第２章　中野区の自殺の現状と課題

１　統計データからみる自殺の現状

【使用する統計データについて】

本計画では、警察庁の「自殺統計」を自殺の実態把握を目的に加工した「地域における自殺の基礎資料」と厚生労働省の「人口動態統計（確定値）」を使用しています。それぞれのデータの特徴は以下のとおりです。なお、いずれもデータの集計期間は年間（１月１日～12 月 31 日）です。

資料名	データの特徴			加工された統計
	日本における外国人の取扱い	調査時点	集計対象の地点と時点	
警察庁の「自殺統計」	外国人の自殺者も含む	捜査等により自殺であると判明した時点で計上	地点：発見地と居住地 時点：発見日と自殺日	・地域における自殺の基礎資料
厚生労働省の「人口動態統計」	外国人の自殺者は含まない	自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときは原因不明の死亡等で処理し、後日原因が判明し、死亡診断書等の作成者から自殺の旨訂正報告があった場合、遡って計上	地点：住民票の所在地 時点：死亡時点	

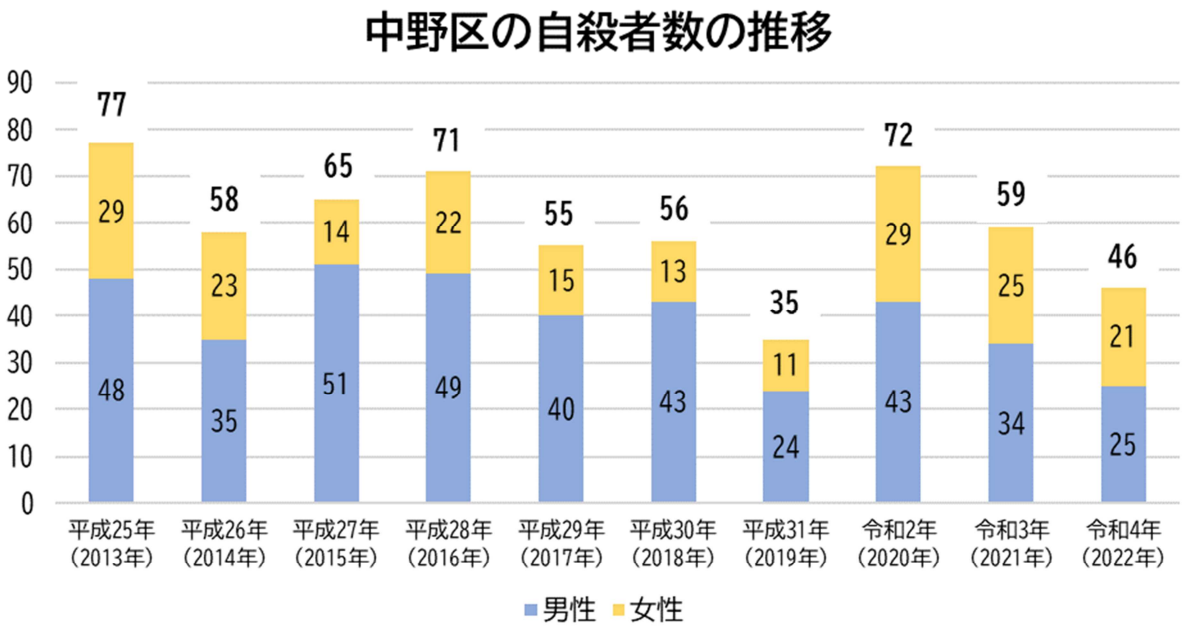
【統計データの留意点】

・「自殺死亡率」とは、人口 10 万人あたりの自殺による死亡率です。

・「%」で表した数値は、それぞれの割合を小数点第２位で四捨五入して算出しているため、全ての割合を合計しても 100%にならない場合があります。

（１）自殺者数の推移

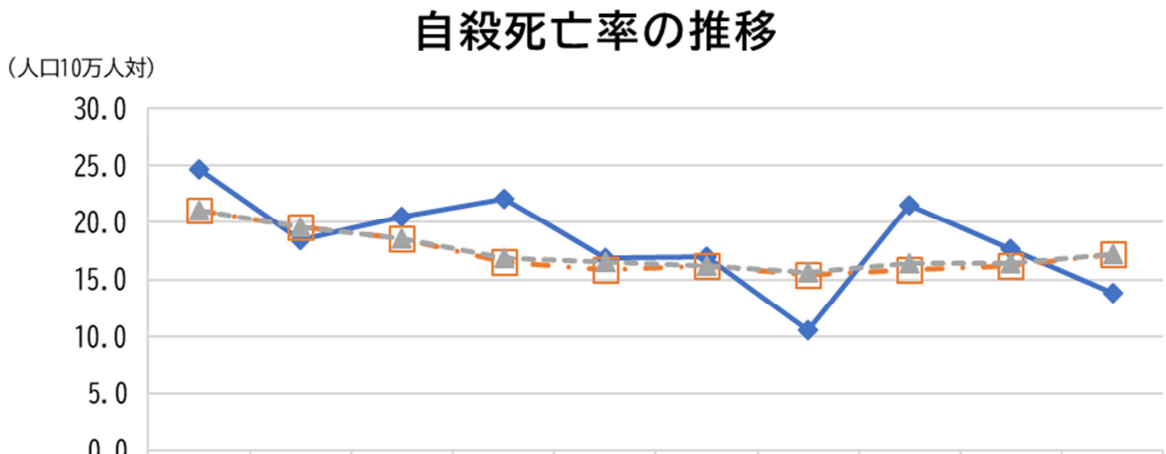
中野区の自殺者数の推移をみると、平成 31 年には 35 名と男女ともに最小となりましたが、翌年の令和２年には約２倍の 72 名に急増しました。令和３年以降は再び減少傾向の動きを見せています。



資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（市町村・自殺日・住居地）」より作成

（２）自殺死亡率の推移

自殺死亡率（人口 10 万人あたりの自殺死亡者数）の推移をみると、中野区は平成 31 年までは減少傾向にありましたが、令和２年に前年の約２倍に増加しました。令和３年以降、再び減少傾向となっています。中野区は全国や東京都と比して人口が少ないため、自殺死亡率の上下の変動が大きくなっています。

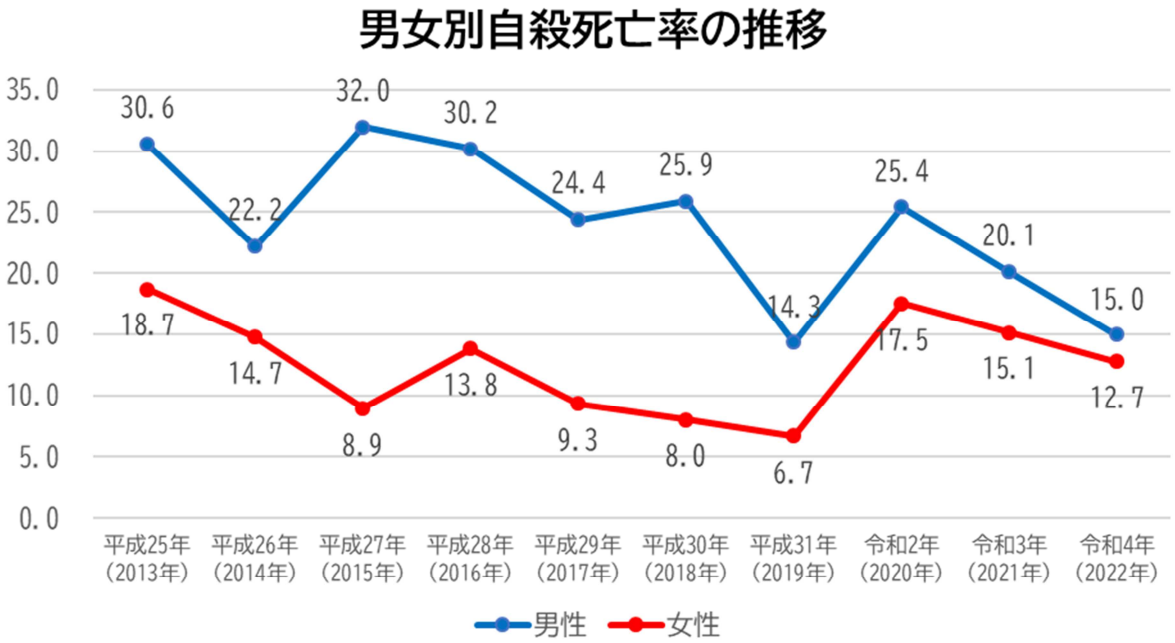


	平成25年（2013年）	平成26年（2014年）	平成27年（2015年）	平成28年（2016年）	平成29年（2017年）	平成30年（2018年）	平成31年（2019年）	令和2年（2020年）	令和3年（2021年）	令和4年（2022年）
中野区	24.7	18.5	20.5	22.1	16.9	17.0	10.6	21.5	17.6	13.9
東京都	21.0	19.6	18.6	16.6	15.9	16.2	15.5	15.9	16.3	17.2
全国	21.1	19.6	18.6	16.9	16.5	16.2	15.7	16.4	16.4	17.3

資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（市町村・自殺日・住居地）」より作成

（３）男女別の自殺死亡率の推移

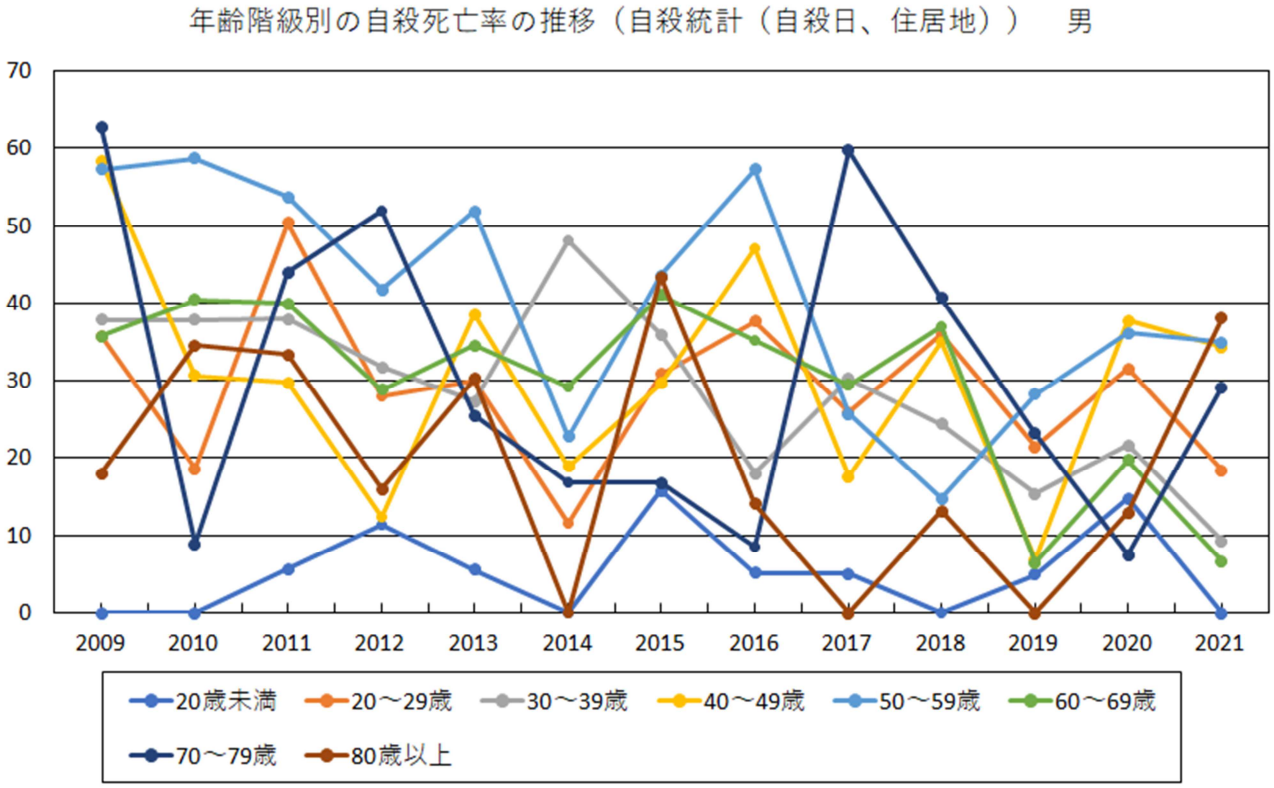
中野区の自殺死亡率の推移を男女別でみると、女性と比べた男性の自殺死亡率は約２～３倍と男性の自殺死亡率が多い傾向にありましたが、令和２年以降は約 1.1～1.4 倍と男女の自殺者数の差が縮まっています。



資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（市町村・自殺日・住居地）」より作成

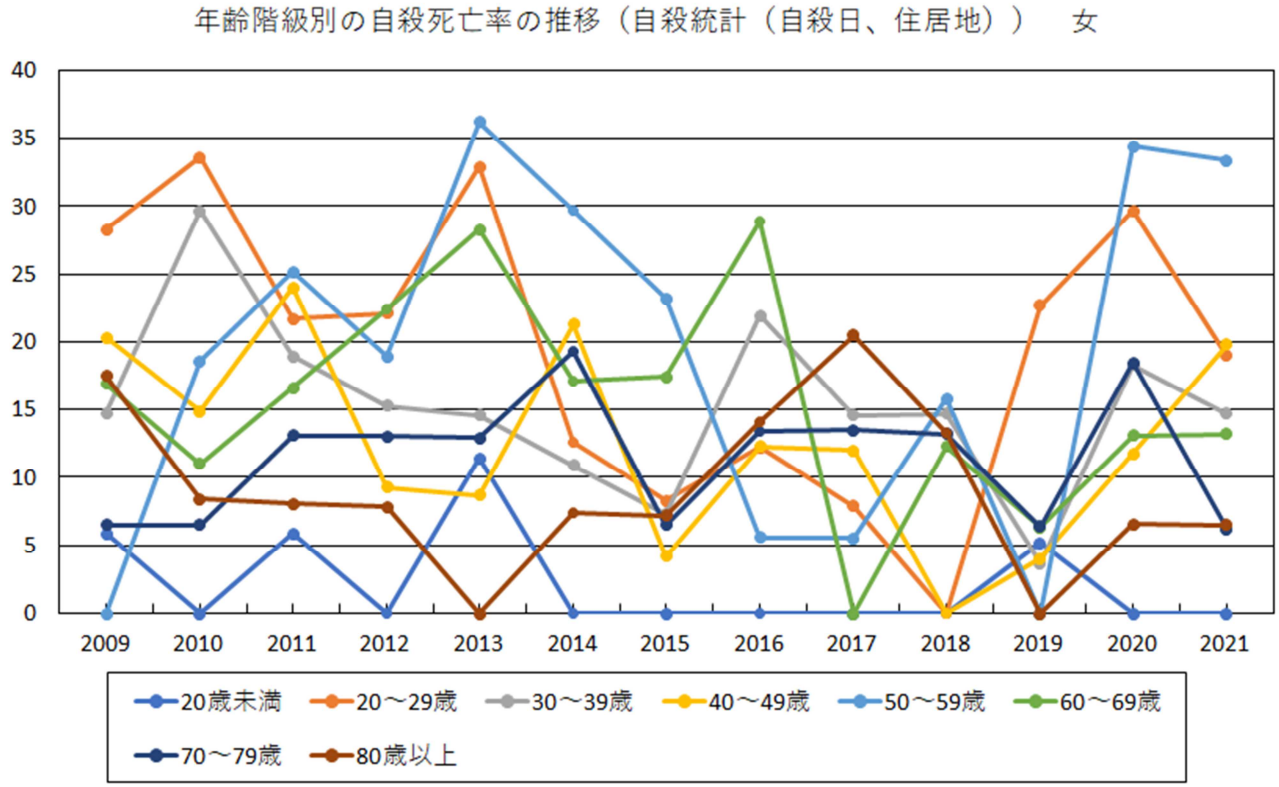
（４）男女別・年齢階級別の自殺死亡率の推移

男性の年齢階級別自殺死亡率では、コロナの影響が反映され始めた令和２年（2020 年）には 70 歳代を除く全ての年代で死亡率が上昇し、翌年の令和３年（2021 年）には 70、80 歳代以上の上昇がみられました。



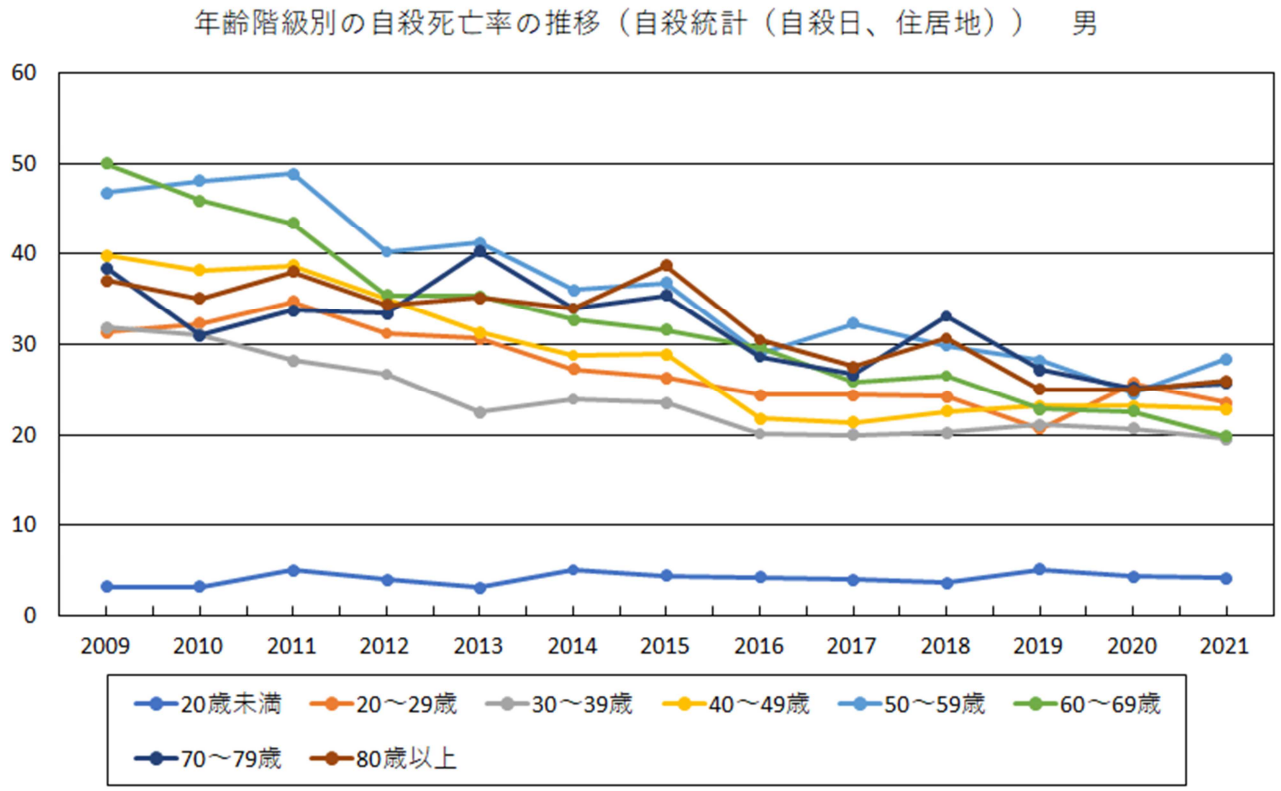
資料：いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）地域自殺実態プロファイル 2022 追加資料１より抜粋

女性の年齢階級別自殺死亡率は、令和２年（2020 年）の 20 歳代と 50 歳代の自殺死亡率の上昇が目立ち、令和３年（2021 年）は、50 歳代、40 歳代、20 歳代の順で自殺死亡率が高くなっています。

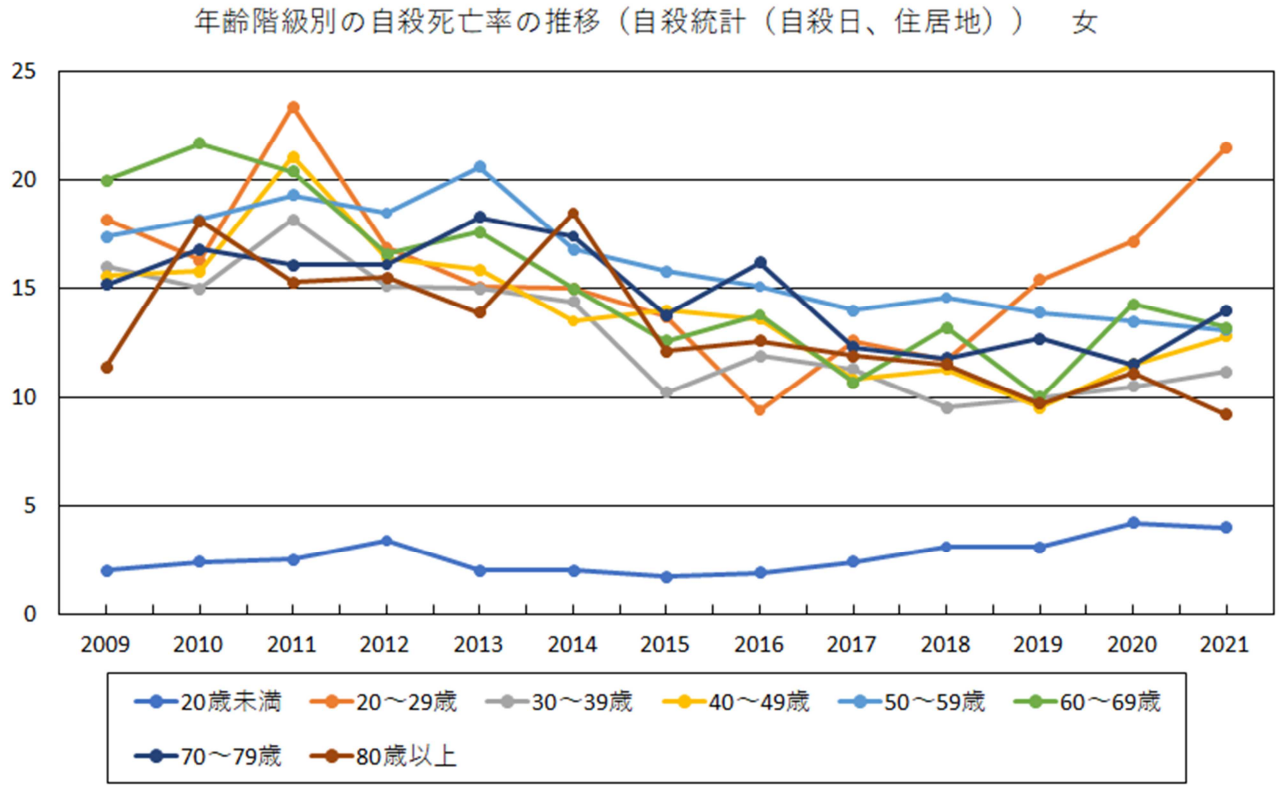


資料：いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）地域自殺実態プロファイル 2022 追加資料１より抜粋

【参考】東京都の男女別・年齢階級別の自殺死亡率の推移



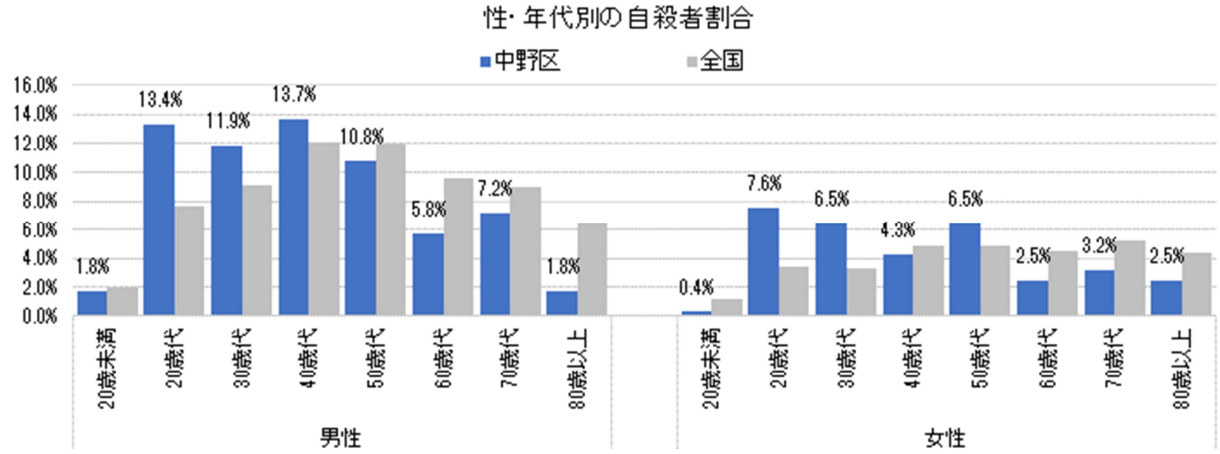
資料：いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）地域自殺実態プロファイル 2022 追加資料１より抜粋



資料：いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）地域自殺実態プロファイル 2022 追加資料１より抜粋

（５）性別・年代（10 歳刻み）別の自殺者割合（平成 29 年～令和３年の平均）

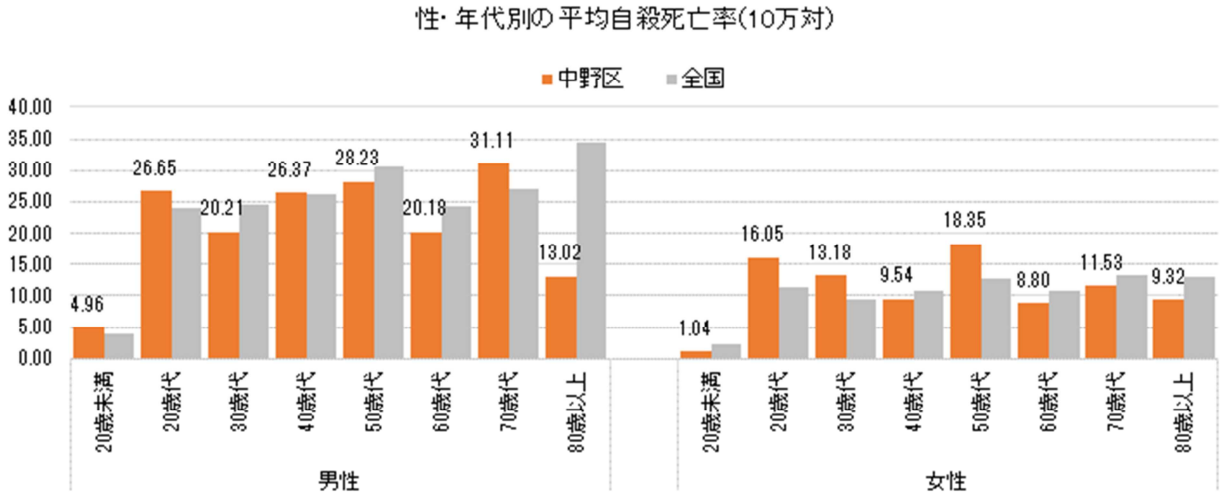
中野区の性別・年代別の自殺者割合（全自殺者を 100%としたとき、その性別・年代の自殺者が何%にあたるか）をみると、全国平均に比べ、男性の 20～40 歳代、女性の 20～30 歳代と 50 歳代の割合が高くなっています。



資料：いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）「地域自殺実態プロファイル 2022」より抜粋

（６）性別・年代（10 歳刻み）別の平均自殺死亡率（10 万人対）（平成 29 年～令和３年の平均）

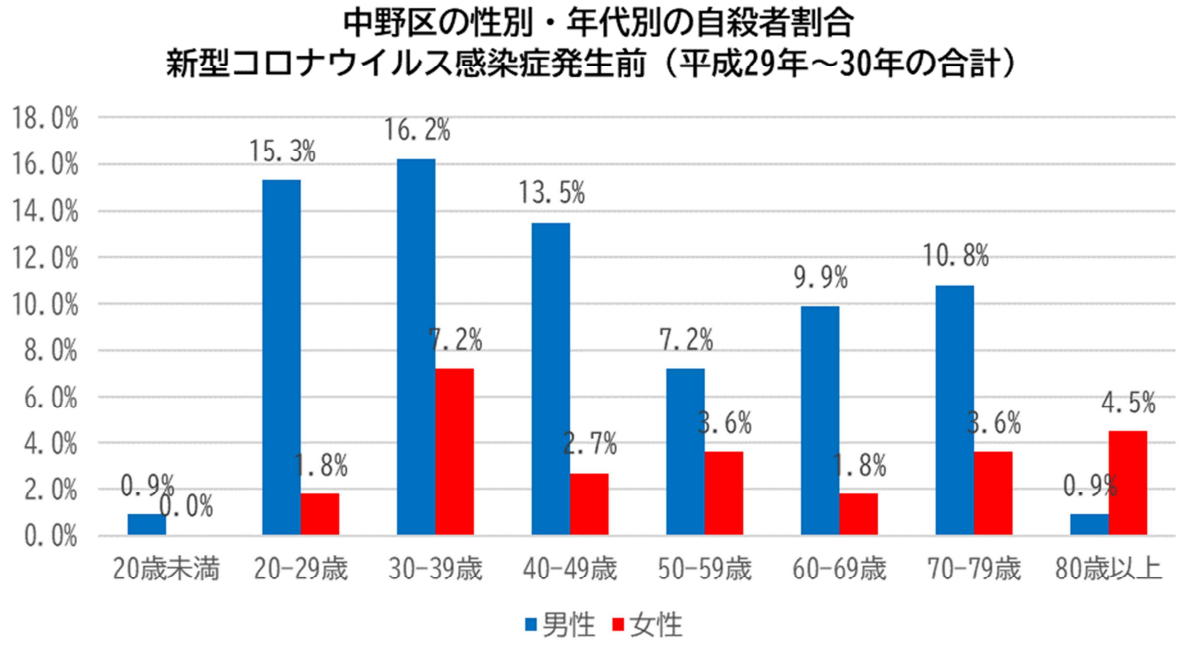
中野区の性別・年代別の自殺率について、男性は 20 歳代以下と 70 歳代で、女性は 20～30 歳代と 50 歳代で全国の平均自殺死亡率を上回っています。

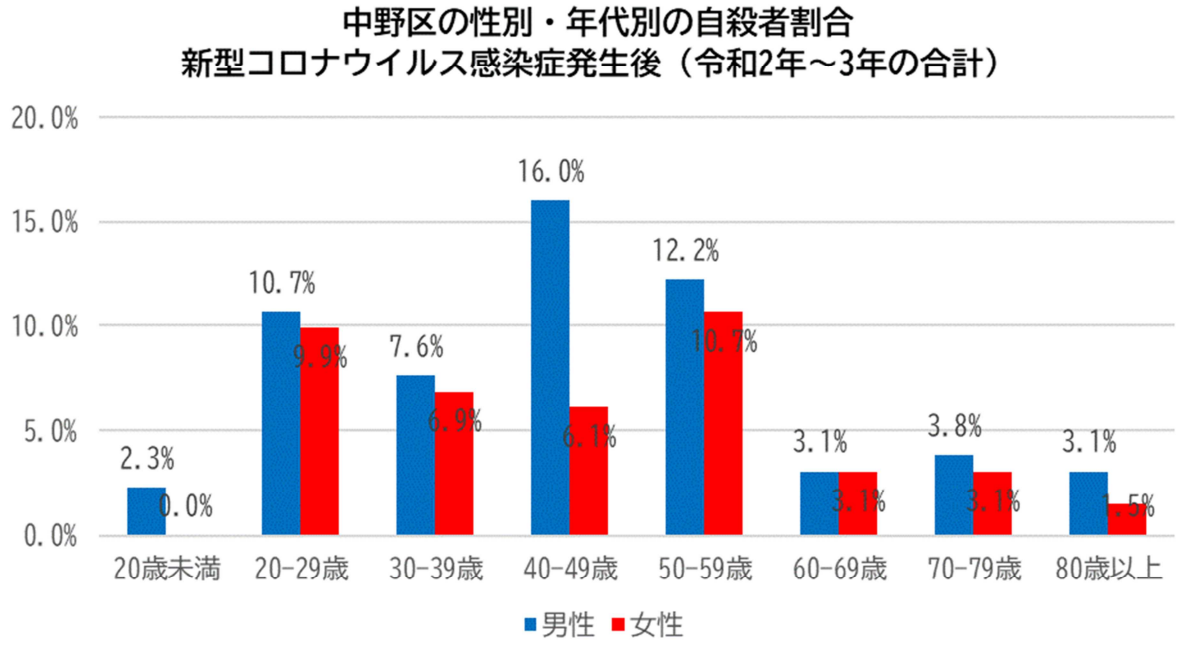


資料：いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）「地域自殺実態プロファイル 2022」より抜粋

（７）新型コロナウイルス感染症発生年前後の性別・年代（10 歳刻み）別の自殺者割合

新型コロナウイルス感染症は平成 31 年 12 月初旬に中国の武漢市で報告され、令和２年１月 15 日には日本で１例目の感染者が報告されました。新型コロナウイルス感染症発生前の平成 29 年以前の２年間と、影響が出始めた令和２年以降の２年間との性別・年代別の自殺者割合を比較したところ、発生前は 20～30 歳代の男性の割合が高く、女性の割合は全体的に低い傾向にありましたが、発生後、男性の自殺者割合は 40～50 歳代へシフトし、女性は 20～50 歳代と幅広い層で増加が見られています。





（８）性別・年代（20 歳刻み）別・職業の有無別・同独居別の自殺者数割合の上位５位（平成 29 年～令和３年の合計）

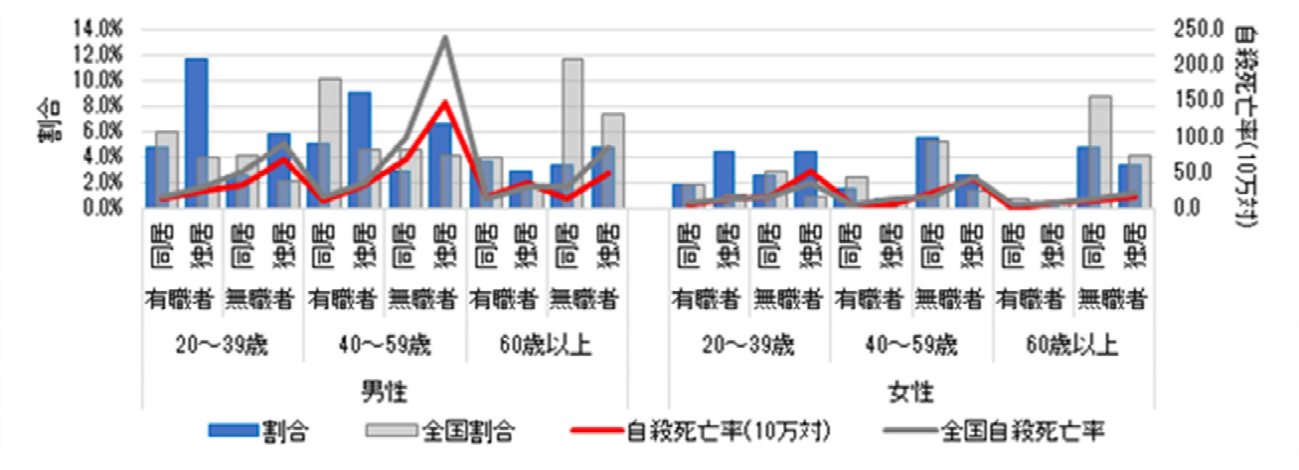
上位４位はいずれも、男性が占め、20～39 歳の有職独居、40～59 歳の有職独居、40～59 歳の有職同居、40～59 歳の無職独居、20～39 歳の無職独居の順で多くなっています。上位３位は有職者となり、働き盛りの年代の男性に自殺者の割合が多いと言えます。

性別・年代（20歳刻み）別・職業の有無別・同独居別の自殺者割合　上位５位（平成29年～令和３年の合計）

自殺者の属性	自殺者数（５年計）	割合	自殺死亡率（10万対）	背景にある主な自殺の危機経路
１位　男性20～39歳有職独居	32	11.6%	23.3	①【正規雇用】配置転換→過労→職場の人間関係の悩み＋仕事の失敗→うつ状態→自殺／②【非正規雇用】（被虐待・高校中退）非正規雇用→生活苦→借金→うつ状態→自殺
２位　男性40～59歳有職独居	25	9.0%	30.7	配置転換（昇進/降格含む）→過労＋仕事の失敗→うつ状態＋アルコール依存→自殺
３位　男性40～59歳無職独居	18	6.5%	147.4	失業→生活苦→借金→うつ状態→自殺
４位　男性20～39歳無職独居	16	5.8%	67.6	①【30代その他無職】失業→生活苦→多重債務→うつ状態→自殺／②【20代学生】学内の人間関係→休学→うつ状態→自殺
５位　女性40～59歳無職同居	15	5.4%	21	近隣関係の悩み＋家族間の不和→うつ病→自殺
全自殺者数（５年計）	277	100.0%	16.7	

資料：いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）「地域自殺実態プロファイル 2022」より作成

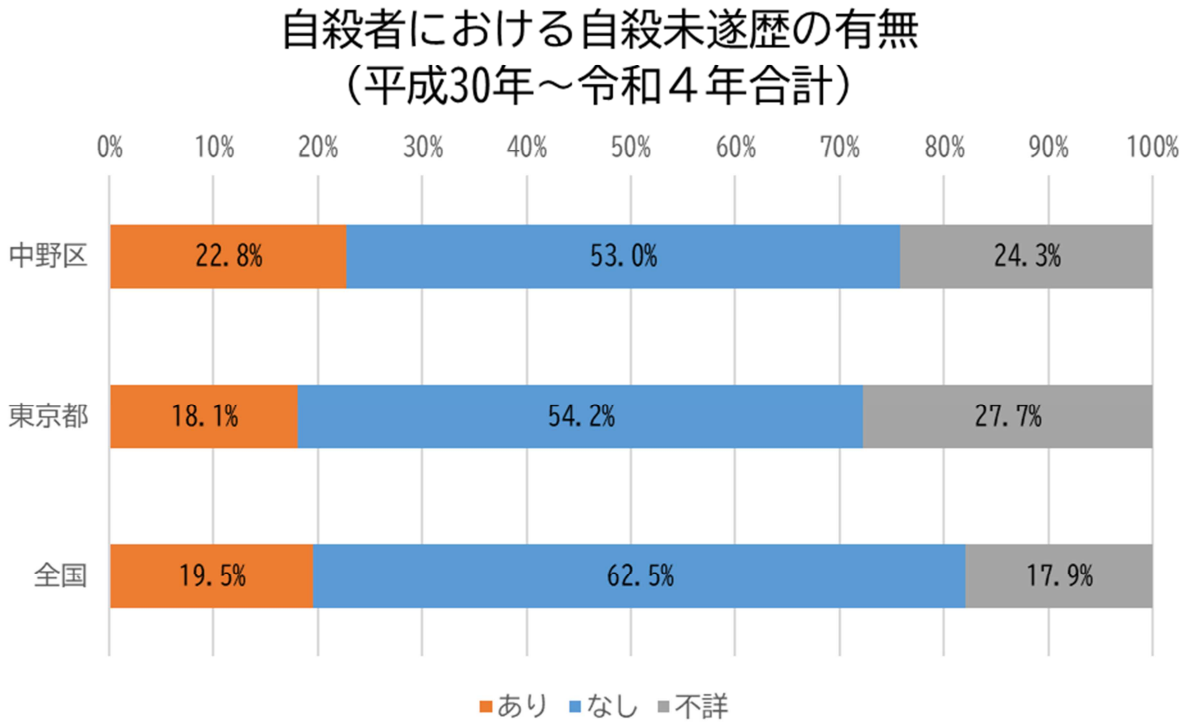
【参考】性別・年代（20 歳刻み）別・職業の有無別・同独居別の自殺者数割合・自殺死亡率（中野区・全国）（平成 29 年～令和３年の合計）



資料：いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）「地域自殺実態プロファイル 2022」より抜粋

（９）自殺未遂者の状況（平成 30 年～令和４年の合計）

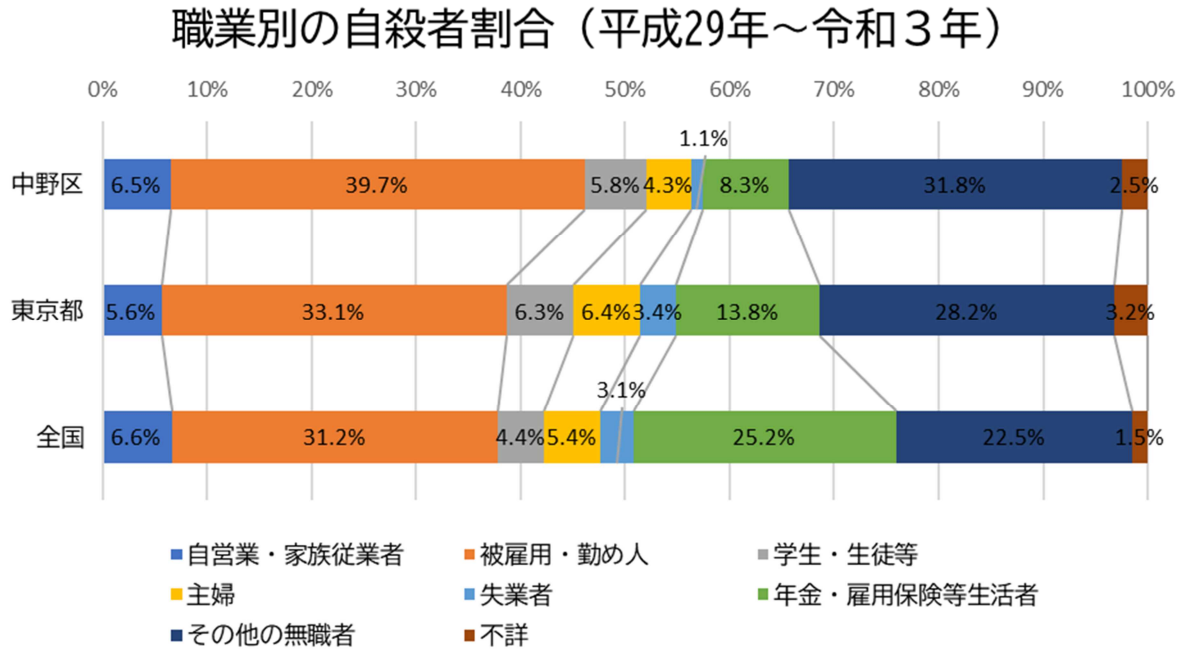
自殺で亡くなった人のうち、過去の自殺未遂歴がある人の割合は約２割と、全国や東京都と比べ大きな差はありません。また約５割は自殺未遂歴がないため、自殺者のおおよそ半分が１回の自殺行為で命を落としていると考えられます。



資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（市町村・自殺日・住居地）」より作成

（１０）職業別の自殺者の状況（平成 29 年～令和３年の合計）

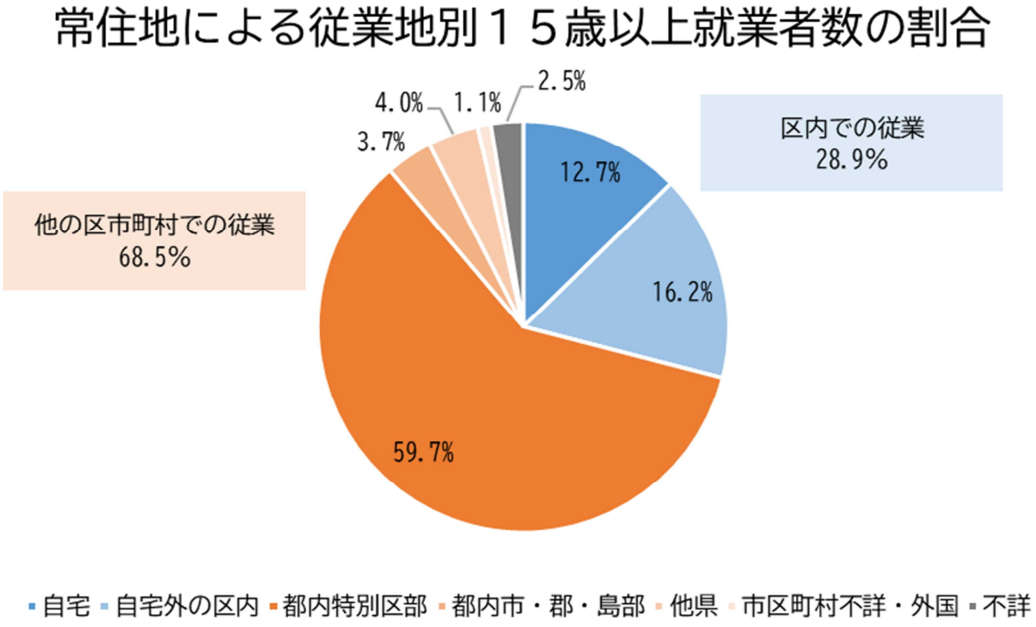
職業別で見ると、「被雇用・勤め人」が最も多く、次いで「その他無職者」となっています。全国や東京都と比べても「被雇用・勤め人」の割合が大きくなっています。



資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（市町村・自殺日・住居地）」より作成

（１１）常住地による従業地別 15 歳以上就業者数の割合

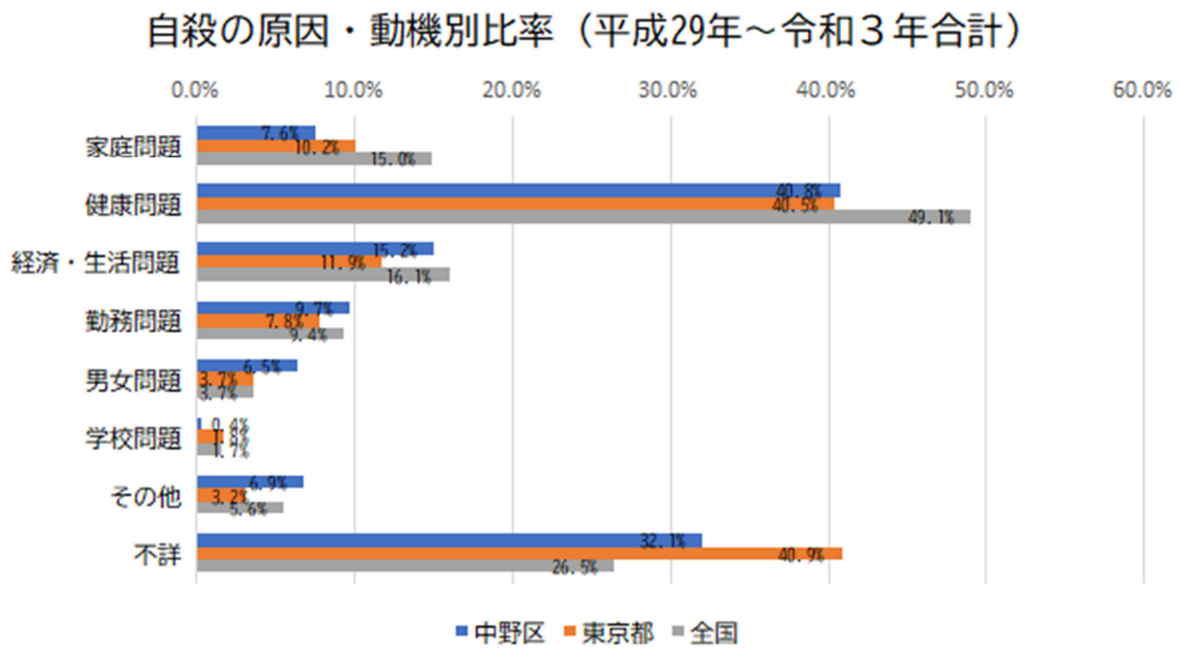
中野区を常住地としている 15 歳以上就業者の従業区町村別の割合をみると、「自宅」「自宅外」を合わせた区内での従業は約３割、「特別区」「市・郡・島部」「他県」「市区町村不詳・外国」を合わせた区外での従業は約７割です。



資料：総務省統計局「令和２年国勢調査」従業地・通学地による人口・就業状態等集計より作成

（１２）自殺の原因・動機（平成 29 年～令和３年の合計）

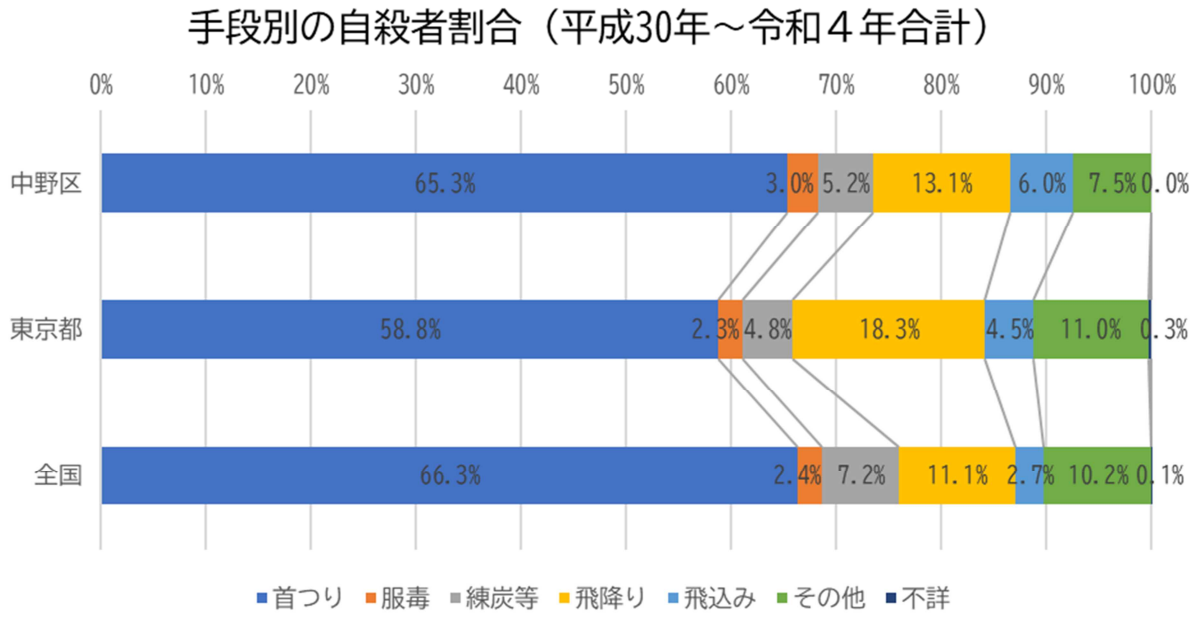
全国や東京都と同様、自殺の原因や動機としては「健康問題」の比率が最も大きく、次いで「経済・生活問題」となります。「健康問題」には、精神疾患・内科疾患の両方が含まれます。原因や動機の統計は１事例について複数の原因・動機が挙げられているため、割合が多い「健康問題」だけでなく、その他様々な原因・動機が関与していることへの留意が必要です。



資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（市町村・自殺日・住居地）」より作成

（１３）自殺の手段（平成 30 年～令和４年の合計）

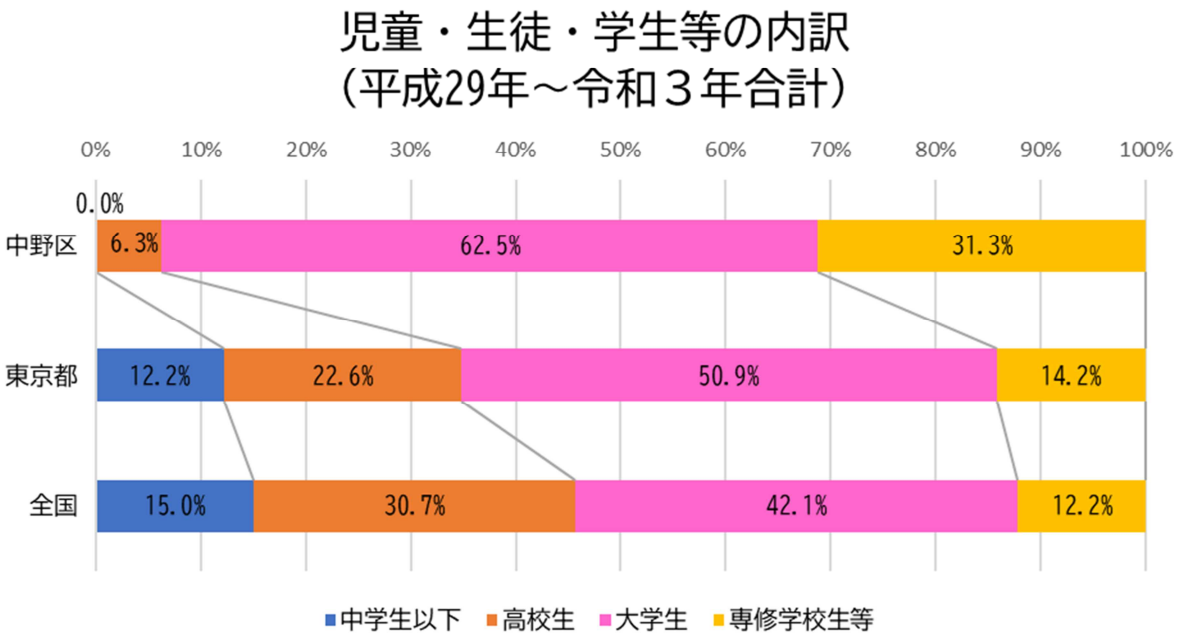
自殺の手段は「首つり」が最も多く、次いで「飛降り」となります。全国の割合とはほぼ差がありませんが、東京都と比較すると、「首つり」の割合は約１割合ほど多く、「飛降り」はやや少ない傾向にあります。



資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（市町村・自殺日・住居地）」より作成

（１４）児童・生徒・学生等の自殺の内訳（平成 29 年～令和３年合計）

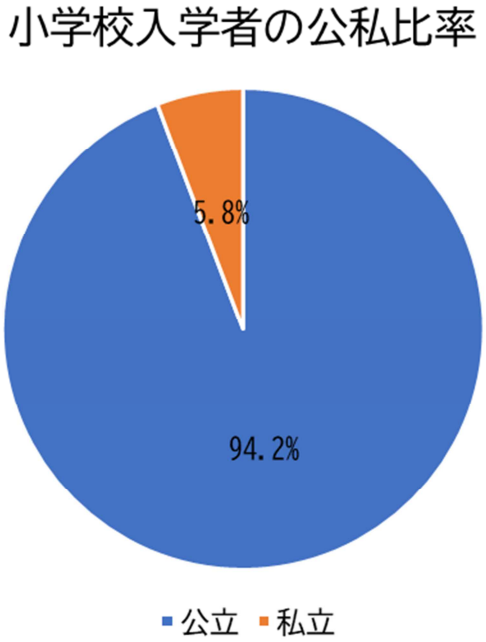
児童・生徒等の自殺の内訳としては、「大学生」が最も多く、次いで「専修学校生等」となり、全国や東京都の割合に比べ大きくなっています。一方で、児童・生徒等の自殺に占める高校生以下の割合は少なく、平成 29 年～令和３年の５年間での中学生以下の自殺はゼロとなっています。



資料：厚生労働省「地域における自殺の基礎資料（市町村・自殺日・住居地）」より作成

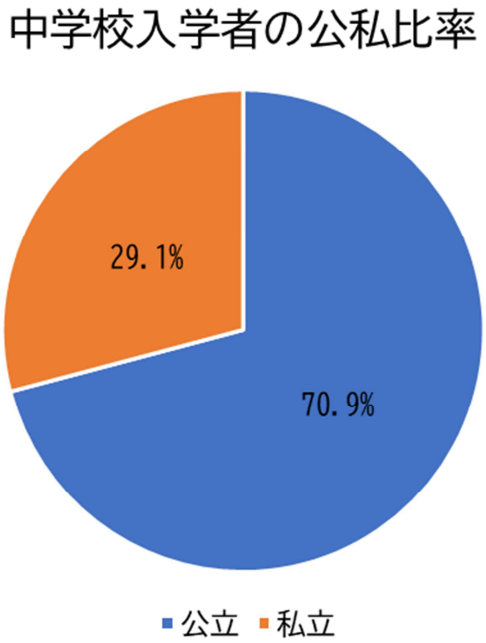
（１５）令和３年度小学校・中学校入学生の公私比率

小学校入学者のうち、94.2%は公立小学校に入学しており、区立小学校で展開されるカリキュラムが区内のほとんどの小学生に反映されると考えられます。



資料：令和３年度子ども文教委員会予算特別委員会資料より作成

中学校に進むと、私立中学校への入学者比率が増え、７割が公立、３割が私立となります。



資料：令和３年度子ども文教委員会予算特別委員会資料より作成

（１６）高齢者の自殺の状況（平成 29 年～令和３年合計）

高齢者の自殺について、性別・年代別かつ同居人の有無で分けたところ、男性の同居人なしの 70 歳代の割合が最も高く、次いで男性・同居人なし・60 歳代、男性・同居人あり・70 歳代が同列となりました。東京都や全国と比べ、男性の同居人なしの 70 歳代の割合が高いのが中野区の特徴と言えます。

60歳以上の自殺の内訳（平成29年～令和3年合計）

		中野区				東京都				全国			
		自殺者数		割合		自殺者数		割合		自殺者数		割合	
同居人		あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
男性	60歳代	7	9	10.9%	14.1%	419	425	12.4%	12.6%	5,651	4,207	14.0%	10.4%
	70歳代	9	11	14.1%	17.2%	450	391	13.4%	11.6%	6,064	3,236	15.0%	8.0%
	80歳以上	3	2	4.7%	3.1%	284	173	8.4%	5.1%	4,620	2,019	11.5%	5.0%
女性	60歳代	5	2	7.8%	3.1%	323	120	9.6%	3.6%	3,503	1,141	8.7%	2.8%
	70歳代	5	4	7.8%	6.3%	295	161	8.8%	4.8%	3,669	1,723	9.1%	4.3%
	80歳以上	3	4	4.7%	6.3%	172	153	5.1%	4.5%	2,775	1,734	6.9%	4.3%
合計		64		100.0%		3,366		100.0%		40,342		100.0%	

資料：いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）「地域自殺実態プロファイル 2022」より作成

２　「健康福祉に関する意識調査」の結果

（１）調査概要

①調査の目的

区民の健康福祉への関心や健康福祉サービスに対する意見などを把握し、区の事業や施策の達成状況の確認や、見直し・改善を図る指標として活用するため。

②調査対象

満 20 歳以上の区民（基準日：令和２年４月１日時点　296,535 人）

③調査地域

中野区全域

④調査標本数

3,000 人

⑤抽出方法

無作為抽出

⑥有効回収数

1,379 人（回収率 46.0%）

⑦調査方法

郵便による配布・回収

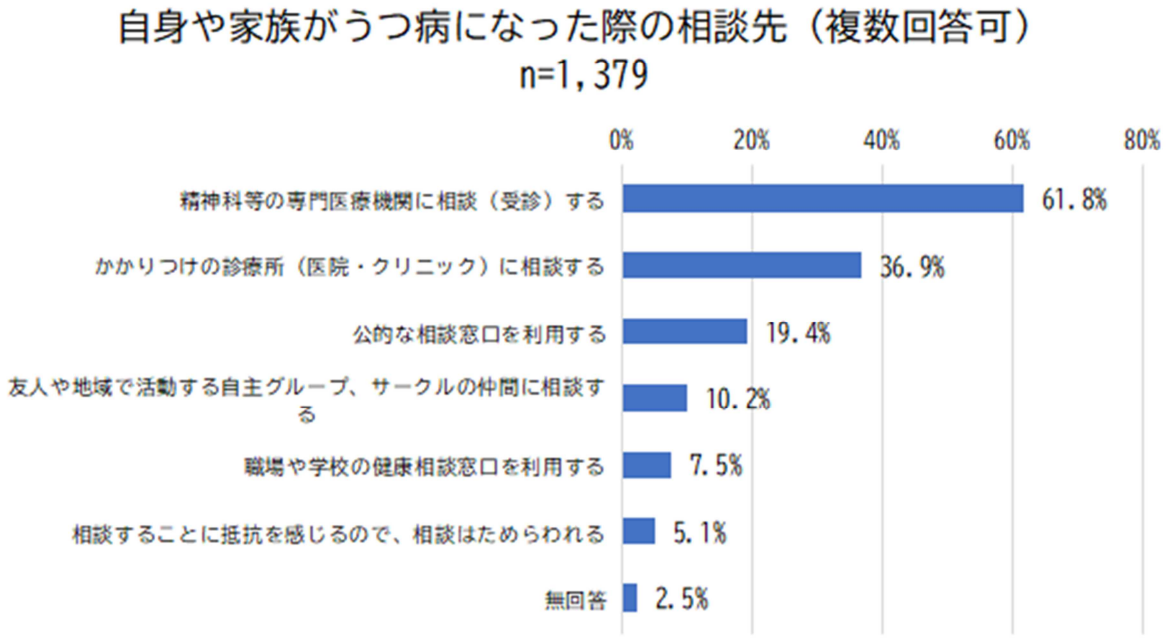
⑧調査期間

令和 2 年 5 月 8 日～5 月 29 日

（２）結果

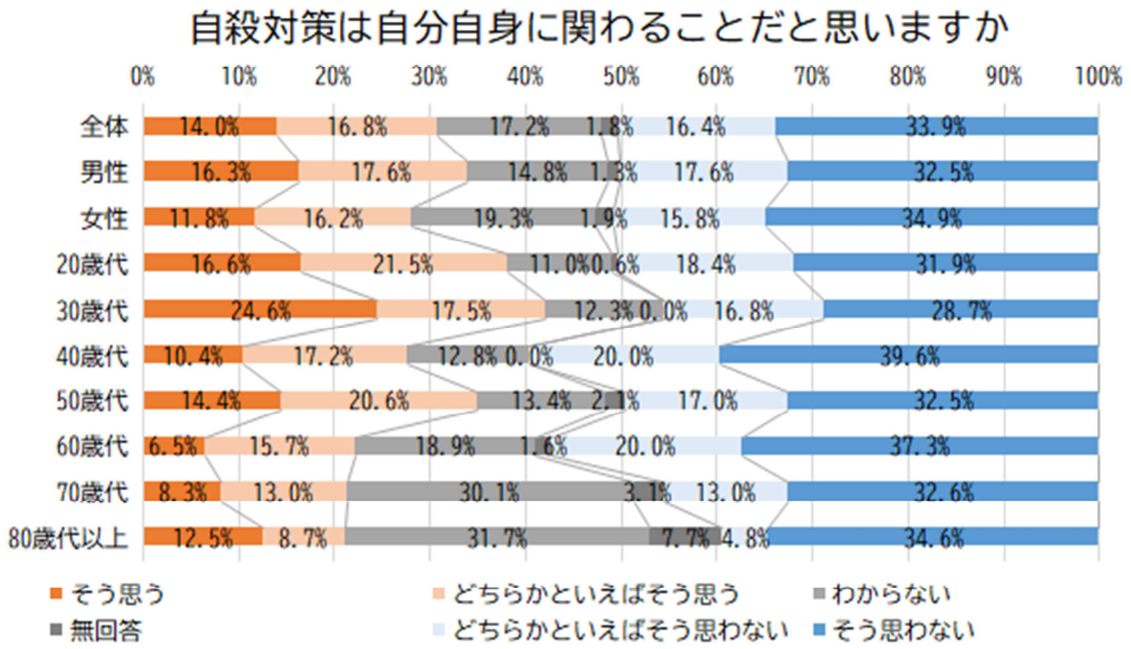
①自身や家族がうつ病になった際の相談先

自身や家族がうつ病になった際に抵抗なく相談できると考えるのは、「精神科等の専門医療機関に相談（受診）する」（61.8%）が最も高く、次いで「かかりつけの診療所（医院・クリニック）に相談する」（36.9%）、「公的な相談窓口を利用する」（19.4%）となっています。



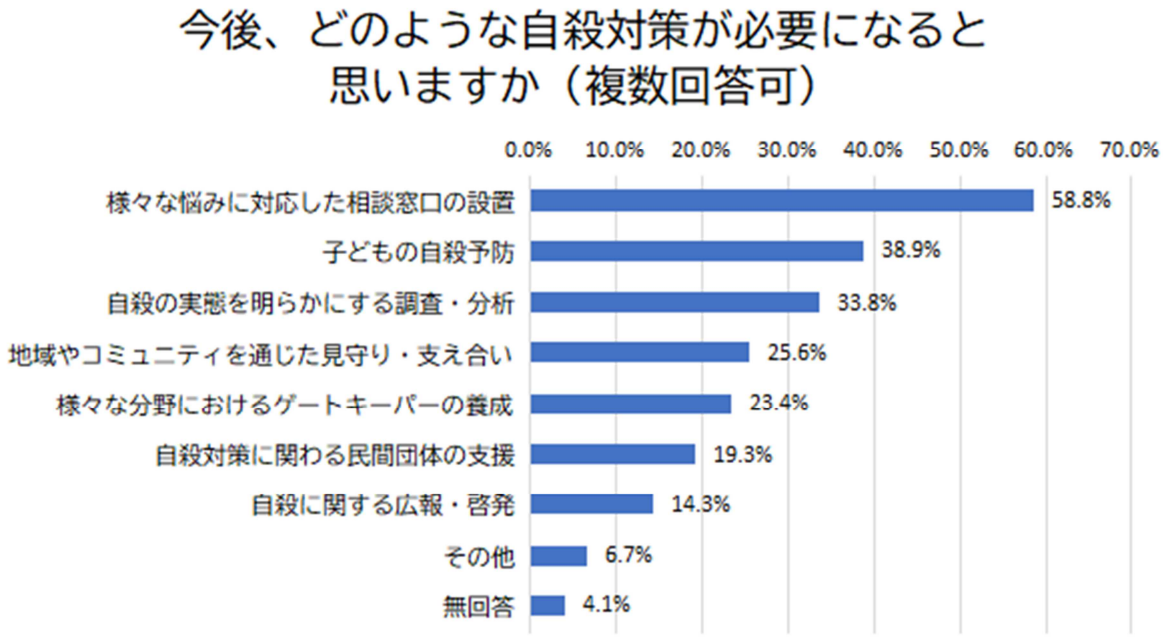
②自殺対策は自分自身に関わることと思うか

全体でみると、「そう思う」（14.0%）と「どちらかといえばそう思う」（16.8%）を合わせた《思う》が 30.8%に対し、「そう思わない」（33.9%）と「どちらかといえばそう思わない」（16.4%）を合わせた《思わない》は 50.3%となっています。



③今後必要な自殺対策

「様々な悩みに対応した相談窓口の設置」（58.8%）が最も高く、次いで「子どもの自殺予防」（38.9%）、「自殺の実態を明らかにする調査・分析」（33.8%）、「地域やコミュニティを通じた見守り・支え合い」（25.6%）となっています。



３　第２期中野区自殺対策審議会での審議内容と明らかになった課題

審議会での意見	課題
・普及啓発が必要な人に届いてない。 ・働き盛りの男性など自殺者割合が多い層に広報が届いているのか検証が必要。 ・SNS などのソーシャルメディアを活用した広報を積極的に取り入れる必要がある。	普及啓発の工夫とより一層の区民への浸透
・地域には困っている人をサポートしたいという想いを持つ人が多く、その想いを形にする取り組みが必要。 ・身近に相談を受ける人々の知識や理解を向上させるため、「ゲートキーパー養成講座」があらゆる世代や職域に展開される必要がある。 ・自殺未遂に関わらず、周囲の人々が小さな変化に気づき、声かけ、相談先の紹介などができる関係性があるとよい。 ・地域の支援者を増やす取り組みが必要。	地域の力を引き出し、活かす取り組みの展開
・非正規被雇用者の経済問題。 ・経済的に厳しくても相談や生活保護を受けることを躊躇する人がいる。 ・貧困の連鎖。	経済・貧困問題を抱える人の相談へのアクセスのしやすさの強化
・SNS での不安定な人との関わりが増え、現実世界での繋がりが希薄化している。 ・ウェルテル効果による若い世代の自殺が大きな問題になっている。 ・若い世代は対面・電話よりテキスト等インターネットツールを用いた相談形態を好む傾向がある。 ・コロナによる直接的コミュニケーション機会の減少。	若年層の特性に合わせた支援の強化
・女性の自殺者数の増加 ・シングルマザーの育児負担や貧困の問題 ・女性中年層の自殺者の増加	女性特有の自殺の背景に合わせた支援の強化

審議会での意見	課題
・養育力が低い保護者の増加。 ・学齢期から自己肯定感や自尊感情が低く、自己決定機会が少ない。 ・学校での子どもの見守り体制の弱体化。 ・学齢期の過ごし方の多様性や学校以外の居場所への理解。 ・自殺危機対応チームがない。（？） ・警察官が対応する自殺未遂者に「自分の命は自分の好きなようにして良い」といった考えを持つ人が多い。	現代の子どもの多様性と子どもを取り巻く環境に合わせた支援
・雇用側の被雇用者に対するフォローが不足してる。 ・働く人へのメンタルヘルスケア。	勤労者のメンタルヘルスケア
・精神疾患を抱える方が、コロナによる環境の変化で生きる力を弱めている。 ・自殺企図・未遂や重度のうつ病等の状態から社会復帰までのハードルが高い。（既存の障害福祉サービスの間を繋ぐサービスが必要。）	精神疾患を抱える人への支援の強化
・性的マイノリティの方々は、社会の無理解や偏見といった社会的要因で自殺念慮を抱えることが多い。 ・性的マイノリティへの理解促進のため、大学の教職向けにも研修が開始されており、その他の層にもそのような動きを広げる必要がある。	性的マイノリティへの理解の促進
・高齢者の健康問題による自殺 ・孤立に対する見守り、連携、居場所作りが必要。	高齢者の自殺の背景に合わせた支援
・23 条通報や救急搬送されるも入院とならなかった自殺未遂者のケアができていない ・自殺未遂者のデータがなく具体的な事業に繋がっていない	自殺未遂者へのケア

４　中野区の自殺の現状と課題のまとめ

（１）統計データからみる現状と課題

■自殺死亡率が 2019 年から 2020 年で２倍以上に増加している。

⇒新型コロナウイルス感染症の影響が予想されるが、雇用や経済状況等の外的要因の他、孤独や孤立、家庭内不和など測定が難しい内的な要因については更なる分析が必要。

■2020 年から女性の自殺死亡率、特に 20 歳代、40～50 歳代の急増が目立った。

⇒女性でも、年代や個々のライフステージよって悩みやニーズは異なるため、学生、社会人、子育て中など、それぞれが所属している層へのアプローチに自殺対策の視点を入れることが必要。

■2016～2020 年の５年間でみると、依然、生産年齢の男性の自殺者割合が多く、女性では 20～30 歳代と若年層の割合が多い。

■職業別でみると、「被雇用・勤め人」の割合が多く、全国や東京都と比べてもその割合が大きい。

■児童・生徒の自殺に絞ってみると、「大学生」、「専修学校生等」の割合が全国や東京都と比べても大きい。

⇒長期的な目線でみると、働いている壮年の男性、若年の女性に自殺が多いという傾向は変わっておらず、大学生～社会人への支援のより一層の充実が求められる。

■自殺の原因・動機としては精神疾患を含む「健康問題」の比率が約 4 割を占める。

⇒自殺への経緯にうつ病等の精神疾患が関連することは多く、精神疾患への適切なサポートは自殺対策に効果的である。

■高齢者の自殺においては、同居人がいない男性の 60～70 歳代にリスクが高いと言える。

⇒定年退職や配偶者を亡くすなど喪失感の強い出来事が起きる時期であると同時に、これまでの経験やスキルを活かして地域での活躍が期待される時期でもあるため、新たな生活に向かえるような区や地域のサポートが必要。

（２）健康福祉に関する意識調査からみる現状と課題

■全体の約６割が自身や家族がうつ病になった際に、「精神科等の専門医療機関に相談（受診）する」と回答。

→必要性があれば、精神科等専門医療機関に受診するという選択を取れる人が半数以上となっており、今後より適切かつ円滑な受診アクセスができるように情報提供などを強化する必要がある。

■自殺対策は自身に関わることだと《思う》と答える割合が多い年代は、30 歳代、20 歳代である。

→自殺者割合が多い年代とほぼ合致しており、「自分事」にもなり得るという感覚があると言える。若年層に届く有効な情報提供が必要。

■今後必要な自殺対策として、約６割が「様々な悩みに対応した相談窓口の設置」と回答。

→多様化する個々の悩みや困難について、細やかな対応ができる窓口が求められている。悩みや困難は、問題が複合化している可能性も高く、縦割りの相談窓口の横連携の強化や、コーディネーターの配置などが求められる。

（３）自殺対策審議会で審議された現状と課題

前頁（３　第２期中野区自殺対策審議会での審議内容と明らかになった課題）参照。

- 区民全体の自殺への正しい理解や精神科医療等への適切な相談アクセスを促進する啓発事業が引き続き必要。
- 地域でも、困っている人への力になりたいという想いを持った人が多く、それを形にする区や関係機関の取組が必要。
- 増加がみられる「女性」の自殺に対する支援以外にも、「子ども」、学生を含む「若年層」、「経済問題を抱える人」、「働く人」、「高齢者」等への様々な層に対応した支援が必要。