します。更に、可能であれば定点観測を実施し、広報・啓発等による各項目への効果を明らかにします。

3. 自殺予防対策のための広報の充実と連絡体制の整備【医学・医療】【生活】（見直し）

（前期計画での内容…事業3：自殺予防のための取組：自殺予防リーフレット/市のホームページに自殺予防サイトを開設）

【現状】

自殺予防に特化したリーフレットの作成はできていません。また、市ホームページには「こころの相談」のページはあるものの、自殺予防に特化したサイトは未設定です。また、リーフレットの作成やウェブサイト構築のための具体的な内容が十分検討されていません。

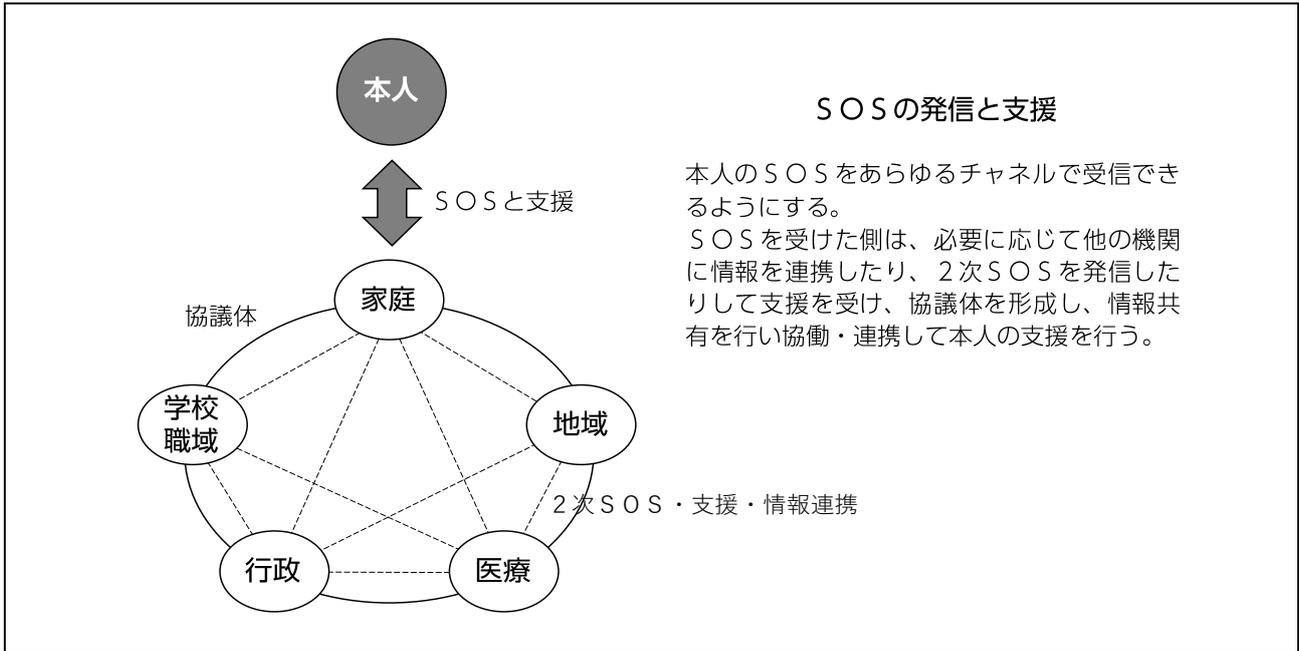
【取組】

広報のコンテンツは自殺予防に資するものである必要があり、本計画期間中にその内容を検討・開発します。

また、相談窓口の散在といった「どこに連絡すればいいのかが不明」という問題があります。自殺リスクのある者が職場、家庭、学校、地域のどこで生じたのかにより対応・相談方法は異なります。円滑に相談窓口に通じつけるよう、「相談先のフローチャート」を作成し、どの場合にどこの相談先があるのか等の情報を提供します。

相談者を支援するためには、相談を受けた窓口同士の連携（支援・情報連携）が重要ですので、個人情報の保護に十分配慮したうえで、スムーズな連携が可能となるよう情報共有の仕組みを構築します。

図 13 SOS の発信と支援のイメージ図



4. 経済・生活問題：失業・生活困窮への対応【生活】（見直した上で継続）

（前期計画での内容…事業1：領域① 経済・生活／仕事領域における生活困窮の課題：失業の段階：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・就労支援時の発見支援、生活困窮に陥った段階：税金等の滞納時の発見支援・家計再建相談時における発見支援）

【現状】

失業は自殺の大きなリスクです。前期計画では失業により国民健康保険への切り替え時等や所得情報を利用して発見・介入することを計画しましたが、所得・納税情報の機密性や繊細さにより遂行できませんでした。また、就労支援を受ける人に対する生活の把握やアセスメント、就労定着状況についても、前述のチェックシートの開発ができなかったこともあり、把握できていない例があります。

滞納による納税相談を受ける収納課、水道料金の支払い相談を受ける企業経営課、家計に問題を抱える生活困窮者からの相談を受ける社会援護課・地域包括ケア課の窓口においては、適宜相談者のフォローを実施しているほか、必要に応じて関係機関の相談支援等につなげています。

なお、前期計画中に新型コロナウイルス感染症により新たな経済問題が生じた可能性がありますが、自殺予防対策という観点で生じた影響は不明です。

【取組】

失業した方は、国民健康保険への切り替え手続きの他に、失業保険の申請を行います。捕捉率の問題はありますが（失業者のうち失業保険給付を受けている者の割合は2割程度に留まります：出典「厚生労働省 雇用保険事業年報」）、このタイミングでのアプローチも重要です。

市民が失業保険給付手続きの際に利用するのはハローワーク朝霞です。また、市役所内には和光市ふるさとハローワークもあります。この連携を行うため、ハローワーク朝霞に市の取組を説明し

協力体制を構築するとともに、自殺予防や生活保護を含む生活困窮及びその他困りごとの市の相談先を記載した広報物の掲出や配置などを依頼します。

また、国民健康保険切り替え時においても、広報物の掲出や配置などの受動的な方法で、支援のチャンネルを増やすことが可能です。

新型コロナウイルスの影響による失業や個人事業の廃業等が生じることも想定されることから、生活困窮者の相談を受ける窓口等でのフォローアップも重点的に継続します。

5. 健康問題：健康不安の早期発見支援【医学・医療】【生活】（見直した上で継続）

（前期計画での内容…領域② 健康領域における疾病・健康不安の課題：健康不安に対する発見支援・関係機関における発見支援・介護保険事業における発見支援）

【現状】

心身の疾患の手術や健康問題の相談窓口となる社会援護課・健康保険医療課等、通院で利用する医療機関や薬局、介護サービスを提供する介護保険事業者等は、個々の状況をアセスメントしています。こちらも、前述のチェックシートが開発できなかったこともあり、把握できていない例があります。

また、新型コロナウイルス感染症の後遺症や、感染拡大での受診控えによる不調の発生等による健康不安も危惧されます。

【取組】

各相談窓口でのアセスメントにより、健康問題・健康不安を早期発見し、リスク者には、1の保健指導マニュアルやアセスメント等に沿って対応します。各相談窓口に対しては適宜ヒアリングを行い、実施件数、マニュアル類の利便性、成果等について評価し、実効性の確認を行います。

6. 家庭問題：家庭内で生じる困難の早期発見支援【生活】（見直した上で継続）

（前期計画での内容…事業1：領域③ 家庭領域における子育て・家庭内不和の課題：母子健康手帳交付時、乳児家庭全戸訪問、乳幼児健診、ネウボラ事業、虐待・DVケース、ひとり親家庭、保育園・幼稚園、ひきこもり等における発見支援）

【現状】

家庭での諸問題について、子育て時の様々な困難や、女性特有の妊娠・出産時におけるアセスメントと支援は、ネウボラ課、子育て世代包括支援センター等を通じて重点的に行うことができています。その他、障害者、高齢者、虐待等の各担当部局においてもリスク者を把握しています。しかし、家庭内介護に関する問題、ケアラー・ヤングケアラーに対する評価等は、十分に行えていません。

【取組】

家庭問題の中でも問題なく行えているものは、本計画でも継続します。家庭内介護やケアラー・ヤングケアラーに生じている問題については、その総数や現状を把握し、効果的な施策を検討します。

7. 学校問題：学校における問題の早期発見支援【生活】（継続）

（前期計画での内容…事業1：領域④ 学校等におけるいじめ・不登校・学業不振の課題）

【現状】

児童・生徒および保護者等に対して、定期的なアンケートを行い、いじめや学業不振、家庭環境等に課題が発生していないかを確認し、また不登校児童・生徒の問題に寄り添いながら、アセスメントを行っています。

【取組】

本計画でも取組を継続します。教育委員会と連携し、アンケートの実施頻度や内容、回答率、実施方法（秘密保持）についてヒアリング、及びモニタリングを行い、施策の改善を図ります。

重大な事態等緊急性のある事案が発生した場合には、和光市子供のいじめ防止条例に基づき適切に対応します。また、児童及び保護者に対して当該条例の周知を図ります。

②教育プログラム（一次予防／二次予防）

市民や市関係者が自他のこころの健康を守ることのできる存在となるよう、具体的な方法論を構築します。また、「生きることの促進要因」として、メンタルヘルスの不調や希死念慮を未然に防ぐ保護要因（回復力・抵抗力：レジリエンス）の育み方や、「他者を助けられる人はうまく助けられることができる」あるいは「助けられた経験がある人は他者を助けられる」という援助志向と被援助志向の好循環を生じさせるため、SOS の出し方と受け止め方についても重視していきます。

1. 市関係者の人材育成【医学・医療】【生活】（見直した上で継続）

（前期計画での内容…体制整備・人材育成：座学による研修／実践による育成）

【現状】

市の保健福祉関係担当職員、税関係担当職員や地域活動を担っていただいている民生委員・児童委員、ヘルスサポーター、地区社協等が、自殺予防に関する専門的な知識やハイリスク者の早期発見と解決のための方策等を習得すること、及び現場において発展的な能力開発の機会を設けることを目標としていました。しかし、人材育成の具体的な方法論や、何ができていれば教育効果があったとみなすのか達成目標が不明でした。

【取組】

自殺予防対策に取り組む職員や地域活動をする関係者が知っておくべき知識、身につけておくべきスキル^{※9}を明確化・段階化した上で、その内容（学習到達目標）の習得を目標とした研修体制を整備します。

※9 具体的には、人間が自殺に追い込まれてしまう要因とそれに対する対処の方法を知っていること、医療連携の方法を知っていること、適切な相談先が提示できること、現場で相談者と接する場合に

は、適切な対応ができること、などが含まれます。

2. 市民に対する啓発・情報提供【医学・医療】【生活】（見直した上で継続）

（前期計画での内容…自殺予防のための取組：自殺に対する理解の促進：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）

【現状】

自殺予防週間・自殺対策強化月間の周知は行いましたが、自殺予防について何をどのように普及・啓発していくのかの方法・内容が不明でした。

【取組】

自殺・希死念慮・精神疾患・うつ等に関して、臨床（医療の現場・行政の現場）で自殺予防に取り組んでいる医師、心理士、看護師、精神保健福祉士、行政職員等や、当該問題について医学・心理学的研究に従事する研究者と協働し、啓発の内容と方法について検討します。また、どのように行動や認識が変わったか、効果測定を実施します。

3. 学校現場における教育【医学・医療】【生活】（見直した上で継続）

（前期計画での内容…自殺予防のための取組：学校を通じた教育・指導：①教育活動全体における道徳・人権教育・②保健学習におけるこころの健康に関する指導・③夏休みの課題として「いのちの標語」の作成）

【現状】

各学校において上記の取組が行われています。生徒の心理面や行動に関するアンケートについても実施しています。しかし、個別の教育内容については市がその内容を把握できてはいませんでした。

【取組】

教育委員会との連携を強化し、発達段階に応じて、自他の生命の尊さについて考えることができる教育の継続を推進します。

「SOSの出し方」として、学校や家庭生活での問題、健康上の不安、心理面での困難など、何らかの苦境にあるとき、誰に、どのように相談し、SOSを出すべきかの教育を促します。必要に応じ、前述の「相談先のフローチャート」を対象年齢層ごとにカスタマイズした上で、教材として提供します。

前章で明らかとなったように、若年者においては自己肯定感に大きな課題があり、「自分を大切にすることができる」教育を促します。

「追い込まれる」ことを予防する環境を構築するため、ダイバーシティ教育を推進し、国籍や出自、性別（LGBTQを含む SOGI の概念）、障害の有無等に関する啓発を行います。

現状把握のためのアンケートは引き続き実施した上で、可能であれば自殺予防対策につながる項目の追加を検討します。

4. 地域における人材育成【医学・医療】【生活】（新規）

【現状】

民生委員・児童委員、ヘルスサポーター、地区社協等は、地域の個人同士や、地域・地域の個人と行政とをつなぐ役割として、支援・見守り活動を行っていますが、自殺予防対策における役割について明示的な記載がありませんでした。

【取組】

民生委員・児童委員、ヘルスサポーター、地区社協等は、自殺予防対策においても市と連携・協力しながら地域の中心となり、地域住民に対しての見守りと啓発を行うことが期待されます。

支援を要す人や、退院後の支援が必要な方への見守り等を担っていただく地域の人材を育成するため、「1. 市関係者の人材育成」に準じた研修・啓発を行い、地域住民への教育や生活の場での早期発見・支援、近所の方からの相談の場面等で、自殺予防施策の橋渡し役となるよう推進します。また、地域活動に必要な資源や資材の供給を行います。

③相談プログラム（二次予防／三次予防）

困りごとを抱えた市民からの相談窓口を継続する他、適切に医療・専門職と連携していく体制を構築します。医療連携にまで至らない方についても、自殺リスクを低減させる対応方法を確立します。三次予防として、自殺企図に至った方や、既遂が生じた場合の周囲の方へのケア体制も構築します。

1. 電話・対面での相談プログラムの提供【医学・医療】（継続）

（前期計画での内容…記載なし）

【現状】

保健センターでは、こころの相談員と保健師が電話相談・面談を行っています。また、臨床心理士や地域の基幹精神科病院の精神科医により市民相談を行っています。

【取組】

相談を受けた際に適切な対応ができるよう、本取組を継続します。また、相談件数や、寄せられた相談の集計と分析を行います。

相談可能時間外の際にも途切れなく相談者がどこかにつながるができるよう、時間外の他の窓口（いのちの電話など）を明記する、ウェブサイト相談フォームを設置する、などの対応も検討します。

2. 自殺予防のための保健指導の実施【医学・医療】【生活】（見直し）

（前期計画での内容…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）

【現状】

自殺対策に特化したケア会議・ケアマネジメントは実施されませんでした。しかし、母子問題では子育て支援施策の枠組みの中で支援が行われ解決するなど、既存の取組の中で個別の問題解決がされています。

自殺対策に特化したケアプランを作成しなくても、既存の枠組みで対応できることが多数あります。しかし、既存の枠組みでは十分に対応できない方には、保健指導等を通じてフォローアップと支援を行っていくことが適切であると考えます。

【取組】

ハイリスク者を把握した際は、適切な担当部署と連携の上、①予防・早期発見プログラムで開発された「保健指導マニュアル・アセスメントシート」を活用し自殺予防につなげていきます。これは、行政で解決できる問題以外の理由で希死念慮が生じている場合でも対応が可能であり、ケアマネジメントの役割を果たすものとなります。

3. 自殺未遂者の再度の自殺企図防止【医学・医療】（見直した上で継続）

（前期計画での内容…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）

【現状】

医療との連携を進めることができず、未達成でした。

【取組】

自殺未遂者を把握する方法は2通りあり、1)救急通報・搬送段階での把握、2)救急医療機関での把握があります。いずれも市内で事象が生じない限り把握は不可能ですが、自殺行為の約6割は自宅で生じること（根拠資料：自殺白書）、更に自宅外での自殺行為は救命不能なケースが多いこと（飛び降り、飛び込み）から、事後的な支援が可能な自殺行為の大部分は自宅、すなわち市内で生じます。

このため、以下の取組を検討します。

1)消防署との連携：市内で自殺企図による救急要請が生じた場合に初動を行う消防署と関係性を構築し、市内での自殺企図による出動実態をヒアリングします。また、自殺予防対策について意見があればそれについても聴取します。

2)市内もしくは近隣市の救急医療機関との連携：市内で自殺企図があった際に患者が搬送される救急医療機関の救急部門（救急科等）と連携し、市の取組について情報提供のうね、リーフレット等を設置してもらうなどします。可能であれば、自殺未遂を行った市民が退院する際に、必要な支援等を検討するため、市に連絡を行う体制の構築を依頼します。また、自殺予防対策について意見があればそれについても聴取します。

4. 自殺者の親族等に対する支援【医学・医療】【生活】（見直した上で継続）

（前期計画での内容…自殺未遂者の再度の自殺企図防止：（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)

【現状】

自殺者親族等に接触するための手法を開発できず、未達成でした。

【取組】

自殺既遂者を把握する方法として、前述のとおり救急医療の場面がありますが、死亡した場合にその場で救急医療側（消防、医療機関）に遺族支援の誘導を依頼するのは困難です。また、市から支援を押しつけることにならないような配慮の手法を検討する必要があります。

一方、自殺に限らず、市民が亡くなった場合は市役所に死亡届等を提出するため、窓口付近にリーフレットやこころのケアについてのリーフレット等を配置・掲示するなど情報発信のあり方を検討します。

第5章

計画の推進体制

第5章 計画の推進体制

1 連携体制の構築

自殺対策施策の推進にあたっては、保健福祉担当部局のみならず、全庁的な連携体制が必要です。例えば、子どもの自殺対策を検討するためには教育委員会、税金・水道料金の滞納状況から経済的な相談支援につなげるためには税・水道担当部局との連携が求められます。そのため、市長、副市長及び教育長の3役と各部局長を含めた会議での組織横断的な連携体制の構築を目指します。

また、速やかに医療につなぐために地域の医療機関や相談機関との連携体制の構築、日々の地域での見守りを行うためには地域組織等との連携が欠かせません。地域における自殺対策施策の推進には、関係機関や地域組織等と会議の実施などで連携し、様々な視点からの意見を取り入れ、より良い支援を行う必要があります。

2 計画の進行管理及び評価

本計画を実効性のあるものとするため、上記 1 で示した会議において各施策の進捗管理を行うなど、定期的な計画の進行管理及び評価を行います。

また、法改正などの社会情勢の変化に応じ、必要な見直しを行います。

3 自殺対策施策推進に向けた条例整備

現在は、健康づくり基本条例に基づき施策の展開・評価を実施していますが、近年、自殺対策が喫緊の課題となっていることから、本計画期間中に、自殺対策施策の普遍性を確立させること及び施策推進の根拠を明らかにするため、条例の制定を検討します。

卷末資料

1 和光市健康づくり基本条例

○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

前文

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でき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できる。

（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	<ul style="list-style-type: none"> ・生活苦 ・債務/多重債務 ・就職失敗 	<ul style="list-style-type: none"> ・うつ病 ・身体の病気の悩み ・その他の病気の悩み 	<ul style="list-style-type: none"> ・育児 ・家族関係の不和等 ・被虐待 	<ul style="list-style-type: none"> ・学業不振 ・いじめ ・不登校
公助	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療費助成 ○障害者手帳交付 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○学校教育 ○学習支援 ○障害者手帳交付
共助	<ul style="list-style-type: none"> ○失業給付 ○国民健康保険加入 	<ul style="list-style-type: none"> ○国民健康保険加入 ○介護保険申請・給付 ○自立支援医療給付 	<ul style="list-style-type: none"> ○子どもの医療費給付 	
互助	<ul style="list-style-type: none"> ○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、ヘルスパートナー、介護予防センター等地域活動 	<ul style="list-style-type: none"> ○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、ヘルスパートナー、介護予防センター等地域活動 	<ul style="list-style-type: none"> ○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、ヘルスパートナー、介護予防センター等地域活動 	<ul style="list-style-type: none"> ○民生委員・児童委員、地区社協、ヘルスパートナー、介護予防センター等地域活動
自助	<ul style="list-style-type: none"> ○無料法律相談 	<ul style="list-style-type: none"> ○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) 	<ul style="list-style-type: none"> ○メール・電話相談(民間団体等) 	<ul style="list-style-type: none"> ○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、非常事態はまだまだ続いている
- ✓ 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穩に配慮する

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

「自殺総合対策大綱」 ＜第4 自殺総合対策における当面の重点施策の概要＞

<p>1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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・見直し等の支援 ■ 地域自殺対策推進センターへの支援 <ul style="list-style-type: none"> ・地域自殺対策推進センター長の設置の支援 ・全国の地域自殺対策推進センター長による会議の開催に向けた支援 ■ 自殺対策の専任職員の配置・専任部署の設置の促進 	<p>2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・命の大切さ・尊さ、SOSの出し方、精神疾患への正しい理解や適切な対応を含めた心の健康の保持に係る教育等の推進 ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・「自殺は、その多くが思い込まれた末の死である」「自殺対策とは、生きるための包括的支援である」という認識の普及 ・メンタルヘルスの正しい知識の普及促進 	<p>3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・相談機関等に集約される情報の活用検討 ■ 子ども・若者及び女性等の自殺調査、死因究明制度との連動 <ul style="list-style-type: none"> ・自殺等の事案について詳細な調査・分析 ・予防のための子どもの死亡検証(CDR; Child Death Review)の推進 ・若者、女性及び性的マイノリティの生きづらさ等に関する支援一体型の実態把握 ■ コロナ禍における自殺等の調査 ■ うつ病等の精神疾患の病態解明等につながる学際的研究 	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 大学や専門学校等と連携した自殺対策教育の推進 ■ 連携調整を担う人材の養成 ■ かかりつけ医、地域保健スタッフ、公的機関職員等の資質向上 ■ 教職員に対する普及啓発 ■ 介護支援専門員等への研修 ■ ゲートキーパーの養成 <ul style="list-style-type: none"> ・若者を含めたゲートキーパー養成 ■ 自殺対策従事者への心のケア <ul style="list-style-type: none"> ・スーパーバイザーの役割を果たす専門職の配置等を支援 ■ 家族・知人、ゲートキーパー等を含めた支援者への支援
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 職場におけるメンタルヘルス対策の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・パワーハラスメント対策の推進、SNS相談の実施 ■ 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 	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・自殺の危険性の高い人を早期に発見し確実に精神科医療につなげるよう体制の充実 ■ 子どもに対する精神保健医療福祉サービスの提供体制の整備 <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの心の診療体制の整備 ■ うつ病、依存症等うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策 	<p>7. 社会全体の自殺リスクを低下させる</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 相談体制の充実と相談窓口情報等の分かりやすい発信、アウトリーチ強化 ■ ICT（インターネット・SNS等）活用 <ul style="list-style-type: none"> ・SNS等を活用した相談事業支援の拡充、ICTを活用した情報発信を推進。 ■ インターネット上の誹謗中傷及び自殺関連情報対策の強化 <ul style="list-style-type: none"> ・自殺の誘引・勧誘等情報についての必要な自殺防止措置・サイバーハラスメントによる取組を推進 ・特定個人を誹謗中傷する書き込みの速やかな削除の支援や人権相談等を実施 ■ ひきこもり、児童虐待、性犯罪・性暴力の被害者、生活困窮者、ひとり親家庭に対する支援 ■ 性的マイノリティの方等に対する支援の充実 ■ 関係機関等の連携に必要な情報共有 ■ 自殺対策に資する居場所づくりの推進 <ul style="list-style-type: none"> ・オンラインでの取組も含めて孤立を防ぐための居場所づくり等を推進 ■ 報道機関に対するWHOガイドライン等の周知 ■ 自殺対策に関する国際協力の推進 	

「自殺総合対策大綱」 ＜第4 自殺総合対策における当面の重点施策の概要＞

<p>8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ■ 救急医療機関における精神科医による診療体制等の充実 ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・自殺未遂者を退院後に円滑に精神科医療につなげるための医療連携体制の整備 ・自殺未遂者から得られた実態を分析し、匿名でのデータベース化を推進 ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・傾聴スキルを学べる動画等の作成・啓発 ■ 学校、職場等での事後対応の促進 	<p>9. 遭された人への支援を充実する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・学校、職場、公的機関における遺族等に寄り添った事後対応等の促進 ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・遺族等が直面する行政上の諸手続や法的問題等への支援の推進 ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・ヤングケアラーとなっている遺児の支援強化 	<p>10. 民間団体との連携を強化する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・多様な相談ニーズに対応するため、SNS等を活用した相談事業支援を拡充 ■ 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
<p>11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ いじめを苦にした子どもの自殺の予防 ■ 学生・生徒への支援充実 <ul style="list-style-type: none"> ・長期休業の前後の時期における自殺予防を推進 ・タブレット端末の活用等による自殺リスクの把握やプッシュ型の支援情報の発信を推進 ・学校、地域の支援者等が連携して子どもの自殺対策にあたることのできる仕組みや緊急対応時の教職員等が迅速に相談を行える体制の構築 ・不登校の子どもへの支援について、学校内外における居場所等の確保 ■ SOSの出し方に関する教育の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・命の大切さ・尊さ、SOSの出し方、精神疾患への正しい理解や適切な対応を含めた心の健康の保持に係る教育等の推進 ・子どもがSOSを出しやすい環境を整え、大人が子どものSOSを受け止められる体制を構築 ■ 子ども・若者への支援や若者の特性に応じた支援の充実 <ul style="list-style-type: none"> ・SNS等を活用した相談事業支援の拡充、ICTを活用した情報発信を推進 ■ 知人等への支援 <ul style="list-style-type: none"> ・ゲートキーパー等を含めた自殺対策従事者の心の健康を維持する仕組みづくり ■ 子ども・若者の自殺対策を推進するための体制整備 <ul style="list-style-type: none"> ・こども家庭庁と連携し、体制整備を検討 	<p>12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 長時間労働の是正 <ul style="list-style-type: none"> ・勤務時間管理の徹底及び長時間労働の是正の推進 ・勤務間インターバル制度の導入促進 ・コロナ禍で進んだテレワークを含め、職場のメンタルヘルス対策の推進 ・「過労死等の防止のための対策に関する大綱」に基づき、過労死等の防止対策を推進 ・副業・兼業への対応 ■ 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 <ul style="list-style-type: none"> ・パワーハラスメント、セクシュアルハラスメント、妊娠・出産等に関するハラスメントの防止 	<p>13. 女性の自殺対策を更に推進する</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 妊産婦への支援の充実 <ul style="list-style-type: none"> ・予期せぬ妊娠等により身体的・精神的な悩みや不安を抱えた若年妊婦等について性と健康の相談センター事業等による支援を推進 ■ コロナ禍で顕在化した課題を踏まえた女性支援 <ul style="list-style-type: none"> ・子育て中の女性等を対象にきめ細かな就職支援 ・配偶者等からの暴力の相談体制の整備を進める等、被害者支援の更なる充実 ・様々な困難・課題を抱える女性に寄り添ったきめ細かい相談支援等の地方公共団体による取組を支援 ■ 困難な問題を抱える女性への支援

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。

統計学的に必要な回答数として少なくとも約 651 名が必要であることが予め推測されたため、和光市職員に加えて、インターネット調査パネルから回答者を募集し、この人数を確保することとしました。

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 Questionnaire-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く、または楽しめない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 疲れた感じがする、または気力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 あまり食欲がない、または食べ過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	

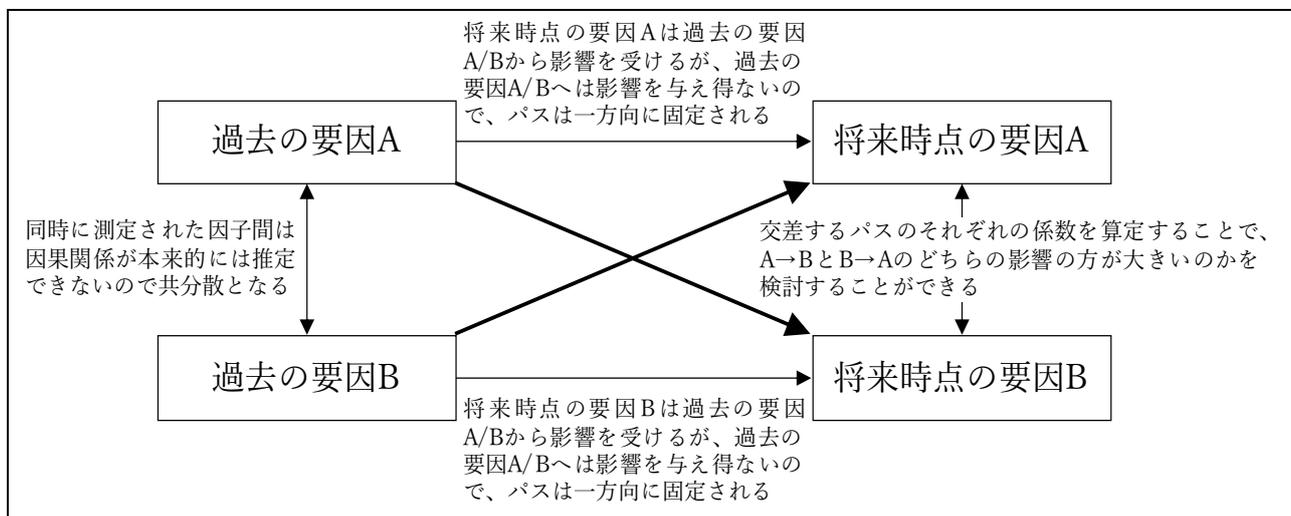
統計解析の手法について

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の程度影響するのか、「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 $p^{*7} < 0.05$ 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。

※7 p 値: 統計学においては「帰無仮説」というものがあります。たとえば、A と B の 2 群において数値が異なる場合、本当にその差は意味があるのかどうか、たとえば、母集団から抽出した標本で調査をした場合に、その母集団にも差があると考えられるのかどうかについて、「差がないと考えられる(偶然である。たまたまそういう違いができただけ) 確率を「帰無仮説」と呼び、p 値はこの「帰無仮説が正しいと考えられる確率」を確率分布等から計算して示されたものです。p 値が高ければ高いほど、「実は差がない」確率が高いことを意味し、低ければ低いほど、「有意な差がある可能性が高い」ことを意味します。このことから、「本当は差がないのに誤って差があると認識してしまう確率」という意味で「危険率」と呼ばれることもあります。

人間を対象とした研究をする医学・心理学・社会学等の分野では慣例的に $p=0.05$ が、有意か否かの基準となります。すなわち、「そのような差が偶然によって生じる確率は $0.05(5\%)$ 以下である」と算出された場合に、「有意な差であった」とみなすものです。人間そのものとは違い、ゆらぎやばらつきの少ない物理現象を対象にするような場合には、 $p=0.0000003(3 \times 10^{-7})$ 、遺伝子検査による解析を行うような場合には $p=0.00000005(5 \times 10^{-8})$ の値が採用されるなど、調査分野やサンプルサイズによってこの数値は異なります。また、信頼区間と呼ばれる、「おおよその範囲にどの確率で数値が分布するはずである」という値も算出され、こちらも、95%信頼区間(95%の確率で分布する範囲を示す)等の方法で算出がなされます。

より詳しい情報は、総務省統計局のホームページ「なるほど統計学園-統計的推定と統計的仮説検定」をご参照ください。URL はこちら → https://stat.go.jp/naruhodo/11_tokusei/kentei.html

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 週間の中で) 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($F=6.257$; $p<0.001$)^{*8}。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($\chi^2=5.230$; $p=0.150$)^{*8}。

^{*8} 複数のカテゴリにおいて、そのカテゴリ内の平均値あるいは個数の出現率に差があるかどうかを統計的に調査する手法の結果値。3 群以上のカテゴリがある時には、単に 2 群比較を繰り返してしまうと「多重検定」となり、本当は差がないものを差があるとみなしてしまうリスクが高まります。(20 回比較を繰り返せば、そのうち 1 つくらいは偶然に有意差がついてしまう可能性があります)。このため、たとえば一元配置分散分析(one-way ANOVA)という計算方法と、それから算出される F 値(分散分析の結果値)を用いて、多重比較によるリスクが生じないように調整を行います。

表 希死念慮の状況と年齢・性別

希死念慮・自傷意図	希死念慮(SIS 点数)		年齢(歳)		性別(人)	
	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		$\chi^2=5.230$ p=0.150	

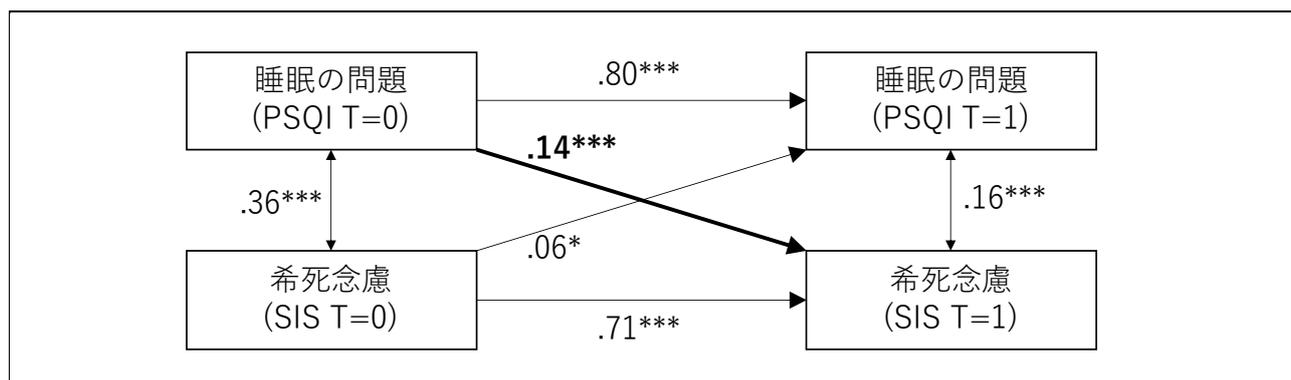
因果関係の検討

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、「○」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になると、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	うつ症状の増減	現在の希死念慮	希死念慮の増減
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。

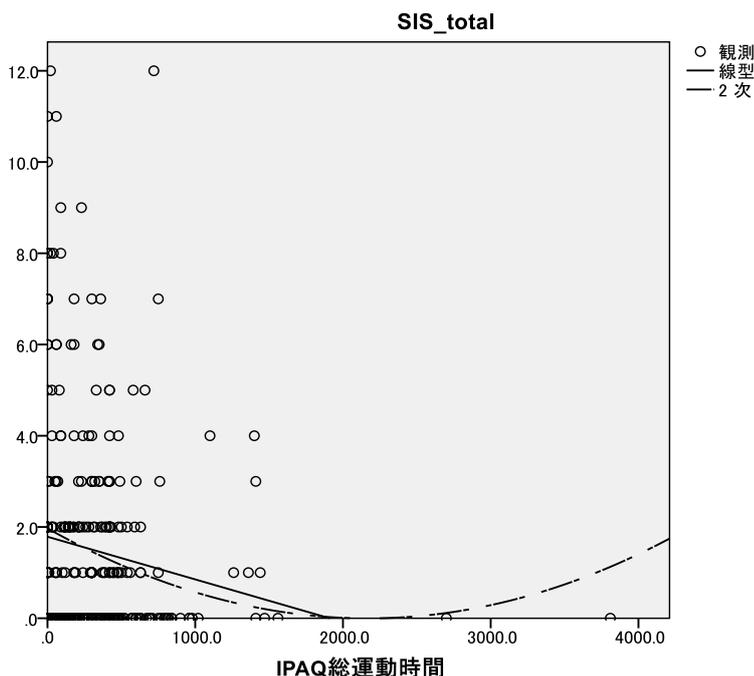
趣味に関しては、アウトドアの趣味に使用する時間はうつや希死念慮の低さと横断面では関連するものの、縦断的には、逆に希死念慮を高めるリスクがあることが示されました。逆にインドアの趣味時間は希死念慮を低下させる傾向がありました。

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、という結果がありました。

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が悪化する傾向となりました。

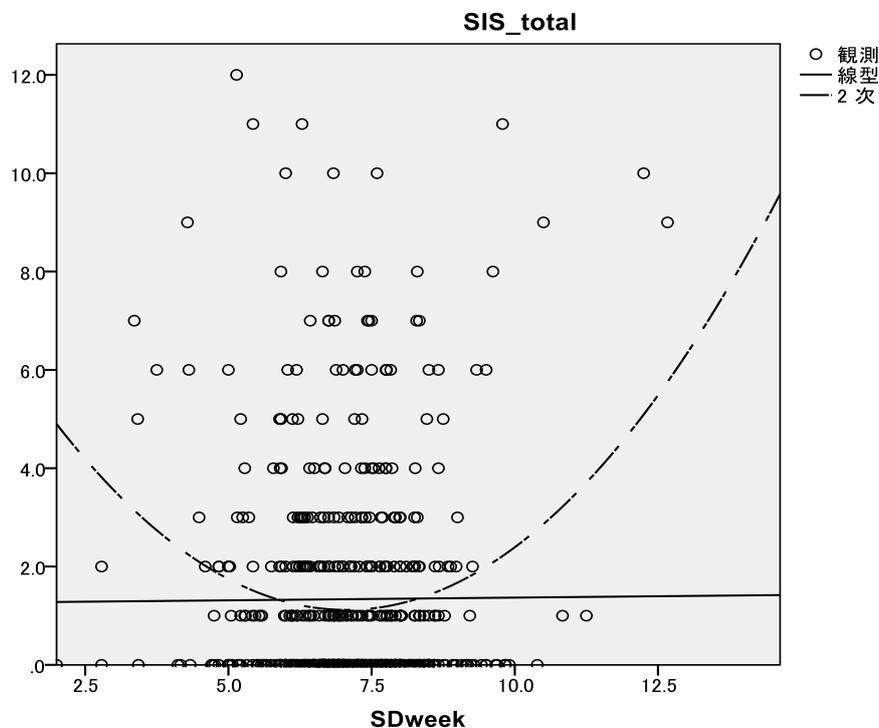
運動時間については、U字カーブが示されました。運動時間は長すぎても短すぎても希死念慮が高まることが分かり、今回の調査集団では、週1900分(1日4.5時間程度)の運動時間が希死念慮を最小化しました。

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。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^{*9}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。

^{*9} ロジスティック回帰分析: 複数ある説明変数が1つの目的変数に与える影響を分析する、多変量解析の手法の一つです。複数の説明変数がある際には、この変数間の交絡を調整する必要があります。たとえば体重増加を予測する時に、一日のカロリー量や食事回数という説明変数を使うことができますが、当然食事回数が多ければ一日のカロリー量は増える傾向があります。このとき、多変量の回帰分析を行えば、体重増加に与える影響が大きいのはカロリー量なのか食事回数なのか、そしてどのような推測式で体重増加を予測できるのか、などを計算することができます。

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 各事業の担当課一覧

体系	事業	担当課
① 予防・早期発見プログラム (一次／二次予防)	1. 保健指導マニュアル・アセスメントシートの開発	健康保険医療課
	2. 自殺予防のための市民調査の実施	健康保険医療課
	3. 自殺予防対策のための広報の充実と連絡体制の整備	健康保険医療課
	4. 経済・生活問題・失業・生活困窮への対応	社会援護課 地域包括ケア課 健康保険医療課 産業支援課 収納課 企業経営課
	5. 健康問題:健康不安の早期発見支援	健康保険医療課 長寿あんしん課 社会援護課
	6. 家庭問題:家庭内で生じる困難の早期発見支援	ネウボラ課 保育サポート課 地域包括ケア課 社会援護課 長寿あんしん課 学校教育課
	7. 学校問題:学校における問題の早期発見支援	学校教育課
② 教育プログラム (一次予防／二次予防)	1. 市関係者の人材育成	健康保険医療課
	2. 市民に対する啓発・情報提供	健康保険医療課
	3. 学校現場における教育	学校教育課 健康保険医療課
	4. 地域における人材育成	健康保険医療課 地域包括ケア課
③ 相談プログラム (二次予防／三次予防)	1. 電話・対面での相談プログラムの提供	健康保険医療課
	2. 自殺予防のための保健指導の実施	健康保険医療課
	3. 自殺未遂者の再度の自殺企図防止	健康保険医療課
	4. 自殺者の親族等に対する支援	健康保険医療課

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。

相談時間
24時間365日

チャット
<https://talkme.jp/>



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。

相談時間
月・水・木・金・土
10時から22時 (21時30分まで受付)

LINE
@bondproject



第2期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
