

第2章 本市における自殺(自死)の現状と計画策定にあたっての基本的な課題

1 自殺者数の推移

本市における自殺者数は、図1のとおり、平成8年(1996年)には147人でしたが、平成9年(1997年)には162人、平成10年(1998年)には214人に急増しました。その後も平成24年(2012年)まで200人を超える状況が続いていましたが、平成25年(2013年)は192人となり、16年ぶりに200人を下回りました。第1次計画を策定する前年の平成19年(2007年)が263人で最も多く、その後、対前年で増加した年もありますが、全体的には減少傾向にあります。

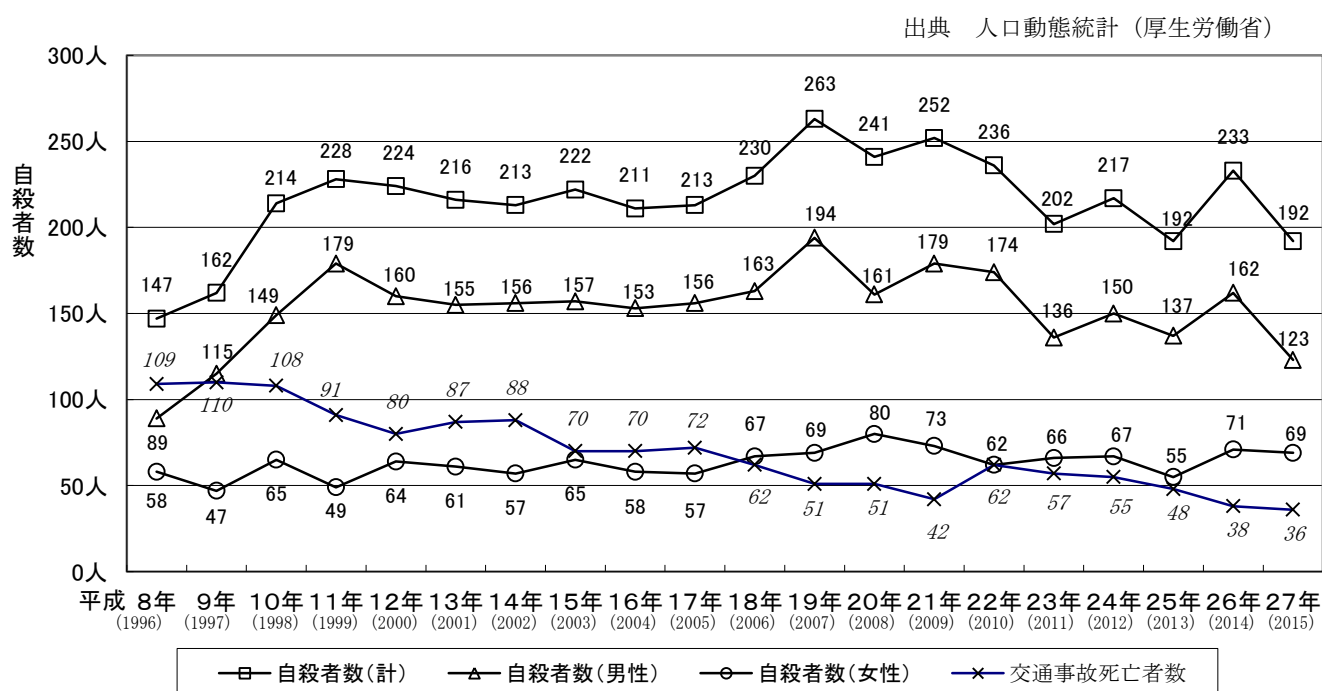
自殺者数を男女別に見ると、男性の自殺者数は、平成19年(2007年)に過去最多の194人となっています。平成27年(2015年)の自殺者数はその年から71人減少し、123人になっています。国は、男性の自殺者数の変動について、雇用・経済情勢の変化が働き盛りの世代の男性に影響を与えた可能性が高いと推測しています。

一方、女性の自殺者数は、男性の自殺者数のような大きな変動はみられません。平成20年(2008年)に過去最多の80人となり、平成27年(2015年)の自殺者数は69人になっています。

交通事故による死亡者数は、平成8年(1996年)には109人でしたが、シートベルト着用率の向上や飲酒運転の厳罰化などによって減少傾向が続き、平成27年(2015年)には36人となっています。

自殺者数と交通事故死亡者数を比較すると、自殺者急増前の平成8年(1996年)に交通事故死亡者の約1.3倍であった自殺者数は、平成27年(2015年)には約5.3倍になっています。

図1 本市の自殺者数と交通事故死亡者数の推移



2 自殺死亡率の推移

本市における人口 10 万人当たりの自殺者数（以下「自殺死亡率」といいます。）は、図 2 のとおり、平成 8 年(1996年)には 13.2 でしたが、平成 9 年(1997年)には 14.7、平成 10 年(1998年)には 19.0 に急増しました。その後も高い状況が続き、第 1 次計画を策定する前年の平成 19 年(2007年)には 22.6 にまで増加しました。

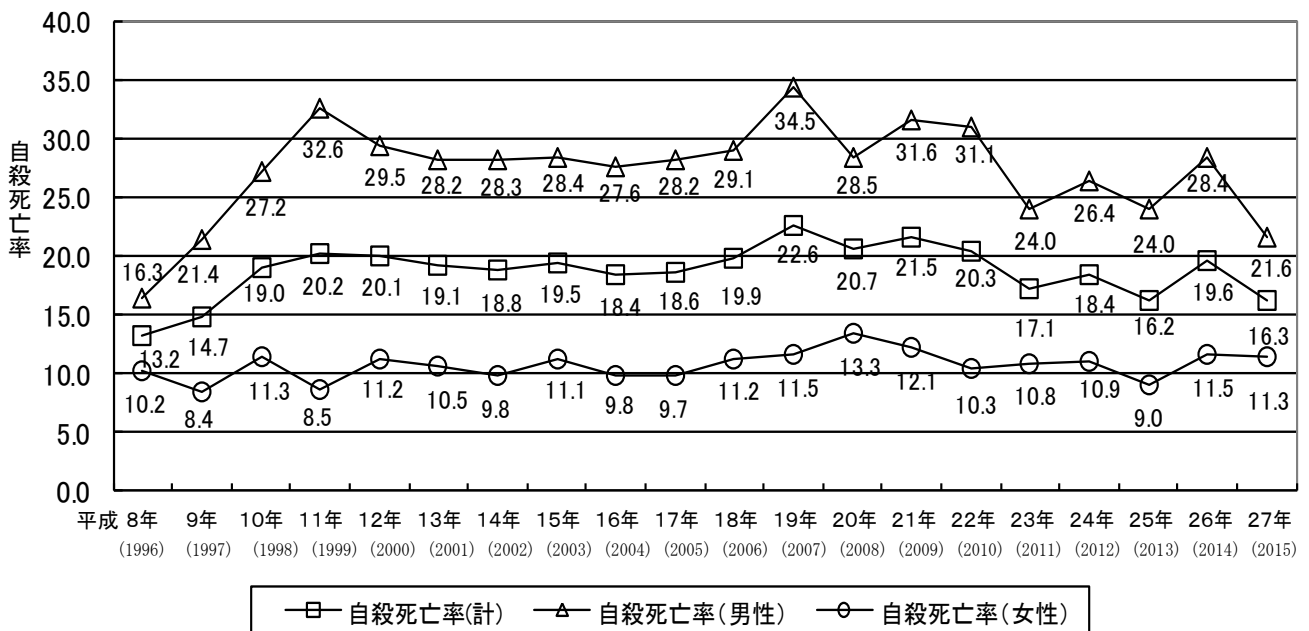
その後、対前年で増加した年もありますが、全国の自殺死亡率の推移と同様に、全体的に減少傾向を示し、平成 27 年(2015年)は 16.3 になっています。

自殺死亡率を男女別に見ると、男性の自殺死亡率は、平成 19 年(2007年)に過去最高の 34.5 となっています。平成 27 年(2015年)の自殺死亡率はその年から 12.9 減少し、21.6 になっています。

一方、女性の自殺死亡率は、平成 20 年(2008年)に過去最高の 13.3 となっています。平成 27 年(2015年)の自殺死亡率はその年から 2.0 減少し、11.3 になっています。

図 2 本市の自殺死亡率の推移

出典 人口動態統計（厚生労働省）

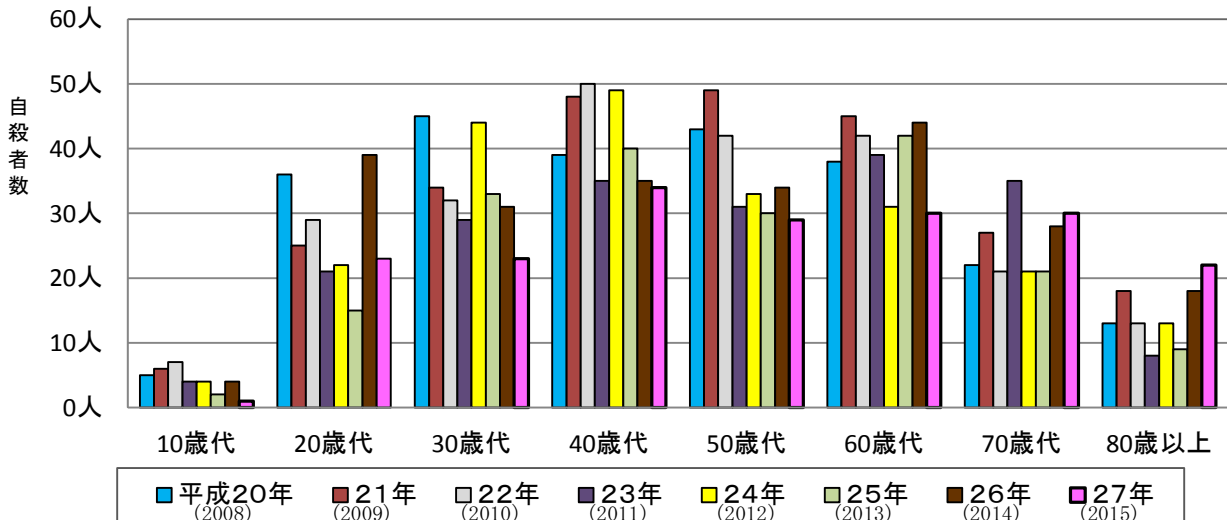


3 年代別の自殺者数の推移

本市における自殺者数を年代別に見ると、図3のとおり、70歳代と80歳以上が増加傾向にあり、その他の年代は概ね減少傾向を示しています。

図3 本市の年代別の自殺者数の推移

出典 人口動態統計（厚生労働省）



4 男女別・年代別の自殺者数と自殺死亡率

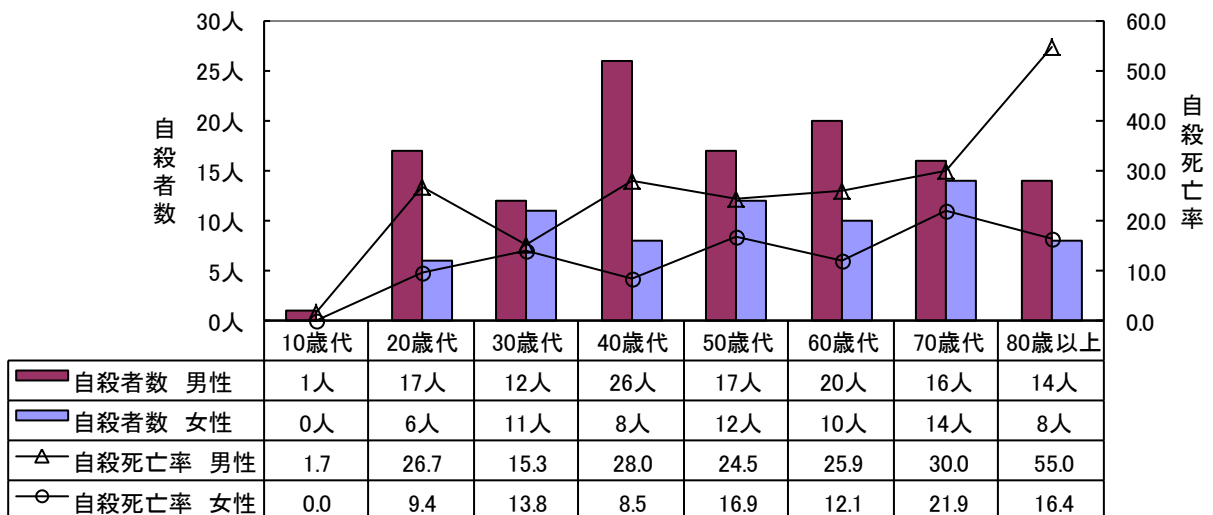
本市における平成27年(2015年)の男女別・年代別の自殺者数は、図4のとおり、40歳代の男性が26人で最も多く、次に60歳代の男性が20人、20歳代と50歳代の男性が17人となっています。

また、自殺死亡率では、80歳以上の男性が55.0と最も高く、次に70歳代の男性が30.0、40歳代の男性が28.0となっています。

一方、女性は、自殺者数、自殺死亡率ともに、70歳代が最も多く(高く)なっています。

図4 本市の男女別・年代別の自殺者数と自殺死亡率(平成27年(2015年))

出典 人口動態統計(厚生労働省)、広島市統計書



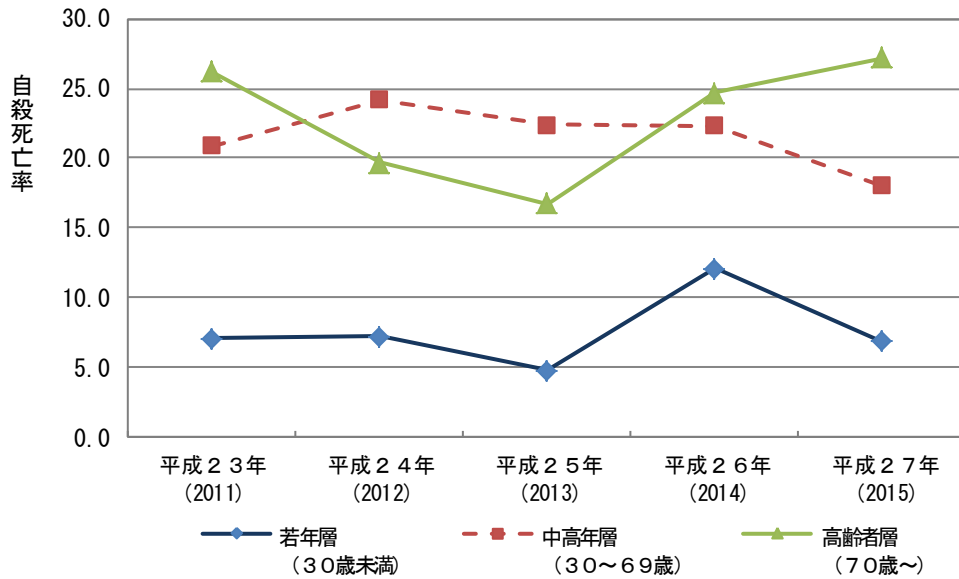
5 年齢層別の自殺者数と自殺死亡率

本市における年齢層（※）別の自殺者数と自殺死亡率は、図5のとおり、若年層と中高年層では減少傾向にあります。高齢者層は逆に増加傾向にあります。

（※） 第2次計画においては、30歳未満を若年層、30歳から69歳までを中高年層、70歳以上を高齢者層として区分しています。

図5 本市の年齢層別の自殺死亡率の推移

出典 人口動態統計（厚生労働省）、広島市統計書



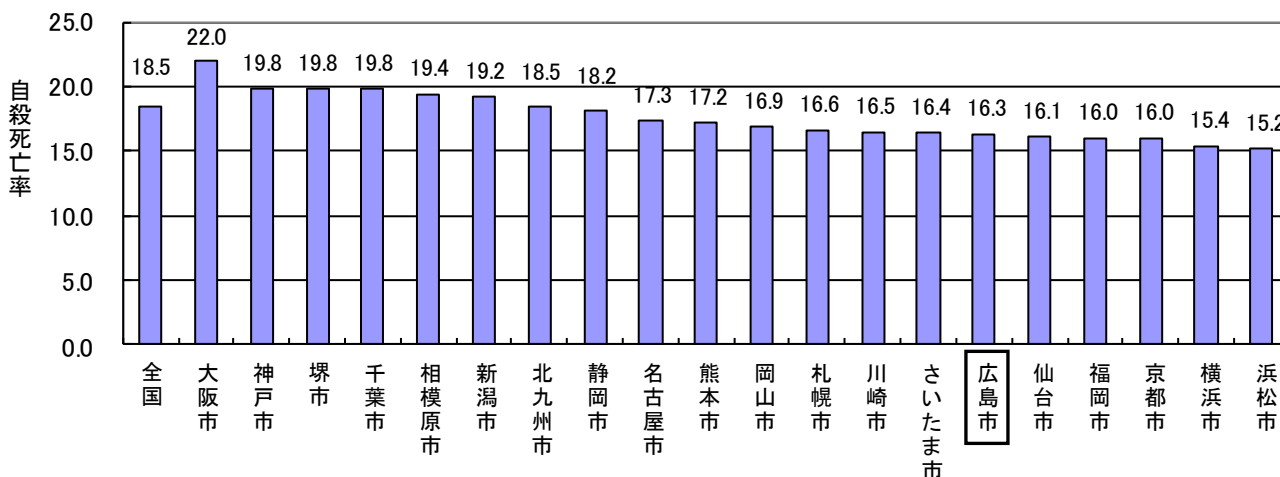
6 全国平均及び他の政令指定都市と比較した場合の自殺死亡率の状況

平成27年(2015年)の本市の自殺死亡率は、図6のとおり、16.3と全国平均の18.5より低くなっています。

また、政令指定都市の中では、浜松市、横浜市、京都市、福岡市、仙台市に次いで6番目に低くなっています。

図6 本市と全国平均及び他の政令指定都市の自殺死亡率（平成27年(2015年)）

出典 人口動態統計（厚生労働省）



政令指定都市の中における本市の自殺死亡率の順位を、本市の自殺死亡率が過去最多であった平成19年(2007年)から平成27年(2015年)までで見ると、表1のとおりとなっています。

表1 本市の自殺死亡率と政令指定都市中の順位（平成19年(2007年)～平成27年(2015年)）

出典 人口動態統計（厚生労働省）

区分	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
自殺者数	263人	241人	252人	236人	202人	217人	192人	233人	192人
自殺死亡率	22.6	20.7	21.5	20.3	17.1	18.4	16.2	19.6	16.3
政令市順位(※)	11位	6位	7位	5位	1位	8位	2位	18位	6位

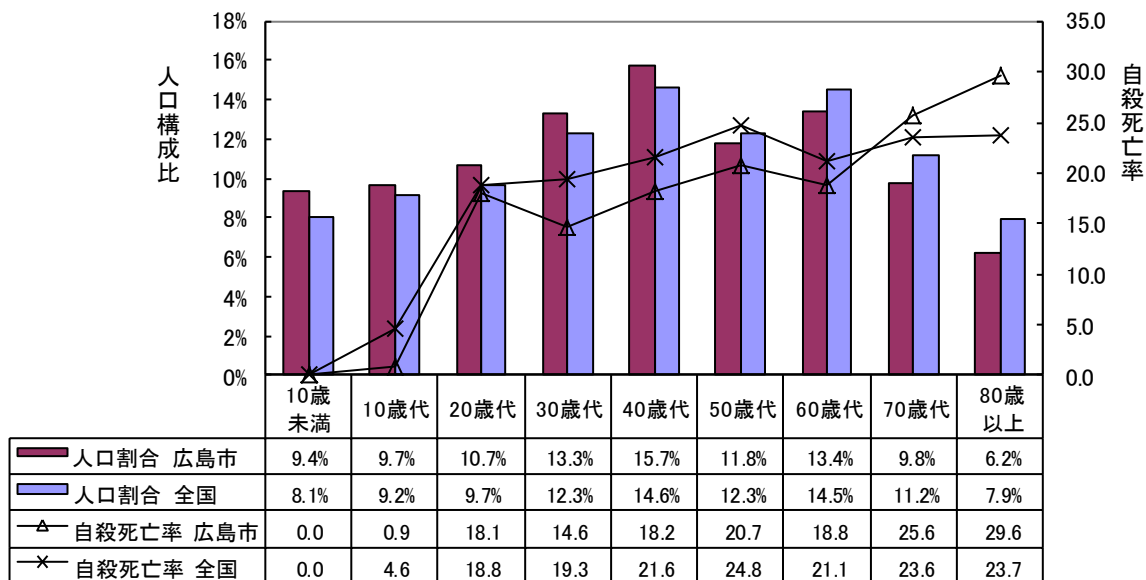
(※) 政令市順位：自殺死亡率の低い方からの順位であり、平成20年までは17政令市、平成21年は18政令市、平成22年～平成23年は19政令市、平成24年以降は20政令市中の順位である。

本市の人口構造は、図7のとおり、全国と比べて高齢者層の割合が低く、概ね労働者の年齢層の割合が高い、いわゆる都市型となっています。

一方、本市の自殺死亡率は、全国と比べて高齢者層が高く、若年層と中高年層は全国より低い状況となっています。

図7 本市と全国の年代別人口割合と自殺死亡率(平成27年(2015年))

出典 人口動態統計(厚生労働省)、広島市統計書



7 自殺(自死)の原因・動機

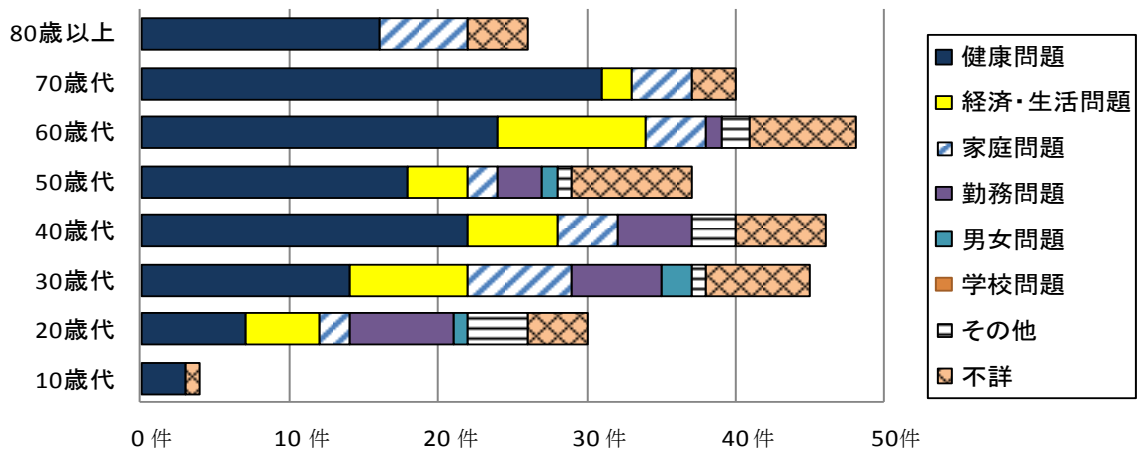
自殺(自死)の原因・動機については、警察が遺書の内容等を調査し、自殺(自死)の原因等を「健康問題」「経済・生活問題」「家庭問題」「勤務問題」「男女問題」「学校問題」「その他」の7項目(「不詳」を除く。)に分類したものがああります。

これによると、本市の平成27年(2015年)の自殺(自死)の原因等については、図8のとおり、「健康問題」が135件、次いで「経済・生活問題」が35件、「家庭問題」が29件、「勤務問題」が22件の順に多くなっています。

いずれの年代においても「健康問題」が最も多くなっていますが、20歳代では「健康問題」と並んで「勤務問題」が最も多くなっています。30歳代から60歳代までは「健康問題」に次いで「経済・生活問題」が多くなっており、70歳代以上では「健康問題」に次いで「家庭問題」が多くなっています。

図8 本市の年代別の自殺(自死)の原因・動機の状況(平成27年(2015年))

出典 自殺統計(警察庁)



(※) 遺書等の自殺(自死)を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としているため、原因・動機別件数の和と自殺者数の総数とは一致しない。

(※) 原因・動機の態様については、以下のとおり。

- ・健康問題(身体の病気、うつ病、統合失調症、アルコール依存症、薬物乱用、その他の精神疾患、身体障害の悩み、その他)
- ・経済・生活問題(倒産、事業不振、失業、就職失敗、生活苦、多重債務、連帯保証債務、借金の取立苦、自殺による保険金支給、その他)
- ・家庭問題(親子関係の不和、夫婦関係の不和、その他家族関係の不和、家族の死亡、家族の将来悲観、家族からのしつけ・叱責、子育ての悩み、被虐待、介護・看病疲れ、その他)
- ・勤務問題(仕事の失敗、職場の人間関係、職場環境の変化、仕事疲れ、その他)
- ・男女問題(結婚をめぐる悩み、失恋、不倫の悩み、その他)
- ・学校問題(入試に関する悩み、進路に関する悩み、学業不振、教師との人間関係、いじめ、学友との不和、その他)
- ・その他(犯罪発覚等、犯罪被害、後追い、孤独感、近隣関係、その他)

8 年齢層別の自殺(自死)の死因順位

平成27年(2015年)の本市の年齢層別の自殺(自死)の死因順位は、表2のとおり、20歳代及び30歳代において、自殺(自死)が死因の1位となっています。

国全体においても同様の傾向となっており、表3のとおり、15歳から34歳の若い世代で死因の1位が自殺(自死)となっているのは、先進国では日本のみであり、その死亡率も他の先進国に比べて高いものとなっています。

表2 本市の年齢層別の自殺(自死)の死因順位(平成27年(2015年))

出典 人口動態統計(厚生労働省)

年齢層	年代	死因順位
若年層	19歳以下	4位以下
	20歳代	1位
中高年層	30歳代	1位
	40歳代	2位
	50歳代	3位
	60歳代	4位以下
高齢者層	70歳代	4位以下
	80歳以上	4位以下

表3 先進7カ国の15歳から34歳における自殺(自死)の死因順位及び自殺死亡率

出典 平成28年版自殺対策白書(厚生労働省)

国名	データ基準年	死因順位	自殺死亡率
日本	平成25年(2013年)	1位	18.1
フランス	平成23年(2011年)	2位	9.3
ドイツ	平成25年(2013年)	2位	7.6
カナダ	平成23年(2011年)	2位	12.0
アメリカ	平成24年(2012年)	2位	12.8
イギリス	平成25年(2013年)	2位	6.6
イタリア	平成24年(2012年)	3位	4.8

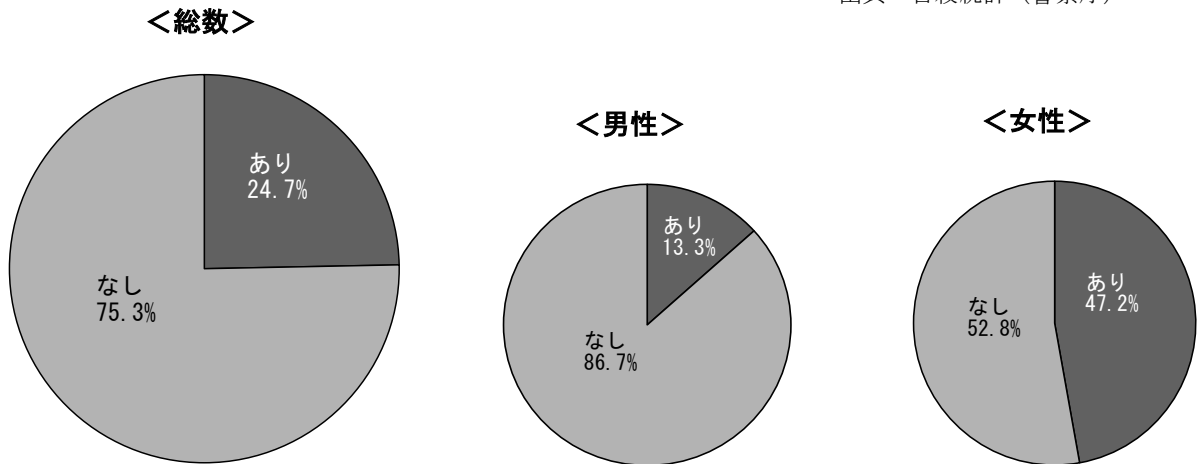
9 自殺未遂歴の有無

本市の自殺未遂歴の有無別自殺者数の割合について、平成27年(2015年)を見ると、図9のとおり、自殺未遂歴ありの割合は24.7%となっています。

また、自殺未遂歴ありの男女別の割合を見ると、男性は13.3%、女性は47.2%となっており、女性の方が高い割合になっています。

図9 本市の自殺未遂歴の有無別自殺(自死)の状況(平成27年(2015年))

出典 自殺統計(警察庁)



自殺未遂者は家族により病院に搬送されている場合もあり、正確な自殺未遂者数は不明ですが、国外での調査研究(Petronis ら 1990年、Spicer ら 2000年)において、自殺未遂者数は、既遂者数の少なくとも10倍程度いると報告されています。また、自殺未遂者は、自殺企図を繰り返す傾向があり、最終的に自殺(自死)により亡くなる割合は非常に高いと言われています。

なお、過去10年間、広島市消防局管内において自損行為により救急隊に救急搬送された人及び平成27年(2015年)に救急搬送された人の傷病程度の内訳は、表4のとおりとなっています。

表4 本市の自損行為による救急搬送の状況(過去10年)

出典 広島市消防局資料

区分	H18 (2006)	H19 (2007)	H20 (2008)	H21 (2009)	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)
出動件数	628件	711件	741件	766件	772件	726件	755件	660件	640件	606件
搬送人員	496人	547人	539人	571人	567人	531人	529人	472人	427人	371人

(※) 平成19年(2007年)以降は、消防事務委託市町(安芸郡海田町・坂町・熊野町、山県郡安芸太田町及び廿日市市吉和地区)の件数を含む。

自損行為による 救急搬送者 (平成27年)	傷病程度内訳				
	死亡	重篤	重症	中等症	軽症
371人	39人	18人	45人	159人	110人

10 うつ病等の精神疾患と自殺(自死)

自殺(自死)の原因としては、身体機能を損なわせるような疾患、身近な人の死や離婚、悲痛な体験、失業や経済的損失、社会的支援の欠如、心理的な孤立感、助けを求めることは恥ずかしいことであるといった誤った認識などによるストレス要因が関係しています。

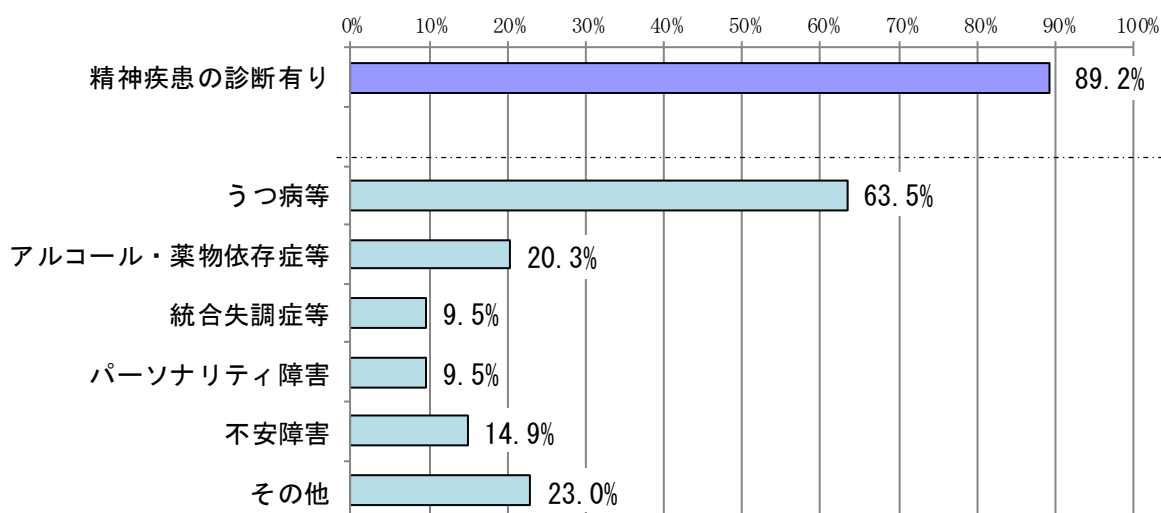
そして、自殺(自死)で亡くなられた人の多くは、これらのストレス要因が複雑に絡みあう状況の中で心理的に追い詰められ、うつ病等の何らかの精神疾患にかかり、その結果、病的状態の中で自殺(自死)以外の選択肢が考えられない状況に陥り、自殺(自死)に至ることが明らかになってきました。

精神疾患と自殺(自死)の密接な関係を裏付ける調査研究としては、世界保健機関(WHO)が、2002年に公表した「自殺とこころの病」において、自殺(自死)で亡くなられた人の95%以上に何らかの精神疾患が認められ、30%をうつ病が占めていることを明らかにしています。

国内でも、多くの研究調査が行われており、自死遺族等の聞き取り等による自殺(自死)の実態調査によると、図10のとおり、自殺(自死)により亡くなられた人の約9割が、何らかの精神疾患にかかっており、自殺(自死)により亡くなられた人の約6割が、うつ病等にかかっていることが報告されています。

図10 自殺(自死)による死亡時に罹患していたと推測される精神医学的判断

出典 平成21年度(2009年度)厚生労働科学研究「自殺の精神医学的背景に関する研究」
(研究代表者 加我 牧子、研究分担者 高橋 祥友)



(※)同一人物に複数の診断が下されている例があるため、診断のパーセンテージの合計は100%を超えている。

ストレス過多の現代社会において、うつ病や統合失調症等の精神疾患にかかる人は増加していますが、精神疾患や精神科医療に対する偏見などから、精神科を受診することに心理的な抵抗を感じる人は少なくありません。

一方で、死にたいと考えている人も、心の中では「生きたい」という気持ちとの間で激しく揺れ動いており、不眠、原因不明の体調不良など自殺(自死)の危険を示すサインを発していることが多いとされています。

心や身体に現れた自殺(自死)のサインに気づかず、うつ病や統合失調症等の精神疾患を放置し、症状を悪化させてしまうことも、自殺(自死)の大きな要因の一つです。こうしたことから、うつ病や統合失調症等の精神疾患について正しい理解の促進を図るなど、精神疾患に着目した対策も重要となっています。

自殺のサイン（自殺予防の十箇条）

出典：職場における自殺の予防と対応（厚生労働省）

次のようなサインを数多く認める場合は、自殺の危険が迫っています。

- 1 うつ病の症状に気をつける
〔 気分が沈む、自分を責める、仕事の能率が落ちる、
決断できない、不眠が続く 〕
- 2 原因不明の身体の不調が長引く
- 3 酒量が増す
- 4 安全や健康が保てない
- 5 仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う
- 6 職場や家庭でのサポートが得られない
- 7 本人にとって価値のあるもの（職、地位、家族、財産）を失う
- 8 重症の身体の病気にかかる
- 9 自殺を口にする
- 10 自殺未遂におよぶ

うつ病のサイン

出典：総合的な自殺対策の推進に関する提言
（平成19年版自殺対策白書（内閣府））

自分で感じる症状

憂うつ、気分が重い、気分が沈む、悲しい、イライラする、元気がない、集中力がない、好きなこともやりたくない、細かいことが気になる、大事なことを先送りする、物事を悪いほうへ考える、決断が下せない、悪いことをしたように感じて自分を責める、死にたくなる、眠れない

周りから見てわかる症状

表情が暗い、涙もろい、反応が遅い、落ち着きがない、飲酒量が増える

身体に出る症状

食欲がない、便秘がち、身体がだるい、疲れやすい、性欲がない、頭痛、動悸、胃の不快感、めまい、喉が乾く

1.1 広島市こころの健康に関するアンケート調査

(1) 調査の目的

自殺(自死)は、様々なストレス要因が複雑に絡み合う状況の中で心理的に追い詰められ、多くの場合何らかの精神疾患を発症し、正常な判断ができない状態で行われることが明らかになっています。

このため、本市では、実態に応じた総合的な自殺(自死)対策を推進するための基礎資料とするため、市民の心の健康の状態、うつ病の理解度や相談機関の認知度などに関する「広島市こころの健康に関するアンケート調査」を、市民3,000人を対象として平成27年(2015年)11月に実施しました。(詳細は、巻末の参考資料に記載)

(2) 調査結果の概要

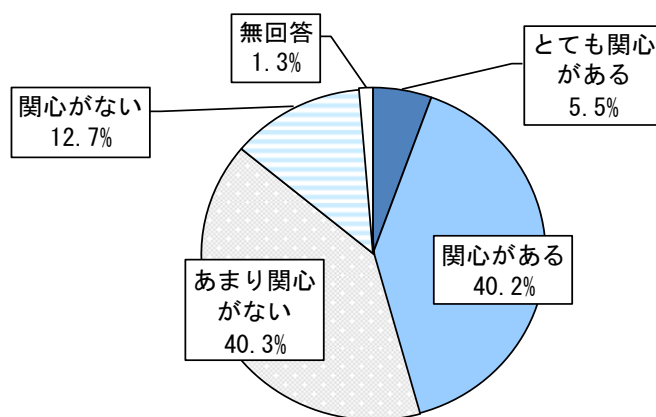
調査結果から、市民の自殺(自死)対策への関心が低いこと、うつ症状になっても多くの人は精神科を受診しないこと、長時間労働の人ほど重症のうつ状態の人が多く、地域の人との交流機会がない人や相談相手のいない人ほど重症のうつ状態の人が多く、認知度の低い相談機関が多くあることなどが分かりました。

① 自殺(自死)対策への関心が低い

- ・自殺(自死)対策の関心については、図11のとおり、「とても関心がある」(5.5%)と「関心がある」(40.2%)と回答した人を合わせた割合は45.7%、「関心がない」(12.7%)と「あまり関心がない」(40.3%)と回答した人を合わせた割合は53.0%となっています。
- ・「とても関心がある」と「関心がある」と回答した人を合わせた割合は、平成19年(2007年)の調査結果(51.6%)と比較すると低下しています。

図11 自殺(自死)対策への関心

出典 広島市こころの健康に関するアンケート調査(平成27年(2015年))



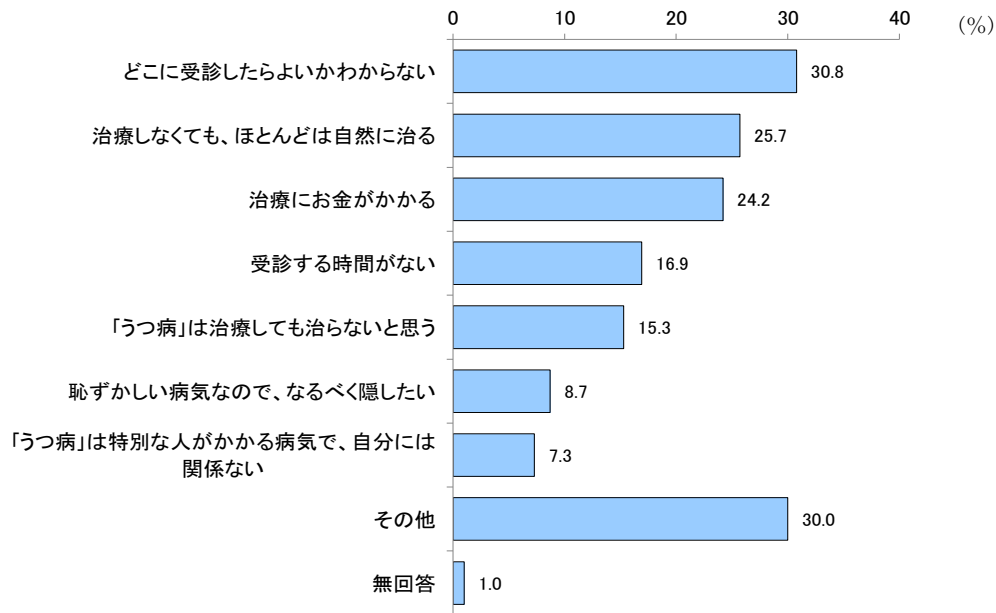
② うつ病に対する理解不足と低い精神科への受診意識

ア うつ病について正しく理解されていない

- ・自分がうつ症状になっても病院を受診しないと回答した人の割合は25.7%であり、その理由としては、図12のとおり、「どこに受診したらよいか分からない」が30.8%と最も多く、「うつ病は治療しなくても、ほとんどは自然に治る」が25.7%、「うつ病は治療しても治らないと思う」が15.3%など、誤った認識の人も多くいます。

図 12 うつ症状になった場合に病院を受診しない理由

出典 広島市こころの健康に関するアンケート調査（平成 27 年(2015年)）

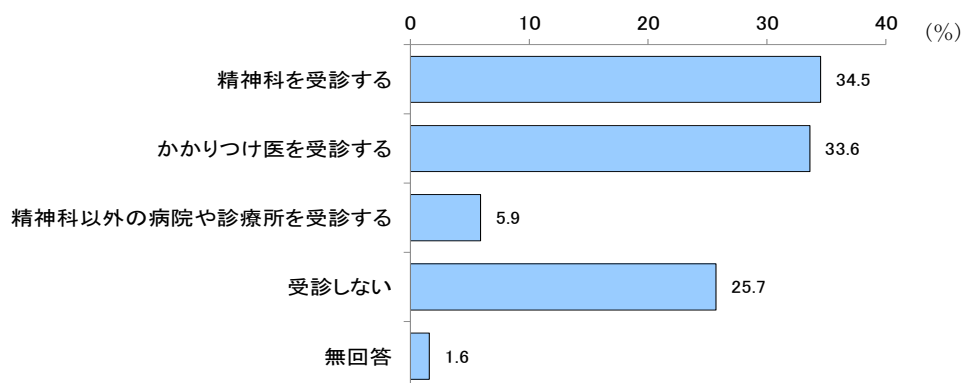


イ うつ症状になっても多くの人は精神科を受診しない

- ・自分がうつ症状になった場合は、図 13 のとおり、「精神科を受診する」が 34.5%、「かかりつけ医を受診する」が 33.6%、「受診しない」が 25.7%となっています。
- ・「精神科を受診する」と回答した人の割合は、平成 19 年(2007年)の調査結果 (32.3%) と比較すると大きな変化はみられません。

図 13 うつ症状になった場合の病院の受診

出典 広島市こころの健康に関するアンケート調査（平成 27 年(2015年)）



③ 長時間労働の人ほど重症のうつ状態の人が多い

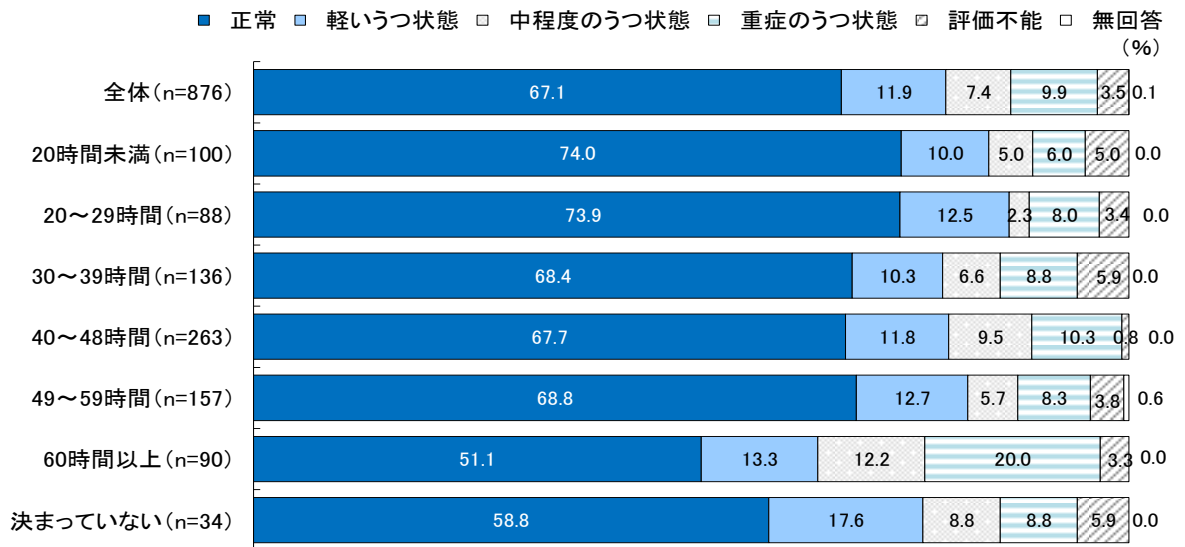
- ・CES-D(日本語版)(※)により抑うつ尺度の状況について調査した結果では、図 14 のとおり、1 週間の就業時間が 40~48 時間の人では、「重症のうつ状態」が 10.3%、「中程度のうつ状態」が 9.5%となっています。

- これに対し、1週間の就業時間が60時間以上(1か月の時間外勤務に換算すると月80時間以上)の人では、「重症のうつ状態」が20.0%、「中程度のうつ状態」が12.2%となっています。

(※)CES-Dは、簡単に使用できる抑うつ状態の自己評価尺度としてアメリカで開発された手法です。このテストでは、感情要素を「普段はなんでもないことがわずらわしい」や「食べたくない、食欲が落ちた」などのマイナス要素16項目と「他の人と同じ程度には、能力があると思う」などのプラス要素4項目の計20項目を0点から3点の4段階により評価し、その総得点(最高得点は、20項目×3点で60点となる。)から4段階(16点未満：正常、16～20点：軽いうつ状態、21～25点：中程度のうつ状態、26点以上：重症のうつ状態)で評価します。

図14 1週間の就業時間と抑うつ尺度の状況

出典 広島市こころの健康に関するアンケート調査(平成27年(2015年))

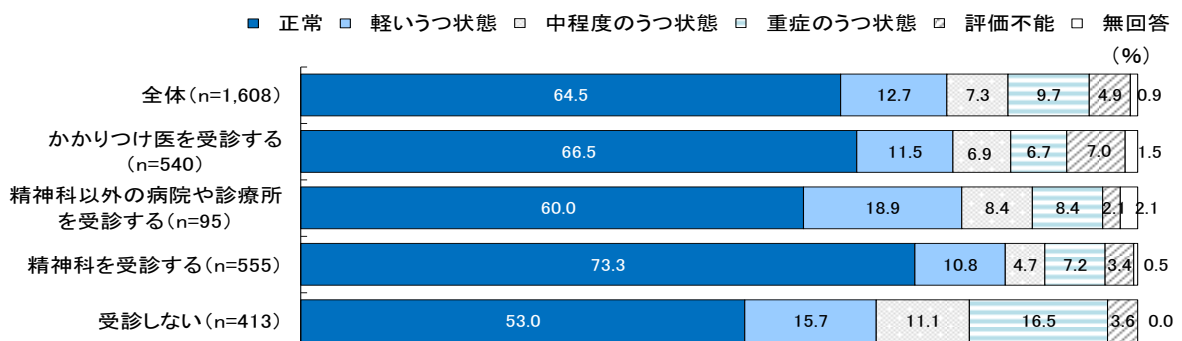


④ 病院を受診しない人ほど重症のうつ状態の人が多い

- うつ症状になった場合の対処と抑うつ尺度の状況について調査した結果では、図15のとおり、「精神科を受診する」と回答した人は、「重症のうつ状態」が7.2%、「中程度のうつ状態」が4.7%となっています。
- これに対して、精神科以外を含め「病院を受診しない」と回答した人は、「重症のうつ状態」が16.5%、「中程度のうつ状態」が11.1%となっています。

図15 うつ症状になった場合の対処と抑うつ尺度の状況

出典 広島市こころの健康に関するアンケート調査(平成27年(2015年))



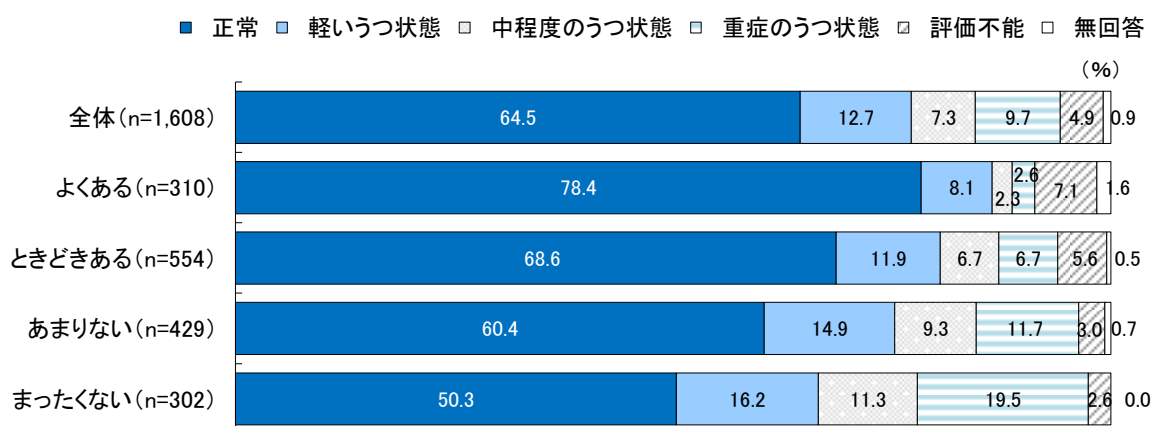
⑤ 地域との交流がない人や、相談相手のいない人ほど重症のうつ状態の人が多い

ア 町内や地域の人との交流機会がない人ほど重症のうつ状態の人が多い

- ・町内や地域の人との交流機会の有無と抑うつ尺度の状況について調査した結果では、図16のとおり、交流機会が「よくある」と回答した人は、「重症のうつ状態」が2.6%、「中程度のうつ状態」が2.3%となっています。
- ・これに対して、交流機会が「まったくない」と回答した人では、「重症のうつ状態」が19.5%、「中程度のうつ状態」が11.3%となっています。

図16 町内や地域の人との交流機会の有無と抑うつ尺度の状況

出典 広島市こころの健康に関するアンケート調査（平成27年(2015年)）

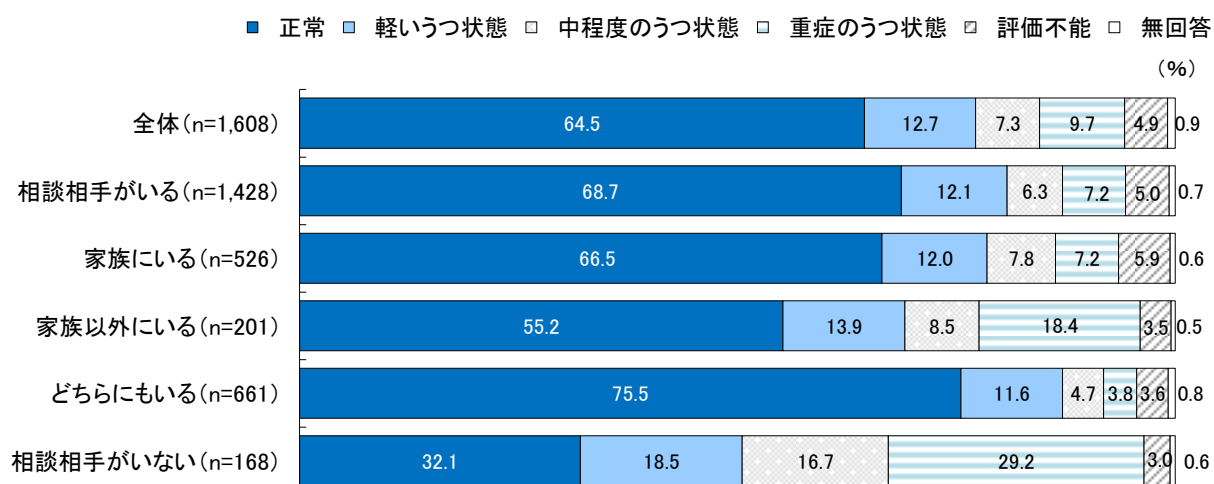


イ 心配ごとなどの相談相手のいない人ほど重症のうつ状態の人が多い

- ・心配ごとなどの相談相手の有無と抑うつ尺度の状況について調査した結果では、図17のとおり、「相談相手がいる」と回答した人は、「重症のうつ状態」が7.2%、「中程度のうつ状態」が6.3%となっています。
- ・これに対して、「相談相手がない」と回答した人では、「重症のうつ状態」が29.2%、「中程度のうつ状態」が16.7%となっています。

図17 心配ごとなどの相談相手の有無と抑うつ尺度の状況

出典 広島市こころの健康に関するアンケート調査（平成27年(2015年)）



⑥ 認知度の低い相談機関が多い

- 各種相談機関の認知状況について調査した結果では、図18のとおり、「知っている」と回答した人は、「こころの耳（日本産業カウンセラー協会）」が3.8%、「精神科救急情報センター」が6.8%、「ヤングテレホン広島（広島県警）」が11.4%、「心配ごと相談所」が13.3%などとなっており、認知度の低い相談機関が多くあります。

図18 各種相談機関の認知状況

出典 広島市こころの健康に関するアンケート調査（平成27年(2015年)）

