

自殺者数年次推移(東京都区部 1946-2004年)

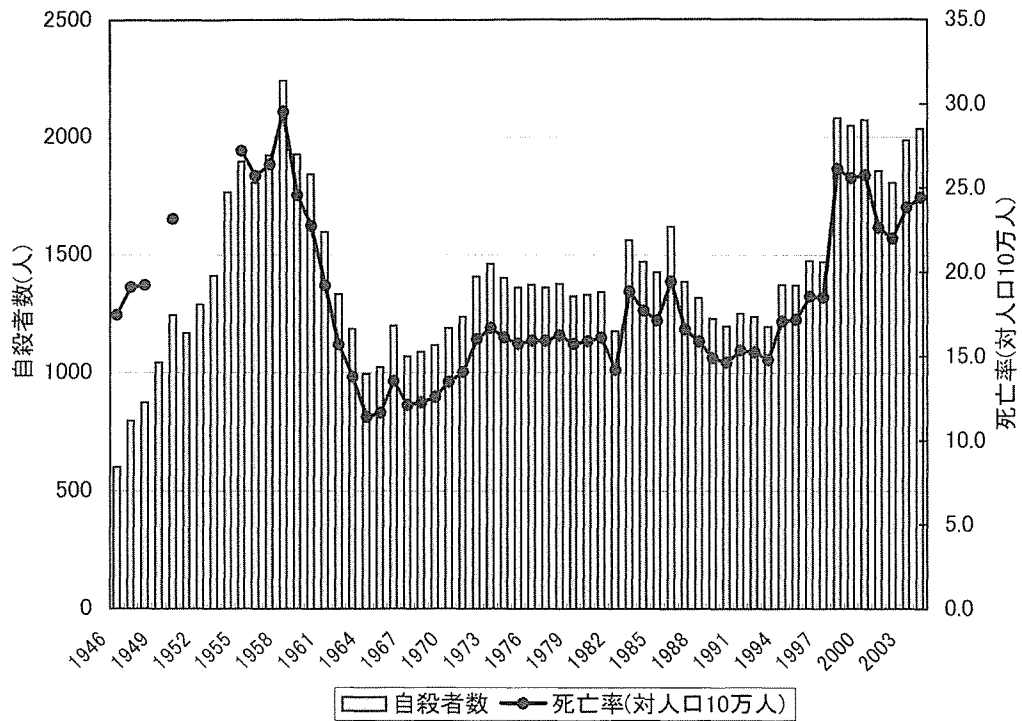


図 1a

自殺者数年次推移(全国 1946-2003年)

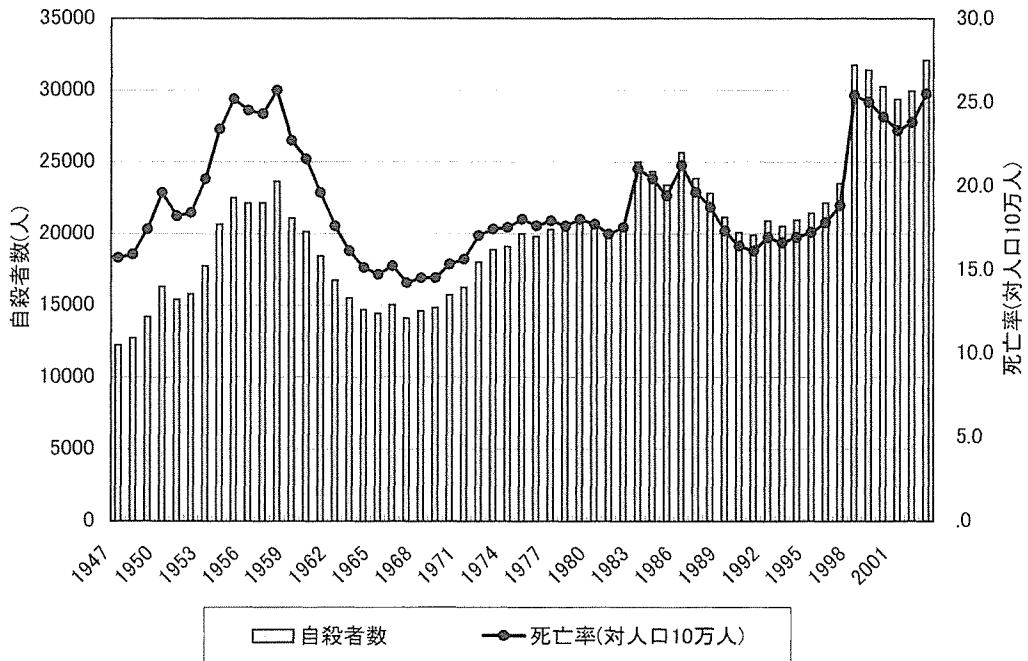


図 1b

図 1. 自殺者数の年次推移
1946～2004 年の東京都区部 (図 1a) と全国 (図 1b) の自殺者数 (棒グラフ) と自殺率 (折れ線グラフ) ;
人口 10 万人当たりの自殺者数)

結 果

1. 東京都監察医務院の検案データにみる自殺数の年次推移

1946～2004年東京都区部の自殺者数の推移をみて

みると、自殺者実数、人口10万人当たりの自殺者数共に1950年代に引き続いて1998年以降ピークを迎えている(図1a)。これを全国統計(図1b)と比較すると、1950年代と1998年以降の急激な増加傾向は全国統計でも同様であったが、全国統計では東京都区部とは異

動機別自殺者数(東京都区部)

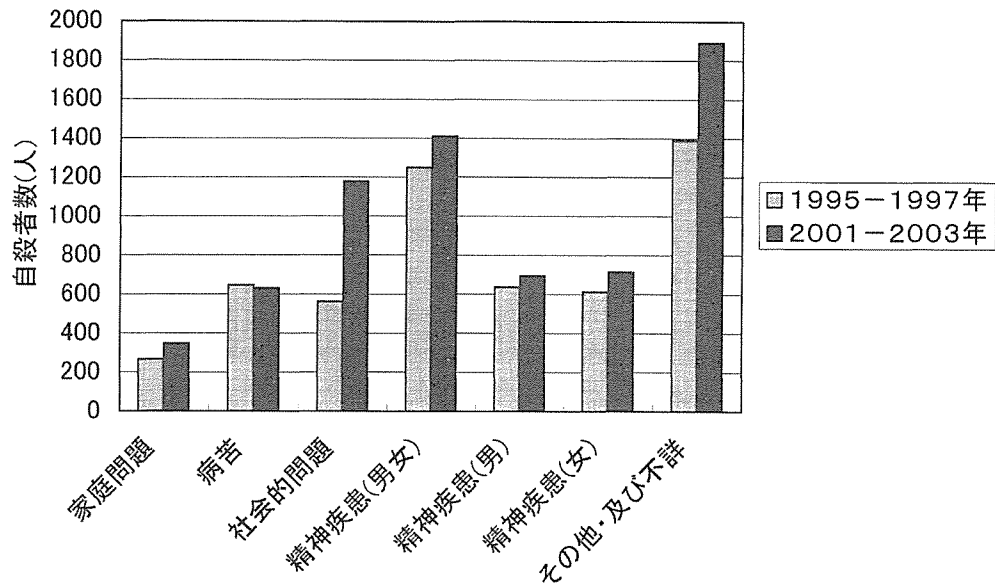


図 2a

動機別自殺者数(山形県)

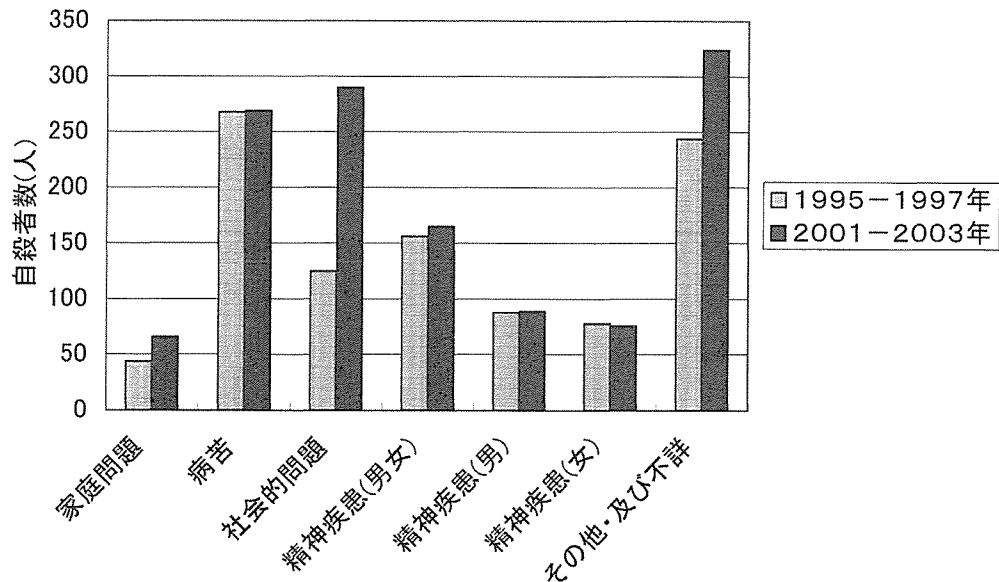


図 2b

図 2. 自殺の動機

自殺者数増加前(1995～1997年; ピーク前)と増加後(2001～2003年; ピーク後)で比較した。また、東京都区部(図2a)と山形県(図2b)との自殺者数も比較した。

なり1950年代よりも1998年以降の方で自殺者数が多くなっていた。逆に死亡率では東京都区部、全国ともに1950年代の方が1998年以降よりもやや高くなっていた。

これらの年次推移の傾向から、東京都区部ないし全国の自殺者数が増加する前の1995～1997年の3年間（以下ピーク前）と増加後のピークを迎えている2001～2003年の各3年間（以下ピーク後）とで自殺者数を比較し、自殺者数増加の要因と精神疾患との関連を検討することとした。

2. 自殺の動機

検案時に警察官または遺族から聴取した内容に基づく主な動機を（図2a）に示すと、「その他・不詳」が一番多かった。次いで「精神疾患」が全体の30%（ピーク前）、26%（ピーク後）を占めていた。また、ピーク前後で最も自殺者数の変動が著しかった動機は「社会的問題」であった。

また、自殺の動機を山形県の統計（図2b）と比較すると、山形県では「その他・不詳」が一番多かった点と、ピーク前後で最も自殺者数の変動が著しかった動機は「社会的問題」であった点は共通していた。しかしながら、「精神疾患」は「病苦」に次いで3番目にあげられ、比率は全体の19%（ピーク前）、15%（ピーク後）と東京都区部に比較して低かった。

一方、両地域においても、ピーク前後で精神疾患を動機とした自殺者数に大きな変動はなく、また男女差

にも大きな差はみられなかった。

3. 精神疾患の既往歴がある自殺者

東京都監察医務院の死体検案調書に精神疾患既往歴記載のある自殺者数は、1995年～2004年の年次推移では466～709人で、全自殺者数に対する比率は30～38%とピーク前とピーク後で特に変化はみられなかった。またいずれの年も男女の差は比較的少なかった。（図3）

精神疾患の既往歴のある自殺者数は全国統計や山形県の統計資料には記載がなく他地域との比較はできなかった。

4. 精神疾患別自殺者

精神疾患の既往歴のある自殺者について精神疾患名を調べたところ、ピーク前後ともうつ病が最も多く、精神疾患のうちピーク前で53%、ピーク後で66%を占めた。またうつ病の比率は女性の方が高かったが、一般的に疾患内容の男女差は少なかった。（図4）なおここでは既往精神疾患として非定型精神病、抑うつ状態、器質性脳障害、人格障害など前述の3精神疾患に分類が困難な疾患、新たに提唱された疾患概念、病名不詳な症例は疾患別自殺者数に含めなかった。

年齢階層別に精神疾患名の割合をみてみると、若年者に統合失調症の割合が多いのに対し、40歳代後半以降ではうつ病の割合が顕著に高くなり、高齢者になるに従いこの傾向は強くなっていった。（図5）

精神疾患既往歴のある自殺者数(東京都区部 1995-2004年)

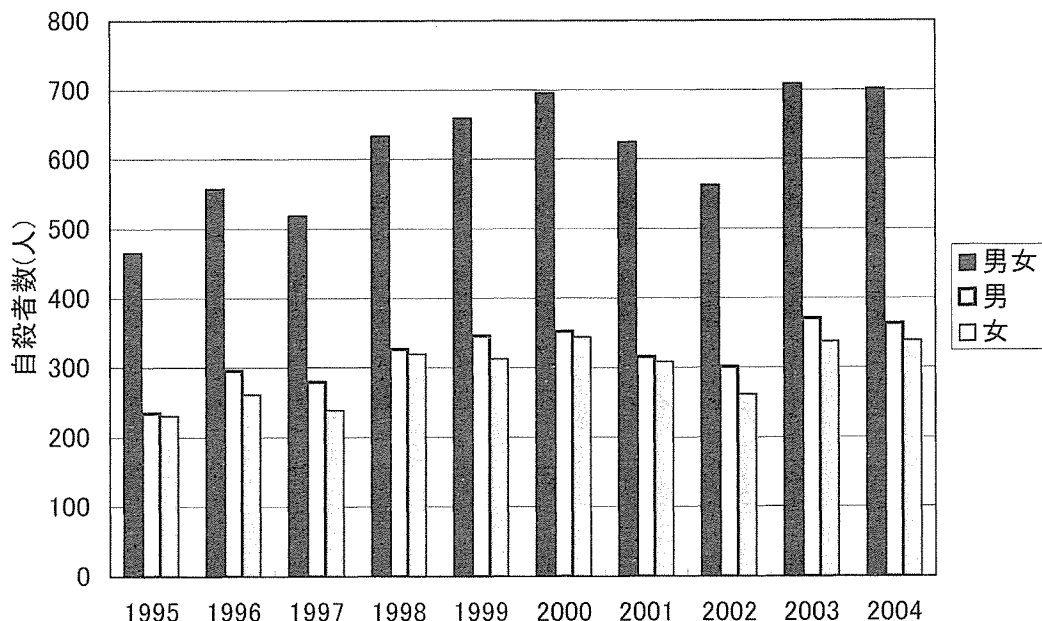


図3. 精神疾患の既往歴がある自殺者数の年次推移（東京都区部；1995年～2004年）

疾患別自殺者数(東京都区部)

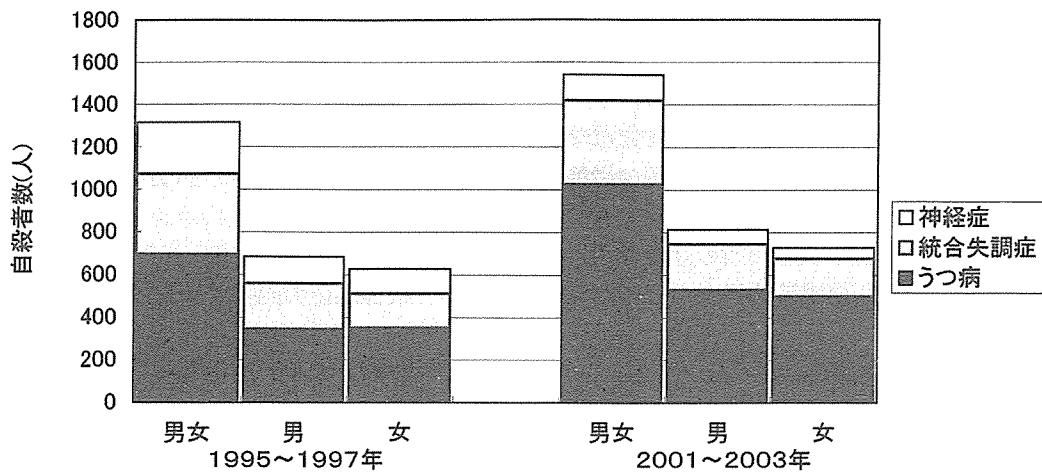


図4. 精神疾患別自殺者 (東京都区部; ピーク前とピーク後との比較)

精神疾患の既往歴のある自殺者数 (年齢階層別; 東京都区部 1995年~2003年)

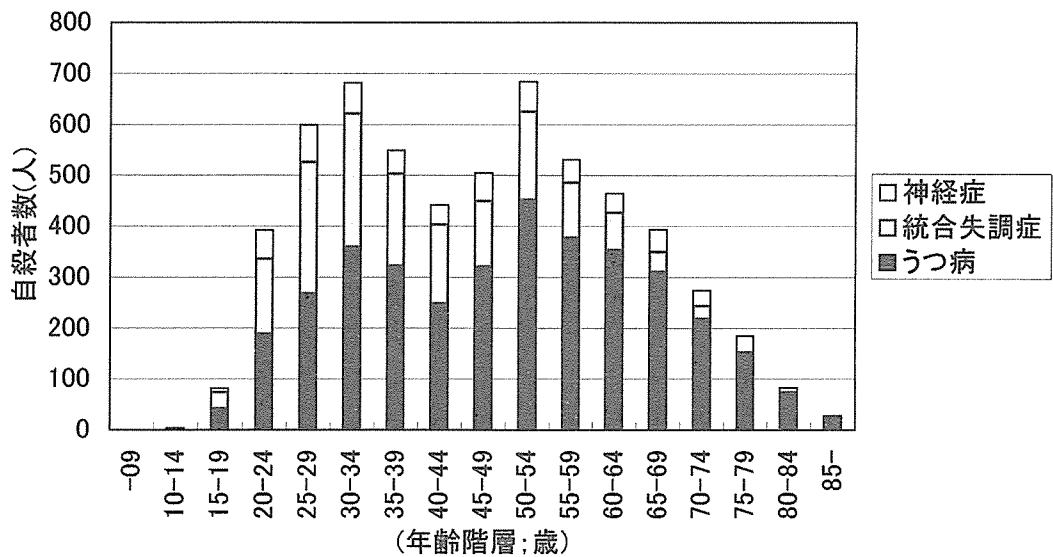


図5. 年齢階層別の精神疾患別自殺者数 (東京都区部; 1995年~2003年)

考 察

自殺の動機は必ずしも単一ではなく、複数の要因が影響を及ぼしあっていると考えられる。従って短時間に警察官や監察医が遺族から事情聴取するのみで正確な動機が解明されるわけではない。ここで挙げた動機にはこれらの問題点を抱えているが、複数ある自殺要因の中で表在化している主問題点を反映していると思われる。さらに動機のカテゴリ分け方法は機関により異なり、東京都監察医務院が「家庭問題」「病苦」「精神疾患」「社

会的問題」「その他・不詳」の5分類としているのに対して、山形県警察では「家庭問題」「病苦」「精神疾患」の他に「生活苦」「結婚問題」「異性問題」(本論文ではこれらは家庭問題に分類した)、「仕事の悩み」「学業苦」「借金、事業不振」「訴訟関係」(本論文ではこれらは社会的問題に分類した)、「厭世」「その他」「不明」(本論文ではこれらはその他・不詳に分類した)と細分化されているなどの差がある。

また東京都監察医務院の検案調書についても、死亡に至る状況や精神疾患の詳細の記載方法については監

察医個々の判断によるところが多く、統一した統計情報に欠ける部分もある。特に自殺未遂歴や精神疾患の程度などは記載が任意であるため、現実のデータとして利用できるか判断しかねることもある。しかし、東京都区部の全数調査であり、医師の立場から作成された書類であるため地域の自殺の実態把握には貴重な資料である。さらに死因や死亡機序の他に周囲の情勢をデータに加えることによって、地域住民や勤労者の健康や衛生状態の把握と向上に貢献しうる基礎情報を提供しうることから、監察医務機関の新たな意義が見出される。

1. 自殺者数の推移と地域差

1946年から2004年までの自殺者数と地域人口10万人当たりの死亡率について東京都区部と全国とで比較すると、1950年代後半と1998年以降に急増傾向を示している点では共通しているが、死亡率のピークは1950年代後半の方が両者ともやや高く、その傾向は東京都区部で顕著に見られている。また自殺者数増加は全国的傾向であるが、東京都区部では年次毎の増減が激しい、これは母集団の規模の他に大都市の人の流出の激しさ、都市情勢の変動の激しさが関係していると思われる。

一方、1950年代も第二次世界大戦後の体制が固まりつつある変動の時期である上に、過去の現象であるため自殺急増の要因を分析検討しやすいと考えられる。従って現在の自殺者数急増の原因と対策を検討する上で、1950年代の自殺者数増加要因を検証することが参考となりうると思われる。

2. 自殺者数急増の要因と自殺動機

自殺者急増前後（ピーク前後）の自殺動機を見ると、社会的問題を動機とする自殺者が急増している点が注目されこれは東京都区部と山形県ともに共通にみられる。社会情勢をみても負債や雇用不安などが顕著となりうる時期とも一致していることから、1998年以降の自殺者数急増の要因にリストラや借金などの社会的問題が深く関わってきていることがこのデータからも確認できる。ただし、社会的問題といっても様々な要素があるため、さらなる社会情勢の分析を要すると思われる。

また、自殺動機のうち「病苦」の占める比率は、山形県が東京都区部に比較して著明に高い。これは、高齢者人口の比率、病院数や医師数など医療資源、さらに脳血管障害などの慢性化に伴う介護問題などに地域差が生じているためと考えられる。

一方、「精神疾患」は特に東京都区部で動機の上位にあり、しかもピーク前後での自殺者数に大きな変化が

生じていない。さらに東京都区部に関しては精神疾患を既往に持つ自殺者には年次の変化と男女差が少ないことが特徴にあげられる。これは男性の自殺者が社会状況に大きく影響されるのに対して、女性の自殺者は個人の性格や精神神経学的問題に依存していることが考えられる。さらに、精神疾患が直接自殺動機とはなくても、精神疾患の適切なコントロールが、社会情勢や地域情勢の変化にかかわらず自殺者数抑制に大きく関係すると思われる。

3. 精神疾患の内容と年齢的特徴

自殺者に精神疾患既往歴を持つ例が多いことは、張[12]や神庭、高橋[14]の報告にもあるが、黒崎ら[15]が東京都区部の自殺者と精神疾患との関連をみると全自殺者の約3分の1に精神疾患が認められることを指摘している。精神疾患の既往を持つ自殺者全例が精神疾患を動機として自殺するわけではないが、精神疾患、特にうつ病が自殺の危険因子であることは十分考えられるため、自殺者の精神疾患の既往を把握することは自殺予防対策をとる上で重要と考える。

東京都区部の精神疾患の内容と自殺者数との関係を見てみると、うつ病が1番多く、特に女性にこの傾向が強い。医療機関を対象とした患者調査では統合失調症うつ病の受診者数がほぼ同数との報告[16]もあるが、対象症例により異なる結果が生じうると考えられる。この傾向はピーク前後で特に変化は見られない。また、年齢階層別に見ると若年者では統合失調症の割合が高く、高齢者層ではうつ病の割合が急激に高くなる。これは精神疾患そのものの有病率が年齢階層間で差があることも関係すると思われるが、うつ病が感情障害と呼ばれる様に自殺行動に向かう様な病的感情を特徴としているためと考えられる。

ま と め

東京都監察医務院の事業概要と死体検案調書を用いて、自殺者の実態を特に精神疾患の既往を中心にして調査した。また全国統計や山形県の統計データとも比較して地域差も検討するとともに、また自殺者数が急変する前の1995～1997年の3年間と、急変後の2001～2003年の3年間について、データを比較して自殺者数増加の要因と背景についても検討を試みた。

その結果、1998年を境にした自殺者数の増加前後で自殺動機にはリストラなどの社会的問題が増加していることから、自殺増加の要因として社会問題が大きいたことが確認できた。一方東京都区部では社会的問題に次いで精神疾患が自殺動機として大きく、精神疾患を

動機とする自殺者数,あるいは精神疾患を既往歴に持つ自殺者数にはあまり大きな年次推移がみられなかった。従って精神疾患のコントロールは社会情勢にかかわらず自殺者抑制に一定の効果をもたらす可能性が示唆された。また,精神疾患の内訳では若年者で統合失調症が比較的多いが中高年者ではうつ病が多いことも判明した。

謝 辞

本研究にあたって,貴重な資料を提供してくださった山形県警察本部捜査第一課に深謝いたします。また,本研究は平成17年度厚生労働科学研究費補助事業(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(主任研究者 北井暁子)」の補助を受けた。

文 献

- 1 西丸與一,津田征郎. 過去20年間横浜市大法医学教室において取扱った自殺例の統計的考察—1952~1971年—. 日法医誌1973; 27: 87-106.
- 2 高橋節典,香川昌人,稲垣 徹,塩野 寛,上田 寛. 島根県における自殺の統計学的検討(1982~1985)一年次別,月別の変動. 法医学の実際と研究1988; 31: 319-325.
- 3 高橋節典,間瀬田千香暁,田部浩一,松原和夫,赤根 敦,塩野 寛,中島敏郎. 島根県における自殺の統計的検討(1982~1985)—自然および社会環境との関連性について—. 法医学の実際と研究1989; 32: 323-328.
- 4 山本好男,山田光子,福永龍繁,龍野嘉紹. 滋賀県における自殺例の統計的考察. 日法医誌1990; 44: 190-198.
- 5 細江洋之,内田英成,山本秀孝,羽場喬一,朴 豊源,北島正義. 三重県における10年間の中毒死自

殺例の統計的検討. 法医学の実際と研究1992; 35: 367-370.

- 6 塩野正武,尾形 親,松村父征生,何 頌躍,袖崎賢一郎,藤谷 登,的場梁次. 佐賀県下における自殺例の疫学的研究1981年-1990年. 法医学の実際と研究1992; 35: 371-380.
- 7 伊藤洋子,木村博司,上村繁雄,安達淑子. 久留米市における最近5年間の自殺例の統計的検討. 犯罪誌1992; 58: 65-74.
- 8 杉山静征,巽 信二,佐野嘉則,小西 聡,野田裕司,山口真由,吉村昌雄. 最近10年間の大府内における自殺例の統計的観察(1980年~1989年). 犯罪誌1993; 59: 62-82.
- 9 吉岡尚文ら. 平成7~8年文部省科学研究費補助金研究「日本人の自殺の実態把握と予防医学へのアプローチ」研究成果報告書(研究代表者 吉岡尚文). 平成9年3月.
- 10 吉岡尚文. 日本人の自殺—我々にその減少をはかれるか?—. 日法医誌1998; 52: 286-293.
- 11 Robins ER, Murphy GE, Wilkinson RH. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Am J Public Health 1959; 49: 888-899.
- 12 張 賢徳. 現代人の自殺. 日医雑誌2003; 129: 1606-1610.
- 13 東京都監察医務院編. 東京都監察医務院事業概要平成8年版~平成16年版. 東京: 東京都監察医務院, 1996-2005.
- 14 神庭重信,高橋祥友. 自殺予防の精神医学. 精神経誌2005; 107: 1068.
- 15 黒崎久仁彦,栗岩ふみ,加納節夫,原 修一,中村俊彦,遠藤任彦. 東京都23区内における精神障害者の自殺傾向. 日法医誌2004; 58: 169.
- 16 副田秀二,中村 純,高橋法人,金澤耕介,新開隆弘. 精神科受療中の患者の自殺—福岡県内の症例を中心に—. 精神経誌2003; 105: 1254-1266.

保健統計からみた自殺死亡の実態

藤田利治

国立保健医療科学院 疫学部



自殺死亡は1998年に急増し、年間31,755人と死亡統計始まって以来、最も多いものとなった。この急増は前年の23,494人と比べて35%増（男41%増、女24%増）と急激なものであり、以降の年次においても3万人前後の発生が続き、2003年には32,109人と史上最悪を更新した（厚生労働省人口動態統計）。

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。本稿では、保健統計（厚生労働省人口動態調査）に基づいて、健康日本21が目標としている2万2千人未満であった1989年から1995年までの7年間と比較し、1998年以降の自殺死亡の特徴を整理する。

性別、年齢についての特徴

男性では、1989～1995年から自殺急増初期（1998～2000年）にかけての15歳以上の自殺死亡率（人口10万人当たり。以下、同じ。）は26.1から41.8へと60%上昇した。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、20をはるかに超える激しいものであった。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%を超える激増がみられた。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、男性での増加がその84%を占め、また、4分の3以上は15歳から69歳までの男性における増加によるものであった。特に、45歳から69歳までの中高年男性の増加は全増加の62%に相当していた。

1998～2000年の自殺死亡数に占める男性の割合は71%であった。

女性では、1989～1995年から1998～2000年にかけての15歳以上の自殺死亡率は13.9から16.3へと17%増であった。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。

最近（2003～2004年）の状況には自殺急増初期（1998～2000年）と比べて、いくつかの変化が起きている。図1には、両期間の年齢分布を示した。2003～2004年には、男性では25

歳から54歳までの各5歳階級で自殺死亡率が高くなり、一方、75歳以上では低下した。女性においても、高年齢での自殺死亡率の明らかな低下がみられた。増加状態にある自殺死亡の若い年齢方向へのシフトは、留意すべき点のひとつである。

自殺死亡急増の地理的特徴

自殺死亡率を横断的にみるならば、東北地方（秋田県、岩手県、青森県）および南九州地方（宮崎県、鹿児島県など）で自殺死亡率が高いことが知られている。しかしながら、自殺死亡の増加という変化は、全国一様に起きて

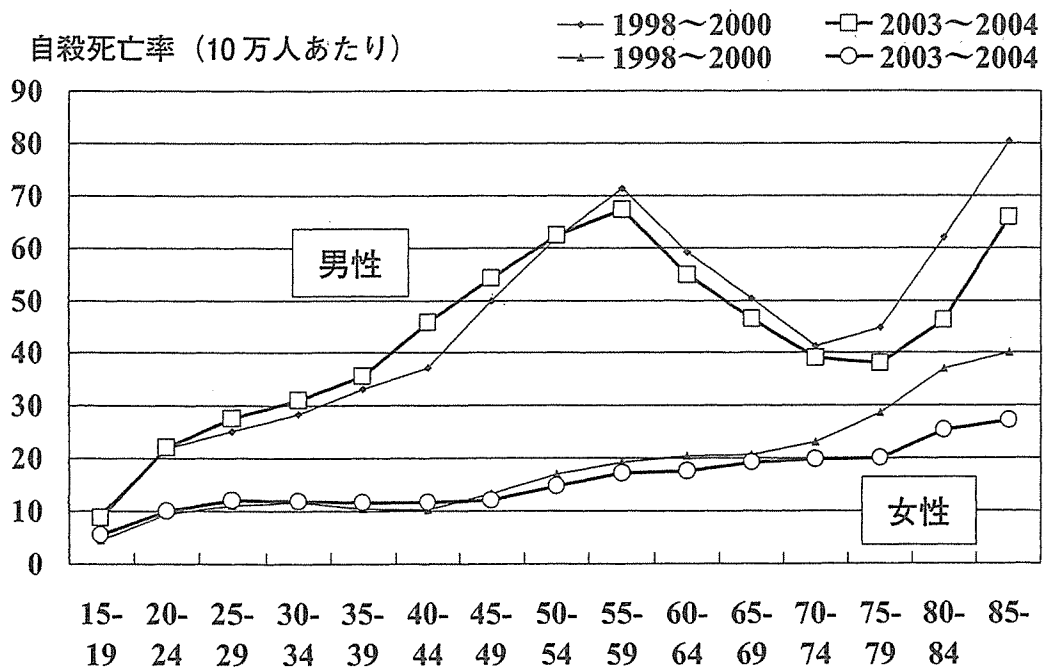


図1 性別・年齢階級別の自殺死亡率

いたわけではない。

都道府県別の男性の自殺死亡率とその変化を、**図 2** に示した。人口規模の順においては、自殺死亡数が 22,000 人を下回っていた 1989～95 年の自殺死亡率は、人口規模高位 10 都道府県では全国と比べて概して低い傾向にあった。1989～1995 年から 1998～2000 年にかけての自殺死亡率比の増大が最も著しかったのは、男性では大阪府であり、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。しかしながら、1998～2000 年と比べた 2003～2004 年の自殺死亡率比はこれら大都市を含む都道府県では概して小さく、最近の一段の自殺死亡増加にはほとんど関与していなかった。

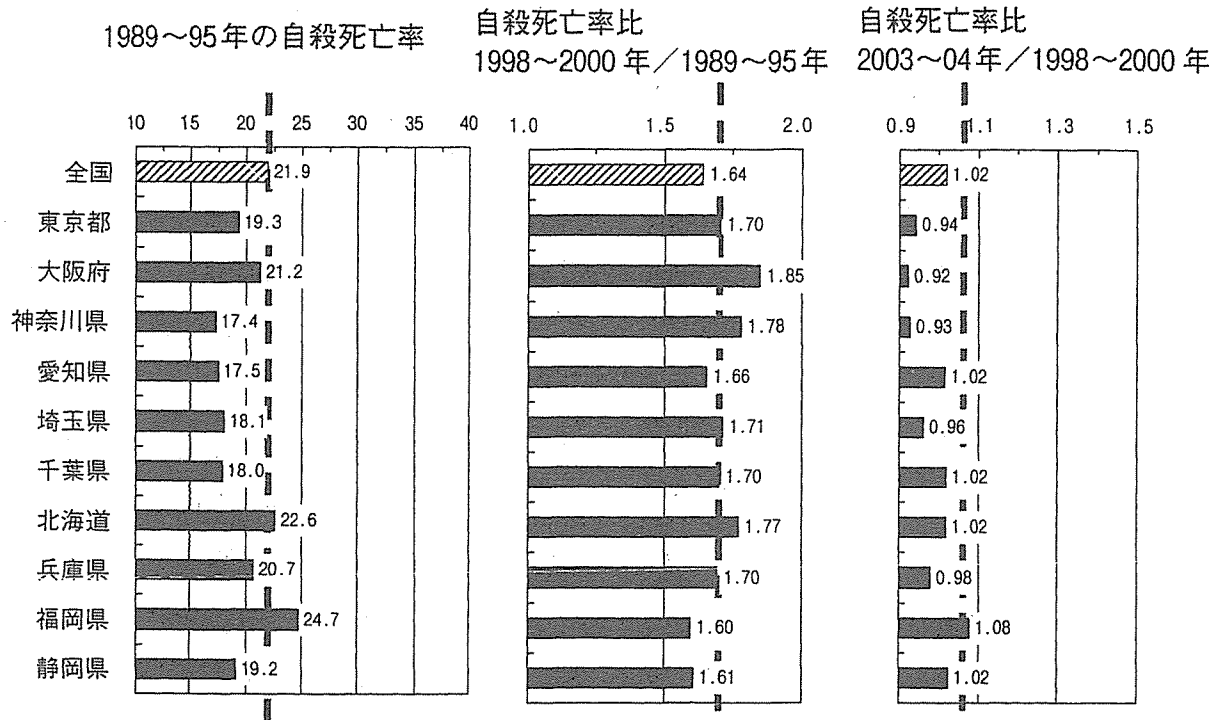
1989～95 年の男性の自殺死亡率が高位の 10 県においては、1998～2000 年における自殺死亡率比の増大は全国と比べて著しいものではなかった。しかし、1998～2000 年と比べた 2003～2004 年の自殺死亡率比は全国を上回る県が多く、最近では従来から自殺死亡率が高かった県において顕著な増加が起きていた。懸念されていた自殺死

亡増加の大都市から地方への変化が確認された。

職業、配偶関係と自殺死亡

職業の有無は、自殺死亡と強い関連がある。人口動態調査では国勢調査年度に職業が調査されるが、**表 1** に 1995 年度と 2000 年度について職業の有無別・年齢階級別の男性の自殺死亡状況を示した。男性人口に占める無職者の割合は 1995 年度の 18.7% から 2000 年度の 29.1% へと増大したが、1995 年度から 2000 年度にかけて増加した自殺死亡数 8,090 人の 48% に当たる 3,915 人が無職者であった。近年の自殺死亡増加は、無職者の増加と強く関連している。無職者には完全失業者とともに、家事・通学・高齢などのため仕事をもたない非労働力人口が含まれている。しかし、無職者のうち 50 歳から 69 歳までの 5 歳年齢階級では概ね 2 倍という著しい自殺死亡数の増加がみられた。この年齢階級には失業や退職直後のものが多く含まれていると考えられる。また、45 歳から 59 歳までの 5 歳年齢階級での自殺死亡率（人口 10 万人当たり）は 200 を超える極めて高率であり、自殺死亡への失業の影響

(1) 人口規模の高位 10 都道府県



(2) 1989～1995年の自殺死亡率の高位 10 都道府県

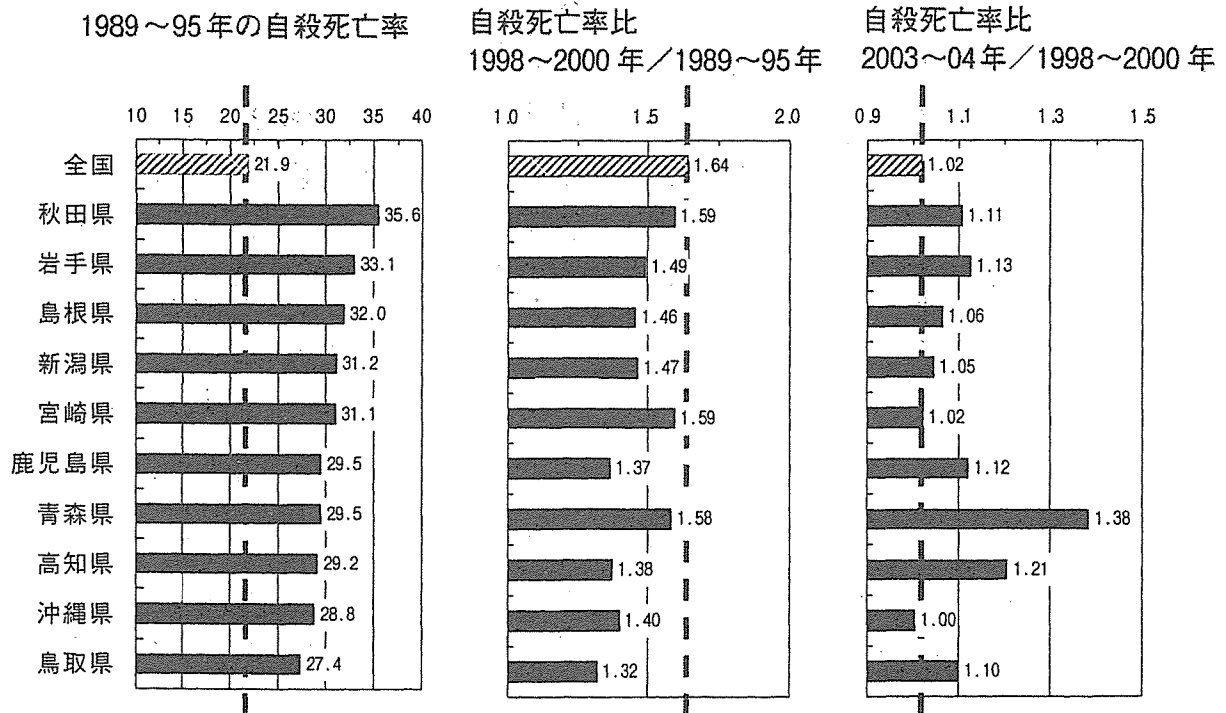


図2 都道府県別の自殺死亡率とその変化 (男性)

表1 職業の有無・年齢階級別の自殺死亡（男性）

	自殺死亡数			自殺死亡率（/10万）		
	1995年度	2000年度	比	1995年度	2000年度	比
男性	13,958	22,048	1.58	27.5	42.3	1.54
無職者	5,987	9,902	1.65	48.9	70.8	1.45
15～24歳	630	830	1.32	12.3	18.1	1.46
25～34歳	627	958	1.53	121.8	124.3	1.02
35～44歳	602	897	1.49	170.6	207.4	1.22
45～49歳	484	695	1.44	205.4	258.8	1.26
50～54歳	524	1,059	2.02	240.2	300.4	1.25
55～59歳	514	1,161	2.26	161.4	273.7	1.70
60～64歳	635	1,079	1.70	60.3	85.5	1.42
65～69歳	492	1,024	2.08	37.0	61.1	1.65
70～74歳	431	786	1.82	37.8	46.0	1.22
75歳～	1,047	1,403	1.34	52.1	56.2	1.08
就業者	7,971	12,146	1.52	20.9	32.9	1.57
15～24歳	389	458	1.18	9.3	14.0	1.50
25～34歳	1,051	1,547	1.47	13.4	18.9	1.40
35～44歳	1,402	1,944	1.39	17.6	26.5	1.50
45～49歳	1,216	1,478	1.22	24.2	36.1	1.49
50～54歳	1,266	2,111	1.67	30.5	44.4	1.46
55～59歳	1,036	1,915	1.85	29.3	50.6	1.73
60～64歳	704	1,141	1.62	28.0	47.5	1.70
65～69歳	366	670	1.83	22.4	41.9	1.87
70～74歳	187	340	1.82	23.7	38.3	1.62
75歳～	207	306	1.48	38.4	51.8	1.35

響を端的に示している。一方、就業者においても、50歳代での自殺死亡数の増加が著しかった。

配偶関係によっても自殺死亡率は大きく異なる。表2に1995年度と2000年度の配偶関係別の自殺死亡状況を性別に示した。男性の15歳以上に占める離別者の割合は2.7%に過ぎないのに対して、自殺死亡数増加の19%は離別者が占めており、相対的に大きな

問題であるといえる。2000年度の離別者での自殺死亡率は209と著しく高率であり、また死別者でも100を超えていた。女性においても、男性に比べて低いものの、離別者および死別者での自殺死亡率は30を超える高率であった。

おわりに

自殺とはうつ病が関連するととも

(表1のつづき) 職業の有無・年齢階級別の自殺死亡(女性)

	自殺死亡数			自殺死亡率(/10万)		
	1995年度	2000年度	比	1995年度	2000年度	比
女性	7,064	8,643	1.22	13.2	15.7	1.19
無職者	4,358	5,186	1.19	18.8	21.9	1.16
15～24歳	317	353	1.11	6.3	7.9	1.25
25～34歳	439	660	1.50	12.5	19.0	1.51
35～44歳	444	495	1.11	14.2	17.2	1.21
45～49歳	381	359	0.94	22.6	26.4	1.17
50～54歳	438	564	1.29	27.2	31.1	1.14
55～59歳	406	558	1.37	22.3	28.8	1.29
60～64歳	469	586	1.25	19.6	23.8	1.21
65～69歳	469	586	1.25	19.6	23.8	1.21
70～74歳	464	611	1.32	18.8	21.8	1.16
75歳～	1,412	1,619	1.15	33.0	30.4	0.92
就業者	1,773	2,260	1.27	7.0	8.9	1.27
15～24歳	159	184	1.16	4.1	5.9	1.44
25～34歳	264	406	1.54	5.7	7.5	1.33
35～44歳	223	284	1.27	4.3	5.9	1.36
45～49歳	207	200	0.97	5.8	6.6	1.14
50～54歳	259	325	1.25	9.1	9.7	1.07
55～59歳	207	254	1.23	9.4	10.3	1.10
60～64歳	144	195	1.35	9.9	13.2	1.33
65～69歳	105	134	1.28	11.6	14.8	1.28
70～74歳	76	96	1.26	16.1	18.3	1.14
75歳～	108	156	1.44	37.3	41.9	1.12

表2 配偶関係と自殺死亡

	自殺死亡数			自殺死亡率(/10万)		
	1995年度	2000年度	比	1995年度	2000年度	比
男性	14,188	21,598	1.52	28.0	41.6	1.49
有配偶	7,127	10,919	1.53	22.4	34.0	1.52
未婚	4,17	5,946	1.42	25.7	36.1	1.40
死別	1,092	1,414	1.29	85.3	101.6	1.19
離別	1,515	2,930	1.93	135.8	209.0	1.54
女性	7,166	8,579	1.20	13.3	15.6	1.17
有配偶	3,223	3,803	1.18	10.2	11.9	1.17
未婚	1,304	1,694	1.30	10.1	13.0	1.29
死別	2,057	2,201	1.07	30.0	30.6	1.02
離別	533	830	1.56	27.1	34.6	1.28

に、社会・経済的な状況とも強く関連している。1998年に急増した自殺死亡の最近の様相は社会・経済的要因と

も関連して変化してきており、状況に対応した総合的な自殺対策が必要とされている。

カレント・トピックス

自殺対策基本法について

竹島 正*

1. はじめに

わが国の自殺による死亡者数は1998（平成10年）に前年の24,391人から32,863人に急増し、以後も減少することなく高い水準で推移している（図1）¹⁾。2005（平成17）年の自殺者数は32,552人であって、2005（平成17）年には1日当たり89.2人、1時間当たり3.7人が自殺で死亡していることになる。人口10万人あたりの自殺死亡率は25.3で、先進諸国でもきわだって高い。このように自殺予防はわが国の大きな問題となっている。

ここでは、1998（平成10）年の自殺死亡者数急増以降の自殺対策の経緯を振り返り、そのうえで自殺対策基本法の概略について説明し、その意義を明らかにするとともに、精神保健医療の課題について述べる。

2. 1998～2003年—厚生労働省を中心とした取り組み—

近年の自殺者数の急増が明らかになったのは、1999（平成11）年6月に公表された「平成10年中における自殺の概要資料」（警察庁生活安全局地域課）においてである²⁾。厚生労働省人口動態調査においても同様の実態が報告され、厚生労働省は2001（平成13）年度自殺防止のための普及啓発、研究事業等を開始し、2002（平成14）年1月には、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課で庶務を行うこととして「自殺防止

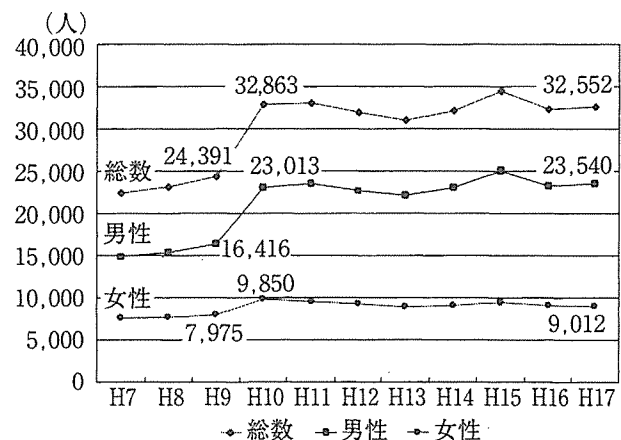


図1 わが国の自殺者数の推移（参考資料1より引用）

対策有識者懇談会」を設置した。その報告は2002（平成14）年12月に「自殺予防へ向けての提言」³⁾にまとめられ、継続的な実態把握、心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発、危機介入、ハイリスクアプローチとしてのうつ病対策、事後対策（自殺未遂者や自殺未遂者・死亡者の家族、友人等の周囲の者に対する相談・支援）等に取り組むことを提言している。また、自殺報道の影響、インターネット上の自殺関連情報に留意することの必要性が述べられ、自殺予防対策の推進には、各種の調査研究、相談体制の整備、情報発信、自殺予防対策の提案等を一括して行ういわゆる「自殺予防センター」機能が必要であると提言している。ここで提言された「自殺予防センター」機能は、後述の「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」に示された自殺予防総合対策センター（仮称）につながるものとして興味深い。この提言に示された早急に取り組むべき実践的自殺対策として、うつ対策は、「地域におけるうつ対

*国立精神・神経センター自殺予防総合対策センター開設準備室

〔〒187-0031 東京都小平市小川東町4-1-1〕

Tadashi Takeshima, M.D., Ph.D.: National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1, Ogawahigashi-machi, Kodaira-shi, Tokyo, 187-0031 Japan.

策検討会」のまとめである「うつ対策推進方策マニュアル」, 「うつ対応マニュアル」につながっていった^{4,5)}。うつ対策は, 全国各地の先駆的な取り組みの経験を踏まえ, 大規模共同研究によって効果的な介入方法に関するエビデンスを構築し, 今後の自殺防止対策に役立てる「自殺対策のための戦略研究」⁶⁾に発展したと考えられる。

また, 2000(平成12)年3月に策定された「21世紀における国民健康づくり運動」(健康日本21)は, 2010(平成22)年までを運動の期間として, ①1次予防の重視, ②健康づくり支援のための環境整備, ③目標等の設定と評価, ④多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進を基本方針としているが, 各論である「休養・こころの健康づくり」の中に「自殺者の減少」が含まれ, その数値目標が示されている。その内容は, 自殺は多くの要因が絡み合って起こるものの, うつ病は最も重要な要因であることから, 「うつ病等に対する適切な治療体制の整備等を図り, 自殺者を減少する」ことにより, 10年後の目標値として自殺者数を22,000人以下にするものである(基準値は平成10年厚生省人口動態統計の自殺者数31,755人)。健康日本21に自殺者数の減少が示されたことは, 都道府県等が, 健康づくりの中で自殺予防対策に取り組む契機となった。

以上のように, 1998(平成10)年の自殺者数の急増に対応して自殺予防対策が取り組まれるようになったが, その実施は厚生労働省の所管に属するものであり, 社会全体の取り組みには至らなかった。

3. 2005年以降—政府としての取り組みへ—

2005(平成17)年7月, 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」が行われた⁷⁾。この決議では, WHOが「自殺は, その多くが防ぐことのできる社会的な問題」であると明言している⁸⁾ことを踏まえ, 自殺を「自殺する個人を取り巻く社会」に関わる問題であると述べ, 政府において, これまでの自殺防止関連施策が十分に効果を発揮していない現状を検証するよう求めている。その上で, 自殺による死亡者数の減少と自殺死亡率の

表1 わが国における自殺対策の経緯

1998	自殺の急増(23,494人→31,755人)。
2001	厚生労働省で自殺予防対策を予算化
2002	自殺防止対策有識者懇談会「自殺予防に向けての提言」
2004	厚生労働省うつ対策検討会でうつ対策マニュアル策定
＜自殺死亡者数が3万人をこえる状態が続く＞	
2005年7月	参議院厚生労働委員会「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」
2005年9月	自殺対策関係省庁連絡会議発足
2005年12月	自殺対策関係省庁連絡会議報告「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」
2006年6月	自殺対策基本法成立

引き下げを図るとともに, 自殺した人の遺族や自殺未遂者に対するケアの充実を図るため, ①関係府省が一体となってこの問題に取り組む体制を確保すること, ②自殺の原因に多角的な検討を行い自殺の実態の解明に努めること, ③自殺問題全般にわたる取り組みの戦略を明らかにし, 個人を対象とした対策とともに社会全体を対象とした対策を重点的かつ計画的に策定すること, ④総合的な対策を実施していく「自殺予防総合対策センター(仮称)」を設置すること, ⑤遺族や自殺リスクの高い自殺未遂者に対する支援を実施することを政府に求めている。これと相前後して, 総務省は自殺問題に関係する様々な分野の専門家の意見のヒアリング等を行い, 調査結果を通知として示した⁹⁾。政府は, これらに対応して, 政府が一体となって自殺対策を総合的に推進するため「自殺対策関係省庁連絡会議」を設置し, 同年12月にその報告「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」¹⁰⁾を公表した。この報告は, 「種々の対策を講ずることにより, 当面は, 今後10年間で自殺者数を急増以前の水準に戻すこと」ことを目標として, ①自殺の実態分析の推進, ②自殺予防に関する正しい理解の普及・啓発, ③相談体制等の充実, ④その他の自殺予防対策, ⑤自殺未遂者のケア, ⑥自殺遺族・周囲の人々のケア, ⑦連携, ⑧目標及び今後の推進スケジュール等の8項が示され, 具体的な各省庁の役割も, 関係省庁ごとに示された。

2005年以降の経過は, それまで水面下にあっ

表2 自殺対策基本法の概要(参考資料10より引用)

○本法の目的
自殺対策を総合的に推進して、 <u>自殺の防止</u> を図り、あわせて <u>自殺者の親族等に対する支援の充実</u> を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること
○内容の概要
1 自殺対策の基本理念
① 自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、 <u>社会的な取組として実施されなければならないこと</u> 。
② 自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであることを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、 <u>自殺の実態に即して実施されるようにしなければならないこと</u> 。
③ <u>自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応</u> の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならないこと。
④ 国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の <u>相互の密接な連携</u> の下に実施されなければならないこと。
2 国、地方公共団体、事業主、国民のそれぞれの責務
3 政府による自殺対策大綱の策定と、国会への年次報告
4 国・地方公共団体の基本的施策
① 自殺の防止等に関する調査研究の推進並びに情報の収集、整理、分析及び提供の実施並びにそれらに必要な体制の整備
② 教育活動、広報活動等を通じた自殺の防止等に関する国民の理解の増進
③ 自殺の防止等に関する人材の確保、養成及び資質の向上
④ 職域、学校、地域等における国民の心の健康の保持に係る体制の整備
⑤ 自殺の防止に関する医療提供体制の整備
⑥ 自殺する危険性が高い者を早期に発見し、自殺の発生を回避するための体制の整備
⑦ 自殺未遂者に対する支援
⑧ 自殺者の親族等に対する支援
⑨ 民間団体が行う自殺の防止等に関する活動に対する支援
5 内閣府に、関係閣僚をメンバーとする自殺総合対策会議を設置

た、自殺対策は社会全体で取り組むべきであるという声が表面化し、政府の総合的な対策を求めていったものと考えることができる。2006(平成18)年6月に自殺対策基本法が成立するまでの経緯を表1にまとめる。

4. 自殺対策基本法の概要

自殺対策基本法の概要を表2¹⁰⁾示した。この法律の目的(第1条)は「自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること」である。

第2条には、①自殺の背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取り組みとして

実施されなければならない、②自殺の実態に即して対策を実施しなければならない、③事前予防、自殺発生の危機への対応および事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない、④国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の相互の密接な連携の下に実施されなければならない、という基本理念が示されている。

第3条には、国の責務(基本理念にのっとり、自殺対策を総合的に策定し、実施する)が、第4条には、地方公共団体の責務(基本理念にのっとり、自殺対策について、国と協力しつつ、当該地域の状況に応じた施策を策定し、及び実施する)が示されている。また、第5条には事業主の責務

(国及び地方公共団体が実施する自殺対策に協力するとともに、その雇用する労働者の心の健康の保持を図るため必要な措置を講ずるよう努める)が、第6条には、国民の責務(自殺対策の重要性に対する関心と理解を深めるよう努める)が示されている。そして、政府に自殺対策の大綱を定めること(第8条)、国会に年次報告を行うこと(第10条)を義務づけている。また、国・地方公共団体の基本的施策として、①調査研究の推進等、②国民の理解の増進、③人材の確保等、④心の健康の保持にかかる体制の整備、⑤医療提供体制の整備、⑥自殺発生回避のための体制の整備等、⑦自殺未遂者に対する支援、⑧自殺者の親族等に対する支援、⑨民間団体の活動に対する支援を挙げている(第11～19条)。そして、内閣府に関係閣僚をメンバーとする自殺総合対策会議を設置し、①自殺対策の大綱案の作成、②関係行政機関相互の調整等を行うこととしている。

5. 精神保健医療の課題

精神保健医療に求められる役割は、社会の発展とともに変化していく。その変化を図2に示した。精神保健医療は精神科病院等における施設ケアの技術として発展し、精神障害者のためのサービスを地域で提供する技術に展開しつつあるが、自殺対策は、精神保健医療に「社会をよくするシステムの一部」として機能することを求めている。自殺対策基本法の目的(第1条)、国・地方公共団体の基本的施策(第11～19条)には、精神保健医療・精神保健研究に期待される役割が示されている。「自殺対策基本法」は、超党派議員の議員立法として国会に提出され、可決、成立した。この法律では、自殺を単に個人の問題として片づけるのではなく、社会的に取り組むべき課題として位置づけた。我々は、これまでしばしば精神保健医療についての社会の関心の低さを嘆いてきた。また、ひきこもり、虐待、自殺等、精神保健が関与すべき問題が社会の話題になると、精神保健活動の必要性と重要性を語ってきた。自殺死亡3万人時代に精神保健医療はどのような戦略を

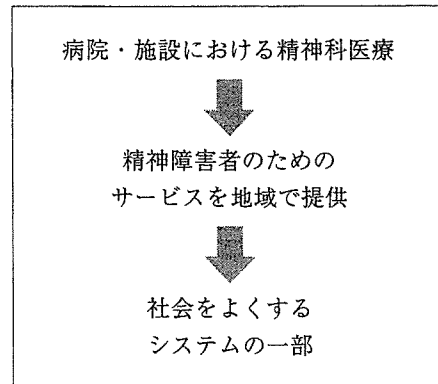


図2 精神保健医療の役割と発展

もっているのか、そのことが社会から問われている。

精神保健医療には、関係省庁が連携した形での総合的な自殺対策の展開の中で役割を果たしていくことが期待されている。

参考資料

- 1) 警察庁生活安全局地域課:平成17年中における自殺の概要資料, 2006.
- 2) 警察庁生活安全局地域課:平成10年中における自殺の概要資料, 1999.
- 3) 自殺防止対策有識者懇談会:自殺予防に向けての提言. 厚生労働省, 2002.
- 4) 厚生労働省地域におけるうつ対策検討会:うつ対策推進方策マニュアル—都道府県・市町村職員のために—, 2004.
- 5) 厚生労働省地域におけるうつ対策検討会:うつ対応マニュアル—保健医療従事者のために—, 2004.
- 6) J-MISP Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention—自殺対策のための戦略研究—(<http://www.jfm.or.jp/itaku/J-MISP/index.html>)
- 7) 参議院厚生労働委員会: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, 2005.
- 8) <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/print.html>
- 9) 総務省:自殺予防に関する調査結果に基づく通知, 2005.
- 10) 自殺対策関係省庁連絡会議:自殺予防に向けての政府の総合的な対策について, 2005.

IV. 研究班名簿

平成16年度
「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」
研究班名簿

主任研究者	上田 茂	国立精神・神経センター精神保健研究所	
分担研究者	石上 和男	新潟県福祉保健部健康対策課	
	影山 隆之	大分県立看護科学大学看護学部	
	川上 憲人	岡山大学大学院医歯学総合研究科	
	清水 新二	奈良女子大学生活環境部	
	高橋 祥友	防衛医科大学校防衛医学研究センター	
	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所	
	張 賢徳	帝京大学医学部附属溝口病院精神神経科	
	根本 嘉昭	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部	
	山崎健太郎	筑波剖検センター	
研究協力者	石塚 共實	秋田県健康福祉部健康対策課	
	宇田 英典	鹿児島県川薩保健所	
	小泉 典章	長野県精神保健福祉センター	
	小山 智典	国立精神・神経センター精神保健研究所	
	坂本 敦司	自治医科大学健診センター	
	立森 久照	国立精神・神経センター精神保健研究所	
	千村 浩	鹿児島県保健福祉部	
	橋本 康男	広島大学地域連携センター	
	福島 昇	新潟県精神保健福祉センター	
	藤井 紀男	厚生労働省健康局生活衛生課	
	藤田 利治	国立保健医療科学院	
	三宅 由子	国立精神・神経センター精神保健研究所	
	渡邊 直樹	青森県立精神保健福祉センター	
	事務局	山田 治子	国立精神・神経センター精神保健研究所

(50音順)

平成17年度
「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」
研究班名簿

主任研究者	北井 曉子	国立精神・神経センター精神保健研究所
分担研究者	石上 和男	新潟県福祉保健部健康対策課
	影山 隆之	大分県立看護科学大学看護学部
	川上 憲人	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
	清水 新二	奈良女子大学生活環境部
	高橋 祥友	防衛医科大学校防衛医学研究センター
	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
	張 賢徳	帝京大学医学部附属溝口病院精神神経科
	根本 嘉昭	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部
	藤田 利治	国立保健医療科学院
	山崎健太郎	筑波剖検センター
研究協力者	宇田 英典	鹿児島県川薩保健所
	勝又陽太郎	国立精神・神経センター精神保健研究所
	川野 健治	国立精神・神経センター精神保健研究所
	川端 博	明治大学法科大学院
	小泉 典章	長野県精神保健福祉センター
	小山 智典	国立精神・神経センター精神保健研究所
	坂本 敦司	自治医科大学 法医学教室
	田島 美幸	国立精神・神経センター精神保健研究所
	野村 東太	ものづくり大学
	福島 昇	新潟県精神保健福祉センター
	渡邊 直樹	青森県立精神保健福祉センター

(五十音順)