

## 平成 19 年度第 1 回三重県自殺予防対策推進協議会議事録

平成 19 年 8 月 2 日 (木)

時間：14:00～16:30

場所：県久居庁舎第 25 会議室

### 1 委員の出席状況

内閣府自殺対策推進室 森参事官補佐

出席の委員：棚橋委員、齋藤委員、小西委員、和田委員、山崎委員、岡田委員、谷井委員、井上委員、原田委員、服部委員、宮原委員、鈴木委員、椎葉委員、田畑委員、中村委員、福原委員 計 15 名

代理出席の委員：前田委員 計 1 名

欠席の委員：栗原委員、伊藤委員、福原委員、西口委員 計 4 名

### 2 開会 あいさつ

会長 棚橋 尉行委員

### 3 議題

(1) 三重県自殺予防対策推進協議会設置要綱の改正について (資料 1) 小野室長が説明  
【 質疑応答 】

(和田委員)

・第 1 条の評価は対象は何であるのか。評価の対象や方法を明確にして欲しい。

(事務局)

・三重県の健康づくり総合計画の中での評価と考えているが、要綱の中でわかりやすい表現にしていきたい。

(2) 国における自殺予防対策の動き

(資料 2、資料 3、内閣府作成パンフレットについて説明) 森参事官補佐が説明

(岡田委員)

・1994 年の図表は古い。うつ病やうつ状態がかなり背景にあるとは言われているが、ごく最近の状況はどうか。

(森参事官補佐)

・平成 18 年の厚生労働科学研究でも自殺する方の既往歴等を見るとうつ病は高いという研究報告が出されている。ただ、全ての自殺者に対して調査をしているわけではないので、今後心理学的剖検等の手法によって解明されていくのではないかと。

(谷井委員)

・自殺者の 70 数%は精神疾患と言われているが、研究によっては 40～50%あるいは、80%を超える報告もありばらついているのが現状である。

(棚橋会長)

・数値目標というのは具体的にはどういった数字が出てくるのか。

(森参事官補佐)

・20%というのは、フィンランド・アメリカ・イギリスなど諸外国が最初に自殺対策の目標に掲げたのが 20%だった。WHO の自殺対策専門の先生からも意見をいただいて、10 年後の目標を 20%にした。

(3) 自殺対策について(谷井委員より説明)

吉岡班の研究データより(1989~1995のデータ)

- ・高齢者の自殺が多い。
  - ・男性では40~50歳代の働き盛りの自殺が多い。
  - ・高齢者での自殺は病苦が多い。
  - ・高齢者以外の中高年から若年層は精神疾患的な要素が多いというのは全国でも類似の傾向である。
  - ・独居者よりも同居者に多い。
  - ・自殺未遂は女性に多い。
  - ・春から夏にかけて多くて、冬に少なくなる。
- 平成18年の警察庁のデータより
- ・自殺者数は32155人だった。
  - ・高齢者が3分の1程度。
  - ・自殺の割合の中で離職者が48%、働いている人が52%であった。
  - ・健康問題が割合的に多い。
  - ・高齢者の中で健康問題の割合が少ない。

全国の自治体の3分の2程度で自殺対策連絡協議会が立ち上がっている。

ディルケ-ム(フランス人)「自殺論」

「自殺を防ぐには社会的集団を十分強固にして、個人をもっとしっかりと掌握できるようにするとともに、個人自身も集団と結びつくようにさせること意外に方法はない」

4) 三重県における自殺の現状と今後の予防対策に向けて(井上委員より説明)

自殺の法医学的意義

自分の行為の結果が死であることを認識していること。

死ぬ意図があること。

死ぬことが目的の行為であること。

自殺率の国際比較

- ・総数では1位 リトアニア、2位 ロシア、10位 日本
- ・男性では1位 リトアニア、2位 ロシア、10位 日本
- ・女性では1位 中国、2位 リトアニア、3位 日本

日本の各機関における自殺調査の方法：各々長所と短所という形で述べるが、各機関や調査を行ってきている人々への労力や努力に感謝せねばならない。

死亡診断書及びこれを基にした死亡小票によるもの

長所：厚生労働省もしくは各都道府県などの自治体が行う調査において用いられる。

住民票を基準としており、自殺者数の正確な把握において信頼性が最も高い。

性・年齢階級別の自殺死亡者数、率も調査されており階級別の死因において自殺の割合を示している。自殺が全死因においてどの位置を占めているのかわかりやすい。

短所：実際の自殺の発生場所と住民票のある場所が離れている事例というものもある。

自殺背景についての記載がない。

検視調書によるもの

長所：警察庁が行う調査。

発生場所を基準とした報告であり、自殺背景について記載がある。

短所：自殺背景における項目分類の健康問題が身体疾患によるものか、精神疾患によるものかわからない。

検視調書において自殺と判断された事例が実際に作成された死体検案書では死因処理が異なることもある。

#### 診療録によるもの

長所：医師が自殺調査をする折に多く用いる検討の1つ。

精神科医師が心理的剖検として用いることが多い調査方法

精神疾患などの背景を持つ自殺者においては自殺前の精神症状の把握などが可能である。

短所：自殺対象者というのが受診歴のある人に限られる。

自殺調査に家族の同意が必要なことなどから全自殺調査という点については調査の枠が限定される。

#### 家族などからの聴取

長所：自殺者の自殺前における行動や精神症状などの把握が可能。

診療録を用いた検討と同様、自殺予防に極めて有用。

短所：家族の同意が必ずしも取れない。

単身者の場合、調査の枠が限られてしまう。

#### 厚生労働省と警察庁による報告の自殺者数の違い

- ・警察庁は総人口、すなわち日本における外国人も含んでいる。
- ・厚生労働省では日本における日本人を対象にしている。
- ・警察庁では死体発見以降の調査などによって自殺と判明した時にはその時点で自殺と計上。
- ・厚生労働省では自殺、他殺、事故の不明の時は自殺以外で処理。

#### 日本における自殺研究の報告から

- ・日本の自殺者数において急増した1998年を前年と比較すると、中高年男性の自殺者数が多くなっている。この背景には、不況との関係、失業や経済的な問題による悩み、うつ病の増加を示唆された報告がある。
- ・1978年から2004年の日本全体における総数、男性において自殺率と完全失業率が有意に相関しているという結果が出た。
- ・1992年から2004年の日本全体における総数、男性、女性の自殺率と離婚率というものは有意に相関していたと結果が出た。
- ・自殺率と有効求人倍率というのは男性においても逆相関している報告をした。  
1996年から2002年までの7年間に発生した全ての自殺例を様々な角度から解析した内容の報告
- ・吉岡班(秋田大学医学部法医学教室 吉岡尚文教授)の調査に継続した形で三重県における全ての自殺例についての調査
- ・自殺手段の方法：縊死、入水、服毒、ガス、轢死、飛び降り、焼身、その他と先行研究に基づいて区分
- ・自殺背景：身体疾患による病苦、厭世、失業苦・生活苦・借金苦などを含む経済的理由、対人関係、精神科疾患、その他不明と先行研究に基づいて区分
- ・身体疾患の中で大きく悪性腫瘍と悪性腫瘍以外と先行研究に基づいて区分
- ・自殺前徴候：直接的発言(死にたいなど)  
間接的発言(世の中がいやになったと死をほのめかすなど)  
直接的行為(刃物や薬物などの入手)  
間接的行動(身辺整理など)
- ・調査項目の各々の区分：男性、女性、総数  
全年齢層、若年層(39歳以下)、壮年層(40~64歳)、老年層(65歳以上)

### 年齢階級は10歳ずつ

- ・総件数は7年間で2948例、男性が1979例、女性が969例（男女比は2対1）
- ・月別では、5月から7月に多い。少ないのは2月。（先行研究とほぼ同じ結果）
- ・曜日別では、月曜日が最多で、日曜日が最も少ない。
- ・年齢層別自殺者数は、男性において50歳代が最多、女性は70歳代が最多。
- ・年齢層別自殺率は、男性では50歳代と80歳以上に2つの山がある。女性では年齢層が上がっていくごとに自殺率が高くなる。（日本全体の傾向と類似）
- ・自殺手段で最も多いのは縊死であった。
- ・自殺背景：総数の全年齢層では精神科疾患、身体疾患による病苦、経済的理由の順だった。  
男性の若年層 - 精神科疾患、壮年層 - 経済的理由、老年層 - 身体疾患による病苦が最多であった。  
女性の若年層・壮年層では精神科疾患、老年層では身体疾患による病苦が最多であった。  
精神疾患は男女とも若年層で、身体疾患による病苦は男女とも老年層で最も多い背景だった。
- ・悪性腫瘍と悪性腫瘍以外では、悪性腫瘍以外に多く、慢性的な疾患で高血圧を中心とした循環器疾患、整形外科的疾患に多かった。
- ・家族構成は同居者ありが多かった。
- ・失業率との相関：男性は有意に相関、女性は相関しなかった。
- ・遺書は全自殺者の32.1%に認めた。
- ・自殺前徴候は自殺者の40.4%に認めた。

### 結論

- ・個々の取組と地域社会の取組をうまく組み合わせることで自殺予防対策を検討していくべきである。リスナー養成は個々の取組にも地域の取組にもなっていると考える。
- ・各々の年齢層における自殺背景などを考えて、更なる予防対策を検討すべきである。
- ・報道からのアプローチとして津の放送局が自殺予防を考慮し、現状の三重県における自殺予防対策の一部を的確に放送したことなどは心強い。
- ・地域社会における取り組み  
対応面では治療、保健所や市町村などの相談体制、公的機関を含めた支援が必要。  
早期発見・介入としては健康診断を利用した形でスクリーニング調査をしている所もある。  
更なる普及啓発活動も重要である。
- ・個々における取り組みは家族(市民など)の気づきを大切に、通常と違う様子である時には受診や相談につながるようにする。家族がストレス状況を把握する。

### 日本での自殺予防対策活動

- ・慶應大学保健管理センターの大野先生のご報告によると、1985年以降、5年間以上施行された地域介入研究ではいずれもその効果が明らかにされている。
- ・新潟県(旧)松之山町では自殺予防対策を行い、非常に効果が上がったと言われている。一次予防として市民への普及啓発活動、高齢者への集団援助。二次予防として、高齢住民対象のうつ状態スクリーニングと精神科医とプライマリーケア医によるフォローアップが実践されて65歳以上の自殺者死亡率が介入10年後には、男女ともおよそ4分の1に減少したという報告がある。
- ・岩手県(旧)浄法寺町でも10年間実施して自殺死亡率が有意に減少したという報告がある。
- ・青森県(旧)名川町において6年間で、一次予防そして高齢住民に対するうつ状態のスクリーニングとプライマリーケアによるフォローアップで自殺率の減少が見られたという報告がある。

- ・秋田県(旧)由利町でも、一次予防のみを介入プログラムとしたが、高齢女性で自殺率の有意な減少を認めたと報告がある。

平成 19 年 6 月 23 日に日本医師会主催で地域医療における自殺予防の研修会が行われた

- ・防衛医科大学の高橋教授は精神科を専門としない医療関係者にも自殺予防について正しい知識を身に付けてもらうことが必要だと報告されている。
- ・国立精神・神経センターの樋口先生の報告でもうつ症状を呈する患者の多くは初診時に内科受診することを挙げて、その他の診療科でもうつ病患者の潜在していることを指摘されている。
- ・熊本県精神保健福祉センターの中島先生の報告では熊本県でも自殺問題への取組みを平成 17 年にスタートした旨の報告をされていた。
- ・青森県精神保健福祉センターの渡邊先生はある地域住民対象の自殺に対する意識調査の結果を示して、悩みを一人で抱え込んで誰にも相談せずに責任を果たすという意識が根強く見られ、自殺に繋がるこの考えをいかに取り除くかが課題と報告された。
- ・大阪の精神科診療所協会の渡辺先生は大阪における自殺予防活動の企画などを報告された。
- ・福岡県不知火病院の徳永先生の報告では、うつ病の入院治療中の医療機関での自殺が少ない理由としては、自宅療養では家族や近隣への気兼ねがあるのに対してうつ病専門病棟では 24 時間体制の安心感や同じ症状を持つ患者同士の交流により治療に対する理解が得やすいのではないかと報告した。
- ・日本いのちの電話連盟の斎藤先生は 1973 年からの 30 年間の東京いのちの電話によって実施されたことなどを報告された。
- ・今年の 7 月 10 日に初実施された東京都の自殺総合対策東京会議ではゲートキーパーの話が出た。

三重県の自殺予防対策としての提案

- ・全年齢層の中で見た場合は、リスナー制度という取り組みがある。地域として自殺前のサインを読み取るということを早期に行い、現在も実施中である。
- ・市町村や県などの地域として各々の層の自殺背景を理解して、協力できる様々な機関が連携を図り、適切に自殺予防対策をしていく必要性がある。
- ・2~3 年やるというのではなく長期間一生懸命やっていく。

【質疑応答】

(崎山所長)

- ・精神疾患の診断は I C D か D S M が伝統的診断であるのか、また疾患でいうと感情病圏が多かったのか。

(井上委員)

- ・分類としては先行研究に基づいてうつ病、統合失調症、その他で分けている。ただし、資料を基に数人の医師で確認しており、ICD や DSM に基づけるようには行っているつもりではあるのだが。1989~1995 年と 1996~2002 年を比較した時に各々の精神疾患に関しての有意差は出ていない。すなわち、うつ病だけでなく精神疾患全体を注意していかなければならない。

(宮原委員)

- ・南北に長い県で何か特徴を得られなかったのか関心を持って聞いていた。診療をしていると、アルコールの習慣歴が非常に高い気がする。離婚率も非常に高い気がする。北と南で有意な差は出なかったか。

(井上委員)

- ・匿名データの関係で地域別には出していない。アルコールは先行研究でも危険因子の中に入っている。アルコールを含め、その他の原因(例：貧困差など)も出来る限り県単位であるが

今後、調査していく準備がある。

(5) 今後の取り組みについて(資料7) 崎山 所長が説明

( 棚橋会長)

- ・今年度はワーキンググループで検討され、自死遺族支援をメインとして取り組んでいる。何かご意見はないか。

( 岡田委員)

- ・自殺を企図され心肺停止で運ばれた場合、元の疾患がなければ自費である。我々は何らかの病名はつけるが、このような背景はご存知か。

( 崎山 所長)

- ・自殺で死にそうになっているというよりも自殺をしたから何か臓器の損傷があって死にそうになっていると思う。

( 岡田委員)

- ・心不全のまえにその元となる疾患がある。なんでもかんでも心臓が止まったから急性心筋梗塞であるとか、呼吸が止まったから呼吸不全であるとかこんな病名はつけられない。

( 山崎委員)

- ・救命救急センターより自殺未遂の方がみえると毎回呼ばれる。現実的にどういう解決方法があるのかケースバイケースである。自費で10日いるのはたいへんで、3日で次の病院に転院をし、うつ病がある場合は次の病院は保険です。

( 岡田委員)

- ・経済的な問題だと思う。後になってくるとどうか

( 棚橋会長)

- ・現場のこのへんの問題は全然わからなかった。確かに問題は起きてくる。

( 山崎委員)

- ・経済的問題でも手に負えないのは、多重債務の人である。医療ではできないお手上げ状態のことを他の場で教育していただく場があればありがたい。

( 鈴木委員)

- ・いのちの電話では自殺予防週間(9月10日~16日)に24時間の電話相談を行う。その後は毎月10日に自殺予防いのちの電話フリーダイヤルで全国一斉に同じ番号で相談を行う。
- ・11月25日(日)にジェフリー鈴鹿で自殺防止講演会を開催予定。講師は吉川武彦先生。
- ・20年3月29日に活動資金を得るためのコンサートを開催する。

( 服部委員)

- ・弁護士会より今回から出席。今までは無料法律相談、電話無料相談などをしてきた。
- ・弁護士会会員全てに聞き、多重債務の受任が可能な弁護士名簿を作成した。希望があれば名簿を提供できる。初回の相談を無料にすることを検討している。
- ・高校に講演会講師として消費者問題、消費者生活に関する講演会に行っている。学校からの要請があれば応じていきたい。

( 椎葉委員)

- ・警察本部で安全相談業務を担当。
- ・井上先生の話の中にわが国の各機関における自殺調査の方法があり、その一つに検死調書をもとにした資料との説明があった。死因が明らかに特定できない場合は検死業務がある。この時に医師と警察官が作成するのが検死調書である。ここに死因や病名などが記載されている。
- ・警察の統計では昨年の自殺者数は468人。前年比3人プラスであった。

(前田委員)

- ・リスナー養成は現在、理論が中心である。理論をいくら頑張ってもリスナーは養成できないのではないか。実際に傾聴ができるような養成カリキュラムを作っていただきたい。

(崎山所長)

- ・リスナーの考え方は多々あるが、こころの問題に気付き、そして耳を傾け関連機関に、できることなら適切な関連機関に導入しているということを目指している。ご指摘いただいたことには気をつけていきたい。

(棚橋会長)

- ・連携は非常に大事であり、今日の名簿があるのでこの会以外でも繋げていく。
- ・自殺者数が増えたこともあり、今後も頑張ってやっていきたい。

(事務局)

- ・対策を進めていく上で、いくつかのキーワードになるような指示をいただいたので、ワーキンググループで深めていきたい。次回は1月で調整させていただきたい。

#### 4 その他

- ・報道取材
  - ・毎日新聞社