

人口動態調査死亡票における自殺死亡者の精神疾患について

タキザワ
瀧澤 トオル
透*

目的 統合失調症やうつ病など精神疾患は自殺の危険因子とされるが、自殺死亡の実態は十分に把握されていない。本研究は人口動態統計の自殺死亡について、死亡票の「死亡の原因」欄などにある精神疾患の記載状況を調査集計することで、自殺死亡における精神疾患の実態を明らかにすることを目的とする。

方法 調査対象は平成20年人口動態統計の自殺死亡30,229人であり、方法は目的外使用による死亡票閲覧・転写入力と提供を受けたオンラインデータの分析より精神疾患の記載状況を検討した。なお、平成20年自殺死亡30,229人のうち確認できたものは29,799人(98.3%)であった。精神疾患については、死亡票の「死亡の原因」欄のほか、「外因死の追加事項」、「その他付言すべきことから」の各欄に記載があった場合を有効とした。

結果 なんらかの精神疾患の記載があった者は29,799人中2,964人であった。主な記載は次の通りであった。認知症55人(このうちアルツハイマー型認知症は13人)、アルコール依存症・精神病116人、統合失調症550人、躁うつ病・双極性障害101人、うつ病1,913人、強迫性障害13人、適応障害22人、摂食障害14人、不眠症・睡眠障害49人、パーソナリティ障害24人、広汎性発達障害6人。なお、複数の診断がある者は125人いた。

結論 平成20年警察統計では、統合失調症は1,368人、うつ病は6,490人であり、本研究と大きな違いがあった。近年、法医学では検死制度の在り方が提言されているが、公衆衛生学や精神医学の立場からも死因究明に対して提案していくことが必要であると思われる。

Key words : 自殺死亡, 精神疾患, 人口動態調査死亡票, 死体検案書, 警察統計

I 緒 言

精神疾患は、一般人口に比べ自殺が多く、たとえば統合失調症は8.8-9.9倍^{1,2)}と報告されている。自殺が多発する今日、リスクの高いとされる精神疾患および精神障害者の自殺死亡の実態把握は自殺対策上不可欠である。フィンランドは国家的な自殺予防プロジェクトが成功した国として知られているが、Heiläらは、1987~88年の1年間に1,397人の自殺死亡があり、そのうち統合失調症は92人(6.6%)であったとしている³⁾。

しかし、日本における実態把握は極めて少ない。藤田らは1987年の人口動態統計を用いて、その年の全国の自殺死亡者23,831人のうち、統合失調症は336人、躁うつ病501人、神経症377人、そして精神疾患全体は1,755人などと報告している⁴⁾。このほか、東京都監察医務院の検案データを用いた研究

や⁵⁾、精神科病院(日精協会員695病院)における自殺死亡の研究はあるが⁶⁾、藤田ら以降に人口動態統計を用いた自殺死亡者における精神疾患の実態を把握する研究はない。また、近年、警察庁が自殺の原因動機の詳細を公表しており、うつ病や統合失調症の自殺死亡数が示されるようになったが、「遺書などより明らかに推定できる原因動機を3つまで」計上している数値であることから、妥当性の確認が待たれるところである。

人口動態調査死亡票の「死亡の原因」欄には、自殺死亡の原因として精神疾患の病名が記載されることがあるが、これらを集計・分析することは今後の精神疾患患者および精神障害者の自殺対策に重要である。

本研究は人口動態統計の自殺死亡について、人口動態調査死亡票にある精神疾患の記載状況を調査集計することで、自殺死亡における精神疾患の状況を明らかにすることを目的とし、警察統計と比較検討をする中で課題を明らかにする。

* 八戸大学人間健康学部
連絡先: 〒031-8588 青森県八戸市美保野13-98
八戸大学人間健康学部 瀧澤 透

II 研究方法

1. 対象と方法

対象は平成20年1月1日から平成20年12月31日までの自殺死亡者（日本における日本人）30,229人であり、調査方法は平成20年人口動態調査死亡票の閲覧・転写入力とオンラインデータの分析より自殺死亡の精神疾患を抽出した。なお、これら作業は厚生労働省より目的外使用の承認を得て実施している。（統1109第1号、承認日平成22年11月9日）。

平成20年自殺死亡30,229人のうち確認できたものは29,799人（98.6%）であった。このうち10,166人は死亡票の閲覧であり、19,633人は人口動態調査オンライン報告システムによるオンラインデータであった。本研究ではこの29,799人を分析対象とした。

なお、調査期間は平成23年2月14日～4月14日のうちの23日間であり、調査場所は厚生労働省である。調査方法は、死亡票閲覧および転写入力については、事前に入力シート（エクセルファイル）を作成し、指定された項目である「死亡の原因」、「外因死の追加事項」、「その他付言すべきことから」欄に精神疾患の病名記載があれば転写入力を行った。また、この転写入力の調査期間中にオンラインデータの提供を受けており、転写入力終了後は両データを合わせて分析を行った。

精神疾患については、死亡票の「死亡の原因」欄のほか、「外因死の追加事項」、「その他付言すべきことから」の各欄に病名や障害名の記載等があった場合は有効とした。また、抽出された精神疾患はICD-10（第10回国際疾病分類）により分類した。なお、ICDコード決定においてはICD-10精神および行動の障害・臨床記述と診断ガイドライン⁷⁾および病名検索ソフトウェア病名くん2.0を参照した。なお、本研究では精神疾患、神経症性障害、依存症、行動の障害、知的障害、発達障害などにおいてコード決定したものについてはICD-10にならない「障害（disorder）」の記載を用い、それ以外の場合にこれらを示す言葉として、精神疾患という語を用いることとする。

2. 倫理的配慮

死亡票からの転写は指定された項目のみであり、住所、氏名、生年月日など個人情報を取り扱っていない。また、平成20年死亡票は既に溶解処分されているため、提供を受けたオンラインデータおよび作成した転写入力データは連結不可能匿名化されている。

集計後、精神疾患の自殺死亡数が3人以下の場合は、個人が特定される場合を想定し、表中に数値を

記載していない。

なお、本研究は八戸大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認年月日平成19年10月15日）。

III 研究結果

1. 精神疾患別自殺死亡数

平成20年の自殺死亡において人口動態調査死亡票に記載のあった精神疾患は次の通りであった（表1）。主なものをあげると、認知症55人（うちアルツハイマー型認知症は13人）、器質性精神障害4人、アルコール依存症（アルコール精神病も含む）116人、統合失調症550人、妄想性障害8人、非定型精神病7人、躁うつ病（双極性障害）101人、うつ病1,913人、持続性気分障害・抑うつ神経症11人、恐怖症性不安障害5人、パニック障害・不安抑うつ・不安神経症63人、強迫性障害13人、適応障害22人、解離性（転換性）障害10人、身体表現性障害4人、心身症4人、神経症36人、摂食障害14人、不眠症・睡眠障害49人、情緒不安定型パーソナリティ障害17人（このうち境界型パーソナリティ障害の記載は13人）、知的障害5人、広汎性発達障害6人、てんかん12人、自律神経失調症9人などであった。

また、なんらかの精神疾患の記載があった者は29,799人中2,964人（9.95%）であった。このうち、精神疾患が1つの者が2,839人、2つが115人、3つが10人であり、たとえばうつ病と統合失調症を併せ持つ者は21人であった。

これらに示した精神疾患以外での記載では、自殺未遂45人、リストカット6人、自殺願望・自殺念慮41人、うつ病疑い35人、うつ傾向・うつ状態221人、向精神薬の過量服薬138人（このうち抗うつ薬は18人）、不明（精神疾患、精神科通院、精神疾患にて加療中、精神科処方薬を過量服薬などの記載があったもの）134人があった。なお、これら過量服薬や自殺未遂、自殺念慮の約半数にはいずれかの精神疾患がみられている。

2. 主な精神疾患別の性、年齢

主な精神疾患別に男女別の人数および平均年齢は表2の通りとなった。精神疾患別にみた自殺死亡に占める女性の割合では、摂食障害が84.7%と最も高く、パーソナリティ障害および解離性（転換性）障害の75.0%、強迫性障害53.8%と続いた。

次に精神疾患別にみた平均年齢は、全体では摂食障害の28.9歳が最も低く、次いで解離性（転換性）障害31.0歳、パーソナリティ障害31.8歳、適応障害41.5歳と続いた。

表1 平成20年人口動態調査死亡票（自殺死亡）に記載のあった精神疾患

単位：人

症状性を含む器質性精神障害（F0）	
アルツハイマー型認知症（F00）	13
認知症（F01）	42
器質性精神障害（F06）	4
精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）	
アルコール依存症・中毒・アルコール精神病（F10）	116
急性アルコール中毒（F10.0）	6
薬物依存・中毒・精神病	4
ステロイド精神病（F19.5）	—
統合失調症（F2）	
統合失調症（F20）	550
妄想性障害（F22）	8
急性一過性精神病性障害（F23）	—
統合失調感情障害（F25）	—
非定型精神病（F28）	7
気分（感情）障害（F3）	
躁うつ病・双極性障害（F31）	101
うつ病（F32）	1,913
反復性うつ病性障害（F33）	—
抑うつ神経症（F34.1）・持続性気分障害（F34.9）	11
老人性うつ病（F03）※ ¹	16
その他（「気分障害」と記載されていたもの）	5
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害（F4）	
恐怖症性不安障害・社会恐怖（対人恐怖）（F40）	5
パニック・その他の不安障害・不安抑うつ・不安神経症（F41）	63
強迫性障害・強迫神経症（F42）	13
PTSD（F43.1）	—
適応障害（F43.2）	22
解離性（転換性）障害（F44）	12
身体表現性障害（F45）	4
心身症（F45.9）	4
神経症（F48.9）	36
生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群（F5）	
摂食障害（F50）	14
睡眠障害・不眠症（F51.0, F51.9）	49
成人のパーソナリティおよび行動の障害（F6）	
情緒不安定性パーソナリティ障害（F60.3）	17
その他（「人格障害」と記載されていたもの）	7
ギャンブル依存（F63）	—
知的障害（F7）	
知的障害（F70-79）	5
心理的発達の障害（F8）	
広汎性発達障害（F84）	6
その他	
てんかん（G40.9）	12
自律神経失調症（G90.9）	9
その他※ ²	15
参考	
自殺未遂	45
リストカット	6
自殺願望・自殺念慮	41
うつ病疑い	36
うつ傾向・うつ状態	221
向精神薬過量服薬	139
不明※ ³	134

自殺死亡数が3名以下の場合は一とした。

※¹ 老人性うつ病は「F03 詳細不明の認知症」となるが、ここではF3に入れた。※² その他は「心因反応」、「健忘症状態」、「自我形成不全症候群」、「神経衰弱」など。※³ 不明は「精神障害」、「精神病」、「精神科に通院中」、「精神疾患にて加療中」、「抗うつ薬服用」など。

表2 主な精神疾患別にみた性別割合および平均年齢

	全 体		男 性		女 性	
	人	Mean ± SD	人 (%)	Mean ± SD	人 (%)	Mean ± SD
全自殺死亡	30,062	52.5 ± 18.2	21,398 (71.2)	51.7 ± 17.3	8,664 (28.8)	53.4 ± 20.2
分析対象	29,656	52.6 ± 18.2	21,116 (71.2)	51.8 ± 17.3	8,540 (28.8)	54.5 ± 20.2
認知症 ^{※1}	55	77.7 ± 12.4	33 (60.0)	77.1 ± 11.9	22 (40.0)	78.6 ± 13.3
アルコール依存・精神病	116	53.9 ± 12.4	100 (86.2)	55.4 ± 11.0	16 (13.8)	44.7 ± 16.5
統合失調症	550	44.9 ± 14.9	315 (57.3)	44.6 ± 15.2	235 (42.7)	45.4 ± 14.8
躁うつ病	101	49.3 ± 15.3	59 (58.4)	47.2 ± 14.1	42 (41.6)	52.2 ± 16.7
うつ病	1,913	52.0 ± 17.0	1,000 (52.3)	50.8 ± 16.3	913 (47.7)	53.3 ± 17.7
不安障害・不安抑うつ ^{※2}	68	52.8 ± 19.1	35 (51.5)	51.5 ± 20.4	33 (48.5)	54.2 ± 17.8
強迫性障害	13	46.8 ± 18.8	6 (46.2)	47.3 ± 17.9	7 (53.8)	46.3 ± 20.9
適応障害	22	41.5 ± 16.0	13 (59.1)	42.0 ± 17.5	9 (40.9)	40.7 ± 14.6
解離性(転換性)障害	12	31.0 ± 17.0	3 (25.0)	27.0 ± 6.3	9 (75.0)	32.3 ± 19.5
神経症	36	53.2 ± 17.7	19 (52.8)	52.7 ± 16.0	17 (47.2)	53.7 ± 19.9
摂食障害	14	28.9 ± 8.0	2 (14.3)	33.5 ± 13.4	12 (84.7)	28.2 ± 7.4
パーソナリティ障害 ^{※3}	24	31.8 ± 7.9	6 (25.0)	34.0 ± 10.1	18 (75.0)	31.0 ± 7.1

全自殺死亡30,299人には年齢不明163人、性別不明4人があったが、全ての項目でこれらを含まない数値を示した。

※1 アルツハイマー型認知症も含む。

※2 恐怖症性不安障害とその他の不安障害を合わせた。

※3 情緒不安定型、その他のパーソナリティ障害を合わせた。

IV 考 察

1. 人口動態統計と警察統計

1) 警察統計との比較

警察庁は自殺の概要資料で原因動機の詳細を公表しているが、平成20年の精神疾患の自殺死亡は、うつ病は6,490人、統合失調症は1,368人となっている⁸⁾。警察統計は「遺書などより推定して原因動機を3つまで計上可能」としている数値であり単純に比較はできないが、本研究で明らかにされた人口動態統計との差は非常に大きい。たとえばうつ病では、「うつ病」が1,913人で、F3「気分(感情)障害」の合計でも2,048人であり、仮に「うつ病の疑い」などを加えても2,084人であった。また、「統合失調症」も550人で、F2「統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」の合計でも569人である。つまり、うつ病で約3倍、統合失調症で2.5倍も異なるのである。

それでは、この人口動態統計と警察統計の違いはどのように生じるのであろうか。つまり、「住所地と届け出地」「外国人を含む・含まない」といった⁹⁾、これまで言及されている統計上の量的な違いでなく、自殺の原因についての統計上の質的な違いについてである。

2) 死体検案書と自殺統計原票について

両者の集計された過程に注目すると、人口動態統計は、医師によるICD-10に基づく疾患の死体検案

書への記載であり¹⁰⁾、警察統計は警察官による自殺統計原票の原因動機欄の選択肢の選択数である¹²⁾。この両者の統計上の違いの背景について検討してみる。

まず死体検案書は、「死因欄」に精神疾患が記載されることが極めて少ない。なぜなら自殺は異状死であり病死扱いとならないからだ。さらに、死体検案書は客観的な事実を記載することになっているため¹⁰⁾、病歴情報のない状況では精神科既往について記載できず、また伝聞情報にも安易に依存しない¹¹⁾。

一方で、自殺統計原票の原因・動機については、倒産や多重債務など53の選択肢から3つまで選択できる方式であり¹²⁾、精神疾患についても、「病気の悩み・影響(うつ病)」、「病気の悩み・影響(統合失調症)」、「病気の悩み・影響(アルコール依存症)」、「病気の悩み・影響(薬物乱用)」、「病気の悩み・影響(その他の精神疾患)」の5つの選択肢がある。

本研究で示されたように(表1)、自殺死亡の精神疾患は多岐に渡るものの、限られた選択肢では実態が示されるとは言い切れない。また、選択肢方式であるから、たとえば自殺死亡者が「躁うつ病」であった場合なども、やはり「うつ病」を選択しているのではないかと推察される。なお、この5つを選択する際には「医師の診断がある場合に限り」○印をつけることができるとしている¹²⁾。

3) 検死における医師と警察

次に、自殺が発生した際の、死体検案書と自殺統計原票の作成に至る過程で、関わる医師と警察官について検討してみる。

自殺は異状死であり必ず警察が関与し、警察主体で検死を進める。明らかな自殺で犯罪性の無い場合の見分、もしくは犯罪の有無が不明瞭な場合の変死体への検視は、司法警察員が医師の立会のもとで実施する。この医師とは、ほとんどが①警察医もしくは警察協力医（警察管内にある内科や形成外科など開業医が警察より委嘱される）であり、また、②異状を届けた医師（搬送先の病院医師など）の場合も若干ある。さらに限られた地域（東京23区、横浜市、名古屋市、大阪市、神戸市）では、③監察医（5都市にある制度で、主に近隣の大学法医学教室の医師が協力）の場合もある¹³⁾

自殺に際して医師の役割は、外表の観察や死体検案書の作成、死因判定の助言や身元を明らかにするための協力であるが^{11,13)}、犯罪の有無が重視され、外表からの検案だけなので、精神疾患にはとくに注目されない。また、自殺は外因死であるため死体検案書では「手段と状況」の記載が必要となる。仮に手段が過量服薬でしかも薬剤名が特定されていても、室内の状況の記載はなされるが精神疾患は記載されない場合がある。なお事故か自殺か他殺かといった外因死の種類決定など、捜査資料を参考にされることもある¹⁴⁾。

警察主導の検死では、警察にとって犯罪性の有無が問題であるため、非犯罪死体の場合や事件性がないと判断されれば警察の主たる役割は終了となる。死亡届に必要な死体検案書の作成は警察医らによるのだが、死因がよくわからない場合も少なくない。その際、「医師が死因を推定せざるを得ず」¹¹⁾、「死因がわからなくても無理矢理にでも」死体検案書上の死因欄に記載される¹³⁾。このような曖昧な死因のつけ方には公衆衛生上の問題が内在し¹⁵⁾、また、非犯罪死体のその後の取り扱い方に問題も指摘されている¹³⁾。

一方で、警察による自殺死亡原票は、「通常の検視・見分又は捜査の結果判明した事項の範囲内において作成」されるため、家族からの聞き取り捜査なども反映される余地がある。また、原票の作成者は「検視又は見分を行った警察官」となっているが¹²⁾、「死体の発見地を管轄する警察署の警察官が作成する」場合もあり、このあたりで中村らが指摘する「情報の偏り」¹⁶⁾が発生するのではないと思われる。

このように、人口動態統計と警察統計の自殺死亡における精神疾患に関する統計上の著しい差は、医

師と警察が同じ遺体に向き合い検視・見分しても、死体検案書と自殺統計原票の作成状況が大きく異なることから生じていると考えられる。そして、これら内包される諸問題より、人口動態統計を用いた本研究も、警察統計に示される精神疾患の人数も実際の精神疾患患者および精神障害者の自殺死亡数を示し得ていないと考える。

2. 死体検案と自殺死亡統計の今後

これまでみたように人口動態統計や警察統計でなく、自殺死亡における精神疾患を正しく把握する方法は、現在、検討されている「異状死の検死制度の改革」に求めることはできるであろうか？

既に法医学の立場からは、検死官（コロナー）制度^{17,18)}や死因究明医療センター¹⁹⁾の設立などにより検死体制の見直しについて提言がされてきている。異状死の2割を自殺が占めることから、死因究明には精神医学や公衆衛生学の立場からも検死制度の改革の議論をすべきであろう。つまり、非犯罪死体の死因究明を法医学的な観点だけでなく、中毒死や不詳の外因死、そして自殺については精神疾患との関連や社会心理的背景要因を検討したり、また、解剖を通じて得られる精度の高い死因統計を疾病予防に活用する体制づくりなどが考えられよう。

3. 本研究の限界

1) 人口動態統計死亡票にある精神疾患

今回の調査で得られたデータは、自殺死亡における精神疾患の状況であるが、全ての精神疾患患者および精神障害者の自殺の実態までは示せていない。それは死体検案書作成段階で客観的事実がなければ自殺とされず、自殺が疑われる場合であっても中毒死や転落死、不詳の外因として処理され、そのまま人口動態統計に計上されることが多いからだ。

実際に、一万件程度の死亡票を閲覧した印象だが、ICD-10に基づく記載は多くなく、たいていは極めて簡素で記述量に乏しく、また、中には現実に存在しない精神疾患の病名記載もあった。さらに、死亡票の精神疾患の記載は都道府県間で極めて著しい地域差があった。そもそも死亡診断書や死体検案書の意義の1つは、「我が国の死因統計作成の資料」であるが¹⁰⁾、「死因の原因の資料」までは求められていない。したがって人口動態統計においては、死因に影響のあった精神疾患を調査分析すること自体に限界があると言える。即ち、人口動態統計は自殺死亡の精神科領域での実態を疫学的に把握しうる原資料とはなりえない。

2) 分析過程における限界

本研究は平成20年人口動態統計（自殺死亡）の目的外使用の承認を得たが、閲覧ができたのは29,799

件で自殺死亡の全数確認ができなかった。したがってほぼ悉皆調査であるものの、厳密には平成20年自殺死亡の検討ができない状況にある。

次に、自殺の時点で精神疾患があったかどうかは死亡票からわからない。即ち死亡票には既往のものや以前、疾病であった者が含まれている場合も考えられる。たとえば、本研究のうつ病では23例で「通院歴あり」、「既往あり」、「治療歴あり」などの記載があったが、既に治癒の状態のものをうつ病としているかもしれない。

最後に精神疾患患者および精神障害者の自殺予防を考えた場合、社会心理的背景を踏まえて精神疾患および精神障害と自殺の間にある要因の分析が求められるが、本研究のように量的データによる検討では、全体像は示せても予防活動に直接寄与しうる要因分析になりにくい。

V 結 語

平成20年の自殺死亡30,229人に対して、人口動態統計死亡票にある精神疾患の状況を調査した（実施率98.3%）。その結果、うつ病は1,913人、統合失調症は550人であったが、同年の警察統計と著しい差があった。ICD-10に基づき医師が作成する死体検案書では、客観的事実のみ記載するため精神疾患の記載は少ないと思われる。一方で警察官が作成する自殺死亡原票には、精神疾患は5選択肢しかなく実際の状況が示されているとは言い切れない。

検死制度の見直しについて法医学より提言されているが、精神疾患の自殺の実態を把握し予防施策に反映させるためにも、精神医学や公衆衛生学の立場からの検討が必要と思われた。

目的外使用申請の際、国立社会保障・人口問題研究所の金子能宏部長に貴重な助言をいただいた。また、調査において日本大学非常勤講師の田口学氏の御協力に深謝します。本研究は文部科学研究費補助金（課題番号21591531）を受けて実施した。

（受付 2011. 8.22）
（採用 2012. 3.29）

文 献

- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-228.
- Heilä H, Haukka J, Suvisaari J, et al. Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychol Med* 2005; 35(5): 725-732.
- Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM, et al. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154(9): 1235-1242.
- 藤田利治, 栗栖英子. 精神疾患患者の自殺死亡についての人口動態調査に基づく検討. *日本公衆衛生雑誌* 1992; 39(11): 858-864.
- 山崎健太郎. 自殺の実態に関する法医学的研究. 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）総括・分担研究報告書 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）2006; 59-64.
- 杉田多喜男. 精神科医療における自殺とその予防対策：日本精神病院協会会員病院の自殺実態調査から. *日本精神病院協会雑誌* 2001; 20(5): 452-482.
- World Health Organization. ICD-10 精神および行動の障害：臨床記述と診断ガイドライン（新訂版）[The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines]（融 道男, 中根允文, 小見山実, 他監訳）. 東京：医学書院, 2005.
- 警察庁生活安全局生活安全企画課. 平成20年中における自殺の概要資料. 2009.
http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki81/210514_H22jisatsunogaiyou.pdf（2012年4月30日アクセス可能）
- 内閣府, 編. 平成23年版自殺対策白書. 東京：勝美印刷, 2011; 4-6.
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2011/pdf/index.html>（2012年4月30日アクセス可能）
- 厚生労働省大臣官房統計情報部, 厚生労働省医政局, 編. 平成22年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル. 2010.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/dl/manual.pdf>（2012年4月30日アクセス可能）
- 青木康博. こんなとき先生ならどう対応しますか：プライマリケア診療で困ったときに 診断書・証明書・行政への届け出 死体検案を頼まれたらどうすればよいか教えてください. *治療* 2002; 84(3): 1227-1229.
- 広島県警察本部生活安全部長. 自殺統計原票の様式及び記入要領の改正について（通達）. 広生企第1456ほか, 2008.
<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/25759.pdf>（2012年4月30日アクセス可能）
- 中根憲一. 我が国の検死制度：現状と課題. *レファレンス* 2007; 673: 96-124.
- 的場梁次, 黒木尚長. 精神科診療に必要な書式マニュアル（改訂版）法務・司法 死亡診断書（死体検案書）. *臨床精神医学* 2008; 37（増刊）: 200-207.
- 上野正彦, 林 謙治, 高鳥毛敏雄. 公衆衛生と監察医制度 インタビュー 死体検案の問題点は何か？ *公衆衛生* 2005; 69(4): 275-281.
- 中村好一, 伊藤 剛, 千原 泉, 他. 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. *日本公衆衛生雑誌* 2010; 57(9): 807-815.

- 17) 藤宮龍也. わが国の死因究明制度の問題点. BAN
 番 2009; 2009(7): 14-17. あゆみ 2008; 224(6): 463-466.
- 18) 藤宮龍也. 異状死問題をこえて: 法医学からの提言
 法医学からみた将来の検死制度のあるべき姿. 医学の
 19) 中園一郎. 我が国における死因究明制度の現状と課
 題: 日本型の死因究明制度の構築を目指して.
 Research Bureau 論究 2009; 6: 19-28.
-

Suicide due to mental diseases based on the Vital Statistics Survey Death Form

Tohru TAKIZAWA*

Key words : suicide, mental diseases, Vital Statistics Survey Death Form, Inquest Report of Fatal, National police statistics

Objectives Mental diseases such as schizophrenia and depression put patients at risk for suicide. It is extremely important to understand that one way of preventing suicide is to determine the actual mental state of the individual. The purpose of this study was to analyze the true mental state of suicide victims reported in the vital statistics.

Methods This study investigated the vital statistics of 30,299 suicide victims in Japan in 2008. The use of these basic statistics for non-statistical purposes was approved by the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare. The method involved reviewing the Vital Statistics Survey Death Form at the Ministry of Health, Labour and Welfare as well as analyzing their Online Reporting of Vital Statistics. Furthermore, this study was able to validate 29,799 of the 30,299 suicides (98.3%) that occurred in 2008. Mental diseases were validated not only from the “Cause of death” section as marked on the death certificate, but also by information found in sections for “Additional items for death by external cause” and “Other special remarks.”

Results From the Vital Statistics Survey Death Form and Online Reporting of Vital Statistics, 2964 individuals with either a mental disease or mental disorder were identified. Of the 2964 identified individuals, 55 had dementia (of which 13 were dementia in Alzheimer’s disease), 116 had alcohol dependence/psychotic disorder, 550 had schizophrenia, 101 had bipolar affective disorder, 1,913 had a depressive episode, 13 had obsessive-compulsive disorder, 22 had adjustment disorders, 14 had eating disorders, 49 had nonorganic sleep disorders, 24 had personality disorder, and 6 had pervasive developmental disorders. In addition, 125 individuals had more than one mental disease.

Conclusion The national police statistics from 2008 show that 1,368 suicide victims had schizophrenia and 6,490 had depression. These figures show quite a difference between the results of this study and the police statistics. Further, there have been controversies regarding autopsies of suicide victims. Thus, further investigation into the cause of death is of great importance.

* Faculty of Human Health, Hachinohe University