

大分県における性・年齢階級別の「病苦」自殺率および「経済・生活苦」自殺率

Suicide mortality related to “patience caused by diseases” and that related to “difficulty in economic status and daily living” in Oita prefecture

岡田 麻依 Mai Okada

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 精神看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

影山 隆之 Takayuki Kageyama

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 精神看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2008年5月19日投稿, 2008年11月12日受理

要旨

日本では警察統計によれば、自殺の動機として「病苦」および「経済・生活苦」がもっとも多い。動機によって必要な自殺対策は異なる可能性がある。これらの動機による自殺の予防の標的集団を明らかにするため、警察統計と人口動態統計を用い、大分県の「病苦」および「経済・生活苦」による自殺率を求めた。これらの値は2001～2006年の間ほとんど一定であった。2006年の大分県における「病苦」による自殺率(人口10万あたり)は男13.8、女7.4で、高齢者特に男性80歳以上で高かった。全自殺に占める割合は、男70歳以上および女50歳以上で6割を超え、これらの集団を標的にした保健・医療・福祉面からの自殺対策が必要と考えられた。ただし併存する抑うつ症状や飲酒問題にも留意する必要があるだろう。2006年の大分県における「経済・生活苦」による自殺率は男12.7、女1.1で、30～69歳男性で高かった。全自殺に対する割合は30～49歳の男性で5割を超えたことから、これら働き盛りの男性の経済的救済も含めたセーフティネットワークの構築が必要と考えられた。

Abstract

According to the statistics of the National Police Agency, Japan, the most frequent reason for suicide is diseases and the difficulty in economy and daily living. Strategies for suicide prevention may differ from a reason to a reason for suicide. The purpose of the present study was to determine the target population in which the above two reasons are most frequent. The suicide mortality for the two reasons was calculated, respectively, by gender and age groups, based on the Police Statistics and the Vital Statistics in Oita prefecture. The above suicide mortalities were almost constant in the period of 2001-2006. The suicide mortality for diseases in 2006 (per one hundred thousand person-year) was 13.8 in men and 7.4 in women, being high in the elderly persons, particularly men aged 80 or above. This kind of suicide was 60% or more in the men aged 70 or above and the women aged 50 or above. It is important to take comprehensive countermeasures in community health, medicine, and welfare, for the prevention of suicide for diseases among the above sub-population. Comorbidity with depressive symptoms or alcohol problems should be taken into consideration. The suicide mortality for difficulty in economy and daily living was 12.7 in men and 1.1 in women, being high among the men aged 30-69. This kind of suicide was 50% or more in the men aged 30-49. It is important to construct social safety network including the economic help for male workers in the above sub-population.

キーワード

自殺、死亡率、性、年齢、病気、経済

Key words

suicide, mortality, gender, age, disease, economy

1. 目的

日本における自殺者数は平成10年から19年まで連続して3万人を超えており、大分県でも毎年300人以上が自殺している。この深刻な事態を受けて平成18年には、国を挙げて自殺対策を総合的に推進するため、自殺対策基本法が施行された。そして平成19年には、内閣府から自殺総

合対策大綱が発表された (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/index.html>)。同じ年から厚生労働省は、都道府県や政令市の中から「モデル自治体」を選定し、それぞれの自殺対策の取り組みから得られた成果を全国の自治体で共有しようとする「地域自殺対策推進事業」に乗り出した。大分県もそのモデル自治体選ばれ、3年計画で新たに独

自の自殺対策の推進を開始した。

こうした自殺対策を立てる基礎として、地域の自殺統計の検討は重要である。自殺統計には2種類ある。一つは厚生労働省の人口動態統計で、都道府県ごとの自殺者数も報告されている。もう一つは警察統計で、都道府県警が独自に集計したものを警察庁がまとめている。全国的にみると、人口動態統計より警察統計のほうが自殺者数は多く報告されている。その理由は、1)人口動態統計では日本人のみを集計しているが、警察統計には外国人の自殺も含まれることと、2)警察統計では、死体発見時以後の調査等によって自殺と判明したときは、その時点で自殺と計上しているが、人口動態統計は、自殺、他殺、事故のいずれかが不明なときは「自殺以外」で処理しており、死亡診断書の作成者等から訂正のない場合は自殺として計上していないことによる。また、一つの都道府県に限った統計で言えば、3)警察統計では県内で自殺した人を集計しているが、人口動態統計では県内に居住する人が自殺した数を集計していることも、自殺者総数の違いの理由になっている (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyus/suicide04/index.html>)。

さらに、警察統計には、自殺の原因・動機別の集計を含むという特徴がある。これによると、自殺の原因・動機としては、「健康問題」や「経済・生活問題」が最も多い (<http://www.npa.go.jp/toukei/index.htm>)。大分県警の報告でも、「病苦」による自殺と、「経済・生活苦」による自殺を合わせると、自殺者全体の6割を占める。警察統計では自殺の動機を択一式で分類しているため、その結果に基づいて包括的な自殺対策を検討することには限界があるとの意見もあるが (竹島 他 2004, 竹島 他 2005)、動機の分類は様々な情報と照らし合わせて行われており、わからない場合には不明と集計されているので、事例ごとにみれば完全に正確であるとはいえなくとも、統計的に傾向を知るためには有用だと考えられる。

ここで、自殺は様々な要因によって起こる事象であり、社会の様々な生活の場において一次・二次・三次予防を包括的に展開する必要がある (影山 2006)。したがって例えば、上記のような自殺の動機(理由)によっても、とるべき自殺対策は異なってくる可能性があるだろう。そこで、大分県

での効果的な自殺対策を考えるにあたり、自殺の動機として大きな割合を占める「病苦」および「経済・生活苦」による自殺が、性・年齢階級別にみたときに、どの集団に多いかを知ることは重要だと言える。ただし従来、原因・動機別の自殺者数を、性・年齢階級別に集計して公開している県警は少なく (竹島 他 2004)、大分県警でもこれまでは性・年齢階級別の自殺の原因・動機を公表してこなかった。それがこのたび、「自殺総合対策大綱」で「警察が保有する自殺統計資料について、自殺の実態解明のため調査研究への活用を促進すること」と明記されたため、警察から自殺統計情報の提供を受けることが容易になった。そこで本研究では、大分県における「病苦」と「経済・生活苦」による自殺を減らすための対策の標的集団を特定する目的で、大分県警生活安全企画課から情報提供を受け、県内における「病苦」と「経済・生活苦」による自殺の性・年齢階級別自殺率を求めることにした。ただし前記のように、警察統計では「大分県民の自殺」ではなく「大分県内で発生した自殺」を集計していることから、後者を人口動態統計による「県民の自殺」の様相と比較し、大きな差異がないことを確認するための、予備的検討も行った。

2. 資料と解析方法

2.1 資料

人口動態統計 (http://www.dbtk.mhlw.go.jp/IPPAN/ippan/scm_k_Ichiran)および大分県公衆衛生年鑑 (<http://www.pref.oita.jp/12000/toukei/>) から、全国および大分県の平成13～17年の全自殺者数および性・年齢階級別自殺者数を得た。

警察統計および大分県警統計からも、全国および大分県の平成13～18年の全自殺者数および性・年齢階級別自殺者数を得た。大分県警統計については、著者らが県警生活安全企画課に再集計を依頼し、平成18年の自殺の動機について性・年齢階級別の例数(従来は未公表)を入手した。

自殺率の算出に用いた大分県の性・年齢階級別人口は、国勢調査年(平成17年)は国勢調査人口を用い、それ以外の年度については毎年10月の人口推計値から直近の国勢調査の年齢階級別外国人人口を差し引いた値を用いた。

2.2 解析

予備的な分析として、大分県における警察統計と人口動態統計の自殺者数の差異が全国の傾向と異なるかどうかを確認することにした。そのためにまず、全国と大分県のそれぞれについて、平成13～17年の各年次における警察統計による全自殺者数と人口動態統計による全自殺者数の比を求めた。さらに、大分県における両者の差異が、性・年齢階級により異なるかどうかを確認するために、平成13～17年の性・年齢階級別自殺者数の累積数を、県警統計と人口動態統計のそれぞれから求め、両者の比を算出した。ただし、警察統計では年齢10歳階級毎の自殺者数を集計しており、19歳以下および80歳以上は一括した年齢階級として扱われているため、本研究でも年齢階級はこれに従った。

次に、大分県における「病苦」および「経済・生活苦」による自殺率の分析を行った。平成13～18年のそれぞれについて、これらの自殺率を男女別

に求めた。さらに、平成18年の県警統計に基づき、それぞれの性・年齢階級別自殺率を求めた。ただし、人口動態統計によれば9歳以下の自殺は非常に少ないため、警察統計で19歳以下の自殺とされているものは全て10～19歳の自殺とみなし、この数と10～19歳人口から自殺率を求めることとした。自殺率は県警統計の自殺数を用い、全て人口10万あたりで求めた。

3. 結果

全国における警察統計と人口動態統計の自殺者数の比は、平成13～17年の間、1.06～1.07で推移していた(図1)。つまり警察統計の自殺者数のほうが6～7%多かった。大分県では平成15年まで、この比が1.13～1.17と全国より高かったが、平成16年以降は全国の水準に近づいていた。

平成13～17年の大分県の性・年齢階級別累積自殺者数を、警察統計と人口動態統計で比較すると(図2)、両者の比は19歳未満では1から大きくへだたっており、また、70歳以上では両者の比

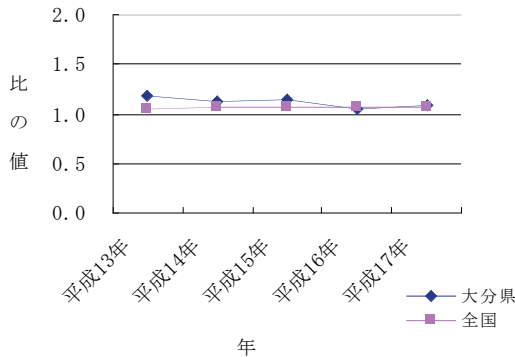


図1. 警察統計による自殺者数と人口動態統計による自殺者数の比の推移

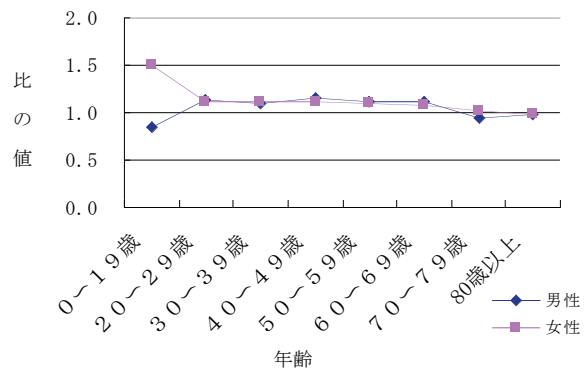


図2. 警察統計と人口動態統計による大分県の性・年齢階級別自殺者数(平成13~17年の累計)の比

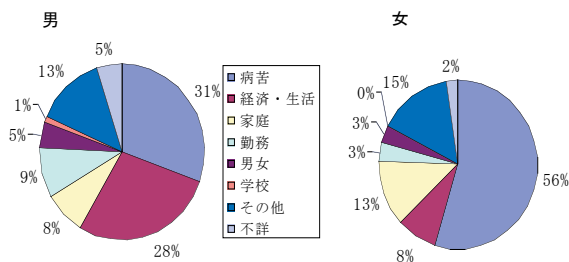


図3. 大分県における平成18年の原因・動機別自殺割合

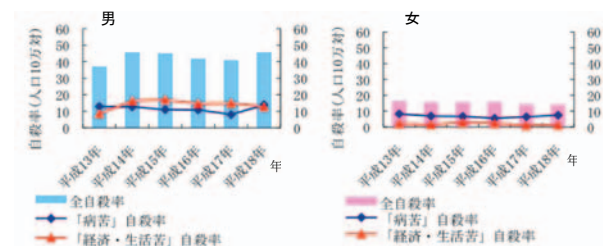


図4. 大分県における「病苦」および「経済・生活苦」による自殺率の推移

表1. 平成18年の大分県における性・年齢階級別の全自殺率、「病苦」による自殺率および「経済・生活苦」による自殺率

| 性 | 年齢 | 全自殺 ¹⁾ | 病苦自殺 ¹⁾ | (%) ²⁾ | 経済・生活苦 ¹⁾ | (%) ²⁾ |
|--------|--------|-------------------|--------------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| 男 | 0～19歳 | 8.1 | 1.6 | 20.0 | 0.0 | 0.0 |
| | 20～29歳 | 44.7 | 8.3 | 18.5 | 1.7 | 3.7 |
| | 30～39歳 | 44.3 | 4.2 | 9.4 | 19.4 | 43.8 |
| | 40～49歳 | 57.4 | 18.1 | 31.6 | 25.7 | 44.7 |
| | 50～59歳 | 79.7 | 19.4 | 24.3 | 28.0 | 35.1 |
| | 60～69歳 | 57.6 | 20.1 | 35.0 | 15.8 | 27.5 |
| | 70～79歳 | 31.6 | 18.3 | 57.9 | 1.7 | 5.3 |
| | 80歳以上 | 73.9 | 51.8 | 70.0 | 7.4 | 10.0 |
| | 女 | 0～19歳 | 1.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| 20～29歳 | | 11.6 | 3.3 | 28.6 | 0.0 | 0.0 |
| 30～39歳 | | 14.5 | 5.3 | 36.4 | 0.0 | 0.0 |
| 40～49歳 | | 11.2 | 1.4 | 12.5 | 2.8 | 25.0 |
| 50～59歳 | | 12.2 | 8.2 | 66.7 | 0.0 | 0.0 |
| 60～69歳 | | 16.0 | 8.6 | 53.8 | 4.9 | 30.8 |
| 70～79歳 | | 16.4 | 12.6 | 76.9 | 0.0 | 0.0 |
| 80歳以上 | | 35.1 | 26.3 | 75.0 | 1.8 | 5.0 |

1)自殺率(人口10万対)、2)病苦または経済苦自殺が全自殺に占める割合。

がやや小さくなっていた。特に70歳以上男性では1未満となっていた。

平成18年の大分県における、自殺の動機別の内訳を図3に示す。男女とも「病苦」が最も多く、男性では全体の31%、女性では56%を占めていた。男性では「経済・生活苦」が28%と「病苦」に次いで多くなっていたが、女性ではわずか8%であった。

平成13～18年の、男女別「病苦」「経済・生活苦」自殺率(全年齢)の推移を図4に示す。男女ともに、「病苦」「経済・生活苦」による自殺率に大きな変動はなかった。

平成18年の大分県における「病苦」による自殺率(人口10万あたり)は、全年齢階級で見ると、男性では13.8、女性では7.4であった。同じく「経済・生活苦」による自殺率は、男性では12.7、女性では1.1であった。

性・年齢階級別の全自殺率、「病苦」による自殺率、および「経済・生活苦」による自殺率を、表1と図5に示す。表1には合わせて、「病苦」および「経済・生活苦」による自殺が全自殺に占める割合も示す。「病苦」による自殺率は高齢になるほど高く、男性では80歳以上で特に高かった。全自殺に占める「病苦」による自殺の割合は、70歳以上の男性および50歳以上の女性においては、いずれも5割を超えていた。「経済・生活苦」による自殺率は

男性30～69歳で特に高かった。全自殺に占める「経済・生活苦」による自殺の割合は、30～49歳の男性では4割を超えていた。女性では男性に比べ「経済・生活苦」による自殺は少ないが、60～69歳では全自殺のうち約3割を占め、自殺率もわずかに高くなっていた。

4. 考察

4.1 大分県と全国における警察統計と人口動態統計の比較

前記のように警察統計と人口動態統計では、集計された自殺者総数に差がある。大分県では平成16年以降、上記の理由による警察統計と人口動態統計の自殺者数のずれが、全国と同一水準にあることが確かめられた(図1)。ただし、性・年齢階級別に詳しくみた場合(図2)、自殺者数が少ない19歳以下については、二つの統計のずれが、無視できない大きな影響を生む可能性が示唆された。また、20～69歳では、警察統計から求めた自殺率が人口動態統計から求めた値よりも8～15%大きな値になることがわかった。一方、高齢男性で警察統計のほうが自殺者数が少なかった理由は、前記の3)つまり、県外で自殺した人が警察統計では計上されていないためとしか考えられないが、詳細は不明である。東京都での古い研究では(上野他1981)、高齢者の自殺の1割近くは病院内で発生していたと報告されているため、大分県でも県内在住者が県外入院先で自殺している可能性は考えられるが、本研究から確かなことは言えない。男性は女性に比べ、居住地から離れたところまでわざわざ出かけて自殺する機会が多いという可能性も否定できない。他県で同様の分析を行って比較すれば、もう少し詳しいことがわかるかもしれない。

いずれにしても、今回分析した範囲では、県警察統計と人口動態統計からみた県内の自殺者数のずれは、20歳以上の男女においては、さほど大きなものではないことが確かめられた。

4.2 大分県の「病苦」による自殺率

大分県の「病苦」による自殺率は、男女とも平成13～18年の間ほぼ一定であった(図4)。平成18年の大分県の全自殺に対する「病苦」自殺の割合は、男性では31%、女性では56%であった(図3)。

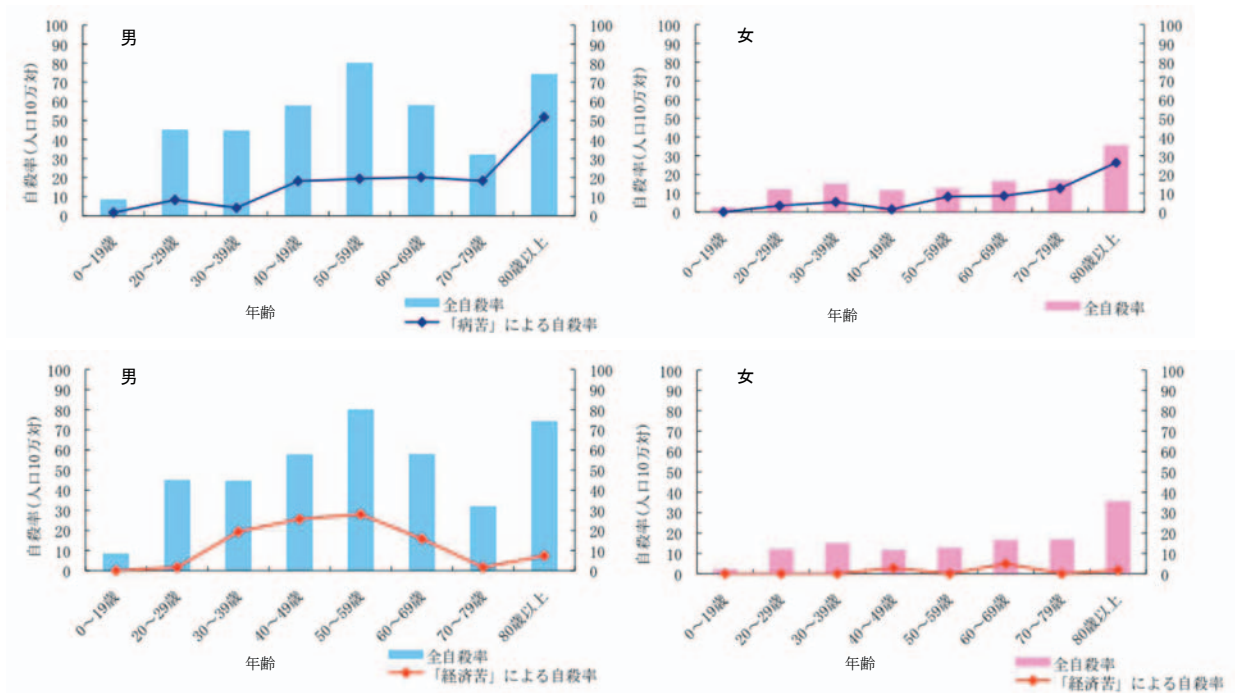


図5. 平成18年の大分県における性・年齢階級別の全自殺率と「病苦」「経済・生活苦」による自殺率の比較

これを他県の研究と比較すると、北海道（1983～86年）、三重県（1996～2002年）、福島県（1999～2004年）よりも大分県のほうが全自殺に占める病苦自殺の割合は高いようにみえる（吉田 他 1988, Inoue et al 2006, 阿部 他 2007）。大分県の「病苦」による自殺率は、男性では70歳以上で人口10万対44.7と高い値を示し、かつ全自殺の約3分の2を占めていた（図5）。一方、女性では50歳以上で、「病苦」による自殺の割合が多くなっていた（図5）。このように年齢が高いほど病苦自殺の割合も大きいという現象は、他県での報告と一致する。

統計資料から「病苦」の詳細を知ることができないが、先行研究では次のように考察されている（Mackenzie and Popkin 1987, 西村・堀川 2003）。自殺例の1～5割には身体疾患が重要な影響を与えており、その影響は少なくとも次の三つに区別できる；1) 身体疾患が非器質性の精神障害（大うつ病など）を引き起こしたり、増悪させたりすることから自殺が生じる場合；2) 身体疾患自体あるいはその治療の副作用が器質性（外因性）精神障害を生じ、自殺につながる場合（ステロイドによる二次的うつ病など）；3) 精神障害の関与なしに身体疾患そのものが自殺の動機になる場合（例えば

がん患者が化学療法を拒否する、透析患者が透析を拒否するなど、患者が治療を受けることを諦めてしまう）。そして、数としては1) によるうつ病とアルコール性障害が最も多いと推測されている。日本でも、高齢者の自殺にはうつ病が関連していることが多く、身体的障害が自殺の動機とみえる場合でも、それによる抑うつ反応が自殺の要因として重要だと指摘されており（上野 他 1981, 保坂 2003, 大塚 他 2006）、これは上記1) の場合に該当する。

さらに、宮城県の高齢者を対象にした研究（栗田 2005）では、男性では身体的機能障害または顕著な疼痛、飲酒問題、抑うつ症状が1年後の自殺念慮の予測因子であり、女性では抑うつ症状のみが1年後の自殺念慮の予測因子であったという。つまり、女性の場合には、疾患の重篤性そのものの問題よりも、病苦が抑うつ症状により絶望的なものと感じられることによって自殺リスクにつながるのに対し、男性では、身体機能障害や顕著な疼痛が、抑うつ症状を仲介せず直接自殺リスクに関連する場合もあることが示唆される。このため、栗田は、抑うつ症状にのみ照準を合わせた介入モデルでは、抑うつ症状が目立たない男性のハ

イリスク高齢者が見逃される可能性があるので、身体的健康問題を視野に入れた自殺対策が重要だと主張している。

一方、Mackenzie and Popkin (1987) は詳しく論じていないが、少なくとも日本では、看護・介護されることの「すまなさ」や、経済的理由やサービス提供資源の少なさのために、医療や介護を受けにくい現実による不安、絶望も、前記1)の希死念慮を強めている可能性がある。実際、北海道では、病床数が少なく、受診のための移動距離が長い地域、つまり、「病院等にかかりにくい」地域ほど、「病苦」による高齢者の自殺が多いことが報告されている(吉田 他 1988)。また、東京と山形県の比較研究によると(山崎 他 2006)、「病苦」自殺の占める割合は、山形県が東京都区部に比較して著明に高い。これは、高齢者人口の比率、病院数や医師数などの医療資源、さらに脳血管障害などの慢性化に伴う介護問題などに地域差が生じているためと考えられている。これらのことから、老人を抑うつに追い込む社会的要因、例えば適正な医療や家族援助などを含めた広範な保健医療体制の不備について注目する必要がある、指摘されている(吉澤 1979)。このような必要が多い地域は大分県内にも少なくないと考えられる。

以上のことを考え合わせると、大分県の「病苦」による自殺を減少させるためには、特に70歳以上の男性と50歳以上の女性を標的にして、何らかの保健・医療・福祉的な対策を講じることが効果的だと思われる。例えば、住民が利用しやすい医療サービス・福祉サービスの地域格差を解消すること、身体疾患と共存している可能性が高い「うつ状態」の早期発見・早期援助ができるシステムの整備、そのために地域の保健・医療・福祉機関や民生委員などの地域組織・ボランティアが連携をいっそう強めること、などが重要かもしれない。例えば、新潟県松之山町では、地域の保健師が中心となり、65歳以上の全住民に対しうつ病のスクリーニングを行っており、それにより自殺率が低下したという実績がある(高橋 他 1998, 大野 他 2004)。このような他県での自殺対策も参考にしながら、大分県の実情に最も適した対策を考えていくことが今後の課題である。また、入院患者の中にも、うつ症状があったり、希死念慮を抱えている患者がいたりするかもしれない。精神科

に限らず、全ての医療関係者が精神疾患に対する知識を持ち、うつ症状を見過ごすことなく、身体疾患と併せて精神面のケアも行うことができれば、自殺をさらに減少させることができるかもしれない。

とりあえず、上記の集団に注目して、保健・医療・福祉のニーズと抑うつ症状との関連など、「病苦」の実態を詳しく検討することが今後必要であろう。

4.3 大分県の「経済・生活苦」による自殺率

大分県における「経済・生活苦」による自殺率は、男女とも平成13～18年の間ほぼ一定であった(図4)。また、全自殺に対する「経済・生活苦」自殺の割合は、男性では全自殺の約28%を占め、特に30～49歳では全自殺の約半数を占めていた(図5)。一方、女性では「経済・生活苦」による自殺自体が少なかった。

壮年期の働き盛り世代は、家族を養う中心的存在であると同時に、職場では責任ある仕事を任されることが多い。このような世代が不況に直面すると、(1) 家族の生活水準維持に対する不安と家族に対する罪意識、(2) リストラの不安、(3) リストラする側としての苦悩、(4) 人員整理後の過労、(5) 会社(上司、組織自体)・社会・政治に対する不満と怒り、(6) 借金返済に追われる苦しみや絶望感、などの不安や苦悩にさらされ、それがうつ病ないし抑うつ状態を引き起こすため自殺が多くなると考えられている(張 2003)。したがって、壮年期の男性の自殺対策では、いわゆる「うつ」対策だけでなく、経済的な救済も考慮して、社会全体で支えていくシステムの構築が必要といえる。例えば、奄美市役所では、市民生活課が中心となってネットワークを構築し、多重債務者等の住民の生活再建にあたっている(<http://www.lifelink.or.jp/Library/amami.pdf>)。また、資力の乏しい人が法的トラブルに出会ったときに、無料法律相談を行い、必要な場合、法律の専門家を紹介し、裁判費用や弁護士または司法書士の費用の立て替えを行う、民事法律扶助という制度もある。これまでこの業務は、(財)法律扶助協会が実施してきたが、2006年10月より、日本司法支援センター(法テラス)が引き継いでいる(<http://www.houterasu.or.jp/index.html>)。こうした市民生活の支援活動と地域精神保健福祉活動との連携を強めることが、

今後の課題だろう。

4.4 おわりに

「自殺総合対策大綱」では、平成28年までに平成17年の自殺死亡率を20%以上減少させるという目標を掲げている。平成18年の県警統計に基づけば、もし大分県において、「病苦」による自殺が最も多い70歳以上男性と50歳以上女性について、「病苦」による自殺を半分に減らせた場合、33人の自殺が減少する。同様に、「経済・生活苦」による自殺が最も多い30～69歳男性について、「経済・生活苦」による自殺を半分に減らせた場合、34人の自殺を減少させられる。これらを合わせると、全県の自殺者数の2割を減少させることになり、結果的に自殺総合対策大綱の数値目標を達成できることになる。もっとも、これは机上の計算であって、現実には簡単なことではない。

いずれにしても、今回の検討を通じて、警察統計に基づく自殺動機の分析が、自殺の背景や標的集団を考えた多角的な対策を立てる上で手がかりを与えてくれることがわかった。平成19年度からは自殺動機の分類方法が改訂されるので、これに基づいていっそう詳しい分析をすることが、次の課題である。

5. まとめ

大分県における「病苦」と「経済・生活苦」による自殺の性・年齢階級別自殺率を求めた結果、次のことがわかった。1)大分県における「病苦」による自殺率は、女性では50歳以上で、男性では70歳以上で、特に高かった。大分県の自殺を減少させるためには、これらの集団を標的にして、抑うつ症状の早期発見・対応を含む、何らかの保健・医療・福祉的な対策を講じることが重要だと推測された。2)大分県における「経済・生活苦」による自殺率は、男性では30～69歳で特に高く、30～49歳では全自殺の5割以上を占めた。これらの男性に対する自殺対策では、いわゆる「うつ」対策だけでなく、経済的な救済も考慮して、社会全体で支えていくシステムの構築が必要と考えられた。3)警察統計による自殺の動機・原因別分類は、有効な自殺対策を検討する上で有用な情報を提供することがわかったので、今後いっそうの活用が必要だと考えられた。

謝辞

本研究にあたり、ご協力くださった大分県警生活安全企画課に厚く御礼申し上げます。

引用文献

阿部すみ子, 加藤菜穂, 須藤美和子 他(2007). 福島県における自殺の実態-平成11年から16年に福島県内で発見された自殺者の統計-. 福島医学雑誌 57, 17-26.

栗田圭一(2005). 地域在住高齢者の自殺念慮に関する1年間の前向きコホート研究. 東北医誌 117, 94-96.

張賢徳(2003). 壮年期の自殺. 樋口輝彦(編), 自殺企図その病理と予防・管理, pp34-47. 永井書店, 東京.

保坂隆(2003). 一般病棟における希死念慮・自殺企図. 樋口輝彦(編), 自殺企図その病理と予防・管理, pp82-89. 永井書店, 東京.

Inoue K, Tanii H, Abe S et al (2006). Causative factors as cues for addressing the rapid increase in suicide in Mie Prefecture, Japan: Comparison of trends between 1996-2002 and 1989-1995. *Psychiatry Clin Neurosciences* 60, 736-745.

影山隆之(2006). 日本における自殺の現状と予防. *保健の科学* 48, 129-134.

Mackenzie TB and Popkin MK (1987). Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med* 17, 3-22.

西村勝二, 堀川直史(2003). 身体疾患が動機となる自殺. 樋口輝彦(編), 自殺企図その病理と予防・管理, pp134-143. 永井書店, 東京.

大野裕, 坂本真士, 田中江里子(2004). 地域における自殺防止対策. *臨床精神医学* 33, 1561-1564.

大塚耕太郎, 酒井明夫, 智田文徳 他(2006). 高齢者の孤独と自殺. *Depression Frontier* 4, 28-33.

高橋邦明, 内藤明彦, 森田昌宏 他(1998). 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動・老年期うつ病を中心に. *精神経誌* 100, 469-485.

竹島正, 小山智典, 川上憲人 他(2005). 自殺の原因・動機の実態に関する研究-自殺の実態や要因を社会的要因も含めて多角的に分析する方法の検討-. 北井暁子(編), 厚生労働省科学研究費補助金こころの健康科学研究事業・自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究, pp19-36. 国立精神保健研究所, 小平.

竹島正, 三宅由子, 小山智典 他(2004). 自殺の原因・動機の実態に関する研究. 上田茂(編), 厚生労働省科学研究費補助金こころの健康科学研究事業・自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究, pp19-36. 国立精神保健研究所, 小平.

上野正彦, 庄司宗介, 浅川晶洋 他(1981). 老人の自殺. 日大医誌 40, 1109-1119.

山崎健太郎, 竹島正, 張賢徳(2006). 精神疾患と自殺との関連-東京都区部の自殺者実態調査と全国、山形県との比較-. 法医学の実際と研究 49, 239-246.

吉田浩二, 望月吉勝, 福山裕三(1988). 北海道における「病苦自殺」の実態とその要因の分析. 日本公衆衛生雑誌 35, 239-245.

吉澤勲(1979). 老人の自殺. からだの科学 86, 59-63.



著者連絡先

〒870-1201
大分市大字廻栖野2944-9
大分県立看護科学大学 精神看護学研究室
影山 隆之
kageyama@oita-nhs.ac.jp