

A. 研究の目的

2007年6月に閣議決定された自殺総合対策大綱（以下、大綱）には、「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入のポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」と明記されている。このことは、わが国が総合的な自殺対策を推し進めるにあたっては、様々な施策の根拠となる基礎資料として、心理学的剖検の手法による自殺の実態解明が喫緊の課題であることを意味している。

大綱に先立って、我々は、厚生労働科学研究「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究（主任研究者 北井暁子）」において、平成17年度「心理学的剖検に関するフィージビリティに関する研究」、ならびに平成18年度「心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究」と、将来における全国的な心理学的剖検の実施を準備してきた。そして、これらの成果を踏まえ、平成19年12月より、全国規模による、心理学的剖検の手法を用いた自殺の実態調査（「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」）を実施している。

さて、本分担研究の最終的な目的は、心理学的剖検における精神医学的診断の妥当性を明らかにし、その数量的分析を行うことにある。しかし、研究班2年目にあたる今年度は、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査（以下、本調査）」の進捗状況、ならびに現時点までの単純集計の結果を報告し、その限定的なデータにもとづいて、現時点において見えてくる、

自殺者の背景にある精神医学的問題について若干の考察を行った。

B. 研究方法

本研究は、以下の二つの手続きによって進められた。

1. 調査の進捗状況に関する検討

調査実施地域から、国立精神・神経センター精神保健研究所自殺実態分析室内に設置された調査センターに集められた、調査の進捗状況に関する情報を整理することである。情報の整理にあたっては、(1) 月別に調査面接の実施や面接表の到着状況を継続的に整理するとともに、(2) その実施状況を地域ブロック別に整理した。

2. 精神医学的診断と自殺の危険因子に関する検討

すでに調査面接が終了し、調査センターに面接票が届けられた事例について、精神医学的診断、ならびに主要な自殺の危険因子に関する情報を整理することである。その際、以下の手続きによって情報を抽出した。

1) 精神医学的診断の検討:

面接票の情報に含まれる二つの精神医学的診断を抽出した。一つは、直接調査にあたった調査員である精神科医師が、遺族の話にもとづく臨床診断であり、もう一つは、面接票の半構造化面接による診断である。

2) 自殺の危険因子に関する検討:

①一般的な自殺の危険因子に関する情報の抽出: 面接票の情報から、先行研究によって指摘されてきた自殺の危険因子—「男性」「独身」「自傷・自殺未遂歴」

「自殺の家族歴」「失踪歴」「事故傾性」「身体疾患」「身体愁訴」「睡眠障害」「精神障害（ことに、自殺と関連するとされる精神障害の上位3つ、すなわち、気分障害、物質関連障害、統合失調症）」一に関連する変数を抽出した。具体的には、これらの危険因子に対応する変数として、「性別」「婚姻歴」「自傷・自殺未遂歴」「失踪歴」「過去1年間の事故歴（事故傾性）」「親族の自殺企図歴」「重症の身体疾患」「その他の身体症状」「睡眠障害」「過去1年間のアルコール問題」「大うつ病性障害」「統合失調症」「物質関連障害（アルコール・薬物の使用障害など）」を抽出した。なお、ここでの精神医学的診断は、調査を担当した精神科医の臨床診断に依拠することとした。また、「物質関連障害」とは別に、「アルコール乱用・依存」よりも広義の飲酒問題も抽出する目的から、「自殺時のアルコール使用」と「過去1年間のアルコール問題」に関する情報も抽出した。

②社会的問題に関する情報の抽出：自殺に関連する社会的要因として、今回は試みに雇用・職業状況の変化と借金の問題を取り上げ、「転職歴」「休職歴」「返済困難な借金」に関する情報を抽出した。

③精神科医療への援助希求行動に関する情報の抽出：危険因子とは異なるが、精神保健的問題に関する援助希求行動について検討する目的から、「過去1年間の精神科受診」に関する情報を抽出した。

（倫理面への配慮）

本調査は、国立精神・神経センター倫理委員会の承認を得て実施されたものである。

C. 結果

1. 調査の進捗状況に関する検討

我々はこれまで3回の調査員トレーニングを通じて、全国64都道府県・政令指定都市のうち、53自治体に総計168名の調査員を養成した。このうち、2008年12月末日までの段階で、17自治体で総計41事例の調査面接を実施もしくは予約を完了した。

1) 月別の調査面接の実施ならびに面接票の到着状況

月別の調査面接の実施ならびに面接票の到着状況は、図1のようになっている。本調査は、2007年12月より開始しているが、地域において実際に調査面接が実施されたのは、2008年1月以降であった。

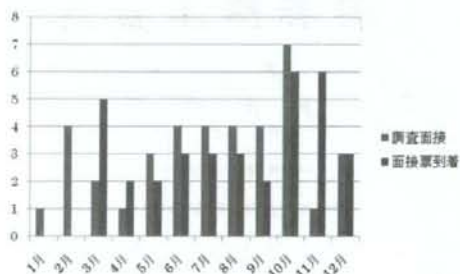


図1: 月別の調査面接の実施ならびに面接票の到着状況

調査実施を推進する触媒となることを期待して、2008年5月に全国の調査員資格者を対象とするメーリングリスト開設、同年6月には「自殺予防と遺族支援のための基礎調査ホームページ」を開設した。さらに11月には「調査員連絡会議」を開催し、調査の状況と結果の中間報告をするとともに、調査対象遺族とのアクセス方法や遺族ケアのあり方について意見交換をした。これらのイベントと実際の調査実施とのあいだには、少なくとも一見したかぎりには、即時的かつ明確な相関関係は認められなかった。

2) 地域ブロック別の調査実施状況

図2は、地域ブロック別の調査実施状況を示したものである。図からも明らかなように、関東甲信越ブロックと近畿・中部ブロックでは順調に調査が進み、事例を重ねている対し、中国・四国ブロックと九州・沖縄ブロックではまだまだ調査が進んでいない状況が認められた。なお、調査センターでも調査面接を実施しているが（その詳細については、竹島分担報告書を参照のこと）、3事例の調査面接の要請があり、すでに1事例の面接を終了している。

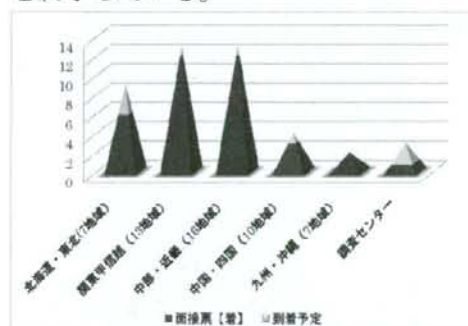


図2: 地域別の調査実施状況

2. 精神医学的診断と自殺の危険因子に関する検討

2008年12月末日までに調査面接を実施もしくは面接予約がなされた41事例のうち、すでに調査面接を終了し、調査センターに記入済みの面接票が到着しているのは、35事例（男性27事例、女性8事例）であった。

この35事例の年齢は22歳から78歳に分布し、その平均は47.9歳であった。また、死亡時の職業については、最も多くを止めていたのが「無職者(学生を除く)」で46%であり、次いで「被雇用者」が31%、「自営者雇い無し(農業・漁業含む)」が11%、「自営者雇い有り」が9%、「学生」が3%という内訳であった(図3)。

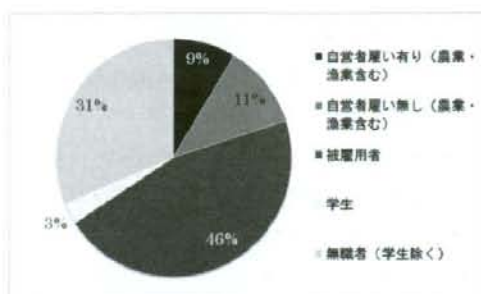


図3: 35事例における死亡時職業の内訳

1) 精神医学的診断の検討

精神科医師の調査員による臨床診断、ならびに面接票の半構造化面接による診断の一覧を表1に示す。

表からも明らかなように、調査員(精神科医)による臨床診断では、35事例中31事例(88.6%)に何らかの精神医学的診断が認められ、そのうちの16事例(51.6%)に複数の精神医学的診断を認める、いわゆる重複診断であった。また、半構造化面接による操作的診断では、25事例(71.4%)に何らかの精神医学的診断が認められ、そのうちの9事例(36.0%)に重複診断が認められた。

臨床診断で重複診断が認められた16事例中12事例(75.0%)に、また操作的診断では、9事例中8事例(88.9%)に、大うつ病性障害の診断がそれぞれ存在し、重複診断の大半が、大うつ病性障害に他の精神医学的診断が併記されるパターンをとることが明らかにされた。

そこで、重複診断事例において、大うつ病性障害に併存する精神医学的診断のうち、複数認められたものを検討してみた。その結果、臨床診断においては、12事例中、気分変調性障害が6事例(50.0%)に、物質関連障害(アルコール・薬物使用障害)が4事例(33.3%)に、不安障害(パニック障害・全般性不安障害)が2

表1: 調査面接から明らかにされた精神医学的診断(空欄は、該当する精神医学的診断がないことを意味する)

事例	年齢	性別	調査員(精神科医)による臨床診断	半構造化面接による診断
1	65	男	認知症、アルコール依存、大うつ病性障害	アルコール依存、大うつ病エピソード、
2	59	男		
3	65	男	病的賭博、睡眠障害	
4	64	男	大うつ病性障害	大うつ病エピソード
5	40	男	アルコール依存、大うつ病性障害	アルコール依存
6	40	男	アルコール乱用	アルコール乱用
7	34	男	大うつ病性障害	大うつ病エピソード
8	48	女	双極Ⅱ型障害、統合失調症	双極Ⅱ型障害、統合失調症
9	78	男	大うつ病性障害	
10	70	男		
11	29	男	大うつ病性障害	大うつ病エピソード
12	57	男	大うつ病性障害	アルコール依存、大うつ病エピソード
13	70	男	大うつ病性障害、気分変調性障害	大うつ病エピソード、気分変調性障害
14	52	男	アルコール乱用、病的賭博	アルコール乱用
15	43	男	大うつ病性障害	
16	56	男	大うつ病性障害、パニック障害、全般性不安障害	大うつ病エピソード、パニック障害、全般性不安障害
17	39	男	大うつ病性障害、気分変調性障害、パーソナリティ障害	気分変調性障害
18	26	男	物質依存	薬物依存
19	39	男	アルコール依存、気分変調性障害	大うつ病エピソード、アルコール乱用
20	22	女		
21	31	女	大うつ病性障害	大うつ病エピソード
22	22	女	大うつ病性障害、気分変調性障害	
23	62	女	大うつ病性障害、気分変調性障害	気分変調性障害
24	48	男	適応障害	
25	72	男	大うつ病性障害	
26	75	男		
27	33	女	精神遅滞、物質依存、大うつ病性障害、気分変調性障害、神経性大食症、パーソナリティ障害、適応障害	大うつ病エピソード、気分変調性障害、薬物依存、
28	44	男	アルコール乱用	アルコール乱用
29	54	男	大うつ病性障害	大うつ病エピソード
30	57	男	アルコール依存	アルコール依存
31	57	男	大うつ病性障害、気分変調性障害	気分変調性障害
32	33	男	精神遅滞、大うつ病性障害、統合失調症	短期精神病性障害、
33	35	男	物質依存、大うつ病性障害	大うつ病エピソード、気分変調性障害
34	24	女	統合失調症	統合失調症
35	32	女	大うつ病性障害、全般性不安障害、無神経無食欲症	大うつ病エピソード、全般性不安障害

表2: 35事例における自殺の危険因子に関する検討

	調査項目	n	%
人口動態的変数	性別(男性)	27	(77.1%)
	年齢(平均)	47.9歳(22~78歳)	
	婚姻歴	23	(65.7%)
自殺時のアルコール使用		7	(20.0%)
自殺関連行動の既往 ならびにその家族歴	自傷・未遂歴	8	(22.9%)
	失踪歴	6	(17.1%)
	過去1年間の事故	4	(11.4%)
	親族の自殺企図歴	18	(51.4%)
社会的問題	転職歴	19	(54.3%)
	休職歴	9	(25.7%)
	返済困難な借金経験	7	(20.0%)
医学的問題	過去1年間の精神科受診歴	16	(45.7%)
	重症の身体疾患歴	10	(28.6%)
	その他の身体症状	22	(62.9%)
	睡眠障害	25	(71.4%)
	過去1年間のアルコール問題	10	(28.6%)
	大うつ病性障害	21	(60.0%)
	統合失調症	3	(8.6%)
	物質関連障害	10	(28.6%)

事例(16.7%)に認められた。一方、操作的診断では、9事例中、気分変調性障害が3事例(33.3%)に、物質関連障害が4事例(44.4%)に、不安障害が2事例(22.2%)に認められた。

2) 自殺の危険因子に関する検討

ここでは危険因子を、便宜上、「人口動態的変数」「自殺時のアルコール使用」「自殺関連行動の既往とその家族歴」「社会的問題」「医学的問題」に整理して、結果を報告したい(表2)。

①人口動態的変数: 35事例の77.1%を男性が占め、平均年齢は47.9歳であった。婚姻歴は65.7%に認められた。

②自殺時のアルコール使用: 20.0%に、自殺時のアルコール使用が認められた。

③自殺関連行動の既往とその家族歴: 自傷行為や自殺未遂の既往は22.9%、失踪歴は17.1%、過去1年間の事故は11.4%にそれぞれ認められた。また、親族の自殺企図歴が認められた者は全体の51.4%

にものぼった。

④社会的問題: 全事例の54.3%に転職歴が認められ、25.7%に休職歴が認められた。また、返済困難な借金をした経験を持つ者は全体の20.0%であった。

⑤医学的問題: 過去1年間に精神科受診歴が認められたのは、全体の45.7%であった。重症な身体疾患に罹患していた者は28.6%、その他の身体症状を呈していた者は62.9%、睡眠障害を呈していた者は71.4%、過去1年間にアルコール問題を呈していた者は28.6%であった。また、主要な精神医学的診断(臨床診断)では、大うつ病性障害に該当した者が60.0%、統合失調症に該当した者が8.6%、物質関連障害に該当した者が28.6%であった。

D. 考察

1. 調査の進捗状況について

本報告書を執筆している時点で、本調査の開始から1年あまりを経過している。

当初の計画から考えて、必ずしも順調に事例が増えているとはいえない。メーリングリストやホームページ開設、調査員連絡会議の開催の効果も、少なくとも短期的には明確ではない。しかしこれらの効果は、今後、発現する可能性が十分にあり、現時点で決定的な結論を下すことはできない。次年度も同様の試みを行って各地域の調査員を支援、鼓舞していく必要がある。

そうしたなかでも、中国・四国ブロックと九州・沖縄ブロックにおいて、調査実施に出遅れがあるように思われる。次年度は、これらの地域で調査が十分に進まない要因を分析するとともに、これら地域に重点的な働きかけの実施を検討する必要がある。

2. 精神医学的診断と自殺の危険因子に関する検討

本調査の事例数はごく少なく、また、調査の対象となった自殺者は、その遺族が、調査体制の整った自治体の精神保健福祉センター・保健所などの公的機関に自発的にアクセスした者のうち、調査可能な精神状態にあり、かつ、調査に同意した者のみに限られている。さらに、調査手法の性質上、そもそも対象となりうる自殺者が、同居家族が存在した自殺者に限定されるという制約もある。したがって、本調査の対象事例をそのままわが国の自殺者全体を反映しているわけではなく、ここから得られた結果を自殺者全般へと一般化することにはきわめて慎重でなければならない。今回、ここで考察される内容については、こうした限界を前提としたうえで、あくまでも限定的な知見として理解する必要がある。

1) 対象の属性と位置づけ

そのうえで、今回の対象である35事例の属性を、平成19年度における自殺者と比較しておきたい。まず性比率については、本調査では、男性の割合が35事例中27事例と、全体の77.1%を男性が占めていた。平成19年版「自殺の概要資料（警察庁）」によれば、全国の自殺者の70.9%が男性であることから、本調査の対象は、いくらか男性が多いサンプルと考えられた。

また、職業については、本調査では、「無職者」46%、「被雇用者」31%、「自営者雇い無し（農業・漁業含む）」11%、「自営者雇い有り」9%、「学生」3%であったのに対し、同じく「自殺の概要資料」では、「無職者」57.4%、「被雇用者・勤め人」27.7%、「自営業家族従事者」9.9%、「生徒・学生」2.6%、「不詳」2.4%となっている。分類方法の違いなどから、両者を直接比較することには限界があるが、それでも本調査は、全国の自殺者に比して無職者の割合がやや低い集団であると考えられる。

2) 精神医学的診断に関する検討

①自殺直前に存在した精神障害

本調査では、臨床診断と半構造化面接という二つの異なる手法により、自殺者の行為にいたる直前の精神状態を評価している。その結果、臨床診断では対象事例の88.6%に、半構造化面接では71.4%に何らかの精神医学的診断が認められた。我々が2006年度に実施した心理学的剖検パイロットスタディでは、今回の調査とほぼ同じ質問による半構造化面接の診断で67%に精神医学的診断が認められており、少なくとも半構造化面接の診断結果としては、概ね一致する結果であったといえるであろう。

しかし、国内外の先行研究に比べると、本調査で認められた精神障害の比率は低い結果であった。海外の報告では、自殺者の96%が、最後の行為の直前に何らかの精神障害の診断が可能な状態であったと指摘されている。また、わが国でも、張が大学病院救命救急センターに搬送された自殺既遂者を対象として実施した心理学的剖検調査では、92%に何らかの精神障害が認められたとし、また、飛鳥井が、重症自殺未遂者を対象とした調査結果にもとづいて、自殺既遂者における精神障害罹患率を推計した研究では、95%に広義の精神障害が存在する可能性があるとして報告されている。これらの先行研究の多くが、半構造化面接ではなく、臨床診断にもとづいているが、本調査における88.6%という割合は、やや低い数値である。

事例において多く見られた診断名は、大うつ病性障害・気分変調性障害・双極性障害といった気分障害、アルコール乱用・依存などの物質関連障害、パニック障害・全般性不安障害といった不安障害、統合失調症などであった。ただし、臨床診断において、気分障害と統合失調症のように、DSM-IV-TRにおいて相互排他的な診断名が併記されている点には疑問が残る。

②重複診断

本調査では、事例の多くに重複診断が認められた。そうした重複診断において最も共通して認められた診断は、大うつ病性障害であり、これに他の精神医学的診断が併記されるパターンが典型的であった。

大うつ病性障害に併存する精神医学的診断として多かったのは、物質関連障害と気分変調性障害であり、それよりはや

や頻度が少ないが、不安障害も認められた。物質関連障害は、その併存によって大うつ病性障害の病像を複雑化・難治化させ、自殺のリスクを高める要因として知られている。また、気分変調性障害を基礎とした大うつ病性障害は、「重複うつ病 double depression」と呼ばれ、慢性化・難治化の経過をとりやすい病態として知られている。さらに、不安障害については、自殺行動を呈するうつ病患者では高率に不安・焦燥を認めるという指摘があり、やはり重要な臨床的意義があるといえるであろう。

これらの議論をまとめると、大うつ病性障害との併存のパターンとしては、以下の3つがあると考えられる。

- (a) 大うつ病性障害+物質関連障害
- (b) 大うつ病性障害+気分変調性障害
- (c) 大うつ病性障害+不安障害

3) 自殺の危険因子に関する検討

①自殺関連行動の既往とその家族歴

本調査のなかで、予想外な結果の一つとして、事例の半数以上に親族の自殺企図歴が認められたことがあげられる。これまでも、自殺の家族歴（家族内における自殺既遂者の存在）が自殺の危険因子であることは繰り返し指摘されてきた。しかし、本調査の結果は、未遂を含む家族の自殺企図歴が自殺の危険因子となりうる可能性を示唆している。この点については、さらに事例を重ねて慎重に検討する必要があるが、もしもこの知見が一定の妥当性を持つものであれば、未遂者ケアだけでなく、未遂者の家族ケアが将来における自殺予防に資する可能性も否定はできない。

また、本調査では、全35事例のうち、

22.9%に自傷行為や自殺未遂の既往が認められた。平成19年度警察庁「自殺の概要資料」によれば、全自殺者のうち自殺未遂歴を持つ者は、男性の12.7%、女性の27.9%である。我々の調査では、たんなる自殺未遂だけに限らずに、自殺未遂までには至らない自傷行為も含めて評価の対象としているが、警察庁統計の結果と比べて大きく変わる数値ではなかった。自傷行為の多くが、周囲に隠れて行われる性質を帯びたものであることを考えれば、家族からの情報収集による把握には自ずと限界があるのかもしれない。

さらに、自殺と関連する行動として指摘されている失踪歴は17.1%に、事故傾性を評価する項目である、過去1年間の事故は11.4%に認められたが、この結果を評価するには、対照群との比較が必要であろう。次年度の症例対照研究の成果に期待したい。

②社会的問題

本調査では、全事例の54.3%に転職歴が認められ、25.7%に休職歴が認められ、多くの自殺者が生前に何らかの理由で職業的不適応、もしくは雇用上のトラブルを抱えていた可能性がある。ただし、こうした事態が、精神障害に罹患したことの結果なのか、あるいは、精神障害に先立って生じたものであるのかについては、事例の集積を待って、次年度に詳細なライフチャートによる分析を求められる。

また、本調査では、全事例の20%に返済困難な借金をした経験が認められた。この数値は、対照群との比較を待つまでもなく、十分に高い比率であると考えられるが、やはりこの点についても、こうした借金が何らかの精神障害—たとえば病的賭博やアルコール乱用・依存、双極

性障害の躁状態など—の影響によるものなのか、あるいは、精神障害に先立って存在するののかについて、詳細な事例検討が求められるであろう。

③医学的問題

(a) 身体疾患: 本調査では、重症な身体疾患に罹患していた者は全事例の28.6%であり、必ずしも重症な身体疾患による者ではないものの、何らかの身体症状や愁訴を家族に把握されていた者は全事例の62.9%にものぼった。この結果は、これまでも繰り返し強調されてきたように、たんに精神障害の予防や治療だけでなく、身体的健康の状態に注目していくことが、自殺予防の観点からはきわめて重要であることを示唆している。重症な身体疾患を抱えた人への精神保健的視点からのケアはもちろんのこと、必ずしも身体医学的にはさほど問題のない、不定愁訴的な身体症状であったとしても、これを軽視せずに対応する必要があることを、プライマリーケア従事者に伝えていく必要があるであろう。

(b) 睡眠障害: また本調査では、71.4%もの事例で睡眠障害が認められた。睡眠障害はうつ病などの精神障害の症状であることが少なくないが、他の精神症状に比べ、本人が自覚しやすく、かつ「困り感」を抱くことの多い症状である。その意味で、かねてより自殺のサインの一つとして重視されてきたが、本調査の結果から、改めて睡眠障害に着目した啓発活動の重要性が確認されたといえる。

(b) 精神障害: 本調査では、すでに述べたように、全事例の60%に大うつ病性障害が、28.6%に物質関連障害、8.6%に統合失調症が認められているが、これまでわが国における自殺既遂者もしくは重症自

殺未遂者に関する研究では、うつ病などの気分障害に次いで多く認められる精神障害は統合失調症であり、アルコール依存などの物質関連障害の比率は海外の研究に比べて著しく低いものであった。我々のパイロットスタディにおいても同様に、物質関連障害の診断がなされた自殺者はきわめて少なかった。こうした傾向について、「日本人はアルコール耐性が低いためにアルコール依存自体が少なく、海外ほどは自殺と関連しない」という指摘もなされていたが、本調査の結果は必ずしもその指摘が妥当ではない可能性を示唆している。また、物質関連障害に該当する問題はアルコール関連問題に限らず、薬物関連障害の診断が可能であった事例も含まれていることは強調しておきたい。いずれにしても、昨年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱の改正（「自殺対策加速化プラン」）において、ハイリスク者対策のなかにアルコール・薬物依存が追加されたのは、妥当な判断であったと考えられる。

(c) 物質使用：前項の物質関連障害の問題と関連するが、全事例の20.0%に自殺時のアルコール使用が認められ、28.6%に過去1年間にアルコール問題が認められたことがあげられる。このことは、必ずしも物質関連障害に満たない飲酒問題であっても、自殺行動に影響を与える可能性があることを示している。こうした飲酒問題が睡眠障害に対する対処行動として行われている場合でも、アルコールによる酩酊は自殺念慮から実際の行動までの距離を短縮し、心理的抵抗感を減弱させてしまう可能性がある。その意味では、アルコール依存に限定されない、幅広い飲酒問題に関する啓発を行っていく

必要があると考えられる。

(d) 精神科医療への援助希求行動：最後に我々が最も戸惑った結果は、全事例の45.7%に過去1年間に精神科受診歴が認められたことであった。これまで、フィンランドをはじめとする従来の国内外の調査では、自殺者の90%以上が何らかの精神障害への罹患が認められるものの、実際に精神科治療を受けていた者はごくわずかであるという報告がなされてきた。しかし本調査の結果は、こうした先行知見と矛盾している。すなわち、自殺予防には精神科治療だけでは十分ではない可能性、あるいは精神科治療の質の向上が必要である可能性が示されている。いずれにしても、この点については性急に結論すべきではないと思われる。というのも、故人が精神科治療を受けていた遺族の方が本調査に協力しやすい傾向があり、そのことが対象の偏りに影響している、という可能性は十分に考えられるからである。また、今回の単純集計では、たんに自殺者の精神科受診の有無に関する情報のみを抽出したにすぎず、継続した治療関係にあったかどうかを調査したものではない。したがって、次年度の報告では、この点を詳細に検討する必要がある。

E. 結論

研究班では、これまで3回の調査員トレーニングを通じて、全国53自治体に総計168名の調査員を養成し、2007年12月より調査を本格的に実施し、2008年12月末日までの段階で、17自治体で総計41事例の調査面接を実施もしくは予約を完了した。今年度の本分担研究では、すでに面接票が到着している35事例に関し

て、その精神医学的診断と自殺の危険因子を検討した。

この35事例の中間的な検討により、現在までのところ、精神障害、身体疾患、睡眠障害、過去の自殺未遂歴、借金などの社会的問題といった多くの点で、先行研究の知見とほぼ一致する結果が得られていることが確認された。しかし、国内の先行研究とは異なり、物質関連障害や広義のアルコール関連問題が自殺に影響を与えている可能性が示唆される結果が得られた。また、親族の自殺歴だけではなく自殺企図歴もまた、故人の自殺行動に影響与える可能性も示唆された。さらに、対象の偏りによる影響が無視できないものの、国内外の先行研究とは異なり、対象となった自殺事例には精神科治療歴を持つ者が多く含まれている、という予想外の結果も得られた。

以上の結果はいずれも暫定的なものである。次年度は、事例数を積み重ねるとともに、一方では個別的な事例検討の手法により、もう一方では症例対照研究のデザインによる数量的分析により、さらに詳細に検討していく必要があると考えられた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Matsumoto T, Imamura F: Self-injury in Japanese junior and senior high-school students: Prevalence and association with substance use. *Psychiatry and clinical neurosciences* 62: 123-125, 2008

Matsumoto T, Imamura F, Katsumata Y, Kitani M, Takeshima T: Prevalences of

lifetime histories of self-cutting and suicidal ideation in Japanese adolescents: Differences by age. *Psychiatry and clinical neurosciences* 62: 362-364, 2008

Matsumoto T, Imamura F, Katsumata Y, Kitani M, Takeshima T: Analgesia during self-cutting; clinical implications and the association with suicidal ideation. *Psychiatry and clinical neurosciences* 62: 355-358, 2008

Inagaki M, Matsumoto T, Kawano K, Yamada M, Takeshima T: Rethinking suicide prevention in Asian countries: Correspondence to McCurry J. Japan to rethink suicide-prevention policies (*Lancet* 2008; 371: 2071). *Lancet* 372 (8): 1630, 2008

勝又陽太郎, 松本俊彦, 高橋祥友, 渡邊直樹, 川上憲人, 竹島 正: 自殺の背景要因に関する定性的研究—ライフチャートを用いた自殺に至るプロセスに関する予備的検討—. *日本社会精神医学会誌* 16: 275-288, 2008

松本俊彦, 今村扶美, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 竹島 正: 非行少年における自殺念慮のリスク要因. *精神医学* 50: 351-359, 2008

松本俊彦, 阿瀬川孝治, 伊丹 昭, 竹島 正: 自己切傷患者における致命的な「故意に自分を傷つける行為」のリスク要因: 3年間の追跡調査. *精神神経学雑誌* 110: 475-487, 2008

松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 竹島 正: 中年の自殺. *精神科臨床サービス* 8: 276-276, 2008

2. 学会発表

Yotaro Katsumata, Toshihiko Matsumoto, Norito Kawakami, Yoshitomo Takahashi,

Naoki Watanabe, Masahiko Kitani,
Masato Akazawa, Tadashi Takeshima:
Analysis of Psychological Autopsy Data
in Japan. Symposium04: Suicide
Prevention and Psychological Autopsy in
Japan. 13th Pacific Rim College of
Psychiatrists Scientific Meeting, Oct 30,
2008, Tokyo, Japan

Toshihiko Matsumoto, Yotaro Katsumata,
Yoshitomo Takahashi, Norito Kawakami,
Naoki Watanabe, Masahiko Kitani,
Masato Akazawa, Tadashi Takeshima:
How Can a Psychological Autopsy Study
be Conducted Nationwide in Japan? The
Dilemma between Sample-representation
and Ethical Issues in Japan.
Symposium04: Suicide Prevention and
Psychological Autopsy in Japan. 13th
Pacific Rim College of Psychiatrists
Scientific Meeting, Oct 30, 2008, Tokyo,
Japan

Tadashi Takeshima, Toshihiko Matsumoto,
Kenji Kawano, Masatoshi Inagaki,
Yoshitomo Takahashi, Yotaro Katsumata,
Makiko Kaga: Japan's Suicide Prevention
Strategy and the Role of the Center for
Suicide Prevention. Symposium04:
Suicide Prevention and Psychological
Autopsy in Japan. 13th Pacific Rim
College of Psychiatrists Scientific
Meeting, Oct 30, 2008, Tokyo, Japan

松本俊彦: 若年者の自傷と自殺関連行
動: 学校および矯正施設の調査から見
えてくること. 第32回日本自殺予防学
会 シンポジウムII「自殺のハイリスク
者への対応に関する現状と課題: 彼ら
はどこにいて、どのように対応すれば
よいのか」, 2008. 4. 18, いわて県民情

報交流センター, 盛岡
勝又陽太郎, 松本俊彦, 木谷雅彦, 川上
憲人, 高橋祥友, 渡邊直樹, 竹島正:
負債を抱えた自殺事例に対する精神保
健的介入の可能性の検討—心理学的剖
検研究における「借金自殺」の分析—,
第32回日本自殺予防学会, 2008. 4. 18,
いわて県民情報交流センター, 盛岡
松本俊彦: トラウマ体験は自殺にどのよ
うな影響を与えるか—自傷に関する調
査から—. 第7回日本トラウマティッ
ク・ストレス学会 シンポジウムD-4
「自殺の心理とその対応」, 2008. 4. 20,
福岡国際会議場, 福岡

松本俊彦, 竹島正: アルコールと自殺.
第104回日本精神神経学会 シンポジウ
ム22「精神疾患とアルコール使用障害
の合併: その双方向的関係」, 2008.5.30,
ホテルグランパシフィックメリディア
ン, 東京

松本俊彦: 自傷行為への対応—そのアセ
スメントとインターベンションのポイ
ント—. 第49回日本児童青年期精神医
学会総会 シンポジウム(4)「自傷行
為と攻撃性」, 2008. 11. 7, 広島国際会
議場, 広島

H. 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 |

平成 20 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）
「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」
分担研究報告書
自殺の精神医学的背景に関する研究

研究分担者 高橋 祥友（防衛医科大学校防衛医学研究センター）

研究要旨：

【目的】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。その目的のために心理学的剖検に基づく調査を実施し、現時点までに収集された情報をもとに、自殺の精神医学的背景について中間報告する。

【方法】「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」において 2008 年 12 月末日までの段階で、調査面接を完了し、面接票への記入が完了している 35 事例について、先行研究やパイロットスタディの知見と比較しながら、自殺の精神医学的背景に関して検討した。

【結果】精神障害（とくにうつ病）、身体疾患、睡眠障害、過去の自殺未遂歴、借財などといった点で、先行研究の知見とほぼ一致する結果が得られた。また、物質関連障害や広義のアルコール関連問題が自殺に影響を与えている可能性が示唆される結果が得られた。親族の自殺歴だけではなく自殺企図歴もまた、故人の自殺行動に影響与える可能性も示唆された。現段階で得られたデータのみの結果であるが、精神科治療歴を有する者が多く含まれた点や、統合失調症の診断に該当する事例が少ない点なども、本調査結果の特徴と考えられた。

【結論】先行研究の知見とは異なる結果については、事例数が少ないことや対象の偏りの影響も考えられるために、解釈は慎重に行う必要がある。さらに事例数を積み重ねるとともに、個別的な事例検討、症例対照研究のデザインによる数量的分析、精神科医療機関での事例の検討などと、比較検討する必要があると考えられた。

A. 研究の目的

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ぬ。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。

我々は、厚生労働科学研究「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究（主任研究者 北井暁子）」において、平成 17 年度「心理学的剖検に関するフィージビリティスタディに関する研究」、ならびに平成 18 年度「心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究」を実施した。これらの成果を踏まえ、平成 19 年 12 月より、全国規模による、心理学的剖検の手法を用いた自殺の実態調査（「自殺予防と遺族支援のための基礎調査（以下、

本調査)」)を実施してきた。

本分担研究の最終的な目的は、心理学的剖検によって得られたデータに基づき自殺の精神医学的背景を明らかにすることである。本年度は研究の中間段階における限定的なデータをもとに、海外における先行研究の知見や、本計画のパイロットスタディにおける知見と比較検討することによって、自殺の精神医学的背景について若干の考察を行った。

B. 研究方法

本研究全体の具体的な調査方法については他の分担研究者により説明されている。重複を避けるために、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。死は、自然死、事故死、自殺、他殺に分類されるが、しばしばその正確な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、行動科学的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の目的であった。

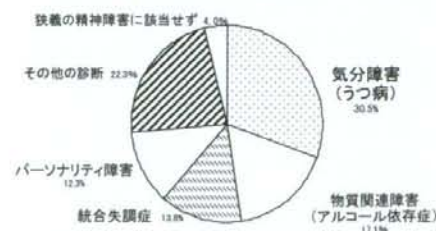
不審死が生じた場合、調査の主旨を十分に説明し、同意を得たうえで、故人をよく知っている人々(家族、友人、知人、同僚、医療関係者など)から情報を得たり、関連書類を検討することによって、故人が死に至った経過を検証する。

その後、自殺であることが明らかな事例に対しても心理学的剖検が応用されるようになり、自殺の背景を明らかにする研究の基礎となっていくた。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、単に事実関係を明らかにするだけではなく、自殺後に遺された人々をケアするという側面もきわめて重要である点を Shneidman は当初から強調している。)

最近では、自殺の実態を調べる上で、心理学的剖検が広く用いられている。WHO が実施した多国間共同調査に基づく結果をまとめた(図1)。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に罹患していたかを調査した。それによると、「狭義の精神障害に該当せず」(「診断なし」と「適応障害」)はわずかに4%に過ぎない。自殺に及ぶ前に96%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。適切な治療を受けていた人となると、1~2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としている。

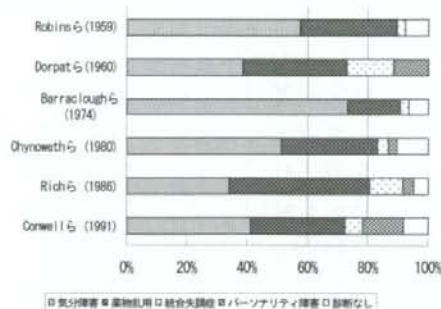
図1：自殺と精神障害



World Health Organization: Suicide Rates (per 100,000). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/, 2004

また、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。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(図2)。

図2：心理学的剖検による既遂自殺者の診断



Conwell, Y.ら：自殺の危険の高い高齢者の診断と治療について、精神科診断学, 4:161-171, 1993.

先行研究における知見と比較検討することによって、本調査結果の意義とその限界について精神医学的に考察するのが、本報告書の目的である。

(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. 結果

松本による「心理学的剖検における精神医学的診断の妥当性と数量的分析に関する研究」と重なる部分があるので、本報告書における考察に必要な箇所(とくに「精神医学的診断」)をまとめて引用する。

精神科医による臨床診断では、35事例中31事例(88.6%)に何らかの精神医学的診断が認められた。個々の診断については松本らの報告中の「調査面接から明らかにされた精神医学的診断」の表を参照されたい。

その概観を把握するために、気分障害、アルコール依存症、統合失調症、パーソナリティ障害、不安障害、その他の診断、診断なしとしてまとめたのが、表1である。なお、事例数の合計が35例を超えていたり、パーセンテージの合計が100%を超えているのは、同一人物に複数の診断が下されている(重複罹患)例があるためである。

表1：精神医学的診断のまとめ

診断	精神科医による	半構造化面接による
気分障害	23 65.7%	17 48.6%
アルコール依存症	7 20.0%	8 22.9%
統合失調症	3 8.6%	2 5.7%
パーソナリティ障害	2 5.7%	0 0.0%
不安障害	2 5.7%	2 5.7%
その他	5 14.3%	2 5.7%
診断なし	4 11.4%	10 28.6%

何らかの精神医学的診断が下されていた31事例中16事例(51.6%)に複数の精神医学的診断を認めた(comorbidity: 重複診断)。また、半構造化面接による操作的診断では、25事例(71.4%)に何らかの精神医学的診断が認められ、そのうちの9事例(36.0%)に重複診断が認められた。さらに、過去1年間に精神科受診歴が認められたのは、全体の45.7%であった。

D. 考察

1) 先行研究、パイロットスタディ等の知見のまとめ

本調査と比較検討するために、まず、先行研究、パイロットスタディ、分担研究者による調査等の知見の要点を挙げる。

先行研究で指摘されてきた点のまとめ

平成 18 年度のパイロットスタディ報告書において先行研究の知見を総説しているが、その要点をまとめると以下のようになる。

- ① 自殺者の大多数が最後の行動に及ぶ前になんらかの精神障害の診断に該当する状態にあった。その中でも、気分障害（とくに、うつ病）、物質関連障害（とくに、アルコール依存症）、統合失調症、パーソナリティ障害が自殺に密接に関連する四大精神障害である。
- ② 同時に複数の精神障害に罹患（重複罹患）していると、自殺の危険はさらに高まる。
- ③ 適切な精神科治療を受けていた者はごく少数である。WHO の報告では生前に適切な治療を受けていた人はせいぜい 1～2 割程度である。
- ④ 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という点である。

パイロットスタディの知見のまとめ

本研究の先行研究であるパイロットスタディの知見の主な点は次のようなものである。

- 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るとかならずしも高くないが、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方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、自殺者に関して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。）

分担研究者（高橋）らによる未発表の心理学的剖検に基づく調査結果

同一機関においてある期間に生じた自殺のほぼ全例（96 例）について心理学的剖検を実施した調査がある。自殺後 2

～4週以内という比較的短期間のうちに心理学的剖検が実施され、被面接者の数も20～30名と多く、他の関連情報量も豊富であった。その調査結果の要点は以下のようにまとめられる。

- ① 自殺者が最後の行動に及ぶ前に何らかの診断に該当していたと判定された例は76%だった。その内訳は、気分障害（大部分がうつ病）31%、アルコール依存症12%、統合失調症8%、ストレス関連障害19%、パーソナリティ障害2%だった。
- ② 重複罹患の場合、自殺の危険はさらに高まる傾向を認めた。
- ③ 適切な精神科治療を受けていた者は、精神障害の診断に該当した自殺者の17%であった。
- ④ なお、診断によって、自殺者が生前に治療を受けていた率が異なった。気分障害に罹患していたと判断される者のうち、治療を受けていたのは24%に過ぎなかった。その他、アルコール依存症では18%、ストレス関連障害では6%と低率だった。
- ⑤ 統合失調症の診断に該当すると考えられる自殺者の生前の受診率ももっとも高く、75%が精神科治療を受けていた。統合失調症患者の自殺のリスク評価が困難であることをさまざまな調査が指摘しているが、この調査でもその傾向が示唆されていた。

2) 本調査結果に関する考察

気分障害が高率で、統合失調症が低率である

全体として精神障害が占める割合が高いという点は先行研究の知見と一致している。気分障害のなんらかのサブタイプに該当したと考えられた例が65.7%と圧倒的に多く、それにアルコール依存症(20.0%)が続く。ただし、統合失調症、パーソナリティ障害が占める割合がきわめて低く、これは先行研究の知見や精神科臨床現場の実感とは乖離している。

この点だけに着目したとしても、本調査の協力者の selection bias を示唆している可能性が高いと考えざるを得ない。それでは、なぜ本調査で対象となった自殺者にこれほどまでに気分障害の割合が高く、統合失調症やパーソナリティ障害の割合が低いのだろうか。

わが国では年間自殺者数3万人台という深刻な事態が1998年以來続いており、さまざまな対策が取られてきた。そして、一般の人々の理解も深まりつつある。しかし、気分障害、アルコール依存症、統合失調症、パーソナリティ障害など、自殺と密接な関連がある精神障害全般に関して、人々の理解が同じように深まっているというのではないと思われる。

もちろん、十分な理解といえないまでも、うつ病に対する理解が一般の人の中でもっとも深まっていると考えるのが妥当だろう。うつ病はけっして稀な病気ではない。そのために、最近ではうつ病は「心の風邪」などとも呼ばれている。うつ病にかかることは他人事ではなく、慢性の強いストレスにさらされれば、自分もうつ病にかかる可能性はあると多くの人が考えている。他の精神障害に比べて、うつ病に対する偏見は相対的に低いという面もあるだろう。実際に周囲を見回せば、うつ病にかかっている人がいたり、

治療を受けている人もいる。現実には、精神科外来に受診するうつ病患者は以前に比べて急増しているという調査もある。さらに、一般の人は「自殺＝うつ病」といったイメージも抱く傾向がある。このような背景から、自殺した人がうつ病に実際にかかっていた、あるいは周囲の人々がそう感じていた場合に、この種の調査に協力しようという態度に出た可能性がある。

本調査においてうつ病の占める割合が高い点についてさらに指摘しておくべき点がある。かならずしも全例にという訳ではないのだが、他の精神障害と比較すると、うつ病ではその重症度と自殺の危険がある程度相関するという報告がある。たとえば、統合失調症では、病状が安定していたにも関わらず、突然、自殺が生じ、家族や周囲の人々を驚愕させることがある。もちろん、うつ病においても、ほとんどサインを認められない状況や、回復期における自殺も起きるのだが、病状の重症度と自殺の危険は比較的相関している。そのため、周囲の人々も、自殺が生じる可能性を感じながらも、適切な手を打つことができずに、現実には自殺が生じてしまったことを強く認識していたといった背景もあるのだろう。

さて、本調査でうつ病と対極にあるのが統合失調症である。精神科臨床現場の実感としては、統合失調症患者の自殺は決して稀ではない。そして、その予測も難しく、経験豊富な精神科医であっても統合失調症患者の自殺がまったく予期せず生じたことに驚くといった事態も現実には起きている。統合失調症患者の自殺に関する先行研究も数多い。さて、それではなぜ本調査において、統合失調

症の占める割合が低いのだろうか？

統合失調症は、うつ病に比べると社会的認知度が高くないというのが現実である。21世紀になった現在でも、統合失調症を原因不明で、慢性かつ悪性の疾患ととらえ、患者の行動は予測がつかないなどといった根深い偏見がある。現実には、病気を抱えながらも社会に適応している多くの統合失調症患者がいるにもかかわらず、このような偏見が現実存在する。うつ病などと比べると、統合失調症では特定のストレスが病気を引き起こしたといった解釈も一般の人にはなかなか思いつかない。要するに、非難する他者の姿が明らかにならない。このような背景から、統合失調症にかかっていた人の自殺が生じたときに、遺族が本調査に協力しようという姿勢をなかなか取ることができないという事情もあるかもしれない。

自殺者が生前に受診していた率が高い

なお、先行研究の知見と比べて、本研究の対象者では自殺前の1年以内に精神科に受診していた率が高かった。過去1年間に精神科受診歴が認められたのは、全体の45.7%に上っている。しかし、この点についてもただちにわが国における特徴と断定することには慎重でなければならない。

すでに指摘したように、WHOによる大規模調査では、自殺者が生前に適切な治療を受けていた例は1～2割程度である。フィンランドで実施された心理学的剖検に基づく調査は、1987年4月～1988年3月に生じた自殺1397件について検討したが、これはこの期間に生じた全自殺の96%にあたる。この調査も、精神障害

の罹患率が高いものの、適切な治療を受けていた者はきわめて低率であることを指摘している。また、分担研究者が実施した未発表の調査によっても、生前に精神障害に罹患していたと判断された自殺者が治療を受けていた率は、17%であった。この調査は一定期間に起きた自殺のほぼ全数を調べたものであり、精神科受診歴については把握される限り一生にわたるもので、単に過去1年間の受診率ではない。したがって、過去1年間と期間を区切ると、さらに受診率は低くなってしまいうだろう。

さて、本調査では45.7%に精神科受診歴が認められているが、詳細な点が不明である。たとえば、長期にわたる精神科治療を受けていたのか、その治療は適切なものであったのか、受診したものの継続的な治療を受けていなかったのか、一度だけ受診したもののその後はまったく未治療であったのかといった点について詳細が明らかではない。もしも、適切な継続的な治療を受けていながら、自殺が生じたとするならば、それは精神科医療に対する大きな問題点を突きつけられたことになる。

しかし、他の先行研究と比べて、あまりにも精神科受診歴が高いこと、対象数が35例と少ないことなどから考えると、これも対象の selection bias の影響と考へざるを得ない。たとえば、従来わが国で主に実施されてきたのは、治療を受けていた患者の自殺についての調査が主であったが、この種の調査では、自殺者に占める精神障害の率は、気分障害ばかりでなく、統合失調症も同様に高率である。もしも本調査の対象が自殺者全体を広く反映しているとするならば、本調査で精

神科受診率が高いことを考えると、従来、病院を基盤とした精神科患者を主に対象とした自殺に関する調査と知見が一致しなければならない。しかし、本調査ではそのような結果にはなっていない。

本調査において、自殺者の中に気分障害が占める割合が高かったこととともに、受診歴の率も高かったことに関しても、今後、さらに検討すべき課題であると思われる。そのためには、ある地域で起きた全数（あるいは全数に近い）自殺を対象とした研究、個々の事例検討研究、症例対比研究、精神科受診中に自殺した患者を対象とした研究などを実施して、本研究の結果と比較検討すべきである。

E. 結論

本調査における現時点での結果を見ると、自殺者が生前に精神障害の診断に該当したと判断された事例が多い。中でも、気分障害（主としてうつ病）がその大多数を占めている。先行研究では、気分障害、物質関連障害、統合失調症、パーソナリティ障害が自殺と密接に関連する四大精神障害と指摘されているが、本調査では、統合失調症やパーソナリティ障害の占める割合はかならずしも高くなかった。また、精神科治療歴を有する者の割合が高かった点も本調査結果で明らかにされた。

ただし、先行研究の知見とは異なる結果については、本調査の対象事例数が少ないことや対象の偏りの影響も考えられるために、解釈は慎重に行う必要があると考えられた。

さらに事例数を積み重ねるとともに、ある地域で起きた全数（あるいは全数に近い）自殺を対象とした研究、個々の事

例検討研究、症例対比研究、精神科受診中に自殺した患者を対象とした研究などを実施して、本研究の結果と比較検討する必要がある。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Takahashi Y: Suicide in Japan. In Yip, P.S. (Ed.) Suicide in Asia: Causes and Prevention. pp.7-17, Hong Kong: Hong Kong University Press, 2008.

Takahashi Y, Wasserman D, Pirkis J, Xiao S, Huong TT, Chia BH, Hendin H: Educating gatekeepers in Asia. In Hendin H, Phillips MR, Vijayakumar L, Pirkis J, Wang H, Yip P, Wasserman D, Bertolote JM, Fleischmann A (Eds.) Suicide and Suicide Prevention in Asia. Geneva: World Health Organization. pp.51-62, 2008

Schmidtke A, Schaller S, Takahashi Y, Gajewska A: Modelverhalten im Internet: Fördert das Internet Doppelsuizide und Suizidcluster? In Herberth, A., Niederkrotenthaler, T., & Till, B. (Eds.) Suizidalität in den Medien: Interdisziplinäre Betrachtungen. Hamburg: Lit Verlag. pp.275-285, 2008

Beautrais A, Hendin H, Yip P, Takahashi Y, Chia BH, Schmidtke A, Pirkis J: Improving portrayal of suicide in the media in Asia. In Hendin H, Phillips MR, Vijayakumar L, Pirkis J, Wang H, Yip P, Wasserman D, Bertolote JM, Fleischmann A (Eds.) Suicide and Suicide

Prevention in Asia. Geneva: World Health Organization. pp.39-50, 2008

Khan M, Hendin H, Takahashi Y, Beautrais A, Thomyangkoon P, Pirkis J: Addressing the problems of survivors of suicide in Asia. In Hendin H, Phillips MR, Vijayakumar L, Pirkis J, Wang H, Yip P, Wasserman D, Bertolote JM, Fleischmann A (Eds.) Suicide and Suicide Prevention in Asia. Geneva: World Health Organization. pp.89-96, 2008

高橋祥友・編:現代のエスプリ 488号「子どもの自殺予防」.至文堂、2008

高橋祥友・編著:改訂新版・青少年のための自殺予防マニュアル. 金剛出版、2008

高橋祥友:改訂版・自殺のサインを読みとる. 講談社、2008

高橋祥友:警察庁と厚労省で自殺の数値に違いがあることについて. 日本医事新報、No.4343, 2008年11月15日号、pp.102-103

高橋祥友:自殺で子どもを喪った親に対するケア. 精神科治療学、23(10):1229-1236, 2008

高橋祥友:群発自殺. 柏瀬宏隆・編著「集団の精神病理」, pp.33-44, 新興医学出版社、2008

高橋祥友:うつ病(下)自殺の危険の評価. MMJ. 4:520-521, 2008

高橋祥友:社会現象としての自殺. 上島国利、樋口輝彦、野村総一郎、大野裕、神庭重信、尾崎紀夫・編「気分障害」, pp.556-560, 医学書院、2008

高橋祥友:医療者は患者の自殺から何を学ぶべきか. 朝田隆、山口登、堀孝文・編「精神科診療トラブルシューティング」, pp.235-237, 中外医学社、2008

高橋祥友：自殺予防と家族。日本家族心理学会・編「家族心理学と現代社会」、pp.116-128、金子書房、2008

高橋祥友：自殺の危機にどう対応するか。中根晃、牛島定信、村瀬嘉代子・編「詳解 子どもと思春期の精神医学」、pp.127-133、金剛出版、2008

高橋祥友：自殺とその予防対策。メンタルヘルスケア実践ガイド編集委員会・編「メンタルヘルスケア実践ガイド」、pp.231-249、産業医学振興財団、2008

高橋祥友：わが国の自殺の現状と課題。学術の動向。13:8-14、2008

高橋祥友：自殺予防。総合臨床。57:553-554、2008

高橋祥友：自殺の現状。自殺未遂が起きたときの具体的な対応。日本医師会・編「自殺予防マニュアル第2版：地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と対応の指針」、pp.7-18、67-72。明石書店、2008

勝又陽太郎、松本俊彦、高橋祥友、渡辺直樹、川上憲人、竹島正：自殺の背景要因に関する定性的研究；ライフチャートを用いた自殺に至るプロセスに関する予備的検討。日本社会精神医学会雑誌、16:275-288、2008。

2. 学会発表

Takahashi T, Shimizu K, Kikuchi A, Yamamoto T: Suicide prevention in Japan. 41st Annual Meeting of American Association of Suicidology. 2008.4.17., Boston, USA.

高橋祥友：自殺予防の基礎知識。九州心理相談員会研修会、2008.5.17.九州電力株式会社社会議室、福岡

高橋祥友：うつ病のケアと連携について：自殺予防に焦点を当てて。かかりつけ医うつ病対応力向上研修、2008.8.2.北九州市総合保健福祉センター、北九州市

高橋祥友：うつ病の理解と看護：うつ病患者への対応と自らの心の健康を振り返る。平成20年度福島県看護協会研修、2008.9.5.ピックパレット福島、郡山

高橋祥友：うつ病の基礎知識：自殺のリスク評価に焦点を当てて。日本医師会かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業、2008.10.05.日本医師会会館、東京

高橋祥友：自殺対策を進めるうえでの基礎戦略。平成20年度埼玉県自殺対策保健所・市町村担当者研修、2008.10.28.埼玉県県営競技事務所 会議室、さいたま市

Takahashi, Y: Suicide in Japan: Past, present and future. 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, 2008.10.30., Tokyo, Japan

Katsumata Y, Matsumoto T, Kawakami N, Takahashi Y, Watanabe N, Kitani M, Akazawa M, Takeshima T: Analyses of psychological autopsy data in Japan. 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, 2008.10.30., Tokyo, Japan

Matsumoto T, Katsumata Y, Takahashi Y, Kawakami N, Watanabe N, Kitani M, Akazawa M, Takeshima T: How can a psychological autopsy study be conducted nationwide in Japan? The dilemma between sample-representation and ethical issues in Japan. 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific