

表2 死亡時に罹患していたと推測される精神医学的診断による精神障害
(重複診断あり)

	縊首	飛び降り	ガス	χ ²
	N=40	N=11	N=11	
何らかの精神障害の診断あり	37 (92.5%)	10 (90.9%)	9 (81.8%)	1.13
通常、幼児期、小児期、または青年期 に初めて診断される障害	1 (2.5%)	1 (9.1%)	0	1.65
広汎性発達障害	1 (2.5%)	0	0	0.56
精神遅滞	0	1 (9.1%)	0	4.71
物質関連障害	8 (20.0%)	3 (27.3%)	4 (36.4%)	1.33
アルコール使用障害	7 (17.5%)	2 (18.2%)	4 (36.4%)	1.92
薬物使用障害	1 (2.5%)	1 (9.1%)	0	1.65
ニコチン依存	0	1 (9.1%)	0	4.71
統合失調症および他の精神病性障害	5 (12.5%)	3 (27.3%)	0	3.66
統合失調症	5 (12.5%)	2 (18.2%)	0	1.98
短期精神病性障害	0	1 (9.1%)	0	4.71
気分障害	28 (70.0%)	7 (63.6%)	5 (45.5%)	2.54
大うつ病性障害	23 (57.5%)	7 (63.6%)	4 (36.4%)	2.28
気分変調性障害	7 (17.5%)	2 (18.2%)	1	2.28
双極Ⅰ型障害	1 (2.5%)	0	0	0.56
双極Ⅱ型障害	2 (5.0%)	0	0	1.91
不安障害	8 (20.0%)	1 (9.1%)	1 (9.1%)	1.25
全般性不安障害	6 (15.0%)	0	1 (9.1%)	2.00
強迫性障害	2 (5.0%)	0	0	1.13
パニック障害	1 (2.5%)	1 (9.1%)	0	1.65
身体表現性障害	1 (2.5%)	0	0	0.56
心気症	1 (2.5%)	0	0	0.56
解離性障害	1 (2.5%)	0	0	0.56
摂食障害	1 (2.5%)	1 (9.1%)	0	1.65
神経性無食欲症	1 (2.5%)	0	0	0.56
神経性大食症	0	1 (9.1%)	0	4.71
他のどこにも分類されない 衝動制御の障害	1 (2.5%)	1 (9.1%)	1 (9.1%)	1.34
病的賭博	1 (2.5%)	1 (9.1%)	1 (9.1%)	1.34
適応障害	3 (7.5%)	1 (9.1%)	1 (9.1%)	0.05
パーソナリティ障害	5 (12.5%)	1 (9.1%)	0	1.02
一人あたりの平均罹患精神障害数 (Kruskal-Wallisの検定)	1.65 SD=1.03	2.00 SD=1.62	1.36 SD=1.36	

平成 21 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

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

(2) 職業の有無からみた検討

研究分担者 松本 俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者 赤澤 正人（国立精神・神経センター精神保健研究所）
勝又陽太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）
木谷 雅彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
廣川 聖子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
高橋 祥友（防衛医科大学防衛医学研究センター）
川上 憲人（東京大学大学院医学系研究科）
渡邊 直樹（関西国際大学人間科学部）
平山 正実（聖学院大学大学院）
亀山 晶子（日本大学文理学部人文科学研究所）
横山由香里（東京大学大学院医学系研究科健康社会学分野）
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：

【目的】本研究では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」）において情報収集がなされた自殺既遂事例について、死亡時の就労状況から有職者と無職者に分類し、その心理社会的特徴や精神医学的特徴の比較・検討を通じて、自殺既遂者の臨床類型を明らかにし、自殺予防の観点から有職者ならびに無職者に対する介入のポイントを検討することを目的とした。

【方法】「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」において平成 21 年 12 月末時点で調査センターに記入済みの面接票が到着した 76 事例を対象として、死亡時の職業をもとに有職者と無職者の 2 群に分類し、心理社会的特徴に関する変数、ならびに死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断について比較を行った。

【結果および考察】有職者は既婚の中高年男性を中心として、死亡 1 年前のアルコール関連問題や死亡時点の返済困難な借金といった社会的問題を抱えていた事例が多かった。無職者では、有職者に比べて女性の比率が高く、青少年の未婚者が多く認められ、有職者にみられたような社会的問題は確認されなかった。また、有職者では死亡時点に罹患していたと推測される精神障害としてアルコール使用障害が多

く認められた。

【結論】自殺予防の介入ポイントとして、有職者に対しては、職場におけるメンタルヘルス支援の充実、アルコール使用障害と自殺に関する積極的な啓発と支援の充実、そして債務処理に関わる司法分野と精神保健福祉分野の連携の必要性が示唆された。一方で、無職者に対しては、若い世代の自殺予防に関する啓発と精神保健的支援の充実の必要性が示唆された。

A. 研究目的

労働者の自殺者数は平成 10 年以降増加しており、特に働き盛りの中高年男性の自殺率が高くなっている¹⁾。そうした中で労働者の「職業性ストレスによるうつ病」の問題が注目されるようになり²⁾、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(平成 18 年)³⁾と合わせて、職場におけるストレスチェックやうつスクリーニングが徐々にではあるが実施されている。ただ、物質関連障害や統合失調症等も自殺と関連する重要な精神疾患であること⁴⁾を忘れてはならない。我々の調査⁵⁾では、アルコール使用障害を抱えていた自殺既遂事例の全員が、有職の中高年男性であったことが分かっている。従来うつ病対策だけでは、自殺のリスクを見過ごされてしまう可能性が捨てきれないのではないだろうか。様々な背景を抱えた労働者の自殺予防を考えるうえで、労働者つまりは有職者の自殺の実態を改めて把握しておく必要がある。

その一方で、無職者の自殺予防も社会的な問題として取り組まなければならない重要な課題である。警察庁の自殺の概要資料⁶⁾において、職業別でみた全自殺者数に占める無職(学生・生徒等および

無職者)の割合は6割近くにまで上っており、数の上でいえば有職者よりも多く、自殺予防の対策が急がれる領域である。無職者の自殺者数の年齢階級別構成をみると男女ともに60歳代、70歳以上で半数近くを占めている¹⁾。しかしここで注意する必要があるのは、無職者の自殺は高齢者だけに限った問題ではない、ということである。昨今の経済状況による就職難やリストラ、あるいは心身の疾患のために働きたくても働けない中高年無職者や30歳未満の青少年無職者は確実に存在し、そうした人たちが社会的に非常に弱い立場にある可能性は十分に予想される。比較的若年層の無職者に対する自殺予防は喫緊の課題といえるが、現在までのところその実態把握を含め、十分な対策がなされてきたとはいえない状況にある。

以上のことから分かるように、就労状況から自殺予防を考える際には、有職者、無職者それぞれの自殺の実態を改めて把握しておく必要があると思われる。本研究では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」)において情報収集がなされた自殺既遂事例について、死亡時の就労

状況から有職者と無職者に分類し、その心理社会的特徴や精神医学的特徴の比較・検討を通じて、自殺既遂者の臨床類型を明らかにし、自殺予防の観点から有職者ならびに無職者に対する介入のポイントを検討することを目的とした。

B. 研究方法

1) 対象 本研究では、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」において平成21年12月末時点で調査面接を終了し、調査センターに記入済みの面接票が到着した76事例を対象とした。76事例の構成は、男性55名女性21名で、平均年齢は41.5歳(SD[標準偏差]=16.2歳)であった。

2) 分析方法 76事例について、死亡時の職業をもとに有職者と無職者の2群に分類した。

有職者と無職者の2群のあいだで、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」において収集された情報のうち、先行研究において自殺の危険因子と指摘されている心理社会的特徴に関する変数、ならびに死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断について比較を行った。心理社会的特徴に関する変数の選択にあたっては、高橋⁷⁾が指摘する自殺の危険因子、すなわち自殺未遂歴、精神疾患の既往、サポートの不足、性別、年齢、喪失体験、自殺の家族歴、事故傾性(accident proneness: 不慮の事故や負傷など、事故を防ぐための必要な措置を取らず、自己の安全や健康を守れずに事故を起こしや

すい意識的あるいは無意識的な自己破壊傾向)を参考にした。具体的には、①人口学的変数(性別、年齢、年齢階級、婚姻状況)、②自殺の状況(自殺の方法、自殺時の物質使用)、③自殺関連行動の既往ならびにその家族歴(自傷・自殺未遂歴、親族や友人知人の自殺・自殺未遂歴、失踪歴[家族が違和感を覚えたり心配したりするような状態で、自殺企図のための行方不明を含む]、事故傾性)、④死亡前1年間に見られた社会的問題(死亡1年前の転職歴、死亡1年前の退職歴、死亡1年前のアルコール関連問題、死亡時点の返済困難な借金)、⑤死亡前に見られた医学的問題(死亡1年前の重症の身体疾患への罹患経験、死亡1ヶ月前の身体の不調、死亡1ヶ月前の睡眠障害、精神科受診歴)である。

死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断については、DSM-IV⁸⁾にもとづく臨床診断の内容と精神障害診断の数をを用いた。その際、2事例に関しては精神科医師の判断がつかなかったため、分析から除外した。

なお年齢階級は、事例数と対象者の年齢幅が10代から70代に分布していることを考慮し、30歳未満の青少年、30歳から64歳の中高年、65歳以上の高齢者の3分割で検討した。また自殺の危険因子と心理社会的特徴に関して、サポートの不足には婚姻歴と精神科受診歴を、喪失体験には転職歴、退職歴、身体疾患等を対応させて検討した。

統計解析には、SPSS Version 16.0J for

Windows (SPSS Inc, Chicago, IL) を用いた。人口学的変数の年齢階級別と婚姻歴、自殺の状況における比率の比較には、Fisher の正確検定 (Fisher's exact test) を使用した上で、有意差が認められた場合には残差分析を行った。その他の心理社会的特徴と、死亡時に罹患していたと思われる精神障害の内訳の比率の比較には、それぞれの項目毎に Fisher の正確検定を使用した。平均年齢の比較には Student-t 検定を、精神障害の診断の個数の比較には Mann-Whitney の U 検定を使用し、両側検定で 5% の水準を有意とした。

(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. 研究結果

76 事例のうち、有職者は 48 名 (63.2%)、無職者は 28 名 (36.8%) であった。有職者には、転職等で一時的に無職になった者がいたが、死亡前 1 年間に労働による収入を得ていたことを確認した。また無職者には過去に就業歴がある者がいたが、死亡前 1 年間に働いておらず、労働の対価としての収入がなかったことを確認した。有職者と無職者のあいだで、心理社会的特徴に関する項目を比較した結果を表 1 に、死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断についての両群間の比較の結果を表 2 に示す。

1) 人口学的変数

性別について両群間で有意差が認めら

れ、有職者では男性が 80% 以上を占め、一方、無職者ではその 46% が女性であった ($p < 0.01$)。全体の平均年齢については両群間で差は認められなかったものの、年齢階級別に見ると全体で有意差が認められ ($p < 0.001$)、残差分析の結果、有職者は 30~64 歳の中高年が高率になっており、一方で無職者は 30 歳未満の青少年が高率であった。婚姻状況についても全体で有意差が認められ ($p < 0.001$)、有職者は既婚 (再婚含む) が高率になっており、一方で無職者は未婚が高率であった。

2) 自殺の状況

自殺の方法に関しては全体で有意差は認められなかったが、両群いずれにおいても、50% 以上の者が自殺の方法として縊首を選択していた。また、自殺時の物質使用についても同様に全体で有意差は認められなかった。

3) 自殺関連行動の既往ならびにその家族歴

自傷・自殺未遂歴について両群間に有意差は認められなかった。また、親族や友人知人の自殺・自殺未遂歴、失踪歴に関しても両群間で有意差は認められず、両群いずれにおいても、その 50% 以上の事例に家族や友人の自殺・自殺未遂歴が認められていた。同様に、事故傾性についても両群間で有意差は認められず、有職者の 64.6%、無職者の 57.1% と比較的高率に事故傾性を確認することができた。

4) 死亡前 1 年間に見られた社会的問題 死亡 1 年前のアルコール関連問題

($p < 0.01$) と死亡時点の返済困難な借金 ($p < 0.01$) に両群間で有意差が認められ、いずれの問題も無職者よりも有職者に高率に認められた (アルコール関連問題: 有職者 31.3% vs. 無職者 3.6%、返済困難な借金: 有職者 33.3% vs. 無職者 3.6%)。なお、死亡 1 年前の転職歴と休職歴については、両群間に有意差は認められなかった。

5) 死亡前に見られた医学的問題

死亡 1 年前の重症の身体疾患への罹患経験、死亡 1 ヶ月前の身体の不調、死亡 1 ヶ月前の睡眠障害、精神科受診歴のいずれについても両群間に有意差は認められなかった。なお、死亡 1 ヶ月前の身体の不調と死亡 1 ヶ月前の睡眠障害については、それぞれ両群の 50% 以上および 70% 以上という高い比率で認められていた。

6) 罹患していた精神障害の内訳

死亡時に何らかの精神障害に罹患していたと推測された者は、有職者の 93.8% (45 名)、無職者の 80.8% (21 名) であった。

死亡時に罹患していた精神障害のうち、最も高率であったのは、両群のいずれにおいても気分障害であった (有職者 66.7%, 無職者 57.7%)。気分障害全体およびその下位診断カテゴリーの罹患率に関しては、両群間で差は認められなかった。また、有職者では、無職者に比べてアルコール使用障害 (乱用もしくは依存) の診断が可能と判断された事例が有意に多く認められた ($p < 0.05$)。

その他の精神障害の診断については、両群間で有意差は認められなかった。なお、DSM-IV⁸⁾ における I 軸・II 軸を総合した、罹患する精神障害の総数については、両群間で差は認められなかった。

D. 考察

本研究は心理学的剖検の手法を用いて得られたデータをもとにして、自殺した有職者と無職者それぞれの心理社会的ならび精神医学的特徴について検討した研究である。効果的な自殺予防対策を展開していくためには、職業の有無による自殺者の特徴を踏まえた支援・介入ポイントを明らかにすることが必要である。

本研究では、有職者と無職者とのあいだに以下の三つの差異が確認された。第一に、有職者では、無職者に比べて男性の比率が高く、30 歳から 64 歳の中高年を中心とし、既婚者が多く認められたのに対して、無職者では、有職者に比べて女性の比率が高く、30 歳未満の青少年を中心とし、未婚者が多く認められたことである。第二に、有職者では、死亡前 1 年間にアルコール関連問題と死亡時点の返済困難な借金といった問題を呈していた者が多かったのに対して、無職者では、これらの問題を呈していた者は一人しかいなかったことである。そして最後に、有職者では死亡時点に罹患していたと推測される精神障害としてアルコール使用障害が多く認められたことである。

死亡時職業の有無別でみた自殺者の特徴および自殺予防の介入ポイントについ

て、以下にくわしく考察をしたい。

1. 有職者の自殺

1) 有職者の特徴

本研究における有職者の特徴として、中高年で男性既婚者の割合が高いことが明らかになった。こうした特徴は、いわゆる「働き盛りの中高年男性」と言われる生活背景を有していることが考えられる。これは平成10年にその数が急増し以降も高水準を維持している中高年自殺者¹⁾と共通した特徴である。従来から指摘されている通り⁹⁾、中高年労働者の自殺予防に焦点をあてることは妥当であり、その必要性が改めて示唆されたといえる。

先行研究によれば、本研究の有職者の特徴であった、アルコール関連問題と返済困難な借金という、二つの社会的問題は、いずれも自殺のリスクを高める要因であるとされている。アルコール関連問題に関していえば、アルコールの薬理作用が抑うつ状態を悪化させ、自身に対する攻撃性や衝動性を高め、心理的視野狭窄を促進させることで、自殺行動のリスクを高めることが指摘されており¹⁰⁾、わが国では専門医療機関に入院したアルコール依存・乱用患者における高率な自殺企図歴を報告した研究がある¹¹⁾¹²⁾。また、返済困難な借金に関していえば、負債を抱えていることが自殺念慮や自殺未遂の危険因子であるという報告²⁰⁾や、わが国では金子ら²¹⁾によって失業率とともに、世帯負債比率が自殺率に影響を与えることが明らかにされている。

本研究における有職者の精神医学的特徴として、気分障害だけでなく、アルコール使用障害への罹患率も高いことが挙げられる。このことは、前述した死亡1年前にアルコール問題を呈した者の割合が高いことと一致する結果であった。すでに我々は、死亡1年前にアルコールと関連した健康問題や日常生活への支障といった諸問題を抱えていた自殺既遂者は、全員が男性有職者でその8割にアルコール使用障害の診断が可能であったことを報告している⁵⁾。本研究の結果は、有職者の自殺の背景にある精神疾患としてアルコール使用障害の重要性を改めて確認するものと考えられる。

2) 有職者の自殺予防の介入ポイント

以上のことから、有職者に対する自殺予防の介入ポイントとして、以下の二点を挙げるができる。一つは、企業の健康管理センターなどの産業保健を中心とした、職場におけるメンタルヘルス支援のいっそうの推進である。ただし、従業員50人未満の中小・零細企業従事者や自営業者の場合には、こうした産業保健的支援から漏れてしまうことが少なくなない。そこで、市町村事業におけるメタボリック健診を活用して、精神障害に関する啓発とスクリーニングを行っていく必要があるかもしれない。

なお、精神障害の啓発やスクリーニングは従来、うつ病に特化して行われてきたが、本研究からはアルコール関連問題に対して積極的に取り組む必要があることが明らかにされた。アルコール関連問

題を抱えた人はややもすると自身の問題を過小視し、医療的な援助を受けることに抵抗をする傾向がある¹⁵⁾。それだけに、産業保健や地域保健のなかで早期発見、早期治療につなげていくことが重要である。そのためにも、専門家や専門外来といったアルコール医療の拡充や、各地域の断酒会等の自助グループとの連携が求められるといえよう。また、地域住民や企業に対して、中高年男性のアルコール関連問題と自殺との密接な関係について啓発活動も必要であろう。

もう一つは、借金の問題解決を担う司法分野と精神保健分野の連携である。勝又ら¹⁶⁾が指摘するように、負債を抱えた自殺のハイリスク者には、経済的・法的介入と精神保健的介入は相補的な支援として提供されるべきであり、そのためにも司法と精神保健との連携が強く求められるといえよう。医療関係者、精神保健福祉センターや保健所のメンタルヘルス担当者との研修会に司法関係者が参加したり、事例検討会を共同開催したりすることで「顔の見えるネットワーク」¹⁷⁾を築き上げていくことが、自殺予防の視点からの借金の問題介入に重要であると思われる。

2. 無職者の自殺

1) 無職者の特徴

本研究における無職者の特徴として、20～30代、未婚者および女性の割合が高いことが明らかにされた。女性の割合については、警察庁の平成20年中における

自殺の概要資料⁶⁾における職業別の男女比（無職男性60.4%、無職女性39.6%）を考慮すると妥当な結果と考えられる。また配偶関係別の自殺の状況では、20代・30代の自殺者は男女とも未婚が最も多くなっていることが報告されており¹⁾、本研究結果を部分的に支持するものと考えられる。また平成20年に問題化した硫化水素自殺者数のうち20代が半数を占めており、自殺者の約60%が無職者であったことも報告されている¹⁸⁾。以上のことは、比較的若い世代の無職者に対する自殺予防対策が今後ますます重要であることを示しているといえよう。

無職者が罹患していたと推測される精神疾患の比率は、アルコール使用障害を除いて有意差は認められなかった。有職者と同様に無職者は気分障害への罹患が最も多く、次いで多いのが統合失調症、パーソナリティ障害であった。このことから、無職者は有職者とほぼ同じように精神障害を抱え、自殺のリスクを有していることが推察され、無職者への精神保健的支援の重要性が示唆された。

そして本研究における無職者の半数が30歳未満の青少年であったことを考慮すると、本研究の無職者の多くが生来性、もしくは人生の比較的早期において、精神疾患への罹患のために社会への適応や就職が困難であったことが推測される。その理由の一つとして、厚生労働省の「身体障害者、知的障害者及び精神障害者就業実態調査の調査結果について」¹⁹⁾によると、精神障害者の就労状況は17.3%で

あり、これは身体障害者（43.0%）や知的障害者（52.6%）における割合を大幅に下回っていることが挙げられる。同調査結果によると、30歳未満の精神障害者の就業率は、その他の年代と比較して高いほうであるが、それでもおよそ20%程度である。本研究における対象者が自殺時点で無職であったのは、不幸にして人生早期に得た精神障害のために就労能力に制限があった可能性も無視できないことを示唆している。本研究の無職者が、無職となった過程について事例を一つずつ詳細に検討していくことが今後の課題である。

2) 無職者の自殺予防の介入ポイント

本研究の結果から、無職者に対する自殺予防の介入ポイントとして次の点を挙げることができる。それは、若い世代の無職者に対する対策にあたっては、単に雇用の促進だけではなく、精神保健的支援を行う必要があるということである。精神障害を抱えた、無職かつ未婚の若年者のなかには、同年代から遅れをとっていることに強い焦燥と将来への不安を抱き、なかには家族に対する罪悪感や引け目意識に苦しんでいる者も少なくないと推測される。こうした若年者に対する就労訓練や家族への心理教育や相談支援、生活支援といった、従来行われてきた精神保健的支援をいっそう強化していくことと合わせて、若い世代の自殺予防の重要性を広く社会に発信していくことが必要である。

表3に、本研究の対象における職業の

有無別でみた自殺者の特徴と、自殺予防の介入ポイントについて整理したものを示した。

3. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界があるが、ここでは特に主要な二つの点を挙げておく。第一の限界は、対象の代表性である。本研究の対象者は、あくまでもその遺族が各地域の精神保健福祉センターにおける遺族ケアなどにアクセスし、調査に同意した者に限られている。しかも、単身の自殺既遂者などは前提として調査対象から除外されている。したがって、本研究の結果を、ただちにわが国における職業別でみた自殺既遂者の一般的特徴とするには慎重にならなければならない。

第二の限界は、対象となっている自殺既遂者に関する情報源が家族であるという点である。同居していたとはいえ、家族が知り得る対象者本人の情報範囲には自ずと限界があり、さらにまた、記憶想起のバイアスが混入した可能性も否定できない。

以上のような限界はあるが、本研究はわが国でも数少ない心理学的剖検の手法を用いて、死亡時の就労状況から自殺既遂者の心理社会的類型について検討したことは意義があると思われる。平成20年10月に一部改正された自殺総合対策大綱（「自殺対策加速化プラン」）¹⁾では、「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」として「うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコ

ール依存症、薬物依存症等について、調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行う」「思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者について、救急医療機関、精神保健福祉センター、保健所、教育機関等を含めた連携体制の構築により適切な医療機関や相談機関を支援する等、精神疾患の早期発見、早期介入のための取組を促進する」と記載された。本研究からは、有職者のアルコール関連問題への取組の重要性と、無職の青少年に対する精神保健的支援の重要性が示唆され、「自殺対策加速化プラン」の記載に関して、部分的ではあるが実証的に示されたことは大いに意義があると思われる。今後は、年齢、性別、居住地を一致させた対照群との比較、および人口動態統計などの全数データの参照、有職者を業種別で詳細に分類した上での分析などを通じて、わが国における自殺の実態把握と自殺予防対策の推進に向けた研究を進める必要がある。

E. 結論

本研究では、心理学的剖検の手法により収集された情報をもとに、有職者と無職者の心理社会的特徴や精神医学的特長を検討した。その結果、有職者は既婚の中高年男性を中心として、死亡1年前のアルコール関連問題や死亡時点の返済困難な借金といった社会的問題を抱えていた事例が多かった。無職者では、有職者

に比べて女性の比率が高く、青少年の未婚者が多く認められ、有職者にみられたような社会的問題は確認されなかった。また、有職者では死亡時点に罹患していたと推測される精神障害としてアルコール使用障害が多く認められた。これらの結果から、自殺予防の介入ポイントとして、有職者に対しては、職場におけるメンタルヘルス支援の充実、アルコール使用障害と自殺に関する積極的な啓発と支援の充実、そして債務処理に関わる司法分野と精神保健福祉分野の連携の必要性が示唆された。一方で、無職者に対しては、若い世代の自殺予防に関する啓発と精神保健的支援の充実の必要性が示唆された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表 なし

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

I. 引用文献

- 1) 内閣府. 平成20年版自殺対策白書. 2008
- 2) 太田保之, 稲富宏之, 田中悟郎. 職場のメンタルヘルスの現状と問題点. 保

- 健学研究 2008; 21(1): 1-10.
- 3) 厚生労働省. 労働者の心の健康の保持増進のための指針について. 2006
 - 4) 高橋祥友: WHOによる自殺予防の手引き. 平成14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. 総括・分担研究報告書. 東京, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 2007; 385-405.
 - 5) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他. 死亡1年前にアルコール関連問題を呈した自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検による検討. 精神医学, 印刷中
 - 6) 警察庁生活安全局地域課: 平成20年中における自殺の概要資料. 2009
 - 7) 高橋祥友. 自殺のサインを読みとる改訂版. III自殺の危険因子と直前のサイン. 東京: 講談社文庫, 2008; 97-131.
 - 8) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994
 - 9) 高橋祥友. 中高年自殺—その実態と予防のために. 第1章日本の自殺の現状. 東京: 筑摩書房, 2003; 15-61.
 - 10) Hufford M R: Alcohol and suicidal behaviour. Clinical Psychology Review, 2001; 21: 797-811.
 - 11) 松本桂樹, 世良守行, 米沢宏, 他. アルコール依存症者の自殺念慮と企図. アディクションと家族 2000; 17: 218-223.
 - 12) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, 他. 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. 精神医学 2009; 51(2): 109-117.
 - 13) Hintikka J, Kontula O, Saarinen P et al.: Debt and suicidal behaviour in the Finnish general population. Acta Psychiatr Scand, 1998; 98: 493-496.
 - 14) 金子能宏, 篠崎武久, 山崎暁子. 自殺の社会経済的要因と自殺予防の経済効果. 季刊社会保障研究 2004; 40: 75-87.
 - 15) 斎藤学. 第1章 飲酒者の自我における対象関係の水準. アルコール依存症の精神病理. 東京: 金剛出版, 1985; 3-32.
 - 16) 勝又陽太郎, 松本俊彦, 高橋祥友, 他. 社会・経済的要因を抱えた自殺のハイリスク者に対する精神保健的支援の可能性 心理学的剖検研究における「借金自殺」事例の分析. 精神医学 2009; 51(5): 431-440.
 - 17) 日本司法書士連合会消費者問題対策本部地域連携対策部自殺対策 WT. 司法書士業務のためのメンタルヘルスハンドブック—自殺予防と遺族支援の取組にむけて—. 2009
 - 18) 福永龍繁, 林紀乃. 硫化水素自殺事例の分析. 平成20年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業) ネット世代の自殺関連行動と予防のあり方に関する研究. 総括・分担研

表1 職業の有無別による心理社会的特徴の比較^{注1)}

		有職者 n=48	無職者 n=28	P値
人口学的変数	性別(男)	40(83.3%)	15(53.6%)	0.008**
	平均年齢 ^{注2)}	44.2(SD=13.7)	37.0(SD=19.2)	0.09
	年齢階級			0.0001***
	30歳未満(青少年)	6(12.5%)	14(50.0%)	
	調整済み残差	-3.6	3.6	
	30~64歳(中高年)	38(79.2%)	9(32.1%)	
	調整済み残差	4.1	-4.1	
	65歳以上(高齢者)	4(8.3%)	5(17.9%)	
	調整済み残差	-1.2	1.2	
	婚姻状況			0.0003***
未婚	11(22.9%)	19(67.9%)		
調整済み残差	-3.9	3.9		
既婚(再婚含む)	34(70.8%)	8(19.0%)		
調整済み残差	3.6	-3.6		
離別(離婚・死別)	3(6.3%)	1(3.6%)		
調整済み残差	0.5	-0.5		
自殺の状況	自殺の方法			0.26
	縊死	27(56.3%)	14(50.0%)	
	飛び降り	5(10.4%)	6(21.4%)	
	入水	3(6.3%)	0	
	薬物	3(6.3%)	2(7.1%)	
	ガス	9(18.8%)	3(10.7%)	
	飛び込み	0	1(3.6%)	
	焼身	0	1(3.6%)	
	その他	0	1(3.6%)	
	手段不明	1(2.1%)	0	
自殺時の物質使用			0.65	
アルコールのみ	5(10.4%)	1(3.6%)		
アルコールと向精神薬の併用	3(6.3%)	1(3.6%)		
アルコールと解熱・鎮痛剤等との併用	0	1(3.6%)		
向精神薬のみ(複数種の服用を含む)	10(20.8%)	6(21.4%)		
向精神薬と解熱・鎮痛剤等との併用	0	1(3.6%)		
解熱・鎮痛剤等とその他の有害物質の併用	1(2.1%)	0		
農薬	1(2.1%)	0		
物質の種類不明	0	1(3.6%)		
物質使用なし	21(43.8%)	14(50.0%)		
物質使用状態不明	7(14.6%)	3(10.7%)		
自殺関連行動の既往ならびにその家族歴	自傷・自殺未遂歴あり	15(31.3%)	12(42.9%)	0.33
	親族や友人知人の自殺・自殺未遂歴あり	33(68.8%)	15(53.6%)	0.22
	失踪歴あり	20(41.7%)	6(21.4%)	0.08
	事故傾性あり	31(64.6%)	16(57.1%)	0.63
死亡前に見られた社会的問題	死亡1年前の転職歴あり	9(18.8%)	4(14.3%)	0.76
	死亡1年前の休職歴あり	8(16.7%)	1(3.6%)	0.14
	死亡1年前のアルコール関連問題あり	15(31.3%)	1(3.6%)	0.004**
	死亡時点の返済困難な借金あり	16(33.3%)	1(3.6%)	0.003**
死亡前に見られた医学的問題	死亡1年前の重症の身体疾患への罹患経験あり	7(14.6%)	7(25.0%)	0.36
	死亡1ヶ月前の身体の不調あり	29(60.4%)	14(50.0%)	0.47
	死亡1ヶ月前の睡眠障害あり	35(72.9%)	22(78.6%)	0.78
	精神科受診歴あり	21(55.3%)	17(44.7%)	0.23

p<0.01, *p<0.001

注1) 比率の検定にはFisherの正確検定を用いて、有意差が認められた年齢階級と婚姻歴については残差分析を行った。
注2) 平均年齢の比較には、Student-t検定を行った。

表2 死亡時に罹患していたと思われる精神医学的診断による精神障害の内訳(合併を含む)^{注1)}

	有職者 n=48	無職者 n=26 ^{注2)}	P値
いずれかの精神障害への罹患人数	45(93.8%)	21(80.8%)	0.12
通常, 幼児期, 小児期, または青年期 に初めて診断される障害	1(2.1%)	1(3.8%)	1.00
広汎性発達障害	1(2.1%)	0	1.00
精神遅滞	0	1(3.8%)	0.35
せん妄, 認知症, 健忘性障害, および 他の認知障害	1(2.1%)	0	1.00
認知症	1(2.1%)	0	1.00
物質関連障害	12(25.0%)	3(11.5%)	0.23
アルコール使用障害	12(25.0%)	1(3.8%)	0.03*
薬物使用障害	0	2(7.7%)	0.12
ニコチン依存	1(2.1%)	0	1.00
統合失調症および他の精神病性障害	3(6.2%)	4(15.4%)	0.23
統合失調症	3(6.2%)	4(15.4%)	0.23
気分障害	32(66.7%)	15(57.7%)	0.46
大うつ病性障害	27(56.2%)	12(46.2%)	0.47
気分変調性障害	7(14.6%)	6(23.1%)	0.36
双極Ⅰ型障害	1(2.1%)	1(3.8%)	1.00
双極Ⅱ型障害	2(4.2%)	0	0.54
不安障害	9(18.8%)	2(7.7%)	0.31
全般性不安障害	7(14.6%)	1(3.8%)	0.25
強迫性障害	1(2.1%)	1(3.8%)	1.00
パニック障害	2(4.2%)	1(3.8%)	1.00
身体表現性障害	1(2.1%)	0	1.00
心気症	1(2.1%)	0	1.00
解離性障害	1(2.1%)	0	1.00
摂食障害	1(2.1%)	2(7.6%)	0.28
神経性無食欲症	1(2.1%)	1(3.8%)	1.00
神経性大食症	0	1(3.8%)	0.35
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	3(6.2%)	0	0.55
病的賭博	3(6.2%)	0	0.55
適応障害	4(8.3%)	2(7.7%)	1.00
パーソナリティ障害	3(6.2%)	4(15.4%)	0.23
一人あたりの平均罹患精神障害数 ^{注3)}	1.62	1.46	0.36

*p<0.05

注1) 比率の検定にはFisherの正確検定を行った。

注2) 無職者のうち2名の対象者については精神科医師の判断がつかなかったためN=26とした。

注3) 一人あたりの罹患精神障害数の比較にはMann-WhitneyのU検定を行った。

表3 本研究における有職者と無職者の自殺の臨床類型

	有職者	無職者
性別	男性が9割	男性が6割
年代	中高年が多い	青少年が多い
婚姻	既婚者が多い	未婚者が多い
社会的問題	アルコール関連問題や返済困難な借金のリスクを抱えやすい	
精神疾患	気分障害に次いでアルコール使用障害が多い	気分障害が多い
介入ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・職場におけるメンタルヘルス支援 ・アルコール使用障害に関する啓発と支援の充実 ・債務処理に関わる司法分野と精神保健分野の連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・若い世代の自殺予防に関する啓発と支援の充実 ・就労訓練や家族への相談支援や生活支援といった精神保健的支援の充実

平成 21 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

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

(3) 精神科治療の有無からみた検討

研究分担者 松本 俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者 廣川 聖子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
勝又陽太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）
木谷 雅彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
赤澤 正人（国立精神・神経センター精神保健研究所）
高橋 祥友（防衛医科大学防衛医学研究センター）
川上 憲人（東京大学大学院医学系研究科）
渡邊 直樹（関西国際大学人間科学部）
平山 正実（聖学院大学大学院）
亀山 晶子（日本大学文理学部人文科学研究所）
横山由香里（東京大学大学院医学系研究科健康社会学分野）
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨：

【目的】本研究では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」）において情報収集がなされた自殺既遂事例のうち、死亡前 1 年以内に精神科受診行動がみられた一群の臨床的特徴について、精神科受診行動がみられなかった自殺既遂事例との比較を通じ明らかにした。

【方法】「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」において 2009 年 12 月末時点で調査センターに記入済みの面接票が到着した 76 事例を対象として、精神科受診群と非受診群の 2 群に分類し、心理社会的特徴および精神医学的診断について比較を行った。また、精神科受診群については、精神科治療の受療状況に関する情報についても分析を行った。

【結果および考察】死亡前 1 年間に精神科もしくは心療内科の受診歴があった者（精神科受診群）と非受診者（非受診群）の割合は、同率の 38 例（50.0%）であった。受診群でやや女性が多く、また 39 歳以下の者が 65.8%を占めており、非受診群に比べ有意に若年であった。さらに、受診群のうち 57.8%もの者が自殺時に治療目的で処方された向精神薬を過量摂取しており、55.6%の者が死亡前に自傷・自殺未遂

を経験していた。精神医学的診断では、共通して最も多かった診断名は気分障害(63.5%)であったが、受診群で統合失調症の割合が18.9%と非受診群に比べ高く、非受診群では適応障害が16.2%と高いという点で有意差がみられた。受診群の受療状況のパターンでは、89.5%が死亡前1ヶ月内という自殺の直前に受診をしていた。

【結論】精神科治療を受けながら最終的に自殺に至った事例のほとんどが20～30代であり、今後の自殺対策の方向性として、これまでのメンタルヘルス問題に対するスティグマ軽減、プライマリケア医を通しての精神科受診の促進に加え、若年成人への対策、特に、統合失調症に罹患した者、ならびに精神科治療薬の過量服薬を防止するための対策を講じる必要性があると考えられた。

A. 目的

わが国の自殺者数は、1998年に3万人を超えて以降、11年に渡りその水準で推移している。こうした自殺の急増の背景には借金や生活苦といった経済・生活問題が関係しているといわれているが、しかしそれでもなお、自殺の原因・動機として最も大きな割合を占めているのは、精神障害をはじめとする健康問題である。事実、これまでに多くの先行研究にて、自殺者の90%以上が自殺直前に何らかの精神障害に罹患した状態にありながらも、その多くが精神科治療を受けていなかったことが報告されている^{4),7),23)}。このような認識にもとづき、自殺リスクの高い者をいかにして精神科治療につながかが自殺対策における重要な課題とされ、プライマリケア医からの精神科医への患者紹介に診療報酬加算(精神科医療連携加算)がなされるといったような施策も開始されている。

しかしその一方で、精神科治療につながっていながらも自殺既遂に至ってしまった事例も存在する。実際、治療経過中

における担当患者の自殺を経験したことのある精神科医療従事者は少なくない。このように、精神科治療を受けながらも自殺既遂に至った者の臨床的特徴と問題の焦点を明らかにすることは、精神科治療の質の向上につながり、ひいては今後の自殺対策をいっそう推進させることに資するはずである。

そこで本研究では、心理学的剖検の手法を用いて死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴や精神医学的特徴、ならびに精神科治療の受療状況について明らかにし、自殺既遂者の臨床的類型を検討した。よって、ここにその結果を報告するとともに、わが国における自殺予防対策の課題について若干の考察を行いたい。

B. 対象と方法

1. 対象

本研究では、「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」において2009年12月末時点で調査票の回収があった76事例を対象とし、そのうち、特に「死亡前1年

間に精神科もしくは心療内科の受診歴があった者」に着目して分析を行った。なお、死亡前1年間に精神科もしくは心療内科への受診行動が認められた者を「精神科受診群」、それ以外の者を「精神科非受診群」と分類した。精神科受診群の抽出条件は、基礎調査面接票の「H.心の健康問題に対する援助希求」セクションにおいて、「最期の1年間にストレスや心の健康問題にて医師または他の専門家に相談したり治療を受けたことがある」に該当する者のうち、相談先が「精神科・心療内科」であった者、ならびに、「X.身体的健康」セクションにおいて、「最期の1年間にいずれかの医療機関を受診したことがある」に該当する者のうち、受診科が「精神科・心療内科」であった者とした。

参考までに、76事例が死亡時に居住していた地域ブロックの内訳は、東海北陸・近畿が25名(32.9%)、次いで関東・信越地域が24名(31.6%)、北海道・東北地域が13名(17.1%)、中国・四国地域が8名(10.5%)、九州地域が6名(7.9%)であり、本研究の対象の中で多くの割合を占めていたのは、首都圏を含む関東甲信越・東海北陸・近畿の比較的都市部であった。

2. 分析方法

基礎調査において収集された自殺既遂事例に関する情報について、精神科受診群と精神科非受診群の2群間で比較を行った。比較に用いた変数としては、高橋

によって指摘されている²⁵⁾自殺の危険因子(自殺未遂歴、精神疾患の既往、サポートの不足、性別、年齢、喪失体験、自殺の家族歴、児童虐待)の他に、1998年以降の自殺急増に関与しているとされる様々な社会的要因を反映する項目(借金などの生活・経済問題、リストラ・失業・転職といった雇用問題)を基礎調査の情報から抽出した。

具体的には、①人口動態的変数(性別、年齢、年齢階級、職業)、②一般医学的問題(死亡前1年間の重症の身体疾患、死亡前1ヶ月の身体の不調、死亡前1年間の一般診療科受診歴、自殺の状況、自殺関連行動の既往ならびにその家族歴)、③社会的背景(家族構成、幼少期における被虐待経験や親との離別体験、死亡前1年間の離婚経験、死亡前1年間の転職・失職・休職歴、死亡時点の返済困難な借金)、および④DSM-IVに基づく精神医学的診断である。なお、対象76事例のうち2事例については、精神科医の判断がつかなかったため、精神医学的診断に係る分析においては除外した。

さらに、精神科受診群については、「心の健康問題に対する援助希求」のセクションから得られた精神科治療の受療状況(最終受診時期、精神科初診から最終受診までの期間、薬物療法の状況、入院治療の有無)に関する情報を整理し、分析を行った。

統計学的解析にあたっては、SPSS Ver.17.0J for Windowsを用い、2群間における比率の比較にはFisherの直接法を、

連続量の比較にはStudentのt検定を用い、いずれの場合も両側検定で有意水準は5%とした。

C. 研究結果

1. 死亡前1年間の精神科受療行動の有無による心理社会的特徴 (表1)

1) 人口動態的変数

対象者76事例において、死亡前1年間に精神科もしくは心療内科の受診歴があった者(精神科受診群)と非受診者(非受診群)の割合は、同率の38例(50.0%)であった。

性別については両群間で有意差がみられ、受診群でやや女性が多かった。

平均年齢は精神科受診群で36.8歳(SD=13.9)で、非受診群の平均年齢46.3歳(SD=17.2)と比べて有意に若年であった。便宜上、各群における対象者を若年群(39歳以下)、中年群(40-59歳)、高齢群(60歳以上)という3つの年代別に分類してみると、精神科受診群では若年群が65.8%とその大半を占めていた。

また、死亡時の職業に関する比較では、就業状況、ならびに職業別の比較のいずれにおいても両群間で有意な差は認められず、両群とも半数以上が死亡時に何らかの職に就いていた。

2) 医学的問題

死亡前1年間の重症の身体疾患の有無、死亡前1年間の一般診療科受診の有無とその内容については、両群間で有意差は認められなかった。かかりつけ医の存在については、受診群で有意にかかりつけ

医を有していた。

自殺時の物質使用については、死亡時に向精神薬を医師の指示より多く服用していた者が、精神科受診群で有意に高率であった($p < 0.001$)。自殺以前の自傷・自殺未遂の経験については受診群で有意に高く、半数以上の者が自傷・自殺未遂を経験していた。また、親族・知人の自殺未遂・既遂経験の有無については両群間に有意差は認められず、両群の60%以上の者が身近な存在の自殺未遂や既遂を経験していた。

3) 社会的背景

同居家族の有無、家族構成、被虐待体験や親との離別経験、死亡前1年間の離婚経験、死亡前1年間の転職・失職・休職の経験、といった社会的要因に関しては両群間で有意差はみられなかったが、受診者で未婚の者が多く、非受診者で借金の問題がみられるという点で2群間に有意差が認められた。なお、精神科受診の有無に関わらず、自殺者の85%以上が家族と同居していたが、これは基礎調査が生前同居していた近親者からの聞き取りという情報収集方法を行っていることによる対象選択バイアスを反映したものであると考えられる。

2. 精神医学的診断による精神障害の内容 (表2)

表2に、精神科医の臨床診断にもとづく精神医学的診断を比較した結果を示す。

精神医学的診断の分析対象となった74事例のうち、66名(89.2%)が、死亡時点で何らかの精神障害に罹患していること

が推測された。最も多く見られた診断名は気分障害であり、全対象者の63.5%に認められた。精神科受診群では、非受診群に比べ統合失調症に罹患していたと推測される者の割合が有意に高く ($p < 0.05$)、また非受診群では受診群に比べ適応障害の診断がつく者の割合が有意に高いという傾向がみられた ($p < 0.05$)。

3. 精神科受診に関する状況 (表 3)

自殺事例 76 名のうち、死亡前 1 年間に精神科もしくは心療内科にかかっていた 38 名について、受療状況のパターンを整理した。

1) 最終受診から自殺までの期間

精神科受診群 38 名のうち、最期に受診した診療科が精神科もしくは心療内科であった者は 17 名 (85.0%) であった。最終受診から自殺までの期間をみると、自殺から 3 日以内 (入院中も含む) の者が 16 名 (42.1%)、受診から 1 ヶ月以内の者が 18 名 (47.4%) で、それらを合わせると 90% 近くの事例が自殺の直前に受診していた。

2) 精神科・心療内科への通院期間

死亡直前に初診だけを受けた者が 2 名 (5.3%)、1 年未満の通院歴の者が 5 名 (13.2%) であり、精神科受診群の 25 名 (65.8%) が 1 年以上の精神科治療歴を持っていた。

3) 精神医学的治療の内容

精神科受診群のうち、死亡前の 1 年間に精神科薬物療法を受けていた者は 30 名 (78.9%) であった。また、そのうち治療中断もしくは服薬の自己中断・怠薬

が認められたのは 8 名 (21.1%) であった。さらに、精神科受診群 38 名中 7 名 (18.4%) に精神科入院治療の経験が認められた。なお、この入院経験者 7 名のうち、5 名は死亡前 1 年以内に入院を経験しており、残りの 2 名については入院中の自殺であった。

D. 考察

1. 自殺既遂者の精神科受診率

本研究では、対象となった自殺既遂者 76 名のうち、66 名 (89.2%) が自殺直前に何らかの精神疾患に罹患した状態にあったと推測され、また、38 名 (50.0%) が死亡前 1 年以内に精神科を受診していた。

本研究で得られた自殺既遂者の精神障害罹患率は国内外の先行研究とほぼ一致する結果であるが⁵⁾⁷⁾、しかし既遂者における精神科治療の受療率については、フィンランドで実施された心理学的剖検調査¹⁹⁾をはじめとする、国内外の著名な先行研究と一致しなかった。たとえば、Foster ら¹⁰⁾の報告では死亡前 1 年間の精神科受診率は 37% であり、Appleby ら³⁾の報告では 24%、Boardman ら⁶⁾の報告では 36% となっており、いずれも我々が得た数値よりも低い。GP 制度の浸透など、プライマリケアレベルでの精神科治療システムはわが国と異なる点もあり、概観する際にはその点も考慮する必要があるが、このような先行研究との不一致の原因として無視できないのは、対象選択におけるバイアスである。本研究の対象は、