

さて、行政の行動目標からいえば、「様々な普及啓発を行っているか？」に対する回答の設定ということとなる。IT 時代を反映するようなものからその他様々な普及啓発方法があり、詳細は他項目に譲るが、行政が主体となって図 1 に例示した内容等についての普及啓発を図っているかを逐一検証していくこととなる。

なお、このことについての「達成度評価」は、例示した準備因子の各内容についての「住民の認識度や理解度」を、各種普及啓発事業によりどう変化させようとしているのかという目標値の設定と、達成したかを実証しながら進捗管理を行うなどの作業で対応することとなる。

2. 強化因子に関する行政の関わり

適切な保健行動を継続するためには、周囲の人からのねぎらいの言葉や、場合によっては賞罰が功を奏することがある。したがって、「行政の行動目標」としては、「ねぎらいの言葉をかける機会・場を設定しているか」、そして「その場に従事する者（医師、保健師、他）が、『ねぎらいの声かけをする意義』を事前に理解しているか（このことは、「行政の取る適切な行動」に対する「行政の準備因子」ともいえる）」等の設定例が考えられる。

また、特に行政が関与する際には「行政自体の継続性・計画性の位置づけの担保」が「行政の行動を強化する因子」となりうる。すなわち、「健康日本 21 地方計画」をはじめとする保健計画、各地方自治体で策定している各種行政計画の中で「自殺対策」を明確に位置づけることは、この部分に関与することであり、自殺対策を行政として展開する上で重要なことである。

このことが、行動目標として「自殺対策を保健計画で位置づけている」という項目が提案される所以である。

3. 実現因子に関する行政の関わり

図 1 の「実現因子」として例示している内容の中には、行政ではなく医師等の専門職や専門機関が対応したほうがよいもの、あるいは行政単独では対応できないものが混在している。

しかしながら、それぞれの置かれている状況の違いや変化を踏まえつつ、また日進月歩する技術・研究成果の情報入手等を行いながら、各地方自治体では「例示されたこれらの行動をとるのか、検討をしているのか」等を、その都度真摯に検証していくことは、一方で必要なことである。

4. 適切な行動に関する行政の関わり

1. 2. 3. に行政が関与した結果、例示した「適切な行動」をとる人が変化する（増える／減る）ことになる。したがって、ここで例示した内容を経時的にモニタリングすることは、行政が行った各種施策（行動）による影響評価、達成度評価を行うことにつながることである。

モニタリングの仕組みを作っておくということは、「行政の行動目標」ともい

うことができる。そして、このような仕組みを事前に作っておくことは、重要なことである。

5. 望ましい（健康）状態に関する行政の関わり

6. QOLに関する行政の関わり

5. 6. とともに、4. と同じく「行政の達成度評価」を考える際に活用できる部分である。

しかしながら実際に行政の「行動目標」や「達成度評価」を検討する際には、「事業の回数・頻度・予算規模」だけが「行動目標」として位置づけられ、「参加者数・参加率」だけが「達成度評価」であると誤解されている場合が少なくない。

大事なことは、「行政の施策によって何をどうしようとしているのか？」（行政のビジョンは？）を検証しながら、自殺対策に関係する各種事業を展開することである。決して「行政の施策（事業）の実施」が「行動目標」、「施策の実施結果」が「達成度評価」である、と短絡的に考えてはいけない。「とにかく／どうか事業を計画化して実施していく（こなしていく）」という多くの現場で聞かれる進め方は、「事業（手段）」と「事業により達成すべき姿（事業の目的・目標）」の大きな混同（「手段と目的のはき違い」）を生じさせてしまう。

※ ここまでの項目を踏まえて行動目標を立てる項目を例示すると、表 1 のとおりとなる。

表 1

1) 自殺の実態把握
2) うつ病での受診状況の把握（受療率、件数、日数、医療費）
3) 把握した情報の共有化・公開
ア) 係（課）内
イ) →行政としての位置づけ（保健計画等）
ウ) 住民への啓発
4) 対策推進体制の整備
ア) 庁内
イ) 対策検討協議会の設置（健康づくり推進協議会等での協議も含む）
5) 相談窓口の設置
6) 関係機関との協議の場の設定
7) 専門機関への紹介体制の整備
ア) スクリーニングの実施の有無、およびそれを活用した連携体制
イ) ケース会議等の開催
8) 「要経過観察」者への対応体制
9) 専門機関からの情報の還元体制（指示・依頼含む）
10) 治療継続の支持体制（フォロー含む）

現段階では、自殺対策やうつ病対策についての行政での位置づけはまだまだ高くない。行政に携わる者の中には、行政が自殺対策やうつ病対策に関わる必要性を感じていない者、必要性は感じていてもノウハウがわからず着手することにためらいを感じている者も少なくない。

行政の組織・対住民や対関係組織とのシステム作り等をする上で、担当職員のマチベーションをしっかりと高めておく必要もある。具体的には、「自殺やうつ病の現状をはじめとする研修」、「モデル事業等の先駆的な取り組み事例に関する勉強」などがある。

したがって、これらについての「場の設定」も「行政の行動目標」と位置づける必要もあると考えられる。

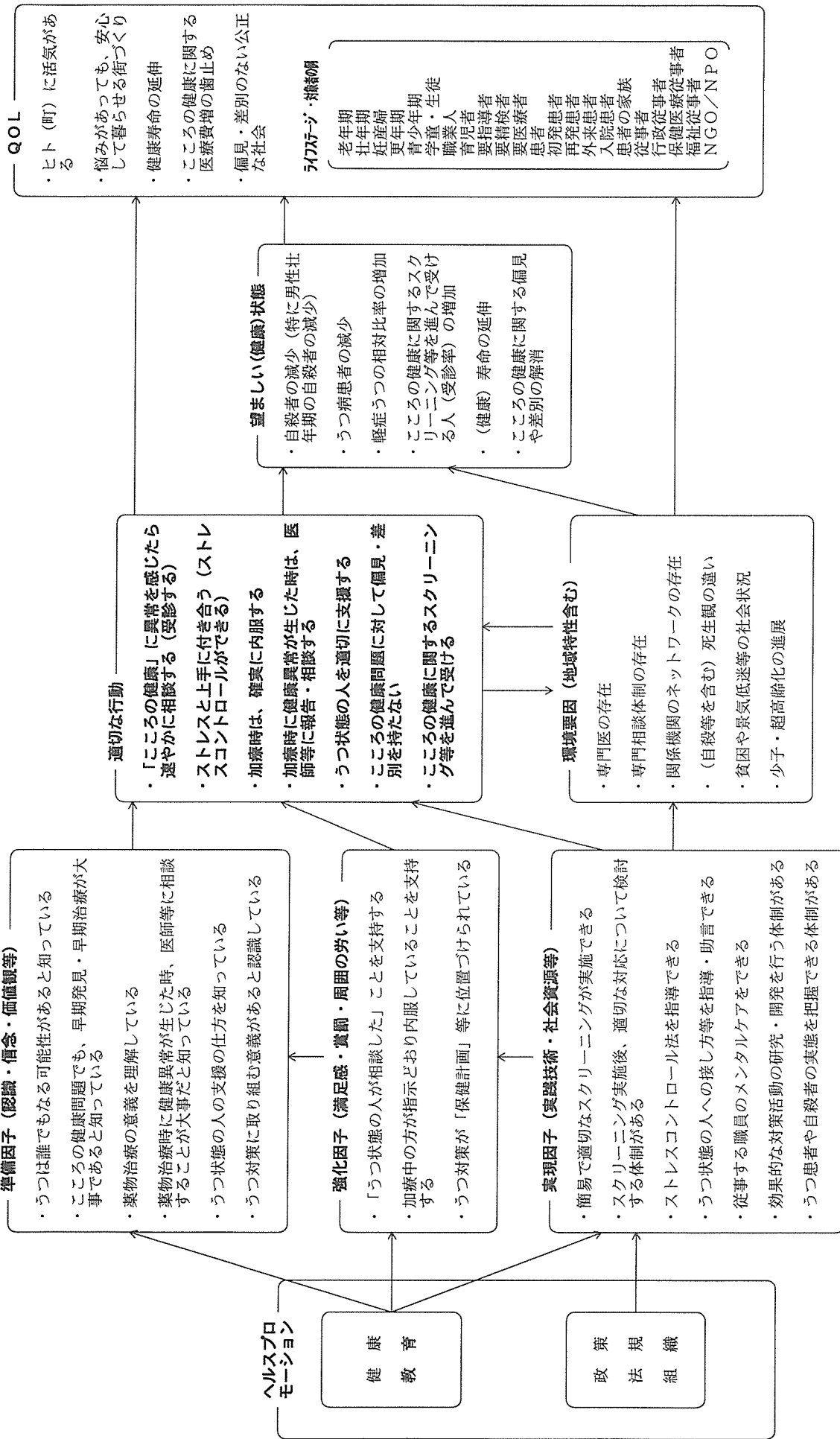
一方、従事する職員に対する研修やモデル事業への取り組みにより、「自殺対策に行政が関わる意識」が上がる可能性も示唆されている。これらにより、行政の中での「こころの健康問題への偏見・差別の解消」「早期発見・早期治療の重要性の認識の高まり」、そして「行政職員のうつ病罹患率や自殺者の減少」という「達成度評価」につなげていくことも可能であろう。

以上は図1の例示を中心に具体的に示したが、各地方自治体では、これらを参考にそれぞれの実情に応じた「行動目標」「達成度評価」を検討していくこととなる。なお、その際は、関係者はもちろん「行政サービスの最大の対象（顧客）」である「住民」と協働して検討していくことが大事なことである³⁾。

文献

- 1) 藤内修二：平成11年度厚生科学研究「総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究」報告書－「PRECEDE-PROCEED Model (MIDORIモデル)の理論と実践」、平成12年3月。
- 2) 郡司篤晃：WHOの「ヘルス・プロモーションに関する憲章」、月刊「公衆衛生」(51)11：p797-802, 医学書院, 昭和62年11月。
- 3) 中俣和幸：全国いきいき事例ファイル7－確かな一歩につながる「保健計画」策定, 月刊「公衆衛生」(68)2：p137-140, 医学書院, 平成16年2月。

(中俣和幸, 宇田英典)



＜図1＞ MIDORI モデルを利用して「住民がとる適切な行動」を中心に考えた「うつ対策を考える要因」整理の例

7. 実態データの分析

1) 自殺死亡の全国的実態

1. はじめに

わが国の1998年の自殺死亡数（自殺者数）は31,755人に急増し、死亡統計始まって以来の高値を示した¹⁾。これは前年と比べて35%増と急激なものであり、以降の年次においても3万人を超える自殺死亡が発生している。自殺死亡急増に対する的確かつ効率的な対策を実施するためには、自殺死亡の実態把握を正確に行うことが不可欠である。ここでは、自殺死亡の歴史的概況を述べるとともに、現在、社会問題となっている自殺死亡急増は①近畿および関東といった大都市部で特に著しいこと、および②職業では無職の寄与が大きく、配偶関係では離別が関連していることを明らかにする。

2. 自殺死亡の歴史的概況

歴史的には1950年以降において2回の自殺死亡急増がすでに観察されている^{2,3)}。すなわち、1958年（23,641人）をピークとする1955年前後の第1の急増、1986年（25,667人）をピークとする1985年前後の第2の急増であり、1998年以降の急増は第3のものといえる（図1）。第2の急増と1998年以降の急増の多くの部分は男によることが明らかであり、1998年では男は70%（22,349人）を占めていた。

自殺死亡は高齢者で高率であることが一般的であるが、欧米と異なり、わが国の自殺死亡率（自殺率）には年齢階級による山が急増期にはみられている。例えば、男において、第1の急増期にあたる1955年には20歳前半をピークとする若年者での自殺死亡率の山があり、以降の年次では若年者の自殺死亡率の山が次第に消失していった（表1）。また、1985年前後の第2の急増期においては50-54歳をピークとする中高年の男で自殺死亡率の山の出現が経験されている。第3の急増に関わる2000年においては、55-59歳をピークとする極めて高い自殺死亡率の山が出現しており、70歳以上の年齢階級では1990年以前と比べてむしろ低下していた。

1985年前後（第2の急増期）の自殺死亡増加については、そのピークとなった45-59歳が1955年前後（第1の急増期）の自殺死亡のピークとなった世代と同じ出生コホート集団であったことから、昭和一桁世代のコホート効果が話題となった。しかしながら、2000年（第3の急増）での男の自殺死亡率のピークは55-59歳であり、これは1985年前後でのピークの中心世代より10年程度後に出生した世代であった（表1）。1998年以降の自殺死亡急増は、昭和一桁生まれの戦中・戦後体験により刻み込まれた心理・精神的な特性によるコホート効果というよりも、各年齢階級が受ける社会・経済的要因の時代効果との関連から検討するほうがより現実的といえる。

3. 近年の自殺死亡急増の性別および年齢における特徴

2000年に策定された「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」においては、2010年までに自殺死亡数を2万2千人に減らすことが目標のひとつに掲げられている。自殺死亡の第2の急増がみられた1983年以降において、目標の2万2千人未満であったのは1989年から1995年までの7年間であった。そこで、以下では、1989年から1995年までの7年間と比較し、3万人を超える自殺死亡数が観察されている1998年から2000年までの3年間の自殺死亡急増について、その特徴を整理する。併せて、1983年から1987年までの第2の急増期との違いについても触れる。

女では、1989-1995年から1998-2000年にかけての15歳以上の自殺死亡率は人口10万人あたり13.9から16.3へと17%増であった。1983-1987年の15歳以上の自殺死亡率は17.0であったことから、1998-2000年での増加は第2の急増期をわずかに下回るものといえる。年齢階級別には、1989-1995年と比べて、1998-2000年のほうが70歳未満の各5歳階級でやや高率であったが、70歳以上ではむしろ低率であった(図2)。一方、第2の急増期である1983-1987年においては、1989-1995年と比べてすべての年齢階級で自殺死亡率が高く、特に高年齢で高率であった。

一方、男では、1989-1995年から1998-2000年にかけての15歳以上の自殺死亡率は人口10万人あたり26.1から41.8へと60%上昇し、女と比べて極めて大きな増加がみられた。特に、50歳から64歳までの各5歳階級での自殺死亡率の上昇(差)は、人口10万人あたり20をはるかに超える激しいものであった(図3)。自殺死亡率の比(1998-2000年/1989-1995年)では、15歳から69歳までの各5歳階級のほとんどで50%を超える急増がみられた。

1989-1995年から1998-2000年にかけて1年間の自殺死亡数の平均は20,556人から30,849人へと増加したが、その4分の3以上は15歳から69歳までの男における増加によるものであった。特に、45歳から69歳までの男の増加は全増加の62%に相当する大きさであった。一方、1983-1987年での15歳以上の自殺死亡率は34.2であり、1989-1995年と比べて、年齢階級別には55歳未満と65歳以上で自殺死亡率が高くなっていた。

4. 近年の自殺死亡急増の地理的特徴

1983-1987年と1998-2000年での15歳以上の自殺死亡率が、自殺死亡数が2万2千人未満であった1989-1995年の自殺死亡率に対して高い地域を、表2に高位10都道府県として示した。男については、1998-2000年での急増は大阪府でもっとも著しく、次いで奈良県、京都府と近畿の府県が続き、神奈川県、東京都、埼玉県といった関東の都県も高位10位までに含まれていた。自殺死亡数(／年)の増加は自殺死亡率の上昇よりさらに大きなものであり、1998年以降の急増は人口規模の大きな都道府県で顕著であることがわかる。同様の傾向は、男の中でも自殺死亡率の上昇が著しかった15歳から69歳までと45歳から69歳までの年齢階級においても観察された。一方、1989-1995年と比べて、第2の急増期である1983-1987年においては、近畿および関東の都府県

はほとんど高位 10 位までに含まれていなかった。1998 年以降の自殺死亡急増は、第 2 の急増期とは地理的特徴を異にしている。

女についても、1989-1995 年と比較した 1998-2000 年での高位 10 位に、神奈川県、大阪府、東京都および兵庫県といった近畿と関東の都府県が含まれ、やはり大都市部で自殺死亡増加が著しい傾向がみられた。一方、第 2 の急増期である 1983-1987 年においては、男と同様、近畿と関東の都府県での大きな増加はみられなかった。

次に、自殺死亡の地理的特徴をさらに詳細にみるために、二次医療圏を単位とする自殺死亡率（ベイズ推定値）を用いて検討した⁴⁶⁾。1998-2000 年での 15 歳以上の男についての二次医療圏別の自殺死亡率（ベイズ推定値）による地図を、図 4 に示した。東北地方（秋田県、岩手県、青森県）を含む日本海側および九州地方（宮崎県、鹿児島県など）は従来から自殺死亡率が高率であることが指摘されてきたが、自殺死亡急増後の 1998-2000 年においても依然として人口 10 万人あたりの自殺死亡率が 55 を超える二次医療圏がこれらの地域に集積していた。図は省略するが、1989-1995 年および 1983-1987 年においても、これらの地域の自殺死亡率が相対的に高率であることが確認されている。1998 年以降の急増はこれらの地域でも起きており、依然として自殺予防対策の推進が必要な状況に変わりはない。

一方、1989-1995 年から 1998-2000 年にかけての 15 歳以上の男の自殺死亡率（ベイズ推定値）の比（ $\times 100$ ）を用いて二次医療圏ごとの自殺死亡増加の状況を示したのが、図 5 である。100 の場合に両期間の自殺死亡率（ベイズ推定値）は等しく、175 は 1989-1995 年と比べて 1998-2000 年の自殺死亡率（ベイズ推定値）が 1.75 倍であることを表している。大都市部の二次医療圏については人口が多い割には面積が狭いことから視覚的には目立たないとも思われるが、1.75 倍を超える自殺死亡率が急増した地域には近畿（大阪府、京都府および兵庫県で、11 の二次医療圏）と関東（東京都、神奈川県、埼玉県および千葉県で、11 の二次医療圏）の人口規模の大きな二次医療圏が多く含まれていた。

1985 年前後の第 2 の急増期については、種々の統計資料を詳細に検討した上で、経済生活問題、特に「サラ金」問題の関与が強いことが報告されている⁷⁾。この報告の中で、自殺死亡急増の前と後とで都道府県別の自殺死亡率の相対的位置関係には大きな変化はみられなかったことが指摘されている。図 5 と同様の検討を行った結果でも、1989-1995 年と比べた 1983-1987 年（第 2 の急増期。図は略）には大都市部での自殺死亡増加の現象は確かにみられなかった。

女についても、1989-1995 年と比べた 1998-2000 年での自殺死亡率が 1.30 倍を超える上昇を示した二次医療圏には、近畿および関東とともに札幌（北海道）などの都市部の人口の多い二次医療圏が含まれていた（図は略）。

5. 近年の自殺死亡急増の職業および配偶関係における特徴

職業や配偶関係が調査された 1995 年度と 2000 年度の比較を、表 3 に示した。職業については、男では専門的・技術的職業従事者と管理的職業従事者での自

自殺死亡率が2000年度は1995年度の約2.5倍と顕著に増大しており、女でも弱いながら同様の傾向がみられた。自殺に関連する社会・経済的ストレスがこれらの職業従事者に強く働いたとも推察される。また、男においては、完全失業者を含む無職での自殺死亡の増加が死亡率比で1.38倍であったが、死亡数比では1.65倍とさらに大きくなっていった。失業者を含む無職の自殺死亡率は従来から高率であったが、1995年度から2000年度にかけて無職人口が増加したことが近年の自殺死亡急増に大きく影響している。自殺死亡率の差を指標として検討した結果では、失業を含む無職の寄与が自殺死亡率差の実に49%に相当することが示されている。産業について、無職以外では、漁業、建設業、サービス業などでの男の自殺死亡率比が増大していた。

配偶関係については、離別での自殺死亡の増加が注目される。無職と同様に、離別では死亡率比よりも死亡数比のほうが大きな値であった。離別の状態にある人口が1995年度から2000年度にかけて増加し、しかも離別状態の者での自殺死亡率が高率であることが近年の自殺死亡増加の一部を説明する要因であるといえる。

6. まとめ

自殺死亡数(年平均)は、1989-1995年の20,556人から1998-2000年の30,849人へと1万人を超える急増がみられているが、その4分の3以上に相当する増加が15歳から69歳までの男において発生していた。特に45歳から69歳までの男での自殺死亡数の増加は、全増加の62%に相当する大きさであった。男での自殺死亡率の上昇は、従来から高率であった東北地域を含む日本海側および九州地域でも起きていた。しかし、これまでやや自殺死亡率が低い傾向にあった近畿および関東などの大都市部での増加が大きな関与を果たしていた。また、男と比較して女の自殺死亡数の増加はわずかではあるが、女の近年の自殺死亡数の増加が近畿および関東などの大都市部において明らかであったことも留意すべき点である。

1995年度から2000年度にかけて、専門的・技術的職業従事者と管理的職業従事者での自殺死亡率が男では約2.5倍と顕著に増大しており、女でも弱いながら同様の傾向がみられた。さらに、自殺死亡率が高い無職(失業者を含む)の人口が増加しており、1995年度から2000年度にかけての自殺死亡率の差の49%に相当する部分が無職の自殺死亡増加によるものであった。配偶関係では、離別の状態にある人口が1995年度から2000年度にかけて増加し、しかも離別状態の者での自殺死亡率が高率であることが近年の自殺死亡増加の一部に関係していた。

文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成10年人口動態統計: 上巻. 2000.
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部. 自殺死亡統計: 人口動態統計特殊報告. 1999.
- 3) 谷口たみ子, 石川正文, 飯野一浩, 中田正. 人口動態統計に見る自殺の現状.

- 厚生の指標, 45(8) : 3-9, 1998.
- 4) 丹後俊郎. 死亡指標の経験的ベイズ推定量について : 疾病地図への適用. 応用統計学 1988 ; 17 : 81-96.
 - 5) 平子哲夫, 佐伯則英, 中田正. 人口動態市区町村別統計へのベイズ統計の応用について : (1) 標準化死亡比への応用. 厚生指標 1999 ; 46 (10) : 3-11.
 - 6) 藤田利治. 1998 年以降の自殺死亡急増の地理的特徴. 厚生指標, 50(10) : 27-34, 2003.
 - 7) 福富和夫, 西田茂樹, 林謙治, 藤田利治, 蓑輪眞澄. 自殺の急増について. 厚生指標, 33(4) : 3-9, 1986.

(藤田利治)

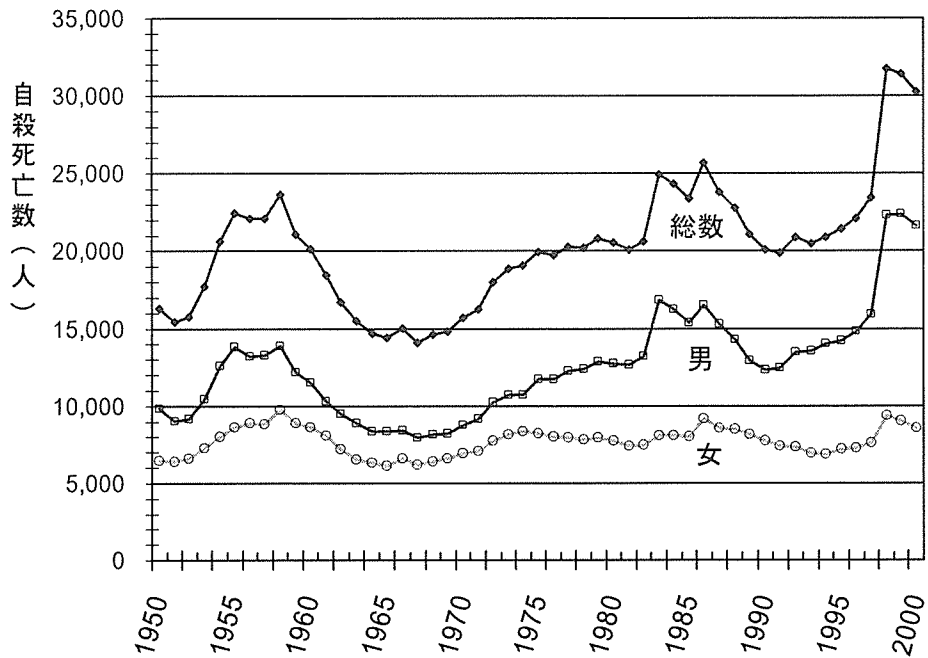


図1 自殺死亡数の年次推移

表1 年齢（5歳階級）別の自殺死亡率 <男>

年次	自殺死亡率（/100,000）														
	15-19y	20-24y	25-29y	30-34y	35-39y	40-44y	45-49y	50-54y	55-59y	60-64y	65-69y	70-74y	75-79y	80-84y	85y-
1950年	17.5	44.9	36.0	24.4	22.4	24.3	32.5	39.7	56.1	67.7	85.1	105.4	120.9	121.9	182.8
1955年	37.2	84.1	54.8	30.3	24.5	23.6	32.1	37.6	47.8	55.3	67.8	86.7	111.1	122.6	128.5
1960年	25.3	58.7	44.1	22.9	18.6	18.6	23.7	31.4	39.2	49.4	60.3	72.6	86.2	97.6	85.7
1965年	8.8	23.3	23.8	18.0	15.8	15.4	20.7	23.8	32.7	42.1	52.3	59.1	76.1	110.2	87.8
1970年	8.7	18.8	22.0	18.3	19.3	16.4	18.1	22.9	29.7	35.9	45.7	57.6	74.2	85.1	122.5
1975年	12.6	26.0	26.0	24.9	24.4	27.5	27.2	26.1	29.7	36.7	41.0	52.8	73.9	104.6	99.2
1980年	9.5	24.5	26.4	24.0	27.0	31.4	34.7	31.9	32.4	32.4	35.1	49.0	62.7	81.4	108.1
1985年	6.8	20.1	23.8	23.2	25.4	36.5	48.1	50.9	44.4	36.7	38.5	47.2	64.4	80.4	98.8
1990年	4.8	14.2	17.5	19.5	20.4	22.4	30.4	33.8	33.8	31.1	32.7	42.1	50.5	69.9	91.5
1995年	6.6	15.3	20.0	20.2	21.9	26.0	31.4	41.7	41.1	37.1	28.9	32.7	42.5	54.4	79.1
2000年	8.8	22.0	24.4	28.8	33.0	36.8	49.0	59.5	72.5	58.2	48.1	41.2	39.1	55.4	73.2
出生コホート															
1901-1905年生							32.5	37.6	39.2	42.1	45.7	52.8	62.7	80.4	91.5
1906-1910年生						24.3	32.1	31.4	32.7	35.9	41.0	49.0	64.4	69.9	79.1
1911-1915年生					22.4	23.6	23.7	23.8	29.7	36.7	35.1	47.2	50.5	54.4	73.2
1916-1920年生				24.4	24.5	18.6	20.7	22.9	29.7	32.4	38.5	42.1	42.5	55.4	
1921-1925年生			36.0	30.3	18.6	15.4	18.1	26.1	32.4	36.7	32.7	39.1			
1926-1930年生		44.9	54.8	22.9	15.8	16.4	27.2	31.9	44.4	31.1	28.9	41.2			
1931-1935年生	17.5	84.1	44.1	18.0	19.3	27.5	34.7	50.9	33.8	37.1	48.1				
1936-1940年生	37.2	58.7	23.8	18.3	24.4	31.4	48.1	33.8	41.1	58.2					
1941-1945年生	25.3	23.3	22.0	24.9	27.0	36.5	30.4	41.7	72.5						
1946-1950年生	8.8	18.8	26.0	24.0	25.4	22.4	31.4	59.5							
1951-1955年生	8.7	26.0	26.4	23.2	20.4	26.0	49.0								
1956-1960年生	12.6	24.5	23.8	19.5	21.9	36.8									
1961-1965年生	9.5	20.1	17.5	20.2	33.0										
1966-1970年生	6.8	14.2	20.0	28.8											
1971-1975年生	4.8	15.3	24.4												
1976-1980年生	6.6	22.0													
1981-1985年生	8.8														

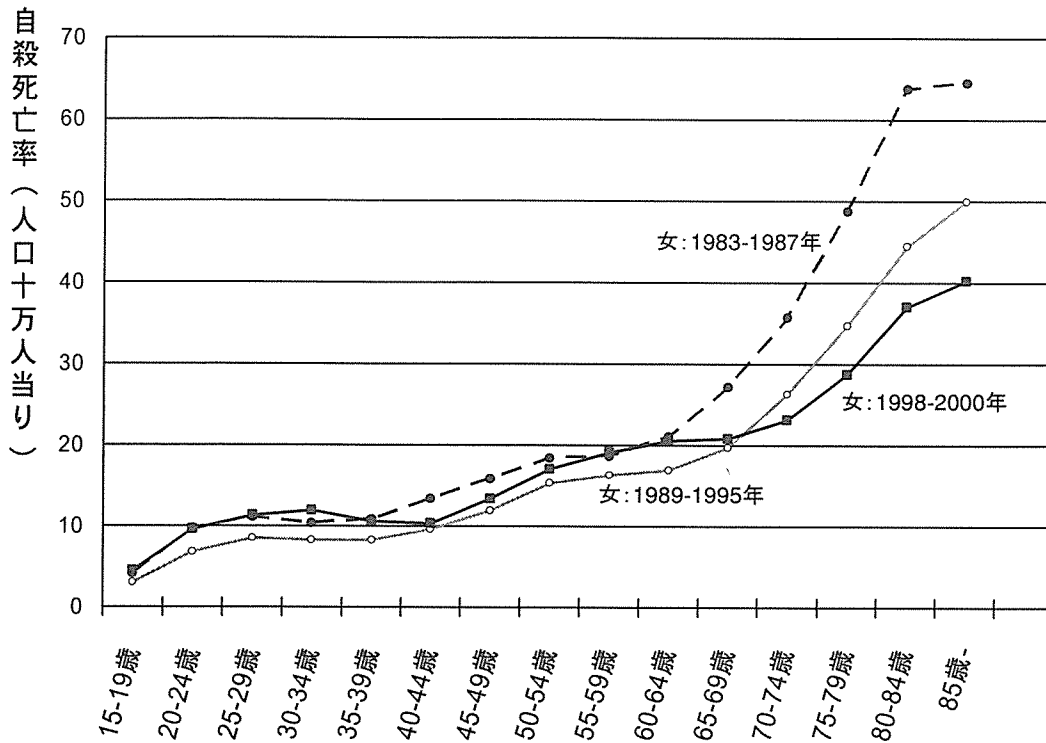


図2 期間別の女での年齢階級別自殺死亡率

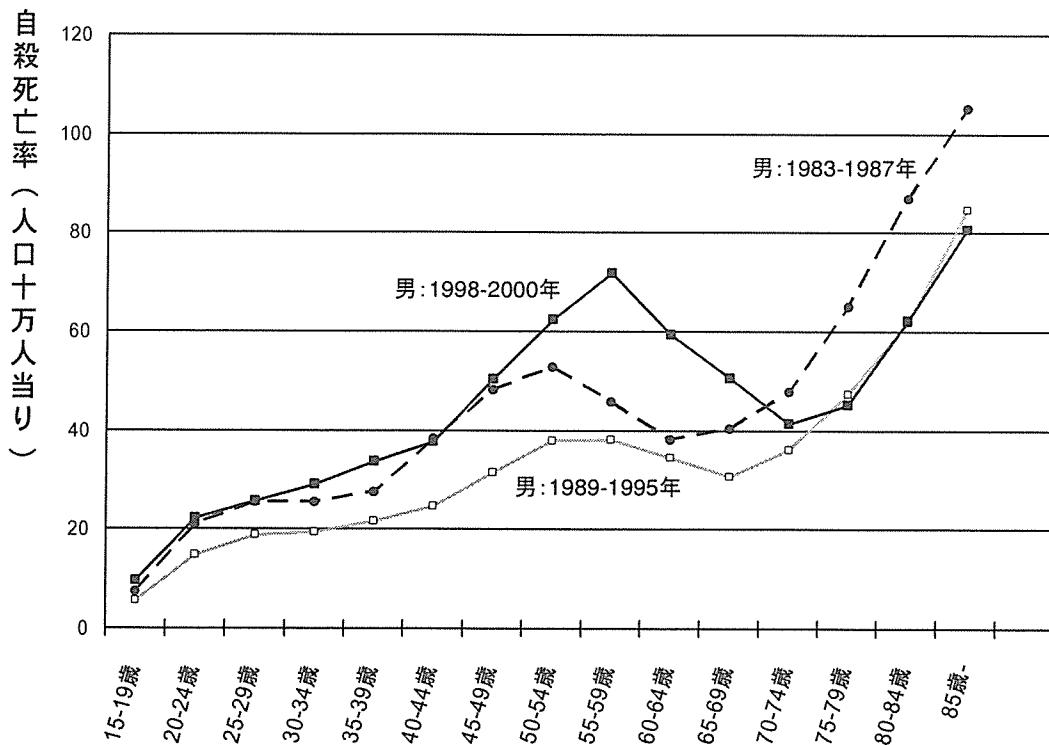


図3 期間別の男での年齢階級別自殺死亡率

表2 自殺死亡率の増加の高位10都道府県

1989-1995年との比較

	1983-1987年での増加					1998-2000年での増加					
	自殺死亡数 (/年)		自殺死亡率 (/100,000)		比	自殺死亡数 (/年)		自殺死亡率 (/100,000)		比	
	1989- 1995年	1983- 1987年	1989- 1995年	1983- 1987年		1989- 1995年	1998- 2000年	1989- 1995年	1998- 2000年		
男 15歳以上											
北海道	613	868	27.6	40.6	1.47	大阪府	894	1,658	25.1	46.1	1.84
徳島県	81	115	25.2	36.9	1.47	奈良県	112	208	20.6	36.1	1.76
大分県	135	187	28.7	41.1	1.43	京都府	248	442	23.7	41.4	1.75
岡山県	180	243	23.7	33.9	1.43	神奈川県	713	1,309	20.7	36.0	1.74
愛媛県	176	242	30.5	43.1	1.41	北海道	613	1,085	27.6	47.4	1.72
高知県	112	156	35.6	50.2	1.41	宮城県	216	389	23.9	40.3	1.68
群馬県	219	282	27.5	38.6	1.40	東京都	1,129	1,938	22.4	37.5	1.68
和歌山県	138	187	33.1	46.3	1.40	兵庫県	533	919	25.1	41.7	1.66
山口県	188	257	31.0	43.4	1.40	埼玉県	594	1,066	21.9	36.5	1.66
福島県	222	292	27.0	37.5	1.39	佐賀県	95	162	28.9	47.9	1.66
女 15歳以上											
愛媛県	96	136	14.4	21.1	1.47	神奈川県	368	529	11.2	15.0	1.34
大分県	72	96	13.3	18.2	1.37	大阪府	468	632	12.5	16.6	1.33
山口県	97	129	14.0	19.2	1.37	沖縄県	52	73	10.6	13.8	1.30
群馬県	145	178	17.4	23.2	1.33	東京都	627	835	12.4	16.0	1.29
滋賀県	69	81	13.3	17.7	1.33	三重県	106	141	13.7	17.5	1.28
熊本県	102	130	12.7	16.8	1.33	山口県	97	124	14.0	17.8	1.27
島根県	63	79	18.5	23.9	1.29	熊本県	102	132	12.7	15.8	1.25
鹿児島県	127	160	16.1	20.8	1.29	兵庫県	310	399	13.4	16.5	1.24
徳島県	53	66	14.5	18.7	1.29	福岡県	265	345	12.6	15.5	1.23
茨城県	167	192	14.1	18.1	1.28	北海道	327	416	13.3	16.3	1.22

図4 二次医療圏別の自殺死亡率（ベイズ[®] 推定値）（15歳以上の男）
1998-2000年

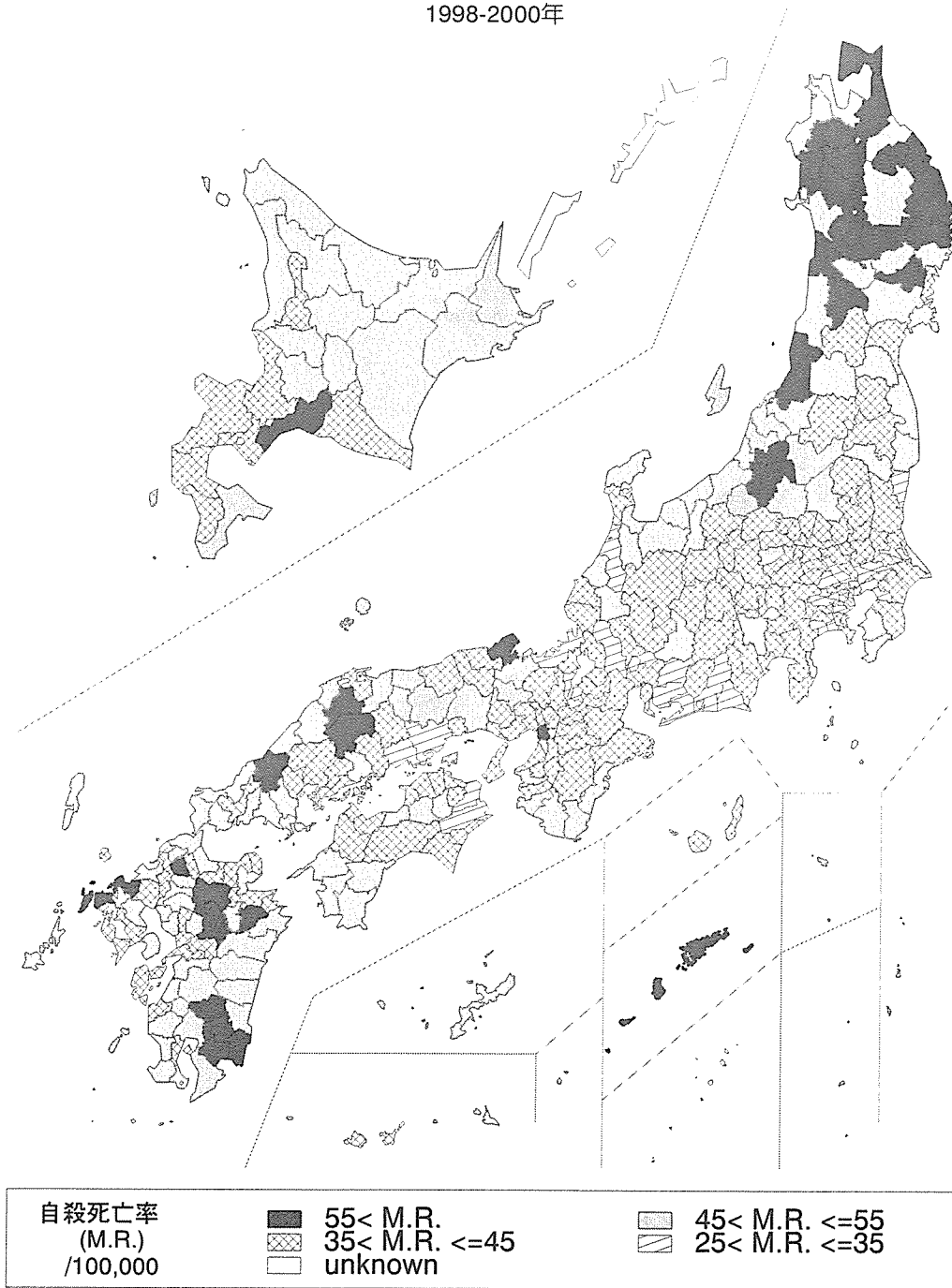
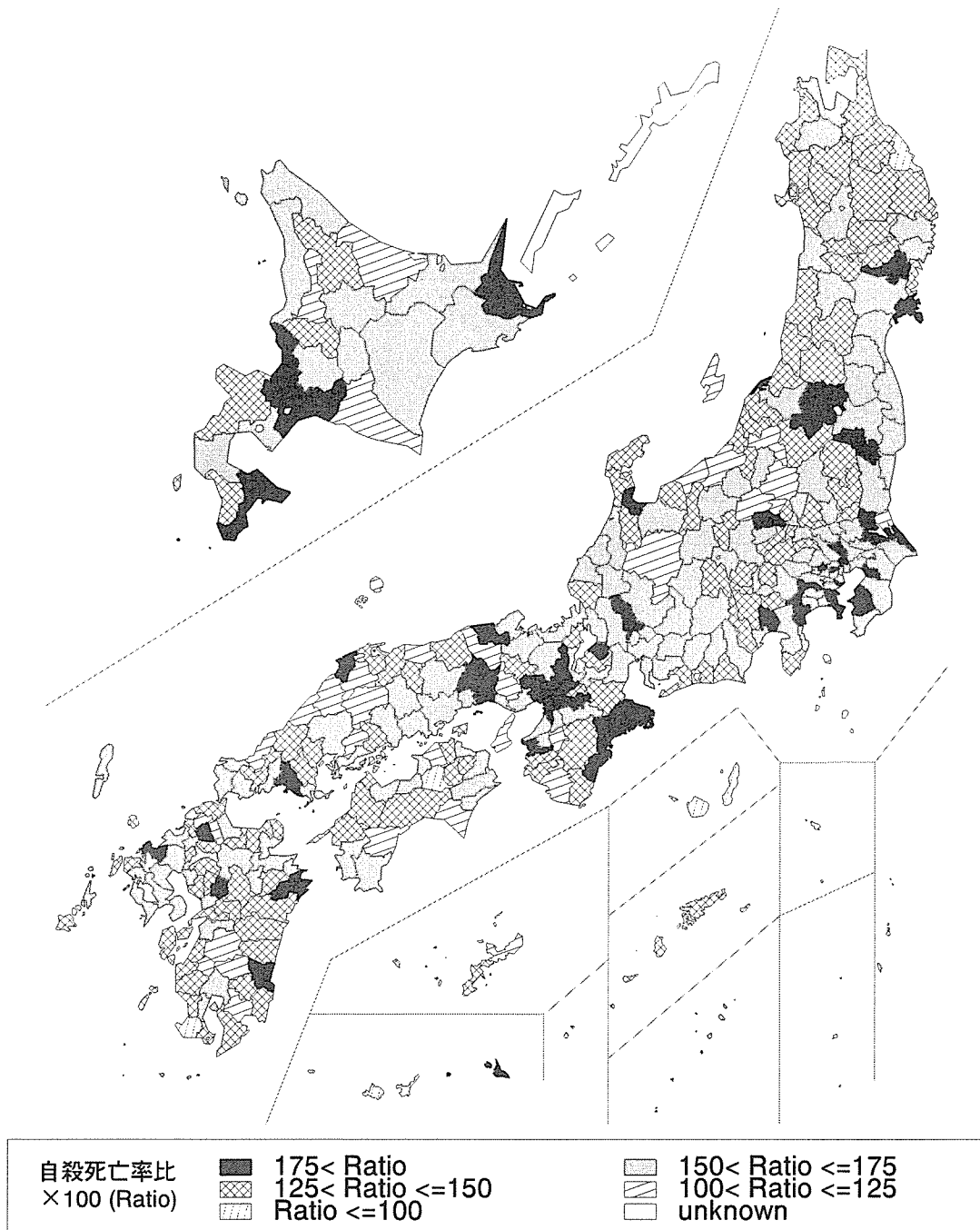


図5 二次医療圏別の自殺死亡率（バイズ[®] 推定値）の変化（15歳以上の男）



自殺死亡率比 = 1998-2000年の自殺死亡率 / 1989-1995年の自殺死亡率 × 100

表3 1995年度と比べた2000年度の自殺死亡の増加

	男						女					
	1995年度		2000年度		増加比		1995年度		2000年度		増加比	
	自殺 死亡数	自殺 死亡率 /10万人	自殺 死亡数	自殺 死亡率 /10万人	死亡数	死亡率	自殺 死亡数	自殺 死亡率 /10万人	自殺 死亡数	自殺 死亡率 /10万人	死亡数	死亡率
全国	13,682	26.7	21,607	41.2	1.58	1.54	7,027	13.0	8,594	15.4	1.22	1.19
職業												
専門的・技術的職業 従事者	657	14.3	1,675	35.2	2.55	2.46	148	4.3	247	6.6	1.67	1.52
管理的職業従事者	378	15.8	670	42.0	1.77	2.66	60	23.0	64	31.8	1.07	1.38
事務従事者	721	15.8	891	19.7	1.24	1.24	241	3.2	271	3.6	1.12	1.13
販売従事者	794	13.3	1,222	20.2	1.54	1.52	169	4.8	212	6.2	1.25	1.29
サービス職業従事者	578	31.6	987	50.3	1.71	1.59	213	6.7	302	8.4	1.42	1.26
保安職業従事者	128	14.3	230	24.3	1.80	1.70	12	28.4	11	21.6	0.92	0.76
農林漁業作業 者	895	41.4	974	54.1	1.09	1.31	259	15.7	237	17.6	0.92	1.12
運輸・通信従事者	492	21.8	752	35.0	1.53	1.61	25	20.0	30	27.8	1.20	1.39
技能工・生産工 程作業及び労務 作業無職	1,897	13.9	2,083	16.0	1.10	1.15	175	3.1	182	3.4	1.04	1.09
(完全失業者を含む)	5,956	46.9	9,834	64.5	1.65	1.38	5,289	18.5	6,372	21.2	1.20	1.15
分類不能の職業	1,186	548.0	2,289	554.0	1.93	1.01	436	250.0	666	205.9	1.53	0.82
産業												
農業	832	45.2	958	62.3	1.15	1.38	264	16.7	251	19.1	0.95	1.15
林業	46	64.3	53	95.3	1.15	1.48	6	42.0	3	26.0	0.50	0.62
漁業	83	36.0	120	63.3	1.45	1.76	12	15.5	16	25.2	1.33	1.62
鉱業	80	154.3	105	232.3	1.31	1.51	14	159.9	16	190.5	1.14	1.19
建設業	1,066	19.1	1,717	32.1	1.61	1.68	69	6.6	70	7.5	1.01	1.13
製造業	1,086	12.5	1,378	17.3	1.27	1.38	150	3.1	203	4.8	1.35	1.56
電気・ガス・水道・ 熱供給業	193	62.3	245	81.2	1.27	1.30	26	47.8	20	40.3	0.77	0.84
運輸・通信業	534	16.5	828	26.1	1.55	1.59	29	4.5	47	6.4	1.62	1.43
卸売業・小売業	818	11.0	1,227	17.5	1.50	1.59	202	2.8	246	3.4	1.22	1.20
金融・保険業	109	11.7	129	15.2	1.18	1.30	30	2.9	23	2.5	0.77	0.88
不動産業	80	18.3	115	25.2	1.44	1.37	22	8.1	16	5.5	0.73	0.68
サービス業	939	12.0	1,616	19.6	1.72	1.64	327	4.0	461	5.1	1.41	1.26
公務	343	20.9	476	29.3	1.39	1.40	61	12.0	70	13.6	1.15	1.14
無職 (完全失業者を含む)	5,956	46.9	9,834	64.5	1.65	1.38	5,289	18.5	6,372	21.2	1.20	1.15
分類不能の産業	1,517	648.4	2,806	672.0	1.85	1.04	526	292.6	780	234.8	1.48	0.80
配偶関係												
有配偶	7,016	21.9	11,155	34.4	1.59	1.57	3,197	10.0	3,800	11.7	1.19	1.17
未婚	4,082	24.8	5,967	35.8	1.46	1.44	1,301	10.0	1,719	13.0	1.32	1.30
死別	1,040	80.9	1,447	103.5	1.39	1.28	1,955	28.3	2,190	30.3	1.12	1.07
離別	1,504	133.3	2,976	209.9	1.98	1.57	559	28.1	869	35.8	1.55	1.27
不詳	40	11.9	62	11.1	1.55	0.93	15	6.5	16	3.8	1.07	0.58

7. 実態データの分析

2) 自殺予防と場所・空間の現状と取り組み

目次

- [1] 自殺原因・自殺手段と場所・空間：
- [2] 縊死自殺と場所・空間：
- [3] 建物からの飛び降り自殺と場所・空間：
- [4] 景勝地の飛び降り自殺と場所・空間：
- [5] 飛び込み自殺の一般的傾向：
- [6] 駅構内の飛び込み自殺と場所・空間：
- [7] 駅間の飛び込み自殺と場所・空間：
- [8] 薬物自殺と場所・空間：
- [9] ガス自殺・その他自殺と場所・空間：

[1] 自殺原因・自殺手段と場所・空間：

- * 各種の統計を含めて、自殺原因の分類は、現実には概念的に数少なくパターン化されており、「死者に口なし」や死者や遺族のプライバシー尊重などから、その実態は把握し難く、本当の原因を公的資料から把握することは困難である。

しかも、直接の契機となった、精神障害や身体疾患などの健康原因や、家庭問題や職場関係など人間関係による原因、リストラや不況・倒産などの失業苦や借金苦による原因の背景には、様々な社会的ないし個人的な真の遠因があると思われるが、ほとんど把握できていない。

今後、より正確に把握するとすれば、近因と遠因を含む新たな原因基準を作成して、今後の事件について改めて情報を収集・蓄積するよりほかにないと思われる。しかしなお、その真の実態把握は困難が伴うであろう。

したがって、現状では、自殺原因と自殺場所や空間の関係も一般に不明確である。

- * 自殺手段は自殺原因と異なり公的資料上もかなり正確に把握できる。日本の場合は、一般に縊死（首つり）がもっとも多く、薬物（含む毒物）死、溺死、ガス中毒死、飛び込み死、飛び降り死などが続いており、刃物自傷死、焼死、銃自殺などは少ない。

自殺手段と自殺場所や空間の関係についても、公的資料からある程度はわかる。しかし、場所や空間の詳細な状況や特色となると不明確である。

[2] 縊死自殺と場所・空間：

- * 縊死は日本人の自殺手段としてはもっとも高比率で、全自殺件数の 1/2～1/3 を占めている。自殺の成功率も 99%と極めて高いこと、手段が容易なこと、場所を選ばないことなどが主な原因と思われる。
- * 縊死は、一般には自殺者の体重を吊るせる強度の紐や布類と、体重を支

えるのに十分な強さの引っかけるところがあれば成立する。正確には全体重をかけなくても縊死は可能であり、体重の 1/2 程度の力が頸動脈や脊椎動脈にかかれば十分成功するといわれている。

- * 縊死の既遂条件からみて、縊死の場所は様々であり特定できない。ただ一般には屋内が大半で、屋内では自宅（納屋などの付属建物を含む）が多く、そのほかでは病院・福祉施設や警察等の留置施設や各種の強制的収容施設などで多いといわれている。
- * 縊死のための紐類をかけるのは、屋内では、窓棧・窓框・格子棧・鴨居・長押・階段手摺・階段手摺子・丈夫なフック・取っ手などを利用することが多いが、ベッドや椅子やドアノブなどでも実行できる。なお、屋外ではすぐには発見されにくい場所の樹木の枝や工作物を利用することが多い。
- * 縊死には、まず、丈夫な紐や布類をかけられる場所があることと、縊死を実行するまでに準備時間を含めて 10 数分以上は他人から発見されないことが必要条件となる。したがって、直接の防止法は上記の条件をなくすことになる。

このため、例えば縊死発生の可能性がある精神病院では、従来は設計条件として、保護室等の設計では隔離格子は横棧をやめて縦棧のみとし、病棟のトイレ・ブースなどもつなぎの横棧を設けないとか、患者のプライバシーを無視して病室・廊下その他に見え隠れとなって発見しにくい場所を設けないなどの対策がとられてきた。

しかし、実際に縊死をしようと思えば、患者の日常の生活空間で布切れや紐類を引っかける場所はいくらでもあり、患者の快適な日常生活空間を確保しながら、一方で建築的ないしは物理的手段によって縊死を完全に防止することは、困難というよりも不可能である。事実、物理的手段によって既存精神病院の縊死が大きく減少してはいない。

- * この点については、1950 年代に北欧などの医療福祉先進国を中心に、「精神医療施設における自殺や器物破損や脱走などが起こるのは、施設側の管理運営や医療行為の非人間的対応にあり、患者に人間的な温かい処遇をすれば、これらの行為の多くは自然になくなる」との見解のもとに、患者処遇を旧来の非人間的な収容・拘禁状態から開放することを開始した。いわゆるノーマライゼーション運動の始まりである。

結果は予想したとおりであり、従来の精神病院で危惧した自殺・破壊・脱走等は大きく改善し、当時の精神病院のあり方に画期的なインパクトを与えた。このことは、最良の縊死防止が、物理的・建築的手段ではなく、医療および管理者側の患者生活処遇にあることを如実に物語っている。

- * 精神病院の事実は象徴的な現実であるが、現在、世の中で起きている自殺の多くが、個人的な責任もさることながら、やむを得ず自殺願望に至らしめた社会的背景とそこに内在する社会的原因の責任が大きいことを示しているともいえよう。

その意味では、現在の自殺の多くが、自らすすんで選んだ自殺というよ

りも、社会的諸条件によって引き起こされた間接的な社会的他殺であるといっても過言でないようにも思う。

[3] 建物からの飛び降り自殺と場所・空間：

- * 飛び降り自殺は、高所からの飛び降りであり、自殺既遂率も平均 85%と高く、縊死・轢死・入水に次いで高い。場所は中・高層ビル、断崖・絶壁、火山火口、河川橋梁・跨線橋などが多い。このうち断崖・絶壁や河川橋梁は入水自殺と重なることも多い。
- * 建物高所における人間の心理状況、特に、抛り所となる物理的ないし視覚的な枠組みの重要性については、従来から経験的に判明している点や一般的特性のほかに、住宅・都市整備公団が 1996 年に行った「超高層住宅のバルコニーにおける心理実験」という研究報告がある。
- * 建物からの飛び降り自殺は、飛び降り場所の高さと着地点の状況によって生死が別れやすい。着地面がアスファルトやコンクリートなどの硬い場合でも、確実に死ぬには飛び降り落差は 20 数メートル（ビル階数で 7～8 階程度）が必要であり、着地面が、やわらかい樹木密植地・積雪面・海岸砂地・人工金網・防護幕・自家用車ルーフなどの場合は、落差が 30 数～40 数メートル（ビル階数で 10～13 階程度）からの飛び降りでも奇跡的に未遂に終わることがある。

この点、着地面の状況に関わらず 70 数～80 数メートル以上（ビル階数で 20～25 階程度以上）からの未遂例はほとんどない。
- * 人は一般に下から見上げると実際より低く感じ、上から見下ろすと実際より高く感じやすい。5～6 階程度からの飛び降り自殺未遂は、この錯覚により着地面との落差が大きいのと思い違った例も多いと思われる。

一方、20 階以上からの飛び降りが少ないのは、超高層ビルでは、避難開口部や窓の開閉も一般には限定されており、外来者が 20 階以上から人目につかずに飛び降りやすい場所が少ないこともあるが、着地面が実際以上にはるか下方に見えて日常体験しない高さへの逡巡も加味されていると思われる。
- * 建物からの飛び降り場所は、一般に飛び降りやすい足場のところで、かつ、人目につきにくい場所が選ばれている。つまり、自殺企図者が容易にアクセスできて、かつ周囲の目の盲点となっているようなバルコニーや屋上や開放廊下などが選ばれやすい。逆に、公道や周囲の建物からの人目が多いところからの飛び降りは選ばれにくいといわれている。
- * 自殺時刻は、2/3 程度が昼間の時間帯である。昼間が多いことは、多くの人目にさらされる環境にしておけば自殺しにくいことを示している。この点、夜間の自殺を人目によって防止することは難しい。
- * 自殺企図者の事前行動には、態度に「うろうろ、きょろきょろ、こそこそ」といった周辺の人目を気にする特徴があり、気をつければ一般人にも挙動不審がわかる行動をとることが多い。つまり、飛び降り場所を探す時

間と飛び降り決行までの逡巡時間がある程度必要と思われ、ここでも事前防止のための人目と声かけの有効性がうかがえる。

- * 飛び降り自殺はセンセーショナルなため、とかく詳細に報道されることが多い。この結果、自殺行為が連鎖反応を呼び、飛び降り自殺名所となることがある。報道の影響が極めて大きいことを物語っている。
- * 戦後、高度成長期を境に人口の大規模な都市流入が起こり、旧来からの伝統的な町並みや地域コミュニティーが崩壊した。特に、都市の高層大規模団地で外来者自殺が多く発生したところでは、自殺の名所と報道された影響もあるが、住民の相互無関心が基本にあるとも思われる。
- * 連鎖自殺が多発した高島平公団住宅の例で考察すると、実施した主な対策案は以下のとおりである。その結果飛び降り自殺は激減したと考えてよい。ただし、現在の高層住宅はセキュリティ・システムが設備的に発達し、現在は必ずしも適切な対応とはいえない。
 - (1) 外来者が自由に出入りできる開放屋上への階段、開放型非常階段、開放型エレベーターホール等は、すべて格子やドア等で消防の規制基準に合う方法で物理的に閉鎖。
 - (2) 10 数階に及ぶ吹き抜け部分については、数階ごとに保護ネットを設置。
 - (3) 落下物防護対策として1階の道路側に防護ネット付き庇を設置。これは自殺防止効果よりも通行者の二次災害防止の意味が大きい。
 - (4) ハード面だけでなく、自殺しようとする人の見分け方や、発見時の対処方法等について、講習やパンフレット配布、住民モニター制度の導入、「いのちの電話」サービスステーションの設置、報道関係への協力要請等々を実施。特に、住民相互のコミュニケーションを大切にしたい住民運動を展開。
- * 最近の中層・高層集合住宅では、各住戸に通じる「TV モニター付きのオートロック・システム」を主な出入り口に設けた建物が普及し、エレベーター内にも防犯カメラが設けられるようになってきた。このため、不特定な不審外来者や自殺願望者が建物内に入ることが少なくなり、かつて、高島平団地で行ったような物理的対策は不要になりつつある。
- * 精神病院も飛び降り自殺の多い施設のひとつであるが、旧来は脱走防止もかねて病棟全域をロックした閉鎖病棟とし、窓もバルコニーも鉄格子で覆うのが一般であった。しかし、1970年代から医療福祉先進国を中心に精神病院のノーマライゼーションと開放化が進み、医療や向精神薬の進歩などの支えもあって、急性期治療病棟やアルコール・麻薬病棟や触法患者病棟などを除いた多くの病棟で鉄格子の撤去が進んできた。すでに縊死の項で述べたと同様に、患者への人間的な処遇を充実すれば、鉄格子を撤去しても飛び降り自殺が増加する傾向はみられない。

日本でも、近年、病室の窓やバルコニーの格子は急速に除去され、なおかつ、飛び降りの危険がある場所については強化ガラスやフィルム入りガ

ラス、アクリル樹脂板などのストッパー付き窓や仕切りに変わってきた。

一方、急性期治療以外の慢性生活病棟は、大地から離れた高層化がすでに否定されており、高くても3階以下が原則となっている。このため、2階ないし3階からの飛び降り自殺に対する防止策としては、落下予想地点周辺の1階金網防護庇や広葉常緑樹ないし灌木の密植などにより患者の死傷をかなり防げられると思われる。

[4] 景勝地の飛び降り自殺と場所・空間：

* 飛び降り自殺の名所となったところでは、事件のセンセーショナル度合いや、その時代の社会的背景、報道のされ方などによって、連鎖反応による飛び降り自殺者の数や期間が変動している。一般には、事件当初から数十年を経ると次第に忘却されることが多い。

* 投身しやすい場所の特色は、死ぬのにふさわしい景勝地であること、海や渓谷などに突出した絶壁で、落下地点が確認でき、途中で引っかかる岩や樹木などがなく、かつ、数十メートル（30メートル程度以上）近い落差があるところに限られる。

つまり、その場所が選ばれる理由は、完全に死ぬそう、一瞬に死ぬそう、景勝地だから、自殺の名所だからなどによるらしいが、特定はできない。なお、投身直前に人目に触れて実行を妨げられない場所が選ばれる傾向にある。

* 投身しにくい場所の特色は、投身しやすい場所の裏返しである。死に場所としてふさわしい美しさがない、落差の不足や途中の岩や樹木に引っかかるなど自殺未遂に終わりそう、落下後の死後が見苦しそう等々が挙げられよう。

なお、人目につきやすい、柵や防壁がある、飛び降りるのに都合の良い足場がない、自殺を思いとどまらせる掲示などは、実行を抑制する手段になると考えられる。

* 飛び降り自殺の名所は、投身自殺の歴史的伝説や背景、自殺を誘発しやすい地形的景勝などのあるところに多い。また、劇的な投身例や著名人の自殺例などが契機となり、これが報道により加速されて連鎖反应的に飛び降り自殺が続いた例が多い。報道のあり方にも十分な考慮が必要である。

近年は、インターネット上にも、自殺誘発につながりかねない景勝地の地形的背景や神秘性などについての個人的情報や所感が掲載されており、今後注意する必要があるだろう。

* 既遂と未遂を分ける主な原因は、落下地点の状況（石畳か砂浜か海面かなど）と、途中の障害物（落下中に引っかかる樹木、岩など）にある。なお、飛び降り時の風向・風速などが影響する場合もある。

* 自殺企図者の投身前行動や態度には特色があり、一般に単身行動で、表情が暗く、他人には無口で、一人ぶつぶつ言いいながらの徘徊、きょろきょろと周辺を気遣う等の挙動不審、投身場所付近での長時間の徘徊などの