

I はじめに

全国の自殺者数は平成 10 年を境に急増し、毎年 3 万人前後の高い水準で推移している。平成 20 年度前半は硫化水素による自殺が大きな話題になり、後半では景気悪化による自殺増加を危惧する報道がなされるなど、全国の自殺問題に対する関心は高い。

国では、平成 19 年 6 月に自殺総合対策大綱を定め、平成 28 年までに平成 17 年の自殺死亡률을 20% 以上減少させることを目標に掲げた。平成 21 年度には、当面 3 カ年の都道府県自殺対策に係る「地域自殺対策緊急強化基金」を造成し、地域における自殺対策の強化を図るとともに、11 月には自殺対策緊急戦略チームにおいて「自殺対策 100 日プラン」をとりまとめ、政府として取り組むべき中期的な視点にたった施策に関する提言を行っている。このように、政府を中心に、様々な悩みや問題を抱えた人に届く「当事者本位」の施策の展開ができるよう、各種の対策が取組まれている。

千葉県では平成 18 年度より千葉県自殺対策連絡協議会を設置し、さまざまな分野の関係機関、団体等が連携して自殺対策に取り組んできたが、その具体的な取り組みを計画的に行うため、平成 21 年度に千葉県自殺対策推進計画を策定することになった。

本報告では千葉県が自殺対策を推進するにあたり、地域や関係各機関が今後の自殺対策を有効かつ効果的に展開するための資料として、千葉県における自殺に関連するデータの統計解析により現状把握と課題の抽出を行った。

II 方法

千葉県の自殺の現状とその関連要因の把握のため、既存の統計資料を用いてデータの整理を行なうと共に、年齢調整死亡率、標準化死亡比を算出した。

1) 用いた統計資料

(1) 人口 (H14~H20)

国：統計局発行 「推計人口年齢 (5 歳階級), 男女, 月別人口-総人口, 日本人人口」
(H14~H20 の 10 月 1 日)

県及び市町村：千葉県総合企画部統計課 「千葉県年齢別・町丁字別人口調査における登録人口」
(H14~H20)

(2) 自殺死亡数

国：厚生労働省人口動態調査 「死亡数, 性・年齢 (5 歳階級)・死因 (死因簡単分類) 別」
(H14~H20)

県：「千葉県衛生統計年報」(H14~H20)

市町村：千葉県健康福祉部健康福祉指導課 「人口動態調査」(H14~H20)

(3) 警察統計

警察庁生活安全局地域課：平成 20 年中における自殺の概要資料 平成 21 年 5 月
http://www.npa.go.jp/toukei/chiiki10/h19_zisatsu.pdf

千葉県警察本部生活安全総務課：平成 20 年中における自殺の概要

(4) 藤田利治：自殺対策のための自殺死亡の地域統計予防対策のために (自殺予防総合対策センターHP 内)

<http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/genjo/toukei/index.html> (2010/03/29 確認)

(5) 内閣府：平成 21 年度版「自殺対策白書」

<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2008/html/indes/html> (2010/03/29 確認)

- (6) 内閣府生活統括官共生社会政策統括官 自殺対策 HP
 地域における自殺の基礎資料
http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/basic_data/index.html (2010/03/29 確認)
 地域における自殺の基礎資料 (速報値)
http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/basic_data/sokuhouchi.html (2010/03/29 確認)
 自殺対策強化のための基礎資料
 人口動態統計に基づいた自殺の特徴に関する分析(厚生労働省)
<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/pdf/1003301.pdf> (2010/04/20 確認)
- (7) 自殺実態解析プロジェクトチーム 「自殺実態白書 2008」
 NPO 法人自殺対策支援センター ライフリンク HP
<http://www.lifelink.or.jp/whitepaper.html>
- (8) 総務省統計局：労働力調査 都道府県別結果「モデル推計による都道府県別結果 完全失業率」
<http://www.stat.go.jp/data/roudou/pref/zuhyou/lt06y.xls>
- (9) 県消費者センター及び 17 市消費生活センターの相談件数
 県環境生活部県民生活課「多重債務問題対策強化月間」の実施について (平成 21 年 10 月 5 日)
http://www.pref.chiba.lg.jp/syozoku/b_kenmin/saimu/saimukyoka.pdf (2010/03/29 確認)
- (10) 精神保健福祉センターへの自殺に関する相談
 千葉県衛生統計年報 (平成 17 年～20 年)
 第 7 部「衛生行政報告例」 精神保健福祉センターにおける相談等
- (11) 千葉いのちの電話
 電話相談件数：2008 年度問題内容別相談件数状況
<http://www.chiba-inochi.jp/denwa.html> (2010/03/29 確認)
 インターネット相談件数：相談活動レポート 年代別相談件数
<http://www.chiba-inochi/internet.html> (2010/03/29 確認)
- (12) いのちの電話における相談件数と自殺志向の件数
 日本いのちの電話連盟 統計情報 <http://www.find-j.jp/toukei.html> (2010/03/29 確認)
- (13) 県民の心の健康状態
 「平成 21 年度 生活習慣に関するアンケート調査報告書」
 平成 22 年 3 月 千葉県健康福祉部健康づくり支援課

2) 年齢調整死亡率・標準化死亡比の算出

千葉県、県保健所管内別、市町村別の標準化死亡比、年齢調整死亡率の算出では、死亡数、人口とも 3 ヶ年の合計数を用いて算出した。SMR 算出の基準人口集団の年齢階級別死亡率は当該年分 (3 年分) の全国人口値を、年齢調整死亡率の基準人口は昭和 60 年モデル人口を用いた。

3) 一般医療機関におけるうつ病等精神疾患が疑われる患者への対応調査

平成 20 年 1 月に県内の一般医療機関を対象にうつ病等精神疾患が疑われる患者への対応について、県健康づくり支援課で質問紙調査を実施した。対象は千葉県内の精神科病床や精神科を診療科に有さない一般医療機関であり、診療科目と地域で層化して無作為抽出した病院 127、診療所 371 の合計 498 医療機関であった。270 医療機関 (病院 62、診療所 208) から回答が得られ、回答率は 54.2% (病院 48.8%、診療所 56.1%) であった。

4) 救急病院における自殺未遂者への対応調査

県健康づくり支援課で、平成 20 年 2 月に県内の救急告知病院 (病院 138、診療所 9) について、自殺未遂者への対応の現状、精神科との連携の現状と課題等を「救急病院における自殺未遂者への対応調査票」により郵送法で調査した。回答は 105 医療機関 (病院 98、診療所 7) から得られ、回答率は 71.4% であった。

Ⅲ. 結果

1 わが国の自殺の状況

1) 国際比較

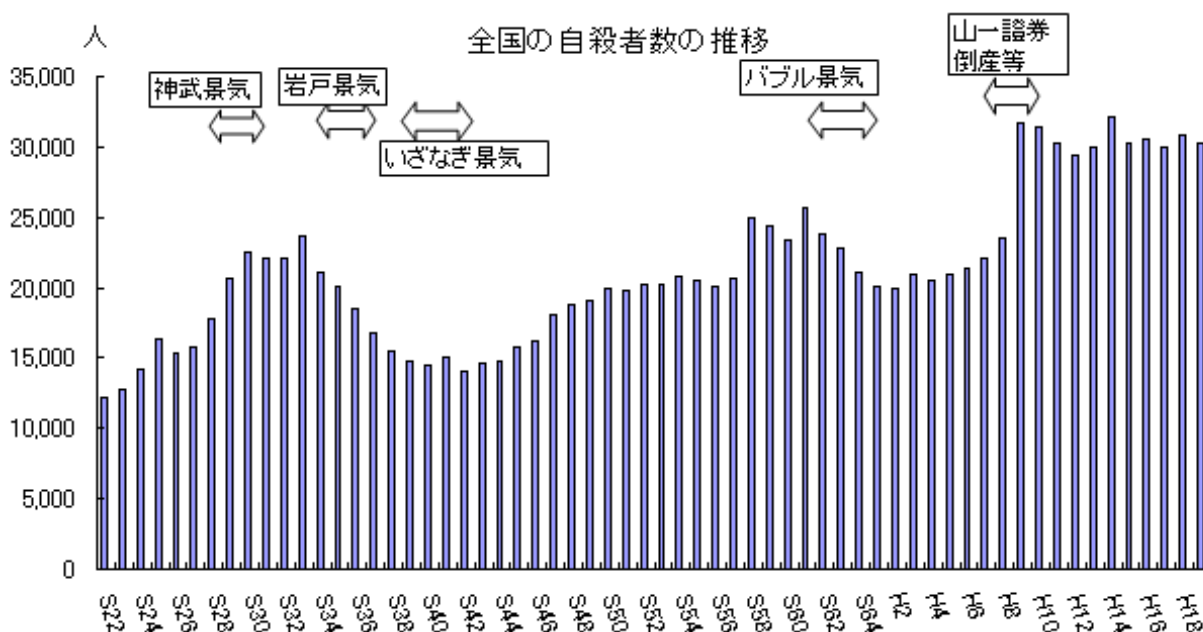
わが国の自殺者数は、平成 10 年以降、11 年連続して 3 万人を超え、平成 21 年版自殺白書によると、世界保健機構（WHO）の調査に基づく国際比較では、日本の自殺死亡率は総数では 8 番目、男性は 10 番目、女性は 3 番目に高くなっている。G20 構成国（日本、ドイツ、イギリス、アメリカ、フランス、イタリア、カナダ、EU、アルゼンチン、南アフリカ、オーストラリア、韓国、トルコ、ブラジル、インド、メキシコ、ロシア、中国、サウジアラビア）のうち EU を除いた 19 カ国で比較すると、日本より自殺死亡率の順位が高いのは総数ではロシア、男性もロシア、女性は中国、韓国であり、日本の自殺死亡率は世界の中でも高い水準にある。

2) 自殺者の年次推移

わが国の自殺者数の長期的な推移をみると、第二次世界大戦後の昭和 30 年前後に 1958 年（昭和 33）年をピークとする 1 つの山があり、1960 年代後半の高度成長期には 14,000 人前後まで減少した後 2 万人前後を推移している。1986 年をピークとする 2 つ目の山があり、1998 年に 3 万人を超えた以降は、11 年連続して 3 万人前後の常態が続いている。

これらの自殺者数の推移と経済事象を重ねると、自殺数の増加と景気変動は必ずしも一致するものではないが、景気変動との関連がうかがわれる。

図 1 全国自殺者数の年次推移

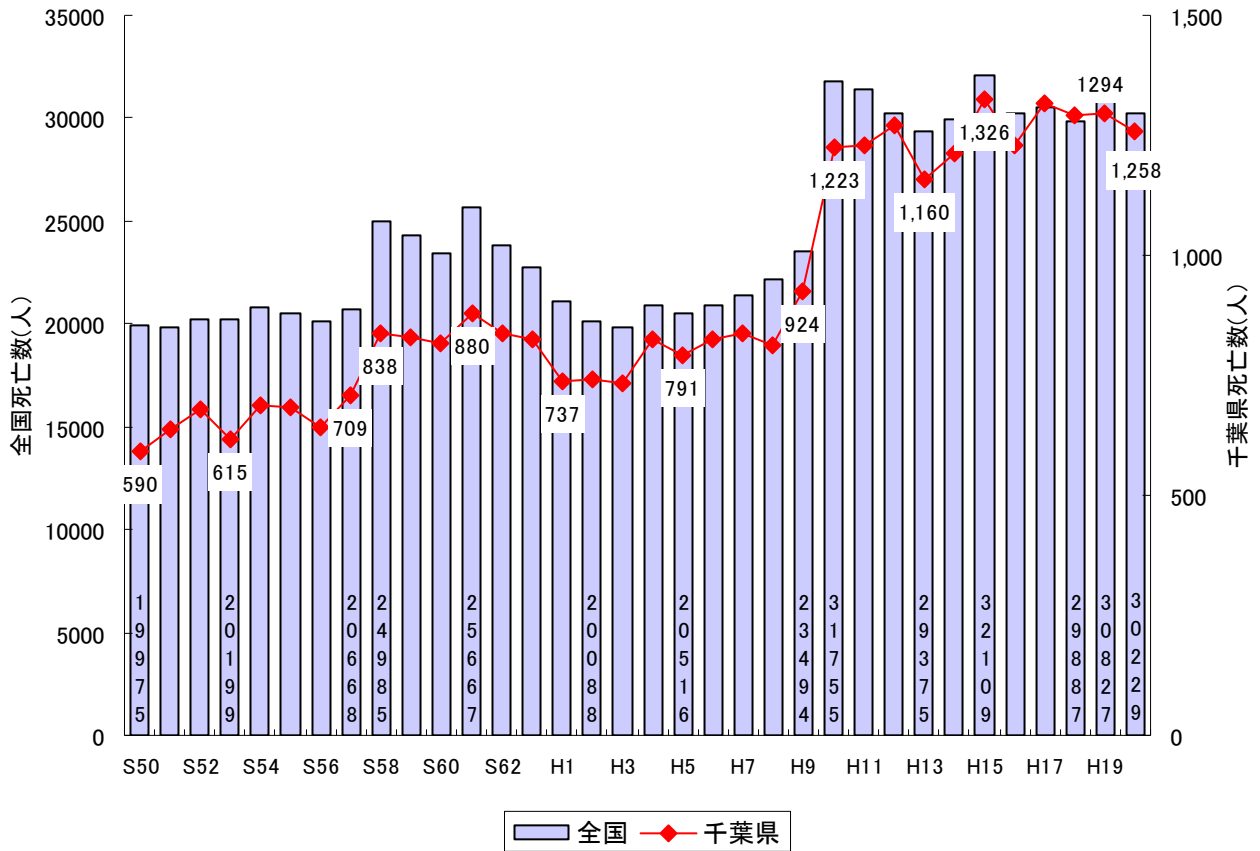


2 千葉県の自殺の状況

1) 自殺死亡数の推移

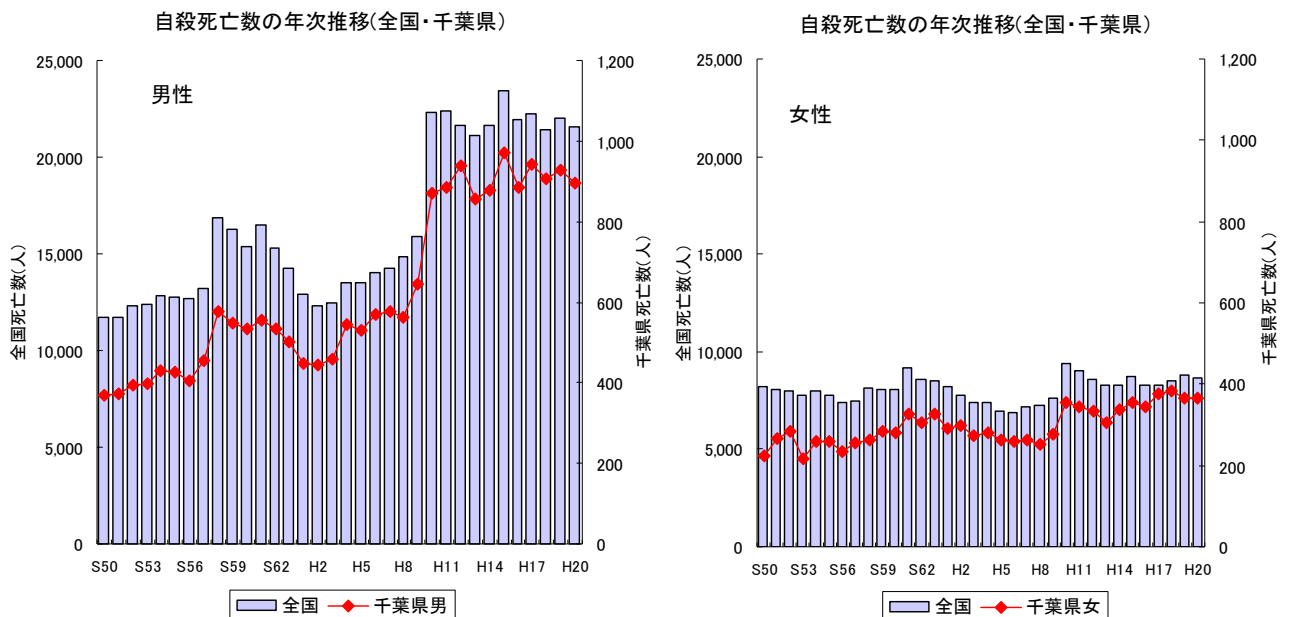
本県の自殺者数の動向は、厚生労働省の人口動態統計によると、平成 10 年以降 1,300 人前後で推移しており、全国と同様の傾向がみられる。平成 20 年の自殺者数は 1,258 人と平成 19 年の 1,294 人よりも減少したものの、平成 21 年の警察の自殺統計資料（以下、自殺統計という。）によると、平成 21 年は 1,464 人（暫定値）と平成 20 年の総数（1,342 人）を上回っており、減少の傾向はみられていない。また、平成 20 年の自殺者数は交通事故死亡者数（332 人）の約 4 倍であり、病気以外の死亡の 4 割以上を自殺が占めている。

図2 昭和51年以降の自殺者数の推移（県内・総数）



男女別にみると、男性は全国と同様の傾向を示し、平成10年に大きく増加した後は増減を繰り返しながらもほぼ横ばい状態である。女性では平成13年以降、増加が続いていたが、平成19年は前年度より減少し、20年は前年とほぼ同数であり、全国の動きとは若干異なっている。

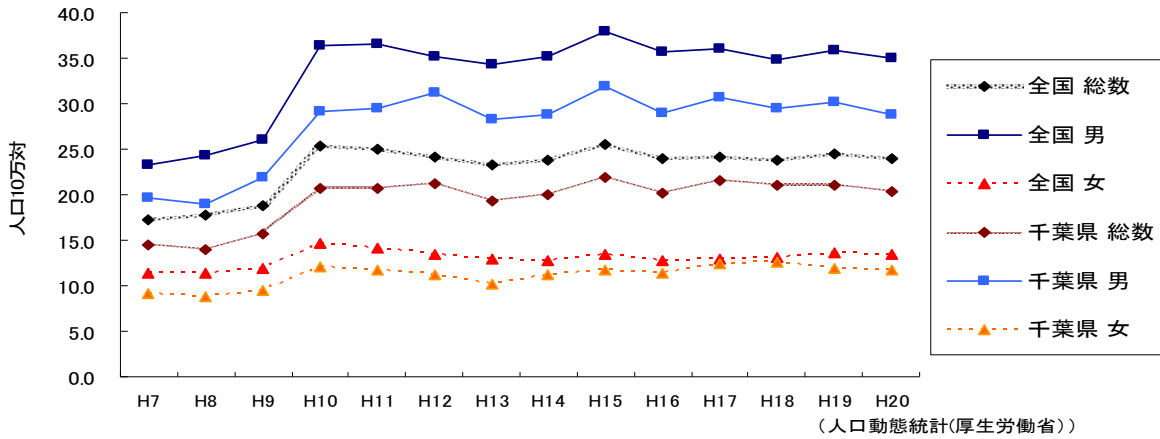
図3 昭和51年以降の自殺者数の推移（県内・男女）



2) 自殺粗死亡率（総数）の年次推移

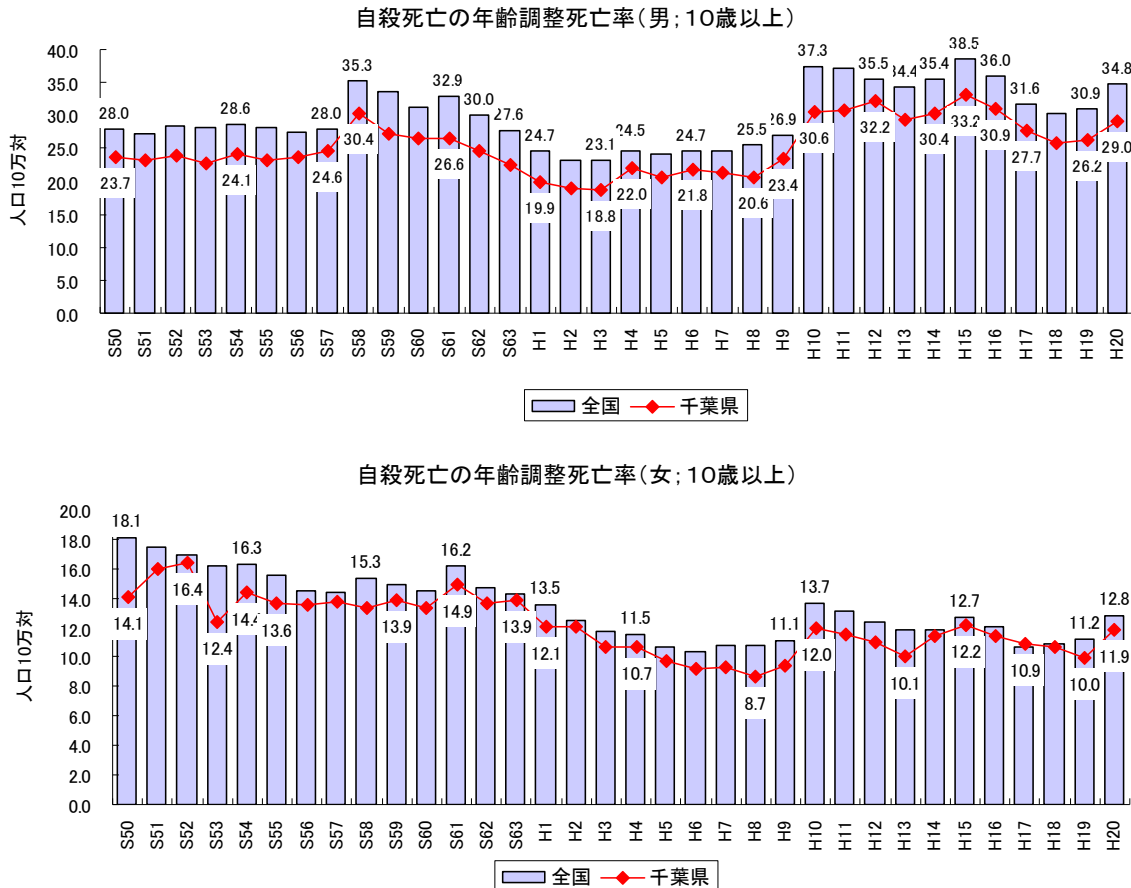
自殺粗死亡率の年次推移を見ると、全国では平成 10 年に山を形成した横ばい傾向にあり、千葉県も同様である。千葉県の自殺粗死亡率は全国より低い、近年、女性においてその差が縮まる傾向がみられる。

図 4 自殺粗死亡率（10 万対）の年次推移



自殺年齢調整死亡率をみると、男性はいずれの年も千葉県は全国より約 5 人（対人口 10 万）低い。女性は男性より全国と千葉県の差は小さく、平成 19 年、20 年は約 1 名（対人口 10 万）低かったが、平成 17 年、18 年は全国とほぼ同じまたは全国より若干高い値であった。

図 5 自殺粗死亡率（10 万対）と自殺年齢調整死亡率の年次推移（全国・千葉県）



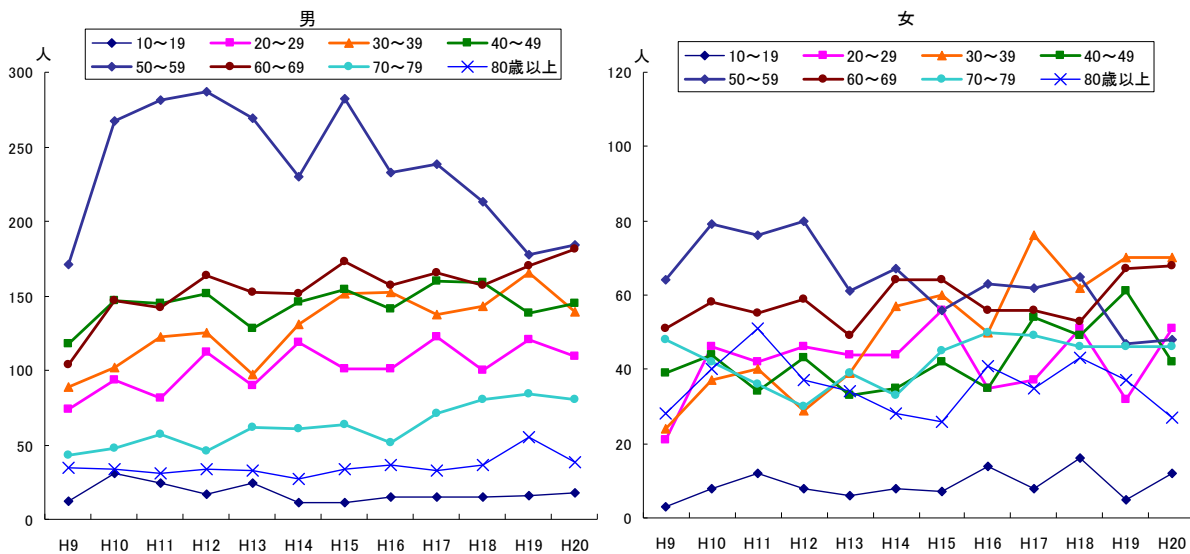
3) 年齢階級別にみた自殺死亡

(1) 死亡者数

性別に年齢階級別自殺死亡数の推移を平成9年からみると、男性は50歳代がいずれの年でも最も多いが、平成15年をピークに減少傾向がみられる一方、60歳代は死亡数が増加傾向を示し、平成20年は50歳代、60歳代がほぼ同数になっていた。40歳代は150人前後で大きな変化がみられないが、30歳代、70歳代では近年、自殺死亡数が増加傾向を示していた。

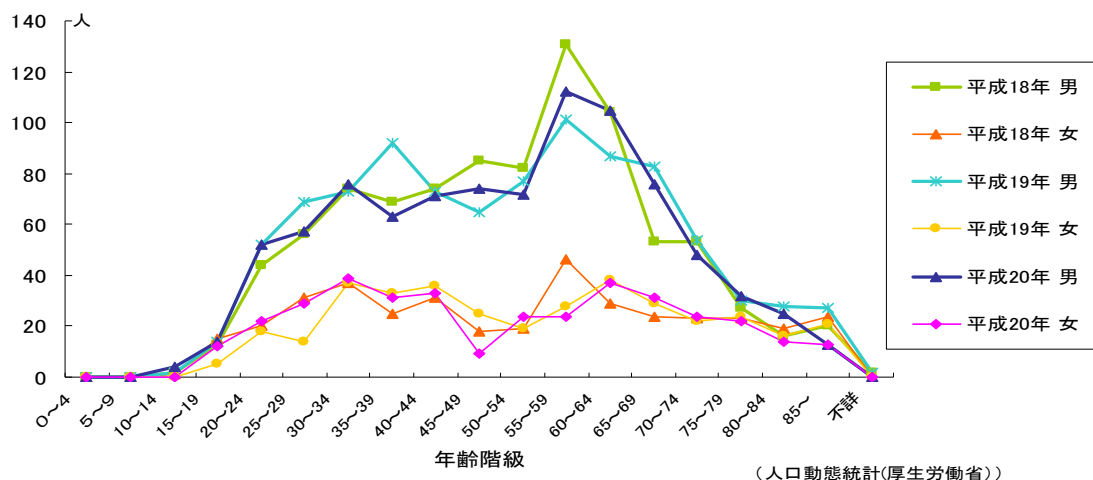
女性では、平成9年から14年までは50歳代が最も多かったが、その後、減少傾向がみられる。一方、30歳代の自殺は増加傾向を示し、40歳代は平成20年は自殺数が減少したが、前年までは増加の傾向を示していた。60歳代は平成19年に大きく増え、平成20年もほぼ同数であった。70歳代は平成16年以降、50名前後で大きな変化はみられていない。

図6 自殺死亡数の年齢階級別・年次推移（千葉県）



年齢階級別の自殺数を平成18年から20年の3年間について性別にみると、男性は20歳代で自殺が急増し、30歳代、40歳代は80名前後で一定し、55～59歳でピークとなった後、大きく減少している。女性では15歳以降に自殺数は増加し、30～44歳をピークとする第一の山と、60歳前後をピークとする第二の山を形成している。女性では男性と異なり70歳以上でも自殺者数の大きな減少はみられない。

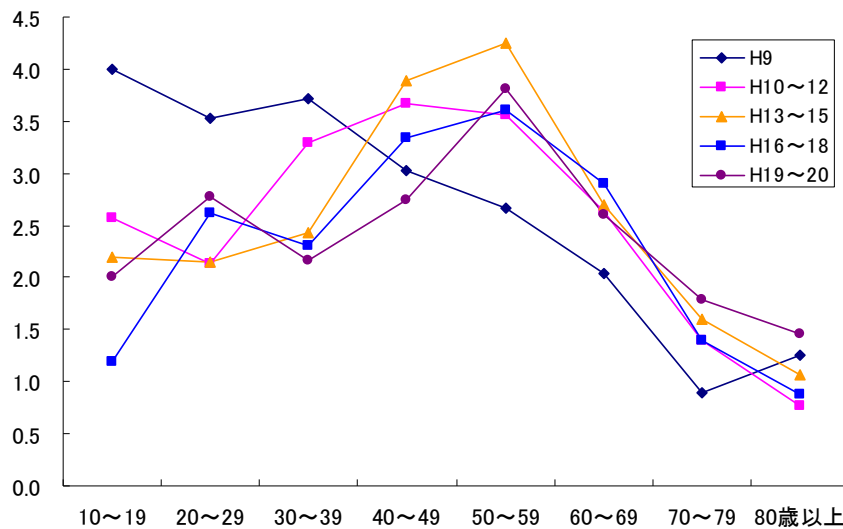
図7 年齢階級別平均死亡者数（千葉県）



(人口動態統計(厚生労働省))

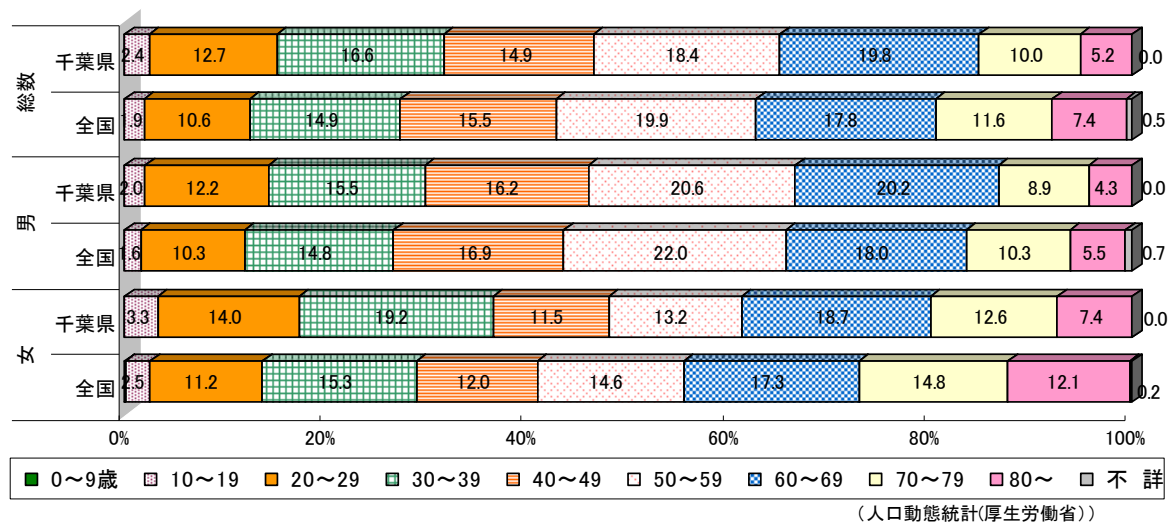
自殺死亡数の年齢階級別の男女比を年次別にみると、10歳代は平成9年では男性が女性の4倍であったが、その後は約2倍程度である。40歳未満では年により男女比の違いが大きいが、40歳以上では年による男女比のばらつきは小さくなっていた。男女比が大きいのは、40歳、50歳代であり、60歳代以降は男女比が減少し、80歳以上では1に近い値であった。

図8 自殺死亡数の年齢階級別男女比（千葉県）



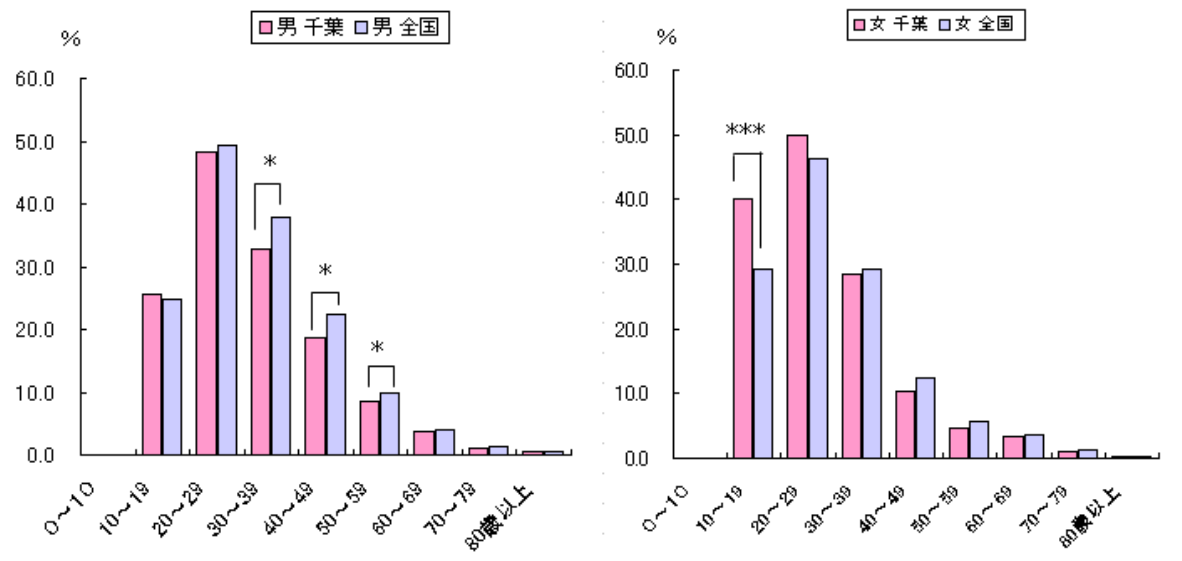
平成20年の自殺者の年齢構成を全国と比較すると、男性は全国とほぼ同様であり、30～59歳の働き盛りの年代が全体の52%を占めていた。女性は40歳未満の若年者の割合が全国よりも7.5ポイント高い割合であり、全国との差は有意だった (χ^2 検定: $p < 0.05$)。

図9 千葉県の平成20年の自殺者年齢構成の全国との比較



平成20年について、総死亡に占める自殺割合を性・年齢階級別に千葉県と全国で比較をすると、男性は30歳から50歳代では、千葉県は全国に比べて自殺死亡の割合が有意に低かった (いずれも $p < 0.05$, Fisherの直接確率) が、女性では10歳代の自殺死亡の総死亡に対する割合は全国より有意に高かった ($p < 0.001$)。

図 10 年齢階級別自殺死亡数の総死亡に占める割合（全国・千葉県）

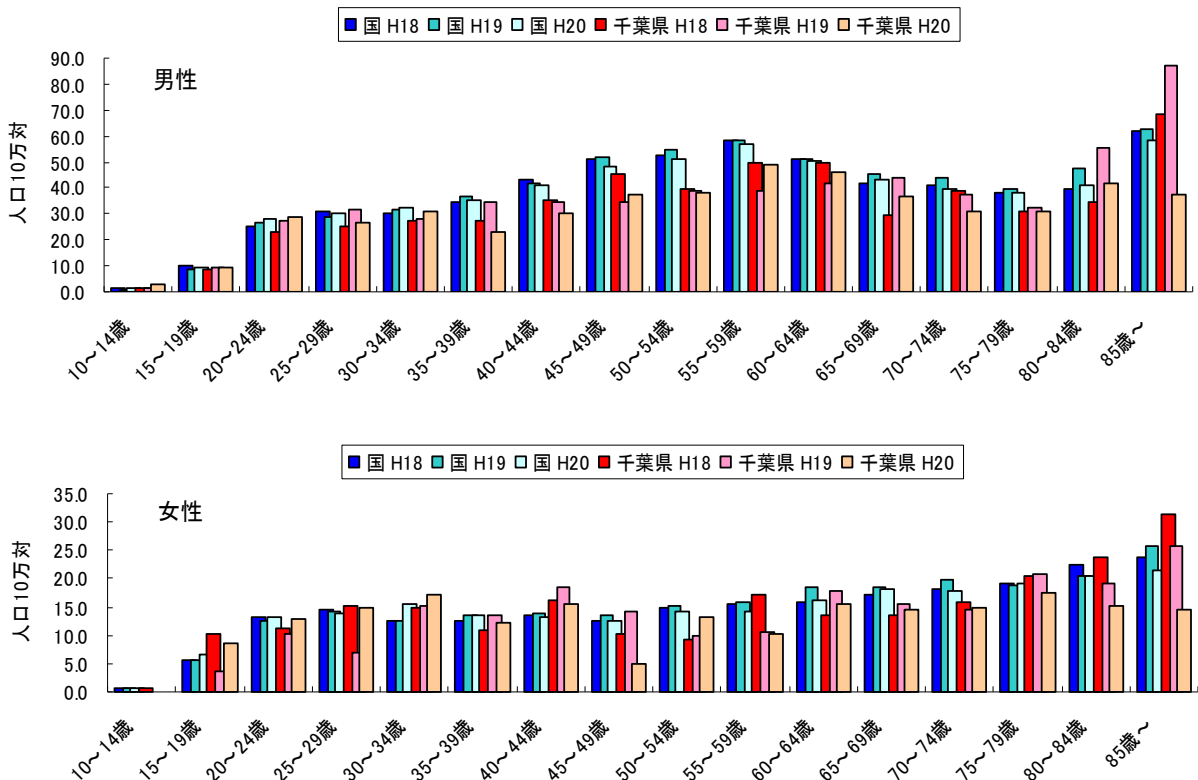


*:p<0.05 ***:p<0.001

(2) 死亡率

性・年齢階級別に、平成 18 年から 20 年の 3 年間の粗死亡率を国と県で比較した。男性では 10～30 歳は国とほぼ同様の値であり、40 歳代、50 歳代は国を大きく下回っていたが、60 歳以上では国との差は小さくなっていた。女性では 15 歳から 44 歳では国より死亡率が高い傾向がみられ、45～59 歳は国より低い値であった。75 歳以上は年により国との差は異なっていたが、平成 20 年は国より低く、その差は他の年より大きかった。

図 11 性・年齢階級別、自殺粗死亡率の年次推移の国との比較



2003年から2007年の5年間の合計値について、性・年齢階級別の自殺死亡の標準化死亡比（ベイズ推計値）の全国順位（降順）をみると、男性では総数が86.6で41位、年齢階級別の標準化死亡比が最も高かったのは15～24歳の99.7（25位）であった。女性では総数の標準化死亡比は95.1で全国33位であったが、25～34歳は106.5（9位）、35～44歳が114.7（3位）と全国の中でも自殺死亡が多い一方、45～54歳では84.0（47位）、55～64歳では87.9（46位）と全国の中でも自殺死亡が少なく、年代による違いが大きかった。

表1 千葉県の2003～2007年の自殺標準化死亡比の性・年齢階級別の全国順位

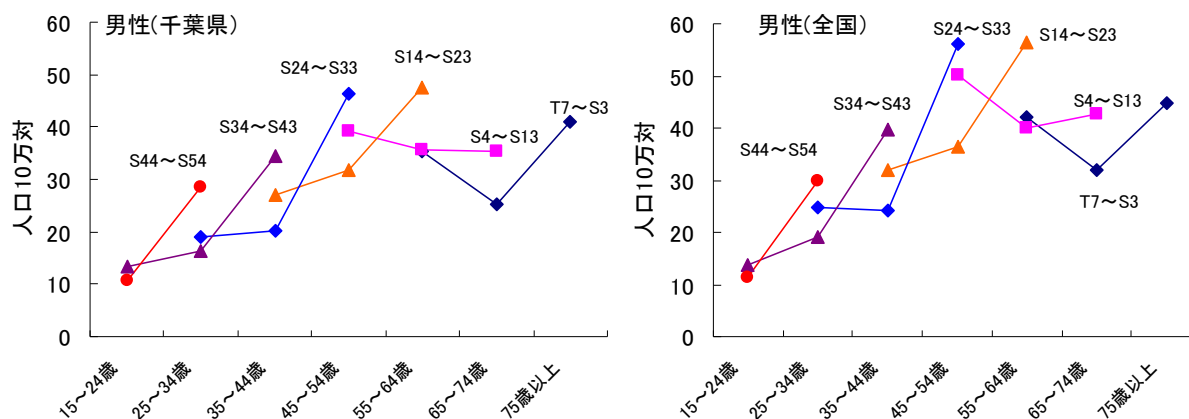
年齢階級	男性		女性	
	標準化死亡比	順位(降順)	標準化死亡比	順位(降順)
総数	86.6	41位	95.1	33位
15～24歳	99.7	25位	95.2	29位
25～34歳	94.9	33位	106.5	9位
35～44歳	87.3	40位	114.7	3位
45～54歳	82.2	42位	84.0	47位
55～64歳	84.1	44位	87.9	46位
65～74歳	83.0	46位	89.4	39位
75歳以上	91.8	36位	98.3	24位

藤田の作成した「自殺対策のための自殺死亡地域統計」に掲載されている「都道府県別の自殺の年次推移」を用い、生年が大正7年（1909年）から10年刻みの出生年群をつくり、出生年群別に自殺死亡率の年次推移を全国と比較した。男性では、全国と大きな違いはみられず、昭和24年から33年に生まれた群では、1993～97年の死亡率に比べ2003～07年の死亡率の増加が他の出生年群より大きかった。同じ年齢における死亡率を比較すると、いずれの年代でも2003～07年の死亡率が最も高かった。また、昭和4年から13年に生まれた群では、全国に比べ千葉県の死亡率の変化は小さかった。

女性についてみると、全国は出生年群別の死亡率は年齢が高くなると増加し、45歳以上では1993～97年、2003～07年の死亡率は同年代ではほぼ同じ値であったが、千葉県では大正7年から昭和63年生まれ群の年齢別の死亡率が他の出生年群に比べて高かった。また、2003～07年の死亡率は昭和34年から43年、昭和44年から54年生まれ群は全国より高く、昭和24年から33年生まれ群は全国より低かった。

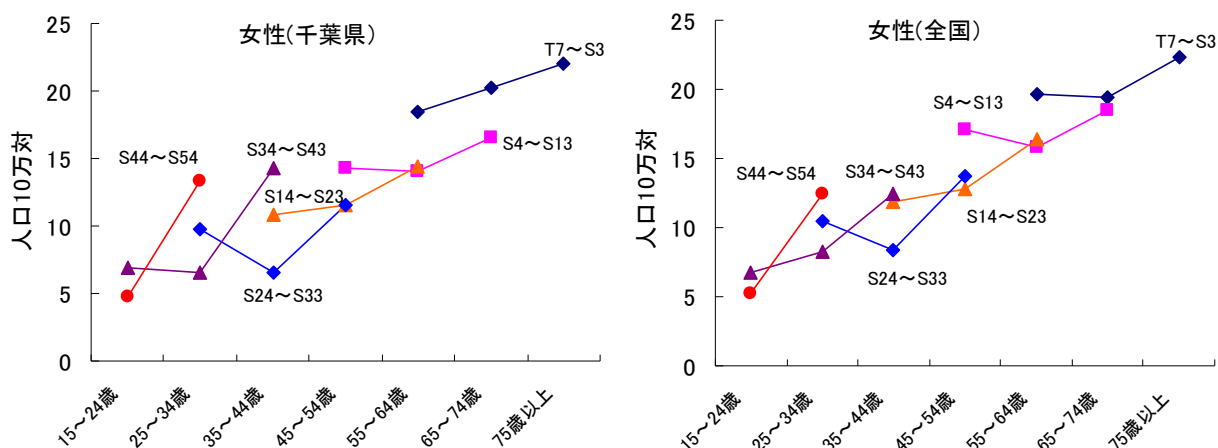
図12 出生年群別にみた、1983～87年、1993～97年、2003～07年の自殺粗死亡率（全国・千葉県）

(1) 男性



注: S44～S54 生の2値は、1993～97年と2003～07年の値

(2) 女性



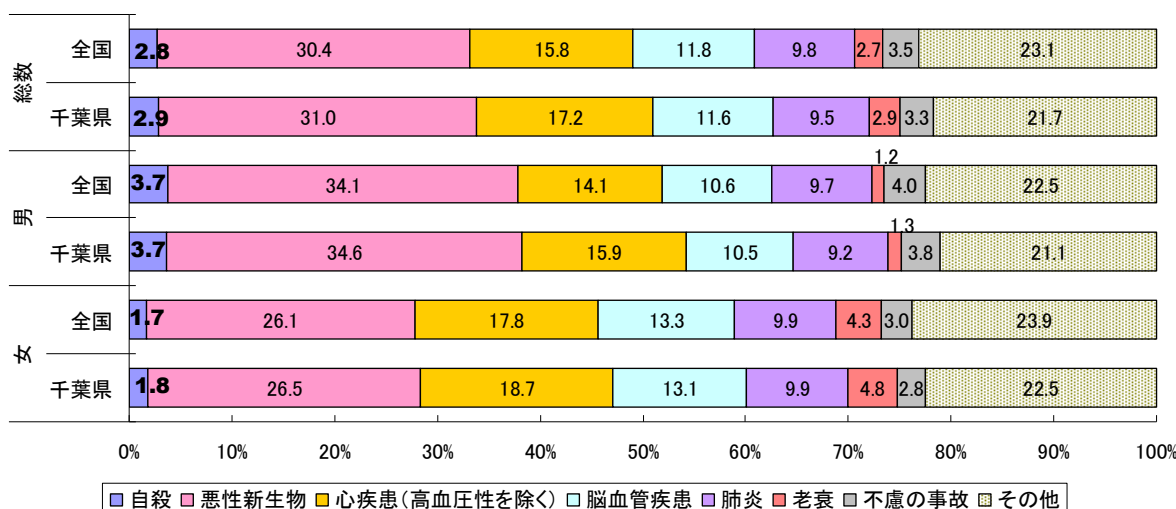
注: S44~S54 生の 2 値は、1993~97 年と 2003~07 年の値

性・年齢階級別の千葉県の自殺の状況をみると、男性は出生年齢群、各年齢階級別の特徴は全国と同様であり、自殺死亡率は全国より低く、年齢階級別の標準化死亡比の全国順位も比較的低い。一方、女性は出生年齢群でみると昭和 34 年から 43 年に生まれた群は 2003~07 年の死亡率が全国より高い値であり、この年代の年齢階級別標準化死亡比は高いほうから全国 10 位以内と、他の年代に比べて全国順位が高い。男性に比べ、若年女性の自殺率が相対的に高く、県の課題と考えられる。

4) 総死亡に占める自殺の割合

平成 16 から 20 年の 5 年間の総死亡数に占める自殺の割合は、男性は全国 3.7%、千葉県 3.7%、女性が全国 1.7%、千葉県 1.8%であり、全国と県の差は小さかった。

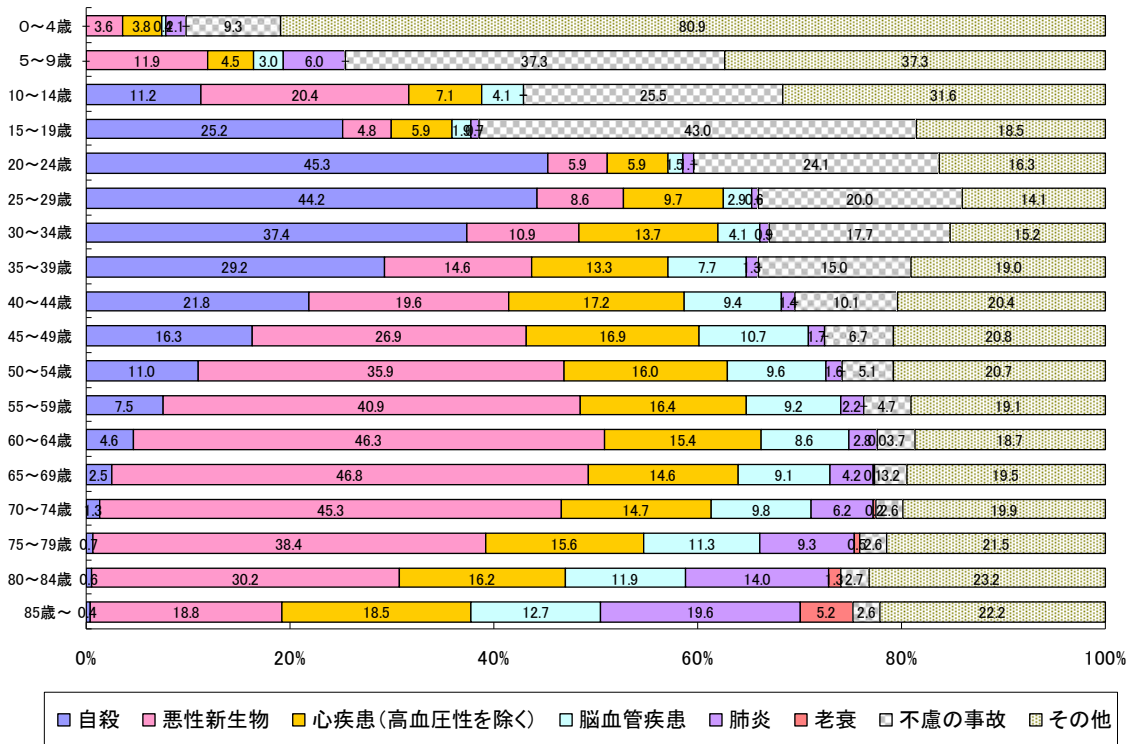
図 13 平成 16~20 年の死亡総数に対する全国および千葉県の主な死因割合 (総数)



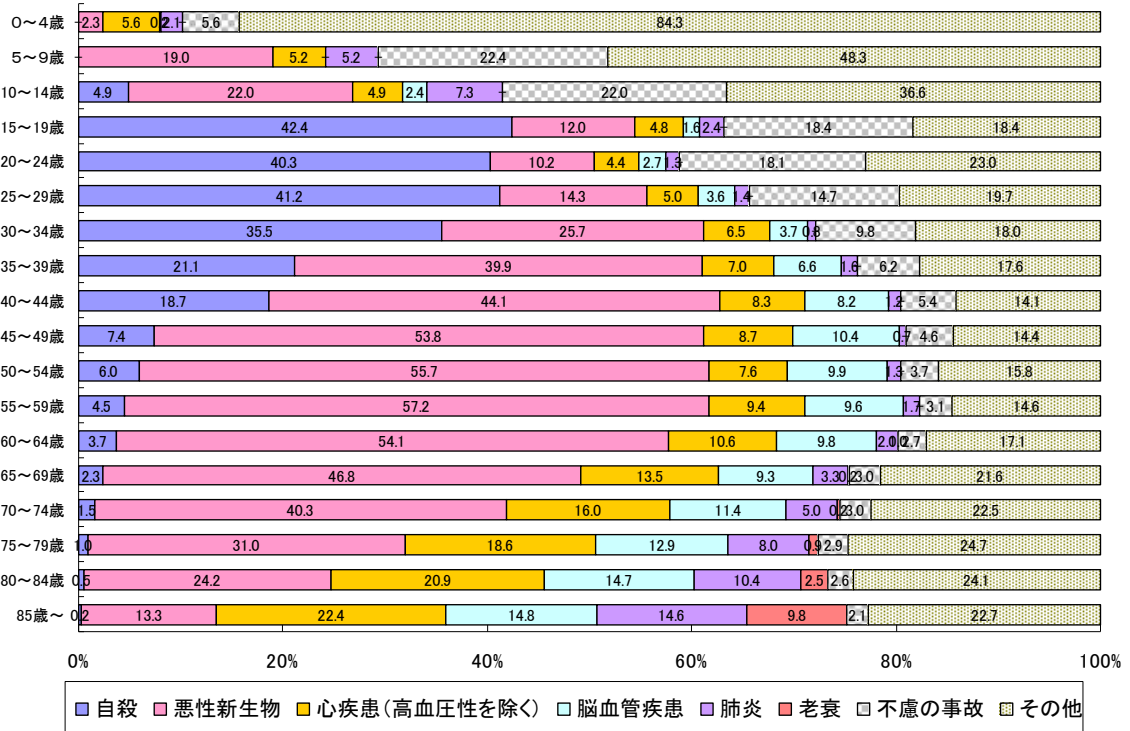
平成 16 年から 20 年の合計について年齢階級別死因別死亡割合をみると、男性では 20~44 歳、女性では 15~34 歳で総死亡に占める自殺の割合が高く、男女とも 20 歳代では死因の約 4 割を占めていた。男女とも年代が高くなると他の死因による死亡数が増加するため、自殺の割合は低下し、男性では 55 歳以上、女性では 45 歳以上で 1 割以下に低下していた。

図 14 千葉県の年齢階級別死因割合（平成 16 年～20 年合計）

男性



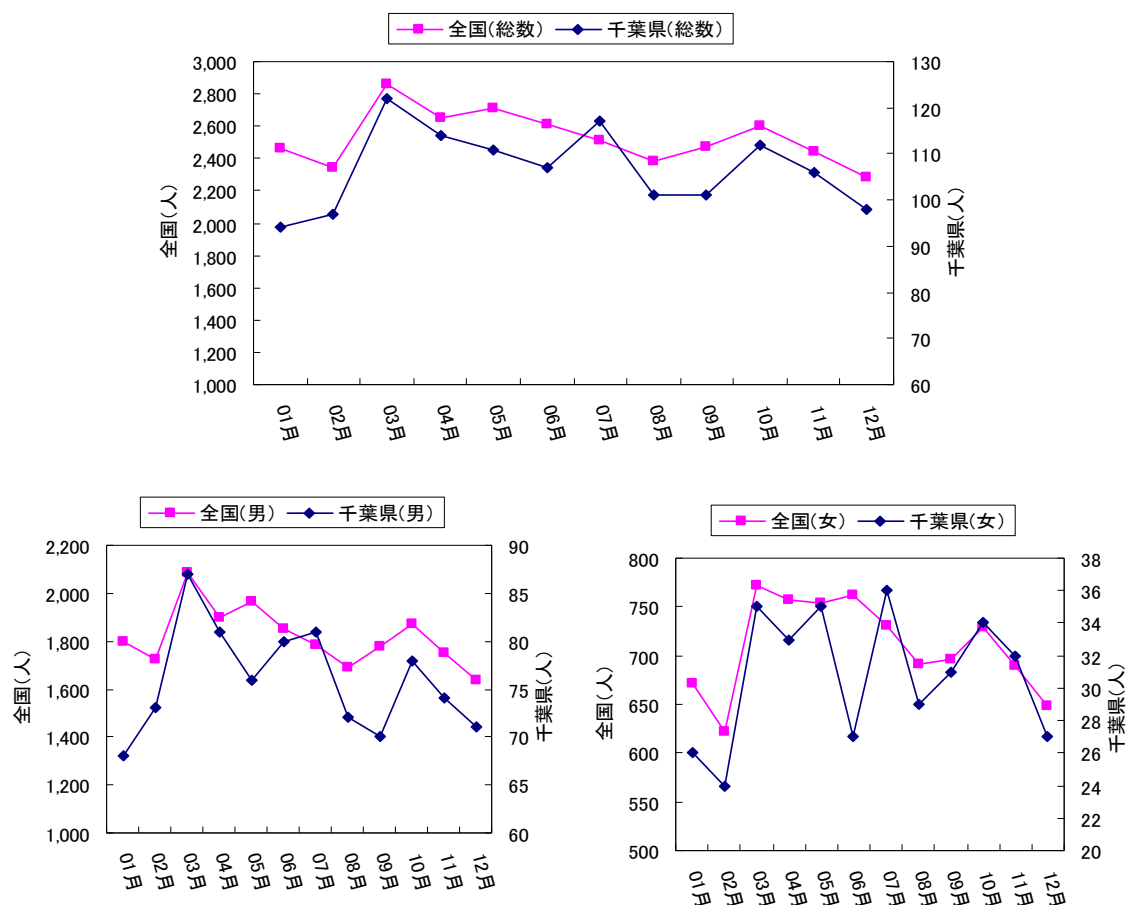
女性



5) 月別自殺死亡数

月別の自殺者数について、平成16年から平成20年までを平均した値の動向を全国と千葉県で比較した。全国は、3月が最も多く、夏に向けて減少し、8月ころが最低になった後、再び増加して10月に多くなり、冬に減少するというパターンがみられた。千葉県は、12月～2月は少ないが3月には急増し4月から6月は漸減、7月に増加した後8月、9月は漸減、再び10月に増加し、11月から1月にかけて漸減という周期性がみられ、全国と様子が異なっていた。

図15 月別自殺数の推移（全国・千葉県）



6) 曜日別等の自殺死亡数（参考）

自殺の曜日別割合については、都道府県別の値が公表されていないためわからないが、厚生労働省の「人口動態に基づいた自殺の特徴に関する分析」より、全国の傾向を参考として記載する。

平成16年から20年の平均では、自殺死亡（自殺企図ではない）の日時を基準とした曜日別の自殺割合は、月曜日の割合が最も高く（16.1%）、土曜日（12.3%）、日曜日（13.0%）が低かった。年齢階級別では、全年齢階級において月曜日の割合が高く、15～24歳を除く年齢階級において、土曜日の割合が低く、月別では、7月から9月を除く全ての月において月曜日の割合が高く、7月と9月は火曜日、8月は水曜日が最も高かった。また、月末・月初めや連休明け等に自殺が多い傾向がみられる。

〔参考〕 全国の1日あたりの自殺数（平成16～20年の平均）

平均(H16～20)	曜日別の傾向			月末・月初の傾向	
	月曜日	土曜日	日曜日	毎月1日	月末の日
82.1	92.8	70.7	74.7	108.6	98.2

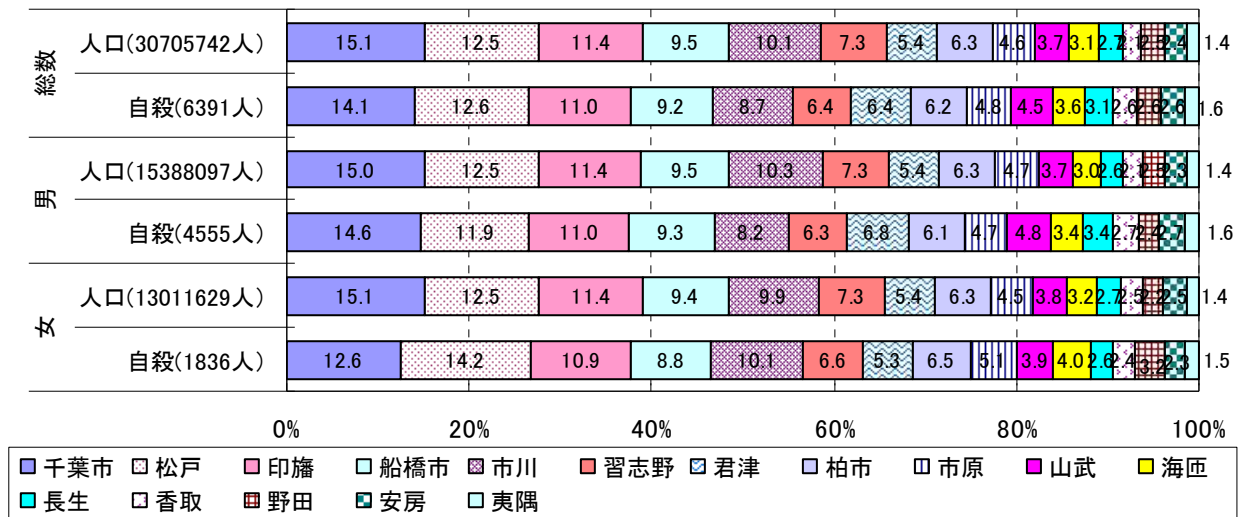
3 地域別にみた自殺死亡

1) 保健所管内別の比較

自殺死亡数に占める各保健所別の割合をみると、人口の多い千葉市、松戸、印旛、船橋市、市川の5保健所管内で男女とも半数以上を占めていた。男女の構成割合でみると、松戸、市川、習志野、柏市、市原、海匝、野田では男性に比べて女性が全体に占める割合が高くなっていた。

人口構成割合と自殺死亡の構成割合を比較すると、人口構成割合より自殺の構成割合の方が0.3ポイント以上高い値であったのは、総数では君津(1.0ポイント)、山武(0.8ポイント)、海匝(0.5ポイント)、香取(0.5ポイント)、長生(0.4ポイント)、男性では君津(1.4ポイント)、長生(1.2ポイント)、山武(1.1ポイント)、香取(0.6ポイント)、海匝(0.4ポイント)、安房(0.4ポイント)、女性では松戸(1.7ポイント)、野田(1.0ポイント)、海匝(0.8ポイント)、市原(0.6ポイント)であった。

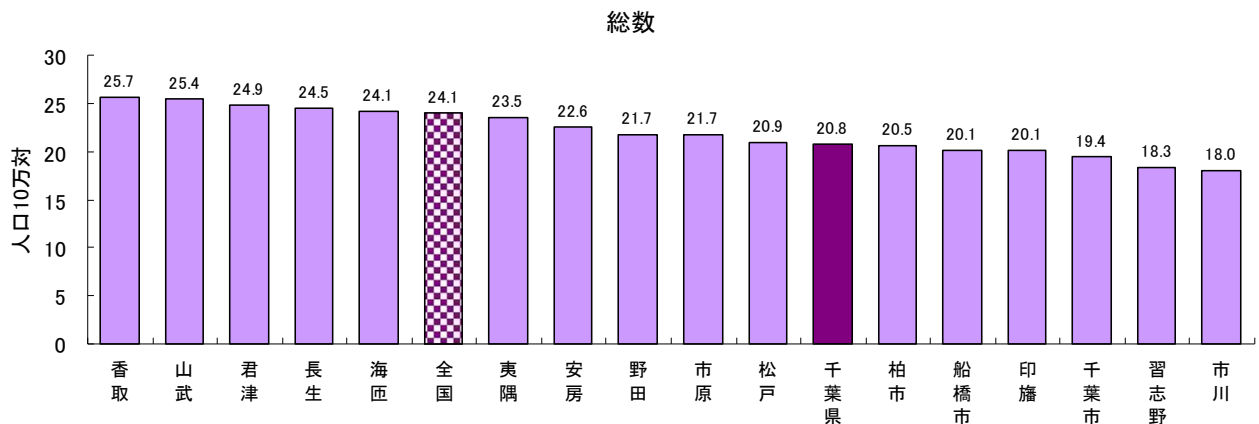
図16 千葉県の自殺死亡と人口の保健所別構成割合(平成16年~20年合計)



平成16年から20年の5年間の合計について年齢調整死亡率を求め、保健所間で比較をした。香取、山武、君津、長生、海匝は全国より高く、柏市、船橋市、印旛、千葉市、習志野、市川は県全体より低かった。

各保健所の値の平均値に対し1標準偏差より大きい場合、小さい場合をそれぞれ県平均と有意差があると判断した場合、年齢調整死亡率が有意に高かったのは、香取、山武、夷隅、君津であり、有意に低かったのは千葉市、習志野、市川であった。

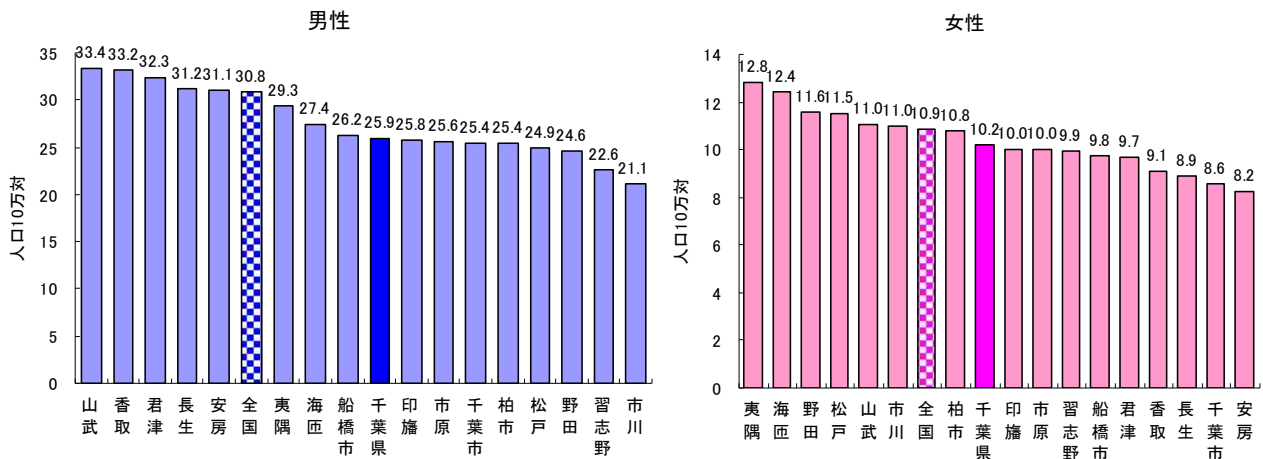
図17 年齢調整死亡率の保健所間比較(平成16年~20年合計)



平成16年から20年の5年間の自殺死亡について、男女別の年齢調整死亡率をみると、男性は山武が最も高く、香取、君津、長生、安房と続いていた。この5管内の年齢調整死亡率は全国より高く、最低の市川とは10以上の開きがあった。女性は、夷隅、海匝、野田、松戸、山武、市川が全国より高く、11以上であった。最も低い安房と最も高い夷隅との差は4.6であった。

各保健所の値を平均し、その1標準偏差より大きい場合、小さい場合を県全体と有意差があると判断した場合、男性では香取、山武、君津が有意に高く、習志野、市川が有意に低かった。女性では海匝、夷隅が有意に高く、安房、千葉市が有意に低かった。

図18 性別・保健所別の自殺年齢調整死亡率（平成16～20年）



年齢階級別の粗死亡率を性別に比較すると、性・年齢階級別の粗死亡率は地域により大きな違いがみられた。全体では、35歳未満は夷隅、安房、35～64歳は山武、香取、君津、65歳以上は野田、長生、香取、海匝、市原が高い値であり、性別にみると、35歳未満の男性は安房、夷隅、印旛、女性は松戸、夷隅、柏市、35～64歳での男性は香取、君津、長生、女性は夷隅、海匝、船橋市、65歳以上の男性は長生、香取、海匝、女性は野田、市原、海匝がそれぞれ上位3位に入っていた。

表2 平成16～20年の合計でみた保健所別の性・年齢階級別粗死亡率（人口10万対）

保健所	35歳未満			35～64歳			65歳以上		
	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数
習志野	14.4	7.6	11.1	36.5	12.2	24.4	25.8	14.7	19.8
市川	13.7	7.6	10.8	31.4	14.4	23.3	33.1	19.6	25.6
松戸	15.7	10.0	12.9	37.5	14.0	25.9	36.2	20.2	27.5
野田	17.1	5.5	11.6	32.1	14.0	23.2	45.8	36.0	40.4
印旛	17.8	7.9	12.9	37.5	12.0	24.9	33.2	18.5	25.1
香取	12.0	8.4	10.3	54.6	12.3	34.2	50.0	20.4	32.9
海匝	14.1	9.2	11.7	43.6	15.6	29.9	48.5	21.4	32.4
山武	17.1	8.4	12.9	54.5	13.2	34.4	45.5	17.4	29.3
長生	16.8	5.0	11.0	49.3	10.6	30.2	52.7	21.3	34.8
夷隅	18.1	9.7	14.2	40.7	17.0	29.1	46.6	10.9	26.0
安房	22.6	6.5	14.7	39.9	9.8	24.9	43.1	16.4	27.5
君津	16.6	5.0	11.0	52.9	14.1	34.0	47.6	19.3	31.8
市原	12.1	5.2	8.8	43.1	13.9	29.2	36.5	29.3	32.6
千葉市	14.7	6.1	10.6	41.4	11.5	26.6	31.4	14.9	22.5
船橋市	17.4	6.4	12.2	37.7	14.5	26.3	35.9	14.6	24.4
柏市	16.1	9.4	12.9	37.2	12.5	24.9	39.8	19.0	28.6
千葉県	15.7	7.4	11.7	40.0	13.1	26.8	37.6	18.6	27.1

△:全保健所平均値より1標準偏差以上小さい * :全保健所平均値より1標準偏差以上大きい

2) 市町村別の比較

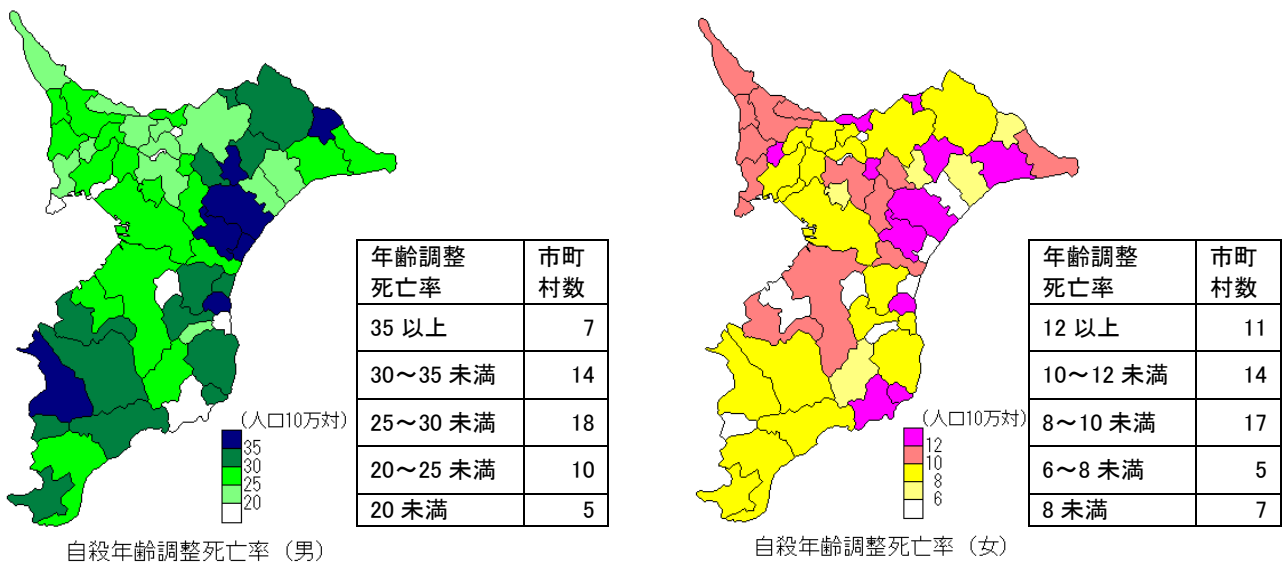
平成16年から平成20年の5年間の自殺死亡数について市町村間の比較を行なった。性別に5年間の自殺死亡総数をみると、男性は4～667人、女性は1～231人に分布し、男女とも10市で約6割を占めていた。自殺死亡数の上位10市について人口構成と比較すると、総数では松戸市、市原市、野田市、木更津市、男性は松戸市、木更津市、女性は松戸市、市川市、柏市、野田市、佐倉市、流山市で自殺死亡割合が人口構成割合より高い値になっていた。

表3 平成16～20年の合計でみた自殺死亡数の多い市町村及びその構成割合の人口構成との比較

総数				男性				女性			
	自殺数 (人)	自殺割合 (%)	人口構成 (%)	自殺数 (人)	自殺割合 (%)	人口構成 (%)	自殺数 (人)	自殺割合 (%)	人口構成 (%)		
千葉県	6386	100.0	100.0	千葉県	4551	100.0	100.0	千葉県	1835	100.0	100.0
千葉市	898	14.1	15.05	千葉市	667	14.7	15.05	千葉市	231	12.6	15.05
船橋市	585	9.2	9.46	船橋市	423	9.3	9.55	松戸市	163	8.9	7.78
松戸市	521	8.2	7.80	松戸市	358	7.9	7.83	船橋市	162	8.8	9.36
市川市	443	6.9	7.59	市川市	300	6.6	7.78	市川市	143	7.8	7.40
柏市	395	6.2	6.26	柏市	276	6.1	6.26	柏市	119	6.5	6.27
市原市	308	4.8	4.65	市原市	215	4.7	4.75	市原市	93	5.1	4.54
八千代市	185	2.9	3.01	八千代市	135	3.0	2.99	野田市	58	3.2	2.50
佐倉市	173	2.7	2.88	佐倉市	117	2.6	2.84	佐倉市	56	3.1	2.92
野田市	167	2.6	2.51	木更津市	115	2.5	2.05	八千代市	50	2.7	3.03
木更津市	161	2.5	2.17	野田市	109	2.4	2.52	流山市	49	2.7	2.54
合計	3936	60.1	61.38	合計	2715	59.7	61.62	合計	1124	61.3	61.39

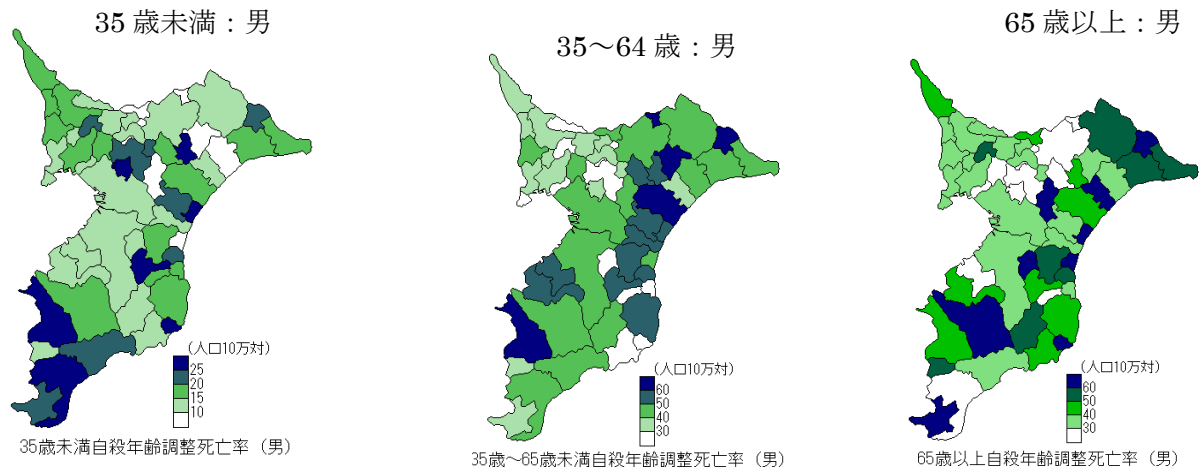
平成16年から20年の市町村別の自殺合計数について年齢調整死亡率を算出した。人口の少ない市町村では自殺死亡数が1名変わるだけで年齢調整死亡率も大きく変動する。そのため、5年間の合計値であっても、その値が市町村の特徴を表すとは言い切れない。したがって、特に人口の少ない市町村では参考値に留まるが、5年間の自殺年齢調整死亡率は、最も高い値は男性43.3、女性22.7、最も低い値は男性16.2、女性0.4であった。自殺年齢調整死亡率は、地域によりその特徴の違いがみられた。

図19 平成16～20年の合計でみた市町村別自殺年齢調整死亡率



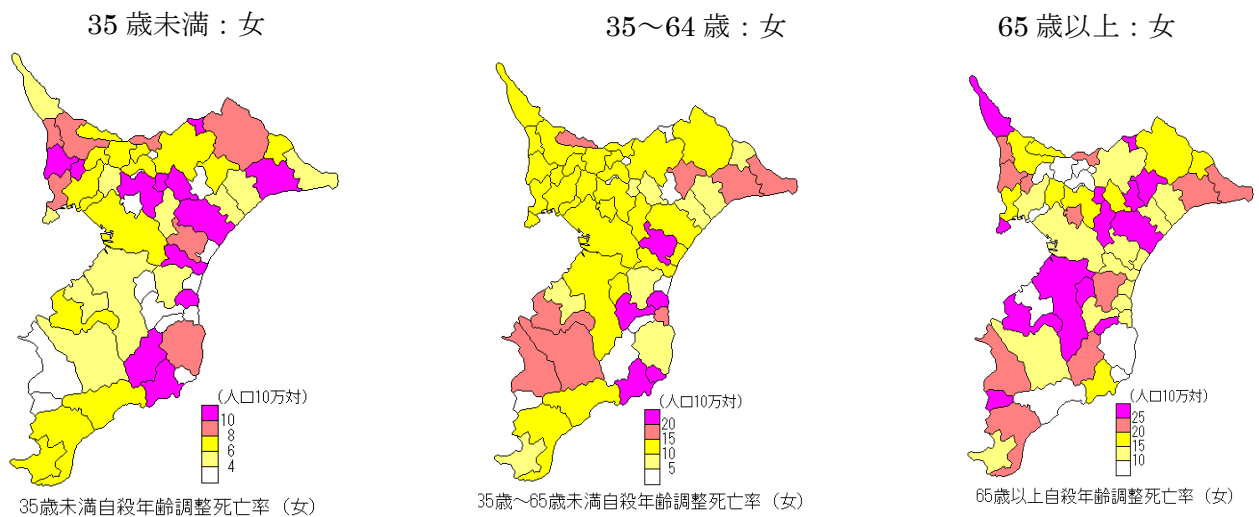
平成 16～20 年自殺死亡について、34 歳未満、35～64 歳、65 歳以上で 3 区分し、年齢区別の粗死亡率を性別に市町村で比較した。粗死亡率が低い場合、高い場合ともに、男女とも年齢階級により市町村は異なる場合が多く、市町村により課題となる自殺の対象は性・年齢区分が異なる場合が多いことが示唆された。

図 20 平成 16～20 年の性・年齢区分別自殺粗死亡率



年齢区分別・粗死亡率区分別の該当市町村数(男性)

35 歳未満		35～64 歳		65 歳以上	
粗死亡率	市町村数	粗死亡率	市町村数	粗死亡率	市町村数
$25 \leq x$	7	$60 \leq x$	5	$60 \leq x$	9
$20 \leq x < 25$	8	$50 \leq x < 60$	11	$50 \leq x < 60$	8
$15 \leq x < 20$	15	$40 \leq x < 50$	16	$40 \leq x < 50$	9
$10 \leq x < 15$	18	$30 \leq x < 40$	12	$30 \leq x < 40$	18
$x < 10$	6	$x < 30$	10	$x < 30$	10



年齢区分別・粗死亡率区分別の該当市町村数(女性)

35 歳未満		35～64 歳		65 歳以上	
粗死亡率	市町村数	粗死亡率	市町村数	粗死亡率	市町村数
$10 \leq x$	12	$20 \leq x$	5	$25 \leq x$	13
$8 \leq x < 10$	7	$15 \leq x < 20$	8	$20 \leq x < 25$	11
$6 \leq x < 8$	13	$10 \leq x < 15$	26	$15 \leq x < 20$	9
$4 \leq x < 6$	11	$5 \leq x < 10$	9	$10 \leq x < 15$	14
$x < 4$	112	$x < 5$	6	$x < 10$	7

4 警察統計

1) 千葉県全体の職業別の自殺状況

厚生労働省のまとめた人口動態統計と統計の取り方が異なるが、警察庁でまとめている「自殺の概要」からも千葉県の自殺の状況を検討した。

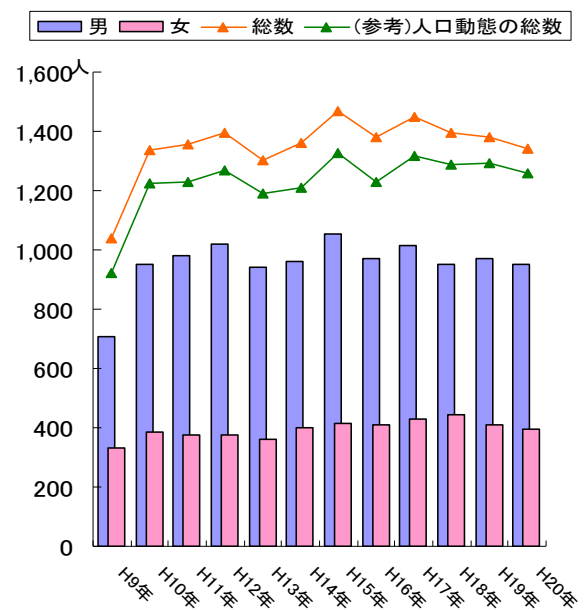
警察統計が死亡地における集計値であり、人口動態統計は住居地における集計であるため数値は一致せず、警察統計の方が数値が大きくなっていたが、年次推移には大きな差はなかった。

男女別の集計値についても、男性が女性の約 2.5 倍であり、人口動態統計値と同様であった。

表 4 千葉県の自殺死亡数の年次推移 (警察統計)

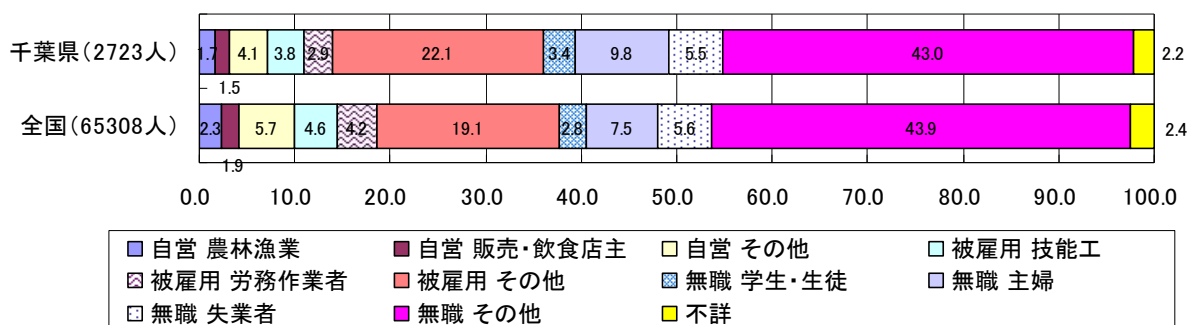
	男	女	計	(参考)人口動態の総数
平成 9 年	708	332	1,040	924
平成 10 年	949	386	1,335	1,223
平成 11 年	980	376	1,356	1,229
平成 12 年	1,021	376	1,397	1,269
平成 13 年	943	360	1,303	1,190
平成 14 年	960	399	1,359	1,212
平成 15 年	1,054	415	1,469	1,326
平成 16 年	969	411	1,380	1,231
平成 17 年	1,017	430	1,447	1,318
平成 18 年	950	444	1,394	1,290
平成 19 年	972	409	1,381	1,294
平成 20 年	949	393	1,342	1,258

図 21 自殺者の年次推移 (警察統計)



平成 19 年・20 年の自殺合計値が記載されている「地域における自殺の基礎資料」の都道府県別データ (項目別単純集計) を用い、各都道府県の職業別自殺数の合計値を算出し、千葉県の自殺者の職業割合と全国値を比較した。千葉県は全国より自営業者が少なく (全国 9.9%、県 7.2%)、その分は無職者、主に主婦の割合が多くなっていた。被雇用者・勤め人が約 3 割であり、この割合は平成 10 年以降は大きな変化はなかった。

図 22 平成 19 年・20 年の自殺者の職業別割合 (全国・千葉県)



注：全国値は「地域における自殺の基礎資料」の都道府県別データの合計値であり、警察庁が発表している「平成 20 年中における自殺の概要資料」の職業別自殺数の平成 19 年、20 年の値の合計値より少ない値となっている。

職業別の自殺の状況の参考として、人口動態統計に基づく「自殺対策のための自殺死亡の地域統計（2）」に記載されている、1980年、2000年、2005年の職業別の自殺粗死亡率を性別に全国と比較した。職業別自殺数は国勢調査年のみの調査となるため単年の比較であること、女性の有職者の自殺数は少ないことから、男性の結果のみを示す。

自殺者が急増した平成10年（1998年）に最も近い2000年では、多くの職業において自殺死亡率が1980年に比べて増加していた。2005年と2000年を比べると、男性では保安職、運輸通信職では2000年より死亡率が高くなっていった。しかし、自殺数でみるとまた、2005年の男性では、保安職17名、運輸・通信業32名であり、事務職37名より少ない値であり、全国と千葉県を比べると、2005年の自殺死亡率が全国より高かった職種は農林漁業職のみであった。

図23 職業別の自殺死亡率（全国・千葉県の男性）

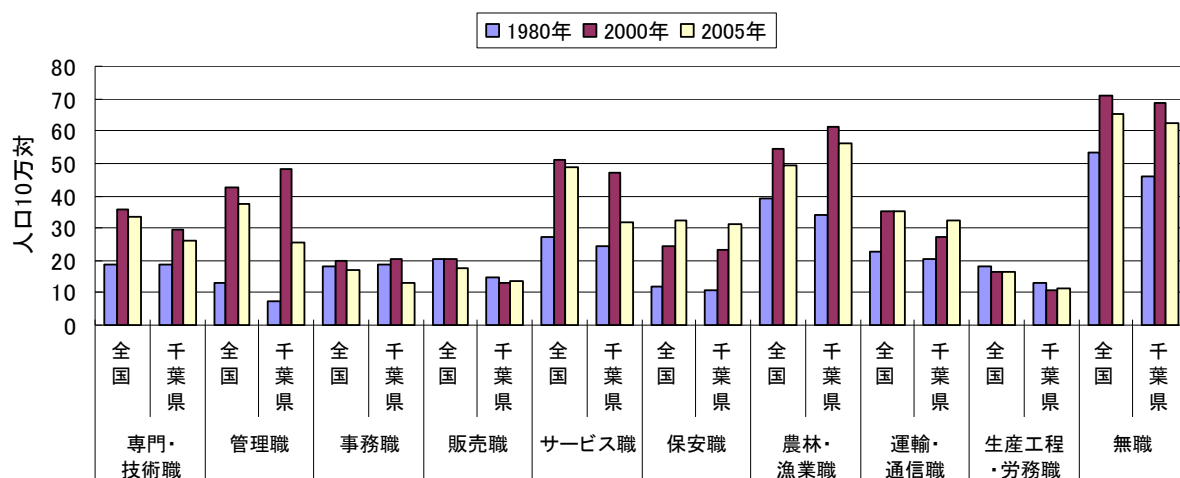


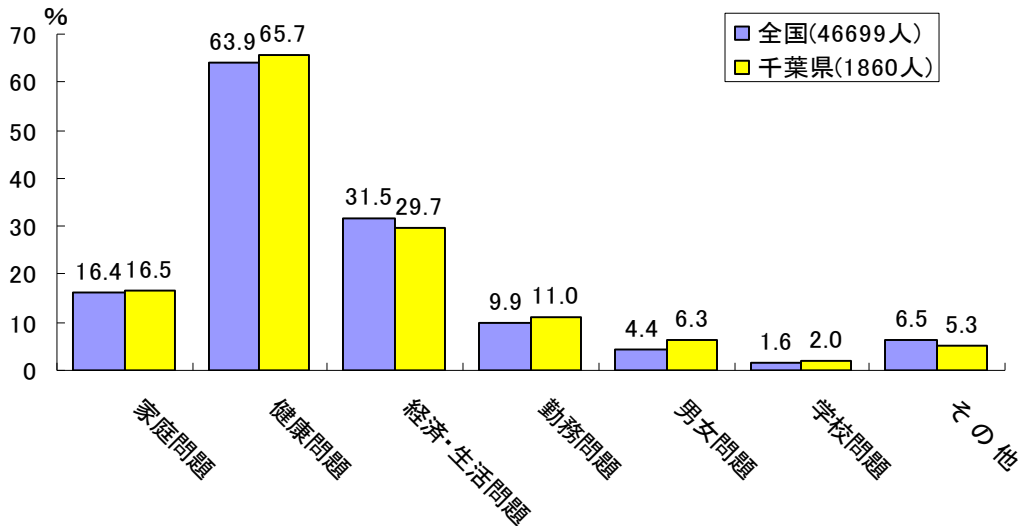
表5 平成17年（2005年）の職業分類別自殺数・自殺死亡率（千葉県・全国）

	千葉						全国					
	就業者数		自殺数		粗死亡率		就業者数		自殺数		粗死亡率	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
総数	1,773,095	1,175,486	518	129	29.2	11.0	35,735,300	25,770,673	12,066	2,313	33.8	9.0
専門・技術職	239,865	176,571	62	11	25.8	4.6	4,433,026	4,029,288	1,470	243	33.2	5.5
管理職	67,172	7,067	17	2	25.3	3.0	1,296,436	175,383	478	42	36.9	3.2
事務職	280,037	375,864	37	11	13.2	3.9	4,519,367	7,374,652	758	222	16.8	4.9
販売職	304,278	162,902	41	6	13.5	2.0	5,570,981	3,364,628	977	162	17.5	2.9
サービス職	102,062	185,064	32	18	31.4	17.6	2,068,301	4,077,507	994	291	48.1	14.1
保安職	54,453	3,180	17	1	31.2	1.8	993,904	56,978	323	15	32.5	1.5
農林・漁業職	61,087	46,045	34	10	55.7	16.4	1,735,886	1,203,837	849	179	48.9	10.3
運輸・通信職	98,615	5,046	32	4	32.4	4.1	1,982,105	95,099	688	33	34.7	1.7
生産工程・労務職	522,198	184,893	59	3	11.3	0.6	1,2471,726	4,948,594	2,042	137	16.4	1.1
不詳・分類不能	43,328	28,854	187	63	431.6	145.4	663,568	444,707	3,487	989	525.5	149.0

2) 自殺の原因・動機

平成19年、20年の自殺者において、原因・動機が特定できた割合は全国の71.4%に比べ68.3%と若干低かったが、その内訳を全国と比較した。選択された原因・動機の割合は千葉県と全国に大差はなく、健康問題、経済・生活問題、家庭問題の順になっていた。千葉県は全国に比べ、経済・生活問題以外は全ての項目について選択者の割合が高かった。

図24 平成19年・20年の自殺者の動機・原因割合（全国・千葉県：3つまでの複数回答）



年齢階級別の原因・動機の小分類でみると、病気の悩み・影響（うつ病）が551名と最も多く、原因・動機が特定できた者の約30%を占めていた。次いで多かったのが、病気の悩み（身体の病気）であり、原因・動機特定者の21%であった。第3位は負債（多重債務）であった。

病気の悩み・影響が原因・動機と考えられた中では、うつ病、統合失調症、その他の精神疾患の合計で760人となり、全体の約4割が精神的な疾患が原因や動機となっていることが考えられた。

病気以外の原因・動機では、生活苦、負債、事業不振などが上位であり、働き盛りの年代において、これらの要因が自殺原因になっていることがうかがわれた。

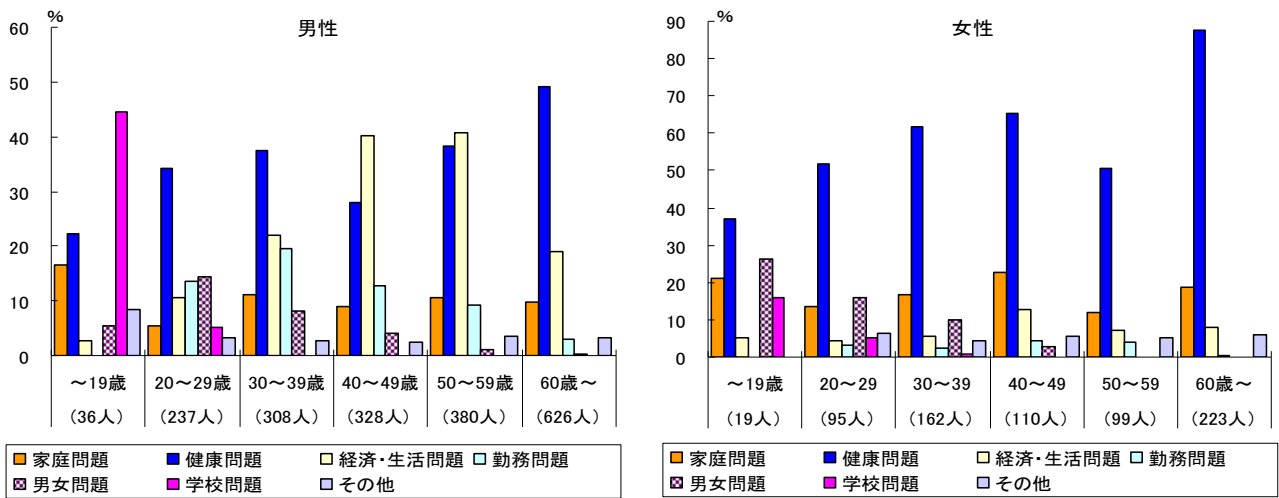
原因・動機の大分類について、性・年齢階級別の該当状況をみると、男女ともいずれの年代でも健康問題が最も多かったが、60歳以上ではその割合が高くなっていた。経済・生活問題を原因とした者は男性に多く、中でも40歳代、50歳代の占める割合が高かった。男女問題、学校問題が原因・理由となっていたのは若い年代に多く、家庭問題が原因・理由となっていたのは男女とも50歳以上が約半数を占めていた。家族問題の中には、表6に示した夫婦関係の不和、家族の将来悲観、親子関係の不和、その他の家族関係の不和のほかにも、看護・介護疲れ、家族の死亡も原因・動機の詳細項目には含まれており、高齢世帯が増加する中、老老介護や

表6 H19・20年自殺者の原因・動機（小分類）

原因・動機	人数
病気の悩み・影響(うつ病)	551
病気の悩み(身体の病気)	392
負債(多重負債)	140
病気の悩み・影響(統合失調症)	123
生活苦	111
負債(その他)	99
病気の悩み・影響(その他の精神疾患)	86
事業不振	75
夫婦関係の不和	70
仕事疲れ	57
家族の将来悲観	52
失業	50
職場の人間関係	46
仕事の失敗	42
失恋	41
親子関係の不和	40
その他家族関係の不和	40

老親の介護による介護疲れや配偶者の死亡により将来を悲観した自殺という高齢社会が抱える問題が背景にあることが考えられた。

図 25 平成 19 年・20 年の自殺者の年齢階級別動機・原因割合（3 つまでの複数回答）



原因・動機の詳細分類について、性・年齢階級別にみると、男性の 19 歳未満では学業不振が最も多く、うつ病、家庭問題と続いていた。20 歳代はうつ病が第 1 位、統合失調症が第 2 位、男女問題、仕事の関係が 3 位以降に続いていた。30 歳代はうつ病が第 2 位の多重債務の 3.5 倍と多く、第 3 位は統合失調症と精神疾患の占める割合が高かったが、仕事や家庭の問題も 4 位、5 位となっていた。40 歳代はうつ病が第 1 位であるが、第 2 位から第 5 位は経済・生活問題であり、経済問題が大きな原因となっていることがうかがわれた。50 歳代では身体の病気、うつ病が上位 2 位を占め、3 位以降は経済問題となっていた。60 歳代は身体の病気が 2 位のうつ病の 2 倍以上と多く、3 位と 4 位は経済問題であったが、5 位には家族の将来悲観など高齢者世帯の課題が原因となっていた。

表 7-1 男性の年齢階級にみた、自殺の主な原因・動機（3 つまで複数回答）

～19 歳		20～29 歳		30～39 歳		40～49 歳		50～59 歳		60 歳～	
原因・動機	人数	原因・動機	人数	原因・動機	人数	原因・動機	人数	原因・動機	人数	原因・動機	人数
学業不振	6	うつ病	44	うつ病	70	うつ病	51	身体の病気	62	身体の病気	196
うつ病	4	統合失調症	16	負債(多重債務)	20	負債(多重債務)	42	うつ病	57	うつ病	74
親子関係の不和、その他学友との不和	3	その他交際をめぐる悩み	15	統合失調症	19	負債(その他)	23	負債(多重債務)	43	生活苦	31
		失恋	13	仕事疲れ	17	事業不振	20	生活苦	29	負債(その他)	26
家庭:その他、統合失調症、その他の精神疾患、失恋、入試に関する悩み、その他進路に関する悩み、いじめ	2	仕事疲れ	12	夫婦関係の不和	15	生活苦	18	事業不振	27	家族の将来悲観、負債(多重債務)	18
		職場の人間関係	11	職場の人間関係	14	身体の病気	17	負債(その他)	25		
		その他の精神疾患	8	生活苦	12	失業	12	失業	20	事業不振	17
		就職失敗	7	身体の病気、負債(その他)	11	夫婦関係の不和、統合失調症	10	統合失調症	12	身体障害の悩み	11
		負債(多重債務)、その他進路に関する悩み	6	その他交際をめぐる悩み	10	職場関係の変化、仕事疲れ	8	夫婦関係の不和	10	夫婦関係の不和、統合失調症	10
		身体の病気	5	失恋	9			家族の将来悲観	8		
						その他の精神疾患	7	その他の精神疾患	9		

色:「黄」家庭問題、「青」健康問題、「赤」負債。「桃」負債以外の経済・生活問題、「緑」勤務問題、「紫」学業問題、「無」その他

女性ではどの年代でもうつ病が第1位であり、20歳以上では第2位も身体または精神疾患となっていた。第3位以降の原因・動機では、20歳代は親子や職場の人間関係、30歳代では子育て、夫婦間の悩み、40歳代以降では夫婦関係や家族の問題が原因・動機となっていた。男性とは異なり、経済問題は原因の上位に入っていなかった。

表 7-2 女性の年齢階級にみた、自殺の主な原因・動機（複数回答）

～19歳		20～29歳		30～39歳		40～49歳		50～59歳		60歳～	
原因・動機	人数	原因・動機	人数	原因・動機	人数	原因・動機	人数	原因・動機	人数	原因・動機	人数
うつ病、その他交際をめぐる悩み	3	うつ病	25	うつ病	55	うつ病	43	うつ病	36	うつ病	89
		その他の精神疾患	9	統合失調症	18	身体の病気	10	統合失調症	6	身体の病気	76
親子関係の不和、統合失調症、その他の精神疾患、仕事疲れ、失恋	2	失恋	8	その他の精神疾患	14	統合失調症	10	身体の病気	5	その他の精神疾患	12
		統合失調症	7	身体の病気	8	夫婦関係の不和	7	夫婦関係の不和、家族の死亡	3	その他家族関係の不和、統合失調症	11
		親子関係の不和	5	子育ての悩み	7	その他の精神疾患	6	介護・看護疲れ			
		職場の人間関係、その他:その他	4	不倫の悩み	7	家族の将来悲観	5	その他の精神疾患、事業不振、生活苦、負債(その他)		2	
				夫婦関係の不和	6	子育ての悩み、負債(その他)	4		家族の死亡		6
薬物乱用、病気:その他	3	家庭:その他、生活苦、職場関係の変化	5	家庭:その他、生活苦	3			親子関係の不和	5		

色:「黄」家庭問題、「青」健康問題、「赤」負債。「桃」負債以外の経済・生活問題、「緑」勤務問題、「紫」学業問題、「無」その他

職業別に、自殺の主な原因・動機の詳細を平成19年と20年の合計値でみると、男性の自営業・家族従事者では、事業不振が最も多く、負債、身体の病気、うつ病、多重債務と続いていた。被雇用者・勤め人ではうつ病が最も多く、身体の病気、生活苦、多重債務、夫婦関係の不和、仕事疲れとなっていた。被雇用者・勤め人の場合はうつ病が最も多かったが、仕事疲れや夫婦関係の不和、身体の病気はうつ病との関連も考えられた。学生・生徒では精神疾患が最も多かったが、他は学業に関するものであった。無職者には失業者や退職後の高齢者等が含まれるが、自殺の原因・動機では心身の病気を理由としたものが多く、その他は、失業、生活苦、負債など職業に関するものが上位であった。

表 8-1 男性の職業別にみた、自殺の主な原因・動機（複数回答）

自営業・家族従事者		被雇用者・勤め人		学生・生徒等		無職者	
原因・動機	人数	原因・動機	人数	原因・動機	人数	原因・動機	人数
事業不振	24	うつ病	57	うつ病	4	身体の病気	92
負債(その他)	12	身体の病気	29	その他進路に関する悩み	4	うつ病	81
身体の病気	11	生活苦	29	統合失調症	3	生活苦	30
うつ病	11	負債(多重債務)	27	その他の精神疾患	3	統合失調症	24
負債(多重債務)	7	夫婦関係の不和	20	学業不振	3	失業	23
生活苦	6	仕事疲れ	20	就職失敗	2	負債(その他)	17
夫婦関係の不和	5	負債(その他)	17	その他学友との不和	2	負債(多重債務)	16
仕事疲れ	4	職場の人間関係	17	親子関係の不和	1	就職失敗	10
家族の将来悲観	2	仕事の失敗	15	家族からのしつけ・叱責	1	夫婦関係の不和	9
負債(連帯保証債務)	2	失恋	11	身体障害の悩み	1	その他の精神疾患	8

色:「黄」家庭問題、「青」健康問題、「赤」負債。「桃」負債以外の経済・生活問題、「緑」勤務問題、「紫」学業問題、「無」その他

女性では自営業・家事従事者は該当数が少なかったが、うつ病・精神疾患が多かった。被雇用者・勤め人ではうつ病が最も多く、多重債務、失恋と続いていた。無職者は主婦や高齢者が多いと考えられたが、心身の病気が原因である者が多かった。

男女で比べると、男性の自営業・家族従事者の自殺原因は、病気よりも経済・生活要因が多くを占めており、経営不振、倒産等に伴う負債や事業再建のための相談窓口の情報提供が必要と考えられた。

表 8-2 女性の職業別に見た、自殺の主な原因・動機（複数回答）

自営業・家族従事者		被雇用者・勤め人		学生・生徒等		無職者	
原因・動機	人数	原因・動機	人数	原因・動機	人数	原因・動機	人数
うつ病	3	うつ病	16	親子関係の不和	1	うつ病	102
その他の精神疾患	3	負債(多重債務)	5	統合失調症	1	身体の病気	40
事業不振	3	失恋	5	結婚をめぐる悩み	1	統合失調症	27
夫婦関係の不和	1	職場の人間関係	4	入試に関する悩み	1	その他の精神疾患	13
家庭の死亡	1	その他交際をめぐる悩み	4	その他進路に関する悩み	1	夫婦関係の不和	7
介護・看護疲れ	1	夫婦関係の不和	3	事業不振	1	親子関係の不和	6
負債(その他)	1	その他の精神疾患	3	いじめ	1	生活苦	6
職場の人間関係	1	その他	3	その他学友との不和	1	その他家族関係の不和	5

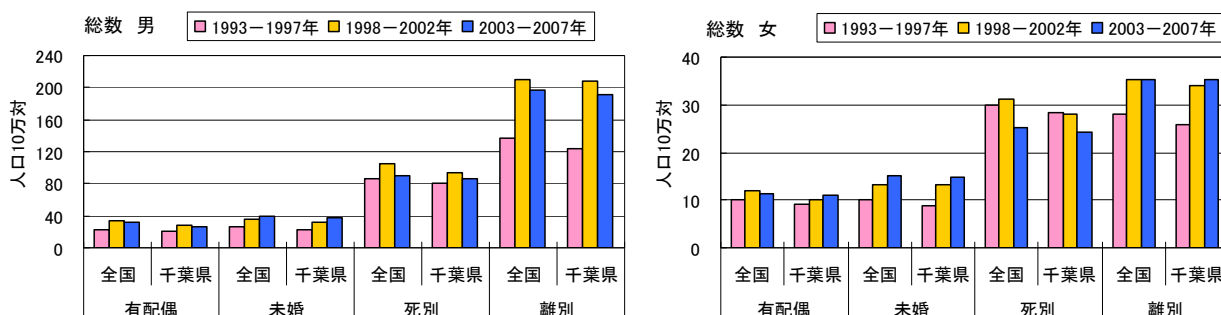
色:「黄」家庭問題、「青」健康問題、「赤」負債。「桃」負債以外の経済・生活問題、「緑」勤務問題、「紫」学業問題、「無」その他

3) 配偶関係と自殺

全国と千葉県について、1993年から2007年までの婚姻関係別の自殺死亡率（バイズ推計値）を5年ごとの集計値で比較した。男性は全国、千葉県とも男性は離別の死亡率が最も高く、死別、未婚、有配偶の順となっていた。5年毎の値を比較すると、いずれの場合も1998～2002年で増加し、死別、離別は2003～2007年で減少していたが、未婚においては2003～2007年も増加していた。死亡率の値は千葉県、全国ともに離別は死別の2倍以上であり、男性においては婚姻状況でみると、離別者が最も注意すべき対象であり、次いで死別者が注意を必要とする対象と考えられた。

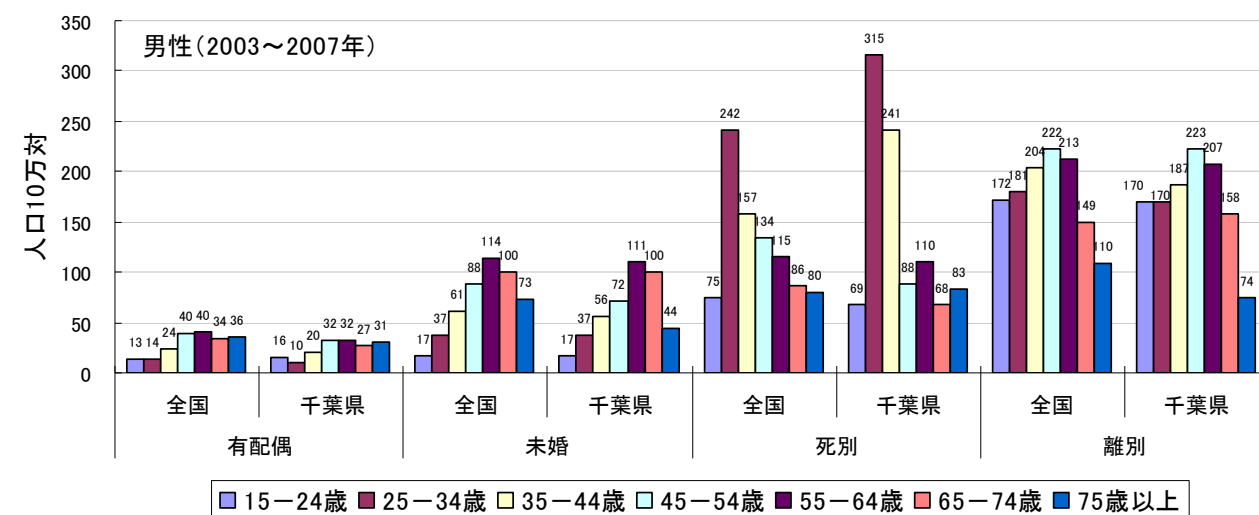
女性は1993～1997年では離別より死別の死亡率が高かったが、1998年以降は離別が死別を上回り、2003～2007年の死亡率は男性同様、全国、千葉県とも離別、死別、未婚、有配偶の順に低下していた。男性は離別、死別の死亡率が2003～2007年は1998～2002年より減少していたが、女性では2003～2007年の死亡率が1998～2002年より低下したのは死別のみであり、離別、未婚、有配偶の自殺率は増加していた。婚姻関係による死亡率の違いは男性より小さかったが、死別、離別者は男性同様に自殺防止の注意を必要とする対象と考えられた。

図 26 全国・千葉県の婚姻関係別自殺死亡率の推移者

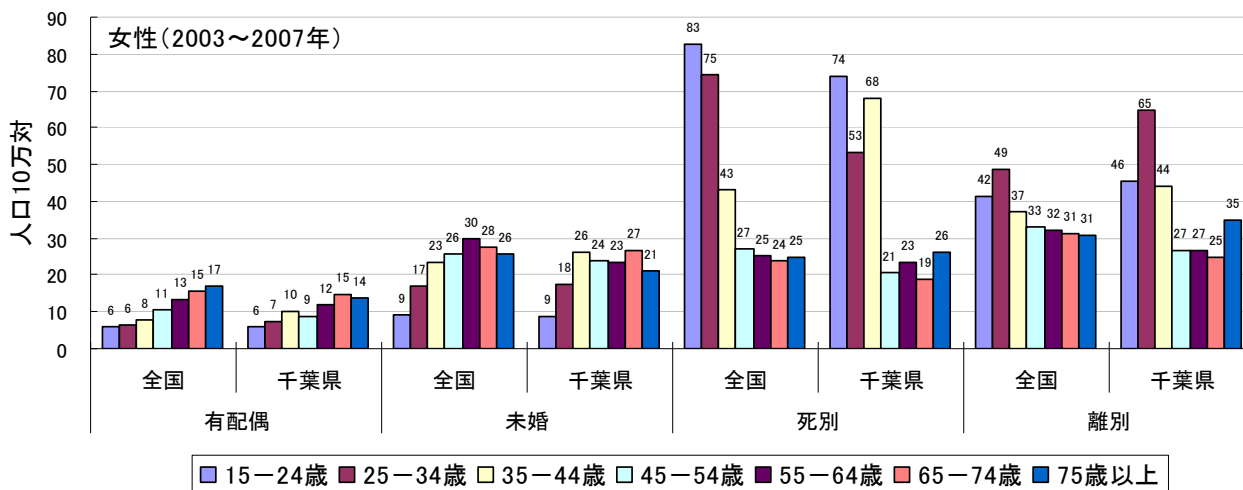


2003～2007年の婚姻関係別の自殺死亡率を性・年齢階級別に千葉県と全国を比較すると、男性では、千葉県の各婚姻関係別の自殺死亡率の年齢階級による違いは、全国と同様であったが、死別において25～34歳、35～44歳の自殺死亡率が全国を上回る高さであった。女性についても、配偶関係別の自殺死亡率の年齢による違いは全国と千葉県で同様の傾向を示していたが、男性同様、女性においても死別者の35～44歳の自殺死亡率は全国を上回っていた。また、離別者においても15～34歳では死亡率が全国を上回っており、配偶者と死別、離別した比較的若い年代は自殺に対する注意を要する対象と考えられた。

図 27 全国・千葉県の婚姻関係別自殺死亡率の年齢階級別比較



(女性)

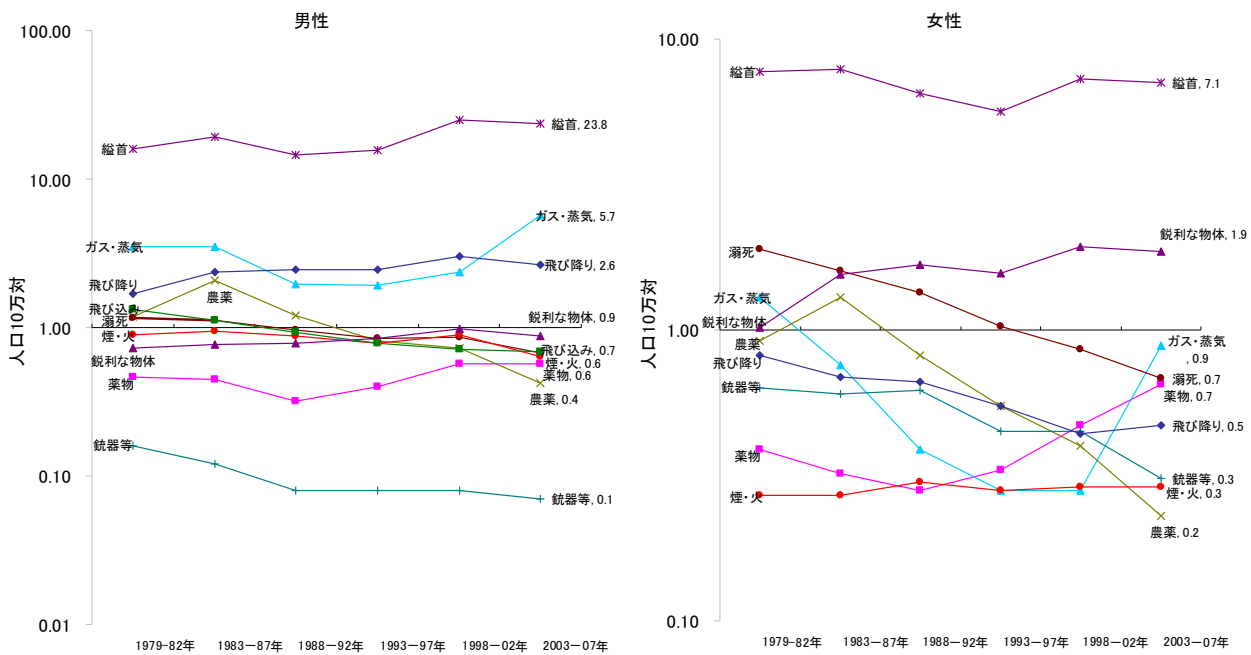


(男性)

4) 自殺手段

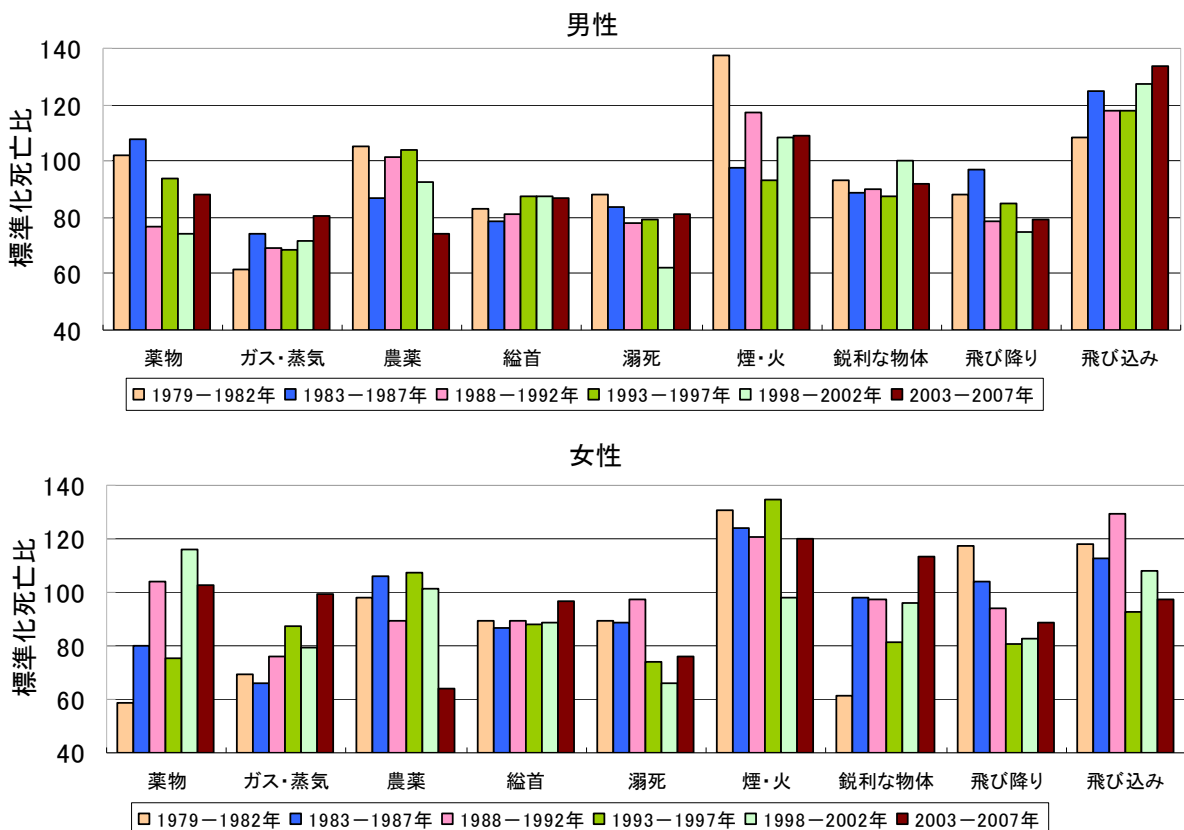
1979年から2007年までを5年毎に手段別の自殺死亡率の全国の推移をみると、男女とも縊死が最も多く、他の方法と大きな開きがあった。ガス・蒸気は男女とも2003～2007年は大きく増加し、男性では第2位、女性は第3位になっていたが、これは2007年に流行した硫化水素自殺の影響と考えられた。男性では飛び降り(注:高所からの飛び降り)が第3位であり、全体としては横ばいである。また、薬物は増加の傾向を示していた。女性では、鋭利な物体により自殺が第2位であり、減少の傾向がみられない。また、男性と同様に薬物による自殺も増加傾向を示していた。

図 28 全国の自殺手段別の死亡率（対数目盛）



1979～2007年の5年毎の自殺死亡率について、全国を100としたときの千葉県の相対値（標準化死亡比）の推移をみると、2003～2007年の標準化死亡比が100を超えているのは、男性は煙・火、飛び込み（注：移動中の物体の前への飛び込みまたは横臥）、女性は薬物、煙・火であった。男性の飛び込みとガス・蒸気は対全国比が増加傾向を示しており、農薬、薬物、飛び降りは低下傾向がみられた。女性では、ガス・蒸気、鋭利な物体に増加傾向がみられ、農薬、飛び降り、飛び込みは低下傾向がみられた。

図 29 2003～2007年の千葉県の手段別自殺の標準化死亡比

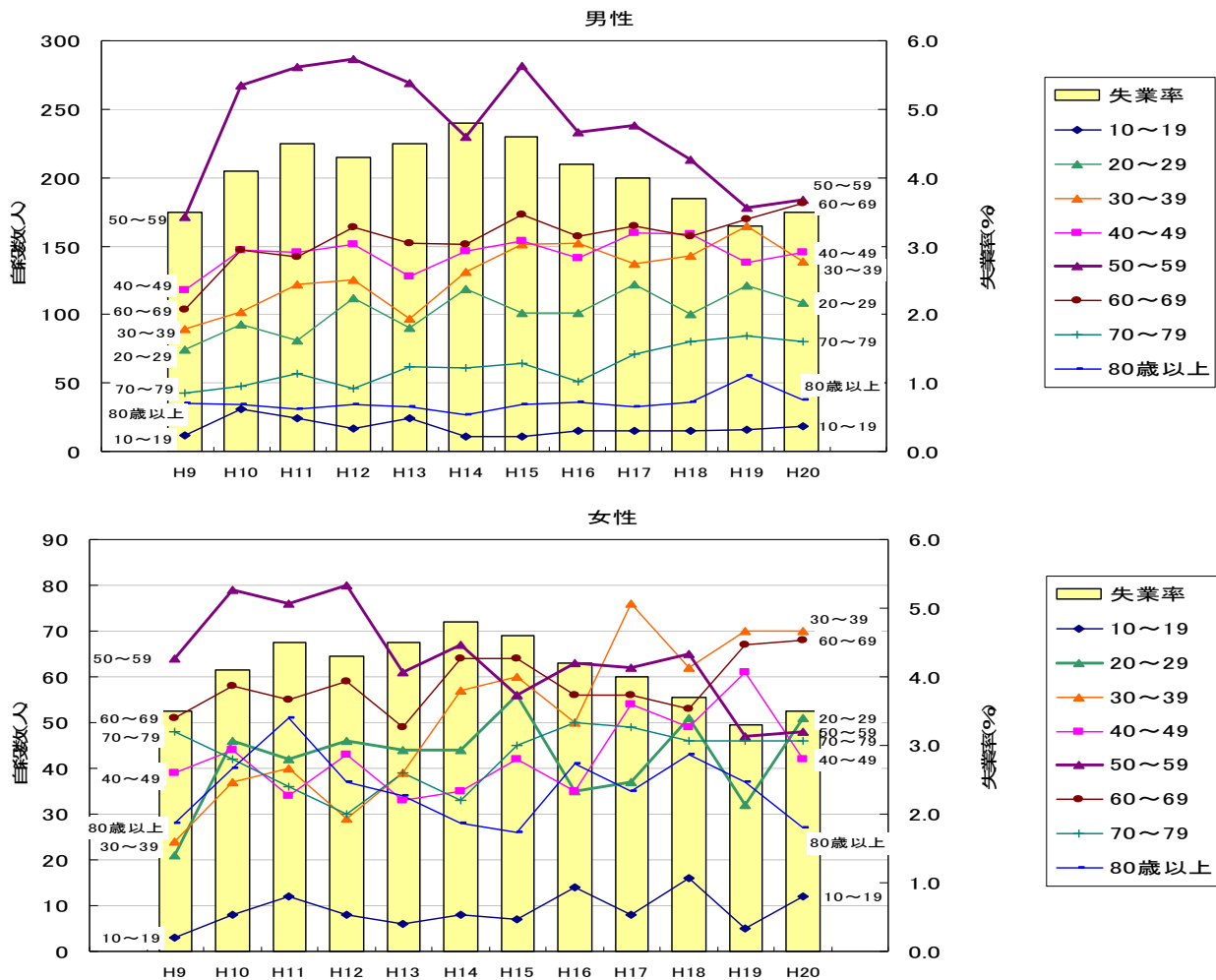


4 自殺との関連が指摘されている事象の状況

1) 完全失業率

経済的要因が自殺死亡の動機・原因に占める割合は高い。そこで、千葉県における完全失業率と性・年齢階級別死亡数の年次推移を平成14年から20年の7年間について検討した。完全失業率の動向と死亡数の推移が最も類似していたのは男性の50歳代であり、平成15年以降の完全失業率の動向と自殺死亡数の動向はほぼ同様であった。40歳代の男性も平成18年以降の完全失業率と自殺死亡数の動向は類似していたが、それ以前は完全失業率と自殺死亡数の間に関連はみられなかった。女性では就労率の高い20歳代、50歳代においても、男性のように完全失業率と自殺死亡数の間には強い関連がみられなかった。

図30 完全失業率と性別の年齢調整死亡率・年齢区分粗死亡率の年次推移（千葉県）



2) 精神保健に関する電話相談等

県精神保健福祉センターでは、精神保健に関する相談や電話相談を実施している。延べ相談件数のうち自殺に関する相談は、平成20年度は34件と、平成19年度の3件、平成18年度の10件に比べて大きく増加していた。電話相談では、19年度は相談件数（延べ数）7,578件のうち心の健康づくりは延べ1,326件、自殺関係の相談は延べ261件、20年度は相談件数6,404件のうち、心の健康づくりは延べ1,594件、自殺関係の相談は延べ196件であり、平成20年度の電話相談の延べ件数は減っていたが、心の健康づくりに関する相談数は増加していた。また、相談件数に占める自殺関係の相談の割合は両年とも約3%であった。相談件数は年度により違いがあるが、心の健康づくりや自殺に

関する悩みや心配を抱えている人が数多くいることがうかがわれた。

表 9 精神保健福祉センターへの相談内容と件数

(1) 対面相談

		実 人 員 (1)	延 人 員								(9)の再掲		
			保 健 老 人 精 神 (2)	社 会 復 帰 (3)	ア ル コ ー ル (4)	薬 物 (5)	思 春 期 (6)	づ く り 心 の 健 康 (7)	そ の 他 (8)	計 (9)	も り ひ き こ (10)	関 連 自 殺 (11)	被 犯 罪 (12)
対面相談 (被指導人員)	H17	500	636	3,119	30	113	109	37	33	4,077	20		
	H18	517	574	2,724	18	65	46	23	67	3,517	238	10	
	H19	427	534	2,823	10	63	9	33	46	3,518	370	3	2
	H20	405	602	2,666	5	80	12	21	36	3,422	421	34	5

(2) 電話相談

		保 健 老 人 精 神 (1)	社 会 復 帰 (2)	ア ル コ ー ル (3)	薬 物 (4)	思 春 期 (5)	づ く り 心 の 健 康 (6)	そ の 他 (7)	計 (8)	(8)の再掲		
										も り ひ き こ (9)	連 自 殺 (10)	害 犯 罪 被 (11)
電話による相談 件数	H19	24	936	88	101	109	1,326	4,994	7,578	110	261	10
	H20	28	452	62	57	93	1,594	4,120	6,406	125	196	18

3) 消費センター等における多重債務の相談

千葉県消費生活センター等における多重債務の相談が全相談に占める割合は、平成 17 年度以降増加しており、平成 20 年は 7.8%を占めていた。

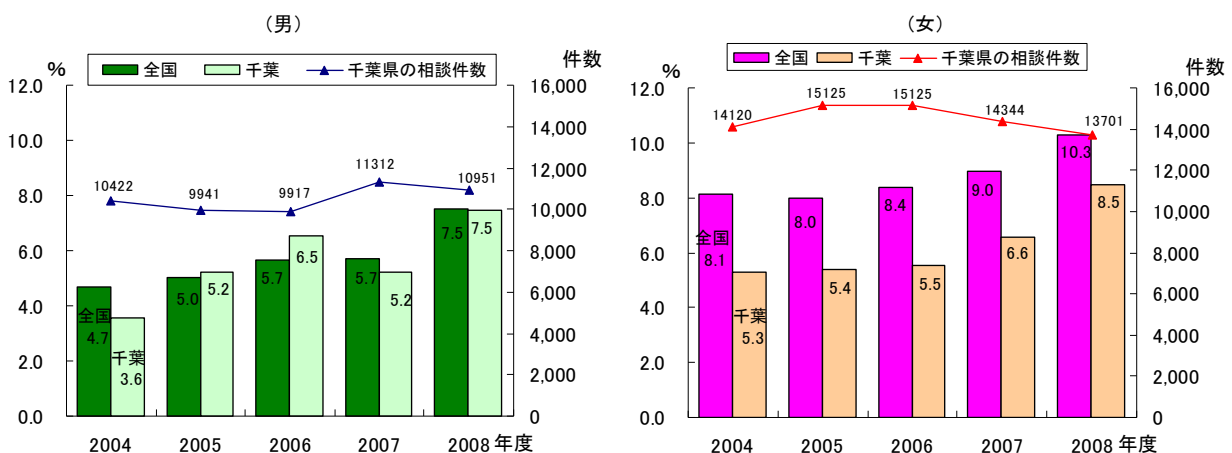
表 10 消費生活センター等における多重債務の相談件数

	件数	うち多重債務	多重債務割合(%)
17 年度	52,482	2,611	5.0
18 年度	47,339	3,287	6.9
19 年度	46,694	3,542	7.6
20 年度	44,785	3,482	7.8

4) 千葉いのちの電話への相談件数

千葉いのちの電話への相談件数は年間 25,000 件前後を推移し、男性より女性が多く、約 1.4 倍であった。相談に占める「自殺に結びつく恐れのある相談」の割合は男性より女性が高く、男性は全国とほぼ同率（いずれも 7.5%）だが、女性は 8.5%と全国の 10.3%より低くなっていた。「自殺に結びつく恐れのある相談」の割合は、男女とも増加傾向がみられた。

図 31 千葉いのちの電話相談件数と、「自殺に結びつく恐れのある相談」の割合の全国比較



5 県民の心の健康状態

千葉県では、県民の健康状態等の定期的な把握ため、県民を対象に、経年的に質問紙調査を実施している。平成17年から21年の調査結果について、心の健康状態に係る項目について検討した。

1) 健康関連 QOL

健康関連 QOL（生活の質）の指標の1つである SF8 について、平成17年、19年、21年の各尺度の値を比較すると、平成21年度の全ての尺度の得点は平成19年度の得点とは統計的に有意な差はなかったが、「身体的サマリースコア」を除く全ての項目は、平成17年度よりも有意に低かった。

男女別にみると、男女とも平成19年度と21年度の値に有意差はなかった。男性では「日常役割機能（身体）」「全体的健康感」「社会役割機能」「日常役割機能（精神）」「心の健康」「精神的サマリースコア」の6項目が平成21年度は17年度より有意に低かったが、女性では平成21年度と17年度の値に有意差はなかった。

図 32-1 健康関連 QOL の各尺度得点の経年比較（総数）

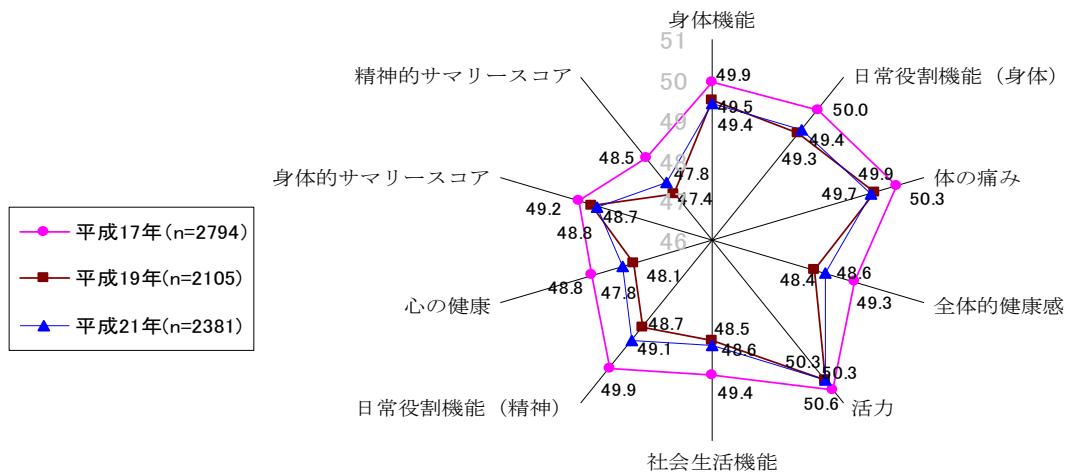
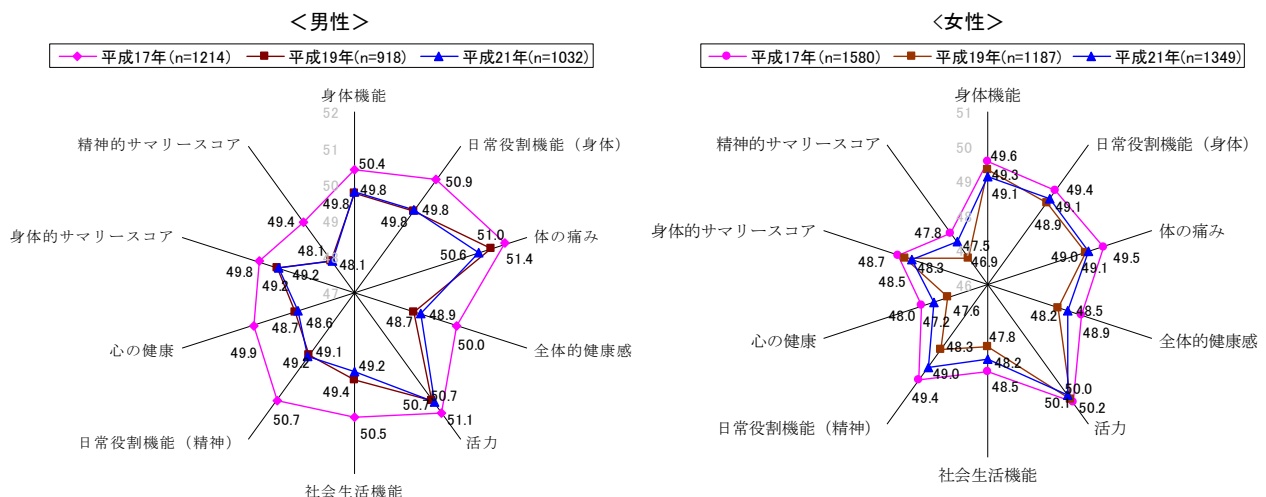


図 32-2 健康関連 QOL の各尺度得点の経年比較（男女別）



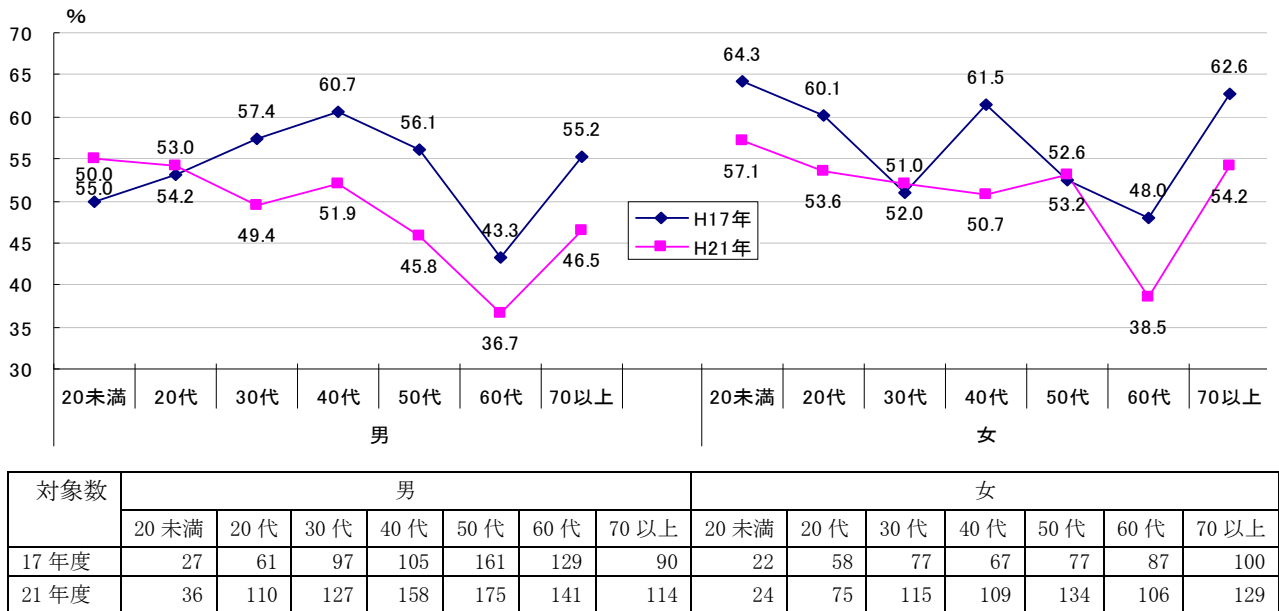
2) うつ傾向

平成17年度と21年度には、うつ病スクリーニングテストのうちA項目（5問）を調査している。この調査でネガティブな回答が2項目以上あれば、二次スクリーニング対象と判定するので、県民の心の健康状態の一指標として、二次スクリーニング対象者の該当状況を平成17年と21年で比較した。

21年度は17年度に比べて全体に二次スクリーニング対象者の割合は減少していたが、21年度の男

女別の該当率は、男性 46.4%、女性 50.0%と約半数が該当していた。男女で比べると、40 歳代を除くと男性より女性の方が該当率は高かった。また、男女ともいずれの年度も 60 歳代の該当者が最も低く、70 歳以上は 60 歳代より 10 ポイント以上増加していた。

図 33 うつ病スクリーニングテストにおける二次スクリーニング該当割合

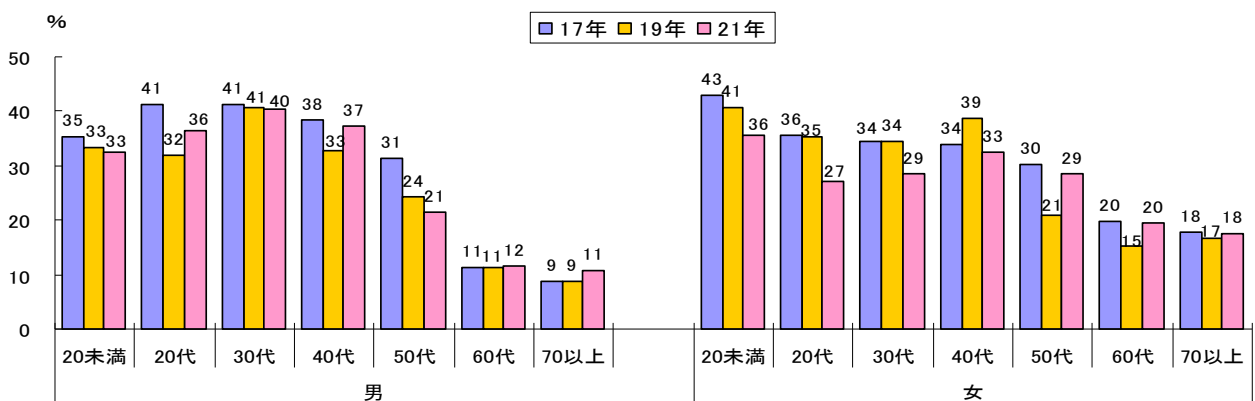


3) 睡眠で休養が十分に取れているか

平成 17 年、19 年、21 年の県民への調査では「睡眠で休養が十分に取れているか」を取れている程度により 4 段階で調査したが、選択肢の内容で「取れている」、「取れていない」に二分し、「取れていない」割合を性・年齢階級で比較した。

性・年齢階級別にみると、男女とも 60 歳以上は取れていない割合が、50 歳以下に比べると低かった。男性では、30 歳代、40 歳代に取れていない割合が高く、女性は年度により違いがあるが、21 年度では 20～50 歳代では年代による大きな違いはなかった。男女で比べると、21 年の 30 歳代を除くと、50 歳代までは取れていない割合に男女差はなく、60 歳以上では男性より女性の方が取れていない割合が有意に高かった。

図 34 睡眠で休養が「あまりとれていない」「まったく取れていない」割合



こころの健康に関連する項目の結果をみると、男女とも 20～50 歳代のこころの健康は重要な課題であり、特に 40 歳代の男性は注意が必要と考えられた。

6. 一般医療機関におけるうつ病等精神疾患が疑われる患者への対応

平成 20 年度に一般医療機関を対象に実施した「うつ病等精神疾患が疑われる患者への対応に関する実態調査」の結果をみると、平成 20 年 1 月の 1 ヶ月間に新たにうつ病等精神疾患が疑われる患者がいたと回答した医療機関の割合は病院では半数、診療所は約 4 割であった。

該当患者の対応では、新患については病院では投薬、診療所では専門医の紹介が最も多く、通院患者では病院、診療所ともに投薬が最も多かった。対応別の患者数では、新患の場合は約 4 割が専門医の紹介、46%が投薬を受けており、通院中の場合は病院では 9 割、診療所は 7 割が投薬を受け、専門医の紹介は病院では 5 %、診療所では 2 割であった。新患と通院中の患者では対応が異なっていた。

1 年間に受診患者の自殺、自殺未遂が発生した医療機関は、病院では 24%、診療所が 8.7%と病院の方が発生率は高かった。自殺者の人数は 27 人であり、このうち 15 人が病院、12 人が診療所と医療機関による差は小さかった。自殺未遂の人数は 66 人であり、病院 54 人、診療所 12 人と自殺未遂の人数は病院が多かった。

表 11 医療機関の種別、自殺・自殺未遂の人数

	病院		診療所		合計	
	患者数	機関数	患者数	機関数	患者数	機関数
自殺人数	15	7	12	10	27	17
未遂人数	54	13	12	9	66	22
自殺・未遂合計数	69	15	24	18	93	33

一般診療科におけるうつ病等の治療上の課題では、病院、診療所ともうつ病等の精神疾患の診療経験が乏しいが最も多く、約 6 割を占めた。ついで、診断が付けにくい、診察に時間がかかる、心理的介入が必要と思うが、臨床心理士等がないであり、これらが全体では 4 割以上を占めていた。病院と診療所の回答が大きく異なったのは、「精神科に患者が行きたがらない」であり、病院では半数が選択したのに対し、診療所では 3 割弱、「診断名を告げにくい」は病院の選択は 35%であるが診療所は 20%、「紹介できる専門医がない」の選択は病院が 19%、診療所は 7%であった。

表 12 一般診療科におけるうつ病等の治療上の課題

	病院(57)		診療所(189)		合計(246)	
	度数	%	度数	%	度数	%
うつ病等精神疾患の診療経験が乏しい	35	61.4	110	58.2	145	58.9
診断が付けにくい	24	42.1	89	47.1	113	45.9
診察に時間がかかる	22	38.6	87	46.0	109	44.3
心理的介入が必要と思うが、臨床心理士等がない	25	43.9	75	39.7	100	40.7
抗うつ剤等の適切な処方できない	23	40.4	68	36.0	91	37.0
精神科に患者が行きたがらない	29	50.9	53	28.0	82	33.3
家族の協力が必要だと思うが、調整できない	13	22.8	48	25.4	61	24.8
診断名を告げにくい	20	35.1	39	20.6	59	24.0
職場のサポートが必要だと思うが、連絡できない	7	12.3	29	15.3	36	14.6
紹介できる専門医がない	11	19.3	14	7.4	25	10.2
その他	1	1.8	11	5.8	12	4.9

うつ病等精神疾患への支援体制として必要と考えられることでは、病院、診療所ともに選択が最も多かったのは一般診療科と専門医の連携システムであったが、病院では回答者の 75%が選択し、診療所の回答を有意に上回っていた。家族の理解とサポート、職場の理解とサポートも 4 割以上の医療機関が選択し、身近な人達による支援が必要と感じていることがうかがわれた。また、過去 1 ヶ月間の

うつ病の患者の有無で回答を比較すると、うつ病患者があった医療機関の方が地域の理解とサポートを選択した割合が有意に高かった。

表 13 うつ病等精神疾患への支援体制として必要と考えられること

	病院		診療所		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%
一般診療科と専門医の連携システム	45	75.0	115	59.3	160	63.0
家族の理解とサポート	29	48.3	99	51.0	128	50.4
早期発見のためのシステム	26	43.3	92	47.4	118	46.5
職場の理解とサポート	28	46.7	84	43.3	112	44.1
一般診療科での早期発見のシステム	18	30.0	69	35.6	87	34.3
職場復帰のためのシステム	23	38.3	53	27.3	76	29.9
一般診療科医師の研修	20	33.3	51	26.3	71	28.0
住民への啓発	14	23.3	46	23.7	60	23.6
精神保健福祉センターや健康福祉センターの精神保健福祉相談	14	23.3	43	22.2	57	22.4
地域の理解とサポート	16	26.7	37	19.1	53	20.9
市町村の精神保健福祉相談	10	16.7	39	20.1	49	19.3
患者会や患者家族会等の自助グループの育成	6	10.0	23	11.9	29	11.4
中核地域生活支援センターの福祉相談	8	13.3	17	8.8	25	9.8
その他	2	3.3	7	3.6	9	3.5

千葉県では、県医師会等の協力を得て、一般診療科医師を対象としたうつ病等の精神疾患の診断や治療技術の向上のための研修会を開催している。一般診療科医師がこの研修に参加している医療機関は、病院 6、診療所 46 と回答のあった医療機関の約 2 割であり、研修に参加しなかった理由では、忙しくて参加する時間がないが約 6 割を占め、病院の方が診療所より選択した割合は高かった。また、約 4 割は研修の開催を知らなかったと回答しており、周知不足も考えられた。

表 14 うつ病研修の参加できなかった理由

	病院		診療所		合計	
	度数	%	度数	%	度数	%
研修会の開催を知らなかった	19	35.8	55	36.7	74	36.5
仕事が忙しく研修会に参加する時間がない	35	66.0	83	55.3	118	58.1
研修会に参加する必要がない	3	5.7	11	7.3	14	6.9
その他	4	7.5	22	14.7	26	12.8

これらの結果から、病院の 24%、診療所の 8.7%が 1 年間に患者の中で自殺者、自殺未遂者があったと回答しており、一般医療機関の 1 割以上が自殺企図を持つ患者を診療する機会があることが明らかになった。一般医療機関ではうつ病等の精神疾患をかかえる患者を診る機会が多いが、患者の診断や治療において専門外ということから不安を抱えている一方、時間不足、周知不足により研修等を受ける機会が十分に与えられておらず、医師個人に対応を委ねるには十分な支援体制が取れているとは言い難かった。また、一般医療機関と専門医との連携システムの確立を望む意見が 3 分の 2 と多くみられ、特に病院では 4 分の 3 の回答があったことは、個人的なつながりではなく、組織としてのシステムを望む声が高いことが考えられた。

7 救急病院における自殺未遂者への対応

自殺未遂者は自殺者の10倍いると言われており、未遂者は自殺再企図を図ることが多いことから、平成20年度に救急告示医療機関における自殺未遂者への対応の現状、精神科との連携の現状と課題について調査をした。

救急告示医療機関の71.4%（105機関、うち診療所7）から回答があり、このうち精神科常勤医がいる医療機関は20、精神科非常勤医がいる医療機関24、連携の取れる地域（院外）の精神科専門医がいる医療機関は36であり、病床数別にみると、病床数の多い医療機関は精神科医師の雇用があるが、病床数の少ない医療機関では、精神科疾患に対する専門職の配置は少なかった。

表15 病床数別にみた救急医療機関における診療体制

	医療機関数	20床未満	20～99床	100～199床	200～399床	400床以上	合計
		割合	割合	割合	割合	割合	割合
1.精神科常勤医がいる	7	0.0	3.4	0.0	23.8	77.8	19.0
2.精神科非常勤医がいる	29	0.0	10.3	10.0	38.1	55.6	22.9
3.連携できる精神科専門医がいる	30	42.9	48.3	33.3	19.0	27.8	34.3
4.MSW、精神保健福祉士がいる	21	14.3	31.0	83.3	81.0	94.4	65.7
5.臨床心理士がいる	18	0.0	3.4	0.0	14.3	72.2	16.2
(1～3のいずれにも該当しない) 精神科専門医の雇用・連携なし	105	57.1	48.3	60.0	42.9	11.1	44.8

平成19年の1年間に救急搬送で受け入れた医療機関は97であり、このうち自殺・自殺未遂者（疑いを含む）を受け入れた医療機関は79（うち病院77）、患者数は2,206人（全体の約1.5%）であり、病床数別にみると、規模の小さい医療機関でも自殺・自殺未遂者を受け入れていた。自殺・自殺未遂者のうち精神科領域のフォローが必要と思われる患者が77.2%を占めていた。

表16 病床数別にみた自殺・自殺未遂者の救急受け入れ患者に占める割合

	20床未満	19～99床	100～199床	200～399床	400床以上	合計
救急受入数	6	27	28	19	17	97
内、自殺・自殺未遂(数)	2	23	20	18	16	79
割合(%)	33.3	85.2	71.4	94.7	94.1	81.4

精神科領域のフォローが必要と考えられた自殺未遂者への対応状況を精神科医との連携状況別にみると、常勤の精神科医がいる医療機関に比べ、精神科医の雇用や地域の専門医との連携がない医療機関や非常勤の精神科医を雇用している医療機関では、救急・応急措置のみの実施で対応したという回答が多くみられた。患者への対応を精神科専門医との連携状況で単純に比較することは難しいが、非常勤の精神科医を雇用していても、救急の場面では応急的な措置にとどまる場所が多かったことは、非常勤の精神科医師は救急医療に携わっていなかったことが考えられる。

表17 精神科の対応が必要と思われた自殺未遂者への対応状況の精神科医との連携状況による比較

	医療機関数	精神科常勤医あり	精神科非常勤医のみあり	連携の取れる専門医のみあり	精神科専門医との連携等なし	合計	カイ2乗検定
		割合	割合	割合	割合	割合	
院内専門医の診療予約	17	94.1	28.6	5.0	0.0	29.2	***
院外専門医への紹介	7	41.2	42.9	65.0	66.7	56.9	ns
かかりつけの専門医に連絡	20	58.8	42.9	60.0	61.9	58.5	ns
かかりつけの一般医に連絡	21	11.8	0.0	10.0	23.8	13.8	ns

表 17(続き)

	精神科常勤 医あり	精神科非常勤 医のみあり	連携の取れる 専門医のみあり	精神科専門医 との連携等なし	合計	検定結果
救急部局で投薬	29.4	28.6	30.0	14.3	24.6	ns
MSW 等で生活支援	17.6	0.0	20.0	9.5	13.8	ns
臨床心理士による対応	5.9	0.0	0.0	0.0	1.5	ns
救急・応急措置のみ	64.7	85.7	50.0	95.2	72.3	**
経過観察	64.7	42.9	30.0	47.6	46.2	ns

ns : p>0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

救急医療機関で自殺未遂者の治療に当たり課題になることを医療機関の規模別でみると、全体の74%が精神科医がいないことを課題とし、特に病床数の少ない医療機関では精神科医の雇用がないため、不足とする回答数が多かった。精神科の専門職に関しても同様であったが、家族の協力の調整や職場の理解と協力の調整は、医療機関の規模とは関連がなく、全体で約3割が課題と回答していた。

表 18 救急医療機関で自殺未遂者の治療にあたり課題になること

	20床未満	19~99床	100~199床	200~399床	400床以上	合計	カイ2乗 検定
合計	6	27	28	21	17	99	
割合	%	%	%	%	%	%	
精神科医師がいない	100.0	81.5	85.7	81.0	23.5	73.7	***
ソーシャルワーカーがいない	33.3	33.3	7.1	19.0	0.0	17.2	*
臨床心理士等がいない	16.7	55.6	57.1	57.1	23.5	48.5	ns
家族の協力が調整できない	16.7	37.0	39.3	23.8	47.1	35.4	ns
職場の理解と協力が調整できない	33.3	18.5	25.0	14.3	23.5	21.2	ns
専門医に患者が行きたがらない	16.7	25.9	35.7	33.3	41.2	32.3	ns
精神科への通院が継続しない	33.3	11.1	21.4	42.9	47.1	28.3	*

ns : p>0.05 * : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

自殺未遂者への支援体制として必要なこととして重要なことを5つ選択してもらったところ、「家族の理解とサポート」82.8%、「地域の精神科医との連携」76.8%、「身体面と精神的な治療を並行して行える院内体制」53.5%、「医療機関以外に気軽に相談できる場」46.5%、「職場の理解とサポート」45.5%が上位5位となっていた。いずれの回答においても、医療機関の規模による有意な差はみられず、医療機関に共通する課題と考えられた。

表 19 自殺未遂者への支援体制として必要なこと

	20床未満	19~99床	100~ 199床	200~ 399床	400床 以上	合計	カイ2乗 検定
合計	6	25	29	21	18	99	
%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
身体面と精神面の治療が並行して行える院内体制	50.0	56.0	51.7	57.1	50.0	53.5	ns
地域の精神科医との連携	100.0	80.0	72.4	81.0	66.7	76.8	ns
ソーシャルワーカー等による回復期の支援システム	66.7	32.0	31.0	28.6	44.4	35.4	ns
家族の理解とサポート	66.7	96.0	82.8	76.2	77.8	82.8	ns
職場の理解とサポート	50.0	36.0	51.7	42.9	50.0	45.5	ns
医療機関以外に気軽に相談できる場	66.7	36.0	41.4	47.6	61.1	46.5	ns
精神保健福祉センターの精神保健福祉相談	33.3	40.0	41.4	23.8	22.2	33.3	ns
健康福祉センターの精神保健福祉相談	16.7	36.0	31.0	33.3	22.2	30.3	ns
中核地域生活支援センターや市町村の福祉相談	0.0	28.0	27.6	23.8	16.7	23.2	ns
住民への啓発	0.0	36.0	20.7	28.6	27.8	26.3	ns

ns : p>0.05

救急医療機関として自殺対策に対する意見では、①精神科救急と精神科以外の疾患との治療体制の整備が必要、②精神科病院・精神科診療所との連携に課題があり、行政を含めた情報交換、入院応需等のためのネットワークの整備が必要、③自殺未遂を反復する事例の中にはかかりつけの精神科医療機関を有しているにも関わらず、フォローアップが必ずしも適切に行われていない例があること、などが挙げられていた。

これらの調査結果から、救急医療機関は規模に関わらず自殺未遂者を受け入れる可能性があるが、精神科専門医が救急の場に配置されていることは少なく、特に規模の小さい医療機関では臨床心理士やメディカルソーシャルワーカー等のコメディカルの専門職は配置されていない。したがって、自殺未遂者が救急搬送された場合の本人への治療や家族、職場等への支援などのフォローアップは十分に行えていない課題が浮き彫りとなった。院外の精神科医との連携は多くの医療機関で求められている一方、患者が専門医に行きたがらない、治療が継続しないなどの課題も多くの医療機関から挙げられており、医療機関以外に気軽に相談できる場、精神保健福祉センターや健康福祉センターの精神保健福祉相談や市町村の福祉相談などの社会資源の周知や活用が重要と考えられる。

8 考察

平成28年までに自殺死亡率を平成17年水準以下にするという目標に向けて、千葉県としてどのような取り組みをするべきか。本報告では、その具体的な取り組み計画を立てる一助として、入手する情報を用いて千葉県の自殺の現状把握を試みた。

自殺の現状把握では、自殺数と自殺死亡率の2つの指標が用いられる。目標達成のためには、自殺数を減らすことと、自殺死亡率を下げることのいずれも重要であるが、人口が少ない地域では自殺数は少ないが、一人でも自殺が増えると自殺死亡率が高い数値に跳ね上がるという死亡率算出における問題がある。県内の市町村の状況をみると、自殺数は人口の多い10市町村で約6割を占めるが、自殺死亡率は人口の少ない市町村に高い値が多い。県として目標達成に向けて取組む上では、人口が少なく、自殺死亡数は1桁台と少ないが自殺死亡率の高い市町村に対しては、自殺者をこれ以上増やさないこと、自殺死亡率は県内で上位ではなくても自殺数の多い市町村に対しては、自殺者を一人でも多く減少させることを取組みの目標とするなど、市町村の実情を考えた取り組みが求められるだろう。地域の現状に合わせた効果的な取り組みには、保健所・市町村という単位で、更に自殺現状を把握することも必要であろう。

県内の自殺の原因・動機を概観すると、男女とも多くの年代や職業で、うつ病等の精神疾患が上位を占め、うつ病等精神疾患の早期発見・早期治療が自殺対策として重要であることを示している。しかし、自殺に至る原因・動機は単一なものであることはむしろ少なく、失業、負債などの経済問題、家庭問題、身体の疾患などの様々な要因が連鎖して、うつ病等の精神疾患の原因となり、自殺に至ってしまうといわれている。心身の悩みは不眠や疲労をもたらし、不眠や疲労などがうつ病等の早期症状であることを周知・啓発することや、精神科医療機関への適切な受診ができるような連携体制の構築が望まれる。

自殺の原因・動機は様々な要因の連鎖の結果という観点からみると、男性では事業不振、負債、失業等の経済・生活問題、職場の人間関係などの勤務問題が、女性では夫婦関係、看護疲れなどの家庭問題と身体の疾患が自殺にいたる背景として大きな位置を占めており、社会的要因を含む背景因子への対策が重要であると考えられる。

自殺の状況をみると、働き盛りの男性、若年女性、高齢者が自殺対策の重点対象であり、特に男性

では働き盛り年代の離別者、女性では若年の死別・離別者はハイリスク集団といえる。働き盛りの年代男性の離別は、事業失敗、失業、多重債務等の経済的問題が関係している可能性も考えられる。また、若年女性の離・死別では、母子家庭における生活苦、将来不安などが自殺に結びつく可能性が考えられ、これらの人たちに対する支援が課題と考えられる。

また、県内でも自殺死亡者の3分の1は60歳以上である。内閣府本府参与の清水氏の「自殺の要因分析 ～戦略的な対策の推進に向けて～」(平成22年3月30日会議資料)によると、70歳以上の高齢者の自殺では7割以上に同居者がおり、同居者ありの方が同居なしより有意に自殺死亡率が高かった。千葉県でも高齢者の自殺の原因・動機は身体・精神の健康問題が1位、2位を占めている。病気を抱える高齢者の心身の健康状態を同居者が留意するとともに、社会的活動への参加等による引きこもり防止などの取組は、高齢者の自殺防止に有効であろう。

自殺の予防という側面では、相談体制、医療体制が問題となる。多重債務や精神保健等に関する相談や、いのちの電話への相談件数は増加している。相談の増加は、景気低迷等により、相談が必要な人が増加しているという社会状況の影響が大きいと考えられるが、さまざまな相談窓口が周知され、必要なときに相談できる体制の整備は重要であろう。近年は、対面相談、電話相談だけでなく、インターネットを活用したメールによる相談も普及してきているようである。メールによる相談は、24時間受け付けられる反面、電話や対面と違い、即時に返事ができない、言葉の意味が正しく伝わったかどうかを確認できない等の課題もある。必要な人が、必要なときに、すぐに相談でき、適切な回答が得られるという体制作りについては、関係機関等による検討が必要であろう。

医療機関については、救急医療機関、一般診療所ともに自殺企図者・自殺未遂者への対応について課題を抱えていることが明らかになった。一般診療所、救急医療機関ともに、精神科専門医との連携体制が課題の1つとなっていた。自殺未遂者は自殺率が高いということからも、医療機関で自殺のハイリスク者を発見し、自殺に至らないようにフォローできる体制整備が求められていると考えられた。

今回の検討に用いた自殺に関する統計は、人口動態統計、警察統計ともに自殺死亡者についてのみであり、消防本部からの公表資料等の検討は行えておらず、自殺未遂者については情報が得られていない。自殺は単一な原因や理由によらないため、事前予防、危機対応、事後対応のいずれを検討していくにおいても、死亡小票を活用した詳細なデータの解析や、独自調査の実施や関係機関等からの情報収集が必要である。不足する情報の収集に努めるとともに、経年的な分析を継続し、適切な対策を立てていくことが望まれる。

9 まとめ

千葉県における自殺に関連する現況は以下のようにまとめられる。

- 千葉県における自殺死亡率は全国と同様、平成10年に急増し、その後も1,300人前後の高い値が続いていた。
- 性別年齢階級別自殺死亡率においては、男性では働き盛りの年代の自殺死亡率が高く、女性については55歳以降、年齢階級が上がるとともに自殺死亡率が高くなる傾向がみられた。また、全国と比較すると、女性では45歳未満の若年層の自殺死亡率が高い傾向にあった。
- 年齢別の死因の順位では、若年から中高年までは自殺による死亡が上位であり、特に15～39歳では1位になっていた。
- 自殺の原因・動機では健康問題が最も多く、うつ病、身体の病気、統合失調症が主な原因であった。男性は女性に比べて経済・生活を理由にする自殺が多く、多重債務、生活苦が主な原因であった。

年代別にみると、働き盛りの年代では経済・生活問題、高齢者は健康問題が多くみられた。

- 離別・死別者では有配偶者より自殺率が高く、特に、男性では働き盛りの離別者、女性では若年の離別・死別者の自殺率が高かった。
- 地域別でみると、自殺者数は人口の多い都市部で高い値になっていたが、年齢調整死亡率でみると農村部に高い傾向がみられた。自殺の年齢調整死亡率や性・年代別の死亡率が高い地域は男女で違いがみられ、地域の状況により要因が異なることが考えられた。
- 月別の自殺死亡数は、12月から1月は少なく、3月、7月、10月に多いという周期性がみられた。
- 自殺と関連が強い要因をみると、景気の回復の遅れから完全失業率は増加に転じており、多重債務の相談件数やいのちの電話における「自殺に結びつく恐れのある相談」の割合は増加していた。
- 心の健康状態に関連する指標をみると、全体では男性より女性の心の健康状態が悪い傾向がみられた。うつ病スクリーニングテストにおける二次スクリーニング該当状況をみると、40歳代を除いて女性が男性を上回り、男女とも70歳以上では60歳代より該当者が大きく増加していた。睡眠で休養が十分に取れていない割合は、60歳未満に多く、特に男性の30歳代、40歳代では、十分に取れていない割合が高かった。
- 一般医療機関の約1割が患者からの自殺者、自殺未遂者を経験しており、うつ病等の精神科疾患を抱える患者の診断・診療に対して不安を抱く医師が多かった。しかし、医師への研修機会や専門医との連携システムの確立は十分とは言い難かった。
- 救急医療機関は規模によらず、自殺・自殺未遂者が搬送されていた。しかし、常勤の精神科専門医や精神・心理、生活面等の支援をするコメディカルが配置されている施設は少なく、搬送された自殺未遂者で精神科領域のフォローが必要とされていても、精神科専門職につなげることが十分に行えていなかった。