

連したいずれかの問題の経験は事例群(28%)の方に对照群(8%)よりやや多かった。この差は有意ではなかったが、対象人数を増やすなどによって今後明確にされることが期待される。

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・对照研究であり、その意義は大きい。しかし研究デザインにはいくつかの限界があり、本来関連性のあるはずの要因を見落とししたり、あるいは見かけ上の関連性が観察された可能性もいくらか残されている。

第一に、調査対象者数が少ないことで、本来なら関連のあったはずの関連性を見落とししている可能性がある。

第二に、対象者の選定が無作為あるいは一定期間の連続サンプルではないために選択バイアスが生じている可能性がある。自殺事例はすでに保健所などと関係をもっている事例から選択されることが多かった。うつ病などを背景にもった援助希求しやすい事例が多く収集され、一方アルコール依存や借金の問題などが関与する事例が見逃されやすかった可能性があるかもしれない。また对照群の選定も、今回は身近なボランティアなどから選ぶことを許容したが、このために例えば对照群で世帯収入が高くなった可能性など否定できない。

第三に、情報の収集の精度や偏りの問題がある。自殺発生から数年以上経過しての調査した事例も含まれている。情報が正確に把握できず、本来なら関連のあったはずの関連性を見落とししている可能性がある。また、自殺の心理学的剖検では、調査目的を対象者に明確にし、また調査員も今面接しているのが事例群であるのか、对照群であるのか明確に知っている。このため、遺族がより多く本人の困難や問題点を想起したり、報告しやすかったりすることで生じる情報のバイアスが生じて、本来関連のないはずの要因に関連性が認められてしまう可能性もある。

自殺の心理学的剖検では、より多くの対象者を含め、事例群を一定期間の連続サンプルまたは無作為サンプルとして選び、また对照群を地域住民から無作為に選択し、本パイロット研究で認められた関連性をより高い精度を持って確認することが期待される。

E. 結論

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对照群1名の家族に対して面接調査(半構造化面接)を実施した。25ペアの事例群と对照群の調査が完了し、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、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对照群と比べて有意に多かった($p<0.05$)。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、对照群と有意な差を認めた($p<0.05$)。事例群では、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と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($p=0.06$)が、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・对照研究である。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、この他、過去6ヶ月程度のストレスフルな生活出来事、社会生活、経済状態、身体的健康状態が自殺の危険因子となる可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表
該当せず。

2. 学会発表
該当せず。

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当せず。

I. 引用文献

- 1) 飛鳥井 望. 生命への危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討. 精神神経誌 96: 415-443, 1994.
- 2) 川上憲人(主任研究者). 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」平成14年度総括・分担研究報告書. 2003.
<http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/H14TOKUBETSU/>

表1 自殺の心理学的剖検パイロットスタディにおける事例群および対照群の本人の性別、年齢および回答者の本人との関係

	事例群 (N=25)		対照群 (N=25)		P 値
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
性別					
男性		16 (67)		16 (67)	1.00
女性	24	8 (33)	24	8 (33)	
年齢	人数	平均 (SD)	人数	平均 (SD)	P 値
	17	48.2 (20.1)	17	49.4 (20.8)	0.13
本人との関係	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	P 値
父親		2 (8)		1 (4)	0.38
母親		8 (32)		6 (24)	
姉		0 (0)		1 (4)	
妹		1 (4)		0 (0)	
息子	25	3 (12)	25	4 (16)	
娘		0 (0)		2 (8)	
配偶者		9 (36)		10 (40)	
その他の親族		2 (8)		1 (4)	

表2 事例群 (25名) の自殺状況の分布

		人数	該当者数 (%)
死亡場所	自宅		12 (48)
	職場		1 (4)
	上記以外の家屋内	25	1 (4)
	屋外		1 (4)
	その他		6 (24)
自殺の方法 (複数回答あり)	首吊り		13 (52)
	飛び降り		2 (8)
	入水		3 (12)
	薬物		2 (8)
	ガス		1 (4)
	飛び込み	25	1 (4)
	自動車などでの衝突		0 (0)
	拳銃、爆発物		0 (0)
	焼身自殺		3 (12)
	鋭利な物体や鈍器		0 (0)
	その他の方法		1 (4)
	自殺を図った時間帯	2時頃	
5時頃			1 (4)
6時頃			2 (8)
9時頃			1 (4)
11時頃			2 (8)
12時頃			2 (8)
13時頃			1 (4)
14時頃		24	1 (4)
15時頃			1 (4)
17時頃			3 (12)
18時頃			1 (4)
21時頃			1 (4)
22時頃			2 (8)
不明			5 (20)
自殺直後に気付いた人	いた		12 (52)
	いなかった	23	10 (43)
	不明		1 (4)
応急処置の有無	あった	24	11 (46)
	なかった		13 (54)
亡くなるまでの間の入院	あった	22	2 (9)
	なかった		20 (91)
死亡時のアルコール服用	あった		3 (12)
	なかった	25	17 (68)
	不明		5 (20)
死亡時の薬物服用	あった		4 (17)
	なかった	23	14 (61)
	不明		5 (22)
不注意や事故の可能性	自殺だった	23	22 (96)
	事故の可能性あり		1 (4)
遺書やメモの有無	あった	25	12 (48)
	なかった		13 (52)

表3 事例群と対照群の「自殺のサイン」の出現率の比較*

	事例群 (N=25)		対照群 (N=25)		P 値
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
死に関する発言					
あり		13 (59)		0 (0)	<0.01
なし	22	9 (41)	22	22 (100)	
身辺整理					
いずれもなし	25	19 (76)	25	24 (96)	0.13
身の回りのものを整理	25	2 (8)	25	0 (0)	0.50
仕事を片付ける	25	2 (8)	25	0 (0)	0.50
財産の目録の作成	25	1 (4)	25	0 (0)	1.00
金品の譲渡	25	0 (0)	25	0 (0)	-
大切なものの譲渡	25	1 (4)	25	0 (0)	1.00
日記や写真の処分	25	0 (0)	25	0 (0)	-
遠方の友人を訪問	25	0 (0)	25	0 (0)	-
その他	25	2 (8)	25	0 (0)	0.50
身だしなみ					
いずれもなし	25	20 (80)	25	24 (96)	0.22
入浴しなくなる	25	3 (12)	25	1 (4)	0.63
髪型を気にしない	25	1 (4)	25	0 (0)	1.00
化粧をしない	25	0 (0)	25	0 (0)	-
散髪をしない	25	0 (0)	25	0 (0)	-
洗顔・歯磨きをしない	25	2 (8)	25	0 (0)	0.50
同じ衣服を繰り返し着る	25	1 (4)	25	1 (4)	1.00
衣服の汚れを気にしない	25	1 (4)	25	1 (4)	1.00
その他	25	2 (8)	25	0 (0)	0.50
不注意や無謀な行為					
いずれもなし	25	9 (36)	25	24 (96)	<0.01
交通事故・違反	25	2 (8)	25	0 (0)	0.50
荒っぽい運転	25	1 (4)	25	0 (0)	1.00
お金や貯金を使い込む	25	1 (4)	25	0 (0)	1.00
無理な投資やギャンブル	25	1 (4)	25	0 (0)	1.00
高価な買い物	25	1 (4)	25	0 (0)	1.00
服薬の中断	25	5 (20)	25	0 (0)	0.06
医師の指示を聞かない	25	4 (16)	25	0 (0)	0.13
健康の管理ができない	25	3 (12)	25	0 (0)	0.25
けんかや口論	25	3 (12)	25	0 (0)	0.25
社会的ルールに反した行動	25	0 (0)	25	0 (0)	-
物をよくなくす	25	3 (12)	25	1 (4)	0.63
頻繁にケガする	25	1 (4)	25	0 (0)	1.00
荒い言葉遣い	25	2 (8)	25	0 (0)	0.50
その他	25	5 (20)	25	0 (0)	0.06
自殺報道を聞いた					
はい		3 (14)		4 (19)	1.00
いいえ	21	18 (86)	21	18 (81)	

* 事例群については死亡前1ヶ月間に該当する行動や状態があったかどうか、対照群については最近1ヶ月にこれらがあったかどうかをたずねた。

表4 事例群と対照群における以前の自殺傾向や事故の経験の比較

	事例群 (N=25)		対照群 (N=25)		P 値
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
以前の自殺未遂の経験					
あり	23	7 (30)	23	0 (0)	0.02
なし		16 (70)		23 (100)	
最近1年以内の自殺未遂					
1年以内	7	3 (43)			
1年以上前		4 (57)			
事故の経験					
あり	23	5 (22)	23	2 (9)	0.45
なし		18 (78)		21 (91)	
家族・親類の自殺行動					
あり	23	12 (52)	23	7 (30)	0.30
なし		11 (48)		17 (70)	

表5 事例群と対照群における生活歴の比較

	事例群 (N=25)		対照群 (N=25)		P 値
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
両親の死別・離婚					
あり	21	1 (5)	21	1 (5)	1.00
なし		20 (95)		20 (95)	
いじめ・暴力					
あり	22	6 (27)	22	3 (14)	0.45
なし		16 (73)		19 (86)	
虐待・ネグレクト					
あり	23	2 (9)	23	0 (0)	0.50
なし		21 (91)		23 (100)	

表6 事例群と対照群における仕事の状況の比較

	事例群 (N=25)		対照群 (N=25)		P 値
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
仕事の状況					
有職者	25	12(48)	25	18(72)	0.07
無職 (学生、主婦を含む)	25	6(24)	25	6(24)	1.00
失業中	25	1(4)	25	0(0)	1.00
病気や障害による無職	25	5(20)	25	1(4)	0.13
その他	25	3(12)	25	0(0)	0.25
健康上の理由による1ヵ月以上の休職					
あり		3(20)		0(0)	
なし	15	12(80)	14	15(100)	0.25
業種					
一次産業		1(4)		4(16)	
二次産業		9(36)		6(24)	
三次産業	25	4(16)	25	12(48)	0.51
その他		3(12)		0(0)	
職種					
専門管理		5(20)		7(28)	
事務職		2(8)		7(28)	
現業職	25	8(32)	25	8(32)	0.11
その他		2(8)		0(0)	
勤務形態					
常勤 (フルタイム)		10(40)		18(72)	
非常勤 (パートタイム)	25	3(12)	25	2(8)	0.18
自営業		4(16)		2(8)	
職場の規模					
小事業所		10(40)		14(56)	
中事業所		3(12)		3(12)	
大事業所	25	0(0)	25	0(0)	0.34
不明		4(16)		3(12)	
勤務の時間帯					
日勤のみ		13(52)		16(64)	
その他	25	3(12)	25	5(20)	0.66
休日の出勤					
あり		4(50)		5(63)	
なし	8	4(50)	8	3(37)	1.00
自宅へ仕事の持ち帰り					
あり		4(36)		5(45)	
なし	11	7(64)	11	6(55)	1.00
呼び出し用の携帯電話					
あり		3(25)		2(17)	
なし	12	9(75)	12	10(83)	1.00
	人数	平均 (SD)	人数	平均 (SD)	
月平均労働時間	8	272.1(85.6)	8	219.5(50.6)	0.04
月平均残業時間	5	63.8(85.7)	5	56.6(40.3)	0.78
月平均出張回数	4	0.3(0.5)	4	1.5(1.0)	0.02

表7-1 事例群と対照群での過去に経験した生活出来事の個数の比較

過去の生活出来事	生活出来事数		p 値 †
	事例群 (N=25) 平均値 (標準偏差)	対照群 (N=25) 平均値 (標準偏差)	
過去全て	3.96 (2.48)	2.32 (2.12)	0.019
出来事の性質別			
よい	0.36 (0.70)	0.84 (1.28)	0.110
悪い	2.96 (2.07)	1.20 (1.47)	0.002
不明	0.64 (1.04)	0.28 (0.68)	0.153
1年以内	2.48 (1.92)	1.40 (1.78)	0.051
出来事の性質別			
よい	0.28 (0.61)	0.64 (1.13)	0.175
悪い	1.88 (1.54)	0.56 (1.00)	0.001
不明	0.32 (0.63)	0.20 (0.65)	0.503
半年以内	1.60 (1.63)	0.52 (1.09)	0.015
1ヶ月以内	0.48 (0.92)	0.04 (0.20)	0.031

† McNemar 検定; N=25.

表7-2 事例群と対照群での過去全体の生活出来事の種類別頻度上位5件

事例群	件数	頻度	対照群	件数	頻度
本人に健康上の問題があった	14件	15.1%	本人に健康上の問題があった	7件	12.7%
家族に健康上の問題があった	9件	9.7%	給料(収入)に変化があった	6件	10.9%
仕事量の変化があった	8件	8.6%	仕事量の変化があった	5件	9.1%
その他(家族員に関する出来事)	7件	7.5%	家族が亡くなった	4件	7.3%
職場の人間関係でうまくいかないことがあった	5件	5.4%	子どもが家を離れた(結婚以外で)	4件	7.3%
合計	93件	100%	合計	55件	100%

表7-3 事例群と対照群での過去1年間における生活出来事の種類別経験人数:生活領域区分別

	事例群 (N=25) (該当者数)	対照群 (N=25) (該当者数)	有意確率 †
A: 職場の出来事	10	8	0.205
B: 学業上の出来事	2	2	0.500
C: 経済上の出来事	6	5	0.246
D: 健康問題	10	3	* 0.018
E: 住居に関する出来事	0	1	0.500
F: 死別	3	2	0.313
G: 結婚以前の交際	0	1	0.500
H: 違反・訴訟などの出来事	1	0	0.500
I: 家族員に関する出来事	5	3	0.234
J: 夫婦生活上の出来事	1	0	0.500
K: その他	1	0	0.500

† McNemar 検定.

表8 事例群と対照群における経済的問題の比較

	事例群 (N=25)		対照群 (N=25)		P 値
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
経済的問題があった					
あり		7(29)		4(17)	
なし	24	17(71)	24	20(83)	0.51
	人数	平均 (SD)	人数	平均 (SD)	
1年間の世帯年収 (万円)	8	508.8(220.1)	8	691.3(282.9)	0.06
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
借金の経験					
あり		8(32)		10(40)	
なし	25	17(68)	25	15(60)	0.73
いずれかの借金の問題*					
あり		7(28)		2(8)	
なし	25	18(72)	25	23(92)	0.18
借金の問題の持続					
亡くなった時にも続いていた		6(86)		1(100)	
亡くなる前には終わっていた	7	1(24)	1	0(0)	-
生命保険の加入					
していた		16(76)		17(81)	
していなかった	21	5(24)	21	4(19)	1.00
家族が生命保険を					
受け取った		14(78)			
受け取っていない	18	4(22)			-

* 借金で悩む、家族に相談、多重債務、返済期限の遅れ、業者による取り立て、弁護士等へ相談のいずれかがあった者。

表9 事例群と対照群における生活の質、ADL、社会的支援の比較

	事例群 (N=25)		対照群 (N=25)		P 値
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
亡くなる前1ヵ月について					
回答者との接触(日数)	25	26.5(9.6)	25	25.5(8.3)	0.57
1ヶ月の生活の質 (高得点ほど生活の質が低い)					
身体の調子	23	3.6(1.1)	23	2.9(0.6)	0.04
精神状態	22	4.1(0.9)	22	2.7(0.6)	<0.01
経済状況	23	3.1(0.8)	23	2.8(0.5)	0.18
仕事(家事、学業)の状況	18	3.6(1.0)	18	2.6(0.6)	<0.01
家族との関係	23	3.3(0.7)	23	2.3(0.8)	<0.01
その他の人との関係	22	3.0(0.7)	22	2.5(0.7)	0.04
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
健康問題による生活の支障					
あり		8(33)		2(8)	
なし	24	16(67)	24	22(92)	0.03
	人数	平均 (SD)	人数	平均 (SD)	
知人との付き合いへの参加頻度					
亡くなる前1ヵ月		1.2(1.4)		2.0(1.0)	
亡くなる前1年間	23	1.7(1.2)	23	2.3(0.9)	0.05
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
宗教活動への参加					
あり		3(13)		3(13)	
なし	24	21(87)	24	21(87)	1.00

表10 事例群と対照群における肥満度、身体的健康およびこれによる医師受診の比較

	事例群 (N=25)		対照群 (N=25)		P 値
	人数	平均 (SD)	人数	平均 (SD)	
身長・体重 (BMI)	20	21.0(3.5)	20	22.3(2.8)	0.02
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
かかりつけ医の有無					
あり		14(58)		15(63)	
なし	24	10(42)	24	9(37)	1.00
亡くなる前1年間の医療機関受診					
あり		16(76)		19(90)	
なし	21	5(24)	21	2(10)	0.38
亡くなる前1年間の 身体の病気による入院					
あり		3(19)		0(0)	
なし	16	13(81)	16	16(100)	0.25
亡くなる前1ヵ月間の身体の不調の訴え					
あり		11(48)		7(30)	
なし	23	12(52)	23	16(70)	0.34
上記症状による医療機関の受診					
あり		2(50)		3(75)	
なし	4	2(50)	4	1(25)	1.00
医師による診断					
明確な身体疾患		3(12)		5(20)	
身体疾患の疑い		1(4)		0(0)	
精神疾患		3(12)		0(0)	
原因不明	25	0(0)	25	1(4)	0.32
自然経過		0(0)		0(0)	
その他		1(4)		0(0)	
治療方針への満足					
していた		1(50)		2(100)	
していなかった	2	1(50)	2	0(0)	1.00
亡くなる前1年間に重症の身体疾患					
あり		7(29)		1(4)	
なし	24	17(71)	24	23(96)	0.03
身体疾患による自責感					
あり		0(0)		1(100)	
なし	1	1(100)	1	0(0)	1.00
	人数	平均 (SD)	人数	平均 (SD)	
平均睡眠時間	10	8.0(2.6)	10	6.7(1.3)	0.26
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
睡眠に関する問題					
あり		14(70)		2(10)	
なし	20	6(30)	20	18(90)	<0.01

表 1 1 事例群と対照群との死亡時（調査時）の精神障害への罹患の比較：半構造化面接による DSM-IV 診断*

DSM-IV 診断	事例群 (N=25)		対照群 (N=25)		P 値
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
物質使用障害					
アルコール依存	21	0 (0)	21	1 (5)	1.00
アルコール乱用	20	1 (5)	20	0 (0)	1.00
薬物依存	19	0 (0)	19	0 (0)	-
薬物乱用	19	0 (0)	19	0 (0)	-
気分障害					
大うつ病エピソード	24	10 (40)	24	0 (0)	<0.01
気分変調性障害	24	0 (0)	24	0 (0)	-
躁病・軽躁病エピソード	25	0 (0)	25	0 (0)	-
双極性障害	25	0 (0)	25	0 (0)	-
精神病性障害					
短期精神病性障害	22	0 (0)	22	0 (0)	-
統合失調症	22	0 (0)	22	0 (0)	-
その他の精神病性障害	22	0 (0)	22	1 (5)	1.00
不安障害					
パニック発作	24	1 (4)	24	0 (0)	1.00
強迫性障害	23	1 (4)	23	0 (0)	1.00
外傷後ストレス性障害	24	0 (0)	24	0 (0)	-
全般性不安障害	24	0 (0)	24	0 (0)	1.00
その他の心の健康問題**	23	4 (17)	23	1 (4)	0.25

* DSM-IV-TR 診断基準に従い除外診断ルールを適用している（例：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）。対照群の調査票に欠損値があり、ペア数は 25 から減少している。

** 事例群では、特定の恐怖症、軽度認知機能障害、適応障害、せん妄各 1 例。対照群は認知症 1 例。

表 1 2 事例群と対照群の死亡時（調査時）の精神障害の比較：精神科医による DSM-IV 診断

	事例群 (N=25)		対照群 (N=25)		P 値
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
発達障害					
注意欠陥・多動性障害	24	0 (0)	24	0 (0)	-
行為障害	24	0 (0)	24	0 (0)	-
精神遅滞	24	0 (0)	24	0 (0)	-
認知症	24	2 (8)	24	1 (4)	1.00
物質使用障害					
アルコール乱用	24	1 (4)	24	0 (0)	1.00
アルコール依存	24	0 (0)	24	0 (0)	-
物質乱用	23	0 (0)	23	0 (0)	-
物質依存	22	0 (0)	22	0 (0)	-
気分障害					
大うつ病性障害	20	10 (50)	19	0 (0)	P<0.01
気分変調性障害	21	2 (10)	21	0 (0)	0.50
双極性 I 型（単一エピソード）	24	0 (0)	24	0 (0)	-
双極性 I 型（その他）	24	0 (0)	24	0 (0)	-
双極性 II 型障害	24	0 (0)	24	0 (0)	-
精神病性障害					
短期精神病性障害	24	1 (4)	24	0 (0)	1.00
統合失調症	24	1 (4)	24	0 (0)	1.00
その他の精神病性障害	24	0 (0)	24	0 (0)	-
不安障害					
パニック発作	24	1 (4)	24	0 (0)	1.00
強迫性障害	24	0 (0)	24	0 (0)	-
外傷後ストレス障害	24	0 (0)	24	0 (0)	-
急性ストレス障害	24	0 (0)	24	0 (0)	-
全般性不安障害	24	1 (4)	24	0 (0)	1.00
摂食障害					
神経性無食欲症	24	0 (0)	24	0 (0)	-
神経性大食症	24	0 (0)	24	0 (0)	-
転換性障害	24	0 (0)	24	0 (0)	-
心気症	24	1 (4)	24	0 (0)	1.00
病的賭博	24	0 (0)	24	0 (0)	-
境界性人格障害	24	0 (0)	24	0 (0)	-
適応障害	21	3 (14)	21	0 (0)	0.25
その他の種類の精神障害	22	5 (22)	22	1 (5)	0.22

表 1 3 事例群と対照群での精神障害による受診・治療状況の比較

	事例群 (N=25)		対照群 (N=25)		P 値
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
過去 1 年間のこころの健康問題での治療・相談 (あり) *	24	11 (46)	24	0 (0)	P<0.01
相談先での治療 (あり)	10	10 (100)			
医師からの薬の処方 (あり)	10	10 (100)			
心の問題による入院 (あり)	11	3 (27)			
	人数	平均 (SD)			
治療の効果**	9	1.3 (1.2)			
	人数	該当者数 (%)			
本人の治療・服薬の中断 (あり)	10	4 (40)			
本人不調時の医師の不十分な対応 (あり)	10	1 (10)			
医師の勧めにもかかわらず、本人の入院拒否 (あり)	10	1 (10)			
通院医療費公費負担制度の利用 (あり)	10	2 (20)			

* ストレス、心の健康、あるいはアルコールや薬の使用の問題で医者や専門家での治療や相談。

** 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、から得点化。

表 1 4 事例群と対照群の家族構成および住宅の状況の比較

	事例群 (N=25)		対照群 (N=25)		P 値
	人数	該当者数 (%)	人数	該当者数 (%)	
婚姻状況					
未婚		7 (28)		8 (32)	0.26
既婚	25	9 (36)	25	15 (60)	
離死別		4 (16)		2 (8)	
学歴					
中学卒		4 (16)		4 (16)	0.78
高校卒	25	10 (40)	25	9 (36)	
大学・短大以上		6 (24)		11 (44)	
住宅種類					
所有の一戸建て		19 (76)		20 (80)	0.87
賃貸の一戸建て	25	1 (4)	25	0 (0)	
賃貸アパート・マンション		3 (12)		4 (16)	
その他		1 (4)		1 (4)	
自分専用の部屋					
あり		14 (56)		13 (52)	0.47
なし	25	7 (28)	25	9 (36)	
一人暮らし		3 (12)		2 (8)	
その地区での居住年数					
5 年未満		5 (20)		5 (20)	0.49
5 年以上 10 年未満	25	2 (8)	25	1 (4)	
10 年以上 30 年未満		5 (20)		3 (12)	
30 年以上		13 (52)		15 (60)	
その住まいでの居住年数					
5 年未満		5 (20)		5 (20)	0.61
5 年以上 10 年未満	25	2 (8)	25	4 (16)	
10 年以上 30 年未満		5 (20)		5 (20)	
30 年以上		12 (48)		10 (40)	

平成 18 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

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（防衛医科大学校・防衛医学研究センター・教授）

研究要旨：効果的な自殺予防対策を実施するためには、自殺の実態を正確に把握する必要がある。そのために、海外では心理学的剖検に基いた研究がさかんに実施され、その知見に基づいて自殺予防対策が立てられてきた。海外の報告では自殺と精神障害の関係について、次のような点が指摘されている。*自殺者の大多数が最後の行動に及ぶ前に、うつ病、統合失調症、アルコール依存症といった精神障害に罹患していた。*同時に複数の精神障害に罹患していると、自殺の危険はさらに高まる。*適切な精神科治療を受けていた者はごく少数である。*これらの結果から示唆されるのは、精神障害を早期に診断し、適切に治療することによって、自殺予防の可能性は十分に残されている。

本パイロットスタディでは、海外の先行研究と類似した点もあれば異なる点も認められた。*自殺者が生前、気分障害に罹患していた率や、重複罹患の率が高いのは、従来報告と同様である。*ただし、自殺者が精神障害に該当していた率が海外の報告に比べて必ずしも高くはなかった。*精神科受診歴の率は高く、最後の行動に及ぶ直近まで受診している例が多かった。*なお、本来、相互に排除されるべき、気分障害と統合失調症が併記されている例が 28 例中 2 例あり、この種の調査で得られるデータの限界や、診断の妥当性について今後検討すべきである。とくにこのような差異がわが国独自の知見であるのか、なんらかの selection bias の影響であるのか、今後、事例を増やすことによって検討すべき課題である。

A. 研究(調査)目的

効果的な自殺予防対策を実施するには、自殺の実態を把握しなければならない。自殺はきわめて稀な現象であるため（たとえば、近年のわが国の自殺率は、人口 10 万人あたり約 25 である）、前方視的研究を実施しようとする、莫大なサンプル数が必要となる。そこで、海外では心理学的剖検

(psychological autopsy) という手法を用いて自殺研究がさかんに行われている。

B. 研究(調査)方法

本研究の具体的な調査方法については他の報告書で触れられているので、本報告書では、まず、心理学的剖検の意義について簡単に解説する。

本研究におけるデータの収集の基礎となっているのは心理学的剖検という手法である。これは、1950年代末から1960年代初頭にかけて米国でShneidmanらにより開発された^{29, 30)}。死は、自然死、事故死、自殺、他殺に分類されるが、しばしばそのタイプが不明の場合がある。本来、心理学的剖検とは不審死を解明する手法として開発された。たとえば、薬物の過量服用が死因であることは明らかだが、それが事故死なのか、自殺なのか明らかでないことがある。そこで、身体的な剖検だけでは不明の部分を、行動科学の手法を用いて明らかにしようとしたのが、当初の心理学的剖検であった。

不審死が生じた場合、調査の主旨を十分に説明し、同意を得たうえで、故人をよく知っている人々（家族、友人、知人、同僚、医療関係者など）から情報を得たり、関連書類を検討することによって、故人が死に至った経過を検証する。

その後、心理学的剖検は最初から自殺であると明らかな事例にも応用されるようになり、自殺の実態を明らかにする研究の基礎となっていった。故人をよく知る人々に面接することによって、自殺が「なぜ起きたのか？」という点を明らかにするために用いられるようになったのだ。（なお、心理学的剖検を実施する際に重要な点として、単に事実を明らかにするだけでなく、自殺の後に遺された人々に対してケアするという側面もきわめて重要である点について注意を喚起しておきたい。）

最近では、自殺の実態を調べる上で、心理学的剖検がしばしば用いられている。図1にWHOが実施した多国間共同調査に基づく結果をまとめた⁴³⁾。心理学的剖検の手法

を用いて、15,629人の自殺者が最後の行動に及ぶ前にどのような精神障害を抱えていたかを調査した。それによると、「診断なし」と「適応障害」を合わせてわずかに4.3%に過ぎない。自殺に及ぶ前に95%の人が何らかの精神障害の診断に該当する状態にあった。さらに、適切な治療を受けていた人となると、2割程度に留まっている。したがって、精神障害の早期発見と治療によって自殺予防の余地は十分に残されている。

Conwellらは心理学的剖検をもとに実施された代表的な調査について総説した（図2）。WHOの調査と同様に、「診断なし」はきわめて少なく、1割に満たない⁷⁾。

これらの研究から明らかなように、自殺が生じる前に、大多数の人々が何らかの精神障害に罹患していたという厳然たる事実がある¹⁶⁾。ところが、適切な治療を受けていた人となると、ごく一部に過ぎない。さらに、重複罹患(comorbidity: 同一時点で複数の精神障害に罹患すること)や精神障害が重篤であるほど、自殺の危険が高いとされている。さまざまな自殺の危険因子が指摘されているが、中でも精神障害は重要な危険因子のひとつと考えるべきである。

（倫理面への配慮）本研究の実施においては、主任研究者の所属する国立精神神経センターの倫理委員会武蔵地区部会において承認を得ている。

C. 研究(調査)結果

1) 先行研究の総説

以下、先行研究で指摘されている、主な精神障害と自殺の関連を総説する³¹⁻³⁶⁾。

a) 気分障害

うつ病と自殺が密接に関連していることを、従来の研究は一貫して指摘してきた。DSM-IV-TR のうつ病の診断基準に該当する患者の6人に1人は自殺に終わるとの報告もある。うつ病患者の自殺率は、一般人口と比較して、少なく見積もっても30倍から数十倍も高いと報告されている¹⁴⁾。さらに高い値を報告している研究もある。なかでも、DSM-IV-TR のメランコリーの診断に当てはまるような重篤なうつ病患者では自殺の危険が非常に高い^{14, 15)}。不安障害、パニック障害、アルコールや薬物の乱用といった他の精神障害が、気分障害に合併した場合は、さらに自殺の危険は高まる。それ以外にも、病状自体はそれほど重篤ではないが、繰り返し再発しているうつ病患者や、病状が長期にわたり、遷延化している患者にも注意を要する。また、短期間に正常な状態とうつ病相が交互に出現する患者 (rapid cycler) や、回復期の混合病像の状態にある患者も自殺の危険が高い。双極性障害 (とくにうつ病相) も高い自殺率を示すことが知られている。

うつ病に対してはエビデンスに基づいた薬物療法や心理療法が開発されている。WHO もうつ病患者の約8割は適切な治療に反応すると主張している。たしかに慢性化して難治なうつ病が存在することは否定できないが、実際には、うつ病と気づかず (あるいはそれを否認し)、治療も受けないまま、重症化し、最悪の場合には自殺が生じている例も少なくない。したがって、うつ病の早期発見と適切な治療は、自殺予防の第一歩になると考えられている。

b) アルコール依存症

うつ病とともにアルコール依存症は自殺に密接に関連する。アルコール依存症はわが国では少なく見積もっても、200万人は存在すると推定されている。病死、事故死、自殺の率が高まるため、アルコール依存症患者の平均寿命は、健康人に比べて30年ほど短く、50歳代前半である。

Menninger は、アルコール依存症や薬物乱用それ自体を無意識の自己破壊傾向の発露ととらえて、慢性自殺 (chronic suicide) の概念を提唱した¹⁷⁾。アルコール依存症のために、判断力も弱まり、多くの社会的な問題のため孤立を深めてしまう。

さらに、アルコール依存症はうつ病と同一の疾患スペクトルに位置するという説もある。うつ病に罹患した後、徐々に飲酒量が増していき、アルコール依存症の診断に該当する患者もいれば、アルコール依存症のために、社会的孤立や対人的な問題が増していき、抑うつ感を深めてしまうこともしばしばである。アルコール依存症とうつ病は双子の関係と言ってもよい。

アルコール依存症患者の自殺率は海外では全自殺者の20~30%を占めるとの報告が多いが^{2, 3, 6, 9, 24)}、わが国の報告ではそれよりも低く10%前後である^{28, 31, 32, 37, 44)}。

また、アルコール依存症では、初期よりも、長期経過の末に自殺が生ずることが典型的である。発症から自殺まで平均20年が経過しているという報告もある²⁴⁾。アルコール依存症患者の自殺は中年期に起きることがもっとも多く、近年、アルコール依存症の若年化の傾向を認めるとはいえ、20歳代といった若年層の自殺は比較的少ない。また、女性のアルコール依存症も近年問題

になっているが、現時点ではアルコール依存症患者の自殺は圧倒的に中年男性に多い。

アルコール依存症患者は「自殺する」と周囲の人々をしばしば脅し、実際に自殺企図も多い。Murphyらが、自殺したアルコール依存症患者50人を検討したところ、30%に自殺企図を認め、何らかの形で自殺をほめかした者は92%にのぼった¹⁸⁾。

なお、アルコール依存症の診断に該当しないまでも、自殺した人の約半数に血中からアルコールが検出されたという海外の報告もあり、自殺行動に及ぶ段階で酩酊している例は非常に高いと考えられる。自らの身体を損傷することに伴う恐怖感をアルコールで弱めて、自殺行動に及んでいる。

c) 統合失調症

うつ病に比べて、統合失調症患者の自殺は時に唐突に生じたように思われて、周囲を驚かすことがある。経験豊富な精神科医でさえも、統合失調症患者の自殺を前もって予想できなかったことを打ち明ける場合がある。

ただし、統合失調症患者の自殺はけっして少なくはない。統合失調症患者の10人のうち1人は自殺により死に至るとの報告もあるとMilesは報告している²⁶⁾。また、Tsuangによれば、統合失調症患者の平均寿命は、一般人口よりも短く、その最大の原因は自殺であるという³⁸⁾。

一般人口での統合失調症の有病率を考えた場合、統合失調症患者の自殺が少なくないことは容易に予想できるし、精神病院では統合失調症患者の自殺率はうつ病患者の自殺率を上回ることもさへある。また、他の疾患に罹患している患者に比較して、統合失

調症患者は致死性の高い方法を用いて自殺を図る傾向があるという報告もある。

従来の報告では、病的体験に支配されて自殺行動に及ぶといった例が強調される傾向があった。しかし、最近では、統合失調症患者がかならずしも幻聴や妄想に支配されて自殺行動を起こすばかりではなく、慢性の経過中に直面する現実的な問題が、自殺の契機になっていることも多いと報告されている。

また、統合失調症患者の元来の性格特徴や病状の進行による人格の荒廃のため、患者が自殺の意図をはっきりと言葉に出して直接伝える傾向が乏しいために、自殺の危険を予測し、自殺を予防することが、臨床的にとくに困難になっている。

一般に、自殺する統合失調症患者は若い男性が多いとの報告が少なくない。Breierらの研究によると、統合失調症で自殺した患者の平均年齢は31歳であり、他の疾患で自殺した患者の平均年齢よりも10歳も若い⁵⁾。統合失調症の自殺に関する6編の研究について総説したRoyは、自殺時の平均年齢は30歳代前半だったと報告した²⁷⁾。好発年齢を考えると、気分障害やアルコール依存症に比較して、統合失調症では明らかに自殺の年齢は低い。しかし、活発な精神症状が消褪し、発病から長期間経過しているながら、自殺を図る一群の患者が存在することに注意を喚起している報告もある²⁰⁾。

性別に関しても数々の報告が統合失調症患者の自殺は圧倒的に男性に多いことを示している^{4, 25)}。Tsuangらは、統合失調症の女性患者の自殺率は一般人口の自殺率にはほぼ等しいが、男性患者の自殺率は一般人口よりもはるかに高いことを明らかにした³⁹⁾。

統合失調症の患者の自殺に関しては、次のような臨床像の特徴が挙げられている。

- ① 急性の精神症状に支配された行動としての自殺
- ② 急性症状の消褪直後に起きる自殺
- ③ 一見症状が安定した慢性経過をたどる患者による自殺(病気のための社会的孤立や予後に対する悲観的などらえ方)
- ④ 抑うつ状態の合併と自殺

d) パーソナリティ障害

パーソナリティ障害とは、人格の極度の偏りのために、本人自身が苦しんだり、あるいは社会的に問題が起きたりしている病態をさす。かつて精神病質とか病的性格と呼ばれていたものの大部分が、パーソナリティ障害に当てはまる。

DSM-IV-TR では、パーソナリティ障害は3群に分類され、10種のパーソナリティ障害をあげている。とくに自殺の危険との関連がしばしば指摘されるのは境界性パーソナリティ障害と反社会性パーソナリティ障害である。

その他のパーソナリティ障害についての調査は十分ではなく、もっぱら、他の精神障害や、あるいは他の型のパーソナリティ障害との関わりという視点から、自殺の危険が調査されている。ここでは境界性パーソナリティ障害と反社会性パーソナリティ障害を取り上げておく。

境界性パーソナリティ障害

診断基準の項目のひとつに自傷行為が含まれているほどで、境界性パーソナリティ障害では、さまざまな形の自己破壊行動を

認める。

Crumley は、思春期の境界性パーソナリティ障害の患者の55%に自殺企図を認めた⁸⁾。Friedman らは入院患者を対象として調査したが、境界性パーソナリティ障害と他の診断の患者を比較すると、前者では92%、後者では59%に自殺企図を認めた¹⁰⁾。なお、より深刻な自殺企図を見ると、境界性パーソナリティ障害群86%、他のパーソナリティ障害群30%、パーソナリティ障害を認めない群29%と、一層その傾向は顕著であった。

このように、境界性パーソナリティ障害の患者には自傷行為をしばしば認めるのだが、かならずしも他者を操作するための自殺行動ばかりではなく、実際に致死性の高い自殺企図も認める危険性を指摘する報告もある。Perry の調査では、境界性パーソナリティ障害の患者のうち、約80%は複数回の自殺企図を認め、42%は発見されて救われる可能性の非常に低い状況で自殺を図り、他者に発見されるような状況で自殺を図った者は21%だけであった²²⁾。自殺企図の方法としては、手首自傷80%、他の型の自傷行為を65%で認めた。本人が自殺企図が目的ではなかったと主張するものの、飲酒や薬物の服用で意識を失ったことのある者は60%にのぼった。

境界性パーソナリティ障害の患者で、これまでも自殺企図を認める場合は、将来、同様の行動を繰り返し、死に至る危険が高い。とくに、うつ病、アルコール依存症あるいは薬物乱用との合併は、自殺に直接結びつく衝動をコントロールできなくなってしまう危険を高めてしまう。境界性パーソナリティ障害の患者に大うつ病の合併する

率は 50～90%であるとの報告もある^{12, 21, 22)}。また、境界性パーソナリティ障害の患者には、大うつ病の診断に該当しないまでも、慢性的な抑うつ感をほぼ全例に認める²²⁾。同報告で、アルコール乱用 43%、アルコール依存症 87%が認められた。Nace らは、境界性パーソナリティ障害とアルコール依存症が合併した患者では、アルコール依存症の診断だけの患者に比べて、自殺企図を有意に高率に認めると報告している¹⁹⁾。

反社会性パーソナリティ障害

反社会性パーソナリティ障害は小児期あるいは青年期早期に始まり、成人後も続く。他者の権利を無視し、侵害する傾向が強い点の特徴である。衝動性、易怒性、良心の欠如、危険を顧みない無謀な行為などが認められ、しばしば犯罪に及ぶ。

刑務所に収容されている反社会性パーソナリティ障害の診断に該当する人の数%から 20 数%に自殺企図を認めている^{13, 23, 40)}。

精神科治療を受けている患者で反社会性パーソナリティ障害の診断に該当する者となると、自殺企図の率はさらに高くなる。Woodruff ら⁴²⁾の調査では、外来患者で反社会性パーソナリティ障害の診断に該当する者の 23%に、Spalt ら³³⁾の調査では、34.6%に自殺企図を認めた。Garvey らは、反社会性パーソナリティ障害に該当する精神科入院患者の 72%に自殺企図を認めたが、致死性の高い自殺企図は少なかったという⁴¹⁾。

致死性の高い自殺企図認め、かつ、複数のタイプの薬物乱用に及ぶ患者では、反社会性パーソナリティ障害の診断に合致する例が高率であるとの報告もある⁴¹⁾。

このように、反社会性パーソナリティ障

害においても、自殺企図は高率に認められる。しかし、自殺企図を繰り返す傾向は高いのだが、致死性の高い自殺企図は一般的に少なく、他者を操作する側面が強いとも指摘されている。しかし、反社会性パーソナリティ障害と境界性パーソナリティ障害との合併例や、同時に複数の薬物乱用を認めるような場合には、自殺の危険を慎重に検討する必要がある。

以上、精神障害と自殺の関連について概観してきたが、主な点をまとめると次のようになる。

- 自殺者の大多数が最後の行動に及ぶ前に、うつ病、統合失調症、アルコール依存症等の精神障害に罹患していた。
- 同時に複数の精神障害に罹患していると、自殺の危険はさらに高まる。
- ただし、適切な精神科治療を受けていた者はごく少数である。
- これらの結果から示唆されるのは、精神障害を早期に診断し、適切に治療することによって、自殺予防の可能性は十分に残されている。

2) 本パイロットスタディの結果

次に、本研究における自殺と精神障害の関係について検討する。なお、本研究全体の概要はすでに他の報告書で述べられているため、実施時期、対象、方法等についてはここでは省略し、精神障害と自殺の関連に焦点を当てていく。

本報告書を作成する時点でデータが収集できていたのは表 1 に挙げた 28 事例である。年齢は 12 歳から 79 歳に及び(平均 44.2

歳)、そのうち、男 18 例、女 10 例であった。
この結果から明らかにされた点について考察していく。

- ① 調査員による精神科診断：28 例中 19 例(67.9%)で何らかの診断が下されている。この 67.9%という率は、従来の報告に比較してかならずしも高いとは言えない。WHO の報告などでも自殺者の 95%以上が何らかの精神科診断が下されているとされている。Conwell らによる総説の心理学的剖検に基づく主な調査でも、9 割前後の値を示している。ただし、各種心理学的剖検が報告している率があまりにも高いという反論が従来からある。したがって、従来報告されている率が高すぎるのか、本研究の率が低すぎるのか、今後、事例を増やすことによってさらに検討されなければならない。
- ② 半構造化面接法による精神科診断では、28 例中 11 例(39.3%)で精神障害の診断が該当した。精神科診断に該当する例がさらに低くなっている。診断基準が厳密であるだけに、半構造化面接による精神科診断が該当する症例の割合が低くなるのは当然であるとも言える。
- ③ 精神科(あるいは心療内科)受診歴がある事例は、精神障害が疑われる 28 例中 11 例(39.3%)である。一般には精神科受診に対する偏見が強く、たとえ精神科的問題を疑っても、なかなか精神科に受診できないというのがわが国の現状でもある。ところが、心療内科を含めて、精神科に受診していた事例が 39.3%というのは従来の報告よりも高い。これは、

最近になってうつ病についての認識が徐々に広まっているという現実を反映しているのか、あるいは、大規模に実施される心理学的剖検による調査としてはわが国では初めてのものであるために、協力を得られやすい人々を対象としたことが影響している可能性も否定できない。

- ④ さらに自殺が起きる比較的直近の精神受診歴を見ると、自殺の 1 か月以内に精神科受診していた事例が、11 例中 9 例ある。自殺が生じる比較的近い時期まで精神科治療を受け続けていた点も従来の報告とは異なる。
- ⑤ 前項で指摘したように、自殺に至った患者が、最後の行動に及ぶ比較的前まで精神科受診をしていたにもかかわらず、死亡前の 1 年間に入院歴があったのは、4 例に過ぎない。これは実際に受診していたにもかかわらず、精神障害は自殺に直結するほど重症と考えられていなかったのか、あるいは、自殺の危険の評価が十分になされていなかったことを示唆するのか、これだけのデータからは明らかになっていない。
- ⑥ 診断に関して、従来の報告においても気分障害が重要な自殺の危険因子とされてきたが、これは本パイロットスタディにおいても確認されたといつてよいだろう。精神科受診歴のある人における診断、調査員による診断、半構造化面接法に基づく診断、のすべてにおいて、気分障害の診断が圧倒的に多い。ただし、他の調査において、うつ病や統合失調症とともに重要な自殺の危険因子とされているアルコール依存症の診断に該当す

る例が低かったのも本調査の特徴である。

- ⑦ さらに、重複罹患 (comorbidity) も従来の研究において、重要な自殺の危険因子とされてきた。調査員による診断が下されている 19 例中 9 例 (47.4%) に複数の精神科診断が下されている。半構造化面接法に基づく精神科診断を下されている 11 例中 5 例 (45.5%) が重複罹患であり、これは重要な自殺の危険因子であると考えられる。
- ⑧ 診断について疑義が残るのは、本来、相互排他的な診断が下されている例があることである。たとえば、事例 3 では、調査員による診断が「大うつ病性障害」と「統合失調症」とされている。事例 11 では、半構造化面接法に基づく精神科診断が「大うつ病性エピソード」と「統合失調症」が併記されている。WHO の診断基準である ICD-10 においても、アメリカ精神医学会が定めた診断基準 DSM-IV-TR においても、気分障害と統合失調症は同時には診断できない。今後、調査員による診断の妥当性について検討することが課題となるであろう。ただし、元のデータに当たると、この点に関してある側面が明らかになってくる。本研究はあくまでも、自殺者をよく知っている人から、自殺者の生前の様子について尋ね、その情報を基にして診断を決定している。当然のことながら、生きている患者自身を対象として面接し、情報を収集し、診断を下しているわけではない。本人を対象として直接面接を実施することができないため、最終的な判断を下せない場合もあり得る。それが、本来な

らば相互に排除すべき診断が併記されている原因のひとつであるとも考えられる。

D. 考察

以上の知見から、指摘できることを列挙した。

- ① 自殺者が生前、気分障害に罹患していた率や、重複罹患の率が高いのは、従来の報告と同様である。
- ② 自殺者が精神障害に該当していた例が海外の報告に比べて必ずしも高くないが、これがわが国の現状であるのか、あるいは、selection bias の影響であるのかは今後さらに検討を進めていく必要がある。
- ③ 精神科受診歴の率は高く、最後の行動に及ぶ直近まで受診していた例が、海外の報告に比べて多いのだが、この点についても前項と同様の疑問が残る。これは精神科受診につながっていても適切な治療が実施されていなかった可能性もあるし、あるいは、自殺の危険性が単に精神障害の重症度や治療の効果だけでは説明できない側面があることを示唆している可能性もある。
- ④ 本来、相互に排除されるべき、気分障害と統合失調症が併記されている例が 2 例あった。これは、すでに死亡している人について調査する研究手法の限界であるのか、あるいは、調査者の診断妥当性の問題であるのか、今後さらに検討すべきである。(なお、情報を得た人がほとんどの事例で 1 名であり、複数の人々から情報を得たのではないという意味で、情報の正確さを検討する必要もある