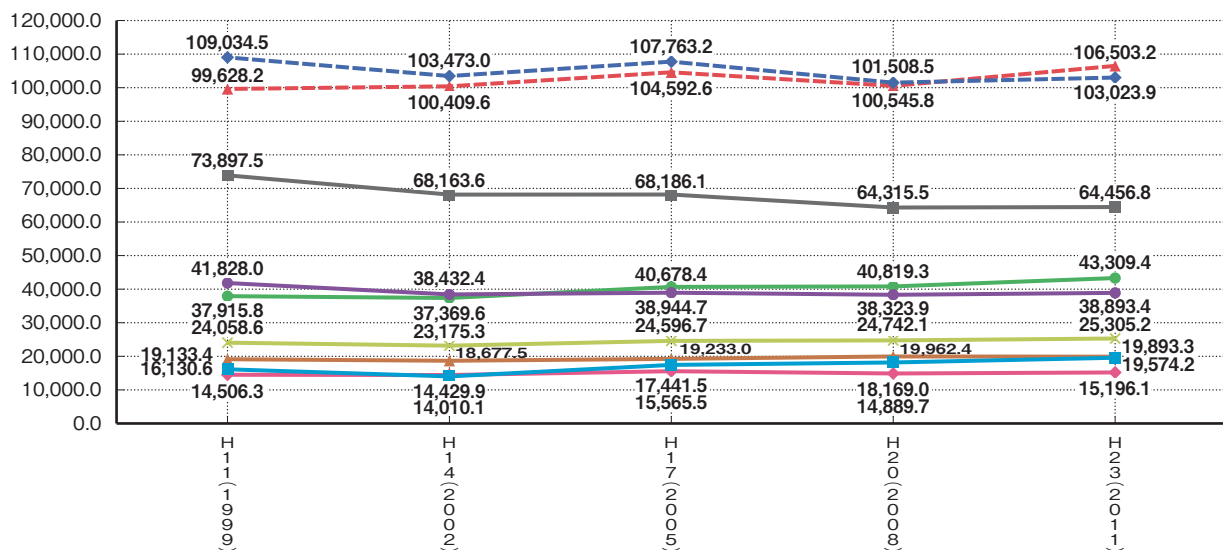


⑥年齢階級別にみた有病率と自殺死亡率の関係

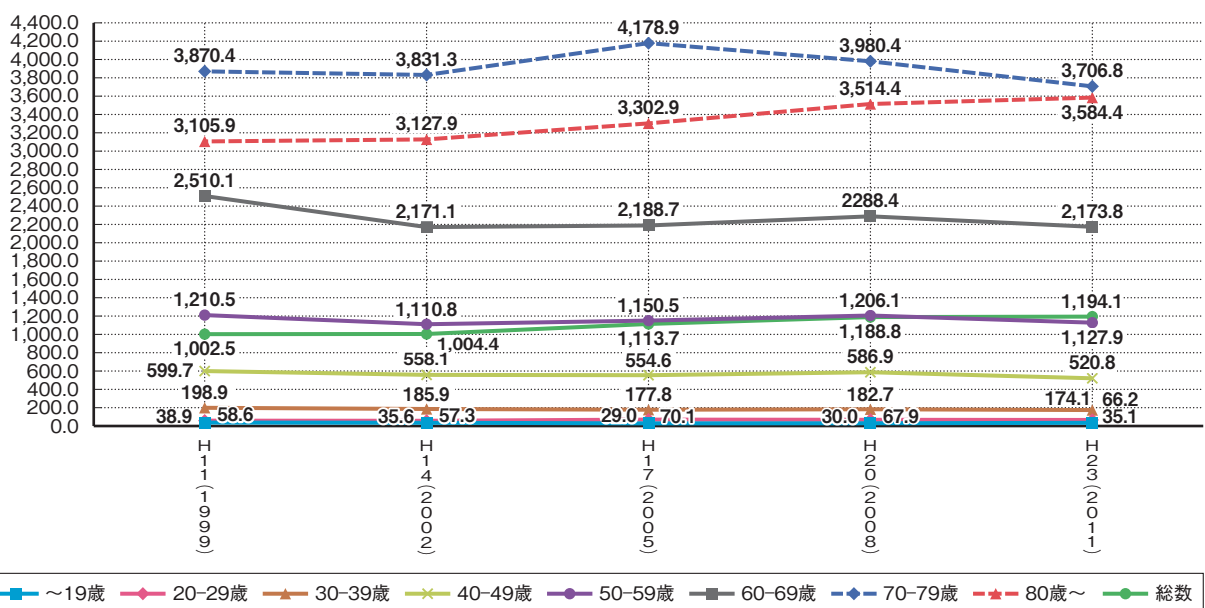
第8図、第9図、第10図は、それぞれ年齢階級別にみた平成11年以降の全傷病、がん(悪性新生物)、気分障害の有病率⁶の推移である。全傷病⁷では20歳未満と80歳以上で緩やかな上昇傾向、60歳代で緩やかな低下傾向、がん

では80歳以上で緩やかな上昇傾向、60歳代で緩やかな低下傾向がみられ、また70歳代が水準で80歳以上を上回っていることを除けば、全傷病、がんについては、年齢が高いほど有病率が高くなる傾向にあり、各年齢階級とも概ね横ばいで推移している。

第8図 年齢階級別有病率の推移(全傷病)



第9図 年齢階級別有病率の推移(悪性新生物)



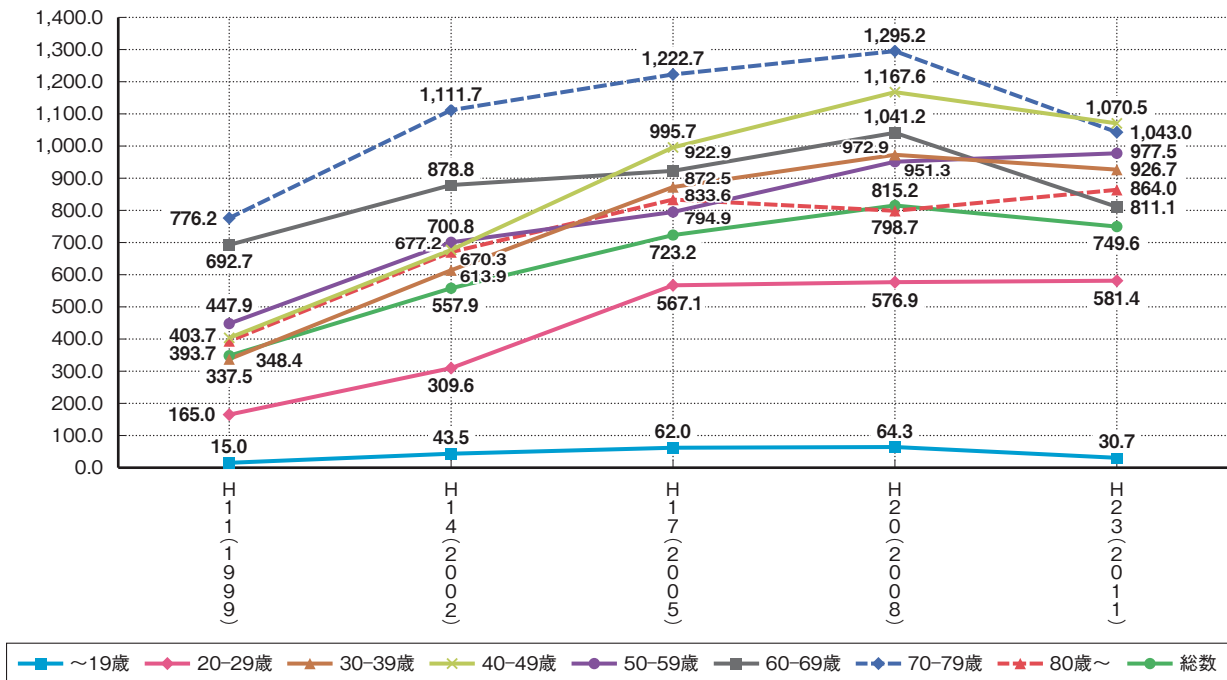
資料：厚生労働省「患者調査」、総務省「国勢調査」及び総務省「人口推計」より内閣府作成

- 6 本特集では、厚生労働省が行っている患者調査結果における総患者数を人口10万人当たりの患者数にした数を有病率と定義する。
- 7 総患者数の結果は傷病別に表章されており、全傷病の総患者数については、複数医療施設受診者が重複計上されている。

一方、気分障害については、80歳以上では平成23年で最も高い水準となっていることを除けば、各年齢階級とも概ね11年から20年にかけて上昇、20年から23年にかけては低下している。年齢階級間の水準の比較については、

23年でみると、水準の高い方から、40歳代、70歳代、50歳代、30歳代、80歳以上、60歳代、20歳代、20歳未満となっているが、20歳代と20歳未満以外の6つの年齢階級の間の差は大きくはない。

第10図 年齢階級別有病率の推移（気分[感情]障害（躁うつ病を含む））



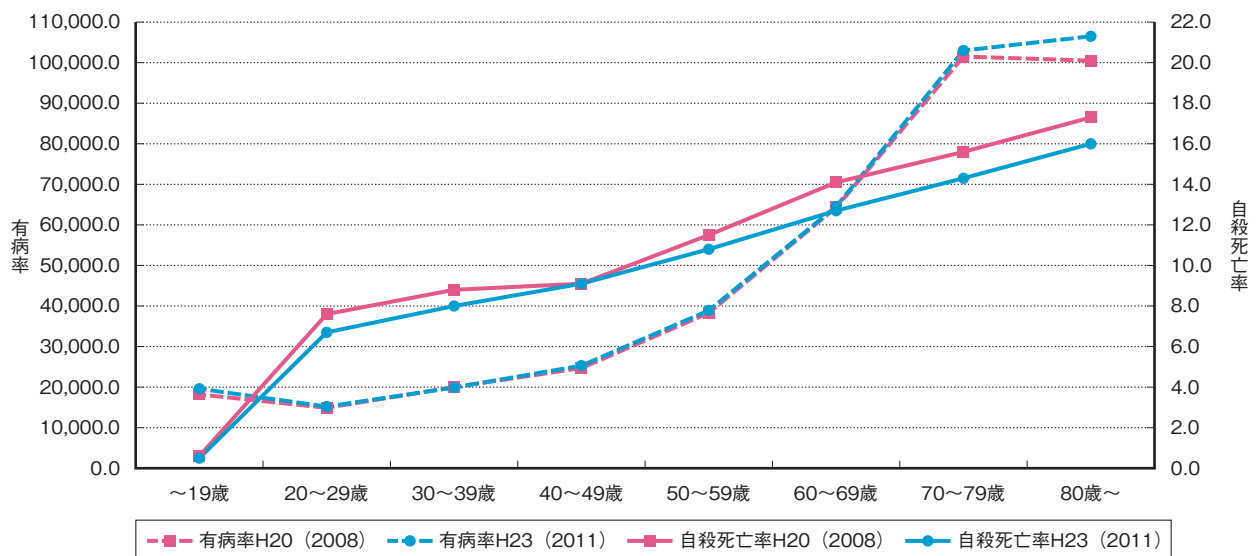
資料：厚生労働省「患者調査」、総務省「国勢調査」及び総務省「人口推計」より内閣府作成

⑦年齢階級別にみた有病率と自殺死亡率の関係

第11図、第12図、第13図は、それぞれ平成20年と23年で年齢階級別にみた全傷病の有病率と「健康問題」による自殺死亡率、がんの有病率と「病気の悩み（身体の病気）」による自殺死亡率、気分障害の有病率と「病気の悩み・影響（うつ病）」による自殺死亡率をみたものである。

全傷病の有病率と「健康問題」による自殺死亡率については、20歳未満から20歳代への年齢階級の上昇に対して、有病率は僅かに低下するのに対し、自殺死亡率が大きく上昇するなど、両者のグラフ形状は異なり、また、有病率は80歳以上で平成20年から23年にかけて上昇していることを除けば、ほぼ変化がないのに対し、自殺死亡率はすべての年齢階級で低下している。

第11図 年齢階級別「健康問題」を原因・動機とする自殺死亡率及び全傷病に係る有病率の推移

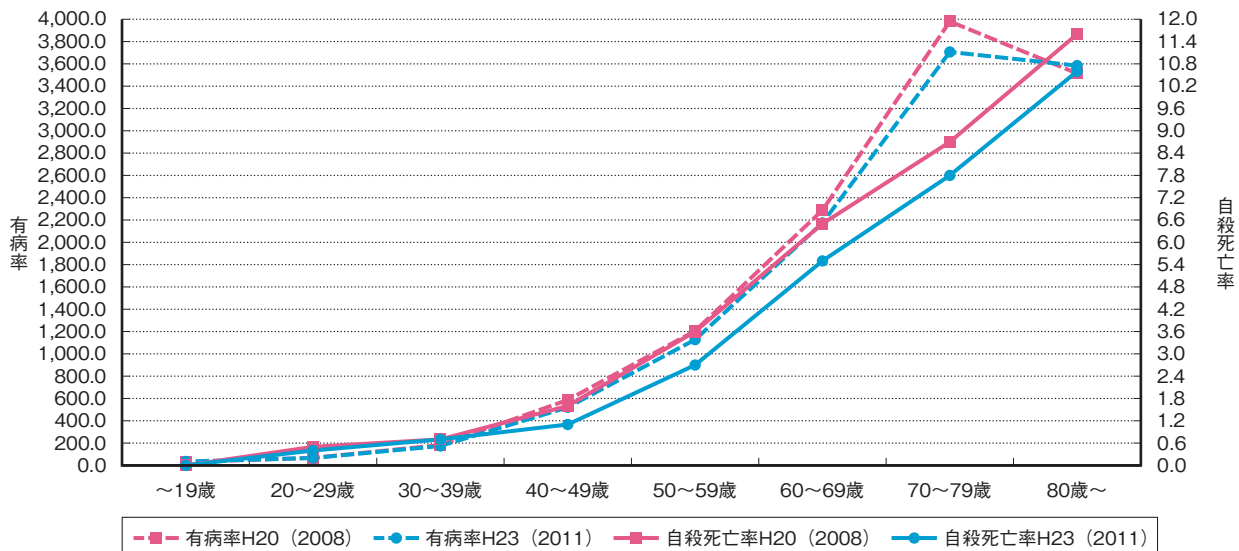


資料：警察庁「自殺統計」、総務省「人口推計」及び厚生労働省「患者調査」より内閣府作成

がんの有病率と「病気の悩み(身体の病気)」による自殺死亡率については、80歳以上の水準が有病率では70歳代を下回っているのに対し、自殺死亡率では70歳代を上回っているこ

とを除けば、両者のグラフ形状は似ており、平成20年から23年にかけての各年齢階級で水準が概ね低下している点でも一致をみている。

第12図 年齢階級別「病気の悩み(身体の病気)」を原因・動機とする自殺死亡率及び悪性新生物に係る有病率の推移

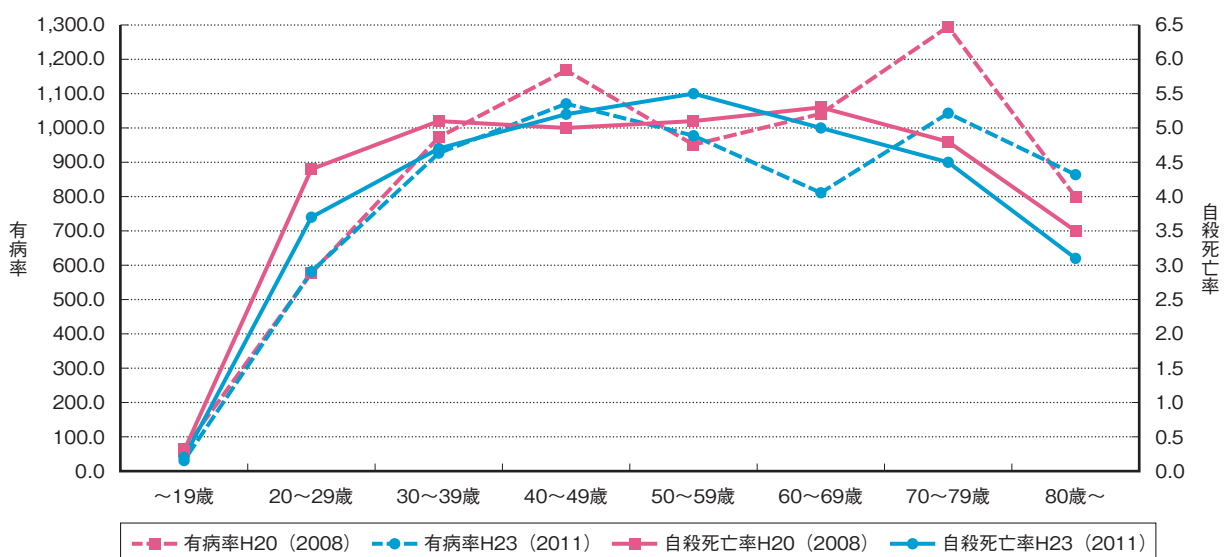


資料：警察庁「自殺統計」、総務省「人口推計」及び厚生労働省「患者調査」より内閣府作成

気分障害の有病率と「病気の悩み・影響(うつ病)」による自殺死亡率については、有病率では平成20年には70歳代が最も高く、23年では60歳代が低くなっているものの、両者と

も40歳代、50歳代、60歳代が高い逆U字型の形状をみせており、20年と23年の水準の大小関係も多く年齢階級で一致をみている。

第13図 年齢階級別「病気の悩み・影響(うつ病)」を原因・動機とする自殺死亡率及び気分[感情]障害(躁うつ病を含む)における有病率の推移



資料：警察庁「自殺統計」、総務省「人口推計」及び厚生労働省「患者調査」より内閣府作成

以上のことから、年齢階級別の、がんの有病率と「病気の悩み（身体の病気）」による自殺死亡率、気分障害の有病率と「病気の悩み・影響（うつ病）」による自殺死亡率の間には、大まかには比例関係があるとみられる。こうした比例関係は、がんの有病率と「病気の悩み（身体の病気）」による自殺死亡率については、後述するように「病気の悩み（身体の病気）」による自殺者数の相当程度をがん患者が占めていると考えられること、また、気分障害の有病率と「病気の悩み・影響（うつ病）」による自殺死亡率については、気分障害による自殺者はすべて「病気の悩み・影響（うつ病）」を原因・動機とする自殺として計上されることがあると考えられる。

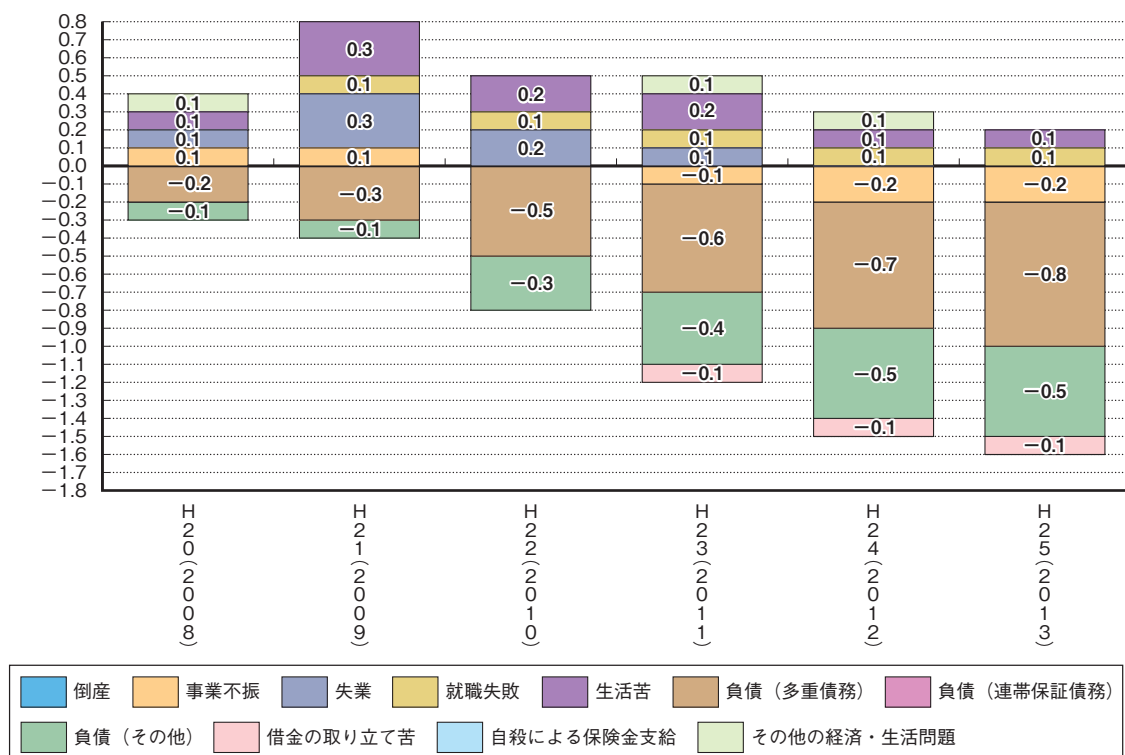
いずれにしても、こうしたことは、がんや気分障害に関する医療の進歩が「健康問題」による自殺死亡率の低下に寄与することを示唆している。

⑧経済・生活問題と健康問題の寄与度の内訳

第14図と第15図は平成20年以降の自殺死亡

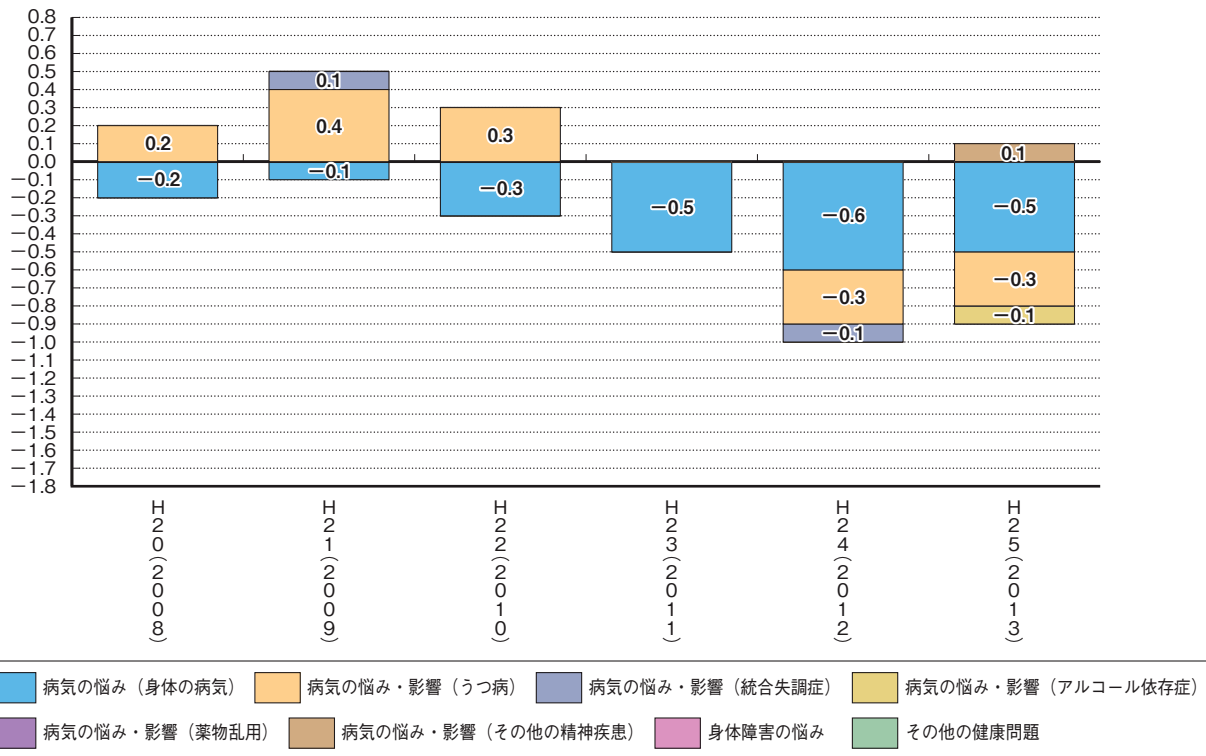
率変動の主要な要因である「経済・生活問題」と「健康問題」による寄与度の内訳をみたものである。「経済・生活問題」については、「負債（多重債務）」、「負債（その他）」、「事業不振」、「失業」等の自殺者の割合低下を主要因として、22年以降マイナスの寄与度の増大が続いている。また、「健康問題」については、「病気の悩み・影響（うつ病）」と「病気の悩み（身体の病気）」等の自殺者数の割合低下を主要因として、22年から24年までプラスの寄与度の縮小、マイナスの寄与度の増大が続いた後、「病気の悩み・影響（その他の精神疾患）」、「病気の悩み・影響（統合失調症）」の寄与度の増大を主要因として、24年から25年にかけてはマイナスの寄与度が縮小している。「病気の悩み（身体の病気）」の自殺者数の割合については、22年以降低下が続いていたが、24年から25年にかけては、わずかに上昇している。上昇の要因は明らかではないが、それが一時的なものか、あるいは低下傾向の転換を示すものであるか、今後の動向を注視する必要がある。

第14図 「経済・生活問題」における平成19年との自殺死亡率差の原因・動機詳細別寄与度



資料：警察庁「自殺統計」、総務省「国勢調査」及び総務省「人口推計」より内閣府作成

第15図 「健康問題」における平成19年との自殺死亡率差の原因・動機詳細別寄与度



資料：警察庁「自殺統計」、総務省「国勢調査」及び総務省「人口推計」より内閣府作成

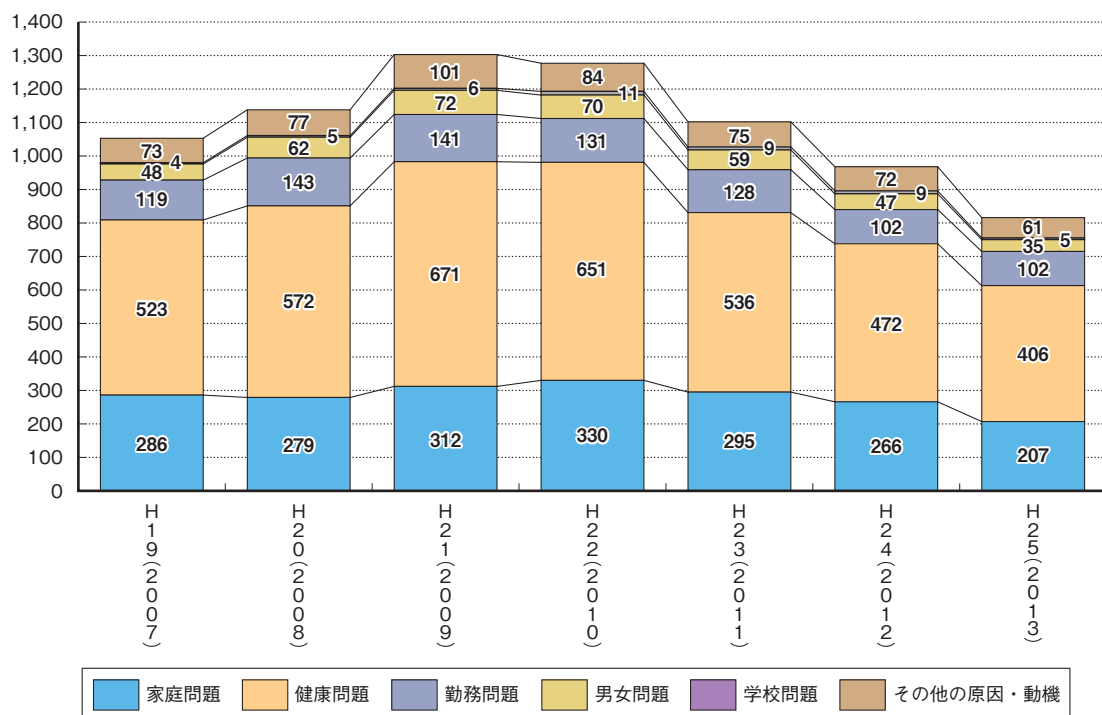
⑨「経済・生活問題」を原因・動機とする自殺者の他の原因・動機の計上状況

(「経済・生活問題」による自殺者数を減らすことは、「経済・生活問題」を含む、複合的な要因の自殺者数の一定程度の減少を意味する)

第16図は平成22年以降の自殺死亡率低下の主要因である「経済・生活問題」を原因・動機とする自殺者の他の原因・動機の計上状況をみたものである。各年とも、特定の原因・

動機との強い相関も特にみられず、原因・動機別自殺者数の多い原因・動機ほど、「経済・生活問題」を原因・動機とする自殺者の他の原因・動機として、多く計上されている。また、計上されている自殺者数の推移では、22年にピークがある「家庭問題」と「学校問題」を除く他の原因・動機では、「経済・生活問題」の自殺者数と同じく21年にピークがあり、21年まで増加、22年以降は減少が続いている。

第16図 「経済・生活問題」を原因・動機とする自殺者に係る他の原因・動機の計上状況

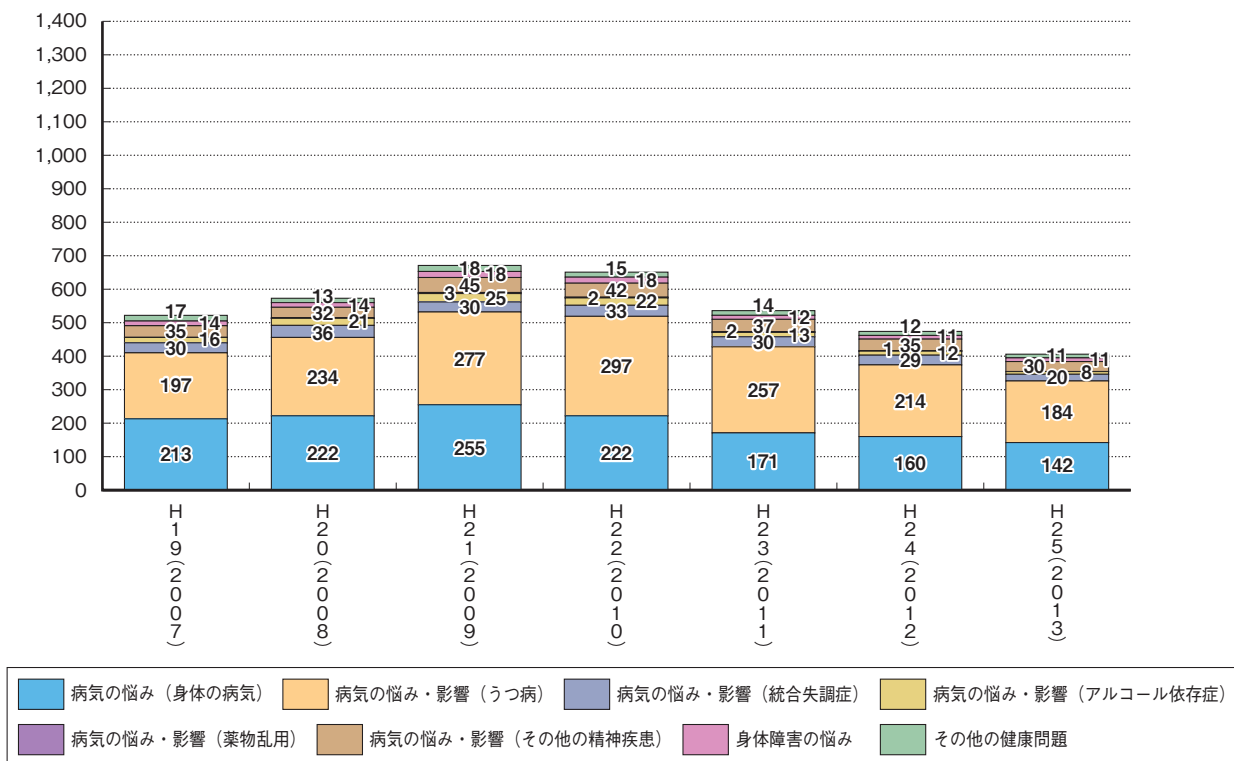


資料：警察庁「自殺統計」より内閣府作成

さらに第17図は各年とも計上数が最も多い「健康問題」について、その内訳をみたものである。各年とも「病気の悩み・影響（うつ病）」が最も多く、これに「病気の悩み（身体上の病気）」、「病気の悩み・影響（その他の精神疾患）」、「病気の悩み・影響（統合失調症）」の順で続くなど、「健康問題」の自殺者数の

内訳と同様の構成となっている。また、「病気の悩み・影響（うつ病）」では平成22年、「病気の悩み・影響（統合失調症）」では20年にピークになるなどの違いはあるものの、概ね、「経済・生活問題」の自殺者数と同じく、21年にピークとなり、21年まで増加、22年以降は減少を続けている。

第17図 「経済・生活問題」を原因・動機とする自殺者に係る「健康問題」（詳細）の計上状況



資料：警察庁「自殺統計」より内閣府作成

このように、「経済・生活問題」を原因・動機とする自殺者が減少する場合は、「経済・生活問題」とともに計上される他の原因・動機の自殺者数も減少する。重要なことは、「経済・生活問題」による自殺者数を減らすことは、「経済・生活問題」を含む、複合的な要因の自殺者数の一定程度の減少を意味することである。

⑩「経済・生活問題」、「負債（多重債務）」の自殺死亡率と失業率、債務に関するデータの関連

（平成19年から21年にかけては、雇用状況の悪化にかかわらず、多重債務対策の進展もあり「負債（多重債務）」の自殺死亡率は低下）

第18図は「経済・生活問題」、「負債（多重債務）」の自殺死亡率と完全失業率、債務に関するデータをグラフにしたものである。完全失業率以外のデータは、平成21年の値を100として基準化している。

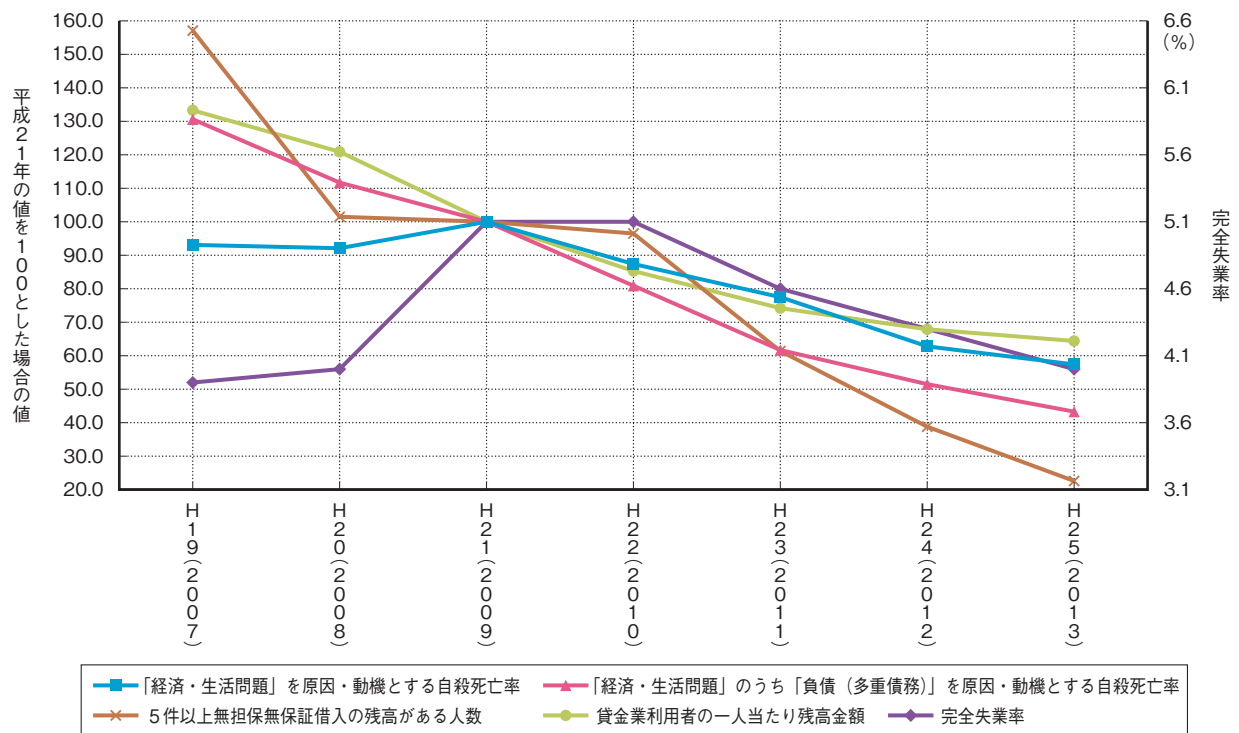
平成19年から21年にかけて、完全失業率は上昇するなかで、貸金業利用者の一人当たり

の債務残高と5件以上無担保無保証借入の残高がある債務者数は減少し、「負債（多重債務）」を原因・動機とする自殺死亡率は低下する一方、「経済・生活問題」を原因・動機とする自殺死亡率は上昇している。

平成21年から22年にかけては完全失業率は

高止まりするものの、22年以降は低下を続けるなかで、一人当たりの残高と5件以上の債務者数は減少を続け、「経済・生活問題」と「負債（多重債務）」の自殺死亡率も低下を続けている。

第18図 平成21年の値を100とした「経済・生活問題」、「経済・生活問題」のうち「負債（多重債務）」を原因・動機とする自殺死亡率、5件以上無担保無保証借入の残高がある人数及び貸金業利用者の一人当たり残高金額の推移並びに完全失業率の推移



資料：警察庁「自殺統計」、金融庁「無担保無保証借入の残高がある者の借入件数毎登録状況」、日本信用情報機構「残高がある者の借入件数毎の登録状況」、総務省「国勢調査」、総務省「人口推計」及び総務省「労働力調査」より内閣府作成

こうした貸金業利用者データと「経済・生活問題」と「負債（多重債務）」の自殺死亡率の動きについては、以下のような解釈が可能である。

平成19年から21年にかけては、完全失業率上昇に示される雇用状況の悪化にもかかわらず、18年の貸金業法改正等の多重債務対策の進展もあり、一人当たりの残高と5件以上の債務者数は減少し、「負債（多重債務）」の自殺死亡率も低下している。一方、「経済・生活問題」の自殺死亡率については、内訳の中で構成比が生活苦に次いで大きい「負債（多重債務）」の自殺死亡率の低下にもかかわらず、雇用状況の悪化もあり、上昇している。

平成21年以降は、完全失業率が高止まりを経て低下を続けるなかで、一人当たりの残高と5件以上の債務者数は減少を続け、19年から21年にかけて上昇している「経済・生活問題」のほか、「負債（多重債務）」の自殺死亡率も、雇用状況の改善もあり、低下を続けている。

⑪「病気の悩み（身体の病気）」の自殺死亡率と緩和ケアに関するデータの関連

（緩和ケアの進展が健康問題による自殺者数の減少傾向の要因の1つと考えられる）

第19図は「病気の悩み（身体の病気）」の自殺死亡率と4つの緩和ケアに関するデータ

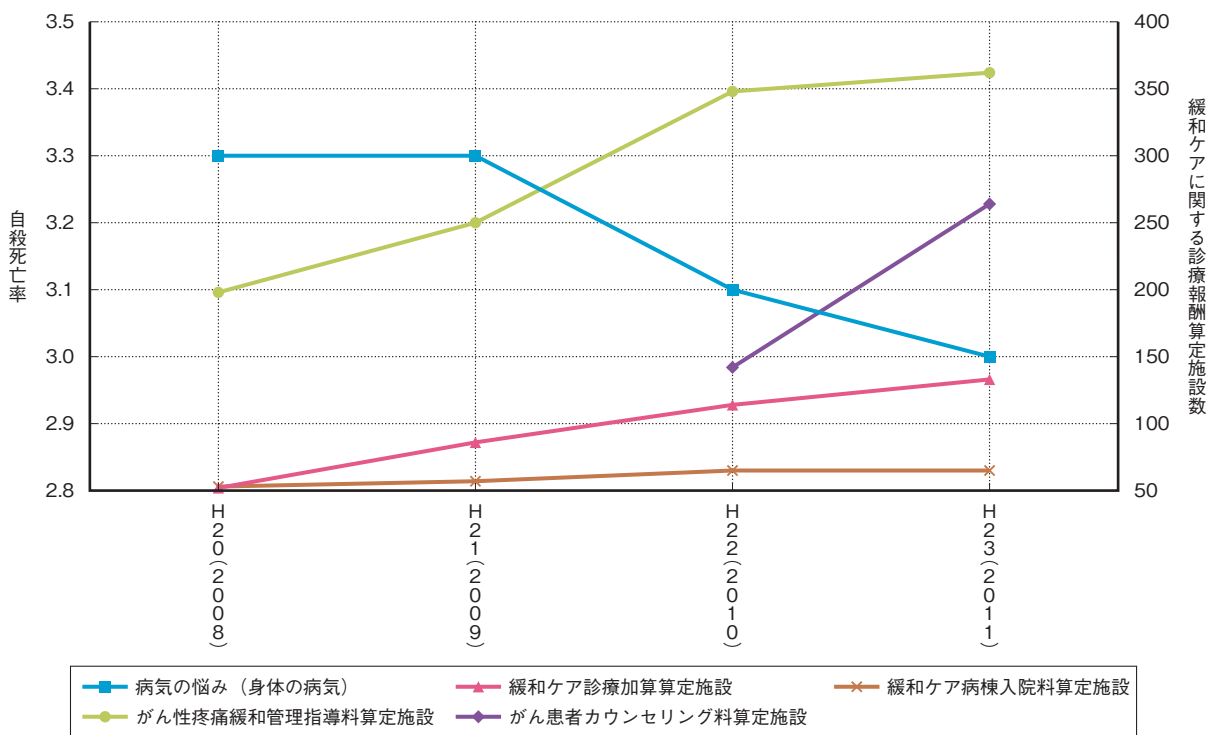
をグラフにしたものである。

緩和ケアとは、WHO（2002年世界保健機関）によれば、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチである。平成19年に策定されたがん対策推進計画で、緩和ケアの推進が重要施策の1つとして位置づけられ、20年度にはがん性疼痛緩和 management 指導

料、22年度にはがん患者カウンセリング料が新たに保険適用されるようになった。

平成23年の患者調査では、がんの患者数は1,526,000人であり、日本のがん患者の自殺率が0.2%との結果⁸を基に、がん患者の自殺者数は約3,000人と推定されるが、これは、「病気の悩み（身体の病気）」による23年の自殺者数の6,500人の46%に当たる。わずか4時点のデータではあるが、こうしたがんなどの緩和ケアの進展が、22年以降「健康問題」による自殺死亡率が低下傾向にあることの要因の1つであると考えられる。

第19図 「病気の悩み（身体の病気）」を原因・動機とする自殺死亡率及び緩和ケアに関連する診療報酬算定施設数の推移



資料：警察庁「自殺統計」、総務省「国勢調査」、総務省「人口推計」及び厚生労働省「がん診療連携拠点病院の現状について（緩和ケア関連データを中心に）」より内閣府作成

8 Tanaka et al. (1999) による。