

## 科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 24 年 6 月 4 日現在

機関番号：31105

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2009～2011

課題番号：21591531

研究課題名（和文）人口動態統計による精神障害者（特に統合失調症）の自殺死亡の疫学的研究

研究課題名（英文）Epidemiological study of the suicide due to mental diseases (schizophrenia in particular) based on the Vital Statistics Survey Death Form

研究代表者

瀧澤 透 (TAKIZAWA TOHRU)

八戸大学・人間健康学部・教授

研究者番号：40389680

研究成果の概要（和文）：人口動態死亡票の記載内容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した。調査対象は平成 20 年人口動態統計の自殺死亡 30229 人であり、方法は目的外使用による死亡票閲覧であった。その結果、なんらかの精神疾患の記載があった者は、確認ができた 29799 人中 2964 人であった。主な記載は、認知症 55 人、統合失調症 550 人、躁うつ病 101 人、うつ病 1913 人であった。

研究成果の概要（英文）：The purpose of this study was to analyze the true mental state of suicide victims reported in the vital statistics. This study investigated the vital statistics of the 30299 suicides victims in within Japan in 2008. 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. 55 had dementia, 550 had schizophrenia, 101 had bipolar affective disorder, 1913 has had a depressive episode.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2009 年度	200,000	60,000	260,000
2010 年度	200,000	60,000	260,000
2011 年度	400,000	120,000	520,000
総計	800,000	240,000	1,040,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：内科系臨床医学・精神神経科学

キーワード：社会精神医学、自殺対策、人口動態統計、うつ病、統合失調症、精神障害

### 1. 研究開始当初の背景

(1) 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。

(2) 日本において人口動態調査死亡票を用いた実態把握研究は、藤田らによる 1987 年の人口動態統計による調査以降、研究がなされていない(藤田ほか, 日公衛誌 39(12), 1992)。

(3) 国は「精神障害者の社会的入院の解消」を掲げているが、地域における自殺対策の進展なしには社会的入院患者の退院・社会復帰は考えられない。そのためにも、まずは基礎的なデータの整備が求められる。

### 2. 研究の目的

疫学的に精神障害者(特にうつ病や統合失調症)の自殺死亡の現状を把握することを目的とする。

### 3. 研究の方法

(1) 調査対象は平成 20 年人口動態統計の自殺死亡 30229 人(日本における日本人)である。

(2) 方法は厚生労働省に基幹統計の目的外使用申請を行い、許可を得て死亡票閲覧・転写入力と提供を受けたオンラインデータの分析を行った。

(3) 人口動態調査死亡票にある全ての精神疾患の記載状況を検討したが、その際、「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がら」の各欄に記載があった場合を有効とした。

平成 20 年自殺死亡 30229 人のうち確認できたものは 29799 人(98.3%)であった。これらを有効とし、分析対象とした。

抽出された精神疾患・精神障害は ICD-10 により分類・コード決定を行った。

(4) 倫理的な配慮については次の通りである。  
 ア) 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、生年月日などの個人情報を取り扱っていない。イ) 平成 20 年人口動態死亡票は既に溶解処分されているため、データは連結不可能匿名化されている。ウ) 集計後、自殺死亡数が 3 人以下の場合は極力、数値を記載しないようにした。エ) 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)。

### 4. 研究成果

(1) なんらかの精神疾患の記載のあった者は、29799 人中 2964 人であった。主な記載は次の通りであった(表 1)。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

表 1 平成 20 年死亡票(自殺)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・行動障害(F1)	
アルコール依存症・中毒・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)	1913
反復性うつ病性障害(F33)	-
抑うつ神経症(F34.1)(F34.9)	11
老人性うつ病(F03) ※1	16
その他(「気分障害」の記載)	5
神経症性障害、ストレス関連障害(F4)	
恐怖症性不安障害・社会恐怖(F40)	5
その他の不安障害・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・身体的要因の行動症候群(F5)	
摂食障害(F50)	14
睡眠障害・不眠症(F51.0、F51.9)	49
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」の記載)	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

・各項目については一部、省略して記載した。

・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。

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 1913 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、複数の診断のある者は 125 人いた。

(2) 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、パーソナリティ障害 31.8 歳、適応障害 41.5 歳と続いた。

表 2 主な精神疾患別の性別割合と平均年齢

	全体	男性	女性
全自殺死亡 性比 人(%)	30062	21398(71.2)	8664(28.8)
年齢 M±S.D.	52.5±18.2	51.7±17.3	53.4±20.2
分析対象	29656	21116(71.2)	8540(28.8)
	52.6±18.2	51.8±17.3	54.5±20.2
認知症	55	33(60.0)	22(40.0)
	77.7±12.4	77.1±11.9	78.6±13.3
アルコール依存・精神病	116	100(86.2)	16(13.8)
	53.9±12.4	55.4±11.0	44.7±16.5
統合失調症	550	315(57.3)	235(42.7)
	44.9±14.9	44.6±15.2	45.4±14.8
躁うつ病	101	59(58.4)	42(41.6)
	49.3±15.3	47.2±14.1	52.2±16.7
うつ病	1913	1000(52.3)	913(47.7)
	52.0±17.0	50.8±16.3	53.3±17.7
不安障害・不安抑うつ ※2	68	35(51.5)	33(48.5)
	52.8±19.1	51.5±20.4	54.2±17.8
強迫性障害	13	6(46.2)	7(53.8)
	46.8±18.8	47.3±17.9	46.3±20.9
適応障害	22	13(59.1)	9(40.9)
	41.5±16.0	42.0±17.5	40.7±14.6
神経症	36	19(52.8)	17(47.2)
	53.2±17.7	52.7±16.0	53.7±19.9
摂食障害	14	-	12(84.7)
	28.9±8.0	-	28.2±7.4
パーソナリティ障害 ※3	24	6(25.0)	18(75.0)
	31.8±7.9	34.0±10.1	31.0±7.1

上段は人(%)、下段は平均年齢(平均±標準偏差)。

※1 全自殺死亡30299人中には年齢不明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。

※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。

(3) 精神疾患別の自殺手段を検討したところ、統合失調症の 51.1%は縊首 (X70)、21.3%は飛び降り (X80)、4.5%は溺死 (X71)、4.2%は鋭利な物体での自傷 (X78)、3.8%はガス (X67：一酸化炭素または硫化水素) であった (※カッコ内は ICD-10 コード)。同様に、うつ病の 69.0%は縊首、飛び降り 7.2%、溺死 3.5%、自傷 2.1%、ガス 9.0%、また、躁うつ病では 59.4%が縊首、飛び降り 16.8%、溺死 4.0%、自傷 4.0%、ガス 4.0%であった。

この年の自殺死亡の全体では、縊首 64.8%、飛び降り 7.8%、溺死 2.8%、自傷 2.3%、ガス 14.4%であることから、統合失調症、うつ病、躁うつ病ではガスによる自殺手段が少なく、溺死がやや多かった。また、統合失調症と躁うつ病では縊首が少なく飛び降りが多い傾向がみられた (図 1)。

これら傾向の多くは先行研究と一致した (Hunt ら 2006、Chen ら 2009)。

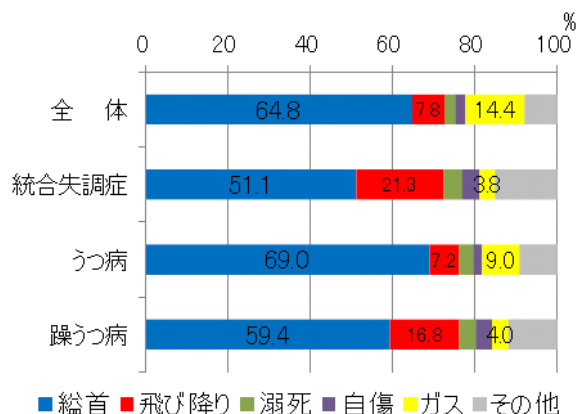


図 1 主な精神疾患別の自殺手段

(4) 東京都監察医務院の報告では自殺死亡の約 3 割に精神疾患があったとしている (山崎 2005)。また、自殺既遂者における精神疾患の割合は、遺族または救命救急センターの調査では 29-55%である (山本ら 2006、張 1996、藤岡 2004)。これらと比較しても、死亡票 (すなわち死体検案書) に記載される精神疾患・障害の病名記載は 10%と極めて少ない。もちろん、死体検案書には直接的な死因記載があればよく精神疾患を記載することは求められていない。また、死体検案書を主に作成する警察医 (警察から委嘱される、多くは地域の内科など開業医) が精神科既往まで把握できないこと、遺族への配慮があること、保険金との関係などが考えられる。

(5) 平成 20 年警察統計では、統合失調症は 1368 人、うつ病は 6490 人であり、本研究と 3 倍程度の開きがあるなど、大きな違いがあった (表 3)。しかし、警察統計では、自殺統計原票において精神疾患関連が 53 項目中 5 項目しかなく、また、実際に自殺死体を検視・検分しなかった「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、正確な実態であるとは言い切れない。

表 3 平成 20 年自殺死亡と精神疾患

	うつ病	統合失調症
警察統計	6490	1368
人口動態統計※	1913	550

※瀧澤の調査集計による

(6)自殺は異状死であり、必ず警察が関与する。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する。また警察医の助言も法医学的な観点を中心となる。即ち、自殺対策や自殺予防の観点はあまりないと言える。

それでは自殺死亡を減少させることを目的としての、自殺の実態把握、特に精神疾患についての把握するにはどのようにすればよいだろうか。

自殺対策を推進するという立場からは、ア)自殺統計原票の精神疾患に関する項目の充実、イ)死体検案書において、自殺の際、精神疾患の病名記載がなされるようにする。例えば、後日の警察捜査で精神科既往が判明した際、保健所や厚労省に連絡することで死亡票に上書きすることができる。ウ)法医学では検死制度の見直しが議論されているが、死因究明医療センター(仮称)が設置された際、臨床心理士を配置したり精神科医の助言を求め、自殺死亡の原因動機を積極的に行うなど、法医学・精神医学・公衆衛生学の連携を強めること、などが考えられる。

つまり、異状死としての自殺は、犯罪の有無について、死亡の原因について多角的に調べる体制が求められよう。

(7)本研究の限界

#### ①人口動態調査死亡票の状況

死体検案書の作成段階では、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。

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、「死因の原因の資料」までは求められていない。従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。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

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。例えば、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本研究ではうつ病としているかもしれない。

最後に本研究では閲覧できなかった死亡票が430件あることから、厳密な意味での平成20年自殺死亡の検討とは言えない。

(8)謝辞

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先生、八戸大学非常勤講師の瀧澤志穂先生の協力を受けた。分析では大妻女子大学の反町吉秀教授に示唆に富む助言をいただいた。これら御協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

#### 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計1件)

①瀧澤透、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、日本公衆衛生雑誌、査読あり、59(6)、2012、印刷中

[学会発表](計5件)

①瀧澤透、平成20年人口動態調査死亡票の自殺死亡における精神疾患患者・精神障害者—精神科病院での自殺死亡を踏まえての検討—、第31回日本社会精神医学会、平成24年3月15日、学術総合センター

②瀧澤透、自殺死亡における精神疾患患者・精神障害者—平成20年人口動態調査死亡票の分析—、第35回日本自殺予防学会、平成23年12月16日、沖縄コンベンションセンター

③瀧澤透、人口動態調査死亡票における精神疾患患者・精神障害者の自殺死亡、第70回日本公衆衛生学会、平成23年10月21日、秋田県民会館ほか

④瀧澤透、人口動態調査死亡票における精神疾患患者・精神障害者の自殺死亡—東北6県の状況—、第60回東北公衆衛生学会、平成23年7月22日、福島県立医科大学

⑤瀧澤透、統合失調症の自殺死亡率に関する一考察—文献レビューによる検討、第26回日本精神衛生学会、平成22年11月7日、福島大学

#### 6. 研究組織

##### (1)研究代表者

瀧澤 透 (TAKIZAWA TOHRU)  
八戸大学・人間健康学部・教授  
研究者番号：40389680

##### (2)研究分担者

なし

##### (3)連携研究者

なし