

栃木県における自殺の実態

2007年, 2008年の警察データの解析

ナカムラ ヨシカズ イトウ タケン チハラ イズミ サダカネ アツコ
 中村 好一* 伊東 剛* 千原 泉* 定金 敦子*
 コタニ カズヒコ アオヤマ ヤスヨ ウエハラ リテイ
 小谷 和彦* 青山 泰子* 上原 里程*

目的 警察のデータを用いて栃木県の自殺の実態を明らかにし、自殺対策を進める上での要点を示すと共に、警察データの利点と問題点を検討する。

方法 栃木県警察本部から提供を受けた2007年, 2008年2年間の自殺データ(小票)を集計解析した。

結果 栃木県における観察した2年間の自殺は1,166件(男865件, 女301件)であった。人口あたりの自殺件数は全国と比較して高い傾向にあった。男では50歳代が最も多かったのに対して、女では30歳代から70歳代までほぼ同じ人数であった。20歳代, 30歳代で人口あたりの件数が全国よりも高い傾向が観察された。平日の早朝や午前10時台に多い傾向が観察された。自殺場所は自宅が最も多く、手段は縊死が最も多かった(いずれも全体の約6割)。自殺の原因・動機(1件の自殺について3つまで選択)では健康問題が最も多く(61.3%), 次いで経済・生活問題(22.7%), 家庭問題(17.3%)であった。健康問題では身体疾患と精神疾患がほぼ半数ずつを占めていた。経済・生活問題は20~60歳代の男で圧倒的に多く、中でも多重債務が多かった。約3分の1の者が遺書などを残していた。15.9%は自殺未遂の経験があった。以上のような結果をもとに検討した結果、栃木県の自殺対策を推進する上で、(1)学校保健や職域保健のさらなる充実、とくに20歳代および30歳代男への対応、(2)自殺のリスクが高い者に対して、家族への指導などにより常に他者の目が届くようにしておくことの重要性、(3)自殺未遂経験者へのハイリスク者としての対応、(4)相談窓口(とくに多重債務)の充実と住民への周知、(5)身体疾患をもつ患者の心のケアの充実、(6)精神疾患をもつ患者の治療を含めた管理の充実、の6点が重要であることを示した。さらに、警察データにおける原因・動機は、現場を捜査した警察官が判断しているために、心理学的剖検と比較すると情報の偏りが大きく妥当性は落ちるが、全数を把握しているために選択の偏りはなく、この点は心理学的剖検に勝るものであることを議論した。

結論 警察のデータを用いて栃木県の自殺の実態を明らかにし、栃木県での自殺対策を進める上での要点を提示した。利点と問題点を理解した上で利用すれば、警察のデータも自殺予防対策に有用な情報を提供することを示した。

Key words : 自殺, 警察データ, 栃木県, 疫学

I 緒言

1986年をピーク(25,667人)とした1980年代のわが国の自殺死亡の上昇はその後低下し、1997年までは年間約2万人で推移していた。しかし、1998年に3万人を超え、その後も毎年3万人前後で推移している^{1,2)}。このような自殺死亡者の急増を背景に、

2006年には自殺対策基本法が制定され、官民挙げての自殺対策に取り組む気運が高まっている。

自殺対策のみならず、すべての健康状態に関する施策を実施する際に、まず実態の正確な把握を行うことはいうまでもない。わが国における国が作成する統計で、自殺についての記載があるものは、厚生労働省の人口動態統計と、警察庁の統計³⁾がある^{4,5)}。前者については詳細な観察結果が散見される^{1,6~12)}が、後者については疫学データとして使用する機会が少なく、報告も数が少ない^{13,14)}のが現状

* 自治医科大学公衆衛生学教室
 連絡先: 〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1
 自治医科大学公衆衛生学教室 中村好一

である。

今回我々は、栃木県警察本部の協力を得て、2007年、2008年の2年間における栃木県の自殺に関するデータを集計解析する機会を得た。本稿ではその結果を報告すると共に、あわせて自殺に関する警察データの利点と問題点を検討した上でその有用性を提示し、これらのデータを用いた栃木県における自殺対策における視点を明らかにした。

II 研究方法

栃木県警察本部の協力を得て、2007年、2008年の2年間の県内の警察署で取り扱った自殺に関する小票の提供を受けた。各警察署が検死等の警察活動の結果、死亡の原因を自殺と決定したものを警察本部で取りまとめたものである。これは警察庁が公表している統計³⁾の元となるデータである。提供を受けたのは自殺者の年齢、性別、発見年月日時、自殺年月日時、職業、同居人の有無、自殺の場所、自殺の手段、自殺の原因・動機の判断資料、自殺の原因・動機、自殺未遂歴の有無である。これらの集計解析を行い、栃木県における自殺の実態の一部を明らかにした。また、一部の集計結果は2007年の全国のデータである「平成19年中における自殺の概要資料³⁾」と比較した。なお、警察のデータにおける自殺の原因・動機は、2006年までは様式であらかじめ提示された54項目の中から1項目のみを選ぶ形式であったが、2007年からは様式であらかじめ提示された53項目から最大3項目を選ぶ形式に変更されたため、本研究では解析時点で入手できた2007年と2008年の2年間のデータを使用した。人口動態統計とは異なり、警察のデータはすべて自殺が発生した場所を管轄する警察署ごとに作成・集計されるため、自殺者の住所とは必ずしも一致しないものもある。従って本研究における人口あたりの自殺件数の観察は、自殺死亡率とは異なり、自殺件数と人口の比であることに留意する必要がある。また、本研究で使用した警察データにおける自殺の原因・背景は現場の警察官の判断であり、精神医学の専門家などの医学的な知見に基づいたものではなく、標準化もなされていないことにも留意する必要がある。たとえば、「うつ病」について、精神医学的な診断結果のうつ病だけでなく、心因性のうつ状態や、あるいはアルコール依存によるうつ状態なども混入している可能性は充分にある。逆に統合失調症などの精神科的な疾患が見逃されている可能性もあることには、充分配慮する必要がある。

警察本部から提供されたデータには自殺者の住所や氏名などの個人を同定する情報は含まれていない

ので、本疫学研究は国の「疫学研究に関する倫理指針」(文部科学省、厚生労働省、2002年6月17日、2007年8月16日全部改訂)の適用除外基準である「資料として既に連結不可能匿名化されている情報のみを用いる研究」に該当するため、倫理審査委員会への審査申請を行わずに実施した。

III 研究結果

栃木県における2007年の自殺は575件(男426件、女149件)、2008年は591件(男439件、女152件)であった。2007年の人口10万人あたりの自殺件数は28.5(男女計)、41.5(男)、14.7(女)であり、全国の数値(男女計:26.2, 男:38.1, 女:14.9)と比較して、特に男で高い傾向にあった。

年齢別の件数は表1に示すとおりである。男女計および男では50歳代が最も多かったのに対して、女では30歳代から70歳代まではほぼ同じ人数であった。人口あたりの年齢別自殺件数を全国と比較できる2007年で観察すると、栃木県では10歳代では全国よりも低かった(全国:人口10万人あたり4.4, 栃木県:2.9)のに対し、20歳代(全国:21.2, 栃木県:28.8)、30歳代(全国:25.8, 栃木県:36.3)では全国よりも高い傾向が観察された。

自殺死亡者の職業分布を性・年齢別に表2に示す。男では被雇用者・勤め人、その他の無職者(利子・配当・家賃等生活者、年金・雇用保健等生活者を除く)が多く、女ではその他の無職者に次いで主婦が多かった。また、失業者が全体の5.2%にあたる60人(男58人、女2人)であった。男の失業者58人のうち、48人(83%)が30~59歳だった。

2年間の月別の自殺件数は図1に示すとおりである。3月から4月、および9月から10月にかけて件

表1 自殺死亡者の性・年齢分布(栃木県, 2007・2008年)

年齢(歳)	男	女	男女計
10-19	9(1.0)	4(1.3)	13(1.1)
20-29	99(11.4)	30(10.0)	129(11.1)
30-39	152(17.6)	47(15.6)	199(17.1)
40-49	130(15.0)	42(14.0)	172(14.8)
50-59	199(23.0)	46(15.3)	245(21.0)
60-69	150(17.3)	47(15.6)	197(16.9)
70-79	79(9.1)	46(15.3)	125(10.7)
80-89	36(4.2)	30(10.0)	66(5.7)
90-99	8(0.9)	9(3.0)	17(1.5)
不明	3(0.3)	(0.0)	3(0.3)
総計	865(100)	301(100)	1,166(100)

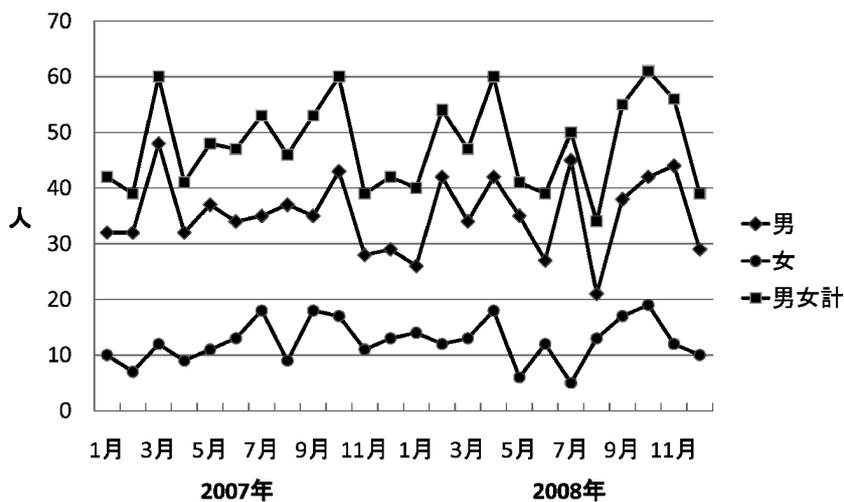
カッコ内はパーセント

表2 自殺死亡者の職業分布（性・年齢別，栃木県，2007・2008年）

	年 齢 (歳)							合 計
	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-	
男 自営業・家族就業者	0	1(1)	10(7)	13(10)	31(16)	31(21)	12(10)	98(11)
被雇用者・勤め人	2(22)	48(48)	81(53)	70(54)	75(38)	44(29)	1(1)	321(37)
学生・生徒等	6(67)	9(9)	1(1)	0	0	0	0	16(2)
主婦	0	0	0	0	0	0	0	0
失業者	1(11)	6(6)	16(11)	11(8)	21(11)	3(2)	0	58(7)
利子・配当・家賃等生活者	0	0	0	1(1)	0	1(1)	0	2(0)
年金・雇用保険等生活者	0	0	0	0	1(1)	21(14)	45(37)	67(8)
その他の無職者	0	34(34)	43(28)	34(26)	65(33)	49(33)	60(49)	285(33)
不詳	0	1(1)	1(1)	1(1)	6(3)	1(1)	5(4)	15(2)
合計	9(100)	99(100)	152(100)	130(100)	199(100)	150(100)	123(100)	862(100)
女 自営業・家族就業者	0	0	0	2(5)	3(7)	3(6)	0	8(3)
被雇用者・勤め人	2(50)	10(33)	13(28)	8(19)	5(11)	2(4)	0	40(13)
学生・生徒等	1(25)	2(7)	0	0	0	0	0	3(1)
主婦	0	4(13)	10(21)	16(38)	25(54)	18(38)	12(14)	85(28)
失業者	0	0	2(4)	0	0	0	0	2(1)
利子・配当・家賃等生活者	0	0	0	0	0	0	2(2)	2(1)
年金・雇用保険等生活者	0	0	0	0	0	6(13)	25(29)	31(10)
その他の無職者	1(25)	14(47)	22(47)	16(38)	13(28)	18(38)	46(54)	130(43)
不詳	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	4(100)	30(100)	47(100)	42(100)	46(100)	47(100)	85(100)	301(100)

年齢不詳の男3人は除外して集計した。
かっこ内はパーセント

図1 月別自殺者数
(栃木県，2007・2008年)



数の増加が観察された。曜日別の件数は図2に示すとおりで、月曜日から水曜日にかけて、やや多い傾向が観察された。観察した2年間731日（2008年は閏年）のうち、平日は488日、土曜・日曜・祝祭日（年末年始を含む）が243日で、1日平均の自殺件数は平日が1.58人、土曜・日曜・祝祭日が1.40人と、

平日に多い傾向がみられた。自殺を遂行した時刻の分布は図3に示すとおりで、深夜0時台、早朝、午前10時台に多い傾向が見られた。なお、うつ病における日内の周期性の影響の有無を観察するために、原因・動機が「病気の悩み・影響（うつ病）」のみに絞って補足的な観察を行った。その結果、図3に

図2 曜日別自殺者数
(栃木県, 2007・2008年)

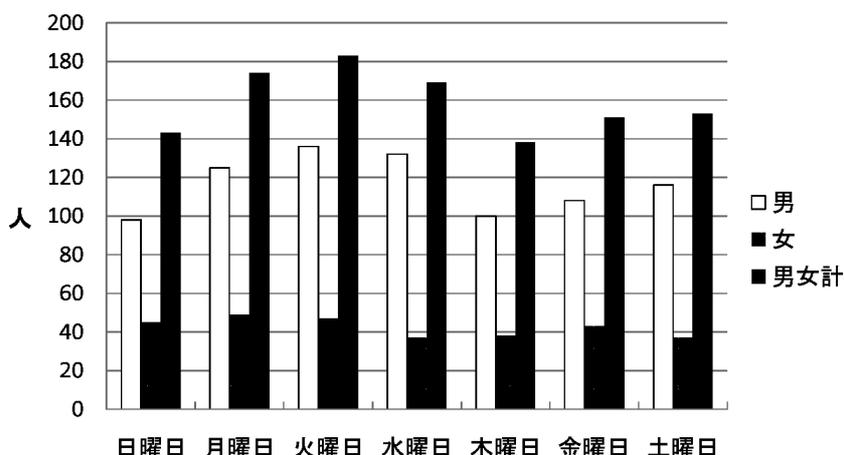
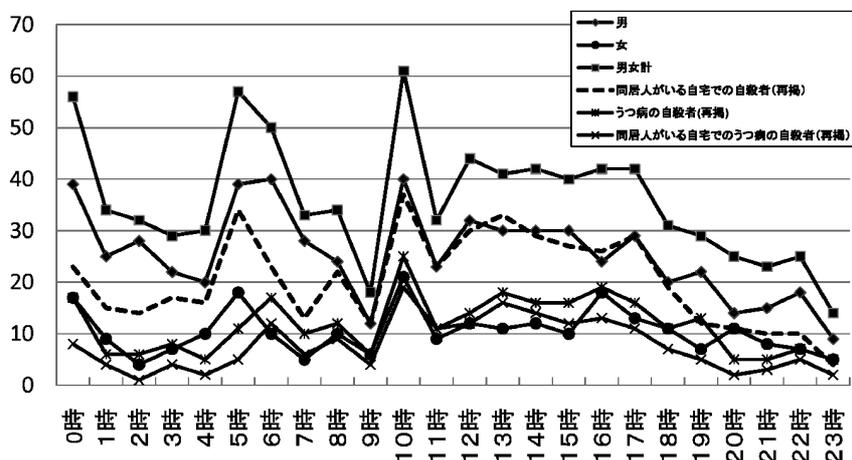


図3 時間別自殺者数
(栃木県, 2007・2008年)



示すように、早朝のピークが5時台から6時台に移行してはいるが、全体の傾向と同様の傾向が観察された。これを同居人がいる自宅で遂行された自殺に限っても同様の傾向であった。

自殺場所は自宅が最も多く677件（全体の58.1%）、次いで乗物（184件、15.8%）、海（湖）・河川（68件、5.8%）であった。

自殺の手段は縊死が最も多く（676件、58.0%）、次いで練炭等（155件、13.2%）、飛降り（85件、7.3%）、服毒（83件、7.1%）であった。

自殺の原因・動機の分布は表3に示すとおりで、全体では健康問題が最も多く、次いで経済・生活問題、家庭問題であったが、女では健康問題に次いで多いのは家庭問題で、経済・生活問題が指摘されていたのは男の28.4%に対して女では6.3%にすぎなかった。健康問題を詳細にみると、身体の病気が321件（健康問題全体の44.9%）、うつ病が330件

表3 自殺の原因・動機（栃木県, 2007・2008年）

	男	女	男女計
健康問題	470(54.3)	245(81.4)	715(61.3)
経済・生活問題	246(28.4)	19(6.3)	265(22.7)
家庭問題	133(15.4)	69(22.9)	202(17.3)
勤務問題	107(12.4)	6(2.0)	113(9.7)
男女問題	32(3.7)	13(4.3)	45(3.9)
学校問題	12(1.4)	1(0.3)	13(1.1)
その他	56(6.5)	19(6.3)	75(6.4)
総数	865(100)	301(100)	1,166(100)

かっこ内はパーセント。1件の自殺について最高3つまでの原因・動機が記されているので、合計は100%を超える。

(46.1%)、統合失調症が68件（9.5%）、アルコール依存症が9件（1.3%）、その他の精神疾患が79件

表4 原因・動機が「経済・生活問題」である自殺例の年齢分布（栃木県，2007・2008年）

年齢（歳）	経済・生活問題			多重債務（再掲）		
	男	女	男女計	男	女	男女計
10-19	0	1(25.0)	1(7.7)	0	0	0
20-29	23(23.2)	0	23(17.8)	14(14.1)	0	14(10.9)
30-39	45(29.6)	2(4.3)	47(23.6)	24(15.8)	1(2.1)	25(12.6)
40-49	47(36.2)	5(11.9)	52(30.2)	29(22.3)	2(4.8)	31(18.0)
50-59	83(41.7)	7(15.2)	90(36.7)	35(17.6)	3(6.5)	38(15.5)
60-69	37(24.7)	4(8.5)	41(20.8)	18(12.0)	1(2.1)	19(9.6)
70-79	7(8.9)	0	7(5.6)	2(2.5)	0	2(1.6)
80-89	4(11.1)	0	4(6.1)	0	0	0
90-99	0	0	0	0	0	0
不明	0	0	0	0	0	0
合計	246(28.4)	19(6.3)	265(22.7)	122(14.1)	7(2.3)	129(11.1)

かっこ内は当該性・年齢階級の全自殺件数（表1参照）に対する割合（%）

（11.0%），身体障害の悩みが15件（2.1%），その他が1件であった（複数の選択が可能なので，百分率の合計は100%を超える）。身体的な問題と精神的な問題がほぼ同数であった。

経済・生活問題を自殺の原因・動機として挙げた者の性・年齢分布は表4に示すとおりで，30～69歳の男で多かった。50歳代男の自殺者の41.7%，40歳代男では36.2%が原因・動機に経済・生活問題を挙げていた。詳細を観察すると多重債務が最も多く129件（原因・動機に経済・生活問題を挙げた者の48.7%），次いで生活苦46件（17.4%），事業不振45件（17.0%），負債（その他）45件（17.0%）であった。多重債務の性・年齢分布は表4に示すとおりで，20～69歳の男の自殺の10%以上が原因・動機に多重債務を挙げていた。

遺書を残していた者は男277件（32.0%），女81件（26.9%）の合計358件（30.7%），自殺サイト・メール等書き込みがあった者は男27件（3.1%），女11件（3.7%）の合計38件（3.3%）であった。

自殺未遂歴がある者は男99件（11.4%），女86件（28.6%）の合計185件（15.9%）であった。

Ⅳ 考 察

本研究では栃木県の自殺の実態を明らかにする目的で，栃木県警察本部から提供された警察データを解析した。

1. 警察データの特性

わが国には政府の統計として厚生労働省が管轄する人口動態統計と警察庁が管轄する自殺に関する統計が存在する。本研究で用いた警察データは栃木県内で発生した自殺を対象としているのに対して，人

口動態統計では対象者の住所地別に集計を行っていることが両者の大きな相違点である。

人口動態統計は対象者の住所地別に集計解析されるために，たとえば栃木県を対象とした観察では栃木県に住所地を有する者（栃木県内の市町村に住民登録や外国人登録している者）であり，栃木県の行政の対象者と一致する。これに対して警察データは栃木県内で発生した自殺死亡に関するものであり，栃木県内で自殺した他の都道府県の住民が含まれる一方，栃木県民が他の都道府県で自殺した場合は含まれない。したがって本研究で提示した人口あたりの自殺件数は，自殺の発生率（incidence rate）ではなく，自殺件数と人口の比である。

人口動態統計は医師が作成する死亡診断書（場合によっては死体検案書）が元となっており，医学的な判断情報のみであり，過去の自殺歴の有無（死亡診断書によっては記載されている場合もあるが，すべてについて自殺歴の有無が記載されている訳ではないし，作成する医師に記載義務もない。次の遺書や原因・動機についても同様），遺書の有無，原因・動機に関する情報はない。これに対して警察データは人の死亡に関する検死等の警察活動の結果が基礎となっており，これらのデータが利用できる。それぞれのデータの利点と欠点を把握しながら，自殺対策のために有効利用する必要がある。

本研究で示した警察データに基づく自殺の原因・動機は，当該自殺に関する警察活動に当たった警察官が遺族など関係者からの聞き取りや遺書などに基づいて決定しているものである。したがって，精神医学の専門家が決定したのではなく，また，標準化もなされていない。これについて，とくに精神医

学や心理学の専門家から「警察のデータは現場の警察官の判断であり、自殺の原因や自殺に至った背景を解明するためには心理学的剖検を実施しなければならない」という批判もある^{4,15)}。この点に関しては、ある1例の自殺者の原因・自殺に至った背景については、まさしくその通りであり^{16~18)}、警察のデータよりも心理学的剖検による解明結果の方が真実に近い。逆に言うと、警察データは情報の偏りが大きいといえる。一方、心理学的剖検は専門家の人手や手間がかかるため、自殺者全員に対して実施することは不可能である。また、遺族などの関係者の協力は必須で、関係者の協力が得られないケースでは実施できない。したがって、たとえば栃木県の自殺の原因・動機を明らかにする場合には、心理学的剖検が実施できたケースのみを観察しても、選択の偏りが大きな結果となる。これに対して警察データはすべての自殺者に対して原因・動機の評価を行っており、選択の偏りは小さい。利点を中心にまとめると、心理学的剖検では情報の偏りが小さく、警察データは選択の偏りが小さい。逆に問題点を中心にまとめると、心理学的剖検では選択の偏りが大きく、警察データは情報の偏りが大きい。前述の警察データを批判する意見は情報の偏りのみに注目したものであり、選択の偏りについては無視をした、一方的なものである。したがって、どちらが正しく、どちらが誤っている、という問題ではなく、双方のデータの利点と欠点を理解した上で使用するべきである。なお、心理学的剖検は自殺以外の死亡に対しても適用することができ、最近では心理学的剖検の結果を用いた症例対照研究も行われるようになってきた¹⁹⁾。データの特性を考慮した、適切な利用方法と考えることができる。

2. 栃木県の自殺の実態と対策

人口動態統計、警察データ共に1998年に自殺死亡者数の急増を示し、その後10年間、継続して高い死亡者数が観察されている。栃木県でも同様に、自殺死亡者数が同年から高値で継続している。今回の観察の結果、件数は女に比べて男で多く、また、人口あたりの自殺件数が、特に20~39歳の年代で全国と比較して高いことが判明した。以上のような結果より、栃木県における自殺対策の標的集団として、20~39歳の男が挙げられる。この集団は表2に示すように勤労者も多く、職域における保健管理としての自殺対策や、失業対策などが重要と考えられる。

一方、栃木県における20歳未満の世代では人口あたりの自殺件数は全国よりも低かった。しかしながら、栃木県では20歳未満の自殺死亡の実数は表1に示すように観察した2年間で13人であり、これらを

防ぎ、減少させるために、学校での対策も重要と考えられる。

月別自殺死亡者数では春先と秋口に多い傾向が観察された(図1)。3~4月は職場では昇進や異動、退職、学生は進学や卒業、就職とストレスの誘因となる事象も多く、このようなことが自殺死亡数を増加させている可能性がある。また、9~10月も春先ほどではないが職場における異動などがある時期である。職域や学校での対策が望まれ、学校保健や職域保健のさらなる充実が求められる。

曜日別、および時刻別の観察(図2, 図3)では、自殺場所の観察と併せて、自宅での人目のないタイミングでの自殺が推察される。すなわち、明け方、平日の家族が出払った午前中などに行われている可能性がある。このことは図3に示した同居人がいる自宅での自殺者の自殺時刻の分布からも明かである。これを原因・動機がうつ病に限定しても同様の傾向が認められ、午前中に行った自殺が多い傾向の背景として、主として午前中に気分の不調が多いといううつ病の日内変動^{19~22)}の特徴が影響を及ぼしている可能性がある。対策として、自殺のリスクが高い人に対して、何らかの形で目を離さないようにすることも考えられる。なお、午前0時台に1つのピークが観察されるのは、夜中に発生した自殺で時刻不詳のものを深夜0時と記録したものが含まれている可能性もある。

自殺者の中で自殺未遂歴がある者が少なくとも16%いることが判明した。一度自殺未遂をした者は自殺のリスクが高いことを再認識し、適切に対処することが望まれる。

全体の約3分の1のケースで遺書などが残されており、これらは自殺の前に遺書などを準備する時間があつた場合であると推察される。遺書などを準備する間に適切な機関や専門家に問題点を相談していれば、これらのうちの幾ばくかの人は救えたかもしれない。自殺の原因・背景にある問題について、(1)個々の問題に対する適切な相談場所(機関や専門家)がどこであるかということ、および(2)適切な相談場所に相談すれば必ず解決すること、の2点をさらに普及啓発していかなければならない。なお、遺書などがなかった残りの約3分の2のケースにおいても、遺書が発見されなかったものもある可能性もあり、相談することが可能であったものも多く含まれていると考えられる。

栃木県では自殺者の約3分の2に、原因や背景として健康問題があることが判明した。精神疾患^{20,23)}のみならず、身体疾患²⁵⁾も自殺の危険因子であることが示されている先行研究の結果と矛盾しない結果

であった。身体的な健康問題については、医療や保健の現場での心のケアに踏み込んだ指導が必要であるし、精神疾患によるものは自殺予防を念頭に置いた疾患自体の管理をさらに進めるべきであろう²⁶⁾。

自殺の原因・動機としての経済・生活問題については、とくに男の自殺について栃木県でも深刻な課題であることが判明した。経済・生活問題の約半分(265件中129件)が多重債務であり、多重債務に対する相談窓口や問題解決方法の周知、いわゆる消費者金融に関する規制なども重要な課題であろう。またこの点については、職業で「その他の無職者」となっている例を詳細に観察することが今後の課題と考える。

ひとつの自殺の背景にはさまざまな要因が複雑に関与している。たとえば、健康上の理由により職を失い、そのために経済的に困難な状態に陥り、多重債務でどうにもならなくなった、というようなケースに対して、どの時点での対策が自殺を防ぐという観点から最も有効かということは、おそらく個人によって異なるものであろう。このような意味からも、自殺に関する短期的に即効性のある対策はないとされ、中長期的にさまざまな対策を総合的に打ち立てる必要があるとされている。そのような中で、以上のような栃木県の自殺の実態に鑑み、栃木県の自殺対策を推進する上で、次のような視点が重要と考えられた。

- (1) 学校保健や職域保健のさらなる充実：とくに20歳代および30歳代男への対応
- (2) 自殺のリスクが高い者に対して、常に他者の目が届くようにしておくことの重要性
- (3) 自殺未遂経験者へのハイリスク者としての対応
- (4) 相談窓口（とくに多重債務）の充実と住民への周知
- (5) 身体疾患をもつ患者の心のケアの充実
- (6) 精神疾患をもつ患者の治療を含めた管理の充実

なお、(1)については栃木県では20歳代、30歳代男の人口あたりの自殺件数が多く、また、未成年者の自殺もあるため、(5)については原因・動機で最も多い健康問題の約半数が身体の問題であるために重要と考える。また、(2)については、リスクが高い者の家族に対して1人にしないような指導も必要と考える。

以上、栃木県警察の2007～2008年の自殺に関するデータを観察することにより、警察データの利点と問題点を考察した上で地域における自殺対策を推進する上で重要な情報源であることを示すと共に、こ

のデータを用いた栃木県における自殺対策を推進するための視点を提示した。

(受付 2009. 5. 15)
採用 2010. 6. 1)

文 献

- 1) 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. 厚生指標 2003; 50(10): 27-34.
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部, 編. 平成19年人口動態統計 上巻. 東京: 厚生統計協会, 2009; 171.
- 3) 警察庁生活安全局地域課. 平成19年中における自殺の概要資料. 2008. http://www.npa.go.jp/toukei/chiki10/h19_zisatsu.pdf (2010年4月14日アクセス可能).
- 4) 石原明子. 自殺学とは何か: 自殺研究の方法と題材. 精神保健研究 2003; 49(Suppl): 5-12.
- 5) 高橋祥友. 自殺者の数値の違い. 日本医事新報 2008; 4412: 102-103.
- 6) 緒方 剛, 設楽恵利, 中村好一. 人口動態調査に見る茨城県古河保健所管内の自殺の時間的分布. 厚生指標 2003; 50(7): 34-38.
- 7) 瀧澤 透, 坂本真土, 田口 学, 他. 青森県における市町村別自殺死亡の地域差について. 自殺予防と危機介入 2004; 25(1): 65-69.
- 8) 瀧澤 透, 近藤 毅, 有泉 誠. 沖縄県における市町村別自殺死亡の地域差とその要因に関する研究. 琉球医学会誌 2004; 23(4): 149-154.
- 9) 山田ひろみ, 木野田昌彦. 埼玉県川口保健所管内における自殺死亡の現状. 厚生指標 2005; 52(13): 38-43.
- 10) 高谷友希, 智田文徳, 大塚耕太郎, 他. 岩手県における自殺の地域集積性とその背景要因に関する検討. 岩手医学雑誌 2006; 58(3): 205-216.
- 11) 米澤彰二, 稲葉静代. 名古屋市内の死因の現状. 名古屋市衛生研究所報 2007; 53: 39-44.
- 12) 長瀬明美, 大竹三千代, 安藤美由紀, 他. 人口動態から見た神奈川県における自殺の統計分析: 平成18年度神奈川県精神保健福祉センター調査研究事業報告. 神奈川県精神医学会誌 2008; 57: 51-64.
- 13) Inoue K, Tanii H, Fukunaga T, et al. Causes and prevention of suicide in Mie Prefecture, Japan. Int Med J 2006; 13(4): 269-276.
- 14) 吉見謙一, 井上 顕, 阿部俊太郎, 他. 三重県における自殺の現状: 1989-1995年, 1996-2002年の各7年間における疫学的比較検討. 聖マリアンナ医学研究誌 2006; 6: 127-132.
- 15) 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 他. 心理学的剖検で自殺の実態を解明し, 予防に生かす. 精神科看護 2007; 34(12): 38-44.
- 16) 勝又陽太郎, 松本俊彦, 高橋祥友, 他. 自殺の背景要因に関する定性的研究: ライフチャートを用いた自殺に至るプロセスに関する予備的検討. 日本社会精神医学会雑誌 2008; 16(3): 275-288.

- 17) 竹島 正, 勝又陽太郎. わが国における心理学的剖検の発展に向けて. 日本社会精神医学会雑誌 2008; 17(2): 220-221.
 - 18) Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K, et al. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med* 2008; 13(5): 243-256.
 - 19) 西島英利. プライマリケアと自殺予防. *こころの科学* 2004; 118: 45-50.
 - 20) 内匠 透. リチウムと概日時計とうつ病. *Clinical Neuroscience* 2007; 25(10): 1156-1157.
 - 21) 森崎洋平, 佐藤真由美, 樋口輝彦. 1日のライフサイクルでみられる「うつ」. *薬局* 2007; 58(3): 337-342.
 - 22) 熊ノ郷卓之, 杉田義郎. ホルモンの日内変動と精神障害. *臨床精神医学* 2008; 37(3): 243-253.
 - 23) Inoue K, Tanii H, Kaiya H, et al. The risk for suicide in Japan: review. *Int Med J* 2007; 14(3): 203-206.
 - 24) 岸 泰宏. 身体疾患患者の自殺. *医学のあゆみ* 2007; 221(3): 225-228.
 - 25) 張 賢徳. 精神疾患における自殺とその予防. *臨床精神薬理* 2006; 9(8): 1525-1533.
-

Suicides in Tochigi Prefecture in 2007–2008: Epidemiologic features based on police data

Yosikazu NAKAMURA*, Takeshi ITO*, Izumi CHIHARA*, Atsuko SADAKANE*,
Kazuhiko KOTANI*, Yasuko AOYAMA* and Ritei UEHARA*

Key words : suicides, police data, Tochigi Prefecture, epidemiology

Purpose To reveal the epidemiologic features of suicides in Tochigi Prefecture using police data, and to discuss critical points to improve suicide prevention and advantages and disadvantages of police data.

Methods Individual data for suicides during a 2 year period of 2007 and 2008 provided by the Tochigi Police were analyzed.

Results In the observed 2 years, there were 1166 cases of suicide (865 males and 301 females), a higher rate per population in Tochigi than that for the whole of Japan. The age-specific number was highest in the 50's among males, whereas the numbers were similar between the 30's and 70's among females. The age-specific number per population was higher than that for the whole of Japan for individuals in their 20's and 30's. The number was highest in early morning at around 10 o'clock in the weekdays. Of all cases, 58.1% committed suicides at home, and 58.0% were by hanging. As causes of suicides, selected as the 3 most common by the police, health problems were top (61.3%), followed by economic (22.7%) and familial (17.3%) difficulties. With health problems, physical and mental diseases each accounted for approximately half. Those committing suicides because of the economic problems were dominantly males aged 20–69 years, many of whom had multiple debts. One third of the deceased cases left testamentary letters, and 15.9% had experiences of attempted suicide in the past. According to these results, we consider that the following 6 points are important to prevent suicides in Tochigi (1) improvement of school and occupational health targeting males aged 20 to 39 years; (2) persons at high risk should be kept always under close observation by someone such as a family member; (3) those having experience of attempted suicides should be formally treated as high risk persons; (4) consultation systems for various problems, especially for multiple debts, should be prepared and appropriately advertised; (5) mental health care should be provided for patients with physical disorders; and (6) treatment and management for patients with mental illness should be comprehensive. In addition, we noted that the causes of suicides in the police data were based on inferences of police officers investigating the suicide cases so that the validity was poorer than that of psychological autopsy. However, the advantage of the police data was that there was less selection bias because police data covered all the suicides in the area.

Conclusions Using police data, the epidemiologic features of suicide in Tochigi Prefecture could here be demonstrated, and guidelines for prevention are indicated. Utility of police data for revealing the epidemiologic features of suicides to provide information for suicide prevention was confirmed.

* Department of Public Health, Jichi Medical University