

表2. 保健師によるBSIDの実施結果

「抑うつ気分」か「興味の減退」のいずれかがみられた例のみを記載.

産業保健実務経験年数: 保健師1=18年, 保健師2=16年, 保健師3=4年, 保健師4=3年

性別: 1=男, 2=女 BSID結果: 1=うつ, 2=非うつ MINI結果: 1=うつ, 2=非うつ

自殺念慮: 1=あり, 2=なし

保健師番号	事例番号	性別	年齢	BSID結果	BSID所要時間(秒)	MINI結果	MINI所要時間(秒)	自殺念慮
1	1	1	50	2	60	2	120	2
1	2	1	32	2	70	1	150	1
1	3	1	50	1		2	142	2
1	4	1	32	2	30	2	101	2
1	5	1	52	1	120	1	116	1
1	6	1	35	1	120	2		2
1	7	1	52	1	120	2	120	2
1	8	1	35	1	60	1	81	2
1	9	1	50	2	40	2	208	2
1	10	1	59	2	60	2	128	2
2	1	1	51	1	60	1	108	2
2	2	1	52	2	60	2	109	2
2	3	1	31	1	60	1	105	2
2	4	1	42	2	60	2	89	2
2	5	1	60	1	60	2	131	2
2	6	1	49	1	180	1	150	2
2	7	1	47	1	240	1	93	1
2	8	1	18	2	120	2	79	2
2	9	1	46	1	40	1	300	2
2	10	1	53	1	120	2	271	2
2	11	1	55	2	90	2	240	2
2	12	1	52	2	180	2	121	2
3	1	1	40	1	300	1	95	2
3	2	1	27	1	90	1	240	1
3	3	1	49	1	60	1	135	2
3	4	1	35	1	120	2	48	2
3	5	1	51	1	130	1	99	2
3	6	1	45	2	120	2		2
3	7	1	35	2	45	1	102	2
3	8	1	52	2	60	2	90	2
3	9	1	50	2	65	2	170	2
3	10	1	23	2	60	1	96	2
3	11	1	37	1	38	1	91	2
3	12	1	38	1	25	1	106	2
3	13	1	53	2	90	2	123	2
3	14	1	48	2	135	2	208	2
3	15	1	22	1	75	1	180	2
3	16	1	59	1	120	2	300	2
3	17	1	24	2	110	2	300	2
3	18	1	30	2	70	2	104	2
3	19	1	51	2	45	2	119	2
3	20	1	54	2	290	2	221	2
3	21	1	30	2	145	2	134	1
4	1	1	50	2	120	2	20	2
4	2	1	38	1	90	1	90	2
4	3	1	28	2	120	2	80	2
4	4	1	56	2	120	2	180	2
4	5	1	29	2	90	2	120	2
4	6	1	34	2	60	2	90	2
4	7	1	33	1	90	1	184	1

4	8	1	58	2	150	2	185	2
4	9	1	59	2	90	2	107	2
4	10	1	55	2	90	2	120	2
4	11	1	45	2	120	2	105	2
4	12	1	59	2	110	2	240	2
4	13	1	25	2	60	2	90	2
4	14	1	38	1	50	1	134	1
4	15	1	45	2		2	111	2
4	16	1	36	1	90	2	146	2
4	17	2	32	1	150	1	157	2
4	18	1	43	2	90	2	133	2
4	19	1	58	2	60	1	163	2
4	20	1	56	2	90	2	189	2

表3. 産業医(産業保健実務経験6年)によるBSIDの実施結果

BSIDを実施した全例を記載.

性別:1=男, 2=女 BSID結果:1=うつ, 2=非うつ MINI結果:1=うつ, 2=非うつ

自殺念慮:1=あり, 2=なし

NO	性別	年齢	BSID結果	BSID所要時間(秒)	MINI結果	MINI所要時間(秒)	自殺念慮
1	1	55	2	20			
2	1	43	2	20			
3	1	37	2	25			
4	1	39	2	22			
5	1	51	2	20			
6	1	51	2	20			
7	1	47	2	35			
8	1	46	2	25			
9	1	53	2	30			
10	1	42	2	28			
11	1	45	2	15			
12	1	35	2	20			
13	1	45	2	25			
14	1	55	1	90	1	120	2
15	1	55	2	15			
16	1	52	2	25			
17	1	53	2	25			
18	1	40	2	20			
19	1	33	1	170	1	130	2
20	1	37	2	15			
21	1	52	2	20			
22	1	36	2	20			
23	1	37	2	20			
24	1	38	2	15			
25	1	56	2	15			
26	1	54	2	15			
27	1	47	2	15			
28	1	51	2	10			
29	1	54	2	15			
30	1	49	2	15			
31	1	42	2	60			
32	1	52	2	30			
33	1	51	2	15			
34	1	52	2	20			
35	1	53	1	55	1	85	2
36	1	37	2	15			
37	1	59	1	35	1	60	2
38	1	54	2	80			
39	1	54	2	20			
40	1	54	2	65			
41	1	34	2	10			
42	1	34	2	20			
43	1	49	2	70			
44	1	52	2	15			
45	1	47	2	45			
46	1	51	2	18			
47	1	50	2	20			
48	1	46	2	16			
49	1	54	2	18			
50	1	53	2	20			
51	1	36	2	35			

52	1	36	2	17			
53	2	37	1	45	1	90	1
54	2	42	2	20			
55	2	54	2	18			
56	1	55	2	15			
57	1	59	2	20			
58	2	36	2	20			
59	2	36	2	15			
60	1	34	2	18			
61	1	29	2	18			
62	2	36	2	17			
63	1	49	2	17			
64	1	47	2	20			
65	1	42	2	15			
66	1	42	2	20			
67	1	24	2	15			
68	1	34	2	13			
69	1	45	2	15			
70	1	35	2	18			
71	1	36	2	20			
72	1	47	2	15			
73	1	59	2	20			
74	1	53	2	15			
75	2	39	2	13			
76	1	48	2	13			
77	1	47	2	15			
78	1	42	2	17			
79	1	48	2	17			
80	1	48	2	12			
81	1	52	2	20			
82	1	49	2	13			
83	1	52	2	25			
84	1	54	2	15			
85	1	50	2	15			
86	1	48	2	15			
87	1	51	2	20			
88	1	47	2	20			
89	1	45	2	20			
90	1	37	2	15			
91	1	52	2	15			
92	1	27	2	15			
93	1	56	2	30			
94	1	53	2	10			
95	1	57	2	17			
96	2	36	2	15			
97	2	30	2	20			
98	1	58	2	18			
99	1	48	2	15			
100	1	47	2	15			
101	1	50	2	18			

表4. BSIDとCES-Dの実施結果の比較

性別：1=男、2=女 CES-D判定：1=うつ、2=非うつ

BSID判定：1=うつ、2=非うつ

番号	性別	年齢	CES-D得点	ES-D判定	BSID判定
1	1	24	3	2	2
2	1	24	4	2	2
3	1	26	22	1	1
4	1	25	1	2	2
5	1	24	19	1	1
6	1	24	4	2	2
7	1	25	2	2	2
8	1	23	8	2	2
9	1	25	6	2	2
10	1	24	5	2	2
11	1	25	4	2	2
12	1	25	14	2	2
13	2	25	10	2	2
14	1	24	9	2	2
15	1	25	5	2	2
16	1	25	11	2	2
17	1	25	7	2	2
18	1	24	2	2	2
19	1	24	17	1	2
20	1	25	23	1	2
21	1	25	20	1	2
22	1	25	1	2	2
23	1	24	17	1	2
24	1	25	13	2	2
25	1	25	7	2	2
26	1	24	4	2	2
27	1	25	19	1	2
28	1	27	14	2	2
29	1	24	5	2	2
30	1	23	8	2	2
31	1	24	4	2	2
32	1	25	16	1	2
33	1	28	3	2	2
34	1	26	5	2	2
35	1	25	6	2	2
36	1	24	7	2	2
37	1	25	6	2	2
38	1	25	10	2	2
39	1	25	6	2	2
40	1	25	7	2	2
41	1	25	4	2	2
42	1	23	2	2	2
43	1	24	12	2	2
44	1	25	5	2	2
45	1	24	18	1	2
46	1	24	3	2	2
47	1	25	9	2	2
48	1	24	3	2	2
49	1	25	13	2	2
50	1	25	4	2	2
51	1	24	12	2	2
52	2	24	0	2	2
53	1	24	3	2	2
54	1	25	7	2	2
55	1	26	14	2	2
56	1	24	3	2	2
57	1	25	9	2	2
58	1	25	2	2	2
59	1	24	22	1	2
60	1	25	14	2	2
61	1	26	5	2	2

番号	性別	年齢	S-D得点	S-D判定	SID判定
62	1	25	6	2	2
63	1	25	18	1	2
64	1	27	6	2	2
65	1	23	4	2	2
66	1	25	15	2	2
67	1	24	12	2	2
68	1	25	5	2	2
69	1	24	4	2	2
70	1	22	32	1	1
71	1	23	5	2	2
72	1	24	7	2	2
73	1	25	4	2	2
74	1	25	6	2	1
75	1	24	38	1	1
76	2	25	14	2	2
77	2	24	3	2	2
78	1	24	6	2	2
79	1	22	14	2	2
80	1	26	5	2	2
81	1	24	8	2	2
82	2	24	18	1	1

表 5. 産業保健スタッフ向け自殺予防対策教育研修プログラム（案）

1. 職場における自殺防止対策の意義と重要性（10分）
 - ・近年の自殺者数（国民全体、年齢層別、労働者、管理職）の動向
 - ・自殺の背景因子
 - ・過労自殺をめぐる問題
 - ・自殺防止対策有識者懇談会報告の考え方
 - ・第10次労働災害防止計画の内容
 2. 自殺防止対策の進め方に関する基本的な考え方（5～10分）
 - ・「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が求める活動と自殺防止対策の関係
 - ・組織、管理体制のあり方
 - ・関係者間の連携の重要性
 3. 自殺の高リスク者の把握と評価（15～20分）
 - ・高リスク者の解説
 - ・うつ病の簡便な構造化面接法の解説（ビデオ、ロールプレイ）
 - ・問題飲酒の評価のポイント
 4. 自殺の高リスク者への対応（20～25分）
 - ・高リスク者への対応法
 - ・希死念慮に関する質問法（ビデオ）
 - ・自殺を打ち明けられた場合の対処法（ビデオ、ロールプレイ）
 - ・職場関係者との連携法
 - ・専門機関への紹介の仕方
 - ・家族との連携法
 5. その他（5分）
 - ・質疑応答
-

1. 職場における自殺防止対策の意義と重要性

1) 近年の自殺者数（国民全体、年齢層別、非雇用者、管理職）の動向

わが国の年間自殺者数は、平成 10 年に急増し、3 万人を突破した。それ以後、5 年連続で 3 万人を超えており、明らかな減少傾向には転じていない。これは過去に例を見ない高率である。年齢層別にみると、20 歳代～50 歳代のいわゆる就労年齢ではいずれも増加をみており、特に 50 歳代、40 歳代で伸びが著しい。被雇用者に限ってみても、国民全体と同様の増加傾向が認められている。管理職については、10 年以上漸増傾向にあるとさえいえる（図 1～4）。

2) 自殺の背景因子

この自殺者数の増加には、経済的な問題、生活苦などが色濃く影を落としていると言われている。その一方で、精神科医等の専門家からは、自殺直前には多くの例で精神健康が損なわれていることを強調する指摘が少なくない。わが国では、自殺に関する研究は数が多くないが、欧米の解剖学的剖検などの手法を用いた調査研究によると、自殺例の大多数に、精神不健康状態がみられていたという（後述）。

3) 過労自殺をめぐる問題

1990 年代後半より、「過労自殺」という言葉がマスコミ等で使用されるようになった。先行して話題になった「過労死」が過度の仕事の負担を主な発症要因とする脳・心臓疾患による死亡であるのに対して、「過労自殺」は、長時間労働をはじめとする職場要因によって、何らかの精神疾患（多くはうつ病）を発症し、そのために結果的に自殺に至った例をさす。

電通事件は、この過労自殺に関して事業者責任（安全配慮義務）が問われた事例であり、最高裁判決では遺族側の主張が全面的に認められた。それ以後も、おたふくソース事件、川崎製鉄水島製鉄所事件など、過労自殺をめぐる訴訟事例が続いた。

4) 自殺防止対策有識者懇談会報告の考え方

上述した自殺者数の急増に対して、厚生労働省はその抑止対策を講じるべく、平成 14 年度 8 回にわたり、自殺防止対策有識者懇談会を開催し、わが国における地域、職域を含めた自殺防止対策のあり方をまとめた。

そこでは、職場が、家族や地域とともに、自殺防止対策を行う場として重要視されており、心の健康問題に関する正しい理解の普及・啓発、うつ病対策などを推進することが重要であると述べられている。また、平成 12 年に公示された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」（メンタルヘルズ指針）に沿って、心の健康づくり計画を策定し、それを推進すること、管理監督者や産業保健スタッフ等の知識、対応技術の向上を図るこ

と、職場復帰の支援体制を検討すること、事業場内外の相談体制を整備することなどの必要性も強調されている。

なお、平成12年に策定された「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」においては、平成22年までに自殺による死亡数を2万2千人に減らすことが、目標として設定されている。

5) 第10次労働災害防止計画の内容

労働災害防止計画は、5年毎に厚生労働省が公示するものであり、その後5年間に国が労働災害防止のため力を入れて取り組み、各事業場にもその推進を求める事項をまとめている。

この中では、労働者の健康確保対策のひとつとして、メンタルヘルス対策が掲げられている。具体的には、メンタルヘルス指針に基づき、事業場の状況を踏まえた適切な計画を作成し、その計画に沿ったメンタルヘルスケアの積極的な推進を図ること、うつ病等の予防対策のための体制の整備や事業場外資源との効果的な連携を進めることなどが重要であると述べられている。自殺予防については、平成13年に作成された「職場における自殺の予防と対応」（職場の自殺予防マニュアル）の周知を図るとともに、相談体制の確保、産業保健と地域保健の関係機関が連携した自殺防止対策を推進することとしている。

6) その他の国による自殺防止対策事業

中央労働災害防止協会は、厚生労働省からの委託を受けて、毎年「働く人の自殺予防に関するセミナー」を全国規模で開催している。

第1章のポイント

- ・わが国の自殺者数の増加は、著しく、平成10年より3万人を超える状態が続いている。この傾向は、労働者（非雇用者、管理職）にも、同様にみられている。
- ・労働者の自殺は、当該職場に多大な影響を与えることは言うまでもないが、最近では事業者責任を問われる例も見られており、その防止対策は企業のリスク管理の面からも重要となっている。
- ・国も職場において自殺予防対策が行われることを求めており、そのための事業も展開されている。

図3. 被雇用者の自殺者数の推移

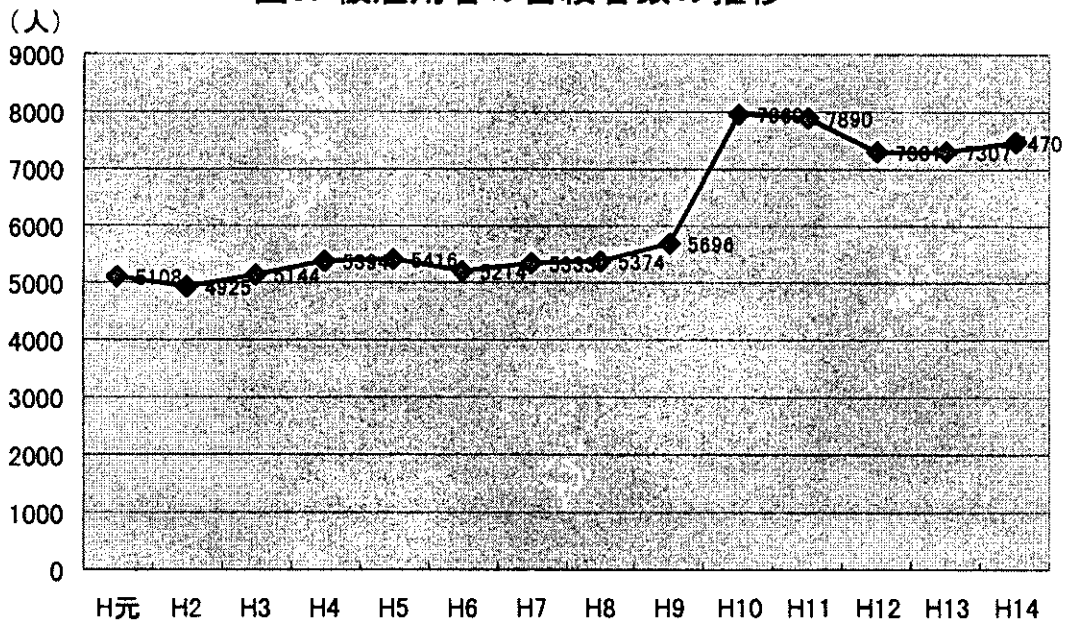


図4. 管理職の自殺者数の年次推移

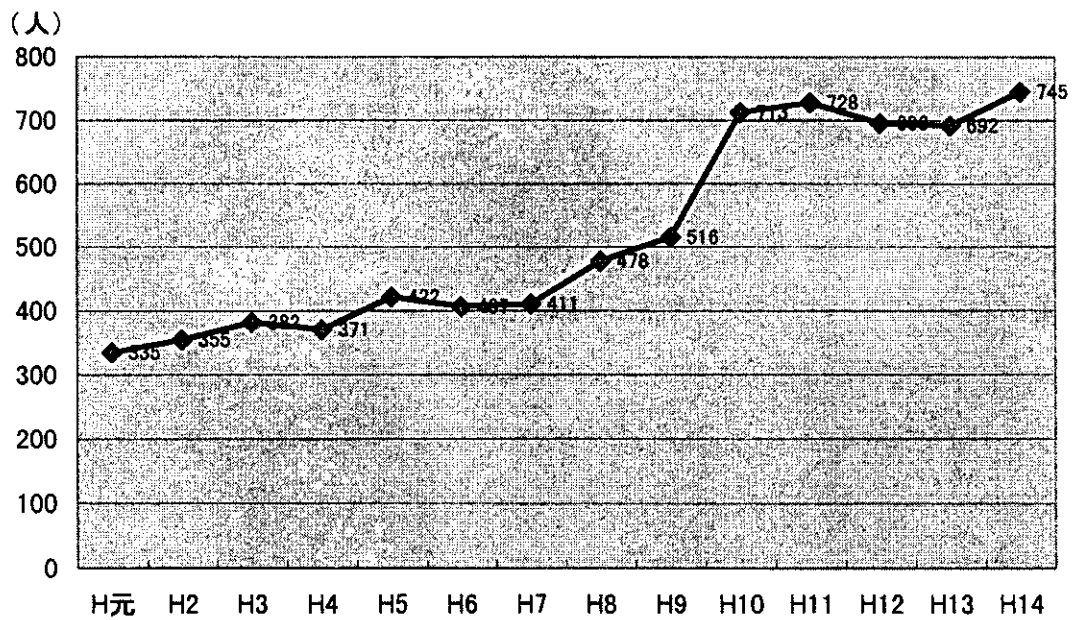


図1. わが国における自殺者数の推移

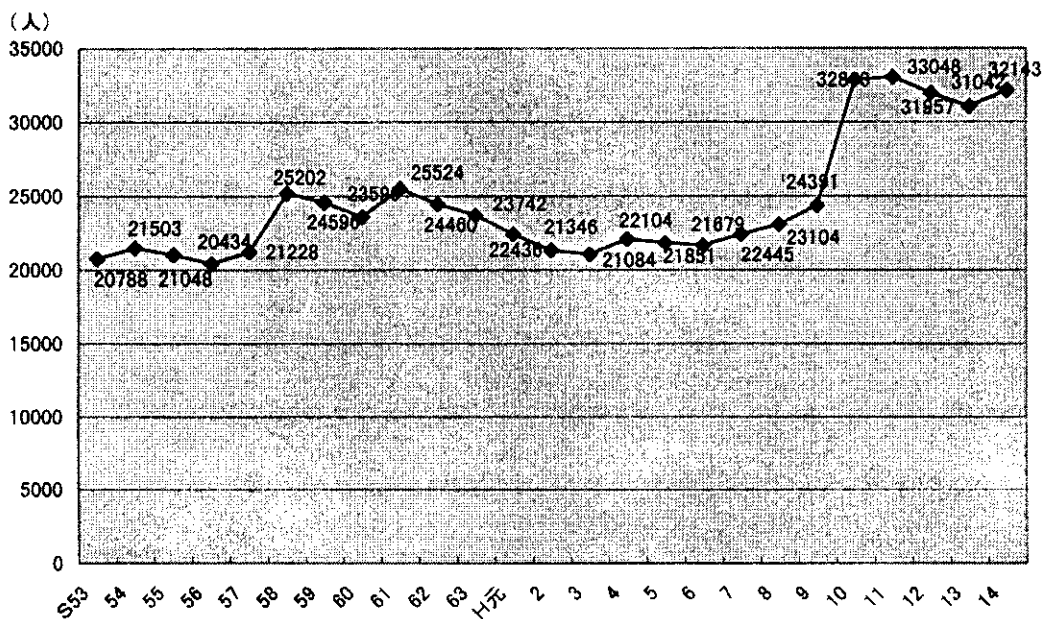
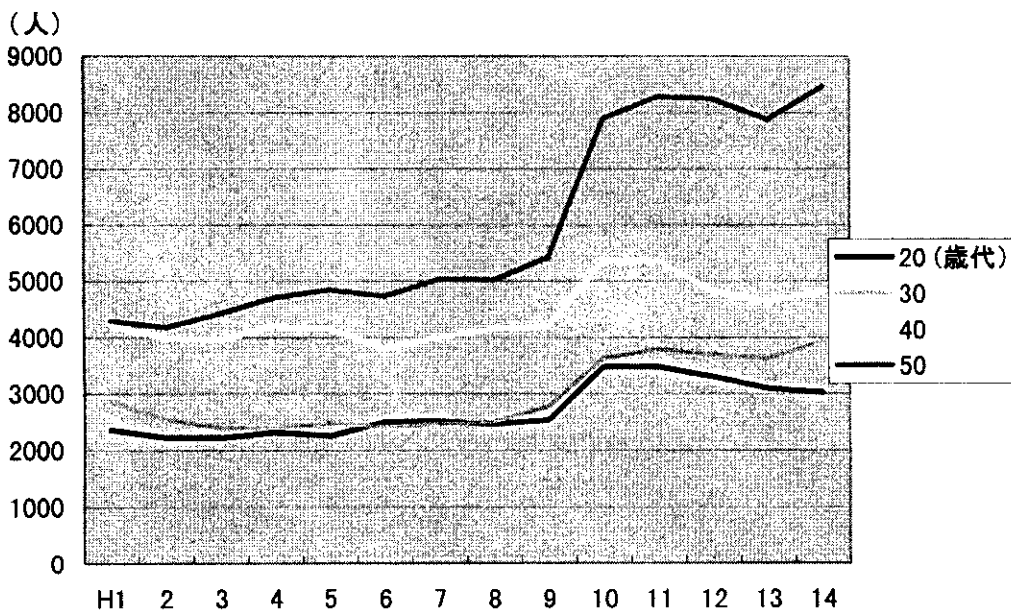


図2. 年齢層別自殺者数の推移



2. 自殺防止対策の進め方に関する基本的な考え方

1) メンタルヘルズ指針が求める活動と自殺防止対策の関係

メンタルヘルズ指針は職場でメンタルヘルズ対策が行われることの重要性とそのあり方を具体的に示したもので、現状を踏まえた中長期的な計画のもとに、事業所全体がオープンな形で取り組むことを求めている。自殺防止対策は、それ単独で実施することはあまり効率的でなく、また関係者の理解、協力も得にくい可能性が高い。したがって、メンタルヘルズ対策の中に組み入れて推進されるのがよいであろう。

例えば、以下のような取り組みが考えられる。

- ・一般労働者のセルフケアのためのリーフレットに、自殺に関連する情報を掲載する。
- ・管理監督者教育に、希死念慮を打ち明けられた場合の対応法を盛り込む。
- ・産業保健スタッフの知識および技術向上のための研修予定に、自殺防止関連の講習会への出席を入れる。

2) 組織、管理体制のあり方

メンタルヘルズ指針は、メンタルヘルズ対策を組織的に推進することも提唱している。産業保健スタッフが職場の中でどのように位置づけられ、どのような健康管理体制が敷かれているかが、メンタルヘルズ対策に重要な意味を持つ。これは、自殺防止対策にもあてはまる。

健康診断結果や健康相談の内容が、周囲に漏洩しないなど、プライバシーが保護されるのは当然のこととして、労働者本人や上司が産業医や看護職などの産業保健スタッフに気軽に相談でき、また産業保健スタッフが職場の諸状況（例えば一部の職場で長時間残業が発生している、組織改革がなされてまだ安定していない、商品のトラブルが発生し、多大な損害が生じたなど）を日頃から掌握できるような体制、仕組みづくりが工夫されるべきである。

3) 関係者間の連携の重要性

産業医をはじめとする産業保健スタッフは、通常職場と外部機関（相談機関、治療機関）との橋渡しという重要な役割を担っている。自殺防止に関しても、自殺の危険が迫っている労働者を適切に専門機関に紹介することなど、中心的な役割の一角を担うことが求められる。

こうした産業保健スタッフの役割は、本人たちが認識するだけでなく、職場に十分に広報される必要がある。

第2章のポイント

- ・職場における自殺防止対策は、メンタルヘルズ対策を推進する中で、その一環として行われるべきである。

・したがって、体制、仕組みづくりや関係者の連携等も、非常に重要である。

3. 自殺の高リスク者の把握と評価

1) 自殺の危険因子とサイン

独身、男性、高齢者、病気、無職、薬物乱用、自殺の家族歴など、いくつかの自殺の危険因子が指摘されている（表 1、表 2）。社会的要因としては、精神科入院歴のある者が特に自殺の危険性が高く、独身（とくに男性）、退職者との関連性の強さも報告されている（表 3）。厚生労働省では、とくに注意すべき自殺の予兆として、これらの危険因子を含めて「自殺予防の十箇条」をまとめている（表 4）。

①孤立、孤独

さまざまな面で援助をしてくれる人を身近に持つことは、自殺行動の緩衝要因となり、逆にその欠如は自殺の危険性を高めることになる。未婚者、離婚者、配偶者と離別している人、近親者の死亡を最近経験している人の自殺率は、結婚し配偶者のいる人の自殺率の約 3 倍である。アルコール症では特に離婚が自殺の直接原因となることが多いとの報告もある。また、家族や集団の中で「疎外感」や「孤独感」を感じている人の自殺率が高いことも報告されている。

②うつ病、うつ状態や他の精神疾患

自殺完遂者の生前の精神状態を調査した多くの研究報告によると、その 80~100%が何らかの精神疾患に罹患していたという。自殺と密接に関連する精神疾患としては、うつ病などの気分障害、統合失調症、人格障害、アルコール症、薬物依存などがあげられる。欧米の報告では、特に、うつ病（60~70%）、薬物依存、統合失調症等が多いと指摘されている（表 5）。精神疾患罹患者の自殺との関連性の強さを一般人口の死亡率と比較すると、ほとんど全ての精神障害が自殺の危険因子となっていたという報告もある（表 6）。また、精神科入院歴は自殺との関連が強いが、退院したばかりの患者は特に自殺の危険が高い。

一般に、うつ病の罹患者では、自殺の危険が高い。重篤なうつ状態では「自殺する元気もない」のであるが、その回復期には活動性が増すため自殺行動がみられることがあり、希死念慮のある場合は特に注意が必要である。再発例、長期化例、他の精神疾患合併例、心気妄想（「自分は癌に違いない」）、罪業妄想（「自分は罪深い人間であり、人に迷惑をかけている」）、貧困妄想（「貧乏でこれから生活していけない」）などの妄想を呈する例は、それ以外の例に比べ、やはり自殺の危険が高い。

WHO の報告によると、うつ病の罹患者率は一般人口において 3~5%と高く、わが国の疫学調査（2002 年度）でも、「15~30 人に 1 人が一生涯のうちうつ病にかかり、そのうちの 4 分の 3 は医療を受けていない」と報告されている。欧州のうつ病の大規模疫学調査の結果でも、うつ病罹患者の 43%が医療機関を受診しておらず、未受診者の 86%は受診

する必要さえないと判断していた。また、受診者のうちの 57%は専門医ではなくプライマリーケア医を受診し、薬物投与を受けた者は 31%で、適切な治療（抗うつ薬の投与）を処方されていたのは、わずか 25%であったという。プライマリーケア医を受診する患者のうちの約 5~10%が大うつ病であるといわれているが、その半数はうつ病と診断されないままである。一部のうつ病患者は精神症状よりも身体症状が主症状として出現することがあるため、一般内科などを受診しやすい。

以上のことから、産業保健スタッフとしては、まずはうつ病・うつ状態に気づく知識・技術を身につけることが望まれ（表 7）、さらにそれに対して適切な対応をしていくことが求められる。うつ病における自殺の危険因子を表 8 に示した。

うつ病に薬物乱用やアルコール依存症が併存すると、自殺の危険は一層高くなる。酩酊状態において自殺企図がなされることも少なくない。アルコール依存症例の自殺は、初期よりも長期経過の末のものが多く、対人関係の葛藤や関係の破綻、様々な喪失体験が高率に認められている。事故死も多く、事故として処理された中にも自殺行動であった可能性もあるものも高率に含まれると考えられている。明らかなアルコール依存症がなくても、徐々に飲酒量が増加する場合は注意が必要である。

統合失調症では、幻聴や妄想に支配されて自殺行動に出ることもあるが、現実的な問題に直面することによるものも多い。抑うつ状態やストレスが契機となる場合も多く、産業保健の場としては、経過、自殺企図歴、精神科入退院歴なども踏まえ、こうした点に注意することにより、ある程度は対策を講じることが可能である。

人格障害では、特に境界性人格障害と反社会性人格障害において、自殺の危険が高いことが指摘されている。自殺企図を繰り返し、致死性の低い手段を取る例も多いが、実際にはそれが自殺の前段階である場合もある。

③困難な問題（職場、家庭、個人の問題など）に直面していること

職場において強いストレスの原因となりやすい出来事としては、大きな病気や怪我、交通事故、労働災害、仕事上の重大なミス、退職の強要などがあげられる。また、職場以外では、離婚や別居、重い病気や怪我や流産、近親者の死亡や怪我、親族に世間的にまずいことをした人が出たこと、多額の財産損失や大きな支出、天災・災害・犯罪に巻き込まれたことなどの出来事が、一般的に強いストレス要因であるといわれている。こうした出来事を経験した労働者は、精神面の健康が脅かされている可能性がある。また、過度の長時間労働が続いている場合も、同様の注意を払いたい。

④自殺に結びつきやすい行動パターン

自殺企図の既往は非常に重要な危険因子である。自殺行動は反復される傾向があり、手首を浅く切った、睡眠薬を 5~6 錠飲んだというような、致死性の低い自殺未遂であっても、「本当に死ぬ気がなかった」とは言えない。これらを長期間経過観察すると、一般人口よりもはるかに自殺する率が高いからである。どのくらい確実に死に至る方法をとったかよりも、本人がどれくらい確信をもって死ぬと考えていたかという点が重要で

あり、自殺未遂の手段を問わず、深刻に受け止めて適切な介入方法をとらなければならない。「自殺を口にする人は本当に自殺したりはしない」という考え方は誤りである。自殺を示唆する言動をみせる者は実際に自殺の危険が高いということを再認識しておきたい。

また、自殺の高リスク者の多くは、早期から自己破壊傾向を認めると言われている。ある日突然自殺に及ぶのではなく、自殺に先立って事故を起こしやすくなる傾向（事故傾性）が繰り返されることが多い。繰り返す事故が意識的に引き起こされていることもあるが、無意識的に自滅行動をとる場合もある。例えば、事故を防ぐ手段をとらなかったり、慢性疾患の治療を怠ったり、突然失踪してしまったり、大博打に出たりすることなどがあげられる。

自殺に結びつきやすい行動パターンをとる者の性格傾向としては、衝動的、依存的、未熟、強迫的、完全癖、孤立、反社会的等が挙げられる。未熟で依存的な性格でありながら、周囲に不満を持ちやすく、故意に相手の怒りを引き出すような敵対型の場合には自殺の危険が高いと指摘されている。また、「100点か0点か」と言った完璧主義のタイプでは、ほんのわずかな失敗でも取り返しの付かない大きな失敗としてとらえやすく、自己の存在の意味さえも失ってしまうことがある。抑うつ的で孤立しやすいタイプでは、対人関係が希薄なため、周囲に本人の悩みや不安が認識されないまま自殺に至る場合もある。非行や犯罪などの反社会的行動と自己破壊的行動は密接に関連しており、抑うつ状態は表面化されていなくても自らの死に結びつく行動をとる場合があり、注意が必要である。

これらとも関連した自殺の直前のサインを表9に掲げる。

⑤自殺を選択した役割モデルの存在

遺伝的要素があるかどうかは結論が出されていないが、同一家系に自殺が多発することがしばしば報告されている。血縁者でなくても、深い絆のあった人、尊敬している人、憧れている人が自殺するという体験をすると、潜在的に自殺の危険の高い人は、非常に大きな精神的打撃を受け、さらに自殺の危険性が高まる。

⑥その他

・性別

我が国の自殺者の男女比は男：女=2.5：1であり、男性に多い。しかし、自殺未遂者では女性の方が男性よりも2~3倍多いということが知られている。また、自殺危険因子には男女差があり、「精神障害」「都会暮らし」「自殺の家族歴」は女性で自殺リスクが高く、「独身」「失業」「低所得」は男性で自殺リスクが高い。また、「2歳未満の子供」がいる女性はリスクが低いという報告もなされている。

・年齢

最近の自殺率の年齢パターンとしては、50~60歳代に小さなピークがあり、その後高齢者ほど自殺率が上がるという傾向がみられる。1998年以降、中高年における自殺率が

顕著に増加しているが、高齢者の自殺率も依然として高い。また、高齢者ではより致死性の高い自殺手段をとる傾向がある。高齢者では、退職、失業、収入の減少、社会的役割の縮小、身体疾患、知人や配偶者の死といった喪失体験やストレスも他の年代よりも多く、深刻である。小さなピークを示した中高年層では、家庭でも職場でも重要な役割を果たすようになるとともに、昇進、転勤、失業、子供の問題、介護など様々なストレスも増えてきているという背景が伺える。身体的にも様々な疾患が出てくる年齢でもある。働き盛りの中高年では、深刻な問題を抱えていたとしても、自分の中に押しさえ込んでしまう傾向が見られ、そうすると、よりサポートが得られにくい状況ができてしまう。

表 1 自殺の危険因子

(1) 孤独、孤立	(ア) 一人暮らし (イ) 未婚、離婚 (ウ) 家族がいない (エ) 集団の中にいるが、人間関係が希薄 (オ) サポートしてくれる人がいない
(2) うつ病、うつ状態や他の精神疾患	(ア) うつ病、うつ状態、精神疾患の既往 (イ) 最近、うつ病、うつ状態になった (ウ) ひどいうつ状態から、少し回復 (エ) うつ状態の時に周囲から励まされた (オ) 喪失体験がある（重要な人の死、重要な役割・機能の喪失） (カ) 薬物依存、アルコール依存
(3) 困難な問題に直面している	(ア) 職場の問題（過重労働、失敗、人間関係等） (イ) 家庭の問題（家族の病気、ローン等） (ウ) 重い病気を患って苦しんできた、家族に負担をかけている
(4) 自殺に結びつきやすい行動パターン	(ア) 自殺を口にする (イ) 自殺未遂、リストカット (ウ) ストレス対処の方法が限られる (エ) ミスや事故を起こしやすい ① 未熟、柔軟性欠如 ② 特定の行動パターン ③ 完璧主義、執着気質、過剰適応
(5) 自殺を選択した役割モデルの存在	(ア) 家族、親戚に自殺者がいる (イ) 尊敬している人が自殺した (ウ) あこがれている人が自殺した
(6) その他	(ア) 自殺の既遂は男性に多いが、未遂は女性に多い (イ) 年齢が高くなると、自殺率が増える

表 2 自殺を示唆するサイン

ポイント

- ・ いずれのサインも、曖昧なものが多い
- ・ 決定的なサインがあるわけではなく、予測することは非常に難しい
- ・ 自殺の可能性が考えられる人の行動上の変化が認められたときには、どのようなものでも直前のサインと見なすべきである
- ・ 自分の家族や職場外の人間からの連絡についても、同様に注意すべきである

1、言葉 に表れる サイン	(ア) 直接的表現	① 「死にたい」「自殺したい」「自殺の方法を教えてください」「生きていくのがいやになった」「来年はもうここにはいないだろう」 ② 自殺に関する文章を書いたり、絵を書いたりする
	(イ) 間接的表現	① 「楽になりたい」「遠くに行きたい」「家出したい」「ここに来るのもこれが最後だろう」「もう、これ以上、耐えられない」
2、行動 に現れる サイン	(ア) 直接的行動	① 自殺の準備をする、計画を立てる ・ 自殺の手段（薬物、刃物、銃、ひも等）を用意する ・ 自殺の場所を下見に行く ・ 自殺に関する書籍を集める ② 自殺未遂をする
	(イ) 間接的行動	① 身の回りの整理をする ② 借りていたものを返す ③ 重要な地位を退く、辞退する ④ 遺書を書く ⑤ 昔の友人、知人に連絡する ⑥ 病気の治療を中断する
3、その他	(ア) アルコール、薬物の乱用 (イ) 引きこもり (ウ) 危険な行動をとる（交通事故、大きなケガ等）	

表 3 自殺企図者の危険因子における寄与危険度

危険因子	寄与危険度* (%)		
	合計 (n=444,297)	男性 (n=287,052)	女性 (n=157,245)
既婚で同居	1.8	1.9	1.0
独身	25.8	26.2	20.6
無職	2.8	3.0	2.1
年金生活者	10.2	7.0	18.8
障害年金受給者	3.2	1.7	6.7
低所得者	8.8	9.3	7.2
病欠欠勤	6.4	6.6	6.2
1年以内の精神科入院歴	24.7	20.1	32.9
過去の精神科入院歴	40.3	33.0	53.6

(Ping ら、2003 年)

*寄与危険度とは罹患率の差であり、危険因子への暴露群がその因子のみによって発症した部分を示す指標。すなわち危険因子への暴露によって、罹患の危険がどれだけ増えたか(絶対効果)を示すものである。

表 4 自殺予防の十箇条

自殺未遂歴	自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応を検討する。
精神疾患の既往	躁うつ病、統合失調症、人格障害、アルコール依存症、薬物依存症。複数の精神疾患に同時に罹患した場合はさらに危険は高まる。
サポートが得られない状況	未婚者、離婚者、配偶者との離別。近親者の死亡を最近体験。
性別	自殺既遂者：男＞女、自殺未遂者：女＞男
年齢	年齢が高くなるとともに、自殺率も上昇する。
喪失体験	経済的損失、地位の失墜、病気や外傷、近親者の死亡、訴訟を起こされる。本人にとっての意味を探る。
自殺の家族歴	近親者に自殺者が存在する。(知人に自殺者を認める)
事故傾性	事故を防ぐのに必要な措置を不注意にもとらない。慢性疾患に対する予防や医学的な助言を無視する。

表 5 既遂自殺の診断比較 (%)

研究者名 (報告年)	躁うつ病	薬物依存	統合失調症	人格障害	診断なし
Robins ら (1959) N=134	45	25	2	-	6
Dorpat ら (1960) N=108	30	27	12	9	0
Barraclough ら (1974) N=100	80	19	3	-	7
Chynoweth ら (1980) N=135	55	34	4	3	11
Rich ら (1986) N=283	44	60	14	5	6
Conwell ら (1991) N=85	55	42	8	18	11
Conwell ら (1996) N=141	47	89	16	-	10

(高橋の表を一部改変)

* 重複診断あり