

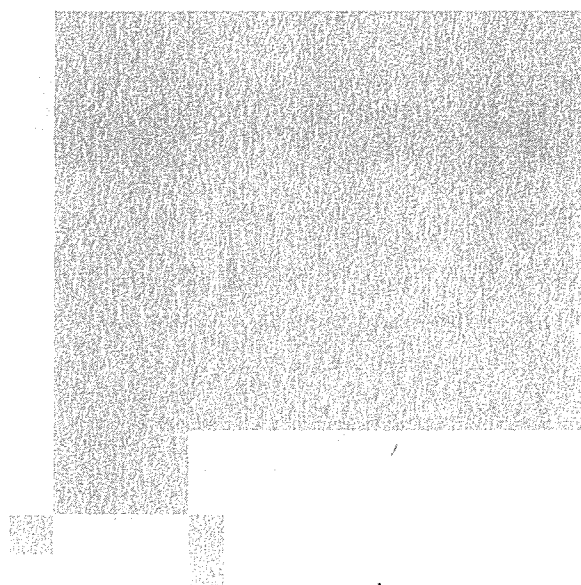
200632008A

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

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 北井曉子



平成19(2007)年3月

〈表紙説明〉

自殺予防総合対策センターのホームページに使われている「いきる」のロゴマークをデザインした。この＊印は生きるのに必要な何かを表している。それは人によって、またその時々によって違うであろう。

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

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 北井 暁子

平成19(2007)年3月

目 次

I. 総括研究報告

- 自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究……………1
北井 暁子

II. 分担研究報告

1. 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究

- 1) 症例・対照研究による自殺関連要因の分析……………7
川上 憲人, 竹島 正, 高橋 祥友, 井上 快, 土屋 政雄, 高崎 洋介,
鈴木 越治, 大塚 泰正, 近藤 恭子, 廣川 空美, 勝又陽太郎, 渡邊 直樹
- 2) パイロットスタディにおける自殺と精神障害の関係についての検討……………27
高橋 祥友
- 3) ケーススタディおよびライフチャートを用いた自殺に至るまでのプロセスの把握と
具体的介入方法の検討……………41
竹島 正, 勝又陽太郎, 松本 俊彦, 高橋 祥友, 渡邊 直樹, 清田 晃生

<分担研究協力報告>

- 遺族ケアのあり方に関する研究……………57
渡邊 直樹

2. 自殺予防対策マニュアルの作成に関する研究

- ～「自殺対策マニュアル：DVD版及び仕様書」を添えて～……………63
宇田 英典, 中俣 和幸, 相星 壮吾, 源川恵里香, 高岡 道雄, 勝又陽太郎

III. 研究協力報告等

- 1) 英国自殺予防のための国家戦略～年度別経過と今後～……………89
竹内百合子
- 2) PCM手法を用いた自殺対策ワークショップの実施報告……………95
竹島 正, 橋爪 章, 勝又陽太郎

IV. 資料

- 心理学的剖検のパイロットスタディ面接票一式……………107

V. 研究班名簿……………151

I . 総括研究報告書

平成 18 年度厚生労働科学研究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」

総括研究報告書

主任研究者 北井 暁子（国立精神・神経センター精神保健研究所所長）

研究要旨

【目的】本研究は、自殺の実態に基づいて予防対策を推進するため、①心理学的剖検のパイロットスタディを通じて、わが国に適した自殺の心理学的剖検の実施方法を明らかにすること、②現場で使いやすい自殺対策マニュアルの作成を行うことを目的とした。

【研究方法】上記の目的を達成するために、今年度は以下の 2 つの分野に関する研究を計画した。①心理学的剖検のパイロットスタディでは、精神保健的観点に限らない社会的要因を含めて、自殺の多様かつ複合的な原因および背景を明らかにすることができるよう、平成 17 年度フィージビリティスタディの成果を踏まえ、11 箇所の都道府県・指定都市において、それぞれ事例群 3 例、対照群 3 例を目標に調査を実施し、調査の実施過程および調査結果をもとに、調査方法の評価を行った。さらに、この調査から得られた情報にもとづいて、自殺死亡に関連する危険因子の数量的分析、ならびに事例群のライフチャートを対象とする定性的分析を行った。②自殺対策マニュアルの作成では、これまでの分担研究成果等にもとづいて、今年度は、現場担当者が利用しやすく、すぐに必要なページを参照できるようアンケート調査およびこれまでの分担研究成果等にもとづいて、小冊子版と DVD による自殺対策マニュアル作成を計画した。

【結果および考察】①心理学的剖検のパイロットスタディでは、調査が実施できた事例は、54 例（事例群 28 例、対照群 26 例）であり、パイロットスタディとして達成すべき事例数の調査を行うことができた。得られた結果の数量的分析により、社会階層の低さ（低所得）、直前 6 ヶ月間の生活出来事、過去 1 年間の社会的支援の低さ、過去 1 ヶ月の社会機能水準の低さ、過去 1 年間の重症な疾患への罹患が危険因子であり、自殺未遂の経験、自殺を口に出すこと、不注意・無謀行為、不眠が自殺のサインである可能性が示された。また、心理学的剖検をもとにどの程度精神医学的診断が可能であるかも把握できた。さらに、事例に関する定性的分析により、本格的な調査におけるライフチャート作成・分析方法の方向性を明らかにすることができた。そして、ライフステージごとに詳細な心理学的剖検を行うことにより、自殺に至るプロセスから自殺のタイプを分類し、自殺対策に活用できる可能性も示された。なお、調査に参加した都道府県・指定都市からは、心理学的剖検を実施する際の方法論に関していくつかの具体的な提案があり、これらは本格的な調査の実施に反映できる内容と考えられた。②自殺対策マニュアル作成では、現場担当者が利用しやすく、すぐに必要なページを参照できるよう小冊子版と DVD による自殺対策マニュアルを作成した。

【結論】本研究の成果から、心理学的剖検が自殺の実態把握に資する重要な意義を持つことが明らかにされ、本格的な調査の実施準備を整えることができた。現場で使いやすい自殺対策マニュアルを作成した。

<分担研究者>

宇田 英典（鹿児島県川薩保健所）

川上 憲人（東京大学大学院医学系研究科）

高橋 祥友（防衛医科大学校防衛医学研究センター）

竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

<研究協力者>

勝又陽太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）

平山 正実（聖学院大学大学院人間福祉学科）

松本 俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）

渡邊 直樹（青森県立精神保健福祉センター）

（50音順）

A. 研究目的

わが国における自殺者数は、厚生労働省の人口動態統計（自殺死亡者数）によれば、平成10年に3万人を超えて以来、ほぼ同水準で推移しており、15年には過去最高の3万2,109人となった。特に、中高年男性の自殺が平成10年に急増したままで推移しており、平成17年7月には参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」がなされ、政府は平成17年末までに政府の総合的な対策を取りまとめることになった。

平成17年12月、総務省は「自殺予防に関する調査結果に基づく通知」において、

既存の統計以外に、自殺予防対策のための自殺の原因・背景の解明の必要性を指摘し、「自殺予防に資するような、心理学的剖検などによる自殺の実態把握について、遺族等へのケア等の課題も考慮しつつ、具体的な方策を講ずること」を求めるに至った。

本研究班では、17年度研究において心理学的剖検のフィージビリティスタディを実施し、パイロットスタディに進むことは可能であるとの評価を得た。このような評価をふまえ、今年度、調査対象を拡大し、パイロットスタディを実施することとした。パイロットスタディの目的は以下の2つである。第一に、自殺の実態分析には欠くことのできない研究手法である心理学的剖検の本格的な調査の実施基盤を整備すること、第二に、自殺により近親者を亡くした者に対する心のケアのあり方について検討するための基礎情報を得ることである。

また、自殺の実態分析は遺族ケアを含めた地域における総合的な自殺対策と不即不離の関係にあると考え、心理学的剖検に併せて、地域の自殺対策担当者の実務に資する自殺対策のあり方をマニュアルとしてまとめることとした。

B. 研究方法

1. 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究：症例・対照研究による自殺関連要因の分析（分担研究者：川上憲人）

本分担研究では、心理学的剖検のパイロットスタディから得られた自殺事例（事例

群) データを対照群との比較を通じて、我が国における自殺のサイン・危険因子を定量的に捉えることを目的として計画された。

情報収集は、平成 17 年度フィージビリティスタディの成果を踏まえ、国立精神・神経センター精神保健研究所で 3 日間にわたって開催した研修会にてトレーニングを受けた調査員(保健師と精神科医からなる 2 名の組み合わせを原則とした)が、自殺者遺族の同意のもと、半構造化面接を実施した。この面接は、19 の章から構成される面接票に依拠して行われるものであり、生活歴と最近の生活状況、心身の健康、精神障害の診断、経済状況など、自殺者に関する広範な情報の収集を目的とした。調査時期は、事例群については、原則、自殺後 1 年以内とした。

なお、事例群の遺族に対する半構造化面接に際し、遺族の心情に最大限の配慮に努めた。その具体的な内容の詳細については、分担報告書を参照されたい。

今年度の本分担研究では、11 箇所の都道府県・指定都市において、それぞれ事例群 3 例、対照群 3 例を目標に調査を実施した。対照群は、家族および性別、年齢、居住地域が一致する生存者 1 名を地域住民・ボランティアから抽出し、その家族に対して面接調査(半構造化面接)を実施した。

以上の方法で収集された情報は集計され、事例群と対照群との間で各変数の頻度または平均値(標準偏差)の比較を行った。

2. パイロットスタディにおける自殺と精神障害の関係についての検討(分担研究者:高橋祥友)

本分担研究では、心理学的剖検のパイロ

ットスタディから得られた自殺事例(事例群)データを、自殺と精神障害との関係という視点から、海外における先行研究の知見と比較し、検討を行った。

3. ケーススタディおよびライフチャートを用いた自殺に至るまでのプロセスの把握と具体的介入方法の検討(分担研究者:竹島正)

仮説的な分析枠組みを用いて、今後の分析方法のあり方を検討した。

具体的には、パイロットスタディにおける事例群 28 例についてライフチャートを作成し、自殺前の「身体的・精神的に健康を害した状態」として、「対処行動」、「精神症状」、「身体疾患」うちどの出来事が最初に確認できるのかによって分類を行った。

さらに、最初に「身体的・精神的に健康を害した状態」が確認されて以降、それぞれの事例がどのようにサポートを受けているかについて時系列プロセスの検討を行った。また、プロセスの中に「社会的要因」がどのように位置づけられるのかを検討し、その結果をもとに具体的な自殺対策としての介入方法を提示した。

(1) 分担研究協力報告書:遺族ケアのあり方に関する研究(研究協力者:渡邊直樹)

心理学的剖検調書に直接関与した研究協力者の立場から、本格実施に際しての心理学的剖検における遺族ケアのあり方について検討を行った。

4. 「行政担当者のための自殺予防対策マニュアル」の改訂に関する研究～「自殺対策マニュアル:DVD版及び仕様書」を添え

て～（分担研究者：宇田英典）

本分担研究では、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」において作成された自殺予防対策マニュアルの改訂・執筆作業に先立って、以下の経路より改訂点に関する意見を求めた。

意見を収集した第一の経路は、鹿児島県内の保健所・精神保健福祉センターに勤務する医師・保健師からであり、第二の経路は、全国の保健所を対象としたアンケート調査からであった。また、第三の経路は、平成 14 年度～17 年度までの自殺予防に関する 2 つの厚生労働科学研究の研究班員、および初版マニュアル執筆者からであり、最後に、厚生労働省及び国立精神保健研究所精神保健・神経センター、数ヶ所の NPO 法人の関係者からであった。

以上の方法で収集した意見にもとづいて改訂作業を行った。

C. 結果および考察

1. 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究：症例・対照研究による自殺関連要因の分析（分担研究者：川上憲人）

半構造化面接によって収集された情報に関して、事例群と対照群との間で比較した結果、以下のことが明らかになった。

事例群では、過去 1 ヶ月間の不注意や無謀な行動、睡眠の問題、以前の自殺未遂の頻度が多く認められ、事例群の 40%が死亡時にうつ病（DSM-IV 大うつ病）を経験していることが明らかになった。また、事例群では、対照群にくらべて、過去 6 ヶ月間の生活イベントの数が多く、過去 1 ヶ月間の生活の質および家族外の交友の頻度が低

く、健康問題により ADL が低下している者、過去 1 年間に重症身体疾患を罹患した者の割合が多かった。さらに、世帯収入が低い傾向にあり、残業時間には差は認められなかったものの、月労働時間が長い傾向が認められた。

以上の結果から、我が国の自殺には精神障害の中ではうつ病の影響が大きいこと、不注意や無謀な行動、睡眠の問題が自殺のサインとして重要であること、過去 6 ヶ月間のストレスフルな生活出来事、社会生活、経済状態、健康状態が自殺の危険因子となることが示唆された。これらの知見は、今後の本格的な調査実施によって検証されることにより、将来の自殺対策に資する貴重な知見となることが期待される。

2. パイロットスタディにおける自殺と精神障害の関係についての検討（分担研究者：高橋祥友）

パイロットスタディにおける事例群 28 例のプロフィールを海外の先行研究による知見と比較した結果、以下のことが明らかになった。

事例群の多くが、自殺行動直前において気分障害に罹患していた。この結果は海外の先行研究と一致する知見であり、我が国においても、うつ病などの気分障害が自殺行動の危険因子であることが確認された。また、事例群では、精神障害に重複罹患率は高く、この結果もまた先行研究と一致していた。

しかしその一方で、本パイロットスタディにおける自殺者の精神障害罹患率は 67.9%であり、9 割前後の罹患率を示す海外の研究に比べると低い割合であった。また、

海外の先行研究に比べると、自殺者の精神科受診歴は高く（全 28 事例中 11 事例）、最後の行動に及ぶ直近まで受診している事例も少なくなかった（28 事例中 9 事例）。このような先行研究との差異が、我が国における自殺者の特徴であるのか、あるいはなんらかの selection bias の影響であるのかについては、今後、本格実施によって事例数が増えるなかでさらに検討を進めていく必要があると思われた。

3. ケーススタディおよびライフチャートを用いた自殺に至るまでのプロセスの把握と具体的介入方法の検討（分担研究者：竹島正）

自殺前の「身体的・精神的に健康を害した状態」のうち、最初に確認された出来事として、「対処行動」に分類された事例が 15 例、「精神症状」に分類された事例が 5 例、「身体疾患」に分類された事例が 6 例、「いずれの出来事にも（回答者）は気がつかなかった」に分類されたものが 2 例に認められた。さらに、この分類を基本として、最初の出来事以降のサポートの受け取りプロセスについて、さらに各事例がどういった特徴を持っていたかについて、「いじめ」「過労」「借金」などの社会的要因と合わせて事例の検討を行った。

本研究の結果から、来年度以降に用いる事例分析の方法論のあり方を提示することができ、本格的な調査における自殺の背景要因に関する定性的研究の実施準備が整った。また、本年度研究で得られた事例の分析結果から自殺対策として考えられる方法論を提示することができた。

(1) 分担研究協力報告書：遺族ケアのあり方に関する研究（研究協力者：渡邊直樹）

心理学的剖検に直接関与した研究協力者の立場から、本格実施に際しての心理学的剖検における遺族ケアのあり方について検討を行った。その結果、遺族ケアを重視した心理学的剖検の必要性、ならびに、救命救急センターや遺族会との連携した調査の必要性が確認された。また、今回のパイロットスタディを契機として、一部の地域では「遺族のつどい」へと発展したことも報告された。調査によって生じた遺族の心的変化を「そのままにしない／無にしない」ことが重要であると考えられた。

4. 「行政担当者のための自殺予防対策マニュアル」の改訂に関する研究～「自殺対策マニュアル：DVD版及び仕様書」を添えて～（分担研究者：宇田英典）

全国の保健所調査から、各地の保健所では独自の活動を様々に展開していることが明らかにされ、全国各地で様々な民間グループの活動が行われていることも再認識された。こうした保健所や民間団体による自殺予防対策事業の例は、今後の地域における取り組みの参考になる事例と思われたことから、改訂版マニュアルにも事例として紹介することとした。また、保健所での取り組みを進めるために、自殺対策マニュアルへの掲載を希望する意見が多かった、自殺予防に関するパンフレットやポスターの画像情報も取り入れることとした。

平成 14 年度～17 年度までの厚生労働科学研究参加者からの意見聴取の結果、表現の修正、新しい知見の追加の必要性、著者のオリジナリティーを確保することの重要

性等についての意見を得て、これらについて可能な限り修正することとした。

厚生労働省に設置され検討が進んでいる自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会、自殺総合対策会議、自殺総合対策の在り方検討会等、新しい検討会や取り組みについても、可能な範囲で掲載することにした。

以上の意見や調査結果に加え、厚生労働省や関係機関・団体のホームページからリンク可能なサイトを検索し、情報を加味して、原稿の加筆や従来の研究報告書の編集作業を行った。さらに、改訂されたマニュアルにもとづいて電子媒体 (DVD 版マニュアル) を作成し、その活用の促進をはかる方法の検討のために、クリアファイルやメモ帳及びボールペンに私たちの地域で独自に作成した「こころのケアバッジ」のマークや保健所・市町村の相談窓口を印字したものを作成し、一部の地域で配布した。

D. 結論

本年度は、3 年間にわたった研究における最終年度であり、①平成 17 年度フィージビリティスタディの成果を踏まえて 11 箇所の都道府県・指定都市において心理学的剖検のパイロットスタディを実施し、②これまでの分担研究成果等をもとづいて、現場担当者が利用しやすい小冊子版および DVD による自殺対策マニュアル作成した。

とりわけ、心理学的剖検のパイロットスタディでは、パイロットスタディとして達成すべき事例数の調査を行うことができ、その結果の数量的分析、ならびに事例分析からは、今後の本格実施における分析の方向性および手法も明らかにされた。また、

調査に参加した都道府県・指定都市から、調査方法について具体的な提案があり、これらは本格的な調査の実施に反映できる内容と考えられた。

以上より、心理学的剖検の手法を用いた調査の本格的な実施の準備を整えることができた。自殺予防対策マニュアルの改訂を含めて、政府の自殺予防総合対策への貢献が期待される。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

Ⅱ. 分担研究報告書

平成 18 年度厚生労働科学研究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

心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究：
症例・対照研究による自殺関連要因の分析

- 分担研究者 川上憲人（東京大学大学院医学系研究科・教授）
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所・部長）
高橋祥友（防衛医科大学校防衛医学研究センター・教授）
- 研究協力者 井上 快（東京大学大学院医学研究科・院生）
土屋政雄（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科・院生；東京大学大学院医学系研究科・特別研究学生）
高崎洋介（同上）
鈴木越治（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科・院生）
大塚泰正（独立行政法人労働安全衛生総合研究所・研究員）
近藤恭子（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科・客員研究員）
廣川空美（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科・助手）
勝又陽太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所・流動研究員）
渡邊直樹（青森県立精神保健福祉センター・所長）

自殺の心理学的剖検のパイロットスタディでは、平成 18 年 11 月から平成 19 年 2 月にかけて 12 地域において、自殺事例（事例群）の家族および性別、年齢、居住地域が一致する対照群各 1 名の家族に対して面接調査（半構造化面接）を実施し、25 ペアの事例群と対照群の調査が完了した。本分担研究では、このデータを解析し、わが国における自殺のサイン、危険因子を明らかにした。

事例群では対照群と比べて、過去 1 ヶ月間の不注意や無謀な行動、睡眠の問題、以前の自殺未遂の頻度が有意に多かった($p<0.05$)。事例群の 40%が死亡時にうつ病 (DSM-IV 大うつ病) を経験しており、該当者のいなかった対照群との間で有意な差を認めた($p<0.05$)。事例群では対照群にくらべて、過去 6 ヶ月間の生活出来事の数が多く、過去 1 ヶ月間の生活の質および家族外の交友の頻度が低く、健康問題により ADL が低下している者、過去 1 年間に重症の身体疾患を罹患した者の割合が有意に多かった($p<0.05$)。また事例群では世帯収入が低い傾向にあった($p=0.06$)。事例群では月労働時間が長かったが($p<0.05$)、残業時間には有意な差はなかった。

本研究はわが国で最初の自殺の心理学的剖検研究による自殺関連要因の症例・対照研究である。研究デザインにいくつかの問題点は残されるが、本研究から、わが国の自殺には精神障害の中ではうつ病の影響が大きいこと、不注意や無謀な行動、睡眠の問題が自殺のサインとして重要であること、過去 6 ヶ月間のストレスフルな生活出来事、社会生活、経済状態、健康状態が自殺の危険因子となることが示された。

A. はじめに

本研究班では、わが国ではじめての本格的な自殺の心理学的剖検研究のパイロットスタディを実施した。世界で最初の自殺の心理学的剖検研究は米国における 134 の自殺事例の心理学的剖検 (1956-1957) であったと言われる。これに続く第 1 世代の心理学的剖検研究として対照群をおかない、記述的な研究が進められた。この目的は、死亡が自殺であるかどうかの判断と、自殺の経緯の理解にあった。フィンランド等におけるこうした記述的な心理学的剖検研究は、自殺の経緯の解

明に有用であり、自殺予防の国家戦略にも大きく寄与してきた。一方、1990 年代以降は、心理学的剖検研究は第 2 世代に入り、心理学的剖検を利用した症例・対照研究によって自殺の危険因子を疫学的に明らかにすることが進められている。

本研究では、わが国の自殺の心理学的剖検研究のパイロットスタディにより収集されたデータのうち、半構造化面接により収集された情報について、症例・対照研究のデザインにより解析し、わが国における自殺の危険因子を明らかにする。

B. 対象と方法

1. 対象

平成 18 年 11 月から平成 19 年 2 月にかけて、東京都、北海道、青森県、秋田県、新潟県、茨城県、浜松市、岐阜県、和歌山県、福岡市、長崎市、鹿児島県の 12 地域において、自殺の心理学的剖検のパイロットスタディが実施された。各地域では、調査担当者がすでに把握されている自殺事例、あるいは講演会などで広報し申し出のあった自殺事例の家族を対象として事例群用の調査票により面接調査を実施した。またそれぞれの自殺事例と性別、年齢（事例群の死亡時年齢と対照群の調査時点年齢の差が 5 歳以内）、居住地域が一致する対照群 1 名を地域住民あるいは地域ボランティアの中から選び、その家族に対して対照群用の調査票を用いて面接調査を実施した。以下、自殺事例または対照者を「本人」と呼び、回答した家族あるいは関係者を「回答者」と呼ぶ。

各地域 1～3 名の事例群が選定され、合計 28 件が完了した。一方、対照群の調査は 25 件が完了した。ここでは事例群と対照群のペアをつくることができた 25 ペアを対象として解析を行った。

2. 方法

1) 調査員と調査方法

調査員は、原則として精神科医と保健師のペアであり、事例群家族のご自宅を訪問するか、地域ごとのセンターに来所してもらい、半構造化面接を実施し必要な情報を収集した。なお回答者の選択の優先順位は、最親近者（配偶者、両親、子供）、次に接触時間の長い同居家族、親しい友人の順とした。家族以外に調査を依頼する場合には、家族の同意を得ることとした。

調査は、半構造化面接を含む面接票を用いて対面聞き取り調査の形式で実施された。調査員は事前に国立精神・神経センター精神保健研究所で 3 日間のトレーニングを受け、面接票の使用方法、記録の取り方、自殺者のご遺族のケアのあり方について学ぶとともに、模擬面接を実施して面接の具体的な進め方を習得した。

調査員トレーニングのスケジュール

平成 18 年

第 1 日目：9 月 13 日（水）

午前：研究事務局挨拶（目的と概要）

自殺発生後の遺族の心理的ケア①

午後：自殺発生後の遺族の心理的ケア②

質疑

第 2 日目：9 月 14 日（木）

午前：自殺の心理学的剖検による症例・対照研究

の概要

研究デザインの説明と討議

午後：面接の手順と面接調査票の解説

質疑

第 3 日目：9 月 15 日（金）

模擬面接練習

調査時期は、事例群についてはおおむね自殺後 6 ヶ月から 1 年以内としたが、場合によっては自殺後 1 年以上経過した事例も許容することとした。症例・対照研究で使用した 25 事例のうち自殺発生日が明確に同定できたのは 13 事例であり、これらの事例では自殺から調査までの平均期間は 481 日（標準偏差 315 日、最小 187 日、最大 1,038 日）であった。

2) 面接票

平成 17 年度研究および本年度、関連する専門家のヒアリング、トレーニング時の調査員の意見、および自死遺族支援グループ代表からの意見を加味して、自殺の関連要因を明らかにする症例・対照研究のための面接票（面接マニュアル、事例群面接票と小冊子、対照群面接票と小冊子）を作成した。

面接票は以下の 19 の章（または部）から構成されている。

I ご本人に関する情報

II 死亡診断書の資料

III 調査の導入部分

IV 自由な話し合いでの質問事項

V 死亡の状況

VI 生活歴

VII 仕事の状況

VIII 生活出来事

IX 経済的問題

X 生活の質

X I 身体的健康

X II 心の健康問題

X II : H [精神問題の援助要請過程]

X III 精神障害の診断および把握度

X IV 家族構成

X V 住居の状況

X VI 回答者による死亡原因の見方

X VII 調査における遺族の気持ちの評価

X VIII 調査終了

X IX 調査員が面接終了後に記入する項目

「IV 自由な話し合い」は、事例群では本人の自殺の経過を自由に聞き取ると同時に、回答者であるご遺族の気持ちや困難も聞き取るために実施された。これに引き続いて実施される「V 死亡の状況」から「X V 住居の状況」までは半構

造化面接として作成され、原則として決められた質問をし、その回答を記録する形で実施された。

「X II 心の健康問題」「X II : H [精神問題の援助要請過程]」は精神科医が、これ以外の部分は保健師が主な質問者として聞き取りを実施した。また「X III 精神障害の診断および把握度」は精神科医が収集された全ての情報を使ってDSM-IV 診断による精神障害の診断を行った。

3) 調査項目

半構造化面接では、自殺に関連する可能性のある要因として、以下をとりあげた。

(1) 自殺に関する基本的情報

事例群の面接においては、死亡場所、自殺手段、自殺の時間帯、自殺直後に気づいた人の有無、応急処置の有無、死亡までの入院治療の有無、死亡時のアルコールまたは薬物使用の有無、自殺でなく不注意や事故死である可能性、遺書などの有無を調査した。

(2) 自殺のサイン

事例群、対照群ともに、本人が死亡（調査時点）前に1ヶ月前間に、①自分の死に関することを口に出したことがあったか、②身辺整理をしていたか、③身だしなみを気にしなくなったか、④不注意や無謀な行動が見られたか、⑤自殺に関する報道や小説などを見聞きしたことがあったかどうかをたずねた。

(3) 以前の自殺行動

事例群、対照群ともに、①これまでに（事例群では死因となった自殺は含まずに）、②自殺未遂の経験の有無、③1年以内の自殺未遂以外の事故（交通事故、仕事上の事故、通勤通学時の事故、家庭内の事故）経験の有無、④家族・親戚の自殺傾向（自殺未遂または既遂）の有無をたずねた。

(4) 生活歴

これまでに両親との死別または離婚を経験したことの有無、中学校以前にいじめや暴力に会った経験の有無、中学校以前に両親からの虐待・ネグレクト（暴力や無視された経験）の有無をたずねた。

(5) 仕事の状況

死亡時または調査時点での仕事の状況（有職、無職〔学生・主婦など〕、失業中、疾病や障害による無職、その他）をたずねた。仕事を持っていた場合には、健康上の理由により1ヶ月以上休養していたかどうかをたずねた。一番最近までしていた仕事について、業種（産業種別）、職種、勤務形態（常勤、非常勤、自営業）、事業場の規模（小規模〔従業員0-49人〕、中規模〔50-999人〕、大規模〔1000人以上〕）、交代勤務の有無、月平均労働時間、月平均残業時間、休日出勤の有無、自宅への仕事の持ち帰りの有無、呼び出し用携帯電話などの有無、月平均出張回数をたずねた。

(6) 生活出来事

生活出来事について、職場、学業、経済上など10生活領域、合計64の出来事を例示し、これに含まれるあるいはこれ以外の生活出来事が過去1年間に発生（あるいは1年以上前におきて過去1年間に継続）していたかどうかをたずねた。あげられた生活出来事については、その発生時期、性質（よい出来事か悪い出来事か）をたずねた。あげられた全ての生活出来事の数、過去1年以内、半年以内、1ヶ月以内の生活出来事の数、事例群と対照群で比較した。また件数の多いこれまでの、および過去1年以内の生活出来事については、その性質がよい出来事、悪い出来事に区別してその数の平均を比較した。過去1年間の出来事については、生活領域別の経験者の頻度も比較した。

(7) 経済的問題

死亡前（あるいは調査時点）に、生活費やお金のことで困るなど、経済的問題がおきていたかどうかをたずね、「たぶんある」「確かにある」を「あり」としてその頻度を比較した。死亡前（あるいは調査時点）の年間世帯収入（万円）についてたずね、その平均を比較した。借金については、知人との貸し借りやローンも含めてのこれまでの借金の経験の有無、経験があった場合には借金に関連する問題の有無をたずねた。本研究では、業者による取り立ての有無をとりあげた。こうした借金の問題があった者のうち、問題が死亡時（調査時）までに継続していたかどうかをたずねた。生命保険について、本人が生命保険に加入していたかどうかをたずねた。事例群については家族が生命保険を受け取ったかどうかも参考までにたずねた。

(8) 生活の質

死亡前（調査前）1ヶ月間の回答者と本人との接触日数は何日あったかをたずねた。生活の質については、同じく1ヶ月間の身体の調子、精神状態、経済状態、仕事の状況、家族との関係、他の人との関係のそれぞれについて、非常によい(1点)から非常に悪い(5点)までで回答してもらい、平均得点を比較した。ADLについて、健康問題のために起床、脱着衣、用便、入浴、食事、家事、外出のいずれかに支障があったかどうかを調査した。

死亡前（調査前）1年間および1ヶ月間の家族以外との交友関係について、知人や友人との3人以上でのつきあいや活動に参加した程度を、なし(0点)からしばしば(3点)までの4段階で回答してもらい、平均点数を比較した。また死亡前（調査前）1年間の宗教的活動への参加の有無をたずねた。

(9) 身体的健康

身体的健康については、まず、かかりつけ医の有無および死亡前（調査前）1年間の医療機関受診の有無、身体疾患による入院の有無をたずねた。また死亡前（調査前）1ヶ月間の身体的不調の訴えの有無をたずね、この症状により医療機関を受診したかどうか、これに対する医師の診断、本人の医師の治療方針への満足をたずねた。

死亡前（調査前）1年間の、命にかかわる、あるいは日常生活に大きな影響の出る重症の身体疾患への罹患の有無、身体疾患による自責感（「自分の病気のために家族や周囲の人に迷惑をかける」）の有無をたずねた。

死亡前（調査前）1ヶ月間の平均睡眠時間、睡眠に関して何か問題があったかどうかについてもたずねた。

（10）半構造化面接による精神障害

半構造化面接では、死亡時（調査時）における下記の精神障害のDSM-IV診断を行うのに必要な症状項目の有無をききとり、診断基準にしたがってそれぞれの精神障害の有無を評価した。なお、DSM-IV-TR診断基準に従い、気分障害があれば精神病性障害および全般性不安障害は診断しない等の除外診断ルールを適用している。

半構造化面接による精神障害（DSM-IV診断）

物質使用障害

- アルコール乱用
- アルコール依存
- 薬物乱用
- 薬物依存

気分障害

- 大うつ病エピソード
- 気分変調性障害
- 躁病・軽躁病エピソード（双極性障害）

精神病性障害

- 短期精神病性障害
- 統合失調症
- その他の精神病性障害

不安障害

- パニック障害
- 強迫性障害
- 外傷後ストレス障害
- 全般性不安障害

その他の精神障害

（11）精神科医の診断による精神障害

半構造化面接による精神障害とは独立に、精神科医による本人の死亡時（調査時）の精神障害の診断について記録してもらった。調査した精神障害は以下のである。ただしDSM-IV-TR診断基準による除外診断ルールは適用されていない。

精神科医の診断による精神障害（DSM-IV診断）

- X-4 注意欠陥／多動性障害
- X-5 行為障害
- A 精神遅滞
- B 認知症
- C-1 アルコール乱用
- C-2 アルコール依存
- D-1 物質乱用
- D-2 物質依存
- E-1 大うつ病性障害（単一または反復エピソード）
- E-2 気分変調性障害
- F-1(b) 双極性I型（単一躁病エピソード）
- F-1(b) 双極性I型（その他）
- F-2 双極性II型障害
- G-1 短期精神病性障害
- G-2 統合失調症
- G-3 その他の精神障害
- H-1 パニック発作
- H-2 強迫性障害
- H-3 (a)外傷後ストレス障害
- H-3 (b)急性ストレス障害
- H-4 全般性不安障害
- I-1 神経性無食欲症
- I-2 神経性大食症
- I-3 転換性障害
- I-4 心気症
- I-5 病的賭博
- I-6 境界性人格障害
- I-7 適応障害
- I-8 その他の種類の精神障害

（12）精神障害による受診行動

精神障害により、過去1年間に、ストレスを含む心の健康問題で医者や専門家の治療・相談を受けていたかどうかをたずねた。該当する場合には、相談先での治療の有無、医師からの薬の処方の有無、精神障害による入院の有無をたずねた。また治療の効果を0=悪化していた、1=変化はなかった、2=よくなっていた、3=安定していた、の4段階で評価してもらった。さらに、治療状況について、本人による治療・服薬の中断の有無、本人の不調時に医師が入院など十分な対応をしていなかった経験の有無、医師の勧めにもかかわらず本人が入院拒否したことの有無、通院医療費公費負担制度の利用の有無についてもたずねた。

（13）家族構成

家族構成については、婚姻状態を評価した。また学歴をたずねた。

（14）住居の様子

住居の様子を、自己所有や賃貸が、一戸建てか否かで区分した。自分専用の部屋があるかどうかをたずねた。当該地区およびその住居での居住年数をたずねた。

3. 解析

事例群と対照群との間で各要因の頻度または平均値(標準偏差)を比較した。比較においては、事例群または対照群のいずれかに欠損値(または該当しない回答)がある場合には、事例群・対照群ともに有効回答のあるペアのみを解析した。マッチングを考慮して、2値カテゴリーの比較の場合にはMcNemar検定を、多値カテゴリーの比較の場合には周辺等質性検定を、連続量の場合には対応のあるt検定を実施した。解析はSPSS ver 15によって行った。

4. 倫理的配慮

研究計画は、国立精神・神経センター倫理委員会においてレビューされ、承認された。事例群の調査にあたっては、ご遺族は、本人の自殺から時間が経過しても、なお強い感情に圧倒されている場合があり、調査にあたっては、この点に配慮することが重要である。本調査ではこのために以下のような工夫を実施した。

1) 遺族ケアに配慮し、原則として精神科医と保健師等の二人一組で調査を実施し、精神科医が同行できない場合にも、後方支援的に配置した。

2) 自殺者の遺族の心理的サポートについての解説と、相談先の情報が掲載されたパンフレットを調査開始時に手渡す。

3) 「自由な話し合い」では、調査員がよい聞き手になることを意識する。

4) 回答者に感情的な混乱などがみられた場合には、調査を中断し、「大丈夫ですか」など相手を配慮し、必要に応じて相談先を紹介する。

5) 調査後に、ご遺族の希望や必要性に応じて保健師等による家庭訪問や電話連絡などのフォローアップを行う。

C. 結果

1) 基本的情報

事例群と対照群の間で、マッチング変数として使用した性別、年齢に差はなかった(表1)。回答者と本人との関係についても大きな差はみられなかった。

事例群の死亡場所は、自宅が約半数と多く、次いで屋外であった(表2)。自殺手段は縊首が約半数であり、ついで入水、焼身(いずれも12%)であった。自殺の発生時間帯では、17時ころが最も多かったが、20%は不明であった。

自殺直後に気づいた人はいた場合が約半数で

あった。応急措置も半数弱が受けていた。死亡までに入院した者は9%と少なかった。死亡時にアルコールを使用していた者は12%、薬物を使用していた者は17%であった。1例を除いて全てが不注意や事故の可能性はなく自殺だったとしていた。遺書やメモは約半数で残されていた。

2) 自殺のサイン(図1)

事例群では、自分の死に関することを口に出したことがあった者が61%みられた。一方、対照群では該当者はなく有意な差があった(表3)。身辺整理をしていたか、身だしなみを気にしなくなったかについては、いずれもなしの者が事例群でも対照群でも多く、やや事例群で該当者が多いものの有意な差ではなかった。身辺整理、身だしなみの個別の項目で比較した場合も同様であった。不注意や無謀な行動が見られたかについては、事例群では対照群にくらべて観察される頻度が有意に高かった。個別の項目では有意な差はなかったが、服薬中断、医師の指示を聞かないなどの項目で差がみられる傾向にあった。自殺に関する報道や小説などを見聞きしたことがあったかどうかについては差はなかった。

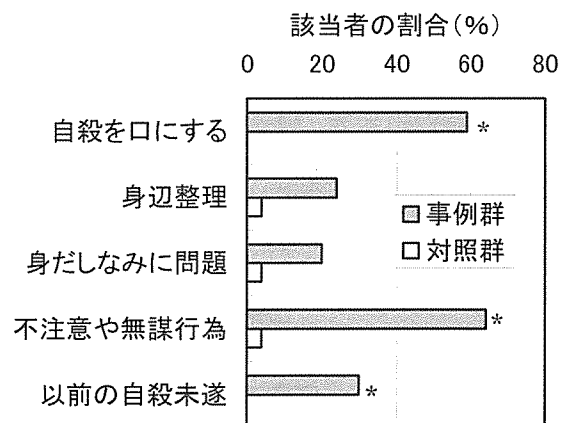


図1 事例群と対照群(25ペア)での自殺のサインの出現率および以前の自殺未遂の割合の比較 (* p<0.05)

3) 以前の自殺傾向

以前の自殺未遂の経験は、事例群では30%に見られたが、対照群では該当者はなく、有意な差を認めた(表4)。1年前の事故の経験、家族・親戚の自殺行動の頻度も、事例群で多い傾向にあったが、有意な差には至らなかった。

4) 生活歴

両親との死別または離婚、中学校以前のいじめや暴力、中学校以前の両親からの虐待・ネグレクトの経験は、事例群でやや頻度が高かったが有意な差ではなかった(表5)。

5) 仕事の状況

死亡時または調査時点での仕事の状況につい

ては事例群で有職者が少なかった(表6、 $p=0.07$)。また事例群でいくらか「疾病や障害による無職」の者が多かった。仕事を持っていた場合に、健康上の理由により1ヶ月以上休養していたかどうかには有意差はなかったが、事例群にのみ3名該当者があった。一番最近までしていた仕事は、事例群で第二次産業、現業職、非常勤職が多かったが有意ではなかった。

月平均労働時間は事例群と対照群で有意差があり、事例群が平均で50時間ほど長かった(表6)。月平均残業時間には有意差はなく、平均で事例群が7時間ほど長い程度であった。月平均出張回数は対照群の方が多い傾向にあった。休日出勤の有無、自宅への仕事の持ち帰りの有無、呼び出し用携帯電話などの有無には差がなかった。

6) 生活出来事(図2)

報告された過去全て、1年以内、半年以内、1ヶ月以内の生活出来事の数、事例群で有意に多かった(表7-1)。事例群と対照群との間の個数の差は、過去全てで平均1.6個、1年以内で平均1.0個、半年以内で平均1.1個、1ヶ月以内で0.4個であり、主に過去半年以内の生活出来事の数が多いことが自殺と関連していると思われた。個別の生活出来事では、事例群は対照群よりも過去1年間に家族に健康上の問題があった、その他の家族構成員の出来事、職場の人間関係の問題を経験している傾向にあった(表7-2)。しかし生活領域で比較してみると、事例群と対照群では健康問題に関する生活出来事のみ有意な差がみられた(表7-3)。

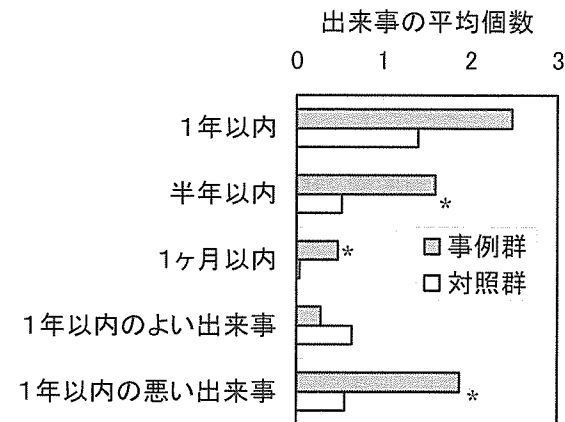


図2 事例群と対照群(25ペア)での生活出来事の個数：時期別および出来事の性質別の比較(* $p<0.05$)

(7) 経済的問題

死亡前(あるいは調査時点)に、生活費やお金のことで困るなど、経済的問題がおきていた者の割合に有意な差はなかった(表8)。死亡前(あるいは調査時点)の年間世帯収入(万円)平均は、

事例群で対照群よりも約200万円ほど少なかった($p=0.06$)。借金の経験にも事例群と対照群で有意差はなかった。借金で悩む、家族等に相談する、返済が滞る等の借金に関連したいずれかの問題は事例群の方にやや多かったが、有意差はなかった。生命保険の加入にも差はなかった。事例群では約8割で家族が生命保険を受け取っていた。

(8) 生活の質(図3)

死亡前(調査前)1ヶ月間の回答者と本人との接触日数は事例群と対照群で差がなかった(表9)。生活の質については、過去1ヶ月間の身体の調子、精神状態、仕事の状況、家族との関係、他の人との関係のいずれも、事例群で有意に評点平均が悪かった。ADLについても健康問題のために生活上の支障がある者が事例群で有意に多かった。

死亡前(調査前)1年間および1ヶ月間の家族以外との交友関係は、いずれの事例群で有意に頻度が少なかった(表9)。1年間の宗教的活動への参加の有無には差がなかった。

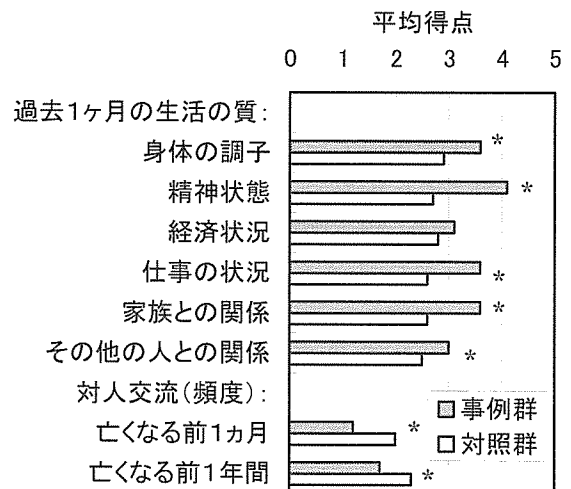


図3 事例群と対照群(25ペア)での過去1ヶ月の生活の質および家族外との対人交流の比較(* $p<0.05$)。生活の質は高得点ほど質が低いことを、家族外との対人交流は高得点ほど頻度が高いことを示す。

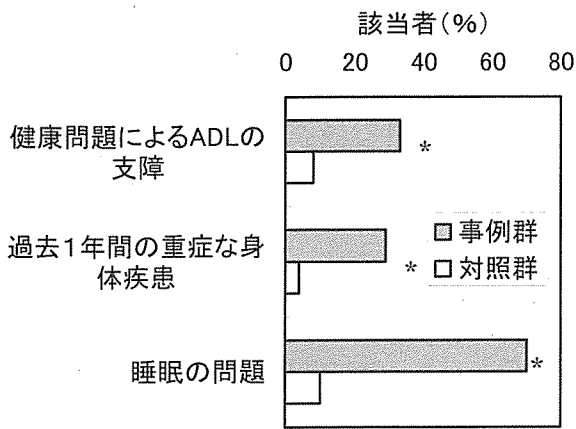


図4 事例群と対照群 (25 ペア) での ADL の低下、重症な身体疾患への罹患、睡眠の問題の頻度の比較 (* p<0.05)

(9) 身体的健康 (図4)

肥満度(BMI)は、事例群で有意に低かったが、対照群との差は小さかった (表 10)。

かかりつけ医の有無、1年間の医療機関受診には事例群と対照群で差はなかった。身体疾患による入院は事例群でのみ3名いたが、有意な差ではなかった。死亡前(調査前)1ヶ月間の身体的不調の訴えは事例群でやや頻度が高かったが有意ではなかった。この症状により医療機関を受診したかどうか、本人の医師の治療方針への満足度にも有意な差はなかった。

1年間の重症の身体疾患への罹患は、事例群で有意に多かった。身体疾患による自責感には回答者が少なく、差を検討することができなかった。

1ヶ月間の平均睡眠時間は事例群の方が1時間長かったが、睡眠に関して問題があった者は事例群で有意に多かった。

(10) 死亡時の精神障害 (半構造化面接) (図5)

死亡時点(対照群では調査時点)に主要な精神障害に罹患していたかどうかを半構造化面接によって評価した結果では、事例群でうつ病の診断基準を満たした者が40%と多く、うつ病の診断基準を満たす者がいなかった対照群と比較して有意な差が見られた(表 11)。この他、アルコール乱用、パニック障害、強迫性障害が事例群に1例ずつ見られた。事例群では「その他の精神障害」が4例(17%)報告されていたが、その内訳はせん妄(1)、特定の恐怖症(1)、認知症(1)、適応障害(1)であった。

(11) 死亡時の精神障害 (精神科医の診断)

事例群では、精神科医の診断によれば、「その他の精神障害」を含めると25例中18例(72%)、「その他の精神障害」を除いても16例(64%)にいずれかの精神障害が見られた。事例群では、

うつ病の既往者が40%に見られた(表 12、対照群との有意差, p<0.01)。事例群ではこの他、その他の精神障害5例、適応障害3例、気分変調性障害3例、統合失調症および認知症2例、短期精神病性障害、全般性不安障害、心気症およびアルコール乱用1例がみられた。

(12) 精神障害による受診行動

事例群では、46%が医者や専門家の治療・相談を過去1年間に行っていたが、対照群では該当者はいなかった(表 13、p<0.01)。医師を受診していた事例群では、治療・服薬中断が4例(40%)に見られた。

(13) 家族構成・住居の様子

事例群と対照群の間で、婚姻状態、学歴、住居の状況には有意な差はなかった(表 14)。

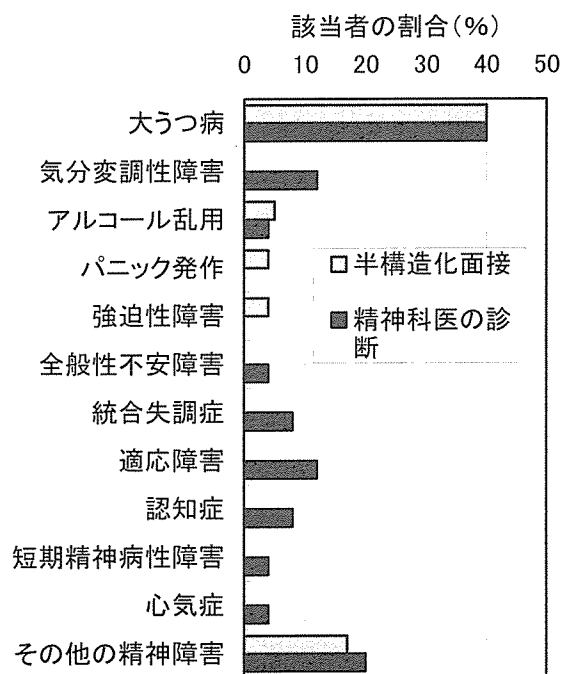


図5 事例群 (25 例) における死亡時の精神障害 (半構造化面接および精神科医の診断). 半構造化面接では DSM-IV の除外診断ルールを適用しているが、精神科医の診断では適用されていない。適応障害から心気症までの診断は半構造化面接では評価していない。精神科医の診断では 25 例中 18 例 (72%) に何らかの精神障害が認められた。症例・対照研究デザインでの解析は表 11、表 12 を参照のこと。事例群における大うつ病の頻度は対照群に比べて有意に高い (p<0.05)。

D. 考察

1. 自殺のサイン

「自殺のサイン」は、一般住民や医療関係者が自殺予防を行う上で重要である。さまざまな自殺のサインが、自殺に関する臨床的観察から提案さ

れている。本研究では、これらが自殺例に特異的にみられるものかどうかを検討した。自分の死について口に出すことは事例群の6割程度に見られ、対照群では該当者はなく、自殺の重要なサインであると考えられた。不注意や無謀な行動については、事例群では過去1ヶ月に6割の例で見られ、対照群の4%と比べて有意に多かった。服薬の中断、医師の指示を守らないなどの行動が事例群では目立っており、これらの行動は自殺のサインとして有用かもしれない。

また、事例群では自殺前に睡眠に関する問題があった者が7割と、対照群の1割にくらべて有意に多かった。睡眠の問題の多さは、事例群で半数がうつ病の既往があったことと関係があると推測される。自殺リスクの同定の上で、睡眠の問題に注目することが有用である可能性がある。

2. 以前の自殺未遂

以前の自殺未遂の経験は、先行研究でも自殺の重要な危険因子とされているが、本研究でもそのことが確認された。対照群で該当者がいなかったため本研究では相対危険度を算出することはできないが、これまでの自殺の心理学的剖検研究のメタ分析ではオッズ比で20.0(95%信頼区間10.3-38.9)とされている。わが国の地域調査では、自殺未遂の生涯経験率は1.6%であり(川上, 2003)、これと今回の事例群での自殺未遂の頻度(30%)とを比較すると、相対危険度は同様に約20と推測される。

3. 精神障害

本研究では、精神科医の診断では、死亡時に何らかの精神障害に罹患していたと思われる事例は全体の72%であった。これは飛鳥井ら(1994)の自殺未遂例の研究で75%に精神障害が認められたとする結果とよく一致している。特に本研究では、事例群でのうつ病(DSM-IV大うつ病)への罹患率が4割あり、うつ病がわが国の自殺の重要な危険因子となっていることが明らかとなった。これまでの先行研究における自殺例におけるうつ病の頻度は20~80%、飛鳥井ら(1994)の自殺未遂例の研究では全自殺未遂例の35%が抑うつ性障害とされている。本研究の結果はこれともよく一致していた。

対照群には該当者はなかったため、うつ病の相対危険度は計算できなかった。これまでの自殺の心理学的剖検研究のメタ分析ではオッズ比で14.1(95%信頼区間I 8.7-22.9)とされている(高齢者の研究ではこれより高いオッズ比も19.3が観察されている)。地域調査ではうつ病の過去12ヶ月有病率は約2%と報告されている(川上, 2003)。従って本研究の結果と比較すると、わが

国のうつ病の自殺発生へのオッズは20となり、先行研究よりもやや高い傾向にあった。

一方、うつ病以外の精神障害については事例群中の経験者は数%から10%余りと頻度が多くなかった。先行研究で指摘される物質使用障害や統合失調症との関連性も例数が少なく明確にならなかった。

4. 健康状態および生活の質

事例群では、心身の健康、人間関係などの生活の質が低かった。特に健康問題によりADLが低下している者、死亡する前1年間に重症の身体疾患を罹患した経験のある者が事例群に多かった。身体的健康の低い者や重症な身体疾患に罹患した者において自殺リスクが高くなることが本研究からも確認された。

5. 過去6ヶ月間の生活出来事

先行研究と一致して、過去6ヶ月間の生活出来事が自殺に影響する可能性が示された。生活出来事の数が増加した者では自殺リスクが高まると考えられる。生活領域で比較してみると、事例群と対照群では健康問題に関する生活出来事に差が大きく、自分や家族の健康問題が発生した場合の自殺リスクにつながる可能性がある。

5. 社会的ネットワーク

事例群では、家族外の交友関係の頻度が低く、自殺者では社会的なネットワークの密度が低い可能性が示唆された。交友関係の頻度の差は1年前でも1ヶ月前でも同様であり、社会的ネットワークの低さが自殺の危険因子となっている可能性が考えられる。

6. 労働時間

月労働時間は事例群で長かった。しかし、月残業時間はわずかしき差がなく、有意ではなかった。事例群でややパートタイム労働者が多く、総労働時間が短い者が含まれていたことが一因と思われる。しかし本研究では事例群でも対照群でも平均労働時間が長く、対象が偏っていた可能性もある。この項目には無回答者が多く、安定した分析ができていない点に注意する必要がある。

7. 経済的要因

死亡前(あるいは調査時点)の年間世帯収入は、事例群で対照群より少なかった。自殺が低い社会経済階層で発生しやすいこと、低所得の都道府県で自殺率が高いことと一致する結果である。

借金の経験には、事例群と対照群で有意差はなかった。しかし、有意ではないものの、借金で悩む、家族等に相談する、返済が滞る等の借金に関