

因、自殺手段が真実とは異なることもありうる。また、米国のデータについては、人種の記載が死亡診断書と Census とで異なる可能性がある。また、Census での人口把握に漏れがある可能性がある。また、この研究では日本と米国のみデータの分析しており、日本以外のアジア諸国やその他の国についての観察は行っていない限界もある。

E 結論

日本は米国よりも自殺死亡率が高かった。日本の男女および米国の男において、高齢者の自殺死亡率が高かったか、米国の女ではそのような傾向は見られなかった。最も多い自殺手段は、日本では縊首、米国では銃器であった。米国のアジア系を日本と比較する

と、自殺死亡率は低かったか、自殺手段は似ていた。

F 健康危険情報

該当なし

G 研究発表(学会発表)

尾島俊之、Davaalkham Dambadarjaa、上原里程、渡邊至、多治見守泰、大木いすみ、中村好一 自殺手段に関する日米および米国の人種間比較 (第 14 回日本疫学会学術総会, 山形, 2004 年 1 月 22 日 - 23 日) J Epidemiol 14(1, suppl) 83, 2004

H 知的財産権の出願 登録状況

該当なし

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

自殺と防止対策の実態に関する研究

分担研究報告書

自殺実態のモニタリングのあり方に関する研究

分担研究者 清水 徹男（秋田大学医学部神経運動器学講座精神科学分野）

研究要旨 自殺率全国一が続いている秋田県では、自殺者数はついに500人を超えるまでに至った。今や、県全体をあげて自殺防止に取り組むことが急務となっており、本研究は、普段から自殺の既遂・未遂場面に関わることも多い県医師会員の力を結集し、実態調査を行うことによって自殺に至る背景を医学的側面から検討し、有効な具体的対策を策定することが目的である。本年度は、平成14年度までに実施した自殺既遂・未遂報告の集計と分析に加え、並行して進められた終末期医療関係者の死生観に関する意識調査、宗教関係者への死生観と自殺症例への対応に関する調査の結果を総合し検討を重ね、秋田県自殺予防プロジェクト委員会において、自殺予防対策への提言をまとめた。その結果、秋田県に自殺率が高いことを示す特異的理由は指摘できず、県の様々な機関を活用し、その連携を図ることによって具体的対策を進めていく必要性が指摘された。具体的には1)秋田県自殺予防相談支援センターを設立し、各自治体・医療機関・地域との相談・教育・援助を行うことで連携を図る、2)精神科救急情報センターの設置と救急医療システム連絡調整委員会の拡大、3)医学教育における自殺予防カリキュラムの作成、4)産業保健推進センター等への自殺予防対策室の設置、5)教育長保健体育科における自殺予防教育、等の提言がなされた。

A 研究目的

言うまでもなく、我が国は自殺率世界一、といわれる。その中でも、秋田県における自殺率は8年間全国一という憂慮すべき状況が続いている。昨年度の正確な統計が出るにはまだしばらくかかるであろうか、去る3月に発表された県警の報告によると、昨年1年間の県内の自殺者数は過去最悪だった一昨年に比へさらに22人（4.1%）増加し、559人にのぼった。一方未遂者の実態はわかっていないが、通常既遂者の数倍から十数倍はいると考えられているため、県内で数千人に達していることは確実である。しかしながら、秋田県において、これだけの人か自殺に至る理由については明らかになっていない。一方これまでの知見からは、自殺既遂・未遂者のほとんどに精神障害が認められ

るとの報告もあり、自殺予防対策を考えるにあたっては医学的視点から分析することは極めて重要である。

本研究は、秋田県における自殺予防対策の策定を目標に、県内の自殺の実態を医学的な視点で捉え、自殺率の高さの原因究明を試みることも目的である。自殺者の多くを占める精神疾患の存在を最大のリスクファクターと仮定して研究の中心におくか、一方で自殺予防、再自殺企図予防の対策には、青少年問題、高齢者問題、経済問題、慢性身体疾患など他の多くの問題も医学的（精神医学的）・社会的に研究される必要があり、この点に関して可能な限り分析を試みた。その結果をもとに、社会的資源の活用、医療施設、地域や行政との連携によるケア体制などの策定を試みた。

B 研究方法

平成 13 年 6 月 1 日から平成 14 年 5 月 31 日
までを調査期間と設定し、秋田県医師会自殺予
防プロジェクト委員会が中心となって、以下の
3 調査を行い、その結果を分析することで、自
殺予防に関する提言をまとめた。

1 自殺実態調査

秋田県医師会がアンケート調査票を独自
に作成し（資料 1）、県医師会員全員に予め
配布、自殺既遂者、自殺未遂者、希死念慮を
有する者を対象とし、各医師がこれらの症例
を経験したときに調査票に記入し、郵送で回
収した。倫理面への配慮に関しては、調査
の対象となる者のプライバシーが侵害され
ることのないように、アンケート用紙の書
式作成に際して秋田県自殺予防対策プロジ
ェクト委員会の会議及び秋田県医師会顧問
弁護士とのあいたて協議を行い、個人が特
定できない書式となるように配慮した。集計
および解析は、予防対策プロジェクトのメン
バーと共同して施行した。

2 終末期医療関係者への意識調査

秋田県内に在住する医学生、看護学生、緩
和医療関係者（看護師）計 196 人に、回答者
自身の死生観を問うアンケートを実施、回収
して集計した。（資料 2）

3 宗教関係者への調査

秋田県内の宗教法人に対し、アンケート①
「宗教関係者への死生観調査」、アンケート
②「宗教者への事例調査」、を実施した。対
象は秋田県内に行動拠点をおく宗教法人の
うち、396 法人（神道系 72、仏教系 304、キ
リスト教系 20）で、無作為抽出である。（資
料 3）

以上の調査結果を分析し、秋田県医師会予防

対策プロジェクト委員会において自殺予防に
関する提言をまとめた。

C 研究結果

1 自殺実態調査

調査期間に秋田県医師会員から得られた報
告は計 250 例で、このうち既遂者 139 例、未遂
者 104 例、希死念慮者 6 例、（不明 1 例）だっ
た。このうち、希死念慮者および不明の計 7 例
を除く、243 例について検討した。結果の詳細
については、平成 14 年度の本研究報告書に報
告済みであるのでここでは省略するが、主たる
結論は以下の通りである。

1) 自殺既遂者は、高齢、男性、単身者に多い

既遂者の平均年齢は 56.4 ± 17.4 歳、未遂
者は 42.1 ± 19.7 歳と、既遂者が未遂者に
比へ有意に年齢が高かった ($p < 0.001$)。各
年代ごとに人口 10 万人あたりの人数で補
正を行うと、既遂者では、50-60 歳代にピ
ークがあり、この傾向は男性で顕著であっ
た。女性では 30 歳代やや多く、40-60 歳
代では顕著に低下するが、70 歳代以上で急
増する二峰性を形成した。一方、未遂者で
は、10-20 代の女性で顕著だった。性別で
は既遂例は男性で有意に多く、未遂は女性
が有意に多かった。この結果と警察発表デ
ータの間に有意差はなかった。家族構成に
関しては、既遂例は未遂例と比較すると単
身率が有意に高かった。しかし、配偶者の
有無・離婚歴 職業の有無等に関してロジ
スティック回帰分析をした結果、年齢・性
差以外に有意な因子は認められなかった。

2) 自殺既遂者は、縊死が多い 自殺手段は既 遂例で縊死が圧倒的に多く、77.4%をしめ ており、未遂者（服薬 54.0%、切創 26.5% など）と比較して有意であった。自殺を因

った場所については、既遂・未遂共に自宅及びその周辺が圧倒的に多く（66.9%）、特に既遂者では自宅の「小屋」を選んでいて、既遂時刻帯は午前4-5時、午後6-7時の二峰性を有していた。

- 3) 遺書の有無・過去の未遂歴は確認が困難
遺書があるものは、既遂例か未遂例よりも多かったが、遺書の有無を確認できないものもそれぞれ15%以上認められた。過去の自殺未遂歴についても、特に既遂例においては確認できないことが多かったか、未遂例では過去に未遂歴のある例が27例（26.0%）と多く、このうちすでに複数回試みているものが17例に認められた。
- 4) 壮年層の経済・仕事問題、高齢者の病苦
自殺の理由については、「病苦」か44例、「自分の事」55例、「経済上の問題」56例、「仕事上の問題」32例、「事故」6例、「家庭の問題」は35例、「対人関係」18例だった。全体として既遂・未遂に大きな理由の違いはなかった。性別では「経済問題」「仕事関係の問題」が男性に多く、年代別では30代までは「自分の事」や「人間関係」、40-50代は「経済」や「仕事関係」、60歳以上では「病苦」が最も多く、これらは統計学的に有意だった。
- 5) 慢性身体疾患とうつ病の既往
精神疾患・身体疾患の既往・治療歴が自殺に与える影響については、身体的疾患では既遂者・未遂者共に高血圧や骨・関節系疾患、糖尿病といった慢性疾患が大きな部分を占めており、悪性新生物のような生命予後やADLに直接影響を来す疾患を有するものは少なかった。一方精神科的疾患では、全体の36.6%が過去・現在において治療を受けており、疾患別には、うつ病・うつ状態が

44例と最も多く、神経症、統合失調症が次いでいた。精神科疾患全体の約50%がうつ病・うつ状態で占められていた。

- 6) うつ病親和性性格と既遂 性格傾向の分析
では既遂者において几帳面、まじめ、といったうつ病親和性性格か、未遂者では神経質、まじめ、敏感といった傾向が認められた。多変量解析の結果、循環気質・執着気質において、既遂者が増加する傾向を認めた。

なお、これら全250件の自殺既遂・未遂例報告は、秋田県内の医師会員85名からなされた。報告会員の勤務状況別に見ると、既遂139例においては、精神科医か常勤しない総合病院からの報告が57件（43%）、診療所からの報告が53件（40%）と多く、精神科医か常勤する総合病院14件（11%）、精神科病院8件（6%）であった。一方、未遂104例では、精神科医の常勤する総合病院が69件（66%）と半数以上をしめ、次いで精神科医の常勤しない総合病院16件（16%）、精神科病院14件（14%）、診療所4件（4%）だった。

2 終末期医療関係者への実態調査

調査期間に回答が得られたのは看護学生77人、医学生112人、看護師7人の計196人だった。このうち男性67人、女性128人、平均年齢は全体で22.1歳（看護学生20.7歳、医学生22.1歳、看護師37.3歳）だった。安楽死についての意識調査において、「担当患者が＜安楽死＞を希望し、致死量の注射の施行を求めたとしたら、注射を施行するか？」との質問に対し看護学生・医学生において、「いかなる理由にせよ＜安楽死＞は認められない」とする意見が9%、「患者の状況によっては施行する」が41%、「どちらともいえない」が29.8%だった。また、「あなたの家族が＜安楽死＞を希望した

場合、あなたは同意しますか？」との質問に対しては、「反対」、「どちらかといえば反対」が31.7%（各々16.4%、15.3%）に対して、「賛成」、「どちらかといえば賛成」は39.1%（同7.9%、21.2%）、「どちらともいえない」は32.3%だった。一方、「あなた自身が、癌などの末期にあり死に直面したとき、＜安楽死＞を選択しますか？」との質問に対しては、「選択しない」が14.6%に対して、「身体的苦痛が著しいときは選択するかもしれない」「精神的苦痛が著しいときは選択するかもしれない」と答えたものが59.1%（同39.9%、19.2%）に見られた。さらに、自殺に対する医療者の態度について、「終末期癌患者の自殺についてどう考えますか？」との質問に対しては、「いかなる理由にせよ、自殺は防がなければならない」が48.0%に対して、「判断能力が保たれているのであれば、患者が自殺を選択しても仕方がない」「患者の意志を尊重するのであれば、死を選択することも尊厳死のひとつ」という回答が43.6%（同13.4%、30.2%）に得られた。

看護師からの回答が少なかったため、統計学的検討ができなかったが、安楽死を希望した患者に対して「状況によっては認めてよい」とするのは7名中2名にととまり、家族が希望した場合でも5名が「反対」もしくは「どちらかといえば反対」と答えるなど安楽死について認められないとしており、看護師のほうが、自殺回避に対して積極的だった。

3 宗教関係者への調査

1) 宗教関係者への死生観調査

無作為抽出されたアンケート依頼先396か所のうち、回答127か所、回収率は32.1%だった。回答者の男女比は男118名、女7名（男が94.4%）、年齢は27から85歳、平均年齢55.6歳だった。

「自殺についてあなたはどう考えますか」との質問に対しては、76.9%と大多数が「いかなる理由にせよ自殺は防がなければならない」と答えており、「判断能力が保たれていれば、本人が自殺を選択しても仕方がない」「本人の意志を尊重するのであれば、死を選択することも尊厳死のひとつ」との回答は19.0%（同4.1%、14.9%）だった。

安楽死について、「あなたの信者が＜安楽死＞を希望しているとしたら、あなたはどのように対処しますか」との質問には、「いかなる理由にせよ＜安楽死＞は認められない」とするものが29.7%に対して「状況によっては認められる」とする容認意見は58.5%に認められた。家族が＜安楽死＞を希望した場合には、「反対する」「どちらかと言えば反対する」が41.5%（同28.8%、12.7%）に対し、「どちらかと言えば賛成する」「賛成する」は33.1%（同21.2%、11.9%）だった。一方、「あなた自身が癌などの末期にあり死に直面したとき、＜安楽死＞を選択しますか」との質問には、「身体的苦痛が著しいときは選択するかもしれない」「精神的苦痛が著しいときは選択するかもしれない」が計48.0%（各々35.2%、12.8%）だったのに対し、「選択しない」と回答したのも33.6%に認められ、他者に対してよりも、自らに対してより律する傾向が認められた。

自殺の予防に関わる宗教者の役割についての自由記載については、多くのものが自殺予防に関わることができると考えており、その側面として「日常的なつきあいの中で心の悩みを聞き、受け止める相談相手として」、「説教・説法の中で人間観・生命観の教育的関わり」、「専門機関との総合的チームの一員、もしくは紹介役」、「神社・寺院・教会を

含む自然環境の心を静める効果」などがあげられた。また、自殺者の遺族に対する精神的ケアに関わる役割についても、「カウンセリシク的なふれあい」、「宗教的儀礼を通して遺族に安らぎ」、「遺族と共に考え助言」という形で果たすべき意義があると考えていた。

2) 宗教者への事例調査

同じく 396 か所のうち、回答は 76 か所、回収率は 19.2%だった。このうち神道系 6/72 か所、仏教系 66/304 か所、キリスト教系 4/20 か所である。回答の対象となった自殺症例は男 49 例、女 18 例、不明 14 例の計 81 名で、年齢分布は 19~86 歳、平均 51.5 歳であり、年齢分布、男女比等の基本データは医師会員による調査 1 とほぼ同一の傾向を有していた。

自殺者本人の性格については、「ましめ」27.2%、「責任感」17.3%、「静か」「几帳面」16.0%、その他社会的、親切、友情に厚い、明朗、落ち着いているなどが 10%以上指摘されていた。自殺に至った原因・動機の複数回答をまとめると、「家庭問題など」が 65.4%と最も多く、「金銭問題」27.2%、「仕事関係」27.2%、「人間関係の問題」7.4%、「事件、事故、災害」3.7%だったが、その具体的内容としては「本人の病気」が 18.5%と最も多く、ついて「収入減少」「借金」といった経済的問題が各 7.4%と続いた。

自殺者に対する宗教儀礼上の配慮について、通常と違う配慮をしたか、との質問については、32.8%が何らかの配慮をしたとしており、自殺者の遺族に対しても 46.2%の回答は、精神的なケアを考慮して特別な対応をしていた。

D 考察および自殺予防対策への提言

今回の調査結果からは、秋田県の自殺率が「全国一」であることの特異的な理由は抽出されなかった。しかしこのことは、自殺予防対策として何か特殊な計画を立案する以上に、自殺予防の基本である一次（プリベンション）・二次（インターベンション）・三次予防（ポストベンション）をいかに拡げていくかが大切であることを示していると考えられる。秋田県においては県民をあげて取り組む姿勢が必要であり、そのために、様々なアプローチを有機的に結びつける方法を構築することか鍵になる。今回の実態調査はそのことを示唆していると考ええる。

同時に調査された終末期医療関係者への調査では、結果的に将来の医療職を担う看護学生、医学生を中心とした意識を明らかにすることかてきた。ここでは、医療者として自殺は防かなければいけないという意識がある一方、安楽死については他者に対しては容認しないが自己には容認しやすい傾向か見て取れる。このことから、また、看護者のほうかより自殺回避に積極的である可能性が示されたことから、将来医療を担う学生に対する卒前教育かやはり重要であるということかてきる。

また、宗教関係者への調査からは、宗教関係者も、自殺者の家庭状況やその背景事情についてある程度正確に把握しており、葬送儀礼を執り行うに際して、本人や家族に対して何らかの特別の配慮をしていることがわかった。また、多くは宗教者自身も自殺の予防に関わることかてき、遺族のケアに対しても役割かあると感じていた。このことは、自殺予防のための方策推進に当たり、宗教者の役割にも期待しうることか表していると言うことがてきるだろう。

以上のような点をふまえて、自殺予防対策プロジェクト委員会において協議をした結果、以

下のような点を提言としてまとめた。なお、この提言は、当初本研究の目的にあるように、自殺の問題を医学的視点でとらえ、自殺者の多くを占める何らかの精神障害を最大のリスクファクターとしてとらえることによっているが、適切な対策には、個人的のみならず社会的側面から行うべきであることは論を待たない。本研究・委員会の立場としては、社会的介入についても医学的研究によって対策を可能にするための提案ができると考えている。

1 自殺に関する情報収集・研究

今回の研究を含め、これまで行われてきた様々な手法による諸研究の整合性を図り、より具体的実態を把握するために、調査研究センターを設置し、担当として行政・有識者・医師会・一般県民などからその人材をあてること。

2 自殺予防に対する医学的援助

今回の研究からも自殺の関係にもっとも重要なのは、うつ状態を始めとする精神障害であることが明らかになっている。さらに、決して重症とは言えない慢性の身体疾患の関与も大きいことがわかり、精神医学・身体医学双方からのアプローチが必要と考えられる。

(1) 精神科救急システム 現在秋田県においては精神科救急システムは稼働しているものの、精神科救急情報センターの設置が早期に望まれる。センター設置によって各医療機関や家族からの相談と連携が早急になされることか期待できる。

(2) 救命救急センター、総合病院救急外来と専門病院との連携強化 今回の報告において、特に自殺未遂者に関しては常勤で精神科がいる総合病院からの報告が圧倒的に多かった。一方、精神科常勤医が配置されていない総合病院も県内には数多

い。今後、県内の各機関に治療スタッフとして精神科医が常勤することが望まれるか、当面、実行可能な計画として、秋田県精神科救急医療システム連絡調整委員会の作業を拡大し、同委員会内に連携を図るための会議ないし研究会を発足させることを提言し、また心のネットワークシステムとの連動を図る。総合病院や一般開業医などと精神科病院との連携を図るためのシステムづくりも大切である。

(3) 医師会員・医学生等に対しての啓発を中心とした研修 自殺予防に関する医療従事者の役割は極めて大きい。従って、各従事者に対する教育研修を進めることは重要である。そこで、県及び各都市医師会内に自殺予防対策委員会を設置して産業医研修会、自殺予防対策研修事業等を通じた啓発活動を図ることを提案する。

さらに、医療機関や地域での活動者についての研修を通して危機介入しうる専門家の育成をめさす。さらに今回の研究で指摘されるように、医学教育においてもこの問題を大きくとりあげる必要と考える。そこで、秋田大学医学部内に自殺予防カリキュラム作成委員会を設置すること、企業側の啓発をはかる目的で産業保健推進センター内に自殺予防対策室を設置することを呼びかける。

(4) 身体疾患と自殺への対策 特に重篤ではない身体疾患に対して自殺のリスクがあるという今回の結果からみて、身体疾患と自殺についての研修会等を開催して啓発活動を行うことは、直接的効果をもたらす可能性がある。医師会内に設置する自殺予防対策委員会においてこれらの計画を立てることを提言する。

3 行政・地域における自殺予防対策

秋田県はすでに自殺予防対策を重要課題として取り組んでおり、医師会も協力をしている。また、県内の精神科医全員が参加する秋田精神医療懇話会という組織がある。県が行っている「秋田県心の健康づくり推進協議会」は様々な自殺予防対策を行う計画を作成しており、相談体制としての心のセーフティネット相談窓口もすでに活動しているか、これを充実させ、県医師会・秋田精神医療懇話会の参加が望まれる。

さらに、地域社会での取り組みによって自殺予防が行われることか今後の重要な課題である。

- (1) 普及啓発活動 研修会、後援会等の開催、保健所・市町村レベルでの広報などの継続
- (2) 地域による自殺予防活動 スクリーニング等を用いた自殺予防システムの構築による早期発見、早期介入。
- (3) 県精神保健福祉センターにおける地域精神保健としての自殺予防施策
- (4) いのちの電話の充実
- (5) 市町村・保健所・地域保健センターにおける自殺予防相談機能
- (6) これらの機関と専門病院との連絡・連携機能の確立
- (7) 地域における専門医と一般診療科の連携
- (8) 宗教関係者の自殺予防相談活動及び他機関との連携
- (9) 職場における啓発、普及活動及び産業医と他関係機関との連携
- (10) 危険な手段に対する規制 薬物等の売買や保健・管理指導。
- (11) 産業医としての精神科医の活用

また、特に青少年を対象とした自殺予防教育を始めることも重要であると考えられる。具体的には、教育庁保健体育科に自殺予防対策あるいは心の健康対策委員会を設置することを提案する。

さて、今回の研究で、秋田県内においても特に40・50代における自殺は、経済的困窮との関係性が強いことがわかった。このため、経済活動問題に対する対策も重要である。これらに対する対策、さらに少子化及び高齢化社会問題に対する対策等が行政に幅広く求められる。地域社会における広報という側面から見た場合、マスコミの働きも重要である。自殺予防対策委員会には、マスコミ関係者を含めた研究会を発足させることで、有効な予防と適切な報道に関して考えていくことも提言する。

4 自殺者の遺族や自殺未遂者の家族への援助

この点については、これまでほとんど具体的に上げられることがなかった。今後については、遺族・家族を支援する具体的な体制が必要である。

以上のことを具体的に実行する手段として、秋田県医師会自殺予防対策プロジェクト委員会として、「自殺関連予防相談支援センター」の設立が提言された。これは、県レベルで自殺関連の相談や緊急介入、調査研究、教育、各機関の連携などを行うもので、各市町村や保健所内に下部機関としての支援センターを設置し、施策の実施、医療機関との連携をおこなう。教育啓発活動については市町村保健センターを通じて行い、県の支援センターはこれらの中心的役割として指導・援助を行うというものである。(資料4)

このほか、現在の精神科、一般診療科、相談機関など医療体制を充実させること、精神科受診に対する啓発等も大切であることは論を待たない。

さて、提言1に示したとおり、今後の自殺予防活動を継続するためには、調査研究の継続も極めて大切なことである。本研究の特徴として、

- 1 医師会員が主体となった調査であること、
- 2 未遂例に対しての調査が可能であること、

の2点があげられる。1については、特に既遂例の報告において、県警発表の報告と有意差はなく、本調査の妥当性はあるものと考えられた。医師は自殺企図後の医療的対応や検案に関わるのみならず、地域においてはかかりつけ医としてその患者背景や家族の状況を普段から知る立場にあるものも多い。このことは、自殺の実態を分析する上で医師会員は情報を得るのに有利であるということ以上に、直接的に危機介入に携われる可能性が高いことを示している。さらに、調査をすることを通して医師会員の自殺予防に対する動機が高まることか、そのまま自殺予防の可能性につながることもできる。一方で、調査の側面から見ると、調査項目によっては回答が困難で、特に多数の項目に回答することは、診療との関係上負担が大きい。2の自殺未遂例の報告が一般に考えられている「既遂の数倍から十数倍」と比較して著しく少なかったことはその一因であろう。特に医師は、自殺未遂例に遭遇したとき、まずその生命の維持と身体・精神面の回復のために、治療に専念することがその職務であり、調査に意識が回りにくいことは当然のことである。この点について考慮すると、未遂例に関しては

きるだけ簡潔な報告体制を構築することが重要であると考えられる。もちろん既遂・未遂どちらの報告に関しても、個人情報特定されないよう、十分なシステムとすることは言うまでもない。

E 結論

秋田県医師会を中心とした自殺の実態調査を行った。秋田県が自殺率全国一である特異的な理由は抽出されず、自殺予防対策にもより実効性のある地域に浸透する方策が必要と考えられた。同時に施行した終末期医療関係者への意識調査からは学生の時からの死生学の教育の重要性か、宗教関係者への調査からは自殺予防に関わる役割の可能性が示唆された。以上をふまえ、自殺予防対策プロジェクト委員会にて検討して対策をまとめ、その中で、自殺関連予防相談支援センターの設置が提言された。

本研究は、これらの対策の提言に有効であった。これらの調査活動をさらに改良しなから継続していくことが必要である。特に、自殺未遂に対してさらなる検討をすることによって二次予防対策をより具体的にし、また、他県との比較研究を行うことによって秋田県か全国一の自殺率となっている原因の解明に迫ることかできるものと考えられ、これらが今後の検討課題である。

×上記結果と提言は、平成15年12月、秋田県医師会自殺予防対策プロジェクト委員会によって、「自殺予防対策アンケート調査報告書」として刊行され、秋田県医師会員に配布された。

(資料1)

自殺関連調査個人票

所属施設名

記載者

- 1 年令 歳
- 2 性別 男性 女性 3 職業 有り 無し・不明
- 4 住所 市・ 郡 移住(一秋田県)
- 5 家族 配偶者(有・無)、離婚歴(有・無)、子ども(人)
同居家族(有 人、無)、独身、単身者、死別

「自殺既遂 自殺未遂・希死念慮のいずれかについて記載」

6 自殺既遂

- ・日時 平成 年 月 日 時頃
- 自殺の手段 絞頸(首吊り)・絞頸(自分で首を絞めた)・切創(手首・肘・頸部・切腹・その他)・投身・入水・焼身・列車飛び込み・服薬(農薬・医薬品・その他)

その他()

- ・自殺場所 自宅(居室・寝室・車庫・小屋 その他)
自宅外の屋内(病院・施設 その他)
屋外(原野・畑・車両 路上 海岸・川・その他)
自宅からの距離 約 km

- ・遺書 有・無・不明
- ・過去の自殺未遂 あった(回)・なかった・不明

7 自殺未遂

- ・自殺未遂は何回目 初めて・2回目・3回目・それ以上・不明
- ・自殺の手段
- ・自殺の場所
- ・遺書 有・無・不明

8 希死念慮

- ・自殺を考えたりのめかした日時
- ・過去に自殺をほのめかした 有・無、いつ頃(年前、 回位)
不明

- ・考えた自殺の手段
- ・考えた自殺の場所 有（場所 ）・無
- ・遺書 有・無 道苔を書いたこと 有・無、 不明
- ・希死念慮を察知した人
- ・その時の状態像 正常・抑うつ・軽度うつ・混乱 幻覚妄想・不安・
心気・神経衰弱・痴呆・せん妄・
その他（ ）

9 個人情報

・性格

循環気質（社交的、親切、友情に厚い、人好き、明朗、ユーモアがある、活発、激ししやすい、静か、落ち着いている、丁重、柔和）

分裂気質（非社交的、静か、用心深い、ましめ、変人、臆病、恥ずかしかりや、敏感、神経質、興奮しやすい、自然や書物に親しむ、従順、お人好し、温和、無関心、鈍感）

執着気質（熱中性、徹底性、凡帳面、正義感、責任感、感情が冷めにくい持続性）

上記に当てはまらない場合の性格特徴

・病歴

既往歴（過去に罹患した身体疾患名）

現在治療中の身体疾患名

発病からの期間（ ）ヶ月、（ ）年

過去の精神科・神経科・心療内科などの通院歴 有・無、

その病名（ ）

現在、精神科 神経科 心療内科などに通院中 有・無、

その病名（ ）

現在服用中の薬 有・無、薬の名前（ ）

身体疾患による障害 有・無、有の場合その程度、

身体障害者手帳（ ）級、介護保健の程度（ ）

・飲酒歴 年、種類（ ）、量（ ）、常習・機会飲酒

アルコール症の診断を受けたこと、有・無

・近親者・家系内の自殺者 有・無（具体的関係 ）

友人・知人・近所での自殺者 有・無（具体的関係 ）

「現在悩んでいる項目・過去に悩んだことがあるという項目」

現在悩んでいる項目 有 無、有の場合はその項目（ ）

過去に悩んだことがある項目 有・無、有の場合はその項目（ ）

・自分の出来事て悩んでいる（た）こと 結婚・離婚・別居・身体疾患

- ・交通事故あるいは怪我・夫婦不和・退職・妊娠・失恋・
その他（ ）
- ・自分以外（家族・親族）のことで悩んでいる（いた）こと 配偶者の死・子どもの死・親の死・病気・世間的に問題を起こした
（内容 ）・つきあいて問題・親子不和・子どもの進学、受験・子どもの問題行動、非行・出産・婚約・その他
（ ）
- ・金銭問題 財産損失・大きな支出・収入減少 借金・借金（ローン）返済の困難・サラ金の借金・保証人・その他
（ ）
- ・事件、事故、災害 環境の悪化・引っ越し・火事・犯罪関係・自動車事散・自然災害・その他（ ）
- ・人間関係の問題 友人などの裏切り・友人、先輩の死・恋愛関係のもつれ・近所との関係のもつれ・その他（ ）
- ・仕事関係 仕事の失敗・過重な責任・過酷な仕事量・仕事の質の変化（勤務形態の変化など）・身分の変化（昇進、左遷、降格、退職勧告など）
- ・役割、地位の変化（転勤、配置転換、その他）対人関係（セクハラ、上司とのトラブル、同僚とのトラブル、部下とのトラブル、昇進で越されたなど）
- ・その他（ ）

以上で調査項目は終わりです。面倒な質問にお答え戴きましてありがとうございます。御協力感謝いたします。

精神科、神経科、心療内科などの医師の方々はさらに次の質問にお進みください。

以下は精神科医、神経科医、神経内科医の方に記載をお願いします。

「病気関連項目」

10 うつ状態・うつ病関連

自殺・自殺企図・希死念慮が認められた際、あったと思われる項目を記載して下さい。

・症状

感情（ゆううつ・悲哀、さみしさ・空虚感・不安 焦燥感・苦悶・生気のなさ・
不全感・自責 罪悪感・悲観・絶望）

思考（思考の抑制・自己否定的思考・微少妄想）

意欲（行為抑制—おっくうさ・行動力低下・易疲労性・集中力低下・
寡黙—引きこもり・厭世）

身体症状（睡眠障害・日内変動・食欲不振・便秘・性欲低下・頭痛・肩こり・
しひれ感 口渇 発汗・生理不順・全身倦怠感）

・喪失体験（経済的損失・地位の失墜・病気・外傷・近親者の死亡・訴訟・
家族崩壊など・宗教的絆の喪失）

・援助のなさ（未婚者・離婚者・別居中・近親者の死亡・家庭内孤立・家族不和・
友人のなさ・相談する人かいない）

・依存（有・無）その種類（アルコール・薬物，
）

・治療過程（治療初期・回復期・入院中・退院後早期・職場復帰時）

11 分裂病関連

・病型 破瓜型・緊張型・妄想型・単純型・その他（
）

・状態 陽性症状・陰性症状

前駆症状時・妄想・思路の障害・幻覚・自我意識の障害・感情障害・
意欲障害・行動、対人関係の障害

・発病後（5年以内 5年～10年・11年～20年・20年以上）

・時期（発病初期・入院初期・退院後早期 社会復帰段階・その他）

・危険因子（以下は分裂病患者の自殺の危険因子とされるものですか、合致するものを
選択して下さい）

社会的孤立・抑うつ状態・絶望感 自殺企図の既往・家族の自殺・独身・

仕事がない・病気による能力の低下 喪失あるいは拒絶された経験・

子ども時代の両親の喪失 援助の欠如あるいは不足・家族内ストレス・

再燃のくりかえしあるいは慢性化・病気による障害の気づきと将来への悲観

・治療への過度の依存・治療への不信感

「これで終了です。御協力ありがとうございました。」

(資料2) 終末期医療関係者へのアンケートその1

終末期に関わる医療者として、あるいは将来関わるであろう医学生・看護学生として、回答者ご自身の死生観などをお尋ねします。下記のアンケートにお答えください。『終末期医療関係者へのアンケートその1』は、3ヶ月を目途にご回答、ご返送いただければ幸いです。

【回答者のプロフィール】

- Q1 あなたの年齢を教えてください _____歳
- Q2 あなたの性別を教えてください a男 b女
- Q3 あなたの職種、学年または経験年数を教えてください
- a医学生 _____年生
- b看護学生 _____年生
- c看護婦(士) 経験年数 _____年
- d医師 経験年数 _____年
- Q4 看護婦(士)、医師のかたは、所属科を教えてください(複数科担当の場合は主担当科を記入してください)
- _____科
- Q5 特定の宗教を信仰していますか? 差し支えなければ教えてください
- _____

【医療者自身の死生観】

- Q6 はじめて死を感じたのは、誰か亡くなったときですか?
- a祖父・祖母
- b父・母
- c兄弟姉妹
- d親戚
- e隣人
- f友人
- g特に記憶にない
- hその他 _____
- Q7 そのときあなたは何歳でしたか? _____歳
- Q8 子供時代における家での死の話題(複数選択可)
- a オープンに語られた
- b 恐怖感をともなった
- c てきれば聞きたくなかった
- d 死の話題からは遠ざけられていた
- e タブーだった

f 語り合った記憶がない

g その他 _____

Q9 死の最も嫌な面は何ですか？（複数選択可）

a 人生の計画や目的がすべて終わる

b 末期のプロセスが苦しい

c 死後に何が起きるか不安である

d 家族や友人と会えなくなる

e 家族を養えなくなる

f その他 _____

Q10 あなたにとって死とは何ですか？（複数選択可）

a 人生の終わり

b 死後の人生の始まり

c 無

d 永遠の眠り

e 残された人々のところの中に生きる

f 肉体と精神の活動の停止

g 特に考えたことかない

h その他 _____

Q11 最期の言葉は、誰に、何を伝えたいですか？

誰に _____

何を _____

Q12 死に関する自分の考え方に宗教が与えた影響

a 非常に重要

b やや重要

c さほど重要ではない

d ほとんどない

e まったくない

【死後のアフターケア】

Q13 終末期患者が亡くなられた場合、葬儀に出席していますか？

a 出席するようにしている

b 出席したいが、実際に出席したことはない

c 出席する必要はないと思うので出席したことかない

d これまで考えたこともなかった

e その他 _____

Q14 終末期患者が亡くなられた場合、おくやみの手紙などを出していますか？

a1 カ月目, 1年目などに手紙・はがきを出している

b 出そうと思っていたが, 実際に出したことはない

c 出す必要はないと思う

d 考えたこともなかった

e その他 _____

【死の知らせ】

Q15 終末期癌患者の家族に小学校低学年のこともいるとします。あなたが家族の一員だとしたら、患者の死をそのこともどう伝えますか？伝えないとしたらどうしてですか？

Q16 終末期癌患者の家族に軽度痴呆の老人がいるとします。あなたが家族の一員だとしたら、患者の死をその老人にどう伝えますか？伝えないとしたらどうしてですか？

Q17 終末期癌患者の家族にうつ病で入院中の成人がいるとします。あなたが家族の一員だとしたら、患者の死をその人にどう伝えますか？伝えないとしたらどうしてですか？

【安楽死についての意識】

アメリカ合衆国オレゴン州では1997年10月27日に「医師による間接的自殺野助」（有資格医師が末期癌、神経難病、AIDSなどの患者からの依頼により致死量の薬物を処方し、患者がこれを服用することで死に至る。）がオレゴン州尊厳死法として法制化されました。また、オランダでは2000年11月28日に安楽死合法化法案が下院で、2001年4月10日には上院で可決されました。

安楽死」が法制化された場合、あなたの担当の患者が、“癌などの末期で死に直面していて極めて重篤な状態にあり、かつ判断能力は保たれている”とします。

Q18 あなたの担当の患者が「安楽死」を希望し、患者か自分で服用するため、致死量の薬物の処方をもとに処方箋作成についてどう考えますか？

- a いかなる理由にせよ「安楽死」は認められない
 - b 患者の状況によっては認めてよい
 - c どちらともいえない
 - d その他 _____
-

Q19 あなたの担当の患者が「安楽死」を希望し、致死量の注射の施行を求めたとしたら、あなたは注射施行についてどう考えますか？

- a いかなる理由にせよ「安楽死」は認められない
 - b 患者の状況によっては認めてよい
 - c どちらともいえない
 - d その他 _____
-

Q20 あなたの家族が、「安楽死」を希望した場合、あなたは同意しますか？

- a 反対する
 - b どちらかといえば反対する
 - c どちらともいえない
 - d どちらかといえば賛成する
 - e 賛成する
 - f その他 _____
-

Q21 あなた自身か、癌などの末期にあり死に直面したとき、「安楽死」を選択しますか？

- a 「安楽死」は選択しない
 - b 身体的苦痛が著しいときは選択するかもしれない
 - c 精神的苦痛が著しいときは選択するかもしれない
 - d どちらともいえない
 - e その他 _____
-

Q22 我が国では安楽死の要件として名古屋高裁が下記の判決を出しており、安楽死を巡るその後の司法判断の拠り所となっています。

名古屋高裁 昭和 37 年 12 月 22 日判決

- 1 病者が現代医学の知識と技術からみて不治の病に冒され、しかもその死が目前に迫っていること
- 2 病者の苦痛が甚しく、何人も真にこれを見るに忍びない程度のものなること
- 3 もっぱら病者の死苦の緩和の目的でなされたこと
- 4 病者の意識がなお明瞭であって意思を表明できる場合には、本人の真摯な囑託又は承諾のあること
- 5 医師の手によることを本則とし、これにより得ない場合には医師によりえないと首肯するに足る特別な事情があること
- 6 その方法が倫理的にも妥当なものとして容認しうるものなること

この「安楽死の要件」について何かご意見があれば記載してください

【自殺に対する医療者の態度】

Q23 終末期癌患者の自殺についてあなたはどのように考えますか？

- a いかなる理由にせよ、自殺は防かなければならない
- b 判断能力が保たれているのであれば、患者が自殺を選択しても仕方がない
- c 患者の意思を尊重するのであれば、死を選択することも尊厳死のひとつ
- d その他 _____

アンケートにお答えいただきありがとうございます

〔お願い〕 患者ご本人あるいは患者ご家族の自殺未遂事例で、インタビューにご協力いた
たける方がいらっしゃいましたら、ご紹介ください。よろしくお願い申し上げます。

尚、恐れ入りますがプライバシー保護のため、封書にてご連絡下さい。

連絡先 〒010-0874

秋田市千秋久保田町6番6号

秋田県医師会自殺予防対策会議インタビュー係宛

参考、アンケート項目の一部については、近藤裕著「自分の死入門」を引用（一部改
変）させていただきました。

(資料3) 宗教関係者へのアンケート①

宗教者としてのあなたに、死生観、安楽死、自殺などについてのお考えをお尋ねします。
差し支えない範囲でお答えください。

【回答者のプロフィールについて】

- Q1 あなたの年齢を教えてください _____ 歳
Q2 あなたの性別を教えてください 男 女
Q3 あなたの宗教者としての帰属について教えてください
A 神道系 B 仏教系 C キリスト教系 D ユダヤ教系 E イスラム教系
F ヒンズー教系 G 儒教系 H その他 (_____)

【あなた自身の死生観について】

- Q4 はじめて死を感じたのは、誰が亡くなったときですか？
a 祖父・祖母
b 父・母
c 兄弟姉妹
d 親戚
e 隣人
f 友人
g 特に記憶にない
h その他 _____
- Q5 そのたときあなたは何歳でしたか？ _____ 歳
- Q6 子供時代における家での死の話題（複数選択可）
a オープンに語られた
b 恐怖感をともなった
c てきれば聞きたくなかった
d 死の話題からは遠ざけられていた
e タブーだった
f 語り合った記憶がない
g その他
- Q7 死の最も嫌な面は何ですか？（複数選択可）
a 人生の計画や目的がすべて終りになる
b 末期のプロセスが苦しい
c 死後に何が起こるか不安である
d 家族や友人と会えなくなる
e 家族を養えなくなる
-

f その他

Q8 あなたにとって死とは何ですか？（複数選択可）

- a 人生の終り
- b 死後の人生の始まり
- c 無
- d 永遠の眠り
- e 残された人々のところの中に生きる
- f 肉体と精神の活動の停止
- g 特に考えたことかない
- h その他 _____

Q9 最期の言葉は、誰に、何を伝えたいですか？

誰に _____
何を _____

Q10 死に関する自分の考え方に宗教が与えた影響

- a 非常に重要
- b やや重要
- c さほど重要ではない
- d ほとんどない
- e まったくない

【安楽死についてのあなたの考えについて】

アメリカ合衆国オレゴン州では1997年10月27日に「医師による間接的自殺補助」（有資格医師が末期癌、神経難病、AIDSなどの患者からの依頼により致死量の薬物を処方し、患者がこれを服用することで死に至る。）がオレゴン州尊厳死法として法制化されました。また、オランダでは2000年11月28日に安楽死合法化法案が下院で、2001年4月10日には上院で可決されました。

そこで、「安楽死」についてのお考えをうかがいます。

Q11 あなたの信者が「安楽死」を希望しているとしたら、あなたはどのように対処しますか？

- a いかなる理由にせよ「安楽死」は認められない
- b 状況によっては認められる
- c どちらともいえない
- d その他

Q12 あなたの家族が「安楽死」を希望した場合、あなたは同意しますか？
