

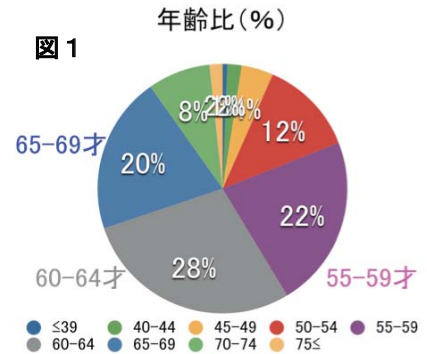
## うつ病の普及啓発をいかに自殺予防につなげるか ～北海道民生委員児童委員の意識調査から～

北海道立精神保健福祉センター

○大岩敦子 市川淳二 鎌田隼輔 上田敏彦 杉橋桃子  
山中克哉 鹿野なほみ 小島勝 田邊等

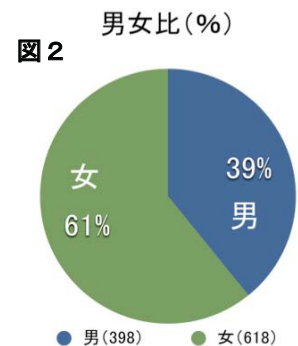
### I はじめに

一般に普及啓発による市民の意識や行動の変化を評価するのは難しい。とくに、自殺予防に関する意識調査の場合、自殺者の急増という社会的認識の一方で個々人の死生観が結果に強く影響すると思われる。今回、地域住民の中でもこころの健康に意識の高いと思われる民生委員児童委員(民児員と略)を対象に「うつ自殺予防対策」の意識調査を行う機会を得た。その結果、①「うつ病のサイン」を知ることが精神科への受診行動を高める可能性があるものの、②自殺予防に対する意識に一般住民と差が無かった。今後の自殺予防の普及啓発に貴重な示唆が得られたので報告する。



### II 調査

1) 対象:平成(H)20年度第10回民生委員児童委員活動推進講座「こころの障がいに対する理解と支援を考える研修」に参加した1231人。2) 回答:研修会開始前に調査票(別添)を配布し、回答は任意として終了後直ちに回収した。有効回答1016人(回答率83%)(図1、2、3、4)。3) 調査票の内容:全国の一般住民を対象とした内閣府世論調査・意識調査(H19/20実施、全国調査と略)を一部改変し当センター独自の項目を追加。4) 期間と場所:H20年9月2日(札幌市)、3日(旭川市)、5日(函館市)、10日(北見市)、12日(釧路市)の5会場。



### III 結果と考察

図3 委員年数(%/5年毎)

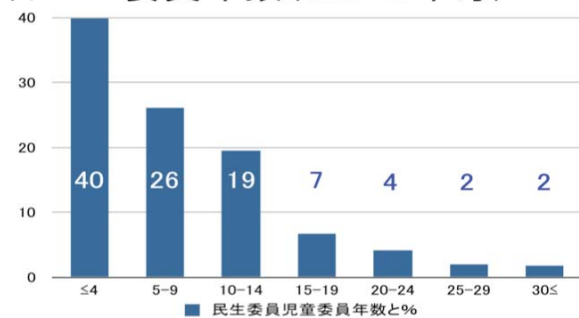


図4 居住年数(%/5年毎)

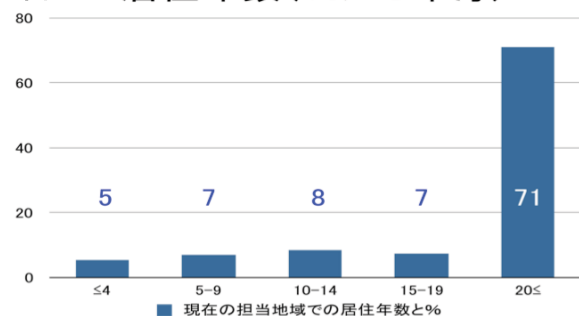


表1 あなたは自殺についてどのように考えますか

質問項目		本調査		全国調査
		サイン知っている	サイン知らない	
1	そう・やや思う	20	16.1	34.3
	そう・やや思わない	66.3	64.3	41.7
2	そう・やや思う	6.3	11	5.5
	そう・やや思わない	87.5	84.7	78.4
3	そう・やや思う	20.7	23.7	16.4
	そう・やや思わない	73.8	61.9	60.6
4	そう・やや思う	81.2	66.9	67.3
	そう・やや思わない	11.2	17.8	12.6
5	そう・やや思う	88.8	90.7	79.4
	そう・やや思わない	5.6	4.2	6.1

- 1 生死は最終的に本人の判断に任せるべきか
- 2 幼い子どもを道連れに自殺するのは仕方がない
- 3 自殺は繰り返すので、周囲の人は止めることができない
- 4 自殺するほど、よほどつらいことがあったのだと思う
- 5 自殺せずに生きていけばよいことがあると思う

1) **うつ病の普及啓発**：国民の約15人に1人がうつ病を罹患した経験があり、その3/4は医療を受けていないと言われている(厚生労働省)。自殺の背景にあるとされるうつ病の多くが未治療であることは大きな問題である。本調査では、①「うつ病のサイン」を知っていた人は87%で一般住民の84%(全国調査)と差はなかった(図5)。しかし、②「うつ病のサイン」に気づいた時あるいは2週間眠れない日が続いた時で、「うつ病のサイン」を知っている人の76%と50%、知らない人の44%と28%が、それぞれ自ら精神科に相談に行く(図6、7)。また、③「うつ病のサイン」を知っている人の93%、知らない人の80%が家族や身近な人へ精神科受診を勧めると回答した(図8)。これらの結果は普及啓発の重要性を示しており、うつ病の知識を持つことで精神科受診が増加すると考えられる。ただ、自ら受診する割合が受診勧奨ほど高くないことは今後の検討課題であろう。

2) **自殺予防の普及啓発**：「うつ病のサイン」を知っているか知らないかで自殺予防に関する意識に変化は見られなかった(表1)。この結果は予想外で今後の普及啓発を進める上で大きな意味を持つと思われる。つまり、うつ病の知識を持つことやそれによって精神科受診が増加しても、それと平行して自殺予防の知識の向上や意識が変化するわけではないようだ。自殺予防には、死生観を含めた医学や心理学、社会や経済など、包括的な対策が必要で、うつ病の場合よりももう一歩踏み込んだ事例検討や実践報告を通じたグループワークなど、共感的・体験的研修などの検討も必要であろう。

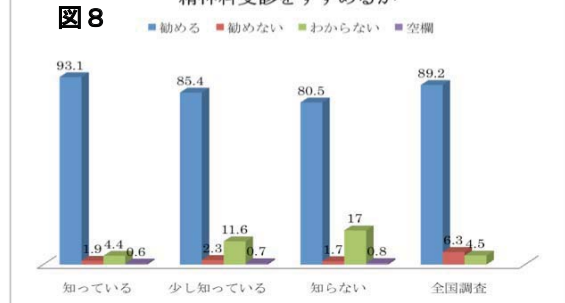
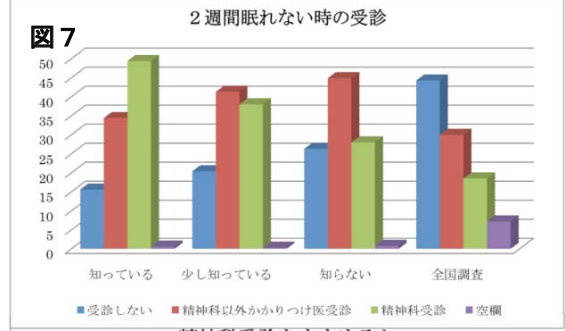
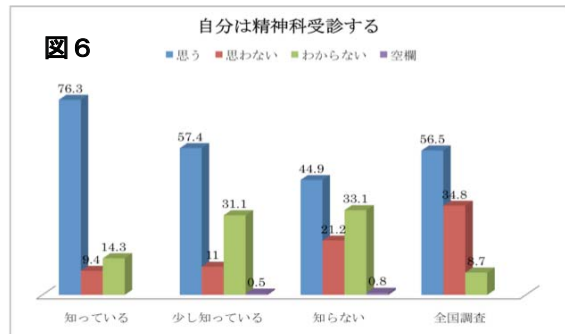
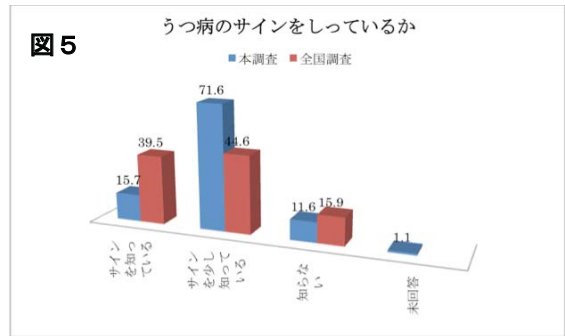
3) **民児員に期待される役割**：民児員の約7割は20年以上同一地域に居住しており(図3、4)、住民の身近な相談役として暮らしやコミュニティーの変化などを見守ってきたと思われる。民児員は国の自殺総合対策大綱で早期対応の中心的役割を果たす人材として位置づけられ、うつ自殺予防対策を推進する上での期待は大きい。しかし、本調査での民児員の自殺予防に関する意識や知識は一般市民(全国調査)と差はなかった(表1)。うつ病や自殺の問題には生活のあらゆる状況が関係しており、日々の暮らしの中で問題のサインに素早く反応する地域づくりが必要であろう。そのためにも民児員など地域づくりに重要な役割を期待される人たちを対象にした普及啓発や研修の強化拡充が急がれる。

4) **精神保健福祉センターの認知度**：本調査ではセンターで相談できることを知っていた人が全体の31%(全国調査で20%)であったが、「うつ病のサイン」を知っている人ではセンターの認知度は54%に増加した。その一方でセンターに相談窓口があること、あるいはセンターの存在自体を知らなかった民児員が合わせて69%にのぼった(全国調査で80%)。センターの認知度は民児員の方が一般住民より高いものの、普及啓発活動の推進に当たってセンターの認知度自体をさらに高めて行く必要があるだろう。

5) **うつ病のサインを知っているか**：本調査では「うつ病のサイン」を知っている人が87%で、全国調査は84%であった(図5)。また、「うつ病のサイン」に気づいた時あるいは2週間眠れない日が続いた時で、「うつ病のサイン」を知っている人の76%と50%、知らない人の44%と28%が、それぞれ自ら精神科に相談に行く(図6、7)。また、「うつ病のサイン」を知っている人の93%、知らない人の80%が家族や身近な人へ精神科受診を勧めると回答した(図8)。

## V 結語

民生委員児童委員の「うつ自殺予防」意識調査を行った結果、自殺予防を実効あるものにするためにはうつ病の普及啓発だけでは不十分と思われた。「うつ病の普及啓発をいかに自殺予防につなげる」かが今後の大きな課題となるであろう。



こころの健康／自殺予防対策アンケート(平成20年9月)

A: 自身について

- Q1. 性別  
 ① 男  ② 女
- Q2. 年齢  
 ① 39才以下  ③ 45~49才  ⑤ 55~59才  ⑦ 65~69才  ⑨ 75才以上  
 ② 40~44才  ④ 50~54才  ⑥ 60~64才  ⑧ 70~74才
- Q3. 現在の担当地域での居住年数  
 ① 4年以下  ③ 10~14年  ⑤ 20年以上  
 ② 5~9年  ④ 15~19年
- Q4. 現在の職業  
 ① 勤めている(常勤)  
 ② 勤めている(パート・アルバイト)  
 ③ 自営業(事業経営・個人商店など)  
 ④ 自由業(個人で、自分の専門的知識や技術を生かした職業に従事)  ⑤ 専業主婦・主夫  
 ⑥ 無職  
 ⑦ 学生
- Q5. 退職前の主な職業(無職の場合)  
 ① 勤めていた(常勤)  
 ② 勤めていた(パート・アルバイト)  
 ③ 自営業(事業経営・個人商店など)  
 ④ 自由業(個人で、自分の専門的知識や技術を生かした職業に従事)  ⑤ 専業主婦・主夫  
 ⑥ 無職  
 ⑦ 学生

B: 委員としての活動について

- Q1. 民生委員・児童委員年数  
 ① 4年以下  ③ 10~14年  ⑤ 20~24年  ⑦ 30年以上  
 ② 5~9年  ④ 15~19年  ⑥ 25~29年
- Q2. 自殺関連の相談を地域住民から受けたことがある  
 ① ある  ② ない
- Q3. 自殺対策事業(調査を含む)に参加したことがある  
 ① ある  ② ない

C: こころの健康／自殺予防対策について

- Q1. あなたは、悩みを抱えたときやストレスを感じたときに、誰かに相談したり、助けを求めたりすることは恥ずかしいことだと思いますか？  
 ① そう思う  ③ どちらかかというと思う  ④ そうは思わない  ⑤ わからない  
 ② どちらからかというと思う  ④ そうは思わない
- Q2. あなたは、過去30日の間にどれくらいの頻度でaからeに示したようなことがありましたか？  
 Q2.a 神経過敏に感じましたか？  
 ① まったくない  ② 少しだけ  ③ ときどき  ④ たいいてい  ⑤ いつも
- Q2.b 絶望的だと感じましたか？  
 ① まったくない  ② 少しだけ  ③ ときどき  ④ たいいてい  ⑤ いつも
- Q2.c そわそわ、落ち着かなく感じましたか？  
 ① まったくない  ② 少しだけ  ③ ときどき  ④ たいいてい  ⑤ いつも
- Q2.d 気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか？  
 ① まったくない  ② 少しだけ  ③ ときどき  ④ たいいてい  ⑤ いつも
- Q2.e 何をするのも骨折りと感じましたか？  
 ① まったくない  ② 少しだけ  ③ ときどき  ④ たいいてい  ⑤ いつも
- Q3. あなたは、自殺についてどのように考えますか？  
 Q3.a 生死は最終的に本人の判断に任せるべきである  
 ① そう思う  ② ややそう思う  ③ ややそう思わない  ④ そう思わない  ⑤ わからない
- Q3.b 自殺せずに生きていけば良いことがあると思う  
 ① そう思う  ② ややそう思う  ③ ややそう思わない  ④ そう思わない  ⑤ わからない
- Q3.c 若い子どもを道づれに自殺するのは仕方がない  
 ① そう思う  ② ややそう思う  ③ ややそう思わない  ④ そう思わない  ⑤ わからない
- Q3.d 自殺は繰り返されるので、周囲の人が止めることはできない  
 ① そう思う  ② ややそう思う  ③ ややそう思わない  ④ そう思わない  ⑤ わからない
- Q3.e 自殺する人は、よほどつらいことがあったのだと思う  
 ① そう思う  ② ややそう思う  ③ ややそう思わない  ④ そう思わない  ⑤ わからない

Q1. あなたは、このような症状を「うつ病のサイン」と言うことを知っていましたか。それとも、知らなかつたですか。この中から1つだけお答えください。

○①よく知っていた ○②少しは知っていた ○③知らなかつた

Q2. もし仮に、あなたが自分自身の「うつ病のサイン」に気づいたとき、自ら精神科の病院へ相談しに行こうと思いませんか。それとも、思わないですか。

○①思う ○②思わない ○③わからない

Q3. もし仮に、あなたが、あなたの家族など身近な人の「うつ病のサイン」に気づいたとき、精神科の病院へ相談することを勧めますか。それとも、勧めませんか。

○①勧める ○②勧めない ○③わからない

Q4. 仮に自分自身が「うつ病」になった場合、適切な治療を受けやすくするために、あなたはどのような医療体制づくりが必要だと思いますか。この中から特に重要と思うものを2つまであげてください。

- ①精神科の診療所が、近所にあるようにする ○⑥わからない
- ②病院の精神科以外の診療科で、うつ病の治療を受けられるようにする
- ③かかりつけの医師（内科等）で、軽度のうつ病の治療を受けられるようにする
- ④相談（カウンセリング）を行う専門家を養成し、身近に相談者を増やす
- ⑤その他

### E: ご存知でしたか？

Q1. あなたは、自殺したいと考えている人や自殺者遺族を支援するボランティア活動（たとえば「いのちの電話」などのような電話相談）があることを知っていましたか？

○①知っていた ○②知らなかつた

Q2. 各自治体では、保健所と精神保健福祉センターに、「こころの健康」の相談窓口を開設しています。保健所に「こころの健康」相談窓口があることを知っていましたか。

○①知っていた ○②知らなかつた

Q3. 精神保健福祉センターに、「こころの健康」相談窓口があることを知っていましたか。この中から1つだけお答えください。

- ①知っていた
- ②精神保健福祉センターがあることは知っていたが、相談窓口があることは知らなかつた
- ③精神保健福祉センター自体も知らなかつた

▷アンケートにご協力をいただき有り難うございました。北海道立精神保健福祉センター

▷実施会場（民生委員児童委員活動推進講座）

- ①札幌(9/2) ○②旭川(9/3) ○③函館(9/5) ○④北見(9/10) ○⑤釧路(9/12)

Q4. あなたは、もしも身近な人から「死にたい」と打ち明けられたとき、まずはどのような対応しますか？

- ①相談に乗らない、もしくは、話題を変える ○⑤「なぜそのように考えるのか」と理由を尋ねる
- ②「死んではいけない」と説得する ○⑥「とにかく病院に行った方がいい」と提案する
- ③「力かなことを考えるな」と叱る ○⑦「ひたすら耳を傾けて聞く」
- ④「がんばって生きよう」と励ます ○⑧その他

Q5. 仮に、あなたが、よく眠れない日が2週間以上続いたら、医療機関を受診しますか？ 以下の中であなたのお考えに最も近いもの1つだけに○をつけてください。

- ①受診しない ○③精神科などの専門の医療機関を受診する
- ②精神科以外のかかりつけの医師を受診する

Q6. 上のQ5の質問で「①受診しない」と答えた方に質問します。それは、どのような理由からですか？ 以下の中であてはまるものを全てに○をつけてください。(○はいくつでも)

- ①自然に治るだろうから ○⑩医療機関ではなおせないから
- ②自分で解決できるから ○⑪相談の秘密が漏れるのではないと不安だから
- ③お金がかかるから ○⑫意志に反して入院させられることが怖いから
- ④時間がかるから ○⑬家族・友人が反対するだろうから
- ⑤周囲の目が気になるから ○⑭交通手段がないから
- ⑥病人扱いされそうで抵抗があるから ○⑮何となく
- ⑦近くに医療機関がないから ○⑯その他

- ⑧仕事や家族の世話を忙ししいから
- ⑨どこを受診すればいいかわからないから
- ⑩体調を崩すのは自分自身から原因だから

### D: うつ病と精神科医療について

まず、次の文章をよくお読み下さい。

自殺をした方の多くが、最後の行動におよぶ前に精神疾患にかかっていたと推定されます。なかでも「うつ病」が背景に多いといわれています。また、以下に挙げた症状を「うつ病のサイン」といいますが、このような症状がでて、うつ病とは思わずに精神科の治療を受けることが多いといわれています。現代はストレス社会であり、誰もがこころの健康を損なう恐れがあります。自殺を予防するためには、日頃からこころの健康に努めることが必要です。

「うつ病のサイン」

- 自分で感じる症状：憂うつ、気分が重い、気分が沈む、悲しい、イライラする、元気がない、集中力がない、好きなこともやりたくない、細かいことが気になる、大事なことを先送りする、物事を悪い方に考える、決断が下せない、悪いことをしたように感じ自分を責める、死にたくがる、眠れない
- 周りから見てわかる症状：表情が暗い、涙もろい、反応が遅い、落ち着きがない、飲酒量がふえる
- 身体に出る症状：食欲がない、便秘がち、身体がだるい、疲れやすい、性欲がない、頭痛、動悸、胃の不快感、めまい、喉が渇く

神奈川県の地域自殺者にかかる実態分析の試み  
—人口動態統計および警察統計データの有効活用に向けて—

神奈川県精神保健福祉センター

○桑原寛、大竹三千代、小糸英明、  
伊藤瑞穂、山田正夫

## 1 はじめに

神奈川県の年間自殺者数は例年 1700 人前後と極めて多い。そのため、本県では平成 18 年度より「こころといのちのサポート事業(自殺対策)」を開始し、その一環として当センターでは本県自殺者の実態把握にかかる一連の調査研究を行ってきた。すなわち、平成 18 年度は神奈川県域(横浜市、川崎市を除く)の二次保健医療圏域ごとの特徴につき検討を試みた。平成 19 年度には、国の指定統計である人口動態調査の死亡票の平成 17、18 年のデータを利用し、地域自殺者の実態分析検討を試みた。また、平成 20 年度は、神奈川県警より入手した平成 17 年以降 3 年間の警察統計データに基づく検討を行うとともに、本県保健福祉部を介して平成 19 年の人口動態調査の死亡票データを入手し、死亡票による地域自殺者の 3 年間の動向の検討を試みた。そこで、今回は、平成 17 年以降 3 年間の人口動態と警察統計データに基づく年次推移の検討結果を提示し、両統計資料の効用と限界、今後の活用法などにつき若干の考察を試みる。

## 2 方法

下記の 3 つの検討目標にかかる調査項目の集計整理を行った。

### (1) 警察統計データに基づく地域自殺者の動向(平成 17 年～19 年)の検討

①死亡者数、②性差、③年齢分布、④署管別分布、⑤本人の職業、⑥自殺場所、⑦自殺手段、⑧原因・動機

### (2) 人口動態調査データに基づく地域自殺者の動向(平成 17 年～19 年)の検討

①死亡者数、②性差、③年齢分布、③保健所別分布、⑤配偶者の状況、⑥世帯の主な仕事、⑦死亡場所、⑧死亡主因(手段)

### (3) 平成 17、18 年データに基づく警察統計と人口動態統計の共通項目の比較検討

①死亡者数、②性差、③年齢分布、③発見地域分布、⑤配偶者の状況、⑥世帯の主な仕事・本人職業、⑦死亡場所、⑧自殺手段・死亡主因

## 3 結果

### (1) 警察統計データに基づく推移の検討(平成 17 年～19 年)

①自殺者数は、平成 17 年が 872 名から平成 18 年には 813 名に減少したが、平成 19 年には 103 名増加し 916 名であった。

②性差では、例年、男性がほぼ 70%を占めていた。

③年齢分布の推移については、平成 17 年時点でピークを形成していた 55～64 歳台の自殺者は、その後減少傾向にあり、一方、35～44 歳台と 65 歳以上の年代の自殺者は増加していた。また年齢分布の構成比の推移では、25～34 歳と 65 歳以上の死亡者の比率の増大が目立つ。

④署管別発見地別死亡者数は、相模原南と北、平塚、逗子、葉山の各署で増加傾向にあり、一方、小田原、厚木、大和、松田、鎌倉の各署で減少傾向にあった。

⑤本人の職業については、無職者が増加する傾向にあった。また、自殺場所については自宅での死亡が、自殺手段では縊死が増加する傾向を認めた。

⑥原因・動機については、各年とも健康問題が最多で、次いで、経済生活問題、家庭問題、勤務問題

## 第45回全国精神保健福祉センター研究協議会

の順で、男女問題および学校問題が原因での自殺は少なかった。

**(2) 人口動態調査データに基づく推移の検討(平成17年～19年)**

- ①人口動態調査データでは、平成17年は820名から平成18年には788名に減少したが、平成19年には、83名増加し871名であった。
- ②性差では、女性の比率が増加する傾向にあった。
- ③年齢分布の推移については、平成17年時点でピークを形成していた55～64歳台ともう一つの小さなピークであった25～34歳台の自殺者は、ともに減少傾向にあり、一方、35～44歳台と65歳以上の年代の自殺者は増加していた。また年齢分布の構成比の推移では、25～34歳と65歳以上の死亡者の比率の増大が目立つ。この点に関しては、警察統計データに基づく検討結果とほぼ同様の所見であった。
- ④保健所別では、鎌倉、平塚、相模原保健所域では増加傾向、大和、小田原、足柄上保健所域では減少傾向を認めた。
- ⑤配偶者の状況では、未婚と死別が増加しており、死亡者の世帯の主な仕事の推移については、無職が顕著に増加し、勤労者Ⅰは減少していた。
- ⑥死亡場所については、病院での死亡が増加し、死因主因では、縊死が増加していたが、その他、飛び降り29名、刃物が11名、飛び込みが9名増加し、他方、その他のガスは13名減少していた。

**(3) 平成17、18年データに基づく警察統計と人口動態統計の共通項目の比較検討**

- ①人口動態統計よりも警察統計の方で死亡者数が多かった。なお、対象者1685名中の県外居住者数は27名、発見年前の自殺者数は14名と少なかった。なお、横浜と川崎市は、警察統計による死亡者の方が少なく、これらの所見を勘案すると、県域の警察統計データには、横浜市、川崎市から流入した自殺者が多く含まれているものと考えられた。
- ②男女比については両統計間で大きな差異は認めなかった。
- ③年齢分布では、男性の15～20歳、35～54歳で、警察統計での死亡者数が多く、75歳以上では逆に少なかった。他方、女性では55～64歳台を中心に幅広い年台区分で警察統計での死亡者の方が多かった。
- ④両統計データを警察署管轄域市町村別に集計し相互に比較検討してみると、警察統計では、観光地、山間部や海などを控えた市での死亡者数が多く、人口の多い都市部では人口動態統計の死亡者数が多かった。以上より、県内都市部の居住者が、県内の観光地や山間部や海などを控えた市へと移動して死亡することが少なくはないことが推察された。
- ⑤婚姻状況については、警察統計の男性で離別者の比率が少なく、女性で、配偶者有り、未婚の比率が高かった。職業では、男女とも警察統計で不詳が多かった。また、警察統計の男性では有職者が少なく、無職者が多かった。
- ⑥自殺手段(主因)については、女性では、警察統計で縊死の比率が少なく、その分、刃物、人水、飛び込みなどの比率が高かった。

**4 考 察**

警察統計は、全国一律の統計で、しかも対策の立案に直結する調査項目が多い。しかし本統計は発見地・発見時点にもとづいており、行政圏域別地域住民を対象とした人口動態調査とは本質的に異なっている。従って、各自治体での地域特性を反映した自殺対策の企画立案のためには、両統計資料に基づく自殺者の動向を踏まえておく必要がある。また、警察統計では、平成19年以降、調査項目と判定基準が大きく変わり、さらに平成21年からは市町村関連の調査項目が追加されるなどの調査項目と基準の変更がなされることになっており、経年的な変化の検討は今後の課題である。両資料の活用のためには、今後、保健医療福祉関連機関と警察関係機関との相互の連携協力によって自殺の実態分析に向けた関連データの充実化に向けた取組が望まれる。

自殺にかかる人口動態調査死亡票の分析結果について

新潟県精神保健福祉センター

○ 渡辺圭子 阿部俊幸

1 はじめに

新潟県の平成9年から18年までの自殺にかかる人口動態調査死亡票情報計7842人分、職業産業別調査個人票1584人分について、記述疫学的手法により分析を行った。目的外使用申請（当時）から公表までの一連の流れ、分析の方法、結果の概略について報告する。

2 方法

厚生労働省に目的外使用申請を行い、新潟県全域の平成9年から18年の人口動態調査死亡票のうち外因符号がX60-X84のもの男5351人、女2491人計7842人分と平成12年、平成17年の職業産業別調査個人票男1116人、女468人計1584人分を入手した。データをExcelで西暦年、住所地性、死亡年月日時刻、配偶関係配偶者年齢、死亡場所、外因符号、年齢の7列に分解（固定長データの読み込み）した後、日付関数、文字列操作関数等を使って死亡年月日時刻を死亡年、月、日、時、分にさらに分解した。年、月、日から祝日判定をwebで公開されているExcelの拡張機能「kt関数アドイン」で行い、日付関数で割り出した曜日番号、年末年始（12月29日から1月3日まで）の判定結果とあわせ「曜日等」列を追加した。以上をテキストファイル（CSVファイル）にして統計パッケージStatView J 4.02に読み込み、項目毎に平均値、カテゴリー別人数等を算出した後、網羅的に各項目相互のクロス集計を実施し主な結果についてグラフ化した。

3 結果の概略

(1) 性別年齢階級別年間自殺者数（図1）

平均年齢及び標準偏差は、男性53.8±17.0歳、女性は64.6±19.1歳であった。

(2) 性

男性5351人、女性は2491人で性比は2.15対1であった。

(3) 死亡場所（図2）

自宅が約半数を占め、次いでその他病院が多い。

(4) 死亡時間（図3）

未明（午前4から6時台）、朝食後昼食前（10から12時台）、昼食後日没前（午後3から5時台）の3つの山がある。死亡時間は自殺企図時刻と同義ではないが、この明瞭な3つの山は朝食、昼食、夕食という一般的な一日三度の食事時間帯と自殺企図時刻との関連を示唆している。なお、死亡時間は性別で顕著な差は認めない。

(5) 死亡曜日等

男女とも月曜日に多く週末に向かい減っていく。

(6) 死亡月（図4）

男性は春（3月から5月）に多い。女性は春から夏にかけて多く、秋から冬が少ない。

(7) 手段

縊死が最も多く、全体の約71.6%を占め、ガス（7.8%）、溺死（5.4%）が続く。

図1 性別年齢階級別年間自殺者数

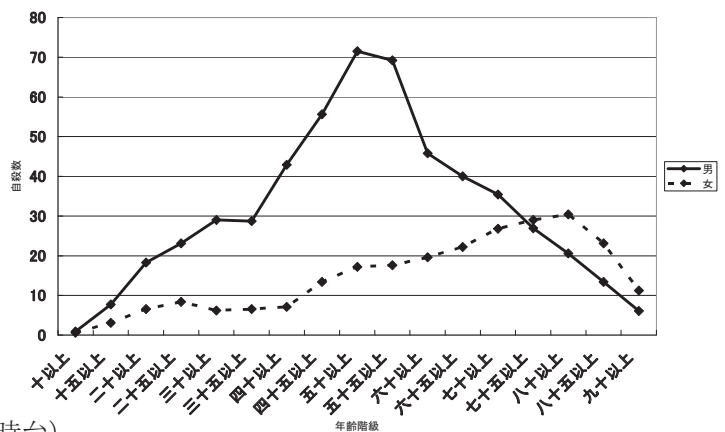


図2 死亡場所割合

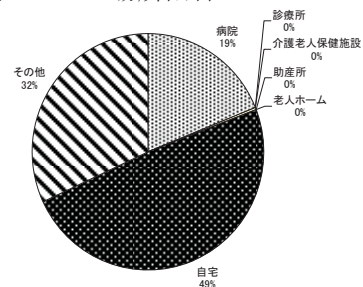


図3 性別時間帯別自殺数

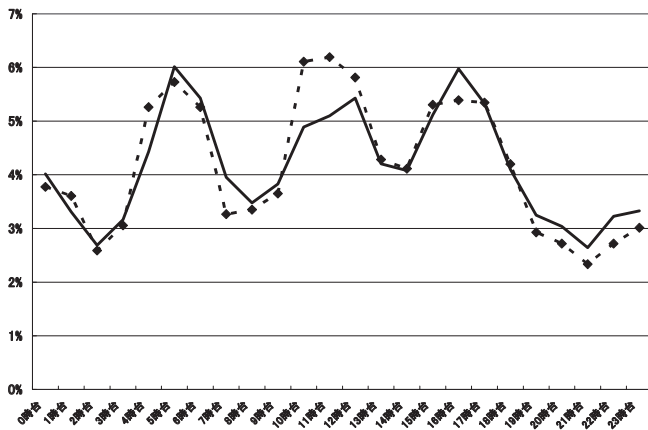
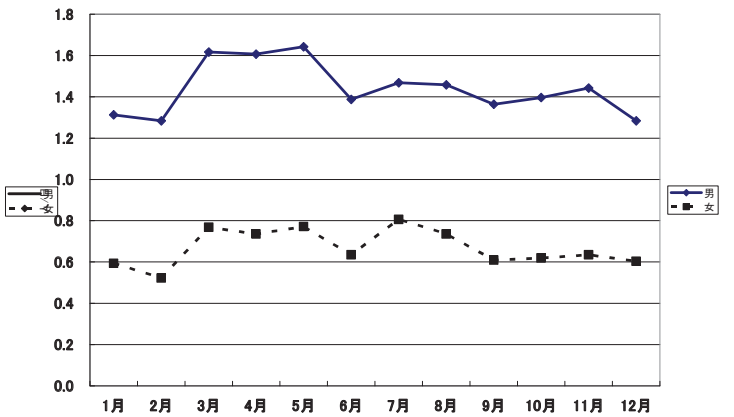


図4 性別月別一日平均自殺数



(8) 主なクロス集計結果

① 年齢階級別自殺手段

加齢に伴い縊死の割合は増加する。ガス自殺は青壮年に特徴的である。特に男性では三十代が多く、女性も三十代、四十代でピークを形成する。薬物は女性では加齢に伴い上昇するが、男性では二十代と七十代の二つの山がある。七十代は農薬の可能性も考えられる。溺死は中年以降の女性に特徴的である。飛び降りには若年者に多い。飛び込みは若年、中年の女性に多い。

② 自殺手段年次推移

ガス自殺の占める割合は近年急激に上昇している。

③ 年齢階級別死亡場所 (病院の占める割合)

病院で死亡する割合は三十代、四十代の女性で比較的多く、男性が縊死、ガス等の致死性が高いとされる手段を取っていることと合致する。

4 考察

人口動態統計死亡票情報は、現状において所定の手続きを経れば得られる、自殺に関する保健福祉分野における数少ない自前のデータであり、一定の加工を施すことにより地域の自殺の人、場所、時間や手段等の特徴を把握できるという利点がある。同情報の利用は従来目的外使用として申請から入手まで長時間を要していたが、最近二次利用と名称が変更になり入手までの時間も従来に比べ大幅に短縮した。本分析は、10年間に当県内において自殺として死亡診断または検案がなされた例の全数調査である。自殺の原因については知り得ない、自殺総数は警察統計より少なく、一部の例が漏れている可能性がある、他都道府県在住で当県内を自殺場所に選んだ人の情報は得られない、などの限界はあるが、それらを承知した上であれば自殺対策に十分有用と考えられる。

当県では本分析結果を受けて、例年自殺が多い3月から5月を自殺ハイリスク月間として啓発普及を強化することとした。また、自殺現場で死亡が確認されず病院に搬送されてから死亡が確認される自殺者の背後には、統計には表れないが未遂に終わり救命される者も多く存在することが推定される。したがって、年齢階級別死亡場所の分析から病院での死亡が多い三十代、四十代の女性に焦点を絞った、未遂者対策が今後の課題の一例として考えられる。なお、本分析結果の詳細は当所ホームページに、「統計から見た自殺の現状」として公開中である。

参考 web サイト

厚生労働省ホームページ 自殺死亡統計の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/suicide04/index.html>



群馬県における死亡小票による自殺の実態把握

群馬県こころの健康センター

○向田 律子 川島佐枝子  
田島 正雄 赤田卓志朗

1 はじめに

自殺予防対策は現代日本の抱える重要課題の一つであり、国は平成 18 年に自殺対策基本法を制定し国、地方自治体、事業主及び国民の責務を明確にした。同時に自殺総合対策大綱の中で当面の重点施策の一つとして「自殺の実態を明らかにする」ことを掲げている。

群馬県では統計的側面からこの実態について調査検討し、群馬県自殺総合対策行動計画－自殺対策アクションプランを策定するために自殺既遂者に関する間接データの一つである人口動態調査死亡小票を用いて自殺実態調査を実施したので、その結果を報告する。

2 調査の概要

(1) 調査目的

群馬県における自殺の実態を明らかにし、地域特性を踏まえた自殺対策を策定することを目的とする。

(2) 調査期間および対象

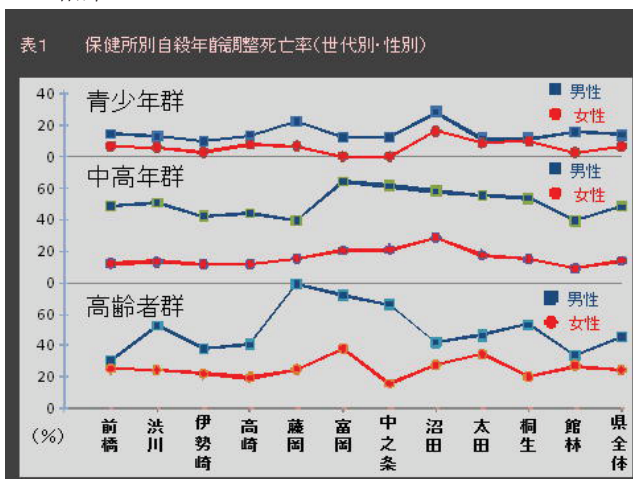
平成 17 年～平成 19 年 群馬県人口動態調査死亡票

(3) 調査方法

厚生労働省の許可を得て群馬県内の人口動態票が集約される 5 カ所の保健福祉事務所において死亡小票を閲覧し、死因が『自殺』とされている小票を全て拾い出した。

この小票の情報を当センターで作成した『人口動態調査死亡票入力票』に入力し男女別に 30 歳未満の青少年、30～64 歳までの中高年、65 歳以上の高齢者の 3 群に分類し地域格差、配偶者の有無、手段、発生月、発生時間帯等による自殺者の傾向を検討した。

3 結果



(1) 保健所別自殺年齢調整死亡率(表 1)

青少年では性別でほとんど差は見られなかったが、中高年・高齢者では男性が高い傾向にあった。

地域的には、全国的に過疎の山間部で特に高齢者の自殺率が高いと云われているが、当県においても山間部を多くかかえる保健所管内で自殺率が高い傾向がみられた。

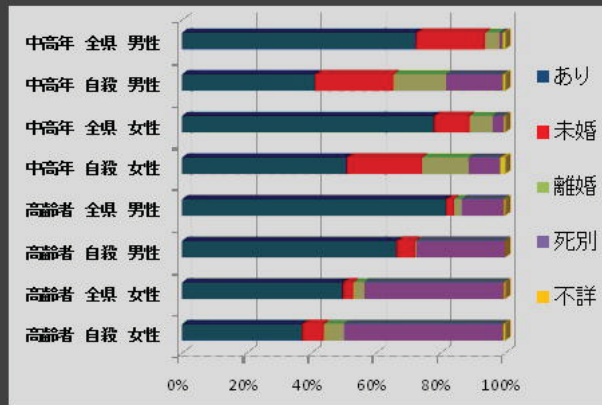
(2) 自殺者と全県の配偶率比較(表 2)

(自殺者と全県死亡の比較)

県内の全死亡における有配偶者率に比べ自殺者の中高年及び高齢者においては、男女とも有配偶者率が低くなっていた。

中高年・高齢者では配偶者がいない人の方

表2 自殺者と全県の配偶率比較(全県のデータは平成17年度)



が自殺のリスクが高いことが推察された。

(3) 原因に影響を及ぼした疾患  
(世代別・性別) (表省略)

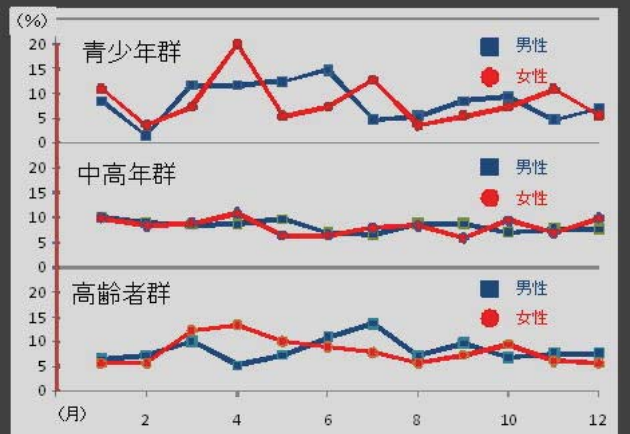
うつ病及びその他の精神疾患を持っていた方の割合は、どの世代においても男性よりも女性が高い傾向を示した。

一方、男性は高齢者群で身体疾患の記載があり、他の群よりも高い傾向があった。

(4) 自殺発生日(世代別・性別) (表3)

青少年において男性では3～6月、女性は4月と年度かわりの時期に自殺者数が多い傾向がみられた。

表3 自殺発生日(世代別・性別)

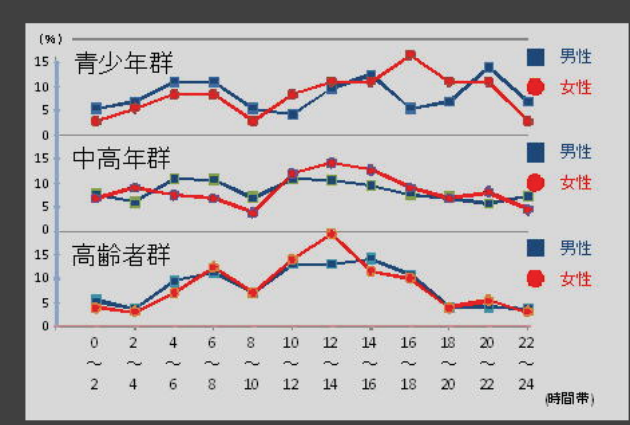


(5) 自殺発生時間帯(世代別・性別) (表4)

全体的に、4時から8時の早朝と10時から18時に高い傾向がみられた。

同居者が存在する場合に、同居者が寝ている早朝、仕事や通学で不在になる日中など周囲の目が行き届かない時間帯に実行していることが伺えた。青少年においては、夕方以降にも高い傾向がみられた。これは青少年は配偶者なしが多く仕事や学校が終わった夕方以降単身になる可能性が高く周囲の目が届かなくなる場合も多いためと考えた。

表4 自殺発生時間帯(世代別・性別)



(6) 自殺の手段(世代別・性別) (表省略)

全世代で性差なく縊死が一番多かった。次いで青少年・中高年男性ではガス自殺、女性は飛び降りが多く、高齢者では薬物が高い傾向がみられた。

#### 4 まとめ・考察

(1) 自殺年齢調整死亡率は中高年以降の男性が高く、地域別では山間部を多く持つ保健所に高い傾向が見られた。(2) 高齢者においては配偶者のない事例の自殺率が高かった。(3) 女性は精神疾患が背景にある場合が男性より多く、高齢者男性は身体疾患が背景にあったと思われる事例の割合が他群より高かった。(4) 発生日は年度かわりが多く、時間帯では早朝と日中に高い傾向が見られた。

(5) 手段は縊死が圧倒的に多かった。

今回、群馬県の人口動態調査死亡票により諸項目を年代別、性別に分け検討した。今回の結果を踏まえて群馬県の現状に即した自殺対策を長期的に取り組んでいきたい。

自殺対策における精神保健福祉相談の体制整備に向けての取り組み

さいたま市こころの健康センター

○岩瀬 真澄 永井めぐみ 岡崎 直人 黒田 安計

1、はじめに

さいたま市では、平成 17 年度から平成 20 年度までの 4 年間、保健部内に自殺予防プロジェクトを立ち上げ、自殺対策としての、うつ病啓発事業や精神保健福祉相談充実のための担当者（10 区保健センター・保健所の保健師、精神保健福祉士、臨床心理士）の研修等を企画・実施してきた。それらの取り組みの中で、「うつ・自殺予防対策における職員の意識調査」を平成 18 年（1 回目）と平成 21 年（2 回目）に実施し、これまでの精神保健福祉相談の体制整備に向けた取り組みの効果や課題を検討したので報告する。

2、調査概要

- (1) 調査対象：10 区保健センター・保健所・こころの健康センターの保健師、保健所・こころの健康センターの精神保健福祉士、臨床心理士（平成 18 年 116 名、平成 21 年 121 名、うち 71 名が 2 回実施）
- (2) 調査方法：庁内メール便利用による自記式アンケートを実施
- (3) 調査時期：1 回目平成 18 年 6 月、2 回目平成 21 年 6 月
- (4) 調査内容：自殺に関連した相談に対する職員の意識や相談技術、相談に必要な支援等の質問を同じ内容で 2 回実施。2 回目については、これまでの相談支援に対する評価も加えた。

3、1 回目調査の結果

「自殺予防は自分の業務である」と回答した職員は 88%と高い結果が得られた。しかし、自殺の相談に「抵抗がある」と回答した者が 58%、「抵抗はない」と回答した者が 40%だった。また「どのような対応をしたか」については、「傾聴した」と答えたものが 72%、ついで「受診を勧めた」が 52%となり、自殺のリスクに関するアセスメントについては、19%と低い回答に留まった。この調査から、自殺予防は自分たちの業務であると思いながらも、実際の相談では、自殺のリスクアセスメントをはじめとした相談技術についての不安がうかがわれる結果となった。（この結果については第 66 回日本公衆衛生学会で発表した）

4、調査後の取り組み

上記の結果を踏まえて、(表 1) のような取り組みを行った。

(表 1)

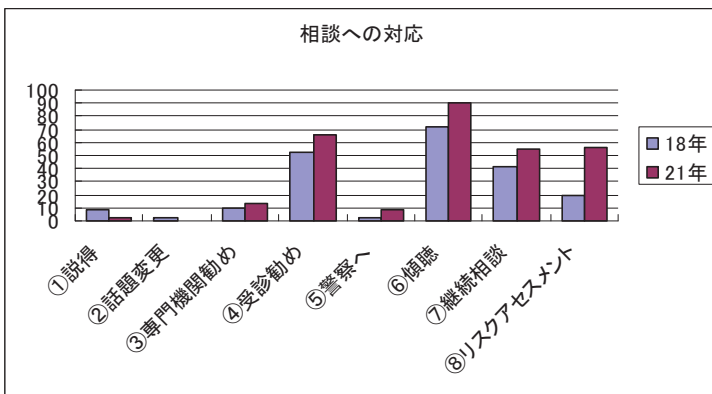
	研 修	ツールの作成	10 区での相談支援
18 年度	うつの理解と地域支援について	パンフレット・相談マニュアル・相談記録票(*DS シート)	自殺対策についてのミニレクチャー
	相談記録票の事例検討会		相談マニュアル・相談記録票の使用説明
19 年度	自殺のリスクアセスメントについて		相談マニュアル・相談記録票の使用説明
	相談記録票の事例検討会		
20 年度	自傷行為のアセスメントについて	教育媒体の作成(CD-ROM)	相談のロールプレイ
	相談記録票の事例検討会		教育媒体(CD-ROM)の使用説明

\*DSシートは depression（うつ）suicide（自殺）の頭文字をとって名づけた。

表1のように自殺のリスクアセスメントを研修の中心テーマとし、10区の保健センターでの相談支援を行ってきたが、問題になった事例に関してもその都度積極的に関わり、具体的な方法については当センターが後方支援を行ってきた。

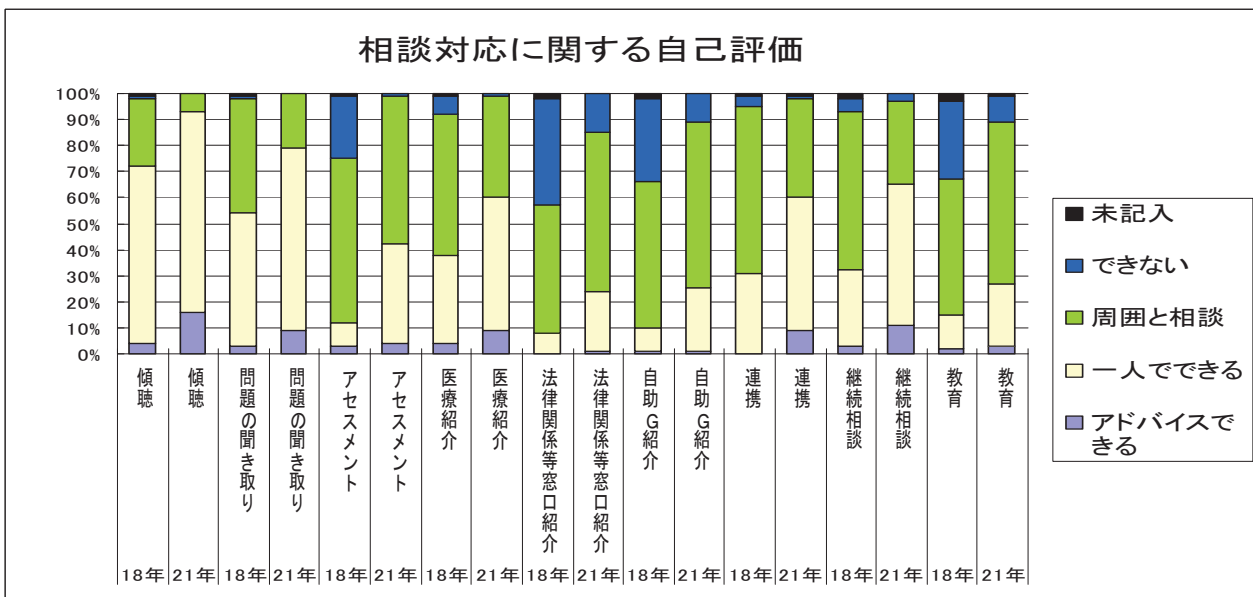
5、2回目調査の結果

「自殺予防は自分の業務である」と回答した職員は87%と1回目と同等の結果が得られた。自殺の相談に「抵抗がある」と回答した者が46%、「抵抗はない」と回答した者が52%と1回目と結果の逆転があった。また「どのような対応をしたか」については、「傾聴した」と答えたものが90%、ついで「受診を勧めた」が66%となり、自殺のリスクアセスメントの実施については、56%と1回目と比較し約3倍の高い結果となった。（表-2）また、相談対応に関する自己評価においても、1回目調査より、全ての項目において、「一人で出来る」と答えた者の割合が増加していた。（表3）



(表2)

(表3)



6、まとめ

第1回目の調査の結果から、自殺のリスクアセスメントが行えることを目標に、いくつかの取り組みを行ってきた。統計学的な検定は行っていないが、自殺のリスクアセスメントを行える職員が増加したと考えられ、一定の効果は得られたものと思われる。自殺のリスクアセスメントについては今後も引き続き研修等を行っていくとともに、より効果的な相談支援の方法についても検討していきたい。

謝辞 本調査については、国立保健医療科学院（現九州大学 医学研究院保健学部門 教授）嶋野 洋子先生より、多大なご助言、ご指導いただきましたことを深く感謝いたします。

自殺関連行動を引き起こすハイリスク要因の実態  
～平成18年度から21年度7月までのこころの相談所における外来患者について～

川崎市精神保健福祉センター診療・相談担当（川崎市こころの相談所）

○山田麻貴 熊切真奈美 東田奈緒美 洞口裕康 原 和広  
手川房子 多田利光 伊藤真人 中川正俊(田園調布学園大学)

1 はじめに

川崎市こころの相談所のある川崎区は、川崎市の南部に位置する商工業地であり、人口約21万人（H.21年8月1日現在）である。市内7区の中でホームレスや生活保護者8,503人（H.18）、生活保護率41.6/万（H.18）が一番高く、また、自殺者数は57人（H.18全区平均37人）、自殺率は27.6/10万（H.18全区19.7）で、ともに一番高い地域でもある。これまで地域特性を踏まえ公立の診療所として、アルコール依存症や薬物依存症、単身または家族機能の低い心理社会的に課題の多い対象者に関係機関と連携し、ケースワーク的な診療を行ってきた。今回、精神保健福祉センターの診療部門として再編成された平成18年4月から平成21年7月末までの3年4か月間に通院した368人の患者の中で、希死念慮の有無と自傷行為の自殺関連行動（以下、自殺関連行動と略す）のあった生存群59例（以下、生存群と略す）と既遂、病死等を含む死亡群19例（以下、死亡群と略す）についてその概要を把握し、自殺対策のハイリスク者支援の視点で後方視的に検討を行ったので報告する。

2 対象と調査方法

平成18年4月から平成21年7月までの間に、自殺関連行動のあった生存群と死亡群について、WHOの自殺予防の手引きを参考にカルテから確認できた以下、社会・人口動態的要因等の14項目について集計した。「①受診契機②治療歴③主診断名（ICD10）④合併症⑤性別⑥年令⑦経済状況⑧職業⑨家族状況⑩婚姻歴⑪出身地⑫学歴⑬住居⑭ライフストレス等」

3 調査結果

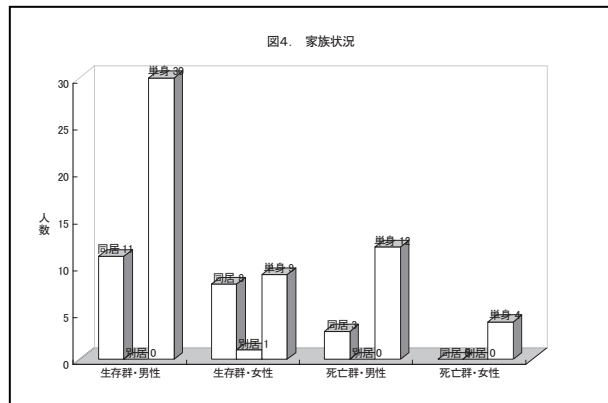
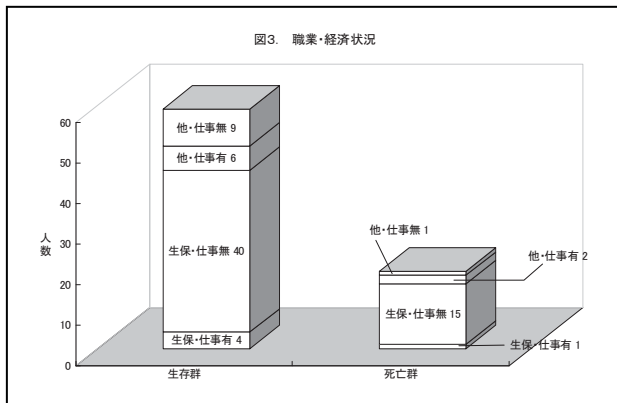
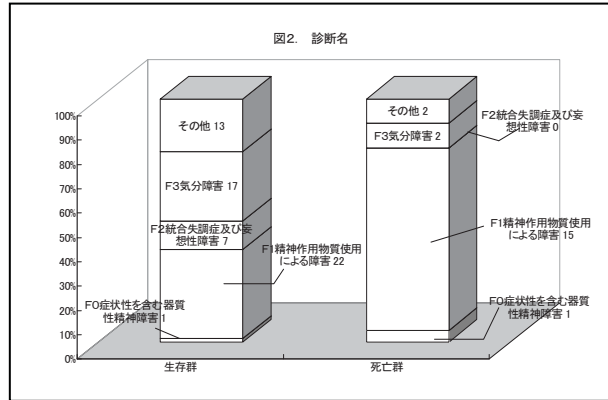
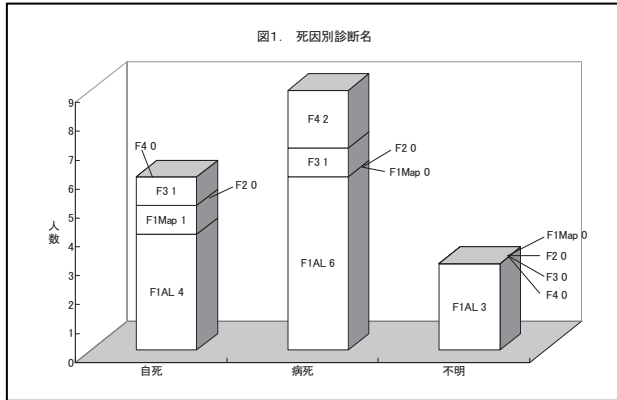
- (1) 自殺関連行動事例の生存群、死亡群の共通項目①から⑬の主な結果については、表1に示す。3か月前までの⑭ライフストレスについては生存群と死亡群（既遂者）の結果を表2に示す。
- (2) 死亡群の死因の内訳は10例（52%）が病死、6例（32%）が既遂、不明3例（16%）であるが、図1に示すように死因に関わらず共通してF1のアルコール依存症の診断を有している事例が多い結果となった。既遂の手段については、縊首4例（67%）、2例（33%）が飛び降りであった。

表1. ①～⑬調査項目結果

調査項目	①福祉事務所	②有	③F1（図2）	④有	⑤男性	⑥平均年齢	⑦生活保護（図3）	⑧無職
生存群59例	36例62%	34例59%	22例37%	35例59%	41例69%	53歳	44例76%	48例81%
死亡群19例	12例63%	8例42%	15例79%	16例27%	15例80%	56歳	16例84%	16例84%
調査項目	⑨単身者（図4）	⑩婚姻歴無	⑩離婚歴有	⑪首都圏外	⑫中卒以下	⑬アパート	⑬簡易宿泊所	
生存群59例	39例66%	31例46%	10例15%	30例51%	39例66%	31例53%	10例17%	
死亡群19例	16例84%	8例38%	3例14%	10例53%	13例68%	10例53%	5例26%	

表2. ⑭ライフストレス：生存群、死亡群（既遂者）の3か月前までのライフストレス（重複有）

調査項目	対人関係	職業・経済	恥辱	拒絶	喪失体験	その他病気の症状等
生存群59例	26例 38 %	18例 26%	3例 4 %	3例 4 %	0例	18例 26 %
死亡群既遂6例	2例 20 %	2例 20%	2例 20%	0例	1例 10 %	3例 30 %



#### 4 考察

自殺関連行動のあった生存群と死亡群ともに「アルコール依存症・薬物依存症、男性、中高年、生活保護、無職、単身、婚姻歴無し、首都圏外出身、中卒」等の項目に共通の特徴が見い出された。当相談所は精神科治療の継続困難な患者を福祉事務所と連携して診療、相談に対応している。それらを背景にして、いわゆるハイリスク者が集積する結果になったと考えられる。具体的には、学校卒業後に地方より首都圏に出てきて、アパート生活をし、就労するが精神症状による対人関係の問題や身体症状の問題から、ホームレスや、生活保護を受給するケースが多い。また単身のため家族からの支援も受けられないといった成育歴・生活歴が想定された。ライフストレスでは、家族との不仲、身近な周囲との関係がうまくいかない等の対人関係上の問題が多く、孤立しやすい傾向が伺えた。これらから、両群ともに定職に就けない等の職業上の問題、借金や経済上の問題、家庭の問題、病気の問題等のハイリスク要因が重複していることが明らかになった。

アルコール依存症は緩慢なる自殺ともいわれている。当診療所は診療に併行して、アルコール依存症回復者による酒害相談も実施している。孤立化を防ぎ仲間とともに回復を目指せるように、地域における自助グループへの参加を促し、他機関との連携を踏まえた支援をしている。一方で個別支援に止まらず、アディクション関連の組織支援、市民への普及啓発を目的とした家族セミナー、シンポジウム等も実施している。また、川崎区の特徴として高齢の単身者も多く、包括支援センター等も含めた更なる支援充実のための機関連携を構築していく必要がある。今後も精神科医療、精神保健福祉の立場から、自殺対策の加速化プランも踏まえた総合的な支援、施策の一層の推進をはかっていきたい。