

第 2 部

自殺予防ソーシャルワーク研修 基本テキスト

第 1 章

自殺の実態と施策の動向

第1章 自殺の実態と施策の動向

我が国の自殺の実態を把握するためには、厚生労働省（2016年までは内閣府）が報告し、ホームページにも掲載されている自殺対策白書を参照するとよい。2016年に施行された自殺対策基本法、翌年に閣議決定された自殺総合対策大綱は、実態に即して改定されながら我が国の自殺対策の方向を示しているため併せて参照したい（本章の既述の多くは、平成29年度自殺対策白書によるものである）。一方、地域の実態を把握する方法としては、厚生労働省の自殺対策のWebサイトにある「9. 自殺の統計」を活用することができる。2018年より基礎自治体も自殺対策の行動計画を策定することが求められていることから、今後は基礎自治体自身でなければ収集できない情報を蓄積し対策に活用することが求められる。

第1節 自殺の実態

1 自殺対策白書

自殺対策白書には自殺にかかる我が国の実態を把握するのに適切な情報が掲載されており、毎年更新されている。たとえば、自殺者数の推移、国際比較、男女別、年齢階級別、職業別、原因・動機別、都道府県別（（3）地域における自殺対策で紹介）、月別、曜日別（今回省略）、手段別、場所別（今回省略）、自殺未遂の状況等を把握することができる。

これらは、主に3種類の統計を用いて作成されている。一つ目は、自殺統計（警察庁・厚生労働省）であり、総人口（日本における外国人も含む）を対象とし、発見地を基に自殺した発見時点で計上している。捜査等により、自殺であると判明した時点で作成する自殺統計原票が集計されたものである。警察の捜査は、本来事件性（犯罪）の有無を検討するものであるから、自殺統計としての精度について限界はあるものの、同時にその捜査過程を根拠に当該自殺に関連した要因を判断している点が、他のデータにない特徴といえる。

二つ目は、人口動態統計（厚生労働省）である。日本における日本人を対象とし、住所地を基に死亡時点で計上していることから、上記の自殺統計とは対象が少し異なる。また、死亡診断書（死体検案書）に基づいた「人口動態調査死亡票」を元資料とすることから、医学的に死因を特定している。死因不明の場合は、不明のまま処理し、訂正報告がなければ、自殺には計上しないというように、警察統計とは情報源もデータ化のプロセスも異なる。

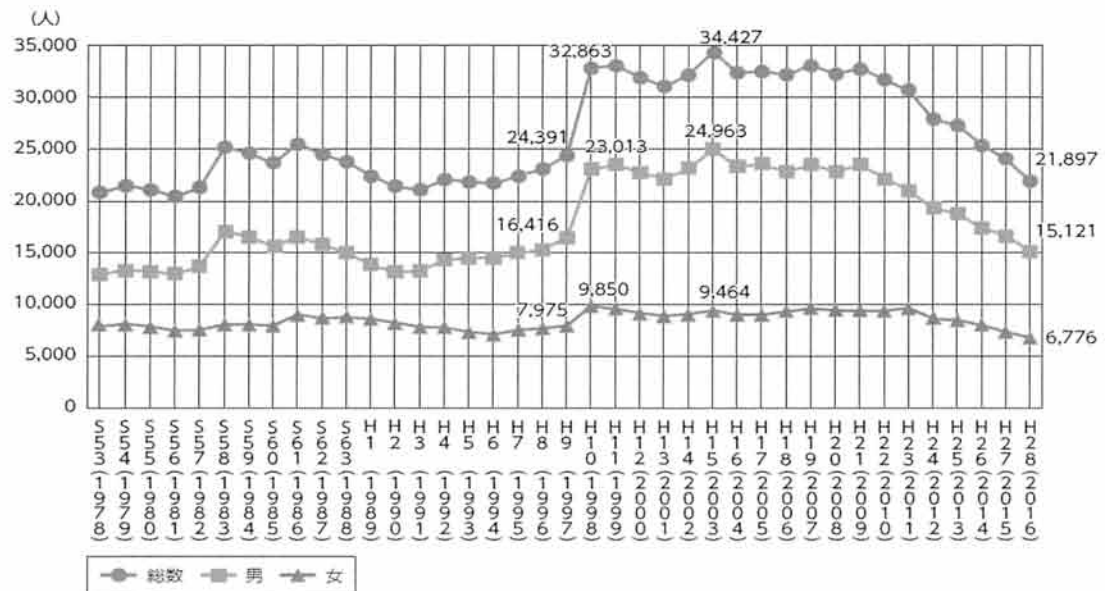
三つ目が消防統計（総務省消防庁）である。自損行為、つまり故意に自分自身に傷害等を加えた事故について、救急隊が救急活動の中で把握した情報を計上している。自損行為の結果（既遂、未遂）を問わず計上することから、上記二つとは異なる対象を集計しており、異なる側面を検討することができる。

2 自殺者数の推移

図1-1にみられるように、我が国の自殺者数は1998年に急増する。バブル崩壊期と重なっており、経済的影響が大きかったことが推測されている。ただし、自殺は多要因が重な

って発生するもので、原因を単純化すべきではない（たとえばバブル期に自殺が無かったわけではない。経済で説明できる割合は3割程度と推測されている）。その後2003年をピークに自殺者数は減少傾向に入り、2011年にさらに強い減少傾向となった。

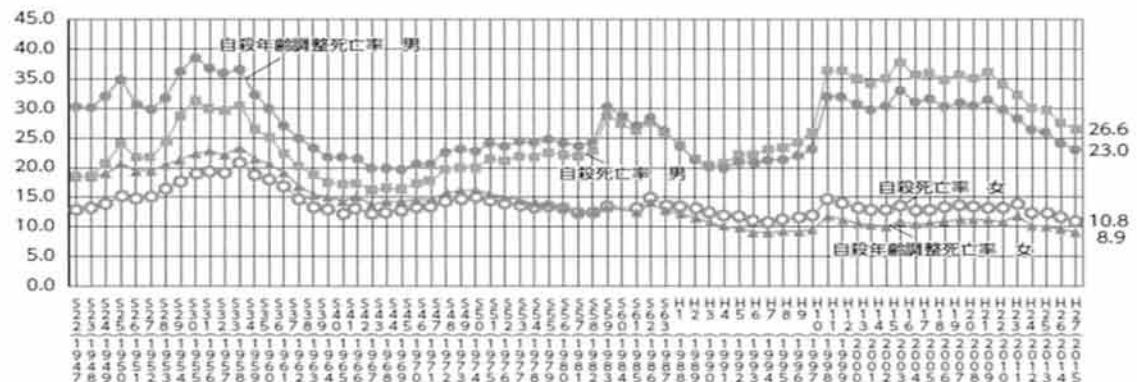
図1-1 自殺者数の推移



資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

ただし、「比較」するなら実数だけではなく自殺率もみなければならない。人口を考慮せずに比較すると誤読することがある。特に年次変化をみるなら、年齢調整死亡率まで確認したい。年齢調整死亡率とは、年齢構成の異なる人口集団の間での死亡率や、特定の年齢層に偏在する死因別死亡率について、その年齢構成の差を取り除いて比較ができるように調整した死亡率のことである（図1-2）。なお、これらの図では男女さがおおよそ2対1であることも読み取れる。

図1-2 自殺死亡率の推移



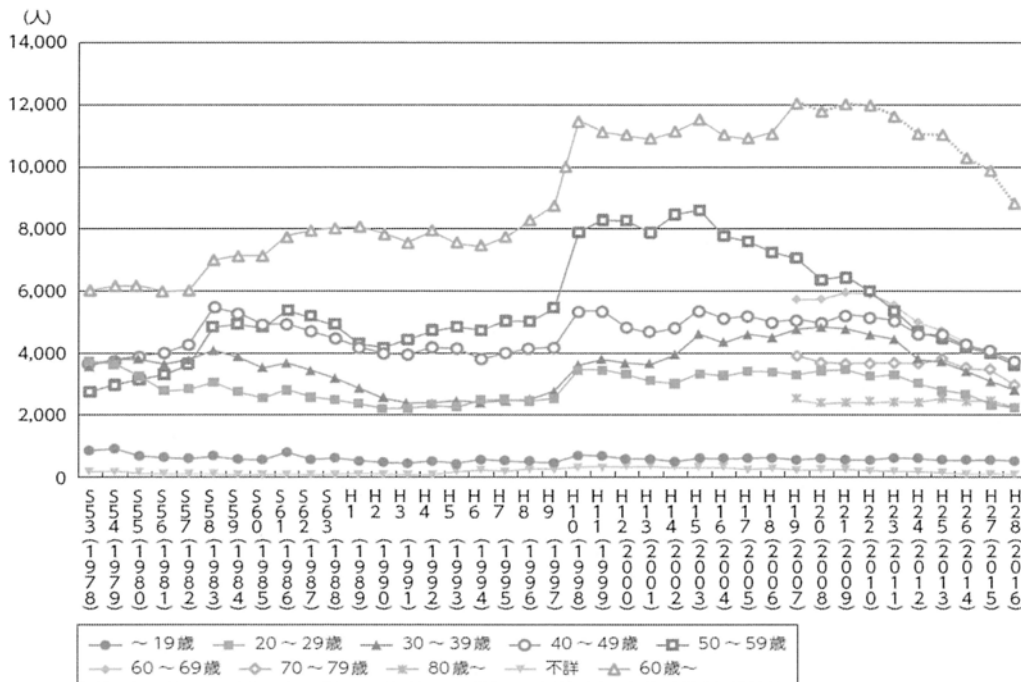
注）基準人口は、昭和60年人口モデルである。

資料：厚生労働省「人口動態統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

3 年齢階級別の自殺者数の推移

年齢階級別に自殺者数を検討すると、2003 年の変化は主に 50 代の減少、2011 年にはその他の年齢層（未成年を省く）の減少によるものであることがわかる（図 1－3）。なお、男女でも傾向が異なるがここでは割愛する。

図 1－3 年齢階層別自殺者数の推移



注) 平成 18 年までは「60 歳以上」だが、19 年の自殺統計原票改正以降は「60~69 歳」「70~79 歳」「80 歳以上」に細分化された。

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

4 職業別の自殺者数

職業別にみると、最も自殺が多いのは無職者であり全体の半数を占める。次いで被雇用者・勤め人、自営業・家族従業者となる（図 1－4）。つまり、我が国の自殺対策の最大の目標は無職者対策であるべきだが、2011 年以降、明確な減少傾向を示している。

図 1－4 職業別自殺者数の推移

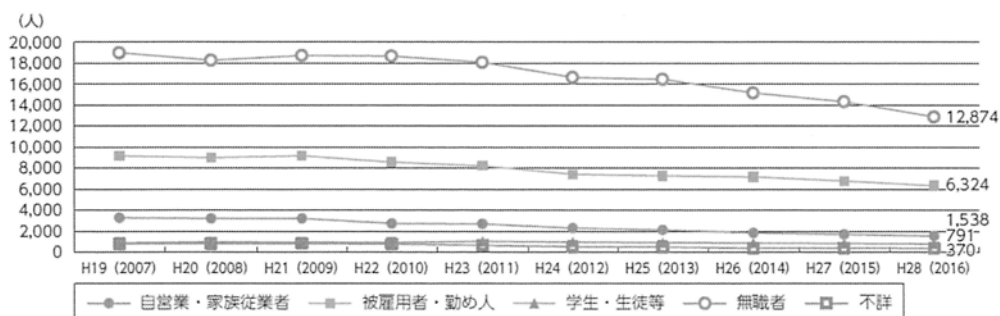


表 1-1 には無職者の内訳が示されている。2007 年頃最も多かったのは「その他の無職者」であった。その詳細について、自治体・地域ごとに把握する努力が必要である。他方、近年、比率が高くなったのは年金・雇用保険等生活者であり、セーフティネットと連動した自殺対策は、検討される価値があるだろう。

表 1-1 無職者の自殺者数の推移

	主婦	失業者	利子・配当・ 家賃等生活者	年金・雇用 保険等生活者	浮浪者	その他の 無職者
H19	2,583	1,756	55	4,982	86	9,528
H20	2,349	1,890	68	5,249	79	8,644
H21	2,294	2,341	58	6,028	64	7,937
H22	2,336	1,990	67	6,068	61	8,151
H23	2,372	1,830	83	6,019	45	7,725
H24	1,968	1,404	58	6,235	45	6,941
H25	1,914	1,217	79	6,551	31	6,673
H26	1,680	1,052	67	6,250	34	6,080
H27	1,498	962	57	6,267	30	5,508

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

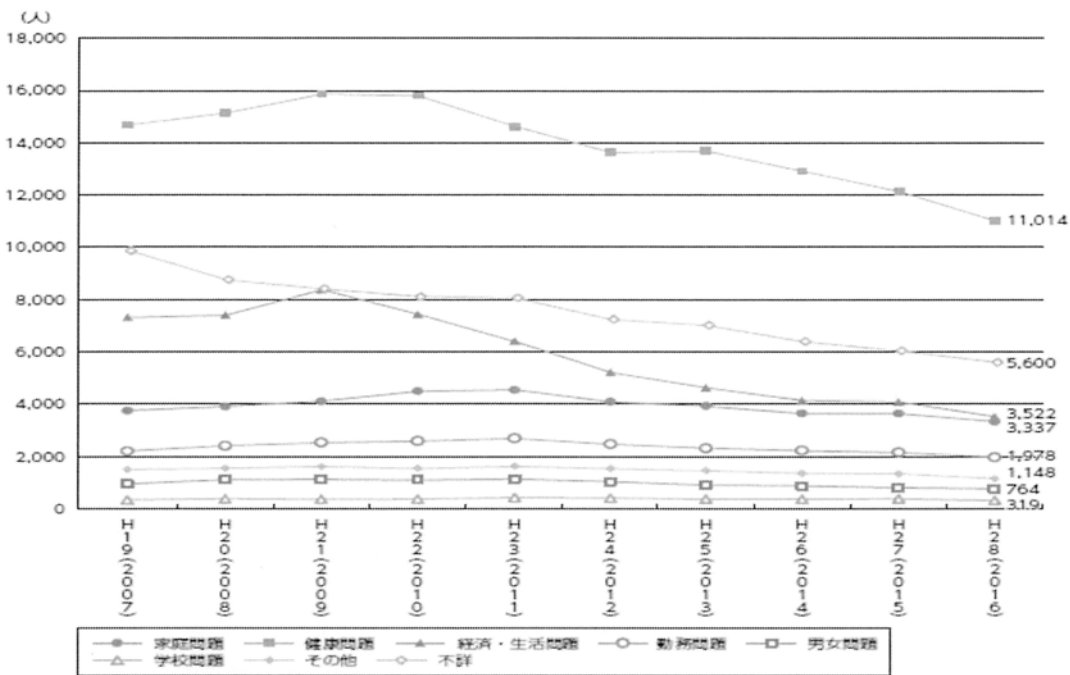
5 原因動機別の自殺者数

原因動機について、健康問題が一番多く、次いで不詳、経済生活問題、家庭問題と続く。警察庁の自殺統計では遺書等の自殺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・動機特定者の原因・動機別の和と原因・動機特定者数（平成 28 年は 16,297 人）とは一致しない（図 1-5）。自殺統計ではさらに下位カテゴリーまで分類されているが、既述のようなデータの性質を考えると、あまり詳細な統計をみても精度に限界がある。たとえば健康問題なら、病気の悩み（身体の病気）、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）、身体障害の悩み、その他となるが、遺書等の資料から精神疾患の種類まで正確に診断されたとするのはやや乱暴ではないだろうか。

また、原因動機がそのまま個別支援のポイントにはならないことにも注意が必要である。うつ病があるから病院につなぐ、借金があるから返済する、のではなく、あくまで命を守ることを重視した上で、一人ひとりの状況と利用可能な資源との組み合わせの中で検討されなければならない。

ただし、地域の自殺対策においては、原因動機は効率的な介入の手がかりになる。うつ病罹患患者の自殺が多く、支援につながっていない、という実態があるからこそ、松之山方式と呼ばれるうつ病スクリーニングを核とした高齢者自殺対策は功を奏して世界的に注目されたのである。このような対策は、先に示した自殺統計、人口動態統計、消防統計だけでは導けない。地域で独自のデータを収集し、分析する必要がある（第 3 節を参照のこと）。

図 1－5 原因動機別自殺者数の推移



注) 遺書等の自殺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・動機特定者の原因・動機別の和と原因・動機特定者数(平成28年は16,297人)とは一致しない。
資料: 警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

6 配偶関係別の自殺率

表 1-2 には、2017 年の配偶関係別自殺死亡率を男女別に示している。男性離別者の自殺死亡率の高さが目を引く。配偶者のいないことは、ソーシャルサポートの欠如として自殺に影響を与える要因の一つとも思えるが、それならば死別や未婚との差が説明できない。推測できることとしては、例えば精神疾患や借金など他の問題が原因となって引き起こされた副次的問題としての離別となっている場合がある。離別はむしろ多要因が関わる指標としてみるべきかもしれない。ただし、女性の場合は死別と離別では、男性ほどの差がみられない。

表 1－2 配偶関係別自殺者数の推移

男						
年齢階級	総数 ¹⁾	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上
総数 ²⁾	30.5	26.9	27.8	31.0	36.5	33.2
有配偶者	21.4	12.7	13.1	18.3	23.4	25.0
未婚	35.8	30.3	42.4	46.5	56.8	57.6
死別	61.0	—	85.4	95.1	71.1	59.8
離別	118.0	178.9	165.9	126.8	127.6	95.3

女						
年齢階級	総数 ¹⁾	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上
総数 ²⁾	12.2	9.7	10.0	11.8	13.1	14.2
有配偶者	9.2	3.9	5.5	7.5	10.5	11.4
未婚	12.9	11.2	16.5	20.3	19.1	19.1
死別	17.5	—	68.7	28.1	19.8	17.2
離別	28.0	45.8	33.6	30.1	26.3	24.8

注意: 1) 総数には15～19歳及び年齢不詳を含む。
2) 総数には配偶関係不詳を含む。
資料: 厚生労働省「人口動態統計」再集計及び国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2017)」より厚生労働省自殺対策推進室作成

7 自殺未遂の状況

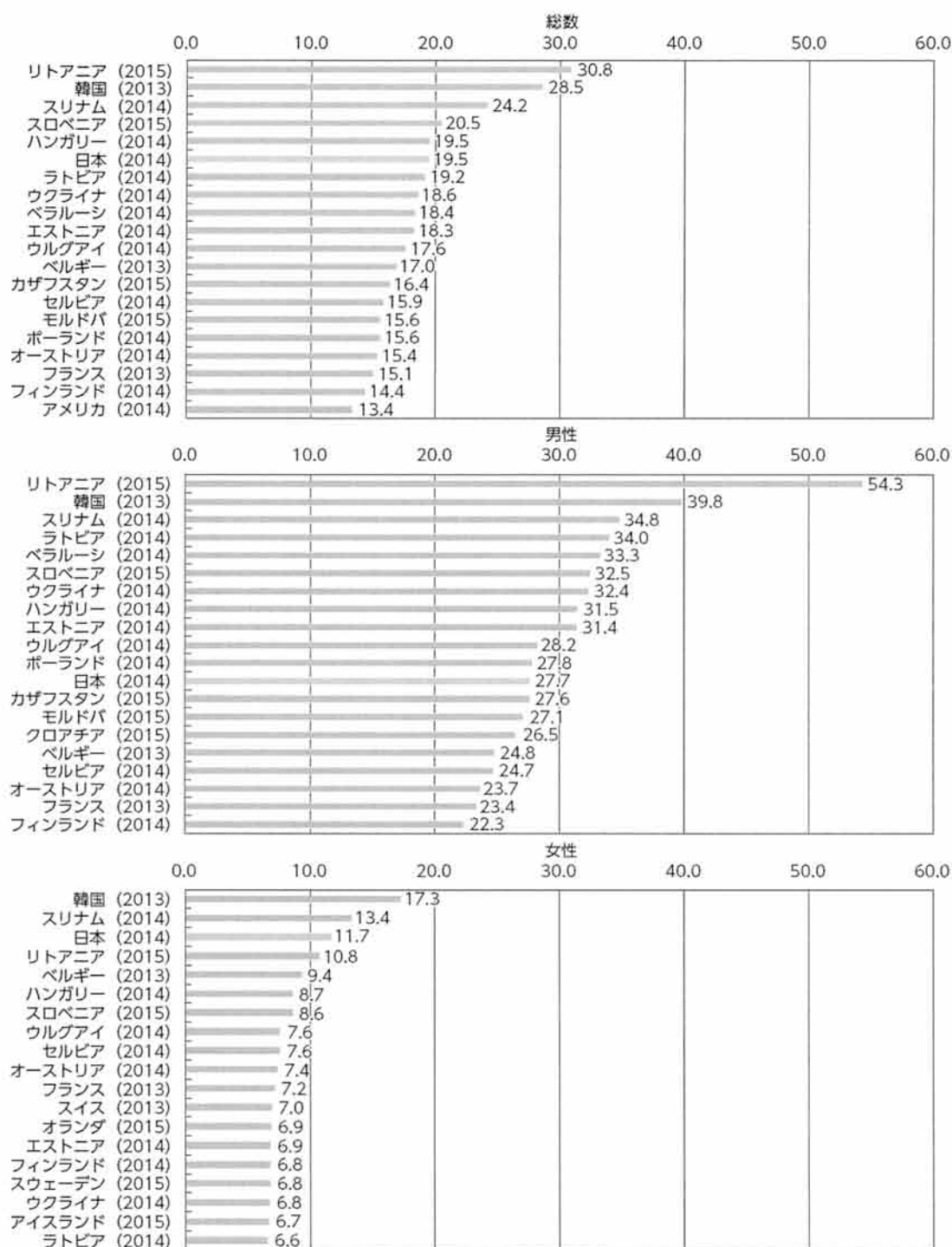
自殺未遂の状況は、先にあげた3つのデータからは十分に把握できない。しかし、警察庁の自殺統計によると、自殺者のうち、自殺未遂歴のあるのは男性で15%程度、女性で30%程度であり、いずれも20代～40代の若年層で比率が高くなるようである。また、消防統計からは、救急搬送における自損行為の締める割合は、ここ30年間は横ばいで1%弱程度であることが分かっている。たとえば2015年には、救急自動車の出動件数は5万6,891件で前年に比べ3,245件(5.4%)減少し、搬送人員は3万8,425人で前年に比べ2,317人(5.7%)減少している中で、搬送人員総数に占める自損行為の搬送人員の比率は0.7%であった。

8 国際的にみた自殺の状況

世界保健機関の統計によれば、諸外国の自殺死亡率は、総数（男女あわせると）リトアニアが30.8で最も高く、次いで、韓国が28.5、スリナムが24.2と続いており、我が国は、総数では6番目に高くなっている。男女別にみると、我が国は、男性が12番目、女性が3番目となっている。我が国の年間自殺者数は男性が7割を占め多く、諸外国をみても男性の方が自殺死亡率は高くなっているが、諸外国との比較でみると、我が国の女性の自殺死亡率の高さが目立っている（図1-6）。

世界の主要国ではフランス、米国、ドイツ、カナダ、英国、イタリアの順に自殺率が高く、2013年のフランスで15.1、2013年の米国の自殺率は13.4、ドイツは12.1とくらべると、2014年の日本で19.5、そこから低下した2016年現在でも17.3であることから、自殺対策はいまだ日本の重要な課題であると認識される。

図 1-6 各国の自殺死亡率



注) 世界保健機関の「WHO死亡データベース」から、2013年以降の人口と自殺者数が掲載されている国を対象に自殺死亡率を算出し、上位20か国を表示している。

資料：世界保健機関「WHO死亡データベース」より厚生労働省自殺対策推進室作成

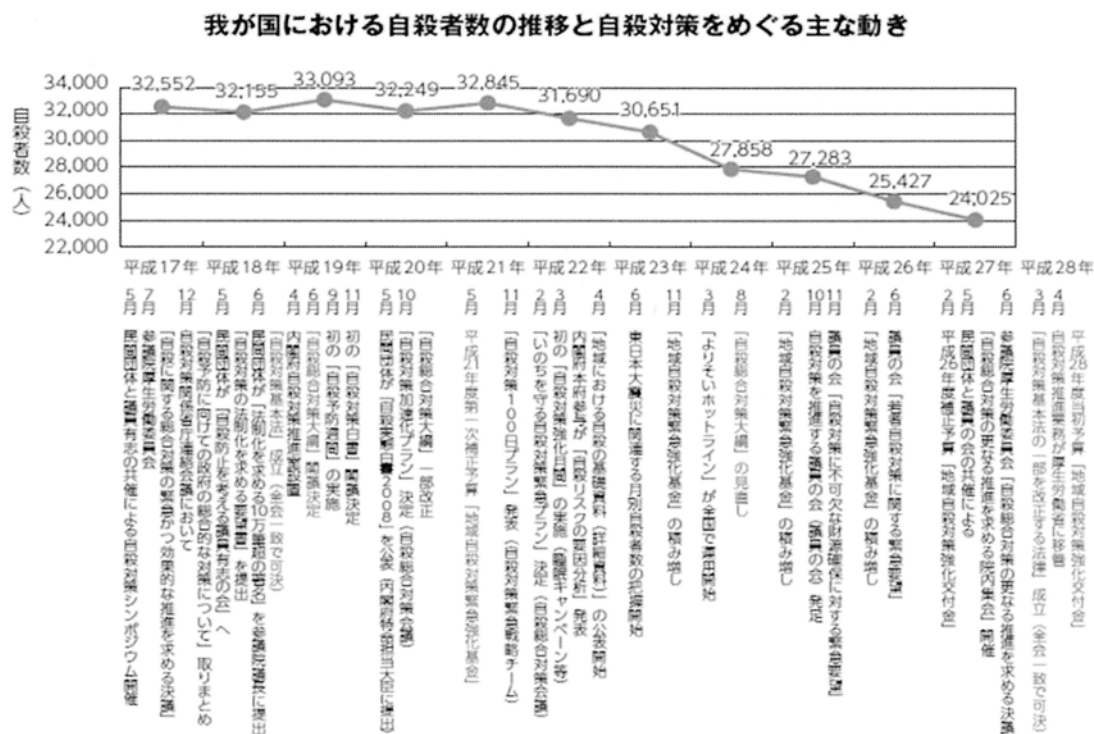
第2節 施策の動向

1 自殺対策の経緯

1998年の自殺の急増以前では、自殺問題が行政の課題とされることは少なく、国全体としての基本方針は未策定であった。国の取組は、うつ病対策や、職場のメンタルヘルス対策を中心に、各府省がそれぞれに実施していた。1998年に自殺者数が3割あまり急増し、その後も3万人を超える状態で推移したことから、自殺問題は深刻な社会問題として捉えられるようになった。2005年7月、「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」（参議院厚生労働委員会）がなされ、翌2006年6月、自殺対策基本法成立（議員立法、10月施行）に至った。2007年6月には、法第12条に基づき、政府が推進すべき自殺対策の指針として「自殺総合対策大綱」策定（閣議決定）された。ここに我が国の自殺対策の基本的な姿勢が確立されたのである。

2009年には「地域自殺対策緊急強化基金」（内閣府100億円/3年）が造成され、地域の自殺対策がさらに促進された。2012年8月には「自殺総合対策大綱」改定（閣議決定）され、2015年6月の「自殺総合対策の更なる推進を求める決議」（参議院厚生労働委員会）を経て、2016年3月、自殺対策基本法の一部を改正する法律が成立した（議員立法、4月1日施行）。同年4月、自殺対策業務が、内閣府から厚生労働省へ移管された。同時に「地域自殺対策緊急強化基金」はそれまで補正予算であったものが、平成28年度当初予算（厚生省25億円）として位置づけられている（図1-7）。

図1-7 我が国における自殺者数の推移と自殺対策をめぐる主な動き



2 自殺対策基本法

2016 年の自殺対策基本法の一部を改正する法律の概要について、平成 28 年 2 月 18 日参議院厚生労働委員会では、次のように説明されているが、下線部が注目される。

地域の先駆的な取組を通じて得られた知見や経験を広く全国各地における対策に還元していくこと等が求められており、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換を強力に推進していくことが必要です。

こうした観点から、平成 27 年 6 月 2 日には、本委員会において、全会一致をもって自殺総合対策の更なる推進を求める決議を行いました。この決議において、我々は、非常事態はいまだ続いており、我が国の自殺問題は決して楽観できないとの認識を共有するとともに、誰も自殺に追い込まれることのない社会を実現するため、立法府の責任において、政府に対し自殺総合対策の更なる推進を促すとともに、自殺対策基本法の改正等の法整備に取り組む決意を宣言したところであります。

本案は、この決議を踏まえ、自殺対策基本法を改正し、自殺対策を、地域レベルの実践的な取組による生きることの包括的な支援としてその拡充を図り、更に総合的かつ効果的に推進していこうとするものであります。

これに応じて自殺対策基本法は、いくつかの改正がなされたとみることができる。たとえばこの法律の目的を示す第一条では「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」という高い目標が謳われることとなった。下線部が追加部分である。

第一条 この法律は、近年、我が国において自殺による死亡者数が高い水準で推移している状況にあり、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、これに対処していくことが重要な課題となっていることに鑑み、自殺対策に関し、基本理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、自殺対策の基本となる事項を定めること等により、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等の支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする。

また、地方公共団体の責務として施策の策定、実施が示されており、市町村では 2018 年から取組むべく準備が進められている。

(国及び地方公共団体の責務)

第 3 条 国は、前条の基本理念（次項において「基本理念」という。）にのっとり、自殺対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

- 2 地方公共団体は、基本理念にのっとり、自殺対策について、国と協力しつつ、当該地域の状況に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する。
- 3 国は、地方公共団体に対し、前項の責務が十分に果たされるように必要な助言その他の援助を行うものとする。

(事業主の責務)

第4条 事業主は、国及び地方公共団体が実施する自殺対策に協力するとともに、その雇用する労働者の心の健康の保持を図るため必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

(国民の責務)

第5条 国民は、生きることの包括的な支援としての自殺対策の重要性に関する理解と関心を深めるよう努めるものとする。

また、これまでの取り組み等をより明確化する条項も織り込まれた。たとえば第7条では、自殺予防週間(9月10日から9月16日まで)と、自殺対策強化月間(3月)を定め、予防週間では啓発活動を広く行うとし、自殺対策強化月間では、自殺対策を集中的に展開するものとし、関係機関及び関係団体と相互に連携協力を図りながら、相談事業その他それにふさわしい事業を実施するよう努めるとして、両者の性格づけを行っている。第12条では、自殺総合対策大綱について、「政府が推進すべき自殺対策の指針として、基本的かつ総合的な自殺対策の大綱」とし、大綱の名称の法定化を図っている。第14条では都道府県及び市町村に対する交付金の交付について規定している。国は、都道府県自殺対策計画又は市町村自殺対策計画に基づいて当該地域の状況に応じた自殺対策のために必要な事業、その総合的かつ効果的な取組等を実施する都道府県又は市町村に対し、当該事業等の実施に要する経費に充てるため、推進される自殺対策の内容その他の事項を勘案して、厚生労働省令で定めるところにより、予算の範囲内で、交付金を交付することができるとしている。

また、第13条ではあらたに、都道府県および市町村の自殺対策計画の策定について定めている。この内容は全く新しい条項といってよいものである。

(都道府県自殺対策計画等)

第13条 都道府県は、自殺総合対策大綱及び地域の実情を勘案して、当該都道府県の区域内における自殺対策についての計画(次項及び次条において「都道府県自殺対策計画」という。)を定めるものとする。

- 2 市町村は、自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画並びに地域の実情を勘案して、当該市町村の区域内における自殺対策についての計画(次条において「市町村自殺対策計画」という。)を定めるものとする。

全体としては、理念を示す法律にしては細かい部分が規定されており、逆に第1条には「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」というほとんど到達が望めない目標を

高く掲げている点が特徴的である。13、14 条をあわせると、国のガバナンスは強化されており、指示的な印象が強い。ただし、「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」という理念が世間に膾炙する過程で、「誰も自殺を考えてはならない」という方向にミスリードされると、死にたいほど辛い人にはますます生きづらい社会にみえるかもしれない。少なくとも支援者としては、対策としての理念と個別の介入とは異なり、「死にたいといえる関係・社会」が重要であることを意識したい。

3 自殺総合対策大綱

自殺総合対策大綱はおおむね 5 年ごとに見直されるとされており、直近では 2017 年 7 月に「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」が閣議決定された。2016 年の自殺対策基本法の改訂に沿った見直しとなっており、地域レベルの実践的な取組の更なる推進、若者の自殺対策、勤務問題による自殺対策の更なる推進、自殺死亡率を先進諸国の現在の水準まで減少することを目指し、平成 38 年までに平成 27 年比 30%以上減少させることを目標とすることを掲げている。

基本理念は、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指として、自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させるという視点を提示している（下線部は変更箇所）。そして 3 つの基本認識として、1. 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である 2. 年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はいまだ続いている、3. 地域レベルの実践的な取組を、PDCA サイクルを通じて推進する、をあげている。

自殺総合対策大綱は、この 3 つの基本認識を改訂の度に少しずつ変化させている。2007 年にあつては、1. 自殺は追い込まれた末の死、2. 自殺は防ぐことができる、3. 自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している、としていたが、2012 年には、自殺は、その多くが追い込まれた末の死、2. 自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題、3. 自殺を考えている人は何らかのサインを発していることが多いと、言い切るかわりに該当することが「多い」と弱めていたが、今回の修正では第 2、3 項目を削除し、あらたな基本認識を示したことになる。

新しく基本認識として取り上げられた PDCA サイクルは、我が国ではトヨタのカイゼンなど、自主的な活動管理の文脈で用いられることも多いが、自殺対策基本法との関係で考えると、ここではむしろトップダウンの統制のための制度として機能する可能性もある。大綱本文では、以下ようになっており、Plan, Do, Check, Act のそれぞれのステップは自治体が自ら担うとも、国がコントロールするとも判別できない。

国は、地方公共団体による地域自殺対策計画の策定を支援するため、自殺総合対策推進センターにおいて、都道府県及び市町村を自殺の地域特性ごとに類型化し、それぞれの類型において実施すべき自殺対策事業をまとめた政策パッケージを提供することに加えて、都道府

県及び市町村が実施した政策パッケージの各自殺対策事業の成果等を分析し、分析結果を踏まえてそれぞれの政策パッケージの改善を図ることで、より精度の高い政策パッケージを地方公共団体に還元することとなった。

自殺総合対策とは、このようにして国と地方公共団体等が協力しながら、全国的なPDCAサイクルを通じて、自殺対策を常に進化させながら推進していく取組である。

また上記のような仕組みのもとで当面の重点施策を12項目あげている。1,7,11,12は全くの新規の項目であり、領域としては子ども・若者、勤務問題に注目していることがわかる。また、6では精神科医療が精神保健医療福祉サービスに置き換えられており、医療につながば終わりではなく、個別支援においては、さらに医療機関から地域へ戻ったあとも含めた「生きる」ための支援が重視されていると読むことができる。

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

第3節 自治体のデータを自分で調べる

地域の自殺の実態把握については、国の自殺総合対策推進センターから、自殺実態プロファイルとした統計データが提供されるといわれている（2017年11月現在では提供される形式だけが公表されており、提供される時期は未定である）。しかし、外部からの分析には自ずと限界があるだろう。地域を知る立場から、既存のデータを活用して分析することで、有用な情報を得ることができる。

1 手順

①厚生労働省の自殺対策のWebサイトにある「9. 自殺の統計」を表示する。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaiishahukushi/jisatsu/index.html#HID8

※「各年の状況」では、年間の確定値を公表したときの資料を掲載している。(毎年3月頃)を掲載している。

②「地域における自殺の基礎資料」をクリックする(図1-8)。

③「地域における自殺の基礎資料」では、全国・各都道府県・各市区町村の各月の暫定値及び各年の確定値を掲載している。なお、自殺者のいない市区町村については掲載していない。

図1-8 地域における自殺の基礎資料

9 自殺の統計

(1)統計の種類について

このコーナーでは、自殺の統計として「警察庁の自殺統計原票を集計した結果(自殺統計)」と「厚生労働省の人口動態統計」の2つを掲載しています。「自殺統計」と「人口動態統計」では、以下のとおり調査対象等に違いがあります。

- 調査対象の差異
「自殺統計」は、総人口(日本における外国人も含む)を対象としているのに対し、「人口動態統計」は日本における日本人を対象としています。
- 調査時点の差異
「自殺統計」は、発見地を基に自殺死体発見時点(正確には認知)で計上しているのに対し、「人口動態統計」は住所地を基に死亡時点で計上しています。
- 事務手続き上(訂正報告)の差異
「自殺統計」は、捜査等により、自殺であると判断した時点で、自殺統計原票を作成し、計上しているのに対し、「人口動態統計」は自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときは自殺以外で処理しており、死亡診断書等について作成者から自殺の旨訂正報告がない場合は、自殺に計上していません。

(2)自殺統計に基づく自殺者

警察庁から提供を受けた自殺統計原票データに基づいて、厚生労働省が毎月集計を行い、概要資料及び詳細資料を掲載しています。なお、最新の月別の数値は、翌月に暫定値を掲載し、翌年の3月頃に確定値を掲載しています。

- 最新状況
- 各年の状況
- 地域における自殺の基礎資料

厚生労働省

ひと、くらし、みらいのために

テーマ別に探す

報道・広報

ホーム

政策について

分野別の政策一覧

福祉・介護

自殺の統計:地域における自殺

都道府県、市区町村別のより詳細な資料を掲載しています。平成19年と20年は集計方法等が先行のものとは異なります。

都道府県、市区町村別のより詳細な資料

平成19年及び20年地域における自殺の基礎資料

平成24年地域における自殺の基礎資料

地域における自殺の基礎資料(平成24年)

地域における自殺の基礎資料(平成23年)

地域における自殺の基礎資料(平成24年)

地域における自殺の基礎資料(平成25年)

地域における自殺の基礎資料(平成26年)

地域における自殺の基礎資料(平成27年)

地域における自殺の基礎資料(平成28年)

厚生労働省

ひと、くらし、みらいのために

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

ホーム

政策について

分野別の政策一覧

福祉・介護

障害者福祉

自殺対策

自殺防止対策推進

自殺の統計:地域における自殺の基礎資料

自殺の統計:地域における自殺の基礎資料(平成27年)

都道府県、市区町村別のより詳細な資料を掲載しています。(平成24年より平成28年2月まで、内閣府自殺対策推進室が集計・公表を続けていました。)

- 平成27年1月(暫定値) 1,809人
- 平成27年2月(暫定値) 1,728人
- 平成27年3月(暫定値) 2,005人
- 平成27年4月(暫定値) 2,027人
- 平成27年5月(暫定値) 2,074人
- 平成27年6月(暫定値) 2,135人
- 平成27年7月(暫定値) 2,081人
- 平成27年8月(暫定値) 1,962人
- 平成27年9月(暫定値) 1,957人
- 平成27年10月(暫定値) 2,002人
- 平成27年11月(暫定値) 1,944人
- 平成27年12月(暫定値) 2,071人
- 平成27年度確定値その1 1,454人
- 平成27年度確定値その2 1,678人

データを格納したZipファイル入手

WinZip - H27KAKUTEI-CHIKU01.zip

ホーム

バックアップ

ツール

設定

ウインドウ

ヘルプ

アプリ

開く

ファイルの追加

編集

圧縮

展開

ZipしてEメール送信

1クリック解凍

解凍後にインストール

解凍オプション

Zipファイル内の全てを開く

名前

2015-0-2015CDR-15-00013_A1-4表(全国・自殺者).xls

2015-0-2015CDR-15-00013_A5表(都・自治体・住居地).xls

2015-0-2015CDR-15-00013_A6表(都・自治体・発見地).xls

2015-0-2015CDR-15-00013_A7表(市町村・自殺者・住居地).xls

2015-0-2015CDR-15-00013_A8表(市町村・自殺者・発見地).xls

H27年「地域における自殺の基礎資料」の利用にあたって.pdf

2 データの特徴

このWebサイトから提供される資料に用いられているデータは以下のような特徴を持っている。

自殺者数については、「住居地」及び「発見地」の2通りでそれぞれ集計している。ここで住居地とは自殺者の住居があった場所のことで、発見地とは自殺死体が発見された場所のことである。また、発見日及び自殺日の2通りでそれぞれ集計している。一方、「発見日」とは自殺死体が発見された日のことであり、自殺日とは自殺をした日のことである。自殺の原因・動機に係る集計は、遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を3つまで計上可能としている。そのため、原因・動機特定者の原因・動機別の和と原因・動機特定者数とは一致しない。他方、自殺死亡率は、自殺者数を当該自治体の人口で割り、これを10万人当たりの数値に換算したものであり、月間と年率換算したものを掲載している。

なお、自殺者数の公表に当たっては、他の情報と照合しても個人が識別されないよう「都道府県」及び「市区町村」の各表では、以下のとおり処理（秘匿処理）している。1. 当該自治体内の自殺者総数の数値が1又は2の場合には、自殺の年月、曜日、時間帯、男女別、年齢別、同居人の有無別の内訳のみ公表している。2. 欄の数値が1又は2でない場合においても、当該欄の数値を表示することによって、他の欄の1又は2の数値が明らかになる場合には数値を記載していない。

3 関心をもってデータを検討する

データは無目的に眺めるよりも、関心をもって読んでいくことで明らかになることも多い。自分の市町村では、「どのような人が」「どのように」自殺に追い込まれているのだろうか。

たとえば「全国」や自分の「都道府県」、あるいは「同程度の規模」「同じような課題をかかえている」市町村と比べることで、自分の自治体の特徴がより明らかになる。あるいは、「疑問」がデータを調べる助けになる。たとえば、月別に違いがあるだろうか。地域特性、他の行政データと比べるとどのような特徴があるだろうか。自分の実感とデータが示す実態はずれがあるだろうか。生活困窮者の現状を踏まえた地域性はデータから読み取れるだろうか。原因・動機「不詳」の割合が高くなっていないだろうか。同居者の有無（と自殺死亡率）に特徴はあるだろうか。場所、手段に特徴はあるだろうか。曜日や時間帯に特徴はあるだろうか。

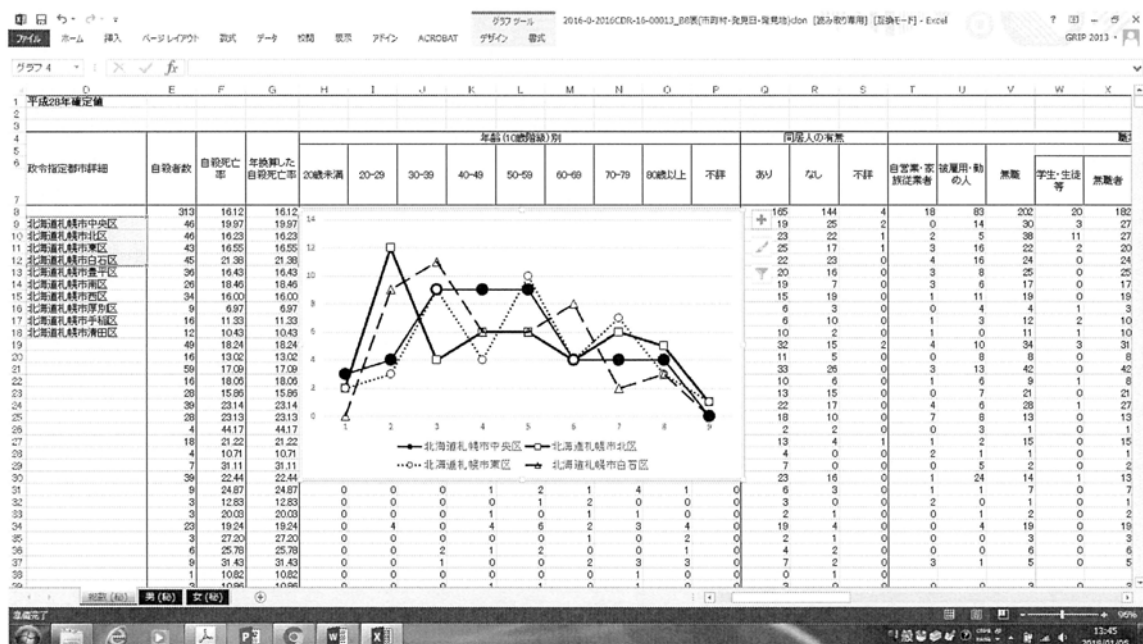
このような分析を経て、「実態をふまえた効果的な対策は取られているか」といった問いに対しても手がかりが得られる。データ分析は、支援において私たちの実感を支える根拠を提供するものであり、地域で自殺対策に取り組む際の有益なツールなのである。

練習 自治体のデータを調べてみよう

「地域における自殺の基礎資料」では、年齢別、職業別、原因・動機別、場所別、手段別に自殺者数が集計されている。まずは、気軽にご自身の自治体の特徴をチェックしてみたい。

発見日から自殺日か、また発見地か住居地かで異なるファイルに集計されている。最終的には相互に比べてみればよいが、危機介入を考えるつもりで、発見日・発見地から始めたらどうだろう（予防事業に結びつけるなら、住居地のほうがよい？）。そこで平成28年のB8表（市町村・発見日・発見地）のエクセルファイルを開いてみる。ここでは一番上にあるので札幌市をみていこう。

札幌市のデータはさらに区毎に集計されている。たとえば中央区、北区、東区、白石区は自殺者数ではいずれも40人台であるが、自殺率では差が見られている。どうやら同じ札幌市内でも違いがあるかもしれない。すぐ次の列から年齢階級別に集計されているので、4つの区を比べてみよう。データに慣れた人なら、この表を眺めているだけでもよいが、せっかくエクセルのデータなので、その場で該当領域を選んで、ツールバーの挿入から折れ線グラフを作成すると直感的にわかる。4つの区は同じような分布だが、●がマーカーの中央区で40代、50代が多く、□がマーカーの北区では20代、△の白石区は30代が多いという特徴がみてとれる。



ここで重要なことは、外部の人間には数の差にしか見えないということである。札幌を知っている専門職なら、上記の特徴の背景を推測可能ではないだろうか。地域データは、地域に精通している人が自分で分析してはじめて「意味を語りだす」のである。

職業は3通りの区分法があるが、同様に比べてみると、中央区は「その他の無職者」北区は「年金・雇用保険等生活者」の自殺が多いことがわかる。その理由もまたこのデータだけ

ではみえてこない。地域で支援に取り組む専門職の実感や、他の調査データとつきあわせれば納得できる説明ができるかも知れない。

次の列からは発生場所であるが、中央区は「その他」が多く、地域で情報を集めないと手がかりならない。他方、北区は7割がたが「自宅等」で発生していることがわかる。その次の手段別を眺めると中央区の飛び降りが特徴的だがビルが多いのだろうか。原因動機を同様にながめると、北区では経済生活問題とともに学校問題で自殺が多いことがわかる。それぞれのどのような人や場所に焦点をあてて危機介入の体制を整えていくのかが少しずつみえてこないだろうか。

【参考文献】

- ・ 『平成 29 年度自殺対策白書』
- ・ 「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」

