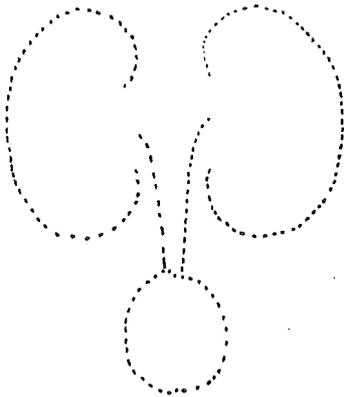


(剖検番号: )

頸 部	舌・扁桃	
	頸部筋群：異状（有・無）	
	舌骨・甲状軟骨：異状（有・無）	
	咽喉頭：色（ ）・内容	
	気管：色（ ）・内容	
肺	重量：左            g            右            g	
	臓側胸膜溢血点（ ）            溢血点（ ）	
	剖面：血量（ ）                    血量（ ）	
	水腫（ ）                    水腫（ ）	
	含気（ ）                    含気（ ）	
	気管支内容： 肺門・気管分岐部リンパ節	
肝	重量            g    腫脹（ ）・下縁（鈍・鋭）・血量（ ）・硬さ（ ）	
	被膜面	
	剖面：色（ ）・黄色調（ ）小葉構造	
	門脈： 胆管： 肝門部リンパ節：	
胆 囊	胆汁：            ml・色（ ）・胆石（ ）	
脾	重量            g・副脾（ ）・血量（ ）・硬さ（ ）	
	被膜	
	剖面：リンパ濾胞（明・不明） 脾粥（ ）	
膵	重量            g・自家融解（ ）・血量（ ）・硬さ（ ）	
	分葉構造：（明、不明）	
	膵管	
消 化 管	食道：色（ ）・内容	
	胃：内容            ml 性状： 自家融解（ ）	
	酒臭（ ）	
	十二指腸	
	空腸	
	回腸	
	虫垂長さ            cm	
	大腸	
	直腸	
	腸間膜：脂肪（ ） リンパ節（ ）	

泌尿器	腎重量：左 g・腫脹 ( ) 右 g・腫脹 ( )	
	表面：被膜剝離 (難、易) (滑、粗) 被膜剝離 (難、易) (滑、粗)	
	剖面：皮髓境界 (明、不明) 皮髓境界 (明、不明) 血量 ( )・硬さ ( ) 血量 ( )・硬さ ( )	
	腎盂：溢血点 ( ) 血盈 ( ) 溢血点 ( ) 血盈 ( )	
	尿管	
	膀胱：粘膜	
尿 ml：性状		
生殖器	辜丸：左 g・硬さ ( ) 右 g・硬さ ( ) 糸曳	
	副辜丸	
	前立腺・陰莖	
	子宮：( × × cm大)	
	卵巢：左 ( × × cm大)・右 ( × × cm大) 膣会陰	
内分泌器	胸腺 g・実質： 甲状腺 g コロイド量	
	副腎：左 g・右 g 皮質の厚さ ( )・リポイド量 ( )	
	下垂体 g	
	松果体	
頭部・脳	頭皮 頭蓋骨 (厚さ — mm) 大泉門 ( × cm) 小泉門 ( × cm)	
	硬膜	
	脳重量 g・腫脹 ( )・硬さ ( ) 軟膜血管充盈 ( )	
	剖面：血管充盈 ( )	
	脳室	
	脳底部血管	
脊髄	脊椎	
	脊髓	

平成17年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究  
研究協力報告書

自殺が遺されたものに与える影響について

川野健治（国立精神・神経センター精神保健研究所）

本稿では、自殺が遺されたものに与える影響についての報告を整理しておく。多くの文献で、「自殺が一件起こると、強く影響を受ける人が少なくとも6人いる」という表現が用いられている。しかし、この6人という数字にどのような根拠があるのか、また影響とは何を指すのかは明示されていない。

1. 一件の自殺がどれだけの人に影響を与えるのか

6人という数字を最初に示したのは、いくつかの論文の引用文献をたどるかぎり Shneidman(1969)と考えられる。ただし、そこに記載されているのは

It is rather accurately documented that for each committed suicide there are an estimated half-dozen survivor-victims whose lives are thereafter benighted by the event. (かなり正確にいわれていることだが、一つの自殺について半ダースの遺族—犠牲者がおり、その事件後の生活は闇に覆われている。)

という表現にすぎない。これについては、McIntosh (1996) が、アメリカの遺族の数を計算する際に、このシュナイドマン

の記載を係数として用いて計算しておきながら、「現在までのところ、愛する人の自殺によって影響を受けた個人の確実な数（そして彼らの特徴や故人との関係性など）を明らかにするための、なんらの国家的あるいは他の疫学的研究報告はなされていない」という断りを付けているように、おそらくはデータに基づくものではない。そのことは、2003年の5月に開催された American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) と National Institute of Mental Health (NIMH) 共催の自殺遺族に関する調査研究にむけてのワークショップの報告書において、「どのくらいの自殺遺族がいるのか、どのような特徴をもっているのか、彼らが必要としているものは何か、についての、よく練られた疫学調査が必要だ」と述べられていることから、傍証される。つまり、2003年の時点において米国の自殺遺族の疫学的調査はなされていない（し、現時点でもないようである）。そしてこの報告書でも述べられているが、そのような疫学調査がなされていないことの一因は、自殺遺族 survivors of suicide の定義の難しさによるものであろう。

ただし、一件につき平均6人というのは、控えめに見積もった数字であると紹

介されていることも多い。例えば WHO European Ministerial Conference of Mental Health は web 上で以下のように指摘している。

The psychological, social and financial impact of suicide on the family and society is immeasurable. On average, a single suicide intimately affects at least six people. If a suicide occurs in a school or workplace, it has an impact on hundreds of people. Besides the direct loss of life, there is the long-lasting psychological trauma of family and friends, and the loss of economic productivity for society.

(自殺が家族や社会に与える心理学的、社会的・経済的影響は計り知れない。平均すると、一件の自殺は少なくとも 6 人に直接に影響する。そして、もし自殺が学校や職場で起こったなら、それは数百名に影響するだろう。さらに直接的な喪失のうえに、家族や友人には長く続く心理的トラウマが、そして社会には経済的な生産性への影響がある。)

学校や職場での自殺による影響については、高橋・福間 (2004) が、出来事インパクトスケール改訂版 (IES-R) の実施経験から、身近なものの自殺によってハイリスク群を 9% 程度と見積もっている。つまり 100 人が働く職場で自殺が起きた場合は、9 人が非常に強い心理的影響を受けると考えており、さらに、個人への影響だけでなくグループ全体の士気や生産性の低下、とく

に群発自殺の誘発などの危険性も指摘している。

一方、Knieper (1999) は、「多く見積もると」、自殺一件につき 28 人への影響を想定できるとしている。それは、ある地域の危機介入センターの記録から、自殺で遺されたものとして当該センターにサービスを求めてきた人々の、故人との続柄を整理してみると 28 種類になることを根拠にするものである。そこには様々な血縁関係、法律上の関係 (義理のきょうだいや親子)、雇用関係者、近隣者、友人などが含まれていた。もちろん、これは遺族となる可能性に過ぎない。

実際のところは、その個人のそれまでの周囲との関係性、それに自殺が起こった時間や場所、理由によって数人から数十人の程度まで幅があると考えべきだろう。

## 2. 自殺が遺されたものに与える影響の内容

「自殺が一件起こると、強く影響を受ける人が少なくとも 6 人いる」という表現における「影響」の内容を明確に指摘することはもちろんできない。自殺が与える影響については成書が多数あるので、特に個別の項目をここで取り上げ比較する必要はないだろう。例えば高橋・福間 (2004) では、個人的な反応としてのグリーフのプロセスを示し、あるいは一般的反応としての身体症状、反復的思考、自責の念、不安、怒り、抑うつなど、さらに重篤な反応としてうつ病や PTSD をあげたうえで、また、集団としての反応もあげている。あるいはマスメディアを介して社会に与える影響や医療費などの反映として経済的影響なども考えられる。

むしろ、このように自殺が与える影響には内容の違い、程度の差、あるいは個人・集団・社会と単位にもバリエーションがあることが、先に述べた「どれだけの人に影響を与えるのか」という問題に関係することに注意を払うべきだろう。さらに、これらの影響は、社会や文化に媒介されて変わることが予想され、例えば凝集性の高いソーシャルサポートの得られやすい地域とそうでない地域では、自殺の影響の出方が変わることも予測される。

自殺が遺されたものに与える影響は総体として考えると把握しづらいものであり、その認識を助ける十分にデザインされた疫学調査は今のところなされていない。とするならば、そのような調査の実施にむけての準備を整えることと同時に、ローカルな臨床現場での経験をいかに集積し活用していくのかということも、短期的には重要な課題だろう。

#### 文献

1. E. S. Shneidman 1969 On the Nature of Suicide, Jossey-Bass, San Francisco
2. McIntosh, J.L. 1996. Survivors of Suicide: A Comprehensive Bibliography Update, 1986-1995. Omega, 33(2), 147-175.
3. American Foundation for Suicide Prevention . AFSP Releases Report on Survivors of Suicide Research Workshop www.afsp.org (情報取得 2006/3/14)
4. WHO European Ministerial Conference of Mental Health. Suicide prevention <http://www.euro.who.int/document/mnh/ebrief07.pdf> (情報取得 2006/3/14)
5. 高橋祥友・福間詳 2004 自殺のポストベンションー遺された人々への心のケア 医学書院
6. Knieper, A. 1999 The suicide Survivor's Grief and Recovery. Suicide and Life-Threatening Behavior, 29, 353-364.

平成17年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
自殺の原因・動機の実態に関する研究  
研究協力報告書

自殺の実態分析を行うための手続きに関する報告書

川端 博（明治大学法科大学院・法学部教授）

1 自殺の実態分析の必要性

自殺が増加の傾向にあるため、大きな社会的・政治的問題となっており、自殺予防を含む総合的な自殺対策の推進が求められている。自殺の問題は従前から存在していたのであるから、問題それ自体は新しいとはいえないが、現在においては、諸外国と比較しても自殺者の数はきわめて多くなっているため、単なる個人的問題として等閑に付するわけにはいかなくなっているのである。ここに自殺問題が新たな様相を呈し、有効適切な対策が喫緊の課題として提起されるに至っているのである。

自殺を防止するための有効適切な対策を講ずるためには、自殺の実態及び原因を正確に把握する必要があることは言うまでもない。その実態調査によって得られたデータを基にして精密な分析を行い、実践的な対策が提示されなければならない。

2 自殺の実態把握のための調査・分析

自殺の実態を把握するためには、種々の観点ないし視角から調査する必要がある。実態を把握するためには、まず公的機関による調査を基礎にするのが最も容易であるといえる。自殺は個人的に遂行されるものであり、しかも事故と刑事事件との限界をなすものである。換言すれば、自殺は、そ

の遂行過程において自殺関与罪(刑法 202条)の成否が問題となる場合があり、外見上、自殺の形態を取って遂行される殺人罪(刑法 199条)の間接正犯が成立し得る余地がないではない。それゆえ、自殺については警察が正式に調査することになる。つまり、国家権力による調査に基づき正式な公文書が作成される。死体発見報告書等において当該自殺者に関して詳細に記述がなされることになる。そして警察署が保有するそれらの公文書は、自殺の実態分析のために重要な基礎的資料となり得るのである。

しかし、自殺の実態の内実をより正確に把握するためには、自殺者の遺族等の関係者に直接面接して調査する方が最も有効であるといえる。すなわち、面接調査によって自殺の実態は的確に把握できることになるわけである。

これらの調査によって得られた基礎資料を使用すれば、適切な分析が可能になると考えられる。

3 実態分析用の調査を行うための手続き

- 1) 上述のとおり自殺の実態分析に当たっては、①自殺死亡者の遺族に対する面接調査及び②警察署が保有する死体見分調書等の閲覧等が必要となる。そこで、これらの調査を行うに当たって

踏むべき手続きについて法的観点から検討する必要がある。

- 2) 自殺に関しては、遺族等関係者はその事実自体及び関連する諸事情をあまり知られたくないと考えていることが非常に多く、その意味において「秘密」に属し、「プライバシー」に当たることになる。したがって、調査に当たっては、秘密をみだりに暴露したり、プライバシーを侵害することがないように万全を期さなければならない。プライバシー侵害の虞が生じないように、手続き上も十分な配慮が要求される。

また、自殺は、遺族等の関係者にとって重大な精神的ショックを与えるものであり、調査によって改めて新たなショックを生じさせる虞があるので、それをもたらさないように細心の注意が必要である。仮に新たなショックを生じさせた場合には、それを解消させるための精神的ケアの体制を確立するように心掛けなければならない。

- 3) 前述のことを前提に手続きについて検討する

(1) 自殺死亡者の遺族の場合

自殺死亡者の遺族に対する調査は、該当者のプライバシーに関わるので、その者の「任意の承諾(同意)」がなければこれを行うことはできないと解すべきである。「任意の承諾(同意)」があるといえるためには、調査の趣旨を十分に説明した上で、その理解を得て、承諾(同意)を受けなければならない(インフォームド・コンセント)。説明義務の内容としては、①調査目的、②調査事項、③事項によっては回答を拒否する

自由を有すること、④調査対象者が特定されないこと、⑤回答内容についての秘密保持の厳守、⑥目的外使用の禁止、⑦面接者の身分・資格ないし資質等の告知が含まれるものとする。上記の説明をした上で承諾(同意)が得られたことを明らかにし、後日、問題になった場合の証拠となるように、承諾は「文書」化されていることが望まれる。

面接調査員は、当該調査の特殊性に鑑み、一定の資質ないし能力を有する者でなければならない。したがって、まず、医師または保健師等の資格を有する専門家に限定すべきである。さらに、調査目的に適合するように、所定の訓練を受けている者に限定する必要がある。調査員は、指定された講習を事前に受けなければならないものとする。

面接調査は、調査員が面接対象者の自宅又は保健所等において約2時間程度行うものとし、長時間にわたらないようにするものとする。ただし、面接対象者が自発的に2時間以上にわたって回答する場合はこの限りではないし、逆に、早く打ち切ることを希望する場合には、その意思を尊重しなければならない。

調査員は、必要と認めるとき、又は面接対象者から相談を受けたときは医学的・心理学的なケアを提供できる機関に面接対象者を紹介できるものとする。国立精神・神経センター精神保健研究所は、医学的・心理学的なケアを提供できる機関を設置しなければならない。

(2) 警察署の保有する公文書の閲覧の場合

警察署が保有する死体見分調書等の閲覧を通して自殺の実態の有意義な数量的検討が可能となる。死体見分調書等は公文書であり、その閲覧については種々の制約が伴う。特に個人情報保護の観点からの特別の配慮が必要となる。

まず、調書等の関係書類に関して当該警察署と調査機関との間で閲覧について協定を締結することが望まれる。協定の内容として、①調査目的、②調査事項、③閲覧対象文書の範囲、④閲覧に当たっての条件等が包含されている必要があると解される。当該協定は文書化されるものとする。

次に、調査目的を明確にした上で、目的外使用は禁止されなければならない。あくまでも自殺予防等を目的としてなされる調査であるから、その目的以外に文書の閲覧がなされないことが要求されるわけである。また、一定の公文書を閲覧して得られたデータは、当該文書の内容となっている者が特定されないような形で定量化されなければならない。個人情報の保護の観点から、調査対象者及びその家族等の関係者が特定されないようにする必要があるのである。特定化を避けるためには、一定の要素の抽象化や数量化を行うことが要求されることになろう。

一定の公文書を閲覧して知り得た事項については、調査者はこれを漏示してはならないものとする。すなわち、閲覧者は閲覧によって知り得た事実

について守秘義務を負うことになるわけである。

## 自殺の原因・動機の実態に関する研究

—自殺報道のあり方と、自殺予防におけるマスメディアの可能性について—

分担研究者 竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

研究協力者 勝又 陽太郎 (首都大学東京大学院 人文科学研究科)

### A 研究目的

平成 10 年以降我が国の自殺者数が増加し、減少していないことに関しては、様々な社会的要因が複雑に関係しているとされており、自殺予防対策を推進していくに当たっては、多角的な検討と包括的な対策が必要になる。平成 17 年 12 月 26 日には自殺対策関係省庁連絡会議で「自殺予防に向けての政府の総合的な対策」がまとめられた。その中で自殺報道の問題に関しては「WHO や諸外国が示している自殺報道のガイドライン等の収集・分析を行い、その成果を広く情報提供する」とされ、「その他の自殺予防対策」の 1 つとして位置づけられている。本研究の目的は対策推進のための情報収集の一環として、マスメディア関係者と自殺報道に関する意見交換会を行い、記録をもとにその内容と自殺予防におけるマスメディアの可能性について検討することである。以下、本論ではまず今回の意見交換会で得られた意見を「報道側から見た自殺」、「自殺報道の影響」という 2 つの視点から結果としてまとめ、この結果についての考察を行った。最後に「報道機関への働きかけ」、「メディアリテラシー教育」として自殺報道のあり方、および自殺予防対策における報道側との連携等について具体的な対策案を提示した。

### B 研究方法

調査方法は 2006 年 2 月 21 日に約 2 時間

の意見交換会を実施し、参加者の同意を得た上でテープレコーダーによる録音を行い、筆記での記録と合わせてデータとして用いた。なお、今回のヒアリングにはマスメディア側として記者が 3 名、厚生労働省から 1 名 (オブザーバー)、インタビュアー側として竹島、勝又の 2 人が参加した。

### C 研究結果

#### 1) 報道側から見た自殺

マスメディアが行う自殺報道には「他の死亡報道同様に、ある人が亡くなったという事実を報じる」という側面が第一に挙げられる。この際、報道に値するかどうかの重要な条件となるのが、自殺で亡くなった本人がどのような人であるか、すなわち「自殺者本人の特性 (属性)」である。例えば、公人や有名人などの自殺は、読者や視聴者の「知りたい」というニーズに応えるという意味でも、それだけで報道としての価値を有する。また、近年見られた「ネット自殺」に象徴されるような、手段や自殺の起きた状況が新奇である場合も報道につながりやすい。

このように「自殺者本人の特性 (属性)」・「手段や自殺の起きた状況が新奇であること」という二つの条件を備えていることで報道価値が高まると言えるが、それと同時にこうした新奇性・特殊性が「社会との関わり合いの新しい局面」の現れとしてとらえられることによって、その報道価値が保たれ

ている。逆に言えば、こうした条件を欠いた「自殺」に関しては報道的価値がそれほど高くなく、報道全体の中の位置づけとしても自殺報道の価値は高いものとは言えない。

## 2) 自殺報道の影響

自殺報道の影響についても幾つかの問題点が議論された。まず、自殺報道が自殺の連鎖を引き起こす可能性についてはこれまでも研究者によって指摘されてきたが、全ての自殺報道が連鎖を引き起こしているわけではなく、詳細な「手段」を報道することが模倣を引き起こすという根拠を、より明確に示す必要があるのではないかといった意見が出された。また、デイリーニュースのような短信で伝えるよりも、適切な取材を行い、確かな情報をもとに実態を伝えていく方が、自殺を誘発せず、むしろ予防につながるとの指摘もあった。

さらに、地域特性や情報を受け取る側の属性によっても報道による影響は異なってくるとの意見も出された。例えば、自殺の連鎖に関しては、我が国では中高年の自殺が増加しているが、忙しく働いている中高年男性には活字やテレビを見ている時間がないため、報道の影響力の大きさは考えにくく、むしろ地方に住む高齢者にとっては、テレビがメディアツールとしてより大きな役割を担っており、報道の影響を受けやすいとの意見があった。また、近年では新聞やテレビといったマスメディア以上に、インターネット上に自殺の手段などの具体的な情報が紹介されている場合が多く、むしろインターネットの方が、ネット上の情報にアクセスしやすい層に影響を与えている

可能性が高いとの指摘があった。さらに、自殺者の遺族にとっては「自殺」という活字自体を見ることに精神的苦痛を感じる場合もあれば、マスメディアの取材を受けることで負担感を増大させられる場合もあると、遺族への影響を懸念する意見もあった。

## D 考察

### 1) マスメディアとの連携

主に自殺報道の「価値」と「影響」という二つの側面から自殺報道の実態について結果をまとめてきたが、「報道価値」という視点から見ても自殺報道の位置づけは報道全体にとってそれほど価値の高いものではなく、「影響」という側面から見ても「連鎖」といったネガティブな面が中心的に取りあげられる課題であることが分かった。しかし、今回の情報収集によって報道における価値づけや、いくつかのマスメディア側のニーズが明らかとなり、マスメディア側にとっても自殺問題を報道することの意味をとらえていることが確認できた。そして、これまで単にネガティブに考えられていた自殺報道に対して、連鎖を引き起こさないような報道の枠組みを提供できる可能性が示された。したがって、マスメディアが自殺問題に関心を持つことによるメリットの部分に着目し、「報道する側にとって価値がある」ということと、「報道することが負の影響を及ぼさずむしろ自殺予防につながる」ということが両立するような形でマスメディアとの連携を構築していくことで、今後の自殺予防対策にマスメディアを積極的に活用していく可能性が開かれるのではないかと考えられた。

## 2) 報道機関への働きかけ

平成 18 年度は前年度 12 月に自殺対策関係省庁連絡会議でとりまとめられた「自殺予防に向けての政府の総合的な対策」が実際に動き出す年であり、いわば「自殺予防元年」として位置づけられる。このこと自体がマスメディアにとって報道価値をもつ事実であり、自殺予防対策にマスメディアを活用していくのには最適な機会である。ここではマスメディア側から出されたニーズに即して、「自殺予防元年」という枠組みを利用しつつ、自殺予防対策におけるマスメディアとの連携を促進していく方策を提示する。

まず、国立精神・神経センター精神保健研究所に設置予定の自殺予防総合対策センターを活用し、自殺報道のあり方について情報提供するなど、マスメディアが利用可能な情報を発信していく。これと並行した形で重要となってくる対策としてジャーナリスト教育が挙げられる。現在自殺報道に関わるジャーナリストの中には、自殺報道が自殺の連鎖を引き起こす恐れがあることを知らないジャーナリストもいる。英国ではサマリタンズが中心となって自殺報道についてのジャーナリスト教育を行っているが、わが国においてもこうした対策の可能性を検討する必要がある。

また、マスメディアと一口で言っても記者等個人にとって重要な側面は異なる。自殺予防に関心を持っているメディア関係者に対しては、たとえば人口動態の統計発表など 1 年間の自殺予防対策等に関する行事や情報のスケジュールを示したり、各地域での取り組みなどもホームページを活用して情報発信を行うなど、報道しやすい環

境を提供することが重要だと考えられる。

## 3) メディアリテラシー教育

マスメディア側への働きかけと同時並行的に行われる必要があるものが、「情報を受け取る側」のメディアリテラシー教育である。特に近年のインターネットを中心とした情報の多様性と流動化に伴って、情報を発信する側の規制だけでは、根本的な対策を講じることは不可能である。したがって、メディアリテラシー教育を含めた総合的な視点が必要とされる。

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究  
分担研究報告書

自殺の実態に関する人口動態調査に基づく保健統計的研究：  
自殺死亡の地域統計の作成

分担研究者 藤田 利治 国立保健医療科学院疫学部

## 研究要旨

自殺が増加した状態が続く中で、自殺対策関係省庁連絡会議において「自殺対策に向けての政府の総合的な対策」（2005 年 12 月 26 日）が取りまとめられた。総合的な自殺対策に取り組むに当たり、統計調査等から得られたデータの分析による一層の活用が指摘されている。本報告では、地域における自殺予防対策の企画・立案を促進するため、地域ごとの自殺死亡の実態についての「自殺死亡についての地域統計」を作成した。今回の地域統計は、1973 年から 2004 年までの二次医療圏を最小の地域単位とするものであり、それらの性・年齢階級別の集計もなされ、わが国において最も詳細で整理された自殺死亡の地域統計である。自殺対策関係省庁連絡会議での取りまとめや総務省の通知で指摘された統計調査等の一層の活用が、今回の地域統計によって前進したといえる。

今回の自殺死亡の地域統計によって、都道府県あるいは二次医療圏についての地域間比較や経年比較が容易になり、さらには性・年齢階級別の自殺死亡の特徴を相対的に検討することができるようになった。今回の地域統計によって明らかになった自殺死亡の実態に対して、地域の様々な側面での実情を勘案した根拠に基づく自殺対策の展開が強く要請されている。

### A. 研究目的

わが国における自殺死亡者数は 1997 年まで 2 万 5 千人前後で推移していたが、1998 年に 3 万人を超え、以降もその水準で推移している。2005 年 7 月には参議院厚生労働委員会において、「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされた。この決議を受けて政府は、一体となって自殺対策を総合的に推進するため、内閣官房副長官を議長とする自殺対策関係省庁連絡会議を設置（2005 年 9 月 26 日）し、同年 12 月 26 日には「自殺対策に向けての政府の総合的な対策」が取りまとめられた。また、総務省

からは、自殺予防対策に関する有識者の意識や全国的な自殺予防対策の実施状況の調査に基づいて、「自殺予防に関する調査結果に基づく通知」（2005 年 12 月）が示され、基本的な行政上の課題や個別の行政上の課題が指摘されている。自殺対策は、国家的課題として取り組まれつつある。

こうした政府の総合的な対策や通知の中で、統計調査等から得られたデータの分析による一層の活用が指摘されている。地域において自殺予防対策を企画・立案し、実施するに当たって、統計資料の整備がさらに必要とされている。

そこで、本報告では、地域における自殺予防対策の企画・立案を促進するため、地域ごとの自殺死亡の実態についての「自殺死亡についての地域統計」を作成した。

## B. 研究方法

用いた資料は1973年から2004年までの人口動態調査死亡票であり、指定統計の目的外使用の承認を得て分析した（平成17年10月7日統発第1007003号）。

対象は、自殺で死亡した日本における日本人である。死因の国際疾病分類コードが、1973年から1994年まではE950-E959（ICD9）、1995年から2004年まではX60-X84（ICD10）に該当するものについて検討した。

自殺死亡率の分母となる人口には、各年次の10月1日現在の日本人人口を用いた。都道府県と二次医療圏などの人口は、国勢調査年の年齢階級別人口を内挿あるいは外挿により算出した。

「自殺死亡についての地域統計」作成にあたって、集計する地域の最小単位を2005年3月末時点での二次医療圏とした。しかし、二次医療圏を構成する市区町村は長期間においては変化していることから、1973年から2005年3月まで市区町村の合併・分割の推移を把握して、1973年まで遡って各地域での自殺死亡の状況を整理した。

### （倫理面への配慮）

本研究においては、個人情報あるいはヒト生体資料を扱うことはなく、倫理面の特段の配慮は該当しない。

## C. 研究結果および考察

### 1. 地域統計作成に当たって

#### 1) 市区町村の合併・分割等に把握

近年、市区町村の合併が推進されているが、地域についての継続性のある自殺死亡の地域統計を作成するためには長年にわたる市

区町村の合併・分割等を確実に把握する必要がある。そこで、全国市町村要覧（平成17年度版、市町村自治研究会編集、第一法規）などに基づいて1973年から2005年3月までの市区町村の推移を把握した。その結果、延べ約1,100件を超える合併・分割等が確認された。

今回作成した自殺死亡の地域統計では、最小の地域単位として2005年3月31日時点の二次医療圏を用いた。しかし、人口動態調査死亡票や国勢調査は各時点での市区町村のコードで記録されていることから、確認した市区町村の合併・分割等の資料に基づいてそれぞれの時点での市区町村が2005年3月31日時点のどの市区町村にあたるかの変換テーブルを作成した上で、二次医療圏についての集計を実施した。

こうした膨大な作業の上で、小地域についての継続性のある経年的な統計資料を作成することがはじめて可能となる。今後も自殺死亡等について小地域を単位とする経年的な地域統計を作成する必要があると考えられるが、その際には2005年以降も市区町村合併が大規模に続いていることから、市区町村の変遷についての再整理が必要である点は留意されたい。

#### 2) 小地域の統計指標へのベイズ統計の応用

小地域間の比較や経年的な動向を死亡率や標準化死亡比などでみる場合、特に自殺のようにイベントの出現数（死亡数）が少ない場合には、数値が大幅に上下し、その地域の死亡などの動向を把握することが困難である。これは出現数が少ないため、偶然変動の影響を受け、数値が不安定な動きをするためである。こうした問題に対して、最近では、ベイズ・モデルを適用することにより、出現数の少なさに起因する偶然性の影響を減少させ、地域間比較、経年比較に耐えうる安定性の高い指標が用いられるようになってき

ている。

二次医療圏別の自殺死亡や都道府県での年齢階級別の自殺死亡の統計指標を算出する場合にも偶然性の影響によって数値が不安定な動きをすることが当然予想される。そこで、細かな区分によって出現数が少なくなる統計表については、自殺死亡率、年齢階級別自殺死亡率、年齢調整自殺死亡率および自殺の標準化死亡比の各指標についてベイズ推定値を用いることにした。例えば、自殺死亡率（ベイズ推定値）は、

$$= \frac{\text{期間の自殺死亡数} + \beta}{\text{期間での観察人年} + \alpha}$$

となる。ここで、分母の観察人年には期間の各年次の10月1日現在の人口の合計を用い、 $\beta$ と $\alpha$ は自殺死亡率の事前分布（ガンマ分布）の期待値と分散に基づいて算出することができる。自殺の年齢調整死亡率および標準化死亡比についてもベイズ推定値を算出することが可能である。これらについては、研究報告書第3部「自殺対策のための自殺死亡についての地域統計」の用語説明を参照されたい。

さて、今回のデータにおいて人口規模が小さいための偶然性の影響をみたのが図1である。2003-2004年の10歳以上の男における二次医療圏単位の自殺死亡率と人口規模との散布図であるが、左図の粗死亡率においては人口が小規模な二次医療圏での自殺死亡率のばらつきが大きく不安定になっていることが確認できる。一方、右図のベイズ推定値においては人口が小規模な二次医療圏での変動が抑制され、人口が大規模な場合には左図とほとんど同じであることが分かる。このようにベイズ統計を応用することによって人口規模の小さな地域での変動を適度に抑制して、地域間比較や経年比較に耐えうる安定性の高い指標を得ることができる。

## 2. 自殺死亡の地域統計

### 1) 地域統計の構成と留意点

研究報告書第3部「自殺対策のための自殺死亡についての地域統計」の構成は、次の通りである。

#### I. 自殺死亡の地図および統計表

第1図 自殺死亡の年次推移

第2図 年齢階級別の自殺死亡率の年次推移

第3図 二次医療圏別の自殺状況

第1表 自殺の年次推移：自殺死亡数、死亡率、年齢調整死亡率

第2表 性・年齢（5歳階級）別の自殺の年次推移：自殺死亡数、死亡率

第3表 都道府県別の自殺の年次推移：自殺死亡数、死亡率

第4表 都道府県別の自殺の年次推移：標準化死亡比、年齢調整死亡率

第5表 都道府県・性・年齢階級別の自殺の推移：自殺死亡数、死亡率、対全国比

第6表 二次医療圏・性・年齢階級別の自殺の推移：自殺死亡数、死亡率、対全国比

#### II. 附録

##### 用語説明

二次医療圏別の構成市町村（平成17年3月末現在）

これらの図表のうち、第1図と第2図、第1表から第4表については厚生労働省大臣官房統計情報部から毎年公刊されている「人口動態統計」や2005年3月に発表された「人口動態統計特殊報告：第5回自殺死亡統計」などに基づいて作成可能である。ただし、今回の地域統計では10歳以上で集計しているものがあり、若干異なっている。

一方、第3図と第6表の二次医療圏単位の全国についての自殺統計は、私が過去に作成した統計資料以外にはない独自のものである<sup>1)</sup>。また、都道府県単位の第5表について

も、性・年齢階級別の地域間比較、経時比較を行い得る統計資料は他にはないものと思われる。2005年12月の自殺対策関係省庁連絡会議での取りまとめや総務省の通知で指摘された統計調査等の一層の活用が、今回の地域統計によって前進したといえる。

さて、今回の自殺死亡の地域統計によって、都道府県あるいは二次医療圏についての地域間比較や経年比較が容易になり、さらには性・年齢階級別の自殺死亡の特徴を相対的に検討することができるようになった。自殺対策を担当する地域の実情に精通している実務担当者であれば、他の二次医療圏や過去の状況と比較して当該の二次医療圏で自殺死亡が多い点や少ない点について、地域の実態を勘案しながら具体的に検討することが可能であろう。全国と比べて、二次医療圏での女の高齢者の自殺死亡率が長年にわたって相対的に高率であるなど、自殺死亡の性・年齢階級別の自殺死亡の特徴がみられる場合、地域に特徴的な自殺ハイリスク層への重点的な自殺対策の実施も期待される。中高年の男での自殺死亡数の増加は近年の大きな問題であるが、全国と比べて特にこの層での自殺死亡率が高い場合には失業や社会経済要因などの面への対策が急務であるのかもしれない。

地域統計によって明らかになった自殺死亡の実態に対して、地域の様々な側面での実情を勘案した根拠に基づく自殺対策の展開が強く要請されている。この際、それぞれの地域で取り組まれた自殺対策の成功事例や失敗事例を公共の知恵として集積し、効率的で効果のある自殺対策を広く展開することが重要といえる。こうした情報交換の場として、国立精神・神経センター精神保健研究所のホームページに開設されている自殺予防対策支援ページ「いきる」がある。単に情報を受け取るための一方向ではなく、有用な情報を提供し意見を交換する双方向の活用が

大いに期待される。

## 2) 1998年以降の自殺死亡増加の地理的特徴

ここでは、今回作成した地域統計に基づいて、1998年以降の自殺死亡増加後の全般的な地理的特徴を整理する。比較する対照期間として、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」の目標の一つである自殺死亡数2万2千人を達成していた1989-1995年を用いた。なお、対照期間と比較して、1998-2000年の3年間における自殺死亡増加は45歳から69歳までの男で著しく、増加全体の62%に相対する大きさであること、特に近畿および関東の大都市部で増加が著しかったことなどは既に報告している<sup>1-3)</sup>。

1998年以降の期間を1998-2002年の5年間と2003-2004年の2年間に区分し、都道府県別に10歳以上の自殺死亡数と自殺死亡率を検討した。男においては、既に報告したように<sup>1-3)</sup>、1998年からの自殺急増初期においてはこれまで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を有する都道府県での増加が大きく関与していたことを確認できる（表1-1）。1989-1995年と比べて1998-2002年の増加は大阪府が最も著しく、奈良県、宮城県、佐賀県、京都府と続いた。既に報告した1998-2000年までの3年間と比べて、2001年以降に自殺死亡が急増した県があったことから順位に若干の変化がみられる。その後、1998-2002年と比べた2003-2004年の自殺死亡の増加は青森県で最も激しく、次いで高知県、福井県、山形県、長野県であった。増加初期に著しく増加した近畿および関東の大都市部の都府県は減少ないし不変となっていた。

男における自殺死亡増加の大都市部から地方への変化については、図2-1の地図でも確認することができる。10歳以上の男での自殺死亡率が人口10万人当たり50を超える二次医療圏の数は2003-2004年にはさらに増加

しており、しかも北東北、南九州、日本海側に広がっていた。増加状態が続いている期間の中にあつてさえ、地理的特徴のみをみてもその様相は時間とともに変化している点は留意する必要がある。

一方、女での自殺死亡増加は、男と比べて著しいものではなかったことはよく知られている。また、1998年からの増加初期において、女においても大都市部での増加がやや多かつたことは既に報告した<sup>1-3)</sup>。表1-2において、1998-2002年の5年間での増加が最も多かつたのは神奈川県であり、大阪府、熊本県、東京都、沖縄県と続いた。2003-2004年の2年間では前期間と比べて長崎県、大分県、高知県、山梨県、福井県での増加が多くなっていた。しかし、全体としてはむしろ自殺死亡率が低下している府県の方が多かつた。図2-2の地図においても、1998-2002年と比べて2003-2004年では自殺死亡率が17.5を超える二次医療圏の数が減っていることが確認できる。

#### D. 結論

本報告では、地域における自殺予防対策の企画・立案を促進するため、地域ごとの自殺死亡の実態についての「自殺死亡についての地域統計」を作成した。今回の地域統計は、1973年から2004年までの二次医療圏を最小の地域単位とするものであり、それらの性・年齢階級別の集計もなされ、わが国において最も詳細で整理された自殺死亡の地域統計である。自殺対策関係省庁連絡会議での取りまとめや総務省の通知で指摘された統計調査等の一層の活用が、今回の地域統計によって前進したといえる。

今回の自殺死亡の地域統計によって、都道府県あるいは二次医療圏についての地域間比較や経年比較が容易になり、さらには性・年齢階級別の自殺死亡の特徴を相対的に検討することができるようになった。今回の地

域統計によって明らかになった自殺死亡の実態に対して、地域の様々な側面での実情を勘案した根拠に基づく自殺対策の展開が強く要請されている。

#### 文献

- 1) 藤田利治. 平成10年(1998年)以降の自殺死亡急増：自殺予防対策のための自殺死亡統計. 平成14年度「地域における自殺防止対策の取組支援と自殺予防支援者の育成に関する調査研究事業」(主任研究者 平野かよ子) 分担報告書；2003.
- 2) 藤田利治、谷畑健生、三浦宜彦. 1998年以降の自殺死亡急増の地理的特徴. 厚生指針 50：27-34, 2003.
- 3) 藤田利治. 大都市部での自殺死亡急増. 保健医療科学 52：295-301, 2003.

#### E. 健康危険情報

該当なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 藤田利治. 様相が変貌した2003年の自殺死亡の状況：都市部から地方へ. 公衆衛生情報 2005；35(4)：1-3.

##### 2. 学会発表

- 1) 藤田利治. 自殺の実態・原因・動機：保健統計からみた自殺死亡の実態. 第49回精神保健シンポジウム；2005年11月；東京. 第49回精神保健シンポジウム資料集. p8-10.

#### G. 知的所有権の取得状況

該当なし

10歳以上の男： 2003～2004年

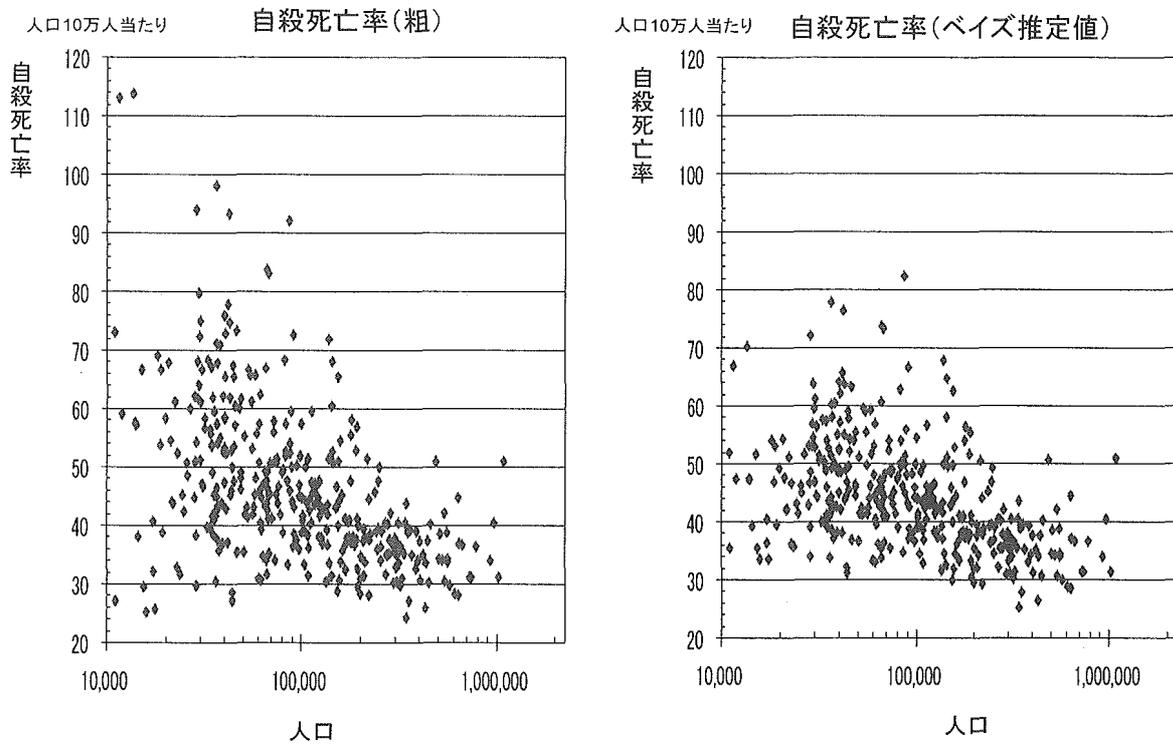


図1 二次医療圏の人口規模と自殺死亡率

表1-1 都道府県別の自殺死亡率の増加

(10歳以上の男)

	1989～1995年		1998～2002年			2003～2004年				
	自殺数 1年当たり	自殺死亡率(a) 10万人当たり	自殺数 1年当たり	自殺死亡率(b) 10万人当たり	(b)/(a)	増加 順位	自殺数 1年当たり	自殺死亡率(c) 10万人当たり	(c)/(b)	増加 順位
全国	13,071	24.2	21,419	38.7	1.60		22,344	40.3	1.04	
北海道	615	25.4	1,051	43.0	1.69	6	1,096	44.9	1.04	27
青森県	208	33.6	344	54.6	1.63	17	448	70.8	1.30	1
岩手県	225	37.5	341	55.8	1.49	34	374	60.8	1.09	17
宮城県	217	22.0	397	38.2	1.74	3	464	44.0	1.15	7
秋田県	207	40.0	323	63.1	1.58	24	345	68.0	1.08	19
山形県	160	29.9	234	43.4	1.45	40	272	50.3	1.16	4
福島県	223	24.7	382	41.3	1.67	9	442	47.6	1.15	6
茨城県	287	22.6	495	37.4	1.65	10	527	39.6	1.06	24
栃木県	230	26.9	347	39.2	1.46	38	345	38.7	0.99	43
群馬県	220	25.4	341	38.6	1.52	28	388	44.0	1.14	8
埼玉県	596	20.3	1,044	33.5	1.65	12	1,047	33.1	0.99	41
千葉県	510	20.1	884	33.1	1.64	13	928	34.5	1.04	29
東京都	1,131	21.1	1,886	34.8	1.65	11	1,897	34.8	1.00	38
神奈川県	715	19.3	1,248	32.4	1.68	7	1,253	32.3	0.99	39
新潟県	374	35.2	552	51.2	1.46	39	566	52.5	1.03	35
富山県	143	29.8	216	44.5	1.50	32	229	47.2	1.06	22
石川県	115	23.1	191	37.7	1.63	16	209	41.3	1.10	14
福井県	86	24.3	137	38.5	1.58	22	159	44.8	1.17	3
山梨県	100	26.6	154	40.0	1.50	31	161	41.7	1.04	28
長野県	233	24.9	360	37.7	1.51	29	390	40.9	1.08	18
岐阜県	202	22.6	331	36.6	1.62	18	367	40.7	1.11	12
静岡県	348	21.6	564	34.3	1.59	21	582	35.3	1.03	34
愛知県	588	19.6	992	32.1	1.63	15	1,044	33.6	1.05	26
三重県	164	21.1	276	34.6	1.64	14	305	38.2	1.10	13
滋賀県	111	20.6	185	31.8	1.54	27	217	36.3	1.14	9
京都府	248	22.0	427	37.8	1.72	5	402	35.9	0.95	46
大阪府	897	23.4	1,623	42.8	1.83	1	1,525	40.8	0.95	45
兵庫県	535	23.2	916	38.8	1.67	8	914	38.4	0.99	42
奈良県	113	19.0	205	33.2	1.75	2	213	34.4	1.04	31
和歌山県	138	30.5	205	45.3	1.49	35	182	40.4	0.89	47
鳥取県	81	31.2	104	39.7	1.27	47	116	44.2	1.11	11
島根県	118	36.1	172	52.7	1.46	36	177	54.5	1.03	32
岡山県	180	21.9	290	34.8	1.59	20	287	34.4	0.99	40
広島県	302	24.6	461	37.2	1.51	30	468	37.9	1.02	36
山口県	188	28.6	288	44.5	1.56	26	278	43.5	0.98	44
徳島県	81	23.3	113	32.0	1.38	43	120	33.9	1.06	23
香川県	109	25.0	148	33.6	1.34	46	157	35.7	1.06	21
愛媛県	177	28.0	258	40.8	1.46	37	266	42.2	1.03	33
高知県	113	32.8	157	45.5	1.39	42	184	53.1	1.17	2
福岡県	570	27.9	939	44.2	1.58	23	1,017	47.3	1.07	20
佐賀県	95	26.4	167	45.6	1.73	4	186	50.8	1.11	10
長崎県	174	27.4	271	42.9	1.57	25	311	49.6	1.16	5
熊本県	215	28.2	320	40.8	1.45	41	351	44.6	1.09	15
大分県	135	26.3	217	42.1	1.60	19	224	43.6	1.04	30
宮崎県	172	35.7	262	53.3	1.50	33	277	56.3	1.06	25
鹿児島県	248	33.9	342	45.8	1.35	45	377	50.0	1.09	16
沖縄県	174	34.2	258	46.8	1.37	44	268	47.2	1.01	37

表1-2 都道府県別の自殺死亡率の増加

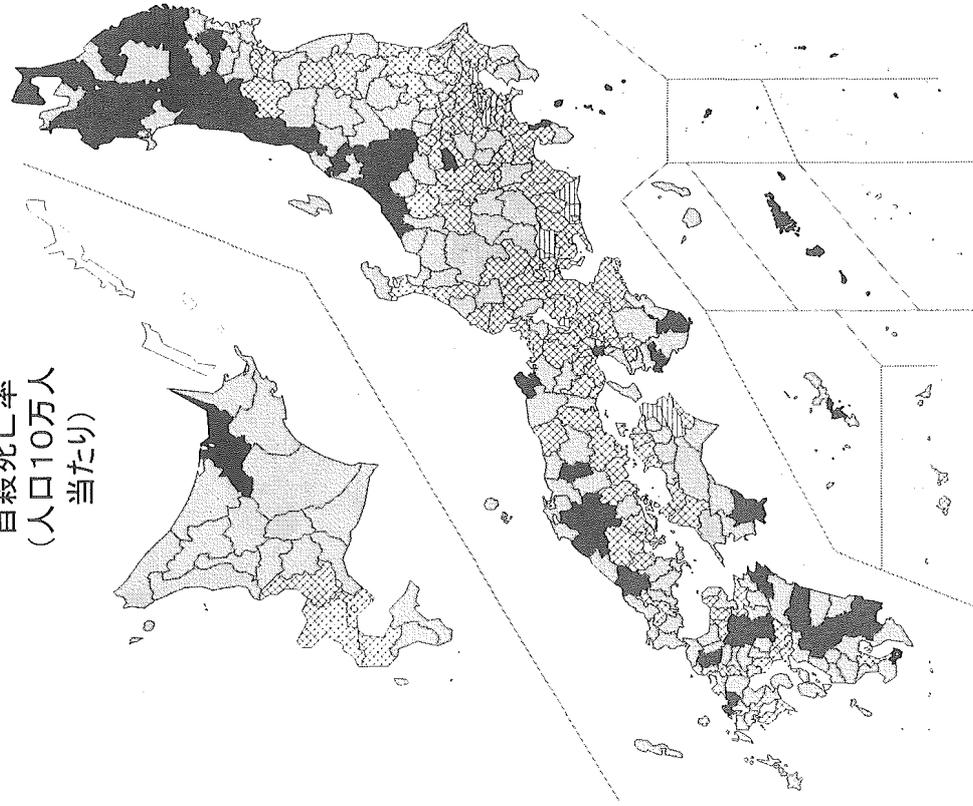
(10歳以上の女)

	1989～1995年		1998～2002年			2003～2004年				
	自殺数 1年当たり	自殺死亡率(a) 10万人当たり	自殺数 1年当たり	自殺死亡率(b) 10万人当たり	(b)／(a)	増加 順位	自殺数 1年当たり	自殺死亡率(c) 10万人当たり	(c)／(b)	増加 順位
全国	7,366	13.0	8,674	14.9	1.15		8,466	14.5	0.97	
北海道	328	12.5	397	14.7	1.18	9	415	15.3	1.04	10
青森県	106	15.3	123	17.6	1.15	14	117	16.6	0.95	30
岩手県	130	19.7	143	21.5	1.09	26	131	19.5	0.91	38
宮城県	129	12.5	155	14.2	1.14	16	151	13.5	0.95	28
秋田県	131	22.6	142	24.8	1.10	25	141	24.7	1.00	18
山形県	97	16.7	105	18.0	1.08	27	98	16.8	0.93	34
福島県	142	14.8	150	15.3	1.03	39	141	14.4	0.94	32
茨城県	168	13.0	197	14.7	1.13	18	201	14.9	1.01	13
栃木県	140	16.1	150	16.6	1.03	40	140	15.4	0.93	35
群馬県	145	16.2	154	16.9	1.04	35	140	15.3	0.91	40
埼玉県	350	12.2	437	14.2	1.17	12	450	14.4	1.01	12
千葉県	275	11.0	335	12.6	1.15	15	350	13.0	1.03	11
東京都	630	11.8	808	14.8	1.26	4	815	14.8	1.00	16
神奈川県	369	10.5	522	14.0	1.33	1	501	13.1	0.94	31
新潟県	255	22.3	272	23.5	1.05	34	234	20.3	0.86	43
富山県	89	16.9	96	18.2	1.08	28	101	19.1	1.05	8
石川県	69	12.8	75	13.6	1.06	32	78	14.2	1.04	9
福井県	49	13.1	52	13.6	1.04	36	56	14.7	1.08	5
山梨県	56	14.4	53	13.3	0.92	47	58	14.4	1.08	4
長野県	157	15.8	170	16.8	1.07	31	154	15.3	0.91	39
岐阜県	151	15.7	156	16.1	1.02	41	165	17.0	1.06	7
静岡県	181	10.8	210	12.3	1.13	17	193	11.2	0.92	37
愛知県	368	12.3	452	14.5	1.19	8	455	14.5	1.00	17
三重県	106	12.7	131	15.3	1.20	6	117	13.6	0.89	42
滋賀県	69	12.3	77	12.8	1.04	37	84	13.5	1.06	6
京都府	156	12.9	177	14.4	1.12	20	174	14.3	0.99	22
大阪府	469	11.7	607	15.2	1.29	2	564	14.2	0.94	33
兵庫県	311	12.5	376	14.6	1.17	11	370	14.2	0.97	25
奈良県	74	11.3	87	12.7	1.12	19	87	12.7	1.00	19
和歌山県	82	16.1	87	17.0	1.05	33	86	16.9	0.99	21
鳥取県	40	13.9	39	13.3	0.96	45	38	12.9	0.97	24
島根県	63	17.2	60	16.7	0.97	43	61	16.9	1.01	14
岡山県	103	11.4	117	12.8	1.12	21	96	10.4	0.81	46
広島県	167	12.7	182	13.6	1.07	30	178	13.3	0.98	23
山口県	97	13.0	113	15.4	1.18	10	111	15.3	1.00	20
徳島県	53	13.5	49	12.5	0.92	46	42	10.6	0.84	45
香川県	64	13.4	62	12.9	0.96	44	56	11.6	0.90	41
愛媛県	96	13.4	106	14.7	1.10	24	107	14.8	1.01	15
高知県	55	14.1	57	14.5	1.03	38	62	15.8	1.08	3
福岡県	266	11.8	332	14.0	1.19	7	323	13.4	0.96	27
佐賀県	48	11.6	52	12.4	1.07	29	40	9.6	0.77	47
長崎県	86	11.8	95	13.0	1.11	23	105	14.5	1.12	1
熊本県	102	11.8	132	14.8	1.26	3	129	14.3	0.97	26
大分県	73	12.4	84	14.4	1.16	13	92	15.6	1.09	2
宮崎県	88	16.1	99	17.8	1.11	22	92	16.4	0.92	36
鹿児島県	127	15.0	131	15.2	1.02	42	112	13.0	0.85	44
沖縄県	52	9.6	68	11.8	1.22	5	67	11.2	0.95	29

10歳以上の男

1998—2002年

自殺死亡率  
(人口10万人  
当たり)



2003—2004年

自殺死亡率  
(人口10万人  
当たり)

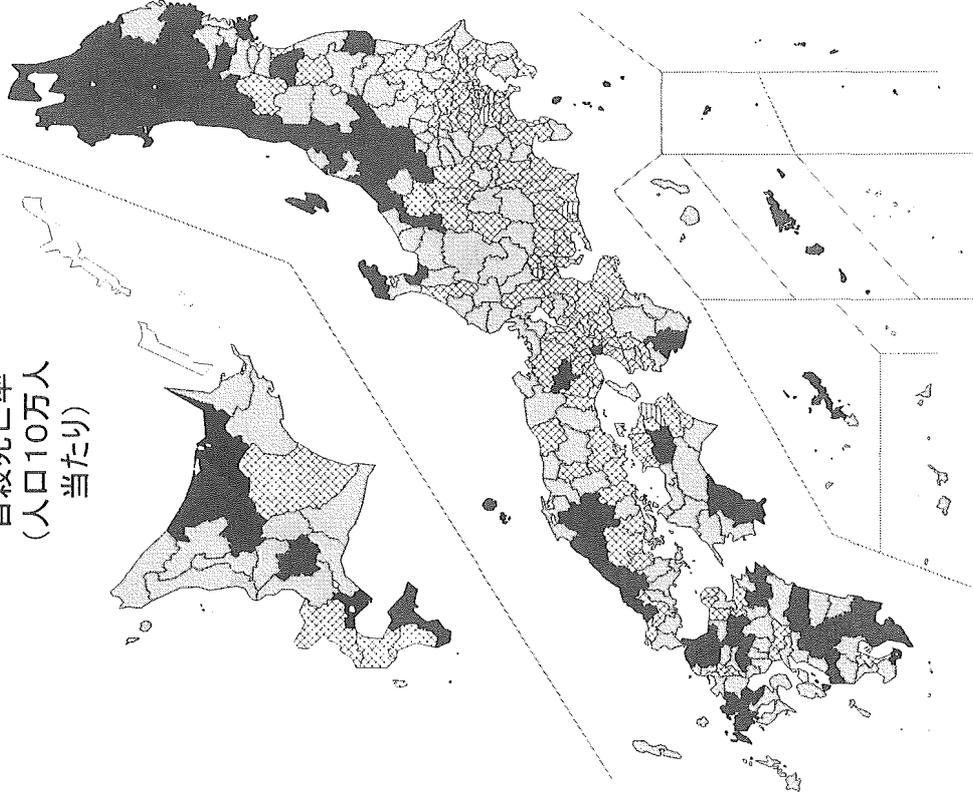


図2-1 二次医療圏別の自殺状況