

予防ではうつ病を早期発見・早期治療によって予防することで自殺を減らそうとする試みがなされている（大野・田中・坂本・根市, 2003; 高橋ら, 1998）。しかし, Fekete et al. (2001)や幸田ら(2002)の結果から示唆されるように, 我が国においては自殺報道においては自殺と精神疾患との関連性が伝えられることは少なく, 自殺の多くが精

神疾患と関連するものであることを知らない国民は多いと考えられる。精神疾患と関連することがわかれば, 自殺は「やむを得ない, 防げない」ものではなく, 「適切な治療によって精神疾患を治すことで防げるものだ」という態度にも通じるかもしれない。自殺に対する態度についても啓発運動の対象とすべきものとする。

表2 単純化された自殺原因(幸田ら, 2002)

項目	件数
いじめ自殺	20
リストラ自殺・借金苦で自殺	13
病苦・介護疲れの自殺	9
告訴中, 警察で事情調査中の人の自殺	8
日の丸問題で学校長の自殺	7

幸田ら(2002)の研究では自殺報道が報道機関や番組によって異なっていることを示しているが, 果たして報道される自殺の件数は実際の自殺件数よりも多いだろうか。

山本(2004)は, 新聞報道の内容と, 実際の事件・事故(交通事故, 火事, 自殺, 殺人)の件数との比較を行った(1998年の下半期を対象とした)。その結果, 自殺は実際の死亡数に比べて, 新聞で報道された文字数は少ないこと, 逆に殺人は実際の死亡数に比べると報道された文字数が多いことがわかった。当事者の年齢層別に見ると, 自殺については10代, 20代は報道されやすく, 30代や60代以上では報道されにくいことがわかった。おそらく10,20代の自殺はニュースバリューがあるために実際よりも報道される量が多くなったのだろう。

また, 山本(2004)では, 報道がリスク認知に及ぼす影響を調べた。交通事故, 火事, 自殺, 殺人の各区分について, 被験者に死亡者数を年齢層別に推測させ(推測値), この値と年齢層別の実数および新聞で報道

された文字数との関連を調べた。その結果, 交通事故, 火事においては推測値と, 実数, 報道された文字数との間には有意な順序相関はなかったが, 自殺と殺人においては, 推測値は新聞で報道された文字数と有意な順序相関を示し, リスク認知に対する報道の影響が示唆された。

交通事故や火事に比べると, 殺人や自殺を身近で経験した人は少ないと考えられる。従って, 直接の見聞によって情報を得る機会よりも, メディアからの報道によって情報を得る機会が, 交通事故や火事に比べて多いと考えられる。そのために, 自殺者数の推測値に, 報道された文字数が有意に関連しているのだと考えることができよう。この研究は模倣自殺との直接の関連を示すわけではないが, 自殺報道が自殺のリスクに関して比較的大きな役割を果たしていることを示していると言えよう。

C-2. ニュース報道以外の情報源からの影響

青少年の自殺行動への影響を考える場合、新聞やテレビの自殺報道だけが唯一の影響源ではない。他にも書籍、ドラマや音楽、インターネットなどが有力な情報源として考えられる。たとえば、「完全自殺マニュアル」(鶴見, 1993)の記載を模倣して自殺に至った例が少なからず存在すると後藤・杉本(1996)は指摘している。また、インターネットには自殺に関するサイトが存在し、そこでの書き込みによって見知らぬ者同士が出会い自殺するといういわゆる「ネット自殺」が話題となったが、炭を燃やして一酸化炭素中毒で死ぬという方法は、香港からインターネット経由で他国に広まったとされている(Chan, Yip & Lee, 2004)。このように、ニュース報道以外の情報源からの影響も強いと考えられるが、学術的な研究となると数少なく、わが国においてはほとんど行われていない。

いくつか研究が行われているのはドラマの影響であり、フィクション作品に描かれた自殺の影響について研究が行われている。たとえば、ドラマの影響についてはHawton et al. (1999)が検討している。Hawton et al. (1999)はイギリスにおいて、解熱鎮痛剤パラセタモール paracetamolの過剰服薬が描かれた *Casualty* というドラマの影響を調べた。ドラマの前後3週間の緊急入院の数について調べ、患者についてのデータも調べた。その結果、過剰服薬は放送のあと1週間で17%増加し、2週間目には9%増加した。パラセタモールの過剰服薬は、それ以外の薬の過剰服薬よりも顕著に増加した。放送を見た後1週間で入院し、データを得た患者は32名いたが、2

割の人が「その番組は過剰服薬しようという決定に影響を与えた」と報告した。ドラマの影響については他にも、Gould & Shaffer (1986), Gould, Shaffer, & Kleinman (1988), Schimidtke & Hafner (1988)などで報告されており、青少年に対する影響も認められている(例: Schimidtke & Hafner, 1988)。

このような結果が出ているものの、フィクションについては、その影響を示す証拠が報道の影響に比べると不足しており、Stack (2000)によるメタ分析の結果でも報道よりは影響力が低く、フィクションについてのガイドラインは現在のところ作成されていない。

このようにフィクションの影響は比較的弱いかもしれないが、いわゆる「ネット自殺」が広く報道された後、自殺をテーマにした映画が相次いで制作されていることは注目に値する(表3)。「心中」がタイトルに入っている映画は大正末期からあり、いわゆる「心中物」は江戸時代まで遡るが、最近の自殺をテーマにした映画は、こういった死を賛美するものとはやや異なるように感じられる。フィクションが青少年の死生観に与える影響は小さくないと考えられる(大高, 2004)。現在までのところ、自殺に関する映画の影響について、日本では特に目立った報告はされていないが、ビデオやDVDが普及し、レンタルで容易に観ることができるようになった今日、ドラマに描かれる自殺や死が、青少年の死生観と自殺行動に及ぼす影響についても検討する必要があるかもしれない。

表3 タイトルに「自殺」や「心中」がつく邦画

タイトル	発表年	タイトル	発表年
「自殺」をタイトルにもつ映画		「心中」をタイトルにもつ映画	
集団自殺ネット	2003	赤目四十八瀧心中未遂	2003
自殺マニュアル	2003	日本心中	2001
自殺マニュアル2 中級編	2003	曾根崎心中	1978
自殺霊	2003	西陣心中	1977
自殺サークル	2002	花心中	1973
自殺への契約書	1958	高校生心中 純愛	1971
		心中天網島	1969
		銀心中	1956
		江戸城心中 前篇	1933
		江戸城心中 後篇	1933

Yahoo! ムービーより情報取得 (<http://moviesearch.yahoo.co.jp/>)

C-3. 介入研究

これまでに述べたように、ニュース報道であれ、フィクションにおける自殺の記述であれ、自殺行動への影響が現れることが示唆されている。Stack (2000) のメタ分析によれば、現実の自殺の報道の方が、フィクションにおける自殺よりも自殺行動を惹起しやすいことが示されており、ガイドラインが作成されている国もある。Gould (2001)によると、オーストラリア、オーストリア、カナダ、ドイツ、日本、ニュージーランド、スイスでガイドラインがあるとされている。これまでに作られたガイドラインは、多くの場合、実証的な妥当性をもっていないが (Gould, 2001)、自殺に関するガイドラインによって報道の仕方が変わった例や自殺の減少にまでつながった例もある。

Etzersdorfer & Sonneck (1998)の研究は、ウィーンの地下鉄における実践例である。ウィーンでは地下鉄の開通以来、自殺が起きていたが、報道がセンセーショナルに報道して以来、急増した。そこ

で、オーストリア自殺防止学会 (Austrian Association for Suicide Prevention) の参加者の臨床的経験だけでなく、その当時入手可能な模倣自殺についての文献、ウィーンの新報の実際の報道を使って、メディアの報道と模倣自殺との関連性の仮説 (表4) を立てた。

上記の仮説を定めた後、1987年半ばからマスメディアに対するキャンペーンがスタートした。ジャーナリストに報道の悪影響の可能性について知らせ、自殺問題を扱う別の方法を提案した。メディアの反応もよく、自殺の報道は控えめになり、ウィーンの地下鉄における自殺の件数は減少した。

スイスでの実践結果は Michel らによって評価されている (Michel, Frey, Wyss, & Valach, 2000)。施行に先立つ8ヶ月間の新聞と雑誌の報道を分析した。ガイドラインの施行後、2回目の分析が行われた。その結果、記事の数自体は増加したものの、記事は有意に短くなっており、一面に載りにくくなってきた。見出し、

写真、本文はセンセーショナルでなくなり、美化されることもなくなった。

日本では、自殺予防学会が報道に関する要望書を1988年に作成しているが、その後の経緯を見る限り実効性はなかったと思われる。また、報道に関するガイドラインを作成すること自体にも異論があ

り、吉田ら(1991)は「アイドル歌手の自殺とその後相次いで発生した未成年者の自殺に関する報道が過剰であったことは確かだとしても、だからといって一般的に自殺の報道を規制すべきであるという根拠は見あたらない」と述べている。

表4 報道と模倣自殺との関連性についての仮説(Etzersdorfer & Sonneck, 1998より作成)

トリガー効果は次の場合より大きくなる

- ・具体的な方法の詳細が報道されることが多い
- ・想像もできなかつたこと(inconceivable)として自殺が報道されることが多い
(例:彼は人生から与えられる限りのものをもっていた)
- ・自殺の動機がロマンティックなものとして報じられることが多い
- ・より単純化がなされる

注目は次の場合より大きくなる

- ・報道が一面でなされる
- ・「自殺」という用語が見出しで使われる
- ・自殺をした人の写真が掲載される
- ・自殺した人の態度が暗黙に美化され望ましいものと記述される
(例:そんな状況では死を選ぶしかなかった)

効果は次の場合より小さくなる

- ・より多くの選択肢が示される
(例:その状況で、援助を求めることができる場所を示す)
- ・危機を乗り越え、自殺という結果に終わらないことがありえることが報告される
- ・読者が、自殺行動や自殺全般に関する背景情報を与えられる
(例:自殺念慮を示す人にどのように接したらよいか)

C-4. 今後の展望

最後に、これまでの研究の国内外での進捗状況をまとめ、今後必要とされる研究の展望としたい(表5)。自殺行動に及ぼす報道の影響を検討するに当たって、取り組むべき課題をメディアの影響の検討、基礎研究、予防への実践の3つに分けた。本来は、メディアの影響の検討を十分検討し、基礎研究の知見もふまえて、予防への実践へ

とつなげるべきであろうが、インターネットの影響などの社会的な変化も早く自殺予防という火急の課題を前に、十分基礎的な知見の蓄積を待つ時間的な余裕が果たしてどれだけあるだろうか。この3課題を並行して行うのが適当であろう。また、この課題に取り組むためには、社会学、心理学、公衆衛生学、教育学など複数の研究領域の専門家が参画する必要があるし、マスコミ

関係者の協力も必要である。

1) メディアの影響の検討

報道の自殺行動に及ぼす影響については、海外では研究が盛んに行われているものの、日本での研究は限定的である。また、1990年後半以降の研究はほとんど行われていない。自殺が急増した1998年や最初の「ネット自殺」後に、自殺報道が後続の自殺発生に何らかの影響を及ぼしたかもしれない。そこでこの時期に焦点を当てた研究が望まれる。

自殺がどのように伝えられているか、ということについても我が国ではあまり研究が行われておらず、内容分析の研究も必要となる。報道の影響を云々するためには後述するように個々のケースに関する記述が欠かせないが、それだけでは不十分であり、全体的な傾向としてどのような報道がなされ、そのどこがどう問題なのかを指摘しなければならない。研究に基づいてガイドラインを作成しなければ説得力があるものとはならない。

青少年への影響を特に考える場合、どれだけ自殺に関する新聞やテレビのニュースが影響を与えるだろうか。内閣府(2002)の「第4回情報化社会と青少年に関する調査」によると、一日の新聞読時間10分未満の人は、12歳から14歳では58.1%、15歳から17歳では58.8%であった。18歳から22歳では43.2%、23歳から30歳では34.0%であり、10歳代では新聞報道の影響は比較的弱いと考えられる。また、テレビのニュースについても、若年ほど視聴時間が短く、一日にテレビのニュースを見る時間が平均10分未満である人の割合は、12歳から14歳では36.5%、15歳から17歳では28.3%で、18歳から22歳では22.6%、23歳から30歳では13.3%であった。このような結果を見ると、青少年(特に10歳代)

では、テレビのニュースや新聞を習慣的に見ている人は比較的少ないと言える(ただし、この結果から中高年と比べて青少年は報道の影響を受けにくいと結論することはできない)。

ところで、10歳代ではテレビの視聴時間が長く、一日の視聴時間が平均2時間を超える人の割合は、12歳から14歳では88.9%、15歳から17歳では82.2%、18歳から22歳では72.5%、23歳から30歳では74.8%であった。したがって、テレビの放送内容が青少年に影響を与える可能性は十分考えられよう。青少年への影響を考えた場合、自殺を描いたフィクションについての研究も必要かもしれない。

青少年への影響が懸念されるものとしてインターネットがある。内閣府(2002)の「第4回情報化社会と青少年に関する調査」によると、調査時点(平成13年11月)で対象となった青少年(12歳から30歳)の57.3%がインターネットを現在使用していると回答しており、利用内容の一位が「個人のホームページを見る」であった。このことは、テレビや新聞というマスメディアとは別に、個人の発した情報によって影響を受ける可能性があることを示唆している。インターネットの影響については「ネット自殺」のような顕著な例もあり、今後検討する必要がある。

報道やフィクションの自殺行動への影響を検討する場合、自殺報道の時期と内容を同定し、その前後の自殺件数を比較することにより、自殺報道が自殺行動に及ぼす影響を検討するという社会学的な研究の仕方がある。自殺行動に影響すると考えられる諸変数を統計的に統制したり、時系列的な分析をすることによって因果関係が推測されるが、実際にどのような人がどのように影響を受けたのかを知るには、個別のケースを丹念に検討するという方法以外にはな

い。そこで、心理学的剖検による検討もあわせて行う必要がある。

2) 基礎研究

模倣効果に関する報告は多数あるが、どのようにして自殺報道がその後の自殺行動を誘発しているのかというメカニズムについてはよくわかっていない。現在、模倣効果の説明としては、行動の伝染 (behavioral

contagion : Gould, 1990) や社会的学習理論 (Bandura, 1977; 江川, 1984) があるが、今後は、自殺行動を、環境 (自殺に関する情報) と人 (自殺に関する情報を追求する人あるいは影響を受けやすい人) の相互作用の結果という点からとらえたモデルの提案とメカニズムに関する研究が必要であろう。

表5 今後の課題

大項目	小項目	コメント
メディアの影響の検討	報道の自殺行動に及ぼす影響	追試研究が必要。自殺急増前後の期間(1997-1999)や、「ネット自殺」後の研究がされていない。
	自殺報道の内容分析	
	映画や音楽などの影響	青少年への潜在的な影響が懸念される。実験研究も必要。
	インターネットの影響	青少年への潜在的な影響が懸念される。
	心理学的剖検による検討	どのように影響したのか、についての実態を知るために個別事例に関する研究も必要。
基礎研究	メカニズムの提案と解明	報道の影響は指摘されているが、どのように影響するかについては十分に検討されていない。
	実験研究	メカニズムを詳細に検討するために、倫理的な許容の範囲内で行う。暴力映像の攻撃行動への影響を調べた研究が参考になる。
	脆弱性研究	どのような人が、どのようなメディア(報道、映画・音楽、インターネットなど)の影響を受けやすいのか、そのようなメディアから情報を得やすいのか、などについての基礎研究も必要。
予防への実践	報道機関に対する調査	メディア自体が報道の及ぼす影響についてどのように認識しているかについて、意識調査も重要。
	ガイドラインの作成	かつて作成されたことがあるが(1988)、実効性に乏しかった。
	介入研究	ガイドラインが未整備な状態で、介入研究は難しい。ガイドライン作りとコンセンサスの形成が必要だろう。
	ドラマの活用による「死の教育」	小・中・高校の授業における実施が可能。

メカニズムを明らかにするためには、実験研究が有効だと思われる。メディアの影響が懸念される問題としては、暴力映像が攻撃行動に及ぼす影響が挙げられる。この問題については、社会心理学において多くの研究が行われている。そこでの研究方法や知見をヒントに、自殺報道やフィクションにおける自殺の記述が自殺行動や自殺念慮に及ぼす影響について調べることが可能であろう（もちろん、倫理的に許される範囲においてである）。

つぎに、情報の受け手に関する研究も必要だろう。すべての人が自殺に関する情報によって一律に影響を受けるわけではなく、影響を受けやすい人や進んで自殺に関する情報を求める人がいると考えられる。特に、インターネットでは、自ら進んで情報を検索し取得する。したがって、情報の発信側だけでなく、受信側に関する研究も必要であると考えられる。

3) 予防への実践

報道機関に対する自殺報道に関する要望を出すためには、ウィーンの地下鉄における自殺報道の場合のように、専門家が集まってこれまでの研究を総括し、基礎的な研究の成果もふまえて行う必要があるように思える。たとえば、報道機関に対する調査を実施することも必要であろう。報道機関自体が、自殺や自殺の報道に関してどのような意識を持っているのか（例：模倣効果についての認識、危険因子としての精神疾患の存在についての認識）、自殺報道の自主規制を行っているか、報道に関して留意している点などについて知っておくことも重要であろう。その上で改善を申し入れるべき点は申し入れる必要があるが、ガイドラインを作成する際、報道の改善によって自殺が減少する可能性を示唆した研究結果を併せて示したい。ガイドラインが単な

る理念ではなく、自殺を減少させるためにエビデンスに基づいて策定されたものであることが大切だと思われる。

ドラマなどのフィクションを題材とした「死の教育」(death education)の可能性も検討したい。最近の報道では、小中高校生の約2割が「死んだ人が生き返る」と信じているというが、この背景には映画やドラマの影響も考えられる(大高, 2004)。たとえば「黄泉がえり」や「いま、会いにゆきます」のような映画が話題になったが、これらの映画が青少年の死生観に影響を与えた可能性も考えられる。日常から抜け出し休息をとる程度の認識で青少年が死を選んでいたり、いのちの重要さを認識していなかったりしたら、報道の規制をするだけでは青少年の自殺対策としては不十分に感じられる。アメリカでは"*Six Feet Under*"というテレビ番組を用いて、大学生を対象に死への態度の変容を検討した研究がある(Schiappa, Gregg & Hewes, 2004), このような取り組みが、フィクションを使った自殺予防として考えられよう。

C-5. まとめ

本報告では、年代を青少年に限定せず、報道以外のマスメディアの影響についても述べてきた。それは、青少年への報道の影響に限定すると研究の数が減少してしまいレビューにならないという実際的な理由もあるが、青少年では新聞やテレビのニュースを見る時間が少ないという理由もある。今後の検討課題を表5のように整理したが、先述したようにこの課題のすべてを検討するためには、複数領域の専門家の協同作業が必要である。中でも特に基礎的な研究が不足しており、エビデンスを重視する意味でも基礎研究の必要性を強調したい。

C-6. 引用文献

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Chan, J.P.M., Yip, P.S.F., Lee, D.T.S. (2004). Internet suicide pacts, and charcoal burning. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/329/7478/1298>
- Coyle, J., MacWhannell, D.(2002). The importance of 'mortality' in the social construction of suicide in Scottish newspapers. *Sociology of Health & Illness*, 6, 689-713.
- 江川 成 (1984). 自殺行為の社会的学習理論的分析. 東京学芸大学紀要 1 部門 35, 1-11.
- Etzersdorfer, E, Sonneck, G. (1998). Preventing suicide by influencing mass-media reporting: The Viennese experience 1980-1996. *Archives Suicide Research*, 4, 67-74.
- Etzersdorfer, E., Sonneck, G., Nagel-Kuess, S. (1992). Newspaper reports and suicide. *New England J Medicine*, 327, 502-503.
- Fekete, S., Schmidtke, A., Takahashi, Y., Etzersdorfer, E., Upanne, M., Osvath, P. (2001). Mass media, cultural attitudes, and suicide: Results of an international comparative study. *Crisis*, 22, 170-172.
- Fishman, G., Weimann, G. (1997). Motives to commit suicide: Statistical versus mass-mediated reality. *Archives Suicide Research*, 3, 199-212.
- Frey, C., Michel, K., Valach, L. (1997). Suicide reporting in Swiss print media: Responsible or irresponsible. *European Journal of Public Health*, 7, 15-19
- 藤井賢一郎・栗栖瑛子 (1990). 青少年の自殺と新聞報道. *社会精神医学*, 13, 133-144.
- 後藤京子・杉本侃 (1996). 自殺に用いられる薬毒物と出版物による影響に関する研究 *民族衛生*, 62, 53-64.
- Gould, M.S. (1990). Suicide clusters and media exposure. In Blumenthal, S.J., & Kupfer, D.J.(Eds.) *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients.* pp.517-532. American Psychiatric Press, Washington D.C.
- Gould, M.S. (2001). Suicide and the media. In Hendin, H., Mann, J.J. (Eds.) *Suicide prevention: Clinical and scientific aspects (Annals of the New York Academy of Science)*, pp.200-224, New York Academy of Sciences, New York.
- Gould, M., Jamieson, P., Romer, D. (2003). Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist*, 46, 1269-1284.
- Gould, M.S., Shaffer, D. (1986). The impact of suicide in television movies: Evidence imitation. *New England J Medicine*, 315, 690-694.
- Gould, M.S., Shaffer, D., Kleinman, M. (1988). The impact of suicide in television movies: Replication and commentary. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 18, 90-99.
- Gould, M.S., Wallenstein, S., Kleinman, M. (1990). Time-space clustering of teenage suicide. *American J Epidemiology*, 131, 71-78.

- Gould, M.S., Wallenstein, S., Kleinman, M.H., O'Carroll, P., Mercy, J. (1990). Suicide clusters: An examination of age-specific effects. *American J Public Health*, 80, 211-212.
- Hassan, R. (1995). Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia. *Australian New Zealand J Psychiatry*, 29, 480-483.
- Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J.J., O'Connor, S., Keen, A., Altman, D.G., Philo, G., Bulstrode, C. (1999). Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self poisoning: time series and questionnaire study. *British Medical J*, 318, 972-977
- 石井健一 (1988). 自殺報道が自殺行動に及ぼす効果の実証的分析. 東京大学新聞研究所紀要, 37, 225-243.
- Ishii, K. (1991). Measuring mutual causation: Effects of suicide news on suicides in Japan. *Social Science Research*, 20, 188-195.
- Jobs, D.A., Berman, A.L., O'Carroll, P.W., Eastgard, S., Knickmeyer, S. (1996). The Kurt Cobain suicide crisis: Perspectives from research, public health, and the news media. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 26, 260-264.
- Jonas, K. (1992). Modeling and suicide: A test of the Werther effect. *British J Social Psychology*, 31, 295-306.
- 幸田るみ子, 大坪天平, 青山洋, 石井由貴, 山田浩樹, 上島国利, 幸田達郎 (2002). わが国のテレビニュースにおける自殺報道の実体調査と分析. *日本社会精神医学会雑誌*, 10, 247-251.
- Michel, K., Frey, C., Wyss, K., Valach, L. (2000). An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis*, 21, 71-79.
- 内閣府 (2002). H13 情報化社会と青少年 第4回情報化社会と青少年に関する調査報告書
(http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/jouhou4/pdf_z/0-1.html より取得)
- 日本自殺予防学会(1987). 要望書—子どもの自殺事件の報道について—. 自殺予防と危機介入, 11, 39
- 大高宏雄 (2004). 「よみがえり」を信じる若者たち. 2004年12月24日 朝日新聞朝刊
- 大野裕・田中江里子・坂本真士・根市恵子 (2003). 青森での地域介入研究の経験と成果. *ストレス科学*, 14, 245-251.
- Phillips, D.P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39, 340-354.
- Phillips, D.P. (1979). Suicide, motor vehicle fatalities, and the mass media: Evidence toward a theory of suggestion. *American J Sociology*, 84, 1150-1174.
- Phillips, D.P., Carstensen, L.L. (1986). Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *New England J Medicine*. 315, 685-689.
- Phillips, D.P., Carstensen, L.L. (1988). The effect of suicide stories on various demographic groups, 1968-1985. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 18, 100-114.
- Phillips, D.P., Paight, D.J. (1987). The impact of televised movies about suicide: A replicative study. *New*

- England J Medicine, 317, 809-811.
- Pirkis, J., Francis, C., Blood, R.W., Burgess, P., Morley, B., Stewart, A., Putnis, P. (2000). Reporting of suicide in the Australian media. *Australian and New Zealand J Psychiatry*, 36, 190-197.
- Schiappa, E., Gregg, P.B., Hewes, D.E. (2004). Can a television series change attitudes about death? A study of college students and six feet under. *Death Studies*, 28, 459-474.
- Schmidtke, A. Häfner, H. (1988). The Werther effect after television films: New evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 18, 665-676.
- Schmidtke, A., Schaller, S. (2000). Chapter 39 The role of mass media in suicide prevention. In Hawton, K., van Heeringen, K., (Eds.) *The international handbook of suicide and attempted suicide*, pp.675-697, John Wiley and Sons,.
- Stack, S. (1983). The effect of the Jonestown suicides on American suicide rates. *J Social Psychology*, 119, 145-146.
- Stack, S. (1991). Social correlates of suicide by age: Media impacts. In Leenaars, A.A. (Ed.), *Life span perspectives of suicide: Time-lines in the suicide process*. (pp. 187-213). Plenum Press, New York.
- Stack, S. (1996). The effect of the media on suicide: Evidence from Japan, 1955-1985. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 26, 132-142.
- Stack, S. (2000). Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, 81, 957-971.
- 高橋邦明・内藤明彦・森田昌宏・須賀良一・小熊隆夫・小泉毅 (1998). 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動：老年期うつ病を中心に. *精神神経学雑誌*, 100, 469-485.
- 鶴見濟 (1993). *完全自殺マニュアル*. 太田出版, 東京.
- 山本明 (2004). マスメディア報道がリスク認知および被害者像に及ぼす影響に関する探索的検討. *社会心理学研究*, 20, 152-164.
- 吉田浩二・望月吉勝・福山裕三 (1987). 自殺死亡に関する新聞報道について—警察および人口動態統計との比較. *日本公衆衛生学会誌*, 34, 755-761.
- 吉田浩二・望月吉勝・福山裕三 (1989). 北海道における未成年者の自殺に対する報道の影響に関する一考察. *日本公衆衛生学会誌*, 36, 370-374.
- 吉田浩二・望月吉勝・福山裕三 (1991). 未成年自殺の集積性—報道および遂行時期との関連. *日本公衆衛生学会誌*, 38, 324-332.
- D. 健康危険情報
なし
- E. 研究発表
なし
- F. 私的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)
なし

平成 16 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）
「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」
分担研究報告書

成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究

分担研究者 川上憲人（岡山大学大学院医歯学総合研究科・教授）
研究協力者 近藤恭子（岡山大学大学院医歯学総合研究科・客員研究員）
柳田公佑（ゆうクリニック・理事長）
古川壽亮（名古屋市立大学大学院医学研究科・教授）

1) 自殺および自殺念慮の実態と動向：2003 年には 2002 年までにくらべて 35～45 歳の自殺率が増加していた。2003 年には東北地方、福井県、長崎県などで 1998-2000 年にくらべ 10% 以上増加していた。一方大都市圏では同時期におおむね 5% 以上の自殺率の低下が見られた。地域住民における過去 12 ヶ月間の自殺念慮の頻度は精神的健康度の低い女性で有意に多かった。有意ではないが男女とも自営業で自殺念慮が高い傾向にあった。

2) 地域の自殺対策の類型とニーズ：地域の自殺予防対策の文献レビューからは①うつ病の早期発見を推進する「うつ病対策型」、②住民参加により心の健康に関する理解とネットワークづくりを進める「地域づくり型」の 2 つの類型が確認された。事業場における自殺予防対策に関するこれまでの研究からは、事業場では「うつ病対策型」の活動が推進されていることが明らかとなったが、中小規模事業場や自営業での対策は後手に回っていた。地域と中小企業・自営業での自殺予防対策とをどう連携させるかについて可能性を検討した。岡山市の地域住民のニーズ調査からは、周囲のうつ病への気づきと対応、自分のうつ病への気づきとストレス対処に関する講習会を望む者が多く、自殺に関連した話題にはニーズが低かった。うつ病・自殺予防のための市民向け講習会参加者における理解度は、うつ病、ストレスに高く、自殺に関しては相対的に低かった。

3) うつ病・自殺予防対策のためのスクリーニングツール：K6/K10 調査票の妥当性を検討した。K6/K10 調査票は気分・不安障害に対して CES-D と同等のスクリーニング効率（感度、特異度）を示し、過去 12 ヶ月の自殺関連行動を発見する上でも有用であることが示された。また同調査票は回答しやすいという評価を得た。厚生労働省「うつ対策推進方策マニュアル」のうつスクリーニング調査票とともに、K6/K10 は地域・職場での気分・不安障害のスクリーニング調査票として活用できると思われた。

A. はじめに

平成 16 年度研究では大きく 3 つの研究課題を取り上げた。第 1 に、成人期の自殺予防対策の立案のためには、成人期の自殺および自殺未遂の実態の分析が必要である。1998 年に中高年男性の自殺率が増加して以降、自殺率はやや減少したが再度 2003 年には増加した。この時期の成人期（20-64 歳）における自殺の年齢別の変動、都道府県別の傾向を把握する。また成人期における自殺念慮の実態および関連要因（基本的属性、就労状況、収入、健康状態等）を解析し、自殺念慮にどのような社会的要因が関連しているかを検討した。

第 2 に、成人期の自殺予防を推進する上でどのようなニーズが地域住民にあり、現在まで自殺予防対策はどのような方略を用いて自殺予防を推進しているのか整理することが必要である。この

ために、(1) 地域におけるこれまでの自殺予防対策の文献レビューを行い、地域における自殺予防対策を類型化した。また (2) 自殺予防に関する住民ニーズの把握を、うつ病・自殺予防対策講演会受講者および一般住民を対象に実施した。

(3) 事業場における自殺予防対策のこれまでの研究を整理した。これらから特に地域と職域の連携による自殺予防対策のあり方を検討した。

第 3 に、成人期の自殺防止を推進する上で効果的なスクリーニングツールとして、科学的根拠があり著作権フリーのうつ病・不安障害の評価法・スクリーニング調査票の開発に着手した。特にうつ病・不安障害のスクリーニング調査票（K6/K10）の信頼性・妥当性の検討を行った。また、抑うつ尺度が必ずしも自殺行動の予測に鋭敏でないという先行研究の指摘を踏まえて、うつ病スクリーニング項目がどの程度自殺および自殺関連行動

を予測できるかについても合わせて検討した。

本分担研究では、こうした研究実績を蓄積し、3年間の研究における最終成果物として以下を公表することで、厚生労働省「うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村のためにー」の実施を具体的に推進することを目指している。

- 1) 自殺予防・うつ対策のための住民向け教育用資料
- 2) 地域保健スタッフが現場で使用可能なうつ病・不安障害の評価法・スクリーニング調査票
- 3) 自治体向け事業場との連携による自殺予防マニュアル
- 4) 男女別の成人期の自殺予防・うつ対策パンフレット

B. 対象と方法

1. 成人期の自殺および自殺念慮の実態の分析

1) 成人期(20-64歳)における自殺の実態、年次推移、最新の都道府県別パターン

平成17年2月の時点で、厚生労働省人口動態統計は2003年までが公表されている(2004年については月報で1~9月分まで公表)。このため、今年度は自殺が増加した1998年から2003年までの6年間に注目して年齢別および地域別の自殺の推移を検討することとした。性、年齢別自殺率を1999年から2003年までの5年間比較し、特に2002、2003年の自殺率の変化を観察した。地域別データとしては、都道府県(大都市圏の再掲を含む)別の粗自殺率のデータが人口動態統計で公表されているため、これを1998~2003年まで比較することとした。1998~2000年までの3年間の平均自殺率を100として、2001、2002、2003年の3年間の自殺率がいくつになるかを指標で表した。特に2003年の自殺率が10%以上増加した地域に注目することとした。なお2000年を除いて、都道府県別・性・年齢別の自殺率のデータが公表されていないため、今回の地域比較は男女・全年齢を一括した自殺率によっている。

2) 成人期における自殺念慮の実態および関連要因

(1) 調査対象

本研究のために、平成14、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)によって以前に収集された2つの調査データベースを使用した。これらは岡山県岡山市および玉野市において実施された面接調査である。

岡山県岡山市は人口66万人の指令指定都市である。調査対象者は、20歳以上住民から選挙人名簿を利用して無作為に抽出された。調査依頼状を対象者に送付し、訓練を受けた調査員が自宅を訪問して調査への参加を依頼した。調査参加に同意

した対象者に対して、自宅あるいは岡山大学に設置した調査センターで面接調査を実施した。調査に同意した対象者からはインフォームドコンセントを書面で得た。本調査は岡山大学医学部研究倫理審査委員会で調査計画の審査を受け、その助言に基づいて修正し、承認されている。調査対象者として選択された1607名のうち、調査時点で死亡、転居、入院・入所していた者184名、知的機能障害で面接不能の者15名の合計199名は対象外とした。連絡とれなかった者は80名、拒否は397名であった。完全に面接が実施できたのは925名であった。調査への回答率は完全に面接が実施できた者を分子に、調査対象者からこれらの対象外の者を除外した人数を分母として計算し、65.7%であった。一方、岡山県玉野市は人口69,893人、面積103.58km²。瀬戸内海岸にあり、岡山市内からは車で1時間。三井造船、玉野けいりんなどで有名である。老年人口23%と、高齢化が進んでいる。調査対象者は同市に居住する20歳以上の一般市民とし、住民台帳から701名を無作為に抽出した。岡山市と同様の手順で調査を実施し、平成16年3月時点で面接実施349件、調査不能270件、対象外82件の結果となった。全調査対象者701件から対象外82件をのぞいた調査対象該当者619件に対する回答率は56.4%であった。今回は岡山市と玉野市の回答者合計1274名(925+349名)のデータを解析した。

(2) 調査方法

面接調査には、世界精神保健(WMH)調査票のコンピュータ(CAPI)版を使用した。専用のコンピュータソフトウェアが、所定の質問を決められた手順に従って調査員の持参したパソコンの画面に表示し、調査員はこれを対象者に対して読み上げ、回答をキー入力した。約30名の調査員が調査にあたった。調査員の訓練は、米国で公式なトレーニングを受けたトレーナー(川上、岩田)とその補助員が実施した。訓練は5日間で、調査の概要、調査手順、WMH調査票の使用法、模擬面接などから構成された。面接では、自殺行動として、「自殺を真剣に考えた」、「自殺を計画した」、「自殺を試みた」の3つの行動について経験を質問した。自殺に対する偏見を考慮して、この質問に際しては回答者用小冊子に印刷された記号をふった対応する文章を見せ、記号を示して回答してもらった(例、「経験Aはありましたか」)。自殺を計画したと、自殺を試みたの2つについては、自殺を真剣に考えた者に対してのみ質問した。それぞれの自殺行動について、過去12ヶ月間にあった頻度を求めた。過去12ヶ月間の自殺の計画と自殺未遂は例数が少なかったため今回は解析に使用しなかった。

一方、面接調査において対象者の性別、年齢、

学歴、収入、就労状況、主観的な身体的健康度および精神的健康度をたずねた。学歴は、0-11年(高卒未満)、12年(高卒)、13-15年(短大・専門学校)、16年以上(大卒)の4つに区分した。収入については世帯全体の収入をたずねて合計し、これを4つに区分した。また世帯収入を世帯人数で除した家族1人あたり収入を計算し、これも4つに区分した。就労状況については、被用者、自営業、失業中、無職(退職・主婦)、学生、無職(健康上の理由)の別をたずねた。その他の回答、回答拒否、不明は「その他」として一括した。主観的な身体健康度と精神健康度はそれぞれ5段階でたずね、これを良好と不良の2群に区分した。これらの要因別に過去12ヶ月間の自殺念慮の頻度を比較した(χ^2 乗検定)。

2. 自殺予防推進のためのニーズの把握と対策のあり方の検討

1) 地域における自殺予防戦略の文献レビュー

2003~2004年にかけていくつかの邦文雑誌にて国内の地域における自殺予防事業が報告されている。これらの論文を収集し、自殺予防のための地域での活動事項を整理し、地域ごとの共通点と差異を比較した。また中高年の自殺予防対策において重要と思われる事業場との連携についても実施できているかどうか注目して検討した。

2) 自殺予防に関する住民ニーズの調査

(1) うつ病・自殺予防講座を受診した住民に対する意見調査

平成16年冬に岡山市が市民を対象として開催したうつ病・自殺予防講座を受講した市民約90名に対して無記名式の調査票で講座への感想を記入し提出してもらった。74名(82%)から調査票を回収し、うつ病、自殺、ストレスに関する講義のわかりやすさと、自由記入意見を分析した。

(2) 住民に対するニーズ調査

岡山市20歳以上住民から選挙人名簿を利用して無作為に500名の対象者を選び、無記名式の調査票を郵送し、調査に参加同意の得られた者に記入、返送してもらった。最終的に180名(回収率36%)の一般住民から回答を得た。調査票では、うつ病、自殺、ストレスについて今後地域の講習会などで学びたいと思っていることを用意した選択肢からいくつでも選んでもらった。

3) 事業場における自殺防止対策のこれまでの研究成果

これまでに厚生労働省委託研究費報告書(2002)および厚生労働科学研究費労働安全衛生総合研究費報告書(2003-2004)を参考に、事業場にお

ける自殺防止対策のこれまでの研究成果を要約し、特に地域における自殺予防対策との連携のあり方を検討した。

3. 成人期の自殺防止推進のためのツール開発

科学的根拠があり著作権フリーのうつ病・不安障害の評価法・スクリーニング調査票の開発のために、今回は平成14年度厚生労働科学特別研究で作成されたK6/K10質問票日本語版(Kessler et al. 2002; 古川ら, 2003)をとりあげた。K6は6項目の、K10はK6の項目を含み合計10項目の質問票であり、気分・不安障害のスクリーニングを目的として開発されている。その質問項目は以下のようである。

<K6/K10 質問票>

過去30日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。

1. 理由もなく疲れ切ったように感じましたか。(K10)
2. 神経過敏に感じましたか。(K6/K10)
3. どうしても落ち着けないくらいに、神経過敏に感じましたか。(K10)
4. 絶望的だと感じましたか。(K6/K10)
5. そわそわ、落ち着かなく感じましたか。(K6/K10)
6. じっと座ってられないほど、落ち着かなく感じましたか。(K10)
7. ゆううつに感じましたか。(K10)
8. 気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか。(K6/K10)
9. 何をするのも骨折りだと感じましたか。(K6/K10)
10. 自分は価値のない人間だと感じましたか。(K6/K10)

回答選択肢は「1. 全くない」(0点)、「2. 少しだけ」(1点)、「3. ときどき」(2点)、「4. たいして」(3点)、「5. いつも」(4点)の5段階で回答を求めて採点し、6項目(K6)ないし10項目(K10)の合計得点を計算する。

K6では得点は0~24点、K10では得点は0点~40点の範囲であり、高得点ほど気分・不安障害の可能性が高い。

平成14年度厚生労働科学特別研究費報告書では、気分・不安障害の頻度が10%の集団にK6/K10を施行したとするなら、この計算法でK6が9点以上、K10が15点以上の群には50%の確率で気分・不安障害が認められるとされている。

K6は、カナダ Community Health Survey 2000/2001 (130,000人)、米国 National Health

Interview Survey 1997 以降(1 調査あたり約 106,000 人)、K10 は豪州 National Survey of Mental Health and Well-being (1997) および Australian Bureau of Statistics National Health Survey (2001) で国の調査における精神健康あるいは心理的ストレス反応の指標として用いられている。

1) うつ病・不安障害のスクリーニング調査票 (K6/K10) の信頼性・妥当性の検討

(1) 一般地域住民と精神科外来患者を対象とした K6/K10 の妥当性の検討

DSM-IV による気分障害・不安障害の診断基準を満たす精神科医療機関受診外来患者および岡山市一般住民に対して K6/K10 を実施し、回答を比較することで K6/K10 の妥当性を検証する。

精神科外来患者調査については、岡山市内の 2 か所の精神科医療機関の外来を受診した患者のうち DSM-IV 気分障害または不安障害の診断基準を調査時点現在満たす者を対象者として選定し、K6/K10 調査票、厚生労働省「うつ対策推進方策マニュアル」に収載のうつスクリーニング調査票 (大野ら, 2002 のうつスクリーニング項目をもとに作成されたもの)、疫学研究用うつ病スクリーニング調査票 (CES-D) の 3 つの調査票を含む無記名式の患者用調査票を渡して記入してもらった。

一般住民調査については、岡山市 20 歳以上住民から選挙人名簿を利用して無作為に 500 名の対象者を選び、患者用と同様に K6/K10 調査票を含む無記名式の一般住民用調査票を郵送し、調査に参加同意の得られた者から調査票に記入、返送してもらった。また一般住民用調査票では、今回とりあげた 3 つの調査票それぞれについて記入しやすかったかどうかを合わせて質問した。

なおうつ対策推進方策マニュアルうつスクリーニング調査票とは、下記のような質問票である。

<うつ対策推進方策マニュアル調査票>

最近 2 週間のあなたのご様子についておうかがいします。次の質問を読んで「はい」「いいえ」のうち、あてはまる数字に○印をつけてください。

1. 毎日の生活に充実感がない
2. これまで楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった
3. 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる
4. 自分が役に立つ人間だと思えない
5. わけもなく疲れたような感じがする

「はい」「いいえ」で回答し、2 つ以上「はい」

のある場合にうつの可能性ありとする。マニュアル収載の原本ではさらにこれらが 2 週間以上持続しかつ生活に支障があるかどうかを合わせてたずねて判断の参考にするように記載されているが今回は省略している。

出典：厚生労働省：うつ対策推進方策マニュアル 都道府県・市町村職員のために、2004: 55

最終的に 18 名の気分・不安障害の診断基準を満たす精神科外来患者および 180 名 (回収率 36%) の一般住民から回答を得た。18 名の患者の性別は男性 10 名、女性 8 名、平均年齢は 47.9 (標準偏差 12.9) 歳であった。一般住民回答者の性別は男性 61 名、女性 108 名、不明 11 名で、年齢の記入のあった 171 名の平均年齢は 56.9 (標準偏差 17.5) 歳であった。

K6/K10 の得点を計算し、気分障害および不安障害をスクリーニングする場合の ROC 曲線、最適カットオフ値、感度、特異度を算出する。本研究計画は岡山大学大学院医歯学総合研究科疫学研究倫理審査委員会において審査を受け承認されている。

(2) 地域住民を対象とした面接調査における K6/K10 の妥当性の検討

平成 14 年度厚生労働科学研究費特別研究の地域調査データベース(1664 名)を使用して、K6 および K10 調査票のスクリーニング効率を検討した。この調査では、全対象者からランダムに抽出された 477 名の対象者 (Part II 面接対象者) に対して K6 および K10 が施行された。本研究では、対象者のうち DSM-IV 診断にて気分障害 (大うつ病、気分変調性障害) または不安障害 (パニック障害、広場恐怖、全般性不安障害、外傷後ストレス障害、社会恐怖) と過去 30 日間に診断された者を症例として、K6/K10 がこれをスクリーニングする場合の感度、特異度、ROC 曲線を求めた。気分障害として他に躁うつ病、軽そう病、不安障害として特定の恐怖症が調査されているが、前者は K6/K10 の対象とする疾患でないこと、後者はその症状の程度が軽症と想定されることから今回は取り上げなかった。また同様に過去 12 ヶ月間の自殺念慮 (自殺を真剣に考えた)、自殺の計画、自殺未遂を対象としてスクリーニングすると仮定した場合の感度、特異度、ROC 曲線を求めた。

2) 自殺行動の予測に鋭敏なうつ病スクリーニング項目の検討

(1) Zung 自己評価式抑うつ尺度と自殺発生

ある電気関連メーカーの事業場を対象とした質問票調査 (ベースライン調査) に回答した 5557

人を5年間追跡した。その間、自殺者10人(男性9人、女性1人)を同定した。女性の自殺者が少なく解析が困難なため、今回は解析を男性回答者に限定した。ベースラインの質問票のうちZung自己評価式抑うつ尺度の20項目すべてに記入もれなかった男性は4,240名おり、うち8名が自殺者であった。自殺者と非自殺者の間で、Zung自己評価式抑うつ尺度の個々の項目の得点およびZung SDS得点を比較した(t検定あるいはU検定)。

(2) CES-D自己評価式抑うつ尺度と自殺発生

職業性ストレスと健康コホート研究では全国9つの企業または事業場を調査の対象とし、それぞれ研究者がベースラインおよび追跡調査の実施を担当した。5つの事業場では従業員全員を対象とした。1つの事業場では管理職のみを対象とした。2つの事業場では一定期間の健康診断受診者を対象とした。残り1つの事業場では35歳以上の男性人間ドック受診者を対象とした。ベースライン調査の実施時期は1996年4月～1998年5月である。調査対象者全員からインフォームドコンセントを得た。また調査票データは個人IDと分離して通し番号をつけてデータ入力後保管された。個人IDと通し番号との対照表は各事業場の産業医が原則として管理することとした。なお本研究は岐阜大学医学部研究倫理審査委員会において承認されている。

本研究ではこのベースライン回答者のうち、追跡調査が実施されたサイト8、9の男性対象者のうち、ベースライン調査で必要な項目に回答した5,863名を対象とした。このうち追跡期間中に6名の自殺者が発生した。この自殺者6名と非自殺者5,857名との間でベースライン調査の回答を比較した。ベースライン調査では、抑うつはCES-D日本語版によって評価した。また神経症傾向についてEysenckのEPQ-R短縮版によって測定した。また社会的に望ましい態度のとりやすさを10項目の尺度で調査した。この尺度はCrowne & Marlowe (1960)のSocial Desirability Scaleの項目から北村、鈴木(1986)が因子分析などにより10項目を抽出して作成した短縮版である。

ベースライン質問票のうちこれらの項目すべてに記入もれなかった男性は5,863名おり、うち6名が平均5年間の追跡期間中に自殺した。自殺者と非自殺者の間でCES-D尺度の合計得点と個々の項目得点および神経症、社会的望ましさを得点を比較した(t検定あるいはU検定)。

C. 結果

1. 成人期の自殺および自殺未遂の実態の分析

1) 成人期(20-64歳)における自殺の実態、年次

推移、最新の都道府県別パターン

1998年の自殺増加から2003年までの成人期の年齢別自殺率の推移をみると、2003年には男性の自殺率のうち、特に35～49歳の自殺率が増加していた(図1)。女性ではこの期間に自殺率の大きな変動はなかった。

47都道府県およびいくつかの大都市圏について1998年から2003年までの粗自殺率の推移では、東北地方(青森、山形、岩手、秋田県)の他、福井県、長崎県、北九州市などで2003年に1998-2000年期にくらべて10%以上自殺率が増加していた(表1-1)。また自殺率は中程度であるが、宮城、福島、群馬、山梨、石川、岐阜県でも10%程度の自殺率の増加が認められた。自殺率は低いながら10%以上自殺率が増加した地域として滋賀県、仙台市があげられる。一方、1998年に自殺率が急増した大都市圏(東京、横浜、名古屋、大阪など)では5～9%程度自殺率が低下する傾向がみられた(表1-2)。これらのパターンを表1-3に一覧表にまとめた。都道府県別、性別、年齢別自殺率の情報が得られないためこれらの都道府県のどの年齢層で自殺が増加したのかは不明である。

2) 成人期における自殺念慮の実態および関連要因の解析

年齢は35～44、45～54歳の中高年に自殺念慮の頻度が高かった(表2)。自殺念慮の頻度に性差はなかった。男性では学歴が短大・専門学校卒、低収入の者でやや自殺念慮が多かったが有意ではなかった。就労状況別では、自殺念慮は、被用者、自営業、失業者に多い傾向がみられた。しかし男性では失業者で自殺念慮のあった者は0、女性では1名(7%)と男女差がみられた。しかし失業者の人数がすくないためさらに調査を追加する必要がある。女性では、主観的な精神健康度が低い者で有意に自殺念慮の頻度が高かった。男性では有意ではないがこれと逆に精神健康度の高い者で自殺念慮が多い傾向がみられた。

2. 自殺予防推進のためのニーズの把握と対策のあり方の検討

1) 地域における自殺予防対策の文献レビュー

文献から得られた地域における自殺予防・うつ病対策の活動領域を表3に一覧表にまとめた。秋田県藤里町、同由利町、青森県鶴田町などのように住民向けの啓発・教育に力点を置いている市町村と、青森県名川町、鹿児島県伊集院地区他のようにうつ病のスクリーニングを中心としている市町村に大きくわかれるように思われた。いずれの市町村でも住民への啓発・教育はほぼ必ず実施されている項目であり、またこうした相違は一次

予防と二次予防のいずれに力点をおいているか、あるいはポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの差異のように記述されている。しかしながら前者の市町村では住民の自主的組織が形成され、住民主導での情報の普及や人的ネットワークづくりがすすめられている点が特徴的である。むしろこれら2つのグループの自殺予防活動の差は、住民参加を促す「地域づくり型」と主にうつ病の早期発見に力点を置く「うつ病対策型」に区分できると思われる。なお事業場との連携を実施している市町村はなかった。しかしながら、青森県では事業場向けのアンケート調査が実施される予定であり、また秋田県でも事業場の自殺予防活動への参加を呼びかけるなど、地域から職域に向けてのアプローチはいくつか見られた。しかしながら後者では事業場の関心があまりなく連携はすすんでいないとのことだった。

2) 自殺予防に関する住民ニーズの調査

(1) うつ病・自殺予防講座を受診した住民に対する意見調査

うつ病、自殺、ストレスとのつきあい方、ストレスの解消法に関する理解はいずれも良好であり、「よくわかった」「まあまあわかった」がほとんどであったが、うつ病への理解がもっとも良く、ついでストレスへのつきあい方、解消法と続き、自殺に関する理解は比較するとやや低かった(資料は紙面のため割愛した)。

(2) 住民に対するニーズ調査

住民に対するうつ病・自殺対策の今後のニーズについてたずねた調査では、「家族や友人がうつ病になった時、気づける方法」、「うつ病の人への対応の仕方・注意点」といった周囲の者のうつ病への気づきや対処、「ストレスに強くなる方法」、「自分がうつ病になった時、気づける方法」の自分自身の心の健康の予防と早期発見について講演会を希望する者が多かった(図2)。直接自殺に関連した話題については講演会を希望する者が比較的少なかった。このニーズの傾向には男女差、年齢差はほとんどなかった(表4)。うつ病の最新の治療法について女性が、うつ病で病院にかかる時の心構えに高齢者が関心を示していた。

3) 事業場における自殺予防のこれまでの研究成果

(1) 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針

今日のわが国の事業場のメンタルヘルスクエアは、2000年8月に労働省(現厚生労働省)から出された「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」に基づいて実施されている。こ

の指針では、事業者がメンタルヘルスを重要と考え、これに積極的に取り組むという方針を表明し、事業場のメンタルヘルスクエアを計画的に実施することを求めている。また、事業場としての優先項目を考慮して心の健康づくり計画を策定し、実施し、評価・改善することで、事業場のメンタルヘルスクエアをしだいに充実したものに育ててゆくことができる。またこの指針では、メンタルヘルスクエアについて労働者、管理監督者、産業保健スタッフ等(産業医、産業看護職、衛生管理者あるいは臨床心理職など)および事業場外の専門機関が行うべき役割を「4つのケア」としてまとめ、これをできるところから推進することを求めている。

(2) 職場における自殺予防対策の考え方

廣(2002)は、職場でメンタルヘルス対策に従事している専属産業医、心理職、衛生管理者、職場との関わりが長い精神科医の4グループで、(a)現在職場において実施されている自殺予防対策および間接的に自殺予防に寄与していると考えられる諸活動の内容、(b)現在の資源を活用することで今後実施可能な自殺予防対策の内容と課題について2~2.5時間の話題提供および討論の場をもち、その結果、「自殺予防対策は、メンタルヘルス対策の枠組みの中で取り組むのが職場でも受け入れられやすく、活動を広げやすい」と結論している(廣2002, pp. 55-63)。このように、労働者の自殺予防対策は、事業場における一般的な心の健康づくりの推進の中で対応できる部分がかかなりあると考えられる。一方で、自殺発生後の対応など、自殺に特化した対策も重要であることが指摘されている。このため、労働者の自殺予防対策、事業場における一般的な心の健康づくりの推進と、自殺に特化した対策の2つに区分して整理することが理解しやすいと考えられる。

(3) 一般的な心の健康づくりの充実を通じた自殺予防対策

自殺事例の検討やこれまでの自殺事例の研究からは、自殺の半数から2/3以上がうつ病あるいはうつ状態にあったと推測されている(廣2002, pp. 55-63)。しかしながら、このうち医療機関を受診する者は1/3程度と少ないことも知られている。またアルコール問題や大量飲酒が自殺リスクと関係していることも知られている。自殺のうち事業場における一般的な心の健康づくりの中での自殺予防は、うつ状態・うつ病、あるいはアルコール問題への対応が中心となると思われる。

うつ状態の予防のためには、これまで職場環境等の改善によるストレスの軽減を通じて抑うつが減少すること、また教育・研修や保健指導など

によって個人のストレス対処の向上をはかることで抑うつ症状を減少できることが報告されている。自殺予防のためのうつ状態の予防アプローチは、集団全体としての平均的なうつ状態の軽減を目指すポピュレーションアプローチと、うつ状態になった者に対するハイリスクアプローチの両方があり得るが、軽症のうつ状態は時間とともにかなり変動することから、この対策はポピュレーションアプローチととらえる方がより適切であると思われる。

一方、自殺のハイリスク群であるうつ病やアルコール依存症の者に対しては、これを早期に発見し、必要な相談対応を行うことが次のステップとなる。特に、自殺既遂者の中に未受診のうつ病者が多くみられることから、うつ病への職場上司や同僚による早期の気づきと相談対応、必要な場合には専門的な治療への紹介というメンタルヘルス相談体制が確立されることが効果的な自殺予防につながると期待される。

産業保健スタッフが事業場内にいる場合には、産業保健スタッフ、特に産業医や保健師・看護師が医療職として最初にうつ病者の相談に対応することが多い。この時点で、産業医やその他の産業保健スタッフが従業員のうつ病の評価や、自殺リスクの評価ができ、これに基づいて専門家への紹介などの適切な対応ができることで、自殺を予防することが可能になると思われる。現時点では、産業医の多くはうつ病の診断や自殺リスクの評価について十分な知識や技術をもっているとはいえない。しかし簡便なマニュアルの作成や効果的な教育・研修の方法を準備することで、産業医や場合によっては保健師・看護師でもこうした役割を担うことができる可能性はあると思われる。

産業保健スタッフが従業員のうつ病や自殺のリスクを評価できた後、従業員を円滑に紹介できる信頼できる医療機関を確保しておく必要がある。また自殺事例のうち1/3程度がすでにうつ病などの精神障害で治療中であったことを考慮すると、治療を担当する医療機関と産業保健スタッフとの連携も自殺予防の上で重要であると思われる。

(4) 自殺に特化した対策

一方、自殺予防に特化した対策としては、自殺発生後の対応、自殺未遂者に対するケア、自殺に関する教育・啓発があげられる。自殺発生後の対応は、身近に自殺を経験した上司や同僚に対する心のケアと、いわゆる連鎖自殺の防止の両方が重要であると思われる。しかし自殺に対する偏見や情報の隠蔽がごく一般的である事業場の現状で、どのように自殺発生後の対応を実施するかは大きな課題である。自殺未遂者のケアについては、

再度の自殺企図の防止のために、産業保健スタッフが可能な自殺リスクの評価、治療や追跡支援の内容、期間などについて一定のガイドラインが提案される必要がある。これらについては本号の廣らによる記述を参照のこと。さらに、自殺に関する教育や啓発が効果的であったとする学校や地域を対象とした研究報告がなされている点から、自殺に関する教育・啓発も自殺予防に特化した対策としてあげられる。

(5) 中小企業における自殺予防対策

これまでの中小企業における心の健康づくりあるいは自殺予防対策は、1000人以上の規模の事業場に比べると実施されている頻度が低いことが報告されている(川上ら, 2002)。また中小企業ほど母集団が少なく自殺の発生数が少ない。例えば川上らの2002年の全国調査では、50人以上規模事業場では1年間に25社で1社に自殺発生、しかし49人未満規模の事業場では過去1年間に自殺が発生した事業場はゼロであった。事業場における別に行われた心の健康づくりのニーズ調査では、心の健康づくりに期待するものは「明るい職場づくり」であり、「自殺の予防」はニーズのうちでは頻度が少なかった(調査対象の8%) (鳥沢他, 1998)。この傾向は自殺が増加した後の調査でも同様である(川上ら, 2002)。

3. 成人期の自殺防止推進のためのツール開発

1) うつ病・不安障害のスクリーニング調査票(K6/K10)の信頼性・妥当性の検討

(1) 一般地域住民および精神科外来患者を対象としたK6/K10の妥当性の検討

①気分・不安障害のスクリーニング効率

調査に回答した一般住民のうち、それぞれの尺度に全問回答した者は、K10は173名(96%)、K6は176名(98%)、うつ対処マニュアル調査票には175名(97%)、CES-Dに154名(86%)であった。クロンバック α 係数はK10は0.911、K6は0.849、うつ対処マニュアル調査票は0.772、CES-Dは0.860といずれも調査票も高かった。

一般住民回答者におけるK6およびK10の尺度得点の分布を図3に示す。また各尺度の平均点を示す(表5)。米国NHISでは、過去30日間に強い心理的ストレスを感じている者としてK6の各項目を0-4点とし、合計点が13点以上の者の割合を報告している。これによれば1997-2004年までの強い心理的ストレスを感じている者は3%弱で推移している。

<http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhis/released200409.htm#13>。今回の一般住民を対象とした質問票調査ではK6が13点以上の者は2.3%であり米国の数値よりも低かった。

ROC 曲線によるスクリーニング効率では、気分・不安障害を合わせた場合に、K6, K10, CES-D はほぼ同等のスクリーニング効率を示し、うつ対処マニュアル調査票のスクリーニング効率はこれとくらべるとやや低かった(図4-1)。気分障害のみに限定した場合には、いずれの調査票も同等のスクリーニング効率を示した(図4-2)。不安障害についてはK6, K10, CES-D がほぼ同等のスクリーニング効率を示し、うつ対処マニュアル調査票のスクリーニング効率はこれとくらべるとやや低かった(図4-3)。

ベストカットオフ点を求め、これによる感度と特異度を計算した(表6)。K6のベストカットオフ点はこのデータからは5点であり、その際の感度と特異度はCES-D(16点以上)とほぼ同等であった。K10のベストカットオフ点は10点であり、この場合にも感度と特異度はCES-D(16点以上)と同等であった。K6, K10について古川ら(2003)のカットオフ点を適応したところ、感度は低下したが、事後確率(陽性反応的中率)は増加した。

②調査票の記入しやすさ

調査票の記入しやすさでは、うつ対策マニュアル調査票、K6/K10調査票が記入しやすいと評価されていた(図5)。CES-D調査票はこれとくらべると記入しにくいとする者が多かった。自由記入からみると、項目数の多さ、逆転項目の存在が記入しにくさの主な理由だった。

(2) 地域住民を対象とした面接調査におけるK6/K10の妥当性の検討

表7に対象者のK6/K10得点の男女別平均得点を示した。K6は、気分障害、不安障害およびこのいずれか、さらに自殺行動をスクリーニングすると仮定した場合にROC曲線の下面積(AUC)が1に近く大きく、良好なスクリーニング効率を示した(図6)。K6の最適カットオフ点は5点であり、この場合の感度および特異度は、気分障害、不安障害およびこのいずれかに対しておおよそ75~80%と通常のスクリーニング検査と同等の水準を示した(表8)。また自殺行動に対しては人数が少ないもののさらに高い感度、特異度が示された。K10についてもROC曲線の下面積(AUC)が1に近く大きく、良好なスクリーニング効率を示したがその程度はK6とほぼ同等であった(図7)。K10の最適カットオフ点は7点であり、この場合の感度および特異度は、気分障害、不安障害および自殺行動に対して75~90%と高い水準を示した(表9)。

以上のK6/K10に関するスクリーニング効率には大きな男女差はなかった。

2) 自殺行動の予測に鋭敏なうつ病スクリーニング項目の検討

(1) Zung自己評価式抑うつ尺度と自殺発生

Zung自己評価式抑うつ尺度のいずれの項目も自殺発生を有意に予測しなかった。いくつかの項目では自殺者の方が得点が低いことも観察されたが、有意ではなかった。

(2) CES-D自己評価式抑うつ尺度と自殺発生

CES-D尺度得点および項目得点のいずれも自殺発生を有意に予測しなかった。自殺者の方が社会的望ましさの得点が高い傾向にあった($p=0.06$)。

D. 考察

1. 成人期の自殺および自殺未遂の実態の分析

2003年の自殺率の再度増加においては、男性自殺率のピーク年齢である50~59歳より若年層の35~49歳の中老年男性の自殺率が増加したことが明らかとなった。男性自殺率の若年化はわが国の自殺増加要因がより広範な年齢層に影響を及ぼし始めている可能性とも考えられる。男性中老年に対する自殺予防対策の重要性が示唆される。

地域別では大都市圏で自殺率の低下がみられる一方で、自殺効率県である東北地方(青森、山形、岩手、秋田県)、さらに福井県、長崎県などで10%以上自殺率が増加していた。また宮城、福島、群馬、山梨、石川、岐阜県でも10%程度の自殺率の増加が認められた。この理由は明らかではないが、もし自殺増加の要因が景気変動や失業率であるならば、社会経済的な改善傾向が早い大都市でまず自殺率が改善し、一方地方では景気回復の影響が実効性を持つのが遅く、その中でいまだ自殺が増加するという事態が続いているのかもしれない。今後、都道府県別に性別、年齢別自殺率を把握し、どの年齢層で自殺が増加しているのか詳細に監視することが必要である。

岡山県における2市の住民調査では、自殺念慮は35~44, 45~54歳の中老年に頻度が高かった。これは男性の自殺率のパターンと一致しているが、特徴的なのは自殺念慮の年齢分布には男女差がない点である。同様に中老年での自殺念慮が増加していながら、男性でのみ自殺率にこの年齢パターンが反映されている理由について検討が必要である。また予想に反して、自殺念慮と学歴、収入との間には強い関連性は認められなかった。地域相関研究では自殺の高率地域で平均収入が低い傾向が認められているが、個人レベルでは必ずしも収入の影響は直接的でないのかもしれない。むしろ平均収入が低い地域の特性(将来の地域の発展性など)が自殺に影響を与えているとも考えられる。有意ではないが自殺念慮は被用者、自営業、失業者に多く、自殺と就労との関係が強

いことが示唆された。特に自営業者では男女とも自殺念慮の頻度がやや高い傾向にあり、今後の自殺予防対策のターゲットとして重要と考える。一方、失業と自殺念慮の関係については人数も少なく、また結果も男女で傾向が異なるなど本調査では明確な結論をい出すことができなかつた。さらに調査を追加する必要がある。

2. 自殺予防推進のためのニーズの把握と対策のあり方の検討

地域における自殺予防対策のレビューでは、地域における自殺予防対策に「うつ病対策型」と「地域づくり型」の2つの類型があることが確認された。これはすでに大山、坂下(2004)、本橋(2003)、渡邊、大野ら(2004)によっても指摘されている。この2つの類型は相互に相反するものではなく、むしろ相補的な関係にあると考える。しかし地域特性に応じていずれか効果的な対策を選択する上では理解しやすい区分である。例えばうつ病の早期発見と精神科医への紹介がうまくできないほど地域における精神科医療機関の資源が少ない場合には「地域づくり型」の方がよりよく機能するだろうし、地域づくりのための基盤となる住民組織・ネットワークが弱い大都市圏では「うつ病対策」型が主体となるのは合理的な選択のように思われる。

一方、事業場における自殺予防対策はむしろ「うつ病対策」型を基本として推進されている。しかしこの戦略は大規模事業場では有効に機能している事例が多いが、中小規模事業場ではそのニーズが大規模事業場とは異なるため、必ずしもうまく適応できていない。また、本分担研究で有意ではないものの自殺念慮の頻度がたかつた自営業者においては、「うつ病対策」モデルは導入も困難であり機能しないと考えられる。中小規模事業場や自営業においては「地域づくり型」の自殺予防対策の方が有効である可能性が考えられる。そのためには「地域づくり」の基盤となる人的組織があり、活動を積極的に推進するキーパーソンが必要となる。中小規模事業場や自営業では、例えば各県の自営業者互助組合、中小規模事業場同業者組合などを母体として、地域の中小規模事業場の事業者、自営業者を対象として普及啓発、エンパワメント、活動への参加などを進めてゆくことが考えられる。

一方、別の側面からのアプローチとして、事業場の従業員の家族は地域保健の対象となることが多いため、家族に対してその家族での労働者の心の健康を考えたり不調のサインを早くに気づいたりする方法を提供することも考えられる。

自殺予防に関する住民ニーズの調査からは、自殺に対する理解は、うつ病やストレスに対する理

解よりもゆっくりしかすすまないことが示唆された。

むしろ地域住民のニーズは、家族や友人がうつ病になった際の気づき方、うつ病の人への対応の仕方・留意点、よい医療機関の見分け方にあり、自分自身のうつ病への気づきや自殺の防止以上に周囲の者への気づき・対応について知識を求める声が多かつた。このニーズのパターンには性差、年齢差がほとんどみられなかつた。今後の地域でのうつ病・自殺防止対策ではこうした側面により重点を置いた知識や技術の提供が効果的かもしれない。ただし、この調査を実施したのは全国でも自殺率の低い地域である岡山市であり、このことが調査結果に影響している可能性はある。例えば、自分の地域での自殺の実態について知りたいという者の割合は最低であつたが、これも自殺率低率地域のためかもしれない。

3. 成人期の自殺防止推進のためのツール開発

本研究では、科学的根拠があり著作権フリーのうつ病・不安障害の評価法・スクリーニング調査票としてK6/K10調査票の妥当性を再検討した。その結果、精神科外来患者を対象とした検討で、気分・不安障害のスクリーニングにおいてK6/K10が高い効率を示すことが確認された。また地域住民を対象とした面接調査におけるK6/K10の妥当性の検討からも同様の結果が得られた。K6/K10は過去12ヶ月間の自殺行動のスクリーニングとしても高い効率を示すことがわかつた。K6/K10調査票とうつ対策推進方策マニュアルのうつスクリーニング調査票はともに9割以上の住民から記入しやすいと評価されていた。以上からK6/K10は地域における効果的な気分障害・不安障害のスクリーニング調査票として使用可能であると結論できる。

K6の最適カットオフ点は0-24点の5点以上と考えられた。一方K10の最適カットオフ点は0-40点中の7点(地域住民面接調査)、10点(精神科外来患者)と調査によって異なる結果になつた。これは精神科外来患者調査の方が地域住民面接調査よりも重症な疾患を含んでいるためと推測される。10点をカットオフ点とした場合にはより重症な気分・不安障害の発見効率が高くなるが、軽症の疾患を見落とす可能性も大きくなる。スクリーニングの目的などを考慮してカットオフ点を選択することになる。

なお精神科外来患者を対象としたK6/K10の妥当性検討では、非疾患群(noncase)として一般住民に対する調査の回答者を使用した。これまでの地域住民における精神障害の頻度からは、回答者中に気分・不安障害の者が数%程度いると推測される。このため本研究で求めた特異度はいくぶ

ん過小評価になっている可能性がある。一方、精神科外来患者調査では診断閾値前後の者があまりいないと推測されるので、感度や特異度が過大に評価されたり、診断閾値前後の者が多いと推測される一般集団にそのまま結果を適応できない可能性もある。しかしこの点については、地域住民を対象とした面接調査データによる妥当性検討でも K6/K10 の感度、特異度が十分に高いことが確認されたことから問題は少ないと考える。

うつ対策推進方策マニュアルのうつスクリーニング調査票は K6/K10 に比べてやや特異度が低く、また不安障害についてはスクリーニング効率は明らかに低かった。しかしこれは、今回の調査ではこの調査票の後の注意書き（2週間以上の持続と生活への支障）は煩瑣なため使用しなかった。これらの要素を加えれば、特異度はさらに上昇することは容易に推測できる。またこの調査票はもともとうつ病のスクリーニングのために作成されており、不安障害のスクリーニングは意図していない。不安障害に対するスクリーニング効率が低いことは当然とも言える。しかしうつ病も不安障害もいずれも自殺には関連の深い疾患であり、不安障害を合わせてスクリーニングできる点は K6/K10 の利点と言ってよいであろう。以上から、地域で使用できるうつ病・不安障害のスクリーニング調査票が開発できた。

一方、Zung 自己評価式抑うつ尺度も CES-D 調査票も、男性労働者の自殺発生を有意に予測することができなかった。いくつかの項目では自殺者の方がかえって症状が少なく、また自殺者は社会的に望ましい態度をとる傾向が観察された。これまでの労働者のコホート研究では、自己記入式尺度で抑うつ状態と判定された労働者の自殺死亡リスクが 9.95 倍との結果も報告されている (Tamakoshi et al. 1999)。しかしながら本研究の結果からは、抑うつ尺度は必ずしも将来の自殺を予測することができない可能性が示唆される。この原因の一部は、社会的に望ましい規範的な行動をとる者が自殺しやすいため、本人の症状などが調査票において過小評価されてしまうためである可能性がある。

E. 結論

1) 自殺および自殺念慮の実態と動向：2003 年には 2002 年までにくらべて 35~45 歳の自殺率が増加していた。2003 年には東北地方、福井県、長崎県などで 1998-2000 年にくらべ 10%以上増加していた。一方大都市圏では同時期におおむね 5%以上の自殺率の低下が見られた。地域住民における過去 12 ヶ月間の自殺念慮の頻度は女性で精神的健康度の低さと有意に関連し、男性では低収入と弱い関連が認められた。同じく有意ではな

いが男女とも自営業で自殺念慮が高い傾向にあった。

2) 地域の自殺対策の類型とニーズ：地域の自殺予防対策の文献レビューからは①うつ病の早期発見を推進する「うつ病対策型」、②住民参加により心の健康に関する理解とネットワークづくりを進める「地域づくり型」の 2つの類型が確認された。事業場における自殺予防対策に関するこれまでの研究からは、事業場では「うつ病対策型」の活動が推進されていることが明らかとなったが、中小規模事業場や自営業での対策は後手に回っていた。地域と中小企業・自営業での自殺予防対策とをどう連携させるかについて可能性を検討した。岡山市の地域住民のニーズ調査からは、周囲のうつ病への気づきと対応、自分のうつ病への気づきとストレス対処に関する講習会を望む者が多く、自殺に関連した話題にはニーズが低かった。うつ病・自殺予防のための市民向け講習会参加者における理解度は、うつ病、ストレスに高く、自殺に関しては相対的に低かった。

3) うつ病・自殺予防対策のためのスクリーニングツール：K6/K10 調査票の信頼性および妥当性を検討した。K6/K10 調査票は気分・不安障害に対して CES-D と同等のスクリーニング効率（感度、特異度）を示し、過去 12 ヶ月の自殺関連行動を発見する上でも有用であることが示された。また同調査票は回答しやすいという評価を得た。厚生労働省「うつ対策推進方策マニュアル」のうつスクリーニング調査票とともに、K6/K10 は地域・職場での気分・不安障害のスクリーニング調査票として活用できると思われた。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 川上憲人、堤 明純、小林由佳、島津明人. 事業場の自殺予防対策の立案とその評価. 産業ストレス研究 2004; 11: 141-147.
- 2) 川上憲人、廣 尚典、高橋祥友、永田頌史. 職場における心のケアと自殺予防. 季刊社会保障研究 2004; 40: 26-35.
- 3) 川上憲人. コラム 自殺の統計. 保健師ジャーナル 2004; 60:1161-1163.
- 4) 川上憲人. わが国における自殺の現状とその防止策. クリニカルプラクティス 2005; 24: 44-48.

2. 学会発表