

に対する恐怖心を減じるという意図にもとづくものなのか、あるいは、偶然に摂取していたのかは不明であるが、これらの精神作用物質の薬理作用が衝動性を亢進させ、判断力を低下させることに影響を与えた可能性は十分に考えられる。

以上を踏まえれば、一般精神科医療機関で治療を受けている DD 患者の場合にも、アルコールや薬物がその自殺リスクに一定の影響を与えることを示すものといえるであろう。

我々は、AUDIT 下位項目と高度自殺傾向との関連を多変量解析によって検討もしたが、その結果は意外なものであった。

AUDIT の「10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理に携わる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか」の回答が高得点であることが高度自殺傾向と関連するという結果は、容易に理解できる。しかし、「1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度でのみますか」の回答が低得点であることが、高度自殺傾向と関連するというのは、意外な結果であった。

この結果は、DD 群においては、ふだん飲酒習慣を持たないにもかかわらず、突然、日常の飲酒様態とは明らかに異なる、周囲が心配するような過量飲酒エピソードを呈するパターンが、最も高度な自殺リスクと関連することを示唆しているように考えられる。おそらくそのような DD 患者では、飲酒自体が自己破壊的な意図から、一種の自傷行為として行われている可能性がある。しかも、すでに述べたように、少なくとも DD 患者が自殺企図時にアルコール・薬物

による酩酊下にあることを考慮すれば、こうした自己破壊的飲酒のなかで自殺行動が行われる可能性も珍しくないように思われる。その意味では、一般精神科におけるうつ病診療においては、単に飲酒習慣の有無だけではなく、たとえ飲酒習慣がないとしても、過去に突然の過量飲酒エピソードがないかどうかにも注意を払う必要がある。

4. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界があるが、なかでも重要なのは以下の 4 点である。

第一に、本研究における自殺傾向とは、過去および最近の自殺関連事象に関する質問項目によって定義された、いわば代理変数である。したがって、本研究における自殺傾向は、将来の自殺既遂による死亡リスクを直接評価したものではない。第二に、本研究の調査実施施設として抽出された医療機関の選定はランダムな手続きによるものではなく、依存症専門医療機関と一般精神科医療機関とのあいだで地域のマッチングは行われていない。第三に、本研究における情報収集は自記式調査票によっており、申告者バイアスの混入は除外できていない。そして最後に、本研究において収集した変数は、精神作用物質と自殺傾向に特化したものであり、今回の解析結果には、他の臨床的変数や社会経済的変数の影響は反映されていない。

以上の限界にもかかわらず、本研究は、多施設共同研究による比較的大規模サンプルを用いて、アルコール・薬物関連問題と自殺行動との関連を検討したものとして、わが国の自殺対策に資する基礎資料としての意義があると考えられる。

研究2【民間回復施設職員・利用者を対象とした調査】

1. ダルクにおける最近1ヶ月の自殺念慮に関係する要因

今回のダルク利用者の調査により、民間社会復帰施設で、利用者が希死念慮が生じているリスク要因として以下の者があることがわかった。

- ・ クリーンタイムが1年以下
- ・ 精神医療との関係強く、反社会性とは関係薄い
- ・ 処方薬の使用や使用希望
- ・ 被虐待歴
- ・ 不眠、不安、精神病症状
- ・ 対人関係・生活の満足度の低さ

これらを用いてのリスク評価を行うことが有効であると考えられる。

2. 希死念慮のリスク要因から考えられる必要な援助

ダルク利用者調査により、自殺念慮のある者の援助として以下の点が重要であることが示唆された。

- ・ 被虐待体験から生じる感情調節・対人還啓の問題への心理的働きかけ
- ・ 精神科との連携の改善特に処方薬への対応が必要
- ・ 個人療法や SST などの希望が強く、必要である
- ・ 就労・就学・住居などの社会復帰への援助してほしいという意欲があり、これに応えていくことが必要である。

3. 自殺の危険性のある依存症患者への対応

検討会やその中でのワークにより、自殺の危険性のある薬物依存症患者への対応のポイントとして。以下のものが出された・

①対人的なつながり（家族や仲間との関係、治療関係）を保つこと

②薬物を完全にストップすること以上に、その前後の不安定な時期を乗り越えるダメージコントロールや治療継続を優先すること

③回復の可能性・希望の灯を感じさせるケースワーク

④リスク評価・自殺の問診

⑤心理教育・CBTや自助グループにより自己否定や自己破壊的な考え・行動からありのままの自分を受容し肯定する考えを見出すことを助けること：

⑥ 援助者の援助

4. 薬物乱用者の自殺防止の地域的な予防・援助体制にむけて

体制作りとして重要なことは、深刻な事例を抱え込んでしまわず、社会での様々なネットワークを作ることである。

① 薬物依存が死に至る疾病であり、治療や生活援助のケアの必要な対象であることを社会に明示する

② ダルクをはじめとする援助者にも負担が強く、薬物依存者をとりまく援助者同士のネットワークを作っていくことが重要である。

③ 関連機関での偏見を超えて、共同関係を築いて、①緊急対応体制（緊急性の高い事例をすぐに受け入れられる制度など）と、②長期的な回復目標にむけた援助の体制を気付いていく。

④ 虐待・DV・いじめ・ひきこもり、育児・セクシャルマイノリティなどへのサポートと薬物問題は結びついていることを意識した体制づくり

E. 結論

本研究では、精神科医療機関と民間回復施設をフィールドとして二つの調査を実施した。

精神科医療機関の調査では、7箇所の依存症専門医療機関に受診した SUD 患者 1,419 名と、5 箇所の一般精神科医療機関に受診した DD 患者 917 名を対象として、自記式調査票による調査を行った。

その結果、SUD 患者は全体としては DD 患者よりもうつおよび自殺傾向が軽症であったが、薬物乱用を伴う者、あるいは女性の場合には、DD 患者よりもはるかに深刻な自殺傾向が認められた。

また、SUD 患者においては、若年者と女性、薬物乱用を伴うこと、うつ傾向が著明であることが自殺ハイリスク群の特徴であり、自殺企図時にアルコールや薬物を摂取した状態の者が多く、幻聴などの精神症状を呈していた者も少なくないことも明らかにされた。

さらに、DD 患者においても、アルコールや薬物はその自殺リスクに一定の影響を与える可能性が示唆され、ふだん飲酒習慣を持たなくとも、突然、周囲が心配するような過量飲酒エピソードを呈する患者は、自殺リスクが高い可能性が推測された。

一方、民間回復施設での調査からは、被虐待体験や精神科の処方薬の使用が薬物依存症者の自殺リスクに大きくかかわっていることが確認された。

また、民間回復施設の回復者スタッフを招集し、聞き取り調査を実施した結果、(1) 依存症の自殺問題は薬物依存症者が持つトラウマや対人関係の問題を根底に持ち、そ

れに対する総合的な回復援助が求められていること、2) 自殺リスクの高い者では、よくも悪くも司法より医療との関係が深くなる傾向があり、処方薬の調整など医療とよりよい協力関係が求められていること、3) ダルク・マックの援助者は、ぎりぎりのところでサポートを行っており、医療と自助機関は互いの大変さをまずは率直に表現しあった上で、助け合いを考える場を作る必要があることなどが明らかにされた。

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表：

1. 論文発表

赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 高橋祥友, 平山正実, 亀山晶子, 竹島 正: アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検を用いた検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 45 (2): 104-118, 2010

赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 高橋祥友, 川上憲人, 渡辺直樹, 平山正実, 竹島 正: 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. 精神医学 52(6): 561-572, 2010

赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 高橋祥友, 川上憲人, 渡辺直樹, 平山正実, 亀山晶子, 横山由香里, 竹島 正: 死亡時の就労状況からみた自殺既遂者の心理社会的類型について～心理学的剖検を用いた検討～. 日本公衆衛生雑誌 57 (7): 550-559, 2010

亀山晶子, 松本俊彦, 赤澤正人, 勝又陽太

- 郎, 木谷雅彦, 廣川聖子, 竹島 正: 負債を抱えた中・高年齢自殺既遂者の心理社会的特徴. 精神医学 52 (9): 903-907, 2010
- 松澤正人, 松本俊彦, 立森久照, 竹島 正: アルコール関連問題を抱えた人の自殺関連事象の実態と精神的健康への関連要因. 精神神経学雑誌 112 (8): 720-733, 2010
- 松本俊彦: 物質使用と暴力および自殺行動との関係. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 45 (1): 13-24, 2010
- 松本俊彦: 地域保健従事者のための精神保健の基礎知識: 自殺問題から明らかになる精神科医療・精神医学の課題. 公衆衛生 74 (4): 325-329, 2010
- 松本俊彦: アルコール・薬物の乱用・依存と自殺予防. 日本精神科病院協会雑誌 29 (3): 251-257, 2010.
- 松本俊彦: 地域保健従事者のための精神保健の基礎知識: 自殺問題から明らかになる地域保健の課題 1. 公衆衛生 74 (5): 419-422, 2010
- 松本俊彦: 自傷と自殺～「死にたいくらい」のつらさを生き延びる子どもたちの隠された傷. 月刊少年育成 650 (5): 16-21, 2010
- 松本俊彦: 青年期の自殺とその予防—自傷行為に注目して—. ストレス科学 24 (4): 229-238, 2010
- 赤澤正人, 竹島 正, 松本俊彦, 江口のぞみ: 自殺の心理学的剖検からみたこれからの自殺対策. 保健の科学 52 (7): 441-446, 2010
- 松本俊彦: リストカットを超えて～「故意に自分の健康を害する行為」をどう捉えるか～. 青年期精神療法 7 (1): 4-14, 2010
- 松本俊彦: 教育講演Ⅲ: 職場における自殺予防～アルコール問題と自殺. 産業精神保健 18 (4): 296-300, 2010
2. 学会発表
- 松本俊彦: 自殺総合対策における精神科医療の課題～総合的な精神保健的対策を目指して～. シンポジウム 18「自殺予防と精神保健医療の役割」自殺対策における自殺とは何か. 第106回日本精神神経学会学術総会, 2010. 5. 21, 広島
- 松本俊彦: 自殺総合対策における精神科医療の課題～総合的な精神保健的対策を目指して～. 第16回日本精神神経科診療所協会総会・学術研究会 メインシンポジウム「こころの絆の再構築—地域から自殺対策を考える—」, 2010. 6. 20, パシフィコ横浜
- 松本俊彦: 専門講座Ⅱ 自傷行為の理解と援助～アディクションと自殺のあいだ. 第32回日本アルコール関連問題学会, 2010. 7. 16, 神戸
- 松本俊彦: 教育講演Ⅲ 職場における自殺予防～アルコール問題と自殺. 第17回日本産業精神保健学会, 2010. 7. 17, 金沢
- 松本俊彦: 若者のサブカルチャーと自殺. 第34回日本自殺予防学会総会 シンポジウムⅢ「減らない自殺—社会・文化的な視点から考える」, 2010. 9. 11, 大妻女子大学, 東京
- 松本俊彦: 3学会合同シンポジウム4「物質使用障害と自傷・自殺～最近の研究から」, 平成22年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 7, 小倉
- 松本俊彦: 公開講座「自殺予防と精神科救急」. 第18回日本精神科救急学会, 2010. 10. 15, 大阪

深井美里, 兼城佳弘, 松本俊彦, 石川雅久,
井上英和, 大竹智英, 塚本哲司, 関口隆
一, 杉山 一: 精神科救急情報センター
にける自殺防止の取り組み. 第18回日本
精神科救急学会, 2010. 10. 15, 大阪
松本俊彦: 嗜癖問題と自傷・自殺. シンポジ
ウム「自殺予防と嗜癖」, 第21回日本嗜
癖行動学会, 2010. 11. 21, 岡山衛生会館

**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

表1-1: SUD群とDD群のK10およびM.I.N.I.自殺傾向得点の比較(N=2336)

	全サンプル (N=2336)								男性 (N=1443)								女性 (N=893)							
	SUD群				DD群				SUD群				DD群				SUD群				DD群			
	N=1419		N=917		N=1113		N=330		N=306		N=587													
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t	P	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t	P	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t	P						
年齢(歳)	50.3	13.3	45.2	14.3	8.983	<0.001	52.4	13.0	44.9	13.8	9.097	<0.001	43.0	11.7	45.3	14.5	2.394	0.017						
K10得点	22.6	10.3	27.9	10.2	12.082	<0.001	21.3	9.6	27.0	9.9	9.281	<0.001	27.2	11.1	28.4	10.4	1.623	0.105						
M.I.N.I.自殺傾向得点	9.5	12.1	11.0	11.8	3.060	0.002	7.9	11.2	9.6	10.8	2.443	0.015	15.1	13.3	11.8	12.2	3.718	<0.001						
M.I.N.I.自殺高度自殺傾向	人数	百分率	人数	百分率	χ^2	P	人数	百分率	人数	百分率	χ^2	P	人数	百分率	人数	百分率	χ^2	P						
	507	34.7%	405	44.2%	30.382	<0.001	342	29.9%	131	39.7%	27.951	<0.001	165	51.7%	274	46.7%	10.016	0.018						

SUD, substance use disorder; DD, depressive disorder

表1-2: 男性SUD下位群とDD群におけるK10およびM.I.N.I.自殺傾向得点の比較(N=1443)

	AUD群		DUD群		AUD+DUD群		DD病群		F	P
	N=836		N=200		N=77		N=330			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
年齢(歳) ^a	55.3	12.0	42.1	11.2	46.4	11.1	44.9	13.8	97.529	<0.001
K10得点 ^b	19.6	8.9	26.3	10.0	27.1	9.6	27.0	9.9	68.740	<0.001
M.I.N.I.自殺傾向得点 ^c	6.6	10.4	11.5	12.4	14.2	12.7	9.6	10.8	22.012	<0.001
M.I.N.I.自殺高度自殺傾向	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	χ^2	P
	206	24.8%	85	42.7%	43	55.8%	405	44.2%	93.163	<0.001

AUD, alcohol use disorder; DUD, drug use disorder; DD, depressive disorder

a: Bonferroni's post hoc test; AUD群>DUD群・AUD+DUD群・DD群(P<0.001)

b: Bonferroni's post hoc test; DUD群・AUD+DUD群・DD群>AUD群(P<0.001)

c: Bonferroni's post hoc test; AUD+DUD群>AUD群(P<0.001)・DD群(P=0.006); DUD群>DD群(P<0.001)

表1-3: 女性SUD下位群とDD群のK10およびM.I.N.I.自殺傾向得点の比較(N=891)

	AUD群		DUD群		AUD+DUD群		DD病群		F	P
	N=173		N=98		N=35		N=587			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
年齢(歳) ^d	47.2	10.9	37.0	10.4	39.1	9.9	45.3	14.5	15.364	<0.001
K10得点 ^e	24.4	10.4	29.9	10.6	33.0	11.9	28.4	10.4	10.670	<0.001
M.I.N.I.自殺傾向得点 ^f	12.8	13.2	17.8	13.0	20.7	12.3	11.8	12.2	11.167	<0.001
M.I.N.I.自殺高度自殺傾向	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	χ^2	P
	78	44.8%	60	61.2%	23	65.7%	274	46.7%	93.163	<0.001

AUD, alcohol use disorder; DUD, drug use disorder; DD, depressive disorder

d: Bonferroni's post hoc test; AUD群>DUD群(P<0.001)・AUD+DUD群(P<0.006); DD群>DUD群(P<0.001)

e: Bonferroni's post hoc test; AUD+DUD群・DUD群・DD群>AUD群(P<0.001)

f: Bonferroni's post hoc test; AUD+DUD群>AUD群(p=0.004)・DD群(p<0.001); DUD群>DD群(P<0.001)・AUD群(P=0.008)

表1-4: SUD群における自殺傾向の有無に関する比較(N=1419)

	高度自殺傾向群 N=495		非高度自殺傾向群 N=924		χ^2	P	
	人数	百分率	人数	百分率			
性別(女性の割合)	165	33.3%	154	16.7%	52.184	<0.001	
乱用物質	AUD群	284	57.4%	746	80.7%	73.408	<0.001
	DUD群	145	29.3%	152	16.5%		
	AUD+DUD群	66	13.3%	46	5.0%		
アルコール・薬物使用に関連する精神病症状の経験	305	61.6%	423	45.8%	33.175	<0.001	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	F	P	
年齢(歳)	45.3	11.9	52.9	13.1	10.197	<0.001	
K10得点	30.3	9.7	18.5	7.9	31.892	<0.001	

SUD, substance use disorder; AUD, alcohol use disorder; DUD, drug use disorder

表1-5: SUD群の高度自殺傾向に関するロジスティック回帰分析

独立変数	B	P	Exp (B)	95% C.I.	
				下限	上限
年齢(歳)	-0.018	0.003	0.982	0.971	0.994
性別(男性=0, 女性=1)	0.342	0.039	1.136	1.017	1.950
乱用物質にもとづく分類(AUD群=0, DUD群=1, AUD+DUD群=2)	0.125	0.282	1.133	0.903	1.421
アルコール・薬物に関連する精神病症状の既往	0.065	0.653	1.067	0.803	1.421
K10得点	0.128	<0.001	1.136	1.118	1.155

SUD, substance use disorder

表1-6: SUD群の精神病症状の既往と自殺企図歴

	AUD群 N=836		DUD群 N=200		AUD+DUD群 N=77		χ^2	P	
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率			
男性	アルコール・薬物使用に関連する精神病症状の既往	350	42.0%	152	76.0%	58	75.3%	85.297	<0.001
	M.I.N.I. 1ヶ月以内の自殺企図歴	106	12.7%	48	23.9%	20	26.0%	22.155	<0.001
							χ^2	P	
女性	アルコール・薬物使用に関連する精神病症状の既往	66	37.9%	67	67.7%	30	85.7%	39.452	<0.001
	M.I.N.I. 1ヶ月以内の自殺企図歴	49	28.3%	41	41.4%	16	45.7%	7.618	0.022

AUD, alcohol use disorder; DUD, drug use disorder

表1-7: SUD群における1ヶ月以内に自殺企図した際のアルコール・薬物使用と精神病症状

	AUD群 N=106		DUD群 N=48		AUD+DUD群 N=20		χ^2	P	
	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率			
男性	自殺企図時のアルコール・薬物使用	63	59.4%	31	64.6%	15	75.0%	0.713	0.700
	自殺企図時の精神病症状	25	23.6%	21	43.8%	7	35.0%	6.892	0.032
							χ^2	P	
女性	自殺企図時のアルコール・薬物使用	32	64.3%	20	48.8%	14	87.5%	7.702	0.021
	自殺企図時の精神病症状	11	23.4%	31	31.7%	6	35.3%	1.189	0.522

AUD, alcohol use disorder; DUD, drug use disorder

表1-8: DD群における高度自殺傾向の有無に関する比較(N=917)

	高度自殺傾向群 N=405		非高度自殺傾向群 N=512		χ^2	P
	人数	百分率	人数	百分率		
性別(女性の割合)	274	67.7%	313	61.1%	4.175	0.041
規制薬物の乱用経験	35	9.0%	21	4.3%	8.162	0.004
精神科治療薬の乱用経験	86	22.1%	48	9.8%	25.009	<0.001
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t	P
年齢(歳)	43.0	13.5	46.7	14.5	3.882	<0.001
K10得点	33.7	8.6	23.3	8.9	17.314	<0.001
AUDIT得点	5.7	7.7	4.5	6.6	2.375	0.018

DD, depressive disorder; AUDIT, alcohol use disorder identification test

表1-9: DD群の高度自殺傾向に関するロジスティック回帰分析

独立変数	B	P	Exp (B)	95% C.I.	
				下限	上限
年齢(歳)	-0.005	0.505	0.995	0.982	1.009
性別(男性=0, 女性=1)	0.178	0.332	1.195	0.833	1.715
規制薬物の乱用経験(なし=0, あり=1)	0.107	0.790	1.113	0.507	2.442
治療薬の乱用経験(なし=0, あり=1)	0.320	0.206	1.378	0.839	2.263
K10得点	0.115	<0.001	1.122	1.099	1.145
AUDIT得点	0.001	0.941	1.001	0.999	1.025

DD, depressive disorder; AUDIT, alcohol use disorder identification test

表1-10: DD群における自殺傾向の有無に関する比較(N=917)

	DD群 N=917	
	人数	百分率
M.I.N.I. 1ヶ月以内の自殺企図歴	151	16.3%
	1ヶ月以内に自殺企図歴のあるDD群 N=151	
自殺企図時のアルコール・薬物使用	66	43.7%

DD, depressive disorder

表1-11: DD群に自殺傾向とAUDIT下位項目との関係(N=917)

AUDITの下位項目	単変量解析						多変量解析				
	高度自殺傾向群 N=405		非高度自殺傾向群 N=512		t	P	B	P	Exp (B)	95% C.I.	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差						下限	上限
1 あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で見ますか?	1.25	1.46	1.30	1.47	0.484	0.629	-0.180	0.009	0.835	0.729	0.957
2 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか?	0.65	1.12	0.56	1.05	1.237	0.217	-0.054	0.573	0.948	0.786	1.142
3 1度に6単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか?	0.64	1.17	0.56	1.09	1.111	0.267	0.040	0.736	1.040	0.826	1.310
4 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか?	0.45	1.09	0.30	0.90	2.19	0.029	-0.009	0.938	0.991	0.783	1.253
5 過去1年間に、普通だと行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか?	0.34	0.89	0.21	0.63	2.49	0.013	-0.005	0.978	0.995	0.715	1.386
6 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか?	0.10	0.51	0.08	0.42	0.826	0.409	-0.266	0.183	0.766	0.518	1.134
7 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか?	0.43	0.98	0.26	0.70	6.043	0.002	0.081	0.535	1.084	0.839	1.401
8 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことがどのくらいの頻度でありましたか?	0.40	0.93	0.21	0.59	3.688	<0.001	0.280	0.051	1.323	0.999	1.753
9 あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか?	0.41	1.07	0.19	0.72	3.559	<0.001	0.141	0.157	1.151	0.947	1.400
10 両親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理に携わる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか?	0.96	1.60	0.60	1.33	3.675	<0.001	0.132	0.043	1.141	1.004	1.298

DD, depressive disorder; AUDIT, alcohol use disorder identification test

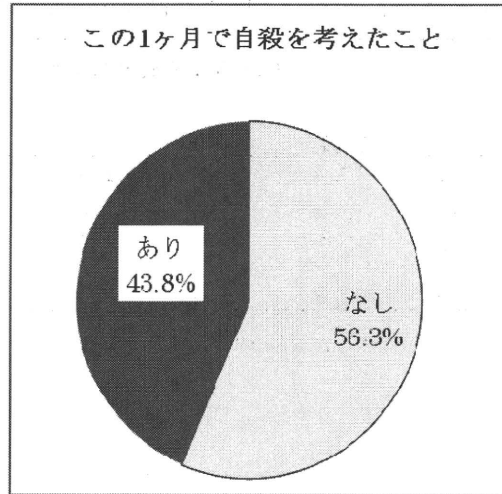


図 2-1: 希死念慮の割合（無回答を除いたN=416 人
における割合

表 2-1: 希死念慮の有無による人口統計学的変数の比較

		過去1年間に自殺しようと思った				統計的 検定
		ある		ない		
		度数	%	度数	%	
性別	男	155	86.6%	218	93.6%	*
	女	24	13.4%	15	6.4%	
学歴	中学卒	23	16.4%	52	28.0%	*
	高校卒	92	65.7%	106	57.0%	
	大学卒	25	17.9%	28	15.1%	
結婚	結婚している	6	3.4%	14	6.0%	n. s.
	過去に結婚していたが別れた	52	29.1%	79	34.1%	
	結婚したことはない	121	67.6%	139	59.9%	
就労	就労	21	11.5%	35	15.0%	n. s.
	無職	161	88.5%	199	85.0%	
現在の暮らし方	ダルクに入寮中	148	87.6%	196	86.3%	n. s.
	簡易宿泊所（ドヤ）・一時宿泊所などからダルクに通所中	0	0.0%	1	0.4%	
	自宅（家族といっしょに暮らしている）からダルクに通所中	4	2.4%	6	2.6%	
	自宅（一人暮らし）からダルクに通所中	13	7.7%	20	8.8%	
	病院からダルクに通所中	2	1.2%	1	0.4%	
	その他	2	1.2%	3	1.3%	
経済的基盤	家族・親族からの金銭的支援	58	31.9%	59	25.2%	n. s.
	経済的な基盤—あなた自身の預貯金	5	2.7%	5	2.1%	
	生活保護	112	61.5%	150	64.1%	
	障害年金	7	3.8%	5	2.1%	

統計的検定は χ^2 検定による。*: $P<0.05$, n.s.: not significant

表 2-2: 希死念慮の有無による薬物使用および断薬に関する期間の比較

	この1か月で自殺を考えたこと						統計的 検定
	あり			なし			
	N	平均値	標準偏差	N	平均値	標準偏差	
今回のダルク利用期間(月)	162	13.4	19.2	214	15.4	17.3	n.s.
初回使用年齢(歳)	174	15.4	5.3	226	15.3	3.6	n.s.
初回使用からやめたいと思うま での期間(年)	152	13.9	8.1	207	15.7	9.7	n.s.
クリーンタイム(月)	179	13.3	16.5	227	16.8	17.9	*

統計的検定は t 検定による。*:P<0.05, n.s.: not significant

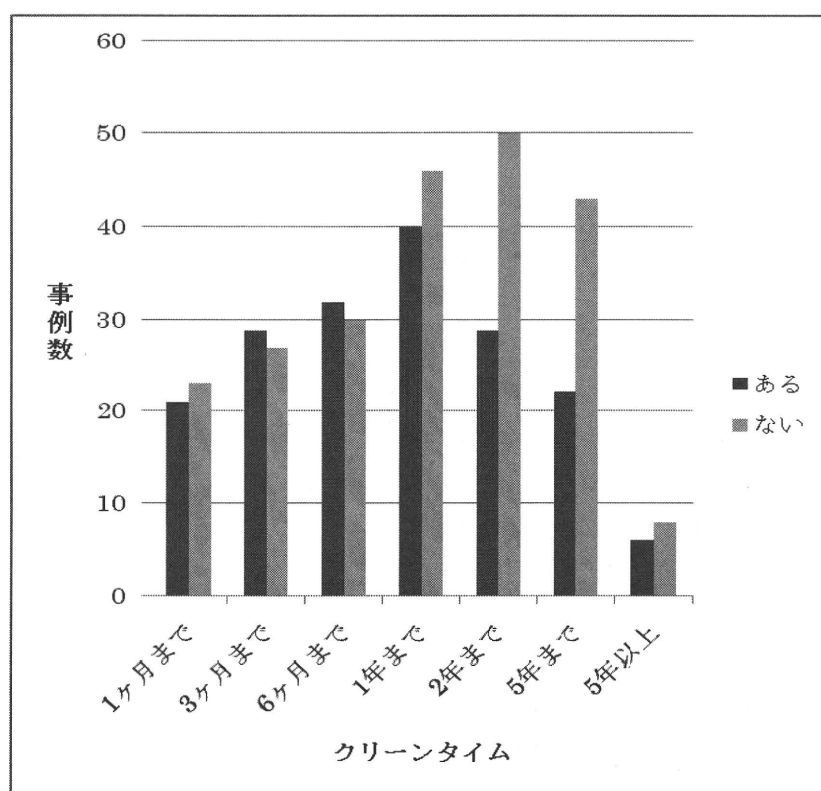


図 2-2: 希死念慮のある群とない群におけるクリーンタイムによる度数分布の比較

表 2-3: 希死念慮の有無による薬物使用および断薬に関する期間の比較

		過去 1 年間に自殺しようと考えた				
		ある		ない		
		度数	%	度数	%	
使用経験のある薬物の種類	アルコール	166	97.6%	208	97.2%	n. s.
	有機溶剤	88	59.9%	150	76.1%	**
	大麻	110	74.3%	138	75.0%	n. s.
	覚醒剤	123	81.5%	161	80.5%	n. s.
	睡眠薬・安定剤	136	87.7%	142	78.0%	*
	咳止め	60	42.9%	67	37.9%	n. s.
週1回以上の頻度での使用	アルコール	131	72.0%	164	70.1%	n. s.
	有機溶剤	65	35.7%	108	46.2%	*
	大麻	60	33.0%	63	26.9%	n. s.
	覚醒剤	102	56.0%	127	54.3%	n. s.
	睡眠薬・安定剤	110	60.4%	110	47.0%	**
	咳止め	32	17.6%	35	15.0%	n. s.
クリーンタイム	1年以下	82	45.8%	80	35.2%	*
	1年より長期	97	54.2%	147	64.8%	

統計的検定は χ^2 検定による。*:P<0.05, **:P<0.01, n.s.: not significant

表 2-4: 希死念慮の有無による逮捕・服役歴の比較

		過去 1 年間に自殺しようと考えた				
		ある		ない		
		度数	%	度数	%	
薬物使用を理由とする逮捕や補導の経験	あり	128	70.3%	175	75.8%	n. s.
	ない	54	29.7%	56	24.2%	
刑務所入所経験	あり	56	31.3%	100	44.1%	*
	ない	123	68.7%	127	55.9%	

統計的検定は χ^2 検定による。*:P<0.05, **:P<0.01, n.s.: not significant

表 2-5: 希死念慮の有無による被虐待歴の比較

		過去 1 年間に自殺しようと考えた				
		ある		ない		
		度数	%	度数	%	
虐待の被害体験	身体的虐待	113	63.5%	120	52.2%	*
	心理的虐待	134	75.3%	114	49.8%	***
	ネグレクト	55	30.9%	53	23.1%	n. s.
	性的虐待	17	9.5%	6	2.6%	**
	何らかの虐待	150	85.2%	146	64.3%	***

統計的検定は χ^2 検定による。*:P<0.05, **:P<0.01, ***:P<0.001, n.s.: not significant

表 2-6: 希死念慮の有無による治療に関する要因の比較

		過去1年間に自殺しようと考えた				
		ある		ない		
		度数	%	度数	%	
精神科・神経科の診療	受けている	134	76.6%	151	69.9%	n. s.
	受けていない	41	23.4%	65	30.1%	
精神科・神経科の受診経験	受けたことがある	170	93.9%	375	91.2%	n. s.
	受けたことはない	11	6.1%	36	8.8%	
精神科・神経科入院	あり	136	80.5%	165	80.9%	n. s.
	なし	33	19.5%	39	19.1%	
精神保健福祉手帳	持っている	52	28.9%	39	16.8%	**
	持っていない	128	71.1%	193	83.2%	
精神科の処方薬の服用状況	現在服用	113	63.1%	110	49.5%	**
	以前服用	52	29.1%	68	30.6%	
	服用したことはない	14	7.8%	44	19.8%	
薬物使用の考え	やめたい	87	77.7%	101	92.7%	**
	服用したい	25	22.3%	8	7.3%	
いかなる薬も、できるかぎり飲まない方がいい	賛成	125	68.7%	189	80.8%	*
	反対	57	31.3%	45	19.2%	
精神科・神経科に対して最も期待すること	解毒治療	97	53.3%	110	47.0%	n. s.
	処方薬による治療	85	46.7%	82	35.0%	*
	依存症の回復プログラム	92	50.5%	126	53.8%	n. s.
	心理カウンセリング	116	63.7%	119	50.9%	**
	家族への助言や支援	64	35.2%	60	25.6%	*
自分で判断せず、医師に相談の上、薬を飲むべきだ	賛成	170	93.4%	219	93.6%	n. s.
	反対	12	6.6%	15	6.4%	

統計的検定は χ^2 検定による。*:P<0.05, **:P<0.01, n.s.: not significant

表 2-7: 希死念慮の有無による精神症状の比較

	過去1年間に自殺しようと考えた				
	ある		ない		
	度数	%	度数	%	
不安感	139	76.4%	149	63.7%	**
思考伝播	83	45.6%	84	35.9%	*
離人感	94	51.6%	86	36.8%	**
不眠	75	41.2%	68	29.1%	**
エネルギー低下	99	54.4%	110	47.0%	n. s.
被害念慮	89	48.9%	88	37.6%	*
うつ	120	65.9%	116	49.6%	**

統計的検定は χ^2 検定による。*:P<0.05, **:P<0.01, n.s.: not significant

表 2-8: 希死念慮の有無による生活における不満足感の比較

		過去1年間に自殺しようと考えた				
		ある		ない		
		度数	%	度数	%	
不満足感を感じている者	住んでいる地域	35	19.2%	56	23.9%	n. s.
	余暇の過ごし方	69	37.9%	73	31.6%	n. s.
	家族との関係	87	48.6%	82	36.1%	*
	自分の経済状況	117	64.3%	252	65.4%	n. s.
	友人関係	84	46.7%	81	35.2%	*
	健康状態	60	33.0%	63	27.2%	n. s.
	ダルクの生活	60	33.1%	56	24.0%	*

統計的検定は χ^2 検定による。*:P<0.05, n.s.: not significant

表 2-9: 希死念慮の有無によるダルクへのニーズの比較

		過去1年間に自殺しようと考えた				
		ある		ない		
		度数	%	度数	%	
ダルクに充実してもらいたいサービス	個別面接 (カウンセリング)	79	43.4%	64	27.4%	***
	コミュニケーショントレーニング	52	28.6%	44	18.8%	*
	就職活動時のサポート	53	29.1%	34	14.5%	***
	進学支援	25	13.7%	17	7.3%	*
	不安が生じたときにいつでも相談でき	77	42.3%	77	32.9%	*
	心理カウンセリング	52	28.6%	42	17.9%	*
	仲間や理解者とのふれあいの場の提供	66	36.3%	57	24.4%	**
	低家賃住宅の提供	79	43.4%	76	32.5%	*

表 2-10: 希死念慮を持つことに対する関連要因の影響 (多重ロジスティック回帰分析)

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Odds比
年齢	-.020	.012	2.599	1	.107	0.980
性別						
男性	-.293	.389	.568	1	.451	0.746
女性						1.000
クリーンタイム						
1年以下	.407	.229	3.160	1	.075	1.503
1年より長期						1.000
不眠						
あり	.470	.234	4.049	1	.044	1.600
なし						1.000
精神科薬の使用			8.218	2	.016	
現在使用	.983	.358	7.541	1	.006	2.672
過去に使用	.609	.380	2.567	1	.109	1.838
使用経験なし						1.000
被虐待体験						
あり	1.082	.276	15.322	1	.000	2.950
なし						1.000
定数	-1.089	.675	2.604	1	.107	0.337

スタッフのもえつき要因(1)

- ・スタッフのスリップ
- ・スタッフが病気(うつ)
- ・メンバーの死

- ・「死にたい」コール、「死にたい」メール
- ・仲間の相談を聞くこと

- ・仲間を施設から出す時
- ・暴力、暴れる奴
- ・口達者な入寮者

- ・仕事のゆとりがない

- ・書類の作成
- ・書類などの辻褄合わせ
- ・書類のメ切

- ・お金
- ・運営費の調達
- ・生活費がない
- ・理事長が金を持って逃げる
- ・スタッフがお金を使い込むこと

- ・講演

図 2-3: KJ 法の結果 (スタッフの燃え尽きの要因①)

スタッフのもえつき要因(2)

- ・重要な決定権(をもたされること)
- ・責任
- ・対等でない関係
- ・利用者がミーティングに行っているかチェックしてしまう
- ・スタッフの意見の相違
- ・他のスタッフに責められること
- ・スタッフ間のコミュニケーション
- ・周囲とのすれ違い(分かり合えない)
- ・他のスタッフの仕事のやり直し
- ・スタッフの人材不足
- ・クレーム(対応)
- ・難しい家族

- ・自分の年齢(ふん張りがきかなくなった)
- ・大人⇄子ども
- ・家事・育児
- ・父親
- ・通勤時間のラッシュ

- ・自分一人で溜め込む
- ・自分一人で抱え込んでしまう
- ・溜め込む・断れない性格
- ・相談できない性格
- ・周りが気になってしまう自分
- ・評価

- ・愚痴を言う相手がいないこと
- ・孤立(分かち合える人が傍にいない)
- ・スポンサーがいない
- ・スポンサーシップ

- ・怒りをガマンしていること
- ・完璧主義

図 2-4: KJ 法の結果 (スタッフの燃え尽きの要因②)

ダルクスタッフのワーク 「もえつきのサイン」

<p>対人関係</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 自分の思い通りに ならざイライラ □ 仲間をさばきだす □ 家庭で無口になる □ 職場に行きたくなく なる □ 頼まれたことが断 れなくなる □ 他人に批判的 □ 人と話したくない □ 自分がかまんすれ ばいいと思う 	<p>身体</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 寝不足 ・ 頭痛 ・ ため息 ・ 疲れに気付かない ・ 血糖が高い、不整 脈 	<ul style="list-style-type: none"> ・ アディクション ・ 夜中のおやつ ・ 夜中のDVD ・ 過食 ・ 食べない ・ 怒り食べ ・ 性への傾倒
---	--	--

図 2-5: KJ 法の結果 (燃え尽きのサイン)

援助が難しい場合やその対応(1)

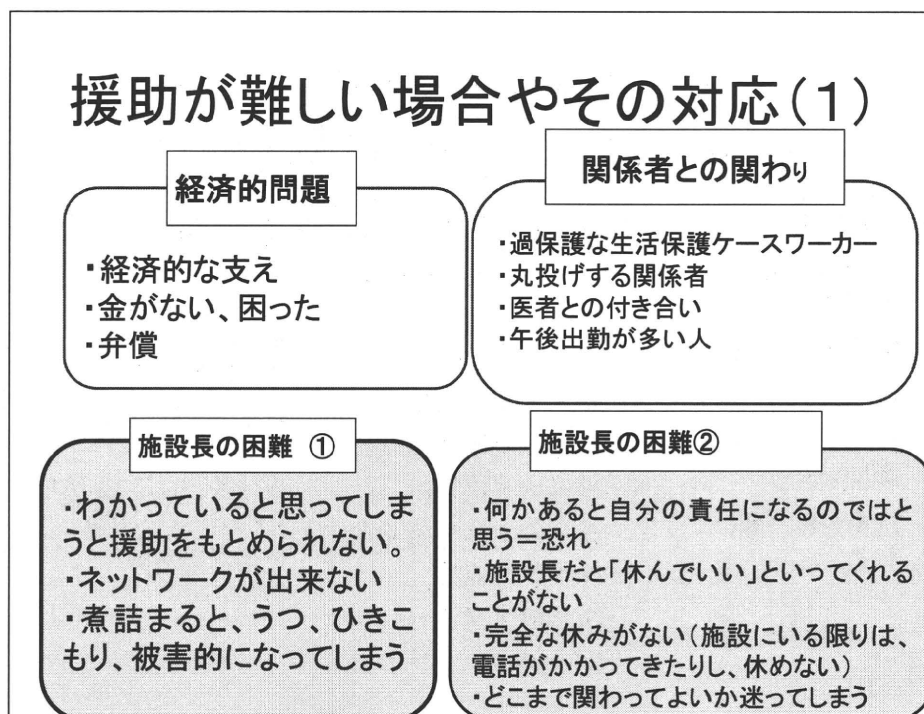


図 2-6: KJ 法の結果(援助の難しい場合①)

援助の難しい場合やその対応(2)

施設長の困難③

・「一緒に休もう、俺も休むから...。」と言われる



・「休め」と言われると、「自分は要らない。」と言われたように感じてしまう

・「休め」と言われると、かえって「大丈夫!」と言ってしまう。

トラブルへの対応の知恵

・(彼がいることで)、かえって他のメンバーが正気になる

・他の施設に願います

・本人に「どうしたい?」と聞いてあげ、本人に決めさせる

・「どうしたいかわからない」場合は、一旦施設を出ることを提案する

・やりたい方向がある人は受け入れる

・引き受ける時に条件をつける(守れない時には出て行ってもらう)

・(ネットワークの中での)もちまわり

困難ケースへの対応

・施設でやれない人を無理に受け入れ続けると、失敗例ばかりで疲弊する

・リストカットのケースを受け入れると、他のメンバーはそれを目撃した時に傷ついてしまう

・ある職員とトラぶったケースは、再び無理に受け入れると対応に苦慮する
→ 断った方が良い

・いつまでも出ていかない人への対応をどうするか

図 2-7: KJ 法の結果(援助の難しい場合②)

ダルクスタッフのワーク 「必要な助け」(されたい・したい)

話を聞いてくれる

- 話したい時に話し相手がいる
- 理解者の存在
- スーパーバイザーの存在
- 仲間と会う
- 話をする一聞いてくれる
- アディクション以外の仲間と過ごす

仕事・関係のバランス

- ・ ネットワークをつってもらった
- ・ 仕事の分担
- ・ 大変なケースは「持ち回り」と考える
- ・ 理解者の存在
- ・ 生活のバランスや身体ケアの援助
- ・ 事務仕事をきちっとしてくれる

休む・仕事から距離

- ・ 休むこと
- ・ 休みなさいと強制的に休暇をとられること
- ・ 場所を離れたい
- ・ 仕事の一部を引き受けてくれる
- ・ 自分もそういうことがあったとわかってくれる
- ・ やさしくされたい
- ・ 何もしない

図 2-8: KJ 法の結果(スタッフとして「してもらいたい/してあげたい」必要な助け)

地域における自死遺族への支援

研究分担者 川野健治
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター室長

研究要旨 目的：本研究では、地域における自死遺族支援の今後の充実に必要な課題を探ることを目的とする。研究方法：「指針」の利用状況調査は、全国の自治体の自殺対策主管課に、調査票を発送し、郵便またはメールにて回答を得た。自死遺族支援の課題については、この領域に関わる研究者、支援者と意見交換を行った。自死遺族の自助グループ・支援グループの特徴、機能、効果については国内外の研究報告をレビューした。結果：指針は4割の自治体で配布されており、研修やガイドライン作成において参考にしている場合もあった。意見交換からは、関係諸機関での対話の重要性が指摘された。研究レビューからは、自死遺族支援に関する実証的な報告もあるものの、有効な方法を確定するには至らないことが確認されたが、「評価」の重要性が推察された。まとめ：地域における自死遺族への支援において、徐々に量的に状況の改善が認められるなか、関係組織の連携を含めた、質的な状況改善の取り組み求められると考えられた。特に、関係諸機関のコミュニケーションの促進が必要であり、今後は指針を含めた、そこに資するためのツールや場の整備が重要である。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

川島大輔（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター研究員）

山口和弘（自死遺族支援ネットワーク Re 代表）

橋本 望（東京大学大学院教育学研究科）

良原誠崇（畿央大学教育学部 助教）

浅野智彦（東京学芸大学 教授）

中島聡美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 室長）

桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター 所長）

杉本脩子（全国自死遺族総合支援センター 代表）

A. 研究目的

2007年に自殺総合対策大綱が閣議決定され、「遺された人の苦痛をやわらげる」が、重要課題の一つとしてあげられて以降、わが国の地域での自死遺族支援も多様な展開をみせてきた。

2008年より報告されている、「都道府県・政令指定市における自殺対策および自死遺族支援の取り組み状況に関する調査」によると、自治体による自死遺族支援は、普及啓発中心から、情報提供や人材育成へと軸足が移りつつある。他方、当初より民間団体が中心となって運営してきた自死遺族の自助グル

ープ・支援グループは、自治体の把握する限り 86 を数えた。先行して自死遺族支援を進めてきた自治体の今後の課題としては、自殺総合対策全体の中なかで自死遺族支援をどのように位置づけるのか、官民の関係機関でどのように連携していくのか、そして、公的機関による支援グループから当事者運営による自助グループへの展開を目指す方針なども報告されていた。いわば量的な充実から、質的な充実へと向かう転換期といえる。

ところで、2009 年 3 月には、地域での自死遺族支援で活用されることを目的として、「自死遺族を支えるために一横断担当者のための指針」が厚生労働省より公表された。上記のような、状況の変化の中なかで、地域の自死遺族支援の展開に貢献したものと推測される一方、内容の不備もみられ、本研究班から報告したように、一部の自助グループからは、内容の更新についての意見が寄せられている（川野, 2010）。

そこで本研究では、今後の地域の自死遺族支援の充実に必要な課題を探ることを目的とする。具体的には、以下のとおりである。上記の指針の改訂については、その性質から、安易に内容変更を行うことは現場に混乱を招く半面、当事者の利益が損なわれることがないように慎重に検討しなければならない。そこで、全国の自治体での、指針の利用状況については実態調査を実施した。次に、（量的に）官民の自死遺族支援の資源が充実しつつある現段階での課題について、自死遺族支援の専門家による意見交換を行うとともに、現在の自死遺族支援の中心となっているグループの質の向上に関連する文献研究を行った。最後に、指針の本来期待していた利用法

である自殺予防「研修」の充実のために、効果測定ツールを開発した。

B. 研究方法

1. 指針の利用状況

全国の自治体の自殺対策主管課に、全国の自治体の自殺対策主管課に、内閣府自殺対策推進室、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センターの連名で調査票を送付し、郵便またはメールにて回答を得た。調査は 2010 年 4 月～5 月に行われ、回答数は両方とも 66（有効回答 100.0%）であった。

2. 自死遺族支援専門家との意見交換

2010 年 5 月 24 日に実施した。自死遺族の自助・支援グループの運営、研究に関わる 3 名（以下、専門家）、およびコメンテータとして犯罪被害者支援を専門とする研究者 1 名、社会構成主義の立場から社会学者 1 名に参加を求め、研究事務局側より 2 名が参加した。内容は録音され、プロトコルに起こされた。

3. 自死遺族の自助グループ・支援グループに関する文献研究

自死遺族の自助グループ・支援グループの特徴、機能、効果について、国内外の研究報告をレビューした。また、オーストラリアで実施された地域での自死遺族支援に関する、事業評価報告書を入手し、内容の検討を行った。

4. 研修の効果測定ツールの開発

研修の効果測定指標として川島ら（2010）によって作成された日本語版 Suicide Intervention Response Inventory の短縮版（SIRI-JS）の作成を試みた。まず日本語版

SIRI の計算式を確定したデータの再分析を行った。元の尺度が測定していた特性と齟齬のないように、因子分析の結果を利用して項目を抽出した。同時に抽出された項目の妥当性と信頼性を確認することでSIRI-JSを準備した(研究1)。次に自殺予防に関する研修の参加者を対象として、SIRI-JSの妥当性と信頼性を確認した(研究2)。

なお上記1~4の研究は、いずれも研究協力者に強い負担をかけるものではないが、意見交換での個人情報の保護については、十分な配慮を行った。

C. 研究結果

1. 指針の利用状況

指針の利用状況について、図1に示す。39%の自治体が、「関係者に配布した」を選択しており最も多く、次いで26%の自治体では研修等の利用しており、次いでその他が21%であった。この傾向は同時に厚生労働省から公表された、「自殺に傾いた人を支えるために—相談担当者のための指針」と同じである。

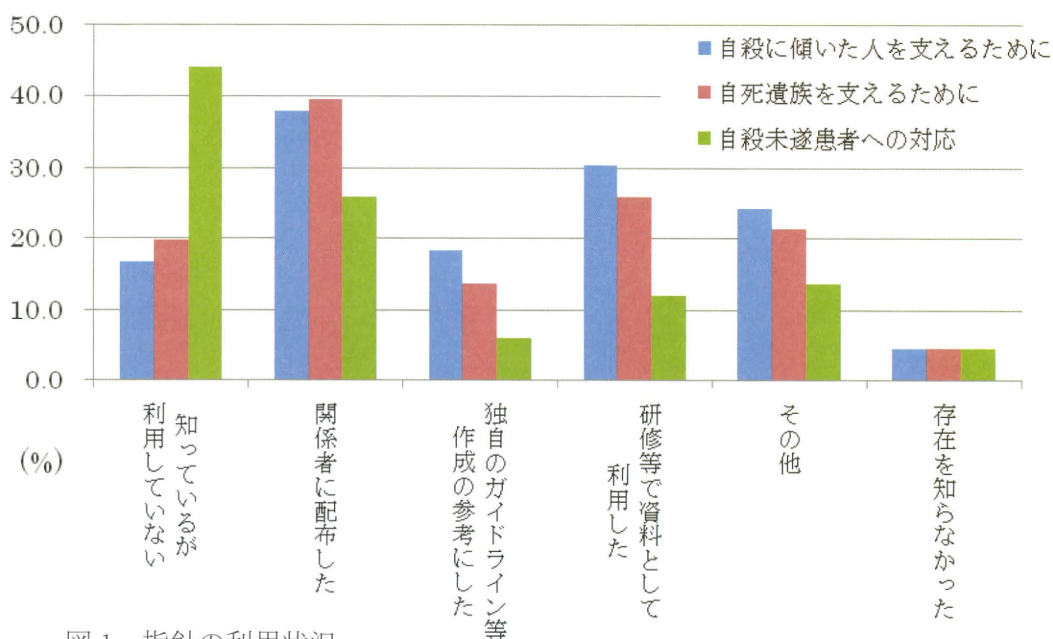


図1 指針の利用状況

他方で、指針「自殺に傾いた人を支えるために」の方が、指針「自死遺族を支えるために」よりも、自治体独自のガイドライン作成における利用、および研修での利用の比率が高かった(それぞれ18%対14%、24%対21%)。

2. 自死遺族支援専門家との意見交換

自死遺族支援専門家との意見交換では、自死遺族支援をめぐる多様な意見が出された。大まかな内容として次のような意見がだされた。①現在グループ間の軋轢等の問題も生じてきているが、数が増え、選べる状況になっていることはまずは評価できる。②自死遺族支援の定義があいまいであることが、コミュニケーションの問題につながっている。③遺族支援の形には様々なものがあるはずだが、大綱で自助グループ、分かち合いが強調されすぎたことで、他の支援が見えにくくなってしまったのではないか。④自死遺族支援研究には、量的なアウトプットを目指すものと、関係性の中で質的に記述していくものの2つがある。⑤遺族の研究に対する嫌悪感はまだまだ強いが、その部分をやらなければ先