

わが国における全自殺を代表するサンプルとは到底言うことができない、極めて少数のサンプルである。研究対象の収集にあたっては、全国の都道府県・政令指定都市に呼びかけたものの、わが国ではいまだ自殺に対する偏見が根強く、身近な者を自殺で失った家族が積極的に調査に協力することは容易ではなかったのが実情である。したがって、本研究で得られた既遂者における高い精神科受診率という結果も、精神科治療につながっていた自殺既遂者の家族ほど本研究に協力する傾向があることを反映したという予測も成り立つ。また、本研究は、その情報収集方法のために、単身生活や親族と疎遠な状況にあった自殺既遂者はあらかじめ対象から除外されているという事情があったことも無視できない。統合失調症者の最も高い受診動機は家族による促しであるとされていることから<sup>13)</sup>、同居家族が存在する方が精神科に受診しやすいという可能性も考えられる。これらの要因が、本研究の結果に反映された可能性は十分にあるであろう。

しかしその一方で、本研究の結果を支持する先行知見もある。張らは、東京都内で実施した心理学的剖調査から、「自殺者の46%は自殺時に精神科治療継続状態であった」と報告しており<sup>8)</sup>、また、最近公表された、東京都福祉保健局による自死遺族からの聞き取り調査においても自殺既遂者の54%が死亡2週間前に精神科・心療内科に相談していたことが明らかにされている<sup>28)</sup>。この二つの先行研

究に共通しているのは、いずれも東京都内で実施された調査であるという点であり、このことは首都圏を含む関東・信越地域、東海北陸・近畿地域の都市部在住者の割合が高い本研究の対象と類似した特徴と理解することもできる。都市部では近年、精神科クリニックが急増し、その数はこの10年ほどで2倍近くに増えている<sup>17)</sup>。身近に治療機関が増えたことが精神科医療へのアクセスのしやすさにつながっているとも考えられる。その意味では、今回得られた結果は「大都市における自殺既遂者の特徴」として一定の妥当性を持つ可能性もある。

なお、人口動態的変数を用いて、本研究における対象の属性について触れておくと、平均年齢は41.5歳(SD=16.2)であり、男女比ならびに有職者・無職者の比率はそれぞれおよそ2:1、1:1となっている。これらのことから本研究の対象は、わが国における自殺者の全数統計と比較した場合、やや男性、若年層、有職者の割合が高いものの、ほぼ一致する集団であると推測される。

## 2. 死亡1年以内に精神科受診歴のある自殺既遂者の特徴

本研究では、精神科受診群では、自殺直前における精神障害の罹患率に差がないにもかかわらず、非受診群に比べて死亡時の年齢が有意に低いという結果が得られた。この結果は、スティグマ軽減のためのメンタルヘルス問題に関する啓発活動が盛んになって以降に育った若年層は、精神科に対する心理的抵抗感が低く

精神科受診率も高いという、Luoma<sup>20)</sup>の指摘と一致している。逆にいえば、この結果は、比較的高齢層では、精神科受診に対する抵抗感の強さを反映しているとも考えられる。

また本研究では、精神科受診群・非受診群のいずれでも気分障害に罹患していると推測された者が最も多かったが、その一方で精神科受診群では、非受診群に比べ、統合失調症および他の精神病性障害に罹患している者の割合が有意に高かった。統合失調症は、うつ病やアルコール依存症とともに自殺に密接に関連する精神障害として知られており、自殺の相対危険率は一般人口の8倍以上であると報告され<sup>12)</sup>、なかでも若年男性の統合失調症患者は自殺のリスクが高いといわれている。

さらに本研究では、精神科受診群 38名のうち 34名 (89.5%) が自殺前 1 ヶ月以内に精神科に受診しており、25名 (65.8%) が 1 年以上におよぶ継続的な精神科治療歴を持っていた。また、精神科受診群のほとんどが精神科薬物療法を受けており、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 21.1%にとどまっていたことが明らかにされた。さらに、18.4%の事例は死亡 1 年以内に入院治療も受けていた。この結果は、精神科受診群の多くが、少なくとも表面的には本格的な精神科治療を受けており、にもかかわらず自殺既遂に至った可能性があることを意味している。こうした背景に、精神科医療における自殺リスクの評価の

不十分さや、あるいは、自殺の意図の表出への対応の不適切さがあったのかは、本研究で得られた情報から明らかにすることはできない。

ここで考慮すべきなのは、精神科受診群において比較的高率に認められた統合失調症についてであろう。すでに安田ら<sup>29)</sup>は、統合失調症に罹患していたと推測される自殺者の 85%は精神科治療中であったと報告し、舟橋ら<sup>11)</sup>は、精神科通院中に自殺した統合失調症患者の 60%が最終受診から 10 日以内の自殺であり、74%の患者が自殺直前まで規則的に通院していたと報告している。これらの先行研究はいずれも、自殺リスクが高い疾患であるとされながらその予測には非常な困難さがあることを指摘している。統合失調症者では対人接触が乏しいために、自ら進んで自殺念慮を周囲に訴えることもない一群が存在することを臨床の場では経験する。このような患者では急性症状の悪化が自殺のリスクと並行することも知られているため<sup>30)</sup>、たとえ本人が自殺念慮を訴えていない場合であっても、病的症状の全般的状態を適切にとらえ、自殺のリスク評価をしばしば実施することが予防につながる可能性があることを、本研究の結果も示唆していると言える。また、統合失調症者では精神科医療へのアクセスが他の精神疾患に比べ高いと考えられる今回の結果は、臨床で関わる精神科医療従事者・地域にてその生活を支える種々の関係者ともに、単に精神科に受診するだけで自殺リスクが低減できる

という思い込みから考えを新たにすることの必要性を示唆しているとも言えよう。

ところで、本研究では、精神科受診群では自殺時に向精神薬を過量に服用している者が多いという結果も得られた。この結果は、精神科受診群においては、本来治療薬として医師から処方された向精神薬が、むしろ自殺行動を後押しする道具として用いられた可能性を示唆するものと言えるであろう。というのも、向精神薬の過量摂取そのものは比較的致死性の低い自己破壊的な手段・方法であるが、脱抑制効果のために、致命的な自殺行動を促進することが知られているからである<sup>9)</sup>。

### 3. 自殺予防の課題と提言

本研究から得られた知見のなかで特に重要なのは、精神科治療を受けながらも最終的に自殺に至った事例のほとんどが、20～30代に属していたという事実である。従来わが国で展開されてきた自殺予防対策としては、地域住民への啓発活動によるメンタルヘルス問題に対するステイグマ軽減であり、精神科医療連携加算をはじめとする、プライマリケア医を介しての精神科受診促進であったが、こうした対策は、精神科受診に対して強い抵抗感を抱く高齢者には有効な施策である可能性が高い一方で、精神科受診に対する抵抗感が比較的少ない若年の成人——それもとりわけ大都市部の若年成人——に対しては、不十分な施策である可能性がある。

我々は、若年層を視野に入れた自殺対

策こそが、今後の自殺予防対策の課題ではないかと考えている。というのも、わが国の自殺は、1998年に中高年男性を中心に急増したものの、実は2005年を境に中高年の自殺は減少傾向を見せている。むしろこの11年間確実に増加し続けている年代は20代、30代である<sup>21)</sup>。こうした状況を考えれば、20～30代という比較的若年の成人をターゲットとした自殺対策はまさに喫緊の課題といえるであろう。

その文脈でいえば、本研究から若年成人の自殺対策を進める上でのポイントとして示唆されたのは、次の二点であった。一つは統合失調症の自殺を解明し、何らかの予防策を講じることである。これまでわが国の自殺対策は、メンタルヘルス問題としてはうつ病に重点を置いた展開をしてきたが、今後は、これに加えて、統合失調症に罹患する者の自殺予防に努めていく必要がある。折しも2008年の自殺総合対策大綱の一部改正において、「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」として統合失調症が取り上げられており、その実態と危険因子の解明が急がれるところである。

もう一つは、治療のために処方された向精神薬の乱用をいかにして防ぐかである。近年、救急医療の現場では、処方された向精神薬の過量摂取はきわめて深刻な問題となっている<sup>22)</sup>。救急医療機関に搬送される自殺未遂患者の大半が、向精神薬の過量服用によるものであることも指摘されており<sup>24)</sup>、その数は年々増加し

ている。精神科に受診することが、皮肉にも自殺関連行動に際しての手段・方法へのアクセスを高めてしまう側面があることは否めない。とりわけ危惧されるのは、近年、向精神薬の長期処方許可される状況になったことが、向精神薬の乱用や過量摂取を促進している可能性である<sup>18)</sup>。これら向精神薬の処方に係る課題について詳細な実態把握を進め、その実態に則した対策をとっていく必要がある。かつて英国では、市販薬パラセタモール（アセトアミノフェン）を過量摂取する若年者が増加したが、このような事態に対し製薬会社が1箱に含まれる錠剤の数を減少させたところ、若年者の自殺は減少した<sup>14) 15)</sup>。このように、自殺につながる手段・方法へのアクセスの制限は、すでにエビデンスの確立した対策であることも強調しておきたい。

さらに向精神薬の処方に関していえば、向精神薬による薬理作用は若年者や高齢者では異なるにも拘らず、現在の精神科治療においては両者に対して同様の処方がなされている可能性がある。特に若年者への抗うつ薬の投与に関しては自殺関連事象（自殺念慮・自殺行動）を誘発するリスクが指摘されているが<sup>22)27)</sup>、その処方および治療ガイドラインについては現段階では明確化されていない。今後、この点についても早急に検討していく必要があるのではないだろうか。

#### 4. 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、考察の冒頭でも触れたように、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自殺既遂者の一般的特徴として受け止めることはできない。

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にある。同居していたとはいえ、家族が知り得る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。

以上の限界にもかかわらず、本研究は、心理学的剖検の手法により死亡前の精神科受診の有無によって自殺既遂者の一部の臨床像の違いを検討したわが国最初の研究としての意義があると思われる。今後は、さらに対象数を増やすとともに、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などを通じ、精神科治療を受けながらも自殺既遂に至ってしまう要因を明らかにし、精神科医療の質の向上に寄与する必要がある。

#### E. 結論

本研究では、心理学的剖検の手法を用

いて収集した自殺既遂事例の情報をもとに、死亡前1年間に精神科受診をしていた一群の臨床的特徴について、精神科受診がみられなかった群との比較を通し心理社会的ならびに精神医学的特徴についての検討を行った。

本研究は、自殺既遂者同士の比較によるものであり、方法論的限界も多い研究ではあったが、精神科受診の有無による自殺既遂者の臨床像の違いを検討したのが国最初の研究としての意義があると考えられる。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

廣川聖子,松本俊彦,勝又陽太郎 他: 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: 心理学的剖検による調査。日本社会精神医学雑誌,2010 (印刷中)

##### 2. 学会発表 なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 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) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition.

Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994

2) 安藤俊太郎, 松本俊彦, 重家里映

他: 気分障害患者とパーソナリティ障害患者における過量服薬の臨床的相違. 精神医学 51: 749-759, 2009

3) Appleby L, Shaw J, Amos T et al : Suicide within 12 months of contact with mental health service : national clinical survey. Br Med J 318:1235-1239,1999

4) Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G : Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 4. 37,2004

5) 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害-生命的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-, 精神神経学雑誌 96, 415-443, 1994

6) Boardman AP, Grimbaldeston AH, Handley C et al: The North Staffordshire suicide study: a case-control study of suicide in one health district. Psychol Med 29:27-33,1999

7) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et al : Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 33 : 395-405, 2003

8) 張賢徳: 人はなぜ自殺するのか 心理学的剖検調査から見えてくるもの. 勉誠出版, 113-137,2006

9) De Leo, D., Evans, R.: Chapter 10: The impact of substance abuse policies on suicide mortality, In: (De Leo D, Evans R) International Suicide Rates and

- Prevention Strategies, 101-112, Hogrefe & Huber, Cambridge, 2004
- 10) Foster T, Gillespie K, McClelland R : Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 170 : 447-452, 1997
- 11) 舟橋龍秀 : 精神分裂病者における自殺について その実態と危険因子および予防. *医療* 55: 159-163, 2001
- 12) Harris, E.C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170:205-228,1997
- 13) 橋本俊明, 猪狩中, 金英雄, 他 : 外来精神分裂病患者の受療状況について. *精神医学* 31:137-143,1989
- 14) Hawton K , Simkin S , Deeks J et al: UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *BMJ* 329: 1076-1079, 2004
- 15) Hawton K, Townsend E, Deeks J et al: Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ* 322: 1203-1207,2001
- 16) 川上憲人,竹島正,高橋祥友, 他: 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. 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. 総括・分担研究報告書, 7-26, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2007
- 17) 厚生労働省 : 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 第 19 回資料 医療施設調査 2009. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0618-7b.pdf>
- 18) 窪田彰 : 診療報酬改定と精神科医療への影響. *精神科治療学* 24:1007-1010,2009
- 19) Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET et al : Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 49 : Suppl 1 : S111-116, 1995
- 20) Luoma JB, Martin CE, Pearson JL: Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry* 159:909-916, 2002
- 21) 内閣府 : 平成 20 年版 自殺対策白書, 2008
- 22) 岡田俊 : 児童青年期のうつ病性障害に対する抗うつ薬の使用・併用療法の是非. *臨床精神薬理* 12 : 263-272,2009
- 23) Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH et al : Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 49 : 888-99, 1959
- 24) 鈴木博子 : 大学病院精神科の時間外診療における自殺企図者の実態. *医学のあゆみ* 194: 541-544, 2000

- 25) 高橋祥友：自殺のリスクマネジメント 第2版. 医学書院, 14-37, 2006
- 26) 竹島正, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他：心理学的剖検の実施および体制に関する研究. 平成19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. 総括・分担研究報告書, 7-41, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2008
- 27) 田島治：抗うつ薬の光と影. 臨床精神薬理 11：1803-1811, 2008
- 28) 東京都福祉保健局 編：自殺実態調査報告書—自死遺族からの聞き取り調査—, 41-44, 2009
- 29) 安田泰次：精神分裂病患者の自殺企図について. 精神神経学雑誌 94：135-170, 1992
- 30) Zisook, S., Byrd, D., Kuck, J et al：Command hallucination in outpatients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 56：462-465, 1995

表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の比較

		精神科受診群 N=38	精神科非受診群 N=38
性別**	男性	22(57.9%)	33(86.8%)
	女性	16(42.1%)	5(13.2%)
人口動態的変数	平均年齢**	36.8(SD=13.9)	46.3(SD=17.2)
年齢別階級*	若年群(39歳以下)	25(65.8%)	14(36.8%)
	中年群(40~59歳)	11(28.9%)	15(39.5%)
	高齢群(60歳以上)	2(5.3%)	9(23.7%)
死亡時点の有職者		21(55.3%)	27(71.1%)
死亡前1年間の重症疾患あり		11(28.9%)	6(16.2%)
死亡前1年間の身体不調の訴えあり		22(59.5%)	21(60.0%)
死亡前1年間の一般診療科受診あり		24(63.2%)	30(81.1%)
死亡前1年間の医療機関受診あり (精神科・心療内科含む)**		38(100.0%)	30(81.1%)
受診から死亡までの平均日数(日)*		17.2(SD=43.2)	51.3(SD=73.5)
かかりつけ医あり**		30(78.9%)	17(44.7%)
心の健康問題への援助希求行動あり**		38(100.0%)	4(10.5%)
医学的問題	自殺時の過量摂取あり**	22(66.7%)	10(30.3%)
	薬物;向精神薬***	19(57.8%)	2(6.1%)
	(重複回答あり)		
	睡眠薬***	15	2
	抗精神病薬*	7	0
	安定剤*	6	0
	抗うつ薬**	8	0
	アルコール	7(21.2%)	4(12.1%)
	鎮痛剤	1(3.0%)	1(3.0%)
	農薬	0	1(3.0%)
その他有害物質	0	1(3.0%)	
自傷・自殺未遂経験あり***		20(55.6%)	7(18.4%)
親族・知人の自殺未遂・既遂あり		26(70.3%)	22(62.9%)
平均同居家族数		3.0(SD=1.2)	2.8(SD=1.2)
家族構成(同居家族)			
	独居	4(10.8%)	6(15.8%)
	核家族世帯	20(54.1%)	20(52.6%)
	複数世帯	13(33.3%)	12(31.6%)
社会的背景	被虐待経験	7(19.4%)	3(9.4%)
	婚姻歴あり**	17(44.7%)	29(76.3%)
	離婚歴あり	1(2.6%)	5(13.2%)
	両親との離別経験あり	8(21.1%)	6(15.8%)
	死亡前1年間の転職経験あり	9(23.7%)	4(10.5%)
	死亡前1年間の休職経験あり	6(15.8%)	3(7.9%)
	死亡前1年間の返済困難な借金経験あり	4(10.5%)	13(34.2%)

\*p<0.05,\*\*p<0.01,\*\*\*p<0.001



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の内訳  
(重複診断あり) N=74 注1)

	精神科受診群 N=37	非精神科受診群 N=37
精神疾患の有無	36(97.3%)	30(81.8%)
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	2(5.4%)	0
広汎性発達障害	1(2.7%)	0
精神遅滞	1(2.7%)	0
せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害	1(2.7%)	0
認知症	1(2.7%)	0
物質関連性障害	6(16.2%)	9(24.3%)
アルコール使用障害	4(10.8%)	9(24.3%)
アルコール依存	3(8.1%)	6(16.2%)
アルコール乱用	1(2.7%)	3(8.1%)
薬物使用障害	2(5.4%)	1(2.7%)
薬物依存	2(5.4%)	0
ニコチン依存	0	1(2.7%)
統合失調症および他の精神病性障害*	7(18.9%)	0
統合失調症*	7(18.9%)	0
気分障害	27(73.0%)	20(54.1%)
大うつ病性障害	21(56.8%)	18(48.6%)
気分変調性障害	8(21.6%)	5(13.5%)
双極 I 型障害	2(5.4%)	0
双極 II 型障害	1(2.7%)	1(2.7%)
不安障害	7(18.9%)	4(10.8%)
全般性不安障害	5(13.5%)	3(8.1%)
強迫性障害	2(5.4%)	0
パニック障害	1(2.7%)	2(5.4%)
身体表現性障害	0	1(2.7%)
心気症	0	1(2.7%)
解離性障害	1(2.7%)	0
摂食障害	1(2.7%)	2(5.4%)
神経性無食欲症	1(2.7%)	1(2.7%)
神経性大食症	0	1(2.7%)
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	0	3(8.1%)
病的賭博	0	3(8.1%)
適応障害*	0	6(16.2%)
パーソナリティ障害	4(10.8%)	3(8.1%)

\*p<0.05

注1)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=74とした

表3 死亡前1年間の精神科受診の状況 N=38

最期1年間に精神科治療を受けていた	36(94.7%)
精神科受診から自殺までの期間	
～3日以内(入院中含む)	16(42.1%)
～1か月内	18(47.4%)
～3か月内	2(5.3%)
3か月～	1(2.6%)
不明	1(2.6%)
精神科初診から最終受診までの期間	
死亡直前に初診のみ	2(5.3%)
1年未満	5(13.2%)
1年～5年未満	11(28.9%)
5年以上	14(36.9%)
不明	6(15.8%)
死亡前1年間の投薬	30(78.9%)
死亡前1年間の治療の中断・怠薬	8(21.1%)
死亡前の1年間治療効果	
良くなっていた	10(26.3%)
安定していた	2(5.3%)
変化なし	7(18.4%)
悪化していた	17(44.7%)
不明	2(5.3%)
死亡前1年間に精神科への入院経験あり	7(18.4%)

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

(4) アルコール問題からみた検討

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 1 年前にアルコール関連問題を呈した自殺事例（AL 問題群）の心理社会的特徴や精神医学的特徴を、アルコール関連問題を呈さなかった自殺事例（非 AL 問題群）との比較を通じて明らかに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、AL 問題群と非 AL 問題群の 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】死亡 1 年前にアルコール関連問題を抱えた自殺事例には、40 代と 50 代を中心とした中高年男性かつ有職者という特徴が見られ、さらに、習慣的な多量飲酒、自殺時のアルコールの使用、事故傾性、死亡時点の返済困難な借金、アルコール依存・乱用の診断が可能な者が 81%に認められるといった特徴が認められた。また、アルコール関連問題の有無で、自殺前の精神科受診歴に差はなかったも

の、アルコール関連問題を標的とした治療・援助を受けていた事例は皆無であったことも明らかにされた。

【結論】今後の自殺対策では、アルコール関連問題に対する治療・援助体制の強化・拡充が重要である可能性が示唆された。

#### A. 研究目的

海外の自殺予防に関する研究では、アルコール依存は、うつ病とともに自殺に関連する精神障害として必ず言及されている問題である<sup>17)</sup>。事実、自殺既遂者の42%がアルコール依存に罹患していたことを明らかにしたフィンランドにおける大規模な心理学的剖検調査<sup>10)</sup>を引き合いに出すまでもなく、多くの研究<sup>4) 6) 16)</sup>が自殺の背景にアルコール依存が存在することを指摘している。しかし、ここで注意する必要があるのは、問題はアルコール依存だけでなく、アルコールという精神作用物質そのものにもあるのかもしれない、ということである。すでに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いる<sup>6)</sup>。また、自殺遺体の32~37%からアルコールが検出されるという事実<sup>4)</sup>もまた、アルコールと自殺との密接な関連を示唆するものといえるであろう。

わが国の自殺対策でアルコール関連問題がこれまであまり取り上げられてこなかった理由の一つとして、その根拠となるデータが乏しいことが挙げられる。たとえば、自殺既遂者<sup>5)</sup>もしくは重症未遂者<sup>3)</sup>を対象とした調査では、海外の知見

に比べると、アルコール依存の罹患者は著しく低率なのである。もともと、地域住民を対象としたコホート調査<sup>1)</sup>では、非飲酒者と週414g以上の大量飲酒者は、月に時々飲む飲酒者に比べて自殺のリスクが2.3倍増大することが明らかにされており、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もある<sup>12) 13)</sup>。

そうしたなかで、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」)のなかに、「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」<sup>14)</sup>と明記されたのは、まさに時宜を得たことといえるであろう。しかし残念ながら、依然としてわが国の自殺にアルコール関連問題がどのように関与しているのかについては不明な点が多い。このような状況を踏まえれば、まずはわが国の自殺の背景におけるアルコール関連問題の実態を明らかにし、それがどのように自殺行動に影響を与えているのかを検討することが必要である。そこで、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なかでアルコール関連問題を呈した事例に注目し、その心理社会的特徴や、自殺に至るまでの経過ならびにアルコールの影響、あるいは精神医学的特徴について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。

この76事例のうち、死亡前1年間にアルコール関連問題が見られた事例を、「AL問題群」とし、それ以外の事例を「非AL問題群」とした。AL問題群の抽出条件は、基礎調査面接票における「XI心の健康問題」の「A.飲酒に関する問題」の質問項目の中で、死亡前1年間にアルコールと関係した精神的問題、健康問題、人間関係の問題、仕事・勉強・家事などへの支障といった問題のうち、いずれか一つでも該当した事例というものであった。

2) 分析方法 AL問題群と非AL問題群の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<sup>19)</sup>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、職業)、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年前の休職歴、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、医師または専門家への援助希求行動)である。

また死亡前1年間の飲酒状況(毎月の平均飲酒日数、一回の平均飲酒量(本研究では暫定的に「杯」という単位を採用した。「1杯」は、純アルコール約9gに

相当する) についての比較を行った。

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-IV<sup>2)</sup>にもとづく臨床診断の内容と精神障害診断の数を用いた。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、10 歳階級で分割し検討した。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、休職歴、身体疾患等を対応させて検討した。

さらに、上述した比較の後に、AL 問題群に関して、ライフチャートなどの事例に関する個別情報を参照し、その精神障害の症状、死亡 1 年前の飲酒状況の変化、ならびにアルコール関連問題に関する援助の状況を定性的に検討した。

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

### 1. アルコール関連問題を抱えた自殺者の心理社会的特徴

死亡前 1 年間にアルコール関連問題を呈していた事例は、76 例中 16 例 (21.1%) に認められた。AL 問題群 16 例と非 AL 問題群 60 例とのあいだで、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、AL 問題群では男性が 100% を占め、一方、非 AL 問題群ではその 35% 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が、年齢階級別に見た場合は全体で有意差が認められた ( $p < 0.01$ )。残差分析の結果、AL 問題群は非 AL 問題群よりも 40 代と 50 代の比率が高くなっていた。一方で、非 AL 問題群は 20 代と 30 代を中心にあらゆる年齢層が確認された。婚姻状況については全体で有意差が認められなかった。

職業に関する比較では、全体で有意差が認められ ( $p < 0.01$ )、残差分析の結果、AL 問題群は非 AL 問題群に比べて無職者が低率になっていた。なお、自営業と被

雇用者を有職者とした場合の比較では有意差が確認され ( $p<0.01$ )、AL 問題群は有職者が大半を占め、無職者は1名であった。

## 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死を選択していた。自殺時の物質使用について全体で有意差が認められ ( $p<0.001$ )、残差分析の結果、AL 問題群はアルコール単独の服用が高率になっていた。非 AL 問題群ではアルコール単独の服用は確認されず、アルコールの服用があった事例では向精神薬、解熱・鎮痛剤等との併用が確認された。

## 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60%以上の事例に家族や友人知人の自殺・自殺未遂歴が認められていた。事故傾性については両群間で有意差が認められ ( $p<0.05$ )、AL 問題群の事故傾性が高率に確認された。

## 4) 死亡前1年間に見られた社会的問題

死亡時点の返済困難な借金の存在 ( $p<0.01$ ) に両群間で有意差が認められ、非 AL 問題群よりも AL 問題群に高率に確認された。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、医師または専門家への援助希求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55%以上および66%以上という高い比率で認められていた。

## 6) 死亡1年前の飲酒状況

死亡1年前における月平均の飲酒日数には、両群間で顕著な差が認められ ( $p<0.001$ )、AL 問題群では平均 24.8 (SD=9.0) 日と、連日のように飲酒していたことをうかがわせる結果であった。また、一回の平均飲酒量にも有意差が認められ ( $p<0.001$ )、AL 問題群の平均一回飲酒量は 8.0 (SD=4.4) 杯 (純アルコール換算で約 72g であった。なおこの純アルコール量は、日本酒換算 (1 合あたり純アルコール約 20 g<sup>9)</sup>) で約 3.6 合であった。

## 7) 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、AL 問題群では 100% (16 名)、非 AL 問題群では 86.2% (50 名) であった。

AL 問題群で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物質関連障害で、非 AL 問題群との間で有意差が認められた ( $p<0.001$ )。下位診断カテゴリーの罹患率に関しては、アルコ

ール依存 ( $p<0.001$ ) とアルコール乱用 ( $p<0.01$ ) に有意差が認められた。

AL 問題群で物質関連障害に次いで高率だったのは気分障害であった。これは非 AL 問題群では最も高率になっていたが、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、両群間で有意差は認められなかった。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-IV<sup>2)</sup> 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、両群間で有意差が認められ ( $p<0.05$ )、AL 問題群の一人あたりの罹患数は、非 AL 問題群のそれよりも多くなっていた。

## 2. AL 問題群事例の検討

すでに述べたように、AL 問題群の 43.8% に生前の精神科受診歴があり、50% に医師もしくは他の専門家への援助希求行動が見られたが (表 1)、その受療内容を検討したところ、アルコール関連問題に対する医療や援助を受けた者は一人もいなかった。

表 3 に、AL 問題群 10 例の DSM-IV<sup>2)</sup> における精神障害の診断の一覧を示す。16 例中 13 例 (81.2%) にアルコール依存もしくは乱用の診断が可能であると判断された。そのうち、6 例に大うつ病性障害の合併が認められた。アルコール依存・乱用のいずれの診断もなされなかった 3 例については、大うつ病性障害、大うつ病性障害と気分変調性障害の診断がなされており、調査にあたった精神科医

師によって、大うつ病性障害症状による反応性の飲酒量増加および、大うつ病性障害を抱えた状態での多量飲酒と判断された事例であった。

以下に、アルコール関連問題と大うつ病性障害との関係を考えるうえで特徴的な経過を呈していると思われる 2 事例の概要とライフチャートを、事例の本質を損なわない範囲で最大限の匿名化を行ったかたちで提示する。

【事例 1】 30 代後半 男性 A (図 1 参照)

精神医学的診断: アルコール依存、大うつ病性障害

結婚当初より、配偶者が A の実母との折り合いが悪いことが原因でうつ病に罹患したことを苦にしていたという。また、26 歳時に職場の後輩が飛び降り自殺をし、強い衝撃を受けたことがある。

35 歳時に関連会社に出向となったが、仕事内容が希望と異なりショックを受けた。上司は頼りにならず、同僚が少ないうえに、仕事量も増加して残業が多くなった。この頃より、飲酒量やタバコの本数が増加した。酒量増加を心配した配偶者から精神科受診を勧められ、睡眠導入剤などの処方を受けたが、飲酒に関する助言や指導はなく、以後も飲酒量が減少することはなかった。

自殺の 2 年前、配偶者が自殺未遂をするという事態に遭遇した。この出来事以来、飲酒量はいつそう増加し、また喫煙の頻度も著しくなった。日中に飲酒することはなかったが、夜間飲酒しては奇声



をあげたり、壁を蹴ったりといった異常な酩酊状態を呈するようになった。さらに自殺の3ヶ月前には、多量飲酒時に中途覚醒して意味不明の独り言や寝言を発して配偶者を驚かせたこともあった。こうした状況を心配した配偶者から精神科受診を強く勧められたが、Aは頑なに受診を拒んだ。

自殺の1ヶ月前には、これまでにみられなかった2週間以上の気持ちの落ち込みや集中力の低下がみられ、身だしなみを気にしなくなり、しばしば物を紛失したり、車の運転が乱暴になったりし、仕事の能率もかなり低下していたという。

【事例2】 50代後半 男性B (図2参照)

精神医学的診断: 大うつ病性障害

元来生真面目で几帳面、温厚な性格であり、あまり社交的ではなく会社の付き合い以外で酒を飲みに行くことはなかった。

52歳時に、胃がんにより胃全摘手術を受け、以後、体重が激減し体力の低下を自覚した。以降、関連する子会社に出向となったが、精神的な負担に加えて以前とは全く違う仕事内容や労働環境に苦痛を感じるようになり、かかりつけの内科医からうつ病と診断され休職するとともに、紹介された心療内科にて治療を受けるようになった。

しかし、自殺の2年前にあたる復職1ヵ月後に、術後の合併症である腸閉塞を発症して入院したのを機に、複数の上司からの異なる指示に混乱してうつ病を再

発し再び休職した。自殺の1年前に復職し、別の部署に配属されたものの、他の職員に比べて作業がはかどらずに落ち込んでいた。

自殺の5ヶ月前にうつ病が悪化し、集中力・意欲の低下を訴え、徐々に無口になっていった。さらに自殺の3ヶ月前より飲酒量が増え、隠れて飲むようになり、酩酊しては自宅内で転倒したり、歩行が困難になったりするといった場面があったことが家族によって報告されている。

#### D. 考察

本研究は心理学的剖検の手法によって収集された情報をもとに、死亡1年前にアルコール関連問題を呈した自殺者の心理社会的特徴、自殺に至るまでの経過やアルコールの影響、精神医学的特徴について検討したものである。本研究から得られた結果にもとづいて、アルコール関連問題と自殺との関係、ならびに、自殺予防の介入ポイントに関して、以下に考察を行いたい。

##### 1. アルコール関連問題と自殺

本研究の対象となった自殺既遂者の21%に死亡1年前にアルコール関連問題が認められ、その大半にアルコール依存・乱用の精神医学的診断が可能であった。わが国における試行的な心理学的剖検研究<sup>5) 8)</sup>では、アルコール依存・乱用の診断が可能であった者は物質関連障害(アルコール乱用)がわずかに4~6%であった。本研究結果はこれらの報告よりも高い数値であるが、海外における先行

研究<sup>10)16)</sup>にはむしろ近い結果といえる。

また、非 AL 問題群は全ての年齢階級から構成され、女性や無職者が含まれていたのに対し、AL 問題群は 40 代と 50 代を中心に男性の有職者（無職者 1 名）で構成されていた。こうした AL 問題群のプロフィールは、いわゆる「働き盛りの中老年男性」と捉えることができる。その意味で AL 問題群は、平成 10 年に急増して以降高い水準で推移している中年自殺者数<sup>14)</sup>と共通した特徴を持っているように思われる。

そして AL 問題群には、死亡時点で返済困難な借金を抱えていた事例が、非 AL 問題群よりも高率に確認された。自殺の原因・動機別について、健康問題に次いで経済・生活問題が多く、その中でも負債（多重債務）が最も多く 40 代と 50 代の男性が 9 割を占めている<sup>14)</sup>。この報告は AL 問題群のプロフィールと重なるところもあり、経済的な問題を抱えた人物が、一時的に気分を紛らわすためにアルコールを摂取し、それが習慣化してしまうことによって、問題が更に困難な事態になってしまうことが想像される。

さらに AL 問題群は事故傾性が高率に確認された。自殺は突然何の前触れもなく起きるといふよりは、それに先立って事故の安全や健康を守れないという状態が先行してしばしば出現するといわれる<sup>19)</sup>。本研究でも両群の半数以上に事故傾性が確認されたが、非 AL 問題群よりも AL 問題群のほうが高率であった。このことから、攻撃性や衝動性の高まりといっ

たアルコールの薬理作用<sup>6)</sup>による自己破壊的な行動が、AL 問題群に頻発しやすいことが示唆される。

もちろん、これらのことをもって、「わが国の自殺者急増にはアルコール関連問題が影響している」とは結論できないものの、今後の自殺対策推進にあたって、アルコール関連問題対策を視野に入れていくことの意義は示唆されたといえよう。

## 2. アルコールが自殺に及ぼす影響

AL 問題群は、非 AL 問題群に比べて死亡前 1 年間に多量の飲酒をしていた。AL 問題群は、健康日本 21<sup>9)</sup> で示された「節度ある適度な飲酒」である 1 日平均純アルコールで約 20g 程度を大幅に超過した量（平均約 72g、日本酒換算で約 3.6 合）を連日のように飲酒しており、その量は、わが国におけるコホート研究<sup>1)</sup>において自殺のリスクが高まる酒量とされている「週 414g 以上」をはるかに超える水準であった（72g×7 日で概算 504g/週）。また、飲酒量の変化は自殺のサインであるといわれているが<sup>19)</sup>、そうした特徴は提示した 2 事例において確認された。これらのことは、AL 問題群の自殺にはアルコールが無視できない影響を与えていた可能性を示唆するものと考えられる。

また AL 問題群には、非 AL 問題群で確認されなかった自殺時のアルコール単独の服用が高率で認められた。また非 AL 問題群の中にもアルコールと他の物質を併用していた事例も確認された。Cherpitel ら<sup>4)</sup> は、自殺未遂で救急受診した患者の約 40% からアルコールが検出

されことを報告し、アルコールの薬理作用が衝動性を高め、自殺行動を促進すると指摘している。AL問題群の多くでも、同様の影響が見られた可能性が推測される。

### 3. AL問題群の精神医学的特徴

AL問題群と非AL問題群では、物質関連障害（アルコール依存・乱用）の罹患率にこそ有意差が見られたものの、大うつ病性障害をはじめとする他の精神障害の罹患率に有意差はみられなかった。併存するすべての精神障害の診断の数には有意差が確認され、AL問題群は平均して2つの精神障害を有していることが推察された。その中でもアルコール使用障害と気分障害、中でも大うつ病性障害との併存が最も多く確認された。

ただし、アルコール関連問題と大うつ病性障害の関係性で、両者のどちらが先行するかについては、事例1のように、アルコール依存から二次的に大うつ病性障害を発症したと考えられる事例、あるいは事例2のように、大うつ病性障害の症状に対する反応もしくは対処として、アルコール関連問題を呈した事例が見られるなど、二種類のパターンがあることが推測された。このことは、アルコール関連問題と大うつ病性障害との関係を考えるうえで興味深い知見と考えられた。先行研究は、アルコール依存患者における高率なうつ病の併存を明らかにしており<sup>11)</sup>、また、習慣的な大量飲酒が二次的にうつ病を続発させること<sup>7)</sup>、さらには、うつ病患者にアルコール依存が併存した

場合には自殺の危険を高まることも指摘されている<sup>16)</sup>。わが国の自殺対策を効果的に進めていくには、今後、アルコール関連問題と大うつ病性障害をはじめとする気分障害との関係については、さらに詳細な調査が求められるといえるであろう。

### 4. 自殺予防からみたアルコール関連問題の介入ポイント

本研究では、AL問題群の全ての事例が、精神科受診歴がある者を含めて、アルコール関連問題に対する援助を受けていた者はおらず、また、アルコール関連問題について何らかの援助希求行動をとった者もいなかった。このことは、一般住民にアルコール関連問題に関する十分な知識がないだけでなく、精神科医もアルコール関連問題を看過し、適切に対応ができなかった可能性を示唆する。こうしたことを踏まえると、自殺予防という観点から、以下の二点が重要な介入のポイントとなろう。

第一に、アルコール関連問題に対する精神科医療の充実である。冒頭で述べたように、これまでわが国における精神保健領域の自殺対策は、うつ病に重点がおかれてきた経緯がある。AL問題群と非AL問題群のいずれにおいても大うつ病性障害罹患率は高く、その意味では、かかりつけ医のうつ病に対する診断・治療技術の向上といった対策は妥当なものといえる。しかしながら、精神科受診歴を持つAL問題群の全事例でアルコール依存・乱用に対する介入がなされていなか

ったことを考慮すれば、それだけでは不十分であるかもしれない。また AL 問題群は平均して 2 つの精神障害が併存しており、精神科医のアルコール関連問題に対する診断能力の向上、ならびにアルコール使用障害とその他の精神障害の合併も考慮した治療・支援体制の充実もまた必要であるように思われる。

第二に、アルコール関連問題と自殺の関連についての啓発である。中高年、特に男性では、精神科受診に対する抵抗感を抱く者が多く、身近な相談資源が乏しく、支援につながりにくい集団と考えられている<sup>18)</sup>。こうした中高年男性が、金銭面を含めたストレスや悩みに際しても、専門家に援助を求めたり、誰かに相談したりせずに、ただひたすら飲酒という孤独な対処で紛らわす、といった事態は容易に想像できるものである。こうした対処のあり方は、それ自体、斎藤<sup>15)</sup>がアルコール依存者の精神病理学的特徴として指摘した、「がんばり」「つっぱり」といった構えとそのまま重なるものである。そのように考えれば、中高年男性のアルコール関連問題とメンタルヘルス問題との関係についての住民向け啓発活動が必要であり、また、保健機関における酒害相談や家族教室の充実、ならびに、自助グループと連携した自殺予防活動が求められよう。

#### 5. 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自殺既遂者の一般的特徴として受け止めることはできない。

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にある。同居していたとはいえ、家族が知り得る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。

以上の限界にもかかわらず、本研究は、心理学的剖検の手法によりアルコール関連問題と自殺との関係に検討したわが国最初の研究としての意義があると思われる。今後は、さらに対象数を増やすとともに、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などを通じて、わが国でも、アルコール関連問題が自殺既遂の危険因子なのかどうかを明らかにする必要がある。

#### 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、死亡 1 年前にアルコール関連問題を呈した自殺事例の心理社会的特徴を検討した。その結果、死亡 1 年前にアルコール関連問題を抱え